

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第1節 ゴールドプランの5年間

我が国は、人類がかつて経験したことのない速さで、経験したことのない高齢社会に向かって進んでいる。国民の高齢期の生活のイメージとしては、「社会の第一線から退いたのんびりした生活」という明るいイメージと「経済面、健康面などさまざまな面で不安の多い生活」という暗いイメージがほぼ4割弱で拮抗しており(総理府「高齢期の生活イメージに関する世論調査」平成5年)、高齢期を迎えることに期待と不安がない交ぜとなっていることが読みとれる。

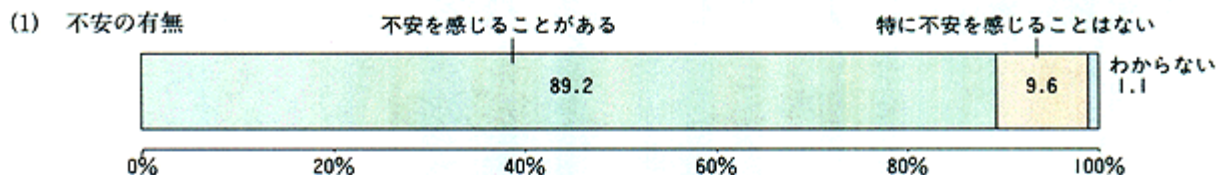
そして同調査により、自分の高齢期の生活にういての不安の有無、その内容についてみると、9割近くが不安を感じることがあると答え、その内容としては、老後の経済的な不安より健康面の不安や寝たきりや痴呆症になったときの不安が増大していることがわかる(図3-1-1)。現在、要介護状態になることは、国民の老後生活に対する不安感のうち最大のものといっている。

こうした国民の不安を解消していくための総合的な施策が求められている。

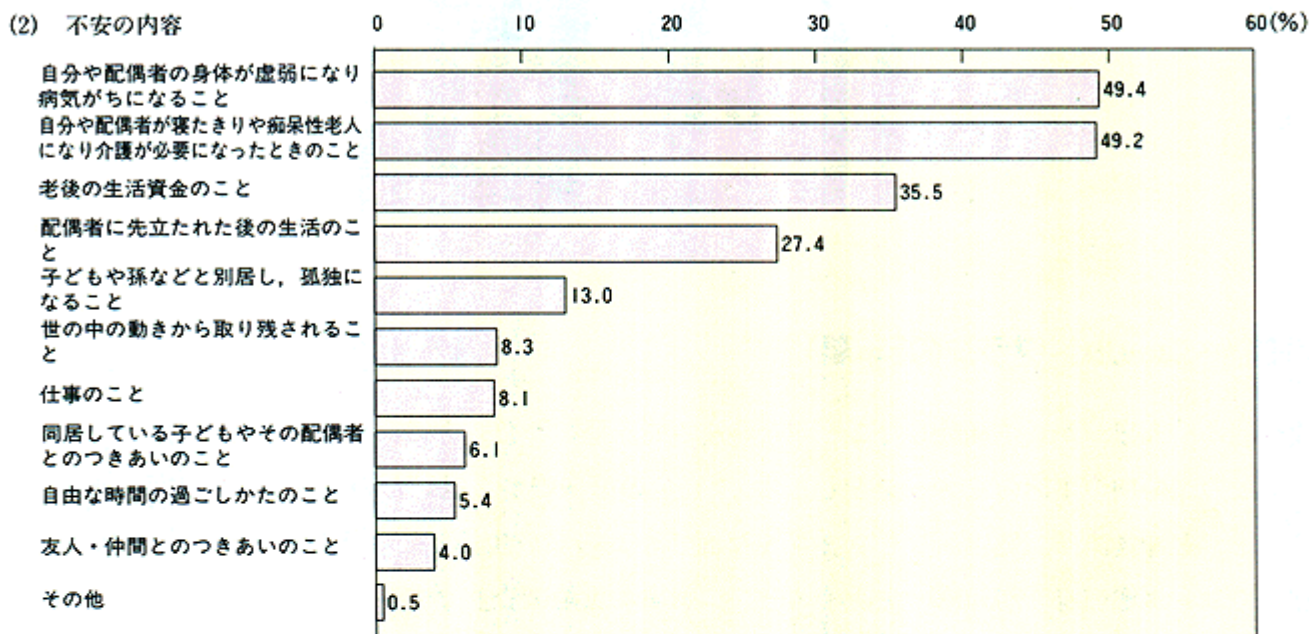
図3-1-1 高齢期の生活についての不安

図3-1-1 高齢期の生活についての不安

「あなたは、ご自分の高齢期の生活について、不安を感じることがありますか。あるとすれば、どのようなことでしょうか。この中からいくつでもあげてください。」



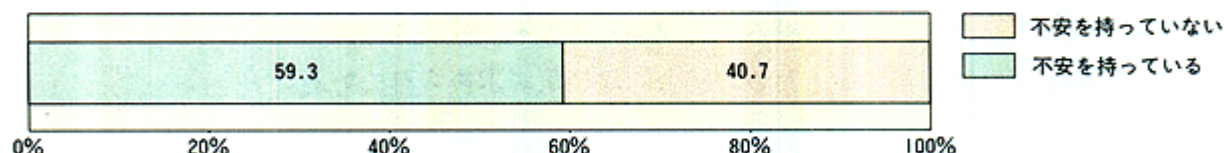
(注) 不安の内容について何らかの選択肢をあげた者の合計である。



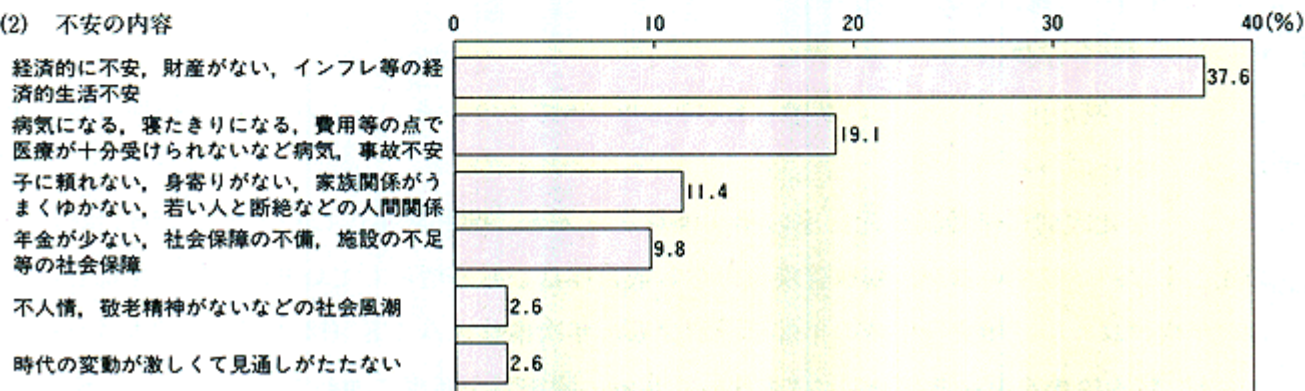
資料： 1. 総理府「高齢期の生活イメージに関する世論調査」(平成5年)により作成。
2. 回答者は、全国に居住する30歳以上60歳未満の男女2,277人。

「あなたは、老後の生活に不安を持っていますか、持っていませんか。(不安を持っていると答えた方に) それは主としてどんな不安ですか。」

(1) 不安の有無



(2) 不安の内容



資料： 1. 総理府「国政モニター報告書 老後の生活アンケート調査」(昭和50年)により作成。
回答者は、全国の国政モニター544名。

厚生白書(平成7年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第1節 ゴールドプランの5年間

1 高齢者の現況-介護問題の普遍化-

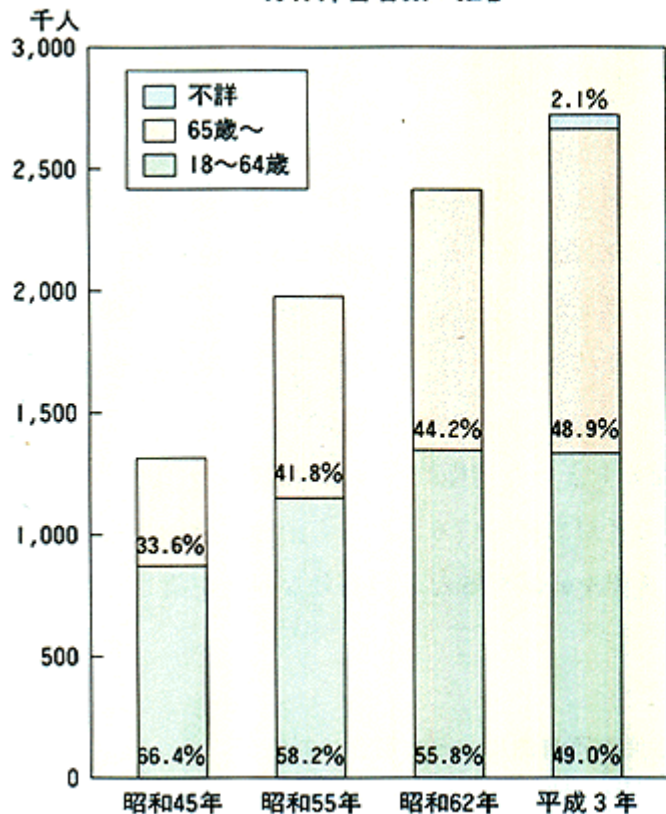
(1) 約12%の高齢者が何らかの介護を要している

平成5年現在,我が国の65歳以上の高齢者数は1,690万人であり,そのうち約200万人が何らかの介護を要すると推定されている。

ここで,主な死因別に年齢調整死亡率の年次推移をみると,昭和40年代に極めて高かった「脳血管疾患」の死亡率は激減しているが,脳血管疾患の患者数自体はむしろ増加している。また,年齢別の身体障害者数の年次推移および障害発生時の年齢階級別分布の年次推移をみると(図3-1-2),障害者自身の高齢化もあるが,脳血管疾患の後遺症などによる比較的高齢の障害者が新規に加わることによって,全体として高齢障害者が増加していることがわかる。すなわち,脳血管疾患は直接の死因としては減少しているものの,脳血管疾患の発作を起こした後,何らかの障害を持って生活を送らなければならない高齢者が大幅に増大していることが推測される。厚生省「国民生活基礎調査」(平成4年)でも,「寝たきり老人」の31.7%が脳卒中に因るものとなっている。

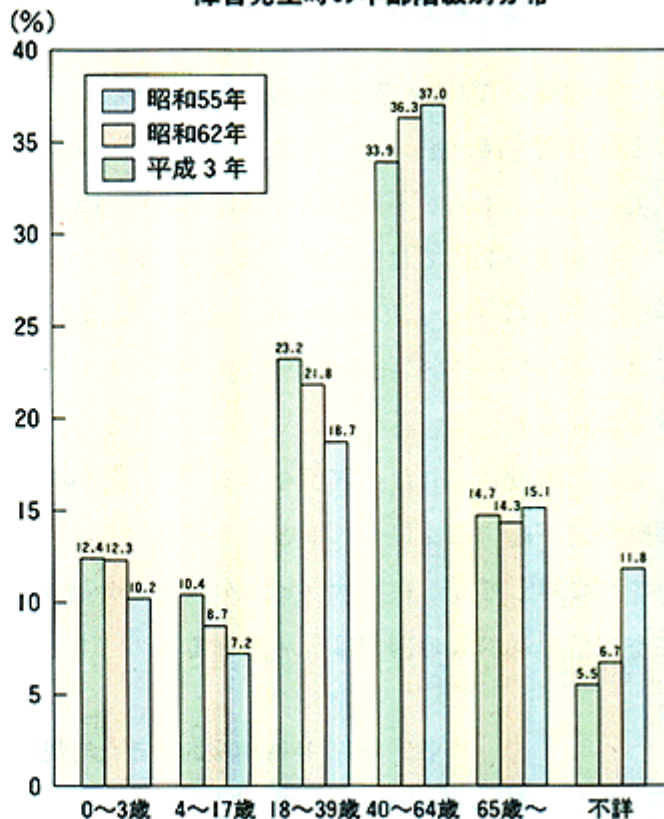
図3-1-2 身体障害者数の推移

身体障害者数の推移



資料：厚生省「身体障害者実態調査」

障害発生時の年齢階級別分布



そして、現在、国民の半数以上が80歳を迎える高齢社会が到来し、80歳を超えた高齢者の5人に1人は何らかのかたちで介護を必要としている状況にある。今後、要介護状態になる確率が急速に高まる75歳以上の後期高齢者の一層の増加に伴い、将来的に要介護高齢者が増加していくことは避けられないと考えられている。このように、高齢化に伴って要介護状態となることはだれにでも起こり得ることとなっている。

(2) 都市部に多い高齢者

従来の高齢化は過疎化と並行して進んでいたため、都市部における高齢化の問題は意識されにくい面もあったが、「可住地高齢者人口密度」(都道府県の総面積から林野面積・湖沼面積を差し引いた「可住地」の面積1平方キロメートル当たりの高齢者人口を計算したもの。)指標で都道府県別にみると、平成2(1990)年時点で第1位が東京で904人、第2位が大阪で652人と、大都市に高齢者が集中している。最も「可住地高齢者人口密度」が低いのは北海道で31人であり、高齢化率が最も高い島根県は110人であり、29番目と中位に位置する。平成22(2010)年の予想では、この値が東京1,745人、大阪1,412人となり、東京では100メートル四方に約17人の高齢者が暮らす見通しになる。都市部は高齢者が極めて多数である一方障害発生時の年齢階級別分布で、同居率が低く家庭のケア機能に多くを期待できないこと、エレベーターのない団地など在宅ケアの障害が多いことなどから高齢者介護について有効な施策を講じていくことが大切である。

(3) 高齢者の7割は在宅生活を希望している

老後に要介護状態になった場合の生活場所の希望をみてみよう。

老後に日常生活が不自由になった場合の対応を年齢階級別にみると(表3-1-1)、老後の生活実感がわきにくい20代や30代では比較的「施設に入りたい」と答える割合が高いが、年齢階級が高くなるにつれ、「在宅で生活したい」の割合が高くなり、65歳以上では7割以上が在宅生活を希望している。この理由としては、「家族と一緒に住みたい」「住み慣れた家や友人から離れたくない」といった「生活の継続性」の尊重をあげる者が多い。

表3-1-1 年齢階級別にみた老後に日常生活が不自由になった場合の対応

表3-1-1 年齢階級別にみた老後に日常生活が不自由になった場合の対応

(単位：%)

	総 数	施設に入りたい	在宅で生活したい	わからない	不 詳		
総 数	100.0	19.0	55.1	23.5	2.4		
20～29歳	100.0	18.5	43.5	35.9	2.1		
30～39歳	100.0	23.3	43.5	31.4	1.8		
40～49歳	100.0	22.5	50.7	24.9	1.8		
50～59歳	100.0	20.1	58.8	19.2	1.9		
60～69歳	100.0	15.0	68.2	14.0	2.8		
70歳以上 (再 掲)	100.0	10.9	73.3	12.8	3.0		
65歳以上	100.0	12.3	71.6	13.3	2.9		
施設に入りたい理由							
総 数	家族の負担になるから	住居が狭いから	同じような仲間がいるから	医療を受けやすいので安心だから	必要な時に適切な介護が受けられるから	そ の 他	不 詳
100.0	46.8	0.8	6.3	14.6	29.3	1.6	0.6
在宅で生活したい理由							
総 数	家族と一緒に住みたいから	住み慣れた家や友人から離れたくないから	多くの他人と生活し、気がねするのがいやだから	いろいろな面で不安だから	そ の 他	不 詳	
100.0	42.8	32.1	15.9	7.2	0.7	1.4	

(注) 回答者は、全国に居住する20歳以上の男女16,275人。
資料：厚生省「社会保障総合調査報告」(平成4年)

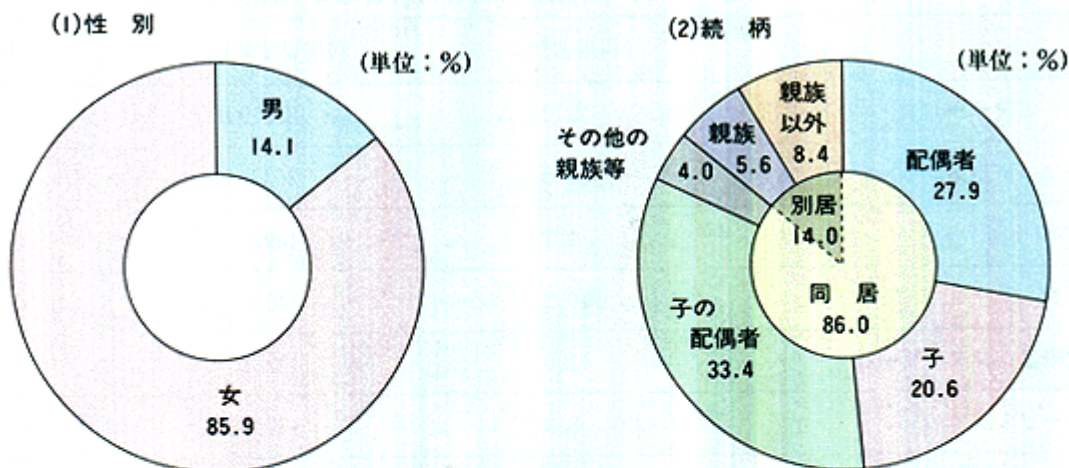
逆に、施設に入りたい理由をみると、「家族の負担になる」という消極的な理由が5割弱あり、一方、医療や介護が適切に受けられるという積極的な理由も45%の者があげている。これら消極、積極的な理由のいずれに対しても、在宅サービスを拡充し介護する者の負担を軽減するなどの有効な対策が講じられれば、在宅生活を選ぶ者の割合は一層高まるものと思われる。

(4) 家族の絆を保つ上でも必要な介護サービス

介護の実情はどうなっているのでしょうか。国民生活基礎調査(平成4年)により寝たきりの高齢者の寝たきりの期間をみると、3年以上の者が47.3%、1年～3年未満が26.8%、6か月～1年未満が10.6%などとなり、要介護期間が長期にわたっていることがわかる。また、同調査により、介護者の続柄をみると主な介護者は86.0%が同居者であり、性別にみると85.9%と女性が介護の担い手の大半を占めている(図3-1-3)。

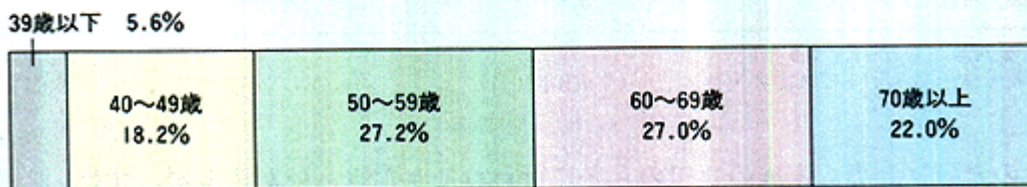
図3-1-3 寝たきり高齢者の介護者

図3-1-3 寝たきり高齢者の介護者



資料：1. 厚生省「国民生活基礎調査」(平成4年)により作成。
 2. 「寝たきり高齢者」とは、寝たきり者のうち65歳以上の者をいう。

寝たきり高齢者の主な介護者(同居)年齢階級別構成



資料：厚生省「国民生活基礎調査」(平成4年)

そして、主な介護者の年齢をみると、介護者の49%が60歳以上、22%が70歳以上となっており、家庭内で高齢者が高齢者を介護している姿が浮かび上がる。

このような介護期間の長期化や介護者自身の高齢化などに伴って、家庭内における介護は相当の負担となっており、介護経験がある者について家庭で介護するときの問題点について調査した結果によると、「特に困らない」と回答した者はわずか2%であり、「食事や排泄、入浴などの世話の負担が大きい」(57.5%)、「家を留守にできない」(36.2%)、「ストレスや精神的負担が大きい」(32.0%)、「十分な睡眠がとれない」(25.2%)など肉体的な負担に加え、時間的拘束感、精神的な負担も重くのしかかっていることがわかる(厚生省「保健福祉動向調査」(平成2年))。

こうした負担や不安を軽減するため、介護者が必要と要望している在宅サービスの利用状況はニーズに対してサービスの絶対量が不足していること、利用者への情報提供が不十分であることなどから十分な活用が行われているとは言いがたい状態であり(表3-1-2)、ホームヘルプサービス、ショートステイサービス、デイサービス、老人訪問看護サービスなどの在宅サービスの量の整備や情報提供などを充実していく必要がある。

表3-1-2 福祉サービスの利用状況(利用者数と利用要望者数)

表3-1-2 福祉サービスの利用状況(利用者数と利用要望者数)

	利用者数(a)	利用要望者数(b)	利用倍率
在宅(訪問)看護サービス	22.2万人	202.9万人	9.1
ホームヘルプ(家事援助等)サービス	21.8	263.8	12.1
入浴サービス	9.1	109.8	12.1
給食サービス	10.3	140.9	13.7
看護・介護機器レンタルサービス	11.0	122.1	11.1
緊急通報サービス	3.3	157.3	47.7
デイサービス	17.6	60.5	3.4
ショートステイサービス	5.1	54.5	10.7
情報・相談サービス	9.4	131.7	14.0
高齢者用住居(ケア付住居)サービス	0.9	126.9	141.0

(注) 約5.2万世帯を対象とした調査より推計

資料: 厚生省「健康・福祉関連サービス需要実態調査」(平成3年10月)

また、在宅介護サービスは昼間のみの対応であることから、夜間や深夜の介護は家族の負担となっている。今後、こうしたニーズにこたえるものとして注目されるものに、夜間介護サービスがあるが、これを利用したときに助かる内容を尋ねた結果によると、「心身の疲れ(が)軽減」(44.9%)され、「対象者に優しく接する」(22.3%)ことができると答えており、まさに介護に日々携わっている者の実感であると思われる。

従来、高齢者の介護は、専ら家族の負担のもとに行われてきたきらいがあるが、介護を必要とする高齢者の増加や同居率の低下、介護期間の長期化などに伴い、高齢者介護は、家族のみにこれを依存することは限界にきており、社会的な支援を強化する必要がある。これは、個人が安心して成熟社会の恩恵を享受し、生活の質を高めるといっても、また、家族がその絆を保つ上でも、喫緊かつ不可欠の課題となっている。

さらに、社会経済的にみても、高齢者介護が家族介護に大きく依存している状況は、大きな問題を提起している。総務庁「就業構造基本調査」(平成4年)によると、雇用者のうち、介護のために離職した者は8万1,000人(うち、男性10%、女性90%)に及んでおり、労働力需給に与える影響も大きくなっている。また、現在、家族介護は女性がその大半を担っているが、今後労働力人口の減少が予想される中で、将来の労働市場に大きな制約要因となってくるおそれがある。

ゴールドプランは、高齢者介護の社会的な支援の基盤を計画的に整備していくことを中心とする施策であり、平成6年度に5年目を迎えた。その経緯をふりかえってみよう。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第1節 ゴールドプランの5年間

2 地域介護・福祉の展開

(1) ゴールドプラン前夜-地域化,一般化,総合化に向けての歩み-

要介護高齢者に対する在宅福祉施策は,老人福祉法制定(昭和38年)以前から「老人家庭奉仕員派遣事業」として行われていたが,その対象者は,当初「要保護老人世帯」,その後昭和40年に「低所得の家庭」にまで広げられたにすぎなかった。

その後,ねたきり老人特殊寝台貸与事業,ねたきり老人のために居室などの増改築のための世帯更生資金貸付事業,老人電話相談センターの設置,在宅老人機能回復訓練事業などが新たに実施された。しかし,昭和40年代までは,大筋において施設と在宅とはしゅん別されていた。

昭和50年代に入って,老人ホームを「地域」の在宅老人福祉施策の推進に活用する事業が実現し始めた。すなわち,53年度の「寝たきり老人短期保護事業」であり,54年度の「デイサービス事業」であり,56年度の「訪問サービス事業」である。

ここにおいて,従来の「施設」か「在宅」かという二者択一的な考え方が改められ,「施設」サービスは「地域」の貴重な資源の一つであって,在宅生活継続を望む住民のために柔軟に活用されるべきものであるとの方向性が明らかにされることになった。

また,昭和57年10月から,従来,所得税非課税世帯のみを対象としていた家庭奉仕員派遣事業について,所得要件を撤廃し,派遣を要する世帯すべてに対象を拡大するとともに,負担能力に応じた費用負担制度を導入した。これは在宅福祉サービスの一般化の端緒となる。

昭和60年代に入ると,高齢化社会の進ちよくに伴い,市町村における在宅サービスの充実や保健,福祉,医療との連携が強化されることとなる。すなわち,昭和61年度においては,老人福祉法の改正により,デイサービスとショートステイが市町村事業として法律上明確に位置づけられ,地方公共団体に対する国庫補助率も3分の1から2分の1へ引き上げられた。また,老人保健法の改正により老人保健施設の創設(昭和61年度)が行われるとともに,老人保健事業においても,62年度より,在宅要介護高齢者等に対する訪問指導,機能訓練が拡充された。さらに,保健・福祉・医療の連携を図るために,保健所に「保健所保健福祉サービス調整推進会議」が,市町村に「高齢者サービス調整チーム」が設置され(昭和62年度),63年度から「訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業」が実施された。

(2) 「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(ゴールドプラン)とその推進

1) ゴールドプランの策定

平成に入ると、高齢者保健福祉の地域化、一般化、総合化の流れは加速することとなる。その意味でゴールドプランの策定(平成元年12月)は、高齢者保健福祉施策の推進にとって時代を画する契機となるものであった。ゴールドプランは、高齢者の保健福祉の分野における公共サービスの基盤整備を進めるために、在宅福祉、施設福祉などの事業について今世紀中に実現を図るべき10か年の目標を掲げ、これらの事業の大幅な拡充を図ることとするものである。

これは、事業実施を直接的に担当する厚生大臣だけでなく、地方行財政を担当する自治大臣および国家財政を担当する大蔵大臣が合意したものであること、在宅福祉サービス、施設福祉サービスなどの整備に当たって、10か年にわたる長期的な目標値を定め、国民にわかりやすいかたちで推進することとしていることなどから、従来にない画期的なものであった。

ゴールドプランは大きく、1)在宅福祉の緊急整備、2)施設の緊急整備、3)「寝たきり老人ゼロ作戦」の推進、4)民間の創意工夫を生かした在宅福祉事業などを図るための長寿社会福祉基金の設置、5)高齢者の生きがい対策、6)長寿科学研究の推進、7)高齢者のための総合的なまちづくりからなる。さらに、これを支援する事業として、保健医療・福祉の人材確保、地方公共団体の自主的な取組を支援する高齢者保健福祉推進特別事業、在宅福祉についての先進モデル事業への助成および介護実習・普及センターの設置が行われている。

2) ゴールドプラン実施の基盤整備

ゴールドプランは、在宅福祉、施設福祉などの事業について、今世紀中に実現を図るべき目標を全国ベースで示したものであるが、地域においてこれら事業を円滑に実施していくためには住民に最も身近な行政主体である市町村において、保健福祉サービスを一体的かつ計画的に提供する体制を整備することが必要であるとされたため、平成2年にいわゆる福祉8法改正(「老人福祉法等の一部を改正する法律」)が行われた。この改正では、在宅福祉サービス(ホームヘルパー派遣事業、ショートステイ事業、デイサービス事業)のいわゆる「在宅三本柱」を施設福祉サービスに並ぶものとして明確に位置づけるとともに、市町村は地域の実情に応じてこれらサービスの積極的な実施に努めることとされた(平成3年1月施行)。国としても、市町村における在宅福祉サービスの積極的な支援を図るために、国の負担を3分の1から2分の1に引き上げ、市町村の負担の軽減を図るほか、事業の委託先の多様化や対象要件の緩和などを行ってきたところであった。また、従来は、特別養護老人ホームへの入所の措置事務など施設福祉は、町村の大部分については都道府県が実施しており、施設福祉サービスと在宅サービスが二元化していた。しかし、個々の高齢者の心身の状況に応じて、真に求められているサービスをきめ細かに提供していくためには、住民に最も身近な行政主体である市町村が在宅福祉サービスと施設福祉サービスの双方を一元的に供給できる体制を整備する必要があった。このため、高齢者および身体障害者についての入所措置の権限を都道府県から町村へ委譲し、福祉サービスの一元化を図った(平成5年度実施)。ここにおいて、従来から市町村が実施主体とされていた老人保健事業と併せ、高齢者の保健福祉サービスは市町村において提供されることになり、保健福祉の連携によるサービスの総合的な提供が行われる制度的な基盤が整備された。

さらに、ゴールドプラン実施のためには、ホームヘルパーや看護職員、寮母・介護職員などの大幅な人材の拡充・確保が必要であることから、平成4年にいわゆる人材確保2法(「社会福祉事業法及び社会福祉施設職員退職手当共済法の一部を改正する法律」および「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」)が成立し、人材の養成力の強化、処遇の改善、就業の促進などの総合的な人材確保施策が推進されることとなった。

3) 老人保健福祉計画の作成・実施

以上のように、市町村を中心として、高齢者保健福祉サービスの充実に努めることとなったが、高齢化の状況や保健福祉サービスに関する既存の社会資源、求められるサービスなどは、市町村ごとに極めて個別的かつ多様な状況がある。したがって、一律にサービスの供給量や供給の方法などを決めるのではなく、市町村がその現状を踏まえ、地域の高齢者のニーズと将来必要な保健福祉サービスの量を明らかにし、将来必要とされるサービス提供体制を計画的に整備することが求められている。このため、福祉8法改正においては、市町村は老人保健福祉計画を策定することとされ、都道府県は、市町村老人保健福祉計画を支援するとともに、

バランスあるサービス供給体制を整えるため、市町村の範囲を超える広域的な観点から、施設整備やマンパワー確保などに関する都道府県老人保健福祉計画を作成することとされた(平成5年4月実施)。

すべての住民が安心して高齢期を迎えることができる社会を目指すときに、この老人保健福祉計画は、基礎的な行政サービスである高齢者の保健福祉に枠組みを与えるものといえる。老人保健福祉計画の策定は、市町村の実情に応じ、計画的な保健福祉サービスの整備を推進するという点自体大きな意義を有するが、その策定過程において、住民自身の問題である高齢者保健福祉について、広く住民に意見を尋ねることなどによって、当該計画が真に住民の計画となるよう工夫することが期待された。こうした努力は、住民と行政との関係を改善する契機となり得るものであり、いわば住民参加による住民行政の基礎システムを構築するモデルとなり得るものであったといえよう。また、行政内部においても、計画自体やその実施においてはもちろんのこと、策定過程においても、縦割り行政の弊害を減殺し、保健と福祉の連携が期待されることには大きな意義があった。全市町村がこのような計画策定を通じて、住民の福祉を自らの手で組み立てることは初めての試みであった。この意味で、市町村老人保健福祉計画の策定は、住民行政の最も基礎的なサービスである高齢者保健福祉サービスを市町村自らの創意工夫により再構築し、これを発展させていく大きな潮流を形成する端緒となったものである。

老人保健福祉計画は、すでにすべての地方自治体において作成が終了し実施されているところであり、今後、この潮流を着実に継承・発展させ、住民に実感がわくかたちで地域に根づかせていくことが必要である。

デンマークの高齢者福祉と地方行政改革

デンマークは第2次世界大戦においても比較的被害が少なく、経済の復興が早かったため、1950年代後半から経済の高度成長期に入る。これに伴い、都市化、家族構造の変化、女性の就業率の向上などが起こり社会変革の必要性が生じてきたため、政府は、さまざまな研究プロジェクトに基づく実態調査を行い、社会的な議論を尽くしながら将来のための施策を展開した。

その中の改革で最も重要なものの一つが、1970年に実施された自治体改革であった。自治体を最小でも人口5,000人程度にして、1,000以上あった自治体数を277にするのは極めて困難な作業であった。800人程度の地方の首長が職を失い、数千人規模の地方議員が不要になった。

この改革の重要なことは、自治体の規模を福祉・教育など地方のニーズに対応できるものにしたことと、さまざまな権限を自治体に委譲したことである。

もちろん、一度にすべてがなされたわけではないが、当時の自治体の能力では権限の委譲は荷が重すぎて実践は不可能といわれていたことに思いを致すならば、この時期に広い意味での分権化の法的枠組みができたことは、後の福祉政策の発展のために極めて重要であった、とされている。

こうした自治体改革は、1976年から実施された総合的な福祉法である「生活援護法」のベースとなるとともに、1982年に提示された「デンマーク高齢者福祉医療三原則」(注)につながるものである。

(注)デンマーク福祉省に1979年に設けられた高齢者委員会が提示した三原則。

- 1) 人生の継続性の尊重:今までと同じ生活を継続できるように支援体制をつくる。在宅が最も望ましいが、施設に入所する場合でも可能なかぎり家具などの持ち込みを行うことにより、従来との継続性に留意する。
- 2) 高齢者の自己決定の尊重:行政や専門職は、高齢者本人の決定を情報提供やサービス給付で支援するが、決定権はあくまで本人にあるとする。
- 3) 残存能力の活用:高齢者の障害や疾病という消極的な部分に着目するのではなく、残存能力の活用を支援する。

(参考文献「デンマークの高齢者福祉医療対策」 社団法人エイジング総合センター)

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第1節 ゴールドプランの5年間

3 ゴールドプランの見直し(新ゴールドプランの策定)

ゴールドプランの策定,実施により,高齢者保健福祉サービスは,おおむね順調にその基盤整備が図られてきた。

しかし,全国の地方公共団体が自らの行政サービスの目標を設定するために策定した地方老人福祉計画により,全国的に必要となるサービスの総量が明らかになると,ゴールドプランを大幅に上回るサービス量の整備の必要性が明白となった。また,ゴールドプランの策定後,老人訪問看護や福祉用具の開発普及などの新たな施策が展開されるとともに,痴呆性老人対策の総合的実施など,新たに対応していくべき課題も生じてきた。

また,この間平成6年3月28日には,厚生大臣の懇談会である「高齢社会福祉ビジョン懇談会」において「21世紀福祉ビジョン-少子・高齢社会に向けて-」と題する報告書が提出され,翌日閣議報告された。この報告では,介護や子育てなど福祉重視型の社会保障制度への再構築の必要性を明示し,介護施策の充実については,ゴールドプラン策定当初との事情変更に応じて,ゴールドプランの見直しにより,目標水準の引上げを行うとともに,質的にも充実して,介護基盤の緊急整備を図っていく必要があることなどの提言が行われた。

こうしたことや,地方自治体が老人保健福祉計画に基づいて行う地域の保健福祉サービスの基盤整備を支援していく必要性を踏まえ,ゴールドプランを全面的に見直し,高齢者介護施策のさらなる充実を図ることとし,大蔵・厚生・自治の3大臣合意により,平成6年12月「新ゴールドプラン」が策定され,7年度より実施されることとなった。

見直しに当たっては,高齢者介護対策の緊急性を考慮し,

- 1) 当面緊急に行うべき各種高齢者介護サービス基盤の整備目標の引上げなどを行うとともに,
- 2) 今後取り組むべき高齢者介護サービス基盤の整備に関する施策の基本的枠組みを新たに設定し,平成11年度までの間において,財源の確保に配慮しつつ,具体的施策の実施を図ることとされた。

そして,平成7年度以降11年度までの総事業量は,ゴールドプランに係る部分を含め,9兆円を上回る規模のものとする事とされた。

新ゴールドプランにおいては,ゴールドプランに比し,サービス整備目標の引上げが図られたことはもちろん,今後取り組むべき施策の基本的枠組みを定めた総合的なプランとして策定されたことにも大きな意義がある。すなわち,新ゴールドプランにおいては,すべての高齢者が心身の障害を持つ場合でも尊厳を保ち,自立して高齢期を過ごすことのできる社会を実現していくため,高齢期最大の不安である介護問題について,介護を必要とする者だれもが,自立に必要なサービスを身近に手に入れることのできる体制を構築することを目標として,1)利用者本位・自立支援,2)普遍主義,3)総合的サービスの向上,4)地域主義の基本理念を掲げている。

「利用者本位・自立支援」とは,高齢者がその心身の機能を最大限に活用し,できるかぎり自立した生活を

営むことを支援するために保健福祉サービスは提供されるべきであり、このためにはサービスを、高齢者個々人の意思と選択を、できるかぎり反映させた利用者本位のものとして提供していくべきことを示している。「普遍主義」とは、従来、高齢者福祉サービスは、ともすれば低所得やひとり暮らしの高齢者など特別な援助を必要とする者の制度ととらえられがちであったが、介護リスクが普遍的なものであることから、所得の多寡や家族形態などにかかわらず、支援が必要な高齢者に対して必要なサービスをあまねく提供しようとすることを意味する。「総合的サービスの提供」とは、在宅ケアを基本に、医療・保健・福祉にまたがる利用者のニーズにこたえるため、サービスを総合的に提供していくことである。「地域主義」とは、先に述べたとおり、市町村を基本に、住民に最も身近な地域において必要なサービスをきめ細かく提供できる体制づくりを行うことである。

以上の基本理念の下、新ゴールドプランにおいては、施策目標として、24時間対応ヘルパーの普及、地域リハビリテーション事業の実施などの「新寝たきり老人ゼロ作戦」の展開、グループホームの実施などの痴呆性老人対策の総合的実施、高齢者の社会参加・生きがい対策の推進など、介護基盤の整備を図ることとしている。

高齢者「住居」施策の充実

本格的な高齢社会の到来を控え、たとえ心身の機能が低下しても、高齢者ができる限り自立して安全かつ快適な生活を継続することはだれしも共通の願いであり、そのための住環境の整備は重要である。

今後は、ケアハウスや高齢者・障害者に配慮された公的住宅ストックの整備、小規模ケアハウスなど都市部におけるケアハウス整備促進、高齢者・障害者に配慮した民間住宅の整備促進のための政策融資などの実施、シルバーハウジングなど生活機能の付加された高齢者向け住宅の整備などを関係省庁と協力して推進することとしている。

さらに、この介護基盤の整備を支援するため、養成施設の整備などのマンパワーの養成・確保、福祉用具の開発普及の推進、在宅介護支援センターなどによる情報提供の充実、民間サービスの積極的活用によるサービス供給の多様化・弾力化、ケアハウスやシルバーハウジングの整備などの住宅対策の推進や高齢者・障害者に配慮されたまちづくりの推進などを総合的に実施することが盛り込まれている。

なお、平成6年12月の3大臣合意においては、高齢者介護基盤の整備目標のさらなる充実や施策の基本的枠組みに基づくサービス基盤の整備の具体的実施内容など、高齢者介護サービス基盤整備の着実な推進については、財源の確保を含め、改めて検討を行うこととされている。

また、3大臣合意においては、より効率的で国民だれもがスムーズに利用できる介護サービスの実現を図る観点から、新しい公的介護システムの創設を含めた総合的な高齢者介護施策の検討を進めることとされたところである。こうした新しい公的介護システムについては、平成6年12月に、厚生省の研究会である「高齢者介護・自立支援システム研究会」の報告書が提出されている。この報告書では、「高齢者の自立支援」を介護の基本理念として介護に関する既存の福祉、医療などの制度を再編成し、高齢者自身がサービスを選択することを基本とする社会保険方式の導入などが報告されている。この研究会報告などを参考にしつつ、平成7年2月より老人保健福祉審議会における検討が開始されたところである。こうした新介護システムの導入に当たっては、これを支える介護サービス基盤の整備が不可欠であり、新しい公的介護システムの検討と並行して、新ゴールドプランに基づく介護サービス基盤整備の促進を行うこととしている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第2節 子育て支援総合対策

我が国の児童家庭施策は、時代の要請に応じて段階的に発展してきたが、近年は、出生率の低下が続き、急速な高齢化の中での少子化に対する問題意識が高まりつつある。出生率低下の背景となっている「希望する子ども数と現実の子ども数のギャップ」はもはや国民の一部の問題ではなく、すべての家庭の、またすべての子どもたちの問題でもある。

平成6年は、世界的な視野から子どもの健全育成を目指す「児童の権利に関する条約」も発効し、家族に関する関心を高め、関連施策の推進を図ろうとする「国際家族年」であった。社会の構成メンバーが協力して、少子化の原因や背景となる要因に対応して子ども自身が健やかに育っていける社会、子育てに喜びや楽しみを持ち安心して子どもを生み育てることができる社会を形成していくことが求められている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第2節 子育て支援総合対策

1 少子社会の到来

我が国の出生数は第二次ベビーブームの後,昭和49年以降,一貫して減少し続け,平成5年には約118万8千人で前年より約2万1千人減少し,史上最低を記録した。これは,戦争直後の昭和22年の268万人の半分以下である。また,合計特殊出生率(その年の女子の各年齢ごとの出生率を合計したもの)も,昭和49年ごろから総人口の減少を招かないために必要とされる水準2.08を大幅に下回り始め,平成5年には1.46まで低下し,過去最低を記録した(図3-2-1)。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第2節 子育て支援総合対策

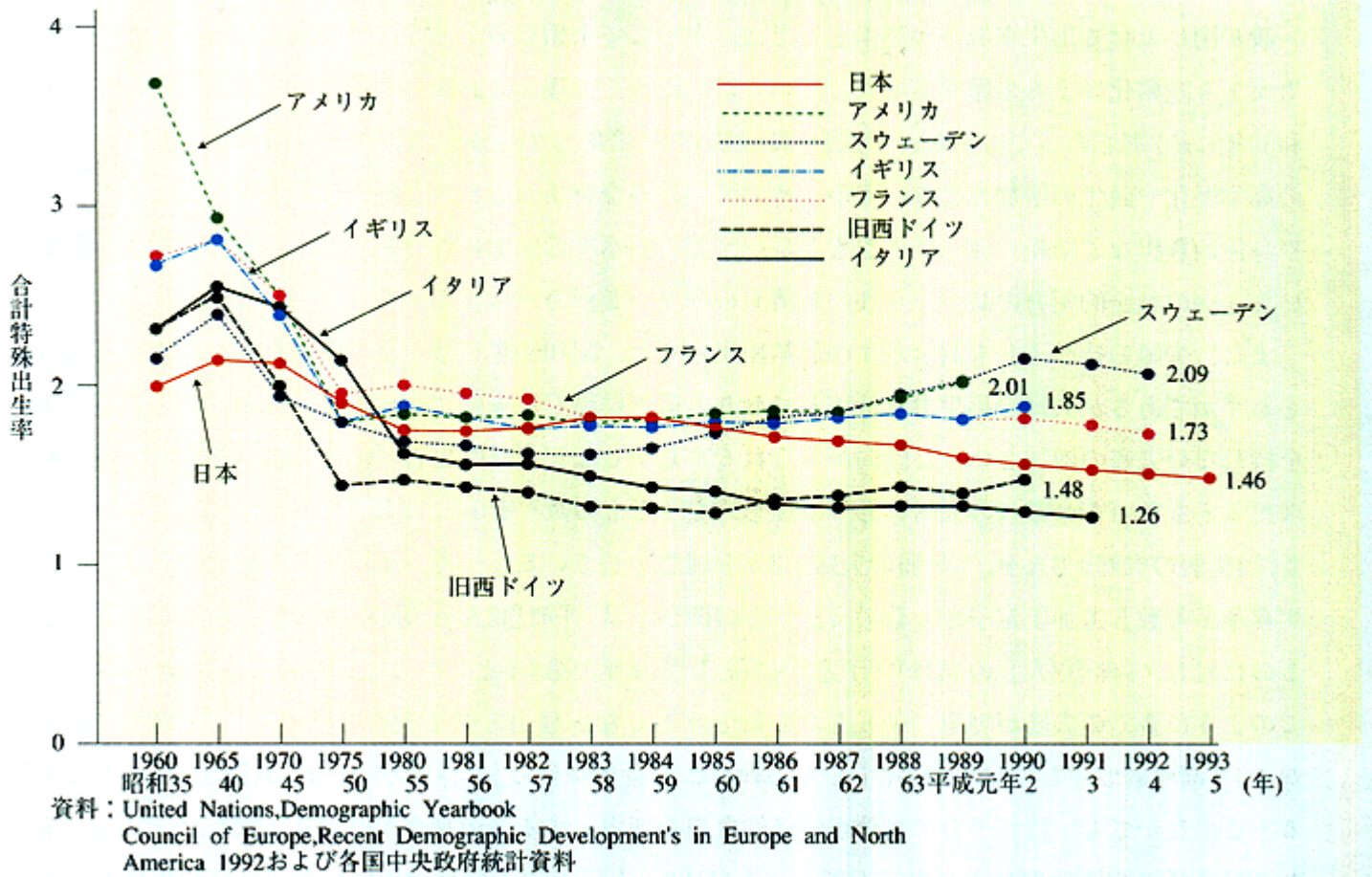
2 地域社会の希薄化と子どもをとりまく環境の縮小化

少子化という現象は単独で生じたのではない。若年層を中心とした人口の都市部への集中,雇用者の増加といった都市化により地域社会の血縁的,地縁的絆が薄れていくとともに進んできた。特に,都市部の雇用者層は一般的に地域社会への依存度が少なく,また若年世代が都市生活の匿名性を好むことも手伝って,都市部において地域社会が「希薄化」し,これに加えて核家族化という家庭の小規模化が進む中で,少子化は同時進行してきた。このような地域社会の希薄化と家庭の小規模化の結果,家庭生活,特に子育てについては,隣近所あるいは近親者との助け合いが少なくなり,子育て家庭の育児不安を助長させている面があると考えられる。また,子どもの生活においても,受験戦争などによる時間の減少,都市化に伴う遊び場の減少,核家族化や少子化による地域における子どもどうしの交流や年長者や年少者などを含めた家庭や地域のさまざまな人々とのふれあいの機会の減少がみられる。

子どもは,遊びやさまざまな人々とのふれあいを通じて,豊かな創造力と個性をかん養し,また,社会の担い手としての自覚や他の人々への思いやりを育てていく。こうした子どもが自由に主体的に遊ぶことのできる時間,空間,仲間のいわゆる3間(サンマ)の「縮小化」が同時進行しているのが子どもをとりまく現状である。

図3-2-1 年次別にみた欧米諸国との合計特殊出生率比較

図3-2-1 年次別にみた欧米諸国との合計特殊出生率比較



第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第2節 子育て支援総合対策

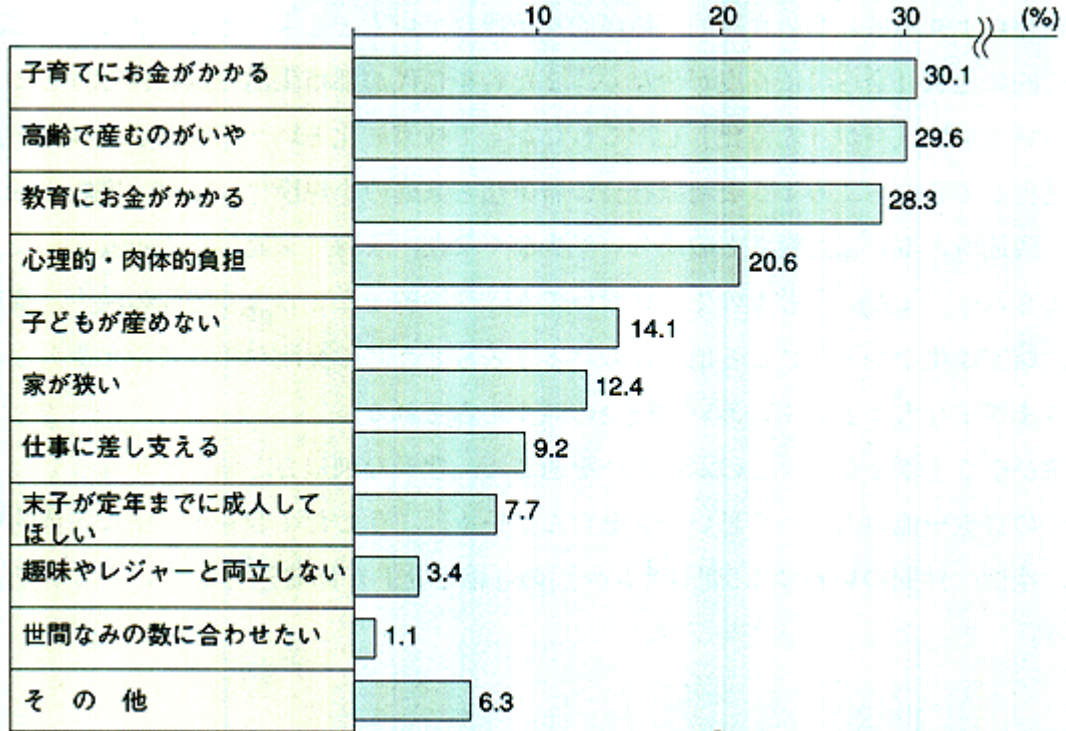
3 出生率低下の要因とその背景

我が国における出生率低下の要因としては、主として未婚率の上昇、夫婦の出生力の低下があげられる。男女とも晩婚化による未婚率が増大しているが、特に、25歳から29歳の女性についてみると、未婚率は昭和50年に約2割であったものが、平成2年には約4割に倍増している。未婚率上昇の背景としては、1)女性の高学歴化や就労の増加による、家事・育児労働の機会費用の上昇、2)将来の子育てに関する心理的不安や身体的負担など結婚に伴うさまざまな負担、3)生活水準の向上に伴う独身生活の魅力の増大、結婚しないことへの社会的圧力の減少、女性の経済力の向上などがあげられている。

また、夫婦の持つ子ども数を示す合計結婚出生率は、昭和60年には2.17であったが、平成元年には2.05とわずかであるが夫婦の出生力は低下しており、最近結婚した夫婦については、出生過程の遅れや子どもを持たない夫婦の増加といった傾向がみられる。しかしながら、厚生省「出生動向基本調査」によれば、理想子ども数(それぞれの夫婦にとって理想的な子どもの数)を0人、1人とする夫婦の割合はわずかであり、4割弱の夫婦が2人を、5割弱の夫婦が3人を理想としている。一方、予定子ども数(それぞれの夫婦の生存子ども数と追加予定子ども数の合計)との関係では、「理想2人」の8割の夫婦が「予定2人」としているのに対し、「理想3人」の5割が「予定2人」としており、第3子を持つことをためらう傾向が認められる。このように多くの夫婦が理想の子ども数を持とうとしない理由として大きいものは、「子育てにお金がかかる」「高年齢で産むのはいや」「子どもの教育にお金がかかる」「育児の心理的・肉体的負担」となっている。このなかでも、特に子育てに伴う経済的負担を理由とする者の割合がこの10年間で高まっている。また、社会経済的属性別にみると、大都市(人口100万人以上の人口集中地区)では「家が狭い」という理由が、また、高学歴の妻では「育児の心理的・肉体的負担」「自分の仕事に差し支える」という理由が多いという結果となっている(図3-2-2)。

図3-2-2 理想の子ども数を持とうとしない理由

図3-2-2 理想の子ども数を持つとしない理由



資料：厚生省「第10回出生動向基本調査」(平成4年)

第1編
第2部 主な厚生行政の動き
第3章 保健福祉サービスの総合的展開
第2節 子育て支援総合対策
4 次代を担う子どもたちが健やかに生まれ育つための環境づくりの必要性

結婚や子育ては、個人の生き方、価値観に深くかかわる問題であり、政府がその領域に直接踏み込むことは差し控えなければならない。しかし、少子化をもたらすさまざまな影響の中で、子ども自身や社会全体に与えるマイナスの影響は大きな懸念材料となるものであり、また、少子化をもたらす要因のうち、子どもを持ちたい人が持てない状況を解消していくこと、すなわち、仕事と子育ての両立困難、子育てに伴う肉体的・心理的負担、教育費の負担、住宅問題などの要因を除去していくことについては個人の生き方や価値観に直接干渉することなく、政策的に対応することが可能である。

また、先に述べた地域社会の希薄化や子どもをとりまく環境の縮小化現象などにより、家庭・地域の育児機能は弱体化しつつある。

このような状況に対応して、次代を担う子どもたちが健やかに生まれ育つための環境づくりを進めていくことは、21世紀の少子・高齢社会に向けて我が国が活力ある福祉社会を築いていく上で、今や高齢化施策と並ぶ重要な政策課題となっている。少子化の急激な進行を回避するためにも子育てを次代を形成するための社会共通のコストと位置づけ、家庭における子育てを基本としつつ企業や地域社会も協力する、そして国や地方公共団体が家庭や企業、地域に必要な支援策を用意するというように社会全体として取り組んでいかなければならない。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第2節 子育て支援総合対策

5 家庭,地域,企業の果たす役割

(1) 家庭

夫の家事の状況をみると,五つの家事関連項目「ゴミ出し」「日常の買い物」「掃除」「洗濯」および「炊事」のうち,「掃除」「洗濯」および「炊事」の家事の基本的な項目については,「週1~2回以上参加する者」以外のほとんど家事に参加しない者の割合が8割以上ある(厚生省「第1回全国家庭動向調査」平成5年)。

また,夫の育児の実態について,五つの育児関連項目「遊び相手」「風呂に入れる」「寝かしつける」「食事をさせる」および「おむつを替える」でみると,「寝かしつける」「食事をさせる」「おむつを替える」といった手のかかる育児項目で,ほとんど育児に参加していない者の割合が6割以上あり,家事ばかりではなく,育児についても夫があまり分担していないことがうかがわれる(表3-2-1)。

以上のように,今日でも夫婦間では「男は仕事,女は家事・育児」という伝統的な性別役割慣行に基づいた家事育児の分担が続いている。

表3-2-1 属性別にみた夫の育児参加

表3-2-1 属性別にみた夫の育児参加

項目・属性	総数	遊び相手をする	風呂に入れる	寝かしつける	食事をさせる	おむつを替える
総数	3,553	78.0 %	73.0	38.0	40.3	37.5
末子年齢						
12歳未満	831	71.6	68.9	36.5	35.5	34.2
6歳未満	488	86.9	76.7	43.7	40.6	46.8
3歳未満	477	94.1	80.4	45.6	56.2	46.0
1歳未満	219	96.3	81.4	58.4	52.2	61.7
妻の就業形態						
就業	1,809	75.4	71.1	36.2	38.9	34.7
常勤	665	75.2	70.6	37.3	42.5	38.0
パート	709	77.1	72.9	35.9	38.2	34.0
自営業・家族従業	435	72.0	67.6	32.9	32.3	29.7
非就業	1,544	81.4	75.2	40.2	41.6	41.1
夫の職業						
農林漁業	66	81.1	65.4	35.3	30.6	19.2
自営業・家族従業	374	73.1	70.5	39.0	36.9	32.2
勤め人						
専門職	972	78.8	75.2	39.2	40.8	39.5
事務職	928	79.4	73.7	38.3	39.4	40.5
現場労働	503	78.2	70.2	40.6	44.2	35.1

(注) 週1-2回程度行う

資料：厚生省「第1回全国家庭動向調査」(平成5年)

こうした夫の家事・育児への参加の実態に対し、「満足」と肯定的にとらえる妻の割合が6割であり、過半数が満足しているが、一方で7割の妻が「夫の協力」を育児の支援方法で最重視しており、また、妻の満足度は夫の家事、育児参加度合に比例している。

さらに、「結婚後は、夫は外で働き、妻は主婦業に専念すべきだ」との役割分業に対する賛否を就業別にみると、職業を持つ妻はこれに反対する者が多くなっている。

家庭は、子どものいのちを守り、心やからだを養うとともに、子どもと社会の接点として、文化、道徳、習慣などを伝え、次代を担う社会人として子どもを育てていくという最も大切でかつ直接的な責任を負っている。このような重要な役割を果たしている家庭において、現状においては、子育ての肉体的・精神的負担が主として女性に偏っている。男性が家事・育児に積極的にかかわり、家庭における責任をともに果たしていく必要があり、また、スウェーデンではこうした男性の家庭復帰が出生力回復の一要因であったと指摘されている。

(2) 地域

先に述べたように、都市化や少子化の進行などに伴って地域社会の希薄化と子どもをめぐる3間の縮小の中で、家庭における育児不安が増大し、あるいは子どもたちの豊かな情操を育む子どもどうしの交流あるいは地域のさまざまなの人々とのふれあいの機会が減少しつつある。

このため、地域においては、子育ての互助や子どもの遊び場と機会を確保し、多世代にわたるふれあいの機会を提供する新たな形態のまちづくりが求められている。すなわち、新たな形態のまちづくりとは、まちを形成するさまざまな構成員が、両親とともに子どもたちの健やかな成長を支え合うとともに、子どもたちが伸び伸びと安心して遊べる場所や時間的なゆとりを提供し、また、さまざまな世代が、子どもたちとふれあうことのできる、気軽に参加のできる活動の場と機会が提供されるまちをつくっていくことである。

具体的には、子育て支援や子どもの健全育成に関する地域活動を振興するとともに、子どもと親にゆとりの

ある生活時間と場所を確保し,子どもたちに各種のボランティア活動,文化活動,スポーツ活動などへの参加を促し,さまざまな生活体験を提供していくことが重要である。

(3) 企業・職場

女性の高学歴化や就労意欲の高まりなどを背景に女性雇用者の数は増大しており,また,女性雇用者に占める既婚者の割合も高まっている。

我が国の企業活動を今後とも維持していくためには,女子労働力の安定的な確保が不可欠であり,労働者が就労しながら子どもを生き育てる環境づくりは,労働力確保の観点から企業にとっても大きな意義を有している。このため,育児休業給付の実施など労働者が育児休業を気兼ねなく取ることができ,職場復帰しやすい環境の整備や育児期間中の勤務時間の短縮などの措置,事業所内託児施設の設置促進など子育てしながら働き続けることのできる環境の整備を図り,仕事と育児が両立できる雇用環境づくりを推進していく必要がある。また,家族がともに過ごすゆとりのある生活時間を確保するために,労働時間の短縮を図るほか,フレックスタイム制など労働時間の弾力化の促進を図っていく必要がある。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第2節 子育て支援総合対策

6 少子社会における子育て支援策についての政府の取組

(1) 取組の始まり

平成2年は、前年の合計特殊出生率が、昭和41年の丙午年の1.58を下回り、いわゆる「1.57ショック」と呼ばれ、少子化社会の到来が広く認識されはじめた年であった。

こうした少子化をめぐる情勢を踏まえ、平成2年8月に内閣官房に関係14省庁からなる「健やかに子どもを生み育てる環境づくりに関する関係省庁連絡会議」が設けられ、3年1月に報告が行われた。この報告においては、政府としては、個人の生き方や価値観にかかわる結婚や出産の領域に直接踏み込むことなく、少子化の原因や背景となる要因に対応して、子ども自身が健やかに育っていける社会、子育てに喜びや楽しみを持ち安心して子どもを生み育てることができる社会づくりに向け、総合的に施策を推進していく必要があるとされた。

なお、この連絡会議に新たに4省庁を加えて関係18省庁で検討を続け、平成4年6月に、「健やかに子供を生み育てる環境づくりに関する施策の推進状況と今後の方向」と題する報告が行われた。

また、平成3年には、厚生大臣主宰による「子どもと家庭に関する円卓会議」を開催し、同会議には子どもが健やかに育つ環境づくりのために、行政のみならず、企業、地域が一体となって家庭や子育てに関する幅広い論議を継続的に行う必要があることを報告した。

さらに、平成5年7月には、児童家庭局長の私的研究会である「たくましい子ども・明るい家庭・活力とやさしさに満ちた地域社会をめざす21プラン研究会」において、今後の児童家庭施策を展開していく際の基本的方向として、要保護児童など特別な援助を必要とする子どもや家庭のみを対象とするのではなく、すべての子どもを対象とすると同時に、子どもの生活の基盤である家庭やそれを取りまく地域社会をも視野に入れて対応していく必要があることなどを内容とする報告が行われた。

(2) 取組の展開

子育てを社会的に支援することに重点を置き、この課題に総合的に取り組んでいくため、厚生省では、平成6年度の児童家庭施策を「エンゼルプランプレリウド」と銘打ち、子どもたちが健全に育つための環境の整備や子育てと仕事の両立の支援などを目的とする総合的な児童家庭施策を展開していく第一段階とした。

ア 児童育成事業の創設と展開

職業別合計特殊出生率(平成2年度)をみると、無業の女性が2.96であるのに対し就労女性は0.60となっている。このような格差が生じている要因としては、仕事と子育ての両立を支援するための各種の育児支援サービスや情報が不足しており、共働き世帯などでは、出産や育児に伴う負担感が高まっているためであると考えられる。

また、子どもの「遊び」が豊かに展開し、地域の人々との交流あるいは家事、地域活動などへのかかわりが持てるような、周辺環境の整備を図っていくことが重要となっている。

従来、児童手当制度は、家庭における生活の安定と児童の健全な育成に資することを目的として、現金給付である児童手当を支給することを中心とし、付随的に福祉施設を行うことをその内容としていた。しかしながら、前述の状況に対応して、現金給付に加えて、就労の実態に即した多様な保育サービスや育児情報の提供を通じて、出産、育児に伴う負担感を軽減するとともに、児童館の整備や地域社会における草の根からの健全育成活動を通じて、子どもの豊かな情操を育てゆくための仕組みを確立、拡充することが必要となっていた。このため、各種の育児支援サービスや児童の健全育成のための諸条件の整備を「児童育成事業」として法律上明確に位置づけ、サービス提供を大幅に拡充するとともに、そのための財源を安定的に確保するため、平成6年3月に児童手当法の一部を改正した。

児童育成事業の創設により、就労と育児を両立させるための家庭支援として事業所内保育、時間延長型保育、乳児保育など多様な保育サービスの提供の促進、昼間に保護者がいない小学校低学年児童について、身近な児童館などを活用して放課後に子どもの育成を図る放課後児童対策の拡充、さらに、子どもの遊び場の確保やボランティア活動などを通じて子どもが健やかに育つための地域づくりを行う「子どもにやさしい街づくり事業」の創設などを行った。

児童育成事業の中でも弾力的な事業実施の必要性が特に高い事業については、民間主体の育児支援を目的とする「財団法人こども未来財団」を平成6年7月に設立し、駅型保育、在宅保育、企業委託型保育など就労時間や通勤事情の実態に即した多様な保育サービスに対する助成を行うほか、児童関連情報24時間ネットワーク事業や共働き家庭子育て休日相談等支援事業などの情報提供・相談、子どものためのボランティア活動の振興などの事業を行っている。また、同財団に基金(こども未来基金)を創設し、事業所内保育施設の施設整備に対する利子補給なども併せて行っているところである。

駅のそばで保育サービス

共働きの家庭が増加している中で、子育てと仕事の両立ができる新しい育児支援サービスとして駅に隣接した保育施設が登場。これまで、仕事をとるか、育児をとるかの選択に迫られていた多くの働く女性あるいは働きたい女性にとって、自宅から最寄り駅に行く途中に無理なく子どもの送り迎えができるのが大きな特徴となっている。

写真は、平成6年10月、東京近郊の東急・田園都市線「市が尾」の駅に隣接するビルにオープンした「ラブティアカデミー市が尾」(横浜市緑区)。開園時間は朝7時～夜8時までと父母の残業に配慮したものとなっており、利用者の多くが都心への通勤者で、育児と仕事の両立に役立てられている。

コンビニで24時間子育て情報

働く女性が、いつでも、どこでも自由に必要な出産、育児関連の情報を引き出せる「児童関連情報24時間ネットワーク事業」が平成6年10月から開始された。

この事業は、24時間営業のコンビニエンスストアなどに設置する情報端末から、市役所などの公的機関の利用ができない休日、祭日や深夜などにも保育所、ベビーシッター、児童館、病院など育児関連情報を手軽に入手できる情報サービス提供システムとなっている。

端末はタッチパネル方式を採用しているので、利用者は画面に触れるだけで情報を簡単に引き出せる。情報は無料。データをプリントすることも可能(1枚10円)。

写真は千葉県船橋市のコンビニで、育児関連の情報を引き出している若いママ。

端末の設置場所は、千葉県の市川市、船橋市、浦安市のコンビニ等だが、今後、首都圏、関西地区にも拡大していく予定。

イ 子育てを社会的に評価するためのシステムの導入と子育てコストへの配慮

子育てに対する社会的な支援の一環として、子育てに係るさまざまな負担に対する直接的な軽減策だけでなく、子育てが家庭にとっての「私事」であるとともに、社会に対する貢献でもあることを社会システムの中で適切に評価するとともに、そのコストに対する配慮を行っていく必要がある。このため、平成6年度においては、年金法改正や健康保険法等の改正において、育児休業期間中の厚生年金保険料や健康保険等の保険料の本人負担の免除の措置(平成7年4月実施)、医療保険制度において従来の方娩費と育児手当金を統合し、出産育児一時金として充実する措置(平成6年10月実施)などを講じた。

(3) 今後の取組

子育てに対する社会的支援を講じていく際には、保育、雇用、教育、住宅など各般にわたり、総合的かつ計画的に施策を推進していく必要がある。

このため、平成6年12月に、今後おおむね10年間を目途として取り組むべき施策について、基本的方向と重点施策を盛り込んだ、文部、厚生、労働、建設の4大臣合意による「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)が策定された。

このエンゼルプランにおいては、基本的方向として1)子育てと仕事の両立支援の推進、2)家庭における子育て支援、3)子育てのための住宅および生活環境の整備、4)ゆとりある教育の実現と健全育成の推進、5)子育てコストの軽減の5項目を掲げ、この基本的方向に沿って、重点施策を推進することとしている。

また、特に近年の女性の社会進出などに伴う保育ニーズの多様化などに対応して、大蔵、厚生、自治の3大臣合意により平成6年12月「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)が策定され、低年齢児保育の待機の解消や延長保育の拡大など現在強く求められている課題に対応し、7年度から5か年の目標を定めて保育対策等を実施することとしている(表3-2-2)。

表3-2-2 緊急保育対策等5か年事業の目標

表3-2-2 緊急保育対策等5か年事業の目標

項 目	(平成6年度)	「緊急保育対策等5か年事業」の目標 (平成11年度)	目標数値の考え方
[多様な保育サービスの充実] 低年齢児(0~2歳児)保育	45万人	60万人	入所待機児童等、保育所への入所を希望しても入所できない低年齢児のすべてが入所できる水準まで確保。
延長保育	2,230か所	7,000か所	おおむね午後6時以降の保育を行う保育所を、都市部*の保育所の2か所に1か所、その他の地域の保育所の4か所に1か所として実施できる水準まで確保。
一時的保育	450か所	3,000か所	緊急時や短期間の保育を行う保育所を、都市部*の保育所の4か所に1か所、その他の地域の保育所の10か所に1か所として実施できる水準まで確保。
乳幼児健康支援サービス事業	30か所	500か所	病気回復期の乳幼児の保育を行うサービス事業を人口10万人以上の都市に、人口10万人当たり1か所実施できる水準まで確保。
放課後児童クラブ	4,520か所	9,000か所	小学校低学年の児童のうち、昼間親が不在等の理由で放課後児童クラブの利用が必要な児童(全国で対象年齢児童のおおむね1割弱)のすべてが利用できる水準まで確保。
[保育所の多機能化のための整備] 多機能化保育所の整備	— か所	1,500か所	新しく建て替えられる保育所等について、乳児保育・子育てサークル支援等の多様なニーズに対応できるよう施設・設備を整備。
[子育て支援のための基盤整備] 地域子育て支援センター	236か所	3,000か所	地域子育てネットワークの中核として、育児相談・育児サークル支援等を行うセンターを、保育所等に併設することにより、各市町村に1か所設置できる水準まで確保。

* 東京23区および人口30万人以上の市

また、地域の実情に応じた自主的な児童福祉行政の推進を支援する観点から、児童育成体制の基盤整備に資する事業を実施する地方公共団体に対し助成を行う児童育成基盤整備等推進事業を創設したところである。

なお、医療の分野においても、近年の急速な少産、少子化が進む中で21世紀に向け次代を担う世代の健全な育成ができる体制づくりを進める必要がある。特に、これまでの小児科、内科、産婦人科などによる個別の対応がむずかしい場面も出てきており、周産期、小児期、成人期と一貫した最先端の医療(成育医療)の展開が求められている。このため、高度先駆的な成育医療の実施、研究の推進などの機能を担う国立成育医療センター(仮称)の整備の検討を進めている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第3節 障害者施設の計画的推進

障害を引き起こす傷病や事故などさまざまな原因はだれでも直面し得るものであり、決して特定の人の問題ではない。また、慢性疾患への疾病構造の変化や高齢化の進展の中で、何らかの障害を持って生活を営む人が社会全体の中で大きな割合を占めるようになってきている。

真に豊かな社会は、すべての人々が障害の有無や程度を問わず、誇りと安心感を持っていきいきと暮らしていける社会である。国際連合の策定した「国際障害者年行動計画」においては、「社会がその構成員である人を閉め出すような場合、それは弱くもろい社会なのである」と述べられている。

障害を持った人々が「普通」に生活することが、成熟社会に足りる我が国における目標と考えられる。

こうした社会の醸成は、国や地方公共団体の施策の推進が必要なことはもちろんのこと、個人、企業、地域におけるコミュニティなどさまざまなレベルでの意識や行動の変革を伴うものである。一人ひとりが障害を普通の状態として受けとめられるような社会づくりを目指していかなければならない。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

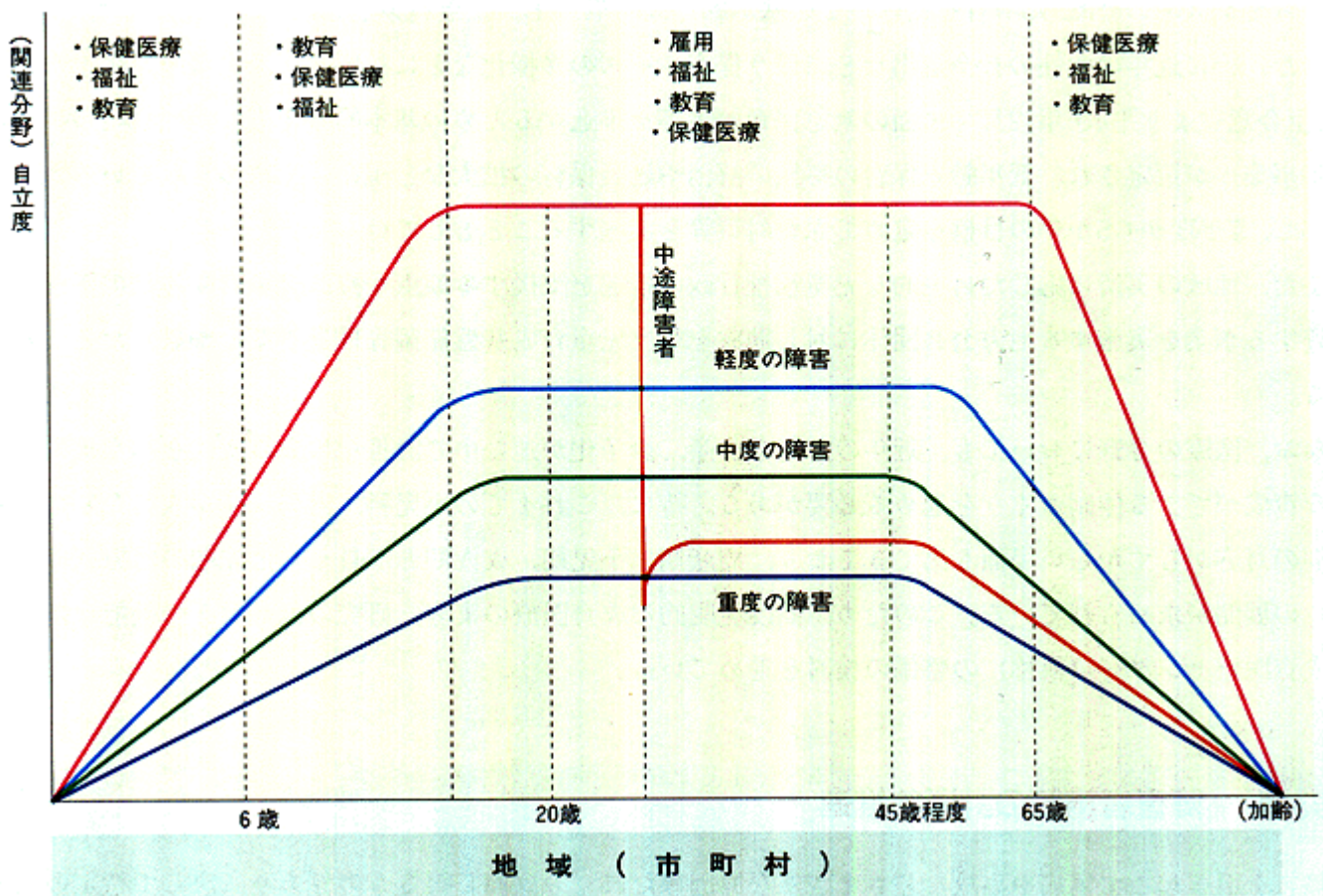
第3節 障害者施設の計画的推進

1 障害者施策推進のあり方

これまでもさまざまな障害者に関する施策が実施されてきたが、上記のような社会づくりを目指し、より効果的に推進されていかなければならない。図3-3-1は、今後の障害者施策推進のあり方を示している。

図3-3-1 障害者のライフステージと自立

図3-3-1 障害者のライフステージと自立



まず、障害により、自立度が通常の場合より低下したことを表しているが、障害者施策は、障害者に対する直接的な施策や環境整備などを通じ、障害者の地域での自立した生活を支援するという基本的方向において進められなければならない。すなわち、障害があろうがなかろうが、またどのような種類の障害を持とうが、同じ社会の構成員として普通の生活を営むというノーマライゼーションの理念の追求である。

第二は、住み慣れた地域社会をベースに障害者施策を推進していかなければならない。具体的には、市町村

を中心に生活支援のサービスを組み立てていくという考え方である。

第三は、ライフステージを通じて施策が一連のものとならなければならない。ライフステージごとに、生活の中心となる場が変わるが、障害者施策は生涯を通じて切れ目がないようきめ細かな配慮をしていかなければならないという理念である。

第四は、ライフステージごとにさまざまな施策が必要に応じて連携していかなければならない。例えば、学齢期には障害児教育がサービスとして大きなものとなるが、医療や福祉も生活を支え教育を可能にする重要なサービスである。また、学齢期を過ぎると、雇用対策が福祉や医療とともに重要なものとなろう。

第五は、障害者であっても、障害者でなくても、加齢とともに自立度が低下していくということであるが、特に障害者の場合、その度合いが急になる場合が多いことに留意しなければならない。

最後は、図には示されていないが、計画的に進めるという点である。国、都道府県、市町村それぞれの役割と責任を明確にしながらか中長期的な計画にのっとり、さまざまな施策を推進していかなければならない。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第3節 障害者施設の計画的推進

2 障害をめぐる現状-その普遍化と重度化

(1) 国民の30人に1人は何らかの障害を有している

我が国の障害者総数は、身体障害(児)者約295万人、精神薄弱(児)者約39万人(平成2年度)、精神障害者約108万人の計441万人と推計され(平成3年度)、人口の3.8%となっている。うち、施設入所者が、それぞれ14万5千人(施設・在宅計の4.9%)、10万1千人(同26.3%)、33万人(同30.6%)となっている(精神障害者については精神病院入院患者を含む。)

身体障害者については、障害の発生時別でみると18歳以降が7割を占め、特に40～64歳のいわゆる働き盛りの年齢層が最多数を占めているほか、年齢別には全体の6割以上が60歳以上となっている。さらに、障害となった原因では、脳血管疾患や骨関節疾患、心臓疾患が最上位となっている。慢性疾患への疾病構造の変化や高齢化の進展の影響により、障害はだれもが直面し得る問題となっている。加えて、現代社会のストレスの増大などにより、心の問題をかかえる者が増加傾向を示している。障害をめぐる問題はその裾野を広げているといえる。

(2) 重度、複数の障害を有する者が増加

障害の種類をみると、身体障害者の障害種別では肢体不自由の割合が最も大きく、全体の57%を占めている。増加率が最も顕著なのは内部障害であり、昭和62(1987)年から平成3(1991)年にかけて57%の増加を示している。疾病構造の変化などが背景にある。

精神薄弱者(在宅)については、最重度および重度が全体の43.5%、中度および軽度が51.3%となっている。また、およそ5万人(17.7%)が身体障害者手帳を併せて所持し複数の障害を持っており、身体障害の種類では肢体不自由が67.4%と最も多い。

また、身体障害については、1級の者の増加が目立つなど、障害の重度化の傾向がみられる。精神障害者については、精神分裂病患者が入院の63%、通院者の23%を占める。年齢階級別には40歳代後半から50歳代前半が最も多い。精神病院に入院している者は約32万人である。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第3節 障害者施設の計画的推進

3 障害者施策の展開と最近の動向

(1) 障害者施策体系の整備と発展

我が国における障害者施策を振り返ってみると、身体障害者については、「更生」の理念の下に傷疾軍人対策や視聴覚障害対策を中心として出発した。昭和24年身体障害者福祉法ができ、基本的な枠組みが整備され、また、障害児については、23年に施行された児童福祉法の中で施策の充実が図られてきた。精神薄弱者については、10年ほど遅れて昭和35年の精神薄弱者福祉法により施策体系が整備された。さらに、精神障害者については、25年に成立した精神衛生法により推進されるが、医療と保護による対応が中心であった。近年では、精神障害者の社会復帰のための社会施策の必要性が指摘され、昭和62年の改正で法律の名前も「精神保健法」と改正された。

「完全参加と平等」をテーマとした昭和56(1981)年の国際障害者年と、これに続く「国連・障害者の10年」(昭和58年～平成4年)は、国民に障害者についての理解を広め、障害者施策の進展の大きな後押しとなるとともに、障害者団体が障害の種別を超えてともに取組を進める上でも大きな契機となった。

表3-3-1 障害種別福祉施設一覧

表3-3-1 障害種別福祉施設一覧

対象障害	身体障害者(18歳以上)	身体障害児, 精神薄弱児	精神薄弱者(18歳以上)	精神障害者
施設	身体障害者更生援護施設	児童福祉施設	精神薄弱者援護施設	精神障害者社会復帰施設
更生・訓練・治療・養育施設	肢体不自由者更生施設 視覚障害者更生施設 聴覚・言語障害者更生施設 内部障害者更生施設 重度身体障害者更生援護施設	精神薄弱児施設 自閉症児施設 精神薄弱児通園施設 盲児施設 ろうあ児施設 難聴幼児通園施設 肢体不自由児施設	精神薄弱者更生施設 (入所および通所)	精神障害者援護寮 精神障害者ショートステイ施設 精神障害者通所機能付援護寮
生活施設	身体障害者療護施設	肢体不自由児通園施設 肢体不自由児療護施設 重症心身障害児施設		
作業施設	身体障害者授産施設 重度身体障害者授産施設 身体障害者通所授産施設 身体障害者福祉工場		精神薄弱者授産施設 (入所および通所) 精神薄弱者福祉工場	精神障害者授産施設 (入所および通所) 精神障害者福祉工場
地域利用施設	身体障害者福祉センター (A型, B型) 身体障害者デイサービスセンター 障害者更生センター 補装具製作施設 点字図書館, 点字出版施設 聴覚障害者情報提供施設		精神薄弱者デイサービスセンター	
福祉ホーム等	身体障害者ホーム	—	精神薄弱者福祉ホーム 精神薄弱者通勤寮	精神障害者福祉ホーム

資料：厚生省調べ

(2) 新長期計画の策定と障害者基本法の成立

「国連・障害者の10年」は平成4年に終了したが,これに引き続き同年4月,国連アジア太平洋経済社会委員会(ESCAP)は,第48回総会において平成5(1993)年からの10年間を「アジア太平洋障害者の10年」と決議し,アジア太平洋地域の障害者施策を一層推進することとした。

我が国も,「『国連・障害者の10年』以降の障害者対策の在り方について」(中央心身障害者対策協議会の意見具申)を踏まえ,平成5年3月,「国連・障害者の10年」以降の障害者施策の推進の基本指針として「障害者対策に関する新長期計画-全員参加の社会づくりをめざして-」を策定した。

また,同年11月に障害者の自立と社会参加を一層促進するために,心身障害者対策基本法が改正され,障害者施策の基本理念,法律の対象となる障害者の定義,障害者施策に関する基本計画の策定,雇用についての事業者の努力義務,交通施設などの整備についての規定などが置かれた。また,名称も「障害者基本法」に改められ,同改正は20数年ぶりの改正であり,障害者の「完全参加と平等」というこれからの障害者施策の基本的な方向を示すものとなっている。上記「新長期計画」とともに,これらに盛り込まれた理念や内容をできるだけ早く具体化していかなければならない。

「障害者基本法」は,障害者を身体障害者,精神薄弱者,精神障害者と定義している。また,個別の障害に着目した施策から,障害者として均衡のとれた総合的な施策への発展を望む声が大きくなっている。

障害者基本法により,障害者についての計画の策定が国,地方とともに法律の根拠を持つものとなったこと

も、これからの障害者施策の推進に大きな意味を持つものである。国の「新長期計画」は、法律の附則により、障害者基本法に根拠を置く基本計画として位置づけられている。地方公共団体の障害者計画については、国際障害者年を契機として都道府県レベルでは策定されるようになっていたが、市町村についても策定について努力義務が課せられている。

また、障害者等が住み慣れた家庭や地域で暮らし続けるための基盤整備のため、福祉用具の利用の促進を図ることが重要である。

このため、平成5年10月より施行された「福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律」の円滑な施行を図り、1)我が国の産業技術を生かした優れた福祉用具の研究開発、2)利用者ニーズを踏まえた適切な福祉用具の普及・利用に努めている。

さらに、障害者の自立と社会参加の理念の具体化のためには、まち全体を障害者にとって利用しやすいものに変えていくことが重要であり、これは障害者のみならずひいては地域住民みなにとって住みよいまちづくりにつながることもである。

このため、厚生省では平成6年度よりそれまでの「住みよい福祉のまちづくり事業」を拡充し、「障害者や高齢者にやさしいまちづくり推進事業」を創設し、地域社会の合意に基づいた計画的な福祉のまちづくりを推進している。建設省においても、「福祉の街づくりモデル事業」を改組・改充し、「人にやさしいまちづくり事業」として実施している。また、「高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律」が成立・実施され、デパート、ホテルなどの不特定多数の人々が利用する建築物を高齢者・障害者等が円滑に利用できるように改善することを促進する措置が設けられた。さらに、(財)交通アメニティ推進機構の設立による交通ターミナルにおけるエレベーター、エスカレーター設置事業に対する助成制度の創設など、高齢者や障害者に配慮した交通施設の整備も促進されている。

一方、地方公共団体においても、多くの自治体において「福祉のまちづくり条例」などの制定や検討が行われており、その取組が活発化してきている。

平成8年度市町村保健福祉情報連携事業調査

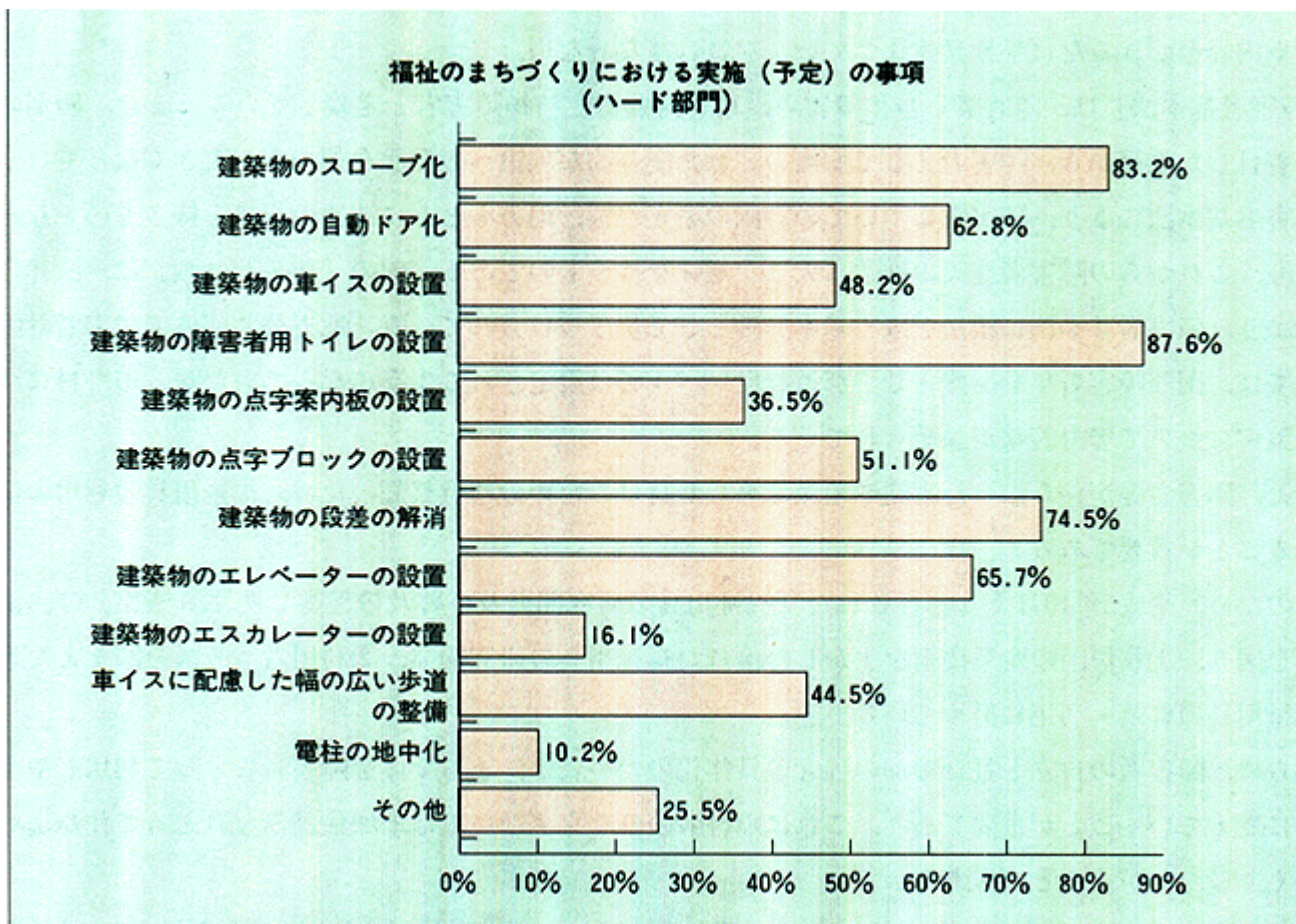
厚生省では、平成4年度より、厚生省と市町村が直接に連携し、各種の施策を進めるに当たって互いに意見を交換し、知恵を出しあうことを目的とする「市町村保健福祉情報連携事業」を実施している。この事業には、人口規模や高齢化率などのバランスに配慮して選ばれた169市町村が参加している。平成6年度においては、「障害者、高齢者に配慮した福祉のまちづくり」(以下「福祉のまちづくり」)について調査を行った。

調査の結果、7割以上の市町村が条例、規則、要綱などに基づいて福祉のまちづくりを行うまたは行うことを予定していると回答しており、関心はかなり高いことがわかる。

建築物のバリアフリーなどを行うハード部門については、障害者用トイレの設置、建築物のスロープ化など実施(計画)率が高い項目と、エスカレーターの設置、電柱の地中化など実施(計画)率が低い項目がある。

また、これら建築物のうち、市町村自らが設置する施設については、実施(計画)率が96%と高いが、民間事業者に対して何らかの働きかけを行っている市町村は全体の37%にとどまっている。

福祉のまちづくりにおける実施(予定)の事項(ハード部門)



(3) 障害者保健福祉施策推進本部の設置

障害者施策については、施策の一層の充実のための枠組みが整備される中で、新たな時代を迎えつつある。

今後は、地域における障害者の生活を支えるための施策の充実、ライフステージを通じた総合的な障害者施策の展開、障害の種別を超えた横断的・総合的なサービス提供体制の整備など、障害者対策をめぐる諸課題に対応した効果的な具体的施策を強力に推進していかなければならない。

このため、障害の各分野にわたる保健福祉施策について総合的に検討を行い、推進することを目的として、平成6年9月、厚生省内に事務次官を本部長とする障害者保健福祉施策推進本部を設置し、具体的整備目標の設定を含め、今後の障害者施策のあり方、推進方策全般について幅広い検討を進めているところである。

(4) 精神保健法の改正(「精神保健法」から「精神保健福祉法」へ)

精神障害者についても身体障害者や精神薄弱者と同様、社会復帰、福祉施策の充実が強く求められている。

地域における退院促進のための条件が整えば、入院中の精神障害者のうち一部が退院可能といわれているが、在宅における、あるいは施設などを利用した精神障害者に対する生活訓練や指導などの援助施策は絶対量が不足している状況にある。

障害者基本法が成立して、精神障害者が基本法の対象として明記されたことを機に、地域におけるより良い医療の提供を推進するとともに、社会復帰をさらに進めて、自立生活や社会参加の促進のための援助という福祉的な施策を充実していくことが必要である。このため、厚生省では、「精神保健法」を「精神保健及び

厚生白書(平成7年版)

精神障害者福祉に関する法律」に改め、保健と福祉の連携を図り、精神障害者の自立と社会参加の促進のための福祉施策を法律上明確に位置づけて発展させることとしたところである。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第4節 新しい地域保健の体系の構築に向けて

地域保健対策の枠組みが、昭和20年代につくられてから約半世紀が経過したが、その間、保健所を中心とする諸施策の推進により、結核などの感染症の減少や乳児死亡率の低下などに代表されるような成果が上がってきた。

一方、この半世紀の間に、第1部でみたように、高齢化、疾病構造の変化など地域保健をとりまく状況は大きく変化した。

このような変化に対応するとともに、サービスの受け手の立場に立って、地域住民の多様なニーズに対応したきめ細かな保健サービスが提供できるように、地域保健の新たな体系を再構築していくことが必要となってきた。

また、福祉8法の改正により、住民に最も身近な行政主体である市町村において、高齢者や障害者に対する保健福祉サービスを一体的に提供する体制が整備されたが、ライフステージを通じた保健サービスを提供できるように、母子保健を含めた保健サービスについて市町村が一元的に取り組めるよう体制を整備することが重要となってきた。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第4節 新しい地域保健の体系の構築に向けて

1 「地域保健法」の成立と基本指針の策定

厚生省では、終戦直後に構築された地域保健対策の枠組みを抜本的に見直し、国、都道府県、市町村がそれぞれにふさわしい役割を分担し、地域保健対策の総合的な推進・強化を図ることを目的とする「地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律案」を国会に提出し、同法案は平成6年6月成立した。同法では、

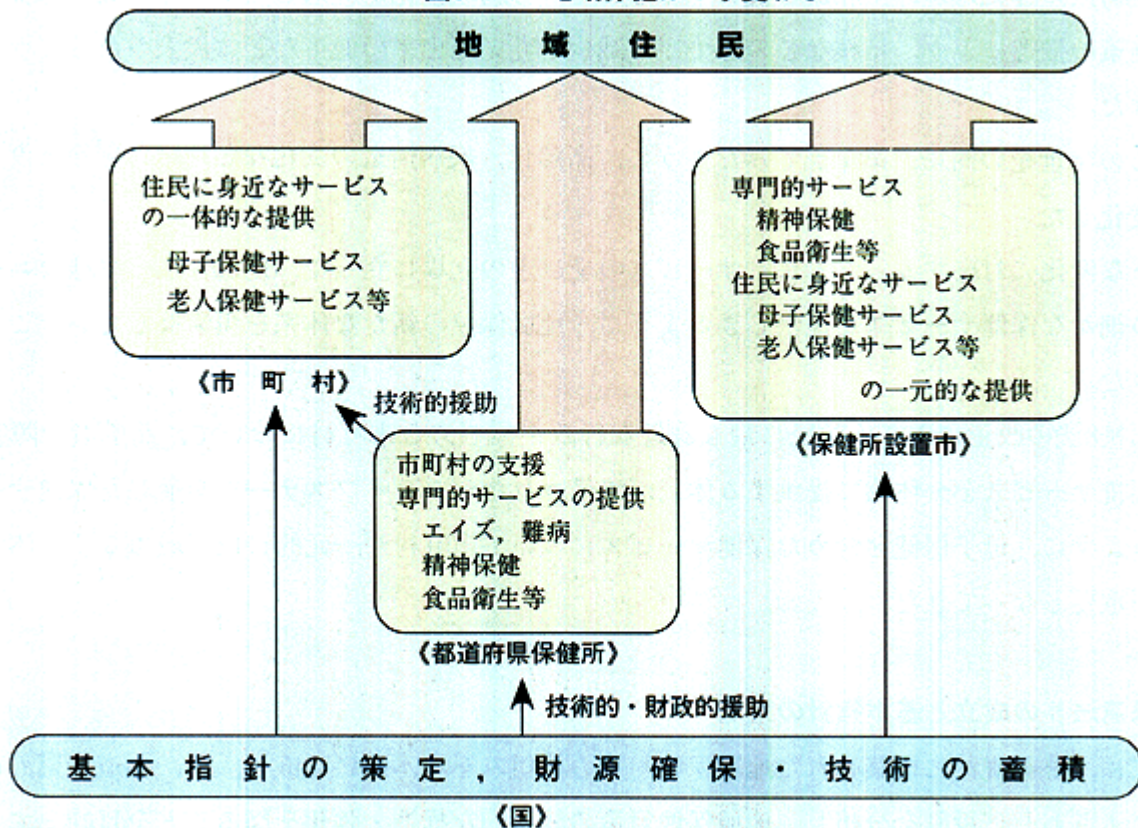
- 1) 「保健所法」を「地域保健法」に改め、基本指針を定めることとするなど、地域保健対策の推進体制の強化を図るための基本的な枠組みや方向を定める
- 2) 保健所について、地域保健対策に関する広域的・専門的・技術的拠点としての役割を明確に位置づけるとともに、都道府県の保健所の所管区域については二次医療圏や老人保健福祉圏を参しゃくすべきこととするなど、保健所の機能強化を図る
- 3) 3歳児健診などの母子保健事業や一般的な栄養指導などに関する事務の市町村への委譲などにより、住民に身近で利用頻度の高い保健サービスを市町村において一元的に提供されるようにするとともに、市町村保健センターの法定化、人材確保支援計画の策定および計画に基づく事業の実施などにより、市町村における実施体制の整備を図る
- 4) 診療所、医薬品の一般販売業などについての許可や届出の受理などの事務について、保健所設置市に委譲することなどを内容としている。

なお、これらのうち、保健所の機能強化、権限委譲などについては、平成9年度より施行される。

また、地域保健法に基づき、新しい地域保健体系のもとで、市町村、都道府県、国などが取り組むべき方向を示した「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」を策定し、平成6年12月に告示した。

図3-4-1 地域保健はこう変わる

図3-4-1 地域保健はこう変わる



【委譲される権限】

- ① 都道府県→市町村
・母子保健サービス
・一般的な栄養指導
- ② 都道府県→保健所設置市
・診療所等の開設許可, 届出等
・伝染病予防に関する事務
- ③ 国→都道府県・保健所設置市
・優生保護相談所の設置認可権

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第4節 新しい地域保健の体系の構築に向けて

2 市町村保健センターの整備促進

今後、身近で利用頻度の高い保健サービスが市町村において一元的に提供されることから、市町村は保健活動の拠点となる市町村保健センターの整備を一層推進する必要がある。このため、新たに地域保健法において市町村保健センターを法定化するとともに、国庫補助規定を設け、併せて予算面における充実を図ることなどにより、各市町村に市町村保健センターなどの保健活動の拠点を整備することとしている。

また、その運営に当たっては、保健所、地域の医療機関、在宅介護支援センターをはじめとする社会福祉施設などとの連携を図ることが必要である。また、総合相談窓口の設置、在宅福祉サービスを担う施設との複合的整備保健婦(士)とホームヘルパーに共通の活動拠点としての運営などにより、保健と福祉の総合的な機能を備えることが重要である。

保健所と保健センターの連携(千葉市)

平成4年度に政令指定都市となった千葉市(人口約85万人)では、従来から機能を集約した保健所1か所と各行政区ごとに設置した6か所の保健センターとの機能分担と連携により、地域保健サービスを展開している。

保健センターでは、母子保健、老人保健といった住民に密着した対人保健サービスを提供し、保健所においては、保健センターを指導・管理・調整するとともに、精神保健、難病、エイズなどの専門的分野や対物保健サービスの実施機関としての役割を担っている。

また、保健所を環境保健研究所(試験・研究機関)や休日救急診療所などとの複合施設「千葉市総合保健医療センター」内に設置し、市の保健衛生行政の拠点としている。

今後、保健・医療・福祉の有機的な連携を強化しつつ、在宅ケアを推進していく上で、対人保健サービスの拠点施設として、保健センターの役割はますます重要となることから、マンパワーの確保をはじめとした保健センターの機能強化を推進するとともに、保健所の指導・総合企画調整機能の充実を図ることが課題となっている。

平成7年度には、4年間にわたって開発を進めてきた「保健医療・衛生情報システム」の一部が稼働することとなっている。これは、本庁、保健所、保健センターおよび関連施設間に情報ネットワークを構築することにより、市民の健康情報や衛生情報を一元管理するとともに各施設間の緊密な連携を図り、市民ニーズの増大・高度化に対応して、より迅速できめ細かな総合的なサービスの展開を図ろうとするものである。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第4節 新しい地域保健の体系の構築に向けて

3 市町村における保健婦などの人材の確保および資質の向上

市町村が住民のニーズに応じて計画的に事業を実施するためには、市町村自身が責任を持って保健婦など地域保健に従事する職員の確保と資質の向上を図ることが必要である。

このため市町村は、保健婦、栄養士などの職員の計画的な確保を推進するとともに、地域の医療機関などと協力しつつ、地域における医師、看護婦などの人的資源を最大限に活用することが必要である。

なお、平成5年度末現在市町村保健婦数は約1万2千人であるが、新ゴールドプランの推進、母子保健事業の委譲などに伴い、業務量の増大に対応した職員数の確保を図っていく必要がある。

一方、小規模な町村においては対策を講じてもおお必要な人材を確保できない場合もあることから、このような町村の申出に基づき都道府県が人材確保支援計画を定めることができるとし、これに基づく事業については、国も財政的・技術的支援を行うこととしている。

また、市町村は地域保健にかかわる保健婦をはじめとする幅広い職種の職員などに対して、専門分野の研修だけでなく、職種を超えた研修およびケア・コーディネーションに資する研修を実施することとし、都道府県においても現任訓練を含めた市町村職員に対する体系的な研修を実施することにより、資質の向上を図ることとしている。

健康づくり活動から町づくりへ(熊本県蘇陽町)

蘇陽町は、九州のへそ、熊本県東部に位置する町(人口約5,000人、高齢化率約23%)。蘇陽町では、昭和63年度より「町民みんなで健康な生活を考え、つくりだす活動の展開」という発想のもとに「健康むら長制度」を発足させた。これは、各自治会の中から代表者を選び、健康づくりを推進していくというものである。また、医師、理学療法士、栄養士などの専門家による「夜の健康学習会」が実施され、多くの町民が参加している。

このような事業が展開していった結果、「健康づくりを中心とした町づくり」が町の振興の柱になっている。町民どうしの健康づくりの話し合いの場が広がっており、さらに、町民みんなの健康づくりのために小、中、高校生も参加している。写真は、ひとり暮らしのお牢寄りに、小学生の書いた雑文をつけた給食を高校生やシルバーボランティアが配達しているところである。

健康づくりを通じて町民の世代間を超えた暖かいふれあいが広がるとともに、老人医療費(入院)も下がったということである。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第4節 新しい地域保健の体系の構築に向けて

4 保健・医療・福祉の連携

住民のニーズに応じた適切なサービスを提供するためには、一人ひとりの住民にとって、最適な保健・医療・福祉サービスの種類、程度および提供主体について判断し、各種のサービスを組み合わせて提供するいわゆる「ケア・コーディネーション」が求められている。このため、市町村においては相談からサービスの提供に至る体系的なシステムの整備や行政機関、医療・福祉施設などを結ぶネットワークの整備を図るとともに、情報提供、関係機関の紹介・調整などを行う総合相談窓口を設置することが必要である。また、二次医療圏においては、保健・医療・福祉のシステムの構築に必要な社会資源が確保されていることから、保健所などは、これらを有効に活用したシステムの構築を図るための検討協議会を設置することが求められる。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第4節 新しい地域保健の体系の構築に向けて

5 保健所の機能強化および所管区域の見直しなど

身近で利用頻度の高い保健サービスが市町村において一元的に提供される一方で、保健所については、地域保健に関する広域的・専門的・技術的拠点として、その機能を強化することとしている。具体的には精神保健対策、難病対策、エイズ対策、食品衛生、環境衛生などの専門的・技術的業務、情報の収集・整理・活用および調査・研究を推進するとともに、市町村がその役割を十分に果たすことができるよう専門的・技術的な支援を行い、併せて、企画・調整機能の強化を図ることとしている。

また、保健所の専門的・技術的拠点としての機能を強化するため、所管区域の見直しを行い集約化を進めることにより、保健所の規模の拡大や施設・設備の充実を図ることとしている。

なお、平成7年度においては、各保健所設置自治体において、基本方針を踏まえ、9年度以降の保健所の機能強化のあり方、所管区域などについて定める、いわゆる機能強化計画を策定することとしている。

また、保健所の設置については、都道府県のほか、一定の人口規模などを備えた市が保健所を設置しており、平成6年4月1日現在33市および特別区で保健所が設置されている。平成6年度の地方自治法の改正による中核市制度の創設により、中核市には保健所を設置することとし、これに合わせて保健所の指定基準を人口35万人以上から30万人以上に緩和し、保健所政令市への移行の促進を図ることとしている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第5節 原爆被爆者対策の推進

これまで、被爆者対策については、「原子爆弾被爆者の医療等に関する法律」(昭和32年制定)および「原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律」(昭和43年制定)のいわゆる原爆2法を中心として、医療の給付、手当等の支給をはじめとする各般の施策が講じられてきたが、一方で、高齢化の進行など被爆者をとりまく環境の変化に伴い、現行の施策を充実発展させた総合的に対策を講じることが求められていた。

こうした状況を踏まえ、現行の原爆2法を一本化し、総合的な被爆者援護対策を実施するため、「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」(以下「新法」)が第131回国会において成立し、平成7年7月より施行されることとなった。

今回の新法は、その前文にも明らかにされているように、被爆後50年のときを迎えるに当たり、核兵器の究極的廃絶に向けての決意を明らかにし、原子爆弾の惨禍が繰り返されることのないよう、恒久の平和を念願するとともに、国の責任において、被爆者に対する保健、医療および福祉にわたる総合的な援護対策を講じ、併せて国として原爆死没者の尊い犠牲を銘記するためのものであり、その概要は以下のとおりである。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第5節 原爆被爆者対策の推進

1 特別葬祭給付金の支給

新法では、被爆後50年を迎えるに当たり、被爆者であって、かつ、被爆者対策の充実をみるまでの間に亡くなった原爆死没者と苦難をともに経験した遺族に対し、生存被爆者対策の一環として、特別葬祭給付金を支給することとしている。

具体的には、広島および長崎で被爆し、葬祭料制度の対象となる前に死亡した者の遺族(配偶者、子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹)に対し、2年間の申請期間内に行われた申請に基づいて、10万円の特別葬祭給付金を記名国債によって支給することとしている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第5節 原爆被爆者対策の推進

2 平和を祈念するための事業の実施

世界で唯一の原子爆弾の被爆国として、原子爆弾の惨禍が繰り返されることのないよう、新法においては特に規定を設け、国は原子爆弾の惨禍に関する国民の理解を深め、その体験を次の世代に伝えるとともに、原爆死没者に対する追悼の意を表す事業を行うこととした。

なお、この規定に基づく具体的な事業としては、原爆死没者追悼平和祈念館の設置を行うこととしており、現在その内容に関する検討を進めているところである。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第3章 保健福祉サービスの総合的展開

第5節 原爆被爆者対策の推進

3 福祉施策の充実など

原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律に基づく各種の手当等については、新法においてもこれを引き続き支給することとしているが、健康管理手当などの手当に現在設けられている所得制限については、被爆者の高齢化の進行などを踏まえこれを撤廃することとした。

また、以上のほか新法においては、各種手当等の支給とともに、被爆者対策の柱となっている医療の給付についても引き続き現行と同様に実施することとしたほか、福祉事業の実施および補助の法定化ならびに原爆放射能が身体に及ぼす影響についての調査研究を促進するための規定の整備を図ったところである。
