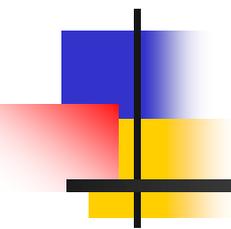


社会保障分野における 自治体の広域連携のあり方



政策研究大学院大学 島崎謙治

プレゼンテーションの内容

I. 社会保障分野の事務(権限)配分

社会保障の事務(権限)はどのように配分されているか。

II. 人口構造の変容と自治体行政

人口構造の変容は自治体行政にいかなる影響を及ぼすか。

III. 「医療」をめぐる連携の重要性と課題

医療の概念の拡大に伴う連携の重要性と課題は何か。

IV. 社会保障の広域連携をめぐる課題・私見

小規模町村の補完や広域連携をめぐる課題等は何か。

I . 社会保障分野の事務(権限)配分

1. 社会保障分野については、高齢化など人口構造の変容や地方分権の流れのなかで、特に1990年代以降、福祉八法改正に象徴されるように、基礎的自治体への権限移譲が進展。
2. 今日の社会保障の事務(権限)配分は、大雑把に言えば、(所得移転だけの)年金は国、(広域的な)医療は都道府県、(住民に身近な)保健・介護・福祉は市町村、という棲み分け。
3. ただし、事務の専門性や沿革的な理由等によって、様々な例外がある(例:保健所政令市、福祉事務所設置町村)。これに加え、政令指定都市の増加や中核市の新設等によって、大都市等の事務の特例を含め、事務(権限)の配分は輻輳。
4. 事務の性格や他の事務との整合性、個々の大都市等の行財政能力の相違、地域特性(例:面積、中心的都市の有無)の実態等を精査したうえで権限移譲が進められたのかは疑問。

Ⅱ．人口構造の変容と自治体行政

1. 近未来の人口構造の変容 …… [参考図表]参照

- ・ 2040年以降、総人口は毎年100万人減少。2060年には3分の2へ。
- ・ 生産年齢人口/老年人口は、2.8(2010年)から1.3(2060年)へ。
- ・ 100歳以上人口は2016年は6.6万人。2051年には70万人超と推計。
- ・ 急速な高齢化(都市部は高齢者自体が急増。過疎地の高齢化の主因は人口減)。
- ・ 1人暮らし高齢者が激増。2010年の男性の50歳時未婚率は20%超。
- ・ $GDP / 総人口 = (GDP / 労働人口) \times (労働人口 / 総人口)$

2. 人口構造の変容が自治体行政に及ぼす影響

- ・ 次の3つがより重要になる。①・③と②は相反要請だが、同時達成が必要。
 - ① 総合性…(例)介護予防・日常生活支援総合事業。1人親家庭対策。
 - ② 専門性…(例)児童虐待対策。生活困窮者支援。感染症対策。
 - ③ 効率性…(例)訪問医療・看護・介護。周産期・小児医療。
- ・ この3つの要請は、財政制約・人的資源制約が強まる中で、大都市等を含めすべての自治体で問題になるが、特に規模能力の小さな市町村については、行政機能の補完のあり方を含め、これらの要請にいかに応えるかが課題。

Ⅲ. 「医療」における連携の重要性と課題

1. 医療の概念の拡大と圏域

- ・超高齢社会では、「治す医療」だけでなく、「生活を支える医療」も重要。医療政策の「視界」(守備範囲)は、保健・介護・福祉はもとより、“住まい”や“まちづくり”まで一挙に拡大。産業・雇用・交通等も視野に入れることも必要。
- ・介護等との連携を欠く在宅医療は存立しない。他方、医療との連携を欠いた地域包括ケアも存立しない。⇒ 両者は「同じ山」をどちらから見るかの違い。
- ・医療の圏域は合目的的概念。行政エリアと一致しない。多くの都道府県では二次医療圏が実態と乖離。また、在宅医療は市町村単位では広すぎる。

2. 都道府県と市町村の連携の重要性と実状

- ・医療提供体制を改革するためには、診療報酬だけでなく計画的手法等との政策ミックスが必要。2016年度中に各都道府県は地域医療構想を策定。
- ・地域包括ケア・在宅医療の「受け皿」を欠いた病床機能の分化は実効性が乏しい(他方、急性増悪時の後方病床を欠く地域包括ケア・在宅医療は存立しえない)。多くの地域医療構想では「ミクロからの積上げ」が欠落。
- ・2018年度には国保制度改革(都道府県が財政責任主体となる)が施行。

Ⅲ. 「医療」における連携の重要性と課題(続き)

3. (広義の)医療に関する事務(権限)配分

- ・地域包括ケア・在宅医療を進めるうえで、集住型の“住まい”の確保は重要。国は「サービス付き高齢者向け住宅」(サ高住)の整備を進めているが、立地の偏在、介護サービスとの適正な連携を欠くなど課題は少なくない。
- ・サ高住の登録権限を都道府県から一般の市町村に移譲すべきではないか。
 - ※ 一部の県では、「条例による事務処理特例」により権限移譲。

4. (狭義の)医療をめぐる広域連携

- ・医療機能が分散すると、医療の質(安全性を含む)は低下する(例:周産期医療)。これを防ぐには、「コンパクト・アンド・ネットワーク」が重要。また、広域連携にあり方を考える際は、「待てる医療」(例:がん)と「即時性が求められる医療」(例:心筋梗塞・脳卒中等)に分け、対応策を検討することが必要。
- ・過疎地では公的医療機関が重要な役割を担うが、医療機関相互のネットワーク化が不十分、基幹病院(例:県立中央病院)の医師派遣機能が脆弱。
 - ⇒ 地方交付税や医療確保基金等の配分上、メリハリのある広域連携機能の評価、ICTを活用した遠隔診療等に対する評価を検討すべきではないか。

IV. 社会保障の広域連携をめぐる課題・私見

1. 趣旨

- ・前述の3つの要請にいかに応えるかは今後更に重要性を増す政策 이슈。
- ・網羅的ではなく問題提起にとどまるが、課題を3つ提示し私見を述べる。

2. 水平補完 vs 垂直補完

- ・複数の市町村に跨る生活圏域において、相対的に規模能力の大きな市(必ずしも大都市等に限らない)は、規模能力の小さな市町村に対する支援・補完機能を果たすべき(政策的に後押しすべき)ではないか。
- ・例えば、①市町村合併から取り残された町村(福祉事務所は必置ではない)の生活保護事務を隣接する市が行うこと、②県の保健所が複数の市町村を管轄していたところ、その中の市が中核市になった場合、当該中核市の保健所が隣接する市町村をカバーすること等、を検討すべきではないか。
- ・ただし、地域の実状(例:地域が規模能力の小さな市町村だけから構成。市町村合併時の経緯)等によって、水平補完が「最適解」とはいえない(あるいは現実的でない)場合には、都道府県が補完せざるをえないであろう。

IV. 社会保障の広域連携をめぐる課題・私見(続き)

3. 総合性 vs 専門性

- ・一般論でいえば、複合的なニーズを抱える者に対しては1つの市町村でサービスが完結することが望ましい。しかし、対人サービスであっても専門性の高いものについては、都道府県が担わざるをえない場合がある。
- ・例えば、児童相談所については、中核市、児童相談所政令市(23区を含む)は設置できることとされている(厚生労働省はその設置を奨励する方向に舵を切っている)。しかし、その前提として専門的な人材確保等の体制整備は必須。

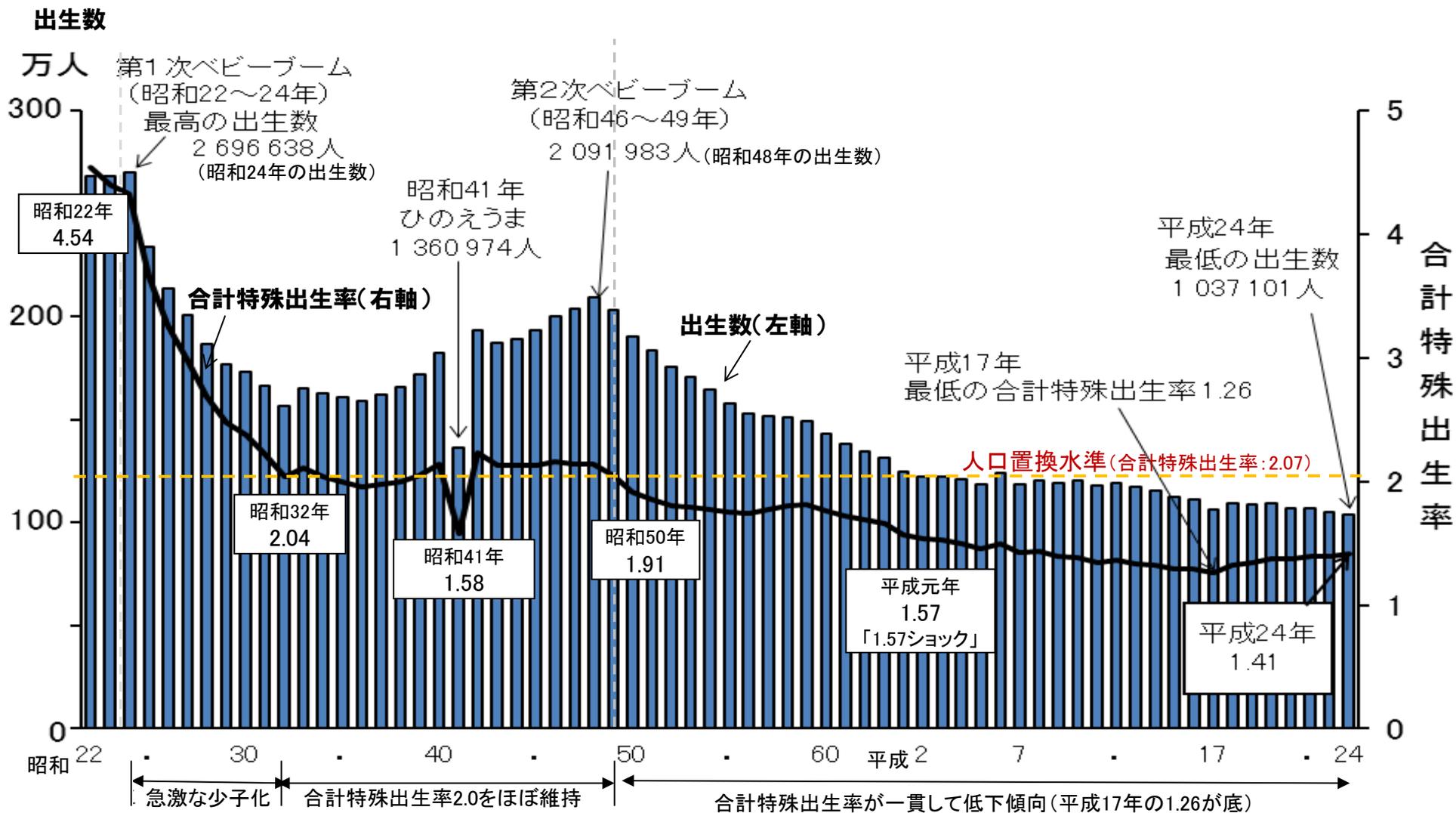
4. 都道府県を跨る広域連携

- ・例えば、①都道府県の圏域を跨る患者の移動と必要病床の確保、②有事(例: 新型感染症、大規模災害)の発生、③複数の都道府県で事業を展開している社会福祉法人に対する監督など、がある。
- ・これらは、一口に都道府県を跨る広域連携といっても性格が異なる。例えば、①は都道府県間の(利害が絡む)調整問題、②は国レベルの危機であり単一の指揮命令系統で処理すべき事務。③は都道府県間の情報共有が必須。

※なお、③は個別法の事業監督と法人監督の権限が錯綜しており整理が必要だと思われる。

参考図表

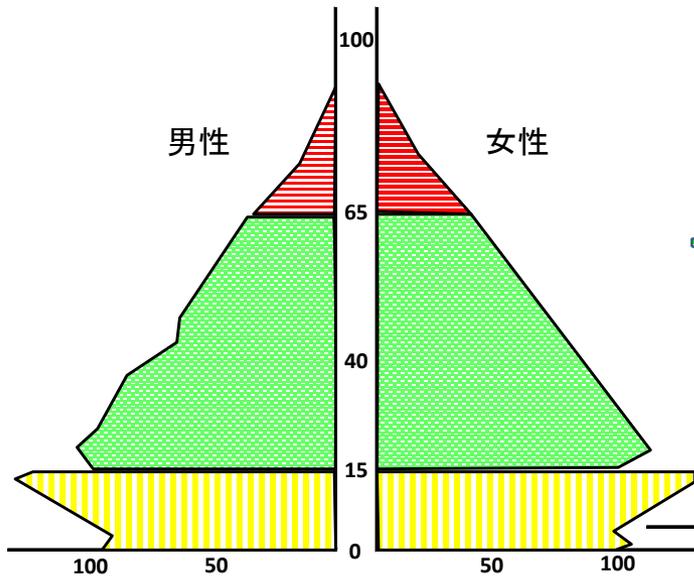
日本の出生数及び合計特殊出生率の推移



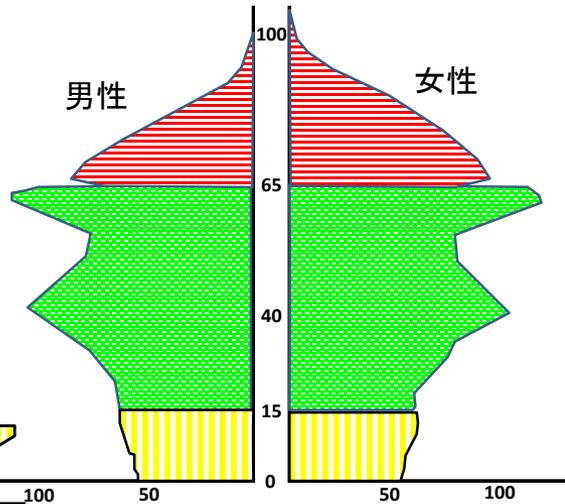
(出典)厚生労働省「2012年人口動態統計月報年計(概数)の概況」

人口ピラミッドの変化（1960, 2010, 2060年）

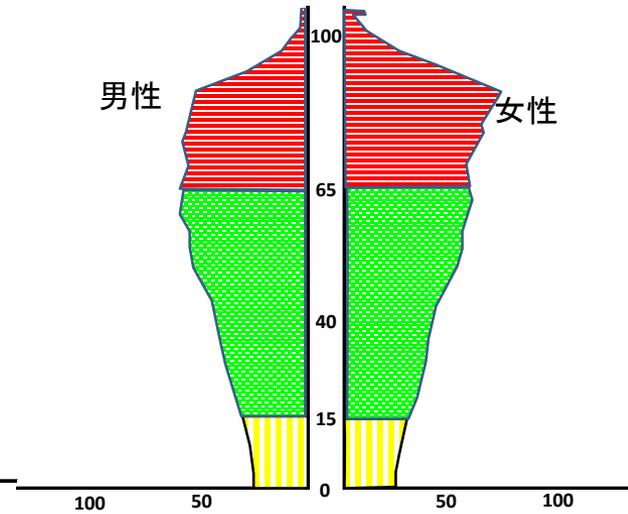
1960年



2010年



2060年



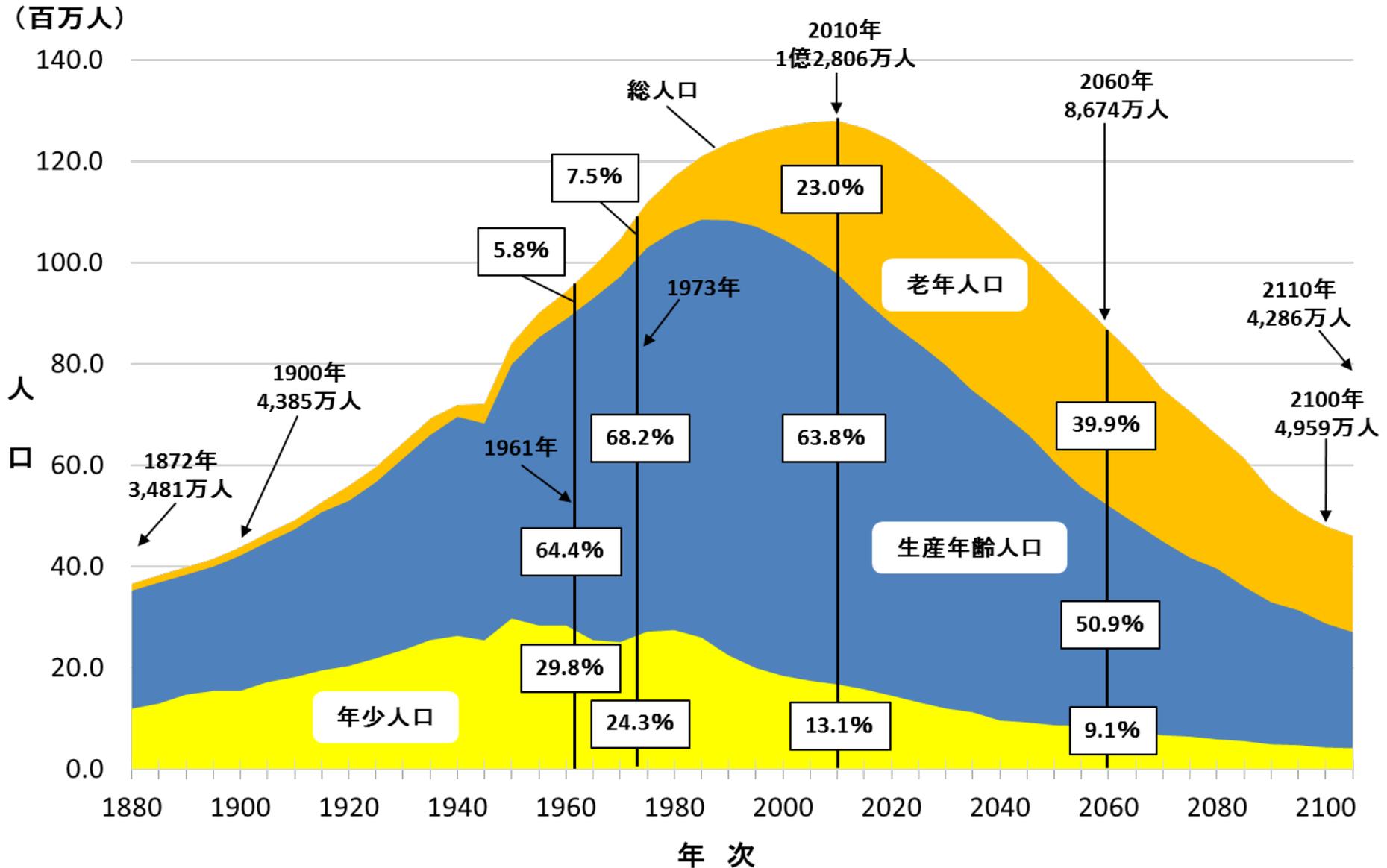
（留意すべき点）

- ① 「第一次ベビーブーム」(および「第二次ベビーブーム」)の影響が、“波のように”長期にわたり及ぶ。
- ② 今後、出生数が減少するのは合計特殊出生率が低下するからではない。母数となる出産年齢人口が減少するからである。(参考)出生率中位の場合の仮定値は、2010年が1.39、2035年が1.34、2060年は1.35。
- ③ 100歳以上は、1963年が153人。2010年は約4.4万人。2060年は約63.7万人と見込まれる。

（注）縦軸は年齢、横軸は人口(単位:万人)。

（出典）「国勢調査、推計人口」(1920～2010年)、および「日本の将来推計人口(2012年1月推計)」の出生中位(死亡中位)推計(2011年以降)。

日本の人口の推移(年齢3区分) 1880-2110年



(出典)「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計(2012年1月推計)」

将来人口の基本指標

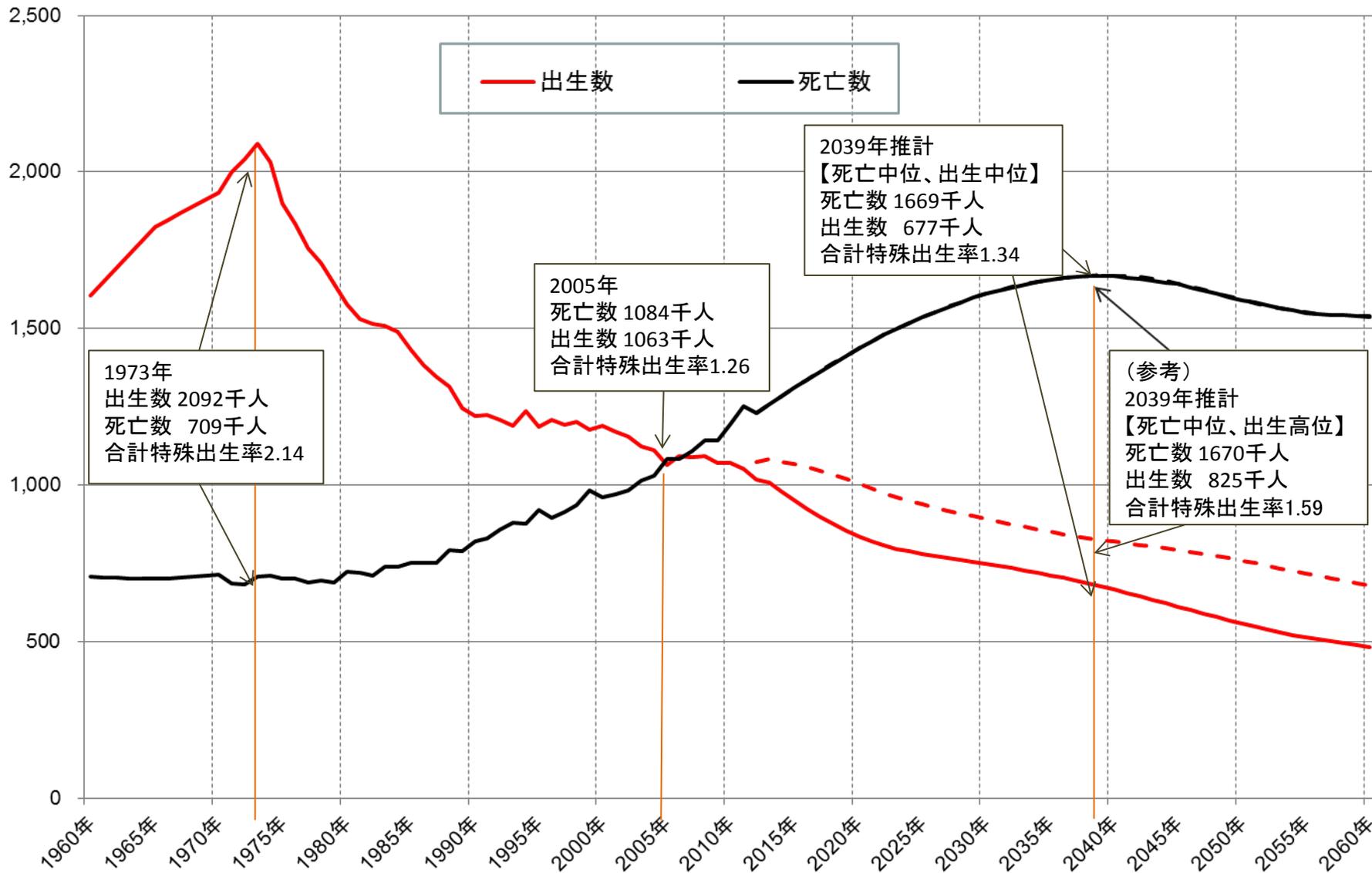
年	総人口 (A) (万人)	人口3区分				高齢 化率 (D/A) (%)	老年人口 の生産年 齢人口に 対する割 合(D/C)	(参考) 生産年齢人口 を20～69歳、 老年人口を70 歳以上とした 場合の、老年 人口の生産年 齢人口の割合
		年少 人口(B) (15歳未満) (万人)	生産年齢 人口(C) (15～64 歳) (万人)	老年 人口(D) (65歳以 上) (万人)	(参考) 再掲 (75歳以 上) (万人)			
2010	12,806 (100)	1,684 (100)	8,173 (100)	2,948 (100)	1,419 (100)	23.0	2.8人で 1人を 支える	4.0人で 1人を 支える
2035	11,212 (88)	1,129 (67)	6,343 (78)	3,741 (127)	2,245 (158)	33.4	1.7人で 1人を 支える	2.3人で 1人を 支える
2060	8,674 (68)	791 (47)	4,418 (54)	3,464 (117)	2,336 (165)	39.9	1.3人で 1人を 支える	1.6人で 1人を 支える

(注) 括弧書は2010年を100とした場合の割合。

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2012年1月推計)」(出生中位・死亡中位の場合)。

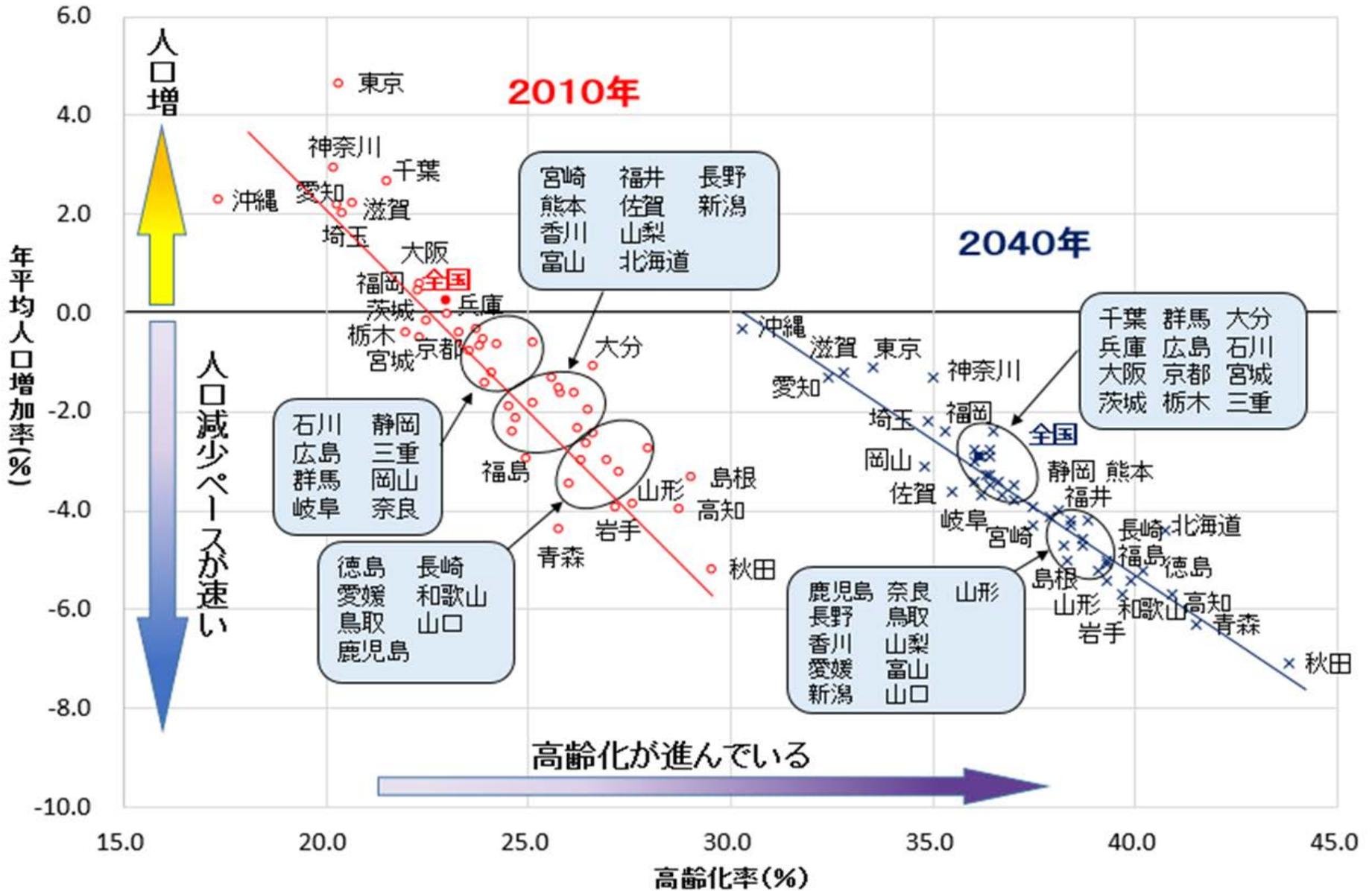
出生数・死亡数の推移および将来推計

単位(千人)



(出典)2011年までは、厚生労働省統計情報部「人口動態統計」、2012年以降は、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』(平成24年1月推計)

都道府県別高齢化率と人口減少率 (2010年,2040年)



(原出典)総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」

(出典)国立社会保障・人口問題研究所金子副所長のスライドを本人の承諾を得て借用。一部筆者加工。

世帯構造も変わる：例：「1人暮らし世帯」

○ 「1人暮らし高齢世帯」数

2005年： 女281万人、 男105万人 計：386万人

2010年： 女352万人、 男146万人 計：498万人

2035年： 女501万人、 男261万人 計：762万人

(出典)国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(2013年1月推計)」

○ 一口で「1人暮らし世帯」と言っても……

①子どもが近距離にいる、 ②子どもが離れて住んでいる、

③子どもも親戚もいない、のでは意味はまったく異なる。

⇒ 少子化が進むことは、③が増えること。

○ 「団塊の世代」の後の男性の未婚率は非常に高い。

たとえば、生涯未婚率(50歳時の未婚率)は、

1980年 男： 2.60%、 女： 4.45%

2010年 男：20.14%、 女：10.61%

○ 家族の代替機能を誰がどう果たすのかという問題が深刻化。単に成年後見人をつければよいという問題ではない。

社会保障給付費及び負担額の将来推計

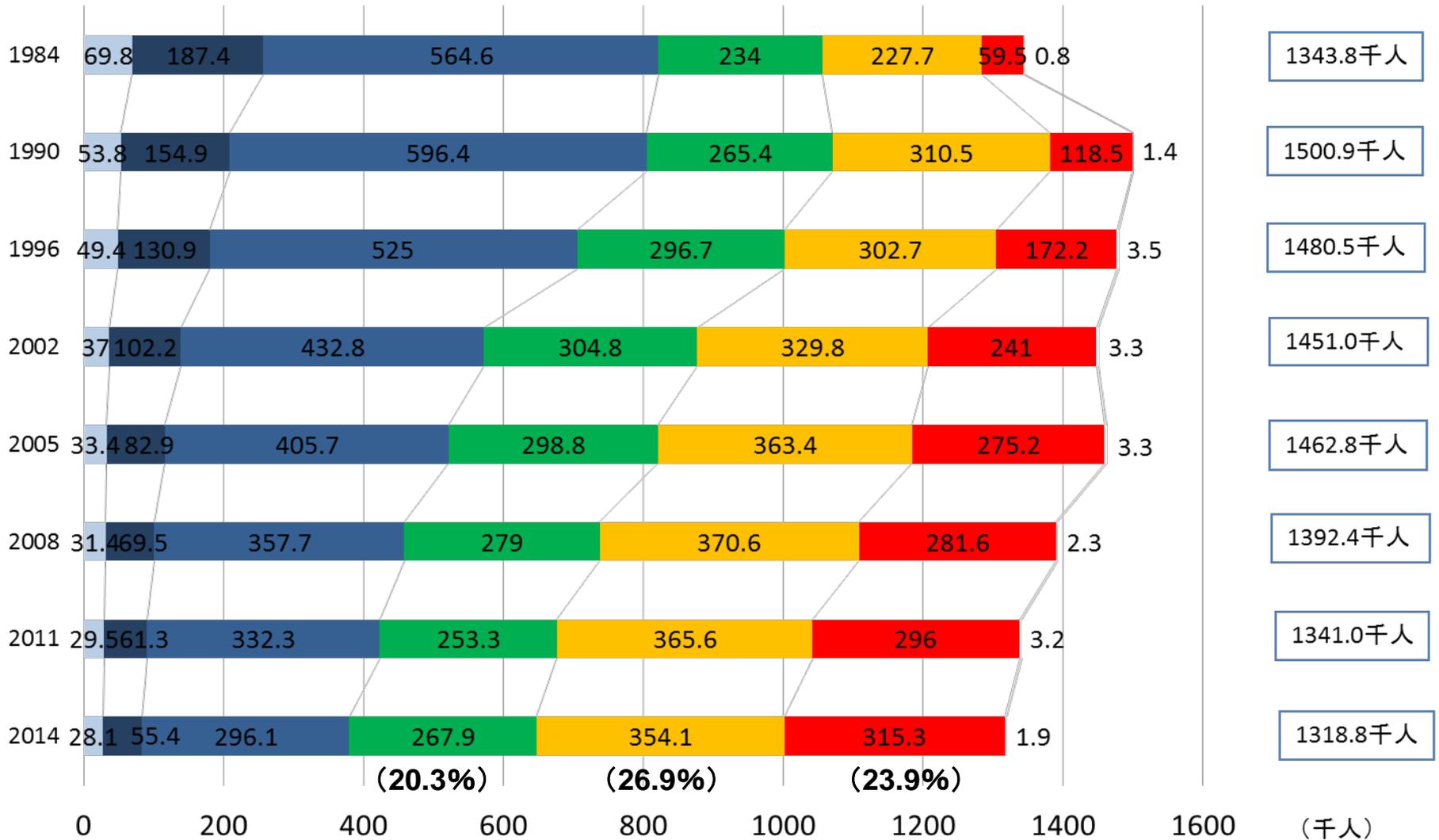
	2012年度		2025年度		2012年度から2025年度の伸び	
	金額	GDP比	金額	GDP比	金額	伸率
給付費	109.5兆円	22.8%	148.9兆円	24.4%	39.4兆円	1.36
年金	53.8	11.2	60.4	9.9	6.6	1.12
医療	35.1	7.3	54.0	8.9	18.9	1.54
介護	8.4	1.8	19.8	3.2	11.4	2.36
子ども・子育て	4.8	1.0	5.6	0.9	0.8	1.17
その他	7.4	1.5	9.0	1.5	1.6	1.22
負担額	101.2兆円	21.1%	146.2兆円	23.9%	45.0兆円	1.44
年金	45.5	9.5	57.7	9.5	12.2	1.27
医療	35.1	7.3	54.0	8.9	18.9	1.54
介護	8.4	1.8	19.8	3.2	11.4	2.36
子ども・子育て	4.8	1.0	5.6	0.9	0.8	1.17
その他	7.4	1.5	9.0	1.5	1.6	1.22

(注) 四捨五入の関係で合計は必ずしも一致しない。

(出典) 厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(2012年3月30日)。

高齢化の影響(入院患者の高齢化)

●棒グラフ内数値: 単位(千人)
●全体に占める割合: 単位(%)

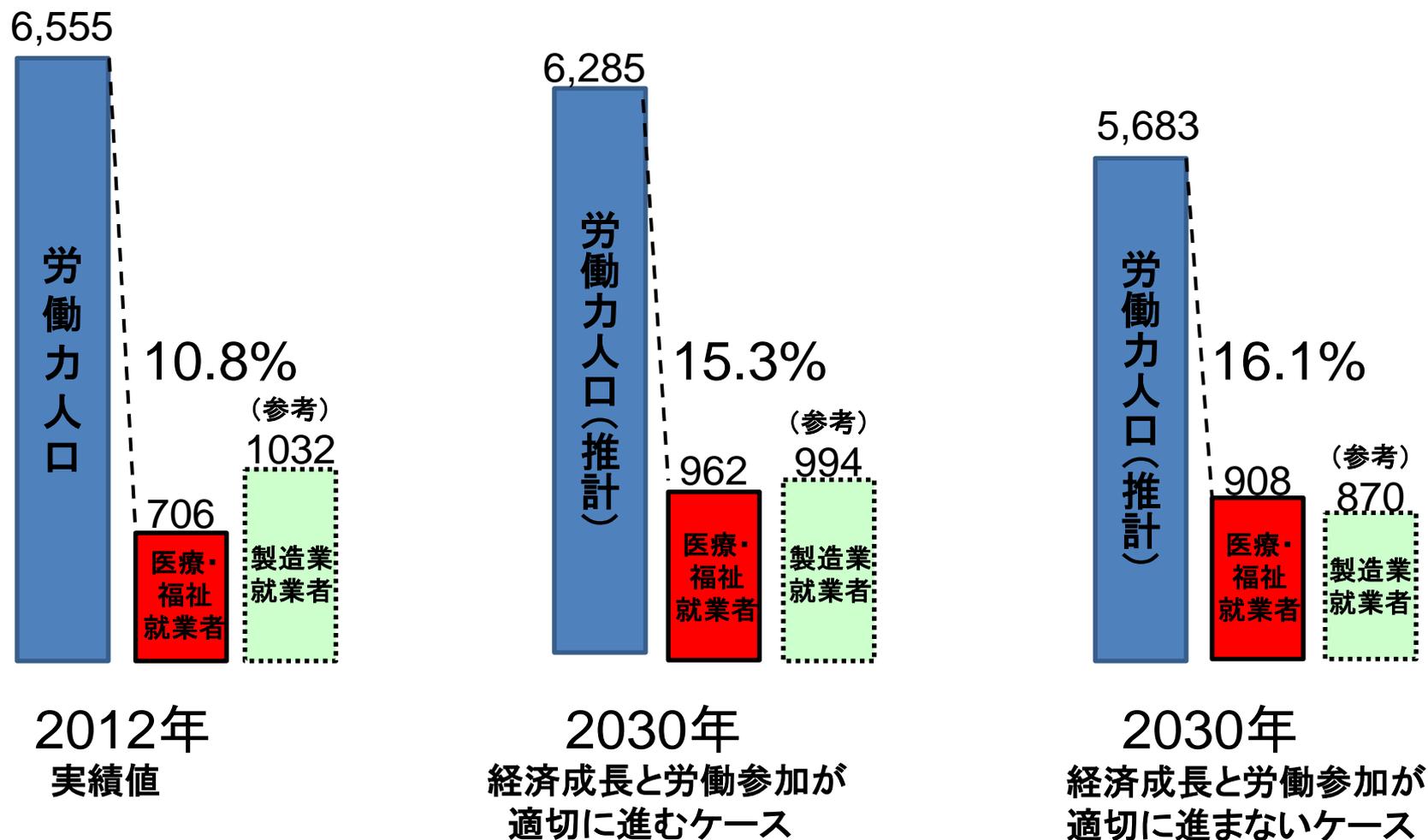


注: 2011年の数値は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

(出典)厚生労働省統計情報部「患者調査」

図：労働力人口に占める医療・福祉就業者の割合

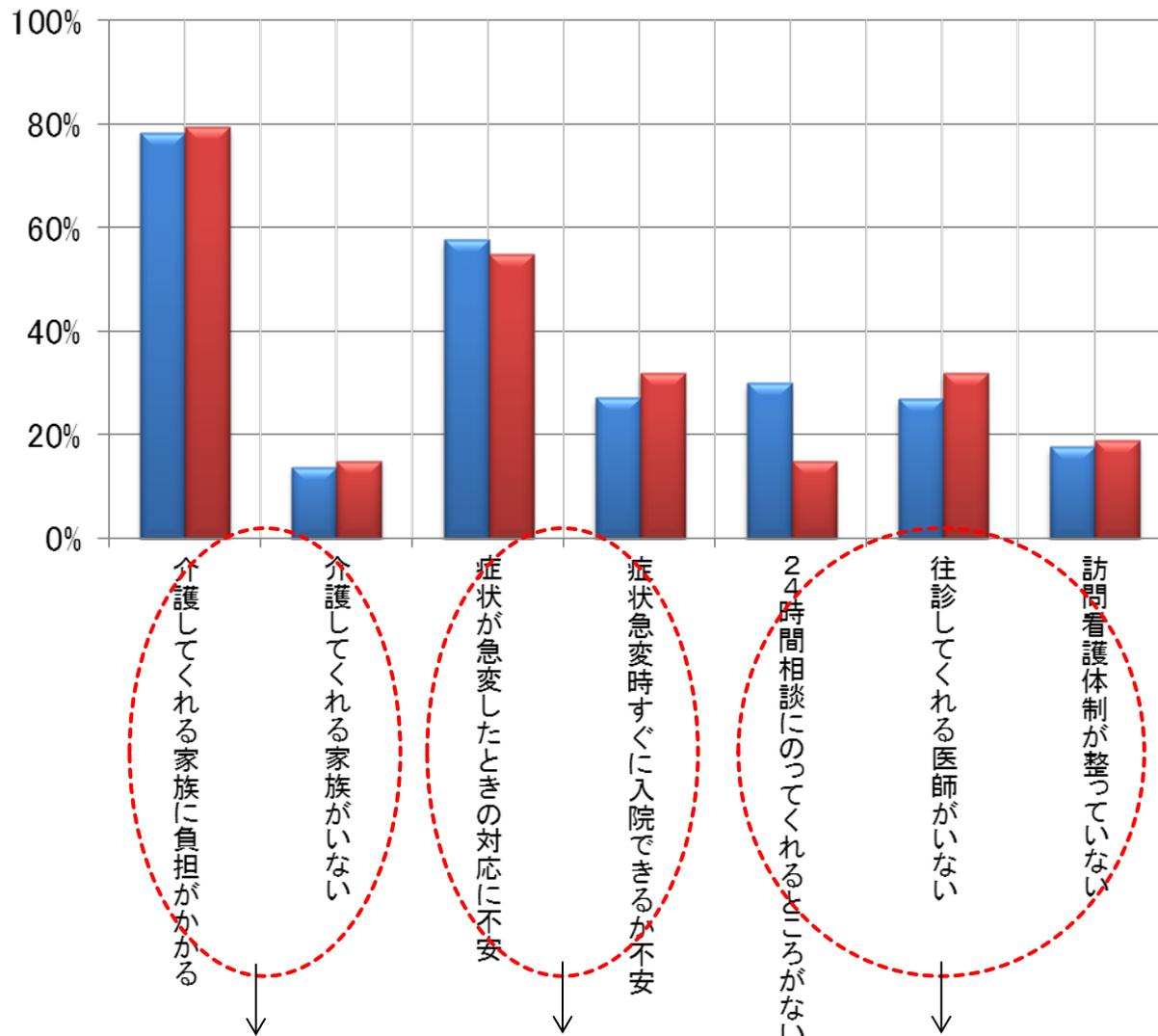
(単位：万人)



(出典)「雇用政策研究会報告書」。2012年実績値は総務省「労働力調査」、2030年は(独)労働政策研究・研修機構推計。

在宅医療推進に当たっての課題

■在宅医療移行や継続の阻害要因



■平成15年 ■平成20年

○調査対象及び客体

- ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
- ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出

○調査の方法

郵送法

○回収数

2,527人(回収率50.5%)

(出典)終末期医療に関する調査(各年)

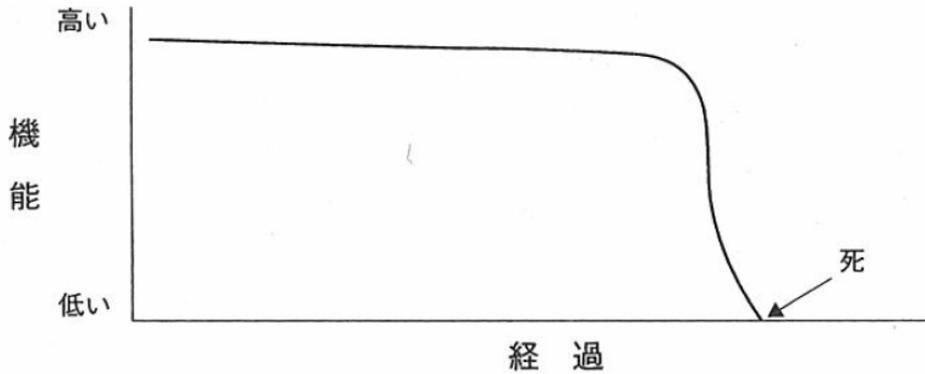
①介護者の不在

②急変時の不安

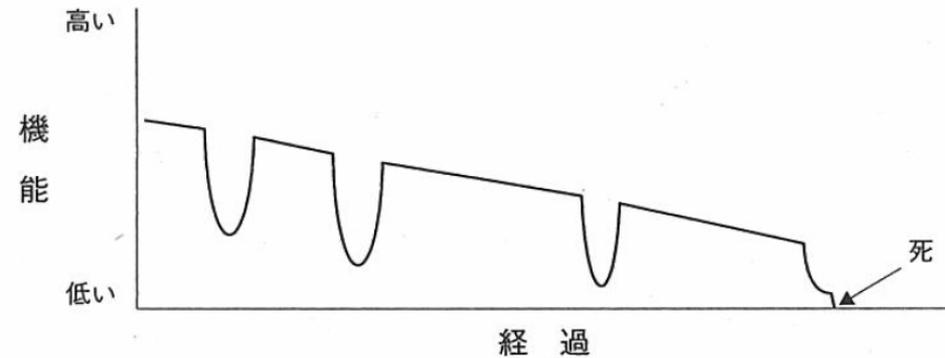
③在宅医療サービスの不足

疾患別の死に至るパターンの相違

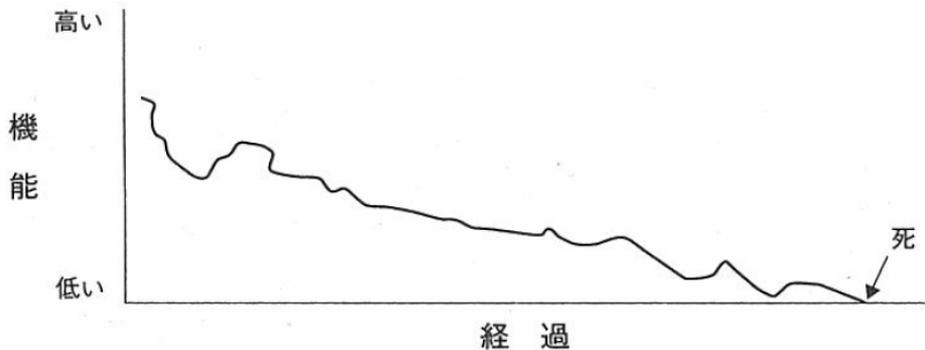
①がん等:死亡の数週間前まで機能は保たれ、以後急速に低下



②心臓・肺・肝臓等の臓器不全:時々重症化しながら、長い期間にわたり機能は低下



③老衰・認知証等:長い期間にわたり徐々に機能は低下

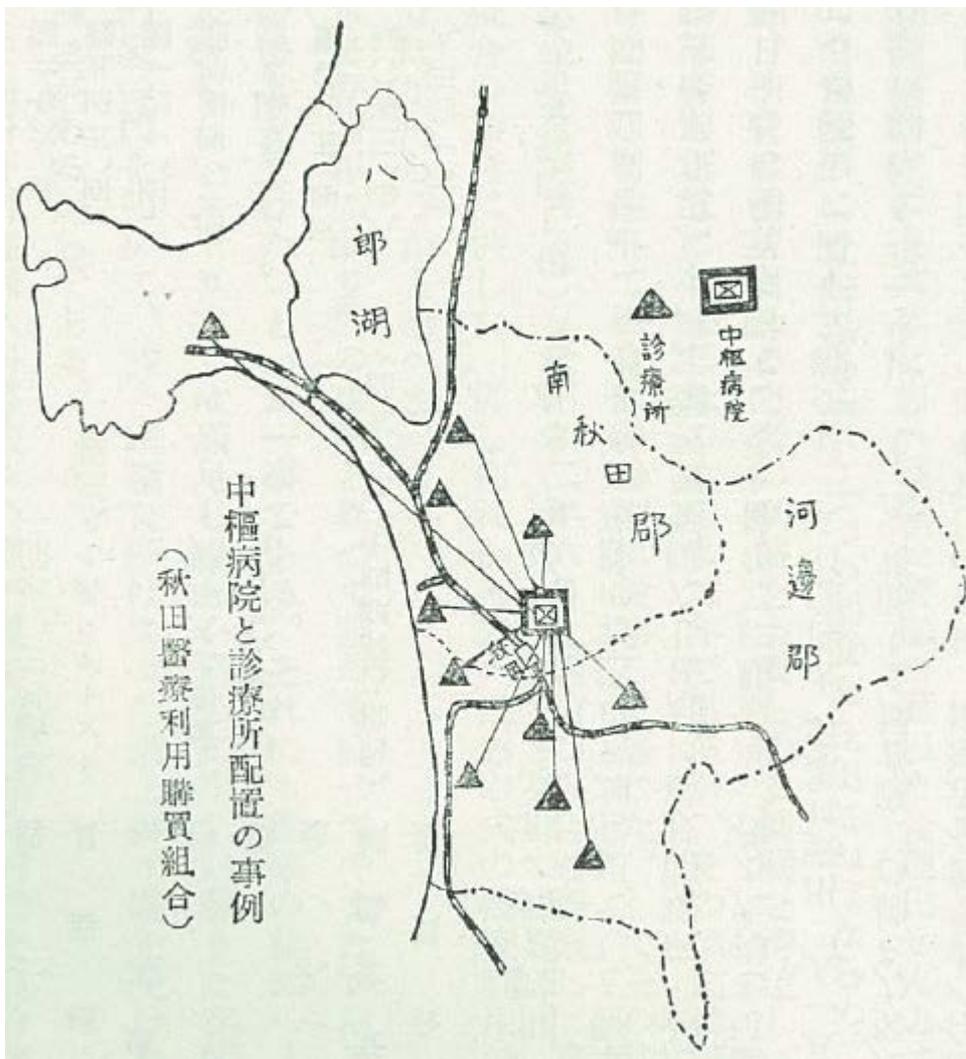


(島崎:コメント)

在宅医療や緩和ケアが必要なのは、がんの患者だけではない。②や③で急性増悪した場合の病院との連携、状態変化に対応できる在宅医療(訪問看護等を含む)の質の確保が必要。

出典 Lynn and Adamson : *Living Well at the End of Life*, WP-137, Rand Corporation, 2003.

戦前の医療利用組合の先駆性



1. 基本的な考え方

「地勢上、交通上1ブロックをなす地区の中心に、近代医学の粋を集めた完全なる総合病院を設置し、此處に多数の優秀なる人的要素を擁する。かくて之を「基地」として、此處より区域内僻地に支所として分院、診療所、出張所等を配置し、又はこれらを置くことの出来ない地域には巡回診療班を派遣する」
(出典)黒川泰一(1939)『保健政策と産業組合』167-168頁

2. 先駆性

- ・これは、偶然にも、1931年の国際連盟保健部による農村地区の医療制度の組織化の考え方と符合。
- ・また、戦後、WHOが開発途上国に対し勸奨した、3層制による地域医療確保構想の「先取り」。