

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第1節 社会保障構造改革の枠組み

###### 1 社会保障をめぐる状況と改革の必要性

近年、先進諸国において社会保障改革の動きが盛んとなっている。各国の社会保障は歴史的経緯や国民の選択の結果、様々な仕組みとなっているが、いずれの国でも、高齢社会の下での社会保障と経済・財政との調和が共通の課題となってきている。

我が国においても、急速な少子・高齢化に伴い、今後社会保障に要する費用の増大が見込まれる一方、経済の低成長基調、財政状況の深刻化など、社会保障をとりまく環境は大きく変化している。こうした中、介護への対応など国民の需要の変化に適切に応えるとともに、将来の世代に過重な負担を課さず、安定的な運営の下に国民生活の安心・安定を図ることが可能な制度を構築していくために、先進諸国の動向も見据えつつ、社会保障の構造改革に取り組んでいかなければならない。

(1)

#### 社会保障の役割

我が国の社会保障制度は、1961（昭和36）年に達成された国民皆保険・皆年金体制を基軸として、今日までその充実が図られてきた。その結果、現在では、医療の受けやすさや内容、年金の給付額などの点で、他の先進諸国と比べひけをとらない水準となっている。

社会保障の役割は、その初期においては主に貧困に陥っている人々を救済することにあつたが、国民の生活水準の向上等に伴い社会保障に求められる役割も変化してきており、今日では、広くすべての国民を対象に、疾病、加齢、失業等の生活の安定を脅かす危険から国民生活を守り、安定を図るものとなっている。また、社会保障は、国民の安定した購買力を保障したり、新規産業や労働需要を創出することにより、経済の発展に寄与するという積極的な役割も果たしている。

今日の成熟した社会・経済においては、各人がそれぞれの生活態様に応じ、基本的には自らの生活を自らの責任で維持することが基本となる。したがって、社会保障については、個人の力のみでは対処できない場合における安全網（セイフティネット）としての役割を明確にし、基礎的・基盤的な需要について公的な仕組みにより給付やサービスを保障するとともに、国民の多様な需要に対しては民間の仕組みで対応するなど公私の役割分担を明確にしていくことが課題となっている。

(2)

#### 社会保障が抱える課題

社会保障制度が現在抱えている課題は、大きくは、1)21世紀の本格的な少子・高齢社会における制度の安定的運営の確保、2)国民の需要の変化への対応、の2つである。

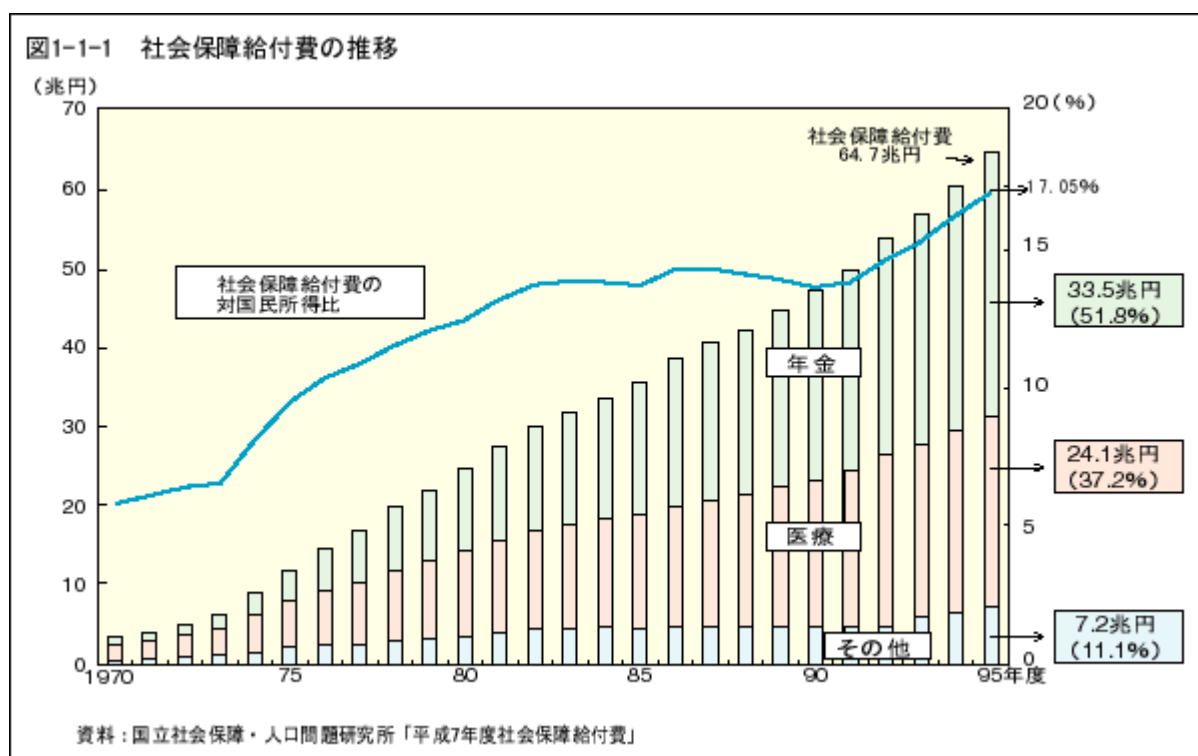
1)

## 21世紀の本格的な少子・高齢社会における制度の安定的運営の確保

社会保障が経済に占める規模は、国民皆保険・皆年金体制が整備された昭和30年代当時とは比べものにならないほど拡大しており、それに伴い社会保障が社会経済に与える影響も大きくなってきている。

今後、少子・高齢化の進行等により、将来に向けて社会保障に要する費用が増大していくことは避けられないが、一方において活力ある社会経済を維持していく必要があることから、国民の需要に適切に対応しつつ、社会保障の給付と負担の効率化、適正化に取り組むことにより、制度の安定を確保し、国民生活の安心・安定を図る必要がある。

図1-1-1 社会保障給付費の推移



2)

## 国民の需要の変化への対応

高齢化が進行する中で、高齢者介護問題への的確な対応が求められている。また、少子化への取組みとして、これまで「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について（エンゼルプラン）」を策定し、その推進を図っているが、少子化対策は今後更に重要な課題となる。このような状況の下で、社会保障制度について、社会保障で対応すべき需要へ必要な対応がなされているかどうか、あるいは逆に本来自己責任で対応すべき需要への過剰な対応が生じていないかを十分検証しつつ、時代の変化に適切に対応できる質の高い社会保障制度を構築する必要がある。

現在、政府においては、新しい経済社会システムを創造するため、行政、財政、社会保障、経済、金融システム、教育の「6つの改革」が進められている。この6つの改革の一つとして、上記のような課題に対応するため、今後、国民的な議論と合意の下、段階的かつ総合的に社会保障制度の構造改革を進める

厚生白書(平成10年版)  
必要がある。

---

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第1節 社会保障構造改革の枠組み

##### 2 社会保障構造改革の方向

---

(1)

#### 社会保障構造改革についての検討経過

社会保障構造改革の今後のあり方については、社会保障に関係の深い8審議会（社会保障制度審議会・医療審議会・中央社会福祉審議会・老人保健福祉審議会・中央児童福祉審議会・医療保険審議会・中央社会保険医療協議会・年金審議会）の会長を構成員とする「社会保障関係審議会会長会議」が開催され、1996（平成8）年11月19日、この会議における議論の整理として、「社会保障構造改革の方向（中間まとめ）」が取りまとめられた。

また、中間まとめの公表に併せ、厚生省は「社会保障の給付と負担の将来見通し」の試算を公表したが、その後の1997（平成9）年1月の新たな人口推計、同年6月の健康保険法等の改正などを踏まえ、1997年9月にその改定版を公表した。この試算では、仮に、社会保障以外の支出に係る公費負担の対国民所得比が現在の水準（約20%）から変化しないものとすれば、現行制度のままの場合の将来のいわゆる国民負担率（財政赤字（1995（平成7）年度対国民所得比で8.8%）を含めない場合）は名目国民所得の伸び率に応じて約50～56%となっている。

表1-1-2 社会保障(現行制度)の給付と負担の見通し(改定版)の概要

表1-1-2 社会保障(現行制度)の給付と負担の見直し(改定版)の概要

1 試算の前提

(1) 経済指標

A: 名目国民所得の伸び率 2000年度まで 3.5%, 2001年度以降 3.0%

B: 名目国民所得の伸び率 2000年度まで 1.75%, 2001年度以降 2.0%

C: 名目国民所得の伸び率 2000年度まで 1.75%, 2001年度以降 1.5%

(2) 人口推計

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成9年1月推計)の中位推計

2 試算結果

	平成7年度		平成37年度(2025年度)					
			A		B		C	
	兆円	NI比 %	兆円	NI比 %	兆円	NI比 %	兆円	NI比 %
社会保障給付費	65	17	274	29 1/2	230	33 1/2	216	35 1/2
うち 年金	34	9	142	15 1/2	109	16	98	16
医療	24	6	90	10	90	13	90	15
福祉等	7	2	41	4 1/2	31	4 1/2	27	4 1/2
(介護(再掲))	(-)	(-)	(21)	(2 1/2)	(16)	(2 1/2)	(14)	(2 1/2)
社会保障に係る負担	70	18 1/2	272	29 1/2	230	33 1/2	216	35 1/2

(注) 介護保険制度を導入した場合の試算である。

3 留意点

- (1) 本試算は一定の経済成長率を所与のものとしているが、実際問題としては、社会保障の構造改革と経済成長率とは相互に影響する関係にあり、また、国民負担率のあり方は、財政構造改革の方向とも関連するということに留意する必要がある。  
また、財政構造改革に伴う措置(社会保障関係費について、集中改革期間中(平成10年度(1998年度)～平成12年度(2000年度))、対前年度伸び率を高齢者数の増によるやむを得ない影響分(全体の2%以下)に抑制)については、本試算には折り込んでいない。  
したがって、数値を確定的なものとして受け取ることが適当でない。
- (2) 人口の高齢化等に伴い、社会保障に係る負担は、着実に上昇する。前提となる国民所得の伸び率が下がった場合に負担の割合が大きくなる分野は、医療である。一方、介護の負担の割合は、対国民所得比で21 1/2%程度と将来とも相対的に小さいものと予測される。
- (3) 仮に、社会保障以外の支出に係る公費負担の対国民所得比が現在の水準(約20%)から変化しないものとすれば、本試算においては、現行制度のままの場合の将来の国民負担率(財政赤字を含めない場合)は名目国民所得の伸び率に応じて約50%～56%となる。なお、財政赤字
- (4) 以上を踏まえれば、仮に社会保障の見直しのみで国民負担率を将来とも50%以下にとどめるとするならば、将来の経済成長率如何によるが、現行制度のままとした場合に比べ、今後中長期的に2割以上の給付の効率化、適正化が必要となることもあり得る。このため、介護保険制

(2)

国民負担率について

国民負担率(国民所得に対する租税および社会保険料負担の割合)については、「高齢化のピーク時においても50%以下にとどめる」べきであるとの指摘が、1982(昭和57)年の臨時行政調査会答申で指摘され、第2次・第3次行革審においても同旨の指摘が行われている。

国民負担率の問題について、社会保障関係審議会会長会議での議論は、

○

社会保障制度審議会の1995(平成7)年7月の勧告においては、「社会保険料や租税といった公的負担による保障が増大すれば個人や企業の私的負担は軽減され、逆に前者を抑制すれば後者は増える」ということや、「本来、公的負担は私的負担と併せて考慮されるべきもので、公的負担だけが前もって給与水準と切り離されて決定できるわけではない」との指摘がなされていること

○

この場合、社会保障サービスにおける利用者負担については、サービス利用者(受益者)としての自覚やサービス費用に対する意識(コスト意識)の喚起を通じて制度の効率化をもたらすという機能があることなど、私的負担と公的負担との関係における代替関係は単純なものではない面があることにも留意する必要があること

○

いわゆる国民負担率には財政赤字が考慮されていないといった幾つかの限定を付して受け取る必要があるものの、国民負担率は、国民経済全体の中で政府を始めとする公的主体の活動がどの程度を占めているのかを知るための指標の一つとして位置づけられること

○

国民負担率と経済成長率等国民経済との相関関係については、今後更に調査研究が積み重ねられる必要があるが、国民経済の活力を維持していくためには、公的な主体による活動を国民経済全体の中で一定の範囲内にとどめる必要があること

から、以上のような点を考慮した上で、国民負担率が50%以下という目安を設定することは、活力ある安定した社会を維持するために経済と社会保障の調和を図り、公私の活動の適切な均衡をとる上での指標となり得る、とされている。

また、「財政構造改革法」(財政構造改革の推進に関する特別措置法)においては、財政構造改革法の当面の目標の達成に資するよう、特別会計を含むすべての歳出分野を対象とした改革を進めることを当面の方針とし、その際に踏まえるべき観点等の一つとして、財政赤字を含めた国民負担率が50%を上回らないよう抑制することが規定されている。

今後の高齢化の進行等に伴い、社会保障に係る負担は相当程度上昇していかざるを得ないと見込まれるが、国民負担率のあり方については、最終的には国民が必要とする公共支出の水準と表裏をなすものであり、受益と負担の均衡という観点から、その時々々の情勢の下で国民的な選択が行われるべき課題である。

(3)

### 社会保障構造改革の方向とその進め方

今後の社会保障構造改革においては、社会保障関係審議会会長会議の「中間まとめ」や1997(平成9)年9月の将来見通しの試算などを踏まえ、高齢者介護など国民の需要に適切に答えながら、「高齢化のピーク時において国民負担率50%以下」という目安を踏まえつつ、社会保障の中で占める比重の大きい年金と医療を中心に、将来に向けて、給付と負担の適正化、効率化を図っていく必要がある。厚生省は、今後、以下のような考え方の下で、社会保障構造改革を推進していくこととしている。

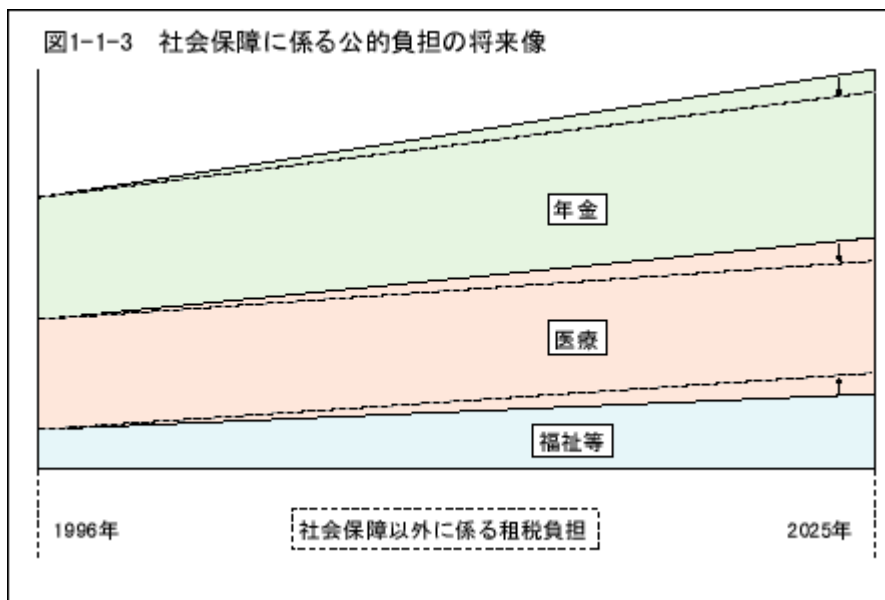
1)

#### 社会保障構造改革の方向

社会保障構造改革の方向の第一は、制度横断的な再編成等による全体の効率化である。

年金、医療、福祉等の各分野については、制度が縦割りとなっているために、安全網(セイフティネット)としての社会保障にすき間や無駄、重複が生じないようにするという観点に立って、必要な制度の再編成等を行い、社会保障全体として、国民の需要に対応しつつ効率化を図る必要がある。

図1-1-3 社会保障に係る公的負担の将来像



第二は、個人の自立を支援する利用者本位の仕組みの重視である。

個人の自立を支援する仕組みを重視する見地から、情報開示等を進めることで個人が良質なサービスを適切な費用で選択できるようにしていく必要がある。この場合、障害や要介護の状態になってもできる限り住み慣れた地域で自立した生活を送ることができることを重視する観点から、在宅医療・介護を始め多様な需要にきめ細かく対応するサービス提供体制の整備に努め、家族とともに、あるいはひとり暮らしや高齢者のみの世帯でも、できる限り在宅生活が可能となるよう、その自立を支援していく利用者本位の仕組みづくりが求められる。

第三は、公私の適切な役割分担と民間活力の導入の促進である。

保健医療・福祉分野において、民間事業者が成長していることも考え合わせると、今後は、基礎的・基盤的な需要に対しては公的に保障し、その上乘せについては個人が自由に民間サービスを選択することが可能となるようにするなど公私の適切な役割分担を図るとともに、民間活力の導入を促進する観点から、規制緩和を推進し、競争を通じて、より良質なサービスが受けられるようにしていくべきであると考えられる。

第四は、全体としての公平・公正の確保である。

高齢者の最近の経済状況も踏まえ、高齢者世代と現役世代の間の均衡や、資産を持っている人と持っていない人との間の均衡なども考慮しながら、給付と負担の公平・公正を図っていくことが必要である。

図1-1-4 世帯主年齢階級別1世帯当たり・世帯人員1人当たり平均所得金額

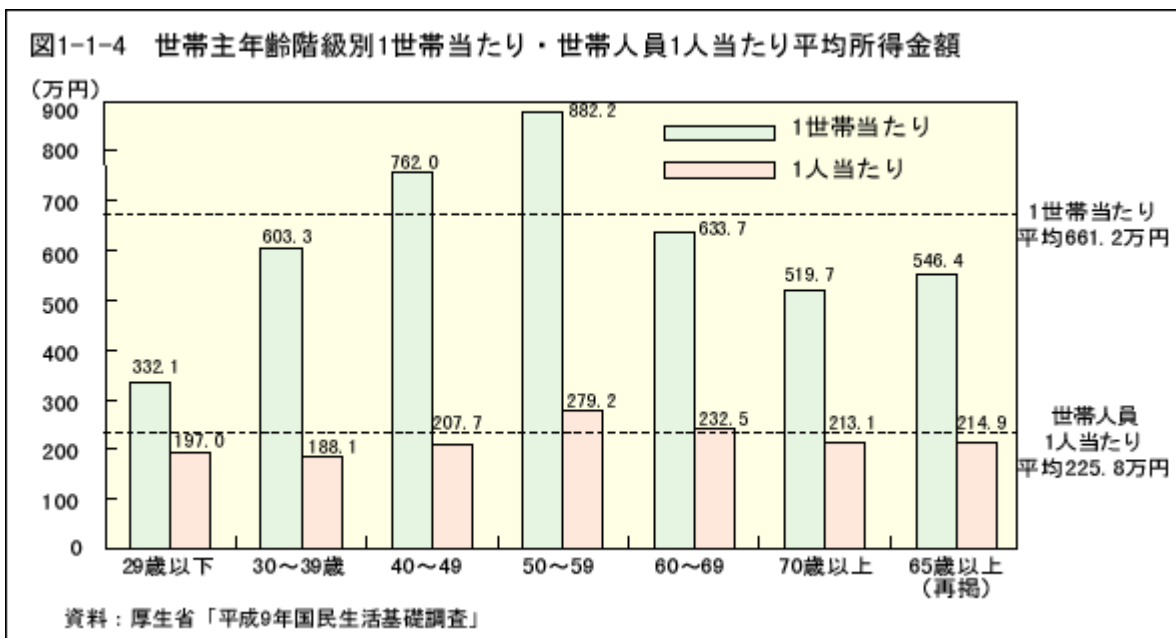
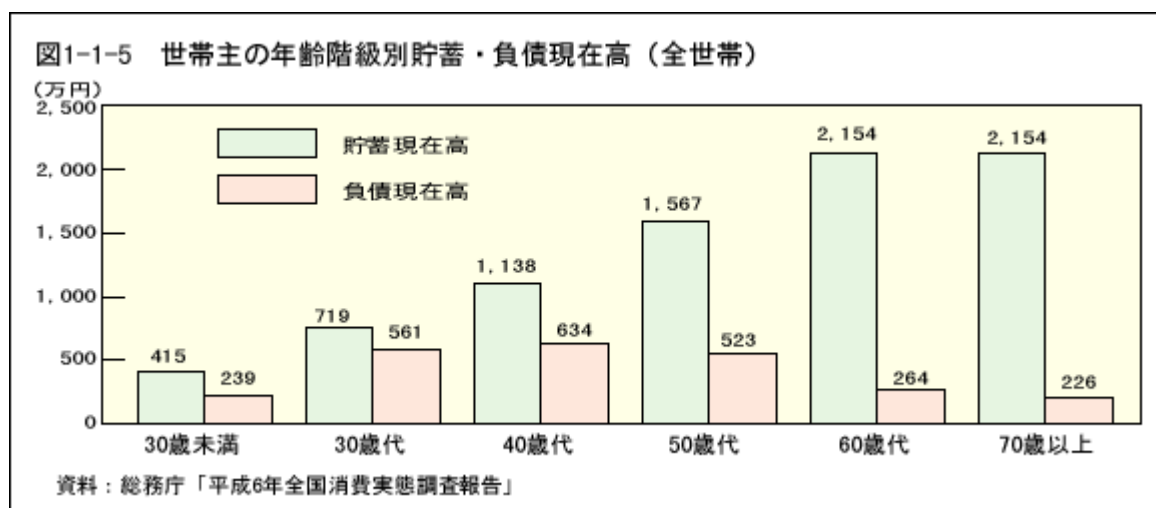


図1-1-5 世帯主の年齢階級別貯蓄・負債現在高(全世帯)



2)

### 今後の進め方

以上述べたような方向に沿って、厚生省においては高齢者介護、医療、年金等の各分野において具体的な改革を推進している。

まず、第2節で述べるように、国民の老後における最大の不安となっている高齢者介護の問題に対応するための介護保険法が、1997(平成9)年12月に国会で成立したところであり、2000(平成12)年度の円滑な施行に向け、新・高齢者保健福祉推進十か年戦略(新ゴールドプラン)に基づく介護サービスの供給体制の整備や要介護認定の試行的事業などを現在進めている。

次に、医療については、第3節で述べるように、医療保険財政の当面の危機を回避するため、1997年6月に給付と負担の見直しなどを内容とする健康保険法等の改正を行ったが、21世紀に向け国民皆保険体制



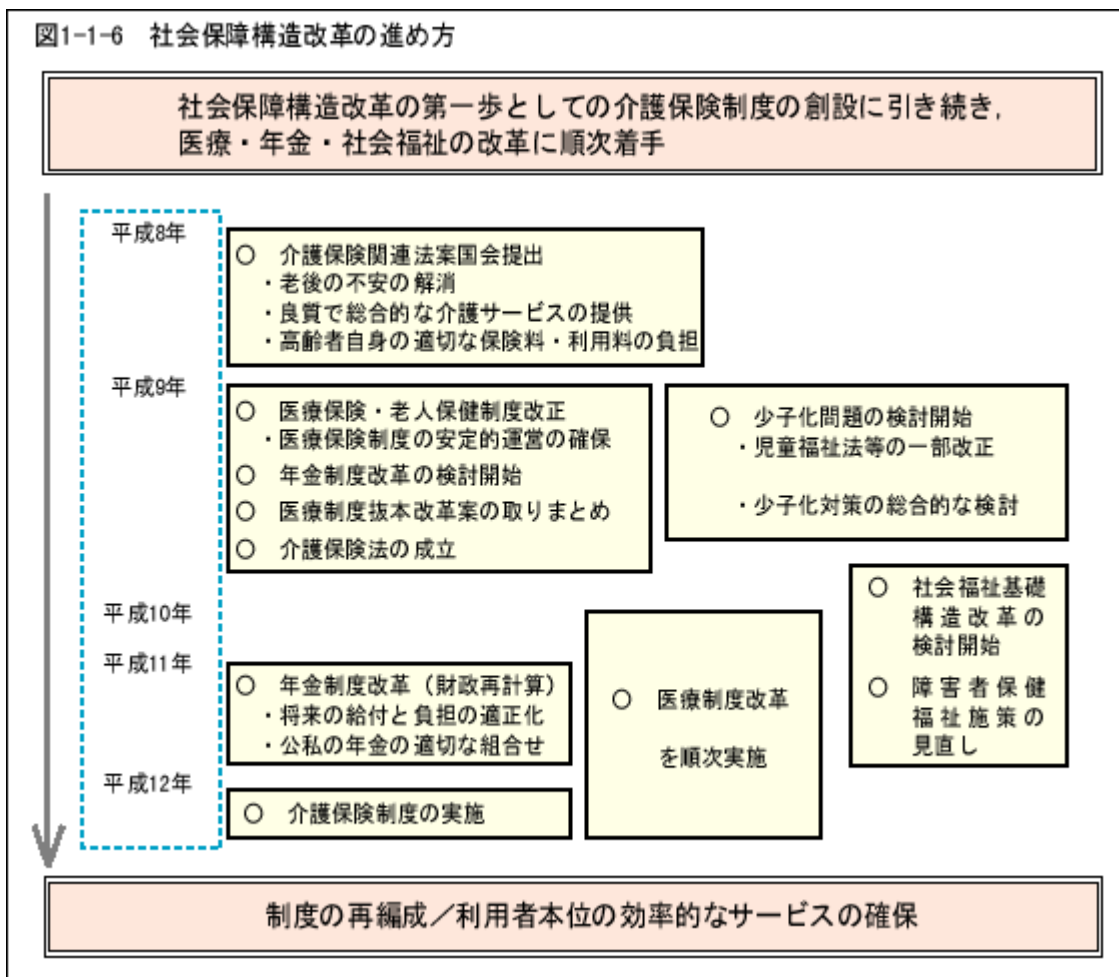
を堅持しつつ良質な医療を提供していくためには、医療提供体制および医療保険制度の両面にわたる抜本的な改革が必要である。このため、厚生省および与党3党（自由民主党、社会民主党、新党さきがけ）において、1997年8月に抜本改革案をそれぞれ取りまとめ、2000（平成12）年度を目途に抜本改革を実施することとしており、現在、検討を進めている。

また、年金については、第4節で述べるように、1999（平成11）年の次期財政再計算に向けて、将来の負担が過重なものとならないよう、給付と負担の適正化など制度全体の見直しを行うこととし、現在、検討を進めている。

さらに、第5節に述べるように、増大・多様化する福祉需要に的確に対応し、利用者の信頼と納得を得られる質の高い福祉サービスを効率的に確保していくためには、必ずしも時代の要請にそぐわない部分もある社会福祉事業、社会福祉法人等の社会福祉の基礎構造を抜本的に改革し、強化する必要があることから、現在、検討を進めている。

このほか、障害者施策についても、第6節に述べるように、今後の障害保健福祉施策のあり方について、介護保険制度との関連に留意し、また、社会福祉基礎構造改革の検討とも整合性をとりつつ、全般的な検討を行っている。

図1-1-6 社会保障構造改革の進め方



---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第1節 社会保障構造改革の枠組み

### 3 財政構造改革と社会保障

---

(1)

#### 財政構造改革の経緯

現在、我が国の財政は極めて悪化した状況にあるが、将来の世代に過重な負担を残さずに経済・社会が活力ある21世紀を迎えるためには、一刻も早く財政構造を改革し、財政の健全化を図っていく必要がある。

こうしたことから、政府は、歳出の改革と縮減の具体的方策について検討を進め、1997（平成9）年6月3日の閣議決定「財政構造改革の推進について」において、2003（平成15）年度までに国および地方の財政赤字対GDP比を3%以下とし、特別公債発行ゼロを達成することなどの財政健全化目標とともに、今世紀中の3年間の「集中改革期間」における社会保障関係費など主要経費ごとの量的縮減目標を決定した。さらに、これらの事項を盛り込んだいわゆる「財政構造改革法案」（財政構造改革の推進に関する特別措置法案）が第141回臨時国会に提出され、1997年11月28日に可決成立した。

(2)

#### 社会保障に関わる財政構造改革法の規定

財政構造改革法においては、社会保障関係費に係る改革の基本方針として、社会保障制度の構造改革を進め、高齢化等に伴い必要となる社会保障関係費の増加額をできる限り抑制することが規定された。また、集中改革期間（1998（平成10）～2000（平成12）年度）中の社会保障関係費の量的縮減目標として、1998年度の当初予算額は、1997（平成9）年度の当初予算額に3,000億円を加算した額を下回ること、1999（平成11）年度・2000年度の当初予算額は、前年度の当初予算額におおむね100分の102を乗じた額を上回らないこととされた。

また、医療保険制度改革については、医療保険制度の安定的運営を図るため、2000年度までのできるだけ早い時期に、医療保険制度等の抜本的な改革を行うための検討を行い、その結果に基づいて必要な措置を講ずること等が規定されており、年金制度改革については、集中改革期間中の最初に行われる財政再計算において年金給付のあり方、保険料率のあり方等に検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずることなどが規定された。さらに、社会保険事業の事務費のあり方について検討するとともに、1998年度から2003（平成15）年度までの間、その一部に保険料財源を充てることが規定されている。

(3)

### 財政構造改革に係る厚生省の取組み

1998(平成10)年度の厚生省予算は、財政構造改革法の規定により、厚生省予算の大部分を占める社会保障関係費について政府全体として対前年度3,000億円を下回る増額とされた。高齢化の進行により、医療、年金、福祉の各分野において毎年多額の自然増が発生する厚生省予算にとって、この制約は大変厳しいものであるが、すべての既定経費の見直し、薬価の適正化等の総合的な医療費適正化対策を進め、予算を取りまとめた。

なお、こうした厳しい条件の下においても、介護保険法の円滑な施行に向けた新ゴールドプランに基づく介護サービスの供給体制の整備を始め、緊急保育対策等5か年事業、障害者プランの着実な推進やダイオキシン、新型インフルエンザ対策などの国民の健康を守るための緊急の課題に最大限の配慮をした予算となっている。

(4)

### 財政構造改革法の見直し

昨年末の相次ぐ大型金融機関の破たん、アジアの幾つかの国の金融・経済の混乱など、内外の悪条件が一斉に重なり、我が国経済は極めて深刻な状況となっている。以上のような我が国の経済の状況を踏まえれば、財政構造改革を進めつつも、その時々状況に応じ、いわば緊急避難的に適切な措置を講じ得るような枠組みを整備する必要がある。このような認識の下、1998(平成10)年4月24日、経済対策閣僚会議において、総事業規模が16兆円を上回ると同時に、国・地方の財政負担が12兆円程度となる、過去最大規模の経済対策が決定されるとともに、財政構造改革会議が開催され、特例公債発行枠の弾力化を可能とする措置、財政健全化目標の目標年次の2年延長に併せ、1999(平成11)年度における社会保障関係費の量的縮減目標の見直しが決定された。具体的には、社会保障関係費については、緊急避難的な措置として1999年度に限り「おおむね2%」という量的縮減目標は停止するが、財政構造改革法の趣旨を踏まえ、その増加額は極力抑制することとされた。この決定を受け、第142回国会にこれらの内容を盛り込んだ法律案(「財政構造改革の推進に関する特別措置法の一部を改正する法律案」)が提出され、1998年5月22日に衆議院で可決された。

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第2節 介護保険制度の創設と介護サービスの供給体制の整備

###### 1 要介護高齢者等をめぐる状況

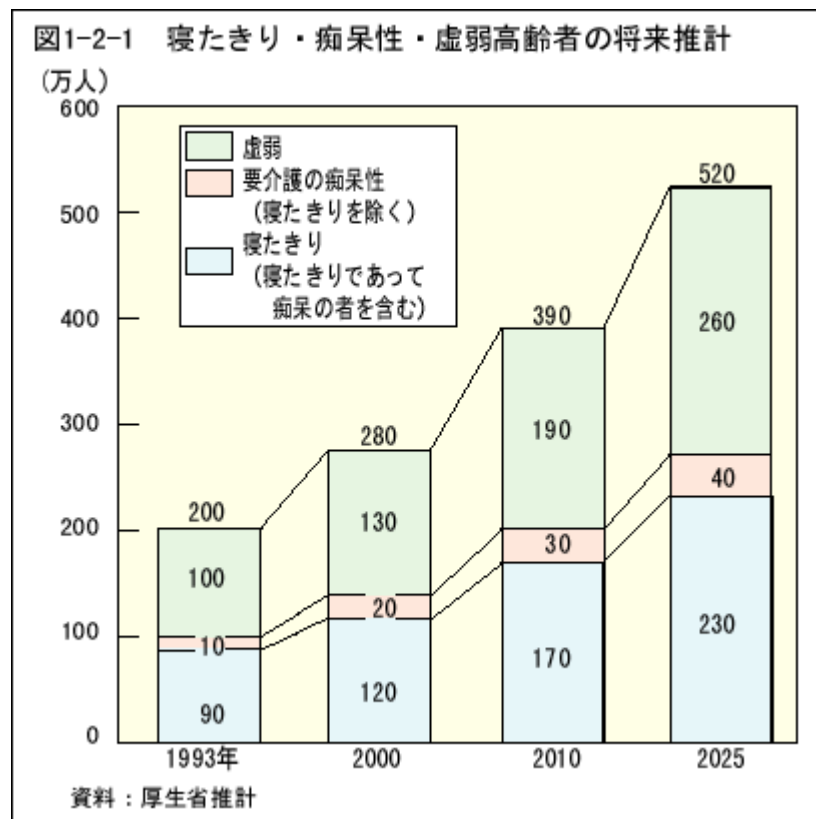
---

(1)

#### 要介護高齢者の増加

高齢化の進展に伴い、介護を必要とする高齢者が急速に増えることが見込まれている。寝たきりや痴呆、虚弱となり介護や支援を必要とする要援護高齢者は現在約200万人に上っており、2000（平成12）年には280万人、2025（平成37）年には520万人に達すると予測されている。かつての平均寿命の短かった時代とは異なり、今日のような長寿社会では、介護の問題は決して特別のことでも、限られた人のことでもなく、国民の誰にでも起こり得るものとなってきている。

図1-2-1 寝たきり・痴呆症・虚弱高齢者の将来推計



(2)

### 介護の長期化・重度化

1995(平成7)年の調査によると、寝たきりの者のうち、3年以上寝たきりの者は53%と半数に達し、約4分の3の者について1年以上寝たきりの期間が続いている。また、「平成7年度人口動態社会経済面調査(高齢者死亡)」によると、65歳以上で亡くなった方の平均寝たきり期間は、約8.5か月という調査結果も出ている。

(3)

### 家族介護の現状

我が国の高齢者介護は、家族による介護に大きく依存している。最近の調査によると、寝たきりの高齢者を介護している人の85%は女性であり、また、続柄で見ると、「子の配偶者」が34%、次いで「配偶者」が27%となっている。

介護をしている人の高齢化も進んでいる。60歳を超えた介護者が50%以上を占め、70歳を超える介護者も20%以上となっており、「高齢者が高齢者を介護する」場合が増えている。

こうした中、65歳以上の高齢者の子との同居率は、1980(昭和55)年には69%であったものが、1997(平成9)年には52.2%にまで低下してきている。また、近年、高齢者のみ世帯の増加が著しく、高齢者の4割は高齢者単独か夫婦のみで暮らしているのが現状であり、家族の介護機能の低下は著しいものと考えられる。

さらに、実際に介護をしている者は、家族が身体的にも精神的にも大きな負担を負っており、家族はま

さに「介護疲れ」の状態にある場合がしばしば見られ、家族間の人間関係そのものが損なわれるような状況も生じている。

(4)

#### 社会にとっての介護問題

家族介護のために、働き盛りの人たちが、退職、転職、休職等を余儀なくされるような事態が生じており、本人や家族はもちろんのこと、社会全体にとっても大きな損失となっている。また、介護を主として女性が担っている実態から見れば、介護はとりわけ女性就業の阻害要因となっているといえる。

---

---

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第2節 介護保険制度の創設と介護サービスの供給体制の整備

###### 2 介護保険制度創設のねらい

---

このように、高齢化の進展に伴い、今後、寝たきりや痴呆の高齢者が急速に増加する一方で、家族の介護機能の変化などが起こっており、高齢者介護問題は老後の最大の不安要因となっている。

しかし、高齢者介護サービスは、現行の制度においては、老人福祉と老人保健の2つの異なる制度の下で提供されていることから、利用手続や利用者負担の面で不均衡があり、総合的なサービス利用ができなくなっている。また、

1)

老人福祉制度については、行政がサービスの種類、提供機関を決めるため利用者がサービスを自由に選択できない

2)

老人保健制度については、介護を主たる目的とする一般病院への長期入院（いわゆる社会的入院）が生じているなど医療サービスが非効率に提供されている面があるなどの問題が指摘されている。

介護保険制度は、これらの両制度を再編成し、国民の共同連帯の理念に基づき、給付と負担の関係が明確な社会保険方式により社会全体で介護を支える新たな仕組みを創設し、利用者の選択により保健・医療・福祉にわたる介護サービスが総合的に利用できるようにしようとするものである。

また、介護保険制度の創設は、介護を医療保険から切り離すとともに、医療については、治療という目的にふさわしい制度として、医療提供体制を含む総合的かつ抜本的な医療制度の改革を実施する前提をつくるなど、社会保障構造改革の第一歩として位置づけられる。

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第2節 介護保険制度の創設と介護サービスの供給体制の整備

#### 3 介護保険制度創設の経緯

---

21世紀に向けた高齢者介護制度のあり方については、1994（平成6）年3月に高齢社会福祉ビジョン懇談会が取りまとめた「21世紀福祉ビジョン」において、誰もが介護を受けることができる新たな仕組みの構築が提言され、また、同年12月に高齢者介護・自立支援システム研究会が取りまとめた報告書において、高齢者の自立支援という基本理念の下、介護に関連する既存制度を再編成し、社会保険方式に基礎を置いた新たな仕組みの創設を目指すことが提言された。

この報告を踏まえ、1995（平成7）年2月から、厚生大臣の諮問機関である老人保健福祉審議会において議論が重ねられ、厚生省は、1996（平成8）年6月に介護保険制度案大綱を同審議会等に諮問し、答申を得た。

この時点では関係者の合意が得られず、国会への法案提出には至らなかったが、要綱案を基本として次期国会に法案提出を図る旨が与党3党間で合意された。同年夏には与党3党が地方公聴会を開催し、市町村長や保健・医療・福祉関係者等の意見を聴取し、検討を行った結果、同年9月に、市町村に対する支援の強化や在宅サービスと施設サービスの2000（平成12）年度からの同時実施などの修正事項が取りまとめられた。

厚生省はこれを踏まえ、同年11月、介護保険法案を第139回臨時国会に提出した。法案は1年余りにわたり国会で審議されたが、衆議院では、介護保険事業計画（後述）の策定に当たり被保険者の意見を反映させること、制度全般の見直し時期を明記すること等を内容とする修正が、また、参議院では、国が講ずべき措置として介護サービスの供給体制の整備に関する施策を追加する内容の修正が行われた。これらの修正を受けて、法案は1997（平成9）年12月9日、第141回臨時国会において可決成立し、同月17日に公布された。

---



## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

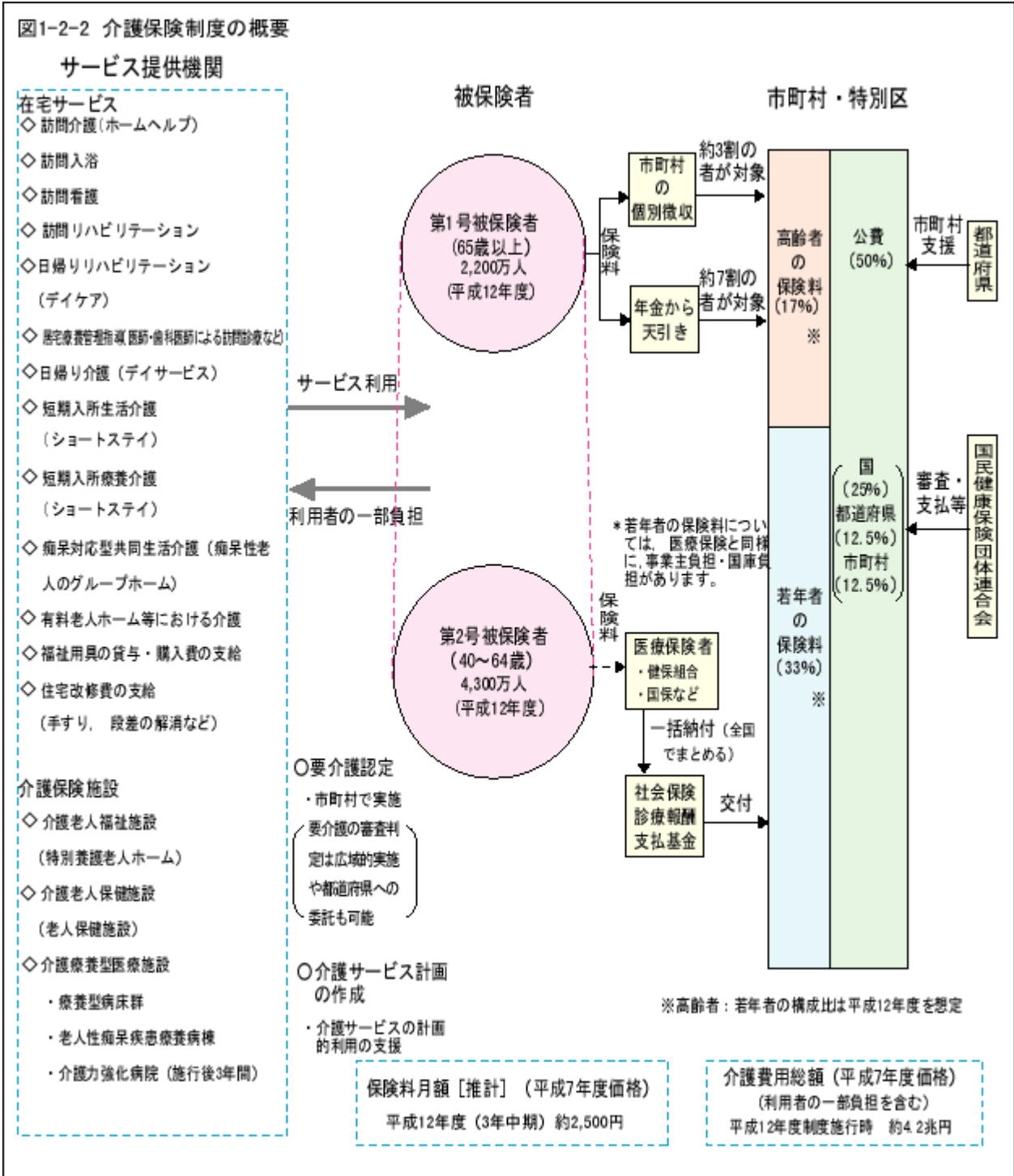
#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第2節 介護保険制度の創設と介護サービスの供給体制の整備

###### 4 介護保険制度の概要

---

図1-2-2 介護保険制度の概要



(1)

## 保険者

介護サービスの地域性や、市町村の老人福祉・老人保健事業の実績を考慮し、また、高齢者に対するサービスの決定権限が市町村に一元化されているという地方分権の流れも踏まえて、国民に最も身近な行政単位である市町村を介護保険制度の保険者(運営主体)としている。その上で、国、都道府県、医療保険者、年金保険者が市町村を財政面、事務面から支援することとしている。

(2)

## 被保険者の範囲

被保険者は40歳以上の者としている。これは、40歳以上になると、初老期痴呆や脳卒中による要介護状態の発生の可能性が高くなるほか、自らの親も要介護状態になる可能性が高く、介護保険制度の創設により、家族としての介護負担が軽減されると考えられるからである。

また、被保険者については、65歳以上の第1号被保険者と40歳以上65歳未満の医療保険加入者である第2号被保険者の2つに区分している。これは、65歳以上の高齢者と、40歳から65歳未満の者では要介護の発生率や、保険料の算定の考え方や徴収の方法が異なることによる。第1号被保険者が負担する保険料は、専ら自らが受ける介護サービスに対応したものであり、サービス水準に応じて市町村単位で保険料を算定する。これに対し、第2号被保険者が負担する保険料は、自らが受ける介護サービスへの対応のみならず、老親の介護を社会的に支援するという世代間連帯の性格も有していることから、市町村単位でなく、各医療保険者が医療保険料と一括して徴収することとしている。

(3)

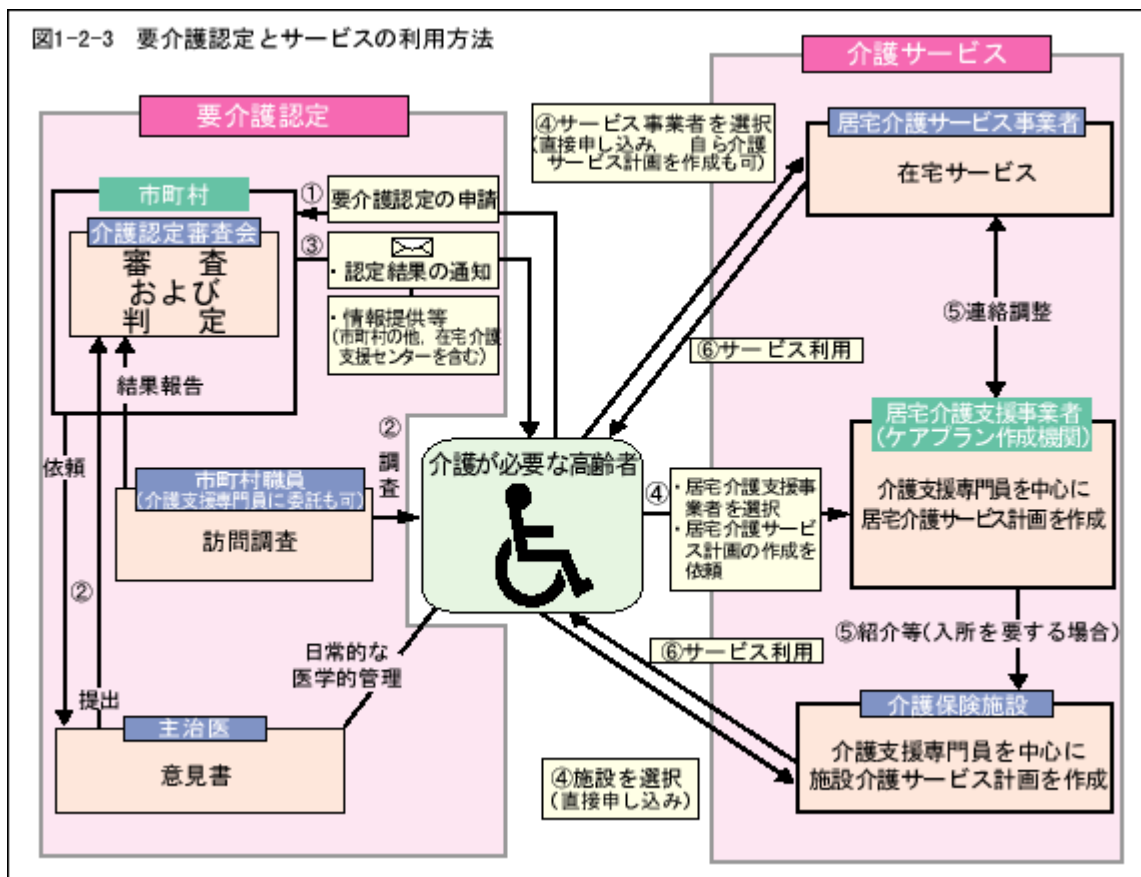
## 保険給付の手続および内容

1)

### 要介護認定

要介護状態にある被保険者（要介護者）又は要介護状態となるおそれがある状態にある被保険者（要支援者）に対し保険給付が行われる。要介護状態（又は要支援状態）にあるかどうか、また、その介護の必要の程度（要介護度）を確認するために、要介護認定（又は要支援認定）が行われる。具体的には、被保険者は市町村に対し要介護認定等の申請を行い、申請を受けた市町村は、当該被保険者の心身の状況に関する調査を行う。その結果とかかりつけ医の意見に基づき、市町村に設置される介護認定審査会において審査判定が行われ、その結果に基づき市町村が要介護認定を行うこととしている。このうち、心身の状況の調査については、市町村職員が行うほか、居宅介護支援事業者（ケアプラン作成機関）や介護保険施設に委託することができる。この場合には、これらの事業者等に配置された介護支援専門員（ケアマネジャー）が調査を行う。

図1-2-3 要介護認定とサービスの利用方法



要介護認定等が行われると、申請日以降に利用したサービスについて給付が受けられる。また、申請日以前に利用した介護サービスについても、緊急やむを得ないものについては給付の対象となる。

要介護認定等には有効期間が付され、継続してサービスを受けるためには認定の更新を受ける必要がある。また、状態が重くなった場合については、有効期間の途中であっても要介護度の変更の認定を受けることができる。

なお、要介護認定については、1996（平成8）年度より全国で試行的事業を行い、認定実施に当たっての実務上の課題や対応方策に関する調査研究を行っているところであり、1996年度は60か所、1997（平成9）年度には約400か所で事業を実施してきたが、1998（平成10）年度は全市町村において実施する予定である。

2)

### 保険給付の内容

要介護者については、在宅・施設両面にわたる多様なサービスを給付することとし、要支援者に対しては、要介護状態の発生の予防という観点から、在宅サービスを給付することとしている。具体的なサービス内容については次表のとおりである。

表1-2-4 保険給付の内容

表1-2-4 保険給付の内容

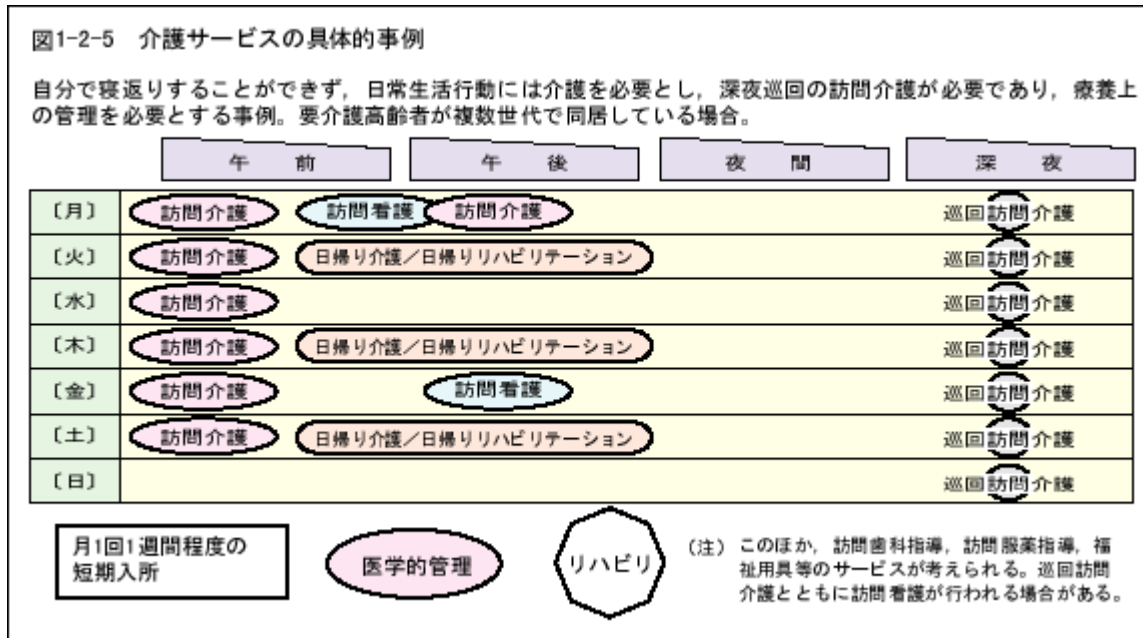
	在宅サービス	施設サービス
要介護者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護(ホームヘルプサービス)</li> <li>・訪問入浴</li> <li>・訪問看護</li> <li>・訪問リハビリテーション</li> <li>・日帰りリハビリテーション(デイケア)</li> <li>・居宅療養管理指導(医師・歯科医師による訪問診療など)</li> <li>・日帰り介護(デイサービス)</li> <li>・短期入所生活介護(ショートステイ)</li> <li>・短期入所療養介護(ショートステイ)</li> <li>・痴呆対応型共同生活介護(痴呆性老人のグループホーム)</li> <li>・有料老人ホーム等</li> <li>・福祉用具の貸与・購入</li> <li>・住宅改修費の支給(手すり, 段差の解消など)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)</li> <li>・介護老人保健施設(老人保健施設)</li> <li>・介護療養型医療施設                         <ul style="list-style-type: none"> <li>・療養型病床群</li> <li>・老人性痴呆疾患療養病棟</li> </ul> </li> <li>・介護力強化病院(施行後3年間)</li> </ul>
要支援者	・同上(痴呆対応型共同生活介護を除く。)	

(注) 当面現金給付は行わない。家族介護は短期入所生活介護および短期入所療養介護の利用枠の拡大等により支援する。

介護保険では、在宅サービスについては、要介護度に応じ、保険給付の上限額（支給限度額）が設定されることとなっている。また、施設入所者については、要介護度別に給付額が設定されることとなっている。なお、在宅サービスの支給限度額や介護サービスの費用の額等の具体的な内容については、今後、医療保険福祉審議会における議論を踏まえて設定することとしている。

介護保険では、利用者が自らの意思に基づいて利用するサービスを選択し決定することが基本となる。こうした利用者の自己決定を支援するため、市町村、居宅介護支援事業者（ケアプラン作成機関）等が幅広く介護サービスに関する情報の提供を行うこととなっている。また、利用者は、居宅介護支援事業者に依頼して、本人の心身の状況や希望などを勘案して介護サービス事業者等との連絡調整を行ってもらい、利用する在宅サービスの種類や内容を定めた介護サービス計画（ケアプラン）を作成してもらうことができる。また、利用者自らがサービスの利用計画を作成することにより、在宅サービスを受けることも可能である。

図1-2-5 介護サービスの具体的事例



## 利用者負担

利用者負担については、サービスを利用する人とししない人との負担の公平、サービス利用についての費用負担意識の喚起などの観点から、介護サービス費用の1割の利用者負担が設けられている。また、施設入所の食費負担については、医療保険制度と同様に、在宅で生活している要介護者との負担の公平を図るため、標準負担額（平均的な家計において負担する費用に相当する額）を設定して利用者の負担とする。また、1割負担が高額になる場合には負担の上限を設け、それを超える額については高額介護サービス費を支給する。

なお、低所得者に対しては、食事の標準負担額および高額介護サービス費の支給基準について低い額を設定し、配慮することとしている。

表1-2-6 現行制度を前提とした利用者負担の比較

表1-2-6 現行制度を前提とした利用者負担の比較

	現行(平成7年度価格)	制度創設後(平成7年度価格)(おむつ代を給付)
特別養護老人ホーム	平均4.5万円	約4.7万円(一部負担2.4万円+食事負担2.3万円)
介護老人保健施設	約6.0万円(日常生活費分約1.3万円を含む)	約6.0万円(一部負担2.7万円+食事負担2.3万円)
療養型病床群等	約5.3万円(平成9年9月～)	約6.1万円(一部負担3.8万円+食事負担2.3万円)

(注) 特別養護老人ホームの現行の負担は、入所者および扶養義務者の所得に応じて徴収されることになっている。  
 なお、施行時点の特別養護老人ホームへの入所者については、施行後5年間おむつ代について負担能力に応じた減免措置を講じる。

(5)

## 保険料

1)

### 第1号被保険者（65歳以上の人）

第1号被保険者については、市町村ごとに所得段階に応じた定額保険料が設定される。また、保険料額は、市町村のサービス水準に応じて高くなったり低くなったりする。設定は3年ごとの中期的な見直しに基づき行われる。

保険料の徴収に当たっては、一定額以上の老齢・退職年金受給者については、年金からの特別徴収（いわゆる天引き）が行われ、それ以外の者については、市町村が個別に徴収する。年金からの天引きの対象者は約7割と推計されている。

2)

### 第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険に加入している人）

医療保険者は、第2号被保険者1人当たりの全国均一額に各医療保険制度に加入している第2号被保険者の数を乗じた額を介護納付金として社会保険診療報酬支払基金に納付することとされており、基金は集めた納付金を各市町村に一定割合で交付する取扱いとなっている。

医療保険者は、この納付金が納められるよう、それぞれの医療保険制度の算定方法に基づき第2号被保険者の保険料を設定し、一般の医療保険料に上乗せする形で一括して徴収することとされている。

(6)

### 財源構成

財源については、制度における公的責任や現行制度との整合性、また、必要な費用を保険料のみで賄うこととした場合、被保険者に過大な負担となるおそれがあることなどを踏まえ、総給付費の2分の1を公費で負担する。公費のうち、国、都道府県、市町村の負担割合は、2：1：1（それぞれ総給付費の25%、12.5%、12.5%）とする。

なお、国費の5%分は、市町村間の財政力の格差の調整のために充てられることとなっており、具体的には、（ア）要介護度の危険性の高い後期高齢者の加入割合の相違、（イ）高齢者の負担能力（所得水準）の相違、（ウ）災害時の保険料減免等特殊な場合といった事由について調整を行う。

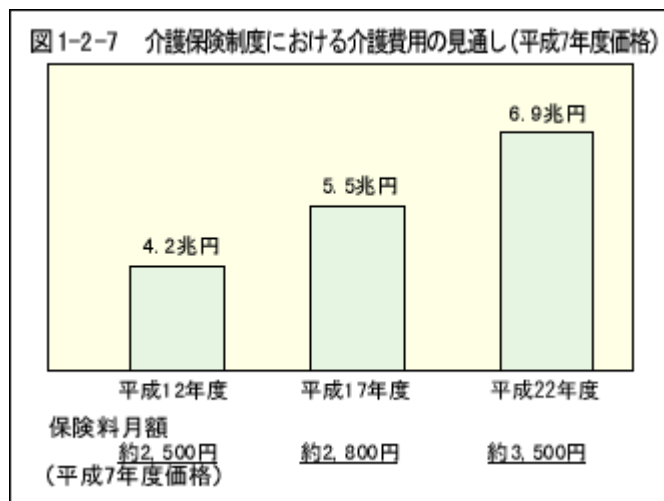
(7)

### 市町村への支援

財政面の支援としては、（ア）要介護認定に係る事務経費の2分の1相当額を国が交付する、（イ）都道府県に財政安定化基金を置き（財源は、国、都道府県、第1号被保険者の保険料が3分の1ずつ）、見通しを上回る給付費の増加や保険料の未納による保険財政の赤字を一時的に補てんするための資金を貸与・交付することとしている。

また、事務実施面では、都道府県は、複数の市町村による介護認定審査会の共同設置に対して支援し、市町村による実施が困難な場合には委託を受けて審査判定業務を行うこともできている。

図1-2-7 介護保険制度における介護費用の見通し(平成7年度価格)



(8)

### 介護サービスの供給体制の整備

国が策定した基本指針に基づき、市町村、都道府県がそれぞれ市町村介護保険事業計画、都道府県介護

保険事業支援計画を策定し、介護サービスの供給体制の整備を計画的に推進することとしている。

(9)

#### 施行と制度全般に関する検討

2000（平成12）年度から、在宅サービスに関する給付と施設サービスに関する給付を同時に実施する。なお、法律施行の推移や状況変化、あるいは社会経済情勢等を踏まえ、被保険者の範囲、保険給付の水準・内容、保険料の負担のあり方を含め介護保険制度全般について、制度施行後5年を目途として、必要な見直しを行うこととしている。

---

---

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare



## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第2節 介護保険制度の創設と介護サービスの供給体制の整備

##### 5 介護保険制度の円滑な施行に向けて

介護保険制度は2000（平成12）年度からの施行であるが、要介護認定等の事務は半年前から本格化される必要がある。施行当初から制度が円滑に実施されるためには、市町村等において要介護認定、介護保険事業計画の策定や事務処理体制の整備などの施行準備が円滑に行われる必要がある。国としても、介護支援専門員（ケアマネジャー）の養成の方法、介護保険事業計画の策定のための国の基本指針、要介護認定の基準など介護保険に関する主要事項について、順次、医療保険福祉審議会の審議を得ながら検討していくこととしている。

#### ■ 介護保険に関する広域的な取組みについて ■

介護保険を円滑に実施していくためには、市町村における人的・組織的体制を確立するとともに、安定的な財政基盤を構築することが必要であり、介護保険の運営に当たって市町村の枠を超えて広域的に対応することもそのための有効な方策の1つである。

広域的な対応としては、1)広域連合等を設立し介護保険に関する事務の全体又は一部を共同処理する、2)介護認定審査会を共同設置し要介護認定事務を広域的に実施する、3)介護保険法に基づく市町村相互財政安定化事業を活用するといったことが考えられる。

実際、1997（平成9）年度の要介護認定の試行的事業では、約3分の2の市町村が事業を共同実施するなど、要介護認定事務についてはある程度広域化の実績が上がっている。

北海道の中空知地方においては、奈井江町を中心とした広域化の取組みが進んでいる。1996（平成8）年12月には奈井江町と浦臼町が共同で独自の「要介護認定審査会」を設置し、在宅・施設介護サービスの申請をすべて審査会に諮り、要介護度やサービス利用の可否を決定している。また、1997年度の要介護認定の試行的事業は近隣5町（奈井江町、浦臼町、新十津川町、雨竜町、上砂川町）共同で実施した。1997年4月には、この5町間で共同して介護保険の広域的取組みを行っていくことで合意し、5月には5町の助役・保健福祉担当課長で構成される「中空知5町介護保険事務研究協議会」が設置された。さらに12月には、歌志内市を含めた5町1市の体制となり、現在、同協議会を中心として、要介護認定の試行的共同実施や、基盤整備の広域的取組み、保険事務の広域化に向けた検討などを行っている。

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第2節 介護保険制度の創設と介護サービスの供給体制の整備

###### 6 介護サービスの供給体制の整備

---

(1)

#### 新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）の進捗状況とその評価

21世紀の超高齢社会の到来を目前にして、すべての国民が安心して老後を送ることができる「長寿・福祉社会」を実現していくためには、老後最大の不安である介護サービスが「いつでも・どこでも・誰にでも」提供されることが重要である。このため、厚生省では、現在、全国の地方自治体において策定された老人保健福祉計画の集大成である新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）を推進している。

新ゴールドプランにおいては、当面緊急に行うべき高齢者介護サービス基盤の整備目標を掲げるとともに、1)利用者本位・自立支援、2)普遍主義、3)総合的サービスの提供、4)地域主義を基本理念とし、各種サービスの整備の方向性を示す施策の基本的枠組みを提示している。2000（平成12）年4月からの実施が予定されている介護保険制度を円滑に導入するためにも、新ゴールドプランに基づき、介護サービスの供給体制を着実に整備することが当面の課題となっている。

表1-2-8 新・高齢者保健福祉推進十か年戦略(新ゴールドプラン)の進捗状況

表1-2-8 新・高齢者保健福祉推進十か年戦略(新ゴールドプラン)の進捗状況

区分	年度	平成6年度予 算( )内は実 績	平成7年度予 算( )内は実 績	平成8年度予 算( )内は実 績	平成9年度予算	平成10年度予算	新ゴールドプ ラン(平成11 年度)
在宅 サー ビス	訪問介護員(ホームヘルパー)	59,005人 (79,689人)	92,482人 (95,578人)	122,482人 (118,779人)	151,908人	167,908人	170,000人
	短期入所生活介護(ショートステイ)	25,827人分 (27,127人分)	30,627人分 (33,034人分)	122,482人 (118,779人)	44,834人分	51,917人分	60,000人分
	日帰り介護(デイサービス)／ 日帰りリハビリテーション(デイケア)	5,273か所 (3,993か所)	8,643か所 (6,401か所)	10,322か所 (7,922か所)	12,084か所	14,156か所	17,000か所
	在宅介護支援センター	2,472か所 (1,777か所)	3,472か所 (2,651か所)	4,672か所 (3,347か所)	6,172か所	7,964か所	10,000か所
	老人訪問看護事業所 (老人訪問看護ステーション)	(718か所)	1,500か所 (1,235か所)	2,300か所 (1,863か所)	3,200か所	4,100か所	5,000か所
施設 サー ビス	特別養護老人ホーム	216,199人分 (217,417人分)	231,509人分 (233,560人分)	247,109人分 (249,017人分)	262,709人分	276,355人分	290,000人分
	老人保健施設	139,811人分 (93,994人分)	165,811人分 (120,298人分)	191,811人分 (147,243人分)	220,811人分	249,811人分	280,000人分
	介護利用型軽費老人ホーム (ケアハウス)	23,700人分 (9,889人分)	30,700人分 (16,893人分)	38,200人分 (23,326人分)	51,350人分	64,500人分	100,000人分
	高齢者生活福祉センター	200か所 (158か所)	240か所 (186か所)	280か所 (204か所)	320か所	360か所	400か所

(注)1. 訪問介護員(ホームヘルパー)については障害者プランで平成8年度において8,000人、平成9年度において7,500人、平成10年度において8,600人(累計24,100人)の上乗せが行われている。



2. 日帰り介護(デイサービス)／日帰りリハビリテーション(デイケア)の平成6年度の数値には日帰りリハビリテーション(デイケア)分は含まず、平成7・8年度の数値には各年度の7月1日現在の日帰りリハビリテーション(デイケア)実施か所数を含む。

新ゴールドプランの進捗状況を見ると、全般的にはおおむね順調であるが、地域により、あるいはサービスの種類により、差が生じており、とりわけ在宅サービスの供給体制の整備に立ち後れが見られる。また、在宅サービスの利用状況を見ると、利用回数等は、総じて増加しているものの、地域間の格差はむしろ拡大している。

なお、高齢者の多くは、できる限り住み慣れた家庭や地域で老後生活を送ることを願っているが、このように在宅サービスの供給体制の整備に立ち後れがあるために、在宅において生活することが可能であるにもかかわらず特別養護老人ホームへ入所せざるを得ない人や、入所後に要介護状態が改善しても特別養護老人ホームから退所できない人がいるなど、施設サービスへの過大な需要が生じている面もあると考えられる。

図1-2-9 平成8年版老人保健福祉サービス利用状況地図(老人保健福祉マップ)-在宅福祉サービス利用状況と特別養護老人ホーム定員率-

図1-2-9 平成8年版老人保健福祉サービス利用状況地図(老人保健福祉マップ)  
—在宅福祉サービス利用状況と特別養護老人ホーム定員率—

-  在宅福祉サービス3種を総合した利用状況の指標が全国平均以下
-  特別養護老人ホーム定員率が全国平均以上

(平成8年3月末現在)

(注) 在宅福祉サービス3種(訪問介護、日帰り介護、短期入所生活介護)の利用状況を総合的に表すために、各々の利用状況について偏差値に換算し、その平均値を総合的な利用状況の指標として用いた。

斜線があつて、さらに網掛がある都道府県については、在宅サービスと施設サービスとの均衡がとれていない(施設サービスは全国平均以上であるが、在宅サービスは全国平均以下)ということが示唆され、在宅サービスの一層の充実が望まれる。



表1-2-10 在宅サービスの利用状況

表1-2-10 在宅サービスの利用状況

		7年度	元年度	対元年度 (伸び率)	格差 (7年度)	格差 (元年度)
訪問介護 (ホームヘルプサービス) 利用状況	65歳以上人 □100人当 たり年間利 用回数	99.6回	41.5回	58.1回 (140.0%)	129.6回	66.5回
日帰り介護 (デイサービス) 利用状況	65歳以上人 □100人当 たり年間利 用日数	112.8日	15.8日	97.0日 (613.9%)	176.9日	36.5日
短期入所生活 介護(ショート ステイ)利用状 況	65歳以上人 □100人当 たり年間利 用日数	31.7日	6.1日	25.6日 (419.7%)	43.4日	14.0日

(注) 1. 日帰り介護(デイサービス)利用状況については、平成7年度は老人保健施設日帰りリハビリ(デイケア)の年間利用日数も含まれている。

2. 格差については、利用状況における最高の都道府県と最低の都道府県の差である。

資料:平成8年版老人保健福祉サービス利用状況地図(老人保健福祉マップ)

(2)

地域の実情に応じた施策の展開

以上のような課題に対応するため、各地方自治体が地域の実情に応じて施策を展開できるよう、以下のような取組みを推進している。

1)

### 在宅サービスにおける多様な事業主体の参入

増大する介護サービス需要に的確に対応し、利用者の選択の機会を確保するためには、民間企業、農業協同組合、生活協同組合、住民参加型非営利組織など、多様な事業主体による介護サービスの提供が重要である。また、在宅サービスについては、介護保険制度の下において、公民の主体の種別を問わず、原則として同じ条件を満たした事業者が参入できるようになっており、そのためにも、今から、多様な事業主体の参入を促進することが求められている。

こうしたことから、従来より、訪問介護（ホームヘルプサービス）等の在宅サービスについて、民間企業、農協等を含め多様な事業主体に対する市町村の委託の推進を図っており、1998（平成10）年2月には、日帰り介護（デイサービス）および短期入所生活介護（ショートステイ）について、民間事業者等に対する市町村の委託を認めた。

また、1997（平成9）年度より、過疎地において民間企業や農協等を活用するに当たっての課題や問題点を把握するため、「過疎地域等在宅保健福祉サービス推進試行的事業」を実施している。さらに、1998年度においては、都市部における民間非営利組織等の活用に当たっての課題や問題点を把握するため、「都市部等住民参加型在宅保健福祉サービス推進試行的事業」を実施することとしている。

2)

### 既存施設の有効活用

介護サービスを効率的に提供するためには、既存の社会資源を有効に活用することが求められている。このため、公立学校の余裕教室などを老人日帰り介護施設（デイサービスセンター）等に転用する場合や、廃校となる学校の建物を活用して特別養護老人ホーム等の老人福祉施設を整備する場合に、財産処分の手続きが簡素化されている。また、1997年度から、自宅の近くで必要なサービスを受けられるよう、公衆浴場や公民館などの既存公共施設等を活用する「既存施設活用型日帰り介護（サテライト型デイサービス）事業」を実施している。

3)

### 特別養護老人ホーム入退所計画実践試行的事業の実施

施設における24時間の専門的な介護を必要とする高齢者が特別養護老人ホームに早期に入所できるよう、また、介護利用型軽費老人ホーム（ケアハウス）を含む住宅における生活がふさわしい入所者については、退所が可能となるよう、特別養護老人ホームにおける円滑な入退所の促進を図ることが重要である。このため、在宅から施設へ、あるいは施設から在宅への円滑な移行が図られるよう、1997年度から、入退所計画の作成やそれに基づく入所前又は退所後の在宅サービスの提供を組み合わせる事業を試行的に実施している。

(3)

### 地域における総合的な保健福祉サービスの充実

高齢者およびその家族を支援するため、介護保険給付の対象とならないサービスを含め、地域における保健福祉サービスが連携をとって提供される体制の構築に努めることが必要である。そのため、地域の実情に応じて総合的な保健福祉サービスの展開が図られるよう、以下のような取組みを展開していく。

1)

### 在宅介護支援センターの再構築

在宅介護支援センターは、介護保険制度導入後も、地域において総合的な保健福祉サービスに関する相談援助業務を担っていくことが求められる。そこで、1998（平成10）年度から、市町村内のすべての在宅介護支援センターを包括する連絡支援体制を形成することを条件に、特別養護老人ホーム等に併設する「標準型」に加え、大都市のビルの貸事務所等を利用する「単独型」および市町村の保健福祉センター等に併設して統括・支援業務を併せ行う「基幹型」を整備するとともに、民間事業者等に対する委託を認めることとしている。

2)

### 健康づくりや生きがい対策などの保健福祉サービスの充実

介護保険制度を効率的に運営するためには、健康づくりや生きがい対策など、高齢者が介護を必要とする状態になる前の保健福祉サービスの充実を図ることが重要である。そこで、介護保険給付の対象とならない保健福祉サービスであって、地域の実情に応じて実施され、国としても積極的に推進していく必要があるものについて、1998年度から「高齢者在宅生活支援事業」として助成を開始するなど、市町村の取組みを支援していくこととしている。

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第3節 21世紀に向けての医療制度改革

###### 1 医療制度をとりまく状況と抜本改革の必要性

我が国では1961（昭和36）年に国民皆保険制度が実現し、以来、30年以上が経過している。その間、国民一人一人がいつでもどこでも等しく質の高い医療が受けられるよう、質・量両面において向上が図られてきた。

しかしこの間、医療保険をとりまく環境は大きく変化してきており、とりわけ近年においては、経済基調の変化により保険料収入が伸び悩んでいる中で医療費は増大を続け、このまま少子・高齢化が進むと現役世代の負担がますます過重になり、医療保険制度そのものが崩壊することにもなりかねない状況となっている。

21世紀の本格的な少子・高齢社会において、すべての国民が安心して良質な医療サービスを受けることができるような国民皆保険制度を維持し、次世代へ受け継ぐためにも、医療保険制度と医療提供体制の両面にわたる抜本改革の実現が急務となっている。

(1)

#### 医療費の動向

1)

#### 医療費の増加と経済との不均衡

近年の国民医療費の動向を見ると、平均で毎年5%程度、金額にして平均1兆3,000億円程度の規模で増加を続けており、1995（平成7）年度では約27兆円に上っている。特に老人医療費については、急速な高齢化の進行に伴い毎年8%前後の高率で増加しており、同年度には約8.9兆円と国民医療費の約3分の1を占めている。

国民医療費の増加の原因としては、高齢者数の増加とともに、1人1日当たりの医療費の増加の影響が大きい。年間国民1人当たり医療費は、毎年約1万円ずつ増えており、1995年度で年間約21.5万円となっている。

一方、我が国の経済は、かつてのような高成長は期待し難く、国民所得の伸びで見ると、いわゆるバブル経済崩壊後の1992（平成4）年度ごろから毎年1%前後の成長にとどまっているため、国民の医療費の負担水準を示す医療費の国民所得比は、近年急速に上昇し続け、1995年度には7%台に至っている。

図1-3-1 国民医療費の推移

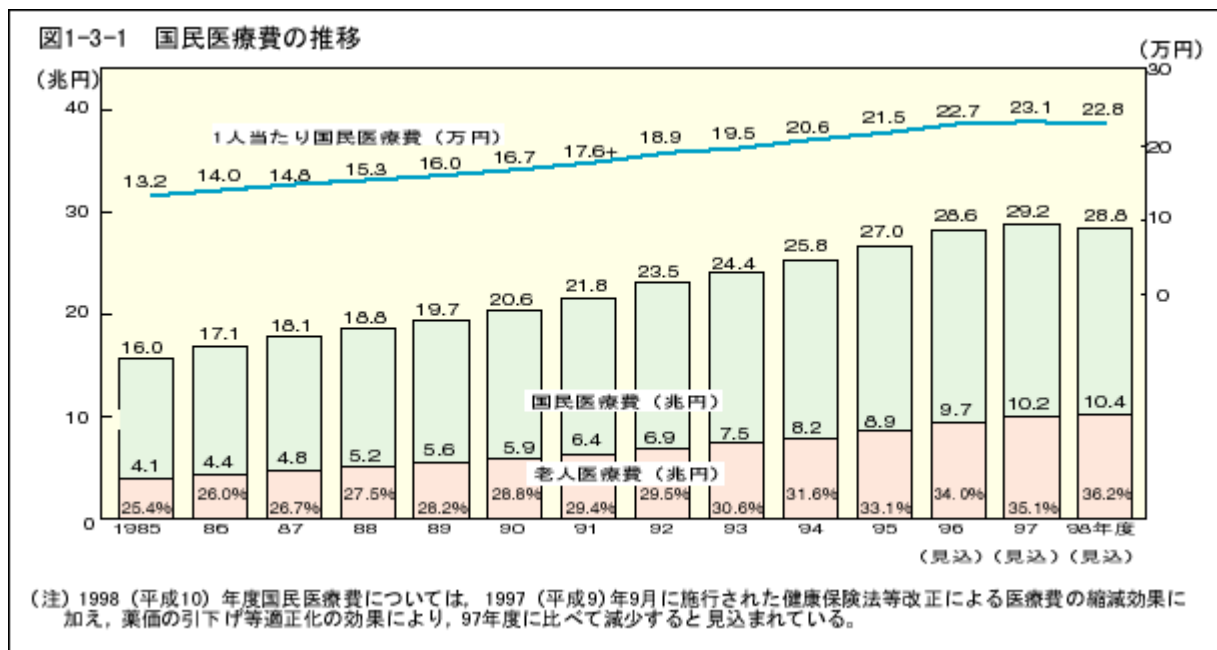
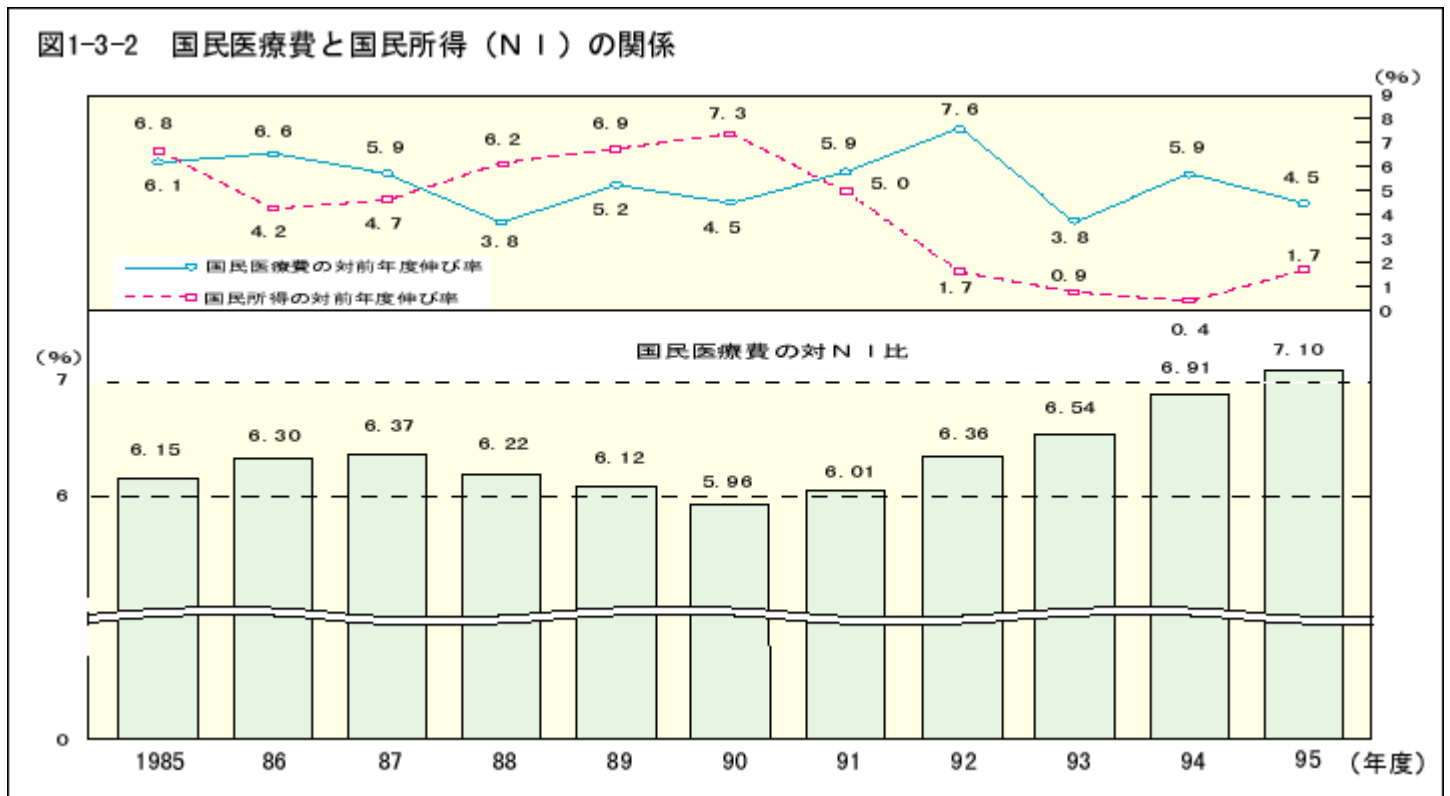


図1-3-2 国民医療費と国民所得(NI)の関係



2)

医療保険財政の状況

このように、医療費が経済動向に関係なく高い水準で伸びているのに対し、保険料収入は近年の低成長経済の下で伸び悩んでいることから、現在、医療保険財政は大幅な赤字構造に陥っている。



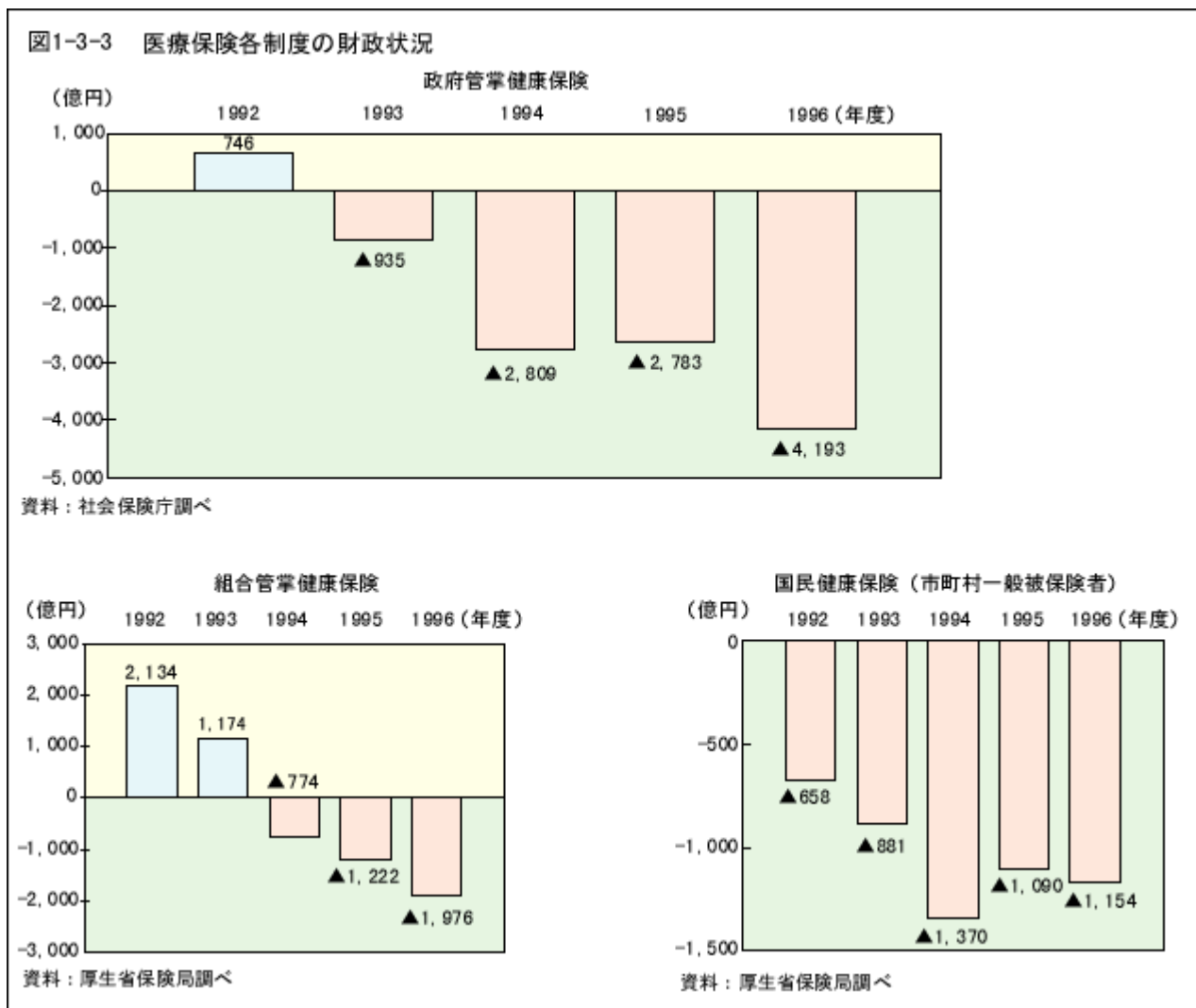
政府管掌健康保険は、1993（平成5）年度以降、赤字が続き、1996（平成8）年度の単年度収支は実質、約4,000億円の赤字となっており、事業運営安定資金も同年度末にはその残高が6,260億円まで減少するなど、深刻な財政状況にある。

組合管掌健康保険では、1994（平成6）年度以降、財政が赤字に転じている。1996年度には赤字は約2,000億円と過去最高額に達し、全組合の約7割に当たる1,293組合が赤字となっている。

国民健康保険についても、低所得者が多い中で被保険者の高齢化が進むなど、各保険者の財政は年々厳しさを増しており、1996年度には全体の65.2%に相当する2,117市町村が赤字となっている。

このような医療保険財政の悪化は、一時的な現象ではなく、医療費の伸びと経済の成長との間の不均衡による構造的なものであると考えられる。

図1-3-3 医療保険各制度の財政状況



(2)

医療提供体制および医療保険制度の抱える課題

こうした中で、国民が安心して良質な医療サービスを受けられるようにするためには、医療の中の無駄や非効率な部分を是正しつつ、医療保険制度および医療提供体制の両面にわたって、根本から見直しを行い、本格的な少子・高齢社会となる21世紀にふさわしい制度に再構築する必要がある。

1)

### 医療提供体制に関する課題

世界に類を見ない急速な高齢化の進展を始め近年の医療をとりまく環境の変化の中で、例えば、社会的入院の存在、国際的にも長い入院期間、いわゆる「3時間待ち3分間診療」と呼ばれる大病院の外来医療の現状に対する患者の不満、医療従事者の地域偏在などの問題が指摘されている。

今後、質の高い医療の確保と医療保険制度の安定的運営との調和を図っていくためには、医療機関の機能分担の明確化、過剰病床の削減や医師数の抑制などを通じて、医療需要に見合った適正かつ効率的な医療提供体制の確立が求められている。

また、質の高い医療を確保するために、患者の立場を重視し、患者と医療従事者との信頼関係を維持しながら、医療に関する情報提供の推進を図っていくことが重要である。

2)

### 医療保険制度に関する課題

現在の医療保険制度においては、高度な医療の保険適用や高額療養費制度などによって、国民誰もが公平に医療を受けることが可能になっているが、一方では、様々な問題点が指摘されるようになっている。

今後、医学医術の進歩によって医療は高度化し、また、高齢化の進行も確実に見込まれることから、医療費が増大していくこと自体は避けられないと考えられる。しかし、現状においては、前記のような外来患者の大病院への集中や、高齢者の社会的入院、過剰な検査や薬剤使用などの高費用構造が医療費の増大に結びついていることは否定できず、これらを是正していくことが求められている。

具体的には、現行の診療報酬（医療機関に対する医療保険からの支払い）は出来高払いを原則としているが、これが過剰な診療を招く誘因となっていることや、薬剤の公定価格として定められている薬価と、医療機関における実際の購入価格との間に差（いわゆる薬価差）が生じているために、薬剤の多用傾向や高価な薬剤が使用されがちな傾向（いわゆる高薬価シフト）が見られることなどが指摘されている。

また、医療費全体の中で老人医療費が占める割合は既に3分の1を上回っており、この割合は高齢化の進行に伴って今後ますます増大していくことが見込まれている。現在、老人医療費は、その大半を若年世代が負担する拠出金で賄っているが、高齢化の著しい国民健康保険のみならず、被用者保険制度においてもこの拠出金が軽視できない負担となっており、老人医療費をいかにして公平、公正に賄うかは、極めて重要な課題となっている。

(3)

### 平成9年医療保険制度改正

こうした課題に対処するために、医療制度の抜本改革を早急に実施することが必要であるが、今後改革を進める上においても、まず当面の財政危機を回避し、医療保険制度の運営の安定を図ることが緊急の課題であったことから、1997（平成9）年6月に健康保険法等の一部改正が行われ、同年9月から施行された。

改正の内容は、1)今後、医療保険制度の抜本改革を進めるに当たり、老人保健制度も含めた医療保険制度全般にわたる課題について国民的見地から幅広い議論を行う必要があることから、従来の医療保険審議会と老人保健福祉審議会を統合して、新たに医療保険福祉審議会を設置したこと、2)被用者保険の被保険者本人の一部負担割合を1割から2割に引き上げたこと、3)老人医療受給対象者の一部負担を見直したこと、4)我が国の薬剤使用の実態にかんがみ、その適正化に資するため、外来患者が薬剤の支給を受けた場合の一部負担を導入したこと、などである。

---

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第3節 21世紀に向けての医療制度改革

#### 2 医療制度の抜本改革の検討

---

医療保険制度の抜本改革が求められているのは、医療費の伸びと経済の成長との均衡が崩れ、このままでは医療保険の運営に支障が生じ、必要な医療サービスを賄うことすら確保できなくなるおそれがあるからである。平成9年医療保険制度改革法案の取りまとめに際しても、また、その後の国会の論議においても、抜本改革に早急に着手する必要があるとの各方面からの指摘があり、与党3党は、1996（平成8）年12月に与党医療保険制度改革協議会（与党協）を設置し、医療保険制度改革について検討を進め、1997（平成9）年4月に、「医療制度改革の基本方針」を取りまとめた。

(1)

#### 21世紀の医療保険制度（厚生省案）

厚生省では、国会における審議および与党3党からの求めに応じ、同年8月7日に「21世紀の医療保険制度」（厚生省案）を取りまとめ、広く国民の議論に供するために公表した。この厚生省案では、次のように広範多岐にわたる問題についての改革案を提示している。

表1-3-4 21世紀の医療保険制度(厚生省案)の概要

表1-3-4 21世紀の医療保険制度(厚生省案)の概要

<p>1 背景</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 急速な人口の高齢化, 医療の高度化等により医療費は増大を続ける一方で, 経済基調は変化。このため, 医療費の伸びと経済成長との間の不均衡が拡大。</li> <li>○ 21世紀の少子高齢社会においても, すべての国民が安心して良質な医療サービスを受けることができるような医療制度と国民皆保険制度を堅持する。</li> <li>○ そのため, 医療保険および医療提供体制の両面にわたる抜本的な改革が必要。</li> </ul> <p>2 厚生省案の概要</p> <p>(1) 診療報酬体系</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 技術, 「もの」, 施設管理費用を明確に区分した評価体系</li> <li>○ 医療機関の機能に応じた評価体系</li> <li>・大病院は入院医療を重視, 中小病院・診療所は外来のプライマリ・ケアを重視。</li> <li>○ 疾患の特性に着目した評価体系</li> <li>・急性疾患は出来高払いを原則, 慢性疾患は定額払いを原則。</li> </ul> <p>(2) 薬価基準制度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 薬価基準制度の廃止, 新たな仕組みの導入</li> <li>・市場の実勢価格を基本に医療保険から償還する基準額を定める新たな仕組みを導入。</li> <li>・医療機関が償還基準額を上回る価格で購入した医薬品については, その上回る部分は患者の負担。</li> <li>○ 手続の透明化等</li> <li>・専門家委員会を設置し, 基準額の設定等の手続を透明化。</li> <li>・市場の実勢価格等に関する情報を公開。</li> </ul> <p>(3) 医療提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療機関の機能分担の明確化</li> <li>○ 長期入院の是正と過剰病床の削減</li> <li>○ 医師, 歯科医師の数の抑制と資質の向上</li> <li>○ 医療における情報提供の充実</li> </ul> <p>(4) 医療保険の制度体系</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 保険集団の見直し</li> </ul> <p>(第1案)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 高齢者を含むすべての国民が加入する地域医療保険制度を創設。</li> </ul> <p>(第2案)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 被用者保険と国保の2本建て, 高齢者医療制度は別建て。</li> <li>- 制度内, 制度間で, 公平・公正の視点に立った必要な調整を行う。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 保険給付の見直し</li> </ul> <p>(A案)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3割程度の定率一部負担とし, あわせて「負担能力のある人には負担を, 負担能力のない人には配慮を」との考え方に立って, 患者の所得に応じた一部負担の償還制度を設ける。</li> <li>また, 大病院の外来におお割程度の定率一部負担とする。</li> </ul> <p>(B案)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 医療費のうち一定額までは自己負担とし, これを上回る部分について定率の一部負担を適用する。</li> <li>・高齢者については, 1割又はおお割程度の定率一部負担とするとともに, 一定以上の所得のある者については, 一般の加入者と同一の負担とする。(償還制度についてはA案と同じ。)</li> </ul> <p>(5) 高齢者医療制度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 独立の保険制度又は市町村が実施する各保険者の共同事業</li> <li>○ すべての高齢者について保険料を徴収, 全額を高齢者医療費に充当</li> <li>○ 若年世代の負担について, 稼得階層である20歳～69歳の加入者数を基礎として各保険者に按分</li> </ul> <p>(6) 医療費の適正化の推進等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療費についての無駄や非効率を徹底的に排除</li> <li>・高齢者に対する生活指導等健康づくりの推進</li> <li>・社会的入院の是正</li> <li>・外来の重複受診等の是正</li> <li>・医療費請求の審査の充実</li> <li>・保険医療機関等に対する指導監査の強化 等</li> </ul>
---

(2)

## 21世紀の国民医療（与党協案）

与党3党は, この厚生省案や各方面の意見を踏まえ, 8月29日に「21世紀の国民医療」(与党協案)を取りまとめた。この中では, 抜本改革の実施は2000(平成12)年度を目途とするが, 可能なものからできる限り速やかに実施することとされている。

表1-3-5「21世紀の国民医療～良質な医療と皆保険制度確保への指針～」について(与党協案の概要)

表1-3-5 「21世紀の国民医療～良質な医療と皆保険制度確保への指針～」について(与党協案の概要)

<p>1 基本的な考え方</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 21世紀においても皆保険制度を維持し、安心で良質な医療提供体制を確保していくことが、国民的な緊急の課題。</li><li>○ 医療費は増大の一途をたどっており、そのまま放置すれば21世紀初頭には医療保険制度が破たん。</li><li>○ 限られた医療資源に無駄がないか、効率的であるかとの観点から、医療提供体制と医療保険制度の両面にわたる抜本的改革に着手することが急務。</li><li>○ これらの抜本的改革は、行財政構造改革の一翼を担うもの。</li><li>○ 平成12年度を目途とし、可能なものからできる限り速やかに実施。</li><li>○ 医療保険制度の新たな患者負担のあり方については、抜本改革の成果を見極めつつ、検討。</li></ul> <p>2 抜本的改革の方向</p> <p>(1) 医療提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 限られた医療資源の効率的活用を図る。国民の選択により、良質な医療が提供される体制を目指す。</li><li>・情報公開の推進、保険者機能の強化、医療情報システムの整備</li><li>・医療機関の機能分担と連携の推進(大病院の外来は原則紹介)</li><li>・病床および入院医療の適正化</li><li>・医療従事者の資質の向上と適正な確保</li></ul> <p>(2) 薬価制度</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 現行の薬価基準制度を廃止し、薬価差が生じない仕組みとする。医薬品のグループごとに、市場実勢価格を原則として、医療保険から給付する基準額を定める給付基準額制度(日本型参照価格制度)を導入。平成12年度を目途として、可能な限り速やかに実施。</li><li>・グルーピングの考え方、給付基準額の設定</li><li>・特許期間中の新薬や画期的新薬等の取扱い</li><li>・新制度に必要な情報の公開</li></ul> <p>(3) 診療報酬体系</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 技術の重視、医療機関の機能に応じた評価、急性期と慢性期の医療にふさわしい評価といった観点から、出来高払いと定額払いの最善の組合せの方向を示す。</li><li>平成12年度を目途として、可能な限り速やかに実施。</li></ul> <p>(4) 高齢者医療保険制度</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 増大する一方の高齢者医療費を全国民が公平に支える制度として、高齢者を対象とする独立した保険制度を創設。</li><li>・定率患者負担、高額療養費制度の活用、低所得者への配慮</li><li>・全高齢者からの保険料徴収(年金からの保険料を含む)</li><li>・公費負担は3～4割を目安。ただし、老人医療費の動向や若年負担のあり方等を踏まえて検討。</li><li>・保険者のあり方などについては、今後引き続き検討。</li></ul> <p>(5) 医療費適正化</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・社会的入院の是正、重複受診の適正化</li><li>・審査の充実、指導監査の強化</li><li>・医療費などの地域間格差の是正</li><li>・現金給付の見直し</li></ul>
--

(3)

### 医療保険福祉審議会等における抜本改革の検討

平成9年改正により設置された医療保険福祉審議会は、制度企画部会を設け、1997(平成9)年11月以降、与党協案を基本として抜本改革の審議を行っている。

抜本改革の内容は診療報酬体系、薬価基準制度、医療提供体制、高齢者医療制度など、広範多岐にわたっているが、現在、診療報酬体系および薬価基準制度の見直しについて議論が進められているところであり、意見がまとまり次第、所要の制度改正を行うこととしている。

一方、医療提供体制における抜本改革については、かかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する地域医療支援病院の制度化や医療における情報提供の推進など、後述する第3次医療法改正において具体化されたものもあるが、その他の改革については、現在、省内に、「21世紀に向けての入院医療の在り方に関する検討会」、「必要病床数等に関する検討会」、「医師の需給に関する検討会」、「歯科医師の需給に関する検討会」および「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」を設け、それぞれ問題点の整

厚生白書(平成10年版)

理等の検討を行っているところである。今後、これらの検討結果等を踏まえ、できる限り早期に具体化していくこととしている。

---

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第3節 21世紀に向けての医療制度改革

###### 3 平成10年度における施策

医療保険制度の抜本改革については、2000（平成12）年度から実施することを目途に検討を進めているが、一方、医療費の適正化については、抜本改革を待つまでもなく、強力に推進する必要があること、また、現行制度の下においても、負担の公平化を図る必要があることなどから、1998（平成10）年度においても、次のような施策を講ずることとしている。

(1)

#### 医療費の適正化

医療費が増大していく中で、その費用負担のあり方を議論する以前に無駄をなくし効率化を進めるべきことは言うまでもなく、医療費全体の効率化・適正化を進めることは緊急の課題である。

このため、1998（平成10）年度においては、薬価や医療材料価格の引下げ、重複・頻回受診者に対する保健婦の訪問活動の強化など老人医療費の適正化の強化、診療報酬明細書（レセプト）審査の充実強化、などに取り組むこととしている。

(2)

#### 国民健康保険制度等の一部改正

近年の高齢化等に伴い、市町村国民健康保険の加入者に占める退職者の割合や老人加入率が著しく高い市町村国民健康保険の保険者数が増加していることから、老人医療費の負担のあり方については、抜本改革が行われるまでの間においても、現行制度の下で必要な見直しを行うことが必要となっている。また、昨今、悪質な診療報酬の不正請求事件が跡を絶たないことから、不正請求に対して厳正に対処することも求められている。

このため、1997（平成9）年11月から、医療保険福祉審議会の運営部会において、老人医療費拠出金のあり方などについて審議が行われ、1998（平成10）年1月の同審議会等の答申を経て、2月10日に「国民健康保険法等の一部を改正する法律案」が国会に提出され、4月30日に衆議院で可決された。

この法律案の主な内容は次のとおりである。

1)

医療保険制度等の抜本的な改革が行われるまでの間、市町村が負担する老人医療費拠出金のうち退職者に係る分について、その額の2分の1を被用者保険制度が負担すること。

2)

医療保険制度等の抜本的な改革が行われるまでの間、老人医療費拠出金の算定に用いられる各保険者の老人加入率の上



限を30% (現行25%) とすること。

3)

保険医療機関の指定等の取消が行われた場合に、再指定等を行わないことができる期間を、現行の最長2年から最長5年に改めるとともに、診療報酬の不正請求に係る返還金に対する加算金の割合を、現行の10%から40%に改めること。

4)

病床過剰地域内の病院等について、医療法に基づく勧告に従わない場合には、新たな病床の全部又は一部について、保険医療機関の指定等を行わないことができるものとする。

(3)

### 診療報酬改定および薬価基準の引下げ

1998 (平成10) 年は2年に1度の診療報酬改定年に当たり、医療機関における人件費・物件費の上昇に対応するため、1.5%の引上げを行うとともに、診療報酬点数の合理化を行い、その分の財源を充実すべき報酬項目に振り向けることとした。

併せて、薬剤費等の適正化を図るため、薬価および医療材料価格を引き下げることとした。

1)

#### 診療報酬の改定

人件費・物件費の上昇への対応分 1.5%

2)

#### 薬価基準等の引下げ

ア

##### 薬価基準の引下げ

医療費ベースで2.7% (薬価ベースで9.7%)

イ

##### 材料価格の引下げ

医療費ベースで0.1%

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第3節 21世紀に向けての医療制度改革

#### 4 新しい時代の医療サービス

(1)

##### 第3次医療法改正

高齢化の進展，慢性疾患を中心とした疾病構造への変化，医療の質の向上に対する国民の要望の高まりなど昨今の我が国の医療をとりまく環境は著しく変化してきている。こうした中で，要介護者の増大に対応するために介護体制の整備を図るとともに，地域における医療需要に対応できるよう，医療機関の機能分担や業務の連係を明確にし医療提供体制の整備を図ることや，患者の立場に立った医療に関する情報提供の促進などが求められている。このような状況を踏まえ，国民に良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を図るため，1997（平成9）年12月に医療法の一部改正が行われた。

改正の内容は，1)医療の担い手は，医療を提供するに当たり，適切な説明を行い，医療を受ける者の理解を得よう努める旨の規定を定めること，2)診療所に療養型病床群を設置できることとすること，3)かかりつけ医・かかりつけ歯科医等に対する支援として，紹介患者への医療提供，施設・設備の共同利用や開放化，救急医療の実施，地域の医療従事者の研修などを行う病院を地域医療支援病院として位置づけること，4)医療計画において，医療圏の設定および必要病床数に関する事項に加え，地域医療支援病院や療養型病床群の整備目標等に関する事項を二次医療圏ごとに必ず定めるものとする，5)医療法人の行うことができる業務として老人居宅介護等事業その他の在宅福祉事業を追加するとともに，公的な運営が確保されている特別医療法人について収益業務を行うことを認めるものとする，6)療養型病床群の有無，紹介先の病院・診療所の名称を医療機関が広告し得る事項に追加すること，などとなっている。

(2)

##### 言語聴覚士法の制定

近年，人口の高齢化および疾病構造の変化に伴い，言語機能又は聴覚等に障害のある者に対するリハビリテーションの重要性が高まっている。この言語機能および聴覚等に係るリハビリテーションを行う者は，「スピーチセラピスト」や「ST」（Speech Therapistの略）と呼ばれているが，同じくリハビリテーションに従事する者である理学療法士，作業療法士および視能訓練士が国家資格化されているのに対し，いわゆるSTについては国家資格が創設されていなかった。

STがリハビリテーションを行う対象者は，言語発達遅滞や先天性難聴の小児から，脳卒中等による失

語症の高齢者まで、疾病、年齢層は様々であり、その活動の場も医療機関や福祉施設など幅広いものとなっている。

厚生省は、言語機能および聴覚等に係るリハビリテーションに従事する者の業務の適正化、人材の確保を図るため、STの国家資格化を図ることとし、1996(平成8)年10月に「言語及び聴覚に障害を持つ者に対して訓練等の業務を行う者(いわゆるST)の資格化に関する懇談会」を設け、国家資格化のための検討を行った。1997(平成9)年4月、懇談会の報告書が取りまとめられたのを受け、同年10月、第141回臨時国会に「言語聴覚士法案」が提出された。同法案は、12月に成立・公布となり、公布から1年以内の政令で定める日から施行されることとなっている。

(3)

### 医療サービスを担う人材の確保と資質の向上

良質かつ適切な医療サービスが提供されるためには、医療従事者の確保と資質の向上が重要な課題であり、卒前教育から国家試験、生涯教育に至るまで一貫した養成が必要となっている。

医療現場では、個々の疾患に着目した治療のみならず、患者の状態全体に着目した全人的な医療の重要性が指摘されており、医師の卒後臨床研修の抜本的な改善が求められている。このため、1997(平成9)年3月に設けられた「医師の卒後臨床研修に関する協議会」において、今後の具体的な改善策について関係者の間で検討が行われている。また、歯科医師については、1996(平成8)年度より、卒後臨床研修が努力義務とされ、今後、関係機関・団体との連携の下に、卒後臨床研修の充実を図っていくこととしている。さらに、医師および歯科医師については、今後の介護保険の動向、保健予防サービスの需要といった要素も踏まえ、総合的な需給の見直しが緊急の課題となっている。

薬剤師については、1996年6月の薬剤師養成問題検討委員会の最終報告において、薬剤師国家試験の受験資格を6か月以上の実務実習を含め6年の教育を受けたものとするのが有力な方策として提案されたことを受けて、現在、実務実習の受け入れ体制の整備方策などについて、関係機関・団体との間で検討を行っている。

看護職員については、「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」等に基づき、離職の防止、再就業の促進、養成力の拡充、資質の向上などの施策を総合的に講じており、現在のところ、看護職員の確保・養成は順調に進んでいる。また、准看護婦問題については、准看護婦養成の質的向上のための検討(具体的には教育内容等の問題についての検討)および准看護婦の看護婦への移行教育についての検討を行うこととし、このため1998(平成10)年3月に、「准看護婦の資質の向上に関する検討会」および「准看護婦の移行教育に関する検討会」をそれぞれ発足させたところである。

(4)

### 医療における情報提供の推進と医療機能の評価

医療は、患者の立場を尊重し、医療の担い手と受ける者との信頼関係に基づき提供されることが基本であり、医療提供に当たっての患者への説明、患者や地域住民への医療に関する情報提供を進めることは、重要な課題である。

このため、前述の医療法の一部改正では、医療の担い手は医療提供に当たり、適切な説明を行い、患者の理解を得るよう努める旨の規定を設けるとともに、紹介先の病院、診療所の名称など医療機関が広告し得る事項の拡大を図った。

また、1997(平成9)年6月には、被保険者から保険者に対し求めがあった場合に診療報酬明細書(レセプト)を開示するよう見直しを行った。さらに、診療録等の診療情報の患者への提供といった課題については、「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」において検討が行われている。

一方、第三者機関による病院機能評価については、財団法人日本医療機能評価機構において、診療・看

護体制、運営管理状況等に関して第三者の立場で評価を行う「第三者病院機能評価事業」が1997年から本格実施されている。その評価結果については、積極的に情報提供していく観点から、1998(平成10)年3月13日現在、認定証を受けた58の病院名が厚生省ホームページなどを通じて公表されている。

(5)

### 医療技術評価の推進

近年の医療技術の高度化・多様化に伴い、限られた医療資源を効率的に活用し、医療の質と患者サービスの向上を図る手法が求められてきた。その一つとして、ある医療技術を適用した場合の効果・影響について、医学的、経済的および社会的観点から包括的に評価を行う「医療技術評価」が既に諸外国で導入され、一定の成果が得られている。

我が国でも、今後の効率的な医療の提供や医療の質の向上のために、「医療技術評価の在り方に関する検討会」において医療技術評価の利用等について検討され、1997(平成9)年6月に報告書が取りまとめられた。報告書では、これからの医療技術評価の推進に向けて、医療技術の動向の把握、既存の評価の体系的な整理、国際的な動向の把握と協力などに取り組んでいくべきとされており、今後、医療技術評価総合研究事業や検討会においてこれらの課題に取り組むこととしている。

(6)

### 救急医療対策

救急医療については、救急医療施設の整備、救急救命士制度の普及・定着、救急蘇生法の普及啓発など救急現場および搬送途上における医療の充実を図るとともに、災害時における医療提供体制を確保するため、災害時において地域への医療支援等を行う拠点病院の整備や、現行の救急医療情報システムの充実強化(広域災害・救急医療情報システムの整備)を推進している。今後の救急医療体制のあり方については、1997(平成9)年12月に取りまとめられた「救急医療体制基本問題検討会報告書」において、地域の救急患者を対象とした初期(在宅当番医制、休日夜間救急センター等)、二次(病院群輪番制、共同利用型病院)および三次(救命救急センター)の救急医療機関からなる救急医療体制と、救急隊により搬送される傷病者を対象とした医療機関を救急病院・救急診療所として認定・告示する救急告示制度との一元化、救命救急センターの再評価および機能強化といった方向性が示されたところであり、この提言を踏まえ、今後、救急医療体制の一層の質的な充実と地域格差の是正を図ることとしている。

(7)

### へき地医療対策

へき地における保健医療対策については、1996(平成8)年度から、新たに第8次へき地保健医療計画を策定し、従来からへき地医療を担ってきたへき地中核病院やへき地診療所に加え、へき地診療所に対して医師の休暇時等に代替医師の派遣を行う病院を「へき地医療支援病院」として新たに位置づけるとともに、診療科の充実、情報通信技術の活用、保健・医療・福祉の連携の推進など地域の実情に応じた保健医療対策を講ずることとしている。

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第3節 21世紀に向けての医療制度改革

###### 5 「臓器移植法」の成立

(1)

#### 臓器移植をめぐる議論

我が国では、脳死は人の死か、また脳死体からの臓器移植は認められるかをめぐって活発な議論がなされてきた。1990（平成2）年には、臨時脳死及び臓器移植調査会（脳死臨調）が設置され、2年間の審議の結果、1992（平成4）年1月、脳死を「人の死」とすることについてはおおむね社会的に受容されていると見てよいとした上で、一定の条件の下に脳死体からの臓器移植を認める内容の答申が取りまとめられ、内閣総理大臣に提出された。この答申を受けて、各党・各会派の代表者からなる脳死及び臓器移植に関する各党協議会の場で、法律案提出に向けた検討・協議が重ねられた。

1994（平成6）年4月には、脳死が人の死であるとの考え方に立った「臓器の移植に関する法律案」が15名の議員により提出されたが、1996（平成8）年9月に衆議院の解散に伴って廃案となった。その後、同年12月に、当該法律案の内容に一部修正を加えた「臓器の移植に関する法律案」が14名の議員により提出され、これに対し、1997（平成9）年3月に、脳死を人の死としない考え方に立って臓器移植を可能とする法律案も6名の議員により提出された。考え方を異にする両案について活発な議論を経て、同年4月に脳死が人の死であるとの考え方に立った法律案が衆議院で可決されたが、その後、同法律案は、同年4月に参議院に提出された脳死を人の死としない考え方に立った法律案とともに参議院で審議が行われ、同年6月に修正がなされた上で可決成立し、同年10月16日より施行された。

(2)

#### 臓器の移植に関する法律（臓器移植法）の概要

1)

##### 移植の対象となる「臓器」の範囲

「臓器」とは、人の心臓、肺、肝臓、腎臓、膵臓、小腸および眼球をいう。

2)

## 臓器の摘出に関する事項

医師は、本人が臓器提供の意思を書面により表示しており、かつ、遺族が拒まないとき又は遺族がないときに、移植術に使用するため、死体（脳死した者の身体を含む。）から臓器を摘出することができる。この場合、「脳死した者の身体」とは、臓器が摘出されることとなる者であって脳死と判定されたものの身体をいう。

また、臓器の摘出に係る脳死の判定は、本人が脳死判定に従う意思を書面により表示しており、かつ、家族が脳死判定を拒まないとき又は家族がないときに限定される。

本人の意思表示については「『臓器の移植に関する法律』の運用に関する指針（ガイドライン）」において、民法上の遺言可能年齢等を参考に、15歳以上の者の意思表示を有効なものとして取り扱うこととしている。

なお、角膜および腎臓については、本人の臓器提供の意思が不明の場合には、これまでどおり、遺族の書面による承諾があった場合にも心停止後の死体からの摘出が認められている。

### 3)

#### 臓器売買等の禁止

臓器売買および臓器の有償あっせんについては、その約束、要求、申込みも含めて禁止されている。また、臓器売買等に係る臓器であることを知って、臓器を摘出し、又は移植術に使用することも禁止されている。こうした臓器売買等の禁止は、従来の「角膜及び腎臓の移植に関する法律」には規定されておらず、今般、新たに設けられたものである。

なお、臓器売買等の禁止に違反した場合は罰則の適用を受けることとなる。日本国民が海外で臓器売買等を行った場合にも罰則が適用される。

### (3)

#### 臓器移植推進のための取組み

臓器移植法の施行日（1997（平成9）年10月16日）から1998（平成10）年4月末までに、我が国で行われた死体腎移植は97件となっているが、脳死した者の身体からの心臓および肝臓の移植は未だ実現していない状況にある（1998年5月20日現在）。欧米豪においては脳死体からの心臓および肝臓の移植は日常医療として定着しており、1995（平成7）年では心臓約3,600件、肝臓約6,200件となっている。

我が国において臓器移植を推進していくためには、脳死と臓器移植に関する正しい知識の普及啓発が不可欠である。また、臓器移植法においては、臓器の提供および脳死判定について、本人の書面による意思表示が前提となっていることから、こうした意思表示を容易かつ確実に行うことができる臓器提供意思表示カードの普及が重要である。このため、厚生省および社団法人日本臓器移植ネットワークにおいては、地方公共団体、運転免許試験場、郵便局等の協力の下、脳死と臓器移植について説明した小冊子と併せて臓器提供意思表示カードの配布を行っている。

このほか、実際の移植に際しては、救急病院等の医療機関における協力体制を整備することが必要であることから、1997年度に「多臓器移植ネットワークへの対応に関する研究」として、実際の臓器摘出に当たっての臓器提供者の管理、臓器提供協力病院の業務等との調整方法などについて研究を行っている。

(臓器提供意思表示カード)

**臓器提供意思表示カード**



あなたの意思表示が大切です。このカードは常に携帯してください。  
厚生省  
ドナー情報専用全国共通連絡先：0120-22-0149

(記入例)

▼(該当する 1. 2. 3. の番号を○で囲んだ上で提供したい臓器を○で囲んで下さい)

1. 私は、脳死の判定に従い、脳死後、移植のために○で囲んだ臓器を提供します。(×をつけた臓器は提供しません)  
心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・その他( )

2. 私は、心臓が停止した死後、移植のために○で囲んだ臓器を提供します。(×をつけた臓器は提供しません)  
腎臓・眼球(角膜)・脾臓・その他( )

3. 私は、臓器を提供しません。

署名 年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人署名(自筆)： \_\_\_\_\_

家族署名(自筆)： \_\_\_\_\_  
(親であれば、この意思表示カードをもっていることを知っている臓器を○で囲んだ臓器に書き込んで下さい)

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第3節 21世紀に向けての医療制度改革

###### 6 政策医療の担い手たる国立病院・療養所

(1)

#### 政策医療の遂行

国立病院・療養所は、戦後、旧陸海軍病院、日本医療団の結核療養所などを引き継いで発足し、当時、国民病といわれた結核の治療などに大きく貢献した。

その後、医療内容の高度化・多様化や他の主体による医療機関の量的な充足などに伴い、国立病院・療養所は国立医療機関にふさわしい役割を積極的に果たすことが求められるようになった。

このため、1985（昭和60）年に「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本指針」を策定し、地域における基本的・一般的医療の提供は私的医療機関や他の公的医療機関に委ね、国立病院・療養所は国の施策として特に推進すべき政策医療の実施を担うこととし、その機能の充実強化を図ることを明確にした。

この基本指針は、政策医療の範囲を更に純化する観点から、1996（平成8）年に改定され、国立病院・療養所が担うべき政策医療の内容は、（ア）がん、循環器病など高度先駆的医療における役割、（イ）エイズ、ハンセン病、結核など歴史的・社会的な経緯等により地方・民間での対応が困難な領域での役割、（ウ）国家の危機管理や積極的国際貢献における役割、（エ）国家的見地から重要な医療政策を実践する役割、と整理されている。

それぞれの役割における近年の活動としては、（ア）国立がんセンターにおけるがん陽子線治療の臨床試験に向けた準備や臓器移植法を受けての国立循環器病センターにおける心臓移植実施体制の整備、（イ）エイズ訴訟の和解を踏まえた恒久対策として、エイズに関する治療、研究、情報提供、研修を総合的に推進するエイズ治療・研究開発センターの国立国際医療センターへの設置、（ウ）在ペルー日本大使館公邸人質事件の際の国立病院の医師・看護婦の現地派遣、（エ）医療保険抜本改革の一環である入院医療費の疾患別定額払い方式の導入に向けた調査、などが挙げられる。

(2)

#### 再編成の推進

1986（昭和61）年以来、上述の基本指針に基づき、国立病院・療養所全体として期待される役割を適切



に果たせるよう、その機能を強化するため、当時の239施設を165施設に再編成する計画を推進してきている。1996(平成8)年には、基本指針の改定とともに、国立病院・療養所の資産の譲渡価格の減額、運営費の助成等を内容とする「国立病院等の再編成に伴う特別措置に関する法律」の一部改正を行い、資産の譲渡先の範囲の拡大(看護学部などの保健医療に関する学部・学科を置く大学等)、譲渡後の資産用途の拡大(特別養護老人ホームなど医療機関と一体として整備される社会福祉施設等)、譲渡先の開設する医療機関の施設・設備の整備費用を補助する制度の創設など、優遇措置の拡充を図った。

再編成は、当初は、地元自治体等の理解を得るのに時間を要したこと、施設の引受先がなかなか現れなかったことなどにより、円滑に進まなかったが、近年においては、長年の取組みがようやく功を奏しつつあり、統廃合・経営移譲による民営化・地方移管が加速化しつつある。1997(平成9)年度は、過去最大の6事例(統合2事例、移譲4事例)の再編成が行われた。今後、改定後の基本指針に基づき、2000(平成12)年度末までに、再編成対象施設について廃止を含む対処方策を決定した上で速やかに実施するとともに、再編成対象施設の追加を検討することとしている。

(3)

### 経営の改善

国立病院特別会計の財政状況については、1992(平成4)年度までは悪化の一途をたどっていたが、1)いわゆる一般医療は診療収入により賄い、政策医療等本来採算にのらない経費については一般会計から繰り入れることとするなどの経費負担区分の明確化、2)借入金の償還等を含めた総収入・総支出を基本とした施設ごとの事業計画方式の導入、3)経営管理指標の設定・活用による評価、などに取り組み、経営改善に努力してきた。こうした取組みにより、一般会計からの繰入額は、1994(平成6)年度には2,588億円(繰入率24.9%)であったものが、1998(平成10)年度では1,468億円(同13.4%)に大幅に減少している。

(4)

### 独立行政法人化に向けた検討

1997(平成9)年12月の行政改革会議の最終報告においては、国民の要求に即応した効率的な行政サービスの提供等を実現するという行政改革の基本理念を実現するため、政策の企画立案部門と実施部門を分離し、後者について、事務・事業の効率性の向上、質の向上および透明性の確保を図るため、独立の法人格を有する独立行政法人を設立することとされた。そして、国立病院・療養所については、「今後、計画的な整理・統廃合を進め、高度かつ専門的な医療センターやハンセン病療養所等を除き、独立行政法人化を図る」とされた。また、これを受けて、第142回通常国会に提出された「中央省庁等改革基本法案」においても、「再編成を一層促進するとともに、(中略)高度かつ専門的な医療センター、ハンセン病療養所等特に必要があるものを除き、独立行政法人に移行すべく具体的な検討を行うものとする」と規定されている。

国立病院・療養所については、今後、独立行政法人に移行した場合においても、これまでと同様、政策医療を遂行する任務を有するものであり、再編成を一層強力に進めるとともに、国の機関として存続する国立高度専門医療センターとの緊密な連携を維持しながら、国民の医療の向上に寄与していくことが求められる。

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第3節 21世紀に向けての医療制度改革

###### 7 難病対策の総合的な推進

(1)

#### 難病対策の新たな方向

1972（昭和47）年に策定された難病対策要綱は、難病の概念を、1)原因不明、治療方法が未確立であり、かつ、後遺症を残すおそれが少なくない疾病、2)経過が慢性にわたり、単に経済的な問題のみならず介護等に著しく人手を要するために家庭の負担が重く、また精神的にも負担の大きい疾病、としている。

我が国では、現在、「調査研究の推進」「医療施設の整備」「医療費の自己負担の軽減」「地域保健医療の推進」「生活の質（Quality Of Life；QOL）を目指した福祉施策の推進」の5つを施策の柱として、難病対策に取り組んでいるところである。

しかし、難病対策を開始してから四半世紀が経過し、この間に、医学・医療の進歩により治療成績や生活の質が大幅に向上した疾病がある一方、依然として有効な対症療法もなく、また、重い病状のため家族にも大きな負担がかかる患者もいるなど、その状況は、難病の中でも疾病の種類や個々の患者によって大きく異なってきた。

こうした状況の変化を踏まえ、1997（平成9）年9月に、公衆衛生審議会成人病難病対策部会の難病対策専門委員会から「今後の難病対策の具体的方向について」が報告され、重症患者対策の充実という観点から、従来の難病対策の大幅な見直しが提言された。

(2)

#### 重症患者に重点を置いた難病対策の総合的な推進

この提言を踏まえ、1998（平成10）年度においては、重症患者への療養支援体制の大幅な充実とともに、難病の医療費公費負担制度の効率化を図ることとしている。

重症患者対策としては、1)調査研究事業に重点研究部門を新設し、重症患者の予後の改善や生活の質の向上につながる公募研究を重点的に実施すること、2)重症難病患者入院施設確保事業を新設し、都道府県ごとに難病の拠点病院と協力病院の確保を図るとともに、障害者施策の一環として身体障害者療護施設における難病患者受け入れ体制の整備を推進すること、3)従来の医療相談事業、訪問指導（診療）事

業に加え、訪問相談事業を新設し、各保健所ごとに難病の訪問相談員を派遣すること、4)保健所による在宅療養支援計画の策定・評価事業を新設し、在宅患者の実態把握と効果的な保健福祉サービスの提供体制を確立することなど、各般にわたる施策の拡充と強化を実施することとしている。

特定疾患治療研究事業(難病の医療費公費負担制度)については、対象疾患を追加するとともに、患者実態の変化を踏まえ、重症患者に対しては医療保険制度における患者負担分の全額公費負担を継続するとともに、それ以外の患者については、医療機関ごとに、外来について月額2,000円、入院について月額14,000円(食事療養費込)を限度とした一部自己負担を導入することとしている。また、この事業の一環として、在宅の人工呼吸器使用患者に対する訪問看護治療研究事業(患者1人当たり年間260回)を実施し、訪問看護を通じて患者の療養実態の調査・研究と在宅療養の支援を行うこととしている。

---

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第4節 年金制度改革を目指して

###### 1 平成11年制度改正に向けての議論

(1)

公的年金制度をめぐる状況と改革の必要性

1)

公的年金をとりまく状況の変化

今日、公的年金制度の加入者は7,000万人、受給者は延べ3,400万人、年金額は33兆円に達している。高齢者世帯の収入のうち平均で58.0%が公的年金で占められており、公的年金だけが収入のすべてという世帯も高齢者世帯の半数に上っている。このように、公的年金制度は、老後の所得保障の主要な柱として、欠くことのできない存在となっている。

公的年金制度においては、年金の実質価値が目減りしないよう、毎年物価の上昇に合わせて年金額が改善される仕組みとなっており、高齢者の老後生活を実質的に支える役割を果たしている。こうしたことが可能なのは、現役世代が必ず制度に加入することによって、安定的な保険集団を構成し、高齢世代の年金額の改善などに必要な財源を後代の負担に求めるといふ、いわゆる「世代間扶養」の仕組みによるからである。

しかしながら、現在、予想を上回る少子・高齢化の進行や経済基調の変化など社会経済状況の変化により、年金制度をとりまく環境は大変厳しいものとなっており、年金財政に与える影響も非常に深刻なものとなっている。

1994(平成6)年時点では、厚生年金の最終保険料率(労使折半)は2025(平成37)年度に29.8%、国民年金の最終保険料(毎月、1人当たり)は2015(平成27)年度に21,700円に上昇すると試算されていた。ところが、1997(平成9)年1月に公表された新人口推計では一層の少子・高齢化が進むことが見込まれ、将来推計人口のみをこの新人口推計に置き換えて将来の保険料を試算し直した「新人口推計対応試算」(1997(平成9)年4月)によれば、厚生年金は2025年度に34.3%、国民年金は2015年度に24,300円となり、現在の保険料(率)に比べて2倍近い水準まで引き上げることが必要となっている。

2)

## 年金改革の必要性

公的年金は社会経済状況の変化を踏まえ、5年に1度、給付と負担の将来見直しを見直し、併せて、制度改正を行っている(財政再計算)。1999(平成11)年の次期財政再計算においては、公的年金をめぐる状況の変化を踏まえ、長期的に安定した安心と信頼の持てる年金制度とするための検討が必要である。このため、公的年金の意義・役割を明確にした上で、給付と負担のあり方を抜本的に見直し、高齢者も若い世代も納得のいく年金制度に再構築することが求められている。

こうした観点から、年金審議会は、次期財政再計算について1997年5月より検討を進め、一巡目の議論を終えた同年12月5日に「論点整理」を取りまとめた。また同時に、厚生省は、給付と負担のあり方に関する枠組みについて「5つの選択肢」を提示し、併せて、給付と負担の均衡を図るための主な手法と保険料へ及ぼす影響について試算結果を示した。この「5つの選択肢」は、次期年金改革の方向性についての国民的議論の素材となることを期待して示されたものであり、現在、インターネットの厚生省ホームページに年金審議会の議事録とともに掲載し、国民からの意見募集を行っている。また、1998(平成10)年2月に、年金制度の仕組みや現状、「5つの選択肢」の内容をわかりやすく紹介したいいわゆる「年金白書」を取りまとめるとともに、3月には、次期改正に向けた「有識者調査」を実施し、その結果を5月に公表した。

年金審議会は、今後、「論点整理」に示された論点について検討を深め、本年の9月をめどに意見書を取りまとめることになっている。この意見書等を踏まえ、政府は年金改正法案を1999年の通常国会へ提出することとしている。

表1-4-1「次期年金制度改革についての「論点整理」(年金審議会)における検討項目一覧

表1-4-1 「次期年金制度改革についての『論点整理』(年金審議会)における検討項目一覧

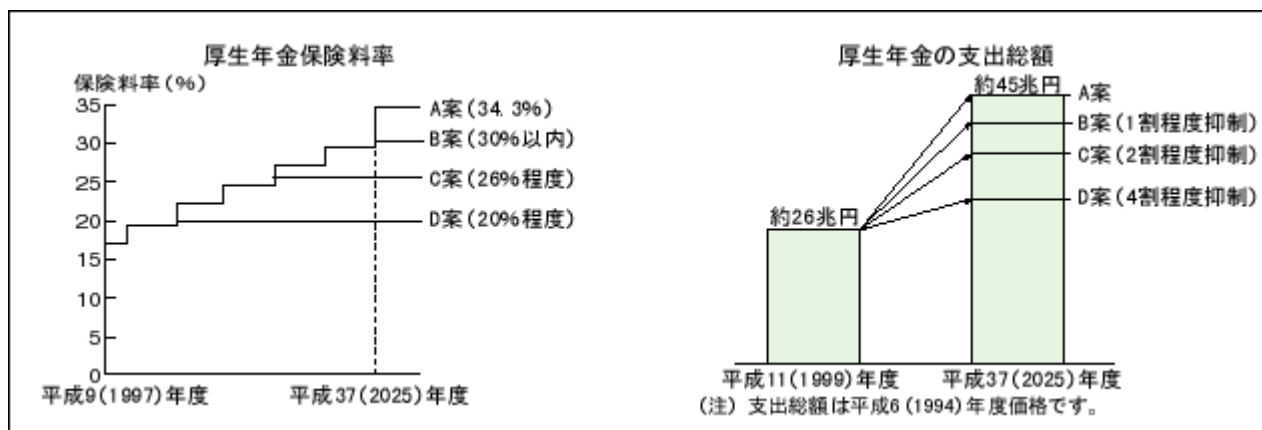
1. 制度改革に係る総括的事項
2. 公的年金の基本的あり方について
3. 公的年金
(1) 給付と負担の水準について
(2) 給付の仕組みについて
① スライド方式
② 高齢在職者、高所得者等に対する給付
③ 支給開始年齢
(3) 保険料負担について
(4) 総報酬制について
(5) 基礎年金について
(6) 次期財政再計算における経済的前提等について
(7) 上記以外の項目について
① 第3号被保険者
② 離婚の場合の年金権等
③ パート労働者等の取扱い
④ 少子化への対応
⑤ 学生への適用等
⑥ 障害年金
⑦ 施設入所者の年金給付
⑧ 年金制度の一元化
(8) 年金現業業務について
4. 厚生年金基金等について
(1) 厚生年金基金について
① 代行制度
② 拠出建て給付設計の導入
③ 支払保証制度
(2) 企業年金に関する包括的な基本法のあり方について
5. 年金積立金の運用について

図1-4-2「5つの選択肢」の概要

図1-4-2 「5つの選択肢」の概要

<p><b>A案 現行制度の給付設計を維持する案</b>                  前回の平成6(1994)年改正に基づく給付水準や支給開始年齢等を維持する。                  厚生年金の最終保険料率は、月収の34.3%(ボーナスを含む年収の26.4%)に上昇。</p>
<p><b>B案 厚生年金保険料率を月収の30%以内にとどめる案</b>                  厚生年金の最終保険料率を、前回の平成6(1994)年改正の前提であった月収の30%(ボーナスを含む年収の23%程度)以内にとどめることとし、その範囲内に収まるよう給付設計を見直す。                  平成37(2025)年度時点で支出総額を1割程度抑制することが必要。</p>
<p><b>C案 厚生年金保険料率を年収(ボーナスを含む)の20%程度にとどめる案</b>                  厚生年金の最終保険料率を、ボーナスを含む年収の20%程度(月収の26%程度)にとどめることとし、その範囲内に収まるよう給付設計を見直す。                  2025年度時点で支出総額を2割程度抑制することが必要。</p>
<p><b>D案 厚生年金保険料率を現状程度に維持する案</b>                  厚生年金の最終保険料率を、現状程度の月収の20%程度(ボーナスを含む年収の15%程度)にとどめることとし、その範囲内に収まるよう給付設計を見直す。                  2025年度時点で支出総額を4割程度抑制することが必要。</p>
<p><b>E案 厚生年金の廃止(民営化)案</b>                  公的年金は基礎年金を基本に1階建ての年金とするとともに、厚生年金は廃止し、積立方式による民間の企業年金又は個人年金に委ねる。</p>

図1-4-2 「5つの選択肢」の概要 厚生年金保険料率 厚生年金の支出総額



(2)

「5つの選択肢」

公的年金制度については、女性の年金制度や学生適用のあり方、少子化対策など様々な検討課題があるが、公的年金を長期的に安定して運営していくためには給付と負担の均衡を図ることが不可欠である。このような認識に立ち、厚生省では、次期年金改革の議論の素材として、給付と負担をどのような水準で均衡させるかについての枠組みを整理し、「5つの選択肢」として提示した。

なお、給付と負担の均衡の水準という観点からの検討とともに、世代間の公平を図っていくという見地から段階保険料方式や保険料引上げ計画などの負担の方法についても併せて検討していくことが必要である。また、医療保険、介護保険など他の制度との関連を始め、女性の年金のあり方などの個別課題や企業年金、年金積立金の運用のあり方などの諸課題についても、引き続き検討を深めていく必要がある。

る。

(3)

### 年金積立金の自主運用

年金積立金については、年金制度を安定的に運営するため、年金財政運営との整合性を確保しつつ、年金積立金の資金の性格に応じた運用を行う必要がある。

このため、年金積立金運用に関し、全額預託が義務づけられている資金運用部との関係を抜本的に見直し、保険料拠出者の利益のために最もふさわしい運用のあり方について検討するため、1997（平成9）年4月から厚生大臣主催の「年金自主運用検討会」が開催され、同年9月に、資金運用部への全額預託義務を廃止し、厚生大臣による自主運用を行うことなどを内容とする報告書が取りまとめられた。また、同年11月、資金運用審議会懇談会は、財政投融资の抜本的改革についての意見を取りまとめ、年金積立金については、現行の預託義務を廃止するという方向を示すとともに、自主運用のあり方についても言及している。年金積立金の自主運用のための運用の基本方針の策定や新たな仕組みの構築は、次期年金制度改正における重要な課題の一つとなっている。

年金積立金については、年金財政の健全性の確保を前提としつつ、保険料拠出者の利益のために、最もふさわしい方法で、安全・確実な運用を基本とし、効率的な運用を行うべきである。また、自主運用に当たっては、責任体制の明確化とともに、運用内容に関する情報の公開、透明性の確保が重要である。こうした観点から、年金自主運用検討会の報告および資金運用審議会懇談会の取りまとめを踏まえ、具体的な運用方針や仕組みについて検討していくこととしている。

(4)

### 企業年金制度の見直し

1)

#### 厚生年金基金制度の現状

企業年金の中核的制度である厚生年金基金制度は、厚生年金の一部を国に代わって支給するとともに、さらに企業の実情に応じて独自の上乗せ給付を行うことにより、従業員に対してより手厚い老後所得を保障することを目的とする制度である。1998（平成10）年4月現在、全国で1,876基金が設立され、加入者数は1,250万人に上っており、厚生年金の被保険者（加入者）の3分の1強が厚生年金基金に加入していることになる。また、厚生年金基金の資産は1997（平成9）年3月末で45兆円の規模に達している。

2)

#### 厚生年金基金制度の見直し

厚生年金基金制度は、1966（昭和41）年の制度発足以来、右肩上がりの経済成長を背景に順調に発展してきたが、制度発足から30年を経過した現在、厚生年金基金をとりまく社会経済環境が大きく変化し、財政状況が悪化している。また、運用環境の大きな変化とともに、基金自体の規模や成熟度（受給権者数／被保険者数）が多様化する中で、画一的な規制などこれまで基金制度が抱えていた制度的な問題が指摘されるようになってきた。

こうした中、1996（平成8）年6月に取りまとめられた「厚生年金基金制度研究会」の報告書の提言を受け、1997年度より、基金財政の安定化と受給権の保護、基金の実情や社会経済環境の変動に柔軟に対応できる仕組みとすることを柱とした制度改正を実施し、予定利率の設定の弾力化、給付水準の変更の弾力化、新たな財政検証の導入などが行われた。

3)

### 確定拠出型年金・企業年金基本法についての検討

我が国の企業年金における給付は、加入した期間や給付水準に基づいてあらかじめ給付額が定められる仕組みとなっており、確定給付型年金と呼ばれている。これに対し、確定拠出型年金とは、拠出した掛金額とその運用収益との合計額を基に給付額を決定する仕組みであり、広く普及しているアメリカを始め諸外国で認められている。この確定拠出型年金については、掛金が確定され給付が運用実績に応じて事後的に決まるため、企業にとって後発負担が生じないことや転職の場合にも対応しやすいといった長所がある半面、給付額が事前に見込めないという点で、老後の生活が設計しにくいといった短所もあると指摘されている。確定拠出型年金については、1998年3月の政府の規制緩和推進計画（閣議決定）において、公的年金制度全体の下での位置づけ等を検討し、1999（平成11）年度に結論を得ることとされており、今後、導入する場合の具体策などについて検討を進めていくこととしている。

また、企業年金については、厚生年金基金や適格退職年金など、制度が分立しており、今後、公的年金と並び老後の所得保障の一翼を担う企業年金としての共通の基準の設定が必要と考えられる。このため、規制緩和推進計画において、企業年金に関する包括的な基本法の制定を検討し、1998年度に結論を得ることとされ、現在、大蔵、厚生、労働の3省で「企業年金基本法に関する関係省庁連絡会議」を開催し、検討を進めている。

(5)

### 年金業務

年金業務については、高齢化の進展に伴う受給者の増加や累次の制度改正により、業務量が増大する傾向にあるとともに、年金制度の成熟化や行政に対する国民の要求の高まりにより、受給者や被保険者に対して質の高いサービスの提供が求められている。このため、社会保険の業務の効率的な運営とサービスの向上が不可欠となっていることから、社会保険オンラインシステムの導入や1997（平成9）年1月からの基礎年金番号の実施、年金相談の充実などを行ってきたが、1998（平成10）年には、現況届における本人負担の軽減などのサービスの向上を図りつつ、支払（振込）通知書の簡素化を図るなど一層の業務の簡素・効率化に努めているところである。

また、世代間扶養の考え方にに基づき、全国民が強制加入となっている国民年金においては、未加入や保険料を納めない未納が制度の根幹にかかわる問題となっており、その改善・解決が求められている。未加入者に対しては、基礎年金番号の活用や国民健康保険業務との連携などの適用対策により、一定の成果が得られつつあるが、更に改善を図ることとしている。しかし、国民皆年金制度を堅持するためにも、保険料の納付を得ることが重要であり、1998年度から未納者対策により重点を置くこととしている。

未納者対策としては、まず、制度の趣旨や意義についての正しい理解を得ることが大切であることから、若い世代に未納者が多いことを踏まえ、若者に焦点を当てた広報を行うほか、中学生や高校生を対象に、学校教育における「年金教育」を全都道府県において実施するなど、周知・広報の充実を図ることとしている。同時に、未納者が多い都市部を中心に、電話を活用した納付督促、効率的な夜間・休日訪問の実施、専任徴収員の活用といった対策を充実・強化するとともに、納付者にとって便利な口座振替を促進していくこととしている。被用者年金は事業主からの源泉徴収を行っているが、そのような方法を採用することができない国民年金は、個々の被保険者を対象に対策を実施するものであり、困難な面も多いが、以上のような保険者としての努力を継続して行う一方、納付組織をより効果的に活用する方策など制度的な対応について、現在、年金審議会において議論しているところである。

さらに、市町村が行っている国民年金事務については、1997年9月に地方分権推進委員会から提出された第3次勧告において、1999（平成11）年の年金制度改革の際に、個人情報保護および市町村事務の簡素効率化に十分配慮し見直すこととされており、政府としてもこの勧告を最大限尊重するとの閣議決定が



厚生白書(平成10年版)  
なされている。

---

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第4節 年金制度改革を目指して

##### 2 年金制度をめぐる最近の動向

(1)

#### 厚生年金基金等の資産運用に係る規制緩和と受託者責任の明確化

厚生年金基金および国民年金基金の資産配分の規制であるいわゆる5・3・3・2規制（元本保証資産5割以上，国内株式3割以下，外貨建て資産3割以下，不動産2割以下とする資産構成割合に関する規制）については，全基金一律に画一的な規制を課すよりも，自己責任の下で，母体企業の経営状況等個々の基金の実情に応じた効率的な運用を行うべきとの観点から，1997（平成9）年12月に撤廃した。また，厚生年金基金等の運用拡大（投資顧問会社を利用した運用など）に対する規制については，1999（平成11）年3月末に撤廃されることとなっているが，最近の経済情勢の変化を踏まえ，より一層安全かつ効率的な運用が可能となるよう，1998（平成10）年3月に，設立後3年以上の厚生年金基金についてその運用拡大枠を総資産の2分の1から全額に引き上げることにより，事実上撤廃した。

一方，規制緩和に伴って，一層基金に自己責任が求められることから，1997年4月に，「厚生年金基金の資産運用関係者の役割及び責任に関するガイドライン」を作成し，資産運用関係者は基金の加入者，受給者の利益のみのために忠実に職務を果たすべきこと，およびそれぞれの職責に応じた注意義務を果たすべきことを明確化するとともに，具体的な行動指針を示した。

(2)

#### 年金福祉事業団の廃止と業務からの撤退

行政改革の一環として，年金福祉事業団は1997（平成9）年6月6日の閣議で，1999（平成11）年に行われる年金の財政再計算に合わせ，年金資金の運用の新たなあり方につき結論を得て廃止することが決定された。閣議決定においては，資産運用業務について担当機関のあり方を長期的かつ専門的見地に立って別途検討することとされている。また，大規模年金保養基地業務からは撤退し，被保険者（加入者）向け融資業務については，適切な経過措置を講じた上で撤退することとされており，現在，この決定を踏まえ，各種事業について，その撤退のあり方を検討している。

(3)

#### 年金の国際化

国際化の進展に伴い、外国で生活する日本人や国内に居住する外国人が増加する中で、日本から外国に一時的に派遣され勤務する被用者を中心に、2か国の年金制度に二重加入する義務が生じるため、保険料を二重払いしなければならないという問題や、外国の制度に加入した期間の短い者が外国の年金制度からの年金を受けられないといった問題が生じている。

このような問題を解決するため、諸外国との間で年金協定を締結していくことが必要となっている。我が国においては、これまで諸外国との年金協定の締結にはまだ至っていないが、ドイツとの間では、1995(平成7)年9月から政府間交渉が開始され、8回にわたる交渉を経て、1998(平成10)年4月、「社会保障に関する日本国とドイツ連邦共和国との間の協定」について署名が行われ、同年5月21日、国会で承認された。また、協定を実施するために必要な厚生年金保険法等公的年金各法の特例などを定めた「社会保障に関する日本国とドイツ連邦共和国との間の協定の実施に伴う厚生年金保険法等の特例等に関する法律案」が国会に提出され、同年5月19日に可決成立した。

この協定は、日本とドイツを仕事で往来する人などについて、いずれかの国の年金制度にのみ加入することとするとともに、年金を受け取るために必要な加入期間について、両国の制度加入期間を通算することとしている。

今後とも、人的な交流の活発な国を中心に年金協定の締結に向けた取組みを進め、国際化時代に対応した年金制度にしていくこととしている。

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第5節 社会福祉の基礎構造改革

###### 1 社会福祉の基礎構造改革の必要性

---

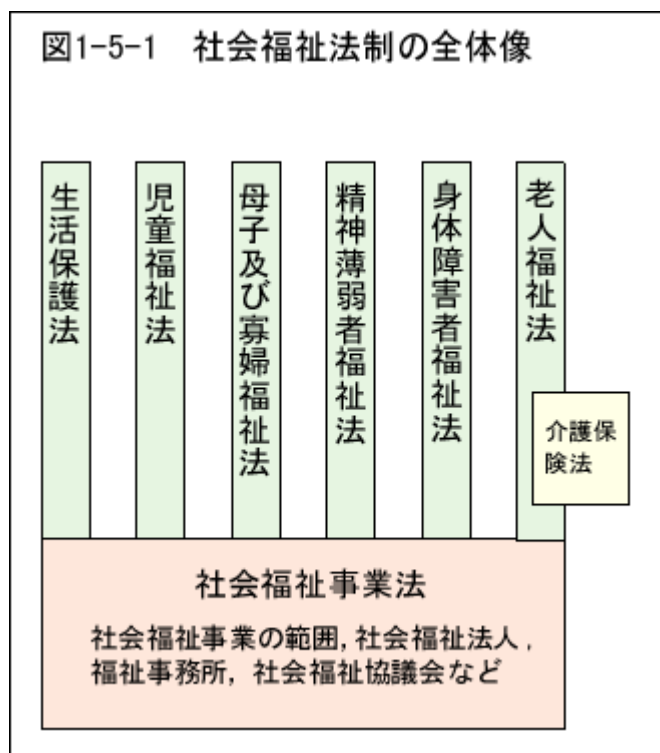
(1)

#### 社会福祉をとりまく環境の変化

終戦直後の昭和20年代前半、生活能力を失い困窮に陥った人々、戦災孤児、戦争により障害を負った人々があふれる中で、児童福祉法、身体障害者福祉法、生活保護法など、社会福祉に関する法律が相次いで制定された。続いて社会福祉の各分野にわたる共通の基盤となる事項について定めるため、1951（昭和26）年、社会福祉事業法が制定され、社会福祉事業の範囲、社会福祉法人制度、福祉事務所、共同募金会、社会福祉協議会などについて規定された。さらに財政的な裏づけとして措置費、措置制度が福祉各法により整備されてきた。このように、我が国の戦後の社会福祉制度の基本的な姿は、昭和20年代から30年代にかけて形づくられたものである。

しかし、当時と比べ、現在では社会福祉をとりまく環境が大きく変化している。すなわち、少子・高齢化、女性の社会進出、核家族化、雇用者化などが急速に進展し、社会福祉の対象者は、一部の経済的な生活困窮者に限られず、いわば国民誰もが社会福祉の対象になり得るまでに普遍化しているのである。

図1-5-1 社会福祉法制の全体像



(2)

### 社会福祉の基礎構造改革の必要性

社会福祉をとりまく状況の変化に伴い、国民の社会福祉に対する需要は増大・多様化してきている。そうした福祉需要の変化に適切に対応するため、これまで、福祉の各個別分野においてはそれぞれ施策の充実が図られ、1997（平成9）年には児童福祉法の改正や介護保険制度の創設などが行われている。一方で、社会福祉事業、社会福祉法人、措置制度、福祉事務所、地域福祉など社会福祉の基礎構造については、社会福祉事業法制定以来、約半世紀の間、その基本的枠組みが維持されたままである。その結果、社会福祉法人の経営基盤の脆弱性、低所得者を対象とした行政処分による一律のサービス提供である措置制度、地域の福祉需要に対応していない福祉事務所の現状など、時代の要請に必ずしもそぐわない部分が種々生じてきている。

来るべき21世紀において、安定的かつ効率的に福祉サービスが提供されるためには、社会福祉の基礎構造の強化・充実を図ることが不可欠である。

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第5節 社会福祉の基礎構造改革

#### 2 社会福祉の基礎構造改革の方向

---

(1)

#### 社会福祉事業等の在り方に関する検討会の報告

厚生省では、1997（平成9）年8月から「社会福祉事業等の在り方に関する検討会」が開催され、有識者の間で、社会福祉の基礎構造について幅広く議論が行われた。その結果、同年11月、検討会の報告として「社会福祉の基礎構造改革について（主要な論点）」が取りまとめられた。

この報告では、国民の信頼と納得の得られる福祉サービスが提供されるよう、改革の基本的方向として、以下の6点が挙げられている。

1)

#### サービスの利用者と提供者の対等な関係の確立

サービス利用者は弱者保護の対象ではなく、サービス提供者との契約により対等な関係に立つべきである。

2)

#### 個人の多様な需要への地域における総合的支援

サービス利用者の心身状況などに応じて多様なサービスを提供するため、保健・医療・福祉の連携を図り、また、福祉分野でも老人福祉・障害者福祉・児童福祉の縦割りの視点を改めるべきである。

3)

#### 信頼と納得が得られるサービスの質と効率性の確保

福祉サービスに対する信頼を回復し、少子・高齢化の急速な進展に伴い増加する費用負担について理解を求めるために、国民の信頼と納得が得られるサービスの質と効率性を確保することが必要である。

4)

#### 幅広い要望に応える多様な主体の参入促進

多様な需要に対応できる多様な福祉サービスを提供するためには、社会福祉法人を始めボランティア団体、住民参加型団体、生活協同組合、農業協同組合、民間企業等様々な提供主体の参加が必要である。

5)

### 住民の積極的な参加による豊かな福祉文化の土壌の形成

ボランティア活動等を通じ、福祉は特別なものではなく身近なもの、住民自身のものであるとの認識を深めることにより、豊かな福祉文化の土壌が形成される。

6)

### 情報公開等による事業運営の透明性の確保

サービスの内容や事業運営に関する情報公開と信頼の確保が求められる。

こうした6つの方向性が目指す社会福祉の理念は、福祉サービスの利用者の選択を尊重し、また、利用者に対し社会的連帯の考え方に基づいて支援することにより、個人がどのような状態にあっても自己実現を図れるようにするとともに、社会的公正を確保する、ということである。

これらの理念および方向性に沿った改革を実現させるため、議論が必要な論点として、具体的に以下の事項が挙げられている。

#### 社会福祉事業

○

社会福祉事業の概念、範囲等の見直し

○

ボランティア団体や住民参加型民間団体の位置づけ、民間企業等の多様な主体の参入促進

○

包括的な生活支援サービスの提供、サービス間の調整や総合的な助言・相談のための体制づくり

#### 社会福祉法人

○

社会福祉法人の今後果たして行くべき役割、意義

○

社会福祉法人の規模のあり方、社会福祉法人単位での経営の確立

○

外部監査の導入や情報開示など自主的取組み、都道府県等による実効ある監査

#### 措置制度

○

個人の選択によるサービス利用を基本とする制度への転換

○

提供されるサービスに着目した公費助成

○

自己決定能力が低下した者の権利擁護のための制度導入

## 施設整備

○

措置制度の見直しの際に、サービスの対価を施設整備費へ充当することを認めるなど費用調達のあり方

## サービスの質

○

サービスの選択を可能にする情報公開と質の評価制度の充実

○

公的基準によるべき事項の重点化、サービス内容に関する基準の設定

○

利用者の意見の反映・消費者保護

## 効率化

○

適正な競争を通じた効率化

○

機械化・外部委託の促進

## 人材養成・確保

○

他の分野からの人材の参入促進

○

専門職としての人材養成・教育の質の向上

## 社会福祉協議会、ボランティア団体等

○

社会福祉協議会による地域のネットワークづくり、身近な生活支援

○

民生委員・児童委員の実際の役割にふさわしい位置づけ

○

共同募金、配分方法の見直し

## 地域福祉計画



○

まちづくりの視点も含めた計画の策定と、それを通じた公と民との合意形成

福祉事務所

○

地域における役割, 必置規制のあり方, 社会福祉主事の資格等の見直し

○

保健所, 市町村保健センター, 各種相談所との連携・統合

(2)

中央社会福祉審議会における議論

社会福祉の基礎構造改革については、1997（平成9）年11月に中央社会福祉審議会に設置された社会福祉構造改革分科会において、検討会での論点整理を参考にしつつ、現在、精力的に議論が行われているところである。

同分科会の中間報告は、1998（平成10）年6月を目途に取りまとめられる予定であり、その中で新しい社会福祉制度の方向性が示されることとなる。

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第5節 社会福祉の基礎構造改革

#### 3 施設整備業務等の再点検

(1)

#### 施設整備業務の再点検と改善措置の実施

1996(平成8)年末、特別養護老人ホーム等の社会福祉法人に対する社会福祉施設整備費等の仕組みが悪用され、施設建設に伴って利ざや稼ぎが行われるという事件が発生した。この事件は、厚生省関係職員の関与の下で発生したものであり、国民の社会福祉事業に対する信頼を損なうとともに、社会福祉事業に従事する関係者を冒とくしたことに付き、厚生省として深く反省しなければならない。このため、厚生省は、事実関係の解明とともに、施設整備補助金の選定手続きの見直し、社会福祉法人の認可や運営に関する業務の適正化などを図るため、1996年12月、省内に「施設整備業務等の再点検のための調査委員会」を発足させた。

調査委員会では、まず、事件の実態解明等を踏まえた特別養護老人ホームの施設整備に係る改善措置を取りまとめるとともに、それを踏まえながら、その他の社会福祉施設、医療関係施設、水道・廃棄物処理施設および国立病院、社会保険関係施設並びに出向人事のあり方等についても再点検を行い、1997(平成9)年3月31日、報告書を取りまとめた。報告書では、特別養護老人ホームを始めとする社会福祉施設の整備等に係る改善措置として、1)補助金交付対象施設決定方法の明確化、2)公共工事に準じた建設工事契約の適正化、3)幅広い人材の参画による公正な社会福祉法人運営の確保、4)監査・考査の改善、5)共同募金会の指定寄付金制度の運用の適正化を挙げるとともに、その他の分野の施設整備等に係る改善措置、出向人事等のあり方についての検討結果が総括的に示されている。

厚生省においては、報告書で示された改善措置のうち早期に可能なものは、1997年3月末までに所要の通知の改正などを行い、その後も、報告書で指摘された事項の着実な実施を図り、施設整備業務等の公平公正な執行に努めている。また、報告書の取りまとめの際、施設整備業務全般の再点検の趣旨を忘れることなく、今後とも厚生省職員一人一人が業務の適正な実施について不断の努力を続けていくため、毎年3月31日を「厚生省自己点検の日」とし、報告書で示された改善事項の実施状況を再点検していくこととされた。1998(平成10)年3月31日の「厚生省自己点検の日」には、報告書で示された改善事項ごとに推進状況を確認し、その結果を「『施設整備業務等の再点検のための調査委員会報告書』の推進状況について」として取りまとめた。

特別養護老人ホームの設置運営等の社会福祉事業は、本来決して利益を生むようなものではないが、特別養護老人ホームの整備需要が急速に増加する中で、その設置運営があたかも利益を生むものであるかのごとき考え方を持つ者が出てきているのではないかと指摘が生じている。その一方で、施設整備費の自己負担分は相当の寄付がないと賄えないといった現行社会福祉法人制度のままで、今後本当に

必要な整備量を確保できるのかといった懸念も生じている。

したがって、本格的な少子・高齢社会の到来を目前に控えて、国民の要望に見合った特別養護老人ホームの整備を円滑に推進する上においても、報告書を踏まえた改善措置の効果を客観的に評価しつつ、社会福祉法人のあり方や社会福祉事業に対する補助制度のあり方という課題に中長期的な観点から取り組む必要がある。「社会福祉事業等の在り方に関する検討会」においてもこうした課題を含めて検討を行い、2で述べたように、11月に論点整理を取りまとめ、これを参考としつつ、現在、中央社会福祉審議会において議論が行われている。

表1-5-2「施設整備業務等の再点検のための調査委員会報告書」の1997(平成9)年度末までの推進状況

表1-5-2 「施設整備業務等の再点検のための調査委員会報告書」の1997(平成9)年度末までの推進状況

<p>1997(平成9)年3月31日の「施設整備業務等の再点検のための調査委員会報告書」で示された改善事項の実施状況を「厚生省自己点検の日」(1998(平成10)年3月31日)に当たり取りまとめた。</p> <p>(1)特別養護老人ホームをはじめとする社会福祉施設</p> <p>【注】特別養護老人ホームの施設整備に係る問題点と総点検の結果を踏まえ、その他の社会福祉施設も含め、社会福祉施設の整備等に係る改善措置を講ずることとしたものである。</p> <p>○ 報告書で示された</p> <p>ア 補助金交付対象施設決定方法の明確化</p> <p>イ 公共工事に準じた建設工事契約の適正化</p> <p>ウ 幅広い人材の参画による公正な社会福祉法人の運営の確保</p> <p>エ 監査・考査の改善</p> <p>オ 共同募金会の指定寄付金制度の運用の適正化</p> <p>のための通知を発出するなどの改善措置を平成9年度末までに講じた。</p> <p>(2)その他の分野の施設等</p> <p>1)医療関係施設</p> <p>【注】広く施設整備補助金に係る業務の一層の適正化を図る観点から、特別養護老人ホームの例も参考にしつつ、必要な改善措置を講ずることとしたものである。</p> <p>○ 報告書で示された</p> <p>ア 補助金交付対象施設決定方法の明確化</p> <p>イ 建設工事契約の適正化</p> <p>ウ 監査・考査等の改善</p> <p>のための通知を発出するなどの改善措置を平成9年度末までに講じた。</p> <p>2)老人保健施設</p> <p>【注】国庫補助を受けて行う老人保健施設の整備について、特別養護老人ホームの例も参考として、必要な改善措置を講ずることとしたものである。</p> <p>○ 報告書で示された</p> <p>ア 補助金交付対象施設決定方法の明確化</p> <p>イ 建設工事契約の適正化</p> <p>ウ 監査・考査等の改善</p> <p>のための通知を発出するなどの改善措置を平成9年度末までに講じた。</p> <p>3)水道・廃棄物処理施設</p> <p>【注】施設整備補助金に係る業務の一層の適正化を図る観点から、さらに改善を図ることとしたものである。</p> <p>○ 報告書で示された</p> <p>ア 工事契約等の適正化</p> <p>イ 国庫補助採択結果及び入札結果等の公表</p> <p>ウ 新技術に係る採択基準等の明確化</p> <p>のための通知を発出するなどの改善措置を平成9年度末までに講じた。</p> <p>4)国立病院、社会保険関係施設</p> <p>【注】施設整備に係る業務の一層の適正化を図る観点から、さらに改善を図ることとしたものである。</p> <p>○ 報告書で示された</p> <p>ア 工事入札手続きの適正化</p> <p>イ 管理、検査体制の強化</p> <p>ウ 国立病院における物品購入、役務関係の契約の適正化</p> <p>のために必要な検討の開始、地方医務局・施設への指導などの改善措置を平成9年度末までに講じた。</p> <p>5)出向人事等</p> <p>【注】網紀の保持や地方自治体への出向人事等の在り方についても見直しを行うこととしたものである。</p> <p>○ 報告書で示された</p> <p>ア 網紀の保持</p> <p>イ 出向人事の在り方</p> <p>について網紀の保持、厚生省職員倫理規程の遵守、贈答品の受領の禁止等の徹底や出向人事の見直しなどの措置を平成9年度末までに講じた。</p>
---

(2)

### 綱紀肅正に向けた取組み

厚生省では、先般の事件の後、1996（平成8）年12月に、職務関係者等との接触に当たっての禁止事項などを詳細に定めるとともに、各部局に置かれたサービス管理官によってその徹底を図る体制などを定めた「厚生省職員倫理規程」を策定した。この倫理規程の遵守を始めとする綱紀の肅正については、その後、機会をとらえてその徹底を図ってきている。

また、地方自治体への出向人事についても、地方自治体の意向を十分踏まえながら、厚生省からの出向者が長期間同一の役職を占めることのないよう、見直しを図ってきている。

---

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第6節 障害者保健福祉施策の総合的見直し

###### 1 障害者をめぐる現状

現在、我が国の障害者の総数は約500万人であり、このうち身体障害者が295万人、知的障害者が41万人、精神障害者が217万人と推計されている。

身体障害者（在宅者、約270万人）については、1級又は2級の重度の障害者が全体の約40%を占めており、1987（昭和62）年の調査時に比べて増加しているほか、重複障害のある者も全体の4.4%で増加傾向にあり、全体として重度・重複化の傾向が見られる。また、近年、65歳以上の障害者が48.8%とほぼ半数を占め、更に増加傾向にある。

知的障害者（在宅者、約30万人）については、18歳未満の知的障害児が減少する一方、18歳以上の知的障害者は増加しており、加齢による高齢化が進行している。また、最重度および重度が4割を超えるとともに、18.2%が身体障害者手帳の所持者であり、重度化・重複化の傾向が見られる。

精神障害者については、入院34万人、在宅182万人となっているが、入院患者の平均在院日数が326日と欧米諸国に比べて非常に長く、5年以上の長期入院患者が全体の5割を占めるなど、社会復帰が進んでいない状況にある。

（注）知的障害者については、法律上の用語としては「精神薄弱者（児）」であるが、その用語の見直しが障害者関係3審議会合同企画分科会の中間報告（第2部第1章第6節「3 今後の障害者保健福祉施策の方向」参照）においても指摘されていることも踏まえ、本白書においては、法律上の用語を除き「知的障害者」の語を用いることとした。なお、法律上の用語を一律に「知的障害者」と改める法律案が1998（平成10）年5月27日に参議院で可決された。

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第6節 障害者保健福祉施策の総合的見直し

#### 2 障害者プランの推進

(1)

#### 障害者プラン

障害者プランは、1993（平成5）年3月に策定された「障害者対策に関する新長期計画」を更に具体的に推進していくための重点施策実施計画として、1995（平成7）年12月に政府の障害者対策推進本部において策定された。障害者プランは、1996（平成8）年度から2002（平成14）年度までの7か年計画で、保健福祉施策のみならず、住宅、教育、雇用、通信・放送など障害者施策全般に関する内容となっている。

障害者プランでは基本的考え方として、生涯のすべての段階において全人間的復権を目指すリハビリテーションの理念と、障害者が障害のない人と同等に生活し、活動する社会を目指すいわゆる「ノーマライゼーション（障害者が障害のない者と同様に生活し、活動する社会づくり）」の理念を踏まえつつ、「1)地域で共に生活するために」「2)社会的自立を促進するために」「3)バリアフリー化（障壁の除去）を促進するために」「4)生活の質（QOL）の向上を目指して」「5)安全な暮らしを確保するために」「6)心のバリア（障壁）を取り除くために」「7)我が国にふさわしい国際協力・国際交流を」の7つの視点から施策の重点的な推進を図ることとしている。

(2)

#### 障害者プランに基づく施策の推進

障害者プランに掲げられた目標を達成するため、厚生省では1997（平成9）年度において、在宅の障害者地域生活を支えるために訪問介護（ホームヘルプサービス）、短期入所（ショートステイ）、日帰り生活・介護（デイサービス）等の在宅福祉施策の充実とともに、待機者解消のために特に不足している身体障害者療護施設等の整備を図った。今後とも、障害者プランに掲げられた各施策の具体的な数値目標の達成のために、一層の施策の充実を進めることとしている。

また、国の障害者プランを具体化していくためには、住民により身近な行政主体である地方公共団体において具体的な数値目標を設定した障害者計画を策定し、計画的に施策を推進していくことが必要である。都道府県および市町村は障害者基本法に基づき、障害者計画を策定するよう努めなければならないこととされており、全都道府県および全指定都市が既に策定しているが、その障害者計画の中に数値目標を設定しているものは未だ5割にとどまっている。また、市町村障害者計画については、総理府の調査

によれば、1997年3月末現在で、市の策定率が35.2%、町村の策定率が13.3%と人口規模の小さな自治体ほど策定が進んでおらず、数値目標が盛り込まれているのはさらに策定済み市町村全体の18.6%にとどまっている。国の障害者プランを地域で生活する障害者の生活支援につなげていくためには、最も身近な市町村における障害者計画の策定が重要であり、多くの市町村で数値目標を盛り込んだ計画が早期に策定されるよう、厚生省としても市町村障害者計画策定試行的事業等を通じて支援している。

表1-6-1 障害者プランにおける厚生省関係の平成14年度末の具体的な施策目標と平成10年度予算

表1-6-1 障害者プランにおける厚生省関係の平成14年度末の具体的な施策目標と平成10年度予算

項 目	平成7年度	平成10年度	平成14年度
1 住まいや働く場の確保			
・地域生活支援事業(グループホーム)・福祉ホーム	5千人分	10,383人分	2万人分
・授産施設・福祉工場	4万人分	53,555人分	6.8万人分
2 地域における自立の支援			
・重症心身障害児(者)等の通園事業	300か所	528か所	1.3千か所
・精神障害者生活訓練施設	1.5千人分	3,380人分	6千人分
3 介護サービスの充実			
○在宅サービス			
・訪問介護		2.41万人上乗せ	4.5万人上乗せ
・短期入所	1千人分	2,210人分	4.5千人分
・日帰り生活・介護	500か所	2,210人分	1000か所
○施設サービス			
・身体障害者療護施設	1.7万人分	20,269人分	2.5万人分
・精神薄弱者更生施設	8.5万人分	90,199人分	9.5万人分

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第6節 障害者保健福祉施策の総合的見直し

###### 3 今後の障害者保健福祉施策の方向

(1)

#### 精神保健福祉士法の制定

1)

#### 精神障害者の社会復帰の促進と精神保健福祉士法の制定

我が国では、精神病院に入院している精神障害者の入院期間が非常に長期にわたっており、精神疾患については、ノーマライゼーションの考えの下で、入院から社会復帰施設へ、さらには「地域における自立と社会参加」という流れが非常に重要になってきている。こうした流れに沿って、地域における精神障害者に対する福祉施策を充実し、精神障害者の地域における自立と社会参加を支援する体制を整備するため、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」において、生活訓練施設などの社会復帰施設や、事業所において対人関係や社会適応のための訓練を行う社会適応訓練事業（通院患者リハビリテーション事業）が法定化されている。

また、精神障害者の社会復帰を促進するためには、社会復帰施設の整備のほか、社会復帰を支援する人材の確保が重要になっている。このため、精神障害者の社会復帰を支援する専門家の国家資格化が強く求められたことから、精神障害者の保健・福祉に関する専門的知識・技術を持ち、精神障害者の社会復帰に関する相談援助を行う者として、「精神保健福祉士」の資格制度を設ける精神保健福祉士法が1997（平成9）年12月、第141回臨時国会において成立し、1998（平成10）年4月から施行されている。

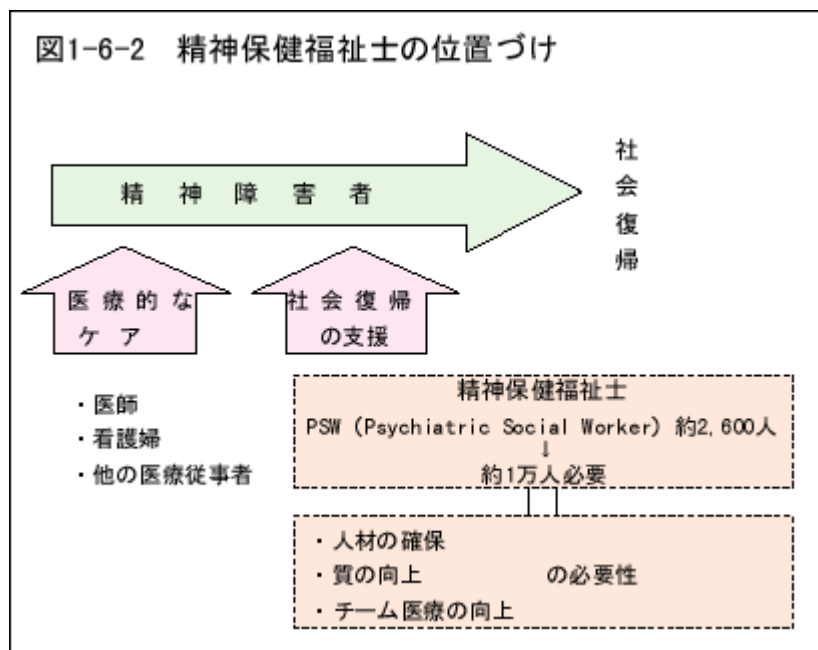
2)

#### 精神保健福祉士の職務

精神保健福祉士の主な職務内容は、1)精神障害者の社会復帰のための相談、2)退院後の住居や再就労の場の選択等についての助言・指導、3)日常生活への適応のための訓練、などとなっている。精神保健福祉士は、医療機関、精神障害者社会復帰施設、保健所等において精神障害者の社会復帰のための支援を行う専門職種として、重要な役割を担うものであり、幅広い活動が期待される。



図1-6-2 精神保健福祉士の位置づけ



(2)

### 障害者関係3審議会合同企画分科会の中間報告

今後の障害保健福祉施策のあり方について、介護保険制度との関連に留意しつつ、特にその総合化の観点から全般的な検討を行うため、1996（平成8）年10月に障害者関係の3審議会（身体障害者福祉審議会、中央児童福祉審議会障害福祉部会、公衆衛生審議会精神保健福祉部会）の合同企画分科会が設置された。

合同企画分科会は、小委員会の5回の審議を含め、計14回にわたり審議を行い、1997（平成9）年12月9日に、「今後の障害保健福祉施策の在り方について」と題する中間報告を取りまとめた。その主な内容は以下のとおりである。

1)

#### 障害保健福祉施策の総合化

障害児および知的障害者の福祉サービスの決定権限の委譲等により、市町村における障害保健福祉サービス提供体制の一元化を図る。一方で、障害種別ごとの特性に対応した施策の充実のため、更生相談所等の専門機関による支援体制の強化が必要である。また、在宅福祉サービス、障害児通園施設、授産施設等における相互利用の推進や精神障害者の訪問介護事業（ホームヘルプサービス）の検討など、障害種別間でのサービスの整合性を図ることが必要である。

2)

#### 障害の重度・重複化等への対応

障害者を介護する家族等がその負担軽減を図るために一時的なサービスを利用できる事業（いわゆるレスパイトサービス）の推進が必要である。また、筋萎縮性側索硬化症（ALS）等の重度障害

者への対応の改善を図るとともに、重度・重複の知的障害者のための施設類型の創設の検討を行うべきである。

3)

#### 介護保険制度との関連での整理

高齢者と比較してそん色のないサービスを提供するため、訪問入浴等の導入の検討が必要である。さらに、措置制度について利用者本位のサービス提供のための仕組みを検討すべきである。

4)

#### 障害者の権利擁護

障害者やその家族等の相談に随時対応できる相談事業の実施や「精神薄弱」の用語の早急な見直しが必要である。

今後、これらの3審議会において、中間報告の主要論点について更に検討を深めるとともに、精神障害者の保健・医療分野についても別途検討を行い、障害者保健福祉施策全体について、1998（平成10）年の夏から秋を目途に最終的な取りまとめを行うこととしている。また、検討に当たっては、中央社会福祉審議会における社会福祉基礎構造改革についての検討とも整合性の確保を図っていくこととしている。

---

---

## 第1編

### 第2部 主な厚生行政の動き

#### 第1章 社会保障の構造改革

##### 第6節 障害者保健福祉施策の総合的見直し

#### 4 長野パラリンピック冬季競技大会の開催

1998(平成10)年3月5日から14日の10日間、ヨーロッパ以外の地で初めて開催された長野パラリンピック冬季競技大会は、多くの観客を集め、またテレビ、新聞において連日報道されるなど、国民各層の注目が集まる下で開催された。

大会は、32か国、選手571名、役員575名と過去最大の規模で開催され、アルペンスキー、クロスカントリースキー、バイアスロン、アイススレッジスピードレース、アイススレッジホッケーの5競技34種目で熱戦が繰り広げられた。なお、クロスカントリースキーでは、知的障害(intellectual disabilities)のクラスが初めて正式競技として行われた。

長野パラリンピック冬季競技大会に向けた選手育成・強化は、財団法人日本身体障害者スポーツ協会により、1995(平成7)年度より3年間、国の補助を受けて行われ、その結果、日本選手団はパラリンピック冬季大会では過去最高の成績を挙げた。

なお、クロスカントリースキーの競技に知的障害のクラスが設けられることが、1995年度に確実になったため、1996(平成8)年度より社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会においても、国の補助を受け、選手の育成・強化を行ってきた。その結果、大会には8名の選手を派遣するとともに、銀メダル、銅メダルを各1個獲得するなど好成績を収めた。

このような日本人選手の目覚ましい活躍により、障害者のスポーツに対して、国民の関心が飛躍的に高まったことから、今後の障害者スポーツの更なる展開が期待される。

表1-6-3 パラリンピック冬季競技大会の経緯と日本選手団派遣人員および成績

表1-6-3 パラリンピック冬季競技大会の経緯と日本選手団派遣人員および成績

回数	開催年	開催地	(国)	参加国	参加人数	日本選手団派遣人員および成績 (選手数)	金	銀	銅
1	1976年	エーrensヘルスヴィーク	(スウェーデン)	21	400	2(1)	—	—	—
2	1980年	ヤイロ	(ノルウェー)	15	369	11(6)	—	—	—
3	1984年	インスブルック	(オーストリア)	22	1,000	21(12)	—	—	—
4	1988年	インスブルック	(オーストリア)	22	800	27(16)	—	—	2
5	1992年	アルベールビル	(フランス)	24	900	38(15)	—	—	2
6	1994年	リレハンメル	(ノルウェー)	31	956	51(27)	—	3	3
7	1998年	長野	(日本)	32	1,146	140(69)	12	16	13

(注) 日本選手団としての派遣は、第2回大会以降であり、第1回大会に参加した選手は個人参加である。

資料：(財)日本身体障害者スポーツ協会より

#### ■ 長野パラリンピック冬季競技大会における日本人選手の活躍 ■

日本は、我が国のパラリンピック冬季競技大会史上最高となる、選手69名を含む総勢170名を派遣した。日本選手団は、金12個を含むメダル41個を獲得し、メダルの獲得総数ではドイツに次いで第2位となるなど、素晴らしい成績を挙げた。

日本人選手の競技別メダル獲得数は以下のとおりである。

長野パラリンピックにおける日本人選手の競技別メダル獲得数

	アルペンスキー	クロスカントリースキー	バイアスロン	アイススレッジ スピードレース	計
金	2	0	1	9	12
銀	2	1	1	12	16
銅	1	1	0	11	13
計	5	2	2	32	41

(注) アイススレッジホッケーは、初参加ながら7か国中第5位の成績であった。

写真,長野パラリンピックの競技のようす



(写真左)クロスカントリースキー男子10kmフリーに出場し、4位となった萩原邦彦選手。  
 (写真右)アジアからは日本以外に韓国が参加し、アルペンスキーに4人の選手を派遣した。写真は、男子スラローム(回転)に出場した韓国の選手。