

えひめ発の  
社会保障制度改革提言  
リニューアル版

平成26年3月

愛媛県地方分権改革  
プロジェクトチーム



# えひめ発の社会保障制度改革提言 リニューアル版

はじめに	1
<b>1 基本的考え方</b>	
提言1：社会保障全体の見通しとビジョンの提示	2
提言2：国と地方の役割分担の再構築	3
提言3：地方の意見を反映できる真の国民会議の設置	4
<b>2 医療保険制度</b>	
提言4：「全国国保」(仮称)の創設	5
提言5：国保の都道府県移管に伴う全国共同事業の実施等	6
提言6：「全国高齢者医療制度」(仮称)の創設	7
提言7：病症別標準定額医療費制、原則後発医薬品指定制度、患者医薬品選択制の導入検討	8
提言8：保険者間の資格情報等データ共有化の推進等	9
<b>3 医療制度</b>	
提言9：医師確保対策の拡充	10
提言10：保険医療機関等に対する指導・監査体制の充実強化	11
提言11：あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう及び柔道整復施術所に対する指導体制の強化	12
提言12：公平・安定的な医療費助成制度の構築等難病改革の完遂	13
<b>4 介護保険制度</b>	
提言13：介護サービス未利用者の保険料軽減措置、被保険者の範囲拡大、高所得者の利用負担割合の拡大	14
提言14：介護サービスの料金上乗せ制度の導入による介護職員等の処遇改善	15
提言15：介護サービスの地域間格差の是正	16
提言16：介護サービス事業者及び利用者における要介護状態改善への意識向上	17
提言17：社会保障制度におけるボランティア等との協働を促進するための仕組みの検討	18
<b>5 子育て支援制度</b>	
提言18：新児童手当制度における所得制限世帯の判断基準の見直し	19
提言19：認定こども園の設置及び運営基準における自園調理義務付けの見直し	20
提言20：保育所運営費への3歳以上児主食費の算入	21
<b>6 障害福祉制度</b>	
提言21：障害福祉サービス相談支援事業所の相談支援専門員の複数配置による体制整備	22
提言22：障害福祉サービス支給量の決定方法の改善	23
提言23：地域生活支援事業における必須事業の個別給付化	24
<b>7 生活保護制度</b>	
生活保護制度に関する提言について	25
提言24：医療扶助の適正化に実効ある制度の導入	26
提言25：福祉と就労を一体的に捉えた生活支援制度の導入	27
提言26：生活費の実態把握、単給制度の拡大及び現物支給制度の導入	28
提言27：生活保護受給資格の一時停廃止制度の創設	29
提言28：累積金の取扱いの厳正化、グループホーム入居者の基準生活費の策定等	30
提言29：社会的企業(ソーシャルビジネス)・NPO等との連携を通じた生活支援・自立支援	31
<b>8 財政基盤</b>	
提言30：大規模な財源移譲を行う際の交付金による自治体間格差の是正等	32

## はじめに

我が国においては、急速な少子高齢化の進行に伴い、社会保障給付費が既に年間 100 兆円（うち約 4 割が国と地方の公費負担）を超えており、将来の人口構成の見通し等も踏まえると、社会保障制度を持続するための改革が、極めて重要かつ喫緊の課題となっています。

このため、国において、“社会保障と税の一体改革” 具体化のための検討が進められた結果、平成 25 年 8 月には「社会保障制度改革国民会議」による報告書がとりまとめられ、第 185 回国会（臨時会）では、国民会議報告書の方向に従い、各分野における制度改革の具体的な方向性や時期を示す「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（通称プログラム法）」が成立したところです。

改めて申すまでもなく、高齢化の一層の進行に伴い、給付は今後も増加する一方、制度の担い手である現役世代は、少子化によって縮小する方向にあることから、今後も制度を持続するためには、負担能力に応じた国民負担を確保する必要があります。

この点、国民会議報告書が、すべての世代がその能力に応じて支え合う全世代型の社会保障への転換や、将来世代への負担先送りの解消、医療・介護分野における地域重視などの方向性を打ち出したことには一定の評価をしますが、国民の痛みを伴うだけに、具体的な改革の実施には、今後も多くの困難が予想されるところです。

国では、関係する各種審議会等において具体的な制度の改革案を検討し、順次、個別法案を提出する予定となっていますが、我が国の社会が直面する困難を乗り越え、社会保障に対する国民の信頼と安心を確保するためには、国民のための社会保障という原点に立ち返り、国と地方がともに知恵を絞って、実効性の上がるより良い改革にする必要があります。

国民会議報告書は、現場を担う地方との協議がほとんどないまま取りまとめられ、また、具体的な将来像や国民負担の見通しが示されておらず、将来に対する国民の不安を解消するものにはなっていませんが、我々は住民と直接向き合い、社会保障の運営を担っている立場から、市町との連携のもと、現場起点の建設的な提言を積極的に行うこととしております。国においては、結論ありき、スケジュールありきで改革を押し進めることなく、地方と丁寧かつ十分な協議を行うことが重要です。

本提言は、平成 24 年 7 月に、県内 20 の基礎自治体に呼びかけ、福祉現場を担う職員等から直接寄せられた建設的な提案を集約して発表した「えひめ発の社会保障制度改革提言」のリニューアル版として取りまとめたものですが、本提言が今後の社会保障制度改革の議論に一石を投じ、改革の前進につながることを期待します。

平成26年3月

愛媛県地方分権改革プロジェクトチーム

## 【基本的考え方 1】

- 持続可能で信頼される社会保障制度に立て直すため、国は、地方の協力を得て社会保障全体の中長期的見通しと将来ビジョンを分かりやすく提示する。
- サービスと負担のバランスについて国民・住民の理解を得ながら、国と地方が協力して社会保障財源の確保策を検討する。
- 制度の見直しに当たっては、国民に対する十分な周知期間と実務レベルで円滑に対応できる準備期間を設ける。

## 【背景】

- ・ 少子高齢化や非正規労働者の増加による企業福祉の後退等により、国民は社会保障制度の持続可能性について不安を抱いており、国は、地方の協力を得て社会保障全体の中長期的見通しと将来ビジョンを国民に分かりやすく提示する必要がある。
- ・ 社会保障関係経費は、毎年国においては1兆円程度、地方においては7,000億から8,000億円程度の自然増が見込まれており、サービスと負担のバランスについて国民・住民の理解を得ながら、国と地方が協力して社会保障財源の確保策を検討する必要がある。
- ・ 近年の介護保険や障害者自立支援等の制度見直しは、十分な周知期間と実務レベルでの準備期間がないまま実施に移され、国民の不満と現場の混乱を招いている。
- ・ 短期間で制度見直しを重ねることにより、国全体で巨額のシャドーコストが発生しており、見直しの際は、このようなコストの存在についても国民に示し、議論を行うべきである。

(参考) 短期間の見直しにより発生した“シャドーコスト”の例

## 【児童手当システム】

子ども手当制度創設及び手当額・名称変更等数度の制度改正によるシステム改修に、愛媛県内市町だけで合計約2億4千万円(見込)の経費を要した。

## 【障害者自立支援給付支払システム】

福祉介護人材処遇改善事業の開始、法改正に伴うサービスの改廃等によるシステム改修に、愛媛県及び県内市町だけで合計約1億4千万円(見込)の経費を要した。

- ・ 平成25年8月に社会保障制度改革国民会議の報告書が取りまとめられ、いわゆるプログラム法が成立したものの、検討の過程において、現場を担う地方との協議がほとんどないまま進められたことは大きな問題。また、給付と負担に関する具体的な見通しが示されておらず、持続可能な社会保障制度が構築できるのか明らかでないなど社会保障制度全般の将来像が不透明。

## 【効果等】

- ・ 将来見通しとビジョンの提示は、社会保障の立て直しの第一歩となる。
- ・ 国と地方が協力して、国民・住民の理解を得ながら、社会保障財源の確保策を検討していくことが、持続可能で信頼される社会保障制度の実現につながる。
- ・ 十分な周知・準備期間を設けることにより、国民の不満と現場の混乱を回避することができる。

【基本的考え方 2】

- 制度と現場が乖離することなく、最適な社会保障サービスが提供できるように、制度設計段階から運用に至るまで、国と地方が緊密に協力して行う体制を確立する。
- 医療保険など全国一律で実施すべき給付・サービスは、国の責任を明確にした上で国と地方が協力して制度の構築と運用を行い、子育て支援サービスなど現場の創意工夫に委ねるべき給付・サービスは、地方の自主性が発揮できるよう、画一的な義務付けや時代の変化にそぐわない規制を見直す。

【背景】

- ・ 国が地方の意見や現場の実情を十分踏まえないまま、制度の見直しや新規事業を実施することにより、現場で混乱が生じている。
- ・ 全国一律で実施すべき給付・サービスは、国の責任を明確にした上で国と地方が協力して制度の構築と運用を行い、現場の創意工夫に委ねるべきものは、地方の自主性が発揮できるよう、画一的な義務付けや規制を見直す必要がある。

	全国一律に実施すべきもの	現場の創意工夫に委ねるべきもの
具体例	国民健康保険	子育て支援サービス
問題点	○高齢者や低所得者の急増など構造的変化に起因する国保の財政問題に対して、国が本来果たすべき責任が全うされていない。	○「次世代育成支援行動計画」等の計画策定を都道府県や市町村に法令等の様々な形で義務付けており、自治体は、画一的な計画行政を行わざるを得ない。 ○保育所の運営等に対する国の画一的な基準や規制により、住民の多様なニーズに十分に対応できない。
解決策	○国の財政責任を明確にした上で、例えば全国国保を創設するなど国と地方が協力して制度運営を行う。	○地方に対する画一的な計画の義務付けや施設設置基準等の規制を見直し、地方の自主性を発揮した多様なサービスの提供を可能とする。

【効果等】

- ・ 制度と現場の乖離が生じないようにするとともに、国と地方の役割分担を本来あるべき方向で再構築することが社会保障制度の持続可能性を確保するとともに、国民の信頼を高めることにつながる。
- ・ 全国一律の給付・サービスについては、国と地方が協力して責任を果たすとともに、現場の創意工夫に委ねるべきサービスについては、地域の実情に応じて地方の自主的な判断のもと効率的・効果的な給付・サービスの提供を行うことができる。

【基本的考え方 3】

- 「社会保障制度改革国民会議」は、地方の代表の参画がなく、地方との協議がほとんどないまま報告書が取りまとめられた。社会保障制度の検討を行う会議においては、年金以外の全ての社会保障制度を現場の最前線で支えている地方が不在のまま議論が行われることがあってはならない。
- 国と地方が協力して社会保障制度を支えるため、社会保障制度に関する国民会議や国の審議会等に、現場を担っている地方代表者の参画を必須とする。

【背景】

- ・ 福田内閣の下で平成20年に設置された「社会保障国民会議」において、地方代表は、本体会議と3つの分科会に山田京都府知事や中村愛媛県知事（当時は松山市長）をはじめ延べ7人が委員として参画していた。
- ・ しかし、麻生内閣の下で平成21年に設置された「安心社会実現会議」や菅内閣の下で平成23年に設置された「社会保障改革に関する集中検討会議」においては、地方代表は委員として参画が認められなかった。
- ・ 平成24年に設置された「社会保障制度改革国民会議」は、有識者のみの委員構成であり、地方代表の参画はなかった。

委員の構成状況

審議会等の名称	学識	福祉 医療	経済 労働	消費 庁 <sup>17</sup>	地方 代表	その他	計
社会保障国民会議	6	4	3	2	1		16
所得確保・保障分科会	6		3	1	2	4	16
サービス保障分科会	5	7	2	1	2		17
持続可能な社会の構築分科会	4	3	2	1	2	2	14
安心社会実現会議	4	1	4	2	0	4	15
社会保障改革に関する集中検討会議	6	13	4	1	0	4	28
社会保障制度改革国民会議	15				0		15

- ・ 地方は、年金以外のすべての社会保障分野において最前線で制度の運用を支えているが、社会保障制度の改革や将来のあり方に関する国の審議会等において地方の提言が反映される体制がなければ、国と地方が協力して社会保障制度を支えることができない。

【効果等】

- ・ 制度設計段階から現場の実情を踏まえた認識を国と地方が共有することにより、より良い社会保障制度の実現につなげることができる。
- ・ 国と地方が協力して社会保障制度の構築と運用を一体となって進めることで、国民の信頼が高まる。

〔医療保険制度 1〕

- 将来にわたって持続可能な医療保険制度を構築するための第一歩として、国・都道府県・市町村の共同運営による「全国単位の国保制度」を創設する。  
〈全国知事会が目標とする「全ての医療保険制度の一元化」に向けて、まずは国保を全国単位化しようとするもの〉
- 保険給付費は、赤字補填を目的とする一般会計からの法定外繰入等を必要としない制度とし、保険料、公費負担及び他の医療保険の間の財政調整で賄う仕組みとする。（財源割合や公費の国・地方負担割合については、国民的議論の中で検討する。）  
 大枠は以下のとおり。
  - ・国は、国民健康保険に係る全国の医療費総額と全国の保険料必要総額を見込み、被保険者数、所得水準等に基づく各都道府県ごとの保険料賦課額を算定し、各都道府県に賦課する。
  - ・都道府県は、国から賦課された保険料総額を元に、被保険者数、所得水準等に基づく各市町村ごとの保険料賦課額を算定し、各市町村に賦課する。
 なお、制度変更に伴う市町村の保険料の激変緩和については、都道府県が財政調整（都道府県負担を含む。）を行う。
  - ・市町村は、都道府県から賦課された保険料総額を元に、被保険者の保険料率を設定し、被保険者に賦課する。
  - ・低所得者等への保険料軽減や減免に伴う保険料欠損については、現行制度の趣旨を踏まえ、公費負担とする。

【背景】

- ・国民皆保険の最後の受け皿である市町村国保は、高齢者が多く医療費がかさむ反面、低所得者が多く必要な保険料収入を確保できないという構造的問題を抱え、年ごとに保険財政の厳しさが増しており、早晚制度として成り立たなくなる。
- ・国保については、市町村間に格差や偏在があるだけでなく、都道府県間にも格差や偏在が存在するため、全国単位での財政調整が不可欠である。

〔格差の状況〕

○市町村間格差

- ・1人当たり医療費の都道府県内市町村間格差  
 最大：沖縄県2.6倍、愛媛県は1.5倍（上島町440,063円：宇和島市288,296円）  
〔全国市区町村格差〕（最大：和歌山県北山村541,616円 最小：東京都小笠原村160,031円）
- ・1人当たり保険料の都道府県内市町村間格差  
 最大：長野県2.8倍、愛媛県は1.9倍（四国中央市100,161円：愛南町53,119円）  
〔全国市区町村格差〕（最大：北海道猿払村141,650円 最小：沖縄県粟国村31,242円）
- ・被保険者1人当たり所得の都道府県内市町村間格差  
 最大：秋田県6.5倍、愛媛県は2.4倍（松山市57.4万円：松野町24.2万円）  
〔全国市区町村格差〕（最大：秋田県大湯村、東京都港区210.7万円 最小：鹿児島県伊仙町15.1万円）

○都道府県間格差

- ・1人当たり医療費の都道府県間格差  
 1.4倍（山口県364,350円：沖縄県251,282円、愛媛県は327,309円）
- ・1人当たり保険料の都道府県間格差  
 1.7倍（栃木県88,516円：沖縄県53,524円、愛媛県は73,700円）
- ・被保険者1人当たり所得の都道府県間格差  
 2.6倍（東京都93.5万円：沖縄県36.2万円、愛媛県は47.4万円）
- ・社会保障・税一体改革では、現在実施されている市町村国保財政の都道府県単位の共同事業が、平成27年度には全ての医療費に拡大され、実質的な財政運営の都道府県単位化が図られることとされているため、全国知事会が目標とする「全ての医療保険制度の一元化」に向けて、次の段階をどうすべきかの検討が必要となっている。

【効果等】

- ・国と地方の共同責任体制が構築できる。
- ・本来果たすべき国の財政責任が担保できる。

## 提言 5

## 国保の都道府県移管に伴う全国共同事業の実施等

### [医療保険制度 2]

- 全国国保の実現に向けて、財政規模の全国化を図るため、国保の全ての医療費を全都道府県からの拠出金で賄う共同事業（再保険事業）を実施する。
- 平成29年度から国保を都道府県移管するならば、都道府県単位の共同事業の平成27年度からの全医療費への拡大を中止すべき。
- 地方公共団体が社会的弱者に対して実施している地方単独医療費助成事業のうち、全国一律に実施することがふさわしいものを公的医療保険制度に組み入れ、対象者の自己負担軽減分を医療保険者が負担する制度とする。  
また、全国共通分以外の医療費助成事業を地方公共団体が引き続き現物給付で実施した場合の国民健康保険に対する国のペナルティ（国負担金・交付金の減額措置）を廃止する。  
上記措置の実施に伴い、国保の財政補填目的の法定外繰入を禁止する。
- 国保の都道府県移管という大きな改正に合わせ、市町村国保に加入している非正規雇用者（短時間労働者）や職域の国保組合の加入者について、どの公的医療保険を適用することがより適切かを含め、社会・経済的環境の変化を踏まえ、公的医療保険制度全体について、自助・共助・公助が有効に働くような抜本的な制度改正を行う。

#### 【背景】

- ・ 現在、都道府県内の市町村間の保険料の平準化・財政の安定化を図るため、レセプト1件あたり30万円を超える部分の医療費（平成27年度から全ての医療費に拡大）を都道府県内各市町村からの拠出金で賄う都道府県単位の共同事業（再保険事業）が実施されている。国保が都道府県移管された場合も、都道府県間の格差は解消しないため、市町村間で行っている財政調整を全国単位に拡大することが不可欠である。
- ・ 国保の都道府県移管は、平成29年度までに行うというスケジュールが示されているが、そのスケジュールでは、都道府県単位の共同事業の平成27年度からの全医療費への拡大の意義が薄れるばかりでなく、制度移行時の余計な経費が必要となり、混乱も招きかねない。
- ・ 地方単独事業で医療費の窓口負担に対し現物給付助成を行っている場合、国は、安易な受診の助長につながるなどの理由から、国民健康保険の国負担金・交付金を減額している。このため、県内・全国の多くの市町村において、国の減額分の補填を目的とする、一般会計から国保会計への法定外繰入が行われ、社会保険としての財政中立が損なわれている。
- ・ 市町村国保の加入者は、元々は農林水産業や自営業の世帯が大部分であったが、現在は、非正規雇用者（短時間労働者）の世帯と高齢者を中心とする無職の世帯が大部分を占めている。平成28年10月からは、短時間労働者のうち、従業員500人超の事業所に週20時間以上、1年以上勤務する者に健康保険が適用されることとなっているが、対象者（見込）は全国で約25万人と限定的であり、引き続き大部分が国保に加入することとなる。また、国保組合については、旧普通国保制度や旧健康保険制度の適用対象外とされていた業種の者が集って設立したものであるが、現行制度では、本人選択により国保組合以外の公的医療保険制度に加入することも可能となっている。  
なお、現在、国保組合への国庫補助のあり方が国の検討課題となっている。

#### 【効果等】

- ・ 国保の財政基盤の強化が図れる。
- ・ 財政補填目的の法定外繰入を前提としない、財政中立型の国保制度が確立できる。

## 【医療保険制度 3】

- 「高齢者医療制度」を全国レベルで一元化する。  
〈全国知事会が目標とする「全ての医療保険制度の一元化」を視野に入れたもの〉
- 対象年齢を、年金支給年齢であり、国民健康保険、被用者保険間の財政調整実施年齢である前期高齢者（65歳～74歳）まで拡大する。
- 患者負担の見直しを行う。《見直しの影響による地域の医療提供体制の確保に配慮をしながら、例えば、原則3割負担に統一する。（低所得者は軽減率適用）》

## 【背景】

- ・ 後期高齢者医療制度については、社会保障・税一体改革大綱の中で、現行制度の廃止に向けた見直しを行う旨が示されていたが、平成25年8月6日の社会保障制度改革国民会議報告書で、「創設から既に5年が経過し、現在では十分定着していると考えられ、今後は、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、必要な改善を行っていくことが適当である」と提言された。
- ・ 全国知事会は、社会保障制度改革の今後の進め方について、「将来にわたり持続可能な医療保険制度の構築のため、被用者保険も含め全ての医療保険制度の全国レベルでの一元化に向けた具体的な道筋を明らかにする必要がある」と意見している。
- ・ 高齢者医療制度の最大の課題は、医療の高度化や高齢者の増加により増え続ける医療費を国民がどう負担するかであり、高齢者の加入する制度の変更で解決する問題ではない。
- ・ 現行制度は、将来的に目指すべき被用者保険と地域保険の統合、75歳以上限定であるものの医療保険制度の一元化が図られた点は大いに評価できる。
- ・ 高齢者医療制度は、65～74歳を対象とした前期高齢者医療制度と75歳以上を対象とした後期高齢者医療制度とで構成され、それぞれ現役世代等からの前期高齢者交付金、後期高齢者支援金で成り立っているが、これらを支える被用者保険では、近年、赤字決算が続き、保険料率の引上げを余儀なくされるなど、重い負担を強いられている。
- ・ 70～74歳の一部負担金については、現在2割と法定されているところ、毎年度約2千億円の国予算措置により1割に凍結され、また75歳以上については、現行制度の施行以前（H14～）から1割とされるなど、高齢世代内や高齢世代と現役世代間で不公平感が生じている。

## 【効果等】

- ・ 高齢者医療保険制度の安定化に寄与する。
- ・ 65歳以上の高齢世代間、さらに高齢世代と現役世代との間の負担の公平化を図ることができる。

## 提言 7

### 病症別標準定額医療費制、原則後発医薬品指定制度、患者医薬品選択制の導入検討

#### [医療保険制度 4]

- 慢性の病気及び病症に対する定額医療費制の導入を検討する。
  - ・ 医療費の増加を抑制するため、慢性的な病気・病症で、症状が比較的安定しているものを対象に、病症別の標準定額医療費制度の創設を検討する。
- 後発医薬品の使用が可能と医師が判断した場合は、原則後発医薬品処方を義務化するように検討する。(全ての医療制度共通の制度としての導入を検討)
- 患者本人が薬を選択できる薬品選択制の導入を検討する。
  - ・ 処方される医薬品について、病院側が薬の種類(保険適用分)の候補を情報提供し、患者本人が薬を選択できる医薬品選択制の導入を検討する。

#### 【背景】

- ・ 医療給付費の増加が続いており、保険料の値上げや保険財政の悪化が問題視されている。
- ・ 保険者においては、後発医薬品普及による薬剤費の削減については医療費抑制のために、後発医薬品の普及啓発、後発医薬品希望カードの配布、後発医薬品と先発医薬品の差額通知の実施、重複頻回受診者への訪問指導等に努めており、一定の効果も見受けられるが、それだけでは大幅な医療給付費の増加に対処することは困難である。

#### 【効果等】

- ・ 医療費の増加抑制に寄与する。

## 【医療保険制度 5】

- 保険者間の連携を強化するとともに、情報等データを共有し、住民の利便性向上や保険者のコスト低減を図る。
  - ・ 強制保険である国民健康保険の資格の職権適用を法律上可能にするるとともに、今後、導入が予定されている社会保障・税番号制度により、保険者間のデータ連携を容易にし、資格取得・喪失の適正化及び手続の簡便化を図る。
  - ・ 保険者間異動に伴い前保険者の保険証により保険給付を得た被保険者の不当利得については、被保険者の委任なしでも保険者間で精算できる仕組みを確立する。
  - ・ 特定健診の受診率向上、被保険者への早期の保健指導実現等のため、事業所に勤務する国保被保険者（短時間労働者）の事業主健診データの事業者から保険者への提供制度の徹底を図るとともに、提供しやすい実施体制を確立する。
  - ・ 年度内に保険者間を異動した被保険者の特定健診データについて、異動前保険者からの当該被保険者への健診データ提供と、当該被保険者による異動後保険者への健診データ届出を義務付け、健診の二重実施によるコストを削減する。

## 【背景】

- ・ 国保は、事実発生主義による強制保険とされているにも関わらず、届出が必須とされており、原則として資格の職権適用ができない。（資格の職権喪失は一定の手続をとれば可能。）このため、被用者保険等を喪失したにも関わらず、国保に加入しない無保険者が存在する。
- ・ 被用者保険との間や国保保険者間での資格データ連携については、現行制度下でも照会・回答という方法で可能ではあるが、守秘義務を理由に保険者同士が牽制する傾向にある。
- ・ 現行制度下においても、日本年金機構と市町村が覚書を締結することにより、年金情報を活用しての保険資格取得届勧奨や資格職権喪失を行うことは可能であるが、完全な把握は不可能である。（厚生年金資格喪失後も健康保険に任意継続加入している場合がある等）
- ・ 上記覚書では、市町村側に賦課権がない国民年金保険料の納付勧奨等への協力が前提とされており、市町村側にそれほどメリットがある仕組みとなっておらず、十分機能していない。
- ・ 他保険に異動したにも関わらず、資格喪失・取得届出手続を行わずに、前の保険者の保険証を使用して保険給付を受給した被保険者に係る不当利得については、被保険者の個人情報保護や受給権保護のため、被保険者から委任された場合を除き、保険者間での精算が禁じられている。
- ・ 事業所に勤務する国保被保険者（短時間労働者）について、事業者は、労働安全衛生法に基づく事業主健診の結果を、保険者（市町村）が求めた場合は提供する義務があるが、現状ではその実施体制の確立が困難であり、特定健診受診率低迷の一因となっている。
- ・ 年度内に保険者間を異動した被保険者に対する特定健診は、本来、異動前・後いずれかの保険者が実施すれば足りるが、当該被保険者に対する他保険者の特定健診実施状況が把握できないため、二重に健診を実施するという無駄が生じている。

## 【効果等】

- ・ 住民の利便性向上や保険者のコスト低減につながり、医療保険制度の安定に寄与する。

## 【医療制度 1】

- 医師不足・偏在が全国的に深刻化する中、国が財源を負担し、全都道府県に「医師確保基金」を創設する。
- 「地域枠」設置大学においては、地域医療に従事するための教育を実施する講座の設置を義務化する。
- 新たな専門医の仕組みの構築にあたっては、「医師の専門性の分布や地域分布についてグランドデザインを作ることが重要」で、「現在以上に医師が偏在することのないよう、十分配慮すべき」として検討が進められているが、その実現策として、専門医を養成する研修施設の研修受け入れ数に地域バランスを考慮した定員を設けるなど、医師が各地方に適切に分散される仕組みを構築する。
- 基幹型臨床研修病院が参画しない中小病院群でも、研修体制が整備できるのであれば、初期臨床研修病院群として指定を受けられるよう指定基準を見直す。

## 【背景】

- ・ 医師確保を含む地域医療再生のため創設された「地域医療再生基金」が平成25年度をもって終了するが、医師不足問題は依然として解消されておらず、引き続き、県民（国民）の命を守るために必要な医師確保対策に取り組む必要がある。
- ・ 現在、「地域枠」医学生に対し、地域医療に従事するための教育を実施する講座は、各都道府県が独自の財源を活用した寄附講座として設置しているが、「地域枠」を設置している大学においては、同様の講座を設置するのは、「地域枠」医学生の教育を担ううえで必要不可欠なものであり、不安定な寄附講座での実施には限界がある。
- ・ 地方における医師不足問題は、地域偏在と診療科間偏在の一体的な問題であり、地方の医師不足を解決するためには、診療科を踏まえた医師の適正配置が必要となっている。
- ・ 現在の臨床研修制度においては、中小の病院が基幹型研修病院の指定要件を満たすことは困難なうえ、基幹型研修病院が参画しない研修病院群での研修は認められていないことから、大学医局の派遣機能が崩壊した現在においては、初期臨床研修が実施できない中小病院は若手医師を確保することが非常に困難となっている。

## 【効果等】

- ・ 医師法を所管する国が財源を継続的に負担し、地方自治体が地域の実情に応じた事業を実施することで、安定した医師確保対策に取り組むことができる。
- ・ 「地域枠医学生」を「地域医療に従事する医師」に養成する講座を、時限措置の寄附講座から正規の講座に変更することで、安定した教育の実現が可能となる。
- ・ 医師個人の就業の自由を尊重しながら、全国各地域に、全診療科がバランスよく配置されるようになる。
- ・ 中小の病院が若手医師を確保する機会を得ることができ、研修医にとっても選択肢が増え、様々な病院の研修を経験できる。

【医療制度 2】

- 国民健康保険の都道府県移管が行われる場合は、生活保護、公費負担医療を含めた全ての制度を対象に、国が保険医療機関等に対する指導・監査に一元的に責任を持つ制度に改正する。

【背景】

- ・ 医療機関に対する指導・監査については、高い専門性が求められる。
- ・ 平成23年度に、指導・監査により厚生労働省が保険医療機関等から返還を求めた額は、約27億1千万円であるが、指導対象がごく少数となっており、不十分である。

○保険医療機関等の個別指導・監査・返還額

年度	件数		返還額 (万円)
	個別指導	監査	
18	3,334	124	533,814
19	3,264	105	554,708
20	3,410	69	366,112
21	3,666	85	303,903
22	4,061	159	434,397
23	3,955	161	271,267

- ・ 医療保険制度における保険医療機関等に対する指導・監査は、厚生労働省の地方機関と都道府県が共同で実施しているが、担当職員が少ないなど体制が不十分で、十分な指導等ができていない。
- ・ 都道府県には、検査権限はあるものの、指定の取消し等の処分権限がないため、都道府県が責任を持って対応できる制度となっていない。
- ・ 各医療保険、生活保護、公費負担医療それぞれに、保険医療機関等に対する検査権限等が定められているが、業務に関する高い専門性と保険医療機関等に対する処分権限を有する国において、指導・監査を一元的に実施することが効率的かつ効果的である。

【効果等】

- ・ 医療機関の指導・監査を一元化することにより、効率的かつ専門的な監査等を実施することができ、保険診療等の質的向上及び医療費適正化に寄与する。

## 提言 11

# あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう及び柔道整復施術所に対する指導体制の強化

### 【医療制度 3】

- あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう及び柔道整復施術所に対する指導要領を整備し、施術を受ける人がより安心して施術を受けることができる制度とする。
- あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう及び柔道整復施術所で行う施術手技及び広告できる項目等について指針等を作成し、施術を受ける人が自分の症状にあった適切な施術所を選択することが可能な制度とする。
- 施術所の開設を届出制から期限付きの許可制とし、事前に行政が構造設備基準や衛生上必要な措置を確認できる制度とする。
- 無資格者による療法に対して、手技及び広告の範囲等について基準を明確にして、指導が可能な制度とする。

#### 【背景】

- ・ 保健所は施術所の開設届を受理すると、構造設備基準等を確認する為に立入検査を行うが、それ以降は苦情や違法行為の情報が無い限り、ほとんど立入検査を行うことはない為、開設時以降の構造設備や運営状況の把握が困難な状況にある。
- ・ 届出後の立入検査において構造基準を満たしていない場合には改善指導を行う必要があり、事前指導があれば不要であったと思われる多額の費用負担を伴うケースがある。
- ・ 構造設備基準は法に示されているが指導要領等はなく、実際に指導する際に必要な詳細な指導基準が示されておらず、施術手技についても無資格者が禁止されている施術行為等が具体的に示されていないことにより、都道府県、保健所によって指導内容に差がある。
- ・ 法制定時には想定されていなかった無資格者による施術や海外発祥の施術等が広がり、県民にとって有資格者による施術との区別がつきにくくなっており、施術を受けたい人が的確に判断できない。
- ・ 広告規制のガイドライン等がないことから、グレーゾーンの広告に対して適正な指導が困難である。
- ・ 開設者が廃止の届出をせず廃業していても、台帳上は営業中の施術所として残っていることから実態を把握できない。

#### 【効果等】

- ・ 指導要領や指針に基づき指導することで、指導レベルの均一化が図られ、保健所間での指導内容の差が解消されるとともに、無資格者に対する指導が徹底できる。
- ・ ガイドライン等に基づきわかりやすい広告をすることで、施術を受けたい人が安心して良質で適正な施術を受けることができる。
- ・ 許可制にすることにより、事前指導が可能になり、構造設備等の事後指導するケースが解消される。また、営業実態も適正に把握できる。
- ・ 無資格者の施術による健康被害の発生を防止するためには、無資格者に対する規制基準の明確化に加え、法で規定する施術所との差別化が必要であり、許可制への移行により許可施術所として県民が安心して施術を受けることができる。

## 【医療制度 4】

- 難病新法(仮称)に基づいて、難病患者支援対策の基本計画を策定する等総合的かつ一体的に難病対策に取り組み、公平で安定的な社会保障給付として位置付ける。
- 難病対策の新制度の施行に当たっては、あらゆる機会を通じて、関係機関はもとより難病患者・家族や一般国民に対する十分な周知を図り、円滑に対応できる体制を整備すること。

## 【背景】

- ・ 難病患者に対する医療費の公費負担は、都道府県が支出した費用に対して、原則としてその1/2を国が補助するとされているが、実際には、国が負担すべき額が交付されず、都道府県が不足分を負担せざるを得ない状況が続いている。(平成24年度は約75%を都道府県が負担) [愛媛県の場合：24年度決算で7.2億円の国庫補助所要額に対し、補助金は3.9億円(交付率約55%)]であり、3.3億円が県の超過負担となっている。]
- ・ 特定疾患としての治療費助成要望は益々増え、医療費の負担も高額になっており、都道府県による財政負担もまた右肩上がり。
- ・ 都道府県の超過負担解消について、平成25年1月27日「平成25年度における年少扶養控除等の見直しによる地方財政の追加増収分等の取扱い等について」の、財務・総務・厚労3大臣合意により、平成25年度予算においては、国費不足額が前年度国費不足額を下回るよう所要額 674億円〔うち国予算措置額440億円(交付率：65.3%)〕を計上するとともに、平成24年度と同様に超過負担の全額について交付税措置が講じられることとなった。
- ・ さらに、平成26年度予算においては、超過負担の解消を実現すべく法制化により「予算補助から法的補助の医療制度として調整すること」とされ、このことは、全国知事会においても一定の評価がされたところ。
- ・ 「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」(プログラム法)では、難病対策について、「新制度の確立に当たって、必要な法律案を平成26年通常国会に提出し、必要な措置を平成26年度を目途に講ずる」と明記されている。
- ・ 平成25年12月厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会において、「難病対策の改革に向けた取組について」(最終)が了解され、26年2月に通常国会に難病新法(仮称)が提出される予定。

## 【効果等】

- ・ 難病患者に対する支援について、国及び都道府県が明確に責任を果たすことができる。
- ・ 医療費助成等の難病対策を総合的に推進することができる。

## 提言 13

# 介護サービス未利用者にかかる保険料の軽減措置、 被保険者の範囲拡大、高所得者の利用負担割合の拡大

### [介護保険制度 1]

- 介護サービスの提供を一定期間（例えば5年ごと）受けていない第1号被保険者への保険料の軽減措置を新設する。
- 被保険者の対象範囲を、老親介護の低年齢化や若年者の雇用状況を踏まえ、例えば現行の40歳以上から30歳以上へと拡大する。
- 介護サービス費用の利用者負担について、現行の1割負担を、例えば現役並み所得者については医療保険制度と同様に3割負担とする。

#### 【背景】

- ・ 愛媛県の介護保険料の基準額（月額）の上昇については、次のような被保険者等の声が上がっている。  
[愛媛県の平均保険料：1期2,962円、2期3,546円、3期4,526円、4期4,626円、5期5,379円（全国平均：4,972円）]
  - ▶ 介護サービスの提供を受けていない者が、サービス利用者と同様に保険料を負担する現行の保険料負担のあり方に疑問を持ち、「介護保険からの脱退」等を求めてくることがある。
  - ▶ 一律に保険料を負担していることから「介護サービスを利用したい」、「利用しなければ損」との意識があり、要介護認定非該当の判定に不満を示されることが多い。
- ・ 普通徴収の徴収率（年金受給額が年額18万円未満の者等）は、平成18年度の91%から平成23年度には85.6%となり、5年間で6.1ポイント悪化するなど、納付意欲低下のおそれは否定できない。
- ・ 愛媛県の高齢化率は、平成24年の都道府県別順位で第9位、27.8%となっており、老年（65歳以上）人口がピークを迎える平成32年には33.2%に達し、県民の約3人に1人が高齢者となる見込みであることから、現行制度のままでは保険料、公費負担とも増大し続け、県財政が破綻するおそれがある。
- ・ 愛媛県の介護給付費（利用者負担の1割は除く）は、平成20年度に初めて1千億円を突破し、平成24年度には約1,226億円となっており、介護保険制度がスタートした平成12年度の2.5倍に達している。
- ・ 老親の介護・看護を行っている30代の割合が大幅に増加していることや、30代以上の失業率は概ね5%以下となっていることから、例えば30代以上を被保険者に拡大することが考えられる。

[老親介護を理由とする離職者の年齢構成割合（H14⇒H23）：30代：5.6%⇒7.5%、40代：14.5%⇒12.7%]  
[H24完全失業率：20歳～24歳：7.9%、25歳～29歳：6.4%、30歳～34歳：4.6%、35歳～39歳：4.1%]

#### 【効果等】

- ・ 保険料納付意欲低下の抑制が図られる。
- ・ 「利用しなければ損」との意識からの脱却や、自主的な健康維持、介護予防への取組みの動機付けなどによる給付費の抑制が図られる。
- ・ 保険料の上昇を抑制し、安定した介護保険財源を確保できる。

## 提言 14 介護サービスの料金上乘せ制度の導入による介護職員等の処遇改善

### 【介護保険制度 2】

- 一定レベル以上のスキルを有する職員を雇用し、より質の高いサービスを提供する事業者の認定制度等を導入し、認定事業者には一定の範囲内でサービス料金を独自に設定することを可能とし、介護給付費に上乘せとなる収益分により、介護職員等の処遇の改善を図る。
  - ・ 質の高いサービスを求める利用者は、自己負担により選択できる制度とする。
  - ・ 介護サービス費用の9割相当額が事業者を支払われる現行の介護給付費の仕組みは維持しながら、上乘せ料金部分は事業者と利用者との契約に委ねる。
  - ・ 上乘せ料金による収益の用途は、介護職員等の処遇改善に限定する。

#### 【背景】

- ・ 介護職員等の処遇改善には、介護報酬の単価アップが必要であるが、現行制度では、介護保険財政に直接影響を与えることとなるため、財源確保が大きな問題となっている。
- ・ 定額の介護報酬では、事業者において人件費の充実に限界があり、介護職員等の処遇改善につながりにくい。
- ・ 介護職員処遇改善交付金は平成23年度で終了し、平成24年度の介護報酬改定において介護職員処遇改善加算が創設されたが、加算対象は、交付金と同様介護職員に限定されており、対象外となる他職種との不公平感は強い。
- ・ 社会福祉施設等における人材確保アンケート（平成24年3月、愛媛県社会福祉協議会・愛媛県福祉人材センター）によると、次のとおり人材確保や処遇等に課題がある。

#### 【事業者】

- \*現場で介護サービスを提供する人材の採用が困難である。(76.2%)
- \*まとめる人材や必要な能力を有する人材の応募が少ない。(71.1%)

#### 【職員】

- \*事業所の方針・理念に不満がある。(39.7%)
- \*自身の処遇に不満がある。(52.3%、うち賃金水準への不満34.9%)
- ・ 国では、技術や知識の認定制度を設けて、職員の待遇改善につなげる方策が検討されている。

#### 【効果等】

- ・ 介護保険財政に影響を与えないで、利用者負担による介護職員等の処遇改善が図られる。
- ・ 介護人材不足の解消及びより優秀な介護人材の確保が図られる。
- ・ 介護職員は自身の資質向上が処遇改善につながる。
- ・ サービスの質を高める努力をする事業者は、一定の範囲内で高い料金設定が可能となる市場原理が働き、事業者の質の向上が促進される。
- ・ 利用者は、より質の高い介護サービスを選択できる。

【介護保険制度 3】

- 市町村と協議の上、都道府県において、報酬単価の上乗せ設定を可能とする制度の創設により、過疎地域への介護サービス事業者の誘導等を図る。

【背景】

- ・ 現行制度では、人件費などの地域差を適正に反映させるために、全国を7つの地域区分に分類し、都市部においては、その区分ごとに報酬単価が割り増しされているが、愛媛県の市町は全て同一の区分に属しているため、報酬単価は愛媛県内で統一（1単位10円）されている。
- ・ 愛媛県内の都市部とそれ以外の地域では、介護サービスの集積度に差があり、同じ要介護度で認定されても受けられるサービスに違いが生じている。

（例：デイサービス事業所分布状況）

○多い順

- |         |        |
|---------|--------|
| 1. 松山市  | 140事業所 |
| 2. 新居浜市 | 48事業所  |
| 2. 宇和島市 | 48事業所  |

○少ない順

- |          |      |
|----------|------|
| 1. 松野町   | 3事業所 |
| 2. 上島町   | 5事業所 |
| 2. 久万高原町 | 5事業所 |
| 2. 砥部町   | 5事業所 |
| 2. 伊方町   | 5事業所 |

- ・ 介護サービスの集積度の差は、介護保険料の差の拡大にもつながっている。

（第5期計画期間における保険料（月額））

○高額順

- |         |        |
|---------|--------|
| 1. 新居浜市 | 6,247円 |
| 2. 東温市  | 6,195円 |
| 3. 松山市  | 5,770円 |

○低額順

- |        |        |
|--------|--------|
| 1. 上島町 | 3,198円 |
| 2. 伊方町 | 3,400円 |
| 3. 大洲市 | 4,524円 |

【効果等】

- ・ 介護サービス事業者が過疎地域に進出してくることにより、都道府県内のどの地域においても同等のサービスが受けられるようになり、サービスの不平等感の解消が図られるほか、介護保険料の料金格差の是正にもつながる。

【介護保険制度 4】

- 更新認定等において要介護度が改善した場合に、サービス事業者にインセンティブが働く仕組み（例えば介護報酬加算や一時金など）をつくとともに、サービス利用者には、次回更新までの自己負担額の軽減措置等を図る。

【背景】

- ・ 介護保険制度の本来の趣旨は、要介護状態や要支援状態の軽減又は悪化の防止に資することにあるが、サービス利用者やサービス事業者の中には、以下のような例があると指摘されている。

▶ [サービス利用者]

- ・ 適正な審査の下で要介護度が改善し、従前に受けていたサービスに頼らなくても良い状態が維持できるようになったにもかかわらず、要介護度が改善されることによって支給限度額が下がり、従前のサービスの利用を継続できなくなることへの不満や不安を抱く者が多く見受けられる。

▶ [サービス事業者]

- ・ 介護保険の本来の目的である「要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防」への意識が薄く、漫然とサービスを提供しているものが見受けられる。

(参考) 介護保険法第2条第2項

「保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行わなければならない。」

- ・ 更新認定等により、介護度が改善した者の割合が低い。

(代表的な愛媛県の市町データ)

○平成23年度

前回より介護度が高くなった者	23.7%
前回と介護度が変わらなかった者	70.3%
前回より介護度が低くなった者	6.0%

○平成24年度

前回より介護度が高くなった者	28.3%
前回と介護度が変わらなかった者	64.3%
前回より介護度が低くなった者	7.4%

【効果等】

- ・ サービス利用者においては、要介護度改善や自立した生活に戻ることに意識向上を図ることができる。
- ・ サービス事業者においては、要介護度改善の実績をアピールすることにより、信頼向上につなげることができるほか、事業者間の競争によるサービスの質の向上も期待できる。
- ・ 要介護度改善者の増加により、介護給付費の抑制が図られるとともに、要介護度が改善することへの苦情の減少が見込まれる。

## 【介護保険制度 5】

- 超高齢・少子化社会においても現行レベルの社会保障制度を維持できるよう、社会保障制度におけるボランティア等との協働を促進するための仕組みを検討する。
  - ・ 社会保障制度におけるボランティア等の担う役割や位置付けを明確化する。
  - ・ 福祉ボランティア登録制度の創設などボランティアの信用性を担保する仕組みを検討する。
  - ・ ボランティア活動の実績に応じた支援制度等を検討する。(例えば、ポイント制による活動費への換金、活動に応じた保険料や保育料の減免・医療費自己負担金への充当等)

## 【背景】

- ・ 社会保障関係経費の自然増により、地方財政をさらに圧迫することが見込まれている。  
2012年度 109.5兆円 ⇒ 2025年度 148.9兆円 (+39兆円)
- ・ 厚生労働省による介護職員の必要量の試算では、将来の介護需要には対応できないとされている。  
2011年度 140万人 ⇒ 2025年度 237万人～249万人
- ・ 社会福祉の担い手不足が予測される中で、高齢者や障害者等が、住み慣れた地域で安心して暮らし、子育て家庭が地域社会から孤立化せず生活していくためには、ボランティア等の担う役割や位置付けを明確化した上で、福祉ボランティア登録制度の創設などボランティアの信用性を担保する仕組みを検討し、ボランティアによる共助の役割を高めていく必要がある。
- ・ 例えば介護保険制度におけるボランティアとの協働について、要介護・要支援状態になることを予防する「地域支援事業」の中にボランティア活動を評価し、ポイントを還元するなどの仕組みが見られるが、介護給付費の抑制やボランティア活動のインセンティブに繋がるほどのものとは言えない。
- ・ 介護ボランティアで得たポイントを介護保険はもとより、医療保険等の別分野でも使用できるなど、身近なところから参画できる魅力的な仕組みづくりを進めるとともに、従来専門職が担っていた業務範囲の見直しや人員配置基準の緩和により、ボランティア等の活用を促進するなど、国において様々な社会保障制度の中でマンパワーとして活用できる仕組みを早急に検討する必要がある。

## 【効果等】

- ・ 社会保障制度におけるボランティア等の担う役割や位置付けの明確化により、ボランティア活動の新たなあり方や重要性に対する社会の認識が広がる。
- ・ 介護をはじめ、福祉分野の専門人材の不足への対応を図るとともに、高齢者などが介護支援等の福祉ボランティアに参加することにより、心身の健康の増進や介護予防等にも資する。
- ・ 超高齢・少子化社会を支えるために不可欠となる福祉分野のボランティアの育成・活動の促進を図ることができる。

【子育て支援制度 1】

- 新児童手当の公平な支給を確保するため、所得制限世帯の判断基準を、「受給資格者（一般的には父母のどちらか所得の高い方）の所得額」から「世帯の所得合計額」へと見直しを行う。

【背景】

- ・ 児童手当制度が創設（昭和47年）された当時は、家族を養う男性労働者と専業主婦からなる世帯が一般的であったが、社会・経済情勢の大きな変化により、1990年代には共働き世帯と専業主婦世帯が逆転し、その後も共働き世帯が増加を続けている。

（ 1980年（昭和55年） 専業主婦世帯：1,114万世帯、共働き世帯： 614万世帯  
 2010年（平成22年） 専業主婦世帯： 797万世帯、共働き世帯：1,012万世帯 ）

- ・ 平成22年度から支給が開始された「子ども手当」は、「子どもは社会が育てる」という理念のもと、親の所得にかかわらず一律に支給されたが、平成24年度の児童手当の復活に際し、共働き世帯の増加等への考慮がなされていない。
- ・ 現行制度の所得制限は、「児童の生計を維持する程度の高い者」の所得で適用される。

「児童の生計を維持する程度の高い者」とは、一般的に、家計の主宰者として、社会通念上、妥当と認められる者で、その判断にあたっては、まず父母等間の収入（所得）の状況を考慮し、原則として収入の高い方が「児童の生計を維持する程度の高い者」に該当することとなる。

〈手当支給月額〉（児童1人当たり）

3歳未満：1万5千円

3歳～小学校修了前：（第1、2子）1万円、（第3子以降）1万5千円

中学生：1万円

所得制限限度額以上世帯：5千円（『特例給付』として当分の間支給）

（例）所得制限の基準は、夫婦と児童2人のモデル世帯で年収960万円以上

- ・ 上記の所得制限基準では、世帯の合計所得が多い家庭に満額の手当が支給され、少ない家庭に特例給付分（1万5千円または1万円から5千円）しか支給されない逆転現象が生じる場合がある。

例：片働き家庭で夫の年収1,000万円（専業主婦、児童2人）の場合は、所得制限の適用を受け特例給付（半額）となる。一方、夫婦それぞれに600万円の収入があり世帯収入が1,200万円の家庭では、所得制限の適用を受けず、満額の支給となる。

【効果等】

- ・ 片働き家庭と共働き家庭との生計維持に係る公平性の観点から、所得制限の判断基準を「世帯の合計額」へと見直しを行い、所得制限世帯の増加により削減される手当支給財源をもって、保育所整備など子育て関連経費の充実を図る。

## 【子育て支援制度 2】

- 認定こども園への移行を促進するため、設置基準における地方の裁量権を拡大する。
  - ・ 保育所基準で定められた調理室の設置及び自園調理を、「従うべき基準」から「参酌基準」とし、3歳未満児に対する給食の外部搬入を認めるなど、地方の保育ニーズにあった運用とする。

## 【背景】

- ・ 幼保連携型認定こども園の認定を受けるに当たって、「従うべき基準（法令の規定に必ず適合しなければならない基準）」である調理室の設置及び調理員の確保が困難であるために幼稚園からの移行を断念したとの声が多い。
- ・ 平成24年8月に、子ども子育て関連3法が成立し、現在、新制度における幼保連携型認定こども園の設備及び運営の基準が国において検討されているところであるが、調理室の設置等が幼稚園から認定こども園への移行の支障となるおそれがある。
- ・ 近年、民間の給食サービスも充実してきており、自園調理に頼らなくても、児童の状況に応じた食事内容や栄養面、保健衛生面等の基準を明確にし、さらには、食育への配慮など諸課題を十分に整理した上で、保育所と業者が十分に連携すれば、外部搬入においても食品の衛生管理や個々のアレルギー対応などが可能な状況になっている。

## 【効果等】

- ・ 調理室の設置（自園調理）を「参酌基準（法令の規定を十分に参照した結果であれば地域の実情に応じて法令の規定と異なる内容を自治体が定めることが可能である基準）」とすることで、保育ニーズにあった運営ができる。
- ・ 認定こども園の運営の効率化が図られ、かつ多様な保育ニーズへの対応が可能となるとともに、移行が促進される。
- ・ 参酌基準化により地域の自主性に委ねれば、改修費及び人件費の節減につながる。

## 【子育て支援制度 3】

- 3歳以上児の完全給食の普及を促進するため、保育所運営費に関する国の通知を改める。
  - ・ 国が示す保育所運営費において、3歳以上児の給食材料費に、3歳未満児と同様、主食を含める。
  - ・ 主食に係る経費は、公的負担ではなく保育料に含めて利用者が負担する。

## 【背景】

- ・ 国が示す保育所運営費の範囲について、入所児童の給食に要する材料費は「3歳未満児は主食及び副食給食費」「3歳以上児は副食給食費※」とされているため、3歳以上児については、長年、主食（ごはん）を持参していることから、主食の準備が保護者の負担となっている。
  - （※昭和23年に保育所に係る措置費国庫負担制度が整備された時からの規定とされているが、3歳以上児の主食が除外された理由は不明である。）
- ・ 食育指導及び衛生管理の点においても、完全給食化の方が合理的かつ安全である。
- ・ 一部の保育所では、保護者会負担で完全給食を行っているところもあるが、保育所運営費における3歳以上児の給食材料費は副食給食費とする旨の国の通知が、完全給食普及の足かせになっている。

## 【効果等】

- ・ 3歳以上児の完全給食化により、主食のみを準備するという保護者の負担が軽減できる。
- ・ 食育の推進、衛生管理の徹底を図るとともに、受益者負担のあり方を見直すことができる。

## [障害福祉制度 1]

- 相談支援事業者が大幅に拡充された「計画相談支援」に対応できるよう、報酬体系の見直しを行い、各事業所における相談支援専門員の複数設置を可能とする。

## 【背景】

- ・平成24年4月から「計画相談支援」の仕組みが導入され、全ての障害福祉サービス利用者に対し、市町村が支給決定を行う前に利用計画を作成することとなった。
- ・愛媛県では研修により計画的に相談支援専門員の養成を進めているが、現状では、相談支援専門員がひとりのみという事業所が大半であり、3年間で全ての障害者に適切に利用計画を作成するという目標が達成できるかどうか懸念する声が多い。
- ・事業者は、計画作成及びモニタリング（見直し）に伴う個別給付により収入を得る仕組みになるが、一律の報酬単価（1件当たり、新規作成で16,000円、モニタリングで13,000円）となっており、実際の業務量（計画作成には通常1ヶ月程度を要する見込み）に応じた報酬となっておらず、事業者の間から人員増に見合わないとの意見が出されている。

## 【効果等】

- ・障害者のニーズ等に基づき、適切に障害福祉サービスを利用するために必要なサービス等利用計画が等しく作成されるようになり、障害者（児）の自立及び社会生活への参加が促進される。
- ・相談支援専門員を複数配置することにより、作成したサービス等利用計画のチェック機能が保たれ、当事者のニーズを踏まえた適正なサービス等利用計画が作成できる。

## [障害福祉制度 2]

- 市町村がサービス支給量の決定をより公平かつ適正に行えるよう、障害の状況や生活状況等障害者の個別環境事例等を専門的見地から検証し、市町村の支給決定の規準となるような全国統一のガイドラインを作成する。

## 【背景】

- ・ 障害福祉サービスの支給量については、現在、各市町村の裁量により審査会の審査判定を経て決定している。
- ・ 平成24年4月から、障害者自立支援法改正による支給決定プロセスの見直しにより、事前に作成したサービス等利用計画案を参考に支給決定を行うシステムが導入され、当事者のニーズが反映されやすいしくみとなったことは評価されるが、一方、介護保険のように区分による給付限度額が定められていないため、支給決定の公平性を確保する必要がある。
- ・ 市町村においては、サービス等利用計画案の内容が適正かどうか判断することがより強く求められるようになったことから、サービス利用者の意向を反映しつつ、公平かつ適正な支給決定を行うことができるよう、障害の状況や生活状況等障害者の個別環境事例等を専門的見地から検証し、市町村の支給決定の規準となるような全国統一のガイドラインの作成が必要となっている。

## 【効果等】

- ・ 全国統一的なガイドラインにより、公平性をもった適正な支給決定が可能となる。
- ・ 特異なケースを除き、支給決定事務がスムーズに行える。

[障害福祉制度 3]

- 地域生活支援事業のうち、障害者の日常生活に必要不可欠である移動支援やコミュニケーション支援などの必須事業の個別給付（法による福祉サービス）化を行う。

【背景】

- ・ 障害者（児）が自立した日常生活・社会生活を営むことができるよう、地域の特性や利用者の状況を踏まえ実施されている「地域生活支援事業」については、必須事業と選択事業があり、いずれも国庫補助事業として実施されている。
- ・ このうち、必須事業については、いずれも障害者にとって欠かすことのできない重要な事業であるが、事業形態が補助事業であるため、市町村格差もあり、必ずしも利用者の必要量に見合った事業実施が行えるとは限らない状況である。
- ・ 平成24年4月に完全施行された障害者自立支援法改正において、同行援護（H23.10.1施行）、地域移行支援、地域定着支援が個別給付化されていることから、移動支援等についても同様に個別給付化することが望ましい。

《障害者自立支援法における福祉サービス等の体系》

【個別給付】

- 重度訪問介護（重度の肢体不自由者の居宅及び外出時の移動中の介護等）
- 同行援護、行動援護（重度の視覚・知的・精神障害者の外出時の援護や介護等）
- 補装具（義肢、車いす、補聴器、眼鏡、盲人安全つえ等の給付）
- 地域移行相談支援（施設入所者等の地域移行に向けた住居確保等の支援）
- 地域定着相談支援（単身障害者等の常時連絡体制の確保や緊急事態への対応） など

【地域生活支援事業】

《必須（うち個別支援型事業）》

- コミュニケーション支援事業（聴覚障害者の外出時の手話通訳者や要約筆記者等の派遣）
- 移動支援事業（屋外での移動が困難な障害者の外出時の支援）
- 日常生活用具給付事業（特殊寝台、移動用リフト、たん吸引器、ストーマ装具等の給付等）
- 住宅入居等支援事業（入居が困難な単身障害者等の住居確保のための調整・支援） など

個別給付化

《その他》

- 福祉ホーム（住宅を必要とする障害者に低料金で居室提供、相談・助言）
- 訪問入浴サービス（身体障害者の居宅を訪問、浴槽提供及び入浴の介護）
- 社会参加促進事業（スポーツ、文化、芸術活動の場の提供等） など

【効果等】

- ・ 必須事業を個別給付化することにより、障害者の地域生活に不可欠なサービスの提供が安定的に行える。

# 生活保護制度に関する提言について

生活保護に関する提言については、最近の情勢変化等を踏まえて検討した。

## 【生活保護制度に関する情勢変化等（共通背景）】

### 1 生活保護受給者の増加

[単位：人、%]

区分	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
全国	1,543,321	1,592,620	1,763,572	1,952,063	2,067,244	2,161,053
(保護率)	(1.21)	(1.25)	(1.38)	(1.52)	(1.62)	(1.70)
愛媛県	16,114	16,612	18,045	19,883	21,133	21,980
(保護率)	(1.10)	(1.14)	(1.25)	(1.38)	(1.48)	(1.54)

※各値は月平均値。ただし、H24全国の値は、H25.3時点の速報値。

### 2 生活保護費総額の増大（国と地方自治体の財政を圧迫）

[単位：億円]

区分	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
全国	26,175	27,006	30,072	33,296	35,016	未公表
愛媛県	274	278	300	330	348	358

※上表数値は給付費のみ。これ以外のケースワーカー等人件費、被保護世帯調査費、福祉事務所管理運営費も含めた社会的総コストを念頭に置いた議論が必要である。

### 3 生活保護法の改正

平成25年の第185回国会（臨時会）において、昭和25年の制度創設以来の大きな見直しとなる生活保護法改正法が成立した。改正内容は、現場において実際に制度を運用する地方自治体の具体的提案も踏まえたものとなっており、一定の評価をしているが、増え続ける生活保護受給者に対し負担が増加し対応に苦慮している地方自治体・福祉事務所の負担軽減をはじめ、さらなる効率化・適正化など、不断の改革が必要である。

### 4 新たな生活困窮者自立支援制度の創設

第185回国会では、生活困窮者自立支援法も成立し、平成27年度から新制度がスタートする。生活保護に至る前のセーフティネット機能として期待されるが、この制度が地方自治体にとって財政負担増にならないよう十分な財源措置が不可欠である。

また、制度が円滑にスタートできるよう、厚生労働省は制度の詳細、予算措置等を早期に地方自治体に提示するとともに、地域により大きく環境が異なることなどから、さまざまな課題が惹起することが予想されるため、現場の実情に十分配慮したバックアップ体制と臨機かつ柔軟な支援措置をお願いしたい。

### 5 生活保護基準の改定

平成25年8月に生活保護基準の見直しが実施され、段階的に3年間で10%程度減額することとなったが、級地区分の見直しが一部に留まり、地域の実情に合っていない。また、基準改定に伴い、全国で1万件以上の不服審査請求があり、都道府県においては業務負担が急増し対応に追われた。制度設計を担う厚生労働省においては、都道府県の審査が適切かつ円滑に行えるよう、情報提供や職員経費に対する助成などの支援をお願いしたい。

### 6 生活保護制度に対する国民の不信感や不公平感

平成24年度における芸能人の親族の生活保護受給報道等により、国民の生活保護制度に対する関心が高まるとともに、不信感や不公平感を抱かせることとなった。生活保護制度は、個人情報・プライバシーを特に重視するという性格から、透明性や国民への説明責任という点で課題があることは否めないため、厚生労働省は、制度の重要性や実態、実績などについて国民に正しく周知・PRすることが必要である。

### 7 厚生労働省と地方自治体との信頼関係

平成25年度に、厚生労働省は、各地方自治体に対し、年度半ばの9月に突然、セーフティネット支援対策等事業費補助金について、予算不足を理由に、約3割の大幅カットを通告したが、この事案により、地方自治体は厚生労働省に対し不信感を抱くことになった。批判的報道や国会質疑等で、結果的に撤回（基金事業への振替対応）されたが、社会保障は、国と地方自治体の信頼があって成り立つものであるため、二度と信頼関係を損なうことのないよう配慮を求めたい。

[生活保護制度 1]

○ 医療扶助の適正化に実効ある制度を導入する。

- ・利用者への医療費通知を制度化するなど、受給者本人が受診内容を適切に把握できる仕組みを導入する。
- ・初診料の自己負担制や医療費の一時立替払制度（自己負担分を支払った後、適正受診と認定されたもののみ当該自己負担分が償還される仕組み）を導入する。
- ・後発医薬品の使用が可能と医師が判断した場合、原則として後発医薬品の処方を義務付ける。（全ての医療制度共通の制度として導入を検討）
- ・生活保護、公費負担医療を含めた全ての制度について、国が一元的に保険医療機関等に対する指導・監査に責任を持つ制度に改正し、地方厚生支局に必要な人員を配置する。

【背景】

- ・生活保護費の約半分を占める医療扶助の適正化対策は、喫緊の課題となっている。

【医療扶助費総額と生活保護費総額に占める割合】

[単位：億円、%]

区 分	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
全 国	13,393	14,515	15,701	16,432	未公表
(割 合)	(49.6)	(48.3)	(47.2)	(46.9)	未公表
愛 媛 県	143	151	168	177	180
(割 合)	(51.3)	(50.4)	(50.7)	(50.8)	(50.3)

- ・生活保護受給者の「医療費は無料」という誤った認識等により、重複受診や頻回受診等が発生し、医療扶助費の増加要因になっている。
- ・平成25年12月の生活保護法の改正により、国（地方厚生局）による指定医療機関への指導が可能となったが、現行体制では実効性に問題がある。また、後発医薬品使用の促進等も盛り込まれているが、努力義務規定となっている。
- ・平成24年度に電子レセプトシステムの抽出機能が強化され、頻回受診などの具体的な指導対象者を容易に抽出することができるようになったが、抽出機能だけでは医療費抑制の実効性が無い。

【効果等】

- ・不要不急の受診を抑制し、生活保護費の約半分を占める医療扶助の適正化を推進できる。
- ・医療機関等に対する指導体制の強化により、適正診療の推進及び医療費適正化に寄与する。

〔生活保護制度 2〕

- 保護基準、最低賃金、年金などの総合的な見直しによるバランスのとれた給付水準を設定する。
- 福祉と就労支援の窓口を一本化するため、ハローワークを都道府県へ移管し、稼働年齢層への集中的かつ強力な就労支援を実施する。
  - ◇就労自立給付金の創設（平成26年7月から）が決定したが、就労可能な保護受給者の保護期間短縮のため、さらなる就労インセンティブを高める仕組みを導入
  - ◇就労に至るまでの間、自立支援の一環としてボランティア等へ参加（生活保護受給者の社会貢献の促進）
- 高齢者世帯については、社会参加に対する支援等の対策を講じる。
- 失業即生活保護にならない社会保障制度の構築が必要であり、新たな生活困窮者自立支援制度に加え、雇用政策を強化し、稼働年齢層の生活保護受給の抑制に全力を挙げる。

【背景】

- ・ 非正規雇用労働者の増加等により失業が生活保護に直結し、稼働可能な年齢層の生活保護受給が増加を続け、福祉事務所の就労支援業務も増大している。

【その他世帯数（稼働年齢層を中心とする被保護世帯数）】 〔単位：世帯〕

区 分	平成 19 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
全 国	111,282	121,570	171,978	227,407	253,740	288,483
愛 媛 県	859	948	1,286	1,815	2,142	2,386

※各値は月平均値。ただし、平成24年度の全国値は、平成25年3月時点の速報値。

- ・ 高齢者世帯は被保護世帯の4割以上を占め、高齢化の進行に伴い、さらなる増加が見込まれる。

【高齢者世帯数】 〔単位：世帯〕

区 分	平成 19 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
全 国	497,665	523,840	563,061	603,540	636,469	704,442
愛 媛 県	5,519	5,766	6,140	6,539	6,879	7,374

※各値は月平均値。ただし、平成24年度の全国値は、平成25年3月時点の速報値。

- ・ 10年前（平成15年度）と比較すると、老齢基礎年金の受取額は2.3ポイントの減だが、生活保護費は標準3人世帯（松山市：2級地-1）のモデルケースで1.2ポイントの減にとどまっており、生活保護費の高止まりが顕著である。
- ・ 平成25年度における老齢基礎年金（月額）は64,875円、高齢単身者世帯（68歳の場合）の最低生活費は85,760円となっており、年金生活者や低所得者との逆転現象が広がり、被保護世帯は増加の一途をたどっている。
- ・ 近年、ハローワークが福祉事務所との連携を強化し、定期的な巡回相談の実施、求人情報の自治体への提供等協力の姿勢が示されており、一定の評価をしているが、地方で一貫して支援するための体制としては十分とはいえない。
- ・ 生活保護に至る前段階での生活困窮者の自立支援制度が導入されるが、就労支援については任意事業となっており、実効があがるか疑問である。

【効果等】

- ・ 生活保護受給者数・保護費の増加を抑制し、生活保護制度を持続可能な制度に再構築できる。
- ・ 生活保護受給者に自立を促すとともに、前段階での支援を強化することにより、生活保護に依存しない生活の実現を促進できる。

- 生活保護法の改正により、健康の保持・増進や収入・支出その他生計の状況を適切に把握することが受給者の責務とされたことから、あわせて適正な保護費水準設定のための基礎資料とするため、生活保護世帯の消費実態を把握する。
- 申請者の希望に応じて、住宅扶助単給や一時扶助単給等が可能な制度に改正する。
- 各種扶助の給付に当たっては、一部を現金ではなく、現物支給が可能な制度に改正する。具体的には、指定するカードや電子マネー等で購入する制度にする。全国共通の制度とすることでスケールメリットもあり、カード等の導入コストと保護費の削減効果を勘案し、制度設計する。

**【背景】**

- ・不正受給の報道等により生活保護受給者に対する国民の不信感や、低所得勤労者の増加により保護水準が高すぎるといった不公平感が増大している。
- ・保護の単給は医療扶助に限られているため、節約に努める申請世帯が住宅扶助や一時扶助等の部分的又は一時的な窮状を訴えた場合でも、一旦保護決定を行うと生活扶助を始めとする全ての扶助の対象となり、その結果、被保護者に生活扶助等の累積金が発生してしまうことが多い。
- ・被保護者が保護費を遊興費等に使用するなどの事例が社会的に批判されているが、抑制する有効な手立てがない。
- ・平成25年12月の生活保護法の改正により、家計管理を支援する取組みが可能となるが、領収書の保存や家計簿の作成のみでは実効性に欠ける。

**【効果等】**

- ・生活保護世帯の生活実態が明らかになり、国民へ説明することができ、適正な保護費水準の設定にも寄与することができる。
- ・全ての扶助を単給制度に改正することで、申請者の意思に応じた救済が可能になり、生活保護費の削減につながる。
- ・現物支給制度にすることで遊興費等への使用を制限することができる。
- ・指定カード等を利用する場合は、保護費の使途が確認できることから、生活指導につながるることができる。

【生活保護制度 4】

- 生活保護法の受給要件を見直し、指示違反や不正受給を行った者に対し、悪質の度合いに応じた『一時廃止制度』を創設する。

【背景】

- ・生活保護費の不正受給については、全国で、平成23年度の件数が35,568件（前年度比40%増）、金額で173億1,300万円（前年度比34%増）と、大幅に増加しており、ともに過去最多となっている。愛媛県でも同様の状況である。

【全国の生活保護費の不正受給の推移】

年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
件数	18,623 件	19,726 件	25,355 件	35,568 件
金額	10,617,982 千円	10,214,704 千円	12,874,256 千円	17,312,999 千円

【愛媛県内の生活保護費の不正受給の推移】

年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
件数	351 件	453 件	537 件	613 件
金額	138,062 千円	195,059 千円	186,475 千円	202,308 千円

- ・生活保護法では、無差別平等の受給権が規定されており、たとえ暴力団員であっても、暴力団員であることを立証して保護要件を満たさないことを認定しないと申請を却下できない。
- ・不正受給を原因とした保護の廃止規定がない。

【効果等】

- ・法第60条及び第61条に規定する義務違反に厳正に対処することで、義務を遵守する被保護者との平等性を確保できる。
- ・違反者を防止することで、生活保護受給に偏見を持つ社会的風潮を是正できる。

〈参考〉 生活保護法（抜粋）

（費用の徴収）

**第 78 条** 不実の申請その他不正な手段により保護を受け、又は他人をして受けさせた者があるときは、保護費を支弁した都道府県又は市町村の長は、その費用の額の全部又は一部を、その者から徴収するほか、その徴収する額に百分の四十を乗じて得た額以下の金額を徴収することができる。（2項以下略）

（生活上の義務）

**第 60 条** 被保護者は、常に、能力に応じて勤労に励み、自ら、健康の保持及び増進に努め、収入、支出その他生計の状況を適切に把握するとともに支出の節約を図り、その他生活の維持及び向上に努めなければならない。

（届出の義務）

**第 61 条** 被保護者は、収入、支出その他生計の状況について変動があつたとき、又は居住地若しくは世帯の構成に異動があつたときは、すみやかに、保護の実施機関又は福祉事務所にその旨を届け出なければならない。

## [生活保護制度 5]

- 定期的に生活保護受給世帯への預貯金調査を実施し、一定の額以上の預貯金を有している場合、保護を停廃止できる制度に改正する。
- グループホーム入居者独自の基準生活費を設定し、支給額を引き下げるとともに、累積額に応じて加算額・基準生活費の支給停止、保護を停廃止できる制度に改正する。
- グループホームの住居費用の経理資料に基づいて人数換算し、入居者の住宅扶助が最小限の経費で現物支給できる制度に改正する。

## 【背景】

- ・生活保護受給期間が長期化することで、支給された生活保護費が貯蓄に回り、多額の預貯金を保有したまま生活保護を受給している世帯が少なくない。
- ・グループホーム入居者には、居宅生活基準で生活扶助費を支給しているが、実際の費用が基準を下回るため、その差額が累積し、数百万円の預貯金を保有したまま生活保護を受給している事例も発生している。

[松山市における例]

- 75歳単身者がグループホームに入所する場合の基準生活費  
99,820円（生活扶助1類・2類、住宅扶助）
- グループホーム月額利用料の一例  
91,000円（食費、光熱水費、家賃、共益費）

## 【効果等】

- ・生活保護受給の適正化に資する。
- ・グループホーム入居者の真の需要に応じた最低生活基準の算定や累積金の活用を図ることで、生活保護を受給していないグループホーム入居者との均衡を図る。

## 【生活保護制度 6】

○社会的企業の普及を促進しつつ、就職による完全な自立が困難な生活保護受給者に対し、能力に応じた就労の場を提供することにより生活支援や自立支援を行う。

- ・社会的企業（ソーシャルビジネス）による福祉と就労を融合させた生活保護受給者への就労機会提供事業、一般就労への移行支援を行う。
- ・NPO等による就労体験（ボランティア活動）事業を実施する。
- ・社会的企業に対する融資・助成制度を整備する。
- ・新しい社会的企業家を育成しサポートするための中間支援組織を構築する。

## 【背景】

- ・年齢、疾病、障害などの理由により民間企業等への就職が困難なため、生活保護から脱却できない者が多いが、このような人々を受け入れる中間的な就労の場が少ないため、そのうちの多くは不就労のままである。
- ・就労困難な生活保護受給者については、社会的な居場所や自分の役割を見出すことができないことによる生活意欲の減退等が懸念される。
- ・生活困窮者自立支援法に基づく平成27年度からの新たな生活困窮者支援制度においては、生活保護に至る前の経済的困窮者に対し、就労訓練事業（いわゆる中間的就労）を実施することができるかとされているが、生活保護受給者は支援対象外とされている。
- ・社会的企業は、我が国に約8,000事業者、雇用規模は約32,000人と推計されているが、社会的企業の先進国といわれる英国（62,000事業者、雇用規模80万人）と比較すると我が国では社会的企業が普及しているとは言い難い。（平成20年経済産業省「ソーシャルビジネス研究会報告書」）
- ・社会的企業のうち半数以上がまちづくりを対象事業としており、福祉分野の事業は期待される半面、進出が進んでいない。
- ・福祉分野の社会的企業やNPOは、その大半が介護や子育て等の家族の経験を踏まえた起業であるが、生活保護については、そのような動機による起業が期待できないため、起業や活動継続支援のための中間支援組織が必要である。
- ・我が国における社会的企業の過半数が十分な給与を払えず、事業資金難に陥っているとされており、その財政的基盤は脆弱であり、生計を維持できる社会的企業となっていない。

## 【効果等】

- ・生活保護受給者への新たな雇用の創出になるとともに、就労リズム、生活リズムの回復や社会貢献の促進など広い意味での社会的自立につながる。
- ・社会的企業は社会的課題をビジネスの手法で解決する事業であり、民間の創意工夫を活かした新たな取組みや、質の高いサービスを生み出すことができるとともに、国や自治体と連携することで継続的な活動へとつなげていくことができる。

## 〔財政基盤 1〕

- 国庫補助金の一般財源化等により大規模な税源移譲を行う場合には、都市と地方間や、都道府県と市町村間において税収と負担の不均衡が生じるため、自治体間の格差を個別の交付金によって、国民・住民に分かりやすい形で適正に調整する。
- 平成20年度以降に緊急経済対策等による国の臨時交付金により創設した各種基金を廃止する場合は、地方の財政負担が増えることのないよう財源の恒久化対策を講じる。

## 【背景】

- ・ 三位一体改革においては、3兆円の補助金削減に対して、3兆円の税源移譲が行われたが、同時に地方交付税が5.1兆円削減されたため、財政力が弱い自治体ほど税源移譲額を上回る交付税の削減が行われ、都市と地方の格差が拡大し、地方財政が疲弊した。
- ・ 大規模な税源移譲が行われる際には、都市と地方など自治体間で格差が生じることが懸念される。
  - ・ 平成24年度から実施された個人住民税の年少扶養控除の廃止等に伴う地方増収分の取扱いは、児童手当の負担増となる総額に対して、国全体で見ると均衡しているが、都市部と地方など各自治体間で不均衡が生じている。
  - ・ 都市と地方、県と市町村のギャップは、都市と地方の税収の偏在性や都道府県分と市町村分の税収と負担の不均衡（住民税の税率割合が都道府県：市町村＝4:6に対し、今回の負担割合は、都道府県：市町村＝6:4）が要因である。
- ・ 地方交付税は、全体の枠の中で調整されるため、個々の自治体にとって所要額が適正に積算されているか国民・住民には分かりにくい。さらに、交付税の総額自体が抑制されると、所要額が措置されないことが懸念される。
- ・ 平成20年度以降、緊急経済対策等による国の臨時交付金を原資として地方自治体が各種基金を造成した。既に一部は廃止されたものもあるが、ほとんどの基金が現在も延長されている。これら基金を活用して、保健・医療・福祉に関する多様な事業を実施しているが、基金での対応は臨時的であるため、中長期的な対応が困難という問題があるほか、廃止により国民生活に影響するものも多く、廃止後の地方への財政負担のしわ寄せが懸念される。

## 【効果等】

- ・ 大規模な税源移譲に係る歳入歳出の収支について自治体間での不均衡が国民・住民に分かりやすい形で解消できる。
- ・ 財源措置の恒久化により、安定的な施策の展開が可能となる。