

地方分権改革の推進に対応した  
地方行財政制度のあり方に関する研究

平成21年3月

財団法人 地方自治研究機構

# 目次

研究概要 .....	3
1. 本調査研究の趣旨 .....	3
2. 本報告書の構成 .....	3
第1部 社会保障制度をめぐる動向と課題 .....	4
第1章 社会保障分野における地方分権改革の動向 .....	5
1. はじめに .....	5
2. 国・地方における生活保護をめぐる議論 .....	8
3. 国民健康保険をめぐる議論 .....	15
4. 地方分権改革推進要綱（第1次）を受けたその後の動向 .....	21
第2章 社会保障の機能強化 .....	25
1. はじめに .....	25
2. 社会保障国民会議における議論と最終報告について .....	26
3. 持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた議論について（経済財政諮問会議を中心に） ..	39
4. おわりに .....	49
第2部 社会保障制度と地方財政の対応 .....	51
第1章 生活保護費と財源保障 .....	52
1. はじめに .....	52
2. 生活保護制度 .....	55
3. 財源保障のしくみ .....	60
4. 財源「不足」の試算 .....	68
5. さいごに .....	77
第2章 大阪市・門真市における生活保護の状況 .....	79
1. 大阪市の概要 .....	79
2. 大阪市の財政状況 .....	80
3. 大阪市の生活保護の状況 .....	81
4. 門真市の概要 .....	85
5. 門真市の財政状況 .....	86
6. 門真市の生活保護の状況 .....	87
第3章 要介護認定と財政措置 .....	89
第4章 公立病院改革と財政措置について .....	105

1. 公立病院の経営状況 .....	105
2. 公立病院改革（これまでの対応） .....	108
3. 公立病院に関する財政措置のあり方等検討会 .....	109
4. 公立病院に関する財政措置 .....	112
<b>委員名簿等</b> .....	<b>118</b>

## 研究概要

# 研究概要

## 1. 本調査研究の趣旨

平成12年4月の「地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律」（地方分権一括法）施行以来、地方分権の推進に向けて、国と地方の在り方をめぐるさまざまな議論がなされてきた。経済財政諮問会議では、国と地方の関係について、国庫補助負担金、地方交付税、税源移譲を含む税源配分の在り方を三位一体で改革するべきであるとの方針を打ち出し、平成14年6月に「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2002」が閣議決定された。

このような動きを受け、地方の権限と責任を大幅に拡大し、国と地方の明確な役割分担に基づいた自主・自立の社会からなる地方分権型の新しい行政システムを構築していくべく、「三位一体の改革」が平成18年度までに実施された。

さらに平成19年度には地方分権改革推進法が施行され、平成20年度には地方分権改革推進委員会による第1次勧告及び第2次勧告がなされたところである。今後、国・地方を通じた簡素でスリムな行財政制度を確立していくために、地域における行政を自主的かつ総合的に担うべき地方公共団体の役割はますます重要なものとなっていく。

一方、我が国を取り巻く社会情勢は、社会保障、学校教育など、様々な分野で構造的な変化が進行しつつある。とりわけ、急速な少子高齢化社会の進展に対応した社会保障制度の確立は、地方公共団体の自主性・自立性を高め、地域の自主的な取組に対応した地方税財制度を構築するためには不可欠である。

特に、地方公共団体が財政健全化を進めるにあたり、社会保障の運営は大きな影響を及ぼすことから、本調査研究では、具体的事例を紹介した上で、地方分権改革の推進に対応した地方行財政制度のあり方を考察するとともに、その抜本的な改革に向けた方向性を模索するものである。

なお、本研究会では、委員長のご発案で委員の役職や肩書きに関係なく、個人的見解を自由に闊達に議論するという運営を行っており、本報告書も委員会でのこの自由な議論の結果を出来るだけ尊重し、反映した形でまとめるよう努力している。

## 2. 本報告書の構成

本報告書では、社会保障制度のあり方と地方財政の対応を中心テーマとして考察する。

まず、第1部では、「社会保障制度をめぐる動向と課題」として、第1章で「社会保障分野における地方分権改革の動向」を、第2章で「社会保障の機能強化」について解説を行っている。

次に、第2部では、「社会保障制度と地方財政の対応」として、第1章で「生活保護費と財源保障」について分析し、第2章では「大阪市・門真市における生活保護の状況」を紹介し、第3章では「要介護認定と財政措置」について分析し、第4章では「公立病院改革と財政措置」について紹介している。

## 第 1 部 社会保障制度をめぐる動向と課題

# 第1章 社会保障分野における地方分権改革の動向

総務省自治財政局調整課

## 1. はじめに

地方分権改革推進法（平成18年法律第111号）に基づいて、平成19年4月1日に内閣府に設置された地方分権改革推進委員会（以下、「委員会」という。）は、地方分権改革が目指すべき方向性と基本原則を明示した「地方分権改革推進にあたっての基本的な考え方」の提示（平成19年5月30日）、平成19年11月16日の「中間的な取りまとめ」の公表を経て、平成20年5月28日に「第1次勧告～生活者の視点に立つ「地方政府」の確立～」を決定した。

### ○ 「中間的な取りまとめ」及び「第1次勧告」の概要

「中間的な取りまとめ」では、その後の勧告において取り上げるべき改革課題を、大きく、①「法制的な仕組みの見直し等」、②「個別の行政分野・事務事業の抜本的見直し・検討」、③「税財政」、④「分権型社会への転換に向けた行政体制」の4項目に集約整理した。これを受けて、政府は、平成19年11月30日に地方分権改革推進本部（本部長：総理）の第2回会合を開催し、委員会の「中間的な取りまとめ」を政府として最大限尊重し、各府省において本格的な検討に着手することなどの方針を確認した。

「中間的な取りまとめ」を公表して以降、委員会は、上記の4つの改革課題のうち、④「分権型社会への転換に向けた行政体制」に含まれる地方支分部局等（出先機関）の見直しについて関係府省からの本格的なヒアリングを行うとともに、②「個別の行政分野・事務事業の抜本的見直し・検討」についても関係府省との討議を重ね、最終的には局長級に格上げした討議を行った上で、地方分権改革推進委員会第1次勧告を取りまとめるに至った。

第1次勧告は、①国と地方の役割分担の基本的な考え方、②重点行政分野の抜本的見直し、③基礎自治体への権限移譲と自由度の拡大、④現下の重要2課題について（道路特定財源の一般財源化及び消費者行政の一元化）、⑤第2次勧告に向けた検討課題という構成となっている。

また、第1次勧告の中で、「地方が主役の国づくり」に向けた今次分権改革の理念として、「今次の分権改革では、各地域がその特性をいかし、独自の発展を遂げることができるよう、地方自治体の自由度を拡大する仕組みを構築し、元気があり多様な個性と創造力を発揮できるよう地域社会の形成を目指す。」とするとともに、「地方分権改革を推進するにあたっては、国も地方自治体も、財・サービスの供給者の視点に立つのではなく、主権者であり納税者であり消費者でもある住民の視点に立つことが重要である。これにより、施策の重複の排除や効率的な財・サービスの提供が可能となる。あわせて地方政府運営の担い手である首長、議員、職員をはじめとする地方自治体関係者が、自治体経営の視点から日々新たな改革を取り入れることにより効率性の向上をはかり、納税者・有権者から見て信頼と希望を寄せ得る「地方政府」の実現に不断の努力を傾注することが重要である。」とし、主権者、納税者、消費者でもある住民の視点に立って地方分権改革を推進していくことの重要性を強調している。

# 地方分権改革推進委員会 第1次勧告(概要)

～生活者の視点に立つ「地方政府」の確立～

平成20年5月28日

### 第1章 国と地方の役割分担の基本的な考え方

(1)「地方が主役の国づくり」に向けた今次分権改革の理念と課題

- ・地方政府の確立のための権限移譲 → 完全自治体の実現
- ・行政の総合性の確保 → 地方活性化 → 自治を担う能力の向上

(2)国と地方の役割分担の見直し

- ・住民に身近な行政は地方で担い、「国と地方の二重行政」を排除する観点から、現状の役割分担の類型(重複型・分担型・重複型・関与型・国専担型)に応じて国と地方の役割分担の区分けを見直し

(3)広域自治体と基礎自治体の役割分担(基礎自治体優先の原則)

- ・市町村合併の進展等を踏まえ、都道府県から市町村へ権限移譲を推進

### 第3章 基礎自治体への権限移譲と自由度の拡大

(1)基礎自治体への権限移譲の推進

- ・64法律、359の事務権限を都道府県から市町村へ移譲
- ・まちづくり分野: 宅地開発や商業施設等の開発行為の許可等(市へ)
- ・福祉分野: 特別養護老人ホーム、保育所等の設置認可・指導監督等(市へ)
- ・産業安全分野: 高圧ガスの製造・貯蔵・販売の許可等(市町村へ) など

(2)補助対象財産の財産処分(転用、譲渡等)の弾力化

- ・原則、10年経過後の財産処分は、国庫納付不要かつ届出・報告制へ
- ・10年経過前でも、災害や市町村合併等に伴う財産処分には十分配慮
- ⇒勧告後、速やかに実施(約300以上の国庫補助金等が対象)

### 第2章 重点行政分野の抜本的見直し

○くらしづくり分野関係

- ・幼保一元化、教育、医療、生活保護、福祉等

○まちづくり分野関係

- ・土地利用(都市計画、農地等)、道路、河川等

【別紙参照】

### 第4章 現下の重要二課題について

(1)道路特定財源の一般財源化

- ・一般財源化の検討にあたっては、税源移譲を含め地方税財源の充実強化と地方の道路整備の自由度の拡大方策について検討すべき

(2)消費者行政の一元化

- ・消費生活センターの法的位置づけを明確化、地方自治体の取組に思い切った支援増進
- ・事故発生時の報告徴収、立入検査、改善命令を幅広く都道府県に権限移譲すべき



### 第5章 第2次勧告に向けた検討課題

(1)国の出先機関の改革の基本方向

- ・二重行政の解消に向け、国と地方の役割分担の類型に沿って、個別の事務・権限を地方移譲、本府省移管等に仕分けし、国の出先機関の廃止・縮小を検討
- ・本年夏の中間報告後、第2次勧告へ

(2)法制的な仕組みの抜本的な見直し(事務付け・特付け等)

- ・国の法令による事務付け・特付けの廃止縮小に向け、各府省に対し網羅的な調査を実施。第2次勧告に向けて見直し作業を進める。
- ・広域連携の促進を含め、地方自治関係法制を見直し

## 重点行政分野の抜本的見直し(主なもの)

(別紙)

### くらしづくり分野関係

① 幼保一元化・子ども

- ・認定こども園制度の一本化に向けた制度改革……(20年度中に結論)
- ・保育所入所要件「保育に欠ける」を見直し等……(20年度中に結論)
- ・放課後児童対策事業の改善……(21年度から実施)

② 教育

- ・教職員人事権の中核市への移譲、人事権者と給与負担者の一致の方向で検討……(20年度中に結論)

③ 医療

- ・基準病床数の算定方法の見直し・国の同意の廃止(22年度までに結論)
- ・国民健康保険の運営に関し、都道府県単位による広域化等を推進……(21年度中に結論)

④ 生活保護

- ・国と地方の協議の場を設け、制度全般について総合的な検討に着手……(20年度中を目途に制度改正の方向性)

⑤ 福祉・公営住宅

- ・福祉施設の施設設備基準及び公営住宅の整備基準について、国は標準を示し、条例による決定を可能に

⑥ 保健所

- ・所長の資格要件の緩和……(20年度中に結論)

⑦ 労働

- ・離職者訓練事業の民間委託訓練に関し、雇用・能力開発機構と都道府県の役割分担を明確にした上で都道府県への移譲を検討……(20年度中に結論)

### まちづくり分野関係

① 土地利用(都市計画、農地等)

- ・都市計画に係る国・都道府県の関与の廃止・縮小等……(21年度を目途に抜本的見直し)
- ・平成20年度の農地制度の改革にあたって、農地の量を確保する新たな仕組みを構築したうえで、農地転用に係る国の許可権限の移譲、協議の廃止
- ・地球温暖化や森林の荒廃に対処しつつ、保安林の指定・解除に係る国の権限の移譲、協議の廃止

② 道路

- ・一般国道の直轄区間の要件を見直し、主に地域内交通を分担する道路(同一都府県内に起終点がある区間等)を都道府県に移管

③ 河川

- ・都道府県内完結一級河川を原則として都道府県に移管

④ 防災

- ・地域防災計画の作成・修正に係る国との協議の廃止

⑤ 交通・観光

- ・港湾計画・公有水面埋立に係る国の関与の縮小……(20年度中に結論)
- ・外客来訪促進計画に係る国との協議・同意の廃止

⑥ 商工業

- ・国の中小・ベンチャー企業育成施策は、全国的視点に立った事業に限定
- ・商工団体の一元化を含め地域の商工団体のあり方……(20年度中に結論)

⑦ 農業

- ・農業委員会の選挙区等、組織運営の弾力化

⑧ 環境

- ・環境型社会形成推進交付金における協議会設置の義務付けの廃止

(注)・勧告事項は速やかに実施。時期を書いていない事項は、遅くとも地方分権改革推進計画で実施時期を明確化して実施。  
 ・委員会は、平成20年度中に各府省の検討結果又は検討状況と結論の方向性の報告を求め、必要に応じ追加の勧告等を行う。



第1次勧告の提出を受けて、政府は、平成20年6月20日に地方分権改革推進本部の第4回会合を開催し、「地方分権改革推進要綱（第1次）」を決定して第1次勧告への政府の対応方針を明らかにするとともに、個々の勧告事項について、それぞれ政府として講ずべき個別具体的な措置内容とそのスケジュールを決定した。

要綱の中で、政府は、地方分権改革推進委員会の第1次勧告を最大限に尊重し、「地方分権改革の推進に強力に取り組む。」としている。

また、地方分権のための制度・運営の改革の推進に当たっては、「政府として所要の施策をできるだけ速やかに実施する」とともに、「根拠となる法令を改正し、人員や財源等を国から移譲するなど必要な手当てを行う」としている。

地方分権改革推進委員会において議論されてきた重点行政分野の抜本の見直しの中には、「くらしづくり分野関係」として、社会保障制度に関連した事項も含まれている。この中でも、特に、「生活保護」及び「医療・医療保険」に関わる事項について、次節以降において、現状における課題や地方分権改革に沿った抜本の見直しの方向性として議論されてきた事項を振り返っていくこととする。

**【参考】 社会保障における地方分権の取組と基本的考え方について（厚生労働省のスタンス）**

社会保障における地方分権の取組とその基本的な考え方については、平成19年7月に行われた第12回委員会において、厚生労働省から説明がされた。

それによると、社会保障における地方分権についての考え方としては、まず、社会保障は税や保険料を財源として、現金給付やサービスを提供する国民連帯の制度であることを示している。また、地方分権を推進するに当たっては、全国的に一定の水準を確保するとともに、適切な財政運営（給付と負担の均衡や公平性など）を図りつつ、質の高いサービスを効率的に提供していくとの基本的視点に立って検討していくことが必要であるとし、法律に基づく基本的な制度の枠組みについての企画立案や高度専門的な技術的助言などについては、国が中心となって担っていくことが必要であるが、一定水準の給付やサービスを確保するための財源については、国、都道府県、市町村が、それぞれの役割に応じて適切に分担していくことが基本であるとしている。

また、事業の実施主体については、それぞれの事務・事業の特質に応じて、国と地方の役割分担を図っていくこととし、具体的には、年金については、全国的規模で統一的に実施する必要があるために国が実施することが適当であり、医療については、基本的にはサービス提供等について地域ごとに特質がある一方、サービス提供体制が広域にわたることから、都道府県単位を軸に展開するという観点で進めている。また、福祉分野については、住民の暮らしに密接に関連するとともに、サービス提供体制が地域内である程度完結していることから、市町村が実施することが適当としている。

## 2. 国・地方における生活保護をめぐる議論

### 地方分権改革推進本部 「地方分権改革推進要綱(第1次)」(抄) (平成20年6月20日)

#### 【生活保護】

- 国と地方の協議の場を早期に立ち上げ、地方公共団体が主体となった自立支援の取組みの推進や医療扶助の在り方など生活保護の制度全般について、国が責任を持つべき部分と地方が責任を持つべき部分との役割分担を踏まえた総合的な検討に着手し、平成20年度中を目途に制度改正の方向性を得る。

### 地方分権改革推進委員会 「第1次勧告」(抄) (平成20年5月28日)

#### 【生活保護】

制度創設以来 50 年以上が経過しているが、この間大きな制度改革は行われてこなかった。少子高齢・人口減少社会の到来、家族形態の変容、就業形態の変化等の社会状況の変化に現行制度は十分対応できていない。このため国・地方を通じて適正化対策を引き続き行うとともに、抜本的な改革に向けて検討を開始すべきである。

[厚生労働省関係]

- 国と地方の協議の場を早期に立ち上げ、地方自治体が主体となった自立支援の取組みの推進や医療扶助のあり方など生活保護の制度全般について、国が責任を持つべき部分と地方が責任を持つべき部分との役割分担を踏まえた総合的な検討に着手し、平成20年度中を目途に制度改正の方向性を得る。

#### (1) 生活保護の現状について

生活保護制度は、憲法第 25 条の理念に基づき、何らかの原因で貧困に陥り、自力では生計を保持できない人々に対して、国の責任において、健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的としている。生活保護の実施に当たっては、国が生活に困窮する全ての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行うこととされ、その最低限度の生活を保障するため、厚生労働大臣が定める基準で計算される最低生活費から収入を差し引いた額を当該被保護者に対して保護費として支給している。

#### ・生活保護費負担金の負担割合の推移

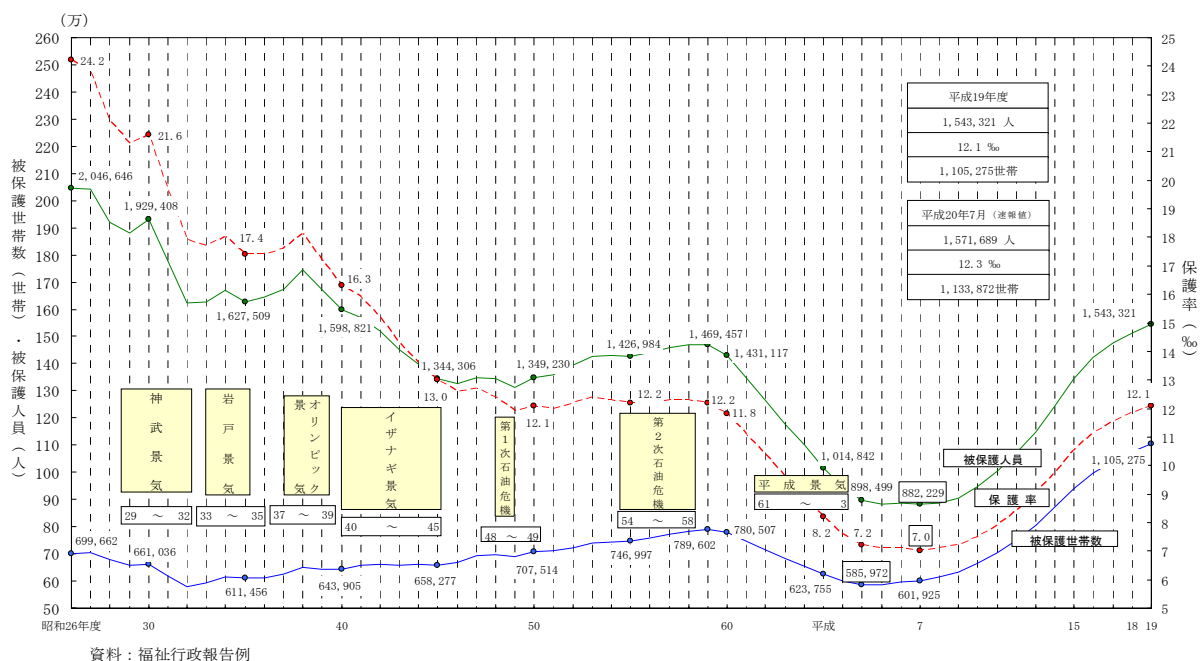
昭和 21 年度～ 国 8 / 10、地方 2 / 10

昭和 60 年度～ 国 7 / 10、地方 3 / 10

平成 元年度～ 国 3 / 4、地方 1 / 4

生活保護を受ける被保護世帯・人員は、約 111 万世帯・154 万人（平成 19 年度）となっており、世帯類型別に被保護世帯数をみると、総数の約 9 割が高齢者世帯（45.1%）、母子世帯（8.4%）、傷病・障害者世帯（36.4%）のいわゆる要援護世帯で占められ、世帯人員別に被保護世帯をみると、単身世帯が全体の 7 割以上を占めている。

## 被保護世帯数、被保護人員、保護率の年次推移



### (2) 生活保護制度をめぐるこれまでの動き

現行の生活保護法は、昭和25年に制定されて以降、基本的な考え方は変わっておらず、制度の枠組みもほぼ原形のまま、社会保障の最後のセーフティネットとしての役割を果たしてきたものである。

しかし、いわゆる「社会福祉基礎構造改革法」（社会福祉事業法等一部改正法案）の成立に際し、今後の社会福祉の状況変化や規制緩和、地方分権の進展等を踏まえつつ、生活保護の在り方について十分検討を行うべき旨の国会の附帯決議が採択され（平成12年）、社会保障審議会の「今後の社会保障改革の方向性に関する意見」（平成15年6月）では、「生活保護については、（中略）今後、その在り方についてより専門的に検討していく必要がある。」とされた。また、「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2003」（平成15年6月）においても、「生活保護その他福祉の各分野においても、制度、執行の両面から各種の改革を推進する。」とされるなど、生活保護をめぐる社会状況の変化にあわせて、その見直しが要請されてきた。

さらに、生活保護制度の在り方を検討するために社会保障審議会福祉部会に設置された「生活保護制度の在り方に関する検討会」が、生活保護の改革の方向性を示した報告書を取りまとめ、平成16年12月に同部会に提出した。

一方、国から地方への補助金廃止や税源移譲を一体で進める三位一体改革とも関連して、生活保護制度についての論議がなされてきた。

「三位一体の改革について」（平成16年11月26日政府・与党合意）において、生活保護・児童扶養手当に関する負担金の改革は、「地方団体関係者が参加する協議機関を設置して検討を行い、平成17年秋までに結論を得て、平成18年度から実施する。」こととされた。これを受けて、生活保護制

度及び児童扶養手当制度の在り方について幅広く検討するとともに、給付の適正化に資する改革を推進するため、「生活保護費及び児童扶養手当に関する関係者協議会」（以下、「協議会」という。）が、総務大臣、財務大臣、厚生労働大臣、石川県知事、高知市長、学識経験者の構成員によって、平成17年4月から開催された。

平成17年11月25日の協議会において、厚生労働省側から、同省に割り当てられた5,040億円の国庫補助負担金削減額のうち4,880億円相当を生活保護費（3,880億円）及び児童扶養手当（1,080億円）の国庫負担引下げによって賄う補助金改革の見直し案を提示した。地方側は、生活保護費は地方の自由度拡大にはつながらないとして、地方側の提案である「生活保護制度等の基本と検討すべき課題～給付の適正化のための方策(提言)～(平成17年11月4日)」に沿った8項目の改革の方策の実現を求めて見直し案に反対し、議論は平行線をたどっていたが、厚生労働省は、平成16年度の政府・与党合意において「結論を秋までに得る」としていることから、意見の一致を見ないまま協議会を一方的に打ち切り、協議は事実上決裂となり、「生活保護費」の取扱いは、政府・与党の調整に委ねられることとなった。

こうした状況を受け、全国知事会及び全国市長会は、生活保護費の急増や保護率の上昇等の課題に対応するため、実施機関としての立場から、抜本的な制度の見直しを含む具体的方策について検討し、国に提言することを目的に、平成18年1月に「新たなセーフティネット検討会(以下、「検討会」)」を設置した。同検討会においては、前述の提言を踏まえ、生活保護制度の抜本的な見直しを含む具体的方策について検討を行い、同年10月には「新たなセーフティネットの提案」としてとりまとめを行った。当該提案は、①稼働世代に対する適用期間を最大5年間とする有期保護制度の創設、②高齢者世帯対象制度の分離、③ボーダーライン層が生活保護へ移行することを防止する就労支援制度の創設を内容とするものである。

その後、平成19年3月には、全国知事会から、先の8項目の改革の方策に対する国の対応状況や新たなセーフティネットの提案を踏まえつつ、今後の国との生活保護制度に関する協議に資するため、①高齢者のための新たな生活保障の仕組みを創設すること、②就労自立を促進するための体制強化とその実効性を担保するための有期保護制度を検討すること、③ボーダーライン層に対する支援策を講じることといった提言がなされた。

一方、平成18年7月に閣議決定された「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006」においては、①生活扶助基準について、低所得世帯の消費実態等を踏まえた見直し、②母子加算について、就労支援策を講じつつ、廃止を含めた見直し、③級地の見直し、④自宅を保有している者について、リバースモーゲージを利用した貸付等を優先するといった内容について、可能な限り2007年度に、間に合わないものについても2008年度までには確実に実施することとされ、早急に総合的な検討に着手し、改革を実施することとされた。

これを受けて、平成19年度には、一定以上の不動産を有する要保護高齢者世帯について、死亡時に扶養義務者が不動産を相続することは社会的公平の観点から問題であることから、所有不動産を担保とした貸付制度（リバースモーゲージ）が実施されるとともに、母子加算については、自立支援を目的とした就労促進給付を創設し、15歳以下の母子加算を段階的に廃止することとされた。

また、生活扶助基準については、健康で文化的な最低限度の生活を保障する「根拠ある生活保護基準」とするため、5年に一度実施されている全国消費実態調査に基づき、消費実態との均衡が適切に

図られているかを定期的に検証することがルール化された。これを踏まえ、厚生労働省が平成19年11月30日にまとめた「生活扶助基準に関する検討会」の報告書においては、生活保護費の中の生活扶助費について、全国消費実態調査をもとに検討し、全世帯で収入が下から1割にあたる低所得世帯の生活費の比較が妥当と指摘した。また、全国を6地域に分け、都市部と地方部で生活扶助額に最大2割程度の差を設けている「級地制度」について、実際は生活費の地域差は縮まっていると指摘し、傾斜を緩めるよう求めた。さらに、生活保護の約7割が高齢者を中心とする単身世帯であることを踏まえ、生活扶助額の水準を判断する基準を夫婦と子供1人の3人世帯から単身世帯に切り替えるよう求めた。

(なお、平成20年度の生活扶助基準については、この検証結果を基礎としつつ、現下の原油価格の高騰が消費に与える影響等を見極めるため、据え置くこととされた。)

### (3) 地方分権改革推進委員会における議論と第1次勧告

#### ○ 地方分権改革推進委員会 厚生労働省ヒアリング (H19.7)

平成19年7月に行われた第12回会合では、厚生労働省からヒアリングを行うとともに、委員会との間での意見交換が行われた。

生活保護制度については、まず、委員会から、生活保護制度について抜本的な見直しをすべきではないかとの質問がされたが、これに対し、厚生労働省からは、地方団体と具体的に制度のどの部分をどのように改めるべきかというレベルで議論を進めていきたいといった回答がなされた。

また、委員会から、国と地方の財源負担の問題に関連して、「国からお金が出ている。地方にも自分の負担がある。そういうときにどちらがやるのかという当事者性が希薄になってきている。」とし、この当事者性の問題が制度疲労に絡んでいると考えられるため、この点を踏まえて責任の所在を明確にすべきではないかといった意見が出された。これに対し、厚生労働省からは、生活保護制度の二面性を考える中で、最低生活の保障という点では国がしっかり関与すべき面もあるが、福祉的サービスという側面では基礎自治体である市町村の役割は非常に大きいと指摘したうえで、近年は、生活保護世帯のニーズに応じたきめ細かい対応が求められており、地域の福祉資源との連携が重要になってくると回答している。

#### ○ 地方分権懇談会や地方団体からの意見について

地方分権改革推進委員会の調査審議を進めるにあたっては、地方自治体と密接に連携し、その意見を十分に聴取するとともに、地方の実情を把握することを重視した。このため、委員会の場で地方6団体との意見交換の機会を設けるとともに、基礎自治体である市町村の長から現場の生の声を聴き、地方の実態の把握と地域の視点に立った地方分権改革のあり方について議論を行うため、全国各地で地方分権懇談会を実施した。

地方分権懇談会では、生活保護制度について、「生活保護は、対象世帯の約半数が高齢者世帯であり、この負担が非常に大きい。」といった意見や、「生活保護費について、支給の算定基準などが生活実態に合わない部分がある。」といった意見が出された。中には、「生活保護認定は、本来法定受託事務であるが、厚生労働省は、地方の認定審査が甘いから生活保護経費が増えているという。それなら、認定審査からすべて国でやればよいのではないか。」といった厳しい意見も寄せられた。

また、全国知事会が分野ごとに地方分権の検討状況についてまとめた報告資料によれば、生活保護制度については、現行制度の国と地方の枠組みを堅持した上で、「昭和 25 年の法律制定以来抜本的な見直しながなされておらず、その制度疲労は限界に達していることから、社会経済環境の変化に対応し、制度を抜本的に見直すべき。」と指摘している。

#### ○ 地方分権改革推進委員会 厚生労働省ヒアリング (H19. 10)

平成 19 年 10 月に行われた第 24 回会合においては、厚生労働省に対し社会保障分野に係るヒアリングが実施された。

この中で、委員会から、生活保護について、不適切な受給が行われているとの指摘がある一方、現場の生活保護の支給認定問題等によりセーフティネットとしての機能に問題が生じている旨の指摘がなされたが、これに対し、厚生労働省からは、生活保護制度は、国民生活の最後のセーフティネットであり、その運営の適正化を図るためには、①保護を受けるべき人が保護を受け（漏給防止）、②保護を受けてはならない人が保護を受けず（濫給防止）、③保護を受けていてもその人の能力に応じた形で自立を図る（自立支援）ことを同時に達成することが必要であるとした上で、制度の運用に当たる自治体に対し、こうした点を踏まえた適正な運用を行うよう求めているとした。

また、委員会からは、保護費の半分を占める医療扶助については、医療費適正化の機能が働きにくいという問題があると考えられ、医療保険制度との関わりを検討すべきではないかとの指摘がなされた。これに対し、厚生労働省の回答は、「医療費適正化の機能については、受診前の医療券の発行による適正な受診の推進のほか、レセプト点検や頻回受信者に対する適正受診指導、長期入院患者に対する在宅医療への移行支援等に取り組んでいるところである。」とした上で、「他法他施策という生活保護制度の理念にかんがみて、被保護者について医療保険制度を適用すべきとの考え方もあるが、国民健康保険財政や地方自治体の財政に多大な影響を与えること等から慎重な検討が必要である。」との認識が示された。

## 生活保護の医療扶助について

生活保護制度では、困窮のため最低限度の生活を維持することのできない者に対して、医療扶助として医療を提供。

### 医療扶助の対象者

生活保護受給者は、国民健康保険の被保険者から除外されているため、ほとんどの生活保護受給者の医療費はその**全額を医療扶助で負担**。

ただし、**障害者自立支援法等の公費負担医療が適用される者や、被用者保険の被保険者又は被扶養者については、各制度において給付されない部分が医療扶助の給付対象。**

\* 被保護者の被用者保険加入率は 2.4% (平成 18 年被保護者全国一斉調査)

### 医療扶助の範囲・方法

医療扶助は、診察、薬剤又は治療材料、医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術、居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護、病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護、移送の範囲内で実施。

医療扶助は、原則として、**現物給付**。

### 指定医療機関、診療方針、診療報酬

医療扶助による医療の給付は、生活保護法の指定を受けた医療機関等に委託して実施。

指定医療機関の診療方針及び診療報酬は、別に定める場合を除き、**国民健康保険の例**による。

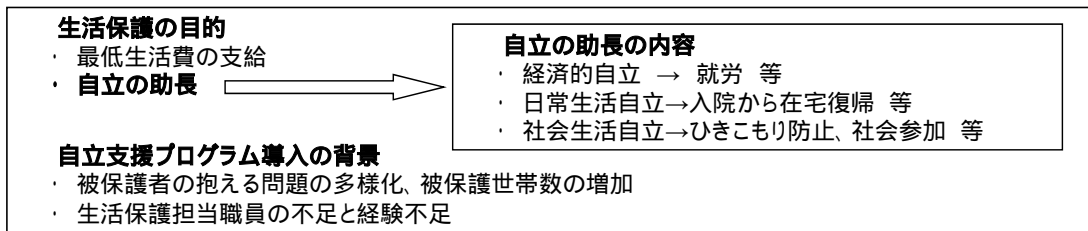
## 保護費の総額及び扶助の種別の構成

(平成20年度予算ベース)

**総額: 2兆6,225億円**

生活扶助 8,557億円 (32.6%)	住宅扶助 3,700億円 (14.1%)	医療扶助 1兆3,063億円 (49.8%)	介護扶助 624億円 (2.4%)	その他 281億円 1.1%
----------------------------	----------------------------	------------------------------	-------------------------	----------------------

※ 保護費の負担割合は、国3/4、地方1/4。



### 自立支援プログラムの導入(平成17年度~)

- 被保護者の状況や自立阻害要因を類型化し、自立支援の具体的内容と手順を定めた個別プログラムを自治体が策定
- 個々の被保護者に必要なプログラムを選定し、関係部署、保健所、医療機関、福祉施設、NPO等と連携し自立支援を組織的に実施
- ※ 自立支援プログラムの例
  - ・ 稼働能力を有する者(経済的自立の支援)
    - 就労支援員(職安OB等)を福祉事務所に配置し、就労支援を行う。
  - ・ 長期入院中の者(日常生活自立の支援)
    - 嘱託医等、医療機関等と連携し、退院を促進する。
  - ・ 高齢者等(社会生活自立の支援)
    - 社会福祉協議会、保健師、NPO法人等と連携し、傷病や閉じこもりを防止し、健康的な自立生活を維持する。

### ○ 中間的な取りまとめ (H19.11)

中間的な取りまとめにおいては、個別行政分野・事務事業について、地方分権改革に向けた抜本的な見直しが必要な重点事項や検討事項が示されている。生活保護分野については、制度創設以来、大きな制度改革が行われず、社会経済状況の変化に必ずしも十分に対応できていないことを指摘したうえで、給付の適正化、高齢者世帯の割合が受給者の半数余りを占めていること、医療扶助が保護費の半分以上を占めていること、自立支援のあり方など、さまざまな課題について、国と地方の協議の場を直ちに立ち上げて、制度全般について総合的な検討を行い、抜本的な改革を実施すべきであるとし

ている。

また、抜本的な改革に当たっては、①地域における保護の実情を踏まえ、被保護者のために何がよいのかという観点に立って、現行の給付内容を国が責任を持つべき部分と地方が責任を持つべき部分とに分けて考えるべき、②医療扶助について、生活扶助と分けることも含めて制度を再設計すべき、③基礎年金や最低賃金の水準との関係も考慮すべきといった指摘がなされた。

#### ○ 地方分権改革推進委員会 公開討議 (H20.4)

平成20年4月に行われた第42回会合では、第1次勧告に向けた厚生労働省との公開討議が行われた。

委員会からは、生活保護は地域に密着した行政であり、住民に最も身近な行政主体が担うべき政策課題であるとして、「現行の給付内容について国が責任を持つ部分と地方が責任を持つ部分に分けて見直すべきではないか」との指摘がなされた。さらに、生活保護の自立支援の取組について、就労可能な者には有期保護設定の考え方を取り入れるなど、自立・就労に向けた地方自治体が主体となった取組を推進すべきであるとの指摘がなされた。

これに対し、厚生労働省からは、生活保護は国庫負担が75%であることから、他の福祉施策とは異なるとし、国と地方が責任を持つ部分の再検討については、「他の福祉施策と生活保護との間の整合性が取れていないことが課題なので、その見直しを含むことが前提である」と回答している。

さらに、有期保護の設定については、厚生労働省からは、都道府県の担当者などからも賛否両論があると指摘し、「機械的にやるのはどうか。実務上は相当難しい」との認識が示されている。

このほか、委員会からは、保護費の半分が医療扶助で占められていることから、「最後の切り所という生活保護の原則に立ち返り、たとえば、医療扶助への医療保険制度の適用を検討すべきではないか」との指摘がなされた。

この点に関し、厚生労働省からは、被保護者に国保を適用するには、都道府県と市町村の合意が得られるかどうかのポイントであり、仮に、国保に適用した場合、生活保護の国庫負担額が大幅に減額となることから、国の負担は減少するものの、国保では都道府県の負担が増大するとして、国や地方のそれぞれの財政負担の増減をどう考えるかが課題になると回答している。

#### ○ 第1次勧告 (H20.5)

地方分権改革推進委員会第1次勧告の中で、生活保護については、制度創設以来、大きな制度改正は行われてこなかったとした上で、少子高齢・人口減少社会の到来や家族形態の変容など、社会状況の変化に現行制度が十分対応できていないと指摘している。

また、勧告では、国と地方の協議の場を早期に立ち上げ、国が責任を持つべき部分と地方が責任を持つべき部分との役割分担を踏まえた総合的な検討に着手し、平成20年度中を目途に制度改正の方向を得ることを要請している。



### 3. 国民健康保険をめぐる議論

#### 地方分権改革推進委員会 第1次勧告（抄） [平成20年5月28日]

##### 第2章 重点行政分野の基本的見直し

##### (1) ぐらしづくり分野関係

##### 【医療・医療保険】

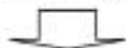
現在の医療制度は、医師不足、医療費の適正化、医療保険制度の財政運営の安定化など多くの課題を抱えており、実際に制度の運営にあたる地方自治体には、医療に関連する介護などの分野も含めて総合的な取組みを進めていくことが求められる。また、国は地方自治体から集められた客観的な情報や意見等をもとに、地方自治体が取組みを進めるための条件整備を行う必要がある。このように各種課題の克服に向けて国と地方が適切な役割分担の下に取組みを進めていく必要がある。

医療サービスについては、地域ごとに特質がある一方、サービスの利用が広域にわたる。このため、都道府県単位の連携も含め、都道府県が広域的な行政主体として地域の実情に応じた医療資源の適正な配置、過不足ない医療提供体制の整備、医療費の適正化対策に主体的な役割を担うことができるよう、地域の医療における都道府県の権限と責任の強化をはかるべきである。このため医療計画における基準病床数の算定については、都道府県ごとの基準病床数の上限を実質的に国が決めている方式を改める必要がある。あわせて国民健康保険制度についても、都道府県単位を軸として検討を進める必要がある。

[厚生労働省関係]

○ 国民健康保険の運営に関し、保険財政の安定化や保険料の平準化の観点から、都道府県単位による広域化の推進や都道府県の権限と責任の強化について検討し、平成21年度中（注）に結論を得る。

（注）平成21年度までの措置として「国民健康保険制度の財政基盤の強化について」が、総務・財務・厚生労働の3大臣により合意されている（平成17年12月18日）。



#### 地方分権改革推進要綱（第1次）（抄） [平成20年6月20日 地方分権改革推進本部決定]

##### 第2 地方分権のための制度・運営の改革の推進

##### 1 重点行政分野の基本的見直し

##### 【医療・医療保険】

○ 国民健康保険の運営に関し、保険財政の安定化や保険料の平準化の観点から、都道府県の権限と責任の強化とともに、都道府県単位による広域化の推進等について検討し、平成21年度中に結論を得る。

[厚生労働省]

#### (1) 国民健康保険制度の現状

我が国は、国民がいずれかの医療保険に加入する国民皆保険体制となっている。我が国の医療保険加入者数は、平成18年度末で市町村国保が約4,738万人(1,818団体)、政管健保が約3,594万人(1団体)、健康保険組合が約3,674万人(1,541団体)となっており、市町村国保が全体の36.8%を占めている。

国民健康保険には、本来、構造的に保険料負担能力の低い低所得者が多く加入していたが、近年、高齢化の進行による年金受給者を中心とする高齢・無職者の増加や、経済構造の変化による第一次産業人口の減少等により、低所得者の加入割合はますます高まっており、保険財政への負担要因となることが懸念されている。

平成18年度末の国民健康保険事業全体の実質収支は134,772百万円の黒字となっているが、財政補てん的な都道府県支出金及び他会計繰入金を控除し、財源補てん的な繰出金を加えた再差引収支額は303,423百万円の赤字となっている。

また、我が国の国民医療費は毎年増加を続け、経済成長と国民医療費の伸びとの不均衡はますます拡大している。老人医療費は、平成14年度の制度改正によって、対象年齢が引き上げられたことにより、伸び率は低下しているものの、国民医療費の4割近くを占めている。

## (2) 医療制度改革について

総理大臣の下で行われた「社会保障構造の在り方について考える有識者会議」の報告書(平成 12 年 10 月)を受け、政府及び与党が緊密に連携して、改革の理念や基本的考え方を明らかにする「大綱」をとりまとめた。これに基づく具体的推進方策を協議するため、平成 13 年 1 月に総理大臣の主宰により総務大臣をはじめとする関係閣僚と与党 3 党の幹部を構成メンバーとして「政府・与党社会保障改革協議会」が設置され、「社会保障改革大綱」(平成 13 年 3 月 30 日)がまとめられた。

平成 13 年 9 月 25 日には、厚生労働省から今後の議論のたたき台となる「医療制度改革試案」が公表され、これを基にワーキングチーム等を中心とした議論が精力的に行われた結果、同年 11 月 29 日に政府・与党社会保障改革協議会において「医療制度改革大綱」が決定された。

この大綱は、①医療保険制度の一元化、保険者の統合・再編の促進や国民健康保険の財政支援制度の創設等といった医療制度改革の基本的視点と将来方向、②健康づくり・疾病予防の推進や医療提供体制の見直し等による保健医療システムの改革、③診療報酬・薬価基準等の改革、④給付率の統一をはじめ自己負担限度額や保険料の見直し等を内容とする医療保険制度の改革、⑤高齢者医療制度の対象年齢や公費負担、患者負担のあり方を見直し等、医療制度改革全般にわたる内容となった。

さらに、大綱の決定を受け、平成 13 年 12 月 18 日に国保関係の 3 大臣(総務・財務・厚生労働)の間で、国民健康保険制度の財政基盤強化等に関する合意がなされた。また、平成 14 年 3 月 1 日、7 割給付の統一や老人医療対象者の対象年齢の引き上げ等を内容とした「健康保険法等の一部を改正する法律案」が第 154 回国会において成立し、同法附則第 2 条第 2 項において、①保険者の統合及び再編を含む医療保険制度体系の在り方、②新しい高齢者医療制度の創設、③診療報酬体系の見直しに関する基本方針を平成 14 年度中に策定することが定められ、平成 15 年 3 月 28 日に「健康保険法等の一部を改正する法律附則第 2 条第 2 項の規定に基づく基本方針について」(以下「基本方針」という。)が閣議決定された。この基本方針に基づく医療保険制度体系に関する改革については、平成 20 年度に向けた実現を目指すこととされ、法改正を伴うものについては、概ね 2 年後(平成 18 年通常国会)を目途に順次制度改正に着手することとされた。

その後、厚生労働省は、上記基本方針を具体化することを目指し、国民的議論を進めるためのたたき台として、平成 17 年 10 月 19 日に「医療制度構造改革試案」(厚生労働省試案)をとりまとめ、与党・政府部内を中心に調整が図られた結果、同年 12 月 1 日に政府・与党医療改革協議会において「医療制度改革大綱」が決定された。

大綱は、①医療費適正化計画の策定、保険給付の内容・範囲の見直し等の「医療費適正化の総合的な推進」、②後期高齢者医療制度の創設、前期高齢者の医療費に係る財政調整制度の創設等の「新たな高齢者医療制度の創設」、③国保の財政基盤強化、政管健保の公法人化等の「保険者の再編・統合」を主な内容としている。

そして、この大綱の内容を具体化した「健康保険法等の一部を改正する法律案」及び「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」が、平成 18 年 2 月に閣議決定され、同年 6 月に国会において可決成立した。

「医療費の適正化の総合的な推進」については、①生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のため、国が示す基本方針に即し、国及び都道府県が計画(計画期間 5 年)を策定する医療費適正化計画の策定(中長期的な医療費適正化方策)、②保険者に対し、40 歳以上の被保険者

等を対象とする糖尿病等の予防に着目した健診及び保健指導の実施を義務付け(平成 20 年 4 月)、③現役並みの所得がある高齢者の患者負担を 2 割から 3 割に引き上げ、療養病床に入院する高齢者の食費・居住費の負担を見直し、傷病手当金・出産手当金の支給率等を見直し、70 歳から 74 歳までの高齢者の患者負担を 1 割から 2 割に引き上げ(65 歳から 69 歳までの高齢者は 3 割負担で変更なし 平成 20 年 4 月)、乳幼児に対する患者負担軽減(2 割負担)の対象年齢を 3 歳未満から義務教育就学前まで拡大(平成 20 年 4 月)するといった保険給付の内容・範囲の見直し等(短期的な医療費適正化方策)、④病床転換支援事業の創設(平成 20 年 4 月)及び介護療養型医療施設の廃止(平成 24 年 4 月)などを内容とする。

また、「新たな高齢者医療制度の創設」については、①75 歳以上の後期高齢者の保険料(1 割)、現役世代(国保・被用者保険)からの支援(約 4 割)及び公費(約 5 割)を財源とする新たな医療制度を創設、保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が実施(平成 18 年度末までに、都道府県の区域ごとに当該区域内のすべての現存市町村が加入する広域連合を設ける)、高額医療費についての財政支援、保険料未納等に対する貸付・交付など、国・都道府県による財政安定化措置を実施するといった後期高齢者医療制度の創設(平成 20 年 4 月)、②65 歳から 74 歳までの前期高齢者の給付費及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、国保及び被用者保険の加入者数に応じて負担する財政調整を実施する前期高齢者の医療に係る財政調整制度の創設(平成 20 年 4 月)、退職者医療制度について、平成 26 年度までの間における 65 歳未満の退職者を対象として、現行制度を経過措置として存続させることなどを内容とする。

さらに、「保険者の再編・統合」については、①国民健康保険については、国保の財政基盤の強化、国保財政基盤強化策(高額医療共同事業等)、保険財政共同安定化事業の創設、②政管健保については、健保組合の組合員以外の被用者を被保険者とする保険について公法人が管掌することや都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料率を設定し、適用及び保険料徴収事務は、年金新組織において実施といった政管健保の公法人化(平成 20 年 4 月)、③健康保険組合については、同一都道府県内における健保組合の統合(地域型健保組合)を推進するため、統合後の組合(地域型健保組合)について、経過措置として、保険料率の不均一設定を認めることなどを内容とする。

### (3) 国民健康保険制度を巡る三位一体改革時の議論

国と地方の三位一体改革では、国民健康保険国庫負担金について、厚生労働省は、①健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画の作成主体として都道府県の役割強化を図る必要があること、②医療費の地域差の縮小と保険料の平準化を図る必要があることなどを理由として、都道府県負担の導入を提案した。

これに対し地方側は、①都道府県負担の導入は、三位一体改革とは全く無関係の提案で、地方への負担転嫁に過ぎないこと、②国民健康保険は、被保険者に占める高齢者の割合が高いことなどによる医療費の増嵩に加え、無年金者や被用者保険からの流入の増加により、構造的な問題を抱えており、医療保険制度改革を平成 20 年度から実施すべく見直しが行われている最中に、地方の負担割合を引き上げることは問題であるとして、反対の姿勢を示した。

その後、政府・与党の議論の中で、税源移譲を前提として都道府県の負担導入と役割強化を求める意見が強まった。これを受けて、都道府県内の財政調整の権限を国から都道府県に一部移譲し、

市町村の安定的な保険運営に向けて都道府県が自主性を発揮できる形として、平成 17 年度から都道府県調整交付金が創設されることとなった（平成 17 年度は給付費等の 5%、平成 18 年度以降は給付費等の 7%）。

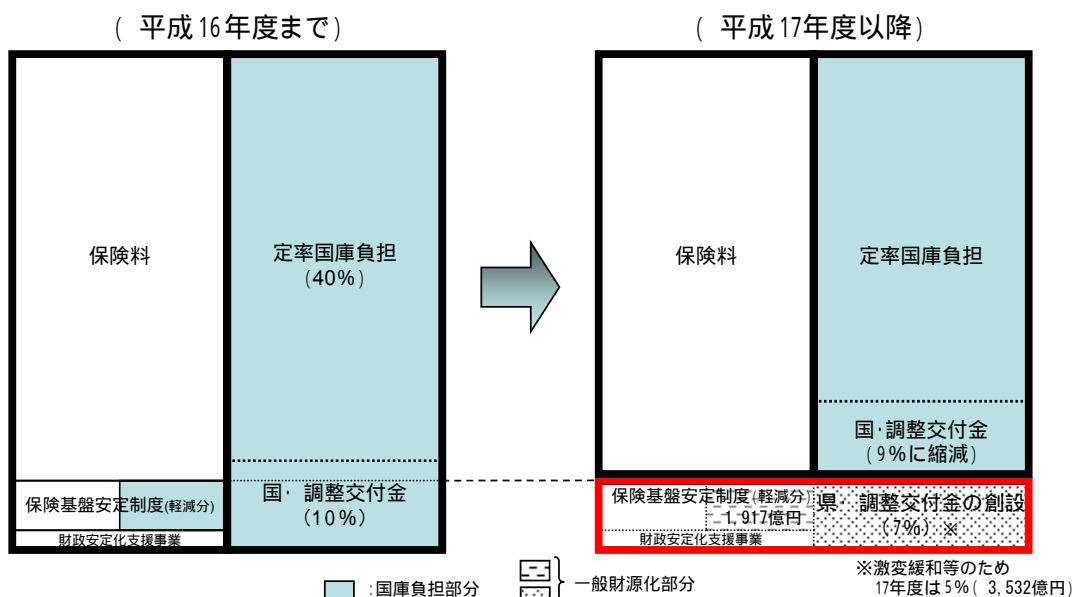
### 国保の財政スキームの見直し

〔ポイント1〕 国庫負担と保険料負担を均等にするとの基本的考え方を維持  
 県内財政調整部分を除き、保険給付費の50%を国、50%を保険料で負担

〔ポイント2〕 県内調整は基本的に県が実施し、国保財政の基盤を安定化

国による調整権限を縮減(国・調整交付金10%⇒9%)のうえ、県・調整交付金を創設(7%\*)し、  
 県内調整権限を県に移譲。保険基盤安定制度や県・調整交付金により一体的に県内調整

- ▷ 県内調整の方法については、国・県・市町村で検討の場を設け、地方の意見を尊重しつつガイドラインを作成
- ▷ 一般財源化規模:約6,850億円程度(17年度は5,449億円)



#### (4) 地方分権改革推進委員会における議論と第1次勧告

##### ○ 地方分権改革推進委員会 厚生労働省ヒアリング (H19.7)

平成 19 年 7 月に行われた第 12 回会合では、医療・医療保険分野に関連し、まず、厚生労働省から、医療制度改革に伴う都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合の具体的内容や後期高齢者医療制度の運営の仕組み等について説明するとともに、国保制度と後期高齢者医療制度での国・都道府県・市町村・広域連合のそれぞれの役割について解説した。

意見交換の中では、国保財政について、委員会から、平成 17 年度に導入された都道府県調整交付金の位置付けが曖昧であると指摘があったのに対し、厚生労働省は、「国は制度を安定させることで定率の国庫負担とあわせて、所得が低いことによって保険料が高くなってしまふことを極力抑制するため、全国的な財政調整を調整交付金を使って行う。都道府県は、国の調整だけでは行い切れない都道府県内の所得格差の調整、災害による給付増、保険料の減免などの財政需要への対応を都道府県の財政調整交付金を通じて行う。」と説明した。

さらなる保険運営の広域化を推進する上での課題については、「広域化によって保険料が上がったり下がったりすることが出てくること」として保険料格差の問題を指摘し、保険料が揃っていればさ

らなる広域化がしやすくなるとした。その対応策として、都道府県には保険料の平準化に向け、不合理な医療費格差の解消等を通じた医療費適正化の取組や、広域化によって生じる保険料の上昇を緩和する目的での都道府県財政調整交付金による財政調整などの役割に期待を示した。

また、医療保険制度の全国レベルでの一元化について、厚生労働省からは、「都道府県単位の保険者の再編・統合を行い、それにより、さらなる医療保険制度の一元化を目指したものの、事業主負担の問題等もあり、都道府県単位でのコンセンサスしか得られなかったが、更に一元化を目指す必要がある。」とした。

さらに、平成 20 年度から実施される後期高齢者医療制度では、各都道府県単位で設置された広域連合内での保険料が統一されることと、平成 18 年 10 月から創設された国保の保険財政共同安定化事業にふれ、さらなる広域化の実現に向けて、後期高齢者医療広域連合による保険者機能の発揮状況と国保の市町村間の保険料の平準化の進捗状況がポイントであるとの認識を示した。

#### ○ 地方分権改革推進委員会 全国知事会ヒアリング (H19.9)

平成 19 年 9 月に行われた第 16 回会合では、全国知事会からのヒアリングが行われた。

福祉分野では、全国知事会側から、国保の課題として、他の保険制度と比べて高齢者・低所得者が多く、財政基盤が脆弱なことや地域間格差が著しい上に保険料が統一でないこと等の問題点を指摘したうえで、国保の国への一元化を提案し、持続可能な制度とするためにも医療保険制度は一元化し、国を保険者として運営すべきであるとした。

さらに、財源が地方へ移譲されても、税収が上がらなければサービスの質の低下につながるとし、都道府県間の財政格差による国保保険制度の運営の影響についての指摘がされた。

意見交換では、委員会から、後期高齢者医療制度創設に伴う都道府県単位の広域連合の設立や同制度への都道府県負担の導入などは、都道府県が医療保険に取り組む大きなインセンティブだと捉える意見が出されるとともに、財政基盤の安定を志向した、より複合的な広域連合の形も考えていくべきとの意見が出された。

#### ○ 地方分権改革推進委員会 厚生労働省ヒアリング (H19.10)

平成 19 年 10 月に行われた第 24 回会合においては、厚生労働省から医療保険関連等でヒアリングが実施された。

国保については、地方団体から、国保事業の財政状況が非常に厳しく、高齢化の進展に伴う一層の財政負担が懸念される状況においては、国が保険者となり、制度を一元化すべきであるとの指摘がなされていたが、厚生労働省からは、この点に関し、「財政プールは大きくなれば安定するが、保険制度には受益と負担の関係が明確であることが重要であり、国に一元化することで、医療費適正化や効率的な運営ができるかどうかは疑問である」との見解が示された。

また、レセプト 1 件当たり 30 万円超の医療費について、財源を都道府県が共同でプールし、医療費に応じて交付する保健財政共同安定化事業があり、市町村間の医療費格差が問題であるとするれば、この事業を活用することで、国保では都道府県単位でプールし、保険料の平準化が図られると指摘した。

さらに、国保被保険者の構造が自営業者や農業等従事者から無職者や非正規雇用の者に変化している現状については、厚生労働省から、被用者保険の年金や健保の適用を拡大していくことが本筋である

との指摘がなされた。

#### ○ 中間的な取りまとめ (H19.11)

中間的な取りまとめの素案について議論した平成19年11月の第27回会合において、都道府県を軸とした保険者の再編・統合や都道府県による医療費適正化計画の策定などが実施されることとなる医療制度改革と関連して、委員会から、「県と県とをまたがる問題に柔軟に対応すべきであるという点を盛り込むべき。都道府県が責任を持ってやることには賛成だが、それに留まることなく、都道府県間の水平調整ができるところまで踏み込む必要がある。水平調整が難しいとして国での調整を行うとすれば、いつまでたっても分権は進まない。」という厳しい意見が出された。

中間的な取りまとめの中で、医療分野については、①地域医療計画等における都道府県の権限と責任を強化、②国民健康保険における運営の広域化等について、早急に具体的な改革案を取りまとめるよう要請している。

具体的には、まず、医療について、医療提供体制の整備や医療資源の適正な配置は、広域的な行政主体である都道府県がその連携も含め主体的な役割を担うべきであるとともに、医療費適正化に向けては、都道府県が重要な役割を担っていることに鑑み、医療計画についても、全国統一的な基準病床数の算定方法を廃止し、地域独自の算定を可能とする仕組みや、診療報酬の決定に際して都道府県の意見を反映する仕組みを構築すべきであるとした。

さらに、国保については、市町村主体の厳しい財政運営を強いられている中で、現在も都道府県単位での保険財政安定化対策や財政調整が行われているとした上で、保険財政の安定化や保険料の平準化の観点から、国保運営の都道府県単位による広域化の推進や都道府県の権限と責任の強化について検討を進める必要があると指摘している。

#### ○ 第1次勧告 (H20.5)

平成20年5月に示された第1次勧告においても、医療・医療保険関係では、医師不足、医療費の適正化、医療保険制度の財政運営の安定化など多くの課題を抱えているとした上で、「都道府県間の連携も含め、都道府県が広域的な行政主体として地域の実情に応じた医療資源の適正な配置、過不足ない医療提供体制の整備、医療費の適正化対策に主体的な役割を担うことができるよう、地域の医療における都道府県の権限と責任の強化を図るべきである」との認識を示している。

医療計画の基準病床数の算定については、都道府県ごとの基準病床数の上限を実質的に国が定めている方式を改める必要があるとし、地域の実情に応じた独自の加減算が可能になるよう、平成23年度までに検討し、結論を得るとしている。あわせて、医療の効率的な提供の推進の観点から、都道府県の診療報酬への意見を的確に反映する仕組みを検討するとしている。

また、国保運営に関しては、保険財政の安定化や保険料の平準化の観点から、「都道府県の権限と責任の強化とともに、都道府県単位による広域化の推進等について検討」するとし、平成21年度中に結論を得るとしている。

## 4. 地方分権改革推進要綱（第1次）を受けたその後の動向

### （1）生活保護制度に関する国と地方の協議

地方分権改革推進委員会第1次勧告において、生活保護について、「少子高齢・人口減少社会の到来、家族形態の変容、就業形態の変化等の社会状況の変化に現行制度は十分対応できていない」として、抜本的な改革の検討を促していることを受けて設けられた「生活保護制度に関する国と地方の協議」の初会合が、平成20年11月4日に開催された。国と地方の協議には、国側から舛添厚生労働大臣、大村厚生労働副大臣が、地方側からは、谷本石川県知事、阿部川崎市市長、岡崎高知市長が出席した。

今回の協議では、厚生労働省と地方側の間で、主に、①自立支援のあり方、②医療扶助のあり方、③漏給・濫給の防止策の3点について、平成20年度中を目途に議論していく方針が確認された。

生活保護については、国と地方の税財政を見直す三位一体改革の議論の中で、厚労省が国庫負担率の引き下げを提案。この提案に地方側が強く反発し、国庫負担率の引き下げは見送られ、生活保護の適正化に国・地方が真摯に取り組むとの方針が、政府・与党の合意の中に盛り込まれた経緯がある。

今回の国と地方の協議における厚生労働省及び地方側の共通認識としては、会議の冒頭において、地方側から、「国庫負担率の引き下げを行うものではないというのが議論の前提だ」（谷本石川県知事）、「財源問題は国の責任で実施することが大前提だ」（岡崎高知市長）との発言があったのに対し、舛添厚生労働大臣からも、「三位一体改革でも生活保護は協議したが、今回は目的がまったく異なる」、「（地方側の発言の）趣旨に沿って議論を進めたい。」とし、生活保護の改善策を議論することが協議の主眼であることが確認された。

また、岡崎高知市長からは、議論の前提として、「医療扶助の一部を切り離して、国保に組み込むようなことがあれば、国保は破たんする」として、医療扶助と国保を関連付けた議論が協議の俎上に載せられないよう求める場面もあった。

生活保護の改善策に関連して行われた意見交換の中では、まず、舛添厚生労働大臣が、生活保護の自立支援プログラムのあり方、医療扶助のあり方、漏給・濫給の防止策が問題であると指摘した。

谷本石川県知事からは、こうした観点に加えて、「生活保護制度自体の見直しも重要だが、高齢者の所得保障や失業対策など、総合的な対策が必要」と指摘。さらに、フリーターやニート対策として、就労以前に社会生活への自立支援が必要になると指摘した。

医療扶助をめぐっては2兆6,225億円の保護費のうち、1兆3,063億円（49.8%）とほぼ半分を医療扶助が占めている（平成20年度予算ベース）ことから、谷本石川県知事は、「高齢者が増加しているのでやむを得ない側面はあるが、このままでいいのか、現物給付で負担なしという仕組みがよいかどうかも検討する必要がある」とし、償還払いの一部導入も含めた医療扶助の見直しの必要性に言及した。

自立支援については、岡崎高知市長から、「生活保護から脱却する自立支援と、ボーダーライン層が生活保護に転落しないための自立支援の、両方の視点が必要。」とし、被保護者への支援に加え、ボーダーライン層が生活保護の対象とならないような予防策も重要だとの認識が示された。

生活保護制度の改善については、見直しを行う必要があるとの方向性は国・地方側双方で一致して

おり、今後、事務レベルの協議を重ねた上で、平成 20 年度中に論点がまとめられる見通しとなっている。

## (2) 長寿医療制度の相次ぐ制度改善策と見直し議論及び国保 3 大臣合意の扱いについて

### (高齢者医療の円滑な運営のための負担の軽減等)

平成 20 年 4 月から施行された長寿医療制度（後期高齢者医療制度）は、制度の趣旨や仕組み等が国民に十分周知されず、また、制度スタート時における保険証の未着問題や保険料の算定誤りといった事務処理上のミスも重なるなど、制度導入当初は、混乱が大きかった。

こうした中、政府・与党においては、制度の施行状況等を踏まえ、制度の円滑な運用を図るため、運用改善策として、6 月 12 日に「高齢者医療の円滑な運営のための負担の軽減等について」をとりまとめ、高齢者の置かれている状況に十分配慮したきめ細やかな措置を早急に講じるとともに、地方自治体関係者と十分連携して、さらに広く国民に周知することとした。

これにより、平成 21 年度から、①後期高齢者医療制度の被保険者全員が年金収入 80 万円以下の世帯を対象に、被保険者均等割について新たに 9 割軽減を創設する、②所得割を負担する年金収入 210 万円程度までの被保険者について所得割額を 50%軽減することとなった。（平成 20 年度については、経過的な軽減策として、被保険者均等割 7 割軽減世帯については 10 月から半年間保険料を徴収せず（8.5 割軽減）、年金 210 万円程度までの被保険者の所得割を原則一律 50%減とすることとした。）

また、9 月 9 日の与党 P T において、「平成 21 年（度）における高齢者医療の負担のあり方」として、70 歳から 74 歳の医療費自己負担増（1 割→2 割）凍結、被用者保険の被扶養者の保険料負担の軽減（9 割軽減）の平成 21 年度中の継続の決定や、75 歳到達月における自己負担限度額の特例の創設などを内容とする運用改善策をとりまとめた。

### (高齢者医療制度の見直し)

こうした高齢者医療制度の運用改善策の打ち出しが相次ぐ中、平成 20 年 9 月 20 日、舛添厚生労働大臣が後期高齢者医療制度に代わる新制度の検討を、突如、表明した。

舛添厚生労働大臣は、高齢者医療制度の見直しにあたっての基本的な考え方として、①年齢のみで区分しない、②年金からの保険料天引きを強制しない、③世代間の反目を助長しないという 3 原則を示した。その後の与党連立政権合意（平成 20 年 9 月 23 日）では、「長寿医療制度については、高齢者の心情に配慮し、法律に規定してある 5 年後見直しを前倒しして、より良い制度に改善する。」旨が盛り込まれ、さらに、麻生内閣総理大臣は、同月 29 日の第 170 回国会における所信表明において、「高齢者に納得していただけるよう、1 年を目途に必要な見直しを行う」旨表明した。

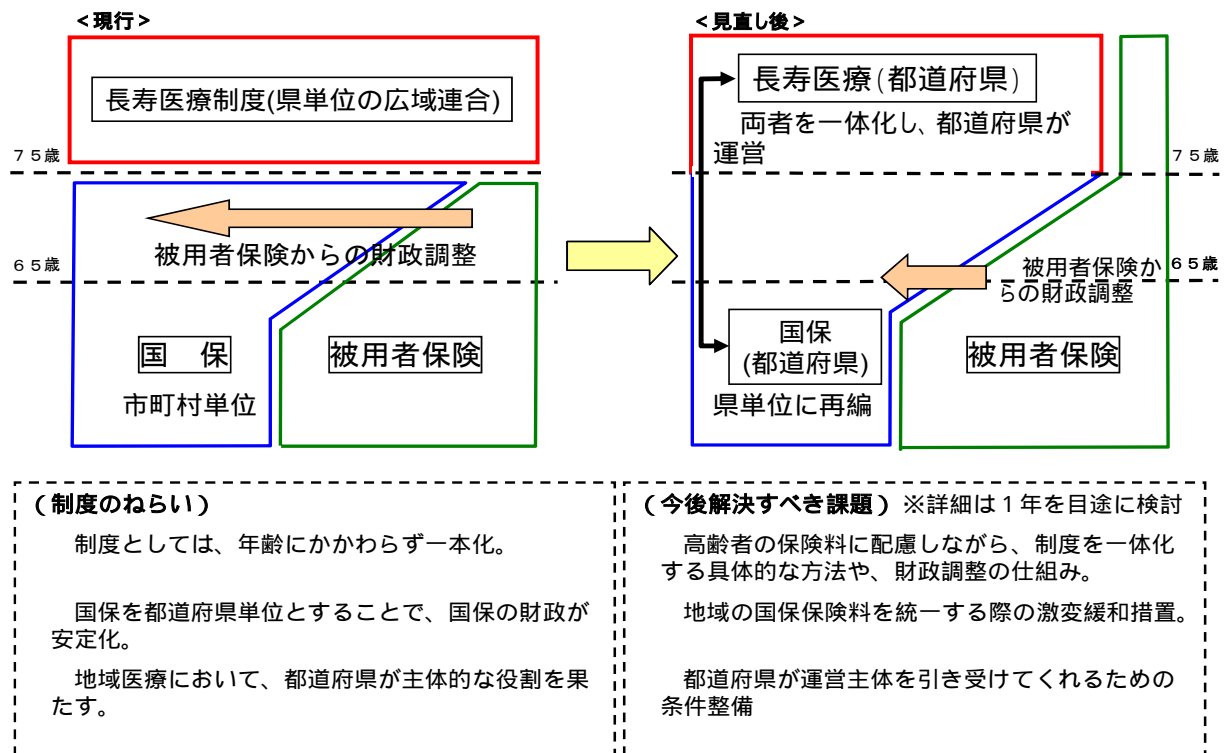
また、舛添厚生労働大臣は、高齢者医療制度に関し、有識者により幅広い観点から議論するために設けられた高齢者医療制度に関する検討会に、長寿医療制度と国民健康保険の一体化に関する舛添大臣の私案を提出した（平成 20 年 10 月 7 日）。このいわゆる舛添私案は、国保を都道府県単位に再編し、国保と長寿医療制度を一本化したうえで、被用者保険からの財政調整をあわせて行うものである。制度のねらいとしては、①制度としては年齢にかかわらず一本化、②国保を都道府県単位とすることで国保の財政が安定化、③地域医療において都道府県が主体的な役割を果たすことの 3 点を示すとともに、今後解決すべき課題として、①高齢者の保険料に配慮しながら、制度を一体化する具体的な方



法や財政調整の仕組み、②地域の国保保険料を統一する際の激変緩和措置、③都道府県が運営主体を引き受けてくれるための条件整備を挙げ、詳細については、今後1年を目途に検討していくこととした。

さらに、与党においても、平成20年12月17日に与党PTが示した「高齢者医療制度の見直しにあたっての基本的枠組み」により、法律に規定する5年後の見直しを前倒してよりよい制度への改善を図ることとし、見直しに当たっては、「全世代の納得と共感が得られる枠組みについて、来春を目途に幅広い議論を進め、結論を得る」こととしている。

### 長寿医療制度と国民健康保険の一体化に関する舛添大臣の私案のイメージ



第2回高齢者医療制度に関する検討会(平成20年10月7日)舛添厚生労働大臣提出資料

(国保3大臣合意)

先の舛添私案は、国保を都道府県単位化した上で、被用者保険との財政調整を行う案であるが、財政調整に係る合意形成は容易ではない。また、国保については、平成18年医療制度改革の一環として、高額医療費共同事業等の国保財政基盤強化策の継続や保険財政共同安定化事業等の創設により、保険運営の広域化が進められているところである(総務・財務・厚生労働3大臣合意 平成17年12月18日)。

上記の3大臣合意による措置は、平成21年度までの措置とされており、また、高齢者医療制度の見直しについては、国保の問題とは切り離せないものと考えられることから、市町村国保の財政状況や後期高齢者医療制度の創設に伴う影響を勘案し、高齢者医療制度の見直しとあわせて、平成21年度中に平成22年度に向けた国民健康保険制度の見直しの議論が行われることとなる。

この際、見直しの議論を進めるに当たっては、都道府県・市町村ともよく連携しながら具体的な対

応を検討していくとともに、これまでの財政基盤強化策の評価分析や国民健康保険における国・都道府県・市町村の役割について議論を深めていくことが求められている。

## 国保における都道府県の役割について

### 今後の議論について

国保における都道府県の役割については、平成20年6月の地方分権改革推進要綱(第1次)において、「国民健康保険の運営に関し、保険財政の安定化や保険料の平準化の観点から、都道府県の権限と責任の強化とともに、都道府県単位による広域化の推進等について検討し、平成21年度中に結論を得る。」とされている。

一方で、平成17年12月に総務・財務・厚生労働の3大臣により平成21年度までの措置として合意された高額医療費共同事業等の国保の財政基盤強化策の期限が切れることから、高齢者医療制度の見直しに併せて平成22年度に向けた議論が行われることとなる。

### 平成17年12月18日 総務・財務・厚生労働3大臣合意

#### **1. 国保財政基盤強化策の継続【公布日施行(平成18年4月から適用)】**

- (1) 高額医療費共同事業
  - ・高額な医療費の発生が国保財政に与える影響を緩和するために、都道府県単位で財政リスクを分散する事業
  - ・事業規模：1,800億円程度(交付基準は70万円以上から80万円以上に引上げ)
  - ・事業主体：国民健康保険団体連合会      ・負担区分：市町村国保1/2、都道府県1/4、国1/4
- (2) 保険者支援制度
  - ・市町村国保の財政基盤を強化するために、低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援する制度
  - ・事業主体：市町村      ・負担区分：国1/2、都道府県1/4、市町村1/4
- (3) 国保財政安定化支援事業
  - ・国保財政の安定化、保険料(税)負担の平準化等に資するために、市町村の一般会計から国保特会への繰入れを地方財政措置で支援する事業(市町村に対する地方財政措置：1,000億円程度)

#### **2. 保険財政共同安定化事業【平成18年10月施行】**

都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、一件30万円以上の医療費について、市町村国保の拠出による保険財政共同安定化事業を平成18年10月から実施(国保医療費の約4割が対象)

3. 上記は、平成21年度までの措置とし、市町村国保の財政状況や後期高齢者医療制度の創設に伴う影響を勘案し、平成22年度において見直しを行うものとする。

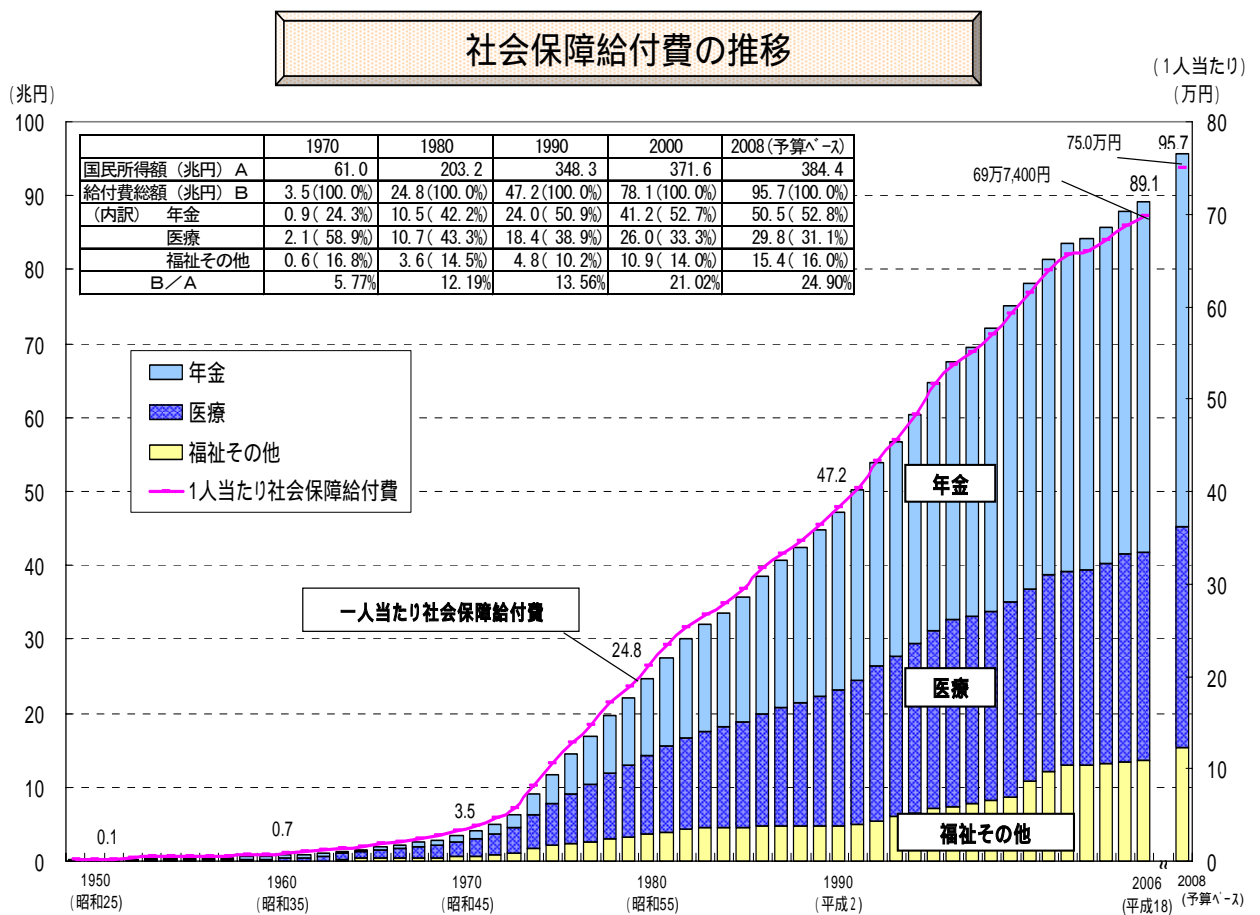
## 第2章 社会保障の機能強化

総務省自治財政局調整課

### 1. はじめに

平成20年1月に政府に設置された社会保障国民会議は、6月の中間報告を経て、11月に最終報告をとりまとめた。この中で、一連の社会保障制度改革を制度の持続可能性を高めたと評価した一方で、地域医療の崩壊など改革に伴い生じた課題を整理、必要なサービスを保証し、安心と安全を確保する「社会保障機能の強化」に軸足を移した改革を進めるべきだと提言している。さらに、「速やかに負担について国民合意を形成し、社会保障制度に対する国・地方を通じた必要な財源の確保を図るべき」として、新たな税負担の必要性を示している。

最終報告での提言を受け、経済財政諮問会議における議論や政府・与党の調整を経て、年末には、社会保障と税財政改革の全体像を示した「中期プログラム」が閣議決定された。



## 2. 社会保障国民会議における議論と最終報告について

### (1) 社会保障国民会議について

社会保障国民会議は、将来にわたって国民に信頼される社会保障制度に裏打ちされた、すべての人が安心して暮らし、本当の意味での豊かさを実感できる社会をつくっていくために取り組んでいくことが必要であるという観点から、有識者の参加を得つつ、社会保障のあるべき姿と、その中で政府にどのような役割を期待し、どのような負担を分かち合うかを、国民が具体的に思い描くことができるような議論を行うことを目的として、福田内閣において平成20年1月に閣議決定により設置された。

社会保障国民会議には、本会議のほかに、所得確保・保障（雇用・年金）、サービス保障（医療・介護・福祉）、持続可能な社会の構築（少子化・仕事と生活の調和）の3分科会を置いて、社会保障をめぐる課題について議論が重ねられた。

平成20年6月19日には、本会議の社会保障国民会議中間報告、各分科会の中間とりまとめが公表された。この中間報告においては、今後の社会保障制度改革の方向性として、制度の持続可能性の確保を重視すると同時に、社会保障の機能強化に重点を置いた改革を進めていくことが提起された。

また、中間報告及び中間報告後の各分科会での議論、公的年金制度の定量的シミュレーションや医療・介護費用のシミュレーションなどを踏まえ、同年11月4日には最終報告が取りまとめられたところである。

### (2) 最終報告の概要について

社会保障国民会議は、社会保障のあるべき姿とともに財源問題を含む今後の改革の方向性について、本会議及び3分科会あわせて31回にわたる会議を重ね、社会保障を巡る様々な課題についての議論が行われた。

中間報告においては、今後の社会保障が進むべき道筋として、「制度の持続可能性」とともに「社会保障の機能強化」に向けての改革に取り組むべきことを提起するとともに、社会保障制度に対する国・地方を通じた必要な財源の確保に関して、社会保障国民会議としても、社会保障全体の財源確保方策について引き続き検討していくとした。

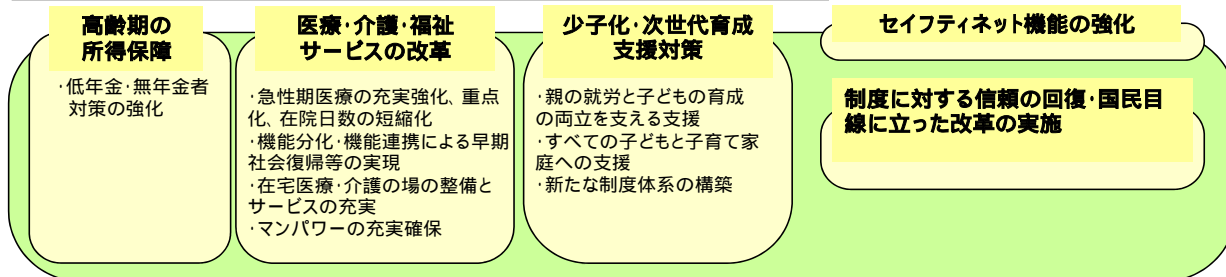
最終報告においては、中間報告後の平成20年10月に第2分科会が「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション」を行ったことで、すでに中間報告前に実施された「社会保障国民会議における検討に資するために行う公的年金制度に関する定量的なシミュレーションについて」及び平成19年12月に政府においてとりまとめられた「子どもと家族を応援する日本」重点戦略会議報告」とあわせて、社会保障のうち、年金、医療・介護、少子化対策に関して、それぞれの課題や改革の方向性、将来必要とされる財源の規模について、具体的な姿を明らかにしている点がポイントである。

# 社会保障国民会議最終報告(概要)

## 1. 社会保障改革の基本的視点

「制度の持続可能性」を確保していくことは引き続き重要な課題であるが、今後は、同時に、必要なサービスを保障し、国民の安心と安全を確保するための「社会保障の機能強化」に重点を置いた改革を進めていくことが必要。

## 2. 社会保障の機能強化のための改革として、主に以下の対応が必要



## 3. 社会保障の機能強化に向けて

社会保障の機能強化のために追加的に必要な公費負担は、消費税率に換算して**2015年3.3～3.5%程度 2025年6%程度**

(注1) 経済前提Ⅱ-1(医療の伸び率ケース)、医療・介護B2シナリオの場合。

(注2) 税方式を前提とした場合には、2015年に6～11%程度、2025年で9～13%程度。

社会保障制度を将来にわたって持続可能なものとし、同時に必要な機能の強化を実現していくために、あるべき給付・サービスの姿を示し、それを実現していくための改革の全体像を明らかにしながら、必要な財源を安定的に確保していくための改革に真剣に取り組むべき時期。

速やかに社会保障に対する安定的財源確保のための改革の道筋を示し、国民の理解を得ながら具体的な取組に着手すべき。

(厚生労働省作成資料)

### (3) 中間報告の概要 「これからの社会保障 ～中間報告が示す道筋～」

中間報告のポイントは、今後の社会保障が進むべき道筋として、「制度の持続可能性」とともに「社会保障の機能強化」に向けての改革に取り組むべきことを提起した点にある。

中間報告では、社会保障国民会議における議論の出発点として、①国民の安全と安心を支える社会保障、②時代の要請・社会の変化に応える社会保障、③全ての国民が参加し支える、国民の信頼に足る社会保障、④国と地方が協働して支える社会保障の4点を挙げている。

この中では、まず、社会保障は常に国民の最重要関心事項であり、国民の期待に応えられる社会保障制度を構築することは、国家の基本的な責任のひとつであると指摘している。その上で、社会保障国民会議に課せられた役割として、(本格的な少子高齢社会において社会保障制度の持続性をいかに維持していくか、また、働き方の多様化や女性の社会進出、核家族化の進行などによる人々の生き方・暮らし方や価値観の多様化など、経済社会の様々な変化に対応した、時代が求める機能・役割を果たすことのできるものとなるよう、その機能を強化していかなければならない→)時代の要請・社会の変化に応えられる社会保障制度を実現するべく、必要な改革の方向性・処方箋を提起することとしている。

また、社会保障制度に国民一人一人が支え手として参加し、有効にその機能を発揮させるためには、社会保障制度が信頼に足る、簡素で効率的かつ公平で透明な制度を作っていくことが、今後の改革の基本でなければならないとしている。

さらに、「社会保障制度の構築と現場での運用の両面において、国と地方公共団体がそれぞれの責任を果たしながら対等の立場で協力し合う関係を築くことが重要である。」とし、現場での運用だけでなく、社会保障制度の構築においても国と地方公共団体がそれぞれの責任を果たしながら

対等の立場で協力し合うことの重要性を指摘している。

次に、社会保障改革の基本的視点として、平成12年以降に実施された医療・年金・介護を主とする一連の社会保障構造改革により、社会保障制度の構造改革が進み、経済財政との整合性、社会保障制度の持続可能性は高まったとする一方、今日の社会保障制度は、①少子化対策への取組の遅れ、②高齢化の一層の進行、③救急医療体制の弱体化、産科・小児科を中心とする医師不足、地域医療の崩壊、介護分野における恒常的人材確保難などの医療・介護サービス提供体制の劣化、④被用者保険から脱落する非正規労働者の増大、一人暮らし高齢者の増大、格差の拡大やワーキングプアといった課題に対して、社会保障の生活保障機能、所得再分配機能が十分働いていないといったセイフティネット機能の低下、⑤制度への信頼の低下など、一連の社会保障構造改革によっても十分対応できなかった問題や改革の過程で新たに生じた問題など、さまざまな課題に直面しているとしている。このため、「制度の持続可能性」を確保していくことは引き続き重要な課題であるが、同時に、今後は、社会経済構造の変化に対応し、「必要なサービスを保障し、国民の安心と安全を確保するための「社会保障の機能強化」」に重点を置いた改革を進めていくことが必要であるとしている。

その上で、社会保障の機能強化のための改革として、社会保障の制度設計に際しての基本的な考え方について触れるとともに、具体的には次の6つの改革を進めるとしている。

①社会保障を支える基盤の充実

安定的な経済成長の確保、現役世代の活力の維持・強化、ユニバーサル社会の実現

②高齢期の所得保障

公的年金（基礎年金）の財政方式、未納問題への対応、無年金・低年金問題への対応

③医療・介護・福祉サービスの改革

医療・介護にかかる需要の増大、不十分・非効率なサービス提供体制、サービス提供体制の構造改革と人的資源・物的資源の計画的整備、診療報酬体系・介護報酬体系の見直し、医療・介護に関する将来試算の実施

④少子化・次世代育成支援対策

未来への投資としての少子化対策、仕事と生活の調和の推進、子育て支援サービスの充実、地域における子育て環境の整備、少子化対策に対する思い切った財源投入と新たな制度体系の構築

⑤セイフティネット機能の強化

⑥制度に対する信頼の回復・国民目線に立った改革の実施

公的年金制度への信頼回復、運用面での改善 - できることはすぐに着手 -

「制度に対する信頼の回復・国民目線に立った改革の実施」については、地方分権の視点に立った運用面での改善の重要性について指摘している。

また、社会保障の機能強化のための財源については、「制度の効率化への不断の努力を継続する一方で、速やかに負担についての国民合意を形成し、社会保障制度に対する国・地方を通じた必要な財源の確保を図るべきである。」とし、国・地方を通じた必要な財源の確保について指摘するとともに、社会保障国民会議としても、社会保障全体の財源確保方策について、引き続き検討している。

#### (4) 中間報告までの議論の経過及び中間報告後の議論から最終報告へ

##### i) 第1分科会での議論

第1分科会では、年金・雇用について議論が行われた。

第1分科会においては、まず、非正規雇用問題等がテーマとなるとともに、特に、公的年金（基礎年金）の財政方式について、第4回第1分科会（5月19日）で、「社会保障国民会議における検討に資するために行う公的年金制度に関する定量的なシミュレーション」が示され、大林日本経済新聞論説委員、梶本朝日新聞論説委員、小畑読売新聞東京本社編集局社会編集部長からの各紙の提案説明とともに議論が行われた。

中間報告後においては、第1分科会について、セーフティネット機能の強化の一環としての低所得者対策、現役世代の活力の維持・強化のための能力開発政策といった点が、なお、引き続き議論を詰めていくべき論点として残されたことから、これらの論点について、引き続き検討が加えられ、次の通り最終報告に盛り込まれた。

低所得者対策については、「低所得者への就労支援を行う上で、日本経済の成長、特に中小企業での就労機会の拡大が重要」であるとともに、「地域ごとに雇用事情が異なることに応じたきめ細かな就労支援施策の実施が必要」としている。

また、「若年層など現役世代が生活保護を受けざるを得ないときに、そこから抜け出す力をつけるための「ばね板」のような政策が必要。自立支援に向けたハローワーク、自治体の取組強化などに加え、就労インセンティブに配慮した運営や、能力開発が不十分で自立が困難な若者について、基礎的なレベルの訓練や、ジョブ・カード制度の活用等による実践的な訓練の機会の提供等が必要」とし、自治体の取組強化について触れている。

さらに、低所得者対策の制度間の連携等について、「低所得者対策として各社会保障制度ごとにきめ細かく負担軽減策が講じられているが、制度ごとの体系がバラバラであり複雑である。国民の視点からみて、分かりやすく利用しやすいものとするよう制度を見直し、各制度の担当者が相互理解に努めるとともに、制度横断的視点に立ってワンストップサービスなど手続きの簡素化や負担の軽減、必要な事務の効率化のための基盤整備（社会保障番号・カードの検討等）を進めるべき」としている。

能力開発政策については、「職業能力開発施策は、教育、雇用保険を活用した職業訓練はもとより、生活保護との連携をさらに強化する必要がある。また、地域毎に異なる産業・雇用の実態に即し、さらに施策対象を明確化してきめ細かに対応する必要もある。したがって、国が全国的な視点から引き続き責任を果たすことはもとより、地方への十分な財源の確保や、権限委譲も含め、地方がより主体性を持ち、国・自治体・教育界・産業界が一体となって各分野の施策を総合的・有機的に連動させかつきめ細かに実施運用できる体制を確立すべきである。」とし、能力開発施策体制の強化の観点から、地方への十分な財源の確保や、権限委譲について触れている。

また、若年能力開発対策によって、雇用保険制度の安定的な運営を確保するとともに、社会保障制度の基盤の強化を図るべきであると指摘している。

##### ii) 第2分科会での議論

第2分科会では、医療・介護・福祉について議論が行われた。

第2分科会においては、地域における医療機能のネットワーク化や地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現などについて議論の多くが割かれた。

第2分科会中間とりまとめの中で、「（医療・介護・福祉）サービスの提供に当たっては、地方自治体の果たす役割と実際のサービスを担う事業主体やそこに働く専門職種の果たす役割は非常に大きい。」と指摘するとともに、「サービス提供体制の改革を実行あるものにしていくためには、国レベルでの制度的対応はもちろん、実際にサービスが提供される現場である地域レベルでの継続的な取組みが不可欠である。改革遂行に際しての地方自治体のイニシアチブは非常に重要であり、自治体レベルでの計画的取組みの強化や専門職種が当事者として責任を持って参画する仕組みの構築など、実効ある改革推進のための工夫が強く望まれる。」として、医療・介護・福祉サービスの提供体制の改革には、地方自治体の役割が重要であることを指摘している。

また、中間報告では、医療・介護等とIT化等について、サービスを支える物的基盤の整備の観点から、「医療・介護におけるIT化の推進（可能な限りのレセプトオンライン化前倒し、データベース化促進等）」を行うことが必要であると指摘するとともに、低所得者対策の制度的改革として、「個人レベルでの社会保障の給付と負担を明らかにすることが不可欠であり、ITの活用や社会保障番号制の導入検討を積極的に推進すべきである。」としている。

なお、医療・介護に関する将来試算の実施について、中間報告で、「一連の改革を行っていくことを前提にした上で、あるべきサービスの姿はどのようなものなのか、そのことを明らかにしつつ、それを実現し、維持していくためにはどれだけの費用（フロー・ストック）が必要なかを推計する試算を早急に実施する。」とともに、この「費用推計試算を踏まえ、財源の確保方策について検討を行う。」としており、医療・介護のあるべき姿を実現していく観点からの医療・介護費用のシミュレーションの実施が、なお、引き続き議論を詰めていくべき論点として残された。

中間報告後、第2分科会においては、医療介護分野の有識者からのヒアリングや、あるべき医療・介護サービス提供体制等の推計条件についての議論を重ね、第8回第2分科会（10月23日）に「医療・介護費用のシミュレーション」を公表した。

この「医療・介護費用のシミュレーション」については、最終報告において次のとおり記載されている。

### (3) 医療・介護費用のシミュレーション

今回の医療・介護費用のシミュレーションは、現状の医療・介護サービス提供体制の問題点に関する中間報告での指摘を踏まえ、医療・介護サービスのあるべき姿を実現するという観点から、サービス提供体制について一定の改革を行うことを前提に推計（シミュレーション）を行ったものであり、「医療・介護サービスのあるべき姿」を具体的に示して行った推計という意味で、これまでになかった推計と言える。

シミュレーションを実施するに当たってのポイントは、以下のとおりである。

- ・ 必要な医療・介護サービスを確保する観点から、大胆な改革を行うことを前提とした。
- ・ 改革シナリオにおいては、サービスの充実強化と効率化を同時に実施することとし、改革の程度に応じた複数のシナリオを実施した。
- ・ 経済成長、科学技術進歩、効率化要素等、医療費の伸びに影響を与える要因を適正に織



り込んだ。

- ・ 2025年での改革シナリオ達成を前提に、2025年時点での推計結果を示し、併せて、現在の財源構成を前提に、2025年における必要財源の規模も試算した。

シミュレーションの結果については、以下のとおりである（数値は経済前提Ⅱ—1、B2シナリオに基づく改革を行った場合のもの）。

- ・ 医療・介護提供体制について、

：急性期医療の充実強化・効率化（急性期医療の職員数充実（現在の一般病床全体の平均に比べ倍増の水準に引き上げ）、平均在院日数の短縮（現在の一般病床全体の平均に比べ半減（現状20.3日から10日へ）））

：病院病床の機能分化（現状投影シナリオで一般病床133万床となるところ、急性期・亜急性期・回復期リハビリ病床等に機能分化し、急性期67万床、亜急性期等44万床、合わせて全体として現状程度の病床（約110万床）で高齢化需要増に対応）

：在宅医療・在宅介護の充実（訪問診療の充実、居住系サービスの充実等による居住系・在宅介護利用者の増（現状から約43万人/日の増）等）

：マンパワーの充実確保（全体で現状の1.7～1.8倍に増加）

を前提とするほか、

- ・ 医療費全体について

：経済成長や技術進歩に応じた伸びとともに、

：予防の強化による患者数減（外来患者約32万人/日減）

：医薬品・医療機器の効率化等の効率化（伸び率ケース①の場合）

を見込んだ。

- ・ 2025年に、医療・介護費用は現状の41兆円（対GDP比7.9%）が、現状投影シナリオで85兆円程度（10.8～10.9%程度）、改革シナリオ（B1～B3）で91～94兆円程度（11.6～12.0%程度）。

- ・ 追加的に必要となる公費財源については、現状投影シナリオで対GDP比+1.4%程度、改革シナリオ（B1～B3）で+1.8～2.0%程度。これを消費税率換算で見ると、現状投影シナリオで3%程度、改革シナリオ（B1～B3）で4%程度。

- ・ なお、途中年次（2015年）時点で見れば、追加的に必要となる公費財源は、改革シナリオ（B1～B3）で対GDP比+0.6～0.7%程度、消費税率換算では1%程度。

# 社会保障国民会議：医療・介護費用のシミュレーションのポイント

## シミュレーションのポイント

### < 必要な医療・介護サービスは確保 >

今回のシミュレーションでは、「医療・介護サービスのあるべき姿」を実現するという観点から、医療・介護サービス提供体制について大胆な改革を行うことを前提に、推計作業を実施。

⇒ このようなシミュレーション（試算）は、我が国では、公的には初めて。

### < 必要な改革を見込む >

国民会議分科会での議論を踏まえ、医療・介護サービス提供体制について、現状投影シナリオと複数の改革シナリオを提示。改革に応じて単価の変化も考慮。

⇒ 現状投影シナリオでは医療・介護の問題は未解決。改革シナリオではサービスの充実強化と効率化を同時に実施

### < 経済成長や技術進歩、効率化も見込んで試算 >

その上で、改革による単価の変化、経済成長に応じた伸びの変化等について前提を置き、2025年における医療・介護費用を試算。

⇒ 改革により全体の費用は増加するが、サービス量の確保・質の向上と効率化を同時実現

### < 必要な財源も付記 >

さらに、現在の財源構成を前提に、2025年における必要財源の規模についても試算。

⇒ 参考推計として2015年も付記。必要財源について、消費税率換算数値も付記。

試算に用いた全てのデータをホームページ上で公開。誰でも検証可能に。

## 医療・介護サービスのシミュレーションの前提（ポイント）

あるべき医療・介護サービスを前提 = 改革（再生）への道筋を提示

### 不十分・非効率的なサービス提供体制

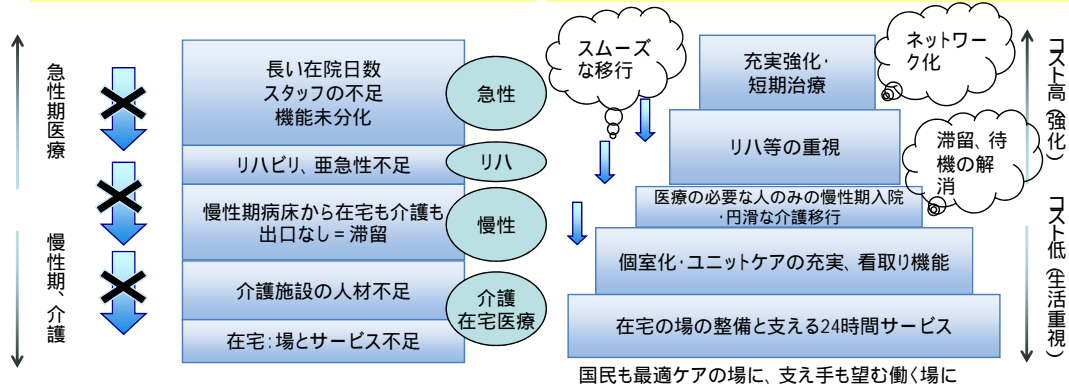
- ・病床数が多く在院日数が長い
- ・病床の機能が未分化・勤務医の疲弊
- ・地域医療、特に産科小児科救急の危機
- ・介護サービス不足、従事者不足 等

現状のままでは、問題未解決、しかも費用は増加

必要な改革 = 必要なサービス強化と効率化を同時実現  
→ 必要な医療・介護を効率的に確保

### < 現状 = 非効率な資源利用・非最適化 >

### < 将来 = 充実強化かつ効率的な資源利用 >



## 改革シナリオと現状投影シナリオの比較

Aシナリオ (現状投影)	B1シナリオ (穏やかな改革)	B2シナリオ (大胆な改革)	B3シナリオ (さらに進んだ改革)
急性期医療 一般病床 133万床 平均在院日数 20.3日  人員数 現状のまま	急性期医療 急性病床80万床(重点化) 平均在院日数12日(短縮)  人員数 58%増(増員) (急性病床の20%増)	急性期医療 急性病床67万床(重点化) 平均在院日数10日(短縮)  人員数 100%増(増員)	急性期医療 高度急性病床26万床(重点化) 平均在院日数16日 (困難事例・短縮) 人員数 116%増(増員) (このほか、その他の一般急性病床は、 49万床、在院日数9日、人員80%増 を見込む。)
介護施設 169万人分	介護施設 146万人分 (機能強化・重点化)	介護施設 149万人分 (機能強化・重点化)	介護施設 149万人分 (機能強化・重点化)
居住系 47万人分 うちグループホーム 25万人分	居住系 68万人分(充実) うちグループホーム 35万人分	居住系 68万人分(充実) うちグループホーム 35万人分	居住系 68万人分(充実) うちグループホーム 35万人分
在宅 小規模多機能 数万人/日	在宅(充実) 小規模多機能 60万人/日	在宅(充実) 小規模多機能 60万人/日	在宅(充実) 小規模多機能 60万人/日
マンパワー(医療介護職員計) 551.1～563.8万人	マンパワー(医療介護職員計) 627.8～641.3万人	マンパワー(医療介護職員計) 663.7～678.7万人	マンパワー(医療介護職員計) 669.1～684.4万人
効率化 織り込んでいない	効率化(上記以外) 効率化プログラム等を踏まえ ・予防効果(外来32万人減等) ・毎年0.1～0.3%効率化 ※(伸び率ケースの場合)	効率化 (同左)	効率化 (同左)

### (参考) 医療・介護サービス費用のシミュレーション結果 具体的数値

#### (経済前提 - 1の場合)

	現状 (2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
医療+介護					
対GDP比	7.9 %程度	10.8～10.9%程度	11.6～11.9%程度	11.6～11.9%程度	11.7～12.0%程度
対NI比	10.7 %程度	14.7～14.8%程度	15.8～16.2%程度	15.7～16.1%程度	15.9～16.3%程度
名目額	41 兆円程度	85兆円程度	91～93兆円程度	91～93兆円程度	92～94兆円程度
医療					
対GDP比	6.5 %程度	8.4～8.5%程度	8.6～8.9%程度	8.5～8.8%程度	8.6～8.9%程度
対NI比	8.9 %程度	11.5%程度	11.7～12.1%程度	11.6～12.0%程度	11.8～12.2%程度
名目額	34 兆円程度	66～67兆円程度	68～70兆円程度	67～69兆円程度	68～70兆円程度
介護					
対GDP比	1.3 %程度	2.4 %程度	3.0 %程度	3.0 %程度	3.0 %程度
対NI比	1.8 %程度	3.2 %程度	4.0 %程度	4.1 %程度	4.1 %程度
名目額	7 兆円程度	19 兆円程度	23 兆円程度	24 兆円程度	24 兆円程度

(注1)年度ベースの数値である。

(注2)「～」の左は、医療費の伸び率として要素の積み上げを用いた場合(ケース )であり、右は賃金と物価の平均に1%を加えたものを用いた場合(ケース )である。

(注3)GDP及びNIは、2007年：GDP=522兆円、NI=383兆円、2025年(経済前提II-1の場合)：GDP=787兆円、NI=578兆円である。

### iii) 第3分科会での議論

第3分科会では、少子化対策、仕事と生活の調和について議論が行われた。

中間報告後においては、第3分科会について、新しい次世代育成支援システムのあり方について、なお、引き続き議論を詰めていくべき論点として残されたことから、この点について、最終報告に向けて検討が加えられた。

少子化対策の意義と課題については、最終報告において、「少子化問題は、将来のわが国の経済成長や、年金をはじめとする社会保障全体の持続可能性の根幹にかかわるという点で、最優先で取り組むべき「待ったなし」の課題である。」としたうえで、少子化対策は、将来の担い手を育成する「未来への投資」として、①仕事と生活の調和、②子育て支援の社会的基盤の拡充への取組の重要性について改めて触れている。さらに、我が国の家族政策関係支出が諸外国に比べて非常に小さいことから、「国が責任を持って国・地方を通じた財源の確保を図った上で、大胆かつ効率的な財政投入を行い、サービスの質・量の抜本的な拡充を図るための新たな制度体系を構築することが必要不可欠」とし、少子化対策について、国・地方を通じた財源の確保と大胆かつ効率的な財政投入の必要性について指摘している。

また、中間とりまとめで指摘した新たな制度体系の構築に関しては、①仕事と子育ての両立を支えるサービスの質と量の確保等、②すべての家庭の子育て支援のあり方、③国民負担についての合意形成の3点について、今後の議論に反映させるための課題を整理している。

①の仕事と子育ての両立を支えるサービスの質と量の確保等に関しては、「新たな制度体系構築に際しては、潜在的な保育サービス等の需要に対し、速やかにサービス提供されるシステムとすることが必要。」としている。また、サービス量の抜本的拡充のためにも、ニーズの多様化に対応した保育の必要性の判断の仕組（「保育に欠ける」という要件の見直し）等といった見直しの視点を踏まえつつ、専門の審議会において議論を深めていく必要があるとしている。また、放課後児童対策については、「制度面・予算面とも拡充する必要」があるとしている。

さらに、育児休業制度については、短時間勤務制度などの柔軟な働き方を支援することの重要性を指摘するとともに、「男性（父親）の長時間労働の是正や育児休業の取得促進などの働き方の見直しが必要。その際、企業経営者の意識改革とともに、企業内保育施設設置に対する支援も含め、企業にインセンティブを与えるような仕組も重要。」としている。

これらの仕事と子育ての両立を支えるサービスの質と量の確保を図るために、「縦割り行政を排し、サービスを実施する市町村における柔軟な取組を可能とすることが必要。」とし、実施主体たる市町村における柔軟な取組の必要性とそれを可能にする制度的な体系を構築することの重要性を強調している。

②のすべての家庭の子育て支援のあり方に関しては、「新たな制度体系の構築に当たっては、育児不安を抱える者への対応など、すべての子育て家庭に対する支援をより拡充することが必要。」としている。また、安心して子どもを産むことができるための妊娠・出産期の支援の拡充、母子家庭への支援、社会的養護を必要とする子どもや障害児など特別な支援を必要とする子どもに対する配慮が必要としている。さらに、「地域住民、NPO、企業など、多様な主体の参画・協働により、地域の力を引き出すことが必要。」としている。

③の国民負担についての合意形成に関しては、少子化対策の財源確保について、「少子化対策は社会保障制度全体の持続可能性の根幹にかかわる政策であり、その位置付けを明確にした上で、効果的な財源投入を行うことが必要。」としている。

なお、国民の希望する結婚、出産・子育てを実現した場合の社会的コストの追加所要額については、平成19年12月に政府においてとりまとめた「子どもと家族を応援する日本」重点戦略会議報告において、1.5兆円～2.4兆円と推計している。また、「重点戦略会議報告」推計に

は、施設整備やサービスの質の維持・向上のためのコスト、社会的養護など特別な支援を必要とする子ども達に対するサービスの充実に要するコストなどが含まれていないことに触れ、子育てに関する経済的支援の充実や緊急性の高い保育をはじめとするサービスの充実に留意しつつ、これらのコストも併せて検討する必要性について指摘している。

そのうえで、「少子化対策は「未来への投資」として、国、地方公共団体、事業主、国民が、それぞれの役割に応じ、費用を負担していくよう、合意形成が必要。」として、国民負担についての合意形成の必要性を強調している。

### 仕事と生活の調和の実現と希望する結婚や出産・子育ての実現を支える給付・サービスの社会的なコストの推計



#### I 親の就労と子どもの育成の両立を支える支援

関連社会支出額(19年度推計) 約1兆3,100億円 → 追加的に必要となる社会的コスト +1兆800億円~2兆円

##### ○ 未就学児のいる就業希望の親を育児休業制度と保育制度で切れ目なく支援(特に3歳未満の時期)

- ・ 第1子出産前後の継続就業率の上昇(現在38%→55%)に対応した育児休業取得の増加
- ・ 0~3歳児の母の就業率の上昇(現在31%→56%)に対応した保育サービスの充実(3歳未満児のカバー率20%→38%、年間5日の病児・病後児保育利用)
- ・ スウェーデン並みに女性の就業率(80%)、保育(3歳未満児)のカバー率(44%)が上昇、育児休業や保育の給付水準を充実した場合も推計

##### ○ 学齢期の子を持つ就業希望の親を放課後児童クラブで支援

- ・ 放課後児童クラブの利用率の上昇(現在小1~3年生の19.0% → 60%)

#### II すべての子どもの健やかな育成を支える対個人給付・サービス

関連社会支出額(19年度推計) 約2兆5,700億円 → 追加的に必要となる社会的コスト +2,600億円

##### ○ 働いているにかかわらず一定の一時預かりサービスの利用を支援

- ・ 未就学児について月20時間(保育所利用家庭には月10時間)の一時預かり利用に対して助成

#### III すべての子どもの健やかな育成の基盤となる地域の取組

関連社会支出額(19年度推計) 約4,500億円 → 追加的に必要となる社会的コスト +1,800億円

##### ○ 地域の子育て基盤となる取組の面的な推進

- ・ 望ましい受診回数(14回)を確保するための妊婦健診の支援の充実・全市町村で生後4か月までの全戸訪問が実施
- ・ 全小学校区に面的に地域子育て支援拠点が整備・全小学校区で放課後子ども教室が実施(「放課後子どもプラン」)

※ 「仕事と生活の調和推進のための行動指針」において、取組が進んだ場合に達成される水準として設定される10年後の数値目標と整合をとって試算している。

※ これは、現行の給付・サービス単価(利用者負担分を含まない)をベースにした試算であり、質の向上、事業実施主体の運営モデル・採算ベース、保育所や幼稚園の保育料等利用者負担などの関係者の費用負担のあり方等については勘案していない。

※ 児童虐待対応、社会的養護や障害児へのサービスなど、特別な支援を必要とする子どもたちに対するサービスの費用の変化に関しては、この推計には含まれていない。

※ これは、毎年ランニングコストとして恒常的に必要となる額を推計したものであるが、これらのサービス提供のためには、この恒常的な費用のほか、別途施設整備や人材育成等に関してのコストを要する。

※ 現在の児童数、出生数をベースにした推計であり、この費用は児童数、出生数の増減により変化する。なお、3歳未満児童数で見ると、平成18年中位推計では現在と比べて10年後で8割弱、20年後で約3分の2の規模に減少するが、国民の結婚や出産に関する希望を反映した試算では10年後で95%、20年後でも93%の規模を維持する。

※ 児童手当については、別途機械的に試算。

#### (5) 社会保障の機能強化に向けて

中間報告後の第2分科会（10月23日）において「医療・介護費用のシミュレーション」が示されたことにより、中間報告においてすでに示されている基礎年金に関するシミュレーション、平成19年12月に政府においてとりまとめられた「子どもと家族を応援する日本」重点戦略会議報告とあわせて、社会保障の大宗を占める年金、医療・介護、少子化対策に関して、それぞれの課題や改革の方向性、将来必要とされる財源の規模について、具体的な姿が明らかにされた。

そのうえで、基礎年金制度、医療・介護サービスについて、最終報告においてそれぞれの課題と改革の方向性を次のようにまとめている。

まず、基礎年金制度については、基礎年金制度の財政方式については、さまざまな議論があることから、社会保障国民会議が行った基礎年金に関するシミュレーションが、建設的な制度改革論議を行うために不可欠である「共通の土台となる基礎資料」として活用され、基礎年金の財政方式に関する議論がさらに深まることを期待するとしている。

また、今後の課題として、非正規労働者への厚生年金適用拡大や免除制度の積極的活用などの未納対策の強化、基礎年金の最低保障機能の強化等を挙げている。

医療・介護サービスの課題や改革の方向性については、まず、中間報告において、救急医療の問題、地域医療の困窮、産科医・小児科医の不足などの「当面の緊急課題」について現段階で出来るだけの対策を講じていく必要性を指摘しつつ、同時に、これらの問題の背景にある「構造問題の解決への取組」が不可欠であることを指摘している。これを受けて、このような様々な構造問題（サービスの不足・非効率な提供システムなど）について、サービスの充実と効率化を同時に実施する改革を行い、「医療・介護サービスのあるべき姿」を実現した場合の医療・介護費用について、シミュレーションを行った。

その上で最終報告においては、「医療・介護費用のシミュレーション」で示されたようなサービスの姿を実現されるためには、「安定的な財源の確保のみならず、サービス供給体制の計画的整備や専門職種間の役割分担に関する制度の見直し、診療報酬・介護報酬体系の見直し、マンパワーの計画的養成・確保、サービス提供者間・他職種間の連携・ネットワークの仕組の構築、サービスの質の評価など、制度面を含めたサービス提供体制改革のための相当大胆な改革が実行されなければならない。」としている。

さらに、最終報告においては、このような改革を実施していく際には、実現されるサービスの姿を分かりやすく国民に示し、国民的合意を得ながら具体的な改革の道筋（工程表）を明らかにし、一つ一つ確実に改革を実現していく必要性についても言及している。

#### (6) 社会保障の機能強化のために追加的に必要な国・地方を通じた公費負担について

「公的年金シミュレーション」、「医療・介護費用のシミュレーション」、「「子どもと家族を応援する日本」重点戦略会議報告」において示された少子化対策の充実を図った場合の費用試算を合わせれば、「社会保障制度の大宗を占める年金、医療・介護、少子化対策について、その機能を充実強化していく「実現すべき・目指すべきサービスの姿」としてどのようなものがあり、それを実現していくために必要な将来の費用がどの程度のものであるのか、概ね明らかになる。」としている。

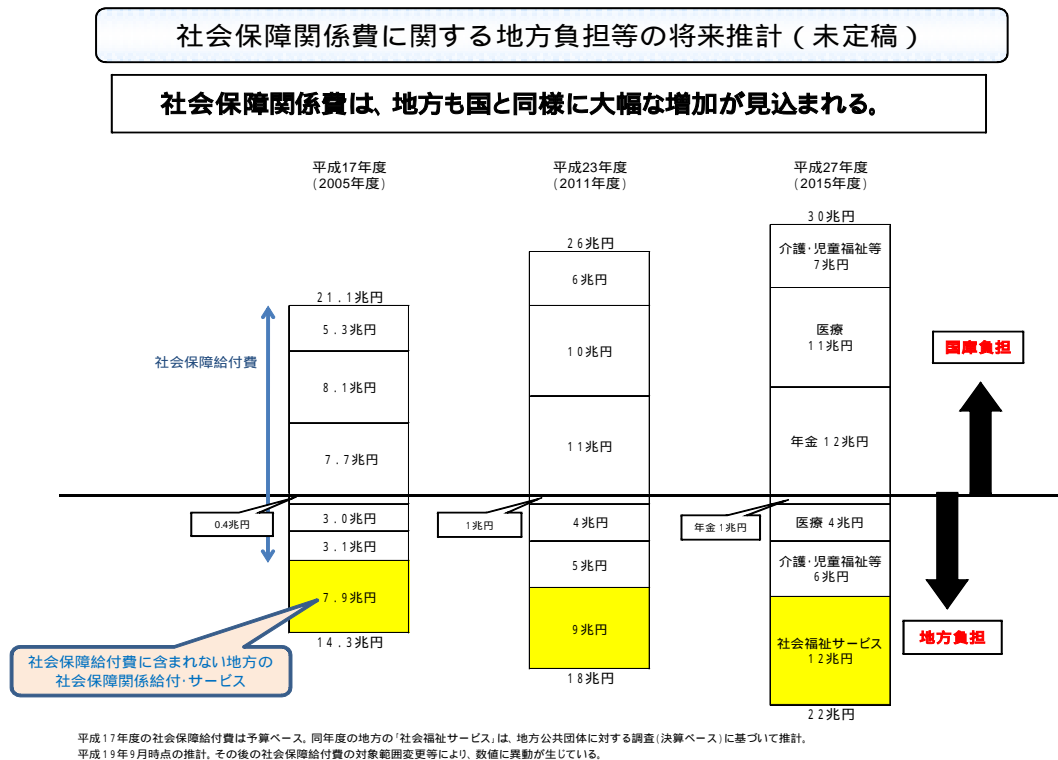
この点について、最終報告では、次のとおり記載されている。

基礎年金国庫負担を1/3から1/2に引き上げるために必要な費用を加えれば、社会保障の機能強化のために追加的に必要な国・地方を通じた公費負担は、その時点での経済規模に基づく消費税率に換算して、基礎年金について現行社会保険方式を前提とした場合には2015年に3.3～3.5%程度、2025年に6%程度、税方式を前提とした場合には2015年に6～11%程度、2025年で9～13%程度の新たな財源を必要とする計算になる（経済前提Ⅱ－1（医療の伸び率ケース①）、医療・介護B2シナリオの場合）。

なお、社会保障を支える財源として、公費負担以外に保険料負担があるが、年金保険料については、「平成16年改正により将来の保険料には上限が設定され、2017年度以降、厚生年金では18.3%（労使折半）、国民年金では16900円（平成16年度価格）に固定される。」、また、医療・介護に係る保険料負担については、「2025年段階で、現行と比較して対GDP比で+1.5%～1.7%程度となる。」としている。

(7) 社会保障給付費に含まれない地方の社会保障給付・サービスについて

社会保障国民会議では、社会保障給付費に含まれない地方の社会保障関係給付・サービスについても議論が行われた。



6月6日の本会議においても、吉川座長より社会保障における地方財政の役割の重要性とともに、通常社会保障給付費として認識する以外に「隠れた地方の社会保障給付・サービス」があるとして、社会保障における地方負担の問題について提起している。

この点に関して最終報告では、次のとおり記載し、国のみならず、地方自治体が様々な形で提供する社会保障に関わる給付・サービスといった施策に係る財源の確保をどのように考えていくかも大きな課題としている。

制度に基づく給付・サービス以外に、国のみならず、地方自治体が様々な形で提供する社会保障に関わる給付・サービスがある。地方分権、地域住民のニーズを踏まえた地域の実態に即したサービスの実施という観点からは、このような施策にかかる財源の確保をどのように考えていくかも大きな課題となる。

#### (8) 国・地方を通じた安定的財源確保のための改革の道筋について

これらを踏まえ、最終報告では国・地方を通じた安定的財源確保について、次のとおり記載している。

言うまでもなく、私たちの社会保障を守り、将来世代に負担を付け回しすることなく、信頼できる制度として次の世代に引き継いでいくためには、現在の社会に生きている我々国民がみな、年齢にかかわらず能力に応じた応分の負担に応じなければならない。

社会保障制度を将来にわたって持続可能なものとし、同時に必要な機能の強化を実現していくために、今回のシミュレーションの対象でない障害者福祉等を含め、あるべき給付・サービスの姿を示し、それを実現していくための改革の全体像を明らかにしながら、必要な財源を安定的に確保していくための改革に真剣に取り組むべき時期が到来している。

速やかに社会保障に対する国・地方を通じた安定的財源確保のための改革の道筋を示し、国民の理解を得ながら具体的な取組に着手すべきである。

#### (9) 社会保障の機能強化のための緊急対策 ～5つの安心プラン～ について

6月19日に取りまとめられた中間報告において、緊急的に取り組むべき課題が提示されたことを受け、福田首相（当時）は6月23日の記者会見において、社会保障国民会議における議論と並行して、今、やるべきことには早急に着手すべきという考えのもと、特に安心に直結するものについて、具体的な重要政策を「5つの安心プラン」として取りまとめるよう指示した。

これを受けて、政府において「5つの安心プラン」のとりまとめが行われ、7月29日の閣僚懇談会において「社会保障の機能強化のための緊急対策 ～5つの安心プラン～」として発表された。

「5つの安心プラン」の骨子は、①高齢者が活力を持って、安心して暮らせる社会（高齢者施策）、②健康に心配があれば、誰もが医療を受けられる社会（医療政策）、③未来を担う「子どもたち」を守り育てる社会（子育て支援）、④派遣やパートなどで働く者が将来に希望を持てる社会（非正規雇用対策）、⑤厚生労働行政に対する信頼の回復の5つである。

また、「5つの安心プラン」において具体化された施策については、順次、「安心実現のための緊急総合対策（8月29日）」（平成20年度第1次補正予算として成立）、「生活対策（10月30日）」（平成20年度第2次補正予算として成立）及び平成21年度当初予算案にそれぞれ盛り込まれているところである。



### 3. 持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた議論について

#### ○『安心実現のための総合対策』で社会保障と財源の一体的道筋の明確化（H20. 8. 25）

8月25日に開催された経済財政諮問会議第21回会合においては、政府・与党が基本的考え方を明らかにした「安心実現のための総合対策」について議論するとともに、社会保障と財源の一体的な道筋の明確化を今後の諮問会議の中心的議題とすることが確認された。

8月11日に政府・与党が基本的考え方と柱立てを示した経済対策である「安心実現のための総合対策」は、「今、『安心実現内閣』に求められているものは、国民の『痛み』や『不安』に対し、従来にも増して早め早めに果敢な対策を講じていくことである」との考えに基づき策定されるものである。

同日の民間議員の資料には、総合対策の策定に当たって、①「基本方針2006」の堅持、②持続可能な社会保障制度の道筋の明確化、③バラマキはしないの3点を求めており、この中で、社会保障制度については、「国民の最大の安心は『持続可能な社会保障制度の構築』にある。必要となる安定的な財源の確保のための道筋を明確化すべきであり、今後の諮問会議の最重要課題の一つにすべきである」と主張している。

これを受けて、与謝野経済財政政策担当大臣は、会議後の会見で、社会保障制度と財源の一体的な道筋について、今後の諮問会議の重要議題とする考えを示した。

#### ○社会保障・税財政一体改革への道筋の明確化に向けて（H20. 10. 17）

10月16日には、「新しい経済対策に関する政府・与党会議」が首相官邸で開催され、麻生首相は、平成20年度第1次補正予算が同日成立したことを受け、「安心実現のための緊急総合対策」（8月29日）以後の新たな事態に対処するため、新しい経済対策「生活対策」を早急に策定するよう指示した。これに関連して、財源のあり方については、「持続可能な社会保障構築と、その安定財源確保に向けた中期プログラムを早急に策定する」方針が示された。

翌17日に開催された経済財政諮問会議では、民間議員が「社会保障・税財政一体改革への道筋の明確化に向けて」と題する資料を提出した。この中では、まず、「年金不信や医療・介護人材不足などの問題が深刻化し、さらに、世界的な景気後退により生活不信が高まっている今こそ、社会保障制度への国民の信頼を取り戻し、将来にわたって持続可能なものとすることが不可欠である。」とし、持続可能な社会保障制度の構築の重要性を再確認している。現状の日本の社会保障制度については、①年金や医療等の分野で、制度の質の低下が生じており、日本の優れた制度“皆年金・皆保険制度”の下での「中福祉」の給付水準を引き続き維持する必要があること、②高齢化が進む中で、今後増加が見込まれる社会保障給付とそれを賄う負担が釣り合っておらず（「中福祉・低負担」）、このバランスの解決が極めて重要な課題であること、③現状の制度でも、少子高齢化により、2025年度までには、年間一人当たりの保険料・税負担（事業主負担分含む）が47万円、マクロベースで20兆円増加することを指摘している。

そのうえで、税制調査会、社会保障国民会議とも連携して、将来的に必要な社会保障の規模と、それを持続可能なものとするための税制を一体的に議論し、「中長期社会保障・税財政一体改革プログラム」として年内に策定する必要性を指摘している。さらに、同プログラムにおいては、①暮

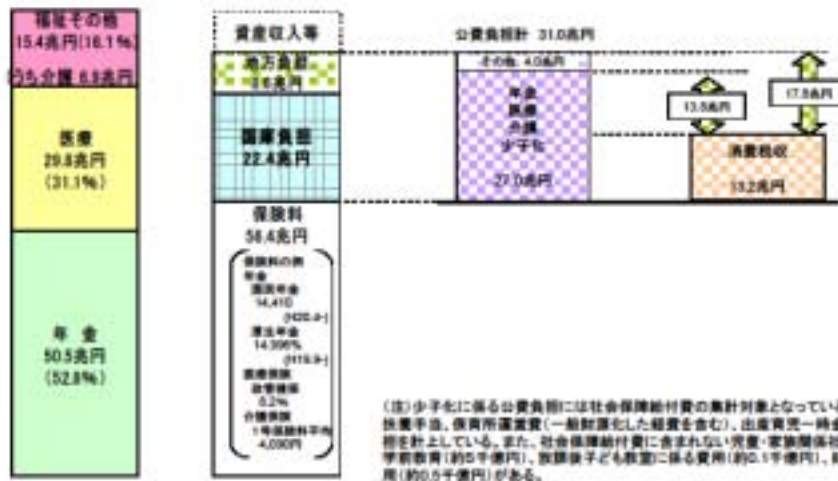


## 社会保障給付に係る公費負担と消費税との関係（現状）

- 社会保障給付費は約96兆円（年金が約5割、医療が約3割）
- この給付（96兆円）を保険料（約6割）と公費（国・地方）（約3割）などの組合せにより賄う

### 社会保障給付費（平成20年度予算ベース）

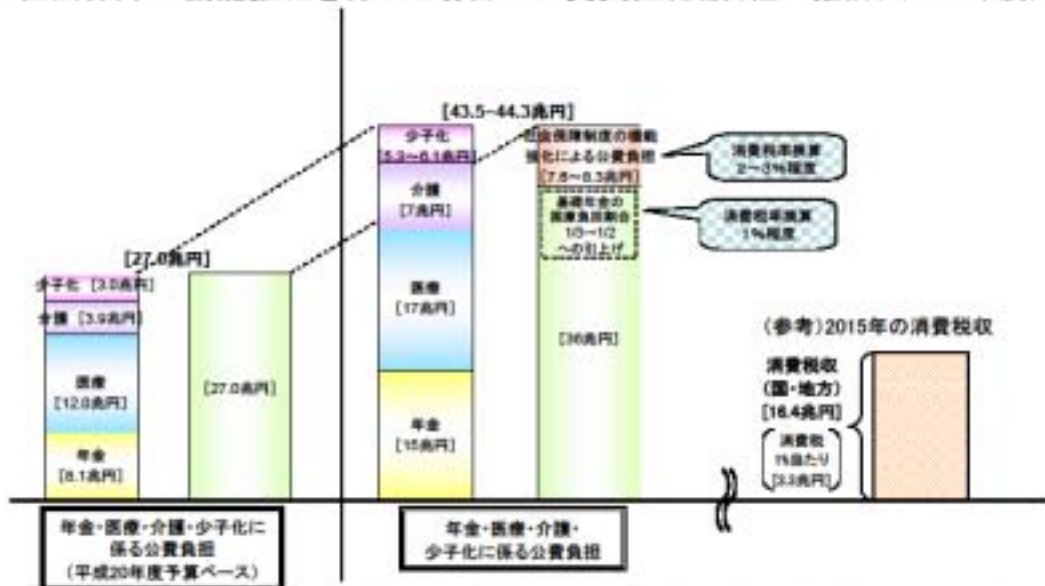
給付費 96.7兆円 財源 87.5兆円＋資産収入  
(財比 24.9%)



(注) 少子化に係る公費負担には社会保障給付費の集計対象となっている児童手当、児童扶養手当、保育所運営費（一般財源化した経費を含む）、出産育児一時金等に係る公費負担を計上している。また、社会保障給付費に含まれない児童・家族関係社会支出としては就学前教育（約0.5千億円）、放課後子ども教室に係る費用（約0.1千億円）、経緯健診に係る費用（約0.0千億円）がある。

4

## 社会保障の機能強化を行った場合の公費負担総額（粗い推計）（2015年度）



- (注1)「社会保障国民会議」における検討に資するために行う仮的年金制度に関する定量的シミュレーション、「社会保障国民会議」における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション(02シナリオ)等に基づき、経済前提は「ケース2-1(医療の伸びはケース2)」を用いた。また、年金については社会保障方式前期とする場合の取扱である。
- (注2) 年度に係る公費負担には基礎年度に係る費用を計上している。なお、平成20年度予算においては、基礎年度に係る公費負担の他、厚生年金の昭和39年4月期の加入期間の給付に係る医療負担等を計上している。
- (注3) 少子化に係る公費負担は「児童・家族関係社会支出」に係る費用を計上している。なお、平成20年度予算においては、社会保障給付費の集計対象となっている児童手当、児童扶養手当、保育所運営費（一般財源化した経費を含む）、出産育児一時金等に係る公費負担を計上しており、社会保障給付費に含まれない児童・家族関係社会支出としては就学前教育（約0.5千億円）、放課後子ども教室に係る費用（約0.1千億円）、経緯健診に係る費用（約0.0千億円）がある。

5

同日の諮問会議においては、民間議員から「社会保障・税財政改革中期プログラムの具体化に向けて」と題する提言が示され、この中で、中期プログラムが目指すべき「中福祉・中負担」の社会保障制度のイメージを、①皆年金（将来にわたって全ての国民が年金を受け取れること）、②皆保険（全ての国民に必要な医療・介護サービスの機会と質を保証すること）、③還元（社会保障に係る負担は、国民に「還元」されるものであること。そのために必要な財源は国民全体で広く薄く賄うこと）、④納得（社会保障番号を導入し、国民一人一人が受ける福祉の内容がわかるよう一人一枚の社会保障カードを導入すること）の4つのキーワードにより具体化している。また、諸外国における付加価値税率と社会支出の比較から、我が国における消費税負担が低負担であることを指摘し、今後着実に増加していく社会保障費の安定財源として、景気動向からの影響が相対的に低く、国民が広く薄く負担するタイプの財源で対応することが望ましいとしている。

さらに、「生活対策」では、社会保障給付とその他の予算の厳密な区分経理を図ることを明確にしているが、この点について、民間議員は、「社会保障のための安定財源」を確保することの効果・メリットとして、①官の肥大化への歯止め、②社会保障制度の持続可能性（安定財源）確保による安心・活力効果、③社会保障税財政一体改革による所得再分配強化、④将来にわたる国民還元の明確化、⑤給付と負担の明確なリンクによる国民からの信頼と納得感の5点を指摘している。

#### ○中期プログラムの議論が本格的にスタート（H20.11.20）

社会保障・税財政一体改革に関する「中期プログラム」の年内とりまとめに向けた議論が開始された11月20日の経済財政諮問会議において、民間議員から、「中期プログラムの位置づけと基本的考え方について」と題する資料が提出された。この中で、①中期プログラムのとりまとめ（年末まで）、②中期プログラムや今後の経済見通し、平成21年度予算等を踏まえ、今後10年程度を念頭においた経済財政展望や経済成長・財政健全化・行革実行への基本的方向性を示す「経済財政の中期方針等展望」の策定（H21.1とりまとめ予定）、③平成22年度までに実現を図る項目を優先的に示す「経済財政運営の基本方針2009（仮称）」の策定（H21春～半ばまでにとりまとめ予定）という、平成21年半ばまでの総合的な計画が提案された。また、年末までにとりまとめる「中期プログラム」については、社会保障国民会議最終報告を踏まえ、社会保障の機能強化策の具体的展開（工程表）・必要費用など、2010年代半ばまでの「安心のための必要費用」とその内容について示すべきとされた。

また、民間議員からは、「「中福祉・中負担」の社会保障の確立による安心強化に向けて」とする資料も提出され、社会保障に対する国民の安心確保のため、①中福祉・中負担の社会をめざす、②安心強化と財源確保の同時進行、③安心と責任のバランスのとれた安定財源の確保という3原則が示された。

この中では、まず、現状では、急速に進む少子高齢化の下で国民の安全・安心を確かなものとするために目指すべき「中福祉・中負担」は、「中福祉」、「中負担」のいずれの面でも満足な状況にないと改めて指摘している。中福祉の綻びについては、低年金・無年金者対策など、社会保障国民会議が提案した社会保障の機能強化による対応を挙げている。一方、中負担については、①現役世代の負担は2/3（64%）で、足りない部分1/3（36%：2003年は約10兆円）は公債で賄われており、現役への給付が、将来世代へ負担先送りされている現状、②高齢化の進展等で、

毎年1兆円ずつ程度社会保障の公費負担が増大しているなかで、将来世代への負担先送りがますます拡大せざるを得ない状況を示し、「公助（税による公費）」による安定財源確保の必要性を重ねて強調している。

また、年金、医療、介護、少子化に要する費用は、2008年度には予算ベースで27兆円であり、このうち消費税（安定財源）で確保されている分が13.2兆円、残りの13.8兆円は安定財源が確保されていない分としているが、社会保障費用の増分等に係る公費の必要額の試算により、2015年度には、年金、医療、介護、少子化に要する費用が43.5～44.3兆円まで膨れ上がるとしている。

この総額から、現行の消費税率5%相当分として賄える16.4兆円（うち3.2兆円は2015年段階の消費税の自然増分）を差し引き、残る額を消費税率で換算すると、8.3～8.5%が追加的に必要となる（この追加必要額の中には、平成21年度からの実施が予定されている基礎年金国庫負担引上げ分、社会保障の機能強化・高齢化対応のための増分、名目成長と比例的に伸びる給付分のうち安定財源が確保されていない分、2008年度ベースでもともと安定財源が確保されていない分を含む。）。

さらに、民間議員資料においては、社会保障部門（社会保障国民会議の試算をベースとした、年金、医療、介護、少子化対策に関する社会保障に関する公費負担部分）に安定財源を充てることを前提に、安定財源を充当する必要がある公費負担項目として、次の4つの分野を列記している。

①既法定分の基礎年金国庫負担の引上げ（年間3兆円程度、消費税率換算で1%程度）

②現世代の安心強化のための増分

社会保障国民会議から示された今後の高齢化の進展や社会保障の機能強化に伴って必要となる公費負担の増分（年間7.6～8.3兆円、消費税率換算で2.3～2.5%）

③現行制度の不安定化への歯止め（次世代への負担先送り拡大停止）のための増分

現在まで安定財源が確保されていない部分で名目成長と比例的に伸びる給付に必要となる分（年間3兆円程度、消費税率換算1%程度）

④現行制度の安定化（次世代への負担先送り解消）のための増分

安定財源により確保されていない既存の給付分（年間13.8兆円、消費税率換算4.2%）

※ ①及び②については、社会保障国民会議最終報告において、基礎年金の国庫負担割合1/2引き上げ（3兆円）と社会保障の機能強化（7.6～8.3兆円）を実施する場合の追加消費税率を3.3～3.5%としている。

○税制抜本改革の法定化で合意（H20.11.28）

11月28日に開催された経済財政諮問会議においては、社会保障・税財政一体改革に関する年末までの「中期プログラム」について、引き続き、審議が行われた。民間議員提出資料「税制抜本改革について」では、税制抜本改革の3つの原則が示されたが、この中の原則3においては、「国民の負担増は、社会保障給付に充てることにより、すべて国民に還元し、官の肥大化には使わせない。」ことを明確化している。また、税制抜本改革の基本理念に、「持続可能性、安心が確保された社会保障制度の構築」を掲げ、「消費税を軸に、安定財源を確保することが重要である。」としている。

○平成21年度予算編成の基本方針（H20. 12. 3）

12月3日の諮問会議では、「平成21年度予算編成の基本方針」（案）が了承され、同日の臨時閣議で、閣議決定された。

基本方針では、平成21年度予算の基本的考え方に、「中期プログラム」の策定を盛り込み、社会保障の安定財源の確保として、「消費税を含むを税制抜本改革を速やかに開始し、時々の経済状況をにらみつつ、2010年代半ばまでに段階的に実行する」としている。

○社会保障、税制抜本改革、歳出改革に向けて（H20. 12. 9）

12月9日の諮問会議では、社会保障、税制、歳出を一体的・整合的に改革していくための「中期プログラム」についての集中審議が、前回に引き続いて行われた。

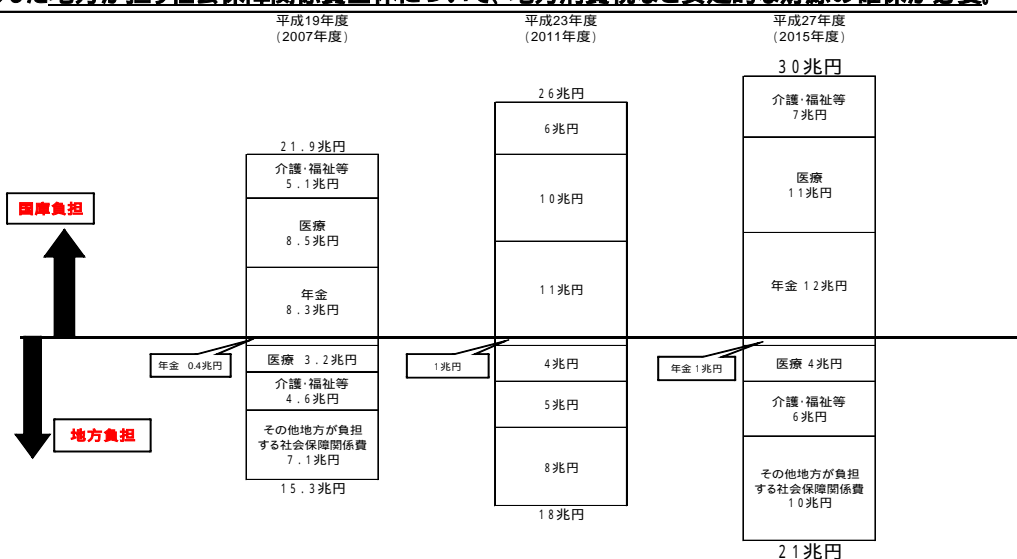
議論の中では、消費税が負担増になった場合に、そのすべてが国民に還元される「見える化」について、国民の理解を得るための仕組みの透明性が重要であるという指摘がされるとともに、有識者議員が提案した「歳出改革の3原則」について大筋で了承された。

また、民間議員提出資料においては、「消費税の社会保障目的税化に当たっては、こうした（現行消費税（5%）では、消費税収の一定割合が地方交付税として地方の歳出に充てられているほか、1%分が地方消費税となり、いずれも地方の一般財源とされている）現行制度との関係や国と地方の役割分担の議論も含め、総合的な検討が必要である。」と指摘している。

さらに、同会議には、総務大臣から、「社会保障関係費に関する地方負担などの将来推計（未定稿）」と題した提出が提出され、地方が担う社会保障関係費全体について、地方消費税などの安定的な財源の確保が必要であるとの考えが示された。

社会保障関係費に関する地方負担等の将来推計（未定稿）

地方は、国民健康保険や介護保険など、国と地方の応分の負担により運営する社会保障制度のほか、保育所等の社会福祉施設の運営やケースワーカー等の配置、救急医療体制の確保など、地方独自の負担により、地域に密着したきめ細かな住民サービスを幅広く提供。  
 こうした地方が担う社会保障関係費全体について、地方消費税など安定的な財源の確保が必要。



平成19年度の「年金」、「医療」、「介護・福祉等」は予算ベース、同年度の「その他地方が負担する社会保障関係費」は、地方公共団体に対する調査（決算速報ベース）に基づいて推計。平成20年10月時点の推計。その後の精査により、数値に異動が生じる場合がある。

「その他地方が負担する社会保障関係費7.1兆円」の内訳

<b>1 法令に義務付けや実施・設置の根拠となる規定がある事業(義務的な経費)</b>	<b>約3.2兆円</b>
(1) 医療(約1.2兆円)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 予防接種(880億円)〔予防接種法〕</li> <li>・ がん検診・がん予防等成人病対策(680億円)〔健康増進法・がん対策基本法〕</li> <li>・ 乳幼児健康診査(550億円)〔母子保健法〕</li> <li>・ 妊産婦健康診査(140億円)〔母子保健法〕</li> <li>・ 母子保健対策事業(170億円)〔母子保健法〕</li> <li>・ 保健所・保健センター運営費(2,960億円)〔地域保健法〕</li> <li>・ 病院事業会計繰出金(4,040億円)〔地方公営企業法〕</li> <li>・ 救急医療対策事業(小児救急・周産期救急・夜間休日救急等)(640億円)〔医療法〕</li> </ul>	等
(2) 介護・福祉等(約2.0兆円)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保育所・幼稚園運営費(5,000億円)〔児童福祉法・学校教育法〕</li> <li>・ 児童館等児童福祉施設運営費(1,160億円)〔児童福祉法〕</li> <li>・ 放課後児童健全育成事業(340億円)〔児童福祉法〕</li> <li>・ 養護老人ホーム・軽費老人ホーム・老人福祉センター運営費(760億円)〔老人福祉法〕</li> <li>・ 民生委員活動事業(200億円)〔民生委員法〕</li> <li>・ 福祉事務所・児童相談所運営費(1,070億円)〔社会福祉法・児童福祉法〕</li> <li>・ 障害者支援施設運営費(570億円)〔障害者自立支援法〕</li> <li>・ 障害者自立支援事業(960億円)〔障害者自立支援法〕</li> </ul>	等

1

<b>2 利用者のニーズを踏まえて全国的に広く実施され定着している事業等(注1)</b>	<b>約1.2兆円</b>
(1) 医療(約0.7兆円)	
〔 乳幼児・老人・障害者等医療費助成(6,450億円) 〕	
(2) 介護・福祉等(約0.5兆円)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 幼稚園就園奨励費補助(260億円)</li> <li>・ 児童手当・児童扶養手当(1,050億円)</li> <li>・ 障害者福祉手当(840億円)</li> <li>・ 障害者交通費助成(260億円)</li> <li>・ 要援護・ひとり暮らし高齢者生活支援(390億円)</li> <li>・ 介護予防・家族介護用品支援(100億円)</li> </ul>	等
注1 国庫補助事業の超過負担分や国予算の上乗せ事業を含む。	
<b>3 その他(注2)</b>	<b>約2.7兆円</b>
(1) 医療(約1.0兆円)	
〔 新型インフルエンザ対策、難病患者支援 等 〕	
(2) 介護・福祉等(約1.7兆円)	
高年齢者福祉関係(約6,000億円)	
〔 認知症高齢者支援事業、介護実習普及、高齢者安否確認事業 等 〕	
障害者福祉・低所得者等対策関係(約7,000億円)	
〔 リハビリテーションセンター運営費、身体障害者住宅改造助成 等 〕	
少子化対策関係(約4,000億円)	
〔 家庭児童相談事業、里親事業、児童クラブ等促進事業 等 〕	
注2 「3 その他」は、統一的な調査項目以外の事業費を集計したもの。括弧内は、各団体が任意に提出したものを抽出して記載。	

合計 約7.1兆円

2

○中期プログラムの原案とりまとめ(H20.12.16)

12月16日開催の諮問会議では、これまでの集中審議で議論されてきた「中期プログラム」の原案が了承され、年末までの策定に向けて、政府・与党内での調整に委ねられることとなった。

○持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた「中期プログラム」(H20.12.24閣議決定)

12月16日の経済財政諮問会議における「中期プログラム」原案のとりまとめや与党側の議論

を経て、12月24日に、「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた「中期プログラム」」が閣議決定された。

中期プログラムの内容を概観すると、まず、国民の安心強化のための社会保障安定財源の確保に関しては、「安心強化の3原則」として、

原則1：中福祉・中負担の社会を目指す。

原則2：安心強化と財源確保の同時進行を行う。

原則3：安心と責任のバランスの取れた安定財源の確保を図る。

の3点を明示している。

その上で、社会保障国民会議最終報告により提言されている社会保障の機能強化や効率化を図ることによる、質の高い「中福祉」の実現や、必要な給付に見合った税負担を国民全体に広く薄く求めることを通じた安定財源の確保といった課題に対処するための「堅固で持続可能な「中福祉・中負担」の社会保障制度の構築」については、社会保障制度の安心強化と財源確保の同時進行を掲げ、社会保障国民会議の最終報告に沿う形で、社会保障の機能強化の工程表（別掲）を示している。国民の安心強化と持続可能で質の高い「中福祉」の実現については、「改革の諸課題を軸に制度改正の時期も踏まえて検討を進め、確立・制度化に必要な費用について安定財源を確保した上で、段階的に内容の具体化を図る」こととし、工程表において、年金、医療・介護、少子化対策、共通（社会保障番号・カードの導入）分野ごとに、2015年度までの道筋を明らかにしている。

これら社会保障の機能強化に必要な財源については、「消費税を主要な財源として確保する」ことを明確化し、これら公費負担の費用について、「その全額を国・地方の安定財源によって賄うことを理想とし、目的とする」こととした。

焦点の消費税を含む税制抜本改革に関する部分については、経済状況の好転を前提として、2011年度より実施できるよう、法制上の措置をあらかじめ講じ、2010年代半ばまでに段階的に行って、持続可能な財政構造を確立するとしている。

これに合わせ、平成21年4月の実施が決まった基礎年金国庫負担割合の1/2への引き上げについては、「税制抜本改革により所要の安定財源を確保した上で、恒久化する」として、平成21、22年度の2年間は、臨時の財源により手当ですることとした。

また、「経済状況の好転後に実施する税制抜本改革の3原則」のひとつとして、「消費税収は、確立・制度化した社会保障の費用に充てることにより、すべて国民に還元し、官の肥大化には使わない。」ことが謳われ、消費税収が充てられる社会保障の費用は、その他の予算とは厳密に区分経理し、予算・決算において対応関係を明示することとされた。

## 持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた「中期プログラム」 (抄)

(平成20年12月24日 閣議決定)

### Ⅱ. 国民の安心強化のための社会保障安定財源の確保

#### 2. 安心強化と財源確保の同時進行

国民の安心強化と持続可能で質の高い「中福祉」の実現に向けて、年金、医療及び介護の社会保障給付や少子化対策について、基礎年金の最低保障機能の強化、医療・介護の体制の充実、子



育て支援の給付・サービスの強化など機能強化と効率化を図る。このため、別添の工程表で示された改革の諸課題を軸に制度改正の時期も踏まえて検討を進め、確立・制度化に必要な費用について安定財源を確保した上で、段階的に内容の具体化を図る。

### **3. 安心と責任のバランスの取れた財源確保**

(1) 社会保障安定財源については、給付に見合った負担という視点及び国民が広く受益する社会保障の費用をあらゆる世代が広く公平に分ち合う観点から、消費税を主要な財源として確保する。これは税制抜本改革の一環として実現する。

(2) この際、国・地方を通じた年金、医療、介護の社会保障給付及び少子化対策に要する公費負担の費用について、その全額を国・地方の安定財源によって賄うことを理想とし、目的とする。

このため、2010年代半ばにおいては、基礎年金国庫負担割合の2分の1への引上げに要する費用をはじめ、上記2.に示した改革の確立・制度化及び基礎年金、老人医療、介護に係る社会保障給付に必要な公費負担の費用を、消費税を主要な財源として安定的に賄うことにより、現世代の安心確保と将来世代への責任のバランスを取りながら、国・地方の安定財源の確保への第一歩とする。

具体的には、上記の社会保障給付及び少子化対策に要する費用の状況や将来見通し、財政健全化の状況等を踏まえて、税制の抜本改革法案の提出時期までに、その実施方法と合わせて決定する。

## **III. 税制抜本改革の全体像**

### **1. 税制抜本改革の道筋**

(1) 基礎年金国庫負担割合の2分の1への引上げのための財源措置や年金、医療及び介護の社会保障給付や少子化対策に要する費用の見通しを踏まえつつ、今年度を含む3年以内の景気回復に向けた集中的な取組により経済状況を好転させることを前提に、消費税を含む税制抜本改革を2011年度より実施できるよう、必要な法制上の措置をあらかじめ講じ、2010年代半ばまでに段階的に行って持続可能な財政構造を確立する。なお、改革の実施に当たっては、景気回復過程の状況と国際経済の動向等を見極め、潜在成長率の発揮が見込まれる段階に達しているかなどを判断基準とし、予期せざる経済変動にも柔軟に対応できる仕組みとする。

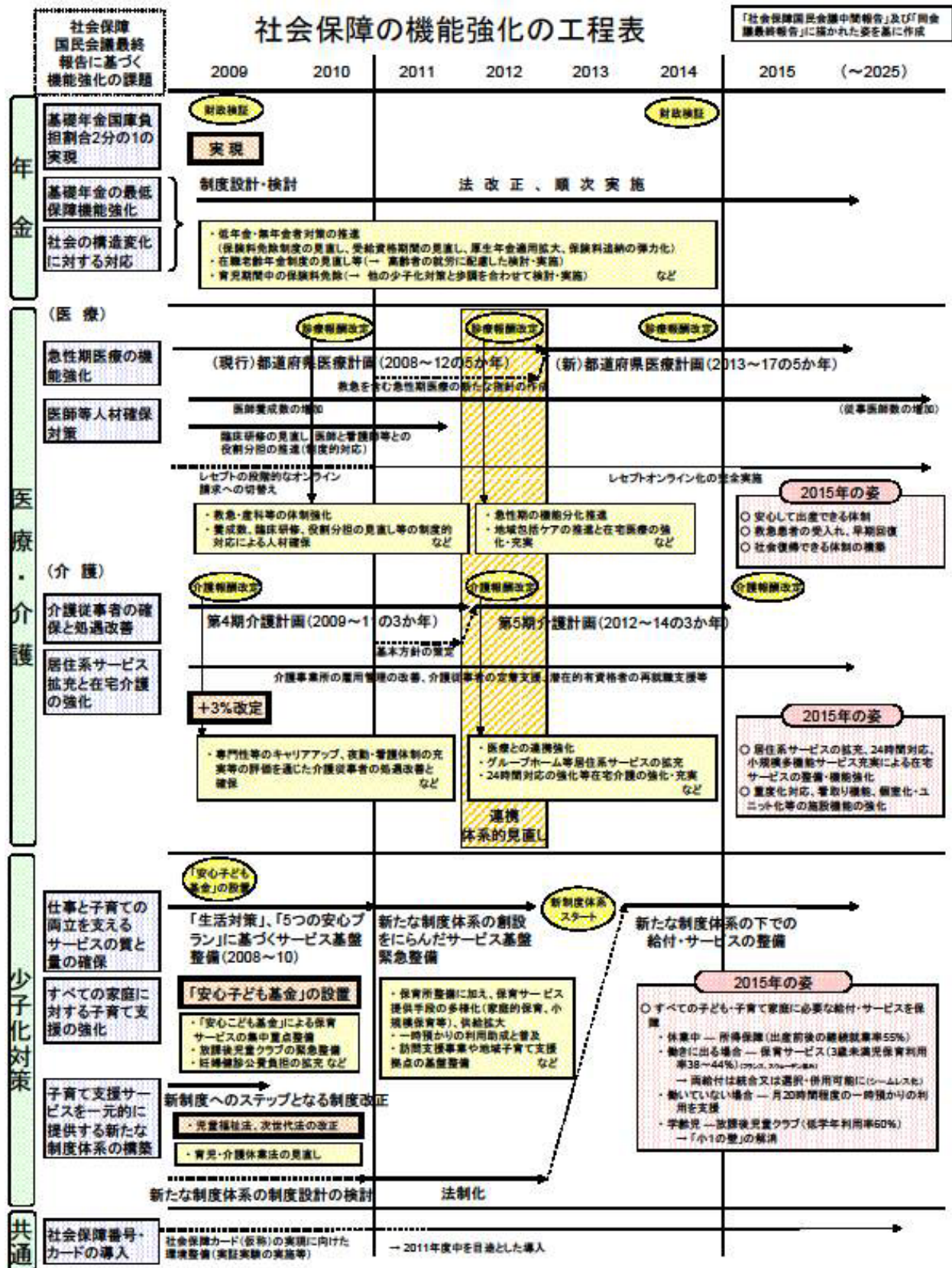
(2) 消費税収が充てられる社会保障の費用は、その他の予算とは厳密に区分経理し、予算・決算において消費税収と社会保障費用の対応関係を明示する。具体的には、消費税の全税収を確立・制度化した年金、医療及び介護の社会保障給付及び少子化対策の費用に充てることにより、消費税収はすべて国民に還元し、官の肥大化には使わない。

### **2. 税制抜本改革の基本的方向性**

(3) 消費課税については、その負担が確実に国民に還元されることを明らかにする観点から、消費税の全額がいわゆる確立・制度化された年金、医療及び介護の社会保障給付と少子化対策に充てられることを予算・決算において明確化した上で、消費税の税率を検討する。その際、歳出面も合わせた視点に立って複数税率の検討等総合的な取組みを行うことにより低所得者の配慮について検討する。

(7) 地方税制については、地方分権の推進と、国・地方を通じた社会保障制度の安定財源確保の

観点から、地方消費税の充実を検討するとともに、地方法人課税の在り方を見直すことにより、税源の偏在性が小さく、税収が安定的な地方税体系の構築を進める。



## 4. おわりに

地方団体においても、社会保障費等の増大による財源不足の現状や今後のさらなる地方分権の推進を踏まえ、税源の偏在性が少なく、税収が安定的な税体系の構築を求める動きが活発になっている。

平成20年7月には、全国知事会が「地方財政の展望を踏まえた地方消費税の充実に関する提言」を取りまとめた。

この中では、全国知事会が実施した調査によると、社会保障関係費等義務的経費の増加等により、地方財政の財源不足額は今後さらに拡大するとし、平成23年度には7.8兆円から8.3兆円（仮に現行の地方消費税に換算すれば約3.0～3.2%相当）に達し、事実上地方財政は破たんし追い込まれると警鐘を鳴らしている。これを受け、「今後、確実に増嵩が見込まれる医療、福祉等の社会保障や教育、警察、消防といった住民生活に必須の行政サービスが安定的に提供していくためには、その財源として、税源の偏在性が小さく、税収が安定的な地方消費税を充実すべきである。」として、地方消費税の拡充を主張している。地方消費税の引き上げの時期や拡充の幅については、「景気の状態に配慮しつつ、国・地方を通ずる消費税を含む税体系の抜本的改革の中で検討し、実現を図る。」としている。

また、今後、国民的な議論を喚起するために、市町村との一層の連携を深めるとともに、住民への説明等を尽くしていく必要があるとしている。

さらに、全国知事会は、社会保障安定財源の確保に向けた議論の中で、社会保障関係経費のうち給付金のみに焦点をあてた限定的な消費税議論が散見されることに対し、地方が担う生活に直結したサービスの重要性を踏まえた地方消費税の充実の必要性を訴える要請を、平成20年12月に政府・与党に対し行っている。

また、全国市長会においても、平成21年2月6日に取りまとめた「第2期地方分権改革に関する提言Ⅱ」の中で、国と地方の税源配分「5：5」の実現と偏在性の少ない安定的な地方税体系の構築を求めている。

この中では、まず、「都市自治体が責任を持って自立した行財政運営ができるようにするためには、税源移譲を行うことによって地方税を充実することが必要」とし、国から地方への税源移譲の必要性を主張している。そのうえで、「社会保障分野においては、都市自治体は、これまでも住民と直に向き合い、医療・介護分野においては第一線でその制度運営にあたっているのみならず、保育所等社会福祉施設の設置・運営や、ケースワーカー、社会福祉士といったマンパワーの設置など、社会保障分野の基盤を構築し、この基盤の上に少子化対策、介護予防、自立支援など社会保障制度を支えていくためのきめ細かな幅広いサービスを住民に直接提供している。今後、少子高齢化がますます進展していく中で、こうした医療・福祉・介護ニーズは急激に増大していくことは確実であることから、これらニーズに対応した行政サービスに対する住民の強い期待に的確に対応していくことが求められている。」として、社会保障分野における地方自治体の役割を強調している。

その上で、「「税制抜本改革」を実施するに当たっては、今後ますます増大する社会保障などの行政サービスを、都市自治体が的確に提供できるよう、地方消費税の拡充を含め、偏在性が小さく安定的な地方税体系を構築する必要がある。」とし、安定した社会保障財源の確保を含めた地方税

体系の再構築を求めている。

一方、社会保障国民会議が取りまとめた最終報告の具体化に向けて、政府に「社会保障改革推進懇談会」が設置され、平成21年2月12日に初会合が開かれた。今後は、最終報告で提言された社会保障の機能強化に向けた改革事項について、関係省庁からのヒアリング等を通じ、実現に向けた工程表づくりを進めるなど、社会保障機能の強化策を具体化していくこととしている。

## 第2部 社会保障制度と地方財政の対応

# 第1章 生活保護費と財源保障\*

林 正義（一橋大学国際・公共政策大学院准教授）

## 1. はじめに

生活保護は日本国憲法第25条の生存権規定をうけた社会扶助（公的扶助）である。生活が破綻した人々を救うことを目的とする公的扶助は、事前に貧困化を防ぐことを目的とする社会保険とは異なり、給付における拠出要件はなく、保護を求める権利（保護請求権）は全ての国民に無差別平等に与えられている。生活保護は最後の安全網であるから、生活保護を利用する前には、利用可能な他の公的援助制度が活用されなければならない。この「他法活用の原則」は、生活保護の守備範囲が「残余的」であることを意味している。つまり、生活保護以外の社会保障制度が充実していると、生活保護の守備範囲は小さくなり、また逆に他の社会保障制度が貧弱であると、生活保護の守備範囲は大きくなる。

この生活保護の残余性という観点から日本の生活保護の実態を眺めると興味深い。まず、総額約2.6兆円（平成20年度予算ベース）の給付費のうち49.8%が医療扶助に充てられており、約半分は低所得者の医療保障に向けられている。つぎに、無年金者や低年金者である低（無）所得高齢者の所得保障が生活保護のいまひとつの主要な機能となっている。種類別に受給世帯数をみると、2007年度の生活保護受給世帯107万世帯のうち高齢者世帯は49.9万世帯（46.1%）にものぼる<sup>1</sup>。最後に、就労が重要な課題となる就労可能性が高い世帯の比率が小さい。母子世帯とその他世帯のシェアはそれぞれ8.2%と8.3%であり、これら2つを足しても16.5%程度である。一方、障害・傷病者世帯が高齢者世帯に次ぐシェア（37.4%）を占めており、これら2つを合わせると受給全世帯の83.1%以上を占める。実際の統計は得ることができないが、他と比べ高齢者世帯と障害・傷病者世帯は医療需要が高いため、医療扶助の大部分がこれら世帯に給付されていると考えられる。つまり日本では最後の安全網（生活保護）が、高齢者の所得保障と低所得者の医療保障等を同時に担っている。

欧米諸国では最後の安全網が高齢者の所得保障と低所得者の医療保障等を同時に担っているケースは珍しい。低所得高齢者に対しては、多くの国において、生活保護制度とは独立した無拠出の老齢年金制度、または、低所得高齢者および障害者に特化した所得保障（保証）制度が存在している。医療給付に関しては、多くでは租税方式による原則無料（もしくは極少額の利用料）の制度が採用されている。例外はフランスとドイツであるが、フランスでは低所得者は無拠出でも公的医療保険が利用可能となっており、ドイツでも失業手当IIの受給者ならば、連邦が保険料を負担することにより、医療保険が利用可能となっている。日本のように最後の安全網が医療保障を担っているのは主要国では、稼働能力がない個人を対象としたドイツの社会扶助のみのようだ。また殆どの国で、ドイツの失

\*市別の生活保護データ（類型別受給世帯数および医療扶助受給者数）は厚生労働省から、また、生活保護費にかかる市別の基準財政需要額データは総務省自治財政局交付税課から、総務省自治財政局調整課を通じ入手することができた。また同調整課には細かい制度上の仕組みを確認していただいた。関係者の皆様には記して感謝したい。もちろん残っている誤りは筆者の責任ではある。

<sup>1</sup> 2005年度から厚生労働省が高齢者世帯の定義を狭めたため、高齢者世帯の比率は前年の46.7%から一旦43.5%へと減少したが、再び翌2006年度には44.1%へと増加し、既述のシェアとなっている。

業手当 II のように、拋出制の失業保険から漏れた就労可能な若壮年健常者に対する無拋出制の失業手当が存在している。

換言すれば、日本における最後の安全網（生活保護制度）は、欧米では複数の社会保障制度が別々に対応している機能を丸抱えしていることになる。さらに日本において特徴的なことは、そのような丸抱えを地方が行っていることである。欧米でも、ドイツ、イタリア、フランスや北欧諸国のように地方政府が最後の安全網を担っている国は多い。さらに、カナダやアメリカといった連邦国家では本来の「くに」である州政府毎に給付内容が異なるのは当然であるが、単一国家であっても、イタリアや一部の北欧国家のように中央のガイドラインは存在しても、日本と異なり、地方が独自の給付基準を設けている場合もある。しかし、既述のように他の社会保障制度のあり方によって最後の安全網の守備範囲は異なる。そのような欧米諸国では、高齢者の所得保障や低所得者の医療保障は別制度が対応している場合が多いため、地方が執行する最後の安全網の範囲は、日本の生活保護よりも狭く、その事務量も大きくないと考えられる。

表 1 には社会扶助（公的扶助）給付における政府部門別の支出シェアが、データが入手可能であった主要国別に記してある。ここでの「社会扶助」とは必ずしも日本の生活保護に相当する給付だけではなく、租税を原資として給付対象者のニーズに応じて給付される他の社会移転も含まれる。同表から分かるように、地方が最後の安全網を担っているドイツ、フランス、イタリアにおいても、地方のシェアは 3~4 割程度であるのに対し、日本の地方のシェアは 8 割以上にも至っている。このデータからも、他の国と異なり、日本の地方は生活保護を通じて社会扶助（公的扶助）の大部分を担っていることが理解できる。

このように社会扶助（公的扶助）給付において重要な役割を担っている日本の地方に対しては、他国と比べて手厚い国からの財源保障が行われている。生活保護の給付事務は、地方自治法によって「国が本来果たすべき役割に関わるものであって、国においてその適正な処理を特に確保する必要がある」法定受託事務とされるが、それと同時に、地方財政法によって「国と地方公共団体相互の利害に関係がある事務のうち、その円滑な運営を期するためには、なお国が進んで経費を負担する必要がある事務」とされ、国が給付費の 75%を負担している。給付費の残りの 25%や自治事務とされるケースワークに係る人件費などは地方負担となるが、この地方負担については地方交付税における基準財政需要額に算入されている。

地方公共団体の基準財政需要額は、仮想的に想定された標準団体の単位費用に、当該団体の単位費用と当該団体に応じた補正係数をかけることによって算定される。生活保護費の測定単位は直近の国勢調査人口であるため、地域のニーズに対応した地方負担をトレースするためには補正係数の設計が重要になる。市部における生活保護に関わる補正係数は、地方交付税の趣旨を達成すべく、複数種類の係数が複雑に組み合わせられ、地域の特徴をできるだけ考慮するように組み立てられている。また、2004 年からは推計値である基準財政需要額と実績値の乖離を部分的に精算する仕組みも、補正係数の算定に取り入れられている。

表 1. 地方による社会扶助支出のシェア

	中央/連邦	州	地方
オーストラリア (2004)	93.3	6.7	0.0
カナダ (2004)	92.4	7.6	0.0
ドイツ (2004)	38.1	27.0	34.9
フランス (2004)	67.5	-	32.5
イタリア (2004)	60.3	-	39.7
イギリス (2004)	80.9	-	19.1
日本 (2004)	16.1	-	83.9

出典：日本以外のデータは International Monetary Fund. *Government Finance Statistics Yearbook*. 日本のデータは「国民経済計算」による。

本稿の目的は、このように算定される生活保護費の地方負担にかかる基準財政需要額の決定方式を解説し、それらがどれくらい実際の地方負担をカバーしているかを考察することである<sup>2</sup>。もちろん、地方交付税は一般財源であるから、基準財政需要額に取り入れられたからといって、基準財政需要額の算定通りの支出を行う必要はない。しかし、生活保護費の大部分を占める給付に関しては地域別に異なった裁量は望ましいものではないし、基準財政需要額が正しく算定されている限りにおいては、実際の地方負担と基準財政需要額の乖離は望ましいものではないであろう。反対に、地方が生活保護制度に忠実な制度運用を行っている場合は、基準財政需要額が実際の地方負担を正確にトレースすべきものとなるから、この場合も両者の乖離の存在は望ましくない。実際、2004年度の部分的精算制度の導入は、この乖離の是正を目指したものと考えられる。また、総量としての基準財政需要額が正しく設定されていたとしても、「余剰」を有する団体と「不足」を有する団体の双方が存在していれば、前者から後者へと財源が移動するような配分方法の変更も求められるかもしれない。

本稿の構成は以下の通りである。つづく第 2 節において地方の事務を含む、生活保護制度の概要を説明し、第 3 節において、生活保護費に対する国からの財源保障の詳細を解説する。そして第 4 節では、国の財源保障額（生活保護費にかかる基準財政需要額と国庫負担金の和）に対する実際の生活保護費の不足度をもとめ、それら不足度に従った市の分布を、2002年度と2006年度のデータを比較することによって考察する。ここで利用される「生活保護費」は必ずしも国庫負担金と基準財政需要額が財源保障の対象とする費目に対応するものではなく、それをういて算定される不足度は不完全なものではあるが、本来、計測されるべき不足度との誤差を吟味することによって、何らかの財源保障の動向を示すことが可能となろう。また、2006年度の生活保護受給世帯データを用いて簡単な回帰分析を行い、この不足度の要因を考察することも試みる。

<sup>2</sup> 国庫負担と基準財政需要額の関係のみた先行研究には1985年の国庫負担削減時における基準財政需要の動きを検証した、中井（1988, 1991）がある。



## 2. 生活保護制度

### 2.1 生活保護の仕組み

#### 原理と原則

生活保護法の 2 条から 4 条までは生活保護制度が基づく思想と同法の運用にあたっての判断基準という意味で、3 つの原理を示している。第 1 は、無差別平等の原理（2 条）である。生活保護を請求する権利、つまり、「保護請求権」はすべての国民に無差別平等に与えられる。ここで無差別平等とは、生活困窮原因・人種・信条・性別・社会経済的地位などによる優先的もしくは差別的な取り扱いを受けないことを意味する。旧生活保護法は「品行が著しく粗悪な者は保護されない」としており、恣意的な欠格条項の運用が可能であったが、現行の生活保護制度はそのような運用を許していない。第 2 は、最低生活の原理（3 条）である。ただし、「最低生活」といっても、生活保護法では「保障される最低限度の生活は、健康で文化的な生活水準を維持することができるもの」としており、それは単なる衣食住に足りる水準を超えた水準であることが明示されている。第 3 は、補足性の原理（4 条）である。保護請求にあたっては、資産があるものは資産を（資産活用）、稼働能力があるものは労働を（能力活用）、家族・親類の援助があるものはその援助を（扶養義務の履行）、そして、他の公的援助制度が利用可能ならば当該制度を（他法活用）優先活用しなければならない。つまり、利用できる他の手段を用いても最低限の生活が不可能な場合に生活保護が給付される。

これら 3 つの原理のもと、生活保護法には保護の実施手順として 4 つの「原則」が規定されている。第 1 は、申請保護の原則である（7 条）。保護請求権が無差別平等に認められても、保護を受けるためには要保護者による申請が必要である。ただし、要保護者の扶養義務者や他の同居の親族による申請も可能であり、急を要する場合は、本人の申請無しに保護の実施機関が職権を用いることもできる。第 2 は、基準及び程度の原則である（8 条）。生活保護法で言及されている「健康で文化的な生活水準」を維持するために最低限必要な消費額（最低生活費）は、厚生労働省大臣（国）が生活保護基準額として別途設定すること、また、実際に給付される金額は生活保護基準額のうち要保護者が自ら満たせない部分であることを要請している。第 3 は、必要即応の原則である（9 条）。この原則は、保護申請者の年齢・性・健康等の違いによる個別的なニーズに応じて保護を行うことを要請している。第 4 は世帯単位原則である（10 条）。これは、世帯を単位として保護の要否や給付額が決定されることを意味する。

#### 最低生活費（生活保護基準）の算定

世帯単位原則により、要保護者への給付額は世帯単位で算出される<sup>3</sup>。世帯に対して保障される消費額である生活保護基準は 1 ヶ月単位で算定される。現行の生活保護基準は水準均衡方式という、生活保護基準を一般消費水準のおおよそ 6～7 割程度で均衡させる方法で算定されている。標準世帯の生活扶助基準の推移は表 2 の通りである。また必要即応の原則により、個別世帯に関する生活保護基準は当該世帯の困窮の程度に応じて変化する。まず、世帯のニーズに応じて 8 つの扶助が用意されている。それらは、生活扶助（日常生活に必要な衣料費、食料費、光熱費など）、教育扶助（義

<sup>3</sup> ただし、世帯原則の厳密な適用のために保護されるべき人々が保護できない場合は、同居している世帯員を書類上では別世帯とみなすこと（世帯分離）もある。

務教育に必要な学用品や給食費など), 住宅扶助 (家賃, 補修など住宅維持費), 医療扶助 (治療費, 薬剤費など), 介護扶助 (介護保険の自己負担部分など), 出産扶助, 生業扶助 (生業に必要な資金, 職業能力開発校等の費用), 葬祭扶助 (要保護者死亡の場合の葬祭経費) に分けられる. 次に, 生活扶助には 8 つの特別加算 (妊産婦加算, 母子加算, 障害者加算, 介護施設入所者加算, 在宅患者加算, 放射線障害者加算, 児童養育加算, 介護保険料加算) が用意されている<sup>4</sup>. 最後に, 生活保護基準には世帯人員数や世帯構成員の年齢なども考慮される. また生活扶助, 住宅扶助, 葬祭扶助には, 地価を含む地域物価を斟酌し, 地域別に異なった一般基準が設定されている. 「級地」と呼ばれるこの区分は市町村を単位とした 3 つの区分があり, さらに生活扶助の基準生活費で各級地がさらに 2 分割されている. 表 3 は世帯構成や級地に示した生活保護基準を示している.

表 2 標準世帯の生活扶助基準の推移

(単位: 円)

実施年度	標準 3 人世帯 1 級地-1	
	基準額 (円)	前年比 (%)
1994	155,717	101.6
1995	157,274	101.0
1996	158,375	100.7
1997	161,859	102.2
1998	163,316	100.9
1999	163,806	100.3
2000	163,970	100.1
2001	163,970	100.0
2002	163,970	100.0
2003	162,490	99.1
2004	162,170	99.8
2005	162,170	100.0
2006	162,170	100.0
2007	162,170	100.0
2008	162,170	100.0

資料: 『平成 20 年度版 保護の手引き』

<sup>4</sup>以前はこれらに加え, 高齢加算 (東京都区部で月額 17,930 円) が存在したが, 2004 年度から段階的に減額され 2006 年度に廃止されている. また母子加算 (子どもが 1 人の場合は東京都区部で月額 23,260 円) も, 2007 年度から段階的に引き下げられ, 2009 年度に全廃される予定である.

表3 世帯類型別生活保護基準（2008年度）

（単位：円）

	標準3人世帯 (33歳男・29歳女・子4歳)	標準4人世帯 (35歳男・30歳女・子9歳4歳)	老人1人世帯 (68歳女)	老人2人世帯 (68歳男・65歳女)	母子2人世帯 (30歳女・4歳子)	障害者人世帯 (65歳女・25歳男障害者)
1級地-1	180,170	216,480	93,820	134,940	144,360	192,400
1級地-2	172,870	207,870	90,192	129,460	139,120	186,730
2級地-1	165,580	199,270	86,540	123,960	133,890	179,170
2級地-2	158,270	190,640	82,910	118,480	128,640	173,490
3級地-1	145,270	177,040	74,260	107,990	118,420	160,950
3級地-2	138,680	168,430	70,640	102,500	113,170	155,270

資料：『平成20年度版 保護の手引き』

注1：各世帯類型とも住宅扶助は13,000円で算定。ただし、実際の住宅費がこの金額を超える場合は、地域別に定められた上限をもって実費が支給される。例えば、最も高い上限である東京都区部（1級地1）の場合は、上限69,800円、最も低い3級地2の場合は上限341,000円である。

注2：必要に応じて支給される医療扶助などは含んでいない。

注3：勤労収入のある場合は、収入認定されない控除額部分が上記金額に加算される（就労収入10万円の場合は23,220円が加算）。

注4：母子世帯には、母子加算（2009年度で全廃）の代わりに、ひとり親就労促進費（10,000円）が加算されている。

### 生活保護給付額の算定

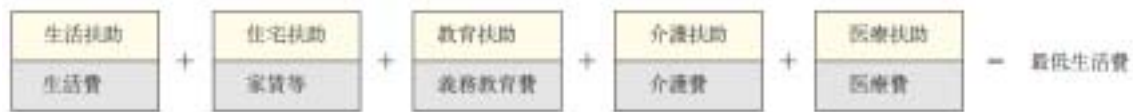
このように保護申請世帯のニーズに応じた扶助や加算の合計額として生活保護基準（＝最低生活費）が決定される。ただし、基準及び程度の原則により、保護世帯に収入があると「認定」される場合は、当該「収入認定」部分を生活保護基準から引いた金額が扶助給付額となる。保護申請をした世帯がその消費に利用できる経済資源の流入は、現物や現金、また、勤労や不労所得などの如何を問わず収入認定の対象となる。例えば、農家の場合は自分でつくった作物などを自己消費にまわすことができる場合は、その分が金銭に換算される（自給認定）。しかし、例外的に収入として扱わない（収入認定除外）ものも存在する。例えば、冠婚葬祭の場合の祝金や香典は一定金額内であれば収入認定されない。また勤労収入（稼働収入）の場合は、社会保険料、所得税、労働組合費、通勤費などは認定除外となり、自営業の場合は事業にかかる諸経費は控除される。また、就労は非就労の場合よりも支出が増加させることを考慮し、上記の経費からさらに一定額が引かれる。これを勤労控除というが、例えば月額10万円の就労収入があれば、23,220円が勤労控除され、その分給付額が増加することになる。

扶助は毎月、保護世帯に現金で給付されるが、医療扶助と介護扶助は保護世帯のニーズに応じてサービス提供者に直接経費が支払われる。また特に住居に関しても必要に応じて保護施設への入居が可能となることがある。保護施設には、救護施設（身体や精神の著しい障害をもつ要保護者）、更生施設（身体や精神の理由により養護及び生活指導を必要とする要保護者）、医療保護施設（医療を必要とする要保護者）、授産施設（身体や精神上の理由や世帯の事情により就業能力の限られている要保護者）、および、宿所提供施設（住居のない要保護者）がある。

上記の一般基準で対応できない場合、生活扶助の一部として特別基準による一時扶助が給付される。一時扶助は、保護開始時、出生、入学、入退院時に際して必要不可欠な物資を欠いており、かつ、緊急やむを得ない場合に限って支給される。なお、母子加算が段階的に廃止されるようになったのに伴い、母（父）子世帯に対しては現に就労収入を得ている場合は月額10,000円、職業訓練等の場合は

5,000 円のひとり親世帯就労促進費が導入されたが、これは一時扶助として位置づけられる。

図 1. 最低生活費の算定



・このほか、出産、葬祭等がある場合は、その基準額が加えられる。

(収入充当額の計算)

平均月額収入－(必要経費の実費＋各種控除)＝収入充当額

(扶助額の計算)

最低生活費－収入充当額＝扶助額

資料：『平成 19 年度版 厚生労働白書』

## 2.2. 執行体制と地方事務

### 地方の事務体系と生活保護の位置づけ

生活保護は国の法律である生活保護法によって枠付けられ、地方公共団体（市部は市、郡部は主に県）によって執行される。生活保護法は、生活保護基準額の設定は厚生労働大臣（国）が行う（8 条）としているが、保護の実施機関は都道府県知事、市長、および福祉事務所を設置する町村長を保護の実施機関と定めている（19 条）。保護の実施にあたっての地方による事務は、保護の開始および変更（24 条、25 条）、保護の停止および廃止（26 条）、資力調査および健康健診（28 条、29 条）等の給付に関わる事務、並びに、被保護者の指導・指示（27 条の 1）および相談・助言（27 条の 2）などのケースワークに関わる事務に大別される。

地方公共団体の組織と運営に関する大綱を定め、国と地方公共団体との間の基本的関係を規定する法律である地方自治法は、地方の事務を地方公共団体の事務を法定受託事務と自治事務に分けている（2 条）。同法によると、法定受託事務とは「法律又はこれに基づく政令により処理することとされる」地方の事務とされる。特に地方公共団体が国から受託する「第 1 号法定受託事務」は「国が本来果たすべき役割」に関わり、「国においてその適正な処理を特に確保する必要がある」と定義されている。地方自治法には「別表第一 第一号法定受託事務（第二条関係）」に各種法律の条項を用いて法定受託事務が列挙されている。生活保護法関連では、保護の開始および変更（福祉事務所をもたない町村による緊急保護を除く）、保護の停止および廃止、資力調査および健康健診等の給付に関わる事務に加え、被保護者の指導・指示等が法定受託事務として列挙されている。

一方、指導・指示以外の相談・助言等のケースワークは自治事務に分類される。自治事務とは「地方公共団体が処理する事務のうち、法定受託事務以外のもの」として規定されており（2 条の 8）、「自治」事務といっても必ずしも国の制限なしに地方が独自に行う事務ではない。自治事務であっても国の法律や政令に規定される自治事務、つまり、法定自治事務であるものが多く、生活保護の事務に関しても、自治事務とされる相談・助言のケースワーク自体も生活保護法によって規定されている事務である。また下にみるように、生活保護を執行する機関である福祉事務所の執行体制についても社会

福祉法で規定されている。

### 生活保護の実施機関

既述のように生活保護法は、都道府県知事、市長、および福祉事務所を設置する町村長を保護の実施機関と定めているが、その「保護の決定及び実施に関する事務の全部又は一部」をその管理下の行政機関に委任することができることも定めている。その保護を実施する行政機関にあたるのが福祉事務所<sup>5</sup>であり、実際は福祉事務所が生活保護に関わる事務を実施している。

社会福祉法（14条）によって、都道府県と市（東京都特別区を含む）は福祉事務所の設置を義務付けられている。福祉事務所は、生活保護法を含む福祉六法<sup>6</sup>に定められた援護・育成・更正の措置に関わる事務を一元的に実施する機関であり、その具体的な事務は福祉六法の各々の項で定められている<sup>7</sup>。都道府県の福祉事務所は通常、都道府県や市においては民生部に保護課・厚生課・社会課等が設置され、福祉事務所に委任した事務に対する指揮監督、保護施設の運営指導が行われている。なお、小規模の市ではその内部組織（例えば「福祉課」）が看板上「福祉事務所」とされ、市役所が実質上の窓口となっている場合もある。

町村による福祉事務所の設置は任意であり、福祉事務所を設置している町村は少ない。2007年現在では、大阪府島本町、島根県飯南町、広島県大崎上島町、広島県安芸太田町、広島県北広島町、広島県世羅町、および広島県神石高原町が福祉事務所を設置している。福祉事務所が設置されていない町村の住民に対しては、都道府県の福祉事務所が生活保護業務を行っている<sup>8</sup>。ただし、福祉事務所のない町村でも応急的処置として生活保護事務が行われることもある。

社会福祉法（15条）は、福祉事務所に、所の長（「所長」）、指導監督を行う所員（「指導監督員」）、現業を行う所員（「現業員」）、及び、現業以外の庶務・事務を行う所員（「事務員」）の配置を義務付けている。所長は、都道府県知事又は市町村長（特別区の区長を含む）の指揮監督のもとで所務を掌理し、指導監督員は所長の指揮監督のもとで現業事務を指導監督する。なお所長は、業務に支障がない限り指導監督員を兼ねることができる。一方、現業員は、所長の指揮監督のもと、「援護・育成・更正の措置を要する者等の家庭を訪問し、又は訪問しないで、これらの者に面接し、本人の資産や環境等を調査し、保護その他の措置の必要の有無及びその種類を判断し、生活指導を行う」とされる。指導監督員と現業員は社会福祉主事でなければならない（社会福祉法 18条第1項）<sup>9</sup>。社会福祉主事の資格は、大卒者であれば、広範な範囲に渡る指定科目から3つの科目を履修すれば得ることができるため、それはしばしば「3教科主事」と揶揄され、福祉分野における高い専門性を示すことにはな

<sup>5</sup> ここでは「福祉事務所」という呼称を用いるが、社会福祉法には「福祉に関する事務所」という表記があるだけで、その事務所の名称は規定されていない。「福祉に関する事務所」の名称をどうするかは設置する地方公共団体が条例で決定することになっている。したがって、地方公共団体によっては「福祉事務所」に加え、「社会福祉事務所」、「福祉センター」という名称も少なくない。また近年では保健医療と福祉の連携の重要性をうけ、保健所と福祉事務所を併設した「保険福祉センター」や「健康福祉センター」という名称をもった機関を設置している地方公共団体もある。

<sup>6</sup>生活保護法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、老人福祉法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法をさす。

<sup>7</sup>ただし、老人福祉法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法に関わる現業事務は、福祉事務所をもたなくても全ての市町村が行うようになったため、これら3法に関わる都道府県の福祉事務所の事務は郡部における連絡調整や助言・支援に限られるようになっている。

<sup>8</sup>なお都道府県の地方事務所に福祉課を設置すれば福祉事務所に代替できるため、都道府県の地方事務所が福祉事務所の仕事を代行している場合もある。

<sup>9</sup>したがって所長が指導監督員を兼ねる場合は、社会福祉主事資格である必要がある。

らないという指摘もある。

### 福祉事務所の規模と数

都道府県は、町村部全域を複数に分割して、その区分毎に福祉事務所を設置している。市に関してはひとつの福祉事務所が全市域を管轄する場合が大多数であるが、人口が多い市では市域を複数に分割して、各々に福祉事務所を設置する場合もある<sup>10</sup>。旧社会福祉事業法では、都道府県、政令指定都市、および東京都特別区では、人口 10 万人（都道府県に関しては福祉事務所を設ける市町村の区域を除く）を目安に、条例で福祉地区を設け、福祉事務所を設置しなければならない（13 条）とされていた。また、それ以外の市に関しては、人口 20 万人以上の市ならば、条例で福祉地区を設け、当該地区を所管区域とする福祉事務所を設置することができる<sup>10</sup>とされていた。しかし、社会福祉事業法に代わり社会福祉法が制定された 2000 年度からは、「おおむね人口 10 万人当たりにつきひとつの福祉地区・福祉事務所」という規定は撤廃されている。

また福祉事務所の現業員数に関しても旧社会事業法では、生活保護法の適用を受ける保護世帯数を用いて表 4 のような制限を加えていた（15 条）。現行の社会福祉法（16 条）が適用された 2000 年度からは、同表の数値は拘束力の強い「法定数」から、あくまでも目安である「標準数」に変更されている。なお、この数値は保護世帯を用いて設定されているが、これは被保護者世帯数を目安に福祉事務所の全ての事務量を算定したことによるもので、生活保護担当のみの現業員数ではなく、生活保護法以外の福祉 5 法の担当者数も含む現業員の総数であることに留意したい。

表 4 福祉事務所現業員数（最低数）

都道府県	保護世帯数 390 世帯以下	65 世帯増す毎に
	6 人	1 人
市（特別区含む）	保護世帯数 240 世帯以下	80 世帯増す毎に
	3 人	1 人
町村	保護世帯数 160 世帯以下	80 世帯増す毎に
	2 人	1 人

### 3. 財源保障のしくみ

日本国憲法第 25 条の理念を基礎とする生活保護制度は、全国統一的な制度として運用されなければならない。特に、生活保護法には「無差別平等」が謳われており、「すべて国民は、この法律（生活保護法）の定める要件を満たす限り、この法律による保護を、無差別平等に受けることができる（括

<sup>10</sup>複数の福祉事務所を設置している市（特別区）は、札幌市（10）、函館市（2）、仙台市（5）、いわき市（7）、さいたま市（10）、千葉市（7）、世田谷区（4）、杉並区（3）、板橋区（3）、足立区（5）、練馬区（2）、横浜市（18）、川崎市（9）、相模原市（2）、新潟市（4）、静岡市（3）、浜松市（3）、名古屋市（16）、京都市（14）、大阪市（26）、堺市（7）、東大阪市（3）、神戸市（9）、岡山市（6）、倉敷市（4）、広島市（8）、北九州市（9）、福岡市（7）、鹿児島市（2）である（2006 年度数値）。

弧内表記および傍点著者)」とある（総則 2 条）。したがって、生活保護の運用に地域格差が存在することは許されることではなく、生活保護事務には国庫負担と地方交付税を通じた財政支援が行われている。

### 3.1 国庫負担金

地方が実施する生活保護に関わる事務は、地方財政法によって国庫負担金制度を通じた財政支援の対象となる、「国と地方公共団体相互の利害に関係のある事務のうち、その円滑な運営を期するためには、なお、国が進んで経費を負担する必要がある事務」（10 条）とみなされている。同制度の下では表 5 に示す負担率に従い、保護費（保護の実施に要する費用）、保護施設事務費（被保護者の入所や利用に伴う保護施設の事務費）、委託事務費（被保護者の施設入所や私人家庭での保護委託に伴う事務費）、及び、保護施設整備費（保護施設の新築・取得・増築・補修等の経費）の一部を国が負担している<sup>11</sup>。この国の負担部分は、厚生労働省の予算を通じて地方に支払われる。

表 5. 生活保護事務に係る財源措置

		経費負担主体	負担率
保護費・施設事務費・委託事務費		国	3/4
		都道府県又は市町村	1/4
保護施設整備費	社会福祉法人及び 日本赤十字社設置	国	1/2
		都道府県・政令指定都市・中核市	1/4
		事業者	1/4

生活保護費の殆どの部分を占める保護費、保護施設事務費、委託事務費に関して国は 75%の負担をし、社会福祉法人等が行う保護施設整備費に関しては 50%の負担をしている。したがって地方は前者に関して 25%、後者に関しては都道府県・政令指定都市・中核市が 25%の負担している。

国庫負担金の他に、2004 年に自立・就労支援事業として創設され、翌 2005 年に「セーフティネット支援対策等補助金」に組み込まれた国庫補助事業がある。そのなかの「自立支援プログラム策定実施推進事業」のうち、実施体制事業には全額、自立支援サービス整備事業には 50%の国庫補助が与えられている。また同補助事業の「生活保護適正実施推進事業」分に当たる、生活保護適正化事業には全額、生活保護法施行事務監査等事業（県のみ事業）には 50%の国庫補助が与えられる。

### 3.2 地方交付税

このような国庫負担や国庫補助の地方負担分に加え、国庫負担金の補助対象とならない福祉事務所の人件費等は地方の一般財源から拠出されることになる。したがって、十分な財源を有さない地方においては、財源不足が故に、生活保護が適切に実施されないおそれがある。この点に配慮するのが地

<sup>11</sup> 保護施設整備費に関しては 2005 年度（H17）までは、都道府県・政令指定都市・中核市設置の場合は国が 1/2 の負担を、政令指定都市・中核市以外の市町村の場合は国が 1/2、都道府県が 1/4 の負担をしていたが、2006 年（H18）度から、地方公共団体設置の場合に限り一般財源化されることになった。

方交付税である。

地方交付税は用途を指定しない一般補助金である。地方交付税は、交付金総額の94%を占める「普通交付税」と残りの6%を占める「特別交付税」に分けられる。前者は地方の行政需要のうち自主財源だけでは足りない部分を補填し、後者は前者の算定時には予測できない地方の行政需要に対応するとされている。生活保護との関連で重要なのは普通交付税である。地方公共団体に交付される普通交付税額は基準財政需要額と基準財政収入額の差となる(差が負の場合、普通交付税は交付されない)。以下のように定義される基準財政需要額と基準財政収入額より、普通交付税は地方の自主財源が標準的な歳出に足りない部分を補填する仕組みとなる。

基準財政需要額とは、各地方公共団体が等しく合理的かつ妥当な水準で事務作業を遂行するのに必要な経費を毎年推計したものであり、生活保護費を含む歳出項目毎に算定される。基準財政需要額の算出は、歳出項目毎に求められた、測定単位、単位費用、及び、補正係数の積を、歳出項目全てに関して総和した金額として与えられる。

ここで測定単位とは、受益者の人数や当該サービスに関連する社会資本の規模などによって測られる行政需要の単位となる変数である。例えば、教育需要には、生徒数、学級数、及び、学校数が用いられ、道路需要には道路延長や道路面積が用いられる。農業の場合は経常経費に農家戸数、投資的経費に農地面積が用いられている。

単位費用は測定単位1単位に必要とされる経費であり、全地方公共団体に一律に適用される。単位費用は平均的な人口<sup>12</sup>、面積、及び、行政機構をもつ「標準団体」の行政需要額から算出されるとされるが、実際は地方公共団体毎に積み上げた地方交付税額が地方財政計画による地方交付税総額に等しくなるように、前年度の実績と今年度の需要予測を踏まえて算定されている。

最後に補正係数は、規模の経済や不経済のように測定単位の水準や、都市化、自然環境、産業構造などの地域特性によって単位費用が変化することを調整する係数である。次節では生活保護に関して詳しい解説を行う。

一方、基準財政収入額は、地方公共団体毎に推計された標準的な地方税収の75%に当該地方公共団体が受け取る地方譲与税を加えた値である。ここで標準的な税収と地方譲与税の推計方法は地方財政計画における歳入総額の推計に準じている。したがって、税収の推計値は現存する全地方税を考慮してはいない<sup>13</sup>、推計に利用される税率は地方税法における全国一律の法定税率であり、必ずしも地方が実際に用いる税率とは一致しない。また標準的な税収のうち25%は「留保財源」として基準財政収入額に計上されない。これは基準財政需要額だけでは捉えられない他の行政需要に対応する財源として、また、地方に税源を涵養する誘因として位置づけられている。

### 3.3 生活保護費に関わる基準財政需要額の算定方法

生活保護費の基準財政需要額には国庫が負担しない生活保護に関わる経費(国庫負担金が充てられる事務経費の地方負担部分も含む)が算入される。したがって、制度の建前としては地方税収入や国庫負担がいくら変動しようとも、地方が負担しなければならない財源は保障されることになる。基準

<sup>12</sup> 標準的な人口は都道府県で170万人、市町村で10万人とされる。

<sup>13</sup> 例えば、基準財政収入額の算定にあたっては、地方税法における規定のない地方税は除外される。



財政需要額は、歳出項目別の測定単位、単位費用、および、補正係数の積として求められる<sup>14</sup>。

### 生活保護費の測定単位と単位費用

生活保護費の基準財政需要額の測定単位は当該地方公共団体の直近の国勢調査人口である（都道府県の場合、町村部人口のみをカウント）。したがって、単位費用とは「標準団体」における測定単位1単位当たりの経費であるから、生活保護費の単位費用は標準団体の人口1人あたりの生活保護費として算定される。2007年度の単位費用は、以下のように1人当たり扶助費と福祉事務所費の合計として、以下のように6,580円（市部）および6,790円（都道府県）と算定される。

まず扶助費（狭義の「生活保護費」）である。生活保護には既述の8つの扶助があるが、そのうち医療扶助を入院分と入院外分に分け、出産扶助と生業扶助を「その他の扶助」と括り、扶助を7つに分ける。そして各区分につき1カ月平均の受給者数と受給者1人当たり扶助額を推計し、それらを用いて年間扶助費総額1,898,374千円を算定する（表6）。この額に保護施設事務費（3/4）、自立支援サービス整備事業費（1/2）、医療費・調剤費支払事務委託費、および介護費審査支払業務委託費等を加えると、総額1,921,941千円となる。このうち1,440,388千円が国の負担、残りの481,553千円が標準団体の負担となる。

表6. 標準団体の生活保護給付費（市部・2007年度）

	被保護者1人当たり月額給付額（円）	被保護者数（人）	年額（千円）
生活扶助	50,309	1,042	629,064
住宅扶助	23,594	943	266,990
教育扶助	7,442	104	9,288
医療扶助（入院分）	411,630	116	572,989
医療扶助（入院外分）	16,601	1,834	365,355
介護扶助	14,935	249	44,626
その他の扶助	2,336	359	10,062
合計	-	-	1,898,374

次にケースワーカー（CW）等の福祉事務所職員の人件費（以下、「福祉事務所費」と略）である。標準団体の福祉事務所には、所長1名、指導員2名、現業員（CW）16名（生活保護関係8、老人福祉関係1、家庭児童対策関係1、その他5法関係6）を含む全22名が充てられる。このうち、職員A（給与費8,560千円）が16名、職員B（同5,370千円）が6名とされ、合計169,180千円の給与となる。それに特殊勤務手当、家庭相談員手当、嘱託医手当等を加えると福祉事務所費176,754千円となる。この福祉事務所費は全額地方負担である。

これら扶助費の地方負担分481,553千円と福祉事務所費176,754千円の合計値を標準団体の人口

<sup>14</sup> 本節の作成に際しては小西（2008）を参照した。ここでの解説が不十分な場合は同書を参照せよ。

100,000 で割ると、市部における生活保護の単位費用 6,580 円となる。

### 生活保護費に係る補正係数

人口 1 人当たりの被保護者数、各扶助の受給者構成、福祉事務所の職員配置数、生活保護基準、そして特別加算の対象者数等は地方公共団体毎に異なるから、実際の人口 1 人当たりの生活保護費は単位費用とは一致しない。そのような団体差を調整するのが補正係数である。したがって、基準財政需要額が地方の生活保護ニーズを適切に捉えているか否かは、補正係数が的確に設計されているかに依存する。

特定団体（市）の生活保護費にかかる基準財政需要額は「単位費用（6,580 円）×測定単位（当該市の人口）×当該市の補正係数」と算定される。この市部における生活保護費に適用される補正係数は、

$$\text{補正係数} = \left( \begin{array}{c} \text{段階補} \\ \text{正係数} \end{array} \right) \times \left( \begin{array}{c} \text{寒冷補} \\ \text{正I係数} \end{array} + \begin{array}{c} \text{寒冷補} \\ \text{正II係数} \end{array} - 1 \right) \times \left( \begin{array}{c} \text{普通態容} \\ \text{補正係数} \end{array} \right) + \left( \begin{array}{c} \text{密度補正} \\ \text{係数} \end{array} - 1 \right)$$

と、段階補正係数、密度補正係数、普通態容補正係数、寒冷補正 I 係数、および寒冷補正 II 係数から構成される。以下、各補正の算定方法について説明しよう。

### 段階補正

段階補正は団体の人口規模に応じて 1 人当たり費用を補正する（表 7）。生活保護費は、①扶助費（狭義の「生活保護費」）、②福祉事務所費（「社会福祉事務所費における給与費等」）、および③その他の経費に分けられる。基準財政需要額の算定では、①の 1 人当たり値に人口の影響はないが、②と③の人口 1 人当たり値には段階補正によって人口が増えると減少するように補正されている。

福祉事務所費に関して、標準団体（人口 10 万人）での福祉事務所職員数は 22 人（2.2 人/人口 1 万人）となっているが、標準団体よりも小さな団体では、3 万人で 11 人（3.7 人/人口 1 万人）、2 万人で 10 人（5.0 人/人口 1 万人）と人口 1 人当たり職員を増やしている。一方、標準団体よりも大きな団体では 40 万人で 79 人（1.98 人/人口 1 万人）と人口 1 人当たり職員数を減らしている。なお、3 万人の団体では所長は兼任、40 万人の団体では職員 B の割合増により職員単価を抑えている。人口 1 人当たりの「その他の経費」は 25 万人以下の団体では一定、それ以上の団体では逡減させている。

これら 2 つの 1 人当たり経費に、1 人当たり扶助費を加えたものが、表 7 第 2 列の 1 人当たり生活保護費である。その値と単位費用（6,580 円）との比率が、同表第 3 列に表した段階補正係数となる。1 人当たり生活保護費は特定の人口規模（20,000, 30,000, 100,000, 250,000, 400,000, 2,000,000）について算定され、他の人口規模に対しては線形補間値が利用される。

表 7. 生活保護費に係る段階補正（市部・2007年度）

人口(x)	1人当たり生活保護費	段階補正
20,000人未満	-	$0.83+7,900/x$
20,000人	8,051	1.224
20,000人超 30,000人未満	-	$0.83+7,900/x$
30,000人	7,268	1.105
30,000人超 100,000人未満	-	$0.96+4,000/x$
100,000人	6,580	1.000
100,000人超 250,000人未満	-	$0.95+5,000/x$
250,000人	6,481	0.970
250,000人超 400,000人未満	-	$0.96+2,500/x$
400,000人	6,457	0.966
400,000人超 1,000,000人未満	-	$0.96+2,500/x$
1,000,000人	6,342	0.964
1,000,000人超 2,000,000人未満	-	$0.96+2,500/x$
2,000,000人	6,319	0.960
2,000,000人超	-	$0.96+2,500/x$

#### 普通態容補正

態容補正は、異なった都市化の度合いや行政上の権能による福祉事務所費の差異や、異なった級地による生活保護基準の違いを調整する。態容補正も段階補正と同様、①扶助費、②福祉事務所費、および③その他の経費に分けて設計されている。

まず扶助費である。生活保護基準は「級地」に応じて異なるから扶助費も地域毎に異なる。しかし扶助費の地域差は生活保護制度の級地ではなく、それと同一の傾向をもつ地方交付税制度の「種地」を用いる。一般的に種地は都市的機能をもつ地域（I）が13区分（I-1～I-5、I-6a、I-6b、I-7a、I-7b、I-8、I-9、I-10a、I-10b）、および、そうでない地域（II）が10区分（II-1～II-10）と計23区分となるが、扶助費に関しては地域Iについてaとbの区分はなく全20区分とされている。扶助費の地域差は、この20区分毎に算出された「単価差率」をもって調整されることになる。

福祉事務所費の地域差は、2005年度まで上記の種地に従っていたが、2006年度から民間賃金の地域差を公務員給与に反映するために調整手当が廃止されるとともに地域手当が導入されたことから、地域手当の「級地」（生活保護基準の「級地」とは異なる）に従うようになった。この級地は6つあり、1級地以外は細分化され、全部で21区分となる。この21区分毎に「共通係数」が算出され、この共通係数をもって福祉事務所費の地域差が調整される。

最終的に算定される普通態容補正係数は、これら扶助費の単価差率と福祉事務所費の共通係数に、標準団体における一般財源から充当される生活保護費（658,307千円）に占める①扶助費のシェア（0.721）、②福祉事務所費のシェア（0.265）、③その他経費のシェア（0.014）を利用して算定され

る。具体的に当該係数は、単価差率と①の積と共通係数と②の積の和に、③を加えた値となる。例えば、I-10 種地と 1 級地に属する団体の普通態容補正係数は以下のように算定される。

$$\begin{aligned}
 & \text{種地I-10および1級地に分類される市の普通態容補正係数} \\
 & = \left( \text{種地区分I-10の単価差率} \right) \times \left( \frac{\text{標準団体の扶助費のうち一般財源補充分}}{\text{標準団体の生活保護費のうち一般財源補充分}} \right) \\
 & \quad + \left( \text{級地区分1級地の共通係数} \right) \times \left( \frac{\text{標準団体の福祉事務所費のうち一般財源補充分}}{\text{標準団体の生活保護費のうち一般財源補充分}} \right) + \left( \frac{\text{標準団体のその他の経費のうち一般財源補充分}}{\text{標準団体の生活保護費のうち一般財源補充分}} \right) \\
 & = 1.138 \times 0.721 + 1.138 \times 0.265 + 0.014 = 1.130
 \end{aligned}$$

### 寒冷補正

寒冷補正は「寒冷補正 I」と「寒冷補正 II」からなる。寒冷補正 I は、寒冷地手当の差による福祉事務所職員の給与差を勘案する。国家公務員の寒冷地手当にもとづき地域別に算定される 1 人当たり寒冷地手当支給額に、標準団体の社会福祉事務所職員数（22 人）をかけると級地別の寒冷地手当支給の総額になる。寒冷補正 I 係数は、この支給総額が標準団体における生活保護費の基準財政需要額（658,307 千円）に占める割合である。補正率は、8 つの寒冷値手当級地のうち手当が最も高い級地（1-8 級地）では 0.003、8 つの級地に属さない団体ではゼロ（寒冷地手当がない）である。

寒冷補正 II は、生活扶助の冬期加算による地域差を補正する。生活保護基準は 6 つの級地（1 級地-1、1 級地-2、2 級地-1、2 級地-2、3 級地-1、級地-2）を設定し、各級地内の 6 つの地区（I～IV 区）別に生活扶助への冬季加算額を設定している。寒冷補正では、これら生活保護基準を基礎として 9 つの寒冷区分を設け、各区分に冬季加算平均単価を算定している。寒冷補正 II 係数の算定では、最も低い 9 区の平均単価（7,058 円）と当該団体が属する区の平均単価の差額を求め、その地方負担分（25%）が標準団体の生活扶助受給者（1,042 人）に給付された場合の総額（差額×0.25×1,042）を求める。そして、この総額が標準団体の生活保護費の基準財政需要額（658,307 千円）に占める割合が寒冷補正 II 係数となる。例えば、最も高い冬季加算平均単価（56,176 円）の 1 区に属する団体では 9 区との差は 49,118 円とり、その寒冷補正 II 係数は  $(56,176 - 7,058) \times 0.25 \times 1,042 / 658,307,000 = 0.019$  となる。また 9 区では差額ゼロであるから寒冷補正 II 係数もゼロとなる。

### 密度補正

密度補正は、地域人口に占める受給者数ならびに福祉事務所の人員数の違いを補正する。密度補正係数は以下のように与えられる。

$$\begin{aligned}
 \text{密度補正係数} - 1 = & \frac{\left\{ \begin{array}{l} \text{①生活扶助} \\ \text{者換算値} \\ \text{の標準団体} \\ \text{との差} \end{array} \right\} + \left\{ \begin{array}{l} \text{②前年度} \\ \text{精算額の} \\ \text{生活扶助者} \\ \text{換算値} \end{array} \right\} \times \left\{ \begin{array}{l} \text{③標準団体の} \\ \text{生活扶助者} \\ \text{1人当たり} \\ \text{一般財源充当額} \end{array} \right\} \times \left\{ \begin{array}{l} \text{④扶助費} \\ \text{の地域差を} \\ \text{調整する} \\ \text{単価差率} \end{array} \right\}}{\text{単位費用} \times \text{当該団体の人口}} \\
 & + \frac{\left\{ \begin{array}{l} \text{⑤前年度の生活扶助受給者数} \\ \text{と標準受給者数との差} \end{array} \right\} \times \left\{ \begin{array}{l} \text{⑥標準団体における生活扶助者} \\ \text{1人当たり福祉事務所経費} \end{array} \right\}}{\text{単位費用} \times \text{当該団体の人口}}
 \end{aligned}$$

この表現は、扶助費にかかる部分（(①+②)×③×④）と福祉事務所費にかかる部分（⑤+⑥）から成る。

扶助費にかかる部分はさらに、①受給者数の地域差を表す部分と、②前年度における受給者数の推計誤差を精算する部分に分けられる。

受給者数の地域差①は以下のように補正される。まず、標準団体における全扶助の年間給付額（約1,898百万円）を生活扶助受給者1人当たりの生活扶助月額（50,309円）で割り、生活扶助受給者で換算した標準団体の年間給付総額（37,735人）を得る。測定単位（直近の国勢調査人口）がAである団体の年間基準額は、この総額にAと標準団体の人口（10,000人）の比率（A/10,000）をかけた値となる。そして、これを12で割ると人口Aの団体の1カ月相当基準値（ $a=37,735 \times A/10,000 \div 12$ ）となる。

一方、測定単位Aの団体における生活扶助受給者で換算した給付総額は以下のようになる。単位費用の算定に用いた7つの扶助別に、国の予算編成に用いられる受給者数の年間変化率（予測値）を前年度の受給者数（1年分）にかけ今年度の扶助別受給者数を求め、これら扶助別受給者数に標準団体の1人当たり給付額をかけ、扶助別年間給付総額を得る。この扶助別総額の合計値を1人当たり生活扶助月額（50,309円）で割ると、当該団体の年間給付総額の生活扶助者換算値となる。これをさらに12で割ると1カ月分換算値（b）を得る。こうして算定されたaとbの差（a-b）が①となる。

扶助費に関わる次の要素②は、前年度における基準財政需要額と実際の地方負担の誤差を補正する仕組である（2004年度導入）。ここでは前年度における生活扶助者数換算値の実績と推計値との誤差が用いられる。ただし、次の2点に注意する必要がある。第1に、誤差の一部が前年度の補正予算で補填される場合がある。したがって、2007年度の場合は2006年度の補正予算で補填されなかった部分の比率（0.992）をかけ、補填された部分を減ずる必要がある。第2は年度が変わると1人当たり生活扶助額が変わることである。これは2007年の場合、誤差に2006年の1人当たり月額（53,226円）をかけて金額ベースに戻し、それを再び2007年の月額（50,309円）で割って2007年度的生活扶助者数に換算することで対処される。つまり精算措置②は、前年度の生活扶助者で表した誤差のうち補正予算で補填されなかった部分に前年度と今年度の1人当たり生活扶助額の比率（ $1.058=53,226/50,309$ ）をかけた数値となる。

このように補正された生活扶助者数（①+②）に、生活扶助受給者1人当たり給付額をかけると給付全体に相当する金額となる。しかし、基準財政需要額は地方負担部分を保障するものであるから、

このうち一般財源充当額を求める必要がある。2007年度における標準団体の生活扶助受給者1人当たり扶助費は月額50,309円、年額603,708円である。この75%は国庫が負担し、残りの25%に一般財源が充当されるから、一般財源充当年額は603,708円×0.25=150,927円となる。さらに算入率(0.96)が用いられ、当該1人当たり一般財源充当額は144,890円となる(つまり、50,309円×12(月)×0.25(市負担率)×0.96(算入率)=144,890円)。扶助費の地域違いを反映するため、これに普通態容補正における単価差率④がかけられる。

最後は福祉事務所費の補正(⑤×⑥)である。ここでは地方公共団体の生活扶助の保護率が標準団体の生活扶助の保護率(2007年度は1.042%)であった場合の生活扶助受給者数(標準受給者数)を求め、⑤当該団体の生活扶助受給者数の前年度実績と標準受給者数との差をとる。それに、⑥標準団体における生活扶助受給者1人当たりの福祉事務所費(2007年度は78,200千円)をかけ、標準受給者数と受給者数が異なる場合の費用が補正される。なお、受給者数の急減に応じる人員調整は困難であるため、前年度的生活扶助者数が前々年度の値に対して90%未満となる市では、激変を緩和するため、⑤で用いる前年度の実績値ではなく、前々年度の90%に相当する値を用いる。なお、⑥に関しては、標準団体では生活扶助者数1,042人に対し職員A(社会福祉主事)8人と職員Bの2人配置し、その給与費と特殊勤務手当、旅費、その他の事務費から78,200千円が算定されている。

## 4. 財源「不足」の試算

### 4.1 財源不足度

このように補正される生活保護費の基準財政需要額は、国庫負担金とともに実際の生活保護費を保障できているであろうか。以下では、実際の生活保護費に対して国が保障する金額の相対的な大きさとその分布について若干の考察を加える。しかし、我々がこの時点で利用できるデータは、市町村決算状況調より入手できる①「都市別目的別歳出内訳-民生費内訳-生活保護費 PA」および②「都市別歳入内訳-国庫支出金内訳-生活保護負担金 CGS」、ならびに、総務省自治財政局交付税課より入手した③「基準財政需要額内訳-生活保護費 SFD」の3つである。ここでは、①PAに対する②CGSと③SFDの和  $GRT \equiv CGS + SFD$  の比率から1を引いた値、つまり、

$$DFC = \frac{PA}{GRT} - 1$$

を用いて「不足度」とするが、この比率の分子PAと分母  $GRT \equiv CGS + SFD$  には完全な対応関係はないことに注意しよう。

まず決算統計の①「都市別目的別歳出内訳-民生費内訳-生活保護費 PA」は、(a)扶助費(保護施設事務費含む)BNF、(b)支払事務委託費PYM、(c)福祉事務所費PNL(人件費等)の一部 $\theta PNL$ ( $\theta$ は当該比率)、(d)保護施設整備費FCL、(e)自立支援サービス整備事業費WKF(2005年度より)、(f)生活保護適正化事業費NML(2005年度より)、そして(g)上乗せ扶助等の単独事業費SBFからなる。

一方、分母の一部を構成する②「都市別歳入内訳-国庫支出金内訳-生活保護負担金 CGS」は保護施設事務費を含む扶助費BNFの国庫負担分しか含んでいない。つまり、(f)保護施設整備費FCLに関しては、それが2006年度に一般財源化される以前から、その国庫負担分を含んでいない(この国

庫負担・補助部分は「国庫支出金内訳-普通建設事業費支出金」に計上). また, 2005年度からの国庫補助で行われている, (e)自立支援サービス整備事業費 *WKF* (補助率 1/2), および, (f)生活保護適正化事業費 *NML* (全額補助) もこの項目には含まれていない(「国庫支出金内訳-その他」に計上).

分母のもう一つの項目である③「基準財政需要額内訳-生活保護費 *SFD*」は, *BNF*の地方負担分, 福祉事務所費 *PNL*の全て, 支払事務委託費 *PYM*, そして2005年度からは自立支援サービス整備事業の地方負担部分 *WKF2* をカバーしている. さらに2004年度以降は, 第3節で説明したとおり, 前年度に補足できなかった基準財政需要額が密度補正を通じて精算されている. この密度補正による精算額を *STL* とすると, その値は, 前年度が不足の場合は正, 過剰の場合は負になる.

不足度の算定に利用される決算統計上の生活保護費と決算統計上の保障財源の比率  $PA/GRT$  の分子 *PA* に含まれる歳出に, 分母が保障対象としない項目が含まれる場合は, この「不足度」は本来の不足度 *DFC\** を過大に表すことになる. そのような分子の歳出項目は, 保護施設整備費 *FCL*, 上乗せ扶助等の単独事業費 *SBF*, そして2005年度より自立支援サービス整備事業費 *WKF* のうち基準財政需要額が保障対象としない 1/2 の部分からなる. つまり, 他の条件が等しい時にこれらの歳出の分母 (*GRT*) に対する比率が大きいと, その分だけ不足度は過大になる.

その一方で, 分母の財源保障 *GRT* の対象に分子 *PA* に含まれない項目が含まれる場合は, ここでの「不足度」は本来の不足度を過小に表すことになる. ここで *CGS* が対象とする歳出は全て分子に含まれているから, 生活保護費に関する基準財政需要額 *SFD* が対象とする歳出が問題になる. 前節でみたように *SFD* は福祉事務所費(人件費)も保障対象にしているが, それは生活保護費に含まれている人件費  $\theta PNL$  よりも範囲が広い. したがって, その広い部分  $(1-\theta)PNL$  だけ, 不足度は過大となる. また, 2004年度以降, *SFD* は前年度の需要額の不足(過剰)分の精算額 *STL* を含んでいるため, この分は当該年度の不足度から除かれなければならない. しかし, この値は正負何れの値もとるため, 先験的には当該年度の不足度を過大にするのか過小にするのかは分からない.

表 8. 市の生活保護費の費目

	①生活保護費 <i>PA</i>	②国庫負担金 (生活保護費) <i>CGS</i>	③基準財政需要 額(生活保護費) <i>SFD</i>	本来の不足度か らのバイアス
扶助費(含保護施設 事務費) <i>BNF</i>	○	○	○	無し
支払事務委託費 <i>PYM</i>	○	×	○	無し
福祉事務所費(人件 費等) <i>PNL</i>	△ <sup>(1)</sup>	×	○ <sup>(1)</sup>	過小
保護施設整備費 <i>FCL</i>	○	× <sup>(2)</sup>	× <sup>(3)</sup>	過大
自立支援サービス 整備事業 <i>WKF</i>	×(2002) ○(2006)	×	× △(1/2) <sup>(4)</sup>	無し(2002) 過大(2006)
生活保護適正化事 業 <i>NML</i>	×(2002) ○ <sup>(4)</sup> (2006)	×	×	無し(2002) 過大(2006)
前年度の精算額 <i>STL</i> (密度補正で調 整)	×	×	×(2002) ○(2006)	無し(2002) ? <sup>(6)</sup> (2006)
上乗せ扶助等 <i>SBF</i>	○	×	×	過大

注: (1) 生活保護費は人件費を含むが *SFD* が対象とする人件費より狭い。

(2) 地方公共団体建設分について、一般財源化される以前の 2005 年までは「国庫支出金内訳-普通建設事業費支出金」に分類され、「国庫支出金内訳-生活保護負担金」には計上されていない。

(3) 施設整備であるため大部分に地方債が充てられるが、その他の地方負担については基準財政需要額に含まれる。ただし、その費目は「生活保護費」ではなく「社会福祉費」とされ、2007 年度からは費目「包括算定経費」とされている。これは社会福祉法人等が保護施設整備する際に地方公共団体が負担する経費についても同様に適用される。

(4) 国庫補助分は「国庫支出金内訳-その他」に計上。

(5) 全額国が補助。「国庫支出金内訳-その他」に計上。

(6) 前年度の精算額による。厚生労働省が予算編成の場合に利用する増加率より実際の保護世帯が増加すれば、基準財政需要額が増加することになる。

表 8 は以上のデータ特性をまとめたものである。ここではこのような特徴を持つ決算統計のデータを用いて 2002 年度と 2006 年度に関して「不足度」を算定するが、その前に不足度の誤差について若干詳しい考察を加えよう。まず、2002 年度に *GRT* が保障する項目は、扶助費 *BNF*、福祉事務所費 *PNL*、および支払事務委託費 *PYM* であるから、2002 年度の本来の不足度 *DFC\** は、

$$DFC_{2002}^* = \frac{BNF + PNL + PYM}{GRT} - 1$$

となる。しかし、2002 年度の *PA* と *GRT* の比率を用いた不足度 *DFC*<sub>2002</sub> は



$$\begin{aligned}
DFC_{2002} &= \frac{PA}{GRT} - 1 = \frac{BNF + \theta PNL + FCL + SBF + PYM}{GRT} - 1 \\
&= \frac{BNF + PNL + FCL + PYM}{GRT} - 1 - \frac{(1-\theta)PNL - FCL - SBF}{GRT} \\
&= DFC_{2002}^* - \frac{(1-\theta)PNL - FCL - SBF}{GRT}
\end{aligned}$$

となるから、本来の不足度は

$$DFC_{2002}^* = DFC_{2002} + \frac{(1-\theta)PNL - FCL - SBF}{GRT}$$

と表現でき、誤差

$$\frac{(1-\theta)PNL - FCL - SBF}{GRT}$$

が生じる。ここから、2002年度の誤差は $(1-\theta)PNL$ と $FCL+SBF$ の相対的大きさによって負にも正にもなることが分かる。

次に2006年度の $GRT$ が保障する項目からは、2002年度の項目から保護施設整備費 $FCL$ が抜け、自立支援サービス整備事業 $WKF$ の地方負担部分 $WKF/2$ と前年度の精算額 $STL$ が加わっている。したがって、同年度における本来の不足度( $DFC^*$ )は、

$$DFC_{2006}^* = \frac{BNF + PNL + PYM + WKF + STL}{GRT} - 1$$

となる。一方、2006年度の $PA$ には2002年度の $PA$ の項目に自立支援サービス整備事業費 $WKF$ および生活保護適正事業費 $NML$ を含むから、2006年度の $PA$ と $GRT$ の比率を用いた不足度 $DFC_{2006}$ は

$$\begin{aligned}
DFC_{2006} &= \frac{PA}{GRT} - 1 = \frac{BNF + \theta PNL + PYM + FCL + SBF + WKF + NML}{GRT} - 1 \\
&= \frac{BNF + PNL + PYM + WKF/2 + STL}{GRT} - 1 \\
&\quad - \frac{(1-\theta)PNL - SBF - FCL - WKF/2 - NML + STL}{GRT} \quad \text{となる。} \\
&= DFC_{2006}^* - \frac{(1-\theta)PNL + STL - SBF - FCL - WKF/2 - NML}{GRT}
\end{aligned}$$

したがって、本来の不足度は

$$DFC_{2006}^* = DFC_{2006} + \frac{(1-\theta)PNL - SBF - FCL - WKF/2 - NML + STL}{GRT}$$

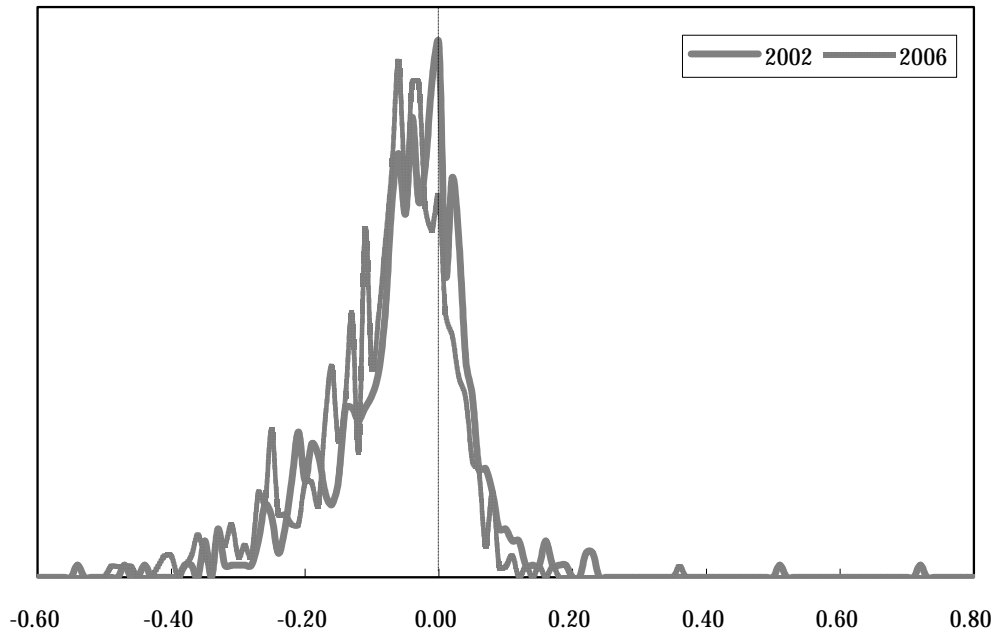
となるため、誤差は

$$\frac{(1-\theta)PNL + STL - SBF - FCL - WKF/2 - NML}{GRT}$$

と表現される。ここで、 $(1-\theta)PNL$ は正、 $-SBF-FCL-WKF/2-NML$ は負となる。 $STL$ の値は前年度の実績と推計の差に依存する。例えば、前年度の保護世帯が予測よりも増加していたならば基準財政需要額が過小算定されているから $STL$ の値は正となる。

図2のヒストグラムは、2002年度と2006年度のPAとGRTを用いた不足度DFCに従った市<sup>15</sup>の分布を表している（市町村合併で両年度の市の数が変化しているため、比較が可能なようにヒストグラムの高さは構成比で表している）。ここで正（負）のDFCをもつ比率は2002年度で25.7%（74.3%）、2006年度で16.0%（84.0%）となる。

図2. 不足度に従った地方公共団体の分布



図から分かるように、2006年度の分布は2002年度の分布より左側に位置しており、「余剰」団体が多くなっていることを示している。これには、2006年度では2002年度と異なり、GRTが自立支援サービス整備事業の地方負担WKF/2と前年度の精算額STLを含み、かつ、PAが自立支援サービス整備事業費WKFと生活保護適正化事業NMLを含むことによると考えられるが、加えて、2004～5年度における大合併の影響もあるかもしれない。もちろん、この図は本来の不足度DFCに従った分布ではなく、既述の誤差を有した不足度DFCに従ったものである。

まず、2002年度の誤差は $[(1-\theta)PNL-FCL-SBF]/GRT$ となる。このうち上乗せ扶助等SBFについては厳しい地方財政状況のもと2000年代になって急激に減少しているという<sup>16</sup>。また、保護施設整備費FCLに関しては、保護施設数（全国値）は2000年度に前年の335から296に激減して以来、2002年度までさらに2つ微減し294となり、それ以降微増をみせるも2006年度では298までしか増加していない。したがって、FCLの規模もそれほど大きくないと想定される。この考えが正しい場合、 $(1-\theta)PNL > 0$ であるから、 $DFC < DFC^*$ となり、実際の不足度はDFCが示すよりも大きくなる。したがって、2002年度の不足度は本来の不足度の下限值として考えられるかもしれない。

次に、2006年度の誤差は $[(1-\theta)PNL+STL-(SBF+FCL+WKF/2+NML)]/GRT$ となる。既述のごと

<sup>15</sup>ここでは当該年度内に合併した市を除いている。2002年度のそのような市は、つくば市、福山市、廿日市市、2006年度は、笛吹市、高崎市、八女市、本宮市、岡山市、みやま市、熊谷市、相模原市、木津川市である。

<sup>16</sup> 沼尾波子（日本大学経済学部教授）の報告（一橋大学セミナー「地域と社会保障」2009年2月8日。学術総合センター）による。

く、上乗せ扶助等 *SBF* は急激に減少し、保護施設数（全国値）はほとんど変化していないとすると、ここでも  $FCL+SBF$  の値はそれほど大きくないと想定される。さらに、自立支援サービス事業 *WKF* は 2006 年度では 5 つの団体しか実施していない（一方、生活保護適正化事業 *NML* は殆どの市が行っている）ため、 $FCL+SBF+WKF/2$  が無視できるほど小さいならば、誤差は  $[(1-\theta)PNL+STL-NML]/GRT$  となる。なお、2006 年の保護世帯数（全国総数）の対前年度の伸び（1.033）は、前年度の同値（1.043）よりも小さいため、平均的に *STL* は負と考えて良いかもしれない。そうであるならば、 $DFC^*$  は  $NML-STL>0$  の分だけ 2002 年度の誤差より負の値をとりやすい。もちろん、 $NML-STL$  が  $(1-\theta)PNL$  より大きいとは限らない。しかし、*DFC* による余剰団体の比率（84%）は、余剰団体の比率に関する保守的な推測値とみなせるかもしれない。

なお上記の解釈は、2000 年代の厳しい地方財政状況のもと地方単独の上乗せ扶助等 *SBF* と保護施設整備費 *FCL* が減少し、その額が小さくなっているという前提にもとづいている。上乗せ扶助等 *SBF* は財源保障の対象ではないし、保護施設整備費 *FCL* は他の項目で補助・財源保障をうけているから、ここでの前提に反し、これら 2 つの金額が財源保障額 *GRT* に対して大きい場合は、その分だけ財源「不足（余剰）」は過大（過小）に算定されることに注意したい。したがって、2002 年度の不足に関する解釈には注意が必要であるが、2006 年に関しては *SBF* と *FCL* の値が大きい場合はさらに生活保護費の「余剰」を有する団体は増加することになる。

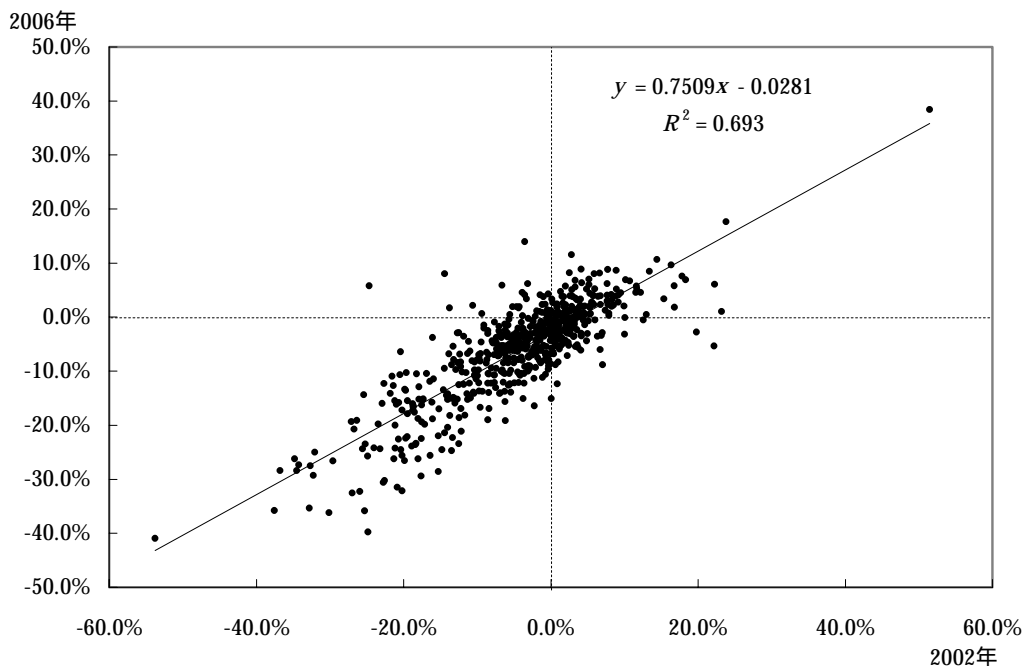
不交付団体が余剰団体であれば地方交付税の交付額には影響はない。しかし、交付団体に余剰があれば基準財政需要が過大になる分だけ、「余分な」財源が与えられている。これには、地方が生活保護事務を制度通り実施しているにもかかわらず基準財政需要額が過大である場合と、基準財政需要額が正確であるにもかかわらず漏給や基準以下の給付等によって生活保護費が過小になる場合が考えられる。地方交付税は一般財源であるから基準財政需要額通りの支出を行う必要はない。しかし、保護基準以下の給付や漏給は許されることではないし、福祉事務所に望まれる人員配置には国のガイドラインが存在する。したがって、判断が分かれるところではあるが、後者の正確に推計された基準財政需要額より生活保護費が過小である場合も望ましいとは考えられないかもしれない。

なお、地方公共団体が「努力」して生活保護費を減らす場合もあろう。例えば、地域振興施策により雇用増を通じて保護世帯数が減るかもしれないし、健康増進事業によって医療扶助が抑えられるかもしれない。しかし日本の保護世帯の特徴を考えると、このような「平均的な」住民を対象とした施策の効果は疑わしい。また効果があるとしても、生活保護は個人のニーズに応じて給付されなければならないから、地方の努力によるものであったとしても保護ニーズが減少する場合は、財源保障額は減るべきという議論になるであろう。また前節で説明した基準財政需要額の算定も同様の考えに従っていると考えて良いだろう。

基準財政需要額は推計値であるから、予期できぬ要因による保護費の変動に対する財源は保障できない。そのような変動は本来の不足度  $DFC^*$  だけでなく、ここでの不足度  $DFC$  も変動させる。その変動が突発的（たまたま）ならば、それは定義によって複数年にわたることはない。つまり、不足度の複数年にわたる関係を見ることで不足度の持続性や突発性は理解できよう。図 3 は、2002 年度と 2006 年度の不足度  $DFC$  に関する 610 市の散布図である。ある団体の不足度が、1 年度限りの突発的な要因によるものならば、両年度における不足度は同様の傾向を示すことはないから、図 3 の散布図は特定の相関を示さないであろう。反対に、不足度が何らかの持続的な要因によるものならば

散布図は右上がりの相関を示すことになる。図 3 に記された散布図と回帰線から分かるように、両時点での不足度は比較的高い相関を示し（決定係数約 0.7）、右上がりの関係を得ることができる。すなわち、2002 年度に高い（低い）不足度を示す団体は 2006 年度も平均して高い（低い）不足度を示すことになり、大部分の団体においては不足度の変動は突発的な要因によるものでないことが分かる<sup>17</sup>。

図 3. 2002 年度と 2006 年度の不足度の相関



なお、ここで分析の対象としているのは、地方財政計画においてマクロレベルで算定される生活保護費の財源保障ではないことに注意したい。そもそも本稿では市のみを考察対象としているので、都道府県が支出する町村部の生活保護費を含む全体の分析は行っていない。ここで問題にしているのは、個々の地方公共団体における生活保護に関する歳出と財源保障の乖離である。重要な点は余剰団体が多数存在する一方で、その比率自体は過大算定の可能性があるにしても、一定の規模の不足団体が存在することである。財源保障が想定する歳出規模に対して財源が不足する団体が存在すると同時に、その裏側で「余剰」をもつ団体が多数存在しているのならば、交付税総額を変えることなく、後者から前者へ資金を移転させる仕組みが必要となるであろう。

## 4.2 財源不足の要因

それでは財源不足にはどのような要因が影響を与えているのであろうか。ここではまず、本来用いられるべき実際の不足度  $DFC^*$  が次のような線形の回帰モデルとして表されると仮定する。

$$DFC^* = x'\beta + u$$

<sup>17</sup> 2002 年度で最も高い不足度（約 50%）を示す団体は、2006 年度も最も高い不足度（約 40%）を示す。そのような値を示す団体を個別に調査する必要もあろう。

ここで  $x$  は実際の不足度に影響を与える観察可能な複数の要因（定数を含む）、 $\beta$  は係数ベクトル、 $u$  は  $x$  では説明できない他の部分（誤差項）である。

今回の分析では  $DFC^*$  は観察できず、 $PA$  を用いた不足度  $DFC$  しか観察できない。ここで  $DFC^* = DFC + Z/GRT$  であるから、

$$DFC = x'\beta - \frac{Z}{GRT} + u$$

を得る。さらに、 $Z = [(1-\theta)PNL - (SBF + FCL + WKFI2 + NML) + STL]$  はケースワーカーの数  $w$  の 2 次関数、つまり、

$$Z = \alpha + \phi w + \delta w^2$$

で近似できると仮定する（なお実際の推定では定数  $\alpha$  は係数ベクトル  $\beta$  内の定数に含まれる）。したがって、回帰モデル

$$DFC = x'\beta + \lambda \cdot \frac{w}{GRT} + \gamma \cdot \frac{w^2}{GRT} + u$$

を得ることができる。なお、ここでは  $DFC$  が被説明変数となっているが、 $x$  の係数  $\beta$  は実際の不足率  $DFC^*$  への要因  $x$  の効果を現していると想定している。また、 $\phi = -\lambda$  と  $\delta = -\gamma$  は、ケースワーカー数が財源保障額当たりの誤差費に与える影響を表している。

以下ではこの回帰式を 2006 年度の 770 市データを用い推定する（なお、一部データが得られなかった市は除いたため図 2 で用いた 2006 年の市からは 4 つが欠落している）。推定は通常の方法により、分散共分散行列には分散不均一に対して頑健な推定量（HCCME）を用いる。

本来測定されるべき不足度（ $DFC^*$ ）に影響を与える要因  $x$  には、主に生活保護受給者に関する地域特性を考え、①保護世帯数（対数値）、②医療扶助（入院）比率（保護世帯人員に占める入院にかかる医療扶助受給者の数）、③医療扶助（入院外）比率（保護世帯人員に占める入院外にかかる医療扶助受給者の数）④高齢者世帯比率（保護世帯に占める高齢者世帯数）、⑤母子世帯比率（保護世帯に占める母子世帯数）、⑥障害者世帯比率（保護世帯に占める障害者世帯数）、⑦傷病者世帯比率（保護世帯に占める傷病者世帯数）を用いる。そしてさらに、⑧人口（対数値）および⑨面積（対数）も考察する。最後に既述の不足度の誤差をコントロールする、⑩保障財源当たりケースワーカー数  $w$  と⑪保障財源当たりの二乗値  $w^2$  を説明変数として加える。これらデータの標本統計量は表 9 の通りである。

表 9. 標本統計量 (2006 年市)

	標本規模	平均	標準誤差	最小値	最大値
不足度	770	-0.075	0.102	-0.481	0.384
保護世帯	770	1,285	5,764	24	112,841
保護世帯 (対数)	770	5.960	1.260	3.178	11.634
保護世帯人員	770	1,802	7,739	29	146,938
保護世帯人員 (対数)	770	6.271	1.298	3.367	11.898
高齢者世帯比率 (対保護世帯)	770	0.456	0.075	0.212	0.763
母子世帯比率 (対保護世帯)	770	0.064	0.042	0.000	0.234
障害者世帯比率 (対保護世帯)	770	0.131	0.051	0.000	0.446
傷病者世帯 (対保護世帯)	770	0.261	0.064	0.000	0.485
医療扶助比率 (対保護世帯人員)	770	0.115	0.055	0.026	0.426
人口 (台帳人口)	770	144,501	382,356	5,118	8,339,695
人口 (対数)	770	11.306	0.881	8.541	15.937
面積	770	268.689	280.845	5.100	2,177.670
面積 (対数)	770	5.017	1.182	1.629	7.686
ケースワーカー (CW) 数	770	21.914	83.952	0.000	1,725
CW 数/保障財源×1000	770	0.008	0.007	0.000	0.049
CW 数の 2 乗/保障財源×1000	770	.186	0.544	0.000	10.368

表 10. 推定結果

	係数	標準誤差	P値
保護世帯 (対数)	0.230****	0.062	0.000
保護世帯人員 (対数)	-0.128**	0.061	0.035
高齢者世帯比率 (対保護世帯)	0.060	0.077	0.438
母子世帯比率 (対保護世帯)	-0.106	0.137	0.442
障害者世帯比率 (対保護世帯)	0.079	0.091	0.387
傷病者世帯 (対保護世帯)	0.139*	0.080	0.083
医療扶助受給者比率 (対保護世帯人員)	-0.108***	0.047	0.021
人口 (対数)	-0.077****	0.008	0.000
面積 (対数)	-0.012****	0.002	0.000
CW 数/保障財源×1000	0.851*	0.506	0.093
CW 数の 2 乗/保障財源×1000	-0.013*	0.006	0.052
定数項	0.306****	0.095	0.001
標本規模	770		
自由度	758		
修正済み決定係数	0.523		

注: \*\*, \*\*\*, \*\*\*\*, \*\*\*\*\* はそれぞれ 0.10、0.05、0.025、0.001 の有意水準を示す。括弧内は標準偏差である。

推定結果は図 10 の通りである。第 1 に、保護世帯数は不足度に対し正の有意な効果を与え、保護世帯人員数は負の有意な効果を与えている。前者の世帯数の効果は、世帯人員数を一定に保ったまま

保護世帯数が増加することを意味するから、一定の世帯員数をもった世帯の数が増加する効果と解釈できる。一方、後者の世帯員数の効果は世帯数を固定した場合の効果であるから、1世帯当たりの構成員数の効果と解釈できる。世帯数が同一であれば人員数の増加は、人員1人当たりの扶助費を減少させるだろう。この世帯人員数の効果はこのような効果をとらえていると考えられる。

第2に、受給者の属性（高齢者世帯比率、母子世帯比率、障害者世帯比率、傷病者世帯比率、医療扶助受給者比率）のうち有意な効果を与えているのは、傷病者世帯比率と医療扶助受給者比率である。しばしば、大都市圏では医療扶助の実績値が、基準財政需要額の算定で用いられる平均月額値（16,601円）よりも高くなる傾向があり、その結果、基準財政需要額では地方の財源負担分はカバーできないと議論される。今回の推定では医療扶助受給者比率は有意となっているものの、その効果の方向は負である。もちろんこの医療扶助受給者比率の効果は他の変数を一定に保った場合の効果である。医療ニーズが高い、高齢者世帯、障害者世帯、そして傷病者世帯の各比率が正であれば、医療扶助受給者が固定されている場合（つまり、医療扶助受給者比率と保護世帯人員数が固定されている場合）、これら3つの世帯属性値の増加は医療ニーズの増加を表すと解され、その結果、扶助受給者1人当たり医療費も増加し、医療扶助の単価も増加すると考えられる。しかし、医療ニーズが高いと考えられる、高齢者世帯、障害者世帯、そして傷病者世帯の各比率はそれぞれ正の符号は示してはいるが、有意な結果を示すのは傷病者世帯だけである。この傷病者に関する結果だけでも医療扶助の増加が不足度を増大させるという議論を支持することはできるが、高齢者世帯や障害者世帯の効果の確認は今後の課題であろう。

第3に、人口と面積はそれぞれが不足度に負の有意な影響を与えている。面積を固定した場合の人口の増大は、都市化とほぼ相関する人口密度の増大を意味する。通常、都市部には比較的大きな貧困層が存在し、保護ニーズが高まることがある。ニーズが高まると財源不足は発生し易いから、今回の推定結果とは逆に、面積がコントロールされた場合の人口の効果は不足度を増大させると期待されるかもしれない。しかし今回の推定では保護ニーズは保護世帯数や保護人員数でコントロールされているから、単に人口の増加は保護率の低下を示すことだけを示しているのであろう。したがって、保護率の大きさも不足度に影響を与えているならば、今回のように人口の係数が負になることは不思議ではない。その一方で、人口規模を固定した面積の効果は、人口密度の減少という意味で非都市化の度合いと相関することになる。もちろん、他の変数で保護ニーズは考慮されているのであるが、この面積の負の効果はこれら他の変数でとらえきれない非都市化の効果をとらえていると考えられるであろう。

## 5. さいごに

本論では地方公共団体による生活保護の実施体制を概観し（第2節）、それに対する財源保障のしくみを解説した（第3節）。そして、生活保護費、国庫負担金、および基準財政需要額を用いて、生活保護費の財源の不足度について分析を行った（第4節）。本稿の不足度は誤差をふくむものであるが、特に2006年度では少なくない地方公共団体が生活保護費の「余剰」を有している可能性が示唆された。また不足度の要因分析からは、保護世帯数と医療扶助世帯比率の増加が不足度を増大させる

要因となることがわかった。なお本稿で分析対象としたのは、マクロレベルで算定される生活保護費の財源保障総額ではなく、個々の地方公共団体における生活保護費の財源保障額である。つまり、ここでの関心は、総額としての生活保護費が正しく財源保障されたとしても、その配分においてどれくらいの「余剰」団体と「不足」団体が存在するかということであった。今回の分析では、起こりうる誤差について明示的に考察しながら議論を進め、また、推定では誤差によるバイアスを統制する形で推定結果を提示したつもりであるが、やはり、より正確かつ説得的な結果を示すためには、できるだけ細かい決算統計と基準財政需要額を利用した、できるだけ正確な不足度を算定する必要があるだろう。そのような作業は今後の課題としたい。

## 参考文献

- 宇山勝儀（編）2005.『福祉事務所運営論』ミネルヴァ書房.
- 小西砂千夫. 2008.「地方交付税の算定の実際とそのあり方について：市の生活保護費を基に」（『基本から学ぶ地方財政』第3章所収予定，学陽書房，2009年出版予定）
- 地方交付税制度研究会（編）. 2008.『平成19年度地方交付税制度解説（補正係数・基準財政収入額篇）』
- 中井英雄. 1988.『現代財政負担の数量分析』有斐閣.
- 中井英雄. 1989.「生活保護者数の都市別実態とその変化」大阪府総務部地方課『大都市圏諸都市の行財政運営に関する調査報告書（I）』pp. 81-121.
- 沼尾波子. 2009.「自治体の生活保護行政をめぐる現状と課題」『社会政策研究』近刊.
- 平野方紹. 2005.「福祉事務所の業務と組織」in 宇山（2005），pp. 73-90.
- 船水浩行. 2005.「福祉事務所の成立と歴史的展開」in 宇山（2005），pp. 16-49.
- 森長秀. 2005.「福祉事務所をめぐる法制度」in 宇山（2005），pp. 51-71.



## 第2章 大阪市・門真市における生活保護の状況

総務省自治財政局調整課


### 1. 大阪市の概要

平成17年国勢調査における大阪市の人口は262万8811人であり、戦後は、昭和40年の315万6,222人をピークに、その後減少傾向にあったが、平成17年調査において、昭和40年以降では初めて増加となった。

市域は222.30平方キロメートルであり、北区、都島区、福島区、此花区、中央区、西区、港区、大正区、天王寺区、浪速区、西淀川区、淀川区、東淀川区、東成区、生野区、旭区、城東区、鶴見区、阿倍野区、住之江区、住吉区、東住吉区、平野区、西成区の24の行政区で成り立っている

#### 【大阪市の市域】

現在の市域面積…222.30平方キロメートル

 明治22年4月（市制施行）


…15.27平方キロメートル

 明治30年4月（第1次市域拡張）

…55.67平方キロメートル

 大正14年4月（第2次市域拡張）

…181.68平方キロメートル

 昭和30年4月（隣接6カ町村編入）

…202.31平方キロメートル

 昭和40年以降（埋立によるもの）



大 阪 市 の 推 計 人 口

(単位:人、Km<sup>2</sup>、世帯)

(平成21年1月1日現在)

区 名	人 口			面 積 (km <sup>2</sup> )	人口密度 (1km <sup>2</sup> 当り)	(参 考) 世 帯 数	前月人口
	総 数	男	女				
総 数	2,653,981	1,293,087	1,360,894	222.30	11,939	1,291,337	2,653,617
北 区	105,555	51,127	54,428	10.33	10,218	59,626	105,460
都 島 区	102,025	49,718	52,307	6.05	16,864	48,818	102,030
福 島 区	63,864	30,379	33,485	4.67	13,675	31,916	63,832
此 花 区	65,032	31,560	33,472	16.24	4,004	29,264	65,014
中 央 区	73,624	34,295	39,329	8.88	8,291	45,590	73,469
西 区	78,763	37,390	41,373	5.20	15,147	46,723	78,606
港 区	83,795	40,991	42,804	7.90	10,607	39,196	83,832
大 正 区	71,348	35,101	36,247	9.43	7,566	31,094	71,438
天 王 寺 区	67,129	31,218	35,911	4.80	13,985	33,047	67,059
浪 速 区	58,266	30,094	28,172	4.37	13,333	37,654	58,199
西 淀 川 区	96,217	47,607	48,610	14.23	6,762	42,008	96,230
淀 川 区	170,849	84,799	86,050	12.64	13,517	88,932	170,869
東 淀 川 区	177,922	88,612	89,310	13.25	13,428	91,853	178,030
東 成 区	78,868	37,617	41,251	4.55	17,334	37,734	78,839
生 野 区	134,846	64,440	70,406	8.38	16,091	62,677	134,926
旭 区	93,628	44,862	48,766	6.30	14,862	44,186	93,656
城 東 区	164,870	78,942	85,928	8.42	19,581	74,935	164,861
鶴 見 区	110,605	53,298	57,307	8.16	13,555	44,868	110,390
阿 倍 野 区	107,781	50,083	57,698	5.99	17,993	48,993	107,770
住 之 江 区	127,823	61,375	66,448	20.77	6,154	55,793	127,834
住 吉 区	156,918	73,708	83,210	9.34	16,801	73,464	156,981
東 住 吉 区	133,886	63,650	70,236	9.75	13,732	61,626	133,942
平 野 区	200,571	95,567	105,004	15.30	13,109	86,961	200,535
西 成 区	129,796	76,654	53,142	7.35	17,659	74,379	129,815

## 2. 大阪市の財政状況

平成 19 年度決算においては、扶助費や公債費の増があるものの、人件費や経常的施策経費及び管理費などの縮減に努めるほか、投資的経費についても圧縮し、歳出の決算規模は△0.6%で、6 年連続の減（6 年間で△2,914 億円）となっており、「形式収支」から翌年度に繰り越した事業にかかる所要税等を差し引いた「実質収支」については、4 億 3,400 円の剰余となっている。また、財政力指数は 0.93 で政令指定都市の中では 6 位となっている。

市税収入については、税源移譲や定率減税の廃止など税制改正の影響により、4 年連続の増となったものの、一般財源については、地方交付税などの減により、前年度に比べ 3.6%減の 8,125 億円となっている。

義務的経費については、新規職員の採用凍結などにより人件費を縮減（△34 億円、△1.3%）したものの、生活保護費（+0.5%）や障害者自立支援給付費（+27.8%）の増による扶助費の増などにより、前年度に比べ 0.9%の増（+75 億円）となっている。

なお、一般会計における平成 19 年度末市債現在高については、2 兆 8,170 億円となり、前年度に引き続き 2 年連続の減となっている。

大阪府財政収支の推移と現状（一般会計）

（単位：百万円）

区 分	15 決算	16 決算	17 決算	18 決算 (1)	19 決算 (2)	前年度比較 (2)-(1)
歳 入 額	1,737,622	1,746,704	1,696,698	1,664,472	1,996,439	△ 8,033
歳 出 額	↑ △3.0%	↑ △6.4%	↑ △2.0%	↑ △3.8%	↑ △0.6%	
	1,754,413	1,746,689	1,697,039	1,661,729	1,992,928	△ 9,163
歳入歳出差引 （実質収支増減）	2,609	1,849	1,500	2,743	3,812	1,069
国庫支出金等 （国庫補助金）	2,413	1,659	1,343	2,371	3,379	1,008
国庫交付金 （国庫補助金）	182	229	234	300	434	88

（参考①）地方財政対策に基づいて繰り越した状況

区 分	15 決算	16 決算	17 決算	18 決算 (1)	19 決算 (2)	前年度比較 (2)-(1)
繰 越 額	399,900	96,348	69,607	31,830	↑ 41.3%	73,013
地方交付税	80,478	72,843	66,719	47,209	↑ △17.8%	10,499
合 計	399,900	169,191	136,326	89,869	↑ △15.8%	83,512

（参考②）

区 分	15 決算	16 決算	17 決算	18 決算 (1)	19 決算 (2)	前年度比較 (2)-(1)
一 般 財 源	809,381	846,548	809,596	843,396	↑ △3.8%	812,459
うち、市税	413,649	418,908	428,517	402,824	↑ 4.9%	419,485
	[ 34.6% ]	[ 35.4% ]	[ 37.0% ]	[ 46.7% ]	[ 42.0% ]	
義務的経費	458,541	477,761	467,108	441,419	↑ 0.9%	446,996
前年度繰越額等引	95.2%	98.9%	98.6%	94.9%	95.3%	0.4%
事 業 費	487,699	451,896	419,517	397,314	↑ △3.8%	391,691
経 費	230,819	212,098	183,139	172,441	↑ △3.8%	171,599
うち一般経費	121,829	116,756	113,508	80,796	↑ △27.8%	98,337
特定交付金等引	2,797,882	2,869,348	2,912,312	2,831,384	↑ △3.3%	2,817,938
国庫交付金等引	5,478,189	5,419,001	5,540,298	5,425,317	↑ △2.2%	5,306,799

- \* 上掲「19」は、前年度決算比。
- \* 一般財源とは、市税、地方譲与税、地方交付税、国庫財政対策債、繰越額など、国庫が負担されている。地方交付金のうち繰越額は「繰越額」で示す。
- \* 市税のうち「19」は、個人課税に対するものである。
- \* 義務的経費は、人件費、扶助費、公債費の合計額である。
- \* 繰越額と前年度引に比べて前年度比は、94.9%（2017年度）である。
- \* 「19」年度の地方債の償還率は、99.7%（2017年度）であり、繰越額が前年度一般財源に比べて増えている。

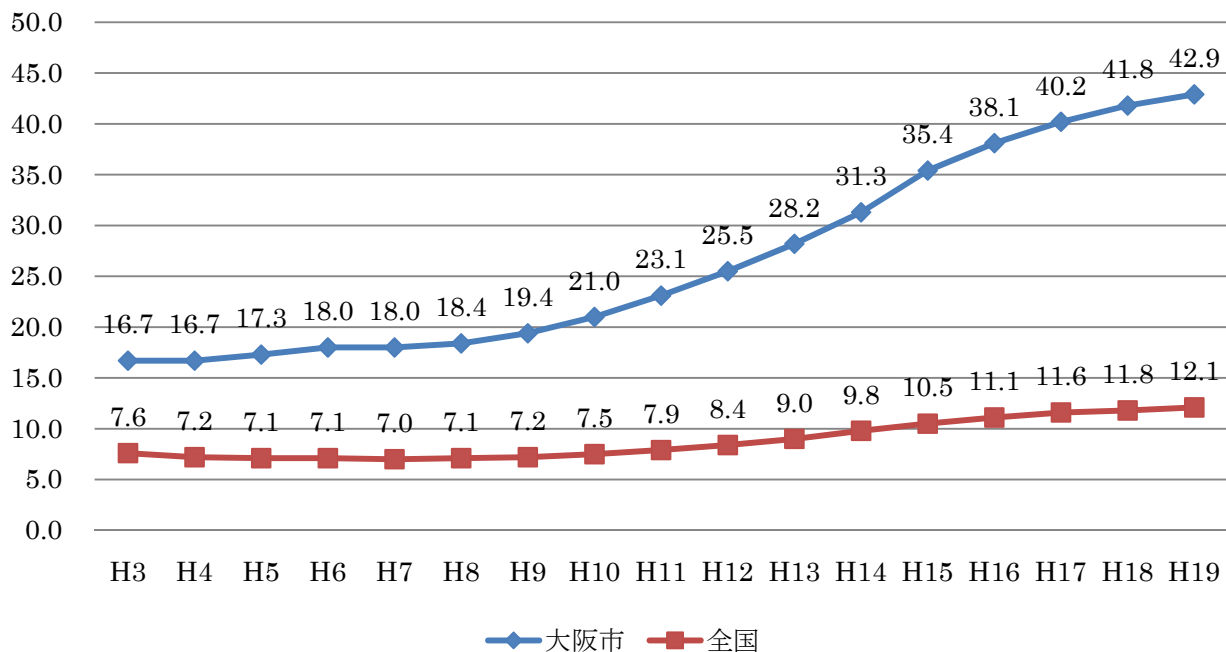
### 3. 大阪市の生活保護の状況

大阪市の被保護世帯数は、88,147世帯、人員は115,775人、保護率は43.7%である（平成20年6月現在）。被保護世帯数、被保護人員ともに増加しており、保護率も全国平均（12.2%；平成19年12月）を大きく上回っている。また、保護の状況は行政区により大きく異なり、最も保護率の高い西成区では約170%となっている。

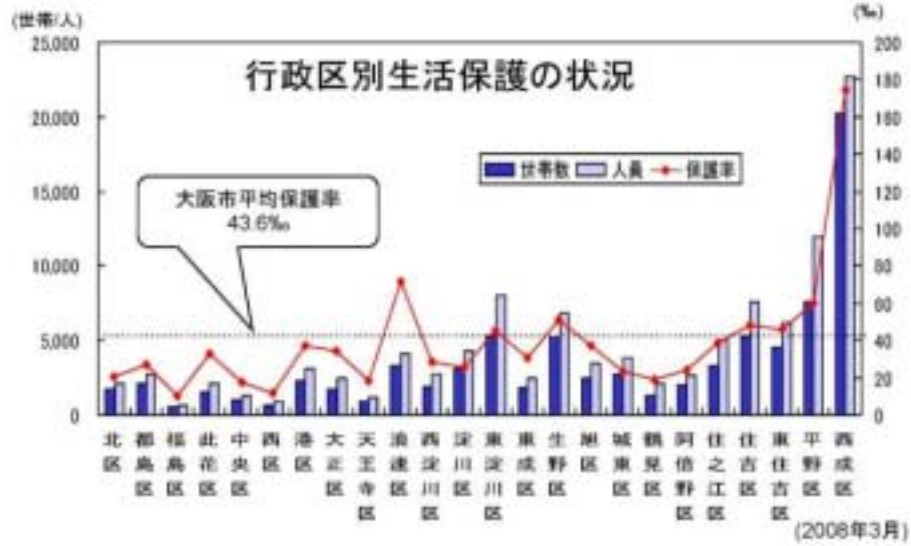
生活保護費については、一般会計に占める割合は1割を超え2,378億円（20年度予算）となっており、医療扶助の占める割合が大きく48.6%（平成19年度）となっている。

大阪市は他都市に比べ、失業率の高さ、高齢者の割合の高さ、離婚率の高さ、あいりん地域（西成区の東北端（JR新今宮駅南側））における日雇い労働者の密集、ホームレスの多さなどが顕著である。高齢者人口に対する高齢単身世帯の割合については27.3%と、政令市の中で最も高く（平成17年）、離婚率も2.7%と、政令市の中で最も高い（平成18年）。また、あいりん地域における日雇い労働者の高齢化や景気の低迷によるホームレス化により生活保護が急増している。被保護世帯数について、平成9年度と比較すると大阪市全体では2.2倍、あいりん地域では4.4倍になっている。さらに、大阪市内のホームレス数は全国の約23%にあたる3,647人であり、その出身地は大阪府以外の都道府県が3/4以上を占めているという状況である。

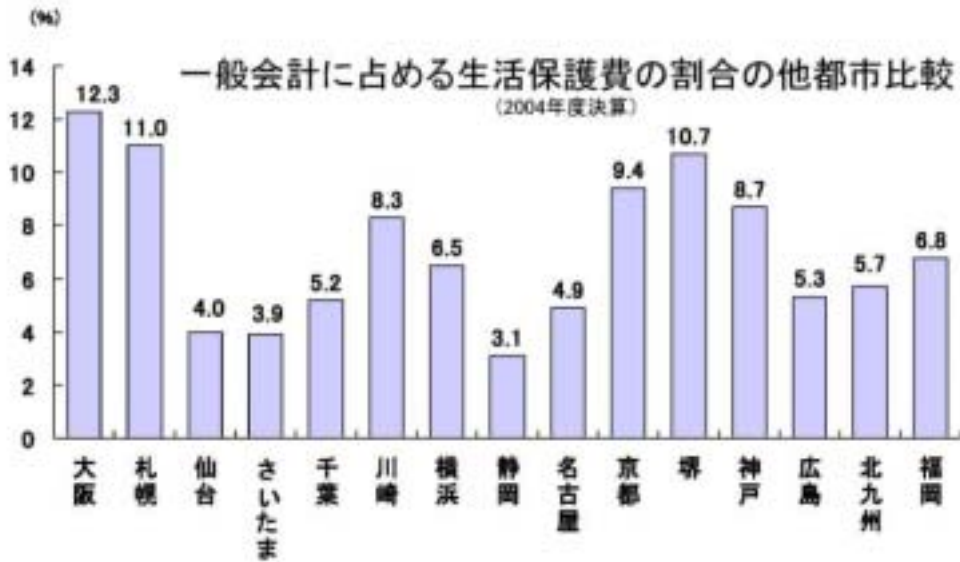
大阪市における保護率の推移



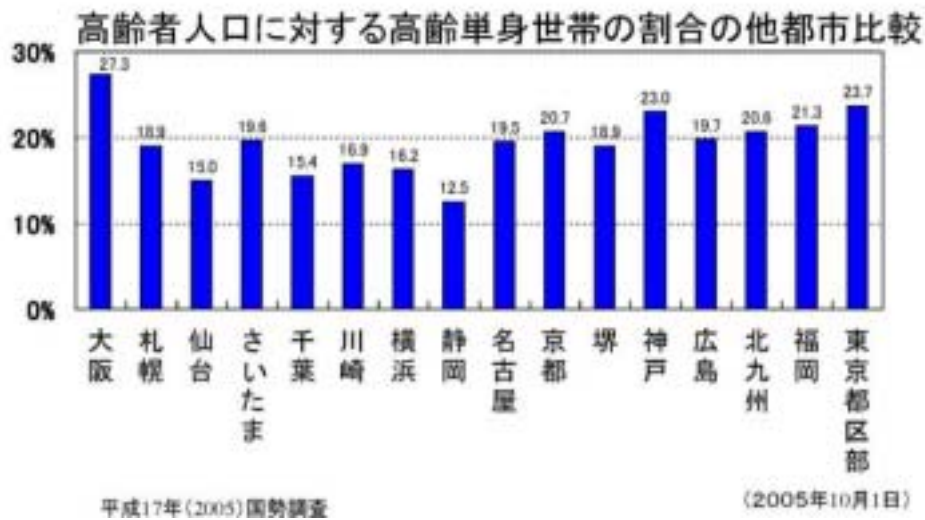
保護の状況は行政区により大きく異なる。



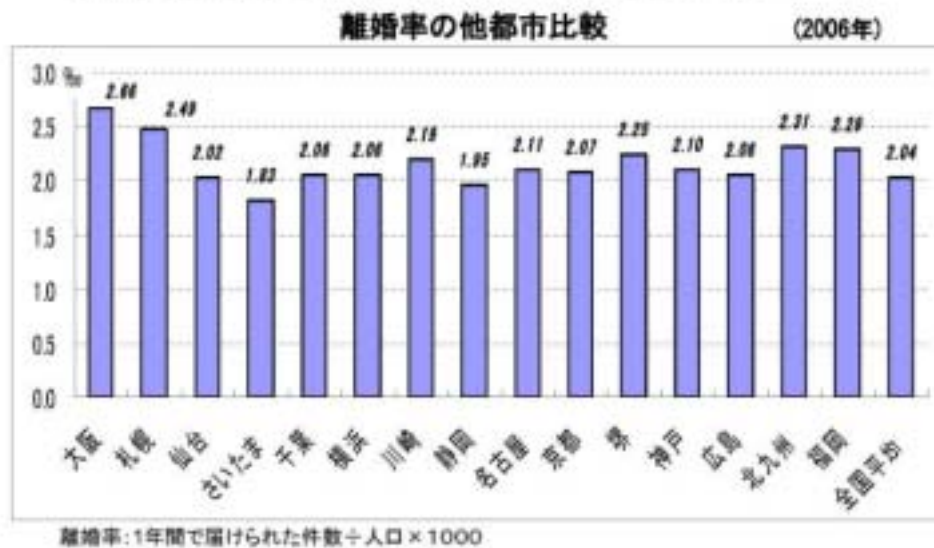
大阪市は、他都市に比べ一般会計に占める生活保護費の割合が最も大きい。  
(2004年度決算12.3%)



大阪市は、高齢者人口に対する高齢単身世帯の割合が27.3%と、大都市で最も大きい。



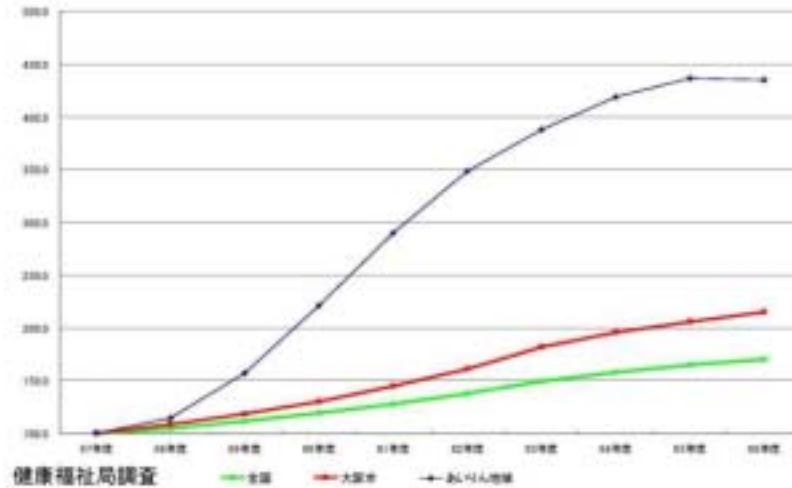
○離婚率が高い。  
 大阪市は、大都市で離婚率が最も高く、全国平均も大きく上回っている。



○あいりん地域の問題

あいりん地域での日雇労働者の高齢化や景気の低迷によるホームレス化で生活保護が急増している。1997年度を100とすると、全国は1.7倍、大阪市は2.2倍、あいりん地域は4.4倍になっている。

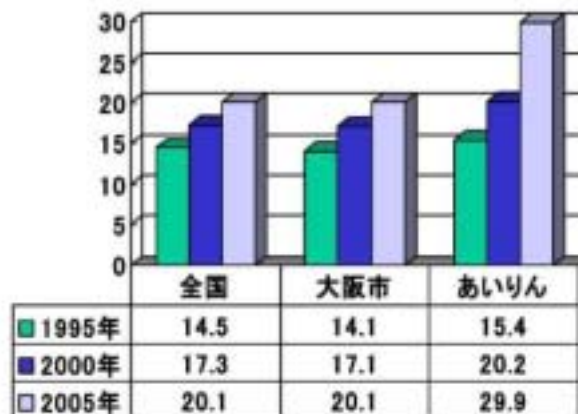
被保護世帯数の推移(1997年度=100)



48

あいりんの高齢化率は、全国や大阪市と比較して高い数字を示しており、急激に高齢化が進んでいる。

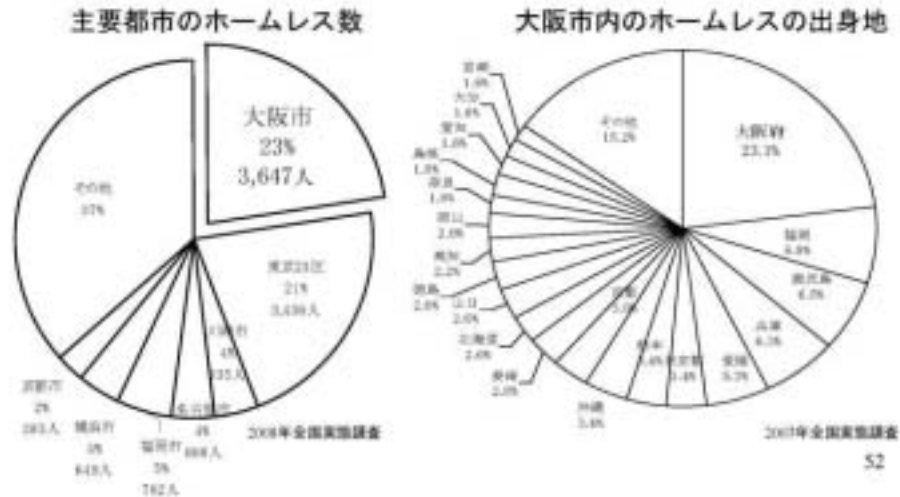
高齢化率



平成7年(1995)～平成17年(2005)国勢調査

### ○ホームレス問題

- 高齢や傷病等により就労自立することが難しく、他の法律や他の施策でも対応が困難なホームレスに対しては生活保護を適用している。
- ホームレス問題は全国的な広がりをもつが、とりわけ、大都市に顕著に見られる課題であり、全国のホームレス数のうち、大阪市、東京23区が44%を占める。
- 大阪市内のホームレス数は、全国の約23%にあたる3,647人である。
- 大阪市内のホームレスの出身地は、大阪府以外の都道府県が3/4以上を占めている。  
(2008年全国実態調査)



## 4. 門真市の概要

門真市は、大阪府の東北部で淀川左岸に位置し、大阪市、守口市、寝屋川市、大東市に隣接している。市域は、東西が4.9km、南北が4.3kmで面積は12.28km<sup>2</sup>である。

もともと豊かな穀倉地帯だったが、昭和8年には松下電気器具製作所が誘致され、世界的な大企業に躍進するとともに、下請・関連工場も増加した。そして、昭和40年の国勢調査で、全国1位の人口増加率を示したとおり、急激に農村地帯から産業都市へと移行し、現在は、東大阪工業地帯の中軸として重要な位置を占めている。

平成17年国勢調査における門真市の人口は131,706人であり、昭和50年の143,238人をピークに伸びは鈍化し、また平成5年度以降は減少している状況である。



## 5. 門真市の財政状況

一般会計の平成19年度決算は、歳入総額455億5,543万3千円、歳出総額455億592万5千円で、歳入歳出差引額が4,950万8千円となっている。このうち平成19年度から平成20年度へ繰り越すべき財源2,437万6千円を差し引いた、2,513万2千円が累積黒字（実質収支額）となっている。

平成19年度の累積黒字が4,875万5千円あったため、単年度としては2,362万3千円の赤字となっている。

歳入については、前年度比3.8%増の455億5,543万3千円となっているが、地方譲与税が所得譲与税の減少により78.8%の減少となったものの、市税が市民税、固定資産税の増加により6.8%、市債が退職手当債の増加により65.6%、国庫支出金が国庫補助金、国庫負担金の増加により19.7%の増加したことなどによる。

歳出については、前年度比3.8%増の455億592万5千円となっているが、人件費が4.4%、普通建設事業が7.7%の減少となったものの、物件費が30.8%、繰出金が29.4%の増加となったことなどによる。

\*一般会計歳入決算額内訳表（19年－18年）\*

項 目	19年度決算 千円	18年度決算 千円	前年度比 %
市 税	20,022,485	18,748,647	6.8
地方譲与税	252,879	1,195,127	△ 78.8
利子割交付金	107,437	82,354	30.5
配当割交付金	95,033	85,370	11.3
株式等譲渡所得割交付金	58,179	67,117	△ 13.3
地方消費税交付金	1,465,226	1,523,835	△ 3.8
自動車取得税交付金	217,754	257,141	△ 15.3
地方特例交付金	115,526	397,759	△ 71.0
地方交付税	5,091,533	5,040,195	1.0
交通安全対策特別交付金	25,114	26,127	△ 3.9
分担金及び負担金	320,991	315,806	1.6
使用料及び手数料	586,446	563,587	4.1
国庫支出金	8,559,070	8,328,095	2.8
府支出金	2,636,725	2,203,547	19.7
財産収入	170,286	67,199	153.4
寄 附 金	40,949	6,454	534.5
繰 入 金	1,434,401	1,905,028	△ 24.7
諸 収 入	607,901	507,039	19.9
市 債	3,698,461	2,233,700	65.6
繰 越 金	49,037	348,764	△ 85.9
歳 入 合 計	45,555,433	43,902,891	3.8

\*一般会計歳出決算目的別（19年－18年）\*

款 別	19年度決算 千円	18年度決算 千円	前年度比 %
議会費	393,261	451,894	△ 13.0
総務費	6,175,138	5,756,183	7.3
民生費	20,176,904	18,454,585	9.3
衛生費	3,984,070	4,046,360	△ 1.5
農林水産業費	39,152	50,806	△ 22.9
商工費	174,385	191,966	△ 9.2
土木費	3,945,495	3,891,546	1.4
消防費	1,914,353	1,914,429	△ 0.0
教育費	3,611,778	4,266,704	△ 15.3
公債費	5,091,254	4,829,222	5.4
諸支出金	135	159	△ 15.1
歳 出 合 計	45,505,925	43,853,854	3.8

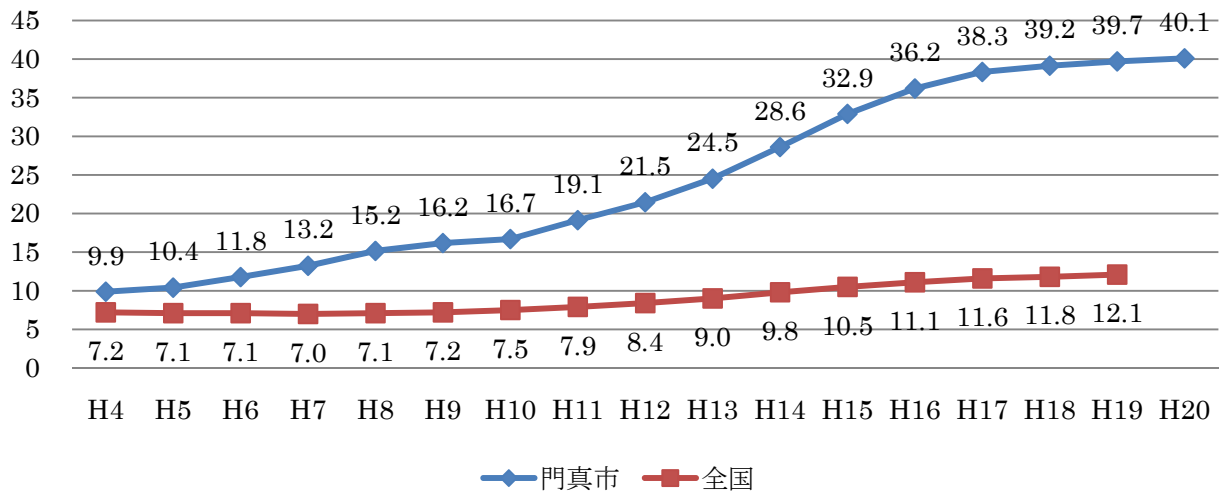


## 6. 門真市の生活保護の状況

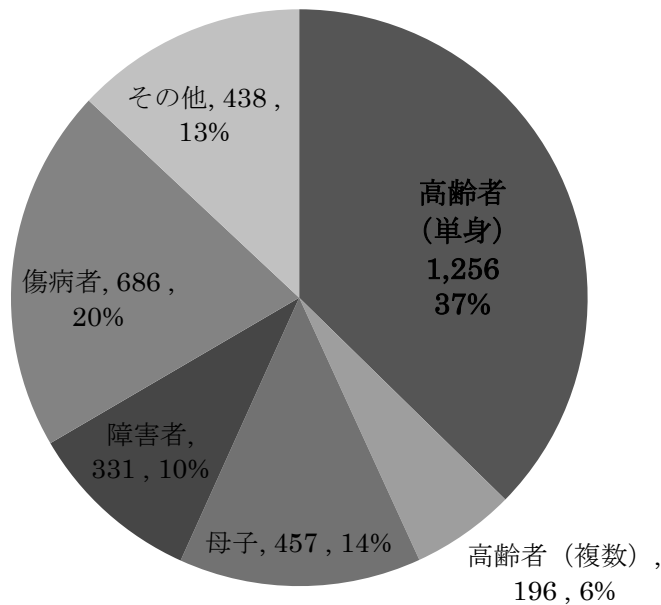
門真市の被保護世帯数は、3,391世帯、人員は5,339人、保護率は40.14%である（平成20年4月1日現在）。被保護世帯数、被保護人員ともに増加しており、保護率も全国平均（12.2%；平成19年12月）を大きく上回っている。

門真市は密集住宅地を抱えており、地区による保護率の差も大阪市同様著しく、最も高い地区では98.9%（平成20年3月現在）である。また、単身高齢者世帯が約38%と高い状況にあるのも特徴である。

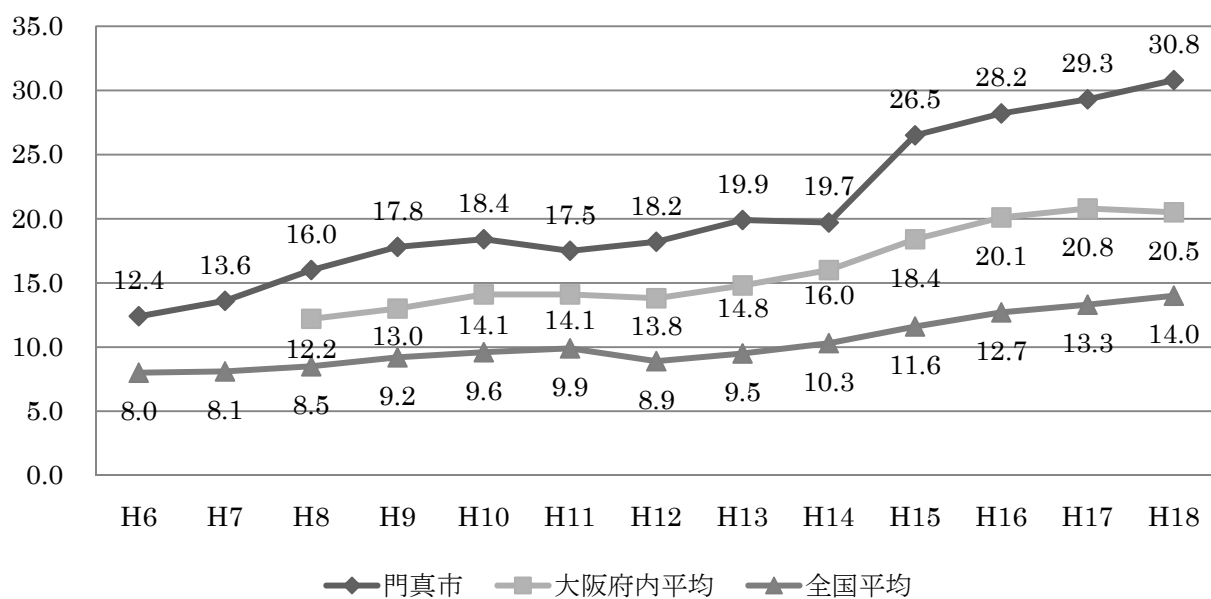
門真市における保護率の推移



門真市における類型別被保護世帯数



門真市における一般会計に占める扶助費の割合



## 第3章 要介護認定と財政措置

林 正義（一橋大学国際・公共政策大学院准教授）

### 要介護認定と財政措置：認定率は財政状況に影響をうけるのか？

Prepared by

林正義 一橋大学 国際・公共政策大学院  
for  
地方行財政ビジョン研究会  
2008年10月20日

### 論文の動機

- 会計検査院報告(2006)
  - 地方が行う社会保障政策(生活保護,介護保険,国民健康保険)を検証.
  - 介護保険については認定率の地域差を指摘.認定における地方の恣意性を含意.
- 介護保険の要介護認定は全国統一的な基準の下で行うことが建前.しかし,介護保険料は介護保険特別会計における歳出と歳入を閉じるように設定されるため,財政状況が悪化すると,認定率を変化させ歳出をコントロールする誘因は存在していそう.
- 認定率を操作して歳出を抑えているならば,同一の介護ニーズを有していても,居住地が異なると得られる介護サービスも異なってしまうことになる.これは問題ではないのか？

## 論文でおこなうこと

---

- 市町村の財政状況が介護保険の認定率に影響を与えるか否かを検証したい。
- 「財政状況」は介護保険特別会計から得られる複数の指標によって表現。
  - 保険料水準(第1号被保険者,基準額)
  - 財政安定化基金からの借入
  - 上位政府からの補助率(調整交付金率の地域差で効果を識別)
  - 地方交付税
- 基本的には単純な作業→認定率を,これら財政変数に回帰して,何らかの系統的な影響があるか否かを検証してみる。

## 先行研究

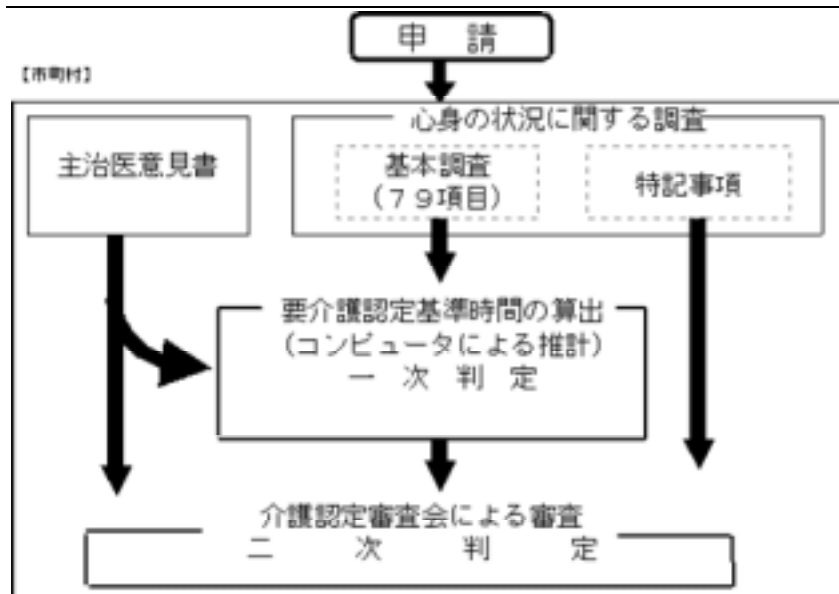
---

- 稲岡・清水谷(2006)『会計検査研究』
- 安藤(2007)一橋大学社会学研究科修士論文
  - 財政変数が市町村レベルではない(稲岡・清水谷2006)
  - 複数の財政変数が考察されているが,同時にはコントロールされていない(稲岡・清水谷2006)
  - 階差を用いた推定に伴う推定上の問題の放置(稲岡・清水谷2006,安藤2007)←パネル分析におけるLarge N asymptoticsからの問題.
  - 補助率や交付税措置の効果は考察されていない

## 介護保険のしくみ

- 市町村が保険者。介護保険特別会計を別途設置し、運営。
- 被保険者：第1号被保険者 = 65歳以上，第2号被保険者40～64歳まで。
- 要介護認定は市町村による。ただし，以下の手続きをとる。申請→ 訪問調査員による質問票によるチェック→ 要介護認定審査会による審査
- 要介護認定は複数の水準(要支援，要介護1から5)。第3期から，要支援は1と2に分かれる。
- 給付額は実際のサービス経費(上乗せ横出しを除く)の90%。上限あり(要介護度に応じ増加)

## 要介護認定のしくみ



## 介護保険財政

- 3年ごとの事業運営期間単位(2000-2002, 2003-2005, 2006-2008)で「介護保険事業計画」(いくつかの市町村はDL可)を策定し, 期内の需要予測を行う.
- 歳入は, 給付額(特別給付額~上乗せ横出し~は含まず)の一定部分が以下のように負担される.
  - 国の負担(給付額の20%, 調整交付金として0~5%)
  - 当道府県の負担(12.5%)
  - 当該市町村の一般会計からの拠出(12.5%~17.5%)←交付税措置あり
  - 第2号被保険者保険料(31%)→全国でプール. 給付の一定割合を交付.
  - 残りは予算が均衡するように第1号被保険者保険料を決定

## 神戸市の場合(H18-H20)

【第1号被保険者の保険料(基準月額)の算出方法】

(保険給付費+地域支援事業費) × 第1号被保険者の負担割合 +	2,624億円 × 19% +
市町村特別給付、財政安定化基金償還金、及びその他の経費	16億円
÷	÷
過去の実績より推計した 保険料の収納率	97.68%
÷	÷
保険料の負担割合で補正した 第1号被保険者数	311千人
÷	÷
36月	36月
=	=
第1号被保険者の 保険料基準月額	4,694円

## 回帰モデル

- パネル:  $T=2$  ( $t=2004, 2005$ ),  
 $N=1,120$  (合併した市町村は除く)
- Unobserved heterogeneity
- ダイナミックモデル (部分調整モデル)

$$y_{it} = \alpha_0 + \alpha \cdot t + \sum_{k=1}^K \beta_k \cdot x_{k,it} + \sum_{l=1}^L \gamma_l \cdot z_{l,it} + \rho \cdot y_{it-1} + c_i + u_{it}$$

## 財政変数: x

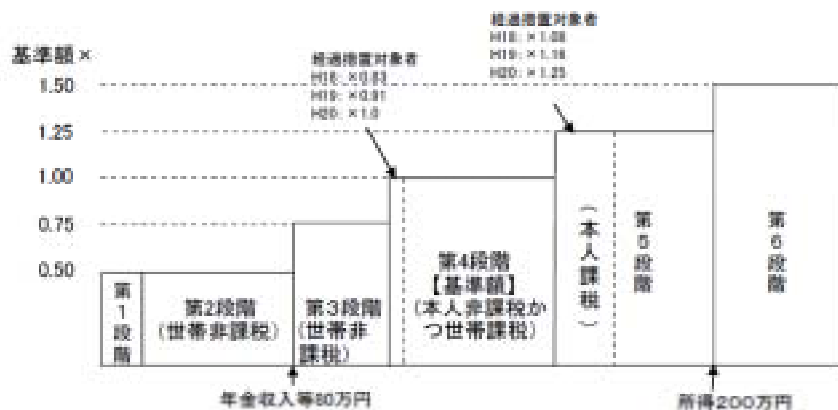
- $t \cdot p =$  タイムトレンド  $\cdot \ln(\text{保険料水準})$ 
  - 事業運営期間が終わりに近づくにつれ、保険料の効果が変化する (予想は大きくなる) .
- $b =$  借り入れ比率
  - 計画初年度から前年度までの財政安定化基金からの借入累積 / 計画初年度から前年度までの第1号被保険者からの保険料収入の和
- $a = 0.20 + 12.5 +$  調整交付金率
  - 調整交付金比率は地方公共団体 (保険者) 毎に異なるため、上位政府からの補助率の効果が識別可
- $d = 1$  { 地方交税の交付団体 }
  - 市町村一般会計からの拠出金は交付税措置されるため、交付団体は追加的な補助が存在するとみなせる .

## コントロール変数z

- 老人の分布の特性
  - 人口に占める高齢者比率→対数
  - 高齢者に占める後期高齢者比率→対数
  - 高齢者に占める所得別高齢者比率 (poor 1 ~ 3, rich 5 以上) →対数
  - $\ln(\text{人口})$ も追加
- 介護施設
  - 介護施設定員数当たり高齢者数 (rationingの度合い)  
→ただし都道府県単位
- 観察できない地域特性
  - 家族構成, 他人による介護への選好,

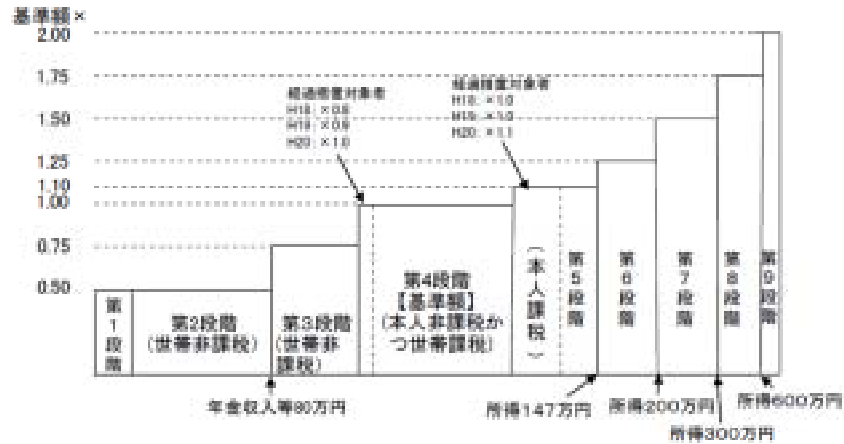
(参考 国の示した標準的な6段階設定)

※経過措置対象者の料率は例示。





(平成 18～20 年度 神戸市の第 1 号保険料の段階設定のイメージ図)



## 推定モデル

- 1階階差モデル(観察されない異質性をコントロール, T=2期の場合の固定効果モデルのOLS推定値は階差モデルの推定値と同じ. IVの場合は若干違うが...)
- 固定効果モデルは用いない(一般的に操作変数がやっかい.)

$$\Delta y_{i:2005} = \alpha + \beta_1 \cdot p_i + \beta_2 \cdot \Delta b_{i:2005} + \beta_3 \cdot \Delta a_{i:2005} + \beta_4 \cdot \Delta d_{i:2005} + \sum_{l=1}^7 \gamma_l \cdot \Delta z_{l,i:2005} + \rho \cdot \Delta y_{i:2004} + \epsilon_{i:2005}$$

- 2期間のパネルデータなので,  $T=1$ ,  $N=1,120$  の横断面分析 (large N asymptotics)
- 階差による誤差項の内生性に注意 (強外生性が必要. 先決性だけでは不十分)

$$\Delta y_{i2005} = \alpha + \beta_1 \cdot p_i + \beta_2 \cdot \Delta b_{i2005} + \beta_3 \cdot \Delta a_{i2005} + \beta_4 \cdot \Delta d_{i2005} + \sum_{l=1}^7 \gamma_l \cdot \Delta z_{l,i2005} + \rho \cdot \Delta y_{i2004} + \epsilon_{i2005}$$

### 内生性1: 動学モデル (強外生性の不成立 1)

- $u_{2004} \rightarrow y_{2004}$
- だから,  $\epsilon = u_{2005} - u_{2004}$  と  $\Delta y_{2004} = y_{2004} - y_{2003}$  は相関.
- この変数のための追加的な操作変数
  - $\Delta y_{2003} = y_{2003} - y_{2002}$  を利用 (relevant and valid だろう).
  - 過剰識別のため,  $y_{2003}$  と  $y_{2002}$  を別々に使用

$$y_{it} = \alpha_0 + \alpha \cdot t + \sum_{k=1}^K \beta_k \cdot x_{k,it} + \sum_{l=1}^L \gamma_l \cdot z_{l,it} + \rho \cdot y_{it-1} + c_i + u_{it}$$

## 内生性2:遅れを伴ったフィードバック(強 外生性の不成立2)

- 財政安定化基金からの借入( $b$ )は先決(前期までの借入)であるが、モデル上、この借入は前期の歳出に影響をうける。
- 前期の歳出は前期の認定率に影響をうける。また前期の認定率 $y_{2004}$ は $u_{2004}$ の影響をうけるから、 $u_{2004} \rightarrow y_{2004} \rightarrow b_{2005}$ となる。
- したがって、 $\Delta b_{2005} = b_{2005} - b_{2004}$ と $\varepsilon = u_{2005} - u_{2004}$ は相関。
- この変数のための追加的な操作変数
  - $b_{2003} = 0$ だから、 $\Delta b_{2004} = b_{2004} - b_{2003}$ は利用不能。ここからは $b_{2004}$ のみ用いる。
  - $b_{2005}$ を説明する変数として、2003から2005年度までの高齢者1人当たり第1号保険料収入+調整交付金、2003年度の高齢者1人当たり給付額、ならびに、2003年と2004年の第1号保険料の納付率を利用。

## 他の財政変数について

- 調整交付金率
  - 後期高齢者比率と高齢者地域所得を利用したフォーミュラにしたがって国が決定される外生変数。公表されていないが、当該交付金率を入手し推定。
- 交付税措置:認定率から影響を受ける？
  - 認定率→給付費→市町村の普通会計からの移転→基準財政需要額→基準財政需要額>基準財政収入額→交付団体
  - ただし、最後のextensive marginに相当する「基準財政需要額→基準財政需要額>基準財政収入額→交付団体」の部分に足る、基準財政需要額の変化を、intensive marginである「認定率→給付費→市町村の普通会計からの移転→基準財政需要額」の変動が引き起こせるかは不確か。
  - ここでは十分な変動を引き起こせないとして分析(内生変数ではない)

## 推定のパターン

- 推定方法
  - OLS(参考)
  - IV+HCCME
  - Optimal IV (Hansen's single equation GMM)
- 推定モデル
  - 動学モデル
  - 静学モデル

## 記述統計量1

Table 1. Sample Statistics

	years	Mean	S.E.	Minimum	Maximum	Source
Eligibility ratio (overall)	2005	0.1526	0.0271	0.0090	0.2587	
	2004	0.1487	0.0269	0.0821	0.2666	[1]
	2003	0.1434	0.0272	0.0789	0.2885	
Premium (yen)	2003-5	3,178	557	1,800	5,942	[2]
FSF loans (against accumulated revenues)	2005	0.008	0.027	0.000	0.223	[1]
	2004	0.004	0.019	0.000	0.233	
Central subsidy rates	2005	0.383	0.023	0.325	0.442	[2]
	2004	0.382	0.021	0.325	0.436	
Difference in 1(Recipient of the LAT grants)	2005-2004	-0.014	0.119	-1.000	0.000	[3]
65+ per LTC institutional capacities	2005	0.032	0.005	0.022	0.048	[1]+[4]
	2004	0.032	0.006	0.023	0.049	

Note: The sample size is 1120.

Sources:

[1] Ministry of Welfare and Labor, *Kaigojishin,kyo hoshuho* [Annual Report on the LTC Program]

[2] Data provided by the Ministry of Welfare and Labor.

[3] Ministry of Internal and Communications, *Shikasen jishin,kyo shirabe* [Annual Report on Municipal Budgets]

[4] Ministry of Welfare and Labor, *Kaigo zoshokukansu,kyugyo chosa* [Survey on the LTC Facilities and Providers]

**Table 1. Sample Statistics**

	years	Mean	S.E.	Minimum	Maximum	Source
65+ per LTC institutional capacities	2005	0.032	0.005	0.022	0.048	[1]+[4]
	2004	0.032	0.006	0.023	0.049	
Population (person)	2005	69,319	208,864	292	3,579,628	[3]
	2004	68,209	203,130	302	3,426,651	
Aged 65+/population	2005	0.248	0.077	0.044	0.597	[1]+[3]
	2004	0.236	0.067	0.045	0.631	
Aged75+/Aged65+	2005	0.480	0.061	0.294	0.727	[1]
	2004	0.470	0.057	0.274	0.717	
PoorAged65+/Aged65+	2005	0.789	0.085	0.481	0.953	[1]
	2004	0.789	0.084	0.453	0.942	
RichAged65+/Aged65+	2005	0.094	0.053	0.014	0.409	[1]
	2004	0.094	0.052	0.015	0.437	

Note: The sample size is 1120.

Sources:

[1] Ministry of Welfare and Labor, *Kaigojokohon jigyo hoshokukaiyo* [Annual Report on the LTCJ Programs]

[2] Data provided by the Ministry of Welfare and Labor.

[3] Ministry of Interior and Communications, *Shichuuso hazan jogyo shirabe* [Annual Report on Municipal Budgets]

[4] Ministry of Welfare and Labor, *Kaigo zoshinshitsuta jigoyou chosa* [Survey on the LTC Facilities and Providers]

## 記述統計量3

	year	Mean	S.E.	Minimum	Maximum	Sources
Ratio of the lower middle-income elderly	2005	0.000	0.002	-0.060	0.000	[1]
	2004	0.000	0.002	-0.059	0.000	
Ratio of the lower middle-income elderly Difference	2005	-1.040	0.297	-2.789	-0.274	[1]
	2004	-1.065	0.297	-2.587	-0.308	
Ratio of the middle income elderly	2005	0.025	0.054	-1.234	0.238	[1]
	2004	0.404	0.109	0.092	0.768	
Ratio of the lower income elderly (log)	2005	0.411	0.110	0.130	0.764	[1]
	2004	-0.945	0.286	-2.387	-0.264	
Ratio of the higher income elderly (log) Difference	2005	-0.926	0.280	-2.038	-0.269	[1]
	2004	-0.018	0.057	-0.515	0.169	
Ratio of the higher income elderly	2005	1.000	0.002	1.000	1.056	[1]
	2004	1.000	0.002	1.000	1.056	
Ratio of the higher income elderly (log) Difference	2005	-0.562	0.188	-1.467	-0.135	[1]
	2004	-0.574	0.193	-1.450	-0.164	
Ratio of the higher income elderly (log) Difference	2005	0.013	0.026	-0.279	0.223	[1]
	2004	0.013	0.026	-0.279	0.223	

Note: The sample size is 13,334.

	(a) OLS		(b) IV		(c) Optimal IV (GMM)	
	(a-1)	(a-2)	(b-1)	(b-2)	(c-1)	(c-2)
	static	dynamic	static	dynamic	static	dynamic
Drift	0.649 **** (0.124)	0.596 **** (0.126)	0.529 **** (0.104)	0.253 * (0.131)	0.513 **** (0.129)	0.260 * (0.155)
$\Delta \ln(\text{Premiums})$	-0.078 **** (0.015)	-0.072 **** (0.016)	-0.063 **** (0.013)	-0.031 * (0.016)	-0.061 **** (0.016)	-0.031 * (0.019)
$\Delta \text{FSF-loans}$	-0.080 (0.067)	-0.079 (0.066)	-1.183 **** (0.325)	-1.005 **** (0.308)	-1.012 *** (0.431)	-0.824 ** (0.370)
$\Delta \ln(\text{Subsidy-rate})$	-1.226 (1.212)	-1.368 (1.222)	-1.457 * (0.884)	-2.205 *** (0.935)	-1.050 (1.211)	-1.718 (1.314)
$\Delta \text{LAT-grants}$	-0.002 (0.008)	-0.003 (0.008)	0.003 (0.015)	-0.002 (0.016)	0.004 (0.009)	-0.003 (0.011)
$\Delta \ln(\text{Under-capacities})$	-0.034 (0.077)	-0.033 (0.077)	0.008 (0.072)	0.008 (0.074)	0.014 (0.080)	-0.030 (0.077)
<b>Tests for overidentifying restrictions</b>						
Chi-squared(df)			10.444	20.737	7.224	14.298
P-value			0.064	0.078	0.205	0.353
<b>The F statistics for the first stage regression (endogenous variable on instruments)</b>						
$\Delta \text{Loans}$			91.206	58.327		
lagged dep. var.				7.908		

Notes: Asterisks \*\*\*\*, \*\*\*, \*\*, \* and \* indicate statistical significance respectively at 0.01, 0.025, 0.05 and 0.10 levels.

	(a) OLS		(b) IV		(c) Optimal IV (GMM)	
	(a-1)	(a-2)	(b-1)	(b-2)	(c-1)	(c-2)
	static	dynamic	static	dynamic	static	dynamic
$\Delta \ln(65+/\text{Population})$	0.002 (0.126)	-0.007 (0.127)	0.092 (0.123)	0.028 (0.127)	0.101 (0.129)	-0.032 (0.142)
$\Delta \ln(75+/\text{65+})$	0.451 **** (0.172)	0.441 *** (0.183)	0.440 **** (0.100)	0.386 **** (0.104)	0.440 **** (0.167)	0.334 * (0.192)
$\Delta \ln(\text{Poor}65+/\text{65+})$	0.098 (0.136)	0.096 (0.132)	0.106 (0.103)	0.094 (0.106)	0.077 (0.123)	0.028 (0.093)
$\Delta \ln(\text{Rich}65+/\text{65+})$	0.005 (0.013)	0.003 (0.013)	0.008 (0.011)	0.000 (0.012)	0.009 (0.014)	0.003 (0.015)
$\Delta \ln(\text{Population})$	-0.064 (0.112)	-0.074 (0.113)	0.040 (0.109)	-0.037 (0.113)	0.046 (0.116)	-0.083 (0.128)
lagged independent variable		0.081 ** (0.040)		0.445 **** (0.115)		0.480 **** (0.138)
Sample size	1,120	1,120	1,120	1,120	1,120	1,120
Degrees of freedom	1,109	1,108	1,109	1,108	1,109	1,108
Uncentered $R^2$	0.291	0.296				
Centered $R^2$	0.084	0.090				
Adjusted $R^2$	0.076	0.081				

Notes: Asterisks \*\*\*\*, \*\*\*, \*\*, \* and \* indicate statistical significance respectively at 0.01, 0.025, 0.05 and 0.10 levels.

- 
- 最も適切なモデル(optimal IV + dynamic model)では
    - 高い保険料は認定率の増加を抑制(次期の事業運営期間に更に高い保険料に結びつくため?)
    - 財政安定化基金の借入れ(過去の介護保険特別会計の赤字)は認定率を抑制(次期の事業運営期間における返済のため、保険料の増加につながるため?)
    - 上位政府からの補助の効果は無視できるほど小さく、有意ではない。(
    - 厳しい再生状況が認定率を引き締める傾向にあるにもかかわらず、上位政府からの補助はそれを相殺する効果をもっていない。
  - つまり、厳しい再生状況が認定率を引き締める傾向にあるにもかかわらず、上位政府からの補助はそれを相殺する効果をもっていない。

## 結論

---

- 歳出引き締め効果(gatekeeping)の効果は存在するが、調整交付金や地方交付税の効果はそれを相殺するものではなく、その結果、介護給付における水平的公平性が損なわれているのではないか。

## おまけ: 要介護度別ではどうなのか？

- 要支援のところでは恣意性が大きく出て、介護ニーズが高くなるほど財政変数の影響をうけにくいのでは？
- 例えば、要支援にもっとも強い影響を与え、要介護度が高くなれば財政変数の影響は弱まるのではないかと？ そうであるならば、それほど水平的公平性が満たされないことは心配する必要はないのではないかと？
- 分析: 認定率を以下の区別して算定して、同様の回帰分析を行ってみる(被説明変数のみが異なる)
  - 全て(要支援～要介護度5)←本文で検討したものと同一.
  - 要介護度1以上
  - 要介護度2以上
  - 要介護度3以上
  - 要介護度4以上
  - 要介護度5

- ひとつのカテゴリのみの認定率(例えば要介護1の認定率)を利用しないのは、例えば要介護1の場合、要支援と要介護2以上への流出・流入の効果が定かではないため、解釈が難しくなる。(もちろん要介護5は別)
- 推定: Hansen's univariate GMMで推定. その他は被説明変数が異なるだけで、他は本文どおり.
- 静学モデルと動学モデルの2つを推定(操作変数はそれぞれ本文通り)し、いずれかを選択.
- 選択方法→ 過剰識別制約検定をパスする(P値が0.1以上)、双方ともパスする場合、ラグをとった被説明変数の係数が有意な場合は動学モデル、有意でない場合は静学モデルを選択. 両方とも過剰識別制約条件をパスしない場合、P値が大きい方を選択
  - 全て(要支援～要介護度5)←動学(本文で検討したものと同一).
  - 要介護度1以上←静学.
  - 要介護度2以上←静学.
  - 要介護度3以上←動学(0.1ではパスしないが、0.05ではパス).
  - 要介護度4以上←動学.
  - 要介護度5←動学.




	Overall	Stages 1-5	Stages 2-5	Stages 3-5	stage 4-5	stage 5
	dynamic	static	static	dynamic	dynamic	dynamic
Drift	0.260 * (0.155)	0.491 **** (0.136)	0.107 (0.159)	-0.161 (0.188)	0.286 (0.253)	-0.119 (0.301)
$\Delta \ln(\text{Premiums})$	-0.031 * (0.019)	-0.058 **** (0.017)	-0.010 (0.020)	0.019 (0.023)	-0.035 (0.031)	0.014 (0.037)
$\Delta \text{FSF-loans}$	-0.824 ** (0.370)	-0.692 (0.524)	-1.537 ** (0.753)	-0.918 (0.651)	-0.241 (0.901)	-0.964 (0.946)
$\Delta \text{Subsidy-rate}$	-1.718 (1.314)	-0.810 (1.355)	-1.182 (1.503)	-3.133 * (1.628)	-3.588 (2.197)	-3.612 (2.855)
$\Delta \text{LAT-grants}$	-0.003 (0.011)	0.009 (0.010)	0.013 (0.012)	0.015 (0.016)	0.009 (0.022)	0.041 (0.032)
$\Delta \ln(\text{Under-capacities})$	-0.030 (0.077)	0.054 (0.083)	0.041 (0.094)	0.070 (0.108)	-0.014 (0.163)	-0.021 (0.207)
Sample size	1120	1120	1120	1120	1120	1120
Degrees of freedom	1108	1109	1109	1108	1108	1108
<b>Tests for overidentifying restrictions</b>						
$\chi^2(\text{d.f.})^{\#}$	14.298	6.076	8.916	21.192	19.338	17.886
<i>P</i> -value	0.353	0.299	0.112	0.069	0.113	0.162

Note#: d.f. is 13 for the dynamic model and 5 for the static model.

	Overall	Stages 1-5	Stages 2-5	Stages 3-5	stage 4-5	stage 5
	dynamic	static	static	dynamic	dynamic	dynamic
$\Delta \ln(65+\text{Population})$	-0.032 (0.142)	-0.051 (0.140)	-0.142 (0.155)	-0.066 (0.219)	-0.397 (0.266)	-0.611 * (0.347)
$\Delta \ln(75+/65+)$	0.334 * (0.192)	0.458 *** (0.196)	0.332 * (0.170)	1.023 **** (0.299)	0.804 **** (0.289)	0.618 * (0.362)
$\Delta \ln(\text{Poor}65+/65+)$	0.028 (0.093)	0.049 (0.101)	-0.048 (0.113)	0.120 (0.135)	0.046 (0.246)	0.242 (0.256)
$\Delta \ln(\text{Rich}65+/65+)$	0.003 (0.015)	0.018 (0.015)	0.018 (0.015)	0.013 (0.017)	0.003 (0.022)	0.010 (0.030)
$\Delta \ln(\text{Population})$	-0.083 (0.128)	-0.083 (0.127)	-0.137 (0.141)	-0.044 (0.195)	-0.411 * (0.233)	-0.587 * (0.326)
logged independent variable	0.480 **** (0.138)			0.301 *** (0.118)	0.391 **** (0.151)	0.210 *** (0.094)
Sample size	1120	1120	1120	1120	1120	1120
Degrees of freedom	1108	1109	1109	1108	1108	1108
<b>Tests for overidentifying restrictions</b>						
$\chi^2(\text{d.f.})^{\#}$	14.298	6.076	8.916	21.192	19.338	17.886
<i>P</i> -value	0.353	0.299	0.112	0.069	0.113	0.162

Note#: d.f. is 13 for the dynamic model and 5 for the static model.

- 
- 
- いくつかのイレギュラー(要介護度2以上の財政安定化基金からの借金, 要介護度3以上の補助率の効果)はあるが, それ以外は, 要介護度が高くなるほど(= 要介護度が低い認定者を除くほど), 財政変数の影響はなくなる傾向がある. 要介護度4以上と要介護5では財政変数の効果は確認されない.
  - 75歳以上人口比率は一貫して影響を与えている(認定率を押し上げている)
  - 低い要介護度や要支援を含む場合は財政変数の影響をうけるが, 要介護度が高くなるにつれその影響は有意な効果をもたない.

## 第4章 公立病院改革と財政措置について

総務省自治財政局調整課

### 1. 公立病院の経営状況

平成19年度において地方公共団体が経営する病院事業（地方公営企業法を適用する病院事業）の数は667事業で、これらの事業が有する自治体病院の数は957病院であり、事業数、病院数ともに診療所化、民間譲渡等により前年度に比べ減少している（前年度事業数669事業、病院数973病院）。

当該市町村内に他の一般病院が存在しない等の条件下にある「不採算地区病院」は、一般病院の25.7%に当たる234病院となっており、民間医療機関による診療が期待できない離島、山間地等のへき地における医療の確保のため、重要な役割を果たしている。

さらに、救急医療の分野においても、自治体病院全体の82.5%に当たる790病院が救急病院として告示を受けているなど、重要な役割を果たしている。

公立病院の経営状況は、急激に悪化しており、平成16年度から4年連続して経常損益の赤字額が1,000億円を超え、平成19年度には全事業体(667事業)の75.1%に当たる501事業(前年度78.9%、527事業)において経常損失が生じており、その額は2,112億円(前年度2,104億円)となっている。経常損失を生じた事業の割合を経営主体別に見ると、都道府県立は89.1%(前年度84.8%)、指定都市立は70.6%(前年度80.0%)、市立は78.9%(前年度79.4%)、町村立は63.4%(前年度77.8%)、組合立は80.2%(前年度75.9%)となっており、いずれも依然として高い割合にある。

また、累積欠損金は2兆15億円で、前年度(1兆8,736億円)に比べ1,279億円、6.8%増加している。累積欠損金を有する事業は558事業で、前年度(553事業)に比べ5事業、0.9%増加、事業数に占める割合は83.7%であり前年度(82.8%)に比べ0.9ポイント増加するなど、極めて厳しい状況となっている。

このような状況は、公立病院が元来、へき地医療、救急医療、高度・先進医療など、採算性確保の上で難しい医療を担っていることに加え、特に近年においては、医師不足による診療体制の縮小や、診療報酬のマイナス改定等に伴い収入が減少する一方、これに対応した医療提供体制の見直しや歳出の削減合理化の努力が未だ十分には進捗していないこと等により、経営悪化が進んでいるものと考えられる。

# 自治体病院の現状

## ①全国の病院に占める自治体病院の割合



(単位：病院)

A-国立	277 ( 3.1%)
B-自治体立	1,018 (11.5%)
C-公的	303 ( 3.4%)
D-社会保険関係	123 ( 1.4%)
E-医療法人・個人	6,223 (70.4%)
F-その他	898 (10.2%)
合計	8,842 (100.0%)



(単位：床)

A-国立	120,847 ( 7.5%)
B-自治体立	237,053 (14.6%)
C-公的	100,163 ( 6.2%)
D-社会保険関係	36,329 ( 2.2%)
E-医療法人・個人	895,710 (55.4%)
F-その他	227,368 (14.1%)
合計	1,617,570 (100.0%)

厚生労働省 医療施設調査  
(平成20年1月末現在)

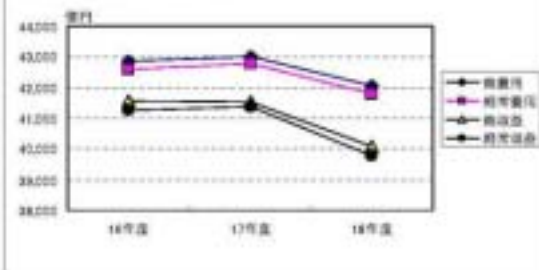
## ②自治体病院の役割 自治体病院の占める割合



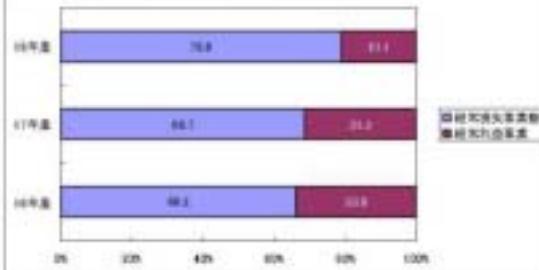
# 自治体病院の経営状況

## 決算の状況(H18年度)

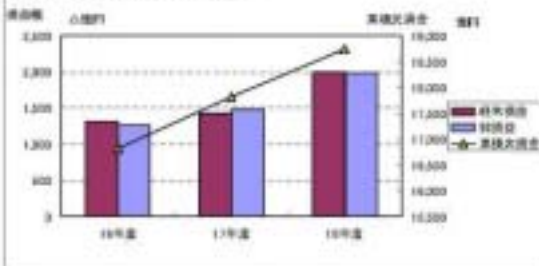
(1) 収益費用状況の年度別推移



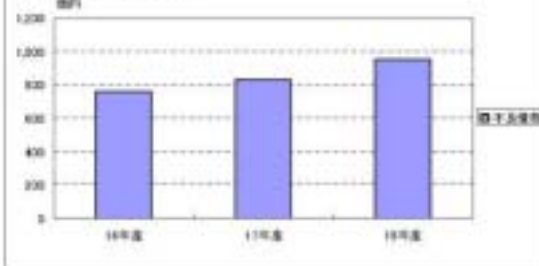
(2) 全事業額に占める経常損失-経常利益額の割合



(3) 利益と累積欠損金の年度別推移



(4) 不良債権の年度別推移



自治体病院損益収支の状況

項目	(単位:百万円)						前年度(A)	増減(B)	
	14	15	16	17	18	(A)			
総 収 益	41,848	41,978	41,586	41,544	40,090	△ 3.5			
(うち他会計繰入金)	5,598	5,599	5,370	5,240	5,254	0.2			
経 常 収 益	41,668	41,843	41,281	41,364	39,791	△ 3.8			
うち医薬収益	36,440	36,688	36,256	36,430	34,948	△ 4.0			
総 費 用	43,112	42,991	42,847	43,021	42,075	△ 2.2			
経 常 費 用	42,889	42,775	42,598	42,794	41,788	△ 2.4			
うち医薬費用	40,372	40,283	40,128	40,339	39,353	△ 2.4			
純 損 益 A	△1,264	△1,013	△1,281	△1,476	△1,985	-			
純 利 益	(287)	348	(256)	319	(152)	△ 38.3			
純 損 失	(474)	1,361	(472)	1,580	(518)	2,141	24.4		
経 常 損 益	△1,220	△932	△1,317	△1,430	△1,997	-			
経 常 利 益	(278)	355	(246)	239	(141)	△ 51.0			
経 常 損 失	(483)	1,479	(482)	1,649	(527)	2,104	27.6		
累 積 欠 損 金	(561)	15,123	(569)	16,826	(529)	17,820	(553)	18,736	5.1
不 良 債 権	(96)	747	(95)	761	(90)	834	(104)	953	14.3
減 価 償 却 額 B	2,628	2,741	2,738	2,777	2,762	△ 0.5			
償 却 前 収 支 A+B	1,364	1,728	1,477	1,301	777	△ 40.3			
総 事 業 収 入	764	754	728	674	669	△ 0.7			
総 病 院 収 入	1,007	1,003	1,000	982	973	△ 0.9			
総事業収支(経常)を主としたもの	62.3	66.6	64.8	60.5	77.2	-			
総事業収支(経常)を主としたもの	63.5	66.8	66.2	63.7	79.9	-			
総 収 支 比 率	97.1	97.6	97.1	90.6	95.3	-			
経 常 収 支 比 率	97.2	97.8	96.9	90.7	95.2	-			
総収支に占める他会計繰入金の割合	13.4	13.1	12.9	12.6	13.1	-			

(注) 1. 17年は事業収支である。

## 2. 公立病院改革（これまでの対応）

このような公立病院の厳しい経営状況を踏まえ、総務省は平成 19 年 12 月に「公立病院改革ガイドライン」を策定し、地方公共団体に対して、平成 20 年度内に公立病院改革プランを策定することを要請した。

また、改革にあたって以下の 3 つの視点を提示した。

### ○ 経営の効率化

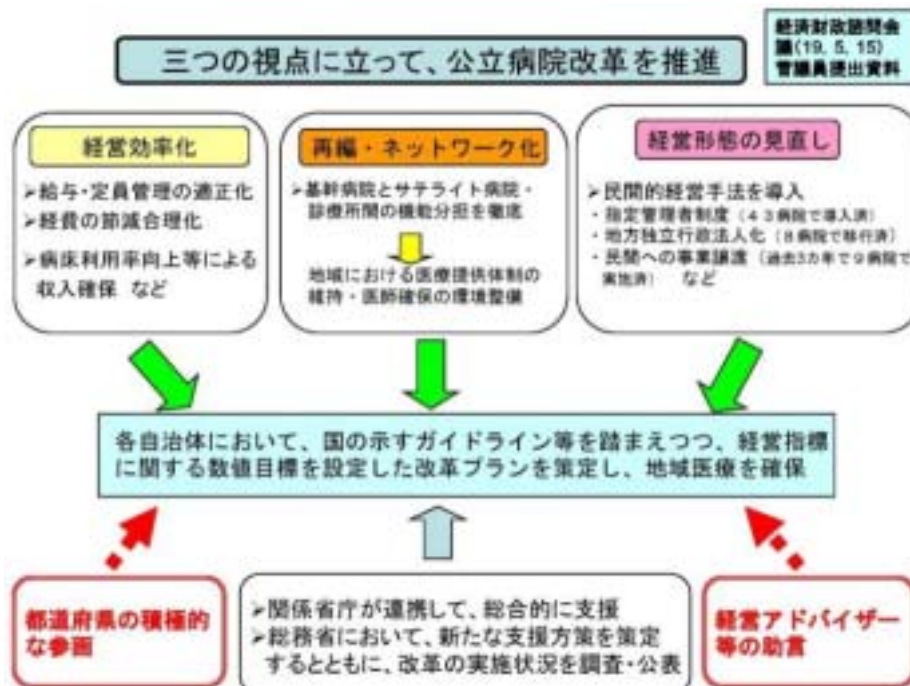
- ・経営指標に係る数値目標を設定
  - 1) 財務の改善関係（経常収支比率、職員給与費比率、病床利用率など）
  - 2) 公立病院として提供すべき医療機能の確保関係 など
- ・一般会計からの所定の繰出後、「経常黒字」が達成される水準を目途（地域に民間病院が立地している場合、「民間病院並の効率性」達成を目途）
- ・病床利用率が過去 3 年連続して 70%未満の病院は病床数等を抜本的見直し

### ○ 再編・ネットワーク化

- ・都道府県は、医療計画の改定と整合を確保しつつ、主体的に参画
- ・二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進
- ・医師派遣拠点機能整備推進。病院間の機能重複を避け、統合・再編含め検討
- ・モデルパターンを提示

### ○ 経営形態の見直し

- ・人事・予算等に係る実質的権限、結果への評価・責任を経営責任者に一体化
- ・選択肢として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間譲渡を提示
- ・診療所化や老健施設、高齢者住宅事業等への転換なども含め、幅広く見直し



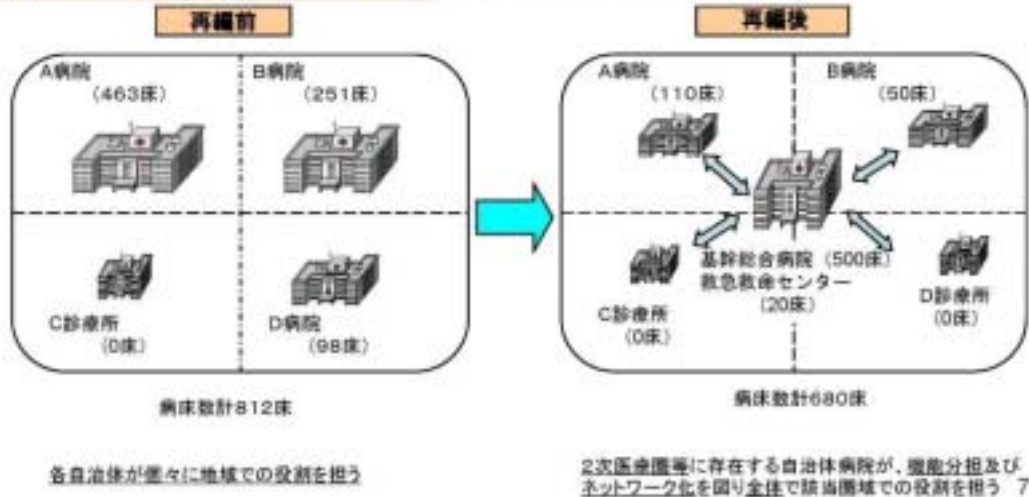
### 経営効率化のイメージ

#### ○むつ総合病院(青森県)の例

職員給与比率 平成13年度: 56.6% → 平成17年度: 52.1% (△4.5ポイント)  
 [目標: 平成20年度51.1% (△5.5ポイント)]  
 ※民間病院平均52.1%(厚生労働省調査より)

### 再編・ネットワーク化のイメージ

(山形県公立置賜病院組合の例)



## 3. 公立病院に関する財政措置のあり方等検討会

「公立病院改革ガイドライン」においては、公立病院に関する既存の地方財政措置の見直しの一環として、財政措置の重点化を図る観点から、①今後の病院施設等の整備費について病院建物の建築単価が一定水準を上回る部分を普通交付税措置対象となる病院事業債の対象から除外すること、②病床数に応じた普通交付税措置に際して、今後の各病院における病床利用率の状況を反映すること、③過疎地等における病院及び診療所に係る地方交付税措置を充実することを検討する旨が明記されており、これを踏まえて平成20年度においては、「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会」が開催された。当検討会における主な検討課題をもう少し詳細に紹介すると以下のとおりである。

○いわゆる「不採算地区病院」など過疎地等における病院及び診療所に係る地域医療確保のために必要な財政措置

- ・市町村合併の進展を踏まえた「不採算地区病院」の要件の見直しを含む。

○産科、小児科、救急医療等に関する財政措置

- ・採算性が低く、近年、医療提供体制の確保に困難を生じている医療分野における的確な財政措置如何。

○公立病院の経営形態多様化を踏まえた財政措置

- ・現状では、指定管理者制導入、地方独立行政法人化の場合は公立病院と同等の財政措置。民間譲渡後の民間病院、日赤等の公的病院等への地方公共団体からの助成についてどう考えるか。

○その他公立病院に関する財政措置のあり方全般 等

- ・「公立病院改革ガイドライン」に掲げた既存の財政措置の見直し（病院建物の建築単価の上限設定、「病床数」への病床利用率の反映等）を含む。

これらの課題を検討するため、本検討会は平成20年7月1日より全6回開催され、11月25日には「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告書」を発表した。開催状況及び報告書のポイントは以下のとおりである。

## 《公立病院に関する財政措置のあり方等検討会の開催状況》

### 第1回（7月1日）

- ・事務局（総務省自治財政局）からの概要説明、委員間フリーディスカッション

### 第2回（7月28日）

- ・公立病院関係者等からのヒアリング・意見交換
  - 中野撃司 委員（青森県鶴田町長・全国自治体病院開設者協議会副会長）
  - 中川正久 委員（島根県病院事業管理者・全国自治体病院協議会常務理事）
  - 山口昇 尾道市公立みつぎ総合病院事業管理者（全国国民健康保険診療施設協議会常任顧問）
- ・厚生労働省保険局からのヒアリング・意見交換
  - 小野太一 厚生労働省保険局医療課保険医療企画調査室長

### 第3回（8月22日）

- ・公立病院関係者等からのヒアリング・意見交換
  - 河合正月 北海道企画振興部地域行政局長
  - 一木崇宏 北海道むかわ町国民健康保険穂別診療所長
  - 横田順一郎 委員（市立堺病院副院長・日本救急医学会理事）
  - 神谷昇 大阪府泉大津市長
- ・地方公共団体に対する意見照会の結果について（事務局から報告）

### 第4回（10月1日）

- ・検討会委員からの補足的意見表明
  - 伊関友伸 委員（城西大学経営学部准教授）
  - 大森正博 委員（お茶の水女子大学大学院准教授）
  - 山重慎二 委員（一橋大学国際・公共政策大学院准教授）
- ・検討会報告へ向けた論点整理（総論的部分）
- ・厚生労働省医政局における平成21年度予算概算要求について
  - 三浦公嗣 厚生労働省医政局指導課長

### 第5回（10月28日）

- ・検討会報告へ向けた論点整理（各論的部分）

### 第6回（11月25日）

- ・「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告書」の取りまとめ



# 公立病院に関する財政措置のあり方等検討会報告のポイント

(平成20年11月25日)

## 今後の財政措置のあり方 < 総論 >

過疎地の医療、産科・小児科・救急など、いわゆる不採算医療については、診療報酬上の措置及び財政上の措置(地方交付税、国庫補助金等)の適切な組み合わせにより、医療提供体制を確保すべき

地域医療の確保の観点から、過疎地における医療、産科・小児科・救急医療に関する財政措置は充実の方向で対処すべき

医師確保対策、医療機関相互・保健福祉介護との連携、公立病院等の広域的な経営統合等を推進する視点も必要

必要な医療を効率的に提供するため、公立病院改革推進の視点も必要

各地方公共団体においては、所定の経費負担区分ルールに従い、一般会計等から適切な繰入が必要

## 具体的財政措置に関する提言 < 各論・平成21年度以降適用 >

### 1 過疎地に関する財政措置の充実

「不採算地区病院」に関する特別交付税措置等を改正すべき

- ・ 「病床数100床未満」等の規模要件は緩和すべき
- ・ 「市町村内唯一」等の地域要件は、合併進展を踏まえ、直近の一般病院まで自動車等で30分以上に相当する距離など、生活圏内で唯一の病院、又は、国勢調査の「人口集中地区」以外に所在など、地域の人口集積が希薄、に置き換えるべき

### 2 産科、小児科、救急医療等に関する財政措置の充実

新たな国庫補助制度、国家公務員である医師の給与改善の動向等を踏まえ、公立病院の医師給与についても所要の地方財政措置を講じるべき

周産期医療、小児医療、救急医療に係る特別交付税措置について、地方団体の一般会計負担の実態を踏まえ、措置水準を充実すべき

### 3 公立病院の経営形態多様化を踏まえた財政措置

公立病院設置市町村以外の市町村が、公立病院と同等の医療機能を提供する公的病院、公益法人立の病院等に対し助成している場合、現行の「不採算地区病院」機能に加え、救急、周産期、小児医療等の特別交付税措置も準じて適用すべき

有床診療所について、不採算地区病院等の特別交付税措置を準用すべき

#### 4 公立病院改革推進に係る措置

病院建物整備に係る交付税措置において、建築単価に上限を設定すべき  
病床数に応じた交付税措置において、平成21年度以降の病床利用率の状況の反映につ  
いて検討。方法・時期等について慎重に検討の上、結論を得るべき

#### 4. 公立病院に関する財政措置

地方公共団体が行う病院事業に要する経費については、地方公営企業法により、例えば集団検診、医療相談等の保健衛生に関する行政として行うべき事務に要する経費など、「その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費」や、へき地医療、高度・特殊医療に要する経費など「性質上能率的な経営を行なってもなおその経営に伴う収入をもって充てることが客観的に困難であると認められる経費」については、各地方公共団体の一般会計が負担することとされている。

こうした一般会計等からの操出しに必要な経費については、地方財政計画に計上し、その内容を操出基準として地方公共団体に示すとともに、その一部について地方交付税措置を講じているところであるが、これまで述べてきた公立病院の経営状況及び「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会」の報告等を踏まえ、平成20年12月26日、総務省として「公立病院に関する財政措置の改正要綱」を公表した。

改正要綱の内容の一例として、建築単価の上限設定について以下説明する。3で述べたように、今後の病院施設等の整備費について病院建物の建築単価が一定水準を上回る部分を普通交付税措置対象となる病院事業債の対象から除外するかどうかという課題だが、「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会」においては、①財政措置の建築単価については、公立病院と民間病院の経営環境の相違点を踏まえつつ、一定の上限を設けることが適当、②総務省等において、近年の公立病院における施設整備の実態について情報を集積し、病院の規模や機能ごとに、建築単価や面積の目安とすべき水準が明らかになるよう、地方公共団体向けに情報提供を行うべき等の意見が出ていたところである。こういった議論を踏まえ、総務省としては、病院建物の建築単価が1平方メートル当たり30万円を上回る部分を、普通交付税措置対象となる病院事業債の対象から除外することとし、平成21年度基本設計から適用することとした。

また、財政措置に際して、現在許可病床数を指標として用いている「病床数」に、病床利用率を反映させることに関しては、「21年度以降の各病院における病床利用率の状況を反映することについて検討を進めるものとし、平成23年度以降の普通交付税算定における反映に向け、その内容・程度、具体的な実施時期、移行措置等について、慎重に検討の上結論を得る」としている。さらに、検討の際には、単年度の病床利用率の状況ではなく、過去3年間の状況を用い、新方式への段階的な移行を図ることや、病床利用率90%超の部分は反映の対象外にするなど救急患者受入等に備えた政策的空床保持の必要性への配慮、小規模病院では必ずしも病床規模に比例しない固定経費的な財政需要我が相対的に多額にのぼることなどを踏まえつつ、不採算地区病院への財政措置に全体として必要な配慮を払う必要があるとしている。

# 公立病院に関する財政措置の改正要綱

平成20年12月  
総務省自治財政局

「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会」の報告を踏まえ、公立病院に関する平成21年度以降の地方財政措置について、次のとおり改正し、地方交付税による措置総額(平 2,930億円)について、700億円程度の増額を図る。

## 1. 過疎地に関する財政措置の充実

### (1) 「不採算地区病院」の運営費に係る財政措置

- ① 市町村合併の進展を踏まえ、「不採算地区病院」に係る特別交付税措置の適用要件、措置額の算定方法等について、次のとおり改正する。

区 分		現 行 (平成20年度)	改 正 案
適 用 要 件	規模 要件	病床数100床 未滿かつ一日平 均外来患者数2 00人未滿等	病床数150床未滿
	地域 要件	当該市町村内に 他に一般病院が 所在しないこと 等	[第1種不採算地区病院] 直近の一般病院までの移動距離が15キロメ ートル以上となる位置に所在すること。 [第2種不採算地区病院] 直近の国勢調査における「人口集中地区」以 外の区域に所在すること。(「第1種」該当病院 を除く。)
対 象 病院数		232病院	320病院程度 (うち第1種130程度、第2種190程度)
措 置 額 の 算 定 方 法		単価×病床数 (平 <sup>②</sup> 680千 円)	種別の単価×措置対象病床数 (1) 単価については、経営状況の実態を踏ま え、「第1種」病院は「第2種」病院の1. 5倍程度の水準に設定する。 (2) 病床数については、100床以下の病院 については当該病床数を、100床超の病

		院については150床の場合を0床として100床から逡減した病床数を措置対象とする。
--	--	---

② 病床当たりの単価については、第2種病院について、現行単価(平<sup>20</sup>680千円)に対しおおむね2割程度を目途に増額を図ることとし、不採算地区病院に係る特別交付税措置の総額(平<sup>20</sup>100億円)についても、おおむね8割程度の増額を見込むこととする。

③ 平成22年度以降の特別交付税の算定においては、上記「措置額の算定方法」に用いる病床数に病床利用率を反映することを検討するものとし、これにあわせて種別の単価、措置対象病床数の算定方法等についても見直しを検討することとする。

(2) 過疎地における施設整備費に係る財政措置

「過疎地域自立促進特別措置法」に基づく過疎地域において行われる診療施設の整備に充当される過疎対策事業債の償還年限(現行最長12年)及び「辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律」に基づく辺地において行われる診療施設の整備に充当される辺地対策事業債の償還年限(現行最長10年)について、それぞれ最長30年(利率見直し方式の場合)に延長する。

2. 産科、小児科、救急医療等に関する財政措置の充実

① 医師確保対策、救急医療等に係る普通交付税措置の充実

公立病院における医師確保対策、救急医療の提供等に関する財政需要の増大に対応する観点から、普通交付税措置額の拡充を図る(600億円程度増額)。

② 産科、救急分野における医師への手当に関する特別交付税措置

平成21年度に創設される産科医療及び救急勤務医への手当に対する新たな国庫補助制度に係る地方負担について、特別交付税による措置を講じる。

③ 産科、小児科に関する財政措置

i) 周産期医療病床に係る特別交付税措置の病床当たり単価(市町村分、平<sup>20</sup>2,438千円)について、地方公共団体における一般会計等からの繰出金の実態を踏まえつつ、おおむね5割程度を目途に増額を図るとともに、都道府県分についても同一の単価を設定する。

ii) 小児医療病床に係る特別交付税措置の病床当たり単価(市町村分、平<sup>20</sup>95

8千円)について、地方公共団体における一般会計等からの繰出金の実態を踏まえつつ、おおむね4割程度を目途に増額を図るとともに、都道府県分についても同一の単価を設定する。

#### ④ 救急医療に関する財政措置

公立病院における救急医療施設（救命救急センター、救急告示病院及び小児救急医療提供病院をいう。以下同じ。）に係る地方交付税措置について、地方公共団体における一般会計等からの繰出金の実態を踏まえつつ、その増額を図る。

その際、救急告示病院分については、特別交付税措置から普通交付税措置に移行するとともに、救急医療施設全体に係る市町村分の措置総額が、普通交付税分も含め現行比でおおむね5割程度を目途に増額されるよう、市町村分に係る特別交付税算定単価の改定を図る。あわせて、都道府県分の算定単価についても市町村分と同一の単価を設定する。

### 3. 公立病院の経営形態多様化を踏まえた財政措置

#### (1) 公立病院と同等の医療機能を担う公的病院等に対する助成に関する財政措置

自ら公立病院を設置している市町村以外の市町村が公立病院と同等の医療機能を提供している公的病院等に対して行っている助成に対し、公立病院に準じて、次のとおり特別交付税の措置の対象に加えることとする。

① 病院の設置主体については、従来対象としていた医療法第31条に規定する「公的医療機関」の設置主体（日本赤十字社、済生会、厚生連等）に加え、特例民法法人、公益社団法人、公益財団法人、社会福祉法人、学校法人等が設置する病院も対象とする。

② 公立病院に準じて財政措置の対象とする医療機能については、平成20年度から開始した「不採算地区病院」の機能への措置に加え、従来公立病院について特別交付税措置を講じてきた救急医療、周産期医療、小児医療等の機能も新たに対象とする。

#### (2) 有床診療所への財政措置

不採算地区病院及び救急告示病院と同等の機能を有する有床診療所で、地方公共団体又は上記(1)①に掲げる団体が設置したものについて、公立病院に準じ、これらの機能に係る特別交付税措置の対象とすることとする。

## 4. 公立病院改革推進に係る措置

### (1) 病院建物に係る財政措置における建築単価の上限設定

今後の病院施設等の整備費について、病院建物の建築単価が1平方メートル当たり30万円を上回る部分を、普通交付税措置対象となる病院事業債の対象から除外することとし、平成21年度基本設計分から適用する。

### (2) 財政措置に係る「病床数」への病床利用率の反映

① 病床数に応じた普通交付税措置に際して、平成21年度以降の各病院における病床利用率の状況を反映することについて検討を進めるものとし、平成23年度以降の普通交付税算定における反映に向け、その内容・程度、具体的な実施時期、移行措置等について、慎重に検討の上結論を得る。その際には、併せて下記の点についても検討する。

i) 病床利用率については、単年度の状況ではなく、例えば過去3年間の状況を用い、新方式への段階的な移行を図ること。

ii) 例えば病床利用率90%を超える部分については反映の対象外とするなど、救急患者の受入等に備えた政策的空床保持の必要性に配慮する措置を講じること。

iii) 小規模病院においては必ずしも病床規模に比例しない固定経費的な財政需要が相対的に多額に上ることを踏まえつつ、過疎地の不採算地区病院に係る財政措置について全体として必要な配慮を払うこと。

② 特別交付税措置における「不採算地区病院」の算定に係る病床数についても、平成22年度以降の特別交付税算定において、上記①に準じて所要の措置を講じる。

### (3) 再編・ネットワーク化及び経営形態見直しに係る一時的財政負担に係る措置

再編・ネットワーク化及び経営形態見直し等の際し、地方公共団体が公営企業として経営する病院事業を廃止する場合、その累積債務の処理等に要する経費について、他の公営企業と同様、所要の法律改正を経て、平成21年度から平成25年度までの間に限り特例的な地方債を発行できることとする。

## 5. その他

### ① 都道府県設立の公立病院に係る特別交付税措置のあり方の見直し

病院事業に係る都道府県分の特別交付税措置の算定単価について、市町村分の水準と統一を図る。

② 公立病院の耐震化に係る財政措置の充実

公立病院の施設設備の耐震化等に要する経費に関する地方財政措置について、民間医療機関に対する国庫補助制度の動向等を踏まえ、対象となる病院の範囲を拡大するとともに、当該経費について発行された病院事業債の元利償還金に対する普通交付税措置の充実を図る。

## 委員名簿等



# 委員等名簿

平成 21 年 2 月 26 日現在

委員長	小西 砂千夫	関西学院大学大学院経済学研究科・人間福祉学部教授
総括委員	小澤 太郎	慶應義塾大学総合政策学部教授
	妹尾 堅一郎	東京大学特任教授(知的資産経営)
	長峯 純一	関西学院大学総合政策学部教授
	深谷 昌弘	慶應義塾大学総合政策学部教授
	堀場 勇夫	青山学院大学経済学部教授
委員	泉田 信行	国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第1室長
	井手 英策	横浜国立大学大学院国際社会科学研究科准教授
	木村 佳弘	東京市政調査会研究員
	斉藤 弥生	大阪大学大学院人間学研究科准教授
	田邊 國昭	東京大学大学院法学政治学研究科・公共政策学連携研究部教授
	新田 秀樹	大正大学人間学部教授
	沼尾 波子	日本大学経済学部教授
	林 正義	一橋大学大学院経済学研究科・国際・公共政策大学院准教授
	細井 雅代	追手門学院大学経済学部准教授
	久保 信保	総務省自治財政局長
	望月 達史	総務省大臣官房審議官(財政制度・財務担当)
	細田 隆	総務省大臣官房審議官(公営企業担当)
	平嶋 彰英	総務省自治財政局財政課長
	末宗 徹郎	総務省自治財政局調整課長
	内藤 尚志	総務省自治財政局交付税課長
	黒田 武一郎	総務省自治財政局地方債課長
	佐々木 克樹	総務省自治財政局公営企業課長
	井上 宜也	総務省自治財政局公営企業課公営企業経営企画室長
	濱田 省司	総務省自治財政局公営企業課地域企業経営企画室長
	高田 寛文	総務省自治財政局財務調査課長
	池本 武広	総務省自治財政局財政課参事官
	中島 次男	財団法人地方自治研究機構事務局長
事務局	中野 祐介	総務省自治財政局調整課課長補佐
	村岡 嗣政	総務省自治財政局調整課課長補佐
	桑田 龍太郎	総務省自治財政局調整課課長補佐
	田頭 真二	総務省自治財政局調整課地域財政係長
	酒井 哲也	総務省自治財政局調整課企画係長
	岩間 哲士	総務省自治財政局調整課主査
	篠崎 智洋	総務省自治財政局調整課主査
	稲垣 英明	総務省自治財政局調整課主査

小松 義昌	総務省自治財政局調整課事務官
徳田 憲吾	総務省自治財政局調整課事務官
関 良雄	地方自治研究機構調査研究部調査研究室長
平林 正子	地方自治研究機構調査研究部研究員
前川 幸男	地方自治研究機構調査研究部研究員
高山 剛	地方自治研究機構調査研究部研究員
岩崎 琢人	地方自治研究機構調査研究部研究員
濱野 貴裕	地方自治研究機構調査研究部研究員
宮崎 大	地方自治研究機構調査研究部研究員
諸橋 正弘	地方自治研究機構調査研究部研究員

(順不同)

## 開催経緯

委員会	テーマ・報告者	報告書該当部分
第1回委員会 (平成20年6月23日)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○社会保障国民会議の中間報告について 中野 祐介 講師 総務省自治財政局調整課課長補佐</li> <li>○社会保障分野における地方分権改革の動向について 中野 祐介 講師 総務省自治財政局調整課課長補佐</li> </ul>	第1部 第2章  第1部 第1章
第2回委員会 (平成20年7月28日)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○国、地方における生活保護をめぐる議論について 木村 陽子 講師 地方財政審議会委員</li> </ul>	第1部 第1章
事例視察 (平成20年8月11・12日)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○大阪市・門真市における生活保護の状況について 大阪市及び門真市視察調査</li> <li>○八尾市立病院における病院改革等の状況について 八尾市立病院視察調査</li> </ul>	第2部 第2章
第3回委員会 (平成20年10月20日)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○要介護認定と財政措置；認定率は財政状況に影響をうけるのか？ 林 正義 講師 一橋大学大学院経済学研究科准教授</li> </ul>	第2部 第3章
第4回委員会 (平成21年1月30日)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○平成21年度地方財政計画について 出口 和宏 講師 総務省自治財政局 財政課財政企画官</li> <li>○公立病院に関する財政措置について 宿谷 和生 講師 総務省自治財政局公営企業課 地域企業経営企画室理事官</li> <li>○地方交付税を通じた生活保護費の財源保障について 林 正義 講師 一橋大学大学院経済学研究科准教授</li> </ul>	第2部 第4章  第2部 第1章
第5回委員会 (平成21年2月26日)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○平成20年度における社会保障分野の動向について 村岡 嗣政 講師 総務省自治財政局調整課課長補佐</li> <li>○平成20年度における地方財政の動きについて 小西 砂千夫 委員長 関西学院大学大学院 経済学研究科・人間福祉学部 教授</li> <li>○報告書素案について</li> </ul>	第1部 第1、2章

地方分権改革の推進に対応した地方行財政制度の  
あり方に関する研究

—平成 21 年 3 月 発行—

**財団法人 地方自治研究機構**

〒102-0082 東京都千代田区一番町 25 番地  
全国町村議員会館 3 階  
電話 03 (3237) 1411 (代表)

印刷 株式会社 大 應