資料１２

道州制のあり方研究会第６回会合の概要について

１　開催日時：平成25年９月９日（月）9:30～12:20
２　場　　所：関西広域連合本部事務局大会議室
３　出 席 者：新川座長、山下副座長、北村委員、村上委員
［ゲスト］木村・自治体国際化協会理事長
熊木・厚生労働省社会・援護局地域福祉課生活困窮者自立支援室長
４　議　　事：社会保障（生活保護制度、医療制度）を通じた論点　（資料：別添）

主な発言のポイント

（熊木・厚生労働省社会・援護局地域福祉課生活困窮者自立支援室長）

○　生活保護制度は、論理的には地方で基準設定することも可能だが、地域間格差が開くことが想定され、現在の枠組みを変えることへの国民的理解は得られるか。

○　医療では、道州が広域的に医療機関の適正配置を図ることによるメリットも考えられるが、日本では民間医療機関が多いため行政がすべてを決められるわけではない。また、介護や医療の質を確保するための基準設定、報酬の決定と財政負担はセットで考えるべきではないか。

○　社会保障については、公共事業、産業振興等と比べ、道州という広域単位を希求するメリットは大きくない。一方、道州を導入しても決定的なデメリットはないが、改革コストは相当掛かると思われる。

（木村・自治体国際化協会理事長）

○　貧困対策は、地域で担うのは難しい。特に地域が財源を担うのは難しい。

○　権限を持つことと、財源負担は別の問題である。

○　行政の広域化については、生活保護受給者の生活ケアの観点からはメリットが少ないが、ボーダーライン層や稼得世代の就労支援のシステム化や、国保の保険者機能の強化、医療計画の策定の観点等からはメリットがあるのではないか。

（各委員）

○　生活保護の実施体制は、必ずしも道州を介在させなくともよく、国と基礎自治体だけでやっていけるのではないか。一方、地方で基準を定めるとしても国がサポートする（支援すれども統治せず）ということもあるのではないか。

○　社会保障ではトータルとして道州や基礎自治体というものの役割を踏まえて、財源問題や財政調整といったものを包括的に考えていかないと意味がないのではないか。

○　提供体制、責任の所在、財政負担に視点を置いた上で、総合的に考えていかないといけない。他の制度との関わりもあり全てを理屈で整理するのは難しいが、バランスをとっていくしかない。

（参考）主な発言内容

(1) 講演

■木村・自治体国際化協会理事長（ゲスト）

○　道州制については、連邦や、府県合併による広域行政区域としての州、ＵＫ（関西ユニオン）など様々な形態が考えられるが、共通項としては、行政の広域化と分権の推進である。

○　貧困対策は以下の理由から国が支えることが必要。特に財政面でその役割が大きい。

・貧困は全国平等に起きる訳ではなく、地域限定的、突発的に起きる。

・地域格差が大きく、豊かな州に貧困が多くなる訳ではない。

・50年程前に保護率が低かった大阪市が現在高くなっているように、高保護率の地域は時代によっても変遷する。

・地域独自での対応が難しく、迅速な対応が必要。

○　行政の広域化については、生活保護受給者の生活ケアの観点からはメリットが少ないが、ボーダーライン層や稼得世代の就労支援のシステム化や、国保の保険者機能の強化（価格決定権や保険適用施設の決定権などをもつ）、医療計画の策定の観点等からはメリットがある。

○　国民健康保険については、自治体は保険者としての仕事を担わず、行政と分離されたプロ集団が各州で運営し、リスク分散や規模の経済を図ることが望ましい。

○　州単位の保険者が診療報酬や診療内容、契約病床数、審査等を自ら決定・執行できるようにし、保険者機能の強化により、地域偏在をなくすように誘導することも重要。これによって医療計画とより連動できるようになる。しかし、国保は所得の低い層が多く、国保があってこそ国民皆保険が成り立っていること、および国民皆保険が国民に支持されていることを考えると、国の補助金や他保険者からの支援金は必須。

■熊木・厚生労働省生活困窮者自立支援室長（ゲスト）

○　社会保障は「費用負担は広域、人的サービスはきめ細やかに」が基本。

○　社会保障は生活保護、医療、介護、障害福祉、生活困窮者支援など分野が幅広く、分野によって公平・統一的に取り扱うべきか、地域性を活かすべきかが異なる部分がある。なお、現在これらの分野は相互に関わっており、多くは市町村が実施しつつ国と府県が重層的に支援する形となっている。

○　それぞれの分野では、提供体制、責任の所在、財政負担を視点に置いて考えなければいけない。

○　生活保護制度については、外国で同様の仕組みにおいて州で基準を設定しているケースもあり、理論上全て国がやるべきということではない。ただし、日本では憲法や法律において国が全国で無差別平等に保障することとなっており、その枠組みを変えることに国民的理解を得ることは難しいのではないか。

○　福祉事務所は町村で実施しているケースもあり、基本は現在の府県の福祉事務所は道州ではなく基礎自治体へ移管し、必要に応じて水平連携するべきではないか。

○　医療は、府県に事務・権限を集約した方が効率的という考え方がある。例えば、国民健康保険の運営を市町村から府県へ移管する動きがあるが、府県が無くなれば、恐らく市町村に戻すのではなく道州に移管されるのだろう。

○　医療では、道州が広域的に医療機関の適正配置を図ることによって効率化することも考えられるが、日本では病院等は自由開業医制で民間医療機関が多いため、行政が容易に配置を変えられる分野ではない。

○　医療保険をはじめ社会保障の本質は金銭のやりとりで各保険者や行政の損得が大きく働き、制度を変える労力は大きい。また、インフラ整備のコストや新しい役割分担の定着などの課題もある。

○　社会保障については、公共事業、産業振興等と比べ道州という広域単位を希求するメリットは、部分的にはあるが大きなものではないと思われる。一方、道州制を導入しても決定的なデメリットとはいえないが、事業主体を変えるなどの改革コストは相当掛かる。

○　地方分権の流れを考えると、府県の事務権限を道州に移すだけではあり方としては逆行であり、道州に国の権限を大幅に移譲しないと意味がないと考える。ただし、その場合、道州の財政負担も大きくすべきと思われる。また、いずれにせよ、地域間格差が開くことが想定され、国民の理解を得ることは必要。

(2) 意見交換（生活保護制度）

■木村・自治体国際化協会理事長（ゲスト）

○　生活保護受給者やボーダーライン層の就労支援は複合的な就労阻害要因を除去しつつ実施することが重要。これには福祉、労働、教育など部をまたいだ協力やNPOなどとの協働が必要。就労支援は地域をみると個別ではうまくやっているところもあるが、道州ぐらいで広域的にそういった資源の配分をすることが大切。都市部ではNPOなども多くあるが、そうしたネットワーク化とマッチングの問題では広域のメリットがあるのではないか。

○　現在の生活保護制度の基準は地域別に細かく設定されており、地域の実情に合わないという声はあまり聞かない。基準については、地域格差が生じないようにとのコンセンサスがある。

○　貧困対策は、地域で担うのは難しい。特に地域が貧困対策の財源を担うのは難しい。生活保障水準については、ドイツのように連邦がガイドラインを決め、州政府が水準を設定しているケースもあるが、結果として差がほとんどない。また、財源については連邦が多くを担っている。また、自治体が生活保護を担うというスウエーデンでは平均受給期間は３～４ヶ月と、通常と異なり生活保護は一時的な制度である。実施主体が自治体であっても、貧困対策の財源は国が責任をもつということである。

■熊木・厚生労働省生活困窮者自立支援室長（ゲスト）

○　道州が福祉事務所を設置するのは効率的ではないと考えられ、そうなれば国と基礎自治体だけで実施するということになる。これは、今より国の作業は増えるが不可能ではないということだと思う。しかし、道州が他の制度（医療、介護等）に携わるとすれば、これらと整合性を図ることなども必要であり、全く役割が無くなることはないのではないか。

○　また、この場合でも町村には就労支援のノウハウはないので、道州（府県）のバックアップが必要。

○　道州制を導入し、町村でも福祉事務所を設置するのであれば、基礎自治体の適正な規模も考えていくべきではないか。

■山下副座長（関西学院大学教授）

○　生活保護の実施体制は国と基礎自治体だけでやっていけるのではないか。道州の役割は限りなくゼロに近くとも良い。必ずしも道州を介在させなくてもよいのではないか。

○　ボーダレス層などの就労支援対策（専門性を持った人材の確保やNPOなどとのネットワーク化）は都道府県の単位でも可能なのではないか。

■北村委員（滋賀大学理事・副学長）

○　道州制を導入する以上は国から権限を移譲しないと意味ないが、これまでの議論にあったように、総合調整型の広域自治体を想定できないか。基礎自治体をどう強めていくのかということもある。

○　社会保障ではトータルとして道州や基礎自治体というものの役割を踏まえて、財源問題や財政調整といったものを包括的に考えていかないと意味がないのではないか。

■村上委員（大阪学院大学教授）

○　ナショナルミニマムが、道州で異なるということは許容されないのではないか。

○　ノットコントロール・バットサポート（支援すれども統治せず）ということで、地方で基準を定めるとしても国がサポートするということもあるのではないか。

○　生活保護における医療扶助は現物給付となっているが、モラルハザードの面からも、受給者が一部を自己負担とすべきということもあるのではないか。

■新川座長（同志社大学大学院教授）

○　生活保護の受給者の実情を見ると、それぞれの地域で状況は違っており、たとえば大阪市西成区などは高齢者層が増えており、就労対策から高齢対策に重点が移行している。

○　地域においてはＮＰＯなど相互扶助のネットワークができ、生活保護と福祉施策が重なりはじめている。それらを支えるような仕組みを広げていく視点も大事であるが、その調整機能を道州で担えるかどうかの問題意識もある。

(3)　意見交換（医療制度）

■木村・自治体国際化協会理事長（ゲスト）

○　国民健康保険の保険者は地域の健康づくりを推進するなど、地域に根ざしているべきであり、国全体でひとつの保険者とするのでは規模が大きすぎる。

○　日本では、医療保険者は何も決められないが、ドイツでは地域保険は州単位である。

○　健康づくりは人の生活に密着しており、医療と介護は市町村の中で連携して行うのが望ましい。ただし、医師の供給体制は市町村で担うのは厳しく、交渉力を持った別の主体が頑張るべき。

■熊木・厚生労働省生活困窮者自立支援室長（ゲスト）

○　介護保険や障害福祉において質の担保のため国が定めている施設基準等は、道州制になるならば、道州がより多くの部分を決めるということが考えられる。データ整理や分析が必要となるが、道州の規模ならできるのではないか。

○　介護や医療の質の基準と報酬の決定はセットで考えるべきではないか。また、基準は国が一定のガイドラインを示し、道州がアレンジすることも考えられるが、財源負担もセットになるのではないか。全体として、道州が基準と報酬を国のガイドラインを踏まえて策定又は調整し、一方で財政負担もより大きいという形になる。

○　福祉、健康づくりは住民に身近なところできめ細かい事業展開が望ましいが、診療行為はどこの地域でも同じであるべきというのが国民感覚だとすれば、医療については広域で検討する余地がある。

○　介護保険は、市町村がサービスの供給量と保険料を決めている。責任と財源負担は裏腹であり、行政主体も住民もサービスの充実と負担はセットで考えるべき。道州がサービスを充実させるが負担はしないというのは、他の道州との公平性からもできないと思われる。

○　提供体制、責任の所在、財政負担に視点を置いた上で、総合的に考えていかないといけない。一方、他の制度との関わりもあり、分野別の理論値で完全に整理することは難しい。

■山下副座長（関西学院大学教授）

○　提供体制、責任の所在、財政負担の３つが重要だが予定調和しないということも分かった。責任はうまく切り分けられないし、生活保護と医療では違う。供給主体も市町村、県（道州）もあり、３つの視点でバランスをとっていくしかない。

■北村委員（滋賀大学理事・副学長）

○　保険者の自立は、国保だけでなく他の保険者も同様であり、抜本的な改革になる。その場合、最適規模は府県か道州か国かについて検討が必要だ。

○　現状の配分で考えると難しいが、抜本的な改革の中で、税源移譲なども踏まえ、新しい発想で考えるべきであり、個別調整をしてもうまくいかない。

■村上委員（大阪学院大学教授）

○　診療報酬を地域別に定めると、諸外国の例を見ても、高いところに医療機関が集まってしまうのではないか。

○　道州で医療保険を機能的に運営すると言われたが、後期高齢者医療制度への拠出のあり方で、企業の偏在があり、企業やその本社機能の少ないところは組合健保からの拠出が難しいのではないか。

■新川座長（同志社大学大学院教授）

○　医療保険は、供給側、医療従事者などの自由な市場である医療マーケットのコントロールを一体的に考えていくべき。連邦国家でできるのなら、道州でもコントロールは可能ではないか。

○　医療も、一人一人がどう健康を守っていくのか重層的な仕組みの中で、より身近な基礎自治体が担い、その調整を広域的に道州が担っていくことは考えられないか。

○　道州レベルで国の権限である施設の配置、許認可など行い、税源移譲すれば所得の再分配機能を持つことも考えられるが、社会保障についてはより分権的に責任主体を設けてサービス提供されるべきであり、道州が大きな権限を持って幅広い供給を担うようなあり方は馴染まないように思われる。

道州制のあり方研究会　第６回会合

議 事 次 第

日　時：平成 25 年９月９日(月)9:30～12:30
場　所：関西広域連合本部事務局大会議室

１　開会

２　議事

（１）社会保障（生活保護制度、医療制度）を通じた論点

＜ゲスト＞
〇熊木　正人　氏（厚生労働省 社会・援護局地域福祉課 生活困窮者自立支援室長）

〇木村　陽子　氏（自治体国際化協会理事長、元・奈良女子大教授）

（２）その他

３　閉会

【配付資料】

〔資料〕

１－１　社会保障（生活保護制度）を通じた論点（案）
１－２　生活保護制度の概要
１－３　生活保護制度における国と地方の役割分担の現状
１－４　生活保護関係経費に対する財源措置の現状
１－５　町村による福祉事務所の設置状況
１－６　諸外国の公的扶助制度の比較
１－７　道州制での生活保護制度のあり方（イメージ例）

２－１　社会保障（医療制度）を通じた論点（案）
２－２　医療保険制度及び介護保険制度の概要
２－３　医療制度における国と地方の役割分担の現状
２－４　諸外国の医療保険制度の比較
２－５　道州制での医療制度のあり方（イメージ例）

〔ゲスト資料〕

３－１　熊木室長提出資料
３－２　木村理事長提出資料

［参考資料］

参考１－①　生活保護制度の現状等について
［平成 23 年５月 30 日　第 1 回生活保護制度に関する国と地方の協議　資料］

参考２－①　医療・介護制度関係参考資料
［平成 25 年４月 22 日　第 10 回社会保障制度改革国民会議　資料］
参考２－②　国保保険料の都道府県内格差（平成 22 年度）
参考２－③　都道府県別１人当たり医療費の格差状況（平成 22 年度）
参考２－④　関西における医療施設数等の現状
参考２－⑤　社会保障制度改革国民会議報告書（抜粋）［平成 25 年８月６日］
参考２－⑥　社会保障制度改革推進法第４条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について［平成 25 年８月 21 日閣議決定］

省略

資料１－１

社会保障（生活保護制度）を通じた論点（案）

Ⅰ　現状と課題

１　我が国の生活保護制度　【資料１－２～５、参考１－①参照】

- 生活保護制度は、憲法第25条の「国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」との規定を根拠とする国民の最低生活（ナショナル・ミニマム）を保障する制度である。
- 生活保護法第１条は、「憲法第25条に規定する理念に基づき、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その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」と規定。
- 国は、ナショナル・ミニマムとして全国一律の保護基準（各地域における生活様式や物価差による生活水準の差を反映させるため、級地制度(6区分)を設定）を定めている。
- 地方自治体（都道府県、市及び福祉事務所を設置する町村※）は、法定受託事務として、国が定める基準に従い、全国統一的に生活保護を実施。
- 都道府県は、福祉事務所を設置し、市を除く町村区域（福祉事務所を設置する町村を除く。）において生活保護を実施するとともに、広域自治体として、保護施設の設置の認可、医療機関の指定等の他に、他の実施機関である市町村への指導監督を行う。
- 保護費については、国が３／４、地方自治体が１／４を負担。
  地方負担分（ケースワーカー等の人件費を含む福祉事務所費など）は、地方交付税の基準財政需要額に算入されることで財源措置されている。
- 近年、失業による生活保護受給者が増大していることから、地方自治体ではハローワークやNPOなど関係機関と連携した就労・自立支援対策に取り組んでおり、国は生活困窮者が生活保護にいたる前の就労・自立支援のための新法の制定も予定している。

※福祉事務所を設置している町村は、全国で42町村(平成25年４月１日現在))

２　諸外国との比較　【資料１－６参照】

- いわゆる公的扶助の対象となる生活困窮者は、主に①稼働年齢層で稼働能力がない又は制限されている者（障害者等）、②稼働年齢層で稼働能力のある者（失業者等）、③高齢者に分かれる。我が国ではこれらを単一の公的扶助制度（生活保護制度）により最低生活を保障しているが、諸外国ではこうした稼働能力の有無や年齢等の相違により複数の公的扶助制度が設けられていることが多い。
- 公的扶助の実施機関は、イギリスは国の機関（ジョブセンタープラス）で

あるが、他の国（フランス（県等）、ドイツ（州、郡・市）、スウェーデン（市）、アメリカ（州））では我が国と同様に地方自治体となっている。また、財源は、イギリスは全額国費負担、フランスとスウェーデンは全額地方負担、アメリカとドイツは州等が主に負担しながらも連邦政府が一部を負担している。

３　国と地方の役割分担について

- 国と実施機関である地方との間では、「三位一体の改革」における国庫補助負担金の廃止・縮減の議論のなかで、国から、保護率の上昇や地域差は実施機関（地方自治体）による保護行政の水準（事務能力）に要因があり、濫給を防止するためには、地方の財源負担を増やし、保護基準も地方が独自に設定することで、保護行政を実施すべきとの主張もあった。

  一方、地方は、自治体の保護行政に問題があるのではなく、主に地域における失業率や高齢化など社会的要因によるものであり、生活保護制度は、国がナショナル・ミニマムとして制度の運営に関しては国が責任を持ち、保護基準も国が全国一律で定め、保障すべきものと反論した経過がある。
- 生活保護の適正化については、近年、保護費の増加や不正受給の問題が社会的に大きく取り上げられる。一方、要保護者の申請が不当に拒否されているのではないかとの指摘もある。そのようななかで、被保護者への個別の就労・自立支援や受給要件の調査強化により、実施機関である地方自治体の事務負担が過重になるのではないかとの懸念がある。

Ⅱ　論点

１　国と地方の役割分担

○　引き続き国が担うべき役割とは何か。

- 生活保護制度は生活困窮者を対象に最低生活に必要な現金給付を公費（租税）から支給する所得再分配による最低生活保障制度であり、公的年金や失業保険など他の社会保障制度を優先的に利用してもなお最低生活を維持することができない場合のみ利用することのできる、いわゆる「最後のセーフティネット」であることから、国（中央政府）がナショナル・ミニマムとして、引き続き制度設計や基準設定にあたるべきではないか。
- 日本国民である以上、最低限度の生活は一つだと考えるのか否か。基準設定を含め地方の裁量権を増した場合、地域間格差が一定生じると思われるが、国民の理解を得ることは可能か。
- 生活困窮者のうち、例えば稼働年齢層で稼働能力のある者（失業者等）については、就労支援や他の福祉施策をあわせた総合的な支援を行うことがで

きるよう現行制度から分離した上で、地方に対して制度設計や基準設定に関する裁量を一定与えるべきではないか。

○　道州と基礎自治体の役割分担や関係をどうするのか。

- 現在、都道府県が担っている役割のうち、広域自治体としての役割（保護施設の設置の認可、医療機関の指定、市町村への指導監督等）は道州が、実施機関としての役割は基礎自治体が担うべきか。
- 都道府県が担っている広域自治体としての役割も含め、基礎自治体に事務・権限の多くを委ねるべきではないか。
- 道州が広域自治体としての役割や、現在国が行っている役割の一部（基準設定等）を担う場合、現在の府県より、許可・指導監督等の区域が広大となり、府県単位で支所を置くなどの必要はないか。
- 基礎自治体へ都道府県から人員や財源を移譲したとしても、小規模の町村が単独で福祉事務所を設置し、生活保護を実施することは却って非効率となるのではないか。その場合、更なる市町村合併を想定しないなら、広域連携や道州による垂直補完など何らかの具体的な対応を考える必要があるのではないか。
- 大都市の役割・機能については、特例を想定するのか（大都市は道州の役割も合わせて担うなど）。

２　税財源・財政調整のあり方

- 生活保護は最低生活の保障（ナショナル・ミニマム）である以上、保護の水準や内容が地方の財政力によって格差が生じないように、引き続き、国庫負担により財源保障すべきか。
- 基準の設定を含めて地方の裁量や増やし、地方の財源で実施すべきか。（所得の再配分を地方の単位で行うのか）
- 生活保護の水準や内容については、一定の基準を国が定める一方、地方の財政力格差は地方交付税等の財政調整でならすことを前提に、地方の一般財源で手当することとするのか。

資料１－２

生活保護制度の概要

◆生活保護制度における４つの基本原理

・国家責任の原理(同法第１条) … 憲法 25 条に規定する理念に基づき、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その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。

・無差別平等の原理(同法２条) … すべて国民は、この法律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。

・最低生活の原理(同法３条) … この法律により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でなければならない。

・補足性の原理(同法４条) … 保護は、生活に困窮する者が、その利用し得る資産、能力その他あらゆるものを、その最低限度の生活の維持のために活用とすることを要件として行われるとともに、扶養義務者の扶養及び他の法律に定める扶助は、すべてこの法律による保護に優先して行われる。

◆保護の種類と内容

種 類	生活を営む上で生じる費用	支給内容
生活扶助	日常生活に必要な費用 （食費・被服費・光熱費等）	基準額は、 (1)食費等の個人的費用 (2)光熱水費等の世帯共通費用を合算して算出。 特定の世帯に加算がある。(母子加算等)
住宅扶助	アパート等の家賃	定められた範囲内で実費を支給
教育扶助	義務教育を受けるために必要な学用品費	定められた基準額を支給
医療扶助	医療サービスの費用	費用は直接医療機関へ支払(本人負担なし)
介護扶助	介護サービスの費用	費用は直接介護事業者へ支払(本人負担なし)
出産扶助	出産費用	定められた範囲内で実費を支給
生業扶助	就労に必要な技能の修得等にかかる費用	定められた範囲内で実費を支給
葬祭扶助	葬祭費用	定められた範囲内で実費を支給

◆保護の基準

保護の基準は国(厚生労働大臣)が全国一律に定める。(同法８条)

※ 各地域における生活様式や物価差による生活水準の差を反映させるため、級地制度(6区分)を設定。

◆保護の実施機関及び費用負担

・都道府県、市、福祉事務所を設置する町村が、国の基準に従い、法定受託事務として実施。

・都道府県・市は、福祉事務所を設置し、被保護世帯に対して担当のケースワーカーを設定。

※ 福祉事務所の所員の定数は条例で定める。ただし、国(厚生労働省)としては、以下の数を標準数として示している。

（都道府県）被保護世帯65に1、（市）・（町村）被保護世帯80に1

・保護費については、国が３／４、地方自治体が１／４を負担。

※ 地方負担分（ケースワーカー等の人件費を含む福祉事務所費など）は、地方交付税の基準財政需要額に算入されることで財源措置されている。

資料１－３

生活保護制度における国と地方の役割分担の現状

国（厚生労働省）

・制度の枠組みの制定
・全国的な基準の設定
・地方自治体の生活保護施策に対する財政的支援
・地方自治体の生活保護施策に対する指導監督

・生活保護受給者に対する自立支援施策の実施

など

・生活保護に係る国庫負担（３－４）
・保護施設に対する助成に係る国庫負担（２－３）
※別途交付税措置あり

都道府県

・助言・指示等
・事務の監査
・基準の設定
（通知・要領等）

市

・生活保護に係る国庫負担（３－４）
※別途交付税措置あり

生活保護の実施機関

国の設定する全国基準に従い法定受託事務として実施

都道府県（広域自治体的役割）

・保護施設の設置の認可、医療機関の指定等
・市町村の生活保護事務に係る監査

など

・事務の監査
・助言・指示等

都道府県（実施機関的役割）

【町村の区域を管轄】

市（実施機関）

【市の区域を管轄】

・福祉事務所の設置
・生活保護の決定、実施

・生活保護受給者に対する自立支援施策の実施

など

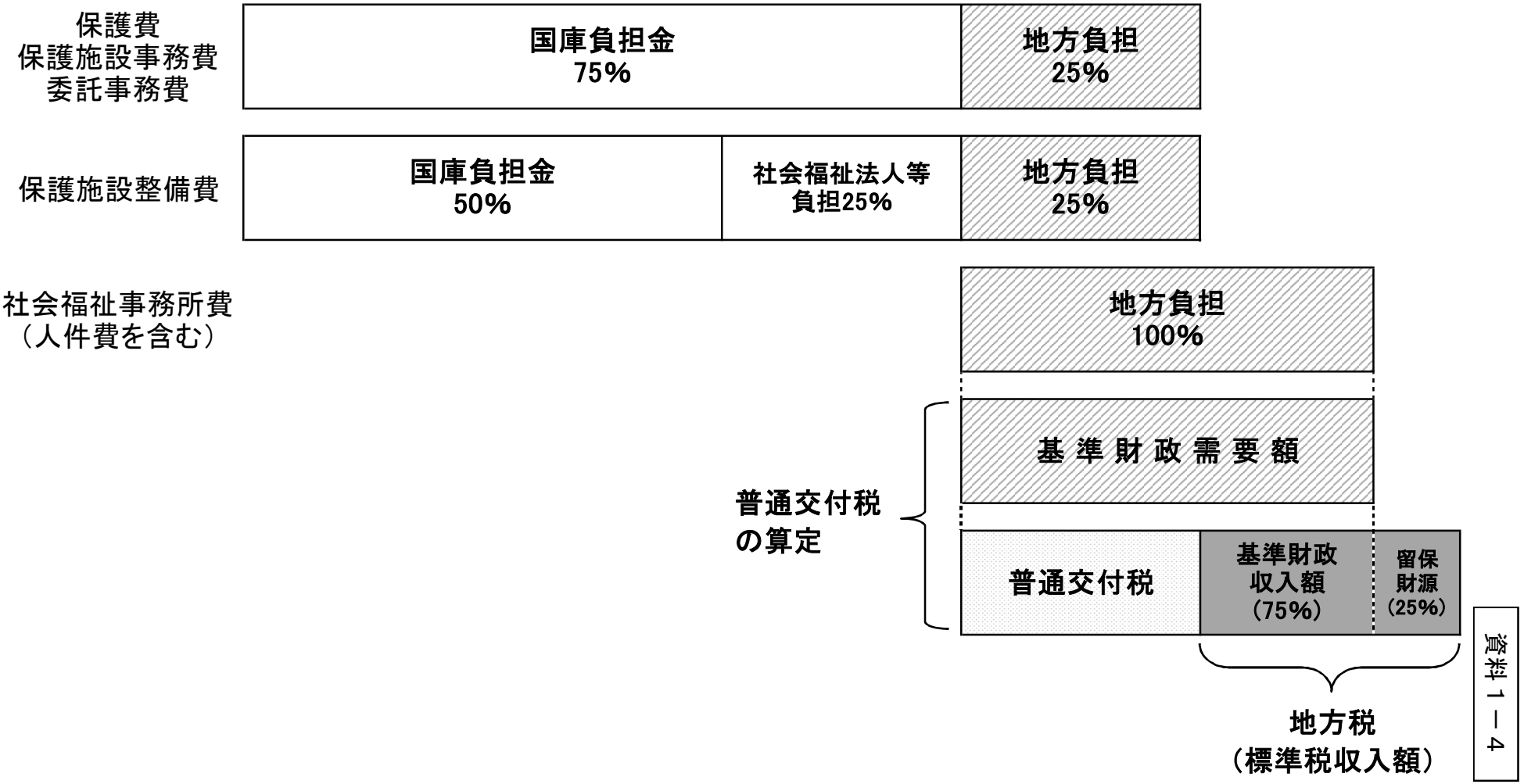
※福祉事務所を設置している町村は生活保護事務を自ら実施（平成 25 年４月１日現在 42 団体）

我が国の生活保護制度（国・都道府県・市町村の役割分担）一覧

	主な役割
国	**○生活保護制度に関する基本的な枠組みの設定** 【例】・「生活保護法」等による生活保護制度の設定 ・保護の種類、支給内容の設定（生活保護法第 11～第 18 条、第 30 条～第 37 条）
	○全国的な基準の設定 【例】・生活保護の基準や必要性を判断する処理基準等の設定（生活保護法第８条） ※全国一律の基準を国が設定（各地域の生活水準を反映させるための級地制度（６区分）の設定あり） ・福祉事務所の所員定数の標準数の設定（社会福祉法第 16 条）
	○地方公共団体が実施する生活保護施策に対する財政的支援 【例】・生活保護費に係る経費【国庫負担３／４】（生活保護法第 75 条） ・都道府県が保護施設に対して行う補助に係る経費【国庫負担２／３】（生活保護法第 75 条） ※地方負担分について、地方交付税で別途措置あり
	○都道府県及び市町村の事務に係る監査 【例】・都道府県及び市町村の行う生活保護法に関する事務についての監査（生活保護法第 23 条）
	○改善命令、助言・勧告、是正の指示、代執行等 【例】・都道府県に対する保護施設の運営等に係る改善命令（生活保護法第 45 条） ・都道府県及び市町村に対する助言・勧告、資料の提出の要求、是正の指示、代執行（地方自治法第 245 条）※市町村に対する代執行は県への指示を介して実施
	○生活保護受給者に対する自立支援施策の実施 【例】・ハローワークによる就労支援等 ・地方自治体の自立支援プログラム等の実施に係る補助（ハローワーク連携事業等）
都道府県（広域自治体的役割）	**○保護施設の設置の認可、医療機関の指定等** 【例】・保護施設の設備及び運営の基準に係る条例の策定（生活保護法第 39 条） ※厚生労働省令で遵守基準、参酌基準あり ・保護施設の設置の認可、指導、立入検査、改善命令等（生活保護法律第 41 条、第 43 条～第 45 条） ・医療扶助に係る医療機関の指定、指導、立入検査等（生活保護法第 49 条～第 54 条） ・介護扶助に係る介護機関の指定等（生活保護法第 54 条）
	○市町村の事務に係る監査 【例】・市町村の行う生活保護法に関する事務についての監査（生活保護法第 23 条）
	○改善命令、助言・勧告、是正の指示、代執行等 【例】・市町村等に対する保護施設の運営等に係る改善命令（生活保護法第 45 条） ・市町村に対する助言・勧告、資料の提出の要求、是正の指示、代執行（地方自治法第 245 条）
都道府県・市（一部市町村）（実施機関的役割）	**○生活保護施策の実施（都道府県は福祉事務所を設置していない町村区域を管轄）** 【例】・福祉事務所の設置、生活保護の決定、施策の実施（生活保護法第 19 条） ・福祉事務所の所員の定数条例の策定（社会福祉法第 16 条）
	○生活保護受給者に対する自立支援施策の実施 【例】・自立支援プログラムの策定・実施 ・国の補助プログラムに基づいた支援事業（福祉事務所・ハローワーク連携事業等） ・地方自治体独自の支援事業（相談事業、職業紹介、職業訓練等）

生活保護関係経費に対する財源措置の現状（イメージ）

※　下図は、地方財政計画に計上されている標準的な経費に関する概念図であり、実際には、受給者数の多寡やケースワーカーの配置数により自治体の実質負担は増減する。



資料１－４

資料１－５

町村による福祉事務所の設置状況

福祉事務所は、生活保護・児童福祉・母子福祉等に係る事務を行う。
都道府県及び市（特別区含む）は設置が義務付けられ、町村は任意で設置できる。中国地方を中心に、町村が設置する例がある。

１．福祉事務所の設置主体と箇所数（平成 25 年４月１日現在）

都道府県	市（特別区含む）	町村	計
210	999	42	1,251

※町村が設置した福祉事務所

(1)奈良県吉野郡十津川村（S31.4.1～）
(2)大阪府三島郡島本町（S47.4.1～）
(3)広島県豊田郡大崎上島町（H16.4.1～）
(4)島根県飯石郡飯南町（H 18.4.1～）
(5)広島県山県郡安芸太田町（H 18.4.1～）
(6)広島県山県郡北広島町（H 18.4.1～）
(7)広島県世羅郡世羅町（H 18.4.1～）
(8)広島県神石郡神石高原町（H 18.4.1～）
(9)島根県仁多郡奥出雲町（H 19.4.1～）
(10)島根県隠岐郡海士町（H 19.4.1～）
(11)島根県隠岐郡西ノ島町（H 19.4.1～）
(12)島根県隠岐郡知夫村（H 19.4.1～）
(13)島根県隠岐郡隠岐の島町（H 19.4.1～）
(14)鹿児島県出水郡長島町（H 19.4.1～）
(15)島根県鹿足郡吉賀町（H 20.4.1～）
(16)島根県邑智郡邑南町（H 20.4.1～）
(17)島根県鹿足郡津和野町（H 20.4.1～）
(18)岡山県英田郡西粟倉村（H 20.4.1～）
(19)島根県邑智郡川本町（H 21.4.1～）
(20)島根県邑智郡美郷町（H 21.4.1～）
(21)岡山県久米郡美咲町（H 21.4.1～）
(22)広島県安芸郡海田町（H 21.4.1～）
(23)広島県安芸郡熊野町（H 21.4.1～）
(24)広島県安芸郡坂町（H 21.4.1～）
(25)鹿児島県熊毛郡屋久島町（H 21.4.1～）
(26)鳥取県西伯郡日吉津村（H 22.4.1～）
(27)鳥取県日野郡日南町（H 22.4.1～）
(28)鳥取県日野郡江府町（H 22.4.1～）
(29)岡山県真庭郡新庄村（H 22.4.1～）
(30)三重県多気郡多気町（H 23.4.1～）
(31)鳥取県岩美郡岩美町（H 23.4.1～）
(32)鳥取県八頭郡智頭町（H 23.4.1～）
(33)鳥取県東伯郡湯梨浜町（H 23.4.1～）
(34)鳥取県東伯郡北栄町（H 23.4.1～）
(35)鳥取県西伯郡南部町（H 23.4.1～）
(36)鳥取県西伯郡伯耆町（H 23.4.1～）
(37)鳥取県八頭郡若桜町（H 24.4.1～）
(38)鳥取県八頭郡八頭町（H 24.4.1～）
(39)鳥取県東伯郡琴浦町（H 24.4.1～）
(40)鳥取県日野郡日野町（H 24.4.1～）
(41)山口県大島郡周防大島町（H 24.4.1～）
(42)長崎県北松浦郡小値賀町（H 25.4.1～）

２．町村による福祉事務所設置のメリット
（平成 22 年 12 月 15 日 鳥取県議会 福祉生活病院常任委員会 資料）

１．町村において福祉・保健に関する行政サービスを一体的に提供できる体制が整い、住民に身近な生活保護等の福祉サービスが、住民に身近な町村で完結できる。
２．役場内で住宅、介護、保育等の関係部門相互の協力、情報交換が迅速にでき、住民に対してワンストップで行政サービスの提供が可能となり、住民サービスが向上する。
３．業務の研修及び実務を通して町村職員の専門性が向上し、住民に最も身近な町村の福祉行政全体のレベルアップが図られる。

諸外国の公的扶助制度の比較

国名		イギリス	フランス	ドイツ	スウェーデン	アメリカ	日本
制度名称		所得補助	積極的連帯収入（RSA）	社会扶助	社会扶助	貧困家族一時扶助（TANF）	生活保護
対象者		○16 歳～59 歳	○低所得者で１８歳以上	○生活に困窮する者（年齢制限なし）	○18～64 歳	○未成年（概ね 18 歳未満）の児童、妊婦のいる貧困家庭	○生活に困窮する者（年齢制限なし）
給付内容		○生活費は現金給付 ※住宅・介護・医療は他の制度で対応	○生活費は現金給付 ※住宅･介護･医療は他のサービスで対応	○生活費、住宅費は現金給付 ○医療・介護は必要なサービスを提供	○生活費、住宅費は現金給付 ※医療・介護は他のサービスで対応	○給付形態（現金給付、所得税額軽減）や給付水準は州によって異なる	○生活費・住宅費は現金給付 ○医療・介護はサービス給付
所管省庁		○雇用年金省	○連帯・社会団結省	○連邦労働・社会省	○社会省	○連邦 保健福祉省	○厚生労働省
給付 実施機関		○ジョブセンタープラス（国の機関）	○県（給付事業全体管理） ○家族手当金庫及び農業社会共済（支払い事業）	○州、郡、市	○コミューン（市）	○各州	○都道府県・市等
財源		○全額国庫負担	○県	○連邦政府：６％○州：15.5％ ○郡・市：78.5％※2008 年実績	○コミューン（市）	○連邦及び州の一般財源（連邦は州に補助金交付）	○国：３/４ ○都道府県・市等：１/４
基準設定		○全国統一基準 ※法令に規定 ※地域差なし	○全国統一基準 ※政府が基準改定 ※地域差なし	○連邦政府は全国標準を示す ○州・市は独自の基準を設定 ※法令に規定	○食費、医療費相当は全国統一基準 ○住宅費、電気代相当は各コミューン（市）が設定	○連邦が基本的枠組みを定め、制度の詳細は州で決定	○全国統一基準 ※政府が決定 ※地域差を反映
所得調査		有	有	有	有	有（州が独自基準を設定）	有
資産調査		有	無	有	有	州が独自基準を設定 ※オハイオ州は資産制限なし	有
就労支援	実施機関	○ジョブセンタープラス（国の機関）	○県 ○雇用局（国の機関））等	○雇用エージェンシー（旧連邦雇用庁）	○コミューン（市）	○連邦及び各州	○都道府県・市等とハローワーク
	内容	○国の機関であるジョブセンタープラスが福祉関連給付と個別就労支援を一体的に行っている。	○県と受給者が社会参入契約を締結し、就職関連活動を義務づけ（契約内容を遵守しない場合には保護停止）。 ○県の状況に応じ、職業紹介を所管している雇用局や、その他社会復帰支援機関などの協力機関が支援。	○雇用エージェンシーとの間で統合協定を締結し、就労支援サービス（職業相談、職業訓練等）や現金給付を受ける。	○財源はコミューン（市）が負担。 ○拒否時には保護停止。	○TANF 自体が就労促進目的を有し、給付開始から２年以内の就労義務づけ、60 ヶ月の受給制限、受給者の就職関連活動の義務づけあり。	○ハローワークとの連携のほか、福祉事務所においても就労支援を実施。
備考		○従来、稼働年齢にある低所得者向け給付は社会保険(国民保険)を原則とし、その受給権がない者に限って公的扶助(所得補助)を受給するという仕組みを取ってきたが、様々な給付がつぎはぎに創設され、制度が複雑化したことから統合化の動きがある。	○複雑になっていた社会復帰希望者に対する支援を一本化するとともに、従来の扶助の対象となっていない低所得者労働者にも補足的な給付を支給するため、2009 年に新制度へ移行。 ○金銭的援助をしながら社会的弱者を労働市場に組み入れることが優先課題とされている。	○失業者や社会扶助受給者に対する財政支出の増大、また就労促進支援について対人サポートを行う人材の育成･確保などの課題がある。	○社会サービス法により、コミューンが社会保障の最終責任を負うとされている。	○その他の主な扶助 ①補足的保障所得(SSI) 高齢者、障害者を対象に現金給付 ②メディケイド 低所得者を対象とした医療扶助 ③フードスタンプ 低所得者を対象に食料・生活必需品購入用カード支給	○保護受給中の勤労収入を積み立てる「就労自立給付金」制度や不正受給対策を盛り込んだ生活保護法改正案が平成25年通常国会に提出されたが、審議未了で廃案となった。

資料１－６

道州制での生活保護制度のあり方（イメージ例）

【前提条件】生活保護については、国が引き続きナショナル・ミニマムとして制度運営に責任を持つこととし、実施機関は市町村とする。道州については広域自治体的役割に特化。

国

ナショナル・ミニマムを確保するための制度・基準の設定、財源保障、実施機関の指導監督などを実施

道　州

広域自治体として担うべき役割（保護施設等の認可、小規模町村の補完、実施機関の指導監督など）を実施

生活保護の実施機関

○ナショナル・ミニマムとして生活保護を実施
○地方の創意工夫に基づいた就労・自立支援の実施

基礎自治体

市	町村
【市の区域を管轄】	【町村の区域を管轄】

生活保護の実施

被保護者の就労・自立支援の実施

【小規模町村への対応】
・基礎自治体間連携（福祉事務所の共同設置等）
・道州による垂直補完
など

地方の創意工夫に基づいた総合的対応を可能とする仕組みづくり

・関係機関・団体との連携の強化、サポート体制を充実
・各種雇用施策や福祉施策を活用した総合施策的対応

ハローワーク

道　州

NPO 等

資料２－１

社会保障（医療制度）を通じた論点（案）

Ⅰ　現状と課題

１　我が国の医療制度　【資料２－２～３、参考２－①～⑤参照】

- 我が国の医療制度の特徴は「国民皆保険制度」であり、保険証があれば基本的に全国どこの医療機関でも受診することができる「フリー・アクセス」である。
- 医療保険制度（国民保険、職域保険等）は、いずれも被保険者が保険料を負担する社会保険方式であるが、加入者の所得水準が低く、年齢構成が高い「国民健康保険」や中小企業の被用者を対象とした「協会けんぽ」、「後期高齢者医療制度」ではその財源の一定割合を公費で負担している。
- 医療費は、高齢化の進展や医療技術・機器の進歩とともに増え続けており、持続可能な制度をどのように構築していくかが課題となっている。
- 国や地方自治体による主な施策としては、国が医療保険による医療サービスの価格を全国一律に定める診療報酬制度や、国が基準を設定し、都道府県が地域医療計画で定める病床規制があげられる。

  国は診療報酬の改定や病床規制の基準設定等により増大する医療費の抑制や在宅医療の推進等の政策誘導を行っている。
- 地域医療における医師不足は深刻であり、とりわけ産科・小児科・救急等の特定診療科医師の確保、地域偏在の是正が大きな課題となっている。
- 超高齢化社会に向けて、医療における病院機能の分化・強化とともに、「施設」から「地域」へ・「医療」から「介護」への適切な誘導を行うため、医療と介護の関係機関が連携し、地域において医療・介護・生活支援等の福祉サービスを一体的に提供する地域包括ケア体制の整備等を目指す動きがある。

２　諸外国との比較　【資料２－４参照】

- 日本では社会保険方式（財源は保険と税の組み合わせ）、フランス・ドイツは社会保険方式、イギリス・スウェーデンは税方式である。アメリカは一部の対象者に対してのみ公的医療制度を運営している。

〈参考〉

- 社会保険方式であるフランスは、職域ごとの保険と、無職者等を対象とする普遍的医療制度（CMU）により国民皆保険を実現している。国の出先機関である地方医療庁が地

域医療計画を策定している。

　同じく社会保険方式のドイツは、一定所得以上の被用者、自営業者、公務員等は強制適用ではないため、公的医療保険のカバー率は全国民の約 85%となっている。地域医療計画は州が疾病金庫等と協議の上で策定している。

- 税方式であるイギリスは、国民医療制度（NHS）によって受診者の自己負担なしで医療を提供している。NHS から一定の独立性を持ち全国に点在している PCT（プライマリ・ケア・トラスト）が地域医療計画を策定し、医療サービスを提供している。

　同じく税方式のスウェーデンは、国の医療ケア行動計画及び基本方針のもと、県（ランスティング）が具体的な計画を策定し、医療施設を設置・運営している。（初期医療は私立の診療所もある。）

- アメリカは、高齢者と障害者を対象とするメディケア、低所得者を対象としているメディケイド等の公的医療制度を有するが、多くの国民は民間医療保険に加入するしかないため、無保険者も多数存在している。2010 年に成立した医療保険改革法により、全国民にいずれかの保険への加入を義務づけることとなった。なお、メディケアは連邦政府が運営しているが、メディケイドは州が提供し、地域医療計画を策定している。
- 我が国では医療計画による病床規制はあるが、医師の開業は自由であり、ドイツのように地域ごとの保険医の総数は規制していない。我が国では医師の養成数を国が全国の医学部入学定員で制限している。

３　国と地方の役割分担について【資料２－２～３、参考２－①～⑤参照】

- 国が、医療計画（病床規制の算出方法等）の基準設定や診療報酬の改定、施設基準等の決定等を通じて、全国統一的な医療政策を進めており、都道府県は、その国の方針に基づき地域医療計画を策定し、圏域ごとの基準病床数を定め、それをもとに病院の開設、増床等の許可を行っている。（病床過剰地域での許可は国の同意が必要。）

　なお、保険医療機関の指定等は国の事務権限となっている。

　また、生活習慣病対策や長期入院の是正等により医療費の適正化に取り組むため、国と都道府県で医療費適正化計画を策定している。

- 市町村が運営する国民健康保険の財政は、一般会計から繰り入れざるを得ない厳しい状況が続いており、市町村間の格差も大きいことから、財政運営の安定化を図るため、都道府県単位による広域化への動きがある。
- 自治体病院は、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしているが、近年はその経営状況が悪化するとともに、医師不足に伴い診療体制の縮小を余儀なくされるなど、その経営環境や医療提供体制の維持が極めて厳しくなっている。

　なお、国立病院でも、高度医療や民間では困難な分野を担うなど、地域医療においても重要な役割を果たしており、国と地方の役割分担は明確とは言い切れない。

Ⅱ　論点

１　国と地方の役割分担

○　引き続き国が担うべき役割とは何か。

- 国民の疾病、傷害によるリスクに対する社会保障として、国民皆保険制度の持続可能な運営、医療の質の確保（医師の養成、施設・運営基準等）、医療費の適正化については、引き続き国が責任を果たすべきか。
- 現在は、診療報酬や病床規制等の基準は国が全国一律に定めているが、地方において地域の実情を踏まえた医療提供体制を確保するために、地方独自に診療報酬を高くしたり、病床数を増加するなど独自の設定を可能とすべきではないか。

  その場合、地域間の過当競争により医療費が増大し、却って都市部へ集中してしまうなど地域間格差が一定生じる懸念もあるが、国民の理解を得ることは可能か。

○　道州と基礎自治体の役割分担や関係をどうするのか。

- 現在、都道府県において地域医療計画を策定し、医療提供体制の確保を進めているが、患者は都道府県を越えて、他府県の病院等にも入院・外来していることから、広域自治体（道州）単位で医療計画を策定すれば、医療機関のより効率的な配置・連携等が可能になるのではないか。
- 道州になると管轄区域が広大となるが、現在、都道府県で策定している二次医療圏※の計画策定など、地域へのきめ細かい医療提供の体制をどのように図るか。（※参考②－４参照：関西広域連合構成府県における二次医療圏数は 44）
- 国民健康保険の保険者を広域化することを前提に、基本的に医療供給体制や介護入所施設の確保については、広域自治体（府県または道州）が担い、住民に身近な在宅介護サービスなどの提供体制の確保については、介護保険の保険者である市町村（基礎自治体）が担うべきではないか。
- 市町村域（一次医療圏）におけるプライマリケア（地域での住民に身近な総合医療）や在宅医療と介護サービスの連携による地域包括ケア体制を確保する観点から、基礎自治体の役割をもっと重視すべきではないか。

２　税財源・財政調整のあり方

- 我が国の医療保険制度は社会保険方式であるものの、国民健康保険や後期高齢者医療制度などは公費負担を前提としているが、格差が生じないよう引き続き、国庫負担により財源保障すべきか。
- 医療費の増大を抑制しつつ、地域医療における供給体制を確保することは、

全国一律による診療報酬改定等による誘導だけで可能か。または、地域医療再生交付金のような補助金（交付金）なども組み合わせ、地域の独自性を生かした整備を図っていくべきか。

- 国は基本的な方針を定めるだけで、地方が診療報酬や病床規制等の権限を持つこととした場合、医療費の増大の抑制と医療提供体制の確保との面の両立は果たして可能か。

  その場合、地域における受益と負担を明らかにするために、被用者保険についても地域単位とし、その財源保障は、国は全国一律分のみとし、地域独自の上乗せ分については地方が担えばよいのではないか。

- 道州制を導入した場合、運営主体の変更に伴う改革コストが相当程度生ずるのではないか（誰が負担するか）。

医療保険制度の概要

国民皆保険制のもと、医療の提供に必要な費用を社会保険方式により保障する制度であり、職域を主な基準とした以下のような複数の保険制度が並列する形式となっている。又、満 75 歳以上の後期高齢者等に対しては別途独立した医療保険制度（後期高齢者医療制度）が設けられている。

	国民健康保険 （国保）	被用者保険			後期高齢者医療制度 （長寿医療制度）
		組合管掌健康保険 （組合健保）	健康保険協会管掌健康保険 （協会けんぽ（旧政管健保））	共済	
保険者	市町村	健康保険組合	全国健康保険協会	共済組合	後期高齢者医療広域連合（都道府県単位で構成される市町村広域連合）
保険者数 （平成 24 年 3 月末）	1,717	1,443	1	85 （平成 23 年 3 月末）	47
被保険者	自営業者、年金生活者、非正規雇用者等	主に大企業の被用者等	単独または共同でも健康保険組合を持つことができない中小企業の被用者等	国家・地方公務員や学校教職員等	①満 75 歳以上の者 ②満 65～74 歳の者で一定の障害状態にあると認定された者
被保険者数 （平成 24 年 3 月末）	3,520 万人	2,950 万人	3,488 万人	919 万人 （平成 23 年 3 月末）	1,473 万人
窓口負担	3 割負担 ※70～74 歳の現行の窓口負担は 1 割（法律上は 2 割）、義務教育未就学前２割、その他各自治体において別途措置有り				１割負担 ※現役並みの所得がある場合は３割負担
保険料率の設定	保険者毎に設定	保険者毎に設定	保険者が都道府県毎の保険料率を設定	保険者毎に設定	保険者毎に設定
保険料負担率※	9.7%	5.0%	7.2%	4.9%	7.9%
財源構成	保険料　50% 公　費　50% （国 41：都道府県 9）	保険料　50% 事業主　50% ※財政逼迫組合に対する公費補助あり	保険料　41.8% 事業主　41.8% 国　庫　16.4%	保険料　50% 事業主（国、自治体）50%	支援金　40%（各医療保険者） ※現役世代の負担 保険料　10%（後期高齢者） 公費　50%（国 4：都道府県 1：市町村 1）
診療報酬の設定	諮問機関（中央社会保健医療協議会、社会保障審議会等）の意見を聴取のうえ国が設定				
診療報酬の給付審査	国民健康保険団体連合会（都道府県単位で市町村や国保組合により構成）	社会保険診療報酬支払基金（民間法人）			国民健康保険団体連合会（都道府県単位で市町村や国保組合により構成）

※保険料負担率・・・・被保険者一人当たり平均保険料を被保険者一人当たり平均所得で除したもの

【平成 25 年 4 月 22 日第 10 回社会保障制度改革国民会議資料に基づき作成】

資料２－２

介護保険制度の概要

要介護者に保健・医療・福祉サービスを給付するため、国民の共同連帯に理念に基づき、要介護者を社会全体で支える新たな仕組みとして平成 12 年 4 月に導入。
介護保険制度の保険者は市町村であり、被保険者は、①65 歳以上の者（第１号被保険者）、②40～64 歳の医療保険加入者（第２号被保険者）となっている。

	介護保険制度	
保険者	市町村 ※広域連合や一部事務組合で運営するケースも多い	
被保険者	第１号被保険者（65 歳以上の者）	第２号被保険者（40～64 歳の医療保険加入者）
人数（平成 22 年度）	2,910 万人	4,263 万人
受給要件	・要介護状態（寝たきり、認知症等で介護が必要な状態） ・要支援状態（日常生活に支援が必要な状態）	要介護、要支援状態が、末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病（特定疾病）による場合に限定
保険料設定	サービス利用状況の見込みに応じて保険者（市町村）ごとに設定 ※市町村が３年ごとに改定する介護保険事業計画のサービス費用見込額に基づき、保険料を見直し	国が医療保険者毎の総額を設定し、それに基づき各医療保険者が保険料を設定
保険料徴収	市町村が徴収（原則、年金からの源泉徴収）	医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収
窓口負担	1 割負担 ※所得を問わない	
財源構成	給付総額について　公費　50%（国 25%、都道府県 12.5%、市町村 12.5%）※施設介護給付は国 20%、都道府県 17.5% 保険料　50%（第 1 号 21%、第 2 号 29%） ※給付総額の 50%部分を第 1 号被保険者、第 2 号被保険者の人数比按分で負担 ※介護保険制度の財政を安定させるために、都道府県に別途財政安定化基金を設置（【負担】国・都道府県・市町村＝１：１：１） （市町村の介護保険財政悪化に対し、資金交付や資金貸付を行う）	
介護報酬の設定	諮問機関（社会保障審議会）の意見を聴取のうえ国が設定	
介護報酬の給付審査	国民健康保険団体連合会（都道府県単位で市町村や国保組合により構成）	

【平成 25 年 4 月 22 日第 10 回社会保障制度改革国民会議資料に基づき作成】

資料２－３

医療制度における国と地方の役割分担の現状

	医療	介護
全国	**国** ○医療保険制度の設定 ○医療計画（病床規制等）の基準設定 ○医療費適正化の推進に関する全国計画・基本方針の策定 ○健康増進の推進に関する基本方針の策定 ○診療報酬、施設基準等の決定 ○医師等免許制度の策定・運用	○介護保険制度の設定 ○介護保険事業（支援）計画の基準設定 ○介護報酬、施設、要介護認定基準等の決定 ○都道府県、市町村に対する助言
都道府県圏域	**都道府県** ○医療計画（三次医療圏・二次医療圏における医療体制、医師確保対策等）の策定 ○都道府県医療適正化計画の策定 ○都道府県健康増進計画の策定、専門的な保健指導 ○医療機能情報の集約と公表 ○国保連合会の指導と監督	○介護保険事業支援計画（施設入所定員等の設定）の策定 ○介護保険審査会の設置（市町村の要介護認定に対する審査判定） ○ケアマネージャーの試験、登録、研修等
市町村圏域	**市町村広域連合※** ※都道府県単位で全ての市町村が加入 **保険者（後期高齢者医療）** ○後期高齢者医療制度に関する事務の実施（保険料の決定、賦課徴収、給付等）	
	市町村 **保険者（国民健康保険）** ○国保に関する事務の実施（保険料の決定、賦課・徴収、給付等） ○市町村健康増進計画の策定、栄養改善等一般的な保健指導 ○一次医療圏におけるプライマリ・ケアの確保、在宅医療の推進	**保険者（介護保険）** ○介護保険に関する事務の実施（要介護認定、保険料の決定、賦課・徴収、給付、保健福祉事業等） ○介護保険事業計画（介護サービス料の見込等）の策定 ○介護予防、地域包括ケアの推進

全国一律の規制・基準等による医療政策の推進

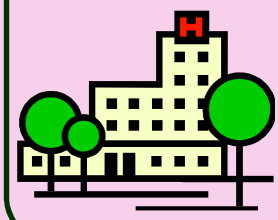
保険医療機関の指定
指導・監督・助言等

二以上の都道府県にわたる介護事業者に対する指導・監督等

病院・診療所の開設・増床等許可
（一部国の同意必要）

指導・監査等（国保、後期高齢者医療）

医療機関



介護施設・サービス事業者

介護施設・サービス事業者の指定、指導、監督等

診療報酬の給付（後期高齢）

診療報酬の給付（国保）
介護報酬の給付（介護）

医療診療
介護サービス

地域密着型（介護予防）サービス事業者の指定、指導、監督等

患者（被保険者）

保険料の支払

医療提供体制における役割分担（国、都道府県、市町村）

	医療制度	介護保険制度
国	○医療保険制度の設定 ○医療計画（病床規制等）の基準設定、都道府県に対する助言 ○診療報酬、施設基準等の決定 ○医療費適正化の推進（全国医療費適正化計画・基本方針の策定、都道府県における事業実施への支援、保険者・医療機関に対する必要な助言又は援助） ○国民の健康増進の推進（健康増進法） ・国民の健康の増進の推進に関する基本方針の策定 ○保険医療機関の指定、指導、監査等 ○医師等免許制度の策定・運用	○介護保険制度の設定 ○介護保険事業(支援)計画の基準設定、都道府県の計画策定に対する助言等 ○介護報酬、施設、要介護認定等の基準の決定 ○市町村又は都道府県の介護保険事業に対する助言、その他援助の実施 ○事業所又は施設が二以上の都道府県に所在する事業者に対する指導・監督
都道府県	○医療計画（三次医療圏・二次医療圏における医療提供体制（基準病床数の設定等）、医師確保対策等）の策定【国の方針に即して市町村や医療審議会等の意見聴取のうえ策定】 ○医療費適正化の推進 ・都道府県医療費適正化計画の策定【国と共同で策定】 ・保険者・医療機関に対する必要な助言又は援助 ・生活習慣病対策　等 ○国民の健康増進の推進（健康増進法） ・都道府県健康増進計画の策定【国の方針を勘案して策定】 ・特に専門的知識・技術を必要とする保健指導　等 ○病院・診療所の開設・増床等許可【病床過剰地域については国の同意必要】 ○保険医療機関に対する指導・監査等（国保、後期高齢者医療） ○国民健康保険団体連合会の指導と監督 ○医療機能情報の集約と公表（医療機能公表制度）	○介護保険事業支援計画（施設入所定員等の設定）策定【国の方針に即して策定、提出義務有】、市町村の計画策定に対する助言等 ○介護施設・サービス事業者の指定、指導・監督等 ○介護保険審査会の設置（市町村の要介護認定に対する審査判定） ○ケアマネージャーの試験、登録、研修等
市町村連合	保険者（後期高齢者医療） 【都道府県単位で全ての市町村が加入する広域連合】 ○後期高齢者医療制度に関する事務の実施 ・後期高齢者保険料の決定 ・保険料の賦課・徴収 ・保険料の給付　等	
市町村	保険者(国民健康保険) ○国保に関する事務の実施 ・国保保険料の決定 ・保険料の賦課・徴収 ・保険給付　等 ○国民の健康増進の推進（健康増進法） ・市町村健康増進計画の策定【国と都道府県の方針等を勘案して策定】 ・栄養改善その他の生活習慣の改善に関する事項についての相談・保健指導　等 ○一次医療圏におけるプライマリ・ケア(身近な地域医療体制)の確保、在宅医療の推進 ○診療所開設届等(保健所設置市)	保険者(介護保険) ○介護保険に関する事務の実施 ・介護保険の認定 ・第一号被保険者(65 歳以上)の保険料決定 ・保険料の賦課・徴収・給付 ・保健福祉事業　等 ○介護保険事業計画（介護サービス量の見込等）策定【国の方針に即して都道府県の意見聴取を踏まえ策定、都道府県へ提出義務有】 ○地域密着型（介護予防）サービス事業者の指定、指導・監督等 ○介護予防、地域包括ケアの推進（地域包括支援センターの設置等）

諸外国の医療保険制度の比較

		イギリス	フランス	ドイツ	スウェーデン	アメリカ	日本
制度の概要		○国民医療制度（ＮＨＳ）によって原則無料で医療を提供。ＮＨＳの財源は８割が税金、残りは国民保険（医療・年金・雇用関係給付を含む社会保険制度）・受益者負担等。実際の医療サービスはＮＨＳから一定の独立性を持つプライマリ・ケア・トラスト（ＰＣＴ）が供給。	○職域ごとに強制加入の多数の制度があり、国民の 99%をカバー。対象外のフランス人・外国人は普遍的医療カバレッジ（給付）制度の対象となる。	○公的保険は一般労働者・年金受給者・学生等を対象とした一般制度と自営業者を対象とした農業者疾病保険。一定所得以上の者・公務員は強制適用ではない。2009 年以降、公的医療保険未加入者に、原則として公的医療保険または民間保険への加入を義務付け。	○税方式による公営のサービス。財源は広域自治体（ランスティング）の税収が約７割、国からの補助金が約２割を占める。初期医療は公立・私立の診療所が行い、専門医療はランスティングが運営する病院が行う。	○高齢者・障害者に対するメディケア、低所得者に対するメディケイドが存在するが、現役世代への医療保障は民間が担っていたため、無保険者が多数存在。2010 年に医療保険改革法が成立し、全国民にいずれかの保険への加入を義務付けるが、なお無保険者が残る見込み。	○国民皆保険制度。国民は、市町村が運営する国民健康保険、または職域ごとの被用者保険に加入する。
公的医療	対象	○全国民	○全国民の 99%	○全国民の約 85%（自営業者・高所得者は任意加入）	○全国民	○65 歳以上の高齢者・障害者・低所得者のみ	○全国民
	種類	○税方式	○社会保険方式	○社会保険方式	○税方式	（メディケア） ○社会保険方式 （メディケイド） ○税方式	○社会保険方式（財源は保険と税の組み合わせ）
診療報酬決定方法		○国が総額を決定し、その枠内でＮＨＳが配分。	○国が医療費総額の目標を設定。 ○国の出先機関である地方医療庁（ＡＲＳ）が、国の目標に整合するよう個別報酬を決定。	○国が総額と原則的なルールを決定。 ○疾病金庫協会（保険者）と保険医協会が協議し個別報酬を決定。	○ランスティングによる予算割り当て。	○一部を除き保険者と病院・医師が決定。	○中央社会保険医療協議会の答申に基づき国（厚生労働省）が決定。
支払方式	診療所・開業医	○登録人頭制（患者数ごと）＋基本診療手当	○出来高払い制	○総額請負制（保険者から保険医協会に一括支払。保険医協会から個々の医師に対しては出来高払い）	○ランスティングによる予算割り当て	（メディケア） ○出来高払い制 （民間保険） ○出来高払い制 ○人頭制　　など	○出来高払い制
	病院	○病院ごとの総枠予算制＋実績払い	○公的病院は総枠予算制 ○私的病院は１日あたりの定額払い制	○特定の療養は１件あたりの包括払制 ○その他の給付は１日あたりの定額払い制		（メディケア） ○疾病による定額払い制 （民間保険） ○出来高払い制 ○人頭制　　など	○外来は出来高払い制 ○入院療養・看護・医学的管理は定額払い制、手術料は出来高払い制
アクセス		○登録医師（ＧＰ）の紹介がない限り原則病院での受診はできない。	○かかりつけ医の紹介なしに他の医師を受診することを制限。	○フリーアクセス。	○フリーアクセス（住所地以外のランスティングでの受診も可能）。	○フリーアクセス。 ○民間保険によってはかかりつけ医（ＧＰ）への訪問を義務づける場合あり。	○フリーアクセス。
医療支出/GDP (OECD 平均 9.0%)		○8.7% (OECD 加盟 31 か国中 17 位) (OECD 平均－0.3 ﾎﾟｲﾝﾄ)	○11.2% (OECD 加盟 31 か国中２位) (OECD 平均＋2.2 ﾎﾟｲﾝﾄ)	○10.5% (OECD 加盟 31 か国中４位) (OECD 平均＋1.5 ﾎﾟｲﾝﾄ)	○9.4% (OECD 加盟 31 か国中 15 位) (OECD 平均＋0.4 ﾎﾟｲﾝﾄ)	○16.0% (OECD 加盟 31 か国中１位) (OECD 平均＋7.0 ﾎﾟｲﾝﾄ)	○8.1% (OECD 加盟 31 か国中 22 位) (OECD 平均－0.9 ﾎﾟｲﾝﾄ)
医療支出/人口 (OECD 平均 3,078 ﾄﾞﾙ)		○3,129 ﾄﾞﾙ (OECD 加盟 31 か国中 16 位) (OECD 平均＋51 ﾄﾞﾙ)	○3,696 ﾄﾞﾙ (OECD 加盟 31 か国中 10 位) (OECD 平均＋618 ﾄﾞﾙ)	○3,737 ﾄﾞﾙ (OECD 加盟 31 か国中９位) (OECD 平均＋659 ﾄﾞﾙ)	○3,470 ﾄﾞﾙ (OECD 加盟 31 か国中 13 位) (OECD 平均＋392 ﾄﾞﾙ)	○7,538 ﾄﾞﾙ (OECD 加盟 31 か国中１位) (OECD 平均＋4,460 ﾄﾞﾙ)	○2,729 ﾄﾞﾙ (OECD 加盟 31 か国中 20 位) (OECD 平均－349 ﾄﾞﾙ)

諸外国の医療保険制度の比較

	イギリス	フランス	ドイツ	スウェーデン	アメリカ	日本
臨床医数 /人口 1,000 人 (OECD 平均 3.1 人)	○2.7 人 (OECD 平均－0.4 人)	○3.4 人 (OECD 平均＋0.3 人)	○3.6 人 (OECD 平均＋0.5 人)	○3.6 人 (OECD 平均＋0.5 人)	○2.4 人 (OECD 平均－0.7 人)	○2.2 人 (OECD 平均－0.9 人)
急性期病床数 /人口 1,000 人 (OECD 平均 3.6 床)	○2.7 床 (OECD 平均－0.9 床)	○3.5 床 (OECD 平均－0.1 床)	○5.7 床 (OECD 平均＋2.1 床)	○2.2 床 (OECD 平均－1.4 床)	○2.7 床 (OECD 平均－0.9 床)	○8.1 床 (OECD 平均＋4.5 床)
医療計画	○保健省が予算計画・ビジネスプランを策定。全国 152 のＰＣＴが地域医療計画を作成し、全国 10 の戦略的保険当局はＰＣＴの業務が適切に行われているか管理・監督。	○大枠は、国が毎年の社会保障財政法の中で医療保険支出全国目標（ＯＮＤＡＭ）等を示す。その枠組みの下で地方医療庁が地域保健医療計画を策定し、医療供給体制を管理する。	○国が大枠を定め、疾病金庫（公的保険機関）・医師・病院が契約を結ぶことで計画を作成。それぞれの計画について州政府・疾病金庫・医師協会などが適宜会議体を組織して決定。	○国が医療ケア行動計画を策定し大まかな原則を決定。ランスティングが具体的な計画を策定し責任を負う。	○連邦政府は健康に関する目標値を設定。大部分の州政府は新規の医療サービス等の承認を行うＣＯＮプログラムを採用（承認対象は州により異なる）。	○厚生労働大臣は基本方針を定める。都道府県は基本方針に即して医療計画を定める。
高額医療費の負担	○外来処方箋は一処方当たり定額負担、歯科医療は３種類の定額負担。高齢者・低所得者・妊婦には免除があり、薬剤については免除者が多い。	○登録を受けた医師は国の定める診療報酬を超過する請求が認められ、この部分は自己負担となる。薬剤費は薬効に応じた償還率（65％～15％）で公的保険がカバーし、残りが自己負担となる。自己負担をカバーする民間保険は普及率が８割を超える。	○高度医療・新薬については公的保険がカバーしていないが民間保険はカバーしている場合もある。	○ランスティングが自己負担額を設定するが、法により上限が定められている。	○公的医療保険では高額な医療費の部分は自己負担となるが、民間保険には高額の医療費に対して高額医療費保険が存在している。高額医療費保険では患者負担の上限額が決められている。	○医療保険により自己負担限度額を超えた部分が払い戻される高額療養費制度がある。

※医療制度については財務総合政策研究所「医療制度の国際比較」(H22.6)、日本医療政策機構「スウェーデンの医療政策と高齢化対策」(H24.3.19)、国立国会図書館調査及び立法考査局「外国の立法 No.243-1」『【アメリカ】医療保険改革法成立』(H22.4) より。

※OECD 加盟国データは日本医師会総合政策研究機構「医療関連データの国際比較 2010－OECD Health Data 2010 より－」(H22.9.10) より。臨床医数・急性期病床数はデータのない加盟国があるため順位を省略している。

道州制での医療制度のあり方（イメージ例）

【前提条件】国は基本的な方針を決定し、道州は主として医療提供体制を構築（国民健康保険や後期高齢者医療保険の運用も含む）する役割、市町村は住民に身近な在宅介護サービスの供給体制を構築する役割を担う。地方は国の基本方針を参考に地域の実情を踏まえた弾力的な制度運用を可能とする。

国

【役割】医療等の供給に係る基本的な方針の決定や制度の運営

○医療・保険制度の基本的な枠組みの設定
（医師法、医療法、国民健康保険法等の策定など）
○医療に係る基本方針の決定（医療計画、医療費適正化に係る基本方針等）
○診療報酬、病床規制、医師の養成、施設・運営等の基本的な基準の設定
○地域間の医療格差の是正　　等

全国一律による取り決めから地域の実情を踏まえた弾力的な運用を可能に。

国の役割は基本的な枠組みの設定にとどめ、道州が自律的に地域の実情に応じた計画を策定。

連携・支援

道州

【役割】医療供給体制の確保

○医療計画等の策定（三次（＋α）・二次医療圏）と医療供給体制の確保
→医療機関の高度化、広域的かつ効率的な配置・連携等の推進

○診療報酬額、医大定数設定、病床数等の地域の実情を踏まえた独自加減算
→地域の実情を反映した適正な医師配置、医療基盤の整備

○国民健康保険・後期高齢者医療を所管
※又は都道府県単位の市町村連合で所管
→市町村間格差の是正、財政運営の最適化
等

保険料（国保・後期高齢者医療）

連携・支援

保険料（介護）

市町村

【役割】住民に身近な在宅医療・介護サービスなどの供給体制の確保

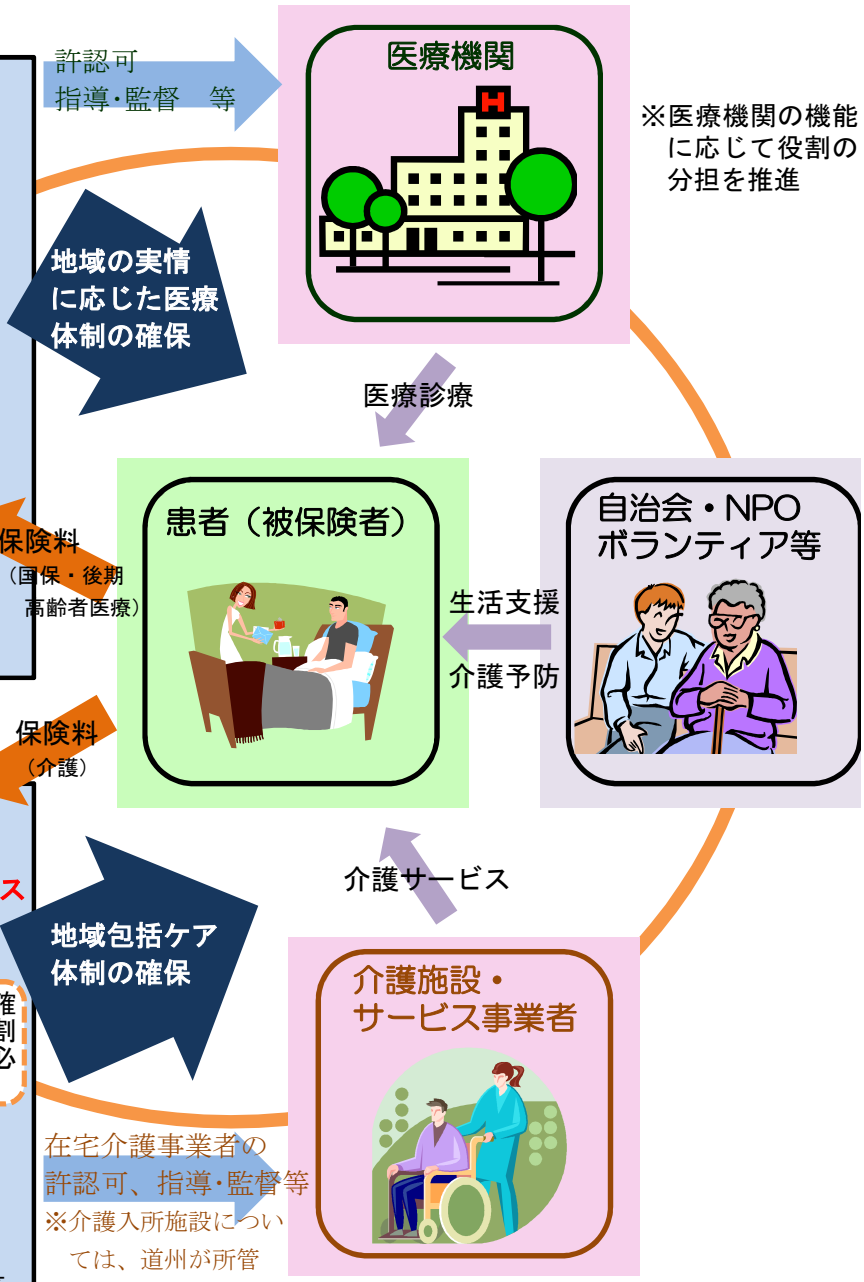
○介護保険を所管

○介護計画等の策定

地域包括ケア体制の確保に係る市町村の役割を強化。国や道州は必要な支援等を実施。

○一次医療圏におけるプライマリ・ケアと介護サービスの連携の推進

○介護予防、健康増進、生活支援事業の実施
等



資料３－１

社会保障制度と道州制

厚生労働省社会・援護局地域福祉課
生活困窮者自立支援室長　熊木　正人

１．社会保障制度の概観

～「費用負担は広域、人的サービスはきめ細やかに」が基本

①　福祉

福祉は、住民に対する人的サービスであり、きめ細やかなサービスを行う観点から、住民に最も身近な基礎自治体が担いつつ、これを国や都道府県が重層的に支援する構図（例えば費用負担は国１／２、都道府県１／４、市町村１／４とするものが多い。）

ア）介護保険制度

・　市町村が保険制度を運営。都道府県は市町村への助言や事業者の指導監督等を実施　※障害福祉制度も、保険制度ではないが同様のスキーム

イ）生活保護制度

・　福祉事務所設置自治体（基本的に都道府県＋市）が実施。ナショナルミニマムの最たるものとして国が３／４を負担し法定受託事務としている。

②　医療

ア）医療保険制度

・　職域保険と地域保険（国民健康保険）とに分かれており、国民健康保険の運営は基本的に市町村、費用は国と市町村保険料の部分が大きい。一方、価格は国が決定（診療報酬）

イ）医療提供体制

・　病床規制は国が基準を設定し都道府県が計画を策定。そのほか、救急医療に代表されるとおり医療提供体制の構築は都道府県が主体的役割

ウ）感染症対策

・　感染症の種類に応じ、調査、医療の実施、交通の遮断などを都道府県知事が行うこととされている（一部国も実施）。

２．道州制を想定した場合の論点

・　社会保障制度分野のみでみた場合、道州という広域単位を希求する強いメリットはあるか。逆に強いデメリットはあるか。

・　国から道州に思い切った権限・事務の移管をした場合、一般論として地域格差が開くことが想定されるが、国民の理解を得られる範囲とはどのようなものか。

①　福祉

ア）介護保険制度

・　現在、国の基準を基に都道府県が条例で定めている事業者規制（担当者の配置基準等）の取り扱いをどうするか。

イ）生活保護制度

・　ナショナルミニマムとして引き続き国の役割を強く残すのか、あるいは生活扶助基準等も道州で設定するのか。

・　多くの町村部では都道府県が実施主体となっているが、これをどうするのか。

②　医療

・　全体的には、現在都道府県単位での構造改革が模索されており、これとの関係には留意が必要。

ア）医療保険制度

・　国民健康保険の運営主体をどうするか。

・　診療報酬を道州が設定する場合、根拠となるデータの収集方策などのインフラ整備は必要となるのではないか。

イ）医療提供体制

・　例えば、病床規制に関する国の基準を廃止した場合、自治体格差が開くおそれがあるが、国民の理解を得ることが必要ではないか。

・　なお、保健所（都道府県、指定都市、中核市等が設置）などのインフラも基礎自治体又は道州への移管が必要となる。ネットワークの定着には時間を要するのではないか。

ウ）感染症対策

・　世界レベルでのパンデミック(新型インフルエンザ等)を考えれば、ＷＨＯ等国際機関と知見を共有できる国が引き続き現行と同様の役割を担うことが必要になるのではないか。

（参考）地方厚生局

【主な業務】２以上の都道府県をまたがる医療・福祉サービスの指導、各種養成施設の指定、食品行政に関する承認、健康保険組合の指導、厚生年金基金の指導、麻薬取締り　等

北海道厚生局	北海道
東北厚生局	青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県
関東信越厚生局	茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県
東海北陸厚生局	富山県、石川県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県
近畿厚生局	福井県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県
中国四国厚生局	鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県
九州厚生局	福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

※　本資料の内容は、筆者個人の見解に基づくものであり、筆者の属する組織の公式見解を示すものではない点、ご留意いただきたい。

資料３－２

「医療と生活保護」　　2013 .8.9(火)　関西広域連合

自治体国際化協会　理事長（元奈良女子大学教授）　木村陽子

１．国民の価値観

・単一国家、連邦国家にかかわらず、医療や福祉は国民の安心・安全にかかわる重要な政策。
・機会の均等の尊重―（例）医療へのアクセス、義務教育へのアクセス　いずれも外部効果が大きい。
・平等意識が強い―（例）所得格差、地域格差などが拡大することを好まない。
・社会保険の採用　介護・医療など財・サービスの供給においては市場重視―準市場の形成

２．医療と生活保護

・道州制に大きく関係するのは、医療では地域保険である国民健康保険
・国民健康保険と生活保護は、両者ともに貧困者対策。

（１）生活保護

・複合的要因によって慢性的貧困に陥った者や家族が対象。生活全体を支援。

・法定受託事務
　実施団体―市、町村については都道府県
　財源―保護費については、国が４分の３、自治体が４分の１
　　ケースワーカーは、自治体負担。

・近年の増加傾向により、さらに財政悪化。
・地域格差が大きく、現在では都市部の問題となっている。特に、近畿圏の政令市、市の保護率が大きい。
　保護率　全国平均（平成 25 年４月　16.9‰）に対し、大阪市（同 56.8‰）、京都市（平成 25 年　32.3‰）、神戸市（同　31.9‰）。

・保護率の格差は、社会経済的要因

・制度改正が必要な分野（(例）高齢者と就労支援が重要な稼得世代の分離、総合的な就労支援）
・稼得世代には、複合的な就労阻害要因を除くケアと同時に、就労支援が必要。

・福祉だけではなく、医療、労働、教育、介護、カウンセリング、住宅などの総合的貧困対策が必要。
・就労支援―職業間、地域間のマッチングが重要。

（２）国民健康保険
・被保険者はワーキングプア、ボーダーライン層、無職が多数。
・保険料負担能力の低下し、絶えず、財政問題に直面。
・国民皆保険が成立するため、他の制度に対するバッファーの役割を担う。

・自治事務
実施機関　保険者　市町村
財源構成　医療給付費の２分の１を保険料、残りが国、都道府県等が負担。
65 歳から 74 歳までの加入者数に応じて被用者保険等から支援。
保険料は条例で規程

保険診療制度の仕組み（別紙１を参照）

（３）医療供給体制の問題
・地域医療の危機、医療施設の偏在をどう克服するのか。
・県内の医療計画は、交通機関の発達に対応しているか

・国が基準や大枠の方針を決定
・保健医療計画の策定―都道府県の事務
医療圏域の設定、病床数、医療連携体制

４．道州制
・連邦国家か、県の合併によるさらなる広域行政区域としての州か、ＵＫ（関西ユニオン）か
・共通項は、行政の広域化と分権（権限委譲）の推進

問題提起
広域化と分権、それに伴う組織再編により現在の課題に対応できるか？
広域化しても、変えることが難しいのは何か。
広域化することのメリット、デメリットは何か？
制度設計、実施主体、財政負担の問題、権限委譲、それに伴う組織の再編はどこまでか？

５．生活保護

・貧困は、全国で平等におきるわけではない。地域限定的に、突発的に起き、迅速な対応が必要である。
・地域格差が大きく、豊かな州に貧困が多いとは限らない。
・生活保護率が高い地域は、時代により変遷する。
・地域独自での対応が難しく、国が貧困対策を支えることが必要である。特に財政面では、国が責任を担うことが重要である。

・生活保護受給者の生活をケアするという観点にたつと、広域化することのメリットはあまりない（高齢者に対する生活支援等）。

・ボーダーライン層や生活保護を受給する稼得世代の就労支援をシステム化という観点からは、広域化はメリット。
・就労支援―複合的阻害要因を除きつつ就労支援するためには、生活保護課のみならず労働、教育などの各部やカウンセラーなどの専門家集団、ＮＰＯとの連携が必要。（別紙２を参照）
・熟練したコーデイネーター、各分野の専門家の確保が重要
・マッチング（地域と職業間）のためには、域内だけではなく、全国の情報が要る。ハローワークの移管をしたとしても、福祉マインドとマッチング機能の発揮が重要。

６．国民健康保険

・国民健康保険は行政とは分離させ、保険者としてプロ集団が運営する。（自治体職員は出向し、健康づくりにより保険支出を抑制する策をともに考える。知事たちあるいは州長の医療対策の右腕になる）。つまり、自治体は国保の保険者としての仕事をしない。

・各州でひとつの国民健康保険を設立、リスクの分散や、規模の経済を図る。

・保険者機能を強化。州単位の国保の保険者となり、診療報酬、診療内容、保険医、契約病床数、契約診療、審査を自らが行う。
　たとえば、厚生局がもっている役割を国民健康保険の保険者に移す
→保険者機能の強化により、地域偏在をなくするように誘導。医療供給体制に影響。

・国保は皆保険のとりでー国の補助金や他の保険者からの支援金が必須。

7．医療供給体制

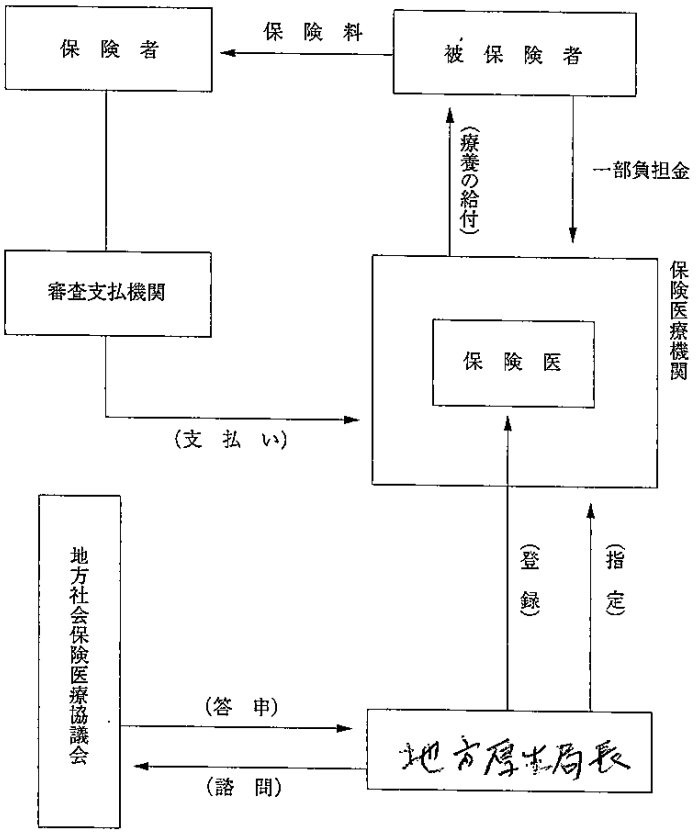
・医療計画の策定については、広域化のメリットは大きい。

・国保の保険者機能を強化することにより、医療供給体制に影響。

集中と効率化に貢献

(別紙7)

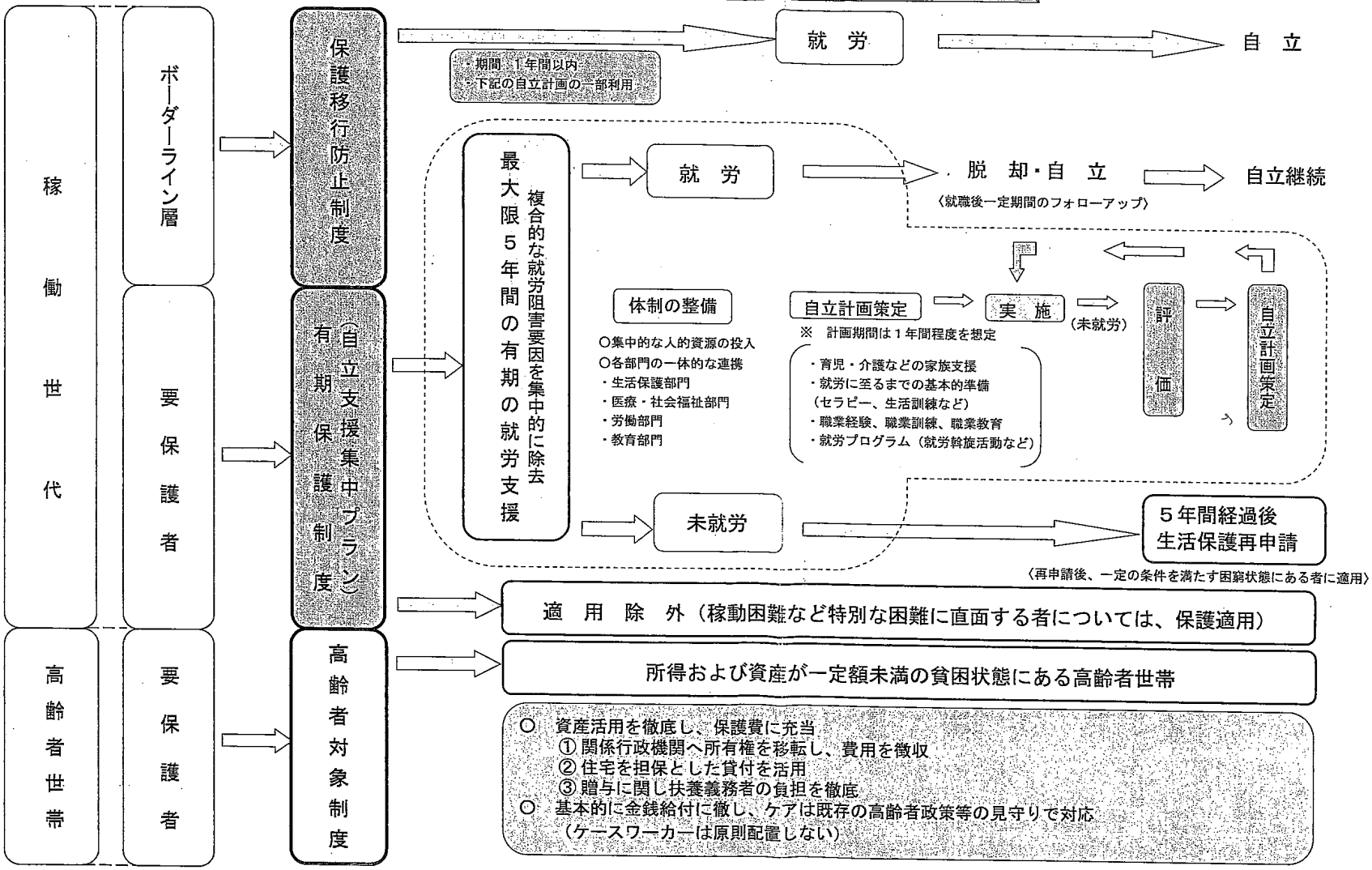
63　保険診療の制度の仕組み



玉典(ぎょうせい)「目でみる医療保険白書」

別紙2

図5　新たなセーフティネットのイメージ



出典
（全国知事会・全国市長会）「新たなセーフティネット検討会」
平成18年10月