

ますます求められるとともに、国は、それぞれの市町村の独自性を尊重して、介護サービスの基盤整備を推進するなどの支援を行うことが重要である。

第2節 障害者を取り巻く地域の状況と取組み

< 障害者の福祉及び雇用に関する制度の沿革 >

戦後の障害福祉施策は、1949（昭和24）年の身体障害者福祉法に始まり、1993（平成5）年のいわゆる福祉八法の改正により、身体障害者の施設入所の措置に関する事務について市町村への権限委譲が行われるなど、全国的なサービス水準の確保のための企画立案を国が担い、住民に身近な市町村が中心となって障害福祉サービスを提供する体制づくりが進められた。

障害者の自己決定を尊重し、利用者本位のサービスを実現するため、2000（平成12）年に身体障害者福祉法等の改正により、障害福祉サービスの利用については、行政が行政処分によりサービスを決定する措置制度から、障害者自らがサービスを選択し、事業者と対等の関係に基づき、契約によりサービスを利用する支援費制度に改められ、2003（平成15）年から実施された。

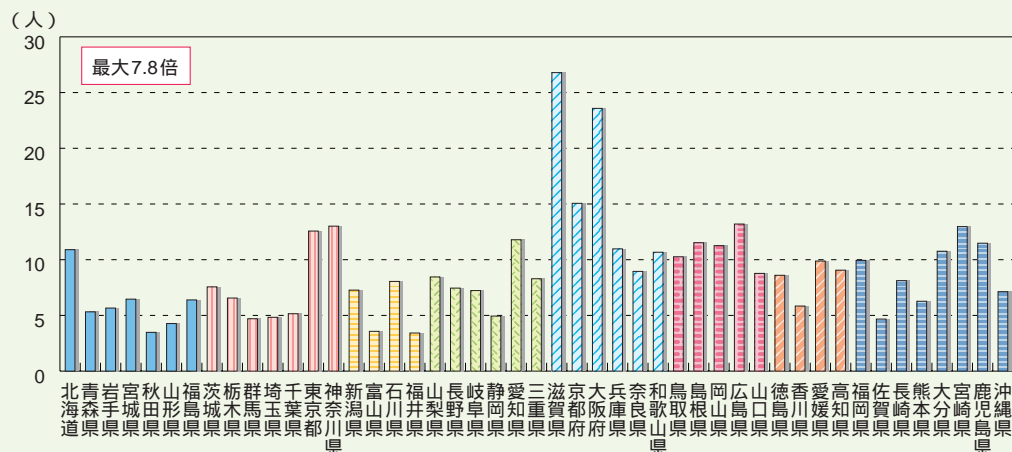
障害者雇用については、1960（昭和35）年に身体障害者雇用促進法が制定され、国が障害者に対する職業紹介等を実施するとともに事業主に一定の障害者雇用を義務づけることとされた。1992（平成4）年には、障害者雇用対策を総合的かつ計画的・段階的に推進するため、障害者雇用対策基本方針を策定することとされた。

< 障害者の福祉及び雇用の地域差とその要因 >

（障害福祉サービスに関する地域差の状況）

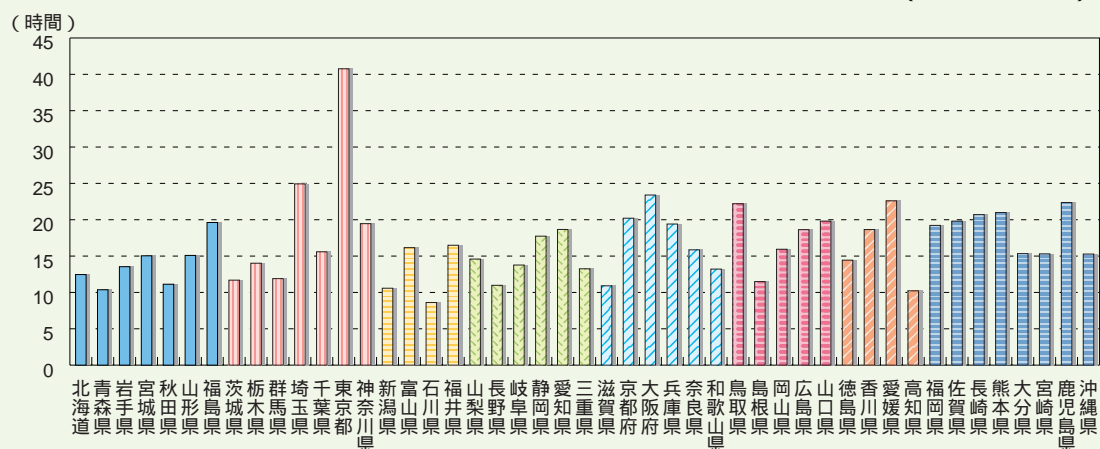
2003（平成15）年4月の都道府県別の人口1万人当たりの支援費ホームヘルプサービス支給決定者数についてみると、滋賀県（26.8人）から福井県（3.4人）まで7.8倍の地域差があり、都道府県別の支援費ホームヘルプサービス1人当たり平均利用時間数についてみると、東京都（40.6時間）から石川県（8.6時間）まで4.7倍の地域差がある。（図表2-2-1，2-2-2）

図表2-2-1 都道府県別人口1万人当たりの支援費ホームヘルプサービス利用者数（平成15年4月）



資料：厚生労働省障害保健福祉部調べ

図表2-2-2 都道府県別支援費ホームヘルプサービス一人当たり平均利用時間数（平成15年4月）



資料：厚生労働省障害保健福祉部調べ

ホームヘルプサービスの提供体制に着目すると、2004（平成16）年3月にホームヘルプサービスを実施している市町村の割合は、身体障害者ホームヘルプサービスで78%、知的障害者ホームヘルプサービスで56%、障害児ホームヘルプサービスで40%、精神障害者ホームヘルプサービスで53%となっており、サービスの実施されていない市町村が多数ある状況である。

（障害者雇用に関する地域差の状況）

2004（平成16）年6月1日現在で、一般民間企業における実雇用率の全国平均は1.46%であり、都道府県別にみると、最も高い地域で2.11%、最も低い地域で1.35%である。法定雇用率（1.8%）未達成の企業の割合は全国平均で58.3%であり、最も高い地域で72.9%、最も低い地域で43.3%である。

< 障害者の福祉及び雇用の地域差に対する考え方 >

障害福祉サービスの利用状況に地域差が生じる理由としては、市町村が支援費の支給決定を行う際の全国共通の基準がないことや市町村の取組み姿勢等の違いがあること等が考えられる。

障害福祉サービスの利用状況について地域差が大きく、サービスを実施していない地域も数多く存在し、また、サービス利用の公平性という観点からも問題がある。そのため、地域における障害者の自立した生活を支援する観点に立って、在宅サービスを中心に水準の底上げを図り、サービス提供体制の地域差を是正し、客観的な基準に基づいた公平な利用を図る必要がある。

障害者雇用率についても地域差があり、各企業の責任において法定の雇用率を達成する必要があるが、国が責任をもって底上げを図る必要がある。

< 障害者の福祉及び雇用に関する国と地域の役割分担及びそれぞれの取組み >

障害者の支援は、障害の種別や年齢に関わりなく、できるだけ住み慣れた身近な地域で、きめ細かなサービスが受けられることが望ましい。このため、障害者福祉に関する施策については、地方自治体において、地域住民の多様なニーズに応じて障害福祉サービスを実施している。一方、国は、支援費制度におけるサービスを提供する事業者や施設の指定基準を定めるとともに、国全体において一定水準の障害福祉サービスを確保するため、財政的な支援等を行っている。

2003（平成15）年度に始まった新しい障害者基本計画（新障害者基本計画）において、障害の有無にかかわらず、国民誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合う「共生社会」の実現を目指すこと

とされ、さらに、重点施策実施5か年計画（新障害者プラン）において、障害者の自立した地域生活を支える基盤整備の数値目標を掲げており、国はその達成に向けて取り組んでいる。また、障害者基本法により、都道府県及び市町村は、地域における障害者のための施策に関する基本的な計画を策定するように努めなければならないとされている。

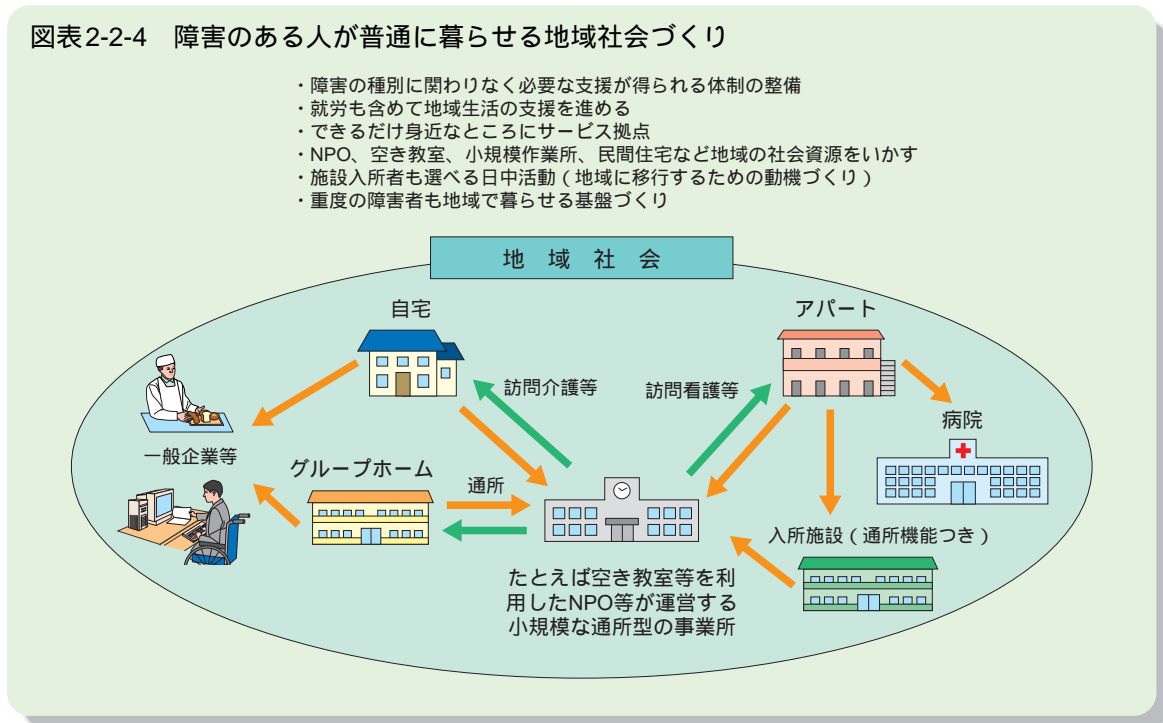
障害者雇用対策については、2003年度に策定された障害者雇用対策基本方針に基づき、ハローワークにおいてきめ細かい職業紹介や情報提供を行うとともに、納付金制度や助成金制度の活用により法定雇用率の達成を図るなど、障害者の就労支援策を推進している。

障害福祉サービスの担い手として社会福祉法人、NPO、ボランティア等が重要な役割を担っている。

地域に住む人が、障害の有無にかかわらず相互に支え合い、障害者が普通に暮らせる「自立と共生」の地域社会づくりを目指すことを目的とした障害者自立支援法案を2005（平成17）年の通常国会に提出している。同法案では、障害者に最も身近な地方自治体である市町村が、福祉サービスの一元的な実施主体として、障害者が自立した生活を営むことができるよう必要な給付や事業を総合的かつ計画的に行う責務を負うこととしつつ、これらの給付等を行うために市町村が支弁した費用の一部を国及び都道府県が義務的に負担することなどとし、市町村を財政的に支える仕組みとしている。また、移動支援、コミュニケーション支援、相談支援等は、地域の実情に応じて提供される方が効果的であると考えられることから、都道府県や市町村の創意工夫をいかし、柔軟な形態によるサービス提供が可能な地域生活支援事業として法定化することとしている。

さらに、就労を通じて地域における自立を図ろうとする障害者を支援するため、就労移行支援事業や就労継続支援事業に再編するとともに、雇用施策との連携を強化することにより、障害者の意欲と能力に応じて職業生活を設計・選択できるような支援体制を確立することとしている。また、地域において、雇用、福祉、教育等の関係機関からなるネットワークを充実し、個々の障害者の状況に応じ、総合的な雇用支援プログラムを作成・実施することとしている。（図表2-2-4）

図表2-2-4 障害のある人が普通に暮らせる地域社会づくり



精神障害者に対する雇用対策の強化、在宅就業障害者に対する支援、障害者福祉施策との有機的な連携などの支援を行うことを内容とした「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律」が2005年の通常国会で成立している。

既存の枠組みでは十分対応できなかった発達障害について、福祉、雇用、保健医療など分野横断的な対策を可能とする発達障害者支援法が2005年に施行された。

< 地域の特性に応じた障害者の福祉及び雇用に関する取組み >

障害者の福祉及び雇用に関する各地方自治体の具体的な取組みとして、高齢者及び障害者がともに身近な地域で福祉サービスを受けることができる富山型小規模多機能デイサービス施設（富山県）、障害者の「働きたい」を応援する「滋賀モデル」（滋賀県）といったものがある。

< 国と地域の役割分担・連携についての課題と今後の在り方 >

今後の障害者の福祉及び雇用に関する施策の目指すものは、障害者が自立して普通に暮らすことができ、地域に住む人が障害の有無、老若男女を問わず、自然に交わり支え合う「自立と共生」の地域社会である。

住民に身近な市町村が主体となって、地域の資源や人材を活用し、一人一人の障害者とその能力や適性に応じ、自立した日常生活や社会生活を営めるような支援体制を作っていく必要がある。

一方で、障害福祉サービスの利用状況や提供体制には大きな地域差が生じており、全国的にみて障害者が地域で自立して生活するために必要なサービス水準が確保されているとは言えず、地域における障害者の自立した生活を支援する観点に立って、在宅サービスを中心に障害福祉サービスの充実を図り、これらの地域差を解消し、全国的に障害福祉サービスの水準の底上げを図る必要がある。このため、財政面や技術面において、都道府県、そして国が重層的に市町村を支援する仕組みを築くことが必要である。

市町村とハローワーク等が連携を図ることにより、障害者の福祉施策と雇用施策の連携を強化し、地域で生活する障害者の就労支援を図ることが重要であるとともに、企業の責任において法定の雇用率の水準を満たすよう障害者の雇用促進を図ることが必要である。

今後は、障害者自立支援法案等により、身体障害、知的障害、精神障害といった障害の種別にかかわらず、一元的に福祉サービスを利用できる仕組みを構築し、市町村が主体性を発揮して、地域のニーズに応じて総合的かつ計画的にサービスを提供する体制を整備することにより、障害者の自立支援を図ることが重要である。

さらに、発達障害者支援法に見られるように、複数の分野横断的な取組みも出てきており、新たな連携の動きも推進していくことが求められる。

第3節 少子化を取り巻く地域の状況と取組み

< 少子化対策の沿革 >

我が国の合計特殊出生率は1974（昭和49）年に人口置換水準（2.07）を下回って以来低下を続け、2004（平成16）年には1.29と少子化傾向が続いている。少子化問題のきっかけは、1989（平成元）年に1966（昭和41）年のひのえうまの出生率を下回ったいわゆる1.57ショックであり、これを契機に1994（平成6）年からエンゼルプランが策定され、子育てを夫婦や家庭だけの問題ととらえるのではなく、国や地方自治体をはじめ、企業・職場や地域社会に含めた社会全体で子育てを

支援していくこととした。さらに、2005（平成17）年からは、各地方自治体や事業者は次世代育成支援対策推進法（以下「次世代法」という。）に基づき行動計画を策定するとともに、これを着実に実施することとなっている。

< 地域別に見た少子化の状況とその原因となる結婚行動、出生行動 >

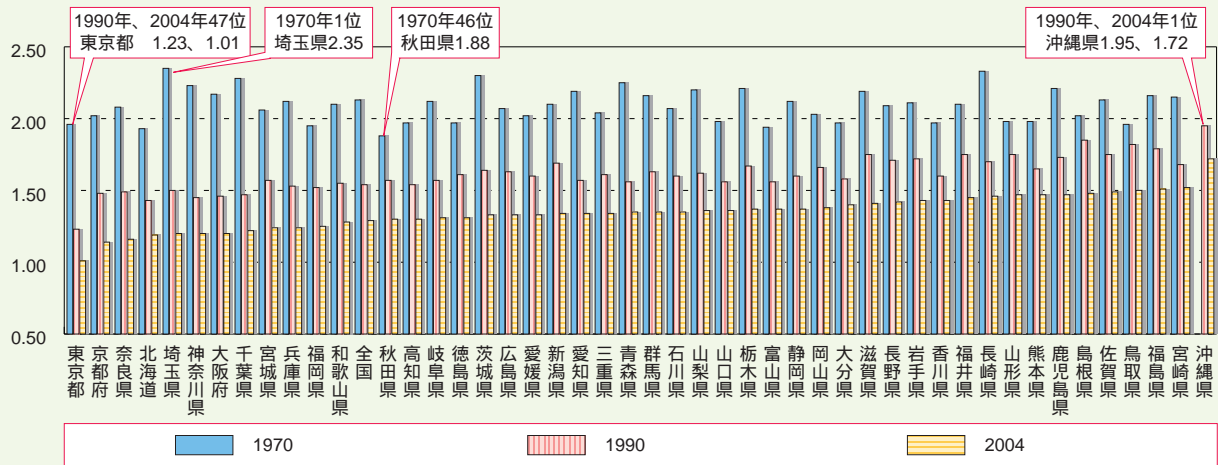
合計特殊出生率を都道府県別に見ると、2004（平成16）年時点で、沖縄県（1.72）が最も高く、東京都（1.01）が最も低くなっている。出生率の低下は全国的な傾向であるが、この30年間の変化をみると、地方に比べて都市部でその下がり幅が大きくなっている。

我が国では、近年の合計特殊出生率の低下傾向は、未婚化・晩婚化という結婚行動の変化と出生行動の変化が原因であると考えられている。

晩婚化を表す指標として、女性の平均初婚年齢を都道府県別に見ると、地域差には大きな変化はなく、どの地域も晩婚化が進んでいる。

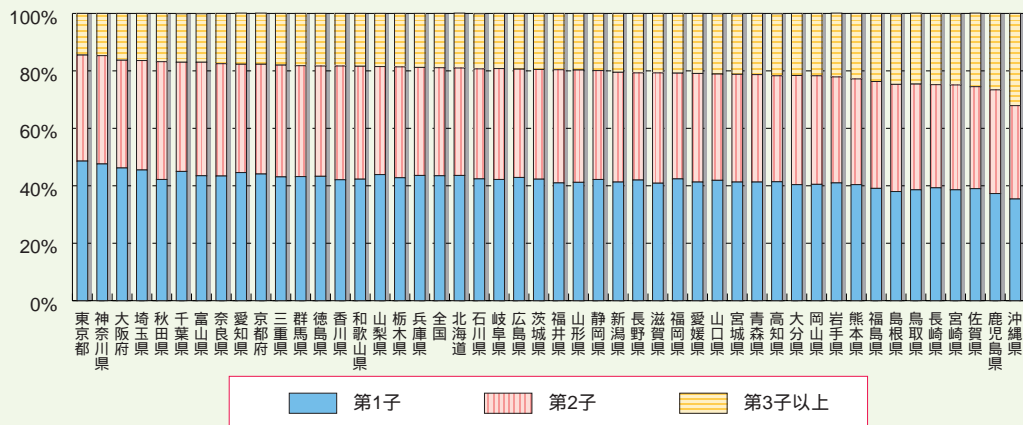
現在、出産期を迎えている世代の女性の有配偶率をそれぞれ都道府県別に見ると、この25年間で東京都は24.4%低下したのに対し、福井県は14.3%の低下にとどまっており、地域による未婚化の状況の差が拡大傾向にある。

図表2-3-2 都道府県別合計特殊出生率の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
 (注) 2004年の合計特殊出生率が低い順に左から並べている。

図表2-3-9 出生順位別の出生数の構成割合（2000年）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成13年度人口動態統計特殊報告（出生に関する統計）」
 (注) 第3子以上の割合が低い順に左から並べている。

結婚した夫婦の出生力については、九州や東北といった地域で3人以上の子どもを生む者が多いなど、北海道や関東の地域に比べて高い。ただし、理想子ども数と予定子ども数の関係を見ると、いずれの地域でみても、両者にかい離が生じている。

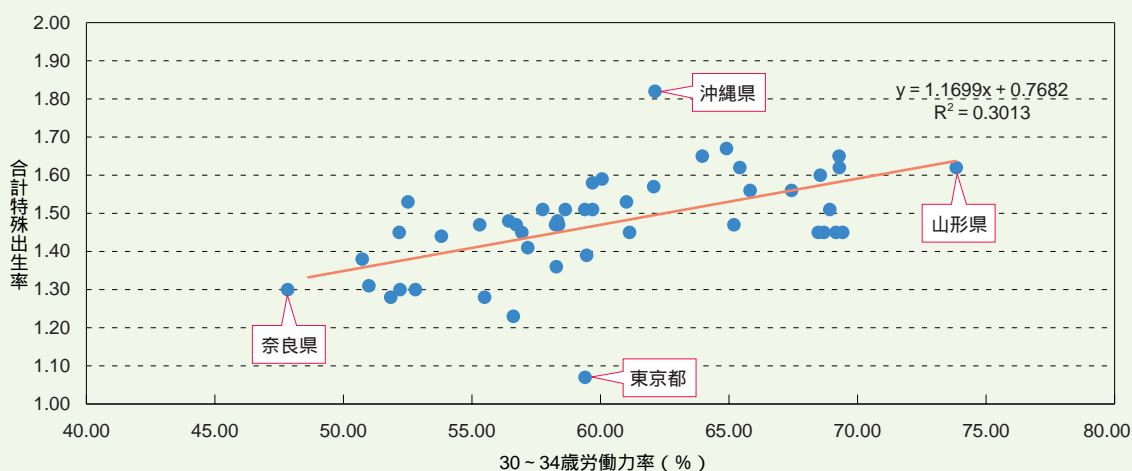
全国的に広がる少子化の傾向は、21世紀の我が国の姿を考える上で、将来の労働力人口の減少や社会保障に係る負担の増大などの問題につながるものであり、こうした少子化の流れは少しでも早く変えていくために、国の基本政策として、地域と一体で取り組んでいく必要がある。

< 少子化が進行する中での地域における子育てを取り巻く状況 >

女性の社会進出に伴い、いわゆるM字カーブの谷は浅くなってきている。一方で、その労働力率のカーブを地域ごとに見てみると、カーブの形状は大きく異なっており、結婚・出産に伴いいったん仕事から離れて専業主婦になることが多い地域と、継続して仕事をする共働き世帯が多い地域がある。

都道府県別の30歳代前半の女性の労働力率と合計特殊出生率の相関を見てみると、緩やかな正の相関があり、労働力率の高い地域が合計特殊出生率が高い傾向にある。(図表2-3-12)

図表2-3-12 30歳代前半の女性の労働力率と合計特殊出生率の相関(2000年)



(注) 「国勢調査」(総務省統計局)及び「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)を用いて政策統括官付政策評価官室作成

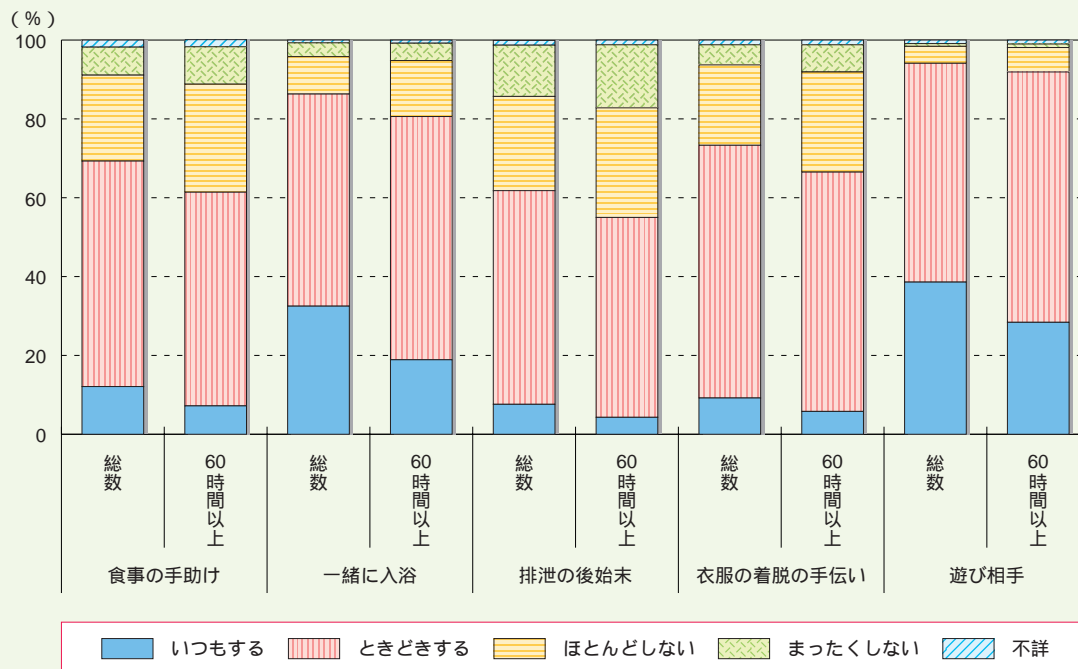
比較的出生率の高い地域では、正規の職員・従業員が多い一方で、長時間労働をしている者が少ないといえ、逆に、出生率の低い都市部では、非正規化が進んでいる一方で、正規雇用者においては長時間労働をしている者が多い傾向があるといえる。

3世代世帯割合の高い地域では出生率が高い傾向がややうかがえる。しかし、沖縄県や鹿児島県などの出生率が比較的高い地域であっても3世代世帯割合が低い地域もある。

また、男性の長時間労働者の割合が高い地域は、出生率が低い傾向にある。(図表2-3-16, 2-3-18)

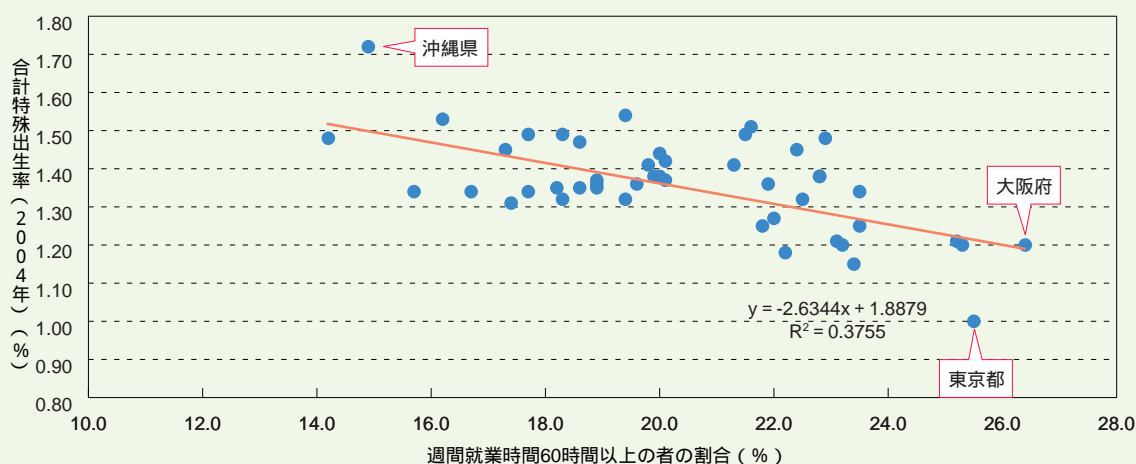
このように、子育てをする家庭とそれを取り巻く状況が少子化に影響しているといえる。

図表2-3-16 父親の労働時間と育児負担の実態



(注) 「第3回21世紀出生児縦断調査(2004年)」から政策統括官付政策評価官室作成

図表2-3-18 25～39歳男性就労者の週間就労時間60時間以上の者の割合と合計特殊出生率



(注) 「人口動態統計」(厚生労働省統計情報部)と「就業構造基本調査」(総務省統計局)を用いて政策統括官付政策評価官室が作成

< 子育てを支援する社会サービスの状況 >

働きながら子育てをする世帯に対する子育て支援の中心的役割を果たしてきたのが保育所であるが、その利用状況は都道府県別にみても大きな違いがある。ニーズが高まり続けている1～2歳児の保育所の利用率については、高知県や石川県では40%を超えているのに対し、神奈川県や埼玉県では15%を下回っており約3倍の格差がある。3歳児になると幼稚園も利用できるようになるが、福井県や石川県では70%程度の者が保育所を利用している。一方、静岡県では約60%の者が幼稚園を利用している。母親の就業状況を考慮しても、保育所の利用は地域によって大きく違いがある。

2004(平成16)年4月1日現在における待機児童数を都道府県別に見てみると、東京都、大阪府、

神奈川県は3都府県で全国の待機児童数の約50%を占めている。一方、待機児童がない県も7つある。また、就業形態が多様化する中で、延長保育や休日保育などの特別保育に対するニーズも高まっており、保育所への預け方も多様化している。(図表2-3-22)

図表2-3-22 特別保育の実施状況(平成16年度)

延長保育 (実施保育所割合)		休日保育 (実施保育所割合)		夜間保育 (市町村数に対する 実施割合)		乳幼児健康支援一時 預かり(病後児保育) (市町村当数に対する 実施割合)	
熊本県	81.1%	青森県	11.2%	神奈川県	16.2%	鳥取県	57.9%
大阪府	81.0%	茨城県	9.6%	大阪府	11.4%	東京都	54.1%
埼玉県	80.3%	長崎県	7.2%	石川県	8.7%	大阪府	34.1%
神奈川県	77.2%	岡山県	6.9%	福井県	6.9%	福岡県	31.5%
長崎県	75.5%	宮崎県	6.9%	滋賀県	6.1%	山口県	30.2%
全 国	56.8%	全 国	3.0%	全 国	1.7%	全 国	14.4%
北海道	36.4%	愛知県	0.8%			長野県	4.8%
愛媛県	32.7%	岐阜県	0.7%			山形県	4.5%
愛知県	31.3%	山梨県	0.4%			北海道	3.3%
三重県	25.3%	京都府	0.4%			山梨県	2.4%
高知県	24.3%	高知県	0.0%	22県で未実施 (0%)		和歌山県	0.0%

(注) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局調べ

これまでは働きながら子育てをする女性への支援が中心であったが、近年、家庭で子育てをする者への支援の必要性も高まっている。都市部を中心に家庭で子育てをする母親の孤立化が問題視される中、近年、地域子育て支援センターやつどいの広場などの子育て支援の拠点の拡充が各地域で行われている。(図表2-3-24)

図表2-3-24 子育て支援サービスの実施状況(平成16年度)

子育て支援の拠点 (中学校区数に対する実施割合)		一時・特定保育 (中学校区数に対する実施割合)		ファミリーサポートセンター (市町村数に対する実施割合)	
鳥取県	70.0%	石川県	204.8%	東京都	68.9%
石川県	62.5%	島根県	151.4%	大阪府	65.9%
静岡県	57.5%	新潟県	134.3%	鳥取県	47.4%
新潟県	49.6%	福井県	116.9%	神奈川県	43.2%
熊本県	49.5%	静岡県	107.0%	埼玉県	35.2%
全 国	28.8%	全 国	58.0%	全 国	13.5%
福島県	18.8%	北海道	26.2%	高知県	2.0%
神奈川県	18.3%	和歌山県	23.0%	長崎県	1.8%
鹿児島県	16.7%	三重県	22.7%	鹿児島県	1.0%
兵庫県	11.7%	宮城県	21.2%	福井県	0.0%
東京都	4.6%	高知県	14.4%	香川県	0.0%

(注) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局調べ

< 少子化についての地域差に対する考え方 >

合計特殊出生率の低下は、結婚行動や出生行動の変化によるものではあるが、これらの変化は、そもそもその地域における特性である社会経済的な要因や結婚や出産に対する意識に関係する要因に加え、子どもを生み育てやすい環境の整備状況による要因など様々な要因によるものといえる。

少子化対策としては、後者の要因によって生じている格差については、政策的な努力により、それを縮めていくことが可能なものとしてとらえ、様々な角度から、その地域で求められている子育て支援に対するニーズを把握し、それに応えていく必要がある。

現在の子育て支援サービスの状況については、量的な意味でも質的な意味でも地域によって格差が存在する。特に、都市部における保育所の待機児童解消の問題とともに、保育所以外の子育て支援サービスについては、地域子育て支援センターや放課後児童クラブなどの実施状況をみると、サービスそのものがまだ不足している地域も多く、また、各地域ごとのサービス量に大きな差がある。全国どの地域の住民であっても、子どもを生み、育てやすい環境を享受できるように地域の状況に応じた子育て支援策を充実させることが求められている。

< 少子化対策に関する国と地域の役割分担及びそれぞれの取組み >

少子化対策についての国と地域の役割分担は、国において制度の枠組みづくりを行い、子育て家庭支援対策等については、国が示した指針に基づき、住民に最も身近な市町村が、住民のニーズに応じてきめ細かく実施している。

2003（平成15）年に成立した次世代法は、「次世代育成支援対策は、父母その他の保護者が子育てについての第一義的責任を有するという基本的認識の下に、家庭その他の場において、子育ての意義についての理解が深められ、かつ、子育てに伴う喜びが実感されるように配慮して行われなければならない。」ということの基本理念に、次世代育成支援対策のための行動計画について定めている。

2003年に成立した「少子化社会対策基本法」は、我が国における急速な少子化の進行が、21世紀の国民生活に深刻かつ多大な影響をもたらすものであり、少子化の進展に歯止めをかけることが求められているとの認識に立ち少子化社会において講ぜられる施策の基本理念を明らかにするとともに、少子化に的確に対処するための施策を総合的に推進することを目的としたものである。同法は、大綱の策定を国に義務づけており、それを受けて、2004（平成16）年6月に「少子化社会対策大綱」が閣議決定された。

少子化社会対策大綱を受けて、2004年12月に、2009（平成21）年度までの5年間に講ずる具体的な施策内容と目標を提示したものが「子ども・子育て応援プラン」である。（図表2-3-29）

このプランでは、「子どもが健康に育つ社会」「子どもを生み、育てることに喜びを感じることのできる社会」への転換がどのように進んでいるのかがわかるよう、おおむね10年後を展望した「目指すべき社会の姿」を掲げ、それに向けて、内容や効果を評価しながら、この5年間に施策を重点的に実施することとしている。

図表2-3-29 「子ども・子育て応援プラン」の概要

【4つの重点課題】 【平成21年度までの5年間に講ずる施策と目標(例)】

若者の自立とたくましい子どもの育ち	若年者試用(トライアル)雇用の積極的活用(常用雇用移行率80%を平成18年度までに達成) 日本学生支援機構奨学金事業の充実(基準を満たす希望者全員の貸与に向け努力) 学校における体験活動の充実(全国の小・中・高等学校において一定期間のまとまった体験活動の実施)
仕事と家庭の両立支援と働き方の見直し	企業の行動計画の策定・実施の支援と好事例の普及(次世代法認定企業数を計画策定企業の20%以上、ファミリーフレンドリー表彰企業数を累計700企業) 個人々の生活等に配慮した労働時間の設定改善に向けた労使の自主的取組の推進、長時間にわたる時間外労働の是正(長時間にわたる時間外労働を行っている者を1割以上減少)
生命の大切さ、家庭の役割等についての理解	保育所、児童館、保健センター等において中・高校生が乳幼児とふれあう機会を提供(すべての施設で受入を推進) 全国の中・高等学校において、子育て理解教育を推進
子育ての新たな支え合いと連帯	地域の子育て支援の拠点づくり(つどいの広場事業、地域子育て支援センター合わせて全国6,000か所での実施) 待機児童ゼロ作戦のさらなる展開(待機児童の多い市町村を中心に保育所受入児童数を215万人に拡大) 児童虐待防止ネットワークの設置(全市町村) 小児救急医療体制の推進(小児救急医療圏404地区をすべてカバー) 子育てバリアフリーの推進(建築物、公共交通機関及び公共施設等の段差解消、バリアフリーマップの作成)

【目指すべき社会の姿(概ね10年後を展望)(例)】

若者が意欲を持って就業し経済的にも自立(フリーター約200万人、若年失業者・無業者約100万人それぞれについて低下を示すような状況を目指す) 教育を受ける意欲と能力のある者が経済的理由で修学を断念することのないようする 各種体験活動機会が充実し、多くの子どもが様々な体験を持つことができる
希望する者すべてが安心して育児休業等を取得(育児休業取得率 男性10%、女性80%、小学校修学始期までの勤務時間短縮等の措置の普及率25%) 男性も家庭でしっかりと子どもに向き合う時間が持てる(育児期の男性の育児等の時間が他の先進国並みに) 働き方を見直し、多様な人材の効果的な育成活用により、労働生産性が上昇し、育児期にある男女の長時間労働が是正
多くの若者が子育てに肯定的な「子どもはかわいい」「子育てで自分も成長」イメージを持てる
全国どこでも歩いていける場所で気兼ねなく親子が集まって相談や交流ができる(子育て拠点施設がすべての中学校区に1か所以上ある) 全国どこでも保育サービスが利用できる(待機児童が50人以上いる市町村をなくす) 児童虐待で子どもが命を落とすことがない社会をつくる(児童虐待死の撲滅を目指す) 全国どこでも子どもが病気の際に適切に対応できるようになる 妊産婦や乳幼児連れの人が安心して外出できる(不安なく外出できると感じる人の割合の増加)

< 地域の特性に応じた子育て支援の取組み >

子育て支援に関する各地方自治体の具体的な取組みとして、保育所を中心に地域で子育てを支えている実態(石川県小松市、兵庫県五色町) 都市部の待機児童解消の取組み(横浜市) 活力があり持続できる子育てサークルの運営のための取組み(兵庫県)といったものがある。

< 国と地域の役割分担・連携についての課題と今後の在り方 >

少子化対策については、身近な地方自治体である市町村を主な実施主体として取組みを進めていくことが適切であり、また、そのために、国は指針を示し、都道府県は市町村を支援していく必要がある。具体的には、次世代法に基づき各地方自治体が策定した行動計画を着実に実施し、国はそれを支援することにより、さきに紹介した「子ども・子育て応援プラン」の数値目標を達成することを目指していくこととしているところである。

さらに、各種の子育て支援事業に係る従来の補助金を2005(平成17)年度から地方自治体の自主性や裁量性を高めた「次世代育成支援対策交付金」に移行し、地方自治体が行う地域の特性や創意工夫を活かした次世代育成支援対策の取組みを国として地方自治体を支援していくこととしている。

こうした取組みを進めていく上では、住民に最も近い基礎的な自治体である市町村において、子育て支援の拠点整備等の施策とNPOやボランティア等の地域の主体的な活動を結びつけていくことで、よりきめ細かで効果的な展開が可能となることから、行政と地域活動との協働が更に進められることが期待される。

子どもを生み育てる者にとっては、仕事と家庭の両立という視点から、企業における取組みが重要な役割を果たす。

様々な主体が、それぞれの役割に基づき、子育てに対する地域のニーズに的確に応えていくことにより、地域において、子どもを生み育てやすい環境の形成がなされ、その結果として、国が目指している「少子化の流れに歯止めをかける」ことの実現につながるのではないかと考える。

第4節 生活保護を取り巻く地域の状況と取組み

< 生活保護制度の沿革 >

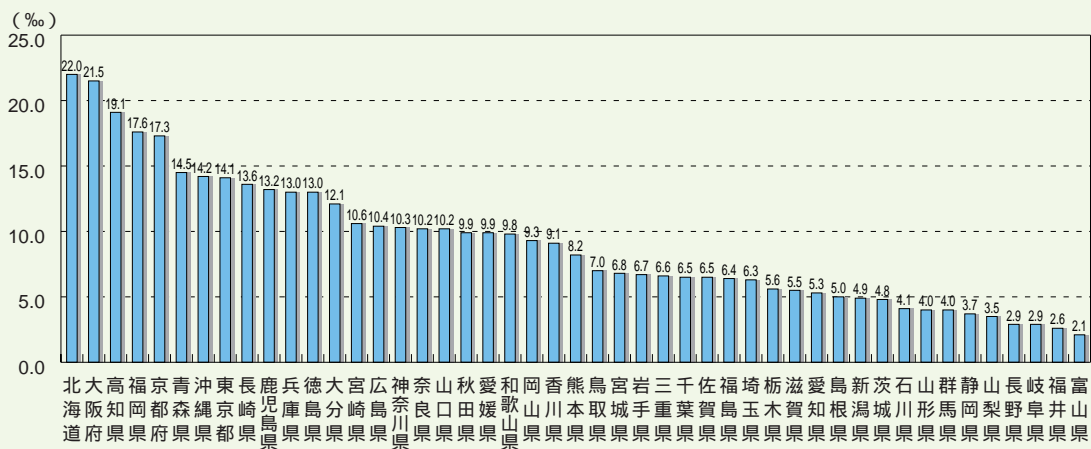
新憲法下における生活困窮者対策としての生活保護制度を拡充強化するため、1950（昭和25）年に現行の生活保護法が施行された。生活保護制度は、生活困窮にある全国民を対象に、健康で文化的な最低限度の生活水準を保障し、その自立を助長する制度であり国民生活の最後のセーフティネットの役割を果たすものであることから、国が制度設計の責任を担い、生活保護基準の設定等を行うとともに、地域住民と直接関係の深い市町村等の地方自治体が保護の実施事務を行うこととされ、具体的には福祉事務所が実施主体となっている。

< 生活保護の地域差とその要因 >

（保護率の地域差は拡大傾向）

都道府県別の保護率について、2003（平成15）年度において、最も高い北海道（22.0%）と最も低い富山県（2.1%）との間で10.5倍の地域差があり、保護率の高まりとともに保護率の地域差は拡大傾向にある。（図表2-4-2）

図表2-4-2 都道府県別保護率

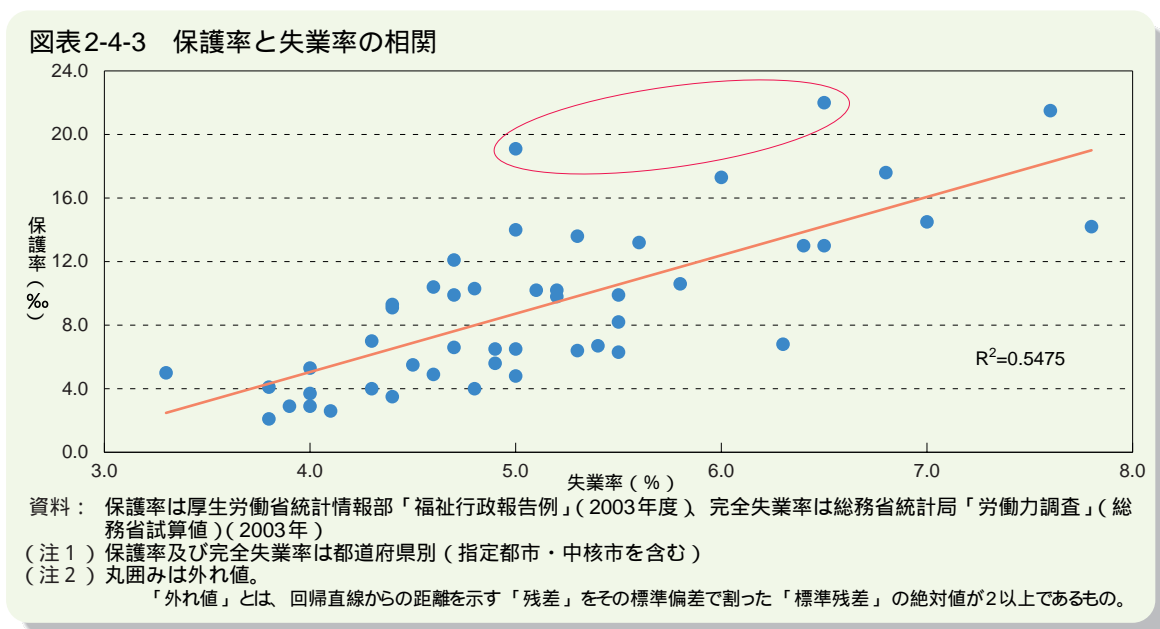


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉行政業務報告」（2003年）

(保護率の地域の経済・雇用情勢による影響)

保護率と失業率は一定の相関関係があり、完全失業率の高い地域は保護率が高く、完全失業率の低い地域は保護率が低いなど、地域の経済・雇用情勢に影響を受けるが、回帰直線から大きく離れている都道府県もあることから、必ずしもそれだけで説明できるものではなく、他の要因も勘案して分析しなければならない。(図表2-4-3)

都道府県別の保護率とその都道府県内の福祉事務所ごとの保護率のばらつき度との関係を見ると、保護率の高い都道府県においては、その都道府県内におけるばらつき度も大きくなっている。



(地域ごとに世帯構成の状況は多様)

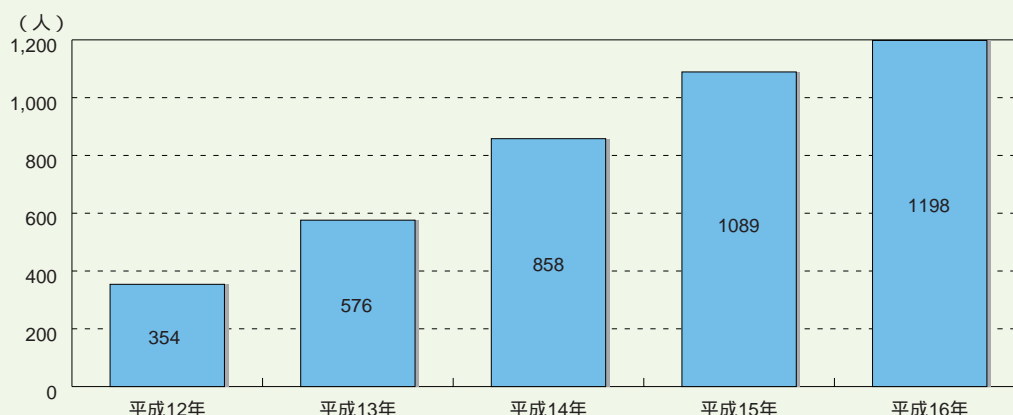
生活保護世帯の世帯構成を見ると、生活保護受給世帯に占める高齢者世帯の割合は、熊本県(56.8%)と新潟県(38.3%)で1.5倍の地域差があり、高齢者単身世帯の割合についても、富山県(52.0%)と埼玉県及び新潟県(33.9%)で1.5倍の地域差がある。母子世帯の割合は、北海道(14.3%)と富山県(1.7%)で8.4倍の地域差がある。このように、地域によって生活保護受給世帯の世帯構成が異なっている。

(地域における生活保護行政の実施体制の充実が課題)

生活保護の業務を担っている現業員(ケースワーカー)の配置の標準数に不足している人員数の合計は、年々増加している。現業員の充足率(現業員数/標準数)を都道府県別に見ると、最も高い地域(184.4%)と最も低い地域(68.4%)で2.7倍の大きな差があり、現業員の充足率が高い地域では保護率が低く、充足率が低い地域では保護率が高くなるという一定の相関関係が見られる。

要保護者のニーズに的確に対応していくため、特に保護率が上昇している現状においては、現業員の配置その他の実施体制の整備や組織的な対応が望まれるところである。

図表2-4-6 現業員（ケースワーカー）の不足数



資料：厚生労働省社会・援護局監査資料

< 生活保護の地域差に対する考え方 >

保護率の地域差は地域経済や家族構成など地域の特性にも影響を受けるものであるが、地方自治体の実施体制の問題や取組状況もその一因として考えられる。現在、「生活保護費及び児童扶養手当に関する関係者協議会」において保護率の地域差の要因等を分析しているところであり、その結果を踏まえて生活保護の適正な実施について検討する必要がある。

< 生活保護に関する国と地域の役割分担及びそれぞれの取組み >

国は、生活保護基準など制度の枠組みを構築するとともに、実施に要する費用の4分の3を負担している。一方、生活保護の認定、支給等の事務の処理は、要保護世帯の生活状況や資産、収入等を的確に把握する必要があることから、地域住民と直接関係の深い地方自治体にその実施が委ねられるとともに、費用の一部を負担している。このように、国と地方自治体がそれぞれ責任を果たし、応分の負担をする仕組みとなっている。

生活保護世帯は多様な問題を抱え、保護受給期間が長期化し、受給期間が長くなるほど保護廃止率が低下するなど、自立が困難となっている世帯が少なくない状況である。

こうした状況を踏まえ、社会保障審議会福祉部会生活保護の在り方に関する専門委員会において、生活保護制度の在り方に関する報告書がとりまとめられたところである。この報告書においては、経済的給付に加えて効果的な自立・就労支援策を実施する制度とすることが必要であると考えられる。このため、被保護世帯と直接接している地方自治体が、被保護世帯の現状や地域の社会資源を踏まえ、自主性・独自性を生かして自立・就労支援のために活用すべき『自立支援プログラム』を策定し、これに基づいた支援を実施することとすべきである」とされている。

こうしたことから、厚生労働省は、経済的給付に加え、実施機関が組織的に生活保護受給世帯の自立を支援する制度に転換することを目的として、2005（平成17）年度から自立支援プログラムの導入を推進していくこととし、国が自立支援プログラムの基本方針を定め、地方自治体がこれに基づき自立支援プログラムを策定・実施していくこととされた。

今後の自立支援の推進体制を構築していく上で、国は、生活保護受給世帯の類型ごとに整備することが望ましい支援メニューなど、自立支援プログラムの策定のための指針を示すとともに、雇用施策や、保育・母子福祉施策など他の社会福祉行政・低所得者対策との連携の強化を図りつつ、地方自治体が関連施策を自立支援プログラムとして十分活用できるよう努める必要がある。

地方自治体は、自立支援プログラムに基づき、取り組むべき自立支援の具体的内容及び実施手順等を定め、これに基づき個々の生活保護受給者に必要な支援を組織的に実施することとしている。さらに、自立支援プログラムの策定・実施に当たり、ハローワーク、保健所、医療機関等の関係機関と連携を深めるとともに、その独自性をいかした実施体制を構築することが必要である。

特に、就労意欲・稼働能力のある生活保護受給者への就労支援に関し、ハローワークと福祉事務所が有機的に連携する必要があることから、2005年度からハローワークにおいて生活保護受給者等就労支援事業を実施している。

< 地域の特性に応じた生活保護に関する取組み >

生活保護に関する各地方自治体の具体的な取組みとして、母子世帯自立生活支援事業による自立支援（大阪府八尾市）、就労支援員の配置や就労支援に関するマニュアルの作成等による就労支援（神奈川県横浜市）といったものがある。

< 国と地域の役割分担・連携についての課題と今後の在り方 >

今後、個別の被保護者の実情に応じて地域におけるきめ細かな自立支援の取組みを促進することが必要であることから、地域における被保護者の実態に応じた多様な自立支援プログラムの策定・充実に推進することが重要である。

自立支援プログラムの定着・充実を図るためには、ハローワーク等関係機関及び関連施策との連携を強化していくとともに、実施機関に対して適切な助言指導を行うほか、補助金等により実施体制強化のための財政的な支援を行うなど、実施機関への支援に努めることが必要である。

保護率の上昇や保護率の地域差の要因、生活保護の実施における国と地方自治体の役割分担等については、「生活保護費及び児童扶養手当に関する関係者協議会」において検討が進められており、その結果を踏まえながら引き続き国及び地方自治体における対応について検討することが必要である。

第5節 保健医療を取り巻く地域の状況と取組み

< 保健医療に関する制度の沿革 >

感染症対策については、1897（明治30）年に施行された伝染病予防法を基本として実施されてきたが、これが廃止され、1999（平成11）年に感染症法が制定され、SARSの発生に伴う2003（平成15）年に同法改正がなされ現在に至っている。

健康増進対策については、1978（昭和53）年から10年毎の国民健康づくり対策が実施されてきており、現在、健康寿命の延伸を目指して、2000（平成12）年から第3次国民健康づくり対策（「21世紀における国民健康づくり運動」（健康日本21））が実施されている。さらに、2003（平成15）年に施行された健康増進法により、都道府県、市町村においても地域の実情を反映した地方健康増進計画の策定が求められている。

医療提供体制の整備については、1948（昭和23）年に根拠となる医療法が定められた。その後、高齢化、疾病構造の変化、医療技術の進化に対応するため、1985（昭和60）年の第1次医療法改正によって、都道府県医療計画の導入が行われた。

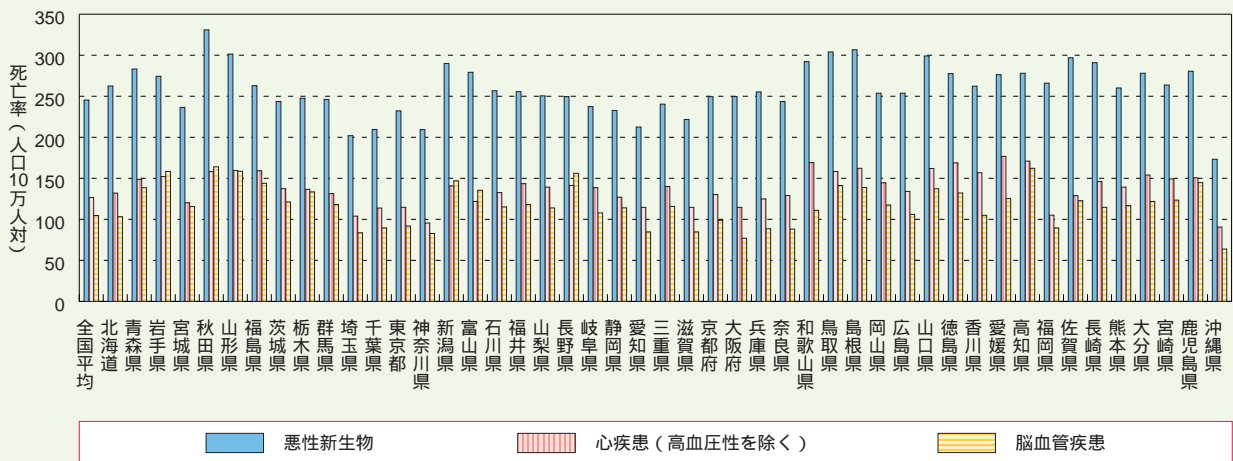
医療保険制度の整備については、1922（大正11）年に健康保険法、1938（昭和13）年に国民健康保険法が制定・施行された後、第二次世界大戦後の新憲法下において、国民健康保険法の全面改正により、1961（昭和36）年に国民皆保険が実現した。各保険制度の設立経緯・目的が様々であ

るため、実施主体は政府管掌健康保険、組合管掌健康保険、国民健康保険等でそれぞれ国、企業等の組合、市町村等と別主体となっている。

< 健康状況の地域差とその要因 >

平均寿命の都道府県別の地域差は、2000（平成12）年都道府県別生命表によると、男性で、長野県（78.90年）と青森県（75.67年）との間で3.23年、女性で、沖縄県（86.01年）と青森県（83.69年）の間に2.32年の開きがある。また、2003（平成15）年人口動態統計によると、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の死亡率の地域差はそれぞれ1.91倍、1.95倍、2.57倍となっている。（図表2-5-6）

図表2-5-6 都道府県別 悪性新生物、心疾患、脳血管疾患による死亡率（人口10万人対）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年人口動態統計」

平均寿命の地域差は、各種疾患の死亡率が反映され、その地域の生活環境・生活習慣や提供される医療の質及び提供量、健診などの予防事業の質及び提供量などとの関連が考えられている。

疾患死亡率を下げるためには、その地域の疾患特徴を踏まえた要因の検討と対策を講じていくことが効果的であり、対象となる生活習慣病の一つとして、最近増加している糖尿病に対しては、糖尿病性腎症等合併症への進行を抑えること、また高血圧等と合併すると脳血管疾患等の他の生活習慣病につながる可能性が大きくなるため、効果的な予防対策をとることが急務である。

平均寿命や疾患死亡率の地域差は、各地域のデータ全てが改善することが望ましく、指標が最も良い地域に他の地域が底上げされることが重要である。

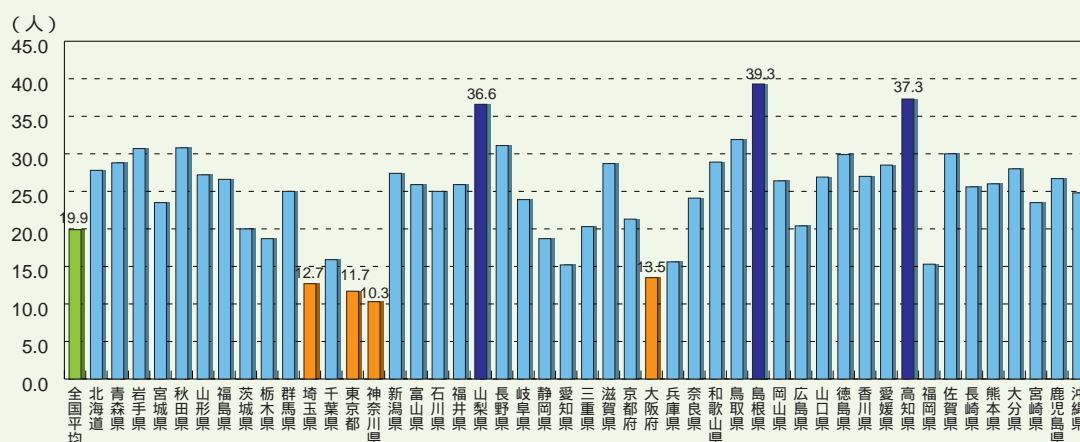
< 保健事業の地域差とその要因 >

地域保健対策として実施された生活習慣病に対する健康診査の受診者数（人口千人対）は2003（平成15）年のデータで、都道府県別に27.5倍の地域差があり、老人保健事業の「基本健康診査」「がん検診」においても都道府県間の大きな地域差が存在している。

保健所等の人的配置として、人口当たりの常勤保健師数は2003年のデータで、都道府県別に4倍近くの地域差があり、都市部において低水準となっている（図表2-5-13）

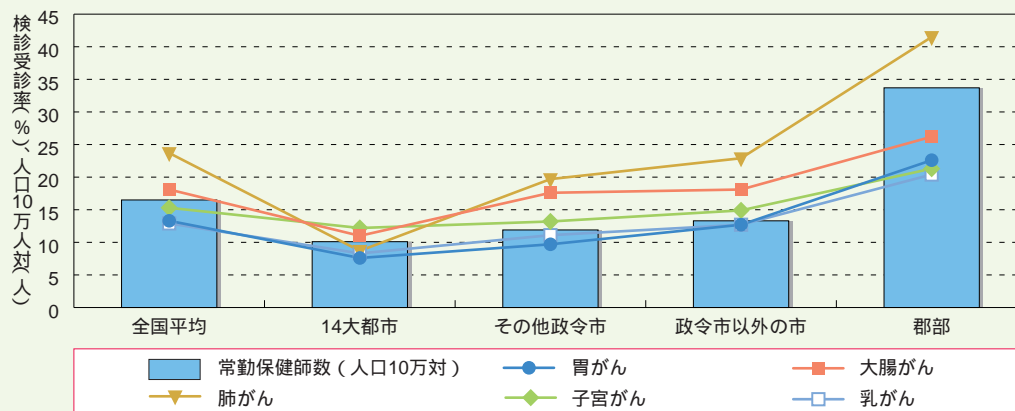
保健事業の地域差は、人的体制の差異も一因と考えられるが、市区町村の取り組み姿勢も反映されている可能性があり、市町村の創意工夫や実施主体の役割分担の明確化により、全国民が一定のサービスを受けることができる体制が整備されるように地域格差を是正することが必要である（図表2-5-15）。

図表2-5-13 都道府県別常勤保健師数（人口10万人対）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年度地域保健・老人保健事業報告」

図表2-5-15 市郡別に見たがん検診受診率と10万人対保健師数



(注1) 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年度地域保健・老人保健事業報告」から厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
 (注2) 14大都市とは東京区部及び指定都市である。
 (注3) 市区町村別の常勤保健師数をデータとして使用しているため常勤保健師数は、前表の数値と異なる。

< 医療提供体制の地域差とその要因 >

小児救急医療体制（2004（平成16）年データ）や人口当たりの医師数（2002（平成14）年データ）など都道府県の地域差は大きい（図表2-5-16、2-5-17）。また、2002年データにおいて、人口当たりの病床数、平均在院日数はそれぞれ3倍、2倍の地域差があり、この2つの指標は強い正の相関関係が見られる（図表2-5-19）。

在宅医療体制の整備度の間接的指標としての在宅等死亡率の地域差は2003（平成15）年データでは、約2倍となっている。

小児救急体制など国民に必要な水準に達していないものもある一方、疾患を有するもの（有訴者率や通院者率）の地域差に比べ、平均在院日数や人口当たりの病床数の地域差は大きく、一日も早く疾患を治癒して、在宅での日常生活ができるようにしてゆくという基本的な考え方に立てば、平均在院日数の短縮や人口当たりの病床数の適正化を目指してゆくことで、地域格差の是正が図られるものと考えられる。