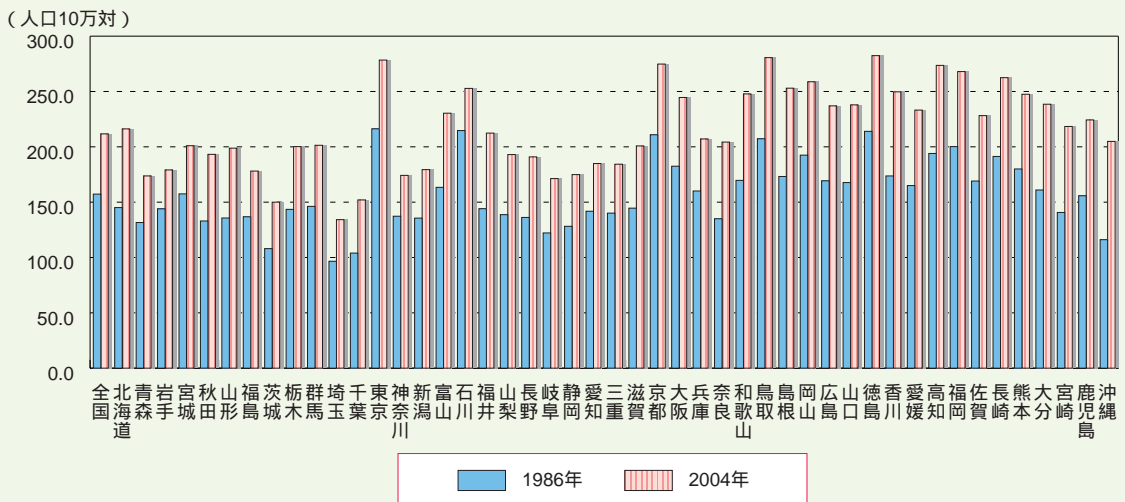


図表2-3-1-8 従業地による都道府県別に見た医師数（人口10万対）



取県など人口10万人当たり280人を超えている県がある一方で、180人を下回っている県もあり、都道府県間の医師数のばらつきが生じている。また、都道府県内において、都市部と郡部との間で医師数のばらつきがあるところもある。

地域間のばらつきに加えて、病院への休日・夜間の患者の集中、頻回な当直を含む厳しい勤務状況や医療紛争の増加による安全確保に向けた配慮、これまで大学医局が果たしてきた地域への医師派遣調整機能<sup>(注)</sup>の低下等を背景として、小児救急医療、産科医療など特定の診療科領域において、病院勤務医師を中心に医師の不足感が生じている。小児科医数については、1994（平成6）年からの10年間で1,300人程度増加しており、15歳未満人口1万人当たりでも、一貫して増加している。一方、産婦人科医については、1994年からの10年間で900人程度減少しているものの、出生1,000人当たりでは概ね横ばいである。いずれも、病院勤務医に関しては、その不足感や厳しい労働がさらに深刻な状況であるとの指摘がある。

地域や診療科における医師の偏在問題に対応するためには、限られた医療資源を効率的に活用できるよう、各都道府県において、医療機能の集約化・重点化等の検討を行い、地域全体として適切な医療を提供できる体制を構築することが必要である。また、平成18年度医療制度構造改革においても、

医療計画制度を見直し、小児医療、周産期医療等に係る病院と診療所等との具体的な役割分担と連携を進める

小児医療、周産期医療をはじめ、地域において特に必要性の高い医療の従事者の確保を推進する各都道府県の「医療対策協議会」を制度化する

診療報酬改定において、小児科、産科を重点的に評価する

等様々な側面からの施策を推進している。こうした取組みを進めていく上で、例えば、地域の開業医が交代で時間外診療を担当する「在宅当番医制」や産科領域におけ

(注) 一般に、大学の医局が中心となって、地域の病院に医師を派遣する仕組みのことを言う。

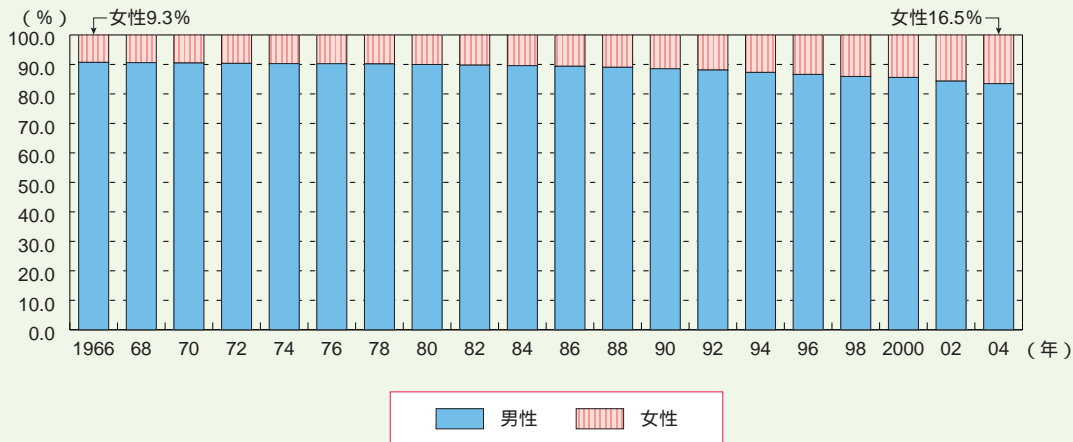
る「オープンシステム」<sup>(注1)</sup>を活用する等、患者にとって身近な開業医の参加を得ることが重要である。今後とも、国民が質の高い医療を受けられるよう、地域の医療関係者の適切な役割分担を促しながら、必要な取組みを行っていくこととしている。

**(女性医師の増加に対応するために)**

平成に入る頃から女性医師の割合が顕著に増加し、2004(平成16)年には、女性医師が全体の6人に1人を占めるまでになっている。女性医師は、医療施設で大きな役割を果たすようになってきており、その働き方も多様化している。特に、産科は女性医師の占める割合は高く、2006(平成18)年度より、女性医師バンク<sup>(注2)</sup>の設立等女性医師の多様な働き方を支援する積極的な取組みを行っていくこととしている。

◀ 図表2-3-1-9

図表2-3-1-9 医師数男女比の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

**(患者の外来受診行動)**

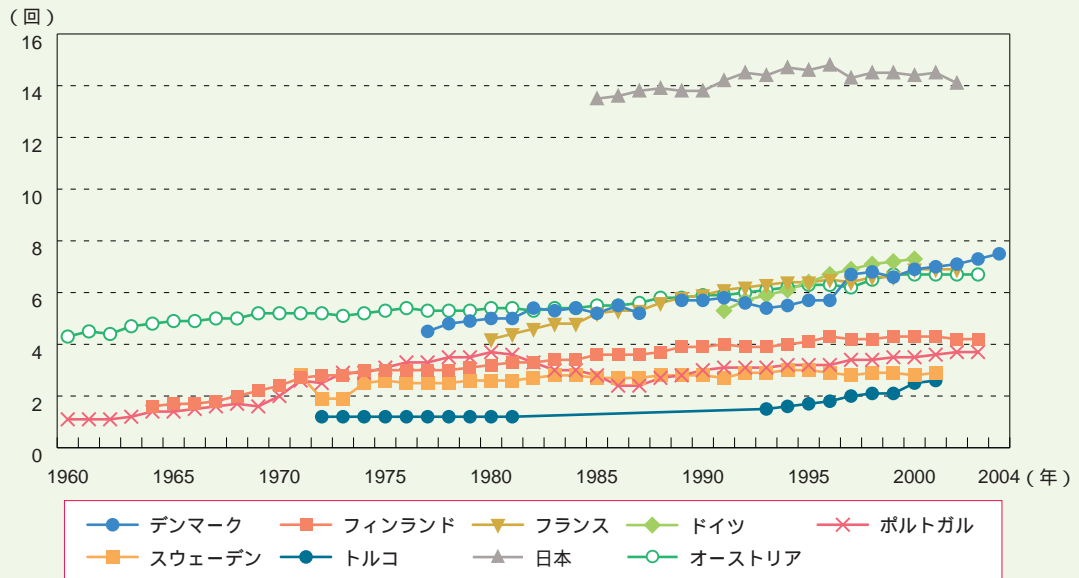
我々国民は、健康を害したときに、どの程度医療機関にかかっているのだろうか。我が国においては、OECD加盟のすべての国に比べ、国民が医療機関を受診する頻度が高い。図表2-3-1-10によれば、他のOECD諸国が1年に3~6回程度の外来受診回数であるのに対して、我が国は少なくとも過去20年にわたって高水準で推移しており、1か月に1回以上病院に足を運んでいる。さらに、我が国の65歳以上に限定してみると1年に43.5回の受診回数となっている。また、患者は設備の整った病院における受診を選択する傾向にある。その結果、特に大病院での待ち時間は長くなり、2006年厚生労働省アンケート調査によれば、2人に1人がその問題に対して不満を感じている。

◀ 図表2-3-1-10

(注1) 病院の分娩設備や人員を地域の開業医に開放するもの。開業医は、自分の診療所で妊婦健診のみを行い、分娩時には24時間オープンしている病院で対応するシステム

(注2) 出産や育児により労働時間が短くなる傾向がある女性医師がライフステージに応じて働くことのできる柔軟な勤務形態の促進を図ることを目的とし、女性医師に関するデータベース等を構築し、再就業を希望する女性医師に対して職業斡旋を行う事業

図表2-3-1-10 1人当たりの平均医師診察回数の推移



資料： OECD Health Data 2005

(注) 1人当たりの平均医師診察回数は、外来診察内科医の診察回数を人口で除した数値である。

### (地域全体を包括する医療提供体制の確立)

我が国の医療制度の特徴の一つとして、いわゆるフリーアクセス<sup>(注)</sup>が挙げられる。この仕組みの下で、患者は医療機関を選択し、必要な医療をいつでも受けることができる。このように、フリーアクセスは国民皆保険体制の仕組みとあいまって、国民医療の確保に大きな役割を果たしてきたが、一方でいわゆる「頻回受診」や「はしご受診」といった過剰で非効率な受診を生じやすいという問題点を抱えている。社会全体として有効・効率的な医療資源の活用を進めていくためには、地域の医療機能の分化と連携がますます重要である。

これを医療機関側から見れば、様々な医療サービスを連携のとれたものにするのが課題となる。ここでいう「連携」には、開業医 - 急性期病院 - 開業医、救急隊 - 救命救急センター - 回復機能病棟といった治療の流れに沿ったものや、予防 - 初期医療(プライマリケア) - 専門医診察の流れ等、様々な形が考えられる。また、病院(勤務医)と診療所(開業医)とが患者を紹介し合うなど連携を図る「病診連携」が各地域で推し進められている。

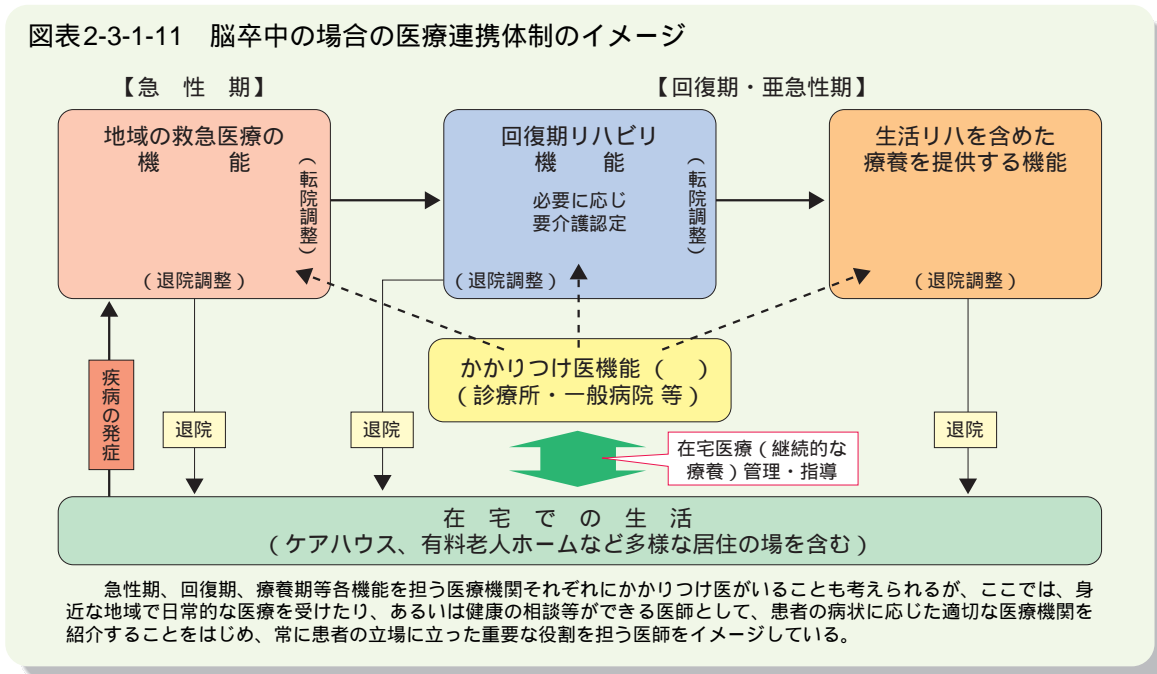
平成18年度医療制度構造改革の中では、医療計画制度を見直し、限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するために、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期まで、切れ目ない医療が受けられるような連携体制を各地域に構築することとしている。また、どの医療機関でどのような医療が提供されるのか患者や地域住民に、分かりやすく伝えることを目指している。新しい医療計画制

(注) 患者が、その選択に応じて医療を受けることができる仕組み

度の枠組みで示されている脳卒中、がん、急性心筋梗塞、糖尿病については、回復期又は維持期の適切な管理が、再発・重症化防止や生活の質（Quality of Life：QOL）を左右しており、それらに係る医療連携体制の構築が特に重要な領域である。例えば、脳卒中発症時、早期に専門的なりハビリを受療することで、退院後の患者の生活の質（QOL）の向上が図られることは広く知られるようになったところであるが、同様に他の疾患についても、病態に応じた望ましい医療の在り方が示されることで、適切な受診が可能となる。

◀図表2-3-1-11

図表2-3-1-11 脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ



一方で、患者側から見れば、地域の資源を有効に活用できる環境が用意されることが重要である。我が国は、戦後一貫して、OECD諸国に比べ、平均在院日数は長いという特徴がある。日本を含め各国の平均在院日数は短縮傾向で推移しているものの、日本以外のOECD諸国の平均在院日数は10日程度で、我が国の一般病床の約2分の1程度である。

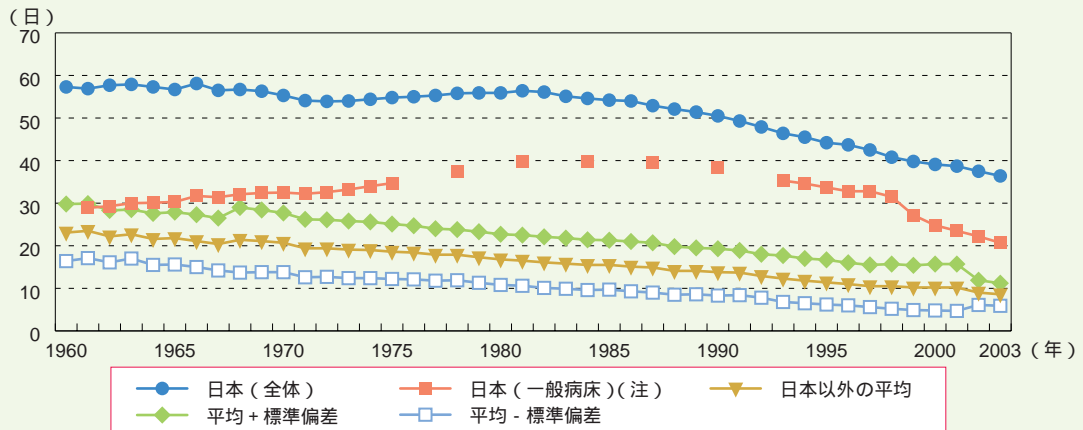
◀図表2-3-1-12

欧米諸国には、病院は短期間利用する施設であるという意識が定着しているという文化的背景があるとの指摘もある。我が国においては、病気になってもできる限り生活の質（QOL）の低下を避けるため、また医療費全体の適正化を図るためにも、今後、医療機関の機能分化を踏まえて、在院日数を短縮していくことが課題となっている。それを実現するためには、退院後の受け皿について整備を行うことが大きな課題の一つである。患者調査（2002年）によれば、「退院後の行き先」として、家庭に戻る人は87.7%である一方で、残りは、他の病院に移る人4.5%、介護施設や福祉施設に移る人2.2%、その他5.6%となっている。地域における医療連携体制を確実なものにするためには、ケアハウスやグループホームなど居住系サービスを拡充しつつ、住まいの中で医療サービスを受けられる仕組み、また、退院後に関する患者やその家族の心配を取り除き、必要



に応じて、急性期病院に速やかに搬送できるなどの体制の整備が急がれる。2006（平成18）年度から始まった在宅療養支援診療所<sup>（注）</sup>とは、24時間体制で自院に連絡がつき、また、他診療所・訪問看護ステーションと連携して24時間体制で往診・訪問看護が提供できる施設であるが、今後、地域における医療の充実に寄与すると考えられる。

図表2-3-1-12 平均在院日数の推移（日本、日本以外のOECD各国平均）



資料：日本については厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」、日本以外については「OECD Health Data 2005」  
 （注）「一般病床」は、1993年までは「その他の病床」であり、1994～2000年は「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、2001～2003年は「一般病床」及び「経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）」である。

### （医療保険制度の変遷）

我が国の医療サービスを支えているのは、病気にかかった時に国民すべてが公的医療保険によって医療の給付を受けることができる仕組み、いわゆる国民皆保険制度である。

国民健康保険法全面改正（1958（昭和33）年）により、1961（昭和36）年から、全国の市町村に国民健康保険の実施が義務づけられ、さらに国の財政負担の関係が法律上明確にされた。そのことで、国民健康保険の全国普及が進み、被用者保険の体系と相まって、国民皆保険体制の基盤が確立した。当初被用者については10割給付を原則としていたが、1984（昭和59）年の改正によって初めて定率1割負担が導入され、1997（平成9）年に2割負担、2003（平成15）年に3割負担となった。被扶養者については、長い間5割給付であったが、1973（昭和48）年には7割給付とすることに合わせて月額3万円を超える医療費の自己負担分を償還する高額療養費支給制度が発足することとなった。この結果、医療保険制度と各種公費負担医療制度とによって国民に保障される医療保障の水準は、諸外国との比較によって見ても、我が国の社会保障制度において最も充実された部門の一つとなった。

高度経済成長期、高齢者の介護ニーズへの対応の必要性とともに、より関心を集めていたのが高齢者の医療費負担であった。1961年に国民皆保険は達成されていたもの

（注）2006（平成18）年の診療報酬改定で新設された。

コラム

地域連携クリティカルパスの活用による医療連携

限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するためには、各医療機関が地域における急性期から回復期、在宅医療に至るまで適切に分担し、連携する体制を構築していくことが重要である、その方法の一つとして「地域連携クリティカルパス」の活用が進められている。

クリティカルパスとは治療開始から終了までの全体的な治療計画である。院内での導入が進んできているが、昨今、それを複数の医療機関で共有し、医療連携体制に基づく地域

完結型医療を具体的の実現することを目指すとともに、日常生活への復帰に向けた作業を患者と各医療提供者が共同して行うような努力が進められている。あわせて、クリティカルパスは、インフォームドコンセントの充実、業務の改善、チーム医療の向上などの効果が期待されている。

これまでは幾つかの地域で先駆的に実践されてきたが、最近では、数多くの地域で、検討会や勉強会などが開催され、実用化に向けた取組みが進められている。

図表 国立病院機構熊本医療センターで活用している地域連携クリティカルパス

入院   手術   転院   リハビリ   退院

←   オーバービューパス   →

達成目標:移動能力		車椅子レベル	平行棒内歩行	歩行器歩行	杖歩行	階梯昇降	屋外歩行	備考
達成開始日	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇
入院日	手術日	同院2日目	同院3日~4日目	同院7日目	同院9日目	同院10日目	同院11日目	同院12日目
転院日	手術日	同院2日目	同院3日~4日目	同院7日目	同院9日目	同院10日目	同院11日目	同院12日目
退院日	手術日	同院2日目	同院3日~4日目	同院7日目	同院9日目	同院10日目	同院11日目	同院12日目

の、当時は、加入する医療保険によって保険給付率が異なり、必ずしも所得の高くない高齢者の医療費負担をいかに軽減するかが大きな問題となっていた。こうした中で、1969（昭和44）年に東京都と秋田県が老人医療費の無料化に踏み切ったことを契機に、各地の地方公共団体が追随し、1972（昭和47）年には、2県を残して全国で老人医療費が無料化される状況となり、1973（昭和48）年から、国の施策として老人医療費支給制度が実施されることとなった。

この制度により、経済的理由から高齢者の受診が抑制されることがなくなり、高齢者は受診しやすくなったが、その反面、行き過ぎた受診や長期入院を招いた。また、この制度導入後の高齢化の進展もあいまって、老人医療費は著しく増大し、各医療保険の財政を圧迫した。このため、1982（昭和57）年に、「老人保健法」が制定され、各医療保険制度間の負担の公平を図る観点から、各制度が老人医療費を賄うための拠出

を行うこととし、老人医療費の一定額を受給者本人が自己負担することとなった。また、老人に対する診療報酬を別建てとするとともに、40歳以上の者を対象とする健康診査等の保健事業が制度化され、地域住民に最も身近な市町村において成人病対策の積極的な展開が図られることとなった。

この間、介護サービスを必要とする高齢者が、家庭や福祉施設に受け皿がないことなどにより、病院への入院を選択するという、いわゆる「社会的入院」が助長された。疾病の治療を中心とする医療サービスの枠組みの中だけでは、高齢者の能力の維持・向上を図るとともに、その生活全体を支援する看護や介護のニーズを十分カバーできない点や、また、医療の側にとっても、限られた資源が医療本来の機能のために有効に使われていない点で、今日に至る課題をそれぞれ抱えることとなった。

以上のように、医療保険制度は様々な変遷をたどってきた。近年では、1997（平成9）年の被用者保険本人患者負担引き上げ（2割）や、老人の患者負担（定額）の引き上げ、2000（平成12）年の老人患者負担（定率1割）の導入、2002（平成14）年の制度間を通じて3割負担統一等の改革を行ってきたところである。しかし、我が国の医療保険制度は、急速な少子高齢化、国民生活や意識の変化等大きな環境変化に直面しており、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、制度全般にわたる抜本的な改革が必要であるとされてきた。このため、2006（平成18）

年には、医療提供体制に関する改革とあわせて、医療制度構造改革を行うこととし、医療費適正化の総合的な推進、新たな高齢者医療制度の創設、都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合の3本柱からなる健康保険法等の一部を改正する法律が第164回通常国会で成立した。

とりわけ、今般の改革においては、生活習慣病対策や長期入院の是正のように、国民生活の質（QOL）を確保・向上する形で医療そのものを効率化し、医療費の伸びを徐々に下げていくことにより、医療費の適正化を図ることとし、国及び都道府県が協力して策定する医療費適正化計画によって、医療費適正化を計画的に推進することとした。

こうした中長期的な対策を講じるに当たっては、医療費には大きな都道府県格差があることから、地域の実態に応じて対策を積み上げていくことが有効である。そこで、国及び都道府県等の協力が必要であるとの観点から、国において定める基本方針に則し、都道府県において医療費適正化計画を策定し、医療計画、健康増進計画、介護保険事業支援計画と整合性を図りつつ、新たに医療費の適正化に向けて取り組むこととしたものである。また、75歳以上の後期高齢者が加入する独立した医療制度を創設することとした。これは、後期高齢者のほとんどが地域を生活基盤としていること等を考慮し、保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が担うこととしており、また、公費負担約5割、現役世代（国保・被用者保険）からの支援約4割、後期高齢者の保険料1割を財源とするものである。（医療制度構造改革の内容については、第2部第8章第1節、第3節参照）



### (今後の課題)

これまで、医療需要の増加、平均寿命の伸長に伴う高齢社会の到来、感染症から生活習慣病、老人病(退行性疾患)への疾病構造の変化等に伴い、医療提供体制の見直しや、国民の医療への主体的な参加等が進められてきた。一方で、健康状態の悪化を防ぎ、より確実な治療を施すために、新しい薬や治療方法、医療技術が絶えず開発されてきている。慢性的な疾患の増加などの背景を考えると、国民の健康水準をさらに向上させるためには、行政が制度を持続可能なものにしていくことに加え、国民の意識の醸成の上に、地域、企業等も一体となって新たな健康の脅威に立ち向かっていく必要がある。

産科・小児科等の特定の診療科や地域によって医療資源にばらつきがあることが指摘されている。平成18年度医療制度構造改革においては、各都道府県において、医師の確保が困難な地域等における病院の医療機能の集約化・重点化を実施するなど、地域全体として適切な医療を提供できる体制を構築するための検討を早急に行うよう要請されたところであり、今後、各都道府県で検討が進められる。医療計画は、地域の医療資源やニーズを踏まえて都道府県単位で策定されるが、策定された計画を画餅に終わらせないためには、今後、住民や地域の関係者が計画策定時から参画し、その実施と一緒に取り組んでいくことが重要である。また、2006年厚生労働省アンケート調査によれば、4人に1人が、病院における医療に比べ在宅医療の未整備を指摘し、不満に思っている。自分が住んでいる地域の医療機関で現在どのような診療が行われており、仮に自分が病気になった時にどのような治療を受けることができ、また、どのように日常生活に復帰できるのか、医療を取り巻く環境を広く知っておくことは、地域住民の安心につながることである。国民の一人一人が、「自分の地域の医療の在り方をどう描いていくか」という視点に立って、正面からこの課題に向き合う時期に来ているのではないだろうか。

## 第2款

### 老人福祉から尊厳ある高齢期の自立支援へ

高齢者に対する生活支援は、戦後、主として低所得者等を対象として行政による措置制度として行われていたが、高齢者を取り巻く環境の変化を受けて、対象者の拡大やサービスメニューの充実が図られてきた。特に、できる限り住み慣れた家庭や地域で暮らしたいという声の高まりを受けて、在宅生活を支えるサービスの重点的拡充を図ってきた。更なる高齢化の進展等による介護ニーズの増大に伴い、「高齢者保健福祉施策推進十か年戦略」(ゴールドプラン)等に基づき、計画的なサービス基盤の整備を国・地方自治体が一体となって進めるとともに、サービスの提供者は、それまでの自治体や社会福祉法人に加え、ボランティアやNPO、民間事業者などにより担われるようになった。2000(平成12)年からは、利用者の選択によって各種介護サービスを利用することを可能とし、費用負担を含め国民全体で高齢者の介護を支える仕組み(介護保険制度)を導入することにより、高齢者が地域においてできる限り自立して生活していくことを支援するための多様なサービスが展開されるに至っている。



## 1 老人福祉施設の拡充

### （老人福祉法制定による施策の体系化）

高齢化が進展する中で、1963（昭和38）年には、老人福祉向上を図るための施策を総合的に推進することを目的として「老人福祉法」が制定された。この法律によって、健康診断の実施、特別養護老人ホーム（入所対象者は、所得の多寡に関わりなく介護が必要な高齢者）の創設、老人家庭奉仕員制度（現在の訪問介護員（ホームヘルパー））の法制化など、社会的支援を必要とする高齢者を幅広く対象とする施策が具体化される。あわせて、戦後、高齢者用の保護施設として生活保護制度において位置づけられてきた養老施設は、老人福祉法の制定によって、同法に基づく老人ホームと位置づけられることとなり、「心身上の障害や家庭事情、住宅問題などを抱える老人」が入所措置されることとなった。ここに、老人福祉施策は、その対象者を一定の所得水準以下の低所得者からより多くの高齢者へと拡大した。

老人福祉法の制定後、老人福祉関係施策は総合的、体系的に推進されたが、1970年代に近づくると、寝たきりの高齢者の数やその生活実態の深刻さが明らかになるなど高齢者サービスのニーズが高まってきたため、1971（昭和46）年を初年度とする「社会福祉施設緊急整備五か年計画」の策定など、更なる拡充が図られた。

## 2 施設福祉サービスから在宅福祉サービスへ

### （在宅サービスの必要性）

1979（昭和54）年になると、65歳以上の高齢者数が1,000万人を超え（高齢化率8.88%）、また、世帯類型を見ると、三世帯世帯が減少して高齢者単独世帯が増加し、1世帯当たり人員数も減少してきた。さらに、老後を子どもに依存することが現実的に困難であるという考え方が広まってきた。

高齢者のうちいわゆる「寝たきり老人」の数は、厚生省「厚生行政基礎調査」によると、1978（昭和53）年の38.6万人から1984（昭和59）年には49.5万人に増加した。このような「寝たきり老人」であって諸事情等により家庭で生活が続けられない者のニーズに応えるための施設整備が進む一方で、高齢者本人や家族が望む形でできる限り住み慣れた地域の中で生活するための在宅福祉サービスは、必ずしも体制整備が進まなかった。地域の実情に応じたきめ細かな在宅福祉サービスがあれば、高齢者は、従前の生活を維持・継続できるとともに、引き続き家族や近隣の人と積極的に交流することができることから、在宅福祉サービスの充実が求められた。

### （「在宅3本柱」の登場）

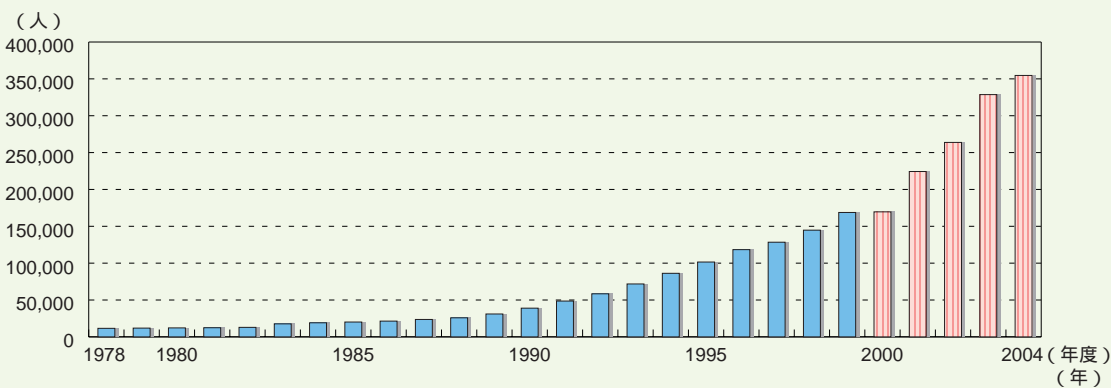
いわゆる「寝たきり老人」を対象とする在宅福祉対策としては、老人福祉法制定前の1962（昭和37）年にホームヘルプサービスが「老人家庭奉仕事業」の名称で国庫補助事業として発足している。その後、1978（昭和53）年からショートステイ（特別養

護老人ホーム等への短期入所)が、1979(昭和54)年からデイサービス(日帰り通所介護・入浴・食事サービス)が、それぞれ開始された。ホームヘルプサービス(訪問介護事業)を加えた3事業はいわゆる「在宅3本柱」と呼ばれるようになる。

さらに、1982(昭和57)年には、低所得の家庭を対象に無料で派遣されてきたホームヘルパーについて、寝たきり老人への介護などサービスが必要であれば所得税課税世帯にも有料で派遣できるように老人福祉法が改正され、1986(昭和61)年度には、ショートステイとデイサービスの両事業が市町村事業として法律上明確に位置づけられた(合わせて国庫補助率が3分の1から2分の1に引き上げられた)。これらにより、在宅サービスの実施か所数や利用人員は大幅に増加し、在宅重視の方向性が打ち出された。

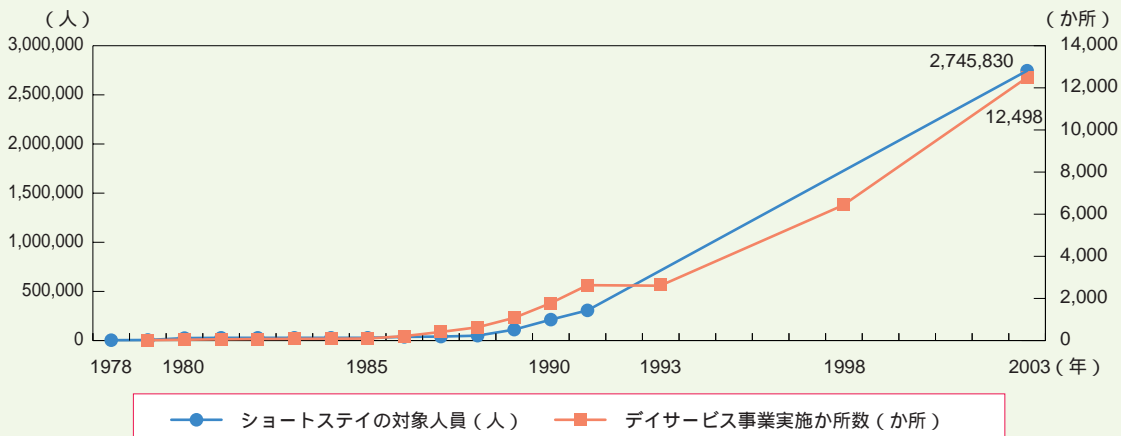
◀ 図表2-3-2-1  
◀ 図表2-3-2-2

図表2-3-2-1 訪問介護員数の推移



資料：1999年までは、厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉行政業務報告(厚生省報告例)」(各年度末現在)、2000年以降は、同「介護サービス施設・事業所調査」(各年10月1日現在)  
(注)1999年までは訪問介護員の数、2000年以降は居宅サービスに従事する訪問介護員の数である。

図表2-3-2-2 デイサービス事業、ショートステイ事業の推移



資料：1978～1991年までは厚生省大臣官房老人保健福祉部(当時)調べ、1993年及び1998年以降のデイサービス事業実施か所数は、厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」(各年10月1日現在)、2003年のデイサービス事業の実施か所数は、同「介護サービス施設・事業所調査」(10月1日現在)、2003年のショートステイの対象人員は、厚生労働省老健局「介護保険事業実施報告年報」  
(注)1991年までの人員及びか所数は予算上の数値である。

### （保健・医療・福祉が連携した総合的なサービス）

在宅サービスの充実が図られる中で、1990（平成2）年における福祉関係八法の改正により、最も住民に身近な自治体である市町村の位置づけが一層強化された。地域で生活する高齢者に対しては、既に市町村を中心に老人保健法に基づく健康診査や保健師による健康指導といった保健サービスが提供されていたが、在宅高齢者の多くは同時に何らかの医療を受けていた。このため、保健・医療サービスと在宅3本柱など福祉サービスを総合的に提供する「保健・医療・福祉のサービス」がそれぞれの地域において相互に連携のとれた形で提供され、かつ、マンパワーや財源をより必要性の高い分野で適切かつ効率的に活用できるシステムが求められるようになった。

### （ゴールドプランによる福祉サービスの計画的な整備）

1989（平成元）年、高齢者介護の問題を正面から取り上げた「介護対策検討会」（厚生事務次官の私的諮問機関）の報告書において、介護の基本的在り方として「寝かせたきりにしない介護」を目指し、「どこでも、いつでも、的確で質の良いサービスを安心して、気軽に受けることができる」体制が求められた。

また、1989年には、高齢者に対する保健福祉サービスを一層充実すべきとの声がますます高まるなか、消費税導入の趣旨を踏まえ、高齢者の在宅福祉や施設福祉などの基盤整備を促進することとし、20世紀中に実現を図るべき十か年の目標を掲げた「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（ゴールドプラン）が策定された。ゴールドプランは、「国民が健康で生きがいを持ち、明るく活力のある長寿・福祉社会」に向けて、個別サービスについて数値目標を設定した上で、保健・福祉分野ではかつてない規模（10か年で総事業費約6兆円強）の支出を明記した計画であり、以降、質の高い生活支援サービスを計画的に充実していく取組手法の嚆矢となった。

さらに、ゴールドプランでは「寝たきり老人ゼロ作戦」が重要施策の柱の一つとして位置づけられている。寝たきりの状態は、高齢者自身の生活の質を著しく低下させ、家族の介護負担を増大させるものである一方、周囲の対応によって寝たきりは防止できる（「寝かせたきり」老人）と専門家から指摘されていた。このため、従来の寝たきり後の対策だけでなく、寝たきり予防についても積極的に取り組むこととなった。

### （新ゴールドプラン・ゴールドプラン21によるサービスの計画的な整備）

福祉八法改正により、各市町村はそれぞれ地域における在宅サービスや施設サービスの目標量等を老人保健福祉計画として策定することとなったが、1993（平成5）年度時点において全国の市町村の目標量を合計した総量はゴールドプランが掲げる全国的な目標数値を大幅に上回る水準に及んだ。

このため、地域介護サービス基盤の更なる緊急整備を図るため、ゴールドプランを全面的に見直して、整備目標の引上げを行い、1994（平成6）年に「新・高齢者保健福祉推進十か年戦略」（新ゴールドプラン）を策定した。

このように、新ゴールドプランは、市町村からのニーズを参考にサービス整備目標

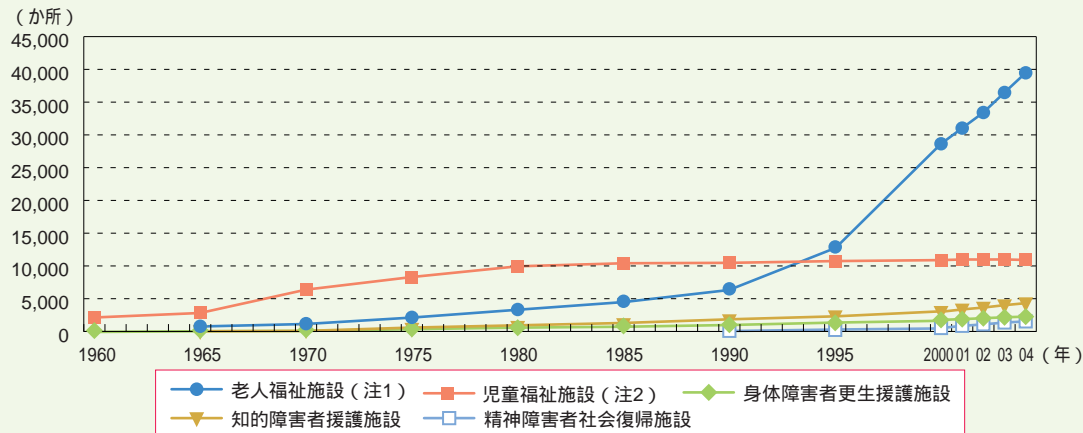
量を設定するという、今まで以上に地域の実態を踏まえる手法で策定された。同時に「今後取り組むべき施策の基本的枠組み」として、すべての高齢者が、心身の障害を持つ場合でも尊厳を保ち、自立して高齢期を過ごすことのできる社会の実現を掲げた。さらに、介護を必要とする者誰もが自立に必要なサービスを身近に受けられる体制の構築を目標とするとともに、利用者本位・自立支援、普遍主義、総合的サービスの提供、地域主義、を基本理念として明らかにしている。

1999（平成11）年には、新ゴールドプランの終了と介護保険制度の導入を踏まえ、住民に最も身近な地域における介護サービス基盤の整備と、介護予防、生活支援など元気高齢者づくりのための施策を車の両輪として推進する「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向」（ゴールドプラン21）が策定された。

このような一連のプランの実施により、施設サービスと在宅サービスの充実が図ら

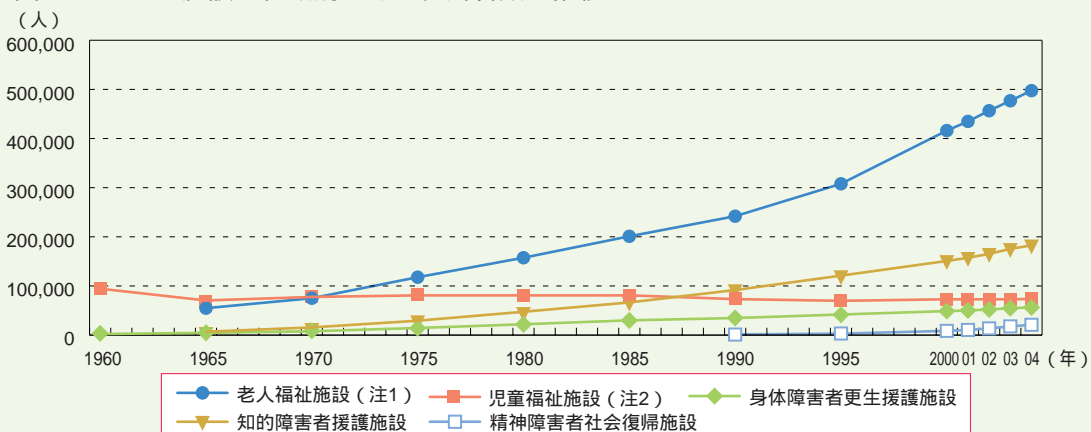
◀ 図表2-3-2-3  
◀ 図表2-3-2-4

図表2-3-2-3 施設の種類の別みた施設数の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」（1970年以前は12月31日現在、1975年以降は10月1日現在）  
 (注1) 2000年以降は、同「介護サービス施設・事業所調査」（各年10月1日現在）において、介護老人福祉施設、通所介護事業所及び短期入所生活介護事業所として把握した数値を含む。  
 (注2) 児童福祉施設には保育所を含まない。

図表2-3-2-4 施設の種類の別みた在所者数の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」（1970年以前は12月31日現在、1975年以降は10月1日現在）  
 (注1) 2000年以降は、同「介護サービス施設・事業所調査」（各年10月1日現在）において、介護老人福祉施設として把握した数値を含むが、短期入所生活介護事業所は含まない。  
 (注2) 児童福祉施設には保育所を含まない。



れ、高齢者の在宅生活を支える基盤が形づくられた。また、より多様な主体による、適切で、質が高く、効率的なサービスの提供が必要になってきた。

### （在宅ケアの推進）

できる限り住み慣れた家庭や地域で自立した生活を送りたいという高齢者の希望に応え、高齢者が在宅ケアを選択できるような環境整備を進めることが求められ、在宅の高齢者が必要なときに必要なサービスを適切に利用できる体制づくりが進められた。

ゴールドプランにより、長寿社会福祉基金が設置され、民間の公益団体、ボランティア等が行う事業の支援など、民間の創意工夫を活かしつつ地域の実情に即したきめ細かな事業が推進される。

また、新ゴールドプランにおいては、地域における総合的な保健・医療・福祉体系の構築を図るため、高齢者在宅生活支援事業として、要介護状態になる前の保健予防活動や生きがい対策、地域の実情に応じた配食サービス、移送サービス等が積極的に推進された。

さらに、ゴールドプラン21においては、地域生活支援体制の整備として、生活圏域での住民相互の支え合いのための連携体制や拠点の整備や、高齢者に対する配食や外出支援などの生活支援サービスなどが推進された。

## 3 自立と選択による高齢者介護サービス

### （高齢者介護に関する意識）

1995（平成7）年に入って高齢化率は14%に達した。1993（平成5）年の総理府「高齢期の生活イメージに関する世論調査」では30歳以上60歳未満の9割近くの人が「高齢期の生活に不安」を感じている。不安の内容を見ると、上位から「自分や配偶者の身体が虚弱になり病気がちになること」（49.4%）、「自分や配偶者が寝たきりや痴呆性老人になり介護が必要になったときのこと」（49.2%）となっており、高齢者の介護の問題が深刻に受け止められるに至った。

図表2-3-2-5▶

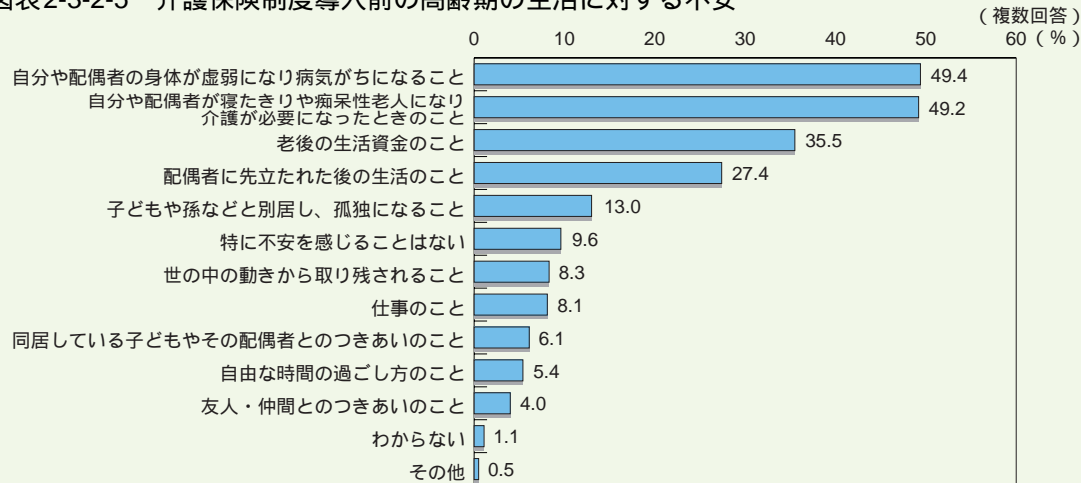
当時の介護者の状況を見ると、介護を受ける者に対し憎しみを感じる介護者の割合は3人に1人であり、介護を受ける者に対し虐待したことがある介護者は2人に1人となっていた（日本労働組合総連合会「「要介護者を抱える家族」についての実態調査」（1995年））。また、家庭での介護経験ありの者にとっては、「食事や排せつ、入浴などの世話の負担が大きい」と考える者が最も多く、5割を超えていた（厚生省「保健福祉動向調査」（1990年））。

図表2-3-2-6▶

### （介護保険制度の創設）

先に述べたゴールドプラン、新ゴールドプラン等を中心として、高齢者保健福祉基盤の整備が急速に強化され、それぞれの地域において必要なサービスの量が確保されていくのに合わせて、利用者一人一人に応じたサービスの質の向上を求める声が強ま

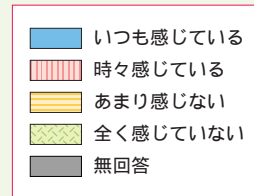
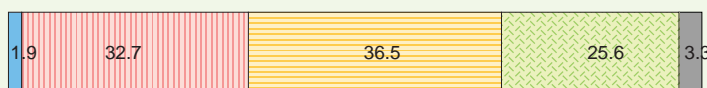
図表2-3-2-5 介護保険制度導入前の高齢期の生活に対する不安



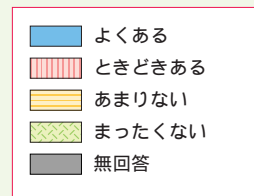
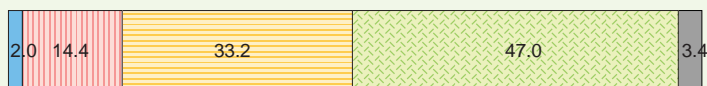
資料： 総理府「高齢期の生活イメージに関する世論調査」(1993(平成5)年9月)  
 (注) 30歳以上60歳未満の者に対し、「ご自分の高齢期の生活について、不安を感じることもあるか、あるとすればどのようなことか。」との問いに対する回答である。

図表2-3-2-6 介護を受ける者に対し憎しみを感ずる介護者、虐待したことがある介護者の割合

介護を受ける者に対し憎しみを感ずる介護者の割合



介護を受ける者に対し虐待したことがある介護者の割合



資料： 日本労働組合総連合会『『要介護者を抱える家族』』についての実態調査」(1995年)

るとともに、増大する介護費用を国民全体で支え合い賄っていく必要性が高まった。また、寝たきりや認知症の高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大した。その一方で、核家族化の一層の進展など家族をめぐる状況も大きく変わり、家族にとって、介護は身体的・精神的にも大きな問題と認識されるようになった。

このような中、国民的な広がりを持った議論を経て、社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして、介護保険法が1997(平成9)年に成立し、2000(平成12)年4月にスタートした。この介護保険制度は、高齢者が介護を必要とする状態になってもその有する能力に応じ自立し尊厳ある生活を送れるようにするための社会システムであり、以下の点で、これまでの制度と大きく異なるものである。

それ以前には行政処分(措置)であった老人福祉サービスについて、要介護度に応じた給付を、利用者とサービス提供者との間の契約として提供する(措置制

度においては、サービスの対象者や内容は行政機関によって決定された）

老人福祉と老人医療に分かれていた高齢者の介護に関する制度を見直し、福祉サービスと医療サービスを総合的・一体的に提供する。

サービス利用に当たっては、ケアマネジメント手法により、要介護区分ごとに定められた給付上限額の範囲で、本人に最も必要・適切なサービスを組み合わせる。

介護に要する費用は、住民に最も身近な市町村を保険者とする保険方式により社会的に支え合う。

公的機関のほか、多様な民間事業者の参入促進を図り、効率的で良質なサービスを提供する。

介護保険制度によって介護を担う家族の負担が軽減されるとともに（介護の社会化）介護を担う家族を支援するため、1999（平成11）年に介護休業制度が法制化されている。

また、介護保険制度の導入に伴い、介護サービスの利用契約に当たって、認知症高齢者等の判断能力の不十分な成年者の自己決定の尊重と本人保護が求められたこと等を背景に、1999年の民法の改正により、従来の禁治産・準禁治産制度が成年後見制度に改められた。

### （担い手の広がり）

措置制度下における老人福祉は実施主体が限定されており、自治体の直営や事業団方式のほか、社会福祉法人が主な実施主体となっていた。その後、規制緩和により民間参入が拡大し、特定非営利活動法人制度が創設されたこともあり、介護サービスの担い手は拡大し、多様なものとなっている。

例えば、訪問系サービスについて見れば、老人家庭奉仕員（ホームヘルパー）が老人福祉法に位置づけられた1982（昭和57）年当時では、全国の老人家庭奉仕員数9,845人のうち、5,823人（59.1%）は市町村より派遣された職員であり、市町村の委託を受けた社会福祉法人やその他の団体より派遣された老人家庭奉仕員は4,022人（40.9%）に過ぎなかった。1994（平成6）年の新ゴールドプランにより、民間サービスの積極的活用によるサービス供給の多様化・弾力化が図られたが、同年の全国の老人ホームヘルパー数73,086人のうち、市町村より派遣された職員は9,747人（13.3%）となった。一方、市町村の委託を受け市町村社会福祉協議会より30,136人（41.2%）、特別養護老人ホーム等を経営している社会福祉法人より6,616人（9.1%）、その他の民間事業者より26,587人（36.4%）のホームヘルパーが派遣されており、主体の多様化は大きく進んだ。

一方、認知症高齢者グループホームについては、2000（平成12）年当初は、事業所総数605のうち、社会福祉法人（社会福祉協議会以外）は227（37.5%）、医療法人は193（31.9%）であり、この二法人が大数を占めていた。最近（2006年）では、事業所の総数は8,026に大幅に増加し、社会福祉法人（社会福祉協議会以外）1,686（21.0%）、医