

介護保険導入の政策形成過程

平成 9 年 7 月

日本医師会総合政策研究機構
(日医総研)

介護保険導入の政策形成過程

平成 9 年 7 月

日本医師会総合政策研究機構
(日医総研)

総目次

介護保険導入の政策形成過程	1
報告書要旨	1
報告書	5

〈補論〉

1990年代における医療保険改革の展開	59
介護保険・医療保険改革関連年表	73
(1990～1997年)	
参考資料集	(巻末)
(介護保険・医療法、医療保険制度関係の報告書等)	

介護保険導入の政策形成過程

報告書要旨

1997年7月3日

曾根プロジェクト（医政研究会）

主任研究員： 曾根泰教（慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科教授）
副主任研究員： 増山幹高（ミシガン大学博士候補・東京大学社会科学研究所客員研究員）
研究員： 青柳俊（社団法人日本医師会常任理事）
武見敬三（参議院議員・東海大学平和戦略国際研究所教授）
中川俊男（新さっぽろ脳神経外科病院理事長・院長）

これまで曾根プロジェクト（医政研究会）では、1996年7月より介護保険創設・医療保険改革に関する資料収集・分析を行い、また武見敬三参議院議員のホームページ（<http://home.interlink.or.jp/~k-takemi/>）に資料を掲載し、政策的な情報の提供に努めてきた（参考資料集参照）。研究成果として「介護保険導入の政策形成過程」をまとめたので、ここに要旨を報告する。

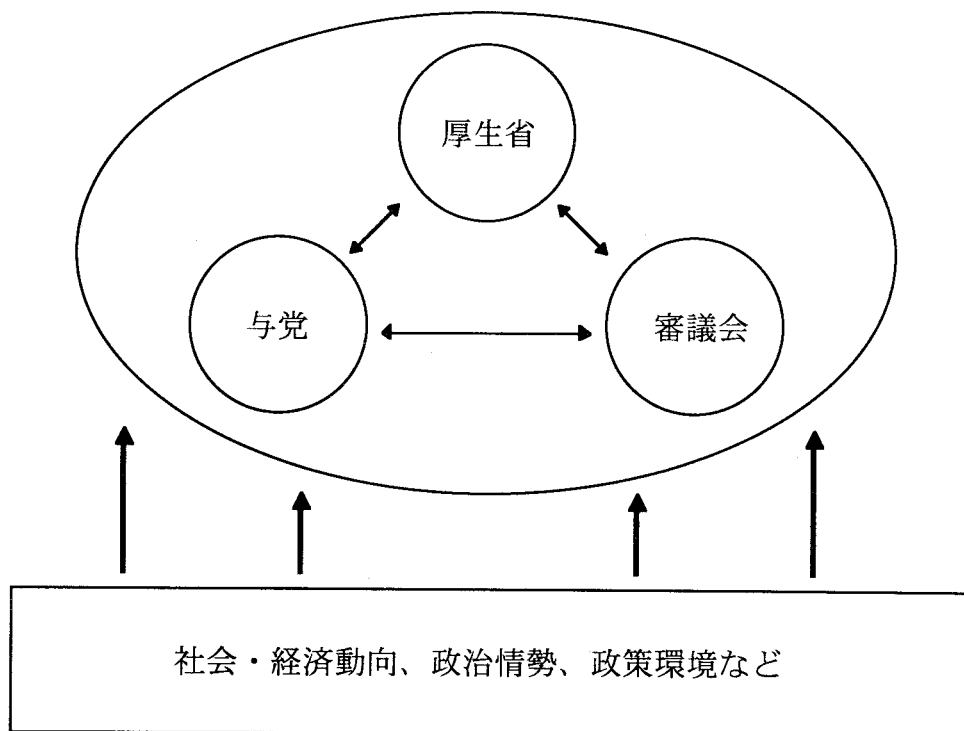
政策形成過程の分析枠組み

この研究の目的は、介護保険導入をめぐる政治的な背景と実質的な政策の形成過程に焦点を合わせることによって、官僚、政治家、関係団体などが政策形成にいかに関わっているのかということを検証し、そうした政策形成のあり方を評価することにある。介護保険によって日本の政策過程すべてが解き明かされるわけではないが、この事例を一つの典型例として、一般の法律のみならず、大きな制度変更を伴う政策形成過程を推論することは可能であろう。この研究は、介護保険法案のアイデア段階から、順次、それが法案化されて、国会を通過する過程を跡づけ、考え方の収斂がどの段階で図られ、重要な決定の場がどこであり、利害調整がいかにしてなされたかのを明らかにする。

ここで採用する政策形成過程のイメージは、政策形成を官僚、政治家、関係団体など特定の専門的な政策形成に関わる利害関係者が有する政策的な理念の合従連衡プロセスと捉えるものである。こうした利害関係者を「政策専門家」と呼べば、図Aのように、政策専門家のあいだに政策的収斂が起こる制度的「場」を厚生省、与党、審議会として図式化することが出来よう。これら厚生省、与党、審議会におけるフォーマルな審議やその他様々なインフォーマルな協議や交渉を通じて、政策専門家は政策アイデアを共有し、利害の対立を解消していく。

また、こうした個々の専門的な政策領域は大きな政治・社会的な環境によって条件づけられており、社会・経済動向や政治情勢、世論、他の政策領域の状況といった外的要因も政策専門家の政策立案や合意形成に影響を及ぼすものと考えられる。報告書では、介護保険導入の政策形成過程を問題提起、意見調整、法案作成の三段階に分けて跡づけ、政策専門家がいかなる政策理念を支持し、対立する争点についてどのような交渉・調整を進め、それがいかなる政治・社会環境のもとになされたのかを解明している。

図A 政策形成のイメージ：制度的な交渉の「場」と外的環境としての政治・社会情勢



社会保険・自立支援、医療と介護、医療保険改革

介護保険導入に関する政策的収斂と利害対立は次のように要約することが出来る。厚生省は家族と公的扶助による介護を社会保険方式による生活支援の介護に転換することを目指し、私的な懇談会や研究会を組織し、また老人保健福祉審議会の審議録も公開して広報活動に努めてきた。しかし、こうした考え方自体は研究者・実務家の間でも支持されたものであり、社会保障制度審議会も提唱しており、必ずしも厚生省独自の政策選好とは言えない。

ただし、医療と福祉を生活支援に再定義するうえで、厚生省は介護としての医療の範囲を限定し、介護の医療化に歯止めをかけようとした。また厚生省はこれにより老人医療費が抑制され、医療保険の財政安定化が促されるものと期待した。しかし、医師会の抵抗に直面し、厚生省は介護保険の目的として医療を明記するという修正を余儀なくされ、また

市町村の懸念を解消するために、財政調整や事務に関する国・都道府県の役割を強化せざるを得なかった。ただし、二分の一公費負担（言い換えれば保険料負担で少なくとも半分は賄うこと）、家族介護への現金給付は行わない（現物給付を基本とする）といった方針は貫かれている。

介護保険と政治・社会情勢

厚生省は老人保健福祉部の時代から介護の社会化を追求してきたが、引き続き審議会や与党との意見調整過程をみると、厚生省内外に対する広報活動に励み、利害関係者や与党の合意なしには法案の提出さえままならないという実態が浮かび上がってくる。

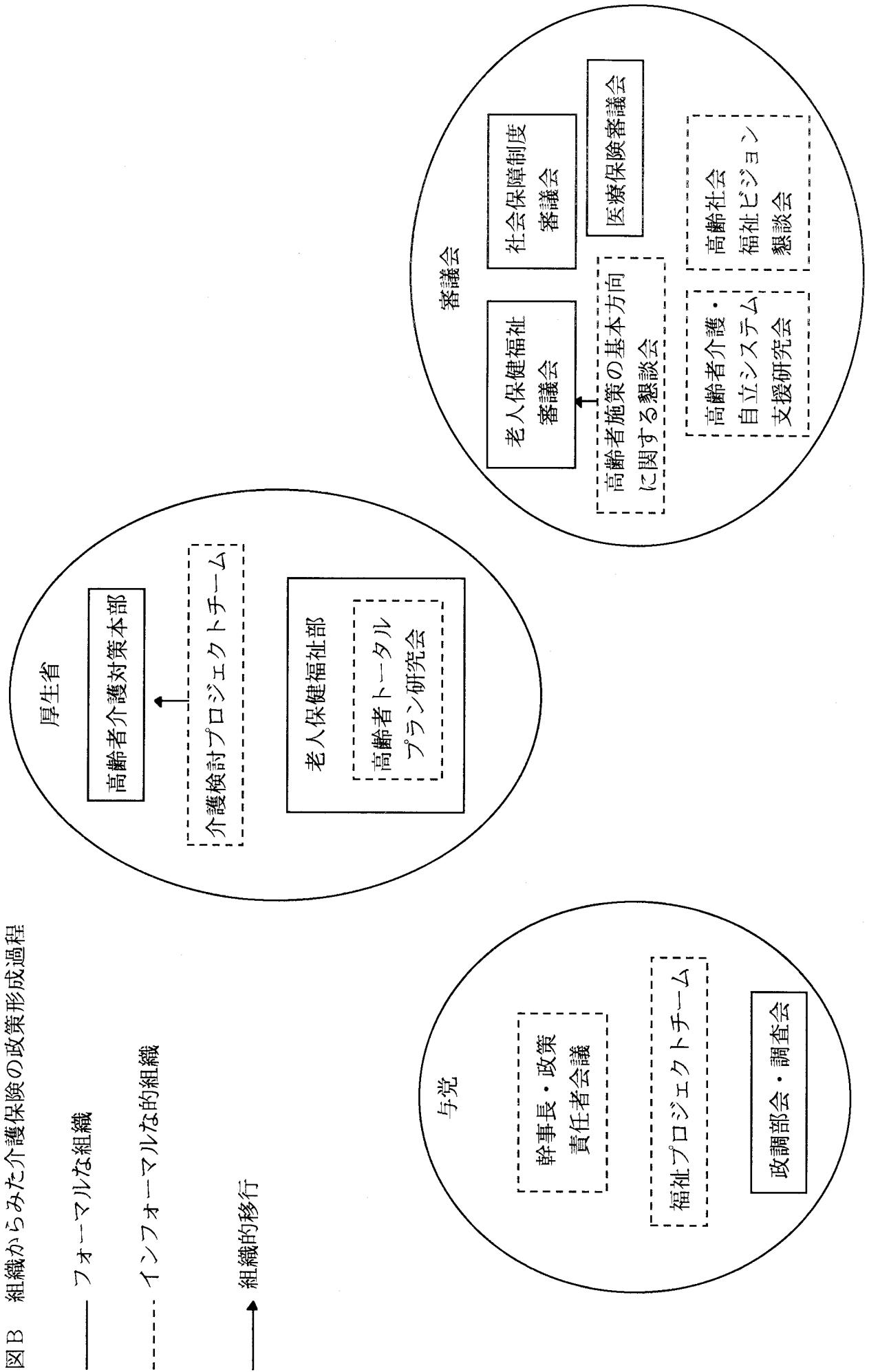
図Bは組織の観点から介護保険の政策形成を図式化したものであり、政策の方向性を左右した制度的「場」を示している。介護保険の事例は、省庁が立案し、審議会に諮り、与党の審査を受け、国会で立法化されるという政策形成が制度化されているとともに、実質的な政策立案や合意形成がよりインフォーマルな組織を通じて図られていることを明らかにしている。これは介護保険が既存の政策体系では処理できない、新たな制度の創設を目指すものであり、厚生省内の研究会や利益代表ではない諮問機関に政策を方向づける機会が与えられたためであった。

また同時に政治情勢、政策環境といった外的な状況変化も介護保険に関わる政策専門家の相互関係を変容させていた。世論の動向が介護保険導入にとって必ずしも逆風でないことを考慮すると、衆議院の解散・総選挙や部分連合の模索といった政治情勢は関連政策領域と複雑に錯綜しながら、与党プロジェクトチームと与党執行部の関係を規定し、与党を関係団体の意向により受容的にさせたと言えよう。消費税や住専処理の問題は1996年の法案提出断念の遠因であり、また医療保険改革、臓器移植、沖縄問題は1997年の法案審議を直接的に左右した。こうした政治・政策的環境は、従来制度化された与党審査よりも、福祉プロジェクトや幹事長・政策責任者会議といった政党間交渉にウェイトが置かれる状況を創り出して来ている。

政策形成と制度変革

一事例研究で政策形成一般を論じることに限界もあるが、介護保険の事例は制度変革における政策立案と合意形成のひとつの「型」を提示している。エイズ薬害や特別養護老人ホームをめぐる不祥事などによって厚生官僚への不信が高まり、厚生省の体質や官僚による情報の独占が批判されているが、単に官僚機構の手足を縛り、審議会議事録や省庁資料を公表するだけでは、実質的な交渉や決定がインフォーマルな場に移行するだけである。むしろ重要なことは、いかに責任の所在を明らかにしながら政策的情報を提供し、国民が政策を評価できるようにしていくかとういことである。今後も不安定な政局が予想されるなか、以前にもまして政党や社会集団の政策的能力の向上が求められており、制度変革期における責任ある政府運営は政策的情報を収集・活用していく国民サイドの能力の問題でもある。

図B 組織からみた介護保険の政策形成過程



介護保険導入の政策形成過程

日本医師会委託研究

介護保険導入の政策形成過程

1997年7月3日

曾根プロジェクト（医政研究会）*

*主任研究員： 曾根泰教（慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科教授）
副主任研究員： 増山幹高（ミシガン大学博士候補・東京大学社会科学研究所客員研究員）
研究員： 青柳俊（社団法人日本医師会常任理事）
武見敬三（参議院議員・東海大学平和戦略国際研究所教授）
中川俊男（新さっぽろ脳神経外科病院理事長・院長）

謝辞 この報告書をまとめるにあたって多くの方々の協力を得た。糸氏英吉日本医師会副会長、衛藤晟一衆議院議員、阿部正俊参議院議員、山崎史郎厚生省大臣官房政策課調査室長、下村健健康保険組合連合会副会長、田中滋慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授には忙しいなか快くインタビューに答えて頂いた。また上田茂厚生省健康政策局指導課課長、同課長補佐の山本光昭・小森雅一の両氏、武見敬三事務所の新通一弘氏には格段のご助力を頂いた。資料の収集・整理にあたっては、慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科の井出博生、同法学研究科の田村充代、杏林大学社会科学部の井上由紀子、小林久美、高橋香織、高橋由美子の協力を得た。ここに記して感謝の意を表したい。

目 次

はじめに

なぜ介護保険か？	9
政策形成過程のイメージ	9
介護保険下位システム	10

I 問題提起

高齢者トータルプラン研究会	12
高齢者介護問題に関する検討プロジェクトチーム	13
高齢者介護新システム試案	15
高齢者介護対策本部	16

II 意見調整

高齢者施策の基本方向に関する懇談会	18
高齢社会福祉ビジョン懇談会	19
高齢者介護・自立支援システム研究会	20
老人保健福祉審議会	21
老健審第二次報告	23

III 法案作成

丹羽試案	26
老健審最終報告	27
介護保険制度案	28
与党合意	29
与党修正	31
国会審議	33

むすび

社会保険と自立支援	36
医療と介護の連携	37
医療保険改革	39
いかに政策に影響をおよぼすか？	40

参考文献	43
------	----

資料1～4

はじめに

この研究の目的は、介護保険制度導入をめぐる政治的な背景と実質的な政策の形成過程に焦点を合わせることによって、政策形成における官僚、政治家、関係団体などの相互作用を検証することにある。介護保険のケースをみることにより、日本の政策過程がすべて解き明かされることはないが、このケースを一つの典型例としてみることはできるであろう。

なぜ介護保険か？

厚生省の試算では、介護保険の将来的な財政規模は、医療保険と比較して、それほど大きなものとは言えないが¹、新しい制度を導入することが、次世代にどれだけ影響を及ぼすのかは、過去において制定された年金や医療保険の改正にいかん努力がなされてきたかの歴史をみれば明らかであろう。また、この介護保険法案の動向は、今後の医療保険制度の改正について考えるときに、参考となるはずである。また、介護保険法案が1996年の通常国会に準備されて、提出が見送られてきたことは、法案提出までに十分な利害調整が必要とされ、それが十分でなかったことを示すものであった。介護についての国民の関心は必ずしも低いものではないが、マスコミの報ずる厚生省の薬害エイズの問題や事務次官の不祥事などに比べると、この制度について詳細な知識をもつほどの関心があるとは言えない。

介護保険法案は、政治的な争点としては利害は対立したものであるが、その対立も限定されたものであり、また、選択の幅も決して大きなものではない。だが、この介護保険法案の成立過程を見ることによって、一般の法律の成立のみならず、かなり大きな制度変更を伴う、政策形成の過程を推論することはできるだろう。ここで採用する方法は、介護保険法案のアイデア段階から、順次、時間を追って、それが法案化されて、国会を通過する過程を明らかにすることであるが、プロセスの解明と同時に、考え方の収斂がどの段階で図られ、重要な決定の場や利害調整がいかんしてなされたかのを、検証することが主題となる。

政策形成過程のイメージ

政策過程研究は、政策形成に関わる利害関係者の政策選好・資源だけでなく、制度的構造、社会経済的要因を取り込んだ包括的な分析枠組みを想定している²。例えば、(1)歴史的条件、社会経済動向、政治的要因によって絞り込みが図られる過程と捉える立場³、(2)制度

¹ 厚生省は、介護保険制度を創設した場合、2025年段階の予測で、対国民所得において、2%程度としている。医療保険が10.5-16%の予測値となっており、介護保険の規模は相対的には小さい。

² Sabatier (1991).

³ Hofferbert (1974).

的制約下での合理的選択モデルとして捉える立場⁴、(3)意思決定要素の偶然的結合という考え方をとる組織論におけるゴミ箱モデルを採用し⁵、政策形成を問題、政策、政治の三つの「流れ」の結合として解釈する立場⁶、(4)政策形成の構造性と政治性を基本的視座とする、実務レベルの利害関係者による政策理念連合モデル（Advocacy Coalition Approach, ACA）などがあるが⁷、本論の基本的立場としては「政策理念連合モデル」を採用する。

この立場をとることによって、政策形成過程は特定政策領域において政策理念をめぐる政治的なアクター間での合従連衡として理解される。政治全体のシステムに対して、政策下位システムとしてここで考えるものは政策領域の特徴や資源配分、文化・規範、憲法といったものを比較的安定した制度的構造とみる一方、社会経済動向や政権交代、他の政策領域の状況を可変的な条件とみる。また下位システムによる政策的帰結は社会経済、政治、領域外政策といった外的条件の影響を受けるものとされる。

この分析枠組みは政策転換を政策理念構造に関連づけて考えるものである。理念構造がもつ政策の規範性と「学習」による理念構造の変化を主たる分析対象とする方法は、政策の長期的な歴史的変遷の理解には大きな貢献を果たしてきたが⁸、政策形成過程の具体的な事例分析の道具として活用するためには、ACAのモデルを基本とする修正が必要であろう。ACAは理念構造を制度的外生変数、可変的外的与件、政策下位システムの各々に対応した重層的なものとして、不変的な「深層コア」、外的与件の動揺によって変化する「政策コア」、下位システム内の政策的学習によって変更される「副次的領域」に分けている⁹。ここでいう政策的学習とは、政策的目標の実現や修正に関わる経験を通じて政策的理念が変化することであり、政策理念連合はある政策理念を利害関係者（政治家、官僚、団体代表、研究者）が政策コアレベルでは対立しながらも政策的学習を通じて共有する状態をいう。こうした政策理念連合モデルによって、政策システムを全体システムのなかに位置づけ、外的与件がいかなるインパクトを下位システムに及ぼすのかという問題と、下位システム内の相互作用を通じていかに政策目標が共有され、利害調整が図られるかという問題を分解して解明することが可能となる。事例研究の準備作業として、次にACAの要素配置に基づいた政策形成過程の分析枠組みを提示しておこう。

介護保険下位システム

図1は介護保険導入に関わる政策下位システムの主たる構成要素を組織の観点から厚生省、与党、審議会とし、それら相互関係の内部構造と対外関係を分析枠組みの理念型として図示している。ここで政策下位システム論の系譜について若干触れておくことは、この

⁴ Kiser and Ostrom (1982).

⁵ Cohen et al (1972).

⁶ Kingdon (1984).

⁷ Sabatier (1988).

⁸ Heclo (1974); Hall (1993); Dobbin (1994).

⁹ Sabatier and Jenkins-Smith (1993).

図1 分析枠組みとしての介護保険下位システムと外部与件の概念化

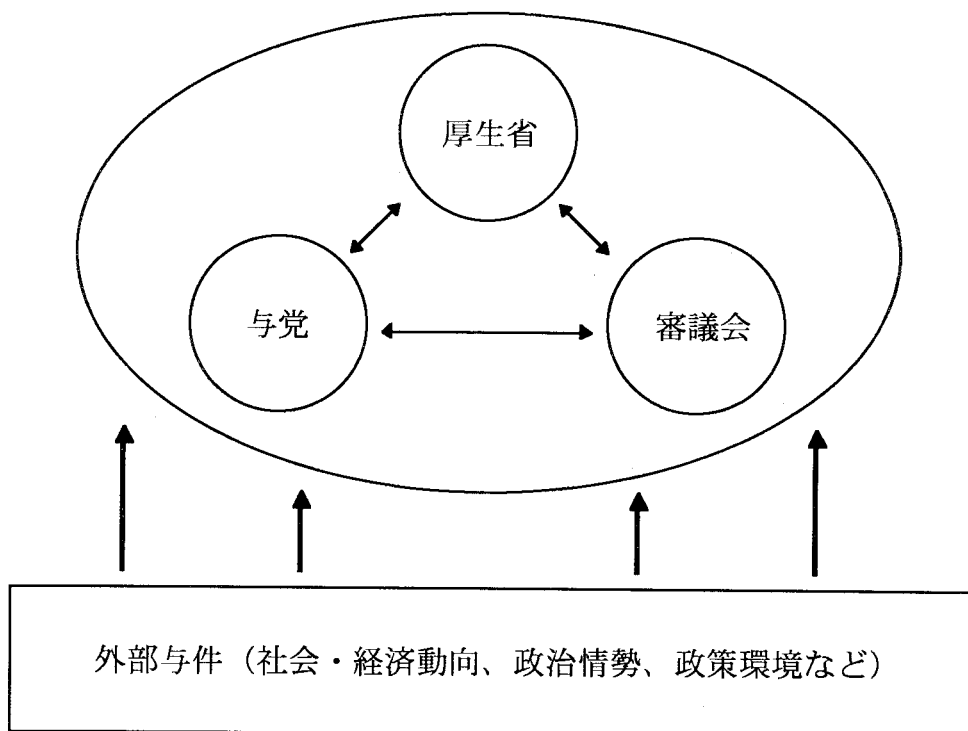
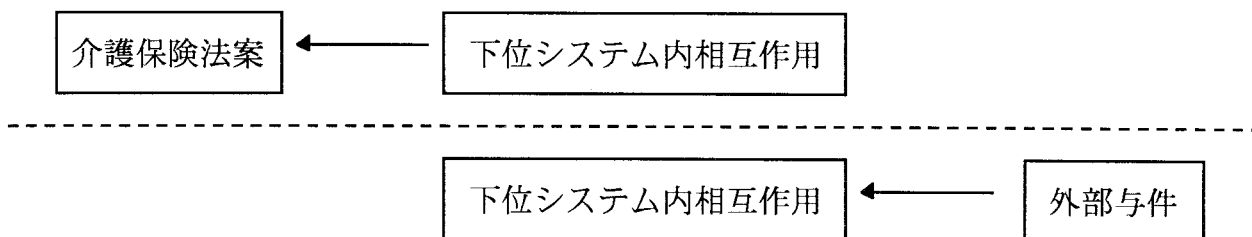


図2 作業仮説の図式化



研究における分析概念を明確にするうえで有意義であろう。特定の政策領域における利益集団、官庁、議会の共生的な関係については、すでに1950年代にアメリカの政策形成論に登場し、多元主義的な現象を解釈する試みとして「鉄の三角形」ないしは「下位政府」といった概念が提示されている¹⁰。ただし1970年代末には、「イシュー・ネットワーク」という考え方が示され、政策決定の大規模化、複雑化、相互依存の進展によって従来の自立的な関係はもはや崩壊し、より多様な政策領域、多様な参加者による流動的な形態が主流になりつつあると主張された¹¹。

また「政策専門家のコミュニティ」という観点は、政策決定を従来の集団論的な力学ではなく、政策理念の相互作用と捉え直し、政策的学習に関する研究の端緒となっている¹²。この研究が着目する政策理念の合従連衡とは、鉄の三角形的な下位システム内の一枚岩的な一体性ではなく、むしろ下位システム内の対立・競争を想定し、下位システムでいかなる政策理念が支持され、利害の対立する争点についてどのような交渉・調整が進められ、またそうした下位システムの政策形成がいかなる外部状況のもとになされたのかを解明する分析概念である。

ここでは介護保険導入をめぐる利害関係者の相互作用を主たる分析対象とし、政治・社会の動向を外的条件として考慮する。具体的な作業としては、介護保険の構想から法案作成にいたる実際の交渉過程を跡づけ、とくに制度の方向性を左右する提案が誰によってなされ、意見調整がどう図られたのかを解明していく。図式化すれば、ここでの作業仮説は、介護保険法案の内容変化を説明するために、下位システム内の厚生省、審議会、与党の相互作用がいかなるものであるのかを探り、世論や選挙といった外部情勢を副次的にその変化を説明するものとして考慮していく（図2参照）。以下、介護保険をめぐる問題提起、意見調整、法案作成の3節に分け、公表資料やインタビューに基づく分析結果を報告する。

I 問題提起

高齢者トータルプラン研究会

高齢者の介護問題については、厚生省の事務次官の懇談会として1989年7月に発足した介護対策検討会による「介護対策検討会報告書」（1989年12月14日）において、①要介護者の生活の質の重視、②家族介護の発想の転換が求められており、すでに費用負担のあり方の一つとして社会保険方式にも言及されている¹³。1992年には厚生省の

¹⁰ Freeman (1965); Carter (1964); McConnell (1965).

¹¹ Heelo (1978). Cf. Berry (1989).

¹² Walker (1977; 1981). 政策コミュニティと政策的学習の概念については増山（1991年）参照。

¹³ 橋本泰子氏は座談会において介護問題が検討される始まりとして「介護対策検討会報告書」をあげている（『月刊福祉』1996年4月13頁）。里見（1996年）の注2参照。また民社党は1992年に現金給付の公的介護保険を提言している（朝日新聞1992年7月23日付4面）。

内部文書として「高齢者トータルプラン研究会報告」が作成され、厚生省が公的介護保険を最初に提示した“試案集”とされている¹⁴。この研究会は1992年に厚生省の老人保健福祉部（1992年7月1日に老人保健福祉局に改組される）の部長、担当審議官、各課長、主要課長補佐ら幹部で構成された¹⁵。「部内限」とされる研究会報告は、現行の特別養護老人ホームの措置制度が救貧的であり、所得水準、生活水準の向上に見合ったサービス改善が進まず、極端な応能負担により、中流層以上を事実上排除しており、こうした低所得者向けの公的扶助というパラダイムを転換し、介護を高齢化社会の社会的リスクとして捉え直すことを求めている。具体的な対策として、

- ①高齢者の介護に着目した社会保険制度（介護保険）の導入を図る。
- ②高齢者介護施設として、老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホームを一元化する。
- ③高齢者介護施設の入所は現物給付とする。
- ④高齢者介護施設については、
 - ・生活費は自己負担。（各施設共通とする）
 - ・介護サービスについては、介護保険給付。
 - ・給付率は10割とする。（8割などという設定もありうるが）
 - ・給付費の50％は保険者負担、残りの50％は公費負担。（内訳は国1／2、都道府県及び市町村各1／4）
- ⑤医療サービスについては、医療保険給付。
- ⑥個室化については、アメニティとして自己負担により対応する。
- ⑦その他
 - ・契約による入所の制度の導入に伴い、現行の扶養義務者からの費用徴収制度は廃止される。
- ⑧低所得者については、自己負担額の減免により対応する。

などが列挙されている。また報告は、今後の検討課題として、

- ①介護保険の運営方式－医療保険方式、年金保険方式、私的保険の活用等
- ②介護保険の受け皿となる施設経営主体のあり方－「老人介護法人」制度創設の検討
- ③在宅要介護老人に対する給付の可否、給付の方式
- ④現行措置制度のメリットを失わせるべきではないとの指摘あり

を挙げており、厚生省が家族介護と救貧的な措置制度の限界を認識し、早い段階から社会保険方式による介護サービスの現物給付、とくに施設サービスの供給を構想していたことは明らかである。

高齢者介護問題に関する検討プロジェクトチーム

詳しくは次節で述べるが、翌1993年4月14日、厚生省の高齢者関係3審議会の委

¹⁴ 『日経ヘルスビジネス』1993年3月29日4－7頁。二木（1995年）参照。

¹⁵ 1992年の時点では、岡光序治老人保健福祉部部長、横尾和子医療保険・老人保健福祉担当審議官という布陣である。

員で構成される「高齢者施策の基本方向に関する懇談会」が初会合を開き、9月9日には懇談会報告をまとめている。この報告を受け、高齢者の保健福祉制度や介護費用保障のあり方を論議する老人保健福祉審議会を設置が検討されることになる。また懇談会報告に先だって、高齢者ケアに関して全国共通のマニュアルを作成するために、「介護計画検討会」が老人保健福祉局長の私的懇談会として7月に設置されており、さらに8月12日、大内啓伍厚生大臣は高齢者福祉ビジョンの策定のために「高齢者福祉を総合的・立体的に検討する懇談会」の設置を事務局に指示し、10月14日には厚生大臣の私的懇談会として「高齢社会福祉ビジョン懇談会」が初会合を開き、翌1994年3月28日、「21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会に向けて—」をまとめることになる。

こうした私的懇談会を組織する一方、厚生省は省内に、1993年11月25日、「高齢者介護問題に関する検討プロジェクトチーム」（以下「検討チーム」）を発足させる。この検討チームは、

後期高齢者の増加や家庭介護力の低下などにより、高齢者の介護ニーズは顕在化し、増大しつつある。また現在、介護問題は、国民の老後生活の最大の不安要因となっており、その不安の解消が急務である。介護問題は、福祉、医療、年金等社会保障の各分野にまたがる問題であり、これまで分野ごとにさまざまな施策を進めてきたが、介護に着目した社会保障制度全般にわたる再点検を行い、介護問題への対応のあり方について検討を行うことが必要となっている。このため、省内に横断的な検討体制を確立し、サービスの供給体制や費用負担のあり方を含めた総合的な介護システムのあり方について、省内横断的な検討に着手するものである

とされた¹⁶。

検討チームの構成は、事務次官を長に、大臣官房審議官（医療保険・老人保健福祉担当）が運営を総括し、大臣官房政策課企画官を中心として、老人保健福祉局企画課・老人福祉計画課、保険局、年金局、社会・援護局、健康政策局の課長補佐ら12名からなる（添付資料1参照）。この検討チームを支援するため、官房長が主催する関係5局長による「介護問題関係局長会議」も設置されている。検討チームの実質的責任者である阿部正俊審議官は、新たな高齢者介護システムの基本的な考え方を以下のように説明している¹⁷。

- ・介護を受ける人の視点に立って問題を洗い出し、サービスを自主的に選べる仕組みを作りたい。
- ・誰もが寝たきりや痴呆になる可能性があるのだから、介護も医療保険のようなアプローチが必要だ。ただし何を介護サービスとして拠出して賄うかを整備すべきだ。
- ・現在の医療・年金・社会福祉の諸制度は介護の側面からは過不足があり、介護を一つの柱としたシステムが必要だ。財源としては保険相互の融通や消費税もありうる。
- ・医療と介護は一体的に提供されるべきだが、システムとしては別だ。医療か介護かの区別は、専門家のアドバイスをもとに個人が選択することを基本にしたい。

¹⁶ 厚生省大臣官房政策課「高齢者介護問題に関する省内検討プロジェクトチームの設置について」

¹⁷ 『社会保険旬報』1993年第1820号4頁。

端的には、阿部審議官が講演等で述べているように、新たな社会的介護システムの主眼は、福祉に社会保険的な発想を導入するとともに、利用者の自由選択を確立すること、とくに医療を狭義の医術と生活関連サービスにわけ、前者を自由選択になじまないパブリックなものとして保障体系の中に位置づけ、後者の生活関連部分において利用者選択を前提とした社会保険制度を構築することにある¹⁸。

高齢者介護新システム試案

1994年3月28日には高齢社会福祉ビジョン懇談会が「21世紀福祉ビジョン」を公表するが、厚生省の検討チームも同じ時期に研究報告書「高齢者介護新システム試案」（添付資料2参照）を内部資料としてまとめている。この報告書は、今後増大し、多様化する高齢者の介護ニーズに対応していくためには、介護に着目した新しいサービス体系を構築していくことが必要であり、

- ・ 個々人のニーズに応じたサービスを最適な組み合わせで提供する
- ・ 日常生活支援サービスと医学管理サービスを一体的に提供する
- ・ 現物給付を基本としたサービス体系である
- ・ 在宅・施設間のサービス水準・費用負担は公平にする
- ・ 要介護リスクは普遍的であり、国民相互の社会連帯を基本とする
- ・ 費用負担は、保険料・公費（国・地方自治体）と合わせ、利用者負担も組み込むを基本的視点としている。

具体的には、サービス給付は、対象者を65歳以上の要介護高齢者とし、サービス利用は指定サービス機関（市町村が指定）と本人との契約に基づく。高齢者の自立に必要なサービスを最適な組み合わせで提供するため、専門家（ケアマネージャー）が高齢者の心身の状況等を総合的に判定・評価し、個々人ごとのサービスパッケージを組み立て、その後のフォローアップも行う、というケアマネジメントの仕組みを制度化する。

身体介助や家事支援などの日常生活支援サービスと医学管理サービスとを一体的に提供するため、在宅サービスの種類として、ホームヘルプサービス、ショートステイ、デイサービス、訪問診察、訪問看護などのほか、配食サービス、住宅改造、福祉用具の給付・貸与等を実施する。また従来の医療・福祉各々の体系の中で提供されていた施設サービスを「高齢者介護サービス提供機関」として再編成し、療養や生活支援等の施設の機能特性、利用機関等に応じていくつかの類型に体系化する。

制度運営に要する費用は、保険料、公費（国・地方）、利用者負担を適切に組み合わせる。基礎的生計費については、利用者負担を原則とし、低所得者等については別途措置を講じる。利用者負担を支払うことができない者については、市町村による立替払等の仕組みを用意し、最終的には利用者の遺産等からの支払いを求める。保険の形態としては以下の2案が示されている。

（第1案） 独立の社会保険制度

¹⁸ 『社会保険旬報』1993年第1817号5頁。『社会保険旬報』1993年第1827号10-2頁。

- ・市町村を保険者とし、20歳以上の住民を被保険者とする独立の社会保険。
- ・保険料は全国一本の料率（標準料率）を設定し、定額部分と報酬比例部分とで構成する。
- ・市町村ごとの高齢化率・財政力の差異によって生じる財源の過不足を補正するために財政調整措置を実施。

（第2案） 市町村と医療保険各保険者との共同事業

- ・制度運営を市町村と医療保険各保険者との共同事業とする。
- ・保険料は本制度のための独立の保険料を各保険者ごとに算定・賦課し、各保険者が徴収。
- ・この場合の保険料構成は、定額部分と報酬比例部分とし、被用者保険に係る報酬比例部分については事業主負担を組み合わせる。

また市町村には、老人保健福祉計画に基づいた高齢者保健福祉サービスの供給体制の計画的整備に努めることに加えて、この新制度の実施主体として事業運営の権限と責任があるものと積極的な役割を求めている。

こうした検討チームによる試案は、後述する厚生省の「内部資料」を考慮すると、厚生省がそれまで検討してきた議論の最大公約数的な総括といえることができよう。とくに、公的扶助というパラダイムを転換させる具体的な制度として、利用者の選択を基本とした、自立支援のためのケアマネジメント、現物給付の社会保険方式が既定路線となっている。また高齢者トータルプラン研究会報告が施設中心であったのに対して、具体的な在宅サービスが特定化され、利用者負担が盛り込まれたことも注目に値する。医療と介護の関係については、日常生活支援サービスと医学管理サービスを一体的に提供するという認識が明示されている。さらに介護保険の財源方式として、独立の保険制度を創設する案に加えて、老人保健方式による保険者と市町村の共同事業案が併記され、新制度における市町村の主体的な役割も想定されるようになっている。

高齢者介護対策本部

高齢社会福祉ビジョン懇談会による「福祉ビジョン」は、高齢化社会に向けた今後の施策の進め方として、とくに介護システムの構築、新ゴールドプランの策定を求めた。この「福祉ビジョン」を受け、厚生省は1994年4月13日、介護対策に省をあげて取り組む体制として「高齢者介護対策本部」（以下「対策本部」）を設置している。この対策本部は検討チームを発展させたものであり、事務局を大臣官房政策課に置き、5名の専任職員を配置した。対策本部の構成は、事務次官を本部長とし、副本部長には官房長、健康政策局長、社会・援護局長、老人保健福祉局長、保険局長、年金局長、大臣官房総務審議官、大臣官房医療保険・老人保健福祉担当審議官、本部員としては大臣官房政策局総務課長、大臣官房政策課長、健康政策局総務課長、社会・援護局企画課長、老人保健福祉局企画課長、保険局企画課長、年金局企画課長、大臣官房政策課企画官、事務局長に副本部員を兼任する大臣官房医療保険・老人保健福祉担当審議官（阿部正俊）、事務局次長に本部員を兼任する大臣官房政策課企画官（山崎史郎）と保険局保険課長があたり、山崎史郎事務局

次長に加え、事務局員として2名の課長補佐と2名の係員が専任となっている（添付資料1参照）。

この対策本部は「高齢者介護対策に関する調査及び企画立案を行う」ものとされ¹⁹、主要な任務のひとつとして、市町村の老人保健福祉計画の集計・分析をふまえて、ゴールドプランの拡充などに取り組んでいく²⁰。1994年12月18日、「新ゴールドプラン」は大蔵、厚生、自治三大臣合意として策定され、高齢者介護施設の基本理念として、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地域主義を挙げている。具体的には、地域における高齢者介護サービスの充実、「新寝たきりゼロ作戦」の展開による要援護高齢者の自立支援施策や痴呆性老人対策の総合的実施、高齢者介護マンパワーの養成・確保対策の推進等を目指し、新ゴールドプランの1999年度までの総事業費は、従来の分を含めて、9兆円を上回るものとなった。

一方、介護保険制度を立案する作業は、事務局長（阿部正俊、後任に和田勝）、事務局次長（山崎史郎）、老人保健福祉局企画課長補佐（香取照幸、後に山崎史郎氏の後任として事務局次長となる）らが中心となって検討チームの報告書などを検討し直すことから始まり²¹、1994年6月30日の第二回対策本部会議において「高齢者介護・自立支援システム研究会」の設置が決定される。また6月には対策本部から介護問題の現状、措置制度の問題、ケアマネジメントの必要性を示す「高齢者介護問題参考資料」が公表されている²²。

この研究会については次節で詳しく述べることとして、ここでは厚生省内部で具体的な介護保険制度案が早い段階から起草されていたことを裏付ける資料を紹介しておく。検討チーム発足に先立つ1993年11月15日の『日経ヘルスビジネス』には、厚生省が構想中の介護保険制度を「高齢者自立支援システム」と呼び、老人保健制度拡大方式として、現行法の役割を拡張し、新たに介護と関連給付を対象に盛り込むという、いわば“老人保健福祉制度”を検討しているという記事がある²³。「自立支援サービス」と位置づけられた在宅及び施設への介護給付は、保険者と市町村の共同事業として実施され、その財源は国や地方自治体からの公費が5割、健康保険組合などの保険者からの拠出金5割の構成となる。これに対して、独立の保険制度を創設する案では、市町村を保険者として、20歳以上の国内居住者を被保険者とする仕組みであり、財源比率は、公費5割、被保険者からの

¹⁹ 高齢者介護対策本部設置規定第一条

²⁰ 『社会保険旬報』1994年第1835号4頁。

²¹ 山崎史郎氏へのインタビューによる。

²² 滝上（1994年）はこの「参考資料」が後に小冊子「高齢者介護問題を考える」とほぼ内容が同じであるとして、対策本部が検討組織ではなく、実行組織であると批判している。

²³ 『日経ヘルスビジネス』1993年11月15日1-2頁。財源方式としての老人保健方式は、例えば、堀勝洋社会保障研究所研究部長によってすでに提唱されている。堀氏の「トータルプラン」に対するコメント（『日経ヘルスビジネス』1993年3月29日2-3頁）や1993年10月19日の研究報告（『社会保険旬報』1993年第1822号14-5頁）参照。

保険料5割とされている。

この高齢者自立支援システム案では、「自立支援サービス管理士」による要支援度の判定、ケアプランの作成を前提として、その指導の下に利用者が市町村の認定した「指定サービス機関」と契約し、給付を受けるものと規定されている。この制度では老人関係施設は、生活型施設（特別養護老人ホームなど）、療養型施設（介護力強化型老人病院など）、短期家庭復帰支援センター（老人保健施設など）に再編され、これらの施設へは新制度から一元的にケア及び定型的な医療サービス（定額）が給付され、療養型施設での手術などの場合のみ医療保険から出来高払いで給付される。想定されている在宅サービスは、現物給付の介護、デイケア、ショートステイ、家事援助、配食・栄養管理サービス、各種の在宅医療・リハビリテーション・サービス、償還払いによる日常生活用具・福祉機器レンタル助成、おむつ代助成、住宅改造助成が検討され、また家族支援のための介護手当は現金給付となる。

1994年9月19日の『日経ヘルスビジネス』には同様の介護保険制度案が「高齢者自立保険制度（仮称）」として紹介されており²⁴、1994年3月の検討チーム報告より具体的な制度案がすでに検討チーム発足以前の段階から厚生省内で検討されていたことを示している。このように厚生省が少なくとも1992年以降目指してきたことは、介護の社会化を現物給付の社会保険方式で実現し、救済的な公的扶助から高齢者一般の生活支援システムに転換することと特徴づけることが出来よう。

II 意見調整

高齢者施策の基本方向に関する懇談会

1993年4月14日に初会合を開いた厚生省の「高齢者施策の基本方向に関する懇談会」（座長宮崎勇）は、高齢者対策関係審議会（老人保健審議会、中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会、公衆衛生審議会老人保健部会）の委員の中から委嘱された16名で構成された（添付資料3参照）。この懇談会は

高齢者保健福祉推進十か年戦略、老人保健福祉計画、老人訪問看護など近年の高齢者保健福祉施策の進展等を踏まえ、後期高齢者数の伸長等に対応していくため、特に保健・医療・福祉各分野の相互の関連・連携・整合を念頭におきつつ、今後の老人保健福祉施策の在り方について、幅広く総合的に検討する

ものであり²⁵、具体的な検討内容として、高齢者にふさわしいサービスのあり方、高齢者施策の推進のための基盤整備、高齢者施策の総合化・整合性、費用に関する問題などが挙げられている。ただし、この懇談会は具体的な施策提言を行うのではなく、各審議会での検討課題を整理するのが役割であり、この懇談会で提起された課題の具体的な検討は各審議

²⁴ 『日経ヘルスビジネス』1994年9月19日10-2頁。

²⁵ 厚生省「高齢者施策の基本方向に関する懇談会」について

会に委ねられるとされた²⁶。

この高齢者施策の基本方向に関する懇談会は、計8回の会合を重ね、1993年9月9日に報告書を老人保健福祉局長に提出した。報告書は、65歳以上という高齢者の定義を見直すとともに、低所得といった社会的弱者救済の高齢者施策から介護サービスを中心とした施策・制度に再構築していくことを訴えている。サービスのあり方として、利用者による選択を尊重し、高齢者の自立を支援する視点が重要であるとした。財源としては、目的税を含めた租税、医療・年金保険料、地方財政、利用者負担など多面的に検討し、高齢者の応益負担を図るとともに、施設間の利用負担の格差を是正していく。また国と地方の財源配分のあり方も見直し、地方自治体の積極的な取り組みも求めている。さらに高齢者の保健福祉施策を総合的に検討するために関係審議会の統合を提言し、厚生省は老人保健福祉審議会の設置を検討することになる。

高齢社会福祉ビジョン懇談会

1993年8月12日、発足したばかりの細川護熙内閣の大内啓伍厚生大臣は高齢者福祉ビジョンの策定のために「高齢者福祉を総合的・立体的に検討する懇談会」の設置を事務局に指示するとともに、ゴールドプランの推進によって家族介護の支援を強化する一方、介護保険の導入を検討すると述べている²⁷。厚生大臣の私的懇談会として「高齢社会福祉ビジョン懇談会」（座長宮崎勇）は10月14日に初会合を開き、急激に進む少子化と高齢化の進展をふまえた今後の社会保障制度の基本方向を明らかにするため、児童対策や介護問題を中心に雇用・住宅・教育・文化など社会保障関連の諸問題について幅広い見地から検討を進めるものとされた²⁸。懇談会は16名の委員で構成され（添付資料3参照）、大臣官房政策課に事務局が設置された。

前節で述べたように、この後11月には厚生省に介護問題の検討チームが設置され、厚生省内での具体的な介護保険制度の検討が進められる。高齢社会福祉ビジョン懇談会は、6回の審議の末、1994年3月28日、「21世紀福祉ビジョン ―少子・高齢社会に向けて―」（以下「福祉ビジョン」）を取りまとめ、翌日閣議報告している。この福祉ビジョンは、今後の社会保障全体の方向として、年金、医療、福祉の給付構造を現在の5：4：1から5：3：2に福祉水準を引き上げる一方、社会保障の効率化を図るために金融・不動産資産を担保とする福祉サービスの有償化、医療に関しては長期入院の是正、在宅医療の推進を求めている。

高齢化社会に向けた今後の施策の進め方としては、とくに介護に関して「いつでも、どこでも受けられる介護サービス」を基本目標として、新ゴールドプランの策定と介護システムの構築を提唱している。具体的には、

- ・医療・福祉などを通じ、高齢者の介護に必要なサービスを総合的に提供できるシステ

²⁶ 『社会保険旬報』1993年第1798号24頁。

²⁷ 『社会保険旬報』1993年第1809号24-5頁。

²⁸ 『社会保険旬報』1993年第1816号4頁。

ム

- ・高齢者本人の意思に基づき、専門家の助言を得ながら、本人の自立のために最適なサービスが選べるような利用型のシステム
- ・多様なサービス提供機関の健全な競争により、質の高いサービスが提供されるようなシステム
- ・増大する高齢者の介護費用を国民全体の公平な負担により賄うシステム
- ・施設・在宅を通じて費用負担の公平化が図られるシステム

などの視点が重要であるとした。こうした社会保障の財源としては、社会保険方式による保険料を基本として、税制の直間比率を見直し、間接税増収部分を介護対策に充てることが適切であり、目的税には拠らないとしている。福祉ビジョンは、このように社会保障改革の方向性を示すとともに、利用者選択、自立支援といった高齢者施策の基本方向を確認し、さらに社会保険方式による財源調達という考え方に推進力を与えたということが出来よう。

この福祉ビジョンを受け、厚生省は1994年4月13日、高齢者介護対策本部を設置し、介護システムの総合的検討・ゴールドプラン見直しに着手する。また衆議院厚生委員会は6月の健康保険法改正に際して

今後の高齢者の介護ニーズの増大・多様化に对应していくため、総合プランとして新しいゴールドプランを策定し、その積極的推進に努めること。また、医療・福祉・年金等社会保険全般にわたる課題として、新たな介護システムの早急な確立に努めることという付帯決議を行っている。さらに自民党・社会党・新党さきがけによる村山富市内閣が誕生し、与党福祉プロジェクトチームが7月21日に初会合を開き（添付資料4参照）、9月27日には公的介護保険制度導入の検討を決定する。

こうした動きと並行して、首相の諮問機関である社会保障制度審議会（会長隅谷三喜男）の社会保障将来像委員会も21世紀に向けた新しい社会保障像を構築するために審議を重ねており、1994年9月8日には「社会保障将来像委員会第二次報告」を作成している。この報告では、介護保障の確立のために、当面の基盤整備は一般財源に依存するとしても、将来的には財源を主として保険料に基づく公的介護保険制度を導入し、市町村を主体とする介護サービスの提供を進めていくことが提言されている。

高齢者介護・自立支援システム研究会

高齢者介護・自立支援システム研究会（座長大森弥）は、福祉ビジョンに示された将来の介護システムに関する基本的な視点をふまえ、介護の基本論を整理することを目的として、1994年6月30日に設置が決定された。具体的な検討項目としては、①今日の社会経済状況からみた介護問題の意義、②介護・自立支援に関する現行制度の対応と課題、③介護サービスに求められる特性と基本的なあり方、④介護サービスを支える人材の確保・育成、⑤将来の介護システムに関する論点整理が挙げられている²⁹。

²⁹ 『社会保険旬報』1994年第1843号22頁。

この研究会は、業界代表による利害調整をする場としてではなく、介護をめぐる基本的な理念を整理し、現場の考え方を取り込むために、研究者・実務家によるメンバー構成となった（添付資料3参照）³⁰。研究会の運営を事務方として担い、実質的に最終的な報告書を執筆した山崎史郎氏によれば、研究会の論点は次の4つにまとめられる。まず第一は介護を担うのは家族か社会かということであり、介護の社会化というパラダイム転換が図れるかである。第二は介護の社会化を目指すとして、介護費用を賄うのは税によるのか、保険料によるのかという点である。第三は介護を支えるのは老人世代か現役世代か。最後は介護サービスの基本は高齢者の自立支援であり、行政的な権力行為にかわって、代理人機能を制度化できるかということである。

高齢者介護・自立支援システム研究会は、1994年7月1日の初会合以来、8月の北海道合宿で基本方向が確認され³¹、10月には海外から専門家を招いて公開の勉強会を開き、民法学者からのヒアリングなど計12回にわたる会合を経て、1994年12月5日、「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」と題する報告書をまとめた。報告書は、高齢者介護の基本理念を「高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること」としている。報告書の第1章は現行介護システムの問題点を本人、家族、社会の側面から指摘し、第2章は「高齢者の自立支援」の基本的な考え方として、①予防とリハビリテーションの重視、②高齢者自身による選択、③在宅ケアの推進、④利用者本位のサービス提供、⑤社会連帯による支え合い、⑥介護基盤の整備、⑦重層的で効率的なシステムを挙げている。

第3章「介護システムのあり方」では、保健・医療・福祉の専門家からなるケアチームが適切な介護サービスを策定するケアマネジメント方式の導入を提言し、また介護サービスの費用負担方式として、高齢者自身によるサービス選択、受給の権利性、保険料負担と受益の対応関係の明確性という点から、社会保険方式に基礎を置くシステムが望ましいとしている。こうした介護保険制度では、成人国民から保険料を徴収し、国、都道府県、市町村の公費と併せて、介護が必要となった高齢者に介護サービスを給付する。給付対象は介護リスクが高まる65歳以上とし、この世代からも保険料を徴収し、介護サービスの利用に当たっては一定の利用料も徴収する。現行の特養ホーム、老健施設、老人病院では同程度の介護にも関わらず、利用料に格差が生じており、新たな介護サービス体系として一元化されていくことが期待される。保険者としては、①市町村、②都道府県、③国のいずれかとし、現行の社会保険制度を活用するとしている。また家族の介護研修を条件として、介護保険からの現金給付も検討するよう求めている。

老人保健福祉審議会

老人保健福祉審議会（以下「老健審」）は、高齢者施策の基本方向に関する懇談会報告

³⁰ 注21に同じ。

³¹ この合宿には厚生省から岡光序治氏、和田勝氏、山崎史郎氏、香取照幸氏ら主だったメンバーが参加している。

を受け、従来の高齢者対策関係3審議会を整理・統合するものとして、老人保健法改正により設置が決められた。老健審（会長宮崎勇、添付資料3参照）は、1994年10月31日に初会合を開き、翌1995年2月14日の会合からは公的介護保険制度の創設に向けて審議を始め、まず公表されている公的介護保険制度に関する報告書の検討や関係団体からの意見聴取を行うこととなった。

また医療保険の給付と負担の公平などを検討している医療保険審議会でも、3月23日の全員懇談会において、新たな介護システムの検討を考慮しながら議論を進めることで合意している。さらに医療審議会も4月18日の総会で第3次医療法改正を視野に今後の医療供給体制全般を幅広く審議するために「基本問題検討委員会」（座長竹中浩治）を発足させ、老健審の審議と並行して、介護問題を検討する体制を整えている。このように介護保険制度の審議が私的懇談会や研究会から公式な審議会の場に移り、与党福祉プロジェクトチームも6月13日には前年9月以来8回の検討結果を「高齢者介護中間まとめ」として公表し、高齢者の自立支援、ケアマネジメントに基づく利用者本位のサービス提供といった方向性を確認するとともに、在宅を重視した介護の社会的支援を導入することが必要であるとしている。

先に将来像委員会が第二次報告を発表した社会保障制度審議会も、1995年7月4日、「社会保障体制の再構築—安心して暮らせる21世紀の社会をめざして」と題して首相に勧告を行っている。この33年ぶりの勧告は、これまでの社会保険制度の発展を評価するとともに、21世紀のあるべき社会保障構想として、自立と社会的連帯に基づいた生活保障となるよう改革の方向を提示している。高齢者介護問題に関しては、総合的な介護サービス体制の整備とともに、社会保険方式による公的介護保険の必要性を強調し、介護リスクの普遍性から、社会保険方式は、給付の権利性、サービスの選択可能性、適正な負担と受益、国民的な合意を得やすいといった利点があるとする。介護保険財源は、主として保険料によるとするが、公費負担も不可欠とする。具体的な仕組に関しては、既存の保険制度を活用する方式と新しい介護保険創設の2案を併記している。こうした介護保険制度によって、介護施設不足による「社会的入院」などが是正され、医療保険、老人保健制度全体を見直すことが期待されている。

審議会や与党におけるこうした介護保険制度導入に向けた議論が活発化するなか、老健審では、3月27日の会合において、厚生省当局から夏頃には中間的な意見を取りまとめ、年末までには具体的制度案についての基本的な考え方をまとめ、翌年春の通常国会には関係法律案を提出するというスケジュールが示された³²。老健審委員の坪井栄孝日本医師会副会長は翌日の記者会見で「高齢者自立・支援システム研究会の報告を下敷きにすることは反対。はじめに報告書ありきはよくない」として、翌春の法案化はむずかしいと述べている³³。こうした厚生省の審議会運営に対する日本医師会の反発もあり、老健審は厚生省当局による「高齢者介護に関する検討項目（素案）」をもとに介護をめぐる状況認識から審議

³² 第12回老人保健福祉審議会議事録。

³³ 『社会保険旬報』1995年第1869号30頁。

し直すことになる³⁴。

13回にわたる審議と水面下の交渉の末、1995年7月26日、老健審は「新たな高齢者介護システムの確立について」と題する中間報告をまとめ、高齢者介護が福祉と医療に分かれている現行制度を再編成し、社会保険方式による高齢者介護システムを確立することが必要であるとした。具体的には、医療と福祉の断続性に加えて、サービスや施設によって利用者負担や手続きに不公平が生じており、介護サービスの整備が量的に不十分であるとともに、現行の措置制度が利用者本位のサービス選択に制約を課していると現状を分析している。こうした問題を解決するためには、

- ・高齢者介護に対する社会的支援体制の整備
- ・利用者本位のサービス体系の確立
- ・社会連帯による介護費用の確保

を基本理念とし、新たな高齢者介護システムは税などの公費負担を組み入れた社会保険方式に基づくべきであるとしている。

老健審の中間報告は、介護サービスの範囲・水準、要介護の判定基準、現金給付の是非、保険給付の範囲・水準、現行医療保険制度との役割分担などを今後の検討における主な論点としており、むしろ介護の社会化、利用者選択、社会保険方式、社会連帯といった高齢者自立・支援システム研究会の方向性が公式な審議会の業界代表によって追認されたという意味が大きかった。朝日新聞論説委員の有岡二郎は、それまでの審議会報告を概観し、「審議会は、厚生省の問題提起を認めて、国民に論議するよう呼びかける役割を引き受けた」と評している³⁵。

老健審第二次報告

老健審は、9月18日、新会長に加藤一郎（成城学園名誉学園長）を選任するとともに、介護保険の審議を再会し、介護給付、制度、基盤整備の3分科会を設置している。各々の分科会の検討事項は以下のとおりである³⁶。

○介護給付分科会

新たな高齢者介護システムにおける介護サービスの具体的なあり方の検討

- ①新たな高齢者介護システムでカバーすべき介護サービスの範囲・水準・サービス体系
- ②介護サービスの利用方法、要介護の認定方法や介護支援体制
- ③家族介護に対する評価（とくに現金支給のあり方）

³⁴ 『社会保険旬報』1995年第1870号37-8頁。また老健審の審議と平行して、厚生省当局と日本医師会は週2回のペースで一年ほど「勉強会」を持ったとされる。糸氏英吉日本医師会副会長へのインタビューによる。

³⁵ 有岡（1995年）15頁。

³⁶ 『社会保険旬報』1995年第1889号38頁。

④他の制度（医療保険や福祉）の対象とするサービス分野との役割分担

○制度分科会

高齢者介護の費用保障に関し社会保険システムの具体的なあり方についての検討

- ①被保険者、受給者
- ②保険料の設定方法・水準
- ③保険者・事業主体
- ④公費（国・地方公共団体）、事業主負担
- ⑤利用者負担
- ⑥民間保険との関連
- ⑦高齢者介護と医療保険・老人保健制度等との関連

○基盤整備分科会

高齢者介護における予防やリハビリの充実、介護サービスを担う施設整備や人材の養成確保の具体的なあり方の検討

- ①高齢者介護における予防やリハビリの充実
- ②介護施設の整備促進
- ③人材の養成・確保、資質の向上

また医療審議会基本問題検討委員会は、10月4日、「医療供給体制の在り方について（論点整理メモ）」をまとめ、今後の優先的な課題として、①地域医療の充実のための医療施設機能の在り方、②要介護者に対応した医療提供体制の在り方、③医療機関の経営基盤の安定化を図る観点からの医療法人の業務等の在り方、④規制緩和や良質な医療サービス提供等の観点からの医療提供体制の在り方等の検討に取り組むとした。とくに高齢者介護システムとの関係では、要介護者を受け入れる医療施設の施設基準・人員配置基準を検討するほか、療養型病床群の普及と弾力的運用を課題として挙げている。

対策本部は、10月27日、老健審制度分科会の初会合に「現在公表されている介護保険制度案」を示した。この一覧は民間団体などが公表していた7つの制度案を①保険者、②被保険者、③受給者、④保険料、⑤事業主負担、⑥公費負担、⑦利用者負担、⑧保険給付の8項目に関して整理したものである³⁷。さらに11月13日の第二回会合には、これら7制度案を保険者によって市町村、国、医療保険者の3案に集約したものとして、「公表されている介護保険制度案の整理」を厚生省当局は提示している³⁸。

3案は概ね（1）公的介護保険の受給者を高齢者とし、（2）若年者を含む成人国民から保険料を徴収し、（3）財源としては、保険料とともに、公費負担を行い、給付費の50%をカバーする、といった点については共通する。これら3案で大きく異なる点は、保険の運営主体に加えて、市町村案では地域毎の介護サービス需要を反映し、高齢者から徴収する保険料は各市町村毎に決められるが、国案では全国一律のサービスを供給し、一律

³⁷ 『社会保険旬報』1995年第1891号42頁。

³⁸ 『社会保険旬報』1995年第1893号34頁。

の保険料を徴収する。ただし、いずれのタイプでも現役世代の保険料徴収は現行制度を活用するとともに、事業主にも何らかの保険料負担が課せられる。また医療保険案は、健保や国保が主体となり、既存の保険料に介護保険料を上乗せする方式となる。

○公表されている介護保険制度案の整理

	A型	B型	C型
保険者	市町村 (広域的な対応も検討)	国 ◎給付主体は市町村	(各医療保険者) ◎給付主体は市町村
受給者	高齢者	高齢者	高齢者
保険料等の負担者	20歳以上	20歳以上	医療保険の被保険者
保険料等の算定	高齢者	定額保険料 ・保険者(市町村)ごとに設定 ・年金から特別徴収	◎医療保険料と基本的に同じ方式で徴収
	若年	定額負担 ・全国一律の基準 ・各医療保険者が徴収代行	
事業主負担	事業主負担～ ①法律上、事業主負担を位置づける ②被用者負担の一部については労使の話し合い		
公費負担	公費負担の割合～ ①50%、②50%以上		

老健審は、体調不良のため辞任した加藤一郎氏の後任として鳥居泰彦慶應義塾大学塾長を会長に選出し(11月20日)、制度、介護給付、基盤整備の各分科会における計4回の会合、老健審の12月から翌1996年1月31日までの5回の総会の末、「新たな高齢者介護制度について(第二次報告)」を取りまとめている。この報告では、制度のあり方や費用負担に関しては意見調整がつかず、市町村、国、老人保健を保険運営主体とする3案が示されるに止まった。介護サービスの対象者は65歳以上および65歳以下の痴呆症患者であり、若年障害者は介護保険の適用対象外とし、障害者プランで対応するという方針が明記された。介護給付に関しては、まず在宅サービスとして、ホームヘルプサービス、デイサービス、リハビリテーションサービス、ショートステイ、訪問看護サービス、福祉用具サービスが挙げられ、24時間対応型巡回サービスや痴呆性老人向けのグループホームに積極的に取り組むべきとしている。意見調整の難航した日常生活的な医療サービスについては、かかりつけ医による医学的管理サービスを給付対象とする考えが示されたが、急性期医療の給付を介護保険か医療保険のいずれの対象とするかは結論が持ち越されている。また施設サービスとしては、特養老人ホーム、老健施設、療養型病床群など介護

設備の整った医療施設を対象とするとし、一般病院の長期入院患者に介護保険を給付するという考えには否定的見解が示された。介護サービスの利用方法では、要介護認定とケアプラン作成は区分され、要介護認定は保険者が行うものとし、第三者機関を設置して認定の公正・客観化を図るとともに、認定に対する不服申し立てなどの仕組みを確立としている。審議の焦点となった家族介護への現金給付問題は意見が集約できず、積極・消極の両論が併記されている。

Ⅲ 法案作成

丹羽試案

対策本部は、1996年2月15日、「高齢者介護保険制度に関する事務局試案」を老健審総会に提示した。この試案は、先に示した3制度案を地域保険方式（保険者＝市町村）、国営保険方式（保険者＝国）、老人保健制度方式（保険者＝医療保険者）として制度的な具体化を進めたものである。また3月8日の老健審総会には、これら3案に加えて、都道府県や年金保険を保険者とする方式や被用者OBの介護は被用者医療保険で対応する方式が示された。

保険制度についての意見調整が難航した理由のひとつは、事業主体である市町村が介護保険制度に対して地方財政を逼迫させている国保の二の舞になるのではないかと懸念を持っており、経済界も介護保険によって事業主負担が増えることに反対しているためであった。1月に発足した橋本竜太郎内閣の菅直人厚生大臣は介護保険制度の導入を積極的に推進したが、こうした情勢を反映して自民党内では介護保険法案の国会提出に慎重論が強く、与党福祉プロジェクトでも社民党とさきがけ、数名の自民党議員が介護保険に積極的であったに過ぎなかった³⁹。老健審の審議過程を内部から観察してきた池田省三氏は、自民党内の慎重論にはさらに保守的な家族介護主義と再選動機に基づく反負担増主義が背後にあるとしている⁴⁰。

介護保険は財政負担が重いという地方自治体や経済界からの反発を和らげ、難航している法案化を促すために、3月13日、丹羽雄哉自民党医療基本問題調査会会長は「介護保障確立に向けての基本的な考え方」と題する試案を与党福祉プロジェクトチームに提示する。この丹羽試案では、当面の介護保険給付を在宅サービスに限定し、厚生省が目指す制度導入時期を一年延期して1998年度以降としている。立ち遅れの目立つ在宅サービスの充実を優先課題として、制度施行当初はホームヘルプや訪問看護、ショートステイなど在宅サービスを先行実施し、施設サービスは新ゴールドプランによる施設整備を待つ段階的に導入する。この試案では、①保険者を市町村とする地域保険方式を採用すること、②介護費用の負担も受給も40歳以上の国民とすること、③利用に際して1割程度の自己

³⁹ 衛藤晟一衆議院議員へのインタビューによる。

⁴⁰ 池田（1996年）67頁。また有岡（1996年）6-10頁参照。

負担を徴収すること、④在宅サービスの充実・整備のため現物給付を原則とすることが提案されている⁴¹。

老健審最終報告

老健審は、4月22日、それまでの審議の総括として、「高齢者介護保険制度の創設について—審議の概要・国民の議論を深めるために」を取りまとめた。この最終報告は、①介護保険制度の基本的目標、②介護サービスのあり方、③介護保険制度のあり方、④基盤整備等から構成されている。具体的には、1月の第二次中間報告にある在宅・施設サービスを介護給付の対象とし、焦点の医学的管理サービスについては、かかりつけ医の医学的管理サービスは介護給付の対象とし、急性医療は従来通り医療保険からの給付としている。また介護サービスは要介護度に応じて設定された範囲内で利用者が選択することを基本とし、自己負担によって超過サービスも利用できる仕組みとする。家族介護に対する現金支給に関しては、第二次中間報告に引き続き、賛否両論を併記するに止まっている。

この最終報告の中心的課題は保険制度論に決着をつけることであったが、意見の集約を得るには至らなかった。最大の争点である保険者としては、厚生省が想定している市町村を多数意見としながら、国を保険の運営主体とする考えも併記している。地方分権の考え方からすれば、給付主体は市町村となるべきであり、給付主体と財政主体が一致すべきとする観点からは市町村が財政主体とされる。ただし、地方自治体間の財政格差や高齢化率の違いを考慮した財政調整の仕組みも必要であるとしている。被保険者についても、介護給付の受給者と範囲を一致させるという考え方が中心に議論されたとし、65歳以上という考え方を示しているが、高齢者の負担が過重になる恐れがあり、20歳以上、40歳以上を被保険者とし、現役世代への介護給付を行うといった意見も併記されている。また事業主負担については、労使交渉に委ねるべき、法定7割ないし折半という意見が併記された。若年者負担に関しては、個々人が納付義務を負う方法も検討しているが、未加入・未納金、徴収コストの問題から、医療保険者が徴収責任を負い、分担金として一括納付するという老健拠出金に似た方式が支持された。利用者負担に関しても、定率1割の他に、2割あるいは8%という意見が示されている。費用分担のあり方としては、公費二分の一、高齢者および現役世代の保険料二分の一を基本的考え方とするが、介護給付費として利用者負担が含まれているのかどうか異なる考えを示している。

一方、医療法第3次改正に向けて審議を重ねてきた医療審議会基本問題検討委員会も意見をまとめ、医療審議会は、4月25日、「今後の医療提供体制の在り方について」を厚生大臣に具申した。意見書は、①当面する見直しの基本的な視点、②医療施設機能の体系化、③医療計画の見直し、④要介護者に対応した医療提供体制、⑤医療法人の在り方、⑥

⁴¹ 池田（1996年）66頁によれば、この丹羽試案の背景には、医療保険改革を控えた厚生省保険官僚の思惑があったとされる。老人医療の1割自己負担、健保本人8割給付、一部薬剤の適用除外などの医療保険改革のためには、介護保険導入を片づけておく必要があり、規模を小さくしてでも介護保険の強行突破を図ろうという空気が醸成され、丹羽試案が浮上してきたという見方である。

患者の立場・選択を尊重した医療提供の在り方、⑦その他を内容としている。具体的には、新たな公的介護制度の導入に備えた介護施設の整備に関して、病院にしか認められていない長期療養の患者のための療養型病床群を19床以下の診療所にも認めること、50床未満の小規模な病院の療養型転換を促進するために医師の配置基準を3人から2人に緩和すること、またショートステイやホームヘルプ事業などの在宅福祉事業に医療法人が参画できるように医療法上の付帯業務とすることなどを提言している。

介護保険制度案

こうした両審議会の意見報告を受け、さらに与党福祉プロジェクトチームからも介護保険法案の作成にあたって市町村の財政支援策を盛り込むといった要望があり（4月26日「“制度試案”作成指示」、5月10日「介護保険制度の試案作成に当たっての基本的視点」）、厚生省は5月13日に「介護保険制度試案」を作成し、翌14日には与党福祉プロジェクトチーム、さらに15日に老健審に提示した。この厚生省試案は、

- ①40歳以上を被保険者・受給者とする
- ②保険の運営主体は市町村および特別区とする
- ③利用者負担は介護給付の対象となる費用の1割とする
- ④公費負担は介護給付費の二分の一とする
- ⑤家族介護に対する現金支給は原則として当面行わない
- ⑥被用者保険については事業主負担、国保などについては国庫負担を行う
- ⑦1999年4月から在宅サービスを先行実施し、施設サービスについては2001年をめどに実施する

とほぼ丹羽試案に沿ったものとなっている。この在宅介護のみの制度では、1999年度の介護費用総額は9千億円と推計され、40歳以上人口で平均すると一人当り月額5百円程とされている。

この厚生省試案に対しては全国市長会・町村会が依然難色を示し、老健審の意見調整は難航が予想された。社民党、さきがけが厚生省試案に好意的であったのとは対照的に⁴²、15日の朝刊では「橋本首相が介護保険法案の今国会提出見送り」と一面で報じられ、この背景には連立与党にとって最大の懸案である住専処理法案の見通しもないまま会期末が一ヶ月後に迫り、与党内の足並みを乱れさせかねない法案提出は避けたいとの首脳部の判断があり⁴³、梶山静六官房長官も法案提出に否定的な見解を示していた⁴⁴。一方、自民党厚生関係合同部会では、17日、全国市長会・町村会からの①第一種被保険者の保険料に不足が生じた場合の国の支援措置、②第二種被保険者の保険料未納分の財政ルールの明確化などの要望が検討され⁴⁵、厚生省・与党福祉プロジェクトによる法案提出に向けての意見調整

⁴² 『社会保険旬報』1996年第1911号11頁。

⁴³ 日本経済新聞1996年5月15日付1・3面。朝日新聞1996年5月22日付2面。

⁴⁴ 例えば、日本経済新聞1996年5月16日付2面参照。

⁴⁵ 『社会保険旬報』1996年第1911号12頁。

が続けられていく。

厚生省は、5月23日、介護保険の保険料未納などで保険財政に赤字が生じた場合に穴埋めする「準備金」を設立するなどの負担軽減策を与党福祉プロジェクトに示した⁴⁶。具体的には、①要介護認定機関については、共同設置や都道府県、国、国保連合会への委託を推進する、②高齢者保険料の年金からの特別徴収を制度施行当初から実施する、③高齢者保険料は所得段階別の定額保険料とする、④都道府県や地域単位の保険料ガイドラインによって保険料を均一化する、⑤若年保険料と公費の不足は後年度に清算交付する、⑥高齢者保険料は3年程度の中期的な見通しで高めに設定し、赤字穴埋めの準備金を設ける、等が内容となっている。厚生省は5月30日に「介護保険制度修正試案」を作成し、同日与党より了承され、老健審にも提出した。この修正試案は、保険者を市町村とすること、40歳からの負担と給付、在宅サービスの先行実施、現金給付は当面行わない等、厚生省試案の基本的な骨格を変更するものではないが、先に示された負担軽減策を盛り込んで、都道府県毎に介護保険者からなる「介護保険者連合会」を設け、保険料未納などで赤字が生じた場合、市町村が一般会計から繰り入れなくて済むよう連合会が補填する等の財政調整策を加えている。この介護保険者連合会は、都道府県、圏域、市町村単位の保険料基準を算定し、市町村の財政安定化を支援し、要介護認定事務を実施する等、都道府県単位の共同機構として市町村の保険運営を支援する。また公費負担に関して、国二分の一、地方二分の一と明記し、家族介護を評価するために各保険者による家族支援事業を認め、介護保険が医療と福祉を重層的に支える制度であることを確認している。

6月5日、厚生省は修正試案とほぼ同内容の「介護保険制度案大綱」を作成し、翌6日、老健審、社会保障制度審議会、医療保険審議会に諮問した。全国市長会は5日「介護保険制度に慎重な論議を求める決議」を全会一致で採択しており、依然として地方自治体の懸念が強いことを示しているが、一方7日の自民党厚生関係合同部会終了後、丹羽雄哉氏は党幹部も法案提出に傾いてきているという見解を示している⁴⁷。審議会からは各々大筋了承の答申を得るが、運営主体となる市町村の不安、事業主負担に消極的な経済界、医療保険からの持ち出しを懸念する医師会など関係団体の意見をふまえ、財政不安定の対策を講じるべき、地域保険という特性から事業主負担の根拠がない、医療と介護の連携、在宅と施設サービスの同時実施、家族介護への現金支給といった意見も付されている。また7日には介護施設整備の一貫として療養型病床群を有床診療所に拡大することなどを含む「医療法の改正案要綱」が医療審議会、社会保障制度審議会に諮問され、各審議会から了承の答申を得ている。

与党合意

6月11日以降、自民党では厚生関係の合同部会が開かれ、市町村の代表が随時招かれ、厚生省当局も出席し、財政調整の仕組みなどの対応策が繰り返し説明されたが、市町村の

⁴⁶ 『社会保険旬報』1996年第1912号37頁。

⁴⁷ 『社会保険旬報』1996年第1913号26頁。

姿勢は変わらなかった⁴⁸。また医師会も介護保険法案要綱案で示された介護保険の目的としての医療の扱いが希薄であるとし、法案の国会提出に反対であることを自民党首脳に伝えている⁴⁹。関係部会レベルでは意見調整が不可能と判断した丹羽雄哉氏、衛藤晟一氏ら福祉プロジェクトの推進派は山崎拓政調会長に直訴し、国会提出を含めた介護保険法案の取り扱いについて政調会長一任をとりつけたが、結局梶山官房長官ら党首脳が法案提出を了承しなかったとされる⁵⁰。

1996年6月17日、連立与党の幹事長・政策責任者で構成される与党政策責任者会議が開かれ、介護保険法案の国会提出を見送ることが合意された。与党合意事項は、与党3党の責任者6名（与党責任者会議座長：加藤紘一・佐藤観樹・鳩山由紀夫、与党政策調整会議座長：山崎拓・伊藤茂・渡海紀三朗）が連盟で署名したものであり、介護保険制度の創設に向け、政府・与党一致して取り組んでいくこと、関係者の意見をふまえつつ、「介護保険法案要綱案」を基本として、以下の「懸案事項」について解決を図り、次期国会に提出するとしている。

解決すべき懸案事項

- 1 市町村等の関係者の意見を踏まえ、安定した財政運営と市町村における円滑な事務が遂行できる制度となるよう努める。
- 2 円滑な施行の観点から、住宅・施設両面にわたる介護サービス基盤の一層の整備を計画的に進め、総合的かつ適切なサービス提供が行われるよう、検討を行う。
- 3 民間活力の積極的な活用を図るため、規制緩和を積極的に推進するとともに、民間保険・民間非営利サービスとの適切な連携がとれる柔軟な制度の仕組みを検討する。
- 4 社会保障制度構造改革のビジョンを示すとともにその一環として行われる医療制度改革の内容を明らかにする。
- 5 国民に対する周知の徹底を図り、十分な理解を求める。

この法案提出見送りには、制度運営の主体となる市町村の財政上の懸念が強く、自治省が提出間際に異論を唱えたことが大きな要因となったとされる。当初、合意事項には与党に加え官房長官と厚生、大蔵、自治の4閣僚がサインする予定であったが、法案要項にある費用負担の項の市町村に対する国庫補助率の百分の20の割合をさらに引き上げるよう要求する倉田寛之自治大臣と、それに難色を示す久保巨大蔵大臣との間で意見調整がつかず、合意事項は政府を除いた与党3党のみの了解事項となった⁵¹。こうした自治省の姿勢は市町村の懸念を反映したものであり、市町村も介護保険制度の創設そのものに反対したというより、厚生省が要綱案に盛り込んだ国保連合会による財政調整や保険料の未納対策で

⁴⁸ 『社会保険旬報』1996年第1915号10-1頁。

⁴⁹ 青柳俊日本医師会常任理事へのインタビューによる。

⁵⁰ 注48に同じ。

⁵¹ 『社会保険旬報』1996年第1914号24頁。

は、市町村の国保制度に対する不信感を払拭することが出来なかったためである⁵²。

市町村と自治省の抵抗に加えて、大蔵省の対応や経済界の反発も介護保険法案の国会提出が見送られた要因であった。消費税率の5%への引き上げは1994年9月に決められ、引き上げ幅の見直しが1996年9月までに行われるとされていた。しかし、住専処理に対する国民の強い反対から、衆議院選挙を控えて税率の上方修正がないという状況が確定すると、税率引き上げを国民に納得させる取引材料として介護保険を捉えていた大蔵省は、消費税率引き上げの議論が再び可能となるまで、介護保険導入を温存させる立場に一転したとされる。また経済界も法人税や社会保障の企業負担はすでに重く、国際競争力の観点から、介護保険料の事業主負担を法定化することに強く反対し、大蔵省の小村武主計局長といった同調者と共同して、首相官邸や議員会館を説得して回ったとされる⁵³。こうした市町村・経済界の抵抗、自治省・大蔵省との調整不足から、自民党の党内調整は難航し、市町村への財政支援、介護給付と医療給付の関係、家族介護への現金支給などについて意見が集約されず、慎重派が大勢を占めることになった⁵⁴。

与党修正

6月20日、与党福祉プロジェクトに大蔵調整会議と地方行政調整会議のメンバーを加えた「介護保険制度創設に関するワーキングチーム」（座長山崎拓自民政調会長）の設置が決定され、7月12日には初の地方公聴会が福岡市内で開かれ、市町村関係者ら団体代表・識者の意見を聞いている。与党ワーキングチームは公聴会を7月から9月にかけて計6回開いている。また7月17日の厚生省における都道府県高齢者介護主管課長会議を皮切りに、介護保険制度に関する説明会も各都道府県で開かれていく。

こうした政府・与党が精力的に地方行脚する一方、7月31日には全国町村会が「介護保険制度について」と題して、低所得者や未納者問題、事務費に対する国費の投入、要介護認定や保険料基準の設定における都道府県の役割強化、市町村の負担軽減、在宅・施設の同時実施、家族介護への現金給付といった要望事項をまとめ、厚生省に提出している⁵⁵。また8月28日には全国市町会も「介護保険制度に関する要望」として同様の意見をまとめ、厚生大臣と与党ワーキングチームの責任者に提示している⁵⁶。

和田勝対策本部事務局長は、市町村への情報提供・意見調整を図るうえで、与党合意の

⁵² 老健審委員で全国町村会常任理事の成毛平昌茨城県東村村長はインタビューで、介護保険によって医療保険の負担が軽減されるという厚生省の考えを疑問視し、財政調整策として提示された国保連合会に関して組織的実行性がないと批判している。『社会保険旬報』1996年第1917号13頁。

⁵³ 有岡（1996年）8-9頁。『社会保険旬報』1996年第1915号10-2頁。

⁵⁴ 塩川正十郎自民党総務会長のインタビュー参照。読売新聞1996年8月13日付3面。

⁵⁵ 全国町村会「介護保険制度について」1996年7月31日。日本経済新聞1996年8月10日付5面参照。

⁵⁶ 『社会保険旬報』1996年第1922号5頁。

「解決すべき懸案事項」のうち力を入れている点として三つ挙げている⁵⁷。ひとつは市町村の主張する都道府県の関与・役割の強化をいかに調整していくかということである。二つ目は実施時期であり、市町村、施設関係者、医師会から要望されている在宅と施設の同時実施である。三つ目は市町村の財政的懸念であり、保険料未収納と財政調整の問題である。とくに国保連合会に対する評価が地域で異なり、都道府県に要介護認定や保険料基準の設定を委任するという第一の要望に関わっており、また介護保険料の上乗せによる国保加入者の保険料未納の増加も市町村が対策を強く求めている点であるとしている⁵⁸。

一方、与党合意以降、厚生省と医師会の意見調整も図られてきたが、坪井医師会会長は8月27日の会見で、「国民全体で支えていくという意味での社会保険方式には賛成できるが、高齢者に負担を求める現段階での介護保険法案は好ましくない」、「介護保険法案の中に医療提供側がこれまで担ってきた介護サービス部分を盛り込むべき」として、介護保険創設に反対を表明した⁵⁹。これにより交渉は決裂するかにみえたが、坪井会長と山崎座長の間で連絡が取られ、与党ワーキングチームが医師会の要望を取り入れ、9月上旬には厚生省と医師会の間で修正事項について合意がなされた⁶⁰。

与党ワーキングチームは、9月10日、「与党地方公聴会における意見陳述を踏まえた介護保険制度に関する主要な論点（案）」として7月以来の地方公聴会での論点整理を公表し、17日には「介護保険法要綱案に係る修正事項案」（三座長試案）をまとめている⁶¹。翌18日には与党の幹事長・政調会長・政審会長からなる六者協議と政府与党首脳連絡会議で介護保険法要綱案に対する与党修正案が了承され、19日に与党ワーキングチームによる「介護保険法要綱案に係る修正事項」として合意された。修正は2000年度からの在宅と施設サービスの同時実施や都道府県の役割拡大など市町村の意向を反映したものとなっている⁶²。

保険料未納による赤字については、6月の法案要綱案では国保連合会による財政調整が

⁵⁷ 『社会保険旬報』1996年第1920号9-10頁。また1996年8月18日の読売新聞も、政府・与党が8月17日までに介護保険法案見直しについて、都道府県の関与拡大、財政支援体制の整備、在宅・施設の同時実施を図る方針を固めたとしている。

⁵⁸ 厚生省は市町村支援策として八つの方策を都道府県高齢者介護主管課長会議で示している。『社会保険旬報』1996年第1920号48-9頁。香取照幸対策本部事務局次長は、全体の二分の一は公費、三分の一は第二号保険料であり、精算交付によって全体の83%に関して赤字は発生せず、残る17%の第一号保険料のうち7割は年金天引きであり、概ね5%が市町村自らが徴収する保険料であり、未納による赤字は大した額ではないと説明している。

⁵⁹ 『社会保険旬報』1996年第1921号4頁。

⁶⁰ 注49に同じ。

⁶¹ 『社会保険旬報』1996年第1924号6-8頁。

⁶² ただし、19日には全国市町会・町村会が緊急会議を開き、「介護保険制度に関する決議」を採択し、こうした修正案を評価する一方、なお検討を要する点があり、また国保改革の具体的方策を明示するよう求めている。

提案されていたが、修正案では「財政安定化基金」を各都道府県に設置すると変更された。基金造成に要する費用は国・都道府県・第一号保険料の各々三分の一ずつ負担する。また第二号保険者に関しては、介護保険料を上乗せすることで介護・国保保険料の収納率が低下した場合、その分の財政影響額を国費で全額補填する。さらに法案要綱案では定めのない要介護認定に係る事務費の負担について市町村に対する国の補助割合を二分の一相当と明記するとともに、第一号保険料の年金からの特別徴収に関しても年金保険者の事務費を公費で賄うとしている。ただし、市町村が要望していた財政調整交付金の5%外枠化は退けられ、国費25%の枠内で措置される。

こうした財政支援策に加えて、修正案では市町村の要望に応じて都道府県の役割が拡大されている。財政安定化基金の他に、市町村の事務運営を支援し、保険者業務の広域化を促進するため、要介護認定の審査判定業務を都道府県に委任することができるとし、広域的な保険料基準の設定を都道府県の事務と規定した。これにより市町村が不信感を示していた都道府県毎の連合組織は設置しないことになった。

制度施行については、地方公聴会開始当初から山崎政調会長が示唆していたように、2000年度から在宅と施設を同時に実施する。これは2000年度に予定されている施設サービスを1999年度の在宅にあわせることは困難であり、ゴールドプランが1999年度に終了することから、2001年度では一年空くことになり、2000年度から在宅・施設同時に実施することが適切とされたためである。また市町村や医師会から強く要望されていた現金給付は当面行わないことが確認された。医療と介護の連携・整合性の観点から法律の目的規定に医療を盛り込むことになり、医師会の主張が採用されている。

国会審議

こうした与党修正は、9月19日に老健審に報告され、20日には厚生大臣によって閣議に報告されている。10月20日の第41回衆議院選挙では自民党が議席を伸ばしたものの、社民党・さきがけが議席を失い、閣外協力に止まった結果、自民党による単独少数政権が誕生したが、3党による連立の枠組みも緩やかながら維持されることになった。橋本内閣の厚生大臣には小泉純一郎氏が就任し、11月5日には修正事項を全面的に盛り込んだ「介護保険法案」が公表されている⁶³。厚生省の岡光序治事務次官の特別養護老人ホームに関わる不祥事が発覚し、法案の審議以前に綱紀粛正を求める声もあがったが、介護保険法案は、21日に自民党政調審議会、総務会で国会提出が了承され、与党3党の政調・政審会長と小泉厚生大臣の会談（27日）、与党政策調整会議（28日）、閣議（29日）を経て臨時国会に提出された。ただし法案は趣旨説明のみが行われ、継続審議となった。

1997年1月20日に召集された通常国会では、政府・自民党は介護保険制度創設の他に、1997年度予算、大蔵省改革、さらに医療保険制度改革などの重要課題に取り組みまねばならず、消費税率の引き上げと重なる国民の負担増に社民党が難色を示すなど、審

⁶³ 読売新聞1996年11月6日付1・2面。

議開始以前からすでに介護保険導入を凍結するといった意見も浮上し⁶⁴、与党3党の枠組み維持が介護保険成否の鍵となった。法案は2月21日から衆議院厚生委員会で審議され、以後地方公聴会も4カ所で開かれ、また「介護の社会化を進める一万人市民委員会」（代表樋口恵子・堀田力）が被保険者を20歳以上にするよう法案修正の働きかけも行ったが⁶⁵、1997年5月施行を目指す健康保険法等改正が4月に厚生委員会に付託され、介護保険法案の審議は中断されてしまった。

この健康保険法等改正は患者の自己負担引き上げを主な内容とするものであり⁶⁶、1996年末に与党3党の幹事長・政策責任者からなる六者協議において改正案に合意がなされるにあたって、社民、さきがけ両党の反発を配慮し、確認事項として3月までに診療報酬や薬価制度まで含めた制度全体の抜本改革を検討するとしていた⁶⁷。与党医療保険制度改革協議会では、1997年3月26日、丹羽雄哉座長が「医療保険改革の基本方針（仮称）」を提示し、「参照価格制」の導入などを検討するとしたが⁶⁸、基本方針をまとめるにあたって最大の焦点となったのが診療報酬体系の見直し問題であった。

協議会は4月2日夜から徹夜の調整に入り、一旦は社民・さきがけの主張する定額払い方式の拡大を明記した案に合意しかかったが、自民党が医師会の意向を配慮して「拡大」を明記することに抵抗したため協議は決裂し⁶⁹、3日、3党の政調・政審会長レベルの調整に委ねられることになった。折しも沖縄米軍基地問題についての自民・新進の合意をめぐって自民党内の自社さ連立派と保・保連合派の対立が表面化するなか、医療保険改革が自社さ連立維持の試金石ともいえる状況となった⁷⁰。6日、山崎自民政調会長ら与党3党の政策責任者は協議の末、診療報酬の定額払い方式を「積極的に活用する」という表現を盛り込むことで最終合意し⁷¹、翌7日の与党医療保険制度改革協議会において基本方針の全文がまとめられた。

与党合意を受け、4月8日、医療保険制度改革関連法案は衆議院本会議で趣旨説明と質疑が行われ、厚生委員会での審議が9日から始まった。駐留軍用地特別措置法改正案の衆議院通過を受けて、医療保険改革、介護保険両法案の扱いが政局の焦点となるとともに、自民党内の保・保連合派の台頭に自社さの連立を維持しようとする加藤紘一自民党幹事長らと介護保険に積極的な菅直人民主党代表らの利害が一致し、特措法改正に引き続き、自民党と民主党の政策提携が模索された⁷²。14日、加藤自民党幹事長、山崎自民党政調会長、

⁶⁴ 日本経済新聞1997年1月11日付2面。

⁶⁵ 日本経済新聞1997年3月12日付7面。『社会保険旬報』1997年第1945号38-9頁。

⁶⁶ 医療保険改革の背景、法案審議については補論「1990年代における医療保険改革の展開」参照。

⁶⁷ 『社会保険旬報』1997年第1934号49-50頁。

⁶⁸ 日本経済新聞1997年3月27日付1・5面。

⁶⁹ 日本経済新聞1997年4月4日付2面。

⁷⁰ 日本経済新聞1997年4月6日付2面。

⁷¹ 日本経済新聞1997年4月7日付1面。

⁷² 日本経済新聞1997年4月12日付2面。

菅民主党代表、千石由人民主党政調会長が国会内で会談し、医療保険制度の抜本改革案の作成に民主党も参加すること、医療保険改革、介護保険の両法案を必要な修正をしたうえで今国会中に成立させることに合意し、翌15日には民主党が加わった「四党協議会」が開催されている⁷³。

医療保険改革法案の国会修正は薬剤費の負担方式を中心に検討され、一旦は自民・民主の両党が受け取った薬剤の費用が一定額以上になった場合に患者から負担を求める方式に修正することで合意したが⁷⁴、こうした自民・民主の動きに社民・さきがけ両党が反発し、修正案協議は難航した⁷⁵。5月6日、自民、社民、さきがけの与党3党は原案では一日種類15円となっていた薬剤費負担を種類数によって負担額に差をつける方式に変更するなどの修正案をまとめ、翌7日に衆議院厚生委員会に共同提出した。民主党は4党による修正案合意を目前に、都議選（7月6日投票）を控えて患者の自己負担増に賛成できないといった党内からの反対から共同修正案には反対すると決定したが⁷⁶、修正案は7日衆議院厚生委員会、8日衆議院本会議で賛成多数により可決された。

医療保険改革法案が衆議院を通過したことによって、中断されていた介護保険法案の審議が5月13日に再開され、翌14日、自民、社民、民主の3党が介護保険法案の修正で合意し、16日に自民、民主、社民、院内会派「21世紀」が民主党の要求していた「市町村の介護保険事業計画策定への市民参加」などを法案に加える修正案を共同提案した。21日に介護保険法案は衆議院厚生委員会で修正案提出4会派の賛成多数で一部修正のうえ可決され、翌22日に衆議院本会議を通過した⁷⁷。ただし、医療保険改革に関して、社民党が民主党を加えた協議による修正案に賛成する前提が崩れたとし、参議院において高齢者の入院負担軽減や薬剤費負担の見直しを求めた⁷⁸。またこうした再修正を前提とした法案の送付に参議院側から反発があり、参議院の法案審議を左右する村上正邦自民党参議院幹事長が保・保連合に前向きで連立維持派の党執行部に批判的であるという事情もあり⁷⁹、23日まで医療保険改革案の提案理由説明が行われなかった。

会期末を控えて審議日程をめぐる与野党の攻防が激しくなるなか、29日、自民党執行部はサミットや東京都議選などの政治日程を考慮して会期延長を行わないという方針を確認した⁸⁰。これにより6月18日の会期末までに厚生委員会の定例日は5日しかないことになり、また参議院が議員立法重視の観点から特別委員会で審議中の臓器移植法案の処理を

⁷³ 『社会保険旬報』1997年第1945号42頁。

⁷⁴ 朝日新聞1997年4月22日付2面。日本経済新聞1997年5月7日付2面。

⁷⁵ 『社会保険旬報』1997年第1946号41頁。

⁷⁶ 日本経済新聞1997年5月8日付2面。読売新聞1997年5月9日付5面。日本経済新聞1997年5月16日付2面。

⁷⁷ 『社会保険旬報』1997年第1948号32頁。日本経済新聞1997年5月15日付2面。

⁷⁸ 読売新聞1997年5月9日付5面。

⁷⁹ 日本経済新聞1997年5月10日付2面。

⁸⁰ 日本経済新聞1997年5月30日付2面。

優先し⁸¹、厚生委員会委員の多くが特別委員会委員を兼任しているため、定例日以外の審議を物理的に制限することとなった⁸²。ようやく6月9日に与党3党は医療保険法案の参院再修正に正式合意し、同日、参院自民党幹部は新進、公明の会派「平成会」と折衝し、医療保険法案と臓器移植法案を成立させ、介護保険法案を継続審議とすることで合意した⁸³。これにより医療保険法案は12日に参院厚生委員会で再修正のうえ可決されたが、介護保険法案は13日に参議院本会議で趣旨説明が行われるに止まった。

むすび

以上、介護保険導入をめぐる政策形成過程を問題提起、意見調整、法案作成の3段階に分けて整理してきた。むすびとして、いかなる政策理念が介護保険下位システムで支持され、どのように対立する争点が調整されたのかについてまとめておこう。

社会保険と自立支援

厚生省は、少なくとも1992年以降、厚生省内部の研究会における議論を通じて、従来の家族介護と救済的な公的扶助では将来の介護需要の増大に対応できないと認識し、現物給付の社会保険による「介護の社会化」を企図してきた。家族介護の限界はすでに1989年の介護対策検討会報告で指摘されており、新たな高齢者介護システムの要請は在宅福祉および施設サービスの整備・充実を目標とするゴールドプランの策定と時を同じくしている。このゴールドプランは1989年4月に導入された消費税の趣旨を踏まえて策定されたものであったが、皮肉にも老人保健施設の増加と施設間の負担格差が相俟って介護の医療化を一層促すことになった⁸⁴。このことは新たな高齢者介護システムを構想するうえで、費用負担とサービス提供の両方の観点から厚生省に社会保険方式という方向性を与えている。

新たな高齢者介護システムの費用負担を税方式で賄うことは北欧型福祉論をはじめ支持された考え方であるが⁸⁵、直接税が現役世代に過度の負担を強いており、間接税導入をめぐる10年来の経験は国民に税負担を求めることがいかに困難であるかを官僚達に思い知らせてきた。またゴールドプランは施設整備に財源をつけるだけでは介護サービス自体の拡充が保証されないことを物語っており、たとえ消費税を目的税化しても、多くの自治体はサービス供給主体の参入・競争を促進する能力と意志を欠いており、却って高齢者介護に

⁸¹ 日本経済新聞1997年6月5日付3面。

⁸² 日本経済新聞1997年5月22日付2面。

⁸³ 朝日新聞1997年6月10日付1・2面。

⁸⁴ Campbell (1992) p.308 (邦訳440頁)。

⁸⁵ 例えば、里見・二木・伊藤(1996年)参照。

積極的な自治体の意欲を殺ぐ結果になりかねなかった⁸⁶。したがって、社会保険方式は、給付費用を保険料収入によって帳尻を合わせるものであり、地域保険とすることによってサービス給付の地域差を反映し、高齢者に受益に応じた負担を課すとともに、保険料設定と徴収の権限を地域単位に移譲することを可能にする。また現物給付方式は給付対象を介護サービスに特定化することが期待できる。

財源論に加えて、社会保険方式は、救貧的な福祉制度から高齢者一般の生活支援システムへといった介護サービスの質的転換を促すものでもあった。新たな高齢者介護システムは、寝たきりや痴呆を高齢者一般に生じうる介護リスクと位置づけ、高齢者の生活支援という側面について、社会的にリスクを分散させるものであり、介護ニーズに応じた利用者の自主的選択を確立するうえで、サービス受給の権利性や受益と負担の対応といった観点から社会保険方式が妥当と考えられた。厚生省内部では、こうした利用者の選択を基本とした、日常生活における高齢者の自立を支援する保険給付の仕組みとして、従来の措置制度に代えて、専門家チームによるケアマネジメントの考え方が早い段階から構想されている。

社会保険方式による家族介護と救貧的措置制度のパラダイム転換という目標は私的な懇談会や研究会の報告においても提唱されている。とくに福祉ビジョンは、利用者選択、自立支援といった高齢者施策の基本方向を確認し、社会保険による財源調達という考え方を社会的に受容させるうえで大きな役割を果たしたと言えよう。また高齢者介護・自立支援システム研究会は主に社会保険派で構成され⁸⁷、著名な研究者・実務家に代弁させることによって、厚生省の考え方を権威づけるのに役だったと言えるかも知れない。添付資料3が示すように、高齢者施策の基本方向に関する懇談会や老健審とは異なり、高齢社会福祉ビジョン懇談会や高齢者介護・自立支援システム研究会は、サービスの提供サイドと支払いサイドという通常の利害関係者からは構成されておらず、社会保険方式による自立支援という考え方を推し進めていく厚生省の広報戦略という側面がある。ただし、首相の公的な諮問機関である社会保障制度審議会も、厚生省の私的懇談会・研究会とは別個に、自立と社会連帯に基づく高齢者の生活保障として、社会保険方式による公的介護保険の必要性を説いているように、社会保険方式による家族介護と救貧的措置制度のパラダイム転換という目標は、一部の研究者だけに共有されたものではなく、厚生省独自の政策選好ということは難しい。

医療と介護の連携

むしろ理念的な対立は従来の福祉と医療による高齢者介護を日常生活支援としての介護に再定義する方策に現れている。厚生省は早い段階から介護保険を日常生活支援と医学的管理の両方を一体的に提供するものとしており、阿部正俊氏や山崎史郎氏ら省内で指導的

⁸⁶ 例外的に武蔵野市のような事例があるに過ぎない。土屋（1996年）221-8頁参照。

⁸⁷ 田中滋慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授へのインタビューによる。ただし岡本祐三公立みつぎ総合病院院長や樋口恵子東京家政大学教授が始めから社会保険派だったわけではない。

な立場にあった厚生官僚も医療を介護の不可欠な要素と考えている⁸⁸。ただし、高齢者トータルプラン研究会報告が介護保険給付を施設中心に検討し、老人病院、老健施設、特養老人ホームを介護施設として一元化するとしているように、これまでの医療と福祉の縦割りと「社会的入院」に示される医療への偏りを是正することが厚生省の当初からの目標であった。これは福祉ビジョンの言葉でいえば、医療と福祉の給付構造を4：1から3：2に医療から福祉に重点を移すことであり、端的に言えば、介護の医療化に歯止めをかけ、老人医療と老人福祉を高齢者の生活支援に定義し直していく試みであった。具体的には、厚生省の内部資料が早くから規定しているように、老人関係施設を生活型施設（特別養護老人ホーム）、療養型施設（介護力強化型老人病院）、短期家庭復帰支援センター（老人保健施設）に再編し、介護保険ではこれらの施設に定額払いによるケア及び定型的な医療サービスが給付され、医療保険からの出来高払いは療養型施設での手術などに限定することが目指された。

こうした老人医療の抑制は自ずと医療提供サイドの反発を招いた。ただ医師会自身も介護保険制度の創設を提唱しているように⁸⁹、老人保健制度が財政破綻に直面しており、介護部分に独自の財源をつけて老人保健制度を安定させ、要介護患者を病院から介護施設や在宅に移すことによって一般医療に本来の機能を回復させるという意味で介護保険は医師会にとっても望ましいものである⁹⁰。しかし医療提供サイドとしては、医療における慢性疾患のウェイトが高まっている状況において、介護関連の医療を確保することが死活問題であり、厚生省のいう「定型的な医療サービス」の解釈をめぐる双方の間に亀裂が生じることになる。医師会は介護保険における医療の役割が明記され、サービス提供における医師の主導性が確保されるよう一貫して求めている。

1996年5月13日の厚生省試案では、介護保険制度の目的として医療という言葉はなかったが、5月30日の修正試案では「医療と福祉に関わる主体が、それぞれの機能を発揮しつつ、重層的に支えあう制度」とされた。また法案の国会提出が見送られた法案要綱案では、老健審答申等も考慮され、総則において「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により介護を要する者等がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行い、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」とされ、また「保険給付は、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態の予防に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行わなければならない」と付け加えられたが、医師会にとって承諾しうるものではなかった⁹¹。医師会は与党合意以降のワーキングチームによる意見調整を通じて働きかけ、最終的には9月19日の与党修正において医師会の要求が全面的に採

⁸⁸ インタビューによる。

⁸⁹ 日本医師会は介護保険に関する中間まとめを1995年2月に公表し、「生涯福祉保険制度」の創設を提言している。

⁹⁰ 注49に同じ。

⁹¹ 同上。

用される。国会に提出された介護保険法案の要綱では総則が「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、介護、機能訓練並びに、看護及び療養上の管理、その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行い、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」と修正されている（下線筆者）。

医療保険改革

こうした厚生省の生活支援としての高齢者介護を構築していく試みは、介護の医療化に歯止めをかけ、医療保険の効率化を促すものであり、医療保険財政の構造改革を達成するための第一歩であった。老人医療の問題として、1割自己負担の介護保険制度を創設することによって、老人保健制度の自己負担1割定率化を実現するとか、最終的には高齢者の独立した社会保険といった形で両制度を統合していくといったことも考えられている。しかし、より基本的な問題認識は、山崎史郎氏が講演で述べているように、高齢者が集中し、若年者の負担が過度に重くなっている国民健康保険の財政構造にあり、介護保険導入は、こうした世代間・地域間の負担の不公平を解決し、医療保険の財政構造改革を進めるものと期待されている点にある⁹²。

ただし、厚生省の意図は支払いサイドに必ずしも現実的であると受けとめられたわけではなかった。健保連は介護保険制度導入に賛成したが、それは医療費節減効果は疑わしいものの何もしないよりはましといった程度のものであり⁹³、皮肉にも当の国保運営主体である市町村が介護保険導入に最も強く抵抗したのであった。この点は、池田省三氏も介護保険が要介護ランク別の定額払いを採用することによって国保のような給付費の急増を回避するものと捉え、市町村の真意を介護保険導入自体の阻止と疑うように⁹⁴、介護保険の推進派と市町村では認識に大きな相違があったことを示している。また山崎史郎氏もこうした市町村の抵抗は計算外のものであったと述べている⁹⁵。

市町村の懸念は国保自体の問題解決が図られなければ、介護保険は国保の二の舞になるということであり、市町村は厚生省に対して保険料未納対策、国・都道府県の役割強化、事務手続きの負担軽減を求めた。5月30日の修正試案では、都道府県毎に「介護保険者連合会」を設け、保険料未納などで赤字が生じた場合に連合会が補填するという財政調整策が加えられ、また広域的な保険料基準の算定や要介護認定事務の代行といった都道府県単位の共同機構として介護保険者連合会が位置付けられている。こうした広域的な調整機構は介護保険制度大綱では単に「連合会」、介護保険法案要綱案では国保連合会が当たる

⁹² 『社会保険旬報』1995年第1888号4頁。

⁹³ 下村健健保連副会長へのインタビューによる。

⁹⁴ 池田（1996年）65-6頁。

⁹⁵ 注21に同じ。また丹羽雄哉氏も同様に介護保険が医療保険の財源対策となることが理解されなかったと法案提出見送りに際して述べている。『社会保険旬報』1996年第1917号8頁。

とされた。また公費負担に関しては、法案の修正過程で徐々に国、都道府県、市町村の負担割合が明確にされ、介護保険法案要綱案では、国の負担二分の一のなかで財政調整のための交付金5%が交付され、都道府県と市町村が四分の一ずつを負担するとされた。

与党合意以降、さらに市町村の要望が取り込まれ、9月19日の与党修正では、国保連合会による財政調整に代えて財政安定化基金を各都道府県に設置するとされた。また要介護認定の審査判定業務を都道府県に委任することができるとし、広域的な保険料基準の設定を都道府県の事務と規定している。第二号保険者に関しては、介護保険料を上乗せすることで介護・国保保険料の収納率が低下した場合、その分の財政影響額を国費で全額補填するとした。さらに法案要綱案では定めなかった要介護認定に係る事務費の負担について市町村に対する国の補助割合を二分の一相当と明記し、第一号保険料の年金からの特別徴収に関しても年金保険者の事務費を公費で賄うとしている。ただし、市町村が要望していた財政調整交付金の5%外枠化は退けられ、国費25%の枠内で措置されることになった。

この他に与党合意までの在宅サービスの先行実施という考え方は医師会や市町村の要望により施設・在宅の同時実施へと変更され、一方家族介護への現金給付に関しては市町村による家族支援事業を認める程度の修正に止まっている。

いかに政策に影響を及ぼすか？

この研究では介護保険法案の政策形成過程を跡付けてきた。まだ法案の成立には至っていないが、これまでの分析結果から以下の結論が導き出せよう。

厚生省は家族と公的扶助による介護を社会保険方式による生活支援の介護に転換することを目指し、私的な懇談会や研究会を組織し、また老健審の審議録も公開して広報活動に努めてきた⁹⁶。しかし、こうした考え方自体は研究者・実務家の間でも支持されたものであり、社会保障制度審議会も提唱しており、必ずしも厚生省独自の政策選好とは言えない。ただし、医療と福祉を生活支援に再定義するうえで、厚生省は介護としての医療の範囲を限定し、介護の医療化に歯止めをかけようとした。また厚生省はこれにより老人医療費が抑制され、医療保険の財政安定化が促されるものと期待した。しかし、医師会の抵抗に直面し、厚生省は介護保険の目的として医療を明記するという修正を余儀なくされ、また市町村の懸念を解消するために、財政調整や事務に関する国・都道府県の役割を強化せざるを得なかった。ただし、二分の一公費負担（言い換えれば保険料負担で少なくとも半分は賄うこと）、家族介護への現金給付は行わない（現物給付を基本とする）といった方針は貫かれた。

厚生省は老人保健福祉部の時代から介護の社会化を追求してきたが、引き続く審議会や与党との意見調整過程をみると、厚生省内外に対する広報活動に励み、利害関係者や与党の合意なしには法案の提出さえままならないという実態が浮かび上がってくる。図3は組

⁹⁶ 山崎史郎氏は国民福祉税構想の教訓から新たな負担を求めるには国民の理解が不可欠であり、老健審の審議録を公開したと説明している。

織の観点から介護保険の政策形成を図式化したものであり、政策の方向性を左右する制度的「場」を示している。介護保険の事例は、省庁が立案し、審議会に諮り、与党の審査を受け、国会で立法化されるという政策形成が制度化されているとともに、実質的な政策立案や合意形成がよりインフォーマルな組織を通じて図られていることも明らかにしている。これは介護保険が既存の政策体系では処理できない、新たな制度の創設を目指すものであり、厚生省内の研究会や利益代表ではない諮問機関に政策を方向づける機会が与えられたことも一因であるが、同時に政治情勢、政策環境といった外的な状況変化も政策下位システム内の相互関係を変容させていた。

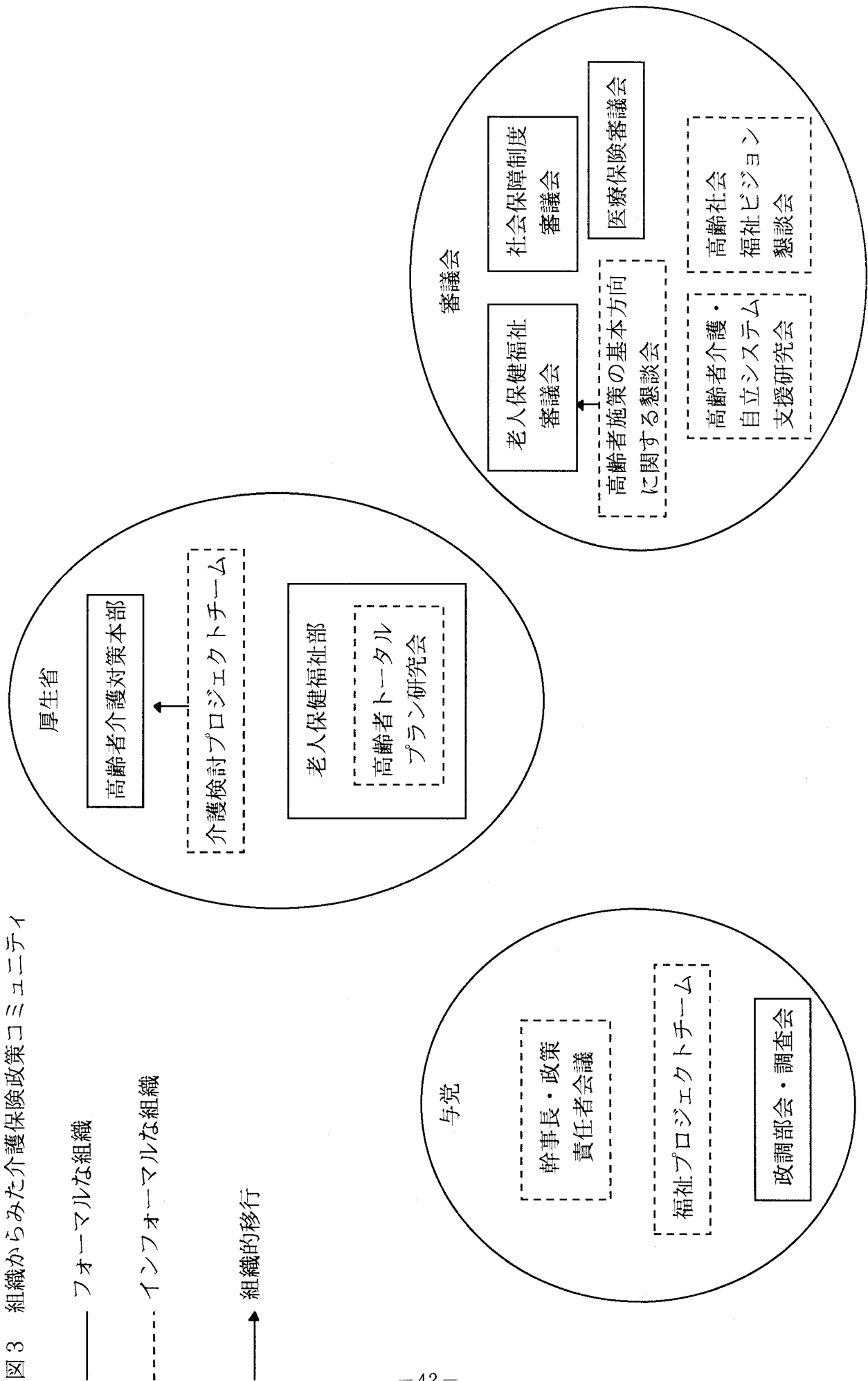
例えば、老健審の中間報告や社会保障制度審議会の勧告が発表された1995年7月と与党ワーキングチームによる関係団体の意見調整が図られた1996年9月に実施された読売新聞による全国世論調査を比較すると、公的介護保険制度の創設に賛成するものは68%から74%に増加し、反対するものは12%から5%に減少しており⁹⁷、世論の動向が介護保険導入にとって必ずしも逆風であったわけではない。こうした社会的動向を考慮すると、衆議院の解散・総選挙や部分連合の模索といった政治情勢は関連政策領域と複雑に錯綜しながら、与党プロジェクトチームと与党執行部の関係を規定し、与党を関係団体の意向により受容的にさせたと言えるかも知れない。消費税や住専処理の問題は1996年の法案提出断念の遠因であり、また医療保険改革、臓器移植、沖縄問題は1997年の法案審議を直接的に左右した。こうした政治・政策的環境は、従来制度化した与党審査よりも、福祉プロジェクトや幹事長・政策責任者会議といった政党間交渉にウエイトが置かれる状況を創り出している。

一事例研究で政策形成一般を論じることに限界もあるが、介護保険の事例は制度変革における政策立案と合意形成のひとつの「型」を提示している。また政策実質的な意味においても、「介護の社会化」という政策転換は、行政改革期における政府運営に関して、従来の「福祉縮小」や「制度的安定化」に加えて⁹⁸、質的な転換によって公的役割を拡大するという観点の必要性を示唆している。官僚による情報の独占が批判され、情報公開の必要性が叫ばれているが、単に審議会の議事録や省庁の資料を公表するだけでは、実質的な交渉や決定がインフォーマルな場に移行するだけである。いかに責任の所在を明らかにしながら政策的情報を提供していくかということが課題であり、このことは政策的情報を収集・活用していく国民サイドの能力の問題でもある。

⁹⁷ 読売新聞1996年9月14日付1・25面。

⁹⁸ 衛藤（1995年）。Cf. Masuyama (1996). 衛藤は「縮小論」として、新川（1993年）、東京大学社会科学研究所編（1988年）を挙げ、中野（1988年）、加藤（1991年）、早川（1991年）、大嶽（1994年）、Campbell (1992)を「安定化論」に含めている。

図3 組織からみた介護保険政策コミュニティ



日本語文献

有岡二郎「三つの審議会の提言を読む」『社会保険旬報』1995年第1883号13-6頁。

有岡二郎「介護保険法案の国会提出をめぐる政治力学」『社会保険旬報』1996年第1913号6-10頁。

池田省三「公的介護保険法案をつぶしたのは誰だ」『Ronza』1996年8月号62-7頁。

衛藤幹子「福祉国家の“縮小・再編”と厚生行政」『レヴァイアサン』1995年第17号91-114頁。

大嶽秀夫「健康保険法改正にみる『福祉見直し』」同『自由主義的改革の時代』（中央公論社、1994年）、143-61頁。

加藤淳子「政策決定過程研究の理論と実証」『レヴァイアサン』1991年第8号165-84頁）。

キャンベル、ジョン（三浦文夫監訳）『日本の政府と高齢化社会』（中央法規、1995年）。

京極高宣ほか「座談会：介護保険で社会福祉はどう変わるのか」『月刊福祉』1996年4月12-25頁。

里見賢治「厚生省・介護保険制度案大綱の陥穽」『社会福祉研究』1996年第66号2-11頁。

里見賢治・二木立・伊東敬文『公的介護保険に異議あり』（ミネルヴァ書房、1996年）。

『社会保険旬報』1993年第1798号「高齢者施策基本方向に関する懇談会が発足」24頁。

『社会保険旬報』1993年第1809号「細川内閣新厚相に大内啓伍民社党委員長」24-5頁。

『社会保険旬報』1993年第1816号「高齢社会福祉ビジョン懇談会発足」4頁。

- 『社会保険旬報』1993年第1817号「阿部審議官、社会保険的介護サービス説く」5頁。
- 『社会保険旬報』1993年第1820号「高齢者介護検討へ：プロジェクトチームが発足」4頁。
- 『社会保険旬報』1993年第1822号「介護保険は老人保健方式で」14－5頁。
- 『社会保険旬報』1993年第1827号「今後の医療・保険・福祉・介護の方向：阿部正俊・厚生省審議官の講演から」10－2頁。
- 『社会保険旬報』1994年第1835号「厚生省に高齢者介護対策本部」4頁。
- 『社会保険旬報』1994年第1843号「介護対策本部に研究会発足」22頁。
- 『社会保険旬報』1995年第1869号「高齢者介護問題、年内に結論まとめ」30頁。
- 『社会保険旬報』1995年第1870号「検討項目を当局が提示」37－8頁。
- 『社会保険旬報』1995年第1888号「介護保険は医療保険の矛盾を解決する、介護対策本部山崎企画官」4頁。
- 『社会保険旬報』1995年第1889号「介護給付・制度・基盤整備」38頁。
- 『社会保険旬報』1995年第1891号「制度・介護給付両分科会が初会合」42頁。
- 『社会保険旬報』1995年第1893号「三案もとに介護保険制度議論」33－4頁。
- 『社会保険旬報』1996年第1911号「介護保険制度試案を与党プロ・老健審へ厚生省提示」11－2頁。
- 『社会保険旬報』1996年第1912号「患者負担引上げ、本人八割負担」37頁。
- 『社会保険旬報』1996年第1913号「介護保険制度案大綱を諮問」26頁。
- 『社会保険旬報』1996年第1914号「介護保険法案の今国会提出見送り」24頁。

『社会保険旬報』 1996年第1915号「介護保険法案、国会提出見送りと今後」 10
- 2頁。

『社会保険旬報』 1996年第1917号「五合目まで登った介護保険」 8-11頁。

『社会保険旬報』 1996年第1917号「次期国会への法案提出やむを得ない」 12-
5頁。

『社会保険旬報』 1996年第1920号「介護保険法案の次期国会提出をめざして」 8
- 10頁。

『社会保険旬報』 1996年第1920号「市町村（介護保険者）に対する支援策」 48
- 9頁。

『社会保険旬報』 1996年第1921号「坪井会長、介護保険法案に現段階で反対」 4
頁。

『社会保険旬報』 1996年第1922号「全国市長会が要望」 5頁。

『社会保険旬報』 1997年第1924号「介護保険修正で与党が合意」 6-8頁。

『社会保険旬報』 1997年第1934号「老人外来、一回500円、薬剤一種類、一日1
50円」 49-50頁。

『社会保険旬報』 1996年第1945号「一万人市民委員会、介護保険修正要求」 38
- 9頁。

『社会保険旬報』 1996年第1945号「健保改正で自民・民主が合意」 42頁。

『社会保険旬報』 1996年第1946号「健保改正修正案は連休明けに」 41頁。

『社会保険旬報』 1996年第1948号「介護保険法案も衆院通過へ」 32頁。

新川敏光『日本型福祉の政治経済学』（三一書房、1993年）。

滝上宋次郎「公的介護保険制度を読む：厚生省にとって切り札となるか」『日経ヘルスビ
ジネス』1994年10月17日号13頁。

土屋正忠『武蔵野市から都市の未来を考える』（東洋経済新報社、1996年）。

東京大学社会科学研究所編『転換期の福祉国家（下）』（東京大学出版会、1988年）。

中野実「わが国福祉政策形成の政治過程」、日本政治学会編『転換期の福祉国家と政治学』（岩波書店、1988年）、125-61頁。

二木立「公的介護保険一辺倒の議論に異議あり」『社会保険旬報』1995年第1867号6-1頁、第1868号9-12頁。

『日経ヘルスビジネス』1993年11月15日「厚生省の介護保険構想に老健方式も浮上、近く正式チーム発足へ」1-2頁。

『日経ヘルスビジネス』1993年3月29日「公的介護保険など近未来施設を大胆に提示した厚生内部文書」2-7頁。

『日経ヘルスビジネス』1994年9月19日「厚生省内検討プロジェクトの試案骨格、たたき台として注目」10-2頁。

早川純貴「福祉国家をめぐる政治過程」（その一）『駒沢大学法学論集』1991年第43号111-159頁、（その二）『駒沢大学政治学論集』1991年第33号33-93頁。

増山幹高「政策コミュニティと政策パラダイム」『慶応義塾大学大学院法学研究科論文集』1991年第32号109-30頁。

外国語文献

Berry, Jeffrey. 1989. "Subgovernments, Issue Networks, and Political Conflict." pp. 239-60 in *Remaking American Politics*, ed. Richard Harris and Sidney Milkis. Boulder: Westview Press.

Campbell, John. 1992. *How Policies Change: The Japanese Government and the Aging Society*. Princeton: Princeton University Press.

Cater, Douglass. 1964. *Power in Washington: A Critical Look at Today's Struggle to Govern in the Nation's Capital*. New York: Random House.

- Cohen, Michael, James March and Johan Olsen. 1972. "A Garbage Can Model of Organizational Choice." *Administrative Science Quarterly* 17:1-25.
- Dobbin, Frank. 1994. *Forging Industrial Policy: The United States, Britain, and France in the Railway Age*. New York: Cambridge University Press.
- Freeman, John Leiper. 1965. *The Political Process : Executive Bureau-Legislative Committee Relations, rev. ed.* New York: Random House.
- Hall, Peter. 1993. "Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain." *Comparative Politics* 25:275-96.
- Heclo, Hugh. 1978. "Issue Networks and the Executive Establishment." pp. 87-124 in *The New American Political System*, ed. Anthony King. Washington, D.C.: American Enterprise Institute.
- _____. 1974. *Modern Social Politics in Britain and Sweden: from Relief to Income Maintenance*. New Haven: Yale University Press.
- Hofferbert, Richard. 1974. *The Study of Public Policy*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Kingdon, John. 1984. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Boston: Little, Brown.
- Kiser, Larry and Elinor Ostrom. 1982. "The Three Worlds of Action: A Metatheoretical Synthesis on Institutional Approaches." pp. 179-222 in *Strategies of Political Inquiry*, ed. Elinor Ostrom. Beverly Hills: Sage.
- Masuyama, Mikitaka. 1996. "The Ministry of Health and Welfare, and an Injection of Political Science." *Social Science Japan* 7:13-5.
- Masuyama, Mikitaka and John Campbell. 1996. "The Evolution of Fee-Schedule Politics in Japan." pp. 265-77 in *Containing Health Care Costs in Japan*, ed. Naoki Ikegami and John Campbell. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- McConnell, Grant. 1966. *Private Power and American Democracy*. New York: Random House.
- Sabatier, Paul. 1988. "An Advocacy Coalition Framework of Policy Change and the role of Policy-Oriented Learning Therein." *Policy Science* 21:129-68.

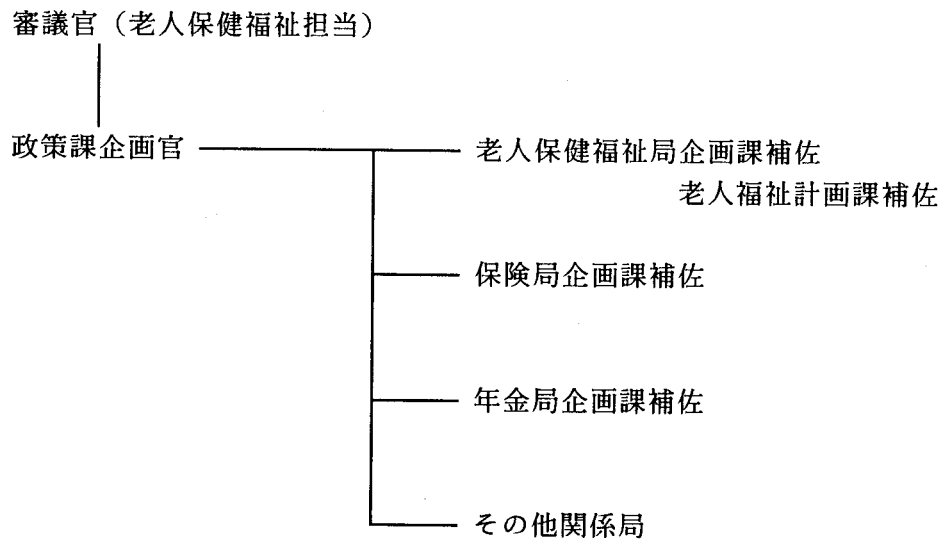
_____. 1991. "Toward Better Theories of the Policy Process." *PS: Political Science & Politics* 24:147-156.

Walker, Jack. 1981. "The Diffusion of Knowledge, Policy Communities, and Agenda Setting: The Relationship of Knowledge and Power." pp. 75-96 in *New Strategic Perspectives on Social Policy*, eds. John Tropman, Milan Dluhy and Roger Lind. New York: Pergamon Press.

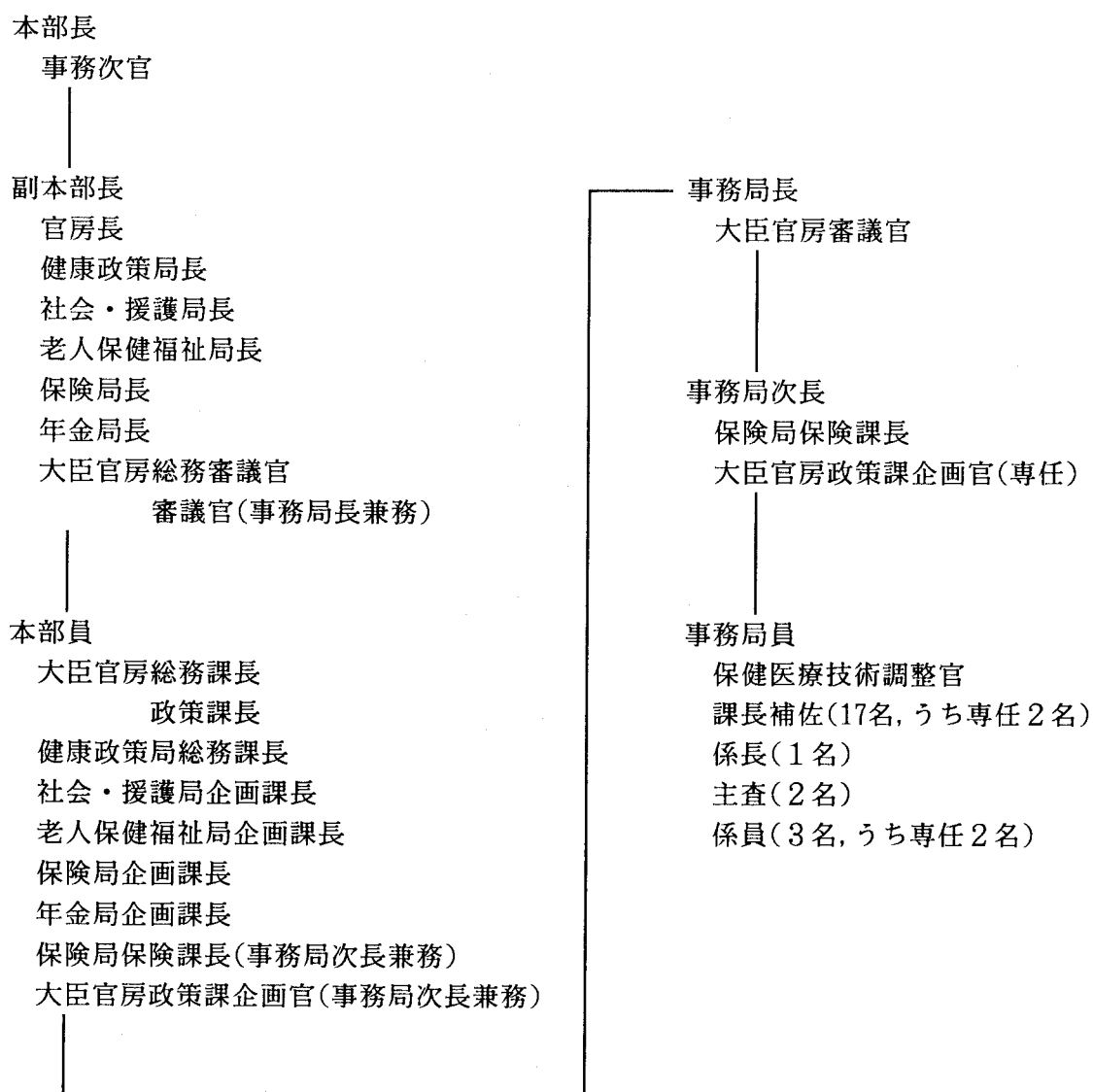
_____. 1977. "Setting the Agenda in the U.S. Senate: A Theory of Problem Selection." *British Journal of Political Science* 423-45.

資料 1 厚生省の高齢者介護関連組織

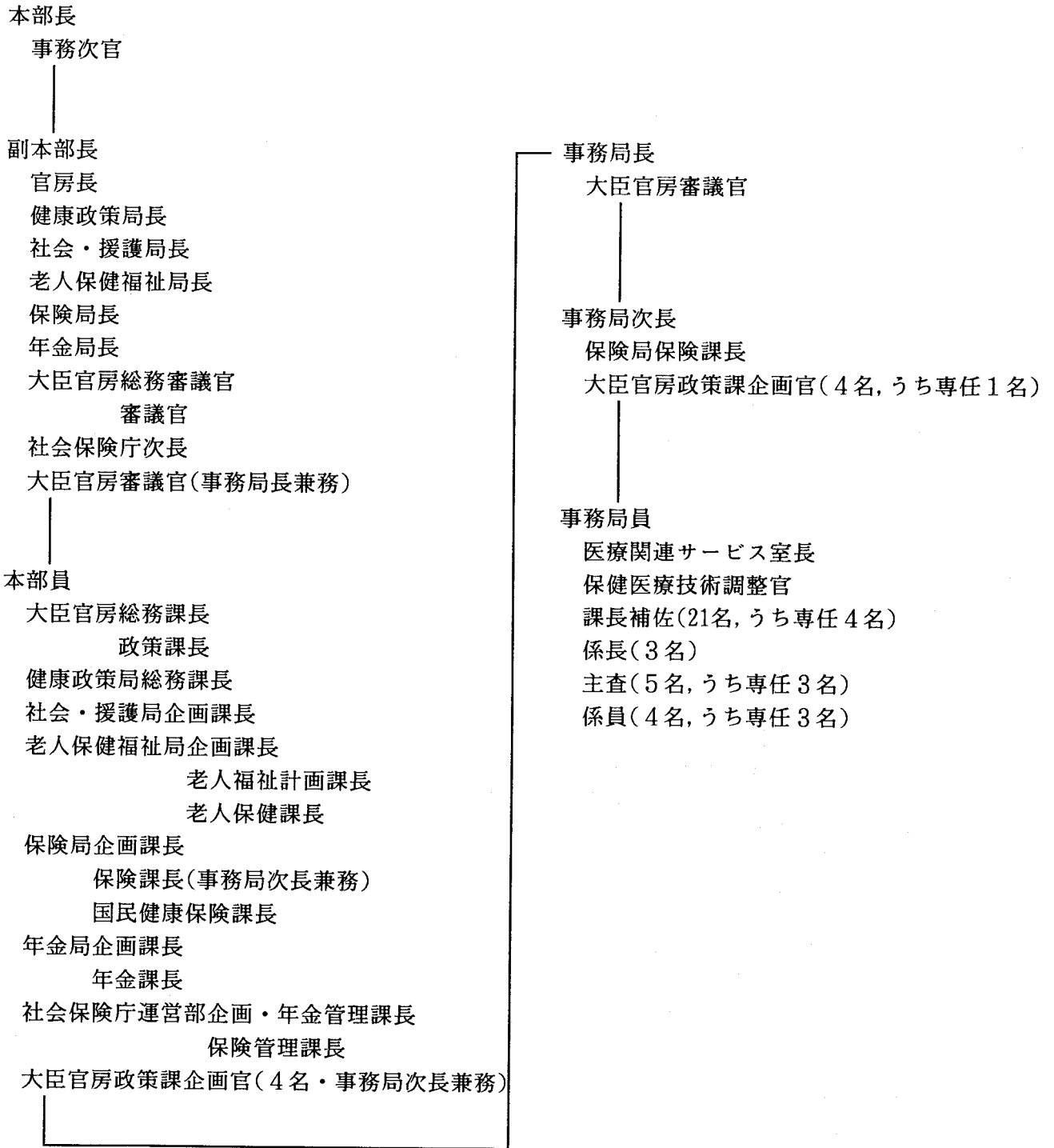
省内検討プロジェクトチーム（平成5年～）



高齢者介護対策本部組織図（平成6年～）



高齢者介護対策本部組織図（平成7年～）



高齢者介護対策本部組織図（平成8年～）



資料2 高齢者介護新システム試案

1 基本的視点

○ 医療、福祉といった既存制度の枠組みのなかでの対応では、今後増大し、多様化する高齢者の介護ニーズに対応していくことは困難。

介護に着目した新しいサービス体系を構築していくことが必要。

○ 本人の意思を尊重しつつ、個々人のニーズに応じたサービスを最適な組み合わせで提供する、という「対人サービス」「ケアパッケージ」の考え方に立った仕組みが必要。

○ この場合、要介護状態にある高齢者には、身体介助や家事支援などの日常生活支援サービスと医学管理サービスとを一体的に提供することが必要。

○ また、高齢者本人が、個々のニーズに即した必要なサービスを現実に手に入れることができるよう、現物給付を基本としたサービス体系とすべき。

○ 在宅・施設サービスは、高齢者のニーズに応じた適切かつ合理的なサービス選択が可能となるよう、サービス水準・費用負担の両面で公平なものであるべき。

その意味で、まず在宅サービスの質・量両面での供給体制整備が急務。

○ 要介護状態の発生は何人にも起こり得るものであること、一度起こってしまうと私人の能力で対応することは非常に困難であることを考えると、国民相互の社会連帯を基本としたシステムによる対応が最も適当。

○ 制度運営に要する費用は、保険料・公費（国・地方自治体）と合わせ、公的年金制度の成熟等を考慮し、利用者自身による支払いを適切に組み合わせていくべき。

2 制度の骨格

(1) 給付設計

○ サービス給付対象者は65歳以上の要介護高齢者とする。

※併せて65歳未満の障害者を給付対象とすることも検討。

○ サービス利用は、指定サービス機関（市町村が指定）と本人との契約によることを原則とする。

但し、契約に馴染みにくいケースについては、行政の関与によるサービス提供の枠組み（措置的な制度）を用意する。

○ 高齢者の自立に必要なサービスを最適な組み合わせで提供するため、専門家（ケアマネジャー）又は専門家チームが、高齢者の心身の状況等を総合的に判定・評価（「要支援度ランク」に該当することの判定）し、個々人ごとのサービスパッケージを組み立てて、その後のフォローアップも行う、というケアマネジメントの仕組みを制度化する。

なお、制度としてのサービス給付の公平・適正を担保する観点から、「要支援度ランク」に応じた標準的な給付水準を設定する。

ア 在宅サービス給付

従来の医療・福祉という縦割りの給付体系にこだわらず、身体介助や家事支援などの日

常生活支援サービスと医学管理サービスを一体的に提供する。

サービスの種類としては、ホームヘルプサービス、ショートステイ、デイサービス、訪問診察、訪問看護などのほか、配食サービス、住宅改造、福祉用具の給付・貸与等を実施するものとし、さらに、各自治体の実状に応じた独自サービスを組み込む。

イ 施設サービス給付

従来、医療・福祉各々の体系の中で提供されていた施設サービスを「高齢者介護サービス提供機関」として再編成した上で、療養や生活支援等の施設の機能特性、利用機関等に応じていくつかの類型に体系化する。

なお、施設サービスに関しては、本制度による給付とは別に、必要な医療サービスが行われるよう、医療法との整合性に留意する必要がある。

(2) 地方自治体の役割

○ 市町村は、本制度の実施主体として、事業運営の権限と責任を有する。

また、一般行政主体として、市町村老人保健福祉計画に基づいた高齢者保健福祉サービスの供給体制の計画的整備に努める。

○ 都道府県は、広域的な視点からの市町村間のサービス調整を行うとともに、小規模市町村の事業運営に対する必要な支援等を行う。

また、ケアマネージャーを含め、マンパワーの養成・研修を行う。

(3) 財源

○ 制度運営に要する費用としては、保険料、公費（国・地方）、利用者負担を適切に組み合わせる必要がある。

公費と保険料の割合については、現行の老人保険制度や老人福祉制度における取り扱い等を考慮して定める。

また、負担と給付の公平性を担保する観点から、利用者にも一定水準の負担を求める。

○ 基礎的生計費については、自己負担とすることを原則とし、低所得者等については別途措置を講じる。

○ なお、利用者負担を支払うことができない者については、市町村による立替払等の仕組みを用意しつつ、公平性の観点から最終的には利用者の遺産等からの支払いを求めることとする。

(4) 制度の構成

○ 制度の構成としては、例えば、次のような案が考えられる。

(第1案) 独立の社会保険制度

- ・市町村を保険者とし、20歳以上の住民を被保険者とする独立の社会保険。
- ・保険料は全国一本の料率（標準料率）を設定し、定額部分と報酬比例部分とで構成する。
- ・市町村ごとの高齢化率・財政力の差異によって生じる財源の過不足を補正するために財政調整措置を実施。

(第2案) 市町村と医療保険各保険者との共同事業

- ・制度運営を市町村と医療保険各保険者との共同事業とする。
 - ・保険料は本制度のための独立の保険料を各保険者ごとに算定・賦課し、各保険者が徴収。
 - ・この場合の保険料構成は、定額部分と報酬比例部分とし、被用者保険に係る報酬比例部分については事業主負担を組み合わせる。
- なお、費用構成については、消費税との関連で、保険料・公費（国・地方）の在り方について様々な対応が考えられ、慎重な検討が必要である。

3 その他

- 高齢者保健福祉サービスの供給体制については、現在、各市町村において、ゴールドプラン及び市町村の老人保健福祉計画に基づいて計画的整備を進めている途上であり、地域による整備水準のバラツキもあることから、本制度を全国実施するに際しては、市町村単位で、完全実施の最終目標年次を定めた上で、供給体制の整備水準に応じて計画的・段階的に実施していくことを認める。
- 本制度の実行ある実施のためには、サービス供給体制の緊急整備が必要であり、財源措置を含めたサービス基盤緊急整備のための特別措置を講じる必要がある。
- また、高齢者の自立した生活の基盤となる住宅の整備、家族介護・利用者負担と相続の関係等についても、具体的な制度設計時に併せて検討を進める必要がある。

資料3 懇談会・審議会の委員構成

高齢者施策の基本方向に関する懇談会 (1993年4月)			高齢社会福祉ビジョン懇談会 (1993年10月)		
研究者他	宮崎 勇 (座長) 三浦 文夫	大和総研代表取締役理事 日本社会事業大学学長	宮崎 勇 (座長) 京極 高宣 宮島 洋 鳥居 泰彦 丸尾 直美 袖井 孝子	大和総研代表取締役理事 日本社会事業大学教授 東京大学経済学部教授 慶応義塾長 慶応義塾大学総合政策学部教授 お茶の水女子大学生生活科学部教授	
	水野 肇	医事評論家	鶴田 卓彦 小宮山洋子 森 英恵 高野 悦子 浅利 慶太 坂上 正道	日本経済新聞社社長 日本放送協会解説委員 デザイナー 岩波ホール総支配人 演出家・劇団「四季」代表 北里大学客員教授 (日本医師会副会長)	
提供側	糸氏 英吉 山口 昇 岩田 克夫 吉崎 正義	日本医師会常任理事 公立みつぎ総合病院院長 老人福祉施設協議会会長 血液製剤調査機構専務理事			
支払側	西川 忠 加地 夏雄 柳 克樹 金平 輝子 松浦 幸雄 山城 時正 成瀬 健生 窪田 弘 大堀 訓啓	健康保険組合連合会常務理事 国民健康保険中央会理事長 地方職員共済組合理事長 東京都副知事 高崎市長 (群馬県) 佐敷町長 (沖縄県) 日本経営者団体連盟常務理事 日本債券信用銀行頭取 日本労働組合総連合会財政局長	金平 輝子 渡里杉一郎 田村 憲一 高村 勳	東京都副知事 日本経営者団体連盟副会長 日本労働組合総連合会副会長 日本生活協同組合連合会名誉会長	

高齢者介護・自立支援システム研究会

(1994年7月)

京極 高宣 日本社会事業大学教授
 宮島 洋 東京大学経済学部教授
 清家 篤 慶応義塾大学商学部教授
 田中 滋 慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授
 大森 彌(座長) 東京大学教養学部教授
 樋口 恵子 東京家政大学教授

老人保健福祉審議会

(1994年10月)

宮崎 勇(会長) 大和総研代表取締役理事
 京極 高宣 日本社会事業大学学長
 大森 彌 東京大学教養学部教授
 樋口 恵子 東京家政大学教授
 水野 肇 医事評論家

山口 昇 公立みつぎ総合病院院長
 岡本 祐三 阪南中央病院内科医長
 橋本 泰子 東京弘済園弘済ケアセンター所長
 山崎摩耶 帝京平成短期大学助教授

坪井 栄孝 日本医師会副会長
 糸氏 英吉 日本医師会常任理事
 山口 昇 公立みつぎ総合病院院長
 多田羅 浩三 大阪大学医学部教授
 石井 岱三 全国老人福祉施設議会議長
 橋本 泰子 西南女学院大学保健福祉学部教授
 見藤 隆子 日本看護協会会長
 村上 勝 日本歯科医師会副会長
 荒巻 善之助 日本薬剤師会副会長
 黒木 武弘 社会福祉・医療事業団理事長
 西川 忠 健康保険組合連合会常務理事
 加地 夏雄 国民健康保険中央会理事長
 柳 克樹 地方職員共済組合理事長

喜多 洋三 全国市長会社会文教分科会委員長
 早野 仙平 岩手県田野畑村長
 成瀬 健生 日本経営者団体連盟常務理事
 窪田 弘 日本債券信用銀行頭取
 田邊 辰男 日本経営者団体連盟政策委員
 原 五月 日本労働組合総連合会副会長
 吉井 眞之 日本労働組合総連合会中央執行委員
 見坊 和堆 全国老人クラブ連合会常務理事

資料4 与党福祉プロジェクト委員（1994年7月21日）

会派	委員名	幹事	衆・参議院
自民党	安倍晋三		衆議院
	衛藤晟一	○	衆議院
	木村義雄		衆議院
	古賀誠		衆議院
	住博司		衆議院
	戸井田三郎		衆議院
	丹羽雄哉	○	衆議院
	佐々木満	○	参議院
	前島英三郎		参議院
	宮崎秀樹		参議院
社会党	池端清一		衆議院
	網岡雄		衆議院
	五島正規		衆議院
	土肥隆一	○	衆議院
	今井澄	○	参議院
	日下部禧代子		参議院
さきがけ	堀利和		参議院
	三原朝彦	○	衆議院
	渡海紀三郎		衆議院
	高見裕一		衆議院

(補 論)

1990年代における医療保険改革の展開

補論

1990年代における医療保険改革の展開

1997年7月3日

曾根プロジェクト（医政研究会）

○ 目次

- 医療保険審議会の創設
- 1994年度健康保険法等改正
- 1995年度国民健康保険法等改正
- 「医療保険改革」の始動
- 国民医療総合政策会議
- 医療保険審議会「建議書」
- 医療保険改革法案
- 「医療制度改革の基本方針」
- 医療保険改革法案の修正

○ 医療保険審議会の創設

1980年代においても老人保健法、健康保険法改正などによって自己負担の引き上げや保険者間の財政調整といった医療保険の制度改革は進められてきた。しかし、国民健康保険は財政難、地域間の保険料格差、小規模保険者など、各保険制度の中で最も多くの問題を抱えながら、常設の審議機関もないままであった。そこで1991年12月28日、給付と負担の適正化・公平化をさらに進め、医療保険の一元化を本格的に検討するために、これまでの社会保険審議会を発展的に改組し、国保を含む医療保険制度全般の審議機関として「医療保険審議会」を設置する方針が閣議決定された。医療保険審議会設置を盛り込んだ健康保険法等改正案は、1992年2月14日国会に提出され、同年3月27日成立した。医療保険審議会は6月17日に設置され、9月4日に初会合を開いている。

医療保険審議会（発足時） ◎会長 ※会長代理

安藤哲郎	全国市長会相談役（北海道網走市長）
貝塚啓明※	中央大学法学部教授
加地夏堆	国民健康保険中央会理事長
河北博文	日本病院会理事
北原三平	全国町村会常任理事（高遠町長）
桑原芳彦	健康保険組合連合会常務理事
幸田正孝	年金福祉事業団理事長
河内山大作	全国化学一般産業労働組合連合会会長
佐々木喜久治	秋田県知事
佐々木靖	全日本海員組合副組合長
塩野屋祐一	一橋大学経済学部教授
尚弘子	放送大学沖縄地域学習センター長
高木剛	ゼンセン同盟書記長
高梨昇三	日本経営者団体連盟環境社会部長
高橋幹治	大日本水産会常務理事

坪井栄孝	日本医師会副会長
水野肇	医事評論家
三田政吉	全国国民健康保険組合協会副会長
宮沢健一◎	社会保障研究所所長
村上勝	日本歯科医師会副会長
村田幸子	日本放送協会解説委員
持永堯民	(財)地方自治情報センター理事長
安原正	山種証券代表取締役会長
矢田忠昭	全国建設労働組合総連合書記長
若杉史夫	信越化学工業(株)代表取締役副社長

医療保険審議会は1993年1月20日に8項目から成る「医療保険審議会における検討項目」をとりまとめている。

医療保険審議会における検討項目

- I 公的医療保険の役割
- II 保険給付の範囲・内容
- III 給付と負担の公平
- IV 医療費の規模及びその財源・負担のあり方
- V 医療保険制度の枠組み及び保険者経営のあり方
- VI 現金給付のあり方
- VII 保健施設事業のあり方
- VIII その他

○ 1994年度健康保険法等改正

引き続き「検討項目」I（公的医療保険の役割）とII（保険給付の範囲・内容）を中心に審議が進められ、1993年6月23日には「検討項目I、IIを中心としたこれまでの検討内容の中間まとめ」が作成され、公的医療保険の役割を見直すために、以下の項目について検討を行うものとした。

公的医療保険の給付の範囲・内容の見直し

- (1) 保険給付の内容の見直し
 - ア. 給食
 - イ. 室料
 - ウ. 薬剤・治療材料
- (2) 特定療養費制度の活用
- (3) 現金給付の見直し
- (4) 医療関連給付の見直し
 - ア. 療養費
 - イ. 保険外負担
 - ウ. 保健福祉施設事業
- (5) 介護問題への対応
- (6) その他

そして医療保険審議会は12月8日、(1)公的医療保険の役割、(2)保険給付の範囲・内容について「建議書」を作成する。この建議書では見直しの方向として以下の項目が挙げられ、

- 1. 付添看護・介護に係る給付の改革
- 2. 在宅医療の推進
- 3. 入院時の食事に係る給付の見直し
- 4. 療養環境等に係るサービスの向上

5. 薬剤に係る給付の見直し
6. 介護サービス体系の確立
7. その他
 - (1) 現金給付
 - (2) 療養費
 - (3) 保健福祉施設事業

また老人保健審議会も12月15日、70歳以上の老人（65歳以上の寝たきり老人を含む）に入院時の給食費に一部患者負担を求め、在宅と病院、病院と老人施設間における利用者負担格差の解消を図るとする意見を具申した。

これにより厚生省は、一般も老人も全入院患者が食費を負担するよう給付の見直しを盛り込んだ健康保険法・老人保健法の改正案をまとめる。改正案は、この他に付添看護・介護や在宅医療の給付見直しを内容とし、1994年2月16日に医療保険審議会、17日に老人保健審議会、22日に社会保障制度審議会に諮問され、順に18日、22日、3月3日に了承する旨の答申を得ている。法案は3月22日国会に提出され、6月23日成立し、一部を除いて10月1日に施行されている。またこの法改正で老人保健審議会が改組され、老人保健福祉審議会が創設されている。

○ 1995年度国民健康保険法等改正

前回の国保改正以降審議を重ねてきた医療保険審議会国民健康保険部会は、1994年6月22日、「これまでの検討内容の中間まとめ」を作成し、当面する問題として、

- (1) 低所得者層への対応
- (2) 保険料負担の不均衡への対応
- (3) 小規模保険者への対応
- (4) 他制度との関わり
- (5) その他

を次期国保改正に向けて検討することとした。そして医療保険審議会は12月9日に「平成7年度の国民健康保険制度改正に関する意見」として、

- (1) 保険者内及び保険者間における負担の公平化
- (2) 医療費の地域差に起因する費用負担の公平化
- (3) 小規模保険者への支援
- (4) その他

を具申し、とくに国保には保険料を免除・軽減されている低所得者が多く、そのしわ寄せで中間所得者の保険料が相対的に高くなっているために、中間所得層の負担を軽くすることなどを求めた。また前年12月15日の老人保健審議会の意見書では、入院時の給食費負担に加えて、(1) 老人医療費拠出金をリハビリなどを提供する老人保健施設や訪問看護ステーションの整備費にも振り向ける、(2) 高齢化が進む国民健康保険を支援するために老人加入率が20%を越える市町村の超過負担医療費は全保険制度で分担するよう見直すと提言されており、1994年10月に設置され、審議を重ねてきた老人保険福祉審議会も、12月9日、国保の負担を減らして被用者保険の負担を重くする方向を打ち出す意見書をまとめている。

厚生省は保険料軽減制度の拡充、保険基盤安定制度に係る暫定措置、高額医療費共同事業の拡充、国保財政安定化支援事業の延長、老人加入率上下限の引き上げなどを盛り込んだ「平成7年度における国民健康保険法等の改正要綱」を作成し、1995年1月19日に医療保険審議会および老人保健福祉審議会に諮問し、同日了承の答申を得ている。法案は2月3日国会に提出され、3月29日成立、4月1日から施行されている。

○ 「医療保険改革」の始動

老人保健福祉審議会における介護保険審議が本格化するなか、1995年8月4日、医療保険審議会は「検討項目Ⅲ、Ⅳ、Ⅴを中心としたこれまでの検討内容の中間とりまとめ」を報告し、以下を当面の検討課題として提示した。

- (1) 新たな高齢者介護システムの創設
 - 長期入院の是正
 - 医療と介護の整合的な費用負担
- (2) 老人保健制度の見直し
 - 世代間不公平の是正：自己負担の引き上げ
 - 高齢者世代内不公平の是正：被用者保険被扶養者からの保険料徴収
 - 若年齢世代内不公平の是正：国保加入者の負担軽減
- (3) 給付のあり方
 - 自己負担の8割均一化
 - 薬剤費自己負担の導入
- (4) 国民健康保険制度の改革
 - 保険料負担の地域間格差是正
- (5) 政管健康保険の財政安定化
- (6) その他

さらに医療保険審議会は1996年6月21日に「今後の国民医療と医療保険制度改革のあり方について（第二次報告）」と題して、医療保険サービスの範囲や提供体制の見直し等、総合的な医療費抑制の方向性を提示した。具体的には制度改革のための検討項目として、とくに患者自己負担の本人2割や薬剤5割、償還払い制などを検討するよう求め、また供給面では「社会的入院」の解消、平均在院日数の短縮、病床数の引き下げ、保険医の定年制や定数制導入を提起した。

1. 国民経済と国民医療
2. 医療保険の立場から見た医療提供体制のあり方
 - ①社会的入院の解消、病床数の見直し等
 - ②医師数の見直し
 - ③医療機関の機能分担と連携
 - ④医療関係情報の提供の充実
 - ⑤医薬分業
 - ⑥医師の教育のあり方
 - ⑦その他
3. 医療保険制度における対応
 - (1) これからの医療保険制度の役割
 - ①給付の重点化等
 - ②当事者の選択と責任
 - ③その他
 - (2) 医療保険制度の構造の見直し
 - ①被用者保険と国保の関係
 - ②高齢者の位置づけ
 - ③被用者保険制度の課題
 - ④国民健康保険制度の課題
 - ⑤保険料負担、患者負担及び公費負担の組合せ
 - (3) 患者負担等の見直し
 - ①給付率の見直し等
 - ②薬剤給付の見直し
 - ③その他
 - (4) 診療報酬体系等の見直し
 - ①診療報酬のあり方

- ②薬価・薬価差のあり方
- ③審査支払のあり方
- (5) 情報提供システムの充実
- 4. 今後の進め方
 - ①改革の全体像
 - ②国民のコンセンサスを得るための手続き
 - ③その他

さらに1996年7月31日、医療保険審議会は「今後の医療保険制度改革について」をまとめ、医療制度改革の段階的な実施に向けて、中期的な改革ビジョンと当面の改革案を検討していくとした。当面の改革として、患者の自己負担を引き上げることなどを柱とする以下の施策メニューを提示している。

- 医療提供体制の見直し
 - 病床数の見直しなど
 - 老人保健制度（老人医療費の負担の仕組み）の見直し
 - 被用者保険制度の見直し
 - 健保組合の適正規模への見直しなど
 - 国民健康保険制度の見直し
 - 広域化などによる小規模保険者の安定化対策など
 - 保険からの給付の重点化
 - 軽医療部分についての給付の除外や給付率の引き下げ
 - 病室料、食事などの給付除外
 - 混合診療の禁止の緩和
 - 診療所からの紹介がない病院受診の際の患者負担増など
 - 患者負担の見直し
 - 高齢者の患者負担の定率化（1割、2割）
 - 健保加入者本人の患者負担2割
 - 薬剤にかかる患者負担3割または5割など
 - 薬剤にかかる給付の見直し
 - 医薬品の種類に応じた給付率格差の設定
 - 費用を患者が保険に請求する償還制度の導入など
 - 保険料負担の引き上げ

○ 国民医療総合政策会議

このような医療保険サイドから見た医療提供体制についての問題提起を受け、厚生省は医療審議会、医療関係者審議会、医療保険審議会、老人保健福祉審議会、中央社会保険医療協議会の委員の中から構成される「国民医療総合政策会議」を発足させ、1996年7月29日に初会合が開かれている。

国民医療総合政策会議 ◎会長

- | | |
|-------|----------------|
| 青柳俊 | 日本医師会常任理 |
| 浅田敏雄◎ | 私立学校教職員共済組合理事長 |
| 糸氏英吉 | 日本医師会副会長 |
| 井原哲夫 | 慶應義塾大学商学部教授 |
| 大道學 | 日本病院会副会長 |
| 工藤敦夫 | 地域振興整備公団総裁 |
| 幸田正孝 | 年金福祉事業団理事長 |
| 佐々木毅 | 東京大学法学部教授 |
| 高木剛 | ゼンセン同盟書記長 |
| 竹中浩治 | 厚生年金事業振興財団常務理事 |
| 田中直樹 | 学校法人慈恵大学理事 |
| 田邊辰男 | 日本経営者団体連盟政策委員 |
| 宮下和人 | 日本歯科医師会副会長 |

村田幸子 日本放送協会解説委員
持永堯民 地方自治情報センター理事長
安原正 山種証券代表取締役会長

主たる検討事項としては、

- ・国民の医療ニーズの変化をふまえた療養環境の改善及び医療サービスの向上
- ・医療機関の機能分担・連携の推進及び病床数の見直し等
- ・医師・歯科医師の教育・研修の向上及び医師・歯科医師の需給の見直し
- ・医療に関する情報提供の推進

が挙げられ、また事務局として、厚生省内に事務次官を本部長とする「国民医療総合政策プロジェクトチーム」が設置されている。

この国民医療総合政策会議は1996年11月13日に「中間報告」を作成し、各家庭のかかりつけ医を医療の最重要機関と位置づけ、病院に集中しがちな老人医療の実態を改める考えを示している。

- ・医療機関の体系化・充実
かかりつけ医を第一線の医療機関として位置付け、地域医療支援病院や長期療養型施設の整備を促進し、医療機関の役割分担を図る。
- ・医療提供体制の効率化
医学部の入学定員削減、医師国家試験の改革、保険医の定数制、定年制等により、将来過剰となる医師数を削減し、保険医療機関への指定を見直すことで過剰な病床を削減する。
- ・医療における情報提供の推進
医療機関の情報提供を促進するために、かかりつけ医の広告を自由化することを検討し、また第三者機関による病院機能評価を充実し、その情報公開を推進する。さらに患者へのレセプトによる情報の提供やカルテの内容を開示するといった課題に取り組む。

○ 医療保険審議会「建議書」

こうした国民医療総合政策会議と平行して、医療保険審議会も医療保険の総合的な改革の検討を続け、まず1996年10月2日に「今後の医療保険改革の基本的な方向についての議論の整理」をまとめている。

医療保険改革の基本的方向

- (1) 良質な医療の確保
良質かつ適切な医療の提供体制の整備
社会的入院の解消
在院日数の短縮等
薬剤給付等の見直し
病診の役割分担と連携の強化
医療における情報の提供と患者の選択
- (2) 医療保険制度が果たすべき役割
給付率の水準
患者ニーズの高度化・多様化への対応
- (3) 人口の高齢化への対応
医療保険制度における高齢者の位置付け
高齢者の給付と負担のバランス
国民健康保険の運営の安定化
- (4) 医療費の伸びを安定化するための方策の確立
医療費の伸びを安定化する必要性
診療報酬体系等の見直し
適正な医療提供体制の確立
- (5) その他
保険者の機能の強化

とくに医療技術の進歩や多様化する医療ニーズに対応するため、医療保険で賄う保険診療を必要最低限の基本的な部分に限定し、患者が差額分を自己負担する特定療養費制度を活用し、保険診療と自由診療の混合診療を容認する方針を打ち出した。また傷病手当金や出産手当金、出産育児一時金、埋葬量などの現金給付も削減する方向で見直す。医療費の患者負担については、実効給付率を各制度を通じて適切なものにし、薬剤費の自己負担引き上げや高齢者に応分の負担を課し、若年齢世代の保険料負担の軽減を図るとしている。

1996年11月27日、医療保険審議会は「今後の医療保険制度のあり方と平成9年改正について」と題する建議書をまとめ、小泉純一郎厚生大臣に提出した。建議書は21世紀初頭に目指すべき医療保険制度を念頭に、改革を2010年頃までに3段階で実施するよう提言している。第一弾の1997年度における改革としては給付と患者負担の見直しを求めている。

- ・健康保険など被用者保険の加入者本人の医療費自己負担割合を、現行の一割から、本則どおりの二割に引き上げる。
- ・70歳以上の老人の医療費自己負担を、現行の定額（外来一ヶ月1、020円、入院710円）から、1～2割の定率に変更する。
- ・医師が処方する医薬品について、現行では一括定率の自己負担から、薬剤費に関して3～5割を患者負担にする。
- ・市販医薬品と同等の医薬品を医療保険の給付対象外とする。
- ・政府管掌健康保険の月収保険料率を、現行の8.2%から、8.5%程度まで引き上げる。

また介護保険法案の審議を終え、老人保健福祉審議会も7月から1997年度改正の検討に入っていたが、1996年12月2日、「今後の老人保健制度改革と平成9年度改正について」と題する意見書をまとめている。この意見書も医療保険審議会の建議同様、老人医療費の自己負担に関して、医療保険制度間の整合性、給付に応じた負担、コスト意識の喚起といった観点から定率負担方式が考慮されるべきであるとし、1～2割程度の負担水準が示されている。また薬剤給付についても3割程度の患者負担を設定するとしている。さらに拠出金算定方法を見直すとして、老人加入率上限の撤廃ないし引上げを提言している。

○ 医療保険改革法案

こうした審議会の提言を受け、1996年12月16日、与党医療保険制度改革協議会が設置され、丹羽雄哉座長の試案が翌17日に示される。

与党医療保険制度改革協議会 ◎座長

自由民主党	丹羽 雄哉 ◎	衆議院
	自見 正三郎	衆議院
	長勢 甚遠	衆議院
	尾辻 秀久	参議院
社会民主党	横光 克彦	衆議院
	上山 和人	参議院
新党さきがけ	堂本 暁子	参議院

試案は審議会で提言されている高齢者の自己負担定率化に過度の受療抑制効果があるとする医師会や与党内の批判を考慮して定額制を維持し、以下を主な内容とする。

- (1) 高齢者の医療費自己負担を外来1回毎に500円、入院1、000円とする
- (2) 被用者保険本人の自己負担割合を二割とする

- (3) 薬剤費に関して別途外来一日一種類につき15円徴収する
- (4) 政府管掌健康保険の保険料率を8.6%に引き上げる
- (5) 医療保険審議会、老人保健福祉審議会を廃止し、新たに医療保険構造改革審議会（仮称）を設置する

12月19日、こうした改革案の1997年5月施行が自民、社民、さきがけの与党3党の幹事長・政策責任者からなる六者協議において合意され、社民、さきがけ両党の負担増への反発に配慮して、1997年3月までに診療報酬や薬価制度まで含めた制度全体の抜本改革が検討されることとなった。これにより政府は改革を前提に1997年度予算を編成し、改革法案の通常国会提出に向け準備を進めることになった。また21日には与党医療保険制度改革協議会において、老人保健における外来自己負担の軽減措置として、一回500円の定額負担は一医療機関に月4回の通院までとし、5回目以降は薬剤負担のみとする合意がなされている。この措置により高齢者の定額外来自己負担は最高月2,000円となる。

年明けの1997年1月10日、小泉厚生大臣は医療保険改革法案を医療保険審議会に諮問し、老人保健福祉審議会、社会保障制度審議会にも13日、17日に各々諮問した。これに対して、健保連や日経連の委員からは老人保健に定率制導入を提言した審議会建議からの後退であると不満がでる一方、自己負担増に反発する医療提供側の委員が審議をボイコットするなど、答申のとりまとめは難航した。ようやく27日、医療保険審議会が当面の財政危機を克服するためにやむを得ないとして諮問通りの答申を行い、また老人保健福祉審議会、社会保障制度審議会も各々28日、31日に高齢者の急激な負担増は避けるべき、緊急的な財政安定化に偏っているとしながらも了承の答申を行った。

こうした各審議会の答申を得て、1997年2月6日、医療保険改革法案は与党医療保険制度改革協議会において政府・与党の原案通りに国会に提出されることが合意され、与党政策調整会議、閣議を経て、2月10日、第140通常国会に提出された。ただし、26日に大阪市内で開かれた与党3党で組織する与党政策責任者・医療保険制度改革協議会の第一回公聴会でもなお患者の自己負担増に強い反対が表明され、自民党の山崎拓政調会長は薬剤費の自己負担に関して国会では弾力的に対応する意向をすでに示している。

○ 「医療制度改革の基本方針」

六者協議による与党合意に基づいて検討事項の議論を進めてきた与党医療保険制度改革協議会は1997年3月13日、前日民主党の医療保険問題プロジェクトチームがまとめた「21世紀に向けた医療制度および医療保険制度改革の基本的方向」について五島正規民主党厚生部会長からヒアリングを行った。この民主党の中間まとめは診療報酬の病診分離、予算・請負方式の検討、また薬価の参照価格による償還払い制を提言している。与党医療保険制度改革協議会は引き続き関係団体からのヒアリングや地方公聴会を行い、意見集約を図っていった。

1997年3月26日、与党医療保険制度改革協議会の丹羽雄哉座長が「医療保険改革の基本方針（仮称）」と題する試案を作成する。この試案は医療における情報公開の推進と市場原理の導入を改革の視点とし、以下を主な内容としている。

- ① 地域のかかりつけ医機能を強化し、医療機関の機能分担を促進する。具体的には紹介状を持たない患者の大病院での初診料を引き上げるなど診療報酬を見直す。
- ② 原則70歳以上の高齢者を対象とした独立の医療保険制度を創設する。費用負担は高齢者自身の負担、若年世代の支援、公費を組み合わせ、高齢者からも保険料負担を求める。
- ③ 小規模健康保険組合の再編などによって保険基盤を安定化する。
- ④ 病院の広告規制を緩和し、医療機関評価の充実など情報公開を推進する。
- ⑤ 診療報酬の支払い方式を見直し、医療機関と健康保険組合などの保険契約によりあらかじめ決められた範囲内での治療や健康管理を請け負う「総額請負制」の導入を検討する。
- ⑥ 薬価基準制度に代わって成分や効能別に上限価格を設ける「参照価格制」を導入する。これにより、上限価格内では薬価差益が縮小される一方、上限価格以上では患者負担増から過剰投与が抑制されることが期待

される。

⑦過剰病床を是正し、入院期間の短縮を図る。

こうした試案に対する与党各々の反応は異なるものであった。高齢者医療に関して、さきがけが高齢者から応分の負担を求めることも必要であるとする一方、社民党は公費による財政負担を基本とし、医療費抑制のための患者の自己負担増に反対した。またさきがけが参照価格制を支持する一方、社民党は保険者による医薬品の共同購入システムを提案している。さらに診療報酬の支払い方式に関しては、社民党、さきがけの両党が定額払い方式の拡大を主張している。自民党も4月1日、社会部会と医療基本問題調査会の合同会議で医療保険制度の抜本改革に向けた自民党案を決定し、高齢者医療に関して新たな独立の制度とする案と退職後も現役時代の医療保険に継続加入する案の両論を併記している。また医療費抑制のための薬価基準見直しでは具体策を示さず、診療報酬については出来高払い方式を維持しつつ、疾病毎の定額払い方式を組み合わせるとした。

基本方針をまとめるにあたって最大の焦点となったのは診療報酬体系の見直し問題であった。協議会は4月2日夜から徹夜の調整に入り、一旦は社民・さきがけの主張する定額払い方式の拡大を明記した案に合意しかかったが、自民党が医師会の意向を配慮して「拡大」を明記することに抵抗したため協議は決裂し、3日、3党の政調・政審会長レベルの調整に委ねられることになった。折しも沖縄米軍基地問題についての自民・新進の合意をめぐって自民党内の自社さ連立派と保・保連合派の対立が表面化するなか、医療保険改革が自社さ連立維持の試金石ともいえる状況となった。6日、山崎自民政調会長ら与党3党の政策責任者は協議の末、診療報酬の定額払い方式を「積極的に活用する」という表現を盛り込むことで最終合意し、翌7日の与党医療保険制度改革協議会において基本方針の全文がまとめられた。

医療制度改革の各党案と「基本方針」

	診療報酬体系	薬価基準制度	老人保健制度
座長試案	総額請負制の検討	参照価格制導入の検討	老人医療制度の独立が現実的
自民党案	出来高払いと定額払いとの最善の組み合わせを目指す	市場における自由な取引の実勢にゆだねるという原則で改革を検討	老人医療の制度を独立させる案、退職後も継続加入する案を検討する
社民党案	定額払い制の拡大	保険者による公開競争入札制の導入	高齢者、難病者など「公助」を基本とする独自制度
さきがけ案	定額払い制の拡大	参照価格制の導入	全高齢者を対象とした新保険制度と退職者が各医療保険制度に継続加入する方式の検討
基本方針	定額払いが有効に機能する医療領域において積極的に活用する	薬の公定価格制に代わり、新たな方式を検討する	別建ての高齢者医療制度創設や退職後も継続加入する方法も視野に入れ見直す

(資料：東京新聞1997年4月8日朝刊2面)

「医療制度改革の基本方針」では、医療保険制度の抜本改革として、高齢者医療については、高齢者の保険料負担を前提に、別建ての高齢者医療制度の創設や退職後も医療保険に継続加入する方法を検討し、現行の老人保健制度を見直すとしている。焦点の診療報酬体系については、定額払い方式が有効に機能する医療領域において積極的に活用し、出来高払い方式との最善の組合せを目指す。また薬価基準制度については、薬の公定価格制に代わって、薬の価格については市場取引の実勢に委ねるという原則に立つとするにとどまっている。

○ 医療保険改革法案の修正

こうした与党合意を受け、4月8日、すでに国会に提出されていた医療保険制度改革関連法案は衆議院本会議で趣旨説明と質疑が行われ、厚生委員会での審議が9日から始まった。駐留軍用地特別措置法改正案の衆議院通過を受けて、医療保険改革、介護保険両法案の扱いが政局の焦点となるとともに、自民党内の保・保連合派の台頭に自社さの連立を維持しようとする加藤紘一自民党幹事長らと介護保険に積極的な菅直人民主党代表らの利害が一致し、特措法改正に引き続き、自民党と民主党の政策提携が模索された。14日、加藤自民党幹事長、山崎自民党政調会長、菅民主党代表、千石由人民主党政調会長が国会内で会談し、医療保険制度の抜本改革案の作成に民主党も参加すること、医療保険改革、介護保険の両法案を必要な修正をしたうえで今国会中に成立させることに合意し、翌15日には民主党が加わった「四党協議会」が開催されている。四党協議会は自民・津島雄二、社民・中川智子、民主・五島正規、同・今井澄を加えた総勢11名となった。

医療保険改革法案の国会修正は薬剤費の負担方式を中心に検討され、一旦は自民・民主の両党が受け取った薬剤の費用が一定額以上になった場合に患者から負担を求める方式に修正することで合意したが、こうした自民・民主の動きに社民・さきがけ両党が反発し、修正案協議は難航した。5月6日、自民、社民、さきがけの与党3党は原案では一日一種類15円となっていた薬剤費負担を種類数によって負担額に差をつける方式に変更するなどの修正案をまとめ、翌7日に衆議院厚生委員会に共同提出した。修正案の主な内容は以下のとおりである。

(1) 外来時の薬剤費負担は投薬ごとに種類数に応じた定額とする。具体的には老人・一般とも次のとおりとする。

- ①1種類 0円
- ②2～3種類 400円
- ③4～5種類 700円
- ④6種類以上 1,000円

外用薬、頓服薬については、上記とは別建てとし、老人・一般とも次のとおりとする。

- ・外用薬 投薬ごとに1種類 80円
- ・頓服薬 投薬ごとに1種類 10円

(2) 老人入院負担は、

- 平成9年度1日 1,000円
- 平成10年度1日 1,100円
- 平成11年度1日 1,200円

とする。

(3) 政管健保の保険料率引き上げは、8.6%から8.5%に改める。

(4) 施行期日は平成9年9月1日とする。

民主党は4党による修正案合意を目前に、都議選（7月6日投票）を控えて患者の自己負担増に賛成できないといった党内からの反対から共同修正案には反対すると決定したが、修正案は7日衆議院厚生委員会、8日衆議院本会議で賛成多数により可決された。

社民党は民主党を加えた協議による修正案に賛成する前提が崩れたとし、参議院における高齢者の入院負担軽減や薬剤費負担の見直しを求め、14日には自民、社民、さきがけによる参院与党医療保険制度改革協議会の初会合が開かれた。

参院与党医療保険制度改革協議会 ◎座長

自由民主党	佐々木 満 ◎
	宮崎 秀樹
	尾辻 秀久
社会民主党	山本 正和
	清水 澄子
新党さきがけ	堂本 暁子

こうした再修正を前提とした法案の送付には参議院側からの反発があり、また参議院の法案審議を左右する村上正邦自民党参議院幹事長が保・保連合に前向きで連立維持派の党執行部に批判的であるという事情もあり、参議院幹部が与党内の再修正協議の凍結に合意することで、ようやく23日に法案の提案理由説明が行われ、27日から実質審議が始まった。会期末を控えて審議日程をめぐる与野党の攻防が激しくなるなか、29日、自民党執行部はサミットや東京都議選などの政治日程を考慮して会期延長を行わないという方針を確認した。これにより6月18日の会期末までに厚生委員会の定例日は5日しかないことになり、医療保険法案の審議が優先的に進められていく。

6月2日、参院自民党と社民党は山崎自民政調会長と及川社民政審会長を交えて、医療保険法案の再修正問題を協議し、新設する薬剤負担について6歳未満の乳幼児には負担を求めないことで合意した。さらに社民党が衆院修正を白紙撤回し、政府原案から「一日分、一種類、10円」に修正することを求めていることを考慮し、9日、自民、社民、さきがけの与党3党は薬剤負担について衆院修正の段階的負担方式を維持しながら、負担軽減を図ることで合意した。再修正案の主な内容は以下のとおりである。

(1) 外来の際の薬剤に係る一部負担金の額に関する事項

外来の際の薬剤に係る一部負担金の額については、薬剤の支給を受けるごとに、一日分につき、

- ①1種類 0円
- ②2～3種類 30円
- ③4～5種類 60円
- ④6種類以上 100円

外用薬については、一調剤につき、

- ①1種類 50円
- ②2種類 100円
- ③3種類以上 150円

(2) 外来の際の薬剤に係る一部負担の免除に関する事項

次に掲げる者については、外来の際の薬剤に係る一部負担金を支払うことを要しないものとする。

- ①六歳未満の者
- ②高齢福祉年金の受給者であり、かつ、その属する世帯の主たる生計維持者が市町村民税が課されない者等であることにつき市町村長の認定を受けている者

12日、参院厚生委員会は医療保険法案を再修正のうえ、自民、社民、太陽の賛成多数で可決した。法案は13日参院本会議で可決、衆院に回付され、16日衆院本会議において参院修正に同意が得られたため成立した。健康保険法等改正の主な内容は以下のとおりとなる。

(1) 高齢者の医療費自己負担を外来1回毎に500円（月4回限度）、入院負担は、

- 平成9年度1日1,000円
- 平成10年度1日1,100円
- 平成11年度1日1,200円

とする（低所得者は1日500円）。

(2) 被用者保険本人の自己負担割合を二割とする

(3) 外来時の薬剤費負担は投薬ごとに種類数に応じた定額とする。

- ①1種類 0円
- ②2～3種類 30円
- ③4～5種類 60円
- ④6種類以上 100円

外用薬、頓服薬については、上記とは別建てとし、次のとおり。

・外用薬については、一調剤につき、

- ①1種類 50円
- ②2種類 100円
- ③3種類以上 150円

・頓服薬 投薬ごとに1種類 10円

外来の際の薬剤に係る一部負担金を支払うことを要しないもの：

①六歳未満の者

②老齡低所得者

(4) 政管健保の保険料率を8.5%に改める。

(5) 施行期日は平成9年9月1日とする。

(6) 医療保険審議会、老人保健福祉審議会を廃止し、新たに医療保険構造改革審議会（仮称）を設置する

こうした医療保険法案の国会審議が進む一方、厚生省は1997年2月には医師数削減や薬価基準廃止を視野に入れた医療制度の抜本改革案をまとめるために制度改正プロジェクトを省内に設置することを決め、4月下旬には2000年を目標に実施する抜本改革案作りに着手している。厚生省は7月中には試案をまとめる予定であり、また5月16日に再開された与党医療保険制度改革協議会も今後の日程として、8月末までに抜本改革案をとりまとめるため、薬価基準、診療報酬、老人医療の各テーマごとに検討することを決めている。

介護保険・医療保険改革関連年表

(1990～1997年)

介護保険・医療保険改革関連年表 1990-1997

最終修正日：1997年6月30日

資料：1990年から1994年 日本経済新聞、朝日新聞

1995年から1997年6月 日本経済新聞、朝日新聞、読売新聞、毎日新聞

	政治状況	医療提供関連	医療保険制度関連	介護保険制度関連
1990年	<p>1月 24日 衆議院解散</p> <p>2月 18日 第39回衆議院総選挙 27日 第118特別国会 28日 第2次海部内閣発足</p> <p>3月</p> <p>4月 18日 臨時行政改革推進審議会最終報告書</p> <p>5月</p> <p>6月</p> <p>7月</p> <p>8月</p> <p>9月</p> <p>10月 12日 第119臨時国会 (国連平和協力法案の審議)</p> <p>11月</p> <p>12月 10日 第120通常国会</p> <p>29日 海部内閣改造</p>	<p>19日 厚生省「21世紀をめざした今後の医療供給体制のあり方」</p> <p>1日 厚生省「医療計画推進本部」設置</p> <p>21日 医療審議会答申</p> <p>10日 医療法改正法案を医療審議会、社会保障制度審議会に諮問</p> <p>16日 自民党医療基本問題小委員会了承</p> <p>18日 医療審議会答申</p> <p>21日 社会保障制度審議会答申</p> <p>25日 医療法改正法案、第118国会提出(継続審議)</p>	<p>21日 中央社会保険医療協議会諮問(老人病院の入院医療費定額化)</p> <p>23日 中央社会保険医療協議会答申</p> <p>27日 厚生省「国民健康保険料(税)負担の平準化に関する検討会」開催(メンバーは自治体の国保担当者)</p> <p>7日 国民健康保険法一部改正案成立</p> <p>16日 社会経済国民会議提言(公費負担5割)</p> <p>24日 老人保健制度研究会初会合 健保連・日経連・連合は共同で要望書を提出(公費負担5割)</p> <p>16日 老人保健制度研究会が老人保健審議会に「報告書」を提出</p> <p>29日 国保中央会決議(国の負担拡充強化)</p> <p>7日 健保連・日経連・連合は共同で提言(患者一部負担を「定額」で統一)</p> <p>14日 自民党、厚生省の老人保健見直し方針了承</p> <p>15日 厚生省、自民党社会部会に国民健康保険制度改革試案を提出</p> <p>20日 老人保健制度研究会「意見書」</p>	<p>18日 老人医療ガイドライン研究会「報告書」</p> <p>1日 保険審議会(蔵相の諮問機関)が民間介護保険で提言</p> <p>22日 老人福祉法等関係8法改正案可決、成立</p> <p>29日 老人保健審議会「老人保健制度研究会」発足を決定</p> <p>17日 厚生省「保健医療・福祉マンパワー対策本部」設置</p> <p>29日 老人保健審議会が老人保健法改正について答申</p>
1991年	<p>1月</p> <p>2月</p> <p>3月</p> <p>4月 7日 統一地方選挙はじまる</p> <p>5月</p> <p>6月 12日 第3次行革審緊急提言</p> <p>7月 4日 第3次行革審第一次答申</p> <p>8月 5日 第121臨時国会</p> <p>9月 9日 社会保障制度審議会「社会保障の将来像委員会」発足を決定</p> <p>30日 政治改革法案廃案</p> <p>10月 27日 自民党総裁に宮沢喜一氏</p>	<p>3日 医療審議会、地域毎のベッド数計算方式改正で提言</p>	<p>29日 老人保健審議会が老人保健法改正について答申</p>	<p>18日 保健医療・福祉マンパワー対策本部「中間報告」</p> <p>11日 経団連「高齢化時代における福祉システムの再構築に関する提言」</p> <p>11日 総務庁「長寿社会の対策の動向および今後の課題と展望」</p> <p>3日 老人保健審議会「老人保健施設の在り方について」</p> <p>30日 厚生省「平成4年度保健医療・福祉マンパワー対策大綱」</p> <p>27日 老人保健法改正案成立(訪問看護制度創設)</p>

1991年	11月 12月	5日 第122臨時国会、 海部内閣総辞職、宮沢内閣発足 22日 社会保障制度審議会小委員会初会合 12月12日 第3次行革審第二次答申		28日 医療保険審議会創設を閣議決定	26日 老人保健審議会、老人訪問看護事業について答申 13日 自民党社会部会 「保健医療・福祉マンパワー対策についての提言」
1992年	1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月	24日 第123通常国会 19日 第3次行革審第三次報告 1日 厚生省組織改正・老人保健福祉局新設 26日 第16回参議院選挙 7日 第124臨時国会 30日 第125臨時国会 10日 自民党竹下派が分裂 11日 宮沢内閣改造	19日 第2次医療法改正案成立 21日 医療審議会答申（改正医療法の施行のための検討、 医療施設の機能分化、広告規制の緩和）	14日 健康保険法等の改正を社会保険審議会に諮問 30日 社会保険審議会答申 14日 健康保険法改正案第123国会に提出 12日 健康保険法改正案、衆議院可決 27日 健康保険法改正案、参議院可決、成立 1日 改正健康保険法施行 11日 社会保険審議会答申、最終開催 12日 医療保険審議会令閣議決定 17日 医療保険審議会設置 4日 医療保険審議会初会合	11日 中央社会保険医療協議会、訪問看護事業の運営基準 について提言 1日 訪問看護事業開始 30日 厚生省「老人保健福祉計画作成指針」 22日 民社党が公的介護保険について提言
1993年	1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月	22日 第126通常国会 14日 社会保障制度審議会将来像委員会 「第1次報告書」 28日 社会保障制度審議会将来像委員会 「社会保障の将来像に関する意識調査」 18日 宮沢内閣不信任案可決、衆議院解散 21日 新党さきがけ結成 新生党結成 18日 衆議院選挙 30日 自民党総裁に河野洋平氏 5日 第127特別国会、宮沢内閣総辞職 6日 細川内閣発足 27日 第3次行革審最終答申	5日 中央社会保険医療協議会諮問・答申 （特定機能病院） 1日 改正医療法施行	20日 国民健康保険法改正を医療保険審議会に諮問 医療保険審議会答申 医療保険審議会 「医療保険審議会における検討項目」 国民健康保険法改正案第126国会に提出 25日 国民健康保険法改正案、衆議院可決 29日 国民健康保険法改正案、参議院可決・成立 1日 改正国民健康保険法施行 23日 医療保険審議会 「検討項目Ⅰ、Ⅱを中心としたこれまでの検討内容の 中間まとめ」 8日 医療保険審議会「建議書」 30日 厚生省、病院給食の保険制度見直しの方針を決定	2日 総務庁「社会保障の将来像に関する意識調査」 14日 「高齢社会福祉ビジョン懇談会」設置 25日 厚生省「高齢者介護に関する省内検討プロジェクト チーム」設置 2日 健保連が健保連組合全国大会で決議 15日 老人保健審議会「意見具申」
1994年	1月 2月	31日 第129通常国会 3日 首相が国民福祉税構想発表		16日 老人保健法等改正を医療保険審議会諮問	

1994年	2月			17日 健康保険法等改正を老人保険審議会諮問	
				18日 医療保険審議会答申	
	3月			21日 健康保険法等改正を社会保障制度審議会諮問	
				22日 老人保健審議会答申	
				3日 社会保障制度審議会答申	17日 厚生省「社会保障の給付と負担の将来見通し」
	4月	25日 細川内閣総辞職、羽田氏を首相指名		22日 健康保険法等改正案を第129国会に提出	28日 高齢社会福祉ビジョン懇談会 「21世紀福祉ビジョン」
		26日 社会党連立離脱			
		28日 羽田内閣発足			
	5月	22日 社民連解党			
	6月	25日 羽田内閣総辞職		21日 健康保険法等改正案、衆議院可決	21日 政府税制調査会中間答申 「今後の税制のあり方についての答申 —公正で活力ある高齢社会を目指して—」
		29日 村山氏を首相指名		22日 医療保険審議会国民健康保険部会 「これまでの検討内容の中間まとめ」	
		30日 村山内閣発足		23日 健康保険法等改正案、参議院可決、成立	
7月			1日 医療保険審議会、健康保険法等の改正に伴う政令等の改正について答申		
8月				2日 厚生省、与党福祉プロジェクトチームに新ゴールドプランの骨子を説明	
9月	8日 社会保障制度審議会「第二次報告」			27日 与党福祉プロジェクトチームが公的介護保険導入についての検討開始を決定	
	30日 第131臨時国会				
10月					
11月					
12月	5日 公明党分党			5日 高齢者介護・自立支援システム研究会報告	
	9日 民社党解党			8日 健保連が健保連組合全国大会で決議	
	10日 新進党発足		9日 医療保険審議会・老人保健福祉審議会「意見書」	13日 高齢者介護・自立支援システム研究会「報告書」	
				18日 厚生省「新ゴールドプラン」、「今後取り組むべき高齢者介護サービス基盤の整備に関する施策の基本的枠組み」	
1995年	1月	20日 第132通常国会	26日 医療審議会総会、「医療計画部会」設置を決定	19日 国民健康保険法等改正を医療保険審議会諮問、答申 国民健康保険法等改正を老人保健福祉審議会諮問、答申	
	2月	23日 統一地方選始まる		3日 国民健康保険法等改正案第132国会に提出	27日 連合が公的介護保険創設のアピール
	3月			29日 国民健康保険法等改正案成立	8日 厚生省「シルバーサービス振興長期構想」報告書
	4月		18日 医療審議会総会、介護保険に対応した供給体制のあり方を検討開始 「基本問題検討委員会」を設置 医療計画部会初会合	1日 改正国民健康保険法施行	
	5月		28日 基本問題検討委員会初会合		
	6月				5日 介護休業法成立
	7月	4日 社会保障制度審議会 「社会保障体制の再構築—安心して暮らせる21世紀の社会をめざして—（勧告）」			10日 厚生省、制度導入後の市場規模についての試算発表
		23日 第17回参議院選挙	26日 老人保健福祉審議会「中間報告」		13日 与党福祉プロジェクトチーム「中間報告」
			27日 行政改革委員会規制緩和小委員会「論点」		21日 連合、厚生省との定期協議で公的介護保険導入に条件付き賛成
	8月	8日 村山内閣改造			10日 「高齢社会をよくする女性の会（樋口恵子代表）」 老人保健福祉審議会に要望書提出
	9月	22日 自民党総裁に橋本龍太郎氏		4日 医療保険審議会 「検討項目Ⅲ、Ⅳ、Ⅴを中心としたこれまでの検討内容の中間まとめ」	14日 自民党加藤幹事長、公的介護保険制度創設に積極的な考えを表明
					24日 社会経済生産性本部が提言
				30日 日本医療労働組合連合会（看護婦の団体）、定期大会で公的介護保険導入に反対の考え	
				27日 地域医療研究会が公的介護保険でアピール	
				7日 連合中央執行委員会で公的介護保険制度導入に関して要求方針決定	

1995年	9月	29日 第134臨時国会			老人保健福祉審議会会長に加藤一郎氏 29日 日経連が老人保健福祉審議会に公的介護保険導入に慎重な考えをまとめた「中間報告」を提出
	10月		4日 医療審議会基本問題検討委員会 「医療提供体制の在り方について(論点整理メモ)」 5日 行政改革委員会規制緩和小委員会「論点」 (医療機関の情報提供の促進、広告規制の緩和)		7日 与党福祉プロジェクトチーム本格検討開始 12日 医療保険審議会新会長に塩野谷祐一氏 16日 老人保健福祉審議会基盤整備分科会初会合
	11月				9日 公的介護保険についての地方公聴会始まる(札幌) 11日 健保連、公的介護保険導入についての意識調査を発表 13日 厚生省高齢者介護対策本部事務局 「公的介護保険制度の三構想」 20日 老人保健福祉審議会新会長に鳥居泰彦氏 24日 厚生省、老人保健福祉審議会の介護給付分科会に介護程度別のモデル案を提示
	12月	7日 行政改革委員会規制緩和小委員会 「規制緩和推進計画」の見直し報告書			2日 厚生省が要介護判定員を養成する方針を決定 9日 民間研究団体 「ヘルスフォーラム21(加藤寛会長)」が提言 11日 総理府「高齢者介護に関する世論調査」発表 13日 老人保健福祉審議会、公的介護保険給付の対象を65歳以上とする方針で合意 15日 与党福祉プロジェクトチーム「第二次中間まとめ」 20日 厚生省、老人保健福祉審議会に介護費用についての試算を提示 30日 厚生省、一般病院の療養型病床群への転換推進を決定
		27日 新進党党首に小沢一郎氏			
1996年	1月	11日 第135臨時国会、村山内閣総辞職、橋本内閣発足 19日 社民党発足 22日 第136通常国会			24日 全国市長会保険福祉対策研究会、市町村主体案に慎重論 31日 老人保健福祉審議会「第二次報告」 2日 厚相法案提出が遅れる見通し 15日 厚生省「高齢者介護保険制度に関する事務局試案」を老人保健福祉審議会に提示
	2月	9日 厚生省、HIVに関する資料の公表 14日 薬害HIV訴訟原告団厚生省前で座り込み、厚相と会談 16日 厚相、HIV訴訟原告団に謝罪 28日 厚生省調査プロジェクトチーム中間報告発表			1日 自民党と連合の会談で山崎政調会長が法案提出見送りを示唆 13日 丹羽元厚相「介護保険試案」を与党プロジェクトチームに提出 14日 厚生省、介護討論会開催 25日 厚生省、試算発表 26日 厚相主催の介護保険討論会 28日 厚生省、試算を老人保健福祉審議会に提出 29日 財政制度審議会(蔵相の諮問機関)財政構造改革特別部会が経団連、連合と意見交換
	3月	1日 衆議院厚生委員会薬害HIV問題の集中審議 7日 東京・大阪地裁薬害HIV訴訟第二次和解勧告案提示			8日 社民党、介護保険で独自案発表 10日 厚生省、介護保険制度導入時の高齢者保険料負担についての三案を老人保健福祉審議会に提示 12日 財政制度審議会が介護保険に慎重な考え 16日 与党福祉プロジェクトチーム、6月に法案提出を決定 22日 老人保健福祉審議会「最終報告」
		14日 薬害HIV訴訟被告製薬企業5社和解勧告受入を表明 19日 厚生省、HIVに関する資料の公表 22日 薬害HIV訴訟原告団松下元ミドリ十字社長を殺人罪で告訴 29日 薬害HIV訴訟正式和解			8日 自民党、独自案固める 14日 「厚生省・与党チーム試案」 厚生省とシルバーサービス振興会が民間介護業者の認定基準緩和 15日 厚生省「介護保険制度試案」
	4月	2日 厚生省、HIVに関する資料の公表 5日 厚生省、HIVに関する資料の公表 12日 衆議院厚生委員会に薬害HIV被害者が参考人出席 19日 衆議院厚生委員会に安部、郡司氏らを参考人招到 26日 薬害HIV未提訴患者が一斉提訴	25日 医療審議会基本問題検討委員会 「今後の医療提供体制の在り方について(意見具申)」 3日 厚生省、医療法人の医療機関経営外の収益事業を認める方針		
	5月				

1996年	5月						16日 梶山官房長官、法案提出に否定的発言 17日 全国市長会、自民党医療基本問題調査会と社会部会に要望を提出 首相、慎重な検討の方針 厚相、法案提出の方針 18日 厚相、制度導入でも国民負担率50%との見解 20日 連立与党連絡会議で制度導入への見方が分かれる 首相、鳥居老人保険福祉審議会会長に制度案の取りまとめを要求 21日 菅厚相、制度導入に努力の発言 橋本首相、制度導入が難しいという見解 22日 社民党、さきがけ法案提出の方針 25日 厚相「社会保障構造改革本部」設置の方針 29日 社会保障関係8審議会会長会議 30日 厚生省「介護保険修正試案」を与党了解、老人保健福祉審議会に提出
	6月	31日 厚生省、薬害HIV関連の処分発表	7日 医療審議会・社会保障制度審議会諮問 (介護型病院)	10日 医療審議会答申			5日 厚生省「介護保険制度案大綱」 6日 「介護保険制度案大綱」を老人保健福祉審議会、社会保障制度審議会、医療保険審議会に諮問 7日 首相、厚相と会談し法案提出に向け自ら調整をする姿勢表明全国市長会、対応を会長に一任 10日 老人保健福祉審議会答申 11日 社会保障制度審議会答申 厚生省、各党に法案を提示 12日 医療保険審議会答申 自民党部会は政調会長に法案の扱いを一任 13日 全国知事会緊急意見書 15日 全国市長会政策推進委員会、慎重な論議を求めの方針を確認 17日 連立与党責任者会議で法案提出見送りを決定 20日 与党福祉プロジェクトチームに大蔵調整会議と地方行政調整会議のメンバーを加えたワーキングチーム設置を決定 21日 医療保険審議会「今後の国民医療と医療保険制度改革のあり方について(第二次報告)」
	7月	23日 衆議院厚生委員会薬害HIVで証人喚問			9日 医療保険審議会「中間報告」 10日 財政審議会「中間報告」 20日 健保連、制度改革を求める決議 22日 医療保険審議会「当面の医療保険制度改革」 25日 行政改革委員会規制緩和小委員会38項目の論点発表(医療保険制度にも言及) 31日 医療保険審議会「今後の医療保険制度改革について」	12日 ワーキングチームの地方公聴会始まる 山崎政調会長、厚生省案を一部修正の考え 13日 全国市長会・全国町村会介護保険に関する合同会議 20日 首相、制度導入に市町村の理解求める 27日 山崎政調会長、施設・在宅の同時実施の意向 29日 厚相、償還払い制に言及	
	8月	21日 薬害HIVでミドリ十字本社などが強制捜査			1日 厚生省、社会保障制度改革に関する論点メモ発表 2日 総務庁、厚生省に老人医療費の適正化を勧告 5日 健保連、国民負担率についての試算発表	1日 日経連会長、保険料の事業主負担について意見 4日 厚相、若年障害者を給付対象にするとの見解 5日 首相、財源は厚生省案通りとの見解 厚生省試算発表 与党プロジェクトチーム、修正案を来月提出の方針 山崎政調会長、介護保険は厚生省案実施の見解 9日 全国町村会、厚生省に要望書提出 14日 山崎政調会長、特別国会に介護保険法案提出の考え 19日 首相、9月中の法案取りまとめを政調会長に指示 20日 管厚生大臣、介護に関する欧州視察に出発 21日 ワーキングチーム山崎会長、今後は現金給付が重要な論点との見方	

1996年	<p>8月</p> <p>29日 薬害HIVで安部氏逮捕</p> <p>9月</p> <p>18日 薬害HIVで安部容疑者起訴、松村前厚生省局長を殺人罪で告訴</p> <p>19日 薬害HIVでミドリ十字松下元社長ら逮捕</p> <p>10月</p> <p>4日 薬害HIVで松村厚生省前局長逮捕</p> <p>9日 薬害HIVでミドリ十字元社長ら起訴</p> <p>25日 薬害HIVで松村容疑者起訴</p> <p>11月</p> <p>7日 第二次橋本内閣発足</p> <p>18日 茶谷元厚生省課長補佐逮捕</p> <p>19日 岡光序治厚生省次官が辞任</p> <p>22日 山口剛彦厚生省次官就任</p> <p>12月</p> <p>4日 岡光前厚生省次官逮捕</p> <p>16日 厚生省、彩福祉グループ関連の処分発表(和田勝前審議官懲戒免職)</p> <p>24日 厚生省医薬安全新設を決定</p>	<p>9日 経済審議会提言</p> <p>13日 国民医療総合政策会議、中間報告</p> <p>24日 大蔵省、厚生省診療報酬改定合意</p>	<p>3日 日経連、社会保障制度改革を提言</p> <p>7日 経済企画庁「今後の経済政策の在り方に関する研究会」提言</p> <p>18日 日本製薬工業協会、薬剤費上げに反対表明</p> <p>22日 日本医師会、医療保険改革案 経済審議会、社会保障制度改革についての試算</p> <p>7日 日経連、医療改革についての提言 小泉厚相、就任で医療保険見直しが急務との考え</p> <p>12日 経団連、医療改革についての提言</p> <p>15日 首相、厚相に社会保障制度改革のプラン策定を指示 厚相、医療費自己負担増やむなしの見解</p> <p>健保連、医療保険制度改革案</p> <p>20日 社会保障会長会議、中間報告</p> <p>22日 経済同友会、社会保証制度改革についての提言</p> <p>27日 医療保険審議会、最終報告書</p> <p>29日 老人保健福祉審議会、意見書</p> <p>6日 医療保険審議会、建議</p> <p>12日 財政制度審議会、報告書</p> <p>16日 与党医療保険制度改革協議会(座長丹羽元厚相)初会合</p> <p>19日 与党医療保険改革案決定</p> <p>20日 与党協議会高齢低所得者への措置を決定 社民党、医療保険制度改革案に反対</p> <p>日本医師会、医療保険制度改革案</p> <p>21日 与党医療保険制度改革案修正 高齢者外来に上限(2000円)設定</p>	<p>28日 全国市長会要望書提出</p> <p>29日 厚相、施設・在宅の同時実施の意向</p> <p>30日 山崎政調会長、在宅・施設の同時実施ならば制度導入が遅れるとの見解</p> <p>10日 ワーキングチーム、論点メモ発表</p> <p>21日 自民党、介護保険法案の国会提出を了承</p> <p>27日 自民・社民・さきがけ政策責任者、公的介護保険法案国会提出を了承</p> <p>29日 介護保険法案国会提出</p>
1997年	<p>1月</p> <p>2月</p>	<p>4日 首相、薬価基準見直しに言及</p>	<p>8日 小泉厚相、入院医療費の定額制に言及</p> <p>10日 厚相、医療保険制度改革案を医療保険審議会に諮問</p> <p>11日 厚生省、新医療保険制度についての試算発表</p> <p>13日 厚相、医療保険制度改革案を老人保健福祉審議会に諮問</p> <p>15日 日本医師会、医療保険審議会への委員欠席と糸氏副会長の委員辞任を表明</p> <p>17日 日本歯科医師会・日本薬剤師会、医療保険審議会への委員欠席を表明</p> <p>27日 医療保険審議会答申</p> <p>28日 老人保健福祉審議会答申 日本医師会、法案修正を要求</p> <p>31日 社会保障制度審議会答申</p> <p>4日 与党医療保険改革協議会、老人保健制度改革の検討開始 社会党上山国民生活部会長、改正医療保険法の5月実施容認しない考え 厚相、医療費の自己負担増はやむをえないとの認識</p> <p>6日 与党医療保険制度改革協議会、法案提出を了承</p> <p>10日 政府与党、医療保険制度改革関連法案を閣議決定 厚相、法案の修正に柔軟な対応をとる姿勢</p>	

1997年

2月

3月 10日 薬害HIV初公判

4月

5月

22日 中医協、診療報酬改定を答申

- 13日 与党医療保険制度改革協議会、高額療養費制度見直し決定
- 16日 村山前首相、自民党・社会党・民主党で医療保険制度改革の勉強会発足
- 26日 大阪で公聴会
山崎政調会長、薬剤費負担修正に言及
- 28日 共産党、医療保険改革で独自案発表
- 12日 仙台で公聴会
民主党医療保険問題プロジェクトチーム医療保険制度改革についての報告書
- 13日 与党医療保険制度改革協議会、民主党医療保険問題プロジェクトチームから意見聴取
山崎政調会長、抜本的な医療保険制度改革は3年後の方針
- 18日 与党医療保険制度改革協議会、4月1日に医療保険制度改革法案作成を確認
- 26日 医療保険制度改革法案の与党医療保険制度改革協議会座長私案発表
- 1日 自民党社会部会、医療保険制度改革法案の基本方針をまとめ、同案を与党医療保険制度改革協議会で社民党、新党さきがけに提示
- 4日 山崎政調会長ら与党三党政策責任者と医療保険制度改革協議会、7日に合意案を作る方針
改革案のとりまとめは政策責任者に一任
- 6日 山崎政調会長ら与党三党政策責任者が最終合意
- 7日 与党医療保険制度改革協議会「医療制度改革の基本方針」
- 8日 衆議院で医療保険制度改革関連法案審議入り
- 9日 民主党菅代表、法案成立の意向
小泉厚相、2000年をめどに医療保険制度の抜本改革の考え
- 12日 民主党菅代表、医療、介護両法案成立の考え
- 14日 自民党と民主党が修正後に法案成立を合意
医療と介護の三党政策協議に民主党の参加を合意
民主党、修正案をまとめる
- 15日 与党医療保険制度改革協議会と民主党、医療保険制度改革関連法案の修正に合意
- 22日 衆議院厚生委員会参考人招致
- 24日 山崎政調会長と太陽党粟屋政調会長、医療保険制度改革関連法案の政策協議に合意
- 25日 経済同友会年金・福祉問題委員会「安心して生活できる社会を求めて」
- 26日 山崎政調会長、5月7日衆院厚生委員会で採決の考え
- 27日 民主党鳩山代表、修正要求が反映されなければ賛成できない考え
- 6日 与党三党、修正案合意
- 7日 衆院厚生委員会で修正案可決
民主党、法案反対を決定
- 8日 衆院で可決
厚生省、修正案での財政試算発表
- 9日 小泉厚相、1998年度に医療保険制度抜本改革の考え
- 11日 山崎政調会長
- 12日 参議院自民党村上会長と社民党村沢議員会長、法案修正のプロジェクトチーム発足合意
- 14日 参議院与党医療保険制度改革協議会（座長佐々木満）初会合
- 16日 財政構造改革会議「問題提起メモ」で医療費抑制方針

21日 介護保険法案の審議開始

12日 岡山・福島で公聴会

17日 札幌・新潟で公聴会

11日 山崎政調会長、法案は微調整、現金給付は将来課題との考え

12日 共産党、修正案発表

14日 自民党・社民党・民主党、法案修正に合意

16日 自民党・社民党・民主党・衆院会派「21世紀」、

1997年	5月		19日 参議院与党三党、衆院可決の与党修正案の再修正問題を棚上げし、23日から審議で合意	衆院厚生委員会に修正案提出 新進党国民生活政策会議、衆院採決での反対決定
	6月		23日 参議院で審議開始 1日 自民党、社民党に調整案提示 参議院自民党上杉国対委員長、医療保険制度抜本改革は付帯決議で対応する考え 7日 自民党・社民党・新党さきがけ、再修正問題を協議 9日 自民党・社民党・新党さきがけ、再修正合意 12日 参議院厚生委員会、再修正案可決 16日 参議院可決	21日 衆院厚生委員会、法案可決 22日 衆院で可決 23日 参議院で審議開始 16日 継続審議決定

参 考 資 料 集

介護保険・医療法関係資料

医療保険制度関係資料

参考資料集

●介護保険・医療法関係資料

平成5年10月14日 高齢者施策の基本方向に関する懇談会 「高齢者施策の基本方向に関する懇談会報告」	5頁
平成6年3月28日 高齢社会福祉ビジョン懇談会 「21世紀福祉ビジョン -少子・高齢社会に向けて-」	13頁
平成6年9月8日 社会保障将来像委員会 「第二次報告」	30頁
平成6年12月5日 高齢者介護・自立システム研究会 「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」	48頁
平成6年12月18日 大蔵、厚生、自治三大臣合意 「新ゴールドプラン」	71頁
平成7年6月13日 与党福祉プロジェクトチーム 「高齢者介護問題に関する中間まとめ」	77頁
平成7年7月4日 社会保障制度審議会 「社会保障体制の再構築（勧告） -安心して暮らせる21世紀の社会を目指して-」	79頁
平成7年7月26日 老人保健福祉審議会 「新たな高齢者介護システムの確立について」	98頁
平成7年10月4日 医療審議会基本問題検討委員会 「医療供給体制の在り方について（論点整理メモ）」	105頁
平成8年1月31日 老人保健福祉審議会 「新たな高齢者介護制度について（第二次報告）」	107頁
平成8年3月13日 衆議院議員丹羽雄哉 「介護保障確立に向けての基本的な考え方」	124頁
平成8年4月22日 老人保健福祉審議会 「高齢者介護保険制度の創設について -審議の概要・国民の議論を深めるために」	126頁
平成8年4月25日 医療審議会基本問題検討委員会 「今後の医療提供体制の在り方について（意見具申）」	151頁

平成8年4月26日 与党福祉プロジェクトチーム 「”制度試案”作成指示」	160頁
平成8年5月10日 与党福祉プロジェクトチーム 「介護保険制度の試案作成に当たっての基本的視点」	161頁
平成8年5月13日 厚生省 「介護保険制度試案」	162頁
平成8年5月30日 厚生省 「介護保険修正試案」	168頁
平成8年6月5日 厚生省 「介護保険制度案大綱」	175頁
平成8年6月7日 厚生省 「医療法の改正案要綱」	183頁
平成8年6月10日 老人保健福祉審議会 「介護保険制度案大綱について（答申）」	186頁
平成8年6月10日 医療審議会 「医療法の改正案要綱について（答申）」	188頁
平成8年6月11日 社会保障制度審議会 「介護保険制度の制定について（答申）」	189頁
平成8年6月12日 医療保険審議会 「答申」	191頁
平成8年6月17日 「与党合意事項」	192頁
「介護保険法案要綱案」	193頁
「介護保険法施行法案要綱案」	200頁
「医療法の一部を改正する法律案要綱案」	203頁
「解決すべき懸案事項」	206頁
「介護保険制度案の骨子」	207頁
平成8年9月19日 自由民主党・社会民主党・新党さきがけ 「介護保険法要綱案に係る修正事項」	208頁
「介護保険法要綱」	213頁
「介護保険法施行法案要綱」	220頁

「介護保険法案に対する修正案要綱」 223頁

●医療保険制度関係資料

平成5年1月20日 医療保険審議会
「医療保険審議会における検討項目」 224頁

平成5年6月23日 医療保険審議会
「検討項目Ⅰ、Ⅱ中心としたこれまでの検討内容の中間まとめ」 225頁

平成5年12月8日 医療保険審議会
「建議書」 230頁

平成6年2月16日 厚生省
「諮問書・健康保険制度等の修正案要綱」 235頁

平成6年6月22日 医療保険審議会国民健康保険部会
「これまでの検討内容の中間まとめ」 240頁

平成6年12月9日 医療保険審議会
「平成7年度における国民健康保険制度の改正について」 246頁

平成7年1月19日 厚生省
「諮問書・国民健康保険制度の修正案要綱」 249頁

平成7年8月4日 医療保険審議会
「検討項目Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ中心としたこれまでの検討内容の中間取りまとめ」 251頁

平成8年6月21日 医療保険審議会
「今後の国民医療と医療保険制度改革のあり方について（第二次報告）」 255頁

平成8年7月31日 医療保険審議会
「今後の医療保険制度改革について」 264頁

平成8年10月2日 医療保険審議会
「今後の医療保険改革の基本的な方向についての議論の整理」 268頁

平成8年11月13日 国民医療総合政策会議
「21世紀初頭における医療提供体制について」（中間報告） 272頁

「21世紀初頭における医療提供体制について」（中間報告要旨） 277頁

平成8年11月27日 「今後の医療保険制度のあり方と平成9年改正について」(建議書)	279頁
平成8年12月2日 老人保健福祉審議会 「今後の老人保健制度改革と平成9年改正について」(意見書)	286頁
「今後の老人保険制度改革と平成9年改正について」(意見書要旨)	294頁
平成8年12月19日「与党6者協議による確認事項」	297頁
「平成9年度医療保険改革について」	300頁
平成9年1月10日 医療保険審議会諮問	303頁
平成9年1月13日 老人保健福祉審議会諮問	304頁
平成9年1月17日 社会保障制度審議会諮問	305頁
平成9年1月27日 医療保険審議会「答申」	306頁
平成9年1月28日 老人保健福祉審議会「答申」	307頁
平成9年1月31日 社会保障制度審議会「答申」	309頁
平成9年1月13日 「拠出金関係政令の制定について」	310頁
平成9年1月28日 老人保健福祉審議会「答申」	312頁
「健康保険法等の一部を改正する法律案要綱」	313頁
平成9年4月7日 与党医療保険制度改革協議会 「医療制度改革の基本方針」	316頁
平成9年5月6日 「医療保険制度に関する合意」	318頁
「健康保険法等の一部を改正する法律案に対する修正案要綱」	319頁

平成5年10月14日 高齢者施策の基本方向に関する懇談会
『高齢者施策の基本方向に関する懇談会報告』

委員名簿

(座長)	宮崎 勇	大和総研代表取締役理事長
	糸氏 英吉	日本医師会常任理事
	岩田 克夫	老人福祉施設協議会会長
	大堀 訓啓	日本労働組合総連合会財政局長
	加地 夏雄	国民健康保険中央会理事長
	金平 輝子	東京都副知事
	窪田 弘	日本債券信用銀行頭取 (前北海道東北開発公庫総裁)
	成瀬 健生	日本経営者団体連盟常務理事
	西川 忠	健康保険組合連合会常務理事
	松浦 幸雄	高崎市市長(群馬県)
	三浦 文夫	日本社会事業大学学長
	水野 肇	医事評論家
	柳 克樹	地方職員共済組合理事長
	山口 昇	公立みつぎ総合病院院長
	山城 時正	佐敷町長(沖縄県)
	吉崎 正義	血液製剤調査機構専務理事

目次

はじめに

1. 新しい高齢者像
2. 加齢と健康
3. 保健・医療・福祉サービスのあり方
 - (1) サービスの一般化
 - (2) 在宅サービスの充実
 - (3) 利用者重視のサービス
 - (4) サービスの質と評価
 - (5) 痴呆性老人対策の拡充
 - (6) 高齢者の住宅等
 - (7) 民間サービス
4. 財源の確保と効率化
5. 地方自治体への期待と役割

おわりに

はじめに

現在、国民が求めている「個々人が豊かさとゆとりを実感できる質の高い生活」を人生を通して実現するためには、経済的安定を前提として、就労の期間にあっては時間的ゆとりや環境・住居など空間的ゆとりが、高齢期にあっては心身が弱くなった場合でも「自立」と「誇り」を保持できる生活の保障が求められる。就労の期間はお

よそ40年であるが、仕事の第一線を離れたのちにも20年から40年の長い期間があり、この期間における生活がどのようなものであるかは多くの人々の重大な関心事となってきた。

高齢者の多くは年齢相応に健康に暮らしているが、高齢者の絶対数の増加に伴い、寝たきり老人や痴呆性老人などの要介護高齢者が増加し、他方、単身や高齢者のみの世帯が増加し、また、配偶者や子供など介護の担い手自身が高齢化するなど、家族の介護力が低下している。このような状況の中で、高齢期の人生設計を立てようとしても、自分の健康はどうか、万一の時は誰が世話をしてくれるのか、その費用はどのくらいか、また、その支払いは大丈夫だろうかなど不透明な部分が多いことから、国民の間に高齢期に対する「不安」が生じている。

他方、ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進10か年戦略）の策定や介護力強化病院、訪問看護ステーションなど医療面での進展もあり、高齢者に対するサービスの種類や供給量は拡大しつつあるが、現段階においては質量ともまだ不十分であり、同時に、保健・医療・福祉の各分野のサービスには、重なりや不整合がみられ、高齢者関連施策の見直し、総合化・体系化が求められている。

こうした背景の下、今後の高齢者問題の加速度的な広がりを考え、さらに、ゴールドプランの推進や老人保健福祉計画の策定の進捗をみると、現時点において、政府レベルの高齢者・施策のあり方のみならず、個人、企業、地域レベルでの対応や連携のあり方なども含め、21世紀の高齢社会をどのように構築していくかについて、幅広く検討を進めていくことが是非とも必要である。

このため、厚生省の高齢者関係3審議会（老人保健審議会、中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会、公衆衛生審議会老人保健部会）の委員のうち委嘱されたメンバーからなる本懇談会が設置されたものである。

本懇談会においては、これまで8回にわたり、これからの高齢者像を念頭に、委員が自由な立場で議論を進めてきたが、その際、特に次の2点に留意した。

- ①長期的視点に立脚する。
- ②老人保健・医療・福祉のみならず、年金、雇用、住宅など社会経済の大きな枠組みで考える。

今後、本報告で提起した問題点と対応の方向について、関係する審議会において、さらに検討が深められることを期待する。また、高齢化の問題は、多方面に関わることから、厚生省が省を挙げて施策を進めていくことはもちろんであるが、政府全体の課題として総合的に取り組んでいくべきである。

1. 新しい高齢者像

今後の高齢者は、体力、見識、経済基盤などからみて多様な幅のある集団になるであろう。こうした高齢者あるいは高齢期を論じる場合、それらは個人個人の加齢とともに変化し、また、年齢層によって異なり、さらにこれらは今後時代とともに大きく変化すること

に十分留意する必要がある。「老人」という呼称についても新しい高齢者像を表すにふさわしいかどうか再考察が求められよう。

現在の高齢者の社会活動や心身の実態を考えると、従来の「65歳以上を高齢者」とする考え方を見直す必要があるのではないか、また将来にあっては、高齢者は70歳位までは現役でありうるという考えの下に社会システムを構築してはどうであろうか。例えば、サラリーマンについて言えば、働くことを希望する者は、完全就労以外に、部分就労、短時間就労により、70歳位まで働くことのできるシステムを検討する必要もあろう。また、雇用保険制度や年金制度を高齢者の雇用を促進するインセンティブとなるような仕組みに改善していくことも求められよう。もちろん、就労が困難な者や、ハッピー・リタイアメントを望む人達への対応も忘れてはならないし、就労以外で社会に関わりを持つことも十分可能であることを認識すべきである。

従来の各般の施策はともすれば、高齢者はすべて低所得であり社会的弱者であるという構図を前提としているように見える。今後の高齢者は、さまざまな人生経験を経ることにより価値観も多様化し、また、経済基盤が安定した者が多くなり、さらに高齢期に向かっの姿勢についても自ら高齢期を積極的に考え、自分の生活を豊かにするとともに、自立し社会に関わり合いを持っていこうとする高齢者が徐々に増加していくであろう。これらに伴い、高齢者はサービスの一方的な受け手ではなく、高齢者自身がサービスの提供に参加するとともに、サービスを利用する場合には、豊富な情報の中から自らの意思でサービスを選択していこうとする意欲も強まっていくであろう。

こうした新しい高齢者像を支える基盤となっているのは社会保障制度であり、年金、医療、福祉、さらに雇用等に係る諸制度を国民の要請と信頼にこたえるものとしていくことが必要不可欠である。

2. 加齢と健康

健康は、高齢者はもちろん国民全体の大きな関心事となっている。高齢者の健康にあっては、高齢者は健康をそこないがちでありしかも回復に時間を要するので、従来から進められている健診やリハビリテーションについて新しい手法を取り入れる等その充実・効率化を重視するとともに、ターミナル・ケア（末期医療）等新しい問題も視野に入れるべきである。

豊かな人生のために健康は大切であり、また、国民の健康の向上は社会の活力あるいはその負担に大きく影響する。

要医療・要介護状態の発生を極力少なくし、健康に年を重ねるため、若い頃からの健康づくり、健診の普及が重要であり、健診については受診率をアップするようなシステムをつくとともに精度管理の向上と事後指導の充実が課題となっている。また、健康教育についても、ライフスタイルを変更するような効果的なものとすべきである。

さらに、病気や障害が生じたときには、適切なリハビリテーションを行い残存能力を最大活用し、高齢者の自立した生活を確保すべきである。

今後、高齢者の健康の問題としては、老人性痴呆、骨粗しょう症、失禁などがとりわけ重要な問題となろう。さらに、加齢に伴う健康障害としては、更年期障害の問題も忘れてはならない。

死の問題はターミナル・ケアをはじめ介護など高齢者問題を考えるには避けて通るわけにはいかない。死を忌むべきものにとらえたり、タブー視したりするのでなく、死を深く考えることによりはじめて生を積極的にとらえることができ、また、死の恐怖に立ち向かう勇気を生み出すことができるのではないか。こうした視点に立った死についての教育に取り組むとともに、施設でのターミナル・ケアのあり方を検討し、また、自宅で死を迎えたいという希望を持っている者には、その選択ができるような対応が必要である。

3. 保健・医療・福祉サービスのあり方

高齢者の保健・医療・福祉サービスは、主として老人保健法及び老人福祉法に基づいて実施されているが、それぞれの制度の基本的な枠組みにはかなりの相違点がある。例えば、サービスの利用手続きをみると、特別養護老人ホームの利用のように、市町村に申請をして決定される（行政による措置）場合と病院や老人保健施設のように利用者とサービス提供機関との契約による場合の違いがあり、利用料の負担も一方では所得に応じた負担であるのに対し、他方ではだれもが同一の負担となっている。また、利用の相談や手続きの窓口も異なっている。当面は、高齢者の多様なニーズに対応したサービスの展開を図ることが必要であろうが、今後は、介護問題が重要な課題になることから、介護サービスを中心とした施策や制度の再構築を検討すべきである。

(1) サービスの一般化

従来、福祉サービスは、低所得者を中心に提供されてきたが、介護のリスクは誰にも生じ得る一般的なものであり、所得のある人にも無い人にもサービスの提供は必要である。「貯蓄はあれどサービスなし」という事態にならないように、サービスの一般化、普遍化を進める必要がある。この観点から、利用者が施設とサービス内容を選択できる契約型施設の整備を促進するとともに、サービスの提供体制の整備に遅れが見られる都市部や過疎地域などへの対応を強化することが必要である。

(2) 在宅サービスの充実

高齢者の生活の場は家庭であり、在宅が高齢者の生活の質（QOL）向上の原点である。近年、在宅保健福祉サービスの拡充が進められているが、現状においてはなお不十分であり、家族や本人の物心両面での負担が大きくなっているため、今後、介護休暇の導入・普及も含め在宅サービス供給体制を強化・充実しなければならない。さ

らに、医療施設、福祉施設に在宅支援機能を付加し、施設を地域におけるサービスの拠点とすることや、施設の総合化も進めるべきである。

他方、開業医の意識改革が前提であるが、地域のかかりつけ医を高齢者対策の中に位置づけることも高齢者にとっても、開業医にとってもよいのではないかと思われる。

(3) 利用者重視のサービス

今後の高齢者サービスのあり様については、画一的なものよりは、個性を尊重し、個人の歴史が尊重されるサービスに力点が置かれるようになろう。また、高齢者の自立を支援するという視点で提供されることが求められてきており、さらには、介護等のニーズとそれに適合するサービスは、高齢者の「性」によって違いがあるという点にも配慮が必要である。

現在様々な保健福祉サービスが提供されるようになってきているが、利用者から見た場合、どういうサービスがあるのか、どうすればサービスを受けられるのか、どこに相談すればよいかなど基本的なことについて正確で十分な情報が入手しにくいことが多い。利用者に総合的な情報の提供を行う体制の整備を進める必要がある。

また、今後は、利用者がサービスを選択する傾向が強まると予測されるが、利用者の選択に資するため、サービスの内容等を積極的に開示し、また、その情報を国民が容易に入手できるシステムを構築することが必要である。

なお、デイ・サービス、ショートステイ、ケアハウスなどの言葉は高齢者にはなじみにくい。用語の問題についても検討してみる必要があるのではなかろうか。

(4) サービスの質と評価

サービスの質を確保するためには、第3者による評価を基本にして、サービスを客観的に評価する手法を導入すべきである。高齢者ケアの目標は、個々の利用者のQOLの向上にあり、個々人のニーズに即したケアが行われているかどうか、ケアの評価の基準となるべきである。

適切なケアを行うためには、高齢者の多角的・包括的な状態の評価・判定（アセスメント）が必要である。また、この評価・判定をもとに個人ごとの介護計画を策定していくことも有用である。

サービスの向上を推進するためには、質量の両面にわたるマンパワーの確保が重要であり、保健福祉従事者の労働環境・処遇の改善、養成功率の強化などを総合的に推進するべきである。

(5) 痴呆性老人対策の拡充

痴呆性老人対策は、寝たきり老人対策に比べれば、介護の現場で利用可能な判定基準が未確立であることや処遇方法も試行錯誤の状態にあることもあり、現段階では大幅に遅れていると言わざるを得ない。このため、痴呆性老人対策については、痴呆性老人の権利擁

護の問題を含め別途本格的な検討が必要である。

(6) 高齢者の住宅等

高齢者が在宅で生活を継続していくためには、住環境の整備が重要である。高齢になっても住み続けられるような設計・仕様となっている住宅のストックを今のうちから形成することが重要である。既存の住宅については高齢者のニーズに合わせて改造を進め、またその推進策を講ずることが是非とも必要である。

また、高齢者の自立という観点からは、住環境のほか、介護機器の利用や開発・普及、まちづくりの推進なども欠かせないものである。

(7) 民間サービス

公的サービスとの組み合わせであれ、単独型であれ、今後サービスの提供システムとして市場サービスを活用する余地は大きい。このためにも、保健福祉サービス事業の提供主体を拡大し、競争によりサービスの質的な向上、効率化を図ることも検討されるべきである。この場合、消費者保護の立場に立った対策が公の責任により進められることが必要であり、また、提供される基礎的な公的サービスの範囲を明確にしておく必要がある。

4. 財源の確保と効率化

国民医療費全体に占める老人医療費の割合は、今後の高齢者の増加を考えると、現在の30%程度からさらに高まっていくものと見込まれる。また、福祉サービスについても、在宅サービスの充実や特別養護老人ホームなどの整備により予算規模が拡大してきている。高齢化の進展とともに、社会保障給付費の増大や、現在40%弱の国民負担率が上昇するとは避けられない。今後の高齢者施策の具体的な展望を明示し、国民の理解を高めることにより、負担増について納得を得ていく必要がある。

今後増加が見込まれる高齢者施策の財源を確保するためには、目的税を含む租税負担、医療保険や年金保険の保険料負担さらに地方財政での負担、利用者の負担等多面的に検討することが必要であろう。なお、財源の問題を考える際には、現行施策や制度の見直しが是非とも必要となろうし、さらに、公の果たすべき役割の明確化サービスを提供するのに要する中間的経費の節約、社会全体としてのコストの最小化という点についても十分考慮しなければならない。

年金制度の成熟化、高齢者の資産形成の状況を展望しながら、サービスの一般化、普遍化に合わせて応分の個人の負担を求めることが、世代間の公平を確保するという意味からも、また、高齢者問題について若年負担層の理解と支持を得るうえからも必要である。その場合、受益に応じた応益的負担の導入も検討されるべきである。

また、施策の効率化という観点からは、在宅サービスと施設サー

ビスを合理的に選択できるようにサービス利用の個人負担のあり方の再検討が欠かせないであろう。また、特別養護老人ホーム、老人保健施設、特例許可老人病院の「介護力強化病院」、療養型病床群においては、利用する施設によって利用者の負担が相当に果なっている。さらに、病院においては付添い看護の保険外負担の問題もある。利用者の負担の公平化を進めるためにも、また、利用者本人の選択性を高めるためにも、例えば、病院、福祉施設における食事にかかる費用は自己負担とすることも検討されるべきであろう。

いずれの問題についても、現在の高齢者の経済状況が福祉年金受給者から相当の所得のある者まで多様であることや、施設をすでに長期にわたって利用している者には低所得の者も多い現状を踏まえると、低所得者への配慮を忘れてはならない。また、高齢者が自己の土地や住宅等の不動産を担保にして老後の様々な保健福祉サービスを受けることができる仕組みの検討も必要となろう。

5. 地方自治体への期待と役割

国には国民福祉の基礎的ニーズに応える義務があり、また、都道府県には地域的にバランスのとれた高齢者サービス供給の調整など重要な役割があるが、現実の高齢者サービスは市町村により提供されることから、高齢者問題における市町村への期待と役割はこれまで以上に大きいものとなる。なお、この場合、市町村が十分な対応ができるよう適切な財源措置がなされなければならない。

高齢化の程度、生活環境の状況、家族のありようなどには、地域ごとによりかなりの差異がみられるので、高齢者施策の推進に当たっては、市町村のイニシアチブを十分尊重するとともにその支援策を講ずるべきである。さらに、サービスが住民・利用者を中心にすえて提供されるためには、地域において各種サービスの整合性を確保し、相互の連携強化や統合を進めることが必要であり、今後、市町村が各種サービス提供主体を統一的に調整するだけの主体性を発揮することが求められる。

市町村の老人保健福祉計画を実効性のあるものにするためには、適切な財源措置が不可欠である。このため、国と地方の財源配分のあり方を考えるとともに、例えば、老親を地元に残して都会で働く子供が納める税の一部を、親のいる市町村に振りかえるなど高齢者ニーズとそのための財源とのバランスをとる仕組みも検討すべきであろう。また、規模の小さな市町村は、過疎化により高齢化が進んでいるケースが多く、手厚い配慮が必要であるが、同時に広域的な取組を容易にする方策を検討することも必要である。

おわりに

国民の多くが70代、80代を迎える社会では、だれもが人生のいずれかの時点で、老親や配偶者のため、あるいは自分自身も高齢者

サービスを受ける社会となる。このような高齢者サービスは、国民全体で財源の面とともに意識の面でも支えることが必要であり、そうでなければ、高齢者とそれを支える世代が反目するという事態すら発生しかねない。ともすれば社会の第一線にいない高齢者の生活や活動の実情については、国民の知るところになりにくいので、高齢者についての情報や諸サービスの情報を、国民に分かりやすく適切に提供し、こうしたギャップが生じないようにする努力が必要である。

今日、公的保健福祉サービスの充実とあわせて、自己実現や社会参加を求める地域住民が高齢者サービスの供給に参加することは、一層ふくらみのある高齢社会づくりのために大変有意義である。

参加の一つの形としてのボランティアについては、それが、自然なものとして定着するためには、高齢者自身も参加することや企業のフィランソロピー（社会貢献活動）、相談窓口の用意などが重要であり、また、企業や官庁が、職員の採用に当たりボランティアの経験の有無等を考慮することもひとつの望ましい方法であろう。

いずれにせよ、形がどうであれ、全ての国民が高齢社会づくりに参加することにつき、義務的とすべきという意見があることも踏まえ、今後、一層積極的に国民参加のための施策を推進していく必要がある。

高齢者の多い社会は、若者中心の社会とは異なったものになるであろうし、多様な人生経験を有する者が多くなればなるほど、多様なライフスタイルが生まれる可能性が大きい。21世紀に向けて、高齢者の存在の大きさを前提とした新たな文化や価値観を模索し、あるいはその創造を積極的に支援していくことも重要である。

さらに、高齢化をめぐって昨今国際交流が盛んになっている。諸外国の状況も参考にしながら我が国の施策を検討するのみならず、我が国が他国に貢献していくという視点も忘れてはならないだろう。

本懇談会は、高齢者関係の3審議会の抱える課題を横断的に検討したが、介護の問題をはじめ、高齢者の保健福祉施策を総合的に検討するためには、高齢者関係の審議会を統合すべきではないかと思われる。なお、統合された審議会においては、今後ますます重要となるサービス提供の費用調達のあり方についても議論されることが望ましい。

平成6年3月28日 高齢社会福祉ビジョン懇談会
『21世紀福祉ビジョン -少子・高齢社会に向けて-』

高齢社会福祉ビジョン懇談会委員名簿

(座長)	宮崎 勇	大和総研代表取締役理事長
	鳥居 泰彦	慶應義塾長
	浅利 慶太	演出家・劇団「四季」代表
	金平 輝子	東京都副知事
	京極 高宣	日本社会事業大学教授
	小宮山洋子	日本放送協会解説委員
	坂上 正道	北里大学客員教授 (日本医師会副会長)
	袖井 孝子	お茶の水女子大学生生活科学部教授
	高野 悦子	岩波ホール総支配人
	高村 勳	日本生活協同組合連合会名誉会長
	田村 憲一	日本労働組合総連合会副会長
	鶴田 卓彦	日本経済新聞社社長
	丸尾 直美	慶應義塾大学総合政策学部教授
	宮島 洋	東京大学経済学部教授
	森 英恵	デザイナー
	渡里杉一郎	日本経営者団体連盟副会長

目次

はじめに

1. 我が国の社会保障の現状と課題
 - (1) 我が国の社会保障の現状
 - (2) 社会経済構造の変動と社会保障の課題
 - (3) 社会保障に関する国民意識
2. 少子・高齢社会における社会保障の全体像
 - (1) 基本的考え方
 - (2) 少子・高齢社会における社会保障の姿
3. 主要施策の今後の進め方
 - (1) 豊かで楽しい老後の暮らし
 - (2) 一人一人の健康を守る健康医療サービス
 - (3) いつでもどこでも受けられる介護サービス
 - (4) 安心して子どもを産み育てられる環境づくり、社会的支援体制の整備 ※
 - (5) 高齢者、障害者、子どもたちがともに安心して暮らすことができるゆとりとふれ合いの住宅・まちづくり ※
4. 社会保障の負担の在り方
 - (1) 社会保障給付と負担の将来規模
 - (2) 社会保障の財源構造の在り方
5. 社会保障施策を実施していくに当たっての留意点
 - (1) 国民の自立と自己決定、主体的参加の促進
 - (2) 総合相談体制の確保等国民に身近で利用しやすい社会保障サービスの推進
 - (3) 社会保障分野における国際貢献の推進

(4) 適度な経済成長と物価安定、雇用安定への努力
おわりに

(別紙) 社会保障に係る給付と負担(社会保障負担公費負担)の将来見通し(試算)

※印の項目は省略した

はじめに

- ・ 我が国は今日、大きな転換期を迎えている。
- ・ 国際的には、冷戦構造の終焉後、新しい国際秩序が模索されている段階にあり、国内的には、バブル崩壊後の経済停滞の中で、戦後の経済社会全体の一造改革が迫られている。
- ・ また、21世紀に向けて、急速に到来する少子・高齢社会への対応も国民的な課題となっている。
- ・ このような状況において、国民一人一人が安心でき、真に幸福を実感できる福祉社会の実現を図っていくためには、今後我が国が目指すべきビジョンを明らかにし、それに向かって大胆かつ着実な前進を図っていくことが必要となっている。
- ・ 本懇談会は、少子・高齢社会の到来を控え、国民生活に関連の深い社会保障を中心に、雇用、住宅・まちづくり、教育政策等を含めた総合的な福祉ビジョンについて、今般取りまとめを行った。
- ・ 今後、この報告を基に、国民の間で幅広い議論が行われるとともに、関係省庁の連携協力の下、国民が安心できる活力ある明るい福祉社会の建設に向けて、この報告に示した方向性に沿った施策の着実な前進が図られていくことを強く期待する。

1 我が国の社会保障の現状と課題

(1) 社会保障の現状

- ・ 我が国の社会保障制度は、戦後の混乱と復興への息吹の中で相次いで創設され、その後も、時代々々の多くの人々の努力により、その時々々の社会保障ニーズに対応した制度の整備や施策の推進が図られ、発展を遂げてきた。
- ・ すなわち、昭和20年代においては、救貧・防貧対策、伝染病対策等を中心とし、昭和30年代には国民皆年金・皆保険の創設、40年代には給付の充実、50年代以降は、制度の安定化、効率化に向けて、様々な努力が払われ、現在に至っている。
- ・ 今日、我が国の社会保障制度は、出生から死亡までの人の一生涯にわたって、病気やけが、障害、育児、失業、所得の喪失など、およそ社会的な援助を必要とする事態をほぼ網羅的にカバーするに至っている。
- ・ その内容も、現役勤労者の年収の4割程度を支給する年金、全国どこでも適度の負担で受けられる高水準の医療など、国際的に見ても相当な水準を達成している。
- ・ これらは、欧米諸国に比べて高い三世代同居率、所得水準の向上、資産の蓄積等とも相まって、国民生活の安定基盤を形成してきた。
- ・ 一方、福祉については、戦後、低所得者や要援護者を中心として制度が形づくられ、今日まで多くの成果を収めてきているが、今後、家族の小規模化や企業などで働く女性の増加等に伴い、高齢者介護や育児等を中心としてニーズが増大してくることから、こうした福祉サービス一般化、普遍化という要請に適切に答えていくことが必

要となっている。

(2) 社会経済構造の変動と社会保障の課題

・ 今後、我が国では、少子化、高齢化が急速に進行し、21世紀初頭には人口減少型社会に移行することが予測される。また、社会保障を取り巻く社会経済構造も大きく変化していくものと見込まれる。こうした社会においても社会保障を安定的に機能させていくためには、社会経済の構造変化に対応した社会保障制度の再構築を進めていく必要がある。

・ このビジョンは、こうした基本認識に立ち、少子・高齢社会における社会保障の全体像、主要施策の基本的方向、財源負担の在り方等について、中長期的な方向性を示したものである。

なお、施策の中には、実現に時間を要するものや緊急度の高いものもあるのでこれらについてはできるだけ早く実現に向けて取り組んでいく必要がある。

ア 人口構造

・ 平均寿命の伸びに伴い、高齢人口が大幅に増加する一方、女性の目覚ましい社会参画、晩婚化・非婚化などにより、今後一層の少子化が進行していくことが予測される。

・ 我が国は、20世紀において総人口がおよそ3倍になるという急激な人口増加の時期を経験したが、21世紀には、逆に人口減少型社会の到来という未だかつてない状況に直面することとなる。

イ 家族構造

・ 核家族世帯や一人暮らし・夫婦のみの高齢者世帯が増加する一方、三世帯世帯は減少するなど家族の多様化、小規模化が進行しつつある。

・ こうした状況の中で、これまで、家庭の中で担われてきた介護、育児機能が低下し、社会保障需要として今後ますます顕在化してくる。

ウ 就業構造

・ 戦後の産業構造の変化の中で、第一次産業従業者が大きく減少し、第二次・第三次産業従業者が増加するなど、サラリーマン化が進行してきている。

・ また、結婚・出産後も企業などで働き続ける女性や、子育て後再就職する女性が増加している。

こうした状況に対応し、今後は、共生型社会の実現を目指して、男性と女性がそれぞれの個性や能力を活かし、仕事と育児・介護等を含めた家庭生活との両立が図れるような社会経済の仕組みを築いていくことが重要である。

・ サラリーマン化の進行、女性の社会参画など、国民皆年金・皆保険が達成された昭和30年代当時、社会保障が背景としていた就業構造が大きく変化してきており、これに対応して、社会保障の面でも制度的対応を図っていくことが必要となっている。

エ 生活構造

・ 所得水準の大幅な向上や貯蓄等の資産の増加により、豊かで元気な高齢者が増加してきており、これまで社会的弱者とみられがちであった高齢者像が幅のあるものとなってきている。

・ 週休二日制の普及など労働時間短縮に伴い、今後生涯時間に占める労働時間の割合が縮小していくことに対応し個人の自由時間も大幅に増加し、一人一人の多様な価値

値観に基づく生活を実現できる可能性が高まりつつある。

- ・ 現時点では、現役世代は働きすぎで、育児・介護や地域活動、高齢期に備えた能力開発を行う時間もない一方、高齢者は働く意欲があっても雇用機会が少なく、自由時間を持て余すなど世代間で大きなアンバランスがみられるが、今後世代間の雇用機会の再配分が大きな課題となりつつある。

オ 地域構造

- ・ 戦後の経済発展の過程を通じて、人口の大都市への集中と、その一方で地方の過疎化、高齢化が進行してきた。

- ・ 現在は、地方の高齢化が都市部に先んじて進んでいるが、人口の集中した都市部の高齢化対策も大きな課題となりつつある。

今後における地域の人口の動向や家族形態の変化、高齢者の居住志向等も視野に入れながら、地域特性に即した施策の展開を図っていく必要がある。

(3) 社会保障に関する国民意識

- ・ 今日、年金、医療、福祉などが国民生活の中で果たす役割が増大してきていることに対応し、社会保障に対する国民の期待はますます大きく、ニーズも多様化してきており、こうした傾向は今後も一層高まっていくものと考えられる。

- ・ 現在、国民の多くが年金や医療などの社会保障に高い評価をする一方、なお国民の8割程度が老後に不安を感じており、その最大のものは、「寝たきりや痴呆などになった時にどうするか」という不安である。

また、子育てについての様々な不安や負担感もみられる。

- ・ 様々な福祉活動への参加意欲や社会への貢献意識が高まりつつあるとともに、社会保障への期待の高まりに対応し、社会保障の充実のための負担についても理解を示し、これを容認するという者の割合が大幅に増加するなど、国民意識の変化がみられる。

2 少子・高齢社会における社会保障の全体像

(1) 基本的考え方

- ・ 21世紀の少子・高齢社会の姿については、

①少子化・高齢化が経済の発展を停滞させ、現役世代の重い負担と相まって、活力のない社会となるという見方がある一方、

②労働力人口の減少等を技術革新や高齢者・女性の雇用増等でカバーし、高い所得や豊かな経済的・文化的ストックなどに支えられて、多様・高度な社会となる、という見方もある。

- ・ 我が国が世界でもトップクラスの高齢社会となっていく大きな要因は、医学・医療の進歩、衛生・生活水準の向上等によってもたらされた平均寿命の伸びであり、こうしたかつてなかったほどの長寿を享受できるのは、現在の人類のうちごく少数に限られているということに、あらためて思いを致してみることも必要である。

- ・ 将来についての安易な楽観は戒めなければならないが、「高齢化が活力に結びつく明るい社会を構築する」という基本理念の下に、社会経済全体のシステムを少子・高齢社会にふさわしいものにつくり替えていくことにより、21世紀に向けて国民誰もが安心して生活し、子どもを持ち、年をとることのできる、また、長寿国に生まれ育った幸福感をもつことのできる福祉社会を築いていくことが必要である。

- ・ その際、目指すべき福祉社会像として、公的保障中心の高福祉・高負担型福祉社会、自助努力中心の低福祉・低負担型福祉社会、中間型の福祉社会のいずれを選択するかが重要な課題となるが、我が国としては、国民の適切な組み合わせによる適正給付・適正負担という独自の福祉社会の実現をめざすことが、国民のコンセンサスを最も得やすい方向ではないかと考えられる。

- ・ また、こうした福祉社会においては、何よりも、生涯を通じて元気である限り、働き、楽しみ、社会に貢献するという、「自立した個人」の形成を重視するとともに、自立が困難になった場合においては、個人の尊厳に立脚しつつ、家族、地域組織、企業、国、地方公共団体等社会全体で支える自助、共助、公助のシステムが適切に組み合わされた重層的な福祉構造としていくことが必要である。

- ・ その中で、社会保障は、適度の経済成長や物価安定、雇用安定を図るための政策努力と相まって、国民生活の安定基盤としての役割を發揮することが強く求められる。

- ・ ことに今後、人口構造、家族構造、就業構造の一層の変化、特に規制緩和等による雇用を巡る様々な変化が見込まれる中で、社会全体の安定要素（セーフティ・ネット）としての社会保障の役割が一層高まることを考えると、国民生活の安定基盤としての社会保障制度の構築に向けて、今のうちから準備を進めておくことが必要である。

- ・ こうした社会保障は、各種の給付やサービスの提供などを通じて、個人や家族の生活安定に資するとともに、社会・経済全体としても内需の喚起や雇用創出、労働者の勤労意欲の向上などに大きく資するという面も有しており、こうした点からも、社会保障の役割は、一層重要になっていくものと考えられる。

(2) 少子・高齢社会における社会保障の姿

ア 公正・公平・効率性の確保

- ・ 社会保障は、国民一人一人の自立と社会連帯の意識に支えられた所得再分配と相互援助を基本とする仕組みである。

- ・ 今後とも社会保障がその真価を十全に發揮していくためには、これを支える国民の積極的意思と合意形成が重要であり、そのためには、国民の自立と参加を基盤として、世代間や制度間、負担者と受益者間を通じて公正・公平が確保された制度としていくことが必要である。

- ・ また、社会保障制度は、広範な国民負担によって支えられかつ国家予算にも比肩し得るような巨額の資源を配分する制度であることから、その使途や実施体制において無駄がないよう、真に国民のニーズに即したでき得る限り効率的なシステムであることが必要である。

イ 年金、医療、福祉のバランスのとれた社会保障給付構造の実現

- ・ 我が国では、現在、年金、医療が社会保障給付費の大宗（約9割）を占め、介護や児童家庭対策等を含めた福祉等のシェアは1割程度である。

これまでの趨勢を前提とすれば、福祉等のシェアは将来に向けて更に低下することが予想される。

- ・ 少子・高齢社会に適合した社会保障とするためには、年金、医療制度の長期的安定を図るとともに、高齢者介護や雇用、子育て等の需要に対応した対策の充実が必要である。

- ・ 現在、年金、医療、福祉等の給付構造はおよそ5：4：1の割合となっているが、今後、社会保障給付費全体が増大していく中において、年金制度の安定化、医療制度の安定化・効率化を図るとともに福祉等の水準を思い切って引き上げることにより、

そのバランスをおよそ5:3:2程度とすることを目指して、年金、医療、福祉等のバランスのとれた社会保障へと転換していくことが必要である。

ウ 雇用政策、住宅政策、教育政策等関連施策の充実・連携強化

・ 年金、医療、福祉といった社会保障が、その本来の役割を果たしていくためには、広く関連する分野の取組みを強化し、相互の連携を確保する必要がある。

・ 具体的には

- ①高齢者、障害者、女性が働く意欲、能力を十分発揮できるような雇用システムや、育児・介護と両立し得る雇用システムの確立
- ②高齢者や障害者に配慮した住宅の整備や子どもを持つ中堅層の居住水準の向丘など、住宅対策の充実
- ③高齢者、障害者、子どもたちが共に安全にかつ安心して暮らすことのできるまちづくり、交流の促進、生活や文化の伝承
- ④子どもの自立と創造性を育むような教育の推進に向けて、それぞれの取組みを充実、強化するとともに、関連する省庁間において、不断の情報・意見交換や政策形成に向けての議論を展開し、相互に連携のとれた施策を推進していくことが重要である。

エ 自助、共助、公助の重層的な地域福祉システムの構築

・ 個人の自立を基盤とし、国民連帯でこれを支えるという「自立と相互扶助」の精神を具体化していくためには、地域社会が持つ福祉機能を拡充、強化していくことが重要であり、地域を基盤とし、個人や家庭、地域組織・非営利団体、企業、国、地方公共団体などが各々の役割を果たす、総合的な保健医療福祉システムを確立していくことが必要である。

・ その際公的部門は、地域のシステムづくり、必需的なサービスの確保、インフラ整備、人材の養成確保等について中心的な役割を果たすべきである。また、住民に身近で気軽に安心して利用できる保健医療福祉に関する総合的相談体制や、サービスのネットワーク、地域の情報発信体制を整備すべきである。

・ 公的部門における国と地方の関係については、住民に身近なサービスについては、できるだけ市町村を中心として、一元的、計画的に実施ができる体制に移行するとともに、福祉面での規制緩和を含め、そのための基盤整備を行うことが必要である。

こうしたことにより、今後それぞれの地域の实情に即した創意工夫に基づく多様な施策の展開が図られることとなろう。

・ 地域に密着した総合的・効率的な地域保健医療福祉システムの整備や住民の需要に即したサービスの充実等を図っていく上で、地方公共団体の役割は大きいものがあり、今後その重要性は一層高まっていくものと考えられる。

・ なお、サービスの提供機関については、機動的・弾力的なサービスの確保を図る観点から、民間部門の活用によるサービスの提供を促進していくべきである。

この場合、健全な競争による良質なサービスの確保が図られるよう、サービス内容の評価方法の確立や情報を得られ易くするなどの条件整備を行っていく必要がある。

・ 高齢者の土地、金融資産等の資産は平均的には相当高い水準となっているが、こうしたストックを老後生活にどのように活用するかが課題となる。

・ このためには、公的システムによるサービスに加え、個々人のニーズに即したより多様で高度なサービスが提供できるよう、資産活用型のサービス提供や個々人の多様な選択を可能とする民間サービスの普及育成などの政策支援を行うことが必要である。

・ また、今後、公的活動、市場経済活動のほかに、これらいずれにも属さない地域

における非営利活動が大きく伸びていく可能性がある。

今日、個人の自立的な相互援助活動、ボランティア活動や生活協同組合、労働組合等の非営利団体の地域活動は、地域社会においてきめの細かいサービスを展開するために大きな役割が期待されるものであり、政策的にもこうした地域の非営利活動を第三の分野として明確に位置付け、それらが活動しやすい条件づくりを行っていくことが必要である。

- ・ また、我が国経済社会における企業の役割には極めて大きなものがあることから、企業自身が、地域社会の一員として、育児や介護に対する雇用面での配慮や、社会貢献活動、福利厚生活動などを通じ、福祉面においても、その一翼を担っていくことが期待される。

オ 社会保障の安定財源の確保

- ・ 社会保障の給付や各種サービスは、国民の税金や社会保険料、受益者負担によって賄われている。

- ・ 社会保障需要は、高齢化等に伴う受給者数や利用者数の増大、家族構造や就業構造の変化による介護需要や育児需要の増大、技術革新の進展によるサービスの質的向上などによって、今後大幅に増大していくことが予測される。

- ・ 社会保障制度自体を効率的、安定的なものとしていくための改革努力はもちろん必要であるが、なお増大する社会保障給付費を賄うためには、今後相当程度の負担増が避けられない。

- ・ 特に、今後、高齢人口比率が増大し、若年人口比率が減少することが予測されるなか、現役の勤労世代がこれら高齢・若年人口を支える比率は44%（平成2年）から67%（平成37年）へと上昇していくものと推定されており、国民の負担も相当程度増加していくものと考えられる。

- ・ こうした21世紀の少子・高齢社会を活力ある明るいものとしていくためには、適正な給付を適正な負担により実現するという基本的な考え方に立脚し、安定的な財源確保を図っていく必要がある。

- ・ そのためには、今後の社会保障の給付と負担の具体的在り方について、広範な国民的論議を展開し、コンセンサスを得ていくことが重要であり、国民合意の形成に向けて、必要な基礎的情報を積極的に示していくことが重要である。

- ・ 社会保障の財源構造の在り方については、

- ①租税負担と社会保険料負担の関係については、制度に対する貢献が給付に反映されるという点で、受益と負担の関係が最も明確である社会保険料負担中心の枠組みは、社会保障の対象が普遍化されてきていることなどを考えると、今後とも、基本的に維持する必要がある。

- ②租税財源についても、社会保障給付費の伸びに伴い、今後その増大は不可避であるが、この場合、現行税体系を前提とすると、直接税のウェイトが高いことから税収が不安定なものとなるおそれがあるとともに、所得税負担、保険料負担の増加によって現役勤労世代、特にサラリーマン層の負担が過重なものとなるおそれがある。こうした状況の中で社会保障の租税財源の安定的確保を図っていくためには、世代間の負担の公平やサラリーマン層の負担増の緩和など国民的公平性が確保されるような財源構造の実現を図っていく必要がある。

- ③社会保障需要の増大に伴い、給付費は名目経済成長率を上回る伸びを示しており、受益者負担の在り方についても、税や保険料負担者と受益者のバランスの確保の視点から、低所得者への配慮を加えつつ、社会保障給付の伸びと経済成長との間のギャップ

プを分かちあっていくような、公平な負担ルールの確立が必要である。

3 主要施策の今後の進め方

(1) 豊かで楽しい老後の暮らし

・ 我が国では、これまでともすれば、高齢者は全て低所得であり社会的弱者であるという見方が強く、つくられてきた。また、そうした構図を前提として社会の様々なシステムがつくられてきた。

・ 今後的高齢者は、所得や資産の面ばかりでなく、健康や知識・経験などにおいても、多様な幅のある集団となっていくことが予測される。

・ 今後は、こうした多様な高齢者像を視野に入れて、安易な依存型の社会ではなく、高齢者自身が元気である限りできるだけ自立した生活をおくり、様々な場面で活躍するとともに、自立が困難になったような場合には、これを社会全体で暖かく支援し、高齢者も安心してその支援を受けられるようなシステムをつくり上げていくことが必要である。

また、教育などを通じて次世代に高齢者に対する理解を深めていくことも必要である。

これは、高齢者本人にとっても、また社会全体としても、極めて重要な課題である。

・ もちろん引退後の生活設計の中で、経済的な基盤がしっかりとしていることは欠くことのできない要件である。

老後生活設計の支柱たる公的年金制度の長期安定とともに、より豊かな老後生活に向けて、多様な取組みを進めていくことが重要である。

ア 高齢者が多様で自由なパワーを最大限に発揮できるような環境づくり

・ 豊かでゆとりある高齢者の増加等に伴い、高齢者の行動も地域社会における福祉活動や文化・教育活動にまで大きく広がっていくことが予測される。

・ こうした活動を積極的に支援するため、生涯にわたる多様な自己啓発の機会を確保するとともに、介護、保育などの福祉活動や学校教育などの場において、あるいは地域の文化活動の中で、高齢者の役割をしっかりと位置付け、現役時代と引退後を通じた活躍の場づくりを推進することが重要である。

・ 同時に、地域の高齢者が気軽に楽しく利用できるような社会活動や文化活動の拠点づくりを行うことも必要である。

・ 現役時代をいかに過ごしてきたかにより、高齢者の関心や行動内容、価値観は多様化している。

老人クラブ活動についても、こうした多様な個人に魅力あるものとなるよう、更に工夫をこらしていくことが必要である。

・ 特にサラリーマンとして現役時代を送ってきた高齢者にとっては、一般的に地域社会との結びつきは弱いものがある。現役時代と高齢期とを通じ、地域社会との関係を回復するようなゆとりの時間や機会の増大を図るとともに、企業の福利厚生事業などにおいても、こうした高齢者が孤立感を感じないような生涯を通じた事業を展開していくことが必要である。

・ 今後少子化等による労働力人口の減少が見込まれる中で、社会経済の活力を維持していくためには、元気で働く意欲のある高齢者については、本人の希望に応じ、少なくとも65歳まで、現役として働くことのできる社会としていくことが必要である。

・ 現に60歳台の者の多くは高齢期の仕事に意欲を持っており、こうした高い勤労意欲を現実の雇用に結びつけていくことが必要である。

- ・ このためには、フルタイムを前提にした勤務体系や年功序列賃金といった、若年労働力人口が多かった時代に作られた雇用システムを高齡社会に対応できるよう転換していくとともに、雇用保険などの面においても、高齡者雇用を促進するインセンティブとなるような仕組みに改善していくことが必要である。

また高齡期においても就業を通じて安定・充実した生活を送れるよう、現役時代からの計画的な能力開発を行うことが必要である。

イ 21世紀を展望した公的年金制度の見直し

- ・ 今後も、公的年金制度が国民の生活設計の支柱としてその役割を十分果たしていくためには、制度全般にわたり見直しを行い、公正・公平な制度としていく必要がある。

- ・ その基本的視点は、第一に、人生80年時代にふさわしいものに雇用制度も年金制度も見直していくこと、第二に、将来にわたり年金受給世代と現役世代の給付と負担の均衡を図っていくことである。

- ・ このような観点から、60歳台前半については、65歳以降の年金とは別個の年金とするとともに、21世紀に向けて、高齡者雇用の促進を図りつつ、在職老齡年金を改善するなど、高齡者の就労意欲を促進するような年金制度へと改革していく必要がある。

- ・ また、今後の給付と負担の推移について、広く国民に適切な情報を提供し、給付水準の在り方や計画的な保険料の引上げなど、給付と負担のバランス確保に向けて、国民合意の形成に努力することが必要である。

- ・ さらに、公的年金制度全体を将来の産業構造や就業構造の変化にも対応できる長期的に安定したものとするとともに、制度間の給付と負担の不均衡を是正していくことが必要であり、公的年金制度の一元化を推進すべきである。

ウ 公的年金と企業年金、自助努力の組合せによる豊かな老後の生活設計

- ・ より豊かな老後の生活設計のためには、公的年金を補完するものとしての企業年金や国民年金基金、個人年金などの役割も重要である。

今後その普及育成を図っていくため、欧米諸国の例なども参考としながら、中小企業への普及や、企業間移動の場合への対応のための制度的な工夫や政策支援等を行っていくことが必要である。

- ・ 高齡社会は、高齡者を中心として資産が蓄積されていく社会、すなわち「ストック社会」でもある。

諸外国においては資産担保による有償福祉サービス・年金サービス、資産売却や買換えに対する政策的配慮など様々な制度が設けられているが、我が国においても、個人の土地や金融資産を活用して豊かな老後を実現しやすい社会的な仕組みを整備していくことが必要である。

(2) 一人一人の健康を守る保健医療サービスの充実

- ・ 健康はあらゆる人間活動の源泉である。

生涯を通じて健やかに過ごせるようにしていくことが、国民一人一人にとっても、また活力ある明るい社会づくりや医療資源の効率的使用という観点からも極めて重要である。

- ・ このため、若い時からの健康づくりや病気の予防をきめ細かく支援する地域の保健サービスの体制の充実・改革や保健福祉事業の効果的な展開を図るとともに、高齡化に伴う疾病構造の変化など医療需要の変化に対応した良質で効率的な医療供給体制の整備を進めることが重要である。

- ・ また、医療保険制度については、いざ病気になったときの経済面での不安を解消するという基本的な役割を果たしつつ、新しい時代のニーズに合ったものとして安定化・効率化を図っていくことが必要である。

ア 若い時からの健康づくりや病気の予防をきめ細かく支援する地域の保健サービス体制の充実・改革

- ・ 地域住民に最も身近な市町村を中心として、母子保健や、健康づくり、病気の予防などを進めていくため、これら保健サービスを市町村に移譲し、市町村の保健婦等のマンパワーを強化しながら、市町村保健センターを中核として、福祉サービスとの連携が確保されるような体制への改革を図る必要がある。

また、都道府県においては、保健所を中核として、専門的・技術的な業務の実施や小規模町村などへの支援の役割を果たすことが必要である。

- ・ 国民の健康づくりへの意識は高い。

定期的に自らの健康をチェックし、健康管理に気をつけるとともに、気軽に健康づくり活動ができるよう、健康診断、人間ドックなどの普及拡大や受診率の向上を図るとともに、例えば運動施設や温泉療法などもメニューの中に取り入れるなど、国民一人一人が利用しやすい保健福祉事業を展開することが必要である。

- ・ 健康管理に際しては、専門家の診断や助言が不可欠である。

住民にとって身近な存在である開業医や薬局が、地域住民一人一人のライフステージに応じて、相談に応じ、また、きめの細かいサービスを提供していくことが重要であり、「かかりつけ医」や「かかりつけ薬局」などの普及定着を促進していくことが必要である。

- ・ 寝たきりや痴呆のかなりの部分は、早期発見・早期治療により相当程度の予防が可能であり、またリハビリテーション等の適切なケアを早期に提供することによってその悪化を防止していくことができるといわれている。

寝たきり老人ゼロ作戦など、予防に向けた取組みの裾野を広げていくとともに、人間らしい、より快適な老後を迎えることができるよう、壮年期からの継続的・総合的な健康支援策や、職場における健康づくりなどを推進していく必要がある。

- ・ 健康情報・知識に関する国民の関心が急速に高まっている。

健康状態や検診結果をカードに入力し、一人一人が管理しながら、医療機関や保健所などで活用できるようにする「健康カード」の導入促進など、健康情報基盤の整備を進める必要がある。

- ・ また、国民が医療機関を正しく選択し、医療機関側も必要な情報を提供していくことができるよう、医療機関に関する国民への情報提供を更に拡大していくことが必要である。

- ・ 健康増進施設や会員制健康管理サービスなど、民間の健康産業が成長しつつある。

質の良いサービスが提供できるようなガイドラインの策定など、健康産業の健全な育成を支援していく必要がある。

イ 医療需要の変化に対応した効率的な医療体制の確保

- ・ 国民皆保険の達成以降、国民の医療需要が増大しつつあり、今後も高齢者を中心として更に増加することが見込まれる。

一方、こうした過程において、疾病構造も、急性疾患中心から慢性疾患中心へと大きく変化している。

- ・ 病気をせずに暮らせることが最も望ましいものであることは言うまでもないが、

高齢者の場合、慢性疾患を中心に何らかの形で病気と関わっていかざるを得ないのが現実である。

病気と共存し、その生活の質にも配慮したような高齢者へのケアの在り方が確立される必要がある。

- ・ こうした高齢者を中心とした医療需要の変化に対応し、医療施設の機能の体系化、在宅医療の推進を図るとともに、高齢者の特性に即した保健・医療・福祉の総合化（包括ケアシステムの整備）を推進することが必要である。

- ・ 一方、医療供給面においては、今後の医師数については高い伸びが予測され、高齢医師の引退状況やゴールドプランの進展に伴う長期入院患者の減少などの動向によっては、将来において医師が過剰となる可能性もある。

病床についても、施設、在宅サービスの拡充に伴い、過剰傾向が強まるおそれがある。

- ・ こうした状況に対応し、医療の需給バランスの適正化を図っていくことが重要であり、地域医療計画や医師需給の見直しに基づいて、医療機能の体系化や、病床、医師、看護婦等の需給バランスの確保を図っていくことが必要である。

- ・ その際には、国民の医療需要の変化や多様化に対応し、在宅ケアやかかりつけ医機能、寝たきり・痴呆対策、更にはターミナルケアなど幅広い分野における様々な取組みを推進し、国民ニーズに即した医療供給が実現されるよう配慮することが必要である。

ウ 医療の質的向上とこれを支える医業経営の効率化、健全化

- ・ 医療の質の向上のためには、医療施設設備の近代化や患者の療養環境等の改善、資質の高い人材の養成確保が不可欠である。

また、現在、国民が脅威を感じているガンの克服やエイズ、痴呆の予防、治療法の確立などに向けて、基礎的な研究開発や実践的な応用研究を促進する必要がある。

こうした医療施設設備の整備や、人材養成、基礎研究の推進などをインフラ的医療資源整備としてとらえ、保険財源の活用も含めた公的投資の拡大を図っていく必要がある。

- ・ 医療は、人と人とのふれあいの中で全人的なサービスとして提供されるものであり、これにふさわしい資質を備えるとともに、医学・医療の高度化・専門化等に対応し得る人材を養成していくことが必要である。

このため、大学医学部や附属病院等における教育機能の充実、教育課程の改善、卒後臨床研修や生涯学習の充実などにより、国民が安心してその生命を託すことができるよう、医師、歯科医師、看護婦等医療スタッフの質の向上に努める必要がある。

- ・ 医療内容について十分に説明を聞いた上で治療を受けたいと考える者が多くなっている。

こうした患者の自己決定の意識を尊重することが、医師と患者の信頼関係を強め、ひいては医療の質の向上にもつながるものであると考える。

- ・ また、病院機能を第三者機関が客観的に評価し、これを医療の質の向上につなげていくようなシステムの確立が求められる。

- ・ 良質な医療を安定的に供給していくためには、健全かつ効率的な医業経営が確保されることが必要である。

このため、医業経営の多角化や入院目数適正化などの医療の効率化を進めるとともに、医療機関運営のための資金調達の方法や経営主体の在り方について検討する必要がある。

- ・ 良質な医療を支える重要な要素として、医薬品や医療機器の研究開発も大切である。

ことに慢性疾患が増えていく中で患者の生活の質を確保していくことが重要であり、こうした見地からの研究開発の促進が必要である。

エ 病気になった時の経済面の不安を解消する医療保険制度の安定化・効率化

・ 付添いの経済的負担は、患者本人やその家族にとって、入院に伴う最大の経済的不安であり、その解消は現下の緊急の課題である。

今後とも時代のニーズに見合った医療保険の給付の重点化を進め、病気になった時の経済面の不安の解消という医療保険制度の本来の役割が十分に果たされていくことが必要である。

・ 一方、患者ニーズの多様化・高度化に対応して、医療サービスの質の向上や、療養環境などの面での患者選択の機会の拡大などが求められている。

・ こうした課題に適確に対応し、公平で効率的な医療資源の配分を確保していくためには、不合理な保険外負担の解消を図りながら、サービスの種類や内容に応じ、財源（保険料、税、患者負担）の適切な組み合わせを実現していくことが重要である。

・ また、医療需要の変化や医療技術の進歩などに対応して、在院日数の適正化、在宅医療の推進など医療資源の配分の効率化、多様化を促進するとともに、医療の高度化や質の確保にも対応し得る診療報酬体系の確立が必要である。

・ 今後とも、国民誰もがいずれかの保険制度に加入し、安心して医療を受けられるようにしていくためには、こうした体制の基盤的役割を果たす国民健康保険の適正な運営と長期的安定を確保するとともに、制度間・保険者間の給付と負担の公平を図り、国民に信頼される医療保険制度を確立していくことが必要である。

・ 年金制度同様、医療保険制度もまた、若い世代の負担が高齢者の医療を支える、いわば世代間の所得再分配の機能を持っている。

今後高齢者を中心として医療費の増大が見込まれる中で制度の安定的運営を確保していくためには、世代間の負担の公平性確保の視点も重要である。

・ 患者の多様なニーズやアメニティに対応するものとして、公的医療保険の役割を補完するものとしての秩序ある民間保険の育成普及を図っていく必要がある。

(3) いつでもどこでも受けられる介護サービス

・ 老後生活に関する国民の不安の多くは、経済面よりもむしろ寝たきりや痴呆となった時の介護の問題にある。

・ 寝たきりや痴呆といった状況は、程度の差こそあれ、誰にでも起こり得るものであり、こうした状況を社会の必然としてとらえ、そこに不安のない社会を築いていくことが、安心できる福祉社会づくりの大きなポイントである。

・ 現在、介護サービスについては、そもそもサービス量が十分でないこと、提供機関や利用手続きについての情報を得にくいこと、保健・医療・福祉にまたがるサービスの中から個人のニーズに最もふさわしいサービスを選択することは容易でなく、また、サービス内容が画一的であること、ニーズに対応する多様な民間サービスの健全な発達が必ずしも十分ではないこと、などの問題がある。

・ このため、現在のゴールドプランについて、その後の状況の進展も踏まえた見直しを行うとともに、これを基盤として、国民誰もが現実に必要なサービスを身近に手に入れることのできるようなシステムの構築に向けて、関連諸分野も含め、総合的な介護政策を展開する必要がある。

ア 新ゴールドプランの策定

- ・ 高齢者保健福祉推進10カ年戦略（いわゆる「ゴールドプラン」）については、策定時、自治体をはじめ関係方面に大きな反響をもたらし、国、都道府県、市町村そして保健福祉関係者が一体となって施策の企画推進に当たる重要な契機となった。
- ・ 現行ゴールドプラン（10年計画）については、ほぼその折り返しの時期にさしかかっているが、地域のニーズに応じた自治体の老人保健福祉計画もほぼ出揃いつつあること、ゴールドプラン策定後、訪問看護や福祉用具の普及拡充など新たな事業が展開されつつあることから、早急にその見直しを行う必要がある。
- ・ 見直しに当たっては、今後の高齢者の介護ニーズの増大・多様化に 대응していくため、施設サービスと在宅サービスを通じて目標水準の思い切った引き上げを行うとともに、
 - ①保健・医療・福祉を通じた利用者本位のサービスの提供
 - ②高齢者の残存能力を活かしつつ、可能な限り在宅で自立した生活が送れるよう高齢者を支援していくサービスの提供
 - ③高齢者の生活の継続性や快適性を尊重していくための施設の療養環境の整備
 - ④高齢者の自立した生活の基盤となる住宅対策、まちづくりの推進
 等の視点に立った総合プランとしての新しいゴールドプランを策定し、その積極的な推進を図ることを通じて介護の安心基盤の緊急整備を図っていく必要がある。

イ 21世紀に向けた介護システムの構築

- ・ 介護を要する高齢者が増大する21世紀に向けて、上記新ゴールドプランによるサービス提供基盤の緊急整備を進めつつ、「国民誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるシステム」を構築していく必要がある。
- ・ その際、介護問題は、福祉のみならず、医療、年金など社会保障の各分野にまたがる問題であることから、介護に着目した社会保障全般にわたる再点検を行い、施設でも在宅でも高齢者の状態やニーズに応じて必要なサービスを等しく受けられるような介護システムを構築していくことが必要である。
- ・ その際、基本的視点として、以下のような点が重要であると考えられる。
 - ①医療・福祉などを通じ、高齢者の介護に必要なサービスを総合的に提供できるシステム
 - ②高齢者本人の意思に基づき、専門家の助言を得ながら、本人の自立のために最適なサービスが選べるような利用型のシステム
 - ③多様なサービス提供機関の健全な競争により、質の高いサービスが提供されるようなシステム
 - ④増大する高齢者の介護費用を国民全体の公平な負担により賄うシステム
 - ⑤施設・在宅を通じて費用負担の公平化が図られるようなシステム
- ・ こうしたシステムを構築していくに際しては、高齢者とともに障害者に対する介護の在り方についても検討し、障害者の自立と社会参加に役立つような方向でシステムの展開を図っていくことが必要である。
- ・ なお、関連して、例えば、義理の父母の介護を行った者などについても相続上一定の評価がなされるような検討も、今後必要であろう。

ウ 介護を支える多様な人づくり

- ・ 今後若年労働力人口の減少が見込まれる中で、介護に携わる熱意と能力のあるマンパワーの確保を図っていくことは、介護システムの構築と並び、介護の安心基盤づくりのための最も重要な要素である。
- ・ その中でも中核となる福祉施設職員やホームヘルパー・看護婦などの専門職員に

については、今後とも必要に応じ勤務条件の改善を進めるとともに、研修の充実、人材の積極的登用、施設間の人事交流など、意欲と能力が評価されるような魅力ある職場づくりの工夫をこらすことが必要である。

- ・ また、社会福祉士や介護福祉士の積極的養成に努め、これらの者が福祉施設や在宅サービスにおいて中核的存在となっていくような環境づくりを推進する必要がある。
- ・ 更に、子育てを終えた女性や企業で事務経験を積んだ者など、希望者に対し、研修や再訓練、職業斡旋を行い、潜在的なマンパワーの積極的な発掘に努めるとともに、人生経験の豊かな高齢者が、地域社会において、一定の役割を果たすような環境づくりを推進すべきである。
- ・ 以上のような専門職員の確保とともに、柔軟できめの細かいサービスが展開される奥行き深い福祉社会づくりを推進していくためには、それぞれの役割を明確にしつつ、ボランティアなど地域住民の積極的な参加を促進していくことも重要である。
- ・ そのためには、専門的知識・技術の集積である福祉施設などを拠点として、ボランティア、非営利団体、企業、地域住民などとの交流を促進するとともに、様々な地域活動を結び付ける情報ネットワークなどのノウハウの提供や技術研修などの基盤整備を進める必要がある。
- ・ また、学校教育のプロセスにおけるボランティア体験など、できるだけ若い世代のうちからの社会参加体験を推進するとともに、入学試験や入社試験におけるボランティア歴の評価など、社会全体としてこうした活動を評価するシステムづくりを進めていくことが必要である。
- ・ 更に、厚生年金基金・健康保険組合などの福祉事業活動や、生活協同組合、労働組合や農業協同組合などの福祉活動の多様化・活性化、企業の組織的な社会貢献活動への取組みに向けて、環境を整備していくことも重要である。

エ 仕事と介護が両立し得るような雇用システム

- ・ 公的介護システムの充実とともに、家族に囲まれた温かい介護環境をつくっていくためには、これを支援する雇用システムをつくり上げていくことも欠くことのできない重要な課題である。
- ・ 現在、介護休業については、8割強の会社で制度がなく、また、中小企業ではその普及が遅れているのが現状であり、早急にその法制化問題の検討を進めるとともに、介護のための勤務時間の短縮等を行う企業に対する支援など、仕事と介護の両立支援策を推進していく必要がある。

4 社会保障の負担の在り方

(1) 社会保障給付と負担の将来規模

- ・ 21世紀の高齢化のピークを展望しつつ、今後の社会保障の給付との見合いで負担規模をどの程度までとすることが適当か、経済成長や政策的選択要素を含め、いくつかの選択肢が考えられる。(別紙)
- ・ 今後の社会保障給付と負担の具体的な在り方を決定するに当たっては、国民的論議と国民的選択が行われることが必要である。

この場合、活力ある高齢社会の実現を図るためには、自立と連帯精神を基礎として国民の誰もが応分の負担をしていくことが必要であり、適正な給付を適正な負担によって実現するという基本的考えに立って努力していくことが重要である。

(2) 社会保障の財源構造の在り方

- ・ 高齢化等に伴う社会保障需要拡大に伴い給付費は名目経済成長率を上回る伸びを示しており、社会保障給付費の伸びと経済成長の間のギャップを、税、保険料負担者と受益者との間で分かち合いつつカバーしていくという基本ルールの確立が必要である。
- ・ なお、社会保障は国民の基礎的ニーズに対応することを旨とするものであることから、基礎的なニーズ以外の国民の多様・高度なニーズの充足のための費用については、各人の負担により賄われるべきである。
- ・ 租税負担と社会保険料負担の関係については、既に述べたとおり、社会保険料負担中心の枠組みは基本的に維持する必要がある。
- ・ 社会保障の租税財源について、安定的な財源確保を図るという観点から、また、サラリーマン層の過重な負担を国民全体で分かち合うことにより緩和するという観点から、国民的公平性が確保できるような財源構造の実現を図っていく必要がある。
- ・ なお、こうした税負担の在り方に関連して、福祉財源として目的税を導入することについては、財政制度全体との関わりでどう考えるかという問題のほか、福祉財源の確保という観点からみて、一定の財源が確実に確保されるというメリットがある反面、社会保障給付費は、今後急速な伸びが見込まれることから、社会保障給付費の伸びに対応した税負担の増加を図っていく必要があること、
税金が落ち込んだり、社会保障給付費が税金を上回る伸びとなった場合には、社会保障の給付やサービスが制約されるおそれがあること、
などの問題があり、慎重な対応が必要である。
- ・ なお、今後社会保障に必要な租税負担については、一般税金の伸びを上回って伸びていくことが見込まれることから、その安定的確保を図る見地から、間接税の増収措置が講じられる場合には、その一定程度を社会保障の経費に充当するといった考え方についても検討に値するものと考えられる。
- ・ その際、間接税金を社会保障のどの部分に充てるかということについては、財源の規模や性格、国民的合意が得られやすいかどうか等の点に留意して考える必要があるが、当面の方向としては、緊急の課題である介護対策の充実等に充てていくことが適切であろう。
- ・ いずれにせよ、今後の少子化・高齢化の進行や経済社会の変動に対応した社会保障の安定的な維持発展を図っていくためには、社会保障財政について中長期的な見通しを樹立し、一定期間ごとに見直すことにより給付や負担ルールの改定を行っていくような仕組みを検討することが必要であろう。

5 社会保障施策を実施していくに当たっての留意点

(1) 国民の自立と自己決定、主体的参加の促進

- ・ 今後の福祉社会の基本的在り方としては、国民の自立の精神を基盤とし、様々な局面において自らの決定により自己の価値の実現を図っていくような土壌づくりと、これを支える社会的な基盤の整備が必要である。
 - ・ また、同時に、福祉を真に国民自らのものとしていくため、国民自らが主体的に福祉活動に参加し、関わっていくという方向に向けての意識改革が必要であり、政策的にこれを促進するような条件づくりや、社会の側でもこれを評価するようなシステムづくりを行っていく必要がある。
- 今後こうした方向に向けて、全国民的な運動の展開なども考えていく必要がある。

(2) 総合相談体制の確保等国民に身近で利用しやすい社会保障サービスの推進

- ・ 社会保障のサービスのメニューやこれに関わる相談窓口は多岐に及んでいるが、サービスの存在や利用方法が分からないために、サービスを利用していないものも多い。
- ・ 社会保障のサービスを真に国民に身近で利用しやすいものにしていくためには、誰でもそこへ行けば子どもや高齢者などへの福祉の情報がたやすく得られるといった総合的相談窓口、コーディネーターの確立や、情報のネットワーク体制整備を図り、サービスへのアクセスを改善していくことが必要である。
- ・ また同時に、様々なサービスを利用する者の立場に立って、できるだけわかり易い用語を使うといった配慮が大切である。

(3) 社会保障分野における国際貢献の推進

- ・ 今日我が国は、保健医療・福祉などの社会保障の分野において高度な技術やノウハウを有しており、人材の養成・研修や専門スタッフの派遣、施設・設備や機器の援助などを通じ、これらの面で支援を必要としているアジアなど他の国々と協力していくことが、国際社会の一員としての責務を果たすことであり、国際貢献にも叶うものと考えられる。
 - ・ また、欧米諸国等の高齢化先進国においては、年金、医療、介護政策など、共通の課題を抱える国も少なくない。
- これら同種の状況にある各国との共同プロジェクトを展開していくことも、今後の我が国及び世界各国における社会保障の発展のために有益である。
- ・ 更に、国際間の人的交流が盛んになるに伴い、年金制度の適用と給付の在り方等調和のとれた社会保障制度の確立が課題となっており、国際年金通算協定の締結促進など、国際化時代にふさわしい社会保障制度としていくことが必要である。

(4) 適度な経済成長と物価安定、雇用安定への努力

- ・ 社会保障は、毎年の経済成長の成果を社会的に配分していく仕組みであり、こうした機能を安定的に持続させていくためには、適度な経済成長を実現するための経済政策の推進が重要である。
- ・ また、高齢社会は一面ストック社会でもあることから、資産収入による安定的な生活が確保されるためには、物価安定のための政策努力が極めて重要である。
- ・ 雇用と社会保障は、国民生活安定のための二本柱である。これらが相互にその役割を果たしながら生活の安定基盤を形づくっていくことが重要であり、雇用の安定に向けて努力を傾注していくことが必要である。

おわりに

- ・ 国民福祉、特に社会保障制度の在り方は、国民一人一人の生活設計に深く関連するとともに、将来の世代の生活にも大きな影響を及ぼすものである。
 - ・ したがって、社会保障制度改革に当たっては、長期的視野に立って広く国民に選択肢を示し、その広範な論議と合意を得ていくことが重要である。
- 国民の間にも参加と選択を求める意識が高まっている。
- ・ 政府としては、国民に対し判断のよすがとなる社会保障の現状や将来の見通しに関する適切な情報を提供するよう努めるとともに、国民的論議と合意形成を基盤とするプロセス重視の社会保障制度改革を行っていくことが必要である。
 - ・ 同時に、スムーズな制度改革を進めていくためには、政府に対する国民の信頼感

が確保されることが不可欠であり、そのためには、行財政機能の一層の効率化等に向けて、絶えざる努力を行っていくことが重要である。

目次

はじめに（21世紀へのグランドデザイン）

1. 社会保障の展開
 - （1）国民生活と社会保障
 - （2）国民経済と社会保障
2. 21世紀に向けての社会保障の基本的な考え方
 - （1）新しい合意と期待
 - （2）家族政策・男女平等と社会保障
 - （3）看護・福祉人材の確保
 - （4）施設整備の促進
 - （5）社会保障の財源の確保
 - （6）国・地方の役割分担
3. 21世紀へ向けての社会保障各制度等の見直し
 - （1）保健、医療、福祉サービス保障の基本的あり方
 - （2）医療保障と医療供給体制の整備
 - （3）介護保障の確立
 - （4）所得保障の充実 ※
 - （5）子どもの健全育成と女性の就業支援 ※
 - （6）60歳以降の就業支援 ※
 - （7）障害者の就業支援 ※
 - （8）住宅対策等の拡充 ※

おわりに（社会保障の国民理解）

※印の項目は省略

はじめに（21世紀へのグランドデザイン）

0-1 20世紀最後の四半世紀、世界各地で大きな社会変動が起こった。自由を制限され、あるいは資源配分の効率性が劣る経済社会の多くはゆらぎ、相次いで活気や安定を失った。社会保障制度も同様であり、人権への配慮、不公平・格差の解消、資源の効率的な配分を考えない社会保障制度は行き詰まる。

0-2 日本においては戦後50年、新憲法に支えられ、社会保障制度審議会の1950年勧告を基に、年金、医療、福祉等という分野に大別される社会保障制度は、経済成長もあってそれぞれ制度ごとに発展、充実してきた。国民皆年金、国民皆保険という目標が掲げられ、国民全部を対象として制度的には世界的にトップレベルまで達している分野もある。社会保障制度は日本の社会の安定的な発展に大きく貢献してきたといえる。

0-3 21世紀には高齢者1人に現役世代2人子ども1人という社会になる。その中ですべての国民が等しく、かけがえのない個人として互いに尊重し合い、その生涯を自らの選択に基づいて、生き生きとして安心して暮らせるような社会にしなければならない。また、

すべての国民が地域での主役としてその役割を担い、自己責任と他者への思いやりを持つ自立と連帯の社会でもなければならない。

0-4 さらに、女性の就業や社会参加が広がり、経済社会の活力を維持する上で女性が一層重要な役割を果たす社会であり、また、次世代を担う子どもにもあたたかいまなざしがより一層注がれる社会でなければならない。こうした状況に対応し、男性と女性がそれぞれの能力をいかし、仕事と家庭、ことに育児や介護を共に担いながら福祉社会を築いていくことが大切である。

0-5 21世紀前半における人々の生活の将来像を描けばこういう形になるだろうか。

家族の姿は以前とずいぶん変わった。両親がいて夫婦がいて子どもが大勢おり、夫だけが外で働き、妻が家事をするという家庭はなかなか見られない。高齢者夫婦だけ、高齢者1人だけという家庭も増え、夫婦が2人とも働いている家庭も多い。家族の人数も少なくなった。外で働く女性が増え社会の大きな力になっており、出産・育児支援政策も充実しているので、子どもを生み育てやすい環境になった。

ほとんどの人は60歳台前半まで働いており、その後も引き続き元気で働いている人もいる。それは男性に限ったことではなく、女性も同様である。引退した場合でも、多くの人は現役時代の能力を生かして週に何日か社会的、経済的な活動に参加している。ボランティアとして社会参加や高齢者の介護をしている人もいる。年齢が高くなっても、現実の社会の一員として活動を続けているというべきであろう。病気や障害を持つ人達でも、急な病気はともかく慢性の状態のときは在宅で介護を受ける人も多い。この頃には病院や施設は十分整備されており、病院や施設で介護を受けるか、ホームヘルパーや訪問看護などを利用しながら自宅で介護を受けるかは、病気や障害の程度、家族の都合も考えて利用者自身が選べる。年金、医療、福祉等についてわからないことは身近で相談できる体制になっており、あちこちと駆け回らないでも対応してくれる。何よりも現役世代もこんな様子を見聞きして社会保障制度を身近なものと考えようになっているから、将来についての不安を持たないですむし、その負担についても理解が得られている。

0-6 20世紀後半の社会変動を受け、社会保障制度をこうした21世紀の大きく変化した社会に向けて改革していくためにはなすべきことが多い。第一に大事なことは、すべての国民が社会保障の心、自立と連帯の気持ちをより強く持つことである。社会保障制度には元気な人が病気の人を、働いている人が働けない人を助けるというような同じ世代の中での助け合いや、年金制度のようにかんりの部分を後代の負担に委ねる世代間の扶養もある。しかし、ほとんどの国民が長寿を全うする社会では、貢献する世代は、順送りに次の時代にはそれを受ける世代となる。長く続く社会連帯が社会保障制度の基本である。しかも、連帯とは頼りもたれ合うことでなく、自分や家族の生活に対する責任を果たすと同じように自分以外の人にも思いやりを持ち、手を差し延べることである。それだけに、高齢者も

できる限り自分のことは自分でできるよう、健康、生活の確保に努めることが若い世代の理解につながる。

0-7 第二は不安への対処である。今、国民の中で、高齢者はもちろん、若い世代までが漠然と将来に不安を感じている。高齢者はこれから先の生活と、それが損なわれたとき誰が面倒を見てくれるかと不安である。若い世代は高齢者が増え、それらの負担で大変なことになるのではないかと心配している。そこで、社会保障制度が何をどこまでみるか、その範囲、費用をはっきりさせ、国民の理解を得ることが必要になる。

21世紀の長寿社会を考えたとき、社会保障制度の大枠として、現役世代の実質所得とバランスの取れた安定的な公的年金制度、健康の自己管理や先端の技術・考え方も取り入れつつ資源の効率的な配分に資する医療保険制度、介護や子育ての支援にも力を入れ、より充実した福祉の諸施策が核となる。そして社会保障制度の実効をあげ、安心して暮らせるため、住宅、まちづくりなど、従来の枠を超えて社会保障施策の対象を広げることも肝要である。

これらの具体化のためには、今後の高齢化の進展を考慮しただけでも費用がかかる。それについては国民の合意が必要である。国民所得に対する社会保障費の比率でみれば現在の水準をかなり超えるだろうが、それだけに資源配分を適切にし、社会保障制度を効率的なものにしなければならない。

0-8 第三には、供給側の意向でなく、利用者、国民の必要に応じた社会保障制度の展開が図られなければならない。社会保障制度は利用者を一つの型でとらえて対処するものだといった考え方は変える必要がある。利用者が、健康状態、生活環境、収入、家族の状態など様々に異なる要素を持っていること、気持ち・意思にもいろいろあることを念頭に置かねばならない。しかも利用者が自分で選択したサービスを受けられ、かつ、公平性を確保することが大事である。このように社会保障の主体が国民であることをはっきりさせ、社会保障制度への信頼を築いていかななければならない。

0-9 第四に、社会保障制度が、それぞれの分野で制度ごとに発展してきたため、分野間・制度間で、施策の重複や空白が生じてきており、その調整が求められている。しかも、従来のような施設での対処より在宅での対応を希望する人々の気持ちを踏まえて社会保障を考えると、従来の分野ごと、制度ごとでは対処しきれない。縦割りの制度を超えて、地域住民の立場に立った現場での総合的対処が必要になってきている。

高齢者や障害者などの在宅介護という問題一つをとってみても医療、年金での対応、ホームヘルパーの派遣や、訪問看護制度の有無、そして住宅の様相、家族の働いている状況などを踏まえて、各制度、関係者が第一線で有効に機能して初めて成果があがる。社会保障制度全般にわたって、こうした視点での見直しが今必要である。

0-10 高齢者の増加をもたらしたのは基本的には長寿化であり、喜ぶべきことである。豊かな経験と知識を生かせれば生き生きとした社会も夢ではない。高齢者にとっても老後の期間がずっと長くなっ

て、その間、社会とかかわりながらどう生きるかという自覚が大事になってきている。しかし、年をとるにしたがって病気、障害の増加の傾向があり、全体として社会保障の費用は増えざるを得ない。さらに低出生率、少子化の傾向から現役世代の比率が減り、負担が増加する。これを越えて社会保障制度を再構築しなければならない。しかも、日本の経済社会は、経済運営に対する海外からの厳しい要求、地球的規模での人口・環境問題をはじめ、先進国として果たすべき役割も増えており、かつてのような高度成長を基軸に考えることはできない。

0-11 しかし、社会保障制度が日本の経済社会の大きな柱であり、経済発展に欠くことのできないものであることを国民が理解・合意し、諸制度を効率化していきさえすれば、日本の経済社会には社会保障制度を安定的に維持発展させる力はある。21世紀に向けての準備は、そのまま本格的な福祉社会実現への道である。21世紀に向けて、今から基盤整備を積極的に推進するなど、社会保障制度の基本となるものへの投資を強化しなければならない。困難ではあるが、みんなのものをみんなで作っていくのである。さらにそうした社会保障制度の改革は、新しい社会秩序をつくるための構造的な変革と考えて早急に断行すべきである。

1. 社会保障の展開

(1) 国民生活と社会保障

1-1 わが国の社会保障制度は、戦後大きな発展を遂げ、すべての国民が「健やかで安心できる生活」を送る上で不可欠な存在となっている。公的年金は、高齢者が貧困に陥ることを防ぐというだけでなく、退職後の生活水準が現役時代に比べて急激に下がることを防ぐ役割を果たしており、高度医療をも対象とした医療保障の制度は、国民の健康を保持する上で欠くことができない。

1-2 制度創設時には予期されなかった豊かな社会の中で、社会保障制度においても「生活の質」に対する配慮が大事になってきている。医療保障の場では、疾病の治療や延命だけでなく、患者のクオリティ・オブ・ライフが尊重されなければならない。また、療養生活における快適性への配慮も必要である。さらに、社会福祉施設における個室化など、社会福祉施設を収容の場から生活の場へと転換を図らねばならない。

1-3 わが国の保健医療や年金は、他の先進諸国に比べても遜色のない水準に到達しつつあるといえる。しかし、社会保障制度の中でも高齢者・障害者の介護や育児などへの支援は、年金や医療に比べて著しく遅れており、今後の人口高齢化・少子化の中で、この分野での施策の充実に重点的に取り組むことが大切である。

1-4 低出生率がこのまま続くと、労働力人口の減少や予想以上の高齢化などの問題が心配される。結婚や出産は個人の自由な選択に属する事柄であるが、社会保障制度としても子どもを生み育てたいとの願いに対する障害を取り除き、育児環境の整備を支援すべきであ

る。

1-5 子どもの数が減少し、子育て後の期間が長期化したこと、高学歴化を背景に女性の職業に対する意識が変化したことなどにより、女性の生涯に占める就業の位置づけが重みを増している。中長期的にみて労働力の供給が制約される傾向が女性労働に対するニーズを一層強めていくことも見込まれる。

1-6 高齢化はどの地域にも共通した検討課題をもたらすとともに、地域によって異なった問題をもたらす。例えば、過疎地域においては働き盛りの年齢層が減少する中で高齢化が進展し、誰が高齢者を支えていくかということが深刻な問題となる。一方、大都市地域における今後の急速な高齢者の増加は多くの施設を必要とするが、その整備に必要な土地確保が難しいため、施設不足という問題を顕在化させることとなる。これらの問題についても特別の配慮を払わなければならない。

1-7 高齢化というと、従来、負担増加などの消極的側面のみが強調されがちだが、豊かな経験と知識を持った元気な高齢者が社会に参加・貢献することができるという積極的な側面をも重視しなければならない。

1-8 成人病の増加など疾病構造の変化に伴い、予防にも重点を置き、自分の健康は自分で管理するといった健康観を国民の中に定着させることが重要である。また、人間の尊厳とのかかわりで終末医療のあり方についても国民の間で認識を深める必要がある。

1-9 寿命の伸長により老後の期間も長期化し、ライフサイクルにおける就業からの引退時期や引退後の生活についての考え方が変化してくる。老後の20年、30年をどう過ごすか。長期間の生き方や生活の仕方については個人差が大きいし、また経済的にも多様な高齢者が生じつつあるので、これら的高齢者を画一的に扱うことはできない。

1-10 核家族世帯が多数であることは依然として変わらないが、若・中年単独世帯、ひとり親世帯、高齢者夫婦世帯、高齢者単独世帯など、世帯の多様化が進んでいく。このような趨勢を踏まえ、わが国の社会保障制度は、特定の家族形態を前提としたものから多様な家族形態を許容するようなものへと転換を遂げるべきである。

1-11 家族形態の多様化、小規模化、さらには共働き世帯の増加などにより、家庭内の役割分担や老親扶養に対する考え方も多様化していく。家庭での介護や育児の力が弱まり国民の間に社会保障制度に対する期待が高まっていく。女性の就業者が増加し、就業期間も長くなるにつれ、妻は家庭内に留まり夫に扶養されるのが一般であった家族の姿が変化しており、このような家族の姿を前提とした社会保障・税制などの社会制度を見直すべきである。

1-12 転職に対する意識の変化、パート労働者や派遣労働者の増加など雇用形態の多様化が進みつつあり、主として常用男子労働者を念頭において構築されたこれまでの社会保障制度は再編されなければならない。

1-13 個人の自立を重視する傾向が今後ますます強まっていくと考

えられる。今日では男女を問わず生涯を通じて職業を持つことは一般的になっており、経済的にも自立する女性が増えてきている。このような変化及び労働市場の構造変化に対応して社会保障制度も世帯単位中心のものから、できるものについては個人単位に切り換える必要がある。

1-14 自立した職業人として自分の能力を向上させていきたいという意欲を持ち、生涯にわたりその能力を発揮することを求める人達が多くなっていくと考えられる。専門的職業能力の向上や労働市場において広く通用する能力を身につけることがますます必要になっていく。専門的職業能力を獲得するよう努めることは、出産・育児・介護等で一時期家庭に入った女性が再び就業を目指す場合にも重要である。

1-15 雇用形態の多様化にみられるように会社中心の生活様式が変化し、労働市場の流動化が進むと、社会保障制度として取り組むべき課題も多い。社会保障制度が労働力の自由な移動の妨げにならないよう、例えば、転・退職によって企業年金などが著しく不利益とならないような措置を講じなければならない。また、企業内福利として実施されているものの中で社会保障制度に取り込むべきものも少なくない。

1-16 国際社会における相互依存関係が強まり、国境を越えた企業活動や人の移動が今後さらに増加していくものと考えられる。こうした事態を踏まえ、相互協定などを通じて、社会保障の国際調整を積極的に図るべきである。

1-17 外国人居住者に対する社会保障制度の適用は、中長期的には、社会保険料の徴収などを通じてすべての人に適用されるようにすることが基本である。また、緊急性を要する問題として、救急医療に関しては短期滞在などの外国人に対しても何らかの救済措置が採られるべきである。

(2) 国民経済と社会保障

1-18 社会保障制度の整備・普及、さらには高齢者の増加などで、社会保障制度は現在では国民すべての生活にかかわり、国民経済から影響を受けるとともに国民経済に影響を及ぼす大きな存在となり、国民経済と社会保障制度は頼り頼られる関係に入った。

1-19 中長期的にみた日本経済の課題は、急速な人口構成の高齢化、経済活動の国際化、地球環境問題の広がりなどが進む中で、内需を中心とした持続的な経済成長と物価の安定を図りつつ、国民一人一人が生活の豊かさゆとりを享受できるよう、生活者消費者重視の規制緩和、女性や中高年者の雇用機会の拡大、住宅・生活環境資本の整備と並んで、社会保障の充実を積極的に推し進めることである。

1-20 社会保障への経済・財政面からの批判的関心が高まり、ともするとその意義や機能を過小評価する傾向がある。今後も社会保障の充実及び財源の調達に当たっては国民経済との調和を図らなければならないが、社会保障が国民経済の安定・発展に貢献する側面も積極的に評価すべきである。

1-21 社会保障制度は所得再分配などの機能を通じての総需要の安定や、年金積立金などによる長期的投資資金の確保による経済成長の基盤提供などに寄与してきた。長期的にみればこうした社会保障の経済的役割が減退することは考えられない。

1-22 所得保障の充実が労働意欲を阻害するともいわれるが、それについては賃金・年金の合理的な調整、企業年金・退職一時金の見直しなどで対応策を考えていくべきである。

1-23 公的年金の充実が貯蓄動機を減退させるといわれる。しかし、多くの勤労者にとっては公的年金があるから退職後の生活設計ができるのであり、より豊かな生活のためには貯蓄が必要なことがわかってくることも無視してはならない。

1-24 高齢化が進む中での社会保障の充実は国民に負担の増加をもたらすが、国民経済との調和を図るためには、負担の求め方は、社会保険料・租税のどちらの場合であれ、公平に行われなければならない。勤労世代（勤労期間）に集中するような求め方を避け、賦課や徴収の方法など租税や保険料のあり方を不断に見直す必要がある。

1-25 高齢化に伴い、これまで社会保障の柱として整備されてきた年金・医療保険の給付と負担が増大するが、特に年金にあっては制度の成熟からの給付費の大幅な増大が避けられない。また、介護を中心とした福祉、育児への支援、それも施設に係る費用だけでなく家族への支援の必要性も高まるであろう。

1-26 老後の生活費や医療・福祉サービスなどに要する費用というとき、公的な費用だけでないことも注意しておく必要がある。それには、医療・福祉サービスの利用時の自己負担金に限らず、家族が介護や育児のために仕事を休んだりした場合に失う賃金相当額等、従来は費用と考えられていなかったものも含まれる。こうした私的な費用と公的な費用の間には、相互に密接な代替的關係が認められる。したがって、国民の費用負担という場合には、公私の費用を併せて考えるべきである。

1-27 公的年金の充実や社会保険料・租税負担の増大が労働意欲や貯蓄意欲への影響を通じて経済成長を押し下げるのではないかと、いう批判もある。しかし、高齢化の進展は、公私いずれに負担が及ぶかに関係なく、必ず社会全体における費用負担を増加させる。例えば社会保険料・租税負担が増大したとしても、社会保障が充実するならば、その分個人や企業の私的な負担、例えば、医療・福祉の自己負担金、民間保険の保険料、家族の介護・育児への負担などが軽減されていることを無視すべきではない。

1-28 本来、社会保障に係る公的な負担、すなわち社会保険料と社会保障公費財源は、望ましい公的な保障サービスの水準、自己負担金などの私的負担と併せて同時に選択・決定されるべきものであり、公的負担の水準だけが前もって給付水準などと切り離されて決定できるわけではない。したがって、将来の社会保障に係る公的負担の水準について上記の事情を考慮しないで数量的な目標を定めてもあまり意味はない。むしろ、公私の役割分担、経済成長との両立という観点から、望ましい社会保障の水準と公的負担の水準との調和を

図るべく、絶えず点検を行う必要がある。

1-29 社会保障制度に基づく施設やサービスを利用する場合には、負担の公平性という立場から、所得額や所得税額に応じて費用の一部が徴収され、あるいは給付が制限されることがある。しかし、所得額や所得税額には保有資産などが含まれておらず、また、所得の範囲や把握の問題が残されているので、適切に費用徴収や給付が行われるためには、費用負担や資格審査にそうした面も加えた公平性に関する新しい基準を確立する必要がある。

2. 21世紀に向けての社会保障の基本的な考え方

(1) 新しい合意と期待

2-1 今後増加する社会保障費用とその負担のあり方について、国民の合意が必要である。そのためには、社会保障の給付や負担について世代間・世代内の相互理解が不可欠である。

2-2 これまで社会保障制度の柱である年金、医療、福祉等の整備が、それぞれ別個に図られてきたため、保障の重複や空白部分が一部生じてきている。しかし、今後は社会保障が個々の国民のニーズに柔軟かつ総合的に対応し、全体として効率的に、加えて公平な制度となるよう、総合的な調整が行われ、年金、医療、福祉等の枠組みを超えて再編していく努力が欠かせない。その中で、財源の拡充だけでなく、その配分も思い切って見直し、介護や子育ての支援といったこれからニーズが高まる場所へ重点移行されるべきである。

2-3 今後充実すべき福祉の分野では、サービスの即応性や多様なメニュー、利用者の選択権を尊重する必要があるため、現在の措置制度を見直す必要がある。地方公共団体が入所に関する調整機能を果たし、公的な費用助成を前提としながら、施設への入所は一方的な措置によるものから利用者との契約とするよう検討すべきである。また、措置という言葉に代表されるような、利用者の立場からみて好ましくない用語は見直されるべきである。

2-4 高齢社会では、年金、医療、福・祉等の総合化に加えて、例えば就業意欲への影響など人々の活力を妨げないように公私の適切な組み合わせをも考慮したさらなる総合化の視点に立って社会保障制度は再編されなければならない。サービスという面に着目するならば、総合化は、公的・私的サービス、人的・物的サービス、在宅・施設サービスの区分にかかわらずすべてについて必要であり、市町村が行う総合行政の展開という形で推進されるのが望ましい。そのためには、中央、地方の組織・機構の再編成、各種補助金の整理統合、法制度の見直しといった形で縦割行政が改められなければならない。

2-5 社会保険について、保険という言葉から民間保険と保険の機能と意義について一部で誤解が広がっている。第一に、社会保険は、加入が自由な民間保険とは異なり、国民全体の連帯を可能にする強制加入を特色としている。第二に、社会保険は、個人に掛け金と運用益を給付として支払う民間保険とは異なり、国民の連帯に基づい

て、給付の確実性、実質価値維持を公的制度として保障することを特徴とし、所得再配分による国民生活の平等化、安定化に寄与している。したがって、社会保険料を単なる掛け金や貯蓄と考えるのではなく、共同連帯の責任に基づく拠出金と考えるべきである。

2-6 長寿社会にあっては、誰もがかなりの確率で要介護の状態になる可能性がある。しかも介護サービスの費用をすべて個人で負うのは難しい。したがって負担の不均衡を是正し、介護サービスの供給体制を充実するため介護費用について社会保険化すべきである。

2-7 日本の住宅は、豊かな社会における豊かな生活を保障する基盤としては余りに立ち遅れており、その立ち遅れが高齢者などの福祉、医療の負担を重くしている面がある。実質的には住宅問題であるものが福祉の問題として対策を迫られている事例もあり、生存と生活の基盤である住宅について、高齢者や障害者などに配慮した住宅を十分確保する必要がある。特に今後の高齢社会の中で、在宅介護を推進する視点から住宅基盤を整備するなど福祉との連携を重視した住宅政策の展開が不可欠である。

2-8 従来の社会保障を担ってきた組織だけでなく、地域での新しい相互連帯による組織が望まれる。旧来のコミュニティは崩れつつあるとしても、現代社会にふさわしい地域でのまとめ、組織などが不可欠であり、その担い手として、これまでにコミュニティ活動への参加が少なかった退職者などへの期待がある。また、企業が単に自社従業員の福利厚生を図るだけでなく、ボランティア休暇などをはじめ、地域の一員として福祉社会の発展を支持・支援していくことが期待される。

(2) 家族政策・男女平等と社会保障

2-9 家族は変容しつつあり、今後ともその傾向は続くものと考えられる。「家族の本来あるべき姿」といった画一的な固定観念を前提にして、社会保障制度としてそれを補完したり、代替するのではなく、多様な家族形態を基本におき、それらの家族の新しい関係を踏まえて、その生活を充実させるような条件を整備する施策がいる。

2-10 高齢社会での高齢者への施策と同じように、21世紀を担う子どもが健やかに育つのを支える施策は重要である。その際、子どもの立場から「子どもが健やかに生まれ育つ権利がある」という原則への配慮を忘れてはならない。さらに、子どもの健全な成長、育成は社会全体にかかわるものであり、子どもを持つ家庭も持たない家庭も、現在の子どもの養育にかかわるとの認識が必要である。

2-11 子どもの扶養や寝たきりの高齢者など、家族に対する公的な所得保障は社会保障のほか扶養控除などの形で税制によっても行われている。家族に対する公的な所得保障に関しては、税制と社会保障の相互調整という視点から検討されるべきである。

2-12 男女ともに就業と家族責任の両立が確保されれば、労働力の増大の可能性が高まり、人材活用も強化され、男女平等の促進、生活の質の改善にもつながる。そのためには、フレックスタイムなど労働時間の弾力化、育児休業、介護休業、看護休暇などの普及促進、

保育及び家族に係るサービスや施設等の整備を推進するなど、労働市場の構造の変化を反映した新しい制度的、社会的枠組みを進展させなければならない。

2-13 男女の賃金の格差など社会の実態が社会保障の給付水準などに反映されることがあることに注意し、社会のあらゆる分野における男女平等が確保される必要がある。

(3) 看護・福祉人材の確保

2-14 人口の高齢化、家族規模の縮小や同居率の低下など家族の変化、女子労働力率の上昇や労働時間の短縮など労働環境の変化、疾病構造の変化などにより、保健、医療、福祉の人的資源に対するニーズは今後一層増大するものと予想される。一方、さらに出生率の低下に伴い若年労働力の減少が予想される。看護、福祉のサービス分野を担う人材の確保・養成は大きな課題である。人材の確保のためには、労働時間、給与、育児環境など労働条件の大幅な改善や勤務時間の弾力化が欠かせない。また、看護・福祉従事者の確保・養成については、これまで以上に国・地方は積極的かつ密接に民間部門と連携し取り組み、従事者の社会的評価を高めていかなければならない。さらに、潜在する有資格者の再就職を促すことも特に大事である。

2-15 人材の量的確保と同時に質の向上を図ることが不可欠であり、就業に魅力のある職場づくりと同時に、倫理面を含めた全人的教育により、思いやりを持って人に接する人材づくり、さらに効率的なサービス供給体制づくりを推進していかねばならない。

2-16 保健、医療、福祉の分野では、多様な人材が必要である。このため資格取得のための教育や、社会教育の一環としての介護教育などを拡大するなど国民各層の参加の機会を増やし、看護・介護のすそ野を広げていくべきである。

(4) 施設整備の促進

2-17 地域において保健、医療、福祉にわたる総合的な在宅サービスの提供を推進していく必要がある。特別養護老人ホーム、老人保健施設などが入所機能とともにホームヘルプサービス、ショートステイ、デイサービス、デイケアといった地域における在宅サービスの拠点としてさらに機能していくことが大事である。また、訪問看護ステーションを重点的に整備すること、在宅介護支援センターの整備により看護・介護の相談・指導をさらに身近に受けられるようにすることも重要である。

2-18 今後、在宅介護サービスの充実が図られるとしても、地域の介護サービスの拠点として、施設はますます重要な役割を果たしていくものと考えられる。施設の量的な整備が遅れており、施設の整備に一層努める必要がある。特に都市部における施設整備は土地の確保が困難であり、施設の高層化、複合化の促進をはじめ各種の推進策を講じることが急がれる。

2-19 施設にあっては、個室化や部屋の広さなど生活の質に配慮し

た施設の質の向上を図り、寝たきり後の対策とともに、寝たきり予防の対策を重点的に進めなければならない。リハビリテーション施設の増設など施設整備においてもこの点を反映していくことが重要である。

(5) 社会保障の財源の確保

2-20 高齢化、出生減に対応する社会保障の充実、住宅・生活環境の整備には、今後ますます安定的な財源の確保が必要となるが、財源の確保に当たっては、社会保険料によるか一般財源によるかの適切な選択をしなければならない。

2-21 社会保険の場合はいうまでもなく社会保険料が主たる財源となる。社会保険を安定的に発展させるためには、財源の確保が欠かせない。被用者保険にあっては、毎月の現金給付のみを賦課対象とするのではなく、広くボーナスなど賦課対象の拡大を考えなければならない。自営業者を対象とする社会保険にあっては保険料の徴収実績を改善するため、適用漏れ、滞納をはじめとして、実績改善に最大限の努力を払わなければならない。

2-22 租税財源の調達においても、高齢者・勤労者とも所得・資産の分配に格差があることを十分認識し、経済状態に応じた負担の公平を確保しなければならない。

2-23 福祉サービスの充実とそれに関連する生活環境の整備は主として地方公共団体が担っており、地方財源の充実・安定化、均等化に努める必要がある。

2-24 社会保障の財源は、国民の共同連帯により負担していかねばならない。今後、高齢化と制度の成熟化により年金給付費など社会保障の費用が急激に増加することが見込まれるところから、保険料負担のあり方とともに、現在の国庫負担の割合の引き上げ、増加する国庫負担の財源確保のあり方についての検討が大きな課題である。

(6) 国・地方の役割分担

2-25 地方と中央の権限の配分に当たっては、一つの制度についてそれぞれが役割を分担しているが、その役割分担と財政上の裏付けを確立していく必要がある。

2-26 地方分権が叫ばれているが、保健、福祉サービスの分野にあっても生活にとって最も身近な市町村の役割が重視されなければならない。住民のニーズの把握・評価、サービスについてのネットワークの形成、サービス供給組織の育成、費用負担、質の確保などが重要な課題である。これらを総合的、計画的に行うための保健、医療、福祉のための計画づくりや地域の特性をいかした保健、医療、福祉のまちづくりも市町村の重要な課題である。これらのことを市町村が責任を持って行うことができるよう、今以上に地方分権化を進め、それを支える地方財政を強化していかなければならない。また、国民健康保険のように人口、財政などに余りにも差がある場合は複数の市町村が合同して広域的に運営することもある。

2-27 都道府県は、各市町村間の連絡調整や専門技術的面での指導

と費用負担、人材の養成・確保などについて責任を負うべきである。
2-28 国は、全国的に実施することが望ましい施策の企画、立案、法制化、最低基準の作成、財政負担などについて責任を負うべきである。

2-29 社会保障制度の中でも所得保障に関するものは、基本的に中央による政策決定と財政責任が確立されるべきである。

3. 21世紀へ向けての社会保障各制度等の見直し

(1) 保健、医療、福祉サービス保障の基本的あり方

3-1 国民が病気や寝たきりなど手助けを必要とする状態にならないことは、本人にとって望ましいだけでなく、経済社会の各面にも好ましい効果をもたらす。病気の多くを成人病が占める時代にあつては、習慣病といわれる成人病を予防するには特に日頃からの食生活への配慮、健康づくりへの努力がいる。国としても、乳幼児から高齢者に至るまで健康診断・保健指導体制の確立、健康増進のための施設の整備・充実に努めるとともに、健康教育・相談など、病気の予防に重点をおいた施策が重要である。

3-2 保健、医療、福祉サービスは総合的に提供されることが肝心で、利用者の安心感・満足感を満たすようサービスの向上に努める必要があるが、そのために質を評価し、苦情に応え得る体制をつくり上げなければならない。また、サービスの情報を総合的に提供するための体制を整備することが、各人が自発的にサービスを選択できるための前提となる。

3-3 福祉施設についても収容施設から生活施設へ転換し、在宅と同じような環境に近づける必要があり、個室化、介護職員の配置定数の改善等を積極的に進めることが肝要である。そのためには人材の確保、十分な研修によるサービスの質の向上が不可欠となる。

3-4 高齢者や障害者に対する福祉サービスや慢性的な成人病に対する療養は、生活の質の面からみて可能な限り在宅で受けられるようにした方が、利用者の希望やノーマライゼーションの観点から基本的に望ましい。高齢者や障害者が社会とのつながりを持ちながら自立して自宅で暮らせるよう、量的にも質的にも十分な在宅サービスが提供されるようにしていかなければならない。また、高齢者や障害者の自立を促進し、介護者の負担を軽減する観点から、便利で使いやすい福祉用具の研究開発、普及も促進されなければならない。

3-5 介護や医療を要する人ができるだけ地域社会の中で暮らしていけるようにするために、ベッドなど福祉用具を置けるだけの広さを持ち、身体機能が衰えた者にとって障害となるものを取り除いた住宅（バリアフリー住宅）の供給、既存の住宅における手すりの設置や浴室の改造などに対する公的助成、ケア付き住宅の整備などの住宅対策を進めるとともに、高齢者などに配慮した移動交通手段を確保するようなまちづくりを推進しなければならない。

3-6 各人のニーズ把握、最も適切なサービスの選択・決定、供給までを調整するケースマネジメントのシステムの導入や、地域におけ

る保健、医療、福祉サービスの供給組織間で情報交換などを行うネットワークの形成が重要である。

(2) 医療保障と医療供給体制の整備

3-7 人口高齢化による疾病構造の変化と医学・医療技術の進歩の中で、患者の病態に応じて適切な医療サービスが効率的に提供されるためには、現在の医療供給体制を見直し、その方向性を明らかにする必要がある。

3-8 現行の医療施設体系は、病院と診療所の機能と役割、特に診療所の位置づけが不明確で、施設の機能に応じた設備や人員の適正配置がなされていないこと、各人が必要な医療情報を的確に入手できるような仕組みが整備されていないことなどにより、患者が大病院に集中し、患者の便益が損なわれているばかりでなく、それらの病院も本来の機能を十分に発揮できない、などの問題がある。

3-9 診療所・小病院は地域住民に最も身近な医療機関として、相互紹介などを通じて高機能・重装備の機関と連携し、患者の病態に応じて適切な医療が受けられるように患者の流れを効率よく誘導するとともに、患者の健康相談などに応じ、地域医療の中でプライマリーケアを担う中核的施設としてその役割を果たしていかなければならない。このために、医学教育におけるプライマリーケアの重視や診療所・小病院といった地域医療の最先端にある医療施設の経営基盤の確立と並んで、医療施設におけるグループ診療の育成強化を図り、医師をはじめとする医療従事者にとっても魅力のある診療環境づくりに努めることが重要である。

3-10 長期慢性疾患を有する者は、病院、老人保健施設や、特別養護老人ホームなどの福祉施設を利用しているが、それらの施設の間で利用者負担金その他に格差が生じているため、必ずしもその目的に沿った利用ができる体系になっていない嫌いがある。このため、今後高齢者の介護を行う施設についてこれらを整合性のとれた体系にしていかなければならない。

3-11 人口高齢化に伴い、成人病などによる生活障害の改善が極めて重要な課題になるが、そのためには障害者の全人間的復権、身体的・精神的・社会的な生活の質（QOL）の向上を達成するリハビリテーションを充実しなければならない。障害の予防に努めるとともに、障害者が住み慣れた地域社会の中で自立し社会参加ができるようにするため施設の増設と人材の養成確保を推進すること、障害者が一般雇用に就けるよう職業リハビリテーションを充実強化すること、在宅障害者の通所施設を大幅に増設してデイサービス事業や授産事業などを充実することが欠かせない。

3-12 わが国では医療技術水準に比べて、病室の広さ、清潔さなど、療養環境水準は必ずしも高いとはいえない。平均的な生活水準・欲求水準の上昇に対応して療養環境を向上させ、その快適さを高めていくことが望まれる。また、付添看護の解消を徹底する必要がある。このためには看護・介護人材の確保を図ることが不可欠であり、これに伴う医療費の上昇が過度のものとならないよう制度の効率的な

運営に努めるべきである。

3-13 今後は、医療における患者の自己決定権が重視される方向で改革が行われるべきである。そのために、まず、利用者が医療機関を適切に選択し、診療内容について一定の説明を受けられるようにするため、医療情報が人々に提供されるようなシステムを確立することが大切である。また、現在の医学教育は医療の高度化・専門化に伴い、病気の治癒に焦点があてられ、ややもすれば患者の人間性に着目したニーズに対応する側面が軽視される傾向がある。それに対応できる教育と医療に力点を置き、インフォームド・コンセントを徹底させることも大事である。

3-14 本格的な高齢社会の中で、医療保険制度の財政基盤を強固にし、給付と負担について所得階層間、世代間で公平化を図り、制度の長期的安定化を実現していくことは、誰でも容易にかつ等しく、必要な医療を受けられる国民皆保険体制を維持する上で不可欠である。

3-15 現行の医療保険体制は被保険者の就業上の特性に応じて、職域保険である各種被用者保険と、原則として市町村を保険者とし被用者保険加入者以外のすべての国民を対象にする国民健康保険に分かれている。このうち、国民健康保険は、人口の高齢化や就業構造・産業構造の急速な変化、過疎化の進行など、保険者である市町村の責に帰せられない要因の影響を受けている。また、財政基盤が弱体化しており、被保険者の高齢化率が高く、拠出能力が低く、保険者間の格差も大きい。これに対応するには、国、都道府県、市町村が一体となった支援や、保険者間・制度間の財政調整の強化、一定限度を超える小規模国保の広域化など国保事業の安定化を図る措置が必要である。また、保険料の負担が困難な低所得者の増大などにより、それ以外の被保険者の負担が重くなっているが、それを是正した上で適正な保険料負担を図るべきである。

3-16 被用者保険の保険料については、公平性、効率性及び安定性の原則に立ちつつ財源を充実していく観点からその見直しを行うべきである。所得比例料率を原則にするが、ボーナスへ保険料を賦課するなど賦課ベースを拡大し、給与体系に対して中立的な賦課方法を確立していくことが欠かせない。

3-17 医療資源の適正な配分を図るため、医療保険の給付の内容や範囲の見直しが必要である。医療サービス及び関連サービスの質の向上を図るためには応分の受益者負担は避けられない。特に患者がよりよいサービスを選択する場合には、その部分については自己負担とすべきである。また、薬剤の適正使用については、経済的側面とともに、複合的な副作用の防止という医療的側面からも引き続き推進すべきである。

(3) 介護保障の確立

3-18 高齢化と寿命伸長によって高まっている老後の要介護状態への不安を解消するためには、施設の整備や人材の養成確保など介護供給体制の整備を図り、公的な介護保障制度を確立していくことが

必要である。介護保障とは、寝たきりなど生活上手助けを必要とする人とその手助けを行う家族の生活を守るために、その者が必要とする介護サービスを負担能力に妨げられずに受けられることを保障し、加えて、供給量と質的水準の確保を行う公的施策である。その場合、国・地方公共団体が、介護サービスの質・量の確保やそのための財源確保に責任を持つ。また、利用に当たっては、利用者の主体的な選択が尊重されなければならない。

3-19 今後増大する介護サービスのニーズに対し安定的に適切な介護サービスを供給していくためには、当面の基盤整備は一般財源に依存するにしても、将来的には、財源を主として保険料に依存する公的保険制度を導入する必要がある。長寿社会にあっては、すべての人が、期間はともかく相当程度の確率で介護の必要な状態になり得ることから、保険のシステムに馴染むと考えられる。

3-20 公的介護保険制度とは、要介護状態になったときに、現金給付、現物給付あるいはそれらを組み合わせることによって介護サービスを給付し、その費用を負担するものである。保険制度であるから、保険料を負担する見返りとして、受給は権利であるという意識を持たせることができる。また、負担とサービスの対応関係が比較的わかりやすいことから、ニーズの増大に対し量的拡大、質的向上を図っていくことに国民の合意が得られやすい。

3-21 介護保険が、一定の質的水準を有する公営、民営の介護サービスの費用を負担するようになれば、利用者にとって選択が可能になり、供給者間の競争を強め、サービスの量的拡大とともに質の向上を図ることができる。

3-22 民間保険と違い、公的保険であれば要介護となる可能性の高い人にも負担を増やすことなく必要に応じて給付でき、強制加入となることによりすべての人の要介護のリスクをカバーできる。また、賦課方式にすることにより、現在すでに要介護状態にある人々にも給付でき、かつインフレリスクにも対応できる。

3-23 介護保険が、現在措置費で運営されている福祉施設にはもちろんのこと、介護を行っている保健医療施設、在宅福祉などにおける介護の費用の部分を負担するようになれば、現在生じている各施策の利用者間の負担の不均衡が是正されるばかりか、各サービス間の連携も強められる。

3-24 介護保障を社会保険制度とするときに特に留意しなければならないのは、過剰利用を防ぐことと、今後増大する給付に対して、保険財政上破綻せず、保険料も負担に耐え得る仕組みにすることである。公費負担の導入も必要であろう。また、ニーズの評価やそれに応じて行うべき介護サービスの決定方法などについて全国的に統一された科学的・客観的な基準を作成する必要があり、介護サービスの内容とそれに対する報酬を評価する新たな体系を整備する必要もある。

3-25 どのような社会保険方式とするかは今後の具体的な検討を待ちたいが、例えば、既存の公的年金制度、医療保険制度又は老人保健制度を活用する方式、別の新しい介護保険制度を創設する方式な

どが考えられる。関連する部分も多いだけに、その際、医療保険制度、老人保健制度など医療制度全体にわたる見直しが必要となるであろう。

3-26 介護保険制度の適用者、サービスの内容についての慎重な検討が必要であるが、要介護状態になった人々を皆が連帯して支え、国民の多くが抱えている介護への不安を解消して、老後に明るい展望が開けるような制度にすべきである。また、利用者のサービスへのアクセスの向上、適切なサービスの利用に資するため、相談窓口の一本化、手続きの簡素化などが望まれる。

3-27 高齢者の比率が地域的に不均等である上に市町村間に財政力格差が存在することが、提供される介護量の格差につながらないよう、広域調整、市町村間の連携に力を入れるとともに、財政力格差を緩和するための支援策についても検討すべきである。

3-28 今後の介護ニーズの増大に対応するためには、公私を含め様々な社会資源の活用を図っていかねばならない。住民参加型の福祉活動など新たなサービス供給主体の育成のほか、健康保険組合、農業協同組合、生活協同組合など、直接的福祉活動を目的としない非営利団体の積極的な参加を求めていくべきである。また、介護関連サービス、福祉用具、民間保険などの分野における民間サービスの育成にも一層力を入れねばなるまい。また、痴呆の発生予防、早期発見のための研究、開発に国などが積極的に支援すること、要介護の人でも安心して暮らせるよう、地域の人々も参加したまちづくりを推進することも欠かすことができない。

おわりに（社会保障の国民理解）

4-1 わが国においては、過去数十年間にわたって、社会保障の適用範囲を拡大し、給付水準を引き上げる努力が重ねられてきた。社会保障給付費は国民所得の8分の1を超え、社会保障は国民経済の大きな部分を占めるに至っている。われわれが生活を営む上で、社会保障制度は大きなよりどころになっており、それが社会経済全般の中で果たしている機能と役割について国民一人一人が認識（理解）を深めなければならない。

4-2 そのためには、社会保障制度がどういうものなのか、つまり、具体的にはどのように財源が調達され、徴収された社会保険料や租税が社会保障制度にどのように使われているのか、それらを財源としてどのようなサービスが提供されているのか、さらには、実際に利用する者にとっては、手続きはどこに行けばよいのか、不明な点を相談するにはどこに行けばよいのか、また、制度に関する無知が利用上・給付上に不利益とならないためにも、諸々の事柄が簡単に理解できるように情報が提供されていなければならない。

4-3 今後の社会保障制度の総合的な展開を考えれば、施策は従来の枠をはるかに超え、ほとんどの省庁がかかわる。それだけに省庁を超えた情報の公開、情報の提供、国民への説明が肝要となる。それなのに、公的年金制度ひとつをとってみても、いまだに年金財政の

将来推計などの情報が十分に公開されているとはいえない。社会保障制度に関する様々な情報が進んで公開され、一般国民にとって社会保障制度が簡単に理解されるようにしなければならない。さらに、通信体制の発展を考えれば、社会保障制度に対する国民の要望、苦情、疑問等々も容易に聴取できる工夫を図るべきである。こうしたことから、国民の社会保障に対する理解を深めるため、社会保障に関する情報を幅広く収集し、広く国民に提供する情報センターを設置することについて検討すべきである。

4-4 「思いやり」、つまり「福祉の心」を国民の中に育てていくには、長期的な視点に立って取り組む必要がある。一人一人の自発性を基本とする中で、家庭内での教育を基として、学校、企業、地域など、様々な場や機会を通じて社会連帯意識の醸成、福祉教育の推進を図ることが肝要である。

4-5 学校に福祉教育の担当者を置き、小・中・高校を通して、福祉教育を体系的に実施することが求められる。その際、福祉を単に知識として学ぶのではなく、家庭での実践やボランティアとして福祉活動に参画するなど、実際の経験を通じて体験学習をすることが大切である。大学教育においても、社会保障の講座などを重視すべきである。また、大学における社会保障の研究調査体制は、社会保障関係の講座が少ないこともあり、他の学問領域に比べて必ずしも整備されているとはいえない。社会保障にかかわる問題を学際的に広く研究を進め、大学や研究機関などにおける社会保障研究の充実を図るために、国はさらに研究助成に力を入れるべきである。

4-6 福祉教育を生涯学習の一環として位置づけることが大切である。様々な生涯教育の場のほか、企業の中でも、職員研修などを通じて福祉に対する関心を高めていくことも大事である。

また、就業と出産、育児、介護等の両立を進め、男女とも生き生きと暮らすことのできる社会を創造することが重要である。そのためには、社会や企業に様々な制度ができるだけでは十分ではなく、家庭において男女が共に責任を分担していくことを十分認識するとともに、制度を動かす社会や企業の中の人々がその重要性をよく認識していることが大事である。

4-7 高齢社会においては、社会保障の基盤として、共生と連帯に基づく地域社会づくりが不可欠であるが、少子化、都市化、個人生活重視の傾向の高まりなどによって、地域連帯意識の希薄化がみられる。

地域活動やボランティア活動を通じて、相互扶助意識と連帯意識を醸成していくことが強く求められている。地域活動やボランティア活動を通して21世紀にふさわしいコミュニティ活動を進めるため、国、地方公共団体は、コミュニティ施設などの整備、活動を支えるリーダーの育成、ネットワークづくりなどを促進する必要がある。

4-8 以上、本報告は様々な角度から21世紀の社会保障のあり方について検討を加え、提言してきた。

20世紀もあとわずかである。21世紀には、社会を構成する一人

一人がかけがえのない個人として尊重され、誰もが自立の心の重要性を理解し、それぞれの能力をいかして仕事と家庭を両立させながら自分にふさわしい生き方を選択できる社会としたい。同時に人々が「社会保障の心」を併せ持ち、負担については公平に担い、社会保障制度に支えられ、誰もが安心して生き生きと生活を送れるような社会としたい。確かに、高齢化の進展によって国民全体で担わなければならない負担は上がるであろうが、その社会では、例えば高齢者に対する介護の負担を特定個人だけが負わされることもないし、未来を支える子供たちが生まれ、育ちやすい環境も保障されているであろう。

21世紀がこのようなよりよいものとなるためには、人々が立場の違いを超えて相互の理解を深め、助け合っていくことが前提となる。国民による強い社会連帯の意識と、社会保障制度の仕組み、役割、意義についての国民の深い理解と協力に支えられ、社会保障制度の必要な改革が行われ、その充実が図られていくことを期待する。

平成6年12月5日 高齢者介護・自立システム研究会
『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』

目次

はじめに

第1章 高齢者介護をめぐる問題点

1. 問題の所在
2. 現行システムによる対応

第2章 新介護システムの基本理念 -高齢者の自立支援-

1. 予防とリハビリテーションの重視
2. 高齢者自身による選択
3. 在宅ケアの推進
4. 利用者本位のサービス提供
5. 社会連帯による支え合い
6. 介護基盤の整備
7. 重層的で効率的なシステム

第3章 新介護システムのあり方

1. 介護サービスの展開
2. 介護費用の保障

おわりに

(参考)

高齢者介護・自立システム研究会の開催経過

高齢者介護・自立システム研究会委員名簿

はじめに

我が国は急速に高齢化しつつある。既に高齢化率は14%を超え、来たるべき21世紀に国民の4人に1人が65歳以上という社会を迎えることが予測されている。このような高齢化の進展は、国民生活の様々な分野に影響を与え、家族や地域のあり方を含め我が国の社会経済全体を大きく変えることとなるが、その中で、高齢社会にふさわしい社会システムを如何に構築していくかは、全ての国民にとって最も重要な課題である。

なかでも、高齢者介護は喫緊の課題となっている。現在介護を要する高齢者は約200万にのぼっており、今後ますます増加することが見込まれている。今や介護問題は、老後生活における最大の不安要因であると言って過言ではない。このため、高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）等に基づき、国、地方自治体そして保健医療福祉関係者一体となって介護サービスの基盤整備を進めているが、こうした関係者の努力を踏まえ、さらに「国民誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるようなシステム」を構築していくことが強く求められている状況にある。

本研究会は、このような観点から、21世紀に向けた高齢者介護システムのあり

方について様々な角度から分析を行い、その基本的な論点や考え方を整理、検討する目的で設置されたものである。7月に開催以来、内外の学識経験者からのヒアリングを含め12回にわたり会議を重ねてきたが、その検討結果をとりまとめたので、ここに公表する。

この報告書では、介護の基本理念として、高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること、すなわち「高齢者の自立支援」を掲げ、そして、新たな基本理念の下で介護に関連する既存制度を再編成し、「新介護システム」の創設を目指すべきことを提言している。

我が国の高齢化のスピードは極めて速く、高齢社会に対する準備に充てることができる時間は限られている。残された貴重な期間内に、長寿社会へ向けて今後進むべき方向を明らかにし、その実現のための施策を着実に講じていくことは、高齢社会の前夜とも言うべき時代を生きる我々に課せられた責務である。また、高齢者介護の問題は、高齢者だけでなく、現役世代にとっても、老親に対する介護ということのみならず、いずれ自らも高齢期を迎えるという意味で、自分自身の問題でもあることを十分に銘記する必要がある。

この報告書が一つの契機となって、高齢者介護をめぐる問題について、国民各層において幅広い議論が積み重ねられ、新介護システムの早期の実現によって、全ての世代の介護に対する不安が一刻も早く解消されることを期待したい。

第1章 高齢者介護をめぐる問題点

1. 問題の所在

今日、高齢者介護の問題は、個人の人生にとってはもちろんのこと、その家族、さらには我が国社会全体にとって大きな課題となっている。

(1) 高齢社会における介護問題

- ・ 高齢者介護は、まさに現代が抱える課題である。

かつて、多くの高齢者は在宅で家族に看取られながら死を迎えたが、その時代は高齢者の数は少なく、しかも介護の期間は今とは比較にならないほど短かった。言わば、高齢者の「最期を看取る介護」であった。

今日、生活水準の向上や医学の進歩等により、国民の半数以上が80歳を迎える高齢社会が到来し、80歳を超えた高齢者の少なくとも5分の1は何らかの形で介護を必要としている状況にある。介護を要する高齢者数は激増し、介護期間も長期化しており、その意味で今日の介護は、「高齢者の生活を支える介護」であり、かつて家族が担ってきた介護とは量的にも質的にも大きく異なるものであると言えよう。

このような高齢社会における介護システムを如何に構築していくかが、今我々に問われている課題である。

(2) 「個人の人生」にとっての介護問題

(老後生活の不安要因)

- ・ 老後においても、自らが望む環境で生活を続け、長い間培った人格と経験を活用して社会に参加し、生きがいのある人生を送りたいというのは、高齢者の切実な願いである。介護の問題は、高齢者にとって、こうした心豊かな老後

生活の可能性を喪失させる、大きな不安要因として受け止められている。

- ・ 健康を損ない、何らかの介護が必要となった時には、誰がどこで介護してくれるのか、どこに相談に行けばよいのか、日常生活を支えてくれるサービスが受けられるのかなど、高齢者が抱えている不安は多い。また、介護の必要な高齢者は、日常生活上の不自由、精神的な苦痛とともに、孤立感、自尊心や生きがいの喪失といった状態に追い込まれる場合が多く、経済的に特別の出費を要することもある。

そして、介護サービスの整備の立ち遅れに加え、家族介護をめぐる状況や地域社会の変貌により、できる限り住み慣れた家庭、地域で暮らしたいという高齢者の願いはかなえられにくい状況にある。

こうしたことが、「長生きし過ぎた」、「ポックリ死にたい」といった言葉を生むこととなっていることを、我々は直視しなければならない。

(将来設計としての問題)

- ・ 介護の問題は、高齢者にとどまらず、いずれ高齢期を迎える現役世代にとっても重要な課題である。家族形態の変化に伴い、今後は老後生活は一人暮らしや夫婦のみの世帯がより一般的となることが予想される。そうした中で、多くの国民は、将来介護が必要となった時にどのような形で生活を続けられるか、確固たる見通しが立てられない状況にある。現役世代にとっても、介護の問題は、老後生活の将来設計を描く上で大きな不安要因となっている。

少子化の進展により、いわゆる「1・2・4現象」という言葉に表されるように、1人の子供が2人の両親、さらに4人の祖父母を持つという状況も多く見られるようになり、介護問題は、迫切な社会的支援の施策が講じられなければ将来・深刻化するおそれが高い。

(3) 家族にとっての介護問題

(家族の重い負担)

- ・ わが国の高齢者介護は、家族による介護に大きく依存しており、介護にかかる社会的コストの半分以上は家族が負っていると見込まれている。

そうした中で、心温まる介護を続け高齢者を支えている家族は多いが、同時に、家族の心身の負担は非常に重くなってきている。介護の必要な高齢者数の増加、介護内容の困難化、介護期間の長期化、介護者自身の高齢化などのいずれをとっても、昔とは比較にならないほど事態は深刻化している。

- ・ 例えば、食事・入浴・排泄の世話による疲労や睡眠不足、時間的拘束などから、家族が身体的にも精神的にも大きな負担を負っている場合がしばしば見られ、家族はまさに「介護疲れ」の状態にある。経済面を見ても、施設入所に比べ重い負担となっている。こうしたことにより、家族間の人間関係そのものが損なわれるような状況も見られる。

(介護サービスの立ち遅れ)

- ・ このような問題が生じている最も大きな要因は、介護の必要な高齢者の増加に比べ、高齢者やその家族を支援する社会的なサービスが大きく立ち遅れていることである。介護が必要とされる時に、近くに頼れる介護施設や在宅サービスが存在しない、あっても手続きが面倒で時間がかかる、介護の方法など身

近に相談をできる相手がいない、介護に関する総合的な相談窓口がない、といった数多くの問題点が指摘されている。

・ また、我が国の場合には、「福祉のお世話になる」という言葉に表わされるように、国民が公的福祉サービスに対し心理的な抵抗感を抱いている状況もある。

このため、限界ギリギリまで家族だけで支え、その結果家族は心身ともに疲れ果て、その後やっと福祉サービスに辿り着くケースが往々にして見られる。このようなことは、高齢者本人のためにも決して好ましいことではない。介護サービスをスムーズに利用できるようなシステムづくりを求める声は強い。

(高齢者と家族の連携)

・ 一方、長寿化は高齢者と家族の関係について、新たな問題を提起しつつある。家族による介護放棄や虐待の問題が指摘されてきているほか、さらに、高齢者の人権擁護の観点から、痴呆症に伴う財産保護や身上監護はどうあるべきかといった課題が提起されている。

(4) 社会にとっての介護問題

(家族介護に伴う問題)

・ 高齢者介護が家族介護に大きく依存している状況は、社会経済的にも大きな問題を提起している。今日、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、それまでの社会生活から離脱せざるを得ないような人が増えている。このようなケースは、中高年層を対象に生じることが多く、本人や家族はもちろんのこと、企業や社会全体にとっても大きな損失となっている。

・ しかも、今日の高齢者介護は、家族が全てを担えるような水準を超えており、高齢者の「生活の質(QOL)」の改善の点でも、家族のみの介護には限界がある。また、社会全体から見ると、家族による介護は、専門職が行う介護に比較して効率的とは言えない面がある。

(女性問題としての介護問題)

・ どのような、統計調査の結果を見ても、家族介護の主な担い手は女性である。

介護を主婦労働に依存することは主婦にとって大きな負担となっており、特に介護者自身が高齢化しつつある状況において、高齢女性にかかる負担は過重である。

また、職業を持っている女性が介護のために離職を余儀なくされているような場合も見られるが、こうしたことは女性の職業上のキャリア蓄積の阻害要因となるとともに、年金制度においても基礎年金の受給権は確保されるものの、厚生年金等の受給額が低下するという現象をもたらすことにもなる。

さらに、介護を女性に依存することは、女性就業の促進にブレーキをかける可能性もあり、今後労働力人口の減少が予想される中で、将来の労働市場に大きな制約要因となってくるおそれがある。

(国民経済的に見た介護問題)

・ このように社会全体が負担している介護コストは、国民経済計算上、社会

保障給付費に計上されているものだけでなく、目に見えない形で家族や企業、さらには高齢者本人が負っている負担も含んで考える必要がある。現在公的に負担している介護コストは約1.5兆円と見込まれるが、これに家族による介護コストを加えると、全体で約3.5兆円にのぼると推計される。

このように家族介護に大きく依存している我が国の現状は、社会的な介護コストの規模という観点からも、また、国民経済的な資源の適正配分や負担の公平の観点からも大きな問題を有していると言える。

2. 現行システムによる対応

・ 高齢者介護については、これまで福祉、医療などの現行システムがそれぞれ個別に対応してきた。しかし、介護問題が深刻化する中で、こうした対応について様々な問題点や矛盾が生じてきている。

(1) 福祉

・ 今日に至るまで、高齢者介護に関する公的制度として中心的な役割を担ってきたのは、「措置制度」を基本とする老人福祉制度である。

老人福祉に係る措置制度は、特別養護老人ホーム入所やホームヘルパー利用などのサービスの実施に関して、行政機関である市町村が各人の必要性を判断し、サービス提供を決定する仕組みである。その本質は行政処分であり、その費用は公費によって賄われるほか、利用者については所得に応じた費用徴収が行われている。

・ このシステムは、資金やサービスが著しく不足した時代にあっては、サービス利用の優先順位の決定や緊急的な保護などに大きな役割を果たし、福祉の充実に寄与してきた。また、近年は、ニーズの多様化等を踏まえ、契約入所のモデル実施や利用券方式の導入、事後承認制の検討が進められるなど、時代の要請に合った制度運営の弾力化に向け関係者の努力が払われてきている。

・ しかし、今日では、高齢者を「措置する」、「措置される」といった言葉そのものに対して違和感が感じられるように、高齢者をめぐる状況が大きく変化する中で、措置制度をめぐり種々の問題点が生じている。

利用者にとっては、自らの意思によってサービスを選択できないほか、所得審査や家族関係などの調査を伴うといった問題がある。被保険者がサービスを積極的に受ける権利を持つ社会保険に比べると、国民のサービス需給に関する権利性について大きな違いがある。

さらに、その財源は基本的に租税を財源とする一般会計に依存しているため、財政的なコントロールが強くなりがちで、結果として予算の伸びは抑制される傾向が強い。

我が国においては、社会保障給付費で見ても、医療と年金が9割を占め、福祉分野は低いシェアにとどまっているが、その背景の全体の制度的な限界をあげることができる。

(2) 医療

・ 国民皆保険及び自由開業医制を基本とする我が国の医療制度は、国民の健康の維持・増進に大きな成果を上げてきた。

その中で医療保険は、本来的には「疾病」という、全ての年齢層に確率的に

発生し得る非日常的なリスクを対象とする「短期保険」であるにもかかわらず、高齢化等に伴い、「社会的入院」という形で介護の必要な高齢者をカバーしてきた実態がある。わが国の場合は、福祉サービスの整備が相対的に立ち遅れてきたため、病院などの医療施設が、これに代わる形で実質的に大きな役割を果たしてきたという背景があげられる。

・ 介護サービスは、高齢者の残存能力の維持・向上を図るとともに、その生活全体を支援するサービスであり、基本的に疾病の治療を目的とする医療サービスとは種々異なる面がある。このため、医療の枠組みの中での対応には、ケアのあり方や日常的な生活に対する配慮などの面で限界があると言わざるを得ない。

また、医療保険という観点からは、入院治療を必要としない高齢者をこのような形でカバーすることは、医療本来の機能を歪めかねないし、高齢者介護によって医療保険制度が実質的に変容し、本来予定していない分野にまで医療資源が投下されているとすれば問題がある。

(3) 年金

・ 年金制度は、基本的には高齢者の稼得能力の減少や喪失といった事態に対応し、老後生活に要する基本的な費用を、現金給付としてカバーしようとするものであり、国民皆年金の下で老後の所得保障に重要な役割を果たしている。しかし、一方で介護の不安から年金等の収入が貯蓄に回り、老後生活の確保の上で有効に活用されず、年金制度の本来機能が阻害されているとする指摘もある。

さらに、年金は、高齢者が病院や施設などに入院・入所し、医療保険や福祉などの公的制度によって日常生活費用のかなりの部分がカバーされている場合にも、在宅の場合と同様に支給されており、年金等によりもたらされる高齢者の購買力が有効に介護サービスに結びついていないといった面もある。

(4) 各制度間の不整合

・ このように高齢者介護については、これまで福祉、医療、年金など各制度が相互に十分な連関を持たないままに、個別に対応してきたため、「介護」という面からみると制度間で不整合が生じている。

(施設ケアにおける制度間の差)

施設ケアにおいては、実態的には同程度の介護が必要な高齢者が、特別養護老人ホーム、老人保健施設、老人病院といったように、本来異なる機能を有する施設に入所している状況が見られる。そして、これらの施設は、利用手続きや利用者負担もそれぞれ異なっている。

特別養護老人ホーム	介護	措置	月額0～24万円 (平均約4万円)
老人保健施設	療養・介護	直接契約	月額約6万円
老人病院	治療・療養	直接契約	月額2.1万円 (他に食費1.8万円)

(注) 特別養護老人ホームの場合は所得に応じて費用徴収が行われる。

(各サービス間の連携の欠如)

・ 現状では、在宅ケアのサービスの内容や利用方法等が国民の間で必ずしも十分に知られている状況にはない。また、それらのサービスは保健、医療、福祉それぞれの制度にまたがっており、高齢者のニーズに即した総合的なサービスの提供に欠ける面がある。このため、在宅介護支援センター等の設置が進められているが、今後、サービスを総合的にコーディネートするための取組みをなお一層推進していくことが求められている。

(5) 私的保険による対応

・ 私的保険としての介護保険は昭和63年から平成元年にかけて導入されたものであり、保険商品としては比較的新しいものである。導入当初は販売実績も急速に拡大したが、最近はやや安定傾向にある。

・ これらの私的介護保険については、①現金給付であるため、介護サービスに直接結びつかない、②保険料がリスク（年齢）に応じて設定されているため、中高年層の場合には保険料が高額となる、③保険会社側においても要介護認定などの面で体制に限界があるといった指摘がある。

このため、大きな役割を期待されつつも、その普及は一定規模にとどまっているのが現状であり、私的保険による対応も十分とは言い難い。

(6) 高齢者の財産管理

・ 高齢者の財産管理の問題については、民法では無能力者保護制度として、禁治産・準禁治産制度が設けられており、裁判所の宣告によりそれぞれ後見人や保佐人が指定されることとなっている。しかし、こうした制度は、裁判所や裁判官が不足していることや費用が高くつくことなどから、利用しにくいのが実情である。このため、財産管理能力が衰えていく高齢者を実効的に保護する制度として、西欧諸国のような「成年後見制度」の創設を求める意見が強い。

第2章 新介護システムの基本理念 -高齢者の自立支援-

【新介護システムの基本理念 -高齢者の自立支援】

(新介護システムの創設)

・ かつてのように高齢者が限られた存在であった時代とは異なり、今や国民の半数以上が80歳を迎える社会となっている。しかも、年金制度は成熟化が進み、高齢者の経済的な自立への支えとして機能しつつある。このような中であって、高齢者が自らの有する能力を最大限活かし、自らが望む環境で、人生を尊厳を持って過ごすことができるような長寿社会の実現が強く求められている。

そのためには、これまで述べてきたように、介護に関連する既存制度の枠組みの中での対応では限界があることから、新たな基本理念の下で関連制度を再編成し、21世紀に向けた「新介護システム」の創設を目指すことが適当である。

(高齢者の自立支援)

・ 今後の高齢者介護の基本理念は、高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること、つまり『高齢者の自立

支援』である。

従来の高齢者介護は、どちらかと言えば、高齢者の身体を清潔に保ち、食事や入浴等の面倒をみるといった「お世話」の面にとどまりがちであった。今後は、重度の障害を有する高齢者であっても、例えば、車椅子で外出し、好きな買い物ができ、友人に会い、地域社会の一員として様々な活動に参加するなど、自分の生活を楽しむことができるような、自立した生活の実現を積極的に支援することが、介護の基本理念として置かれるべきである。

・ したがって、新介護システムは、こうした基本理念を踏まえ、①予防とリハビリテーションの重視、②高齢者自身による選択、③在宅ケアの推進、④利用者本位のサービス提供、⑤社会連帯による支え合い、⑥介護基盤の整備、⑦重層的で効率的なシステム、を基本的な考え方とすることが求められる。

1. 予防とリハビリテーションの重視

(予防重視の考え方)

・ まず第一に、寝たきり等の防止に最大の力を注ぎ、若い頃から日常生活における健康管理や健康づくりを進めるとともに、脳血管障害や骨粗しょう症、更には老人性痴呆などの原因疾患の予防や治療に関する研究を推進していく必要がある。

・ 予防重視の考え方は、介護サービスの提供においても貫かれる必要がある。従来制度においては、例えば、福祉用具にしても、高齢者本人の障害が固定してからようやく貸与されるケースも見られたが、このようなことがいわゆる寝たきりを招き、かえって社会的費用の増加をもたらした面があることも否定できない。新介護システムにおいては、サービスが必要な場合には、迅速かつ簡単な手続きによりサービス利用が行われるような体制が求められる。

・ また、介護を必要とする状態になった高齢者は、二次障害や三次障害を次々と引き起こす場合が多い。したがって、実際のケアにあたっても、次に起こり得る事態を予測し、それを防ぐための予防的な対処を行うことが重要である。既に発生した障害に対応するだけという後手後手のケアは、高齢者の「生活の質」の向上につながらないばかりか、予防的なケアに比べ結果として多くの労力と社会的費用を必要とすることになる。

(地域リハビリテーションの推進)

・ そして、心身の機能が低下したことによって万一介護を必要とするような状態になった場合には、できる限り早い段階から適切なリハビリテーションを提供する必要がある。また、高齢者の社会参加を支えるためには、リハビリテーションの概念を大きく広げていくことが重要である。従来施設や病院等における医学的、機能回復的リハビリテーションだけでなく、高齢者本人の意思によって地域社会の様々な活動に積極的に参加できるように、日常生活の中にリハビリテーションの要素を取り入れ、地域全体で高齢者を支える取組みを推進していくことが求められる。

2. 高齢者自身による選択

(「与えられる福祉」から「選ぶ福祉」へ)

・ 高齢者は社会的にも、経済的にも自立した存在であることが望まれる。社会の中心的担い手として行動し、発言し、自己決定してきた市民が、ある一定

年齢を過ぎると、制度的には行政処分の対象とされ、その反射的利益（行政処分の結果として受ける利益）を受けるに過ぎなくなるというのは、成熟社会にふさわしい姿とは言えない。

社会環境の変化を踏まえ、介護が必要となった場合には、高齢者が自らの意思に基づいて、利用するサービスや生活する環境を選択し、決定することを基本に据えたシステムを構築すべきである。

（選択を可能とする条件）

・ こうしたシステムを構築するにあたっては、高齢者の選択に基づく自己決定を実効あるものとする観点から、次のような点に配慮する必要がある。

- ①所得の多寡や家族形態等に関わりなく、サービスを必要とする全ての高齢者が利用できること（サービスの普遍性）
- ②サービスを受ける場所やその種類・内容によって、利用手続きや利用者負担に不合理な格差がなく、公平であること（サービスの公平性）
- ③サービスの内容や質が社会的に妥当な標準に沿うものであり、かつそれが適切に評価されること（サービスの妥当性）
- ④利用者側に十分な情報が提供されるとともに、専門家が高齢者や家族を支援するような体制が整備されていること（サービスの専門性）

（緊急的な保護措置）

・ サービス利用の必要性が高いにもかかわらず、放置されていたり、時には虐待されていたり、あるいは本人や家族が利用を拒絶しているようなケースなどにおいては、本人の自己決定にも限界がある。

このような自己決定に馴染まないような場合については、緊急性があって、高齢者本人の福祉のために必要であることが明らかな時には、例外的に、行政機関が適切なサービス利用を確保するような仕組みが必要である。

3. 在宅ケアの推進

（在宅ケアの重視）

・ 高齢者は、それぞれ長い人生経験の中で培い、形成してきた人間関係や価値観、ライフスタイルを有しており、高齢者の自立した生活は、そうした「人生の継続性」の上に成り立つものである。

言うまでもなく、家庭は生活の基盤であり、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。このような希望に応え、まず第一に、高齢者が無理なく在宅ケアを選択できるような環境整備を進めることが不可欠である。

（家族による介護）

・ 高齢者にとって一番大切なものは何か、という問いに対しては、ほとんどは「家族」という答が返ってくる。それ程高齢者にとって、家族の存在は大きい。

在宅ケアにおいて家族が果たす役割は極めて大きく、実際に、家族が両親や配偶者を愛情を込めて懸命に介護している家庭が数多く見られる。こうした家族による介護については、制度的にも適切に評価されるべきである。

- ・ しかし、一方で、家族による介護に過度に依存し、家族が過重な負担を負うようなことがあってはならない。在宅ケアにおける家族の最大の役割は、高齢者を精神的に支えることであり、そのためには高齢者と家族との間で良好な人間関係が維持されていることが当然必要となる。家族が心身ともに介護に疲れ果て、高齢者にとってそれが精神的な負担となるような状況では、在宅ケアを成り立たせることは困難である。

(在宅サービスの拡充)

- ・ したがって、現在大きく立ち遅れている在宅サービスを大幅に拡充し、在宅の高齢者が必要な時に必要なサービスを適切に利用できる体制作りを早急に進めていく必要がある。そして、一人暮らしや高齢者のみの世帯であっても、希望に応じ可能な限り在宅生活ができるよう支援していくべきである。特に、重度の障害を持つような高齢者や一人暮らしで介護が必要な高齢者については、24時間対応を基本としたサービス体制の整備が求められる。

4. 利用者本位のサービス提供

(高齢者の「生活の質」の向上)

- ・ 介護サービスは、何よりも利用者側の立場に立ってサービスが提供されなければならない。しかし、現実には、「縦割り」とか「お役所仕事」といった言葉に表現されるように、提供者側の事情や法令・行政制度の論理が優先しているように感じられる場面に出会うことがある。あくまでも高齢者の「生活の質」の維持・向上を目指す観点から、利用者本位の姿勢が貫かれる必要がある。

- ・ そのためには、まず、高齢者の個別性が尊重される必要がある。高齢者は、長年にわたる生活習慣や環境の違いが年輪のように重なって、心身の状態に様々な影響を与えており、若い人に比べても個人差が大きい存在である。高齢であることだけを属性として捉え、高齢者を「一つの同質のグループ」と考えるのではなく、高齢者一人ひとりの個性を尊重し、サービスを提供していくことが重要である。

(ケアチーム)

- ・ 高齢者の生活を支えるという観点からは、個々の症状だけでなく、心身の状態や日常生活の全体像を踏まえたニーズの把握、すなわち「全人的な評価」が必要である。その結果必要とされる介護サービスは、保健、医療、福祉などといった従来の行政の枠組みにとらわれることなく、相互に連携して総合的に提供されなければならない。このためには、各サービスを「一つのパッケージ」(サービスパッケージ)として提供していくことが求められる。

この基本的な考え方は、それぞれのサービス関係者が一つの「ケアチーム」となって、必要なサービスを組み合わせ、それを継続的に提供していくということである。介護を必要とする高齢者の生活状態やニーズは一様ではなく、しかも、時間の推移によって大きく変化する。この「ケアチーム」は、個々の高齢者の状況に応じて、必要なメンバーが随時参加し得るような柔軟なものでなければならない。

(ケアマネジメント)

そこで問題となるのは、介護サービスに関係する人数が多く、しかもその職

種が多岐にわたっている上に、それぞれ異なる組織に属していることである。このため、往々にして関係者の調整に時間がかかったり、相互の連携が十分でなかったりすることとなる。

こうした問題を克服していくためには、ケア担当者が利用者側の立場に立って、本人や家族のニーズを的確に把握し、その結果を踏まえ「ケアチーム」を構成する関係者が一緒になって、ケアの基本方針である「ケアプラン」を策定し、実行していくシステム、すなわち「ケアマネジメント」を確立することが重要である。

（地域ケア体制の整備）

・ 各地域においては、このような「ケアマネジメント」の考え方を基本に、サービス連携の拠点やネットワークづくりを進め、関係者が有機的に連携した地域ケア体制を整備していくことが求められる。この場合、従来の在宅と施設という区分けではなく、在宅ケアと施設ケアの連続性の視点を基本に据え、地域全体が高齢者や家族を支えていく施策の展開が望まれる。これによって、在宅ケアにあたる家族の安心感が高まり、在宅ケアの推進に大きく資することにもなる。

・ なお、当然のことであるが、高齢者をめぐる状況、サービス提供の基盤となる関係施設などの整備状況、必要とされるサービスのメニュー、連携拠点、社会資源の状況、公的部門と民間部門の役割などは地域によって大きく異なる。したがって、地域性を重視し、画一的な枠にはめるようなことがないよう留意する必要がある。また、地域住民やボランティアの幅広い参加を進めていくことが重要である。

（多元的なサービス提供主体と市場メカニズムの意義）

・ 利用者にとっては、多様で良質なサービスが豊富に提供されることが望ましいが、そのためには地域の非営利組織による活動やボランティアグループ、シルバービジネスといった多様な主体が、それぞれの特性に合ったサービスを提供していくことが望まれる。

そして、多様な事業主体が介護の現場に参加し、利用者のニーズを汲み上げながら、サービスの質の向上やコストの合理化をめぐって健全な競争を展開していく方向を目指すことが適切である。市場メカニズムを活用したシステムは、多様な資金調達の手続きを開き、サービス基盤整備を促進することにもつながるものと期待される。

・ ただし、介護サービスの特性を踏まえ、市場メカニズムを補完する仕組みを整備する必要がある。介護に関する高齢者のニーズを客観的に評価する体制を整備するとともに、サービスに関する情報の提供やサービス内容とその質に関する第三者による評価、高齢者が不利益を被った場合に気軽に苦情を申し立てることができる仕組みの整備が求められる。

5. 社会連帯による支え合い

（介護リスクの普遍性）

・ 現在、介護の必要な高齢者は約200万人にのぼっており、これが平成12年（2000年）には280万人、平成37年（2025年）には520万人に増加することが予測されている。また、亡くなる前に4割近くの人が6か月以上床に

ついているとの調査も報告されている。このように介護の問題は決して特別のことでも、限られた人の問題でもなく、長寿化に伴って国民の誰にでも起こり得るリスクとなってきたと言える。

しかも、介護が必要な状態となった場合には、その期間や症状はまちまちで、介護に要する費用の予測も不確実である。なかには介護期間が長期化し、介護費用も高額にのぼるケースもあるため、各人が自助努力であらかじめ備えることは一般的には期待できない。

・ このような普遍的なリスクである介護問題を社会的に解決していくためには、人の自立と尊厳を基本にしながら、社会全体で介護リスクを支え合うという「リスクの共同化」の視点が必要である。その意味で、本格的な高齢社会における介護リスクは、社会連帯を基本とした相互扶助である「社会保険方式」に基礎を置いたシステムによってカバーされることが望ましい。このようなシステムを制度化し、その適切な運営を図っていくことが、すなわち公的責任を新たな形で具現化することになるのである。

（社会保険の意義）

・ 社会保険システムにより、高齢者は社会全体によって支えられることとなる。しかも、その利益を享受するのは、現在の高齢者だけではなく、現役世代も自らの親の介護に対する不安が軽減され、安定的な日常生活を営むことが可能となる。更に、将来高齢期を迎え、介護が必要となった時には直接利益を受けられることとなる。

また、企業にとっても、家族介護の必要性から予測し難い時期に従業員が離職することに伴う損失を防ぐことができるというメリットがある。このように高齢者介護について社会保険システムを導入することは、国民それぞれにとって、大きな意義が認められるものである。

（私的保険の役割）

・ 保険システムには、社会保険のほか、個人の自助を基本とした私的保険がある。私的保険の場合には、年齢に応じた保険料負担の増加といった問題のほか、現在介護を必要とする高齢者は利用できないという限界がある。

このため、強制加入を基本とする社会保険によって、必要にして適切な水準の介護サービスを保障することとし、私的保険は、多様なニーズへの対応として、社会保険を補完することが期待される。なお、社会保険の導入に伴い要介護認定等の事務体制が整備されることによって、私的保険においても効率的な事業運営が可能となり、事業展開のための基盤づくりにつながることを期待できる。

6. 介護基盤の整備

（基盤整備の重要性）

・ 高齢者によるサービスの自己決定も、選択し得るだけの量のサービスが確保されて初めて可能となる。必要な介護サービスを支える人材や施設の確保は、あらゆる施策の基盤をなすものである。しかし、現状では、在宅サービス・施設サービス双方ともに、サービスの絶対量が不足しているほか、市町村間で大きな格差があり、さらに、都市部では施設整備の立ち遅れ、過疎地では専門的な人材の不足等の問題がみられる。

平成2年度から「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」に基づき在宅及び施設における介護基盤の整備が進められているが、市町村における老人保健福祉計画の策定や新規施策の実施など、その後の動向を踏まえ、なお一層の基盤整備に取り組むことが強く望まれる。

また、社会保険方式に基礎を置いた新介護システムの実現により、サービス提供体制の急速な進展が図られ、全ての高齢者にとってサービス利用の公平性が確保されるようになることが期待される。

（社会資本としての介護基盤）

・ 社会資本とは、私的な動機（利潤の追求や私生活の向上）による投資のみに委ねているときには、国民経済社会の必要性から見て、その存在量が著しく不足するか、著しく不均衡になるなどの好ましくない状態に置かれると考えられる性質を有する資本とされている。道路や港湾、下水道整備、治山治水などといった公共事業分野は、社会資本整備の観点から、従来から長期計画に基づき総事業量を明示しつつ、計画的な整備が進められている。

・ これに対し、老人福祉施設などは社会資本の範疇には含まれてはいるが、上記のような事業分野に比べ、これまでの投資配分は必ずしも十分であったとは言いがたい。介護施設の整備や、介護の重要な基盤である人材確保、住宅対策とまちづくりは、高齢者を含めた全ての人々が地域や家庭の中で共に自立した生活を送ることができる社会の基本的要素、言わば「福祉インフラストラクチャ」として位置づけられるべきものであり、介護基盤の整備が社会全体の介護コストを最適化するという意味において、国民経済的にも大きな意義を有するものである。

新たな公共投資基本計画においても、生活・福祉分野への投資配分の拡充が提示されているところであり、本格的な高齢社会に向け、社会資本整備という観点からも、総合的な介護基盤の整備に積極的に取り組むことが強く望まれる。

（人材の確保）

・ 介護基盤整備の上で最も重要な要素となるのが、介護サービスを担う人材確保の問題である。若年労働力人口の減少が予測される中で、介護サービスの中核を担う看護・介護・リハビリテーションなどの人材確保は最重要課題である。

このため、これら専門職員の養成体制の強化を図るとともに、勤務条件の改善や魅力ある職場づくり、社会的評価の向上を積極的に進めていくことが求められる。また、民間セクターへの事業委託についても、介護の現場で働く従事者の勤務条件に対する十分な配慮が望まれる。

（資質と能力の向上）

・ 量的な確保だけでなく、良質なサービスを得るため、介護サービスを担う専門職としての資質と能力の向上に力を入れなければならない。

高齢者のニーズを総合的に把握する能力、適切なサービス提供を裏づけるケア技術、多様な社会資源の活用を可能とする幅広い知識、そして、介護サービスの基本であるところの「やさしさ」と「高い倫理観」を兼ね備えた人材の育成に努めていくことが求められる。特に、ケアマネジメントを支える人材の養成やチームによるケアの提供のための実践的な教育・研究を重視する必要がある。

る。

こうした人材の養成・確保については、新介護システムにおいて、しっかりとした財政面のバックアップを行うべきである。

(幅広い参加)

・ 高齢者介護を進めるには、こうした専門家だけでなく、地域住民やボランティアがお互いの役割を分担し合いながら、積極的に参加していくことが望まれる。また、高齢社会においては、高齢者自らが様々なボランティア活動等を通じて自己実現を図りつつ、虚弱な高齢者を心身両面にわたって支援していくことなどがますます重要となる。

このため、各種ボランティア活動を支援していくとともに、家庭で介護に当たる家族や住民が、男女を問わず積極的に介護方法等に関する研修や交流の機会を持てるようにすることが重要である。既に多くの主婦等がホームヘルパーの研修に参加している状況にあるが、こうした機会は一層増やしていくべきである。介護のレベルアップにつながるるとともに、家族の孤立化を防ぐ効果も期待できる。さらに、家庭介護を経験した人が、その知識と経験を活かし、介護サービスに参加できるシステムづくりも検討すべきである。

(関連技術の開発と活用)

・ 車椅子や入浴補助具、ベッドなどの福祉用具の開発普及は、介護を必要とする高齢者が自立した生活を送り、社会参加する上でも、また、介護者の身体的・精神的負担を軽減する上でも有用である。このため、関連分野における技術革新を活かし、利用者の特性やその置かれた環境等を踏まえた福祉用具の研究開発を進めるとともに、福祉用具の展示・普及の地域における拠点づくりや適切な流通市場の整備により、その普及を積極的に図ることが望まれる。

また、介護は、性格上労働集約的な面が強いとされるが、機械化・情報化等により業務効率を向上させ、介護サービスを効率的に提供する体制を目指すことが重要である。

(住宅対策とまちづくり)

・ 我が国の住宅は、高齢者が在宅生活を行う上で、段差が多い、浴室やトイレが使いにくい、廊下が狭く車椅子では通れないなど、安全性や利便性等について問題が指摘されている。また、介護を必要とする高齢者の在宅ケアを進める上で、段差等の障害のないバリアフリーの住宅等の方が介護コストの軽減につながるとの報告もある。こうしたことから、高齢者が住み慣れた地域や家庭で生活を続けていくための基盤として、住宅、住環境の整備を進めていく必要がある。

・ このため、バリアフリーの住宅やヘルプステーション、デイサービス・デイケアセンター等の生活支援機能が付与されたケアハウスやシルバーハウジングなどの整備を進めることが重要である。このような観点から、既存住宅の改造を推進するとともに、高齢者に配慮した公的住宅の整備、融資制度や税制を通じた民間住宅の整備促進等により、高齢者への対応を視野に入れた住宅ストックを形成していく必要がある。

・ また、建築物、交通ターミナル、道路、公共交通機関等における物理的障害の除去など、高齢者を取り巻く生活環境の改善を進め、高齢者が自立し、ス

ムーズに社会参加ができるような「まちづくり」を行うべきである。さらに、利便のよい場所に高齢者関連施設を設置するなど都市計画の観点からの取り組みも望まれる。一部の地方自治体では、高齢者や障害者が暮らしやすいまちづくりを目指した条例の制定などが行われているが、今後更にこうした積極的な取り組みが推進されることが期待される。

7. 重層的で効率的なシステム

(重層的なシステム)

・ 高齢者自身の自立を基本としつつ、社会連帯という視点に立って、家族や行政部門、サービス提供機関、地域、企業などといった様々な主体が、高齢者を支えていくことが重要である。

行政機関は、地域のニーズに応じた介護サービスの基盤整備と提供システムづくり、サービスの質の確保、人材の育成、それらに要する費用に対する財政支援などの役割と責任を担うこととなる。サービス提供機関は良質なサービスを提供し、また、地域や企業も高齢者を様々な角度から支援していくことが求められる。

新たな介護システムが適切に機能するためには、このように各主体が役割を分担し合い、高齢者を重層的に支えていく体制が必要となる。

(行政の責任と役割)

・ 市町村は、地域住民に最も身近な行政主体として、高齢者のニーズを的確に把握するとともに、老人保健福祉計画に基づく介護サービスの整備目標の策定と地域のサービス体制づくり、サービスに要する人材や施設の確保整備など、主として介護サービス提供の役割と責任を負うことが考えられる。

都道府県については、人材養成、サービス体制の広域的な調整、財政面における市町村の支援を行うことが、また、国は、制度の法制化や全国民に共通するサービスや負担についての標準の設定、財政面の支援など、制度の維持・運営に関する役割と責任を負うことが考えられる。

(効率的なシステム)

・ 新たなシステムは、規制緩和や行政簡素化の方向に沿ったものでなければならぬ。その点で、保健、医療、福祉の連携の強化や利用者によるサービス利用の決定などは、行政改革の観点からも大きな意義を有するものと言えよう。さらに、事業運営にあたっては、ICカードシステムなど情報通信処理システムの活用をはじめ事務処理の機械化、効率化を積極的に推進すべきである。

・ また、実際の制度・事業運営にあたっては、行政の直営のみにこだわることなく、地域の特性に応じて、様々な関係機関や組織の事業参加を求め、住民により近い場で専門家による事業が遂行される体制が最も望ましい。

第3章 新介護システムのあり方

1. 新介護サービスの展開

(1) 介護サービス体系

ア. 在宅サービス

(在宅サービスの整備)

- ・ 高齢者の生活の質の維持・向上を目指す観点から、高齢者が必要とする介護サービスを、必要な日に、必要な時間帯に、スムーズに受けられ、一人暮らしや高齢者のみ世帯の場合であっても、希望に応じ、可能な限り在宅生活が続けられるような生活支援を行っていく必要がある。特に、重度の障害を持つような高齢者や一人暮らしで介護が必要な高齢者の場合には、24時間対応を基本とした在宅サービス体制を整備する必要がある。

(在宅サービスの内容)

- ・ 在宅ケアに必要とされるサービスは多岐にわたっており、例えば、ホームヘルプサービス、デイサービス・デイケア、ショートステイ、配食サービス、訪問看護・リハビリサービス、医学的管理サービス、福祉用具利用や住宅改造の援助などの様々なサービスが考えられる。こうした在宅サービスが総合的、一体的に提供されるシステムを整備する必要がある。

(在宅・地域サービスの新たな展開)

- ・ 介護の必要な高齢者の増加やそのニーズの多様化を踏まえ、新たな視点に立ったサービス内容の充実が求められる。

24時間対応の観点から、ホームヘルパー、訪問看護婦等の夜間巡回やナイトケア、緊急通報システムの拡充が求められるほか、痴呆性高齢者のための小規模な共同生活の場（グループホーム）や小規模デイサービスなどの整備が望まれる。

さらに、デイサービスやデイケアといった在宅ケアのみならず、施設入所者を対象としたリハビリテーションを通じて、地域における在宅と施設、医療と福祉の連携を推進するような地域リハビリテーションの拠点づくりを進めるべきである。

(家族介護の評価)

- ・ 家族による介護に対しては、外部サービスを利用しているケースとの公平性の観点、介護に伴う支出増などといった経済面を考慮し、一定の現金支給が検討されるべきである。これは、介護に関する本人や家族の選択の幅を広げるという観点からも意義がある。

- ・ ただし、現金の支給が、実際に家族による適切な介護サービスの提供に結びつくのかどうかという問題があるほか、場合によっては家族介護を固定させたり、高齢者の状態を悪化させかねないといった懸念もあるので、制度の検討は慎重に行われなければならない。

例えば、①介護の経験や知識に乏しい家族には研修を受けてもらうとともに、②専門家がケアプランに基づき全体を管理し、③必要な場合には直ちに外部サービスへの切り換えが行えるようなバックアップ体制がとられていることなどに十分留意する必要がある。また、このような現金支給の対象者は、被保険者である介護の必要な高齢者本人なのか、それとも家族なのかといった点についても、さらに議論を進めていく必要がある。

イ. 施設サービス

(施設の整備)

- ・ 施設ケアの充実を図るため、老人保健福祉計画の着実な実施により、地域

の実情に応じた施設整備を進め、少なくとも現在のような入所待状態を速やかに解消することが求められる。この場合、広域的な視点から適正な施設配置を推進するとともに、広く医療や福祉の関係者の理解と協力を求め、相互の連携・接続のとれた効率的なサービス提供体制の構築を目指すことが重要である。

(施設のあり方)

- ・ 今後の施設ケアは、高齢者の生活の質の維持・向上を図ることを基本目標に、高齢者の個別性に配慮し、全人的なニーズを踏まえたケアプランに基づき、質の高いケアを提供することが求められる。

また、高齢者の生活の継続性の尊重という観点からは、施設における生活は、できる限り在宅での生活に近いものであることが望まれる。その意味においても、施設ケアにおける快適性（アメニティ）の向上を図っていく必要がある。

さらに、施設は施設ケアの枠にとどまることなく、在宅ケアを支えていく地域の拠点としての機能を積極的に果たすとともに、継続的なケアの実現を目指すことが望まれる。在宅ケアの継続に不安をもつ多くの家族の存在を考えると、在宅ケアを支援する機能を併せ持つ方向で施設の整備を進めることは、その不安の解消に大きな役割を果たすものと考えられる。

- ・ 介護を必要とする高齢者に対する施設としては、特別養護老人ホーム、老人保護施設、療養型病床群、老人病院（入院医療管理病院）が主なものとしてあげられる。これらの施設については、高齢者ケアを担う施設として機能を強化する一方、利用手続や利用料における不合理な格差の解消を図るべきである。特に、それぞれの施設に入っている高齢者が心身の状態に応じたケアを受けられるよう、施設に対する適切な費用支払方式の検討が行われる必要がある。

- ・ 新システムの下で、将来的にはこれらの施設は高齢者ケア施設として一元化する方向を目指すことが望まれる。ただし、その場合にも、これまでの経緯や実態、機能面の特性を十分踏まえ、多様性を幅広く認めるとともに、段階的な移行措置に配慮することが望ましい。

ウ. サービス提供主体

- ・ 高齢者や家族に対しニーズに応じた多様で良質な介護サービスが十分に提供されるよう、多様な事業主体の参加を求め、市場における適切な競争を通じて、サービスの供給量の拡大と質の向上が図られる必要がある。特に、現状においてサービス量が絶対的に不足している都市部は、その必要性が高い。配食サービスやホームヘルプサービスなどの介護サービスに関しては、質の確保や利用者保護が十分なされている限り、営利法人についても、サービス提供主体として一層の活用を検討すべきである。

- ・ 医療機関を運営する主体として医療法人が、また、社会福祉事業を運営する主体として社会福祉法人が制度化されているが、介護サービスの面での事業内容は同質化しつつある。したがって、介護サービスについては、相互の垣根はできる限り低くし、同じサービス分野を担うものとして、それぞれの特色を生かしながら連携しつつ共に努力していくことが期待される。将来的には、介護サービスを担う新たな法人制度の創設の検討が望まれる。また、現在はサービス提供主体の事業規模がおおむね小さく、事業内容も限定的であるが、今後は適切な規模の事業を多面的に展開し得るように配慮すべきである。なお、制度の見直しに当たっては、従来から運営されてきた施設においてサービス提供

に支障が生ずることのないよう、十分配慮すべきことは言うまでもない。

エ. サービス内容と質

・ 介護サービスを提供する機関は、そのサービス体制や施設設備などについて、組織の内部と外部の双方から、定期的にチェックを受ける必要がある。特に、自らが提供するサービス内容についての自主的な評価とともに、第三者的な機関による客観的な評価の活用が望まれる。

(2) サービスの利用システム

ア. サービスの利用形態

(契約方式の原則)

・ 高齢者に対する介護サービスは、その特性からみて、高齢者自らの選択に基づいて提供される必要がある。このため、介護サービスの提供は、高齢者とサービス提供機関の間の契約によることが適当である。

・ このような契約によるサービス利用については、利用者保護の観点から、サービス提供機関から利用者への適切かつ分かりやすい情報の提供、高齢者や家族に対する専門的な立場からの支援体制の整備、ニーズの発見とそれをサービスに結びつける仕組み、利用者から申し込みがあった場合の速やかなサービスの提供開始が求められる。

(緊急的な保護措置)

・ また、家族による介護放棄や虐待、本人の利用拒絶などのケースにおいて、本人の福祉のためにサービス利用の必要性が明確な場合には、契約方式を補完するものとして、行政機関の責任による緊急の施設入所などが考えられるべきである。

イ. ケアマネジメント

(ケアマネジメントの機能)

・ 新たな介護システムにおいては、高齢者や家族を専門的な視点から支援する仕組みである「ケアマネジメント」が、次のような機能を果たすことが期待される。

- ① サービス利用に際して、高齢者や家族の相談に応じ専門的な立場から助言すること
- ② 介護の必要な高齢者や家族のニーズを把握し、そのニーズや介護の必要度に応じ、関係者が一緒になってケアの基本方針とケア内容を定めたケアプランを作成すること
- ③ そのケアプランを踏まえ、実際のサービス利用に結びつけること
- ④ 高齢者のニーズやサービス提供状況を把握しながら、適切なサービス利用を継続的に確保すること

(ケアマネジメント体制のあり方)

・ このようなケアマネジメントは、介護に関し専門的知識と経験を有する保健、医療、福祉関係担当者をメンバーとする「ケアチーム」によって進められることが適切である。その場合、高齢者の心身の状態についての医師の専門的な判断は十分尊重される必要がある。

高齢者に対し総合的かつ継続的なサービスを提供する視点からみて、このように関係者が一体となって、高齢者介護に取り組むことの意義は大きい。

(ア) ケアマネジメントにおいては、地域のサービス提供機関と十分な連携を確保することが求められる。したがって、ケアマネジメントを担当する機関（ケアマネジメント機関）は、地域に開かれたものであることが望まれる。また、利用者が複数のケアマネジメント機関の中から選択できるようなものであることが適当である。

(イ) また、ケアマネジメント機関は、サービスの即応性や「ケアチーム」の設定、効率的な体制という観点から、ヘルパーステーションや訪問看護ステーション、デイサービス・デイケアなどのサービス供給機能を併せ持つことも重要である。

(ウ) ケアマネジメント体制のあり方は、地域によって異なってくる。各地域において、その特性や実情を踏まえた上で、最も適切な体制を確立することが可能となるような柔軟性のある取組みが重要である。

2. 介護費用の保障

(1) 社会保険方式の意義

・ 介護に要する費用は、現在でもかなりの規模に達しているが、今後介護を必要とする高齢者の増加や介護サービスの整備のため、さらに増大することが見込まれる。このため、介護費用を将来にわたって安定的に確保し、高齢者や家族の適切なサービス利用を保障していく必要がある。

・ そのための方策としては、租税を基礎とした公費方式、現行の医療保険制度や老人保健制度などを活用した方式、新たな独立した社会保険方式など多様な考え方を採り得るが、第2章で述べたように、介護サービスの利用と費用負担という両面で、次のような意義を有する「社会保険方式」に基礎を置いたシステムが最も適切であると考えられる。

なお、社会保険方式をとった場合においても、介護サービス保障についての公的責任や高齢者介護に関わる現行施策との関連等からも、制度上一定の公費（国、都道府県、市町村）の組み入れが検討される必要がある。

ア. 介護サービス利用の面

(高齢者による選択)

・ まず、サービス利用の面でみると、社会保険方式は、高齢者自身によるサービスの選択に資するものであると言える。

公費（措置）方式の場合は、行政処分として、ニーズや所得等の審査に基づき行政機関がサービス利用を決定する。これに対し、社会保険方式では、サービス利用は利用者とサービス提供機関の間の契約に基盤が置かれるため、高齢者の選択という観点からみてよりふさわしいシステムであると言える。

・ なお、サービス利用を当事者間の契約に委ねる結果、弱い立場にある利用者側が不利益に扱われるケースも生ずるのではないかとの不安もある。こうした懸念を解消するため、サービスの利用手続等について公的なルールづくりを行い、サービスの公平性や妥当性を確保するとともに、専門家による支援体制の充実や緊急的な保護手続の整備が必要である。

(サービス受給の権利性)

・ また、社会保険方式は、措置制度と比べると、保険料負担の見返りとしてサービス受給が位置づけられているため、利用者の権利的性格が強く、利用にあたっての心理的な抵抗が少ない。このため、マクロ的には、ニーズに応じてサービス供給を拡大させる方向に機能していくことが期待される。

一方、こうした権利的な性格は、保険給付に関して保険者の裁量の余地が少ないこと等から、過剰・不当利用（モラルハザード）を招くことも懸念されるので、専門家による適切な関与や制度の適正な運営が重要となる。

イ. 費用負担の面

（保険料負担とサービスの対応関係）

・ 租税財源の配分という形になる公費方式に比べ、社会保険方式では、保険料の用途が介護用に限定されているため、保険料負担とサービス受益の権利の対応関係が明確である。このため、介護サービスの拡充に伴う負担の増加についても、保険料という形をとっていることにより、国民の理解を得ることにつながりやすいと考えられる。

・ なお、現行制度の下でも介護に要する費用のかなりの部分が医療保険料で賄われている事実を踏まえると、介護サービスとして一元化された上での保険料の負担は、必ずしもすべてが新たな追加的負担ではないということにも留意する必要がある。

（利用者負担のあり方）

・ 利用者負担の面については、公費方式では現行の措置制度にみられるように所得に応じた負担（応能負担型の費用徴収システム）であるのに対し、社会保険方式では受益に見合った負担（応益負担）となる。高齢者は自らの意思に基づき多様なサービスを選択することとなるので、応益負担の観点から、その利用したサービスの費用の一定率又は一定額を負担することが適当と考えられる。

・ 応益負担とすることにより、サービスの利用者及び提供者の両者がサービスの内容により一層関心を払うようになることが期待される。

さらに、年金の成熟に伴い高齢者の所得水準が向上していく状況からみて、中間所得層にとって過重な負担になるおそれがある応能負担よりは、サービスの受益に応じた応益負担を基本とすることが適当である。

また、利用者負担を応益負担に統一することによって、現在のように施設やサービスの種別によって負担が異なるという、制度間の不整合の問題が解消されることの意義は大きい。

・ なお、応益負担の場合には、低所得者に対して配慮する必要があることは言うまでもない。この場合、公平の観点から、減免した利用者負担相当額についてはいったん市町村が肩代わりし、本人の遺産に対して優先的にその支払いを求めることができることとする、といった仕組みについても検討されるべきであろう。また、利用料の徴収については、その確実性、利用者の利便等も考慮し、年金給付からの徴収等の方法についても検討する必要がある。

（2）社会保険に関する主な論点

・ 社会保険方式を検討する場合の主な論点としては、①保険者、②被保険者・受給者、③費用負担、④保険給付、⑤利用料のあり方があげられる。

これらの論点は、新介護システムにおける重要事項であるので、前述したような基本的な考え方に沿って、総合的な検討を進めていくことが求められる。

ア. 保険者

・ どのような主体を保険者とするかは、新介護システムとしての社会保険の全体像にも関わる。介護サービスの地域性等を考慮すると、市町村を保険者とする「地域保険」としての構成が考えられるが、一方、保険財政の安定性等の観点からは、より規模の大きな主体が保険者となることも考えられる。

・ 仮に市町村を保険者とした場合には、財政基盤や事務処理体制に問題を有する小規模な市町村が多くみられること、広域的な保健・医療・福祉の圏域との整合性といった観点から、広域的な調整や事務体制などの面にも配慮する必要がある。

・ また、①市町村は、住民の身近な地方公共団体として、介護サービスに関する面を主に担い、②都道府県は、広域的な見地からの支援と調整を、③国は、制度の設計・運営の観点から基本的な枠組みづくり等を行う、というように機能分担をして保険運営を行う仕組みとすることも考えられる。

・ 現行の医療保険や年金保険の保険者については、その本来の役割、高齢者介護との密接な関係があること等から、新介護システムにおいて果たすべき役割を検討する必要がある。

いずれにせよ、この新介護システムにおいては一つの主体のみによってすべてを運営し得るものではなく、実質的にはむしろ、各主体がそれぞれの役割と責任の下で、重層的に支えていく構造となることが期待される。

こうしたシステムが実現されると、平成2年の老人福祉法等の改正以来進められてきた市町村を中心とする老人保健福祉行政の流れに、より明確な財源的な裏打ちがなされ、その一層の推進が図られることになるものと思われる。

イ. 被保険者・受給者

・ 費用の負担と給付の関係が明確な社会保険方式では、誰が保険料を負担する被保険者や保険給付の受給者となるのか、システム全体の費用負担の姿がどうなるかが重要な問題となるが、これらについても今後の具体的な検討が求められる。

介護のリスクが高まる65歳以上の高齢者を被保険者かつ受給者とすることが基本と考えられるが、現役世代についても、世代間連帯や将来における受給者になるための資格取得要件として、被保険者として位置付けることも考えられる。

・ なお、高齢者以外の障害者については、障害者基本法の趣旨に沿って、障害の態様に応じた、教育、授産、就労、更生援助、住宅などの総合的な障害者施策を計画的に推進し、適切に対応していくことが望まれるところであるが、その中で介護サービスを取り出して社会保険の対象にすることが適当かどうか、慎重な検討が必要である。

ウ. 費用負担

・ 社会保険における費用負担については、国民全てが公平に高齢者介護費用を負担し合うという観点から、次のような点に留意し十分な検討を行う必要がある。

- ①高齢者自身の生活を支える費用として、年金給付の意義をどのように考えるべきか。年金給付から、その一部を高齢者の保険料として支払うことを検討すべきではないか。
- ②現行制度の下で介護に要する費用の一部を負担している医療保険の保険者、「世代間連帯」を基本に高齢者に年金給付を行っている年金保険者について、どのような役割を期待するか。
- ③公費（国、都道府県、市町村）による負担については、
 - (ア) 現行の高齢者福祉制度や医療保険制度（老人保健制度）においても、高率の公費負担が組み込まれていること、
 - (イ) 公的主体は各々の立場から国民の介護サービス保障について責任と役割を有しており、新介護システムは社会連帯を基本とした国民の相互扶助システムであると同時に、介護サービス保障に対する公的主体の責任の具現化でもあること、等を考え合わせれば、保険料等と並んで、公費負担を制度的に組み込むことを基本に考えるべきである。

エ. 保険給付

・ サービス利用希望者が適切なサービスを受けられるようにするためには、要介護状態の判定やケアマネジメントが適切に行われる必要がある。この給付プロセスについては今後さらに具体的な検討を進める必要があるが、この場合、リハビリテーションの重要性を考えると、様々なサービスの利用に先立って、あるいはサービス利用と並行して、リハビリテーションの受療が適切に行われるよう十分配慮する必要がある。

また、要介護状態の判定に際しては、高齢者の心身の状態を客観的に評価（アセスメント）することが求められるが、このような判定は、利用者の身近で専門的な観点から行われるとともに、ケアプランの策定にも結びつくようなものであることが望ましい。なお、判定基準については、外国における事例など各種の方法があるが、わが国の実情を踏まえ、専門的な観点からそのあり方を検討していくことが望まれる。

・ 保険給付は、利用者の利便等からみて、事後的な償還払いによる方式ではなく、サービスそのものが提供され、利用者は利用料のみを支払う仕組みを基本とすることが考えられる。しかし、緊急時における利用など一定の場合にサービス利用にかかった費用を事後的に償還する途も残すことが適当である。

また、それぞれのサービスに対する保険給付の額は、基本的には高齢者の要介護度と受けたサービス内容に応じて、段階別に設定することが考えられる。

オ. 利用料

・ 利用者は、サービスを選択して受ける人と受けない人との公平、コスト意識の喚起、サービスの質の向上、施設入所と在宅の負担の公平等の観点から、受けたサービスの内容に応じて一定率又は定額の利用料の支払を行うことが適当である。その水準等については、次のような点に留意して検討する必要がある。

(ア) 選択されたサービスの提供に必要とされるコスト

(イ) 施設入所者については、在宅サービス利用者であれば自ら負担している食費や光熱費など日常的な生活費にあたる部分の位置付け

- (ウ) 在宅サービス利用者については、利用するサービスの種類と利用量、日常生活費を踏まえた公平な負担
- (エ) 高齢者自身の生活を支える年金給付の現在及び将来の水準
- (オ) 低所得者に対する適切な配慮

おわりに

高齢者介護をめぐる問題は、我が国のみならず、高齢化の進む欧米諸国においても重要な政策課題となっており、最近ではスウェーデンのエーデル改革やイギリスのコミュニティ・ケア改革、ドイツにおける公的介護保険制度の創設など、各国においても高齢社会を展望した様々な改革が進められている。

本報告書が提言した新介護システムは、社会連帯を基礎とした高齢者の自立支援という点で、そうした大きな流れと基本的に同じ方向を目指すものであるとすることができる。高齢者が自らの知識と経験を活かして社会に積極的に参加し、たとえ介護が必要となっても、できる限り自立し、自分の生活を楽しむことができるような長寿社会の実現は、世界に共通する願いである。

新介護システムは、社会保険方式を導入することにより、高齢者自身がサービスを選択するシステムを確立し、広範なサービス利用を図るとともに、ケアマネジメントの導入等により、在宅及び施設サービスの質的な向上を目指すものである。最近の各方面においても、公的介護保険に対する関心が高まっていることがうかがえる。

また、こうしたシステムが円滑に機能するためには、それを支えるだけの介護サービスが量的に整備されていることが必要であることは言うまでもない。このため、新介護システムの創設へ向けての検討と併せて、高齢者介護サービス基盤の一層の整備促進に取り組むことが強く望まれる。

新介護システムの創設は、既存制度の再編成を通じて、制度分立に伴う不整合や弊害を是正し、我が国社会保障制度全体の機能強化と効率化を推進するようなものではない。なかでも、これまで介護費用の大きな部分を担ってきた医療保険制度や老人保健制度について、本格的な高齢社会における役割と在り方についての新たな途を開くものであることが期待される。

この報告書を契機に、新介護システムの創設へ向けて本格的な検討が開始されることを切に望むものである。

平成6年12月18日 大蔵・厚生・自治3大臣合意
『高齢者保健福祉推進10か年戦略の見直し（新ゴールドプラン）』

＜見直しの基本方向＞

○高齢者の保健福祉サービスについては、これまで、「高齢者保健福祉推進10か年戦略」（平成元年12月大蔵・厚生・自治3大臣合意）に基づき着実にその推進を図ってきたところであるが、昨年度、全国の地方公共団体において策定された地方老人保健福祉計画において、現行の高齢者保健福祉推進10か年戦略を大幅に上回る高齢者保健福祉サービス整備の必要性が明らかになったことや、高齢者保健福祉推進10か年戦略策定以降、各種高齢者保健福祉施策の整備充実が図られてきたこと等を踏まえ、現行の高齢者保健福祉推進10か年戦略を全面的に見直し、高齢者介護対策の更なる充実を図ることとする。

○見直しに当たっては、高齢者介護対策の緊急性に鑑み、地域のニーズを踏まえて当面緊急に行なうべき各種高齢者介護サービス基盤の整備目標の引き上げ等を行なうとともに、今後取り組むべき高齢者介護サービス基盤の整備に関する施策の基本的枠組みを新たに策定し、平成11年度までの間において、財源の確保に配慮しつつ、具体的施策の実施を図ることとする。

○平成7年度以降平成11年度までの総事業量は、現行高齢者保健福祉推進10か年戦略に係る部分を含め、9兆円を上回る規模のものとする。

○当面緊急に行なうべき高齢者介護サービス基盤の整備目標の引き上げ等（平成11年度末までの当面の整備目標）

(1) 在宅サービス

	現行	見直し後
ホームヘルパー	10万人	17万人
（ホームヘルプステーション）	—	1万か所
ショートステイ	5万床	6万人分
デイサービス／デイケア	1万か所	1.7万か所
在宅介護支援センター	1万か所	1万か所
老人訪問看護ステーション	—	5000か所

(2) 施設サービス

	現行	見直し後
特別養護老人ホーム	24万床	29万人分
老人保健施設	28万床	28万人分
高齢者生活福祉センター	400か所	400か所
ケアハウス	10万人	10万人分

(3) マンパワーの養成確保

	現行	見直し後
寮母・介護職員	—	20万人
看護職員等	—	10万人
OT・PT	—	1.5万人

○今後取り組むべき高齢者介護サービス基盤の整備に関する施策の基本的枠組

み

＜基本理念＞

全ての高齢者が心身の障害をも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を実現していくため、高齢期最大の不安要因である介護について、介護サービスを必要とする人誰もが、自立に必要なサービスを身近に手に入れることのできる体制を構築する。

i 利用者本位・自立支援

個々人の意思を尊重した利用者本位の質の高いサービス提供を通じ、高齢者の自立を支援する。

ii 普遍主義

支援を必要とする高齢者に対して、必要なサービスを提供する。

iii 総合的サービスの提供

在宅ケアを基本に、保健・医療・福祉を通じ高齢者の多様なニーズに的確に応えることのできる効率的・総合的サービスを提供する。

iv 地域主義

市町村を基本に、住民に最も身近な地域において必要なサービスをきめ細かく提供できる体制づくりを行う。

＜施策の目標＞

I 高齢者介護サービス基盤の総合的整備

1 地域における高齢者介護サービスの充実

(1) 在宅サービス

①ホームヘルプサービスについて、休日を含めた24時間対応ヘルパー（巡回型）の普及を図る。

②ショートステイの計画利用の普及など利用の一層の弾力化を図るとともに、老人保健施設の短期利用（短期入所ケア）の促進を図る。

③デイサービスセンターの設置要件を緩和し、小規模デイサービスセンター等の設置を促進する。

④在宅サービスの複合化・ネットワーク化等を進めるとともに、保健福祉サービス情報提供支援システムの普及等により、在宅介護支援センターの総合相談・ケアマネジメント機能の強化を図る。

⑤寝たきり老人在宅総合診療科の普及などかかりつけ医の充実強化を図り、在宅医療を推進する。

⑥在宅福祉事業者に係る規制を緩和し、実施主体の拡大を図る。

⑦在宅・施設を通じ、利用者の立場に立ったサービスの質の評価を実施するとともに、高齢者に対して適切なケアを提供するため、個々の高齢者に対してケアプランを策定することを推進する。

(2) 施設サービス

①老人の心身特性にふさわしい充実した療養環境と介護力を整えた老人病棟の整備を推進する。

②特別養護老人ホームにおける基準面積の拡大（個室化の推進）や老人病棟における食堂・談話室の整備など、施設・病院における療養環境の改善を推進し、高齢者の生活の継続性を尊重した施設環境の整備を推進する。

③介護機器など福祉用具の積極的導入による施設機能の近代化、自立支援機能の強化を推進する。

- ④小規模特別養護老人ホームの整備等都市部における施設整備促進のための支援策を講じる。
- ⑤保育所・老人福祉センター・市町村保健センター等他の保健福祉施設や地域の公共施設との複合的整備、余裕教室の活用等を推進する。
- ⑥国立病院・療養所の再編成に伴う土地・建物を老人保健施設等の整備に活用する。

2 要援護高齢者の自立支援施策の総合的実施

(1) 「新寝たきり老人ゼロ作戦」の展開

- ①寝たきりを予防し、高齢者の自立を積極的に支援する観点から、地域におけるリハビリテーション実施体制の強化を図る。

このため、市町村保健センターを中心に地域リハビリテーション事業を推進する。

- ②脳卒中、骨折等の予防のための保健事業の充実を図る。

- ③地域における高齢者保健サービスの展開拠点として、市町村保健センターの整備を推進する。

- ⑥地域において寝たきり老人の予防・在宅療養指導、痴呆性老人の在宅療養指導等を担うマンパワーとして、市町村保健婦の確保を図る。

(2) 健康自立支援事業の実施

高齢者が積極的な高齢期を過ごすための健康自立支援事業を展開する。

(3) 配食サービス・緊急通報システムの推進

在宅の虚弱老人を対象とした配食サービス事業・在宅の一人暮らし老人を対象とした緊急通報システムの普及を図る。

3 痴呆性老人対策の総合的実施

(1) 知識の普及・啓発、相談・情報提供体制の整備

- ①痴呆に関する知識普及を進める。
- ②在宅介護支援センター・老人性痴呆疾患センター・市町村保健センター等地域における相談機関相互の連携強化する。
- ③老人性痴呆疾患センターの整備を推進する。

(2) 発症予防、早期発見・早期対応

かかりつけ医や保健婦、介護職員等を対象とした痴呆研修を実施し、痴呆の予防、早期発見・早期対応の体制を確立する。

(3) 痴呆性老人の治療・ケアの充実

- ①既存の高齢者保健医療福祉サービスにおける痴呆性老人の受け入れ等を一層促進する。
- ②痴呆性老人専門デイサービス・デイケア施設の整備を推進する。
- ③老人保健施設における痴呆専門病棟等の整備を推進する。
- ④老人性痴呆疾患治療病棟・療養病棟の整備を推進する。
- ⑤小規模な共同生活の場（グループホーム）や身近な場での小規模デイサービスなど在宅を基盤としたケアサービスの充実を図る。

(4) 痴呆に関する治療法の確立・調査研究の推進

- ①痴呆性老人の実態把握を進めるとともに、長寿科学研究の一環として、痴呆の本態解明、治療法の確立等のための調査研究を推進する。
- ②痴呆性老人のケア手法・処遇技術の開発を進める。

(5) 痴呆性老人の権利擁護

法制度での対応を含め、痴呆性老人の権利擁護のためのシステムを検討する。

4 高齢者の社会参加・生きがい対策の推進

「高齢者の生きがいと健康づくり推進事業」の効果的実施を図るとともに、老人クラブ活動の支援等を通じ高齢者の社会参加を推進する。

II 介護基盤整備のための支援施策の総合的実施

1 高齢者介護マンパワーの養成・確保対策の推進

(1) 養成施設の整備

OT・PT養成施設、介護福祉士養成施設及び看護婦養成所における在宅看護教育施設の整備を推進する。

(2) 資質の向上・研修体制の整備

ホームヘルパー養成研修、新任施設職員研修及び訪問看護婦従事者養成研修の充実を図るとともに、在宅医療支援研修センターの整備を推進する。

(3) 良質な人材確保のための職場環境の整備

業務の省力化・勤務時間の短縮・福利厚生の実施による保健福祉関係職員の職場環境の整備を進め、良質な人材の安定的確保を図る。

2 福祉用具の開発・普及の推進

(1) 福祉用具の研究開発の促進

高齢者・障害者の自立の促進と介護者の負担の軽減を図る観点から、福祉用具の研究開発を促進する。

このため、長寿社会福祉基金の運用益による研究開発支援を行うとともに、国においても、国立身体障害者リハビリテーションセンターにおける介護機器等研究事業の推進を図る。

(2) 福祉用具の普及促進

①福祉用具の普及促進を図るため、介護実習・普及センターを全国59カ所に整備するとともに、福祉用具の相談・情報提供・展示等の事業を推進する。

②在宅要介護者の自立を支援する観点から日常生活用具給付等事業を抜本的に見直し、自立支援を必要とする全ての高齢者が個々のニーズに合った適切な福祉用具を選択することのできるシステムを構築する。

③施設・病院における介護業務の省力化などを通じた施設機能の近代化やリハビリテーションの充実等による入所者の自立支援機能を進めていくため、施設・病院への福祉用具の積極的導入を図る。

3 国民に利用しやすいサービス提供体制の総合的整備

市町村が行なうべき住民へ的高齢者関連総合情報の提供について、在宅介護支援センター等を中心としてその具体的展開を図る。このため、在宅介護支援センターの整備を図るとともにその情報提供機能を充実強化する。

また、在宅保健サービスの利用状況や、サービス利用者の状況等を検索する、より実用的なシステムの開発を進める。

4 民間サービスの活用等サービス供給の多様化・弾力化

(1) 多様化し増大する高齢者の介護サービスニーズに対応し、利用者の選択による自由なサービス利用を推進していくとともに、健全な競争を通じた効率的かつ良質な介護サービスの供給を推進するため、公的サービスに加え、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・弾力化を推進する。

このため、

- ①介護サービスの実施主体に関する規制の緩和
 - ②優良民間事業者への事業委託の推進
- 等を進める。

(2) 民間サービスの質を確保する観点から、シルバーマーク制度の普及等サービス評価体制の確立を図る。

5 長寿科学研究の総合的推進

基礎分野から予防法・治療法の開発、看護・介護分野、さらには社会科学分野までの総合的な長寿科学に関するプロジェクト研究を実施する。

6 住宅対策・まちづくりの推進

(1) 高齢者・障害者に配慮した住宅の整備

- ①ケアハウスや高齢者向け公共賃貸住宅の整備を推進する。
- ②小規模ケアハウスの整備促進等都市部におけるケアハウス整備促進のための支援策を講じる。
- ③高齢者・障害者に配慮した民間住宅の整備促進を図るため、住宅の新築・増改築に対する政策融資等の充実や集合住宅を含む高齢者・障害者に配慮した住宅を供給する民間事業者に対する政策融資等を実施する。
- ④高齢者等に配慮した住宅マニュアル・住宅設計指針を策定するとともに、リフォームヘルパー等の増改築の専門家の充実を図る。

(2) 生活支援機能の付加された高齢者向け住宅の整備

- ①ホームヘルプステーション・デイサービスセンター等を付設したケアハウス（介護対応型ケアハウス）の整備を進める。
- ②シルバーハウジングやシニア住宅の整備、公共賃貸住宅とデイサービスセンターの一体的整備など、住宅と在宅福祉サービスの連携による生活支援機能の付加された住宅の整備を推進する。

(3) 高齢者・障害者に配慮されたまちづくりの推進

- ①「障害者や高齢者にやさしいまちづくり推進事業」の一層の推進を図る。
- ②民間事業者による老後の保健及び福祉のための総合的施設の整備を促進する。
- ③公共的建築物や道路など公共的空間のバリアフリー化を推進するなど、高齢者・障害者にも住みよいまちづくりを進める。

7 ボランティア活動・福祉教育・市民参加の推進

(1) ボランティア活動・福祉教育の推進

ボランティア活動を支援するボランティアセンター事業の充実を図るとともに、地域福祉センタ 等拠点施設の整備を進める。

また、学童・生徒のボランティア活動の一層の推進を図る。

(2) 市民参加の推進

国民誰もが介護に関する実践的な知識・技術を身につけていくための施策の充実を図る。

<施策の実施>

これらの目標を具体化するために、国、都道府県、市町村等がそれぞれの役割を踏まえ、適切に事業を実施するとともに、地方公共団体が地域の特性に応じて自主的に行なう高齢者介護施策を支援する。

<今後の税制改革等との関連>

○高齢者介護対策に関しては、今次税制改革において一定の財源措置がなされたところであるが、高齢者介護サービス基盤整備の着実な推進については、今次税制改革の趣旨を踏まえ、消費税率及び地方消費税率の見直しに関連して行なわれる社会保障等に要する費用の確保についての検討の中で、財源の確保を含め改めて検討を行なうこととする。

○また、より効率的で国民誰もがスムーズに利用できる介護サービスの実現を図る観点から、新しい公的介護システムの創設を含めた総合的な高齢者介護対策の検討を進める。

高齢者介護問題に関する中間まとめ

与党福祉プロジェクトチーム

平成7年6月13日

1 はじめに

○高齢者介護問題は、「通年プロジェクト」として継続的に検討を深めるべき、最重要課題として、平成6年9月27日以来8回にわたって検討を続けてきたところである。

○与党福祉プロジェクトとしては、これまでの検討を踏まえ、この問題に対する基本的な考え方及び今後引き続き検討すべき課題の整理を次ぎのとおり行った。今後、国民の理解と納得の上にならって、新たな高齢者介護システムの構築を積極的に図るものである。

2 基本的な考え方

(1) 新たな高齢者介護システムの導入の必要性

○急速な高齢化、家族形態の変化、家族にかかる過重な介護負担などを踏まえ、「看取りの介護」から「生活支援の介護」への転換を図り、高齢者が自立した質の高い生活を保障されるよう、新たな高齢者介護システムの確立が求められている。

○国民誰もが、身近に、いつでもどこでもスムーズに介護サービスが利用できるよう、高齢者自身の選択の考え方を基本に、地域を基盤とした、普遍的かつ総合的なサービス体制の確立が必要である。

○このような新たな高齢者介護システムは、既存の社会保障制度の再編成を通じ、「高齢者の自立支援」を基本理念として確立されるべきものである。

(2) 新たな高齢者介護システムによる介護サービスの充実

○家族介護の限界を踏まえ、高齢者の多くが望んでいる社会的に支えられた在宅介護を重視したシステムとする。

○ケアマネジメントの考え方に基づく個々の高齢者にふさわしいサービスの確保と、高齢者自身の意思とその選択に基づく利用者本位のサービス提供を確立する。

○特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群など的高齢者介護施設について、利用手続の一元化、サービス内容の拡充、利用者負担の公平化を図る。

(3) 介護費用の負担の在り方

○高齢化の進展、新たな高齢者介護システムの導入等に伴い増大する介護ニーズに対応し、高齢者介護サービスに要する費用の長期的・安定的な確保を図る。

○高齢者世代と事業主を含む現役世代の連帯に基づく、公平な費用負担の実現を図る。その場合、受益者自身の適切な費用負担を十分考慮する必要がある。

○国、地方公共団体の責任と役割を明確にするとともに、公費の適切な位置付けを図る。

3 今後検討すべき課題

(1) 費用保障方式に関して、社会保険方式と公費方式について基本的な整理を行う。社会保障制度審議会社会保障将来像委員会第2次報告等でも指摘のある社会保険方式について、保険者、被保険者、費用負担に関し、無保険者問題や市町村をめぐる問題なども含め、今後掘り下げた検討を進める。

(2) 新システムの導入に伴い、「保険あってサービスなし」という事態を招かないよう、新システムによって提供される介護サービスの内容について検討するとともに、サービス基盤拡充の観点から、新ゴールドプランの拡充強化の必要性について検討を行う。

(3) 新システムの導入により、新たな国民負担を求める必要性が出てくる可能性があることから、国民負担の在り方について広範な視点から十分な検討を行う。

その際、新たな負担によって介護サービスがどのように充実されるのかを国民に分かりやすく示すことが重要と考えられる。

(4) サービス利用にあたっての利用者負担については、近年の公的年金給付の充実等を踏まえつつ、適正なサービス利用の確保、必要なサービスの利用抑制につながらないこと、サービスを利用する者と利用しない者との間の公平等の観点にも配慮しながら、老人医療や医療保険との関連も含め、その適正な在り方について今後引き続き検討を行う。

(5) 若年の障害者の取扱いについては、当プロジェクトとして同時並行的に検討を急いでいる総合的な障害者施策の在り方を念頭に置きながら、今後引き続き検討を進める。

(6) 高齢者介護は、老人保健、医療保険制度、医療供給体制と密接な関連を有するものであり、医療と介護の役割分担や各制度の整合性などについて検討を進める。

4 情報公開と国民的議論

○高齢者介護問題は、全国民の生き方に直接かかわるものであることから、今後とも情報を公開し、広く国民の議論を呼び起こす必要があると考えられる。

5 サービス基盤の充実

○新たな高齢者介護システムが国民の理解を得るためには、まず何よりも新ゴールドプランの達成が不可欠である。

このため、昨年秋の税制改革大綱の趣旨を踏まえ、平成8年度以降も引き続き、新ゴールドプラン達成のための必要な財源措置を確実にを行う。

平成7年7月4日 社会保障制度審議会

社会保障体制の再構築（勧告） -安心して暮らせる21世紀の社会を目指して-

人口構造の変化や低成長への移行等社会・経済の変化が急速に展開し、進行しようとしている中で、21世紀における揺るぎない社会保障体制のあり方を構想する必要性にかんがみ、社会保障制度審議会は平成3年（1991年）以来約4年間にわたり社会保障の理念、21世紀に向けての社会保障の基本的あり方及び社会保障の各制度の具体的見直し等につき広く審議を行った結果、21世紀の高齢社会にふさわしい社会保障体制への再構築につき勧告することが適当であるとの結論に達したので、社会保障制度審議会設置法第2条第1項の規定により、別紙のとおり勧告する。

（別紙）

社会保障体制の再構築（勧告） -安心して暮らせる21世紀の社会を目指して-

目次

序

第1章 社会保障の基本的考え方

第1節 社会保障の理念と原則

- 1 社会保障の理念
- 2 社会保障推進の原則

第2節 社会保障を巡る問題

- 1 社会保障と経済
- 2 社会保障の財源
- 3 家族と男女平等
- 4 国と地方公共団体との役割分担
- 5 公私の役割分担

第2章 21世紀の社会に向けた改革

第1節 改革の基本的方向

第2節 改革の具体策

- 1 健やかな生活のために
- 2 介護の不安を解消するために
- 3 所得の安定のために ※
- 4 子供が健やかに育ち、女性が働きやすい環境づくりのために ※
- 5 障害をもつ人々の社会参加のために ※
- 6 担い手づくりのために
- 7 施設の充実のために
- 8 安心して住める家、まちづくりのために ※
- 9 国民の理解を得るために ※

おわりに

注意：※の項目は省略した。

序

我が国の社会保障体制は、第二次大戦後国民の要望と経済成長とに支えられ

て急速に整備され、国民生活の安定はいうまでもなく、経済の安定的発展にも大きく貢献してきた。

社会保障は戦前にその萌芽をもつが、戦後「揺りかごから基場まで」国民生活の安定・保障をうたったイギリスの社会保障体制に刺激を受け、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を保障するとした新憲法の下で、我が国においても新しい制度として成立をみるに至った。その基本理念を構築したのは、1949年に発足した社会保障制度審議会であり、審議会は発足の翌1950年「社会保障制度に関する勧告」を内閣総理大臣に提出した。それは社会保障の理念とともに制度の具体的なあり方を我が国で初めて包括的・体系的に示したものであった。しかしながら、当時は戦後の社会的・経済的混乱の中にあっただけで、当面、最低限の応急的対策に焦点を絞らざるを得なかった。その点で社会保障の方策としてははなはだ不十分なものとなった。そこでの重要論点の一つは、我が国の社会保障が国の一般財源の基盤の上に構築されるべきか、社会保険料を財源とする社会保険制度の上に形成されるべきかという問題であった。我が国は、当時の社会保障のモデルとされたイギリスが社会保険方式を中心としたということもあり、さらには当時の厳しい財政状況の下では後者の途を採る以外にないという事情もあり、社会保険方式を採ることとなった。それは当時としてはやむを得ざる選択であったが、結果的にはより良い途を選んだと誤りではない。我が国の社会保障体制はその後の発展過程においても、基本的にこの路線を歩んだ。

さらに、戦後の社会保障制度形成の過程では、戦前及び戦時中に形成された被用者保険の持続・展開の方策を採り、したがって国民すべての生活を守るという点では大きな限界があった。この限界を乗り越すべく、経済成長への展望が開かれた1960年代初めに、国民皆保険・皆年金の体制への発展がみられ、その後、物価上昇に対応する公的年金のスライド制等が導入され、さらに高齢者の増加により生じた医療保険制度の問題に対応する老人保健の体系も形成される等改善が推進された。この過程で注目すべきことは、その出発点において公的年金制度は積立方式を採ったが、物価上昇とスライド制採用等によりその維持は困難となり、大幅に賦課方式に移行し、結果的に世代間連帯による老後の生活保障がみられるに至ったことである。また、各公的年金制度に共通する一階部分の年金として基礎年金制度の成立をみた。

こうして現在では、我が国の社会保障体制は、一部の分野を除き、制度的には先進諸国に比べそん色のないものとなっている。初期の我が国社会保障制度は、国民を貧困から守り、心身に障害をもつ等生活に不利な事情にあった人々を救済することを主たる目的としてきた。しかし、上述したようなその後の改正、とりわけ社会保障制度の改善により、今日の社会保障体制は、すべての人々の生活に多面的にかかわり、その給付はもはや生活の最低限度ではなく、その時々の文化的・社会的水準を基準と考えるものとなっている。

社会保障は、我が国だけではなく、第二次大戦後広く先進諸国にみられた新しい社会秩序の基底をなすものであり、福祉社会の実現を目指すものであった。福祉社会は戦後経済・社会の安定的な発展と表裏の関係をもって展開してきた。しかし、1980年代に入る前後から社会保障の体制と経済・社会との間に摩擦が生じ、世界的に社会保障の歩みが停滞し、時には後退さえみられる現実を、我々は正視しなければならない。

20世紀の末葉、世界はいずれの方向に進むべきかその進路を模索している。

我が国もまた、戦後の経済成長路線をそのまま進むことはできない。経済・社会構造の変化への対応に立ち遅れたり、環境や公共生活の場などにおいて取り残してきた問題はあるものの、幸いにして社会保障の大綱については国民の間に基本的な疑義はなく、むしろその適正な前進による福祉社会への安定的な展開こそ望まれている。

我が国の場合には、経済の成長と、その時々経済・社会を取り巻く諸問題を何とか解決し改革を図ってきたことに加え、その中で社会保障が果たしてきた役割と特色とのゆえに、社会保障の体制は今日まで徐々にではあるが前進してきた。その果たしてきた役割は、大きくみて三つあった。第一は生活の安定である。近代社会の問題は疾病と高齢と失業にあるといわれた。疾病によって一家は生活の糧を失い、医療への接近も困難となる。高齢となって職を離れた時、生計の途は断たれる。また、経済の変動によって職を失う者が少なからず生じるが、その生活を支える途はない。社会保障はこれらの問題に対し、医療保険、年金保険、失業保険等によって対応し、その生活の全面にわたって安定をもたらした。

第二に、近代社会の一つの大きな問題は、貧富の格差に基づく社会的対立であった。経済の発展に伴い、富める者はますます富み、貧しい者はますます貧しくなる。社会保障はこの経済・社会の機構に大きな変更を加え、貧富の格差を縮小し、低所得層の生活水準を引き上げ安定させた。今日、我が国は世界で最も所得格差の小さい国の一つとなっている。

第三に、社会保障は我が国経済の安定的発展に寄与するところが少なくなかった。一つは公的年金を中心として社会保障が安定的な購買力を国民に与え、それが一要因となって戦後は深刻な不況に見舞われずに経済の発展をみた。もう一つは、特に公的年金の場合、積み立てられた資金は社会資本の整備等に充てられ、経済発展のための安定的資金源として活用されたのである。

このようにして発展してきた我が国の社会保障体制は、国民の生活をより豊かにしたこともあって、健康条件を改善し、長寿化をもたらし、我が国は世界で最も長寿の国となった。しかし、そこに生み出された高齢化や少子化などの事態の変化に対して、現在の社会保障制度が十分に対応し得ていないことも否定できない。しかも、人口構造の変化だけでなく、家族制度を始めとする社会構造の変化、経済の低成長、国際化の進展などもみられる。社会保障制度はこのような経済・社会の急速な変化に対応することが求められている。

この点を一步掘り下げると、21世紀に向けて我が国が直面しているさらに基本的な問題に突き当たる。その一つは戦後における個人主義の進展である。個々人の人権が社会的に承認され、自主性が重んじられるようになり、性差別の撤廃が社会的に支持されるようになった。それは日本社会の進展として歓迎されるべきものである。社会保障の体系の中でも、この点は十分考慮されなければならない。しかし、我が国では、農村などにおける伝統的な家族制度と、その崩壊過程で戦前から形成されてきたより近代的な家族制度とが、重なり合いつつ解体に向かい、個人化の展開が急激であったこともあって、家族による支え合いが低下し、社会的にはしばしば他者との連関が生活の中から取り残されようとしている。個人化が進展すればするだけ、他方で社会的連関が問われ連帯関係が同時に形成されないと、社会は解体する。社会保障は、個々人を基底とすると同時に、個々人の社会的連帯によって成立するものであり、今後その役割はますます重要になるといわねばならない。

第二は、戦後の社会保障体制が、上述したように当然のことながら戦前からの被用者保険体制を引き継ぎ、その展開として前進してきたことにかかわる。この状況に対し、戦前には日本農業は数百万の零細農家に支えられ、商工業従事者についてみれば、家族共働きの小・零細経営従事者が圧倒的多数を占めていた。戦後経済成長の下で、大・中経営の被用者が急速に増加したとはいえ、零細経営体の従事者はなお大きな比重を占め、さらに前述したように高齢化が進み、これらの層を巡って、公的年金制度についても医療保険制度についても様々な問題が生じている。社会保障はこれへの対応に努めてきたが国民健康保険や国民年金については、保険料負担や未加入問題等種々の課題を抱えている。社会保障の全体系の見直しが求められているのである。

ところで、ここで改めて問われているのは社会保障の経費問題である。とりわけ、高齢化の進展に対応して社会保障の体制を確立し、国民が安定した生活を維持していくためにはそれなりの経費を必要とする。この必要に対応する社会的経費は社会が活力をもって展開していくために不可欠な負担であり、従来はそのかなりの部分が家族や個人の負担あるいは犠牲によって支えられてきたが、基本的には個人人的な負担を超えた社会保障の体制によって担われるべきである。その場合にも、社会保障の経費は、結局は政府と企業等と個人によって負担される。国民経済の大きさと企業等における労務費・収益及び個人の所得を見すえて、その負担の配分を考えなければならない。

21世紀の我が国が活力にあふれ、安心して暮らせる福祉社会であるためには、上述した社会的変化と必要条件を踏まえ、それにこたえ得るよう社会保障体制を検討し、再構築する必要がある。このため、社会保障制度審議会は1991年に社会保障将来像委員会を設けて、社会保障の基本理念、21世紀に向けての社会保障の基本的あり方から、社会保障の各制度の具体的見直し、特に社会福祉分野の保障の立ち遅れとその解消策等について検討を行ってきた。以下に述べるところは、その検討結果を踏まえさらに社会保障制度審議会においてより深く掘り下げ広く検討を行った審議の結論を取りまとめたものである。本勧告においては、21世紀の高齢化がピークに達する時期を念頭に置いて社会保障のあり方を展望するとともに、これへの準備という意味で、現在の問題とそれへの対応策をも提起している。その意味で、本勧告は、1950年に我が国の採るべき社会保障の新しい体系を提起した勧告とその後の展開を踏まえ、社会的激変が展開し進行しようとしている20世紀末の状況を見すえ、21世紀の社会保障のあるべき姿を構想し、今後我が国社会保障体制の進むべき途を提示したものである。政府においては、本勧告を十分に踏まえて、21世紀高齢社会の問題にこたえ得る社会保障の体系的整備を進めることを要望する。それと同時に、本勧告が提起した諸問題を、国民も自らの問題として受けとめ、社会保障体制の再構築に積極的にかかわっていかれることを切望する。

第1章 社会保障の基本的考え方

今後21世紀にかけて、我が国は、高齢化の一層の進展、国民のニーズの多様化・高度化、経済の低成長化など、社会・経済の構造変化に直面する一方、人権を基底に置く福祉社会形成への要望も強力となるものと予測される。したがって、社会保障制度についても、このような変化に対応するとともに、構想を新たにした理念と原則に立って、体系的・整合的な再構築が行われなければな

らない。

第1節 社会保障の理念と原則

1 社会保障の理念

社会保障制度の新しい理念とは、広く国民に健やかで安心できる生活を保障することである。

●社会保障制度審議会の1950年勧告は、国民の生活を保障する義務が国家にあることを明確にするとともに、新しい社会保障制度のあり方を体系的かつ具体的に提言した。しかし、当時は第二次大戦後の国民経済の混乱と国民生活の疲弊の中で、いかにして最低限度の生活を保障するかが、現実的な理念であり、課題であった。

●その後の高度成長は、国民の生活水準を引き上げるとともに、社会保障制度の財源調達を可能にした。これによって、社会保障制度の改善と充実が容易となった。こうして、現在の社会保障制度は、すべての国民の生活に不可欠なものとして組み込まれ、それなくして国民の生活が円滑に営まれ得ない体制となっている。このような事態を踏まえると、21世紀に向けて社会保障体制を充実させるためには、はっきりと、広く国民に健やかで安心できる生活を保障することを、社会保障の基本的な理念として掲げなければならない。

●我が国においては制度的に国民すべてを包括する皆保険・皆年金の体制が成立し、一応着実にその内実も改善されてきた。社会保障制度は、医療保険、年金保険など各分野にわたって、生活の安定を望む国民の願いに対応して、充実発展してきたといえることができる。

●こうして給付の対象が日本社会を構成するすべての人々に広がっただけでなく、社会保険料の拠出や租税の負担を含め、社会保障を支え、つくり上げていくのもまたすべての国民となる。そのためには、国民が社会保障についてよく知り、理解し、自らの問題として受けとめ、社会保障に積極的に参画していくことが大切である。それは、何らかの形ですべての人に訪れる困難に、助け合って対処していくという精神に基づいた、社会に対する協力でもある。その意味で、社会保障制度は、みんなのためにみんなでつくり、みんなで支えていくものとして、21世紀の社会連帯のあかしとしなければならない。これこそ今日における、そして21世紀における社会保障の基本理念である。

●このような理念に立つとき、我が国の社会保障は、これまで十分に対応してこなかった残された問題、21世紀に向かってますます重大化し、その対応に真剣に取り組まなければならない問題、さらに安定した多少とも余裕のある生活が実現するにつれ、生活に多様性が生じ、社会保障もその多様性にこたえなければならない問題などと、真正面から取り組まなければならない。

●いずれかといえば取り残されてきた大きな問題は社会福祉にかかわる問題である。心身に障害をもつ人々、高齢となって家族的あるいは社会的介護を必要とする人々などに対する生存権の保障は、従来ともすると最低限の措置にとどまった。今後は、人間の尊厳の理念に立つ社会保障の体系の中に明確に位置づけられ、対応が講じられなければならない。

●21世紀に向かってますます重大な問題となるのは、高齢化に伴う身体及び生活にかかわる不安とそれへの対応である。社会保障制度は、平均寿命の延長の下で高齢となり、現役から引退した人々の、長期にわたる生活を保障する体制をとっている。それはかなりの部分を現役の人々の負担によって支えられて

いる。しかし、その現役の人々もやがては高齢化し、同じように次の世代の人々の協力によって生活することとなる。そこに社会保障が世代間にわたる連帯によって成立し、維持されている姿をみることができる。

●国民は自らの努力によって自らの生活を維持する責任を負うという原則が民主社会の基底にあることはいうまでもない。その上に立って、社会保障制度は、憲法に基づき生存権を国家の責任で保障するものとして整備されてきた。具体的には心身の障害や社会的状況、さらには高齢、健康等の事情により生活の維持に困難な事態が生じた場合には、国家が責任をもって対処するのが社会保障の体制である。今後、生活水準の上昇に伴い生活保障のあり方が多様化し、そこに社会保障の受け手の側に認めるべき選択権の問題が生じてくる。その選択の幅は生存権の枠を越えて拡大していくであろう。

●このような多くの問題が、従来の社会保障制度の枠を越えて、その理念の実現化を要請するものとして、立ち現れている。

2 社会保障推進の原則

上述した新しい理念に立って社会保障制度を整備充実するに当たっては、制度のよって立つ原則を明確にし、社会保障制度を整合性のとれたものにしていく必要がある。

(普遍性)

●貧困の予防と救済から国民全体の生活保障へと変容してきた社会保障は、全国民を対象とする普遍的な制度として広く受け入れられるようになっている。今後は、この原則をさらに徹底させ、社会保障の給付を制限する場合の要件などについて、その合理性の有無を常に見直していかなければならない。医療や社会福祉などの分野では、そのニーズがある者に対して所得や資産の有無・多寡にかかわらず必要な給付を行っていかねばならない。ただし、その費用については、サービスの性質に応じ、負担能力のある者に応分の負担を求めることが適当である。

(公平性)

●現行の社会保障制度は、公平性を重視しながら展開されてきたにもかかわらず、依然として制度間、地域間、職種間、男女間等に格差が存在し、その中には合理的な根拠を欠いているものもみられる。社会保障がみんなのためにみんなを支えていく制度として国民の信頼を確保していくためには、給付と負担の両面でより公平な制度にしていくことが不可欠である。

(総合性)

●我が国の社会保障制度は、その時々々の国民のニーズを満たすものとして設けられ、また職域や地域によって異なる制度が設けられたこともあって、制度相互間の整合性や体系性が必ずしも図られていない。このため、社会保障による生活の安定効果を高めるためには、各社会保障制度間あるいは社会保障制度と他の関連制度・施策との間で連携し調整しながら、総合的に対応していくことが必要である。特に高齢社会においては、保健・医療・福祉の総合化、公的年金と私的年金との調整、公的年金と高齢者雇用政策との連携など、他の制度や関係する政策との関連や波及を考えながらの接近方法が、社会保障の政策効果

を高めるために不可欠である。

(権利性)

●国民は、憲法第25条第1項の規定に基づき、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有している。この規定を受けて設けられた生活保護はもちろん、社会保険、児童手当などの給付を受けることは、既に国民の権利として確立している。しかし、社会福祉などについて給付を受けることがどこまで国民の権利であるかについては必ずしも明らかでなく、今後それを明確にしていかなければならない。また、今後ニーズの多様化や高度化に対応した種々のサービスが用意されるようになると、それらを利用者の意思で選ぶことのできる選択性を備えることが、その権利性を高める上で必要となる。

(有効性)

●国民のニーズが多様化し、高度化する中で、資源の制約及び公的制度自体のもつ制約などから、すべてのニーズに公的に十分に対応することはできない。人口構成の高齢化とともに一層増大する負担の増加に備え、政策を常に見直して効率的な資源配分を図らなければならない。その見直しに当たっては、政策の目的及び対象に対してどこまで有効かつ無駄なく機能しているかを確かめ、その有効性・効率性を高める努力を怠ってはならない。

第2節 社会保障を巡る問題

社会保障のあり方に関連して、経済との関係、社会保障の財源の確保、家族の変容や男女平等への対応、国、地方あるいは公、私の役割分担などをはっきりさせておく必要がある。

1 社会保障と経済

●社会保障制度は経済成長の過程で大幅に拡充され、国民経済から大きな影響を受けるだけでなく、国民経済にも相当な影響を与える存在になっている。社会保障の費用が増加するにつれ、社会保険料負担と租税負担とを合わせた公的負担の増大をもたらす経済活力を低下させるという観点から、社会保障制度の拡張を懸念する意見も述べられるようになってきている。しかし、今日までのところ、我が国の労働コストに占める社会保障の費用の割合は、他の先進諸国と比べてむしろ低いといえる。また、公的年金のように持続的に行われる所得保障の制度は、消費支出を安定的にし、ひいては国民経済を安定化させてきた。公的年金の積立金は社会資本の整備等に用いられることによって、経済成長の基盤を強化することに役立ちさえしてきた。さらに、医療保障制度は労働能力の回復を助け、保育のサービスなどと合わせて良質な労働力の確保に役立ってきた。このように社会保障制度は経済の安定や成長に寄与してきただけでなく、生活の安定を妨げる事故が起きた時に国民に生活保障の給付を行うことにより、社会や政治の安定に大いに寄与してきた。

●今後、これまでのような経済成長が望めない中であっては、安易な社会保障費の拡大や社会保障制度の拡充は国民、特に現役世代にとって重い負担となり、労働意欲を阻害したりして国の活力を弱め、経済成長を抑制するのではないかと憂慮する声も聞かれる。しかし、経済成長は経済の成熟化や労働力の制約などの要因によって大きな影響を受けるのであり、これに対し社会保障制度は万

一の場合に生活の保障をすることにより国民が安心して働けるようにする。今後の日本経済の進路と考え合わせると、社会保障制度の充実には医療や福祉サービスなどの分野で新たな産業と雇用機会をつくり出すとともに、高齢者や障害者などの働きやすい環境の整備を通じて労働力不足の解消にも寄与する。また、内外市場における一層の競争を促し、経済の活力を高めることが期待される規制緩和も、セーフティネットとしての社会保障制度が整備されて初めて有効な政策となり得る。このように、社会保障制度を抜きにしては、国民生活の安定ばかりでなく経済の発展も制約を受ける以上、その存在を前提とした上で、大局的にみて社会保障の財源を生み出す経済活力の安定的な発展にプラスとなるような制度づくりが求められている。同時にそれは、今後予想される社会保障負担の急速な増大傾向に耐え得るような、合理的で効率的なものでもあることが要請される。

●高齢化の進展に伴い、社会保障の給付に要する費用が増大することは確実である。特に公的年金の費用は高齢化と制度の成熟化により将来大幅に増加することは避けられず、またこれまで整備が遅れてきた高齢者の介護に要する費用も、家族による介護への支援を含めて、大幅に増えていかざるを得ない。国民生活を安定させるための費用は、いずれは誰かが負担しなければならないのである。たとえ社会保険料や租税といった公的負担が増大したとしても、社会保障制度が充実されるならば、個人負担、例えば、医療や社会福祉における利用者負担、民間保険の保険料、家族による扶養、介護、育児等の負担などや、福利厚生面での企業の負担等が軽減されることとなる。逆に公的負担を抑制すれば、個人負担や企業負担が増大する。

●本来、社会保障に係る公的負担、すなわち社会保険料と社会保障公費財源は、望ましい公的給付の水準と利用者負担金などの私的負担とを併せて考慮し、選択・決定されるべきものであり、公的負担だけが前もって給付水準と切り離されて数量的目標として決定できるわけではない。経済成長に見合った負担のあり方が問われるのは当然だが、公私の役割分担も含め、社会保障の給付水準と公的負担の水準との調和を図るべく絶えず点検を行うことが重要である。

●さらに社会保険について、保険という言葉から民間保険と同一視した比較をするなど、社会保険の意義と機能について誤解がみられる。しかし、社会保険は次のような点で民間保険とは基本的に異なっている。第一に、社会保険は、加入が自由な民間保険とは異なり、国民全体の連帯を可能にするため強制加入を特色としている。第二に、個人に掛金と運用益を財源として支払う民間保険と異なり、社会保険は、国民の連帯に基づき給付の確実性や実質価値の維持を公的制度として保障し、また所得再分配による国民生活の安定化に寄与している。したがって、社会保険料は、単なる貯蓄や事故に対し私的に備える掛金ではなく、社会連帯の責任に基づく国民として義務的な負担と考えるべきである。

2 社会保障の財源

●急速な高齢化や出生率の低下などに対応する社会保障制度の充実、住宅等生活環境の整備などには、今後ますます多くの安定的な財源の確保が必要になる。社会保障制度を充実する財源については、社会保障体制再構築の見地から現行制度の見直しにより効率化を図るとともに、高齢者の介護など立ち遅れの著しい分野への配分を大幅に高めるべきである。この場合、増大する負担については、自立と連帯の精神にのっとり、国民のだれもが応分の負担をしていくこと

が必要である。個々の施策に関し社会保険料負担、公費負担及び利用者負担の規模とその財源構成をどうするかについては、国民の合意に基づき適切な選択をしていかなければならないが、公平かつ効率的に対応するとともに、急速な高齢化による社会的必要性の増大等に配慮し、特に公費負担の確保について格段の努力をする必要がある。

●社会保険は、その保険料の負担が全体として給付に結び付いていることからその負担について国民の同意を得やすく、また給付がその負担に基づく権利として確定されていることなど、多くの利点をもっているため、今後とも我が国社会保障制度の中核としての位置を占めていかなければならない。したがって、増大する社会保障の財源として社会保険料負担が中心となるのは当然である。

●標準報酬制と一定料率制を採る被用者保険の保険料賦課の仕組み、そして定額制の要素を含む自営業者保険の保険料賦課の仕組みは、徴収や納付の便宜性や給付との関連性においてそれぞれ歴史的・合理的な意味をもっているが、反面程度に差はあれ負担が逆進的になるという問題を含んでいる。保険料賦課の基本的な仕組みは維持しながら、被用者保険についての保険料の賦課対象所得の範囲、各種控除を取り入れることの是非、などを検討すべきである。また、国民健康保険においては、中間所得層に負担がしわ寄せされているなどの問題があるので所得の正確な把握にさらに努めるとともに、応能負担と応益負担のバランスの取れた保険料体系を推し進めるべきである。また、自営業者保険について、適用漏れや保険料滞納の解消を図らなければならないが、国民年金と国民健康保険とで保険料徴収方法につき連携を図るなど、保険料納付の確保、納付方法の効率化のため最大限の努力が払われなければならない。特に、制度に対する無理解からの未納などに対しては、適切に対処すべきである。

●租税財源の調達や利用者負担金の徴収に当たっては、高齢者や障害者などの経済的地位が向上していることを十分考慮するとともに、実態を正確に把握して経済状態に応じた公平な負担が確保されるようにしなければならない。財源の一つである租税については、勤労世代に負担が集中するような調達方法を見直していくことが必要である。また、利用者負担金の徴収に当たっては、保有資産が考慮されず、負担者の所得の範囲や把握にも問題が残されているので、これらの点を考慮した新しい公平な負担基準と原則を確立していかなければならない。

3 家族と男女平等

●家族は変容しつつあり、これからもその傾向は続くものと考えられる。今後の社会保障制度は、「家族の本来あるべき姿」といった画一的な固定観念を前提とするのではなく、多様な家族形態を基本におき、新しい家族関係を踏まえてその生活を充実・安定させる条件を強化する施策を展開すべきである。

●高齢社会においては、高齢者に対する施策だけでなく、21世紀を担う子供が健やかに育つのを支えるための施策が重要である。その際、子供の立場から「子供は健やかに生まれ育つ権利がある」という原則への配慮を忘れてはならない。また、子供の健全な成長は社会全体にかかわるため、子供をもつ家庭ももたない家庭も現在の子供の養育にかかわっていくとの認識が重要である。

●子供や寝たきりの高齢者など家族に対する公的な所得保障は、社会保障制度だけでなく、扶養控除などの形で税制によっても行われている。したがって、これらに対する所得保障に関しては、社会保障制度と税制との相互調整も考慮

されなければならない。

●第二次大戦後、憲法の制定や民法の改正などにより、家族における女性の地位が大きく変化した。さらに、女性の上級学校への進学や雇用も格段に増え、それに伴い女性の社会的役割も大きく変わってきた。従来育児、介護などは女性の役割とされてきたが、男女が対等なパートナーとしてこれらを担当することへの期待が大きくなっている。さらに、社会の多様な場に生きがいを求める女性が増えており、女性の能力の活用を求める社会の期待も強くなっている。21世紀に向けて、家庭や職場のみならず社会のあらゆる分野において女性と男性とが共同して参画することが不可欠となっていくと考えられるが、社会保障制度についても男女平等の視点に立って見直しをしていく必要がある。

●現在の社会保障制度には、妻を夫の被扶養者と位置づけるような、従来の女性の役割を反映した仕組みが残されているが、このような仕組みについても真に男女平等の視点に立って見直していかなければならない。その意味で、社会保障制度を世帯単位中心から、できるものについては個人単位に切り替えることが望ましい。なお、男女の賃金格差など社会の実態が社会保障の給付水準に反映されることがあることに留意しなければならない。

4 国と地方公共団体との役割分担

社会保障は国民の生活を公的責任で保障するものである。したがって、国及び地方公共団体は、その目的達成のため、社会保障の制度づくり、費用負担、必要なサービスの確保等を行わなければならない。この場合、責任の所在を明らかにするとともに、事務の重複を避けるため、国と地方公共団体の役割及び地方公共団体の中での都道府県と市町村の役割を明確にする必要がある。ただし、国、都道府県及び市町村がそれぞれ全く別々の役割を分担すべきであるというわけではなく、一つの分野につきその特性に応じて役割を分担することも認められなければならない。

●我が国における社会保障の全体的な制度づくりは、国の責任である。このため、全国的に実施されるべき社会保障の施策に係る企画・立案、法制化、最低基準の作成、費用負担等については、国が責任を負うべきである。社会保障の中でも所得保障に関するものについては、基本的に国による政策決定と財政責任が確立されなければならない。

しかし、特に保健・医療・福祉のようなサービスの提供にかかわる分野にあっては、地方公共団体、とりわけ住民に身近な市町村の役割が重視されなければならない。住民のニーズの把握や評価、サービスのネットワークの形成、サービスの供給組織の育成、サービスの質の確保、費用負担などについては、市町村が責任をもって行う必要がある。これらを総合的・計画的に行うための保健・医療・福祉に係る計画づくりや、地域の特性を生かした保健・医療・福祉のまちづくりも、市町村が果たすべき重要な役割である。これらのことを市町村が責任をもって行うことができるよう、現今以上に地方分権化を進めるとともに、それを支える地方財政を強化していかなければならない。また、以上述べた保健・医療・福祉の総合化や連携は、市町村が行う総合行政という形で推進されるのが望ましい。そのためには、国及び地方公共団体の組織機構の再編成、各種補助金の整理統合、法制度の見直しといった形で縦割行政が改められなければならない。

市町村の人口規模、したがって財政の規模が余りにも小さい場合は、複数の

市町村が共同して広域的に運用することも積極的に行われる必要がある。しかし、市町村が行うことができないような広域的な事業、専門技術的な事務等については、都道府県の責任で行うのが適当である。例えば社会福祉施設の都道府県内の適正配置についての計画づくりなどがその典型的なものであるが、このほか各市町村間の連絡調整や専門技術面での指導、人材の養成確保、費用負担などについて、都道府県は責任を負うべきである。

5 公私の役割分担

●社会保障を巡る公私の役割分担を考える場合、公的部門と私的部門が相互に連携して、国民の生活を安心できるものにしていくという視点が重要である。公的部門が対応すべき国民のニーズや満たすべき水準は、その制度の趣旨・目的、他制度とのバランス、一般国民の生活水準、財政の状況等を勘案しながら、各分野ごとに国民の合意を得て決定していかざるを得ない。その際、各分野を総合した視点が必要であるとともに、この決定過程に国民が積極的にかかわっていくことが望ましい。社会保障制度を維持・運営する責任は基本的に公的責任であり、国及び地方公共団体は国民が必要とする社会保障の給付が確保されるようにする最終的な責任を負う。しかし、社会保障の費用負担については、社会連帯の考えに基づく社会保険料や社会保障公費負担を主にしつつも、サービスの利用者も相応の負担をしていくことが適当である。その際、利用者の生活を脅かさないようきめ細かな配慮をしていかなければならない。

●社会福祉や医療のサービスについては、その歴史的経緯もあって、従来から公的部門が直接供給するだけでなく、社会福祉法人や医療法人など私的部門によっても相当程度提供されてきた。近年はこれらに加えて、住民参加型の福祉サービス供給組織等の非営利団体やシルバー産業・医療関連産業等の営利企業などもサービスを提供することが多くなっている。これらの民間の活動が国民の生活をより豊かにするものであれば、これらが社会福祉や医療の分野に参入することには問題がないと考えられる。そればかりでなく、民間の活動が国民のニーズに合ったサービスを提供し、より効率的に行うものであれば、規制緩和を含めて競争条件を整え、積極的にこれらの民間サービスを活用していく必要がある。そして、このようにサービスの供給が多様化すれば、国民の選択の幅を広げ、国民のニーズに合ったサービスが利用可能となる。もちろん、障害者や高齢者などの弱点が悪用されたり、競争条件が欠落することなどによって、これら利用者の生活が脅かされるということがないよう、民間サービスが規制されなければならない場合がある。他方、不採算により民間が参入しない場合、あるいは民間のモデルとなり得るような先端的な事業を行う場合等、公的部門が直接サービスを提供しなければならない場合があることはいうまでもない。サービスの提供は国や地方公共団体が直接行わなくとも、必要な助成を行い、また民間サービスの質が確保されるよう規制を行う必要がある場合もある。

●子育てや高齢者の介護などについては、個人の自立や家族の支え合いによって行われている部分は依然として大きい。しかし、今後は、家族規模の縮小、共働き世帯の増加などに起因して、公的部門によって担っていかなければならない部分が多くなっていくことは確実である。ただし、この分野については個人や家族の役割が全くなくなるとは考えられず、公私が相携えることによって、子供を生み、育てやすくし、安心して老後を過ごせるようにしていく必要がある。

第2章 21世紀の社会に向けた改革

第1節 改革の基本的方向

21世紀の我が国は、国際的に最も長寿化・高齢化の進んだ国の一つであろう。この中ですべての国民がお互いに敬意を抱き、他人への思いやりをもち、その生涯を自らの選択と責任に基づいて安心して暮らせる社会にしていかなければならない。人生80年という長い生涯をそれぞれに健やかに過ごすため、若いときから健康で過ごすことに努力するとともに、それを支える仕組みを拡充すれば、多くの人がかかり長い間現役として社会活動に参加できるようになる。長寿社会の意義もそこにある。また、障害をもつ人々も主体的・自立的に社会活動に参加し、その能力が十分発揮できるような社会にしなければならない。

さらに、21世紀は、女性の就業や社会参加が広がり、社会経済の活力を維持する上で女性が重要な役割を果たす社会であり、次代を担う子供に暖かいまなざしが注がれる社会でなければならない。こうした状況に対応し、女性と男性がそれぞれの能力を生かし、仕事と家庭、ことに育児や介護を共に担いながら福祉社会を築いていくことが大切である。このような社会に向けて、国民が自立と社会連帯の考えを強くもち、不安に対応する基本的視点に立って、社会保障制度を改革していかなければならない。

●まず第一に重要なことは、すべての国民が社会保障の心、すなわち自立と社会連帯の考えを強くもつことである。社会保障制度には、健康な人が病気の人を、働いている人が働けない人を支えるという同一世代の中の助け合いのほか、公的年金制度のようにかなりの部分をより若い世代の負担にゆだねる世代間の扶養関係もある。大半の人が長寿を全うする社会では、若い時に高齢者の扶養に貢献した世代は、順送りに次の時代にはそれを受ける世代になる。すなわち、長期にわたる社会連帯が社会保障制度の基本である。しかも、社会連帯とは頼りもたれ合うことではなく、自分や家族の生活に対する責任を果たすと同じように、自分以外の人と共に生き、手を差し伸べることである。それだけに、高齢者も自分のことは自分でできるよう、健康の維持や生活の自立に努めることが若い世代の高齢者への理解と支持につながる。

●第二に、社会保障は国民の不安に有効に対処するものでなければならない。国民は、高齢者はもちろん若い世代までも、生活を取り巻く状況や将来について漠然と不安を感じている。高齢者は、これから先の生活、特に介護を要するようになったときの生活について不安をもっている。若い世代は、高齢者の増加による負担の増大について心配している。したがって、社会保障制度が何についてどこまで保障するかを明確にし、それについて国民が十分理解することは極めて重要である。21世紀の長寿社会を考えたとき、社会保障制度の大枠として、現役世代の実質所得と均衡のとれた安定的な公的年金制度、先端の医療技術をも取り入れつつ資源の効率的な配分に資する医療保険制度、財源配分を増やし介護や子育てにも力を入れた社会福祉制度が、その核となるであろう。そして、社会保障制度が実効を上げ、国民が安心して暮らせるようにするため、住宅やまちづくりなどの施策についても併せて考えていくことが肝要である。

●第三に、社会保障の給付が、供給者の意向でなく、利用者の必要や考えに沿って行われるよう、制度を構築し運営していかなければならない。従来のように

に利用者を一つの型でとらえて対処するというやり方を変えて、利用者が健康状態、生活環境、収入、家族の状態など様々に異なる要素をもっていること、またその生活の姿勢も同じではないことを念頭に置いて対応しなければならない。しかも、利用者が自分で選択してサービスが受けられるようにすることが大事であり、この観点からも現在の社会福祉制度における措置制度を見直すことが求められている。このように社会保障の主体が国民であることを明確にし、社会保障への国民の信頼を築いていかなければならない。

●第四に、社会保障制度がそれぞれの分野で制度ごとに発展してきたため、分野間・制度間で施策の重複や空白が生じてきており、その連携や調整をより一層促進することが求められている。例えば、施設での対処より在宅での対応を希望する人々の思いを踏まえて制度を構築する場合、従来分野ごと、制度ごとでは対処しきれない。縦割の制度を越え、地域住民の立場に立って総合的に対処しなければならない。具体的には、高齢者や障害者の在宅介護を例にとっても、医療保険制度や公的年金制度での対応、ホームヘルパーや訪問看護婦の派遣、医療機器や福祉機器の活用を図るなど、住宅、家族の就労状況等を踏まえて各施策を第一線の関係者が有効に活用して初めて成果が上がる。また、職域や地域で細かく分立している社会保険制度を始め社会保障制度全般にわたって、公平性や効率性という観点から統合や一元化の方向をさらに進めなければならない。

●第五に、国際社会における相互依存関係が強まり、国境を越えた企業活動や人の移動は今後さらに増加していくものと考えられる。こうした事態を踏まえ、相互協定などを通して社会保障の国際調整を図るなどを始めとして、広く不利益や制度の空白が生じないようにしなければならない。さらに、社会保障制度構築の立ち遅れた国へのその構築支援を始め、保健・医療・福祉の人材養成への協力等、積極的な国際貢献を果たせるようにすることも当然の要請である。

●最後に、社会保障制度の改革は国民の生活に大きな影響を及ぼすと考えられるため、改革を推進するに当たっては、関係する機関や団体の意見だけでなく、広く国民の声を聴きながら進めていかなければならない。社会保障制度の各種の給付は直接国民の生活に大きくかかわっているだけでなく、それを支える財源も国民が負担している以上、国民自身も積極的に改革案策定の合意形成過程に参加し、意見を述べる機会を与えられなければならない。これからの時代は、国民が社会保障体制の決定に参画するようになる。そのためには、国民が適切な判断をできるように、社会保障に係る具体的な管理組織や給付の内容、手続、将来の負担など必要な各種の情報が十分に入手できるような情報の公開体制が不可欠である。

第2節 改革の具体策

1 健やかな生活のために

人口の高齢化、医療技術の高度化などにより、21世紀において医療需要の増大は避けられない。小手先の対応では現行の各制度が破綻するおそれがある。したがって、医療供給体制の安定及び医療資源の適正かつ効率的な配分という観点から、医療制度及び老人保健制度を含めた医療保障制度の抜本的な改革を行いつつ、生活の質にも配慮した施策の展開が要請される。

●我が国の疾病構造は、結核を始めとする感染症が政府や医療関係者の努力も

あって急速に減少し、今日では成人病などの慢性疾患中心に変わってきた。このため、日常生活における健康づくりのための施策は、病気の治療のための施策と同じように極めて重要である。今後は健康増進のための施策を充実し、乳幼児から高齢者に至るまでの健康診断・保健指導や健康教育・健康相談など、病気や障害の予防に重点を置いた施策を積極的に進めるべきである。高齢になって寝たきり・痴呆など介護を必要とする状態にならないことは、本人にとって望ましいだけでなく、経済・社会の面にも好ましい効果をもたらす。

●健康づくりと同じように、人の生や死などにかかわる医の倫理及び人間の尊厳にかかわる終末医療などについて、21世紀には国民の間での関心が一層高まると考えられる。これについては、その実情を広く国民に示し、医療従事者、医療機関に限らず国民の間で認識を深め、そのあり方を探ることが重要である。

●現行の医療施設体系には、病院と診療所との役割分担、位置づけが不明確で、施設の機能に応じた設備や人員の適正配置が必ずしもなされていない面がある。各人が必要な医療情報を的確に入手できるような仕組みも十分整備されているとはいえない。このため、患者が大病院に集中してこれらの病院の本来の機能が発揮できないだけでなく、患者自身の便益も損なわれている面がある。これからは、診療所や小病院は、地域住民に最も身近な医療機関として患者の健康相談に応ずるなど、日常の生活、健康状態を熟知した「かかりつけ医」・「かかりつけ歯科医」の機能を果たさなければならない。さらに、相互紹介などを通じて高機能・重装備の病院と連携し、患者の病態に応じて適切な医療が受けられるように患者を効率よく誘導するとともに、地域医療の中でプライマリケアを担う中核的機関としての役割を果たす方向に施策を展開しなければならない。また、「かかりつけ医」・「かかりつけ歯科医」だけでなく、地域の「かかりつけ薬局」が、医薬品や器具などについて気軽に相談に応ずることができるような体制を整えることも必要である。

●我が国では、医療技術の水準と比べて、病室の広さや設備面などの療養環境水準は必ずしも高いとはいえない。国民一般の生活水準及びニーズの上昇に対応して療養環境水準を向上させ、その快適さを高めていかねばならない。欧米諸国の医療機関と比べてかなり低いといわれている看護や介護の人員の配置を増やし、その人材確保を図るための施策を充実することが不可欠である。

●傷病や診療内容等について医療従事者から診療経過の情報も含めて十分な説明がなされ、治療に関し患者の判断が尊重されるインフォームド・コンセントを徹底させ、患者の自己決定権が重視される方向での見直しが行われるべきである。そのためには、患者が医療機関を適切に選択することができるよう、医療機関の専門分野、設備等に関する医療情報が人々に提供されるようなシステムを確立していくことが望ましい。

●現在の医学・歯科医学教育、さらには看護教育においても、医療の高度化や専門化に伴い身体の一部の疾病の治療に焦点が当てられ、ややもすれば病人の人間としてのニーズに対応することが軽視されがちであるが、今後は人間全体をとらえて診療に当たるよう教育と実践に力を入れていかななければならない。特に医の教育体系を検討し改めることにより、患者の立場に立てる医師の養成を図るべきである。また、医学教育においてプライマリケアを重視するとともに、診療所や小病院等の経営基盤を確立し、グループ診療の育成強化を図るなど、医師を始めとする医療従事者にとって魅力ある診療環境づくりに努めることも重要である。

●我が国の病院の入院日数は欧米諸国と比べて格段に長い。これは従来医療機関が治療を行うものと長期療養を行うものとに分化していなかったこと、高齢者の介護施設の整備が遅れていたこと、またその人員配置が少ないことなどによると考えられる。このような不必要な長期入院・社会的入院は重要な医療資源の効率的な使用を妨げるだけでなく、入院している者の生活の質という面からみて望ましいものではないため、その是正を図っていかねばならない。このためには、診療報酬面において適切に対処するとともに、医療施設の一部を介護施設に転換していくことが望ましい。

●成人病などによる生活障害を改善して住み慣れた地域で暮らせるようにし、障害をもった人の全人的復権や身体的・精神的・社会的な生活の質の向上を達成するには、リハビリテーション対策を充実しなければならない。このため、医学的リハビリテーションの人材や施設を確保するだけでなく、地域における高齢者や障害者などの生活機能の維持・向上を図るため、簡単に利用できる日常生活訓練などのための施設を数多く整備していかねばならない。

●今後の人口構成の高齢化や医療技術の高度化により医療費、特に老人医療費が増加していくことが見込まれるため、医療保険の財政基盤をより強固にしていかねばならない。我が国の医療保険制度は幾つもの制度に分かれて、その間に給付と負担の面で格差があるが、可能な限り公平な制度にしていかねばならない。これらのことを通して制度の長期的安定化と公平化を図っていくことは、誰でも容易にかつ等しく必要な医療を受けられる国民皆保険の理念を実現する上で望ましい。

●我が国の国民皆保険体制は被用者保険制度と国民健康保険制度との二つに大別される。しかし、国民健康保険制度は、高齢化の進展、自営業の雇用労働者化の進行、過疎化の拡大など社会経済の構造変化により、今後その運営はますます困難になるものと考えられる。国民健康保険制度は、一元化が実現するまでの状況を考えれば、被保険者に占める高齢者の割合が高く、また被保険者の保険料拠出能力が低い。財政基盤が弱体化しており、保険者間の財政力の格差も大きい。これに対応するには、国、都道府県及び市町村が一体となった支援、制度間・保険者間の財政調整の強化、一定限度を下回る小規模国民健康保険の広域化、再保険制度の拡充など、国民健康保険事業の安定化を図る措置が必要である。また、保険料の負担が困難な低所得者の増大などにより、それ以外の被保険者の負担が重くなっているが、それを是正した上で、保険料負担の適正化を図る措置を講ずべきである。また、被用者保険制度についても、加入者の健康づくりに励むとともに、退職後の高齢者などを被用者保険の延長上に含めるなど制度の見直しも検討に値する。増大する老人医療費の適正化は重要な課題であり、今後の介護保障のあり方にも関連して、老人保健制度を公平性の観点から全般にわたって抜本的に見直す必要がある。

●現在の診療報酬制度は、感染症など急性疾患中心の時代にその基本が定められたため、成人病を始めとする慢性疾患中心の現在の疾病構造に適していない面がある。医療保険制度の出来高払い制度は、公平性などの観点から評価すべき面もあるが、老人医療費の増加など医療の当面する課題に適応し得なくなっている面もある。したがって、今後診療報酬制度を抜本的に見直していく必要があるが、その際医療資源の適切な配分と医療機関の経営の安定化にも十分な配慮が払われなければならない。また、医療の高度化に対応し、かつ、在宅医療を推進するよう、診療報酬面において対処することも忘れてはならない。

●医療資源の適正な配分を図るため、医療保険の給付の内容や範囲の見直しが必要である。医療サービス及び関連サービスの質を高め、これに対する適正な給付をするためには、応分の利用者負担は避けられない。特に患者がより良いサービスを選択する場合には、その部分については自己負担とすべきである。また、薬剤の適正使用については、経済的側面とともに、副作用の防止という医療的側面からも、一層推進されるべきである。また、医薬分業については、国民の理解を深めつつ、「かかりつけ薬局」を中心とする分業をさらに強力に推進しなければならない。

2 介護の不安を解消するために

国民が抱えている大きな不安の一つは、寝たきりや痴呆など要介護の状態になった場合のことである。これは、高齢者の同居率の低下、女性の就労の増加などから、従来要介護者の介護の大部分を行ってきた家族による介護が困難になってきたためであり、特に重介護については小規模化した家族が長期にわたって行うには無理があるとの認識が深まってきたためでもある。高齢化に伴う要介護者数の増加、要介護状態の長期化、受け皿である基盤整備の立ち遅れは、制度上の制約と相まって、家族による介護放棄などの問題を引き起こしている。とさえ報じられるなど、この問題を一層深刻にしている。今後介護保障制度を確立していくことは、国民に健やかで安心できる生活を保障する上で最も緊急かつ重要な施策である。

●介護保障制度の確立のためまず必要なことは、介護サービスを行う人材の確保、介護施設の整備などサービス供給体制を整備することである。国や地方公共団体はそれらの計画的な整備に努めてはいるが、高齢化がピークに達する時の状況を踏まえるとその整備目標は極めて不十分である。今後、介護サービスの向上を図るため、サービス従事者の教育訓練の拡大・強化、職員の配置定数の改善、サービス評価基準の設定なども併せて行われなければならない。また、施設設備の水準を引き上げ、各種施設を将来の我が国にとって必要不可欠な社会資本と位置づけて、重点的に整備することが求められている。

●人材や施設の量的・質的な整備のみならず、各種のサービスが要介護者に総合的に提供されるサービスのネットワークが各地域ごとに整備されなければならない。また、各種サービスの中から要介護者のニーズに最も合ったものを選び、それが確保されるよう調整するケアマネジメントのシステムが全国的に普及されるべきである。また、高齢者などの自立を促進し、介護者の負担を軽減するという観点から、便利で使いやすい福祉用具の研究開発や普及の促進を図らなければならない。今後の介護ニーズの増大に対応するためには、これらサービスや福祉用具の供給は、必ずしも公的部門だけではなく、住民参加型の組織やいわゆるシルバー産業など様々な民間部門によっても積極的に行われるべきである。この場合、利用者のサービスへのアクセスを容易にし、適切なサービスの利用に資するため、相談窓口が一本化され、手続が簡素化されなければならない。

●介護を要する高齢者は特別養護老人ホームなどの社会福祉施設や老人保健施設、老人病院などの保健・医療施設を利用しているが、これらの施設の間で利用者負担金、受けるサービスなどに格差が生じているため、必ずしもその目的に沿った利用ができる体系になっていない。このため、高齢者の介護を行う施

設については、整合性の取れた体系にしていかなければならない。

●今後増大する介護サービスのニーズに対し安定的に適切な介護サービスを供給していくためには、基盤整備は一般財源に依存するにしても、制度の運用に要する財源は主として保険料に依存する公的介護保険を基盤にすべきである。公的介護保険とは、要介護状態になったときに、社会保険のシステムを利用して、現物給付又は現金給付あるいはそれらを組み合わせた介護給付の費用を負担する制度である。長寿社会にあっては、すべての人が、期間はともかく相当程度の確率で介護を必要とする状態になる可能性がある一方、そのような状態になった老親をもつことにもなることから、介護サービスの給付は社会保険のシステムになじむと考えられる。

●公的介護保険として保険料を負担すれば、給付を権利として受けることができるようになる。また、負担と給付との対応関係が比較的分かりやすいことから、ニーズの増大に対しサービスの量的拡大や質的向上を図っていくことに、国民の合意が得られやすい。公的介護保険がサービスの質に係る一定の基準を満たす公的及び民間の様々な介護サービスの費用を負担するようになれば、利用者にとってサービスの選択が可能になり、供給者間の競争を強めてサービスの量的拡大と質の向上が期待できる。

公的介護保険は、民間介護保険と異なり、強制加入によりすべての人の要介護のリスクをカバーすることができ、また要介護者となるリスクの高い人にも、負担を増やすことなく必要に応じて介護の給付をすることができる。また、賦課方式の公的保険であれば、インフレのリスクにも対応でき、かつ、現在既に要介護の状態にある人々にも制度成立と同時に給付することができる。

公的介護保険が、いわゆる措置費で運営されている社会福祉施設の費用はもちろんのこと、在宅福祉サービスや介護を行っている保健・医療施設の介護費用の部分をも負担するようになれば、各施策の利用者間の不均衡が是正されるばかりか、各サービス間の連携が強められるであろう。その点で特に、在宅介護を支援するよう公的介護保険の給付が設計されることが望ましい。

●介護保障を社会保険の仕組みで行うときに特に留意しなければならないのは、過剰利用を防ぐこと、今後給付費用の増大が見込まれる中で保険財政が破綻せず、国民がその保険料負担に耐え得る仕組みにすることである。従来社会福祉制度において支出された介護費用は公費で賄われてきた経緯もあり、公的介護保険への相当な公費負担の導入は可能であり同時に不可欠である。これに関連して、市町村人口に占める高齢者の割合が不均等である上に市町村間に財政力格差があることが、提供される介護サービスの質・量の格差につながらないように、広域調整や市町村間の連携に力を入れるとともに、財政力格差を緩和するための支援策も具体化されるべきである。

●どのような社会保険方式とするかは十分に検討しなければならないが、例えば既存の公的年金制度、医療保険制度若しくは老人保健制度を活用する方式、あるいは別の新しい介護保険制度を創設する方式などが考えられる。関連する部分も多いだけに、これを契機に医療保険制度、老人保健制度など医療保障制度全体にわたった見直しを行うべきである。

●公的介護保険制度の被保険者、給付の内容等については慎重に検討され、要介護状態になった人々を国民すべてが支え、国民の多くが抱えている介護への不安を解消して、明るい展望が開けるような制度にすべきである。ニーズの評価やそれに依って行うべき介護サービスの決定方法などについて全国的に統一

された科学的・客観的な基準を作成するとともに、介護サービスの内容を定める新たな体系を整備しなければならない。

6 担い手づくりのために

社会保障制度の充実を実現させるには、それを担う人材の確保が極めて重要である。特に保健・医療・福祉の施策の展開には今まで以上の人材を必要とし、その担い手が確保されなければたとえ制度的に整備されてもすべては絵にかいた餅になってしまう。多種多様な人材の養成確保のための施策の実現に全力を挙げなければならない。

●人口構成の高齢化、家族規模の縮小や同居率の低下などの家族構造の変化、女子の雇用者の増加や労働時間の短縮など労働環境の変化、疾病構造の変化などにより、保健・医療・福祉分野の人的資源に対するニーズは、今後一層増大する。他方、人口構成の高齢化は、出生率の低下と相まって、将来の労働力供給を減少させるものと見込まれている。したがって、保健・医療・福祉の分野を担う人材の養成確保は重要な課題であり、そのためにはその領域での労働時間、給与、育児環境などの労働条件や、福利厚生面の大幅な改善が欠かせない。また、これらの分野に人材を引き付けるためには、保健・医療・福祉にかかわる業務の社会的評価を高めていかなければならない。潜在する有資格者の再就職を促すことも、特に大切である。さらに、保健・医療・福祉の分野では多様な人材が必要であるため、資格取得のための教育や社会教育の一環としての介護教育を充実するほか、国民各層の参加の機会を増やし、そのすそ野を広げていくべきである。健康な高齢者が介護等の領域で活動することなどは、本人の生きがいという点でも有意義といえよう。

●人材の量的確保を図ると同時に、その質の向上を図ることも不可欠である。そのためには、専門的な教育を十分に行うとともに、全人的教育により、思いやりをもって人に接する人材づくりを推進していかなければならない。また、質の良い人材を確保するためにも、就業に魅力ある職場づくりを進める施策を行うべきである。

●旧来のコミュニティは崩れつつあるとしても、現代社会にふさわしい新しい社会連帯による地域における福祉の推進が望まれる。今後、地域活動やボランティア活動を十分受けとめられる体制、つまりコミュニティ施設の整備、活動を支えるリーダーの育成、ネットワークづくり、情報システムの構築などを、国及び地方公共団体は積極的に進めなければならない。また、企業も単に自社従業員の福利厚生を図るだけでなく、ボランティア休暇などを始め地域の一員として福祉の担い手づくりにかかわっていくことも望まれる。

7 施設の充実のために

地域での社会福祉施策展開の核として施設が十分整備されなければならない。特に、遅れの著しい都市部での充実策が配慮されなければならない。

●社会福祉施設については収容施設から生活施設へ転換し、在宅と同じような環境に近づける必要があり、個室化、介護職員の配置定数の改善等を積極的に進めることが肝要である。そのためには、人材の確保や研修等によるサービスの質の向上が不可欠である。特に山村等においては、この点の改善に障害の多いことを考慮し、特段の努力を望みたい。

●今後充実すべき社会福祉の分野では、サービスの即応性やメニューの多様性、利用者の選択権等を尊重する必要があるため、現在の措置制度は見直すべきである。地方

公共団体が入所に関する調整機能を果たし、公的な費用助成を前提としながら、施設への入所は一方的な措置によるものから利用者との契約に改めるよう検討すべきである。また、措置という言葉に代表されるような、利用者の立場からみて好ましくない用語やそこに含まれる福祉のあり方は見直されるべきである。

●今後、在宅福祉サービスの充実が図られるとしても、地域の福祉サービスの拠点として、施設はますます重要な役割を果たしていくものと考えられる。総体的に施設の量的な整備が遅れており、その整備に一層努めるとともに、社会資本としての定着を図らなければならない。特に都市部における施設整備では、土地の確保が大きな課題である。反面、都市の中心部は人口の減少により教育施設等で余剰の土地建物が生じている。こうした行政の縦割を打破して、施設の複合化、高層化など各種の推進策を講じることが急がれる。

おわりに

21世紀前半における人々の望ましい生活を描けばこういう形になる。ほとんどの人は60歳台前半まで元気で働いており、その後も引き続き健康で働いている人もいる。それは男性に限ったことではなく、女性も同様である。引退した場合でも、多くの方は現役時代の能力を生かして、時間は短くても週に何日か社会的、経済的な活動に参加している。ボランティアとして社会参加や高齢者の介護をしている人もいる。年齢が高くなっても、社会の一員として活動を続けているといえるであろう。病気や障害をもつ人たちでも、急病はともかく慢性状態のときは在宅で介護を受ける人も多い。十分整備された病院や施設で介護を受けるか、ホームヘルパーや訪問看護などを利用しながら自宅で介護を受けるかは、病気や障害の程度、家族の都合も考えて利用者自身が選べる。年金、医療、福祉等について分からないことは身近で相談できる体制になっており、あちこちと駆け回らないでも対応してくれる。現役世代もこのような様子を見聞きして社会保障制度を身近なものと考えようになっているから、将来についての不安をもたないで済むし、その負担についても理解している。

20世紀もあとわずかで終わろうとしている。21世紀には、社会を構成する一人一人がかけがえのない個人として尊重され、誰もが自立の心の重要性を理解し、それぞれの能力を生かして仕事と家庭を両立させながら、各人にふさわしい生き方を選択できる社会となることが望まれる。確かに高齢化の進展によって国全体で担わなければならない負担はかなり増えることを覚悟しなければならないであろうが、高齢者の介護の負担を特定の個人が過度に負わされることもないし、未来を支える子供たちが生まれ育ちやすい環境も保障されることになり、障害をもった人々も障害を乗り越えて安定した生活ができるようになっていようであろう。21世紀の我が国がこのような社会となるためには、人々が立場の違いを越えて助け合うという社会連帯の精神をもつことが前提となる。同時に、負担の増大に十分に耐え得る合理的で効率的な制度の設計によって、それが支えられるようになることが要件となる。国民による強い社会連帯の意識と、社会保障制度の意義、役割、仕組みなどについての国民の深い理解と協力に支えられて、必要な社会保障制度の改革が行われ、その充実が図られて行くことを期待したい。そのために今から準備を進めなければならない。本勧告では数多くの提言を行ったが、政府はこれらの提言を受けとめ、具体化を図り、着実に実行に移すよう切に望みたい。

平成7年7月26日 老人保健福祉審議会

『老人保健福祉審議会（中間報告） -新たな高齢者介護システムの確立について-』

新たな高齢者介護システムの確立について（中間報告）

◎本中間報告は、本年2月以来13回にわたる審議の結果を踏まえ、新たな高齢者介護システムの確立についてとりまとめたもの。

◎当審議会においては、本中間報告を踏まえ、介護基盤の整備や介護支援体制の在り方、社会保険システムにおける具体的な制度設計などについて、今後更に具体的な検討を進める。

第1 現状と問題点

<いま、なぜ高齢者介護が問題なのか>

○高齢者介護問題は、国民の老後生活の大きな不安要因。

高齢者介護サービスの整備の遅れなどにより、今日、介護を必要とする高齢者が十分な介護サービスを提供されているとはいえない。

また、介護を担ってきた家族への社会的配慮が十分でなく家族に非常に重い負担。このため、家族の人間関係が損なわれ、介護放棄や老人虐待、家族の離職といったケースも見られる

<いま、なぜ新たな高齢者介護システムが必要なのか>

○高齢者介護は、福祉制度と医療制度により別々に提供されており、利用者本位のサービス提供という点で種々の問題。

○実態的に同じような高齢者でありながら、利用するサービスや施設の種類によって利用者負担や利用手続等に不合理な格差・差異が存在。

また、サービス利用についての総合的相談窓口・体制が不備であることから、利用者本人や家族にとってサービスが利用しにくい。

○高齢者介護サービスは、質・量ともに不十分。新ゴールドプランの策定等により介護基盤の整備が図られてきているが、福祉分野の財源は一般会計で賄われていることもあり、国や地方の財政事情の影響を受けやすい。

○福祉の措置制度は、これまで高齢者介護サービスの保障に重要な役割を果たしてきたが、他面、サービス選択についての制度的制約や所得調査等があることによる心理的抵抗感が存在。

他方、わが国では介護ニーズを実態として老人医療がカバー。こうした状況は医療保険の在り方から見ても見直しが必要。

◎このような問題を解決するためには、高齢者介護が福祉と医療に分かれている現行制度を再編成し、新たな高齢者介護システムを確立することが必要。

第2 新たな高齢者介護システムの基本的考え方

1 新たな高齢者介護の基本理念

○高齢者が心身の健康を維持しつつ、介護を要する状態となっても尊厳と生きがいを持って人生を送れるような長寿社会の実現が必要。

このため、高齢者自身の希望を尊重し、その人らしい自立した質の高い生活が送れるよう、社会的支援体制を整備。

2 基本的考え方

(1) 高齢者介護に対する社会的支援の整備

○在宅介護を重視し、一人暮らしや高齢者のみ世帯でも出来るかぎり在宅生活が可能

となるよう、24時間対応を視野に入れた在宅支援体制の確立を目指す。

○長寿社会において、長期にわたる高齢者介護を家族が担うことは困難。

家族が過重な負担を負うことのないよう、新ゴールドプランによる介護基盤整備を着実に進めるとともに、高齢者の生活圏域を基盤とした介護サービスの整備水準・内容の一層の充実・強化を図る。

(2) 利用者本位のサービス体系の確立

○予防やリハビリテーションの考え方を重視し、日常からの健康管理・健康づくり要介護状態になってからの機能回復を強化。

○保健・医療・福祉にわたる各サービスを総合的・一体的に提供し、個々の高齢者のニーズに見合ったサービスの適切かつ効果的な提供を図る。

このことにより、介護サービス費用全体も効率化。

○利用者負担は、受益に応じた適切な水準の負担とするとともに、中間所得層等にとって過重な負担とならないよう配慮。

○高齢者自身による選択を基本に、専門担当者からなるチームによる介護支援体制（ケアマネジメント）の確立を図る。

(3) 社会連帯による介護費用の確保

○長寿社会においては、介護費用を高齢者個人の自助努力で賄うことは困難。

広く国民の理解と協力を得て、高齢者及び現役世代による社会全体の連帯で介護費用を支えあうことを基本とすべき。

また、将来の介護費用の増大等を視野に入れて、費用の効率化を図りつつ、将来にわたって安定的に必要な財源を確保できる仕組みとすることが重要。

3 今後の方向

○高齢者介護サービスについては、同一の財政方式の下で総合的・一体的なサービスが提供される新たな高齢者介護システムの創設が必要。

○社会保険方式はわが国社会保障制度の中核として医療・年金の分野で大きな成果。

過剰利用・不当利用や保険料未納などの問題はあるものの、ニーズに応じた普遍的なサービスの提供、利用者のサービス選択の保障・サービスに受給の権利性の確保という点で公費方式に比して優れた制度。

さらに負担と給付の対応関係も明確で負担についての国民の理解も得やすい。

◎以上総合的に勘案して、新たな高齢者介護システムとして、公的責任を踏まえ適切な公費負担を組み入れた社会保険方式によるシステムについて、具体的な検討を進めていくことが適当。

第3 今後の検討における主な論点

(1) 高齢者介護サービスの在り方に関する主な論点

①新システムがカバーする介護サービスの範囲・水準・サービス体系の在り方

②今後一層の増大・多様化が予想される介護サービスニーズに対する、ゴールドプランの見直しを含めた対応の在り方

③介護サービスの利用方法、要介護の認定方法や介護支援体制の在り方

④家族による介護に対する評価の在り方

⑤新システムが対象とするサービス分野と現行福祉制度や医療保険制度が対象としているサービス分野との役割負担

(2) 高齢者介護の費用保障の在り方に関する主な論点

①被保険者・受給者、保険者・事業主体

②保険料の設定方法・水準

③公費（国・地方公共団体）・事業主負担、利用者負担

④民間保険との関係

⑤医療保険制度 老人保健制度等との関係

なお、費用保障の検討に当たっては、現在及び将来の介護費用の規模を踏まえ、全体に公平で効率的なシステムとすることが必要。

(3) 新たな介護システムの導入に当たっては、介護サービスを担う施設の整備や促進や人材の育成・確保、資質の向上についても検討。

◎今回の中間報告により、高齢者介護問題に対する国民各層の理解が深まり、広範な議論がさらに進められることを期待。

このため、この中間報告にあわせ、審議の際に用いた資料やこれまで議論等の概要をとりまとめて公表するとともに、世論調査の実施等についても積極的に検討。

はじめに

1 当審議会は、高齢者に関する介護問題について、本年2月以来13回にわたって精力的に審議を重ねてきた。始めにわが国の現状や諸外国の動向について幅広く検討した後、高齢者介護の基本的な在り方や介護サービス及び費用保障の在り方について様々な角度から審議を行い、その間、関係審議会や関係団体等の報告の検討も行った。

こうした審議の結果、今後わが国の高齢者介護対策が目指すべき方向として、新たな高齢者介護システムの確立について、以下のとおり中間報告を取りまとめたので、提言する。

2 高齢者介護問題は、老後生活の最大の不安要因として、その解決が強く望まれており、当審議会においては、本中間報告を踏まえ、介護基盤の整備や介護支援体制の在り方、社会保険システムにおける具体的な制度設計などについて、今後更に具体的な検討を進めることとしている。

また、先般行われた社会保障制度審議会の勧告においても公的介護保険の創設についての提言が行われたところであり、これらを契機に、国民各層において高齢者介護問題に関する関心が深まり、広範な議論が進められることを期待したい。

第1 現状と問題点

1 高齢者介護をめぐる問題 ～「なぜ、いま高齢者介護が問題なのか。」

○高齢者介護の問題は、国民誰にでも起こり得る問題として、老後生活の大きな不安要因となっている。今日、介護を必要とする高齢者が増加するとともに、介護期間の長期化や要介護状態の重度化、介護者の高齢化が進んでおり、高齢者介護の問題は、昔とは比べものにならないほど普遍化し、そして深刻な問題となっている。

(1) 高齢者自身にとっては、介護サービスの整備の遅れなどから、介護が必要な状態になった時に適切な介護を受けられるのかどうかなどといった点について、不安が高まっており、また、施設入所等の介護サービスを希望してもすぐには利用できないなど、十分な介護サービスが提供されているとはいえない難い実態も見られる。

(2) また、高齢者にとって家族の存在は重要である。従来からわが国では、家族が介護の大きな部分を担ってきたが、それに対する社会的配慮が不十分であり、長期にわたる介護により家族の心身の負担が非常に重くなってきている。このため、家族間の人間関係が損なわれ、いわゆる介護放棄や老人虐待に至るケースや、介護のために

家族が離職を余儀なくされるようなケースも見られる

○こうした問題は、長寿化の一層の進展、家族形態の変化や女性就労の増加により、今後ますます深刻化することが予想される。したがって、介護を要する高齢者やその家族に対し適切な社会的支援を行うシステムの確立が急務となっている。

2 新たな高齢者介護システムの必要性～「なぜ、新たな高齢者介護システムが必要なのか。」

○高齢者介護については、これまで福祉及び医療制度において、それぞれ別々に介護サービスが提供されてきたが、利用者本位のサービス提供という面で種々の問題が生じている。

(1) 第一には、利用者である高齢者本人やその家族にとって、現在の仕組みでは介護サービスが利用しにくいことがあげられる。

①実態的には同じような介護を必要とする高齢者でありながら、福祉の措置制度や医療保険（老人保健）制度など異なった制度の下で別々な対応がなされてきたため、利用する介護サービスや施設の種類によって、利用者負担や利用手続等に不合理な格差や差異が生じている。

②公費を財源とする福祉の措置制度は、行政責任の下でサービスを公平に提供するシステムとして、これまで高齢者介護サービスの保障に重要な役割を果たしてきたが、利用者自らによるサービス選択がしにくいという制度上の制約や、所得調査等がありサービス利用に心理的抵抗感が伴うといった問題が見られる。

一方、医療保険の枠組みの中では、実際には介護を主たるニーズとして長期に高齢者が入院しているという問題があるほか、高齢者に対するケアや生活環境などの面での対応に限界がある。

③介護サービスの種類や内容は多岐にわたっているが、サービスの利用について高齢者や家族の相談に応じ、その調整を担当する総合的な窓口や体制が不備である。

(2) 第二に、高齢者が利用できる介護サービスが量的にも質的にも不十分であることがあげられる。

①介護サービスの整備が量的に不十分で、高齢者による利用には実際上大きな限界があり、地域によっては施設の入所待機者も多数存在している。またサービスの質の面においても、個々の高齢者のニーズに適切に応え、サービスをうけられるような体制が整備されていない面がある。

②近年、新ゴールドプランの策定等を通じ介護基盤の整備が図られてきているが、福祉分野の財源は基本的に一般会計により賄われていることもあり、介護サービスの拡充について、国や地方の財政事情によって大きく影響を受けやすい。

③一方、わが国では介護ニーズを実態として老人医療がカバーしてきた経緯があるが、そうした状況については、医療保険の在り方という観点からも見直しが必要となっている。また、わが国経済が低迷し所得水準の伸びが見られない中で、増大する医療費、とりわけ老人医療費を賄う各医療保険の保険料負担の在り方についても問題が提起されている。

○このような問題を解決するためには、高齢者介護が福祉と医療に分かれている現行制度を再編成し、新たな高齢者介護システムを確立することが必要である。

第2 新たな高齢者介護システムの基本的な考え方

1 高齢者介護の基本理念

○長寿化の進展に伴い、高齢者が、長くなった老後期間を、心身の健康を維持しつつ、また、介護を必要とする状態となっても、尊厳と生きがいを持って送ることができるような長寿社会の実現が求められている。

このため、高齢者が多様なニーズを持ち、経済的にも自立しつつある今日、高齢者介護においても、高齢者自身の希望を尊重し、その人らしい、自立した質の高い生活が送れるよう、社会的に支援していくことを基本とすることが重要である。

○新たな高齢者介護システムは、このような高齢者像に立った基本理念を踏まえ、介護を必要とする高齢者誰もが、身近に、いつでもどこでも、スムーズに介護サービスを利用できるような仕組みを実現するため、次の3点を基本的な考え方とすることが適当である。

- (1) 高齢者介護に対する社会的支援体制の整備
- (2) 利用者本位のサービス体系の確立
- (3) 社会連帯による介護費用の確保

2 基本的な考え方

- (1) 高齢者介護に対する社会的支援体制の整備

①在宅介護の重視

○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おり、こうした希望に応じて在宅介護を重視することが求められる。

このため、人暮らしや高齢者のみ世帯でも、できる限り在宅生活が可能になるようにするとともに、24時間対応を視野に入れた支援体制の確立を目指すべきである。

②介護サービスの基盤整備

○高齢者介護においては、家族の存在とその「見守り」が重要であることは介護や医療の現場においてよく知られているところである。

しかし、長期にわたる介護を家族が全面的に担うことは困難な面が多く、家族が過重な負担を負うことのないよう、介護サービスの量的・質的な拡充を図り、高齢者介護に対する社会的支援体制を整備することが求められている。

○このため、新ゴールドプラン及び地方老人保健福祉計画による介護基盤の整備を確実に進めるとともに、ニーズの一層の増大・多様化を踏まえ、必要な財源の確保を図りつつ、高齢者の生活圏域を基盤とした介護サービスの整備水準・内容の一層の充実、強化を図るべきである。

- (2) 利用者本位のサービス体系の確立

①総合的、一体的なサービス

○まず何よりも、予防やリハビリテーションの考え方を重視し、要介護状態にならないように健康時から日常生活における健康管理や健康づくりを進めるとともに、要介護状態になっても機能の回復に努め、状態の悪化を防ぐような対応が重要である。

○介護の必要な高齢者に対しては、その生活全般を支えるため、保健、医療、福祉にわたる各サービスが、総合的かつ一体的に提供されることが求められる。このため、異なった制度の下で別々にサービスが提供されてきた現状を是正し、各サービスが相互に連携して提供されるようなシステムとすることが求められる。これにより、個々の高齢者のニーズに見合ったサービスの適切かつ効果的な提供が図られ、介護サービス費用全体の効率化が図られるものと考えられる。

○また、同程度の介護を必要とする高齢者について、利用する介護サービスや施設によって、利用者負担や利用手続に格差や差異が生ずることがないように、整合性のとたサービス体系を確立する必要がある。その際、利用者負担については、受益に応じた

適切な水準の負担とするとともに、中間所得層等にとって過重な負担とならないようにすることが望まれる。

なお、新たなサービス体系の確立にあたっては、現在、介護サービスの供給を担っている現行制度からの円滑な移行に配慮することが必要である。

②高齢者自身による選択

○いくら介護基盤が整備されても、それを必要とする高齢者や家族が利用しやすく、実際に介護サービスをスムーズに手に入れられなければ意味がない。したがって、利用者が適切な介護サービスの提供を受けることができるような、利用者本位の仕組みを確立する必要がある。

このため、高齢者が自らの意思に基づいて、利用するサービスを選択し、決定することを基本に置くことが重要である。

③介護支援体制の確立

○高齢者自身によるサービス選択について、専門家が援助する介護支援体制を確立する必要がある。

一般に高齢者や家族の側はサービスの内容等について十分な知識を持っていない場合が多く、また、サービス提供側も関係機関の間で連携が十分でない場合が見られる。こうした問題点を克服するためには、保健・医療・福祉の専門担当者からなるチームが、高齢者のニーズを総合的に把握し、それに基づき相互に協力し合いながら必要なサービスを総合的かつ一体的に提供していくことが重要である。このようなケアマネジメントの考え方により、各サービス間の連携が促進され、高齢者や家族が介護サービスを適切かつ公平に利用できることとなる。

(3) 社会連帯による介護費用の確保

○長寿社会では、国民の誰もがかなりの確率で要介護となる可能性があり、しかも介護期間の長期化等によりその費用も高額にのぼる場合も多く、これを高齢者個人が自助努力ですべて負うことは一般的には困難である。こうした点を踏まえ、広く国民の理解と協力を得て、高齢者及び現役世代による社会全体の連帯で介護費用を支え合うことを基本とすべきである。

また、今後ニーズの増加に伴い、介護費用は増大することが予想されるが、経済基調の変化や社会保障費用の増大等を視野に入れ、費用の効率化を図りつつ、将来にわたって必要な財源を安定的に確保できる仕組みとすることが重要である。

3 今後の方向

○現在、高齢者介護サービスは福祉（公費方式）と医療（社会保険方式）の異なる制度の下で提供されているが、こうした状況を基本的に見直し、高齢者介護に対する社会的支援体制の整備、利用者本位のサービス体系の確立、社会連帯による介護費用の確保を図る観点から、同一の財政方式の下で総合的・一体的な介護サービスが提供される新たな高齢者介護システムを創設していくことが必要である。

○社会保険方式は、個人の力だけでは対応できない事態に備えて、国民が互いに助け合う仕組みであり、わが国社会保障制度の中核をなすものとして、医療や年金の分野において大きな成果をあげてきた。

社会保険方式は、いわゆる過剰利用・不当利用や保険料未納などの問題があるものの、ニーズに応じたサービスを普遍的に提供する方式として、公費方式に比べ、利用者によるサービスの選択の保障やサービス受給の権利性の確保という点で優れた制度である。さらに、負担と給付の対応関係が明確であり、負担に対する国民の理解を得やすいといった意義がある。

○以上を総合的に勘案すれば、今後、新たな高齢者介護システムとして、公的責任を踏まえ、適切な公費負担を組み入れた社会保険方式によるシステムについて具体的な検討を進めていくことが適当である。

第3 今後の検討における主な論点

○今回の中間報告は、新たな高齢者介護システムについて基本的な考え方をとりまとめたものである。その具体像については、今後国民各層の意見を踏まえ総合的に検討していく必要があるが、その際の主な論点としては、以下のような点があげられる。

(1) 高齢者介護サービスの在り方に関しては、高齢者介護に対する社会的支援体制の拡充と利用者本位のサービス体系という観点から検討を行ったが、今後特に重要な検討課題として考えられる論点は、次の4点である。

①新たな高齢者介護システムにおいてカバーすべき介護サービスの範囲及びサービス体系の在り方を具体的にどう考えるべきか。また、在宅サービスを中心に一層の増大・多様化が予想される介護サービスのニーズに対して、新ゴールドプランに示された内容・目標水準の見直しも含め、どのような対応を行っていくのか。

②介護サービスの利用方法、要介護の認定方法や介護支援体制については、高齢者や家族の実情・態様に応じて柔軟に対応できる仕組みとする必要があるが、具体的にどのようなものが考えられるか。

③家族が介護を行う場合の評価をどう考えるべきか。例えば、一定の条件の下に現金を支給することとすべきかどうか。

④新たな高齢者介護システムの対象とするサービスの分野と、他の制度、特に現行の福祉制度や医療保険制度の対象とするサービス分野との役割分担をどう考えるべきか。

(2) 高齢者介護の費用保障の在り方に関しては、社会保険方式について、前述した過剰利用・不当利用や保険料未納の問題点に対する対応を含め、次のような点について、具体的な検討を進めていくことが適当である。

①被保険者、受給者をどう考えるか。

②保険料の設定方法、水準をどう考えるか。

③保険者・事業実施主体についてどう考えるか。

④公費（国、地方公共団体）事業主負担についてどう考えるか。

⑤利用者の負担についてどう考えるか。

⑥民間保険との関連についてどう考えるか。

⑦高齢者介護と医療保険、老人保健制度等との関連についてどう考えるか。

なお、費用保障の在り方について検討を進めるにあたっては、現在及び将来の介護費用の規模を踏まえ、全体的に公平で効率的なシステムとすることが必要である。

(3) 新たな高齢者介護システムの導入にあたっては、介護サービスを担う施設の整備の促進や人材の養成・確保、資質の向上が不可欠であり、今後、この点についても、あわせて具体的な検討が必要である。

○高齢者介護問題は、21世紀の超高齢社会を目前に控えたわが国において、最も重要でかつ解決が急がれる問題である。今回の中間報告によって、この問題に関する国民各層の理解が深まり、広範な議論が更に進められることを期待する。

したがって、広く国民に情報を提供する観点から、この中間報告にあわせ、審議の際に用いた主な資料やこれまでの議論の概要をとりまとめて公表するとともに、世論調査の実施等についても積極的に検討すべきである。

医療提供体制の在り方について（論点整理メモ）

平成7年10月4日
医療審議会
基本問題検討委員会

1. 今後の医療提供体制に関する基本的な考え方

○今後の医療提供体制については、高齢化、疾病構造の変化、国民の医療需要の多様化等を基本的な視点として考えていく必要があるのではないかと。

○医療提供体制については、量的な整備はほぼ充足されつつあるが、良質かつ適切な医療の効率的な提供、医療と福祉の連携、要介護者への対応との関連等の観点から検討していく必要があるのではないかと。

○日常生活圏（二次医療圏）において、国民が通常の医療ニーズを充足できるよう医療提供体制の整備を図る必要があるのではないかと。

○特に、優先的な課題として、

- ・地域医療の充実のための医療施設機能の在り方
- ・要介護者に対応した医療提供体制の在り方

医療機関の経営基盤の安定化を図る観点からの医療法人の業務等の在り方

・規制緩和や良質な医療サービス提供等の観点からの医療提供体制の在り方の検討に取り組むべきではないかと。

2. 医療施設機能の体系化

○第2次医療法改正で特定機能病院と療養型病床群が導入されたところであるが、現行の施設機能体系は、患者の病状、例えば急性期の患者や慢性期の患者、長期療養が必要な患者や短期の療養患者等にあった適切な医療サービスを効率的に提供するという観点からみて、十分対応できる体系となっているか。

○救急医療、災害医療や臨床研修等を行う医療機関について、地域医療の確保・充実の観点から、支援方策をどう考えるか。

○現行の医療計画は専ら病床規制中心となっているが、地域医療の確保・充実の観点から、必要的記載事項の見直しを行うべきではないかと。

○医療関係施設の役割分担、病院間や病院と診療所・歯科診療所との連携を図るための具体的な方策をどう考えるか。

○かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及・定着、在宅医療等の支援の方策をどう考えていくか。

○地域医療の確保・充実の観点から、公的医療機関と民間医療機関の役割をどう考えるか。また、いわゆる政策医療をどう考えるか。

3. 要介護者に対応した医療提供体制

○要介護者を受け入れる施設の在り方をどう考えるか。こうした施設の構造設備や人員配置基準をどう考えるか。

○要介護者に対する歯科医療の提供をどう考えるか。

○長期療養患者の収容を目的として位置付けられている療養型病床群の普及とその弾力的運用を考えてはどうか。

○小規模病院や有床診療所が要介護者を受け入れる施設としても機能するようにすべきではないかと。

- 要介護者を受け入れる病床について、医療計画上どのように取り扱うか。
- 在宅サービスの在り方をどう考えるか。

4. 医療法人の業務等の在り方

- 医療機関の経営基盤の安定化を図るため、具体的な措置（補助金、融資、税制等）をどのように考えていくか。
- 医療法人の在り方及び業務範囲の拡大を検討する必要があるのではないか。例えば、規制緩和推進計画（平成7年3月閣議決定）に盛り込まれている第2種社会福祉事業その他の在宅福祉事業を附帯業務として追加すべきではないか。
- 収益事業の実施を医療法人の業務として認めることが適当か。
- 医療機関の継続性、安定性等の観点に着目して、「出資額限度方式」の持分のある医療法人や特定医療法人について医療法上何らかの位置付けを行うことができないか。その際、税制上の特別措置を受けられるような考え方・仕組みが可能か。

5. 医療の質の向上を図るための方策

- 医療法の理念規定を見直す必要はないか。
- 患者への情報提供を推進するための具体的方策についてどう考えるか。
- 医療を支える医療関係従事者の資質の向上を図るための具体的方策をどう考えるか。
- 国民にとって適切な情報を提供する観点から標榜診療科名の拡大も含め具体的方策を検討してはどうか。

6. 構造設備・人員配置

- 病院の構造設備基準は現行のままでよいか。
- 疾病構造の変化、調剤等における医療技術の進歩といった状況変化を踏まえて、医師や薬剤師等の人員配置について現行の基準を見直す必要はないか。

7. その他

- 医療法の規制について、規制緩和の観点から見直すことを検討すべきではないか。
- 痴呆患者に対する医療提供の在り方についてどう考えるか。
- 患者からの寄付等を医療機関の施設整備や地域医療の充実のために活用できる仕組みを検討してはどうか。その際、税制上の特別措置を受けられるような考え方・仕組みが可能か。
- 医療機関の業務の効率化、地域医療の推進の観点から、保健医療分野における情報化の推進方策をどう考えるか。
- なお、医療については、医療保険財政が深刻化しているという問題があり、また、供給が需要を生むという指摘もある。そうした点も踏まえ、患者にとって必要な医療を確保するという観点から効率的な医療提供の在り方を検討すべきではないか。

平成8年1月31日 老人保健福祉審議会

『老人保健福祉審議会（第2次報告） -新たな高齢者介護制度について-』

新たな高齢者介護制度について（第2次報告）の概要

はじめに

○この報告においては、新たな高齢者介護制度の下で提供される介護サービスについて、具体的な内容、水準及び利用手続やその実現のための介護サービス基盤の整備のあり方を取りまとめ。

公的介護保険の制度・費用負担については、今後検討を進めることになるので、ここでは主な論点と基本的な考え方に関する議論を提示。

当審議会は今後、公的介護保険制度のあり方を中心に引き続き検討を進め、給付内容を含め制度の全体像について最終意見を取りまとめる考え。

第1 介護サービスの内容、水準及び利用プロセス

I 基本理念

○介護給付の基本理念は、(1) 高齢者介護に対する社会的支援 (2) 高齢者自身による選択 (3) 在宅介護の重視 (4) 予防・リハビリテーションの充実 (5) 総合的、一体的、効率的なサービスの提供 (6) 市民の幅広い参加と民間活力の活用とする。

II 介護サービスの対象者

○痴呆性老人を含め要介護状態にある高齢者を対象者とし、虚弱老人についても、寝たきりの予防や自立した生活への支援につながるよう、必要なサービスを提供。

○若年障害者については、障害者プランに基づき、ふさわしいサービス提供の実現が望まれる。サービスの谷間が生じないように、「初老期痴呆」のようなケースは介護保険の給付対象。

III 介護給付の内容・範囲

1 在宅サービスについて

○在宅サービスは (ア) ホームヘルプサービス (イ) デイサービス (ウ) リハビリテーションサービス (デイケア、訪問リハビリを含む) (エ) ショートステイ (オ) 訪問看護サービス (カ) 福祉用具サービスとし、24時間対応型巡回サービスや痴呆性老人向けのグループホームについても積極的に取り組むべき。

医学的管理、口腔管理、薬剤管理指導、住宅改修サービス等について検討。

○サービスの水準については、新ゴールドプランで想定するサービス水準を踏まえつつ、新制度にふさわしい水準を目指すものとし、具体的なサービスモデルを提示。

○こうしたサービス水準の実現に当たっては、サービス基盤の整備や財源確保の状況等も踏まえ、段階的にサービス供給体制のレベルを引き上げることが適当。

2 施設サービスについて

○施設サービスは (ア) 特別養護老人ホーム (イ) 老人保健施設 (ウ) 療養型病床群等介護体制の整った医療施設を対象。

○介護保険の狙いは、良質の介護サービスを提供していくことであることから、

一般病院については、介護体制を充実し、介護施設への転換を進めることにより、入所者を給付の対象とすることが適当。転換助成の充実、診療報酬上の措置等について検討。

○養護老人ホームも、介護体制の充実強化を図り、特別養護老人ホーム全部又は一部転換や特別養護老人ホームの併設を促進。

○軽費老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホームの居住者のうち要介護の人に対しては介護保険から在宅サービスを提供。

3 介護サービスの事業主体について

○介護サービスの事業主体については、当面、現行の事業主体を基本とすることが適当だが、利用者本位の効率的なサービスの提供という観点から、サービス内容の性格等に応じ、できる限り多様な主体の参加を求めていくべき。

IV 介護サービスの利用方法

1 基本的考え方

○高齢者が自らの意思に基づいて、利用するサービスを選択し、決定することを基本とし、それに対し保健・医療・福祉の専門家が連携（ケアチーム）して身近な地域で支援する仕組み（ケアマネジメント）を確立することが重要。

○要介護認定と個別のケア計画（ケアプラン）の作成は区分して考えることが適当であるが、できる限り両者の連携を図ることが必要。

○要介護認定は、保険者がその責任と権限に基づき、「高齢者が介護が必要な状態にあるかどうかを一定の基準により確認する行為」であり、第三者機関のような組織を設け、公正な専門家が客観的基準に基づき行うことが適当。

○要介護認定をできる限り迅速に行うなど利用者の便宜に配慮し、また、要介護認定に対する不服申し立てなどの仕組みを確立すべき。

3 ケアプランの作成について

○ケアチームが、高齢者や家族の相談に応じ、そのニーズを適切に把握ケアプランを作成し、様々なサービス提供機関との調整を行うことが必要。

V 家族介護について

○家族介護に対する現金支給については、積極的な意見と消極的な意見があり、さらに今後の広範な国民的議論を期待。

第2 高齢者介護に関するサービス基盤の整備

I 介護サービス基盤の整備について

○高齢者のための介護サービス基盤は、重要な社会資本。地域の特性を踏まえた上で、国や地方公共団体はその責任を踏まえ、サービスモデルで示されたサービス水準の段階的な達成に向けて、基盤の整備を総合的かつ計画的に進めていくことが重要。

II 介護サービスを担う人材の養成・確保、質の向上について

○新たなサービス水準の実現に向けて、計画的な人材の養成、確保が重要。

III 予防、リハビリテーションの充実

○高齢者に関する維持期リハビリテーションの充実を図るため、訪問リハビリテーションの充実、医療的リハビリテーションとの連携強化等を進めることが必要。

IV 経過措置

○新制度の施行に当たっての移行のプロセスや経過措置などを明らかにすることが重要である。

第3 費用負担・制度に関する主な論点と基本的な考え方

費用負担・制度のあり方に関して、制度分科会で検討された主な論点と基本的な考え方に関する議論の概要を整理。

はじめに

○当審議会は、平成7年7月に「新たな高齢者介護システムの確立について（中間報告）」を取りまとめた後、介護給付、制度及び基盤整備に関する三分科会を設立して精力的に検討を進めてきた。

こうした検討の進展に伴い国民各層においても、新たな高齢者介護制度の創設によって、①どのような介護サービスが、②どのような手続きで提供されるのか、③そのサービスの内容・水準は現在に比べ、どの程度改善するのかといった点について期待と関心が高まっている。

○当審議会としても、こうした国民の要望に応えるべく、これまでの検討を前提に、できる限り国民に情報を公開する観点から、次のとおり第2次報告を提言することとする。

本報告は、これまでの検討を基に、新たな高齢者介護制度の下で提供される介護サービスの具体的な内容、水準、利用手続やその実現のための介護サービス基盤の整備の在り方に関し、主要な事項について取りまとめたものである。

なお、公的介護保険の制度や費用負担の在り方については、今後当審議会において検討を進めることになるので、ここでは、制度分科会で検討された主な論点と基本的な考え方に関する議論の概要を示すにとどめることとした。

○当審議会は、この第2次報告を踏まえ、公的介護保険制度の在り方を中心に引き続き検討を進め、給付内容の在り方を含め新制度の全体像について最終意見を取りまとめることとしている。

この第2次報告を契機に、今後、更に国民各層において広範な議論が行われることを期待したい。

第1 介護サービスの内容、水準及びプロセス

I 基本理念

○新制度における介護サービスの提供は、次のような点を基本理念とする。

(1) 高齢者介護に対する社会的支援

介護サービスは、加齢に伴う障害等により自力で日常生活を送ることが困難な高齢者に対して提供されるものであり、高齢者の自立を支援し、その多様な生活を支える観点から、幅広いサービスを社会的に提供することを基本とする。

(2) 高齢者自身による選択

高齢者が利用しやすく、介護サービスが円滑かつ容易に手に入れられるような利用者本位の仕組みとする。このため、高齢者自身がサービスを選択することを基本に、専門家が連携して身近な地域で高齢者及びその家族を支援する仕組み（ケアマネジメント）を確立する。

(3) 在宅介護の重視

高齢者の多くが、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ことから在宅介護を重視し、一人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になるよう24時間対応を視野に入れた支援体制の確立を目指す。

また、施設介護についても、量的な整備やサービスの質の向上を図る。

(4) 予防・リハビリテーションの充実

高齢者の日常生活における健康管理や健康づくりを進めるとともに、介護が必要な状態になっても機能の回復に努め、状態の悪化を防ぐことが重要である。このため、市町村の老人保健事業など関連施策との連携を図りながら、予防やリハビリテーションの充実を目指す。

(5) 総合的、一体的、効率的なサービスの提供

介護が必要な高齢者に対し、個々のニーズや状態に即した介護サービスが適切かつ効果的に提供されるよう、多様なサービス提供主体による保健、医療、福祉にわたる各サービスが総合的、一体的、効率的に提供されるサービス体系を確立する。

(6) 市民の幅広い参加と民間活力の活用

高齢社会においては、高齢者自身の自立・自助を基本としつつ、地域住民、ボランティアが、人間的なふれあいを大切にしながら、高齢者介護を支えていく共助の考え方が重要であり、こうした市民参加型の体制を組み入れたシステムを構築する。

また、民間事業者や市民参加の非営利組織などの参加により多様な介護サービスの提供を図る。

II 介護サービスの対象者

○新制度における介護サービスの対象者は、加齢に伴う障害等により自力で日常生活を送ることが困難で、介護が必要な状態（要介護状態）にある高齢者とする。

要介護状態にあるかどうかについては、国が作成した共通的な基準に基づき、客観的、専門的な観点から認定が行われることが必要である。

○痴呆性老人は、要介護状態にある高齢者として対象とする。

また、いわゆる虚弱老人についても、寝たきりの予防や自立の支援につながるよう、必要なサービスを提供する。

○若年障害者に対する介護サービスについては、基本的には障害者福祉施策によって対応することが考えられ、平成7年末策定された「障害者プラン」に基づき、具体的整備目標に沿って計画的にその充実が図られることにより、若年障害者によりふさわしいサービス提供が実現されることが望ましい。

この場合においても、現行の障害者福祉施策の対象となっていないが、サービスの性格上介護保険の対象とすることが適当な「初老期痴呆」のようなケースについては介護保険において給付対象とし、サービスの谷間が生じないようにすべきである。

III 介護給付の内容・範囲

1 在宅サービスについて

(1) 在宅サービスの対象範囲

①基本的な考え方

○在宅サービスの対象としては、高齢者の生活全般を支える観点から、

(ア) ホームヘルプサービス

高齢者の家庭を訪問して身体介護・家事援助サービスを提供するもの

(イ) デイサービス

高齢者をデイサービスセンターまで送迎し、食事、入浴、日常動作訓練等のサービスを提供するもの

(ウ) リハビリテーションサービス（デイケア、訪問リハビリテーションを含む）

高齢者の心身機能の維持・回復のための機能訓練等を提供するもの

(エ) ショートステイ

高齢者をその介護者に代わって、短期間、施設で介護サービスを提供するもの

(オ) 訪問看護サービス

高齢者の家庭を看護婦が訪問し、看護サービスを提供するもの

(カ) 福祉用具サービス

高齢者の自立を支援するために車いすやギャッジベッドなどの福祉用具を貸与するもの

が適当である。

②巡回サービスとグループホームについて

○障害を有する高齢者が、できる限り在宅生活が可能になるように24時間対応を視野に入れた支援体制の整備が重要であり、そのため、早朝、夜間及び深夜における巡回サービスの普及を図る必要がある。

これに関連して、深夜帯における巡回サービスについては、定期の巡回に加えて、必要な時にサービスを提供できるシステム（連絡があれば直ちに対応する、いわゆるオンコールによるサービス提供体制）を組み合わせることにより、高齢者の状況に即応した効率的なサービス提供を行うことが可能となる。

○痴呆性老人については、その状態に応じて、デイサービス、デイケア、グループホームなど在宅での支援を基本としたサービス提供を積極的に行っていくことが重要である。

痴呆性老人向けのグループホームは、痴呆性老人のケアにおける有効性のみならず、入院費用に比したコストという面からも成果が認められているので、新制度においても積極的に取り組むことが望まれる。

（注）痴呆性老人向けのグループホームとは、一般的には通常の家（一戸建て）や既存の病院、施設などを改造した小規模で家庭に近い空間において、数名から十数名程度の少人数の痴呆性老人が専属のスタッフによりケアを受けながら共同生活を送るものであり、北欧などで普及をみている。

③いわゆる虚弱老人に対する家事援助サービスについて

いわゆる虚弱老人に対しても、その状態に対応してどのようなサービスがどの程度必要かを判定する明確な基準を設定した上で、寝たきりの予防や自立への支援につながるような形でのサービス提供を介護保険の給付対象とすべきである。

ただし、給付決定に際しては、（ア）高齢者や家族の生活状況、社会環境などを総合的に勘案した上で給付対象とすべきかどうかを判断するとともに、

（イ）リハビリテーションサービスやデイサービスなどと組み合わせて、上記の目標が達成されるよう提供されることが重要である。

④住宅改修サービスについて

○在宅介護を重視し、高齢者の自立を支援する観点から、福祉用具導入の際必要となる段差の解消や手すりの設置などの住宅改修を介護給付の対象とすることが考えられる。

ただし、個人資産の形成にもつながる面があることなどから、大規模な改修については融資制度により対応することが考えられる。

⑤医学的管理、口腔管理、薬剤管理指導サービス等の取扱い

○日常生活において適切な医学的管理が必要とされる要介護高齢者については、かかりつけ医師による医学的な管理サービスを介護給付の対象とすることが考えられる。その具体的な内容については、急性期医療や投薬・検査などを含んだサービスとするのか、あるいは急性期医療等は従来どおり医療保険から給付するのかといった点を更に検討する必要がある。

○また、かかりつけ歯科医師による口腔管理や訪問歯科衛生指導、かかりつけ薬剤師による訪問薬剤管理指導については、上記の医学的な管理サービスの具体的な内容も踏まえ、その取り扱いを検討する必要がある。

⑥ケアマネジメントサービス等について

○要介護高齢者に対しては、後述するように、多様な専門家からなるケアチームが個々の高齢者ごとに必要とされる適切な介護サービスの提供に関する計画（ケアプラン）を作成し、総合的・一体的なサービスの確保を図ることが重要である。

こうしたケアマネジメントサービスについては、介護給付の対象とすることが適当である。

○訪問入浴サービスについては、デイサービスやホームヘルプサービスの利用が困難な場合においては効果的なサービスであると考えられることから、必要な地域においてはデイサービス等に代わるものとして給付の対象とすることが考えられる。

(2) サービスの水準

○新制度の下で、将来高齢者が利用できる介護サービスの水準については、ゴールドプランを踏まえつつ、全国を通じて確保すべき新しい制度にふさわしい水準を目指すことが適当である。こうした観点から考えられる具体的なサービスモデルとして、参考1（要介護高齢者等に対するサービスモデル）を示すこととした。

○ここで示されたサービス水準の実現に当たっては、サービス基盤の一層の整備や財源確保等が必要とされることから、直ちにすべてが実現されるものではないことについて国民の十分な理解を得ることが重要である。

具体的には、各地域における基盤整備の進捗度や財政全体の状況等に応じて、段階的にレベルを引き上げていくこととし、新制度に期待される本来のレベルに達するまでの間、保険料を提供されるサービスに見合った水準に設定するなり、近隣やボランティアの協力を推進するなど何らかの過渡的、補完的な方策を講じるべきである。

これに対してサービスの水準については、全国を通じ、公的給付は基礎的なサービスとしナショナルミニマムとして保障していく水準に設定すべきであるとの意見があった。

2 施設サービスについて

(1) 施設サービスの対象範囲

①基本的な考え方

○介護給付における施設サービスの対象としては、適切な介護サービスの提供を行うことができる体制を整えているものとして、①特別養護老人ホーム、②老人保健施設、③療養型病床群及び老人性痴呆疾患療養病棟その他の介護体制の整った医療施設とする。

②一般病院の長期入院患者の取扱い

○介護保険の狙いは、良質の介護サービスを確保し提供していくことであることから、一般病院の長期入院患者については、そのままの形で介護給付の対象とすることは適当ではない。このため、高齢の長期入院患者を多く抱えている病院については、その介護体制を充実し、介護施設への転換を進めることにより、入所者を給付の対象としていくことが適当である。

○したがって、病院の全部又は部の介護施設への転換を促進するための助成措置の充実や診療報酬上の措置、療養型病床群の要件の緩和等について検討すべきである。

また、精神病院についても、介護体制を充実し、介護施設への転換を進める観点から、老人性痴呆疾患療養病棟の要件緩和、転換への助成措置や同病棟への診療報酬での措置等について検討すべきである。

③養護老人ホーム、軽費老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホーム入所者の取扱い

○養護老人ホームについては、近年は介護を必要とする者が多く入所している実態があること等に鑑み、介護体制の充実強化を図り、特別養護老人ホームへの全部又は一部の転換や特別養護老人ホームの併設を促進する必要がある。なお、その際には、特別養護老人ホームの定員基準の緩和についても検討する必要がある。

○軽費老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホームについては、高齢者が自ら費用を負担して選んだ特別の住居として考えられることから、居住者のうち要介護の人に対しては、介護保険から在宅サービスが提供されるようにすることが適当である。

○なお、介護専用型の有料老人ホームを含め、有料老人ホームにおいて提供される介護サービスについては、適切な質的水準及び内容が確実に担保されることを前提として介護保険の給付対象とし、民間サービスとしての特性や創意工夫が生かされるよう、その振興を図るべきである。

(2) 施設の在り方と機能分担

○介護施設については、将来の方向としては、要介護高齢者の多様なニーズに応えるために各施設の機能と特性を活かしつつ、施設体系の一元化を目指すべきである。ただし、現状では各施設によって事業主体等の取り扱いが異なっていること等を踏まえ、一元化は漸進的な方法で進めていくことが適当であり、当面は、介護給付に関する事項（給付額、介護報酬の仕組み、利用者負担等）の共通化を進める必要がある。

○介護施設については、(ア)重度の介護が必要な者に対する専門的介護、(イ)リハビリテーション機能、(ウ)入所者に対するケアプラン作成機能、(エ)退所・退院後の継続的な在宅介護の支援などの強化を目指すこととし、そのために必要な人員の配置基準や施設設備基準の改善が重要である。

介護サービスの事業主体について

○介護サービスの事業主体については、当面、現行の事業主体を基本とすることが適当であるが、利用者本位の効率的なサービス提供という観点から、サービス内容の性格等に応じ、できる限り多様な主体の参加を求めていくべきである。

○特に、在宅介護サービスについては、夜間巡回サービス等において既に民間事業者がサービスを担っており、また、市民参加の非営利組織によるサービスが一定の役割を果たしていること等を踏まえて、できる限り柔軟な対応を行うべきである。

IV 介護サービスの利用方法

1 基本的な考え方

○高齢者が自らの意思に基づいて、利用するサービスを選択し、決定することを基本に置いた利用者本位の仕組みとすることが重要である。

このため、高齢者自身によるサービス選択を基本に、それを専門家が連携して身近な地域で支援する仕組みを確立する必要がある。

これにより、専門知識が乏しい高齢者にも適切なサービス利用が確保されるとともに、各サービス提供機関の連携が促進されることが期待される。

このような機能を担うため、保健・医療・福祉の専門家がチームとして活動する高齢者介護調整機関の仕組みを確立することが重要である。なお、高齢者本人に判断の能力がなく、身寄りがいないために緊急に保護が必要な場合などにおいては、行政による保護的な措置を通じて、介護サービスの適切な利用が可能となるようにすることが重要である。

○介護保険制度においては、要介護認定とケアプランの作成は区分して考えるべきである。すなわち、要介護認定は、高齢者に対する保険給付の適否の決定という性格を有するものである。これに対して、ケアプランの作成は、専門家からなるチームが、高齢者や家族の相談に応じケアの方針やサービスの内容を作成して、サービス提供につなぐものである。

○要介護認定とケアプラン作成は機能的には区分されるが、ニーズに応じたサービス提供や利用者の便宜、効率的な実務という観点から、例えば高齢者の状態把握などは1回で行えるよう、できる限り両者が連携しうる仕組みを検討すべきである。

また、要介護認定は、一定期間ごとに適切な見直しを行い、高齢者の状態変化に即したものとすることが求められる。その際には、要介護の再認定に併せて、提供されているサービスの内容やケアプランが適切なものかどうかについても評価を行い、必要な見直しを行うことが必要である。

○介護給付の受給手続は、利用者の便宜を考慮し、簡便なものとするのが望ましく、併せて、円滑かつ迅速な情報処理方法として被保険者証のICカード化等を検討することが適当である。

○こうした考え方を踏まえた要介護高齢者のサービス利用プロセスを具体的に示すと、参考2（新たな高齢者介護システムにおけるサービス利用プロセス）のとおりである。

2 要介護認定について

○要介護認定は、保険者がその責任と権限に基づき、「高齢者が介護が必要な

状態にあるかどうかを一定の基準により確認する行為」である。

○要介護認定は、保険者の責任において実施するものであるが、認定に当たっては、公正な立場にある専門家が客観的基準に基づき行う仕組みとして、第三者機関のような組織を設けて行うことが適当である。

○利用者の便宜を優先し、要介護認定はできる限り迅速に行われる仕組みとすべきである。特に、緊急にサービス提供が必要なケースは、認定前の時点でも、まずサービスを提供し、その後事務処理を行うことが望ましい。また、要介護認定に対する不服申立てといったサービスを受ける権利を担保する仕組みやサービスに関するオンブズマン制度などを確立すべきである。

○要介護認定基準は、専門的知見に基づいて、全国どこでも公平かつ客観的に認定を行うことができるような基準とすべきである。また、要介護高齢者の心身の状況や、どのような介護がどの程度必要かを的確に評価することができ、かつ、実務の現場における事務負担が過重とならないよう簡便なものとする必要がある。

3 ケアプランの作成について

○高齢者に対して適切かつ継続的なケアを提供するために、保健・医療・福祉の専門家からなるチームが、高齢者や家族の相談に応じ、そのニーズを適切に把握した上で、ケアプランを作成し、様々なサービス提供機関との調整を行う必要がある。

新制度では、ケアプラン作成は利用する高齢者の依頼に基づくことを基本とし、その作成機関も高齢者が自らの判断に基づいて選択できるようにすることが適当である。このため、前述したように、こうしたサービスを介護給付の一つとして位置づけることが適当である。

○ケアプラン作成に際しては、本人または家族の参画も得ながら行われることが適当であり、できる限り高齢者の身近なところで行われることが望まれる。

また、ケアプラン作成に当たっては、市町村の一般保健福祉サービスとの連携、近隣やボランティアの協力なども視野に入れて高齢者や家族の生活全般を支援していくという観点から作成されることが望ましい。

○施設利用予定者へのケアプランの作成に当たっては、常に在宅生活への復帰の可能性を念頭に置くとともに、退所後も在宅において引き続いて適切かつ継続的なケアが提供されるよう、入所から退所までに要する療養の方法、期間等をあらかじめ記載したいわゆる退所計画を作成することが適当である。

V 家族介護について

○家族介護に対する現金支給については、積極的な意見と消極的な意見があり、現段階においては、結論を得るに至っていない。さらに今後の広範な国民的議論が期待されるところである。

(1) 現金支給に積極的な意見

ア 高齢者や家族の選択の重視、外部サービスを利用しているケースとの公平性等の観点に立って、一定の現金支給を検討すべきである。制度として現物サービスしかないというのは制限的過ぎる。

イ 現状は、家族による介護を望む高齢者も多く、また、家族が介護しているケースが大半であり、介護に伴う家計の支出が増大している実態もある。そう

した現実は無視できない。

ウ 新制度の下で国民に負担を求める以上、現物サービスを受けられないケースについては、保険料負担に対する見返りとして現金支給を行うべきである。保険料を徴収する立場からみても、現金支給の必要性がある。

(2) 現金支給に消極的な意見

ア 現金の支給は、必ずしも適切な介護に結びつくものではない。家族介護が固定化され、特に女性が家族介護に拘束されるおそれがある。

イ 現金支給を受けられることから、かえって高齢者の自立を阻害するおそれがある。また、介護を家族だけに委ねると、身体的精神的負担が過重になり、介護の質も確保できないおそれがある。

ウ 今国民が最も求めていることはサービスの充実である。現金支給の制度化によって、現物サービスの拡大が十分に図られなくなるおそれがある。

また、現金支給は新たな給付であり、費用増大につながるものである。財政的な面からみても、慎重に検討すべきである。

○また、現金支給のあり方に関して、次のような意見があった。

ア 家族介護に対する現金支給といっても、その位置づけや性格について、例えば、(ア) 本人や家族に対する感謝激励、(イ) 現物サービスとの公平性の確保、(ウ) 介護に伴う収入減の補填、(エ) 家族介護に対する労働としての評価など、いろいろな考え方があり得る。

イ また、現物サービスが不足している状況を踏まえた過渡的な措置として、例えば家族介護者への研修の義務づけなど一定の要件を付すことにより、限定的な手当として位置づけるという方法も考えられる。

ウ 誰に対して支給するのかということも論点となるが、保険制度としての在り方からみると、被保険者である高齢者本人に支給することが基本となる。

第2 介護サービスの基盤の整備

I 介護サービス基盤の整備について

(1) 介護サービス基盤の整備内容・水準

○高齢者のための介護サービス基盤は、高齢社会の重要な社会資本であり、地域の特性を踏まえた上で、全国的にみて均衡ある基盤の整備を図ることが重要である。そのためには、国や地方公共団体は、その責任を踏まえ、基盤整備を総合的かつ計画的に進めていくことが重要である。

○新制度における基盤整備を進めるに当たっては、前述のサービスモデルで示されたサービス水準の実現に向けて、①新制度導入までの間、②新制度導入時から本格実施（サービスモデルで示されたようなサービス水準の達成される時期）までの間、③本格実施以降、といったような段階ごとに、新制度の導入に伴うサービス利用の増加、新たに導入される介護サービスに対するニーズの動向等を踏まえ、各段階ごとに計画的な整備を行うことが適当である。

こうした考え方を踏まえた新制度の将来推計として、参考3（新介護システムにおける高齢者介護費用及び基盤整備量の将来推計）を示すこととした。

(2) 既存施設の転換促進等

○新制度におけるサービスに対応した基盤整備促進のため種々の方策を推進すべきである。こうした観点からも、地域のニーズ等を踏まえつつ、一般病院の療養型病床群への転換や養護老人ホームの特別養護老人ホームへの転換などを

進める必要がある。その場合、特別養護老人ホーム等の整備が相対的に少ない都市部等について特に配慮する必要がある。また、学校、保育所等既存公共施設の転用も考慮すべきである。

(3) 介護サービス基盤整備の責任及び費用

○介護サービス基盤の整備については、国、都道府県、市町村がそれぞれの役割に応じた責任を担うべきである。特に施設の供給体制の確保等については、国及び都道府県が果たす役割は引き続き大きい。

○新制度における基盤整備の費用については、介護報酬との関係等を整理する必要があるが、少なくとも現在国庫補助等の公費を中心とした施設整備が行われている老人福祉施設については現行の補助制度を維持することが重要である。

また、関連する現行税制についても、これを維持する方向で検討する必要がある。

Ⅱ 介護サービスを担う人材の養成・確保、質の向上について

○人材の養成・確保策については、処遇の改善等による魅力ある職場づくり、研修の充実、実習施設の整備及び有資格者の再就職を促進する等の潜在的人材の活用など、幅広い観点から計画的な対応を考える必要がある。

○介護サービスを提供する要員の数などについては、新制度の導入を踏まえ、サービスモデルで示されたようなサービス水準の実現に向け、施設サービスと在宅サービスのニーズ等を基に、その確保に努める必要がある。

○新制度において重要な役割を果たすことが期待される人材の質の向上を図るため、例えばホームヘルパー等の研修の在り方、業務の評価方法等についてさらに工夫する必要がある。また、要介護認定業務やケアプラン作成に参画する人材（ケアマネージャー）については、既存の保健・医療・福祉関係職種の活用も含め、例えば共同研修の実施など研修の充実や要件について検討する必要がある。

○また、実際に要介護高齢者を介護している家族の役割の重要性を十分踏まえた上で、そうした家族に適切な介護方法等を習得してもらえよう、研修の充実、情報提供等を図る必要がある

Ⅲ 予防、リハビリテーションの充実等について

(1) 予防の重視

○何よりも予防の考え方を重視し、高齢者ができる限り要介護状態にならないようにすることが重要である。このため、現在市町村において取り組まれている老人保健事業は、今後ともその充実を図ることが望まれる。特に、保健婦によって行われている健康教育等の保健活動は、予防、リハビリテーションに積極的に活用されることが期待される。

さらに、「新寝たきり老人ゼロ作戦」の積極的推進を図ることをはじめとして、高齢者に対する健康増進サービスの強化等に努めるべきである。

(2) リハビリテーションの充実

○高齢者の心身の機能が低下し、介護が必要な状態となった場合には、その状態に応じ、適切なリハビリテーションが地域全体で提供されることが重要である。

このため、急性期等の医療的リハビリテーションと維持期リハビリテーションとの機能区分を明確にした上で、維持期リハビリテーションについて、第1

のⅢで述べたとおり、介護給付の対象とすることとし、そのため既存施設におけるリハビリテーション機能の強化や訪問リハビリテーションの充実を図る必要がある。

○こうした観点から、高齢者のニーズに応じたりハビリテーションを提供するため、「地域リハビリテーションセンター（仮称）」や訪問リハビリテーション提供機関を位置づけるなど、新たな地域リハビリテーション体系の確立を目指すべきである（参考4参照）。また、リハビリテーションを担う人材の養成・確保に努めることが重要である。

（3）その他

○介護サービスを身近で利用しやすいものにしていくために、必要な者に必要な情報が提供されるよう、保健福祉に関する情報システムを整備していく必要がある。また、福祉用具についても、展示の充実や相談をはじめとする情報提供の拡充、福祉用具の機能の評価方法の確立などが重要である。

更に、介護サービスで使用される資材や消耗品等が円滑に供給され、適切に処理されるような配慮も必要である。

Ⅳ 経過措置について

○新制度の施行に当たっては従来の福祉制度及び医療制度からの移行のプロセスや経過措置などを明らかにし、国民に不安が生ずることがないように努めることが重要である。

第3 費用負担・制度に関する主な論点と基本的な考え方

費用負担・制度の在り方に関して、制度分科会で検討された主な論点と基本的な考え方に関する議論の概要は別紙のとおりである。

【別紙】

新たな高齢者介護制度における費用負担及び公的介護保険制度のあり方に関する主な論点と基本的な考え方

I 基本理念

○新たな高齢者介護制度を検討するにあたっては、次のような点を基本理念に置くことが適当である。

(1) 社会連帯による支え合い

広く国民の理解と協力を得て、高齢者及び現役世代による社会全体の連帯で介護費用を支え合うことを基本とする。

(2) 安定的かつ効率的な事業運営

将来にわたって必要な財源を安定的に確保するとともに、できる限り効率的な事業運営を行う。

(3) 地域性の配慮

国民にとって必要なサービスを全国を通じて確保する一方、地域ごとに介護ニーズやサービス水準が異なる状況を踏まえ、地域の特性を配慮したサービス提供が図られるシステムとする。

II 制度の考え方

1 保険者について

(1) 主な論点

①社会保険では、保険者が給付主体（給付の実施）であるとともに、財政主体（財政の運営）となることが基本となるが、各医療保険者の共同事業である老人保健制度のような拠出方式では両者が分離することとなる。介護保険については、どう考えるべきか。

②保険者の設定にあたっては、(a) 保険給付の特性、(b) 被保険者の生活実態、(c) 保険財政の安定的な運営といった点を考慮する必要があるが、介護保険についてどのような主体を保険者とすることが適当か。

(2) 基本的な考え方

○保険者の在り方については、主に次のような考え方が示された。

ア 市町村を保険者とする考え方

・責任ある適切な制度運営を確保するためには、給付主体と財政主体を一致させる必要がある。地方分権の流れや介護サービスの性格、これまでの経緯から見て、市町村を保険者とすべきである。

・こうした考え方については、次のような問題点等の指摘があった。

(ア) 保険料やサービス水準の市町村間格差や小規模市町村の問題に適切に対応するため、広域化を推進する必要がある。

(イ) 市町村国保の運営が厳しい中で、市町村が介護保険についても円滑に運営することは困難である。

(ウ) 市町村を保険者とする場合、市町村間の財政調整を行うことが必要である。

イ 国を保険者とする考え方

・市町村国保の運営が厳しい状況下で、更に介護保険を運営することは困難であるので、国を保険者とすべきである。なお、この場合も住民に最も身近な主体である市町村を給付主体とすることが考えられる。こうした考え方について

は、次のような問題点等の指摘があった。

(ア) 国を保険者とすることは、介護サービスの地域性や老人保健福祉行政の大きな流れに即していない。

(イ) 地域間でニーズやサービス水準に差があるにもかかわらず、保険料が全国で一律となることは適切ではない。

(ウ) 給付主体と財政主体を分離すると、適切な制度運営に支障が生じるおそれがある。

ウ 老人保健制度を活用した仕組みとする考え方

・医療保険制度が職域と地域という形で運営されてきた経緯を踏まえ、効率的な事務処理の確保等の観点から、現在の老人保健制度の仕組みを活用して、各医療保険者に基礎を置いた仕組みとすべきである。

・こうした考え方については、次のような問題点等の指摘があった。

(ア) 老人保健制度自体が多くの問題を抱え、その見直しを求められており、そうした制度をベースに介護保険を作ることは問題が多い。

(イ) 給付主体と財政主体を分離した拠出金方式では、適切な制度運営に支障が生じるおそれがある。老人保健制度においても、拠出する側の医療保険者が保険料を実質的に決定できないという問題が生じている。

(ウ) 拠出金方式の場合、地域間のニーズやサービス水準の相違を完全には保険料に反映できない。

(エ) 介護保険料を医療保険と同様の方法で設定すると、被用者保険の高齢被扶養者自身は保険料を直接には負担しないこととなる。

エ 以上の考え方のほか、(ア) 地域保険という観点からは都道府県を保険者とすることも考えられるという意見、(イ) 国を保険者とする場合にも年金制度のように被用者保険と地域保険に区分する考え方もあるという意見、(ウ) ドイツのように保険集団としての連帯感という観点から被用者は退職後も被用者保険がカバーすることが考えられるという意見があった。

2 受給者及び負担者について

(1) 主な論点

① 高齢者介護については、高齢者及び現役世代による社会全体の連帯で支え合うことが基本となるが、受給者及び負担者を具体的にどのように設定すべきか。

② 社会保険には、一定期間の保険料納付を要件とし、納付期間等に応じて給付するもの（年金保険）と、保険事故発生時には既に保険に加入しており、保険料を納付していることを要件とするもの（医療保険）があるが、介護保険はどう考えるべきか。

③ 社会保険では、受給者と負担者は同一又は密接な関係にあることが基本であるが、受給者を高齢者とすると、現役世代については、給付を伴わず世代間連帯の観点から負担を求めることとなるが、これについてどう考えるか。

(2) 基本的な考え方

① 受給者は65歳以上の高齢者とするを基本とし、高齢者を保険料を負担する被保険者として位置づけるべきである。この場合、介護保険においては、世帯単位ではなく、個人単位とすることが考えられる。

この考え方に対しては、平均寿命の伸長等からみて、受給者は70歳以上の高齢者を基本とすべきであるとの意見があった。

② 現役世代についても、世代間連帯や老親に対する扶養責任、更には家族介護

の社会化により介護負担が軽減されるという受益があることを踏まえ、適切な負担を求めるべきである。

その範囲については、社会全体の連帯で支え合う観点から、(a) 20歳以上の者、(b) 稼得能力のある成人、(c) 医療保険の被保険者と同様の範囲とする意見があったが、一方、高齢者に準じた要介護リスクが発生する中高年齢層、例えば40歳以上とする考え方も提起された。

③現役世代については、給付を伴わないことから負担金を納付しないケースが生ずることも考えられるので、そうした未納を防ぐための仕組みや徴収方法について十分な検討が必要である。

これに関連して、年金制度のように納付実績に応じて給付が決定される仕組みを設けるべきであるという意見があったが、これに対しては、介護というリスクの性格のほか、納付管理事務の煩雑さ等を考慮すれば、實際上困難ではないかという指摘があった。

④若年障害者に対する介護サービスについては、障害者福祉施策によって対応することを基本に、その充実を図るため、具体的な施策目標の設定と計画的推進を内容とする「障害者プラン」の策定について検討が進められているところである。

この場合においても、年齢によるサービス格差がないように必要な介護サービスが確保されることが重要であり、そのため、現行の障害者福祉施策の対象とならず、サービスの性格上介護保険がカバーすることが適当な「初老期痴呆」のようなケースなどは、介護保険において対象とすべきである。

3 保険料及び現役世代の負担について

(1) 主な論点

①保険料の設定に当たっては、応益的要素（定額）と応能的要素（所得比例）をどう考えるか。また、保険料徴収にあたっては、未納・未適用問題が極力生じないようにするとともに、事務的に効率的であることが重要であるが、どのような仕組みが考えられるか。

②現役世代について、給付を伴わず負担を求める場合には、社会全体の連帯で支える観点から、全国一律の負担とすることが考えられる。また、その徴収を適切に確保する仕組みが不可欠であるが、どのような仕組みが考えられるか。

(2) 基本的な考え方

①保険料については、当面の保険料水準や事務の簡素化、所得捕捉の相違等を考慮すれば、定額制を基本とすることが考えられる。

こうした考え方に対しては、高齢者間の所得格差や長期的な財政基盤の確保等の観点から、制度当初から定額制だけでなく所得比例も加味した制度とすべきであるという意見があった。また、定額制の場合には低所得者に対する配慮が必要であるとの指摘があった。

②保険料については、地域ごとのサービスの受益水準を反映した金額の設定を基本とすべきであるという意見があった。

これに対しては、全国的に同一の給付水準を確保するのであれば保険料を全国一律にすることも考えられるのではないかという意見、全国一律は困難であるにしても一定の幅の中で保険料にあまりに大きな格差が生ずることがないようにすべきではないかという意見があった。

③年金が高齢者の経済的な自立の支えとして機能しつつある中で、効率的かつ

確実な保険料の確保という観点からも、高齢者保険料の年金からの特別徴収について、事務処理システムなど実務上の問題も含め、具体的な検討を進めるべきである。

なお、当面の保険料の徴収方法としては、市町村における国保保険料の徴収ルートを活用することにより、相当の収納率は確保できると考えられる。

④現役世代の負担については、各医療保険者が徴収代行などの形で徴収することが考えられるが、適切な徴収の確保という観点から、更に検討が必要である。

4 事業主負担、公費負担について

(1) 主な論点

①被用者保険では、保険料は原則折半により事業主負担が法定されているが、介護保険については、事業主負担の位置づけをどう考えるか。

②介護保険における公費負担の位置づけ及びその割合、国・地方の負担内訳についてどう考えるか。

(2) 基本的な考え方

①事業主負担については、次のような考え方が示された。

ア 事業主負担を法定すべきという考え方

・介護保険の導入に伴い、被用者の介護負担や介護不安が解消されることによる事業主のメリットや企業の社会的責任、更に、現在の老人保健制度における実績等を踏まえ、事業主についても適切な負担を法定することが適当である。

イ 事業主は労使の話し合いで負担するような取扱いとすべきという考え方

・基本的には、市町村が保険者となり、一定年齢以上の国民のすべてが被保険者となる介護保険においては、事業主が当然に負担すべき根拠はなく、事業主による被用者負担の一部についての補助は、企業福祉の観点から労使の話し合いで取扱いを決めることとすべきである。

企業の収益性が落ちている中で安易に事業主負担を求めると産業の空洞化につながりかねない。

②現行の老人福祉制度や老人保健制度における公費負担の状況や介護サービス保障に対する公的責任を考慮し、公費負担を組み入れることが求められる。公費負担の割合については、(a) 給付費の50%とすべきという意見、(b) 50%より高くすべきという意見があった。

③公費負担の内訳については、地方に過重な負担が課されることがないように配慮する必要がある。

5 利用者負担について

(1) 主な論点

①利用する介護サービスや施設によって、利用者負担に格差が生ずることがないようにするためには、どのような点を配慮する必要があるか。

②受益に応じた適切な水準の負担とする観点から、(a) 定率負担と定額負担、(b) 食費等日常生活費の取扱い、(c) 低所得者に対する配慮について、どのように考えるべきか。

(2) 基本的な考え方

①現在の介護に関する利用者負担は、(a) 福祉（措置）制度と医療保険制度との間でも、また、(b) 在宅と施設の間でも不合理な格差が生じている。新たな制度を導入するにあたっては、利用者負担についても、応益負担として統一的

なルールを設定すべきである。

②利用者負担の設定にあたっては、まず在宅介護をベースに置き、在宅における負担を基準にして、施設介護の利用者負担を考えるべきである。

また、年金制度の成熟等に伴い、高齢者の経済的な自立が図られている現在、施設における食費等日常生活費は、利用者本人の負担とすることを基本とすべきである。

③利用者負担については、受益に応じた公平な負担という観点から、定率負担を基本に置くべきである。

介護サービスは基本的には定型的なサービスが中心であるが、負担が著しく重くならぬよう医療保険における高額療養費と同様の仕組みを制度化すべきである。

④高齢者の所得状況を考慮して、低所得者層に対する軽減措置も講ずるべきである。

Ⅲ 他の公的制度との関係

(基本的な考え方)

①高齢者介護と密接な関係を有する老人保健制度の拠出金は、保険財政を圧迫しており、平成7年の老人保健制度の改正後3年以内に基本的見直しを行うこととされている。高齢者介護だけを検討するのではなく、こうした問題も同時に検討すべきである。

②国民の側から見ると、医療保険にそのまま介護保険が加わるのであれば負担感が大きい。医療保険で対象としていた部分が介護保険で対応されることにより、医療保険の負担が減るという視点が必要である。

③介護問題における高齢者や現役世代の負担などについての考え方は、老人医療についても適用されるべきである。

Ⅳ 民間介護保険との関係

(1) 主な論点

○民間介護保険の現状と問題点についてどう考えるべきか。高齢者介護において、民間保険が果たすべき役割は何か。

(2) 基本的な考え方

①公的保険が提供すべき水準は、国民が必要にして十分なものとすべきである。民間保険が公的制度を補完する役割は否定しないものの、公的保険のカバーを少なくして、残りは民間保険というのでは、公的介護保険として国民に新たな負担を求めることは困難である。

②これに対して、高齢者介護システムが提供すべき水準は、あくまでもミニマムにとどめ、その上乘せとして民間介護保険の役割を期待すべきであるという意見があった。

介護保障確立に向けての基本的な考え方

1996.3.13

衆議院議員 丹羽雄哉

I 高齢化の進展に伴い、介護の問題は老後生活の大きな不安要因となっている。この問題に対する国民の関心は非常に高く、21世紀に向けて、わが国の介護保障制度をどう確立していくかは、重要な国民的課題である。

II 政権与党としては、ますます深刻化する介護問題をこのまま未解決の課題として放置することはできない。国民の強い期待に応え、介護保障体制の確立を目指すため、1月に取りまとめられた「三党政策合意」の考え方を踏まえ、関係者の合意形成を早急に進めていくことが必要である。

III 介護保障をめぐる論点は数多く、そのすべてについて、一挙に国民的合意を得ようとしても現実的に困難である。そこで、緊急性の高い課題に的を絞り、段階的にその解決を図る実現可能な方針として、

(1) 本格的な介護保障制度は21世紀初頭に確立することを目指しながら、当面暫定的な取り組みとして、整備が立ち遅れている在宅サービスを対象とした介護保険制度を導入する。

ただし、現在の市町村の状況から準備期間を設ける必要があり、その実施は平成10年度以降とする。

(2) 特養ホーム、老人保健施設、老人病院などの施設サービスについては、将来の一元化を目指しつつ、当面は新ゴールドプランに沿って、整備を着実に進める。

(3) 介護保障の確立に当たっては、これからの経済社会の基本方針である地方分権や民間活力の活用といった考え方を踏まえて、行政機構の肥大化に結びつくことがないよう効率性を追求する。

1 在宅介護体制の確立

(1) 高齢者の多くは、介護が必要となった後もできる限り住み慣れた家庭で暮らしたいと希望しているが、現実には高齢者と家族を支えるような在宅介護体制ができていないのが実情である。このため、在宅介護を対象とする介護保険制度を新たに導入し、立ち遅れている在宅サービスの充実を優先的に進める。

(2) 対象となる在宅サービスは、ホームヘルプ、訪問看護、ショートステイ、デイサービス、訪問入浴、福祉用具、地域リハビリテーション、住宅改修、医学的管理、グループホーム、有料老人ホームなどのサービス、ケアマネジメントとする。

(3) ホームヘルプなどの在宅サービスについては、地方公共団体や社会福祉法人、医療法人などのほか、民間企業や住民参加の非営利組織も介護保険の対象とし、多様で効率的なサービス提供を図る。

(4) 在宅サービスの対象者は、65歳以上の寝たきり老人や痴呆性老人とする。65歳未満であって、初老期痴呆など障害者福祉サービスの適用を受けない者を含む。

(5) 在宅介護保険の実施は、市町村におけるケアマネジメント体制づくりなどの準備に十分な期間を置き、平成10年度以降とする。

平成11年度までの新ゴールドプランの在宅部分は、できるだけ前倒しで実施し、在宅介護保険の受け皿として基盤整備を進める。

2 社会保険方式の導入

(1) 在宅介護保険の給付は、高齢者の要介護状態に応じて給付上限を設定し、費用の一定割合（9割程度）をカバーするものとする。要介護認定基準は国が設定し、認定は市町村が行う。

(2) 地方分権の観点から、住民に最も身近な行政主体である市町村を中心とする地域保険とする。

介護費用は、高齢者（65歳以上）、現役世代（40歳以上65歳未満）、公費（50％）で分担する。

低所得者については、別途公的に考慮する。

（参考）国民一人あたり保険料月額（12年度）

20歳以上の場合 約500円

40歳以上の場合 約700円

（老人保健事業対象年齢）

介護保険費用規模は平成12年度で推計1.3兆円。

(3) 個人の多様な要望に応えるものとして、国民が自らの努力により老後に備える民間介護保険の適切な育成を図る。民間保険は公的介護で充足されない部分をカバーする。これにより自助と公助が適切に組み合わさった体制を作る。

3 施設サービスの整備について

(1) 特養ホーム、老人保健施設などの施設は新ゴールドプランに沿って平成11年度までに計画的に整備する（特養ホームは29万床、老人保健施設は28万床）。また、社会的入院を解消する観点から医療施設近代化補助金などを活用して一般病院の療養型病床群への転換を進める。

(2) 施設の一元化は将来的な検討課題とし、当面は、利用者負担の施設間の格差是正を図る（食事＋定率1割負担、月6万程度、低所得者は軽減）。

(3) こうした施設サービスの整備が達成された後、介護保険に対する国民の信頼を得て、できる限り早期に施設を対象とする介護保険の導入を目指す。

4 その他

(1) 在宅介護保険は、在宅サービスの充実・整備を目的にするものであるため、現物給付を原則とする。

(2) 若年障害者に対する介護サービスは、障害者プランに基づき、総合的な障害者保健福祉施策において充実を図る。ただし、脳血管障害などにより介護が必要となった者に対しては、障害認定を受けるまでの間、介護保険の対象とすることを検討する。

平成8年4月22日 老人保健福祉審議会

『高齢者介護保険制度の創設について -審議の概要・国民の議論を深めるために-』

高齢者介護保険制度の創設について（概要）

-老人保健福祉審議会報告-

<報告の趣旨>

○高齢者介護保険制度については、国民の十分な理解と合意を得ながら、制度の創設と実施を進めていくことが重要である。このため、本報告では、現段階で意見が分かれているものも含め、それぞれの論点ごとに審議会で行われた議論の背景や理由を分かりやすく整理した。

○今後、本報告を契機に、国民の間で活発な議論が行われることを期待するとともに、厚生省において具体的な試案を作成し、広く国民に問うことを強く要望する。当審議会においては、同試案について検討を加えた上で、厚生省の諮問をまって、さらに審議を深め、答申を取りまとめることとしたい。

第1部 介護保険制度の基本目標

1 高齢者介護問題については、従来の医療・福祉制度のリエンジニアリング（発想と運営方法の転換）として、①社会保険への転換、②高齢者自らの意思に基づくサービスの選択、③高齢者の自立支援、④現行制度の矛盾の解決、⑥経済財政とバランスのとれた制度の構築を図ることが必要である。

2 介護保険制度の基本的目標としては、次のような点があげられる

- ①高齢者介護に対する社会的支援
- ②高齢者自身による選択
- ③在宅介護の重視
- ④予防・リハビリテーションの充実
- ⑤総合的、一体的、効率的なサービスの提供
- ⑥市民の幅広い参加と民間活力の活用
- ⑦社会連帯による支え合い
- ⑧安定的かつ効率的な事業運営と地域性の配慮

第2部 介護サービスのあり方

1 介護給付の対象者

○介護給付は、加齢に伴う障害や痴呆症状等により介護が必要な状況にある高齢者とすることが考えられる。いわゆる虚弱老人も寝たきり予防等の観点から必要なサービスを提供することが考えられる。

2 介護給付の対象とするサービス

(1) 在宅サービス

①ホームヘルプサービス、②デイサービス、③リハビリテーションサービス（デイケア、訪問リハビリテーション含む）④ショートステイ、⑤訪問看護サービス、⑥福祉用具サービス、⑦痴呆性老人グループホーム、⑧住宅改修サービス、⑨訪問入浴サービス、⑩医学的管理等サービス、⑪有料老人ホーム等における介護サービス、⑫ケアマネジメントサービス

(2) 施設サービス

①特別養護老人ホーム、②老人保健施設、③療養型病床群等の介護体制の整った医療施設

3 介護給付額の設定とサービスの水準

○介護サービスを利用する場合には、介護給付額の範囲内で保険給付を受けることができる。介護給付額は、要介護度に応じて必要とされる介護費用額に基づき、在宅サービスと施設サービスについて設定される。

○将来のサービス水準については、新制度にふさわしいものを目指すことが適当であるが、制度創設当初は現実の水準に見合った介護給付額や保険料を設定するなどの方策を講ずる必要がある。

4 介護サービスの利用方法

(1) 基本的考え方

○高齢者が自らの意思に基づいて、利用するサービスを選択し、決定することを基本とし、それに対して、保健・医療福祉の専門家が連携して身近な地域で支援する仕組み（ケアマネジメント）を確立することが重要である。

(2) 要介護認定

○高齢者の申請を受け、要介護認定機関が認定を行うこととし、その基準は、公平かつ客観的に認定を行うことができるよう、国が定める。

○要介護認定は、保険者の責任において行うこととし、保健、医療、福祉の専門家によって構成される合議体の審議を経るものとする。保険者が共同で行うことについて検討するものとする

(3) ケアプランの作成

○高齢者の依頼に基づき、ケアプラン作成機関の介護支援担当者（ケアマネジャー）を中心に、専門家チームが、高齢者や家族の相談に応じ、そのニーズを把握した上で、ケアプランを作成し、実際のサービス利用につなぐものとする。

5 介護サービス提供機関

○当面、施設サービスにおいては現行の事業主体を基本としつつも、在宅サービスについては、利用者本位の効率的なサービス提供という観点から、民間事業者や住民参加の非営利組織など多様な事業主体の参加を求め、サービスの向上を図ることが重要である。

6 予防・リハビリテーションの充実

○高齢者に関する予防・リハビリテーションの充実を図るため、老人保健事業を積極的に推進するとともに、訪問リハビリテーションの充実、地域リハビリテーション体制の確立等を進める必要がある。

7 家族介護

○介護保険制度においては、現物給付が基本となるべきである。家族介護に対する現金支給については、消極的な意見と積極的な意見があり、さらに広範な国民的議論が期待される。

①現金支給に消極的な意見

・現金支給は必ずしも適切な介護に結びつかず、家族介護が固定化するおそれがある。

- ・高齢者の自立を阻害するとともに、家族の負担が過重となるおそれがある。
 - ・現在最も必要なのはサービスの充実である。
- ②現金支給に積極的な意見
- ・高齢者や家族の選択と外部サービス利用との公平性からみて現金を支給すべきである。
 - ・高齢者が家族介護を望んでおり、また、介護に伴い支出が増大している実態は無視できない。
 - ・現物給付が受けられないケースは保険料の見返りとして現金を支給すべきである。

第3部介護保険制度のあり方

1 介護保険制度の基本的あり方

○介護保険制度の検討に当たっては、①高齢者及び若年者の社会連帯による費用の支え合い、②将来にわたる財源確保と安定的・効率的な運営、③地域の特性に配慮したサービス提供、④運営コストの抑制に配慮する必要がある。

2 保険者

○保険者の機能には、給付主体（サービスの給付決定）と財政主体（介護保険料の設定・徴収・管理）の両面があり、給付主体については市町村とする意見が多数である。

○一方、財政主体については、給付主体と財政主体の一致が望ましいことなどから市町村を基本とする方式、保険財政の安定性などから国とする方式などの意見があった。

○市町村保険者とする場合、広域化を積極的に検討すべきであるとの意見のほか、全国で若年者負担分をプールし、高齢化率の差異による費用負担の格差が全国調整されるよう、各市町村へ交付することが適当である。また、保険者努力に期待することが困難な事項に起因する保険料水準の格差を是正するため、一定の調整を行うことが考えられる。さらに、保険単位が小さいことによる保険財政の不安定性等に配慮し、保険財政が安定的に運営できるような仕組みを備えることが必要である。

3 被保険者及び受給者

○高齢者介護問題が最大の課題となっていることから、65歳以上の高齢者を被保険者とし、保険料負担を求めることが適当である。この場合、高齢者介護の社会化は家族にとっても大きな受益であることなどから、社会的扶養や世代間連帯の考え方に立って、若年者にも負担を求めることが考えられる。

○若年世代の要介護状態については、公費による障害者福祉施策で対応するが、初老期痴呆などのような処遇上高齢者と同様の取扱いを行うことが適当なケースについては、特例的に介護保険から給付すべきとの意見が有力であった。

○こうした考え方に対し、介護サービスの必要性は年齢を問わないことや負担についての若年者の理解を得る観点から、若年者の介護サービスも社会保険化し、被保険者を20歳以上あるいは40歳以上とする意見がある。また、年金と同様に長期保険的な制度とし、若年者も被保険者とした上で、受給権の発生を65歳以上とする意見もあった。

4 介護保険料

○市町村保険者の場合、市町村のサービス水準に応じた保険料水準の設定が基本となるが、その設定については、当面定額保険料とするが低所得者には軽減措置を講ずる案や、所得の状況に応じて所得段階別の定額保険料とする案、定額+定率保険料とする案がある。

また、一定額以上の老齢年金受給者については、年金からの特別徴収を検討するとともに、保険料の未納対策も検討する必要がある。

一方、国が保険者の場合、保険料は全国一律とする意見や地域ごとのサービス水準に応じたものとする意見があった。

5 高齢者と若年者の負担

○被保険者を高齢者とする場合は、高齢者と若年者の負担割合については、①高齢者・若年者を通じて1人あたりの平均負担額を同水準とする考え方、②高齢者世代の負担総額と若年世代の負担総額を同額とする考え方、③人口構造が成熟する時点（2020年）においてそれらの額が同水準となるようにするという考え方がある。②、③については、高齢者の負担が大きくなることから、それを軽減し、公費で補填することが考えられる。

○若年者は世代間連帯、社会的扶養の観点から費用の一部を負担することとなるが、世代間扶養の理解を得るための啓発努力を行う一方、滞納に対する措置を含め、その確実な収納を確保する仕組みが必要である。

○若年者負担の徴収方法としては、医療保険者が徴収責任を負い、分担金として一括納付する方式のほかに、医療保険者又は年金保険者が徴収代行する方式、保険者が直接徴収する方式がある。確実かつ効率的な方式としては、医療保険者が分担金を納付することが考えられるが、これについては老人保健制度の見直しが必要との意見があった。

○事業主負担については、企業内福利厚生の一環として労使の話し合いに委ねるべきとの意見、法定した上で被保険者本人分に関する事業主負担は7割又は労使折半とすべきとの意見がある。

6 公費負担

○介護保険制度に対する公費負担は、介護給付費の1/2を基本とする意見が多数であった。また、低所得者の負担軽減やサービス基盤のより一層の整備のための公費の投入などに配慮することが考えられる。

7 利用者負担

○受益に応じた公平な負担という観点から、定率負担（1割）とすることが考えられる。これに対しては、2割とする意見、8%とする意見があった。また、低所得者への負担軽減や高額医療費の仕組みを導入することが適当である。また、施設介護については、在宅介護とのバランスなどから、食費等日常生活費は利用者本人の負担とすることが考えられる。

8 民間セクターの役割

○民間の営利、非営利の事業主体により多様なサービス提供が図られるほか、民間保険の参入も考えられる。

第4部 基盤整備等

1 基盤整備

○高齢者のための介護サービス基盤は、高齢社会の重要な社会資本である。地域の特性を踏まえた上で、全国的にみて均衡ある基盤の整備を総合的かつ計画的に進めていくことが重要である。また、新たなサービス水準の実現に向けて、人材の養成・確保を図る必要がある。

介護サービス基盤のより一層の整備を進める観点から公費の投入を行う等の配慮が必要である。

2 施行の時期と方法

○施行に当たっては、必要な準備期間を置き、できる限り円滑かつ早期に制度が実施されるよう努力すべき。また、円滑な施行という観点から、在宅サービスを先行して実施するなど段階的な施行についても検討する必要がある。

3 その他

○介護保険制度の創設を機に、老人保健制度や年金制度など関連する社会保障制度についても、制度の全般的な再構築のあり方について検討する必要がある。

はじめに -国民の皆様に訴える-

わが国は、急速に、少子・高齢社会に突入しつつある。

高齢社会においては、すべての人が、老いに伴って不自由な老後の生活に直面するのではないかという不安を強く感じている。老いは避けられず、自分自身の身の始末が思うとおりにできない悩み、老いの孤独、若者社会からの疎外感、若い時代に果たした家族や社会への貢献が評価されなくなるとの思い等が累積する社会を、幸福な社会と言うことはできない。わが国はそうであってはならない。人間としての尊厳が大切にされる社会、高齢者の尊厳と幸せを大きな目標とする社会の実現が今こそ求められている。人はすべて親から生まれ、親の労苦によって育てられたことを想えば、高齢に達した親の平安な老後をと、人生の最期まで人間としての尊厳を全うできる介護をしたいと願うのは、誰しも同じである。しかし現実には、高齢者の介護は、それを負担する家族に肉体的、精神的、経済的重圧となり、心で想う介護が全うできず、家族の崩壊や離職をはじめ、様々な家庭的悲劇の原因となる。家族愛に根ざし、社会的な連帯によって高齢者の介護を支える社会を創る時が来ている。

明るい高齢社会の新時代を創るため、高齢者自身の自助努力を基軸としつつ、すべての国民が社会的連帯の精神に基づき、個々の利害を離れてこの問題を考え、痛みを分かちあって必要な社会的負担を受け容れることを訴えたい。

当審議会は、高齢者介護における新制度創設の必要性とその可能性について、平成7年2月以来30回にわたって精力的に検討を重ねてきた。平成7年7月には、第1次中間報告において、高齢者介護制度を社会保険方式を基本として創設すべきであるという方向を明らかにした。その後、国民の多様な意見を審議に直接反映させるために地方公聴会を開催するとともに、わが国に先立って介護保険制度を導入したドイツ政府の責任者と意見交換をするなど、内外を通じて幅広く意見を聴くことに努めてきた。

平成8年1月には、介護サービスの具体的な内容、水準、利用手続及び介護サービス基盤の整備のあり方に関する第2次報告を公表し、広く国民の議論を求

めたところである。

その後、当審議会は社会保険方式による高齢者介護制度について審議を続けてきたが、その具体的な組み立て方について多様な意見が提起された。

高齢者介護保険制度は、国民の理解と協力の下、若年世代を含む国民すべてが支えることによってはじめて成り立つ制度である。しかし現実には、その創設は、既存の医療保険制度や老人福祉制度をはじめとする社会保障制度全体のあり方、さらには、わが国の経済社会の構造とも深く関わってくるために、国民の意見は多様に分かれがちである。したがって、当審議会としては、この段階で意見が分かれているものも含め、これまでの審議の概要を明らかにし、国民の間に広範な関心と議論を喚起することにより、国民の十分な理解と合意を得ながら、わが国の実情にあった制度の創設と実施を進めていくことが極めて重要であると判断した。

このため、本報告では介護サービスのあり方等について第2次報告をさらに具体化したものを示すとともに、高齢者介護保険制度については、それぞれの問題点ごとにどのような議論がどのような背景や理由で行われたのかを分かりやすく整理することが必要と考え、あえて、下記のような形で取りまとめることとした。

当審議会としては、今後、この報告を契機として、高齢社会を明るく活力のある社会にするために国民の間で活発な議論が行われることを期待するとともに、厚生省において、それらを十分踏まえ、社会保障制度全体の将来展望の上に立って高齢者介護保険制度の具体的な試案を作成し、広く国民に問うことを強く要望する。当審議会においては、同試案について検討を加えた上で、厚生省案の諮問をまって、さらに高齢者介護保険制度に関する審議を深め、当審議会として答申を取りまとめることとしたい。

第1部 介護保険制度の基本的目標

1 わが国医療・福祉制度の総合的見直しの必要性

(1) 人が生まれ、育ち、生き、働き、老い、やがて人生を終える過程では、保健、予防、医療、看護、リハビリテーション、介護等が必要である。それらは、現在のわが国の制度では医療保険制度、老人保健制度、社会福祉制度、年金制度等の社会的な仕組みによって支えられている。多くの国において、はじめは、救貧立法や労働保護立法等の緊急性の高いものから出発したこれらの制度は、次第に一般的な医療保険制度に発展し、ついには年金制度を成立させるまでに至った。これは人間が社会的に互惠の思想をもって共生する叡知を持っている証左である。

(2) しかし、高齢社会の到来によって、現在の医療保険制度、老人保健制度、社会福祉制度では対処しきれない新しい問題が顕在化しつつある。病院は要介護状態に至った高齢者の入院の長期化、いわゆる「社会的入院」の問題を抱えている。老人保健制度においては、老人医療費の増嵩により医療保険者の拠出金負担が限界に達しつつある。また、各種の在宅介護サービスと介護施設の充実は、新ゴールドプランの目標に向けて進捗しつつあるものの、中長期的には、従来の租税による制度のままでは財政の負担に耐え切れないことは明白になりつつある。

(3) 高齢者介護問題という、避けて通ることのできないわが国の新たな、大き

な課題に立ち向かうためには、従来の医療・福祉制度のリエンジニアリング（発想と運営方法の転換）が必要である。その具体的な内容は、次のような点である。

- ①行政措置による介護支援制度から、高齢者自身及び若年者が費用を負担する「社会保険」に転換すること。
- ②在宅介護と施設介護、公的サービスと民間サービスの両面において、高齢者自らの意思に基づいて最適の選択ができる制度とすること。
- ③高齢者の自立を支援し、その多様な生活を支える観点から高齢者のニーズや状態にふさわしい適切な介護サービスが、効率的に提供される制度とすること。
- ④これらのことを実現することによって、従来の医療保険、老人保健、社会福祉制度において次第に大きくなりつつある矛盾を解決すること。
- ⑤わが国経済基調の変化を踏まえ、国民の財政負担、医療保険や年金等の保険料負担を総合的に調整し、その膨張を極力抑制し、経済・財政とバランスのとれた安定的な社会保障制度の構築を目指すという基本的な考え方に沿って制度の仕組みを考えること。

2 現行制度の問題点

○高齢者介護については、これまで福祉及び医療制度において、それぞれ別々に介護サービスが提供されてきたが、こうした現状は、利用者本位のサービス提供や社会保障制度全体の効率性の観点から種々の問題を引き起こしている。

(1) 第一には、現在の仕組みでは、利用者である高齢者本人やその家族にとって、介護サービスが利用しにくいことである。

①実態的には同じような介護を必要とする高齢者でありながら、福祉制度や医療保険（老人保健）制度など異なった制度の下で別々な対応がなされてきたため、利用者負担や利用手続等に不合理な格差や差異が生じている。

②公費を財源とする福祉の措置制度は、高齢者介護サービスの保障に重要な役割を果たしてきたが、利用者自らによるサービス選択がしにくいという制度上の制約や、所得調査等がありサービス利用に心理的抵抗感が伴うといった問題が見られる。

一方、医療の枠組みの中では、実際には介護を主たるニーズとして長期に高齢者が入院しているという問題があるほか、高齢者に対するケアや生活環境などの面での対応に限界がある。

(2) 第二には、高齢者が利用できる介護サービスが量的にも質的にも不十分であることである。

介護サービスの整備が量的に不十分で、高齢者による利用は実際上大きな限界があり、地域によっては施設の入所待機者も多数存在している。また、サービスの質の面においても、個々の高齢者ニーズに適切に応え、良質なサービスを受けられるような体制が整備されていない面がある。

(3) 第三には、高齢者介護に関する統一的な制度が存在していないため、社会保障制度全体として非効率となっていることである。

①介護サービスが縦割りの制度の下で別々に提供されており、サービスの連携が十分でないため、個々の高齢者のニーズに見合ったサービスが総合的かつ効率的に提供されていない状況が見られる。

②福祉制度においては、一律の基準によりややもすればサービスの内容が画一的に定められる面があるほか、市場メカニズムを通じたサービスの質の向上や

コストの合理化をめぐる健全な競争が行われにくい実態がある。

③一方、わが国では介護ニーズを社会的入院といった形で医療保険制度がカバーしてきた経緯があるが、そうした状況については、適切な処遇の確保や医療費の効率的な使用という観点からも、その解消が必要となっている。

④また、年金の充実等により老人の経済的水準は上がってはきたものの、介護に対する不安から年金等の収入が貯蓄に回り、老後の生活水準の向上に必ずしも結びついていない状況も指摘されている。

○このような問題を解決するためには、高齢者介護が福祉と医療に分立している現行制度を再構築し、利用者本位の新たな制度を創設する必要がある。

3 介護保険制度の基本的目標

○介護保険制度は、このような基本的な考え方にに基づき、高齢者自身の希望を尊重し、その人らしい、自立した質の高い生活が送れるよう、社会的に支援していくため、次のような点を基本目標とすることが適当である。

(1) 高齢者介護に対する社会的支援

○介護サービスは、加齢に伴う障害により自力で日常生活を送ることが困難な高齢者に対して提供されるものであり、高齢者の自立を支援し、その多様な生活を支える観点から、幅広いサービスを社会的に提供することを基本とする。

(2) 高齢者自身による選択

○高齢者が利用しやすく、適切な介護サービスが円滑かつ容易に手に入れられるような利用者本位の仕組みとする。このため、高齢者自身がサービスを選択することを基本に、専門家が連携して身近な地域で高齢者及びその家族を支援する仕組み（ケアマネジメント）を確立する。

(3) 在宅介護の重視

○高齢者の多くが、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ことから在宅介護を重視し、一人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になるよう24時間対応を視野に入れた支援体制の確立を目指す。また、特に重度の要介護者については、今後とも施設介護が大きな役割を果たすことから、その量的な整備やサービスの質の向上を図る。

(4) 予防・リハビリテーションの充実

○予防の考え方を重視し、高齢者ができる限り要介護状態にならないようにすることが重要である。高齢者の日常生活における健康管理や健康づくりを進めるとともに、介護が必要な状態になっても、その悪化を防ぐため、市町村の老人保健事業など関連施策との連携を図りながら、予防やリハビリテーションの充実を目指しサービス体系を確立する。

(5) 総合的、一体的、効率的なサービスの提供

○介護が必要な高齢者に対し、個々のニーズや状態に即した介護サービスが適切かつ効果的に提供されるよう、多様なサービス提供主体による保健、医療、福祉にわたる介護の各サービスが総合的、一体的、効率的に提供されるサービス体系を確立する。

(6) 市民の幅広い参加と民間活力の活用

○高齢社会においては、高齢者自身の自立・自助を基本としつつ、地域住民、ボランティアが、人間的なふれあいを大切にしながら、高齢者介護を支えていく共助の考え方が重要であり、こうした市民参加型の体制を組み入れたシステムを構築する。

また、民間事業者や市民参加の非営利組織などの参加により多様な介護サービスの提供を図る。

(7) 社会連帯による支え合い

○長寿社会では、国民の誰もがかなりの確率で要介護となる可能性があり、しかも介護期間の長期化等によりその費用も高額にのぼる場合も多く、これを高齢者個人の自助努力にすべて負うことは一般的には困難である。こうした点を踏まえ、広く国民の理解と協力を得て、高齢者及び現役世代による社会全体の連帯で介護費用を支え合うことを基本とすべきである。

(8) 安定的かつ効率的な事業運営と地域性の配慮

○今後、介護ニーズの増加に伴い、介護費用は増大することが予想されるが、経済基調の変化や社会保障費用の増大等を視野に入れ、将来にわたって必要な財源を安定的に確保するとともに、できる限り効率的な事業運営を行う必要がある。

また、国民にとって必要なサービスを全国を通じて確保する一方、地域ごとに介護ニーズやサービス水準が異なる状況を踏まえ、地域の特性を配慮したサービス提供が図られるシステムとすることが重要である。

第2部 介護サービスのあり方

1 介護給付の対象者

○介護保険制度における介護給付は、加齢に伴う障害や痴呆症状等により自力で日常生活を送ることが困難で、介護が必要な状態（要介護状態）にある高齢者とするのが考えられる（受給者のあり方については、「第3部」を参照）。また、いわゆる虚弱老人に対しても、寝たきりの予防や自立の支援につながるよう、必要なサービスを提供することが適当である。

2 介護給付の対象となるサービス

○介護給付の対象としては、次に掲げる在宅サービスと施設サービスが考えられる。

(1) 在宅サービス

○介護給付の対象となる在宅サービスは、高齢者の生活全般を支える観点から、次のようなサービスとすることが考えられる。

(ア) ホームヘルプサービス

高齢者の家庭を訪問して身体介護・家事援助サービスを提供するもの

(イ) デイサービス

高齢者をデイサービスセンタまで送迎し、食事、入浴、日常動作訓練等のサービスを提供するもの

(ウ) リハビリテーションサービス（デイケア、訪問リハビリテーションを含む）

高齢者の心身機能の維持・回復のための機能訓練等を提供するもの

(エ) ショートステイ

高齢者をその介護者に代わって、短期間、施設で介護サービスを提供するもの

(オ) 訪問看護サービス

高齢者の家庭を看護婦が訪問し、看護サービスを提供するもの

(カ) 福祉用具サービス

高齢者の自立を支援するために車いすやギヤッジベッドなどの福祉用具を貸与するもの

(キ) 痴呆性老人向けグループホーム

少人数の痴呆性老人が専属のスタッフによりケアを受けながら共同生活を送るもの

(ク) 住宅改修サービス

住居における段差の解消や手すりの設置など軽微な改修を行うもの

(ケ) 訪問入浴サービス

訪問入浴車により高齢者の家庭を訪問し、入浴サービスを行うもの

(コ) 医学的管理等サービス

医療の必要な高齢者の日常における医学的管理等を行うもの

(サ) 有料老人ホーム、ケアハウス等における介護サービス

有料老人ホーム、ケアハウス等の高齢者が集合して居住する場において提供される介護サービス

(シ) ケアマネジメントサービス

個々の高齢者の介護サービスに関する計画（ケアプラン）を作成し、実際のサービス利用につなぐもの

①巡回サービスについて

○障害を有する高齢者が、できる限り在宅生活が可能になるように24時間対応を視野に入れた支援体制の整備が重要であり、そのため、早朝、夜間及び深夜における巡回サービスについては、定期の巡回に加え、必要な時にサービスを提供できるシステム（連絡があれば直ちに対応する、いわゆるオンコールによるサービス提供体制）を組み合わせることにより、高齢者の状況に即応した効率的なサービスを提供することが可能となる。

②痴呆性老人向けグループホームについて

○痴呆性老人については、その状態に応じて、デイサービス、デイケア、グループホームなど在宅での支援を基本としたサービス提供を積極的に行っていくことが重要である。

痴呆性老人向けのグループホームは、痴呆性老人のケアにおける有効性のみならず、入所費用に比したコストという面からも成果が認められているので、新制度において積極的に取り組むことが望まれる。

③いわゆる虚弱老人に対する家事援助サービスについて

○いわゆる虚弱老人に対しても、その状態に対応してどのようなサービスがどの程度必要かを判定する明確な基準を設定した上で、寝たきりの予防や自立への支援につながるような形でのサービス提供を介護給付の対象とすべきである。ただし、給付決定に際しては、(ア) 高齢者や家族の生活状況、社会環境などを総合的に勘案した上で給付対象とすべきかどうかを判断するとともに、(イ) リハビリテーションサービスやデイサービスなどと組み合わせ、上記の目標が達成されるよう提供されることが重要である。

④住宅改修サービスについて

○在宅介護を重視し、高齢者の自立を支援する観点から、福祉用具導入の際必要となる段差の解消や手すりの設置などの住宅改修を介護給付の対象とすることが考えられる。

ただし、個人資産の形成にもつながる面があることなどから、一定規模以上の改修については融資制度により対応することが考えられる。

⑤訪問入浴サービスについて

○訪問入浴サービスについては、デイサービスやホームヘルプサービスの利用が困難な場合においては効果的なサービスであることから、介護給付の対象とすることが考えられる。

⑥医学的管理等サービスについて

○日常生活において適切な医学的管理が必要とされる要介護高齢者については、かかりつけ医師による医学的な管理サービスを介護給付の対象とすることが考えられる。この場合、医療保険との関係では急性期医療は従来どおり医療保険から給付することが考えられる。

なお、医学的管理のみならず、介護サービスは医療と密接な関係にあるので、施設サービスを含め医療保険との役割分担について十分配慮する必要がある。

○また、かかりつけ歯科医師による口腔管理や訪問歯科衛生指導、かかりつけ薬剤師による訪問薬剤管理指導については、上記の医学的な管理サービスの具体的な内容も踏まえ、その取扱いを検討する必要がある。

⑦ケアマネジメントサービスについて

○要介護高齢者に対しては、後述するように、多様な専門家からなるケアチームが個々の高齢者ごとに必要とされる適切な介護サービス提供に関する計画（ケアプラン）を作成し、総合的・一体的なサービスの確保を図ることが重要である。

こうしたケアマネジメントサービスは、介護給付の対象とし、本人が希望に基づいて有効に利用できるようにすることが適当である。これについては、高齢者がケアマネジメントサービスを積極的に利用できるよう、利用者負担について十分配慮する必要がある。

(2) 施設サービス

○介護給付の対象となる施設サービスは、適切な介護サービスの提供を行うことができる体制を整えているものとして、(ア)特別養護老人ホーム、(イ)老人保健施設、(ウ)療養型病床群及び老人性痴呆疾患療養病棟その他の介護体制の整った医療施設とすることが考えられる。

なお、施設においても入所者に対するケアプラン作成等が必要であり、その機能は施設サービスの内容に含まれる。

①一般病院の長期入院患者について

介護保険制度の目的は、良質の介護サービスを確保し提供していくことから、一般病院の長期入院患者については、そのままの形で介護給付の対象とすることは適当ではない。このため、高齢の長期入院患者を多く抱えている病院については、その介護体制を充実し、介護施設への転換を進めることにより、入所者を給付の対象としていくことが適当である。

○したがって、病院の全部又は一部の介護施設への転換を促進するための助成措置の充実や診療報酬上の措置、療養型病床群の要件見直し等について検討すべきである。

また、精神病院についても、介護体制を充実し、介護施設への転換を進める観点から、老人性痴呆疾患療養病棟の要件見直し、転換への助成措置や同病棟への診療報酬での措置等について検討すべきである。

②養護老人ホーム、軽費老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホーム入所者について

○養護老人ホームについては、近年は介護を必要とする者が多く入所している

実態があること等に鑑み、介護体制の充実強化を図り、特別養護老人ホームへの全部又は一部の転換や特別養護老人ホームの併設を促進する必要がある。なお、その際には、特別養護老人ホームの定員基準の見直しについても検討する必要がある。

○軽費老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホームについては、高齢者が自ら費用を負担して選んだ特別の住居として考えられることから、居住者のうち要介護の人に対しては、介護保険制度から在宅サービスが提供されるようにすることが適当である。

○なお、介護専用型有料老人ホームを含め、有料老人ホームにおいて提供される在宅サービスについては、適切な質的水準及び内容が確実に担保されることを前提として介護保険制度の給付対象とし、民間サービスとしての特性や創意工夫が生かされるよう、介護施設のあり方と機能分担についてその振興を図るべきである。

③介護施設のあり方と機能分担について

○介護施設については、将来の方向としては、要介護高齢者の多様なニーズに応えるために各施設の機能と特性を活かしつつ、介護施設に関する制度体系の一元化を目指すことが適当である。ただし、現状では各施設によって事業主体等の取扱いが異なっていること等を踏まえ、一元化は漸進的な方法で進めていくことが適当であり、当面は、介護給付に関する事項（給付額、介護報酬の仕組み、利用者負担等）の共通化を進める必要がある。

○介護施設については、（ア）重度の介護が必要な者に対する専門的介護、（イ）リハビリテーション機能、（ウ）入所者に対するケアプラン作成機能、（エ）退所・退院後の継続的な在宅介護の支援などの強化を目指すこととし、そのために必要な人員の配置基準や施設設備基準の改善が重要である。

3 介護給付額の設定とサービスの水準

(1) 介護給付額の設定

○要介護状態にあると認定された場合、高齢者は介護の必要度に応じて設定された介護給付額の範囲内で、自らの判断と選択により実際に利用した介護サービスについて保険給付を受けることができることとすることが適当である。また、超過分を本人が負担すれば、介護給付額の限度額を超えて介護サービスを利用することも可能である。

○介護給付額は、要介護度ごとに必要とされる介護サービスの費用額に基づき、在宅サービスと施設サービスそれぞれに応じて設定することが考えられる。

（参考1「介護給付額の設定の考え方」）。

①在宅サービスについて

○在宅サービスの介護給付額は、要介護高齢者の平均的な生活実態を踏まえ、地域差等を考慮しつつ要介護度ごとに想定される各サービスの費用額に基づき設定することが考えられる。

ただし、後述するように、介護保険制度の創設後直ちに本来望まれる水準のサービス提供を実現することは困難であるため、当初の低いサービス水準の段階においては、現実の水準に見合った給付額の設定を行うことが考えられる。

②施設サービスについて

○施設サービスの介護給付額は、看護・介護職員などの費用や運営経費、減価償却費等を踏まえ、要介護度や人員配置の状況に応じて、1日当たり定額で設定

することが考えられる。

具体的な介護給付額は、人員配置や検査・投薬等の状況、減価償却の扱いなどの相違から介護施設の種類によって異なる。また、地域差などを考慮した措置を講じることが考えられる。

(2) サービスの水準

○介護保険制度の下で、将来高齢者が利用できる介護サービスの水準については、新ゴールドプランを踏まえつつ、全国を通じて確保すべき新しい制度にふさわしい水準を目指すことが適当である。こうした観点から考えられる具体的なサービスモデル（参考2「要介護高齢者等に対するサービスモデル」）を示すこととした。

○ここで示されたサービス水準の実現には、サービス基盤の一層の整備や財源確保等が必要とされることから、直ちにすべてが実現されるものではないことについて国民の十分な理解を得ることが重要である。

具体的には、各地域における基盤整備の進捗度や財政全体の状況等に応じて、段階的にレベルを引き上げていくこととし、介護保険制度に期待される本来のレベルに達するまでの間、介護給付額及び保険料額を提供されるサービスに見合った水準に設定するなり、近隣やボランティアの協力を推進するなどの方策を講ずるべきである。

これに対してサービスの水準については、全国を通じ、公的給付は基礎的なサービスとしてナショナルミニマムとして保障していく水準に設定すべきであるとの意見があった。

4 介護サービスの利用方法

(1) 基本的な考え方

○高齢者が自らの意思に基づいて、利用するサービスを選択し、決定することを基本に、それを専門家が連携して身近な地域で支援する仕組みを確立する必要がある。これにより、専門知識が乏しい高齢者にも適切なサービス利用が確保されるとともに、各サービス提供機関の連携が促進されることが期待される。

なお、高齢者本人に判断の能力がなく、身寄りがないため、あるいは虐待等のために緊急に保護が必要な場合などにおいては、行政による措置を通じて、介護サービスの適切な利用が可能となるようにすることが重要である。

○介護保険制度においては、要介護認定とケアプランの作成は区分して考えるべきである。要介護認定は、保険給付の適否の決定という性格を有するのに対し、ケアプランの作成は、高齢者や家族の相談に応じケアの方針やサービスの内容を作成して、サービス利用につなぐものである。

ただし、利用者の便宜や効率的な実務という観点から、例えば高齢者の状態把握などは一回で行えるようにするなど、できる限り両者が連携しうる仕組みを検討すべきである。また、介護給付の受給手続は、利用者の便宜を考慮し、簡便なものとするのが望ましく、円滑かつ迅速な事務処理方法として、ICカードの導入などについて検討することが適当である。

○こうした考え方を踏まえた介護サービスの利用方法を具体的に示すと、参考3（「介護サービスの利用方法」）のとおりである。

(2) 要介護認定

① 要介護認定の性格

○高齢者が介護保険の給付を受けようとする場合には、保険者に申請して、要介護状態にあることの認定（要介護認定）を受ける必要がある。要介護認定とは、保険者がその責任と権限に基づき、高齢者が「介護が必要な状態にあるかどうかを一定の基準により確認する行為」である。

②要介護認定の手順

○要介護認定は、（ア）本人又は家族からの要介護認定の申込み、（イ）要介護認定機関の事務担当者による訪問調査の実施、（ウ）要介護認定機関による要介護状況の審査と保険者による決定、（エ）要介護認定の見直し、といった手順で行われる。この場合、利用者の便宜を優先し、要介護認定はできる限り迅速に行われる仕組みとすべきである。

○具体的には、緊急にサービス提供が必要なケースは、要介護認定前の時点でも、まず先にサービスが提供され、認定は事後に行われる必要がある。また、要介護認定の申込みに当たっては、身近のケアプラン作成機関（後述）が代行できるようにするなど利用者に配慮した対応が望まれる。

③要介護認定基準

○要介護認定基準は、専門的知見に基づいて、全国どこでも公平かつ客観的に認定を行うことができるように、国の責任において作成することが適当である。この場合、次のような点に留意する必要がある。

ア 要介護高齢者の心身の状況や、どの程度介護が必要かを的確に評価することができ、かつ、実務の現場における事務負担が過重とならないよう簡便なものとする必要がある。

イ 要介護認定は、高齢者をめぐる社会環境の状況によって左右されることなく、あくまでも高齢者の心身の状況に基づき客観的に行われることが重要である。

ウ 要介護状態に関しては、日常生活動作や痴呆状態に着目した基準だけでなく、医学的な観点からみてどの程度の医療の必要性をもって医療給付と介護給付を区分するかといった点について、客観的な基準づくりを行う必要がある。

○要介護認定基準については、全国の19地域と50の関係機関を対象とした厚生省調査研究結果（参考4「要介護認定基準とケアプラン作成に関する調査研究結果の概要」）を踏まえた試案が作成されているが、さらに現場における検証も含めた広範な調査研究を進め、必要な見直しを行っていくことが重要である。

④要介護認定機関

○要介護認定は、保険者の責任において実施されるものであるが、個別の認定に当たっては専門的かつ公平な審査が必要とされることから、高齢者介護について学識経験を有する保健・医療・福祉の専門家によって構成される合議体の審議を経ることとすることが考えられる。効率的かつ公平な事務処理、人材の確保などの観点から、保険者が共同して要介護認定を行うことを可能とすることが考えられる。

こうした要介護認定機関においては、認定に必要な調査（訪問調査）や情報・資料等の収集、ケアプラン作成機関や介護支援担当者（ケアマネジャー）との連絡などを行うことができる機能を整備する。

○要介護認定機関は、（ア）被保険者の申請に基づく要介護認定やその後の見直しを行うほか、（イ）ケアプラン作成機関や介護支援担当者に対する指導、助言を行うことが考えられる。

(3) ケアプラン作成

①ケアプラン作成の意義

○高齢者の自立を支援し、適切なサービスを確保するため、介護サービスの担当者からなるチームが、本人や家族の相談に応じ、そのニーズを適切に把握した上で、ケアプランを作成し、実際のサービス利用につなぐものである。

○ケアプランの作成は、本人の希望に基づくことを基本としており、どの作成機関に依頼するかも本人が選択することになる。したがって、ケアプラン作成は、介護保険制度の保険給付（ケアマネジメントサービス）として位置付けることが適当である。

②ケアプラン作成の手順

○ケアプランの作成は、（ア）作成の依頼、（イ）高齢者の状態把握、（ウ）ケアプランの作成と本人の承諾、（エ）サービスの確保とケアプランの見直し、の順序で行われる。

なお、こうした業務は要介護認定と連携して行うなど、できる限り迅速かつ効率的に実施される仕組みとすることが重要である。

○ケアプラン作成に際しては、本人または家族の参画も得ながら行われることが適当であり、できる限り高齢者の身近なところで行われることが望まれる。

また、ケアプランの作成に当たっては、高齢者や家族の生活全般を支援していく観点から、保険給付の対象となるサービスのみならず、市町村一般保健福祉サービスの利用、近隣やボランティアの協力なども視野に入れ、作成されることが望ましい。

○施設利用予定者を含め施設におけるケアプランの作成に当たっては、常に在宅生活への復帰の可能性を念頭に置くとともに、退所後も在宅において引き続いて適切かつ継続的なケアが提供されるよう、入所から退所までに要する介護の方法、期間等をあらかじめ記載したいわゆる退所計画を作成することが適当である。

③ケアプラン作成機関

○高齢者の依頼を受けてケアプランの作成を行う機関を、ケアプラン作成機関とすることが考えられる。

ケアプラン作成機関については、介護支援担当者を配置していることなどを要件として、保険者自身が設置・運営するもののほか、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、ヘルパーステーションなどの在宅サービス機関、介護施設、診療所や病院などの医療機関が設置運営するものについて、申請に基づき幅広く認めていくことが適当である。

ケアプラン作成機関は、（ア）被保険者の依頼に基づくケアプランの作成、（イ）ケアプランを踏まえた介護サービス提供機関との連絡調整などを業務とすることが考えられる。

○介護支援担当者は、医師、歯科医師、薬剤師、保健婦、看護婦、OT、PT、社会福祉士、介護福祉士等の保健・医療・福祉の専門職のうち、実務経験を有し、所要の研修を修了した者とすることが考えられる。

5 介護サービス提供機関

○介護保険制度において介護サービス提供機関となり得るのは、一定の要件を備え、良質な介護サービスを安定的に提供できる機関とすることが適当である。この場合、介護サービス提供機関の事業主体については、当面、施設サービスにおいては現行の事業主体とすることを基本としつつも、利用者本位の効率的

なサービス提供という観点から、サービス内容の性格等に応じ、できる限り多様な主体の参加を求めていくことが重要である。

○特に、ホームヘルプサービスや訪問看護サービスなどの在宅サービスについては、既に夜間巡回などにおいて民間事業者や住民参加の非営利組織が地域の中で重要な役割を果たしている状況にあり、介護保険制度においては、こうした多様な事業主体が参加し得るような仕組みとすることが必要である。こうしたことにより、民間活力を活用し、競争を通じてサービスの向上を図っていくことが期待される。

ただし、その場合にも、介護サービスの質や安定性を確保する観点から一定の要件を満たすことが重要である。

6 予防、リハビリテーションの充実

(1) 予防の重視

○高齢者介護においては予防の考え方を重視し、高齢者ができる限り要介護状態にならないようにすることが重要である。このため、現在市町村において取り組まれている老人保健事業は、今後ともその充実を図ることが望まれる。特に、保健婦によって行われている健康教育等の保健活動は、予防、リハビリテーションに積極的に活用されることが期待される。

さらに、「新寝たきり老人ゼロ作戦」の積極的推進を図ることをはじめとして、高齢者に対する健康増進サービスの強化等に努めるべきである。

(2) リハビリテーションの充実

○高齢者の心身の機能が低下し、介護が必要な状態となった場合には、その状態に応じ、適切なリハビリテーションが地域全体で提供されることが重要である。このため、急性期等の医療的リハビリテーションと維持期リハビリテーションとの機能区分を明確にした上で、維持期リハビリテーションを介護給付の対象とすることとし、そのため既存施設におけるリハビリテーション機能の強化や訪問リハビリテーションの充実を図る必要がある。

○こうした観点から、高齢者のニーズに応じたリハビリテーションを提供するため、「地域リハビリテーションセンター（仮称）」や訪問リハビリテーション提供機関を位置付けるなど、新たな地域リハビリテーション体制の確立を目指すべきである（参考5「リハビリテーション体制の確立について」）。また、リハビリテーションを担う人材の養成確保に努めることが重要である。

7 家族介護に対する現金支給

○介護保険制度の基本的な考え方は、高齢者の自立を支援し、その多様な生活を支えるため、介護サービスを社会的に提供することであり、その観点からみて、現物給付が基本となるべきである。

これに関連して、家族介護に対する現金支給を行うべきか否かについては、消極的な意見と積極的な意見があり、現段階においては、結論を得るに至っていない。さらに今後の広範な国民的議論が期待されるところである。

(1) 現金支給に消極的な意見

ア 現金の支給は、必ずしも適切な介護に結びつくものではない。家族介護が固定化され、特に女性が家族介護に拘束されるおそれがある。

イ 現金支給を受けられることから、かえって高齢者の自立を阻害するおそれがある。また、介護を家族だけに委ねると、身体的精神的負担が過重になり、

介護の質も確保できないおそれがある。

ウ 今国民が最も求めていることはサービスの充実である。現金支給の制度化によって、サービスの拡大が十分に図られなくなるおそれがある。

エ 現金支給は新たな給付であり、費用増大につながるものである。財政的な面からみても、慎重に検討すべきである。

(2) 現金支給に積極的な意見

ア 高齢者や家族の選択の重視、外部サービスを利用しているケースとの公平性等の観点に立って、一定の現金支給を検討すべきである。制度として現物給付しかないというのは制限的過ぎる。

イ 現状は、家族による介護を望む高齢者も多く、また、家族が介護しているケースが大半であり、介護に伴う家計の支出が増大している実態もある。そうした現実は無視できない。

ウ 介護保険制度の下で国民に負担を求める以上、現物給付を受けられないケースについては、保険料負担に対する見返りとして現金支給を行うべきである。保険料を徴収する立場からみても、現金支給の必要性がある。

○また、現金支給のあり方に関連して、次のような観点からの議論があった。

ア 家族介護に対する現金支給といっても、その位置付けや性格について、例えば、(ア)本人や家族に対する慰謝激励、(イ)現物給付との公平性の確保、(ウ)介護に伴う収入減の補填、(エ)家族介護に対する労働としての評価など、いろいろな考え方があり得る。

イ また、サービスが不足している状況を踏まえた過渡的な措置として、例えば家族への研修の義務付けなど要件を付すことにより、限定的な手当として位置付けるという方法も考えられる。仮に支給する場合には、被保険者である高齢者本人に支給することが基本となる。

ウ サービスが不足している現状においては、まずサービスの充実を最優先すべきである。現金支給は、高齢者が自らの希望に応じて実際にサービスを利用できるような環境になった時点で、高齢者の選択権の確保という観点からその導入を検討すべきである。現金支給はいったん始めると廃止しにくいということを踏まえ、仮に支給する場合でも期限を区切るなど、確実に廃止できるような仕組みとすべきである。

オ 現金そのものを支給するという方法のほか、利用券(バウチャー)方式を採るなど、その支給が実際に介護サービスに結びつく方式も検討すべきである。

第3部 介護保険制度のあり方

1 介護保険制度の基本的なあり方

(1) 介護保険制度創設に当たり配慮すべき事項

○介護保険制度を検討するに当たっては、第1部で述べた基本的な考え方を踏まえ、①広く国民の理解と協力を得て、高齢者及び若年者による社会全体の連帯で必要な費用を支え合うものとする、②将来にわたって必要な財源が確保され、安定的かつ効率的に運営することができるものであること、③国民に必要なサービスを全国を通じて確保することに努める一方、地域ごとに介護ニーズや介護資源が異なる状況を踏まえ、地域の特性に配慮したサービス提供ができるものであること、④実務上運営しやすく運営コストも低いことに配慮した制度とすることが重要である。

(2) 介護保険制度の位置付け

○従来、高齢者介護の分野で国、都道府県、市町村がそれぞれ果たしてきた役割と責任を踏まえ、制度の円滑な運営を確保するという視点に立てば、介護保険制度は、公的責任を踏まえ、適切な公費負担を組み入れた社会保険制度とすることが適当である。

同時に、介護保険制度は、その具体的構成はどのようなものであれ、老若を問わず広く国民的連帯に基づく費用負担に支えられて国と都道府県、市町村がそれぞれの役割を担う制度となる。

(3) 介護保険制度の建て方

○介護保険制度の建て方は、まず二つに大別される。第一は、介護保険制度は高齢者の介護ニーズの特性を踏まえ、保健・医療・福祉にわたる介護サービスを一体的に提供する必要があるため、職域保険と地域保険の二本立てとなっている医療保険とは別体系とする方式（独立型）である。第二は、介護リスクと医療リスクとの近似性から、保険者・被保険者などを医療保険と一致させる方式（医療保険一体型）である。

○第二の医療保険一体型は、被用者保険が職域を基本として成立していることから、地域の実情に応じた介護給付を行うためには、現行保険制度を前提とすれば老人保健制度と同様、医療保険者が拠出し市町村長が給付を行うという構成になる。

このような老人保健制度と同様の方式については、簡明でわかりやすく、事務効率性の高い制度として構築できるという意見があったが、他方、①老人保健制度においては、老人医療費の増嵩により医療保険者の拠出金負担が限界に達しつつあることから、同様の仕組みでは納得できないという意見や、②介護保険料を医療保険と同様の方法で設定すると、被用者保険の高齢被扶養者は保険料を直接には負担しないこととなることなどの問題を指摘する意見もあった。このようなことから、当審議会では、医療保険とは別体系とする方式（独立型）を中心に議論が進められた。

2 保険者

○保険者の重要な機能には二つある。第一は介護サービスの給付の決定や支払であり（給付主体）、第二は介護保険料の設定・徴収・管理である（財政主体）。給付主体については、介護サービスの地域性、老人福祉や老人保健事業の実績等から、国民に最も身近な行政単位である市町村とするという意見が多数であった。ただし、これについては一部に異論もあった。

○一方、財政主体（保険料の設定・徴収・管理）については、独立型を採った場合には、市町村を基本とする方式、国とする方式などの意見があった。

これまでの行政の流れや地方分権の考え方から、基礎的自治体である市町村が介護保険制度における給付主体となるべきであり、そして、保険料の設定・徴収管理は給付主体が合わせて行うことが望ましいことから、財政主体も市町村とするとの意見があった。この方式により、①地域ごとのサービス水準の違いやニーズの地域特性を反映し、②さらには、寝たきり予防などの市町村による努力の成果が反映した形での保険料設定が行いやすくなるという意見があった。これに関連し、市町村が財政主体となる場合であっても、保険運営の安定という観点から広域化を積極的に検討すべきであるとの意見があった。

○これに対し、国が財政主体となるべきとの意見もあった。これは市町村保険

者では、①赤字補填のため一般会計からの繰入れを余儀なくされている国民健康保険と同様の状況が生ずるおそれがあること、②市町村によっては事務処理体制やサービス提供体制が十分には整っていないこと、③要介護認定基準、給付内容、費用負担システムなどは国が定めるものであり、また、保険財政の安定性を踏まえれば、それらの責任上国が財政主体となるべきであるという考え方に基づくものである。

○市町村を保険者とする場合、若年者が納付する負担分は、全国レベルでプールした上で、各市町村に対し、高齢化率の差異による介護費用負担の格差が全国的レベルで調整されるよう、当該市町村の給付費のうち若年者負担割合に相当する費用額を交付することが適当である。

このほか、後述する公費負担の一部により、保険者努力に期待することが困難な以下の事項に起因する保険料水準の格差を是正するため、一定の調整を行うことが考えられる。

①介護施設の集中度の相違（圏域内で施設が特定地域に集中している場合の給付費の増加）

②災害時の保険料減免等特殊な場合

③後述の応能保険料を導入した場合の高齢者の所得水準の相違

④リスクの高い後期高齢者の加入割合の相違

なお、施設が特定市町村に集中している場合の給付費の調整については、施設給付費は要介護認定を行った市町村の負担とする方法もある。

また、これらの措置にとどまらず、市町村が保険者となった場合には、保険単位が小さいことから給付の変動に対する財政の不安定性、保険料の未納等の問題に配慮して、保険財政が安定的に運営できるような仕組みを備えることが必要である。

3 被保険者及び受給者

○被保険者については、受給者の範囲と一致させるという考え方を中心に議論がされた。この考え方に基づけば、高齢者介護に対する社会的支援体制の確立が最大の課題となっていることから、65歳以上の高齢者を被保険者とし、保険料負担を求めることが適当である。

この場合、高齢者にのみ負担を求めるならば高齢者の保険料負担の水準が高くなり過ぎるほか、高齢者介護の社会化は家族にとっても大きな受益であることから、社会的扶養や世代間連帯の考え方に立って、若年者にも負担を求めることが考えられる。

ただし、これについては、若年者も要介護状態になり得ることを考えると給付のない負担を求めることについて若年者の理解が得られないのではないかとの指摘もあった。

○被保険者の範囲について上記のような考え方に立つ場合でも、初老期痴呆などのような、処遇上高齢者と同様の取扱いを行うことが適切であり、かつ、既存の障害者施策では適切な処遇を提供することが困難なケースについては、65歳未満の者でも、世代間連帯の観点から一定の負担をすることを踏まえ、特例的に介護保険制度から給付すべきであるとの意見が有力であった。

○このような考え方に対し、本来、介護サービスの必要性は年齢を問わないものであることや、負担についての若年者の理解を得る観点からも、若年者の介護サービスについても社会保険化し、20歳以上のすべての者を被保険者として

保険料負担を求め、給付も行うこととすべきであるとの意見があった。

また、この場合の被保険者となる若年者の範囲については、自らの老後や老親の介護が現実的問題と感じられるようになる40歳以上の若年者とすべきであるとの意見もあった。

○65歳未満の若年者を被保険者＝受給者とするところについては、若年要介護者に対する介護保障のあり方について、基本論を含めた議論を専門審議会等で尽くす必要があると考えられるほか、

①就労援助、社会参加などを含む障害者施策の総合性がそこなわれるおそれがあるのではないかと考えられること

②現状では、障害者行政と高齢者行政とは異なった仕組みで行われており、実施体制の面での検討が必要となること等から、今後の検討課題と位置付け、昨年未策定された障害者プランに基づくサービスの計画的整備の進展状況等も見極めた対応を行うべきではないかとの指摘があった。

○このほか、若年者の位置付けを明確にするという観点から、年金と同様、長期保険的な制度とし、若年者も被保険者とした上で、受給権の発生を65歳以上とするという考え方も示された。この場合、長期にわたる給付管理が不可欠となるので国が保険者となるのが自然であるが、給付主体（市町村）と分離してしまうという問題があるとの指摘があった。

また、制度が成熟化するまでの間の高齢者は、若年期の納付がなくても保険料を納付している以上、要介護状態になれば一定の給付をせざるを得なくなると考えられるが、そうなれば、バランス上、同じ保険料を納付している若年者も要介護状態になれば同様の給付をすることになるので、65歳以上の者にのみ受給権が発生するという構成が結局、困難になるという問題もあるのではないかという意見もあった。

4 介護保険料

○市町村を保険者とする場合には、市町村の介護サービス水準に応じた保険料水準とすることが基本となるが、これに対し、国を保険者とし全国一律とすべきとの意見や、国が保険者の場合であっても地域ごとのサービス水準に応じた保険料を国が設定すべきとの意見もあった。

○介護保険料の設定については、被保険者の所得形態が様々であることから、負担能力とは関係なく受益があることに基づき定額とする方式（応益保険料）を基本に、負担能力に応じて所得の一定割合とする方式（応能保険料）を加味することが考えられる。こうした考え方にに基づき、当面定額保険料とするが低所得者には軽減措置を講ずる案や、所得の状況に応じて所得段階別の定額保険料とする案、定額＋定率保険料とする案がある。

○介護保険料は、一定年齢以上のすべての個人を被保険者とする保険であるので、介護保険料は個人負担が基本であり、事業主の負担は企業内福利厚生の一環として労使の話し合いに委ねるべきであるという意見と、被用者分の介護保険料については、事業主負担を法定すべきであるとの意見があった。

○また、介護保険料の納付義務者は、被保険者本人とするが、徴収の確実性を期するため、世帯主及び配偶者を連帯納付義務者とするほか、老齢年金受給者については、保険者の事務負担を軽減するため、年金額が一定額以上の者は年金からの特別徴収を検討することが必要である。

さらに、介護保険料の未納対策として、未納がある場合の給付の差し止め規

定を置くとともに、「要介護状態になったときにまとめて払えばよい」といったモラルハザードが生じることを防ぐため、過去に保険料未納の前歴がある場合に給付率の引き下げを行う仕組みを導入するなどの措置を検討する必要がある。

5 高齢者と若年者の負担

○高齢者を被保険者とする場合、高齢者が介護保険料として負担する費用と若年者が世代間連帯の観点から負担する費用の割合をどのように設定するかが問題となる。これについては、①各々の時点で高齢者・若年者を通じて1人当たりの平均的負担額を同水準とする考え方、②高齢者と若年者のそれぞれの負担総額が同じになるように設定する考え方、③人口構造が成熟する時点（2020年）においてそれらの額が同水準となるようにするという考え方がある。

また、これらに関連し、②の考え方を基本とするが、高齢者の負担能力を考慮し、高齢者1人当たり平均的負担額が若年者1人当たり平均的負担額の2倍となるまで公費で補填するという意見があったほか、③の考え方について、人口構造が成熟化するまでの間、高齢者1人当たりの平均的負担額が若年者1人当たりの平均的負担額と同じとなるよう、高齢者負担の一部を公費によって軽減するという考え方も示された。これらの場合においては、安易な公費依存が定着しないよう人口構造が成熟化する時点において確実に終了するように法律上規定することが必要である。

このほか、若年者1人当たりの平均的負担額について、例えば20～39歳と40～64歳というように年代別に差をつけるという意見もあった。

○被保険者を高齢者とすれば、若年者は介護保険料という形ではなく世代間連帯もしくは社会的扶養の観点から高齢者介護費用の一部を負担することとなるが、その徴収方法としては、①医療保険者が徴収責任を負い、一括して納付する方式、②医療保険者が徴収を代行する方式、③年金保険者が徴収を代行する方式、④保険者（財政主体）が直接徴収する方式が考えられる。

上記③から④のいずれの方式を採るにしても、この若年者の負担が確実に納付されることは介護保険制度を成り立たせる上で極めて重要であり、世代間扶養の理解を得るための啓発努力をする一方、若年者の負担の滞納に対する措置を含め、その確実な収納を確保する仕組みが必要である。

○これらの方式のうち、②から④は、若年者個々人が納付義務を負うものであるが、次のように負担の公平性、徴収の効率性等の観点から困難な問題という指摘があった。

具体的には、②又は③の医療保険者や年金保険者による徴収代行、④の介護保険者による直接徴収のいずれの場合も、住民あるいは国民個々人に賦課されるものであるが、所得捕捉率に違いがあるといわれている状況を踏まえると公平な徴収が実質的に確保できないのではないかという意見があるほか、市町村保険者とした場合、市町村ごとに異なる保険料を医療保険者などが効率的に徴収できるかという問題がある。また、徴収代行の場合、十分な徴収が期待できなくなるおそれがある。

○若年者の負担を確実にかつ効率的に確保するための具体的方法としては、①の医療保険者がその加入している若年者の数に応じて、分担金として一括して納付する方法について議論がなされた。

ただし、医療保険者に負担を求めることについては、介護保険制度の給付が

行われることにより医療給付費の負担が軽減される側面がある一方、老人医療費拠出金負担が医療保険財政に与えている影響に鑑み、老人保健制度の基本的見直しがない限り、介護保険制度の安定が確保できないのではないかという意見があった。

○医療保険者の負担を求める場合、その指標となる若年者の範囲については、社会的扶養を担う一員として一般的に認められる20歳以上64歳までとするという考え方が有力であるが、老人保健制度と同様に全国民で支えるという観点から0歳以上64歳までとする考え方もある。また、各医療保険者は65歳未満の被保険者から医療保険料と一体的に徴収することが効率的であると考えられる。

その場合、介護費用に充てるために医療保険者が各被保険者から徴収する費用は、老人医療費拠出金と異なり医療保険料とは別に明示することとする方が、個々の若年者にとって介護費用の負担関係が明確になって好ましいという意見があった。

○また、医療保険者が負担する費用を医療給付費と同様に扱うという意見と、医療給付費と同様には扱わないという意見があった。前者の場合、被用者保険においては、医療給付費と同様に事業主負担があり、国民健康保険においては、医療給付費に対するのと同様に国庫負担が行われることとなる。

これに対し、後者の意見の場合、事業主負担については、前述の介護保険料における取扱いと同様に、事業主が費用の一部を負担するとしても、それは企業内福利厚生の一環として労使の話し合いに委ねるべきであるとし、これとのバランス上、国民健康保険の負担分への国庫負担のあり方について疑問を呈する意見があった一方、被保険者分に関する事業主負担は法定すべきであり、その割合は7割とする意見や労使折半とする意見があった。

6 公費負担

○介護保険制度に対する公費負担は、社会全体で必要な費用を支え合うという制度の基本的あり方を踏まえ、また、従来の老人福祉制度や老人保健制度の公費負担状況も勘案して、介護給付費の1/2を基本とする意見が多数であった。

これに対し、公費負担について、従来の福祉制度の公費負担状況や新たに介護保険料の負担を求めることを考慮し、介護給付費の1/2ではなく、利用者負担分も含む総介護費用の1/2とすべきとの意見もあった。

○公費負担のうち、国・都道府県・市町村の内訳は、現行の老人福祉制度や老人保健制度における国・都道府県・市町村の負担状況を総合的に勘案する必要があるが、その際、将来増大する介護需要に対処できる財源確保を図るとともに、地方の負担が過重とならない配慮をすべきとの意見があった。

○また、介護保険制度の円滑な運営のため、次のような点に配慮することが考えられる。

①介護保険料において低所得者軽減制度を設ける場合における公費による補填

②介護サービス基盤のより一層の整備を進める観点から行う基盤整備に対する公費の投入

③医療保険者に介護費用の負担を求める場合において現行制度に比し負担が急増する保険者に対する財政支援措置

7 利用者負担

○高齢者介護に関する現行の利用者負担は、福祉（措置）制度と医療保険制度

との間でも、また、在宅と施設の間でも不合理な格差が生じているので、この格差を是正するため、介護保険制度においては、受益に応じた負担として統一的なルールを設定することが適当である。

○利用者負担の設定に当たっては、受益に応じた公平な負担という観点から、定率1割負担とすることが考えられる。これに対し、2割程度とする意見や8%とすべき意見もあった。この場合、低所得の高齢者については利用者負担の軽減を講ずるとともに、定率負担とした場合、負担額が高額となることがあるので、負担が著しく重くならないよう医療保険の高額療養費と同様の仕組みを制度化することが必要であるとの意見があった。また、施設介護については、在宅介護とのバランスや高齢者の自立が図られてきている状況からみて、食費等日常生活費は、利用者本人の負担とすることが考えられる。

これに対し、食費等日常生活費の範囲については、介護施設における実態を踏まえて具体的に検討すべきであるとの意見があった。

8 民間セクターの役割

○介護保険制度における民間セクターの役割としては、前述のとおり、特に在宅サービスを中心として、民間の営利・非営利の事業主体が介護サービス提供機関となることが考えられる。また、民間事業者が介護保険制度の介護給付として標準的に行われるサービス（上乘せ-追加的サービス）又は介護給付として行われるサービスメニュー以外のサービス（横だし-追加的メニュー）を行うという役割もある。

公的介護保険制度創設に伴い、民間介護保険拡大のネックとなっていた要介護認定事務について、公的介護保険制度に基づき行われる要介護認定の結果を活用することが可能となるので、それを前提とした商品設計等により、今後民間介護保険の参入が容易になるものと考えられる

第4部 基盤整備等

1 基盤整備

(1) 基盤整備の考え方

○高齢者のための介護サービス基盤は、高齢社会の重要な社会資本であり、地域の特性を踏まえた上で、全国的にみて均衡ある基盤の整備を図ることが重要である。したがって、実際に介護サービス基盤の整備を進めるに当たっては、サービスモデルで示されたサービス水準の実現に向けて、①介護保険制度導入までの間、②制度導入時から本格施行までの間、③本格施行以降といった段階ごとに、制度導入に伴うサービス利用の増加や新たな介護サービスに対するニーズの動向等を踏まえ、総合的かつ計画的な整備を進める必要がある（参考6「高齢者介護費用及び基盤整備量の将来推計」）。

その際、前述のとおり、介護保険制度の円滑な運営を確保するため、介護サービス基盤のより一層の整備を進める観点から行う基盤整備に対し、公費の投入を行う等の配慮が必要である。

○介護サービス基盤の整備については、国・都道府県・市町村がそれぞれの役割に応じた責任を担うべきである。特に施設の供給体制の確保等については、国及び都道府県が果たすべき役割は引き続き大きい。

(2) 施設整備の促進方策

○介護サービス基盤の整備を進めるため、一般病院の療養型病床群への転換、養護老人ホームの特別養護老人ホームへの転換などを進める必要がある。その際、療養型病床群等については、施設要件の見直しや現行の転換促進方策の拡充等について検討がなされるべきである。学校、保育所等の既存公共施設の介護サービス提供施設への転用も考慮すべきである。

○現在国庫補助負担金等の公費を中心とした施設整備が行われている老人福祉施設については、介護報酬との関係を整理する必要があるが、介護保険制度導入後も公費の助成が必要である。また、関連する現行税制についても、それを維持する方向で検討する必要がある。

(3) 人材の養成・確保、質の向上

○ホームヘルパー、訪問看護婦等の在宅サービスを担う要員、介護施設で介護にあたる職員など人材の養成・確保については、処遇の改善等による魅力ある職場づくり、研修の充実、潜在的人材の活用など、幅広い観点から計画的な対応策を考え、サービスモデルで示されたサービス水準が達成できるような要員の確保に努める必要がある。

○また、人材の質の向上を図るため、ホームヘルパー等の研修のあり方や業務の評価方法等についてさらに工夫するとともに、介護支援担当者の養成システムの確立を急ぐ必要がある。さらに、介護にあたる家族やボランティア、いわゆる潜在看護職員などに対する介護の知識技術の普及、啓発に積極的に取り組むことが望まれる。

このほか、民生委員などこれまで地域において高齢者の支援、見守り、連絡調整を担ってきた人材を高齢者介護においても引き続き活用するほか、広く地域において、それらの機能を担う人材のネットワーク化を推進することも必要である。

(4) 不服申立等

○介護保険制度の適正な運用を確保するため、要介護認定や保険料賦課等に対する不服申し立ての仕組み、介護サービス等に関するオンブズマン制度などを確立すべきである。

(5) その他

○介護サービスを身近で利用しやすいものにしていくために、保健福祉に関する情報システムの統合・整備等を行うとともに、福祉用具について、情報提供の拡充や機能評価方法の確立を図ることが重要である。

さらに、介護サービスで使用される資材や消耗品等が円滑に供給され適切に処理されるような配慮も必要である。

2 施行の時期と方法

○介護保険制度の施行に当たっては、必要な準備期間を置き、国民に対し制度の全体的仕組みや運用の仕方に関する情報を分かりやすく提供して十分な理解を求めるとともに、保険者やサービス提供機関において要介護認定業務、ケアプランの作成など施行に必要な事前準備、介護支援担当者の養成、体制づくりを進め、できる限り円滑かつ早期に制度が実施できるよう努めるべきである。

○より円滑な施行という観点から、在宅サービスを施設サービスに先行して実施するとか、各保険者ごとにサービス基盤の整備状況等に応じて段階的に施行するといった方法についても検討する必要がある。

3 関連制度の取扱い

○介護保険制度の創設は、既存の医療保険制度や老人福祉制度をはじめとする社会保障制度全体のあり方と深く関わるものであることから、社会保障制度の全般的な再構築・効率化という観点から、既存の社会保障制度についても、介護保険制度創設との関連で、そのあり方について総合的な見直しを行うことが求められる。

○介護保険制度のあり方とも密接な関連を有する老人保健制度については、今後、老人医療費拠出金の算定方法だけでなく、老人医療費の適正化、老人医療費を賄う拠出金、公費及び患者負担のあり方など老人保健制度全体の論点について検討を加え、できるだけ早く結論を得る必要がある。

さらに、老人医療費を支える医療保険制度のあり方についても、今後、関係審議会において、検討がなされることを期待したい。

○年金制度に関連しては、介護保険の給付が高齢者の自立した生活を支援することを目的に提供されるものであることから、要介護者に対する介護給付と年金給付との関係について、各々の機能・役割分担をどのように考えるかという観点からの検討が行われる必要がある。

○また、介護保険制度が導入された場合における生活保護制度上の介護サービスの位置付け等についても検討される必要がある。

おわりに

当審議会における審議の概要及び意見は以上のとおりである。

厚生省においては、本報告の趣旨に十分配慮し、より多くの国民、関係者の理解が得られるよう、できるだけ早く高齢者介護保険制度の具体的な試案を作成し、国民的議論に供することに努められたい。当審議会としては、同試案について検討を加えた上で、厚生省案の諮問をまって、さらに高齢者介護保険制度に関する審議を深め、当審議会として答申を取りまとめることとしたい。

厚生大臣菅直人殿

医療審議会
会長 浅田敏雄

今後の医療提供体制の在り方について（意見具申）

本審議会は、平成7年4月に基本問題検討委員会を設置し、21世紀に向けた今後の医療提供体制の在り方について検討を行った。

今般、以下のとおり当審議会としての意見を取りまとめたので、意見具申する。

I 医療提供体制の現状と今後の在り方

1. 現状と問題点

○我が国の保健衛生水準は、平均寿命の伸長や乳児死亡率の低下等に見られるように、生活水準の向上、医学・医療技術の進歩、医療提供体制や医療保障制度の充実等を背景に、戦後、大きく改善されてきた。特に、医学や医療技術の進展は、種々の疾病の診断や治療に大きく貢献してきたものといえよう。

○一方で、近年、高齢化の進展、成人病中心の疾病構造への変化、質の向上を求める国民のニーズの高まり等、我が国の医療を取り巻く環境は著しく変化してきた。このため、医療機関の量的整備が要請され、また、急性疾患が疾病の中心であった昭和23年に制定された医療法に基づく我が国の医療提供体制を見直していくことが課題となっている。

○このような状況に対応して、昭和60年及び平成4年に、医療法が改正された。昭和60年には、医療資源の効率的活用、医療関係施設相互の機能連携の確保等を図る観点から、医療計画制度が導入された。また、平成4年には、医療提供に関する基本的な理念を明示するとともに、医療提供施設を機能に応じて体系化する観点から、理念規定の位置付け、特定機能病院や療養型病床群の導入等の改正が行われた。

○しかしながら、現状の医療提供体制をめぐって、国民や医療関係者等から、なお、次のような問題が指摘されている。

(1) 医療関係施設間の役割分担が明確でなく、また、連携も十分図られていないことや、広告事項が限定されていることから、患者は適切に医療機関を選択することが困難な面があり、結果として、大病院への患者の集中等が生じ、医療資源が有効に活用されず、医療全体として効率が悪くなっているのではないかと。

(2) 増大する長期療養患者に対応して、患者の生活の質に配慮した療養環境を整備する必要があるのではないかと。特に、新たな高齢者介護制度への対応として、身近な医療機関を活用しつつ、介護体制の整った施設の整備を急ぐ必要があるのではないかと。また、保健、医療、福祉の連携を図りつつ、在宅医療等を支援する体制を整備する必要があるのではないかと。

(3) 日常生活圏において、医療の機能や質の面を考慮して、救急医療や、専門性の高い医療等を提供する医療機関の体系的な整備を進める必要があるのではないかと。

(4) 医療は、患者の立場を尊重し、医療の担い手と受ける者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情報提供を進める必要があるのではないかと。

(5) 医療機関の運営主体である医療法人については、地域医療に貢献し、事業を安定的に継続していく方向に改善していく必要があるのではないかと。

(6) 今後、人口の高齢化や低成長率が見込まれる一方で、国民医療費は国民所得の約7%を占めるに至っており、その動向が国民経済に与える影響も大きく、また、各医療保険制度ともその財政が赤字構造に転じており、深刻な状況になっている。今後の医療保険制度の在り方に関する関係審議会における検討状況を踏まえ、医療施設間の機能分化・連携の推進、要介護者に対応した医療提供体制の整備、病床数の適正化、医師数等の適正化、高額医療機器の配置や利用の効率化等、医療提供体制の効率化に取り組むことが必要ではないか。

2. 今後の医療提供体制の基本的な在り方

○このような問題認識を踏まえつつ、少子高齢化、医療ニーズの多様化・高度化、医療情報へのニーズの高まり、低成長構造にシフトした国民経済、厳しい国家財政等、医療を取り巻く環境の変化に対応した医療提供体制を構築していくことが緊要となっている。

○一方で、医療提供体制は、国民生活に密着したものとなっており、医療提供体制の見直しは、医療の受け手である国民の理解を得ながら取り組んでいく必要がある。

○このような観点から、今回の検討に当たっては、医学・医療の進歩等を踏まえ、新たな高齢者介護制度の導入の検討を契機として、医療提供体制を見直し、日常生活圏において通常の医療ニーズに対応できる体制の整備、国民や患者の立場に立った医療情報の提供等を進めることを当面の主要課題とすることが適当と考える。

○当面する見直しの基本的視点は次のとおりである。

(1) 住民が身近な医療機関で安心して医療が受けられるように、二次医療目で通常の医療ニーズに対応できる体制の整備

(2) 患者の病態に応じて適切な医療が確保されるように、救急医療や専門性の高い医療を提供する医療機関等、機能を考慮した医療機関の体系的な整備

(3) 今後増大が見込まれる介護が必要な状態にある高齢者等に適切に対応するため、保健、医療、福祉にわたるサービスを総合的・一体的に推進する体制の整備の一環として、在宅医療や在宅介護の支援とともに、特に、療養環境の整った療養型病床群の整備促進

(4) 地域における医療関係施設の連携確保、高額医療機器の効率的な利用等により、地域の必要な医療のニーズ等を踏まえた効率的な医療提供体制の確立

(5) 患者、国民の立場や選択を尊重した医療提供や情報提供の推進

(6) 医療法人の継続性・安定性を図る観点から、財団や持分のない医療法人等公益性の高い医療法人の普及とともに、医療が福祉サービスと総合的・一体的に提供されるように、医療法人の附帯業務の拡大

(7) 経済構造、財政構造と整合性のとれた国民医療を提供するための適切な医療提供体制の構築

II 医療施設機能の体系化

1. 患者のニーズに応じた医療機関の在り方

(1) 基本的考え方

○平成4年の医療法改正で高度な医療を必要とする患者、長期療養患者に対応するものとして、特定機能病院及び療養型病床群が創設された。今後は、医学・医療の進歩等を踏まえて、急性期の患者や専門性の高い医療が必要な患者等、患者のニーズに応じて適切な医療を提供する医療機関を明らかにし、患者が自分の病状等にあった医療機関を適切に選択しやすくすることが必要である。

○また、医療関係施設の間での役割分担を明確にすることにより、医療提供の効率性を高めるとともに、同時に、医療機関としても各施設独自の機能を十分発揮できるように、医療

施設機能の位置付けと地域における体系的整備の在り方を検討していく必要がある。

(2) 診療所、小病院の在り方

○我が国の一般の診療所数は、昭和40年の64,254から平成6年には85,588と大幅に増加している。このうち有床診療所は一貫して減少し、昭和40年に一般診療所の42%を占めていたものが、平成6年では26%と、無床診療所の占める割合が増大している。また、病院数については、平成2年をピークにほぼ横ばいで推移しており、平成6年で9,731となっている。このうち、100床未満の病床規模の病院数（全体の43%）は近年減少に転じており、特に50床未満の病院数は昭和50年代から一貫して減少している。

○このような状況の中で、診療所や小病院は、住民に身近な医療機関であり、地域における必要な医療の確保や医療資源の有効活用の観点から、その在り方を考えることが必要である。

○診療所や小病院については、その機能や位置付けを明確にすることが必要であり、在宅医療を支援する機能や高齢化に伴い増大する介護が必要な状態にある高齢者等を受け入れる機能を持つことが期待される。また、緊急時等にいつでも患者が必要な医療を受けられるように、地域における体制の整備が求められている。さらに、地域で専門性の高い医療等を提供する機能を持つ診療所や小病院も求められている。

○診療所については、地域住民が近くの開業医で病気の治療だけでなく、気軽に健康相談等の包括的な保健医療サービスを経続的に受けられるように、「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」としての役割を果たしていくことが期待される。

(3) 在宅医療等を実施する医療機関の在り方

○居宅等で療養している患者に対するCAPD（自己腹膜灌流）、在宅酸素療法、在宅末期医療、在宅歯科医療等、在宅医療を進めるとともに、デイ・ケア、短期間の入院療養、機能訓練、訪問看護等を実施する医療機関の整備等についても検討する必要がある。その際、在宅医療も地域における医療提供体制の一環として位置付け、地域の適正かつ効率的な医療供給を踏まえた取り組みを進めることが必要である。

(4) 専門性の高い医療を提供する医療機関の在り方

○がん、周産期医療、急性期のリハビリ、救急医療の提供等、専門的な機能を有する医療機関については、地域の中でニーズに対応できるように整備を進めることが必要である。さらに、医療機関がこれらの医療を提供するために必要な施設、設備等を有する場合には、住民に対し必要な情報を分かりやすく提供していくことが必要であろう。

(5) 精神病床の在り方

○精神病床については、長期入院患者が多い実態等を踏まえ、退院・社会復帰を推進するとともに、質の高い療養生活を安心して送ることができるように施設基準の見直し等を検討する必要がある。

(6) 地域医療の充実・支援を行う医療機関の在り方

○地域の診療所や中小病院は、地域における医療の中心的な提供主体としてプライマリケアを担っているところであるが、地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携等を図る観点から、かかりつけ医等を支援する医療機関の位置付けを検討することが必要である。このような医療機関としては、一定規模の病床を有し、救急医療の実施や在宅医療の支援、施設・設備の開放等を行うとともに、地域の医師等医療関係者に対する研修、医療機関に対する情報提供等の機能を持つことが適当である。また、がん等の単一の機能を有する病院であっても、地域の医療機関と連携して、必要な医療の確保に寄与する場合には、地域の医療を支援する医療機関として位置付けていくことが適当であろう。なお、これらの医療機関は紹介患者を積極的に受け入れていくことが期待される。

○また、この場合、総合病院制度との関係を整理することが必要である。総合病院は、制

度創設時においては、一定以上の病床規模、機能を有する病院に総合病院としての名称独占を与えることにより地域の中心的な病院としての役割を果たすことが期待されたものである。今日、総合病院創設時の意義、役割は薄れてきており、地域の医療を支援する医療機関の位置付けの検討に当たっては、名称独占規定のある総合病院制度の抜本的見直しが必要である。

(7) 医療関係施設相互の連携

○医療関係施設相互の機能分担を図るとともに、機能連携を進めることは、効率的な医療提供体制を確立する上で、重要な課題である。これによって、患者も適切な医療機関を選択することが可能となり、また、必要に応じ、高度な医療や専門性の高い医療を提供する医療機関へ紹介されるなど、機能に応じた適切な医療が提供されることとなる。

○このため、いわゆる病診連携推進事業等により、開業医等と、開放型病院、紹介患者を受け入れる医療機関や高額医療機器の共同利用を行う医療機関との間でネットワーク化の取組が行われているが、未だ十分ではない。これを一層円滑かつ効果的ならしめるために、必要な情報の提供・交換や連絡調整組織の強化、高額医療機器の利用の効率化等、これらの実施に対する支援方策を講じ、機能連携を進めていくことが必要である。

2. 医療計画の見直し

○医療資源の効率的活用に配慮しつつ、医療提供体制のシステム化を図ることを目的とした医療計画制度は、昭和61年に導入された。医療計画では、医療圏の設定及び必要病床数を必要的記載事項とし、機能を考慮した病院の整備の目標、救急医療の確保、医療関係施設相互の機能や業務連携等に関する事項は任意的記載事項とされている。このため、現行の医療計画は、病院病床の総量規制を中心としたものとなっている。

○日常生活圏において、必要な医療を確保し、医療機関の機能分化と連携を図る観点から、医療計画を通常の医療ニーズに対応するために設定されている二次医療圏を単位として、地域医療のシステム化を図り、地域における真に効率的な医療提供体制を確立するための計画へと充実していくことが必要である。

○このため、医療計画において、二次医療圏単位に、

- ・専門性の高い医療を提供する施設等、機能を考慮した医療施設の整備の目標
- ・救命救急センターの整備等、救急医療の確保
- ・へき地中核病院の整備等、へき地医療の確保
- ・病院のオープン化や高額医療機器の適正かつ効率的配置・共同利用、かかりつけ薬局による医薬分業等、医療関係施設相互の機能や業務の連携

等に関する事項を必ず定めることとし、地域の特性に配慮しつつ、地域における真に必要なニーズを踏まえて、地域医療のシステム化の具体的な方策及び整備目標等を明示することが適当である。

このように医療計画を活用して、日常生活圏で医療ニーズを充足できる体制の確立、医療関係施設の機能分化を通じた効率的な医療提供体制を実現していくことが適当である。

○また、人口の高齢化や疾病構造の変化等を踏まえ、長期療養が必要な患者と短期療養が必要な患者の各ニーズに対応した施設や病床等の整備を図っていくことが必要である。痴呆性疾患に対応する精神病床については、二次医療圏単位で整備を図っていくことが適当である。

○さらに、医療や福祉の各サービスの総合的・一体的な提供という観点から、医療計画と老人保健福祉計画の圏域を一致させるとともに、医療と福祉を通じた全体としての最適なサービス供給量を決定すること等、その整合性を図ることが必要である。

○なお、救急医療の確保に当たっては、引き続き初期、二次及び三次の救急医療体制の整

備を図るとともに、災害時にも対応できる広域救急医療情報システムの整備を図ることが必要である。また、歯科救急医療の確保が図れるように、休日等歯科診療所の整備を進めるとともに、精神科救急医療システムの整備を進めていくことが必要である。

3. 公的医療機関と民間医療機関の役割

○公的医療機関は、へき地医療や救急医療、医療関係者の養成等一般の医療機関に常には期待できない業務を担い、これまで一定の役割を果たしてきたものとする。

○一方で、近年、民間医療機関の中には救急医療や、臨床研修病院として医療関係者の養成等を実施し、公的医療機関と同様の役割を果たしているものもある。こうした現状を踏まえ、救急医療やへき地医療の実施など、その担う機能に着目した助成措置を引き続き実施する必要がある。

Ⅲ 要介護者に対応した医療提供体制

1. 要介護者への医療提供の在り方

○我が国の急速な人口構造の高齢化に伴い、介護が必要な状態にある高齢者等は、平成5年で200万人となっているが、将采推計によれば、平成12年（2000年）に280万人、平成22年（2010年）に390万人と増加するものと推計されている。

○特に、要介護高齢者については、その者の状態に応じた適切な保健、医療、福祉サービスが総合的・一体的に提供されることが必要であり、このために新たな高齢者介護制度が早期に導入されることが望まれている。

○要介護者に対しては、在宅医療等の推進とともに、要介護者を受け入れる体制の整備を図っていくことが必要である。特に、要介護高齢者については、今後、訪問看護サービスやホームヘルプサービス、デイ・ケア、デイサービス、ショートステイ等の在宅サービスの充実とともに、施設サービスについては特別養護老人ホームや老人保健施設のほか、人員配置・構造設備の面で介護体制の整った療養型病床群の整備を進めていくことが適当である。

2. 療養型病床群の整備促進

○療養型病床群は平成4年の医療法改正で導入されたところであり、平成8年1月現在の整備状況は26,856床で、このうち病床転換型が8割を占めている。また、病床規模別の設置状況を見ると、小規模な病院ではほとんど設置されていない現状にある。

○要介護高齢者の増大等に対応し、今後、療養型病床群の整備を促進することが必要であるが、このためには、次のような措置を検討する必要がある。

(1) 療養型病床群は、医療法上、病院の一般病床に設置することが認められているが、これを有床診療所にも設置することについて検討を行う。この場合、診療所の看護・介護職員の配置及び構造設備については、要介護者の長期療養にふさわしい基準を検討する必要がある。あわせて、診療所の療養型病床群については、患者の収容時間制限を見直す必要がある。

(2) 療養型病床群の整備を図る観点から、療養型病床群を小病院等に拡大していくため、また、長期療養患者の病状は安定しているものと考えられることから、病院の病床のうち療養型病床群の割合が高い小規模病院については、現行の最低3人の医師の配置基準を見直す必要がある。

(3) 療養型病床群については、現在、理学療法士又は作業療法士の配置基準は定められていないが、長期療養患者に対する機能訓練の充実の必要性にかんがみ、病院の実情に応じて理学療法士又は作業療法士を配置することが適当である。

○療養型病床群は、新たな高齢者介護制度において特別養護老人ホーム及び老人保健施設とともに、介護サービスを提供する施設の一つの柱として検討されており、今後、地域の

実情に応じて特別養護老人ホーム、老人保健施設の施設数と整合性を図りつつ、整備促進を行う必要がある。ただし、病床規制の面では、療養型病床群を含めた一般病床全体の病床数が増加することのないようにすべきである。

○療養型病床群の整備を図るためには、一般病院等が療養型病床群への転換を希望する場合に、できる限り転換しやすくなるよう、診療報酬上の措置を整備することを始めとして、社会福祉・医療事業団の融資制度、税制上の措置及び必要に応じて医療機関の転換等に係る現行補助制度を活用することなど転換方策の一層の充実を図ることが必要である。

3. 老人病院等の扱い

○主として老人慢性疾患患者を収容する病院として、人員配置の特例が認められている特例許可老人病院については、病室面積等、療養環境の面で十分ではなく、今後、療養型病床群への転換を積極的に進めることが適当である。

○また、要介護の痴呆性患者については、良質な医療環境を確保する観点から、療養型病床群並の療養環境を有する老人性痴呆疾患療養病棟の整備を推進することが適当である。

4. 要介護者に対する歯科医療提供の在り方

○要介護者に対する歯科医療については、老人保健施設等においては、歯科医療機関と強力関係が図られつつあるが、さらに、要介護者が入所する施設と歯科医療機関の間で協力体制を整備していくとともに、地域において在宅の要介護者や障害者に対する適切な歯科医療を確保するため、歯科診療所に対する支援体制の整備を行っていく必要がある。また、歯科衛生士の活用も含め訪問歯科医療の拡充を図っていくことが必要である。

IV 医療法人の在り方

1. 医療法人制度の経緯

○医療法人制度は、昭和25年の医療法改正により創設された。制度創設の趣旨は、医療の永続性・継続性を確保すること、資金確保を容易にすることにより、医療の普及向上を図ることとされている。その後、一人医師医療法人制度の創設、附帯業務の拡大等、順次改正が行われ、平成7年現在で医療法人の数は2万4千余となっており、医療の重要な提供主体となっている。

2. 医療法人をめぐる状況

○現在、医療法人のうち持分の定めのある社団が98%を占めているが、制度創設以来半世紀近くを経過した現在、多くの医療法人が社員の代替りの時期を迎えており、持分の相続又は社員の脱退により、医療法人としての永続性が脅かされるようなケースも生じている。

○医療法人は、病院、診療所又は老人保健施設を開設することを目的とする法人であり、その附帯業務は、従来は保健衛生の範囲にとどまっていたところであるが、平成元年の高齢者保健福祉推進十ヶ年戦略（ゴールドプラン）の策定以来、順次、福祉的色彩の強い事業にも拡大されてきているところである。本格的な高齢社会を迎える中で、現在、保健、医療、福祉の連携を図りつつ、在宅・施設サービスの整備、特に介護サービスの量的な充実が必要となっている。

○以上のような医療法人を取り巻く状況変化を踏まえ、21世紀における医療法人ひいては医療供給の安定化を図るため、医療法人の業務を含め制度の在り方を見直すことが必要となっている。

3. 業務の在り方

○医療法人の業務は、ゴールドプラン達成という目的もあり、保健、医療、福祉の連携を図る視点から、これまでに在宅介護支援センターの設置、ケアハウスの経営等の在宅福祉事業の実施が認められてきたところである。さらに、在宅サービス等に通じた人材やノウ

ハウを有している医療法人が、ショートステイやホームヘルプ事業等、在宅福祉事業を展開していけるように、医療法上、附帯業務として明確化することが適当である。なお、平成7年3月に閣議決定された規制緩和推進計画においても医療法人が行うことのできる附帯業務として第二種社会福祉事業その他の在宅福祉事業を追加するとされている。

○現在、民法法人、社会福祉法人、学校法人等の公益法人については、設立要件が厳しく、かつ、本来事業が収益性のあるものではないので、その収益を本体事業の経営に充てるための事業の実施が認められている。医療法人については、これまでいわゆる収益事業の実施の必要性が低いと考えられていたため、結果的に民法法人等と比べ業務範囲が制限されてきたが、その資金確保が容易でなく、利益が個人に帰することがないことが担保されている医療法人について、医業の実施に支障のない範囲で、例えば他の医療機関、福祉施設、在宅患者等への給食の提供等のいわゆる収益事業の実施を検討すべきである。

4. 公益性の高い医療法人類型の創設

○財団たる医療法人又は持分の定めのない社団たる医療法人であって、その事業が医療の普及及び向上その他公益の増進に寄与するものであり、かつ、役員と同族性が排除されており、解散した場合の残余財産の帰属が同種の法人に帰属する等の要件を満たした医療法人を公益性の高い医療法人として位置付け、その移行を推進することにより、将来的に保健、医療、福祉の総合的なサービスを提供する主体としてふさわしい医療法人類型の創設を検討することが必要である。

5. 出資額限度方式の社団医療法人の位置付け

○持分の定めのある社団たる医療法人については、社員の脱退による持分の払戻しにより医療機関の経営が立ちゆかなくなるおそれがある。このため、医療機関の継続性を図る観点から、定款により脱退時の持分の払戻し及び解散時の持分の帰属を出資額限度とすることを定めた持分の定めのある社団たる医療法人を医療法上、位置付けられないか、昭和40年代から四半世紀にわたり税制との関連も含め検討されてきたところであるが、法制上の問題、関係者の合意が得られなかったこと等の理由から実現を見ていない。しかし、資産評価額の上昇、医療法人の社員の持分について近年の判決で示された解釈等により、社員の脱退等において医療機関の永続性が脅かされる状況は一層深刻化している。また、出資額限度方式の社団たる医療法人は、医療法に規定された剰余金配当禁止の趣旨からも望ましいものであるといえる。したがって、いわゆる出資額限度方式の社団たる医療法人について、関係者、税務当局等の理解を得ながら、その位置付けと取扱いを検討することが必要である。

V患者の立場・選択を尊重した医療提供の在り方

1. 医療提供に当たっての患者への説明

○医療は、医師等医療の担い手が患者の状況、立場を十分尊重しながら、患者との信頼関係に基づき提供されることが基本である。

○近年の患者の健康意識の高まり、患者の医療ニーズの多様化・高度化、医療内容の専門化・複雑化等に伴い、医療提供者は、患者に対し、医療の内容について十分な説明を行うことが求められている。

○このような状況を踏まえ、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医療法に位置付けることが肝要と考える。

2. 情報提供の促進

○医療機関や医業に関する広告は、患者保護の観点から、医療法において制限され、診療科名、病院名、入院設備の有無等一定の事項のみ広告可能な仕組みとなっている。国民の医療に関する知識の水準の向上と関心の高まり等を背景として、平成4年の医療法改正に

において広告事項の拡大等が行われたところである。

○しかしながら、更に患者ニーズに対応して規制緩和することが求められており、患者が主体的に自分の病状に合った適切な医療機関を選択することが可能となるように、一層、情報提供を進めていく必要がある。

○このため、診療や治療行為といった医療そのものについては、内容の評価は困難であり、客観的であるべき広告にはなじまないが、客観性・正確性を確保し得る事項については、広告事項として幅広く認めることが適当である。

○例えば、病床数、紹介先の病院、個室や2人部屋の数等病室の状況、食堂等の施設の状況、医師や看護婦等職員の人数、利用料金等を広告事項とすることを検討すべきである。

○また、地方公共団体は、地域における医療機関の設置状況等に関する情報を、地域住民に対し、積極的に提供していくことが必要である。この場合、地方公共団体は、医療関係団体等と連携を図りつつ、情報提供を行う必要がある。

VIその他

1. 医師・歯科医師等の資質の向上等

○医療の質の確保・向上は、国民に対する医療提供の在り方を考える上で基本的な要請であり、医療の担い手である医師、歯科医師、薬剤師、看護婦等の資質の向上を図ることは極めて重要である。

○医師及び歯科医師は、専門知識や技能に立脚した疾病を治療する能力のみならず、高い倫理観、豊かな人間性等を身に付けることが必要であり、このような観点から、関係審議会における検討を踏まえつつ、卒後の臨床研修制度を見直すこと等が適当である。

○医師及び歯科医師の需給については、需給見直しを見直すことも含め、適正な供給量とするための必要な方策を早急に講じる必要がある。

○看護職員については、高齢者看護や在宅療養者の看護等、看護ニーズの変化に対応し、看護職員の資質の向上を図るため、その養成の在り方の見直しや、生涯を通じた研修の改善・充実等を図ることが適当である。

○薬剤師は、入院患者、在宅患者への薬剤管理指導の充実、薬歴管理による服薬指導の充実などのニーズに対応していくため、その資質の向上を図っていくことが必要である。

2. 薬剤師の配置

○薬剤師は調剤数80につき1人配置することとされているが、調剤技術の進歩とともに、服薬指導や薬歴管理等の病棟業務の増大という状況を踏まえ、業務に応じて適切な数の薬剤師を配置する観点から、病棟単位に薬剤師1人を配置するなど入院患者数等を考慮した基準に見直すことが適当である。

3. 医療機能の評価

○医療ニーズの多様化・高度化に対応して、患者に対し良質な医療を効率的に提供するとともに、医療機関自らの位置付けを客観的に把握することができるようにするためには、第三者による機能評価等、医療機関の機能評価を進め、また、その情報が可能な範囲で適切に患者に伝達されるようにしていくことが適当である。

4. 規制緩和の推進

○医療法に係る規制については、手続等の簡素化が図られてきている。サービスの質を確保しつつ、国民の利便性の向上や医療機関等の負担軽減の観点から、引き続き、医療を取り巻く環境変化を踏まえ、各種規制の内容が時代に合ったものかどうか吟味し、その緩和に取り組むことが必要である。

5. 保健医療分野の情報化

○医療の質の向上、医療機関等の連携、効率的な医療機関経営等を図るため、保健医療分

野における情報化の取組が期待されている。情報化推進のためには、情報の共通利用に必要な用語、コード及び情報システムの標準化を一層進め、その基盤整備を図ることが不可欠である。

○今後、情報ネットワークを活用して、住民・患者への情報提供や医療関係従事者・医療機関や薬局等の中で連携・情報交換を進め、質の高い総合的なサービスを提供し、地域医療の充実を図っていくことが必要である。電子カルテについては、その実用化に向けてシステムの標準化のための研究開発等を推進することが必要である。また、へき地等の医療に情報通信技術を活用することを更に検討すべきである。

6. 寄付金等の活用の検討

○医療機関に対する患者からの寄付等については、経理を区分するなど透明性を確保した上で、医療施設の整備等、医療の充実のために有効に活用されることが望まれる。

おわりに

本審議会においては、当面する主要課題について、その具体的な方策等を検討してきたところであるが、本意見で指摘した見直しの方向や具体的な方策については、今後、関係者の意見も踏まえながら、その実現に向けた取組がなされることが必要である。特に、具体的な方策を実現するためには、診療報酬において評価を行うなど必要な措置を講じることが重要であり、関係審議会において本意見を踏まえた議論が行われることを期待する。さらに、21世紀に向けて、国民が安心して良質かつ適切な医療を受けることができる医療提供体制について、議論を深めていくことが望まれる。

平成8年4月26日 与党福祉プロジェクトチーム
『“制度試案”作成指示』

急速な高齢化の中で介護問題を解決していくためには、新たな介護制度を創設することが求められている。

このため、与党福祉プロジェクトチームとしては、当チームとの調整を図るため厚生省に対したたき台として介護保険制度に関する試案を作成し、提出することを要請する。当チームとしては、この試案を基にさらに審議を重ね、国民的議論の中でコンセンサスを得て法案化を進めることとしたい。

その際、特に次の点に留意して試案を作成されたい。

- ①国民負担のあり方や社会保障制度の効率化、公平化の措置を含め社会保障全体の道筋を示すこと
- ②保険者については、まず、市町村の不安を払拭するため財政不安の解消、事務体制の整備、広域化等具体的な対応策を十分に検討すること
- ③介護サービス基盤整備の着実な実施のための方策を明らかにすること
- ④費用は、国、地方公共団体、事業主、高齢者及び現役世代等が納得できるような確実かつ公平に分担するための理念、方策を明らかにすること

また、この際あわせて、民間事業者や住民参加型組織の活用、文教施設等の介護施設への転用、十分な準備体制の整備にも留意されたい。

平成8年5月10日 与党福祉プロジェクトチーム
自由民主党座長 衛藤晟一
社会民主党座長 五島正規
新党さきがけ座長 荒井聰

『介護保険制度の試案作成に当たっての基本的視点』

- 1 老化に伴って生じる介護ニーズに適確に応えられる効率的で公平な、負担と受益のバランスのとれた利用者本位の制度とすること。
- 2 制度構成は、地方分権という時代の流れを踏まえたものとする。この場合、市町村に財政・事務両面で過度の負担をかけないための必要な措置を講じること。
- 3 高齢者、現役世代、事業主等が納得して費用を負担できるような方策を講じること。また、将来にわたって保険財政が安定するような措置を盛りこむこと。
- 4 社会的入院の解消及び施設間の利用者負担の適正化等を進めつつ、国民負担が過度にならないよう努めること。
- 5 介護サービスが充実するよう、現物給付を原則とすること。特に、マンパワーの養成確保及び施設整備の促進について配慮すること。
- 6 規制緩和を進め、多様な民間事業者の参入を促し、介護関係の市場の拡大につながる制度とすること。また、民間保険との適切な連携がとれる給付設計とすること。
- 7 施行までの間に、十分な準備ができる期間をとること。また、実施に当たって市町村等の不安を少なくするとともに施設整備の状況等を踏まえ、段階的な施行を検討すること。さらに、施行後一定期間内に介護を巡る諸状況の変化を踏まえ、制度を全面的に見直すこと。

介護保険制度試案

《基本的な考え方》

(1) 高齢化の進展等に伴い高齢者介護が大きな社会問題となっている状況を踏まえ、高齢者が自立した生活が送れるよう、老化に伴い介護が必要な者に対して社会的な支援を行う仕組みを確立する。

(2) 地方分権の推進や介護サービスの地域性を重視する観点から、住民に最も身近な行政主体である市町村を基本に置いた制度とする。ただし、安定的かつ効率的な制度運営を確保するため、財政・事務両面で、国及び都道府県が重層的に支え合う制度とする。

(3) 介護が必要な者が、自らの意思でサービスの利用を選択でき、ニーズに即した介護サービスが総合的、一体的に提供されるような利用者本位の制度とする。また、介護サービスが充実するよう、現物給付を原則とし、マンパワーの養成確保及び施設整備の促進を図る。

(4) 規制緩和を進め、多様な民間事業者等の参入を促し、介護関係の市場の拡大につながる制度とする。介護の専門職のみならず、市民参加の非営利団体、地域住民やボランティアなども参加できる柔軟な仕組みとする。

なお、民間保険の積極的な活用が可能となるよう努める。

(5) 介護サービスに要する費用は、社会保険制度により、高齢者、現役世代、事業主等が連帯して支え合うこととし、国及び地方公共団体による公費負担も適切に組み入れることとする。

(6) 国民負担が過度にならないよう、効率的な介護サービスの提供に配慮するとともに、社会的入院の解消や施設間の利用者負担の適正化等を進める。また、将来にわたって保険財政が安定するような仕組みとする。

(7) 施行までの間に十分な準備期間を置くとともに、実施に当たっては、市町村等の不安の解消を図り、施設整備の状況等を踏まえ段階的に施行する。さらに、施行後一定期間内に介護をめぐる状況の変化を踏まえ、制度の見直しを行うものとする。

I 施行準備と介護サービスの基盤整備について

1. 介護保険制度の円滑な施行のための準備

(1) 介護保険制度の施行に当たっては、国民に対し制度の全体的仕組みや運用の仕方に関する情報を分かりやすく提供して十分な理解を求めるとともに、施行に必要な事前準備として、①要介護認定やケアプランの作成に係る準備、②介護支援担当者の養成、③保険料徴収システムの検討などを進め、円滑に実施できるように努める。

(2) このため、できる限り早期に、適切なモデル地域を対象として要介護認定等の試行を行い、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結果を制度施行に反映させるものとする。

2. 介護サービスの基盤整備

(1) 基本的な考え方

○介護保険制度の円滑な実施のためには、それを支える介護施設や人材などといった介護サービス基盤の整備が極めて重要な課題となる。このため、地域の特性を踏まえつつ、全国的に見て均衡ある介護サービス基盤の整備を計画的に行う。

(2) 施設整備の促進方策

○介護サービス基盤の整備を進めるため、介護力強化病院等の療養型病床群への転換、養護老人ホームの特別養護老人ホームへの転換等を進める。療養型病床群のあり方を検討

し、施設要件や転換促進方策の見直し等を行う。また、学校、保育所等の既存公共施設で転用可能なものについて介護サービス提供施設への転用を推進する。

(3) 人材の養成・確保、質の向上など

○ホームヘルパー、訪問看護婦等の在宅サービスや介護施設で介護にあたる人材の養成・確保については、魅力ある職場づくり、研修の充実、潜在的人材の活用など幅広い観点から計画的な対応策を考え、サービスモデルで示されたサービス水準が達成できるように努める。

○また、人材の質の向上を図るため、サービスの質や業務の評価方法を確立するとともに、介護支援担当者の養成に努める。さらに、介護にあたる家族、ボランティアなどに対する介護の知識・技術の普及、啓発に積極的に取り組む。

(4) 情報システムの整備と事務、サービスの共同化

○介護サービスを身近で利用しやすいものにしていくために、保健福祉に関する情報システムの統合・整備等を進め、情報の公開を図るとともに、福祉用具や住宅改修等について、情報提供の拡充や機能評価方法の確立を図る。

○また、市町村における要介護認定業務の共同化や介護サービス提供機関の共同設置・利用など、市町村間の連携を図るとともに、利用者の便宜を考慮した簡便な事務処理方法について検討する。

○介護サービス基盤の計画的な整備を進めるため、国において全国的な整備目標などの基本指針を示す一方、都道府県及び市町村は、介護サービスの基盤整備に関する計画を策定するものとする。こうした計画を通じ、①人材の養成・確保、②介護施設の整備、③各サービス提供機関間のネットワークの確立、④情報システムの確立を計画的に進める。

○特に、小規模市町村や介護サービス不足地域については、サービス供給体制の広域化、基盤整備等に対し積極的な支援を行う。

II 介護保険制度について

1. 保険者

(1) 保険者は、市町村及び特別区とする。

(2) 保険運営の安定性、効率性を確保するため、保険運営の広域化、財政調整などの支援措置を講ずる。

①要介護認定について、事務の共同化、広域化等を進める。

②給付費が見通しと異なって変動することや保険料未納等による保険財政の不安定性を補完する仕組みを導入する。

③後述の第2種被保険者の保険料を全国でプールし、市町村ごとの高齢化率の違いに伴う負担の格差を調整するよう、市町村に対して交付するとともに、保険者努力に期待できない事由に起因する保険料負担の格差を財政調整により是正する。

2. 被保険者

(1) 基本的な考え方（介護保険と障害者福祉の役割分担）

○高齢者介護が大きな社会問題となっている状況を踏まえ、介護保険制度は、老化に伴う介護ニーズに適切に応えることを目的とする。障害者福祉（公費）による介護サービスについては、障害者プランに即して、引き続き充実を図るものとする。

(2) 介護保険における被保険者の範囲

○介護保険が対象とする老化に伴う介護ニーズは、高齢期のみならず、中高年期においても生じ得ること、また、40歳以降になると、一般に老親の介護が必要となり、家族とい

う立場から介護保険による社会的支援という利益を受ける可能性が高まることから、40歳以上の者を被保険者とし、社会連帯によって介護費用を支え合うものとする。

(3) 被保険者の区分

○給付や負担面の違いを踏まえ、被保険者は、65歳以上の者（第1種被保険者）と40～64歳の者（第2種被保険者）に区分する。

①介護保険においては、要介護リスクの高まる65歳以上の高齢者が基本となる。40～64歳の者は、自らが要介護となるリスクが低く、しかも、老化に伴う介護のケースに限定される。

②負担の面では、高齢者は中心的な受給者であることから、その居住する地域で受けた介護サービスの水準に応じて保険料を負担することが考えられる。

これに対し、40～64歳の者は、社会的扶養の観点から費用を負担する要素もあることから、全国共通のルールによって費用を負担する仕組みとする。

3. 介護給付

(1) 受給者

○被保険者であって、老化に伴い介護が必要となった者を受給者とし、いわゆる虚弱老人も、寝たきり予防等の観点から必要なサービスを提供する。

第1種被保険者の場合は、高齢者であることから、その原因を問わず要介護者は一般的に介護保険の対象となる。

第2種被保険者については、老化に伴う介護という観点から、具体的な対象範囲を定める（それ以外のケースは、障害者福祉の介護サービスの対象とする。）。

(2) 介護給付の受給手続

①要介護認定

○被保険者が介護保険の給付を受けようとする場合には、保険者に申請して、介護が必要な状態にあることの認定を受けるものとする。認定は、要介護認定機関が公平かつ客観的な基準に従い、専門家の合議によって審査した結果に基づき保険者が決定することにより行う。

○要介護認定については、効率的な事務処理や専門家の確保といった観点から、要介護認定の事務の共同化、広域化等を進める。

被保険者に判断能力がなく、身寄りもないような場合や緊急に保護が必要な場合については、行政の措置によって、サービス利用を確保するものとする。

②ケアプランの作成

○要介護認定を受けた被保険者は、自らの意思に基づき、利用する介護サービスを選択することができる。

○被保険者は、自らの意思に基づき、ケアプラン（介護サービスの提供に関する計画）の作成をケアプラン作成機関に依頼できる。ケアプラン作成機関においては、専門家が被保険者や家族の相談に応じ、ケアプランを作成の上、実際のサービス利用につなぐ。ケアプラン作成機関は、市町村が設置するもののほか、在宅介護支援センター、訪問看護ステーションなどの在宅サービス機関、介護施設、医療機関であって一定の要件を満たすものが設置できる。

(3) 介護給付の内容

①介護給付額

○要介護認定を受けた被保険者は、在宅サービスを利用する場合、要介護度ごとに設定された介護給付額の範囲内で、実際に利用した介護サービスについて給付を受けることができる。また、超過分を本人が負担することにより、介護給付額を超えて介護サービスを利用

用できる仕組みとする。

○在宅サービスに関する介護給付額は、現実に提供可能なサービスに見合った水準とし、サービス基盤の整備の進捗状況等に応じて、段階的に望ましい水準の実現を目指すものとする。

○施設サービスについては、被保険者の要介護度や施設の人員配置状況等を踏まえ、必要とされる費用に基づき、介護給付額を設定する。

②利用者負担

○介護サービスの利用者負担は、介護給付の対象となる費用の1割とする。また、施設については、食費は利用者負担とし、日常生活は給付対象外とする。

ただし、負担額が著しくならないよう、医療保険の高額医療費と同様の仕組みを制度化する。

○利用者負担の水準については、介護サービスの整備状況や介護費用の水準等を勘案して、一定期間ごとに、適正な国民負担等の観点からその在り方を見直すものとする。

③対象となるサービス

○介護給付の対象となる介護サービスは、下記のとおりとする。

【在宅サービス】

ア. ホームヘルプサービス

イ. デイサービス

ウ. リハビリテーションサービス（デイケア、訪問リハビリテーションを含む）

エ. ショートステイ

オ. 訪問看護サービス

カ. 福祉用具サービス

キ. 痴呆性老人向けグループホーム

ク. 住宅改修サービス

ケ. 訪問入浴サービス

コ. 医学的管理等サービス

サ. 有料老人ホーム、ケアハウス等における介護サービス

シ. ケアマネジメントサービス

【施設サービス】

ア. 特別養護老人ホーム

イ. 老人保健施設

ウ. 療養型病床群、老人性痴呆疾患療養病棟その他の介護体制の整った施設

○市町村は、地域の非営利組織等が提供する在宅サービスであって、必要かつ相当と認められるものを介護の必要度に応じて設定された給付額の範囲内で給付対象とすることができる。

○市町村は、地域の実状に応じて独自のサービスを付加給付することができる。

(4) 介護サービス提供機関

○介護サービス提供機関は、一定の要件を備え、良質な介護サービスを安定的に提供できる機関とする。

○介護サービス提供機関の事業主体は、施設サービスにおいては現行の事業主体を基本としつつも、在宅サービスについては、利用者本位の効率的なサービス提供の観点から、民間事業者や住民参加の非営利組織などの多様な主体が参加し得ることとする。

4. 費用負担

(1) 費用負担の区分

○介護費用の負担区分は、次のとおりとする。

①第1種及び第2種被保険者の負担 介護給付費総額の1/2

②公費負担 介護給付費総額の1/2

(2) 第1種被保険者の費用負担

○第1種被保険者は、市町村が、当該市町村のサービス水準に応じて定めた保険料額を負担する。

保険料は市町村が徴収するものとし、老齢年金受給者のうち、一定の基準に該当する者については、年金からの特別徴収を検討する。保険料の納付義務者は被保険者本人とし、世帯主及び配偶者を連帯納付義務者とする。

○保険料未納者については、給付率の引き下げ等の措置を講ずる。

(3) 第2種被保険者の費用負担

①保険料の算定方法と医療保険者による一括納付

○第2種被保険者は、自らの介護リスクに備えるとともに、社会的扶助の考え方に基づき費用を負担する。第2種被保険者は就労や所得形態が多様であることから、確実かつ効率的な徴収を確保するため、各医療保険者が自らの保険に加入している第2種被保険者の負担すべき費用を一括納付する方法を採用する。

○医療保険者が一括納付する金額は、国が介護給付費総額に基づき定めた第2種被保険者の基準負担額に、各医療保険に加入している第2種被保険者数を乗じた金額とする。各医療保険者は、医療保険各法の定めるところにより、これに係る費用をその被保険者から介護保険料として医療保険料と一体的に徴収する。

○被用者保険については事業主負担、国保等については医療保険各法に従い国庫負担を行うものとする。

②介護保険者への交付（高齢化率の相違に係る調整）

○各医療保険者が一括納付した第2種被保険者の保険料は、全国レベルでプールし、市町村の高齢化率の違いによる第1種被保険者の保険料負担の格差が調整されるよう、介護保険者に対しその介護給付のうち第2種被保険者の負担割合に相当する額を基に交付する。

(4) 財政調整

○保険者努力に期待することができない、以下の事由等に起因する第1種被保険者の保険料負担の格差を是正するため、公費等により一定の調整措置を講ずる。

①介護施設の集中度の相違

②災害時の保険料減免等特殊な場合

③要介護リスクの高い後期高齢者の加入割合の相違

(5) 公費負担

○公費負担は、介護給付費の1/2とする。

○介護サービス基盤のより一層の整備を進めるために公費を投入するとともに、現行制度に比し負担が急増しないよう配慮する。

5. 施行及び検討

(1) 円滑な施行を目指し、必要な準備期間を置くため、平成11年4月から実施に移す。

この場合、在宅サービスを先行実施し、社会的入院の解消を図りつつ、施設サービスについては5年後（平成13年）を目途に実施する。

（注）在宅及び施設の給付内容については一本の法律で規定し、施設サービスの実施時期は、別に定めるものとする。

(2) 施設サービスについては、介護の質の向上を図るため、介護保険施行前においても、ケアプラン作成の義務づけや介護体制の強化を図るとともに、老人医療を含めた施設

間の利用者負担の格差是正等を進めていくものとする。

(3) 家族介護に対する現金支給は、原則として当面行わないものとする。

(4) 介護サービスの整備状況や介護費用の動向、社会保険をめぐる状況を踏まえ、施行一定期間後に、被保険者の年齢、他制度との整合性を含め、給付内容及び費用負担のあり方等全般的な見直しを行うものとする。

介護保険制度修正試案

1 介護保険制度の基本的考え方と実施のための条件整備

介護保険制度の基本的考え方

(1) 高齢化の進展等に伴い高齢者介護が大きな社会問題となっている状況を踏まえ、高齢者が自立した生活が送れるよう、老化に伴い介護が必要な者に対して社会的な支援を行う仕組みを確立する。

(2) 介護保険は、医療と福祉に関わる各主体が、それぞれの機能を発揮しつつ、重層的に支え合う制度とする。給付は、住民に最も身近な行政主体である市町村が国や都道府県の協力を得ながら実施する一方、安定的かつ効率的な制度運営を確保するため、市町村、国、都道府県、医療保険者などが、それぞれの役割に応じ費用を分担する仕組みとする。

(3) 介護が必要な者が、自らの意思でサービスの利用を選択でき、ニーズに即した介護サービスが総合的、一体的に提供されるような利用者本位の制度とする。また、介護サービスが充実するよう、現物給付を原則とし、マンパワーの養成確保及び施設整備の促進を図る。

(4) 介護サービスの提供主体に対する規制緩和を進め、多様な民間事業者等の参入を促すことにより、介護関係の市場や雇用の拡大につながる制度とする。また、市民参加の非営利団体、地域住民の組織なども参加できる柔軟な仕組みとする。

なお、公的保険を上回るニーズ等に応えるため、民間保険の積極的な活用が可能となるよう努める。

(5) 介護サービスに要する費用は、社会保険制度により、高齢者、現役世代、事業主等が連帯して支え合うこととし、国及び地方公共団体による公費負担も適切に組み入れることとする。

(6) 介護保険の導入、今後進められる社会保障制度全般にわたる再構築に先行して、その前提条件を整備するものであり、国民負担（租税・社会保険料負担）が過度にならないよう、利用者負担と適切な組み合わせを行った上で、効率的な介護サービスの提供や社会的入院の解消、施設間の利用者負担の適正化等を進めるものとする。この場合、将来にわたって保険財政が安定するよう、利用者負担と保険料負担のあり方について一定期間ごとに見直す弾力的な仕組みとする。

(7) 施行までの間に十分な準備期間を置くとともに、実施に当たっては、市町村等の不安の解消を図り、基盤整備の状況等を踏まえ段階的に施行する。さらに、施行後一定期間内に社会経済の動向や介護をめぐる状況の変化を踏まえ、制度を適切に見直す柔軟構造の仕組みとする。

2. 介護保険制度の円滑な施行のための準備

(1) 介護保険制度の施行に当たっては、国民に対し制度の全体的仕組みや運用の仕方に関する情報を分かりやすく提供して十分な理解を求めるとともに、施行に必要な事前準備として、①要介護認定やケアプランの作成に係る準備、②介護支援専門員（ケアマネジャー）の養成、③保険料徴収システムの検討などを進め、円滑に実施できるように努める。

(2) このため、できる限り早期に、適切なモデル地域を対象として要介護認定等の試行を行い、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結果を制度施行に反映させるものとする。

3. 介護サービスの基盤整備

(1) 基本的な考え方

○介護保険制度の円滑な実施のためには、それを支える介護施設や人材などといった介護サービス基盤の整備が極めて重要な課題となる。このため、地域の特性を踏まえつつ、全国的に見て均衡ある介護サービス基盤の整備を計画的に行う。

(2) 施設整備の促進方策

○介護サービス基盤の整備を進めるため、介護力強化病院等の療養型病床群への転換、養護老人ホームの特別養護老人ホームへの転換等を進める。療養型病床群のあり方を検討し、施設要件の見直しを行うなど転換促進方策を強化する。また、保育所、学校等の既存公共施設で転用可能なものについて介護サービス提供施設への転用を推進するなど、特に都市部における介護サービス提供施設の整備を促進する。

(3) 人材の養成・確保、質の向上など

○ホームヘルパー、訪問看護婦等の在宅サービスや介護施設で介護にあたる人材の養成・確保については、魅力ある職場づくり、研修の充実、潜在的人材の活用、共同組織や民間機関による人材養成など幅広い観点から計画的な対応策を講ずることにより、サービスモデルで示されたサービス水準ができるだけ早く全国的に達成できるように努める。

○また、人材の質の向上や職種間の連携を図るため、サービスの質や業務の評価方法を確立するとともに、介護支援専門員の養成に努める。さらにホームヘルパーなど介護サービスを担う人材や、介護にあたる家族、ボランティアなどに対して、通信衛星など多様な手段を活用して、介護の知識・技術の普及、啓発に積極的に取り組む。

(4) 情報システムの整備と事務、サービスの共同化

○介護サービスを身近で利用しやすいものにしていくために、保健福祉に関する情報システムの統合・整備等を進め、情報の公開を図るとともに、福祉用具や住宅改修等について、情報提供の拡充や機能評価方法の確立を図る。

○市町村における要介護認定業務の共同化や会計サービス提供機関の共同設置・利用、ホームヘルパー、訪問看護婦などの人材の確保について、都道府県の協力を得て、事務や基盤整備の連携・協力体制を推進する。また、利用者の便宜を考慮し、被保険者証は健康手帳を活用するなど簡便な事務処理方法について検討する。

4. 国及び都道府県、市町村による計画的な基盤整備

○介護サービス基盤の計画的な整備を進めるため、国において全国的な整備目標などの基本指針を示す一方、都道府県及び市町村は、介護サービスの基盤整備に関する計画を策定するものとする。こうした計画を通じ、①人材の養成・確保、②介護施設の整備、③各サービス提供機関間のネットワークの確立、④情報システムの確立を計画的に進める。

○特に、小規模市町村や都市部・へき地などの介護サービス不足地域についてはサービス提供体制の広域化、基盤整備等に対し積極的な支援を行う。

II. 介護保険制度の骨格

1. 事業主体（保険者）

○事業主体（保険者）は、市町村及び特別区とし、国都道府県、市町村及び医療保険者が、それぞれの役割に応じて重層的に支え合う制度とする。

2. 事業主体に対する支援方策

○保険運営の安定性、効率性を確保するため、保険運営の広域化、財政調整などの支

援方策を講ずる。

①市町村における保険運営を支援するため、保険料基準の設定、財政調整、介護サービス提供機関の調整などを共同で行う「介護保険者連合会（仮称）」を都道府県ごとに設置するものとする。

②給付費が見通しと異なって変動した場合や、保険者努力に期待できない保険料の未納による保険財政の不安定性について、その対策の全てを保険者の努力に負わせることのないよう、介護保険者連合会において必要な財政支援を行う仕組みを導入する。

国、都道府県、市町村は、介護保険者連合会が行う財政支援事業に対して共同して支援を行う。

③要介護認定については、市町村が行うほか、都道府県などへの委託や介護保険者連合会における実施ができるものとする。

④後述の第2号被保険者の保険料を全国でプールし、市町村ごとの高齢化率の違いに伴う負担の格差を調整するよう、市町村に対して交付するとともに、保険者努力に期待できない事由に起因する保険料負担の格差を財政調整により是正する。

3. 被保険者

(1) 基本的な考え方（介護保険と障害者福祉の役割分担）

○高齢者介護が大きな社会問題となっている状況を踏まえ、介護保険制度は、老化に伴う介護ニーズに適切に応えることを目的とする。障害者福祉（公費）による介護サービスについては、障害者プランに即して、引き続き充実を図るものとする。

(2) 介護保険における被保険者の範囲

○介護保険が対象とする老化に伴う介護ニーズは、高齢期のみならず中高年期においても生じ得ること、また、40歳以降になると一般に老親の介護が必要となり、家族という立場から介護保険による社会的支援という利益を受ける可能性が高まることから、40歳以上の者を被保険者とし、社会連帯によって介護費用を支え合うものとする。

(3) 被保険者の区分

○給付や負担面の違いなどを踏まえ、被保険者は、65歳以上の者（第1号被保険者）と40～64歳の者（第2号被保険者）に区分する。

①介護保険においては、要介護リスクの高まる65歳以上の高齢者が自らの要介護リスクについて共同連帯により助け合うとともに、40～64歳の者は、自らの老化に伴う要介護リスクに備えるほか、社会的扶養の観点から費用を負担する。

②負担の面では、高齢者は中心的な受給者であることから、その居住する地域で受けた介護サービスの水準に応じて保険料を負担することが考えられる。

これに対し、40～64歳の者は、全国共通のルールによって費用を負担する仕組みとする。

4. 介護給付

○被保険者であって、老化に伴い介護が必要となった者を受給者とし、いわゆる虚弱老人も寝たきり予防等の観点から必要なサービスを提供する。

第1号被保険者の場合は、高齢者であることから、その原因を問わず要介護者は一般的に介護保険の対象となる。

第2号被保険者については、老化に伴う介護という観点から、具体的な対象範囲を定める（それ以外のケースは、障害者福祉施策による介護サービスの対象外とする。）。

(2) 介護給付の受給手続

①要介護認定

○被保険者が介護保険の給付を受けようとする場合には、保険者に申請して、介護が必要な状態にあることの認定を受けるものとする。認定は、要介護認定機関が国の定めた公平かつ客観的な基準に従い、専門家の合議によって審査した結果に基づき保険者が決定することにより行う。

○保険者は、要介護認定に当たって、要介護状態にならないための予防、要介護状態の軽減又は悪化の防止等について必要な指導・助言を行うものとする。

○要介護認定については、効率的な事務処理や専門家の確保といった観点から、都道府県への委託や介護保険者連合会における実施等を進める。

○被保険者に判断能力がなく、身寄りもないような場合や緊急に保護が必要な場合については、行政の措置によって、サービス利用を確保するものとする。

○要介護認定等に関する不服申し立ての制度を設ける。

②ケアプランの作成

○要介護認定を受けた被保険者は、自らの意思に基づき、利用する介護サービスの種類や介護サービス提供機関を選択することができる。

○被保険者は、自らの意思に基づき、ケアプラン（介護サービスの利用に関する計画）の作成をケアプラン作成機関に依頼できる。

○ケアプラン作成機関においては、専門家が被保険者や家族の相談に応じ、ケアプランを作成の上、実際のサービス利用につなぐ。

○ケアプラン作成機関は、市町村が設置するもののほか、在宅介護支援センター、訪問看護ステーションなどの在宅サービス機関、介護施設、医療機関であって一定の要件を満たすものが設置できる。

(3) 介護給付の内容

①介護給付額

○要介護認定を受けた被保険者は、在宅サービスを利用する場合、要介護度ごとに設定された介護給付額の範囲内で、実際に利用した介護サービスについて給付を受けることができる。

○また、超過分を本人が負担することにより、介護給付額を超えて介護サービスを利用できる柔軟な仕組みとする。

○在宅サービスに関する介護給付額は、現実に提供可能なサービスに見合った水準とし、サービス基盤の整備の進捗状況等に応じて、段階的に望ましい水準の実現を目指すものとする。

○施設サービスについては、被保険者の要介護度や施設の人員配置状況等を踏まえ、必要とされる費用に基づき、介護給付額を設定する。

②利用者負担

○介護サービスの利用者負担は、介護給付の対象となる費用の1割とする。また、施設については、食費は利用者負担とし、日常生活費は給付対象外とする。ただし、負担額が著しくならないよう、低所得者に対する配慮も含め、医療保険の高額療養費と同様の仕組みを制度化する。

○利用者負担の水準については、介護費用や保険料負担の水準等を勘案して一定期間ごとに、適正な国民負担等の観点からそのあり方を見直すものとする。

③対象となるサービス

○介護給付の対象となる介護サービスは、下記のとおりとする。

【在宅サービス】

ア. ホームヘルプサービス

イ. デイサービス

- ウ. リハビリテーションサービス（デイケア、訪問リハビリテーションを含む）
- エ. ショートステイ
- オ. 訪問看護サービス
- カ. 福祉用具サービス
- キ. 痴呆性老人向けグループホーム
- ク. 住宅改修サービス
- ケ. 訪問入浴サービス
- コ. 医学的管理等サービス
- サ. 有料老人ホーム、ケアハウス等における介護サービス
- シ. ケアマネジメントサービス

【施設サービス】

- ア. 特別養護老人ホーム
- イ. 老人保健施設
- ウ. 療養型病床群、老人性痴呆疾患療養病棟その他の介護体制の整った施設
- 在宅サービスについては、できる限り在宅生活が可能になるように24時間対応を視野に入れた体制として、早朝、夜間及び深夜の巡回サービスを普及する。
- 市町村は、地域の非営利組織等が提供する在宅サービスであって、必要かつ適当と認められるものを介護の必要度に応じて設定された給付額の範囲内で給付対象とすることができる。（この場合、具体的実施方法として、利用券方式の活用などを検討する。）
- 市町村は、地域の実状に応じて独自のサービスを付加給付とすることができる。

(4) 介護サービス提供機関

- 介護サービス提供機関は、一定の要件を備え、良質な介護サービスを安定的に提供できる機関とする。
- 介護サービス提供機関の事業主体は、施設サービスについては当面、現行の事業主体を基本としつつも、在宅サービスについては、利用者本位の効率的なサービス提供の観点から、民間事業者や住民参加の非営利組織などの多様な主体が参加し得ることとする。

5. 費用負担

(1) 費用負担の区分

- 介護費用の負担区分は、次のとおりとする。
- ①第1号及び第2号被保険者の負担 介護給付費総額の1/2
- ②公費負担 " 1/2
- 第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合については、両者の1人当たり負担額が同水準となるように設定する。

(2) 第1号被保険者の費用負担

- 第1号被保険者の保険料は、低所得者に配慮して、所得段階別の定額保険料とし、中期的（3年程度）な期間ごとに、介護保険者連合会が設定する都道府県、圏域または市町村単位の保険料基準を参考として定めることができる。
- 保険料は市町村が徴収するものとし、老齢年金受給者のうち、一定の基準に該当する者については、年金からの特別徴収を行う。保険料の納付義務者は被保険者本人とし、世帯主及び配偶者を連帯納付義務者とする。
- 保険料未納者については、給付率の引き下げ等の措置を講ずる。

(3) 第2号被保険者の費用負担

- ①保険料の算定方法と医療保険者による一括納付

○第2号被保険者は、自らの介護リスクに備えるとともに、社会的扶助の考え方にに基づき費用を負担する。第2号被保険者は就労や所得形態が多様であることから、確実かつ効率的な徴収を確保するため、各医療保険者が自らの保険に加入している第2号被保険者の負担すべき費用を一括納付する方法を採用する。

○医療保険者が一括納付する金額は、国が介護保険法に基づき介護給付費総額を基に定める第2号被保険者の1人当たり基準負担額に、各医療保険に加入している第2号被保険者数を乗じた金額とする。各医療保険者は、医療保険各法の定めるところにより、これに係る費用を介護保険料として医療保険料と一体的に徴収する。

○医療保険者が一括納付するため、被保険者から徴収する保険料の収納を確保するため、医療保険各法における未納対策を強化する。

②介護保険者への交付（高齢化率の相違に係る調整）

○各医療保険者が一括納付した第2号被保険者の保険料は、全国レベルでプールし、市町村の高齢化率の違いによる第1号被保険者の保険料負担の格差が調整されるよう、介護保険者に対しその介護給付費実費のうち前述の第2号被保険者の負担割合に相当する額を、精算方式により交付する。

（4）財政調整

○保険者努力では対応することができない、以下の事由等に起因する第1号被保険者の保険料負担の格差を是正するため、公費により調整措置を講ずる。

①要介護リスクの高い後期高齢者の加入割合の相違

②高齢者の負担能力の相違

③災害時の保険料減免等特殊な場合

なお、介護施設の集中する特定市町村の負担の増大については、負担の均衡を図るため、現在国民健康保険で実施されている住所地特例措置を設ける。

（5）公費負担

○公費負担は、介護給付費の1/2とする。国及び地方団体は、介護保険者の給付費実績のうち、それぞれ1/4に相当する額を、精算方式により負担する。

○介護サービス基盤のより一層の整備を進めるために公費を投入する。

○医療保険者については、医療保険各法による国庫負担のほか、現行制度に比し負担が急増する医療保険者に対し、その財政能力に応じて国費による助成を行う。

6. 施行

（1）円滑な施行を目指し、必要な準備期間を置くため、平成11年4月から実施に移す。この場合、在宅サービスを先行実施し、社会的入院の解消を図りつつ、基盤整備の状況を踏まえ、施設サービスについては平成13年を目途に実施する。

（注）在宅及び施設の給付内容については一本の法律で規定し、施設サービスの実施時期は、別に定めるものとする。

（2）施設サービスについては、介護の質の向上を図るため、介護保険施行前においても、ケアプラン作成の義務づけや介護体制の強化を図るとともに、老人医療を含めた施設間の利用者負担の格差是正等を進めていくものとする。また療養型病床群等については施行後一定の経過期間内において、確実な転換を図るものとする。

（3）保険者は、要介護者を介護する家族を評価し、それを支援する観点から、保険福祉事業の一環として、自らの保険料財源により各種の家族支援事業（この場合も利用券の活用等が考えられる。）を行い得る。ただし、家族介護に対する現金支給は、原則として当面行わないものとする。

（4）介護サービスの整備状況や介護費用の動向、社会保障をめぐる状況を踏まえ、

施行一定期間後に、被保険者の年齢、他制度との整合性を含め、給付内容及び費用負担のあり方等全般的な見直しを行うものとする。

平成8年6月6日

介護保険制度案大綱

1. 介護保険制度の基本的考え方と実施のための条件整備

1. 介護保険制度の基本的考え方

(1) 高齢化の進展等に伴い高齢者介護が大きな社会問題となっている状況を踏まえ高齢者が自立した生活が送れるよう、老化に伴い介護が必要な者に対して社会的な支援を行う仕組みを確立する。

(2) 介護保険は、医療と福祉に関わる各主体が、それぞれの機能を発揮しつつ、重層的に支え合う制度とする。給付は、住民に最も身近な行政主体である市町村が国や都道府県の協力を得ながら実施する一方、安定的かつ効率的な制度運営を確保するため、市町村、国、都道府県、医療保険者などが、それぞれの役割に応じ費用を分担する仕組みとする。

(3) 介護が必要な者が、自らの意思でサービスの利用を選択でき、ニーズに即した介護サービスが総合的、一体的に提供されるような利用者本位の制度とする。また、介護サービスが充実するよう、現物給付を原則とし、マンパワーの養成確保及び施設整備の促進を図る。

(4) 介護サービスの提供主体に対する規制緩和を進め、多様な民間事業者等の参入を促すことにより、介護関係の市場や雇用の拡大につながる制度とする。また、市民参加の非営利団体、地域住民の組織なども参加できる柔軟な仕組みとする。なお、公的保険を上回るニーズ等に応えるため、民間保険の積極的な活用が可能となるよう努める。

(5) 介護サービスに要する費用は、社会保険制度により、高齢者、現役世代、事業主等が連帯して支え合うこととし国及び地方公共団体による公費負担も適切に組み入れることとする。

(6) 介護保険の導入は、今後進められる社会保障制度全般にわたる再構築に先行して、その前提条件を整備するものであり、国民負担（租税・社会保険料負担）が過度にならないよう、利用者負担と適切な組み合わせを行った上で、効率的な介護サービスの提供や社会的入院の解消、施設間の利用者負担の適正化等を進めるものとする。この場合、将来にわたって保険財政が安定するよう、利用者負担と保険料負担のあり方について一定期間ごとに見直す弾力的な仕組みとする。

(7) 施行までの間に十分な準備期間を置くとともに、実施に当たっては、市町村等不安の解消を図り、基盤整備の状況等を踏まえ段階的に施行する。さらに、施行後一定期間内に社会経済の動向や介護をめぐる状況の変化を踏まえ、制度を適切に見直す柔軟な仕組みとする。

2. 介護保険制度の円滑な施行のための準備

(1) 介護保険制度の施行に当たっては、国民に対し制度の全体的仕組みや運用の仕方に関する情報を分かりやすく提供して十分な理解を求めるとともに、施行に必要な事前準備として、①要介護認定やケアプラン（居宅・介護施設サービス計画）の作成に係る準備、②介護支援専門員（ケアマネジャー）の養成、③保険料徴収システムの検討などを進め、円滑に実施できるように努める。

(2) このため、できる限り早期に、適切なモデル地域を対象として要介護認定

等の試行を行い、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結果を制度施行に反映させるものとする。

3. 介護サービス基盤整備

(1) 基本的な考え方

○介護保険制度の円滑な実施のためには、それを支える介護施設や人材などといった介護サービス基盤の整備がきわめ重要課題となる。このため地域の特性をふまえつつ、全国的に見て均衡ある介護サービス基盤の整備を計画的に行う。

(2) 施設整備の促進方策

○介護サービス基盤の整備を進めるため、介護力強化病院等の療養型病床群への転換、養護老人ホームの特別養護老人ホームへの転換等を進める。療養型病床群のあり方を検討し、施設要件の見直しを行うなど転換促進方策を強化する。また、保育所、学校等の既存公共施設で転用可能なものについて介護サービス提供施設の転用を推進するなど、特に都市部における介護サービス提供施設の整備を促進する。

(3) 人材の育成・確保、質の向上など

○ホームヘルパー、訪問看護婦等の在宅サービスや介護施設で介護にあたる人材の養成・確保については、魅力ある職場づくり、研修の充実、潜在的人材の活用、共同組織や民間機関による人材養成など幅広い観点から計画的な対応策を講ずることにより、サービスモデルで示されたサービス水準ができるだけ早く全国的に達成できるように努める。

○また、人材の質の向上や職種間の連携を図るため、サービスの質や業務の評価方法を確立するとともに、介護支援専門員の養成に努める。さらに、ホームヘルパーなど介護サービスを担う人材や、介護にあたる家族、ボランティアなどに対して、通信衛星など多様な手段を活用して、介護の知識・技術の普及、啓発に、積極的に取り組む。

(4) 情報システムの整備と事務、サービスの共同化

○介護サービスを身近で利用しやすいものにしていくために、保健福祉に関する情報システムの統合・整備等を進め、情報の公開を図るとともに、福祉用具や住宅改修等について、情報提供の拡充や機能評価方法の確立を図る。

○市町村における要介護認定業務の共同化や介護サービス提供機関の共同設置・利用、ホームヘルパー、訪問看護婦など人材の確保について、都道府県の協力を得て、事務や基盤整備の連携、協力体制を推進する。また利用者の便宜を考慮し、被保険者証は健康手帳を活用するなど簡便な事務処理方法について検討する。

4. 国及び都道府県、市町村による計画的な基盤整備

○介護サービス基盤の計画的な整備を進めるため、国において全国的な整備目標などの基本指針を示す一方、都道府県及び市町村は、介護サービスの基盤整備に関する計画を策定するものとする。こうした計画を通じ、①人材の養成・確保、②介護施設の整備、③各サービス提供機関のネットワークの確立、④情報システムの確立を計画的に進める。

○特に、小規模市町村や都市部・へき地などの介護サービス不足地域についてはサービス提供体制の広域化、基盤整備等に対し積極的な支援を行う。

Ⅱ. 介護保険制度の骨格

1. 事業主体

○事業主体（保険者）は、市町村及び特別区とし、国、都道府県、市町村及び医療保険者が、それぞれの役割に応じて重層的に支え合う制度とする。

2. 事業主体に対する支援方策

○保険運営の安定性効率性を確保するため、保険運営の広域化、財政調整などの支援方策を講ずる。

①市町村における保険運営を支援するため、都道府県ごとの連合組織（以下「連合会」という。）において、保険料基準の設定、財政調整、介護サービス提供機関の調整などを共同で行う。

②給付費が見通しと異なって変動した場合や、保険者努力に期待できない保険料の未納等による保険財政の不安定性について、その対策のすべてを保険者の努力に負わせることのないよう、連合会において必要な財政支援を行う仕組みを導入する。

国、都道府県、市町村は、連合会が行う財政支援事業に対して共同して支援を行う。

③要認定については、市町村が行うほか、連合会、都道府県などへ委託できるものとする。

④後述の第2号被保険者の保険料を全国でプールし、市町村ごとの高齢化率の違いに伴う負担の格差を調整するよう、市町村に対して交付するとともに、保険者努力に期待できない事由に起因する保険料負担の格差を財政調整により是正する。

3. 被保険者

(1) 基本的な考え方（介護保険と障害者福祉の役割分担）

○高齢者介護が大きな社会問題となっている状況を踏まえ介護保険制度は、老化に伴う介護ニーズに適切に応えることを目的とする。障害福祉（公費）による介護サービスについては、障害者プランに即して、引き続き充実を図るものとする。

(2) 介護保険における被保険者の範囲

○介護保険が対象とする老化に伴う介護ニーズは、高齢期のみならず中高年期においても生じ得ること、また、40歳以降になると一般に老親の介護が必要となり、家族という立場から介護保険による社会的支援という利益を受ける可能性が高まることから、40歳以上の者を被保険者とし、社会連帯によって介護費用を支え合うものとする。

(3) 被保険者の区分

○給付や負担面の違いなどを踏まえ、被保険者は、65歳以上の者（第1号被保険者）と40～64歳の者（第2号被保険者）に区分する。

①介護保険においては、要介護リスクの高まる65歳以上の高齢者が自らの要介護リスクについて共同連帯により助け合うとともに、40～64歳の者は、自らの老化に伴う要介護リスクに備えるほか、社会的扶養観点から費用を負担する。

②負担の面では、高齢者は中心的な受給者であることから、その居住する地域で受ける介護サービスの水準に応じて保険料を負担することが考えられる。

これに対し、40～64歳の者は、全国共通のルールによって費用を負担する仕組みとする。

4. 介護給付

(1) 受給者

被保険者であって、老化に伴い介護が必要となった者（要介護者）を受給者とし、いわゆる虚弱老人（要支援者）も寝たきり予防等の観点から必要なサービス（予防給付）を提供する。

第1号被保険者の場合は、高齢者であることから、その原因を問わず要介護者及び要支援者は一般的に介護保険の対象となる。

第2号被保険者については、老化に伴う介護という観点から、具体的な対象範囲を定める（それ以外のケースは、障害者福祉施策による介護サービスの対象とする。）。

(2) 介護給付の受給手続

①要介護認定

○被保険者が介護保険の給付を受けようとする場合には、保険者に申請して、介護が必要な状態にあることの認定を受けるものとする。認定は、要介護認定審査会が国の定めた公平かつ客観的な基準に従い、専門家の合議によって審査した結果に基づき保険者が決定することにより行う。

○保険者は、要介護認定当たって、要介護状態にならないための予防、要介護状態の軽減または悪化の防止等について必要な指導・助言を行うものとする。

○要介護認定については、効率的な事務処理や専門家の確保といった観点から、連合会、都道府県などへの委託を進める。

○被保険者に判断能力がなく、身寄りもないような場合や緊急に保護が必要な場合については、行政の措置によって、サービス利用を確保するものとする。

○要介護認定等に関する不服申し立ての制度を設ける。

②ケアプランの作成

○要介護認定を受けた被保険者は、自らの意思に基づき利用する介護サービスの種類や介護サービス提供機関を選択することができる。

○被保険者は、自らの意思に基づき、ケアプランの作成をケアプラン作成機関（居宅介護支援事業者）に依頼できる。

○ケアプラン作成機関においては、専門家が被保険者や家族の相談に応じ、ケアプランを作成の上、実際のサービス利用につなぐ。

○ケアプラン作成機関は、市町村が設置するもののほか、在宅介護支援センター、訪問看護ステーションなどの居宅サービス機関、介護施設、医療機関であって一定の要件を満たすものが設置できる。

○介護施設においては、ケアプランを作成し、これに基づき施設サービスを提供する。

(3) 介護給付の内容

①介護給付額

○要介護認定を受けた被保険者は、在宅サービスを利用する場合、要介護度ごとに設定された介護給付額の範囲内で、実際に利用した介護サービスについて給付を受けることができる。

○また、超過分を本人が負担することにより、介護給付額を超えて介護サー

ビスを利用できる柔軟な仕組みとする。

○在宅サービスに関する介護給付額は、現実提供可能なサービス量に見合った水準とし、サービス基盤の整備の進捗状況等に応じて、段階的に望ましい水準の実現を目指すものとする。

○施設サービスについては、被保険者の要介護度や施設の人員配置状況等踏まえ、必要とされる費用に基づき、介護給付額を設定する。

②利用者負担

○介護サービスの利用者負担は、介護給付の対象となる費用の1割とする。また、施設については、食費は利用者負担とし、日常生活費は給付対象外とする。ただし、負担額が著しくならないよう、低所得者に対する配慮も含め、医療保険の高額療養費と同様の仕組み（高額介護サービス費）を制度化する。

○利用者負担の水準については、介護費用や保険料負担の水準等を勘案して、一定期間ごとに、適正国民負担等の観点からそのあり方を見直すものとする。

③対象となるサービス

○介護給付の対象となる介護サービスは、下記のとおりする。

【在宅サービス】

ア. ホームヘルプサービス（訪問介護）

イ. デイサービス（通所介護）

ウ. リハビリテーションサービス（デイケア、訪問リハビリテーションを含む）
（リハビリテーション）

エ. ショートステイ（短期入所介護）

オ. 訪問看護サービス（訪問看護）

カ. 福祉用具サービス（福祉用具貸与、購入）

キ. 痴呆性老人向けグループホーム（痴呆対応型共同生活介護）

ク. 住宅改修サービス（住宅改修）

ケ. 訪問入浴サービス（訪問入浴介護）

コ. 医学的管理等サービス（居宅療養管理指導）

サ. 有料老人ホーム、ケアハウス等における介護サービス（特定施設入所者介護）

シ. ケアマネジメントサービス（居宅介護支援）

【施設サービス】

ア. 特別養護老人ホーム（生活介護施設）

イ. 老人保健施設（保健介護施設）

ウ. 療養型病床群、老人性痴呆疾患療養病棟その他の介護体制の整った施設（療養介護施設）

○在宅サービスについては、できる限り在宅生活が可能になるように24時間対応を視野に入れた体制として、早朝、夜間及び深夜の巡回サービスを普及する。

○市町村は、地域の非営利組織等が提供する在宅サービスであって、必要かつ適当と認められるものを介護の必要度に応じて設定された給付額の範囲内で給付対象とすることができる。（この場合、具体的実施方法として、利用券方式の活用などを検討する。）

○市町村は、地域の実情に応じて独自のサービスを付加給付とすることができる。

(4) 介護サービス提供機関

○介護サービス提供機関は、一定の要件を備え、良質な介護サービスを安定的に提供できる機関とする。

○介護サービス提供機関の事業主体は、施設サービスについては当面、現行の事業主体を基本としつつも、在宅サービスについては、利用者本位の効率的なサービス提供の観点から、民間事業者や住民参加の非営利組織などの多様な主体が参加し得ることとする。

5. 費用負担

(1) 費用負担の区分

○介護費用の負担区分は、次のとおりとする。

①第1号及び第2号被保険者の負担 介護給付費総額の1/2

②公費負担 介護給付費総額の1/2

○第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合については、両者の1人当たり負担額が同水準となるように設定する。

(2) 第1号被保険者の費用負担

○第1号被保険者の保険料は、低所得者に配慮して、所得段階別の定額保険料とし、中期的（3年程度）な期間ごとに、連合会が設定する都道府県、圏域または市町村単位の保険料基準を参考として定めることができる。

○保険料は市町村が徴収するものとし、老齢年金受給者のうち、一定の基準に該当する者については、年金からの特別徴収を行う。保険料の納付義務者は被保険者本人とし、世帯主及び配偶者を連帯納付義務者とする。

○保険料未納者については、給付率の引き下げ等措置を講ずる。

(3) 第2号被保険者の費用負担

①保険料の算定方法と医療保険者による一括納付

○第2号被保険者は、自らの介護リスクに備えるとともに、社会的扶養の考え方にに基づき費用を負担する。第2号被保険者は就労や所得形態が多様であることから、確実かつ効率的な徴収を確保するため、各医療保険者が自らの保険に加入している第2号被保険者の負担すべき費用を一括納付する方法を採用する。

○医療保険者が一括納付する金額は、国が介護保険法に基づき介護給付費総額を基に定める第2号被保険者の1人当たり基準負担額に、各医療保険に加入している第2号被保険者数を乗じた金額とする。各医療保険者は、医療保険各法の定めるところにより、これに係る費用を介護保険料として医療保険料と一体的に徴収する。

○医療保険者が一括納付するため、被保険者から徴収する保険料の収納を確保するため、医療保険各法における未納対策を強化する。

②介護保険者への交付（高齢化率の相違に係る調整）

○各医療保険者が一括納付した第2号被保険者の保険料は、全国レベルでプールし、市町村の高齢化率の違いによる第1号被保険者の保険料負担の格差が調整されるよう、介護保険者に対しその介護給付費実績のうち前述の第2号被保険者の負担割合に相当する額を、清算方式により交付する。

(4) 財政調整

○保険者努力では対応することができない、以下の事由等に起因する第1号被保険者の保険料負担の格差を是正するため、公費により調整措置を講ずる。

①要介護リスクの高い後期高齢者の加入割合の相違

②高齢者の負担能力の相違

③災害時の保険料減免等特殊な場合

なお、介護施設の集中する特定市町村の負担の増大については、負担の均衡を図るため、現在国民健康保険で実施されている住所地特例措置を設ける。

(5) 公費負担

○公費負担は、介護給付費の1/2とする。国及び地方団体は、介護保険者の給付費実績うち、それぞれ1/4（都道府県及び市町村は、それぞれ1/8）に相当する額を、清算方式により負担する。

○介護サービス基盤のより一層の整備を進めるために公費を投入する。医療保険者については、医療保険各法による国庫負担のほか、現行制度に比し負担が急増する医療保険者に対し、その財政力等に応じて国費による助成を行う。

6. 施行

(1) 円滑な施行を目指し、必要な準備期間を置くため、平成11年4月から実施に移す。この場合、在宅サービスを先行実施し、社会的入院の解消を図りつつ、基盤整備の状況を踏まえ、施設サービスについては平成13年を目途に実施する。

(注) 在宅及び施設の給付内容については一本の法律で規定し、施設サービスの実施時期は、政令で定めるものとする。

(2) 施設サービスについては、介護の質の向上を図るため、介護保険施行前においても、ケアプラン作成の義務づけや介護体制の強化を図るとともに、老人医療を含めた施設間の利用者負担の格差是正等を進めていくものとする。また、施行後一定の経過期間内において、療養型病床群等の介護施設への転換を図るものとする。

(3) 保険者は、要介護者を介護する家族を評価し、それを支援する観点から、保健福祉事業の一環として、自らの保険料財源により各種の家族支援事業を行い得る。ただし、家族介護に対する現金支給は、原則として当面行わないものとする。

(4) 介護サービスの整備状況や介護費用の動向、社会保障をめぐる状況を踏まえ、施行一定期間後に、被保険者の年齢、他制度との整合性を含め、給付内容及び費用負担のあり方等全般的な見直しを行うものとする。

Ⅲ. 他制度の改正 他制度について、次のとおり、介護保険制度の創設に伴い必要となる改正を行う。（Ⅱ. で記載した内容を含む。）

1. 健康保険法関係

(1) 健康保険法に基づく療養の給付等は、介護保険法に規定する療養型病床群等に入院している者及び当該疾病又は負傷につき、介護保険により、これに相当する給付を受けることができる者に対しては、行わないこと。

(2) 保険料に関する事項

ア. 保険料額は、次の区分に従い、当該掲げる額とする。

(ア) 介護保険の第2号被保険者である被保険者 一般保険料額（被保険者の標準報酬月額に一般保険料率を乗じて得た額）及び介護保険料額（被保険者の標準報酬月額に介護保険料率を乗じて得た額

(イ) (ア) 以外の被保険者 一般保険料額

イ. 介護保険料に係る労使負担割合は、被用者保険各法に準じ、折半とし、健康保険組合については、規約をもって定めることができる。

(3) 政府管掌健康保険の一括納付に要する費用について、国庫補助の対象とする。

2. 船員保険法関係

健康保険法の改正と同様の改正を行う。

3. 国民健康保険法関係

(1) 1. (1)と同様の改正を行う。

(2) 保険料に関する事項

ア. 保険料の徴収目的として介護保険の第2号被保険者の負担分を一括納付するために必要な費用を加える。

イ. 一括納付に要する費用に充てるための保険料は、介護保険の第2号被保険者である被保険者について、賦課する。

(3) 一括納付に要する費用について、国庫負担の対象とする。

(4) 保険料の未納対策を強化する。

4. その他

その他所要の制度の改正を行う。

厚生省発健政第91号
平成8年6月7日

医療審議会
会長 浅田敏雄殿

厚生大臣菅直人

諮問書

医療法（昭和23年法律第205号）を別添要綱のとおり改正することについて、医療法第71条の2第1項の規定に基づき、貴会の意見を求めます。

（別添）

医療法の改正案要綱

第1 改正の趣旨

要介護者の増大に対応し、及び地域に必要な医療を確保するなど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、療養型病床群制度の診療所への拡大、地域医療支援病院の創設及び医療計画制度の充実を行うとともに、医療法人の業務範囲の拡大等に関する規定の整備を行うこと。

第2 改正の要点

1 医療提供に当たっての説明に関する事項

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るよう努めるものとする。

2 施設機能の体系化に関する事項

(1) 診療所の療養型病床群に関する事項

ア 療養型病床群は、病院の病床のみならず、診療所の病床のうち一群のものであって、主として長期にわたり療養を必要とする患者（以下「長期療養患者」という。）を収容するためのものをいうものとする。

イ 診療所に療養型病床群を設けようとする等のときは、都道府県知事の許可を受けるものとする。

ウ 診療所の療養型病床群に係る病床については、病院の一般病床と合わせて医療計画の必要病床数を算定し、これにより診療所の療養型病床群の設置等に関し規制を行うこと。

エ 療養型病床群に収容された患者については、診療所の管理者は患者の収容時間制限の努力義務を負わないものとする。

オ 療養型病床群を設ける診療所は、長期療養患者に適した厚生省令で定める員数の医師、看護婦、看護の補助の業務に従事する者等及び機能訓練室等の施設を有するものとする。

(2) 地域医療支援病院に関する事項等

ア 国、都道府県、市町村、特別医療法人（財団又は持分の定めのない社団たる医療法人であって厚生省令で定める要件を満たすもの）等が開設する病院であって、地域医療の確保のための支援に関し、次に掲げる要件に該当するものは、都道府県知事の承認を得て地域医療支援病院と称することができるものとする。

（ア）他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供し、かつ、病院の建物等を当該病院に勤務しない医師等の診療等に利用させるための体制が整備されていること。

（イ）救急医療を提供する能力を有すること。

（ウ）地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有すること。

（エ）厚生省令で定める病床数以上の収容施設を有すること。

（オ）次に掲げる施設を有すること。

イ 都道府県知事は、地域医療支援病院を承認しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会の意見を聴かなければならないこと。

ウ 地域医療支援病院でないものは、これに地域医療支援病院又はこれに紛らわしい名称を付けてはならないこと。

エ 地域医療支援病院の開設者は、業務に関する報告書を都道府県知事に提出しなければならないこと。

オ 地域医療支援病院の管理者は、厚生省令の定めるところにより、次に掲げる事項を行わなければならないこと。

（ア）他の病院又は診療所から紹介された患者のために医療を提供すること。

（イ）病院の建物等を当該病院に勤務しない医師等の診療等に利用させること。

（ウ）救急医療を提供すること。

（エ）地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせること。

（オ）診療等に関する記録を体系的に備え、かつ、当該病院に患者を紹介しようとする医師等の求めに応じ、診療に関する諸記録等のうち患者の秘密を害するおそれがないものを閲覧させること。

カ 地域医療支援病院は、集中治療室、病理等の検査施設、病理解剖室、研究室、解剖室、図書室、諸記録等を有すること。

キ 都道府県知事は、地域医療支援病院がアに掲げる地域医療支援病院の承認要件を欠くに至ったとき、エ若しくはオに違反するとき、又は構造設備の修繕命令等に違反したときは、その承認を取り消すことができること。

ク 総合病院に関する規定を廃止すること。

3 医療計画に関する事項

(1) 都道府県が定める医療計画においては、病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域の設定及び必要病床数に関する事項のほか、次に掲げる事項を定めるものとする。

ア 地域医療支援病院の整備の目標、療養型病床群に係る病床の整備の目標その他機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項

イ 医療提供施設の設備、器械又は器具の共同利用等病院、診療所、薬局その他医療に関する施設の相互の機能の分担及び業務の係連に関する事項

ウ 休日診療、夜間診療等の救急医療の確保に関する事項

エ へき地の医療の確保が必要な場合においては、当該医療の確保に関する事項

オ 医師及び歯科医師並びに薬剤師、看護婦その他の医療従事者の確保に関する事項

カ その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

(2) (1) に掲げる事項は、二次医療圏ごとの医療提供体制が明らかになるように定めるものとする。

(3) (1) のアの療養型病床群に係る病床の整備の目標に関して標準を厚生省令で定めるものとする。

4 医療法人に関する事項

(1) 医療法人の業務の範囲の拡大

ア 医療法人は、老人居宅介護等事業等の第二種社会福祉事業のうち厚生大臣の定めるものを行うことができるものとする。

イ 特別医療法人は、その開設する病院、診療所又は老人保健施設の業務に支障のない限り、定款又は寄附行為に定めるところにより、その収益を病院、診療所又は老人保健施設の経営に充てることを目的として、厚生大臣の定める業務を行うことができるものとする。

ウ 都道府県知事は、イの業務を行う特別医療法人が定款又は寄附行為に定められた業務以外の業務を行った等の場合は、その業務の停止を命ずることができる。

(2) 都道府県知事は、医療法人がその開設したすべての病院、診療所又は老人保健施設を休止又は廃止後一年以内に正当な理由がないのに再開しないときは設立の認可を取り消すことができる。

5 医業等に関する広告に関する事項

医業等に関して広告できる事項として、療養型病床群の有無及び紹介先の病院又は診療所の名称を追加すること。

平成8年6月10日

老人保健福祉審議会 介護保険制度案大綱について（答申）

平成8年6月6日厚生省発政第14号をもって諮問のあった標記について下記のとおり答申する。

記

1 今日、高齢化に伴い、介護が必要な高齢者が増加するとともに、介護の長期化や重度化が進んでおり、介護の問題は、老後生活における最大の不安要因となっている。老後の介護不安を取り除き、人生の最後まで人間としての尊厳を全うしたいという国民の願いに応えるためには、家族愛に根ざしつつ、国民の共同連帯によって高齢者が自立した生活が送れるよう社会的に支援していくことが必要である。

こうした観点から、当審議会は、老化に伴い介護が必要な者が、自らの意思に基づきニーズに応じた介護サービスを利用できる、新たな介護制度を創設すべきであるという点で、意見の一致をみた。

また、具体的な制度像については、受益と負担が結びつく社会保険の考え方を採るべきであり、諮問のあった介護保険制度の基本骨格は、なお慎重な議論を求める意見もあったが、おおむね理解できるというのが多数であった。

21世紀のわが国社会経済を考えると、社会保障制度の構造改革、とりわけ医療保険・老人保健改革は避けて通ることのできない課題である。介護保険制度の創設は、こうした構造改革の一環をなすものであり、本答申によりその具体的な制度像を示すことは、改革への展望を切り拓くものであるとの共通認識が得られた。

介護保険制度の具体案の作成に当たっては、関係者の意見を十分に踏まえ、保険者に運営上の懸念を生ぜしめないようにするため必要な財政上その他の措置を講ずることが必要である。

2 なお、このほか、制度運営等に関する具体的な項目について、次のような意見があった。

(1) 要介護高齢者においては、介護サービスにあわせて、医療サービスも必要である。介護と医療の連携について十分配慮し、医療保険の適切な適用が図られるべきである。

(2) 介護保険制度は、国民一人一人が加入する地域保険としての特性を有していることから、事業主に負担を求める根拠はないという少数意見があった。

(3) 保険料水準や利用者負担については低所得者への配慮が必要である。これに関連し、第一号被保険者の保険料については、将来負担が過重とならないよう配慮すべきとの少数意見があった。

(4) 保険料の未納が生じないような措置を講ずるとともに、やむを得ず生ずる保険料の未納、給付費の変動により生ずる財政不安定の対策として所要の財政上の措置を講ずる必要がある。

(5) 在宅サービスと施設サービスは同時に実施することが望ましい。同時実施が困難な場合にも、基盤整備を急ぎ、施設サービスの実施をできる限り早くするなど混乱が生ずることがないように配慮する必要がある。

(6) 家族介護の実態からみて、当分の間、現金支給を行うべきであるという少数意見があった。

(7) 特別養護老人ホームが介護保険の対象となることに関連し、養護老人ホームの入所

手続きや施設機能のあり方についても、今後検討する必要がある。

(8) 成人障害者の適用に関しては、障害者の保健福祉サービスのあり方全体の検討が行われているところであり、既存制度の活用を含め、今後さらに慎重に検討を続ける必要がある。

(9) 介護保険の具体案の作成に当たっては、医療保険・老人保健改革の方向や社会的入院解消の道筋を示すとともに、相互の関連を明らかにし、その実施時期を含め全体として整合性のとれた改革を行うべきである。

医療審第34号
平成8年6月10日

厚生大臣菅直人殿

医療審議会会長
浅田敏雄

医療法の改正案要綱について（答申）

平成8年6月7日厚生省発健政第91号をもって諮問のあった標記については、当審議会の本年4月25日の意見具申を踏まえて、当面する課題に対応して必要な改正を行うものであり、これを了承する。

なお、今回の諮問に関し、以下の事項について特に要請する。

- ①制度改正が円滑、かつ、実効あるものとして実施されるように、国民や関係者に対する周知等を図るとともに、診療報酬上の措置を始め必要な措置を講ずること。
- ②今回の改正に伴う政省令の整備、及び4月25日の意見具申を踏まえて行う制度改正等の内容については、十分な時間的な余裕をもって当審議会に諮問を行うこと。
- ③経済構造、財政構造と整合のとれた国民医療を提供するための効率的な医療提供体制を構築する観点から、今後、医療施設間の機能分化・連携の推進、病床数の適正化、医師数、歯科医師数等の適正化、高額医療機器の配置や利用の効率化等に取り組むこと。

平成8年6月11日

社会保障制度審議会 介護保険制度の制定について（答申）

平成8年6月6日厚生省発政第15号で諮問のあった標記の件について、本審議会の意見は下記のとおりである。

記

これからのわが国は、高齢化の一層の進展、家族形態の多様化、国民のニーズの多様化・高度化、経済の低成長化など、社会、経済の構造変化に直面する一方、人権を基底におく福祉社会形成への要望も今以上に強くなると予測される。このため本審議会は、昨年7月、安心して暮らせる21世紀の社会を目指し、新しい理念のもとに社会保障体制の再構築を行うよう、内閣総理大臣あて勧告を提出したところである。この中で、社会保障の新しい理念として、広く国民に健やかで安心できる生活を保障することを掲げ、21世紀に向けて重大な問題となるのは高齢化に伴う身体及び生活にかかわる不安とそれへの対応であるとした。特に、寝たきりや痴呆など要介護の状態をめぐる不安の解消は急を要する施策とみて、介護保障の確立を促したのである。長寿社会にあっては、すべての人が期間はともかく、かなりの確率で介護を必要とする状態になる可能性がある一方、そのような状態になった老親をもつことになることから、介護サービスの給付は社会保険になじむとした。今回の諮問案は、こうした方向での第一歩として位置づけ得る。しかし、整合性ある制度とするためには、検討を要する点も少なからず残されている。なかんずく、以下の項目については勧告を行った立場から特に配慮を求めておきたい

- 1 介護保障制度は、世代間にわたる連帯によって成立し、維持されることが基本である。高齢者は応分の負担をする、現役世代はそれを積極的に支え、老後の不安を解消する。現役世代もやがて高齢化し、次の世代の人々の協力で健やかな生活ができるようになる。今回の諮問案はこうした制度の理念からみるとなお吟味を要する部分が多い。被保険者の範囲と区分は、年金制度との不均衡を生ずるのをはじめ、保険料のあり方、保険料徴収のルールなどは医療保険、老人保健制度との関連からみて問題を残している。世代間連帯のほか社会保障のあるべき姿を見さだめての仕組みとするよう求めたい。
- 2 本審議会の勧告では、介護を受ける人、介護をする人の生活を守るため、負担能力に妨げられず必要なサービスを受けることを保障し、かつ、サービスの供給量と質的水準を確保する介護保障の確立を求め、その手段として介護保険を提唱したのである。したがって、介護保険を成立させ、安定させる基盤として、公的資金での給付の人材、施設の量的・質的な整備が欠かせないことは、勧告でも繰り返し述べている。利用者が選択できる道をひらくためにも、サービス供給の充実、対応が必要で、サービスの質を確保しつつ民間部門の活動も導入されなければならない。諮問案で掲げる目標を達成するために、現実との差を埋める施策の展開がより明確にされることが介護保険の導入の大前提となる。とりわけ介護保険の基盤整備の施策並びに計画を、国民に分かるような形で明示すべきである。
- 3 社会保障がみんなのためにみんなで支えていく制度として国民の信頼を確保していくためには、負担と給付の両面がより公平であり、政策の目的、対象に照らして有効かつ無駄なく機能するかが確かめられなければならない。介護保険にあっては、いわゆる社会的入院の解消はもとより、将来の国民経済の姿を踏まえて介護にかかわる

費用の有効性・効率性がより明確に示される必要がある。

4 諮問案では、施行までに準備期間を置いているにもかかわらず、在宅給付と施設給付に時間的ずれを置いている。また、在宅サービスの水準と密接な関係にある現金給付を当面行わないとしている。本来、こうした在宅サービスと施設サービスは、一体的に連携して展開されてこそ、利用者によるサービス選択の道を開き、諸施策充実への努力向上につながるものである。保険料基準の設定、財政調整などのための連合組織、要介護認定のための機関、不服申立ての制度など新しく設けられるものについても、その的確な権限、適切な人材が配置されなければ、制度全般の円滑な運営に支障が出る。なお十分に内容を検討し、実効性のある制度にしなければならない。

さらに、介護保険制度そのものの問題のほかに、介護保険は、もともと、医療、年金、社会福祉など諸制度の再編を促すものであり、社会保障制度の全般的な見直しに連結されなければならない。総じて新しいものだけに、現実との差を埋める手順、時間と方法の明示、制度間の本格的調整の道筋の明確化、制度内容の情報の十分な開示が望まれる。また、介護保険の導入に伴い、社会保障諸施策の給付に対応する負担が、今後どの程度になるかを示す必要もある。高い期待が深い失望に変わることはないよう、行政当局の強力な努力を望む。

平成8年6月12日

厚生大臣 菅 直人殿

医療保険審議会
会長 塩野谷祐一

答申書

平成8年6月6日厚生省発保第79号をもって諮問のあった介護保険制度を創設することに関し健康保険、船員保険及び国民健康保険の各制度を改正する件については、下記のとおり答申する。

記

新たな介護保険制度の早期創設の必要性については当審議会として意見の一致を見たところであり、諮問のあった介護保険制度の基本骨格についても概ね理解できるが、医療保険制度との関連や影響など、なお明らかにされるべき問題点も残されており、また慎重な議論を求める意見もあった。

このため、介護保険制度の創設に伴い、健康保険、船員保険及び国民健康保険の各制度について所要の見直しを行うことについては、次の諸点に留意することを前提に、諮問案については止むを得ないものとする。

1. 今回の介護保険制度の創設は、今後の社会保障制度の構造改革の一環をなすものであり、介護保険制度と現在当審議会において審議中の医療保険制度改革との間で、費用負担を含め全体として整合性が取れたものとするべきであること。
2. 介護保険制度の安定を図るためには、医療保険制度そのものの運営の安定が不可欠であり、医療提供体制改善の道筋を明らかにするとともに、医療保険制度の改革を急ぐ必要があること。
3. 第2号被保険者について、医療保険各法に基づく保険料徴収をそのまま介護保険料に適用することについては異論もあり、今後、その見直しを含め検討を加えること。
4. 介護サービスと医療サービスとの連携について十分配慮すべきであること。

与党合意事項

- 一 介護保険制度の創設に向け、政府・与党一致して積極的に取り組んでいく。
- 二 同制度の創設に当たっては、関係者の意見を踏まえつつ、要綱案（別紙1）を基本として、懸案事項（別紙2）についての解決を図りながら、必要な法案作成作業を行い、次期国会に法案を提出する。

平成8年6月17日

与党責任者会議座長

自由民主党	加藤紘一
社会民主党	佐藤観樹
新党さきがけ	鳩山由紀夫

与党政策詞整会議座長

自由民主党	山崎拓
社会民主党	伊藤茂
新党さきがけ	渡海紀三朗

介護保険法案要綱案

第一 総則

一 目的等

- 1 加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により介護を要する者等がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行い、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とすること。
- 2 保険給付は、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態の予防に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならないこと。
- 3 保険給付は、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならないこと。
- 4 保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならないこと。

二 保険者

市町村及び特別区は、介護保険を行うものとする。

三 国民の努力及び義務

- 1 国民は常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。
- 2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

四 国及び都道府県の責務並びに医療保険者の協力

国及び都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう必要な措置を講じなければならないこと。医療保険者は、介護保険事業が健全かつ円滑に実施されるよう協力しなければならないこと。

五 用語の定義

1 要介護状態

「要介護状態」とは、身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生省令で定める要介護状態の区分のいずれかに該当するものをいうこと。

2 要介護状態となるおそれがある状態

「要介護状態となるおそれがある状態」とは、身体上又は精神上の障害があるために、厚生省令で定める期間にわたり継続して、日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態であって、要介護状態以外の状態をいうこと。

3 要介護者

「要介護者」とは、次のいずれかに該当する者をいうこと。

- (1) 要介護状態にある六十五歳以上の者
- (2) 要介護状態にある四十歳以上六十五歳未満の者であって、その要介護状

態の原因である身体上又は精神上的の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令で定めるもの（以下「特定疾病」という。）によつて生じたものであるもの

4 要支援者

「要支援者」とは、次のいずれかに該当する者をいうこと。

- (1) 要介護状態となるおそれがある状態にある六十五歳以上の者
- (2) 要介護状態となるおそれがある状態にある四十歳以上六十五歳未満の者であつて、その要介護状態となるおそれがある状態の原因である身体上又は精神上的の障害が特定疾病によつて生じたものであるもの

5 居宅サービス等 「居宅サービス」とは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護及び福祉用具貸与をいい、「居宅サービス計画」とは、要介護者等が居宅サービスの適切な利用ができるよう、その依頼を受けて、利用するサービスの種類、内容、担当者等について居宅介護支援事業者が作成する計画をいうこと。

6 介護施設サービス

「介護施設サービス」とは、生活介護施設サービス、保健介護施設サービス及び療養介護施設サービスをいい、「介護施設サービス計画」とは、介護施設に入所している要介護者について、当該介護施設が提供するサービスの内容、担当者等を定めた計画をいうこと。

7 生活介護施設

特別養護老人ホームであつて、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、介護施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設をいうこと。

8 保健介護施設

要介護者に対し、介護施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設として、都道府県知事の許可を受けたものをいうこと。

9 療養介護施設

医療法に規定する療養型病床群（その全部又は一部が専ら要介護者を入院させるものに限る。）は都道府県知事の許可を受けた病院その他のこれに準ずる病院であつて政令で定めるものの病床のうち痴呆の状態にある要介護者の心身の特性に応じた適切な看護が行われるものとして政令で定めるもの（以下「療養型病床群等」という。）を有する病院であつて、当該療養型病床群等に入院する要介護者に対し、介護施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設をいうこと。

六 審議会に関する規定

第二 被保険者

一 被保険者

- 1 市町村の区域内に住所を有する六十五歳以上の者（第一号被保険者）
- 2 市町村の区域内に住所を有する四十歳以上六十五歳未満の医療保険加入者（第二号被保険者）

二 介護施設に入所中の被保険者の特例

介護施設に入所することにより当該介護施設が所在する市町村の区域内に住所を有するに至った被保険者であって、当該介護施設に入所した際他の市町村の区域内に住所を有していたと認められるものは当該他の市町村が行う介護保険の被保険者とする等、特例を定めること。

第三 介護認定審査会

一 介護認定審査会

被保険者が要介護状態に該当することの審査及び判定等（審査判定業務）を行わせるため、市町村に介護認定審査会を置くこと。

二 委員

介護認定審査会の委員は、要介護者等の保健、医療又は福祉に関する学識経験を有する者のうちから市町村長が任命すること。

第四 保険給付

一 通則

1 この法律による保険給付は、次に掲げる保険給付とすること。

- (1) 被保険者の要介護状態に関する保険給付（介護給付）
- (2) 被保険者の要介護状態となるおそれがある状態に関する保険給付（予防給付）
- (3) その他、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態の予防に資する保険給付として条例で定めるもの（市町村特別給付）

2 市町村の認定

- (1) 介護給付を受けようとする被保険者は、要介護者に該当することについて、市町村の認定（要介護認定）を受けなければならないこと。
- (2) 予防給付を受けようとする被保険者は、要支援者に該当することについて、市町村の認定（要支援認定）を受けなければならないこと。

二 介護給付

1 居宅介護サービス費の支給

(1) 市町村は、要介護認定を受けた被保険者（要介護被保険者）のうち居宅において介護を受けるものが、自己の選定する指定居宅サービス事業者が提供する居宅サービス（指定居宅サービス）を受けたときは、居宅介護サービス費を支給すること。

(2) 居宅介護サービス費の額

ア 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション及び福祉用具貸与居宅サービスの種類ごとに、内容、地域等を勘案して算定される平均的な費用の額を勘案して厚生大臣が定める基準により算定した費用の額の百分の九十に相当する額

イ 短期入所生活介護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同生活介護及び特定施設入所者生活介護居宅サービスの種類ごとに、要介護状態区分、地域等を勘案して算定される平均的な費用の額を勘案して厚生大臣が定める基準により算定した費用の額の百分の九十に相当する額

2 特例居宅介護サービス費の支給

市町村は、要介護被保険者が、要介護認定の効力が生じた日前に緊急その他やむを得ない理由により指定居宅サービスを受けた場合、基準該当居宅サービスを受けた場合及び離島その他の地域で指定居宅サービス及び基準該当居宅サービス以外の居宅サービス又はこれに相当するサービスを受けた場合において、

必要があると認められるときは、特例居宅介護サービス費を支給すること。

3 居宅介護サービス費等に係る支給限度額

一月（三月）当たりの居宅介護サービス費の額の総額及び特例居宅サービス費の額の総額の合計額は、厚生大臣の定める居宅介護サービス費区分支給限度基準額の百分の九十に相当する額を超えることができないこと。

4 居宅介護福祉用具購入費及び居宅介護住宅改修費の支給

（１）市町村は、要介護被保険者が入浴又は排せつ等の用に供する福祉用具を購入したときは、居宅介護福祉用具購入費を支給すること。

（２）市町村は、要介護被保険者が手すりの取付け等の住宅改修を行ったときは、居宅介護住宅改修費を支給すること。

5 居宅介護サービス計画費の支給

市町村は、要介護被保険者が、指定居宅介護支援事業者から居宅サービス計画の作成等の居宅介護支援を受けたときは、居宅介護サービス計画費を支給すること。

6 施設介護サービス費の支給

（１）市町村は、要介護被保険者が、指定又は許可を受けた介護施設から介護施設サービスを受けたときは、当該指定介護施設サービス等に要した費用（日常生活に要する費用として厚生省令で定める費用を除く。）について、施設介護サービス費を支給すること。

（２）施設介護サービス費の額は、介護施設サービスの種類ごとに要介護状態の区分、地域等を勘案して算定される平均的な費用（日常生活費を除く。）の額を勘案して厚生大臣が定める基準により算定した額の百分の九十に相当する額と施設における食事提供費から食費の標準負担額（低所得者に対する必要な配慮を行う。）を控除した額の合計額とすること。

7 特例施設介護サービス費の支給

要介護認定の効力が生じた日前に、緊急その他やむを得ない理由により指定介護施設サービス等を受けた場合において、必要があると認めるときは、要介護被保険者に対し、特例施設介護サービス費を支給すること。

8 高額介護サービス費の支給

要介護被保険者が受けた居宅サービス又は指定介護施設サービス等に要した費用の合計額から、当該費用につき支給された居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、施設介護サービス費及び特例施設介護サービス費の合計額を控除して得た額が、著しく高額であるときは、当該要介護被保険者に対し、高額介護サービス費を支給すること。

三 予防給付

予防給付は、居宅支援サービス費の支給、特例居宅支援サービス費の支給、居宅支援福祉用具購入費の支給、居宅支援住宅改修費の支給、居宅支援サービス計画費の支給、特例居宅支援サービス計画費の支給及び高額居宅支援サービス費の支給とし、それぞれ介護給付と同様に所要の事項を定めること。

四 保険給付の制限等

保険給付の制限、保険料滞納者に係る支払方法の変更、保険給付の支払の一時差止、医療保険各法の規定による保険料等に未納がある者に対する保険給付の一時差止等に関し、所要の規定を設けること。

第五 事業者及び施設

一 指定居宅サービス事業者及び指定居宅介護支援事業者

1 指定居宅サービス事業者及び指定居宅介護支援事業者の指定は、居宅サービス事業又は居宅介護支援事業を行う者の申請により、居宅サービス事業又は居宅介護支援事業を行う事業所ごとに都道府県知事が行うこと。

2 指定居宅サービスの事業及び指定居宅支援の事業の人員、設備及び運営に関する基準は、厚生大臣が定めること。

二 介護施設

1 生活介護施設の指定は、老人福祉法に規定する特別養護老人ホームであって、その開設者の申請があったものについて、都道府県知事が行うこと。

2 保健介護施設を開設しようとする者は、都道府県知事の許可を受けなければならないこと。

3 療養介護施設の指定は、療養型病床群等を有する病院であって、その開設者の申請があったものについて、都道府県知事が行うこと。

4 介護施設の人員、設備及び運営に関する基準は厚生大臣が定めること。

第六 介護保険事業計画

一 厚生大臣は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定めるものとする。

二 市町村は、基本指針に即して、当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画を定めるものとする。

三 都道府県は、基本指針に即して、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施の支援に関する計画を定めるものとする。

第七 費用等

一 費用の負担

1 国は、市町村に対し、介護給付及び予防給付に要する費用の額の百分の二十に相当する額を負担すること。

2 国は、介護保険の財政を調整するため、市町村に対して、介護給付及び予防給付に要する費用の額の見込額の総額の百分の五に相当する額の調整交付金を交付すること。

3 都道府県は、市町村に対し、介護給付及び予防給付に要する費用の額の百分の十二・五に相当する額を負担すること。

4 市町村は、その一般会計において、介護給付及び予防給付に要する費用の百分の十二・五に相当する額を負担すること。

5 市町村の介護給付及び予防給付に要する費用の額に三年ごとに定める第二号被保険者負担率（すべての市町村に係る被保険者の見込数の総数に対するすべての市町村に係る第二号被保険者の見込数の総数の割合に二分の一を乗じて得た率を基準として設定するものとし、三年ごとに、当該割合の推移を勘案して政令で定めるものをいう。）を乗じて得た医療保険納付対象額については、社会保険診療報酬支払基金（以下「基金」という。）が市町村に対して交付する介護給付費交付金をもって充てること。

6 国及び都道府県は、介護保険事業に要する費用の一部を補助することができること。

7 保険料

（1）市町村が条例で定めるところにより算定された保険料率に基づき、保険料を徴収しなければならないこと。

（2）1の保険料率は、概ね三年を通じ財政の均衡を保つことができるものでなければならないこと。

8 保険料の徴収方法

(1) 保険料の徴収方法については、年金保険者による特別徴収の方法による場合を除くほか、市町村が第一号被保険者等から保険料を徴収する普通徴収の方法によらなければならないこと。

(2) 第一号被保険者が属する世帯の世帯主及び第一号被保険者の配偶者は、保険料の連帯納付義務を負うこと。

二 医療保険者の納付金

1 基金は、年度ごとに、医療保険者から、介護給付費納付金（以下「納付金」という。）を徴収すること。

2 医療保険者は、納付金の納付に充てるため医療保険各法の規定により保険料又は掛金を徴収し、納付金を納付する義務を負うこと。

3 各医療保険者から徴収する納付金の額は、当該年度におけるすべての市町村の医療保険納付対象額の見込額の総額をすべての医療保険者に係る第二号被保険者の見込数の総数で除して得た額に、当該医療保険者に係る第二号被保険者の見込数を乗じて得た額を前々年度分の当該確定額で調整した額とすること。

第八 社会保険診療報酬支払基金の介護保険関係業務

基金は、医療保険者から納付金を徴収し、市町村に対し介護給付費交付金を交付すること。

第九 保健福祉事業

市町村は、要介護被保険者を現に介護する者等の支援事業、被保険者が要介護状態となることを予防するための事業等を行うことができること。

第十 国民健康保険団体連合会の介護保険関係業務

一 国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）は、介護保険事業を行う市町村が共同して目的を達成するため、次に掲げる業務を行うこと。

1 市町村から委託を受けて行う要介護認定等に関する審査判定業務

2 市町村から委託を受けて行う居宅介護サービス費等の請求に関する審査及び支払

3 一又は共同した二以上の市町村の求めに応じて行う保険料率の算定に関する基準の提示

4 指定居宅サービス事業者、介護施設等に対する必要な指導及び助言等

二 連合会は、介護保険の財政の安定化に資するため、市町村からの拠出金等を財源として、市町村に対する必要な交付金の交付その他の援助を行うものとする。

第十一 介護認定審査委員会

市町村から委託を受けて審査判定業務を行うため、連合会に、介護認定審査委員会を置くこと。

第十二 介護給付費審査委員会

市町村から委託を受けて介護給付費請求書の審査を行うため、連合会に、介護給付費審査委員会を置くこと。

第十三 審査請求

一 保険給付に関する処分（要介護認定等に関する処分を含む。）又は保険料、徴収金（納付金を除く。）に関する処分に不服がある者は、各都道府県に置かれた介護保険審査会に審査請求をすることができること。

二 介護保険審査会は、被保険者を代表する委員、市町村を代表する委員及び公益を代表する委員で組織すること。

第十四 施行期日

この法律は、公布の日から三年を超え六年を超えない範囲内で政令で定める日から施行すること。ただし、次に掲げる事項は、それぞれの定める日から施行すること。

- 一 第一の六 公布の日から三月を超えない範囲内で政令で定める日
- 二 第八 平成十一年一月一日
- 三 第一（五の6から9までを除く。）第二の一、第三、第四（二の6及び7を除く。）、第五の一並びに第六から第十四まで 平成十一年四月一日

第十五 検討

一 介護保険制度については、この法律の施行後における介護を要する者等に係る保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の状況、保険給付に要する費用の状況、国民負担の推移、社会経済の情勢等を勘案し、並びに障害者の福祉に係る施策、医療保険制度等との整合性及び市町村が行う介護保険事業の円滑な実施に配慮し、被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲、保険給付の内容及び水準並びに保険料及び納付金（その納付に充てるため医療保険各法の規定により徴収する保険料又は掛金を含む。）の負担の在り方を含め、その全般について検討が加えられ、その結果に基づき、必要な見直し等の措置が講ぜられるべきものとする。

二 政府は、この法律の施行後、保険給付に要する費用の動向、保険料負担の状況等を勘案し、必要があると認めるときは、居宅サービス、介護施設サービス等に要する費用に占める介護給付等の割合について、検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

介護保険法施行法案要綱案

第一 経過措置に関する事項

一 居宅介護サービス費等支給限度基準額等に関する経過措置

1 居宅介護サービス費等支給限度基準額等に関する経過措置

(1) 市町村及び特別区（以下単に「市町村」という。）は、当該市町村が行う介護保険の保険給付に係る居宅サービス等の必要量の見込み、当該居宅サービス等を提供する体制の確保の状況等を考慮して特に必要と認める場合においては、政令で定める日までの間は、介護保険法に規定する法定居宅給付支給限度基準額に代えて、それぞれの額を下回る額を、当該市町村における経過居宅給付支給限度基準額とすることができること。

(2) (1)の政令で定める日を指定するに当たっては、介護保険法の居宅給付に係る規定の施行の日（以下「居宅給付施行日」という。）から起算して五年を経過した日以後の日で、経過居宅給付支給限度基準額を定める市町村の市町村介護保険事業計画及びその特定市町村を区域内に含む都道府県が定める都道府県介護保険事業支援計画の達成状況等を考慮して、法定居宅給付支給限度基準額に基づく介護給付等を円滑に行うことができると認められる日を選定するものとする。

2 市町村、都道府県及び国の措置

(1) 1の(1)の市町村は、市町村介護保険事業計画に定められた介護給付等対象サービスを提供する体制の確保に必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

(2) 都道府県は、1の(1)の市町村に対して都道府県介護保険事業支援計画に基づきその支援に必要な施策を実施するよう努めるものとする。

(3) 国は、市町村及び都道府県に対して、(1)及び(2)に規定する措置等に関し必要な助言、指導その他の措置を講ずるよう努めるものとする。

二 指定居宅サービス事業者等に関する経過措置

介護保険法の居宅給付に係る規定（以下「居宅給付規定」という。）の施行の際現に改正前の老人保健法に規定する指定老人訪問看護事業者であるものについて、介護保険法の居宅サービス事業に係る指定があったものとみなす等所要の経過措置を設けること。

三 介護施設に関する経過措置

1 生活介護施設及び保健介護施設に関する経過措置

介護保険法の施行の際現に存する特別療養老人ホーム、老人保健施設について、介護保険法の生活介護施設の指定、保健介護施設の許可があったものとみなすこと。

2 療養介護施設に関する経過措置

療養介護施設については、介護保険法の施行日から起算して三年を超えない範囲において政令で定める日までの間においては、要介護者の心身の特性に応じた適切な看護が行われるものとして政令で定める病院をも対象とすること。

四 適用除外に関する経過措置

当分の間、身体障害者福祉法の規定により身体障害者療護施設に入所しているものその他特別の理由がある者で厚生省令で定めるものは、介護保険の被保険者としなないこと。

五 生活介護施設入所者に関する経過措置

施行日において生活介護施設に入所している改正前の老人福祉法の措置に係る者については、施行日以後引き続き当該生活介護施設に入所している間は、施設介護サービス費を支給すること。

六 施行のために必要な準備

1 厚生大臣は、介護保険法に基づく制度に関する重要事項等を定めようとするときは、施行日前において介護保険法に規定する政令で定める審議会に諮問等を行うことができること。

2 居宅給付規定の施行の年度における特別徴収について、所要の事前準備規定を設けること。

3 1及び2に規定するもののほか、介護保険法及びこの法律を施行するために必要な条例の制定又は改正及び要介護認定の手続等の行為は、施行日前においても、行うことができること。

七 その他

1 介護保険法及びこの法律の施行前にした行為等に対する罰則の適用については、なお従前の例によること。

2 この法律に規定するもののほか、介護保険法の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定めること。

第二 関係法律の一部改正に関する事項

一 老人福祉法の一部改正

1 事業及び施設に関する事項

(1) 老人居宅生活支援事業及び特別養護老人ホームに係る規定を整理すること。

(2) 痴呆対応型老人共同生活援助事業（痴呆性老人向けグループホーム）を老人居宅生活支援事業に位置づけること。

2 福祉の措置に関する事項

(1) 市町村は、介護保険の対象となるサービス等の連携、調整を図るなど、地域の実状に応じた支援体制の整備に努めること。

(2) 要援護老人がやむを得ない事由により介護保険法に規定するサービスを利用することが著しく困難であると認めるときは、市町村は、居宅における介護、特別養護老人ホームへの入所の措置を採ること。

3 老人福祉計画に関する事項

市町村及び都道府県の老人福祉計画に関する規定を介護保険法の内容に浴って整理すること。

4 費用に関する事項

2の(2)の措置に係る者が、介護保険法の規定により当該措置に相当する保険給付を受けることができる者であるときは、市町村は、その限度において費用を支弁することを要しないこと。

二 老人保健法の一部改正

1 指定老人訪問看護事業者、老人保健施設及び老人保健施設療養費に関する規定を整理すること。

2 介護保険の給付と老人保健法に基づく療養給付の調整に関する規定を置くこと。

3 市町村及び都道府県の老人保健計画に関する規定を介護保険法の内容に浴って整理すること。

三 健康保険法の一部改正

1 健康保険の保険料額は、次の区分に従い、次に規定する額とすること。
(1) 介護保険法の第一号被保険者である被保険者一般保険料額（被保険者の標準報酬月額に一般保険料率を乗じて得た額）と介護保険料額（被保険者の標準報酬月額に介護手数料を乗じて得た額）との合算額

(2) (1)以外の被保険者一般保険料額
2 政府の管掌する健康保険に係る介護納付金の納付に要する費用について、国庫補助の対象とすること。
3 二の2と同様に、介護保険の給付と健康保険の給付の調整に関する規定を置くこと。

四 船員保険法の一部の改正

健康保険法の改正に準じた改正を行うこと。

五 国民健康保険法の一部改正

1 保険料等に関する事項

(1) 保険料の徴収目的として介護納付金の納付に要する費用を加え、介護納付金の納付に要する費用に充てるための保険料は、介護保険の第二号被保険者である被保険者について賦課すること。

(2) 介護納付金の納付に要する費用について、国庫負担等の対象とすること。

(3) 保険料を滞納している世帯主等に対する措置を強化すること。

2 二の2と同様に、介護保険の給付と国民健康保険の給付の調整に関する規定を置くこと。

六 生活保護法の一部改正

保護の種類として介護扶助を創設し、困窮のため最低限度の生活を維持することのできない要介護者及び要支援者に対し、介護扶助を行うこと。

七 その他

一から六までに掲げる事項のほか、関係法律について所要の改正を行うこと。

第三 施行期日

この法律は、介護保険法の施行の日から施行すること。ただし、次に掲げる事項は、それぞれの定める日から施行すること。

一 第一の六の3及び七の2 公布の日

二 第一の六の1 公布の日から起算して三月を超えない範囲内において政令で定める日

三 第一の六の2 平成十年十月一日

四 第二の七（社会保険診療報酬支払基金の介護保険関係業務に係る規定に限る。） 平成十一年一月一日

五 第一の一、二、四及び七の1並びに第二（居宅給付に係る規定に限る。）

平成十一年四月一日

○医療法の一部を改正する法律案要綱案

第一 改正の趣旨

要介護者の増大に対応し、及び地域に必要な医療を確保するなど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、療養型病床群制度の診療所への拡大、地域医療支援病院の創設及び医療計画制度の充実を行うとともに、法人の業務範囲の拡大等に関する規定の整備を行うこと。

第二 改正の要点

一 医療提供に当たっての説明に関する事項

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るよう努めるものとする。

二 診療所の療養型病床群に関する事項

1 療養型病床群は、病院の病床のみならず、診療所の病床のうち一群のものであって、主として長期にわたり療養を必要とする患者（以下「長期療養患者」という。）を収容するためのものをいうものとする。

2 診療所に療養型病床群を設けようとする等のときは、都道府県知事の許可を受けるものとする。

3 診療所の療養型病床群に係る病床については、病院の一般病床と合わせて医療計画の必要病床数を算定し、これにより公的性格を有する診療所の療養型病床群の設置等に関し規制を行うこと。

4 療養型病床群に収容された患者については、診療所の管理者は患者の収容時間制限の努力義務を負わないものとする。

5 療養型病床群を設ける診療所は、長期療養患者に適した厚生省令で定める員数の医師、看護婦、看護の補助の業務に従事する者等及び機能訓練室等の施設を有するものとする。

6 医療計画達成のための勧告の対象に、診療所の療養型病床群の施設等を加えること。

三 地域医療支援病院に関する事項等

1 国、都道府県、市町村、五の1の(2)の特別医療法人等が開設する病院であって、地域医療の確保のために必要な支援に関する次に掲げる要件に該当するものは、都道府県知事の承認を得て地域医療支援病院と称することができるものとする。

(1) 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供し、かつ、病院の建物等を当該病院に勤務しない医師等の診療等に利用させるための体制が整備されていること。

(2) 救急医療を提供する能力を有すること。

(3) 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有すること。

(4) 厚生省令で定める病床数以上の収容施設を有すること。

(5) 6に掲げる施設を有すること。

2 都道府県知事は、地域医療支援病院を承認しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会の意見を聴かなければならないこと。

3 地域医療支援病院でないものは、これに地域医療支援病院又はこれに紛らわしい名称を付けてはならないこと。

4 地域医療支援病院の開設者は、業務に関する報告書を都道府県知事に提出しなければならないこと。

5 地域医療支援病院の管理者は、厚生省令の定めるところにより、次に掲げる事項を行わなければならないこと。

- (1) 病院の建物等を当該病院に勤務しない医師等の診療等に利用させること。
- (2) 救急医療を提供すること。
- (3) 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせること。
- (4) 診療等に関する記録を体系的に備え、かつ、当該病院に患者を紹介しようとする医師等の求めに応じ、診療に関する諸記録等のうち患者の秘密を害するおそれがないものを閲覧させること。
- (5) 他の病院又は診療所から紹介された患者のために医療を提供すること。

6 地域医療支援病院は、集中治療室、病理等の検査施設、病理解剖室、研究室、図書室、諸記録等を有すること。

7 都道府県知事は、地域医療支援病院が1に掲げる地域医療支援病院の承認要件を欠くに至ったとき、4若しくは5に違反するとき、又は構造設備の修繕命令等に違反したときは、その承認を取り消すことができること。

8 総合病院に関する規定を廃止すること。

四 医療計画に関する事項

1 都道府県が定める医療計画においては、病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域の設定及び必要病床数に関する事項のほか、次に掲げる事項を定めるものとする。

(1) 地域医療支援病院の整備の目標、療養型病床群に係る病床の整備の目標その他機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項

(2) 医療提供施設の設備、器械又は器具の共同利用等病院、診療所、薬局その他医療に関する施設の相互の機能の分担及び業務の連係に関する事項

(3) 休日診療、夜間診療等の救急医療の確保に関する事項

(4) へき地の医療の確保が必要な場合にあっては、当該医療の確保に関する事項

(5) 医師及び歯科医師並びに薬剤師、看護婦その他の医療従事者の確保に関する事項

(6) その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

2 1に掲げる事項は、二次医療圏ごとの医療提供体制が明らかになるように定めるものとする。

3 1の(1)の療養型病床群に係る病床の整備の目標に関して標準を厚生省令で定めるものとする。

五 医療法人に関する事項

1 医療法人の業務の範囲を拡大すること。

(1) 医療法人は、老人居宅介護等事業等の第二種社会福祉事業のうち厚生大臣の定めるものを行うことができるものとする。

(2) 医療法人のうち、次に掲げる要件に該当するもの（以下「特別医療法人」という。）は、その開設する病院、診療所又は老人保健施設の業務に支障のない限り、定款又は寄附行為に定めるところにより、その収益を病院、診療所又は老人保健施設の経営に充てることを目的として、厚生大臣の定める業務を行うことができるものとする。

(1) その役員について、その親族が役員の総数の2分の1を超えないことその他公的な運営に関して厚生省令で定める要件に適合するものであること。

(2) 定款又は寄附行為に解散時の残余財産を国、地方公共団体等に帰属させる旨定めていること。

(3) 都道府県知事は、(2)の業務を行う特別医療法人が定款又は寄附行為に定められた業務以外の業務を行った等の場合は、その業務の停止を命ずることができるものとする。

2 都道府県知事は、医療法人がその開設したすべての病院、診療所又は老人保健施設を

休止又は廃止後1年以内に正当な理由がないのに再開しないときは設立の認可を取り消すことができること。

六 医業等に関する広告に関する事項

医業等に関して広告できる事項として、療養型病床群の有無及び紹介先の病院又は診療所の名称を追加すること。

七 その他

罰則の規定その他所要の規定の整備を行うこと。

第三 施行期日等

一 施行期日

この法律は、公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日から施行すること。ただし、第二の一、第二の五の1の(1)に関する事項については、公布の日から施行すること。

二 この法律の施行に際し必要な経過措置を定めるとともに、関係法律について所要の規定の整備を行うこと。

〈解決すべき懸案事項〉

- 一 市町村等の関係者の意見を踏まえ、安定した財政運営と市町村における円滑な事務が遂行できる制度となるよう努める。
- 二 円滑な施行の観点から、在宅・施設両面にわたる介護サービス基盤の一層の整備を計画的に進め、総合的かつ適切なサービス提供が行われるよう、検討を行う。
- 三 民間活力の積極的な活用を図るため、規制緩和を積極的に推進するとともに、民間保険・民間非営利サービスとの適切な連携がとれる柔軟な制度の仕組みを検討する。
- 四 社会保障制度構造改革のビジョンを示すとともその一環として行われる医療制度改革の内容を明らかにする。
- 五 国民に対する周知の徹底を図り、十分な理解を求める。

〈介護保険制度案の骨子〉

- 一 保険者は市町村とし、国及び都道府県並びに国民の共同により運営する重層的な制度とする。
- 二 被保険者は、制度発足に当たっては四十歳以上の者とする。
- 三 保険給付は、要介護者の自立支援を基本に、適切な要介護認定を行った上で、在宅・施設両面にわたる介護サービスを計画的に提供する利用者本位の制度とする。
- 四 公費負担は給付費の二分の一とする。
- 五 利用者負担は保険給付の対象費用の一割とし、施設においては食費は利用者負担とする。
- 六 保険料については、六十五歳以上の被保険者（第一号被保険者）については、年金保険者による特別徴収を行うほか、市町村が徴収を行う。
また、四十歳以上の被保険者（第二号被保険者）については、医療保険各法の定めるところに従い医療保険者が徴収の上一括して納付し、高齢化率の調整を図りつつ市町村に配分する。
- 七 市町村における事務・財政両面にわたる円滑な保険者運営に資するため、市町村の連合組織において、財政支援事業をはじめとする市町村支援事業を実施する。
- 八 施行に当たっては十分な準備期間を置き、新ゴールドプランの達成状況、基盤整備の進展等を見極めつつ施行日を定める。
- 九 介護保険制度全体について、法律施行後の推移及び状況変化を踏まえて検討を加え、必要な見直し等の所要の措置を講じる。
- 十 介護保険制度の創設に合わせ、医療法をはじめとする関係法律の改正を行う。

介護保険法要綱案に係る修正事項

平成8年9月19日

自由民主党

社会民主党

新党さきがけ

与党介護保険制度の創設に関するワーキングチームにおいては、介護保険制度について、6月17日の与党合意に基づき、介護保険制度の創設にむけ、懸案事項の解決を図るべく調整・検討を重ねてきた。

特に、介護保険制度が国民各層にかかわる重要課題であることから、7月12日から9月2日にかけて、全国各地で6回の地方公聴会を開催し、市町村関係者をはじめ幅広い関係者のご意見を伺ってきたところである。

その後、これら各般の意見を集約し、与党合意に示された懸案事項ごとに論点を整理した上で、対処方策について、今日まで5回のワーキングチーム会合を開催して検討を重ね、その結果を別紙の通り「介護保険法要綱案に対する意見」として取りまとめた。

政府においては、この意見を十分踏まえて、法案の国会提出に向け早急に必要な法案作成作業を進められたい。

(別紙)
介護保険法要綱案に対する意見

懸案事項 1 安定した財政運営と円滑な事務運営の確保等

○ 介護保険制度の実施主体（保険者）については、介護サービスの性格・地方分権の観点等から市町村とするが、市町村の負担を軽減し、安定した財政運営と円滑な事務運営を確保する観点から、以下の点について所要の措置を講じる。

また、介護保険事業の全般の在り方については、制度実施後の検討規定（見直し規定）を置くこととし、検討に際しては地方公共団体など関係者の意見を十分踏まえる。

1 市町村に対する財政支援の強化

○ 介護保険の事務の執行に必要な経費について、国は、現行の老人福祉及び老人医療に係る事務量との増減を勘案し、新規増となる事務である要介護認定に係る経費の1/2相当額を、法律に基づき市町村に交付する。

○ 財政安定化基金を法律に基づく基金とし、都道府県に置くこととするとともに、基金造成費に対する市町村一般会計出損を解消し、国・都道府県・第1号保険料で1/3ずつ負担する構成とする。

○ 第2号被保険者に係る介護保険料の上乗せ賦課による国保財政への影響（介護保険料分を含む国保保険料収納率の低下による財政影響）について、医療保険者の負担増対策の一環として、当該影響額に対する国費による政支援措置を講じる。

○ 第1号保険料の年金からの特別徴収に係る年金保険者の事務費については、公費により措置する。

○ 上記の財政支援措置を別途の国費により行い、市町村に対する財政支援を大幅に強化することから、財政調整交付金については国費25%の内枠で措置することとする。

国は、低所得者の保険料軽減に伴う財政措置・後期高齢者の加入割合の相違による要介護者発生率の相違に対する財政措置・災害等特殊事情に対する財政支援等を行うため、国費25%のうち5%を財政調整交付金として市町村に交付する。

○ 財政調整交付金の総額（枠）については、後年度において精算を行う。

なお、調整交付金制度の想定を超える著しく異常かつ激甚な非常災害が発生した場合には、財政調整交付金とは別に支援措置を講じる。

○ 市町村及び都道府県の公費負担に対しては、適切な地方財政措置を講じる。

2 市町村の事務負担の軽減と都道府県の役割の拡大

○ 介護保険制度の円滑な運営を図るため、以下の事務を都道府県の事務とし、市町村の事務運営を支援するとともに、保険者事務の広域化の促進を図る。

：財政安定化基金の設置・運営

：要介護認定に係る審査判定業務の受託（市町村は当該事務を都道府県に委託出来る旨の規定を置く）

- : 保険財政の広域化の調整及びこれに伴う保険料基準の提示
- : 介護サービスの供給調整

懸案事項2 円滑な制度の施行・サービス提供基盤整備の推進等

1 家族介護の評価と支援

○ 現金給付については、当面は行わないこととし、介護基盤整備への資金投入を優先することとするが、家族介護に対する適切な評価と支援を行う観点から、ショートステイ利用枠の拡大等家族介護に対する在宅サービスの重点的提供を行う。

2 施行時期

○ 施行時期については、平成12年度から在宅サービス及び施設サービスを同時に実施することとする。

3 介護サービス基盤整備の充実強化

○ 要介護状態になってもその人らしい自立した生活を送ることが出来るよう要介護者とその家族を社会的に支援する、という介護保険制度の基本理念を踏まえ、出来るかぎり住み慣れた地域や家庭で介護を受けることが出来るよう、在宅重視の考え方を基本に介護サービス基盤の整備充実を進める。

特に、施設サービス・在宅サービスを同時実施とすることによって施設へのニーズ集中による混乱が生じることへの懸念もあることから、法施行までの間における在宅サービスの整備を一層積極的に推進する。

このような観点から、

: 法施行までの間において、新ゴールドプランを確実に達成することとする。

併せて、療養型病床群等の計画的整備を進めるとともに、在宅サービスを中心に、既存施策の拡充・既存資源の活用（公立学校用地・施設の転用等）・民間活力の積極的導入等多様な手法を活用して、マンパワー対策を含めたサービス基盤の整備を積極的に推進する。特に大都市部・整備後進地域については、小規模特別養護老人ホームの整備促進等基盤整備を重点的に支援し、地域間格差の是正を図る。

: 法施行後は、介護保険法に基づく「市町村介護保険事業計画」（市町村）・「都道府県介護保険事業支援計画」（都道府県）・「基本指針」（国）の策定を通じて、新たな介護サービス整備目標を策定して介護サービス基盤の計画的整備を進める。

○ 地域の実情に応じて、小規模サービス（小規模特別養護老人ホーム・ミニデイサービス等）についても保険の給付対象とすることができるよう必要な措置を講じる。

4 低所得者対策等

○ 災害時の保険料・一部負担の減免措置、特別養護老人ホームの既入所者に係る一部負担金の経過措置など、負担能力のない者に対してしたきめ細かい対策を講じる。

5 医療との連携・整合性の確保

- 医療と介護の連携・整合性を確保する観点から、法律の目的規定に「医療」が含まれるものであることを明確にする。
- 老人保健施設、療養型病床群については、介護保険法上も医療提供施設としての性格が明確となるような名称に改める。
- 療養型病床群の介護保険法上の取り扱いについては、長期の療養にふさわしいサービスの提供を基本としつつ、医療現場において支障が生じることのないよう、運営基準等において必要な配慮を行う。
- 一般病院や有床診療所の療養型病床群への転換促進など高齢者の介護と医療体系の合理化・効率化（いわゆる社会的入院の解消等）に関する総合的かつ具体的な方策を明らかにし、速やかに実施に移す。

6 情報公開等

- サービス利用に関する利用者の意見が的確に反映されるよう、苦情処理のためのシステム（オンブズマン）の整備や情報公開を進める。
- 介護関連情報システムの整備・統合や介護支援センターのネットワーク作りの推進を図る。

7 給付と負担の在り方等に関する見直しの実施

- 介護保険制度における給付と負担の在り方に関しては、制度実施後の諸状況を踏まえ、被保険者の範囲、給付の内容・水準その他制度全般について検討を加え、その結果に基づいて所要の見直しを行うこととする。
また、要介護認定の基準のあり方などサービス利用に係る体制についても、必要に応じて継続的な見直しを行う。

懸案事項3 民間活力の積極的活用・規制緩和の推進等

- 民間活力の積極的な利用を推進し、在宅サービス基盤の充実とサービスの質の向上・効率化を促進していくため、
 - ① 利用者による選択の自由の確保
 - ② 在宅サービス分野における民間事業者の積極的評価と参入の促進（供給主体の多様化による競争原理の導入）
 - ③ 公民サービスの組合せの自由化
 を基本として、以下のような措置を講じる。

- ：在宅サービス事業者の指定要件を民間事業者・第三セクターと従来の公的セクターとで同一化（ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ等）
- ：地域の住民参加型非営利組織も積極的に活躍できるような柔軟な基準の策定
- ：中山間地域におけるサービス提供主体として、農協を積極的に活用
- ：政策融資の拡充等による民間事業者の参入支援策の強化

○ 上記の措置を講じることにより、在宅サービスについて、民間企業や農協生協・WC（ワーカーズコレクティブ）等民間非営利組織が広くケアプラン策定機関・サービス提供機関として介護サービスに参入できるようにする。

懸案事項4 社会保障構造改革ビジョン・医療制度改革等

○ 社会保障構造改革については、以下のような点を基本として早急に見直しの方角を取りまとめ、医療・年金・福祉を通じた制度横断的な再編成等により、サービスの質の確保・向上を図りつつ社会保障給付全体の効率化を図るなど改革の着実な推進を図る。

：国民負担率の抑制と国民経済との調和を図りつつ国民の多様な社会保障ニーズに適切に対応できる効率的な社会保障制度の確立

：個人の自立を支援する利用者本位のシステムへの転換

：公私の適切な役割分担と民間活力の導入の促進によるサービス供給主体の多様化

○ 医療制度改革については、上記社会保障構造改革の一環として、介護保険制度との整合性を図りつつ、平成9年度の予算編成に向けて今後の改革案の取りまとめを行う。

その際は、療養型病床群への転換促進など高齢者の介護と医療体系の合理化・効率化に関する総合的かつ具体的な方策を明らかにし、速やかに実施に移すなどの諸改革についても併せて取り組む。

懸案事項5 国民の理解・周知徹底等

○ 制度創設に当たっては、引き続き制度の趣旨・内容について広く国民に情報提供し、国民の理解と協力が得られるよう努力する。

○ 社会全体で要介護者とその家族を支えるという意識（介護マインド）を醸成することが重要であり、公的機関を含む様々な地域資源を活用した介護知識・技能の普及、介護を社会的に支援することの必要性やボランティア教育の充実など介護問題に関する教育の在り方についても検討を行う。

○ 政省令など制度の細目を決定するに際しては、地方公共団体など関係者の意見を十分踏まえ、内容を定める。

介護保険法要綱

第一 総則

一 目的等

1 加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、介護、機能訓練並びに、看護及び療養上の管理、その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行い、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とすること。（第一条関係）

2 保険給付は、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態の予防に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならないこと。（第二条第二項関係）

3 保険給付は、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならないこと。（第二条第三項関係）

4 保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならないこと。（第二条第四項関係）

二 保険者

市町村及び特別区は、介護保険を行うものとする。（第三条関係）

三 国民の努力及び義務

1 国民は常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。（第四条第一項関係）

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。（第四条第二項関係）

四 国及び都道府県の責務並びに医療保険者の協力

国及び都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう必要な措置を講じなければならないこと。医療保険者は、介護保険事業が健全かつ円滑に実施されるよう協力しなければならないこと。（第五条及び第六条関係）

五 用語の定義

1 要介護状態

「要介護状態」とは、身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生省令で定める要介護状態の区分のいずれかに該当するものをいうこと。（第七条第一項関係）

2 要介護状態となるおそれがある状態

「要介護状態となるおそれがある状態」とは、身体上又は精神上の障害があるために、厚生省令で定める期間にわたり継続して、日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態であって、要介護状態以外の状態をいうこと。（第七条第二項関係）

3 要介護者

「要介護者」とは、次のいずれかに該当する者をいうこと。（第七条第三項関係）

(1) 要介護状態にある六十五歳以上の者

(2) 要介護状態にある四十歳以上六十五歳未満の者であって、その要介護状態の原因である身体上又は精神上の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令で定めるもの（以下「特定疾病」という。）によって生じたものであるもの

4 要支援者

「要支援者」とは次のいずれかに該当する者をいうこと。（第七条第四項関係）

- (1) 要介護状態となるおそれがある状態にある六十五歳以上の者
- (2) 要介護状態となるおそれがある状態にある四十歳以上六十五歳未満の者であって、その要介護状態となるおそれがある状態の原因である身体上又は精神上の障害が特定疾病によって生じたものであるもの

5 居宅サービス等

「居宅サービス」とは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護及び福祉用具貸与をいい、

「居宅サービス計画」とは、要介護者等が居宅サービスの適切な利用ができるよう、その依頼を受けて、利用するサービスの種類、内容、担当者等について居宅介護支援事業者が作成

する計画をいうこと。（第七条第五項から第十八項まで関係）

6 施設サービス

「施設サービス」とは、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス及び介護療養施設サービスをいい、「施設サービス計画」とは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設に入所している要介護者について、これらの施設が提供するサービスの内容、担当者等を定めた計画をいうこと。（第七条第二十項関係）

7 介護老人福祉施設

特別養護老人ホームであって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設をいうこと。（第七条第二十一項関係）

8 介護老人保健施設

要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設として、都道府県知事の許可を受けたものをいうこと。（第七条第二十二項関係）

9 介護療養型医療施設

療養型病床群等（医療法に規定する療養型病床群（その全部又は一部について専ら要介護者を入院させるものに限る。）又は都道府県知事の許可を受けた病院その他のこれに準ずる病院であって政令で定めるものの病床のうち痴呆の状態にある要介護者の心身の特性に応じた適切な看護が行われるものとして政令で定めるものをいう。以下同じ。）を有する病院であって、当該療養型病床群等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設をいうこと。（第七条第二十三項関係）

六 審議会に関する規定（第八条関係）

第二 被保険者

一 被保険者（第九条関係）

1 市町村の区域内に住所を有する六十五歳以上の者（第一号被保険者）

2 市町村の区域内に住所を有する四十歳以上六十五歳未満の医療保険加入者（第二号被保険者）

二 介護保険施設に入所中の被保険者の特例

介護保険施設に入所することにより当該介護保険施設の所在地に住所を変更したと認められる被保険者であって、当該介護保険施設に入所した際他の市町村の区域内に住所を有していたと認められるものは、当該他の市町村が行う介護保険の被保険者とする等の特例を定めること。（第十三条関係）

第三 介護認定審査会

一 介護認定審査会

被保険者が要介護状態に該当することの審査及び判定等（審査判定業務）を行わせるため、市町村に介護認定審査会を置くこと。（第十四条関係）

二 委員

介護認定審査会の委員は、要介護者等の保健、医療又は福祉に関する学識経験を有する者のうちから市町村長が任命すること。（第十五条関係）

第四 保険給付

一 通則

1 この法律による保険給付は、次に掲げる保険給付とすること。（第十八条関係）

- (1) 被保険者の要介護状態に関する保険給付（介護給付）
- (2) 被保険者の要介護状態となるおそれがある状態に関する保険給付（予防給付）
- (3) その他、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資する保険給付として条例で定めるもの（市町村特別給付）

2 市町村の認定等（第十九条及び第三十八条関係）

- (1) 介護給付を受けようとする被保険者は、要介護者に該当することについて、市町村の認定（要介護認定）を受けなければならないこと。
- (2) 予防給付を受けようとする被保険者は、要支援者に該当することについて、市町村の認定（要支援認定）を受けなければならないこと。
- (3) 都道府県は、市町村が行う認定の業務に関し、福祉事務所等による技術的事項についての協力等を行うことができることとするとともに、市町村の委託を受けて審査判定業務を行う都道府県に、都道府県介護認定審査会を置くこと。

二 介護給付

1 居宅介護サービス費の支給

(1) 市町村は、要介護認定を受けた被保険者（要介護被保険者）のうち居宅において介護を受けるも

の（居宅要介護被保険者）が、指定居宅サービス事業者が提供する居宅サービス（指定居宅サービス）を受けたときは、居宅介護サービス費を支給すること。（第四十一条第一項から第三項まで関係）

(2) 居宅介護サービス費の額（第四十一条第四項関係）

ア 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護通所リハビリテーション及び福祉用具貸与 居宅サービスの種類ごとに、内容、地域等を勘案して算定される平均的な費用の額を勘案して厚生大臣が定める基準により算定した費用の額の百分の九十に相当する額

イ 短期入所生活介護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同生活介護及び特定施設入所者生活介護居宅サービスの種類ごとに、要介護状態区分、地域等を勘案して算定される平均的な費用の額を勘案して厚生大臣が定める基準により算定した費用の額の百分の九十に相当する額

2 特例居宅介護サービス費の支給

市町村は、居宅要介護被保険者が、要介護認定の効力が生じた日前に緊急その他やむを得ない理由により指定居宅サービスを受けた場合、基準該当居宅サービスを受けた場合及び離島その他の地域で指定居宅サービス及び基準該当居宅サービス以外の居宅サービス又はこれに相当するサービスを受けた場合において、必要があると認めるときは、特例居宅介護サービス費を支給すること。（第四十二条関係）

3 居宅介護サービス費等に係る支給限度額

居宅介護サービス費の額の総額及び特例居宅サービス費の額の総額の合計額は、厚生大臣

の定める居宅介護サービス費区分支給限度基準額の百分の九十に相当する額を超えることができないこと。（第四十三条関係）

4 居宅介護福祉用具購入費及び居宅介護住宅改修費の支給

（１）市町村は、居宅要介護被保険者が入浴又は排せつ等の用に供する福祉用具（特定福祉用具）を購入したときは、居宅介護福祉用具購入費を支給すること。（第四十四条関係）

（２）市町村は、居宅要介護被保険者が手すりの取付け等の住宅改修を行ったときは、居宅介護住宅改修費を支給すること。（第四十五条関係）

5 居宅介護サービス計画費の支給

市町村は、居宅要介護被保険者が、指定居宅介護支援事業者から居宅サービス計画の作成等の居宅介護支援を受けたときは、居宅介護サービス計画費を支給すること。（第四十六条関係）

6 施設介護サービス費の支給

（１）市町村は、要介護被保険者が、指定又は許可を受けた介護保険施設から指定施設サービス等を受けたときは、当該指定施設サービス等に要した費用（日常生活に要する費用として厚生省令で定める費用を除く。）について、施設介護サービス費を支給すること。（第四十八条第一項関係）

（２）施設介護サービス費の額は、施設サービスの種類ごとに要介護状態区分、地域等を勘案して算定される平均的な費用（日常生活費を除く。）の額を勘案して厚生大臣が定める基準により算定した額の百分の九十に相当する額と介護保険施設における食事提供費から食費の標準負担額（低所得者に対する必要な配慮を行う。）を控除した額の合計額とすること。（第四十八条第二項関係）

7 特例施設介護サービス費の支給

要介護認定の効力が生じた日前に、緊急その他やむを得ない理由により指定施設サービス等を受けた場合において、必要があると認めるときは、要介護被保険者に対し、特例施設介護サービス費を支給すること。（第四十九条関係）

8 高額介護サービス費の支給

要介護被保険者が受けた居宅サービス又は施設サービスに要した費用の合計額から、当該費用につき支給された居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、施設介護サービス費及び特例施設介護サービス費の合計額を控除して得た額が、著しく高額であるときは、当該要介護被保険者に対し、高額介護サービス費を支給すること。（第五十一条関係）

三 予防給付

予防給付は、居宅支援サービス費の支給、特例居宅支援サービス費の支給、居宅支援福祉用具購入費の支給、居宅支援住宅改修費の支給、居宅支援サービス計画費の支給、特例居宅支援サービス計画費の支給及び高額居宅支援サービス費の支給とし、それぞれ介護給付と同様に所要の事項を定めること。（第五十二条から第六十一条まで関係）

四 保険給付の制限等

保険給付の制限、保険料滞納者に係る支払方法の変更、保険給付の支払の一時差止、医療保険各法の規定による保険料等に未納がある者に対する保険給付の一時差止等に関し、所要の規定を設けること。（第六十三条から第六十九条まで関係）

第五 事業者及び施設

一 指定居宅サービス事業者及び指定居宅介護支援事業者

1 指定居宅サービス事業者及び指定居宅介護支援事業者の指定は、居宅サービス事業又は居宅介護支援事業を行う者の申請により、居宅サービス事業又は居宅介護支援事業を行う事業所ごとに都道府県知事が行うこと。（第七十条及び第七十九条関係）

2 指定居宅サービスの事業及び指定居宅介護支援の事業の人員、設備及び運営に関する基準は、厚生大臣が定めること。（第七十四条及び第八十一条関係）

二 介護保険施設

- 1 指定介護老人福祉施設の指定は、老人福祉法に規定する特別養護老人ホームであつて、その開設者の申請があつたものについて、都道府県知事が行うこと。（第八十六条関係）
- 2 介護老人保健施設を開設しようとする者は、都道府県知事の許可を受けなければならないこと。（第九十四条関係）
- 3 指定介護療養型医療施設の指定は、療養型病床群等を有する病院であつて、その開設者の申請があつたものについて、都道府県知事が行うこと。（第七十七条関係）
- 4 介護保険施設の人員、設備及び運営に関する基準は厚生大臣が定めること。（第八十八条、第九十七条及び第一百条関係）

第六 介護保険事業計画

- 一 厚生大臣は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定めるものとする。（第一百六条関係）
- 二 市町村は、基本指針に即して、当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画を定めるものとする。（第一百七条関係）
- 三 都道府県は、基本指針に即して、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施の支援に関する計画を定めるものとする。（第一百八条関係）

第七 費用等

一 費用の負担

- 1 国は、市町村に対し、介護給付及び予防給付に要する費用の額の百分の二十に相当する額を負担すること。（第二百一一条関係）
- 2 国は、介護保険の財政の調整を行うため、市町村に対して、介護給付及び予防給付に要する費用の額の総額の百分の五に相当する額の調整交付金を交付すること。（第二百二十二条関係）
- 3 都道府県は、市町村に対し、介護給付及び予防給付に要する費用の額の百分の十二・五に相当する額を負担すること。（第二百二十三条関係）
- 4 市町村は、その一般会計において、介護給付及び予防給付に要する費用の百分の十二・五に相当する額を負担すること。（第二百二十四条関係）
- 5 市町村の介護給付及び予防給付に要する費用の額に三年ごとに定める第二号被保険者負担率（すべての市町村に係る被保険者の見込数の総数に対するすべての市町村に係る第二号被保険者の見込数の総数の割合に二分の一を乗じて得た率を基準として設定するものとし、三年ごとに、当該割合の推移を勘案して政令で定めるものをいう。）を乗じて得た医療保険納付対象額については、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）が市町村に対して交付する介護給付費交付金をもって充てること。（第二百五条関係）
- 6 国は、市町村に対し、要介護認定等に係る事務費の二分の一に相当する額を交付すること。（第二百二十六条関係）
- 7 保険料
 - (1) 市町村は、介護保険事業に要する費用（財政安定化基金拠出金の納付に要する費用を含む。）に充てるため、第一号被保険者から政令で定める基準に従い条例で定めるところにより算定された保険料率に基づき、保険料を徴収しなければならないこと。（第二十七条第一項及び第二項関係）
 - (2) (1)の保険料率は、概ね三年を通じ財政の均衡を保つことができるものでなければならないこと。（第二十七条第三項関係）
- 8 保険料の徴収方法

(1) 保険料の徴収については、年金保険者による特別徴収の方法による場合を除くほか、市町村が第一号被保険者等から保険料を徴収する普通徴収の方法によらなければならないこと。(第百二十九条関係)

(2) 第一号被保険者が属する世帯の世帯主及び第一号被保険者の配偶者は、保険料の連帯納付義務を負うこと。(第百三十条第二項及び第三項関係)

二 財政安定化基金等

1 財政安定化基金

(1) 都道府県は、市町村の介護保険の財政の安定化に資するため、財政安定化基金を設け、一定の事由により市町村の介護保険の財政に不足が生じた場合に資金の交付又は貸付けを行うものとする。こと。(第百四十五条第一項及び第二項関係)

(2) 財政安定化基金の財源は、国、都道府県及び市町村(第一号被保険者の保険料)が、それぞれ、三分の一ずつ負担するものとする。こと。(第百四十五条第三項から第六項まで関係)

2 市町村相互財政安定化事業

(1) 市町村は、介護保険の財政の安定化を図るため、介護給付等に要する費用の財源について、他の市町村と共同して、議会の議決を経てする協議により規約を定め、調整保険料率に基づき、市町村相互間において調整する事業を行うことができるものとする。こと。(第百四十六条関係)

(2) 都道府県は、市町村の求めに応じ、市町村相互財政安定化事業に係る必要な調整等を行うものとする。こと。(第百四十七条関係)

三 医療保険者の納付金

1 支払基金は、年度ごとに、医療保険者から、介護給付費納付金(以下「納付金」という。)を徴収すること。(第百四十八条第一項関係)

2 医療保険者は、納付金の納付に充てるため医療保険各法等の規定により保険料等を徴収し、納付金を納付する義務を負うこと。(第百四十八条第二項関係)

3 各医療保険者から徴収する納付金の額は、当該年度におけるすべての市町村の医療保険納付対象額の見込額の総額をすべての医療保険者に係る第二号被保険者の見込数の総数で除して得た額に、当該医療保険者に係る第二号被保険者の見込数を乗じて得た額を前々年度分の当該確定額で調整した額とする。こと。(第百四十九条関係)

第八 社会保険診療報酬支払基金の介護保険関係業務

支払基金は、医療保険者から納付金を徴収し、市町村に対し介護給付費交付金を交付すること。(第八章関係)

第九 保健福祉事業

市町村は、要介護被保険者を現に介護する者等の支援事業、被保険者が要介護状態となることを予防するための事業、指定居宅サービス及び指定居宅介護支援の事業並びに介護保険施設の運営等の事業等を行うことができること。(第百七十三条関係)

第十 国民健康保険団体連合会の介護保険事業関係業務

一 国民健康保険団体連合会(以下「連合会」という。)は、次に掲げる業務を行うこと。(第十章関係)

1 市町村から委託を受けて行う居宅介護サービス費等の請求に関する審査及び支払

2 指定居宅サービス等の質の向上に関する調査及び指定居宅サービス事業者等に対する必要な指導及び助言

3 その他介護保険事業の円滑な運営に資する事業

二 市町村から委託を受けて介護給付費請求書の審査を行うため、連合会に、介護給付費審査委員会を置くこと。（第十一章関係）

第十一 審査請求

保険給付に関する処分（要介護認定等に関する処分を含む。）又は保険料等の徴収金（納付金等を除く。）に関する処分に不服がある者は、各都道府県に置かれた介護保険審査会に審査請求をすることができること。（第百八十一条及び第百八十二条関係）

二 介護保険審査会は、被保険者を代表する委員、市町村を代表する委員及び公益を代表する委員で組織すること。（第百八十三条関係）

第十二 施行期日

この法律は、平成十二年四月一日から施行すること。ただし、次に掲げる事項は、それぞれに定める日から施行すること。（附則第一条関係）

一 第一の六 公布の日から三月を超えない範囲内で政令で定める日

二 第八 平成十二年一月一日

第十三 検討

一 介護保険制度については、要介護者等に係る保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の状況、保険給付に要する費用の状況、国民負担の推移、社会経済の情勢等を勘案し、並びに障害者の福祉に係る施策、医療保険制度等との整合性及び市町村が行う介護保険事業の円滑な実施に配意し、被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲、保険給付の内容及び水準並びに保険料及び納付金（その納付に充てるため医療保険各法の規定により徴収する保険料等を含む。）の負担の在り方を含め、その全般に関して検討が加えられ、その結果に基づき、必要な見直し等の措置が講ぜられるべきものとする。こと。（附則第二条関係）

二 政府は、この法律の施行後、保険給付に要する費用の動向、保険料負担の状況等を勘案し、必要があると認めるときは、居宅サービス、施設サービス等に要する費用に占める介護給付等の割合について、検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。こと。（附則第三条関係）

三 政府は、制度の見直し等に係る検討をするに当たって、地方公共団体等から意見の提出があったときは、当該意見を十分に考慮しなければならないものとする。こと。（附則第五条関係）

介護保険法施行法案要綱

第一 経過措置に関する事項

一 居宅介護サービス費等支給限度基準額等に関する経過措置

(1) 居宅介護サービス費等支給限度基準額に関する経過措置（第一条関係）

市町村及び特別区（以下単に「市町村」という。）は、当該市町村が行う介護保険の保険給付に係る居宅サービス等の必要量の見込み、当該居宅サービス等を提供する体制の確保の状況等を考慮して特に必要と認める場合においては、政令で定める日までの間は、介護保険法に規定する法定居宅給付支給限度基準額に代えて、それぞれの額を下回る額を、当該市町村における経過的居宅給付支給限度基準額とすることができること。

(2) (1)の政令で定める日を指定するに当たっては、介護保険法の施行の日（以下「施行日」という。）から起算して五年を経過した日以後の日で、経過的居宅給付支給限度基準額を定める市町村の市町村介護保険事業計画及びその市町村を区域内に含む都道府県が定める都道府県介護保険事業支援計画の達成状況等を考慮して、法定居宅給付支給限度基準額に基づく介護給付等を円滑に行うことができると認められる日を選定するものとする。

2 市町村、都道府県及び国の措置等（第三条関係）

(1) 1の(2)の市町村は、市町村介護保険事業計画に定められた方策その他の介護給付等対象サービスを提供する体制の確保に必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

(2) 都道府県は、1の(2)の市町村に対して都道府県介護保険事業支援計画に基づきその支援に必要な施策を実施するよう努めるものとする。

(3) 国は、1の(2)の市町村及び都道府県に対し、(1)及び(2)に規定する措置等に関し必要な助言、その他の措置を講ずるよう努めるものとする。

二 指定居宅サービス事業者に関する経過措置（第四条等関係）

介護保険法の施行の際現に改正前の老人保健法に規定する指定老人訪問看護事業者であるものについて介護保険法の居宅サービスに係る指定があったものとみなす等所要の経過措置を設けること。

三 介護保険施設に関する経過措置

1 指定介護老人福祉施設及び介護老人保健施設に関する経過措置（第七条等関係）

介護保険法の施行の際現に存する特別養護老人ホーム、老人保健施設のそれぞれについて、介護保険法の介護老人福祉施設の指定、介護老人保健施設の許可がそれぞれあったものとみなす等所要の経過措置を設けること。

2 介護療養型医療施設に関する経過措置（第十条関係）

介護療養型医療施設については、施行日から起算して三年を超えない範囲内において政令で定める日までの間は、要介護者の心身の特性に応じた適切な看護が行われるものとして政令で定める病院をも対象とすること。

四 適用除外に関する経過措置（第十一条関係）

当分の間、身体障害者福祉法の規定により身体障害者療護施設に入所している者その他特別の理由がある者で厚生省令で定めるものは、介護保険の被保険者としなないこと。

五 特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する経過措置（第十三条関係）

施行日において特別養護老人ホームに入所している改正前の老人福祉法の措置に係る者については、施行日以後引き続き当該特別養護老人ホームに入所している間は、当該措置をとった市町村が行う介護保険の被保険者とするとともに、施行日から起算して五年間に限り、施設介護サービス費を支給すること。

六 施行のために必要な準備（第十四条等関係）

1 厚生大臣は、介護保険法に基づく制度に関する重要事項等を定めようとするときは、施行日前において介護保険法に規定する政令で定める審議会に諮問等を行うことができること。

2 施行日の属する年度における保険料の特別徴収について、所要の事前準備規定を設けること。

3 及び2に規定するもののほか、介護保険法及びこの法律を施行するために必要な条例の制定又は改正、要介護認定の手續等の行為は、施行日前において行うことができること。

七 その他（第十八条等関係）

1 介護保険法及びこの法律の施行前にした行為等に対する罰則の適用については、なお従前の例によること。

2 この法律に規定するもののほか、介護保険法の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定めること。

第二 関係法律の一部改正に関する事項

一 老人福祉法の一部改正（第二十条等関係）

1 事業及び施設に関する事項

(1) 老人居宅生活支援事業及び特別養護老人ホームに係る規定を整理すること。

(2) 痴呆対応型老人共同生活援助事業（痴呆性老人向けグループホーム）を老人居宅生活支援事業に位置付けること。

2 福祉の措置に関する事項

(1) 市町村は、介護保険の対象となるサービス等の連携、調整を図るなど、地域の実情に応じた支援体制の整備に努めること。

(2) 要援護老人がやむを得ない事由により介護保険法に規定するサービスを利用することが著しく困難であると認めるときは、市町村は、居宅における介護、特別養護老人ホームへの入所の措置を採ること。

3 老人福祉計画に関する事項

市町村及び都道府県の老人福祉計画に関する規定を介護保険法の内容に沿って整理すること。

4 費用に関する事項

2の(2)の措置に係る者が、介護保険法の規定により当該措置に相当する保険給付を受けることができる者であるときは、市町村は、その限度において費用を支弁することを要しないこと。

二 老人保健法の一部改正（第二十四条等関係）

1 指定老人訪問看護事業者、老人保健施設及び老人保健施設療養費に関する規定を整理すること。

2 介護保険の給付と老人保健法に基づく医療給付の調整に関する規定を置くこと。

3 市町村及び都道府県の老人保健計画に関する規定を介護保険法の内容に沿って整理すること。

三 健康保険法の一部改正（第二十九条等関係）

1 保険料の徴収目的として介護納付金の納付に要する費用を加え、介護納付金の納付に要する費用に充てるための保険料は、介護保険の第二号被保険者である被保険者について賦課すること。

2 保険料額は、次の区分に従い、それぞれに規定する額とすること。

(1) 介護保険法の第二号被保険者である被保険者一般保険料額（被保険者の標準報酬月額に一般保険料率を乗じて得た額）と介護保険料額（被保険者の標準報酬月額に介護保険料率を乗じて得た額）との合算額

(2) (1)以外の被保険者一般保険料額

3 政府管掌健康保険に係る介護納付金の納付に要する費用について、国庫補助の対象とすること。

4 二の2と同様に、介護保険の給付と健康保険の給付の調整に関する規定を置くこと。

四 船員保険法の一部の改正（第三十三条等関係）

健康保険法の改正に準じた改正を行うこと。

五 国民健康保険法の一部改正（第三十六条等関係）

1 保険料等に関する事項

（1） 保険料の徴収目的として介護納付金の納付に要する費用を加え、介護納付金の納付に要する費用に充てるための保険料は、介護保険の第一号被保険者である被保険者について賦課すること。

（2） 介護納付金の納付に要する費用について、国庫負担等の対象とすること。

（3） 保険料を滞納している世帯主等に対する措置を強化すること。

2 二の2と同様に、介護保険の給付と国民健康保険の給付の調整に関する規定を置くこと。

六 生活保護法の一部改正（第五十四条等関係）

保護の種類として介護扶助を創設し、困窮のため最低限度の生活を維持することのできない要介護者及び要支援者に対し、介護扶助を行うこと。

七 その他

一から六までに掲げる事項のほか、関係法律について所要の改正を行うこと。

第三 施行期日

2の法律は、介護保険法の施行の日から施行すること。ただし、次に掲げる事項は、それぞれに定める日から施行すること。

一 第一の六の3及び七の2公布の日

二 第一の六の1公布の日から起算して三月を超えない範囲内において政令で定める日

三 第一の六の2平成十一年十月一日

四 第二の七（社会保険診療報酬支払基金の介護保険関係業務に係る規定に限る。）平成十二年一月一日

介護保険法案に対する修正案要綱

- 一 市町村は、市町村介護保険事業計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、被保険者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるものとする。 (第百十七条関係)
- 二 介護保険制度の全般に関する検討は、この法律の施行後五年を目途として行われるものとする。 (附則第二条関係)
- 三 その他所要の修正を行うこと。

「医療保険審議会における検討項目」
1993年1月20日

I 公的医療保険の役割

- 疾病構造の変化、国民の生活水準の向上、医療ニーズの多様化等社会経済の変化を踏まえ、公的医療保険の理念や基本的なあり方をどう考えるか。
- 医療と保健・福祉など周辺領域との関係についてどう考えるか。

II 保険給付の範囲・内容

- 給付の範囲や内容を見直す必要かないか。
- 患者のサービス選択の幅の拡大についてどう考えるか。
- 医療の高度化、技術革新への対応をどう考えるか。
- 保険外負担についてどう考えるか。

III 給付と負担の公平

- 給付率及びその格差是正についてどう考えるか。
- 患者負担のあり方、高額療養費制度についてどう考えるか。
- 被用者保険と国民健康保険間の公平、被保険者間の公平、地域間格差等についてどう考えるか。

IV 医療費の規模及びその財源・負担のあり方

- 高齢化の進展等に伴って増大する医療費についてどう考えるか。
- 医療費の効率化・適正化をどのように進めるか。
- 医療保険制度における保険料のあり方についてどう考えるか。
- 医療保険制度における国庫負担、地方負担のあり方についてどう考えるか。

V 医療保険制度の枠組み及び保険者運営のあり方

- 人口の高齢化、就業構造の変化等が進む中で、現行の医療保険制度の枠組みを見直す必要があるか。
- 医療保険制度の運営のあり方についてどう考えるか。

VI 現金給付のあり方

- 分娩費、育児手当金その他の現金給付のあり方についてどう考えるか。

VII 保健施設事業のあり方

- 高齢化、疾病構造の変化等に対応した保健施設事業のあり方についてどう考えるか。

VIII その他

- 公的医療保険と民間医療保険の関係についてどう考えるか。
- 診療報酬請求の審査支払事務の効率化をどう進めるか。
- その他

1. 基本的な視点

○後期高齢者の急増、平均年令が40歳を超えることなど、諸外国に例のない超高齢社会の到来を控え、また、疾病構造の変化、国民の生活水準の向上等に伴う医療ニーズの多様化、医療の高度化など社会経済の変化に的確に対応し、将来にわたってすべての国民が安心して医療を受けることができるよう、次のような基本的な視点から、揺るぎない医療保険制度を確立する必要がある。

(1) 公平性の確保

○制度間、保険者間、施設・サービス間における格差の是正
○地域間格差の是正（地域により医療費等の格差があるとともに、人件費等の地域差がある。）

(2) 効率性の確保

○限りある医療費財源の有効活用
○保健・医療・福祉の機能分担と地域における整合性のとれた連携

(3) 医療における質の向上、確保

○量的拡大から質の確保
○良好な療養環境に対するニーズの高まりへの対応

(4) 安定性の確保

○医療保険制度の長期的な安定運営の確保
○医業経営の安定

2. 医療保険をめぐる状況の変化

○以上の基本的な視点とともに、以下のような近年の医療保険をめぐる状況の変化及びその問題点を踏まえる必要がある。

(1) 疾病構造の変化

○高齢化の進展、公衆衛生水準の向上等に伴い、疾病構造が感染症中心から成人病中心に変化している。

- 1 入院サービスにおける生活関連部分（衣、食、住等）の増大
- 2 医療と保健・福祉との「境界領域」の拡大（ex. 訪問看護、老健施設、在宅医療）
- 3 日常の健康管理やヘルス事業の重要性の増大

(2) 国民の生活水準の向上

○国民の生活水準の向上に伴い、より良い療養環境等を求めるニーズが生じている。

○医療サービスにおいても、患者の選択、同意が基本にあるべきだという意識が広まっている。また、このことを通じて医療の質の向上が期待されている。

(3) 医学・医療の進歩

○高度な医療技術や医薬品の開発が進むとともに、その普及が期待されている。

○これに伴い、高齢化の進展や医療供給体制の整備等と相まって、医療費の増大が避けられない。

○他方、臓器移植等における生命倫理の問題や、こうした技術の医療保険への導入や費用負担の在り方などの問題が生じている。

(4) 国民医療費の増大

○近年、毎年1兆円ずつ増加。高齢化の進展、医学・医療の進歩等に伴い、今後とも増大が見込まれる。

○医療費の増大や年金の成熟化等に伴い、社会保険給付費の増大や、現在40%弱の国民負担率が上昇すると見込まれる。

○医療費に対する国庫負担は国家予算において相当の割合を占め、近年の財政事情等から、その確保が次第に困難になりつつあり、安定的な財源の確保が課題となっている。

3.医療保険制度に関する問題点

(1) 国民の医療に対するニーズの変化に十分応えられるものとなっているか。

1 我が国の療養環境の水準は、国民の生活水準の向上に見合っており向上してきているとは言えないという指摘がある。

2 ニーズの多様化、高度化に対し、すべて公的医療保険で対応することが可能かどうか、あるいは適当かどうかという議論がある。

(2) 医療保険の給付を通じて、医療の質の確保・向上が図られる仕組みとなっているか。また、医療サービスや療養環境の適切な評価をどのように行うべきか。

(3) 病院、在宅、老人保健施設、特別養護老人ホーム等における費用負担が、不整合、不均衡となっていないか。また、それが、社会的入院等の不適切な状態を招いていないか。

(4) 付添看護等のいわゆる保険外負担が生じており、基準看護病院等に入院している者と、そうでない者の間に負担の不均衡が生じているのではないか。

(5) 地域における医療費等の格差やコストの格差が生じており、これに適切に対応できていないのではないか。

(6) 医療保険制度における給付と負担の公平化をどう図っていくか。制度間の格差を是正する手法としての国庫負担の投入に制約が生じているが、今後、医療保険における財源や負担の在り方をどう見直していくか。

4.公的医療保険の役割と今後の対応

(1) 公的医療保険の役割

○すべての国民は良質かつ適切な医療を受ける機会が保障される必要がある。このような観点から、公的医療保険制度は、国民から保険料を徴収し、疾病等の保険事故が発生した場合に必要な給付を行うという、リスク・ヘッジ機能の役割を果たすことを目的として設けられている。なお、疾病構造の変化等に伴い、リスクの内容が変化していることに留意すべきである。

○また、公的医療保険においては、保険料は収入に応じて徴収されており、所得再分配効果もある。

○こうした公的医療保険の役割を踏まえ、中・長期的対応と当面の対応といった観点も考慮しつつ、次のような対応を図る必要がある。

(2) 今後の対応

ア. 制度の基盤への要請

○国民に受療機会を保障し、国民生活の安定を確保する観点から、今後とも、国民皆保険体制を維持することが必要である。

○高齢化の進展、疾病構造の変化等社会経済情勢の変化に対応し、老人保健制度等との関係にも留意しつつ、長期的に安定した医療保険制度を確立する必要がある。

○これまで、特定療養費制度の創設、拡大等により患者ニーズの多様化への対応を図るとともに、老人保健施設、介護力強化病院、療養型病床群の創設等により相対的に治療ニーズが低く、看護、介護ニーズが高い患者の増大に対応してきたが、今後、これらの整合性のとれた体系的な展開を図る必要がある。

イ. 制度の運営への要請

○医療費に関する負担やその財源の在り方について検討を進める必要がある。

○医療保険財源の制約がある中で、公的医療保険について給付の重点化を図っていく必要がある。

○公平性の確保を図る観点、患者の選択の幅を拡大する観点等から、給付の範囲や費用負担の在り方について見直す必要がある。

5. 公的医療保険の給付の範囲・内容の見直し

○公的医療保険の給付の範囲・内容について、以上のような基本的な視点及び公的医療保険の役割を踏まえ、社会経済情勢の変化等に対応した適切な見直しを図る

こととし、今後、次のような項目について、さらに掘り下げた検討を行うものとする。

(1) 保険給付の内容の見直し

ア. 給食

在宅・施設間を通じた負担の公平、給付の重点化、給食の質の向上を図る等の観点から、給食に係る給付の在り方を見直す必要がある。

イ. 室科

患者の療養環境に関するニーズの多様化等に応えるため、給付の在り方を見直す必要がある。

ウ. 薬剤・治療材料

薬剤等の使用の適正化、保険給付としての必要性、優先度等の観点から、薬剤や治療材料の給付の在り方について検討する必要がある。

(2) 特定療養費制度の活用

医学・医療の高度化や国民のニーズの多様化等を踏まえ、特定療養費制度の適切な活用を図っていく必要がある。その際、高度先進医療に係る特定療養費制度における患者負担については、何らかの配慮が必要と考えられる。

(3) 現金給付の見直し

現金給付については、実態等を踏まえ、その在り方について検討する必要がある。

(4) 医療関連給付の見直し

ア. 療養費

療養費払いの給付について、医療保険制度における位置付け、適正化等の観点から、その在り方を見直す必要がある。

イ. 保険外負担

付添看護等保険外負担について、公的医療保険の役割の在り方等の観点から、その内容に応じ、在り方を見直す必要がある。

ウ. 保健福祉施設事業

疾病構造の変化に伴う健康管理の重要性の増大、被保険者のニーズの変化、事業の費用対効果等を踏まえ、健康診査、健康教育など保健福祉施設事業の在り方について検討する必要がある。

(5) 介護問題への対応

介護については、今後高齢化に伴い介護サービスのニーズが高まるので、その費用負担の在り方やサービス供給の体系について社会保障全般にわたる検討が必要である。医療保険制度としても、介護の問題にどのように関与していくかが検討課題となると考えられる。

(6) その他

○技術料や看護料の適正な評価など医療の質の向上を図るための措置について検討される必要がある。

○現在、診療報酬は全国一律のものとして設定されているが、人件費など医療機関の運営の実態については地域差があることなどから、診療報酬において、地域差についてどう考えるか検討される必要がある。

○医療費については、著しい地域格差などの問題がみられるが、公平の観点などから、その是正を一層進める必要がある。

○医療施設の機能の体系化、へき地医療対策の推進及びマンパワーの適切な養成・確

保の在り方等について、さらに検討が進められる必要がある。また、医業経営の健全化について検討される必要がある。

○生涯にわたる健康管理、サービスの整合性・統合性、事務処理の簡素・合理化といった見地に立ったシステム化を進める必要がある。こうした観点から、被保険者証のカード化や診療報酬請求事務の電算化などについて検討する必要がある。

平成5年12月8日

厚生大臣 大内 啓伍 殿

医療保険審議会
会長 宮澤 健一

建 議 書

当審議会においては、21世紀に向けて揺るぎのない医療保険制度を確立していくため、昨年9月より制度全般にわたる検討に着手した。検討すべき課題は多岐にわたるが、当面、全体に共通する基本的な課題として「公的医療保険の役割」及び「保険給付の範囲・内容」を中心に審議を行うこととし、本年6月にはそれまでの検討内容についての「中間まとめ」を取りまとめた。

その後、この「中間まとめ」を踏まえて審議を行ってきたが、今般、保険給付の範囲・内容の見直しについての審議の結果を、厚生省組織令第94条第1項の規定に基づき、下記のとおり建議する。

なお、「給付と負担の公平」を始め残された検討課題については、今後引き続き当審議会において検討を進めていくこととしている。

記

I. 基本的な考え方

(1) 公的医療保険は、疾病や負傷について必要な医療を提供し、国民が健やかで安心できる生活を送るための基盤として機能しており、21世紀に向けて今後とも国民皆保険体制を維持しつつ、国民に良質かつ適切な医療を効率的かつ安定的に供給していくことが求められている。

(2) ところで、我が国の医療を取り巻く状況は、疾病構造が感染症中心から成人病中心に変化し、入院サービスにおける生活関連部分の比重が増大するとともに、国民生活水準の向上に伴い、医療サービスに対する国民のニーズは、多様化、高度化してきている。一方、国民医療費は毎年1兆円以上増加しているが、このことは、赤ちゃんからお年寄りまでのすべての国民にとって毎年1人1万円程度の医療費の負担増となっている状況が続いていることを意味している。そしてこうした状況は、医療費適正化の努力は当然としてもなお、人口の高齢化の進展や医学・医療の進歩により今後とも避けられないものと考えられる。

このような状況の中で、公的医療保険の給付については、疾病リスクに対する経済的な不安の解消という医療保険の基本的な役割を維持しつつ、必要な医療を満たすとともに、サービスの質の向上や患者ニーズの多様化への対応という新たな課題にどのように対応していくかが重要な課題となっている。

公的医療保険の給付は、従来、画一的で定型的なものとして設計されてきた。国民の多様なニーズに応じながら、良質かつ適切な医療を確保していくために、サービスの利用者として患者の選択の幅を拡大し、サービスの質の向上を図っていけるようにすることが求められている。あわせて、患者がニーズに合った選択と意向の反映ができるよう、関連す

る情報の提供が適切に行われるようにすることも必要である。

(3) 疾病リスクに対する経済的な不安の解消と、サービスの質の向上という、保険給付の二つの基本的な課題にこたえていくためには、これを賄うための財源が必要であり、それは最終的には保険料、税又は患者の自己負担のいずれかに求めていかざるを得ない。しかしながら、人口の高齢化の進展等に伴い今後とも医療や年金等の社会保障に要する費用の増加が避けられない中で、国民の保険料や税の負担を適度な範囲にとどめていくことが必要となっている。

このため、保険給付の範囲・内容を見直すに当たっては、国民の共通の財産とも言える保険料財源等を基本としつつ、それにどこまで依存し、どこまで自己負担に委ねるかといふ観点に立って、提供するサービスの種類や内容に応じた財源の組み合わせを検討していく必要がある。

その際、医療費の一層の適正化と疾病予防や健康づくりのための施策の推進に努めていくとともに、効率性といふ観点から、優先度や緊急度の高いものへ保険財源を重点的に投入していくことが適当である。また、医療と保険、福祉との境界領域が拡大する中で、公平性の観点から、制度間、保険者間、施設・在宅間における給付と負担の格差の是正を図っていく必要がある。さらに、医療サービスを提供する医療機関等の経営の安定にも配慮していくことが必要である。

II. 見直しの方向・内容

以上のような基本的な考え方に立って、公的医療保険の給付の範囲・内容について逐次見直しを行っていく必要がある。当面は、以下に述べるとおり、疾病リスクに対する経済的な不安の解消と患者ニーズに対応したサービスの質の向上という観点から、今日重要な課題となっている付添看護・介護や在宅医療、あるいは入院時の食事や、病室等について、これらを一体のものとして保険給付の在り方を見直していくことが適当である。

また、平均寿命の伸張等に伴い、老後において寝たきり等の要介護状態になることへの不安はますます増大してきていることから、こうした国民の不安を解消するための介護サービス体系の確立について、早急に検討が進められる必要がある。

さらに、現金給付や保健福祉施設事業について社会経済の状況に対応した施策の展開を図るとともに、薬剤等に係る給付の在り方について更に検討を進めていく必要がある。

なお、これらの課題には、当審議会だけではなく、他の審議会等における検討を待って実施に移されるものも少なくなく、関係審議会等において積極的な検討が進められることを期待する。

1. 付添看護・介護に係る給付の改革

基準看護を実施していない病院に入院した場合には、患者が付添婦等を雇わざるを得ないことが少なくなく、サービスの質の確保の上で問題があるほか、患者の費用負担が重くなっているという問題もある。また、基準看護を実施している病院においても介護の面で必要なサービスが提供されていない場合もあるとの指摘がある。このような現状を改革し、患者が人間的で良質な医療を安心して受けられるようにすることは緊急の課題であり、中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会の報告書（平成5年9月24日）でも、基準看護等の三基準の検討と見直しの一環として指摘されている。

こうした問題の背景には、マンパワー不足も指摘されており、人材の確保のための施策

を一層推進するとともに、病院における看護・介護サービスについて、サービスの質の確保や病院における実施体制の状況にも十分留意しながら、保険給付の見直しを行い、付添婦等による付添いを必要としない看護・介護体制を早急に確立していくべきであり、これに伴って、療養費払いによる付添看護・介護に係る給付については廃止していくことが適当である。

なお、いわゆるお世話料等の不適正な保険外負担についても、その解消が図られるよう、今後とも保険医療機関等に対する指導や監督の適正な実施に努めていくべきである。

2. 在宅医療の推進

我が国においては従来より、医療を提供する場として、病院等の医療機関が中心となってきたが、疾病構造の変化等に伴い、在宅での療養に対するニーズが高まってきている。

このため、国民が安心して在宅療養できるよう、訪問看護等の在宅医療を推進するとともに、急病時における往診等の即応機能や適切な医療機関への紹介機能等のかかりつけ医師機能が発揮されていく必要があり、こうした観点から、在宅医療について保険給付の充実と医療・看護サービス体制の一層の整備を図っていくべきである。

特に、訪問看護については、寝たきり老人等について訪問看護ステーションを利用した事業が実施されており、これらの者の在宅療養に大きな役割を果たしていることから、こうした事業を一般にも拡大し、難病等の患者に対する在宅医療を推進していくことが適当である。

また、在宅での療養生活を支援する観点から、保健福祉施設事業においても、他制度との連携を図りつつ、福祉や介護の機器の提供等に係るサービスの実施に取り組んでいくことが適当である。

3. 入院時の食事に係る給付の見直し

入院時の食事は入院医療に不可欠な要素として重要な役割を果たしている。しかしながら、国民の生活水準の向上に伴い、質の向上や患者の選択の幅の拡大といったニーズが高まっており、画一的で、市場原理が働きにくい現行の保険給付の仕組みではこうした変化に適切に対応していくには限界があることから、患者に対する情報提供の確保に努めながら、給付の在り方を見直し、医療機関側のサービス改善の努力を促していくことが必要である。

また、食費については入院、在宅等に共通する費用であるが、入院と在宅等における費用負担が不整合、不均衡となっている。

以上のような観点から、入院時における食事については、引き続き保険給付の対象としながら、低所得者への配慮や栄養士による栄養管理等に対する適切な配慮を前提としつつ、患者のニーズに対応したサービスの提供が図られるよう、平均的な家計における食費を勘案した相応の費用を患者が支払う提供方式とすることが妥当である。

また、入院時の食事に係る給付方式の見直しに併せて、メニューの多様化や配膳時間の改善、病院における食堂の整備等、サービスの向上が図られるよう、条件整備が進められる必要がある。

なお、若干の委員から、入院時の食事に係る給付方式の見直しについて、慎重な取扱いを求める意見が述べられた。

4. 療養環境等に係るサービスの向上

病室等の療養環境については、患者のニーズが多様化、高度化してきているが、民間の医療機関を中心として施設に余裕がないところが少なくなく、大部屋等では患者のプライバシーの確保が問題になるなど、良好な療養環境の確保が求められている。また、予約診療や時間外診療等に対する患者のニーズも高まっている。

こうしたニーズに対応していくためには、今後とも保険給付の充実を図っていくことは当然であるが、患者自身の選択になじむサービスについては、患者に対する十分な情報提供を前提としつつ、それに応じた適切な自己負担を求めていくことが必要である。このため、個室等の特別な病室や予約診療等について特定療養費制度の活用が図られていく必要があり、前述した中央社会保険医療協議会の報告書においても、こうした方向に沿った特定療養費制度の活用が指摘されている。

また、こうした保険給付における対応とあわせて、病室の個室化や面積の拡大、療養上必要な設備の改善等を通じて医療機関の療養環境の改善を図っていく必要があり、そのためには公的な助成や融資等により民間の医療機関の療養環境改善の努力を支援していくことが必要である。

なお、特定療養費制度のうち、高度先進医療に係るものについても、医療技術の有効性や安全性等に十分配慮しつつ、今後ともその活用を図っていくことが適当である。

5. 薬剤に係る給付の見直し

我が国の薬剤費の国民医療費に占める割合は欧米諸国に比べ高くなっているなどとして、薬剤の使い過ぎがあるとの指摘もある。

また、保険給付の対象となっている薬剤の中には、薬局や薬店で販売されている一般用医薬品と成分や効能等がほとんど同じものが含まれており、負担の公平性や保険給付としての優先度といった点で問題が指摘されている。

このため、薬剤に対するコスト意識を喚起することなどにより薬剤が有効かつ適切に使用されるよう、医薬分業の推進や薬局の整備、患者や医療機関に対する啓発、指導の充実を図るとともに、諸外国における方策も参考にして、一般用医薬品類似医薬品の保険制度上の取扱いも含め、保険給付の在り方について、中央社会保険医療協議会との連携の下に専門的な検討の場を設けるなどして、更に検討を進めていく必要がある。

6. 介護サービス体系の確立

介護サービスについては、人口の高齢化の進展に伴い、今後ますます増大していくことが予想される。しかし、現状においては、介護に係る在宅サービスが十分でないために、家庭における介護の負担が重くなっている。施設サービスについても措置制度により一般の国民には利用しづらくなっているなどの問題が指摘されている。また、医療保険サイドにおいてもいわゆる社会的入院といった問題が指摘されている。

このため、21世紀の本格的な高齢社会に向けて、各制度の役割分担等社会保障制度全般にわたる課題として、介護サービス体系の確立について早急に検討が進められる必要がある。

7. その他

(1) 現金給付

出産や育児に関する現金給付については、子供が健やかに生まれ育つための環境づくりという観点から、一時金についての給付の包括化を図り、その充実を図ることが適当である。

また、傷病手当金や出産手当金については、傷病や出産を事由とする休業給との関係について実態を把握するとともに、給付の在り方について更に検討を進めていく必要がある。

(2) 療養費

現在療養費払いとなっている柔道整復、はり、きゅう、あん摩・マッサージについては、療養費の支給の適正化を進めるとともに、その医療上の役割や保険制度における位置付け、給付の仕組みについて、専門的な観点から検討を行う場を設ける必要がある。

(3) 保健福祉施設事業

疾病構造が成人病中心に変化してきていることなどから、疾病の予防や健康づくりが重要になってきているが、こうした面への各保険者の果たすべき役割には極めて大きなものがある。しかしながら、現状では、各保険者の規模、財政力、加入者の構成等の問題もあり、その取組には相当の差異があり、全体としては必ずしも効果的なものとなっていないとの指摘もある。各保険者において、他制度との連携を図りながら、人間ドック等疾病の予防や健康づくりに重点を置いた保健福祉施設事業の積極的な展開に努めていくべきことはもちろんのことであるが、医療保険制度としても、一層効果的な取組を促進する仕組みについて、更に検討を進めていく必要がある。

医療保険審議会
会長 宮澤健一 殿

厚生大臣 大内 啓伍

諮問書

健康保険制度等を別添要綱のとおり改正することについて、健康保険法第1条ノ2、船員保険法第2条ノ3及び国民健康保険法第4条の2の規定に基づき、貴会の意見を求めます。

(別添)

健康保険制度等の改正案要綱

第1 改正の趣旨

医療保険制度を通じ、国民の多様なニーズに応じながら、良質かつ適切な医療を効率的かつ安定的に提供していくため、保険給付の範囲・内容等を見直し、療養の給付に係る規定の整備、訪問看護療養費及び入院時食事療養費の創設、出産育児一時金の創設、その他所要の改正を行うものであること。

第2 健康保険制度の改正

1. 「療養の給付」に関する事項

(1) 看護・介護に係る給付の見直し

保険医療機関における看護・介護サービスを充実し、保険外負担の中核をなす付添看護・介護を解消するため、看護・介護に係る給付は、保険者が直接行うものとする旧来の規定を改め、療養の給付として保険医療機関から受けるものと法文上明確に位置付けること。

(2) 在宅医療の推進

在宅医療の推進を図るため、療養の給付として居宅における療養上の管理及び看護を法文上明確に位置付けること。

(3) 入院時の食事に係る給付の見直し

入院時の食事サービスの質の向上及び入院と在宅との負担の公平を図るため、入院時の食事に係る給付の方式を改め、新たに入院時食事療養費の支給制度を設けること。

(4) 移送の現金給付化

患者移送の実態等に鑑み、移送に係る給付は、療養の給付として保険者が行うという旧来の規定を改め、移送費または家族移送費という現金給付に改めること。

2. 付添看護・介護に係る療養費に関する事項

付添看護・介護を、平成7年度末をもって解消するため、現行の付添看護・介護に係る療養費は、平成7年度末までの間（計画的に移行していることなど、厚生大臣の

定める要件に該当するものとして都道府県知事の承認を得た医療機関における付添看護・介護については、平成8年度以後厚生大臣の定める日までの間)に限り、支給できるものとする。

3. 訪問看護制度に関する事項

(1) 在宅医療を推進するため、難病患者や末期ガン患者等の在宅患者が、指定訪問看護事業者の看護婦等から訪問看護サービスを受けたときは、保険者は訪問看護療養費を支給すること。

(2) 訪問看護療養費の額は、訪問看護に要する平均的な費用を勘案して厚生大臣が中央社会保険医療協会に諮問し定めるところにより算定した額の8割(厚生大臣の告示する日までの間は9割)に相当する額とすること。

また、被扶養者については、家族訪問看護療養費を支給することとし、その額は、算定額の7割に相当する額とすること。

(3) 保険者は、訪問看護療養費として支給すべき額の限度において、被保険者に代わり、指定訪問看護事業者に対しその費用を支払うことができるものとする。

また、訪問看護事業者は、被保険者から利用料の支払を受けた場合には、領収証を交付しなければならないものとする。

(4) 都道府県知事は、申請者が地方公共団体、医療法人、社会福祉法人、その他厚生大臣が定める者であって、厚生大臣が定める人員及び運営の基準に従って適正に訪問看護を提供することができると認められるときに指定を行うこと。

また、指定老人訪問看護事業者の指定があるときは、別段の申請がなければ指定訪問看護事業者の指定があったものとみなすものとする。

(5) 指定訪問看護事業者は、厚生大臣が定める人員及び運営の基準を遵守しなければならないこと。厚生大臣は、当該基準を定めるときには、指定に係る訪問看護の取扱いに関する部分については中央社会保険医療協議会に、それ以外の部分については医療保険審議会に諮問するものとする。

また、指定訪問看護事業者は、船員保険法、国民健康保険法等の訪問看護を提供するものであること。

4. 入院時食事療養費に関する事項

(1) 被保険者が入院時に受けた食事の提供について、保険者は、入院時食事療養費を支給すること。

(2) 入院時食事療養費の額は、入院時の食事に要する平均的な費用を勘案して、厚生大臣が中央社会保険医療協議会に諮問し定める基準により算定した額から、平均的な家計における食費を勘案して厚生大臣が告示で定める額(標準負担額)を控除した額とすること。

(3) 所得の状況その他の事情を勘案して省令で定める低所得者(市町村民税非課税の者等)の標準負担額については、厚生大臣が別に告示で定める額とすること。

(4) 厚生大臣は、平均的な家計における食費の状況が著しく変動したときには標準負担額を速やかに改定するものとする。

[標準負担額については、総務庁の家計調査における1人当たりの平均の食費の支出を勘案して平成6年度には1日800円とし、低所得者は1日660円とすること。

この額を定めあるいは改定するときには、医療保険審議会に諮問すること。]

(5) 保険者は、入院時食事療養費として支給すべき額の限度において、被保険者に代わり、保険医療機関等に対しその費用を支払うことができるものとする。保険

医療機関等は、被保険者から支払を受けた場合には、領収証を交付しなければならないこと。

(6) 入院時の食事の提供は、省令の定めるところにより保険医療機関等が行うものとする。

(7) 入院時の食事に係る標準負担額は、高額療養費の支給の対象たる費用の負担には、含まれないものとする。

(8) 被扶養者が入院時に受けた食事の提供については家族療養費としてその費用を支給すること。その場合の標準負担額その他については上記の被保険者に係る入院時食事療養費に準じるものとする。

5. 現金給付に関する事項

(1) 移送費・家族移送費の支給

被保険者が療養の給付などの保険診療を受けるため移送されたときには、保険者は、必要であると認められる場合について、省令で定めるところによって算定した額を移送費として支給すること。また、被扶養者が移送された場合には、家族移送費を支給すること。

(2) 出産育児一時金・配偶者出産育児一時金の支給

子供が健やかに生まれ育つための環境づくりという観点から、被保険者が分娩したときには、現行の分娩費と育児手当金を包括化し、出産育児一時金として政令で定める額(30万円)を支給すること。また、被扶養者である配偶者が分娩したときには、同様に配偶者出産育児一時金を支給すること。

(3) 被扶養者がいない被保険者が入院した際の傷病手当金及び出産手当金の額の算定に関し、その減額措置(標準報酬日額の6割を4割に減額)を廃止すること。

6. 保険者の保健福祉事業に関する事項

(1) 人間ドック等の健康診査や健康づくり活動等の健康の保持増進のための事業については、疾病予防や健康管理の重要性に鑑み、保険者はその実施に努めるべきものとする。

(2) 上記のほか、保険者が実施し得る事業として、療養資金の貸付等の現行の事業に加え、在宅療養に必要な用具の貸付等の療養環境の向上のための事業を加えること。

7. 標準報酬に関する事項

標準報酬月額の下限を92,000円(現行80,000円)とする。

8. 保険料に関する事項

育児休業期間中の保険料については、その負担軽減を図るため、申請により被保険者分を免除するものとする。

9. 国の負担に関する事項

政府管掌健康保険事業の入院時食事療養費、訪問看護療養費等に要する費用については、国庫は療養の給付に係る補助と同様の補助を行うものとする。

10. 健康保険法第69条の7の規定による被保険者に関する事項

(1) 労働時間の短縮に伴い、療養の給付等の受給要件を改め、前2月間に通算して26日分(現行28日分)以上の保険料が納付されているものとする。

(2) 療養の給付、付添看護・介護に係る療養費、訪問看護療養費、入院時食事療養費、現金給付及び国の負担に関する事項について、一般の被保険者と同様の改正を行うこと。

II. その他の事項

その他所要の規定の整備を行うこと。

第3 船員保険制度の改正

1. 健康保険制度の改正に準じた改正

療養の給付、付添看護・介護に係る療養費、訪問看護療養費、入院時食事療養費、現金給付、保険者の福祉事業、標準報酬及び保険料に関する事項につき、船員保険の特性に対応しつつ、健康保険制度の改正に準じた改正を行うこと。

2. 遺族年金（災害補償）に関する事項

遺族の範囲に含まれる子等の年齢を18歳の年度末までとし、遺族年金及びその加給金の対象者を拡大すること。

第4 国民健康保険制度の改正

1. 健康保険制度の改正に準じた改正

療養の給付、付添看護・介護に係る療養費、訪問看護療養費、入院時食事療養費、現金給付及び保険者の保健事業等に関する事項につき、健康保険制度の改正に準じた改正を行うこと。

これに伴い、入院時食事療養費、訪問看護療養費等に要する費用については国の負担又は補助の対象とすること。

2. 国民健康保険医、国民健康保険薬剤師及び療養取扱機関等に関する事項

規制緩和等の観点から、国民健康保険医、国民健康保険薬剤師、療養取扱機関及び特定承認療養取扱機関の制度を廃止し、健康保険法に規定する保険医等及び保険医療機関等において国民健康保険の療養の給付等を担当するものとする。

3. 被保険者に関する事項

特別養護老人ホーム、児童福祉施設等の社会福祉施設への入所措置が採られたことにより当該施設所在地の市町村に転入してきた者については、当該措置が採られた際の住所地の市町村が行う国民健康保険の被保険者とする。

第5 施行期日等

1. 制度の改正は、平成6年10月1日から施行すること。ただし、第2の10の健康保険法第69条の7の規定による被保険者の受給要件は公布の日から起算して3月を超えない範囲内において政令で定める日から、第2の6の保険者の保健福祉事業、第2の8の育児休業期間中の保険料免除、第3の2の遺族年金等の対象の拡大、第4の3の社会福祉施設入所者に対する国民健康保険の被保険者資格の特例については、平成7年4月1日から施行すること。

2. 国家公務員等共済組合法等各種共済組合法に関し、療養の給付、付添看護・介護に係る療養費、訪問看護療養費、入院時食事療養費及び現金給付等に関する事項につき、健康保険制度の改正に準じた改正を行うこと。
3. 老人保健法に関し、療養の給付、付添看護・介護に係る療養費、入院時食事療養費及び現金給付等に関する事項につき、健康保険制度等の改正に準じた改正を行うこと。
4. 結核予防法等公費負担医療各法に関し、療養の給付に相当する給付（看護・介護及び在宅医療に係るものに限る。）について、健康保険制度の改正に準じた改正を行うこと。
5. その他所要の改正を行うこと。

これまでの検討内容の中間まとめ

平成6年6月22日
医療保険審議会国民健康保険部会

I. 国保制度の意義

○ 国民健康保険（国保）は、市町村等を保険者とし、自営業者、被用者OB、無職者など、被用者保険の加入者を除くすべての国民を対象とする公的保険であり、全国民に医療費保障を行うという国民皆保険体制の基盤をなす制度として重要な役割を担っており、今後ともその意義は高いものと考えられる。

○ しかし、国保は、他の医療保険に属さない者を被保険者としているため、リスクヘッジ機能を本旨とする医療保険としては最も難しいグループである低所得者や高齢者を被保険者として受け入れざるを得ない仕組みとなっている。

○ このため、国保は、保険としての性格を基本としつつも、これを補うものとして、低所得者の保険料軽減などの措置を講じており、以下のⅡ. で述べるような環境変化が進行する中で、そうした保険原理を補う措置の拡充が求められているといえる。

○ また、国保は、市町村を保険者とし、地域単位で被保険者集団を構成しており、住民の健康づくりや地域の保健医療活動と連携できる保険となっている。しかし、近年、事業運営が不安定な小規模保険者の増加やいわゆる保険者間格差が発生しやすいといった問題も顕在化している。

Ⅱ. 国保制度における環境変化と問題点

○ 最近の数年間の決算から国保財政の状況を見ると、制度改正や経済状況を反映し、また、多額の市町村一般会計繰入れにより、若干小康状態にある。しかし、他方で、国保事業運営の厳しさを問題とする市町村は極めて多く、また、高医療費地域等を中心に高額赤字保険者が固定化している状況もある。さらに、国保においては以下のような環境変化が進行しており、高齢化の進展や無所得者の増加の中で国保財政の見通しは極めて厳しい状態にある。

1. 医療費の増嵩

○ 国保加入者の平均医療費（1人当たり）は被用者保険よりも高く、その伸び率も大きい。その原因としては、加入者の高齢化が進んでいること、精神障害等の長期疾患が国保に偏りがちであること等が考えられる。

2. 低所得者層の増加

○ 国保に加入している無所得世帯の割合は昭和51年度の8.0%が平成3年度には19.1%になるなど、高齢者増加の要因もあり、低所得者層が増加してきている。また、保険料軽減世帯（3人世帯で所得が約80万円以下）は、全体の約1/4の世帯となっている。こ

のように医療保険制度全体として見ると、国保に保険料の負担が困難な低所得者が集中してきているといえ、このため、それ以外の被保険者の保険料に負担がしわ寄せされるという傾向が見られる。

3. 保険料負担の不均衡

○ 国保では、以下のように保険者（市町村）によって保険料が異なるが、その原因としては、医療費の地域差や被保険者の所得分布差、保険料の算定方式の相違等が考えられる。このうち、保険者の責任を問えない事由による保険料格差や特に大きな保険料格差については、その是正が求められている。

①市町村間の平均保険料が異なる。

②平均保険料（1人当たり）が同じ市町村間において、同一所得の被保険者の保険料が異なる。

4. 小規模保険者の増加

○ 国保被保険者数が3000人未満の市町村は、昭和40年に340市町村（全体の10%）であったが、平成4年には1164市町村（同36・%）と保険者の小規模化が進行している。

○ 小規模保険者の増加は、基本的には産業構造の変化に伴う都市化の進展等我が国の経済社会情勢の全体的変化に起因するものである。しかし、国保制度にとっては、保険原理が十分機能せず、運営が不安定となるといった問題が生じている。

Ⅲ. 国保制度改革の基本的方向

1. 基本的考え方

○ 医療保険制度においては、これまで、老人保健制度の創設、健保本人の自己負担導入、退職者医療制度の創設、累次の国保法改正、今回の健保法改正（案）など、給付及び負担の両面で改正を行ってきたところである。しかし、今後本格的な高齢社会を迎える中で引き続き医療保険制度を安定的に運営していくためには、医療保険制度全体の給付と負担の公平化を目指した改革を更に推進していく必要がある。

○ 今後の医療保険制度全体の在り方については種々の考え方があるが、当面、既存の制度の枠組みを維持しながら、各制度を通じた給付と負担の公平化を進めるための方策を検討することが適当である。

○ 国民皆保険体制の基盤をなす国保制度において、前述したような環境変化が今後ますます進行し、その体質がますます脆弱となることが予想されるが、今後の医療保険制度の給付と負担の公平化に向けて、当面の措置として、国保の体質を強化することが、現在強く求められている。

○ その場合、制度の改正に当たっては以下のような点に留意する必要がある。

(1) 公平性の確保

○ 国保制度と他の医療保険制度との給付と負担の公平化を進めていく必要がある。その場合は、国保が制度上最も難しいグループを引き受けざるを得ない仕組みとなっていることを考証すれば、医療保険制度全体の見地から国保の抱える問題の解決策を考えていく必要がある。

○ また、国保制度内の保険者間の財政力格差の是正や被保険者間の保険料負担の公平化も進めていく必要がある。その際、低所得者や高齢者が多いといった保険者の責任を問えない事由による負担の格差については、その是正に向けて特に重点的な対応が必要である。

(2) 安定性の確保

○ 国保制度における環境変化に的確に対応し、21世紀に向けて国保制度が安定的に運営できるよう、国、保険者並びに都道府県、市町村が、それぞれの立場において適切にその役割を果たし、一体となって国保事業運営の健全化に努めることが重要である。

(3) 保険者の自助努力

○ 保険者は、レセプト点検の強化、被保険者指導の拡充、保険料収納率の向上、保健事業の推進等自ら行い得る事業運営努力については、更に力を注ぐ必要がある。

また、そうした保険者の努力が適正に評価されるような仕組みを考える必要がある。

(4) 総合的な対策の推進

○ 国保制度の安定化を図るためには、給付と負担の公平化など医療保険における対応と併せて、医療・保健・福祉の各分野において良質なサービスを提供するための供給面の充実・合理化が不可欠であり、両者を車の両輪とした総合的な対策の推進が必要である。

○ 特に、医療保険制度の役割にも大きな影響を及ぼすと考えられる介護サービス体系の在り方については、早急に検討の上、その体系の確立が望まれる。

2. 当面する改革の方向

○ 平成7年の国保改革においては、改革の基本的考え方を踏まえ、また、平成5年の国保法改正等の経緯を勘案しながら、次のような方向を検討し、その結果を踏まえて改革を行っていくものとする。

(1) 低所得者層への対応

○ 低所得者が多く、給付に見合った保険料が徴収できないことは、国保が抱える最も大きな構造問題である。国保では、保険料が十分徴収できないとしても、少なくとも現行の給付水準は維持していく必要があり、そのためには、公費による低所得者対策が必要とされている。このため、現在、保険基盤安定制度や国保財政安定化支援事業があるが、さらに、本問題に対応するための方策が必要となっている。今後、国保事業の運営において早

急に解決を求められている低所得者問題について、低所得者には保険原理が機能しにくい側面があることを考慮すれば、例えば、国・地方を通じた公費の重点的投入による対策などを検討していく必要がある。

その場合、

① 現行の両制度の趣旨を踏まえ、施策の対象となる低所得者の範囲や認定方法等について見直しを考えながら、低所得者に係る保険料の減収に着目した公費投入を拡充するという仕組み

② 低所得者の保険給付費について、公費を重点的に投入することによりこれを賄う新たな国保制度内の仕組み

などが考えられ、それぞれにつき検討を進めていく必要がある。

以上の低所得者対策の拡充に伴い、他の被保険者については、保険料を中心とするなど、保険原理に沿った対応を検討することも必要である。

○ また、生活保護受給者について、国民皆保険の徹底等の見地から、国保を適用し、被保険者証を交付することを検討する必要がある。

(2) 保険料負担の不均衡への対応

○ 保険料負担の不均衡の原因の一つとして医療費の地域差があるが、医療費適正化は医療費の効率的使用のためにも重要である。過剰と思われる医療費の排除のため、医療機関や被保険者等に対する具体的で効果のある適正化のための仕組みが必要である。

○ 高齢者が多い等保険者の責任を問うことが困難な事由に起因する医療費の差については、調整交付金などを通じその公平な負担を図っていくこととし、それ以外の医療費の差については、医療費適正化等の観点から、基本的に各保険者等において負担する仕組みを考える必要がある。

○ 平均医療費（1人当たり）が同じ保険者間において、同一所得の被保険者の保険料が大きく異なるのは問題である。被保険者間の負担の公平を図る観点から、例えば、応益割と応能割の比率を50：50とすることや同一所得ならば少なくとも所得割は同額とすることなど、保険料の平準化を進めるような方策が必要である。

○ 保険者ごとの医療費水準や所得水準の相違に起因する財政力格差を調整するために現行以上に地域の実情に即した公平でかつ効率的な財政調整の仕組みを考える必要がある。その際、調整する対象は、所得水準の相違による財政力格差等基本的に保険者の責任を問えないものに重点を置くことが考えられる。

○ また、個々の保険者の財政力や事業運営等に応じたきめ細かな財政調整を行うために、現在都道府県の意見などを踏まえながら国で行っている財政調整事務の一部に国以外の者も関与することが考えられる。

(3) 小規模保険者への対応

○ 小規模保険者対策として、現行の高額医療費共同事業が大きな効果を示していることも踏まえ、今後、長期にわたり医療費のかかる慢性疾患を対象とすることも含め、医療費

共同事業の拡充が必要である。

○ 市町村保険者の共同事業のために設立された国民健康保険団体連合会において、情報提供や共同保健事業等市町村に対する支援をより推進する必要がある。

○ 以上の小規模保険者対策の効果を見ながら、新しい地方公共団体である「広域連合」を国保の運営主体とすることや都道府県の役割を含め、地方制度の動向も踏まえた方策を検討する必要がある。

また、国保連においては、市町村保険者の事業運営に相当程度関与している県もあり、長期的視点で、国保連の国保事務全体への関与を検討することも考えられる。

(4) 他制度との関わり

○ 国保を含む医療保険制度全体の給付率の統一については、広く医療保険制度全体に関わる問題として検討を進めていく必要がある。

○ 老人加入率の高い国保においては、老人保健制度を通じた老人医療費の公平な負担の実現が極めて重要である。特に、老人加入率20%上限の問題については、老人保健審議会において審議されるものであるが、今後、国保制度の改革と並行して、老人医療費について一層の負担の公平を図るという観点から、本問題の早期解決を目指して、適切かつ十分な審議が行われることを期待する。

また、退職被保険者に係る老人保健医療費拠出金の算定の在り方について検討が必要である。

○ 傷病を理由とする退職による国保加入を考えると、精神障害等の長期疾病患者等の医療費については、必ずしも保険者の責任を問えない事由による格差が制度間で生じている。これについて、何らかの改善の方策を検討する必要がある。

○ 医療費の審査支払システム全体にわたって、その簡素化・効率化の観点から、在り方を見直す必要がある。

(5) その他

○ 精神障害等の長期疾病患者等の医療費については、国保制度内においても、施設の偏在等による市町村間の負担の不均衡が生じていることから、国保保険者間の負担の公平化を図るような方策が必要である。

○ 市町村国保とは別に同業種で構成されている国保組合については、これまでの経緯を勘案しつつも、医療保険制度の一環としての役割も踏まえて、市町村国保、政管健保、健保組合等における給付と負担の均衡を考慮した費用負担や国庫助成の在り方を考える必要がある。

○ 国保は、直営診療施設や健康づくり事業により、地域の保健医療活動の中で大きな役割を果たしてきたが、市町村における保健福祉事業との連携を図りながら、より積極的な事業展開を図るべきであり、保健事業の見直しを含めて今後の方策を考える必要がある。

○ 収納率の低下による収入不足等保険者の経営努力に起因する財政悪化については、当該保険者の責任と負担で対処していくことが必要である。

○ 都市部を中心に保険料の滞納が増加しているが、保険者においては、その対策に一層力を入れる必要がある。

また、国においては、保険者を支援するための、より実効性のある対策を検討する必要がある。

3. 改正に向けての国と地方の役割

○ 今後、医療保険制度の給付と負担の公平化に向けて、上述のような国保制度における低所得者対策の拡充や小規模保険者対策の見直し等を検討した上で制度改正を進めていく必要がある。その場合には、国、保険者並びに都道府県、市町村が、これまで国保事業運営において果たしてきた役割も踏まえながら、それぞれが改正に当たってどのような役割を果たしていくことが国保制度における負担の公平と制度の安定化に役立つかという観点からの見直しも検討していく必要がある。

当審議会においては、平成4年11月以降、国民健康保険部会において国民健康保険制度の中長期的安定を図るための検討を行い、本年6月には、同部会として、それまでの検討内容の「中間まとめ」を取りまとめた。

その後、この「中間まとめ」を踏まえて審議を行ってきたが、平成7年の国保改正について取りまとめた当審議会における意見は下記のとおりである。

記

1. はじめに

平成7年改正においては、国保における環境変化に対応するため、「中間まとめ」に掲げられた改革の方向の中で早急に対応する必要があると考えられる低所得者の増加と他の被保険者の負担増、保険料負担の不均衡及び小規模保険者の増加の3点への対応について検討を行ってきたが、その具体的方策については種々の意見が出されたところである。政府においては、これらの議論の経緯も踏まえ、国保制度の一層の安定を図るための改正案を取りまとめ、速やかに当審議会にて諮問されるよう要望する。

なお、「中間まとめ」で述べられた事項については、今後とも、国保制度の抜本的改革に向けて、医療保険制度全体の給付と負担の公平化に係る議論も踏まえながら検討を進めていくこととする。

2. 保険者内及び保険者間における負担の公平化

当審議会国保部会は、「中間まとめ」において、国保には保険料の負担が困難な低所得者層が集中し、このため、中間所得者層の保険料に負担がしわ寄せされる傾向が見られるとの指摘を行い、また、保険者間の保険料負担の不均衡是正のための対応として応益割合と応能割合の比率を50：50とするなどの方策を示しているところである。さらに、職業、稼得形態等の実態が多様なため定型的な所得把握が困難な被保険者が存在していることから、国保制度内の被保険者相互間の保険料負担の不均衡が生じているとの問題の指摘もあった。

応益割合を50％に近づけていくことは、保険者間及び被保険者間の保険料負担の不均衡の是正や中間所得者層の負担の軽減とともに、保険料収納率の向上につながる場合もある点で意味があり、したがって、50％に近い応益割合で賦課している保険者や応益割合を50％に近づけようと努力している保険者を重点的に支援するため、応益割合に応じて、保険料軽減割合や保険基盤安定制度の費用負担割合に段階を付けることが適当であるとの意見があった。

これに対し、応益：応能＝50：50とする理由が必ずしも明確ではなく、また、それぞれの保険者における応益：応能の比率が地域の実情に沿って定着していることから、その大幅な見直しは容易でなく、さらに、国庫負担制度としての保険基盤安定制度の負担割合に差を付けることや保険料軽減割合を引き下げることが適当ではないとの意見があった。

さらに、応益割合のあり方や引上げ方策について意見が分かれており、また、市町村の応益割合に相当な幅があるのも確かであるが、保険者内及び保険者間における負担の公平化を図ることは緊急の課題であり、暫定的ではあっても何らかの方策を考えるべきであるとの意見もあった。

3. 医療費の地域差に起因する費用負担の公平化

当審議会国保部会は、「中間まとめ」において、年齢構成の相違等の保険者の責任を問うことが困難なもの以外の事由に起因する医療費の差については保険者等に負担させるべきとの指摘を行ったが、さらに、高医療費については被保険者の費用負担強化も含め抜本的な対策を講じるべきとの意見も出された。

現行の基準超過医療費共同負担制度の改正については、昭和63年の制度創設以降における高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）の進展等を踏まえ、入院医療費に着目して本制度のあり方を見直し、高医療費の適正化と全国的にみた費用負担の公平化を図ることが適当であるとの意見があった。

これに対し、市町村や都道府県には高医療費対策を行うための有効な手段がなく、また、老人保健福祉計画も緒についたばかりであり、その財源確保が課題となっている現状から、基準超過医療費共同負担制度の見直しを行うことは適当でないとの意見があった。

4. 小規模保険者への支授

小規模保険者への対応としては、当審議会国保部会が既に「中間まとめ」において指摘したとおり、現行の高額医療費共同作業が大きな効果を示しており、また、全都道府県において定着してきていることから、小規模保険者の運営基盤の安定化を図るために、その拡充強化を図ることが適当である。

具体的には、高額医療費共同作業の対象を比較的高額で長期にわたり発生する医療費等にも拡大するとともに、それぞれの立場から、国も新たな支援措置を講じ、都道府県も現行の補助を拡大することなどが考えられる。

これに対し、国保制度についての国、都道府県、市町村の役割を明確に整理した上で本事業に取り組むべきであるとの意見があった。

また、今後、保険者においては、保健事業や医療費適正化に一層積極的に取り組んでいくことが求められており、国民健康保険団体連合会及び国民健康保険中央会が、これを一層強力に支援していくことも重要である。

なお、小規模保険者については、今後広域化も含め抜本的対応を検討すべきではないかとの意見があった。

5. その他

(1) 国保財政安定化支援事業については、引き続き暫定措置として制度を継続することが適当である。

(2) 保険基盤安定制度等の個別・特別対策の拡充に伴い、調整交付金との重複という問題も生じてくる。国保制度に対する重点的かつ効果的な国庫負担の投入という観点からも、総体として国保制度の安定化が図れるならば、個別・特別対策の充実とと

もに、調整交付金について必要な見直しを行うことが適当であるとの意見があった。
これに対し、国保については国が定率負担と調整交付金を合わせて給付費の2分の1の負担を行うことが基本であり、調整交付金を見直すことは適当ではないとの意見があった。

(3) 年金受給者の国保保険料算定上の特例については、今後、公的年金等控除の水準の推移を見つつ、被保険者間の保険料負担の公平化を図る観点からこれを見直すことが妥当である。

(4) 保険料の賦課限度額については、今後とも、所得の伸び等を勘案し、被用者保険との負担の均衡にも配慮しつつ、適時に適切な引上げを行っていく必要がある。

なお、保険税は、その実質は医療保険である国保の財源を賄うための保険料であり、徴収の手段として税の形式を採っているものと考えられることから、市町村の事務処理体制への影響等にも十分配慮しつつ、保険科への移行に向けて、今後具体的な検討を行っていくことが適当である。

また、保険者は、保険料収納率向上のため一層の努力をすることが求められる。

(5) 老人医療費拠出金に係る老人加入率上限20%問題や結核・精神に係る公費負担医療のあり方の見直しは、国保制度における負担のあり方とも密接に関連するものであるため、今回の国保改正においては、これらの改正の動向も十分に踏まえ、国保の保険料負担の増大につながらないようにすべきであるとの意見があった。

厚生省発保第5号
平成7年1月19日

医療保険審議会
会長 宮澤 健一 殿

厚生大臣 井出 正一

諮問書

国民健康保険制度を別添要綱のとおり改正することについて、国民健康保険法第4条の2の規定に基づき、貴会の意見を求めます。

国民健康保険制度の改正案要綱

第1 改正の趣旨

国民健康保険制度における高齢化の進展、低所得者層の増加、小規模保険者の増加等の環境変化に対応し、国保財政の安定化と保険料負担の公平化等を図るため、保険料軽減制度の拡充、高額医療費共同事業の制度化等所要の改正を行うとともに、暫定的措置として、保険基盤安定制度に係る国庫負担の見直し及び国保財政安定化支援事業の制度化を行うものであること。

第2 改正の要点

1. 保険料軽減制度に関する事項（政令事項）

(1) 応益割合が45%以上55%未満の市町村について、平成7年度に新たに2割軽減を創設し、平成8年度に現行の6割軽減を7割軽減に、4割軽減を5割軽減に引き上げること。

(2) 2割軽減は、所得が市町村民税所得割の非課税要件等を参考として政令で定める額以下の世帯であって軽減を適当と認めるものについて、申請に基づき行うものとする。

(3) 応益割合が35%未満の市町村について、平成7年度に現行の6割軽減を5割軽減に、4割軽減を3割軽減に引き下げること。ただし、当該市町村は、保険料賦課の実状等を勘案して、当分の間、6割及び4割軽減のままとすることができるものとする。

2. 保険基盤安定制度に関する事項（法律事項）

平成7年度及び平成8年度における暫定措置として、保険基盤安定繰入金に対する国庫負担の額を、2分の1定率負担から定額負担（平成7年度は総額170億円、平成8年度は総額240億円）とすること。

3. 国保財政安定化支援事業に関する事項（法律事項）

平成7年度及び平成8年度における暫定措置として、市町村は、国保財政の安定化等

に資するため、被保険者の所得の状況その他の事情を勘案して算定した額を、一般会計から国民健康保険特別会計に対して繰り入れることができるものとする。

4. 高額医療費共同事業に関する事項（法律事項）

（1）国民健康保険団体連合会は、その会員である市町村に対して高額な医療に関する給付に係る交付金を交付する事業を行うことができるものとする。

（2）国民健康保険中央会は、上記（1）の事業を行う国民健康保険団体連合会に対して著しく高額な医療に関する給付に係る交付金を交付する事業を行うことができるものとする。

5. 市町村の保険事業等に対する支援に関する事項（法律事項）

国民健康保険団体連合会及び国民健康保険中央会は、市町村が保険事業その他の事業を実施する場合に、その支援に努めるべきものとする。

6. 基準超過医療費共同負担制度に関する事項（政令事項）

医療給付等が著しく多額な市町村に係る厚生大臣の指定基準を基準給付費の1.17倍から1.14倍に、基準超過医療費の共同負担に係る算定基準を基準給付費の1.20倍から1.17倍に引き下げる。

7. その他の事項

（1）精神の措置入院又は結核の命令入所の措置が採られたことにより当該医療施設所在地の市町村に転入してきた者については、当該措置が採られた際の住所地の市町村が行う国民健康保険の被保険者とする。（法律事項）

（2）保険料の賦課限度額を50万円から52万円に引き上げること。（政令事項）

（3）地方税制度に関し、国民健康保険税について、保険料に係る改正に準じた改正を行う。（法律事項）

（4）その他所要の規定の整備を行うこと。

第3 施行期日

制度の改正は、平成7年4月1日から施行すること。ただし、第2の7の（1）の精神の措置入院等による入院患者に対する国民健康保険の被保険者資格の特例については、平成7年7月1日から施行すること。

1. はじめに

○当審議会は、「給付と負担の公平」、「医療費の規模及びその財源・負担のあり方」及び「医療保険制度の枠組み及び保険者運営のあり方」を中心に、医療保険制度の諸課題につき本年3月以降精力的に審議を重ねてきた。

○社会保障制度は、国民経済のあり方と深いかかわりを持っており、相互に影響し合っているが、かつてのような高い成長率は望めないという近年の経済基調の変化の下で、社会保障と国民経済双方の調和をいかに保っていくかが課題となっている。

○医療保険制度については、人口の高齢化等の影響により医療費は着実に高率で伸びる一方、近年の経済基調を反映し保険料等の収入は伸びず、赤字構造体資に変化してきており、その財政は深刻な事態に立ち至っている。こうした中で、国民一人一人が健康で安心して生活できる高齢社会を確立するという視点に立って、国民皆保険体制の維持とその効率的な運営を図ることにより、医療保険制度に対する国民の信頼を確保していくことが求められている。このため、厳しい事態の変化が広く認識されるようにするとともに、これへの対応策についていくつかの選択肢を示しながら、国民合意の形成に努めていかなければならない。

○他方、高齢者介護のあり方が大きな課題となっており、新たな高齢者介護システムの創設を巡る論議が活発に行われている。新介護システムの創設は、老人保健制度及び医療保険制度とも大きなかかわりがあることから、これを契機に、医療保険制度における従来からの課題について、できる限りの対応を行うことが必要である。

○以上のような基本的な認識に立って、今後当審議会において検討すべき課題とその方向性の枠組みについて中間的に取りまとめたので、以下のとおり報告する。

2. 経済基調の変化と国民医療費

(1) 国民医療費、特に老人医療費の適正化

○高齢化の進行に伴い、長期にわたる入院などによる入院医療費の増加等により、老人医療費を中心として国民医療費が増嵩し、国民経済が低成長のまま推移するとすれば、国民医療費は国民所得の伸びを上回って伸びていくことが予想される。

○このため、老人医療費をはじめとする国民医療費の伸びをどの程度のものにとどめるかについて議論を深めていくことが必要である。その際、まず、老人医療費の適正化が必要であり、高齢者がその状態に応じたふさわしいサービスが受けられるようにするという観点に立った総合的な対策を講ずる必要がある。

○また、国民医療費を適正化するためには、良質な医療の供給という医療保険制度本来の目的の達成を図りつつ、疾病予防等の健康づくり対策をはじめ従来からの医療費適正化対策を一層推進するとともに、患者の状態にふさわしい効率的な医療を確保するための診療報酬における対応や患者負担のあり方も検討する必要がある。

あわせて、①新技術の保険導入に当たっての費用対効果分析の実施、②医療機関の技能分担及びその連携の促進策のあり方、③患者の健康管理の促進や事務処理の効率化を図るための情報処理技術の活用についても検討するなど、医療保険制度だけにとどまらない幅広い視点に立った検討を行っていく必要がある。

(2) 国民医療費の負担

○今後様々な医療費適正化対策を講じていかねばならないが、国民医療費が国民所得の伸びを超えて伸びていく場合に、国民医療費の財源は保険料・公費負担・患者負担により構成されていることから、①保険料の引上げ、②国や地方公共団体の負担の引上げ、③給付の範囲の見直しや患者負担のあり方について総合的に検討する必要がある。

3. 当面の検討課題

(1) 新たな高齢者介護システム創設との関連

○現在、老人保健福祉審議会において、高齢者を対象とした新たな介護システム創設について検討が行われている。

新介護システムが、高齢者の心身の状況等に応じたよりふさわしい処遇を行い、もって介護を主たるニーズとして長期に一般病院等に入院しているケースの適切な解決が図れるような形で創設されるのであれば、疾病の治療を本来の目的とする医療保険制度の適正な運営にも資することとなるので、その創設の持つ意義は、医療保険制度の側からも大きいものがある。

○なお、新介護システムによるサービスや費用負担等の具体的な内容については、老人保健福祉審議会の検討を待つ必要があるが、その検討状況を踏まえ、次のような点について検討を進めていく必要がある。

①介護を主たるニーズとして長期に入院している高齢者の問題の適切な解決のために、新介護システムによるサービスと医療保険によるサービスとの間で適切な役割分担を図ること

②新介護システムによる費用負担と医療保険による費用負担（患者負担等及び保険料）との間でできるだけ整合性を図ること

(2) 老人保健制度見直しとの関連

○老人医療費負担のあり方については、3年以内に見直しを行うこととされているが、医療保険制度全体における公平の観点から、検討が加えられるべき論点としては以下のものが考えられる。

①高齢者世代と若年齢世代の間の負担の公平

老人医療費の相当部分は、現役の若年齢世代が負担しているが、その負担は年々高まっている。他方、高齢者世帯の所得水準は個人差も大きいですが、平均で見ると若年齢世帯との間にあまり差がなく、資産保有状況も平均的には若年齢世帯を上回っている。

こうした点を踏まえ、患者負担や保険料負担における世代間の公平の観点から、高齢者の医療費については、受益に応じた負担を含め、高齢者に応分の負担を求めるという考え方についても検討が加えられる必要がある。

②保険料負担における高齢者世代内の公平

高齢者の負担に関しては、国民健康保険においては全ての高齢者が一定の保険料負担をしている一方、現行の被用者保険において被扶養者は保険料賦課の対象となっていない。高齢者世代内の公平な負担という観点から、このような被扶養者の位置付けをどう考えていくのか検討する必要がある。

③若年齢世代内の負担の公平

①及び②の検討に関連し、産業構造や就業構造の変化に伴い、国民健康保険において高齢者の加入が増加する一方、被用者保険への移行により若年齢者の加入が減少していることを踏まえ、老人保健制度における若年齢世代内の負担の公平についても、検討が行われ

る必要がある。

○なお、高齢者の経済的地位は向上しているが、その負担を求める場合においては、直ちに急激な負担増とならないような配慮も必要である。

(3) 給付のあり方

○医療保険各制度を通ずる給付と負担のあり方については、医療費の適正化対策の実施状況も含めた今後の保険財政の見通しを踏まえ、総合的に検討していく必要があり、老人保健制度見直しとの関連で指摘した課題のほか、昭和59年改正法により本則上8割給付とされた被用者保険の本人給付率及び同法附則第63条の給付率の統一に関する問題についても、検討を行う必要がある。

その際、保険料負担や財政への影響等について幅広い検討が求められるとともに、①適正な自己負担による患者のコスト意識の涵養、②給付の重要度や必要度に応じた負担のあり方及び③必要な受診が抑制されないことに留意する必要がある。

○また、平成5年12月の建議において指摘したとおり、薬剤給付についての検討も必要である。

我が国における薬剤費の国民医療費に占める割合は比較的高いとの指摘があり、また、地域により使用する薬剤量に相当の差があることなどから、薬剤使用について種々の意見がある。今後、幅広く薬剤使用の適正化を推進するとともに、薬剤に対するコスト意識を喚起するなどにより、薬剤が有効かつ適切に使用されるよう、患者負担のあり方について検討する必要がある。

その際、中央社会保険医療協議会においても、薬価基準、診療報酬上の措置等について検討が進められており、同協議会とも連携を取りながら、総合的な検討が行われる必要がある。

(4) 国民健康保険制度の改革

○国民健康保険においては、低所得世帯が多いため、中間所得層に負担が偏り、その保険料負担は相当重くなっているのが実情である。

低所得者の多くは高齢者であるが、公的年金受給者に係る保険料算定上の特例をはじめとする控除によって保険料の賦課対象所得が低くなっていることも踏まえ、若年齢世代との負担の公平の観点から、国民健康保険制度内における負担の公平を図るべく、保険料負担のあり方について検討していく必要がある。

○国民健康保険においては、地域間で保険料負担に放置できない格差も見受けられるので、不合理な格差については、その是正のための新たな方策について検討する必要がある。

また、国民健康保険制度における小規模保険者の問題を併せて解決を図るという観点から、例えば都道府県単位等広域的な単位での保険料負担のあり方についても検討する必要がある。

(5) 政府管掌健康保険の財政運営の見直し

○政府管掌健康保険は、単年度収支では既に大幅な赤字基調となっており、これまで述べてきた課題についての検討と併せ、中期財政運営のあり方も含め、政府管掌健康保険独自の対応策についても、検討を行う必要がある。

4. その他

○老人保健制度のあり方に密接にかかわる問題については、老人保健福祉審議会とも連携を取りながら検討を進めることとする。

○また、この中間取りまとめにおいて検討の必要性を指摘した事項については、国民の選択にかかわるものであり、本報告を契機に、医療保険制度の運営にかかわる関係者を含め、国民各層で広範な論議が行われることを期待する。

今後の国民医療と医療保険制度改革のあり方について（第2次報告）

平成8年6月21日
医療保険審議会

1. 国民経済と国民医療

○我が国の社会保障制度は、戦後の経済成長の下で、大きく発展してきた。

平成5年度（1993年度）の社会保障給付費・社会保障負担（対国民所得比）は、それぞれ5.2%、12.1%に上っており、国民生活に不可欠なものとなる一方、社会保障の動向と国民経済とは相互に大きく作用するようになってきている。

○租税負担と社会保障負担を合わせた国民負担率（対国民所得比）の中長期的なあり方について、最近の政府関係機関の考え方を示したものとしては、「高齢化のピーク時（2020年頃）においても50%を下回ることを目標とする」との臨時行政改革推進審議会最終答申（平成2年4月18日）がある。

この場合、公私の役割分担を含め、社会保障の給付水準と公的負担の水準との調和を図る必要があるとの考え方についても留意すべきである。

○近年経済基調が変化し、経済成長率は低迷しているが、医療費は必ずしも経済変動とは関わりなく増加する傾向があり、現行制度のままでは、経済成長率の低下が国民負担率（対国民所得比）の上昇をもたらすこととなる。高齢化が進行する中での国民医療費の伸びと国民所得の伸びとのギャップにより、国民医療費の対国民所得比は急上昇するとともに、各医療保険財政は深刻な赤字構造に陥っている。

○本格的な高齢社会の到来を控え、我が国経済社会全体の構造改革が求められている中で、年金、医療、福祉の各分野を通じた社会保障全体の効率化が必要である。特に医療については、医療提供体制を含めた今後の国民医療のあり方について基本的な検討を行う必要があるとの認識に立って、医療保険制度改革に取り組んでいくことが必要である。

○その際、国民負担（公費負担及び保険料負担）が過度とならないようにすることを含め、国民医療費の伸びをどう考えるか、公的医療保険制度によりどこまでを保障するのか、といった基本的な検討が必要となる。このことは、基本的には国民の選択の問題であるが、医療保険に関わる全ての当事者が、今何よりも国民皆保険体制の維持のため、良質かつ適切な医療を確保しつつ、全体として国民医療を効率化することに取り組むことが必要である。

○この場合、かつてのような高い経済成長が期待できない中で、今後迎える本格的な少子高齢社会においては、社会の活性化ということが大きな課題であり、この点からもいわば健康への投資として医療が果たす役割が極めて重要であることに留意する必要がある。

○また、国民の負担を求める際には近年における厳しい賃金・雇用環境に配慮することが必要であること、医療費に係る負担上昇に対して採られる措置如何によっては、現状よりも医療水準の低下を招くのではないかという懸念のあることに十分留意する必要がある。

○なお、年金制度が成熟化した今日においては、社会保障全体の効率化の観点から、医療・福祉と年金との調整が検討されるべきではないか。

2. 医療需要の動向と医療提供体制

（1）医療需要と国民医療費の動向

○医療需要は、受療率（人口10万人当たりの入院・外来患者数）などの受診頻度を示す指標から見ると、近年ほとんど伸びておらず、成熟化してきている。

○医療費の増加要因を見ると、老人の人口増を除けば、老人医療費・老人以外医療費とも1日当たり単価の増加のウエイトが大きい。また、老人は1人当たり受診日数、1日当たり医療費とも老人以外よりも多い。

○一方、医業費用の増加要因を見ると、給与費（人件費）のウエイトが最も大きく、医薬品がこれに次いでいる。

○大競争時代の中で各産業がリストラを進めていることに鑑み、医療においても効率化の努力が求められている。

○これらのことを踏まえ、国民自身が適切な受診に留意すべきはもとより、医療において用いられている医薬品等の使用の適正化や、医療提供体制そのものに踏み込んだ構造的対策を講ずることが必要となっている。

（2）患者（被保険者）から見た医療の問題点

○医療サービスと医療保障制度に関する意識調査によれば、医療費用保障の仕組みや医療サービス供給の仕組み（フリーアクセス）についての国民の評価は良好である一方、フリーアクセスの仕組みが大病院志向や長い待ち時間・短い診療を生んだことを多くの者が認めている。

○また、患者サイドから見た診療に対する不満・疑問に関する調査では、医者から病状や治療内容の十分な説明が受けられない、待ち時間が長い、医療機関を選ぶための情報が無い、といった声が多い。

○このことは、インフォームド・コンセント、医療機関に関する情報提供、医療機関の機能分担と連携を進めることの重要性を示している。

（3）医療保険の立場から見た医療提供体制のあり方

○医療保険の立場からみた場合、医療提供体制のあり方については、次のような点が重要であり、今後は総合的視点に立って医療保険制度及び医療提供体制両面からの方策を講じていく必要がある。

①介護サービスの基盤整備と歩調を合わせたいわゆる社会的入院の解消のための具体的なプログラムを定め、療養体制の整備と併せた平均在院日数の短縮を行いながら、病床数の見直しを行うとともに、これを実現するための医療提供体制（医療計画での対応）及び医療保険制度（診療報酬での対応）両面からの方策を明らかにすべきではないか。

②平成6年の医師需給の見直し等に関する検討会の推計によっても、医師数は近々に供給過剰となることが予想されているが、今後の供給医師数をさらに引き下げるための具体的な目標と方策を明らかにすべきではないか。この場合、保険医の定年制や定数制も導入すべきではないか。

③病院・診療所間及び病院・病院間の機能分担と連携のあり方及びその実現のための構造的な改革の方向性を明らかにするとともに、これを促進するための医療提供体制（医療計画での対応）及び医療保険制度（診療報酬での対応）両面からの方策を明らかにすべきではないか。

その際、高額医療機器の適正配置や共同利用の促進のための具体的方策も明らかにすべきではないか。

④医療関係情報の提供を充実するため、医療機関に係る広告規制の緩和を図るとともに、患者のニーズと医療機関の機能に応じた的確な受診が可能となるような、具体的な方策を明らかにすべきではないか。

また、この前提として、病院機能評価システムの充実や結果の公表も必要ではないか。

⑤適正な医薬分業の推進のための、具体的な方向性と方策を明らかにすべきではないか。

⑥医師の教育のあり方について、国民医療を担当する立場から、全人的な医療が求められるという視点に立って提案を行うべきではないか。臨床研修のあり方を改めるべきではないか。

また、健康管理に関する自己責任の考え方に立って患者の意識啓発を進めるべきではないか。

(4) 医療の質の向上

○医学、医術の進歩による治療効果の向上や、入院期間の短縮といった医療の質の向上が、患者の生活の質（QOL）の向上という面を含めて国民生活にもたらす積極的な役割は極めて大きなものがある。このため、第三者評価など客観的な評価にも留意しつつ、画期的な治療技術や新薬の開発、予防医療の一層の推進に努める必要がある。

3. 医療保険制度における対応

(1) 医療保険制度を取り巻く基盤の変化

○我が国においては5000を超える保険者が存在しているが、人口構成や社会構造の変化に対応して、中長期的に各保険者の財政基盤は大きく変化してきている。

○サービス産業の伸長などの産業構造の変化、パート労働者の増加等雇用形態の多様化、賃金支払形態の変化などが進行しており、被用者保険をめぐる環境は大きく変化してきている。

○当初農業者と自営業者を中心とする制度であった国民健康保険制度は、今や高齢者（年金受給世代）を中心に無職者が4割を占める制度となっているほか、小規模保険者が増加している。

○高齢者世代の経済的地位は、若年齢世代との比較で見た場合、年金制度の成熟化などに伴い、世代内での格差はあるものの、向上してきている。

○医療保険制度における対応を進める場合、以上のような基盤の変化を踏まえ、制度全体の公平と安定を図る観点から、医療保険制度及び保険者の枠組みについても検討する必要がある。

(2) これからの医療保険制度の役割

①国民の高度化、多様化する医療ニーズを全て公的医療保険で賄うことは困難である。患者や医療機関のコスト意識の一層の深化を図り、医療費そのものを効率化するという観点も踏まえ、給付を重点化する必要がある。

これと併せて、混合診療の禁止を緩和し、保険診療と患者が自由な負担により受ける医療との組合せを拡大していく必要があるのではないか。

この場合、医療保険制度における選択的な部分の拡大に対応して、民間保険の一層の活用が図られて良いのではないか。

②医療保険制度における当事者の選択と責任の比重を高めるという観点から、

ア. 保険者（支払側）とその加入者に医療を提供する医療機関が、直接契約する方向を検討すべきではないか。

イ. 患者と医療機関との関係では、十分な情報提供に基づき、患者自身が適切な選択を行うことが基本とされるべきであり、広告規制の緩和と併せて、保険者は患者（被保険者）に対して積極的な情報提供や相談体制の整備を行うべきではないか。

③本格的な高齢化が進行する中、生涯を健やかに過ごす上で、医療が果たす積極的な役割が重要であり、今後一層健康づくりや予防医療が重視される必要がある。

(3) 医療保険制度の構造の見直し

①被用者保険と国民健康保険については、これまで2本建ての体系の下で給付と負担の公平を図ってきたが、今後とも2本建てを維持するという考え方と、両者の統合を目指すという考え方に分かれている。いずれにせよ、各制度を通じた給付と負担の公平を図っていくべきである。

②両者の関係を考えていく場合、特に高齢者の位置付けが問題となり、典型的には次のような考え方に整理される。このうちアからウまでの考え方については、相当多岐にわたる検討が必要であるが、エの考え方については、これまで検討が重ねられてきたという経緯もあり、当面の方策としては、この考え方について更に検討を重ね、関係者の合意を得られるのであれば、実施面における問題は少ない。

いずれの考え方についても、年金制度が成熟化した今日においては、高齢者世代と若年齢世代との公平が重視されるべきであり、また、高齢者世代内の公平、若年齢世代内の公平にも留意する必要がある。

ア. 全高齢者を対象とした独立の保険制度を創設する。

イ. 高齢退職者等が被用者保険制度・国民健康保険制度それぞれに継続加入するとともに、高齢者の加入率等の違いに着目した制度間の財政調整を行う。

ウ. 医療保険制度を全国民を対象とするものへと統合し、その中に高齢者を位置付ける。

エ. 現行老人保健制度の基本的枠組みは維持し、関係者の合意を得て必要な見直しを行う。

③被用者保険制度においては、保険者規模を適正なものとするなど、保険集團のあり方の見直しが必要である。

また、標準報酬制の見直し、高齢者等被扶養者の適用と保険料負担のあり方、任意継続被保険者制度等の見直しを検討すべきではないか。

④国民健康保険制度においては、高齢化等に伴う医療費の格差や所得水準の格差等に起因する保険料負担の地域格差の是正や、小規模保険者問題に取り組むことが必要である。また、市町村国保や国保組合に対する国庫補助のあり方、広域化のあり方、高齢者の年金に係る保険料負担のあり方等について検討すべきではないか。

⑤今後、保険料負担、患者負担（給付の範囲の見直しを含む）及び公費負担の組合せを具体的にどのように考えていくかの検討が必要である。その際、昨今の厳しい経済・雇用環境、国・地方の財政構造が著しく悪化している状況、医療費の効率化・適正化の必要性といった点を考慮すべきではないか。

(4) 患者負担等の見直し

①医療保険制度における患者負担のあり方については、高齢者世代と若年齢世代間の公平、若年齢世代内の公平及び現在検討中の介護保険制度との整合性を図る観点から、高額療養費制度の見直しと併せた適切な形で、給付率を見直すべきではないか。また、領収書の発行や医療費通知の充実を図るべきではないか。

②薬剤に係る患者負担については、医薬品の適正使用と薬剤費の適正化の観点から、①とは別に見直しが必要であり、その具体的内容について幅広い検討が必要ではないか。

③上記のほか、今後の医療保険制度の役割を踏まえ、風邪の治療等軽医療についての負担率の引上げ等、幅広い観点に立った見直しが必要ではないか。

(5) 診療報酬体系等の見直し

①診療報酬体系については、今後の医療保険制度の役割、慢性疾患を中心とする疾病構造

への変化、今後のあるべき医療提供体制への誘導などの点を踏まえ、その基本的な見直しに関する具体的な視点が明らかにされるべきではないか。

この場合、患者が医療を受ける自由や医師の診療の自由は確保されるべきとの考え方に留意する必要がある。

②薬価差については、その縮小に努めてきているが、これを解消すべきという考え方や、薬価設定が不透明でありその是正がまず必要ではないかとの考え方などがあり、引き続き検討が必要である。

③審査支払については、現在の審査格差の分析を行い、その解消を図るべきではないか。

(6) 情報提供システムの充実

①被保険者証のカード化やレセプト電算処理の促進などを図りながら、医療情報のネットワーク化を進めるべきではないか。

②ICカード等を活用した薬歴等の管理を、モデル地域における試行から、全国規模に広げるといった方法で推進するべきではないか。

4. 今後の進め方

○今後の進め方としては、各施策の優先順位、施策の効果とその現れる時期及び施策相互の関連性等に留意し、21世紀初頭を目途とした総合的かつ段階的な改革ビジョンを作成し、これを踏まえて平成9年の制度改革を行うとの考え方の下に、メニュー間の政策効果の比較を含めた平成9年改革における具体的な改革メニュー（複数）の提案を急ぐ必要がある。この場合、別添の「制度改革のための検討項目」が参考とされるべきである。

○今後改革案を取りまとめるに当たっては、国民の選択を求めることが基本とされるべきであり、複数の改革メニューを示した上で、分かりやすく継続的な広報、きめ細かな議論の積上げ、有識者調査を行うなど、国民のコンセンサスを得るための手続きが極めて重要である。

○なお、医療提供体制や診療報酬体系の見直しについては、関係審議会の緊密な連携等総合的な改革を推進するための体制を確立すべきである。

制度改革のための検討項目

1. 国民経済と国民医療

○国民医療費の日安についての考え方

- ・国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内に止めることを目標
- ・国民医療費の伸びを国民所得の伸びプラス高齢化による伸び（1%程度）の範囲内に止めることを目標
- ・あるべき医療に対して必要な財源を確保

2. 医療保険の立場から見た医療提供体制のあり方

①社会的入院の解消、病床数の見直し等

- 社会的入院解消プログラムの推進
 - ・介護施設への転換促進等
- 平均在院日数の短縮と病床数削減
 - ・医療計画の必要病床数の見直し
 - ・診療報酬体系の見直し

②医師数の見直し

- 保険医定年制
- 保険医定数制
- 医師の偏在の是正
- 医学部定員の削減

③医療機関の機能分担と連携

- 医療機関の機能分担と連携の明確化
 - ・かかりつけ医の配置
 - ・医療計画の見直し
 - ・診療報酬体系の見直し
 - ・医療提供体制における公私の役割
- 高額医療機器の適正配置や共同利用の促進

④医療関係情報の提供の充実

- 医療機関の広告規制の緩和
- 医療の質の評価システム、保険者による医療機関に関する情報の提供
- インフォームド・コンセントの確立

⑤医業分業

- 適正な医業分業の推進

⑥医師の教育のあり方

- 卒後臨床研修の義務化、保険医資格取得のための研修

⑦その他

- 受療時の患者自身の決定ルールの確立、患者教育の推進
- 死に臨む医療のあり方を見直し
- 診療の手引きの活用

3. 医療保険制度における対応

(1) これからの医療保険制度の役割

①給付の重点化等

- 給付の重点化
 - ・軽医療の給付除外
 - ・標準的な医療に給付を重点化

- ・ 室料、食事の給付除外
- ・ ホスピタル・フィーの給付除外
- ・ 医薬品の給付除外
- ・ 一部医薬品の給付除外
- 混合診療の禁止の緩和、特定療養費の弾力化・拡充（例えば、一定基準を満たす医療機関について保険給付と自由診療の併用を認容、又は一定のガイドラインの下で特定療養費の運用を緩和）
- 民間保険の活用
- ② 当事者の選択と責任
 - 保険者と保険医療機関との直接契約制
 - 患者（被保険者）による医療機関選択のための情報提供等の充実
 - 被保険者による保険者の選択制
 - 医療オンブズマン制度の導入
- ③ その他
 - 予防医療、健康増進の推進
- (2) 医療保険制度の構造の見直し
 - ① 被用者保険と国保の関係
 - 被用者保険及び国保の二本建ての維持
 - 被用者保険及び国保の統合
 - ② 高齢者の位置づけ
 - 全高齢者を対象とした独立の保険制度の創設
 - 高齢退職者等の被用者保険・国保への継続加入
 - 全国民を対象とする医療保険制度への統合
 - 老人保健制度の維持
 - ・ 現行制度の維持
 - ・ 老健拠出金制度、退職者医療制度の見直し
 - ③ 被用者保険制度の課題
 - 保険集団のあり方の見直し（健保組合の適正規模への見直し、財政調整等）
 - 標準報酬制の見直し
 - 被扶養者の位置づけの見直し
 - 任意継続被保険者制度の見直し等
 - ④ 国民健康保険制度の課題
 - 保険料格差の是正
 - 広域化のあり方（都道府県、一部事務組合等）
 - 市町村国保及び国保組合の国庫補助（定率負担及び調整交付金等）の見直し
 - 年金受給者の保険料負担の見直し
 - ⑤ 保険料負担、患者負担及び公費負担の組合せ
 - 保険料の引上げ
 - 公費負担の充実
 - 制度の効率化の優先
- (3) 患者負担等の見直し
 - ① 給付率の見直し等
 - 給付率の見直し
 - ・ 給付率8割統一の見直し（7割、7-8割又は9割）
 - ・ 各制度の財政事情による給付率の設定

- ・当面、被用者本人の給付率8割
 - 老人一部負担の見直し
 - ・世代間の給付率の差異の再検討（若年齢世代と統一）
 - ・老人一部負担の定率化（1割又は2割程度）
 - 高額療養費制度の見直し
 - ・給付率引下げとの適切な組合せ
 - ・自己負担限度額改定ルール確立
 - 医療費通知、領収書発行の徹底
 - ②薬剤給付の見直し
 - 医薬品に着目した給付率の引下げ
 - ・一般よりも低い給付率の設定（5割）
 - ・医薬品の種類に応じた給付率格差の設定（3～7割）
 - 医薬品の償還払制導入
 - ③その他
 - 健保組合の付加給付の見直し（コスト意識の喚起、重点給付）
 - 給付率の格差設定
 - ・疾病に応じた給付率格差の設定
 - ・軽医療についての給付率の引下げ
 - ・室料に着目した給付率の引下げ
 - ・高齢者の一定期間以上の長期入院についての給付率の引下げ
 - ・歯科の補綴等についての給付の見直し
 - 給付全般の償還払制導入
- (4) 診療報酬体系等の見直し
- ①診療報酬のあり方
 - 包括化・定額払化の推進
 - ・〔外来〕慢性疾患の包括化
 - ・〔入院〕1件当たり定額制、1日当たり定額制
 - 老人の長期入院に対する介護報酬の適用
 - 診療所からの紹介がない場合の病院受診の自己負担制
 - 総額請負制
 - 病院の総額予算制
 - 保険者と医療機関との価格の交渉
 - 運営費用と資本的費用の区分
 - ②薬価・薬価差のあり方
 - 薬価制度の合理化・薬価差の解消
 - ・薬価調査方式の見直し
 - ・薬価設定方式の透明化
 - ・薬価算定方式の見直し（新薬価格設定方式の更なる見直し、一般名収載の導入など）
 - ・薬価基準制度の廃止
 - ・薬価基準収載品目のアセスメント
 - ・医薬品の研究開発との調和
 - ③審査支払のあり方
 - 審査格差の是正
 - 監査人による病院監査の充実

(5) 情報提供システムの充実

- 被保険者証のICカード化（薬歴等の管理、ヘルス情報のデータベース化）
- レセプト電算処理の本格実施
- クレジットカードによる患者一部負担の支払い
- 電子カルテ、画像情報の医療機関間の送受・診断の推進

4. 今後の進め方

①改革の全体像

- 中期的な改革ビジョンの策定
- 平成9年度の改革事項の選択
- 制度の効率化の優先

②国民のコンセンサスを得るための手続き

- 国民による選択のための複数改革メニューの提示
- 小規模集会の開催、有識者調査の実施

③その他

- 関係審議会の連携
- 21世紀の社会保障を考えるシンクタンクの設置

今後の医療保険制度改革について

本稿は、改革案を策定する前に複数の選択肢を国民に提示して議論を深めていただく観点から、現段階において考えられる改革メニューを幅広く取り上げ、今後の議論の素材として取りまとめたものである。当審議会においても、以下のメニューを基として中期的な改革ビジョンと9年度を含む当面の制度改革案の作成を行うこととしており、今後、その双方について平行して集中的な審議を行い、具体的な検討を深めていく予定である。

平成8年7月31日
医療保険審議会

1. 今後の改革において目指すべき方向

- (1) 経済の構造変化と人口の急速な高齢化が進展する中で、国民医療を国民経済と整合性のとれたものとしていく。
- (2) 医学、医術の進歩を踏まえ、良質かつ適切な医療とこれを支える基盤を確保しつつ、全体として国民医療を効率化することに取り組む。
- (3) このため、医療需要と国民医療費の動向を踏まえ、医療提供体制そのものに踏み込んだ構造的な対策を講じる。
- (4) 国民皆保険制度を今後とも維持していくため、医療保険制度の給付と負担の両面にわたる見直しや制度体系のあり方の見直しを行う。

2. 当面の改革と中期的な改革の必要性

- 厳しい医療保険財政の現状に鑑み、早急に改革を実施していくことが求められているが、抜本的な改革は短時日のうちに成し得るものではなく、中長期的な視点を踏まえながら、総合的かつ段階的に推進していくことが重要である。したがって、当面、まず実施を検討すべき施策と、今後、中長期的に実現を目指すべき施策を整理する必要がある。
- 各種の施策の優先順位や実施時期等については、そのこと自体、議論の対象であり、現時点において固定的なものとして捉えられるべきものではない。例えば、医療提供体制の見直しに関しては、関係審議会や国民医療総合政策会議における議論などを踏まえた対応が必要である。
- しかしながら、広く国民的な議論に供するため、当審議会の第2次報告の参考資料「制度改革のための検討項目」を基に、あえて大づかみに整理したものが別紙試案である。これは、今後の改革について目指すべき方向にしたがい、当面行うべき改革、中期的及びやや長期的に行うべき改革というように3段階に整理し、各段階での主要な課題を示したものである。

3. 当面の改革について

〔当面の改革の重点事項〕

- 国民医療の効率化を図るため、患者のコスト意識の喚起などを通して、医薬品等の使用の適正化、社会的入院の解消及び医療機関の機能分担と連携などを推進する。
- 高齢者世代と若年齢世代との負担の公平や若年齢世代内の負担の公平を図る観点から、保険制度の構造の見直しや給付と負担の見直しを行う。
- 医療保険の収支を均衡化し、財政の安定を図ることが喫緊の課題であることから、

当面の改革のうち、特に9年度改革においては、その解決を図るための方策を軸として各般の施策を展開する。

A. 医療提供体制の見直し

〔基本的な考え方〕

医療提供体制の見直しについては、以下の施策に関し、当面、国民医療総合政策会議や関係審議会において具体的な検討を進める必要がある。

〔主な施策メニュー〕

- ①社会的入院の解消、病床数の見直し等
- ②医師数の見直し
- ③医療機関の機能分担と連携等（高額医療機器の適正配置）
- ④医療関係情報の充実
- ⑤その他

B. 医療保険制度の役割の見直し

〔基本的な考え方〕

○ 給付の重点化等

公的医療保険制度における保険給付のあり方については、国民の高度化・多様化する医療ニーズを全て公的医療保険で賄うことは非効率であり、民間保険との役割分担、医療保険制度における物と技術の分離の観点なども視野に入れながら、給付の重点化を行うことが必要である。

また、医療保険制度における当事者の選択と責任を高めるという観点から、保険者・医療機関・患者の関係を見直すことも必要である。

〔主な施策メニュー〕

- ①軽医療部分についての給付の除外や給付率の引下げ
- ②室料、食費などの給付除外
- ③検査についての給付のあり方の見直し
- ④混合診療の禁止の緩和や特定療養費の弾力化・拡充
- ⑤高齢者の長期入院患者に対する給付の見直し
- ⑥診療所からの紹介がない病院受診の際の患者負担の強化
- ⑦歯科の補綴等についての給付のあり方の見直し
- ⑧現金給付のあり方についての見直し

C. 医療保険制度の構造の見直し

〔基本的な考え方〕

国民皆保険制度については、社会経済構造の変化を踏まえ、将来的にも安定的な制度とする観点から、被用者保険と国保の関係や高齢者の位置付けをどう考えるかといった根本的な問題についても検討していく必要があると考えられるが、当面、現行の各制度の課題について見直しを行う必要がある。

〔主な施策メニュー〕

ア. 老人保健制度の見直し

イ. 被用者保険制度の見直し

- ①保険集団のあり方の見直し（健保組合の適正規模への見直し、財政調整等）
- ②標準報酬制の見直し
- ③被扶養者の位置づけの見直し

④任意継続被保険者制度の見直し

ウ. 国保制度の見直し

①保険者の責によらない保険料格差の是正

②広域化等による小規模保険者の安定化対策

③市町村国保及び国保組合の国庫補助（定率負担及び調整交付金等）の見直し

④年金受給者の保険料負担の見直し

D. 患者負担、保険料負担等の見直し

〔基本的な考え方〕

○ 患者負担、保険料負担等の適切な組合わせ

患者負担（給付の範囲の見直しを含む。）、保険料負担及び公費負担の適切な組合わせを検討していく必要がある。この場合、昨今の厳しい経済・雇用環境、国・地方の財政構造が著しく悪化している状況、医療費の効率化・適正化の必要性もあわせ考慮することが必要である。

○ 患者負担の見直し

公的医療保険制度における患者負担の役割については、コスト意識の喚起ということが考えられる。コスト意識の喚起により医療費が効率化されれば、医療保険加入者総体でみた場合、保険料負担の増加を抑制する効果があると考えられる。このような考え方を踏まえ、患者負担の水準やあり方を見直す必要がある。

また、大幅な増加を続ける老人医療費の相当部分は現役の若年齢世代が負担しているが、年金制度の成熟化などにより高齢者世帯の所得水準は個人差も大きいが見れば若年齢世帯との間にあまり差がなく、資産保有状況も平均的には若年齢世帯を上回っている。

このような状況や少子高齢化の進展を踏まえれば、高齢者世代と若年齢世代間の負担の公平が重視されるべきであり、また、高齢者世代内及び若年齢世代内の公平にも留意する必要がある。

○ 高額療養費制度の役割

高額療養費制度の役割については、患者負担の水準との適切な組み合わせを検討していく必要がある。その際、実効給付率が一定に保たれるような負担限度額のあり方について検討する必要がある。

○ 保険料、公費水準の引上げ

患者負担の見直しに対し、あるべき医療に対して必要な財源を確保していくべきであるが、患者負担の引き上げによりこれをまかなう場合には、医療水準の低下を招くのではないかという懸念があることから、必要な財源は、基本的には保険料の引上げにより対応することとし、場合によっては、公費の追加も検討されるべきであるという考え方もあることに留意する必要がある。

○ 薬剤給付の見直し

医薬品の適正使用と薬剤費の適正化及び医療制度や診療報酬体系における物と技術の分離という観点から、薬剤使用に着目した保険給付の見直しを考えるべきである。

〔主な施策メニュー〕

ア. 患者負担の見直し

①高齢者の患者負担の定率化（1割、2割）

②被用者本人の患者負担2割

③全ての若年者の患者負担2割、入院2割外来3割又は3割（8割、8～7割又は7割統一）

④薬剤に係る患者負担3割又は5割

⑤①～③について④と組み合わせた場合

イ. 医薬品の適正使用と薬剤費の適正化の観点からの薬剤に係る給付の見直し

①薬剤に係る患者負担3割又は5割（再掲）

②医薬品の種類に応じた給付率格差（一部給付除外を含む）の設定

③参照価格制度の導入

④償還制度の導入

ウ. 保険料負担の引上げ

E. 診療報酬体系等の見直し

〔基本的な考え方〕

○ 診療報酬体系のあり方や薬価・薬価差のあり方等について、関係審議会の議論を踏まえて検討を進めていく必要がある。

〔主な施策メニュー〕

①診療報酬のあり方を見直し

②薬価・薬価差のあり方を見直し

③審査支払いのあり方を見直し

F. その他

今後の改革に当たって、以下の事項などについても、関係審議会等の議論も踏まえて検討を進めていく必要がある。

①民間保険の活用

②予防医療、健康増進の推進

③末期医療における医療のあり方を見直し

④情報提供システムの充実 等

別紙（計3頁）

今後の医療保険制度改革について（試案）

今後の医療保険制度改革について（概要）

「今後の医療保険改革の基本的な方向についての議論の整理」

1. 医療保険制度を取り巻く状況

- 経済基調が変化し、今後これまでのような高い経済成長が見込めない中で、我が国経済社会全体の構造改革が求められている。
- 一方、世界でも例を見ないスピードで人口の高齢化と少子化が進行し、社会保障制度においても全体の構造改革が必要となっている。
- 国民医療費は近年の経済基調の変化にもかかわらず、人口の高齢化等により増加し続けており、このような状況が続けば、医療費を賄うために国民負担が著しく増大するとともに、医療保険制度自体が立ち行かなくなる事態も予想され、現伏のままでは平成9年度には運営に支障を来す保険者が生ずることが見込まれている。
- 国民の医療ニーズが高度化・多様化するとともに、少子高齢社会において生涯を健やかに過ごす上で、健康づくりや予防対策が重要となっている。これを踏まえ、新しい保健医療システムの確立が求められている。
- これまで、医学、医療の進歩を踏まえた保険診療を提供し、高額医療による費用負担から家計を守ってきた国民皆保険体制を今後とも維持していくためには、総合的な医療保険改革が必要である。

2. 医療保険改革の目標

〔医療の質の向上〕

- 医療の高度化、技術革新を踏まえつつ、療養環境の改善、医療機関の機能分担と連携等を推進し、医療の質の一層の向上を図る。
- 医療に関する十分な情報を提供し、国民の選択を尊重する。

〔少子高齢社会における国民皆保険体制〕

- 生活水準の向上、高齢化の進行、疾病構造の変化、国民の医療に対するニーズの高度化・多様化等に対応した国民皆保険体制を堅持する。
- 21世紀の少子高齢社会にあっても国民の負担を過重なものにしないという社会保障全体の構造改革の目標を達成していくため、保険料、公費負担及び患者負担のバランスを考慮しつつ、医療給付費の伸びの安定化を図る。

〔医療の効率化等〕

- 限られた医療資源の公正な配分のため、医療の効率化を図るとともに、制度間の公平や、給付と負担のバランスを確保する。
- 医療及びその周辺について、公民の役割分担を進めるほか、医療の質を確保しつつ、競争原理が働くシステムに変える。
- 生涯を通じて健康であるためには、国民1人1人が自らの健康を自ら守るという意識の下に健康保持に努力するとともに、行政や医療保険者もこれを支援し、積極的に健康づくり、疾病予防対策等各般の措置を講ずる。

3. 医療保険改革の進め方

〔改革の早期完了〕

○21世紀初頭には、いわゆる団塊の世代が65歳に達し、高齢化率が2割を超えて人口の高齢化が本格化することを視野に入れ、医療保険改革は総合的かつ段階的に進め、できるだけ早く改革を完了させる。

○医療保険改革は、社会保障制度全体の構造改革と整合性をとって進める。

〔平成9年改正の実施〕

○こうした視点を踏まえ、今後一連の改革に着手することとし、その第一段階として平成9年改正に取り組む。

4. 医療保険改革の方向

(1) 良質な医療の確保

〔良質かつ適切な医療の提供体制の整備〕

○医療の効率化を進め、良質かつ適切な医療を国民に提供できる体制の整備を図る。

〔社会的入院の解消〕

○介護保険制度の本格実施に合わせ、医療と介護の役割分担を明確にし、介護を主たるニーズとして長期に一般病院等に入院しているいわゆる社会的入院を解消するため、福祉基盤の早急な充実を含めた総合的な対策を講ずる。

〔在院日数の短縮等〕

○介護保険制度の創設により、従来医療保険でカバーされていた介護サービス部分が介護保険制度に移行することに伴い、医療保険においては、在院日数の短縮や、入院医療、特に急性期の入院医療の質の向上を図る。

〔薬剤給付等の見直し〕

○薬剤使用の効率化を図り、薬剤費の適正化を進めるため、薬剤給付のあり方を見直すほか、薬価制度のあり方の見直し等総合的な対策を講ずる。

○検査について、不適切な重複等を是正するため必要な措置を講ずる。

〔病診の役割分担と連携の強化〕

○医療へのフリーアクセスについての国民の評価は極めて良好である。しかし、外来患者の大病院指向や重複受診、長い待ち時間・短い診療、病状や治療内容について十分な説明が受けられない等の問題がある。フリーアクセスをできるだけ維持しつつ、患者の症状にふさわしい医療を提供するため、かかりつけ医機能の向上を図るなど医療機関相互の機能分担と連携を強化する。

〔医療における情報の提供と患者の選択〕

○改革に当たっては、医療においても患者の選択を重視していく考え方に立ち、病院機能評価を充実するなど患者に対し医療に関する正しい情報を積極的に提供する措置を講ずる。

(2) 医療保険制度が果たすべき役割

〔給付率の水準〕

○今後人口の高齢化が進行し、現状のままでは医療費が増大することを考えれば、保険

料、公費負担、患者負担のいずれにせよ負担には自ずと限界がある。医療費の効率化を図りつつ、どの程度の保険料・公費負担や患者負担を求めるのか、そのバランスを考える必要がある。

○医療保険制度における給付については、昭和48年に高額療養費制度が導入され、今日では実質的な給付率が最も低い国民健康保険でもほぼ8割となっている。こうした給付のあり方は信頼できる医療保険制度として国民に定着している。今後、各制度を通じ適切な実効給付率とすることとし、法定給付率についても将来的に統一を目指す。その際、低所得者については、適切な配慮を行う。

〔患者ニーズの高度化・多様化への対応〕

○高度化・多様化する国民の医療ニーズを踏まえ、医療サービスの基本的な部分は医療保険で賄い、患者の選択による部分は特定療養費制度等により保険給付と保険給付外のサービスとの組合せを拡充することを検討する。

○技術料、薬剤、室料、食事を始めとする医療に係る様々なコストについて、モノと技術の関係を整理しつつ、それぞれの項目ごとに、医療保険における評価を再検討する。

また、現金給付のあり方については、社会保障制度全体の再編成の観点も踏まえ、見直す。

(3) 人口の高齢化への対応

〔医療保険制度における高齢者の位置付け〕

○今後の人口の高齢化が医療費に極めて大きな影響を及ぼすことから、高齢者の医療制度の抜本的な見直しが必要である。高齢者を制度上どのように位置付けるかについて、早急な取組が必要である。この点に関しては、第2次報告で整理した考え方を踏まえ、当審議会でも検討する。

〔高齢者の給付と負担のバランス〕

○高齢者に係る給付については、現行制度では定額一部負担制で5%の実効負担率となっており、若年齢世代の実効負担率17%との間に大きな格差がある。この格差については、高齢者の位置付けや現在検討中の介護保険制度との整合性を勘案しつつ、バランスのとれた利用者負担を確保する方向で見直し、若年齢世代の保険料負担の軽減を図る。その際、低所得の高齢者については、適切な配慮が必要である。

〔国民健康保険の運営の安定化〕

○人口高齢化の影響を大きく受ける国民健康保険が抱える問題については、保険料格差の是正、広域化等による小規模保険者対策、市町村国保や国保組合への補助、高齢者の保険料負担のあり方などの検討を行い、被保険者間の公平及び制度の安定的運営を図るための措置を講ずる。

○その際、国・都道府県・市町村の役割、定率国庫負担や調整交付金、保険基盤安定制度等が果たしている役割と相互の関係、国保を巡る現状等を踏まえ、検討を進める。

(4) 医療費の伸びを安定化するための方策の確立

〔医療費の伸びを安定化する必要性〕

○医療費の増大は先進諸国に共通の課題となっており、我が国においても、診療報酬体系や医療提供体制の面も含めた検討を行い、医療費の伸びを安定化させることが大きな課題

となっている。

〔診療報酬体系等の見直し〕

○現行の出来高払制の見直しを含め、本格的な包括払制、総額請負制なども視野に入れて、診療報酬体系及び審査支払い方式を再検討する。その際、良質な医療の効率的な提供を行っている医療機関については、経営の安定を確保できる診療報酬体系とする。

〔適正な医療提供体制の確立〕

○医療費の伸びは、医師数、病床数など医療提供体制の量と密接な関連がある。必要かつ適切な医療の確保を前提としつつ、医療保険制度と医療提供体制のバランスや整合性を図る必要がある。

(5) その他

〔保険者の機能の強化〕

○医療保険制度における当事者の選択と責任の比重を高めるという観点から、保険者の機能を強化していく必要がある。例えば、保険者は被保険者に対し、医療機関に関する積極的な情報提供や相談体制を整備するほか、保険者が医療機関の質について評価する方法を導入することなどにより保険者の自律性を高める。

〔医療データの蓄積と公開〕

○現在、医療保険財政に関するものを除くと、医療の効率化の検討に必要な医療の内容に関するデータの蓄積が十分でない。医療保険の改革に継続的に取り組み、国民の理解を深めるため、今後、データの蓄積や分析のための環境を整え、早急にデータを蓄積し、公開していく。

〔情報通信技術等の活用〕

○情報通信やデータ処理の技術革新を、プライバシー保護にも配慮しつつ、医療の分野に積極的に導入し、医療の質の向上と医療機関や審査支払機関・保険者の事務処理コストの軽減を図る。具体的には、診療の場における画像情報等の活用を図るとともに、カルテの電子化、レセプト電算処理、被保険者証のカード化などを総合的に実施し、医療情報のシステム化を図る。

国民医療総合政策会議

21世紀初頭における医療提供体制について 国民医療総合政策会議中間報告

平成8年11月13日

I はじめに

○医療制度及び医療保険制度を含む我が国の社会保障制度については、現在、大きな転機を迎えており、経済との調和を図りつつ活力ある安定した社会を維持するために、その役割・機能等を再点検する構造改革を進めることが求められている。

○本政策会議は、こうした再点検の一環として、今後の医療提供体制のあるべき姿を医療制度及び医療保険制度の両面から総合的に検討するために厚生事務次官の私的懇談会として去る7月29日に設置されて以来、7回にわたる審議を重ねてきた。

○審議の過程において委員からは幅広い角度から多方面にわたる様々な意見が出されたが、ここでは医療制度及び医療保険制度を通じた基本的な方向を示すことに努めた。

○また、医療提供体制にかかわる問題は、今後の高齢化の進展の状況、社会情勢の変化の状況等によってはさらに大きな影響を受けるものであり、ここでは国民的な議論のためのいわば素材を提供するという趣旨から、あくまで中間的なものとしてまとめたものである。

II 検討の基本的視点

○我が国の医療制度及び医療保険制度は、昭和36年の国民皆保険の実現以来、国民経済の成長とともに質量両面からその充実向上が図られてきた。

○しかし、今後の経済状況の見通し、高齢化の急速な進展等を考慮すれば、21世紀に向けて制度を取り巻く社会経済環境は一層厳しいものになることが予想される。国民皆保険体制を維持しつつ、質の高い医療を提供する体制の確立と安定した財源の確保という課題に真剣に取り組むことが必要である。

○今後の改革に際しては次の点に留意し、制度全般にわたる基本的な見直しがなされるべきである。

・自由開業制（医療機関側の自由）、医療機関へのフリーアクセス（患者側の自由）、診療報酬上の出来高払い、現物給付といったこれまで我が国の医療制度及び医療保険制度の基本原則とされてきた事項についてもそのあり方について検討すべきである。

・国民生活の基盤を支える医療については、医療技術水準の向上、医師等医療従事者の資質の向上を含めた医療全体の質の向上を図ることが重要である。

一方、医療の国民経済及び国民負担に与える影響の大きさを考えると、将来にわたって医療の質の向上や医療技術の進歩を国民生活の向上につなげていくためには、医療に関する情報公開等ともあいまって今まで以上に徹底した効率化を図っていく必要がある。医療及び医療保険制度において患者の立場を重視し、患者と医療機関との信頼関係を維持しつつ、医療に関する情報提供の推進を図るとともに、患者負担の問題も含めて医療の受け手としての主体的・自律的な受療のあり方、患者啓発の方法について検討すべきである。

・医療保険制度の下では医療費は、保険料、公費負担及び患者負担により賄われるが、そのバランスをどのように図っていくのか、保険給付の範囲をどのように考えるか、医療保険制度において高齢者をどのように位置付けるかなどの点についても検討すべきである。

○政策会議としては、以上の考えにより我が国の高齢化のピークを見据えつつ、中長期的

観点に立って、医療制度及び医療保険制度の両面から総合的に21世紀初頭の医療提供体制のあるべき姿を提言する。

Ⅲ 改革の基本的方向

1 医療機関の体系化

○世論調査によれば我が国の医療において医療機関へのフリーアクセスは非常に高い評価を受けているが、その一方で患者の大病院への集中やはしご受診といった弊害も指摘されている。

○医療は患者の身近な地域で提供されることが望ましいという観点から、かかりつけ医、かかりつけ歯科医を地域における第一線の医療機関として位置付け、他の医療機関との適切な役割分担と連携を図る必要がある。また、二次医療圏単位で地域医療の充実を支援する病院（地域医療支援病院）の整備を進め、高度な医療についてもできるだけ身近な地域での提供を可能にすべきである。

○慢性患者に対応した長期療養型施設（療養型病床群）の整備を促進し、特定機能病院、専門病院等も含め全体としてそれぞれの病院の機能を明確化するとともに、かかりつけ医と他の医療機関との関係など医療機関相互の機能分担と連携を強化することにより重層的な医療提供体制の確立を図るべきである。

また、医療機関の機能を明確化するため、診療報酬においても医療機関の機能に応じた評価を検討すべきである。

○このような医療提供体制を確立していくためには、まず第一にかかりつけ医の機能が広く国民に受け入れられ、地域に定着していくことが重要である。

かかりつけ医の機能は、基本的には診療所の医師によって担われるべきであるが、かかりつけ医機能の定着のためには、診療所医師の自己努力・研鑽はもとより、国民的な医療改革への取り組みが必要である。

○医療へのフリーアクセスの抑制については、今後のそれぞれの医療機関の機能の定着状況、患者の流れの実態等を踏まえ、病院の外来診療のあり方を含めて、医療制度及び医療保険制度上の対応を検討すべきである。

2 医療の充実

(1) かかりつけ医機能の向上

○医療機関の機能の明確化とその体系化が国民に広く受け入れられ、実際の患者の流れが例えばかかりつけ医から地域医療支援病院等、さらに必要に応じて特定機能病院という形になるためには、医療機関の機能の明確化と合わせて、前述のとおり地域の第一線でその役割を担うかかりつけ医の機能の活性化、地域住民のかかりつけ医への信頼の確保が不可欠である。

○医学・医療技術等の進歩に対応して、かかりつけ医が継続的に地域医療の発展に寄与できるように、生涯研修を充実することが必要である。

○かかりつけ医が専門医としての観点からも地域住民の信頼を得ることができるよう、現在様々な学会で行われている認定医の制度について、認定基準の統一・明確化等により、国民に受け入れられる制度として確立されることが必要である。

○今後の少子・高齢社会において、在宅の高齢者あるいは子育て家庭等に対する支援者としてかかりつけ医の果たす役割は、ますます重要になってくるものと考えられる。

○高齢者については、慢性期医療の充実が重要であり、特に在宅医療については、地域医療支援病院等との連携を図りつつ、かかりつけ医が積極的な役割を果たしていくべきである。その際、かかりつけ医は、自ら中心となり患者の立場に立って福祉サービスや関連諸

サービス提供者とも連携して、患者の生活面における支援も積極的に行っていくことが必要である。

○かかりつけ医は、健康診断、健康相談といった患者・家族の健康管理、疾病予防の面についても、第一義的な役割を果たすべきである。

○こうしたかかりつけ医の機能を支援するため、専門医療機関等からの最新の診療情報や患者サービスのための保健福祉関連情報等を幅広く即時・正確にかかりつけ医に伝達できるかかりつけ医機能支援システムの開発が必要である。

○かかりつけ医の診断機能の高度化を図るため、適正な配置に配慮しつつ、高額医療機器の共同利用を推進すべきである。

○かかりつけ医が患者の多様な医療需要に応えることを可能にするため、複数の診療所が連携してそれぞれ得意の分野・機能を活かした相談・治療等を行うグループ診療を推進すべきである。

(2) 急性期医療の充実

○新しい医学、医療技術と快適な療養環境に支えられた適切な入院医療の提供、社会復帰をより完全なものにする急性期リハビリテーションの充実を図る等急性期医療の充実が高齢者のみならず全ての国民に望まれていることである。

○急性期医療の質の向上を図るため、患者の満足度の向上、治療成績（治癒率、合併症・二次感染の予防等）の向上、診療計画に基づく効率的・効果的な検査・治療の実施、治療期間（入院日数）の短縮、退院時期の明確化等を目指して医療技術評価の手法を開発し、その普及を図ることが必要である。

○また、医療機関における療養環境についても、これまで慢性疾患患者が入院する長期療養病床について多くの措置が採られてきたが、急性期医療の充実を推進する際には、医療従事者の集中的な配置を図るとともに個室化の推進等医療機関の療養環境を改善することが必要である。

○さらに入院期間の短縮を図るためには、退院時期の明確化を含む診療計画の作成等により入院直後から家庭や社会への復帰に向けた準備に取り組む必要があり、また、医療従事者間で患者にとって最も望ましい効率的な検査や治療の実施について十分な連携が図られることが肝要である。

○なお、入院期間の短縮に対応する診療報酬上の評価が必要である。

(3) 末期医療のあり方

○末期医療については、従来から緩和ケア病棟の整備といった施策もとられているが、一方で患者・家族の望まない延命医療は行わないという考え方やその高額な医療費について国民の関心が高まっている。これは生命倫理の問題でもあり、広範な議論を行い国民的合意の形成を図ることが必要である。

こうした議論を進めていくためにも患者・家族を含む国民や実際に末期医療に携わっている医師を含む医療従事者との末期医療に対する意識を把握する必要がある。

3 医療提供体制の効率化

(1) 病床の適正化

○我が国の一般病床は、医療法に基づく医療計画上の必要病床数である約120万床を5万床上回っており、特に過剰地区だけでみれば9万床の過剰となっている。

○介護保険制度の実施に向けて、訪問診療・訪問看護の推進等による在宅医療の充実、施設及び在宅の介護サービス基盤の計画的整備、適切な介護サービスへの誘導等いわゆる社会的入院を解消するための総合的対策を実施する必要があり、また、諸外国と比較して長いと言われている入院期間を短縮することも必要である。これに併せて必要病床数を見直

す必要がある。

○急性期医療の充実、介護保険の導入を踏まえ、単に一般病床というくくりではなく、全体の必要病床数の枠の中で急性期病床と慢性期病床に区分することを検討すべきである。

○一方、過剰病床地域においては、病院の新規開設又は増床の場合に医療法上勧告が行われ、保険指定しないこととされているが、既存の過剰病床そのものについては、何ら対応がなされていない。

○今後医療制度あるいは医療保険制度上既存の過剰病床を削減する方策として、過剰病床に対する医療法上の許可のあり方及び保険医療機関の指定の取扱いについて検討する必要がある。

(2) 医師、歯科医師等の需給の見直し及び資質の向上

○医師及び歯科医師については、昭和61年に医学部及び歯学部の入学生定員の削減計画を策定し、その数の適正化を図ってきているが医師については目標を達成するに至っておらず、歯科医師については目標はほぼ達成したが、さらに削減する必要があるとされている。

また、平成6年の医師需給見直し等に関する検討会の将来予測においても、将来我が国の医師数は過剰になると推計されている。

○今後の公的介護保険制度の動向、保健予防サービスの需要、産業医・学校医の状況等活躍する場の推移の見込みといった要素も踏まえ、早急に総合的な需給の見直しを行う必要がある。

○医師数等を適正化するための方策としては、養成課程の入口での調整（医学部の入学定員の削減等）、養成課程の出口での調整（医師国家試験の改革等）及び医師資格取得後における調整（保険医の定数制、定年制等）といった3段階での方策が考えられる。

これらの方策はそれぞれ密接に関連しており、具体的方策を講じる場合には、総合的な観点からの検討が必要であるが、いずれの方策も実効が上がるまでに相当の期間を要すると考えられるので、できるだけ早急に検討に着手する必要がある。

○医師等については、我が国全体としての必要数を議論するだけでは不十分であり、その地域的偏在を是正するための施策を講じる必要がある。

○卒後の臨床研修については、医師の資質の向上を図るために必修化を確立することが急務であり、研修中の医師の所得の水準とそれに要する財源の確保策、医師免許の性格、保険医資格との関係、研修内容等について早急な検討が必要である。

○歯科医師の卒後臨床研修については、平成9年度から法制化された臨床研修の実施状況も踏まえ、別途検討すべきである。

○また、若年者の減少等を踏まえ、看護婦等の医療従事者の確保及び資質の向上について、早急に検討すべきである。

(3) 医療における情報化の推進

○情報処理技術の高度化等を活用して、患者の利便の向上を図りつつ、医療及び医療保険制度における様々な部門の効率化を図るため、ICカード、電子カルテ、オーダーリング（院内業務情報）システム、レセプト電算システム等を活用した総合的情報処理システムを確立・普及する必要がある。

○患者・家族の利便を図りつつ、在宅医療の質を向上し、合わせて離島・山間地においても適切な医療提供を確保するため、遠隔診療を推進する必要がある。

4 医療における情報提供の推進

○かかりつけ医に始まる重層的な医療提供体制が定着し、患者の流れが原則それに沿った

ものとなるためには、それぞれの医療機関の機能に応じて医療機関側から正確で、できるだけ分かりやすい情報が国民に提供されることが不可欠である。

○かかりつけ医については、地域住民の信頼を確保するという観点からも、先に述べた認定医の問題も含め、客観性・正確性を担保し得る事項は、広告を自由化する方向で検討すべきである。

○病院については、かかりつけ医からの紹介が定着していくためには、病院機能の向上とともに患者及びかかりつけ医への情報提供が不可欠であり、特に紹介先の病院については、かかりつけ医から積極的に地域住民への情報提供が図られるべきである。

そのため第三者機関による病院機能評価を充実し、その情報公開を推進するとともに、それぞれの病院機能を踏まえた広告のあり方についても検討すべきである。

○患者本人に対する診療情報提供については、医師等が適切な説明を行い患者に理解を得るよう努めるとともに、患者へのレセプトによる情報の提供や、診療録（カルテ）に記載された内容の情報提供といった課題に取り組むことが必要である。

○医療に関する情報は、概して国民にはわかりにくい面がある。国民皆保険体制の下では、全ての患者は原則として被保険者であることから、保険者は被保険者に対する分かりやすく正確な医療情報の提供に積極的な役割を果たすべきである。

○患者も自ら治療に参画するという観点から、医師に対して相互の信頼関係の下で積極的に情報提供を求めていくべきである。こうした観点からの患者教育も重要である。

おわりに

○本政策会議は、21世紀初頭を目安として医療提供体制の基本的方向を示唆するため、医療制度及び医療保険制度の全般にわたって議論を行った。

○ここで提言した医療提供体制の改革は、国民・患者の理解と協力なくしては実現できないものであり、今後これを機会に国民的な議論が展開されることを期待する。

○国民的な議論を踏まえて、具体的な改革の中身については、関係審議会において、さらに詰めた検討が行われるものと考えているが、議論の効率化を図るために関係審議会でも横断的な審議を行う機会を設ける等審議会運営に一層の工夫が必要である。

○なお、本報告に示した具体的改革事項のうち、可能なものについては、関係審議会の審議を経て、早急に改革に取り組むべきである。

21世紀初頭における医療提供体制について 国民医療総合政策会議中間報告の要旨

I 検討の基本的視点

- 21世紀に向けて制度を取り巻く社会経済環境は一層厳しいものになることが予想される。国民皆保険体制を維持しつつ、質の高い医療を提供する体制の確立と安定した財源の確保という課題に真剣に取り組むことが必要である。
- 政策会議としては、我が国の高齢化のピークを見据えつつ、中長期的観点に立って、医療制度及び医療保険制度の両面から総合的に21世紀初頭の医療提供体制のあるべき姿を提言する。

II 改革の基本的方向

1 医療機関の体系化

- かかりつけ医、かかりつけ歯科医を地域における第一線の医療機関として位置付ける。また、二次医療圏単位で地域医療の充実を支援する病院（地域医療支援病院）の整備を進め、高度な医療についてもできるだけ身近な地域での提供を可能にすべきである。
- 慢性患者に対応した長期療養型施設（療養型病床群）の整備を促進し、特定機能病院、専門病院等も含め全体としてそれぞれの病院の機能を明確化し、重層的な医療提供体制の確立を図るべきである。
- このような医療提供体制を確立していくためには、まず第一にかかりつけ医の機能が広く国民に受け入れられ、地域に定着していくことが重要である。

2 医療の充実

(1) かかりつけ医療機能の向上

- 実際の患者の流れが例えばかかりつけ医から地域医療支援病院等、さらに必要に応じて特定機能病院という形になるためには、かかりつけ医の機能の活性化、地域住民のかかりつけ医への信頼の確保が不可欠である。

[具体的方策]

- ・かかりつけ医に対する生涯研修の充実
- ・専門医としての信頼の獲得
- ・在宅医療に対する積極的な取り組み
- ・患者家族の健康管理、疾病予防への取り組み
- ・かかりつけ医機能支援システムの開発
- ・高額医療機器の共同利用の推進
- ・グループ診療の推進

(2) 急性期医療の充実

- 新しい医学、医療技術と快適な療養環境に支えられた適切な入院医療の提供、社会復帰をより完全なものにする急性期リハビリテーションの充実を図る等急性期医療の充実が高齢者のみならず全ての国民に望まれていることである。

[具体的方策]

- ・医療技術評価の手法の開発・普及
- ・医療従事者の集中的な配置及び個室化の推進等療養環境の改善
- ・入院期間の短縮

(3) 末期医療のあり方

○末期医療については、生命倫理の問題でもあり、広範な議論を行い国民的合意の形成を図ることが必要である。こうした議論を進めていくためにも患者・家族を含む国民や実際に末期医療に携わっている医師を含む医療従事者との末期医療に対する意識を把握する必要がある。

3 医療提供体制の効率化

(1) 病床数の適正化

○介護保険制度の実施に向けて、いわゆる社会的入院を解消するための総合的対策を実施する必要がある。また、諸外国と比較して長いと言われている入院期間を短縮することも必要である。これに併せて必要病床数を見直す必要がある。

○今後医療制度あるいは医療保険制度上既存の過剰病床を削減する方策として、過剰病床に対する医療法上の許可のあり方及び保険医療機関の指定の取扱いについて検討する必要がある。

(2) 医師、歯科医師等の需給の見直し及び資質の向上

○今後の公的介護保険制度の動向、保健予防サービスの需要、産業医・学校医の状況等活躍する場の推移の見込みといった要素も踏まえ、早急に総合的な需給の見直しを行う必要がある。

○医師数等を適正化するための方策としては、養成課程の入口での調整（医学部の入学定員の削減等）、養成課程の出口での調整（医師国家試験の改革等）及び医師資格取得後における調整（保険医の定数制、定年制等）といった三段階での方策が考えられる。

いずれの方策も実効が上がるまでに相当の期間を要すると考えられるので、できるだけ早急に検討に着手する必要がある。

○医師等については、その地域的偏在を是正するための施策を講じる必要がある。

○卒後の臨床研修については、医師の資質の向上を図るために必修化を確立することが急務である。

4 医療における情報提供の推進

○かかりつけ医に始まる重層的な医療提供体制が定着し、患者の流れが原則それに沿ったものとなるためには、それぞれの医療機関の機能に応じて医療機関側から正確で、できるだけ分かりやすい情報が国民に提供されることが不可欠である。

・かかりつけ医については、客観性・正確性を担保し得る事項は、広告を自由化する方向で検討。

・病院については、患者及びかかりつけ医への情報提供が不可欠。

第三者機関による病院機能評価を充実し、その情報公開を推進するとともに、それぞれの病院機能を踏まえた広告のあり方についても検討。

・患者本人に対する診療情報提供については、医師等が適切な説明を行い患者に理解を得るよう努めるとともに、患者へのレセプトによる情報の提供や、診療録（カルテ）に記載された内容の情報提供といった課題に取り組むことが必要。

・保険者は、医療情報の提供に積極的な役割を果たすべき。

平成8年11月27日
厚生大臣 小泉 純一郎 殿

医療保険審議会
会長 塩野谷 祐一

今後の医療保険制度のあり方と平成9年改正について（建議書）

我が国の医療保険制度は、医学の進歩を踏まえた良質な医療を提供し、高額な医療に伴う費用負担から家計を守る制度として、国民生活に不可欠な機能を果たしてきた。しかし、近年、経済基調が変化する一方で、人口の高齢化等に伴う医療費の増大により、医療保険財政は赤字構造体質に変わり、このまま放置すれば国民皆保険体制が崩壊しかねないという危機的状況に至った。

当審議会は、このような状況の下で、今後の医療保険制度のあり方について、昨年3月に審議を開始し、昨年8月に「検討項目III、IV、Vを中心としたこれまでの検討内容の中間取りまとめ」、本年6月に「今後の国民医療と医療保険制度改革のあり方について（第2次報告）」をそれぞれ取りまとめ、7月にはいわゆる複数改革メニューとその関連試算を公表し、10月には「今後の医療保険改革の基本的な方向についての議論の整理」という形で今後の医療保険改革の目標を取りまとめる等、検討の各段階で国民に議論の素材を提供し、国民の選択に資するよう配慮してきたところである。

こうした審議を踏まえ、当審議会は下記のとおり建議書を取りまとめ、21世紀初頭に目指すべき医療保険制度の姿を提示し、これに向けて医療提供体制を含めた医療及び医療保険制度全般の総合的かつ段階的な一連の改革を実施するとともに、その第一段階として平成9年改正を行うよう提言する。

この間の当審議会の議論を踏まえ、特に強調しておきたいことは、

- ・我が国社会経済のあらゆる分野において構造改革が求められている今日、医療保険改革は社会保障構造改革の重要な一環として位置付けられるものであること
 - ・国民皆保険体制を安定的に維持していくとともに、国民に対して質が高く効率的な医療を提供していくためには、医療提供体制や診療報酬制度も含めて、医療及び医療保険制度全般の改革を確実に進めていかなければならないこと
- の2点である。

21世紀の医療保険制度を目指して改革を進めていくためには、直ちに医療及び医療保険制度全般の改革に着手するとともに、当面の財政危機を克服していくことが必要であり、このため、平成9年度から本建議書のとおり国民に医療保険制度を支えるための負担を求めなければならない。当審議会としては、このような苦渋の選択をせざるを得なかったことについて、何よりも国民の理解を求めたい。

厚生省に対しては、当審議会における審議の経過を十分に踏まえ、医療保険改革に向けて国民の理解を得るよう最大限の努力を行うとともに、着実に医療保険改革を進めていくため、早急に具体案を取りまとめることを求めたい。

記

I 医療保険制度を取り巻く状況

- 経済基調が変化し、今後これまでのような高い経済成長が見込めない中で、我が国経済社会全体の構造改革が求められている。

- 一方、世界でも例を見ないスピードで人口の高齢化と少子化が進行し、社会保障制度においても全体の構造改革が必要となっている。
- 国民医療費は近年の経済基調の変化にもかかわらず、人口の高齢化等により増加し続けており、各医療保険制度の財政は深刻な赤字構造に陥っている。
- このような国民医療費の伸びと経済成長率とのギャップが続けば、医療費を賄うための国民負担が著しく増大し、医療保険制度自体が立ち行かなくなる事態も懸念される。現に、このままでは平成9年度には運営に支障を来す保険者が生ずることが見込まれている。
- 国民の医療ニーズが高度化・多様化するとともに、少子高齢社会において生涯を健やかに過ごす上で、健康づくりや予防対策が重要となっている。これを踏まえ、新しい保健医療システムの確立が求められている。
- これまで、医学、医療の進歩を踏まえた保険診療を提供し、高額医療による費用負担から家計を守ってきた国民皆保険体制を今後とも維持していくためには、総合的な医療保険改革が必要である。

II 21世紀初頭に目指すべき医療保険制度の姿

1. 基本的な考え方

〔医療の質の向上〕

○ 医療の高度化、技術革新を踏まえつつ、療養環境の改善、医療機関の機能分担と連携等を推進し、医療の質の一層の向上を図る。

○ 医療に関する十分な情報を提供し、国民の選択を尊重する。

〔少子高齢社会における国民皆保険体制〕

○ 生活水準の向上、高齢化の進行、疾病構造の変化、国民の医療に対するニーズの高度化・多様化等に対応した国民皆保険体制を堅持する。

○ 21世紀の少子高齢社会にあっても国民の負担を過重なものにならないという社会保障全体の構造改革の目標を達成していくため、保険料、公費負担及び患者負担のバランスを考慮しつつ、医療給付費の伸びの安定化を図る。

〔医療の効率化等〕

○ 限られた医療資源の公正な配分のため、医療の効率化を図るとともに、制度間の公平や、給付と負担のバランスを確保する。

○ 医療及びその周辺について、公民の役割分担を進めるほか、医療の質を確保しつつ、競争原理が働くシステムに変える。

○ 生涯を通じて健康であるためには、国民1人1人が自らの健康を自ら守るという意識の下に健康保持に努力するとともに、行政や医療保険者もこれを支援し、積極的に健康づくり、疾病予防対策等各般の措置を講ずる。

2. 医療の質の向上と効率化

〔医療機関の機能分担と連携の強化〕

○ 医療へのフリーアクセスが保障されている一方で、外来患者の大病院指向や重複受診、長い待ち時間・短い診療、病状や治療内容について十分な説明が受けられない等の問題がある。

○ 患者の症状にふさわしい医療を提供するため、地域医療支援病院の制度化とあわせて、かかりつけ医（かかりつけ歯科医）の機能を果たしている医療機関、専門病院、療養型病床群、特定機能病院等といった医療機関の機能を明確化し、体系化を図り、このよう

な方向に患者の流れを誘導していく。

○ このような医療機関の機能を明確化する方向に沿って、病院と診療所を別の診療報酬体系とするなど、医療機関の機能に応じた診療報酬体系を創設する。

〔急性期医療の充実等〕

○ 介護保険制度の創設により、従来医療保険でカバーされていた介護サービス部分が介護保険制度に移行することに伴い、医療保険においては、急性期を中心とする入院医療の質の向上を図る。

このため、急性期医療に関し、人員配置基準や施設基準の見直し、個室化の推進等医療機関の療養環境の改善、入院期間の短縮を図る。

○ いわゆる社会的入院を解消するため、総合的な対策を講ずる。

○ 急性期の医療が終了し、在宅で療養したいという患者のニーズに応えるため、在宅医療を更に推進する。

〔薬剤に係る総合的な対策の推進等〕

○ 薬剤使用の適正化、薬剤費の効率化を図る。

○ 薬価基準に代わる新たな方式への転換を含め、薬価制度を抜本的に見直し、薬価差問題の解消を図るとともに、薬価算定の透明化を図る。

○ 薬剤使用の適正化に向けて、患者や医療機関の薬剤使用に係るコスト意識を涵養するため、一般用医薬品類似医薬品の給付除外を含めて薬剤給付のあり方を見直すほか、適正な医薬分業の推進、診療報酬や審査支払における対策など、総合的な対策を進める。

○ 検査について不適切な重複等を是正する。

〔効率的な医療提供体制の確保〕

○ 急性期病床と慢性期病床の区分を含めた必要病床数の見直し、医師数及び歯科医師数についての需給の見直しを行い、効率的な医療提供体制を構築する。

○ 医師の資質の向上を図るため、臨床研修を充実するとともに、チーム医療を推進するために必要な医療従事者の資質の向上を図る。

〔医療における情報の提供と患者の選択〕

○ 患者の選択を重視していく考え方に立ち、病院機能評価を充実するなど、患者に対し医療に関する正しい情報を積極的に提供する措置を講ずる。

3. 安定した運営ができる医療保険制度の確立

○ 今後人口の高齢化が進行し、このままでは医療費の増大が続く一方で、保険料、公費負担、患者負担のいずれにせよ負担には自ずと限界がある。医療費の効率化を図りつつ、保険料、公費負担や患者負担のバランスを図る必要がある。

〔人口高齢化への適切な対応〕

○ 今後の人口の高齢化が医療費に極めて大きな影響を及ぼすことから、高齢者の医療制度の抜本的な見直しが必要である。

このため、高齢者の置かれた経済状況の変化等を踏まえ、医療保険制度における高齢者の位置付けを再検討し、介護保険制度の創設も念頭に置き、同制度の施行を目途に、老人保健制度に代わる新たな仕組みの創設を含め、老人医療の費用負担の仕組みを見直す。

○ 高齢者の一部負担については、世代間の公平の観点から、高齢者の心身の特性にも配慮しつつ、現役世代の負担と均衡を図る方向で見直す。その際、低所得の高齢者については適切な配慮が必要である。

〔医療費の伸びの安定化〕

○ 医療費の総額の伸びを財源の規模に応じて安定化させるため、現行の出来高払制の見直しを含め、包括払制、総額請負制なども視野に入れて、病院と診療所を別の診療報酬体

系とするなど、医療機関の機能に応じた診療報酬体系を創設するとともに、審査支払方式を再検討する。

○ 医療費の伸びと密接な関係にある病床数、医師数及び歯科医師数のうち、医療保険制度で過剰と認められる部分については、必要な対応を図ることができる仕組みを設ける。

〔給付率の水準〕

○ 医療保険制度における給付については、昭和48年に高額療養費制度が導入され、今日では実質的な給付率が最も低い国民健康保険でもほぼ8割となっている。こうした給付のあり方は信頼できる医療保険制度として国民に定着している。今後、各制度を通じ適切な実効給付率とすることとし、法定給付率についても将来的に統一を目指す。その際、低所得者については必要な配慮を行う。

〔患者ニーズの高度化・多様化への対応〕

○ 高度化・多様化する国民の医療ニーズを踏まえ、医療サービスの基本的な部分は医療保険で賄い、患者の選択による部分については特定療養費制度により保険給付と保険給付外のサービスとの組合せを拡充する。

○ 技術料、薬剤、室料、食事を始めとする医療に係る様々なコストについて、モノと技術の関係を整理しつつ、それぞれの項目ごとに、医療保険における評価を再検討する。

○ 傷病手当金等現金給付のあり方については、その果たしている機能、年金等他制度との役割分担も含め、社会保障制度全体の再編成の動向を見極めつつ見直す。

〔保険料負担の公平化〕

○ 保険料の賦課方法については、賞与の支給が十分に定着し、その総収入に占める比重が増大していることなど報酬支払形態の多様化を踏まえ、公平の観点から見直す。

○ 高齢者の保険料負担については、年金の成熟化等を踏まえ、そのあり方を見直す。

〔保険者の機能の強化等〕

○ 医療保険制度における当事者の選択と責任の比重を高めるという観点から、保険者の機能を強化していく必要がある。

○ 保険者は被保険者に対して医療機関に関する積極的な情報提供等を行うほか、保険者が医療機関の質について評価する方法を導入することなどにより、保険者の自律性を高める。また、自律性を高めるため、保険者規模を適正なものとするなど保険集金のあり方を見直す。

○ 保険者の事業及び事務の効率化・合理化を進める。

〔総合的な医療情報システムの構築〕

○ 情報通信やデータ処理の技術革新を、プライバシー保護にも配慮しつつ、医療の分野に積極的に導入し、医療の質の向上と医療機関や審査支払機関・保険者の事務処理コストの軽減を図る。

4. 今後の医療保険改革の進め方

〔社会保障構造改革との関係〕

○ 医療保険改革は、社会保障制度全体の構造改革の一環として位置付け、整合性をとって進める。

〔改革の早期完了〕

○ 21世紀初頭には、いわゆる団塊の世代が65歳に達し、高齢化率が2割を超えて人口の高齢化が本格化することを視野に入れ、医療保険改革は総合的かつ段階的に進め、できるだけ早く改革を完了させる。

〔医療における情報の提供と患者の選択〕

III 平成9年改正について

○ こうした視点を踏まえ、今後一連の改革に着手することとし、その第一段階として平成9年改正に取り組む。

○ 平成9年改正においては、IIで述べた医療保険制度全体の今後のあり方を踏まえ、抜本的な見直しに着手するとともに、その方向に沿って、緊急の課題である医療保険の財政収支の均衡を図るために必要な改革を実施する。

1. 医療の質の向上と効率化

〔医療機関の機能分担と連携の強化〕

○ 地域医療支援病院の制度化とあわせて、かかりつけ医（かかりつけ歯科医）の機能を果たしている医療機関、専門病院、療養型病床群、特定機能病院等といった医療機関の機能を明確化し、体系化を図る。

○ このような医療機関の機能を明確化する方向に沿った新たな診療報酬体系を構築するため、必要な調査研究、データの蓄積に取り組む。

〔社会的入院の解消と長期入院の是正〕

○ いわゆる社会的入院を解消するため、退院後の受け皿として、施設及び在宅の看護・介護サービス基盤の計画的な整備を一層進める。

○ 保険者は、市町村と連携をとりつつ、医療機関の協力を得て、社会的入院の状態にある患者が円滑に退院できるよう指導、相談等を充実する。また、医師が入院治療を行う必要性がないと認めた者が入院を継続する場合、医療保険制度上の取扱いを見直す。

○ 各種方策による社会的入院の解消にあわせて、医療計画上の必要病床数について早急に見直しを進める。また、病床過剰地域においては、過剰病床を解消するための方策を講ずる。

〔在院日数の短縮等〕

○ 急性期医療の充実を図るため、人員配置基準の見直しを検討するなど医療機関の療養環境の改善に努める。また、患者にとって必要な治療を確保しつつ入院期間を短縮するための措置を講ずる。さらに、在宅医療の推進を図る。

〔医師・歯科医師の需給の見直し等〕

○ 医師数及び歯科医師数の需給の見直しのための総合的な取組みに着手する。

○ この見直しと整合性を図りつつ、医療保険制度においても、医師数等の適正化を図る方策を検討する。

○ 医師の資質の向上を図るため、臨床研修の充実方策について検討する。

〔薬剤使用の適正化等〕

○ 薬価差問題の解消を図るため、薬価基準に代わる新たな方式への転換を含めた現行薬価制度の抜本的な見直しに早急に着手することとし、当面、薬価差の早期縮小を図る。

○ 個々の医薬品の薬価算定の透明化を図る。

○ 医薬品に関する患者への情報提供を一層充実する。

○ 患者や医療機関の薬剤使用に係るコスト意識を涵養する観点から、薬剤給付を見直すほか、適正な医薬分業の推進、診療報酬や審査支払における対策等薬剤使用の適正化のための総合的な対策を講ずる。

○ 検査について重複や過剰を是正するため、必要な措置を講ずる。

○ 第三者による病院機能評価を充実するとともに、積極的にその情報公開を進める。

○ 患者に対し、診療に関する情報の提供を進める。

〔健康保持の促進〕

○ 国民1人1人の健康保持への努力を支援するため、かかりつけ医や保健婦 等による

生活指導を含む総合的な相談、地域におけるリハビリテーション提供体制の整備、総合健康診査の効果的な実施等を推進する。

2. 医療保険制度の運営の安定化

〔人口の高齢化への適切な対応〕

○ 医療保険制度における高齢者の位置付けについては、当審議会としても、平成8年6月21日に取りまとめた第2次報告において、現行老人保健制度に代わる複数の案を含めて4案を提示し、検討を行ってきたところである。

○ 老人医療の費用負担の仕組みについては、介護保険制度の施行を目途に抜本的に見直すこととし、これに向けて、引き続き当審議会でも早急に検討を進める。当面、現行老人保健制度の基本的枠組みの下で必要な見直しを行う。

〔政管健保の財政運営方式について〕

○ 政府管掌健康保険においては、平成4年度から5年間の中期的財政運営を実施しているが、現下の厳しい財政状況にあっては、従来の財政運営方式をそのまま維持することは困難であり、平成9年の改正においては、例えば3年程度の間収支が均衡するような財政計画とする。

〔医療保険財政の健全化〕

○ 医療保険財政を建て直すためには、前提として徹底した医療費の効率化が必要であり、そのための諸施策に速やかに取り組む必要がある。

○ このため、平成9年改正においては、医療提供体制の見直しなど医療費の効率化を図るための各般の施策に取り組むとともに、コスト意識を喚起し医療費の増大を抑制する効果を有する患者負担の見直しにも取り組む必要がある。また、医療保険財政は基本的には保険料で賄うべきであり、最近の厳しい経済状況を考慮しても、ある程度保険料率を引き上げることにも止むを得ない。

○ 患者負担及び保険料とともに医療費を賄う公費負担については、国や地方の財政構造が著しく悪化している現状では増やしていくことに限界があるが、老人医療の費用負担の仕組みを抜本的に見直すに当たり、社会保険方式における公費負担のあり方や、今後老人医療費が増大する中での財源確保のあり方といった課題も含め、適切に検討することが必要である。

なお、政府管掌健康保険の財政状況を考えれば、国庫補助の繰延べ分の扱いについては、現下の国の財政状況の厳しさを踏まえた上で、可能な限り適切な措置を考えるべきである。

〔給付と負担の見直し〕

○ 保険料については、政府管掌健康保険の過去最高の保険料率が85 であることや、平成3年度までは84であったことを考慮すると、その程度の水準まで保険料率を引き上げることにも止むを得ない。さらに、患者負担についても、各制度間の公平、老人医療費を支えている現役世代と高齢者世代との公平及び保険給付の重点化を図る観点から、見直しを行う。この場合、具体的な方策としては次の(1)から(3)などが考えられ、保険料率の引上げ等と組み合わせて医療保険財政の健全化に必要な措置を講ずべきである。

① 被用者保険本人の患者負担を、少なくとも健康保険法本則の規定に沿って2割とすること。これについて、他の方策との関連や優先度において慎重に検討すべきとの意見もあった。

② 高齢者の患者負担について、1～2割の負担とすること。この場合、定率負担とすることについては、診療を担当する委員は、老人の心身の特性にかんがみ定額負担とすべきとの意見であった。

③ 薬剤給付について、給付除外ないし3～5割の患者負担を設定すること。これについては、薬剤に着目した患者負担を設けても、必ずしも薬剤使用の適正化に結びつかないのではないかとの意見があった。

また、いずれの場合においても、必要な受診が抑制されることのないよう低所得者に適切な配慮を行う。

○ 一般用医薬品類似医薬品については、一般用医薬品を保険外で購入する場合との公平を確保するため、給付除外を含めて給付のあり方について見直す。

○ 高額療養費制度の自己負担限度額については、制度創設時に比べて被保険者の所得や医療費の水準が相対的に上昇していることを踏まえ、その水準や改定ルールのあり方を見直す。また、自己負担限度額をきめ細かく設定する仕組みを設ける。

〔診療報酬体系等の見直し〕

○ 医療費の総額の伸びを財源の規模に応じて安定化させるための診療報酬体系及び審査支払方式の見直しに向けて、臨床の実態を踏まえ、医療費について科学的・客観的な分析を行うために必要な調査研究及びデータの蓄積に取り組む。

〔特定療養費制度の拡充〕

○ 医療技術の進歩、患者のニーズの高度化・多様化に適切に対応するため、特定療養費制度の積極的な活用を図る。

〔保険者の機能の強化等〕

○ 保険者は被保険者に対して医療機関に関する情報の積極的な提供等を行う。

○ 保険者の自律性を高め、その機能を強化していく観点から、病床過剰地域における保険医療機関の指定等について、保険者が積極的に関与できるような仕組みを設ける。

○ 保険者規模を適正なものとするため、健保組合の統合を進めるなど保険集団のあり方を見直すほか、保険者の事業及び事務の効率化・合理化並びに給付の適正化を進める。

〔総合的な医療情報システムの構築〕

○ 情報通信等の技術革新を導入して医療の質の向上と事務処理コストの軽減を図るため、レセプト電算処理や被保険者証のカード化の促進などを通じ、総合的な医療情報システムの構築に着手する。

今後の老人保健制度改革と平成9年改正について（意見書）

平成8年12月2日

老人保健福祉審議会

1. はじめに

急速に少子・高齢社会に向かう中で、社会保障に対する国民的要請とそれを巡る経済的財政的環境は大きく変化している。我が国は、今や世界に誇る長寿国となっているが、その一方で、多くの国民が老いに伴って発生し得る老後生活への様々な身体的・精神的不安を感じている。

こうした様々な不安をひとつひとつ解消し、全ての国民が一生涯を健やかで希望を持って生き続け、そして安らかに生涯を終えることができるような社会、「健康寿命」を伸ばしていけるような社会の実現が期待されている。

その一方で、経済の低迷が続き、国・地方の財政状況が深刻化する厳しい時代を乗り切り、このような社会を実現するための将来展望を切り開いていくためには、医療・福祉・年金にわたる社会保障全体の構造改革を、縦割りの議論を超えて、制度横断的に断行することが必要不可欠である。この総合的かつ大規模な構造改革には、政府レベルでの強いイシアティブの下に、一刻も早く取り組まなければならない。

社会保障構造改革の一環として焦眉の急となっている医療保険制度改革においては、増大し続ける老人医療費負担の問題への取組を避けて通ることはできず、とりわけ、高齢者の位置付けについて抜本的な見直しが講じられる必要がある。

当審議会においても、社会保障構造改革の一翼を担う立場から、介護保険制度の創設に関する審議に引き続き、この問題の解決に向け、精力的に議論を重ねてきたが、平成9年度の予算編成までの限られた時間の中では、その明確な最終的展望を示すまでには至らなかった。

しかし、一方で、現下の厳しい医療保険財政の状況等を踏まえれば、老人保健制度改革は一刻の猶予も許されず、当面、医療保険制度を維持するために最小限必要とされる措置について平成9年の老人保健制度改革に取り組みざるを得ない。こうした状況にかんがみ、当審議会としては、高齢者の位置付けについて抜本的な見直しが講じられるまでの間においても緊急に講ずべき老人保健制度改革の内容を中心に提言を行うこととした。今後、次のステップとして、早急に老人保健制度の抜本的な見直しに取り組まなければならないが、その際には、平成12年度から実施が予定される介護保険制度との連携を念頭に置き、保健・医療・福祉を通して、総合的かつ効率的な仕組みとしていく必要がある。

社会保障の負担は、いずれにせよ最終的には国民の負担に帰着するものである。今回、本意見書に盛り込んだ改革の内容についても、国民各層に負担を求めざるを得ない痛みの伴うものであるが、社会全体で重い負担を担おうとしているときに、社会の大集団となりつつある高齢者についても、今後は、若年世代とともに、自ら社会保障を支える存在として、世代を通じて力を合わせるという考え方に立つことが必要である。こうしてこそ、来るべき超高齢社会を乗り切り、真に希望の持てる健康長寿の社会実現への展望が開けるものと確信する。

また、政府に対しては、こうした老人医療を巡る大変厳しい状況を国民に広く訴え、必要な改革に対する理解を得る最大限の努力を行うことを求めたい。

2. 老人保険制度の見直しの背景

人口の急速な高齢化の進展及び少子化の進行等に伴い、老人医療費の増大は今後とも不可避である。一方、これまでのような国民所得の高い伸びが期待できない中で、老人医療に係る国民負担は上昇し、特に若年世代の負担は今後さらに増大することが見込まれる。

また、各保険者の支出に占める老人医療費拠出金負担は年々増大し続け、その運営に大きな影響を及ぼしており、厳しい経済財政状況の下で、保険料や財政収入の低迷に伴い、平成9年度には運営に支障が生じかねない保険者も予想されるなど医療保険財政は極めて逼迫した状況になっている。

こうしたことから、老人医療費の負担のあり方、特に拠出金制度について、国民皆保険体制を安定的に維持・運営する観点から、その費用を拠出する側からも種々問題が指摘されており、その見直しが求められている。

一方、年金の成熟化等により高齢者の経済能力は向上し、平均的に見ると若年者と遜色のない所得水準となっており、また、世帯を単位として見た場合の高齢者世帯は全世帯と比べ所得格差は大きいものの、世帯人員1人当たりの所得分布については各世代別に見ても大きな差異は見られない状況となっている。こうした状況を踏まえれば、高齢者をおしなべて経済的弱者と捉えることは適当ではなく、今後、社会保障制度における高齢者の位置付けを見直し、自立した個人として位置付けていく方向で見直す必要がある。その際、高齢者と若年者の健康面の差異には十分に留意する必要がある。

こうした状況の変化に的確に対応し、医療サービスへのアクセスに配慮しつつ、国民の誰もが安心して必要な医療を受けることができるよう、将来にわたる医療保険制度の安定を確保する観点から、老人保健制度改革に取り組む必要がある。その際、介護保険制度の創設は必要不可欠である。

老人保健制度改革に取り組むに当たっては、①老人医療の徹底した効率化を図ること、②老人医療費の将来にわたる負担の公平化・適正化を図ること、③国民が生涯にわたって健やかで充実した生活を営むことができるよう、高齢者の心身の特性を踏まえ、介護サービスとの適切な連携、分担を図りながら、健康増進、予防から治療、機能回復等リハビリ

テーションに至るまでの包括的で良質な保健医療サービスを提供していくこと、を基本とすることが必要である。

3. 中長期的に取り組むべき課題

(1) 今後の高齢者に対する保険医療サービス提供のあり方

①高齢化の進行、国民の医療ニーズの高度化・多様化等の環境の変化を踏まえ、高齢者の生活の質の確保・向上を図るため、次のような視点に立って、保健医療サービスを提供していく必要がある。

- ・健康の保持増進、疾病や障害の発生や悪化の予防、寝たきりの防止、機能回復等リハビリテーションを総合的に実施すること。

- ・健康寿命を伸ばしていくという観点に立って、栄養・運動等を含めた生活指導を視野に入れること。

- ・高齢期にあっても、可能な限り住み慣れた地域や家庭において生活することができるよう、病院と診療所の機能分担及び連携、施設サービスと在宅サービスの継続性の確保並びに介護サービスとの連携を図りつつ、在宅医療の一層の推進を図ること。

- ・生きがいづくりを含めた幅広い支援システムを構築していくこと。

②いわゆる終末期医療については、その性格上、死亡直前に大量の医療サービスが投入されることが多く、尊厳ある死を迎えるという観点から問題が指摘されている。

この問題は個々人の死生観にも関わる問題でもあり、可能な限り本人の意思を尊重する、という視点に立って、国民的議論を十分に行いつつ、そのあり方を引き続き検討する必要がある。

(2) 医療保険制度における高齢者の位置付け

老人医療を、今後、国民全体でどのように負担していくかという問題は、各世代を通してすべての国民が将来にわたり豊かで活力を持って暮らせる社会を築いていくための極めて重要な課題となっている。

近年、保険料収入が低迷する中で、老人医療費の増大に伴い直接にその加入者の医療費に充てられるものではない老人医療拠出金の負担の各保険者の支出に占める割合は年々上昇し続けているため、各医療保険者が安定した運営を行う上で、圧迫要因となっている。

このため、高齢者の心身の特性や社会経済的状況の変化を踏まえつつ、高齢者を医療保険制度の中でどのように位置付け、老人医療費を国民全体でどのように負担していくのかについて、現行制度のあり方の是非を含めた制度の抜本的見直しを検討する必要がある。

その方向としては、世代間の負担の公平の観点から、介護保険制度案の考え方も踏まえつつ、高齢者を自ら老人医療費の相応の負担をする自立した存在として位置付けていくこと、給付と負担の関係を明確にしていくことなどを踏まえたものとすべきである。

また、どのような仕組みとしても、若年者に比べ1人当たり医療費が相対的に高い老人医療費の負担を高齢者間だけの互助によることは不可能であり、若年者世代からの何らかの負担は求めざるを得ないということを前提に、国民的見地に立ち検討する必要がある。

①具体的には、以下に選択肢として示したような見直しの方向が考えられる。

ア. 全高齢者を対象とした独立の保険制度を創設する。

イ. 高齢退職者等が被用者保険制度、国民健康保険制度それぞれに継続加入するとともに、高齢者の加入率等の違いに着目した制度間の財政調整を実施する。

ウ. 医療保険制度を全国民を対象とするものへと統合し、その中に高齢者を位置付ける。

エ. 現行老人保健制度の基本的枠組みは維持しつつ、必要な見直しを実施する。

②当審議会の議論においては、高齢者を、自ら適正な負担をする独立の集団として捉えることによって、受益と負担の関係を明確にするとともに、世代間負担の公平化を図るといった観点から上記ア. の考え方を支持する意見が出されたが、職域、地域を単位として構成する現行医療保険制度の枠組みは維持しつつ、高齢退職者についても特別の集団として位置付けるのではなく、年齢階層を区分することなく全年齢階層によりリスク分散を図るといった観点からイ. の考え方を支持する意見も示されたところである。また、各保険加入者全体を通じた国民全体の公平の見地から、将来的には、ウ. の考え方を理想として、段階的にその方向を目指すべきとする意見も示されたところである。

なお、老人医療費を国民全体で支えるという現行制度の理念を評価し、エ. の考え方を支持する意見もあった。これらの考え方のそれぞれについては以下に示したとおり、なお検討すべき課題や問題点も多い。このため、老人医療費の世代間及び世代内を通じた負担の公平化、適正化を図り、将来にわたる医療保険制度の安定と国民皆保険体制の維持を図る観点から、これらのいずれの方向を目指すべきかについて、直ちに具体的かつ積極的な検討に着手し、今後3年程度（介護保険制度の施行時）を目途に、老人保健制度に代わる新たな仕組みの創設を含め、老人医療費負担の仕組みを見直す必要がある。

③老人医療費負担の問題については、基本的には、以上に述べたような抜本的な見直しにより対応が図られるべき問題ではあるが、現下の各医療保険の財政状況、高齢者の生活実態等を踏まえ、当面、緊急に必要とされる事項について、平成9年の制度改正を行うことが必要である。

④なお、今後の医療保険制度における高齢者の位置付けの検討に関連し、現在70歳以上とされている老人医療受給対象者の範囲や、高額所得者である老人についての適用のあり方について見直すべき、との意見があるが、これらについては、高齢者の心身の状況をどのように評価するか、医療保険制度との関係をどう整理するか、介護保険制度との整合性をどのように考えるか等関連する諸問題について、幅広い検討が必要である。

見直しの方向／検討すべき課題、問題点

ア. 全高齢者を対象とした独立の保険制度を創設。

○保険者をどうするのか。

○高齢者から必要な財源の確保が可能か。

○若年者から支援を求めるとすれば、どのような仕組みが可能か。

○若年者が加入する各医療保険者において、老後の健康保持に対する努力を行うインセンティブが働かないのではないか。

イ. 高齢退職者等が被用者保険制度、国民健康保険制度それぞれに継続加入するとともに、高齢者の加入率等の違いに着目した制度間の財政調整を実施。

○納得の得られる財政調整のルール設定は可能か。

○雇用の流動性が高まる中で、被保険者が保険者を異動した場合の保険者をどうするか。

また、1つの保険者のみに負担をさせることは妥当か。

○退職被用者について、被用者保険がその管理を行い続けることは可能か。

○高齢者の給付水準をどのように設定するのか。

ウ. 医療保険制度を全国民を対象とするものへと統合し、その中に高齢者を位置付け。

○保険者を一本化することに納得が得られるか。現在、5000を超える保険者をどのように扱うか。

○医療費適正化のための保険者努力等が適切に行われるか。

○給付水準をどのように設定するのか。国民の理解を得られる給付率の設定は可能か。

○被用者の保険料負担における事業者負担をどう取り扱うか。

エ. 現行老人保健制度の基本的枠組みは維持つつ、必要な見直しを実施。

○高齢化の進展に伴い、各保険者の支出に占める拠出金負担の割合が増大。

○現行拠出金制度に対する問題点の指摘・批判に対する対応をどのように進め、理解納得を得ていくか。

4. 当面取り組むべき課題

(1) 高齢者の心身の特性に応じた適切な保険医療サービスの提供、保健事業の充実等

高齢者は、若年者に比べ心身の機能が全体的に低下していることから、一般に病気にかかりやすく複数の病気を併せ持っていることが多く、かつ、薬剤による副作用が生じやすい。また、高齢者の疾患は、長期の療養を要する慢性疾患が多い。

このような高齢者の心身の特性を踏まえ、生活指導や日常生活の中での療養を重視しつつ、個々の高齢者の心身の状況を判断した適切な保健医療サービスを提供していくことが必要である。

健康づくりについては、老後における健康の保持及び、寝たきり等要介護状態の予防の観点のみならず、医療費及び介護費用の効率化の観点からも、今まで以上に積極的な取組が必要である。

保健事業の実施に当たっては、介護サービスとの適切な連携を図り、高齢者の心身の状況に応じたきめ細かなサービスを提供していくことが必要である。

具体的には、以下のような取組が必要である。

- ・生活指導や日常生活の中での療養を重視する観点から、かかりつけ医、保健婦等が老人の健康の保持に必要な日常的な生活習慣から保健医療にわたる幅広い相談に応じることができるような取組を行うこと。
- ・訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等地域におけるリハビリテーションの提供体制の整備を図ること。
- ・総合健康診査の効果的な実施など健康診査の充実に取り組むとともに、個別診査の推進等集団から個人への対応の促進を図ること。
- ・患者に対し、診療に関する情報の提供をできる限り分かりやすくかつ積極的に進めていくこと。例えば、健康手帳を老人、医療提供者双方にとって活用しやすいものとするとともに、その周知徹底を図ること。
- ・健康づくり及び生きがいづくりの、一環として、老人クラブなどの地域における活動を支援するための方策を検討すること。

(2) 老人医療の効率化、適正化

老人保健制度の安定のためには、まず、増大する老人医療費について、可能な限り効率化、適正化を図っていくことが必要である。このため、医療提供体制や診療報酬制度の見直しに段階的かつ継続的に取り組むとともに、当面、以下の取組を積極的かつ総合的に進める必要がある。

①新ゴールドプランの推進をはじめとする介護サービス基盤の着実な整備を進めるなど、いわゆる社会的入院を速やかに解消するための総合的な対策を講じることが必要である。また、介護サービス基盤の整備や在宅医療の推進等により、入院期間の短縮を進めていくことが必要である。

②薬剤については、過剰給付や使い残し等の非効率性が指摘されている。また、高齢者は、一般に心身の機能が低下していることから薬剤による副作用が生じやすく健康面からも、医薬品の適正使用と薬剤費の適正化を図ることが必要である。

このため、薬剤給付のあり方について、後述のとおり、医療機関・患者双方のコスト意識を喚起する観点から、所要の見直しを行うことが必要である。

なお、薬剤給付のあり方について見直しを行うに当たっては、薬剤治療が医療の重要な要素の一つであることを踏まえ、それによって必要な投薬等が抑制されることのないよう十分留意する必要がある。

また、医療提供者側からの薬剤使用の適正化が図られるよう、薬価基準に代わる新制度の創設を含め薬価制度の抜本的な見直し、高齢者の心身の特性を踏まえた医薬品使用のガイドラインの策定とその励行等の措置を併せて講じるべきである。

さらに、服薬指導をはじめとする患者教育、薬歴管理の充実、薬剤使用歴が自己管理できるような健康手帳の活用など医薬品の適正使用と薬剤費の適正化を図るための総合的な方策を講ずることが必要である。

③検査について、不適切な重複等を是正する方策について検討する必要がある。また、不必要な重複受診や多受診については、各市町村において、レセプトの縦覧点検を強化し、その是正に努めるとともに、保健婦の活動等を通じ、対象者への個別保健指導の強化を図る必要がある。

その他、市町村におけるレセプト点検審査や第三者求償等を充実強化し、医療費適正化を図ることが必要である。国においても、これらの効果的な実施のためのノウハウの提供等必要な支援を実施することが求められる。

④老人の1人当たり医療費については、高医療費県と低医療費県とで2倍近い開きが見られるが、こうした医療費の地域差を縮小していくための総合的な方策について検討する必

要がある。

⑤医療の効率化の検討に必要な医療の内容に関するデータの蓄積や情報通信技術等の活用を推進する必要がある。

⑥保険者による医療費通知や医療機関での領収証の発行を促進し、医療に関する国民のコスト意識を喚起し、健康に関する自覚を高めていくことが必要である。

(3) 老人医療費の公平な負担（給付と負担の見直し）

老人医療については、まず、(2)に述べたような取組を積極的かつ総合的に進め、可能な限り徹底した効率化・適正化を図っていくことが必要である。しかしながら、効率化・適正化を図った場合でもなお、老人人口の増大により、今後、老人医療費の増大は避けられない。

これまでのような高い経済成長が見込めない中で、今後、若年世代の負担が一層増大することは避けられない。この増加する老人医療費を国民全体でどのように公平かつ適正に負担していくかは極めて大きな課題である。

現在、老人医療費の負担については、拠出金、公費及び患者一部負担金によりまかなわれているが、今後、高齢者の社会経済状況の変化等も踏まえ、これらの財源の適切な組み合わせを検討し、世代間及び世代内の負担の公平を図っていくことが必要である。

①老人医療費の負担における保険料負担の役割については、医療保険制度における今後の高齢者の位置付けを検討する中で、当然にそのあり方について検討が加えられるべき問題であるが、現在の老人保健制度は、各医療保険者の共同事業として運営されているため、老人保健制度独自に保険料の賦課は行っていない。具体的には老人医療費負担の約7割相当が各保険者からの拠出金という形で負担されている。

各保険者の支出に占めるこの拠出金負担の割合は年々増大し続けており、その安定的な運営の圧迫要因となっている。今後、ある程度の保険料引き上げを行うことは止むを得ないとしても、拠出金による負担にも限界がある。

②公費については、現在でも3割（介護的要素の強い医療については5割）の負担となっており、拠出金に占める国庫負担も含めれば相当の水準となっていること、また、老人医療費の増大に伴い、現行の負担割合の下でも、毎年9%前後の高率で老人医療給付費に係る国庫負担額そのものは増加している。

さらに長期債務残高が、国、地方併せて440兆円にも上る現下の極めて厳しい経済財政状況を考えれば少なくとも、当面、公費負担割合を増加させることには慎重な対応が求められる。

③こうした状況にかんがみれば、若年世代と高齢世代を通じた世代間の負担の公平化、医療を受ける者と受けない者の間の世代内の負担の公平化、コスト意識の一層の喚起を図る観点から、患者一部負担金を引き上げることが必要である。

その際、医療保険制度における一部負担金の負担方法との整合性、給付に応じた負担の公平化、コスト意識の喚起、医療費の伸びに連動した負担水準の維持といった観点からは、定率負担方式が考えられる。この場合には、医療費が高額になるにつれ負担額が大きくなることから、必要な受診が抑制されることのないよう高額の医療費に対する負担額の上限を設けるなど疾病が重症化、長期化しやすい高齢者への配慮が必要である。この点については、あらかじめ負担額が分かり不安感を軽減するという観点からは、定額負担方式を採るという考え方もあり、こうしたメリットが活かされるような工夫を検討する必要がある。

④患者一部負担金の水準については、1割程度の負担とすることが適当であるとする多くの意見があったが、さらに2割の負担とすることが適当であるとする意見もあった。この

点については、定率にせよ定額にせよ、若年者の負担割合、特に健保本人とのバランス、高齢者の経済能力及び4（1）で述べたような心身の特性、必要かつ適切な受診の確保、介護保険制度との整合性といった諸点を総合的に判断し、高齢者が安心して医療を受けられる適切な水準の設定を検討する必要がある。また、低所得者についてはその生活実態に即し、適切な配慮が講じられる必要がある。

⑤薬剤給付については、前述のとおり、医療機関・患者双方のコスト意識を喚起する一環として他の給付とは異なる負担、例えば3割程度の患者負担を設定するなどの見直しを行うことが考えられる。この点については、薬剤に着目した負担を設けても必ずしも薬剤使用の適正化に結びつかないのではないか、との指摘があった。

このほか、一般用医薬品類似医薬品の取扱いなどの給付のあり方については、医療保険制度において検討が進められている見直しの内容とも整合性を図る必要がある。

（4）拠出金算定方法の見直し

老人医療拠出金の算定方法については、平成7年の老人保健法改正法附則の規定により、3年以内を目途として所要の措置を講ずることとされているが、前述のとおり基本的には、高齢化の進展に伴う老人加入率の上昇、高齢者の経済能力の向上といった老人保健制度を取り巻く環境の変化を踏まえ、医療保険制度における今後の高齢者の位置付けについて抜本的な措置が講じられる必要がある。

それまでの間の措置として、基本的な見直しの方向を踏まえながら、現行の算定方法について、老人医療費負担の公平の観点から、関係者の合意を図りつつ、以下の諸点について、今後引き続き検討を深めることが必要である。

この検討に当たっては、各医療保険の運営状況、老人医療費拠出金の額の動向及び以下に掲げる見直しを行ったとした場合の各医療保険財政に対する影響を十分に考慮し、各医療保険の運営に支障が生じないような対応が図られる必要がある。

①老人加入率上限については、その上限を超える保険者数が多数になっている現状を踏まえると、老人医療費を国民全体で公平に負担するという老人保健制度の趣旨に照らして問題があり、その撤廃ないし引上げを視野に入れた見直しを行うことを検討する必要がある。

②老人の支払う保険料は、高齢者を社会保障を支える自立した存在として位置付けていくという意味から老人医療費の負担に優先的に充てられるべきものと考えられ、また、実態面においても制度創設時と比べ無視できないウェイトを有するに至っている。こうしたことから、拠出金の算定において、まず老人の支払う保険料を老人医療費の負担に充てることにより保険料負担における老人の自助努力を明確にした上で、若年者が高齢者を公平に支える仕組みに改めるという方式の是非について検討する必要がある。

この考え方については、各保険制度ごとに保険料賦課徴収の仕組みが異なること等現行制度の実態を踏まえれば、保険料負担部分は必ずしも一義的には決まるものではないなど方式として理解が得にくいのではないかと、との指摘があった。

③なお、現行の算定方式では調整の指標として20歳未満の者を含んでいるが、これらの未成年者は一般に稼得能力がないと考えられることから、これらの者を除いた国民全体で負担する、という考え方に改めるという意見もある。

この考え方については、保険料負担能力に着目するのであれば、20歳未満の者だけを除くという考え方は不相当であるとの意見もある。

④その他、医療費の地域間格差を是正するため、医療費適正化努力を促す観点から設けられている調整対象外医療費制度のあり方についても検討する必要がある。

（5）その他の事項

高齢者のニーズに総合的に対応できるような診療科のあり方や、老年医学教育への積極的な取組、療養環境の整備等医療提供体制のあり方について検討する必要がある。

また、診療報酬については、高齢者の心身の特性を踏まえたよりふさわしいものするとともに、その体系を医療費の効率化に資するものとしていくことが必要である。

これらの点については、具体的には、関係審議会等において、検討が進められる必要がある。

今後の老人保健制度改革と平成9年改正について (老人保健福祉審議会意見書要旨)

平成8年12月2日

1. はじめに

急速に少子・高齢社会に向かう中で、全ての国民が、一生涯を健やかで希望を持って生き続け、そして安らかに生涯を終えることができる社会—「健康寿命」を伸ばしていけるような社会—の実現が期待されている。

経済の低迷が続き、国・地方の財政状況が深刻化する厳しい時代を乗り越え、このような社会を実現するための将来展望を切り開いていくためには、社会保障全体の構造改革を制度横断的に断行することが必要不可欠である。この構造改革には一刻も早く取り組まなければならない。

社会保障構造改革の一環として焦眉の急となっている医療保険制度改革においては、老人医療費負担の問題、とりわけ高齢者の位置付けについて抜本的な見直しが講じられる必要がある。

当審議会においても、この問題の解決に向け、精力的に議論を重ねてきたが、平成9年度の予算編成までの限られた時間の中では、その明確な最終的展望を示すまでには至らなかった。

しかし、一方で、現下の厳しい医療保険財政の状況等を踏まえれば、老人保健制度改革は一刻の猶予も許されず、高齢者の位置付けについて抜本的な見直しを講じられるまでの間においても緊急に講ずべき老人保健制度改革の内容を中心に提言を行うこととした。

今回本意見書に盛り込んだ改革の内容は、国民各層に負担を求めざるを得ない痛みの伴うものであるが、社会全体で重い負担を担おうとしているときに、高齢者についても、今後は若年世代とともに自ら社会保障を支える存在として、世代を通じて力を合わせるといふ考え方に立つことが必要である。こうしてこそ、来るべき超高齢社会を乗り越え、真に希望の持てる健康長寿の社会実現への展望が開けるものと確信する。政府に対しては、老人医療を巡る大変厳しい状況を国民に広く訴え、必要な改革に対する理解を得る最大限の努力を求めたい。

2. 老人保健制度の見直しの背景

人口の急速な高齢化の進展及び少子化の進行等に伴い、老人医療費に係る国民負担、特に若年世代の負担は今後さらに増大することが見込まれる。また、各保険者の老人医療、拠出金負担は年々増大し続け、厳しい経済財政状況の下で医療保険財政は極めて逼迫した状況となっている。

一方、高齢者の経済能力は向上し、今後、社会保障制度における高齢者を自立した個人として位置付けていく方向で見直す必要がある。その際、高齢者と若年者の健康面の差異には十分に留意する必要がある。

こうした状況の変化に的確に対応し、将来にわたる医療保険制度の安定を確保する観点から、①老人医療の徹底した効率化を図ること、②老人医療費の将来にわたる負担の公平化・適正化を図ること、③健康増進、予防から治療、機能回復等リハビリテーションに至るまでの包括的で良質な保健医療サービスを提供していくこと、を基本として老人保健制度改革に取り組む必要がある。

3. 中長期的に取り組むべき課題

(1)今後の高齢者に対する保健医療サービス提供のあり方

①高齢者の生活の質の確保・向上を図るため、次のような視点に立って、保健医療サービスを提供していく必要がある。

- ・健康の保持増進、予防、機能回復等リハビリテーションを総合的に実施すること。
- ・栄養・運動等を含めた生活指導を視野に入れること。
- ・在宅医療の一層の推進を図ること。
- ・生きがいづくりを含めた幅広い支援システムを構築していくこと。

②いわゆる終末期医療については、可能な限り本人の意思を尊重するという視点に立って、国民的議論を十分に行いつつ、そのあり方を引き続き検討する必要がある。

(2)医療保険制度における高齢者の位置付け

高齢者を医療保険制度の中でどのように位置付け、老人医療費を国民全体でどのように負担していくのかについて、制度の抜本の見直しを検討する必要がある。

どのような方向を目指すべきかについて、直ちに具体的かつ積極的な検討に着手し、今後3年程度（介護保険制度の施行時）を目途に、老人保健制度に代わる新たな仕組みの創設を含め、老人医療費負担の仕組みを見直す必要がある。なお、現在70歳以上とされている老人医療受給対象者の範囲や、高額所得者である老人についての適用のあり方について見直すべき、との意見については、幅広い検討が必要である。

4. 当面取り組むべき課題

(1)高齢者の心身の特性に応じた適切な保健医療サービスの提供、保険事業の充実等

高齢者の心身の特性を踏まえ、生活指導や日常生活の中での療養を重視しつつ、適切な保健医療サービスを提供していくことが必要である。具体的には、以下のような取組が必要である。

かかりつけ医、保健婦等が老人の健康の保持に必要な日常的な生活習慣から保健医療にわたる幅広い相談に応じることができるよう取組を行うこと。

- ・地域におけるリハビリテーションの提供体制の整備を図ること。
- ・健康診査の充実、個別診査の推進等集団から個人への対応の促進を図ること。
- ・患者に対し、診療に関する情報の提供をできる限り分かりやすくかつ積極的に進めていくこと。例えば、健康手帳を活用しやすいものとする。
- ・老人クラブなどの地域における活動を支援するための方策を検討すること。

(2)老人医療の効率化、適正化

増大する老人医療費について、可能な限り効率化、適正化を図っていくため、当面、以下の取組を積極的かつ総合的に進める必要がある。

①いわゆる社会的入院を速やかに解消するための総合的な対策を講じること、入院期間の短縮を進めていくこと

②薬剤給付のあり方の見直し、薬価制度の抜本的な見直し、高齢者の心身の特性を踏まえた医薬品使用のガイドラインの策定とその励行、服薬指導をはじめとする患者教育、薬剤使用歴が自己管理できるような健康手帳の活用など、医薬品の適正使用と薬剤費の適正化を図るための総合的な方策を講ずること。

③検査について、不適切な重複等を是正する方策について検討すること、不必要な重複受診や多受診については、対象者への個別保健指導の強化を図ること。

④医療費の地域差を縮小していくための総合的な方策について検討すること。

⑤医療の効率化の検討に必要な医療の内容に関するデータの蓄積や情報通信技術等の活用を推進すること。

⑥保険者による医療費通知や医療機関での領収証の発行を促進し、コスト意識、健康に対

する自覚を高めること。

(3)老人医療費の公平な負担（給付と負担の見直し）

老人医療費の負担について、拠出金、一部負担金の適切な組み合わせを検討し、世代間及び世代内の負担の公平を図っていくことが必要である。

①増大する拠出金負担は、各保険者の安定的な運営の圧迫要因となっている。今後、ある程度の保険料引き上げを行うことは止むを得ないとしても、拠出金による負担にも限界がある。

②現下の極めて厳しい経済財政状況等を考えれば、少なくとも、当面、公費負担割合を増加させることには慎重な対応が求められる。

③若年世代と高齢世代を通じた世代間の負担の公平、医療を受ける者と受けない者の間の世代内の負担の公平、コスト意識の一層の喚起を図る観点から、患者一部負担金を引き上げることが必要である。

その際、医療保険制度における一部負担金の負担方法との整合性、給付に応じた負担の公平化、コスト意識の喚起、医療費の伸びに連動した負担水準の維持といった観点からは、定率負担方式が考えられる。この場合には、高額な医療費に対する負担額の上限を設けるなどの配慮が必要である。あらかじめ負担額が分かり不安感を軽減するという観点からは、定額負担方式を採るという考え方もあり、こうしたメリットが活かされるような工夫を検討する必要がある。

④患者一部負担金の水準については、1割程度の負担とすることが適当との多くの意見があったが、2割の負担とすることが適当との意見もあった。

この点については、定率にせよ定額にせよ、若年者とのバランス、高齢者の経済能力及び心身の特性等の諸点を総合的に判断し、高齢者が安心して医療を受けられる適切な水準の設定を検討する必要がある。また、低所得者については適切な配慮が講じられる必要がある。

⑤薬剤給付については、他の給付とは異なる負担、例えば3割程度の患者負担を設定するなどの見直しを行うことが考えられる。この点については、薬剤に着目した負担を設けても必ずしも薬剤使用の適正化に結びつかないのではないかと指摘があった。

(4)拠出金算定方法の見直し

老人医療費拠出金の算定方法については、医療保険制度における今後の高齢者の位置付けについて抜本的な措置が講じられるまでの間の措置として、関係者の合意を図りつつ、以下の諸点について今後引き続き検討を深めることが必要である。

①老人加入率上限については、その撤廃ないし引上げを視野に入れた見直しを行うことを検討する必要がある。

②拠出金の算定において、まず老人の支払う保険料を老人医療費の負担に充てることにより保険料負担における老人の自助努力を明確にした上で、若年者が高齢者を公平に支える仕組みに改めるという方式の是非について検討する必要がある。

③調整の指標として稼働能力のない未成年者を除いた国民全体で負担するという考え方に改めるという意見もあるが、保険料負担能力に着目するのであれば、未成年者だけを除くという考え方は不適當であるとの意見もある。

④調整対象外医療費制度のあり方についても検討する必要がある。

(5)その他の事項

高齢者のニーズに総合的に対応できるような診療科のあり方や、老年医学教育への積極的な取組、療養環境の整備等医療提供体制のあり方について検討する必要がある。

また、診療報酬については、高齢者の心身の特性を踏まえたよりふさわしいものするとともに、その体系を医療費の効率化に資するものとしていくことが必要である。

与党6者協議による確認事項

1. 医療保険改革の方向については、広く国民的立場から議論を進めていくことが大切である。そのために、別紙で指摘したような制度改革を積極的に推進することを優先させる。
2. また、当該法律案については、国会や公聴会の場で国民の幅広い意見を十分に聞き、その声を法案審議に反映させるよう真剣に努力する。
3. なお、次期通常国会提出の当該法案の施行期日については、国会審議の結果を踏まえ、かつ、3党間の合意により弾力的措置をとることとする。

以上の立場から、平成9年度政府予算案に医療保険改革の為の所要の経費を計上することを了承する。

平成8年12月19日

自由民主党幹事長・政務調査会長
社会民主党幹事長・政策審議会長
新党さきがけ幹事長・政策調査会長

医療保険制度改革について

〔医療保険改革への取組み〕

1. わが国の社会経済のあらゆる分野において、構造改革が求められており、社会保障制度もその例外ではない。

与党としては、先の国会で介護保険制度を提案し、引き続いて医療保険制度の構造改革に取り組むこととしている。

〔過剰な医療費の削減〕

2. わが国の医療保険制度は、高齢化に伴い医療費も増大していくが、国民の大幅な負担をできる限り避けるためには、過剰な医療費の削減にまず取り組むべきである。

①薬価差の解消、薬価の適正化のための薬価基準制度の根本的な見直し

②出来高払制に伴う医療費増大の見直しなどは早急に着手していく。

〔医療保険制度の安定的運営〕

3. 近年、経済の伸びの停滞と大幅な財政赤字の中で、急騰する医療費と経済との間に不均衡が生じており、高齢化の進行とともに医療保険制度の構造的な赤字の要因となっている。

政管健保は、平成5年度以降毎年赤字が発生し、平成9年度には7,800億円の赤字が見込まれている。

4. このままでは、医療費の支払いが不能になり、速やかに適切な措置を採らないと、医療保険制度そのものが崩壊しかねない。

このような危機的状況を回避するための借置を講じながら、医療保険制度の根本的な改革を進めていくことが必要である。

なお、政管健保の国庫負担の繰り延べ分については、できるだけ速やかに返済すべきである。

5. 平成9年度には、過剰な医療費の削減に取り組むとともに、現役世代とお年寄りの給付と負担のバランスの配慮を含めて、別紙①のような内容の患者負担及び保険料負担の改

定（82%を86%に）を実施する。

〔開かれた国民的議論〕

6. 医療保険改革の方向については、広く国民的立場から議論を進めていくことが大切である。与党としては「与党医療保険制度改革協議会」で国民の理解を得ながら、別紙②の事項について開かれた議論を行い、改革の方向について1年以内に結論を出すこととする。
7. また、国会の審議の場で、国民の幅広い意見を十分に聞き、その声を国会審議に反映させるよう真剣に努力する。

（別紙①）

患者負担の見直し

①老人

入院：710円／日→一日当たり定額負担1,000円／日

外来：1,020円／月→一回当たり定額負担500円／回

額は医療費の伸びに応じてスライド。慢性的な症状で継続的に通院するものについては上限を設ける。

②被用者本人1割→2割

③薬剤老人、被用者本人・家族、国保について外来薬剤1種類につき1日15円の負担

市販薬類似薬品については、その取り扱いについて別途検討。食事代については、在宅患者とのバランスを配慮し、自己負担の適性化を図る。高額療養費の限度額については、制度導入後実効給付率を配慮し適正化を図る。

（別紙②）

〔与党医療保険制度改革協議会での検討事項〕

医療保険制度の維持のために、必要最小限度の患者負担および保険料率の引上げがやむを得ないのであれば、医療機関における内部努力によって経費の削減を同時に行わなければならない。そのために、診療報酬の見直し、薬価基準の見直しを含む医療保険制度の抜本的改革について、平成9年度内を目途に検討作業を進める。

平成9年3月までの間に与党医療保険制度改革協議会において、以下の点について協議する。

1. 健康な老後を過ごすため、早期発見、早期受診を促すプライマリーケアの促進を図る。
このためかかりつけ医機能を促進する地域医療支援病院の制度化を図る。
2. 老人保健制度のあり方を見直す。
3. 国民が適切な医療を受けられるよう、医療に関する情報の提供や相談の体制を計画的に整備する。あわせて適切な医療機関を選べるよう、第三者機関による病院機能の評価システムを拡充する。
4. 出来高払い制に伴う医療費の増大を医療機関の内部努力により抑制し、経費削減の方針を明示する。
そのことによって、医療費の総枠を設けることなども検討する。

5. 過剰な医療費の削減を図るために、出来高払い方式の診療報酬の見直しに着手する。このための準備として、入院医療費について国立病院や公的病院等において定額払い方式を試行する。
6. 個々の入院患者に対する診療計画の策定等を通じた入院期間の短縮を図る。
7. 多額の薬価差の解消および諸外国に比べて高い薬価の是正のため、薬価基準の合理化を実施する。
8. 必要な数を上回る病床数の適正化を計画的に進めるためのタイムスケジュールをたてる。
9. 老人の低所得者の入院医療費の一部負担のあり方について配慮する。外来については、医師の指示によりリハビリテーション等、月に相当回数通う必要のある患者については、加重な負担とならないよう配慮する。
10. 国民に医療保険制度改革について、周知徹底するための努力を行う。

平成9年度医療保険改革について

第1 改正の趣旨

我が国の国民医療費は、急速な人口の高齢化等により毎年大幅に増加している。また、近年の経済の悪化もあり、医療保険財政は危機的な状況にある。今後、21世紀に向けて医療保険制度を安定的に維持していくためには、制度全般の総合的な改革が急がれるが、一方、当面の財政危機の回避を図ることは、こうした改革を進めていくためにも、喫緊の課題である。

このため、平成9年度においては、世代間の負担の公平等に配慮し、医療保険制度の安定的運営の確保を図るため、給付と負担の見直し等所要の措置を講ずるものであること。

第2 医療保険構造改革審議会（仮称）に関する事項

1 医療保険構造改革審議会（以下「審議会」という。）を創設すること。

2 審議会の構成は次のとおりとすること。

（1）構造改革会議

医療保険制度全般の総合的な改革について、医療提供体制との関連を含め調査審議するものとする。

（2）医療保険福祉会議

医療保険及び老人保健福祉の重要事項に関して調査審議するものとする。これに伴い、医療保険審議会及び老人保健福祉審議会は廃止する。

第3 医療保険制度の安定的運営の確保に関する事項

I 健康保険制度の改正

1 一部負担に関する事項

（1）被保険者本人の療養の給付等に係る一部負担の割合を健康保険法本則で定める2割とすること。（現行は、附則で当分の間1割となっている。）

（2）被保険者本人及び被扶養者の療養の給付等において、外来（在宅医療を含む。以下同じ。）の薬剤について次の額の一部負担を設けること。

外来で薬剤の交付を受ける際1種類1日分につき15円

2 政府管掌健康保険の保険料率に関する事項

政府管掌健康保険の保険料率を86%とすること。（現行は82%）

II 船員保険制度の改正

一部負担に関し、健康保険制度の改正に準じた改正を行うこと。

Ⅲ 国民健康保険制度の改正

1 一部負担に関する事項

療養の給付等において、外来の薬剤について次の額の一部負担を設けること。

外来で薬剤の交付を受ける際1種類1日分につき15円

2 保険基盤安定制度の国庫負担に関する事項

保険基盤安定制度に係る国庫負担について、平成9年度及び平成10年度の国庫負担の額を政令で定める額とすること。

(参考)

・政令で定める国庫負担額 平成9年度 総額450億円

平成10年度 総額670億円

・平成11年度は国民健康保険法第72条の2第2項の規定に基づき2分の1の定率国庫負担となる。

3 国民健康保険組合の国庫補助に関する事項

新たに健康保険の適用除外承認を受けて被保険者となる者等に係る国民健康保険組合の保険給付費等については、健康保険に準じた国庫補助に改めること。

Ⅳ 老人保健制度の改正

1 一部負担に関する事項

(1) 一部負担を次のように改めること。

ア 外来

(ア) 1月につき同一の保険医療機関等ごとに4回までを限度として、1回につき500円
(現行は1月につき1,020円)

(イ) 薬剤の交付を受ける際1種類1日分につき15円

イ 入院

1日につき1,000円 (現行は1日につき710円)

(低所得者1日につき500円 (現行は1日につき300円 (2月限度)))

(2) 一部負担 (薬剤に係る一部負担を除く。)の額については、医療費の伸びに応じてスライド。

2 訪問指導に関する事項

訪問指導の対象者を拡大し、寝たきり老人等以外の在宅で療養中の者についても訪問指導を行えるものとする。

Ⅴ 国家公務員共済組合制度等各種共済組合制度の改正

一部負担に関し、健康保険制度の改正に準じた改正を行うこと。

第4 施行期日

平成9年5月1日から施行すること。ただし、国民健康保険制度の改正については、一部負担に関する事項を除き、平成9年度分から適用すること。

第5 平成9年度において検討又は改正すべき事項

- 1 医療計画上の必要病床数のあり方の見直し
- 2 医師・歯科医師の需給関係の見直し
- 3 一般用医薬品（市販薬）類似医薬品について、給付のあり方の見直し
- 4 入院時食事療養費の自己負担額について、在宅患者とのバランスに配慮した見直し
- 5 高額療養費の自己負担限度額についての見直し
- 6 国民健康保険料（税）の賦課限度額の53万円への引上げ

厚生省発保第1号
平成9年1月10日

医療保険審議会
会長 塩野谷 祐一 殿

厚生大臣 小泉 純一郎

諮 問 書

健康保険制度等を別添の第1から第4までのとおり改正することについて、健康保険法第1条ノ2、船員保険法第2条ノ3及び国民健康保険法第4条の2の規定に基づき、貴会の意見を求めます。

厚生省発老第1号
平成9年1月13日

老人保健福祉審議会
会長 鳥居 泰彦 殿

厚生大臣 小泉 純一郎

諮 問 書

老人保健制度を別添（第3のIからⅢまで及びV並びに第5を除く。）のとおり改正することについて、老人保健法（昭和57年法律第80号）第7条の規定に基づき、貴会の意見を求めます。

厚生省発保第2号
平成9年1月17日

社会保障制度審議会
会長 宮澤 健一 殿

厚生大臣 小泉 純一郎

諮 問 書

医療保険制度を別添要綱のとおり改正することについて、社会保障制度審議会設置法（昭和23年法律第266号）第2条第2項の規定に基づき、貴会の意見を求めます。

平成9年1月27日

厚生大臣 小泉 純一郎 殿

医療保険審議会
会長 塩野谷 祐一

答 申 書

平成9年1月10日厚生省発保第1号をもって諮問のあった健康保険制度等を改正する件については、下記のとおり答申する。

記

○当審議会は、今後の医療保険制度のあり方について、ほぼ2年間にわたり検討を行い、昨年11月27日の建議書において、21世紀初頭に目指すべき医療保険制度に向けて、医療提供体制及び医療保険制度全般の総合的かつ段階的な改革を実施すべきであり、その第一段階として平成9年改正を行うよう提言したところである。これに対し、今回の改正案は一部負担や保険料率の引上げなど負担増が中心であり、一時的な財政対策との色彩が濃い。制度の総合的な改革に向けての取り組みが十分でなく誠に遺憾である。

医療保険制度を維持していくためには、かねて提言している老人保健制度の抜本的見直しを始め、医療提供体制及び医療保険制度全般について、国民的立場から、中長期的視野に基づく改革に早急に着手すべきである。

○高齢者の一部負担については、低所得者に適切な配慮を行いつつ、定率負担を導入することが適当であるとの意見が強かった。これに対して、診療を担当する委員から、定率負担については反対であり、高齢者の一部負担については急激な負担増を避けるべきであること、また、薬剤に係る一部負担及び患者負担を倍以上に徴収することなどについては慎重であるべきとの強い意見があった。

政府管掌健康保険の保険料については、中小企業を取り巻く昨今の厳しい経済状況を考慮すれば、このような引上げは避けるべきとの意見があった。

また、将来にわたる費用負担のあり方については、総合的な改革の方向に基づいて具体的に検討されるべきであり、負担増は当面避けるべきとの意見があった。

○医療保険構造改革審議会（仮称）の創設については、今回の諮問の際初めて提案されたものであり、これまでの当審議会の審議の経緯からは極めて唐突な感は否めない。ただし、鋭く利害の対立する医療保険制度全般について国民的立場に立って開かれた審議を行っていくためには、新たにこのような場を設け真剣に取り組んでいくことも一つの方策として評価できる面もあり、今後、関係者の意見を十分取り入れて、所期の成果を上げることを期待したい。

○現下の医療保険財政は極めて厳しい状況にあり、国民の適切な医療の確保に支障を来すことが懸念される。今後、制度の根本的な改革を進めるに当たっても、当面の財政危機を克服することは最低限急がれるところであり、厳しい社会経済環境の中ではあるものの、今回の措置を採ることについて当審議会としては、やむを得ないものとする。

老人保健制度の改正について（答申書）

平成9年1月13日厚生省発老第1号をもって諮問のあった標記について下記のとおり答申する。
記

当審議会においては、昨年7月以来、老人保健制度の改革について精力的に議論を重ね、昨年12月2日に取りまとめた意見書においては、社会保障構造改革の一環として、医療保険制度における高齢者の位置付けについての抜本的な見直しの必要性を強く訴えるとともに、高齢者に対する保健医療サービスが、その心身の特性を踏まえ、総合的かつ効率的に提供されるような改革への取組を強く求めたところである。

今回の措置をとることについては、医療保険財政が危機的な状況にあることにかんがみればやむを得ないものと考えるが、老人保健制度の抜本的な改革に向けた取組としては十分ではないと言わざるを得ない。

したがって、今後、国民的立場から中長期的視野に立って、医療提供体制及び医療保険制度全般の総合的かつ段階的な改革に早急に着手すべきである。その際、老人医療の一層の適正化・効率化に取り組むとともに、老人保健制度の抜本的な見直しについて介護保険制度との整合性を念頭に置きつつその施行に合わせ遅くとも平成11年度末までに所要の措置が講じられるよう、速やかにその取組がなされることを改めて求めるものである。なお、今回の各個別の諮問事項については以下のとおりである。

1 医療保険構造改革審議会（仮称）の設置に関する事項

○本件については、これまでの当審議会における議論の経緯から見て、唐突に提案されたものであり遺憾であるが、医療保険制度、老人保健福祉制度及び創設が予定される介護保険制度を一体とした保険・医療・福祉制度を所掌し、改革する新たな審議会たして改組する必要性については理解する。

○ただし、今後ますます高齢化が進展し、高齢者保健福祉対策が重要性を増し、さらに、介護保険制度の導入に向けた取組がなされている中で、これらの事項について、新審議会の重要な所掌事項として十分な議論がなされるべきである。

○したがって、諮問書別添第2の1については賛成するが、第2の2に示される審議会の内部構造については再検討を要する。また、新審議会が老人保健福祉全般に関する重要事項を所掌するものであることが明らかとなるような名称とするとともに、その事項に関する審議の独自性が保たれるようその構成、運営のあり方などの取扱いについて、関係者の意見を十分聞きながら、さらに慎重な検討を行うことを求めたい。

2 一部負担金に関する事項

○一部負担金を見直すことの必要性については、医療保険制度を取り巻く現下の極めて厳しい状況等から、やむを得ないものとして理解する。

○しかし、高齢者の一部負担については急激かつ過重な負担増を避けるべきであり、新た

な薬剤に係る一部負担の徴収などについては慎重であるべきとの強い意見があった。

○他方、今回の定率負担の見送りや一部負担金の引上げ幅については不十分であるとの強い意見があった。

○また、一部負担金の見直しの必要性は理解できるが、一部負担金の見直しのみが先行することは問題であり、老人医療の徹底した効率化や老人保健制度の抜本的改革が急がれ、その改革の方向に基づいて具体的に検討されるべきであるとの意見があった。

3 その他

○訪問指導の対象者を寝たきり老人等以外の者についても行うことができるように改正することについては、諮問のとおり了承する。

医療保険制度の改正について（答申）

平成9年1月17日厚生省発保第2号で諮問のあった標記の件について、本審議会の意見は下記のとおりである。

記

国民生活にとって安心と安定の基盤をなす国民皆保険体制は既に3分の1世紀の歴史を持ち、これを21世紀に向けて更に維持発展していかなければならないということについて国民的合意が成立しているとみてよい。今後においても、この基礎のうえに改革が進められるべきものとする。

人口高齢化・少子化や医療技術の進歩等により医療需要が増大し、国民医療費は増加を続けているが、他方、経済基調は大きく変化し、医療保険は軒並み深刻な財政危機に陥っている。抜本的な対策を打つことなく、このまま放置するならば、医療保険制度は財政的に行き詰まり、早晚破局を迎えることは明らかである。

こうした状況の下で提案された今回の諮問案は、いかにも拙速のきらいがあり、またその内容も、制度全般の総合的な改革の必要性に触れてはいるものの、当面の医療保険制度の財政危機を回避するための緊急避難的な保険財政安定化策に偏っている。今回の財政安定化策は、消費税率の引上げ等国民の負担が高まることが予想される時、更なる負担を求めるものである以上、国民の納得が得られるものであることを要する。

したがって、各医療保険財政が破綻に瀕していることに照らし、当面の対応策が必要なことは理解するが、併せて、本審議会が平成7年の勧告において強調しているように、医療制度及び老人保健制度を含めた医療保障制度の「抜本的な改革」を行うべきである。このため、「医療供給体制の安定及び医療資源の適正かつ効率的な配分」という観点から、例えば、病院と診療所との役割分担、地域医療の支援策、施設の機能に応じた設備・人員の適正配置等の医療供給体制のあり方、出来高払い制度等の診療報酬制度のあり方、薬価基準制度のあり方を含む抜本的な改革の考え方を明確にするとともに、その具体的な改革スケジュールを、政府の方針として早急に示すことが不可欠である。今回創設が提案されている医療保険構造改革審議会についても、上記で指摘した諸点を十分に踏まえた、開かれた会議でなければ機能しないであろう。

高齢化の進展によって国全体で担わなければならない社会保障負担の増大を覚悟し、その必要性が認識されるべきである。国民に負担増を求めるに当たっては、社会保障制度自体が有効かつ無駄なく機能するよう合理性・効率性を高める努力を払うことはもとより必要であるが、それと同時に、社会保障分野以外の財政支出も含めた財政制度全体を見直して、合理的で効率的な制度の再構築を図ることが国民の理解を得るための前提となる。

本審議会の平成7年勧告の趣旨を体して、国民による強い社会連帯の意識と、社会保障制度の意義、役割、仕組みなどについての国民の深い理解・協力に支えられ、国民の意向を踏まえた政治の決断がなされることを強く期待したい。

老人保健福祉審議会
会長 鳥居 泰彦 殿

厚生大臣 小泉 純一郎

諮 問 書

平成9年度における拠出金関係政令を別添のとおり制定することについて、老人保健法（昭和57年法律第80号）第55条第4項、同法附則第3条第2項及び同法附則第4条第2項並びに国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成7法律第53号）附則第8条第4項の規定に基づき、貴会の意見を求めます。

別添

1 平成9年度における老人保健法第55条第1項第1号イの率を定める政令の制定

平成9年度における概算医療費拠出金の額の算定に係る老人医療費見込額のうち老人加入率による調整の対象から除外する部分を算定する際の基準となる率（老人保健法第55条第1項第1号イの政令で定める率）を100分の140とすること。

2 平成9年度における老人保健法による医療費拠出金の額の算定に係る老人加入率の上限割合を定める政令の制定

平成9年度における概算医療費拠出金の額の算定に係る老人加入率の上限となる割合（国民健康保険法等の一部を改正する法律附則第7条第2項の規定により読み替えて適用される老人保健法第55条第3項の政令で定める割合）を100分の25とすること。

3 平成9年度における老人保健法による医療費拠出金の額の算定に係る特別調整基準率を定める政令の制定

医療費拠出金の額の算定に係る特別調整に関し、医療費拠出金の実質的負担額が法定給付費や医療費拠出金等各保険者の義務的支出の合計額に比して著しく過大となる部分を算定する際の基準となる率（国民健康保険法等の一部を改正する法律附則第8条第3項の政令で定める率）を平成9年度においては、100分の26とすること。

4 老人保健法施行令の一部を改正する政令の制定

（1）社会保険診療報酬支払基金が行う老人保健施設の整備等の事業に対して助成を行う業務（老人保健法附則第3条第1項の政令で定める業務）から「家庭における療養を支援する事業であつて厚生大臣が定めるもの」に対する助成を除くこと。

（2）当該業務を行うため保険者から徴収する事業費拠出金の額の算定に必要な率（老人

保健法附則第4条第1項の政令で定める率)を「1000分の4.2」から「1000分の3.9」に改めること。

(3) この政令は、平成9年4月1日から施行すること。

老健福審第6号
平成9年1月28日

厚生大臣 小泉 純一郎 殿

老人保健福祉審議会
会長 鳥居 泰彦

拠出金関係政令の制定について（答申書）

平成9年1月13日厚生省発老第2号をもって諮問のあった標記のうち、諮問書別添中1、3及び4の各政令の制定については、諮問のとおりとすることについて了承する。

諮問書別添中2の老人加入率の上限割合を定める政令の制定については、老人医療費拠出金の算定方法の見直し措置が講じられなかった現段階における措置としてはやむを得ない。本件に関しては、医療保険制度全体の運営状況を勘案して、慎重かつ十分な審議が行われるべきであるとの意見があった。

なお、老人医療費拠出金算定方法の見直しについては、国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成7年法律第53号）附則第4条の趣旨を踏まえ、平成9年度中に所要の措置が講じられることが必要であり、真摯な対応を求める。

健康保険法等の一部を改正する法律案要綱

第一 改正の趣旨

医療保険制度の安定的な運営の確保、世代間の負担の公平等を図るため、被用者保険の被保険者本人に係る一部負担割合及び老人医療受給対象者に係る一部負担金の額の引上げ、薬剤に係る一部負担の創設、国民健康保険の財攻の基盤の安定のための措置に係る国の負担の特例等の措置を講ずるとともに、医療保険制度及び老人保健制度の全般にわたる改革を図るため、その基本的事項について審議会に諮問する旨の規定を整備することその他の所要の改正を行うこと。

第二 健康保険法の一部改正の要点

一 医療保険制度等の在り方の検討に関する事項

1健康保険制度については、これが医療保険制度の基本をなすものであることにかんがみ、高齢化の進展、疾病構造の変化、社会経済情勢の変化等に対応し、その他の医療保険制度及び老人保健制度並びにこれらに密接に関連する制度と併せてその在り方に関して常に検討が加えられ、その結果に基づき、医療保険の運営の効率化、給付の内容及び費用負担の適正化並びに医療の質の向上を総合的に図りつつ、実施されなければならないこと。

（健康保険法第一条ノ二関係）

2厚生大臣又は社会保険庁長官は、次に掲げる事項は、あらかじめ審議会に諮問するものとする。こと。（健康保険法第一条ノ三関係）

①健康保険制度その他の医療保険制度及び老人保健制度の在り方に関する事項並びにこれらの制度の全般にわたる改善に関する基本的事項

②健康保険事業の運営に関する事項であつて、企画、立法又は実施の大綱に関するもの

二 一部負担に関する事項

1被保険者本人に係る一部負担に関する事項（昭和五十九年法律第七十七号附則第四条及び第五条並びに平成六年法律第五十六号附則第五条関係）

①被保険者本人の療養の給付に係る一部負担金の割合について、一割とする経過措置を廃止し、法律本則に規定する二割とすること。

②特定療養費、療養費及び訪問看護療養費の給付率について、九割とする経過措置を廃止し、法律本則に規定する八割とすること。

2外来の際の薬剤に係る一部負担に関する事項

①療養の給付を受ける者は、当該給付に薬剤の支給（注射や検査に伴うもの、入院に伴うもの、診療報酬が定額であるもの等を除く。）が含まれるときは、1の①の一部負担金のほかに、一種類一日分（頓服薬その他の厚生大臣が定める薬剤については、一種類一調剤分）の薬剤につき15円を一部負担金として支払うものとする。こと。（健康保険法第四十三条ノ八第二項関係）

② ①の一部負担金の額の算定において、一剤一日分（①の厚生大臣が定める薬剤については、一剤一調剤分）の薬剤の支給に要する費用の額が厚生大臣の定める額を超えない場合は、当該一剤一日分の薬剤を一種類一日分の薬剤とみなすこと。（健康保険法第四十三条ノ八第三項関係）

③ ②の場合において、一剤一日分の薬剤の支給に要する費用の額が15円を超えないときは、①の一部負担金の額は、当該薬剤の支給について15円を超えない範囲で厚生大臣が定める額とすること。（健康保険法第四十三条ノ八第四項関係）

④ ①の一部負担金の額は、療養に要する費用の額から1の①の一部負担金の額を控除した額を超えないものとする。こと。（健康保険法第四十三条ノ八第五項関係）

⑤特定療養費、療養費、家族療養費及び特別療養費の額について、①から④までの例により算定した一部負担金に相当する額を控除すること。（健康保険法第四十四条第三項、第四十四条ノ三第二項、第五十九条ノ二第三項及び第六十九条の二十六第三項関係）

三 政府管掌健康保険の保険料率に関する事項

1政府管掌健康保険の保険料率を千分の八十二から千分の八十六に引き上げること。（健康保険法第七十一条ノ四第一項関係）

2当分の間、政府管掌健康保険の保険料率は、二年から五年の範囲内で厚生大臣が定める期間を通じて財政の均衡を保つことができるように定めること。（附則第四条関係）

四その他所要の規定の整備を行うこと。

第三 船員保険法の一部改正の要点

一 一部負担に関する事項

被保険者本人に係る一部負担及び外来の際の薬剤に係る一部負担に関し、健康保険法の改正と同様の改正を行うこと。（昭和五十九年法律第七十七号附則第十三条及び第十四条、平成六年法律第五十六号附則第十三条並びに船員保険法第二十八条ノ三、第二十九条、第二十九条ノ三及び第三十一条ノ二関係）

二 その他所要の規定の整備を行うこと。

第四 国民健康保険法の一部改正の要点

一 外来の際の薬剤に係る一部負担に関する事項

外来の際の薬剤に係る一部負担に関し、健康保険法の改正と同様の改正を行うこと。（国民健康保険法第四十二条、第五十三条、第五十四条及び第五十四条の三関係）

二 国民健康保険組合に対する国庫補助に関する事項

1国民健康保険組合に対する療養の給付等に係る百分の三十二の国庫補助の対象額から、健康保険法の適用除外承認を受けて当該国民健康保険組合の被保険者である者等に係る額（以下「特定給付額等」という。）を控除するとともに、特定給付額等については、特定割合をもって補助することができるものとする。こと。（国民健康保険法第七十三条第一項関係）

2 1の特定割合は、百分の三十二を下回る割合であって、健康保険法による健康保険事業に要する費用に対する国の補助の割合を勘案して、政令で定めるものとする。こと。（国民健康保険法第七十三条第二項関係）

三 国民健康保険の財政の基盤の安定のための措置に係る国の負担額の特例に関する事項
国及び地方公共団体の負担による国民健康保険の財政の基盤の安定のための措置に係る国の負担額の特例を平成十年度まで延長すること。（国民健康保険法附則第十三項関係）

四 その他所要の規定の整備を行うこと。

第五 老人保健法の一部改正の要点

一 訪問指導に関する事項

訪問指導の対象者を、寝たきりの状態にある者等から、これらの者を含め、その心身の状況、その置かれている環境等に照らして療養上の保健指導が必要であると認められる者に改めること。（老人保健法第十九条関係）

二 一部負担に関する事項

- 1 外来一部負担金の額を、保険医療機関等ごとに、一月につき1,020円から一日につき500円（ただし、同一の月に同一の保険医療機関等において四回の支払を限度とする。）に改めること。（老人保健法第二十八条第一項第一号及び第五項関係）
 - 2 入院一部負担金の額を、保険医療機関等ごとに、一日につき710円から一日につき1,000円に改めること。（老人保健法第二十八条第一項第二号関係）
 - 3 低所得者に係る入院一部負担金の額を、保険医療機関等ごとに、一日につき300円（ただし、二か月を限度とする。）から一日につき500円に改めること。（老人保健法第二十八条第七項関係）
 - 4 外来の際の薬剤に係る一部負担に関し、健康保険法の改正と同様の改正を行うこと。（老人保健法第二十八条第二項から第四項まで関係）
 - 5 1及び2の一部負担金の額は、二年度ごとに、それぞれ一日平均外来医療費額及び一日平均入院医療費額の変動率に応じ、十円以上の変動がある場合に改定すること。（3の一部負担金の額は、2の一部負担金の額の改定に準じること。）（老人保健法第二十八条の二関係）
- 三 その他所要の規定の整備を行うこと。

第六 施行期日等

一 施行期日

この法律は、平成九年五月一日から施行すること。ただし、国民健康保険法の一部改正（外来の際の薬剤に係る一部負担に関する事項を除く。）に関する規定は、平成九年四月一日から施行すること。

二 経過措置

一部負担に関する事項、国民健康保険組合に対する国庫補助に関する事項等について、所要の経過措置を設けること。

三 関係法律の整理等

- 1 国家公務員共済組合法及び地方公務員等共済組合法につき、健康保険法の改正に準じて、組合員本人に係る一部負担及び外来の際の薬剤に係る一部負担に関する事項について改正すること。
- 2 その他関係法律について、所要の改正を行うこと。

1. 基本的考え方

本格的な高齢社会の到来、産業構造の変化等、医療保険の基盤となる環境の変化を踏まえ、二十一世紀にふさわしい医療保険制度を確立する。現状のままでは、財政状況が逼迫している中で、医療保険制度が破綻してしまうことは明らかである。皆保険制度を維持し、国民に安心して適切な医療を提供していくためには、医療における情報公開の推進、透明性の確保等を図りながら、医療資源に無駄がないか、効率的かどうかの観点から、国民の立場に立った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である。これらの制度改革は、行財政構造改革の一翼を担うものであり、今後の社会保障改革の第一歩を踏み出すものである。

2. 医療提供体制の改革

〈医療機間の機能分担と連携〉

- 外来患者の大病院集中について、その改善を促す方策を検討する。
- 医療機間の機能分担や連携を進め、かかりつけ医機能（プライマリ・ケア）を重視し、患者が必要な場合にふさわしい医療機関にかかるという流れをつくる。このため、医療保険の面からも必要な措置を講ずる。
- 保健、医療、福祉のサービスを一体的に提供できるように、地域医療計画と老人保健福祉計画との整合性を図り、必要な数を上回る病床数の適正化を計画的に進める。
- 在宅医療の充実や療養型病床群等の基盤整備を進め、長期入院の是正を図る。

〈地域医療の充実〉

- 高齢社会における地域医療の方向として、医療機関をはじめとする地域の関係機関の連携を図り、保健、医療、福祉の総合的なサービスを提供できるシステムづくりを進める。
- かかりつけ医機能を担える医師・歯科医師等の積極的育成を図るため、卒前、卒後教育や研修を充実する。
- 看護体制等の充実を図るため、看護婦等医療マンパワーの適正な養成確保と資質の向上を図る。

〈国民に開かれた医療の提供〉

- 個別医療機関の診療機能等、国民が選択できるように、医療機関についての情報の適切な提供の仕組みを検討する。
- 医療ニーズが多様化・高度化する中で、質の良い効率的な医療サービスを提供していくため、第三者機関による病院機能の評価の充実を図る。
- カルテやレセプトなどについて、患者のプライバシーに配慮しつつ、医療情報の開示を推進する。
- 医療提供側から利用者に対して、十分な説明と理解に基づく医療の提供が行われるように、関係者の教育、啓発に力を入れる。

〈医療情報システムの整備〉

- 検査、投薬などの無駄を排除し効率化を図るために、システムの検討や被保険者証のカード化等を含めた医療情報システムの基盤整備を進める。
- レセプト電算処理の推進、診療報酬請求の簡素化・合理化を進める。

3. 医療保険制度改革

〈高齢者医療制度〉

- 老人医療費は、医療費全体の三分の一を占め、三十年後には二分の一を占めると言われる中で、抜本改革の最大の課題である。
- 新しい時代にふさわしい自立した高齢者像の視点から、別建ての高齢者医療制度の創設や退職後も継続加入する方法なども視野に入れながら、老人保健制度を根本的に見直す。
- 保険料や患者負担のあり方については、高齢者の所得状況や年金との関係などを考慮に入れて検討する。
- 高齢者については、保健、医療、福祉サービスの一体的提供に配慮することが大切であり、介護保険との連携を図る。

〈医療保険各制度の保険基盤の安定化〉

- 皆保険制度達成後の産業構造や地域社会の著しい変貌に対応し、保険集団のあり方等について、運営の安定化を図るとともに、制度全体の公平、公正の観点から見直す方向で検討する。
- 限られた保険財源を有効かつ公平に使用するため、国民生活の向上、患者のニーズの多様化等を踏まえつつ、公的医療保険のあり方を検討する。
- 医療機関、患者、保険者の三者が相互の信頼関係を確立し、開かれた医療を目指す。

〈診療報酬体系〉

- より合理的な診療報酬体系のあり方について、総合的に検討する。
- 出来高払いがわが国の良質な医療に寄与してきたことを評価しつつ、いわゆる定額（包括）払いが有効に機能する医療領域においてそれを積極的に活用するとともに、出来高払いとの最善の組合せを目指す。この場合、定額化が粗診粗療を招くことがないように配慮する。また、医科と歯科との差異に配慮する。
- 入院と外来の診療報酬体系について、医療担当者の技術料と医療経営の投資的費用の評価を含めて見直す。
- 医療行政の透明化を図るため、診療報酬や薬価を決める中央社会保険医療協議会の審議は公開する。

〈薬価基準制度〉

- 薬価差問題、高価格の新薬へのシフトなどが最大の課題となっている薬価基準については、これを根本的に改める。
- 薬価差を解消し、薬の価格の透明化を図るため、薬の公定価格制に代わって、薬の価格については市場取引の実勢に委ねるという原則に立って、新たな方式を更に検討する。この場合、諸外国において採用されている制度の実態も参考とする。
- 新たな方式を検討するにあたっては、医療機関、製薬産業等に与える影響も十分に配慮する。
- 医薬品の安定供給、流通の近代化のため、「仮納入仮払い」に象徴される旧態然とした慣行の根絶方策を具体的に検討する。
- 医薬分業を推進する。

4.改革の進め方

- これらの改革は、2000年を目途に実現するよう、精力的に取り組む。
- 改革内容については、平成九年度中に一層議論を深め、成案が得られ次第、国民的意見の集約を図りながら、逐次実施していく。

平成9年5月6日

医療保険制度に関する合意

1. 医療保険制度の改革及び健保法等改正案の修正については与党3党による昨年12月19日の確認及び本年4月7日の「基本方針」に基づいて対処する。
2. とくに医療保険制度の抜本的改革の中心は、①診療報酬制度、②薬価決定方式、③高齢者に関する医療保険制度等であることを確認する。
3. 与党医療保険制度改革協議会と厚生省はこれらの問題と別途論議中の財政構造改革との関係を重視し、上記の方針に基づき、今国会で審議中の健保法等改正案が施行されるまでの間に医療改革プログラムを取りまとめるよう努める。
4. 政府は与党医療保険制度改革協議会の結論を尊重し速やかに実施する。

以上を踏まえ、健保法等改正案の修正は、以下の諸点とする。

記

(1) 外来時の薬剤費別途負担（1日1種類15円）は修正し、投薬ごとに種類数に応じた定額とする。具体的には老人・一般とも次のとおりとする。

- ①1種類0円
- ②2～3種類400円
- ③4～5種類700円
- ④6種類以上1,000円

外用薬、頓服薬については、上記とは別建てとし、老人・一般とも次のとおりとする。

- 外用薬 投薬ごとに1種類80円
- 頓服薬 投薬ごとに1種類10円

(2) 老人入院負担は、
平成9年度1日1,000円
平成10年度1日1,100円
平成11年度1日1,200円

とする。

(3) 政管健保の保険料率引き上げは、8.6%から8.5%に改める。

(4) 施行期日は平成9年9月1日とする。

(5) 以上の案は、必要に応じて3年以内に見直しを行う。

なお、①一般会計から健保特別会計への繰り入れの繰り延べ分（8,200億円）の計画的返済、②薬価差益の解消、③不正請求の摘発と防止、④保険給付における薬剤費支出の不透明な実態の解消等に努める。

健康保険法等の一部を改正する法律案に対する修正案要綱

第一 外来の際の薬剤に係る一部負担金の額に関する事項

外来の際の薬剤に係る一部負担金の額については、薬剤の支給を受けるごとに、一日分につき、二種類又は三種類の場合は三十円、四種類又は五種類の場合は六十円、六種類以上の場合は百円（外用薬については、一調剤につき、一種類の場合は五十円、二種類の場合は百円、三種類以上の場合は百五十円）とすること。

第二 外来の際の薬剤に係る一部負担の免除に関する事項

次に掲げる者については、外来の際の薬剤に係る一部負担金を支払うことを要しないものとする。

一 六歳未満の者

二 老齢福祉年金の受給者であり、かつ、その属する世帯の主たる生計維持者が市町村民税が課されない者等であることにつき市町村長の認定を受けている者