

道州制のあり方研究会第6回会合 議事録

日時：平成25年9月9日（月）

午前9時30分～午後0時30分

場所：関西広域連合本部事務局大会議室

○事務局（中塚局長） 本日は、現在は自治体国際化協会の木村理事長と、厚生労働省の熊木室長をゲストスピーカーとしてお迎えしております。

木村理事長は、地方財政審議会で長年委員をお務めになり、地方財政、社会保障に通暁されているお方であります。

熊木室長は、以前、大阪府庁にいらっしゃった方です。地方福祉についても通暁されており、本日はお二人からスピーチいただきまして、それを踏まえて有意義な議論ができたと思います。

では、以下の進行を新川座長、よろしくお願いいたします。

○新川座長 それでは早速でございますけれども、本日の議事に進めさせていただきたいと思います。

社会保障についての議論をしていただくわけですが、まず、事務局で資料を調整していただいておりますので御説明をお願いしたいと思います。

○事務局（中谷課長） 資料説明（資料1-1～2-5）

○新川座長 どうもありがとうございました。

ここまでのところでもいろいろと御意見や御質問もおありかと思いますが、まずお二人のゲストのお話をお伺いした後、議論を進めてまいりたいと思っております。

それでは恐縮ですが、熊木室長のほうからまず御講演をお願いしたいと思います。

○熊木ゲスト それでは、私、厚生労働省の社会・援護局地域福祉課生活困窮者自立支援室長の熊木より、資料3-1に沿って御説明を申し上げたいと思います。

まず、この会に本日お呼びいただきまして、大変ありがとうございました。光栄で

ございます。

私自身は、生活困窮者の対応ということで、生活保護制度以外に、困窮者に対する福祉の枠組みというのが十分でないということで、新しい仕組みを検討しているところでございます。ただ、それのみならず、大阪府庁で障害と介護を担当していたこともございますし、厚生労働省の中で国民健康保険を担当していたこともございますし、そして今は生活保護と近いところにいるということで、本日は呼ばれたのかなと思っております。

あらかじめ申し上げますが、属する組織の意見ということではなくて、個人的な意見を含めて申し上げたいと思います。

といいますのは、調整過程となりますと、国の立場からこうあるべきだというのがあるのかもしれませんが、ここの研究会はあり方を検討しようということだと理解していますので、そこで国の立場でどうのこうのと言いますと、議論が全く進まないと思いますので、できるだけこの研究会の議論に資するような情報提供ということで申し上げたいというふうに、あらかじめ申し上げておきます。

その意味で、私からまず、この社会保障を見るときに、どういう視点で見たらいいのかということをお願いしたいと思います。

社会保障という分野は非常に広くございます。本日は、恐らく議論をシンプルにするために、生活保護と医療という二つに特意的を絞って議題にされていると思いますが、それこそ福祉においても介護保険から障害福祉、児童福祉、それから私が担当している生活困窮者対策と、いろいろございますし、社会保障といいますと、それのみならず医療があって、年金があって、さらに、その年金、医療、介護に属さないようないろんな分野がございます。水道行政も厚生労働省担当ですし、墓地埋葬法というのも厚生労働省の担当になっています。

そういう意味では、いろんな幅広い行政を厚生労働省が担当していますが、その幅広いさや相互の関係ということも考えなきゃいけない。ただ、一方で、なるべくシンプ

ルにということであれば、やっぱりそれぞれの分野で、国民全体の公平性とか、その地域住民としての公平性とか、いろんな意味の公平性があると思いますが、特にナショナルの意味でどれだけ公平かということを考えるのかということがまず一つのポイントだと思います。

例えば生活保護というのはナショナル・ミニマムの最たるものですが、その一方で、例えば地域住民・地域で考えるという地域福祉というものがあります。これは住民団体、自治会、インフォーマルな支援者を巻き込んで、その地域のあり方を考えましようというものです。基本的には地域の実情に応じて、福祉のあり方、見守りとかそういう幅広い範囲で考えていこうとなりますと、地域で考えようということになります。

また医療があります。医療というものは人の生命、健康に関わることなので、比較的平等志向が強いだらうと。福祉というのはその間にあるけれども、例えば障害行政というのは比較的、都道府県の役割が大きくなっています。これは現実問題として、障害福祉というものは障害の特性に応じていろんなことを考えなければいけないのですが、市町村だと今はやり切れないだらうということがあって、市町村が担うのが基本ですけども、現実には都道府県が結構役割を担っていたりします。このように、平等をどこまで考えるかということと、現実論で分野によって違うというのが一つの視点です。

もう一つ、一つの分野において考えなければならないことは、おおむね三つぐらいあります。一つはその責任です。誰がその平等の責任を負うのかということです。

もう一つは財政です。三つめが提供体制です。これは若干違うところがありまして、例えば提供体制というのは、特に福祉を考えますと、できるだけ住民に身近なレベルでやったほうが良いということになります。ところが、財政的に言うと、その単位でやっていると全く持続可能性がないという局面がありまして、財政的にはもう少し広域でやったほうが良いのではないかという議論が出てきます。すなわち責任論、財政、提供体制の三つを意識しながら、それぞれの分野で考えなければなりません。加

えて、もし言うならば、変えるという場合にはそれなりのコストがかかるということになるので、そのコストをどう考えるのかということになると思います。

資料3-1ですけれども、社会保障制度の概観といたしまして、まさに「費用負担は広域、人的サービスはきめ細やかに」が基本じゃないですかというのは、まず一つのメルクマールとして考えておきたいと思います。

その上で資料3-1では、①福祉、②医療というふうに分けております。

福祉の中で介護保険制度、生活保護制度というふうに細かく分類しています。

先ほど説明がありましたように、事務局の本日の資料としては、生活保護で一つ、医療で一つとなっています。介護保険というのはどちらにも含まれるのかもしれませんが、事務局の整理では医療のほうに入れてございます。それでもよろしいと思えますけれども、今申し上げたように分野で考えるということもあったものですから、資料3-1では介護保険制度を福祉のほうに入れていきます。例えば大阪府庁でも福祉部が介護保険も生活保護もやっており、健康医療部という別の部が医療をやっておりますので、一般的には介護保険は福祉のほうに入れると思います。

今の事務局の整理でもよろしいかと思いますが、何でこういう分野別にするかというと、生活保護ということを考えると、その次に周りがある、私が担当している生活困窮者のことを考えるということが出てきます。生活困窮者のことを考えますと実は、そこには障害があって、ただ手帳は取得されていないという状況があって、生活困窮に至っている方がいらっしゃいますので、障害行政とよく整合性をとり、精通していかなきゃいけない。

障害行政をやるとなりますと今度は、65歳になると身体的な障害がある方は介護保険制度ということになりますから、今度は高齢福祉とか介護保険制度というのが関係してきます。

国、道州、都道府県、市町村、いろいろあると思いますが、一つの役所ないし主体が見ていけば整合性はとれる。違うところが担当し見ますと、整合性がとりにくくな

ります。なので、そういう意味では、この分野ということも考えることが重要だろうということで、資料3-1では介護保険は生活保護と一緒に福祉に入れています。ただ、後半のセッションでは、介護保険は医療のほうに入れるということで議論するようでございますので、それはそれで全く構わないと思っています。

福祉を全体的にいいますと、生活保護だけやや特殊でございますが、全体的に見ると市町村が実施主体となる。現状でいうと、都道府県と国がそれを重層的に支援するという形。実施するのは市町村ですが、それを財政的にですとか、助言とか指導みたいな意味で、都道府県ないし国が支援をするという形。例えば費用負担も市町村が4分の1、都道府県4分の1、国2分の1みたいなものが基本的には多いと思います。

介護保険制度を見ると、もう少しわかりやすいと思います。市町村がサービスの水準と保険料の水準を決めます。したがって、我が市では、福祉サービス、介護サービスの量を増やそうと、もっとたくさん施設を作ろうということになれば保険料は高くなります。その判断を市町村がしまして、これは首長さんを含めて大きな判断になります。サービス量と負担、サービスと費用、この両面を市町村が決めるというのが基本的な仕組みで、介護保険制度を運営している。

都道府県は何をやっているかという、事業者に対する指導、監督は、基本的には都道府県がやっています。市町村への助言というのを介護保険では都道府県がやる。国は、それに対して全体のスキームを定めて、介護保険の場合は保険料が半分ですので、公費のうちのおおよそ半分を国が支払う、こういう仕組みでやっています。

生活保護は先ほど説明がございましたとおり、基本的には町村ではやっていないということで、都道府県が町村部をカバーして、都道府県プラス市が福祉事務所を設置して実施している。これはナショナル・ミニマムの最たるものとして、国が4分の3を負担し法定受託事務ということなので、国がかなり多くの部分を決めているという仕組みでございます。

続きまして医療ですが、医療は福祉とは少し異なるが、同様に市町村を主体として、

都道府県と国が重層的に支援するという現状の仕組みだろうと思います。

まず、国民健康保険という医療保険でございます。今日は協会けんぽや健康保険組合のほうは省いてよろしいかと思しますので、地域保険である国民健康保険について申し上げますと、これは、やはり基本的に運営は市町村がやっているということです。

保険料が半分で、半分が公費で、公費のうちの基本的には国が41%ですか、基本的には国が多い、都道府県は若干ということ。価格は国が診療報酬として決めています。ここは実は、介護保険でも障害でも報酬というのは国が決める。これは同じです。

少し医療提供体制を考えると、福祉に比べて都道府県の関与は強いと思います。医療提供体制は国が病床の基準を設定しますが、都道府県が計画を作りますし、例えば救急医療でも一次救急、二次救急、三次救急という体制をどうしようかというのは、都道府県単位でいろいろ考えられて体制をとられています。そういう意味で福祉に比べると、基本は似た枠組みですが、都道府県の関与は大きいだろうと思います。

さらに感染症対策を見ますと、これは国と都道府県でやっている部分が多い。大規模なものがあると市町村では対応できないので広域でやるということです。感染症対策は議論から少し外れているので、この程度にしておきます。

2番目でございますけれども、今後、道州制を想定した場合に、どのような論点があるかということで、先ほど視点を申し上げましたが、今度は論点ということで二つ申し上げますと、まずは何とんでも社会保障制度単体で見た場合に、道州という広域単位を希求する強いメリットがあるのかどうか。逆に強いデメリットはあるのかどうか。これをまず見るんだらうなと考えます。

これは後で、私自身の個人的な私見は申し上げたいと思えますけれども、いずれにしても道州ということを見ると、単純に見ていくと、都道府県が廃止されて、都道府県がやっていることを道州が担うというのであれば、それは分権という観点からすると、方向が逆になるということなので、道州を考えるのであれば、思い切って国の今持っている権限・事務を道州に移管するということを考えるべきだろうと思います。

その際に、一般論としては地域格差が開くということになるので、先ほど来申し上げているように、この分野における格差に関する国民感覚というものと、どれだけマッチした動きができるのだとかいうことだろうと。その辺が論点で、この二つを考えるとということが重要だろうと思います。

個別に見させていただきますと、まず介護保険制度ですけれども、先ほど来申し上げたように、市町村がサービス量とか負担を決めていますということで、加えて、介護予防などいろんな事業も展開しています。この形というのは、住民に身近な市町村という枠組みが担当しているということで機能していると思いますので、これは普通に考えればキープして、市町村が引き続き担うだろうということになります。

そうすると今、都道府県が担っているのは事業者の規制だということですが、先ほど申し上げなかったですけれども、単に指導とか監督しているだけではなくて、いろいろな事業者の規制というのは都道府県が今大きな役割を担っております。例えば、その質を担保するために、事業者がどういうルールにのっとっていかなきゃいけないのかというのを今は国と都道府県が分担して決めています。以前は国が基本的に厚生労働省令を定め、それにのっとって都道府県が指導しているということでしたが、近年、地域主権の流れの中で、都道府県が条例を定めるようになりました。細かく言うと内容によって、この部分は国の枠組みでやってください、ここは都道府県が決めてくださいということですが。

ただ、以前に比べると、都道府県はかなり条例で定めているということになりますので、この権限を道州が担った場合にはどうするか。そのときに国と今の都道府県の間分担関係はどういうふうになるのか。結論的に言えば、道州がやるということであれば、今以上に国が決めるということではなくて、道州が決めていく余地を増やしていくというふうに、一般論としては考えられます。

生活保護ですけれども、事務局の案では、これは国がやるのではないのでしょうかという資料になっているかと思いますが、実は諸外国を見ると、必ずしも国が全部やっ

ているかというところでもなくて、かなり地方でやっているという国もあります。したがって、論理的に言うと、必ず国がやらなきゃいけないのかというところ、そうではないとは思いますが。

一方で、日本の国民感覚からすると、やっぱり最後のナショナル・ミニマムは平等であるべきじゃないかというのが、これは感覚的な問題なので恐縮ですけども、一般論としてはそういう感覚かなと思います。

もう少し、あまり感覚では申し上げられないので、法的な観点で申し上げますと、今、憲法の25条があって、そこで「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と書いてあります。それを受けて、生活保護法の第1条に目的規定があって、「日本国憲法第25条に規定する理念に基き、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」云々というふうに、生活保護法の目的として憲法25条を引っ張っています。

憲法を引っ張っている法律はそんなに多くないと思いますけれども、生活保護法の場合、1条という目的規定ですから一番です。その法律自体の枠組みを決める条文で憲法25条を引っ張って、国が最低限度の生活保障をしようとしています。ほかにも2条というのがあります、無差別平等という条文ですね。「すべて国民は、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」と書いています。

道州制ということまでやって、都道府県を廃止して道州というものを作って、そこまでやって日本のあり方を変えるということであれば、生活保護法にしても介護保険法にしても法律は自由に変えて良いと思います。したがって、今、法律で都道府県と書いてあるところを道州と書きかえるだけでは何の意味もないと思うので、枠組みも変えて良いと思いますが、生活保護について言うと、憲法25条があって、生活保護法の目的がそれを引っ張って、こういう形になっているので、これは結構重いだらうと。他の法律は結構いろいろ変える余地があるだらうけれども、この生活保護という部分について言うと、かなり国がしっかりと最低限度の保障をすべきだという要請は強い

だろうというふうに法的には言えると。あるいは、それを今変えるという国民的な感情があるかという、そこまでは少なくとも言えないというふうに思います。

そういう意味で私自身もいろいろ考えて、別に国じゃなくても良いと思ったりもしましたが、法律的に考えますと事務局整理案のとおりでありまして、ナショナル・ミニマムとして国が強く役割を残すと。したがって、生活扶助の基準などは国が設定するのが基本なのだろうと思います。

その場合、生活保護では、今は福祉事務所を、市部においては市が、町村部においては基本的に都道府県が設置しています。そうすると、この福祉事務所をどうするのかという話が次に実施体制として出てまいります。

これについては、一般的に言うと、もし都道府県を廃止した道州を考えるのであれば、普通に考えますと道州となりますけれども、道州が広域の福祉事務所を全て本当に運営していくというのが効率的なのかなというふうに考えますと、やや疑問があります。

町村では今、鳥取県、島根県、広島県ではかなり大規模に、ほとんどの町村が福祉事務所を引き受けてやっているということがあります。現時点で、それでやっているということも考えますと、道州制を導入した場合には、町村に福祉事務所を設置する権限を移すというのが、生活保護については一つあるのかなと。ただ、当然町村ではできませんという意見もあるでしょうから、そこは共同設置とか、水平的な連携を考えるのだろうなど。垂直連携というよりも水平連携かなという気はいたします。

そうなりますと、生活保護については、道州が担う部分はあまり大きくないだろうと思われま。財政的には今、国が4分の3で、実施主体が4分の1です。負担割合については意見があるところなので、これだと言うつもりはありませんが、今の制度を引き写して考えれば、市町村が4分の1で、国が4分の3というのが一つのイメージかなと思います。

次に医療ですけれども、生活保護や福祉と違う部分としては、現在の流れというの

がまず一つあります。その流れというのは、社会保障制度改革国民会議が報告を出して、それに基づいて8月21日に一定の部分を閣議決定しています。非常に端的に、全体的に言うと、都道府県単位にいろんな権限を集めて、都道府県ごとに行ったほうが、効率的で効果的な医療制度になるのではないかという方向です。

最たるものが国民健康保険制度です。今は基本的には市町村が保険者ですが、閣議決定されたところでは、「国保の運營業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としましょう」というふうに書いてあります。

とはいえ、国民健康保険は財政運営とか運營業務を都道府県が担うと言っても、今は市町村がやっていますので、どこまで本当に都道府県がやるのかというのは、実は今申し上げただけしか決まっていないので、例えば保険料というものを今、市町村ごとに決めているわけですが、都道府県で一本にするのかとか、そういった詳細についてはまだ決まっていません。なので、この都道府県単位の集約のあり方いかんによって、オプションというのは変わってくるのかなという気はいたします。

その上で、基本的には都道府県がもし廃止されるということであれば、都道府県がないですから道州にするのか、市町村にするのかですけれども、国民健康保険を考えると市町村単位では財政が担えないということで都道府県単位という考え方があるのではないかという議論をしていますので、そこからすると市町村に戻すというのはいやりに考えにくいだろうと。ということは道州が一定の役割を担うと。

医療計画ですとか医療提供体制も今、国民会議の議論では都道府県の役割を強化しましょうという言い方をしていますが、これも同様に都道府県がなくなるのであれば、市町村に戻すというよりは道州が担うということが考えられます。

その場合に、例えばですが、診療報酬は今、国が価格は決めているということなのですが、全てではないにしても、道州が一定の役割をもっと担うという方向にしないと、申し上げたように分権の方向からは逆になってしまうので、やはり国からそういう権限を少し持つてくるのが考えられます。道州はそこで、診療報酬について一定

の関与ないし決めるという要素ができて、医療計画についての役割が担えるということになって、財政運営もしていますということになれば、そこで完結するので、医療全体の効率化とか効果的な医療の枠組みというのは考える余地があるのではないかと
いうことであります。

ただ、今申し上げたのは実は結構理想的な話でありまして、二点申し上げます。

一つは、一番のメリットとして考えられるのは、今申し上げたように道州単位で、例えばがんの病院はこことここに配置して、生活習慣病、それ以外の病院はこことここだと。急性期だったらこことここだと。救急体制、三次だったらここ、二次だったらこことここ、一次はここというふうに、そういうところまで担えるのであれば、かなり効果的で効率的な医療制度が模索できる余地があるだろうと思いますが、日本の医療制度というのは、国民皆保険と並んで自由開業医制度というのがよく特徴だと言われます。病床については規制がありますが、開業については規制がありません。また、もともと病院というのは民間が担っている余地が大きいです。公立病院も国立病院もありますけれども、民間病院が多いわけです。そうすると、勝手に道州でここが良いと言っても、実際に民間主体が動くのかということ、これは現実的にはなかなか難しい面はあると思います。

もう一つは、都道府県と市町村の間でも国民健康保険制度のあり方については非常に議論があって、今ここに至って、もう少し都道府県でやるしかないだろうということで模索されていますが、かなり議論があります。これは医療保険に限らずそうですが、社会保障は最終的にはお金のやりとりというところがありまして、行政主体間においてお金のやりとりになりますと、損得というのが非常に大きく出てまいります。したがって、物事を変えるということのコスト自体が結構大きいと思います。かならず反対が出てきます。総論では一定の賛成があったとしても、各論で反対が出てしまいますし、総論でも折り合えないということもあります。したがって、社会保障制度で財政の運営を変えるというのは結構難しい。

資料ではインフラを書きましたけれども、保健所であるとか、福祉であれば福祉事務所などというインフラですね。その設置主体を変えるのはそれなりのコスト。コストというのはできるだけ意識するべきだと理解をしています。

感染症についてはもう特に言うことはないと思います。とりあえず国が現行の役割を担うということでございます。

全体的に申し上げますと、やはり公共事業ですとか産業振興ということに比べると、道州単位で見るということのメリットは社会保障について言うと、それほど大きなものではないかなというのが率直な印象です。

ただ、逆に言うと、決定的なデメリットがあるかということについて言うと、むしろ産業振興や公共事業も含めて考えて、全体が道州になるということであれば、それに従うということしかないと思いますので、全体によるだろうという意味で、全くこれだけで絶対無理という強いデメリットではないだろうというふうに思いますが、先ほど申し上げたように、コストというものは結構あるということは理解が必要だと思います。

あとは、道州にするのであれば、繰り返しになりますが、国の権限を大幅に移譲しなければ意味がないと思いますけれども、その場合は財政的な調整というのはいろいろあるかと思います。

一つ留意しなければいけないのは、仮に道州が担うということであれば、やはり財政的に道州が負担するという部分は、もっと大きくなるだろうと思います。つまり、負担はしないけれども権限があるというのはあり得ないということだと思うので、その決める権限があるところが負担をしますという、そういう形であれば、当然ながら国の権限を移譲するということがあるだろうと思います。

国民感情はまた別の話で、かなり平等志向が強いということがありますし、場合によっては非常にセンシティブな部分です。例えば、場合によったら命の値段が地域で違っていいのかという議論が出てくるかもしれませんので、そういう点は注意が必要

だろうと思います。

○新川座長 大変幅広く、示唆に富んだお話をいただきました。どうもありがとうございました。

それでは、引き続いて木村理事長からお話をいただければと思います。

○木村ゲスト 自治体国際化協会の木村と申します。今日はお呼びくださいまして本当に光栄です。

私は以前、奈良女子大学で教えており、社会保障では国際比較研究等をしてまいりました。そのことが少しでも皆様のお役に立てれば幸いです。また、熊木室長がわかりやすくお話しくささいましたので、私も話をしやすくなりありがたいと思います。

まず、レジュメの初めから申し上げますと、熊木室長が何度もおっしゃったこととも関係しますが、道州制になろうと、連邦国家あるいは単一国家であろうと、今の私たちの価値観は、医療や福祉は国民の安心・安全にかかわる重要な政策であるということではコンセンサスができていますし、機会の均等、それもアクセスの均等が、他の国と比べても尊重される国であると思います。「ああ皆保険で良かった」という声も聞かれるぐらいです。医療へのアクセスとか義務教育へのアクセスの均等は、日本では子供を連れてたホームレスがないぐらいに徹底していると思いますが、いずれも外部効果が大きいものであります。

また平等意識も強い国だと思えます。所得格差とか地域格差は絶えず問題として取り上げられる。余りに格差が拡大することを好んでいないということが言えます。

そしてまた、公的介護や公的医療を税金で賄っている国もありますが、日本では社会保険をずっと採用してきました。財やサービスの供給においては市場重視型、しかし価格は公定価格で純粹のマーケットとは言えませんので、準市場を形成するという全体的なコンセンサスというのが、これまでであったのではないのでしょうか。こういうことは、この先、数十年あまり変わらないのではないかと思います。

今回は医療と生活保護に議論を絞りたいという御要請をいただきました。道州制に

大きくかかわるのは、医療でも地域保険である国民健康保険であると思います。国民健康保険と生活保護はワーキングプア対策まで含めると、両者ともに実質的に貧困者対策の色合いが非常に強いです。生活保護は当然ですが、国民健康保険も今は実態としてそうになっています。その二つについて、道州制に関連して、どういう議論ができるのかということです。

生活保護は、こんなに色々な要因が一つの家族に重なったのかというぐらい、複合的要因によって慢性的貧困に陥った人や家族が対象です。生活全体を支援することが一つの特徴で、法定受託事務ですが、実施主体は市部については市、町村部については都道府県です（福祉事務所を設置する町村あり）。財源は、保護費については国が4分の3、自治体が4分の1で、ケースワーカーは自治体負担ということになっています。しかし、近年、生活保護費が過去最高を突破したというのがニュースになって、まだもっと増えると思いますが、さらに財政が悪化しているような状況です。

地方自治体の仕事で生活保護ほど地域格差があるのは珍しいのではないかと思います。地域格差が非常に大きくて、現在では大都市部の問題となっていて、特に近畿圏の政令市、市の保護率が高いです。平成25年4月で全国平均が16.9%に対して、大阪市が56.8%、京都市が32.3%、神戸市が31.9%で、このままでは市役所が大きな福祉事務所になってしまうのではないかと危惧するぐらいです。

保護率の格差は社会経済的要因で説明でき、離婚母子世帯の割合、借家住まいの高齢単身者の割合、所得水準、生活保護に対する抵抗感が大きい説明要因です。

生活保護は制度改正が必要で、現行制度は貧困原因が何であろうと同じ生活保護制度を適用していますが、例えば高齢者と就労支援が重要な稼得世代の分離とか、総合的な就労支援の枠組みの構築と言う制度改正が必要な分野です。

稼得世代には複合的な就労阻害要因を除く、アルコール依存症とかギャンブル依存症とかいろいろありますけれども、そういう要因を持った人たちのケアをしながら就労支援が必要ということで、単なる仕事を紹介しましょうということでは成り立ちに

くい、難しいことを一つ一つやっていかなければいけない分野です。そして福祉だけでなく、医療、労働、教育、介護、カウンセリングなど、総合的な貧困対策、タッグを組んで、みんなでやるようなものが必要だと思います。

就労支援につきましても、現在の生活保護の就労支援を見ていると、その地域に仕事があるかないかということが重要になっていますけれども、日本全体で職業間や地域間のマッチングが重要だと思います。

2番目の国民健康保険ですが、被保険者の属性が大きく変わったことは御承知のとおりで、ワーキングプア、ボーダーライン層あるいは無職が多数ですので、保険料負担能力が低下し絶えず財政問題に直面しています。

国民皆保険、医療へのアクセスの均等については国民が価値を置いているが、それが成立するための他の制度に対するバッファの役割を国民健康保険が担っていると思います。貧しい人だけを対象にした医療制度は、恐らく日本人は受け付けないと思います。だから、国民健康保険に生活保護以外の所得の低い人を集めているおかげで、ほかの保険者がかなりワークしているということもあるのではないかと思います。

国民健康保険は自治体の自治事務で、保険者は市町村で、医療給付費の2分の1を保険料、残りを国、都道府県等が負担することになっていますが、保険料のところでは、被保険者に保険料負担能力がないために、保険者である市町村が一般財源からかなり投入しているのが現状で、市町村も大変です。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がありますが、保険料は条例で規定する。こういう形になっています。

医療供給体制は、熊木室長がおっしゃったように、医療施設の偏在が大きな問題です。生活保護と違って、医療は福祉と一緒に、首長さんが選挙のときにいろいろ、自分はこちらまでします、救急医療はこちらまでしますと、ある程度PRにも使えるところですが、県内の医療計画は、交通機関の発達に対応しているかということもあります。

国が基準や大枠の方針を決定しますが、保健医療計画の策定は、先ほど室長もおつ

しゃったように都道府県の事務で、医療圏域の設定、病床数、医療連携体制などをこの保健医療計画の中に盛り込むことになっています。

道州制は現在の課題を果たして解決できるのかとか、道州制にしても変えることが難しいのはどういう点かとか、制度設計、実施主体、財政負担の問題、権限移譲とか、それに伴って組織の編成をどうしたらいいか等という問題があります。道州制については、色々なことが議論されてきました。私に関西にいるときでも、都道府県はそのままにして関西ユニオンでいいのではないかという意見もございましたし、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、いろんな想定がありますが、いずれのものになろうと、共通項は行政の広域化と権限移譲の推進、それによって住民の生活の質が豊かになり、財政的には効率的な運営ができるようになるかだと思います。

まず生活保護についての考えを申し上げます。

生活保護は、実施主体としては自治体の仕事になっていますが、例えば地方交付税で見るような平均的な仕事ではありません。なぜならば、貧困は全国で平等に起きるわけではなくて、地域限定的で突発的に起き、迅速な対応が必要であります。

先ほど申し上げたように地域格差が大きく、豊かな州に貧困が多いとも限らないです。

生活保護率が高い地域は、時代により変遷します。今から50～60年前は、大阪は全国で一番生活保護率が低かったですけれども、今は高いです。保護率は産業構造の変化などに大きく左右されますし、貧困の地域は絶えず変わりますし、貧困は地域ごとといえるほどに大きな規模で起きます。

貧困に対しては、地域独自の対応が難しいという点が一番大きな特徴じゃないでしょうか。国が貧困対策を支え続けることは必要です。

特に財政面では国が責任を担うことが重要で、大規模に貧困が起きると、地方では担い切れません。

生活保護受給者の生活をケアするという観点からは、例えば高齢者と稼得世代を分離し、高齢者の生活支援、つまり、今さら就労で自立するということもなくて、生活を見守りながら現金給付をしますという点で、広域化することのメリットは余りないのではないかと思います。

ボーダーライン層は慢性的な貧困にはまだ陥っておらず、一時的な貧困だが十分な支援がなければ慢性的な貧困に陥っていきそうな人です。収入も生活保護基準の近辺の人ですね。ボーダーライン層と生活保護を受給している若い世代の就労支援をシステム化するという観点からすると、広域化はメリットだと思います。

貧困に至る複合的な阻害要因を除くためには、生活保護のケースワーカーだけではなく、労働や教育など各部の連携と、カウンセラーなどの専門家集団、NPOとの連携が必要ですので、こうしたところは広域であるのがいいのではないかと思います。

熟練したコーディネーターや各分野の専門家の確保が重要です。若い職員でいきなり生活保護をやっている人がいますが、私は人事配置上荒っぽいのではないかと思います。こういう分野こそ熟練した人が必要で、困難に直面した人をどう支えるかは本当にプロが欲しい分野だと思います。

例えばハローワークを地方に移管したいという話もありますけれども、仮にそうしたとしても、今の失業問題を解決するには、先ほど申し上げましたように、職業と地域のマッチングというのが大事になりますので、域内だけではなく、全国と連携した情報が要ります。ハローワークを地方に移管したとしても、この生活保護近辺の就労支援ということになると福祉マインドとマッチング機能の発揮、この二つが重要になるということです。

次に、国民健康保険ですが、行政とは分離させるほうがいいと思います。役所と保険者では仕事の仕方が違うと思うからです。

役所の人が保険者の仕事をするのではなく、プロ集団が保険を運営する。自治体職員は一部出向しますが、健康づくりによって保険支出を抑制する策をともに考える

らいです。保険者のトップは知事たち、あるいは州知事の医療対策の右腕になるぐらいの人を置き、都道府県や市町村にかかわらず、自治体は国保の保険者としての仕事をしないほうがいいのではないかと。

各州で一つの国民健康保険を設立し、リスクの分散とか規模の経済を図りますが、保険者機能を強化し診療報酬や診療内容を自分で決定することはもちろん、医療供給体制との関係からは、これは議論があると思いますが、保険医や保険契約する医療機関の指定・契約、病床数の決定、審査も一体となって、保険者みずからが行う。

市町村の健康づくりも、保険者のマネジメントに入れ込んでいく。たとえば、今、地方厚生局が持っている役割を国民健康保険の保険者に移して、保険者機能の強化によって地域偏在をなくすように誘導していけばいいのではないかと。そのときには当然、医療機関もきちんと数年間の運営が成り立つようにしなければなりません。

国民健康保険は皆保険の砦だと思いますので、国の補助金とか、ほかの保険者からの支援金が要るだろうと思います。被保険者の年齢構造や所得構造など構造的に違う部分については、かなり支えてあげないといけないのではないかと。

医療供給体制ですが、医療計画の策定に当たっては、広域化のメリットは大きいと思います。

資料に「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」とありますが、たぶん都道府県内だけで私たち国民の医療受診行動は終わっていないので、広域の州ぐらいにするほうがいいのではないかと。

御質問とか、あるいは議論すべき点とかがあると思いますので、一応レジュメに従った発表はこのへんにいたします。

○新川座長 ありがとうございました。

木村理事長からは少し具体的な方向にもわたって、貴重な御指摘をいただきました。

始めてから1時間少々たっております。ここで、若干休憩を置かせていただいて、始めたいと思います。10分程度休憩ということで、10時45分から再開ということによ

ろしくお願いいたしたいと思います。

両先生、どうも御講演ありがとうございました。

○新川座長 それでは、時間になりましたので再開をさせていただきたいと思えます。

熊木室長、木村理事長、両先生からお話をいただきました。私どもの研究会メンバーからも御質問を申し上げさせていただきたい点があるかと思えますので、まず少し、各委員から御質問や御意見などもございましたらいただきまして、この場での理解を深め、議論を進めていければというふうに思えます。

○山下副座長 生活保護に関するところで、熊木室長がおっしゃられたように、道州にするメリットは余りないのではないかというのは、おっしゃるとおりかなと思っていて、狭い意味の生活保護行政の実施体制といいますか、それをいわば国と基礎自治体という形でやっていけるのかどうか、むしろ道州の役割が限りなくゼロに近い体制というのは考えられるのかどうかというのが一つ。

木村理事長から、ボーダーライン層とか生活保護を受給しているけれども就労可能な世代について、就労支援その他のサポートは広域化したほうがネットワーク化をしやすいのではないかという御指摘がありました。広域化というよりは、むしろ専門性を持った人材の確保とか、あるいは行政だけでなくNPOとかを含めたあたりのネットワーク化というのが、今の都道府県単位ではちょっと小さ過ぎるのではないか。もう少し広域で考えたほうがネットワークをつくりやすいのではないかという御指摘だったのですが、これは必ずしも都道府県から道州という形の、行政主体を広域化しなければできないという話でもないのかなというふうにも思っていて、いわばそういうネットワーク化というところは、熊木室長、どうお考えかというところをちょっと教えていただければと思いました。木村理事長のお考えをどう受けておられるのか。

極端に言えば、生活保護のところでは道州制を導入するとしても、だからといって

道州を無理やり介在させなければいけないような必要性はないのではないかというふうにも考えたのですが、いかがでしょうか。ちょっと荒っぽいようではございますけれども。

○熊木ゲスト　まず、資料1－7というのを事務局さんがつくってくださっていて、これを見るとわかりやすいかなと思いますけれども、この資料1－7というのは、道州制にした場合の生活保護制度のあり方のイメージ例で、今は国が4分の3で、4分の1は福祉事務所設置自治体です。福祉事務所設置自治体というのは市が基本です。町村部は都道府県。道州制にした場合に、私が申し上げたように、全部基礎自治体に福祉事務所を置くということにするというのが一つの選択肢かなと。そうすると道州というのは、例えば今、市について言うと、基本的には都道府県というのは大きな関与はなく、国が4分の3で、市が4分の1で、基本ダイレクトでやっていると思っても差し支えないと思うので、そうなれば道州の役割というのは余りないのではないかと思います。

確かにこの資料1－7を見ても、「広域自治体として担うべき役割」と書いてありますが、「保護施設等の認可」ですね。この認可みたいなものは、決定的な役割ということではないだろうと思うので、やるならやるでいいと思うし、ほかのところがあればいいということがあるかもしれない。

次の「小規模町村の補完」ですけれども、これも町村がもしできないと言っても、先ほど申し上げたように島根、鳥取、広島ではやっているし、共同設置ということもあるだろうから、そういう意味では必ず道州が絶対やらなきゃいけないのかということ、そこまでいかないのではないかと。

もう少し言うと、国が全部、直接に市町村とやるということになることが、国が今度できるのかどうかというのはもう一つあると思います。それについて言うと、これは難しいですが、今、福祉事務所を設置している自治体は全国に900あります。市町村は1,700程度だと思うので、要は、国からすると、今900を相手にしていることが1,700になるということなので、当然大変な方向にはなりません。しかしできないかと

言われると、恐らくはそうでもないだろうということになります。

したがって、若干のデメリットといいますか、正直申し上げて、今の都道府県と市町村という枠組みでやるより、いいのかと言われると、ちょっと微妙に思いますが、できるかと言われれば、できるということになるかなということ。その場合、道州というのは余り役割を担わないのではないかと思われる。ただ、一つの留意点で、先ほど申し上げたように、介護保険だとか障害だとかそういったものについて、もっと国の権限を大胆に移譲して道州が担うとなると、道州が一定程度福祉についてもコントロールタワーになりましょうということだと思います。そのときに、生活保護についてはほとんど見ていませんというのがいいかと言われると、それは若干の躊躇はあります。

したがって、現実的には、ここに括弧で書いてありますように一定の、道州も多少、部ではないでしょうし課が一個できるかどうかは別にしても係なのか室なのかわかりませんが、そういう多少の機能を担っていて、そこはコントロールタワーをほかの分野で担うときの整合性を見ているということも必要かなというふうには思います。

○新川座長 ありがとうございました。

木村理事長を外した格好になってしまいました。特に知事会の新たなセーフティネットの議論のところと先ほどの山下副座長のさまざまな専門性や分野を越えたシステム化というようなお話もございました。特に稼得世代の困窮者をどういうふうに考えていくのかという点で、少しイメージを膨らませるとどうなるのかということに私も興味ありますので、少し木村理事長からも補足をいただければと思います。よろしくをお願いします。

○木村ゲスト お時間をいただきありがとうございます。

資料3-2の別紙2ですが、平成18年10月に行った全国知事会と全国市長会で新たなセーフティネット検討会の報告書に掲載したものでございます。政令市や知事会が生活保護の改正案を提案する時は、この案が基本的なアウトラインになっています。

最大限5年間の有期の就労支援、5年間というところがすごく論争されましたが、集中的な就労支援が重要ですという意味です。

大きな特徴は先ほど申し上げたように高齢者世代と稼働世代に分けること。稼働世代でも要保護者とボーダーライン層がありますね。一番大事なのは、ボーダーライン層が慢性的貧困に陥らないことなので、そのボーダーライン層の支援と、生活保護を受給しているが働ける可能性が大きいという人たちの二つの支援を総合的に考えてみようということなのです。

そこでは、稼働世代に集中的な人的資源を投入し、各部門の一体的な連携で生活保護部門、医療・社会福祉部門、労働部門、教育部門が一体となって貧困対策をするということが必要です。

育児・介護などの家族支援、自立計画を策定してのセラピーなど、先ほど申し上げましたような就労阻害要因を徐々に除いていきましょう。職業経験、職業訓練、職業教育、これも例えば県立大学を利用するとかして、就労プログラムを実施していきましょう。

上記の体制を組む時には、例えば道州制のもとでと仮定すると、州が貧困対策をきちんとするという明確なアナウンスメントを住民にする。生活保護部門、医療・社会福祉部門、労働部門、教育部門なども一緒になって貧困対策に取り組むというアナウンスは重要じゃないかと思います。

結局、人的資源や機関などの配置の問題です。広域行政にして専門家の配置も考えていくということなのです。

生活保護の聞き取りに行ったときに、私が残念だなと思ったのは、この町に仕事がないから、もう就労支援は打ち切りだというのが割合、郡部のほうにありまして、それならもっと全国的な、広域の仕事のマッチングのシステムがあるほうがいいのではないかと考えるようになりました。結局、配分とマッチングの点で広域のメリットはあるかなということなのです。

○熊木ゲスト 先ほど山下副座長の御質問に対して、私、三つぐらい申し上げましたが、二つぐらい、今のいい御提案があったので、プラスしなきゃいけないなど。前から申し上げるべきだったのですが、まず、この図を見ると、生活保護について稼働年齢層は有期にしますというのは、先ほどちょっと説明した憲法とか生活保護法の今の枠組みからすると、非常に難しいなというふうには思っています。

むしろ今、政策としては、このボーダーライン層というところに合致していますが、生活保護以外のところについて今まで支援の枠組みがなかったので、しっかり就労支援をする枠組みをつくろうと提案しようとしているところなんですね。先の国会でも提案して廃案になったので、もう一回やろうということです。そういう意味では全体的に言うと、稼働年齢層については、もっときちっとした就労支援をしましょうというのを考えています。

二点、きょうの議論で、先ほどの私の説明にプラスしなきゃいけないなと思ったのは、一つ重要なのは、確かに道州の役割として、恐らく町村が就労支援というのは難しいです。今でもハローワークというような枠組みがあって、そこにも論争がありまして、都道府県には大概雇用政策課とかがあって雇用の助成、色々な政策的な枠組みを持っているということがあるので、そうすると恐らく都道府県が廃止されて道州になったとしても、道州は一定程度就労とか雇用とかの政策的なノウハウ、あるいはツールを持ち得るだろうと思いますが、現時点では、町村は就労とか雇用とかいうものについては、ほとんどノウハウがないので難しいです。

したがって、生活保護について国と市町村が主にやるとしても、確かに道州が就労支援だとか雇用だとか、あるいは、例として申し上げただけですけど、木村理事長がおっしゃるように、ほかにも教育などいろいろあると思うので、そういう面はかなりバックアップをしないと難しい。したがって、やはり道州がある程度の権限を残さざるを得ないというか、残すべきだろうなど。

それに加えて、そういう場合は、正直言って町村がもう少し規模を拡大、合併みた

いなことをしていただかないと実際には、やはり難しいのではないかなど。今まで平成の大合併があって、一旦収束しているということなので、合併という部分で見れば、もう一定程度落ちついているけれども、やはりもし道州とか、あるいは新しい仕組みを考えるのであれば、そこはもう一回考えなければいけないのかもしれない。これは感想です。

○木村ゲスト そこがよく誤解されてきましたので、一つだけ補足させてください。

私たちも、憲法25条があるのは承知しています。有期保護制度は期間を定めて集中的に就労支援しましょうと言っているだけで、それ以後は生活保護を切りましょうという意味じゃなくて、これ以上就労支援しても難しいですねという人には従来の生活保護に移行するというということが別紙2の右に明記されています。したがって、私たちの案はナショナル・ミニマムには違反していません。

○北村委員 前半の生活保護行政で一件、質問させてもらいたいと思います。熊本室長がおっしゃったように、道州制に移行するからには、国から道州に権限とか機能というのはある程度移譲されないと、新しい広域制度をつくる意味がなくて、県の機能だけが基礎自治体と道州に移行するのでは、やや問題があるとおっしゃいましたが、そのとおりだと思っております。その意味では社会保障の分野では、道州制後の国のイメージをどう持つのかということが重要であろうという気がしていました。

私どもとして、これまで議論してきたことは、その点では二つぐらいあります。一つは、府県を越える新しい広域行政に道州が対応する場合には、どういう仕組みが望ましいのかという議論ですね。単に国の省庁を道州に移すだけではなくて、調整連携型というのか、そういったものがどう組めるのかという問題です。もう一つは、分権というのは基礎自治体がさまざまなことを自己責任・自己決定できることですから、基礎自治体をどう強めていくのかというときに、市町村合併というのは一つの選択肢ですけれども、水平的連携とか、垂直的補完というものを考えながら、基礎自治体に

おける自治を強めてゆくことを、そういう方向について考えていこうということです。

そういう観点で見ると、生活保護行政の分野について、道州を導入した場合に、国からどういった機能、権限が移譲されるかの問題についてです。熊木室長は、その面では余りなくて、もしそれが医療とか介護とかという問題がセットになって出てきた場合には、道州が何らかの機能を果たし得るのではないかということでしたけれども、もし、セットになって医療や介護の機能が道州に移行する場合には、生活保護としてはどういった機能を道州が担うことになるのかについて、少しお話を伺えればありがたいと思います。

木村理事長には、生活保護関係でいわゆる就労支援は新しい機能として道州が担い得るけれども、従来の生活保護行政は、基本的に国で変わらないということであるのか。基本的にナショナル・ミニマムの最も根幹にかかわる行政ですから、国から道州への機能の移譲が想定されるのかどうかという点について、少しお伺いできればと思います。

○熊木ゲスト 結論的に言うと、介護と医療で道州が大きな役割を担うとしたとしても、生活保護行政で道州が担う役割というのはやはり、かなり限定的だと思います。

今申し上げたように、一番簡単に言ってしまうと、もう道州は担わない、生活保護は国と基礎自治体でやりますというのが一番すばつといくけれども、それには若干の躊躇があるかなということでありまして、道州は全く知らないということで、介護・医療等の政策をプランしているにもかかわらず、そこは権限がないので全く知らないですというのは、ちょっと一貫性に欠けるかなということです。

では具体的に今、国がやっている生活保護行政について道州が担うということで見ると、極めて少ないと思います。先ほど申し上げたように、少し就労などはありますが、それは今、都道府県などがやっていることを道州が担うべきというのが一つあると思います。自立の助長についてのプランというのは、都道府県で、道州で検討され

ていいと思いますけども、それでそこに就労支援としては我が道州がこういうことをやっていくと。その中で各自治体が生活保護を担うと、そういうのはあるわけで、全体としてはそういう動き方があると思いますが、こと国がというとちょっとあまり思いつかないです。

○木村ゲスト 日本生活保護を見ても、国の基準が地域ごとにかなり細かいです。例えばその地域の住宅手当も築20年で2DKが借りられるくらいに設定されています。ですから、地域に合わずに困るという意見は、ほとんど聞いたことがありません。ドイツの生活保護水準は、国が大枠の基準だけを決めて、各州はそれにそって基準を決めています。それでも結果としてはそんなに州の間で差がありません。というのは、ナショナル・ミニマムの基準は、自由に決めさせると引き下げ競争になることがあるからだと思います。こういう件に関しては、あの地域に行ったら物すごく生活保護の条件が厳しいが、この地方に行ったら物すごく生活保護の条件がゆるく優遇されるというようなことはしないというコンセンサスが日本でもあると思います。仮に地方が生活保護基準を自由に決めるとなっても、結果として今のラインとほとんど変わらないのではないかと考えています。

就労支援の財源は、やはり国全体で、貧困が発生する地域を支えるという枠組みがなければ、非常に難しいというのが私の見解です。私は地方ができるものはどんどん地方がすればいいという派ですけれども、貧困対策に関する限りは地方で担うのは非常に難しいです。

○村上委員 まず細かいところを質問させていただいて、それから一つ、ちょっと大きな考え方を質問させていただきたいと思います。

一番細かいことですが、ナショナル・ミニマムというときの、ナショナルの概念は居住者が対象ですか、それとも国籍のある人が対象ですか。在住者は含めておられますか。そのあたりが、もし道州になったときに州ごとに基準が変わってくると困るのかなど、疑問を持ちました。

それから、また小さいことですが、先ほど介護保険において、事業者規制で、国が省令で決めておられるものと、地方に任せているものとで分野が分かれているとおっしゃっていましたが、この、まだ省令で定めている事業者規制というのは、これは道州に移管することが可能なようなものなのか、いやこれは絶対、国が決めておくべきものなのか、それを知っておきたいと思いました。

次に、先ほど医療で、もし道州に大きな権限を渡すとすれば、診療報酬は道州が設定してもいいのではないかというニュアンスだったかと思いますが、もし診療報酬を道州で決めますと、高いところに医師が移動するおそれがないのでしょうか。イギリスで国営になったときに、イギリスからアメリカに優秀な医者がどんどん移住したという事例もありますので、そうするとやはりちょっと問題があるかなと思いました。

それから、大きな問題ですけれども、負担しないが権限ありということはないというふうにまとめておっしゃっていただいたと思いますが、基準を定めれば、それを根拠に財源保障をするというお考えなののでしょうか。大学紛争のときに学長が、ノットコントロール、バットサポートでやってもらわないと私学はやっていけないと強く主張いたしましたので、基準を国が定めているから国はサポートするというのではなく、権限も地方にあるけれども、必要なものはナショナル・ミニマムとして国がサポートするという考えはあり得ないのかということです。

この4点をお聞きしたいと思います。

それから、木村理事長にお伺いしたいのは、道州で保険を機能的に運営するということですが、後期高齢者について今、組合健保からかなりの拠出があると思いますけれども、これを運営していくのに道州となりますと、東京に本社が集中しておりますので、企業の存在が非常に少ないところで組合健保からの拠出が可能なのかどうか。今、組合健保とか協会健保から後期高齢者医療に対する拠出のあり方、こういったことを含めてどうなのかなというのを疑問に持ちました。

○熊木ゲスト ナショナル・ミニマムということについていうと、今の時点でル

ールがあるわけではないと思いますので、道州になったときに改めて考えるべき事柄だろうとは思いますが。今、例えば生活保護であれば、日本国籍を持つ方に対して法律が適用されていて、一方で外国籍の方については人道上ということで予算措置がなされていて、同じ基準でなされているということをございます。

生活保護についていえば、国が生活扶助についても基本的には見ていくべきじゃないかということであれば、仮に道州がやりますというときには、その際に道州でどうするか。まず、何も縛らないと確かに道州によって変わる、取り扱いが変わるという可能性があるのはおっしゃるとおりなので、もしそれがまずいということであれば一定の基準というものは決めた上で、その範囲で道州にお願いするということになるだろうと思います。

それから介護についてですが、介護というのはそもそも質というものを担保していかなければいけないということで、例えば老人ホームの床面積、居室の面積ですとか、それから利用者3人に対して従事者1人は配置してくださいとか、そういう人員配置、こういったものが従うべき基準ということで、今まだ国が留保していますが一方で、かなりの部分は実は自治体に委ねていて、それ以外のもの、例えば定員ですとか、記録はしないといけないとか、そういったほとんどのルールは現在、参酌すべき基準ということになっています。

私が申し上げた中では、基本的には道州でやるということであれば、道州がある程度基準も決めるだろうと。その際、もう一度国に残すべき部分と、道州が担うべき部分を考えるんですけども、今の都道府県よりは当然ふやすだろうと。それは一つには今47都道府県で検討していて、ほとんど同じと言えば同じなんですね、結局。だからあまり意味もないし、それからそれを考えるために一から政策検討すると、データを集めなければいけなくて、そのためのノウハウを持っている人もいないといけなくて大変ですが、道州ぐらいになれば、ある程度データベースも整備できるだろうし、それだけの政策検討する人を配置するということもできるだろうと思うので、その意

味ではかなりの部分は移譲するのだろうと思います。

例えば老人ホームの床面積について、都市部と地方ではかなり違うのではないかという意見がもともとあると思います。車椅子が入って出られないといけないということはあるので、おのずと範囲というものがありますが、それは別に国がこうだからということじゃなくて、自治体でお考えいただいてやっぱりそうだということであればいいことでもありますので、今の時点でこれは絶対移すべき、これは残すべきというのはございませんが、かなりの部分は移すということで検討すべきであると思います。

それから質について高い基準を求めるのであれば高い報酬を払うということになります。それから基準を低くするというのであれば低い報酬であるべきですね。したがってそこはセットだと思います。だから、報酬は国が全部決めているが基準は道州が決めた、それはないということです。つまり、供給側にお支払いするときに、あなたがこの値段だからこれだけの人をつけてくださいとか、この値段ですからこれだけの老人ホームを作ってくださいというやり方になるので、基準をつくる人と価格を決める人ではある程度、そろえないといけないと思うので、そういう意味では道州が報酬を決めていくということが考えられるのではないかと申し上げました。

ただ、恐らく基準についても国が最低限担保するところがあるとすれば、報酬についても、これは診療報酬も介護報酬も障害福祉報酬も同じですけども、国が一定のもしかしたらガイドラインかもしれないし、ここは変えてはだめというところを決めた上で、プラスアルファについて下げるにせよ、上げるにせよ、道州が一定のアレンジができるというスタイルだろうと、まずイメージとしては思います。

その際、医師について例えば高い報酬を払うとなれば、そこに医師が集中するのではないかというのはいり得ます。高い報酬を払うということは、普通は基準も高いだろうとは思いますが。ただ、それを防ぐという意味でも、先ほど申し上げたように、やはりお金を負担するということがセットでないと、負担はしないけれども高い報酬を設定しますということになれば、どんどんその道州は医療が充実します。

しかし、全然負担していないということになると、これは不公平だということになると思いますね、ほかの道州からすると。国の費用で医師が結局あそこばかり行くということになるので、そういう意味で価格を決めるのであれば負担もある程度はしなければいけない。

ただこれは、先ほど申し上げたように、全部道州という意味ではなくて、報酬についての基準もある程度国に残して、地方でアレンジをするということだとするならば、財源についても国がまったく見ないということではなくて、国が一定見た上で、今申し上げた権限によって財源の大きさというのは変わってくるというイメージを持っています。

道州制になって一番いいのは、ノットコントロール、バットサポートだと思いますが、他の道州との公平性ということからすると、一定の今申し上げたようなルールは必要かなと思います。

木村理事長がおっしゃっていましたが、実際には、国が決めているものが道州に移ったとして、今の日本で、道州でどんと価格を変えたり、枠組みを変えたりというのは、実際にはそんなに大きくはないだろうなとは思っています。

○木村ゲスト 大学院で社会保障を学び始めたときに、生活保護は国籍を限定すべきか、あるいは国籍にかかわらず貧しい居住者に給付すべきなのかという議論がありました。結論は、国籍要件は維持すべきであるとなりました。なぜなら、国ごとに生活水準が異なるため、自国で働くよりも他国で生活保護を受ける方が豊かな生活ができる場合、生活保護受給目的で移り住んで来る人を排除する必要があるからです。例外的に、人道的な立場から日本でも、ナイジェリア国籍とか中国国籍の人で、生活保護受給者がいますが、それが例外的なものであるというのが、多くの国のスタンスではないかと思えます。

それから二番目に御質問いただいた後期高齢者ですけれども、これはやはり生涯における保障という観点で、健康保険組合との財政調整は要るだろうと考えます。一つ

の州だけで単独にできる性格のものではないと思います。

○新川座長 医療保険にも入りましたので、北村委員どうぞ。

○北村委員 医療保険に入る前に、関連した質問があります。山下委員がおっしゃった生活困窮者ですが、就労支援をいわゆるネットワーク型・広域型でやったほうがいいというのは、僕もそうと思いますが、そのネットワークの組み方や領域の問題です。それは道州なのか、熊木室長がおっしゃったように現在でも府県が雇用政策をやっているわけですから、府県でネットワークを他府県と組むのか。北海道で就労支援をやっても、おのずと限度があって、東京との関係を考えなければいけないということがあります。道州という範囲であえてネットワークをつくる必要があるのか、全国ネットワークじゃないかと。そうすると現在、担っている府県に情報が集まってきて、47都道府県でネットワークを組んだほうがより機能的じゃないかという議論もあると思います。

我々も少し議論をしましたが、例えば琵琶湖・淀川水系という問題は、関西で完結します。そこでネットワークを組めば非常におもしろい行政ができるけれど、福祉全般の広域のネットワークというのは道州がいいのか、あるいは府県連合のネットワークがいいのか、そのところです。例えば就労の問題についていうと、どういう広域的ネットワークが最も望ましいのかという点で御意見があれば伺いたいと思います。

○熊木ゲスト 結論的にいうと、道州より都道府県のほうがいいのではないかと思います。この場合のネットワークというのは団体や機関のネットワークじゃなくて人のネットワークなので、道州単位で人のネットワークというのもちょっとイメージできないと思います。そういう意味では、都道府県を廃止して道州になるということについての強いデメリットかどうかという観点で申し上げましたが、そもそも今のままでいいのではないかと問われれば、特に就労支援についてこと先ほど来申し上げたように社会保障についていうと、道州にするメリットは余り大きくないようなイメージは持っています。

○木村ゲスト 北村委員がおっしゃった議論は、私は当然成り立つと思います。それもすごく重要です。ただ、府とか県が非常に恵まれているところはそれがいいだろうとは思いますが、あまり仕事がないところは、じゃあすぐ全国に行くかという、近畿でどうかという話にまずはなると思います。そういうときに近畿の域内で濃密なネットワークがあれば、人は皮膚感覚、生活感覚を重視しますので動きやすいのではないかという見解です。

○山下副座長 医療に関して熊木室長からお話がありましたが、これは委員会等で議論しているところを見ても、都道府県単位にシフトさせようという方向が見えますが、それは市町村レベルではもう担いきれない、支えきれないので、今の我が国の構造上、都道府県というものがあるから都道府県単位でという話になっているのではないかというところは気になっています。北村委員の先ほどの質問と同じですが、今あるから都道府県単位に移していこうということなのか、道州というものが導入されるのであれば道州という単位にシフトさせていこうという話になるのか、そのあたりのところをお伺いできればと思います。むしろ最適規模みたいな話になるかもしれないですけども。

○熊木ゲスト 難しい話だと思いますが、今、都道府県単位にシフトしようと言っている点についていうと、やっぱり一番大きなのは財政的な問題で、町村単位では国民健康保険の財政は維持できないだろうということが大きい部分ですね。

一方、福祉について見ると、基本的に社会保険制度というのは公的租税を使った仕組みです。介護保険とか保険制度がありますけれども、自治体が今までも事業を展開していますね、いろんな事業を考えたり。そういうことを考えたときに、市町村単位で、要するに住民に身近な部分がよりきめ細やかに、うちではこの事業をやろうとか、うちではお年寄りが多いからこういう事業をやろうとか、そういうことを考えるべきなので、市町村というのは福祉の問題をやりましょうと。

一方、医療というのはどうかというと、提供は当然病院が民間ですし、基本的に地

域によって医療のあり方というのが変わるかということ、そこはやはり先ほど申し上げたように命の問題だから基本的には平等性が強いと。となると、基礎自治体で展開するという局面は少なくなりますね、医療についていうと。したがって、財政的にいってもそうだし、提供のあり方からいっても市町村でやる必然性はやや低いということがあります。

次に、道州なのか都道府県なのかということですが、これは難しいものがあると思います。というのは、今申し上げたような意味合いからすると、それほど地域性がないのであれば、先ほど申し上げたように道州で見るというメリットはある程度あるだろうということです。例えば、先ほどから申し上げているように、医療機関の配置のようなことを本気でやって、報酬も考えていきたいと思いますということであれば、サービス単位でいうと都道府県か道州かは難しいですが、申し上げたように都道府県よりも道州のほうが余地があるのではないかと。要するに、データベースをそろえて検討しましょうというところを考えると、道州単位のほうが余地があるのではないかと。それから病院の配置についても、都道府県単位だけではなくて、やはりもう少し広く検討する余地ができるというメリットは道州にはあるだろう。

一方で、今申し上げたのは、道州でなければできないということでもないものから、今現実、都道府県があって、ない道州のことと両方を考えるというのは相当難しいですが、都道府県でもかなりのことはできる、程度問題でありまして、絶対的な話ではないだろうと思うので、道州もあるし、都道府県もあるしと。今のところは恐縮ですがなかなかそこまで至っていないのではないかなと思います。

少しまとめますと、道州でメリットはあると思いますが、都道府県でもできるというぐらいの感じであります。

○木村ゲスト 社会保障制度で道州と関係するものをいろいろより分けていきますと、医療では国民健康保険となります。生活保護も同じですが、国民健康保険の運営が市町村の一般行政を圧迫するほどの財政負担になっているということは、本当に

大きな問題です。

レジュメのここに書きましたように、もう行政では保険者としてのプロの働きができないのではないかと考えます。なぜかといいますと、行政とは働き方が違うからです。行政の方の働き方を見ていると、やはり基本は則を超えずです。それからマネジメントとは全く違う視点です。保険者の範囲は県でも小さく、州ぐらいの規模にすると、大きな保険者が出現することになって、交渉力もつくと考えます。

絶対道州制でなければできないという話でもなく、県があっても、国保を分離させて近畿圏で単一の保険者をつくろうという話でもいいですけども。

○山下副座長 後で木村理事長にもうちょっと聞きたいと思っていたのですが、例えば国民健康保険を行政から切り離すというのは、それこそ道州単位になるかほともかく、一種の独立事業体、共済みたいなものと同じような形になるのですか。

○新川座長 組合健保とか。

○木村ゲスト 価格交渉権も持つわけですね。それからこの地域はお医者さんが少ないので、自分たちはこの地域の医療機関と契約を結びたいというような場合、保険者の力を発揮すればよいのです。ということになると、公定価格のもとで保険料を決めて、その中で運営するという現状とはかなり違った方式になります。「保険料を下げるためには、地域で健康づくりをちゃんとしてくれ」というふうに、保険者のトップが知事とか市長たちとそういう話ができるとか、そういうことをイメージしているので、これはおっしゃるように現状のように州が存在しなくとも、国民健康保険を行政から分離させることもできると思いますが、今回は道州制と関連してということなので。どちらの体制でもできないことはない。

○北村委員 木村理事長が言われたのは、いわゆる保険者としての自立性とか交渉力という問題をおっしゃって、そうなってくると国保だけではなくて、ほかの健保や共済もそういう機能を持たなければいけないけれど、現状はそうになっていませんから、医療保険制度の抜本的な改革になりますよね。いわゆるフランス的な、あるいは

神野先生がいつもおっしゃっている社会保障政府ということになりますと、かなり大きな全面的な改革をお考えなのかどうかということが伺いたいことの一つです。また、そういうふうには保険者が自律的に意思決定をし、行動すると考えた場合に、国保の最適規模が府県なのか道州なのか、あるいは国レベルなのかという点です。

○木村ゲスト 保険者が価格決定権を持つ、交渉力を持つというのは、医療保険の保険者全体の話になってくると思います。それで、国民健康保険の保険者、国全体がいいのか、あるいは州がいいのかという話になりますけど、私はこのところの鍵は、国保は地域に根差しているというところがあって、それで地域の健康づくりのよなものをすぐ保険料の低下に反映させるとか、よくできている市町村は介護や健康づくりが充実して国保の保険料が安くなりましたという、すごく優秀なところがあるけれども、それができるようなインセンティブを地域保険の中に持っているといったら、国全体にしたらちょっと大き過ぎるような気もしないではないです。でも、ありだと思いますが。

○北村委員 地域保険とした場合に、道州で関西1,600万というのは地域なんでしょう、そういう意味での。

○木村ゲスト 私はそう思っています。

○北村委員 そこは論点になってくると思いますが。

○木村ゲスト 地域だと思いますけど。

○新川座長 ありがとうございます。

では、少し大ざっぱな話で恐縮ですが、特に医療保険を考えていったときに、医療の供給側の問題、日本の場合にはマーケットがありますし、それから同時に医療従事者についてもある意味では自由な市場で動いていく存在としてあるわけですが、逆に言うと、こういう医療労働力のコントロールであるとか、医療マーケットのコントロールそのものを含めて、一体にして医療保険の仕組みというのを考えていく必要があるのではないかというような、ごく大ざっぱなイメージは持っています。

そのときに、既存の市町村、都道府県の区域では不可能であるとしても、道州の単位であれば何がしか、そこに介入する余地というのはあるのかもしれないというような、そんなこともちょっと考えていましたが、思考実験みたいな話で、大ざっぱな話で恐縮ですが、このあたり、そういうイメージというのは持てるのか、持てないのか、そもそも無理なのか、今の医師法から何から全部変えていかないといけないので大変ですけれども、英連邦国家でやれているなら日本でできないことはないだろうぐらいのイメージではありますが、このあたり、もし両先生から少しコメントをいただけるとありがたいです。

○熊木ゲスト 先ほど来申し上げているように、もし道州制を考えるというのであれば、やはり道州にある程度権限を持たせるということを第一義、第一次案として考えて、その上で本当にそれができるのかどうかという思考過程だと思います。

そういう意味で、そのマーケットのコントロールも含めて、道州が担うということを考えてときに可能かどうかですね。それは、少なくとも一定は可能だと思います。ただ、先ほど来、山下副座長もおっしゃっていた、都道府県がいいのか、道州がいいのかというのは本当に難しい話で、今言ったように、道州にしたら一定の広域的に見る余地、可能性がある。

確かに移行するコストも難しいですね。今でさえ、もう少し都道府県の役割をふやしましょうと言っているぐらいで、まだ市から都道府県への移行期ですね。移行期で、しかもそれが定まった状況でもないという状況ですね。それをなし終えて、さらにそこから道州なのかどうなのかという話だと思うので、そういう意味では非常にコストの部分は予測しがたい。申し上げたように、財政を変えるということのコストはかなり大きく、その上で考えなきゃいけないですが、結論的にいうとコストが非常にかかるが、若干の余地はあるという感じです。医療とか社会保障だけで見れば、先ほどと同じ結論になりますが、道州にする強いメリットがあるとは言えないけれど、全体が道州になるという意味では、公共事業だとか産業振興を考えれば道州がやはりやって

いくべきだと、国の統治機構のあり方として道州をやるべきだということであれば、それに従ってやるならやるという。

○木村ゲスト 新川座長がおっしゃったのは、ほかの国で実施しているところがあるかということですね。日本の医療保険がむしろ刀狩りをされている状況で、保険者は価格も決めることができず、給付内容も決めることができない。普通は保険者というのはもっと自律的にそういうものを決めている。ドイツでもフランスでもそうですし。ドイツでも、地域保険は州単位でやっているということです。だから、全く荒唐無稽な話でもありません。

○村上委員 生活保護は医療が非常に大きな割合を占めておりますけれども、医療の現物給付を変えることはできないのでしょうか。まずは自分で自己負担をする、後で市役所なりに申請をして、所要額をもらう方向に変えることはできないのでしょうか。行けばただで見てもらえるというのは、ある種モラルハザードがあると思いますが、そういうことは生活保護の実態を知らないからと言われるかもしれないですが、その可能性はいかかなものなのでしょうか。

○熊木ゲスト これは大変難しい議論で、まず医療扶助といたしまして、確かに生活保護になると無料で医療も受けられるということなので、やはり疑問として出てきますし、実際に報道もされたりすることがありますけれども、例えば二つ、三つの医療機関にはしごの受診をして、やっぱり無駄ではないかというケースだとか、一番ひどいものになると雑誌などで出てくるのは、例えば睡眠薬とか精神安定剤とか、そういったものを処方してもらって、ほかの医療機関でも処方してもらって、ひどいケースになると転売して、もうけている。それを当然、申告していないという不正受給のケースです。そういうものが報道されたりしますので、そうすると、まずやはり医療がタダというのは、今、日本では基本的にはよくないという考え方が結構強い状況です。ただし、一旦、支払ってもらった上で、お金がないということで生活保護なので、後で生活保護で支払ったらどうかというのが先生の一つの意見だと思います。

実は、医療費扶助というのが生活保護の中で大体半分ぐらいの費用を占めているものですから、そういう財政的な見地から言っても、この議論というのは常に結構大きくされておりまして、それに対しては、いろいろやっていかなければいけないので、今回は法律改正も予定しているとか、そもそも診療行為がちゃんとチェックできるように、福祉事務所といいますとお医者さんが配置されているわけじゃ基本的にないとすると、なかなか医療行為まではわからないというところがありますが、できるだけ電子的に簡単にソートをかけるとチェックできるようにして、この受給者さんは医療費が高いとか、この医療機関だけ高いとか、そういうことを事務的にチェックできるようにして、きっちり見ていきましょう、それから、国もこれから指導に入りましょう、そういう形での改革を今考えているところです。

何でそういうやり方をとっているかという、実は統計をとりますと、生活保護を受けている方の1人当たりの医療費と生活保護以外の方、国保で見て、1人当たりの医療費を比較すると、国保のほうが高い、生活保護のほうが低いです、平均すると。それから、二つ、三つ医療機関に行っている割合というのも、生活保護を受けている方と生活保護を受けてない方とで基本的には変わらないです。これはどういうことかという、問題事例があると非常に目立つんですね。目立って、これはけしからんということになります、実際にはマクロ、平均的に見ると、ひどい受診行動をとっているわけではないということがわかってきました。

そこで、やっぱりひどいケースをきちっと捕まえるようにしましょうというのが改革の基本方向なので、レセプトを電子的にチェックできるようにするだとか、国が医療機関に指導に入れますだとかといったような、ひどいところをきちっとしっかりチェックするという方向で今考えています。

受給者全体に医療費の一部負担をかけますと、それは全員に効いてくるということになりまして、それは今申し上げたように、平均的な状況からすると、そこまではまだ至ってない。むしろ、このレセプトなどの取り組みをやった上で、まだどうかとい

うことはあるのかもしれませんが。ただ、今のところ全体的にはそうではない。もしそこで医療費をかけたことによって、万が一、医療機関に行かないということがあって、それで実際に病気が悪化して、場合によっては最悪のケースとして亡くなったりといったことはあってはやはりいけないということと、多分これをやるとなると実務的には非常に難しく、すぐお金を払わないといけないなど、福祉事務所で相当難しい運用をしないといけないです。医療機関へ行きますといたら、すぐお金を払いますという、よくわからない運用になってしまうので、現実的には極めて難しいというのも実際にはあって、自治体としてもここは意見が分かれていて、ちょっとそれは無理じゃないかという意見もある。

○木村ゲスト　今、村上委員がおっしゃったことは、生活保護の現場の人にインタビューしても、熊木室長がおっしゃったように反対される方もおられれば、絶対必要だとおっしゃる方もおられます。私たちの研究会では、一部負担はやはりとったほうが良いということでした。後で微妙に受給額を調整するにしても、そのほうがどれぐらい自分が受診をしているかとかいうようなことはわかるのではないかと、ということです。

そのことは介護保険についても言えるのではないかと。どうしても過剰になっていきがちであると。ケアマネの方に聞くとどんどん「このサービス、このサービスが欲しい」というようなこともあるので、一部負担の導入という方向でいいのではないかと、いうのはあります。一方、室長がおっしゃったように、政治的に難しいところではないかと思えます。

○北村委員　参考2-④で示された医療の地域移動では、入院が外来よりも移動が多いですけれども、当該県で診療が完結するわけではなくて、こうやって移動しているというのはここへ表れています。この数字の読み方は、これは例えば滋賀県の入院で見ると、県内で入所するのは91.5%ですから、96.9引く91.5の約5%が関西圏域に流れていて、それ以外に3.1%が、中部圏や北陸圏に流れているという数字だろう

と思いますが、随分地域によって違っていて、鳥取や徳島が入院については、ほぼ大体、県内で完結しているのでしょうか。関西圏域外というのもありますから。この数字、これは比較的多いと見るのか、ほぼ府県内で病院や医療の基盤整備が進んでいて、それなりに県内で完結をしているというふうに見るべきなのか、少し御意見があれば教えていただきたいと思います。

○新川座長 事務局、この表のつくり方を少し説明してください。それから、もし可能であれば全国ほかの地域との比較で、関西の特徴があればお願いします。

○事務局（池田課長補佐） こちらの資料ですが、これは一番下のほうに※印で書いておりますけれども、厚生労働省の患者調査をもとにつくったものでございます。通常、医療計画を立てる際に、二次医療圏で流入流出数というのを見ておきまして、個々の府県で医療計画を作成する際に、医療圏の流入流出を見ているわけですが、こうした関西という形で流入流出等をまとめた資料は既存の資料ではございません。

今回、先ほどから先生方の御議論の中で、医療提供体制を広域的に考えてどうかという御指摘がございましたけれども、そういう意味では、それぞれの府県にお住まいの方が必ずしもその府県の医療施設にかかっているわけではなくて、そういう意味ではある程度広域的に医療を受診しているという状況をまとめたものでございます。

先ほどからの流入流出の割合が高いかどうかというところですが、私の存じ上げている限りは、これが高いのかどうか一概に判断するような資料が今、手元にございませぬので御容赦いただきたいと存じます。

○熊木ゲスト 一般的には感覚的な問題で、皆さん共有されているのではないかと思いますけれども、関西においては関西圏域内で県をまたぐケースは多少多いのではないかと。ほかの地域、例えば東北ですとかで、秋田県の方が青森県の病院にかかる、高知県の方がどこの県へ行くかというのを比べますと、比較的交通網が発達しているということを考えれば、そうなのではないかとは思いますが。

一方で当該県内での、例えば入院の方が94.1%ということですね。外来ですと96.9%ということですね。だから県を越える人がそれぞれ5.9%と3.1%ということなので、そうですね、多いかというとあまり多いような気もしないというのが率直な感じですかね。だから、県外に数%出ているということで、県外を考慮した計画を立てなければいけないという極めて強い要請があるかという、そこまではどうでしょうねという気はします。これはもう個人の印象ですが。

○木村ゲスト 私もこの数値だけ見てはちょっとわからないですけども、例えば自分の県じゃなくてほかの関西圏の府県へ行った人はどういう疾病を持っている傾向があるとか、そこら辺を見ないと何か少ないか、低いのかというのはちょっとわかりません。ただ、外来はとにかく地元のほうへ行くことが多くて、入院のほう外来よりも移動は多いということは言えますけど、どうなんですかね。

だから全くみんな同じ病気で、この数値だけを見せられたのであれば、かなりの程度は府県内でやっていますねという結論になると思いますけれども、どういった理由で県外へ出るのかとか、医療圏域の議論にまで発展させるのであれば、疾病の構造なども見ないとあまり言えないのではないのかなと思います。どこかにあるんですか。

○事務局（中谷課長） そこまではちょっと調べきれていないです。

○新川座長 精神、結核、感染症しか出ていませんので。本当は、がんであるとか特定疾患であるとか、五十幾つか別に出してみるとおもしろいのかもかもしれませんが。

では医療保険について両先生から少しコメントをいただきたいですが、一つは健康づくりのようなことで考えてみると、やはり市町村ぐらいの単位で医療の供給も、それから医療保険も、できれば一体的にやれるほうがいいなという気持ちは一方であります。それがやはり全てできないというときに、国保で言えばお金の部分というのは切り出さざるを得ないのかもしれないというのは、理屈としてはわかるような気がしますが、なお市町村、基礎自治体というものが、保険者としてやっていく意味もあるような気もしているのですが、このあたりは熊木先生、木村理事長、どうお考えにな

るのかというのが一つお伺いしておきたかった点です。

それから、それとも密接に関連しまして、先生方からもいろいろありましたが、お金の問題とサービス、あるいはそれにかかわる権限をどういうふうに切り分けることができるのか、できないのかというのを、これは生活保護の問題にもかかわりますけれど、こういうある種の財政責任と、それからある種のサービス責任、あるいは規制責任のようなものを分けて考えるということが、どこまでできるのかできないのかというのは、とても悩ましいなと思いながら、きょうお話を聞いていました。この点は生活保護の問題でもありますし、医療保険の問題でもあります。もちろんそれぞれにナショナル・ミニマムの考え方が少し違いますから、完全に同じ解ではないと思うのですが、この点少し両先生のお考えをお伺いしたいなというふうに思っておりました。いかがでしょうか。

○熊木ゲスト 健康づくりについては、市町村だろうというふうに思います。これは先ほど医療というのはあまり事業がないと申し上げましたが、ここは例外でありまして、やはり健診というのは、例えばお子さんが生まれて6カ月健診だとか、そういう乳幼児の健診から始まって、健康づくりはいろんな地域ごとにきめ細かくやっていくべきだと思いますので、そういう意味では市町村。したがって、財政的に道州であっても都道府県単位であっても健康づくりみたいなものは市町村で担うと。

参考2-⑥で、国民会議を踏まえて、国として法制上の措置を今後していくという閣議決定があります。ここに先ほど申し上げたように、具体的にいうと4ページに、「国保の運營業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本」としてつくられたんですが、その後に、「保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市区町村の積極的な役割が果たされるよう都道府県、市区町村で適切に役割分担するために必要な措置」を講じるとなっておりまして、財政責任等については広域でやっていくということだとしても、この部分についてはかなり市町村が担うべきだというのは、ある程度はっきりしていると思います。

お金と権限の二点目ですが、これは本当に難しく、ある程度そろえないといけないのではないかと、先ほどは申し上げました。例えば、介護保険制度を平成12年につくったときに、まさにそういうところを一定模索しまして、市町村がサービス供給量を決める仕組みにして、そのかわり保険料の水準も市町村で決めるという形にしました。これは財政責任と権限ということとちょっと離れるところがありますけれども、いずれにしてもサービスの量とか充実とかということを考えるときはお金を考えないと、必ずサービスの充実だけになってしまいます。なので、やはり費用とサービスというのは裏腹だということを、行政主体もそうだし、住民とか、国民も考えなければいけないのですが、どうしてもそこが分かれていると、やはりいいものをくれ、負担はしたくないという形になってしまいます。これは行政主体もそう、国民もそうということなので、やはり行政主体としてもある程度財政の責任ということと権限ということは、そろえたほうがいいだろうと。

かといって、かっちり完全にパラレルにというのは、おそらく仕組み上できないです。なかなか難しい権限が何対何だなどというのは数字に表せるものではないので、実際には難しく、やはりある程度国が今後とも費用を出しているという部分がある程度大きいということは予想されますし、ただ、ある程度そろえるという議論はすべきだろうということで先ほど申し上げました。

○木村ゲスト 健康づくりと言うことになると、やはりその人の生活がわかる範囲がいいと私も思います。介護と医療は切っても切り離せないですし、医療と介護が市町村で連携するのは、熊木室長もおっしゃるように、私も望ましい体制だと思います。ただ、じゃあ医者がない地域をどうするのかとか、医療機関がないところはどうかという、医療の供給体制に市町村では本当に今も苦勞しているけれども、なかなかできないという点からすると、やはり先ほどの議論に戻りますが、交渉力をつけた別の団体が市町村のために頑張るとか、そういうことが必要ではないかと考えます。

それからまた、熊木室長がおっしゃったサービスには費用がかかりますよと言う点について申し上げます。国保にしましても、皆保険のバッファになっているわけですから、全体で支え上げながら運営していくというようなことは、本当に重要だと思えます。ただ、国の権限を移譲して、また財政をどこまで国と地方が負担するかかどうかというのは、権限とはまた別の次元で地方財政では習ってきたような感じがして、私はそんなにぴったり費用はサービスの対価だろうという議論は、権限と財政責任のところではできないのではないかという気がしております。

○山下副座長 熊木室長が最初に、要するに責任の所在と持続可能な財政、それから提供体制というのが視点というかポイントだというふうに御指摘になって、きょうのお話をずっと聞いていて、この3つがうまく予定調和しないということを実感しました。受益と負担をできるだけ同一主体にそろえるということはあるとしても、責任というときには、国の責任とか地方の責任とかといっても、うまく切り分けられるものでもないし、生活保護と医療等とでは違ってくるという話でしたし、提供体制ということについても市町村が適したものもあれば、むしろ都道府県、あるいはもうちょっと広域で最適化を図ったほうが良いというものもある、医療なんかがそうだといいお話でしたし、結局三つの視点でそれぞれ考えながら、繰り寄せていくというか、どこら辺にバランスをとっていくかという、そういうことでしかないという理解でよろしいでしょうか。

○熊木ゲスト 一生懸命議論していきますと、やはりそのとおりだと思います。つまりその三つの視点で一旦切り分けて考えますが、それによってマル・バツをつけたりとか、権限が3対2だとかやったりして、物事が決まるかというとやはり決まらなくて、その視点を置いた上で総合的に決めるしかないというのは、私個人の結論です。

ですので、先ほども申し上げましたように、確かに財政と責任は、地方財政の考え方からいうとむしろ別だというのは伝統的なお考えだとして、私が申し上げているの

も、したがって完全にパラレルで、例えば生活保護4分の3というのが、4分の3の責任というのが、いわく言いがたいところがありますよね。だからそこは正直、ほかの制度と横並びみたいなこともあるかもしれないし、そのときの財政の本当の状況もあるかもしれないし、いろんな経緯があると思いますので、きれいに分かれてかくかくしかじかだから4分の3だとか半分だとか、そういうことでもないと思います。

申し上げたのは視点という意味でありますので、例えば道州が今以上に権限を持つのであれば、今の都道府県よりも費用負担としては多くなるでしょうねということではありますが、それが2分の1を超えた3分の2と言っているのか、4分の3と言っているのかというのはまた別です。

○北村委員 道や州がどういう機能を担うのかという問題と財源の配分の問題ですけれども、熊木室長がおっしゃったように、社会保障のところで現状の配分を前提にしながらやっていくと非常に難しくなってくるというのはよくわかります。恐らく税源の配分にしても財政制度の問題にしても、かなり抜本的に変えざるを得ないので、そういった中で全体としてどうナショナル・ミニマム的なものが道や州で維持できるかということだろうと思います。非常に難しい問題ではありますが、トータルとして州の機能や権限あるいは基礎自治体の機能や権限というものが変わってくるわけだから、それにふさわしい税源配分と財政調整の仕組みを新たに発想するというのをしないと、個別のところで調整をしてもなかなかうまくいかないだろうなと感じます。

○木村ゲスト 先生が今おっしゃったとおりで、私がレジメをまとめるときの問題意識がそれでした。今回いただいたのは、特に社会保障のうちの低所得者対策でございます。生活保護について道州と関係づけますと、まさに貧困対策を州が担えるかという問題設定であります。また先生がおっしゃったように、税源移譲をして、かなり州がお金を持つとした場合に、州が貧困対策は担えるのか、あるいは、税源移譲ではなくても、かなり租税構造を州税として抜本的に変えたとしたら州は貧困対策を担えるという問題設定であります。私はそれでも無理だと思いました。

広域連合ご提出の資料のこのところはなぜこう言う記述になっているのかわからないですが、ドイツについては、連邦が生活保護の負担をあまり担っていない数値になっています。しかし、私が調べた範囲ではドイツのようにかなり州が税を持っているようなところでも、こういう福祉、就労支援とか、日本でいう生活保護の生活支援のような部分については、かなり連邦が財政を負担しているということです。だから貧困対策は、私はやみくもに国がやれとかそういう意味で言っているのではなくて、貧困は地域限定的に起き予測がつかない点がある、そういったことについては全体の安全保障という点から見て、やはり国に大きな役割を担ってもらわざるを得ないという意見です。

例えばスウェーデンなど、生活保護を地方が担っているのではないかとよく言われたりしますが、スウェーデンは色々な制度で最低保障がありますから、生活保護を市町村が実施していても平均受給期間は3カ月から4カ月ぐらいです。だから、このような表だけではわからないというところもふまえて、見て議論しなければいけないです。

○新川座長 その点はきょうも熊木室長からも、それから木村理事長からもありましたけれど、どうも単純に生活保護受給者だけの議論をしても、どうもそれで本当に必要とする人の話をしているのかどうかということについては、かなり怪しいところがあります。

例えば大阪ですが、西成、釜ヶ崎というところがありますけれど、ここは今、徐々に高齢者の方が増えてきて、就労対策の生活保護から、むしろ高齢者福祉のほうにどんどん移行せざるを得ないような、そういう状況になってきています。逆に、そういうふうな成熟した生活保護の対象者のいるような地域で何が起きているかという、その地域の中にある種の相互扶助のメカニズムやいろんなネットワークがどんどんでき始めているということがあります。それは、NPOやNGOみたいな活動、民間の活動も含めてですし、行政の活動もそれに合わせて本来の生活保護、さまざまな扶助行政もそうですし、それ以外の追加的な福祉的な施策もそうですが、そういうもの

が重なり始めているという印象を持っています。

逆にそういうことをできる体制をどうつくれるか、それを支えるような仕組みというのを特殊ではないところでもどれぐらい広げていけるかというのは問題意識としては少しあって、それを特定の地域だけではなくてオールジャパンで、あるいは少なくとも関西でどう考えていくのか、そんな視点も大事かなと考えていました。

そのときに誰がそういう調整をしたり、コンサルティングをしたり、ネットワークをつくっていったりする力があるか、あるいは必要なインセンティブを提供することができるか。今のところは、それを国、府県が担うということになっているはずなのですが、そういう機能を本当に道州というのがやれるのかどうか、よくわからないというのが少しあることはあります。そういう問題意識も少しありながら、お話を聞いていました。

実は医療も、健康で、しかし医療が必要になったときにその一人一人がどういうふうに自分自身の健康を回復したり守ったりしていくことができるか、そういう観点で考えたいなと思っているところがありますが、そういう仕組みに本当になっているかというのが一番のポイントのような気がしています。

逆に言うと、それを重層的に支える仕組みとして、その中に道州が入れるかどうかというのがポイントかなと考えていますが、そうするとだんだんとできれば身近なところでできるだけ色々な資源を分厚く、そしてそれを調整するような権限をより広域的にというような、そういうイメージだけは持っているのですけれど、さてそういう姿になるかどうかというのは、これからの議論でもあります。

○山下副座長 きょうのお話を聞いていると、社会保障ということでざくっとくくってしまうとちょっと大ざっぱ過ぎて、もう少し分けないといけないけれども、道州ができるから、あるいは道州制を導入するから道州に国から権限を移譲する、どうせできるのだからどんどん移譲するのが分権だというふうに考える。しかし、事柄の性質を見ると、道州をバイパスするような形でサービスの供給体制をつくれるのでは

ないかという両方がある、そのあたりが道州というものをどう考えるか、いわば今の自治体のイメージというか、総合行政、フルセット型の行政主体で考えるべきなのか。そうではなくて、生活保護等の部分というのは、もう道州というのは本当に関連する制度の統一性を図るといふぐらいのかかわりという、薄い仕事しか持ってない。しかしインフラ整備みたいなところでは、かなりイニシアチブをとるようなイメージもできる。そこら辺を我々としては、今後もう少し詰めていきたいなという印象を受けました。

○木村ゲスト 先生がそう考えられるのも本当だと、同意するところが多いです。国保の保険者機能の強化という点に絞れば、保険医の指定とか保健機関の指定とかというのは地方厚生局などから権限を持ってこられるわけですが、そもそも権限委譲で国から州にこれだけ持っていけるという華やかさは余りない分野だと思います。ただ、その州という行政権を持つところが移譲された権限を担うという点では、保険者機能の強化とかという点についてはこれまでよりもやりやすくなる可能性があると思います。

○新川座長 ありがとうございます。

割と本質的な議論に最後になってきたところがありますが、よろしいでしょうか。

むしろ州というような、府県を越えた広域レベルで、今の国の権限のうち州レベルで行使しても差し支えない、あるいは州ぐらいの規模でよりの確に行使ができる、施設の配置とか設置基準であるとか、許認可にかかわる部分というものが出てくるかと思いますが、そういうところを、あるいは税財政制度の抜本改革を前提にすれば、むしろ州が分配機能というのをある程度持っていてもいいかもしれないというところもあるかもしれませんし、さらには許認可の一環ですが、保険者というものをどう設定するかとか、その権限をどう考えるのかといったようなところも、一定、州権として、州の立法権の議論が一時ありました、これどうなるかわかりませんが、そういうところまで含めて考えるとすれば、それもあつて、可能性としては排除できない。

ただ、それにしても華やかではなさそうだというのが、きょうの社会保障全体の議論であったということかもしれません。

それではちょっと予定した時間が来てしまいましたので、熊木室長、それから木村理事長、本当に充実した、そして大変私どもにとって勉強になる、また時には刺激的なお話をいただきました。きょうのお話、なかなか十分に御趣旨を完全に理解をして、そしゃくをして、私どもの議論を詰められるかどうか、あまり自信はありませんけれども、大いに参考にさせていただいて、これから改めて道州制にして、こんなところはいいところがあるかもねというような議論をしていければと思っております。

きょうは本当に熊木室長、木村理事長、どうも長い時間ありがとうございました。議論の部分は以上とさせていただきます。

それでは、議事（２）その他ということで次回の予定ですか。事務局、お願いします。

○事務局（中谷課長） 次回の予定ですけれども、10月21日の月曜日、午前、同じような時間帯を予定しておりますので、お差し支えなければ4名の委員の皆様、よろしくをお願いします。

今回は、また追って連絡いたしますけれども、農業等について御議論いただければと思います。

○新川座長 事務局からは、よろしゅうございますか。

それでは、本当にきょうは長い時間お付き合いいただきましてありがとうございました。繰り返しになりますが、熊木室長、そして木村理事長、本当に長い時間、御丁寧にお答えをいただきましてありがとうございました。今後ともよろしく御指導いただければと思います。

それでは、本日は各先生方、本当に御苦労さまでした。以上をもちまして、研究会、終了とさせていただきます。

事務局の皆さんもあわせて、御苦労さまでございました。ありがとうございました。