

生活保護を変える東京提言

～ 自立を支える安心の仕組み～

平成19年3月

東京都

はじめに

「全国的生活保護世帯が、初めて100万世帯を突破」など、近年の社会経済情勢を反映して、生活保護をめぐる話題が各種メディアで取り上げられる機会も増え、国民の関心はこれまでになく高まりつつある。

昭和25年の現行制度創設以来、大きな制度改革が行われないうまま推移してきた「最後のセーフティネット」である生活保護制度も、社会経済状況の変化を踏まえ、今日の時代状況に適合するよう、見直しを迫られている。

都は、平成16年7月に自立支援を重視した取組を強化するよう、独自に国に対し提言を行ったが、これ以降「自立の助長」をより重視した制度への見直しは大きな流れとなってきた感がある。

しかしながら、制度の改善に向けた具体的な取組はいまだ道半ばであり、医療制度改革を踏まえた医療扶助の見直しなど積み残しの課題が残っていることも事実である。

このため、都は、国家責任としてのセーフティネットを堅持しつつ自立支援を総合的・効果的に進めていくにはどのような施策が必要かという観点から、大都市東京における実態分析を行いながら、更に一歩進んだ具体的な提言を再度とりまとめることとした。

生活保護制度が、国民の安心を支えるセーフティネットとしての役割・機能を今後も果たし続けられるよう、本提言が、多くの都民、関係者間の議論を活性化し、国における生活保護制度の見直しに反映されることを期待するものである。

東京都福祉保健局長

山内 隆夫

< 目次 >

第1章	いま、なぜ生活保護制度を変えるのか	1
1	平成16年の「生活保護制度改善に向けた提言」	1
2	「三位一体改革」・「骨太の方針2006」と生活保護制度	3
(1)	「三位一体改革」における生活保護制度論議の経緯	3
(2)	「骨太の方針2006」における生活保護制度の見直し	5
3	いま再び制度改善を求めるねらい	6
第2章	東京の生活保護の現状(データ分析等)	7
1	被保護世帯の状況	7
2	自立支援策の状況	11
(1)	自立支援プログラムの導入	11
(2)	都における取組と都内実施機関における取組状況	11
(3)	機能強化が進まない宿泊所	13
3	医療扶助の現状	15
4	保護の実施機関(福祉事務所)の体制	20
第3章	生活保護を変えるための重点提言～自立に向けた「4つの提案」～	22
1	自立促進に向けての4つの重点課題	22
(1)	就労自立促進の更なる強化	22
(2)	保健・医療面での自立促進	22
(3)	早期自立のための新たな仕組み	23
(4)	自立を推進する体制の整備	23
2	就労自立促進の更なる強化	23
(1)	目標設定による組織的な自立促進	23
(2)	就労意欲が低い者に対する対策	24
(3)	就労自立等に向けた意欲を高めるための仕組みの構築	25
(4)	被保護世帯の子どもたちの育成支援	27
3	保健・医療面での自立促進	28
(1)	医療扶助の抱える課題	28
(2)	医療扶助の見直し	32
4	早期自立のための新たな仕組み	37
(1)	扶助の給付方式の柔軟化～要保護者早期自立扶助～	37
(2)	自立支援ホーム(仮称)の設置	38

(3) 多重債務解決の新たな仕組み	39
5 自立を推進する体制の整備	40
(1) 効果的・効率的な実施体制の整備	40
(2) 人材の育成	44
第4章 生活保護制度の改善に向けて	46
1 国の役割と責任	46
2 「骨太の方針2006」への要望	46
(1) 級地による生活ニーズの確保	46
(2) 母子世帯の支援	47
(3) リバースモーゲージの債権管理体制等の整備	47
3 本提言と都の取組	47
【参考】	
主な提言内容	48
< 試案 > に対する意見募集等の状況	50

第1章 いま、なぜ生活保護制度を変えるのか

1 平成16年の「生活保護制度改善に向けた提言」

生活保護制度は、昭和25年に現行制度が発足して以来、「最後のセーフティネット」として、また、福祉施策の要として重要な役割を担ってきたが、発足から50年余を経たこの間、制度を取り巻く社会経済状況は大きく変容を遂げた。

特にここ最近では、長期にわたる景気低迷による地域経済及び雇用環境の悪化、高齢化の進展、離婚率の上昇等の影響から、東京はもとより全国で、被保護世帯数が年々増加傾向をたどっている。生活保護制度の目的は、「健康で文化的な最低限度の生活の保障」と同時に、もう一つの柱は「自立の助長」である。現代の発達した経済社会において様々な要因から生活困窮に至った方々が早期に自立していくためには、健康回復、生活習慣改善、職業能力開発、多重債務の整理など、困窮の要因を解決するための個別の状況に応じたきめ細かな支援が必要であり、早急にそのための仕組みをつくることが求められている。

こうしたことを踏まえ、都では、東京における生活保護の実態分析を行いながら、「被保護者の自立支援のための仕組み構築」、「実施機関である福祉事務所の機能強化」、「各種扶助制度の見直し」、「ホームレス等の自立支援の促進」など、緊急に取り組むべき4つの課題について検討を行ってきた。そして、平成16年7月に「生活保護制度改善に向けた提言（以下「16年提言」という。）」をとりまとめ、自立支援を重視した取組を強化するよう、国に対し提言を行った。

この16年提言については、平成17年度からの自立支援プログラム（詳細は後述）の導入など国の制度見直しに反映され、現在取組が進んでいる事項もあるが、制度は創設されたものの未だ具体化されていないものや、全く未実施のものもあるのが現状である（図表1）。

図表1 16年提言の主な内容とその成果

事 項	内 容	現 状(国の対応等)
<p>【提言1】 自立支援の仕組みの構築</p>	<p>福祉事務所に就労支援機能を付加するため、ハローワークOBなどの就労支援専門員をすべての福祉事務所に配置できるよう、国による必要な財政措置</p> <p>更生施設や職業能力開発施設等と連携した自立支援プログラムの策定、職業安定所（ハローワーク）や無料職業紹介権を有する団体と連携した特別相談会（就職支援セミナー）の企画・実施、被保護者の就労可能性の高い業界分野における職業訓練機会の提供など、一体的・総合的な就労支援のしくみづくり。そのための国庫補助事業の創設</p>	<p>厚生労働省は、平成17年度から自立支援プログラムの導入を推進</p> <p>併せてセーフティネット支援対策等事業費国庫補助金を創設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自立支援プログラム実施体制整備事業（補助率10/10） <p>（自立・就労支援のための福祉事務所の実施体制の整備及び重層的メニュー・各種サービスの整備 職員配置・研修、就労支援等の非常勤相談員の活用、民生委員・保健所・児相・職安等との連携・ネットワーク構築等）</p> <p>都内での就労支援員の配置は進展</p>
	<p>被保護者の就労へのインセンティブを高め、自立支援を強化する観点から、住宅確保費や子どもの修学資金など、自立のための一定範囲の資産保有を可能とする「自立準備資金の預託制度」の創設</p>	<p>未実施</p>
<p>【提言2】 各種扶助制度の見直し</p>	<p>高等学校等への進学が既に一般的になっている時代状況や、被保護世帯の自立を促進する観点から、義務教育までとなっている「教育扶助」の適用範囲を見直し、高等学校等までの適用拡大</p>	<p>平成17年度から新たに高等学校等就学費用を「生業扶助」で給付開始</p>
	<p>賃貸住宅を契約する際に必要となる火災保険料などの周辺経費についても「住宅扶助」の支給対象化</p>	<p>未実施</p>
	<p>「生業扶助」を新たに「自立支援扶助」として再構築し、自立支援プログラムや医療ケアプログラムの作成委託費なども対象とすることで、就労支援専門機関や医療機関の機能を有効に活用できるしくみづくり</p>	<p>生業扶助の再構築は未実施</p> <p>平成17年度からセーフティネット支援対策等事業費国庫補助金を創設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自立支援プログラム実施体制整備事業（補助率10/10、再掲） <p>ただし、具体化は未だ</p>
<p>【提言3】 福祉事務所の機能強化</p>	<p>多様化・複雑化する要保護者に適切に対応していくために、総合相談員（社会福祉士等）、メンタルケース支援員（保健師等）、医療ケア専門員（医療ソーシャルワーカー等）、就労支援専門員（ハローワークOB等）など専門的なノウハウを持つ人材をすべての福祉事務所に配置できるよう国による必要な財政措置</p>	<p>平成17年度からセーフティネット支援対策等事業費国庫補助金を創設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自立支援プログラム実施体制整備事業（補助率10/10、再掲） <p>就労支援面では拡大しつつあるが、保健医療面が不十分</p>
	<p>福祉事務所が地域の社会福祉資源を効果的に活用し、その連携によるネットワークを構築することで、被保護者に対する多様な自立支援サービスを提供していけるようなしくみづくり。そのための、新たな国庫補助事業の創設</p>	<p>平成17年度からセーフティネット支援対策等事業費国庫補助金を創設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自立支援プログラム実施体制整備事業（補助率10/10、再掲） <p>ネットワーク形成は今後の課題</p>
<p>【提言4】 ホームレス等生活困窮者の自立支援促進</p>	<p>ホームレス地域生活移行支援事業など都と特別区が独自に実施する施策についても、国の必要な財政支援が可能となるよう、新たな補助制度の創設</p>	<p>就労支援面では、国の直轄事業が平成17年度から新たに開始</p> <p>居住支援等に対する補助制度の創設は未実施</p>

	基準を満たす「宿泊所」を生活保護法に規定する保護施設に準じた施設の一つとして位置づけ、必要な財政措置を講じ、ホームレス等生活困窮者の自立支援のために活用	未実施
--	--	-----

2 「三位一体改革」・「骨太の方針2006」と生活保護制度

(1) 「三位一体改革」における生活保護制度論議の経緯

16年提言の策定と並行した動きとして、生活保護制度が「三位一体改革」¹の中で大きな議論となったことと「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006（いわゆる「骨太の方針」²2006）」における生活保護制度の見直しが上げられる。

平成15年11月に、厚生労働省から、三位一体改革に関連して、生活保護費国庫負担率を4分の3から3分の2に削減する案が示されたが、この時点では、負担率削減案は、東京都を始めとする地方自治体の強い反対により一旦先送りされた。

約1年後の平成16年11月の三位一体改革に係る政府・与党合意では、生活保護に関する負担金改革を、地方自治体関係者（全国知事会・全国市長会）が参加する協議機関を設置して検討を行い、平成17年秋までに結論を得て、平成18年度から実施するものとされた。

これを受け、平成17年4月から11月にかけて、「生活保護費及び児童扶養手当に関する関係者協議会」が9回開催されたが、この協議の過程において、全国知事会及び全国市長会は「生活保護制度等の基本と検討すべき課題～給付の適正化のための方策（提言）」を提出し、その具体的検討を求めた（図表2）。

図表2 全国知事会・全国市長会による提言（平成17年11月）の概要（生活保護関連）

事項	内容
1 基本的考え方 【生活保護制度の根源的責任】	生活保護制度は、憲法の理念に基づき、国の責任において全ての国民に対し健康で文化的な最低限度の生活を保障する制度 国民の最低限度の生活を保障される機会や最低限度の生活水準の内容について、地域又は個人によって実質的な差を生じさせてはならない
【国と地方の役割のあり方】	生活保護は、ナショナルミニマムを確保するための事務として法定受託事務に分類され、国が保護基準等を制定し、地方がその基準に従い事務を実施 自治体の裁量拡大と称して、法定受託事務たる生活保護について国庫負担を見直すことは、地方への単なる負担転嫁

¹ 国庫補助負担金改革、税源移譲を含む税源配分の見直し、地方交付税改革を一体的に行なうことで、国と地方の税財政関係の抜本的改革を目指すもの

² 次年度予算で重点化すべき歳出項目やその規模、それに関連した政策目標などを掲げた政府方針で、経済財政諮問会議で策定し、閣議決定される。

【生活保護費等の適正化】	協議会における共同作業で、生活保護費に係る保護率の上昇や地域間較差は実施体制によるものでなく、経済的・社会的要因によって極めて大きく影響を受けることが判明。 地方負担の引き上げは生活保護費の削減にはつながらず 制度の根幹に関わる改革を行うのであれば、我が国の社会保障制度全体のあり方を踏まえ、慎重かつ専門的な審議が必要
2 生活保護制度の検討すべき課題 高齢者世帯の生活保障に対する対応策	高齢者世帯が被保護世帯の約半数を占めていることから、これら高齢者世帯の生活保障に対する抜本的な対応策の検討
年金制度との均衡	老齢基礎年金額や一般低所得者層の収入額が生活保護基準額より低く、均衡が損なわれていることについて考慮する視点から、各制度の性格を踏まえながら、適切な見直しを検討 年金制度について加入促進、納入率の向上 パート・フリーターについても厚生年金・健康保険・雇用保険の加入促進
有期保護制度の創設	就労可能な被保護者について、例えば適用期間を限定し更新制とする有期保護制度の創設などの検討
調査協力の義務付け	保護の実施に際して必要な金融機関の調査協力の義務付け
年金担保貸付制度 ³ のあり方	本制度の安易な利用や繰返し支給を防止するための制度のあり方検討
資産処分方策	被保護者の扶養義務者が、被保護者に対して何の援助もしないのに、資産を相続する現状の是正 リバースモーゲージ ⁴ の実施検討
その他	社会保障審議会専門委員会報告書 ⁵ の積み残し課題への取組 ・生活扶助基準の評価・検証等 ・加算制度のあり方検討 ・級地制度全般の見直し検討 ・早期自立に向けた保有可能な資産範囲 ・保護施設のあり方検討 ・低所得者対策等他施策との連携 など

これに対し、厚生労働省は、住宅扶助・教育扶助等の一般財源化、医療扶助・介護扶助等の国庫負担率の引き下げ案を提示したが、最終的に政府・与党は、生活保護費は国庫負担の削減対象としないこと、生活保護の適正化について、国と地方が一致した適正化方策について速やかに実施し、適正化の効果が上がらない場合は国と地方は必要な改革について早急に検討し、実施することで合意した。（平成17年11月30日）

全国知事会及び全国市長会は、学識経験者を交えて「新たなセーフティネット検討会」を設置し、先の「生活保護制度等の基本と検討すべき課題～給付の適正化のための方策（提言）」に掲げた具体的方策を検討し、平成18年10月、「新たなセーフ

³ 独立行政法人福祉医療機構（旧 年金福祉事業団）が実施している貸付事業。厚生年金保険、船員保険及び国民年金（老齢福祉年金を除く）給付の受給権を担保として実施（年金担保は本事業による場合を除き、法律で禁止）

⁴ 逆抵当融資制度。住宅資産を担保にして貸付金を年金的に終身にわたり定期的に受け取り契約終了時（死亡・相続等）に担保不動産を処分することにより一括返済する仕組み。

⁵ 平成16年12月に厚生労働大臣の諮問機関である社会保障審議会福祉部会の下に設置された「生活保護制度の在り方に関する専門委員会」において取りまとめられた生活保護制度見直しに関する報告書

ティネットの提案」を公表した。

提案された新たな制度は、セーフティネットをしっかりと守ることを前提として、稼働世代（18～64歳）に対する適用期間を最大5年間とする有期保護制度の創設
高齢者世帯対象制度の分離（高齢者の最低生活保障のための新制度創設）
ボーダーライン層が生活保護へ移行することを防止する就労支援制度を主な内容としている。

(2) 「骨太の方針2006」における生活保護制度の見直し

平成18年7月7日に閣議決定された「骨太の方針2006」において、2010年代初頭の基礎的財政収支の黒字化を目指した歳入歳出一体改革の一環として、生活保護制度の見直しを実施する方針が打ち出された（図表3）。

この中では、生活扶助基準、母子加算及び級地の見直し、リバースモーゲージの優先など、社会保障審議会生活保護制度の在り方に関する専門委員会においても議論された項目が取り上げられており、平成19年度の国の予算案では母子加算の廃止と要保護世帯向け長期生活支援資金の創設等が盛り込まれた。

図表3 「骨太の方針2006」における生活保護制度の見直し方針(抜粋)

(前略)
・ 社会保障 今後とも高齢化の進展等に伴い、社会保障給付については大幅に増加し、そのための保険料・税負担も大きく増大していくことが見込まれる。 こうした中、社会保障制度が国民の安心や安定を支えるセーフティネットとしての役割・機能を将来にわたり果たし続けていくためには、制度自体の持続可能性・安定性を確保していくことが何より重要であり、そのためには、現役世代の負担が過度のものとならないよう社会保障制度全般にわたり不断の見直しを行い、セーフティネットとして求められる水準に配慮しつつ、給付の伸びを抑制することが必要となる。 また、政府・与党の公約である2010年代初頭の基礎的財政収支の黒字化を実現するために、政府全体の歳出を聖域なく厳しく見直し、増税額を出来る限り小さくすることを目指す中で、国の一般歳出の4割を超える水準にあり、また高齢化の進展等により今後増加が見込まれる社会保障についても、国民の理解を前提としつつも一定の歳出の抑制努力は避けられない。 社会保障については、これまで各般の改革を行ってきたところであるが、以上のような観点を踏まえれば、今後5年間においても、次に掲げる事項を含め改革努力を継続していく必要がある。
(中略)
< 生活保護 > ・ 以下の内容について、早急に見直しに着手し、可能な限り2007年度に、間に合わないものについても2008年度には確実に実施する。 - 生活扶助基準について、低所得世帯の消費実態等を踏まえた見直しを行う。 - 母子加算について、就労支援策を講じつつ、廃止を含めた見直しを行う。 - 級地の見直しを行う。 - 自宅を保有している者について、リバースモーゲージを利用した貸付け等を優先することとする。 ・ 現行の生活保護制度は抜本的改革が迫られており、早急に総合的な検討に着手し、改革を実施する。
(以下略)

3 いま再び制度改善を求めるねらい

これまで見てきたとおり、生活保護制度をめぐる様々な動きや議論があるが、制度を今日の時代状況に適合するように常に見直していくということが重要である。具体的には、生活保護法の2大目的を実現するために、自立支援をより重視した制度へと改善し、その機能をさらに効果的に発揮させていくことが課題であるが、このことは都が16年提言で提起して以来、生活保護をめぐる大きな流れになってきた。

しかしながら、制度改善に向けた具体的な取組はまだまだ道半ばである。16年提言においても未だ実現できていない課題が残っている。

また、先に述べた「新たなセーフティネット検討会」報告は、期限を設けて就労支援を集中的に行い、保護の長期化を防止しようとする考え方に立ったところに特徴がある。これは、都が提起した自立支援重視の流れとも通じるところがあるが、自立支援の方法や体制、一定の自立は可能だが完全な経済的自立が困難な者を含めたセーフティネットのあり方、生活保護制度の重要な要素である医療扶助のあり方など、更に具体的内容を深めるべき事項がある。

さらに、未だ一定の割合を占める単身中高年齢層の住宅対策、稼働年齢層の就労対策など生活困窮者対策についての新たな課題も発生している。

都は、国家責任としてのセーフティネットを堅持しつつ自立支援を総合的・効果的に進めていくにはどのような施策が必要かという観点から、これらの様々な課題を踏まえ、大都市東京における生活保護の実態分析を行いながら、更に一步進んだ具体的な提言を再度とりまとめることとした。

生活保護制度が、国民の安心を支える「最後のセーフティネット」としての役割・機能を将来にわたり果たし続けていくために、国は、都の提言をはじめとする地方の意見に真摯に耳を傾けた上で、制度の本質的な課題に対する取組を積極的に進めていくよう期待するものである。

第2章 東京の生活保護の現状（データ分析等）

1 被保護世帯の状況

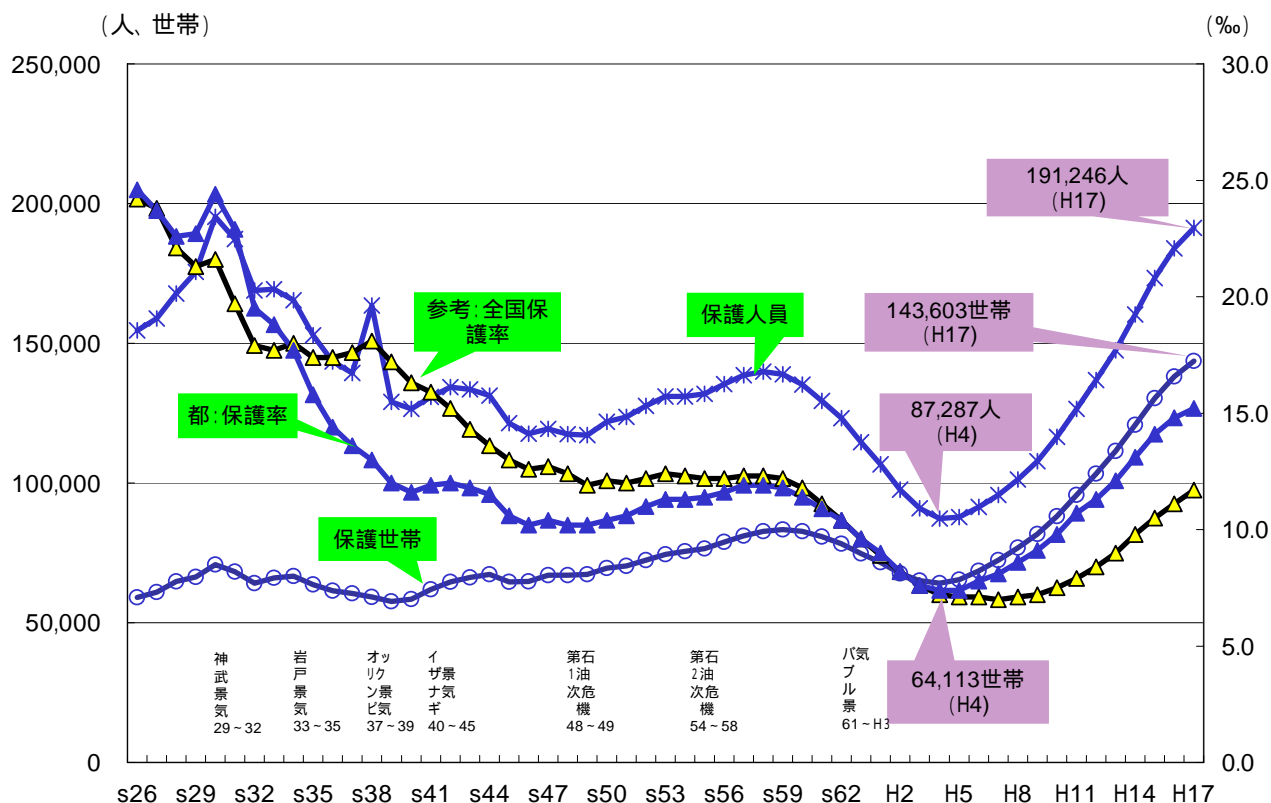
<被保護者数は19万人超、増加数は徐々に鈍化>

都内の被保護世帯数はバブル崩壊後の平成4年度を境に増加に転じ、平成17年度に約14万4千世帯（平成17年度月平均）となり、過去最高を更新し続けている。また、被保護人員数は19万人（平成17年度月平均）を超え、過去最高であった昭和30年代前半に迫る勢いである（図表4）。

一方で、保護開始世帯数から廃止世帯数を除いた純増数は、平成14年度を境に減少に転じており、保護世帯数の伸びは徐々に鈍化している（図表5）。これは、景気の回復傾向などを通じ、主に廃止世帯数が増加したことによるものであり、仮にこの傾向のまま推移したとすれば、近い将来被保護世帯数が減少に転ずることも予想される。

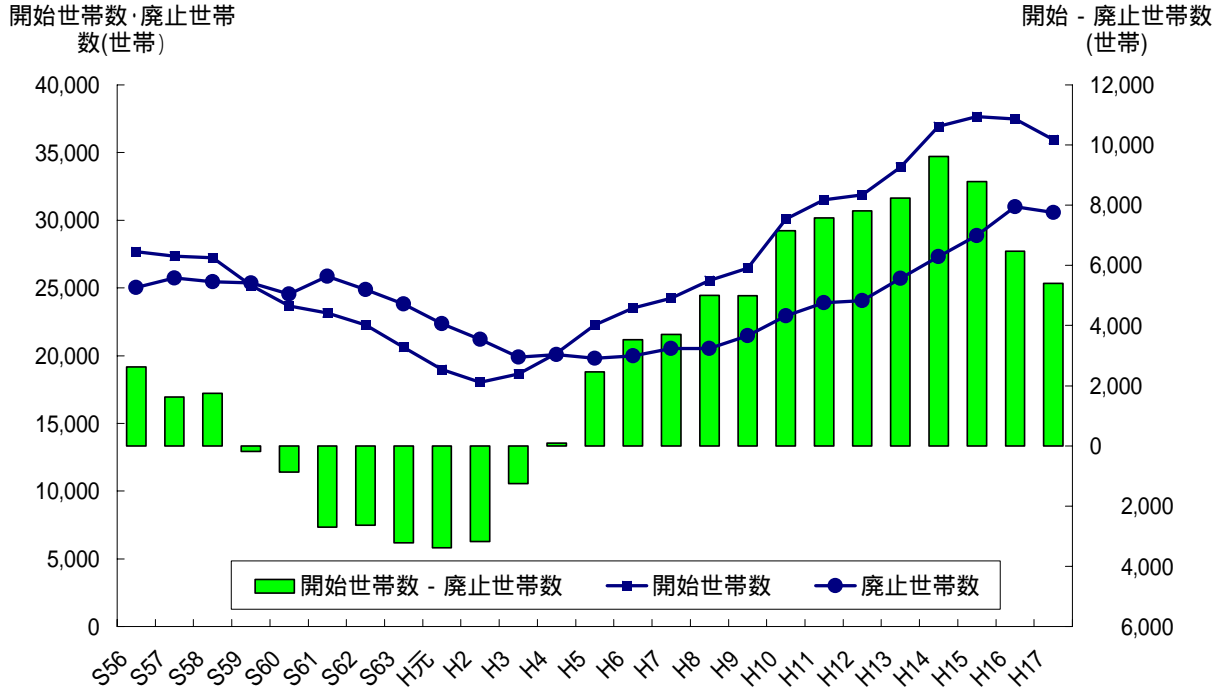
しかし、平成17年の実績を見ると、保護廃止世帯数が前年を下回り、楽観を許さない状況となっている。景気回復の効果を確実に保護世帯の減少につなげていくよう、自立支援の取組を一層推進していく必要がある。

図表4 東京都の保護動向(昭和26～平成17年度)



資料：福祉保健局「社会福祉統計年報」、厚生労働省「福祉行政報告例」

図表5 保護の開始・廃止世帯数の年次推移(東京都・昭和56～平成17年度)

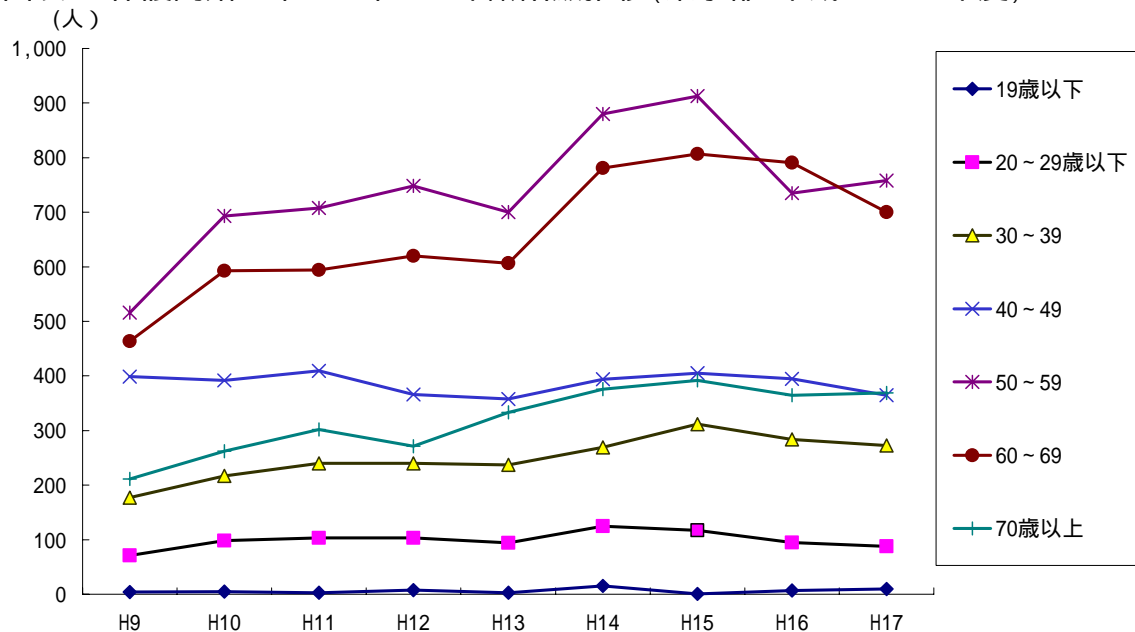


資料：厚生労働省「福祉行政報告例」

< 保護開始世帯の世帯主の年齢階級 >

都内の保護開始世帯の世帯主の年齢階級は、50代・60代の中高年齢層が減少傾向にあるものの、依然として全体に占める割合は高い(図表6)。

図表6 保護開始世帯の世帯主の年齢階級推移(東京都・平成9～17年度)



資料：福祉保健局「福祉行政統計報告」

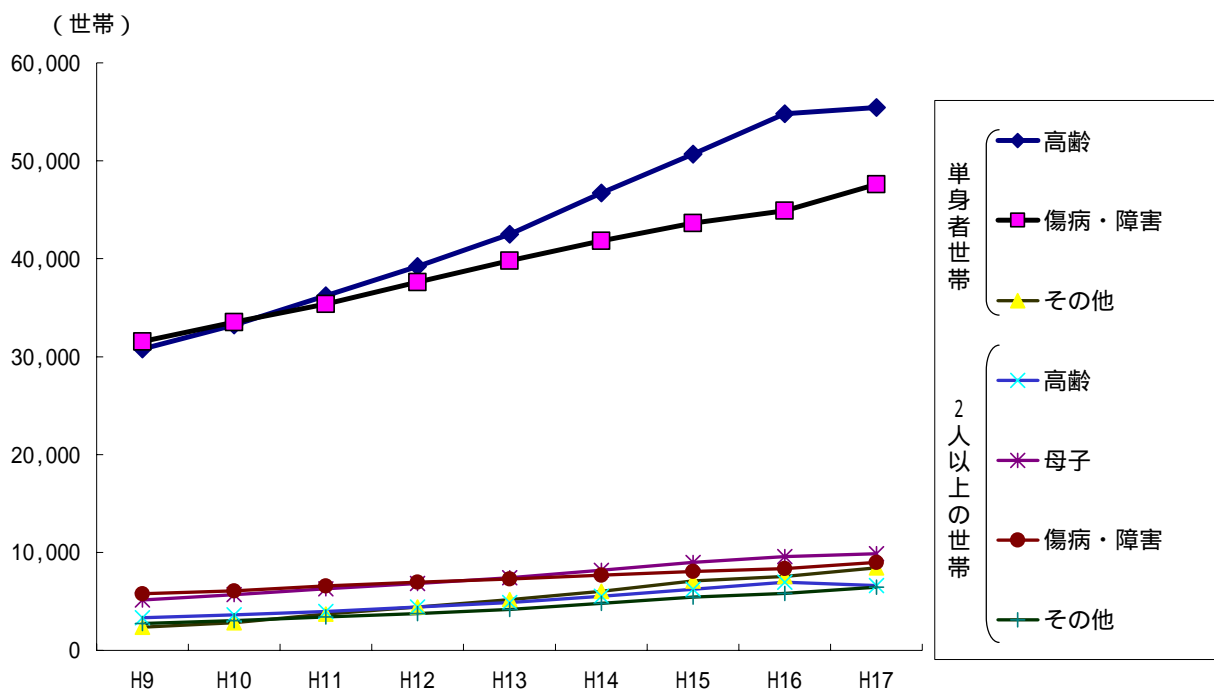
< 高齢単身世帯数の伸びは鈍化、母子世帯は増加 >

被保護世帯を類型別で見ると、高齢化の進展や核家族化等を反映して「高齢者単身世帯」が増加している。この中には、不安定就労に従事し、世帯形成してこなかった人たちが高齢化し、就労が困難になってきたなどの事情も影響しているものと思われる。ただし、全般的な保護動向と同様に、世帯数の伸びは平成17年度に入り、鈍化した（図表7）。

一方、母子世帯が、全体に占める割合は低いものの、右肩上がりで増加しており、離婚件数の増加や母子世帯をめぐる雇用環境の低迷等が増加の要因と考えられる（図表8）。

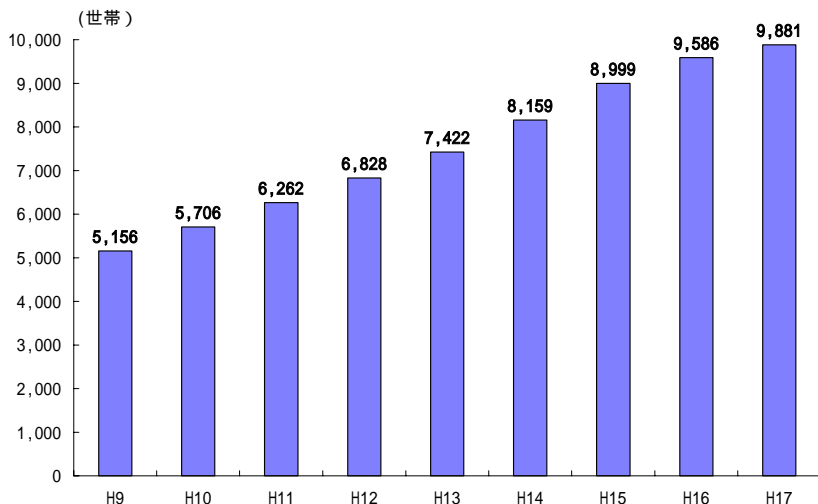
なお、平成17年度における母子世帯数のうち、稼働世帯の割合は47.8%であり、これは平成14年度の47.7%と大きな変化はないが、依然非稼働世帯が5割以上を占めており、就労支援や子育て支援などきめ細かな支援策を講じながら多くの世帯を自立に結び付けていくことが課題となっている。

図表7 世帯類型別保護世帯数(東京都・平成9～17年度)



資料：福祉保健局「福祉行政統計報告」

図表8 母子被保護世帯数の推移（東京都・平成9～17年度）

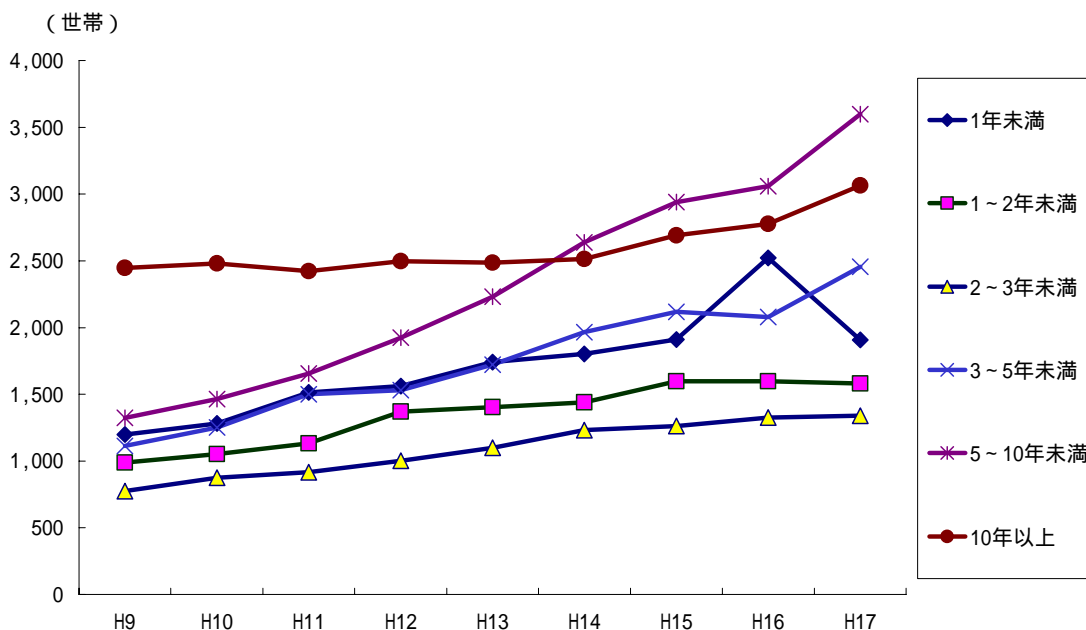


資料：福祉保健局「福祉行政統計報告」

< 保護受給期間はさらに長期化傾向 >

受給期間別被保護世帯数の推移を見ると、保護開始後1年未満の世帯数は平成17年度に減少に転じたものの、3年以上5年未満及び5年以上10年未満の被保護世帯数が特徴的に著しく増大している。また、保護開始10年以上の世帯数は横ばいであったが、平成15年度以降増加に転じている。これは、1990年代後半からの不況で保護開始となった世帯が、そのまま3年以上、さらに5年以上と受給を継続しており、短期で自立できていないものと思われる。（図表9）

図表9 受給期間別被保護世帯数（東京都・平成9～17年度）



資料：厚生労働省「被保護者全国一斉調査」【抽出調査・抽出率1/10】

2 自立支援策の状況

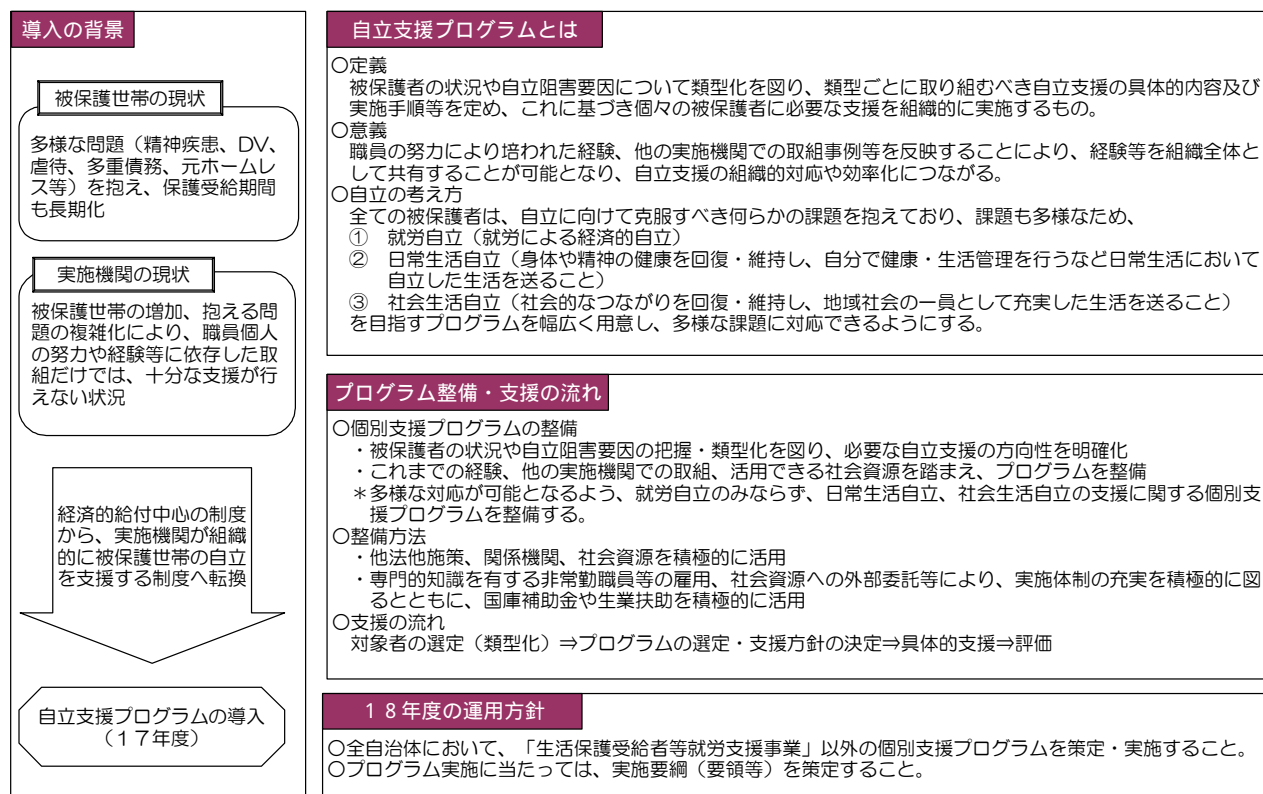
(1) 自立支援プログラムの導入

平成17年度から、国は、経済的給付を中心とする生活保護制度から、実施機関が組織的に被保護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、「自立支援プログラム」の導入を推進していくこととした。

自立支援プログラムとは、実施機関が管内の被保護世帯全体の状況を把握した上で、被保護者の状況や自立の阻害要因について類型化を図り、それぞれの類型ごとに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被保護者に必要な支援を組織的に実施するものである（図表10）。

ともすれば、個々の担当職員の努力や経験等に依存しがちな取組を、組織全体として共有化し、自立支援のより効果的・効率的な実施につなげるという意義がある。

図表10 自立支援プログラムの概要



(2) 都における取組と都内実施機関における取組状況

< 都における取組 >

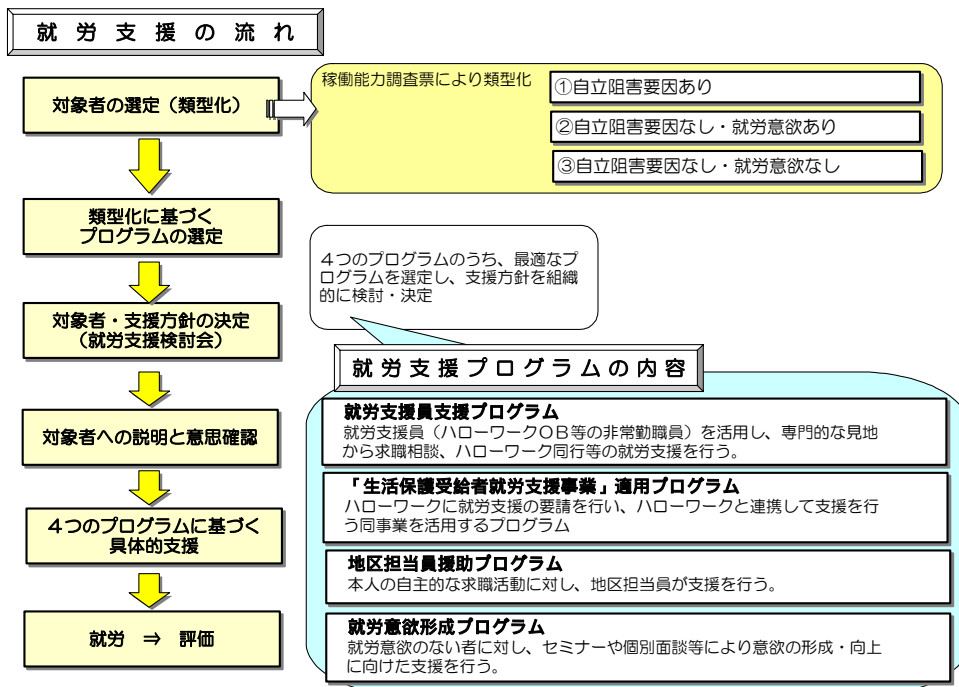
都は、実施機関が円滑に幅広い個別支援プログラムを整備できるよう、平成17年10月にモデルプログラムを策定した。

その際、当初からすべての分野・対象者についてプログラム化するのではなく、優

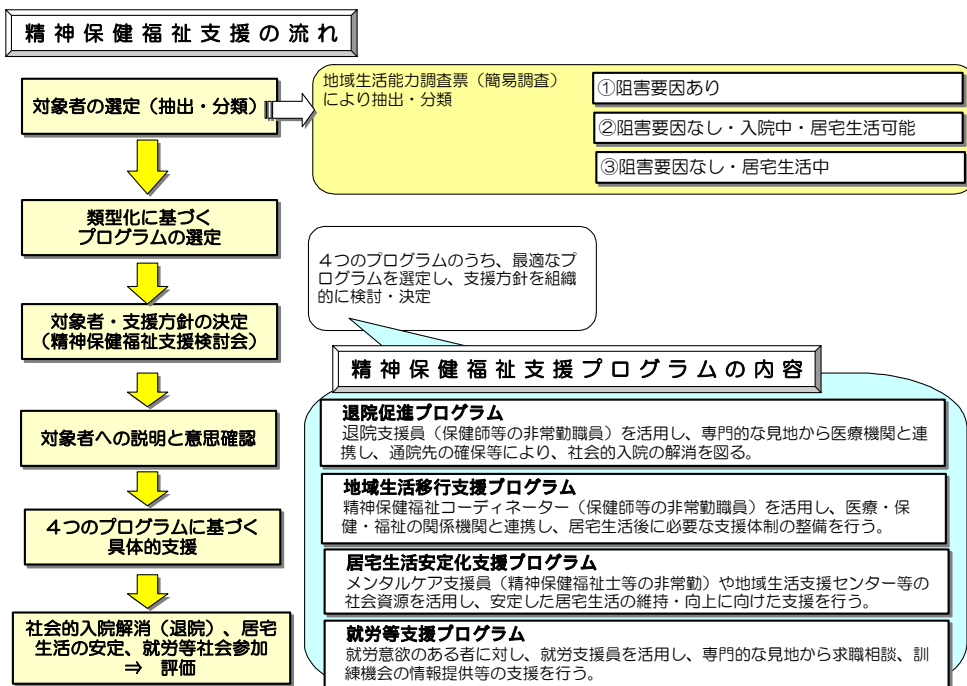
先順位が高いものや、実施機関が支援の方法に苦慮している分野、具体的には、就労支援と精神保健福祉支援の2つの分野について、それぞれ4つの個別支援プログラムを策定した（図表11、12）。

モデルプログラムの提示後、研修会等の開催や、福祉事務所と各関係機関など社会資源のネットワーク化を図るなどの取組を通じて、福祉事務所の機能強化に向けた支援を行っている。

図表11 就労支援プログラムの概要



図表12 精神保健福祉支援プログラムの概要



< 都内実施機関における取組状況 >

都内の実施機関における自立支援プログラムの取組状況は（図表 1 3）のとおりであり、特に、就労支援の仕組みは整いつつある。また、平成 1 7 年度における就労支援員を活用した支援の実績は（図表 1 4）のとおりであり、就職に至った者、保護廃止まで至った者の比率は、現時点では大きいとは言えないが、一定の効果は上がっている。

図表 1 3 都内実施機関における自立支援プログラムの取組状況(平成 1 8 年 1 1 月現在)

事項	平成 1 7 年度	平成 1 8 年度
ハローワークOB等を活用した就労支援プログラム	3 7 区市	4 7 区市
生活保護受給者等就労支援事業（国事業）適用就労支援プログラム	全区市	全区市
その他の就労支援プログラム	3 区	1 1 区市
就労支援以外のプログラム	5 区市	1 8 区市

図表 1 4 都内実施機関における就労支援員による支援実績(平成 1 7 年度)

	就労支援員数	支援対象者数a	うち就職者数b	b/a(%)
都内合計	54	7,467	2,115	28.3%
			うち廃止者数c	c/a(%)
			367	4.9%

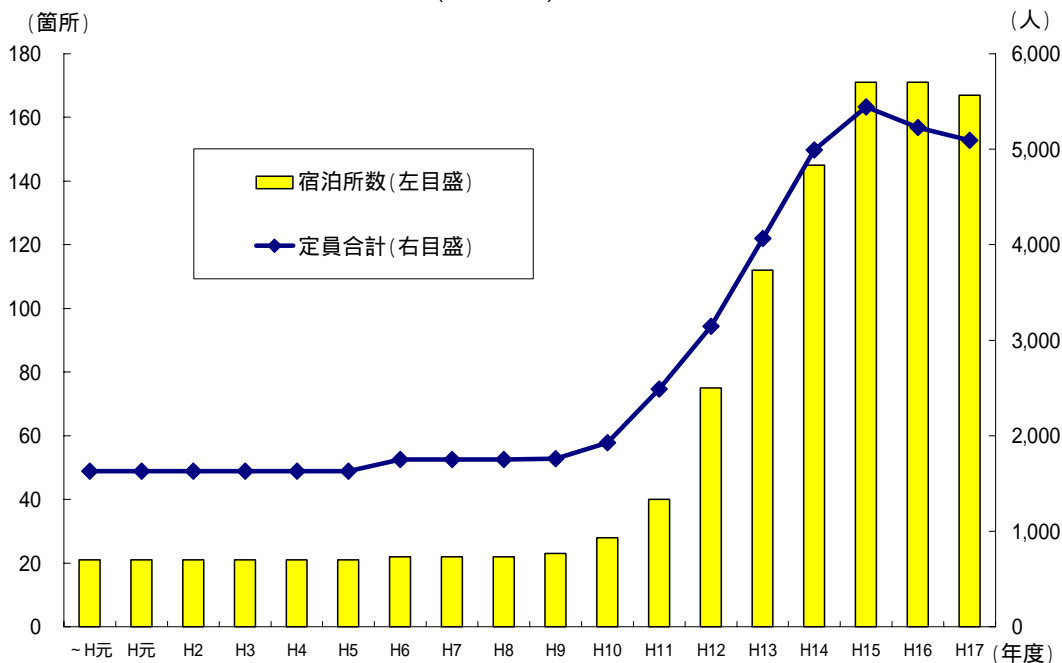
就労自立支援では、特に、就労意欲が低い者や、精神疾患等の阻害要因を持っている者への対応に苦慮しているのが現状で、後者は、保健・医療部門との連携による支援が必要である。また、就労自立支援以外の自立支援は、途上にあり、今後他の分野における支援プログラムの策定・実施が課題である。

(3) 機能強化が進まない宿泊所

都内では、民間の宿泊所（第 2 種社会福祉事業：生計困難者のために、無料又は低額な料金で、簡易住宅を貸し付け、又は宿泊所その他の施設を利用させる事業）が、ホームレス等生活困窮者の一時的な居住場所となっている実態があり、利用者の多くは生活保護を受給している。（平成 1 5 年 1 0 月の都の「宿泊所実態調査」によれば、約 8 割が受給している。）

平成10年度以降、ホームレスを対象とする宿泊所の新規開設が急増したが、平成16年度には被保護者の利用に関する住宅扶助基準の見直し等により減少に転じている(図表15)。

図表15 宿泊所数の年度推移(東京都)



(図表16)は、宿泊所をタイプ別に分類したものである。このうち、宿泊サービスのほか、複数職員を配置し、特定の対象者(女性、要介護者、要就労支援者等)に対する支援サービスを実施している特定機能タイプの割合は16.2%と低く、入所者の多様なニーズに応えうる支援機能の充実が今後の課題である。

図表16 宿泊所タイプ別内訳(東京都・平成17年度)

宿泊所タイプ	箇所数	(注)
公立型	9	公立型：特別区人事・厚生事務組合が設置するタイプ(災害等による住宅困窮者等向けも含む)
特定機能タイプ	27	
緊急宿泊型	7	特定機能タイプ：宿泊サービスのほか、複数職員を配し、特定の対象者に対する支援サービスを実施しているタイプ 一般宿泊タイプ：上記以外のタイプ
女性支援型	9	
グループホーム型	6	
就労支援型	1	
ホスピス型	1	
アルコール依存復帰型	2	
介護型	1	
一般宿泊タイプ	131	
合計	167	

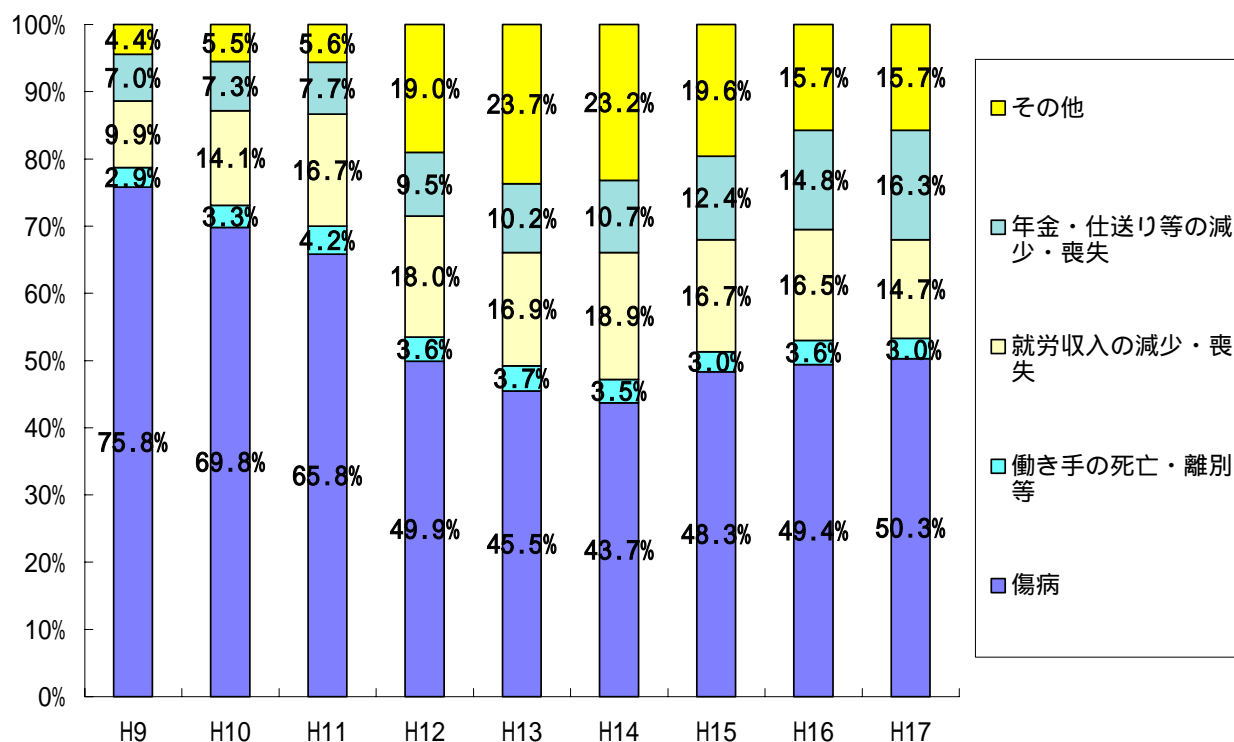
3 医療扶助の現状

医療扶助受給者数の割合は被保護者総数の約84%に及んでいる。また、医療扶助費は、平成17年度で生活保護費全体の約47%を占めており、生活保護制度の改善を考える上で、医療扶助の適正化は避けて通れない課題となっている。

医療扶助受給者のうち、精神疾患の割合は約17%となっており、特に入院患者の約半数は精神疾患が原因であり、医療扶助の適正化を考える上で、いわゆる社会的入院⁶の解消が重要な課題となっている。

一人あたりの医療費は国民健康保険との比較では約3倍であるが、その原因としてはそもそも傷病が原因で被保護者になっている者が多いという事情のほか、精神及び行動の障害による入院の割合が多いこと、頻回受診に象徴されるように医療扶助受給者の医療費に対する意識等が影響していることも考えられる(図表17、18)。

図表17 保護開始の理由(東京都・平成9～17年度)

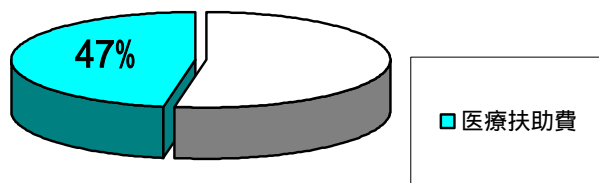


資料:福祉保健局「福祉行政統計報告」

⁶ 精神科病院等から地域生活への移行が可能であるにもかかわらず、居住の場などの生活基盤や、支援システムが不十分のため、やむを得ず入院を継続せざるを得ない状態(詳細は後述)

図表18 医療扶助の現状(東京都・平成17年度)

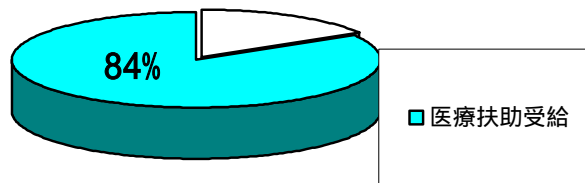
(1)保護費に占める医療扶助の割合



(百万円)

	平成17年度
保護費全体	378,238
医療扶助費	178,140

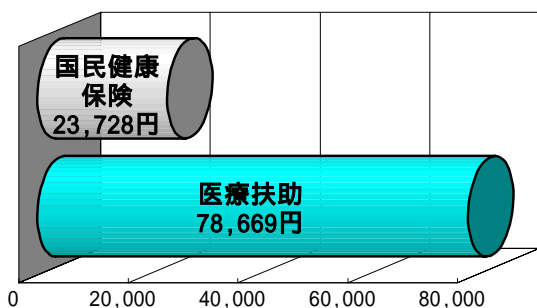
(2)医療扶助受給者人員



(百万円)

	平成17年度
被保護者総数	194,691
医療扶助受給人員	162,985

(3-1)一人当たり医療費
(医科入院・入院外・歯科)の比較



(一人当たり月間総医療費)

医療扶助受給者人員の内訳 (人)

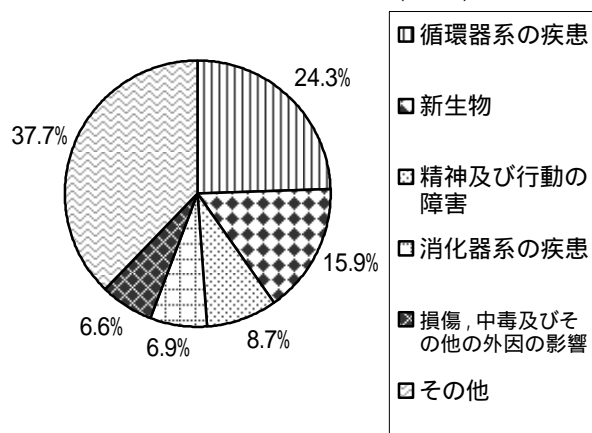
	精神疾患	その他
入院	7,532	8,842
入院外	19,966	126,645

(3-2)一人当たり医療費の構成

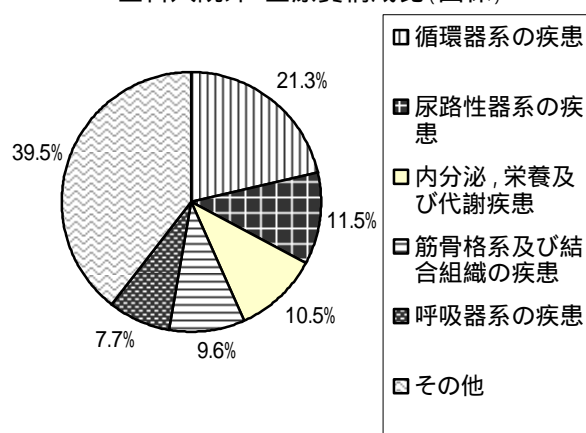
<国民健康保険>

平成17年度	医科入院	医科入院外	歯科	計
国保医療費	10,735	10,655	2,338	23,728

医科入院-医療費構成比(国保)



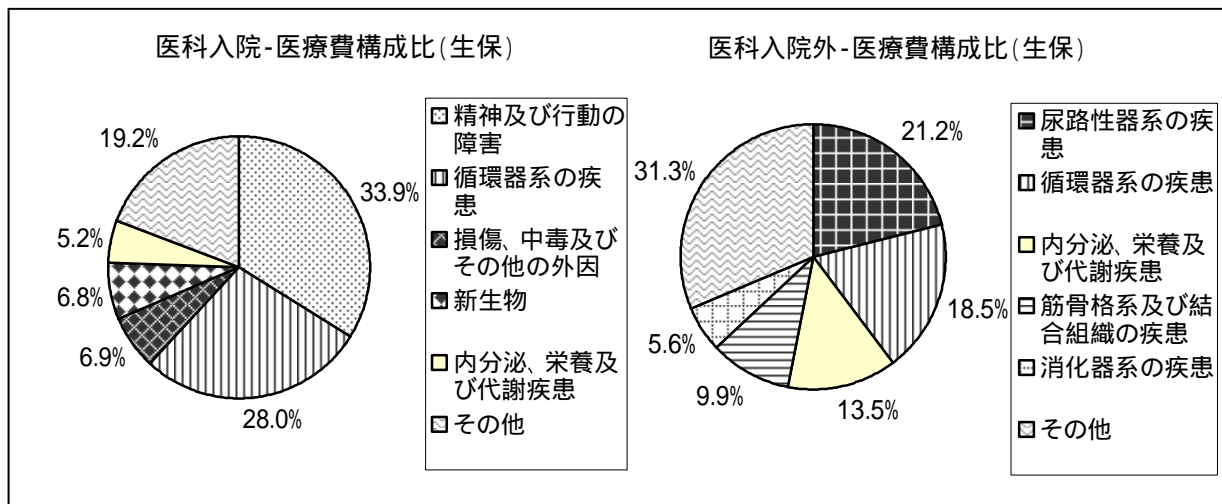
医科入院外-医療費構成比(国保)



< 医療扶助 >

(円)

平成17年度	指定医療機関			非指定医療機関	計
	医科入院	医科入院外	歯科		
医療扶助	54,063	21,400	3,137	69	78,669



資料：福祉保健局「福祉・衛生行政統計」を基に作成

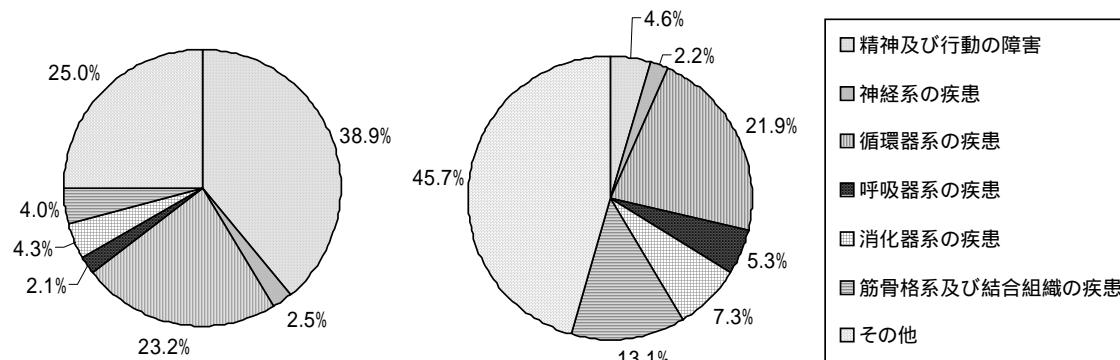
< 年齢階級・傷病分類別に見た医療扶助 >

入院においては「精神及び行動の障害」の占める割合が約39%と最も大きくなっているのに対して、入院外では約5%と低くなっている。入院・入院外とも大きな割合を占めるのは「循環器系疾患⁷」で、それぞれ2割を超えており、高血圧、心臓疾患や脳血管疾患など生活習慣と関連ある疾患の占める割合が高いことがわかる(図表19)。

図表19 入院・入院外別、傷病分類別医療扶助件数(東京都・平成17年度)

(1) 医療扶助件数(入院)

(2) 医療扶助件数(入院外)



資料：福祉保健局「平成17年度医療扶助実態調査」

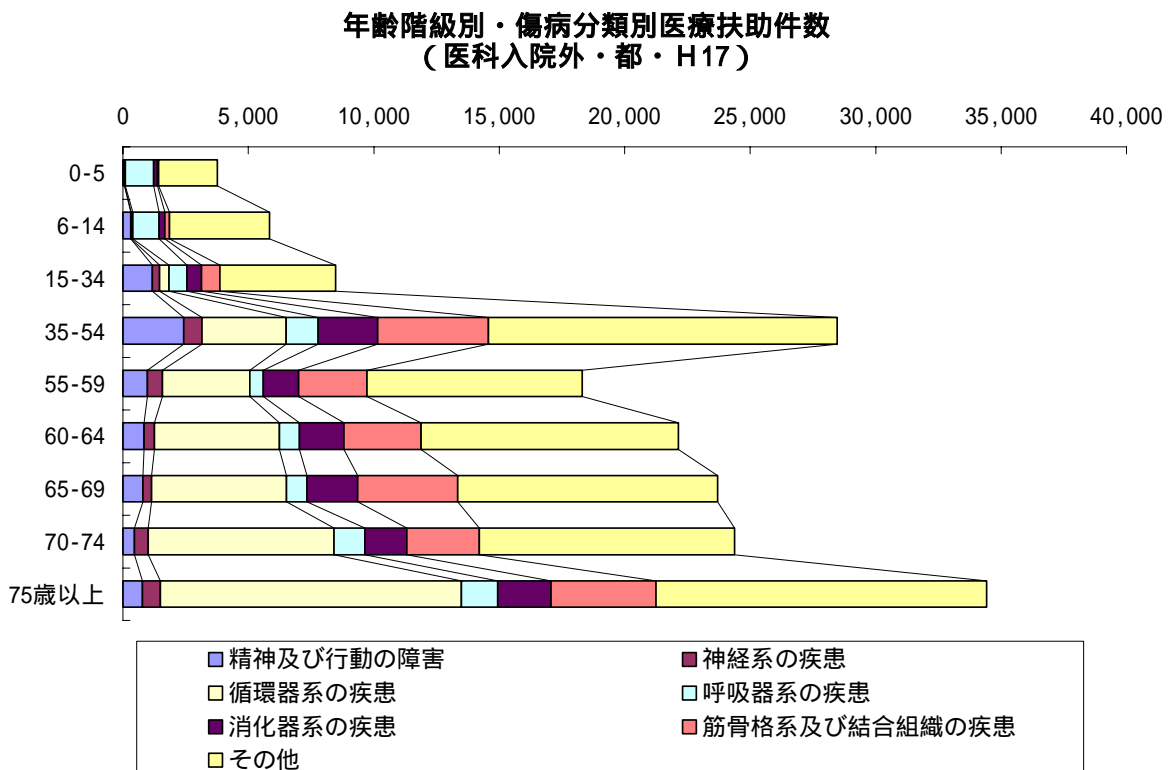
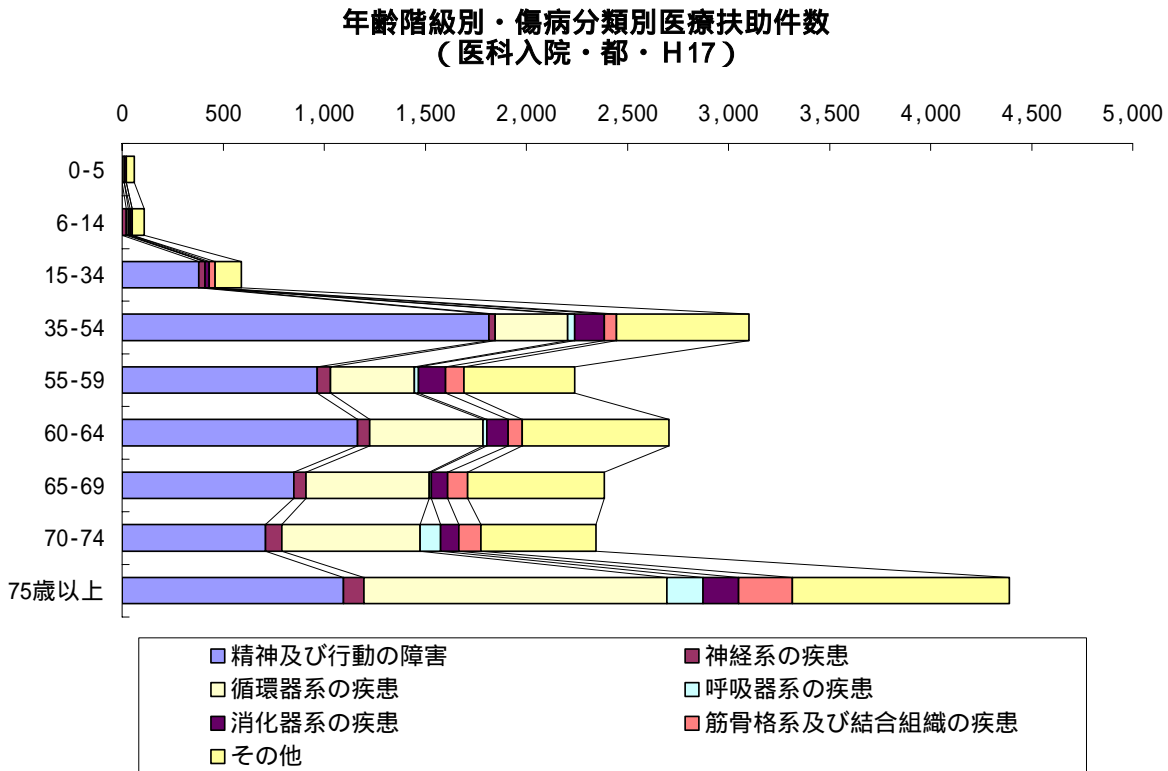
また、年齢階級別要素を併せて見てみると、入院においては、「精神及び行動の障害」の占める割合が最も大きく、特に若年層においてその割合の大きさが顕著である。年齢階級が上がるに従って「循環器系疾患」の割合が大きくなり、高年齢層で「精神及び行

⁷ 疾病別統計上の分類で、高血圧性疾患、虚血性心疾患、その他の心疾患、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化(症)、その他の脳血管疾患及び動脈硬化(症)が含まれる。

動の障害」の割合に並び、75歳以上ではその割合を超える。

入院外では、「循環器系疾患」の占める割合が最も多く、中高年齢層から年齢が高くなるに従いその割合が増加している（図表20）。

図表20 年齢階級別、入院・入院外別、傷病分類別医療扶助件数(東京都・平成17年度)

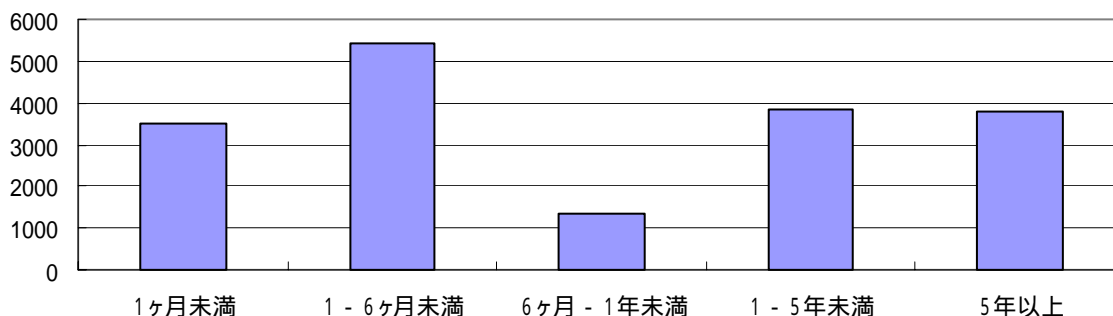


資料：福祉保健局「平成17年度医療扶助実態調査」

< 入院期間別の医療扶助件数 >

入院期間別に見ると、「6ヶ月から1年未満」の区分で件数が減少しているが、それ以降の区分を見ると「1年から5年未満」と「5年以上」の件数があまり変わらず、6ヶ月から1年未満で退院できない場合は入院が長期化する傾向があるのではないかと推測される。長期入院患者の退院促進とともに、入院を長期化させない取組が重要な課題である（図表21）。

図表21 診療期間別・入院医療扶助件数(東京都・平成17年度)

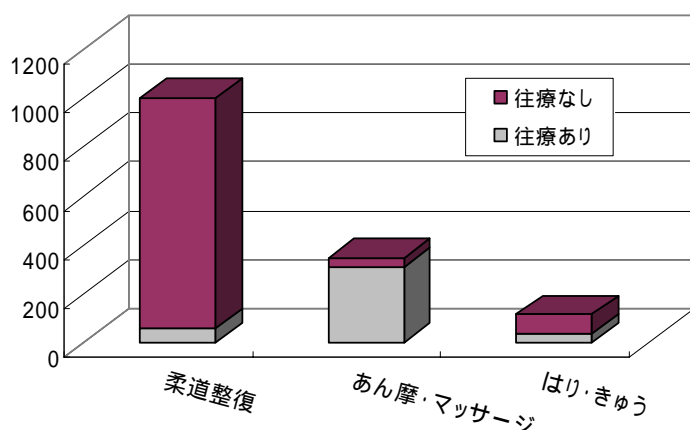


資料：福祉保健局「平成17年度医療扶助実態調査」

< 施術の状況 >

施術⁸については、近年伸びが著しい（平成17年度の対前年伸率で、医療扶助全体の伸びは2.2%、施術の伸びは17.7%）が、特にあん摩・マッサージにおいて、往療（医科の往診と同じ）の割合が非常に高くなっている（図表22）。

図表22 往療の有無別施術件数(東京都・平成17年度)



あん摩・マッサージの状況

	件数	金額(円)	1件あたり金額(円)
往療あり	311	10,920,866	35,115
往療なし	37	741,493	20,040

資料：福祉保健局「平成17年度医療扶助実態調査」

⁸ あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう、柔道整復を指す。

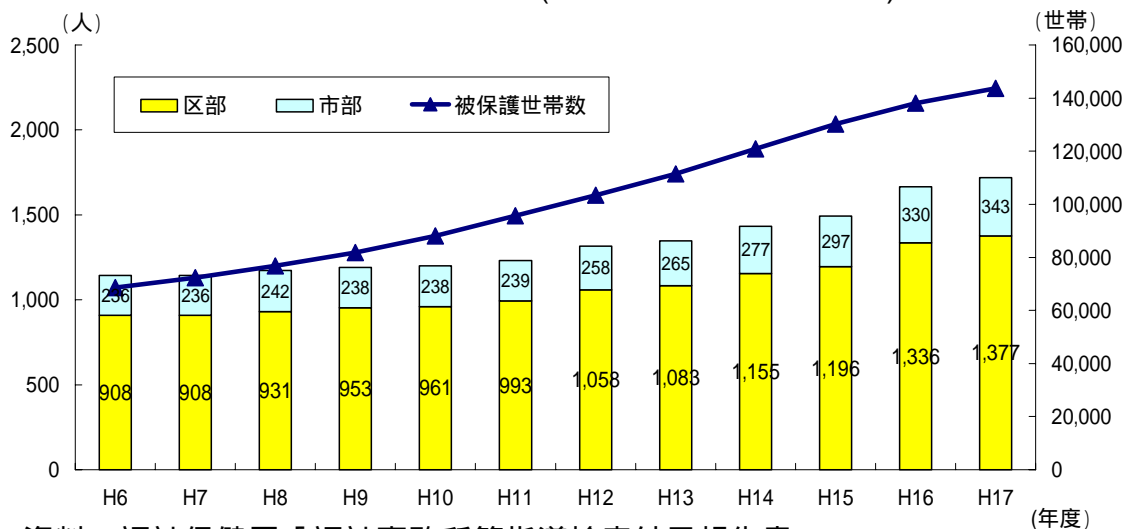
4 保護の実施機関（福祉事務所）の体制

< 現業員（ケースワーカー）受持ちケース数の状況 >

都内の各福祉事務所では、被保護世帯数の増加に対応し、ケースワーカー（CW）を増員する努力をしているが、近年は総じて増加傾向にある。平成16年度には一人当たりの受持ちケース数が前年度より減少に転じたが、平成17年度は再び増加した。

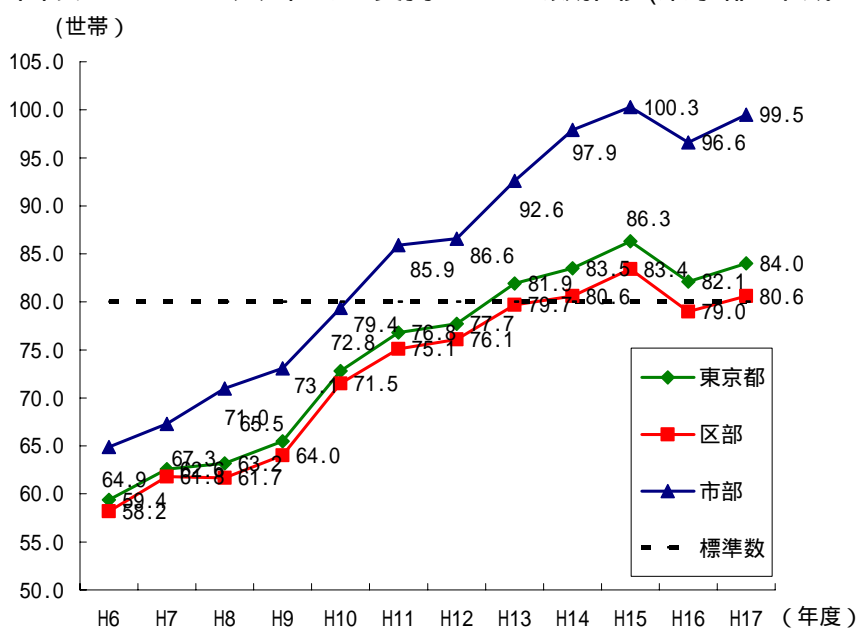
社会福祉法で定める標準数である「ケースワーカー一人当たり80世帯」の基準で見ると、平成13年度以降、都内平均は標準数を超えている状況である。特に、市部の受持ちケース数が多い（図表23、24）。

図表23 ケースワーカー配置数の推移(東京都・平成6～17年度)



資料：福祉保健局「福祉事務所等指導検査結果報告書」

図表24 CW一人当たりの受持ちケース数推移(東京都・平成6～17年度)



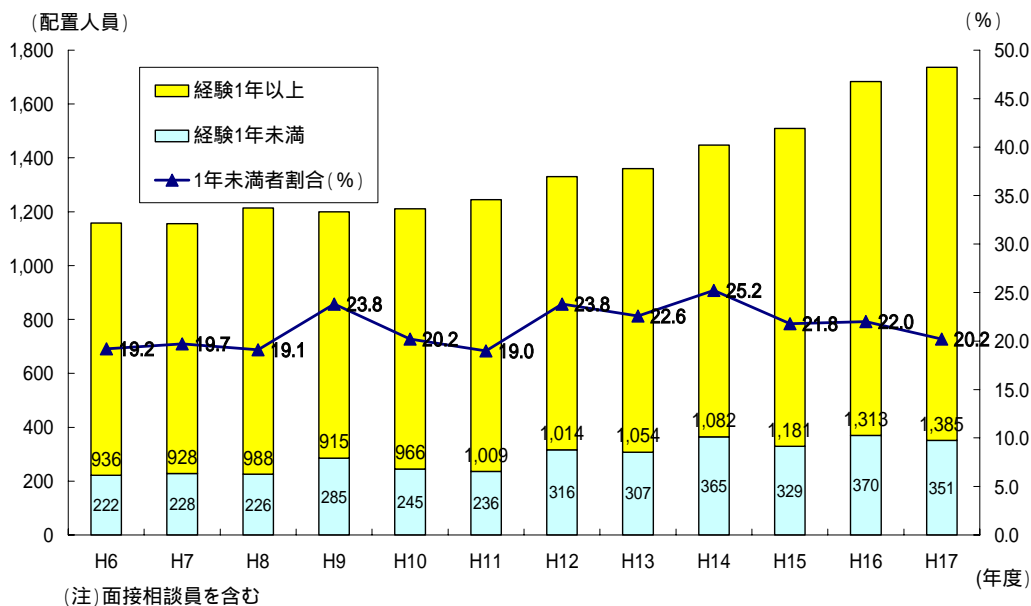
(注) 一人当たりの受持ちケース数 = 被保護世帯数 / CW数 (面接相談員含)

資料：福祉保健局「福祉事務所等指導検査結果報告書」

< 職員の経験年数状況 >

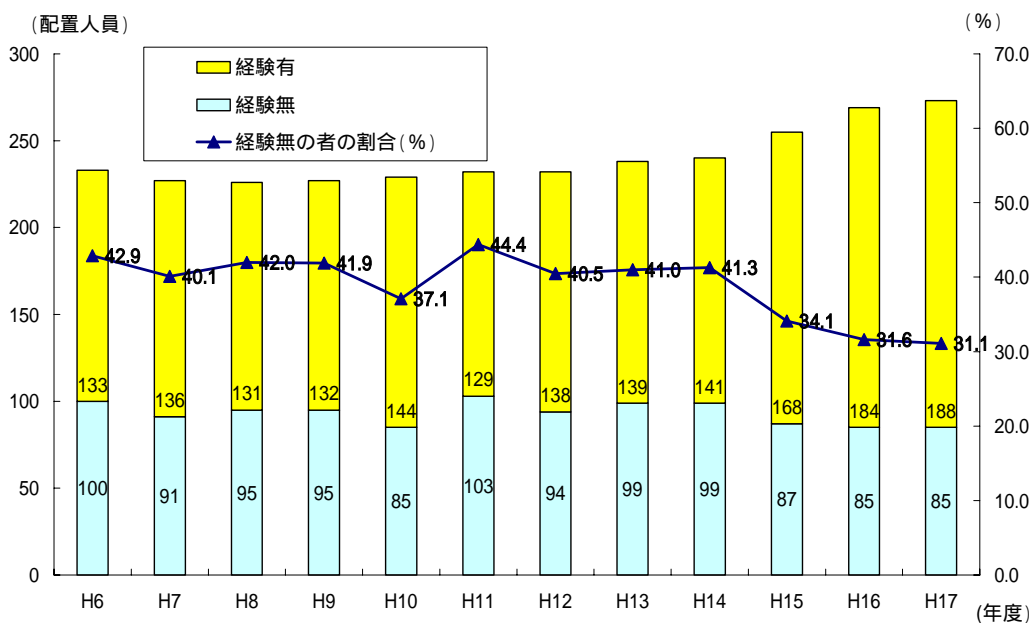
ケースワーカーの経験年数を見ると、「経験年数1年未満の者」（初めて福祉事務所に配属された者）が、約2割を占めている。また、ケースワーカーを指導する立場にある査察指導員（スーパーバイザー、Supervisor、以下「SV」という。）では「ケースワーカーの経験のない者」が平成14年度以前は約4割を占めていたが、ここ数年減少傾向にある（図表25、26）。

図表25 ケースワーカーの経験年数の状況(東京都・平成6～17年度)



資料：福祉保健局「福祉事務所等指導検査結果報告書」

図表26 査察指導員のケースワーカー経験状況(東京都・平成6～17年度)



資料：福祉保健局「福祉事務所等指導検査結果報告書」

第3章 生活保護を変えるための重点提言～自立に向けた「4つの提案」～

1 自立促進に向けての4つの重点課題

既に述べたように、経済的給付を中心とする生活保護制度を、実施機関が組織的に被保護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、平成17年度から「自立支援プログラム」の導入が各実施機関において行われている。

これは、平成16年度に都が提言した方向性と合致するものであり、大いに評価できる。しかしながら、生活保護制度の自立支援機能を更に強化していくために、重点的に取り組むべき課題として次の4つが挙げられる。

(1) 就労自立促進の更なる強化

自立支援プログラムの導入により、都内においても、特に就労自立促進の体制が充実し、就労実績も拡大しつつある。稼働年齢層にある被保護者の態様は様々であるが、就労支援の強化による自立促進は最優先で取り組むべき課題である。

このため、被保護者の就労自立への意欲を高めるとともに、様々な社会資源を活用しながら、一貫的・総合的な就労支援の仕組みを更に実効性の高いものとしていく取組が重要である。

(2) 保健・医療面での自立促進

被保護者数全体に占める医療扶助受給者数の割合は大きなものとなっており、健康の回復は自立を進めるための重要な要素である。また、医療扶助費は生活保護費の半分近くを占めており、生活保護制度の改善を考える上で、医療扶助を考察することは避けて通れない課題となっている。

医療保険制度の場合と比較して、医療扶助特有の現象として、入院患者の約半数は精神・行動の障害が原因であることや、一人当たり医療費が多いことなどが挙げられる。また、他制度と共通する特徴として、高血圧、心臓病や脳卒中など生活習慣が関連する疾患を持つ患者の占める割合が高いことが挙げられる。

このため、予防医療の観点から、生活習慣を改善指導し、健康増進、発症抑制、重症化抑制を図る取組や、入院患者の退院促進への取組、頻回受診の抑制のための取組などにより、被保護者が身体や精神の健康を回復・維持し、地域社会の中で日常的に自立生活を送ることができるようにすることが重要である。

(3) 早期自立のための新たな仕組み

セーフティネットである生活保護制度は、生活困窮に至った国民が必要な範囲で保護を受け、再び自立生活に戻るよう支援する制度であり、保護受給期間が長期化する前に、早期に自立できることが望ましい。

保護が長期化する傾向を踏まえ、早期自立に向けた効果的な仕組みとなるよう、現行の生活保護制度をより柔軟なものに変えることが重要である。また、生活再建の意欲と可能性のある生活困窮者に対しては、生活保護とは別に、専門家の総合的支援を行う仕組みを検討する必要がある。

(4) 自立を推進する体制の整備

自立に向けての支援策を効果的に推進するため、福祉事務所に専門的なノウハウを持つ人材を配置するほか、地域の社会資源の効果的な活用（アウトソーシング）とネットワーク化を図ることにより、被保護世帯に対する多様な自立支援サービスを提供していけるような仕組みの整備も更に進めることが重要である。

併せて、福祉事務所職員が、被保護者の自立を支援するために各種社会資源や他法・他施策に適切に結びつけるコーディネーター（調整役）としての役割を担えるような人材育成も必要である。そのため、福祉事務所職員の一層の資質向上を図るための統一的な人材育成方針を国で策定することが重要である。

2 就労自立促進の更なる強化

(1) 目標設定による組織的な自立促進

都内の福祉事務所における就労自立支援については、平成17年度から就労支援員（非常勤職員）を活用した取組が大幅に増加していること、ハローワークと福祉事務所が連携して生活保護受給者等就労支援事業を開始したこと等により、一定の成果を挙げている。

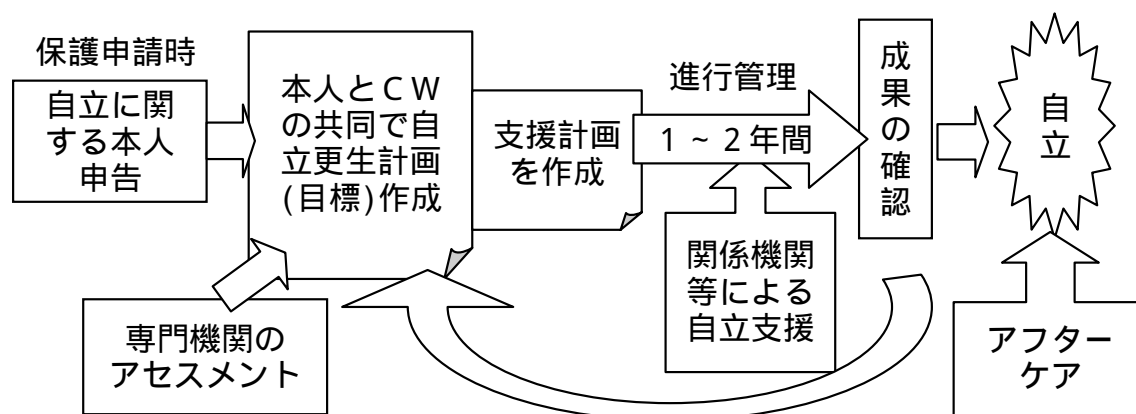
今後、就労支援の仕組みを更に実効性の高いものとしていくためには、個別のプログラムの策定及び支援の実績を積み重ね、内容を検証し、以後の支援にフィードバックさせていくPlan（計画）- Do（実施）- Check（検証）- Action（見直し）サイクルが重要である。

各実施機関においては、世帯構成員の自立可能性について専門機関等を活用してアセスメントを行い、その結果をもとに自立可能と判断される者には自立更生計画を作

成させ、期限を定めて計画的に自立への取組を進めるよう促していくことが必要である。そのためには、16年提言で取り上げたアセスメント委託⁹に加え、自立更生計画の作成を法定するとともに、その進行を管理するデータベース機能について国が標準的なものを開発し、全国の実施機関に普及させていくことが重要である(図表27)。

さらに、国はあらゆる機会を通じて、全国の実施機関における個別の取組事例を把握し、情報を提供するべきである。例えば、個人情報保護に最大限配慮した上で、実施機関が共通で使用することができる個別事例のデータベース化を行うことなどを検討すべきである。

図表27 自立更生計画・支援計画のPDCAサイクル



なお、この自立更生計画については、取組が比較的進んでいる就労自立支援について当面先行実施し、中長期的には社会的自立支援や日常生活自立支援の分野にも拡大することを検討するべきである。

(2) 就労意欲が低い者に対する対策

また、都では、阻害要因がないにも拘らず、就労意欲が低い者に対するモデルプログラムを策定したところであるが、このような層は要支援度が高く、自立も困難を極める場合が多い。

こうした層に対する対策は、支援ノウハウを有する企業やNPOなどとの連携が必要である。具体的には、プログラムの対象者の選定や、支援方針の決定は福祉事務所で行い、実際の個別的な支援については、ハローワーク等の労働部門の協力を得ながら、福祉事務所から直接支援ノウハウを有する企業やNPOなどへの委託により実施

⁹ 稼働年齢層の能力活用可能性を判断するアセスメント機能を外部に確保するという提案

することが考えられる。また、自立後3か月など一定期間のアフターケアも重要であり、NPO等を活用して定着状況を確認する体制を確保することが必要である。

国は、このような層に対する支援策を検討するべきである。

〔考えられる支援内容〕

マナーや社会性を身につけるための就職前訓練、就職に必要な基礎的能力の付与
キャリア・コンサルティング¹⁰の実施 = 特に働くことへの動機付け
ボランティア、企業、NPO等の仕事の実体験
上記の支援に併せて、訓練費用として生業扶助技能修得費の給付

(3) 就労自立等に向けた意欲を高めるための仕組みの構築

就労自立等への意欲を高めるためには、自立への努力をした者が報われる仕組み(インセンティブ)をつくるべきであり、自立準備のための資金・資産等は保有を可能とし、収入認定についても配慮していくことが必要である。

<自立阻害要因がない世帯>

都では、更生施設に入所している者に稼働収入がある場合、退所後の需要に対応するため収入認定を保留する「更生積立金」制度を運用で実施しているが、この制度を参考とした新たな更生積立金制度の導入を提案する。

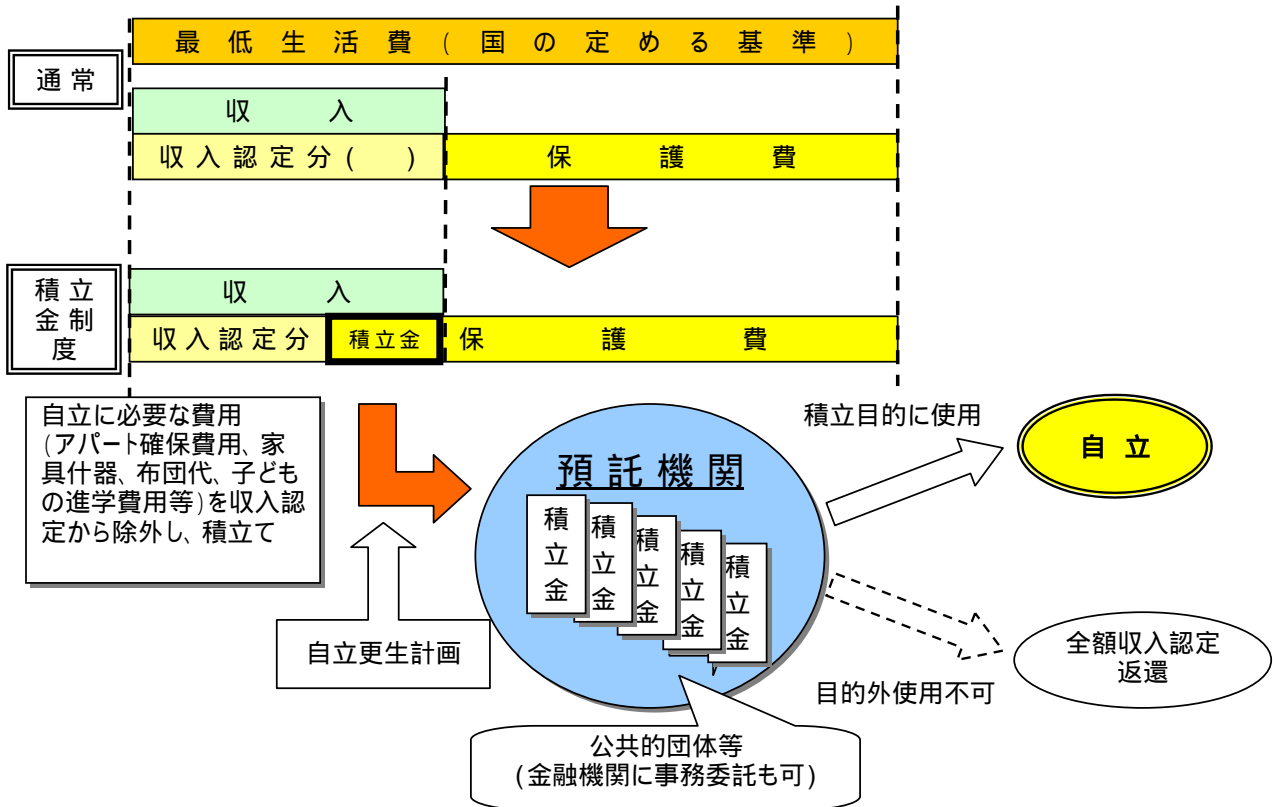
これは、自立廃止が見込めると実施機関が判断した被保護者について、自立に必要な費用(アパート確保の費用、家具什器費、布団代、子どもの進学費用等の需要)を就労収入の認定から除外することで、就労への意欲を高め、自立につなげるものである。

具体的には、次のような形が一案として考えられる(図表28)。

¹⁰ 個人の適性や経験等に応じて自ら職業生活設計を行い、これに即した職業選択や能力開発を効果的に行うことができるように誘導するための職業相談

自らの職業経験の振り返りや適性検査等を通じた自己理解、労働市場や企業に関する情報提供等を通じた職業理解、職業体験等を通じた職業に対する動機づけ等を行った上で、今後の職業生活や能力開発に関する目標設定を行い、職業選択や教育訓練の受講等の自主的な就業活動に結び付けていくことを目的としている。

図表28 新たな更生積立金制度のイメージ



実際には、勤労に伴う必要経費として基礎控除等が認められているが、ここでは簡略化するため省略

<対象者>
 自立阻害要因がなく、就労自立に向けた取組を行っている世帯
 (自立更生計画の作成を条件とする。)

<対象経費>
 自立に必要なアパート確保の費用(敷金、礼金等)、家具什器費、布団代、子どもの進学費用などの需要等の経費

<積立金の扱い>
 財形貯蓄の仕組みを参考に、実務は金融機関に委ね、積立や取り崩しを行う際には福祉事務所が関与しながら必要書類を提出させることなどの方法により、実施する。

<その他>
 自立更生計画に沿って、就労自立に充てられたと判断する費用は返還免除とする。自立に用いられなかったときは、全額収入認定する。
 ただし、住宅費用を除く1カ月以上の最低生活費は本来収入認定をすべきであるが、その後の生活の安定化を図るため最大2カ月分まで返還免除することで就労へのインセンティブとする。

<未成年の子どもを持つ世帯>
 世帯主本人の自立に結びつかない場合でも、被保護世帯に属する未成年の子が就学することは貧困の再生産防止や世帯の自立という観点から有効である。就労自立に向

けた努力を前提に、そのインセンティブとして、将来の子どもの就学を想定しての学資保険の保険料の半額について、勤労控除の対象とすることも有効な方策である。(本来の目的どおりの使用が困難となった際には、その時点で収入認定し、生活保護法第63条の返還対象とする。)

(4) 被保護世帯の子どもたちの育成支援

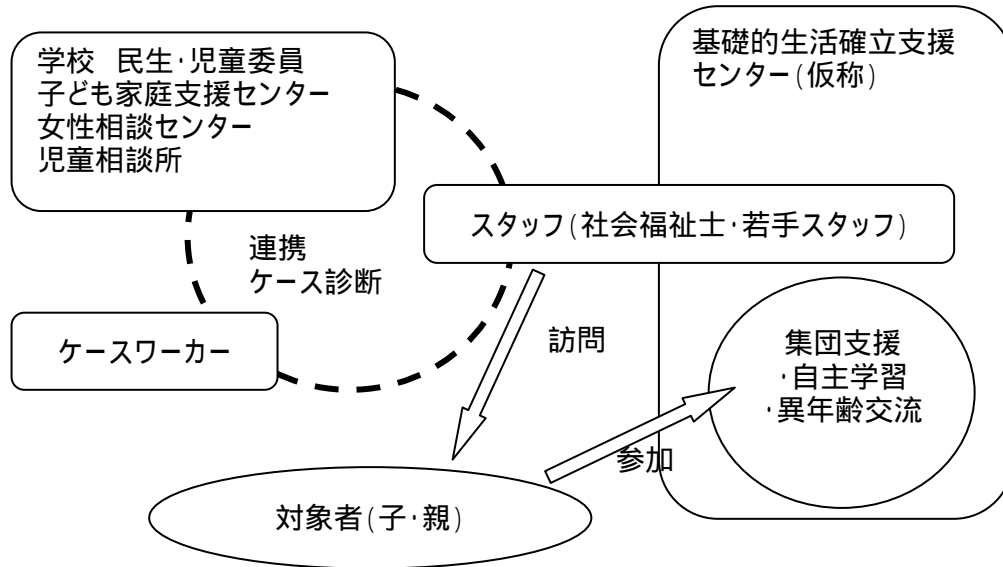
16年提言において、都は、貧困の世代間継承を防ぐ方策として、教育扶助の適用範囲に高等学校を加えることを強く要望したが、これは生業扶助の中に高校就学費が盛り込まれる制度改正により実質的に実現した。これを踏まえて、都内の福祉事務所では、生活保護世帯の子どもたちに対して自立促進の観点から高校進学支援プログラムの策定・実施に取り組むところも出てきている。

被保護世帯は、貧困のみならず、社会からの孤立・疎外感など様々な課題を抱えている場合がある。その子どもたちが社会の貴重なマンパワーとして育ち自立していくためには、親と子を含めた基礎的な生活習慣の確立、良好な人間関係づくり、自宅学習の習慣づくりなど、社会生活を営む力を育む支援が必要なケースも少なくない。

都では独自に「被保護者自立促進事業」を平成17年度から開始し、区市による自立に向けた取組を支援しているが、本事業により、既に基本的な生活習慣確立などに向けた取組が始まっている。このような取組を広げることにより、子どもたちの不登校、高校中退などを防止していくことが重要であり、ひいては虐待の防止や早期発見、非行防止などの効果も期待できる。

このため、学校や民生・児童委員と連携し、ケースワーカーが、NPO等の社会福祉士・若手スタッフと一緒に被保護世帯を家庭訪問したり、基本的な生活習慣確立を支援するセンターの運営をNPO等に委託し、自主学習の場や異年齢の子どもたちの交流の場を提供するなど、子どもたちを育成支援する仕組みが必要である。こうした取組の対象は、必ずしも被保護世帯の子どもたちに限られるものではないが、国はこれらの仕組みを整備するとともに、その委託運営経費等を国庫負担金に算入すべきである(図表29)。

図表 29 被保護世帯の子どもたちの育成支援の取組イメージ



3 保健・医療面での自立促進

(1) 医療扶助の抱える課題

< 医療扶助の給付の仕組み >

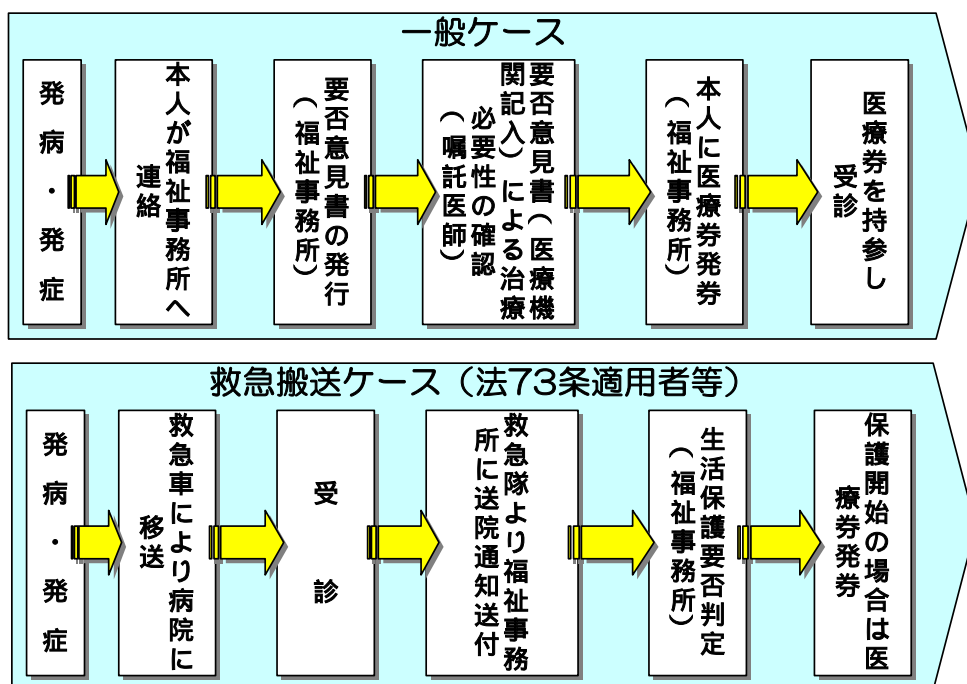
医療扶助は、被保護者が疾病により医療を必要とする場合の扶助で、現物給付が原則（生活保護法第34条第1項）である。医療給付は医療保険と同等の給付を保障するものであり、生活保護法の指定を受けた医療機関等に委託（同法第34条第2項）して実施し、費用は国民健康保険の診療報酬の例により算定される（同法第52条）。

被保護者が医療を受けるためには、救急搬送の場合等緊急に受診が必要な場合を除き、通常は福祉事務所に申請（傷病届）し、医療機関の要否意見書を徴収し、受診月ごとに医療券を交付する方式を採用しており、医療保険のように保険証で受診できる方式とは異なる（図表30）。

医療券を交付する方式の長所としては、「(1) 保護の実施機関の医療扶助の決定行為及び指定医療機関への委託行為を医療券の交付という形式による要式行為とすることが、実務上確実で、且つ、便宜であること。(2) 指定医療機関等が、本法による被保護者たることを確認する最大の証左となり得ること。(3) 指定医療機関等が診療報酬の請求票にそのまま使用しえること。」(小山進次郎「生活保護法の解釈と運用」)が挙げられてきた。

しかし、既に、上記(3)については、平成12年度に医療券と診療報酬請求明細書（レセプト）が分離され他の医療保険と同じレセプトで請求するよう変更されていることから、上記(1)及び(2)の点についても検証し、医療券方式の現状を踏まえた改善が求められる。

図表30 医療扶助の給付の仕組み



被保護者については、国民健康保険法の被保険者から除外されているため、ほとんどの被保護者については、医療費全額を医療扶助で負担することになる。

医療扶助は、医療保険制度と異なり全額が公費負担であり、原則患者が負担すべき一部負担金が生じない。このため、被保護者には医療費負担に対する関心が発生する余地がない。また、医療機関にとっては未収金発生リスクが少ない。

こうした事情から、被保護者と医療機関の双方にとって、医療費を抑制するインセンティブが働かないことが、医療扶助費増加の要因のひとつとなっているとの指摘もある。

また、要否意見書を確認してから医療券の発券まで時間がかかるため、実態上、発券が受診後となっている場合がある。このため、被保護者が医療券を持たずに受診することについて疑問を持たずに、結果として受診を繰り返す(頻回受診)ことがある。こうしたことも、要因のひとつとなっている。

<被保護者の抱える疾病の状況>

わが国では、運動不足、脂肪の過剰摂取等不適切な食生活、高齢化などにより、中高年肥満者の割合が増加傾向にあり、その多くが糖尿病、高血圧症、高脂血症等の危険因子を複数併せ持ち、この危険因子が重なるほど心疾患や脳血管疾患を発症する危険が増大している。

このような運動不足、不適切な食生活、喫煙などの生活習慣を起因とした病気を生活習慣病というが、今般の医療制度改革に際して示された国の推計によれば、（図表31）のように生活習慣病の有病者・予備群が増加している。

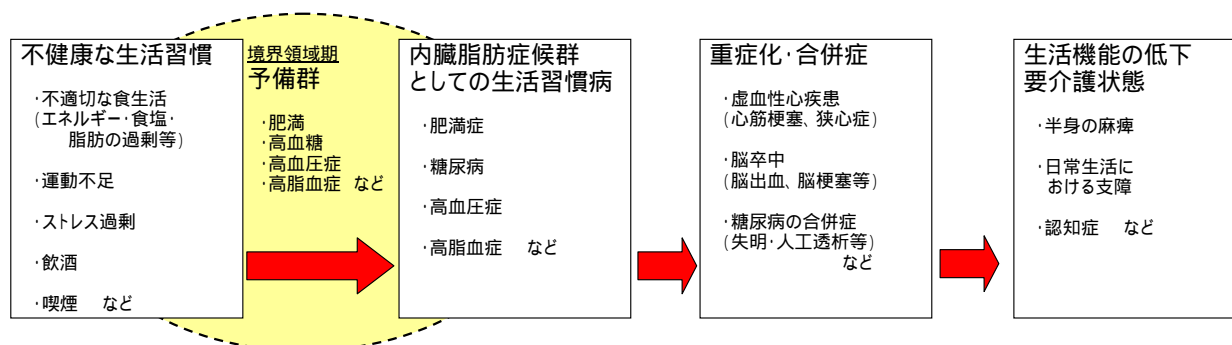
図表31 生活習慣病の現状(全国・粗い推計)

糖尿病	：有病者 740万人／予備群 880万人
（例えば糖尿病は、5年間で有病者・予備群を合わせて1.2倍の増加）	
高血圧症	：有病者3100万人／予備群2000万人
高脂血症	：有病者3000万人
脳卒中	：死亡者数 13万人／年
心筋梗塞	：死亡者数 5万人／年

資料：厚生労働省「医療制度改革大綱による改革の基本的考え方」

生活習慣病は、軽症又は予備群のうちは自覚症状に乏しく日常生活に大きな支障はないが、その後生活習慣の改善がなされないと、（図表32）のプロセスをたどって重症化し、ひいては生活機能が低下したり、要介護状態に陥る。

図表32 生活習慣病が重症化するプロセス



資料：厚生労働省「医療制度改革大綱による改革の基本的考え方」

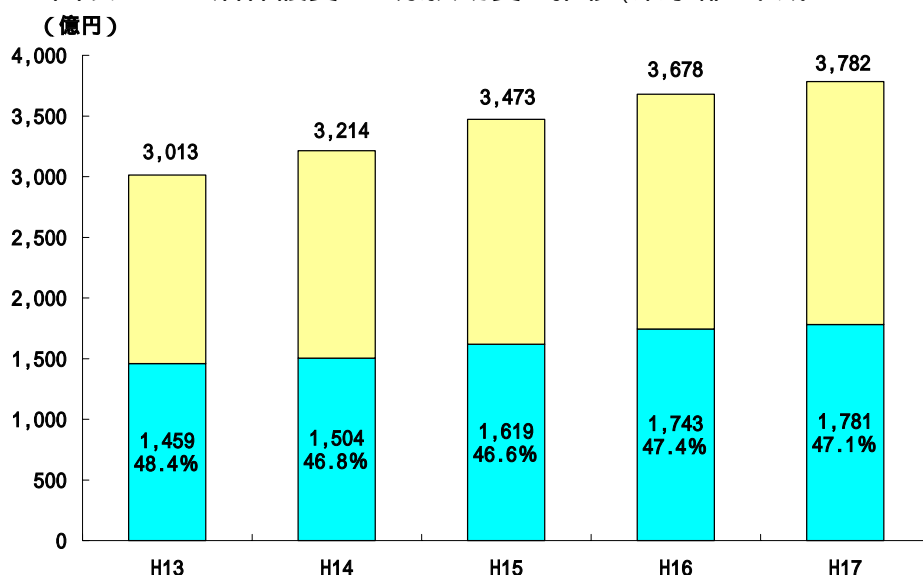
被保護世帯は、傷病を原因として保護を開始した世帯が多いことから一般世帯よりも有病率が高い。また、前述したとおり、医療扶助においては、「精神及び行動の障害」に次いで「循環器系疾患」の占める割合が多いことを鑑みれば、生活習慣病については、生活保護の場合も同様の傾向であると推測される。

このため、主に、精神疾患や糖尿病等の生活習慣病の患者が増大しつつあること、生活習慣病が加齢とともに増悪して、脳梗塞、心筋梗塞等を発症し、入院に至るケースが増加しつつあること、平均在院日数が長期にわたっていることなどが、

医療扶助費増の主たる要因と言える。

このように、制度のあり方に由来する特有の要因や、医療動向全般に共通する要因により、医療扶助は増加の一途を辿っているが（図表33）、医療扶助の給付が必ずしも被保護者の健康回復・維持、自立につながっているとはいえない状況である。

図表33 生活保護費と医療扶助費の推移(東京都・平成13～17年度)



資料:福祉保健局「生活保護費国庫負担金報告」

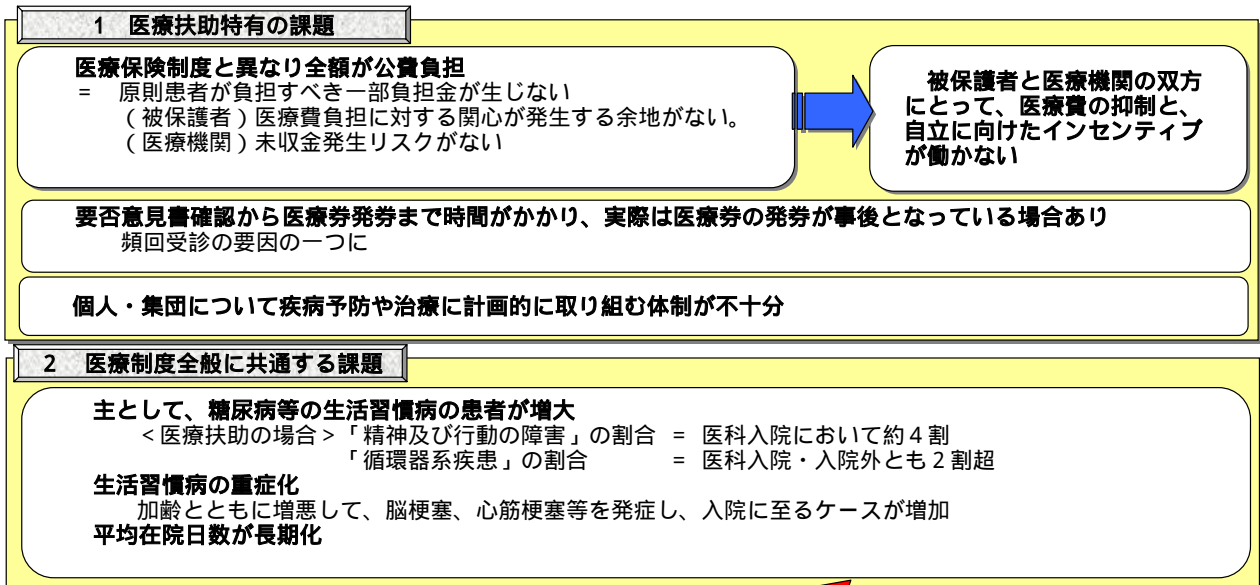
医療扶助は、国民の生命と健康に対する安心を支える「最後のセーフティネット」であり、被保護者が身体や精神の健康を回復・維持し、自立を促進するものである必要があり、同時に公費による医療制度である以上、国民の理解と納得が得られるものでなければならない。

後述するとおり、医療保険制度の枠外にある医療扶助においては、個人・集団について疾病予防や治療に計画的に取り組む体制が不十分である。このため、今後は、他の医療制度と同様に、疾病原因に遡って予防を重視し、医療の質の向上と効率化を図ること等を基本とした対策を取っていく必要がある。

なお、ここまで見てきた医療扶助制度が抱える課題を整理すると（図表34）のようになる。

図表34 医療扶助が抱える課題

都内医療扶助受給者数は、被保護者総数の約84%（H17）
 都内の医療扶助費は、生活保護費全体の約47%（H17）
 生活保護制度の改善を考える上で、医療扶助適正化は避けて通れない課題



**健康回復・維持は自立の重要な要素
 課題を踏まえた対策が必要**

(2) 医療扶助の見直し

国民皆保険制度を堅持し、将来にわたり持続可能なものとしていくため、平成18年6月に「健康保険法の一部を改正する法律」が公布され、医療費適正化の総合的推進など、医療制度改革の方向性が示された。

医療扶助の見直しについても、医療制度改革の方向性を踏まえ、医療扶助の伸びの構造的な要因に着目し、被保護者の生活の質(QOL)を確保・向上するための中長期的な方策と、医療扶助による給付内容・範囲の見直し等により、給付の伸びを直接的に抑制する短期的な方策とを併せて、行っていくべきである。

< 計画的な医療扶助適正化への取組 >

医療制度改革では、医療費の伸びを抑制し健康寿命を延ばしていくために、糖尿病等の患者・予備群の減少や平均在院日数の短縮を図るなど、計画的に医療費の適正化を推進することとし、国と都道府県が共同して、平成20年度を初年度とする「医療費適正化計画」を策定して、医療保険者や医療機関に対して必要な指導、援助等を行っていくこととされた。

併せて、保険者においては、40歳以上74歳以下の加入者に対して、内臓脂肪型

肥満に着目した健康診査及び保健指導（特定健康診査・特定保健指導）の実施が義務付けられた。

医療費適正化計画は、被保護世帯も対象となるものであり、同計画に位置付けられる健康診査の受診率、平均在院日数等の目標については医療扶助にも該当するが、医療保険制度の枠外にある医療扶助においては、健康診査・保健指導等の取組が義務付けられていない。

保険制度とは異なるとはいえ、傷病世帯の比率が高く、医療費負担の大きい生活保護においても医療扶助の適正化は避けて通れない課題である。このため、医療扶助の伸びの構造的な要因等に着目した具体的な目標の下に、医療扶助を適正化するための取組を進め、目標の達成状況について検証を行い、それを踏まえて更に取組を進めることが必要である。

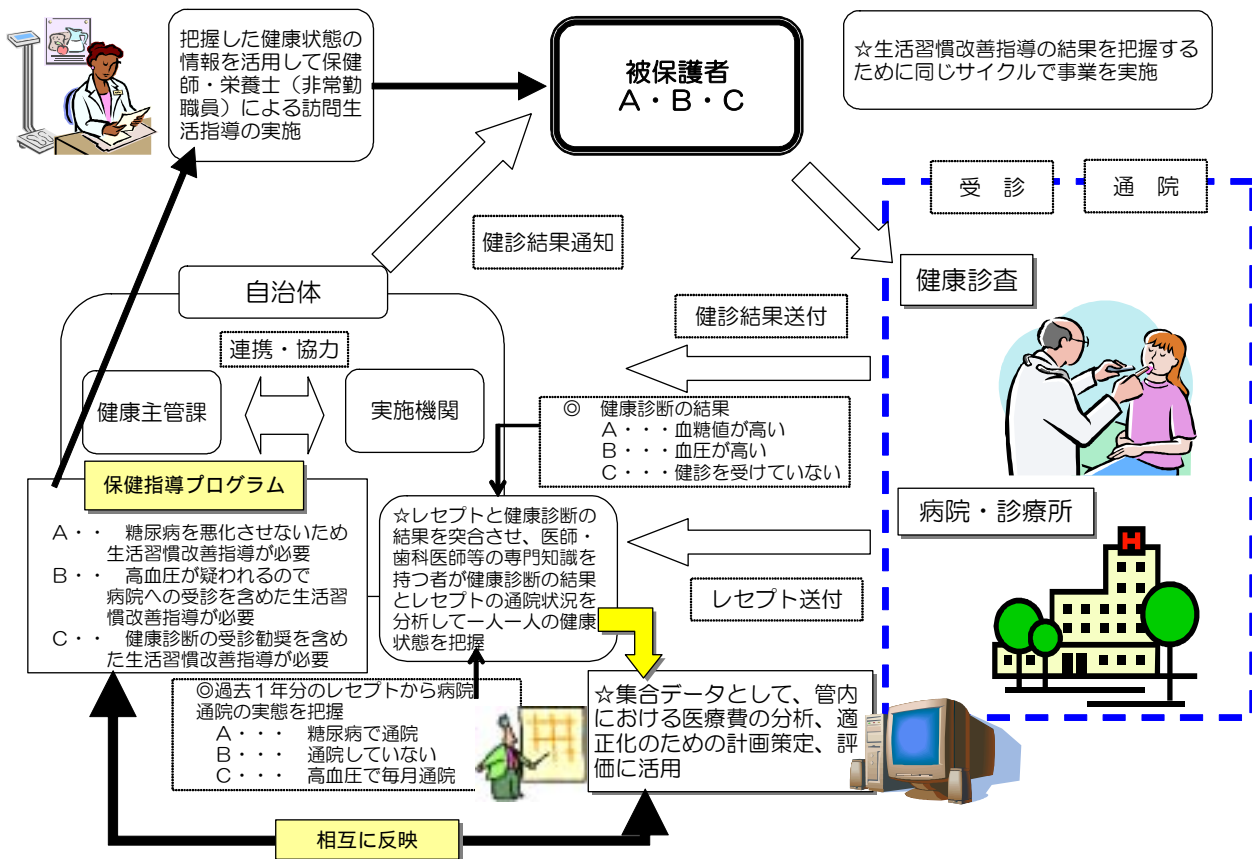
そこで、医療扶助についても、国が適正化の基本方針を示し、都道府県や区市等の役割分担を明確にしながら、糖尿病、脳卒中、心筋梗塞等生活習慣病の患者・予備群の減少率の目標や健診及び保健指導の実施率の目標を設定し、これらの達成に向けて個別の被保護者への支援を計画的に実施するような具体的な仕組みを構築するべきである。

<個人・集団における予防重視の取組>

医療扶助の伸びの要因の一つである生活習慣病を予防するためには、運動習慣の定着やバランスのとれた食生活などの生活習慣の改善が効果的であり、こうした保健指導メニューを自立支援プログラムに導入し、支援を図る必要がある。

併せて、被保護者個人に対する健診・保健指導に留まらず、データ分析等を通じて集団としての課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施すること、健診結果を経年データで蓄積し、その変化や将来予測を踏まえて保健指導を行うこと、被保護者が自己の生活習慣と疾病との関係を理解し、生活習慣改善を自ら選択し、行動につなげるような保健指導を行うこと、などが必要である（図表35）。

図表35 予防重視の取組(健診・保健指導)のイメージ



これらを踏まえ、被保護者に対する健診、保健指導の実施に向けて次のような対応が必要となる。

項目	必要な対応
現状分析と計画	管内の医療扶助の特性の把握・分析 ・年齢階級別、傷病分類別、地域別、入院・入院外別など
健康診査	被保護者に対する保健指導のための健康診査実施 被保護者の健診結果の効率的な保存(データ化)
保健指導プログラム(自立支援プログラムのメニュー)	保健指導判定のシステム化 ・健診結果に基づく指導対象者の抽出 ・必要な指導内容の特定 データに基づいた保健指導(自立支援)プログラムの策定・実施
保健指導の評価	保健指導結果のデータ化による生活習慣改善の推移把握 医療扶助費・健診結果のデータ化による経年把握 ・被保護者個人の医療扶助費の推移 ・年齢階級別、傷病分類別、地域別、入院・入院外別など医療費分析 ・他の実施機関管内(自治体)とのデータ比較

国は、データに基づいた健康診査・保健指導の実施、生活習慣改善を支援するサービス全体の体系化、生活習慣改善の必要が高い人を抽出する手法の開発など、

医療扶助においても予防重視の取組が可能となるような仕組みを構築し、これに要する費用は生活保護制度の一環として財政負担すべきである。併せて、国は、データ収集・分析・保存等の前提となる医療扶助に関する全国共通のシステムを構築し、必要な財政措置を行うべきである。

なお、実施機関における被保護者に対する健診及び保健指導の実施に際しては、医療保険者や健康主管課との連携や非常勤職員の配置、外部委託などの手法を活用し、効果的で効率的なものとするべきことは言うまでもない。

< 社会的入院の解消 >

精神科病院等から地域生活への移行が可能であるにもかかわらず、居住の場などの生活基盤や、支援システムが不十分なため、やむを得ず入院を継続せざるを得ない、いわゆる「社会的入院」の状態にある患者は、平成15年の厚生労働省の報告などによると、精神疾患では、全国で約7万2,000人、都内には、約5,000人いると推計されている。

既に述べたように生活保護受給者である入院患者のうち大きな割合を占めるのが、「精神及び行動の障害」であることから、精神疾患による患者の退院促進に重点的に取り組む必要がある。

これまで、この退院促進については、積極的に取組を進める病院に限られていたのが実態である。より着実に進め、効果を高めていくよう、すべての病院が取り組んでいくことが重要であり、そのためには入院患者の治療状況について定期的に病院から報告を求め、その状況を指導・検査できる仕組みを導入すべきである。

また、精神疾患以外の疾患による社会的入院患者の退院促進についても、

- ・退院後の安定した地域生活を保障するため、本人の課題を整理する中間施設の設置
- ・退院後の服薬管理、見守り事業を実施し、再度入院とならないよう健康管理を支援する仕組みの構築（保健指導プログラムを活用）
- ・退院後に介護サービスを受けられるよう、入院時からそれに備えた仕組みの構築

などが考えられるところであり、国は、こうした精神疾患以外の疾患による社会的入院患者の退院促進策についても早急に構築するべきである。

< 医療扶助給付の仕組みの見直し >

医療扶助費の増加の要因のひとつとして、医療扶助の給付の仕組みに、被保護者と

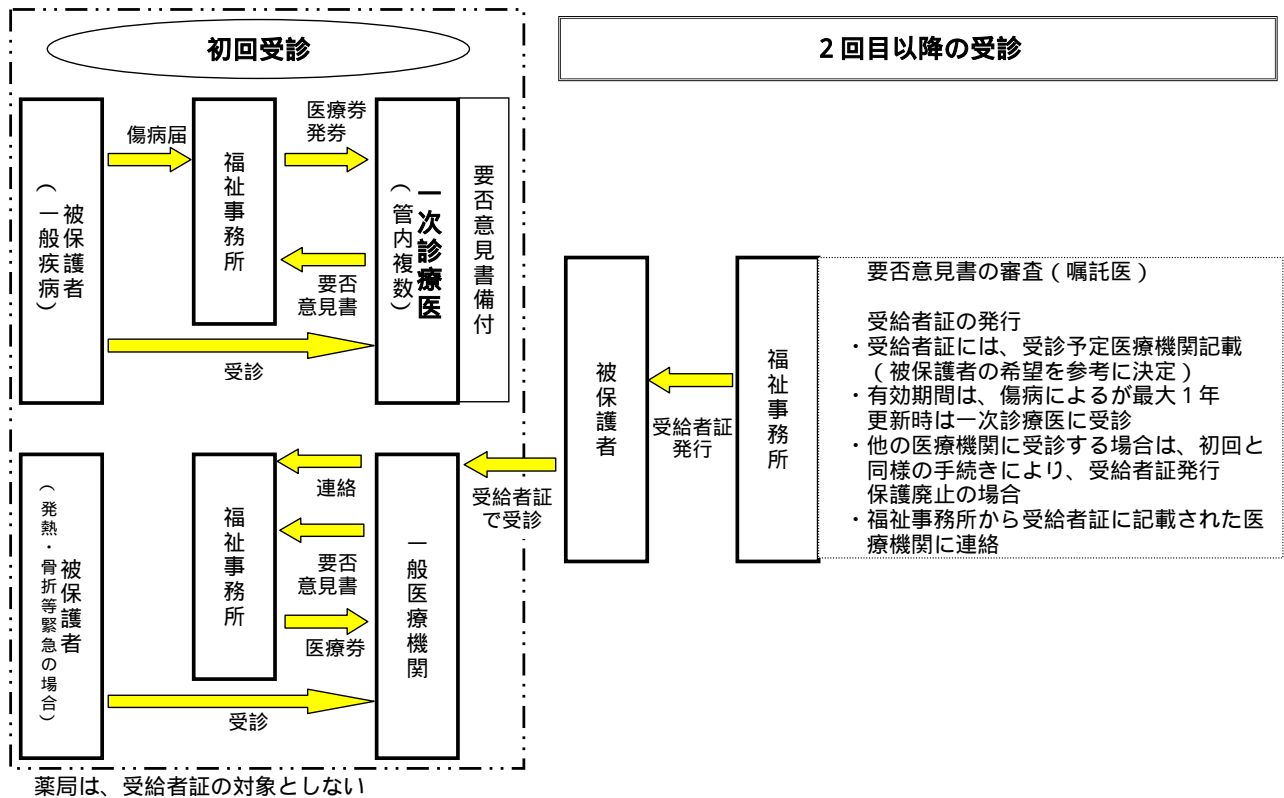
医療機関の双方にとって、医療費を抑制するインセンティブが働かないことから、給付の仕組みを抜本的に見直す必要がある。

そこで、一案として医療扶助の給付について新たな方式の導入を提案する。これは、最初に第一次診療医の診療を受け、医療の要否を判定し、医療が必要とされた人について、福祉事務所の嘱託医の審査を経て、受給者証を発行する方式である。2回目以降の受診は、医療券に代えて、受給者証により指定医療機関に受診するものである。

また、生活習慣病など重症化の可能性がある疾病については、第一次診療医が医療の要否を認定し、治療方針を作成して、その範囲で受給者証を発行する。

この方式により、被保護者に対して疾病状況に応じた適正な給付を確保することが可能となる（図表36）。

図表36 医療扶助給付の仕組みの見直し案



この仕組みの導入のメリットとしては、被保護者の受診状況の確認ができること、頻回受診の場合、医療機関との連携が可能となること、重複受診が防げること、治療方針に基づく適切な医療給付が確保できること、要否意見書・医療券発券業務の簡素化につながることで、医療機関にとっても要否意見書記載の煩雑な業務から解放されることが挙げられる。ただし、緊急性の高い入院ケースや、明らかに必要性が認められ、活用すべき他法他施策がないような場合の受診などは例外となる。

この方式の実施に当たっては、地域ごとの医療サービス資源の偏在性、診療報酬の設定方法など様々な課題があるが、適正化の有力な方策として導入を検討するべきである。

<医療費自己負担に関する専門的検討>

また、被保護者に医療費を抑制するインセンティブを持たせる仕組みとして、医療扶助にも自己負担を導入することが有効との意見がある。

自己負担の導入の是非については、最低限度の生活保障や他の医療保険制度との関係、医療費抑制効果の有無等の議論があり、国の社会保障審議会生活保護制度の在り方に関する専門委員会などにおいて、今後、専門的に検討するべきである。

4 早期自立のための新たな仕組み

稼働年齢層であったとしても、保護の受給期間が長期間になるにつれて、就労自立に向けた意欲の低下などにより就職が困難となる。保護開始して間もない者への支援を強化し、短期間で自立できるよう、現行の生活保護制度をより柔軟で早期に支援できるものに変えていくことが重要である。

(1) 扶助の給付方式の柔軟化～要保護者早期自立扶助～

我が国の生活保護制度では、対象となる世帯が必要とする食費、住宅費、被服費などの需要を一体として算定した最低生活費の金額と、その世帯の収入や資産（収入充当額）との対比によって、保護の要否及び程度を決定しており、収入は、最低生活費のうち、生活費、住宅費、教育費、介護費、医療費、出産費、生業費、葬祭費の順に充当されるものとしている。

しかしながら、生活困窮者の困窮状況の程度や需要の優先度は様々であり、例えば、廃品回収などの都市雑業的な就労により食費などの生活費は自己の収入でようやく賄えるが、住宅費まで賄うことができない層や、山谷地域等で日雇い労働をしていたが、求人数の減等により宿泊代の支払が困難な層などが存在する。

都では、公園に起居するホームレスを対象に、借上住宅の提供や就労支援、生活指導を一体として行う公園等生活者地域生活移行支援事業を平成16年度から独自に実施してきた。それにより、必ずしも現行の生活保護制度のようなフルセットの支援でなくても、早期に支援の手を差し伸べることで自立を促進できる人たちがいること、あるいは完全な自立に至ることはできなくても、部分的な支援を受けるだけで安定し

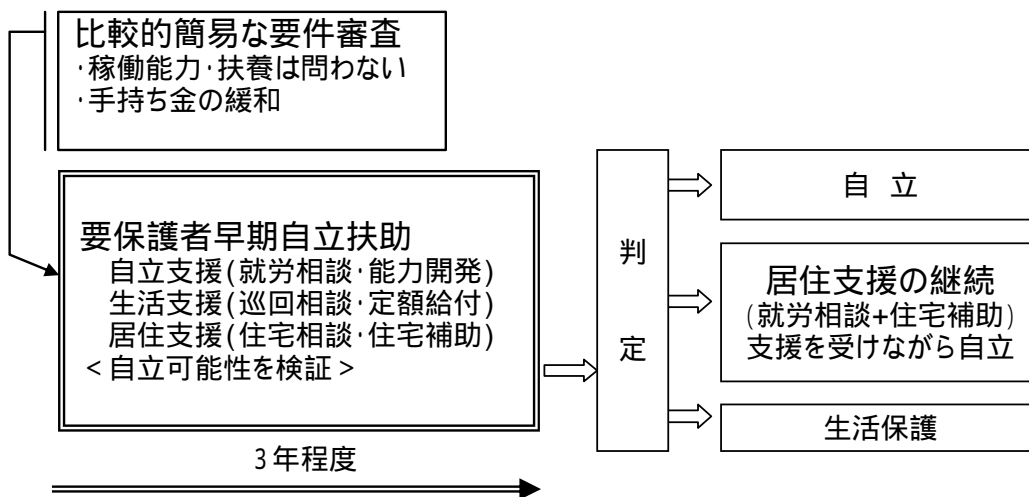
た生活をする事が可能となる人たちがいることが確認された。

一方、現在でも、生業扶助や自立支援プログラムについては、要保護状態にあれば保護を受けていない人に対して提供することができることとなっているが、あまり活用されていない。それは、住宅がないなど生活が不安定な状態のままで自立支援だけを行っても、効果を上げることは難しいことがその理由の一つとなっていると考えられる。このため、早期に再チャレンジを支援する簡易な生活保護制度（要保護者早期自立扶助）を創設すべきである。

要保護者早期自立扶助とは、生業扶助をより総合的な自立支援扶助に衣替えをしたもので、生活安定に最低限必要な定額の生活支援と居住支援を有期限で提供する仕組みとする。それにより、3年程度の期間で集中的に自立支援を実施し、自立可能な人たちの早期自立を図っていく。

同時に、その期間に自立可能性を検証し、独力での完全な自立は困難であるものの部分的な支援さえあれば自立生活できると認められる人に対しては、期間経過後は、例えば居住支援のみを提供するなど、いわゆる「半福祉・半就労」の生活を継続的に支援する柔軟な制度とすべきである（図表37）。

図表37 要保護者早期自立扶助のイメージ



(2) 自立支援ホーム（仮称）の設置

生活困窮者は様々な問題を抱えている場合が多く、困窮状態が継続したことに起因して病気になっている場合や、社会生活習慣を十分習得していない場合もあり、居住支援と併せて、生活サポート、就労支援、医療相談等が受けられる体制を整え、問題や困難が生じた場合に支える仕組みも重要である。

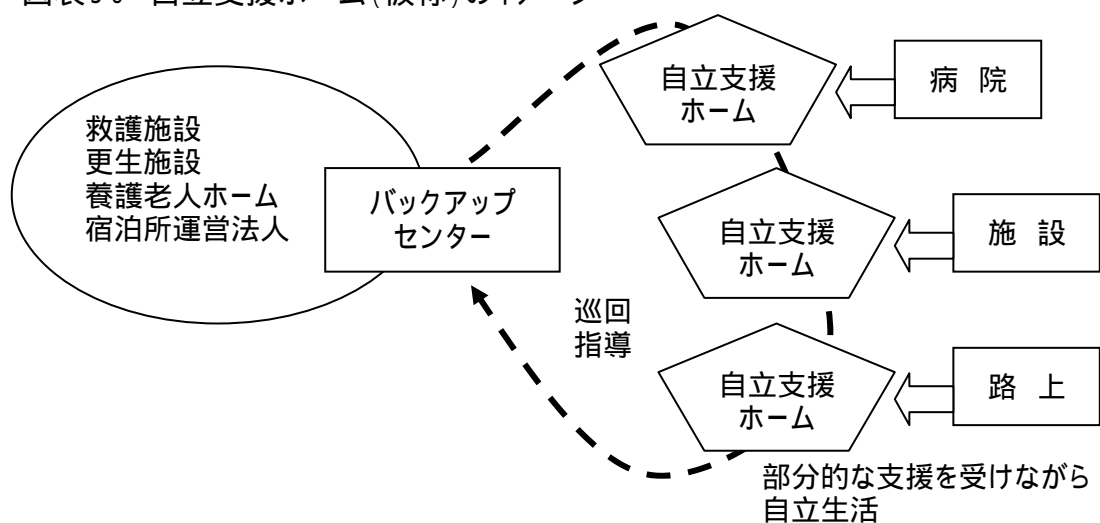
このように、居住支援の継続だけでは自立できない層の居住の場として、自立支援ホーム(仮称)の設置を提案する。

現在、共同の居住の場としては、無料低額宿泊所が活用されているが、自立支援機能や生活サポート機能は十分に備わっていないのが実態である。そこで、社会福祉法上の位置づけがあり、都道府県が指導調査権限を有している宿泊所を活用して、その中の自立支援に積極的に取り組んでいる施設を対象に自立支援ホーム(仮称)として、体制整備を行い、生活指導を必要とする生活困窮者の短期的な生活の場を確保していく必要がある¹¹。

自立支援ホーム(仮称)は、公営住宅や民間賃貸住宅等の一般住宅移行に向けて、地域生活に必要な就労支援、生活サポート、医療相談等の支援サービスを利用しながら短期間滞在する自立生活体験の場である。救護施設、更生施設等の退所後や精神疾患等の社会的入院患者の退院後の受け皿として、活用することも有効である。

各自立支援ホーム(仮称)には、一定の研修を受けた管理人の配置を義務付けるとともに、支援サービスの提供に当たって、救護施設や更生施設、養護老人ホーム、あるいは宿泊所運営法人などのスタッフと連携して自立支援ホーム(仮称)を巡回して支援するバックアップセンターを作ることも必要である(図表38)。国は、これらの仕組みを整備するべきである。

図表38 自立支援ホーム(仮称)のイメージ



(3) 多重債務解決の新たな仕組み

収入減少、低所得、生活費の補填等により、やむを得ず多重債務を負った人の生活

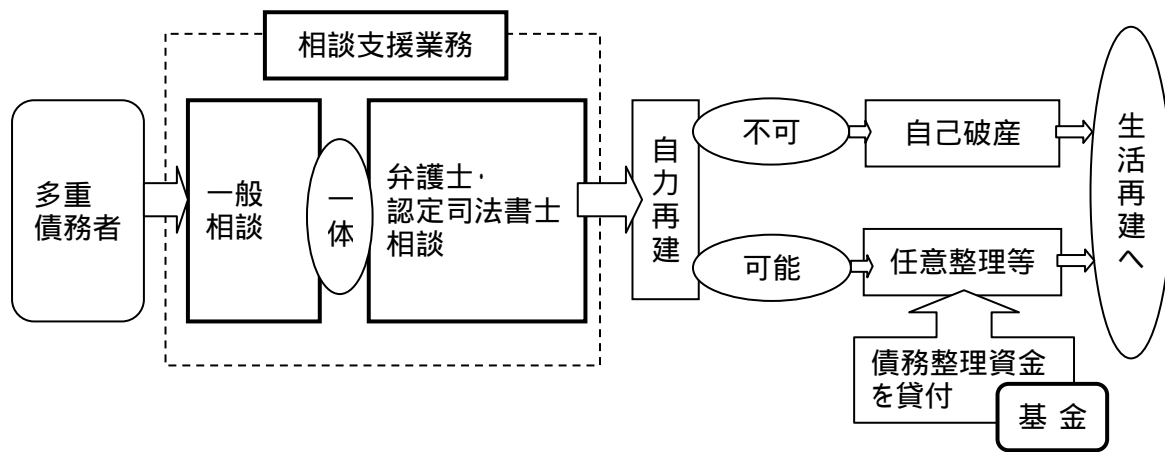
¹¹ 大阪市では簡易宿所経営者が「サポティブハウス」と称する支援付住宅の提供をしている例がある。

再建のためには、多重債務の問題の解決が不可欠である。この問題を効果的に解決するには、弁護士等による専門性の高い相談援助が必要である。また、生活保護費はあくまでも最低生活の維持を目的としたものであって、生活保護費をもって過去の借金の返済をすることは適切でないとされている。

債務を負っていても一定の収入のある人に対しては、払い過ぎている利息の整理など、早期に債務整理を手助けし、生活破綻に陥ることなく自立していけるよう支援する必要がある。また、収入のない人についても、まず自己破産手続等を経て多重債務を整理することが重要であり、生活再建の基盤を作った上で再出発する道を開いていくことが適切である。その際には、要保護者早期自立扶助（仮称）は、収入のない人への有効な支援策の一つとなりうる。

都は、多重債務解決のための先駆的な仕組みとして、平成19年度から多重債務者生活再生事業（仮称）を開始することとしている（図表39）。国は、都のこのような取組みを支援し、全国において実施されるよう財源の確保と技術支援に努めるべきである。

図表39 都の多重債務者生活再生事業（仮称）のイメージ



5 自立を推進する体制の整備

(1) 効果的・効率的な実施体制の整備

<ケースワーク業務の役割分担>

多様で複雑化する生活保護事務を円滑・適正に運営していくためには、福祉事務所の実施体制の整備が重要である。ケースワーカーなどの職員業務の見直しを行うとともに、専門の非常勤職員、任期付職員、外部資源等の活用を積極的に図り、それぞれの役割分担を明確にした上で連携し、自立支援機能を強化していくことが必要である。

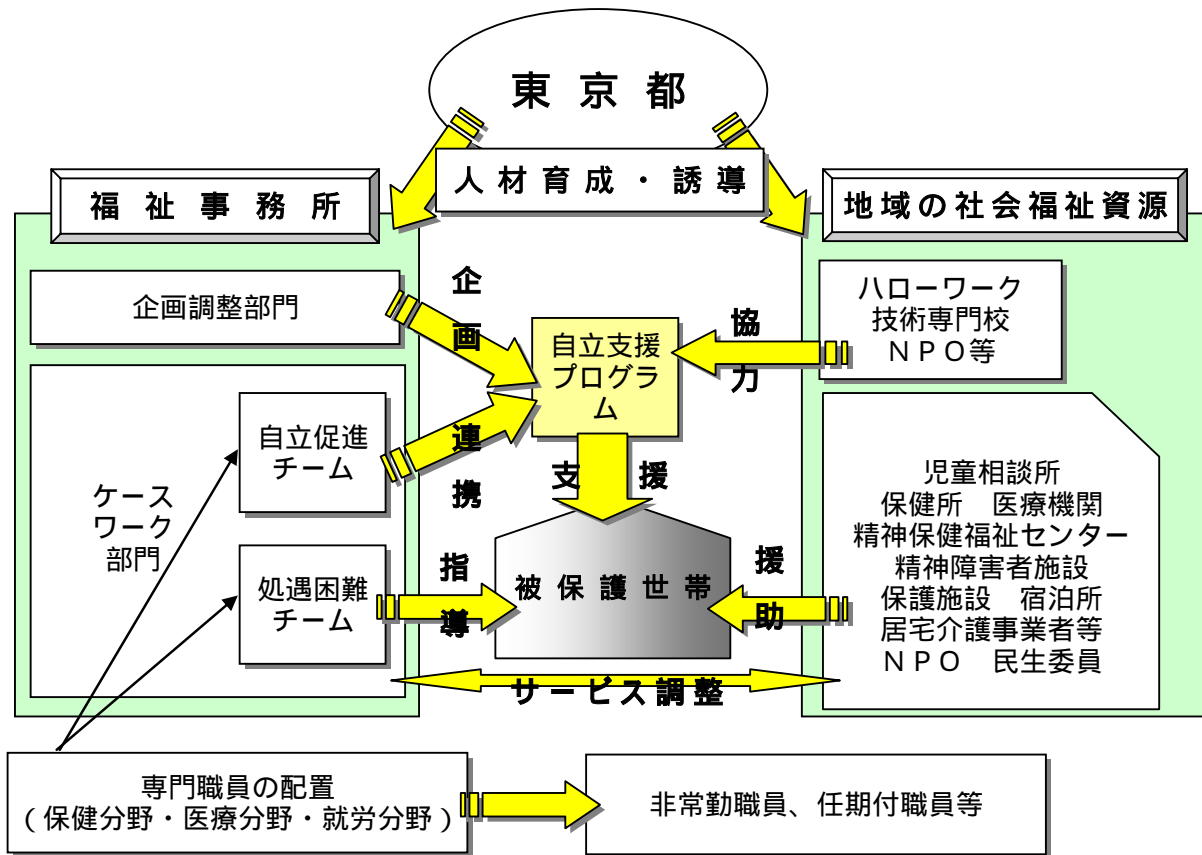
ケースワーカーの業務については、生活保護法が最低限度の生活保障と自立助長を目的としていることから、大きく金銭給付業務とケースワーク業務に分けられる。最近では、専門の非常勤職員や外部資源の活用により、それらとの役割分担が進みつつある。その分、ケースワーカーが自立支援業務や処遇困難ケースの支援に力を向けられる、あるいは向けざるを得なくなったともいえる。

そこで、効果的・効率的な実施体制の整備のために、各扶助の認定・支給等の金銭給付業務については、一層の機械化・効率化を推進すること、ケースワークや日常生活支援等の対人援助サービスについては、個人情報取扱方針を明確にし、非常勤職員、外部資源等を活用すること、を基本としながら、については、次のような役割分担を進めていくことが考えられる。

項 目	内 容
総論	ケースワーカーの主たる業務は「コーディネーター（調整役）」 被保護者の生活状況の把握 被保護者の自立阻害要因の把握 阻害要因を取り除き自立を援助するために、各種社会資源や他法・他施策に適切に結びつけること。
保護の決定・実施	判断・決定に係る事務は福祉事務所（ケースワーカー）が実施 それに伴う付随的な事務処理については、福祉事務所の責任の下で、非常勤職員や外部資源の活用により対応
訪問調査活動	長期入院患者など一定の状態が継続しており処遇方針に大きな変更がないケースについては、非常勤職員や外部資源の活用を図る。 居宅ケースについても、生活が安定している高齢者世帯の見回り目的訪問などは、ケースワーカーの訪問調査活動の補完をするものとして非常勤職員や関係機関等の活用を図る。
生活状況の把握	生活状況把握におけるケースワーカーの関与の度合いはケースの内容により様々異なる 生活が安定している高齢者世帯、処遇方針に大きな変化がないケースなどは、必ずしもケースワーカーが全てを詳細に把握する必要はなく、関係機関、非常勤職員等との役割分担によって処遇は可能
専門的支援	基本的には非常勤職員、外部資源等を活用 ケースワーカーはこれらと緊密に連携し、処遇に反映

これらを踏まえた今後の福祉事務所のイメージは（図表４０）のようになる。

図表40 今後の福祉事務所のイメージ

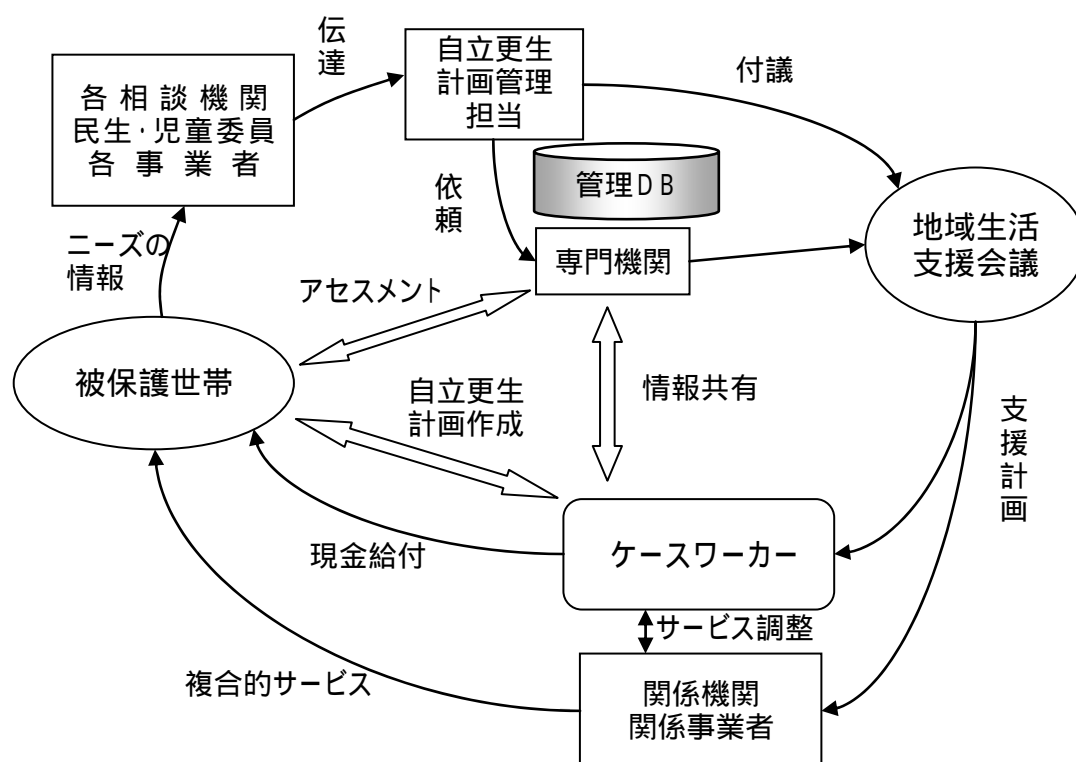
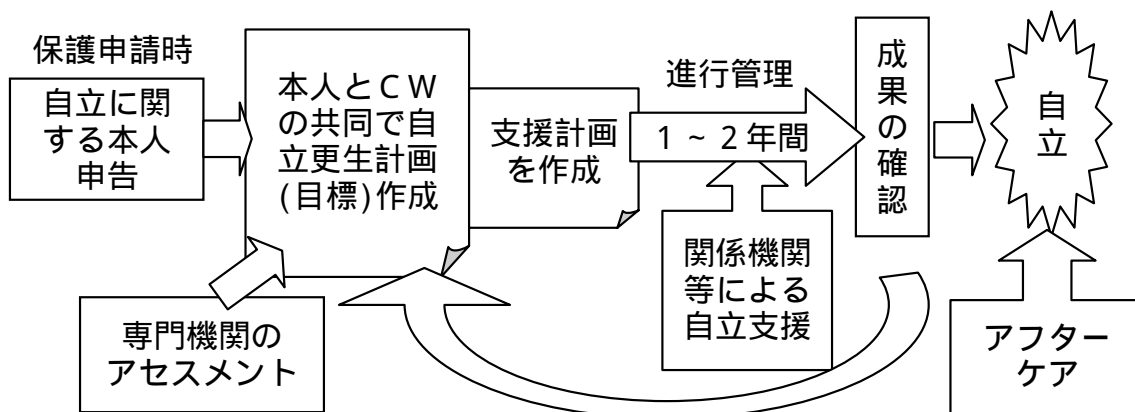


< 社会的資源ネットワークの活用 >

自立支援のPDCAサイクルを管理しつつ複合的な支援サービスを提供していくには、福祉事務所に総合的な調整を管理するデータベースを備えるとともに、（図表41）のような地域の社会資源のネットワークを活用した体制作りが必要である。ハローワーク、児童相談所、地域包括支援センター、保健所、医療機関、保護施設などの地域の関係機関で（仮称）地域生活支援会議を設置し、専門機関のアセスメントを参考に全体で支援計画を作成し、目標を共有化しつつ連携して取り組むことが望ましい。そのことにより、他法他施策の活用も一層進めることが可能となると考えられる。

図表41 自立更生を支援する連携の流れ

自立更生計画・支援計画のPDCAサイクル(再掲)



地域生活支援会議(仮称)の構成機関の例
 ハローワーク しごとセンター 各種自立支援センター 地域包括支援センター
 保健所 児童相談所 医療機関 訪問看護ステーション 保護施設
 (仮称)自立支援ホームバックアップセンター NPO ほか

国は、福祉事務所の自立支援機能の更なる強化に向けて、専門的人材(非常勤職員、任期付職員等)が十分に配置できるよう財政措置を行うとともに、福祉事務所の実情を踏まえた上で、更に幅広く専門職員・外部委託が可能となるような制度に改めていくべきである。

さらに、専門的なアセスメント委託の普及、福祉事務所の管理機能を高めるデータベースシステムの整備、地域で自立支援を担う専門機関・団体への事業委託の仕組み

の導入など、生活保護を支える各種の基盤的事業を安定的に実施できるよう、制度的な枠組みを構築すべきである。

(2) 人材の育成

福祉事務所のケースワーカーは、他の職種に比べ、社会福祉主事などの資格を単に保有しているだけでは十分な対応が困難であり、豊富な知識・経験が必要とされる。

福祉事務所によっては、知識、経験豊富なケースワーカー、査察指導員（SV）も一定数は存在しており、そのような人材活用を図ることは実践面で大変有効である。

一方、最近では、自治体によって職員の異動ローテーションが3年程度と短いところもあるが、毎年人事異動が大幅に行われていると、組織としての知識・経験が蓄積されず、組織機能を一定の水準に保つのは困難な状況に陥る。

そのため、個々の自治体においては、正規職員の業務負担の軽減と非常勤職員、外部資源等の活用を一層推進しながら、

- ・ケースワーカーの任用に当たっては、新規採用職員ではなく、他部署での経験が一定程度ある者を任用するとともに、任用時研修を確実に実施していく。また、事務系職員のみでなく福祉系職員を一定割合任用する。

- ・SVについては、ケースワーカー経験者を任用する。

- ・ケースワーカー、SVとも異動ローテーションを長くする。

- ・福祉事務所職員の福祉事務所間交流や都道府県派遣などケースワーカー及びSVの派遣交流を実施できる仕組みを構築する。

などの取組が必要である。

福祉事務所職員の人材育成は、基本的には、それぞれの自治体の人事制度の枠の中で行われているが、職の専門性や、保健・医療・雇用など関連する分野・領域が幅広いことを考慮し、国や都道府県による広域的な研修も行われている。国、都道府県、区市等の役割分担を明確にした上で総合的な研修体制の整備を進め、福祉事務所全体のスキルアップを図ることが重要である。

ケースワーカーについては、現在、中心的に行われている保護決定・実施に係わる研修のほかに、福祉関連の他法他施策のみならず、保健・医療・雇用等関連分野に関する研修や、あるいはケースワークの参考となるよう、他福祉事務所の見学や情報交換など、自立支援を重視したケースワーク能力向上のための研修を行うなど質の充実を図る必要がある。

また、コア人材となるＳＶの育成強化は不可欠である。面接・援助技法に関する職員指導などケースワーカーの仕事の進め方に対する指導手法にも重点をおき、自立支援を重視したケースワーク能力を高めるための指導者研修を、就任時研修として悉皆で行うことが必要である。

そのためには、国は、福祉系大学と共同で研修カリキュラムやテキストを開発するとともに、指導者の養成機関として連携するなど抜本的かつ総合的な研修体制の見直しを早急に推進すべきである。

また、それらを踏まえた福祉事務所人材育成方針を明確に示し、全国の福祉事務所において一定の水準が保たれるよう、必要な財源を確保すべきである。

第4章 生活保護制度の改善に向けて

1 国の役割と責任

生活保護制度は、憲法第25条の理念に基づき健康で文化的な最低限度の生活をすべての国民に対して保障する、社会保障の根幹をなす制度である。こうしたナショナルミニマムの確保について、生活保護法は第1条において国の責務を明確に規定している。したがって、これまでも都が主張してきたことであるが、制度本来の趣旨に照らすならば、その財政責任のすべてを国が義務的に負うべきものである。

国は、平成17年度の三位一体改革の議論の中で、「地方の裁量の拡大」と称して保護基準の設定等を地方に移譲し、地方の財政負担を一層拡大する提案を行うとともに、国の負担分の都道府県への転嫁、さらに住宅扶助等の一般財源化という主張まで付け加え、更なる国庫負担の縮小を企図した。そもそも生活保護の基本的な仕組みが全国一律に構築すべきものである以上、それに関わる事務及び財政負担については国が責任を持つべきものであり、これを地方に肩代わりさせることは、二重の意味で責任の放棄と言わざるを得ない。

三位一体改革では、地方と国との厳しい議論の末、生活保護に関する国庫負担率は堅持されることとなった。今後、必要なことは、地方の意見を真摯に聞きつつ、国の責任において生活保護制度の自立支援機能の強化や医療扶助の適正化などの諸課題に取り組み、国家制度としての生活保護制度をこれからの時代に適切に機能していくよう抜本的に改革していくことである。

2 「骨太の方針2006」への要望

平成18年7月7日に閣議決定された「骨太の方針2006」では、生活保護について早急に着手すべき課題として、生活扶助基準の見直し、母子加算の見直し、級地の見直し、そしてリバースモーゲージの優先という4つの項目が挙げられ、平成19年度の国の予算案では母子加算の廃止と要保護世帯向け長期生活支援資金の創設等が盛り込まれた。生活保護の適正化はもちろん大きな課題であるが、生活に困窮した都民の生活に直結するものであり、具体的な実施に当たっては十分に地方の実情を配慮する必要がある、次のような視点から検討を求めたい。

(1) 級地による生活ニーズの確保

生活扶助基準及び級地の見直しに当たっては、地域別、世帯類型別に分けて検証するなど、被保護者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう、大都市の生活実態を

踏まえたものとする必要がある。

(2) 母子世帯の支援

母子加算の見直しと併せた就労支援策については、直接的な就労支援以外に、求職活動中や安定収入が得られるまでの期間の保育料を支給するなど、母子世帯特有の就労阻害要因を解消するような具体的な支援策を早急に講じる必要がある。

(3) リバースモーゲージの債権管理体制等の整備

リバースモーゲージを利用した貸付け等を優先する新たな制度については、社会福祉協議会が実施している現行の長期生活支援資金制度における運用上の課題を踏まえ、債権や担保物件の長期的な管理体制を全国ベースで整備し、実効性のある制度とする必要がある。

また、貸付終了後はできるだけ自らの能力を活用し、必要に応じて補足的に生活保護を受給する生活となることが望ましい。そのため、貸付中から福祉事務所と社会福祉協議会が連携して、それぞれの能力に応じた自立を支援できるよう、生活設計の支援や高齢期にふさわしい仕事の相談等の体制整備を行うことが適当である。

3 本提言と都の取組

都は、16年提言で、就労支援の仕組みづくりや被保護者へのインセンティブ対策など総合的な自立促進の推進を提案し、国に求めたが、翌年の平成17年度には、都自ら、生活保護世帯へ一律に現金を給付していた見舞金支給制度を見直し、区市への補助事業である新たな被保護者自立促進事業を創設した。それにより、被保護者の自立への意欲を促進するため、福祉事務所の創意工夫による自立支援の取組みが全国に先駆けて実践されるようになってきた。

都は今後も、この提言に掲げた課題について区市や、民生・児童委員、民間事業者等関係者と連携して先駆的に改革に取り組んでいく考えである。

もとより、このような試みは、本来、国の責任と負担において行うものである。国はこの提言を真摯に受け止め、国全体の課題として実現に向けて努力するよう強く求めるものである。

【主な提言内容】

事 項	内 容
<p>(提案その 1) 就労自立促進の更なる強化</p>	<p>自立更生計画の作成を法定するとともに、その進行を管理するデータベース機能について国が標準的なものを開発し、全国の実施機関に普及させていくべき。</p>
	<p>国があらゆる機会を通じて、全国の実施機関における個別の自立支援の取組事例を把握し、情報を提供すべき。(例：実施機関が共通で使用可能な個別事例データベースの開発等)</p>
	<p>阻害要因がないが、就労意欲が低い者に対する自立支援策を、ハローワーク等の労働部門の協力や支援ノウハウを有する企業やNPOなどへの委託により実施する仕組みを検討すべき。</p>
	<p>就労への意欲を高めるため、自立廃止が見込めると実施機関が判断した被保護者について、自立に必要な費用を収入認定から除外する新たな更生積立金制度を導入すべき。</p>
	<p>将来の子どもの就学を想定しての学資保険の保険料の半額について、勤労控除の対象とするべき。</p>
	<p>被保護世帯の子どもたちを育成支援する仕組みを整備するとともに、その委託運営経費等を国庫負担金に算入すべき。</p>
<p>(提案その 2) 保健・医療面での自立促進</p>	<p>国は、医療扶助適正化の基本方針を示し、生活習慣病患者・予備群の減少率や健診及び保健指導の実施率の目標を設定し、これらの達成に向けて個別の被保護者への支援を計画的に実施するような具体的な仕組みを構築すべき。</p>
	<p>データに基づいた健診・保健指導の実施、生活習慣改善を支援するサービス全体の体系化、生活習慣改善の必要が高い人を抽出する手法開発等の仕組みを構築し、これに要する費用は生活保護制度の一環として財政負担すべき。併せて、データ収集・分析・保存等の前提となる医療扶助に関する全国共通のシステムを構築し、必要な財政措置を行うべき。</p>
	<p>精神疾患による社会的入院患者の退院促進のために、入院患者の治療状況について定期的に病院から報告を求め、その状況を指導・検査できる仕組みを導入すべき。併せて、精神疾患以外の疾患による社会的入院患者の退院促進策についても早急に構築すべき。</p>
	<p>医療扶助の給付については、最初に第一次診療医の診療を受け、医療の要否を判定し、医療が必要とされた人について、福祉事務所の嘱託医の審査を経て受給者証を発行し、2回目以降の受診は、この受給者証により指定医療機関に受診する新たな方式を導入すべき。</p>
	<p>医療扶助における自己負担の導入の是非について、国の社会保障審議会生活保護制度の在り方に関する専門委員会などにおいて、今後、専門的に検討すべき。</p>

<p>(提案その3) 早期自立のための新たな仕組み</p>	<p>早期に再チャレンジを支援するため、生活安定に最低限必要な定額の生活支援と居住支援を3年程度の有期限で提供する簡易な生活保護制度(要保護者早期自立扶助)を創設すべき。</p> <p>宿泊所を活用して、その中の自立支援に積極的に取り組んでいる施設を自立支援ホーム(仮称)として整備を行い、生活指導を必要とする生活困窮者の短期的な生活の場を確保していくべき。</p> <p>国は、都が新たに実施する多重債務者生活再生事業(仮称)のような取り組みを支援し、全国において実施されるよう財源の確保と技術支援に努めるべき。</p>
<p>(提案その4) 自立を推進する体制の整備</p>	<p>専門的人材(非常勤職員、任期付職員等)が十分に配置できるよう財政措置を行うとともに、福祉事務所の実情を踏まえた上で、更に幅広く専門職員・外部委託が可能となるような制度に改めていくべき。</p> <p>専門的なアセスメント委託の普及、福祉事務所の管理機能を高めるデータベースシステムの整備、地域で自立支援を担う専門機関・団体への事業委託の仕組みの導入など、各種の基盤的事業を安定的に実施できるよう、制度的な枠組みを構築すべき。</p> <p>CW・SV等の育成強化に向けて、国は、福祉系大学と共同しての研修カリキュラムやテキストの開発など抜本的かつ総合的な研修体制の見直しを早急に推進すべき。また、福祉事務所人材育成方針を明確に示し、全国の福祉事務所において一定の水準が保たれるよう、必要な財源を確保すべき。</p>
<p>(国の役割と責任)</p>	<p>生活保護制度は、憲法第25条の理念に基づき健康で文化的な最低限度の生活をすべての国民に対して保障する、社会保障の根幹をなす制度であり、これに関わる事務及び財政負担については国が責任を持つべきもの。</p>
<p>(骨太の方針2006への要望)</p>	<p>生活扶助基準及び級地の見直しに当たっては、被保護者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう、大都市の生活実態を踏まえたものとする必要がある。</p> <p>母子加算の見直しと併せた就労支援策については、母子世帯特有の就労障害要因を解消するような具体的な支援策を早急に講じる必要がある。</p> <p>リバースモーゲージを利用した貸付け等を優先する新たな制度については、債権や担保物件の長期的な管理体制を全国ベースで整備し、実効性のある制度とする必要がある。また、貸付中から、福祉事務所と社会福祉協議会が連携して、生活設計の支援や高齢期にふさわしい仕事の相談等の体制整備を行うことが適当。</p>

＜試案＞に対する意見募集等の状況

東京都は、平成19年2月2日に「生活保護を変える東京提言」（試案）を公表し、これに対する都民等のご意見を募集した。意見集約の状況等は以下のとおりである。

- 1 意見募集方法
 - ・福祉保健局生活福祉部計画課のホームページ
又は都民情報ルーム（都庁第一庁舎3階、平日9時00分～18時15分）での閲覧
 - ・電子メール、郵送、FAXのいずれかの方法で提出
- 2 意見募集期間
平成19年2月2日から2月28日まで
- 3 寄せられた主な意見（項目ごとに分類整理したもの）

意 見 内 容
総論（生活保護制度のあり方等について）
生活保護は、困ってる人を助ける制度・国民の保護ではないのか。現実には、（生活困窮者にとって）最悪な法整備になって来てると感じている。
生活保護を受けることは、それなりに、自由な生活にも制約を受けると言うことである。そういう制約がなく生活保護を受給できるのであれば、働く意味がない。そういうことを、きちんと世間に伝える説明責任が、国も同じだと思うが、都の行政に欠けている一番の問題である。枝葉のことではなく、「生きる」と言う根本をもう一度、都民に問うべきである。
現在の生活保護のシステムより以前に段階的な救済システムを細かく作り、将来生活保護に頼ることなく生活することができる道筋・希望をもてるようにしてほしい。
生活保護の理念は素晴らしいと思うが、現行のものは今の社会では受け入れられない部分が多々ある。一番大切にしてほしいことは、人間としての尊厳を失わないシステムであってほしい。思いがけないことから生活保護制度に頼らざるを得ない状況になることがあるが、誰も望んでそういった立場になるわけではない。「人間いつどうなるかわかったものではない」ということを念頭において相互扶助の心を子どもの頃から育てていただきたい。
国、都、区市町村が取り組んでいる施策は表現が異なっても意とするところは同じと考える。早急に連携を取り合って改善に向けて推進することが必要
生活保護受給を世代間で継承することになりがちな現行のシステムの改革が必要
現行の生活保護制度は、制度化以降、時代に即した大きな改革がなされないまま現在に至っている。この間、時代が大きく変わり、生活困窮者も様々な問題を抱えており、対応に苦慮している。このような時にこうした提言が出されることは大いに歓迎するもので、具体的で現状に即した提言は、地域で生活保護世帯との関わりを持つ私たち民生・児童委員としては大変心強く感じた。
現行の生活保護基準においては、画一的で、必ずしも受給者個々の実態に合った扶助が行われておらず、結果として受給者の就労意欲を阻害し、自立促進の弊害となっている等の矛盾点が見受けられる。また、医療機関への過度の依存と健康面における自立という点においても、今回の提言では、従来からあった制度の矛盾点、問題点を捉えていると思われる。扶助を必要とする人に対する適切な援助、効果的な自立促進と支援体制づくりに期待する。
生活保護世帯は年々高齢者世帯の占める割合が増加し、また現役世代の世帯も増加している。受給者には計画的な暮らしに心がけ、生活の向上に努めるよう、指導していく必要がある。
高齢者世帯対象制度は、分離して新制度とするべき。
行政も現場の実態をよく把握することが必要。

意 見 内 容
<p>本提言は、生活保護を変える（特に保健医療面での自立促進）ことに大きな働きがあると思う反面、現代社会の状況は貧困の連鎖を生む要因があり過ぎる。多くの若者（労働者）がワーキングプアと言われ、将来に夢を持ってないぎりぎりの暮らしがあることや格差社会を是正し、社会保障を充実することがもっとも必要だと思う。</p>
<p>今の日本の福祉の状況は、温かさを感じることができない。福祉の担当者に相談しても、回答があいまいなことが多く、知識の深さがあまり感じられない。担当者が頻繁に変わったり、医療・介護・福祉の連携がバラバラでたらいまわしにされる実態がある。暮らしやすい、温かい日本になることを心から望んでいる。</p>
<p>全般的に提案に賛同</p>
<p>1 「就労自立促進の更なる強化」について</p>
<p>自立支援関連の仕組みは複雑にすることなく、よりシンプルな制度にするべき。</p>
<p>保護を受けると自立に向けた意欲が低下したり、なくなったりするのは問題。</p>
<p>一般の人たちや企業が、生活保護から本気で抜け出そうとしている人たちに対して、もう少し暖かく受け入れることができるようになれば、自立援助になると思う。被保護者も、あきらめず自立する意識を持つことが必要。</p>
<p>本人とCWが共同して自立更生計画（目標）を作成することが、一番大切なこと。本人が携わることで意欲と責任を持ってもらえる環境が生まれる。</p>
<p>稼働世代（18歳～64歳）を18歳～69歳に上げ、就労指導するべき。</p>
<p>保護費を無条件に口座振込を推進せず、ボーダーラインにいる人は窓口払いを多くすることで、直接就労支援の指導をする機会を拡充することが大切である。</p>
<p>就労自立支援の観点から、公的機関（区役所、市役所等）で生活保護受給者を率先して雇ってほしい。</p>
<p>障害者雇用率のように、生活保護受給者にも雇用率を設けることを検討してほしい。</p>
<p>被保護者に対する理解と職の斡旋について、更に積極的に支援をしてほしい。</p>
<p>就労後すぐに生活保護がすべてはずされるのは不安。以前パートを始めたが、常勤になるよう言われて、その後体調を崩し失業したことがある。段階的に社会復帰できるよう雇用主に助言や勧告を行う部署、仕事について橋渡しやマッチング、職業訓練を行うジョブコーチを設けてほしい。</p>
<p>就労のための資格取得制度がほしい。あまりハードルを高くせず、幅広く利用できるものを希望する。</p>
<p>生活保護世帯の就労について、企業側がどのように考えているか意見を聞くことが大切である。</p>
<p>母子世帯の場合、高校年齢に達した子どもにアルバイトをしないと生活できないような制度にしてもらうのは困る。アルバイトは学校環境や家庭の状況により異なり、家事手伝いをしてもらう場合もある。本人の学業への意思が強い場合もあり、学業に専念できるよう認めて、年齢相応の扶助を増額してほしい。</p>
<p>成績優秀な子は大学進学を認めて欲しい。貧困連鎖を断つためにも、子が大学進学した場合、扶助を打ち切らず、最低限度の生活保障や無利子・低金利の融資を増額するなど何らかのシステムをつくってほしい。</p>
<p>働ける環境にあるのに働かない場合は、自己責任を問う施策も必要ではないか。</p>

意	見	内	容
			生活保護を受給することは、それだけで下を向いて生活せざるを得ない心理状態である。そのため、同じような仲間の助け合い、かつて保護を受給していたが、自立を遂げた人などからアドバイスや体験談を聞きたい。そういう活動や体験のできる場があったらぜひ参加したい。
			生活保護受給が決定した後の指導をもっとしっかりするべき。「受給者が派手な生活をしている」との苦情も入ってくるので、受給に際してもそのようなことをしっかり注意事項に入れるべきである。
			「子どもたちの育成支援の取組」はすばらしい仕組みだと思う。
			被保護者の子は自宅にこもりがちであるので、教育の意義等を親子に説得して、学校生活を継続させるべき。
			貧困の世代間継承防止と不登校児童のためにも、被保護家庭の親子を含めた基礎的生活習慣確立は最重要課題であり、被保護者自立促進等の予算拡充を図ってほしい。
			「被保護世帯の子どもの育成支援の仕組み」はむしろ、現在行われている一般世帯の子ども育成支援と一緒によいのではないかと考える。
			新たな「更生積立金」制度は、意欲を高める効果が大いだと考える。
			新たな「更生積立金」制度などについては、時宜にかなったものと評価できる。都で行っている「被保護者自立促進事業」の対象に高校クラブ活動費等の自己負担分、火災保険料の継続援助等を加えてほしい。
2 「保健・医療面での自立促進」について			
			医療扶助は、他の扶助と切り離して、根本的に再構築すべきではないか。
			医療扶助の問題は、他法他施策の影響を抜きにしては議論できない。給付の見直しは最後のセーフティネットとしての役割を失う危険があり、慎重な検討を願いたい。
			予防重視の観点から、生活習慣病の早期発見・早期治療の点からも、生活習慣病健診を義務付けるべきである。
			医療扶助の見直しは第一に検討するべき。受診の際の一部負担は必要である。予防重視の取組が重要である。特に、保健師や栄養士による訪問生活指導の実施が大切である。
			医療扶助の増加を防ぐためにも、保健指導の取組に力を入れてほしい。
			日常の服薬管理、生活習慣病の予防等が大変重要。更に強化するために保健所等による指導も検討してほしい。
			精神疾患患者に対する退院後の介護サービス・メンテナンスが必要と思う。
			医療費全額公費負担により、本人が負担に関する関心がないので、医療にかかる頻度が増す。本人の医療費負担を含め、医療扶助の範囲の見直しが必要。予防を重視した対策も進めてほしい。
			医療費を負担することには反対しない。少ししか支払えなくとも、収入に応じて保険料を支払って自分の希望する医療機関で医療を受けたい。また、身分証明書になるものがないので、保険証がほしい。
			現行の医療扶助制度についても、自分がどのくらい医療費を使っているのか計算書がほしい。
			医療費に被保護者本人にも関心をもってもらうために、初診料をとることも一つの方法である。
			医療機関の意識改革を期待する。
			医療扶助自己負担導入の検討は求めるべきではない。

意 見 内 容
<p>「医療証」制度を確立するよう、国へ強く要求してもらいたい。国が実施できない場合は、都独自で実施してもらいたい。</p>
<p>3 「早期自立のための新たな仕組み」について</p>
<p>(生活保護をフルセットで受給するのではなく)「住宅扶助」、「教育扶助」等のみを受けることができる自立できる人が多くなると思う。</p>
<p>「要保護者早期自立扶助」は、ボーダーライン層の生活実態に合った実効性のある制度と考える。</p>
<p>保護の長期化を防ぐため、一定期間中の自立支援プログラムの内容の充実を求める。</p>
<p>「半福祉・半就労」のような柔軟な制度は必要と考えるが、制度を増やすと複雑になり、それを担う職員数が増加してしまうように思われる。</p>
<p>区部と同様のホームレス対策を多摩地域においても実施するべき。</p>
<p>「要保護者早期自立扶助」は、はたして3年程度の期間で自立が可能か。</p>
<p>今ある「宿泊所」を活用した自立支援ホーム(仮称)の設置は絶対行ってはならない。</p>
<p>多重債務者対策は積極的に進めてほしい。</p>
<p>4 「自立を推進する体制の整備」について</p>
<p>ケースワーカー(CW)一人の受け持つ人数が多く負担も大きいので、そのために仕事が適正に稼働しづらいことがある。解消するには専門的人材の確保、CWのケア等が不可欠。</p>
<p>CWの配置数を確保するべき。また、専門職的な要素を盛り込んだ採用や異動を考慮する必要がある。</p>
<p>職員の異動を考慮してほしい。3～4年での交代ではなく、資格を持たせ専門職の位置づけとすべき。</p>
<p>CWの増員配置を徹底させること。</p>
<p>CWに経験者が少ない。ベテラン職員の方が向いているように思う。</p>
<p>本当に支援しなければならない人(世帯)を支援しにくい。システムの縛りが強い。そのサポートに民生・児童委員が苦勞を続けている。</p>
<p>施設入居者、ホームレスへの自立支援を、企業、NPO、ボランティア等に任せていることが、自立支援機能を鈍らせているのではとの声もある。</p>
<p>CWに必ず訪問調査活動を1～2年経験させるなど「現場を知らない管理者」にならないようにすべき。行き過ぎたアウトソーシングにならないよう、配慮願いたい。福祉の現場を魅力ある職場にすることも大切である。</p>
<p>最近とみに民生委員と生活保護世帯との組織的な関わりが薄くなっているように感じる。必要な情報は、行政から民生委員に対しても大いに提供していただきたい。</p>
<p>福祉事務所として、早急に専門職を育成し、職員の地位向上のための幅広い知見を得るための研修を充実させる必要がある。民生・児童委員とも一緒に研修を受ける機会があってよい。</p>
<p>福祉事務所の業務改善・整備を進めること。CW、査察指導員(SV)、事務職員への教育の充実が更に必要である。</p>

意	見	内	容
「骨太の方針2006」について			
			現行の母子加算の廃止については賛成。むしろ子どもの中学校年齢以降の食費、学費（私立高校、塾代）、被服代、修学旅行等の方が大きな問題。何らかの補填をするシステムがほしい。
			老齢加算、母子加算廃止は逆効果で、生活保護世帯が増えていくと思う。
			リバースモーゲージ制度を整備して早急に実施すべき。扶養義務者へのアナウンス効果が期待できるし、被保護者が住み慣れた地域での生活が続けられる可能性も出てくる。
			母子家庭増、母子家庭の経済的に厳しい現実、子育て支援の観点から、母子加算制度は廃止せず、存続するべき。
			生活保護基準、老齢基礎年金額、最低賃金制をどのように整合させるのか、議論が必要
			被保護者の扶養義務者が、扶養義務を果たさずに資産を相続する現状の是正として、リバースモーゲージを実施するべき。
			生活扶助基準の算出方法を見直すべき。また、母子世帯の就労阻害要因への対策を行うべき。
			これ以上、生活保護費を引き下げるべきではない。
			保護基準の見直しについては、引き上げることは賛成。母子加算の縮小、廃止はしないこと。級地の見直しは扶助基準が引きあがる方向で検討してほしい。リバースモーゲージは、まずモデル実施をして検証したほうがよい。
その他			
			環境を変えてみることも必要であることから、自立支援を受けて数年経過しても、改善されない場合、（東京以外の）地方の提携市町村に引っ越してもらうというのはいかがでしょうか。
			住居費用が軽減されれば、働けば何とか食べていけるものである。働いても家賃に追われ人並みの暮らしもできないと言うのでは、投げやりになってしまう。現在老朽化した公共住宅を建て替えるのではなく、生活保護受給者支援のために利用すればいい。
			生活保護受給者の実態をよく把握し、受給すべき人が本当に受給できる体制にしてほしい。
			不正受給等の問題に対処するために徹底した調査が必要。民生委員や民間調査に依頼すれば、調査は可能である。
			受給が適正であるのか、調査をしっかりと行ってほしい。
			生活保護に依存した人が多くなることを危惧する。ぜひ給付については厳正な審査をするよう希望する。
			生活福祉資金制度を生活保護費の中に含み、一本化できないか。
			緊急ケースについては、区市町村が独自に対処できるよう、柔軟な規制緩和が必要
			被保護者に限らないが、高齢者の安全確認等に必要な経費を都が負担することも早急に検討してほしい。
			生活保護受給者の中で、給食費滞納者があった場合に、保護費を渡すときに本人の了承を得て、給食費を（直接学校に）納めるという方法を盛り込んだらよい。