

国立社会保障・人口問題研究所

所内研究報告 第 79 号

2018 年 3 月 31 日

日本社会保障資料 V (2001～2016 年)

『日本社会保障資料V（2001-2016）』の刊行にあたって

『日本社会保障資料V（2001～2016）』は、すでに刊行された4つの社会保障資料の続編に位置づけることができる。これまで『日本社会保障資料』は、一貫して社会保障制度の形成において重要な資料を系統的に整理・収集して収録したものであり、その基本的な姿勢は本資料でも変わっていない。

本資料シリーズを初めて手に取る方々、あるいはすでに利用されている方々にもあらためて、この資料シリーズの経緯について触れておく必要があるだろう。『日本社会保障資料Ⅰ』として再刊した『戦後の社会保障』資料編は、戦争直後から1967（昭和42）年までにいたる日本の社会保障制度形成期を対象としたものであった。『日本社会保障資料Ⅱ』は、1968（昭和43）年から1973（昭和48）年にいたる期間を対象としている。さらに『日本社会保障資料Ⅲ』は、1974（昭和49）年から1984年（昭和58）年までの10年間を対象としている。そして、『日本社会保障資料Ⅳ』は、1980（昭和55）年から2000（平成12）年の20年間を対象としている。本資料は、以上4つの資料の続編ということになるが、資料の経緯・推移を解説する「解題」は、内容に応じて資料Ⅳまでの対象期間にも及んでいる。資料Ⅴの編集方針がこれまでの資料と同様に、「資料に語らせる」ことを目的としたためである。資料Ⅴの特徴は、一言でいえば「持続可能な社会保障改革」である。今回の資料は、収集する資料の点数が多かったため、解題の執筆に期間を要するという事情があった。しかし、成果をできるだけ迅速に公開することも考慮し、暫定版として刊行した。最終版の作成は鋭意進めていくが、この暫定版もこれまでの資料集同様に日本社会保障研究の基礎資料として利用されることを期待したい。

なお、本資料は、国立社会保障・人口問題研究所の一般会計プロジェクトである社会保障・人口問題研究基盤形成事業「日本社会保障資料V（2000～2015年）」（平成27～29年度）の成果である。資料の作成には、これまで社会保障研究所が関わってきた。現在の組織となって20年が経過した国立社会保障・人口問題研究所が、この資料作成に関わることができたのは、関係者にとっても光栄なことであった。

2018（平成30）年3月

委員を代表して

早稲田大学名誉教授

土田 武史

国立社会保障・人口問題研究所

小島 克久

はしがき

『日本社会保障資料V（2001-2016）』は、国立社会保障・人口問題研究所の社会保障・人口問題研究基盤基礎形成事業として、これまで4回刊行されてきた『日本社会保障資料』の最新版を刊行することを目的に編纂を進めてきたものである。今回の資料は、わが国がデフレ経済、格差社会に移行する中、社会保障改革も制度の持続可能性、地域密着型のサービス提供体制、医療と介護などの分野を超えた連携、全世代対応型の制度構築など、これまでには見られなかった論点に重点が移行した2001年から2016年にかけての文書資料を収集したものである。特に民主党（現在の民進党）が政権を担った2009年から2012年の期間の文書資料の収集を含めるようにした。この資料では、収集した資料を利用して改革の流れを追うとともに、社会経済との関連について解説（解題をもおこなっている。資料の収集は、諸先行研究、並びに政府各省庁の資料、関係審議会の答申・勧告・建議などの文書資料に加えて、関係諸団体の文書なども含まれている。資料の収録に際して、協力をいただいた関係者・関係団体の皆様に、厚く御礼申し上げます。

今回の資料は、収集する資料の点数が多かったため、解題の執筆に期間を要するという事情があった。しかし、成果をできるだけ迅速に公開することも考慮し、いったん2017年9月に暫定版を刊行し、これをもとに追加の章を加えることで本資料を刊行した。全体の構成は、従来の資料シリーズ（I～IV）を踏まえつつ、現在の社会保障体系を考慮して、Iのような関係団体ごとの部構成ではなく、IV同様のテーマ構成になっている。具体的には、以下のとおりである。

1 人口、2 社会保障、3 医療保険、4 診療報酬・薬価、5 公的年金、6 企業年金、7 雇用政策・雇用保険、8 労働者災害補償保険、9 介護保険、10 老人福祉、11 生活保護・生活困窮者対策、12 社会福祉、13 児童福祉、14 児童手当、15 障害者福祉、16 少子化対策、17 公衆衛生－感染症対策－、18 災害支援援助、に区分され、各章ごとに解説（解題）をおこなっている。

ただし、本資料はPDFという電子媒体での刊行という形式を取り、これまでの印刷物（紙媒体）による形態を取らなかった。紙媒体が存在しないことの不便さはあるものの、電子媒体であれば、コンピュータや携帯型端末を用いることで場所や時間を問わずに閲覧が可能である。この点は、IVでwebサイト版を刊行後に公表したメリットを受け継いだところであり、IVで向上した利便性をできるだけ追求した部分がある。

本資料ではIVと同様に、各資料の収集を行うにあたって、特に資料数についてほとんど制

限を設けていない。そのため、制度形成の文脈に応じて必要とされる資料については、一部 2001 年から 2016 年という収集期間を越えて資料を収蔵している。これにより、諸制度のプロセスを重視する方針をIV同様に反映することができた。収集された資料については、一覧表（リスト）の作成を行うなどの整理を行った。知的財産権を考慮し、通常の論文と同様の引用の方法によって資料の紹介を行った。詳細については、問い合わせには対応できるようにしている。また、今回も PDF 版の刊行により、文字検索が可能である。ユーザーは、納められた資料に関して必要な検索を別途行うことが可能である。こうした点を十分に利用して、本資料を十二分に活用していただくと幸いである。

最後になったが、本プロジェクトは 2017 年 3 月まで情報調査分析部長であった勝又幸子 国立社会保障・人口問題研究所名誉所員を担当部長として、土田武史委員長をはじめとする 所内委員、所外委員によるメンバー構成で進められた。資料の整理などは今井博之国際関係 部主任研究官が編集担当として進めてきた。土田委員長、勝又前部長をはじめ、所内委員、 所外委員、研究協力をいただいた皆さんに対して感謝を申し上げたい。

2018（平成 30）年 3 月
国立社会保障・人口問題研究所
小 島 克 久
今 井 博 之

解題目次

1 人 口	1
2 社会保障	5
3 医療保険	7
4 診療報酬・薬価	39
5 公的年金	73
6 企業年金	80
7 雇用政策・雇用対策	83
8 労働者災害補償保険	89
9 介護保険	95
10 老人福祉	103
11 生活保護・生活困窮者対策	110
12 社会福祉	118
13 児童福祉	129
14 児童手当	137
15 障害者福祉	142
16 少子化対策	152
17 公衆衛生－感染症対策－	157
18 災害支援援助	160
歴代内閣一覧（2000年～現在）	162

社会保障・人口問題研究基礎形成事業
「日本社会保障資料Ⅴ（2000～2015年）」（平成26～29年度）委員会メンバー

担当部長 勝又幸子（情報調査分析部長・平成28年度まで）
小島克久（情報調査分析部長・平成29年度）
所内担当 今井博之（国際関係部主任研究官）
別府志海（情報調査分析部第2室長）
守泉理恵（人口動向研究部第3室長）
坂東里江子（情報調査分析部主任研究官・平成26年度）
所外担当 土田武史（早稲田大学名誉教授）
菊池馨実（早稲田大学法学学術院教授）
菅沼隆（立教大学経済学部教授）
金子能宏（一橋大学経済研究所教授）
勝又幸子（名誉所員・前情報調査分析部長・平成29年度）

執筆者等一覧

1 人口	別府志海
2 社会保障	勝又幸子
3 医療保険	土田武史
4 診療報酬・薬価	土田武史
5 公的年金	菊池馨実
6 企業年金	菊池馨実
7 雇用政策・雇用対策	菅沼隆
8 労働者災害補償保険	金子能宏
9 介護保険	金子能宏
10 老人福祉	金子能宏
11 生活保護・生活困窮者対策	菅沼隆
12 社会福祉	金子能宏
13 児童福祉	守泉理恵
14 児童手当	守泉理恵
15 障害者福祉	菅沼隆
16 少子化対策	守泉理恵
17 公衆衛生－感染症対策－	勝又幸子
18 災害支援援助	勝又幸子

編集担当 小島克久 今井博之

1 人口（2000～2015年）

1. 人口減少・超高齢化の時代へ

日本の人口は現在、増加から減少への大きな転換点を迎えている。わが国の人口は、戦争等による一時的減少を除けば、明治期からほぼ一貫して増加を続けてきた。それが2008年の1億2,808万人を頂点に減少へと転じたのである。国立社会保障・人口問題研究所の平成29年推計（出生中位[死亡中位]推計。以下同様）によれば、日本の人口は2015年の1億2,709万人から今後も減少幅を徐々に拡大しつつ2065年の8,808万人まで減少を続けるとされている。これまでも人口減少はあったが、それらは疫病の蔓延や戦争などによる死亡率の急上昇が原因であった。これに対し今後の人口減少は、死亡率は低いままであるという点がこれまでと大きく異なる。

人口の年齢構成も大きく変化してきている。全体の変化を概観するため、ここでは年齢を0～14歳、15～64歳、65歳以上の3つに区分しよう。0～14歳の人口は既に1954年の2,989万人をピークに2015年には1,595万人にまで減少しており、2065年には898万人になると推計されている。また、15～64歳の人口は1950年の4,966万人から1995年の8,726万人で減少に転じて2015年は7,728万人へと低下しており、2065年には4,529万人になると推計されている。他方で65歳以上の人口は、1950年の411万人から2015年は3,387万人へと増加しており、2042年の3,935万人をピークに2065年には3,381万人になると推計されている。

こうした年齢別人口の変動に伴い、人口の年齢構造は一層高齢化している。人口高齢化の一般的な指標である65歳以上人口の割合（高齢化率）をみると、1950年の5%から1970年に7%、2015年には27%となり、既に国民の4人に1人が高齢者の時代を迎えている。65歳以上人口の割合は今後も上昇すると見込まれており、2025年に30%、2040年に35%、2065年には38%に達すると推計されている。さらに75歳以上人口の割合をみると、2015年の13%から2060年には26%へ上昇するとされている。これと同時に65歳以上人口に占める75歳以上人口の割合も、1950年の26%から2015年には48%と、現在は高齢者の約半数を75歳以上が占めている。これが2065年には66%、高齢者の3人に2人は75歳以上となり、「高齢者の高齢化」も進行する。これは、第1次・第2次ベビーブーム世代が75歳以上となるためである。

このように、今後の人口高齢化は、高齢人口の規模が大きくなっていくことに加え、彼らを支える中年以下の人口が減少していくことにより加速的に進行していくとともに、「高齢者の高齢化」も進行していく。なお、一般に男性と比べ女性の方が死亡率は低いことから、高年齢ほど人口は女性化する傾向がある。

2. 少子化・長寿化の進展

こうした人口における規模と年齢構造の変化は、出生・死亡・国際人口移動によってもた

らされている。以下でこれらについて概観しよう。

出生力の水準を測る代表的な指標である合計特殊出生率の推移をみると、出生率の低下は1980年代から2000年代前半まで続き、水準も1980年の1.75から2000年に1.36、2005年には1.26まで低下した。しかし2006年からは上昇に転じて2015年には1.45となっている。2005年以降の出生率上昇は主に30歳代で出生率が大きく上昇したことに起因しており、20歳代前半では若干ながらも低下傾向は続いている。

人口の減少および高齢化への抜本的な取り得る対策は、出生率を上昇させ、若年人口の減少を防ぐことである。海外から若年人口を受け入れる（移民）場合も短期的には高齢化を押し下げるが、入ってきた移民の出生力が低い場合、彼らが高年齢になっても日本に居住していれば将来の人口高齢化がさらに促進されることになる。出生率を上昇させていくことが大きな政策課題となっているのは、こうした背景のためである。そうした中で政府は、一連の「少子化対策」を進めてきた。1995年から5か年計画で「エンゼルプラン」、2000年から5か年計画で「新エンゼルプラン」が実施された。また2003年に成立した「次世代育成支援対策推進法」ならびに「少子化社会対策基本法」を受けて、2005年から5か年計画で「子ども・子育て応援プラン」が実施された。2006年6月20日には少子化社会対策会議（会長は内閣総理大臣、委員は全閣僚）が「新しい少子化対策について」を決定している。また2002年9月13日に少子化社会を考える懇談会は「子どもを育てたい、育てて良かったと思える社会をつくる～いのちを愛おしむ社会へ～」（中間とりまとめ）をまとめ、男女とも仕事と家庭生活の両立、地域における子育て支援、等の取り組みを提言し、次世代育成支援対策を推進させた。2009年6月23日にはゼロから考える少子化対策プロジェクトチームが「“みんなの”少子化対策 ～子どもへの投資が未来を支える 子育てセーフティネットの強化を！～」をとりまとめた。さらに2010年には「少子化社会対策大綱（子ども・子育てビジョン）」が作成されるとともに、2013年には「少子化危機突破タスクフォース」の提案を元に「少子化危機突破のための緊急対策」を決定、2015年3月には新たに「少子化社会対策大綱」が策定され、取り組みを強めている。（→これら各政策の詳細は「少子化対策」の項を参照されたい。）

他方、死亡率は低下を続けている。厚生労働省『完全生命表』の平均寿命をみると、1950年は男女とも60年前後に留まっていたが、1970年には男性69.31年、女性74.66年、2015年には男性80.75年、女性86.99年となった。この65年ほどで男女とも平均寿命が20年程度延びたことになる。この平均寿命の延伸は、1970年ころまでは乳幼児を中心に40歳以下の年齢における死亡率低下の効果が大きかった。しかし男女とも1970年以降になると死亡率低下の中心が40歳以上、特に65歳以上へと移行してきている。高齢での死亡率低下により長期化していく高齢期をどのような健康状態で過ごすかは、国民・政府ともに大きな関心事となっている。政府でも1978年以降、これまで4次に渡って健康政策を展開してきた。現在は2013年から2022年までの「21世紀における第2次国民健康づくり運動（健康日本21（第2次））」が展開されており、平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

等を目標としている¹。

3つめの国際人口移動は、経済のグローバル化が進んだ1990年代から日本人・外国人ともに活発化している。日本人・外国人別にみると、日本人はほとんどの年次で出国数が入国数を上回る出国超過の状況であるのに対し、外国人は逆に入国数が出国数を上回る入国超過の状況である。しかしながら日本人・外国人ともに出国超過・入国超過の規模は小さく、人口全体に与える影響は現在までのところ限定的である。なお、直接に人口を扱うものではないが、対外的な発信力の強化と観光に関するワンストップ的な窓口を目的に、政府は2008年10月1日に観光庁を立ち上げた。また2012年3月30日に閣議決定された「観光立国推進基本計画」では、訪日外国人旅行者数について2020年初めまでに2,500万人とすることを念頭に、2016年までに1,800万人にする等が目標に掲げられた。さらに2016年3月30日には「明日の日本を支える観光ビジョン構想会議」（議長：内閣総理大臣）において訪日外国人旅行者を2020年に4,000万人、2030年に6,000万人にすると目標が引き上げられている。外国人の出入国状況を見ると、リーマンショックのあった2008年と東日本大震災のあった2011年は大幅な出国超過となっていたが、2012年からは入国・出国とも大幅に増えており、2015年では外国人の入国・出国はともに約2,000万人であった。

3. 人口と地方創生

これまでも地域と人口についての議論は行われていたが、移動の自由を制約しないよう、そのほとんどは過疎対策や国土開発計画の一部として議論されてきた。こうした中、2014年5月8日に日本創成会議・人口減少問題検討分科会（座長：増田寛也）が、同会で独自に行った自治体別の人口推計から自治体の消滅可能性について言及した「全国市区町村別『20～39歳女性』の将来推計人口」を公表した。この推計人口は消滅可能性が高いとされた自治体のみならず、政府にも大きなインパクトを与えた。

政府は2014年9月3日、内閣に「まち・ひと・しごと創生本部」を設置した。そして2014年12月27日には「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」が閣議決定され、「50年後に1億人程度の人口」を維持するため、「若い世代の就労・結婚・子育ての希望の実現」や「(人口の)『東京一極集中』の歯止め」等を基本的視点とされた²。同時に「まち・ひと・しごと創生総合戦略」も閣議決定され、地方における雇用創出や若い世代の結婚・出産・子育ての希望をかなえることなどが2015～19年度の5か年計画の対象とされている³。さらに2015年6月30日に「まち・ひと・しごと創生基本方針2015」が、同年12月24日には「まち・ひと・しごと創生総合戦略2015 改訂版」が閣議決定された。

¹ 健康寿命の定義として健康日本21（第2次）では、主指標に「日常生活に制限のない期間の平均」が、副指標に「自分が健康であると自覚している期間の平均」が使われている。

² 2014年12月27日「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン 概要- 国民の「認識の共有」と「未来への選択」を目指して-」

³ 2014年12月27日「まち・ひと・しごと創生総合戦略 概要-」

これらをもとに、各都道府県・市区町村でも「地方人口ビジョン」および、これを基に当該自治体における今後 5 か年の目標、施策の基本的方向性や施策を提示する「地方版総合戦略」が策定され⁴、今後は国・地方が一体となって人口減対策が進められることになる。

さらに 2017 年 6 月 9 日には「まち・ひと・しごと創生基本方針 2017」が閣議決定され、「地方創生版・三本の矢」（情報支援、人材支援、財政支援）による地域の活性化を図るとともに、大学改革や政府関係機関の地方移転などにより地方創生の新展開を図るとされている⁵。

(別府志海)

⁴ 2014 年 10 月 20 日 内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局「『地方人口ビジョン』及び『地方版総合戦略』の策定に向けた人口動向分析・将来人口推計について」

⁵ 2017 年 6 月 9 日「まち・ひと・しごと創生基本方針 2017（概要版）～地方創生の新展開に向けて～」

2 社会保障

1990年、前年1989（平成元）年の人口動態調査の結果、出生率が過去最低を記録したことが「1.57ショック」としてマスコミに大きく取り上げられた。「長寿社会対策大綱」（1986年）をスタートとして高齢者対策に軸足を置いていた日本の社会保障は、出生率の急激な低下により、予想以上に急速に進展する人口高齢化に対応すべく、少産対策から子育て支援対策（1994年エンゼルプラン 1999年新エンゼルプラン）の策定へと1990年代後半には、少子化と高齢化を一体的に考える政策として変化してきた。

そして、2000年以降、21世紀の日本の社会保障は、社会経済的变化によって生じた社会課題に対応する使命から新しい政策へと広がってきたといえる。

社会経済的变化のひとつは、経済格差の問題である。2009年のリーマン・ショック、2011年の東日本大震災が、日本経済全体だけでなく、地域経済に大きなダメージを与えた。リーマン・ショック後に多くの非正規雇用者が解雇され仕事と住む場所をなくし、働き盛りのホームレスが都市の公園にあふれた。2001年1月中央省庁の再編成が実施され、厚生労働省が誕生すると、雇用労働政策は、それまでの雇用保険の枠を超えたより広い政策として、ひきこもりの若者や就労の機会にめぐまれない障害者、子育てと仕事の両立が難しい女性たちへの支援とその政策を広げてきたのである。

一方で、1990年代後半に検討が始まった介護保険がついに2000年にスタートした。国民皆保険皆年金の達成から約40年、新たな社会保険制度が高齢者介護という福祉サービス分野ではじまったのである。詳細は医療保険、公的年金、その他の各課題のなかでふれているが、介護保険の創設に意義を与えた、高齢者医療費の適正化問題は、財政調整による解決としての老人保健制度（1983年）から、75歳以上の医療費を独立させる現在の後期高齢者医療制度（2008年）へと変化した。

中央省庁の再編により、内閣府に設置されていた「社会保障制度審議会」（以下制度審）が廃止され、厚生労働省の管轄下で、社会保障審議会とその下部組織として多くの分科会と部会がもうけられた。しかし、社会保障審議会はいくまでも厚生労働省所管の政策を議論する場であり、制度審のような、省庁横断的な議論はおこなっていない。旧社会保障制度審議会は、最後の意見書として「新しい世紀に向けた社会保障（意見）」を2000年9月14日に発表した。

2001年1月に経済財政諮問会議が内閣府設置法に基づき設置された。制度審に代わる議論の場として経済財政諮問会議ないし内閣総理大臣直轄の会議が設置されることになった。社会保障制度に関する議論としては、経済財政諮問会議の下「社会保障の在り方に関する懇談会」（宮島洋座長）が設置され、2005年5月に「社会保障の在り方に関する懇談会における議論の整理」が公表された。その後「社会保障国民会議」が内閣総理大臣の下2008年1月に設置され、11月4日に最終報告を出している。経済財政諮問会議の中には様々な政策議論をする専門調査会が設置されているが、第3次小泉政権下で「日本21世紀ビジョン」

のなかで、人口高齢化がピークに達すると予想された 2030 年を目途に様々なビジョンが示された。そこでは、健康寿命 80 歳：高齢化克服先進国が提唱された。

2009 年 9 月、政権交代があり 2012 年 12 月までは、旧民主党政権下では、財政健全化が優先課題とされた。2012 年 8 月には、いわゆる社会保障と税の一体改革の関連 8 法案が成立した。その後、社会保障制度改革推進法に基づき、内閣（旧民主党政権下）に「社会保障制度改革国民会議」が設置され、改革の全体像や進め方を明らかにする法案が提出され、2013 年 12 月に成立した。消費税率の引き上げと、地方消費税を社会保障 4 経費に充当するなどの政策がこの時明確に打ち出され現在に至っている。

2012 年 12 月の政権交代により、第 2 次安倍内閣が発足し、いわゆるアベノミクスと呼ばれる成長戦略が打ち出され、再び、経済財政諮問会議が動き出すと、社会保障に関する議論は「経済・財政一体改革」の下、2015 年 6 月「経済財政運営と改革の基本方針 2015 ～経済再生なくして財政健全化なし～」が発表され今日に至っている。

人口の少子高齢化対策では、地方創生戦略として、人口減少に強く影響をうけている自治体の再生を政策にあげる一方、ワークライフバランス（仕事と家庭の両立政策）を少子化対策の中心にすえて、希望出生率が実現できるようにサポートしていくことを政策の軸においている。

2008 年のリーマン・ショックから日本経済が立ち直るまもなく、2011 年 3 月、東日本大震災が起こり、日本経済は大きな打撃を受けたが、第 1 次・第 2 次安倍政権の下、一億総参加型社会を目指して、厳しい国家財政運営を続けながらも成長戦略をすすめている。

（勝又幸子）

3 医療保険

1. 2000年代直前の状況

日本の医療保険制度は、1973年に老人医療費支給制度（いわゆる老人医療費無料化）の導入に加えて、健康保険の家族7割給付、高額療養費制度などの給付改善が行われ、また1976年、1978年の診療報酬改定もあって、医療費が急速に増加した。その一方、日本の経済状況は1973年秋の第一次石油危機を契機に高度成長から低成長へと大きく転換したため、医療保険は大幅な赤字財政に陥り、その対応に苦慮する状況が続いた。

1981年に老人保健法が制定され、続いて1984年の健康保険法等改正をはじめとする改革が行われたことにより、保険財政は是正され、高齢化の進展と低い経済成長に対応した黒字基調が維持された。しかし1990年代に入ってバブル経済が崩壊して景気が急落し、1990年代半ばから経済のグローバル化が進展するなかで、日本経済は「失われた20年」ともいわれる長期不況に陥った。それまで日本経済を支えてきた産業構造と雇用構造が大きく変容し、医療保険では保険料収入が伸び悩む一方、高齢化の進展等により医療給付が増大し、財政は著しく悪化した。こうしたなかで1996年に医療保険審議会や老人保健福祉審議会から1997年に医療保険制度の抜本改革を求める建議や意見等が出され、関係団体等からも抜本改革を求める動きが強まっていった。

しかし、政府は、抜本改革の検討に先立って、毎年巨額な赤字が生じている医療保険、とくに老人保健制度と政府管掌健康保険に対する財政対策を講じないと1997年度予算案の編成が危ぶまれるという状況への対応が求められた。そのため1996年12月、与党3党（自由民主党・社会民主党・新党さきがけ）の「与党医療保険制度改革協議会」（与党協）は、抜本改革を行うことを前提に、当面の財政対策を改正案として取りまとめ、事態の收拾を図った。

1997年6月、健康保険法等改正案が成立し、同年9月から施行された。法改正の主な内容は、①被用者保険における被保険者本人の負担を1割から2割に引き上げる、②老人保健制度における患者一部負担を引き上げる、③外来薬剤費に患者負担を一部導入する、④政管健保の保険料率を8.2%から8.5%に引き上げるなどであった。また、この法改正で2001年1月に医療保険審議会と老人保健審議会が廃止され、新たに医療保険福祉審議会が設けられることになった。

こうして暫定的な財政対策が講じられたが、改正法案の審議が行われるのと並行して厚生省や与党協では抜本改革案の検討が進められた。1997年4月に与党協が「医療制度改革の基本方針」を取りまとめ、同年8月に厚生省から「21世紀の医療保険制度（厚生省案）—医療保険及び医療提供体制の抜本改革案」¹が提示され、これを受けて与党協は同じ8月に「21世紀の国民医療—良質な医療と皆保険制度確保への指針—」²を発表した。

¹ 国立社会保障・人口問題研究所『日本社会保障資料IV（1980—2000）』2005年、所収

² 前掲『日本社会保障資料IV（1980—2000）』2005年、所収。

これらの改革案の提示にともなう改革論議が本格化し、抜本改革の課題は、①診療報酬体系の改革、②薬価制度の見直し、③高齢者医療制度の見直し、④医療提供体制見直しの4つの柱に集約されていった。なかでも高齢者医療制度の見直しについては、厚生省案と与党協案に加えて関係団体等からも改革案が提示され、活発な議論が展開された。改革案を審議した医療保険福祉審議会制度企画部会ではそれらの改革案を、①独立保険方式、②突き抜け方式、③リスク構造調整方式、④統一一本化方式の4つにとりまとめて検討を行い、1998年11月に中間意見書³を発表した。そこでは新たな制度設計における課題等を整理するとともに、新制度の基本的枠組みとして独立保険方式と突き抜け方式を取り上げ、それぞれの特徴を述べたうえで、計量的側面と実務的側面を勘案して具体案を策定するよう求めた。それを受けて厚生省は1999年1月に2つの制度モデル案と両案における財政試算を提出した⁴。

そうしたなかで、1999年4月、先行していた薬価制度の見直しにおいて自民党が日本医師会の反対を受けて参照価格制の導入案を白紙撤回したことをきっかけに、抜本改革をめぐる議論は迷走状態に陥った。とくに高齢者医療制度の見直しをめぐって、独立保険方式を主張する日本医師会と突き抜け方式を主張する健保連・連合等との対立が激しくなり、同年8月に医療保険福祉審議会制度企画部会では4つの案のメリット・デメリットを整理した報告書「新たな高齢者医療制度のあり方」⁵を提出して審議を終えた。改革案の審議が時間切れとなるなかで、厚生省は2000年1月に「医療制度抜本改革の進め方について」と題する報告書をまとめて医療保険福祉審議会に提出し、そのなかで抜本改革について「基本的には平成14年度からの実施を目指し検討を進める」との方針を示した。

2000年に実施をめざした抜本改革が先送りされたことにより、抜本改革を前提にしてきた医療保険においてはその財政運営が厳しい状況に陥ってしまうことから、再び当面の財政対策を内容とする法改正が講じられることとなった。以上が2000年直前までの医療保険の状況である。

2. 2000年の健康保険法等改正から2005年の「骨太の方針2005」までの動き

(1) 2000年健康保険法等改正

厚生省は2000年1月、当面の財政対策として健康保険法等改正案を通常国会に提出した。衆議院の解散・総選挙による政治状況にともなう改正法案は審議未了・廃案となったが、秋の臨時国会に再提出されて成立した。この改正法案の参議院国民福祉委員会の採決にあたって、2002年度中に必ず新たな高齢者医療制度等の創設を実施すること等の付帯決議が行われた。

改正法は2001年1月から施行された。主な内容は、次のとおりである。

³ 医療保険福祉審議会制度企画部会「高齢者に関する保健医療制度のあり方について」前掲『日本社会保障資料IV（1980－2000）』2005年、所収。

⁴ 医療保険福祉審議会「高齢者独立モデルおよび退職者健康保険制度（仮称）の財政試算」前掲『日本社会保障資料IV（1980－2000）』2005年、所収。

⁵ 前掲『日本社会保障資料IV（1980－2000）』2005年、所収。

- ① 高齢者のコスト意識を喚起するとともに、2000年に施行された介護保険の利用者負担との公平を図るために、老人保健制度の患者の一部負担を定額負担から1割の定率負担に変更する。その際、診療所および200床未満の病院と200床以上の病院に区分してそれぞれ負担の月額上限を設ける。ただし、診療所については事務処理負担の観点から1日800円・月4回までの定額負担も選択できるとした。また、入院の定率1割負担については、一般者、低所得者それぞれに上限を設ける。
- ② 老人保健制度の外来薬剤費の一部負担を廃止する。
- ③ 高額療養費制度を見直し、新たに上位所得者の区分を設け、その負担限度額を一般所得者と同程度の月収の22%とする。
- ④ 国民健康保険においても健康保険と同様に海外療養費制度を導入する。

老人保健制度における定率負担の導入は、低所得者を除いて一般の高齢者にも応分の負担を求めるものであったが、診療所の8割以上が定額負担を選び、その本格的実施には至らなかった。

2001年1月に官庁再編により厚生省と労働省が統合して厚生労働省となった。また同時に、医療保険制度改革を審議していた医療保険福祉審議会が廃止され、社会保障審議会が創設された。

(2) 2002年健康保険法等改正

当面の財政対策は講じられたものの、老人医療費を中心に医療費が増大する一方、景気の低迷により保険料収入は伸び悩み、医療保険財政は深刻な状況を呈していた。こうしたなかで、小泉純一郎内閣において官邸主導の役割を担った経済財政諮問会議の決定に沿って、政府は200年6月、「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針（骨太の方針2001）」⁶を閣議決定した。そこでは医療制度が「制度疲労」により持続可能性が揺らいでいるとして、サービスの質を維持しつつコストを削減し、医療費全体が経済と両立可能なものになるよう改革を求めた。同年9月に厚生労働省は「医療制度改革試案」を公表し、老人医療費の伸び率管理制度、高齢者の1割負担の徹底、現役世代の3割負担、75歳以上を対象にした高齢者医療制度の創設などを提案した。これを受けて同年11月、政府、与党（自民党・公明党・保守党）の社会保障改革協議会において「医療制度改革大綱」⁷がとりまとめられた。このなかで、医療保険制度の一元化、高齢者医療制度の創設を掲げていたが、具体的内容についての合意は得られなかった。

このような状況の下で、2002年の改正案は、制度の基本構造の改革に踏み込んだものにはな

⁶ 吉原健二・和田勝（2008）『日本医療保険制度史・増補改訂版』（東洋経済）818頁参照。

⁷ <http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2001/1129syakai.html> 参照。

らず、患者の一部負担および保険料負担の引上げを柱とする財政対策を講じるものであった。このため、改正案をめぐって与党内部で厳しい議論が行われ、2002年2月に与党と政府の間で保険料率、一部負担、政管健保を担う社会保険庁の民営化、健保と国保の再編・統合、新しい高齢者医療制度等について見直しを行うことについての確認書「医療保険改革に関する合意事項」⁸が交わされた。さらに、この確認書については、改正法案の附則第2条第2項に、医療保険制度の体系のあり方の見直し、新しい高齢者医療制度等の創設、診療報酬体系の見直しについて、2002年度中に具体的内容、手順および年次計画を明らかにした基本方針を策定し、できるだけ速やかに所要の措置を講ずる等の規程を設けるとした「医療制度改革に関する政府・与党追加合意」⁹が付け加えられた。これに基づき、平成14年健康保険法等改正法附則第2条¹⁰にそのことが規定されたが、2つの確認書に盛り込まれた事項はその後の制度改革の方向性に大きな影響を及ぼした。

健康保険法等改正案は2002年3月に国会に上程され、7月に成立した。改正法は2段階で実施され、2002年10月施行の主な内容は以下のとおりである。

- ① 70歳以上の自己負担はすべて定率1割負担とする。ただし、上位所得者は2割負担とし、一般、低所得者それぞれに自己負担の上限を設ける。また、3歳児未満の自己負担は3割から2割に引き下げる。
- ② 70歳未満で一般医療対象者の自己負担上限額（高額療養費）も、上位所得者と一般は引き上げ、低所得者は据え置く。
- ③ 老人保健制度の対象者は、10月から5年がかりで毎年度1歳ずつ引き上げ75歳以上に引き上げる。これと並行して、老人保健拠出金に対する公費負担を5年間で3割から5割に段階的に引き上げる。また、現役並み所得の者については公費負担の対象から除外する。
- ④ 国民健康保険については、広域化や市町村合併時の保険料格差を埋める無利子貸付金等の国保広域化支援基金の創設、市町村国保の財政基盤強化のため低所得者の多い市町村への保険者支援制度の創設等を行う。
- ⑤ 高齢者医療費の伸び率管理制度は、伸び率抑制の指針（拘束力のない努力目標）に切りかえる。

続いて、2003年に施行された主な内容は、以下のとおりである。

⁸ 吉原・和田、前掲書（脚注6）、482頁参照。

⁹ 吉原・和田、前掲書（脚注6）、483頁参照。

¹⁰ 吉原・和田、前掲書（脚注6）、487頁参照。

- ① 被用者保険の被保険者本人の定率負担を3割に引き上げる。
- ② 被用者保険で月収（標準報酬月額）に保険料率を乗じてきた保険料算定をボーナス込の年収に保険料率を乗じる「総報酬制」に切り換える。これにともない、政管健保の保険料率は月収の8.5%から8.2%に引き下げられた。
- ③ 現役世代にかかる外来薬剤費負担金は廃止する。

こうした一連の改正は、老人保健制度の対象年齢の引上げと国庫負担率の拡大を行うとともに、患者における応益負担の徹底と高所得者に対する応能負担の強化を軸にした大きな財政改革であり、小泉首相は患者・保険者・医療機関それぞれに痛みを分かち合う「三方一両損」と称した。しかし、3割負担に対する批判や疑問は大きく、健康保険法附則に「将来を通じて7割給付（3割自己負担）を維持する」と明記し、それ以上の引上げはしないこととした。

（3）2003年3月の医療制度改革に係る「基本方針」の閣議決定

健康保険法等改正に先だって、2002年3月に厚生労働省内に厚生労働大臣を本部長とする医療制度改革推進本部を設けて、抜本改革に向けた検討を進めていたが、改正法成立後、附則第2条第2項に規定された改革の実現に向けての取組みが本格化した。2002年12月に厚生労働省は『「医療保険制度の体系の在り方」「報酬体系の在り方」について（厚生労働省試案）』¹¹を公表した。

その試案では、「保険者の再編・統合」について、都道府県単位を軸に行うのが望ましいとして、国保は当面は市町村合併や広域化を進め、将来的に都道府県単位の保険者あるいは公法人とするとしている。また、政管健保は全国一本の保険者を基本としつつ、都道府県単位の財政運営を導入し、それぞれの医療費を反映した保険料率を設けるとし、健保組合は、小規模・財政窮迫組合の再編・統合を進め、その受け皿として都道府県単位の地域型健保組合の設立を認めるとした。

最大の焦点である「新しい高齢者医療制度」については、2002年の健康保険法等改正により、老人保健制度が最終的に75歳以上を対象に、公費5割、拠出金5割となるが、その到達を待って2007年度中には新制度に移行することとした。また、新制度の基本的考え方として、①老人保健制度を廃止し、責任主体を明確にする、②社会保険方式を維持する、③給付費のうち5割の公費負担を維持する、④国保被保険者の年齢構成に着目した制度間調整を実施するという4点をあげた。そのうえで、新たな高齢者医療制度として、A案「財政調整方式」とB案「高齢者独立方式」の2つの案を提示した。A案は、年齢構成が低く医療費が標準を下回る保険者はその差額を拠出し、高齢化して医療費が標準を超える保険者はその差額を受給するという調整を行うとともに、加入者の所得差による保険料の格差を平準化する調整も加えるとしている。

¹¹ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/02/s0219-7b.html> 参照。

またB案は、75歳以上の医療保険制度を創設し、給付の1割を高齢者が負担し、4割を全保険制度からの拠出金、5割を公費で賄うというものである。試案では両案の財政試算も加え、それぞれのメリット、デメリットをあげたうえで、改革案の判断を政府・与党に託すものとなっていた。

厚生労働省試案の公表後、厚生労働大臣が日本医師会、健康保険組合連合会、国民健康保険中央会等の11関係団体との意見調整を個別に行うなど、関係団体の意見も踏まえたうえで、2003年3月に「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針（医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について）」¹²を閣議決定した。

この基本方針で「医療保険制度体系」については、基本的な考え方として、①安定的で持続可能な医療保険制度の構築、②給付の平等・負担の公平、③良質かつ効率的な医療の確保の3つをあげ、「保険者の再編・統合」と「高齢者医療制度」を取り上げている。

「保険者の再編・統合」では、被用者保険、国保それぞれについて、都道府県単位を軸に再編・統合を推進するとして、上記の厚生労働省試案とほぼ同じ内容となっている。また、地域における取組みをあげ、保険者、医療機関、地方公共団体等の関係者が連携して地域の特性を調査分析し、医療に関連する諸計画と整合を図りつつ、医療費の適正化を図ることを指摘している。

「高齢者医療制度」については、①65歳以上の者を対象に、後期高齢者（75歳以上）と前期高齢者（65歳～74歳）のそれぞれの年齢層に応じた新たな制度を設ける、②後期高齢者については厚労省試案の「高齢者独立方式」を創設する、③前期高齢者については、引き続き国保、被用者保険に加入するが、その偏在による医療費負担の不均衡を医療保険制度間で財政調整するとしている。

さらに、この基本方針の改革の手順・時期については、①医療保険制度体系に関する改革は、2008年度に向けて実現を目指すこととし、法改正を伴わずに実施可能なものについては逐次実施し、法改正を伴うものについてはおおむね2年後を目途に順次制度改正に着手することとし、②診療報酬体系については次期の診療報酬改定から逐次実施を図るものとした。

この「基本方針」の閣議決定が2006年の制度改革に至る論議の事実上のスタートラインとなった。

（4）2005年6月の「骨太の方針2005」の閣議決定

経済財政諮問会議ではかねてから民間議員を中心に社会保障費の総枠管理を行うべきだという主張がなされてきた。2005年の経済財政諮問会議でも民間議員は、名目GDPの伸び率等のマクロ指標を基準に医療給付費の伸びを管理し、医療給付費がマクロ指標を超える場合には医療費抑制のための制度改革を行うべきだと強く主張した。マクロ指標としては、高齢化によ

¹² <http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/03/tp0327-2a.html> 参照。

る医療費増加要因を加味した高齢化修正マクロ指標を採用するなどの提案も行われた。また、「骨太の方針 2001」で決定した医療費総額を抑制するための枠組みが講じられていないとして、その早期構築を強く求めた。

これに対して尾辻厚生労働大臣、自民党社会保障調査会丹羽会長等は、経済財政諮問会議において、医療費の伸びが最も著しい高齢者医療費を抑えるために、生活習慣病対策の推進、医療機能の分化と連携の推進、平均在院日数の短縮等を重視した都道府県ごとの目標を設定し、定期的にその達成状況を検証するなどにより医療費抑制の構造的対策を進めるとしたが、マクロ指標による給付費の伸び率管理自体は、高齢化や技術進歩等による増大が見込まれる医療費にはなじまないとして強く反対した。

これらを受けて 2005 年 6 月に閣議決定された「経済財政運営と構造改革に関する基本方針（骨太の方針 2005）」¹³では、医療費の伸びの抑制を図るため、医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、その達成のための必要な措置を講じることとし、2006 年度中に医療制度改革を断行することとされた。

なお、この間、中央社会保険医療協議会（中医協）において、いわゆる「混合診療」問題や中医協委員における贈収賄事件を契機に、診療報酬の仕組み、中医協の機能・役割・委員構成などの見直しなどが大きな課題となり、それらの改革も医療制度抜本改革の一環として行われたが、これらについては「4. 診療報酬」において取り上げている。

3. 2005 年「医療制度改革大綱」の決定

（1）社会保障審議会医療保険部会における審議

2003 年 3 月の「基本方針」の閣議決定後、高齢者医療制度の創設をはじめとする医療保険制度体系の改革と中医協改革を含む診療報酬体系の改革が本格化したが、2005 年 6 月の「骨太の方針 2005」の閣議決定後は医療費適正化対策の推進がもう 1 つの大きな改革の柱としてとりあげられるようになった。これらの 3 本柱のうち診療報酬改革は次項で取り上げるので、以下では医療保険制度体系と医療費適正対策の 2 つについて、改革の流れをみていくことにしたい。

まず、医療保険制度体系の改革については、2003 年 7 月に社会保障審議会医療保険部会が立ち上げられ、医療保険制度改革についての審議が開始された。医療保険部会では医療保険の再編・統合、高齢者医療制度、医療費適正化、保険給付のあり方等について審議を重ねたが、とりわけ高齢者医療制度については関係団体を代表する各委員から多様な意見が提出され¹⁴、激しい議論が繰り広げられた。2005 年 8 月に医療保険部会において、それまでの議論の中間的に整理「社会保障審議会医療保険部会における議論の整理」¹⁵が行われた。厚生労働省では

¹³ <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/kakugi/050621honebuto.pdf> 参照。

¹⁴ 週刊社会保障編集部「高齢者医療制度に関する関係団体の意見（概要）」（『週刊社会保障』No.2344（2005.8.8））

¹⁵ 栄畑潤（2007）『医療保険の構造改革—平成 18 年改革の軌跡とポイント』（法研）199 頁

これらの検討をふまえて、厚生労働省試案の検討が進められた。

また、2004年の秋から2005年度予算編成に向けていわゆる三位一体改革（国庫補助負担改革、税源移譲、地方交付税改革）が大きな議論となるなかで、市町村国保において都道府県負担を導入してその分の国庫負担を引き下げる措置を講じるとともに都道府県の財政調整権限を強化する措置が講じられた。こうした措置は、市町村国保の都道府県化に向けた動きとみられたが、全国知事会などにおいてそれに反発する動きもみられた。

（2）社会保障審議会医療部会における審議

医療提供体制については、少子高齢化の進展、医療技術の進歩、国民意識の変化等を背景として、より質の高い効率的な医療を提供するための改革を推進することが課題とされてきた。医療制度改革に向けた取組みが行われるなかで、医療提供体制についても検討を進めるため厚生労働省内に検討チームが設置され、有識者や関係団体等の意見もふまえながら、2003年4月に「医療提供体制の改革のビジョン」¹⁶が取りまとめられた。そこでは21世紀の医療提供体制の将来像と当面行うべき施策についての取組みが提示された。

2003年3月の「基本方針」の閣議決定を受けて、医療提供体制についても医療保険制度改革と一体になった改革が必要であるとして、2004年9月から社会保障審議会医療部会においてその検討が開始された。2005年8月、医療部会は厚生労働省での構造改革試案作成に向けて「医療提供体制に関する意見中間まとめ」¹⁷をとりまとめた。

そこでは「基本的な考え方」として、患者本来の医療の実現、チーム医療と地域連携の構築、安全で安心できるより質の高い効率的な医療サービスの提供をあげている。そのうえで「個別の論点」として、①患者・国民の選択の支援（医療機関等による積極的な情報の提供・アウトカム指標の情報提供に係る基盤整備など）、②医療安全対策の総合的推進、③医療計画制度の見直し等による地域の医療機能の分化・連携の推進、④母子医療・救急医療・災害医療および僻地医療体制の整備、⑤地域・診療科等での医師の偏在解消への総合的対策、⑥在宅医療の推進、⑦医療法人制度改革、⑧医療を担う人材の養成と資質の向上、⑨医療を支える基盤の整備をあげ、それぞれの課題と対応策について論点の整理を行っている。

（3）政府管掌健康保険の改革の方向付け

政府管掌健康保険については、かねてから全国一律の保険料率であるのに対して地域によって医療費水準にかなりの格差があること、制度運営や保険事務の改革等に関して保険業務を担う社会保険庁が積極的でなく保険運営も効率的でないことなどに対する批判があった。2002年の健康保険法等改正にあたって与党と政府の間で結ばれた確認書「医療保険改革に関

以下参照。

¹⁶ <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/04/h0430-3a.html> 参照。

¹⁷ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/08/s0801-2b.html> 参照。

する合意事項」（前掲）のなかで「政管健保のあり方を見直し、社会保険庁の民営化を行う」と記したことが契機となって、政管健保のあり方が抜本改革案の検討の俎上に上るようになった。

さらに 2004 年の年金制度改革法案の国会審議において個人情報の業務外閲覧事件に端を発した社会保険庁の事業運営批判に応えるために、内閣官房長官の下に「社会保険庁の在り方に関する有識者会議」が設けられ、社会保険庁の組織のあり方が全体にわたって議論された。2005 年 5 月に同有識者会議から出された報告書「社会保険庁改革の在り方について（最終とりまとめ）」¹⁸において、公的年金制度の運営と政管健保の運営を分離することが適当とされた。また、政管健保について、国とは切り離れた全国単位の公法人を保険者として創設し、財政運営は都道府県単位を基本として保険給付、保健事業、保険料率設定等の事務を実施させることとし、新組織の具体的あり方は医療保険制度改革において詳細な検討を行うこととされた。これによって政管健保の改革についての大きな方向付けがなされた。

（４）「医療制度構造改革試案」（厚生労働省試案）の公表

2005 年 10 月、厚生労働省は医療制度改革に関する国民的議論の素材に供するためとして「医療制度構造改革試案」（厚生労働省試案）¹⁹を公表した。そこでは改革の基本方針として、①国民皆保険を維持する、②予防重視・医療サービスの向上と効率化を基本として医療費適正化を実現し国民の負担可能な範囲に抑えること、③給付と負担の関係を老若を通して公平かつ透明でわかりやすくすること、の 3 点をあげた。

具体的政策は多岐にわたるが、主なものとして次のようなことがあげられている。

- ① 予防重視と医療の質の向上・効率化のための取組みとして、a)医療保険者に対する糖尿病等に着目した健診と保健指導の義務づけによる生活習慣病の予防対策の充実、b)医療計画制度の見直し・患者に対する情報提供・医師偏在問題への対応等を通じた患者本位の医療提供体制の充実などがあげられている。
- ② 医療費適正化に向けた総合的対策の推進として、a)糖尿病等の患者および予備軍の 25%減少、b)平均在院日数の全国平均（36 日）と長野県（27 日）との差（9 日）を半分程度に縮小することを政策目標とする「中長期的対策」と、c)患者負担の引上げ（高額療養費の上限の引上げ、療養病床の食費の引上げなど）、d)給付の見直し（任意継続被保険者の傷病手当金・出産手当金の廃止、療養病床の入院時生活療養費の導入など）、e)保険料賦課の見直し（標準報酬月額の上限の引上げ、標準賞与の上限の見直し）などの「短期的対策」の導入などがあげられた。さらに、保険運営効率化の取組みとして、f)レセプト提出など IT を活用した医療保険事務の効率化、g)審査支払機関による

¹⁸ <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou/dai10/10siryou4.pdf> 参照。

¹⁹ <http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/10/tp1019-1c.html> 参照。

審査の充実などが取り上げられた。

- ③ 都道府県単位の医療保険者の再編統合は、a)国保については、高額療養費共同事業、国保財政安定化事業など都道府県単位での保険運営を推進する、b)政管健保については、2008年を目途に国と切り離れた全国単位の公法人を設立して保険者とし、財政運営は都道府県を単位として行う、c)健保組合については、同一都道府県内における健保組合の再編統合の受け皿として地域型健保組合の設立を認める、としている。
- ④ 新しい高齢者医療制度として、a)市町村を運営主体とする後期高齢者医療制度を創設する、b)前期高齢者については、その医療給付費を各保険者の加入者数に応じて負担する財政調整を行い、国保と被用者保険の負担の不均衡を是正するとしている。

これらの政策を示したうえで、医療給付費の将来見通しを示した。2003年度の国民医療費は31.5兆円で、それから患者負担分を除いた医療給付費は28.3兆円である。現行のまま改革されずに推移した場合には、医療給付費は2015年度に40兆円、2025年度に56兆円となるが、この試案における中長期および短期の医療費適正化対策を実施した場合には、2015年度には37兆円、2025年度には49兆円に抑制することができるとした。また、その場合には、政管健保は2,300億円、国保は2,200億円と財政が好転するのに対し、健保組合は2,200億円の財政が悪化するが、国庫負担は2,200億円が軽減されるとしている。

また、外来診療において受診1回ごとに1,000円または500円まで自己負担とする保険免責制の導入、診療報酬の伸びの抑制などを経済財政諮問会議等から提案されていることを紹介した。また、経済財政諮問会議の民間議員の提案する高齢化修正GDPによる給付費の伸び率管理を適用すると、医療給付費は2015年度には35兆円、2025年度には42兆円になると試算している。

「医療制度構造改革試案」(厚生労働省試案)が提示されたことにより、抜本改革案に関する議論が一気に盛り上がった。日本医師会は、厚生労働省試案は財政対策に偏り医療の安全確保や質の向上に何ら触れていないと批判し、とくに患者負担の増加、保険免責制には絶対反対とした。健康保険組合連合会や連合は反対意見を改革への抵抗勢力として排除していく小泉政権の手法に疑問を呈するとともに、とくに高齢者医療制度改革には反対であるとした。また全国市長会・全国町村会・国民健康保険中央会は、後期高齢者医療制度の運営主体を市町村とすることは到底容認できず、国保の構造的問題の解決にはきわめて不十分であるとするなど厳しい意見が出された。

(5) 「医療制度改革大綱」の決定

厚生労働省では「厚生労働省試案」の公表と併せて、2005年10月に省内に大臣を本部長とする「医療構造改革推進本部」²⁰を設置し、与野党や関係団体等の意見を聴取しながら具体的

²⁰ 組織図は栄畑、前掲書(脚注14)、42頁を参照。

方策の検討をすすめた。同年 11 月、政府・与党（自民党・公明党）は「政府・与党医療構造改革協議会」（政与協）が発足した。政与協では 2006 年度予算編成日程を踏まえ、遅くとも 12 月上旬までに改革案をまとめるとしたうえで、検討が進められたが、マクロ経済指標によって医療費の伸びを抑える仕組みや保険免責制の導入を主張する経済財政諮問会議とそれらを不相当とする厚生労働省との対立があり、それらの調整が図られた。

これと並行して、社会保障審議会医療保険部会では「厚生労働省試案」全体について議論が行われた。予防重視と医療の質向上・効率化対策、中長期的な医療費適正化対策、保険者の再編・統合等に関してはおおむね一致をみたが、患者負担の引上げや高齢者医療制度の創設については意見が分かれた。2005 年 11 月末、幾つかの論点は両論併記のかたちで「医療保険制度改革について（意見書）」²¹が取りまとめられ、提出された。

その後も、政府・与党内で議論が重ねられ、後期高齢者医療制度の保険者を都道府県単位で全市町村が加入する広域連合とすること、患者負担が 2 割となる 70～74 歳の低所得者に対する高額療養費の自己負担限度額は据え置くこと、乳幼児の患者 2 割負担の対象年齢を 3 歳未満から義務教育就学前まで引き上げることなどの修正について合意がなされた。

こうして同年 12 月、「医療制度改革大綱」²²が決定された。大綱において「基本的考え方」としたのは、①治療重点の医療から疾病予防を重視した保健医療体系への転換、②国民皆保険を持続可能なものにするための医療費抑制、③超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現である。そのための具体的対策として、①医療費適正化のための中長期対策と短期的対策、②新高齢者医療制度の創設、③生活習慣病の予防対策、④保険者の再編統合、⑤地域における安心・信頼の医療の確保、⑥中医協の見直しなどがあげられ、それらの詳細がまとめられた。

4. 医療制度改革関連法の成立とその概要

（1）医療制度改革二法の成立

「医療制度改革大綱」に沿って、制度改正案の具体的な内容の確定と法案作成作業が進められた。2006 年 2 月、制度改正案は、「健康保険法等の一部を改正する法律案」（健保法等一部改正法案）および「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」（良質な医療確保法案）の 2 つからなる医療制度改革二法案としてまとめられた。健保法等一部改正法案は、内容が多岐にわたり施行時期も 7 段階に区分されていた（「健保法等一部改正法案の施行時期と主な内容」²³、「良質な医療確保法案の概要」²⁴）。

医療制度改革二法案は 2006 年 2 月に閣議決定され、同年 4 月に国会に提出された。同年 6 月に二法は可決成立し、同年 10 月以降段階的に実施されることになった。焦点となっていた

²¹ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/s1130-6a.html> 参照。

²² <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/pdf/taikou.pdf> 参照。

²³ 吉原・和田、前掲書（脚注 6）、493 頁の表を参照。

²⁴ 吉原・和田、前掲書（脚注 6）、492 頁の表を参照。

高齢者医療制度については、2008年3月末をもって老人保健制度が廃止され、同年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき「後期高齢者医療制度」、「前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整」、「特定健診等の医療費適正化の推進」が施行されることとなった。

(2) 健康保険法等の一部を改正する法律の概要

主な内容をあげると、以下のとおりである。

1) 医療費適正化の総合的な推進

①医療費適正化計画の策定

生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のための5か年計画を都道府県ごとに策定する。

②生活習慣病予防対策の推進

医療保険者が40歳以上の加入者を対象とするメタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導の実施計画を策定し実施することを義務付ける。

③平均的在院日数の短縮に向けた取組みの推進

長期入院を是正するため、a)療養病床については医療の必要性の高い患者に限定して医療保険で対応する、b)医療の必要性の低い患者については介護老人保健施設、ケアハウスなどの居住系サービス等で受け止める。これにより、2012年までに現在の療養病床38万床（医療療養25万床、介護療養13万床）を、医療療養病床23万床、居住系サービスまたは介護老人保健施設38万床に再編成する（介護療養病床を廃止）。

④保険給付の内容・範囲の見直し

短期的な医療費適正化方策として、a)現役並み所得を有する高齢者については、現役世代と同じ3割負担とする（高齢者に係る高額療養費については現役世代よりも低い負担限度額を設定し、低所得者の限度額を据え置く）、b)高額療養被用者の自己負担限度額は総報酬を基礎とした平均的な1月当たり収入の25%相当額に相当する水準とする、c)医療保険適用の療養病床については、介護保険との均衡の観点から食費および居住費の負担を課す、d)出産一時金30万円から35万円に引き上げる、e)傷病手当金および出産手当金の給付水準を1日につき、現行の「賃金の6割相当」を「賃金の3分の2相当」に改める、f)2008年4月から70～74歳の患者負担を1割から2割に引き上げ、乳幼児に対する患者負担軽減（2割）の対象年齢を3歳未満から義務教育就学前まで拡大する。

2) 新たな高齢者医療制度の創設

①後期高齢者医療制度

75歳以上の高齢者について、2008年度に独立した医療制度を創設する。財源は保険料1割、現役世代（国保・被用者保険）からの支援金（約4割）、公費から約5割とする。保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県ごとに全市町村が加入する広域連合が実施する。

また、高額医療費についての財政支援、保険料未納等に対する貸付・交付など、国・都道府県による財政安定化措置を実施し、重層的に支援する。

②前期高齢者の医療費に係る保険者間財政調整制度の創設

65歳から74歳までの高齢者の医療費について、2008年度から、従来の医療保険に加入したまま、保険者間の負担の不均衡を各保険者の加入者数（被保険者数および被扶養者数）に応じて調整する仕組みを設ける。また、退職者医療制度については、2014年度までに65歳未満で退職した者を対象として、現行制度を経過措置として継続する。

3) 都道府県単位の保険者の再編・統合

①国保の財政基盤強化

2005年12月の医療制度改革大綱では、都道府県単位での保険運営を推進するためには、国保財政の基盤強化に向けて共同事業の拡充と保険者支援の強化を図る必要があるとしていたが、それに沿って同年12月に総務・財務・厚生労働の3大臣合意がなされた。その内容は、以下のとおりである。a)高額医療費共同事業の継続（事業規模：1,800億円程度、交付基準：80万円超、負担区分：市町村1/2・都道府県1/4・国1/4、事業主体：国保団体連合会）、b)保険者支援制度の継続（低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援。事業主体：市町村、負担区分：市町村1/4・都道府県1/4・国1/2）、c)国保財政安定化支援事業の継続（国保財政の安定化や保険料負担の平準化等に資するために、市町村の一般会計から国保特会への繰入れを地方財政措置で支援する事業。地方財政措置：1,000億円程度）。また、新たな事業として、d)保険財政共同安定化事業の創設（都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、1件30万円超の医療費について、市町村の拠出による保険財政共同安定化事業を2006年10月から実施する（国保医療費の約4割が対象）。これらの3大臣の合意に基づく事業は、2006年の国民健康保険法改正において規定され、同年10月から実施された。また、3大臣の合意については、国保の財政状況や高齢者医療制度の創設にともなう影響等を勘案し、2010年度において見直しを行うこととされた。

②政管健保の公法人化

2008年10月に。政府管掌健康保険を改め、国と切り離れた全国単位の公法人（全国健康保険協会）を保険者として設立し、都道府県ごとに、年齢構成や所得水準の違いを調整したうえで、地域の医療費を反映した保険料率を設定するなど都道府県単位の財政運営を行う。全国健康保険協会管掌健康保険における保険適用および保険料徴収の事務は、日本年金機構で行う。

③地域型健康保険組合

小規模または財政窮迫の健康保険組合の保険運営の安定を図るため、都道府県を単位として、業種にとらわれずに合併することができる地域型健保組合の設立を認める。設立後5年間の不均一な保険料率の設定を認める。

5. 医療制度改革関連法の実施状況

(1) 波乱のスタートとなった後期高齢者医療制度

2008年3月末で老人保健法が廃止され、4月1日から「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき後期高齢者医療制度が施行されたが、まさに波乱の幕開けであった。かねてから施行に向けて準備が進められていたが、制度の周知が不十分だったこともあって、後期高齢者という名称が差別的だといった感情的な反発もみられたり、新たに保険料を徴収される被扶養者たちの不満の声が高まったり、さらに被保険者証が未着だったりするトラブルも発生した。また、2007年7月の参議院選挙で自民党が大敗した原因が政府の改革路線によって生じた国民生活の格差と不安の拡大にあるという批判を受けて、与党内から後期高齢者医療制度による負担増の見直しを求める声が高まっていたが、政府はそれに応えるため、70歳から74歳までの患者負担の1割から2割への引上げの凍結、高齢者の新たな保険料負担を半年間凍結、次の半年間は9割軽減して国庫負担で肩代わりすることにして、その費用を2007年度補正予算で計上した。この措置にともなうシステム改修などの作業も加わり、国民への周知がさらに遅れるとともに、制度の不透明感が強くなった。そのため、政府は2008年4月、後期高齢者医療制度の施行日に通称として「長寿医療制度」という名称を用いることとしたが、弥縫的だとしてさらに反発を強めた。

2008年5月、民主党等の野党4党は「後期高齢者医療制度の廃止等及び医療に係る高齢者の負担軽減等のために緊急に講ずべき措置に関する法律案」（後期高齢者医療制度廃止法案）を参議院に提出し6月に可決され、衆議院では継続審議となった。

そうした動きに対応して、政府は同年6月、政府・与党協議会において、低所得者に対する保険料の軽減、被用者保険の保険料負担の凍結、70歳から74歳までの一部負担割合の引上げ（1割→2割）の実施時期の延期、保険料の年金からの徴収の対象要件の引上等の対策が講じられた。

(2) 社会保障国民会議・安心社会実現会議の設置

小泉内閣の下で2004年に年金制度改革、2005年に介護保険改革、2006年に医療保険改革を行ったが、いずれも「制度の持続可能性確保」のための財政対策であった。それにより負担の拡大と給付の抑制が図られたが、国会の議論も十分でないまま改革法が制定されたため、国民の不満も大きく、その改革をめぐる野党が激しく対立した。

そうしたなかで2008年1月、福田内閣は社会保障の給付やサービスのあるべき姿やそれを支える負担のあり方など「社会保障の将来像」を検討するため、有識者による社会保障国民会議を設けた。国民会議は同年11月に、社会保障の今後の課題として「社会保障の機能強化」に重点をおいた「社会保障国民会議最終報告書」²⁵を提出した。

続いて2009年4月、麻生内閣の下で有識者による安心社会実現会議が設けられた。ここで

²⁵ http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/saishu/siryou_1.pdf 参照。

は先の国民会議報告を踏まえて、年金、医療、介護、次世代育成に加えて雇用と教育も含めた5部門について、雇用を軸にして全世代、全生涯を通じて安心できる生活の保障について検討を行い、同年6月「安心と活力の日本へ（安心社会実現会議報告書）」²⁶を提出した。しかし、両報告はいずれも政権交代により具体策には至らなかった。

（3）高齢者医療制度の改革をめぐる動向

2009年9月の衆議院選挙で後期高齢者医療制度の廃止をマニフェストに掲げていた民主党が勝利し、民主党・社民党・国民新党の連立政権が誕生した。新政権では後期高齢者医療制度を廃止し、それにかわる新たな制度を構築することが大きな政治課題となった。同年11月、厚生労働大臣が主宰する「高齢者医療制度改革会議」（改革会議）が設置され、第1回会議の冒頭で大臣は、新制度の検討にあたっての基本的考え方として、後期高齢者医療制度は廃止する、「地域保険としての一元的運用」の第1段階として高齢者のための新制度を構築する、年齢で区分しない制度とする、市町村国保の広域化につながる見直しを行うことなど6つの原則を提示した。

2010年12月に改革会議から「高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）」²⁷が提出された。そこでは、後期高齢者医療制度は廃止し、後期高齢者（1,400万人）が後期高齢者医療制度の開始まで加入していた国保（1,200万人）と被用者保険（200万人）に戻り、国保では運営主体を都道府県として後期高齢者医療費について財政調整を行い、被用者保険では75歳以上を一般の被保険者と同様に対応するという考え方が示された。国保に再加入する後期高齢者の多くは後期高齢者医療制度と実質的にほとんど変わらず、さらに後期高齢者医療制度から被用者保険に再加入する者については被扶養者は保険料負担がなくなり、他の加入者との差異が生じることなどの問題もあり、新制度案への評価は低かった。その一方、後期高齢者医療制度は実施当時の混乱が収まるとともに、人びとの間に定着していった。

2010年10月の参議院選挙で民主党は2013年に後期高齢者医療制度を廃止することをマニフェストに掲げたが、その後、社会保障と税の一体改革に向けた議論が行われるなかで、後期高齢者医療制度廃止の主張は少なくなっていった。2011年の通常国会において厚生労働大臣は改革会議報告を踏まえた改革法案を提出する構えをみせたが、この改革法案については民主党内でも4月の統一地方選挙を控えて、制度改革による負担増への反対が強く、国会提出は難しいとみられた。2011年3月東日本大震災が発生し、改革法案の提出は2012年まで見送られた。

2012年2月、社会保障改革とその財源確保策を一体として行うための「社会保障・税一体改革大綱」²⁸が閣議決定された。そこでは、改革の方向性として、①未来への投資（子ども・子

²⁶ http://www.kantei.go.jp/jp/singi/ansin_jitugen/kaisai/dai05/05siryou1-1.pdf 参照。

²⁷ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001w1gw-att/2r9852000001w1lk.pdf> 参照。

²⁸ <http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/kakugikettei/240217kettei.pdf> 参照。

育て支援)の強化、②医療・介護サービス保障の強化、社会保険制度のセーフティネット機能の強化、③貧困・格差対策の強化(重層的セーフティネットの構築)、④多様な働き方を支える社会保障制度(年金・医療)へ、⑤全員参加型社会、ディーセントワークの実現、⑥社会保障制度の安定財源確保の5つが示された。その後、同年6月に民主党と自民党・公明党の3党間で「社会保障・税一体改革に関する確認書」²⁹が取り交わされ、民主党の社会保障政策は自民・公明両党への歩み寄りが図られた。同じ6月に確認書に基づき3党共同の議員立法により「社会保障制度改革推進法」³⁰が成立し、8月に施行された。そこでは社会保障制度改革の基本的な事項が示され、またそれらの事項を検討するため社会保障制度改革国民会議を設置することなどが定められた。そのなかで高齢者医療制度について「状況等を踏まえ、必要に応じて、社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得る」とされた。

2013年8月に国民会議は「社会保障制度改革国民会議報告書」³¹をとりまとめた。そこでは後期高齢者医療制度について、「創設から既に5年が経過し、現在では十分に定着していると考えられる。今後は、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、後期高齢者支援金に対する全面報酬割制の導入を始め、必要な改善を行っていくことが適当である」とされた。後期高齢者医療制度の廃止はもはや必要なく、対応すべき課題は後期高齢者医療制度への支援金拠出のあり方も含めた医療保険制度全体の見直しであることが指摘された。こうして後期高齢者医療制度の廃止をめぐる動きは終わりを告げた。

(4) 全国健康保険協会(協会けんぽ)の発足

2008年10月、政府管掌健康保険は、保険者が政府(社会保険庁)から公法人である全国健康保険協会に移行した。これまでの政管健保と比べた場合、全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ)の大きな特徴として、次の3点があげられる。

第1に、国とは切り離れた独立の公法人が保険者となったことである。協会けんぽの運営は、中央では、予算、事業運営、保険料率の変更等の事項については運営委員会(事業主3名、被保険者3名、学識経験者3名の計9名を厚生労働大臣が任命)の議を経て行われることとなった。事務局には社会保険庁からの移行者に加えて、民間出身者が多数登用され、理事長、各都道府県の支部長は全て民間出身者となっている。

第2に、都道府県単位の財政運営が導入されたことである。各都道府県に設置された支部は、支部会の評議会(事業主、被保険者、学識経験者から支部長が委嘱)の意見を聴いたうえで、中央の運営委員会の議を経て、都道府県ごとの保険料率を決定することとなった。運営委員会では都道府県間の加入者の年齢構成や経済状況等の相違による保険料率格差の調整を行い、保険料率を決定する。

²⁹ <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/law/kodomo3houan/pdf/s-kakuninsyo.pdf> 参照。

³⁰ <http://law.e-gov.go.jp/htmlldata/H24/H24HO064.html> 参照。

³¹ <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf> 参照。

第3に、保険者機能の強化があげられる。協会けんぽは、3,500万人の加入者の保険者として、積極的な役割を果たすことが求められた。協会けんぽは「保険者機能アクションプラン」などを策定し、これからの保険者機能の発揮に向かったの取組みを進めた。そこでは、被保険者や被扶養者の資格確認、保険料徴収、法定給付の支給といった従来の保険者業務に加えて、中小企業の事業主や授業員の健康診断、保健指導といった新たな保健事業の展開、中医協等の場における積極的な役割などが期待されることとなった。

(5) 国民健康保険の都道府県単位での共同事業

国民健康保険については、先に述べたように、2006年4月の「健康保険法等の一部を改正する法律」の公布日より国保財政基盤強化策（高額医療費共同事業、保険者支援事業、国保財政安定化支援事業）が継続実施された。次いで、同年10月から新たに保険財政共同安定化事業が導入された。

また、後期高齢者医療制度の施行により、比較的低所得者の多い75歳以上の被保険者が同制度に移行し、無所得世帯および保険料軽減世帯は減少した。しかし、2008年秋以降の急激な景気悪化の影響等により、国保財政は依然として厳しい状況が続いている。そのため、2010年に国保の安定的運営を図るため、国民健康保険法等の一部改正が行われた（詳しくは8の(2)に記している）。

(6) 生活習慣病の予防対策

2006年の医療保険制度改正において40歳から74歳までの加入者について保険者による特定健康診査および特定保健指導が義務付けられ、2008年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、実施された。この実施にあたっては、メタボリックシンドローム（メタボ、内臓脂肪症候群）という語がマスコミ等によって広がり流行語にもなった。また、2006年に議員立法により「がん対策基本法」が成立し、それに基づいて「がん対策推進基本計画」が策定されるなど、がん対策の総合的かつ計画的な対策が進められた。

特定健診・特定保健指導の実施により、保険者の役割が非常に大きくなった。それにともない実務を担う保健師や看護師の確保、一般事務職員に対する特定健診等に関する業務の徹底、啓発活動を通じた実施率の向上、個人情報保護に配慮しつつ対象者の検診データやレセプトデータ等を分析しプログラムに組み込んでいく体制整備等が課題となり、新たな保険者機能の強化が求められている。

6. 社会保障・税一体改革による医療保険制度の改革

(1) 社会保障・税一体改革の推移

2009年9月に成立した民主党・社民党・国民新党による連立政権（以下、民主党政権）は、当初はマニフェストに掲げた政策に取り組んだが、1年ほど経って社会保障の財源対策を含めた社会保障改革について検討する方向に転じた。2010年10月に内閣総理大臣を本部長とする

「政府・与党社会保障改革検討本部」を設置し、その下に「社会保障改革に関する有識者検討会」（以下、有識者検討会）、「社会保障・税に関わる実務検討会」を設け、また民主党内に「社会保障と税の抜本改革調査会」を設けた。同年12月に各検討会等から報告書が提出された。

そのなかで、有識者検討会から出された報告書「安心と活力への社会保障ビジョン」³²は、社会保障と税の一体的改革について与野党および国民の合意形成と改革のための理論的基盤を形成するうえで大きな役割を果たした。その報告書は、先の自公政権下における2008年の社会保障国民会議報告書と2009年の安心社会実現会議報告書の延長線上にあるものと位置づけられるものである。有識者検討会報告書は、その流れを受けて党派の主張にとらわれずに社会保障の持続可能性と機能強化を多面的に検討し、社会保障改革の3つの理念と5つの原則を提示し、これからあるべき改革の方向を論じたものである。そこでは、社会保障国民会議の財源試算などの検討も踏まえて、社会保障改革とそれを支える財源確保策として消費税を含む税制改革を論じ、さらに安心社会実現会議の議論を受けて、社会保障と雇用と教育の連携等にも視野を広め、今後の社会保障と税の一体改革の必要性とその方向を示したものとなっている。

これらを受けて、検討本部は具体的な制度改革案と必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と税制改革を一体的にとりまとめ、2010年12月に政府は改革の基本方針として「社会保障改革の推進について」³³を閣議決定した。これをもとに政府・与党は社会保障と税の一体改革に向けて集中検討会議を重ね、改革案の作成とその実現のための工程表を作成して、2011年6月に「社会保障・税一体改革成案」を取りまとめた。その後、民主党内のワーキンググループの検討や社会保障審議会各部会の審議を経て、2012年1月に「社会保障・税一体改革素案」まとめられたが、その過程で幾つかの変更が行われた。医療保険に関しては、「成案」で「受診時定額負担」（高額療養費の見直しのための財源に充てるため、初診・再診時に、例えば100円を徴収するというもの）の導入が記されたが、社会保障審議会医療保険部会や民主党内の議論で、患者だけでなく健康な人も含めて保険料や公費で負担すべき、受診抑制につながる恐れがあるといった理由から強い反対意見が出され、「素案」では削除され、「高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討する必要がある」と修正された。「素案」をもとに法案化を行うこととされたが、与野党協議がなかなか始まらないという状況のなかで、政府は、2012年2月に「素案」に形式的な修正を施したほぼ同内容の「社会保障・税一体改革大綱」（前掲）を閣議決定した。

民主党政府の政策をめぐるのは、野党との対立だけではなく、与党内部でも対立が激しくなるなかで、民主党政府は社会保障・税一体改革について野党への接近を図り、2012年6月に与野党の修正協議を行い、自民党・公明党・民主党の3党間で「社会保障・税一体改革に関する確認書」（前掲）が取り交わされた。続いて、3党共同で国会に「社会保障制度改革推進法」

³² <http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/kentokai/dai5/siryuu.pdf> 参照。

概要は、<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000zjcn-img/2r9852000000zk17.pdf> 参照。

³³ https://www.mof.go.jp/comprehensive_reform/101214.pdf 参照。

(前掲)が提出され、同年8月に成立し施行された。また、同じ日に「社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本改革を行うための消費税の一部を改正する法律(税制抜本改革法)」が成立した。それにより、消費税率の5%から8%へ、さらに10%へと段階的に引き上げられ、その税財源は全て社会保障にあてられることとなった。

2012年11月、推進法に基づき、社会保障制度改革について審議するため、内閣に「社会保障制度改革国民会議」(以下、国民会議)が設置された。同年12月に民主党政権から自民党・公明党の連立政権に変わったが、国民会議は第3回目から自公政権下で引き続いて開催され、2013年8月に国民会議は「社会保障制度改革国民会議報告書—確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋—」(以下、国民会議報告書)³⁴を提出した。

報告書の提出を受けて、2013年8月に「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく『法制上の措置』の骨子について」³⁵が閣議決定された。この骨子に基づき、同年12月、社会保障制度改革の全体像と進め方を明示するものとして「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(社会保障改革プログラム法)」(以下、プログラム法)³⁶が、臨時国会で成立し、公布された。このプログラム法に基づき、2014年2月に内閣総理大臣を本部長とする「社会保障制度改革推進本部」が設置された。その後、プログラム法による社会保障制度改革が進められた。

(2) 社会保障制度改革国民会議報告書における医療保険制度改革の概要

2013年8月に提出された社会保障制度改革国民会議報告書で述べられている医療保険制度改革について、その概要をふれておく。国民会議報告書では「医療・介護分野の改革」として、医療と介護を一緒に取り上げるとともにそれらの供給と需要もまた同時に論じるという点が特徴となっている。ここではそのことの重要性を十分に認識したうえで、解題での構成のうねから「医療保険」という領域に限定してみていくことにするが、国民会議報告書における「医療保険改革」だけではなく、「医療・介護サービスの提供体制改革」の記述にも若干触れるものとなっている。

① 都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移管

- ・ 国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体(保険者)を都道府県に移管する。国保の運営に関する業務について、都道府県と市町村が適切に役割分担を行い、保険料収納や医療費適正化のインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みを目指すべきである。

※この記述は「医療・介護サービスの提供体制改革」にみられる。なお、ここでは併せて、地域の医療提供体制に係る責任を果たせるよう都道府県の役割を検討すること、医療提供体制の整備について医療保険者の意見を聞きながら進めていくことが望ましいこと、国保の都道府県

³⁴ http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo_gaiyou.pdf 参照

³⁵ 同上

³⁶ 同上

移行は次期医療計画の策定前に行うべきであることが述べられている。

②医療保険の財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担における公平の確保

- ・ 国保の都道府県移管は、国保財政の構造問題の解決が図られることが前提条件であり、その財源には後期高齢者支援金に対する負担方法を全面総報酬割にすることによる財源も考慮すべきである。
- ・ 低所得者の多い国保への財政支援の拡充と併せて、国保の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべきである。
- ・ 国保の保険料の賦課限度額、被用者保険の標準報酬月額上限を引き上げるべきである。
- ・ 後期高齢者支援金の負担について 2015 年度から全面総報酬割とするべきである。これによって被用者保険者間の保険料率格差が縮小する。さらにここから生じた財源は、将来世代の負担抑制に充てるのでなければ、社会保障の機能強化策全体の財源として有効に活用すべきである。この財源対応は国保の都道府県移行の実現に不可欠である。
- ・ 協会けんぽの国庫補助率については、高齢者の医療に要する費用負担のあり方も含めて検討すべきである。被用者保険の共同事業の拡大も検討が必要である。
- ・ 所得の高い国保組合に対する定率国庫補助の廃止を検討すべきである。
- ・ 後期高齢者医療制度は、十分に定着しており、現行制度を基本に必要な改革を行うことが妥当である。

②医療給付の重点化・効率化

- ・ 紹介状のない大病院の外来受診について、一定の定額自己負担を求める仕組みの検討を行うべきである。
- ・ 70～74 歳の医療費自己負担については、1 割負担となっている特例措置を法律上の 2 割負担に改めるべきである。その際、既に特例措置の対象となっている者の自己負担割合は変わらないよう段階的に進めるのが適当である。
- ・ 後発医薬品の使用促進に加え、給付の重点化・効率化に努める必要がある。

③短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

※これは主に年金分野の改革において取り上げられているが、厚生年金保険の適用と健康保険の事業者単位で同時適用となるのが一般的なので、ここでも記しておく。

(3) 社会保障制度改革プログラム法における医療保険改革の概要

プログラム法は基本的には社会保障制度改革国民会議報告書における改革案を推進するためのものであるが、その内容は必ずしも一致していない。ただし、医療保険改革に関する事項ではほとんど同一で、その実施にあたって法的改正が必要か否かにより異なっている。プログラム法における主な柱は、以下のとおりである。

① 医療保険制度等の財政基盤の安定化についての事項

- ・ 市町村国保に対する財政支援の拡充

- ・市町村国保の保険者・運営等のあり方の見直し
 - ・協会けんぽの国庫補助についての所要の措置
- ②医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての事項
- ・市町村国保・後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担軽減
 - ・被用者保険等保険者における後期高齢者支援金の全面報酬割への移行
 - ・所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直し
 - ・被用者保険の標準報酬月額等の引上げ等
- ③医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等について
- ・70～74歳の患者負担の特例措置および高額療養費の見直し
 - ・外来・入院に関する給付の見直し

このうち、法改正が必要でない事項（市町村国保・後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担軽減、70～74歳の患者負担の特例措置および高額療養費の見直し等）については、2014年度から順次実施されるとともに、法改正が必要な事項については、2015年度通常国会に法律案を提出することとされた。

7. 東日本大震災に対する医療分野での対応

(1) 災害の発生と厚生労働省の初動対応³⁷

2011年3月11日14時46分、三陸沖を震源とするマグニチュード9.0の大地震が発生し、東北地方を中心に地震、津波による大きな被害が発生した。また、東京電力福島第一原子力発電所が大きな津波被害を受け、放射性物質の環境への放出という大きな事故が発生した。

災害発生直後の14時50分に厚生労働大臣を本部長とする「厚生労働省災害対策本部」を設置した。翌12日に岩手、宮城および福島に厚労省現地連絡本部（後に厚労省現地対策本部に移行）を設置し、職員の派遣、被害状況などの情報収集、自治体や関係団体への連絡、要請などを行った。

初動対応として、以下のことを行った。

① 災害医療の確保（DMATの派遣）

震災直後の15時04分にDMAT（災害派遣医療チーム）への待機指示を出し、チームは被害県からの要請を受けて順次に現地入りした。2日後には193チームとなり、最終的には全ての都道府県からの合計約340チーム、約1,500人が病院支援、患者搬送等の救護活動に従事した。DMATの活動は、現地で継続的な医療を確保するうえで大きな成果をあげた。なお、DMATは22日までに活動を終えて、以降は各団体から派遣された医療チームに受け継がれた。

³⁷ 詳細は、『平成24年版厚生労働白書』第2部特集1 東日本大災害からの復興に関する厚生労働省の取組み（<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12/dl/2-00-1.pdf>）、「厚生労働省での東日本大震災に対する対応について（報告書）」（<http://www.mhlw.go.jp/iken/dl/as-vol8-honbun.pdf>）を参照。

②災害援助法の適用

災害救助法は、被災者の救援救護、医療の提供、避難所の設置、炊き出しや飲料水の提供、仮設住宅の設置など、被災者に対する幅広い支援と費用の国庫補助を定めている。災害救助法の円滑な適用は、初動において重要であることから、厚生労働省は被災3県に対して同法の適用を助言し、最終的に全ての市町村に適用された。また、法の運用については、甚大な被害に対応するため弾力化措置がとられた。

③被災地への情報提供

災害発生直後から厚労省ホームページに専用ページを開設し、震災関連の対応や被災者支援に関する情報を原則として当日中に掲載した。また、ホームページを見ることが難しい環境にある人たちに向けて厚労省関連の情報をまとめた「生活支援ニュース」を発行して避難所に配布した。

④ワンストップサービスの展開

年金事務所、労働局、社会福祉協議会等の職員が共同して、年金の手続き、雇用・労働の相談、福祉や暮らしの相談などをまとめて行うことのできるワンストップサービスを新たに展開した。

(2) 震災に対する個別の対応

①医療・健康の確保

DMA Tにかわる医療対応について、厚労省から関係団体に対して医師の派遣等の協力を要請した。派遣されたのは医師以外に、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士など幅広い職種にわたり、累計3万人近くが被災地において支援活動に従事した。4月22日にあらゆる医療関係の全国団体が一同に会して「被災者健康支援連絡協議会」を立ち上げ、被災者の健康支援や医療従事者の派遣体制の構築が図られた。

また、避難所生活における健康管理や心のケア等の留意事項をまとめて周知を図るとともに、全国からの専門職員の派遣調整を行い、避難所での支援を継続的に行った。また、感染症対策、熱中症対策、害虫対策等についての取組み、飲料水の確保やエアコン設置などの環境整備等について周知を図った。

②医療保険における負担の免除・軽減措置

被災者が被保険者証などを紛失した場合も、氏名、生年月日等を申し出ることにより、医療機関で保険医療を受けることができることとした。また、住宅が全半壊した者、主たる生計維持者が死亡または行方不明な者、避難指示等の対象となっている者等は、被災地以外の市町村に転入した場合を含めて、医療機関に一部負担金等の自己負担を支払わずに受診できることとした。

震災により、従業員に対する支払いに著しい支障が生じている事業所等や、主たる生計維持者の住宅が全半壊した世帯等の保険料について、減免、徴収猶予および納期限の延長を行った。また、一部負担金の自己負担の免除や、保険料の減免を行った保険者への財政措置を行った。

被災者を多く受け入れた医療機関については、医療法上の許可病床数を大幅に超過して患者を受け入れた場合、看護師の配置基準を満たさなくなった場合、入院患者の在院日数が基準を超えることになった場合であっても、入院料の減額措置を行わないこととした。

③医薬品・生活物資の支援

物資の供給網の崩壊やガソリン等の燃料不足が支援活動の大きな障害となるなかで、厚労省は全国の業界団体から協力を得るとともに、警察庁と協力して、輸送車両に対して「緊急通行者確認章」を発給し、保健所や救護所等に搬送された。また、生活物資については、各地の生協を中心に、水・食料・毛布・燃料などが被災地の生協に送られた。

8. 2009 年から 2015 年までの国民健康保険法等改正

国民会議報告書およびプログラム法において医療保険制度改革の中心課題は、医療保険の持続可能性の確保とその機能強化にあり、その最大の眼目が国民健康保険制度の改革であった。以下では、国民健康保険法等の改革の推移とその概要を取り上げ、次いで被用者保険（協会けんぽ、健保組合）の改正等についてみていくこととする。

(1) 「無保険の子」問題とその対応

国保では保険料を滞納すると、保険者から督促状が送付され、さらに滞納が続いた場合には通常の被保険者証に替えて「短期被保険者証」が交付される。短期被保険者証は期限切れごとに国保の窓口で交付され、滞納期間が1年をこえると、被保険者証を返還し「被保険者資格証明書」が交付される。医療機関では資格証明書で受診することができるが、その場合には窓口で医療費を全額支払ったうえで保険者に申請し、自己負担分を除く7割の払い戻しを受けることになる。さらに保険料の滞納が続いた場合には、高額療養費などの保険給付が受けられなくなり、財産差し押さえ等の処分を受けることになる。

厚生労働省は、1990年代後半から国保保険料の滞納が増加していることに対応し、国保保険料の徴収を強化するため、2000年の国保法改正において1年以上保険料を滞納したときに「資格証明書」を交付することを市町村に義務付けた。そのため、そうした世帯では子どもが病気になっても受診が難しいという「事実上の無保険状態」に陥ってしまうケースが多くなり、2008年6月に「無保険の子」としてマスコミ等で取り上げられ、大きな問題となった。そうした状況に対して厚生労働省は、2008年10月に「資格証明書の発行に関する調査」³⁸を行い、その実態を明らかにした。それによると資格証明書が発行された世帯が33万世帯、その世帯に属する中学生以下の子どもが32,800人（18,300世帯）となっていた。

こうした事態に対処するため、与野党協議により2008年12月に国民健康保険法の一部改正³⁹を行い、2009年4月から、保険料を滞納して資格証明書の対象となった世帯であっても、

³⁸ 詳細は、厚生労働省「『資格証明書の発行に関する調査』結果について」(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/10/h1030-2.html>) 参照。

³⁹ ここで解説の内容の詳細は、

中学生以下の子どもについては 6 か月間の短期被保険者証を切れ目なく発行することとした。

(2) 2010 年の国民健康保険法等改正

国民健康保険については、2006 年の医療保険制度改革以降、国保を都道府県化する方向での検討が進められてきた。2010 年にそうした方向での対策として講じられたのが、財政基盤強化のための暫定措置であった。

具体的には、国保への財政支援措置が 2009 年度で期限切れを迎え、保険料の大幅な引き上げが見込まれることから、政府は保険料の引き上げ幅を抑制するための財政支援対策を講じるため、2010 年の通常国会に「国民健康保険法等の一部を改正する法」を提出した。法案は 2010 年 5 月に成立し、同年 7 月から施行された。

2010 年の 国民健康保険法等改正法⁴⁰による内容は、大きく分けて次の 4 つである。

①国保財政基盤強化策の延長

2009 年度までとされていた国保財政基盤強化策が、改正法により 4 年間延長された。これにより毎年度、国と地方をあわせて約 2,500 億円の公費が投入されることとなった。

具体的には、a)高額医療費共同事業（1 件 80 万円の医療費を都道府県内の国保で負担調整、財源は市町村が 1/2、国と都道府県が 1/4 ずつ拠出）の継続、b)保険財政共同安定化事業（1 件 30 万円超の医療費を都道府県内の国保間で負担調整）の継続、c)保険者支援制度（低所得者を多く抱える保険者に対して市町村の一般会計から国保特別会計に繰入れ）の継続である。

また、改正法により、保険財政共同安定化事業について、都道府県が広域化等支援方針を定めることにより、事業の対象となる医療費を 1 件当り 30 万円未満に引き下げることが可能とされた。事業に対する市町村国保からの拠出金の算定についても、被保険者に人数に応じて負担する割合を 50%以上に引き上げることと、その範囲内で市町村国保の所得に応じた負担とすることが可能とされた。

② 広域化等支援方針の導入（2010 年 7 月 1 日施行）

市町村国保の事業運営の広域化および財政の安定化を推進するため、市町村国保の広域化に向けた、以下のような計画策定への支援策が導入された。a)事業運営の広域化（保険者事務、収納対策、保健事業の拡充など）、b)財政運営の広域化（保険財政共同安定化事業の拡充、広域化等支援基金の利用など）、c)共同の目標設定（目標収納率、赤字解消の目標年次、標準的な保険料算定方式、標準的な応益割合など）。

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/131105_2.pdf
および

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/131105_2.pdf
参照。

⁴⁰ 改正法の概要等の詳細は、

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/hoken/iryuu/hoken-h22/index.html 参照。

③資格証明世帯に属する高校生世代の被保険者に対する短期被保険者証の交付（2010年7月1日施行）

2008年12月の国保法一部改正により、資格証明書対象世帯の中学生以下の子どもには短期被保険者証が交付されていたが、その後の調査で無保険状態の高校生が1万人余りいることが明らかになった。そのため2010年4月からこの対象を高校生世代（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者）まで拡大することとされた。

④国保組合に対する国庫補助の見直し（2010年7月1日施行）

被用者保険の保険者が負担する後期高齢者支援金の3分の1に総報酬割制が導入されたことにともない、国保組合の組合特定被保険者に係る後期高齢者支援金行われ3分の1に対する国庫補助割合について組合の財力等に応じたものとする事とされた。

⑤非自発的失業者に対する保険料軽減

2010年4月から地方税法および国保施行令が改正され、市町村国保において、雇用保険の特定受給資格者（倒産・解雇による離職者）および雇用保険の特定理由離職者（雇止め等による離職者）である被保険者については、離職時から翌年度末までの間、前年の給与所得を3割とみなして保険料（税）を算定することとされた。

（3）2012年の国民健康保険法改正

2011年2月に厚労省と地方団体で構成する「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」（国保基盤強化協議会）が設けられ、市町村国保の抱える構造的な問題の検討が進められた。2012年1月、国保基盤強化協議会では、市町村国保の財政基盤の強化と財政運営の都道府県単位化の推進を柱として対応を図ることで合意がなされた。

そのうち法改正が必要な事項については、2010年国民健康保険改正に続いて、2012年年1月に通常国会に国保法改正法案が提出され、同年4月に成立した。2012年の国民健康保険法改正⁴¹の主な内容は、以下のとおりである。

①財政基盤強化策の恒久化

暫定措置として実施されている市町村国保の財政基盤強化策（高額医療費共同事業、保険財政共同安定化事業、保険者支援制度）を恒久化する。

③ 財政運営の都道府県単位化の推進

保険財政共同安定化事業（レセプト1件30万円超の医療費を合算し、その半分を各市町村国保の被保険者数に応じて、残りの半分を各市町村国保の医療費の実績に応じて、都道府県内の全市町村の拠出により共同で負担する事業）について、その対象を全ての医療費に拡大し、財政運営の都道府県単位化をいっそう推進することとした。それにより、共同安定化

⁴¹ 詳細は、

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/iryuuhoken-h24/index.html 参照。

事業の規模が、全ての医療費の 4 割から 2.5 倍に拡大することになった。この事業は 2015 年度から実施することとされた。

④ 都道府県調整交付金の引上げ

都道府県による財政調整機能を強化するため、都道府県調整交付金を給付費等の 7%から 9%に引き上げることとした。これにともない、定率国庫負担率が給付金等の 34%から 32%に引き下げられた。この対策は 2012 年度から実施された。

(3) 法改正によらない対応策（消費税増税分による国保の財政基盤強化）

市町村国保の構造的な問題への対応のうち、新たな財源を必要としないものについては、2010 年および 2012 年の国保法改正によって措置されたが、国保への追加的な公費投入による市町村国保の財政基盤の強化については、社会保障・税一体改革において、税制改革による消費税増税分を充てて行うこととされていた。

その具体的な対応策として、①市町村国保および後期高齢者医療における低所得者保険料軽減の拡大、②市町村国保における保険者支援制度の拡大（保険料軽減対象者の数に応じた保険者への財政支援）があげられていた。

①については、これまで国民健康保険および後期高齢者医療の低所得者に対して、保険料（応益分）の 2 割・5 割・7 割を軽減する対策を講じてきたが、2014 年度から 2 割軽減と 5 割軽減の対象者を拡大することとした。2014 年度の対象者数と所要額（公費）は、国保で 400 万人、約 490 億円、後期高齢者で 110 万人、約 130 億円とされている。②については、消費税の増収が段階的となることから、当面は実施が見送られた。

(4) 2015 年の国民健康保険法改正

2013 年のプログラム法で示された国保の保険者・運営等の見直しにあたって、厚生労働省において 2014 年 1 月から「国民健康保険の基盤強化に関する国と地方の協議」（国保基盤強化協議会）が再開された。そこでの主な協議事項は、①国保の財政上の構造問題の分析とその解決に向けた方策、②国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担、③その他、地方団体からの提案事項、となっていた。

国保基盤強化協議会は、2014 年 8 月に国保見直しの方向性や引き続き検討を要する事項などを整理した「国民健康保険の見直しについて（中間整理）」⁴²（以下、中間整理）を取りまとめた。この「中間整理」において「国保の財政上の構造問題解決に向けた方向性」および「国保の運営における都道府県と市町村の役割分担」として示された具体的な対応策の整理が、2015 年の国保法改正のベースとなった。

それと並行して、社会保障審議会社会保険部会で医療保険制度改革についての議論が行われ

⁴² <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/sa.pdf> 参照。

た。それらの議論をふまえて 2015 年 1 月の医療保険部会において「医療保険制度改革骨子(案)」が検討され、社会保障制度改革推進本部において同骨子が決定された。

この骨子における国民健康保険の見直しについては、地方団体の意見を伺いながら進める必要があることから、国保基盤強化協議会が開催され、制度改革の具体的なあり方について議論が行われた。2015 年 2 月に、国保の財政基盤強化と国保財政の都道府県移行を主な内容とする国民健康保険制度の見直しについての意見が取りまとめられた。

以上の議論を踏まえ、2015 年 3 月に「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案」が閣議決定され、通常国会に提出された。法案は同年 4 月に成立、公布された。改正法は 2018 年度にかけて段階的に施行されることになっている。

2015 年の国民健康保険法改正⁴³の主な内容は、以下のとおりである。

①公費拡充等による国保の財政基盤の強化

- ・ 保険者支援制度の拡充（社会保障・税一体改革における低所得者対策のうち、未実施となっていたもの）。2015 年度から約 1,700 億円を投入する。保険者支援制度の拡充に係る公費投入に必要な税財源については、後期高齢者支援金への全面総報酬割を導入した場合に生じる国費を活用する。
- ・ 国保への追加的財政支援として、2018 年度からさらに毎年度 1,700 億円（保険者支援制度の拡充と合わせて約 3,400 億円）を投入する。この支援金の主な使途は、保険者の責によらない要因による医療費の増加等への対応（例えば、精神疾患に係る医療費負担への財政支援、子どもの被保険者数の多い自治体への支援、非自発的失業者に係る保険料軽減への支援等、財政調整機能の強化（財政調整交付金の実質的増額）の 5 つである。
- ・ 保険者努力支援制度の創設（保険料の収納対策の強化・支援や事業運営の改善の推進など医療費適正化に向けた取組み等を行う自治体に対して財政支援を行う）。
- ・ 財政安定基金の創設（後述）。2015 年度は 200 億円を基金の造成に充てた後、段階的に増額し、2018 年度から 1,700 億円とする。
- ・ 著しく高額な医療費に関する医療費共同事業への財政支出の拡充。

②国保の運営のあり方の見直し

- ・ 2018 年度から、都道府県が国保財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営の中心的な役割を果たすものとする。
- ・ 市町村は、被保険者の資格管理、保険料の徴収、保健事業等を適切に実施するものとする。
- ・ 都道府県は、国保の安定的な財政運営並びに市町村の国保事業の広域のおよび効率的な運営の推進を図るため、統一的な運営方針として都道府県国保運営方針を定めることとする。その基本方針における必須記載事項、国保の医療に要する費用および財政の見通し、市町村における保険料の標準的な算定方法に関する事項等とし、任意記載事項は、医療費適正化の取組み、市町村の国保事業の運営の広域化および効率化に関する事項等とする。

⁴³ 詳細は、<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000087166.html> 参照。

- ・ 国保財政の仕組みとして、都道府県に設置される国保特別会計において、都道府県単位の国保事業に関する一義的な収入・支出を行うとともに、市町村に設置される国保特別会計において、保険料率の徴収および保険給付といった市町村の国保事務に関する収入・支出を行うこととする。
- ・ 都道府県は、保険料で賄う必要がある額について、市町村が保険料として徴収すべき額として国民健康保険事業納付金（以下、国保納付金）を徴収することとする。市町村ごとの国保納付金の額は、保険料収納必要額（医療給付費から公費等による収入額を差し引いたもの）を各市町村の医療費水準と所得水準等で按分し、決定することとする。
- ・ 市町村は、国保納付金を賄うため、世帯主に対して保険料を賦課し、これを徴収し、都道府県に国保納付金を納付することとする。市町村が保険料の徴収を行うことから、保険料に対する公費支援（保険料軽減・保険者支援事業）は市町村に対して行うこととする。
- ・ 都道府県においては、市町村が行う保険給付に要する費用について、国民健康保険保険給付費等交付金（以下、国保交付金）を交付するとともに、後期高齢者支援金、介護納付金等その他制度への納付金の納付を行う。市町村は国保交付金をもとに保険給付を行う。
- ・ 財政の安定のため、給付増や保険料収納不足により財源不足となった場合に備え、一般財源からの財政補てん等を行う必要がないよう、都道府県に財政安定基金を設置し、都道府県および市町村に対して貸付・交付を行うことができることとする。
- ・ 都道府県は、市町村の標準的な住民負担の見える化や、将来的な保険料負担の平準化を進める観点から、市町村ごとの保険料率の標準的な水準を示す数値として市町村標準保険料率を、都道府県内の全ての市町村の保険料率の水準を示す数値として都道府県標準保険料率を、それぞれ算定し、市町村に通知する。市町村はそれらを参考にそれぞれの保険料算定方式や予定収納率に基づき、保険料率を定めることとする。
- ・ 被保険者に対する保険給付は市町村が行い、都道府県は市町村の保険給付に要する費用
- ・ その他の国保事業に要する費用について、市町村に国保交付金を交付する。これに関して、都道府県は市町村が行った保険給付について点検を行うことができる。違法または不当に保険給付が行われたおそれがあると判断したものについては、理由を付して、市町村や審査支払機関に対して再度の審査を求めることなどができる。また、保険給付を行った後、医療機関等による大規模な不正請求等が発覚した場合には、都道府県は市町村に代わり、不正請求等に係る費用の返還を求めること等の取組みを行うことができることとする。
- ・ 保健事業については、住民に身近な市町村が担うこととする。
- ・ 国保事業の運営に関する事項を審議するため、都道府県および市町村に国保事業の運営に関する協議会を設置する。

9. 2009年から2015年までの被用者保険の改正

(1) 協会けんぽに対する財政措置

全国健康保険協会（協会けんぽ）は、2008年10月に政府管掌健康保険を国から引き離し、

民間法人として発足した。加入者数は約 3,500 万人、事業所数は約 160 万事業所である。このうち 4 人以下の事業所が 6 割、9 人以下の事業所が約 8 割を占め、中小零細の事業所が大部分を占めており、大企業を主とする健康保険組合と異なる特徴となっている。創設時の平均保険料率は 8.2%、平均標準報酬月額は約 28 万円であった。

協会けんぽの発足時からの状況を全国健康保険協会『事業年報』各年度版から概観すると、以下のようになっている。

①創設時の赤字拡大と特例措置による対応

設立時期がリーマンショックによる世界的不況と重なり、2009 年度に保険料収入の激減により、900 億円の単年度収支赤字を生じ、積立金を取り崩してもなお 2,300 億円の累積債務が発生した。

そのため厚労省は、2010 年に成立した 健康保険法の一部改正⁴⁴において、2010 年度から 2012 年度までの 3 年間で、次のような特例措置が講じられた。

- ・ 国庫補助率を 13.0%から 16.4%（本則）に引き上げる
- ・ 後期高齢者支援金の 3 分の 1 に総報酬割を導入する
- ・ 2009 年度末の累積債務を 3 年間に解消するという単年度収支均衡原則を緩和する

なお、この後期高齢者支援金の 3 分の 1 に総報酬割を導入することにより、協会けんぽの拠出金負担が減少する部分は、健康保険組合および共済組合が負担する形になっており、健保組合や共済組合から反対があった。

しかし、こうした特例措置にもかかわらず、医療費支出と保険料収入の格差が拡大し続けたことから、協会けんぽの平均保険料率は、2010 年度に 9.34%、2011 年度に 9.5%、2012 年度には 10.0%に引き上げられた。

こうした状況を踏まえて、2013 年 健康保険法等一部改正⁴⁵では、協会けんぽに対する 3 年間の財政支援措置（国庫補助率の 16.4%への引上げ、後期高齢者支援金の 3 分の 1 に総報酬割を導入）を 2 年間延長することとした。また、この健保法改正法の附則第 2 条において、「協会けんぽの財政状況、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討状況、国の財政状況その他の社会経済情勢の変化等を勘案し、平成 26 年度までの間に検討を行い、必要があると認めるときは、所要の措置を講じるものとする」とされた。

（2）健康保険組合

⁴⁴ 脚注 40 の「国民健康保険法等改正」の中に含まれている。

⁴⁵ 詳細は、

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/hoken/iryuu/hoken-h25/index.html 参照。

健康保険組合の2009年度の状況をみると⁴⁶、組合数が1,485組合、被保険者数が1,599万人、被扶養者数が1,414万人となっている。平均保険料率（調整保険料率を含む）は7.412%で、平均標準報酬月額が366,623円、平均賞与額は1,022,145円である。

経常収支差は6,152億円の赤字となっており、組合の約9割が赤字計上となっている。こうした財政状況については、2008年の後期高齢者医療制度の創設にともなう後期高齢者支援金の負担、前期高齢者の医療費に係る保険者間財政調整による前期高齢者納付金の負担があげられている。

2015年度の状況をみると、組合数が1,404組合、被保険者数が1,573万人、被扶養者数が1,347万人といずれも減少している。平均保険料率は9.021%と高くなり、協会けんぽの10%を越す組合が285組合となっている。平均標準報酬月額は368,491円、平均賞与額は1,069,449円と高くなっている。経常収支差は1,429億円の赤字で、組合の7割弱が赤字を計上している。

（3）2013年の健康保険法の一部改正

先に、協会けんぽの財政措置に関連して、2013年の健康保険法一部改正法について述べたが、それ以外にもこの改正法では幾つかの改正を行った。その主なものは、次のとおりである⁴⁷。

①健康保険と労災保険の適用関係の調整（健康保険法第1条の改正）

改正前の健康保険法では、労働者の業務災害については、使用者が補償責任を負うことから、業務上の負傷等は労災保険から給付が行われる一方、業務外の負傷等は健康保険から給付が行われることになっていた。その際、健康保険法では、「業務」とは、「人が職業その他社会生活の地位に基づいて、継続して行う事務または事業の総称」と解釈していた。このため、労働者が使用者と雇用関係がなく労災保険から給付がなされない場合にでも、健康保険においては「業務上」と判断され、労災保険、健康保険いずれの給付も受けられないという事態が存在していた。具体的には、副業として行う請負業務、インターンシップ、シルバー人材センター業務等があげられる。

こうした事態に対処するため、2012年11月に健康保険法等一部改正法案を国会に提出し、2013年5月に成立、公布され、同年10月から施行された。この改正で、健康保険法第1条「この法律は、労働者の業務外の事由による疾病、負傷、若しくは死亡又は出産及びその被扶養者の疾病、負傷、若しくは死亡又は出産に関して保険給付を行い、もって国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする。」という規定が、「この法律は、労働者又はその被扶養者の業務災害（労災保険法第7条第1項第1号する業務災害をいう。）以外の疾病、負傷、若しくは死亡又は出産に関して保険給付を行い、もって国民の生活の安定と福祉

⁴⁶ 健康保険組合連合会編『図表でみる医療保険』各年版、ぎょうせい、を参照。

⁴⁷ 詳細は脚注45参照。

の向上に寄与することを目的とする。」に改められた。

それにより、健康保険における業務上・外の区分を廃止し、労災保険の給付が受けられない場合には、健康保険の対象とする。さらに、改正前には、役員の業務上の負傷について、業務外を要件とする健康保険の給付対象とならない一方、原則として労働基準法上の労働者には該当しないため、労災保険に基づく給付は行われなかったことになっていた。ただし、2003年7月の通知により、被保険者が5人未満である小規模な適用事業所に所属する法人の代表者等であって、業務が一般の従業員と著しく異なる者については、その業務遂行の過程において業務に起因して生じた負傷に関して、例外的に健康保険による給付の対象としていた。2013年健保法改正法では、この通知の方針を継続することし、そのことを法律に明記（第53条の2を新設）することとした。この規定は改正法施行日から適用された。

②紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の導入

2016年4月から、紹介状なしで大病院を外来受診した場合、定額負担を求めることとなった。フリーアクセスの基本は守りつつ、医療機関の適切な役割分担を図り、大病院における医療資源を効率的に活用するとともに、大病院の勤務医の負担軽減を図る狙いがある。また他方では、かかりつけ医の機能強化が求められるものとなっている。

現行制度でも、紹介状のない患者が200床以上の病院を受診した場合に、病院は「選定療養」として、初再診時に一定の自己負担を求めることができる。ただし、初診時に自己負担を求める病院は約45%、再診時には約4%にとどまっており、今後拡大していくことが見込まれている。定額負担を求める病院の範囲や、具体的な負担金額については、中央社会保険医療協議会で検討されることになっている。

② 被用者保険の後期高齢者支援金における全面総報酬割の適用

後期高齢者支援金について、応能負担原則に基づき、2015年度から2分の1総報酬割、2016年度から3分の2総報酬割、2017年度から全面総報酬割とすることとなった。その使途が協会けんぽへの補助金に向けられることになっているが、その額に相当する協会けんぽへの国庫補助が削減され、その分が国民健康保険に向けられることに対して、被用者保険側の強い反対がみられた。

④入院時食事療養費の見直し

国民会議報告書では入院と在宅療養の負担の公平を図る観点から見直しを求めている。今回の見直しでは、食材料費相当分に加え、調理に係る費用を自己負担することとなっている。具体的には、現行1食260円を2016年度に360円、2018年度に460円に引き上げるものとなっている。低所得者、難病者および小児特定疾病患者は、負担額が据え置かれる。

⑤保健事業の推進

これまで保険者が医療費適正化に向けた取組みの1つとして、生活習慣病等に関する健康診査・健康指導の強化が図られてきた。それらの活動をさらに強化するため、レセプトや健診データ等を活用した保健事業として「データヘルス計画」の策定し、推進していくこととされた。

(4) 短時間労働者への適用拡大

2012年に成立した「公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律」により、2016年度から、短期労働者への被用者保険（厚生年金保険、健康保険、共済組合）の適用拡大が行われる。現行では、週30時間以上働く労働者は原則として被用者保険の適用となるが、適用拡大により、次のような要件を満たす者については、新たに被用者保険の適用を受けることとなった。その要件は、労働時間が週20時間以上、月額8.8万円以上（年収106万円以上）、勤務期間1年以上の見込み、学生は適用除外、従業員501人以上の企業、となっている。この適用拡大の対象は約25万人と推定されている。

(土田武史)

4 診療報酬・薬価

1. 診療報酬

(1)2000年直前の状況

日本の診療報酬体系については、かねてから経済基調の変化、高齢化の進展、疾病構造の変化、医療の高度化、介護保険の導入等に対応して、抜本的な改革が求められていた。1997年に与党医療保険制度改革協議会（与党協）が「医療制度改革の基本方針」を提示したのを契機に、医療保険制度全体の抜本改革が課題となり、厚生省や与党協から改革案が出され、医療制度の抜本改革論議が本格化した。その論議のなかで、抜本改革の課題は、①診療報酬体系の改革、②薬価制度の見直し、③高齢者医療制度の見直し、④医療提供体制見直しの4つの柱に集約されていった。

抜本改革の検討は、2000年度の実施を目的に、医療保険福祉審議会の制度企画部会において行われた。診療報酬体系の見直しについては、専門家や関係者で構成する作業チームに委ねられ、1999年1月に作業チームから医療保険福祉審議会制度企画部会に対して報告書が提出された。これを受けて、制度企画部会は検討を進め、同年4月「診療報酬体系のあり方について」¹と題する報告書をまとめ公表するとともに、具体的な検討を2000年度の診療報酬改定の論議を進めている中央社会保険医療協議会（中医協）に委ねた。

中医協はこれを受けて検討を行い、1999年12月初めに「診療報酬体系（医科・歯科・調剤）のあり方に関する審議の中間報告」をとりまとめた。しかし、2000年度の診療報酬については、支払側と診療側が改定率をめぐる激しく対立して合意に至らず、1999年12月の2000年度予算編成において、診療報酬本体を1.9%（医科2.0%、歯科2.5%、調剤0.8%）引き上げ、薬価を1.7%引き下げて、実質0.2%の診療報酬引上げるということで当面の政治決着が図られた。

続いて2000年1月末に、厚生省は中医協に「医療制度抜本改革の進め方について」²を提示し、診療報酬体系については制度企画部会の報告をベースに段階的に改革を進めていくとしたうえで、2000年度の診療報酬改定をその第一歩と位置付けた。中医協では診療報酬体系を医療機関の機能分担と連携、医療技術の適正な評価、包括払いと出来高払いの最善の組合せという観点から見直すこととし、具体的な改革内容に関する審議を行った。その審議においても支払側と診療側が激しく対立し、審議は難航したが、2000年3月に支払側の3委員が欠席するというなかで諮問案に対する同意答申を行った。

2000年度の診療報酬改定は、診療報酬体系の抜本改革の第一歩としての意味を持つことが求められるとともに、新設された介護保険制度の施行を踏まえた内容でなければならなかったという点で、これまでの診療報酬改定とは異なっており、先行きが不透明ながらも改革の新た

¹ 国立社会保障・人口問題研究所『日本社会保障資料IV（1980－2000）』2005年、所収

² http://www1.mhlw.go.jp/topics/iryu-ho/tp0313-1_j_19.html 参照。

な方向を示したものといえる。

主な改定内容として、医療機関の機能分担と連携の観点から、大病院紹介外来の推進、かかりつけ歯科医機能・かかりつけ薬局機能の評価、急性期特定病院、小児医療等の評価など、医療技術の適正評価の観点から、薬剤関連技術料の適正評価、手術料の見直し、新規医療技術の保険導入など、出来高・包括の組合せの観点から、入院基本料の新設、療養型病床群の評価の見直しなどが行われた。このほか、医療の質と効率の向上の観点から、検査料、画像診断料等を包括した短期滞在手術基本料の新設、調剤における多剤投与に対する技術料の低減措置の拡大などが行われた³。

(2)2002 年度の診療報酬改定

1)改定の経緯

中医協は、2001 年 4 月から診療報酬体系の見直しについて審議を進めた。一方、中医協以外の場でも、2002 年度の診療報酬改定に向けて活発な論議が展開された。とくに 2001 年 6 月に経済財政諮問会議が出した「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針 2001」(いわゆる「骨太の方針 2001」)⁴において、「診療報酬・薬価改定にあたっては、近年の賃金・物価の動向や経済財政とのバランス等を踏まえて行う必要がある」として、マイナス改定を示唆した提言は大きな注目を集めた。続いて、総合規制改革会議が同年 7 月の「中間とりまとめ」で、医療改革の方向と手順を提示し、そのなかで診療報酬について診断群別定額支払方式の拡大、混合診療の拡大などを求めた。こうした提言を受けるなかで、厚生労働省は 2001 年 9 月に「医療制度改革試案」を公表して改革の方向を示し、それをもとに 11 月末に政府・与党の社会保障改革協議会が「医療制度改革大綱」⁵を定めた。これによって改革の方向が固められた。

こうした動きのなかで、中医協では、2001 年 12 月の政府予算編成に向けて、診療報酬改定率の審議が展開された。先の「医療制度改革大綱」では、小泉純一郎首相のそうマイナス改定の意向を受け、「引下げの方向で検討し、措置する」との方針を明示しているなかで、支払側と診療側との間で激しい論議が交わされた。支払側が賃金・物価の下落傾向や失業率の上昇などの経済情勢を背景にマイナス改定を求めたのに対して、医療側は経済情勢に配慮して通常の見直し要求は行わないとの立場をとりつつも、医療の質の低下を危惧する観点からマイナス改定に反対した。支払側と診療側の主張には大きな差異があったが、双方の歩み寄りにより、中医協は 2001 年 12 月 14 日に「審議報告」をとりまとめた。そこでは、中医協がこれまでの審議を通じてとりまとめた診療報酬体系の改革の方向性を踏まえて、高齢者等の長期入院に係る診療報酬体系の見直し、医療機関別の包括評価の導入などを行うこととされた。しかし、次期改

³ 2000 年度診療報酬改定の主な内容については、前掲『日本社会保障資料Ⅳ（1980－2000）』2005 年、を参照。

⁴ 吉原健二・和田勝（2008）『日本医療保険制度史・増補改訂版』（東洋経済）818 頁参照。

⁵ <http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2001/1129syakai.html> 参照。

定率については合意が得られず、「改革の痛みを公平に分ち合うという観点から相応の見直しを行うべき」とされた。

この「審議報告」を受けて、2001年12月18日の塩川正十郎財務大臣と坂口力厚生労働大臣との予算編成事前折衝により、診療報酬改定率については、診療報酬本体を1.3%（医科、歯科、調剤とも同率）、薬価を1.3%、医療材料価格を0.1%それぞれ引き下げ、診療報酬本体として2.7%のマイナス改定が行われることとなった。診療報酬本体の引下げは、史上初めてのことである。

2) 主な改定の概要

2002年1月以降、中医協ではマイナス2.7%の改定幅の中で診療報酬の点数配分をめぐって論議が行われた。「医療機関の機能分担と連携」、「医療技術の適正評価」、「出来高払いと包括払いの最善行われ組合せ」という観点から、診療報酬の評価の見直しが行われた。

2002年度診療報酬改定の概要⁶は、以下の通りである。

- ・ 質の高い急性期入院医療の評価（救急医療に関する診療体制や診療内容に応じた評価の見直し、急性期入院加算要件の見直しなど）
- ・ 患者の状態に応じた慢性期入院医療の評価（医療と介護の機能の明確化、長期療養に適した医療の確保の観点から、初期加算と長期減算の廃止、看護配置の標準化等）
- ・ 長期入院に係る保険給付の範囲の見直し（入院医療の必要度が低い、いわゆる社会的入院の患者について、入院基本料等の基本点数の85%を特定療養費として支給する）
- ・ 再診料・外来診療料の見直し（外来の機能分担、過度の受診抑制のため、月内通減制による評価を導入）
- ・ 手術に係る施設基準の見直し（医療の質の向上および効率的な医療提供を実現する観点から、年間症例数、医師の経験年数など一定の施設基準を設ける手術項目を従来の18項目から110項目に拡大し、基準を満たさない施設には手術料を70%に減額する）
- ・ 医師不足の深刻な小児医療の見直し（入院時の報酬引上げ、夜間・休日診療を評価する報酬の新設など）
- ・ リハビリテーションの体系的見直し（個別療法と集団別による評価の体系化、早期リハに係る加算の充実、病棟等における早期歩行やADLの自立等に係るリハの評価の新設）
- ・ 特定療養費制度における選定療養の見直し（患者ニーズの多様化等に対応する観点から、予約診療における時間制限の緩和、200床以上の病院での再診・医療用具の治験・薬事法承認後保険収など載前の医薬品投与を特定療養費の対象とする）
- ・ 特定機能病院における包括評価の導入（2002年4月より、特定機能病院において急性期入院医療について診断群分類を活用した包括評価を実施。詳しくは後述）
- ・ かかりつけ歯科医機能と病院歯科機能の算定要件の見直し（かかりつけ歯科医機能を評

⁶ <http://www.mhlw.go.jp/topics/2002/02/tp0222-1a.html> 参照。

価した加算、病院での共同管理の評価の新設など)

- ・ 齶蝕や歯周疾患の治療技術の評価

3)D P Cの概要

急性期入院医療について特定機能病院で開始された診断群分類別包括評価 (Diagnosis Procedure Combination, D P C) の導入は、病院療費体系の抜本的な改革をなす画期的なものであった。診断群分類を国際疾病分類 (ICD10) にしたがって 2,553 分類し、そのうちの 1,860 分類を包括評価の対象とした。在院日数に応じて 3 段階の逓減性を設け、診断群ごとの入院日数の 25 パーセントタイル値までは、当該診断群分類の平均点数の 15% 増とし、平均在院日数を超えた日からは平均在院日数まで支払っている額の 85% で算出するとした。診断群分類の対象となる患者の診療報酬点数は、包括評価による点数とこれに含まれない出来高評価による点数を合計した額であり、このうち包括評価部分は、診断群分類ごとの 1 日当り点数に医療機関別係数をかけて算出する。出来高評価部分は、指導管理料、手術、麻酔、放射線治療、リハビリテーション、内視鏡検査等のドクターフィー的な部分で、それ以外のホスピタルフィー的な部分を対象とする包括評価部分と、それぞれ総点数の約半分ずつが該当するものとされた。そのうえで各病院に前年度の当該診断群の入院医療費を保証する係数を適用するものとされた。

D P C は、特定機能病院から一般病院へと拡大していくことが次の課題とされたが、その際、先に 1998 年 11 月から国立病院等の 10 病院で開始された「急性期入院医療の定額払い方式の試行」(日本型 DRG) の意味が問い直される形となった。この「試行」は、アメリカをはじめとする諸外国で採用されている D P C / P P S (診断群分類別定額払い方式) を参考にしたもので、定額払い方式が保険医療機関のビヘイビアに及ぼす影響などを把握しようとする試みである。一部に出来高払いを残しつつも、入院から退院までを包括して診断群分類ごとに定額払いとするものであるが、D P C / P P S は診断群分類に対応した医療の標準化がなされていることが前提となっており、医療が標準化していない日本にはなじまないとする意見も少なくなかった。それに対して D P C は、82 の特定機能病院を対象にして、医療機関ごとの日額定額を設定して前年度の入院医療費を保証しつつ、在院日数短縮のインセンティブと各診断群の医療の標準化に向けたデータ収集を仕組んでおり、一般病院においてもその導入に向けて大きな関心が寄せられた。先の「試行」をめぐって出された意見や批判が、D P C という日本の医療制度をベースにした診断群分類に基づく評価方式を生み出したともいえる。そうした点からみると、今後、一般病院が D P C 導入の要件とされるデータ提供機能を高め、病院機能の分化や医療の標準化が図られていくのかどうか注目される。

(3)2004 年度の診療報酬改定

1)2002 年 9 月の手術に係る施設基準の厳格化の緩和

2002 年度診療報酬改定で行われた改定内容のなかで、手術に係る施設基準の見直しは、今後

の改革の方向にも関連して注目を集めた。病院医療費については、かねてからアメリカ等で一般化しているドクターフィーとホスピタルフィーを「技術料」と「施設管理料」に区分し、それに「薬剤・医療材料」を加えた3つの評価に関して議論されてきた。そのなかで技術料については難易度や技術力の評価のあり方が議論されてきたが、今回の改定では、技術評価として、年間症例数、担当医師の経験年数などを勘案した点が特徴となっていた。すなわち「医療の質の向上及び効率的な医療提供の観点から、一定の施設基準（年間症例数、担当医師の経験年数等）を設定する手術の範囲を拡大」することを狙いとしていた。具体的には、施設基準を適用する手術項目を従来の18項目から110項目に大幅に拡大し、その基準を満たさない医療機関には、それぞれの既定点数から30%を削減した報酬とするというものであった。

しかし、この改定については、実施前から医療関連団体、研究者等から問題提起や批判が行われていた。そこでは、確かに心臓手術を年間に5件しか行わない病院と100件行う病院では後者の方が優れているといえるし、減算措置は医療施設の機能分化を促進するうえで評価できる面もあるが、対象となった110種類の手術の選定や減算方法に関するエビデンスが示されていないこと、手術の施設基準を満たす医療機関が地域的に偏在していること、治療成績に影響する諸要因を分析するデータベースの蓄積が少ないことなどが指摘された。2002年4月に改定が施行されて間もなく、医療現場から患者数の少ない地域の医療機関では症例数が少ないため減額の対象になってしまうことなどへの不満の声が大きくなり、診療側はその改善を強く求めた。

中医協はそうした状況について検討を行い、2002年10月から、施設基準の対象となる手術のグループ数を減らすことにより年間症例数の要件を緩和すること、症例数の要件の60%を満たしており専門医が手術を行った場合には減額は行わないことなど大幅な見直しを行った。診療報酬体系の抜本改革というスローガンに応えるための方策が、診療報酬のマイナス改定という枠内で行うことを求められたことにより、エビデンスの不明確な評価の導入につながったものといえよう。

2)2003年3月の医療制度改革に係る「基本方針」の閣議決定と2002年度診療報酬改定の見直し

2003年3月に「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」⁷の閣議決定が行われ、これを契機に医療制度改革に向けての議論が本格化した。中医協においても診療報酬体系の改革および次期診療報酬の改定の議論において、この「基本方針」がベースとなった。2003年4月、中医協では、入院医療（急性期医療、慢性期医療、亜急性期医療の評価、回復期リハ等医療機関のコストの調査・分析）、外来医療（大病院の外来診療報酬のあり方、再診料の見直し、外来基本料）、医療技術の評価、特定療養費制度（高度先進医療、混合診療）、医薬分業、IT化など「今後の検討課題および検討の方向性」を了承し、議論を進めることになった。

⁷ <http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/03/tp0327-2a.html> 参照。

それらの本格的な議論に入る前に、早期に結論を出すべき課題として、診療側は 2002 年度診療報酬改定の実施により医療現場で混乱が起きているとして再診料の逓減制の見直しを求め、支払側は D P C の評価と D P C 対象医療機関の拡大を求めた。中医協はそれらを優先的に議論することとし、検討を行った。

再診料の月内逓減制については、患者にとってわかりにくく医療現場でも混乱が生じているのに加えて、逓減による医療費抑制効果も不明であった。そうした実情を踏まえて、中医協は 2003 年 5 月に再診料の逓減制を廃止することを決定した。また、D P C 対象医療機関については、一定の国立・公立病院、民間病院等に拡大することとされた。また、中医協の専門組織として、診療報酬体系の見直しに係る技術的課題に関して調査・研究を行う「診療報酬調査専門組織」(D P C 評価分科会、医療機関のコスト評価分科会、医療技術評価分科会)が設置されることとなった。

3)改定の経緯

中医協は 2002 年度改定に係る問題に対処した後、2004 年度改定に向けて本格的な審議を進め、2003 年 10 月に、医療技術の適正な評価、医療機関のコストの適正な反映、患者の視点の重視などの項目ごとに、これまでの審議を整理した中間報告として「診療報酬体系の見直しに係る審議の概要」をまとめた。この後、改定内容の具体的検討に進むなかで支払側と診療側の論戦が本格化していった。

それとともに、各関係団体から改定率の要望や意見が出されるなど、次期改定の改定率をめぐる動きも活発になった。12 月に入って、支払側が前回並みのマイナス 2.7% を求めたのに対して、診療側は医療の質の確保等から 1 兆 2,500 億円の増額(プラス 4.1%) を求めた。その最中にマスコミが官邸・財務省の意向はマイナス改定と報じたことから、中医協では診療側から強い批判が行われ、事実関係の確認が要請された。これに応じて坂口厚生労働大臣は 12 月 12 日に中医協総会に出席し、改定幅については「中医協の決定に従う」との姿勢を明確に示し、「そのためにも中医協でぜひまとめてほしい」と要望した。

それを受けて中医協はデッドラインとされた 12 月 18 日までの決着をめざして、支払側と診療側との間で激しい論戦が続き、12 月 17 日から 18 日未明にかけて公益委員の調整が行われたが、物別れに終わった。その後も調整が続き、支払側がマイナス 0.5%、診療側がプラス 0.5% まで歩み寄ったものの、公益側の±0% という提案を挟んで膠着状態となった。18 日夜になって時間切れが迫り、改定見送りの事態が見え始めたときに、支払側と診療側から相次いで±0% への同意が表明された。坂口厚労大臣の発言、中医協の責任といったことが、政治決着を回避し、中医協での合意をもたらしたものだといえよう。

これにより中医協は、医科・歯科・調剤の診療報酬本体が 0%、薬価・医療材料がマイナス 1% (医療費ベース) という改定率を決定した。その後、中医協改革(後述)により診療報酬改定率の決定は内閣が行うことになったため、この改定が、中医協が主体となって改定率を決定した最後の診療報酬改定となった。政府は 2004 年度政府予算編成にあたり、医療費関係予算

の概算に中医協決定どおりの改定率を盛り込んだ。

中医協は 2004 年 1 月以降、診療報酬改定の具体的な改定項目の内容と点数配分をめぐる議論に入り、それらの改定を決定した。

4)改定の概要

2004 年度診療報酬改定の概要⁸⁾は、以下のとおりである。改定においては、「医療技術の正当な評価（ドクターフィー的要素）」、「医療機関のコストや機能等を適切に反映した総合的な評価（ホスピタルフィー的要素）」、「患者の視点の重視」という観点から、見直しが行われた。

①医療技術の正当な評価

- ・ 手術料の評価について、症例数および医師経験年数とも施設基準を満たす施設は 5%加算、基準を満たさない施設は 30%減算とした。また、患者視点行われ重視とも関連して、施設基準として、新たに症例数の院内掲示、手術内容・合併症等についての患者への説明を追加した。
- ・ 入院中の肺血栓塞栓症を発生するリスクの高い患者に、弾性ストッキング等の機器や機材を用いて計画的な医学管理を行った場合の評価を新設した。

②急性期入院医療の評価（DPCの適用拡大）

- ・ 先にDPCの適用対象病院の拡大を行ったが、今後も拡大を図っていくこととした。
- ・ 前年度のデータに基づいて診断群分類の精緻化を行い、疾患数を 575 から 591 に、診断群分類数を 1,860 から 1,729 に改めた。
- ・ 診断群分類の精緻化のため、生後 7 日以内の新生児の死亡を除外するとともに、病理診断・病理学的検査判断を包括範囲から外して出来高払いとすることなどが行われた。

③病床機能の体系化と在宅医療に向けた対応の評価

- ・ 集中的治療が必要で重症度の高い患者を対象に、看護師常時 4 対 1 以上の配置、特定集中治療室に準ずる設備を持ち、患者の 8 割以上が重症度等の基準を満たすことなどを要件として、ハイケアユニットに対する評価を新設した。
- ・ 亜急性期入院医療を必要とする患者に対し、90 日を限度として、在宅復帰等を目的として行う入院医療管理に対する評価を新設した。看護配置が 2.5 対 1 以上、在宅復帰支援の担当者の配置などが算定要件とされている。
- ・ 在宅医療について、末期がんや神経難病等の患者に対する在宅患者訪問看護や指導料について、加算の引上げや 1 日 3 回以上訪問の場合の加算が新設された、また、訪問看護師に対する主治医の点滴注射の指示の評価も新設された。

④その他の医療機関のコストや機能等を反映した評価

- ・ 2004 年度からの医師の臨床研修制度の導入にあわせて、臨床研修機能の整備にともな

⁸⁾ <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/02/tp0219-1/dl/5.pdf> 参照。

う医療の質の向上を評価した。

- ・ 救急医療や地域医療の役割に着目して、夜間緊急時の対応体制を強化するための人員配置や機能に応じて評価を行った。
- ・ 病院・診療所間の初診料の格差の是正を行った。
- ・ 外来診療料の包括範囲の拡大を行った。

⑤患者の視点の重視

- ・ 医療機関の施設基準や機能等に関する情報、診療・看護計画等の情報提供
- ・ 患者ニーズの多様化や医療技術の高度化を踏まえ、特定療養費制度の見直しを行うなど、患者の選択によるサービスの充実を図る（後述の特定療養費の見直しを参照）

⑥歯科診療報酬

- ・ 歯科診療所と病院歯科における機能や連携に応じた評価
- ・ 齲蝕や歯周疾患の重症化予防の評価
- ・ 地域医療との連携を重視した在宅歯科医療等の評価

⑦調剤報酬

- ・ かかりつけ薬剤師の役割を踏まえた情報提供・服薬指導管理等の評価
- ・ 保険薬局の機能に応じた調剤基本料の見直し

(4)中医協改革

1)日歯連汚職事件

2004年4月、日本歯科医師連盟（以下、日歯連）幹部が2002年度の診療報酬改定の際に中医協委員に歯科医に有利になるよう発言を依頼したという贈収賄容疑事件が発覚し、日本歯科医師会長や中医協委員、元委員が逮捕された。中医協は国民の不信を招き、大きな混乱が生じた。これを契機に国会や審議会など各方面で中医協の運営に対する厳しい批判や改革問題が大きく取り上げられ、中医協の改革問題へと波及していった。

中医協は2004年10月に全員懇談会を行い、事件に関連した委員の更迭を行うとともに、その在り方を見直す方向での検討を行った。それにより、委員については三者構成を維持し、任期を3期6年に制限する、改定結果の検証のための部会設置など審議の透明性を確保する、国民の意見を聞く機会を設定するなど、具体的な改善策を取りまとめ、ようやく当面の審議正常化への道筋をつけた。

2)中医協の在り方に関する有識者会議の報告

中医協改革については、2004年12月17日に厚生労働大臣と規制改革・行政改革担当大臣との間で「中医協の在り方を見直しに係る基本的合意」⁹がなされ、中医協のあり方に関する有識者会議を設置し、2005年秋までに具体的検討項目の結論を得ることとされた。

⁹ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/02/s0209-8-6.html> 参照。

これを受け、2005年2月に「中医協の在り方に関する有識者会議」が発足した。有識者会議は「基本的合意」に掲げられた6点の検討事項について審議を行い、7月に「中央社会保険医療協議会の新たな出発のために」¹⁰と題する報告書を取りまとめた。

報告書の概要は、以下のとおりである。

①診療報酬に関する企画・立案のあり方との関係を含めた中医協の機能・役割のあり方について

- ・ 改定率は、予算編成過程を通じて内閣が決定するものとする。中医協においても改定率について議論し、その結果を厚労大臣に意見として進言することができる。
- ・ 診療報酬改定に係る基本方針は、社会保障審議会の医療保険部会および医療部会が定める。中医協はこの基本方針に沿って具体的な診療報酬点数の設定に係る審議を行う。

②公益機能の強化について

- ・ 中医協の新たな公益機能として、診療報酬改定の結果の検証機能を担う。
- ・ 公益委員を増やす。

③病院等多様な医療関係者の意見を反映できるような委員構成のあり方について

- ・ 支払側委員の船員保険代表2名を1名にする。
- ・ 診療側委員の医師代表5名のうち、2名を病院の意見を反映できる医師とする。
- ・ 近時、都道府県の役割が強化されているなかで、支払側の委員構成で反映させるだけでなく、公益委員の中で反映させる方法も含め、検討すべきである。

④委員の任期について

- ・ 最長6年までとし、再任回数は2回までとすべきである。

⑤診療報酬の決定手続きの透明化および事後評価のあり方について

- ・ 広く国民の意見を募集する。
- ・ 公益委員が検証機能を担うべきであるが、必要に応じて専門的立場から調査を実施する者の活用も考えるべきである。
- ・ 検証の結果を公表し、国民の批判に耐え得るような内容のものとしていくべきである。

⑥その他、医療の現場や患者等国民の声を反映する仕組みのあり方等について

- ・ 地方公聴会を設ける。
- ・ 医療関係者団体を参考人として意見を聴取する機会を積極的に設けるべきである。

この報告を受け、法改正を必用としないものから順次実施された。さらに2005年12月に政府・与党医療改革協議会がまとめた「医療制度改革大綱」¹¹において、中医協の構成委員は、公益委員6名、支払側委員と診療側委員がそれぞれ7名とし、中医協委員の団体推薦は廃止するなどの改革方針が示され、実施された。

¹⁰ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/08/dl/s0803-4s01.pdf> 参照。

¹¹ <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/pdf/taikou.pdf> 参照。

(5)特定療養費制度の改革

1)混合診療禁止の見直しをめぐる論議

日本では「混合診療禁止」の原則を設けているが、医療技術の高度化、患者ニーズの多様化などに対応するため、1984年の健康保険法等改正で「特定療養費制度」を導入し、厚生大臣が承認する特定承認保険医療機関における「高度先進医療」と厚生大臣の定める「選定療養」については特定療養費を支給することとした。これにより、高度先進医療については、高度先進医療部分は自費負担となるが、入院や検査など基礎的な診療部分は特定療養費として保険給付が行われる。また、高度先進医療は、その安全性、有効性が確認され、一般に普及が見込まれるものについては、逐次保険適用していくという仕組みとなっており、新たに開発された高度先進医療を自由診療から保険診療へ移行していくための試行的な役割を果たすものとなっている。

これに対して、経済財政諮問会議や総合規制改革会議などから混合診療禁止の緩和が求められ、2002年度診療報酬改定では患者選択の幅を広げる観点から特定療養費制度の選定療養について修正が行われた。2003年3月に閣議決定された「基本方針」において、患者選択の重視の観点から特定療養費制度の見直しが謳われたことから、2004年になると規制改革・民間開放推進会議において高度先進医療の承認要件の緩和、選定療養の混合診療解禁の主張が強く行われるようになった。そうしたなかで、同年11月に小泉首相が年内に混合診療解禁の方向で結論を出すよう指示したことから、特定療養費制度に関する具体的検討が始まった。

中医協は、2004年12月3日に「特定療養費制度の在り方に係る基本的方向性」¹²をとりまとめ、高度先進医療の保険導入を早めることや選定療養の対象を拡大するなどの改善を図り、この特定療養費制度そのものは維持する方向を示した。

2)両大臣の混合診療問題についての基本的合意による改革

こうしたなかで12月15日に厚生労働大臣と規制改革・行政改革担当大臣との間で「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意」¹³が交わされた。そこでは、a)国内未承認薬の使用、b)必ずしも高度でない先進医療の使用、c)制限回数を超える医療行為などについて迅速かつ的確に対応策を講じるとともに、d)2006年の医療制度改革法案のなかで、特定療養費制度を廃止し、「保険導入検討医療（仮称）」と保険導入を前提としない「選択同意医療（仮称）」とに再構成することなど、大きな改革の枠組みが示された。その実施については、現行法において可能なものから順次に改革が行われることになった。

これを受け、中医協では2005年1月に未承認薬使用問題検討委員会を設置して薬剤の治験の促進等を進めることとした。続いて同年5月に「先進医療専門家会議」を立ち上げ、先進

¹² <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/dl/s1222-12f1.pdf> 参照。

¹³ <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/dl/h1216-1a.pdf> 参照。

医療と保険診療との併用可能な仕組みを設け、また同年 10 月には制限回数を超える医療行為の幾つかについて保険報酬との併用を可能とする措置を講じた。

3)2006 年医療制度改革法による保険外併用療養費制度の導入

「基本的合意」に基づき、2006 年の医療制度改革法において、特定療養費制度を廃止して、新たに「保険外併用療養費制度」を設けることとし、高度先進医療と選定療養をそれぞれ「評価療養」と「選定療養」に再構成した。

「評価療養」は先進医療（従来の高度先進医療を含む）、医薬品の治験に係る診療など、将来の保険導入のための評価を前提とする新たな技術を対象とし、「選定療養」は特別の療養環境の提供（差額ベッドなど）、予約診療、制限回数を超える医療行為など患者の療好・選択に委ねた方がよいもののうち厚生労働大臣が指定した 10 項目とした。これらにともなう入院料等の基本診療部分については保険外併用療養費として保険給付が行われる。

したがって、保険外併用療養費制度においても混合診療禁止の原則は変わらず、医療の本質にかかわらない「選定療養」は別として、新規の医療技術や医薬品・医療機器等の「併用療養」は保険適用を前提とした措置とされている。また、2006 年度の診療報酬改定で、それまで高度先進医療とされてきた心臓移植等の臓器移植はすべて保険適用とされた。

(7)2006 年度診療報酬改定

1)改定の経緯

2006 年度診療報酬改定は、一連の中医協改革を経て行われた最初の診療報酬改定であり、これまでとは異なった経緯で改定が進められたという点で大きな特徴をもっている。

①改定率の決定

中医協改革により、診療報酬の改定率は政府予算案の編成過程で内閣が決定することとなった。それに対応して中医協は、2005 年 11 月末に、診療報酬引下げを主張する支払側と引上げを主張する診療側の意見を併記した意見書を提出した。また、同年 12 月初めに政府・与党医療改革協議会が決定した「医療制度改革大綱」のなかで、診療報酬改定について、経済状況、医療経済実態調査結果、保険財政の状況等をふまえ「引下げの方向で検討し措置する」などの方針が示された。

これらを受けて、内閣は 2005 年 12 月 18 日に改定率を決定した。診療報酬本体がマイナス 1.36%（医科マイナス 1.5%、歯科マイナス 1.5%、調剤マイナス 0.6%）、薬価マイナス 1.8% で、合計でマイナス 3.16%とされ、過去最高の下げ幅となった。

②診療報酬改定に係る基本方針の策定

中医協改革により、診療報酬改定に係る基本方針は、社会保障審議会の医療保険部会と医療部会が定めることとされた。これに従い、2005 年 11 月 15 日に両部会で「平成 18 年度診療

報酬改定の基本方針」¹⁴がとりまとめられた。

基本方針では、次のような改革の検討における4つの基本的視点が示された。

- ・ 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点
- ・ 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
- ・ 我が国が医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点
- ・ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

③診療報酬の決定手続きの透明化、事後評価、国民の声の反映等

2005年7月の「中医協の在り方に関する有識者会議報告書」を受けて、同年9月に中医協に診療報酬改定結果検証部会が設置され、2004年度改定の試行的検証と報告が行われた。また、国民の声の反映については、「有識者会議報告書」を受けて、2006年1月に中医協において行われてきた議論の成果を「現時点の骨子」としてとりまとめ、これについての国民の声（パブリックコメント）を募集した。また、横浜市で地方公聴会を開催し、国民の意見を聴く機会を設けた。

2)改定の概要

2006年度診療報酬改定の概要¹⁵は、以下のとおりである。

① 急性期入院医療の評価

- ・ 急性期入院医療の実態に即した看護職員配置について表記の変更と評価の見直しが行われた。表記については、従来の配置基準の表記が入院患者数に対する看護職員数を示したものであり、交代制勤務や休日なども考慮されておらず、実質の体制とは異なっていたのを改め、実質に合うように改めた。したがって、10対1は常に患者10人に1人の看護職員が配置されていることを示すこととなった。看護配置の評価の見直しについては、看護職員配置10対1（従来表記では2対1）の上に「7対1」（従来表記で1.4対1）の基準を新設して、評価を高くした。また、看護職員配置の低い区分の評価が下げられた。短期間の入院施設としての役割を明確化する方向で改定したものである。
- ・ DPCの対象病院の大幅な拡大が行われるとともに、調整係数の見直し、包括評価の範囲の見直しなど中長期的な改正への道筋がつけられた。

②慢性期入院医療の包括化

- ・ 慢性期の入院について、介護保険との役割分担を明確化する観点から、医療の必要度による区分（医療区分）とADLの状況による区分等に基づく患者分類を用いた包括評価

¹⁴ <http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/11/tp1125-2.html> 参照。

¹⁵ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/dl/s0215-3u.pdf> 参照。

を導入した（中医協「慢性期入院医療について」¹⁶）。医療の必要度の高い患者分類は評価を引き上げ、逆に低い患者分類は評価を引き下げ、医療必要度の高い患者は介護から医療へ、低い患者は医療から介護へという流れをつくる報酬体系とされた。

③在宅医療

- ・ 高齢者が住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活し、在宅での最期を迎えることも選択できるよう、診療報酬上の制度として新たに「在宅療養支援診療所」¹⁷が設けられた。これを窓口として、他の病院・診療所との連携、24時間往診、訪問看護等を提供する体制を構築することとされている。入院から在宅への移行、24時間対応体制、在宅や特別養護老人ホーム等におけるターミナルケア等について高い評価が行われる。

④医療技術の適正な評価

- ・ ニコチン依存症のうち希望者に対する一定期間の禁煙指導について評価が新設された。
- ・ 手術に関する施設基準が廃止された。
- ・ リハビリテーションについて、発症後早期のリハビリを評価し、長期にわたるリハビリについては疾患別の算定日数の上限が設定された。

⑤初診料・再診料の見直し

- ・ 病院の初診料を引き上げ、診療所の初診料を引き下げ、点数を同一とした。また、再診料は両者とも引き下げたが、診療所の下げ幅を大きくし、病院との格差を縮小した。
- ・ 初診料等に係る紹介患者加算、紹介率を要件とする入院基本料等加算を廃止した。

⑥患者の視点の重視

- ・ 医療費の内容の分かる領収書の発行（今回は検査・技術等の診療報酬点数表の各部単位で金額の分かる領収書の発行を医療機関に義務付けるもので、個別の診療報酬の算定項目の明細書の発行については、患者から求めがあった場合の努力義務とされた。
- ・ セカンドオピニオンが情報提供料として位置付けられた。

(8)2006年度診療報酬改定後に生じた問題への対応

1)急性期入院医療の入院基本料の7対1看護基準をめぐる問題

7対1看護基準の創設は、急性期入院医療の実態に即した看護配置を評価する目的から行われたものであるが、大幅なマイナス改定のなかで、7対1看護基準の導入によって増収を図ろうとする病院が続出し、看護師の確保競争が激化した。地域によっては深刻な看護師不足が生じ、マイナス改定による病院経営の悪化も加わって、病院や診療科の閉鎖、稼働病床の縮減などが行われ、地域医療を支えてきた中小病院の脆弱化をもたらした。

このため中医協は、改定以後の状況把握に基づく検証を行い、議論を重ね、2007年1月31

¹⁶

[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/343a5f7d06d98fd3492570d10027f29a/\\$FILE/1-2_2.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/343a5f7d06d98fd3492570d10027f29a/$FILE/1-2_2.pdf) 参照。

¹⁷ http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0312-11e_02.pdf 参照。

日に7対1入院基本料の取扱いについて厚生労働大臣あてに「建議書」¹⁸を提出した。その内容は、①急性期等手厚い看護が必要な入院患者の多い病院等に限って届出が可能になるような基準にすること、②新たな基準のあり方について、必要な研究に着手し、その結果を踏まえて、2008年度改定において対応すること、③看護職員確保に関する各般の施策について積極的に取り組むこととなっており、また各医療機関に対して、看護職員の募集・採用に当っては、地域の実情に配慮し、節度をもって行うことを求めた。

2)リハビリテーションの日数制限をめぐる問題

算定方法が改定されたリハビリテーションについて、改定実施後、医療提供者・患者の双方から、日数制限によって、改善の余地があるにもかかわらずリハビリが中止されることが多いとの指摘が出され、リハビリ難民が出るなどの批判がマスコミでも取り上げられた。こうしたなかで2007年3月に中医協の検証部会は、患者状況調査等から、疾患によっては上限日数を超えた後もリハビリを続けることで一定の改善がみられるケースがあるとして、早急に改善に向けて対応する必要があるという報告を行った。

この検証部会の報告を踏まえて、急性心筋梗塞・狭心症など算定上限日数の除外対象となる疾患の追加、算定日数上限後のリハビリについての医学管理料の設定などの改定を行った。7対1入院基本料への対応とともに、改定後の検証による見直しルールの適用によるものである。

3)療養病床の包括化にとまなう問題

医療保険と介護保険の同時改定を踏まえて、医療保険適用の療養病床について包括化が図られたが、そこでは医療必要度の高い患者は介護から医療へ、低い患者は医療から介護へという流れをつくる報酬体系とされていた。ところが、介護保険では介護保険適用の療養病床を2011年3月末までに廃止するとし、それに対応して医療保険適用の療養病床数の変更が行われた。これにより医療必要度の低い患者は在宅医療ないしは在宅介護へと移行することになった。

しかし、地域ケアが未整備の状態のままそうした政策を行うことに対して医療・介護現場や一般市民の間から疑問や批判が多く出され、大きな社会的関心を集めた。そうしたなかで中医協では、診療側が介護保険の受け皿がなくなることの問題を指摘したうえで、激変緩和の視点からも医療区分の是正、医療区分1の見直しを求めた。また、2006年9月の中医協で、今次改定に際して 慢性期入院医療評価分科会の調査結果 の遅れたことが取り上げられ、そのデータが改定の検討時に出されていたならば、療養病床の包括化は異なった可能性もあるとの指摘があり、事務局に対して必要なデータは可能な限り早く中医協に提出することを求めた。「慢性期入院の包括評価に関する調査の中間報告」¹⁹は2007年3月に行われた。

¹⁸ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/01/dl/s0131-7b.pdf> 参照。

¹⁹ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0319-7c.pdf> 参照。

(9)2008 年度の診療報酬改定

1)改定の経緯

①改定の基本方針

2006 年度改定の実施にともなって生じた問題に対処するためにほぼ 1 年余りを要した。そのため 2008 年度改定に関する議論が始まったのは、2007 年の夏以降であった。そのなかで最も議論が白熱したのは、2006 年度改定の診療報酬抑制によって生じた地方病院等の経営逼迫とそれによる病院勤務医の過重労働への対応をめぐる問題で、具体的には病院勤務の負担軽減とその財源確保をどうするかということであった。

2007 年 12 月 3 日、社会保障審議会医療保険部会および医療部会において「平成 20 年度診療報酬改定の基本方針」²⁰が決定された。ここでは、「産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減」を緊急課題に位置づけ、2006 年度改定で示した 4 つの基本的視点に加えて、2008 年に新設される後期高齢者医療制度のための新たな診療報酬体系について、社会保障審議会の後期高齢者医療のあり方に関する特別部会がとりまとめた「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」²¹を踏まえて検討をすべきとされた。

② 改定率

2007 年 11 月 28 日、中医協は 2008 年度診療報酬の改定率について、支払側は引き上げる環境にはないとし、診療側は大幅な引上げを主張したのを受け、両論を併記したうえで、過去 2 年の賃金上昇や勤務医対策の重要性等に鑑み「マイナス改定を行う状況にはない」とする意見書をまとめ、厚生労働大臣に提出した。

2007 年 12 月 8 日、政府は 2008 年度予算編成過程において、改定率を決定した。診療報酬本体プラス 0.38%（医科プラス 0.42%、歯科プラス 0.42%、調剤プラス 0.17%）、薬価・医療材料マイナス 1.2%で、合計マイナス 0.82%であった。8 年ぶりの診療報酬本体の引上げ（国庫負担額は約 304 億円と）になったが、診療報酬全体では 3 回連続の改定率の引下げとなった。

診療報酬本体が引き上げられた要因としては、これまでのマイナス改定で産科・小児科をはじめとする病院医療の悪化、地方の医師不足等の問題を招いたことへの批判が強かったこと、衆参のねじれ国会と解散含みの政局のなかで医療対策が重要な政治課題に位置づけられたことがあげられる。

③ 診療報酬改定の諮問・答申

これらを受け、2008 年 1 月 18 日、厚生労働大臣から中医協に対して診療報酬改定の諮問が行われた。中医協ではその検討を踏まえ、「現時点の骨子」を取りまとめ、パブリックコメントや地方公聴会（前橋市）等により国民の意見を聴取するとともに、議論が行われ、合意に至らなかった項目については公益委員の裁定がなされるなどして改定内容の合意を得て、2 月 13 日

²⁰ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1129-8a.pdf> 参照。

²¹

[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/f6600b1cb8f15960492573850004a769/\\$FILE/20071031_3sankou.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/f6600b1cb8f15960492573850004a769/$FILE/20071031_3sankou.pdf) 参照。

に厚生労働大臣に答申した。

2) 主な改定の概要

2008 年度診療報酬改定の概要²²は、以下のとおりである。

①勤務医の負担軽減策

- ・ 入院時医学管理加算の抜本的見直し（地域の中核病院が地域の医療機関と連携して、外来を縮小するなど勤務医の負担軽減のための取組みを行っている場合に算定できる改定と位置づけた）
- ・ 医療事務作業補助体制加算の新設（医師の事務作業を補助する職員＝メディカルクラークの配置に対する評価）
- ・ 夜間・早朝加算（夜間・早朝・休日に軽傷の患者を、身近な診療所が受け止めた場合に診療所の初診・再診に加算）

②産科・小児科の重点評価

- ・ ハイリスク分娩管理加算の対象拡大
- ・ 妊産婦緊急搬送入院加算の創設
- ・ 小児入院医療管理料の再編（高度な小児医療を提供する医療機関を評価）
- ・ 地域連携小児夜間・休日診療報料の引上げ（地域の病院と診療所の連携を評価）
- ・ 夜間・早朝における初診・再診料の評価の新設
- ・ 小児外来の評価の引上げ（時間外の小児外来医療を評価）

③再診料・外来管理加算の見直し

・ 病院の再診料の引上げ（診療所の再診料は据え置き）

・ 外来管理加算の算定要件に「5 分間ルール」（患者に対する 5 分以上の説明等）を導入

上記の勤務医対策費として 1,500 億円が必要とされたが、医科改定率 0.42%による財源は 1,000 億円強にとどまるため、400 億円強の財源を病院と診療所の診療報酬格差（病診間格差）の是正により診療所から病院への財源再配分を行うこととした。それに関して、支払側はかねてからの課題である再診料の病診間格差の是正（診療所再診料の引下げ・病院再診料の引上げ）を主張し、診療側は地域医療の崩壊を招くとしてそれに強く反対し 2008 年度改定の大きな争点となった。両者の溝が埋まらないため、公益側が病診間の再診料格差是正として、病院については再診料を引き上げ、診療所については外来管理加算の算定要件として 5 分以上の診療時間を設けるという「5 分間ルール」を導入することで、病診間格差の是正と財源再配分を行う、5 分間ルールは実施後の検証により見直しを行うことを提案し、支払側と診療側の上記の了承を得た。

④D P C の対象病院の拡大

22

[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/28b0779eed5ea96b492575f600049714/\\$FILE/20090717_1sankou7.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/28b0779eed5ea96b492575f600049714/$FILE/20090717_1sankou7.pdf) 参照。

- ・ D P C 対象病院の拡大が図られ、2008 年度に 718 病院となった。今後の D P C の調整係数の廃止と新たな係数についてさらに検討を進めることとされた。

⑤明細書発行の一部義務化

- ・ レセプトオンライン化が義務化された 400 床以上の病院に、明細書発行を義務化する。

⑥入院基本料の見直し

- ・ 7 対 1 入院基本料の見直し（看護必要度基準の厳守、重症度・看護必要度に係る評価の設定）
- ・ 10 対 1 入院基本料の引上げ

⑦リハビリテーションの見直し

- ・ 逡減制の廃止
- ・ 疾患別リハビリテーション医学管理料の廃止（日数制限を超えた場合も算定可能）

⑧後期高齢者の診療報酬

2008 年度からの後期高齢者医療制度の実施に対応した「後期高齢者に係る診療報酬」²³を設けた。主な内容は以下のとおりである。

- ・ 外来医療に、後期高齢者診療料を新設（患者の主病となる慢性疾患の診療を行う 1 つの医療機関に算定、総合的・継続的な管理を評価）した。かかりつけ医の試行でもあった。
- ・ 入院医療に、後期高齢者外来患者緊急入院診療加算（外来から入院への迅速な連携を評価）、後期高齢者総合評価加算（入院後の日常生活能力、認知機能、意欲等を総合的に評価することへの対応）、後期高齢者退院調整加算（退院支援計画の策定、看護師・社会福祉士等が退院調整を行うことを評価）等を新設
- ・ 在宅医療に、在宅患者連携指導料、在宅患者緊急時等カンファレンス料等の新設
- ・ 終末期医療に、後期高齢者終末期相談支援料（患者の同意を得て終末期の医療方針について患者や家族が話し合い、それを文書にまとめて提供するなど）を創設

(10) 2008 年度診療報酬改定の施行後の問題と検証

1) 高齢者医療における終末期相談支援料の実施の凍結

2008 年 4 月に始まった後期高齢者医療制度については、実施前から名称、保険料負担などをめぐって多くの批判、意見があった。その診療報酬をめぐっても批判や意見が出され、とくに終末期相談支援料に対して、終末期延命治療をやめさせるもの、本人・家族に選択を迫るもの、医療費抑制を目的としたものといった批判があった。そうしたなかで政府・与党からは「当面凍結することを含めて中医協で必要な措置を講じ、検証する」といった方針が示された。

これを受けて 2008 年 6 月、厚生労働大臣より中医協に終末期相談支援料を凍結するとの諮問が行われた。中医協では調査・検証が行われないまま凍結することへの批判が多かったが、終末期相談支援料の実施の継続は当初の意図の実現が期待できない可能性がある等の判断か

²³ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1204-7a.pdf> 参照。

ら、2008年7月1日から凍結する措置を了承する旨の答申が行われた（「終末期相談支援料の凍結」諮問・答申²⁴）。

2)2008年度診療報酬改定の検証と対応

中医協検証部会は、2008年度診療報酬改定で実施された勤務医負担軽減策、外来管理加算の見直し（5分間ルール）、後期高齢者にふさわしい医療の実施状況等についてそれぞれ検証を行った。

①勤務医負担軽減策の検証

1年前と比較した医師個人の勤務状況については「改善した」よりも「悪化した」という回答の方が多かった。そうしたなかでメディカルクラークの業務分担については効果が認められた。今後もさらに効果のある方策を考える必要があるとされた。

②外来管理加算の見直し（5分間ルール）の検証

外来管理加算の5分要件については、検証に先だって医療側から想定以上の減収になっているとして早急の見直しが求められた。見直しをめぐって論議が行われるなかで、5分要件導入の検討時に政府見込み額が240億円とされていたが、医療側は日本医師会の調査からそれを大幅に上回る748億円の減収という推計値を示した。

2009年3月に検証結果の速報が出された。それによると、外来管理加算の算定割合は診療所41.0%、病院41.1%で、その算定患者1人当たりの平均診察時間は診療所7.5分、病院7.1分。5分要件について患者は「必要」が33.8%、「必要ない」が55.5%などの結果となっていた。これらの検証結果等を踏まえた5分間ルールの見直しは次期改定で検討されることとされた。

（11）2010年度の診療報酬改定

1)改定の経緯

①中医協委員の交替

2009年8月の衆議院選挙で民主党が大勝し、自公政権から民主党政権にかわった。新政権のもとで行われた中医協委員の任期切れにともなう委員交替において、診療側委員として日本医師会が推薦する委員3名（再任）が厚生労働大臣の任命を受けられず、新たに大臣の指名する委員が就任した。

②改定の基本方針

社会保障審議会医療保険部会および医療部会は、2009年12月8日、「平成22年度診療報酬改定の基本方針」²⁵を決定した。重点項目に「救急、産科、小児科、外科等の医療の再建」、

²⁴ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0625-5e.pdf> および
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0625-5k.pdf> 参照

²⁵ <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken12/dl/index-001.pdf> 参照。

「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」を定めたほか、「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」「医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」「効率化余地があると思われる領域を適正化する視点」の4つをあげた。

③改定率

中医協では改定率に対する意見のとりまとめを図ったが、支払側は診療報酬引上げを行う環境にはないと主張し、診療側は大幅な引上げを求めた。公益委員が両論併記の意見書案を示したものの、診療側が両論併記に納得せず、結局、中医協としての意見書とりまとめを断念した。

2009年12月23日、政府は予算編成過程において、改定率を決定した。診療報酬本体がプラス1.55%（医科プラス1.74%、歯科プラス2.09%、調剤プラス0.52%）、薬価・医療材料マイナス1.36%で、合計でプラス0.19%となり、2000年度改定以来10年ぶりの診療報酬全体の改定率引上げとなった。

今回の改定率の決定における特徴は、医科の入院と外来の内訳が示されたことで、外科4,400億円（+3.03%）、内科400億円（+0.31%）となっており、なかでも急性期医療に4,000億円を配分することとされた。民主党の事業仕訳の結果を受けたもので、中医協の権限を制約するものとする指摘もあった。

④ 諮問・答申

これらを受け、2010年1月8日、厚生労働大臣から中医協に対して諮問が行われた。中医協ではこれまでの議論を踏まえ、「現時点の骨子」をまとめ、パブリックコメントや地方公聴会（福島市）等により国民の意見を聴取するとともに、引き続き議論を行い、合意に至らなかった項目は公益委員の裁定がなされるなどして、2月12日に診療報酬改定案を厚生労働大臣に答申を行った。

2) 主な改定の概要

2010年度診療報酬改定の概要²⁶は、以下のとおりである。

① 救急、産科、小児科、外科等の医療の再建

- ・ 救急医療では、救命救急センターの評価引上げ、三次救急機関等に救急入院した患者を病状安定後に他の医療機関に転院受け入れしてもらった場合の評価として救急搬送患者地域連携紹介加算・救急搬送患者地域連携加算の新設、有床診療所や療養病床での状態悪化に対応した加算を新設した。
- ・ 産科では、ハイリスク分娩管理加算・ハイリスク妊娠管理加算・妊産婦緊急搬送入院加算の対象者を拡大、ハイリスク新生児の増加による新生児特定集中治療室（NICU）の満床問題等に対応してNICUの評価引上げ等を行った。
- ・ 小児科では、小児入院医療管理料の区分の変更、重篤な小児患者の集中治療体制を評価

²⁶ 資料に加えてください（ネット）

した救命救急入院料小児加算などを行った。

- ・ 外科については、外科系学会社会保険委員会連合会の「外保連試案第7版」を活用して、技術度や所要時間等に基づいた算定により、手術料を大幅に引き上げた。

②病院勤務医の負担軽減

- ・ 医師事務作業補助体制加算の点数を引き上げるとともに、新たに15対1、20対1の加算を新設した。
- ・ 看護補助者の配置数が50対1、75対1の場合に評価する加算を新設した。
- ・ 医師以外の医療技術者の専門技術を評価し、多職種からなる「栄養サポートチーム」「呼吸ケアチーム」を導入し、それぞれの加算を設けた。
- ・ 一般病棟入院基本料は、14日以内の早期加算を引上げるなど評価の見直しを行った。
- ・ 有床診療所について、後方病床としての機能を評価し、看護職員の配置区分と日数区分を見直し、加算の引上げや新設を行った。

③再診料と外来管理加算（5分ルール）の見直し

支払側と診療側が対立し合意に至らなかったため、公益委員の提案で改定された。

- ・ 外来管理加算は「5分ルール」を廃止、別途要件を追加し現行点数（52点）は据え置く。
- ・ 再診料は、診療所71点・病院60点を69点で統一する。

④充実が求められる領域の適正な評価

- ・ がん医療等の推進（がん診療連携拠点病院の評価の充実、拠点病院と地域の病院との連携を評価し、がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料などを新設）
- ・ 精神科医療等の推進（精神病棟13対1入院基本料の新設、児童・思春期の発達障害やうつ病・郷土行動障害・アルコール依存症・摂食障害等についての治療体制の加算）
- ・ 歯科医療の充実（歯科初診・再診料の見直しと包括化、各種指導管理料の統一など）

⑤明細書発行の義務化

- ・ レセプトの電子請求が義務付けられている保険医療機関に明細書発行を義務付けた。

⑥DPC

- ・ 調整係数の段階的廃止と新たな機能評価係数の導入

⑦療養病棟入院基本料の見直し

- ・ 医療区分・ADL区分による患者分類9区分・包括評価（点数設定）5区分を見直し、点数設定区分を患者区分に合わせた9区分とした。

⑧後期高齢者医療の診療報酬の見直し

- ・ 後期高齢者診療料（慢性疾患等に対する継続的管理を評価）の廃止
- ・ 後期高齢者終末期相談支援料の廃止

(12) 2012年度の診療報酬改定

1)改定の経緯

①改定の基本方針

社会保障審議会医療保険部会および医療部会は、2011年12月1日、「平成24年度診療報酬改定の基本方針」²⁷を決定した。重点課題に「病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減」、「医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実」をあげたほか、前回改定と同じ4つの改革の視点をあげた。

②改定率

中医協では、支払側は経済状況等からみて診療報酬引上げを行うことは国民の納得が得られないと主張し、診療側は医療崩壊が解決に至っておらず医療費全体の底上げが必要であると主張して譲らず、中医協は両論併記の意見書を提出した。

2011年12月21日、政府は予算編成過程において、改定率を決定した。診療報酬本体がプラス1.38%（医科プラス1.55%、歯科プラス1.07%、調剤プラス0.46%）、薬価・医療材料がマイナス1.38%で、合計してプラス0.004%となり、前回改定に続いての引上げとなった。

③諮問・答申

これらを受け、2012年1月18日、厚生労働大臣から中医協に対して諮問が行われた。中医協ではこれまでの議論を踏まえ、「現時点の骨子」をまとめ、パブリックコメントや地方公聴会（愛知県津島市）等により国民の意見を聴取するとともに、引き続き議論を行い、2月10日に診療報酬改定案を厚生労働大臣に答申した。

2)改定の概要

2012年度診療報酬改定の概要²⁸は、以下のとおりである。

①重点項目に対する費用配分

「病院勤務医等の医療従事者の負担軽減」に約1,200億円、「医療と介護の機能分化による在宅医療の充実」に約1,500億円、「がん治療、認知症治療等」に約2,000億円を配分。

②病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

- ・ 救急・周産期医療の推進（救命救急センターの機能強化：看護師の常時配置、救急搬送患者地域連携紹介加算と同じく受入加算の増額、軽度悪化した在宅や施設の患者を一般病床で受け入れた場合の評価として救急・在宅等支援病床初期加算の新設など）
- ・ ハイリスク妊産婦共同管理料の引上げ、小児特定集中治療室（NICU）管理料等の新設
- ・ 勤務医負担軽減計画の設定において外来縮小の取組みと交代制勤務の導入を必須とする
- ・ 二次救急医療機関等の救急外来診療の評価（夜間休日救急搬送医学管理料）の新設
- ・ 病院の外来機能分化の促進（紹介なしの初再診料の引下げなど）

③医療と介護の機能分担の明確化と連携体制の強化

- ・ 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の機能の強化（緊急時の診療、看取りの評価）

²⁷ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001wp36-att/2r9852000001wp9m.pdf> 参照。

²⁸ http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken15/dl/h24_01-03.pdf 参照。

- ・ 在宅診療・地域移行の推進（訪問看護療養費がん専門訪問看護料・在宅患者訪問看護指導料がん専門訪問看護料の新設、退院計画作成と調整に対する退院調整加算の新設）
- ・ 維持期リハビリテーションの適正化
- ・ リハビリテーションにおける医療と介護の役割分担（急性期・回復期のリハビリは医療保険、維持期のリハビリは介護保険に向かうような点数配分を行う）

④充実が求められる分野の評価

- ・ がん医療の推進（緩和ケア病棟に係る評価の引上げ、小児緩和ケアの診療加算の新設）
- ・ リハビリテーションの充実（回復期リハビリに対する評価の引上げ・新設）

⑤患者の視点の重視

- ・ 患者サポート体制の強化（患者サポート体制充実加算の新設）
- ・ 明細書無料発行の促進

⑥医療機能の分化と連携による質が高く効率的な医療の実現

- ・ 7対1、10対1入院基本料の算定要件の見直しを目指して、7対1の病床数減少を図るため看護基準を厳格化し、10対1の加算を廃止し施設基準を厳格化する
- ・ 亜急性期入院医療管理料について、回復期リハビリ病棟入院料と同等の評価とする

⑦DPC/PDPSにおける調整係数の見直しと医療機関群の設定等

- ・ DPC が患者分類としての診断群分類を意味しており、支払方式は含まれないとすることに対応するため、PDPS（Per Diem Payment System）を加え、公式な表記とした。一般にはDPCのまま使用されている。
- ・ 調整係数について、基礎係数と機能評価係数Ⅱに完全に移行する予定であったが、医療機関への影響が大きいため、機能評価係数Ⅱが「機能評価係数Ⅱ」と「暫定調整係数」に分けられた。そのため、今回改定では、包括評価部分「診断群分類ごとの1日当り点数×医療機関別係数×入院日数」に出来高評価部分を加えるという式に変わりはないが、医療機関別係数が「基礎係数+暫定調整係数+機能評価係数Ⅰ+機能評価係数Ⅱ」となった。
- ・ 基礎係数の設定は、医療機関の機能に着目した「群」が設定され、DPCⅠ群（大学病院本院）、DPCⅡ群（大学病院本院以外の高診療密度病院）、DPCⅢ群（その他の急性期病院）の3種類に分けられた。

(13) 2014年度の診療報酬改定

1)改定の経緯

①改定の基本方針

社会保障審議会医療保険部会および医療部会は、2013年8月にとりまとめられた社会保障制度改革国民会議報告書（「3医療保険」を参照）を踏まえ、同年9月6日に「次期診療報酬

改定における社会保障・税一体改革関連の基本的考え方」²⁹をまとめ、12月6日に「平成26年度診療報酬改定の基本方針」³⁰を決定した。

重点課題は「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」の一点にしばられ、改定の最大の眼目が一体改革の目指す医療供給体制の再構成にあることを明示した。また、改革の視点には、前回改定の重点課題の「医療従事者の負担軽減」に加え、「充実が求められている分野の適切な評価」「患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療の実現」「効率化余地のある分野の適正化」をあげた。

②改定率

中医協では、支払側は消費税の引上げに加えて診療報酬引上げを行うことは国民の納得が得られないとの認識を示すとともに、薬価等引下げ分を診療報酬本体に充当するやり方は取りやめ国民に還元することとし、マイナス改定を主張した。診療側は医療経営は改善していないとし、薬価等引下げ分を診療報酬本体に充当するとともに、消費税率対応分を除き、プラス改定を主張した。中医協としての意見書では両論併記としたが、一体改革に基づく方向での改革の必要性が明記された。

2013年12月20日、政府は予算編成過程において、改定率を決定した。診療報酬本体は消費税率引上げ分(0.63%)を含めてプラス0.73%(医科プラス0.82%、歯科プラス0.99%、調剤プラス0.22%)、薬価・医療材料マイナス0.63%で、合計プラス0.10%(410億円)となり、3回連続のプラス改定となった。消費税率引上げにともなう診療報酬上の上乘せ分については、純粋な税率引上げ分を補てんするものとされた。また、薬価等の引下げ分の診療報酬本体への充当は行わないこととされた。

③諮問・答申

これらを受け、2014年1月15日、厚生労働大臣から中医協に対して諮問が行われた。中医協ではこれまでの議論を踏まえ、「現時点の骨子」をまとめ、パブリックコメントや地方公聴会(仙台市)等により国民の意見を聴取するとともに、引き続き議論を行い、2月12日に診療報酬改定案を厚生労働大臣に答申した。

2)主な改定の概要

2014年度診療報酬改定の概要³¹は、以下のとおりである。

①入院医療

a)高度急性期と一般急性期を担う病床機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価

²⁹ http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000022009.pdf 参照。

³⁰ http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000031544.pdf 参照。

³¹ <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039891.pdf> 参照。

- ・ 一般病棟における入院基本料の厳格化（7対1、10対1の病棟についての特定除外制度の見直し）
 - ・ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し
 - ・ 質の高い集中治療の評価（より体制の充実した特定集中治療管理室(ICU)の評価を新設、ICU用の重症度および医療・看護必要度の見直し、ハイケアユニット用の重症度および医療看護必要度の見直し）
 - ・ 短期滞在手術基本料の見直し
 - ・ 7対1入院基本料に係る基準の新設（自宅等に退院した患者の割合、データ提出など）
 - ・ 総合的かつ専門的な一般急性期を担う医療機関の評価の新設など
 - ・ 重症な新生児の集中治療に関する評価の新設など
- b)長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
- ・ 療養病床における透析患者や超重症児等療養病床における受入れの促進
 - ・ 療養病床における在宅復帰機能の評価
- c)急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
- ・ 地域包括ケアを支援する病棟の評価の新設など
 - ・ 病室等の面積に関する内法の規定の統一など
- d)地域の実情の配慮した評価
- ・ 地域包括ケア病棟入院料等の要件緩和など
 - ・ チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価の新設など
 - ・ 看護職員の確保が困難な医療機関に関する緩和措置など
- e)有床診療所における入院医療の評価
- ・ 有床診療所入院基本料の見直し
 - ・ 栄養管理実施加算の設置
- ②外来医療の機能区分・連携の推進
- a)主治医機能の評価
- ・ 地域包括診療料の新設（複数の慢性疾患をもつ患者に対して、病院または診療所の主治医機能を持つ医師が、患者の同意を得たうえで、継続的かつ全人的な治療を行うことについての評価。包括払い）
 - ・ 主治医機能の評価（診療所の主治医機能をもつ医師が、上記の治療を行うことについての評価。出来高払い）
- b)紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化
- ③在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進
- ・ 機能強化型在宅支援診療所および在宅支援病院に関する実績要件の引上げ
 - ・ 在宅における後方病床の評価（在宅療法後方支援病院の新設と評価）
 - ・ 在宅療養の適正化（在宅時医学総合管理料の見直し、訪問看護・指導料の見直し等）
 - ・ 機能強化型訪問看護ステーションの評価（24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い

- 患者受入れ、居宅介護支援事業所の設置等)
- ・ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料の対象者の拡大
- ・ 在宅における褥瘡対策の推進（在宅褥瘡対策チームに対する在宅患者訪問褥瘡管理指導料の新設など）
- ・ 在宅自己注射指導管理料の見直し（注射回数による評価、導入初期加算など）
- ・ 在宅歯科医療の推進等（在宅かかりつけ歯科医診療所加算の新設など）
- ・ 在宅薬剤管理指導業務の一層の推進（在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し等）
- ④医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価
 - ・ 維持期リハビリテーションの評価の見直し
 - ・ 医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行した場合の評価の新設
 - ・ 周術期における口腔管理（医科と歯科の連携の評価）
 - ・ 介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大
- ⑤医療技術の進歩の促進と導入、その他
 - a)緩和ケアを含むがん医療の推進（がん患者指導管理の評価の新設など）
 - b)外来化学療法の評価の見直し等
 - c)精神病棟の機能分化
 - ・ 精神科急性期医療の充実に対する評価（精神科急性期医療配置加算の新設等）
 - ・ 精神療養病棟の医師配置等の見直し
 - ・ 精神保健福祉士の配置の評価（加算）
 - d)精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の推進
 - ・ 精神科重症患者早期集中指導支援管理料の新設
 - ・ 精神科重症患者早期集中指導支援管理連携加算の新設（医療機関と訪問看護の連携）
 - ・ 在宅時における長時間の精神療法の評価
 - ・ 精神科デイケア等の見直し
 - e)身体疾患を合併する精神疾患患者への適切な医療の推進
 - f)適切な向精神薬剤の使用促進
 - g)児童・思春期の精神科医療の推進
 - h)認知症対策の推進
 - ・ 重度認知症への対応の評価の見直し
 - ・ 認知症患者に対するリハビリテーションの推進
 - i)救急医療等の推進
 - ・ 救急医療管理加算の見直し
 - ・ 精神疾患を有する救急患者等に対する受入れの評価（加算）
 - j)救急医療、小児、周産期医療の推進
 - ・ 新生児の退院調整（新生児特定集中治療室退院調整加算の新設等）
 - ・ 小児外来診療料の見直し

k)その他

- ・ リハビリテーションの外来への円滑な移行（リハビリテーション総合計画提供料の新設、運動器リハビリテーション料の評価の見直し等）
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の見直し等

2. 薬価基準

(1)薬価基準制度の概要と 2000 年代直前までの状況

薬価基準は、医療保険で使用することのできる医薬品の品目表としての役割と、その医薬品を使用した医療機関が医療保険に請求する費用の基準となる価格表としての役割という二面をもっている。

薬価基準は、1950 年 9 月、戦後の物価統制が廃止されていくなかで統制価格に代わるものとして定められた。当初は、「使用内服薬、注射薬、外用薬の価格は、別に定むる購入価格による。購入価格は厚生大臣の定むる薬価基準に基づき都道府県知事これを定む」とされ、厚生大臣の定める薬価基準に記載されていない医薬品であっても薬事法の承認のあるものについては、都道府県知事がその薬価を定めることができた。1957 年 4 月に「保険医療機関及び診療担当規則」が制定され、そのなかで「保険医は、厚生大臣の定める医薬品以外の医薬品を患者に施用し、または処方してはならない」とされ、薬価基準は医療保険で使用できる医薬品の品目表としての性格をもつことになった。さらに、1958 年 10 月の改定で「使用薬剤の購入価格は別に厚生大臣は定める」とされ、現行の薬価基準の仕組みが出来上がった。

薬価基準は、医療機関が実際に卸売業者から購入する価格（市場実勢価格）を反映したものとするため、全医薬品の取引価格を調査（薬価調査）し、それに基づいて改定が行われている。これにより市場実勢価格と薬価基準との乖離（薬価差）の縮小を図っているが、市場価格は常に変動し、取引条件の差異等によってばらつきが生じることから、市場実勢価格を適正に反映させるための「薬価算定方式」が重要な役割を担うことになる。

薬価基準が導入された当初は、医薬品の供給量が少ないことから医療機関の安定的な購入を確保する方式として「バルクライン方式」が導入された。これは、個別銘柄ごとに購入価格の安い方から並べて、総販売量の一定割合に達したときの価格を薬価基準とするという方式である。最初、バルクライン（総販売量に対する割合の水準）は 80%に設定されたが、以後、1953 年に 90%、1983 年に 81%改められた。

また、1978 年に薬価基準への収載方式を「統一限定方式」（主成分の一般的名称で薬価を定める方式で、市場価格の高い価格も低い価格も同じ価格となる）から、「銘柄別収載方式」（個々の銘柄ごとに価格を定める方式）に改められた。1981 年 6 月に銘柄別収載方式による薬価基準の全面改定が行われ、薬価ベースでマイナス 18.6%（医療費ベースでマイナス 6.1%）と過去最高の引下げが行われた。この改定で、薬科基準の収載品目数が 6,891 品目から 13,654 品目へと大幅に増大した。

しかし、経済の高度成長にともない医療費が増大していくのにもない、医療費に占める薬

剤比率が高くなり、薬価差も大きいことから、1987年に中医協の建議「薬価算定のあり方について」³²に基づき、バルクライン方式は維持したまま市場実勢価格の加重平均値を加味した算定方式（市場実勢バルクライン方式）が採用された。1988年にこれによる薬価基準の全面改定で、マイナス10.2%（医療費ベースでマイナス2.9%）、1990年にマイナス9.2%（医療費ベースでマイナス2.7%）の引下げが行われた。

しかし、依然として薬剤比率、薬価差とも高い状態が続いたため、1990年に中医協は「薬価専門部会」を設置し、その検討結果に基づき、1991年5月に40年間続いてきたバルクライン方式を廃止し、「加重平均値一定価格幅方式（R幅方式）」を導入した。これは、銘柄別に計算した医薬品総販売額を総販売量で除した加重平均値に一定の価格幅（R幅）を加算して薬価とする方式である。1992年度から採用され、マイナス6.8%（医療費ベースでマイナス2.6%）の引下げの改定が行われた。

1997年から本格化した「医療制度の抜本改革」で、薬価制度の見直しが焦点の1つとなった。1999年1月に医療保険福祉審議会制度企画部会が提出した「薬剤給付のあり方について」と題する報告書では、薬価基準制度を廃止し、いわゆる日本型参照価格制（「薬剤定価・給付基準額制」）の導入を提案した。しかし、日本医師会、製薬業界、アメリカ政府等から厳しい批判が行われ、改定案に前向きであった自民党が、連立政権の枠組みが変わったこともあって、同年4月に制度企画部会の改定案を支持しないことを決定した。それにともない、日本型参照価格制はもとより、関係団体等から提案されていた改革案もすべて白紙に戻され、改めて検討されることとなった。

(2)2000年～2004年の薬価基準改定

1)2000年度薬価基準改定の概要

1999年9月、2000年度の診療報酬改定の審議にあわせて、薬価制度改革案の検討の場が、社会保険福祉審議会制度企画部会から中央社会保険医療協議会（中医協）に移された。同年12月、中医協は「薬価制度改革の基本方針」をまとめた。そこでは、①薬価算定組織の設置、②一定価格幅（R幅）方式の見直し、③新薬の価格算定方式の見直し（類似薬効比較方式の透明化）、④薬価算定ルールの方針手続きの透明化、⑤原価計算方式に係る係数の適正化、⑥銘柄別収載方式の修正、⑦外国価格調整などが検討項目として盛り込まれていた。

2000年3月、薬価算定ルールの文書による明確化を図るため、「平成12年度実施の薬価制度改革の骨子」³³が取りまとめられ、中医協で了解された。これに基づき、薬価基準に収載されている医薬品（既収載医薬品）の薬価算定方式について、R幅は薬剤流通安定のための調整幅という考えから2%とし、銘柄ごとの加重平均値に現行薬価の2%に相当する額を加えて算定する「市場実勢価格加重平均値調整幅方式」へと変更した。さらに新薬の薬価算定について

³² 国立社会保障・人口問題研究所『日本社会保障資料IV（1980－2000）』2005年、所収

³³ 国立社会保障・人口問題研究所『日本社会保障資料IV（1980－2000）』2005年、所収

は、類似薬効比較方式を基本とし、補正加算および外国平均価格調整等といった方式が採用されることが明記された。また、後発医薬品の収載については、1993年の中医協了解に基づき、年1回に定期化されている。

この改定により行われた2000年度の薬価改定率は、マイナス7.0%（医療費ベースでマイナス1.6%）となった。

続いて、2000年10月、新薬をはじめ薬価算定プロセスを明確化するために医学・薬学の専門化による「薬価算定組織」³⁴が中医協のもとに設置され、薬価収載は同組織での検討を経て中医協の承認を得る方式に改められた。これらの改定により薬価算定過程が透明化された。

2)2002年度薬価基準改定

続いて、2002年度の薬価制度の改革に向けて審議が行われた。そこでの大きな課題は、先発品と後発品の薬価算定ルールの明確化であった。ここでは、先発品について「調整幅方式で改定した薬価の一定割合を引き下げる」という新ルールが設けられ、当面の2002年度改定では「後発品のある先発品の薬価改定の特例ルール」³⁵が適用され、平均5%（薬事法上の承認時期に応じて4%、5%、6%の3段階が設けられた）の引下げが行われた。また、市場規模拡大再算定の基準の変更が行われた。

新薬の薬価改定ルールについては、革新的な新薬や有用性の高い新薬の評価が高められ、周期性加算の基準が最高40%から100%に、有用性加算の基準が最高10%から30%に引き上げられた。2002年度の薬価改定は、マイナス6.3%（医療費ベースでマイナス1.3%）であった。

3)2004年度薬価基準改定

2003年12月に中医協は、「2004（平成16）年度薬価改定の基本方針」を定めた。既収載医薬品について、後発品のある先発品の改定ルールの対象除外となっている日本薬局方収載医薬品のうち銘柄別に収載されているものについては、一定割合（4%、5%、6%）の2分の1を乗じた割合を適用することとした。また、市場規模拡大算定ルールの引下げ率の緩和を行うことや、薬剤投与回数の減少など医療上の有用性が認められるものについては別途加算ができるような仕組みが導入された。

2004年度の薬価改定率は、マイナス4.2%（医療費ベースでマイナス0.9%）となった。その内訳は、市場実勢価格による改定がマイナス0.8%（医療費ベースでマイナス3.8%）、先発品の改定がマイナス0.1%（医療費ベースでマイナス0.4%）となった。それに医療材料価格改定のマイナス0.1%を加えると、1.0%の引下げとなる。その後の中医協における審議で、先の基本方針を反映させた薬価基準の見直し案が了承された。

³⁴ <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11123000-Iyakushokuhinkyoku-Shinsakanrika/0000135596.pdf> の15頁参照。

³⁵ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002cbzl-att/2r9852000002cc4z.pdf> 参照。

(3)2006年度～2008年度の薬価基準改定

1)2006年度薬価基準改定

2005年12月、中医協は「平成18年度薬価制度改革の骨子」³⁶を決定した・そこでは、①後発品のある先発品の価格引下げルールについて一律2%引き下げた率(6%、7%、8%)とする、②安全対策の必要から製造方法の変更を行った既収載医薬品について緊急性がある場合は薬価の引上げを認める、③長期にわたる取引価格の未妥結および仮納入については是正を図ることなどが示された。

また、新規収載医薬品については、①類似薬効比較方式の画期性加算および有用性加算の要件を緩和し加算率の引上げを行う、②補正加算として「小児加算」を新設する、③外国価格調整について、類似薬効比較方式Ⅱ(新規性の乏しい新薬)、複数の規格があるため外国平均価格との比較が困難な場合などには、引上げの対象から除外することなどが示された。

2006年12月、内閣において、市場の薬価調査結果(平均乖離率:医療費ベースで8.0%)等をふまえ、2006年度薬価改定率がマイナス6.7%(医療ベースでマイナス1.6%)と決定された。内訳は、市場実勢価格の引下げによる改定がマイナス5.9%(同マイナス1.4%)、先発品の改定がマイナス0.8%(同マイナス0.2%)となった。その後の中医協の審議で「改革の骨子」を反映した見直し内容が了承された。

2)2008年度薬価基準改定

2007年12月に中医協は「平成20年度の薬価制度改革の骨子」³⁷をとりまとめた。そこでは、2007年4月に厚生労働省、経済産業省および文部科学省が共同で策定した「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」のなかで、「薬価基準制度においては、革新的新薬の適切な評価に重点をおき、特許の切れた医薬品は後発品への置き換えが着実に進むような制度にしていく必要がある」とされたことを踏まえ、「後発医薬品の使用促進」(これについては(6)を参照)と並んで、「革新的医薬品の重点評価」を基本として薬価改定を行うこととされた。

革新的医薬品の重点評価としては、以下のようなことが行われた。まず、新規収載医薬品については、①類似薬効比較方式に用いる比較薬は薬価収載後10年以内の新薬で後発品のないものを用いることを原則とし、画期性加算等の補正加算率を引き上げる、②不採算品目である小児用医薬品・希少性医薬品の加算要件を緩和するとともに加算率を引き上げる、③新薬算定時の加算の傾斜配分を廃止する、④類似薬効医薬品のない品目に適用される原価計算方式について革新性・有効性・安全性の程度に応じて営業利益率の増減幅を拡大する(±19%→±50)などが行われた。既収載医薬品については、①市場で競合している医薬品について公平な薬価改

³⁶

[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11gs20.nsf/0/2fafbc70f751c408492572ec000467c4/\\$FILE/20070531_4shiryu1-2_1.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11gs20.nsf/0/2fafbc70f751c408492572ec000467c4/$FILE/20070531_4shiryu1-2_1.pdf) 参照。

³⁷ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/dl/s0326-8c.pdf> (概要) および <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/12/dl/s1214-9a.pdf> (本文案) 参照

定を行う観点から、市場拡大再算定の対象を全ての薬理作用類似薬品に拡大する、②市場拡大再算定における補正加算の傾斜配分においては、対象となる医薬品の市場規模で行うなどの見直しを行う、③後発医薬品の使用を促進する観点から、後発品のある先発品の引下げ率を現行の6%～8%を元の4%～6%に縮小することなどが行われた。

また、医療材料に関しては、新規の材料価格の内外格差を縮小するための価格調整について、「外国平均価格の2倍以上の場合は2倍の価格」から「1.7倍以上の場合は1.7倍」に引き下げ、既存の材料のうちダイアライザーとフィルムに設けられている加算を、それぞれ11%から7.5%、5%から4%に引き下げた。

2007年12月、内閣は、薬価調査結果（平均乖離率：医療費ベースで6.9%）等をふまえ、2008年度薬価改定率は、マイナス5.2%（医療ベースでマイナス1.1%）と決定した。中医協でその後も審議が続けられ、「薬価制度改革の骨子」で示された見直し内容を反映した改定案が了承された。

(4)2010年度～2014年度の薬価基準改定

1)2010年度薬価基準改定

2009年12月、中医協は「平成22年度薬価制度改革の骨子」³⁸をとりまとめた。そこでは、特許期間中または再審査期間中の新薬の薬価改定について、「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」を導入した。この加算を導入することで、薬価の引下げを一時的に緩和し、革新的な新薬の創出、適応外薬の問題、ドラッグラグの問題等の解消を促進させることを目的としている。

その仕組みは、①後発医薬品が上市されていない新薬（ただし、薬価収載後15年まで）で、②市場実勢価格の薬価に対する乖離率が全収載医薬品の加重平均乖離率を超えないものを対象として、「市場実勢価格に基づいて算定した値×（加重平均乖離率－2%）×0.8」で算出した加算を行うというものである。この加算は、2010年度限りの試行として行われた（その後の検証により効果が認められ、実施が延長された）。

また、後発品のある先発品の薬価について、後発医薬品の使用が十分に進んでいないことを踏まえて、市場実勢価格に基づく算定値から2.2%の引下げを行うこととした。

新薬については、薬価基準収載日の翌月の初日から1年間は14日を限度として投与することとしているが、1回の投与期間が14日を超える合理性、安全性が確認されている場合は、処方日数制限を設けない例外的取扱いとすることとした。

このほか、配合剤の薬価算定については、2つの既収載品の配合剤は製造経費、流通経費等の節減が見込めるため、「配合成分の既収載品」の合計の0.8倍の価格とするなどの見直しが行われた。

2009年12月、内閣から2010年度薬価改定率が示され、マイナス5.75%（医療費ベースで1.23%）であった。その後も、中医協が審議を行い、骨子で示された見直し案を反映した薬価

³⁸ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/dl/s0623-3e.pdf> 参照。

算定基準等の見直し案が了承された。

2)2012 年度薬価基準改定

後発医薬品の使用促進について 2012 年度までに後発医薬品の数量シェアを 30%以上にするという政府目標に向けて、さまざまな取り組みが行われた（(6)を参照）。

2011 年 12 月、中医協は「平成 24 年度薬価制度改革の骨子」³⁹をとりまとめた。このなかで、2010 年度に試行的に導入した「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」を継続することとした。後発医薬品については、①内服薬で収載希望品目数が 10 品目を超えた場合は、先発医薬品の 0.6 倍とする、②後発医薬品価格が最高価格の 20%以上 30%未満の品目については銘柄別収載を維持しつつも薬価を統一する、などの改定が盛り込まれた。

市場拡大再算定は、対象品目について当初市場規模の 2 倍かつ年間売上高が 150 億円を超えた品目に加え、原価計算方式で算定された医薬品については、当初予測の 10 倍かつ 100 億円を超えた場合も市場拡大再算定を行うこととした。

2011 年 12 月、内閣から、市場薬価調査の結果（平均乖離率：医療費ベースで 6.0%）等を踏まえ、2012 年度薬価改定率が、マイナス 5.75%（医療費ベースで 1.23%）と決定された。その後も、中医協で審議が行われ、骨子における見直し案を反映した薬価算定基準等の見直し案が了承された。

3)2014 年度薬価基準改定

2013 年 11 月、中医協は「2014 年度薬価制度改革の骨子」⁴⁰を取りまとめた。主な改定としては、①長期収載品の薬価について、後発医薬品の薬価収載後 5 年を経過しても後発医薬品への置き換えが 60%未満の先発品について、置き換え率が 20%未満のものは 2%、20%以上 40%未満のものは 1.75%、40%以上のものは 1.5%引き下げる、②後発医薬品の使用促進を図る観点から、後発医薬品の初収載薬価を先発品薬価の原則 70%から 60%に引き下げる、③「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」については、試行を継続するが、対象企業を小児・希少性疾病などの医薬品を研究開発している企業に限定することとした。また、④長期にわたって取引価格の未妥率が低い場合は、医薬品価格調査の障害となるため、妥結率が一定割合以下の薬局および医療機関についての評価を引き下げることとした。⑤処方箋量が多く、特定の医療機関からの処方箋の割合が高い薬局の評価を引き下げることとした。

消費税の率の引上げに対する薬価、特定医療材料価格については、実勢価格に 3%を上乗せすることとした。

(5)医薬品の安全かつ迅速な提供

³⁹ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001yrfx-att/2r9852000001yrjd.pdf> 参照

⁴⁰ http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000088404_1.pdf 参照。

医療技術・医薬品等が急速な進歩を遂げているなかで、かねてから海外で開発・使用されている医薬品等が日本国内で速やかに利用できないということが問題となっていた。こうした状況に対して、小泉内閣の下で経済財政諮問会議や総合規制改革会議は、規制改革の主要な対象として医療保険制度をとりあげ、混合診療禁止の緩和・解消をはじめとした改革を強く求めた。それに対して厚生労働省は、国民皆保険体制と混合診療禁止の原則を維持しながら、医薬品や医療機器等の提供の仕組みの改革を進めていった。以下では、そうした対応のなかで医薬品等を迅速に提供するために講じられた対策を取り上げて、見ていくことにしたい。

2002年2月、総合規制改革会議は特定療養費制度の見直し案をとりまとめ、そのなかで医薬品に関連して、「薬事法に規定する治験に係る診療」「医療器具の治験に係る療養」「薬事法承認後であって保険収載前の医薬品投与」について、特定療養費に含めることを求めた。これらについて、中医協は2003年11月に、既収載品医薬品の適用拡大の場合で、治験が省略できる（有用性や安全性が認められた）ものについては保険適用までの期間、特定療養費の対象とすることを認めることとした。

また、欧米では承認されているが国内では未承認とされている医薬品（未承認薬）が多いことに対して、国内での治験が遅れていることへの批判が行われてきた。こうした未承認薬問題への対応を図るため、治験の拡大・迅速化を図ることが検討されてきたが、2002年に薬事法改正により「医師主導治験制度」が導入され、2003年7月から施行された（「厚生労働省ホームページ：治験」⁴¹）。また、承認審査の迅速化を図るための承認審査体制整備の充実を図るとともに、関係企業や医師等に治験開始の要請が行われた。

続いて、規制改革・民間開放推進会議を中心に混合診療の解禁を求める声が高まり、激しい議論が展開された。2004年12月、厚生労働大臣と規制改革・行政改革担当大臣との間で「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意」（詳しくは「医療保険」を参照）が交わされ、特定療養費制度の廃止とそれに代わる制度の創設を行うことなどが明示された（詳しくは「診療報酬」の(5)特定療養費制度改革を参照）。国内未承認薬の使用については、厚生労働大臣の下に専門家からなる検討会を設置し、患者要望のある未承認薬の取扱いについて3か月以内に結論を出すとともに、米英独仏で新たに承認された医薬品について自動的に検証の対象とすることで、確実な治験の実施につなげることとされた。それを受けて、2005年1月、厚生労働省内に未承認薬使用問題検討委員会が設置され、未承認薬の治験、承認、薬価収載の促進について検討が行われた。

2006年の医療制度改革法において、両大臣の基本的合意に基づき特定療養費制度を廃止して、新たに「保険外併用療養費制度」を設けることとし、特定療養費制度における高度先進医療と選定療養をそれぞれ「評価療養」と「選定療養」に再構成し、その評価療養の中に「医薬品の治験に係る診療」「医療機器の治験に係る診療」「薬価基準収載前の承認医薬品の投与」「薬

⁴¹ <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/s0329-13i.pdf>（6頁）および http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/kasseika_sinchoku_01.pdf 参照。

価基準に記載されている医薬品の適応外使用」を含まることとされた。これにより、2006年10月より、治験中の医薬品・医療機器などについて保険導入を前提とする評価療養として位置づけ、これら使用にともなう基礎的費用について保険外併用療養費として保険給付を行うこととされた。2008年4月には、高度医療評価制度が創設され、薬事法の承認が得られていない、もしくは適応外使用である医薬品・医療機器の使用を伴う先進的な医療技術について、一定の要件のもとに先進医療として「評価療養」の対象とすることとされた。

また、ドラッグラグの短縮に向け、2007年4月に厚生労働省、経済産業省および文部科学省が共同で策定した「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」⁴²に基づき、新薬の上市までの期間を2.5年間短縮するなど審査迅速化や質の向上に向けての取組みを策定した。また、それにあわせて、市販後の安全対策の強化が図られ、患者の重篤な副作用を早期に発見・対応するため、2005年度より「重篤副作用疾患別対応マニュアル」⁴³を作成し情報提供する、医薬品医療機器総合機構のホームページに製薬企業からの副作用報告や患者向け医薬品ガイドを公表する、2006年度から国内での治験症例数が少ない新薬についての情報を国が直接収集し評価するなどの対策が講じられた。また、2010年度にドラッグラグの解消や画期的な新薬を創出する観点から、「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」が試行された（2010年度改定の記述を参照）。その後、この事業が継続的に実施されている。

2010年に中医協は、適応外薬について保険適用への迅速化を図る観点から、国の「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」において、医療上の必要性が高く有効性や安全性のエビデンスが十分にある医薬品のなかで、臨床試験等を実施することなく承認申請を行うこと（「医薬品の公知申請」⁴⁴）が認められ、薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了したものは、薬事承認を待たずに保険適用を認めることを了承した。これを受けて、2010年8月に5成分10品目の医薬品の保険適用が認められ、通常取扱いよりも約9か月迅速化された。その後、同年中に13成分37品目の保険適用が認められた。

2014年度の改定では、革新的な医薬品の開発を促進するため、世界に先駆けて日本で承認を取得した場合に評価の導入を行うこととした。

(6) 後発医薬品の使用促進

薬剤費増大の抑制と患者負担の節減を図るための方策の1つとして、価格が低く質の高い（ジェネリック医薬品）の使用を促進することがあげられる。日本は欧米諸国に比べて後発医薬品の使用促進が遅れていたが、2000年代になってからその取組みが重要視されるようになった。

⁴² <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/04/dl/h0427-3b.pdf> 参照。

⁴³

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/topics/tp061122-1.html 参照。

⁴⁴ 詳細と現状は、<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuuhoken/topics/110202-01.html> 参照。

2002年に後発医薬品を調剤した場合には、1剤あたり2点を加算することとし、続いて2006年には処方箋様式を改正し、備考欄に「後発医薬品への変更可」の欄を設け、医師が変更可と判断した場合に署名すると、患者の選択で薬局での処方を変更できるように改めた。また、DPCの適用拡大など診療報酬の包括化にあわせて後発医薬品の使用環境の整備を進め、2007年には後発医薬品の薬価基準収載回数を年1回から2回に増やすなどの対策を講じた。しかし、後発医薬品の品質への不信、医薬品の安定供給への不安、後発品メーカーの情報提供の欠如などから、後発医薬品の使用は遅々として進まなかった。中医協の2006年度改正の結果検証では、後発品への変更可の欄に医師の署名がある処方箋は17.1%、そのうち実際に後発品に変更されたものは5.7%にとどまり、後発医薬品の数量シェアは2006年でも15%程度にとどまっていた。

2007年に、政府は「経済財政改革の基本方針2007」において後発医薬品の使用促進を取り上げ、2012年度まで後発医薬品のシェアを30%以上に引き上げることとした。それを受けて2008年の薬価改定は、革新的医薬品の重点評価と並んで後発医薬品の使用促進が重点課題とされ、幾つかの方策が設けられた。①処方箋様式を改め、医師が「後発医薬品への変更不可」欄に署名した場合を除き、後発医薬品への変更を可能とした。②2006年度改定で新設した調剤料の評価（後発品の調剤を2点高く評価）を廃止し、基本調剤料を引き上げるとともに、全処方箋のうち実際に後発品を調剤した処方箋の割合（後発品調剤率）が30%以上の薬局についてのみ加算を認めることとした。③療養担当規則を改正し、薬剤師に後発医薬品に関する説明責任を課し、薬局、医師にも後発品使用の努力義務を明記した。

2012年度の薬価改定で、後発医薬品については、①内服薬で収載希望品目数が10品目を超えた場合は、先発医薬品の0.6倍とする、②後発医薬品価格が最高価格の20%以上30%未満の品目については銘柄別収載を維持しつつも薬価を統一する、などの改定が行われた。

2014年度の薬価改定で、後発医薬品の薬価基準収載後5年が経過しても後発医薬品への置き換えが数量ベースで60%未満の場合は、改定ごとに先発品の薬価を引き下げることとした（引き下げ率は前述）。また、後発医薬品の初収載薬価を先発医薬品の薬価の70%から60%に引き下げることとした。

このような一連の対策により、2014年12月現在で後発医薬品の数量シェアは57.0%に達した。なお、後発医薬品の数量シェアの目標として、2017年中に70%以上、2018年度から2020年度の末までの間のなるべく早い時期に80%以上とされている。

(土田武史)

5 公的年金

1. はじめに

公的年金は、5年毎に行われる財政再計算に基づき、ほぼ5年毎（1985年、1989年、1994年、2000年）に大きな法律改正が行われてきた。なかでも1994年と2000年の改正は、少子高齢社会の到来などを踏まえ、特別支給の厚生年金（前者で定額部分、後者で報酬比例部分）の支給開始年齢をそれぞれ60歳から65歳に段階的に引き上げる内容を含むものであった¹。

21世紀に入っても、こうした動向が引き続きみられ、2004年年、従来なかった発想で、保険料水準固定方式、マクロ経済スライドといった手法を取り入れた大改正を行った。

2009年秋の総選挙の結果、政権交代がなされた。政権の中核を担った民主党は、年金制度を一元化するとともに、所得比例年金と最低保障年金からなる独自の年金改革案の実現に向けた検討を行ったものの²、実際には現行制度の枠組みを前提として、「社会保障・税一体改革」に向けた取組みの中で、2012年、持続可能性とセーフティネットの強化をにらんだ改革が、年金4法として実現した。

民主党への政権交代のひとつのきっかけとなったのが、公的年金の管理運営に携わる社会保険庁の年金記録問題（「消えた年金」問題）であった。こうした観点から、年金事業運営の改善を図るための改正として、2014年、年金事業運営改善法が成立した。

以下では、公的年金の財政フレームを構築した2004年改正に至る政策過程を取り上げた後、民主党政権下とそれに引き続く再度の政権交代後の改正動向について順次みていくことにする。

2. 2004年改正

公的年金は、完全物価スライド方式を採用し、既裁定年金の支給額を消費者物価指数の変動に応じ自動的に増減させることにしていた。しかし、2000年代初頭、2000年0.3%、2001年0.7%、2002年0.7%と、3年連続して合計1.7%物価水準が下落したにもかかわらず、これを引き下げないための特例法が制定された³。本来引き下げるべき支給水準を据え置いたこの特例法が、2004年改正により導入されたマクロ経済スライドの発動を遅らせることになった。

¹ 2000年改正は、国立社会保障・人口問題研究所『社会保障資料IV（1980－2000）』（2005年）34－35頁で取り上げたため、本章では扱わない。

² ただし、内閣官房国家戦略室「新年金制度に関する検討会」による「中間まとめ」（2010年6月）では、「新年金制度の基本7原則」として、①年金一元化の原則、②最低保障の原則、③負担と給付の明確化の原則、④持続可能の原則、⑤「消えない」年金の原則、⑥未納・未加入ゼロの原則、⑦国民的論議の原則が示されるにとどまった。

³ 「平成12年度における国民年金法による年金の額等の改定の特例に関する法律」、「平成13年度における国民年金法による年金の額等の改定の特例に関する法律」、「平成14年度における国民年金法による年金の額等の改定の特例に関する法律」。

公的年金制度の一元化の推進との観点から、2001年、財政運営が今後厳しくなることが予測される農林漁業団体職員共済年金（農林共済年金）の厚生年金への統合を図るための法律（「厚生年金保険制度及び農林漁業団体職員共済組合制度の統合を図るための農林漁業団体職員共済組合法等を廃止する等の法律」）が成立し、農林漁業団体職員共済組合法が廃止された。同年には、1998年年金審議会「国民年金・厚生年金保険制度改正に関する意見」で、女性の年金に関し2000年改正後の検討課題とされたことを受けて設置された「女性のライフスタイルの変化等に対応した年金の在り方に関する検討会」が報告書をまとめた。ここでは、短時間労働者等に対する厚生年金の適用、第3号被保険者制度、育児期間等に係る配慮措置、離婚時の年金分割など、女性と年金をめぐる諸論点に係る議論が詳細に検討されており、その後の議論においても参照され続けている。

2002年には、2004年改正に向けて、厚生労働省が「年金改革の骨格に関する方向性と論点（改革議論のたたき台）」を発表した。ここでは、基礎年金を税方式とする体系、定額の公的年金とその上乗せの私的年金を組み合わせた体系、一般の所得比例年金と補足的給付を組み合わせた体系（スウェーデン方式）といった議論を紹介しながらも、社会保険方式に基づく現行の制度体系を基本として改革を進めていくとしている。逆に言えば、このことは、政府も無視し得ないほど、公的年金の枠組みや社会保険方式の可否について議論がなされつつあったということでもある⁴。その後、2003年9月社会保障審議会年金部会「年金制度改正に関する意見」を受け⁵、同年11月「持続可能な安心できる年金制度の構築に向けて（厚生労働省案）」がまとめられた。

こうしたプロセスを経て、2004年国民年金法等の一部を改正する法律が制定された。こ

⁴ この時期の労使の見解として、連合「21世紀社会保障ビジョン」（2002年10月）では、現行制度を前提とした定額基礎年金プラス定率報酬比例年金の2階建て方式を支持したのに対し、経団連「「公的年金制度改革に関する基本的考え方」（2002年10月）では、基礎年金の（間接）税方式化と報酬比例年金の給付水準引下げを提言した。ちなみに、その後の改革提案の推移として、連合は、「新21世紀社会保障ビジョン」（2011年6月）において、第1段階で基礎年金の全額税方式化と被用者年金の一元化、第2段階で年金制度一元化の上での最低保障年金と所得比例年金（民主党案に近い）という2段階の改革を提言したのに対し、経団連は、「社会保障制度改革のあり方に関する提言」（2012年11月）において、基礎年金の税方式化への移行を将来的な課題としつつ、当面は、給付の効率化・重点化を中心に制度の見直しを進めていくべきとややトーンを弱めるに至った。他方、政府内での検討は、民主党政権時を除くと、ほぼ一貫して社会保険方式の維持を謳ってきた。ただし、2008年社会保障国民会議中間報告及び最終報告では、基礎年金の財政方式につき、税方式も含めたいいくつかの改革案につきシミュレーションを実施し、社会保険方式の維持を明確に述べていない点が目を惹く。

⁵ 同年3月、厚生労働省年金局「雇用と年金に関する研究会」が「多様な働き方に対応できる中立的な年金制度を目指して（報告書）」をまとめた。同年6月には、「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2003（閣議決定）」が出され、頻繁に制度改革を繰り返す必要のない恒久的な改革とするため、平成16年改正に向けた基本方針を示した。年金部会意見が出される1週間前である同年9月5日には、厚生労働大臣自ら、「16年年金改革における給付と負担の見直しについて（坂口厚労相試案）」を示した。

れにより、急速な少子高齢化の進行が予想される中で、社会経済と調和した持続可能な制度の構築と制度に対する信頼の確保を図るとの観点から、給付と負担の見直しに関して、保険料水準固定方式の導入、マクロ経済スライド方式の導入、基礎年金国庫負担割合の引上げ（3分の1から2分の1へ）、積立金の活用といった措置を講じることとした。この改正を通じて、将来を見据えた公的年金の財政フレームが設定されたことになる。また、多様な生き方、働き方に対応するための改正として、在職老齢年金制度の見直し、保険料免除など次世代育成支援の拡充、離婚時の厚生年金の分割、第3号被保険者期間の厚生年金の分割等を行った。

2004年改正法制定後の政策動向として、同改正法附則の規定を受けて、2006年「被用者年金制度の一元化等に関する基本方針について（閣議決定）」が、被用者年金制度の保険料率の統一、職域部分（3階部分）の廃止、積立金の管理運用の一元化、制度的差異の見直しなどの方針を打ち出した。この方針内容は、2007年、社会保障審議会年金部会の下におかれた「パート労働者の厚生年金適用に関するワーキンググループ」報告書とともに、同年「被用者年金制度の一元化等を図るための厚生年金保険法等の一部を改正する法律案」として国会に上程されたものの、未成立に終わった。

このほか、2008年、「社会保障審議会年金部会における議論の中間的な整理—年金制度の将来的な見直しに向けて」がまとめられた。政権交代に伴い、直接実現をみなかったものの、その後の立法化につながった内容も少なくない点に、公的年金をめぐる論点の普遍性を看取することができる。

3. 社会保障・税一体改革と年金改正

2009年秋、政権交代があった。1で述べたように、民主党を中核とする新政権は、独自の年金改革案の実現に向けた検討を行ったものの、実際には現行制度の枠組みを前提として、社会保障・税一体改革の一環として年金改革に取り組んだ。

2010年10月、「政府・与党社会保障改革検討本部」の下に設置された「社会保障制度改革に関する有識者検討会」が、同年12月、「安心と活力への社会保障ビジョン」と題する報告書を取りまとめた⁶。2011年1月には、内閣総理大臣を議長とする「社会保障改革に関する集中検討会議」が設置され、同年6月、同会議は「社会保障改革案」を取りまとめ、同月中に「社会保障・税一体改革成案」が決定された。その後、社会保障審議会各部会などで議論が積み重ねられ⁷、2012年2月、「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定された。

こうして2012年、いわゆる年金4法が制定された。

年金機能強化法（「公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金

⁶ より詳細な記述は、菊池馨実「社会保険の現代的意義と将来像」（菊池馨実編『社会保険の法原理』法律文化社、2012年所収）233頁以下参照。

⁷ 社会保障審議会年金部会は、「社会保障審議会年金部会におけるこれまでの議論の整理」（2011年12月16日）をまとめた。

法等の一部を改正する法律」。同年 8 月成立) では、受給資格期間の短縮 (25 年から 10 年)、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、被用者保険等に係る育児休業期間中の保険料免除、遺族基礎年金の父子家庭への支給がなされることになった。短時間労働者に対する適用拡大は、約 25 万人に留まる小規模のものであったため、附則において引き続き検討課題とされた。当初の法案段階では、低所得者等の年金額の加算、高所得者の年金額の調整等が含まれていたものの、法案審議段階で削除され、低所得者等への対応策の部分が後述する年金生活者給付金法として実現するに至った。

被用者年金一元化法 (「被用者年金制度の一元化等を図るための厚生年金保険法等の一部を改正する法律」)。同年 8 月成立) は、制度の安定性の向上とともに、民間被用者、公務員等の公平性を確保するとの観点から、厚生年金と共済年金を前者に統一することを柱に、所要の措置を講じた。

国民年金法等改正法 (「国民年金法等の一部を改正する法律等の一部を改正する法律」)。同年 11 月成立) は、2012 年度及び 2013 年度について、年金特例公債 (つなぎ国債) で⁸、基礎年金国庫負担割合 2 分の 1 と、この時点での国庫負担割合 36.5%との差額を負担するとともに、世代間公平の観点から、老齢基礎年金等の年金額の特例水準 2.5% (2000 年から 2002 年にかけての分) について、2013 年度から 2015 年度までの 3 年間で解消することとした。マクロ経済スライドを早期に発動させることを意図しての改正でもあった。

最後に、年金生活者給付金法 (「年金生活者支援給付金の支給に関する法律」)。2012 年 11 月成立) では、所得額が一定基準を下回る老齢基礎年金受給者に対し、老齢年金生活者支援給付金を支給することとした。同様に、一定の障害基礎年金又は遺族基礎年金の受給者には、障害年金生活者支援給付金又は遺族年金生活者支援給付金を支給することとした。

4. 自公政権下での改正

2012 年 12 月の衆議院選挙後、自公連立政権が復活した。ただし、「社会保障・税一体改革」の枠組みの下、公的年金に関しては一定の継続性をもった改革が引き続きなされた。

2013 年健全性信頼性確保法 (「公的年金制度の健全性及び信頼性の確保のための厚生年金保険法等の一部を改正する法律」) は、厚生年金基金制度の見直しを中心とする改正であったが、公的年金についても、第 3 号被保険者の記録不整合問題 (第 3 号被保険者が第 2 号被保険者の離職などにより、実態としては第 1 号被保険者となったにもかかわらず、必要な届出を行わなかったため、年金記録上は第 3 号被保険者のままとされている問題) への

⁸ 当初案では、交付国債の発行を予定していたのに対し、粉飾予算であるとの野党側の批判を受け、財源を確保した上で発行する年金特例国債 (つなぎ国債) としたものである。なお、2009 年度以降基礎年金国庫負担割合 2 分の 1 に引上げることとされていたことから、同年度以降、各年度の財源確保のための法律が制定された。2009 年国民年金法等の一部を改正する法律等の一部を改正する法律 (2009、2010 年度)、2011 年国民年金法等の一部を改正する法律等の一部を改正する法律 (2011 年度) がこれにあたる。

対応策を講じた⁹。すなわち、不整合記録に基づく年金額を訂正する一方、不整合期間をカラ期間とし、3年間の時限措置として過去10年間の不整合期間の特例追納を認めることとし、この他にも、国民年金保険料の若年者納付猶予制度の期限延長（10年間）などの改正がなされた。

2013年12月に出された「年金保険料の徴収体制強化等に関する専門委員会報告書」「年金個人情報適正な管理のあり方に関する専門委員会とりまとめ」と、2014年1月の「年金記録問題に関する特別委員会報告書 年金記録問題—正常化への軌跡と今後の課題」を受けた法案が上程され、2014年年金事業運営改善法（「政府管掌年金事業等の運営の改善のための国民年金法等の一部を改正する法律」）が成立した。後述するように、年金記録問題に端を発する事務処理誤り等に対処するための恒久的な制度的対応として立法化されたものである。同法では、政府管掌年金事業等の運営の改善を図るため、年金保険料の納付率の向上策等（納付猶予制度対象者の30歳未満の者から50歳未満の者への拡大、現行の後納制度に代わる、過去5年間の保険料を納付できる制度の新設、滞納保険料等にかかる延滞金の割合の軽減など）、事務処理誤り等に関する特例保険料の納付等を可能とする制度の新設、年金記録の訂正手続の創設、年金個人情報の目的外利用・提供の範囲の明確化などを行った。

厚生労働省が行った2014年財政検証（国民年金及び厚生年金に係る財政の現況及び見通し）は、検討課題として残されている事項の検討に資するよう、一定の制度改正を仮定したオプション試算を行った点で注目を集めた。これを踏まえて検討を行った社会保障審議皆年金部会は、2015年1月「議論の整理」において、被用者年金適用範囲拡大の方向性、年金額の改定（スライド）ルールの見直し等に係るまとめを行ったものの、同年国会に法案は上程されなかった。

5. その他

i 年金積立金の運用

我が国の公的年金は、従来から一定の積立金を保有し、修正積立方式と呼ばれていた。この積立金は、1986年以降、年金福祉事業団が資金運用部から資金を借り入れる形式で一部自主運用の対象となった後、2000年年金資金運用基金法により、厚生労働大臣の自主運営に切り替わることとなった¹⁰。これにより、自主運用分が次第に増加し、2008年には全額

⁹ 不整合記録問題が発覚した後、課長通知で「運用3号」取扱いの方針（年金の受給権者には不整合期間があっても、年金額を減額しない、現役の被保険者には将来に向けては第1号被保険者とし、過去の不整合期間は過去2年間を除き第3号被保険者期間として扱う）を講じたことが批判されたため、社会保障審議会の特別部会報告書（「社会保障審議会第3号被保険者不整合記録問題対策特別部会報告書のとりまとめについて」2011年5月）等に基づき、同年11月「主婦年金追納法案」が国会提出されたものの、2012年11月の衆議院解散に伴い廃案となっていた。

¹⁰ 同年「年金福祉事業団の解散及び業務の承継等に関する法律」により、年金福祉事業団は年金資金運用基金成立時に解散するものとされた。

自主運用となった¹¹。年金資金運用基金は、2004 年年金積立金管理運用独立行政法人法により廃止され、新たに 年金積立金管理運用独立行政法人 (GPIF) が設置された。

GPIF における年金積立金の運用については、2010 年 12 月「年金積立金管理運用独立行政法人の運営の在り方に関する検討会」報告書を受けて年金部会の下に設置された「年金財政における経済前提と積立金運用のあり方に関する専門委員会」が、2014 年 3 月「年金財政における経済前提と積立金運用のあり方について」と題する検討結果の報告を行った¹²。このうち GPIF のガバナンスの在り方については、年金部会の下におかれた「年金積立金の管理運用に係る法人のガバナンスの在り方検討作業班」から、2015 年 1 月、「議論の要約」が提出された。この問題に関しては、同年 12 月、年金部会で議論が再開された。

ii 年金記録問題

2007 年、基礎年金番号への統合・整理がなされていない記録が約 5,000 万件あることが判明し、社会保険庁の年金記録の不備が社会問題化した。政府は、年金記録確認第三者委員会¹³、年金記録問題検証委員会¹⁴を設置するとともに（ともに総務省）、以下のように、社会保険庁の廃止と日本年金機構の設置、時効に関する特例にかかる法案を相次いで国会に上程した。

組織改編に関しては、2007 年日本年金機構法により、社会保険庁を廃止し、非公務員型の法人である日本年金機構を設置し、厚生労働大臣の直接的な監督の下で、一連の運営業務を担わせることとした。

時効に関しては、1. 2007 年年金時効特例法（「厚生年金保険の保険給付及び国民年金の給付に係る時効の特例等に関する法律」）、2. 同年厚生年金特例法（「厚生年金保険の保険給付及び保険料の納付の特例等に関する法律」）が成立した。1. は、既に年金を受給している者等につき、年金記録の訂正に伴い年金が増額した場合、5 年の消滅時効が完成していた給付についても支払うこととし、今後年金を受給する者についても、同様に 5 年以上前の支払分の年金が自動的に時効消滅しないようにした。2. は、厚生年金保険料を天引きさ

¹¹ 運用に関する基本方針は、当初、社会保障審議会が定め、同審議会年金資金運用分科会に引き継がれた。2001 年社会保障審議会「厚生年金保険及び国民年金の積立金の運用に関する基本方針について（答申）」、2003 年同「厚生年金保険及び国民年金の積立金の運用に関する基本方針の変更について（答申）」、2004 年社会保障審議会年金資金運用分科会「厚生年金保険及び国民年金の積立金の運用に関する基本方針の変更について」、2005 年同「厚生年金保険及び国民年金の積立金の運用に関する基本方針の変更について（答申）」参照。年金資金運用分科会は、年金積立金管理運用独立行政法人 (GPIF) の設立を機に廃止され、その機能を受け継いだのが、GPIF の運用委員会であった。

¹² この間、内閣官房の「公的・準公的資金の運用・リスク管理等の高度化に関する有識者会議」も、2013 年 11 月に提言をとりまとめた。

¹³ 年金記録の訂正に関し、国民の立場に立って公正な判断を示すことを任務とし、2015 年 6 月に業務を終了した。「年金記録確認第三者委員会実績報告書－信頼回復に向けた 8 年間の活動－」（2015 年 5 月）参照。

¹⁴ 「年金記録問題検証委員会報告書」（2007 年 10 月）参照。

れたものの事業主から届出や保険料納付がないために年金記録がない事案に対処するため、保険給付の特例を設けた。また、3. 2009 年年金遅延加算金法（「厚生年金保険の保険給付及び国民年金の給付の支払の遅延に係る加算金の支給に関する法律」）により、年金記録の訂正がなされた上で受給権に係る裁定がなされた場合において本来の支給日より大幅に遅れて支給される年金給付額について、特別加算金を支給することとした¹⁵。

先に取り上げた 2014 年年金事業運営改善法では、年金記録問題への応急的対応が一段落したとの認識の下、事務処理誤り等に対処するための恒久的な制度的対応を行った。事務処理誤り等に関する特例保険料の納付等の制度の創設、年金記録の訂正手続の創設がこれにあたる。

(菊池馨実)

¹⁵ 社会保険料に関しては、2009 年年金延滞金軽減法（「社会保険の保険料等に係る延滞金を軽減するための厚生年金保険法等の一部を改正する法律」）により、厚生年金保険料等の支払に困窮している事業主等に配慮し、納期限から原則 3 ヶ月間について、延滞金利率（14.6%）を軽減することとした。2011 年改正法（「国民年金及び企業年金等による高齢期における所得の確保を支援するための国民年金法等の一部を改正する法律」）では、3 年間の時限措置として、国民年金保険料の納付可能期間延長（2 年から 10 年へ）、第 3 号被保険者期間に重複する第 2 号被保険者期間が判明し年金記録が訂正された場合等に、それに引き続く第 3 号被保険者期間を未届期間でなく保険料納付済期間とする、などの改正が行われた。

6 企業年金

1. はじめに

少子高齢化の進展などに伴い、公的年金の将来的な実質的給付水準の維持が難しくなることが予想される中、これを補完する企業年金・私的年金に期待される役割がさらに増大するものと考えられた。また直近の課題として、バブル経済崩壊後の積立金の運用環境悪化に伴う積立不足問題への対応が挙げられた。

こうした状況下、企業年金に関しては、2001年いわゆる企業年金2法（確定給付企業年金法・確定拠出年金法）が制定され、制度枠組みが抜本的に改められた。すなわち従来の厚生年金基金に加えて、基金型・規約型の二つの確定給付企業年金と、確定拠出年金（企業型）が設けられた。これにより、厚生年金基金のうち大企業を中心とする多くのものが代行返上し、確定給付企業年金などに移行した。同時に、従来、法人税法上の優遇措置として存在した適格退職年金（税制適格年金）は、2002年4月以降新規設立を認めず、既存のものも2012年3月までに廃止することになった。

2004年には、厚生年金基金・確定給付企業年金相互の移動及び確定拠出年金への移動を可能とする等の改正が行われた。さらに、2013年健全性信頼性確保法では、厚生年金基金につき、新設を認めず、他の企業年金制度への移行を促進しつつ解散制度の導入等を行う方向での改正がなされた。

以下では、上記の改革動向をもう少し詳しくみていきたい。

2. 企業年金2法

1で述べたように、2001年、いわゆる企業年金2法が成立し、企業年金の制度枠組みが抜本的に改められた¹。このうち確定給付企業年金法は、厚生年金の代行を行わない（3階部分の）新たな確定給付企業年金を創設するもので、規約型と基金型を設け、給付や積立などについて必要最低限の基準を定めるとともに、積立業務・受託者責任・情報開示などに係る受給権保護のための措置を講じた。既存制度との関連では、厚生年金基金につき、新たな確定給付企業年金への移行を認めるとともに、適格退職年金につき、経過措置を講じて、施行後10年以内に新たな制度等へ円滑に移行できるようにした。

確定拠出年金法は、従来なかった確定拠出型の年金制度を導入するもので、企業ごとに行う企業型と、自営業者や企業年金のない会社の従業員が個人ごとに参加する個人型を設けた。拠出額が確定される一方、加入者は、運用商品の選択を自ら行い（すなわち加入者が運用リスクを負う）、給付額は運用結果により決定される。また転職した場合、転職先の制度に年金資産を移管することができるものとされ（ポータビリティの確保）、企業型年金を実施する事業主は、労使合意により、一定の限度額の範囲内で、既存の企業年金等の資産

¹ 立法に至る経緯の一部は、国立社会保障・人口問題研究所・前掲（第6章の注1）で取り上げた。

を確定拠出年金に移換できるものとされた。

2004 年国民年金法等の一部を改正する法律²では、確定拠出年金の拠出限度額引上げ等を行うとともに、厚生年金基金と確定給付企業年金間での資産移換、厚生年金基金・確定給付企業年金から確定拠出年金への資産移換を可能とするなど、ポータビリティの向上を図った³。

2009 年には、確定拠出年金における従業員拠出（マッチング拠出）の導入、国民年金の加入年齢の引上げを含む「企業年金制度等の整備を図るための確定拠出年金法等の一部を改正する法律案」が上程されたものの、未審議に終わった。次いで、2010 年に上程された「国民年金及び企業年金等による高齢期における所得の確保を支援するための国民年金法等の一部を改正する法律案」は、2011 年に成立した。具体的には、確定拠出年金法の一部改正として、加入資格年齢引上げ（60 歳から 65 歳へ）、従業員拠出（マッチング拠出）の導入、事業主による従業員への継続的投資教育実施義務の明文化など、確定給付企業年金法の一部改正として、年金支給可能年齢の 60 歳～65 歳への拡充（従来 50～60 歳）などの改正が行われた。

3. 厚生年金基金制度の見直し

企業年金 2 法制定後、厚生年金基金の多くは解散したものの、存続した中小企業中心の総合型基金では、母体企業の大半が構造不況業種で、必要な積立金を国等に返納する代行返上が困難な状況にあった。いわゆる AIJ 問題を契機として、厚生年金基金等の企業年金をめぐる課題を審議するため、2012 年「厚生年金基金等の資産運用・財政運営に関する有識者会議」が設置され、同年報告書を取りまとめた。政府の方針としては、当初、他の企業年金制度への移行を促進しつつ、厚生年金基金を一定の経過期間において廃止する方針であったが⁴、その後の政権交代を経て、特例解散制度の見直しによる「代行割れ問題」への解消、代行制度の見直し等、必ずしも全面廃止を求めない方向へと転換した⁵。

こうして制定された 2013 年健全性信頼性確保法（「公的年金制度の健全性及び信頼性の確保のための厚生年金保険法等の一部を改正する法律」）は、厚生年金基金制度の見直しを中心とする改正であった。制度自体の廃止に至らなかったとはいえ、施行日以降の基金の新

² 法案化に先立ち、社会保障審議会年金部会「年金制度改正に関する意見」（2003 年 9 月）において、企業年金等の改正についても取り上げられた。

³ 2006 年、厚生労働省に企業年金研究会が設置された（2008 年 10 月まで）。同研究会は、2007 年に「企業年金制度の施行状況の検証結果」を取りまとめ、企業年金に関する包括的な検討を行った。引き続き 2009 年 2 月、企業年金政策研究会が設置された（同年 9 月まで）。

⁴ 第 7 回厚生年金基金等の資産運用・財政運営に関する特別対策本部資料（平成 24 年 9 月 28 日）。

⁵ 厚生労働省「厚生年金基金制度の見直しについて（試案）」（平成 24 年 11 月 2 日）、社会保障審議会年金部会厚生年金基金制度に関する専門委員会「『厚生年金基金制度の見直しについて（試案）』に関する意見」（平成 25 年 2 月 8 日）。

設を認めず、1. 施行日から5年間の時限措置として特例解散制度を見直し、分割納付における事業所間の連帯債務を外すなど、基金の解散時に国に納付する最低責任準備金の納付期限・納付方法の特例を設ける、2. 施行日から5年後以降は、代行資産保全の観点から設定した基準を満たさない基金については、厚生労働大臣が第三者委員会の意見を聴いて、解散命令を発動できるものとする、3. 上乘せ給付の受給権保全を支援するため、厚生年金基金から他の企業年金等への積立金の移行について特例を設ける、といった改正が行われた。これにより、厚生年金基金制度の役割が大幅に縮減することになった。

企業年金に関しては、従来、社会保障審議会年金部会で審議が行われていたものの、同部会では公的年金を中心とする議論が展開されがちであったことは否めない⁶。これに対し、2013年10月、新たに企業年金部会が設置され、以後、企業年金に関する政策論議は同部会で行われることとなった。2015年1月、「議論の整理」において、企業年金制度等の普及・拡大に向けた見直しの方向性が示され、確定拠出年金法等の一部を改正する法律案が国会に提出されたものの、同年末段階で継続審査となっている。

(菊池馨実)

⁶ このため、自ずと年金部会の外に議論の場を設けざるを得なかったとの見方もできる。
注3参照。

7 雇用保険・雇用対策

1. はじめに

2001年1月の審議会再編により、中央職業安定審議会は廃止され、職業安定分科会は新たに設置された労働政策審議会の下に置かれることになった。職業安定分科会のもとには雇用保険部会、雇用対策基本問題部会、労働力需給制度部会などが置かれた。雇用保険部会は毎年度12月末または1月上旬に「雇用保険部会報告書」をとりまとめることがおおよそ慣行となっている。

2000年代の雇用保険制度は、1990年代後半に深刻になった中高年リストラ問題に対処することと、少子高齢化に対応するための育児・介護給付の充実から始まった。2000年4月に雇用保険法が改正され（2001年4月実施）、「倒産・解雇等により離職した者」に対して、年齢と被保険者期間に応じて給付日数を見直し、最大で330日まで給付できるようにした。また、育児休業給付および介護給付について、給付率が20%から40%に引き上げられた。

2002年12月26日の「雇用保険部会報告書」では引き続き中高年の失業問題が課題とされた。日本的雇用慣行のもとで、従前賃金に基づいて算定される求職者給付基本手当の日額が、再就職時賃金よりも高くなる「逆転現象」が発生し、これが再就職の意欲を減退させているとの認識を示した。そこで現行の給付率の下限を60%から50%に引き下げ、また、給付額の上限も引き下げることを提案した。この他、倒産・解雇による特定受給資格者の給付日数の延長、就職促進手当の創設、各種給付の統合などを提案した。

2004年1月8日の「雇用保険部会報告書—育児休業給付制度及び介護休業給付制度の見直しについて」¹では育児・介護休業制度に関して、「当該休業が円滑に取得できなければ労働者の職業生活の円滑な継続が困難になる」との問題意識から、育児休業給付については保育園への入所が困難な場合などに子どもが1歳半になるまでの給付期間の延長が、介護休業については一人の親につき取得できる回数の緩和が提案された。

2. 雇用福祉事業の廃止

2003年8月に厚生労働省内に雇用保険基本問題研究会が設置され2年半の審議を経て2006年2月報告書『雇用保険の在り方に関する議論の整理』²が取りまとめられた。これは2005年11月財政制度等審議会、同年12月自由民主党行政改革推進本部特別会計改革委員会などの意見を受け、同年12月24日の閣議決定で、労働保険特別会計については原則として「純粋な保険給付事業に限」ることとし、付帯三事業について「廃止も含め徹底的な見直し」、失業給付事業におけ「国庫負担の在り方については、廃止を含め検討するもの」とす

¹ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/dl/s0112-2d.pdf> 参照。

² <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/dl/s0303-5b01.pdf> 参照。

」とされたこと、また、総合規制改革会議などが公共職業安定所の民営化などを検討事項として取り上げたことに対する職業安定局の対応であった。雇用保険基本問題研究会の報告書は、雇用保険制度を総合的に検討した結果として、雇用保険制度の基本骨格を維持しつつ、雇用形態の多様化や新たな雇用情勢に的確に対応する仕組みを検討することを提言したものであった。だが、当時の行政改革の潮流は強く、2006年12月27日に雇用保険部会は「雇用保険制度の見直しについて」³を取りまとめ、雇用福祉事業の廃止、保険料率の引き下げ、国庫負担率を本来負担額の55%に引き下げること、などを受け入れるとともに離職理由により資格期間を6か月と12か月に整備すること、育児休業給付の給付率を50%に引き上げることなどを答申した。雇用福祉事業は2007年4月1日に廃止されることになった。

3. 雇用・能力開発機構の廃止、職業能力開発総合大学校等の大幅な縮小

既に1990年代から政府特殊法人の整理合理化が進展し、雇用促進事業団は1999年に雇用・能力開発機構に再編されていた。さらに、同機構は行政改革の波に洗われ、2004年には独立行政法人に改組された。2000年代に入り、規制緩和・行政改革の政治的圧力が強まり、2001年からの総合規制改革会議、2004年からの規制改革・民間開放推進会議、2007年からの規制改革会議などが設置され、また2000年に設置された経済財政諮問会議も規制改革を推進する機構として機能した。すでに規制改革・民間開放推進会議の提唱で2005年に公共職業安定所（ハローワーク）にいわゆる「市場化テスト」が導入されるなど、職業安定行政は規制改革の重要な対象のひとつとみなされていた。2007年6月19日閣議決定「経済財政改革の基本方針2007」において独立行政法人の整理合理化計画を策定することが決定され、「行政減量・効率化有識者会議」が設置され、審議がおこなわれた。同年8月10日「独立行政法人整理合理化計画の策定に係る基本方針」が閣議決定された。そして同年12月24日「独立行政法人整理合理化計画」⁴が閣議決定された。そこにおいて雇用・能力開発機構は組織の大幅な縮小と再編が提案された。さらに、2008年9月17日「行政減量・効率化有識者会議」は雇用・能力開発機構の廃止を提言した。

厚生省職業安定局は2008年3月13日「雇用・能力開発機構のあり方検討会」を設置し、善後措置について検討し、同年12月4日報告書「今後の雇用・能力開発機構のあり方について（最終報告）」⁵をとりまとめた。そこでは「雇用のセーフティーネットとしての職業訓練や日本の国際競争力の維持に重要な役割を果たしている基幹産業を支えるものづくり分野の職業訓練について国が果たすべき役割は極めて大きい」と述べ、職業訓練業務に特化することで、同機構の維持存続を主張した。「私のしごと館」「アビリティーガーデン」の廃止、職業能力開発促進センター（ポリテクセンター）の削減、職業能力開発短期大学校の都道府

³ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/01/dl/s0110-6e.pdf> 参照。

⁴ <http://www8.cao.go.jp/hyouka/dokuritsu/iinkai/027/shiryou1.pdf> 参照。

⁵ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/dl/s1204-5a.pdf> 参照。

県移管、職業能力開発大学校の課程の大幅削減などが提言された。だが、同年12月24日「雇用・能力開発機構の廃止について」⁶が閣議決定され、同機構の廃止が決定された。職業能力開発大学校など職業能力開発業務は、整理縮小して独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構に移管されることになった。

4. リーマンショック後の非正規労働問題の顕在化

2008年9月リーマンショック後、派遣労働者・請負契約の期間満了や中途解除、有期契約の非正規労働者の期間満了、正規労働者の解雇が激増し、雇用情勢は急激に悪化した。雇用保険未加入の非正規労働者が雇用保険のセーフティネットで救済されないことが深刻な社会問題とみなされた。また、リーマンショック後6カ月を経過する2009年3月末に雇用保険の求職者給付期間が終了する受給者が増大することが予想され、雇用保険をめぐる情勢は急展開を見た。2009年1月雇用保険部会「雇用保険制度の見直しについて」⁷では、非正規労働者に対する適用拡大、有期雇用労働者に対しても特定受給資格者と同様の6か月での受給資格期間とすること、特に正規・非正規を問わず雇用保険の適用を6か月以上引き続き雇用が見込まれる者に短縮すること、など適用条件を大幅に緩和する措置を提案した。こうして2009年3月に雇用保険法の改正がなされ、同月31日より実施された。また、政府の「経済危機対策」の一環として雇用対策として2009年度に2.5兆円の大型補正予算が生まれ、雇用保険を受給していない者を対象に「緊急人材育成・就職支援基金」7000億円、雇用調整助成金の拡充など雇用維持対策として6066億円、緊急雇用創出事業（基金）の3000億円積み増しなどがなされた。

5. 非正規雇用問題の深刻化と求職者支援制度の制定

のように適用条件を緩和したにもかかわらず、「6か月以上引き続き雇用が見込まれる」という適用条件を満たさない非正規労働者が雇用保険に加入できない問題が残された。民主党政権誕生後の2009年12月25日「雇用保険部会報告書」⁸では、適用条件を「31日以上引き続き雇用が見込まれる」者と緩和した。また、2011年3月末で終了する「緊急人材育成支援事業」に代わりうる「恒久的な制度」が必要であることを提言した。こうして2010年2月より雇用保険部会において「求職者支援制度」の検討が開始された。頻回の部会開催を経て、2011年1月27日の第74回雇用保険部会において報告書「求職者支援制度について」⁹をまとめ、そこで「雇用保険と生活保護の間にあるセーフティネットが必要であり、…（中略）求職者支援制度を創設することとすべきである」と提言した。また、同日にまと

⁶ <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/gyokaku/kettei/081224honbun.pdf> 参照。

⁷ <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/01/dl/h0107-1a.pdf> 参照。

⁸ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/dl/s0112-3c.pdf> 参照

⁹ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001189z-att/2r985200000118bg.pdf> 参照。

められた「雇用保険部会報告書」¹⁰では、求職者給付基本手当の給付額を引き上げること、再就職手当の給付率を引き上げること、国庫負担額を本則に戻すこと、雇用保険料率を引き下げること、などを提案した（ただし、国庫負担額の本則適用は、その後見送られた）。求職者支援制度については労働政策審議会能力開発分科会において職業訓練の内容について検討を行い2011年1月27日「求職者支援制度における新たな職業訓練の在り方について」¹¹をまとめた。求職者支援制度は2011年2月10日閣議決定、同月14日法案提出し、5月13日成立し、同月20日に公布され、10月1日より施行された。

2011年3月11日の東日本大震災に対する緊急雇用労働対策は3月31日の職業安定分科会で「東北地方太平洋沖地震における緊急の雇用労働対策」¹²として報告された。雇用保険では、休業および一時離職者に対して求職者給付を特例で給付、避難先での雇用保険の受給手続きを可能とする対策を行った。この他職業安定局管轄の雇用対策として、雇用調整助成金の活用、新卒者に対する特別の配慮、雇用促進住宅の活用などを実施した。

リーマンショック後の経済危機対策で採用された暫定的な措置として個別延長給付、有期契約労働者への給付日数の充実、40歳未満の者に対する常用就職支度手当、受講手当額の一時的引上げがなされていた。これらの存廃が課題となった。2012年1月6日の「雇用保険部会報告書」¹³では、個別延長給付につき留保条件をつけつつ、これらの暫定措置の2年間延長を提案した。同報告では、この他、雇用保険付帯2事業の雇用調整助成金の運用についてリーマンショックと東日本大震災により支給要件の緩和を行ってきたが、これをリーマンショック以前の要件に戻すべきことを提案している。

2010年12月に完全失業率は5.0%を下回るようになり、雇用情勢は徐々に改善傾向を示していた。雇用保険財政も失業等給付の単年度収支において、2010～2011年度の2年間、各1800億円程度の剰余（黒字）を計上した。2012年1月の「雇用保険部会報告書」¹⁴では、これを受けて弾力条項を発動して保険料率を法定下限の0.1%に引き下げることが提案した。他方で、同報告は非正規労働者に対する個別延長給付や有期契約労働者の給付日数の充実、受講手当額の引き上げなど3年間の暫定措置の期限を2年間延長することを提案した。また、この当時の雇用保険部会では求職者支援制度の検証とともに「マルチジョブホルダーへの対応」と「65歳以上の者への対応」がしばしば議題に上がっている。

¹⁰ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001189z-att/2r985200000118lt.pdf>
参照。

¹¹ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000115uv-att/2r985200000115wc.pdf>
参照。

¹² <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000018st0-att/2r98520000018suh.pdf>
参照。

¹³ http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=148460&name=2r98520000032rkl_1.pdf 参照。

¹⁴ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000026112-att/2r985200000261p5.pdf>
参照。

6. 教育訓練給付の拡充

2012年12月、発足したばかりの安倍政権は日本経済再生本部を設置し、そのもとに2013年1月産業競争力会議が設置された。同会議では雇用制度改革、人材力強化などについても検討され（第4回、第7回）、6月5日「成長戦略（案）」¹⁵をとりまとめた。そこでは「行き過ぎた雇用維持型から労働移動支援型への政策転換（失業なき労働移動の実現）」「民間人材ビジネスの活用によるマッチング機能の強化」「多様な働き方の実現」「女性の活躍推進」「若者・高齢者等の活躍推進」「大学改革」「グローバル化等に対応する人材力の強化」「高度外国人材の活用」などが掲げられていた。特に「社会人の学び直しを促進するために雇用保険制度を見直す」という文言が含まれていた。これらの内容は同月14日閣議決定「日本再興戦略」¹⁶にほぼそのまま盛り込まれた。安倍政権は同年2月に「若者・女性活躍推進フォーラム」も設置し、同フォーラムは5月19日「我が国の若者・女性の活躍推進のための提言」¹⁷をまとめている。さらに、安倍政権で復活した経済財政諮問会議は6月13日「経済財政運営と改革の基本方針～脱デフレ・経済再生～」¹⁸をまとめ、そこにおいて多様な雇用のあり方を肯定しつつも、非正規労働者の増大が雇用者所得の減少の一因であることを指摘した。また、「頑張るものが報われ、何度でも挑戦できる社会、やり直し・学びなおしがきく社会」「多様な雇用が拡大し、労働生産性に見合った賃金上昇等を通じて、豊かで、満足度の高い生活水準が確保される社会」を目指すべきことを提案した。さらに、2013年8月6日「社会保障制度改革国民会議報告書」¹⁹が公表された。そこでは非正規労働者が社会保険に適用されない問題や「日本的雇用システム」の機能不全を指摘し、「非正規雇用の労働者の雇用の安定・処遇の改善を図ること」が強調されていた。

これらの安倍政権の動きは雇用保険制度の議論にも影響を与えた。雇用保険部会の開催の度に内閣直属・周辺の会議の報告書・資料および議事内容が吟味された。雇用保険部会は安倍政権が在職者・離職者を問わず職業訓練・人材育成を重視していると思われ、雇用保険に関連する職業訓練制度全般を再吟味した。2013年12月26日「雇用保険部会報告書」²⁰では「中長期的なキャリア形成支援措置について」という章を設け、教育訓練給付の拡充（受講料の40%給付）や上乘せ給付、受給要件の緩和、対象訓練の適正な選定、キャリア・コンサルティングの奨励などを提案した。また、男性の育児休業取得率の向上を図ることを目的の一つとして当初6カ月の育児休業給付の給付率を67%にすることも提案した。これらを盛り込んだ法案は3月28日に成立した。

¹⁵ <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/skkkaigi/dai12/siryou1-1.pdf> 参照。

¹⁶ http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/saikou_jpn.pdf 参照。

¹⁷ <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/ywforum/pdf/teigen.pdf> 参照。

¹⁸ http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2013/0613/shiryo_03.pdf 参照。

¹⁹ <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf> 参照

²⁰ http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12602000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Roudouseisakutantou/0000034836.pdf 参照。

7. 65歳以上への適用拡大、女性の就業促進

その後、2015年度は6月30日「日本再興戦略改定2015」、また、内閣改造後の安倍政権の「新・三本の矢」として「一億総活躍社会」が掲げられ、担当大臣がおかれ、10月29日「一億総活躍国民会議」が設置された。同会議は11月26日「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策－成長と分配の好循環の形成に向けて－」²¹を取りまとめた。ここでは「若者の雇用・経済的基盤を改善するため、若者の円滑な就職支援や非正規雇用労働者の正社員転換・待遇改善の推進、被用者保険の更なる適用拡大の検討」「仕事と家庭の両立ができる環境づくり」「長時間労働を是正し、テレワークやフレックスタイム制などによる多様で柔軟な働き方を推進」「男性の意識・行動改革」「学び直しになどを通じて男女がキャリアを伸ばせるような環境の整備」が掲げられた。2016年1月の「雇用保険制度部会報告」²²では、65歳以上の者の雇用保険の適用について、近年「65歳以上の新規求職者が...大幅に増加しており」「雇用保険制度においてフルタイムとパートタイムの給付条件に差異がない」ことからみて、65歳以上の労働者にも雇用保険を適用するべきである、と提言した。また、教育訓練給付で受講した労働者がキャリア・コンサルティングを利用した場合、その費用も一般教育訓練給付の対象とするべきであると提案した。さらに、育児・介護休業給付にについて、介護離職を抑制するためにも、介護休業給付の給付水準と育児休業給付と同じ67%に引き上げることが提案された。これを盛り込んだ雇用保険改正法案は2016年3月29日成立した。

(菅沼 隆)

²¹ http://www.kantei.go.jp/jp/singi/ichiokusoukatsuyaku/kinkyu_taisaku/hontai.pdf 参照。

²² http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12602000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Roudouseisakutantou/0000109583.pdf 参照。

8 労働者災害補償保険

1. 制度の概要

労働者災害補償保険（以下「労災保険」）は、業務上の理由または通勤による労働者の負傷・疾病・障害・死亡等に対して迅速公正な保護をするため、必要な保険給付を行い、合わせて被災労働者およびその遺族の援護、適正な労働条件の確保等を図ることにより、労働者の福祉の増進に寄与することを目的とする政府管掌の社会保険である¹。労災保険の保険給付は、業務災害に対する保険給付と通勤災害に対する保険給付があるが内容・種類は同じである。保険給付の種類は、療養補償給付（療養給付）、休業補償給付（休業給付）、傷病補償年金（傷病年金）、障害補償給付（障害保障年金と障害補償一時金）、遺族補償給付（遺族補償年金と遺族補償一時金）、埋葬料、介護補償給付（介護給付）、二次健康診断等給付（2001年4月施行）である。

労災保険は、農林水産業の一部の事業が暫定任意適用事業であるほかは、労働者を使用する事業すべてが強制的に適用される²。労災保険の適用事業所数は1980年代1990年代を通じて増加し2000年に270万に達した。一時期、リーマンショックの影響で2009年に260万に減少したが、その後再び事業所数は増加し、2014年は270万に達している³。適用対象者数も2000年代に増加し、2001年の4400万人から2014年には5500万人に達している⁴。業種別にみると（2013年度末時点）、商業、金融・保険、医療・福祉等を中心とする「その他の事業」が1,583,509事業場（構成比59.2%）と最も多く、次いで「建設事業」が614,156事業場（同22.9%）、「製造業」が377,895事業場（同14.1%）であり、業種別の対前年増減率では「その他事業」と「建設業」それぞれ1.7%と1.8%であるのに対して、「製造業」は-1.4%となり、適用事業所に占める製造業の割合が占める傾向が続いている。

保険給付支払額は、総額でみると2000年代半ばまで増加し（2001年の7,706億円から2007年の8,463億円）、それ以降は減少している（2008年の8389億円から2014年度の7512億円）⁵。保険支払額の増減に影響する労働災害による死亡者数と休業4日以上之死傷者数は、近年それぞれ約1,000人、約1,500人で推移している。給付種類別にみると、年金等給付が375,466,692千円（構成比50.4%）と最も多く、次いで療養補償給付が219,749,783円（同29.5%）、休業補償給付が100,234,025千円（同13.5%）と、この3種の給付で保険給付支払額の93.4%を占めている。

¹ 労災保険の成立過程と2000年以前の改革動向については「日本社会保障資料IV」を参照。

² ただし、労災保険は、国家公務員、地方公務員（業の非常勤の地方公務員を除く）には適用されない。

³ 厚生労働省『労災保険事業月報（平成27年11月）』第1表「年度別、月別適用及び収支状況」

⁴ 脚注3と同様

⁵ 厚生労働省『労災保険事業月報（平成27年11月）』第2表「年度別、月別保険給付支払状況」

2. 産業構造の変化と就業形態の多様化に対応した法改正（2005年改正・船員保険の統合）

2000年代に入り労働災害の死傷災害による死傷者数は、長期的には減少しているものの、2003年においてもなお年間約53万人に上っていた⁶。このうち、休業4日以上⁷の死傷者数は2001年に133,598人から2005年に120,354人へ減少し、死亡災害は2003年に1,628人と過去最少となったが、依然としてそれぞれ12万人以上、1500人以上という多くの死傷者がでる状況が続いた。また、業種別にみると⁷、2003年の労働災害による死傷者数は、製造業が32,518人で最も多く、次いで建設業の29,263人となり、この二業種で全体の5割以上を占めた。死亡災害の死亡者数は、建設業が548人（全体の33.7%）で最も多く、次いで製造業が293人（同18.0%）、陸上貨物運送事業が241人（同14.8%）であった。その結果、2003年に新たに労災保険の保険給付の支払を受けた被災労働者数は、業務災害による者が542,606人、通勤災害による者が51,386人、全体で593,992人となっており、前年度に比べ15,763人増となった。

このような状況に対して、2003年度～2007年度の第10次労働災害防止計画⁸の中で、労働災害については死亡者数の減少傾向を堅持し年間1,500人を大きく下回ることを目指すなどの目標を掲げ、労働災害防止対策の推進が図られた。労働災害を防止する上で重要な課題となっている機械による災害の一層の防止を図るため、2001年6月にすべての機械に適用できる包括的な安全方策等に関する基準として「機械の包括的な安全基準に関する指針」⁹が策定された。その一方で、第3次産業の割合がますます増え就業形態の多様化が進んだことに伴い、複数就業者や単身赴任者の増加や流通業・運輸業など事業所間移動を伴う業種の労働者の増大に対応できる労災保険の改正が求められた¹⁰。この観点から、2005年12月に労災保険法施行規則等の改正がなされ、通勤災害保護制度の対象範囲について、住居と就業の場所との間の往復に加え、①複数就業者の事業場間の移動、②単身赴任者の赴任先住居と帰省先住居との間の移動が追加され、この改正に伴う事業所間移動の起点の場所の定義と通勤災害保護制度の対象となる住居間移動の要件が労災保険法施行規則の改正により新たに定められた¹¹。

適用事業所と適用対象者に占める第3次産業の割合の増加したことと就業形態の多様化に伴う非正規就業者と使用者の間の関係で後者が有意に立つ場合が増えたことの結果とし

⁶ 中央労働災害防止協会「全産業における死亡者数・死傷者数の推移（昭和28年～平成21年）」労働災害統計

⁷ 厚生労働省『平成16年版 厚生労働白書』第4章3.1「労働災害の現状とその対策」

⁸ 厚生労働省労働基準局安全衛生部「第10次の労働災害防止計画の概要（第10次労働災害防止計画（平成15年度から5か年間）」

⁹ 厚生労働省労働基準局長通達平成19年7月31日基発第0731001号

¹⁰ 第8回労働政策審議会労働条件分科会労災保険部会「労災保険制度の在り方に関する研究会中間とりまとめ—通勤災害保護制度の見直し等について—」（2004年7月）

¹¹ 「労働者災害補償保険法施行規則等の一部を改正する省令案要綱」についての労働政策審議会に対する諮問及び答申（平成17年12月22日）

て、2000年代半ばには「労災かくし」の問題が指摘されるようになった¹²。「労災かくし」の問題に対しては、全国健康保険協会各都道府県支部との連携等の方策を含め、「労災かくし」の疑いのある事案の把握及び調査を行うとともに、監督指導等を実施し、その存在が明らかとなった場合には、司法処分を含め厳正に対処することが図られるようになった¹³。

第3次産業の労働者が増える中で、船員として働く労働者数は減少が続いたことに対応して、雇用保険法等の一部を改正する法律(平成19年法律第30号)により、2010年1月に船員保険の職務上疾病・年金部門を労災保険に統合し¹⁴、従来の船員保険の給付のうち労災保険の保険給付に相当する給付は労災保険から給付を行うこととなった¹⁵。

3. 健康被害に対応した改正（精神障害・過労死等への対応）

過労死の認定基準が最初に示されたのは1961年の基発第114号「中枢神経系及び循環器系の疾病疾患（脳卒中、急性心臓死等）の業務上外認定基準について」という行政通達であるとされているが、過労死が労災として認定され適切な救済がされるようになるには、判例の蓄積¹⁶と過労死遺族や法律家等による社会的活動があった。1995年2月に過労死の認定基準が改正されたが、過労死に関わる労災補償請求が増え続けた状況の中、2000年7月に最高裁判決（自動車運転手の脳血管疾患の業務上外事件判決）を契機に、2001年12月に再び認定基準が改正され、発症前6ヶ月間の長期間に渡る疲労の蓄積が認定基準とされた。これ以降も過労死に関わる労災補償請求は増加したが¹⁷、認定基準はより客観化され、現在では労働時間の長さが明記され、基準と実態の比較考量により労災認定の判断がなされるようになった。

また、心理的負荷による精神障害等に係る労災請求も増加し、うつ病による過労自殺も判例を通じて社会問題化したため、心理的負荷による精神障害等に係る労災認定の判断基準の明確化が必要となった。そのため、1998年2月「精神障害等の労災認定に係る専門検討

¹² 「労災かくし」とは、労働災害が発生した場合には事業主は災害発生状況やその原因などを記載した労働者死傷病報告を労働基準監督署に提出しなければならないとされているにもかかわらず、「故意に労働者死傷病報告を提出しないこと」、「虚偽の内容を記載した労働者死傷病報告を提出すること」をいう。

¹³ 厚生労働省労働基準局長通達平成13年2月8日基発第68号「いわゆる労災かくしの排除に係る一層の強化について」、平成14年7月26日基監発・基徴発・基安計発・基労管発第0726001号「「労災かくし」の排除に係る対策の推進について」

¹⁴ 労働政策審議会平成19年1月22日「雇用保険法等の一部を改正する法律案要綱（船員保険法の改正に伴う雇用保険法の一部改正関係）」の諮問及び答申について

¹⁵ ただし、船員は海難事故などリスクが高いことを配慮して、労災保険の給付水準を上回る部分の給付及び船員保険独自の給付は、統合後も船員保険から給付を行うこととされた。

¹⁶ 急性死・過労死事件の認定判例一覧では1967年から1994年まで54件が挙げられている（岡村親宜, 1998）。

¹⁷ 2001年度～2004年度の間は脳血管疾患及び虚血性心疾患等（「過労死」等事案）の労災補償状況は次の通り。請求件数：2001年度690件、2002年度819件、2003年度742件、2004年度816件。認定件数（括弧内は過労死）2001年度143件（58件）、2002年度317件（160件）、2003年度314件（158件）、2004年度294件（150件）。

会」が設置され、同検討会報告書に基づき、1999年9月に精神障害・自殺の労災か否かの判断指針（「精神障害による自殺の取り扱いについて」¹⁸）が、同年11月に「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」が策定された。これにより、うつ病による過労自殺も労災として位置づけが明確化され労災認定が進んだ。さらに、2005年に「セクシュアルハラスメントによる精神障害等の業務上外の認定について」¹⁹、2008年に「上司の「いじめ」による精神障害等の業務上外の認定について」²⁰が策定された。

過労死や過労自殺に対する労災保険による救済を進めることは重要ではあるが、根本的な対策は過労死等を未然に防ぐことである。この目的のために、2014年6月に、過労死等の防止のための対策を効果的に推進することを国の責務と定め、①過労死等の防止のための対策に関する大綱の策定義務、②過労死等の概要及び政府が講じた施策の状況に関する報告書の国会提出義務、③厚生労働省内における過労死等防止対策推進協議会の設置などを規定した「過労死等防止対策推進法」（平成26年法律第100号）が制定された。

4. 労災保険の給付水準、保険料徴収、支給手続きに関する改正

労災保険の改正では、給付水準や保険料徴収徴、支給手続きに関する改正も行われている。給付水準については、2010年に、労働政策審議会に対して、労働災害により介護を要する状態となった労働者に対する介護（補償）給付の水準に関して、他制度の介護手当との均衡等を考慮して当該給付額の最高限度額及び最低保障額の見直しについて諮問がなされた。また、炭鉱災害による一酸化炭素中毒症に関する特別措置法（昭和42年法律第92号）の規定に基づき支給する介護料においてもこれと同じ諮問がなされた。これに基づき労災保険法の施行規則の改正及び炭鉱災害による一酸化炭素中毒症に関する特別措置法施行規則の改正により介護（補償）給付の水準が引き上げられた²¹。この水準は、その後2012年3月と2015年4月にも改正されている²²。

社会復帰促進等事業については、2011年9月に労働者災害補償保険法施行規則の一部を改正する省令²³により、社会復帰促進等事業として支給される助成金に「受動喫煙防止対策助成金」が追加された。2014年3月には、労働者災害補償保険法施行規則の一部改正²⁴により、社会復帰促進等事業として一定の中小事業主に対して支給される「職場意識改善助成金」についてテレワークコースが追加された。その一方で、2015年3月に、労働者災害補

¹⁸ 平成11年9月4日付け基発第545号

¹⁹ 平成17年12月1日付け基労補発1201001号

²⁰ 平成20年2月6日付け基労補発0206001号

²¹ 第39回労働政策審議会労働条件分科会労災保険部会「労働者災害補償保険法施行規則及び炭鉱災害による一酸化炭素中毒症に関する特別措置法施行規則の一部を改正する省令案要綱」及び同「省令案の概要」

²² 平成24年厚生労働省令第56号、平成27年厚生労働省令第71号

²³ 平成23年厚生労働省令第113号

²⁴ 平成26年厚生労働省令第32号

償保険法施行規則の一部改正²⁵により、労災保険の社会復帰促進等事業の一環として支給される助成金である「労働時間等設定改善推進助成金」が廃止された。

東日本大震災に対応する労災保険上の対策として、東日本大震災の復旧・復興作業で主要な役割を果たすと想定される建設業の一人親方等が作業中に被った災害について適切な補償を受けられるようにするため、2011年12月に労働者災害補償保険法施行規則の一部を改正する省令²⁶が出され、その補償範囲が拡大された。

労災保険の保険料徴収の改正については、労災保険料率設定、保険料負担激変緩和措置、業種区分、メリット制等について改正が適宜行われてきた。業種区分と区分毎の保険料率設定及びメリット制は、業種ごとに災害率が異なるという実態を前提として労働災害防止インセンティブを機能させるという観点から必要であるが、第3次産業の労働者の割合が増加すると共に新たな業種が生まれる一方で、第1次産業や第2次産業で規模が縮小する業種が現れることは、労災保険の保険集団としての規模のあり方に関わる問題である。この問題について、総合規制改革会議第三次答申（平成15年12月）を受けて厚生労働省が2004年5月に設置した「労災保険料率の設定に関する検討会」で検討が進められた。この検討会の報告書²⁷（2005年1月）で、産業構造の変動、技術革新の進展及び保険集団としての規模等の状況を踏まえた業種区分の再検討の必要性が指摘されたことを受けて、2006年4月に新業種区分が定められた²⁸。さらに、「労災保険の事業の種類に係る検討会」（2013年）²⁹を踏まえ、医療保健業の従事者が増大していることに対応して医療業と社会福祉・介護事業に分離して事業細目を設定すること、及び認定こども園の導入に対応して認定こども園、幼稚園及び保育所についてそれぞれの事業細目を新設することが、第54回労働政策審議会労働条件分科会労災保険部会答申³⁰に基づいて実施された。

労災保険の支給手続きの改善については、2012年3月に労働者災害補償保険法施行規則の一部改正³¹がなされ、障害補償年金（通勤災害の場合は障害年金）の受給権者が行う定期報告書の提出で住民基本台帳ネットワークシステムを利用して本人確認ができる場合には、住民票などの添付を不要とすることとされた。さらに、2015年12月に、2016年からマイナンバー制度が始まることを踏まえて、労働者災害補償保険法の施行に関する事務に使用

²⁵ 平成27年厚生労働省令第67号

²⁶ 平成23年厚生労働省令第154号

²⁷ 厚生労働省労働基準局労災補償部「労災保険料率の設定に関する検討会」報告書（平成17年1月14日）

²⁸ 厚生労働省・労災保険料率改定（平成18年4月1日改訂）。従来の業種区分「(旧) その他の各種事業」は、「通信業、放送業、新開業又は出版業」、「卸売業・小売業、飲食業又は宿泊業」、「金融業、保険業又は不動産業」、「その他の各種事業」の4つに区分され、「(新) その他の各種事業」の細目に「医療保健、法務、教育、宗教、研究又は調査の事業」が設けられた。

²⁹ 労働基準局労災補償部「労災保険の事業の種類に係る検討会」報告書（2013年3月）

³⁰ 昭和47年労働省告示第16号（労働保険の保険料の徴収等に関する法律施行規則の規定に基づき労災保険率表の細目を定める件）の一部を改正する告示案の概要

³¹ 平成24年厚生労働省令第35号

する文書の様式を定める件の一部改正³²により、障害補償給付支給請求書など、労災保険における一定の請求様式に個人番号記載欄を追加するなどの改正が行われた。

(金子能宏)

³² 平成 27 年厚生労働省告示第 479 号

9 介護保険

1. 介護保険制度の目的と概要

介護保険は、従来の老人福祉制度では医療費の自己負担が原則無料であったために社会的入院の問題が生じて医療保険財政を維持していくことが困難になったことと、低所得の高齢者・介護を要する程度が重い人を中心に老人福祉サービスが提供されてきたため一般的な家庭での介護は家族の負担になってしまう問題を是正するために、「高齢者の日常生活の自立を、国が支援する」という考え方にに基づき、利用者が必要なときに利用者の選択に従って介護サービスが提供される公的な仕組みとして制度化された社会保険である。介護保険制度の枠組みは、『日本社会保障資料Ⅳ』「10.介護保険」にあるように、1995年7月に社会保障制度審議会が公的介護保険制度の創設を勧告したことを受けて、老人保健福祉審議会で検討が始まり、同審議会の最終報告「高齢者介護保険制度の創設について」（1996年4月）によって示された。老人保健審議会は、最終報告書を踏まえて厚生省が介護保険制度の具体的な試案を出すことを求めたが、審議の過程で地方団体からの異論が出たため、厚生省は試案の修正を行い、1996年6月に「介護保険制度案大綱」を示し、各地で制度案に関する公聴会を開催して法案要綱を修正し、1996年11月に「介護保険法案」が国会に提出された。そして、1年1ヶ月の審議と内容の修正を経て、1997年12月に介護保険法が成立した。その後、医療保険福祉審議会¹で制度運用に関する審議が行われ、約2年4ヶ月の準備期間を経て、同法が2000年4月から施行され、我が国の介護保険制度が始まった。

介護保険法の第1条では目的が定められ、要介護状態になる原因を加齢によるものと限定し、高齢者の自立支援を目指し、保健・医療・福祉の一元的なサービス提供の負担は国民連帯に基づくこととされている。そのため、介護保険制度は社会保険方式とされ、65歳以上の第1号被保険者と40歳以上65歳未満の第2号被保険者からなる被保険者が介護保険料を納める代わりに、介護を要する場合には、保険者である市区町村（市町村及び東京23区の特別区）に高齢者本人が要介護認定を申請し、介護認定委員会の認定に基づいて、ホームヘルパーの派遣など具体的な介護サービスを利用する仕組みとなっている²。要介護認定の作業は、国が決める一次判定の基準に基づいて市町村事務受託法人の職員が訪問し一次判定を行い、これにかかりつけ医の意見書と合わせて市町村の介護認定審査会で二次判定が行われ、要介護認定の区分（要支援・要介護度）が決定される。要介護度が決まると居宅の場合、施設入所の場合それぞれ利用できる介護サービスのメニューが決まり、要支援・要介護高齢者はその中から介護サービスを選ぶ。介護保険では、同法第2条が規定するように利用者を尊重して、本人が作るまたは本人とケアマネージャーが共同して作るケアプランに基づいて介護サービスが提供される。介護サービスの利用者は、原則とし

¹ 医療保険福祉審議会 第1回介護給付費部会議事要旨（平成10年4月13日）

² なお、40～64歳の者でも初老期認知症や脳血管疾患等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

て費用の1割を負担する。ただし、利用者負担が高額にならないように負担の上限があり、上限を超える額については高額介護サービス費が市町村から支給される。

介護保険は社会保険方式であるが、財政安定化のために次のような様々な仕組みが定められている。介護保険の保険者は市町村であるが、財源を安定化させるために、介護保険の保険給付される部分（利用者負担を除く保険給付の費用）の財源は保険料負担と公費負担である。保険料負担と公費負担の割合は1/2ずつであり、保険給付の財源全体に占める国、都道府県、市町村の割合は、国25%（介護保険施設にかかる費用の場合は、20%）、都道府県12.5%（介護保険施設にかかる費用の場合は17.5%）、市町村12.5%である。このうち、介護保険の財政を安定化させるために、国の負担25%の部分は次の二つから構成されている。国は、市町村に対し、原則として、介護給付及び予防給付に要する費用の20%を負担する（この場合、都道府県の負担割合は12.5%）。国は、介護保険の財政の調整を行うため、第1号被保険者の年齢階級別の分布状況、所得の分布状況等を考慮して、市町村に対して調整交付金として5%を交付する³。また、介護保険の利用者が増えて介護にかかる費用が増えることに備えて、第1号被保険者（65歳以上の人）の保険料は3年ごとに改定される仕組みとなっている。保険料を支払う被保険者は40歳以上の人で、65歳以上の人第1号被保険者、40歳以上65歳未満の人が第2号被保険者とされる。第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合はそれぞれの人口の比率で決まり、介護保険導入時点の保険料は、第1号被保険者19%（本人の保険料率）、第2号被保険者31%（本人の保険料率は労使折半のためこの15.5%）であった⁴。

介護保険制度の改正については、介護保険法附則第2条において「この法律の施行後五年を目途として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。」という規定があり、これに基づいて、5年ごとの法改正、3年ごとの介護報酬と介護認定の見直しが行われてきた。改正と改訂の手続きは、介護保険制度全般については社会保障審議会介護保険部会⁵の意見に基づき改正法案が国会に提出され審議が行われた後に改正され、介護報酬や運営基準の改定については同審議会介護給付費分科会⁶の意見に基づき厚生労働省令が改正されて改定が実施される。

2. 2005年法改正・2006年度介護報酬改定

介護保険法附則第2条に基づいて、介護保険制度は介護の必要性（ニーズ）の実態と提

³ つまり、国は20%+5%（調整交付金）で25%の負担になる。

⁴ 保険料率の推移及び現行の保険料率については、厚生労働省の分野別の政策一覧>介護・高齢者福祉>介護保険財政>介護費用と保険料率の推移>介護保険の保険料（第1号被保険者）及び（第2号被保険者）を参照。http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi_03.html, http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi_04.html

⁵ 社会保障審議会(介護保険部会)<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho.html?tid=126734>

⁶ 社会保障審議会(介護給付費分科会)<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho.html?tid=126698>

供体制の問題点など検討しながら必要な見直しをしながら、制度改革を行っていくこととされたが、厚生労働省は2003年に老健局に「高齢者介護研究会」を設置して、介護保険の実施状況を踏まえて団塊の世代が65歳以上になる2015年までに準備すべき課題を検討し、報告書⁷を公表した。また、2003年5月に社会保障審議会に介護保険部会が設置され⁸、「介護保険制度の見直しに関する意見」(2004年7月)⁹、「『被保険者・受給者の拡大』に関する意見」(2004年12月)が公表された。これらに基づいて、次のような内容を含む2005年の介護保険法改正が行われた¹⁰。

(1)介護保険法第1条の一部修正:介護保険の目的を定めた第1条の条文に「尊厳の保持」という言葉を加えて、高齢者介護では、誰もが尊厳をもって可能な限り住み慣れた地域で生活できるように支援することが目的に含まれることとなった。これに関連する改正も行われた((2)~(4))。(2)介護予防サービスの拡充:当初の介護サービスは「要介護1~5・要支援」だったが、介護予防の目的を果たすために対象を軽度者に拡大し、要支援の認定区分を2段階にして「要介護1~5・要支援1、2」の7段階とした。(3)地域密着型サービスの創設:今まで住み慣れた地域を離れることなく、そこで自立した日常生活を続けることができるように、各市区町村でその地域の実情に合わせた「地域密着型サービス」が創設された。(4)地域包括支援センターの創設:各市区町村に介護相談を行う「地域包括支援センター」が創設された。また、介護サービスの質の向上と負担の公平を図るための改正も行われた。(5)事業者指定申請の更新制導入:事業者指定制度が6年ごとの更新制となり、指定の取り消しから5年以内は指定を受けることができないこととなった。(6)ケアマネージャー資格の更新制導入:ケアマネージャー資格が5年ごとの更新制となった(この更新時の研修を受けなければ業務ができなくなる)。(7)事業者の情報開示義務:事業者 서비스에内容や施設情報の開示義務を課し、必要に応じて各都道府県が調査することもできることとした。(8)介護認定の調査方法の改正:新規の要介護(要支援)認定の訪問調査は、原則として市区町村の職員が実施することになった。(9)食事代・居住費の自己負担化:在宅と施設利用者の公平性を保つため、介護施設入所者の食事代、居住費(部屋代・水道光熱費)は本人負担となった。

この改正に続いて、介護給付費分科会で2006年度介護報酬の見直しの内容がまとめられ¹¹、介護の必要性が高い中重度者向けの在宅サービスの報酬を手厚くし軽度者向けサー

7 厚生労働省老健局「高齢者介護研究会」 「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」(2003年6月)

8 第1回社会保障審議会介護保険部会議事録・同審議会資料(2003年5月27日)。なお、介護保険部会は2016年2月時点まで55回開催されている(厚生労働省・社会保障審議会(介護保険部会)ホームページを参照)。

9 第16回社会保障審議会介護保険部会(平成16年7月30日)「介護保険制度の見直しに関する意見」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0730-5.html>

10 厚生労働省・2005年度介護保険法改正
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/k2005.html>

11 社会保障審議会介護給付費分科会(第39回)議事次第・平成18年度介護報酬等の見直しに係

ビスの報酬を減らすこととなり、介護報酬が全体で 2.4%引き下げられた。介護認定については、厚生労働省老健局長の検討会である「要介護認定調査検討会」¹²で 2009 年度の見直しの内容が検討された。

3. 2011 年法改正・2012 年度介護報酬改定

2005 年の改正後も介護保険の利用者は増加し続け、在宅での介護の必要性がますます高まった¹³。2010 年度末には、介護保険制度における 65 歳以上の要介護者又は要支援者と認定された人の人数は 2001 年度末から 203 万人増加して 490.7 万人に達し、第 1 号被保険者の 16.9%を占めるまでになった¹⁴。また、65～74 歳と 75 歳以上の被保険者について、それぞれ要支援、要介護の認定を受けた人の割合をみると、65～74 歳で要支援の認定を受けた人は 1.3%、要介護の認定を受けた人が 3.0%であるのに対して、75 歳以上では要支援の認定を受けた人は 7.8%、要介護の認定を受けた人は 22.1%となっており、75 歳以上になると要介護の認定を受ける人の割合が大きく上昇すること明らかになった¹⁵。そして、介護サービスの利用実態をみると、要介護 1～3 の人は居宅サービスの利用が多い一方、重度（要介護 5）の人は施設サービス利用が半数を超えていることも明らかになった¹⁶。

このような状況の下で、介護保険法の目的にもあるように、高齢者の尊厳を保ちながら介護を行うためには、住み慣れた地域で介護を受けながら高齢者が生活できる条件の整備がますます重要な課題となった。この課題に応える対策を検討するために、地域包括ケア研究会（平成 20 年度老人保健健康増進等事業）が設けられ、「地域包括ケア研究会報告書」が公表された¹⁷。これを踏まえて 2010 年 5 月から始まった介護保険部会は「介護保険制度の見直しに関する意見」（2010 年 11 月）¹⁸をまとめたが、当時の政権党である民主

る諮問（平成 18 年 1 月 26 日）<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/01/s0126-9.html>

¹² 厚生労働省老健局「要介護認定調査検討会」（第 1 回 2006 年 10 月～第 6 回 2008 年 11 月）
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-rouken.html?tid=129169>

¹³ 介護保険適用状況、介護保険要介護（要支援）認定者数、認定者の年齢階級別（男女別）・要介護度別状況、居宅介護（介護予防）サービス受給者数、地域密着型（介護予防）サービス受給者数、施設介護サービス受給者数など詳しい区分に基づく人数の推移については、国立社会保障・人口問題研究所『社会保障統計年報データベース』

（<http://www.ipss.go.jp/ssj-db/ssj-db-top.asp>）の「15.介護保険」を参照。

¹⁴ 内閣府『平成 25 年版 高齢社会白書』「(2)高齢者の介護」を参照。

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/s1_2_3_02.html

¹⁵ 厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/84-1.html>

（平成 22 年度）に基づく『平成 25 年版 高齢社会白書』「表 1-2-3-10 要介護等認定の状況」

¹⁶ 厚生労働省「介護給付費実態調査月報」（平成 25 年 1 月審査分）より内閣府作成の『平成 25 年版 高齢社会白書』「表 1-2-3-11 介護保険サービスの利用状況」

¹⁷ 「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」地域包括ケア研究会（平成 20 年度老人保健健康増進等事業）

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000073806.pdf>

¹⁸ 「介護保険制度の見直しに関する意見」

社会保障審議会介護保険部会（平成 22 年 11 月 30 日）

党の厚生労働部門会議・介護保険制度改革ワーキングチームで「介護保険制度の見直しに関する提言」(2010年12月)¹⁹をまとめ、介護保険部会の介護保険料や利用料の引き上げ案に反対の意見が示され、介護保険法の改正が延期された。その後、政権交代を経て、改正介護保険法(介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律)が2011年6月に公布され²⁰、2012年4月から施行された。

2011年改正の項目は次の7つである。(1)24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスの創設、(2)小規模多機能型居宅介護と訪問介護など複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせる複合型事業所の創設、(3)介護予防・日常生活支援総合事業、(4)介護人材の確保とサービスの質の向上、(5)高齢者の住まいの整備等、(6)認知症対策の推進、(7)保険者による主体的な取組の推進と保険料の上昇の緩和。(1)の改正は次のような問題の是正が求められたからである。改正前の在宅ケアは、ホームヘルパーが1時間や1時間半というまとまった時間で身体ケア又は生活上の世話をするサービス提供であったため、要介護状態が重くなった人に本人の生活リズムに合わせて介護サービスができない問題があった。そこで、この改正により、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスを創設して、1回当たりの時間は必ずしも長くないが1日に数回、短時間の定期巡回訪問によって要介護高齢者の生活リズムに対応した在宅サービスを提供できるようにした²¹。また、(2)介護予防・日常生活支援総合事業が導入されたのは、地域実情に合わせた取組みが求められたためである。この事業を導入した市町村では、市町村・地域包括支援センターが、利用者の状態像や意向に応じて予防給付で対応するのか、新たな総合サービスを利用するのかを判断し、利用者の状態像や意向に応じて介護予防、生活支援(配食、見守りなど)、権利擁護、社会参加も含めて総合的なサービスを提供することができるようになった。この事業では、ケアマネジメント、介護予防、生活支援の実施を必須条件に、市町村が地域の実情に合わせて介護保険の予防給付としての家事援助や機能訓練などと保険外サービスとしての見守り・配食サービスを組み合わせることもできるようになった。

4. 2015年法改正・介護報酬改定

2015年の改正の特徴は、医療法など19の関連する法改正からなる「地域医療・介護総合確保法」として改正が進められたことである²²。このような医療と介護の制度が連携し

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xkzs-att/2r9852000000xl19.pdf>

¹⁹ 「介護保険制度の見直しに関する提言」 民主党厚生労働部門会議 (2010年12月22日)

<http://www.caresapo.jp/fukushi/insurance/pdf/101222.pdf>

²⁰ 「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律等の交付について」 発第0622第1号(平成23年6月22日)

²¹ 一例を示すと、起床介助→昼食介助→服薬介助→水分補給→就寝介助→深夜の排泄介助のような高齢者の介護が必要となる生活リズムに対応した在宅サービスが提供できるようになった。

²² 第80回社会保障審議会医療保険部会 資料1-1「医療介護総合確保法、総合確保方針について」 厚生労働省(平成26年9月19日) <https://www.kokuho.or.jp/whlw/lib/20140919-1-1.pdf>

て改正されることとなった理由は、団塊の世代が後期高齢者に達する 2025 年から 2040 年までに備えて「地域包括ケアシステムの構築」とその取り組みが重要な課題と指摘されたためである²³。これに伴い、急性期医療をはじめとして「本当に必要なサービスを必要な人のもとへ」と届ける重点化と効率化を図り、急性期を脱した人が早期に在宅へ移行できるように医療と介護が密接に連携しながら重い状態の人でも在宅生活を続けられる仕組みを目指すこと、そのため介護保険を重い療養ニーズや認知症がある人へのケアへと特化させ軽度の人へのサービスは保険給付から外していく改正が進められた²⁴。

このような特徴のある 2015 年の主な改正は次の通りである。(1) 軽度者である要支援 1・2 の人の給付サービスの一部の市町村事業への移行：予防訪問介護・予防通所介護の 2 つのサービスが地域支援事業に設けられた「新しい総合事業」へ移行し（次の(2)参照）、それ以外の要支援者向けの予防給付サービス（予防訪問看護や予防通所リハビリ、予防福祉用具貸与など）は、予防給付のまま介護保険で給付されることとなった。(2) 新しい総合事業としての「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」：介護予防・予防生活支援サービス事業は、①訪問型サービス②通所型サービス③その他の生活支援サービス④介護予防ケアマネジメントに細分され提供される。(3) 地域ケア会議の義務化：地域包括ケアを進めるのに適した地域資源を構築するため、厚労省通知に基づいていた地域ケア会議の開催を介護保険法に基づいて市町村が実施することを義務づけた。具体的には、居宅介護支援の基準で「地域ケア会議の求めに応じた事例提供はケアマネジャーの努力義務」とする改定が行なわれ、地域における医療・介護関連専門職種の多職種協働・情報の共有化が図られた。(4) 地域医療・介護連携推進事業の義務化：医療・介護の連携を強化するための施策：市町村に対し、地域に医療と介護の連携を進めるための体制づくりが介護保険法に基づき義務化された。体制づくりの具体的な内容は、①地域の医療・介護サービス資源の把握、②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議、③在宅医療・介護連携支援センターの運営等、④在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援、⑤在宅医療・介護関係者の研修、⑥24 時間 365 日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築、⑦地域住民への普及啓発、⑧二次医療圏内・関係市町村の連携となっている。これらを全市町村の地域支援事業において、2018 年 4 月までに始めることとされた。(5) 認知症対応の新事業：地域での認知症対応を強化するために、地域支援事業枠で次の 3 つの認知症総合事業が設けられた。①認知症初期集中支援推進事業、②認知症地域支援推進員設置事業、③認知症ケア向上推進事業。(6) 特養ホームの入所要件の厳格化：特別養護老人ホームの入所要件を「原則要介護 3 以上」とした。但し、「要介護 3 以上」という条件は「原則」とされ、要介護 1・2 でも「家族介護者がいない、あるいは家族が体調不良などで介護ができない」、「日常生活

²³ 地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業」平成 25 年度老人保健事業推進等補助金・老人保健健康増進等事業報告書
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000073806.pdf>

²⁴ 第 55 回社会保障審議会（介護保険部会）「介護保険制度の見直しに関する意見」（2013 年 12 月 20 日）<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000033012.html>

に支障をきたすような認知症や精神障害による症状がある」、「家族による深刻な虐待等が疑われる」という人の場合や、「在宅介護を進められるだけの地域のサービス資源が整っていない」という地域の場合で、「在宅での生活が困難」と認められる場合は「特例的に入所できる」とこととされている。(7)小規模型通所介護の再編成：通所介護のうちの小規模型（前年度月あたり平均利用延人数 300 人以下）が次の3つに再編成された。①新設された「地域密着型通所介護」、②小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所、③通常規模・大規模型のサテライト事業所。①はこれまで通り単独型での運営となるが、地域密着型サービスに位置づけられたことで、事業者指定は都道府県ではなく市町村が行なうこととなった。(8)一定以上の所得のある利用者の自己負担の引き上げ：自己負担が、今回の改正により、2015年8月より一定以上所得者（65歳以上の1号被保険者のみ）に関して2割へ引き上げられた。「一定以上所得者」とはである。それ未満の利用者は、従来通り1割負担である。(9)介護サービス情報公表制度の対象拡大：介護サービス情報公表制度で、新しい総合事業に係るサービスや介護相談などを担う地域包括支援センターに関する情報も公表対象に加えることとなった。

2015年の改正に伴う介護報酬改定では²⁵、医療・介護総合確保推進法と同時に成立した「介護・障害福祉従事者の処遇改善にかかわる法律」²⁶に従って、介護職員処遇改善の加算率が引き上げられた。これにより、「介護従事者等の賃金をはじめとする処遇の改善に資するための施策のあり方」について平成27年度初頭までに必要な措置を講ずることとされ、「地域医療介護総合確保基金」²⁷（公費で724億円）が設置された。この基金を使い、各種研修に対する代替要員の確保や現場管理者等に対する雇用改善方策の普及、介護従事者の子育て支援のための施設内保育施設運営支援などを進めることとなった。

2015年改正に至る時期に地域包括ケアシステムの構築と関連して重要な政策課題になったのは、住宅のバリアフリー化などのハードの側面と有料老人ホームの整備や介護サービス基盤の整備などソフトの側面を一体的に捉えて、住宅政策と福祉政策の緊密な連携のもとに高齢者の住まいを確保して、住み慣れた自宅や地域で暮らし続けたいという高齢者の意思が尊重され、実現できるようにするための取り組みである。この厚生労働省・国土交通省共同の方針²⁸に従って、2011年6月に「高齢者の居住の安全確保に関する法律」が改

²⁵ 「平成27年度介護報酬改定の骨子：平成27年度介護報酬改定に関する審議報告(平成27年1月9日) 概要」

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000081007.pdf>

²⁶ 衆法 第186回国会 10.介護・障害福祉従事者の人材確保に関する特別措置法案 介護・障害福祉従事者の人材確保に関する特別措置法案要綱

http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_gian.nsf/html/gian/honbun/youkou/g18601010.htm

²⁷ 厚生労働省「地域医療介護総合確保基金・都道府県計画」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000068065.html>

²⁸ 「高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針」平成21年8月19日厚生労働省・国土交通省告示第1号／最終改正：平成23年10月7日厚生労働省・国土交通省告示第1号

http://www.fukushizaidan.jp/hm/042koureisumai/pdf/kankei_hourei/5_system_notice.pdf

正され²⁹、高齢者向け賃貸住宅の問題点が是正され、サービス付き高齢者向け住宅が提供できるようになった。2013年7月には サービス付き高齢者向け住宅と有料老人ホームの実態調査が行われ³⁰、地域包括ケアシステムに関連する高齢者向け住宅の重要性が社会保障審議会介護保険部会意見（平成25年12月20日）³¹でも指摘され、現在、入居者の実態とニーズに合わせてサービス付き高齢者向け住宅の供給とその質の向上を図るために自治体による計画の策定や消費者の目線に立った情報提供が進められている³²。

(金子能宏)

²⁹ 「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（平成13年4月6日法律第26号）最終改正：平成23年6月24日法律第74号 <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H13/H13HO026.html>

³⁰ 平成25年度老人保健事業推進等補助金・老人保健健康増進等事業「平成25年度 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に関する実態調査研究事業報告書」公益社団法人全国有料老人ホーム協会（2014年3月）

³¹ 「社会保障審議会介護保険部会意見」（平成25年12月20日）「意見書」I サービス提供体制の見直し（4. 施設サービス等の見直し(3)高齢者向け住まい）

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000033066.pdf

³² 第102回社会保障審議会・介護給付費分科会資料2「高齢者の住まいについて」（2014年6月11日）

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000048000.pdf

10 老人福祉

1. 「老人福祉法」の制定及び改正と介護保険制度との関係

老人福祉法¹は、高齢者に対して心身の健康の保持および生活の安定のために必要な措置を講じること等を目的として、1963年に制定された。当初の老人福祉法では、老人福祉の基本理念・原理を明らかにするとともに、福祉の措置として、65歳以上の者に対する健康診査、養護老人ホームへの収容、老人家庭奉仕員（ホームヘルパー）の派遣の委託等を規定した。また、同法では、老人福祉施設として養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センターが定められ、有料老人ホームについて設置者の都道府県知事への届出・都道府県知事による有料老人ホームの設備・運営についての必要な勧告権限が定められた。

1970年に我が国もヨーロッパ先進諸国のように高齢化社会に達したが、高齢者が増大する一方で、皆年金制度となってから十分な期間がたっていなかったため年金受給者の年金給付の水準は必ずしも十分ではなく、収入の少ない高齢者が多かった状況の下で高齢者の心身の健康の保持を図るために老人医療費の無料化が進められた。1972年には老人福祉法が改正され、医療保険の自己負担分を公費で負担することにより無料化を図ることを骨子とする「老人医療費支給制度」が導入された。さらに、包括的な老人医療対策を進める観点から、老人医療は、1982年の老人保健法で老人福祉法から分離された。

その後、1989年に、厚生省は在宅、施設の両面から高齢者保健福祉サービスの基盤整備を図ることを内容としたゴールドプラン「高齢者保健福祉推進 10カ年戦略」が策定され、1991年に社会福祉関係 8法の改正によって特別養護老人ホームの入所措置権の市町村への委譲、市町村老人保健福祉計画の法定等が行われた。1994年には、我が国の高齢化率が14%を超えて「高齢社会」に達し、予想を超える高齢化の進展に対応するために、1989年に厚生省と大蔵省と自治省の合意で策定された「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（通称：ゴールドプラン）を改めて「高齢者保健福祉 5カ年計画」（通称：新ゴールドプラン）が策定された。この計画では、介護保健制度の導入の検討が進められていたことを受けて、将来需要が増大することが見込まれていた在宅介護強化が図られ、ホームヘルパー17万人確保、訪問看護ステーション5,000箇所設置などの数値目標が示された²。

1997年に介護保険法が成立し2000年に施行され、これにより、従来、老人福祉法が福祉の措置として規定した在宅介護措置および老人ホーム入所措置は、基本的に介護保険のサービス給付として行われることになった。その結果、老人居宅栄勝支援事業や老人福祉施設によって行われていたサービスの多くは介護保険の介護保険給付として提供されること

¹ 老人福祉法（昭和三十八年七月十一日法律第百三十三号）最終改正：平成二七年五月二九日法律第三一号 <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S38/S38HO133.html>

² 1970年代から1990年代の老人福祉法に関連する福祉施策・医療制度の展開については「社会保障資料IV 老人福祉法」を参照。

になったが、これらの事業の開始と運営及び廃止、老人福祉施設の設置認可・廃止等についての規制は、老人福祉法に基づいて行われているため、その意味で「老人福祉法は、高齢者に対する福祉サービスの規制法」としての性格を有することになったことが指摘されている³。

以上のような政策上の性格の変化があった老人福祉法の下で提供されていた在宅福祉、施設福祉で、介護保険制度による提供へと移行された福祉サービスは次の通りである。

- ・ 訪問介護（ホームヘルプサービス）
- ・ 短期入所生活介護（ショートステイ）
- ・ 通所介護（デイサービス）
- ・ 在宅介護支援センター運営事業（2006年介護保険法改正で地域包括ケアセンターへ移行）
- ・ 老人福祉施設（老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター及び老人介護支援センター）
- ・ 老人福祉施設以外の同法に基づく関連施設（有料老人ホーム、グループホーム）

このように老人福祉法の下で提供されていた在宅福祉サービスと施設福祉サービスは基本的に介護保険による提供に移行したが、その一方で、「やむを得ない事由」により介護保険法に規定する在宅介護サービスの利用、あるいは特別養護老人ホームへの入所等が「著しく困難であると認められるとき」は、市長村は、政令で定める基準に従い、職権で当該必要な措置を実施して、措置の対象となる高齢者に対して在宅介護または施設介護を提供することとなった（老福10条の4第1項1号ないし4号・11条第1項2号・3号）。

有料老人ホームについては、1999年の老人福祉法改正（地方分権一括法関連）（2000年4月施行）で、厚生大臣は入所者の保護のため緊急に必要があると認められるときは報告・改善命令を行うこととされ、2002年に「有料老人ホーム設置運営横車指導指針」が改正され介護居室の個室化と構造設備関係の法令遵守化など実施された。また、有料老人ホームの表示に関する検討会報告書「有料老人ホームの表示の適正化に向けて」⁴および公正取引委員会平成16年度年次報告「第2部各論第10章第3 有料老人ホーム等に関する不当な表示の指示等」⁵を受けて、2004年に「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」が再び改正され⁶、有料老人ホームの類型の見直し、有料老人ホームでの帳簿の保存と情報開示の義務づ

³ 西村健一郎（2003）『社会保障法』（有斐閣）第7章「社会福祉サービス」第7節「老人福祉法」, p.481、山口浩一郎・小島晴洋(2002)『高齢者法』（有斐閣）, p.117.

⁴ 厚生労働省老健局老人福祉振興課「有料老人ホームの表示の適正化に向けて」報告書（平成10年6月）<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1006/h0625-1.html>
<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1006/h0625-1.html>

⁵ 公正取引委員会平成16年度年次報告
<http://www.jftc.go.jp/info/nenpou/h16/16top00001.html>

⁶ 厚生労働省「有料老人ホームの設置運営標準指導指針について（平成14年7月18日付け老発第0718003号、最終改正・平成27年3月30日付け老発0330第3号）」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000083170.html>

け、一時金保全の義務、90日以内の契約解除の場合の前払い金の全部返済など新たな規定が定められた。

また、老人福祉法では、従来、市町村および都道府県は老人福祉計画の作成が義務づけられていたが、介護保険導入後は、老人福祉計画（市町村老人福祉計画と都道府県老人福祉計画）が地域における老人福祉事業全般にわたる計画であることから、介護保険事業計画と老人福祉計画とは一体のものとして作成することとなった。すなわち、都道府県と市町村は、介護保険事業計画の策定にあたり、老人福祉計画については介護保険事業計画の内容に加え、介護予防対策や健康づくり・生きがいつくり対策といった介護保険の給付対象とならない高齢者に対する施策の推進や地域における総合的・継続的なケアの提供体制の整備、高齢者の積極的な社会参加といった点を考慮して作成しその計画を実施することとなった。

2. 老人福祉に関連する新たな高齢者福祉対策の展開

2000年代以降で大きく進展した老人福祉に関連する高齢者福祉対策は、認知症対策、高齢者の権利擁護と虐待の防止、地域で住み続けることができる高齢者向け住宅の整備（サービス付き高齢者向け住宅等の整備）である。

（1）認知症対策

「患者調査」によれば、介護保険制度が始まる直前の1999年に認知症の患者数は15万人であったのが、2005年に32.1万人、2011年に51.2万人と増加し続けている。「患者調査」は各調査時点に該当する傷病で通院または入院している患者数の全国推計値である。そのため、通院または入院していないけれども認知症の症状を伴う高齢者数は上記の認知症患者数に含まれない。この問題点を改善して全国の認知症を伴う高齢者数の推計値を厚生労働省が2012年8月に公表した。この推計では、2010年の認知症高齢者数（日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者）は280万人で、その居場所は居宅140万人、介護老人福祉施設41万人、医療機関38万人であり、さらに2020年には410万人、2025年には470万人（全高齢者の12.8%）に達するという推計結果が示された。また、2012年6月に、厚生労働省内に設置された「認知症施策検討プロジェクトチーム」⁷によって報告書「今後の認知症施策の方向性について」⁸が出され、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会を目指すために、標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切な医療や介護サービス提供の流れ）を構築することが認知症施策の基本目標となることが示された。

⁷ 厚生労働省老健局高齢者支援課設置要綱「認知症施策検討プロジェクトチーム設置要綱」（2011年11月）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200001wddm-att/2r985200001wdh9.pdf>

⁸ 厚生労働省・社会保障審議会介護給付費分科会第91回(平成24年6月)資料2-2「今後の認知症施策の方向性について」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200002fv2e-att/2r985200002fv5j.pdf>

認知症高齢者数の推計やこの報告書を受けて、厚生労働省は 2012 年 9 月に、2013 年度からの 5 年間の「認知症施策推進 5 か年計画」（通称オレンジプラン）⁹を策定した。オレンジプランでは、地域における認知症対策を市町村と地域住民とが共に進めていくために次のような対策が政策課題として示された。

- ・ 認知症ケアパスを作成し 2015 年度以降の介護保険事業計画に反映すること。2013～2014 年度に、市町村は認知症の人やその家族が認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような支援を受ければよいか理解できるよう認知症ケアパス（状態に応じた適切な医療や介護サービスなどの提供の流れ）を作成し介護保険事業計画に反映する¹⁰。
 - ・ 認知症の早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする「認知症初期集中支援チーム」の設置。
 - ・ 地域の実情に応じた医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関間の連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う認知症地域支援推進員の設置。
 - ・ 保険医療・介護機関等と連携しながら認知症疾患の鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに地域保健医療・介護関係者への研修等を行い地域における認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供するための認知症疾患医療センターの設置（2014 年 2 月現在、全国で約 250 カ所）。
 - ・ 認知症に対する正しい知識と理解を持ち地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けをする認知症サポーターの養成¹¹、および地域・職域における認知症サポーターを養成する養成講座の講師役であるキャラバンメイトを養成するキャラバンメイト養成研修の実施。
 - ・ 地域において、認知症の人やその家族、専門職、地域住民が集い、会話を楽しみ、お互いを理解する場として認知症カフェの取り組み。
 - ・ 医療介護の専門職に対する認知症に関する研修事業の実施（認知症サポート医養成研修、かかりつけ医認知症対応力向上研修、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修、認知症介護実務者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修）
- オレンジプランの実施以後、高齢者の認知症に対する理解が進みその対策も進んできた

⁹ 厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室（平成 24 年 9 月）「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」（平成 25 年度から 29 年度までの計画）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>

¹⁰ 市町村の作業を支援するため、厚生労働省は「認知症ケアパス作成のための手引き」を公表し研修会を開催している。

¹¹ 見守りが必要な高齢者の実態把握、見守りネットワークづくりのための協定の締結や認知症サポーターの養成など地域の見守り体制づくりに関する厚生労働省老健局長通知「地域における見守り体制づくりの構築等の依頼」（2014 年 9 月）（第 63 回社会保障審議会介護保険部会資料「認知症施策の推進」参考資料）

が、身元不明高齢者への対応が必要となったように¹²、認知症による高齢者の多様な問題に対応することは重要であり、2016年9月の第63回社会保障審議会介護保険部会でも認知症施策の推進について審議が行われている¹³。

(2) 高齢者の権利擁護と虐待の防止

高齢者虐待の問題が老人福祉に関わる課題として認識され、1994年に国会で取り上げられた。1994年に高齢者介護対策本部の報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」が出されたことを契機に、高齢者の虐待問題が衆議院の1994年の決算委員会で議論された。その後、高齢者に対する虐待の問題への関心が高まり、この問題に関する実態調査が行われ、高齢者の虐待が深刻な社会問題であることが明らかになり、2002年1月から法制定に向けた動きが強まり、議員立法¹⁴により「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」が2005年11月に成立した¹⁵（2006年4月施行）。

高齢者虐待防止法では、高齢者虐待（65歳以上の高齢者に対する虐待）を、①養護者による高齢者虐待、②養介護施設従事者等による虐待に分けて次のように定義している。

- ・ 養護者による高齢者虐待：養護者（高齢者の世話をしている家族、親族、同居人等）が養護する高齢者に対して行う身体的虐待、介護・世話の放棄・放任、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待。
- ・ 養介護施設従事者等による虐待：養介護施設または養介護事業の業務に従事する職員が高齢者に対して行う身体的虐待、介護・世話の放棄・放任、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待。

この法律により、国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び適切な養護者に対する支援を行うための体制整備、関係機関の職員研修、高齢者虐待に関する通報義務と啓発活動が規定された（第3条）。国民については、国又は地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等のための施策に協力することが規定された（第4条）。保健・医療・福祉関係者については、高齢者虐待の

¹² 2015年6月に、身元不明認知症高齢者等の人数や照会先となる窓口連絡先をホームページに掲載し定期的更新も含めた情報の公表の徹底、自治体において警察と連携して身元確認に必要な手続を整理したマニュアルの作成・警察との情報共有を徹底することに関する厚生労働省老健局長通知「地域における見守り体制づくりの構築等の依頼」（2015年6月）（第63回社会保障審議会介護保険部会資料「認知症施策の推進」）

¹³ 厚生労働省第63回社会保障審議会介護保険部会資料「認知症施策の推進」
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000136024.pdf

¹⁴ 衆法 第162回国会 32 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する律案
http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_gian.nsf/html/gian/honbun/youkou/g16201032.htm

¹⁵ 第163回国会 25 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律案の審議経過情報
http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_gian.nsf/html/gian/keika/1D9B96A.htm

早期発見に努め、国及び地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止のための啓発活動と高齢者虐待を受けた高齢者の保護の施策に協力することが規定された。

厚生労働省は、高齢者に対する虐待の実態を把握し、同法に基づいて高齢者に対する虐待の防止と対策が適切に進められるように、2007年度から「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査」を毎年実施し、結果を公表している¹⁶。

(3) 地域で住み続けることができる高齢者向け住宅の整備

単身や夫婦のみの世帯が増加することが予測される中で、政府は、「高齢者の居住の安定確保に関する法律(高齢者住まい法)」¹⁷を2001年に制定し、高齢者が安心して生涯にわたって住み続けることができるよう、高齢者に配慮した民間賃貸住宅の供給を促進するために、高齢者円滑入居賃貸住宅(高円賃)の登録(高齢者の入居を拒まない住宅の情報提供)、高齢者専用賃貸住宅(高専賃)の登録(専ら高齢者を受け入れる住宅の情報提供)、高齢者向け優良賃貸住宅(高優賃)の認定(良好な居住環境を備えた住宅の供給促進)などの施策を進め、2005年に高齢者専用賃貸住宅(高専賃)¹⁸が創設された。しかし、高齢者向け賃貸住宅については、医療・介護事業者との連携や行政の指導監督が不十分であること、高齢者が入居することへの不安などから民間業者による住宅供給の不足、高齢者の住まいに関する制度が複雑であることなど多くの問題が顕在化した¹⁹。そのため、2009年5月に「高齢者住まい法」の一部が改正され、国土交通省と厚生労働省が連携し住宅と福祉の両面から高齢者の住まいの対策を総合的に進めることになり、さらに2011年に同法の以下のような改正が行われ、高齢者向け住宅の整備が進むこととなった²⁰。そのため、2011年に「高齢者住まい法」が次のように改正された²¹。

サービス付き高齢者向け住宅制度の創設：「高齢者円滑入居賃貸住宅(高円賃)」「高齢者専用賃貸住宅(高専賃)」「適合高齢者専用賃貸住宅」「高齢者向け優良賃貸住宅(高優賃)」

¹⁶ 厚生労働省・高齢者虐待防止「高齢者虐待防止関連調査・資料」

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/boushi/index.html

¹⁷ 高齢者の居住の安定確保に関する法律(平成十三年四月六日法律第二十六号)

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H13/H13HO026.html>

¹⁸ 高齢者専用賃貸住宅とは、高齢者が円滑に入居し安心できる賃貸住宅市場の整備を目的に、2001年10月1日に全面施行された国土交通省の「高齢者の居住の安定確保に関する法律」に基づく高齢者限定の賃貸住宅であった。なお、制度導入の当時、バリアフリーやサービスに関する規定はなかった。

¹⁹ みずほ情報総合研究所『低所得高齢者の住宅問題に関する調査研究事業報告書』(平成23年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業) 2012年3月、関口昌利「高齢者住まい法改正の背景と課題」『佐久大学信州短期大学部紀要』, 第26巻, 2015年3月, pp.6-12.

²⁰ 高齢者の居住の安定確保に関する法律等の一部を改正する法律案について

<http://www.mlit.go.jp/common/000134984.pdf>

²¹ 高齢者の居住の安定確保に関する法律等の一部を改正する法律案について

<http://www.mlit.go.jp/common/000134984.pdf>

など従来の複数の高齢者向き賃貸住宅の形態を廃止し、「サービス付き高齢者向け住宅」に一本化し、都道府県知事の登録制度とすることとした。「サービス付き高齢者向け住宅」（通称は「サ高住」）では、建物のバリアフリー化(段差解消、手すり設置等)がなされていること、安否確認・生活相談サービスと食事・清掃・洗濯等の家事援助を提供すること、敷金など家賃・サービス対価以外の金銭を徴収しないこと、長期入院を理由に事業者が一方的に解約できないなど居住の安定が考慮された契約であることなどが要件とされ、多様なニーズのある高齢者に対応した住まいの提供が図られている²²。

(金子能宏)

²² この改正で、老人福祉法と高齢者住まい法の調整規定が設けられ、有料老人ホームについては、有料老人ホームであってもサービス付き高齢者向け住宅として登録を受けた場合には有料老人ホームとしての届け出は要しないこととなった。

1 1 生活保護・生活困窮者政策

1. はじめに 貧困と格差の時代としての 2000 年代

1990 年代半ばから、ホームレスの増大、非正規労働者の増大、貧困率の持続的な上昇がはじまり、貧困の可視化が進んでいった。また、大手企業においても 1997 年から中高年齢者の解雇が増大し「リストラ」が流行語になり、いわゆる「日本的雇用慣行」が適用される労働者が減少していった。2006 年 7 月発表の OECD の『対日経済審査報告書』”OECD Economic Survey of Japan 2006”において、相対的貧困率が OECD 加盟国のうち 5 番目に高いこと、ジニ係数が OECD 平均を上回ったことなどが指摘され、「平等社会」、「中流社会」という戦後日本の社会イメージを解体させることになった(OECD (2006),p.30-31,p.97-120)¹。同年に刊行された橋本俊詔『格差社会』(岩波書店)も広く読まれた。これ以後「格差社会」は流行語となった。2007 年 1 月にテレビ放映されたNNNドキュメント『ネットカフェ難民』(水島宏明ディレクター)は、社会的に注目され、以後、定まった居所がなく、ネットカフェやファーストフード店、図書館などで休息をとる人々を「〇〇難民」と呼ぶことが一般的となった。2008 (平成 20) 年 9 月に発生したいわゆる「リーマンショック」により「派遣切り」などで非正規労働者の失業が激増し、年末に「年越し派遣村」が設けられるなど、深刻な社会問題となった。また、後述する 2003 年設置の「生活保護制度の在り方に関する専門家委員会」で既に「貧困の連鎖」「貧困の再生産」が議論されていたが、阿部彩『子どもの貧困』(岩波書店、2008 年)は日本の所得再分配政策が母子家庭の貧困を増幅させることを実証するなど、子どもの貧困を詳細に描いて社会に衝撃を与えた。こうして 2000 年代の日本は「貧困と格差の時代」を迎えた。他方、2009 年 3 月群馬県渋川市の老人施設「たまゆら」で他都県から移住させられた生活保護自給者が 10 人死亡した火災が発生した。これをきっかけに生活保護受給者を対象とした「貧困ビジネス」の闇が明るみになった。2012 年に有名芸能人の親が生活保護を受給していることがマスコミで報道されると、生活保護の「不正受給」問題として、生活保護行政および受給者に対する批判が強まった。

2. ホームレス政策の強化

いわゆる「ホームレス」—「路上生活者」「野宿者」「野宿生活者」「屋外生活者」「住所不定者」「浮浪者」など様々な呼称で呼ばれていた—については、山谷やあいりん地区(かつての釜ヶ崎)といった簡易宿泊街を抱える東京都や大阪市などは自治体独自に「ホームレス」対策を実施していた。「バブル経済」崩壊後、増大に転じ、1994 年には新宿駅西口の段ボールハウス撤去に伴う衝突事件やホームレス襲撃事件が発生し、社会問題として衆目を集め

¹ このほかに、日本を含む OECD 加盟国の所得格差・貧困について取り上げた OECD の報告書として、OECD (2004) "Income Distribution and Poverty in OECD Countries in the second half of the 1990s"、OECD (2008) "Growing Unequal?"、OECD (2011) "Divided We Stand"がある。

るに至った。1998年大阪市が政府にホームレス対策を要望し、1999年2月ホームレス問題連絡会議が設置され、5月に「ホームレス問題に対する当面の対応策」²が策定された。これに基づき、2000年にホームレス自立支援事業が実施された。以後もホームレスが増大し、「現下の厳しい雇用失業情勢のもと、ホームレスの数は今後も増加傾向が続く」ことが予測され、「ホームレスを含め社会的に排除された人々の市民権を回復し再び社会に参入することができるように」することを目的として（衆議院厚生委員会 2002年7月17日）、2002年8月議員立法として「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」が制定された。同年8月7日生活保護法では社会・援護局保護課長が「ホームレスに対する生活保護の適用について」（社援保発第0807001号）³を通知し、住居がないことや稼働能力があることのみを理由とした生活保護の拒否を禁じた。この通知は翌2003年7月31日「ホームレスに対する生活保護の適用について」（社保援発第0731001号）⁴に置き換えられた。特別措置法に基づき「ホームレスの実態に関する全国調査」⁵が実施され2003年3月に取りまとめられた。2003年7月社会保障審議会は「ホームレスの自立の支援等に関する基本方針」⁶をまとめた。2004年4月には大阪府が「大阪府ホームレスの自立の支援等に関する実施計画」⁷を取りまとめ、2004年7月には東京都が「ホームレスの自立支援等に関する東京都実施計画」⁸を、兵庫県が「兵庫県ホームレスの自立の支援等に関する実施計画」⁹を取りまとめた。この他にも千葉県¹⁰、杉並区¹¹など、いくつかの市区がこの年に実施計画を取りまとめている。

リーマンショック後の2009年3月には社会・援護局保護課長名で「職や住まいを失った方々への支援の徹底について」¹²が通知された。同年10月の「緊急雇用対策」¹³が策定され、それに基づき「緊急雇用対策における貧困・困窮者支援のための生活保護制度の運用

² http://www.jil.go.jp/jil/kisya/syokuan/990526_01_sy/990526_01_sy_betten.html 参照。

³ <http://www.kobe-fuyu.sakura.ne.jp/gyousei-siryou/sha-enn-ho0807001.pdf> 参照。

⁴ <http://kamamat.org/nen-pyou/2000/2000-img/2003-0731-tuchi.pdf> 参照。

⁵ http://www.kobe-fuyu.sakura.ne.jp/gyousei-siryou/zenkoku_tyousa_houkokusho.PDF 参照。

⁶ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/12/s1216-5v.html> 参照。

⁷ <http://www.kobe-fuyu.sakura.ne.jp/jissikeikaku/osaka-pref.pdf> 参照。

⁸ <http://www.kobe-fuyu.sakura.ne.jp/jissikeikaku/tokyo.pdf> 参照。

⁹ <http://www.kobe-fuyu.sakura.ne.jp/jissikeikaku/hyogo.pdf> 参照

¹⁰

<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenshidou/keikaku/kenkoufukushi/homeless/jiritsushien.html> 参照。

¹¹

https://www.city.suginami.tokyo.jp/res/projects/default_project/page/001/013/635/jirituhokusyo_s.pdf 参照。

¹² <http://kobekoubora.life.coocan.jp/20090318hogokatyoutuuti.pdf> 参照。

¹³ <http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/employ/dl/taisaku1g.pdf> 参照

改善について」¹⁴が通知された。同年12月には「失業等により生活に困窮する方々への支援の留意事項について」¹⁵が通知された。

10年間の時限立法であった「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」が、2012年8月に失効することに対処するため、厚生省は2011年10月「ホームレスの実態に関する全国調査検討会」¹⁶を設置し、同法の10年間の成果について検討し、2012年3月に厚生労働省は「ホームレス対策について」¹⁷としてまとめている。2012年6月に同法の5年間延長が国会で決定された。

3. 生活保護の動向

1999年にいわゆる「地方分権一括法」により、生活保護行政において機関委任事務が廃止され、法定受託事務となった。また、いわゆる「社会福祉基礎構造改革」により、2000年に、社会福祉事業法が社会福祉法に改正され、福祉地区が廃止され、福祉事務所職員の配置人数は法定数から標準数に置き換えられ（第16条）、自治体の判断で配置数を調整できることになった。

2000年以降の生活保護と低所得者政策は、大きな変化を遂げた。1991年に保護率7.6%と戦後初めて8.0%を割り、1995年に7.0%と戦後最低を記録した後、微増に転じたが、2000年に8.4%と8.0%を超え、2005年11.6%、2010年15.2%と急増していった。

2003年8月6日社会保障審議会福祉部会のもとに「生活保護制度の在り方に関する専門家委員会」¹⁸が設置された（座長：岩田正美）。その設置の趣旨はやや曖昧であるが、2003年6月の閣議決定「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2003」¹⁹（いわゆる「骨太の方針2003年」）において「生活保護においても、…（中略）…年金制度改革などとの関係を踏まえ、高齢加算等の扶助基準など制度、運営の両面にわたる見直しが必要である」と謳われたことが大きいと考えられる。同委員会は、精力的に審議を行い、2004年12月「生活保護制度の在り方に関する専門委員会報告書」²⁰を取りまとめた（以下「専門委員会報告書」と略称）。それは50年を超える生活保護法の歴史において、画期をなす様々な提言を含むものであった。おそらく、その最大のものは、生活保護における自立概念を三つに定式化したことであろう。この他、生活保護基準について「5年に一度の頻度で」定期的に検証すること、高齢加算の段階的廃止、母子加算の見直しについても提言した。

¹⁴ <http://kobekoubora.life.coocan.jp/091030tuuti.PDF> 参照。

¹⁵ <http://kamamat.org/nen-pyou/2000/2000-img/2009-1225-tuchi.pdf> 参照。

¹⁶ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syakai.html?tid=141317> 参照。

¹⁷ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002611j-att/2r9852000002617o.pdf> 参照。

¹⁸ http://www.kaigoseido.net/seiho/seiho_document/iinkai/iinnkai_index.htm 参照。

¹⁹ <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/kakugi/030627f.html> 参照。

²⁰ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1215-8a.html> 参照。

4. 生活保護自立支援プログラム

「専門委員会報告書」は、生活保護法の目的として掲げられていた「自立」について、「日常生活自立」「社会的自立」「就労自立」として拡張し、整理したことで、「生活保護法自立支援プログラム」の実現をもたらした。

2005年度から生活保護自立支援プログラムが実施された他、高校就学費用が生業扶助として認められることになった。これに先立ち、2005年3月に厚生労働省は「平成17年度における自立支援プログラムの基本方針(案)」²¹において、その具体化を図った。同年3月「セーフティネット支援対策事業の実施について」²²として、社会福祉の国家事業において初めて「セーフティネット」という用語が使用された。2007年3月東京都は「生活保護を変える東京提言―自立を支える安心の仕組み」²³を提言した。そこでは「就労自立促進の更なる強化」「保健・医療面での自立促進」「早期自立のための新たな仕組み」「自立を促進する体制の整備」の4点が提言された。2008年3月に厚生労働省は「自立支援の手引き」²⁴を発表し、自立支援プログラムの具体化を図った。

5. 保護基準の検証と見直し

生活保護の在り方に関する専門委員会報告書の提言を受けて、2007年10月に「生活扶助基準に関する検討会」²⁵が設置され、同年12月に「生活扶助基準に関する検討会報告書」²⁶を取りまとめた。高齢加算は段階的に廃止され、母子加算は2009年3月末にいったん廃止されたが、同年12月、民主党政権のもとで復活した。さらに2011年4月には社会保障審議会に生活保護基準部会²⁷が設置され、恒常的に生活保護基準について検証と見直しが行なわれることになった。同委員会は2013年1月に「生活保護基準部会報告書」²⁸を取りまとめた。これを受けて2013年5月に生活保護基準の見直し案が可決され、同年8月から3年間をかけて段階的に見直すことになった。2013年12月に生活保護法が改正された。さらに生活保護基準部会は2015年1月にも「生活保護基準部会報告書」²⁹を取りまとめた。そこでは住宅扶助と冬季加算について詳細な検証を行った。

²¹ http://www.kobe-fuyu.sakura.ne.jp/gyousei-siryou/050302/050302_jiritusien_001.pdf 参照。

²² <http://www.mhlw.go.jp/topics/npo/03/dl/10-09.pdf> 参照。

²³ http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/seikatsu/hogo/teigen.files/tokyo_teigen.pdf 参照。

²⁴ http://www.kobe-fuyu.sakura.ne.jp/080304_siryou/006_jiritu-sien-tebiki/080304_jiritu-sien-tebiki_001.pdf 参照。

²⁵ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syakai.html?tid=141304> 参照。

²⁶ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1130-10a.pdf> 参照。

²⁷ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho.html?tid=126702> 参照。

²⁸ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002szwi-att/2r9852000002t006.pdf> 参照。

²⁹ http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/kijun.pdf 参照。

6. 第2のセーフティネットの整備—求職者支援制度および生活困窮者自立支援法の制定

2000年7月、「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」³⁰が設置され、12月に「報告書」³¹を取りまとめた。そこにおいて「ソーシャル・インクルージョン」をキーワードに「社会的なつながりを創出」することが提案されていたことは注目に値する。生活保護自立支援プログラムの実施や様々な地域における「伴走型支援」の試みは、行政とNPO協働の形で展開され、様々な経験を蓄積した。リーマンショックにより雇用保険に加入できなかった非正規労働者の生活問題が一举に顕在化し、既存の社会福祉・社会保障制度の綻びと不備が指摘され、社会保険と公的扶助の中間に新たなセーフティネットを作る必要性が社会の共通認識になっていった。

リーマンショック後の2008年12月「与党新雇用対策に関するプロジェクトチーム」が「新たな雇用対策に関する提言」³²を行い、その中で「緊急雇用創出事業」とそれを活用するための「総合的就業・生活支援事業」が掲げ、後の求職者支援制度の萌芽を提供した。与党新雇用対策に関するプロジェクトチームは2009年3月に「さらなる緊急雇用対策に関する提言」³³において「緊急人材育成・就職支援基金（仮称）」の創設を提言した。2009年7月「緊急人材育成支援事業」³⁴として雇用保険の受給資格がない離職者に対して、職業訓練の受講を条件に訓練・生活支援給付金が支給されることになった。この事業は3年間の時限措置であったが、2009年の政権交代後の2010年6月に閣議決定された「新成長戦略」³⁵において「失業をリスクに終わらせることなく、新たな職業能力や技術を身につけるチャンスに変える社会を構築することが、成長力を支えることとなる」とうたい、「第2のセーフティネットの整備」として「求職者支援制度」の創設が提言された。求職者支援制度については、労働政策審議会職業安定分科会雇用保険部会で審議された。2011年3月労働政策審議会は「求職者支援制度について（建議）」³⁶において求職者支援制度の創設を建議した。こうして、2011年5月「職業訓練の実施等による特定求職者の就職の支援に関する法律（求職者支援法）」が制定され、同年10月より求職者支援制度として実施された。

2010年4月生活保護受給者の生活再建のための援助・支援を検討するために厚生労働省社会・援護局のもとに「生活保護受給者の社会的居場所づくりと新しい公共に関する研究

³⁰

<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb16GS70.nsf/aCategoryList?OpenAgent&CT=60&MT=070&ST=020> 参照。

³¹ http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s0012/s1208-2_16.html 参照。

³² <http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2008/1209koyou.pdf> 参照。

³³ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/dl/s0324-14w.pdf> 参照。

³⁴ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/07/dl/s0730-12h.pdf> 参照。

³⁵ <http://www5.cao.go.jp/keizai2/keizai-syakai/pdf/seityou-senryaku.pdf> 参照。

³⁶ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000011qym-att/2r98520000011rhk.pdf> 参照。

会」³⁷が設置された。同研究会は7月に「報告書」³⁸をとりまとめ、「最後のセーフティネットである生活保護行政に負担が集中している。このため、雇用保険を受給できない人たちに対する第2のセーフティネットをはじめ、他法他施策の整備・充実が必要」であると主張した。

2012年2月「社会保障と税の一体改革の大綱」³⁹が閣議決定され、「重層的セーフティネット」を構築することを目的として、「生活困窮者対策と生活保護制度の見直しについて、総合的に取り組むための生活支援戦略」を策定することになった。これを受けて2012年8月の「社会保障制度改革推進法」の附則第2条において「生活困窮者対策及び生活保護制度の見直しに総合的に取り組むことが謳われた。これと並行して、2012年4月、社会保障審議会「生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会」⁴⁰が設置され、2013（平成25）年1月同「特別部会報告書」⁴¹が取りまとめられた。そこでは、生活困窮者に対し、「生活保護受給に至る前の段階で早期に支援を行うとともに、必要に応じて生活保護受給者も活用できる」ようにすることにより、「困窮状態からの早期脱却を図る」新たな生活困窮者支援制度を提言した。こうして、2013年12月「生活困窮者自立支援法」が制定された。2015年4月より実施された。これと並行して2013年度から特別部会の提言に基づき、「生活困窮者自立促進支援モデル事業」が実施され、自立支援法の成立とともに同法のモデル事業となり、本格実施に向けた準備が開始された。2016年6月に厚生労働省社会・援護局のもとに「生活困窮者の自立支援のあり方等に関する論点整理の検討会」⁴²が設置された。

7. 住居喪失者、住宅確保政策

生活困窮者自立支援法では「自立相談支援事業」と「住宅確保給付金の支給」が必須事業とされた。このうち住宅確保対策についてここでは取り上げる。リーマンショック前の2007年8月ホームレス自立支援法に基づき、ネットカフェなどに起居する者を対象とした「住居喪失不安定就労者等の実態に関する調査報告書」⁴³が公表された。この結果、住居喪失者が東京23区、大阪市、名古屋市、横浜市に集中していることがあきらかとなった。2008年4月より厚生労働省職業安定局は、この四地域を対象に住宅喪失不安定就労者を対象とした自立支援相談員を設置することにし、「住居喪失不安定就労者支援センター（チャレンジネット）」⁴⁴を開設した。2008年7月には「社会保障の機能強化のための緊急対策～5つの安

³⁷ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000g9dy.html> 参照。

³⁸ <http://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r9852000000g7zj-att/2r9852000000g9t7.pdf> 参照。

³⁹ <http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/kakugikettei/240217kettei.pdf> 参照。

⁴⁰ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho.html?tid=126703> 参照

⁴¹ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002tpzu-att/2r9852000002tq1b.pdf> 参照。

⁴² <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syakai.html?tid=382987> 参照。

⁴³ <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/08/dl/h0828-1n.pdf> 参照。

⁴⁴ http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/safety_net/challenge.html 参照。

心プラン〜」⁴⁵を閣議決定し、その第4項で「住居喪失不安定就労者就労支援事業の推進」を掲げた。

リーマンショック直後の2008年12月厚生労働省職業安定局は各都道府県労働局長宛てに「非正規労働者、高齢者、障害者、外国人労働者等の離職等に係る支援等について」⁴⁶を発し、「住居喪失者の的確な把握」と「住居喪失者への支援」を通知した。同月「生活防衛のための緊急対策」⁴⁷で「住宅の継続使用」「住宅・生活支援の資金貸付」「雇用促進住宅の活用」が盛り込まれ、雇用対策として雇止め・解雇が行われた派遣労働者等に対して、引き続き住宅を無償で提供する事業主。同月「住宅確保のための相談支援」⁴⁸を全国の主要公共職業安定所において開始するとともに「雇用促進住宅の最大限活用」⁴⁹と「就職安定資金融資事業」⁵⁰を開始した。この「就職安定資金融資事業」は「ハローワークが就労相談を行いながら、労働金庫との連携によって住宅入居初期費用等の資金を貸し付ける」というものであった。

2009年10月から「住宅手当緊急特別措置事業」が実施された。これは「住宅を喪失又は喪失するおそれのある方を対象として、6月間を限度として住宅手当を支給する」制度であった。この事業は2012年11月閣議決定の「経済対策第2弾」において、一年延長が決まり、2013年に「住宅支援給付事業」⁵¹と改称され、2014年度も実施された。この事業は生活困窮者自立支援法において「住宅確保給付金」として恒久化され2015年度から実施された。

これと並行して地方公共団体における住宅確保支援策が実施されたことは注目すべきである。例えば、2007年度から始められた板橋区の「ホームレス生活サポート事業」における「住宅相談支援事業」、2010年に開始された埼玉県「生活保護受給者チャレンジ支援事業（通称：アサポート）」の「住宅ソーシャルワーカー事業」、2010年に内閣府パーソナル・サポート・モデル事業として実施された福岡市の「絆プロジェクト」におけるサポートプランの一環としての住宅支援などである。これらは住宅支援だけではなく生活困窮者自立支援法の各種事業内容に大きな影響を与えた。

前述した2015年1月「生活保護基準部会報告書」⁵²では住宅扶助について詳細な検討を行った。そこでは運用による住宅扶助の適正化として「貧困ビジネスの排除」「不動産事業

⁴⁵ <http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2008/0729honbun.pdf> 参照。

⁴⁶ <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/12/dl/h1209-1b.pdf> 参照。

⁴⁷ <http://www5.cao.go.jp/keizai1/keizaitaisaku/2008/081219taisaku.pdf> 参照。

⁴⁸ <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/12/h1212-4.html> 参照。

⁴⁹ <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/12/dl/h1212-4c.pdf> 参照。

⁵⁰ <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/12/dl/h1219-8a.pdf> 参照。

⁵¹

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/topics/dl/tp130315-01-05-01.pdf 参照。

⁵² http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/kijun.pdf 参照。

者等との協働」「代理納付制度の活用」「公的借家の活用」「居住継続のための生活支援の必要性」が提案された。

8. 東日本大震災への対応

東日本大震災に対する生活保護行政としては、2011年3月17日社会・援護局保護課長通知「東北地方太平洋沖地震による被災者の生活保護の取扱いについて」⁵³を発している。そこでは避難先の保護の実施機関が実施責任を負うことを原則とし、「申請権の侵害がないように留意の上、迅速に対応すること」が通知された。同年3月29日に保護課長名で「東北地方太平洋沖地震による被災者の生活保護の取扱いについて（その2）」⁵⁴が発せられている。そこでは、避難先においても必要な保護費を「遺漏なく支給すること」、生活実態が十分に把握できなくても「被災者の特別な事情に配慮し、不足が生じることのないように配慮すること」、保護費の支給が困難な場合は「緊急小口資金の貸付の活用も検討すること」が通知されている。同年5月2日には保護課長名で「東日本大震災による被災者の生活保護の取扱いについて（その3）」⁵⁵が発せられている。そこでは、義援金等については、自立更生のために当てられる額については「収入として認定しないこと」とされ、その際提出される「自立更生計画」では生活基盤の回復に充てられるものであれば自立更生の充てられるものと広く認めた。

(菅沼 隆)

⁵³ https://hodanren.doc-net.or.jp/iryoukankei/jisin/110317seh1_seiho.pdf 参照。

⁵⁴ https://hodanren.doc-net.or.jp/iryoukankei/jisin/110329seh1_seiho2.pdf 参照。

⁵⁵ <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001bd6k-img/2r9852000001be5y.pdf> 参照。

1 2 社会福祉

1. 「社会保障基礎構造改革」の理念に基づく「社会福祉法」の成立・施行

1997年8月から始められた「社会福祉基礎構造改革」の議論を踏まえ、厚生省は、有識者による検討会、中央社会福祉審議会、福祉サービスの利用者、事業者等の関係団体との意見交換などを通じた議論を進め、「これからの社会福祉の目的は、個人が人として尊厳をもって、家庭や地域の中で、その人らしい安心のある生活を送ることができるよう支援することにある」という社会保障基礎構造改革の理念が提示された（中央社会福祉審議会・社会福祉構造改革分科会「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」¹（1998年6月）。これに基づいて、「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律案」が2000年3月に国会に提出され、同年12月5日に成立し6月に施行された²。この改正で「社会福祉事業法」が「社会福祉法」に題名改正され、条項の改正が行われ、同法に関連する身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、児童福祉法、民生委員法、社会福祉施設職員等退職手当共済法、生活保護法についても一部改正が行われた。

「社会福祉事業法」は、日本の社会福祉の目的・理念・原則と対象者別に規定されている各種の福祉サービスに共通する基本的事項を規定した法律であり、2000年の法改正により題名改正された「社会福祉法」も基本的に社会福祉法制上同じ役割を担っている。したがって、「社会福祉法」は「社会事業法」が含む基本的規定（社会福祉サービスの定義・理念、福祉事務所・社会福祉審議会・社会福祉主事など行政組織に関する規定、社会福祉法人に関する規定、地域福祉に関する規定）を含むとともに、社会保障構造改革で指摘された課題に対応して、以下の4項目（A～D）に関連する規定が設けられることとなった。

（A）社会福祉における利用者の権利擁護制度（福祉サービス利用援助事業）の導入：、
（i）痴呆性高齢者（現在の認知症高齢者）など自己決定能力の低下した者の福祉サービス利用を支援するための民法の成年後見制度を補完する仕組の制度化（都道府県、社会福祉協議会等において実施）、（ii）苦情解決の仕組みの導入（福祉サービスに対する利用者の苦情や意見を汲み上げてサービスの改善を図るため、社会福祉事業経営者の苦情解決の責務を明確化、第三者が加わった施設内における苦情解決の仕組みの整備、上記方法での解決が困難な事例に備えた都道府県社会福祉協議会における苦情解決のための運営適正化委員会の設置）

（B）福祉サービスの質の向上のための施策：（i）福祉専門職についての保健医療との連

¹ 厚生労働省 <http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1006/h0617-1.html>

² ただし、身体障害者生活訓練等事業、盲導犬訓練施設の社会福祉事業への追加、助産施設及び母子生活支援施設の入所方式の見直し、社会福祉施設職員等退職手当共済法の見直しについては、平成13年4月施行。措置制度の利用制度への変更、地域福祉計画の策定、知的障害者福祉等に関する事務の市町村への委譲に関する規定については、平成15年4月施行とされた。

携、介護保険への対応、全体の資質向上などの観点からの教育課程の見直し、(ii)事業者によるサービスの質の自己評価などによる質の向上と福祉サービスの質を評価する第三者機関の育成、(iii)事業運営の透明性の確保と利用者の選択に役立つ情報提供のための事業者の福祉サービス内容に関する情報の提供、福祉サービスの提供主体の財務諸表及び社会福祉法人の事業報告書の開示の義務付け、国・地方公共団体による情報提供体制の整備。

(C) 社会福祉事業の充実・活性化と社会福祉事業の規制緩和：(i)社会福祉に対する需要の多様化に対応した権利擁護のための相談援助事業、手話通訳事業、知的障害者デイサービス事業などの9事業の追加、(ii)社会福祉法人の設立要件の緩和³と運営の弾力化⁴。

(D)地域福祉の推進：(i)市町村地域福祉計画および都道府県地域福祉支援計画の実施、(ii)社会福祉協議会、共同募金、民生委員・児童委員の活性化⁵ (iii)市町村社会福祉協議会を地域福祉の推進役として明確に位置づけ、二以上の市町村を区域として設立することができるようにすること、(iv)都道府県社会福祉協議会の役割として社会福祉事業従事者の養成研修、社会福祉事業の経営指導を行うことを明確にすること、(v)県内配分を原則とする共同募金について、大規模災害では広域配分を可能にし、配分の透明性確保のための配分委員会設置の義務付けと「過半数配分の原則」の撤廃。(vi)住民の立場に立った活動を行う民生委員・児童委員の職務内容の明確化。

2. 福祉サービスの利用制度化

社会保障基礎構造改革の理念の一つである利用者の立場に立った社会福祉制度を構築するために、行政が行政処分で福祉サービスの内容を決定する措置制度から利用者が事業者と対等な関係に基づきサービスを選択する制度へ移行した（福祉サービスの利用制度化）。その結果、福祉サービスのニーズのある人が福祉サービスを受給する過程が、本人の申請と選択に基づき、やむを得ない場合に従前の市町村による手続きが取られることになった。

福祉サービスにおける契約制度への動きは、児童福祉の分野から始まり、高齢者福祉、障害者福祉へと拡大した。1997年の児童福祉法改正⁶では、措置という言葉が廃止され、従来法律に規定されていなかった保育所への入所の「申込み」が法定化された。また、同

³ 地域におけるきめ細かな福祉活動を推進するため、障害者の通所授産施設の規模要件が20人以上から10人以上に引き下げられた。また、小規模通所授産施設又はホームヘルプ事業を行う社会福祉法人の設立の資産要件（1億円）を1千万円に引き下げることが検討されている。

⁴ 施設ごとの会計区分を弾力化し法人単位の経営を確立すること、利用制度化した事業の利用料収入を施設整備費の償還に充てることを認めること、行政監査の重点化・効率化を図ることについて規定が設けられた。

⁵ このような社会福祉法における改正に伴い、民生委員法、児童福祉法でも対応する部分的な法改正が行われた。

⁶ 厚生省児主家庭局長「児童福祉法等の一部改正について」（平成9年6月11日）

<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.13/data/shiryuu/syakaifukushi/628.pdf>

年、介護保険法が成立し、老人福祉サービスについての措置制度、市町村の措置義務は原則として廃止された。そして、障害者福祉についても、2003年、「社会福祉法」の施行に伴い、支援費支給制度の下で利用者と事業者との契約によって制度が運用されるようになった。この制度では、支援費支給を希望する者は、都道府県知事の指定した指定事業者・施設に利用申込みを行うとともに市町村に支給の申請を行い、支給決定された場合は利用者本人及び扶養義務者は負担能力に応じた自己負担分を指定事業者・施設に対し自己負担分を支払い、自己負担分以上の利用料は市町村から支給されることとなった結果、一方では障害者福祉サービスの利用者の選択に基づく利用が実現し地域で暮らす障害者数も増えたが、他方で支援費制度の財政状況が悪化し、制度の見直しが指摘され、支援費制度から障害者自立支援法に基づく制度への改革が進められた（本資料 V 15.障害者総合福祉法を参照）。

3. 福祉サービスの第三者評価事業

「社会福祉法」により、福祉サービスの質の評価を推進するために、事業者によるサービスの質の自己評価などによる質の向上と福祉サービスの質を評価する第三者機関の育成が図られた。福祉サービスの第三者評価事業は、事業者の提供するサービスの質を公平・中立な第三者評価機関が専門的・客観的な立場から評価し、事業者が施設運営における問題点を把握して福祉サービスの質の向上に結びつけるとともに、第三者評価の結果を公表することにより、利用者の適切な福祉サービスの選択に資することを目的としている。

事業者によるサービスの質の自己評価などによるサービスの質の向上については、2000年6月に厚生労働省障害保健福祉部「障害者・児施設のサービス共通評価基準」⁷が出され、障害関係施設において管理者による現場評価との職種・職場単位による評価を行い、両者で検討するという方式で課題や改善点を明確にすることが求められることとなった。2001年3月に厚生労働省社会・援護局「福祉サービスの質に関する検討会」が「福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書」⁸をとりまとめ、同年5月に「福祉サービスの第三者評価事業の実施要領について(指針)」⁹が出された。これを受けて、2006年3月に「指定

7 厚生省大臣官房社会・援護局障害保健福祉部「障害者・児施設のサービス共通評価基準（解説と基本理念）」平成12年6月

<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/810.pdf>
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「平成12年度 障害者・児施設のサービス共通評価基準」による各施設の自己評価実施状況について」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/0105/tp0525-1.html>

8 厚生労働省社会・援護局「福祉サービスの質に関する検討会」「福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書」平成13年3月23日

<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/841.pdf>
9 厚生労働省社会・援護局長「福祉サービスの第三者評価事業の実施要領について（指針）」（平成13年5月15日 社援発第880号）
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/859.pdf>

地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」¹⁰が出され、認知症高齢者グループホーム等の介護事業者のサービスの自己評価及び外部評価が義務付けられた。さらに、2009年4月より施行された「保育所保育指針」¹¹で保育士と保育所が自己評価を行い、その結果を公表することが努力義務化され、そのための評価方法「保育所における自己評価ガイドライン」¹²が示された。

福祉サービスの質を評価する第三者機関の育成については、厚生労働省は、「福祉サービス第三者評価事業」の本格的実施のために「福祉サービス第三者評価事業に関する指針について」（2004年5月）¹³でガイドラインを示し、第三者評価の推進を図るために「第三者評価を受審し、その結果についても公表」をすることを措置費の弾力運用の条件の一つとした。また、2003年3月の閣議決定¹⁴を受けて、社会保障審議会介護給付費分科会で検討課題とされた介護サービス事業者の情報公開及び第三者評価の推進について「介護保険サービスの質の評価に関する調査研究委員会」を設けて検討し¹⁵、「介護保険サービスにおける質の評価に関する調査研究事業報告書」（2005年3月）¹⁶が出された。その結果、サービスの質の第三者評価にとっても利用者のサービス選択にとっても情報開示が重要であり、情報開示の標準化が図られることとなった。さらに、2014年に事業所が主体的かつ継続的に質の向上に取り組めるよう「福祉サービス第三者評価事業に関する指針」が改正され¹⁷、評価項目が整理され公表された。

¹⁰ 「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」（平成18年3月14日厚生労働省令第36号）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000239zd-att/2r98520000023du7.pdf>

¹¹ 厚生労働省告示第141号「保育所保育指針」（平成20年3月28日）

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/hoiku04/pdf/hoiku04a.pdf>

¹² 厚生労働省「保育所における自己評価ガイドライン」（平成21年3月）

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/hoiku01.pdf>

¹³ 厚生労働省「福祉サービス第三者評価事業に関する指針について」（平成16年5月7日）
<http://www.pref.oita.jp/uploaded/attachment/13242.pdf>

¹⁴ 閣議決定「規制改革推進3か年計画（再改定）6.福祉等」平成15年3月28日

<http://www8.cao.go.jp/kisei/siryo/030328/2-2-06.pdf>

¹⁵ 社会保障審議会・介護給付費分科会／介護報酬改定検証・研究委員会「介護保険サービスにおける質の評価に関する調査研究事業結果概要」
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000041766.pdf

¹⁶ 「介護保険サービスにおける質の評価に関する調査研究事業報告書」平成26年3月

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000051906.pdf

¹⁷ 厚生労働省「『福祉サービス第三者評価事業に関する指針について』の全部改正について」平成26年4月1日
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000080134.pdf>

4. 社会福祉法人改革

社会福祉基礎構造改革によって、2000年の介護保険法の施行、同年の「社会福祉事業法」改正による「社会福祉法」の成立により、サービスの利用の仕組みを措置から契約に転換するとともに、株式会社やNPOなど多様な供給主体を参入させることにより、利用者の選択の幅を広げ、事業者の効率的な運営を促し、サービスの質の向上と量の拡大を図る政策がとられた。このような改革に伴って、「社会福祉法」第24条は、社会福祉法人がその役割を果たすために、経営基盤の強化やサービスの質の向上、事業経営の透明性の確保を通じて、社会福祉事業の中心的な担い手であるとともに、地域における多様な福祉ニーズにきめ細かく対応し、既存の制度では対応できない人々を支援していくことを定め、社会福祉における社会福祉法人の新たな位置付けを行った。このような改革が進められたが、人口減少社会の到来や独居高齢者の増加、子どもに対する虐待の深刻化などのために、福祉ニーズの多様化・複雑化がさらに進み、社会福祉法人が福祉サービスの供給確保の中心的役割を果たすとともに、他の事業主体では対応できない様々な福祉ニーズを充足することにより地域社会に貢献していく必要性が高まった。この課題に対応するために、公益性の高い事業運営ができる社会福祉法人の在り方について検討が進められることとなった。

2002年から 公益法人制度改革¹⁸が進められ、旧民法第34条に基づく公益法人が、準則主義により設立される一般社団・財団法人と公益性の認定を受ける公益社団・財団法人に区分され、後者について法人の目的・事業内容・組織・財務・財産等に関する公益認定を課することにより公益性の高い法人類型として位置付けられた（「今後の行政改革の方針」閣議決定（2004年12月）¹⁹）。これを受けて、全国社会福祉協議会の内部組織の全国社会福祉法人経営者協議会が、2006年8月に「社会福祉法人経営の現状と課題」²⁰をとりまとめた。さらに、2014年に閣議決定された 規制改革実施計画²¹で、公益法人等の他の経営主体とのイコールフットイングの観点から、社会福祉法人制度の見直しが行われた結果、社会福祉法人は、経営組織の強化、情報開示の推進、内部留保の位置付けの明確化と福祉サービスへの投下、社会貢献活動の義務化、行政による指導監督の強化など、公益性・非営利性の条件を満たすことを徹底し、社会福祉法人としての役割を果たすことが求めら

¹⁸ 閣議決定「公益法人制度の抜本的改革に向けた取組みについて」（2002年3月）、「公益法人制度の抜本的改革に関する基本方針」（2003年6月）、「公益法人制度改革に関する有識者会議報告書」（2004年11月）、閣議決定「今後の行政改革の方針」（2004年12月）、「公益法人制度改革関連3法案」閣議決定（2006年3月）

¹⁹ 閣議決定「今後の行政改革の方針（抄） 7 公益法人制度の抜本的改革」（平成16年12月24日 <http://www.gyokaku.go.jp/siryoku/koueki/kihon-waku.pdf>

²⁰ 全国社会福祉法人経営者協議会「社会福祉法人経営の現状と課題」（平成18年）概要版：http://www.keieikyo.gr.jp/data/pre_genjo0608_2.pdf 報告書：『社会福祉法人経営の現状と課題』全社協出版部（平成18年8月）

²¹ 閣議決定「規制改革実施計画」（平成26年6月24日） <http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/suishin/publication/140624/item1.pdf>

れることとなった²²。このような社会福祉法人制度の見直しが進む中で、2013年9月に「社会福祉法人の在り方等に関する検討会」²³が厚生労働省にも設けられ、2014年9月に「社会福祉法人制度の在り方について（報告書）」²⁴が出され、2015年2月に社会保障審議会社会福祉部会から「社会保障審議会福祉部会報告書～社会福祉法人制度改革について～」²⁵が公表された。これに基づいて、社会福祉法人が備えるべき公益性・非営利性を徹底し、経営組織のガバナンスの強化、事業運営の透明化、財務規律の強化、地域における公益的な責務の規定の創設などの制度改革を行うこととなり、2015年4月に社会福祉法人改革関連法案が国会に提出された。

5. 社会福祉に関わる人材の確保・資質向上と労働環境の整備

社会福祉に関わる人材確保については、2000年までは、1992年に成立した「福祉人材確保法」とこれに基づく「福祉人材確保指針」（厚生省告示）によっていたが、少子高齢化の進行に伴う福祉サービスへのニーズの多様化・複雑化と量的拡大に対処するために、社会保障基礎構造改革による社会福祉の理念が改められ、介護保険制度導入などによる福祉サービスの提供体制の変化が生じ、「福祉人材確保指針」の見直しが行われ、2007年に新しい「福祉人材確保指針」（平成19年厚生労働省告示第289号）が告示された²⁶。この新しい福祉人材確保指針は、福祉・介護ニーズに対応できる人材を安定的に確保するために、経営者、関係団体等ならびに国および地方公共団体が講ずるよう努めるべき措置について整理を行い、他の産業分野とも比較して適切な労働環境の整備、働きながら介護福祉士・社会福祉士等の国家資格等を取得できるよう配慮する従事者のキャリアアップの仕組みを含む新たな福祉経営のモデルの構築、国家資格等の有資格者についてさらに高い専門性を認証する仕組みの構築を図るなど従事者の資質向上に取り組むことの必要性を指摘した。この新しい指針に即して、以下のような専門職種ごとの改革と福祉サービス専門職の労働環境の整備が進められた。

（1）介護福祉士

²² とくに情報開示の推進については、規制改革実施計画（2014年）で、(i)社会福祉法人の内部管理を強化するため、理事会や評議員会、役員等の役割や権限、責任の範囲等の明確に定めること、(ii)一定の事業規模を超える社会福祉法人に対して外部機関による会計監査を義務付けることとされ、社会福祉法人も、公益財団法人と同等以上の公益性・非営利性を担保できるガバナンスが求められることとなった。

²³ 厚生労働省社会・援護局（社会）「社会福祉法人の在り方等に関する検討会」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syakai.html?tid=159469>

²⁴ 社会福祉法人の在り方等に関する検討会「社会福祉法人制度の在り方について」（報告書）
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000050216.html>

²⁵ 第14回社会保障審議会福祉部会資料社会保障審議会福祉部会報告書～社会福祉法人制度改革について～
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000074117.html>

²⁶ 「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」の見直しについて
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/fukusijinzhai.pdf>

2006年12月に社会保障審議会福祉部会「介護福祉士制度及び社会福祉士制度の在り方に関する意見」²⁷が出され、資格取得方法の一元化や教育内容の充実等について見直しの方向性が示され、この意見書を踏まえて、「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律」が2007年11月に成立し同年12月に施行された。

介護福祉士については、2007年の法改正によって介護福祉士資格の取得方法が一元化された。2012年4月から施行予定だったが、介護施設の離職者問題などに対応するために介護人材の安定的な確保に向けた配慮を行っていくことが必要となったため、施行が3年間延期され²⁸、2015年度から実施するための法律改正案が2011年4月に国会に提出され、同年6月に成立した。この法改正によって、多様化・高度化する介護ニーズに対応していくために、介護福祉士の確保と資質向上の両面から介護福祉士の資格を取得する全ての者が一定以上の教育課程により介護福祉士として必要な知識と技能を修得しそれを国家試験によって確認し、介護福祉士を国家資格とする制度が確立された²⁹。

また、2011年の「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正によって、従来実質的違法性阻却として通知で実施されてきた介護職員等による喫煙吸引等の業務が法制度として位置づけられた³⁰。

介護福祉士の確保については、経済連携協定(Economic Partnership Agreement: EPA)に基づいて、日・インドネシア経済連携協定(平成20年7月1日発効)に基づき2008年

²⁷ 社会保障審議会福祉部会「介護福祉士制度及び社会福祉士制度の在り方に関する意見」平成18年12月12日 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1212-4b.pdf>

²⁸ なお、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律24条による介護福祉士の資格取得方法の一元化に関連する見直しは、施行がさらに1年延期され2016年度から施行されることとなった。「介護人材の確保について」第1回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会(平成26年10月27日)資料2の「3. 介護福祉士資格の取得方法」参照。http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000062879.pdf

²⁹ この改正では、介護福祉士養成施設卒業者が国家試験に不合格だった場合、当分の間(平成28年4月まで延長)、准介護福祉士の名称を用いることができることとされた。介護人材確保の総合的・計画的な推進について(案)第4回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会(平成27年2月23日)参考資料2 項目「「准介護福祉士」制度に関する法律の附則・国会の附帯決議」を参照 http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000075027.pdf

³⁰ 厚生労働省社会・援護局長通知「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則等の一部を改正する省令の施行について(介護福祉士養成施設における医療的ケアの教育及び実務者研修関係)」(平成23年10月28日) http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/care/dl/care_6.pdf

この改正によって介護福祉士の業務として喫煙吸引等の行為が加わるのは、2015(平成27)年度国家試験合格者からであるが、2012(平成24)年4月から認定特定行為業務従事者として都道府県知事の認定を受ければ、それ以前に国家試験合格した介護福祉士もこの業務を行うことが可能となった。

度から、日・フィリピン経済連携協定（平成 20 年 12 月 11 日発効）に基づき 2009 年度から、日・ベトナム経済連携協定に基づく交換公文（平成 24 年 6 月 17 日発効）に基づき 2014 年度から、外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れが実施されている³¹。

2014 年 10 月には、社会保障審議会福祉部会に福祉人材確保専門委員会が設置され、2015 年 2 月に報告書「2025 年に向けた介護人材の確保」³²がまとめられた。同報告書では、介護人材確保に向けた取り組みの課題として、持続的な人材確保サイクルの確立、介護人材の構造転換、地域の関係主体の連携による介護人材育成体制の整備、中長期的視点に立った計画の策定、人材確保につながる参入促進と労働環境・処遇の改善、資質向上に資する方策を講ずることが指摘された。この報告書を受け、福祉人材確保指針の対象の拡大等法的措置の必要な事項について、2015 年 4 月に「社会福祉法等の一部を改正する法律案」³³として国会に提出された。

（2）介護支援専門員

介護支援専門員（ケアマネージャー）は、居宅サービス計画、施設サービス計画の作成など介護サービスの要となる役割を担うものであり、自立した日常生活の支援という介護保険制度の目的を実現するためには、介護支援専門員がその役割を十分に果たすことが必要である。必要な知識、技能を持つ介護支援専門員の養成を図ることを目的に、介護保険制度の実施に備えて、1998 年度から介護支援専門員実務研修と介護支援専門員実務研受講試験が実施された。2005 年の介護保険制度改正で、介護支援専門員の資質・専門性の向上を図るため、資格の更新制（5 年間）、二重指定制の導入、更新時研修の義務化・体系化、介護支援専門員のキャリアアップの一環としての主任介護支援専門員の創設などの見直しが行われた³⁴。2006 年度の地域包括ケアシステムの導入に伴い、主任介護支援専門員を地域包括支援センターに配置することが義務づけられた。2009 年度から、居宅介護支援費に関する特定事業所加算の要件として主任介護支援専門員の配置が義務づけられた。さらに、多職種協働や医療との連携を推進するとともに、利用者の自立支援に資するケアマネジメントを実践できる介護支援専門員を養成する観点から、介護支援専門員実務研修と介護支援専門員実務従事者基礎研修の統合、主任介護支援専門員に関する更新制の導入と

³¹ 厚生労働省外国人雇用対策「インドネシア、フィリピン及びベトナムからの外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れについて」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/gaikokujin/other22/index.html

³² 社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会「2025 年に向けた介護人材の確保～量と質の好循環の確立に向けて～」平成 27 年 2 月 25 日
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000075800_1.pdf

³³ 厚生労働省「社会福祉法等の一部を改正する法律案」（平成 27 年 4 月 3 日提出）概要
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/189-31.pdf>

³⁴ 厚生労働省「介護保険制度改革の概要 4 ケアマネジメントの見直し」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/dl/data.pdf>

更新時研修の創設等が 2016 年 4 月から行われることとなった。

(3) 精神保健福祉士

「社会保障基礎構造改革」では、国民が自らの生活を自らの責任で営むことを基本としながら、自らの努力だけでは自立した生活を維持できない場合に社会連帯の考え方に立った支援を行い、個人が人としての尊厳を持って家庭や地域の中でその人らしい自立した生活が送れるように支えることが社会福祉の在り方として提示された。精神障害者が社会復帰を果たし地域で生活を営むことは困難を伴うため、このような困難を解決して精神障害者の自立を支援するために、医師などの医療従事者が行う診療行為に加えて、退院のための環境整備など様々な支援を行う精神障害に関する保健と福祉の専門的知識と技術をもって精神障害者の社会復帰に関する相談援助を行う者として精神保健福祉の資格制度が、1997 年 12 月に臨時国会で可決され、1998 年 4 月に施行された「精神保健福祉士法」³⁵によって制度化された。その後、精神障害者の地域移行や地域生活の支援を進めていくために、精神保健福祉士の果たすべき役割や必要となる技術について「精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会」³⁶で議論が行われ、2010 年 3 月に報告書³⁷が出された。その結果、必要な相談援助に関する知識や技能の習得を目的とした教育内容の充実を目的とした改正が行われ、2012 年 4 月から施行された。

(4) 保育士

「男女雇用均等法」が 1997 年に改正され、男女双方に対する性別を理由とする差別的取扱いが禁止されることとなったが、当時、保育の仕事をする女性は正式名称の保母と呼ばれていたのに対して、男性は俗称の保父と呼ばれ、公式文書の職業欄に保母と記入しなければならないことに対する苦情が総務省に寄せられた³⁸。これを契機に、総務省行政監察局が厚生省に対して名称の創設を「あっせん」³⁹し、1998 年 2 月の「児童福祉法施行令等の一部を改正する政令」で保母の名称が男女共通名称の保育士に改められ、1999 年 4

³⁵ 「精神保健福祉士法」(平成九年十二月十九日法律第百三十一号、最終改正：平成二八年六月三日法律第六五号)

<http://law.e-gov.go.jp/htldata/H09/H09HO131.html>

³⁶ 厚生労働省「精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai.html?tid=141278>

³⁷ 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「精神保健福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて」平成 22 年 3 月 9 日

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0331-21a.pdf>

³⁸ ここに述べる保育士の名称変更の歴史的経緯は、青山キヌ(1998)「「保母」から「保育士」への経緯と今後の課題」『幼児教育』第 14 巻、長崎純心大学・長崎純心大学短期大学部、pp2-15 による。

http://ci.nii.ac.jp/els/contentscinii_20170924230912.pdf?id=ART0001133869

<http://altmetrics.ceek.jp/article/creator/%E9%9D%92%E5%B1%B1%20%E3%82%AD%E3%83%8C>

³⁹ 総務庁設置法に基づき苦情の申出に対し各行政機関等へ改善を図るよう必要な斡旋等を行うこと

月に「男女公用均等法」改正法の施行に合わせて、名称変更に伴う規定の整備が行われた。さらに、保育士資格が詐称されその社会的信用が損なわれたこと、地域の子育て支援の中核を担う専門職の重要性が高まったことに対応するために、2001年の「児童福祉法」改正⁴⁰で、保育士資格は、児童福祉施設の任用資格から都道府県が実施する資格試験合格または厚生労働大臣指定の保育士養成学校卒業を条件とした国家資格並びに名称独占資格に改められた（2003年11月）。2012年8月に、子ども関連3法⁴¹が成立・公布されたことにより、幼保連携型認定こども園に配置される専門職が生じ、この場合の専門職は幼稚園教諭の普通免許状と保育資格の両方を有する保育教諭であることが必要となった。改正法施行後5年間はいずれか一方の免状または資格を有する者も勤務することができる経過措置が設けられたが、経過措置期間中にいずれか一方の免許状・資格で実務に就いている者がもう一方の免状・資格を取得することを促進することに向けて厚生労働省⁴²と文部科学省⁴³で検討を行うこととなった。また、国全体で必要な保育士を確保するため、2015年1月に「保育士確保プラン」⁴⁴が公表された。

（5）福祉サービス専門職の労働環境の整備

「新・福祉人材確保指針」で示された「労働環境の整備の推進」のために、2008年5月に「介護従事者等の人材確保のための介護従事者の処遇改善に関する法律」⁴⁵が成立し、これに基づいて、2009年度の介護保険報酬改定⁴⁶で、介護サービスに関わる職員の処遇

⁴⁰ 厚生労働省雇用均等・児童家庭局長「児童福祉法の一部を改正する法律等の公布について」（平成13年11月30日 雇児発第761号）の「3 保育士資格の法定化」を参照。

<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.13/data/shiryuu/syakaifukushi/906.pdf>

また、保育士資格法定化の経緯とその意義は、柏女霊峰（2007）「保育士資格の法定化と保育士の課題」『淑徳大学総合福祉学部研究紀要』第41号,pp.1-18参照

http://ci.nii.ac.jp/els/contentscinii_20170925101725.pdf?id=ART0008292807

⁴¹ 内閣府・文部科学省・厚生労働省「子ども・子育て関連3法について」（平成25年4月）<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/law/kodomo3houan/pdf/s-about.pdf>

⁴² 厚生労働省・保育士養成課程等検討会「幼稚園教諭免許状を有する者の保育士資格取得特例について」平成25年3月28日

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002zto3-att/2r9852000002ztrr.pdf>

⁴³ 幼稚園教諭の普通免許状に係る所要資格の期限付き特例に関する検討会議「幼稚園教諭の普通免許状に係る所要資格の期限付き特例について（報告）」（平成25年3月29日）

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/094/houkoku/_icsFiles/afieldfile/2013/04/10/1333169_1.pdf

⁴⁴ 厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課「保育士確保プラン」

<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11907000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Hoikuka/0000070944.pdf>

⁴⁵ 「介護従事者等の人材確保のための介護従事者の処遇改善に関する法律」法律第四十四号（平二〇・五・二八）

http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_housei.nsf/html/housei/16920080528044.htm

⁴⁶ 社会保障審議会介護給付費分科会「平成21年度介護報酬改定に関する審議報告」平成20年12月12日

改善のための介護報酬単価が引き上げられ、期限付きの処遇改善交付金制度が創設された。2012年度介護報酬改定⁴⁷では、時限措置の処遇改善交付金から安定的な効果を継続させるための介護職員処遇改善加算が新設された。そして、2013年12月に「介護保険制度の見直しに関する意見」⁴⁸が出され、政府は2015年度の介護報酬改定で処遇改善に向けた検討を引き続き行うこととなった。

国会でも福祉サービス専門職の労働環境の整備のための取り組みが進み、第186回通常国会において「介護・障害福祉従事者の人材確保のための介護・障害福祉従事者の処遇改善に関する法律案」⁴⁹が議員立法で提出され、2014年6月に同法が成立した。

(金子能宏)

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/dl/s1226-5k.pdf>

⁴⁷ 社会保障審議会介護給付費分科会「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」（平成23年12月7日）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001zmek-att/2r9852000001zmgp.pdf>

⁴⁸ 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成25年12月20日）

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000033066.pdf

⁴⁹ 「介護・障害福祉従事者の人材確保のための介護・障害福祉従事者の処遇改善に関する法律案」

http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_gian.nsf/html/gian/honbun/houan/g18601021.htm

<http://www.sangiin.go.jp/japanese/joho1/kousei/gian/186/pdf/k051860211860.pdf>

1 3 児童福祉

1. はじめに

日本において、児童福祉政策の総合的な基盤となっている「児童福祉法」が制定されたのは1947年のことである。この法律の理念は、第1条にあるように「すべて国民は、児童が心身ともに健やかに生まれ、且つ、育成されるよう努めなければならない。2 すべて児童は、ひとしくその生活を保障され、愛護されなければならない。」という考え方であり、すべての児童の健全育成と福祉の増進を目的としている。日本の児童福祉政策は、戦後長らく要保護児童や障害児、子どもを持つ低所得世帯を対象とした対策が中心となっていたが、1990年代に入ってから、少子化問題が社会的注目を集めて少子化対策が次々と打ち出されたこともあり、すべての児童の健全育成という観点の政策も拡充されるようになった。

児童福祉法が扱う分野は多岐にわたるが、現在行われている児童福祉政策（子ども家庭福祉政策とも呼ばれる）をわかりやすく分類すると、次のようになる¹。①保育・子育て支援施策、②ひとり親家庭施策、③社会的養護施策、④児童虐待対策、⑤障害児支援施策、⑥健全育成（児童厚生施設、放課後児童健全育成事業、児童手当等）、⑦母子保健対策、⑧非行・情緒障害児施策である。それぞれの分野においては、児童福祉法を根本としながら、直接児童福祉に関連する事柄を定めた法律が制定・運用されている。2000年代以降、「子ども・子育て応援プラン」（2005～09年実施）、「子ども・子育てビジョン」（2010～14年実施）、「第3次少子化社会対策大綱」（2015～19年実施）といった総合的な少子化対策の策定により、児童福祉政策はそのメニューが増大・多様化するとともに、財政投入も強化されてきた。

本稿では、おもに2000年以降の児童福祉政策の変遷について、保育・子育て支援施策、母子保健対策、ひとり親家庭対策、社会的養護施策（児童虐待対策含む）を取り上げて概観する。

2. 保育・子育て支援施策

日本では、1970年代半ば以降、雇用者として働く女性の増大により女性の労働力率が上昇を始めた。未婚女性だけでなく有配偶女性もパート等の非正規雇用を中心に働きに出るようになり、共働きの世帯は増大の一途をたどった。1990年代に入ると、専業主婦世帯と雇用者の共働き世帯の数が拮抗し、2000年代以降は共働き世帯数が大幅に専業主婦世帯数を上回るようになった。女性の働き方や就業機会は多様化しており、非正規雇用だけでなく正規雇用者として結婚・出産後も働き続ける女性が増加している。また、経済の低成長の中

¹ WAM NET（Welfare And Medical Service NETwork System）の児童福祉制度解説・ハンドブックを参照（<http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/jidou/handbook/>）。なお、「非行・情緒障害児施策」の中にある情緒障害児短期治療施設は、平成28年の児童福祉法改正において「児童心理治療施設」と名称変更された（平成29年4月施行）。

で男性の雇用や収入も不安定化した結果、共働きせざるを得ない家庭も増えている。

こうした動きに伴い、1980年代頃から、保育に関しても乳児保育、延長保育、夜間保育、病児保育、障害児保育などその需要の中身が多様化してきた。さらに、少子化の影響で減少傾向にあった入所児童数が1990年代半ば以降増加に転じ、認可保育所の入所待機児童数も1995年4月時点で28,481人²生じていた。

保育需要の増大・多様化に対応し、1997年の児童福祉法改正において入所方法がそれまでの措置制度から利用者側が希望保育園を選んで申し込む選択制に変更された。待機児童対策も進められ、2001年に「待機児童ゼロ作戦」、2008年に「新待機児童ゼロ作戦」、2010年に「待機児童解消「先取り」プロジェクト」、2013年に「待機児童解消加速化プラン」が立ち上がり、保育所定員数の増加が進んだ。しかし、女性の就業増加とそれに伴う保育需要の増加に追いつかず、待機児童解消に至らなかった³。2000～2015年の15年間で認可保育所等定員数⁴は約55万人分増加したにもかかわらず、2015年4月時点でも23,167人の待機児童が発生している。

2003年に成立した「次世代育成支援対策推進法」により、都道府県、市区町村および一般事業主（常用労働者301人以上）に次世代育成支援に関する行動計画の策定が義務付けられ、地方自治体が策定する地域行動計画については2005年4月より実施された。全国の自治体で、国の行動計画策定指針に沿ったプランが策定されたことで、地域の保育・子育て支援施策の整理と見直しが進んだ。

2008年の児童福祉法改正では、家庭的保育事業（保育ママ）、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業、地域子育て支援拠点事業、一時預かり事業の法制化が実現した（保育ママは2010年4月施行、その他は2009年4月施行）。また、同年に改正された次世代育成支援対策推進法では、一般事業主行動計画の策定・届出義務が常用労働者101人以上の企業に拡大された（2011年4月施行）。

保育所等の子育て支援制度について、2000年代以降もっとも大きな改革となったのは、2012年に成立した子ども・子育て支援法等関連3法で実現した「子ども・子育て支援新制度」の開始（2015年4月）である。これは、社会保障・税一体改革の一つとして行われる消費増税による税増収分のうち、少子化対策に振り向けられる毎年約7,000億円を充てて

² 1995年4月時点の待機児童数は、旧定義による調査集計結果。厚生労働省は、2001年に待機児童数の定義を変更し、従来の「認可保育所に申し込んだが入所できなかった児童数」から「(1)他に入所可能な保育所があるにも関わらず待機している児童や(2)地方単独保育事業を利用しながら待機している児童」を除いた数を待機児童数として公表することとした。

³ 2017年6月に、政府は新たに「子育て安心プラン」を発表し、2019～20年度に約22万人の定員数を増加させて待機児童を解消し、2022年度末までにさらに約10万人増やして女性の就業率80%を支える体制を整えるとした。

⁴ 2015年4月の定員数は、保育所定員数に幼保連携型認定こども園(2号・3号認定)の定員を加えたもの。

行われることになった。新制度では、実施主体は市町村とされ、新設された子ども・子育て支援給付のうち、現金給付を児童手当、現物給付を教育・保育給付として施設型給付（認定こども園、幼稚園、保育所）と地域型保育給付（小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育）に位置づけた。また、市町村はこの法律に基づき地域子ども・子育て支援事業（地域子育て支援拠点事業、一時預かり事業、放課後児童健全育成事業等の13事業）を実施することとした。新制度では、地方自治体（市町村、都道府県）は地域の教育・保育ニーズやその他の子育て支援ニーズの実態を調査により把握し、5年ごとに子ども・子育て支援事業計画を策定することが義務付けられた。そして、保育ニーズが充足されるまで、積極的に保育所等の整備を行うこととされた。これは、行政側の都合により独占的に保育サービス供給量が決められていた従来の構図が、利用者側のニーズに合わせて行政側が供給増加に努力するという構図に変わったことを意味する。今後、その実効的な運用がなされて、希望者の誰もが保育・子育て支援サービスを利用できるようになることが期待されている。

3. 母子保健対策

1947年に制定された「児童福祉法」には、妊娠届出、母子手帳、保健指導等の規定が含まれており、それをもとに母子保健対策が行われていた。しかし、児童福祉法でカバーできない母性の健康の保持増進といった観点も含めた総合的な対策の推進のため、児童福祉法の中の母子保健に関連する規定を独立させ、1965年に「母子保健法」が成立し、1966年1月より施行された。この法律を基盤として、日本の母子保健対策は発展してきた。

2000年以降のおもな動きとしては、まず、2001年より開始された「健やか親子21」の取組みがある。これは、国民の健康づくり運動である「健康日本21」（健康増進法に基づき策定された「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」）の一翼を担う国民運動計画である。思春期保健対策の強化、不妊への支援、小児保健医療の充実、育児不安の軽減等を主要課題として進められ、2001～14年に目標の8割で改善が見られた⁵。その後、この第1次の運動から見出された課題を踏まえ、2015年度から10年間の計画で、「すべての子どもが健やかに育つ社会」の実現をめざした「健やか親子21（第2次）」が開始された。この運動では、3つの基盤課題として「A. 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」「B. 学童期・思春期から成人期に向けた保健対策」「C. 子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり」が設定され、重点課題として「育てにくさ」を感じる親に寄り添う支援」「妊娠期からの児童虐待防止対策」を挙げている。

このうち、基盤課題Aについては、少子化対策の一環として2014年度から様々な事業が開始されている。具体的には、母子保健コーディネーターの配置や子育て世代包括支援センターの立ち上げ、産後ケア事業の推進、助産師等による相談支援を行う産前・産後サポート

⁵ 『健やか親子21 最終評価報告書』（2013年11月）を参照
(<http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/saisyuuhyouka.html>)

事業などである。およそ2020年度を目途としてこれらの事業の全国展開がめざされている。

1990年代以降顕在化してきた問題として、不妊治療の増加がある。晩産化の進行に伴って不妊治療へのニーズが増大し、また、少子化の進行により不妊に悩む夫婦への支援が社会的に注目を集めたことから、2004年より特定不妊治療支援事業が開始された。この事業は、その後、2009年度（給付額の上限引き上げ）、2011年度（1年度目の対象回数の拡大）、2013年度（一部助成単価の適正化）に制度の見直しを行った。さらに、2013年8月には、「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会」において報告書がとりまとめられ、支援事業の見直しが行われた。具体的には、支援事業の対象範囲が変更され、対象年齢を43歳未満、通算回数を6回（40歳以降で治療を開始した場合3回）と限定する一方、年間回数や通算期間の制限は撤廃した。この要件変更は、2016年4月から完全施行された。なお、制度の助成実績は、2004年度の17,657件から、2013年度の148,659件に増加している⁶。

このほか、妊婦健康診査の費用補助事業の充実（子ども・子育て支援新制度での地域子ども・子育て支援事業への位置づけ、恒久的財源の確保等）、小児慢性特定疾病対策の拡充（対象疾病の拡大など医療費助成制度の拡充、慢性疾患児の総合的な自立等支援事業等）なども推進されている。

4. ひとり親家庭施策

人口動態統計調査によると、日本の離婚率は1920年代から長らく1%程度と低く推移していたものの、1970年代頃から上昇を始め、2002年に2.30%を記録した。その後は減少傾向にあり、2014年に1.77%となっているが、2000年代に入ってから毎年20万組以上が離婚している。また、かつては離婚時に父親が子どもの親権を取る事例が過半数を占めていたが、1966年以降は逆転して母親が親権者として離婚する場合が過半数を占め、近年は約8割が母親を親権者として離婚している。総務省統計局「国勢調査」によると、母または父と20歳未満の未婚の子から成るひとり親世帯は、1995年の約62万世帯から2010年の約84万世帯に急増した。祖父母等と同居しているひとり親家庭も合計すると、2011年に母子世帯は推計123.8万世帯、父子家庭は22.3万世帯あるとされる（厚生労働省「平成23年度全国母子世帯等調査」）。死亡率が低くなった今日では「死別」は減少しており、ひとり親世帯になった理由として母子世帯の8割、父子世帯の7割強が離婚を挙げている。ひとり親世帯は、経済的に不安定な状況にあるなど様々な問題を抱えがちであり、そうした家庭の生活支援と児童の健全育成のために、ひとり親家庭施策の見直しと充実が喫緊の課題となっている。

そもそも、戦後、1959年に母子家庭への経済的支援策として児童扶養手当制度が創設さ

⁶ 厚生労働省ホームページ「不妊に悩む夫婦への支援について」に助成実績が掲載されている。（<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000047270.html>）

れ、1964年には「母子福祉法」が制定（1981年に「母子及び寡婦福祉法」に改称）されるなど、おもに母子世帯を対象とした福祉政策は連綿と続けられてきた。しかし、児童扶養手当受給者は、1962年に154,387人だったのが2001年に759,194人、2015年に1,037,645人と急増し、財政負担の増加が問題となってきた。また、日本の場合、諸外国と比べて働いているひとり親の相対的貧困率が高く、働いていないひとり親の貧困率を上回っているという特異な状況がみられる（OECD Family Database⁷）。この原因としては、おもにひとり親家庭の約8割を占める母子世帯の母の約半数が非正規雇用であり、年収が低いことにあるとみられている。厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査」によれば、児童のいる世帯の総所得の平均が707.8万円であるのに対し、母子世帯では同270.3万円と約38%にすぎない。また、「平成23年度全国母子世帯等調査」によると、就労母子世帯の母自身の平均年収は223万円で、非正規雇用者割合は47%を占める。さらに就労父子世帯でも父自身の平均年収は380万円、非正規雇用者割合は8%であり、ひとり親家庭の経済状況の厳しさがうかがえる。

こうしたひとり親家庭をめぐる状況を鑑み、2002年からはひとり親家庭に対して、児童扶養手当中心の支援体制から、「就業・自立に向けた総合的な支援」へと施策を強化する方向が取られた。2002年の「母子及び寡婦福祉法」、「児童扶養手当法」等の改正により、ひとり親家庭への支援施策は、「子育て・生活支援策」「就業支援策」「養育費の確保」「経済的支援策」の4本柱により実施されることになった。これらの施策推進にあたっては「母子家庭及び寡婦の生活の安定と向上のための措置に関する基本的な方針」（以下、基本方針）を定めることとされ、都道府県、市及び福祉事務所設置町村においても、基本方針に即した「母子家庭及び寡婦自立促進計画」を策定できるとされた（2014年度までに地方自治体の30.6%が策定済み。2014年より「自立促進計画」に改称）。さらに2003年には、ひとり親家庭支援の鍵となる就業対策を推進するため、母子家庭の母の就業支援に特別な配慮を求める「母子家庭の母の就業の支援に関する特別措置法」も成立・施行された。

上述の基本方針および特別措置法は2008年3月までを期限としていたが、基本方針は2013年3月までの5年間を対象期間として2008年4月に再度策定された。その後、2010年の児童扶養手当法改正法附則に、法律の施行3年後を目途に母子家庭等に対する支援施策の在り方を検討するとの規定が盛り込まれたことから、基本方針の適用期間は2年延長され、2015年3月までとされた。

改正児童扶養手当法附則に基づくひとり親家庭支援施策の見直しにあたっては、その具体的方向性や個別の支援策の論点整理を社会保障審議会児童部会の「ひとり親家庭への支援施策の在り方に関する専門委員会」が行い、2013年8月に中間まとめを公表した。これに基づいて厚生労働省では施策の見直しを進め、2014年に母子及び寡婦福祉法、児童扶養

⁷ OECD Family Database (www.oecd.org/social/family/database) CO2.2 Child poverty 掲載表 (CO2.2.A) によると、日本のひとり親家庭の相対的貧困率は、就労している親が50.9%、就労していない親が50.4%（2009年）。

手当法の改正を行った。母子及び寡婦福祉法のおもな改正点は、地方自治体による支援措置の計画的・積極的実施、就業支援や子育て・生活支援の強化、各種政策の周知の強化、そして父子家庭への支援の拡大である。同年4月に成立した「次代の社会を担う子どもの健全な育成を図るための次世代育成支援対策推進法等の一部を改正する法律」により、法律名が「母子及び父子並びに寡婦福祉法」に改称されるとともに、父子家庭への福祉の措置に関する章が創設された。これは、2000年代に入り、これまで支援の対象外に置かれがちだった父子家庭の問題が注目されるようになった結果である。

また、2012年9月には「母子家庭の母及び父子家庭の父の就業の支援に関する特別措置法」が成立し、2013年3月から施行された。母子及び父子並びに寡婦福祉法に基づき2015～2020年度までを期間として定められた「母子家庭等及び寡婦の生活の安定と向上のための措置に関する基本的な方針」では、この特別措置法の着実な実施もめざしている。

ひとり親家庭支援施策の4本柱のうち、子育て・生活支援策としては、母子・父子自立支援員による相談・支援、ひとり親家庭等日常生活支援事業、ひとり親家庭等生活向上事業（学習支援ボランティア事業等）、母子生活支援施設、子育て短期支援事業（ショートステイ、トワイライトステイ）等が行われている。就業支援策には、ハローワークによる支援（マザーズハローワーク、マザーズコーナーの設置等）、母子家庭等就業・自立支援センター事業、母子・父子自立支援プログラム策定事業、自立支援教育訓練給付金、高等職業訓練促進給付金、高等学校卒業程度認定試験合格支援事業などがある。養育費確保支援では、養育費支払いの責務を明記した法律改正（2003年、母子及び寡婦福祉法改正）、強制執行手続きの改善（2003年および2004年の民事執行法改正）、養育費算定基準の周知（2004年）、養育費相談機関の創設（2007年）、民法における親子の面会交流、養育費分担の取り決めの明確化（2012年、民法等の一部改正）等を行ってきた。経済的支援としては、児童扶養手当、母子父子寡婦福祉資金貸付金制度がある。児童扶養手当については、「福祉から雇用へ」という方向性での改革の中で、2002年には所得制限の強化と手当額算定方法の見直しがなされ、2008年には一部停止措置（支給から5年を超える場合に、就業が困難でないにもかかわらず就業意欲がみられない者について支給額の2分の1を停止）が開始された。しかし、2010年には父子家庭も対象とする支給拡充、2014年に公的年金との併給制限の見直し（受給者等の年金額が児童扶養手当額を下回る場合には、その差額分の手当を受給可能とする）、2016年に第2子・第3子以降の加算額引上げなど、制度の充実も図られてきている。

2000年代以降、ひとり親家庭等を対象とした政策は就労と自立を促す方向で制度改革を行っているが、経済の低成長、非正規雇用の増大、根強い男女賃金格差など広く経済・雇用・労働環境の問題は山積しており、ひとり親家庭をめぐる状況は厳しさを増している。ひとり親家庭の問題は子どもの貧困とも密接に関連しており、この分野の政策の重要性は今後も高まっていくだろう。

5. 社会的養護施策

児童福祉において、かつて社会的養護施策の中心は、親が死亡または行方不明などの理由で親と暮らせない子どもを公的施設に入所させ養育することであった。しかし、1990年代頃から、虐待を受けた子どもや配偶者からの暴力（DV）被害の母子などへの支援も重要となってきた。

児童虐待については、相談対応件数が1990年の1,101件から2015年には103,260件（速報値）⁸と激増しており、死亡事例も毎年50～60件発生するなど深刻な社会問題となっている。相談対応件数は1990年代末葉から急速に増加しており、虐待が原因で社会的養護の施設に入所する子どもも増えている。厚生労働省「児童養護施設入所児童等調査」によると、児童虐待が理由⁹で養護施設に入所した児童は、2008年調査の10,896人（全体の28.4%）から2013年調査の15,690人（同37.6%）へと増加している。また、DVも、たとえ本人に直接の身体的加害がなくともそれに接する児童への心理的虐待に当たり、児童虐待問題と密接に関連している。

こうした社会的養護の対象の広がりや新しいニーズに対応し、2000年以降、各種法律や制度の制定・改正が行われてきた。2000年には、「児童虐待の防止等に関する法律」が施行され、児童虐待の定義（身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待）や住民の通告義務等が定められた。2004年には、「児童虐待防止法」と「児童福祉法」が改正され、児童虐待の定義の見直し（同居人による虐待放置等も追加）、通告義務範囲の拡大、市町村の児童虐待対応の体制強化、要保護児童対策地域協議会の法定化などが行われた。さらに、2004年改正法附則の見直し規定に基づいて2007年に「児童虐待防止法」・「児童福祉法」の改正が行われ、児童の安全確認等のための立入調査等の強化、保護者に対する児童の面会・通信等の制限強化、保護者に対する指導に従わない場合の措置の明確化が定められた。

児童虐待対策においては、児童虐待の早期発見・早期対応、子どもの保護・回復・自立支援だけでなく、児童虐待の発生予防も重要である。この点で具体的対策となる乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）、養育支援訪問事業、地域子育て支援拠点事業について、2008年の児童福祉法改正で各事業が法定化された。また、要保護児童対策地域協議会の機能強化、里親制度の見直し、小規模住居型児童養育事業（ファミリーホーム事業）の創設も行われた。

以上のように2000年代のうちに矢継ぎ早に児童虐待対策が進んでいったが、行政側の対応を強化しても、実親が持つ「親権」により虐待事案への積極的介入が難しいという問題があった。そこで、2011年には民法等の一部を改正する法律が成立し、2年を上限とする親権停止制度、親権者は施設長や里親の措置を不当に妨げてはならないという規定、法人や複数人での未成年後見人を可能にする規定、児童相談所長や施設長の親権代行規定等が定められた。

⁸ 厚生労働省の報道発表資料（2016年8月4日）より引用
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000132381.html>)

⁹ 父／母の放任・怠だ、父／母の虐待・酷使、棄児、養育拒否を合計したもの。

社会的養護では、親の死亡や虐待を理由に保護された要保護児童の養育だけでなく、心理的ケア、自立支援、施設退所後の相談支援も重要な施策として位置づけられている。従来、要保護児童施策では児童養護施設、乳児院といった施設入所による施設養護が中心であった。これに対して、児童の養育はできるだけ家庭的な環境で行う方が良いという考え方が強くなり、社会的養護施策において家庭的養護を増やしていくという方向で改革が行われてきた。

家庭養護の受け皿としては、里親制度とファミリーホームがある。里親制度は、2002年に専門里親、親族里親制度が創設された。2008年の児童福祉法改正ではさらに養育里親について養子縁組を希望する里親と区別して法定し、里親研修の義務化や里親手当の引き上げ等が実施された。同じく2008年改正で創設されたファミリーホーム（小規模住居型児童養育事業）は、里親と同じく養育者の住居で5～6人の児童の養育を行うものである。

こうした動きの中、2011年には社会保障審議会児童部会の関係委員会から、今後の社会的養護の方向性と具体的施策を示した『社会的養護の課題と将来像』がとりまとめられた。今後の施策の方向性として、①家庭的養護の推進（里親、ファミリーホームといった家庭養護の優先的推進と施設養護における小規模化（小規模グループケア、グループホーム化）、②専門的ケアの充実（心理的ケア、親子関係の再構築、家庭環境の調整、DV被害の母子等に対する母子生活支援施設による専門的支援など）、③自立支援の充実、④家族支援、地域支援の充実が掲げられている。この提言に沿って、2015年度から15年間で社会的養護の形態を本体施設（児童養護施設・乳児院）・グループホーム・里親及びファミリーホームをおおむね3分の1ずつにすること、すべての児童養護施設を小規模グループケア化することを目指した家庭的養護推進計画が開始された。

『社会的養護の課題と将来像』では、「社会的養護と一般の子育て支援施策は、一連の連続性を持つものであり、密接な連携が必要である」（p.3）と述べられている。2004年策定の「子ども・子育て応援プラン」以降、社会的養護施策は少子化対策の重要な施策の一つとして挙げられており、今後も政策の拡充と財政投入の増加が期待されている。

（守泉理恵）

1 4 児童手当

1. はじめに

1971年に児童手当法が成立し、1972年1月より児童手当制度が発足した。児童手当法制定に向けた議論の中で、児童手当の目的や性格については、次の4点が挙げられていた¹⁾。①児童の権利確立と福祉向上のためという児童福祉の観点、②子を養育する家庭の生活安定、とくに多子養育による貧困の救済または防貧のためという社会保障の観点、③生活給的かつ年功序列型の労働者の賃金から家族給部分を児童手当として分化させることで賃金を職務給型とし、労働力流動性を高めるという賃金体系の観点、および④生活給的な大企業と職務給的な中小零細企業の労働者の所得格差是正と、全児童の養育を経済的に支援することによる人間能力開発の効果を挙げる所得格差是正・人間能力開発の観点である。最終的には、児童手当の目的は家庭等の生活の安定に寄与すること（社会保障の観点）と、次代の社会を担う児童の健やかな成長に資すること（児童福祉の観点）であるとされ、制度設計された。児童手当は、全国民が1つの制度に入り、支給要件や給付内容も統一されていることに加え、児童の健やかな成長は将来の労働力確保につながるという観点から、国・地方公共団体だけでなく事業主もその費用を拠出している。

児童手当のおもな目的をどうとらえるかで、支給対象範囲、所得制限の有無や程度、費用負担者や負担率等の制度設計が異なる。児童手当制度は発足以降これまでに、幾度も制度改正を経てきた。

2. 児童手当制度の変遷概要：2000年代以降の改正を中心として

児童手当制度は、発足後、オイルショック後の財政逼迫の中で所得制限の強化等が行われたが、長らく義務教育終了前の第3子以降に1人月額5,000円が給付されていた。これが大きく変わったのが1986年で、このとき児童の健全育成の観点を重視して支給対象に第2子が加わった（1人当りの支給月額第2子2,500円、第3子以降5,000円）。ただ、財源の制約により支給期間は義務教育就学前に短縮され、強化された所得制限も継続された。

1990年代に入ると、1.57ショックを契機に少子化問題が社会的注目を集め、その対策を検討する中で児童手当制度に対する期待も大きくなった。1991年の法律改正では、児童の健全育成と社会的な子育て支援の観点が重視され、支給対象の第1子への拡大と手当額の倍増（1人当りの月額第1・2子5,000円、第3子以降10,000円）が行われた。しかし、財源の規模拡大は難しかったことから支給期間はさらに短縮され、3歳未満の児童が対象となった。また、児童手当制度では、1978年より事業主拠出金の剰余を原資として福祉施設事業を行っていたが、低出生率が問題となる中で現金給付だけでなくその他の子育て支援も重要であるという観点から、1994年の法改正では福祉施設を「児童育成事業」と改称し、

¹⁾ 中央児童福祉審議会児童手当部会中間報告を参照のこと。

事業所内保育施設の整備、延長保育等促進基盤整備事業、放課後児童健全育成事業、在宅保育サービス事業等)を行うこととした。

1990年代までの制度変遷をみると、児童手当制度は、当初は多子貧困救済の色彩が強かったが、国民の所得水準の上昇、夫婦が持つ平均子ども数の減少、低出生率の社会問題化といった状況の変化に応じて、その目的・性格は徐々に子育ての社会的支援という観点も強めてきたといえる。

1999年10月には自民党・自由党・公明党の三党連立政権が発足し、公明党が児童手当の充実化に積極的であったことから、児童手当制度を少子化対策の柱と位置付けての拡充検討が本格化した。同年12月に策定された、新エンゼルプランの基となっている「少子化対策推進基本方針」では、「児童手当については、少子化対策を推進する観点から、具体的財源確保、扶養控除制度や他の社会保障制度等との関係等に留意しつつ、給付及び費用負担の在り方等について引き続き検討する。」と記された。翌2000年1月には厚生省から中央児童福祉審議会および社会保障制度審議会に児童手当制度改正案要綱が諮問され、「総合的な少子化対策の一環として、児童手当について当面の改善措置を講ずるものとして、了承する」との答申を得た。

こうした流れを経て、2000年に児童手当法改正が行われた。所得税における年少扶養控除の加算廃止を財源として、児童手当の支給期間を3歳未満から義務教育就学前までとした。引き続き、連立与党は支給対象年齢や支給額の拡充を検討したが、具体的な財源を確保できなかったことから、2001年の法律改正では所得制限の緩和のみ行われた。具体的には、所得制限が284万円から415万円（被用者向けの特例給付では475万円から574万円）へ引き上げられ（夫婦と子ども2人の世帯の場合）、児童手当の支給率はそれまでの72.5%から85%へと大幅に上昇した。

少子化対策は、2003年にそのバックボーンとなる「少子化社会対策基本法」、「次世代育成支援対策推進法」が成立し、取組みが強化されたが、現実の出生率は低下が止まらなかった。そうした中で、2004年度より行われることになった配偶者特別控除の上乗せ部分廃止に伴う税増収分の使途について、これを児童手当の拡充の財源とすることが自民党・公明党の連立与党の間で合意され、2004年6月に児童手当法改正が行われた。改正の概要は、児童手当の支給対象年齢を義務教育就学前から小学校第三学年修了まで引き上げるというものである。さらに、同年12月には、少子化社会対策基本法に基づいた最初の「少子化社会対策大綱」が閣議決定され、その具体的行動計画として「少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画について（子ども・子育て応援プラン）」が策定された。ここでは、児童手当については末尾の「検討課題」で言及されているにすぎないが、別途与党内では一層の拡充を行うことが合意され、2006年の法改正につながった。

児童手当法の2006年改正では、児童手当の支給対象年齢を小学校第3学年修了時から小学校第六学年修了時まで引き上げ、所得制限も緩和して415万円から574万円（被用者向けの特例給付では574万円から646万円）とし（夫婦と子ども2人の世帯の場合）、支給

率を 85%から 90%とした。また、三位一体改革の一環として、児童手当についても国庫補助負担金の縮減が行われ、国と地方公共団体の負担割合が、従来の 2 : 1 から 1 : 2 に変更された。

合計特殊出生率は、2005 年に 1.26 と最低値を記録したが、それが判明した 2006 年 6 月には、少子化社会対策会議において「新しい少子化対策について」が策定された。ここでは、働き方の改革とともに子どもの年齢別に子育て支援策が提示されており、「I 新生児・乳幼児期」の子どもを持つ家庭への支援策の一つとして、「児童手当制度における乳幼児加算の創設」が挙げられた。「新しい少子化対策について」で列挙された施策は 2007 年度予算編成過程において検討することとされており、同年 12 月に関係大臣合意「児童手当について」が取りまとめられた。これを受けて児童手当法改正案が作成され、2009 年 3 月に成立した。2009 年改正で、3 歳未満の児童に係る児童手当額は第 1 子から一律に月額 10,000 円となった。また、3 歳未満の児童に係る被用者（公務員を除く）の児童手当については、従来から事業主もその費用を負担していたことから、今回の改正で事業主拠出金率の引き上げも定められた。

2009 年秋に自民党から民主党へ政権交代が行われると、民主党がマニフェストとして掲げていた「子ども手当」の創設が進められた。初年度の 2010 年度に関しては、2010 年 3 月に「平成 22 年度子ども手当支給法」が成立し、中学生までの子どもに一人当たり月額 13,000 円が支給されることになった。これまでの児童手当に比べ大幅な内容の拡充となったわけだが、その費用負担については、従来の児童手当法に基づく児童手当分は従来通り国・地方公共団体・事業主が費用を拠出し、残りは全額国庫負担とされた。また、親の所得の多寡にかかわらず次代を担うすべての子どもの健やかな成長を社会的に支援するという観点から、子ども手当制度では所得制限は設けなかった。政府は、この新しい制度創設に伴い、高所得者に有利な税の控除制度から低所得者に恩恵が大きい現金給付の手当へ政策をシフトさせるという考え方に従って、2010 年度税制改正で年少扶養控除の廃止、特定扶養控除の上乗せ部分廃止を行った（所得税は 2011 年度、住民税は 2012 年度から実施）。

子ども手当制度の継続に当たっては、必要な財源が大幅に増えることからその費用負担について調整が難航した。2011 年度には、子ども一人当たり 26,000 円を支給するという選挙時のマニフェスト実現に向けて一層の支給額増額が目指されたが、2011 年 3 月の東日本大震災発生の影響もあり、ひとまず「平成 22 年度子ども手当支給法」を 2011 年 9 月まで延長する法律が制定された。

2011 年 10 月以降の子ども手当制度の存続については、民主党、自民党、公明党の間で協議が行われ、2011 年 8 月に「子どもに対する手当の制度のあり方について」と題した合意が結ばれた。これを受け、同年 8 月に 2011 年 10 月から 2012 年 3 月までの制度内容を定めた「平成 23 年度子ども手当支給特別措置法」が成立した。

平成 23 年度特措法では、所得制限を設けず、支給対象年齢は中学校修了前までを維持したものの、支給額が変更された。具体的には、三歳未満の児童には一人月額 15,000 円、三

歳以上小学校修了前の第1子・第2子は月額10,000円、同第3子以降は月額15,000円、中学生は一律に1人月額10,000円である。また、支給要件について、留学中を除き国内居住の児童にのみ支給すること（国内居住要件）、児童養護施設入所児童についても施設設置者に子ども手当を支給すること等の見直しが行われ、受給資格者の申し出があれば給食費や保育料の支払いに児童手当を使うことが可能となった。これは当時社会問題化していた給食費や保育料の滞納に対する措置として導入された。

2012年4月から子ども手当に代わる制度については、手当の名称、所得制限導入時に手当支給対象外となる世帯への対応、手当に係る費用負担の在り方等について議論が重ねられた。当初、「子どものための手当の支給に関する法律」という名称にするとして児童手当法の一部を改正する法律案が国会に提出された。しかし、国会提出後も法律の内容について議論が紛糾し、最終的には「児童手当法の一部を改正する法律案の修正について」という合意が民主党・自民党・公明党の間で結ばれ、それに沿った修正法案が2012年3月に可決・成立した。

この改正により、手当の名称は「児童手当」に戻った。以前の児童手当制度より拡充された分の財源については、子ども手当創設時に行われた年少扶養控除と特定扶養控除上乘せ部分の廃止に伴う税増収分を充てた。法改正後の制度概要は以下の通りである。

①支給額（児童1人当りの月額）と支給期間

3歳未満の児童は、一律に15,000円、3歳以上小学校修了前の第1子・第2子は10,000円、3歳以上小学校修了前の第3子以降は15,000円、小学校修了後中学校修了前の児童は10,000円を支給する。所得制限導入により手当支給対象外となる世帯については、児童手当法附則に基づき当分の間は特例給付として5,000円を支給する。

②所得制限

所得制限を再び導入し、その限度額は被用者・非被用者にかかわらず736万円（夫婦と児童2人の世帯の場合）とする。これにより、支給率はおおむね90%となる。

③費用負担

2006年改正時に、国と地方公共団体の費用負担割合を1:2とする改革を行ったが、これを元に戻し、地方公共団体の負担（都道府県と市町村で折半）は国の2分の1とした。児童手当の支給対象となる被用者の3歳未満の児童に係る支給部分の費用負担は、事業主15分の7、国45分の16、都道府県と市町村は45分の4ずつとする。公務員に対する支給分については、所属庁10分の10とする。その他の被用者・非被用者については、国3分の2、都道府県と市町村は6分の1ずつとする。特例給付の費用負担は、国3分の2、都道府県と市町村が6分の1ずつ、公務員は所属庁10分の10とする。

2012年の法改正後、2012年8月には子育て支援制度の包括的見直しとして、子ども・子育て支援法など関連3法²が成立した。これらに基づき2015年4月より開始された「子ど

² 子ども・子育て支援法、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に

も・子育て支援新制度」において、子育て支援給付のうちの現金給付策に「児童手当」が位置づけられた（第9条）。また、事業主の拠出金で行われてきた児童育成事業について、延長保育事業、放課後児童健全育成事業、病児保育事業の3事業が法定されることとなった。

3. 児童手当制度の今後の展望

少子化が社会問題として注目を集め、2000年代後半以降には日本でも総人口の減少が始まり、いまや少子化対策は人口減少の根本的解決策として政府の優先政策課題となっている。日本より出生率の高い他の先進諸国と比較してみると、日本の児童手当は手厚いとはいえず、改善の余地があるといえるだろう。児童手当に出生率を引き上げる効果がどの程度あるのかについては議論があるが、理想の子ども数を持たない理由には、子どもの養育・教育費の高さがネックになっていることが「出生動向基本調査」（国立社会保障・人口問題研究所 2017、p.74）など各種調査からわかっている。仕事と家庭の両立支援策など、他の少子化対策の充実も同時に進めていくことが必要だが、子育ての経済的支援策の柱となる児童手当制度は、今後もその額や支給期間について拡充が求められていくだろう。

参考文献

『五訂 児童手当法の解説』中央法規（2013年）

国立社会保障・人口問題研究所『現代日本の結婚と出産—第15回出生動向基本調査（独身者調査ならびに夫婦調査）報告書』厚生労働統計協会（2017年）

（守泉理恵）

関する法律の一部を改正する法律、子ども・子育て支援法及び就学間の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律。

15 障害者福祉

1. はじめに一基礎構造改革、支援費制度、基本計画、権利条約

2000～2015年の障害者政策は、文字通り「激動」の時代であった。1997年に着手されたいわゆる「社会福祉基礎構造改革」において「個人が人としての尊厳をもって、家庭や地域の中で、障害の有無や年齢にかかわらず、その人らしい安心のある生活を送れるように自立を支援する」ことが基本理念として掲げられた。サービス利用における利用者と提供者の対等な関係の確立、利用者の選択支援などが謳われ、「措置制度」から脱却し、利用契約制度が模索された。2000年5月「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律（基礎構造改革法）」が成立した。2000年代の障害者政策は、この基礎構造改革が提起した「「契約」とは何か」を探索し、具体化することから始まった。

2003年4月、身体障害者福祉法と精神薄弱者福祉法において「支援費制度」が導入され、利用者によるサービス選択、事業者との契約制が導入された。障害者基本法に基づき、2002年12月に10ヵ年の「障害者基本計画」¹が策定され、「必要な法整備」として「総合的」「横断的」な障害者施策がうたわれるなど、障害者自立支援法の必要性に言及した²。

また、この時期の国際的な動向として、「障害者の権利に関する条約」³が、2006年12月に国際連合総会において採択されたことが挙げられる。2007年3月30日の署名式では82か国が署名したが、日本は見送った。2007年9月に日本政府はこの条約に署名した。署名したことは、批准に向けて国内法制を整備することを意味し、当該期の障害者政策を強く規定した（日本の批准は2014年1月）。

2. 自立支援法から総合支援法へ

障害者自立支援法の制定

厚生労働省は2004年2月省内に「障害者の就労支援に関する省内検討会議」を設置し、7月に「障害者の就労支援に関する今後の施策の方向性」⁴を取りまとめ、障害者の就労にかかる福祉施設の体系（3類型）を提示した⁵。社会保障審議会障害者部会では同年7月13日「今後の障害保健福祉施策について（中間的な取りまとめ）」⁶において福祉サービスや就労支援においては「三障害共通」のサービスとし、「幅広く自立と社会参加」を進めるべきことがうたわれ、支援費制度については「サービス提供量等の地域差が大きく」、「一般財源化に対しては地域差が維持ないし拡大するのではないかとの懸念」が示された。また、

¹ <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kihonkeikaku.pdf> 参照。

² 全国社会福祉協議会編、京極高宣著(2005)『障害者自立支援法の解説』、全国社会福祉協議会、25頁。

³ <http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000171085.pdf> 参照。

⁴ <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/07/h0709-3a.html> 参照。

⁵ 同前。

⁶ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0713-3.html> 参照。

2004年7月6日に「障害者（児）の地域生活支援の在り方に関する検討会」⁷が「議論の整理」⁸と「国庫補助基準及び長時間利用サービスの在り方に関する議論の整理」⁹をとりまとめて、支援費制度の問題点について論点を整理した。さらに、障害者の就労支援については2004年9月「障害者の就労支援に関する有識者懇談会」¹⁰が「障害のある人の「働きたい」を応援する共働宣言～共に働き・共に生きる社会づくりを目指して～」¹¹を取りまとめ、発表した。厚生労働省は2004年10月「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」¹²において、「障害保健福祉施策の総合化」「自立型支援システムへの転換」「制度の持続可能性への転換」を掲げた提言をまとめ、社会保障審議会障害者部会に試案として提示した。同障害者部会では10月に厚生労働省から「障害福祉サービス法（仮称）」¹³という名称の新法が提示された。また、利用者負担の在り方についても「利用したサービスの量等に応じた「公平な負担」」として審議された。12月の第24回障害者部会において「障害者自立支援給付法（仮称）」として改めて厚生労働省から提案がなされた。これが2005年2月10日「障害者自立支援法案」という名称に修正され、閣議決定された。同法案は国会に上程され10月31日可決・成立し、2006年4月施行された。

障害者自立支援法の見直し

障害者自立支援法には3障害共通の基盤整備を行うなど新しい施策が数多く盛り込まれた。だが「利用したサービスの量等に応じた「公平な負担」」として「応益負担」と称する利用者負担を求めたことが障害者当事者から大きな批判を浴びた。それは「障害者自立支援法違憲訴訟」などに発展した¹⁴。2007年12月に与党障害者自立支援に関するプロジェクトチームが「障がい者自立支援法の抜本的な見直しに向けた緊急措置」¹⁵を発表し、「障害者自立支援法の抜本的な見直し」に向けた基本的な課題とその方向性を明示することとした。これにもとづき「特別対策」として利用者負担のいっそうの軽減などが実施された。

民主党は政権に就く前の2009年初頭から「障がい者政策プロジェクトチーム」¹⁶を立ち上げ、障害者自立支援法の改正案の検討に着手していた。2009年9月発足した民主党政権

⁷ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai.html?tid=141284> 参照。

⁸ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/09/s0902-3.html> 参照。

⁹ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/09/s0902-4.html> 参照。

¹⁰ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai.html?tid=141285> 参照。

¹¹ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/09/dl/s0929-6a.pdf> 参照。

¹² <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/10/s1025-5c.html> 参照。

¹³ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/11/s1112-6.html> 参照。

¹⁴ 障害者自立支援法違憲訴訟弁護団編（2011）『障害者自立支援法違憲訴訟—立ち上がった当事者たち』生活書院。違憲訴訟運動は2006年10月頃に萌芽がみられ、12月に全体会議が開催され（同著108頁）、2008年10月31日全国一斉訴訟が起こされた。

¹⁵

[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb15GS60.nsf/0/5c633c6bc83e68492573de002b8bef/\\$FILE/20080128_5shiryuu1.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb15GS60.nsf/0/5c633c6bc83e68492573de002b8bef/$FILE/20080128_5shiryuu1.pdf) 参照。

¹⁶ <http://archive.dpi.or.jp/news/files/pttosushi090302.pdf> 参照。

は衆議院選挙におけるマニフェスト『民主党政案集 INDEX2009』¹⁷で「障害者自立支援法により、利用料の負担増で障がい者の自立した生活が妨げられてしまったことから、…（中略）…、障がい福祉サービスの利用者負担を応能負担とすること、サービス支給決定制度の見直しなどを行い、障害者自立支援法に代わる「障がい者総合福祉法（仮称）」を制定」することを掲げた。その際、内閣に「障がい者制度改革推進本部」を設置することも約束した。

2009年12月に民主党政権のもとで、内閣府に「障がい者制度改革推進本部」¹⁸が内閣総理大臣を本部長として設置された。2010年1月には、「障害者自立支援法違憲訴訟原告団・弁護士と厚生労働省との基本合意文書」¹⁹が結ばれ「応益負担（定率負担）制度を廃止し、遅くとも平成25年8月までに、障害者自立支援法を廃止し新たな総合的な福祉法制を実施する」ことが約束された。

2010年6月7日「障がい者制度改革推進本部」は「障害者制度改革の推進のための基本的な方向（第一次意見）」²⁰をまとめ、これをもとに6月29日「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」²¹を閣議決定した。そこでは「制度の谷間のない支援の提供、個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備等を内容とする「障害者総合福祉法（仮称）の制定」をうたった。2010年12月推進本部は「障害者制度改革の推進のための第二次意見その1」²² その2」²³をとりまとめた。

新しい法律が準備できるまでの間の当面の対応として、2010年12月「障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」（「平成22年整備法」いわゆる「つなぎ法」）が制定された。2011年2月に障がい者制度改革推進本部は障害者基本法の改正案を了承した。これが閣議決定を経て、国会に上程され、7月に改正法が成立した。同年6月には「障害者虐待の防止、障害者の擁護者に対する支援等に関する法律」も成立した。

障害者総合支援法の成立－総合福祉部会と骨格提言の見送り

既に政府は2010年4月に厚生労働省を事務局として「障がい者制度改革推進会議総合福祉部会（総合福祉部会）」²⁴を設置していた。総合福祉部会は、障害者権利条約と2010年1月「基本合意文書」（前出）を議論の拠り所として、「障がい者総合福祉法」制定に向けた作業チームとしての役割を担った。総合福祉部会は2011年8月「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言－新法の制定を目指して－」²⁵—いわゆる「骨格提言」—を

¹⁷ <http://archive.dpi.or.jp/policy/manifesto/seisaku2009/img/INDEX2009.pdf> のうち、「厚生 障害者自立支援法を廃止し、新たに障がい者総合福祉法を制定」を参照。

¹⁸ <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/kaikaku.html> 参照。

¹⁹ <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sougoufukusi/2010/04/dl/0427-1-68.pdf> 参照。

²⁰ http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/honbu/k_2/pdf/ref2.pdf 参照。

²¹ http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s_kaigi/k_16/pdf/ref.pdf 参照。

²² <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/pdf/iken2-1-1.pdf> 参照。

²³ <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/pdf/iken2-1-2.pdf> 参照。

²⁴ <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sougoufukusi/> 参照。

²⁵ <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sougoufukusi/dl/0916-1a.pdf> 参照。

取りまとめ、障害者・障害者団体など関係者の期待が高まった。これに対して、厚生労働省は障害者自立支援法に代わる法律案として「速やかに法制化することが可能な部分を……法案化」したものと2012年2月「厚生労働省案」²⁶を提案した。これは骨格提言と比較すると文字数が少なく、改正の要点のみが記されており、また改正法の名称も明示されていなかった。他方、与党民主党はこれと並行して党政策調査会厚生労働部門会議の障がい者ワーキングチームが法案について検討した。同ワーキングチームは2012年2月21日「厚生労働省案に対する意見」²⁷をまとめた。そこでは厚生労働省案について「未だ不十分な点が散見される」とし、障害者自立支援法の廃止の明記など7項目を提示した。総合部会委員らは骨格提言を法案に反映するように要望した。厚生労働省案をもとに、障害者自立支援法という名称を廃止し、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」とすることが決まった。こうして2012年3月13日「障害者総合支援法案」が閣議決定され、国会に上程された。衆議院と参議院で各10項目の附帯決議が付され、6月20日可決・成立し、2013年4月（と一部2014年4月）から施行された。

なお、障がい者制度改革推進会議は2012年7月廃止された。社会保障審議会障害者部会は障がい者制度改革推進会議が設置された期間をはさむ2009年1月から2013年6月の間は開催されなかった。

社会保障審議会障害者部会は2013年7月に再開され、総合支援法の施行に関する課題と改正精神保健福祉法の施行に関する課題の検討から着手した。障害者部会は関係団体へのヒアリングも含めて2年5カ月の間に30回開催された。この審議を経て、2015年3月厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部により「障害者総合支援法における障害支援区分一難病患者等に対する認定マニュアル」²⁸が策定された。2015年12月社会保障審議会障害者部会は「障害者総合支援法施行3年後の見直しについて～社会保障審議会 障害者部会 報告書～」²⁹を取りまとめた。これに基づき2016年4月障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）改正案が国会に上程され5月25日可決成立した。

3. 障害者雇用

2002年の障害者基本計画および「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2004」（いわゆる「骨太方針 2004」）³⁰において「障害者の雇用・就業、自立を支援するため、在宅就

²⁶ http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sougoufukusi/2012/02/dl/0208-2a01_00.pdf 参照。

²⁷ <http://www.eft.gr.jp/p-sspdact/120221shogaiwtiken.pdf> 参照。

²⁸ http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000083929.pdf 参照。

²⁹ http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000107988.pdf 参照。

³⁰ <http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2004/040604kaikaku.pdf> 参照。

労や地域における就労の支援、精神障害者の雇用促進、地域生活支援のためのハード・ソフトを含めた基盤整備等の施策について法的整備を含め充実強化を図る」という方針を定めた。2004年12月15日労働政策審議会は、その後の障害者雇用の推移を検討し、「今後の障害者雇用施策の充実強化について－就業機会の拡大による職業的自立を目指して－（意見書）」³¹をとりまとめた。これを受けて、2005年6月「障害者雇用促進法」が改正され、精神障害者に対する雇用対策の強化、在宅就業障害者に対する支援、他の障害者施策との有機的な連携がはかられることになった。2007年12月に、労働政策審議会は「今後の障害者雇用施策の充実強化について－障害者の雇用機会の拡大に向けて－（意見書）」³²をとりまとめた。そこでは「多様な雇用形態への対応」「中小企業における雇用促進」「福祉、教育と連携した就労促進」などについて具体的に提案された。これを受けて、2008年12月「障害者雇用促進法」が改正された。

2008年9月に日本政府として署名した「障がい者の権利に関する条約」（前出）への対応も検討された。民主党政権発足後、2009年12月設置の「障がい者制度改革推進本部」（前出）では、障がい者雇用についても検討事項とされた。また、2009年12月30日閣議決定された「新成長戦略（基本方針）～輝きのある日本へ」³³でも「障がい者の就業率向上」が掲げられた。障害者雇用分科会は2010年4月「労働・雇用分野における障害者権利条約への対応の在り方に関する中間的な取りまとめ」³⁴をまとめた。そこでは差別禁止と合理的配慮を担保するための法制度の整備や、障害者の範囲の拡大、雇用における禁止すべき差別の内容、合理的配慮の内容について、検討の方向性を示した。

また、民主党政権のいわゆる「事業仕分」に対応するため、2009年11月に厚生労働省内に「雇用対策実態把握PT（プロジェクトチーム）」が設置され、2011年3月障害者雇用分科会に「障害者雇用納付金に基づく助成金の見直しについて」³⁵が提案された。

障害者権利条約への対応と、2010年6月の閣議決定を実現すべく、厚生労働省は2011年11月に省内に研究者・関係者を参集し、以下の3つの研究会を設置した。各研究会は2012年8月までに報告書「障害者雇用促進制度における障害者の範囲等の在り方に関する研究会報告書」³⁶「労働・雇用分野における障害者権利条約への対応の在り方に関する研究会報告書」³⁷「地域の就労支援の在り方に関する研究会報告書」³⁸をとりまとめた。

³¹ <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/h1215-3.html> 参照。

³² <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/s0204-7f.pdf> 参照。

³³ <http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2009/1230sinseichousenryaku.pdf> 参照。

³⁴ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/04/dl/s0427-9c.pdf> 参照。

³⁵ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000017h1f-att/2r98520000017hel.pdf> 参照。

³⁶ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002k3s3-att/2r9852000002k429.pdf> 参照。

³⁷ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002k3s3-att/2r9852000002k422.pdf> 参照。

³⁸ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002k3s3-att/2r9852000002k42g.pdf> 参

障害者雇用分科会で集中的に検討し、2013年3月労働政策審議会名で「今後の障害者雇用施策の充実強化について（意見書）」³⁹を取りまとめ、厚生労働大臣に提出した。ここでは障害者権利条約と「整合性のとれたものとなるように」障害者雇用促進法を改正することを提案した。こうして2013年6月障害者雇用促進法が大改正された。この改正を受けて厚生労働省内に次の研究会を設置し、「改正障害者雇用促進法に基づく差別禁止・合理的配慮の提供の指針の在り方に関する研究会報告書」⁴⁰をまとめた。これに基づき2015年3月厚生労働省は「障害者に対する差別の禁止に関する規定に定める事項に関し、事業主が適切に対処するための指針（案）」⁴¹および「雇用の分野における障害者と障害者でない者との均等な機会若しくは待遇の確保又は障害者である労働者の有する能力の有効な発揮の支障となっている事情を改善するために事業主が講ずべき措置に関する指針（案）」⁴²を策定し、労働政策審議会はこれを承認した。こうして3月25日「障害者差別禁止指針」⁴³と「合理的配慮指針」⁴⁴が告示された。

4. 精神保健医療⁴⁵

2000年12月、公衆衛生審議会は「精神病床の設備構造等の基準について」⁴⁶において精神病床の機能分化を進める必要性をうたった。2002年3月には「精神障害者通院医療費公費負担の適正化のあり方に関する検討会報告書」⁴⁷が取りまとめられ、地域において医療提供を継続するあり方について検討した。2002年12月社会保障審議会障害者部会精神障害分会は「今後の精神保健医療福祉施策について」⁴⁸をまとめ、精神保健医療福祉サービス

照。

³⁹ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002xykj-att/2r9852000002xymz.pdf> 参照。

⁴⁰ http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12602000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Roudouseisakutantou/0000062550.pdf 参照。

⁴¹ http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12602000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Roudouseisakutantou/0000075986.pdf 参照。

⁴² http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12602000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Roudouseisakutantou/0000075998.pdf 参照。

⁴³ <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11704000-Shokugyouanteikyokukoureishougai koyoutaisakubu-shougaishakoyoutaisakuka/0000078975.pdf> 参照。

⁴⁴ <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11704000-Shokugyouanteikyokukoureishougai koyoutaisakubu-shougaishakoyoutaisakuka/0000078976.pdf> 参照。

⁴⁵ この項の基本文書の選定と内容の確認においては、高柳功・山本紘世・櫻木章司編著（2015）『二訂精神保健福祉法の最新知識—歴史と臨床実務』中央法規、188～195頁を参考にしている。

⁴⁶ http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s0012/s1213-1_9.html 参照。

⁴⁷ 精神保健福祉研究会（2003）「精神障害者通院医療費公費負担の適正化のあり方に関する検討会報告書」『精神保健福祉関連法令通知集』ぎょうせい、1451～1457頁を参照。

⁴⁸ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/04/dl/s0411-7g.pdf> 参照。

は、「原則として、サービスを要する本人の居住する地域で提供されるべきである」ことを明確にした。同月 24 日閣議決定された「障害者基本計画」（前出）および「重点施策実施 5 年計画」⁴⁹においても「入院医療中心から、退院・社会復帰を可能とするための地域サービス基盤の整備」が盛り込まれた。

2002 年 12 月、厚生労働省は厚生労働大臣を本部長、厚生労働事務次官と審議官を副本部長とする精神保健福祉対策本部を設置した。同本部は中間報告として 2003 年 5 月「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」⁵⁰を発表し、地域ケア、地域生活の支援のための具体的な方策をとりまとめた。さらに、2003 年 10 月に設置した検討会のもとで、2004 年 3 月に「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すために～」（普及啓発検討会）⁵¹が取りまとめられた。

2004 年 7 月 13 日「今後の障害保健福祉施策について（中間的な取りまとめ）」（前出）は、精神障害、身体障害、知的障害の 3 障害に共通する枠組みを提示し、障害者自立支援法を基軸とする「精神保健福祉施策」を掲げた。2004 年 8 月 6 日には「精神病床等に関する検討会 最終まとめ」⁵²と「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会 最終まとめ」（地域生活支援検討会）⁵³が取りまとめられ、9 月 2 日には精神保健福祉対策本部の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（改革ビジョン）⁵⁴が発表された。そこでは「国民各層の……意識の変革」に取り組み「今後 10 年間」をかけて「精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化」を図ることをうたった。一連の動きを受けて、社会保障審議会障害者部会において厚生労働省は事務局提案として「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」（前出）を提出した。2005 年 11 月、精神保健福祉法が改正された。この改正は「普及啓発検討会」「精神病床等に関する検討会」「地域生活支援検討会」の報告書、「改革ビジョン」「改革のグランドデザイン案」に基づいたものであった。精神障害が身体障害、知的障害とともに障害施策として一元化された。

2008 年 4 月、厚生労働省障害保健福祉部のもとに「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」が設置された。検討会は 2008 年 9 月に「これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）」⁵⁵をまとめ、2009 年 9 月に報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」⁵⁶をまとめた。報告書では「精神疾患には、このほか、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症や発達障害等も含まれており、精神疾患は、国民に広く関わる疾患である」と述べ、「地域において、本人が望む生活を送れるように支

⁴⁹ <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/gokanen.pdf> 参照。

⁵⁰ <http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/05/tp0515-1.html> 参照。

⁵¹ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/04/dl/s0411-7i.pdf> 参照。

⁵² <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/08/dl/s0806-5a.pdf> 参照。

⁵³ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/08/dl/s0806-7a.pdf> 参照。

⁵⁴ <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> 参照。

⁵⁵ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0903-5b.pdf> 参照。

⁵⁶ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf> 参照。

援する体制を構築すること」の重要性を訴えた。民主党政権下の「障がい者制度改革推進会議」（前出）で、「障害者制度改革の推進のための基本的な方向（一次意見）」（前出）がまとめられ、これをもとに2010年6月「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」（前出）が閣議決定された。そこでは、①退院支援と地域生活支援による「社会的入院」の解消、②強制入院・強制医療介入に関する「保護者制度」の見直し、③医師や看護師の人員体制の充実などに着手することがうたわれた⁵⁷。①については、2010年9月総合福祉部会の第8回会議⁵⁸において「医療合同作業チーム」が設置され、「精神障害者に対する強制入院等の見直し」「地域医療の充実と地域生活への移行」「精神医療の一般医療体系への編入」「医療に係る経済的負担の軽減」「地域生活を容易にするための医療の在り方」について検討された。また、②については2010年5月厚生労働省障害保健福祉部に「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」（検討チーム）⁵⁹が設置され、検討された。R（ラウンド）1「アウトリーチ支援実現に向けた考え」⁶⁰、R2「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第2R：認知症と精神科医療—とりまとめ」⁶¹、R3「入院制度に関する議論の整理」が取りまとめられたが、フルペーパーはR2のみである。③の人員体制の充実に関しては2012年3月に設置された「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」⁶²で検討がなされた。上の「検討チーム」の議論を踏まえ、2013年6月に精神保健福祉法が改正され、2014年4月より施行された。そこでは医療確保のための指針の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院の見直し、などがはかられた。また、2013年3月には「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針に関する検討会」（指針検討会）が設置され、2013年12月「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針案」⁶³が策定され、2014年3月にその指針⁶⁴が告示された。「指針検討会」はその後も審議を継続し、6月に「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」⁶⁵をとりまとめた。

⁵⁷ 同前、192頁。

⁵⁸ <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sougoufukusi/2010/10/1026-1.html> 参照

⁵⁹ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai.html?tid=141273> 参照。

⁶⁰ 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課『精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き』2011年4月も参照。この手引きは、http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/dl/chiikiikou_03.pdf でも参照できる。

⁶¹ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001xah3-att/2r9852000001xal3.pdf> 参照。

⁶² <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai.html?tid=141320> 参照。

⁶³ <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000032568.pdf> 参照。

⁶⁴ <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000046392.pdf>

⁶⁵ <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000051138.pdf> 参照。

5. 発達障害者支援法

発達障害者支援法は2004年12月、いわゆる「議員立法」として成立した。その経緯は発達障害の支援を考える議員連盟の記録⁶⁶および中山(2006)⁶⁷に詳しく書かれている。これらの文献によると、2004年2月から9月にかけて実務家、有識者、厚生労働省と文部科学省の担当者からなる「発達障害に関する勉強会」が開催されたという。そこで「意見のまとめ」がなされた⁶⁸。基本的な認識と考え方として「早期発見と適切な診断を行い、適切な療育や教育と環境調整を行うことにより、社会的機能を高め改善する効果が期待できる」ことなどを掲げた。これに呼応する形で、2004年4月27日に「発達障害の支援を考える議員連盟設立準備会」が設置され「設立の趣旨」が作成され、5月19日に超党派の議員連盟として正式発足した。そこで議員である事務局長から「[発達障害者支援法要綱案](#)」⁶⁹が示された。6月15日には「発達障害者支援法案⁷⁰」を連盟として承認した。11月19日議員連盟が中心となり、超党派による議員提出法案として「発達障害者支援法案」が衆議院に提出され、12月3日に国会で可決成立し、2005年4月施行された。

2005年1月に厚生労働省障害保健福祉部に「[発達障害者支援に係る検討会](#)」⁷¹が設置された。そこでは政令で定める発達障害の定義と専門的な医療機関の要件について審議した。さらに、発達障害者支援の推進に係る検討会が設置され、2008年8月厚生労働省障害福祉部に設置された検討会で「[発達障害者支援の推進に係る検討会報告書](#)」⁷²をとりまとめた。また、2008年7月「[障害児支援の見直しに関する検討会報告書](#)」⁷³において発達障害児の早期発見のための健診体制の整備や相談支援体制、就労支援の整備がうたわれた。2008年12月の「[社会保障審議会障害者部会報告～障害者自立支援法施行後3年の見直しについて～](#)」⁷⁴では、発達障害を障害者自立支援法上の障害者として明記することを主張した。これは2010年12月の障害者自立支援法改正で明記された。2010年1月の「[子ども・子育てビジョン～子どもの笑顔があふれる社会のために～](#)」⁷⁵でも発達障害の子どもへの支援の充実が掲げられた。2010年12月の児童福祉法改正では障害に「発達障がい」が盛り込まれた。以後、関連各法で発達障害が規定に盛り込まれた(2011年障害者基本法・障害者虐待防止

⁶⁶ 発達障害の支援を考える議員連盟編著(2005)『発達障害者支援法と今後の取り組み』、ぎょうせい。

⁶⁷ 中山忠政(2006)、「発達障害者支援法の制定—制定の経緯と今後の課題—」『小児保健研究』第65巻第1号、67-72頁。

⁶⁸ 発達障害の支援を考える議員連盟編著(2005)4～19頁。

⁶⁹ <http://www.autism.or.jp/topixdata/sienhou/20040519.pdf> 参照。

⁷⁰ 同前 202-207頁。

⁷¹ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai.html?tid=141294> 参照。

⁷² <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0910-4h.pdf> 参照。

⁷³ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0910-4f.pdf> 参照。

⁷⁴ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/dl/s1216-5a.pdf> 参照。

⁷⁵ <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/family/vision/pdf/honbun.pdf> 参照。

法、2012年障害者優先調達推進法、2013年障害者雇用促進法・障害者差別解消法)。2016年5月、法律制定後10年を過ぎて、発達障害者支援法が議員立法で改正された。

(菅沼 隆)

16 少子化対策

1. はじめに

日本では、1980年代まで高齢化に社会的関心が向かっており、低出生率という問題が社会的に認知され注目を集めたのは1990年代以降である。その大きなきっかけは1990年の「1.57ショック」であり、『平成4年度国民生活白書』で「少子化」という言葉が使われて以降は、出生率の低下または出生数の減少を指して「少子化」という言葉が流布・定着した。これに伴い、「産み育てやすい環境づくり」に関連する政府の政策群は「少子化対策」と称されるようになった。

「少子化対策」では、出生率が低下しているのは人々が子どもを持つことを望まなくなったのではなく、理想通りの子ども数を持たない状況が生じているためとし、この理想と現実のギャップを生み出している要因、つまり結婚・出産を妨げている要因を政策的に軽減・除去することが国民の福祉向上につながるというスタンスを取っている。よって、少子化対策の基本的目標は、「結婚・出産を希望する人が、安心して結婚・出産・子育てができる社会の構築」であり、結婚や出産を選択するかどうかは個人の自由な権利のうちにあることを前提としている。この点については、一貫して少子化対策における重要な視点とされている¹。

2. 2000年代以降の少子化対策の展開

1990年代には、1994年に最初の総合的な少子化対策となる「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について」(エンゼルプラン、1995～99年度実施)およびその重点施策を示した「当面の緊急保育対策等を推進するための基本的考え方(緊急保育対策等5か年事業)」、1999年に「少子化対策推進基本方針」およびその具体的行動計画である「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について」(新エンゼルプラン、2000～04年度実施)が策定されたが、これらを通じて仕事と家庭の両立支援と保育サービスの拡充が少子化対策の柱として確立した。

この流れを受けて、2000年代に入ってから、「仕事と子育ての両立支援策の方針について」(2001年)の決定、「待機児童ゼロ作戦」の開始、「少子化対策プラスワン」(2002年)の発表など矢継ぎ早に対策を打ち出し、働き方の見直しと保育サービスの拡充を推進した。2003年には「次世代育成支援に関する当面の取り組み方針」(少子化対策推進関係閣僚会議決定)に基づき、少子化対策推進のバックボーンとなる「少子化社会対策基本法」と「次世代育成支援対策推進法」が成立した。

「次世代育成支援対策推進法」は2005年度から施行された10年間の時限立法で、国、

¹「少子化社会対策基本法」における附帯決議の一に「少子化に対処するための施策を推進するに当たっては、結婚又は出産に係る個人の意思及び家庭や子育てに関する国民の多様な価値観を尊重するとともに、子どもを有しない者の人格が侵害されることのないよう配慮すること。」と記されている。

地方公共団体、常用労働者 300 人以上の企業に対して「次世代育成支援行動計画」の策定と実施の義務を課した法律である。一方、「少子化社会対策基本法」は、今後の少子化対策の目的、基本的理念、施策の基本的方向、国・地方公共団体・事業主・国民の責務、全閣僚を委員とする「少子化社会対策会議」の設置、少子化に対処する施策の大綱策定を定めている。この基本法に基づき、2004 年に最初の「少子化社会対策大綱」とその具体的施策内容を示した「少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画について」（子ども・子育て応援プラン、2005～2009 年度実施）が策定された。子ども・子育て応援プランは、働き方の見直し、両立支援と保育サービス拡充に加え、若者の経済的自立支援や、家庭役割理解等に対する教育も新たに柱とした。具体的施策においても、不妊治療支援や要支援家庭対策、一時預かり事業等多様な保育サービスの推進などが加わり、結婚・妊娠・出産・子育てに関わる支援メニューが大きく広がった。

現実の出生率は、2005 年に 1.26 と過去最低を記録したが、翌年からは団塊ジュニア世代の駆け込み出産効果もあり、反転上昇を始めた。政府はさらに「新しい少子化対策」（2006 年決定、子どもの年齢別の子育て支援や働き方改革の推進等を含む内容）に続いて『子どもと家族を応援する日本 重点戦略』（2007 年）を公表し、「ワーク・ライフ・バランスの実現」と、「仕事と家庭の両立および子育てを包括的に支援する社会的基盤の構築」を車の両輪として重点的に政策展開する方向性を示した。

2007 年には仕事と生活の調和推進官民トップ会議において「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」及び「仕事と生活の調和推進のための行動指針」が提示され、政労使の調印の上決定された。2005 年に施行された次世代育成支援対策推進法とも併せて、企業にも「結婚・出産・子育てしやすい環境づくり」への本格的な協力を求める体制が確立した。保育サービスについては、「新待機児童ゼロ作戦」が 2008 年に開始された。

2000 年代には、国の社会保障改革の動きが活発化する中で、少子化対策が年金・医療・介護・生活保護に加えてもう一つの柱として議論されるようになったが、これまで幾度も指摘されながら実現しなかった少子化対策の永続的な財源確保・増強という問題も本格的な議論が行われるようになった。2008 年に発表された「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた『中期プログラム』」では、消費増税にあたり、将来的には増税分の税収は少子化対策を含む社会保障に使うことが明記された。

2009 年には「次世代育成支援対策推進法」の改正、「育児・介護休業法」の改正も行われた。改正次世代法では、行動計画策定義務の適用範囲拡大（常用労働者 101 人以上企業へ）、行動計画の公表・周知義務化などを定めた²。改正育児・介護休業法では、男性の育児休業取得促進をねらった「パパママ育休プラス」（夫婦とも育児休業を取得すれば、通常 1

² 2017 年 3 月末までに、101 人以上の企業の 98.1%（70,373 社）が届出を行った。また、くるみんマークを取得した認定企業数は、2,695 社（うち、特例認定企業数（プラチナくるみん）は 118 社）となっている。この認定を受けるには、一般事業主行動計画の実施において一定の基準を達成し、企業からの申請を行う必要がある。

歳までのところ 1 歳 2 か月まで休業期間を延長できる制度）が導入され、さらに短時間勤務制度の措置義務化、子の看護休暇の拡充等も定められた。育児休業給付も、これに先立って改正された雇用保険法により、**2009 年度**までの時限措置だった育児休業給付の割増（休業前賃金の **50%**）が当面延長され、育児休業基本給付金・育児休業者職場復帰給付金が休業中に全額支給されることになった。

2009 年秋に自民党から民主党へ政権交代すると、政府は少子化対策として子育て家庭への現金給付も重視するようになった。この結果、所得制限なく中学生以下の子どもがいる全家庭に支給される「子ども手当」（一人当たり月 **13,000 円**）が実現した。『平成 **25 年度**社会保障費用統計』（国立社会保障・人口問題研究所）によれば、日本の社会保障における家族関係社会支出額は **2009 年**の **4 兆 5,707 億円**（対 GDP 比 **0.96%**）から **2010 年**の **6 兆 1,261 億円**（同 **1.28%**）に増加したが、この主な要因は子ども手当である。子ども手当は安定的な財源が確保できず、**2012 年**に所得制限が復活して名称も「児童手当」に戻った。しかし、これを機に日本の家族手当の額・規模は **2009 年**以前に比べ手厚くなったといえる。

2010 年には、新しい少子化社会対策大綱として「子ども・子育てビジョン」（**2010～14 年度実施**）が閣議決定され、子育ての経済的支援、若者の就労支援、保育サービスを含む地域の子育て支援、ワーク・ライフ・バランスの実現がおもな政策として掲げられた。また、新たに「子どもの貧困対策」が少子化対策に盛り込まれた。同年には、**2007 年**以降の改正育児・介護休業法、改正労基法等の法改正や経済情勢の変化を踏まえて仕事と生活の調和憲章・行動指針が改訂され、新たな合意が結ばれた。保育に関しては「待機児童解消「先取り」プロジェクト」が開始された。

また、政府は、**2000 年代**後半から懸案となっていた子育て支援制度の包括的見直しにも引き続き取り組み、最終的には **2012 年 8 月**に子ども・子育て支援法など関連 **3 法**を成立させた。「子ども・子育て支援新制度」の財源には、その完全実施に必要な **1 兆円**超は確保できなかったが、消費税率引き上げによる増収分のうち毎年約 **7,000 億円**を充てることが決まった。

「子ども・子育て支援新制度」では、保育所、幼稚園、認定こども園（学校及び児童福祉施設として新たに法的に位置づけ）に加えて、小規模保育（**0～2 歳**児対象で定員 **6～19 人**以下の保育所）、家庭的保育（保育ママ、定員 **5 人**以下の少人数保育）、居宅訪問型保育（ベビーシッター）、事業所内保育についても財政支援を行うこととした。また、地域子育て支援拠点事業、一時預かり事業、病児保育、放課後児童クラブ等も「地域子ども・子育て支援事業」として国の財政支援を強化した。新制度の実施主体は市町村となり、住民の保育ニーズを把握したうえで事業計画を策定して、不足分が満たされるまで積極的に保育供給を増やさなくてはならないと定めた。

2012 年の民主党から自民党への再度の政権交代後も、少子化対策推進の動きは続いた。**2013 年**に少子化社会対策会議で「少子化危機突破のための緊急対策」が決定され、「子育て支援」「働き方改革」の強化とともに、これまで取組みの弱かった「結婚・妊娠・出産支援」

を充実することが大きく掲げられた。これに基づき、結婚・妊娠・出産・子育ての「切れ目ない支援」に対する地域独自の取組みを後押しする「地域少子化対策強化交付金」が創設された。2013年には、2017年度までの5年間に新たに40万人分の保育定員を確保するとした「待機児童解消加速化プラン」が開始され、2014年には産後ケアの強化を目指した「妊娠・出産包括支援モデル事業」の開始、次世代育成支援対策推進法の期限を延長する法律（2025年3月末まで）の成立も実現した。同時期、雇用保険法の一部改正により育児休業給付金の支給率が休業開始後180日間について67%に引き上げられた（それ以降は50%）。これにより、最初の半年間は、育児休業中の社会保険料免除と合わせると、休業前手取り賃金の約80%の所得保障が得られるようになった。

2014年5月には日本創成会議の『ストップ少子化・地方元気戦略』や、経済財政諮問会議の専門調査会「選択する未来」委員会中間報告において、人口減少社会のリスク（自治体の消滅、経済のマイナス成長、財政破たんリスクの高まり等）が取り上げられ、大きな社会的注目を集めた。政府はこれらを受け、地方創生と東京一極集中の是正、50年後の人口1億人程度確保をめざし、同年「まち・ひと・しごと創生法」を成立させ、「長期ビジョン」および「総合戦略」を策定した。「選択する未来」委員会の資料では、50年後に1億人程度の人口を確保するには、2030年までに合計特殊出生率が2.07（人口置き換え水準出生率）に回復する必要があるとしているため、これは事実上、政府が初めて出生率の政策目標を示したとして議論を呼んだ。このとき政府は、産み育てやすい環境づくりにより国民の結婚・出産の希望が実現した時点の出生率として「国民希望出生率1.8」を示したものの、これを政策目標として掲げたわけではないと否定した。

2015年3月には、第3次となる「少子化社会対策大綱」（2015～19年度実施）が閣議決定され、重点課題には、子育て支援（子ども・子育て支援新制度の円滑な実施、待機児童の解消と保育士の確保、放課後子ども対策）、若年層の経済的基盤の安定と結婚支援、多子世帯支援、男女の働き方改革、地域の取組みの支援と先進事例の全国展開が挙げられた。新しい点としては、結婚支援、祖父母支援の促進、結婚・妊娠・出産・子育ての情報提供、結婚・子育て支援の社会的雰囲気醸成、地域創生政策との連携が盛り込まれた。この大綱に関連し、2015年までにすでに実現したものとしては、「子ども・子育て支援新制度」の施行開始、「若者雇用促進法」（勤労青少年福祉法等の一部を改正する法律）と「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律」の成立、結婚・子育て資金の一括贈与に係る贈与税非課税制度の創設、教育資金の一括贈与に係る贈与税非課税制度の延長、高校の保健体育副教材における妊孕性や不妊の知識の掲載、男性の配偶者出産時の休暇取得を促進する「さんきゅうパパプロジェクト」開始等がある。

この第3次少子化社会対策大綱では、政策目標値に出生率は挙げられていないが、2015年10月に設置された一億総活躍国民会議が翌月に公表した「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策－成長と分配の好循環の形成に向けて－」では、「希望出生率1.8」の実現を将来目標として掲げた。これに伴い、「まち・ひと・しごと総合戦略」も改訂され

た。文書において具体的な達成時期は記されていないが、総理発言等から 2020 年代半ばに出生率 1.8 を実現することが想定されているとみられる。しかし、少子化対策の評価指標として合計特殊出生率を用いることへの是非については議論が続いている。

3. 少子化対策の今後の課題

日本の少子化対策は、大きく分けて 1990 年代、2000 年代、2010 年代の 3 つの時期を経て政策内容が発展・拡充されてきた。当初は「子どもを持つ家庭、および子育て中の女性（特に働く女性）に注目した支援策」が中心の施策メニューから出発したが、少子化の要因研究が進むにつれ、徐々に日本社会全体の働き方の改革や、次世代に親となる若者への就労や結婚の支援、子どもの貧困や要支援家庭への対策など幅広い内容を持つ政策群へと発展してきた。政策展開のスタンスも、国が策定した事業を一律に進めるという形から、2000 年代後半以降は地域ごとの取組を支援する形に徐々にシフトしてきている。

今後の少子化対策の課題としては、働き方改革とワーク・ライフ・バランスの一層の重点的推進、保育・教育サービスの質量両面での一層の拡充、結婚支援や結婚・出産タイミングの若齢化支援といった新たな支援策の具体的検討、財政投入の増額、少子化対策の政策評価方法の検討などが挙げられる。また、少子化対策の展開にあたっては雇用・労働政策と男女共同参画政策との連携も重要である。これらは少子化対策となる部分を内包する幅広い一連の政策であり、少子化対策が有効に機能するための環境整備の役割を果たす側面がある。

近年は、少子高齢化・人口減少問題は最大の国難の一つとされ、少子化対策は国政における最重要課題の一つとして大きく取り上げられている。長期的にみて、人口減少は労働力不足や消費人口減少等による経済のマイナス成長と経済規模の縮小、地方自治体の消滅、社会保障制度の維持困難、財政破たんリスクの上昇など、多くの社会的損失を引き起こすと懸念されている。人口置き換え水準を下回る出生率である限り、人口は将来にわたって際限なく減少する。人口減少を食い止める根本的解決には少子化の解消が必要であり、少子化対策は今後も国の重要施策として位置づけられていくだろう。

(守泉理恵)

17 公衆衛生—感染症対策—

公衆衛生に関する政策については、これまでの日本社会保障資料の中では独立した解題を設けず、医療、社会福祉、などの中で記述されてきたが、日本社会保障資料Vを編纂するにあたり、あらたに独立した解題が設けられた。しかしその副題にあるように、公衆衛生行政の全体を網羅するものではなく、感染症対策（本稿では伝染病対策と同意語として用いる。）に焦点をあてている。その理由としては、伝染病対策が日本の公衆衛生行政におけるもっとも古く重要な政策であり現代においてもなお新たな意味で変わらぬ重要性があるからである。1897年の伝染病予防法の成立に始まり様々な伝染病の対策法が施行された。¹また、1970年代以降、新興・再興感染症とよばれる感染症が、国境を越えた人口移動の活発化により新たな脅威として人々に認識されるようになった。これらの背景から本稿では解題として感染症対策に焦点をあてるものである。感染症対策の歴史は長く、ここでそのすべてについて記すことは困難である。日本社会保障資料Vが21世紀（2000年～）に入ってからを範囲として編纂されていることを踏まえて、以下では1999年11月に成立し、現在の感染症対策の基本となっている「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法）」成立以降を中心に解題をまとめることとしたい。しかし、それ以前についても感染症対策の歴史は公衆衛生行政にとって重要であることに変わりはない。結核予防会においてまとめられた「証言で綴る結核対策 公衆衛生の歴史」²を知るに至り、古くは弥生時代の結核症例が発見されたことなど、有史以降江戸時代までをはじめとして、戦前戦中戦後を通じた結核対策を通じた感染症対策について知る機会を得た。そこには日本の医療保健制度の整備に結核対策が好影響を及ぼしたことが記されている。本稿では触れないが、公衆衛生の歴史に関心を持つ読者に一読をおすすめしたい。

感染症法成立の背景

1997年「新しい時代の感染症対策（意見）」³が公衆衛生審議会⁴から発表された。本意見では、感染症対策の見直しの必要性を3つの柱で解説していた。

まず（1）感染症の発生・拡大の状況の変化、として、エボラ・エイズ等の新興感染症や、これまで制圧したと考えられてきた、結核、マラリア等の再興感染症が世界的に問題になっているという現状認識がしめされている。（2）には、患者・感染者に対する医療

¹ 厚生労働統計協会「厚生指針特集号 国民衛生の動向 2010-2011」 p.124 表1 感染症対策のあゆみ、参照。

² 2016年12月 公益財団法人結核予防会によってまとめられた。市販本（ISBN978-4-87451-306-4 C0047）のほかに、映像版として「映像で振り返る結核対策＝公衆衛生の歴史」「結核の制圧をめざして—結核対策の現状と課題—」が同会のホームページ上（TBアーカイブ）で公開されている。<http://www.jatahq.org/>

³ <http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s1208-1.html>

⁴ 2001年、中央省庁等改革を機に整理合理化が行われ、公衆衛生審議会は 厚生科学審議会に統廃合され現在に至っている。

の提供と国民の理解・協力を得た総合的取組み、として 1996 に廃止された、「らい予防法」を引用して、隔離による予防を見直し、新しい時代の感染症対策においては、まず感染症予防による国民の健康保持、患者・感染者の人権の尊重等の諸要請に応じていくことが重要であると述べている。また（3）としては、現行伝染病予防法等の問題点として、新しいウィルス性感染症の位置づけがないこと、法定伝染病について、法文上は発動する措置が一律で硬直的、サル等の動物由来感染症に係る対策が設けられていないなど、感染症の新しい現実に対応できていないことを指摘した。

そして、新しい時代の感染症対策を構築していく際の基本的方向・視点は次の5点に整理できると記している。これらは、その後成立した感染症法の基幹をなす考えかたとなった。

- (1)個々の国民に対する感染症の予防・治療に重点をおいた対策
- (2)患者・感染者の人権の尊重
- (3)感染症類型の再整理
- (4)感染症の発生・拡大を阻止するための危機管理の観点に立った迅速・的確な対応
- (5)上記の方向・視点を実現するための法体系の整備

感染症法の特徴

1999 年、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症法）」、成立した。その時、「伝染病予防法」（1897 年施行）・「性病予防法」（1948 年施行）・「エイズ予防法」（1989 年施行）⁵が廃止され感染症法に統合された。

感染症法のポイントをまとめた文献⁶によると次の9点が挙げられている。①対応の基本的考えかたが、集団の感染防止から個々の国民の予防と QOL を重視するようになったこと。②感染症が発生してからの防疫措置よりも事前対応型へ変化した。③感染症の累計を 1 種類から 5 種類に見直し、新型インフルエンザ感染症、指定感染症、新感染症の制度を設けた。国と自治体がそれぞれ指定医療機関を定めて感染者にたいして良質で適切な医療を提供していくとした。④あらたな届け出基準をもうけ、感染症の種類によって緊急性のある場合の迅速な報告を義務付けた。⑤患者等の人権に配慮した入院手続き、⑥蔓延防止措置、⑦病原体等の管理体制の確立、⑧動物由来感染症対策の充実、⑨国際協力の推進

患者等の人権に配慮したという点については、「らい予防法」の廃止（1996 年）から、その後の熊本地方裁判所における「らい予防法による人権侵害国家賠償訴訟」原告勝訴（2001 年 5 月）さらには、全らい病患者の補償にいたる 「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」（2009 年 4 月施行）に具現化されたと言えよう。

新たな感染症対策の動向

⁵ 1989 年 先天性免疫不全症候群の予防に関する法律（エイズ予防法）

⁶ 厚生労働統計協会「厚生指針特集号 国民衛生の動向 2010-2011」 p.134

2005年4月に「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本指針」と「インフルエンザに関する特定感染症予防指針」が公表された。同年10月には「新型インフルエンザ対策行動計画」が公表され、鳥インフルエンザ(H5N1)や重症急性呼吸器症候群(病原体SARSコロナウイルス)など、毎年流行するインフルエンザとは抗原性が異なり、人々が免疫をもたない新種のインフルエンザへの対策が打ち出された。2009年4月北米からメキシコに感染が広がった新型インフルエンザについてWHOがパンデミック警戒水準フェーズ4を宣言しその後世界的な流行から、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(1999年施行)に規定した新型インフルエンザの発生を機に、政府は「新型インフルエンザ対策本部」を設置し、検疫による水際作戦を実施し海外から国内への感染を食い止めた。

2006年12月に感染症法が一部改正され、いわゆる「新感染症法」の下、2007年、「結核予防法」が廃止され、「結核に関する特定感染症予防指針」が策定された。

「エイズ予防法」は「感染症法」の成立時に廃止され「感染症法」に統合されたが、「感染症法」の施行を踏まえ1999年に告示された「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針(エイズ予防指針)」を、2006年3月に全面改正し4月に適用された。そこでは、国・地方自治体・医療関係者・患者組織を含むNGOがともに連携して、予防と医療に係る総合的施策を、患者の人権を十分に尊重しつつ、エイズが「不治の特別な病」から「コントロール可能な一般的な病」へと疾患概念が変化したことを踏まえた施策の展開をうたっている。⁷

参考

国立社会保障・人口問題研究所「社会保障統計年報」第220表 感染症患者数

(勝又幸子)

⁷ 厚生労働統計協会「厚生の指標特集号 国民衛生の動向 2010-2011」p.138-139.

18 災害援助支援

戦後はじめて社会保障制度の定義をおこなったとされる、社会保障制度審議会（2001年廃止）のよると、「社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾（はいしつ）、死亡、老齢、失業、多子その他の困難の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を圍場するとともに、公衆衛生および社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすること」とされている。この定義に照らし合わせれば、不測の災害によって困窮状態に陥った者の救済はまさに社会保障制度の射程に合致するものである。

災害対策基本法は、災害対策に関する法律である。1959年に愛知県、岐阜県、三重県及び紀伊半島一帯を中心として全国に大きな被害をもたらした伊勢湾台風を契機に制定された¹。その後大小さまざまな自然災害に見舞われた日本だが、1995年1月17日の兵庫県南部地震（阪神・淡路大震災、阪神大震災）は、その被害規模において戦後類をみないものだった。被災者の援護は、短期の支援から長期の公的インフラ整備にいたるまで大きな事業となった。それまで、年間の災害対策費（災害救助費負担金・災害弔慰金等負担金・災害援護貸付金）の合計が年間約60億円だったものが、1994年度には1,680億円、さらに1995年度には1,860億円に急増した。しかし、その後被災者の救済の沈静化により再び以前の水準にもどった。神戸の震災以後も比較的大きな自然災害としては2000年7月8日の三宅島における火山噴火、2004年10月23日新潟県中越地震など大規模な自然災害が起こったが、災害対策費の支出規模では神戸の震災を超えることはなかった。

2011年3月11日東北地方太平洋沖地震（東日本大震災）は、戦後日本の自然災害史上最も大きな被害と災害支援支出がおこなわれた出来事だった。災害対策費は2011年度で総額5,920億円を記録した²。死者・行方不明者約2万2000人（うち災害関連死が約3500人）を記録し、福島第一原子力発電所事故は、放射能汚染という短期に復興することのできない、大きな影響を残した。

復興庁設立

2011年6月、東日本大震災復興基本法³が制定され、同年12月に復興庁が設置された。復興庁は内閣の下に置かれ（設置法2条）、東日本大震災復興基本法第2条の基本理念にのっとり東北地方太平洋沖地震・東日本大震災（福島第一原子力発電所事故による災害も含む）からの復興に関する内閣の事務を内閣官房とともに助けること、主体的かつ一体的に行う

¹内閣府 <http://www.bousai.go.jp/index.html>

² 社会保障費用統計の社会保障給付費において社会福祉の一部に計上された災害救助等諸費（災害救助負担金、災害弔慰金等負担金、災害援助貸付金）の額を引用。

³ 大規模災害からの復興に関する法律（平成二十五年六月二十一日法律第五十五号）
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H25/H25HO055.html>

べき東日本大震災からの復興に関する行政事務の円滑かつ迅速な遂行を図ることを目的とされた。

東日本大震災と社会保障制度

2011年度の社会保障費用統計の集計において、震災関係費について集計範囲の検討をおこなった。そして、従来の災害援助等諸費に加えて、被災者生活再建支援制度における給付、福島県民健康管理基金、災害復旧費（病院、社会福祉施設等）、緊急雇用創出事業（震災関係）医療・介護保険の自己負担等減免、を東日本大震災関係の社会支出として計上した。総額1兆4,430億円が2011年度に支出されたことがわかった⁴。震災関係費には、原発事故の除染費用、災害廃棄物処理費用、災害復旧費、原子力損害賠償補償金の支出などもあったが、これはILOやOECDの基準に照らし合わせると計上することが適当とはいえないという判断から入っていない。

1989年から時系列で災害援助法が適用になった自治体数の推移をみると、市町村数で毎年一桁から二桁、2004年度に150箇所、2010年度に259カ所とされ、自然災害の大きさにより支援が大きく異なることがわかる。災害救助費国庫負担額の推移をみると、2011年度に4.579億円の負担があった⁵。社会保障費用統計における震災関係費の合計が1兆を超えていることからすれば、災害援助支援における社会保障関係支出の規模が大きいことがわかる。

参考資料：
防災白書

<http://www.bousai.go.jp/kaigirep/hakusho/index.html>

(勝又幸子)

⁴ 季刊社会保障研究 Vol.49.No.4 p.441

⁵ 第265表 災害救助法適用状況及び災害救助費国庫負担状況 社会保障統計年報データベース <http://www.ipss.go.jp/ssj-db/ssj-db-top.asp>

歴代内閣一覧（2000年～現在）

※2017年12月現在

森 喜朗

第2次森内閣 平成12（2000）年7月4日～平成12（2000）年12月5日
改造内閣（省庁再編前）平成12（2000）年12月5日～平成13（2001）年1月6日
改造内閣（省庁再編後）平成13（2001）年1月6日～平成13（2001）年4月26日

小泉 純一郎

第1次小泉内閣 平成13（2001）年4月26日～平成14（2002）年9月30日
第1次改造内閣 平成14（2002）年9月30日～平成15（2003）年9月22日
第2次改造内閣 平成15（2003）年9月22日～平成15（2003）年11月19日
第2次小泉内閣 平成15（2003）年11月19日～平成16（2004）年9月27日
改造内閣 平成16（2004）年9月27日～平成17（2005）年9月21日
第3次小泉内閣 平成17（2005）年9月21日～平成17（2005）年10月31日
改造内閣 平成17（2005）年10月31日～平成18（2006）年9月26日

安倍 晋三

第1次安部内閣 平成18（2006）年9月26日～平成19（2007）年8月27日
改造内閣 平成19（2007）年8月27日～平成19（2007）年9月26日

福田 康夫

福田康夫内閣 平成19（2007）年9月26日～平成20（2008）年8月2日
改造内閣 平成20（2008）年8月2日～平成20（2008）年9月24日

麻生 太郎

麻生内閣 平成20（2008）年9月24日～平成21（2009）年9月16日

鳩山 由紀夫

鳩山由紀夫内閣 平成21（2009）年9月16日～平成22（2010）年6月8日

菅 直人

菅内閣 平成22（2010）年6月8日～平成22（2010）年9月17日
第1次改造 平成22（2010）年9月17日～平成23（2011）年1月14日
第2次改造 平成23（2011）年1月14日～平成23（2011）年9月2日

野田 佳彦 第1～3改造内閣

野田内閣	平成 23 (2011) 年 9 月 2 日～平成 24 (2012) 年 1 月 13 日
第 1 次改造	平成 24 (2012) 年 1 月 13 日～平成 24 (2012) 年 6 月 4 日
第 2 次改造	平成 24 (2012) 年 6 月 4 日～平成 24 (2012) 年 10 月 1 日
第 3 次改造	平成 24 (2012) 年 10 月 1 日～平成 24 (2012) 年 12 月 26 日

安倍 晋三

第 2 次安部内閣	平成 24 (2012) 年 12 月 26 日～平成 26 (2014) 年 9 月 3 日
改造内閣	平成 24 (2012) 年 9 月 3 日～平成 26 (2014) 年 12 月 24 日
第 3 次安部内閣	平成 26 (2014) 年 12 月 24 日～平成 27 (2015) 年 10 月 7 日
第 1 次改造内閣	平成 27 (2015) 年 10 月 7 日～平成 28 (2016) 年 8 月 3 日
第 2 次改造内閣	平成 28 (2016) 年 8 月 3 日～平成 29 (2017) 年 8 月 3 日
第 3 次改造内閣	平成 29 (2017) 年 8 月 3 日～現在

本刊行物で収集した資料の扱いについて

『日本社会保障資料V（2001～2016年）』の編集にあたっては、各種資料を収集し、保存をしております。昨今の知的財産権をますます尊重する現状を考慮し、今回発行する『日本社会保障資料V（2001～2016年）』では通常の学术论文と同様の形式による「引用」の形で（著作権法が認める範囲）、各種資料を紹介する形とさせていただきました。その中で、インターネットで公表されているものにつきましては、そのリンクも紹介しております。2017年5月から11月までの編集プロセスの中で各リンクに最終的な確認のための閲覧を行っております。

なお、収集した資料、紹介しているリンクにつきましては、弊所にお問い合わせいただけますよう、お願いいたします。

国立社会保障・人口問題研究所

2018年3月

日本社会保障資料 V (2001～2016 年)

平成 30 (2018) 年 3 月 31 日 発行

編集兼発行者

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町 2-2-3 日比谷国際ビル 6F

Tel : 03-3595-2984 Fax : 03-3591-4816

Web : <http://www.ipss.go.jp>

Copyright © 2018 National Institute of Population and Social Security Research,
All Rights Reserved.