

第1編

第1章 社会保障を担う人々

社会保障を支えるマンパワー



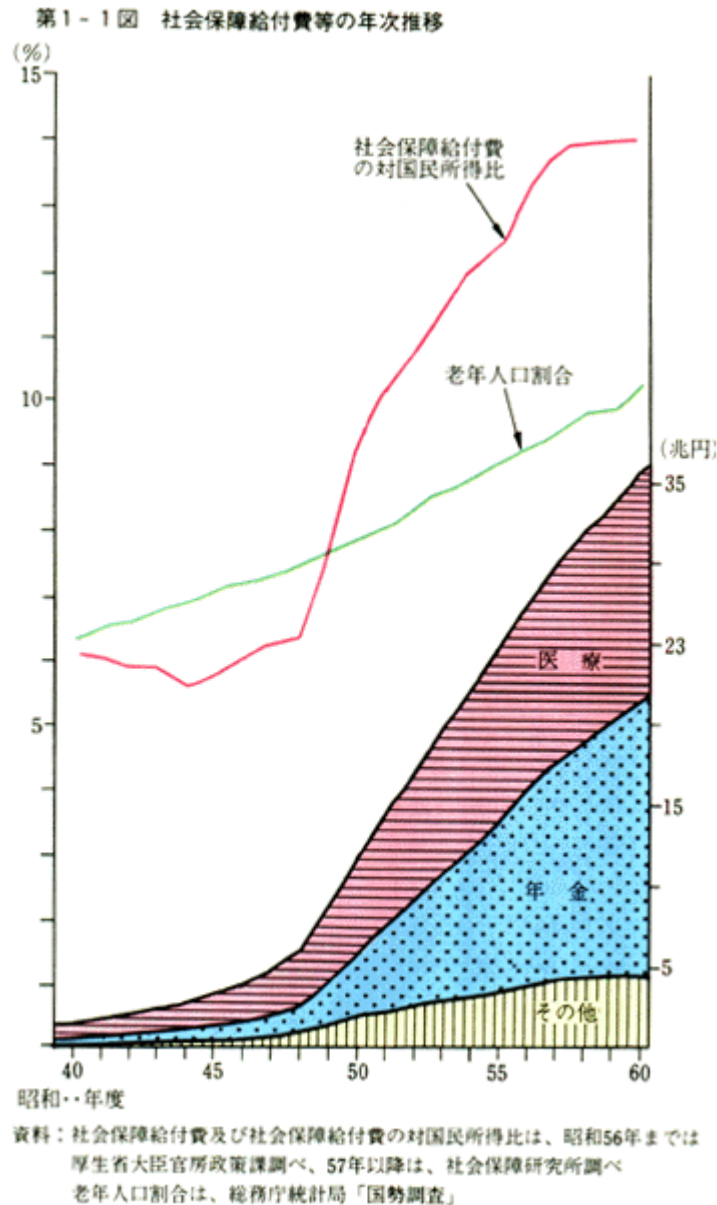
社会保障を支えるマンパワー

はじめに

五経の一つで中国最古の経典とされる「書経」の文中、「正徳利用厚生惟和」とある。厚生省の語源はここに依っており、「厚生」の意味は、衣食を十分にしていし、飢えや寒さに困らないようにし、民の生活を豊かにさせると解されている。厚生省が設置されたのは昭和13年の戦時体制下であり、以来半世紀が経過し、63年は50周年にあたる。

50年の歳月の間、我が国の社会保障制度は、国民生活の安定と福祉の向上を目指して逐次整備されてきた。戦後の結核や伝染病の予防、生活困窮者の救護が中心の時代を経て、30年代半ばには「国民皆保険」、「国民皆年金」が達成された。40年代には高度経済成長を背景に制度の整備が進められ、特に40年代後半以降制度の拡充と社会保障給付費規模の拡充が図られた結果、欧米諸国と比べても遜色のない社会保障水準の実現をみた。さらに、50年代に入って、急速に進行する人口の高齢化や高度成長から安定成長への経済構造の転換など社会保障を取り巻く環境の変化に対応し、老人保健制度の創設と改正、医療保険制度の改革や基礎年金制度の創設など、一連の制度改革が図られた(第1-1図)。

第1-1図 社会保障給付費等の年次推移



厚生省50年の節目に当たり、21世紀まで10数年を残す現在、我が国の社会保障制度は大きな転換期を迎えようとしている。

我が国の経済社会は、高齢化、技術革新、情報化、国際化等の潮流変化に伴って大きな変貌を遂げつつある。産業構造の高付加価値化・知識集約化が一層進展するとともに、国民の価値観は多様化・個性化しており、経済社会全体が「ハード」から「ソフト」へ、「モノ」から「サービス」へと比重を移しつつある。また、平均寿命の延長・長寿化に伴い、国民のライフスタイルは「人生50年型」から「人生80年型」になってきている。単身化の進展、女性の社会進出などにより、家庭の構造・機能も旧来とは変化してきている。国民意識の面では、生活水準の向上、自由時間の増大を背景に、生活の質(「クオリティー・オブ・ライフ」)や精神的な豊かさへの志向が高まっている。国際的な側面に目を転ずると、世界経済に占める比重の高まりに伴い、我が国が国際的に果たすべき役割が増大している。

このような状況の下で、今や我が国の社会保障はかつてのような欧米水準へのキャッチアップではなく、新たな成熟化時代を迎えつつあり、「クオリティー・オブ・ライフ」を求める国民のニードに積極的に対応していくことを求められている。

そのためには、昨年の厚生白書で指摘したように、社会保障制度の改革も、これまでの個別制度毎の給付水準の適正化や給付と負担の公平化を図るための改革だけでなく、総合的な「社会サービス」充実のための供給面の改革を重視していく必要がある。

特に、高齢化社会から超高齢化社会へという社会状況の下で、保健・医療サービスだけでなく、介護サービスについても需要の増大が見込まれるところであり、超高齢化社会を支える社会保障マンパワーの量の拡大

と質の向上が今後の社会保障施策の大きな課題となっている。

このため、制度面の整備と併せて社会サービスの担い手であるマンパワーについて新たな視点に立った整備、改革を進めていかなければならない。

人口の高齢化が急速に進展するなかで、21世紀までに残された10数年間は、経済社会のソフト化、サービス化に対応し、国民生活の質の向上を図るための社会保障の成熟化へ向けての制度改革の期間である。

なお、各般にわたる制度改革を前提としても将来にわたり相当程度の国民の負担増は避けられないところであり、社会保障制度の安定的運営を維持していくためには、社会的な公平と公正の確保という観点に立って、将来の負担増について国民的な合意を得ていく必要がある。

第1編

第1章 社会保障を担う人々

第1節 国民生活の変容と社会保障ニーズの変化

本節では、社会保障の基礎となる国民生活がどのように変化しており、これに伴って社会保障に対するニーズがどのように変わりつつあるか、具体的に見てみよう。

(高齢化,長寿化)

昭和61年簡易生命表によると、男女とも平均寿命は前年より0.45年延びて、男子は75.23年、女子は80.93年となった。男子は、今回初めて75歳を突破し、女子は59年に「80歳の壁」を超え、81歳まであとわずかとなった。

このように、我が国の平均寿命が着実に延びてきた背景には、戦後の我が国の公衆衛生水準の向上、医療技術の進歩等により、各年齢階層の死亡率を低下させたことが大きく貢献している。

第1-2表は、戦後の平均寿命の延びに対する年齢階級ごとの死亡率低下の寄与率をみたものである。戦後、我が国の乳児死亡率が著しく改善され、世界で最も低いグループになったことは良く知られているが、40年代中頃まではこの乳児死亡率の低下が我が国の平均寿命の延長に貢献し、さらに、結核等の感染症死亡率の低下も貢献している。さらに40年代後半以降になると、65歳以上の高年齢層の死亡率低下の貢献度が高まっている。特に近年、脳卒中など脳血管疾患による死亡率の低下が我が国の平均寿命の延長に大きく寄与している。なお、50年代の後半以降悪性新生物(がん)が死因の第1位として登場しているが、悪性新生物については、男子の場合、僅かではあるが平均寿命を縮めている(60年以降死因の第2位は心疾患となっている)。

第1-2表 年次毎の平均寿命の延びに対する年端階級別死亡率低下の寄与率

第1-2表 年次毎の平均寿命の伸びに対する年齢階級別死亡率低下の寄与率

(単位:%)

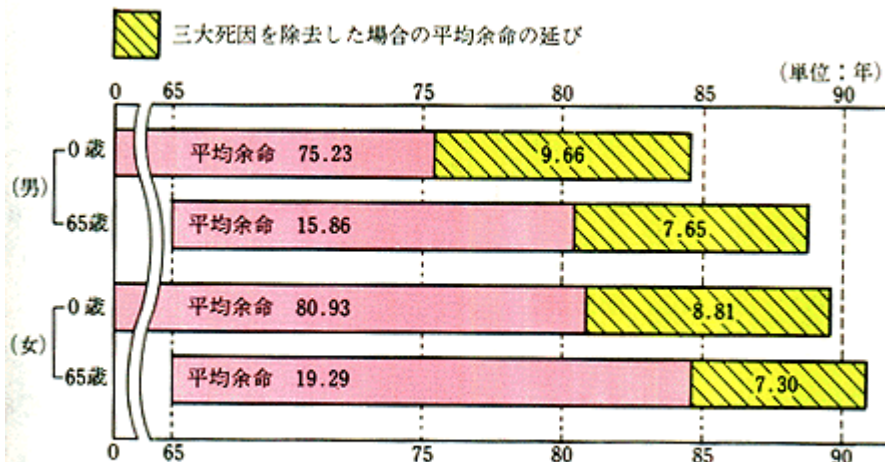
昭和・年	男					女				
	平均寿命の伸び(年)	平均寿命の伸びに対する年齢階級別死亡率低下の寄与率				平均寿命の伸び(年)	平均寿命の伸びに対する年齢階級別死亡率低下の寄与率			
		0~14歳	15~39歳	40~64歳	65歳以上		0~14歳	15~39歳	40~64歳	65歳以上
* 25~27~30年	4.03	A 50.4	B 34.2	18.8	6.6	4.78	A 44.7	B 27.4	18.0	9.9
30~35	1.72	63.7	26.6	16.2	-6.4	2.44	52.0	26.3	21.5	0.2
35~40	2.42	51.9	20.5	20.2	7.6	2.73	44.7	20.2	21.8	13.3
40~45	1.57	C 36.1	8.9	28.4	26.7	1.74	28.6	11.5	25.0	C 34.9
45~50	2.42	16.8	15.8	31.1	36.3	2.23	14.4	10.7	30.6	44.4
50~55	1.62	19.9	15.1	26.0	39.0	1.87	13.9	10.5	26.1	49.5
55~60	1.43	18.4	-6.9	21.3	53.4	1.72	10.7	4.7	18.7	65.9
60~61	0.45	7.0	10.1	33.4	49.6	0.45	6.9	6.3	23.1	63.7

資料:厚生省統計情報部「完全生命表」、「簡易生命表」
 (注) 1. 年齢階級別死亡率とは、平均寿命(0歳の平均余命)の伸びに年齢階級の死亡率低下がどの程度寄与したかをパーセンテージで示したものである。
 2. 寄与率は完全生命表に基づき計算した。(ただし昭和61年は簡易生命表)
 3. *印の年次は25年から27年の平均寿命を示す。
 4. 表中のA~Cは主に次の死因の低下によるものと考えられる。
 Aは、主として乳児死亡、肺炎・気管支炎死亡の低下による効果。
 Bは、主として結核死亡の低下による効果。
 Cは、主として脳血管疾患死亡の低下による効果。

そこで、我が国の疾病構造の中心を占める悪性新生物(がん)、心疾患(心臓病)、脳血管疾患(脳卒中)の三大死因が除去できたとした場合に平均余命がどの位伸びるかを推計すると、第1-3図に示すとおり、平均寿命(0歳の平均余命)は男子の場合、更に9.7年、女子の場合は8.8年伸びるものと見込まれる。今後も、高度先端医療の普及、保健、福祉サービスの向上等により、我が国の長寿化は一層進むものと考えられる。

第1-3図 三大死因(悪性新生物・心疾患・脳血管疾患)を除去した場合の平均余命の伸び

第1-3図 三大死因(悪性新生物・心疾患・脳血管疾患)を除去した場合の平均余命の伸び(昭和61年)



資料:厚生省統計情報部「簡易生命表」(昭和61年)
 (注) 三大死因を除去すれば、その死因によって死亡していた者は、その死亡年齢以後に他の死因で死亡することになる。この結果死亡時期の繰り延べが起こり、余命が延びることになる。その伸びを平均余命に付け加えた。

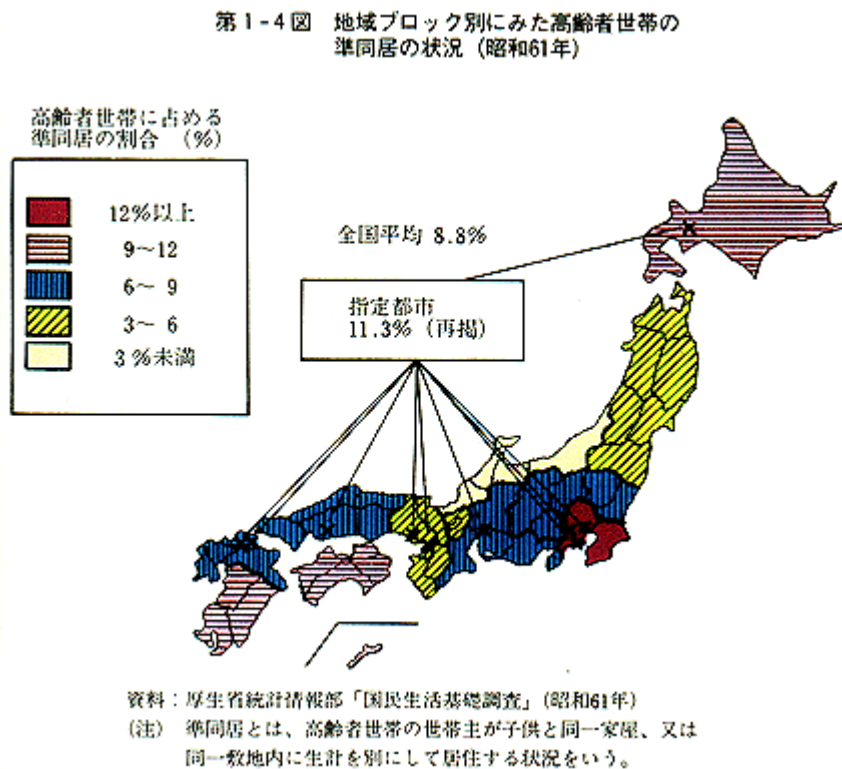
(家族形態)

昭和61年国民生活基礎調査により、我が国の世帯構造を見ると、世帯総数3,754万世帯のうち、核家族世帯が60.8%、単独世帯18.2%、三世帯世帯15.3%となっているが、最近、核家族世帯の伸びがやや鈍化しているのに対し、単独世帯と三世帯世帯の増加がみられる。特に、高齢化の進展とともに、家庭基盤のぜい弱な高齢者世帯(高齢者のみで構成するか、又は高齢者と18歳未満の者のみで構成する世帯)が急増しており、61年には332万世帯、全世帯の8.8%を占めている。なかでも高齢者単独世帯の伸びが大きい。

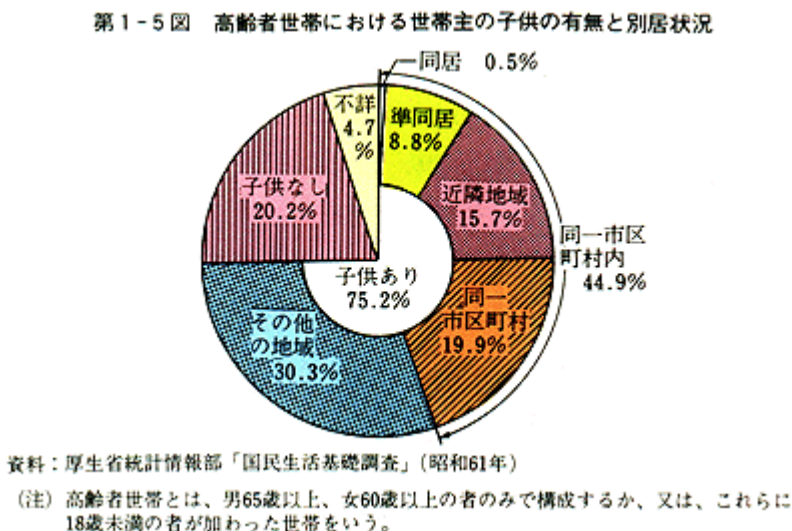
なお、高齢者世帯は増加しているが、高齢者世帯の44.9%は子供と同一の市区町村に住んでおり、また、最近、

子供と同一家屋や同一敷地に住んで高齢者だけが別世帯を構える「準同居」とも呼ぶべき新しい世帯の傾向もみられる(国民生活基礎調査によれば、高齢者世帯の8.8%が子供と準同居しており、また、地価問題の影響等から大都市部ほどその割合が高い)(第1-4図、第1-5図)。

第1-4図 地域ブロック別にみた高齢者世帯の準同居の状況(昭和61年)

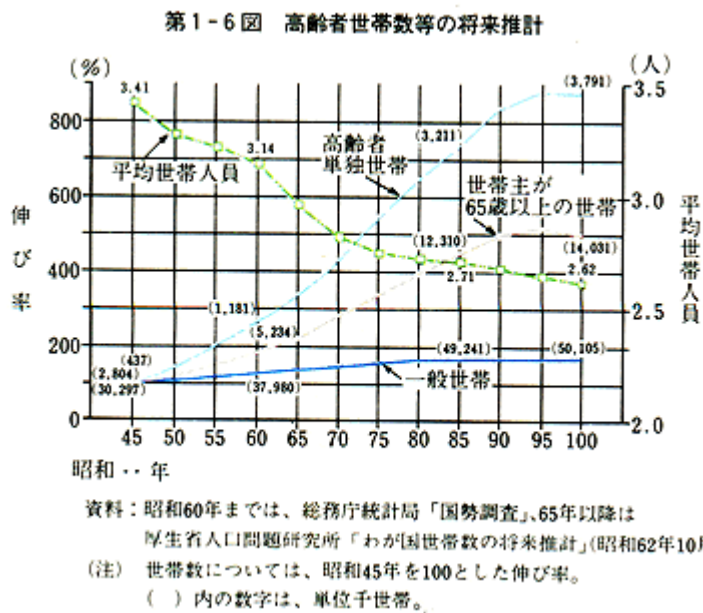


第1-5図 高齢者世帯における世帯主の子供の有無と別居状況



出生率の低下や都市化の進展などにより、このような「高齢シングル世帯化傾向」は一層強まることが予想される。例えば、厚生省人口問題研究所「わが国世帯数の将来推計」(62年10月)の1つの試算によれば、世帯総数は人口の伸びに伴って、100年には60年の1.3倍の約5,000万世帯に増えるのに対し、単独世帯は、約1.7倍の1,360万世帯となり、このうち高齢者単独世帯は、約3倍の約380万世帯と膨大な数になることが予想される。また、平均世帯人員は、60年の3.14人から100年には2.62人に縮小し、現在の欧米並みに近づくものとされている(第1-6図)。

第1-6図 高齢者世帯数等の将来推計

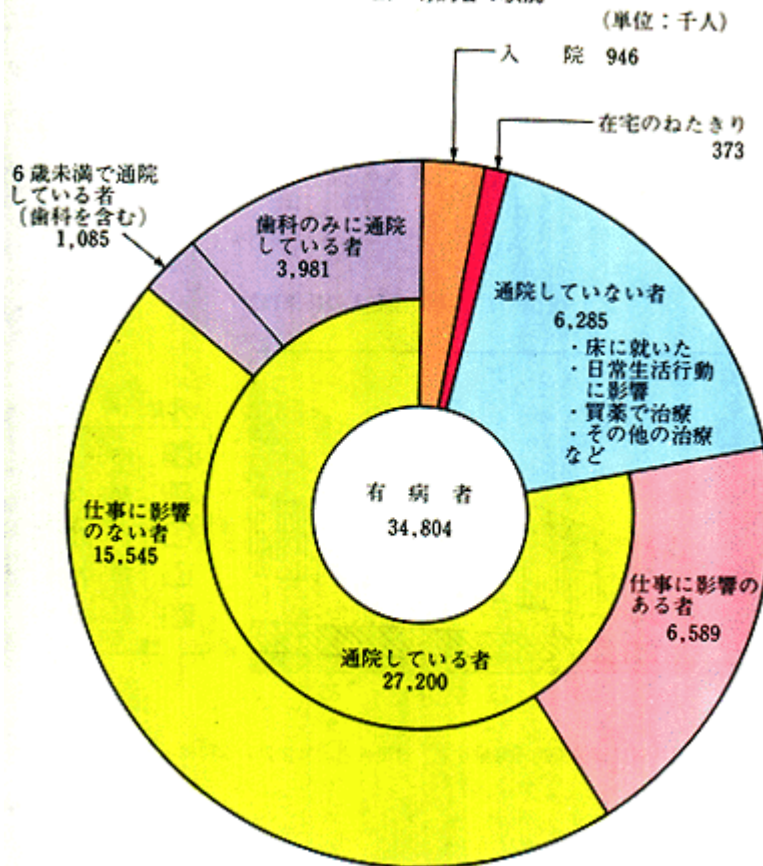


(健康)

国民生活基礎調査により、国民の健康状態をみると、第1-7図に示すように、有病者数は3,480万人であり、国民の3.5人に1人が何らかの病気を持っている。しかし、通院している有病者の約7割は仕事(家事、学業を含む)に影響はないとしており、有病者の大部分は、体に具合の良くないところを持ちながらも通常の社会生活を営むという「一病息災グループ」であるといえる。

第1-7図 有病者の状況

第1-7図 有病者の状況



資料: 厚生省統計情報部「国民生活基礎調査」(昭和61年)

また、20歳以上の者(入院者、日常的に就床状態のものを除く)について、日常の健康状態をみると、「よい」、「まあよい」、「ふつう」と答えた人を合わせて86.5%が健康と思っており、65歳以上の高齢者をもみても、健康と思っている者の割合は74.2%に達しているなど、国民の健康意識はかなり高い。

一方、高齢化に伴い、ねたきり、痴呆等要介護老人も急速に増大している。国民生活基礎調査によれば在宅ねたきり老人は22万人であるが、これに入院期間6か月以上の長期入院老人患者と特別養護老人ホームの入所者を加えた全体のねたきり老人数は現在約60万人と見込まれている。

また、痴呆性老人は、第1-8図に示すように、昭和60年には約60万人と見込まれるが、75年には100万人を上回り、90年には約180万人と、ねたきり老人と同程度の数になることが予想される。(東京都福祉局「老人の生活実態及び健康に関する調査」(昭和55年)によれば、痴呆性老人の53%がねたきり等の状態にあり、痴呆性老人の推計には、ねたきを併せもつ者も含まれている。)

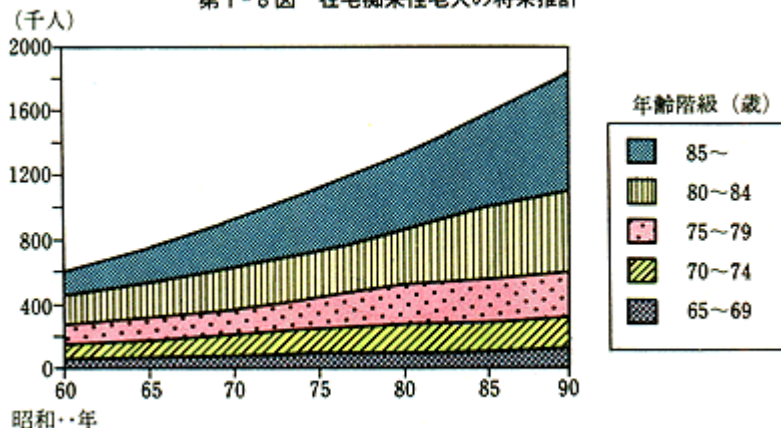
(所得、生活水準等)

高齢化の進展などに伴い、生活の安定を図る上で年金制度の果たす役割はますます重要になっている。国民生活基礎調査により、「65歳以上の者のいる世帯」の公的年金の受給状況をみると、96.1%の世帯が受給しており、また、夫婦とも65歳以上の世帯をみると、86.0%が夫婦とも受給しているなど、年金制度の成熟化が進展している様子が見える。

第1-9図は、年金・恩給を受給している高齢者世帯の総所得のうち、年金・恩給の占める割合を年次別に示したものである。総所得の8割以上を年金・恩給に依存している世帯は、昭和55年には約35%であったが、60年には50%を占めており、文字通り年金時代が到来したことを示している。

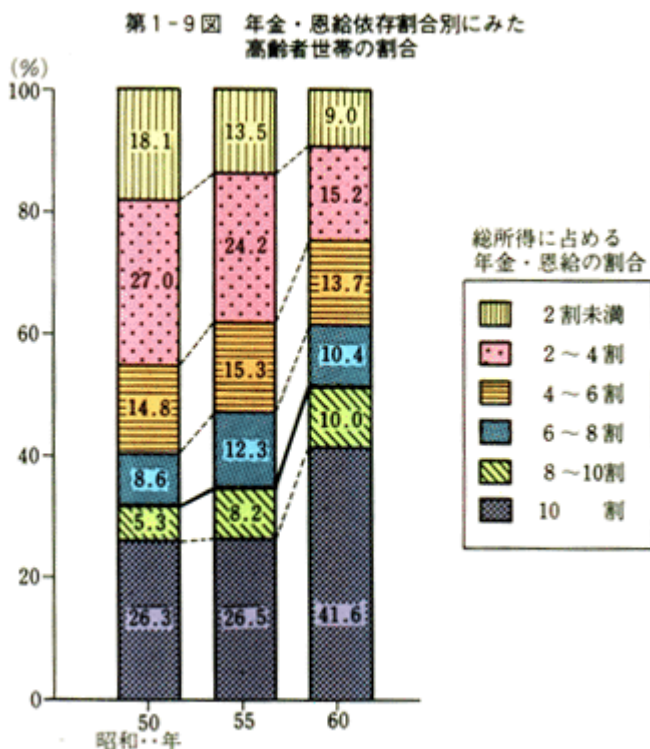
第1-8図 在宅痴呆性老人の将来推計

第1-8図 在宅痴呆性老人の将来推計



資料：厚生省保健医療局「痴呆性老人対策推進本部報告」(昭和62年8月)

第1-9図 年金・恩給依存割合別にみた高齢者世帯の割合



資料：厚生省統計情報部「国民生活実態調査」、「国民生活基礎調査」

次に、第1-10表は、高齢者夫婦世帯と一般勤労者世帯の消費割合等を「全国消費実態調査報告」(昭和59年)でみたものであるが、両世帯とも約3割を食料費に充てている反面、高齢者夫婦世帯の場合、交際費(15.6%)、教養・娯楽費(10.7%)、光熱・水道費(7.0%)等の支出割合が高い。また、高齢者夫婦世帯の平均消費支出月額額は17万4,000円であるが、1か月の消費支出が10万円未満という世帯が全体の22%ある一方、20万円以上という世帯も29%ある(第1-11図)。

また、高齢者夫婦世帯の金融資産残高をみても、1,000万円以上が3世帯に1世帯ある一方で、金融資産残高が300万円未満という世帯も4世帯に1世帯の割合となっている(第1-12図)。

第1-10表 消費支出の内訳(勤労者世帯・高齢者夫婦世帯)

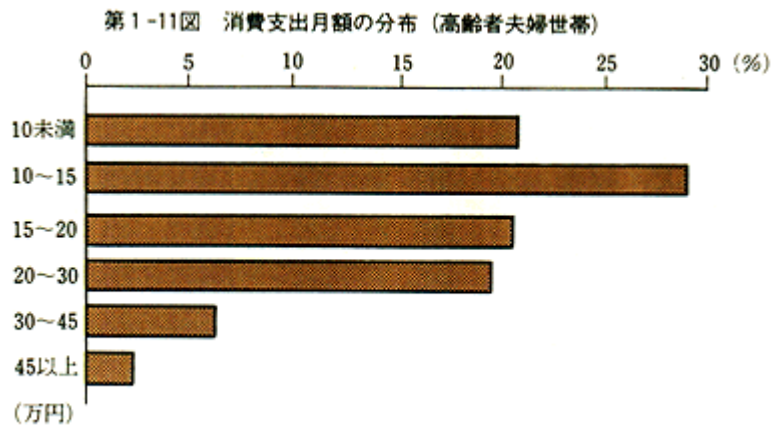
第1-10表 消費支出の内訳(勤労者世帯・高齢者夫婦世帯)

		勤 労 者 世 帯	高 齢 者 夫 婦 世 帯
世帯主の平均年齢(歳)		42.2	70.9
平均年間収入(万円)		553.7	334.9
平均貯蓄残高(万円)		564.6	975.8
平均消費支出月額(万円)		27.3	17.4
1人当たり 平均消費支出月額(万円)		7.1	8.7
支 出 構 成 (%)	合 計	100.0	100.0
	食 料	28.1	27.0
	住 居	4.6	6.7
	光 熱 ・ 水 道	5.6	7.0
	家具 ・ 家庭用品	4.1	5.0
	被 服 及 び 履 物	6.6	5.8
	保 健 医 療	2.4	3.8
	交 通 通 信	10.4	8.7
	教 育	4.2	0.0
	教 養 ・ 娯 楽	8.5	10.7
	その 他 の 消 費 支 出 交 際 費	25.5 7.9	25.4 15.6

資料：総務庁統計局「全国消費実態調査」(昭和59年)

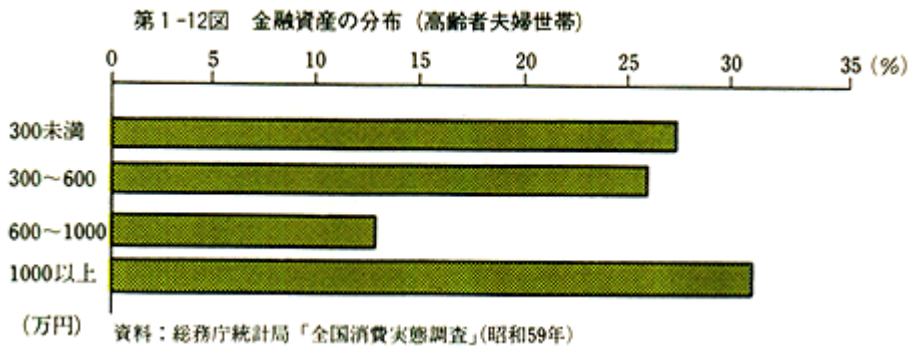
(注) 高齢者夫婦世帯とは、夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦のみの世帯をいう。

第1-11図 消費支出月額の分布(高齢者夫婦世帯)



資料：総務庁統計局「全国消費実態調査」(昭和59年)

第1-12図 金融資産の分布(高齢者夫婦世帯)



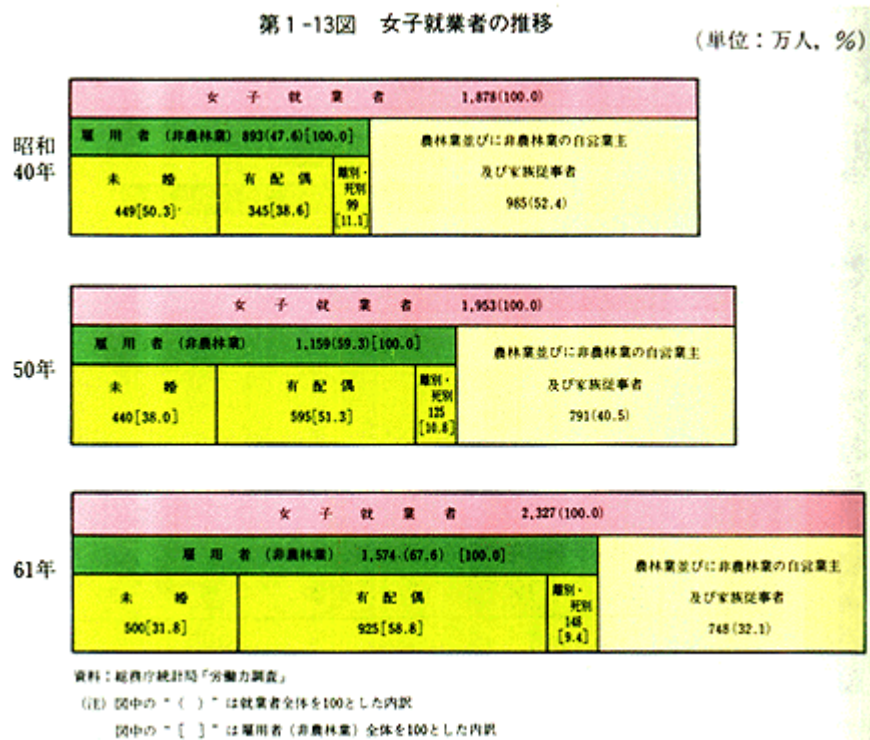
これまで、高齢者は所得水準が低く消費水準も低いという考え方が一般的であったと思われるが、以上のように、高齢者の生活は、極めて多様で、個性的なものになっており、一方で、二極分化の傾向もみられる。したがって、高齢化への対応は一律に行うことでは十分とは言えず、それぞれのニーズに応じたきめ細かな対応が求められている。

(女性の社会進出)

出生率の低下、家事負担の軽減、女性の高学歴化、自立意識の高まり等、女性のライフスタイルの変化に伴い、女性の社会進出が近年著しく、女性の雇用機会も急速に増大している。

第1-13図は、女子就業者の割合等の年次推移を示したものである。女子就業者のうち雇用者(非農林業)の割合は、40年47.6%、50年59.3%、61年67.6%と着実な伸びをみせている。また、女子雇用者に占める有配偶の割合は昭和49年に5割を超え、61年では58.8%と、働く主婦が一般化しつつある。

第1-13図 女子就業者の推移



このように、働く女性の増大は、家事、育児、介護等の家庭機能に大きな影響を与え、女性がその大きな担い手である家事の部を外部からのサービスに任せる、いわゆる家事機能の外部化が大きく進みつつある。社会保障の面からも、このような女性の社会進出により増大する老人や児童の社会保障ニーズへの対応が求められている。

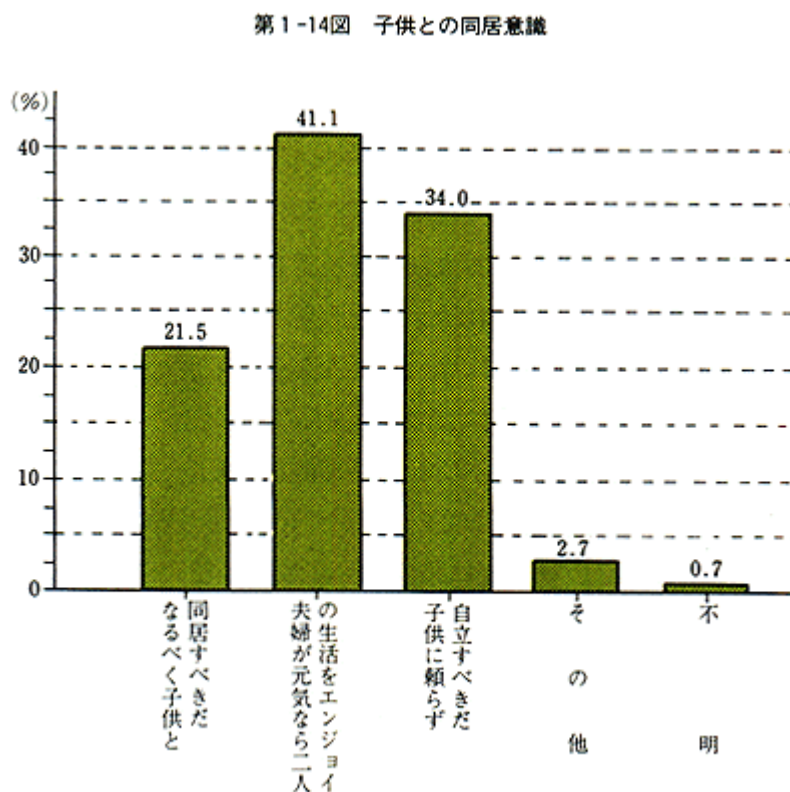
(価値観・生活意識)

このような、世帯構造の変化や所得水準の向上、女性の社会進出の高まりといった国民生活の変容は、国民の意識や価値観を大きく変化させつつある。

近年、価値観や国民意識の変化として、物質的な豊かさから精神的、文化的豊かさへの要求の高まり、仕事中心の生活から個人生活の重視、「男は仕事、女は家庭」といった伝統的な男女の役割分担意識の低下などがあげられている。

例えば、厚生省の「実年に関する有識者調査」(昭和62年3月)により、「ヤング・オールド」とも呼ぶべき実年世代の子供との同居についての考え方をみると(第1-14図)、21%の人が「なるべく子供と同居すべきだ」と答えているのに対し、「夫婦が元気なら二人の生活をエンジョイ」と「子供に頼らず自立すべきだ」を合わせると75%にもものぼっており、今後は子供との同居率の一層の低下傾向をうかがわせる。

第1-14図 子供との同居意識



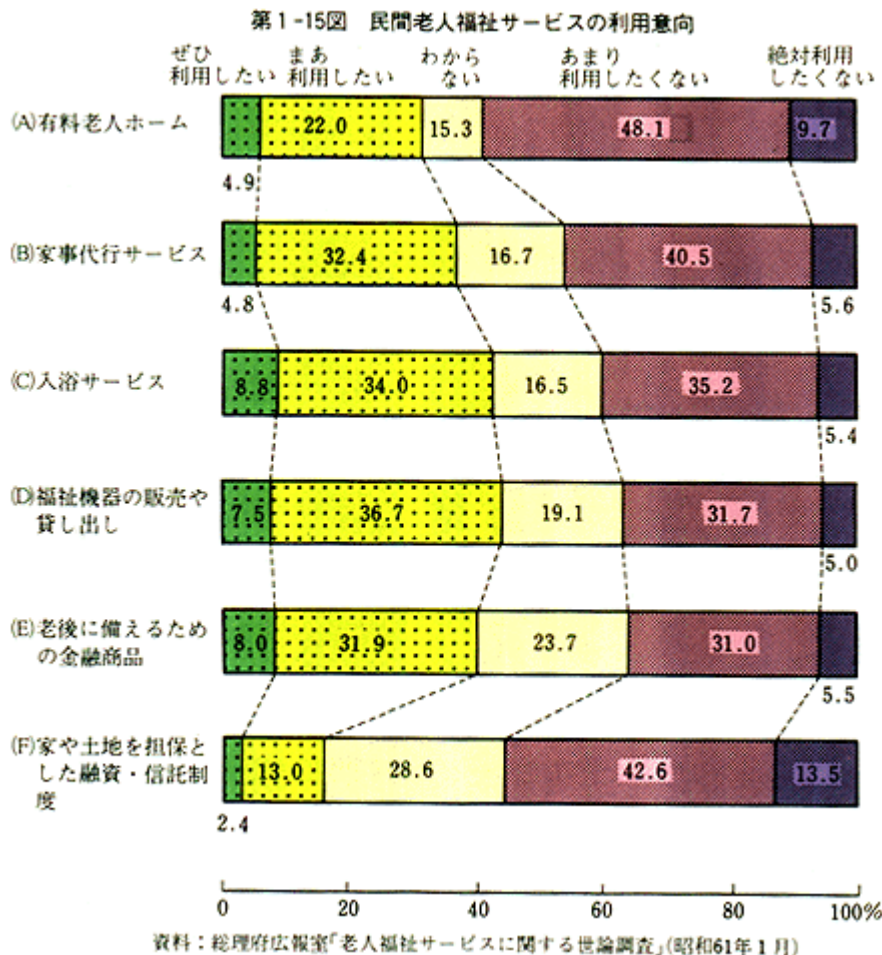
資料：厚生省政策課「実年に関する有識者調査」(昭和62年3月)

また、総理府広報室の「実年に関する世論調査」(昭和61年12月)により、老後の資産の使い方をみると、「将来自分(夫妻)の生活のために備えたい」と「現在の自分(夫婦)の生活の充実のために使いたい」とする者を合わせると約8割を占め、「子供のために使いたい」は2割にも満たない。

このように、「老後生活自立型」とも呼べる新しい国民意識が登場しつつあるが、このような国民の意識の変化は、社会保障サービスについても、これまでの画一的なサービスから、個人のニーズに適応した質の高いサービスや生活の必要度に応じて選択可能なサービスへのニーズを高めている。

第1-15図は、総理府広報室の「老人福祉サービスに関する世論調査」(昭和61年1月)により、民間老人福祉サービスに対する利用意識をみたものであるが、利用したいという答えが多いのは、「福祉機器の民間企業による販売や貸し出し」(44.2%)、「入浴サービス」(42.8%)、「老後に備えるための金融商品」(39.9%)などであり、特に、収入が多い層ほど、また、大都市部で利用意向が強い。これは、国民の多様な、質の高いサービスへの欲求のあらわれとみることができ、事実、民間サービスを利用するメリットとして「自分のニーズにあったサービスが受けられる」を挙げた者が23.5%で最も多い結果となっている。

第1-15図 民間老人福祉サービスの利用意向



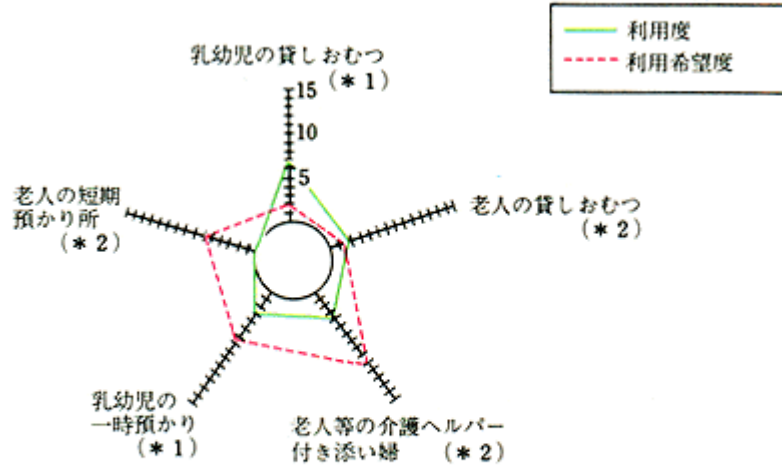
特に、今後、経済のサービス化やソフト化に伴い女性の社会進出がますます進むことが予想されるが、社会保障についても、従来女性が担ってきた家庭機能を社会保障サービスに求め、必要なサービスは購入しようとする意識も拡大していくものと考えられる。

例えば、主婦の家事委託について国民生活センターの「第17回国民生活動向調査」(62年3月)をみると、家事を委託することについて「抵抗を感じない」とする者が全体で23%であるが、特に20代の若い主婦は27%と高くなっている。また、乳幼児や老人に関するサービスについて利用度と利用希望度をみると、乳幼児や65歳以上の老人のいる主婦の現在の利用度は低く、「乳幼児の貸しおむつ」が目につく程度であるが、将来の利用希望度をみると、「老人等の介護ヘルパー、付き添い婦」や「老人の短期預かり所」など在宅サービスが利用度に比べて利用希望度が高いことが示されている(第1-16図)。

第1-16図 老人・乳幼児等に関するサービスの利用度と利用希望度

第1-16図 老人・乳幼児等に関するサービスの利用度と利用希望度

(単位：%)



資料：国民生活センター「第17回国民生活動向調査」(昭和62年3月)

(注) 1. 利用度とは、過去3年間に当該サービスを利用した者の割合であり、利用希望度とは、今後3年間に利用を希望する者の割合をいう。

2. (*1)は乳幼児のいる世帯に対する割合

(*2)は65歳以上の者のいる世帯に対する割合

また、総理府広報室の「保健医療サービスに関する世論調査」(昭和62年6月)によると、長期間の療養が必要になった場合に看護婦の訪問サービスを利用したいかとの質問に対し、「ぜひ利用したい」(27.6%)、「費用が安ければ利用したい」(32.1%)、「サービスの内容が良ければ利用したい」(20.6%)を合わせて8割近くの人が利用を希望している。

(社会保障ニーズの変化)

国民の生活水準の向上や価値観の変化、社会保障制度の拡充等により、国民の社会保障ニーズは、全体として「給付の水準」から「サービスの質」へ移行しつつあると指摘できる。また、求められるサービスの内容についても、これまでの画一的なサービスから、個々人の生活形態や価値観に応じて選択しうる多様なサービスが要求されるようになりつつある。さらに、多少の費用負担をしてもより質の高いサービスを求めるという傾向も次第に高まってきている。

第1編

第1章 社会保障を担う人々

第2節 社会保障マンパワーの現状と特質

前節においてみたように、人口の高齢化、生活水準の向上、婦人の社会進出、価値観の多様化などにより、国民は社会保障に対して、これまでよりも多くの、また多様なサービスの提供を求めるようになってきている。これに伴い、社会保障施策の方向も、これまでの医療保障、所得保障制度中心の「給付と負担の均衡」のための施策だけでなく、次第に「保健・医療・福祉等の社会保障サービス(社会サービス)供給体制の整備」のための施策に重点が置かれつつある。

「質の高い社会サービスの安定的供給」が、今後の社会保障の大きな課題であり、そのためには、

- 1) 保健、医療、福祉の各種サービスが個別に供給されるのではなく、全体が統合化(インテグレート)され、相互に連携のとれたサービスを供給すること。
- 2) 全国画一的なサービスではなく、住民のニーズに応じた地域主体の「コミュニティサービス」を提供すること。
- 3) 公的部門に加え、民間サービスの積極的な活用を図ることにより、公的部門と民間部門の役割分担を明確にした上で、供給主体を多元化し、幅の広いサービスを供給すること。また、民間サービスの質を確保するとともに、利用者の信頼をそこなうような過度の利潤追求に陥ることのないよう十分配慮すること。

など施策の基本的見直しが必要である。

社会サービスは、「対人サービス」が中心であるという点に特色があり、したがって、「質の高い社会サービスの安定的供給」を図っていくためには、制度面での改革を進めていくとともに、サービスの直接の担い手であるマンパワーの量の確保と質の向上が重要になってくる。以下では、このような観点から、社会保障を支えるマンパワーに焦点を当てて、社会サービスの供給体制の整備の方向についてみていくことにする。

第1編

第1章 社会保障を担う人々

第2節 社会保障マンパワーの現状と特質

1 社会保健マンパワーの現状

(1) 社会保障を担うマンパワーの層の厚さと幅の広さ

社会保障を担うマンパワーは、保健、医療、社会福祉、社会保険、公衆・生活衛生など国民生活の基盤をなす極めて広い分野にまたがっている。

また、高度の専門的知識・技術を有し公的資格として確立している医師、看護婦等の専門職としてサービスを担っている人々、保健所・福祉事務所等の行政機関に保健や福祉の担当者として勤務する人々、社会福祉施設等に従事して日々入所者の生活の援助を行っている人々、地域において自主的な活動によって要援護者の力になろうとしている人々など、実に幅広い層の人々からなっている。

ちなみに、法律で職種や資格の定められているものを単純に合計しても、約40の職種に及んでいる。また、その総数は、理・美容師、クリーニング師等も含めると約330万人(昭和61年)であり、保健、医療、福祉関係者だけでも約220万人(同年)にのぼっている。

特に、40年代後半以降の社会保障マンパワーの増加のテンポは著しく、労働力人口全体の増加の1.3倍となっており、今日では労働力人口(6,020万人、61年)全体の約18人に1人が社会保障分野で活躍している(第1-17表)。

第1-17表 社会保障を担う人々

第1-17表 社会保障を担う人々(推計数)
【第一線で社会保障関係業務に携わっている就業者】

(単位:千人)

	昭和45年	50	55	61
I. 保健・医療関係者	725 (100)	897 (124)	1,126 (155)	1,418 (196)
II. 社会福祉関係者	296 (100)	447 (151)	576 (195)	672 (227)
III. 公衆・環境衛生等 関係者	852 (100)	959 (113)	985 (116)	1,075 (126)
IV. 社会保険関係者	87 (100)	92 (106)	93 (107)	93 (107)
合 計	1,960 (100)	2,395 (122)	2,780 (142)	3,258 (166)
(参考) 労働力人口	51,530 (100)	53,230 (103)	56,500 (110)	60,200 (117)

資料:厚生省統計情報部「病院報告」、「医師・歯科医師・薬剤師調査」、「厚生省報告例」、
「社会福祉施設調査」
厚生省社会局「福祉事務所現況調査」
総務庁統計局「労働力調査」、自治省「地方公共団体定員管理調査」
(注) () 内は、45年を100とした指数

第1編

第1章 社会保障を担う人々

第2節 社会保障マンパワーの現状と特質

1 社会保健マンパワーの現状

(2) 社会保障マンパワーの沿革

戦後の我が国の社会保障は、結核などの伝染病対策とともに、生活困窮者の最低生活を保障することが緊急の課題であり、昭和20年代にはいわゆる「福祉三法」と呼ばれる生活保護法(21年)、児童福祉法(22年)、身体障害者福祉法(24年)が制定された。このため、当時の社会保障マンパワーは、分野としては、伝染病対策、救貧・防貧対策等を中心に拡充がみられた。

その後、30年代に入ると、36年には国民皆保険・皆年金が実現し、社会福祉の分野では精神薄弱者福祉法(35年)、老人福祉法(38年)、母子福祉法(39年)が制定され、「福祉六法」の時代になった。これに伴って、新たな職種として、精神薄弱者福祉司、老人福祉指導主事、母子相談員等が定められている。

30年代半ばから40年代末の石油危機までは、高度経済成長の時代であり、社会保障制度についても大幅な拡充がみられた。特に、「福祉元年」と呼ばれる48年には、老人医療費の無料化、医療保険の給付率の改善、年金の物価スライドの導入などが行われている。

高度成長期におけるマンパワーの動向を保健医療分野に例をとると、保健医療需要の増大や医学・医療技術の進歩に伴う医療内容の高度化などに対応して、マンパワーの増員や専門分化が図られた。例えば、医療マンパワーの中核をなす医師、歯科医師、薬剤師及び看護婦を例にとると、30年の28万5,000人から61年には70万9,000人あまりに増加しているが、特に、40年代後半以降の伸びが著しい。また、保健医療サービスの高度化・多様化に対応して、40年代に入ってから、理学療法士、作業療法士(ともに40年)、診療放射線技師(43年)、臨床検査技師(45年)などの新たな資格制度が創設されている。

また、40年代以降、都市化の進展に伴う生活衛生サービスの増大や食生活の多様化、食品流通の広域化、輸入食品の増大等に伴う食品衛生行政の拡大等により、生活衛生マンパワーの増大がみられる。

50年代に入ると、40年代後半に引き続いて医師、看護婦等の保健医療マンパワーの増大がみられるとともに、高齢化に伴う老人福祉施設の整備や在宅老人福祉サービスの拡充、老人保健法(57年)による保健事業の推進などによって、保健、福祉マンパワーが大きく増大していることが特徴である。

第1編

第1章 社会保障を担う人々

第2節 社会保障マンパワーの現状と特質

1 社会保健マンパワーの現状

(3) 最近の特徴

(マンパワーの層の拡大)

このように、我が国において社会保障を支えるマンパワーは、社会保障制度の拡充とともに増加し、その職種も多様化してきたが、近年、前に述べたような「フォーマル部門」のマンパワー(法律その他で資格や職種の定められているもので、第一線で社会保障業務に携わっている専門的な就業者)ばかりでなく、各種ボランティア等「インフォーマル部門」のマンパワーが増大しつつあることが特徴として挙げられる。

例えば、各都道府県や市町村に登録されている福祉ボランティア数をみると、55年の160万人から61年には290万人と増大しており、各種意識調査や実態調査等から福祉ボランティアを支える層は、量的には400万人に達するものと推計されている。

また、後述するように、老人クラブによる老人自身のボランティア活動や、学生・主婦層のボランティア活動への参加など新しいボランティアの流れもみられる。

しかしながら、欧米諸国と比較すれば、我が国においては、国民の間にまだボランティアとして社会保障に参加するという意識は薄く、この「インフォーマル部門」のマンパワーは未成熟であり、この点が今後の大きな課題である。

(民間部門のマンパワーの増大)

これまで社会サービスは、医療サービスについては民間の供給主体が中心であったが、保健サービスや福祉サービス等は公的機関が自ら供給主体となって供給するものが中心であり、このため、マンパワーも公務員や公的機関の職員が中心であった。しかしながら、近年、民間の供給主体によるサービス供給が増加し、これに伴って、民間部門のマンパワーが増大しつつある。

例えば、社会福祉施設の職員を例にとると、長い間公的施設の従事者が民間施設の従事者を上回っていたが、50年代後半には民間施設従事者が上回るに至った。

(高い女性マンパワー比率)

昭和60年の国勢調査により産業中分類ごとに女子就業者の比率をみると、「サービス業」全体の女子就業者比率は50%であるのに比し、「社会保険、社会福祉業」は79.4%、「医療業」は72.3%と最も女子就業比率の高い業種に属している。

また、婦人の社会進出などにより、社会保障マンパワーに占める女性の比率は一層高まる傾向にある。

第1編

第1章 社会保障を担う人々

第2節 社会保障マンパワーの現状と特質

1 社会保健マンパワーの現状

(4) 主な社会保障マンパワーの動向

次に,社会保障分野のマンパワーについて,その動向をみてみよう。

(医師,歯科医師)

医師については,昭和45年に「昭和60年までに人口10万対最小限150人の医師を確保する」という目標が設定され,これに沿って養成が進められてきた。この結果,医師数は,一県一医大構想等の実現もあり,58年にはこの目標が達成され,61年末には19万1,000人,人口10万対157人と,ほぼ欧米水準に到達している。

さらに,医師養成数がこのまま推移すれば,人口10万対医師数は75年には220人,100年には300人となり,将来の医師数の増加に伴う問題が憂慮されるとして,厚生省の「将来の医師需給に関する検討委員会」は医師の需給問題について検討を行った結果,61年6月に「昭和70年を目途に医師の新規参入を最小限10%削減する」との最終意見を取りまとめた。医学教育の総合的な改善を進めていた文部省でも,医学部の学生数について調整を行う必要があるとしており,62年度までに医科大学の入学定員は120名削減されたところである。

一方,医師については,医学医術の進歩に対応し,国民により良い医療サービスを提供しうる医師の資質の向上が課題であり,そのため,医師の生涯教育体制の整備,医科大学卒業後の臨床研修の在り方の見直し,医師国家試験の見直し等が行われている。

歯科医師については,60年までに人口10万対50人が目標とされたが,61年末の総数は6万7,000人,人口10万対55人となっており,医師と同様,既に目標を達成し,今後急速な増大が見込まれている。このため,「昭和70年を目途に歯科医師の新規参入を最小限20%削減する」という「将来の歯科医師需給に関する検討委員会」の最終意見が出されて,医師と同様の対策が講じられている。

一方,医師,歯科医師数については,全国的にみれば相当の水準に達しているものの地域的にはかなりの偏在がみられる。61年の人口10万対の医師数は11大都市236人,市部157人,郡部94人となっており,歯科医師数はそれぞれ89人,52人,33人となっている。

無医地区は,41年の2,920から59年の1,276に減少しているが,今後ともこうした地域偏在の是正が課題である。

(薬剤師)

61年度末の届出薬剤師総数は,13万5,990人で,その57.8%は薬局や医療施設に従事している。しかし,近年,バイオテクノロジー応用医薬品の出現や,臨床薬学の発達等,医学・薬学の進歩は著しく,薬剤師に要求される知識・技能の水準も多様化・高度化している。

また,医薬分業の進展などに伴い,次第に調剤薬局も増加し,地域医療において薬剤師が果たすべき役割も増大していることから,薬剤師の資質の一層の向上が要請されている。

このため、62年7月から「薬剤師養成問題検討委員会」を設け、薬剤師の生涯教育の在り方、変化する医療需要に対応した薬剤師像などについて総合的な検討を行っている。

(保健・看護マンパワー)

まず、国民の健康づくりを進めるうえで重要な役割を担っている保健婦についてみると、就業者は61年末現在2万2,000人となっており、その多くは保健所や市町村に勤務している。

58年2月から実施された老人保健法に基づく健康相談、健康診査、訪問指導等の保健事業は、保健婦がその中核を担っており、家庭にいる退職保健婦の活用等によりこれまで計画的な増員を図ってきている。

次に、看護婦については、49年度及び54年度の2次にわたる需給計画に基づき計画的な増員が図られてきており、61年末の就業者数は64万人となっている。

しかしながら、地域別にはまだ格差があり、さらに、後述するように高齢化等に伴い在宅ケア等看護需要の増大が予想されることなどから、今後、ナースバンクによって在宅の未就業看護婦の活用を図るなどによりその確保を図っていくことが課題である。

また、国民の健康意識の高まり等に伴い、運動を中心とする積極的な健康づくりが求められるようになってきている。このような観点から、健康運動づくりのマンパワーを確保するため、新たに運動を通じた健康づくりについて専門的な知識・技術を備えた運動指導員の養成を図るとともに、地域住民の運動リーダーとしてボランティアの運動普及推進員の育成を推進することとしている。

(コメディカル)

医学的なリハビリテーションを行う専門技術者である理学療法士(PT)と作業療法士(OT)については、61年現在それぞれ6,100人、2,600人の免許取得者がいる。人口の高齢化に伴って増加した脳血管障害患者や心身障害児(者)に対するリハビリテーションの需要が増大し、一般病院や社会福祉施設でのリハビリ需要に対応できないなどの問題も指摘されているが、50年代以降養成施設の拡充が図られた結果、現在ではOT、PTは急増しつつある。

また、医療技術の急速な進歩等に対応して、近年、人工透析装置、人工心肺装置等の生命維持装置の操作やリハビリテーション医療の普及・定着のための義肢装具の製作・適合が専門分野として重要性を増してきており、その専門職の資格化が課題となっていた。これについては、第108回国会(62年)において「義肢装具士法」及び「臨床工学技士法」が成立し新たな資格が創設され、63年4月の施行に向けて準備が行われている。

(福祉マンパワー)

各種福祉施策の拡充等に伴って、保母や寮母などの社会福祉施設職員や家庭奉仕員など社会福祉関係業務に携わっているマンパワーは毎年2万人前後増加しており、現在は約70万人に達しようとしている。

このうち、高齢化、長寿化に伴ってウエイトが増大しつつある介護マンパワーについてみると、在宅要援護者を介護し、日常生活の援助を行う家庭奉仕員については、57年11月以降、低所得者世帯以外の世帯にもサービスが提供されるようになったことに伴い大幅な増員が行われ、62年度には2万5,000人となっている。

今後、後期老年人口(オールド・オールド層)の増加、世帯構造の変化、女性の就労などに伴って増大する介護ニーズに適切に対応するためには、要介護者に対して専門的知識・技術をもって相談・指導を行ったり、食事・排せつ・入浴等の介護を行う介護マンパワーを確保していくことが重要である。このような観点から、第108回国会(62年)において、「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定され、福祉専門職が制度化されたところであり、63年4月からの同法の施行をめざして、養成施設の指定基準、養成カリキュラムの科目及び時間数等について具体的な基準づくりが行われた。

(生活衛生マンパワー)

生活衛生の分野においても、都市化の進展に対応して居住環境の衛生水準の向上を図るため、ビル衛生管理技術者、環境衛生監視員等のマンパワーの確保が図られてきている。また、クリーニングや理・美容等の国

民生活に身近なサービスについても,それぞれ専門技能や知識を有するマンパワーが定着している。

また,近年,輸入食品,加工食品等の増大により,食品の安全性の確保が大きな課題となっており,食品衛生監視員の役割がますます重要となってきた。さらに,生活水準の向上や都市化の進展に伴い,家庭の雑排水の処理及び便所の水洗化が大きな課題となっており,雑排水の処理を行う浄化槽の保守点検の業務に従事する浄化槽管理士の制度が58年に新たに創設された(62年11月現在資格取得者約25,000人)。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第1章 社会保障を担う人々

第2節 社会保障マンパワーの現状と特質

2 社会サービスと社会保健マンパワーの特質

昨年の白書で、高齢化とともに拡大、多様化が求められる保健、医療、福祉サービスを個別の分野にとらわれず、幅広く「社会サービス」という観点から捉える必要があると述べたが、社会サービスとしての保健、医療、福祉サービスは、一般のサービス分野と異なり次のような特質を有している。

ア 不特定多数を対象とするサービスではなく、何らかの経済的・社会的又は身体的・精神的なハンディキャップを有する者を対象とするサービスである。

イ 対象者の生命、健康、財産、生活や個人のプライバシーに直接かかわるサービスである。

ウ 対象者間の個人差が大きく、対象者の特性に応じたきめ細かなサービスが要求される。

エ 医療サービスなど技術進歩の著しい分野では、常に高度な専門的知識、技能に裏付けられたサービスが求められる。

したがって、社会サービスに従事するマンパワーには、他のサービス業従事者以上に専門性・技術性が要求されるだけでなく、同時に、「豊かな人間性」や強い「倫理性」が要求されることがその大きな特徴といえる。

(現在のサービス提供の問題点)

一方、現在の保健、医療、福祉など各種のサービスの実情を社会サービスという観点から見た場合、次のような問題点が指摘できよう。

ア 個人に対するサービスが中心であるため、ややもすればサービス提供者の人格や熱意といった属人的な資質に重きが置かれがちであり、サービスの客観的な評価基準が十分確立されていない。

イ 介護、リハビリテーションなど高齢化に伴い増大するサービスの中には、必ずしも専門性・技術性が確立しきれていない分野が存在する。

ウ 保健、医療、福祉ごとに分野が分かれており、また、専門職がそれぞれの分野ごとに分かれているため、相互の連携が十分に行われず、縦割型のサービス供給の弊害がみられる。

エ 画一的、一方通行的なサービス供給になりがちであり、サービスを受ける側に対する配慮(受け手志向)が十分になされていない。

今後、社会サービスの質の向上を図っていくためには、その担い手であるマンパワーを確保し、その質の向上を図るとともに十分に活用していくことが重要であり、次のような方向で対応を図っていく必要がある。

厚生白書(昭和62年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第1章 社会保障を担う人々

第3節 社会サービスの拡充と新しいマンパワー像

1 社会保障マンパワーの量的確保と質の向上

(社会保障マンパワーの将来予測)

21世紀初頭(昭和75年)の社会保障マンパワー(法令その他で資格や職種の定められている第一線の専門的な就業者)は、第1-18表のように約470万人と推計され、現在より約150万人の増加が必要と見込まれる。

第1-18表 社会保障を担う人々の将来推計

第1-18表 社会保障を担う人々の将来推計 (昭和75年)

(単位:万人)

	(I) 保健・医療 関係者	(II) 社会福祉関係者	(III) 公衆・環境 衛生等関係者	(IV) 社会保険関係者	合 計
社会保障を担う 人々	約235	約111	約116	約9	約472

(推計方法)

IとIIについては、高齢人口の伸びと同程度と仮定した。
IIIについては、総人口の伸びと同程度と仮定した。
IVは昭和61年の数字を用いた。

前述したように、医師・歯科医師等は既に量的には一定の水準が確保されており、今後は医師の生涯教育等資質の向上が課題とされている。

一方、いわゆるオールド・オールド層(後期老年人口)の増大に伴い、今後、介護サービスや看護サービスに従事するマンパワーが求められることが、今後の社会保障マンパワー政策を考える上での大きな特徴であり、これらの介護、看護部門のマンパワーの量の確保と質の向上が社会保障施策の大きな課題である。

特に、要介護老人対策については、特別養護老人ホームや老人保健施設など施設体系の整備とあわせ、在宅介護を支援する在宅サービスの拡充が求められている。このような観点から、公的部門と併せて、民間部門の介護マンパワーの養成、確保が今後の課題だが、前述した「社会福祉士及び介護福祉士法」の制定は、専門的な介護マンパワーの養成に大きな役割を果たすものと期待される。

例えば、保母養成専門学校に老人介護の専門科目を設けるなど、積極的に老人介護マンパワーを養成してこういう試みもみられる。

(家庭婦人の社会サービスへの活用)

前述したように、家事労働の軽減や女性の経済的・精神的な自立意識の高まりなどにより、家庭婦人の社会進出が進んでおり、就労はもとより、積極的に社会活動に参加しようとする女性はかなりの数にのぼっている。

このような婦人の社会進出は、児童の養育や老人の介護などの家庭機能や家事労働の外部化という形で社会サービスに対するニーズを増大させるが、一方で、社会サービスの供給の担い手として家庭婦人層の活用を図っていくことも重要である。

例えば、家庭でねたきりの老親の介護を経験した主婦が、その知識や経験を地域において役立てるようなコミュニティサービスのシステムづくりが、これから必要になるものと考えられる。既に、家庭の主婦を登録、専門的に研修を行い、地域のホームヘルパーとして活用しようという試みも行われている。

また、これから急速な高齢化に伴い、看護サービスに対するニーズがますます高まってくるものと考えられる。

特に、ねたきり老人等の在宅療養のためには、それを支援する訪問看護婦や訪問指導を行う保健婦の確保が重要である。

看護婦を例にとると、看護婦資格を持ちながら退職して家庭にいる未就業看護婦はかなりの数にのぼるものと推測される。

医療機関と連携をとった訪問看護サービスや老人保健法に基づく訪問指導事業のマンパワーとして、これら未就業看護婦(保健婦)の活用を図っていくことが、ねたきり老人等の在宅療養推進のひとつのキーポイントとなるものと考えられる。

このため、厚生省では、都道府県に設置されたナースバンク事業(ナースバンク登録者への就業斡旋)を推進し、これらの潜在看護婦(保健婦)の掘り起こしを図っているところである。また、地方公共団体でも、潜在看護力を活用して在宅療養者に対する訪問指導等のサービスを提供しているところもある。

〔潜在看護力を活用した訪問看護－神奈川県〕

神奈川県では、昭和60年度より在宅の長期療養者に対して看護婦資格を持つ家庭婦人を活用した訪問看護婦による訪問看護を実施している。

訪問看護婦は62年度までの3か年で182名が登録されているが、30代、40代の看護婦の資格を有する家庭婦人がその約7割を占め、半月あまりの県の認定講習会を受けた後、登録される。市町村はこれらの認定された訪問看護婦を委嘱するという形で訪問看護を実施している。一方、保健所を中心に在宅ケア専任保健婦を養成し、訪問看護婦の指導、助言、同行訪問などにあたっている。

また、市町村は訪問看護婦の実施にあたって、具体的な処遇検討のため、医師、保健婦、訪問看護婦、その他の関係者からなる「市町村在宅ケアケース検討会議」を定期的に開催し、保健や福祉の分野も含めた地域において提供可能なサービスの調整を行っている。さらに、主治医との連携も十分に行い、退院患者の場合は病院との連絡を密にすることによって、サービスの連続性の維持に努めている。

また、サービスの質を確保するために、「訪問看護マニュアル」を作成して訪問看護婦の手引書として活用している。

神奈川県では市町村との協力により、65年度までに全市町村での実施を目指して、訪問看護を中心とした総合的な在宅ケアシステムの構築に取り組んでいる。

第1編

第1章 社会保障を担う人々

第3節 社会サービスの拡充と新しいマンパワー像

2 幅の広いサービスを支えるマンパワーの重層化

今後、急速に増大、多様化が見込まれる社会サービスのニーズに对应していくためには、上記のような専門性を必要とする「フォーマル部門」のマンパワーの増大だけでなく、地域住民、各種ボランティア等「インフォーマル部門」のマンパワーを拡充することによりマンパワーの重層化を図り、厚みのあるマンパワーを確保していく必要がある。

(ボランティア層の拡大)

生活水準の向上や自由時間の増大などに伴って、高齢者や婦人を中心にボランティア活動に対する関心が高まりつつある。例えば、昭和58年の「ボランティア活動に対する世論調査」によれば、約6割の者がボランティア活動に関心があると答えている。

特に、最近では、老人自身が単に社会サービスの受け手としてだけでなく、余暇を活用して自らの生きがいを高め、社会サービスの担い手として積極的な社会参加を行う動きもみられる。

老人クラブ活動においても、「老人クラブ社会参加モデル推進事業」等を実施し、地域のひとりぐらし老人に対する友愛訪問や郷土芸能保存運動など、老人の知識や経験を生かした地域交流事業の活発化を図っている。

〔動物園シルバーガイドー東京都〕

上野動物園と多摩動物公園で黄色の制服に身を包んだお年寄り達が、動物舎の前で子僕達に説明をしたり、迷子を保護したり、そろって写真を撮ろうとする家族連れにカメラを向けて撮影を手伝ったりしている姿がみられる。

お年寄り達は、東京都社会福祉総合センターから派遣された都内に住む「動物園シルバーガイド」と呼ばれる人たちである。現在、62名(男性38名、女性24名)のシルバーガイドは、昭和61年8月の東京都社会福祉総合センターが行った募集に応募し、その後動物園で動物に関する知識などの研修を受けた後、62年5月から週に1～2回のペースで動物園に通い、動物園の総合案内、動物についてのガイド、動物園の行事への協力などを無償で行っている一種のボランティアである。

元気なお年寄りが、子供達や家族連れにやわらかな物腰で接している姿はほほえましく、また訪れる人々にも好評のようである。

一方、社会サービスの供給主体という観点からボランティア活動をみた場合、個々人の自発的意思によっているため、サービスの質や内容にバラツキがあり、さらにサービスを継続して提供することに不安があるという問題も指摘されている。

我が国において、ボランティア活動を地域福祉の一翼を担うものとして育てていくためには、ボランティア活動の自主性を尊重するとともに、活動のインセンティブを高めていくための拠点づくりや基盤整備が重要である。

厚生省では、ボランティア活動の拠点づくりを推進するため、市町村の社会福祉協議会に「ボランティアセンター」の整備を進めてきたが、60年度からは、福祉ボランティアのまちづくり事業(ボラントピア事業)を推進している(62年3月現在128か所)。

また、ボランティア活動の基盤整備のために、地域における「ボランティア基金」の設置を推進している。これは、民間企業や市民からの寄付を積み立てて、地域のボランティア活動に対して資金援助を行う基金で

あり、61年度からボランティア基金に対する寄付金を「指定寄付金(注)」扱いとしたところである。

(注)指定寄付金とは、社会福祉や科学技術の振興等公益を目的とする事業を行う法人又は団体に対する寄付のうち、募集の範囲、目的等一定の要件を満たすと認められるもので大蔵大臣が指定したものをいう。法人がこれに該当する寄付を行う場合には、損金算入限度額に関係なく、寄付した金額を損金算入できる。

〔ボランティア登録カード—石川県金沢市〕

石川県金沢市では、62年4月から県社会福祉会館内に「ボランティアコーナー」を設置した。ここにあるボランティア登録カードには、ボランティア活動をやってみたい人、グループの活動可能日、希望する活動場所、内容等が記入され、市の社会福祉協議会がボランティア派遣を斡旋している。「ボランティア活動をしたいがどうしていいかわからない」という市民の声が多いのに対応してそれを具体的な活動に結びつけようというねらいで設けられた。

金沢市は、60、60年度に「ボラントピア事業」の指定を受け、その間、地区の社会福祉協議会を中心にひとりぐらし老人の訪問、ねたきり老人の入浴補助、病院へのおむつ寄贈等の活動を展開した実績があるが、「ボランティアコーナー」の設置はそれを更に拡大させたもので、市の社会福祉協議会では市民全員の参加を呼び掛けている。また、1億円の募金を目指して「ボランティア基金」も設置され、ボランティア活動のための情報収集、リーダーの育成、ボランティア保険料として活用されている。

(幅広い参加と福祉マインドの養成)

「厚みのある地域サービス」を提供するためには、社会サービスの供給に直接携わる専門家だけでなく、広く国民誰もが社会的連帯の精神に立って社会サービスの基盤を支えていくことが重要である。

このような観点から、次代を担う学童、生徒の福祉教育やボランティア活動への参加等は、「福祉マインド」の養成という観点から地味であるが重要な意義を持つものと考えられる。

最近、こうした「福祉マインド」を養うための取組みが学校教育の場においても活発になってきている。例えば、学童、生徒のボランティア活動についてみると、昭和62年度は3,260校が「社会福祉協力校」として活発な活動を行っている。また、多くの都道府県において、福祉教育に関する手引書や副読本を作成している。

〔住民の福祉教育、介護研修の場—静岡県あしたか特別養護老人ホーム〕

静岡県沼津市にある「あしたか特別養護老人ホーム」では、地域住民や小・中・高校生や大学生を対象とした福祉教育や介護の実践の場として以下のような取組みを行っている。

近くの私立高校では、家庭科のカリキュラムに「家庭科福祉コース」を設け、同ホームでの体験学習を盛り込み、1年生42名、2年生35名が、10人ずつ4班に分かれて2泊3日でねたきり老人の食事・入浴の介助やおむつ交換などの実習を行っている。

また、同ホームでは、夏休み期間を利用して、地域の子供達に福祉施設や人間の老いを理解してもらおうと、小学校4年生から6年生までの児童を対象に1泊2日の「福祉合宿」を実施している。参加児童の大部分は家庭に老人がいない児童で、合宿を通じて学校や家庭で得られぬ体験を積んでいる。

さらに、同ホームでは、ホーム周辺市町の婦人が家事や炊事の暇を見つけて在宅のねたきり老人などの介護の技術を身につけられるよう、「老人介護技術研修セミナー」を開催している。セミナーでは寮母による介護実技講習、看護婦による老人の健康、栄養士による老人の食事等の講義を受け、昭和62年12月現在、134名の修了者が家庭や地域の介護マンパワーとして活躍している。

労働時間の短縮や週休2日制の普及などにより、サラリーマンの余暇時間は拡大しつつあり、また、前述したように子供の数の減少や家事代行サービスの普及などによって、家庭の主婦の自由時間も拡大している。さらに、長寿化によって我々の人生における生涯自由時間そのものが拡大しつつある。

このように、増大する自由時間をレジャーやスポーツその他の余暇活動に使うことも有意義であろうが、その一部を福祉ボランティアなどの形で社会参加活動のために積極的に用いることも、我々自身の「ゆとりある人生の追求」や「第2の生きがい発見」という観点から、考え直してみる必要がある。

地域、企業、学校などにおいてこのような社会参加の基盤づくりを行っていくことが、高齢化社会における「厚みのある地域サービス」の実現につながるものと考えられる。

〔欧米諸国における取組み〕

我が国の社会保障の水準は、既に欧米諸国と肩を並べるに至っているが、社会サービスの担い手の層の厚さなどについては、多くの見習うべき点がある。

例えば、アメリカにおいては、33万人のソーシャルワーカーが、従来より公的機関、病院等の各種施設、民間機関等に勤務したり、あるいは独立した自営業として開業するなど幅広く活動を行っている。

ソーシャルワーカーは福祉から医療、さらには法律関係までも含んだ相当広範な業務を行っており、専門的教育を受け一定の実務経験を積んだ上で、各州レベルで設置された資格を取得して活動している。

また、西ドイツにおいては、伝統的に地域における互助意識が強いこともあり、民間の非常利団体が中心となって各種の社会サービスを供給している。これらのサービスを実際に担うのは、常勤の専門スタッフ以外に、多くの無償ボランティア(現在、推定150万人)であり、女性を中心とするパートのスタッフである。

さらに西ドイツでは、病院や社会福祉施設において、老人介護専門学校の実習生やシビルディーンスト(注)といわれる若者を介護の補助スタッフとして受け入れることが制度化がされており、青年期における介護の経験や老人や障害者等とのふれあいが、社会保障を支える豊かな土壌づくりに貢献しているといわれている。

(注) 西ドイツでは兵役義務があるが、兵役に就かない場合には福祉などの市民サービスに一定期間従事することを義務づけられており、シビルディーンストと呼んでいる。

(家庭機能の評価)

社会サービスの在り方を考える上で、社会保障における家庭や家族の役割をどのように考えるかは重要な問題である。前述したように、都市化の進展やそれに伴う核家族化や単身世帯化などの家族形態の変化及び働く主婦を一般化させた女性の社会進出の増大は、家庭における家事、育児や老人の介護等の在り方を大きく変化させ、家庭機能を外部化させつつある。

しかしながら、我が国においては、前述したように、高齢者世帯の約半数は子供と近隣同居しており、また準同居等の新しい傾向もみられることから、条件さえ整えば家庭内で老人を看護、介護したいという意識はかなり高く、また、育児の面でも、我が国の合計特殊出生率は先進国中でも高い方であって、育児や子供の教育に熱心である等の調査結果が示されている。

かつての「親は長男が」、「女性は家に」という家庭観とは異なった新しい家庭観に基づいた「新しい日本型福祉社会」を建設していくためにも、インフォーマルなマンパワーとしての家庭機能を再評価しそれを伸ばしていくことが重要であり、老人の在宅看護、介護の支援サービスや家庭の育児を支援するサービスの充実が必要である。このような観点から、厚生省では、老人ホームを利用した家庭介護者に対する介護技術のノウハウ提供や保育所等を利用した乳幼児健全育成相談などの事業を推進するほか、後述するように、新たに「訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業」を推進することとしている。

第1編

第1章 社会保障を担う人々

第3節 社会サービスの拡充と新しいマンパワー像

3 社会サービスの向上のための対応

社会保障マンパワーの量的確保だけでなく、その質の向上を図り、良質な社会サービスの供給を実現していくためには、社会保障マンパワーを有効に活用するためのシステムについての見直しが必要である。

第1編

第1章 社会保障を担う人々

第3節 社会サービスの拡充と新しいマンパワー像

3 社会サービスの向上のための対応

(1) サービスの総合化とチームによる対応

(保健・医療・福祉サービスの総合化)

今後、75歳以上の後期老年人口(いわゆるオールド・オールド層)の増大に伴い、ねたきり老人や痴呆性老人の急増が見込まれている。

これらねたきりや痴呆性等の要介護老人は、保健・医療ニードと福祉ニードを併せ持っていることが大きな特徴であり、その対策を進める上で、これまでの保健・医療・福祉が独立した縦割り型のサービスでは対応できず、保健・医療・福祉が一体となった総合型のサービスが要求される。

このような観点から、保健所・福祉事務所など行政機関における保健・医療・福祉セクションの連携だけでなく、地域の医師会や民間社会福祉団体も含めた横断的な老人ケアの調整システムを確立するため、昭和62年度から、新たに都道府県レベルでは「高齢者サービス総合調整推進会議」を、保健所レベルでは「保健所保健・福祉サービス調整推進会議」を、また市町村レベルでは個々の要介護老人の処遇の在り方を具体的に検討する「高齢者サービス調整チーム」を設置している。

(縦割り型行政組織の見直し)

また、地方公共団体においても、総合的な高齢者対策の推進という観点から、これまで保健医療部局と福祉部局とに分かれていた高齢者対策の組織・機構を見直し、両者の連携、総合化を進めようという動きがみられる。

厚生省においても、これまで高齢者対策は主として保健医療局老人保健部と社会局に分かれていたが、63年7月に保健医療局老人保健部と社会局老人福祉課を統合して新しく大臣官房に「老人保健福祉部(仮称)」を設置することとしている。

〔高齢化に対応した組織改革—大阪府〕

大阪府においては従来、老人保健法に基づく保健事業については衛生部、老人福祉事業や老人医療については民生部という形で業務の分担がなされていた。

昭和62年11月の機構改革により民生部は福祉部、衛生部は環境保健部と名称が改められた。これに伴い、府民のライフステージに応じた総合的な施策の展開を目的として、老人保健法に基づく保健事業を福祉部の所管とし、保健と福祉の施策を一元的に実施していくこととしている。

また、福祉部と環境保健部の両部に属する職として医師である「保健福祉医療監」及びその事務局として福祉部に「保健福祉政策室」を新設し、福祉部と環境保健部の横断的な調整と、福祉・保健・医療の連携のとれた施策立案から実施に至るまでの総合調整を行う。

さらに、保健所を中核として、総合的なケアシステムの構築や健康とくらしを中心とした生涯学習などを展開するため、保健所に「保健福祉推進室(仮称)」を置くこととしている。

(総合的な在宅ケアの推進)

高齢化社会の到来とともに、在宅ケアの重要性が強調されて久しいが、我が国における要介護老人のケア・システムは、これまで病院や老人福祉施設等の「施設ケア」が中心であり、在宅ケアのための対策は必ずしも十分とはいえなかったと考えられる。

家庭におけるねたきり老人の介護者の9割は同居している配偶者や子や子の配偶者(嫁)であり、在宅でねたきり老人を抱える家庭の住居面積は一般家庭よりもやや広いという国民生活基礎調査の報告が示すように、都市部における住宅事情や前述した婦人の社会進出は、老人の在宅での療養をますます困難にしつつある。

しかしながら、各種のアンケート調査によれば、我が国においては、介護を受ける老人も介護をする家族も、条件さえ整えば、在宅療養を望む割合が高いことが示されており、また、退院患者の訪問看護の実例からも、在宅療養は「食欲の増進」、「褥瘡の改善」、「発熱者の減少」等の好ましい効果をもたらすことが報告されている。

このような観点から、厚生省では昭和63年度から「訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業」を実施し、これまでの病院や施設中心のねたきり等要介護老人のケアを転換して、真に実効ある在宅ケアサービスを推進するため、モデル地区を指定し、訪問看護サービスをモデル実施するとともに、訪問看護と介護等の在宅福祉サービス、訪問指導等の保健サービスの連携、提携の在り方を探ることにより、21世紀の高齢化社会に向けて本格的在宅支援施策の策定に資することとしている。

また、心身障害児についても、これまで、療育に必要な保健・医療・福祉の各分野のサービスの連携が必ずしも十分でないという問題や、肢体不自由児施設等のサービスは入所児中心で、地域の在宅心身障害児は利用しにくい等の問題が指摘されていた。一方で、心身障害児も一般の児童と同じように家庭や地域の中で育成したいという声が強まっており、肢体不自由児施設等を中心として、地域の心身障害児の多様なニーズに応え、総合的なサービスが提供できるよう新しい療育サービスのネットワークづくりが望まれている。

(チーム医療の推進)

医療サービスについても、これまで医療における人間関係は医師1人対患者1人という1対1の関係が中心と考えられていたが、医療技術の進歩や医療内容の高度化、複雑化に伴い、主治医を中心に複数の医師及び医師と看護婦、その他コメディカルが業務を分担し協力する「チーム医療」が次第に一般化しつつある。

特に、成人病の増大に伴い「キュア」から「ケア」へという医療サービスの流れの中で、プライマリケアから治療、看護、介護、リハビリに至る包括医療の重要性はますます高まりつつある。

このような観点から、病院や病棟毎に主治医を含む医師、看護婦、その他の医療関係者からなる「入退院判定委員会」その他の自主的なチームを設置し、老人など慢性疾患患者の増大に対応して、入院患者の症状のチェック、退院計画の策定、看護や介護の在り方、在宅療養の可能性などについて総合的に判断していくことが必要と考えられる。

〔チーム医療の成果をリハビリに〕

東京都のある民間病院では、入院患者の6割以上が脳梗塞、脳出血などの循環系疾患を持った老人であるが、積極的にリハビリテーションを実施することによって早期退院と在宅療養を図っている。

このため、院内組織を見直しリハビリ部を独立させるとともに、医師がチームリーダーとなって、看護婦、PT、OT、ソーシャルワーカーなどのスタッフがチームを作って、入院患者のリハビリ実施方針や退院後のデイ・ケアサービス、訪問看護の方針などについて協議し、入院患者の家族に説明、家族の納得を得て早期退院と在宅療養の促進を図っている。

また、在宅ケアの推進についても、近隣各市の福祉事務所のケース・ワーカーや保健婦と病院関係者が医療福祉連絡会を設置し、訪問看護と保健婦活動との連携やデイ・ケアの活用などを図っている。

これらの結果、平均在院日数も、老人病院の全体の平均より短いなど、早期退院と在宅療養が可能となっている。

第1編

第1章 社会保障を担う人々

第3節 社会サービスの拡充と新しいマンパワー像

3 社会サービスの向上のための対応

(2) 質のよいサービスの確保とサービスの機能性

(良質なサービスの確保)

一般にサービスには、機能的側面と情緒的側面があるといわれている。(注)

(注) サービスの提供者の人柄や心理状態に大きく左右され、客観的な機能の提供よりは利用者の心理的満足に重点が置かれるサービスを「情緒的サービス」といい、サービスの提供者の人柄や心理状態に関わりなく、一定の客観的な機能の提供に重点が置かれるサービスを「機能的サービス」という。

現在の保健・医療・福祉など各種のサービスは、一般のサービス分野と異なる特徴を有しており、したがって、一般のサービス分野における分析手法がそのままあてはまるわけではないが、「社会サービス」についてもサービス供給という観点からの分析が必要である。これら「社会サービス」は、前述したように、個人に対するサービスが中心で対象者間の個人差が大きく、対象者の特性に応じたきめ細かなサービスが要求されるため、サービスの良し悪しがサービス提供者の「属人的な資質」に大きく依存していることが特徴である。しかし、その反面、サービスを提供する者の主観が入りやすいという問題もある。特に介護サービス等の場合、専門性や技術性についての評価が必ずしも十分でなく、ややもすればサービス供給側の属人的な資質に依存したり、一方的な満足や画一的なサービスの押し付けにつながりやすい等の問題が指摘されている。

このような問題については、昨年、介護福祉士と社会福祉士の資格法制化が図られ、介護サービスの専門性と技術性の確立への途が開かれたところである。

医療サービスについても、「医業経営の近代化、安定化に関する懇談会」において、多種類の専門職で構成される医療機関における業務の効率的運営と患者サービスの向上を図るための教育訓練や業務内容の点検等が必ずしも十分でないと指摘されている。

今後、社会サービスの質の向上を図っていくためには、社会保障の面でも、専門性・技術性を向上させてそれぞれの機能、役割分担を行う「機能的サービス」という視点を強化していく必要がある。

また、このような「機能的サービス」が、保健・医療・福祉等の各職種間で連携のとれたサービスの総合化を可能とし、これまで指摘されていた縦割り型のサービス供給の弊害を除去するひとつの方法と考えられる。

このような「機能的サービス」を供給していくに当たっては、他のサービス分野と同様、社会サービスの分野においても質の高いサービス供給のための「マニュアル」や「ガイドライン」の導入、専門家養成のための「カリキュラム」の開発等を図っていくことが重要であると考えられる。

我が国においては、ねたきりや痴呆の6割は脳卒中や脳梗塞が原因といわれており、また発病後の症状の経過に応じた適切なリハビリテーションが、その後のねたきり化や痴呆化を防ぐ大きな決め手となるといわれる。そこで厚生省では、老人医療の専門家やリハビリ担当者などによる委員会を設け、昭和63年度から

「リハビリテーションマニュアル」や「老人医療ガイドライン」の策定について検討を進めることとしている。

また、入退院の適正化のため、病院団体が自主的に「入退院マニュアル」の作成指針を示している。

次に、提供されるサービスを客観的に評価するシステムを導入することも重要である。医療サービスを例にとると、医療供給体制の整備が進むとともに、医療機関の質の向上が問題となり、病院機能の評価がクローズアップされるようになった。厚生省では、60年8月に日本医師会と合同で「病院機能評価に関する研究会」を開催し、62年4月にその検討結果を、病院が自らの医療機能を評価するための評価表とマニュアルとして取りまとめたところである。

(受け手志向に立ったサービスの提供)

前述したように、これまで保健・医療・福祉等のサービスは、どちらかといえば、上からの発想による一方通行的で画一的なサービス供給に偏りがちで、サービスを受ける側の志向(受け手志向)についての配慮が欠ける等の問題が指摘されている。これが、「夕食時間が早い、おいしくない、冷たい」等の病院給食に対する不満や、「本当に必要な時にホームヘルパーが来てくれない」等の国民の不満につながっているものと考えられる。

このように、「受け手志向に立った新しいサービス手法」を社会保障に導入していくことも今後の大きな課題であり、例えば、病院給食については、一定の要件のもとに外部の民間会社等の委託方式を認めるとともに、ややカロリー面に偏った病院給食の在り方を見直すこととしている。

また、ねたきり老人等に対するホームヘルプサービスについても、保健婦、民生委員等との協力を密にし、必要に応じてホームヘルパーと保健婦との同行訪問等を実施するなど、サービスを受ける側のニーズに応じた訪問を行うことが重要である。

また、「受け手志向に立ったサービス」の供給という観点からみれば、サービスを供給する側からサービスを受ける側に対する情報提供の果たす役割も重要である。

例えば、医療の分野では、近年、「インフォームド・コンセント(知らされた上での同意)」という考え方が提唱され、患者は事前に医師から治療の内容、目的、効果などについて十分な説明を受け、納得した上で治療が行われることが望ましいという考え方が一般化しつつある。医療サービスの供給者がサービスの内容をできる限り患者に説明することにより、サービスの受け手である患者は安心して治療を受けることが可能となり、治療効果を高め良質な医療にもつながるものと考えられる。

第1編

第1章 社会保障を担う人々

第3節 社会サービスの拡充と新しいマンパワー像

3 社会サービスの向上のための対応

(3) 民間サービスの育成

今後、高齢化の進展に伴う介護ニーズなどの増大、多様化に対しては、今後とも公的施策の一層の拡充が必要である。しかしながら、公的部門のみによってすべてのサービスを供給していくことは制度的にも財政的にも困難である。今後は、年金制度の成熟化等を考慮すれば、公的部門と併せて既に述べたインフォーマル部門とともに、民間事業者によるサービスを活用することにより、供給主体の多元化を図っていく必要がある。その際、基本となるのは、1)国や地方公共団体によるサービス(公的サービス)、2)民間事業者による市場機構を通じたサービス(市場サービス)、3)家族や近隣等のインフォーマル部門によるサービス(インフォーマル・サービス)がそれぞれのメリットを生かしつつ、また、対象者のニーズに応じて供給される「公民ミックス」の考え方である。

例えば、ねたきり老人や痴呆性老人、障害者その他のハンディキャップを持った者の切実なニーズに対しては、公的部門が十分関与した形でサービスが供給されるべきであろう。一方、市場機構に委ねても適切なサービス供給が講じられるものは民間サービスに委ね、利用者の選択に任せることも必要である。

高齢化の急速な進展とともに、高齢者を対象にしたシルバーマーケットが急速に拡大し、民間事業者による高齢者向けの有料老人ホームや在宅ケアサービスなどのいわゆるシルバーサービスが大きく成長しつつある。これら市場サービスを提供する民間事業者については、対象者がハンディキャップを有する者等であることを認識し、利用者の信頼をそこなうような過度の利潤追求に陥ることのないよう十分配慮するとともに、社会サービスの供給の一翼を担っているという社会的責任を自覚することが求められる。

このような観点から、これらシルバーサービスの健全な育成を図るため、全国のシルバーサービス関係150社が集まって、良質なサービスを提供するための業界自身の倫理綱領の設定や、シルバーサービスについての研究、情報交換等を行うため、昭和62年3月社団法人シルバーサービス振興会が設立された。

[シルバーサービス情報公社SONION—埼玉県]

埼玉県では、高齢者がより豊かな生活を送るための様々な情報の発信基地とむて、また行政と民間企業との連携、行政と高齢者個人との連絡の場として、埼玉県と民間企業、民間団体(44社(団体))との共同出資(基本財産1億4,600万円)により「財団法人埼玉県シルバーサービス情報公社」を昭和62年10月に発足させた。

ここでは、県内に住居または勤務する60歳以上の個人会員(62年12月現在約35,000人)と、賛助会員である法入会員に情報提供を中心としたサービスを行っている。個人会員には、レジャー、健康、マネー関連等の情報を掲載した情報誌「ONION(オニオン)」を発行し、各種講演会や旅行金への参加の案内、提携百貨店、宿泊施設等を利用する場合の割引等の特典のあるカードサービスを行っている。また、法入会員には情報誌の発行に加えてシルバーサービス関係の研修会を行なっている。

また、高齢者やその家族が抱え心配ごとや悩みに対する相談窓口として「高齢者総合相談」を実施している。