

規制改革の推進に関する第1次答申 (抄)

平成13年12月11日
総合規制改革会議

目 次

はじめに	1
第1章 重点6分野について	
1 医療	4
2 福祉・保育等	13
3 人材（労働）	23
4 教育	32
5 環境	50
6 都市再生	64
第2章 その他の分野について	
1 競争政策	75
2 法務	79
3 金融	82
4 農林水産業	91
5 流通	93
6 エネルギー	96
7 運輸	102
8 基準認証等	105
9 手続簡素化等	107
おわりに	108
（別表）	109
（参考）	112

第1章 重点6分野について

1 医療

【問題意識】

これまでの我が国の医療制度は、国民皆保険体制と医療機関へのフリーアクセスの下、「すべての国民がいつでもどこでも安心して医療を受けられること」を基本的理念として運営されてきた。それによって社会保障としての医療は患者のニーズにこたえ、国民の健康増進に寄与してきた。

一方、近年の少子高齢化の進展、IT化の進展等、経済社会環境の大きな変化の中で、国民の生活スタイルや価値観、ニーズは多様化している。それに伴って医療サービスに対してもより良いもの、より快適なものを求める意識は高まっている。「自らが医療に関する情報を集め、自ら治療の方法について選択したい」という声も多く聞かれる。このような状況に照らし合わせてみた場合、現在の医療制度は国民意識の変化に十分に対応できないものとなっている。

【改革の方向】

医療の規制改革の目的は、患者本位の医療サービスを実現することである。そのためには、医療の質の向上、安全の確保を図りつつ、医療サービス提供上の無駄を徹底的に排除し、効率的な医療サービスを実現することが必要である。また、患者にとっては、医療の透明性が確保され自らの選択が尊重されるようになることが必要である。このような基本的考え方に基づいて、医療に関する徹底的な情報開示・公開の促進、医療分野のIT化の推進、診療報酬体系の見直し、医療機関相互の競争の促進等を積極的に実施するべきである。

また、患者本位の医療サービスの実現に向けては、保険者の果たすべき役割も大きい。患者本位の医療サービスの提供を実現するためには、保険者には被保険者（患者）のエージェント（善意の代理人）としての役割が求められている。これからは被保険者（患者）により近く、機動的な立場にある保険者が主体的に本来のエージェント機能を発揮することが重要であり、それが可能となるような環境を整備することが必要である。また保険者も意識を高め、その能力を強化することが重要である。

一方、国民一人一人の意識を改革することも不可欠である。「給付はなるべく多い方がよいが、負担はしたくない」、「医療サービスは国の責任でしっかり行うべき」という受動的な意識ではなく、国民一人一人が制度全体の運営を支える主人公であるという意識が求められる。国民は、健康な生活を送る権利を有するとともに、効率的で満足度の高い医療

サービスを受けることを求めており、納得の上でそれに見合う負担をする義務があるということに改めて認識するべきである。

このような基本的考え方に基づき、当会議として以下の事項を求める。

【具体的施策】

(1) 医療に関する徹底的な情報開示・公開

患者本位の医療サービスを実現するためには、患者への医療に関する徹底的な情報開示・公開が大前提である。情報開示・公開の仕組みが整備され、提供される情報の患者による適正な評価が行われれば、現状の「情報の非対象性」を理由とする「患者保護」を目的とした規制の多くは不要となるとともに、患者の選択が尊重される患者本位の医療の実現により近づくものと考えられる。このためには以下の点が特に重要である。

ア 患者情報の開示【平成14年度中に措置】

現在、レセプトの開示についてはルール化されているが（平成9年厚生省通達）、それだけでは患者情報の開示の点で不十分との指摘がある。カルテについて、患者プライバシーの保護を図りつつ、患者の開示請求に基づく医師のカルテ開示を普及、定着させるため、診療情報開示に関するルールの確立やガイドラインの整備を行うべきである。

イ 医療提供者に関する情報公開【平成13年度中に措置（逐次実施）】

医療提供者（医師、医療機関など）の適切な情報が公開されることにより、患者は客観的な情報を活用して医療機関を選択しやすくなる。医療提供者にとっては、より良いサービスの提供に向けたインセンティブが生まれ、結果として医療サービスの向上につながる。そのような観点から、医療機関の医療機能、業務内容、医師の専門分野、診療実績などに関する客観的に比較可能な情報公開を促進するべきである。

そのため、医療に関する各種情報のデータベース化、ネットワーク化を行い、国民が容易に情報にアクセスできる環境の整備を実施するべきである。

ウ 広告規制の緩和【平成13年度中に措置】

医療機関の広告については、誇大広告など不適切な広告から患者を守るという観点から規制が行われているが、国民にとっては客観的事実に基づいた診療実績など真に知りたい情報の入手まで制限されている。患者の選択が尊重される患者本位の医療サービスの実現のためには、現在の広告規制を見直し、将来のネガティブリスト化を視野に入れつつ、当面は、現在広告が許されている内容・範囲の大幅な拡大を図るとともに（ポジティブリストの積極的拡大）、関係者の要望にもかかわらずポジティブリストへの掲載が困難な場合の説明責任を明確にするべきである。

エ 医療機関に対する評価の充実【平成 14 年度中に措置】

現在、財団法人日本医療機能評価機構が評価を行っているが、評価の内容は医療機関の施設・構造や人員配置、組織体としての活動状況などの「構造評価」が中心であり、真に患者が知りたい評価、情報の提供という点では不十分である。患者本位の医療サービスを目指すためには、技術水準や治療方法にかかわる「プロセス評価」や、更には真に患者が知りたいと思う治療成果など「結果評価」にまで踏み込んだ評価が行われ、それが広く公開されることが望まれる。また、財団法人日本医療機能評価機構のみならず多様な第三者評価主体の出現により、評価面でも競争メカニズムが働き、評価の向上が図られることが望ましい。

なお、現在、評価を受けている病院は全体の 6 % 程度と少なく、まずは国公立病院、特定機能病院、臨床研修病院等について積極的な受審を促進するとともに、これらの医療機関に対しては、評価結果、評価内容の公開をするように措置するべきである。

(2) IT 化の推進による医療事務の効率化と医療の標準化・質の向上

現在、医療分野においては、IT 化が十分に進んでいるとは言い難い状況にある。例えば、レセプトやカルテは紙中心のものとなっており、このため、一連の医療事務の効率化が妨げられ、時間的にもコスト的にも多大な負担となっているだけでなく、医療の近代化、効率化が妨げられている。このような状況は IT 化の推進により速やかに改善する必要がある。また、それにより多様、多量の医療情報のデータベース化が可能となり、医学研究が推進され、医療の質の向上が図られる。このためには以下の点が特に重要である。

ア レセプトのオンライン請求を中心とする電子的請求の原則化

平成 13 年 10 月 1 日付で、電子的請求を限定している「磁気テープ等（フロッピー等）を用いた費用請求の特例」（厚生省令：個別指定制度）は廃止された。しかしながら IT 化のメリットを最大限享受し医療事務の効率化を図るためには、レセプトの電子処理方法を確立するべきであり、磁気テープなどによる請求に加え、オンラインによる請求をできるようにするべきである。このため、明確な目標期限、実現のための推進方策、安全対策などを明らかにした計画を平成 13 年度中に策定し、速やかに電子的請求の原則化を図るべきである。さらに、オンライン化による請求を中心のものとするため、一定期間を定め、それ以降オンライン請求をしないものに対しては、それに伴うコストを負担させる仕組みなどを導入し、オンライン請求を中心とする電子的請求の原則化を図るべきである。

また、オンライン請求を確実かつ安全なものにするためには、プライバシーの保護、セキュリティの確保などが重要であるが、今日の IT 化の進展及び他分野での運用の

状況を勘案すれば、短期間でそれら安全面の対策がなされるべきである。

なお、実態を重視し、安全性が十分確保されているとするものについては即時にオンライン請求を可能とするべきである。【平成 13 年度中に措置（速やかに実施）】

イ 電子レセプトの規格の充実・強化及び使用の普及促進

現在、厚生労働省がレセプト電子化のための規格「レセプト電算処理システム」を定めているが、レセプト電子化の普及率は 0.4%と低い。レセプトの電子請求を促進し、医療事務の効率化やレセプト情報の有効活用により医療の質的向上を図ることが重要である。

また、病名・手術名・処置名等やそのコードについてのレセプト、カルテの統一化や、それに適したレセプトフォームの規格化を実施し、その普及を促進するべきである。【平成 14 年度中に措置】

なお、診療報酬点数算定ルールは複雑かつあいまいなものになっているので、その明確化、簡素化を図り、コンピューターで利用可能な算定ルールの確立と周知徹底を行うべきである。

ウ レセプトの記載事項の見直し（主傷病名の記載など）【平成 13 年度中に見直し、平成 14 年度中目途に実施】

現在のレセプトには複数の傷病名が並列的に記載されており、傷病とそれに対する医療内容の対応関係や、医療サービスが提供された日付、転帰が不明であり、患者が受けた医療内容が明確に分かるものとなっていない。

このため、レセプト記載内容の明確化が必要である。例えば、入院治療に関しては、一定の基準に基づき主傷病、併存症、後発症を区別し、主傷病に応じて医療費を明確にするなど、レセプトの記載事項を見直し、それに基づき具体的に実施するべきである。

これらの情報は医療の標準化の基礎となるものであり、医療機関にとっては自己の医療水準の検証と改善に資することができる。また、保険者における被保険者に対するより良い保健サービス、情報の提供や包括払い・定額払い制度拡大に資するなど、その効果は大きい。また、医療機関、保険者、審査支払機関との間での共通理解が得られ、審査点検効率の向上につながる。

エ カルテの電子化及び用語・コード・様式の標準化

現在、医師、医療機関ごとに病名の表記が統一されていないなど、医療行為に関する情報が蓄積されにくい状況にある。カルテが電子化されることにより、情報の蓄積・分析が容易になり医療の質の向上が図られ、結果として患者に対する医療サービスを大きく向上させる可能性がある。

このため、電子カルテの導入・普及を積極的に促進するべきである。その際、用語・コード・様式の標準化を進め、医師、医療機関が同一のものを使用することが不可欠であり、現在標準化がなされている病名、医薬品名等の普及を促進するとともに、その他の用語の標準化を完成させるべきである。【平成 15 年度中に措置】

また、カルテにおける用語・コードなどはレセプトにおけるそれと統一したものとすべきであり、将来的にはカルテから機械的にレセプトが作成される仕組みとするべきである。

オ 複数の医療機関による患者情報の共有【平成 13 年度中に措置（逐次実施）】

現在、カルテ等の患者情報は診療を行ったそれぞれの医療機関が管理している。安全で質の高い患者本位の医療サービスを実現するためには、個人情報保護など一定の条件を備えた上で、患者情報を複数の医療機関で共有し有効活用ができるよう措置するべきである。これにより医療の効率化、医療機関の機能分担・連携の促進が図られる。

カ EBM（Evidence-based Medicine：根拠に基づく医療）の推進【逐次実施、平成 15 年度を目途に EBM の樹立】

現在、診療内容については医療機関や医師ごとにばらつきがあり、患者が安心・信頼できる医療機関の選択が難しい状況である。患者本位の医療サービスを実現するために、診療ガイドラインの作成やデータベースの整備が必要であり、平成 15 年度中に EBM の提供体制を整備し、速やかに EBM が広く一般的に行われるようにするべきである。また、患者が自ら診療内容等を理解し選択しやすくするためには、国民用の診療ガイドラインを整備することが必要である。これらは公正で中立な第三者機関が行うべきであり、政府はそのための環境整備を行うべきである。

(3) 保険者の本来機能の発揮

我が国の医療制度は社会保険を制度の基本としており、患者本位の医療サービスの提供に当たっては、患者のエージェントとしての保険者の役割は極めて重要である。国民の生活レベルが向上し、それに伴う多様なニーズと要求されるスピードにこたえるためには、保険者が被保険者に対してより良い保健サービス・情報を提供し、本来の機能を発揮することが必要である。

そのためには、これまで国が行ってきた運営をなるべく各保険者の自主性にゆだねるとともに、その受皿となる各保険者が被保険者のエージェントとしての付託に応じ、自主自立の意識の下、責任を持ってその機能を十分果たしていくよう、保険者の体質強化が望まれる。また、保険者機能の強化のために、保険者による医療機関、被保険者に対する情報収集が円滑に行えることが必要である。このためには以下の点が特に重要である。

ア 保険者によるレセプトの審査・支払【平成13年度中に措置（速やかに実施）】

レセプトの審査・支払は本来保険者の役割であり、保険者の自由な意思に基づき、①保険者自らが行う、②従来の審査・支払機関へ委託する、③第三者（民間）へ委託するなど、多様な選択が認められるべきである。このために、健康保険組合などに対して社会保険診療報酬支払基金に審査・支払を委託することを事実上強制している通達（昭和23年厚生省保険局長通達）や医療機関に対して費用請求を審査支払機関へ提出することを義務付けている省令（昭和51年厚生省令）の規定を廃止する場合には、公的保険にふさわしい公正な審査体制と、患者情報保護のための守秘義務を担保した上で、保険者自らがレセプトの審査・支払を行うことを可能とするべきである。

イ 保険者と医療機関の協力関係の構築【平成13年度中に結論を得、平成14年度から実施】

保険者と医療機関は協力して被保険者の健康を守り、傷病からの回復の手助けをするという共通の目的を有しており、効率よく医療制度を運用して被保険者の利益を確保するために、協力していく関係にある。そのためには、保健事業の推進等を通じてより密接な関係を構築するとともに、フリーアクセスの確保に十分配慮した上で、保険者と医療機関がサービスや診療報酬に関する個別契約も締結できるようにするべきである。

ウ 保険者による被保険者・医療機関に対する情報収集【平成13年度中に措置】

保険者が患者のエージェントとしての役割を十分に果たすためには、医療機関や被保険者から必要な情報を入手できる仕組みが整っていないなければならない。保険者が審査・支払について責任を負うという体制をとるからには、保険者がこれに必要な情報収集ができることが必要である。これを保険者の強制力をもった権限として構成するかどうかは、なお考慮を要するとしても、保険者が信頼関係に基づき、被保険者の協力を得て被保険者のためにする質問・調査等は現在でも可能であり、これを行政が周知徹底するべきである。被保険者のプライバシーの保護、保険者の守秘義務の確保等は伴って当然の問題である。

エ 保険者の自主的運営のための規制緩和等の措置【逐次実施】

保険者は、昨今の厳しい保険財政においては業務のより一層の合理化・効率化が求められる。また一方で、被保険者のニーズに対応するためには疾病予防などの意欲的な保健事業活動が求められる。現在、保険者の運営に関し、多くの認可制、又は届出制が設けられており、機動的な活動が制限されている面がある。財産処分に関する手続など各種許認可手続に係る規制緩和や、保険者間で共同事業が円滑に実施できるようにするなど、保険者の自立的な運営のため、一層の規制緩和等の措置を講ずるべきである。

(4) 診療報酬体系の見直し

ア 包括払い・定額払い制度の拡大【段階的に実施】

現在、我が国の診療報酬体系は出来高払いが中心となっているが、コストインセンティブが働きにくく過剰診療を招きやすいといった弊害が指摘されている。一方、包括払い・定額払い方式については粗診粗療を招きやすいといった弊害が指摘されるものの、医療内容が標準化され、在院日数の短縮やコストの削減など、効率的な医療サービスを提供するインセンティブが働くとともに、医療機関ごとの医療費の格差の縮小が期待される。また、診断群ごとの診療が標準化され、質のばらつきを少なくすることを通じてコストを削減することは、医療費の画一的な削減と大きく異なる点である。こうした点に留意し、医療の標準化、情報公開を推進しつつ、傷病の分類方式、対象分野、対象施設要件など、具体的内容、時期を定め検討し、包括払い・定額払い方式（診断群別定額報酬支払い方式など）の対象医療機関などの拡大を平成 13 年度より計画を明示して、段階的に進めるべきである。

イ 公的保険診療と保険外診療の併用による医療サービスの提供など公的医療保険の対象範囲の見直し【平成 13 年度中に措置（逐次実施）】

国民の生活水準の向上や価値観・ニーズの多様化により、医療に関する国民の要求水準も上昇し、「自ら情報を集め、自己責任で治療方法を選択したい」、「保険のカバーする範囲を超える分は、自費や民間保険を利用しても納得のいく治療を受けたい」というニーズも強くなっている。国民が負担能力に関係なく適切な医療を受けられる「社会保障として必要十分な医療」はこれまでどおり確保した上で、「サービスとしての医療」という視点から、公的保険診療と保険外診療との併用を行えるようにすることは、患者自らの医療サービスの選択肢を増やすという観点から合理的である。

一方、「特定療養費制度」が導入され、主に「高度先進医療」や「選定療養（差額ベッド、歯科材料の一部、200 床以上の病院の初診料など）」が認められているものの、その適用範囲は公的保険カバー範囲全体から見ると厳しく限定されている。

患者本位の医療サービスのためには、「特定療養費制度」の対象範囲の拡大を行うべきである。その際、医療技術の進歩や患者ニーズの多様化等に応じて、患者に対する十分な情報提供を前提とした上で、患者の選択により公的保険診療と保険外診療を併用することができるようにするべきである。

ウ 価格決定方法の見直し【平成 13 年度中に措置】

診療報酬、薬価、医療材料価格は、中央社会保険医療協議会で決定されているが、価格の根拠、決定プロセスなど、決定方法について問題点が指摘されている。

薬価については先発品と後発品の算定価格、画期的新薬の算定価格などに関して、開

発のインセンティブが働くような適正な算定を行うなど、算定ルールの抜本的な改革が必要であり、また、既存薬の効能について、一定の基準に基づいた再評価を実施し、効能が認められなくなったものの承認を取消すなどの措置を講ずるべきである。また、現在、薬価 205 円以下（内服 1 日分、頓服 1 回分など）の薬剤に関しては、薬剤名などの内訳を省略して薬剤費請求ができる「205 円ルール」が存在するが、これを廃止し、内訳を明示した請求とし、医療の透明性を図るべきである。

医療材料については、薬価算定の場合と同様に外国価格参照制度を導入するなど、価格の適正化や流通全体を通じた抜本的な改革による競争政策の徹底など、内外価格差を是正するための所要の措置を講じるべきである。

なお、医療が広く国民にかかわる事柄であることから、価格決定や保険導入の過程の透明化・中立化・公正化を図る観点から、中央社会保険医療協議会等の在り方を見直すべきである。

(5) 医療分野における経営の近代化・効率化

ア 医療機関経営に関する規制の見直し【平成 13 年度中に措置（速やかに実施）】

医療機関の経営形態に関する規制の根拠は、公益性が強い医療サービスについて、営利主体の参入を抑制することにより医療サービスの質を維持するためと考えられてきた。しかし、持分のある医療法人の財産は、社会福祉法人と異なり、出資者に帰属しており、その資金調達方法は銀行などからの借入に事実上限定されている。直接金融市場からの調達などによる医療機関の資金調達の多様化や企業経営ノウハウの導入などを含め経営の近代化、効率化を図るため、利用者本位の医療サービスの向上を図っていくことが必要である。このため、今後、株式会社方式などを含めた医療機関経営の在り方を検討するべきである。

イ 理事長要件の見直し【平成 14 年度中に措置】

医療法人の理事長は医師であるか又はそれ以外の者の場合は都道府県知事の認可を受けなければならないという規制が行われている。病院経営と医療管理とを分離して医療機関運営のマネジメントを行い、その運営の効率化を促進する道を開くため、平成 14 年度のできるだけ早い時期に、合理的な欠格事由のある場合を除き、理事長要件を廃止するべきである。

(6) その他

ア 医療従事者の質の確保【速やかに検討開始、平成 15 年度中に結論】

医療の技術の著しい進歩の中、安全で質の高い医療を確保するためには、医療従事者の質の確保、能力の向上が不可欠であり、医療従事者個々の専門性に応じて必要な最新

の知識及び技能を修得できるような環境の整備が必要である。その方策の一つとして、平成 16 年度からの医師の臨床研修化に向けた臨床研修制度の改革や生涯教育の充実、研究の促進とその成果の普及などにより、資格取得後の医療従事者の質の確保を図るべきである。

イ 医師等の教育改革

現在、我が国では、出身大学による閉鎖的なネットワーク（医局制度）により、医師の自由な競争と正当な評価がなされていないと言われる。このような状況は早急に改革し、研修期間中は特定の医局（出身大学の医局）に入局せずに研修を行う方策、医師の客観的な評価が可能となる方策、広域で研修にかかる医師と病院をマッチングさせる方策などを可能とするべきである。【速やかに検討開始、平成 15 年度中に結論】

また、近年、医療事故の遠因として、一部研修医の過酷な勤務の問題が指摘されているが、安全で質の高い医療サービスの確保及び医師の保護の観点から、研修医の働く環境や安全管理の問題について早急に検討し対策を講ずるべきである。

ウ 医療分野従事者の派遣【平成 13 年度中に措置】

医療分野に従事する専門的な人材の効率的な配置による良質で効率的な医療供給体制の構築が求められる。このため、医療関連業務の従事者の派遣に関する規制の見直しを検討し、結論を得るべきである。

エ 医薬品販売に関する規制緩和【平成 14 年度中に措置（逐次実施）】

医薬品について、平成 11 年 3 月 31 日に行った 15 製品群の医薬部外品への移行の実施状況を踏まえ、一定の基準（例えば、発売後、長期間経過しその間に副作用などの事故がほとんど認められないもの、など）に合致し、かつ保健衛生上比較的危険が少ないと専門家等の評価を得たものについて、一般小売店で販売できるよう、見直しを引き続き行うべきである。

2 福祉・保育等

【問題意識】

介護・保育等の分野の共通課題は、高齢化の進展や働く女性の増加という社会環境の変化の中で、今後、急速に増大する利用者のニーズに対応した制度改革が求められていることである。また、介護や保育サービスの利用者が低所得者層以外にも一層広がり、ニーズの多様化が進むとともに、施設における居住環境の改善を含め、サービスの質の向上も大きな課題となっている。

これに対して、平成12年からの介護保険の開始や同年の社会福祉法（昭和26年法律第45号）の成立により、行政が必要なサービスを国民に「措置」として与えていた公的福祉は、事業者と利用者との間の「契約」を基本として、利用者の自由な選択に基づくものと制度上は改革された。この結果、介護サービス利用者数は大幅に増加している。一方、新エンゼルプランに基づき保育サービスの供給量も全国的に増加している。他方、地域間の介護・保育需要の格差に見合った供給側の対応が遅れているという大きな問題が生じている。また、地域によっては介護や保育サービスの不足は深刻となっており、介護施設や認可保育所への待機者が多く存在している。

これは、新しい契約の制度と古い措置時代の制度の間に、様々な問題が生じていることによる面も大きい。政府は、介護保険法（平成9年法律第123号）及び社会福祉法の成立・施行後でも、介護等のサービスを含む福祉が「慈善・博愛」事業に含まれるとの憲法解釈を堅持しており、サービスの安定的・継続的な提供のために必要な規制・監督を課せない民間企業に対して、公費による支援を社会福祉法人と同等に行うことはできないとしている。この考え方にに基づき、社会福祉法人立の介護等の福祉施設については、民間企業と異なる厳しい規制を受けることから、ストック面の公的助成が行われている。

現行の福祉制度については、情報公開、第三者評価を推進することにより、対等な競争条件を確保する方向へ改革することが必要である。また、NPOや民間企業を含む多様な経営主体の市場参入により、供給の大幅増大や質的向上なされることが、介護・保育政策の大きな目標である。

【改革の方向】

介護保険制度では、在宅介護分野について、民間企業を含む多様な事業主体の参入が広く認められた結果、事業者間の競争も促進され、消費者にとってはサービスの選択肢が広がった。他方、特別養護老人ホーム等の施設介護分野では、依然民間企業の参入は認められていない。日常生活の支援機能を有する施設において、特別養護老人ホーム等の介護施設と比べ、それと同様のサービスを提供する民間施設やケアハウス、グループホームにつ

いては、在宅サービスの延長として、介護保険の給付対象となる途が開かれているものの、介護報酬面で大きな格差が存在している。

これは、施設介護サービスに位置付けられる特別養護老人ホーム等は、居住・食事費等（いわゆるホテルコスト）は介護報酬の対象となっているが、民間有料老人ホームやケアハウスにおいて提供される介護サービスは、「高齢者が自ら選択した住居」を基盤とした在宅サービスとして位置付けられており、その入居者のホテルコストは介護給付の対象とされていないためである。

また、長期的には、医療保険診療報酬と同様に、介護報酬で施設整備費用を賄うこととし、これを社会福祉法人への施設整備費補助に代替する考え方もある。なお、既に、現行法でも、特別養護老人ホームを整備する社会福祉法人については、その施設整備の際に必要な資金（全体の4分の1）の一部を融資により調達し、それを介護報酬から返済することが可能とされている。

契約という利用者の選択にゆだねられる介護保険制度では、特別養護老人ホーム等と民間有料老人ホーム、ケアハウス等のうち、どのようなサービスを受けるかは利用者自らが選択できる。このため、資格制度の整備、事業形態の違いに基づく規制、介護サービスの標準化ばかりではなく、情報公開の徹底、契約の監視及び第三者評価等の事後的規制の整備を図っていくことが重要である。

保育の問題に関しては、何が子どもの幸せかを第一に考えなければならないが、特に低年齢児を中心に、認可保育所を利用できない「待機児童」や、休日保育などを必要とする児童を含め、認可外保育施設を利用せざるを得ないという児童も多数存在する。こうした状況は、子どもの幸せという観点から見て十分な状況とは言い難い。保育行政に関しては、法令上、認可保育所に対する児童福祉施設最低基準と、認可外保育施設に対する指導監督基準という2つの性格の異なる基準があり、それぞれの目的に従って運用されている。

いずれにせよ、提供されるサービスの質を考慮すれば、認可・認可外保育所利用者間の負担格差が生じている。

このような状況を改善するため、認可外保育施設から認可保育所への転換を促す規制緩和が進められているが、都市部における土地の取得が困難であることなどから、その効果はまだわずかなものにとどまっている。

他方、現在、「営業の自由」の原則の下で認可外保育施設における乳幼児など社会的弱者の安全や人権を守るためには、指導監督を徹底する必要がある。また、公設民営の積極的な活用などを通じ、質の高い保育所の量的拡大を図ることが必要とされる。

介護・保育サービスの主要な担い手としての社会福祉法人は、質の高い福祉サービスを継続的・安定的に供給することに大きく貢献しており、今後もその果たす役割は重要である。しかし、経営主体の差にかかわらず、事業者間の同一条件での競争を前提とした公的介護保険が開始された今日、公設民営方式を含む多様な民間企業の活用を図ることが必要

である。これまでも社会福祉法人に対する規制の緩和が行われてきているところであるが、更なる取組を進め、既存の社会福祉法人を含めた多様な経営主体の間で、できる限り同一条件での競争を促していくことが必要である。

【具体的施策】

(1) 施設介護における多様な経営主体の対等な競争

ア 特別養護老人ホームのホテルコストの利用者負担【平成 14 年度中に措置】

特別養護老人ホーム等の介護施設では、入所者の居住性に配慮した個室化を推進することが求められている。この場合においては、特別養護老人ホームの入居者は、居住環境が抜本的に改善されることから、従来の介護・食事に係る利用者負担のほか、ホテルコストを原則として利用者負担として徴収するよう見直しを行うべきである。また、そうした負担に耐えられない低所得者層については、一定の配慮を検討すべきである。

イ PFI法を活用した公設民営方式の推進【一部措置済み、逐次実施】

「民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律（PFI法）」（平成 11 年法律第 117 号）を活用した公設民営方式は、官民の契約に基づいて、PFI事業者が施設を建設し、地方公共団体がそれを取得した上で、これを当該PFI事業者に運営させるものである。その取得費用については、新たに国庫補助の対象とされたところであり、このほか、「公有財産を無償又は時価より低い対価で選定事業者に使用させることができる」とされているPFI法第 12 条第 2 項を活用していくべきである。また、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 238 条の 4 第 1 項では、行政財産の貸付けは禁止されていたが、先の臨時国会においてPFI法が改正され、特例措置が講じられたところである。これらにより、PFIを活用した公設民営を促進するべきである。

ウ ケアハウス等への株式会社等の参入促進【措置済み】

社会福祉法第 62 条第 2 項では、公的部門や社会福祉法人以外の者がケアハウス等の社会福祉事業を行おうとする場合、都道府県知事の許可が必要とされている。これまで、設置・経営主体として株式会社等の民間事業者が挙げられていなかったため、民間事業者の参入が事実上阻害されていたが、先般、関係通知の改正により、法人類型を問わず、都道府県知事の許可によって設置・経営主体となり得ることが明記されたところである。

エ グループホームに関する情報公開の推進【平成 13 年度中に措置】

痴呆性高齢者グループホームについては、平成 13 年度よりNPO法人等が施設整備を行う際の財政支援について予算化されたところであるが、併せて、同一敷地内では 3

ユニット以内に抑制されること、認可の際には市町村の意見書が必要とされることなど、新たな規制が加わっている。密室性が高く、利用者保護の体制整備が特に求められるグループホームにおけるケアの質を確保するためには、今後とも情報公開等を推進していくべきである。

オ 介護事業者の情報公開、利用者や第三者による評価の推進等【平成 13 年度中に措置】

公的部門、社会福祉法人、民間企業等といった経営主体にかかわらず、利用者やその家族が事業者を選択する際に活用できるチェックリストの作成などにより、介護事業者の情報公開義務を適切に果たさせるとともに、第三者評価を推進するべきである。また、消費者利益の観点から、その運営に関する監視体制の強化を図るべきである。

カ 介護職の資質の向上【平成 14 年度中に措置】

要介護者の様々なケースに対応可能とするために、介護職の養成研修を一層充実させるなど、介護福祉士やホームヘルパー等の介護職の資質向上を図る措置を講じ、要介護者のニーズに的確にこたえることの可能な介護職の育成を図るべきである。

キ 介護と医療との連携のための諸規制の改革

現行の高齢者介護を行う代表的な施設には、特別養護老人ホームのほかに、在宅復帰に重点を置いた介護老人保健施設がある。特別養護老人ホームの全室個室・ユニットケア化といった居住条件の改善が進められる中で、介護老人保健施設についても、入所者にとっての生活の場である特別養護老人ホームとは性格が異なることにも留意しながら、療養環境の改善を図っていくべきである。【平成 14 年度中に措置】

また、医療保険と介護保険が重複して適用されうるサービスについては、介護保険が適用されると医療保険からの給付は受けられない仕組みとなっている。しかし、一部の医療サービスについては、主治医の「特別指示書」があれば、2週間は医療保険からの給付が受けられるため、本制度が濫用されているとの指摘もある。したがって、こうしたサービスに関する医療保険給付の適用範囲については、一層の周知徹底が必要である。

【平成 13 年度中に措置】

ク 障害者福祉制度の改革【平成 15 年度からの支援費制度の施行状況を踏まえつつ、直ちに検討を開始し、結論を得る】

社会福祉法の成立とあいまって、障害者福祉サービスについては、平成 15 年度より障害者に対する支援費制度へ移行することになった。これは従来障害者施設や在宅サービスの内容が行政処分として定められた措置制度とは異なり、障害者自身がサービ

入内容と事業者を選択し、事業者との直接契約によりサービスを利用する仕組みである。市町村は障害者の受けたサービスに対して支援費を支払うとともに、利用者は事業者に対して、本人及び扶養義務者の負担能力に応じた自己負担額を支払うことになっている。

こうした支援費制度により、利用者の選択肢が広げられることは評価されるものの、高齢者を対象とした介護保険制度との関連では、40歳以上65歳未満の障害者は介護保険の被保険者とされているにもかかわらず、加齢に伴う疾病によって介護を要する状態とならなければ、介護保険の給付は行われず、給付面は支援費制度となっている。この意味では、支援費制度について、介護保険制度の見直しと合わせて、両制度の関係についての抜本的な検討が必要である。

(2) 保育サービスの拡充と質的向上

現在の保育はニーズの急速な増大とその多様化に、特に都市部等で供給が追いつかないことが大きな問題となっている。最近では、認可保育所では、定員数の増加や保育内容の多様化への努力が図られているものの、それが現実の需要増加のスピードに対応できない事態となっている。さらに、働く母親が増えている一方で、その就労条件も変化しており、保育時間の延長や休日保育などの新しい保育ニーズを増大させている。そのため、早朝や深夜からの長時間労働の親を持つ子どもたちが、認可保育所で十分対応できないため、ベビーホテルなどに預けられ、命にかかわる事故が起こるような事態となっている。

このような中で、一人でも多くの就学前の子どもたち及び小学校に通う児童に対して質の高い保育を増やすことが急務となっているが、保育に関する規制改革の目的は、子どもたちの発達を保障する質の高い保育の供給を迅速に増やすために、子どもたちを守るための必要な規制を残した上で、不必要な規制を廃止することにある。

ア 認可保育所基準の見直しの検討及びその周知徹底

保育サービスの不足に早急に対応できる措置として、認可保育所における受入れ児童数の増がある。特に公立保育所を中心に、待機児童の多い地域においては、定員基準の弾力化等を一層推進する必要がある。また、一定の設備にかかわる設置基準等については、その見直しを検討する。さらに、分園の積極的促進を図ることにより、サービスの質を確保しつつ供給量の拡大を図るべきである。**【直ちに検討に着手、逐次実施】**

保育サービスの増加を抑制している要因として、地方公共団体が財政状況の制約の中で、新たな認可保育所の運営費を捻出しにくいことが挙げられる。他方、地方公共団体によっては、国の設置基準以上の基準を導入し、補助のかさ上げを行っているため、その財政負担が重くなり過ぎているという側面もある。限られた財源を有効に活用し、一人でも多くの子どもを認可保育所に入所させるためにも、保育環境の質を下げることはあってはならないが、地方公共団体が合理的でない基準の上乗せや補助のかさ上げをす