

福祉と自治体財政

奈良女子大学名誉教授
澤井 勝

介護保険以後

自治体財政から福祉のあり方を見るためには、まず普通会計の民生費の動向を見るのが普通だろう。そしてその中身である、社会福祉費、老人福祉費、児童福祉費、生活保護費の内訳と、その財源の構造（国庫支出金、使用料など利用者負担、充当された税の割合など）とその確保策が話題となる。しかし、2000年度の介護保険の導入と、2003年度からの「三位一体改革」によって、この状況は大きく変わったともいえる。

介護保険は、それまで国庫補助金の世界にあった介護サービスを、被保険者（第一号および第二号）の保険料と、国と都道府県、市町村が持ち寄る税金という財源ミックスの世界に引き出すことになった。そして、サービスの提供者・供給者として株式会社を含む民間事業者を大量に作り出し、そこに「準市場」が生まれ、その「準市場」での需要と供給は自治体財政から非常に見えにくくなった。

「準市場」とは、サービスの需要者である高齢者とその家族が、供給者である事業者と、ケアマネジャーの支援を受けつつ直接に介護サービスを買うことで、介護サービスの「市場」ができていくことに着目した言い方である。なぜ「準」かと言うと、そこで取引される介護サービスの価格（介護報酬）は、市場によって直接に決まるものではなく、政府がさまざまな利害関係者（ステークホルダー）と協議して、政策的に決定するからである。

言い換えれば、サービス供給主体としての事業者の経済活動と自治体の財政運営との関係は、国民健

康保険連合会を仲立ちとした間接的なものとなったからである。介護保険制度に移行する中で、多くの市町村の福祉部門はサービス供給の現場からやや離れた遠いところで、介護保険特別会計の管理に重点を移す傾向が強くなったようだ。

また、厚生労働省の毎年度のような介護報酬の改正によって、現場が振り回される傾向も強くなったように思われる。

「準市場」と「福祉計画」、供給のコントロール

このような「準市場」は、わが国の場合、医療保険制度においてすでに長く経験してきたところだ。医療に関わる「診療報酬」もまた、政府による「公定価格」である。このような「診療報酬」や「介護報酬」による、サービス供給の政府によるコントロールは、医療や介護などの基礎的な公共サービスにおいては、必要なことである。しかしそれが、社会保険という仕組みと組み合わせ、うまく機能するかどうかは別の問題である。つまり、税によってサービス給付を支えるか、保険という相互扶助システムを活用するか、それを組み合わせた場合はどうか、という問題である。

わが国の場合、税と保険料という財源をミックスさせ、民間事業者（病院と診療所を中心とする民間の医療機関、および株式会社を含む介護保険事業者）のサービス供給に大きく依存するシステムは、他の先進国に比較しても、比較的到低い国民負担と医療

サービスへのアクセスのしやすさを両立させるものとして機能してきたと評価しても良い。

自治体にとっての問題は次の点にある。介護保険など、サービス供給現場に立ち会わなくても済む状況においては、サービス供給と需要を保険者としていかにコントロールするか、あるいはコントロールできるか、という問題である。

まず供給面では、事業者の許認可権の活用によって、必要な、または制限したい事業者の地域等における設置をコントロールすることができる。例えば、ベッド数の多さと住民一人当たりの医療費が強い相関関係にあることは良く知られている。つまり病院など医療機関が多いと、利用者一人当たり医療費が大きくなる傾向がある。

また、介護保険においても、65歳以上の第一号被保険者の保険料は、それぞれの市町村にある施設のベッド数、特に医療関係施設のそれに強く規定されることは、介護報酬の定め（医療系サービスが高く設定されている。その基礎は医療系スタッフの人件費の高さである）からも当然のことである。このようにサービスの供給量（施設の数や種類、事業者数）は介護給付費の総額を規定し、その結果として保険料やそれに対応する自治体の一般財源負担を左右することにもなる。

ここにおいて、サービス量の目標値を定め、そのための供給力の見通しを定める「介護保険事業計画」や「障害者自立支援計画」は決定的に重要になる。この計画における設置施設数が、設置許可やそのための都道府県からのヒアリングへの意見具申の根拠となるからである。

需要のコントロールと自治体の役割

他方、需要面におけるコントロールは、例えば、介護保険の場合、要介護認定者数の拡大をどのように考えるか、という問題ともなる。これもこれまでの経験から、要介護認定率（高齢者のうち要介護認定を受けている人の割合）が高いと、介護保険のサービス利用率も高まる傾向があることがわかっている。それが介護保険制度のよい点でもある。つまり

利用者のサービスへのアクセスのしやすさの一部となっている。

しかし、最も良いのは「介護保険のお世話にならないこと」である。保険料を負担して、市民としての義務を果たし、相互扶助の一端を担うことを厭わない。「介護保険は損害保険と同じで、使い捨てがもっとも望ましい」のである。（そのためにも、介護保険料の高さにはおのずから限界がある。）

東京都品川区の場合、この認定率を上げないために工夫していることがある。それは、「訪問調査事業」による相談事業の充実によって、必要なサービスを考えて「認定申請するかどうか」を判断していることである。品川区の場合、高齢者の状況把握については、三つの窓口がある。一つは、医療機関や民生委員、保健所、まちづくり協議会と自治会役員など関係機関からの連絡やそれへの照会である。二つ目は、各家庭や当事者からの電話、来所などによる相談や、訪問指導などでの聞き取りである。第三には、要介護認定の新規の申請と更新申請のときである。

この三つの窓口で受けた相談については、必ず原則として「訪問調査と聞き取り」を行っている。品川区の特徴は、この段階で区のアセスメント表とパソコン画面から検索できる相談者の過去の相談記録によって日常生活自立度を中心にチェックし、認定審査会にかけられる場合とかけない場合とを判断していることである。いわばここでフィルターに掛けているのである。

認定審査会にかけると判断できない人には、一般高齢者施策か特定高齢者施策を紹介し、そのサービス利用を働きかける。特定高齢者については、ケアマネジメントを実施しケアプランを作成する。一般高齢者施策は、区の高齢者保健福祉計画推進事業に豊富なメニューがある。

いずれにしても、「介護保険には限界がある」ということをよく理解している。高齢者が地域で不安なく暮らすためには、第一に行政の一般事業、民間のボランティアやNPOの事業、各施設や事業者が行っている地域との連携事業など「社会的支援事業」をフルに活用しなければならない。その基盤は、相

談事業の充実であり、そのためのデータベースの構築と関係機関や各ワーカーとの日常的な連携である。その司令塔として、市町村の社会福祉担当部局の目配りとネットワークの良さが求められる。

このようにして、介護を必要とする高齢者を減らし、健康寿命を延ばし、PPK（ピンピンコロリ）を実現することは、賢明な策である。

縮小する地方財政規模、増大する民生費

ところで、2000年以降の地方財政を見ると、財政規模が縮小しつつあることがわかる。1999年度決算では地方財政（都道府県と市町村の普通会計の純計）の歳出規模は約101兆1,600億円。それが5年後の2004年度決算では、91兆2,500億円となり、99年度の89.8%の水準である（『地方財政白書』）。これは、バブル経済崩壊後の不況のもとで、歳出規模の圧縮が進められた結果である。国の歳出カットの圧力と各自治体の努力が合成されたものである。特に投資的経費の削減が大きい。普通建設事業費は99年度の

26兆円強から04年度には16兆3千億円となり、99年度決算の63%の水準にまで切り下げられている。

一方で民生費は同じ時期に、介護保険制度の導入などでいったん縮小するものの、下の表のように04年度には99年度水準にまで戻っている。

これを市町村民生費の状況で見ると第1表と第1表の2のようになっている。この表から次のことが指摘できる。第一には、市町村の民生費の内訳では児童福祉費が最も大きい。04年度決算で4兆492億円。この3年間でも毎年7%から5%伸びてきている。これは多くが保育所の設置と運営費（扶助費）の経費である。次いで障害者福祉費や地域福祉費などの社会福祉費が大きい。04年度で3兆3,455億円で、7%から3%程度の伸びである。その次に老人福祉費がくる。04年度決算では2兆6,222億円で毎年度の伸びは1%から3%。そして生活保護である。04年度には2兆4,266億円だが、この三年間では7.53%から5.76%と最も伸び率が高いことがわかる。

このうち、老人福祉費については、2000年度からの介護保険制度の導入によって、この老人福祉費の

付表 民生費と歳出総額

(百万円)

	2004年度	2003年度	2002年度	2001年度	2000年度	1999年度
民生費純計額	15,132,254	14,540,192	14,303,211	14,054,411	13,392,030	15,063,969
歳出決算総額	91,247,914	92,581,841	94,839,418	97,431,688	97,616,360	101,629,110

第1表 市町村民生費の状況

(百万円)

	2004年度	2003年度	2002年度
社会福祉費	3,345,515	3,252,676	3,033,490
老人福祉費	2,622,404	2,549,765	2,522,800
児童福祉費	4,049,197	3,828,728	3,573,375
生活保護費	2,426,595	2,295,663	2,134,820
災害救助費	31,218	3,724	3,362
合計	12,474,929	11,930,556	11,267,847
民生費純計額	15,132,254	14,540,192	14,303,211
歳出決算総額	91,247,914	92,581,841	94,839,418

『地方財政白書』各年度版から作成。

第1表の2 市町村民生費の対前年度伸び率（％）

	2004年度	2003年度
社会福祉費	2.85	7.23
老人福祉費	2.85	1.07
児童福祉費	5.76	7.15
生活保護費	5.70	7.53
災害救助費	738.29	10.77
合計	4.56	5.88
民生費純計額	4.07	1.66
歳出決算総額	-1.44	-2.38

『地方財政白書』各年度版から作成。

外に「介護保険特別会計」が設けられているので、それと連結して考えなければならない。第1表の市町村老人福祉費の最大の歳出科目は「繰り出し金」で、04年度の場合1兆6,958億円であるが、これは「介護保険特別会計」への繰り出し金6,962億円、および「老人保健医療事業特別会計」への繰り出し金7,291億円がその大部分である。

なお介護保険事業の状況は第2表のようになり、04年度で5兆8,475億円の規模となった。最初の年である2000年度より2兆2千億円拡大し、1.61倍となった。介護保険の全体の財政規模（国民介護費用にあたる）はこれに概ね一割の利用者負担を加えてみる必要があるので、6兆4千億円程度と見積もられる。

第2表 介護保険給付費の推移 (百万円)

	介護特会歳出	対前年度比（％）
2000年度	3,623,429	皆増
2001年度	4,581,264	26.43
2002年度	5,010,156	9.36
2003年度	5,439,572	8.57
2004年度	5,847,509	7.50

『地方財政白書』各年度版から作成。

これからは新しい福祉の時代

このような民生費の増加傾向はこれからも続くと思込まれる。第一には、高齢化の進行である。1947年生まれの団塊の世代が後期高齢者となる2022年以降に、高齢化のピークが来るわけであり、なお16年以上先まで高齢者と要介護者が増加していくと見なければならないのだ。第二は、家族と地域社会の相互扶助機能がなお低下していく可能性があると言われる。第三には、少子化に対して、特にきめこまかな子育て支援など自治体の単独事業が拡大することは避けられない。第四には、介護保険の予防事業や医療制度改革による生活習慣病対策など、国庫補助金なしの自治体事業の推進が迫られることは必至である。加えて介護保険事業からは、予防事業全体が外されていくことも想定される。つまり自治体の一般財源で推進しなければならない事業が拡大することが予想される。

さらに分権改革という時代的要請がある。特に基礎的自治体としての市町村にはこれからもあらゆる権限が付与されてくることが予想される。そのなかで自治体の創意と工夫が、事業の展開とその財源確保の面でもより一層求められる。

ちなみに、福祉関係での2000年以降の主な制度改革を整理してみると以下のようなになる。いくつかの重要施策が議員立法で法律が作られ、それが自治体、特に市町村の仕事となってきたことがわかる。

2000(平成12)年3月	年金改正法成立(2000年改正) 1、年金支給開始年齢の引き上げ 厚生年金は60歳を段階的に65歳に 2、学生の保険料納付の特例 2000年4月から保険料免除制度導入 3、育児休業休暇中の保険料免除 4、厚生年金の総報酬制を2003年4月から導入 賞与等も賦課対象に 5、年金水準の見直し 国民年金(基礎年金)据え置き、厚生年金5%引き下げ
2000(平成12)年4月	介護保険制度施行。ケマネージャーの発足。措置制度から契約の時代に。市町村が介護保険の保険者に。
2000(平成12)年4月	新成年後見制度施行。
2000年5月	地方分権一括法施行。機関委任事務制度は廃止。通達行政の終わり。国と自治体の間には指導、被指導という関係はなくなり、対等・平等に。社会福祉法成立(社会福祉事業法等の一部を改正する法律)。住民を主体とする福祉を定める。住民が担う「地域福祉計画」の策定を規定した。
2001(平成13)年4月	議員立法により児童虐待防止法成立。12月施行。
2001年10月1日	議員立法でDV法(配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律)成立。10月施行。 第1号介護保険料の全額徴収始まる。
2002(平成14)年	ホームレス自立支援法。
2003(平成15)年6月	職業安定法改正。無料職業紹介事業を市町村、都道府県に開放。施行は04年3月。
2004(平成16)年6月	改正児童虐待防止法成立、10月施行。通報義務の拡大、市町村が相談や通報の第一線機関に。児童相談所は専門機関。 DV法改正法成立、12月施行。市町村に相談支援センター設置が可能に。配偶者の定義の拡大など。 04年度年金制度改正。1、保険料水準の固定化、2017年度までに厚生年金は18.3%、国民年金は16900円まで段階的に引き上げて固定。2、給付水準の抑制、「マクロ経済スライド」を導入して、賃金上昇以下に抑える。3、基礎年金の国庫負担を2009年度までに2分の1に、税制改正を前提。4、積立金の活用。賦課方式を基本にしつつ、100年で均衡を図り、積立金は期間終了時には給付費の一年分程度までに圧縮。
2004年12月	発達障害者自立支援法成立、05年4月施行。学習障害などを新しい障害として特別支援教育など。 改正児童福祉法成立。児童虐待防止法の受け皿。05年4月施行。
2005(平成17)年6月	改正介護保険法成立。予防事業重視と地域包括支援センター、ケマネージャーへの支援など。06年4月施行。
2005年11月	障害者自立支援法成立。2006年4月一部施行。10月本格施行。身体、知的、精神および児童福祉法の障害児を統合する方向。介護給付費の一律一割の利用者負担を導入。障害区分導入。 高齢者虐待防止・介護者支援法成立。2006年4月施行。虐待を身体的、性的、心理的、ネグレクト、経済的虐待と定義。
12月	与党の医療制度改革案まとまる。06年6月医療法等改正。

自治体財源確保と地域ファンドの形成

以上のような市町村権限の拡大と、一方での行財政改革のより一層の進行が強く求められる中で、これからの課題は以下のようになるであろう。

第一に、福祉がこれからの基礎的自治体の中心的な仕事なるということを明確にすること。「福祉自治体」がこれからの「わが町」の姿である。このことは市民にとって理解と賛同が得られやすい。市民はまず「安心と安全」を求めているからである。従来の思考パターンで地域活性化のための、開発あるいは投資という発想は、多く市民の理解を得にくい。一方で「福祉自治体」のためには、市民は「それなりの」負担を厭わないことが各種の世論調査や意識調査でわかっている。増税や保険料の引き上げでも、それが福祉サービスとして生かされるとわかれば協力を惜しまない市民は多い。

第二は、その福祉自治体の実現のために、「自治体としての明瞭な理念」を市民参画と専門家、行政との協働で策定し、市民と職員が共有することが求められる。広島県尾道市の御調町が進めてきた「地域包括ケア」や、長野県諏訪中央病院のケアなどが良い例である。そのことによって、財政再建と法の建前の中で右往左往する国の施策の揺れに振り回されることを最大限避けることができる。

第三には、市民やNPOとの協働を積極的に進めること。特に、地域社会の再生を住民協議会（仮称）とともに図ると共に、行政内部の改革を行い、市民やNPOと対等に議論し、プランを作り、実践し、評価できる職員をつくる必要がある。民間事業者の事業内容をサービス利用者の視点から適切に評価でき、同時に、行政としての立場や権限を活用できる「専門職員」が必要である。それが「コミュニティ・ソーシャルワーカー」の形成の本来の意味である。わが国ではまだ未形成のソーシャルワーカーという専門職をつくるのが求められる。

第四には、一般財源を効果的に投入し、それを呼び水にしなが、市民や事業者の寄付や出資による福祉基金（コミュニティ・ファンド）をつくる必要がある。それは地域に眠る資源を引き出し、

活用することで、福祉サービスを永続的なものとすることを目指す。長野県泰阜村の「ふるさと思いやり基金」は、全国からの名宛の寄付によって建設された基金を、在宅福祉に携わる家族のレスパイトケア（ケアする人をケアする）に活用するようである。

いずれにしても、財政面でもさまざまな資金や資源を動員することが必須である。

【マッセOSAKA研究紀要 第10号（平成19年3月発行）より転載】