

第3節

保健医療・生活支援

我が国の保健医療や生活支援のサービスについては、戦後、国民のニーズに応じてサービスの種類や内容、量の拡大等が図られてきている。国民にとって、できる限り健康でいることは時代を超えて変わらぬ望みであり、そのためには、病気の予防意識（自らの健康づくりに向けた努力や健診への理解）が拡がり、さらには、病気になれば医療を受けることができる環境を整えることが重要である。生活支援については、1980年代頃より、誰もができる限り住み慣れた地域や自宅において尊厳を持って自立した生活を送ることができる社会を目指す観点（ノーマライゼーション）から、施設サービスから在宅サービスへと重点を移すとともに、必要なサービスを計画的に拡充してきた。近年は、個人の自立生活を支援するという考え方に立って施策が展開される中で、地域住民がお互いに必要な支援を行う「地域（まち）」づくりが志向されるに至っている。この節では、このような流れを、保健医療、高齢者介護、障害者福祉及び子育て支援のそれぞれの分野ごとに見ていくこととする。

第1款

健康な国民生活を実現するために

現在の我が国では、人々はより長く、より健康に生きることができるようになっており、世界でも有数の「健康大国」と言える。しかし、ここに至るまでには戦後の様々な社会状況の変化や制度の改正があった。戦後直後の感染症の蔓延を防止する等の対策に始まり、その後、医療サービスの量的な拡大を行ってきた。現在は、高齢化社会の到来と疾病構造の変化の中で、国民が健康問題に積極的に関与し、地域で安心して医療を受けることのできる体制の整備を推進することがこれまで以上に注目されている。第1款では、健康づくり、地域医療提供体制及びそれを支える医療保険制度の変遷を確認し、到達点と今後の課題を検証する。その際、あわせて、人々の充実した生活の基盤である「健康」を守るための地域における取組みについて概観する。

1 国民一人一人が取り組む予防の実践とそれを実現するための環境整備

（保健所が果たす地域保健体制整備）

我が国に保健所が初めて設置されたのは、1937（昭和12）年、今から70年近く前までさかのぼる。結核撲滅と母子保健の向上を目的に旧保健所法が制定された。食品衛生や、急性感染症の予防活動等は、そのときは警察が担当していたが、1947（昭和22）年に保健所法が大幅改正されると、新たに保健所がそれらの業務を担うこととなり、保健所は地方における公衆衛生上の行政業務を一体的に実施する機関となった。

また、地域保健の新たな体系作りとして、保健所と市町村保健センターの役割を定めた「地域保健法」が、保健所法を大幅に改正して、1994（平成6）年に制定された。

これにより、住民に身近で利用頻度の高い保健、福祉サービスは市町村が担い、保健所は精神保健、難病対策、エイズ対策等についての機能と食品衛生、環境衛生、医事、薬事など広域的監視・検査が必要な事項についての機能をそれぞれ強化し、地域保健における広域的・専門的かつ技術的拠点としての位置づけを確立する。

かつて、保健所は、結核・性病・感染症等の疾病予防に加え、母子及び老人保健、精神保健、栄養改善等の保健衛生といった地区診断の基本的活動、住宅・水道・清掃・食品さらには公害等の環境衛生、衛生概念の普及等、幅広い分野において大きな成果を残した。我が国は、戦後の感染症の克服に代表されるように、公衆衛生上での劇的な改善を遂げているが、その中で保健所の果たした役割は大きいといえる。

その後、疾病構造の変化、乳児死亡率の低下等に伴い、それぞれの地域の保健、医療、福祉の状況に合わせ、保健所は施設、業務の面で拡充を図っていった。疾病構造の変化、少子高齢化の進行、個人ニーズの多様化、地方分権の進行といった時代の変化を背景に、医療や福祉との連携強化や、地方分権の流れの中で都道府県・市町村との新たな役割分担、さらに地域における健康危機管理等、求められる課題に応じて保健所は役割を果たし、今日に至っている。

（国民の主体的な健康づくり対策のはじまり）

昭和50年代は、感染症対策から地域保健行政への展開が見られた時代である。1978（昭和53）年には、「国民健康づくり運動」として、健康増進、疾病予防、リハビリテーションを包括的に捉えた総合的対策（第1次国民健康づくり対策）が打ち出された。このような流れの中、身近な市町村が地域保健において役割を果たすことが期待された。

1988（昭和63）年には、第2次国民健康づくり対策が始まり、健康づくりの3要素「栄養」「運動」「休養」のうち、特に「運動」のもつ意義を積極的に取り上げた「アクティブ80ヘルスプラン」が示された。その中では、「自分の健康は自分で守る」という理念のもと、健康管理における自己責任が強調されている。これは、これまで都市環境の整備など公衆衛生施策が中心だった感染症に代わり、慢性疾患の割合が増加してきたことが背景にある。慢性疾患は多くの場合、苦痛や症状が長期にわたり、一生続くこともあるだけに、その効果的・効率的なケアには患者自身のマネジメントが必要である。国民医療総合対策本部中間報告（1987年）においては、『成人病中心の時代であっては、「自らの健康は自分で守る」、「自分の病気は最終的には自らが治す」という自己管理の観点を重視する方向で改革を行っていく必要がある。』としており、これは、患者の主体性に注目した初めての行政としての報告書である。

こうした一連の我が国の取組みは世界の動向とも呼応している。第1次国民健康づくり対策の開始は、医療の重点を高度医療中心から予防を含む一次医療への転換を提唱したWHO（世界保健機関）の「アルマアタ宣言」（1978年）が発表された時期とほぼ一致する。また、健康増進を個人の生活改善に限定して捉えるのではなく、社会的環境の改善を含むことを確認した「オタワ宣言」（1986年）が採択された時期とほぼ一致

して、第2次国民健康づくり対策を開始している。

（生活習慣に着目した疾病対策への転換）

1996（平成8）年、それまでの加齢に注目した「成人病」に代わって、生活習慣に着目した「生活習慣病」という名称が新たに導入された。その定義は「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に關与する疾患群」^{（注）}とされている。この導入の背景の一つとして、かつての成人病対策のような、病気の早期発見・早期治療を重視する二次予防から、生活習慣を見直し、環境改善などにより病気の発生そのものを予防する一次予防の考え方に転換し、「生活習慣病」の認識を国民に醸成し、行動に結びつけることが重要になったことが挙げられる。

その後、2000（平成12）年からは、第3次の国民健康づくり対策として、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を推進している。「健康日本21」は、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現することを目的とし、栄養・食生活、身体活動・運動、たばこ等の9分野70項目について、具体的な目標を掲げ、疾病を予防する一次予防に重点を置いた施策を推進している。また2003（平成15）年5月には、「健康日本21」を中核とする国民の健康づくりを更に積極的に推進する法的基盤を整備するため、「健康増進法」が施行された。

さらに、2005（平成17）年からの10か年戦略として、国民一人一人が生涯にわたり元気で活動的に生活できる「明るく活力ある社会」の構築のため、「生活習慣病対策の推進」と「介護予防の推進」を柱とした「健康フロンティア戦略」を推進している。健康フロンティア戦略では、健康寿命（健康で自立して暮らすことができる期間）を2年程度伸ばすことを目標に、働き盛り、女性、高齢者の国民各層を対象に、それぞれについて重要性の高い「生活習慣病対策の推進」、「女性のがん緊急対策」、「介護予防の推進」に係る施策を進めるとともに、それらを支える科学技術の振興を図ることとしている。

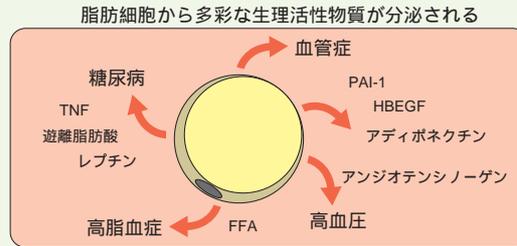
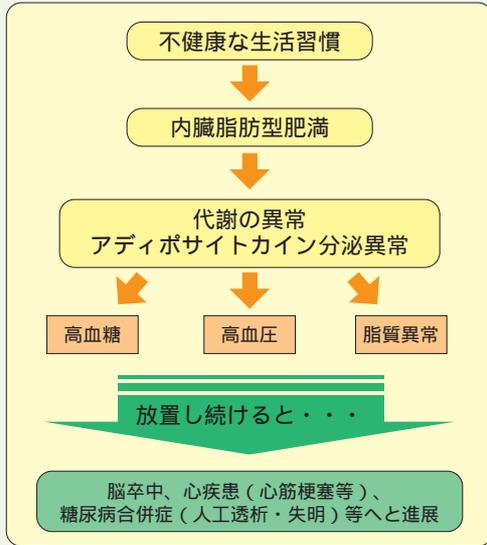
また、2005年4月には、「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）」の定義と診断基準が、日本内科学会等8学会によって示された。これは、糖尿病、高血圧症、高脂血症等は内臓脂肪型肥満と強く関連があり、内臓脂肪型肥満に加えてこれらが重複した状態は心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少することで糖尿病等の諸病態の改善及び心疾患、脳血管疾患等の発症リスクの低減が図られるという考え方を基本とした概念である。今後は、この内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を導入し、国民の運動、栄養、喫煙面での健全な生活習慣の形成に向け、国民や関係者の「予防」の重要性に対する理解の促進を図るための国民運動を展開することとしている。

図表2-3-1-1▶

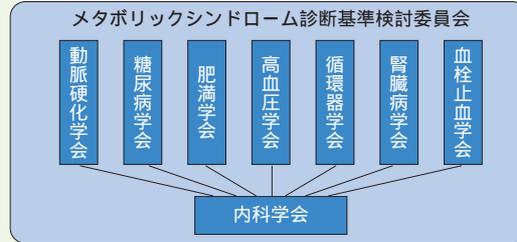
（注） 公衆衛生審議会「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について（意見具申）」（1996（平成8）年）

図表2-3-1-1 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の疾患概念の確立

～ 脳卒中や心疾患の発症を予防するカギとなる考え方が提唱されている ～



8学会が合同で定義と診断基準を策定した
(平成17年4月 日本内科学会総会で公表)



コラム

内臓脂肪症候群に着目した健診・保健指導の実施による職員の健康管理対策

兵庫県尼崎市役所では、1999（平成11）年度当時、地方公共団体の職員で構成する全国自治体健康保険組合（都市健保）48団体内、職員1人当たりの医療費の額が全国最高であり、また職員の現職死亡も年平均12人、長期療養を必要とする休職者は年平均約50人を数え、組織として職員の健康管理対策が喫緊の課題であった。

そこで、まず、レセプトデータや健診データから、職員の疾病傾向及び現職死亡や長期療養者の過去の健診結果、受診状況等の分析を行った。その結果、現職死亡や長期療養の原因として高率を占めるのは脳・心臓疾患であるという「集団としての健康課題」が明確になり、それを焦点に対策の充実を図ることとした。

図表 脳・心臓疾患に至る経過

血管障害を起こしている職員のほとんどがこのような経過を辿っている

A氏 54歳 脳梗塞		34歳	35歳	36歳	37歳	38歳	39歳	40歳	41歳	42歳	43歳	44歳	45歳	46歳	47歳	48歳	49歳	50歳	51歳	52歳	53歳	54歳	
検査結果	BMI25以上（肥満）	[Starts at 42 years]																					
	高中性脂肪	[Starts at 45 years]																					
	高血圧	[Starts at 45 years]																					
	高尿酸	[Starts at 45 years]																					
治療	高LDL	[Starts at 45 years]																					
	一過性脳虚血治療	[Starts at 52 years]																					
	左脳梗塞治療	[Starts at 54 years]																					
B氏 57歳 心筋梗塞		37歳	38歳	39歳	40歳	41歳	42歳	43歳	44歳	45歳	46歳	47歳	48歳	49歳	50歳	51歳	52歳	53歳	54歳	55歳	56歳	57歳	
検査結果	BMI25以上（肥満）	[Starts at 42 years]																					
	高GPT	[Starts at 42 years]																					
	高血圧	[Starts at 42 years]																					
	高中性脂肪	[Starts at 45 years]																					
心電図	低HDL	[Starts at 45 years]																					
	高血糖	[Starts at 48 years]																					
	陰性T波	[Starts at 48 years]																					
	反時計方向回転	[Starts at 52 years]																					
	ST-T異常	[Starts at 52 years]																					
治療	異常Q波	[Starts at 56 years]																					
	陈旧性心筋梗塞治療	[Starts at 57 years]																					

資料：「生活習慣病健診・保健指導の在り方に関する検討会」尼崎市野口緑氏提出資料より

また、従来は健診結果で要指導と指摘された人を対象に保健指導を行ってきたが、脳・心臓血管障害を発症するおそれが高い、つまり、血管障害が進んでいる可能性が高い職員を体の代謝のメカニズムから序列化し、優先順位をつけて保健指導を行うなど、予防の緊急性を明確にして、対策のターゲットを絞り込んだ。

保健指導の方法については、従来、高血圧には「塩分摂取に注意」、肥満や糖尿病には「食べすぎと運動不足」など、一般的、指示的な内容が中心だったが、これを見直し、本人の自己選択にゆだねながらも具体的な方策を示すような保健指導を行うこととした。これにより、職員が自らの健診結果として示されたデータから自分の血管変化をイメージでき、これまでに至った理由を自分の生活習慣と結びつけて考え、将来を予測することで、行動変容につなげることが可能となった。

このような取組みの結果、

- ・ 健診結果を保存している職員の増加（健康管理に対する意識）
- ・ 昼食弁当への関心や飲酒時の食べ方を考える人の増加（食生活に対する意識）

- ・ 万歩計をつけたり、通勤時に歩いたりする職員の増加（運動に対する意識）

などの行動変化が現れ、その結果体重（内臓脂肪）の減少、健診データの改善などの効果が現れた。さらに、現職死亡が激減し、特に虚血性心疾患による死亡は対策実施前4年間（1996年～1999年度）の5名から実施後4年間は0名になり、循環器疾患による休職者数も大幅に減少した。

また、医療費についても、対策前と対策後では本人医療費が職員1人当たり1,707円、職員全体で500万円減少している。

図は脳梗塞や心筋梗塞治療をしている人がどのような経過をたどってきたのか、健診結果を遡った事例である。ここから内臓脂肪型肥満から始まり、長期間かけて少しずつ所見が重なり、血管障害が進行した結果、最終的に脳梗塞や心筋梗塞に至っていることが見てとれる。このような事例から、リスクの重複がある人に対して医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につなげる保健指導が重要であることがわかる。

（注）上記心電図所見は、いずれも心筋梗塞を疑う所見

コラム

住民参加型で進める健康づくり

健康づくりに対する取組みについては、地域住民が主体となって、それを行政がサポートする形で進んでいるところが増えてきている。

新潟県魚沼市（人口43,554人）には、「エンジョイスポーツクラブ魚沼」というNPO法人がある。子どものスポーツクラブ、一般成人や、中高年者を対象としたトレーニングコースや、スポーツ（卓球、パウンドテニスなど）の環境整備など、各年代層に応じたスポーツ環境を備えているところが特徴的である。具体的には、それぞれのライフスタイルや運動能力にあったメニューが用意され、時には、外部からの講師も招き、また、中高年齢者のスポーツ事業では、それまでスポーツ経験のある中高年齢者が指導に当たる立場に回るなど、地域住民が支え合って、積極的な活動が行われている。

行政はこのNPO法人に、社会体育事業や介護予防事業を委託することにより、事業

の効率化・財政負担の軽減をはかり、NPO法人は会費収入だけでは難しいスポーツクラブの安定経営基盤としている。また、本事業は、笹川スポーツ財団の助成を受けているプログラムも提供しており、多様なクラブ運営の工夫が地域住民によってなされている。



（中高年者を対象としたスポーツ活動の様子）

（地域と職場が一体となった健康づくり）

健康教育、健康相談などの保健事業は、これまで、市町村を中心とする地域保健と職域保健という枠組みの中で実施されてきた。今後、継続的、かつ包括的な保健事業を展開していくためには、それらを連携して充実させることが重要である。

生活習慣病の予防については、とりわけ青壮年期の健康管理の支援が重要である。個人の生活習慣を見直し、若い頃から継続的で計画的な健康づくりを進めることで、働く人がより健康になることを目標とし、1988（昭和63）年から働く人の心とからだの健康づくり（通称：トータル・ヘルスプロモーション・プラン）が推進されている。具体的には、職場における労働安全衛生の一環として、健康測定とその結果に基づく運動指導、メンタルヘルスケア、栄養指導、保健指導が行われている。

1999（平成11）年から3年間、生活習慣病予防を目的とした地域保健と職域保健の連携の在り方について、有識者や現場の専門家による検討を行い、2002（平成14）年、2003（平成15）年にモデル事業を実施した。それをもとに、2004（平成16）年には、地域保健及び職域保健の連携を全国的に普及するため、ガイドラインを作成している。

連携の具体的内容は、地域・職域の共通の課題やニーズを把握するための調査事業、健康教育、健康相談等の健康づくりに関する事業、フォーラム、健康情報マップ作成など全体企画としての事業、関係者の資質の向上に関する事業、である。

コラム

産業界におけるメンタルヘルスの取組み

我が国の産業界におけるメンタルヘルス対策は、従来から職場に対して不応状態に陥ってしまった従業員に対するカウンセリングを中心とした事後的なケアを中心として行われてきた。しかし、我が国では、厳しい経済環境などにより労働者の心身の過重な負荷・ストレスは増加の一途をたどり、自殺未遂事件が労災認定されるようになり、心の健康が大きな問題となっている。

精神的なストレス・不安を抱える従業員に対して適切なサポートを行い、職場環境へのより良好な適応を促す従業員支援プログラム（EAP）は、1940年代のアメリカで社会問題となっていたアルコール、薬物依存への対応のために開発されたものであるが、現在の我が国では、うつ、神経症、心身症、家庭問題への対応など、EAPの応用領域は多様化している。厚生労働省が2000（平成12）年に策定した「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」の中でも、必要に応じて事業場外の専門機関によるケアを利用することが望ましいとしている。厚生労働省は、2006（平成18）年にこれを見直し、労働安全

衛生法に基づく指針として「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を策定、公示するなど、積極的にメンタルヘルスについて取組みを行っている。

また、企業が独自でメンタルヘルス対策の取組みを行っているところもある。富士通株式会社では、富士通川崎病院を中心に社員への教育を重視してきた。1984（昭和59）年に幹部社員が受ける教育プログラムにメンタルヘルス教育が入ったことをきっかけに、主任教育、新人教育とその対象を広げていった。その直後からは、面接・教育の依頼が増加する等効果が見られたという。また、2005（平成17）年からは、全社員がイントラネットやインターネット経由で、メンタルヘルスの知識を学習できるシステムを導入した。従来の対面式の教育に加え、コンピューターによる教育システムも用意し、その充実を図っている。一般の健康管理活動と同様、メンタルヘルスについても、社員全員が自分でケアできる力を身につけることがその対策の第一歩であるといえる。

また、それぞれの地域特性を考慮した地域保健と職域保健の連携をより実効性のあるものとして進めていくために、都道府県と政令指定都市、2次医療圏で、その話し合いの場となる「地域・職域連携推進協議会」の設置が進められている。

（健診による早期発見と保健事業の徹底）

40～74歳人口約5,700万人のうち、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の該当者数は約940万人、予備群は約1,020万人にのぼり、大きな課題となっている^{（注）}。その対策としては、生活習慣病予防の更なる徹底、特に、健診による該当者・予備群の早期発見と適切な保健指導の徹底が重要である。

健診の目的の一つは、病気を早期発見し、早期治療すること、もう一つは、病気の危険因子と危険因子に影響を及ぼす生活習慣の有無をチェックし、その危険因子を除くか、あるいは、問題のある生活習慣を改善するための保健指導につなげることである。危険因子の程度に応じた保健指導によって健康度を評価し、より健康的な生活習慣への行動変容を促すことで、病気を未然に防ぐことができる。

健診や人間ドックを受けた者の割合を年齢別に見てみると、若年層は年齢を重ねるとともにその割合は上昇しているが、男性は45～54歳をピークに、その割合は下降に転じている。一方、女性は、おしなべて年齢とともに割合は上昇傾向にある。また、健診を受けない理由を見てみると、勤務年齢の間は「時間がない」ことがその理由の筆頭であるが、年齢を重ねるにつれ「心配なときは、いつでも医療機関を受診できる」ことを理由として挙げている。このことから、健診が疾患の早期発見や予防を目的としている、ということが国民の間で十分に認識されていなかったり、仮に認識されていても仕事などで多忙のために時間がとれていなかったりする状況に置かれていることが示唆される。

図表2-3-1-2▶

図表2-3-1-3▶

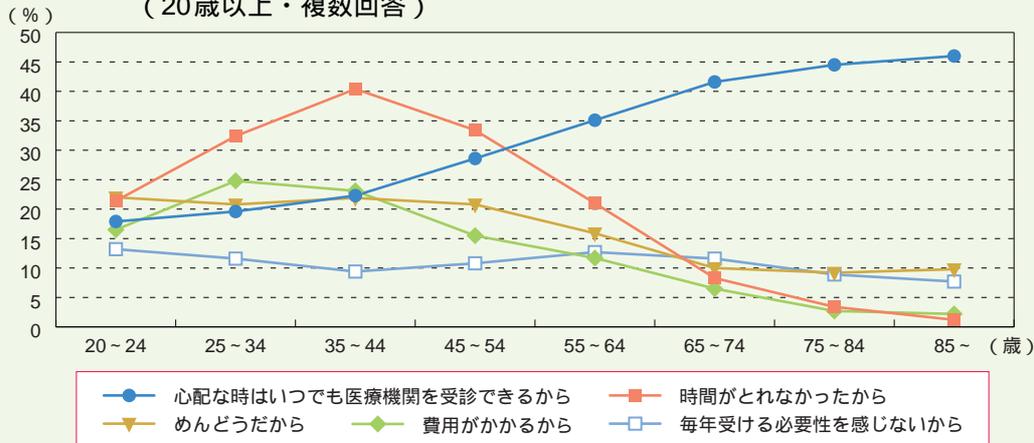
図表2-3-1-2 性・年齢階級別にみた健診や人間ドックを受けた者の割合



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」（2004年）

（注）厚生労働省健康局「2004（平成16）年国民健康・栄養調査結果の概要」

図表2-3-1-3 年齢階級別にみた健診や人間ドックを受けなかった理由の割合
(20歳以上・複数回答)



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」(2004年)

コラム

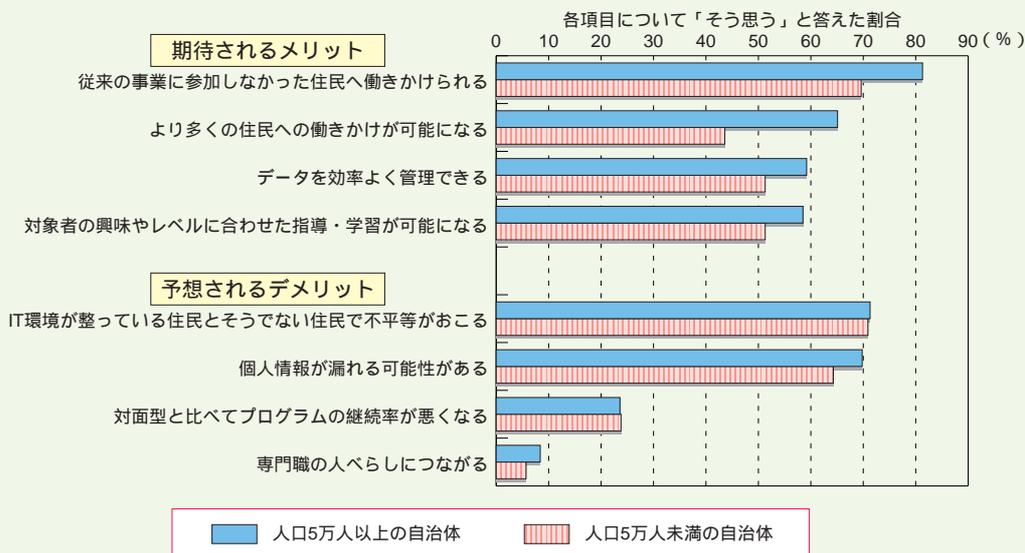
保健指導の様々なかたち

地域や職域における健康教育は、面接・教室などの対面型アプローチが中心であり、働きかけられる人数や住民層に限界がある。そこで、電子メール・インターネット・電話・郵便などを利用した非対面型の健康教育プログラムの開発と実践が試みられている。そのメリットとしては、多様な住民層へのアプローチ、プログラムの個別化、データ管理の効率化に、特に期待が寄せられている。住民間の不平等や個人情報漏洩が懸念されているが、インフラ整備や携帯電話の効果的な利用、情報セキュリティーを高めることで解決できると考えられる。さ

らに近年では、生活習慣の評価・教材作成・データ蓄積などの部分にもITが活用されている。それにより、より利便性が高く、効果的で費用対効果に優れた非対面型プログラムが可能となっている。

2005(平成17)年2月現在、ITを用いた非対面型プログラムを実践しているのは、人口5万人以上の比較的大きな自治体でも4%と少ない。しかし、42%はその必要性を感じており、今後、使いやすいツールが開発・提供されることで、非対面型の健康教育プログラムの有用性について検討の余地はある。

図表 ITを用いた非対面型の健康教育に期待するメリットと予想されるデメリット



資料：平成16年度厚生労働科学研究長寿科学総合研究事業「老人保健事業の推進のためのITを活用した地域健康づくりの推進方策と指導者教育法の確立に関する研究」(主任研究者：中村正和)

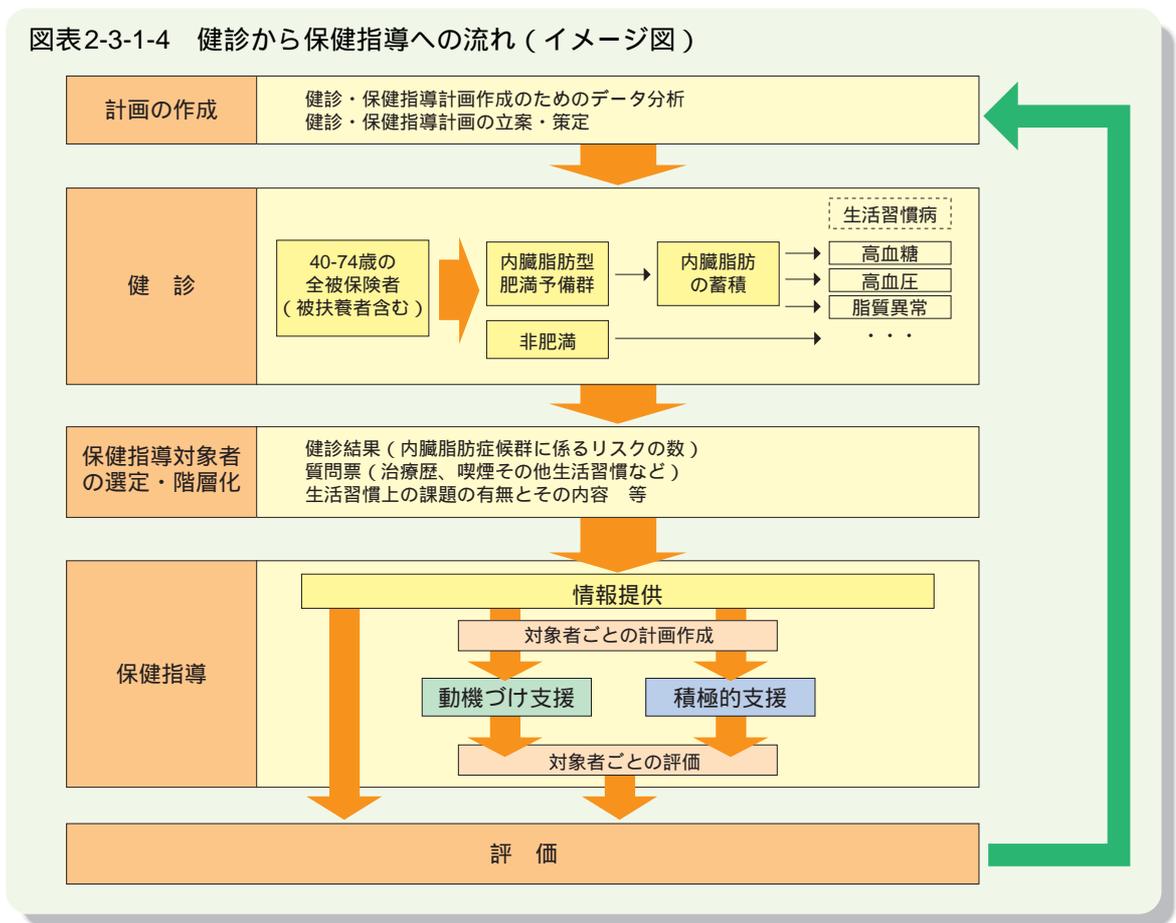
(今後の課題)

最も致命的で心身に影響の大きい疾患に対する予防が進められると、国全体の健康水準は大きく上昇する。我が国では、戦後猛威をふるった感染症の予防が着実に進められると、感染症り患率やそれによる死亡率は大きく減少した。代わりに、糖尿病等の生活習慣病の発生率が上昇しており、今や、国民医療費の約3分の1、国民全死亡の約3分の2近くを占め、多くの疾病発生や障害の発生要因となっている。今後も生活習慣の影響による肥満者の増加や人口の高齢化などのためにその傾向が続くことが予想される。

健診により、生活習慣病の予備群の段階でリスクを早期に発見し、生活習慣改善のための行動変容に結びつく保健指導がますます重要になる。その際には、特に、患者自身が自らの健康状態を知り、その増進に向けて取り組んでいく意欲を持つ(動機づけ)ことが重要で、そのための行動変容を促すための仕組みを構築していく必要がある。このため、現在、「標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会」において、科学的根拠に基づく効果的・効率的な健診・保健指導の在り方について議論を行い、「標準的な健診・保健指導プログラム」を策定しているところである。

図表2-3-1-4 ▶

図表2-3-1-4 健診から保健指導への流れ(イメージ図)



今後、生活習慣病予防の基本的な考え方等を国民に広く普及するポピュレーションアプローチと、生活習慣病の予備群の段階でリスクを早期に発見し、生活習慣の改善

を促すハイリスクアプローチを組み合わせるなど、より効率的な対策が必要である。あわせて、個人の主体的取り組みを実現させるためには、生活習慣改善などの行動変容を可能にする体制整備を進めることが重要であり、健診・保健指導等の保健事業による生涯を通じた継続的な健康管理への支援が必要である。

このような観点から、国民健康保険の保健事業においては、2002（平成14）年度から2004（平成16）年度にかけて、生活習慣病の一次予防を目的とした個別健康支援プログラムの開発をするために「国保ヘルスアップモデル事業（以下「モデル事業」という。）」を行った。このモデル事業を実施した市町村では、肥満、高血圧、高血糖等のリスクをもつ人が減少したという効果が得られており、2005（平成17）年度からは、この個別健康支援プログラムに基づく健康づくり事業の実施、分析、評価を行う「国保ヘルスアップ事業」を実施している。また、2006（平成18）年の医療制度構造改革においては、生活習慣病の予防の徹底等を通じて中長期的に医療費適正化を推進する取組みの一環として、2008（平成20）年度から医療費適正化計画を導入し、生活習慣病の有病者・予備群を2015（平成27）年度までに25%減少させることを目標として掲げることとされており、あわせて、保険者に40歳以上の加入者に対して糖尿病等に着眼した一定の健診・保健指導の実施を義務付けることとしている^{（注）}。

2 地域で安心して医療を受けられる基盤整備

（医療施設の量的整備の時代）

第2次世界大戦で我が国の医療資源は大きな打撃を受けたが、その後、医療・衛生環境は急激に回復した。1950（昭和25）年に医療法人制度が設けられ医療機関経営の持続性や資本集積が容易になったこと、1960（昭和35）年に医療金融公庫（現独立行政法人福祉医療機構）が発足し医療施設の整備等に対して政策融資が開始されたこと、1961（昭和36）年に国民皆保険体制が確立したこと、その後の人口の高齢化に伴って医療需要が拡大したこと、等を背景に、戦後、OECD諸国に比べ高水準を維持しながら、病院数、病床数は増加の一途をたどってきた。

◀ 図表2-3-1-5

この間、全体として見れば医療資源は量的に充足していったが、病院、診療所の在り方等を含め医療制度については、時々課題に応じて見直しが行われた。そのいずれもが、医療資源の効率的活用を図りつつ、人口の高齢化、医学医術の進歩、疾病構造の変化に対応して、国民に対し良質な医療をあまねく確保することを目指すものであった。

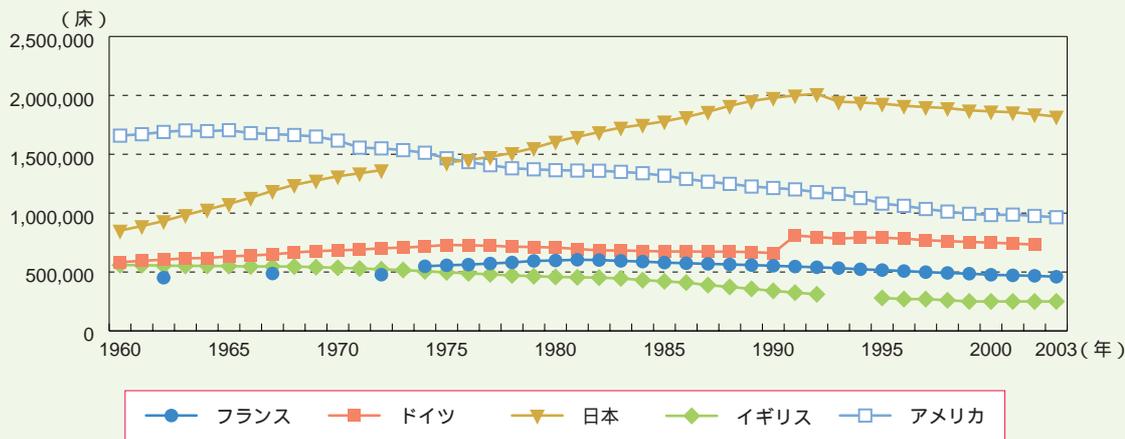
医療水準の確保を図るため病院の施設基準を整備した「医療法」（1948（昭和23）年制定）については、1985（昭和60）年に大幅な改正を行った（第一次医療法改正）。その内容は、都道府県ごとに医療計画を策定し、地域における体系立った医療体制の実現を目指すこととした。

（注） 2006（平成18）年の医療制度構造改革の一環として改正された高齢者の医療の確保に関する法律による。

図表2-3-1-6▶

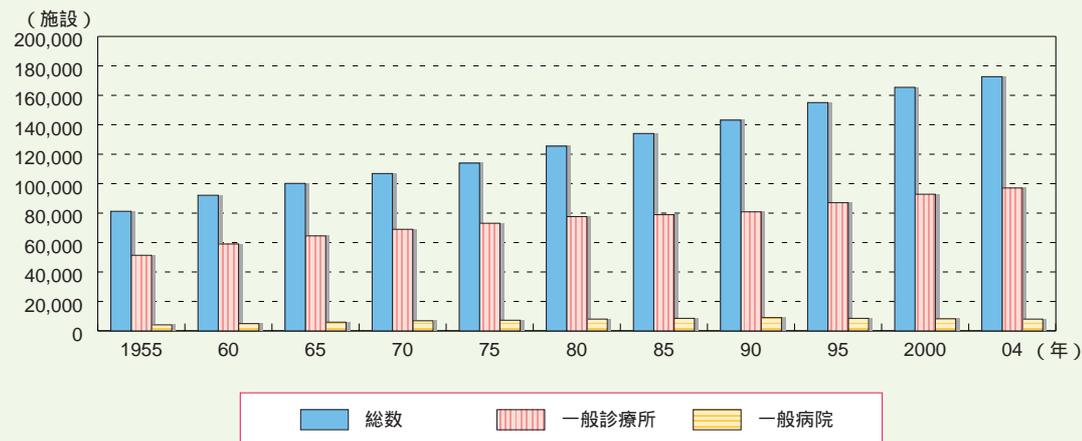
医療施設は、病院^(注1)、一般診療所^(注2)、歯科診療所に分けられるが、それらの施設数の変遷が図表2-3-1-6である。2004(平成16)年現在の医療施設数は172,685施設であり、そのうち、病院が9,077施設、一般診療所は97,051施設となっており、それぞれ1955(昭和30)年と比較すると、いずれも、半世紀の間にほぼ倍増、特に一般診療所の増加が大きいことが分かる。なお、近年では、増加は緩やかになっている。

図表2-3-1-5 総病床数の推移



資料：1992年までは「OECD Health Data2001」、1993年以降は「OECD Health Data2005」

図表2-3-1-6 施設数の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」

(注1) 20人以上の患者を入院させるための施設を有する医療施設をいう。病院は、傷病者が科学的かつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならないとされている。

(注2) 患者を入院させるための施設を有しないもの、または、患者19人以下の収容施設を有する医療施設を言う。

（医師の養成の変遷）

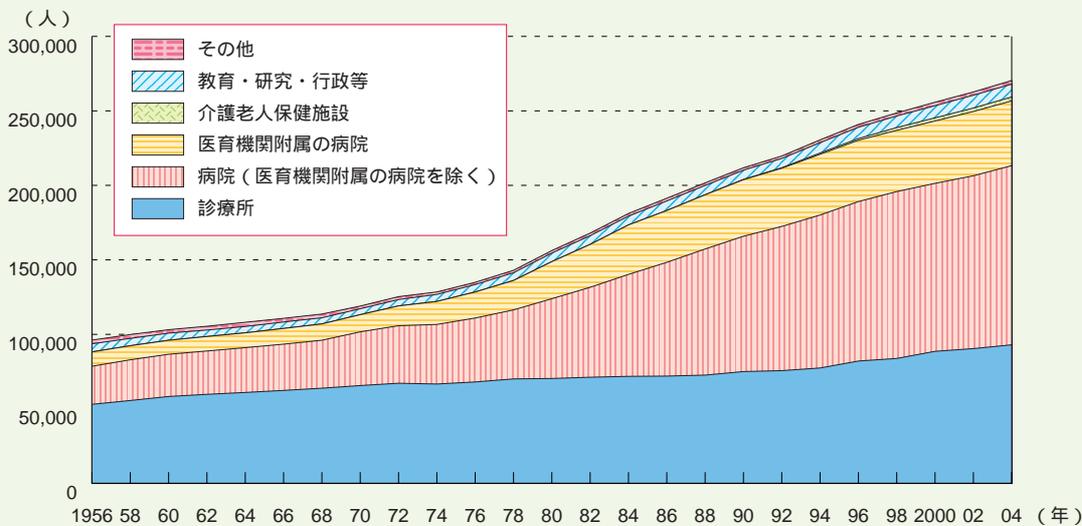
医師数総量に関する政策としては、1973（昭和48）年に、政府の経済計画として閣議決定された経済社会基本計画に無医村の解消が盛り込まれ、その後、医師の養成を目的として、医科大学・医学部が存在しない地域に医科大学・医学部が新たに設置された。

その後、1986（昭和61）年頃からは、将来的な医師の過剰に対応するため、医科大学・医学部の入学定員は削減された。この間、医師数は一貫して増加傾向にあり、人口10万人当たりの医師数は、2004（平成16）年現在約211.7人であり、戦後に比べると2倍以上となっている。近年、医師の数は、毎年3,500人から4,000人程度増加しており、2006（平成18）年7月に取りまとめられた「医師の需給に関する検討会」の報告によれば、2022（平成34）年に需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給されるとされている。

勤務する医療施設ごとの医師数の変化をみると、昭和50年代以降、病院勤務医数の増加が顕著であり、病院数が増加したことに加えて病院機能の高度化等により、1病院当たりの医師数も増加したことによることなどが考えられる。

◀ 図表2-3-1-7

図表2-3-1-7 施設毎の医師数の年次推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

（注1）「教育・研究・行政等」は、医療機関の臨床以外の勤務者または大学院生、医療機関以外の教育機関または研究機関の勤務者、行政機関・保健衛生施設の従事者。

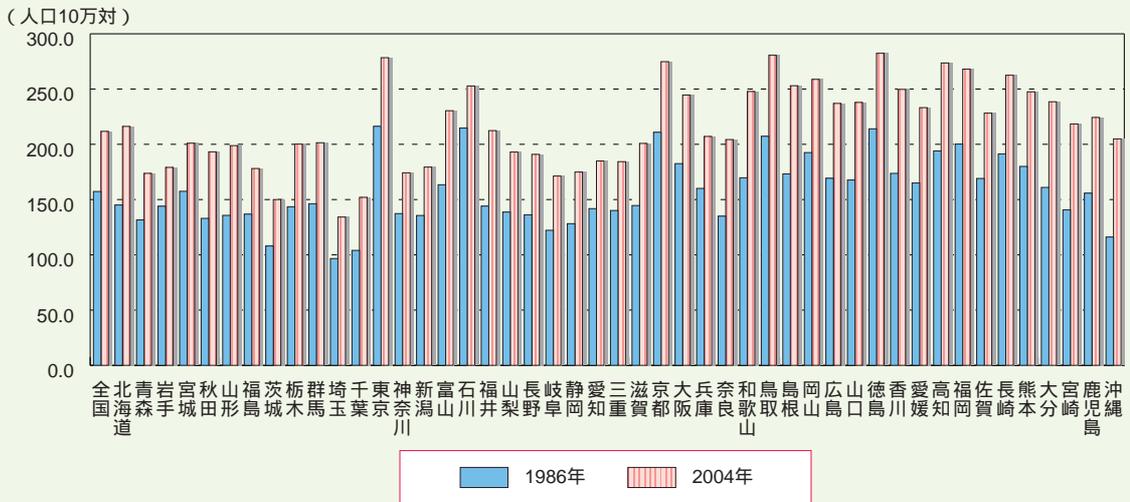
（注2）その他は、その他の業務の従事者、無職の者、不詳。

（地域・診療科による医師の偏在）

このように、戦後一貫して、医療施設や医師の量的拡大が行われてきたが、一方で、現下の緊急な課題として、へき地等の特定の地域や、小児救急医療や産科医療といった特定の診療科での医師偏在と病院勤務医の厳しい勤務状況についての改善等が挙げられる。

従業地による都道府県別の医師数を示したのが、図表2-3-1-8である。いずれの都道府県においても、1986（昭和61）年に比べ医師数は増加しているが、徳島県、鳥

図表2-3-1-8 従業地による都道府県別に見た医師数（人口10万対）



取県など人口10万人当たり280人を超えている県がある一方で、180人を下回っている県もあり、都道府県間の医師数のばらつきが生じている。また、都道府県内において、都市部と郡部との間で医師数のばらつきがあるところもある。

地域間のばらつきに加えて、病院への休日・夜間の患者の集中、頻回な当直を含む厳しい勤務状況や医療紛争の増加による安全確保に向けた配慮、これまで大学医局が果たしてきた地域への医師派遣調整機能^(注)の低下等を背景として、小児救急医療、産科医療など特定の診療科領域において、病院勤務医師を中心に医師の不足感が生じている。小児科医数については、1994（平成6）年からの10年間で1,300人程度増加しており、15歳未満人口1万人当たりでも、一貫して増加している。一方、産婦人科医については、1994年からの10年間で900人程度減少しているものの、出生1,000人当たりでは概ね横ばいである。いずれも、病院勤務医に関しては、その不足感や厳しい労働がさらに深刻な状況であるとの指摘がある。

地域や診療科における医師の偏在問題に対応するためには、限られた医療資源を効率的に活用できるよう、各都道府県において、医療機能の集約化・重点化等の検討を行い、地域全体として適切な医療を提供できる体制を構築することが必要である。また、平成18年度医療制度構造改革においても、

医療計画制度を見直し、小児医療、周産期医療等に係る病院と診療所等との具体的な役割分担と連携を進める

小児医療、周産期医療をはじめ、地域において特に必要性の高い医療の従事者の確保を推進する各都道府県の「医療対策協議会」を制度化する

診療報酬改定において、小児科、産科を重点的に評価する

等様々な側面からの施策を推進している。こうした取組みを進めていく上で、例えば、地域の開業医が交代で時間外診療を担当する「在宅当番医制」や産科領域におけ

(注) 一般に、大学の医局が中心となって、地域の病院に医師を派遣する仕組みのことを言う。

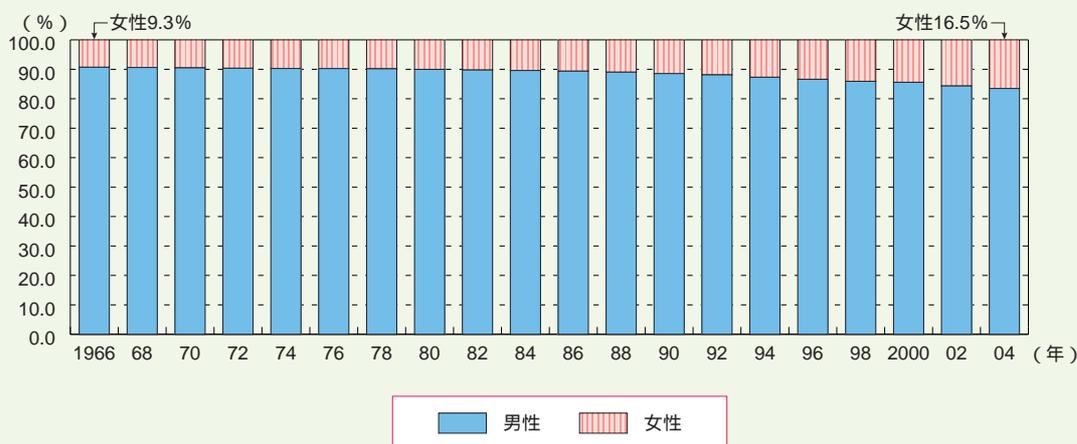
る「オープンシステム」^(注1)を活用する等、患者にとって身近な開業医の参加を得ることが重要である。今後とも、国民が質の高い医療を受けられるよう、地域の医療関係者の適切な役割分担を促しながら、必要な取組みを行っていくこととしている。

(女性医師の増加に対応するために)

平成に入る頃から女性医師の割合が顕著に増加し、2004(平成16)年には、女性医師が全体の6人に1人を占めるまでになっている。女性医師は、医療施設で大きな役割を果たすようになってきており、その働き方も多様化している。特に、産科は女性医師の占める割合は高く、2006(平成18)年度より、女性医師バンク^(注2)の設立等女性医師の多様な働き方を支援する積極的な取組みを行っていくこととしている。

◀ 図表2-3-1-9

図表2-3-1-9 医師数男女比の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」

(患者の外来受診行動)

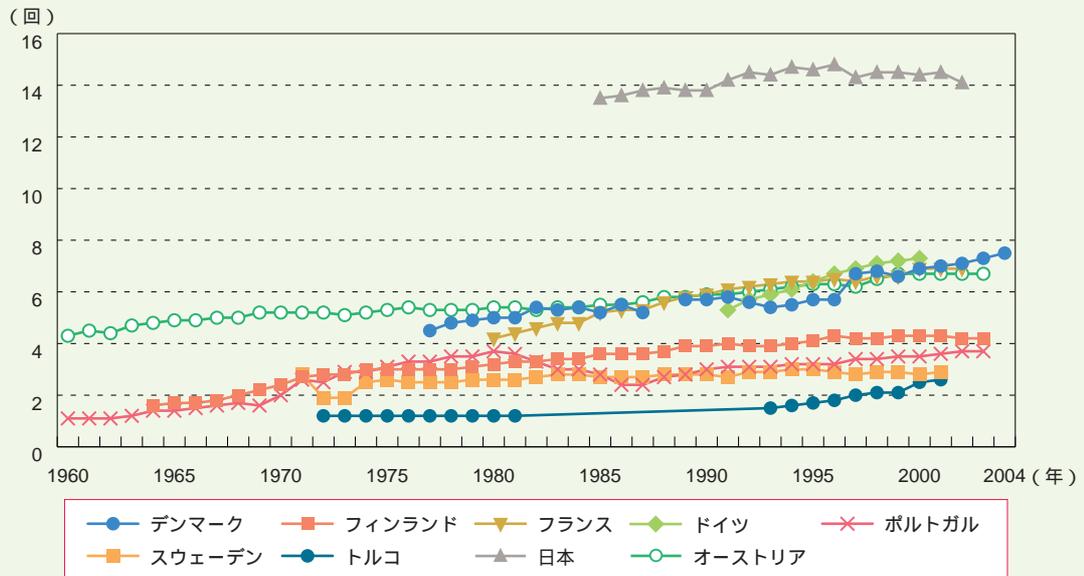
我々国民は、健康を害したときに、どの程度医療機関にかかっているのだろうか。我が国においては、OECD加盟のすべての国に比べ、国民が医療機関を受診する頻度が高い。図表2-3-1-10によれば、他のOECD諸国が1年に3~6回程度の外来受診回数であるのに対して、我が国は少なくとも過去20年にわたって高水準で推移しており、1か月に1回以上病院に足を運んでいる。さらに、我が国の65歳以上に限定してみると1年に43.5回の受診回数となっている。また、患者は設備の整った病院における受診を選択する傾向にある。その結果、特に大病院での待ち時間は長くなり、2006年厚生労働省アンケート調査によれば、2人に1人がその問題に対して不満を感じている。

◀ 図表2-3-1-10

(注1) 病院の分娩設備や人員を地域の開業医に開放するもの。開業医は、自分の診療所で妊婦健診のみを行い、分娩時には24時間オープンしている病院で対応するシステム

(注2) 出産や育児により労働時間が短くなる傾向がある女性医師がライフステージに応じて働くことのできる柔軟な勤務形態の促進を図ることを目的とし、女性医師に関するデータベース等を構築し、再就業を希望する女性医師に対して職業斡旋を行う事業

図表2-3-1-10 1人当たりの平均医師診察回数の推移



資料： OECD Health Data 2005

(注) 1人当たりの平均医師診察回数は、外来診察内科医の診察回数を人口で除した数値である。

(地域全体を包括する医療提供体制の確立)

我が国の医療制度の特徴の一つとして、いわゆるフリーアクセス^(注)が挙げられる。この仕組みの下で、患者は医療機関を選択し、必要な医療をいつでも受けることができる。このように、フリーアクセスは国民皆保険体制の仕組みとあいまって、国民医療の確保に大きな役割を果たしてきたが、一方でいわゆる「頻回受診」や「はしご受診」といった過剰で非効率な受診を生じやすいという問題点を抱えている。社会全体として有効・効率的な医療資源の活用を進めていくためには、地域の医療機能の分化と連携がますます重要である。

これを医療機関側から見れば、様々な医療サービスを連携のとれたものにするのが課題となる。ここでいう「連携」には、開業医 - 急性期病院 - 開業医、救急隊 - 救命救急センター - 回復機能病棟といった治療の流れに沿ったものや、予防 - 初期医療(プライマリケア) - 専門医診察の流れ等、様々な形が考えられる。また、病院(勤務医)と診療所(開業医)とが患者を紹介し合うなど連携を図る「病診連携」が各地域で推し進められている。

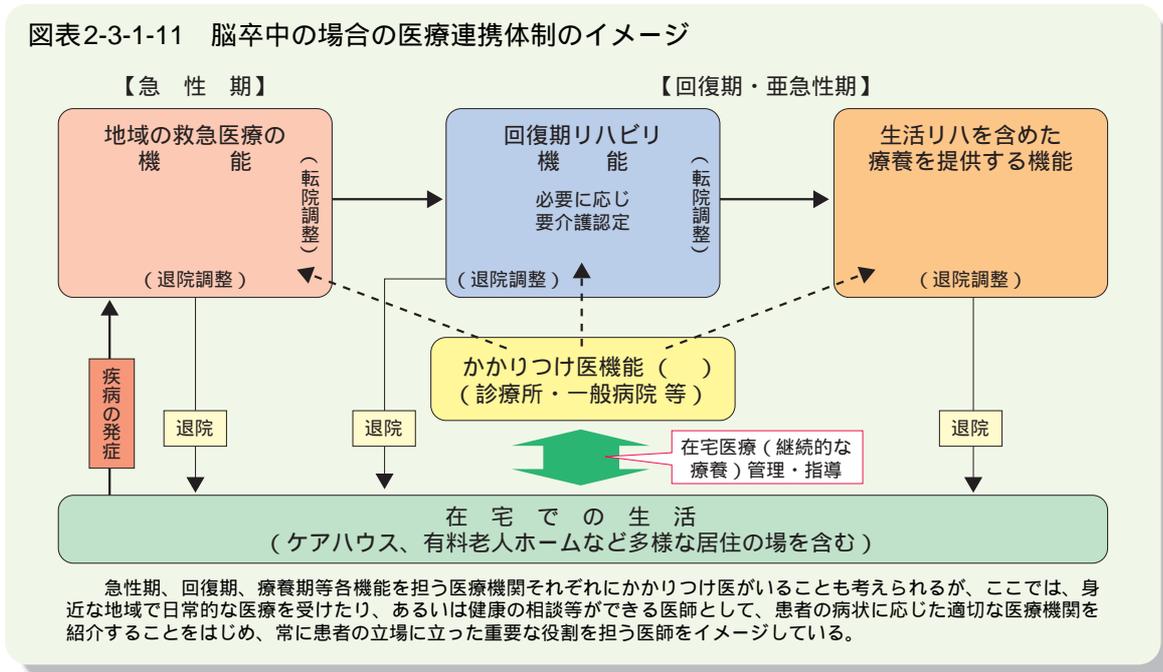
平成18年度医療制度構造改革の中では、医療計画制度を見直し、限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するために、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期まで、切れ目ない医療が受けられるような連携体制を各地域に構築することとしている。また、どの医療機関でどのような医療が提供されるのか患者や地域住民に、分かりやすく伝えることを目指している。新しい医療計画制

(注) 患者が、その選択に応じて医療を受けることができる仕組み

度の枠組みで示されている脳卒中、がん、急性心筋梗塞、糖尿病については、回復期又は維持期の適切な管理が、再発・重症化防止や生活の質（Quality of Life：QOL）を左右しており、それらに係る医療連携体制の構築が特に重要な領域である。例えば、脳卒中発症時、早期に専門的なりハビリを受療することで、退院後の患者の生活の質（QOL）の向上が図られることは広く知られるようになったところであるが、同様に他の疾患についても、病態に応じた望ましい医療の在り方が示されることで、適切な受診が可能となる。

◀図表2-3-1-11

図表2-3-1-11 脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ



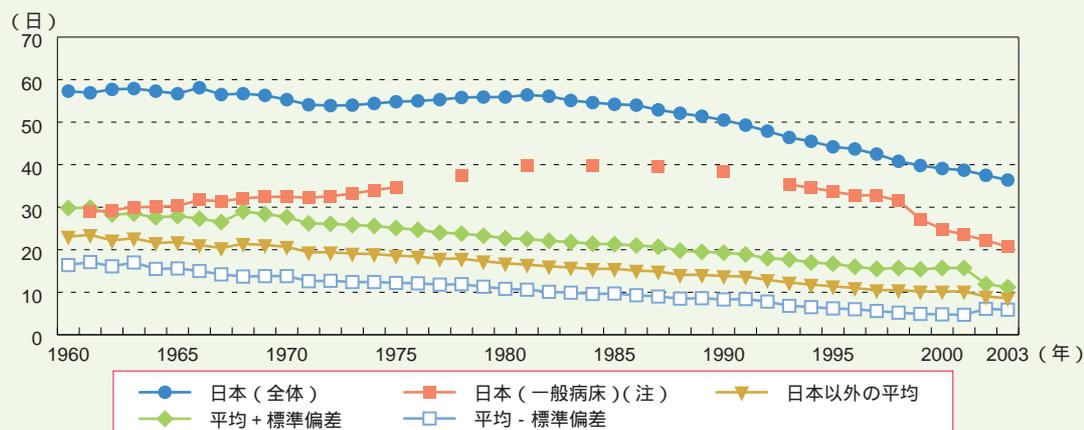
一方で、患者側から見れば、地域の資源を有効に活用できる環境が用意されることが重要である。我が国は、戦後一貫して、OECD諸国に比べ、平均在院日数は長いという特徴がある。日本を含め各国の平均在院日数は短縮傾向で推移しているものの、日本以外のOECD諸国の平均在院日数は10日程度で、我が国の一般病床の約2分の1程度である。

◀図表2-3-1-12

欧米諸国には、病院は短期間利用する施設であるという意識が定着しているという文化的背景があるとの指摘もある。我が国においては、病気になってもできる限り生活の質（QOL）の低下を避けるため、また医療費全体の適正化を図るためにも、今後、医療機関の機能分化を踏まえて、在院日数を短縮していくことが課題となっている。それを実現するためには、退院後の受け皿について整備を行うことが大きな課題の一つである。患者調査（2002年）によれば、「退院後の行き先」として、家庭に戻る人は87.7%である一方で、残りは、他の病院に移る人4.5%、介護施設や福祉施設に移る人2.2%、その他5.6%となっている。地域における医療連携体制を確実なものにするためには、ケアハウスやグループホームなど居住系サービスを拡充しつつ、住まいの中で医療サービスを受けられる仕組み、また、退院後に関する患者やその家族の心配を取り除き、必要

に応じて、急性期病院に速やかに搬送できるなどの体制の整備が急がれる。2006（平成18）年度から始まった在宅療養支援診療所^{（注）}とは、24時間体制で自院に連絡が付き、また、他診療所・訪問看護ステーションと連携して24時間体制で往診・訪問看護が提供できる施設であるが、今後、地域における医療の充実に寄与すると考えられる。

図表2-3-1-12 平均在院日数の推移（日本、日本以外のOECD各国平均）



資料：日本については厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」、日本以外については「OECD Health Data 2005」
 （注）「一般病床」は、1993年までは「その他の病床」であり、1994～2000年は「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、2001～2003年は「一般病床」及び「経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）」である。

（医療保険制度の変遷）

我が国の医療サービスを支えているのは、病気にかかった時に国民すべてが公的医療保険によって医療の給付を受けることができる仕組み、いわゆる国民皆保険制度である。

国民健康保険法全面改正（1958（昭和33）年）により、1961（昭和36）年から、全国の市町村に国民健康保険の実施が義務づけられ、さらに国の財政負担の関係が法律上明確にされた。そのことで、国民健康保険の全国普及が進み、被用者保険の体系と相まって、国民皆保険体制の基盤が確立した。当初被用者については10割給付を原則としていたが、1984（昭和59）年の改正によって初めて定率1割負担が導入され、1997（平成9）年に2割負担、2003（平成15）年に3割負担となった。被扶養者については、長い間5割給付であったが、1973（昭和48）年には7割給付とすることに合わせて月額3万円を超える医療費の自己負担分を償還する高額療養費支給制度が発足することとなった。この結果、医療保険制度と各種公費負担医療制度とによって国民に保障される医療保障の水準は、諸外国との比較によって見ても、我が国の社会保障制度において最も充実された部門の一つとなった。

高度経済成長期、高齢者の介護ニーズへの対応の必要性とともに、より関心を集めていたのが高齢者の医療費負担であった。1961年に国民皆保険は達成されていたもの

（注）2006（平成18）年の診療報酬改定で新設された。

を行うこととし、老人医療費の一定額を受給者本人が自己負担することとなった。また、老人に対する診療報酬を別建てとするとともに、40歳以上の者を対象とする健康診査等の保健事業が制度化され、地域住民に最も身近な市町村において成人病対策の積極的な展開が図られることとなった。

この間、介護サービスを必要とする高齢者が、家庭や福祉施設に受け皿がないことなどにより、病院への入院を選択するという、いわゆる「社会的入院」が助長された。疾病の治療を中心とする医療サービスの枠組みの中だけでは、高齢者の能力の維持・向上を図るとともに、その生活全体を支援する看護や介護のニーズを十分カバーできない点や、また、医療の側にとっても、限られた資源が医療本来の機能のために有効に使われていない点で、今日に至る課題をそれぞれ抱えることとなった。

以上のように、医療保険制度は様々な変遷をたどってきた。近年では、1997（平成9）年の被用者保険本人患者負担引き上げ（2割）や、老人の患者負担（定額）の引き上げ、2000（平成12）年の老人患者負担（定率1割）の導入、2002（平成14）年の制度間を通じて3割負担統一等の改革を行ってきたところである。しかし、我が国の医療保険制度は、急速な少子高齢化、国民生活や意識の変化等大きな環境変化に直面しており、国民皆保険制度を堅持し、将来にわたり持続可能なものとしていくため、制度全般にわたる抜本的な改革が必要であるとされてきた。このため、2006（平成18）年には、医療提供体制に関する改革とあわせて、医療制度構造改革を行うこととし、

医療費適正化の総合的な推進、新たな高齢者医療制度の創設、都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合の3本柱からなる健康保険法等の一部を改正する法律が第164回通常国会で成立した。

とりわけ、今般の改革においては、生活習慣病対策や長期入院の是正のように、国民生活の質（QOL）を確保・向上する形で医療そのものを効率化し、医療費の伸びを徐々に下げていくことにより、医療費の適正化を図ることとし、国及び都道府県が協力して策定する医療費適正化計画によって、医療費適正化を計画的に推進することとした。

こうした中長期的な対策を講じるに当たっては、医療費には大きな都道府県格差があることから、地域の実態に応じて対策を積み上げていくことが有効である。そこで、国及び都道府県等の協力が必要であるとの観点から、国において定める基本方針に則し、都道府県において医療費適正化計画を策定し、医療計画、健康増進計画、介護保険事業支援計画と整合性を図りつつ、新たに医療費の適正化に向けて取り組むこととしたものである。また、75歳以上の後期高齢者が加入する独立した医療制度を創設することとした。これは、後期高齢者のほとんどが地域を生活基盤としていること等を考慮し、保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が担うこととしており、また、公費負担約5割、現役世代（国保・被用者保険）からの支援約4割、後期高齢者の保険料1割を財源とするものである。（医療制度構造改革の内容については、第2部第8章第1節、第3節参照）

（今後の課題）

これまで、医療需要の増加、平均寿命の伸長に伴う高齢社会の到来、感染症から生活習慣病、老人病（退行性疾患）への疾病構造の変化等に伴い、医療提供体制の見直しや、国民の医療への主体的な参加等が進められてきた。一方で、健康状態の悪化を防ぎ、より確実な治療を施すために、新しい薬や治療方法、医療技術が絶えず開発されてきている。慢性的な疾患の増加などの背景を考えると、国民の健康水準をさらに向上させるためには、行政が制度を持続可能なものにしていくことに加え、国民の意識の醸成の上に、地域、企業等も一体となって新たな健康の脅威に立ち向かっていく必要がある。

産科・小児科等の特定の診療科や地域によって医療資源にばらつきがあることが指摘されている。平成18年度医療制度構造改革においては、各都道府県において、医師の確保が困難な地域等における病院の医療機能の集約化・重点化を実施するなど、地域全体として適切な医療を提供できる体制を構築するための検討を早急に行うよう要請されたところであり、今後、各都道府県で検討が進められる。医療計画は、地域の医療資源やニーズを踏まえて都道府県単位で策定されるが、策定された計画を画餅に終わらせないためには、今後、住民や地域の関係者が計画策定時から参画し、その実施と一緒に取り組んでいくことが重要である。また、2006年厚生労働省アンケート調査によれば、4人に1人が、病院における医療に比べ在宅医療の未整備を指摘し、不満に思っている。自分が住んでいる地域の医療機関で現在どのような診療が行われており、仮に自分が病気になった時にどのような治療を受けることができ、また、どのように日常生活に復帰できるのか、医療を取り巻く環境を広く知っておくことは、地域住民の安心につながることである。国民の一人一人が、「自分の地域の医療の在り方をどう描いていくか」という視点に立って、正面からこの課題に向き合う時期に来ているのではないだろうか。

第2款 老人福祉から尊厳ある高齢期の自立支援へ

高齢者に対する生活支援は、戦後、主として低所得者等を対象として行政による措置制度として行われていたが、高齢者を取り巻く環境の変化を受けて、対象者の拡大やサービスメニューの充実が図られてきた。特に、できる限り住み慣れた家庭や地域で暮らしたいという声の高まりを受けて、在宅生活を支えるサービスの重点的拡充を図ってきた。更なる高齢化の進展等による介護ニーズの増大に伴い、「高齢者保健福祉施策推進十か年戦略」（ゴールドプラン）等に基づき、計画的なサービス基盤の整備を国・地方自治体が一体となって進めるとともに、サービスの提供者は、それまでの自治体や社会福祉法人に加え、ボランティアやNPO、民間事業者などにより担われるようになった。2000（平成12）年からは、利用者の選択によって各種介護サービスを利用することを可能とし、費用負担を含め国民全体で高齢者の介護を支える仕組み（介護保険制度）を導入することにより、高齢者が地域においてできる限り自立して生活していくことを支援するための多様なサービスが展開されるに至っている。

1 老人福祉施設の拡充

（老人福祉法制定による施策の体系化）

高齢化が進展する中で、1963（昭和38）年には、老人福祉向上を図るための施策を総合的に推進することを目的として「老人福祉法」が制定された。この法律によって、健康診断の実施、特別養護老人ホーム（入所対象者は、所得の多寡に関わりなく介護が必要な高齢者）の創設、老人家庭奉仕員制度（現在の訪問介護員（ホームヘルパー））の法制化など、社会的支援を必要とする高齢者を幅広く対象とする施策が具体化される。あわせて、戦後、高齢者用の保護施設として生活保護制度において位置づけられてきた養老施設は、老人福祉法の制定によって、同法に基づく老人ホームと位置づけられることとなり、「心身上の障害や家庭事情、住宅問題などを抱える老人」が入所措置されることとなった。ここに、老人福祉施策は、その対象者を一定の所得水準以下の低所得者からより多くの高齢者へと拡大した。

老人福祉法の制定後、老人福祉関係施策は総合的、体系的に推進されたが、1970年代に近づくと、寝たきりの高齢者の数やその生活実態の深刻さが明らかになるなど高齢者サービスのニーズが高まってきたため、1971（昭和46）年を初年度とする「社会福祉施設緊急整備五か年計画」の策定など、更なる拡充が図られた。

2 施設福祉サービスから在宅福祉サービスへ

（在宅サービスの必要性）

1979（昭和54）年になると、65歳以上の高齢者数が1,000万人を超え（高齢化率8.88%）、また、世帯類型を見ると、三世帯世帯が減少して高齢者単独世帯が増加し、1世帯当たり人員数も減少してきた。さらに、老後を子どもに依存することが現実的に困難であるという考え方が広まってきた。

高齢者のうちいわゆる「寝たきり老人」の数は、厚生省「厚生行政基礎調査」によると、1978（昭和53）年の38.6万人から1984（昭和59）年には49.5万人に増加した。このような「寝たきり老人」であって諸事情等により家庭で生活が続けられない者のニーズに応えるための施設整備が進む一方で、高齢者本人や家族が望む形でできる限り住み慣れた地域の中で生活するための在宅福祉サービスは、必ずしも体制整備が進まなかった。地域の実情に応じたきめ細かな在宅福祉サービスがあれば、高齢者は、従前の生活を維持・継続できるとともに、引き続き家族や近隣の人と積極的に交流することができることから、在宅福祉サービスの充実が求められた。

（「在宅3本柱」の登場）

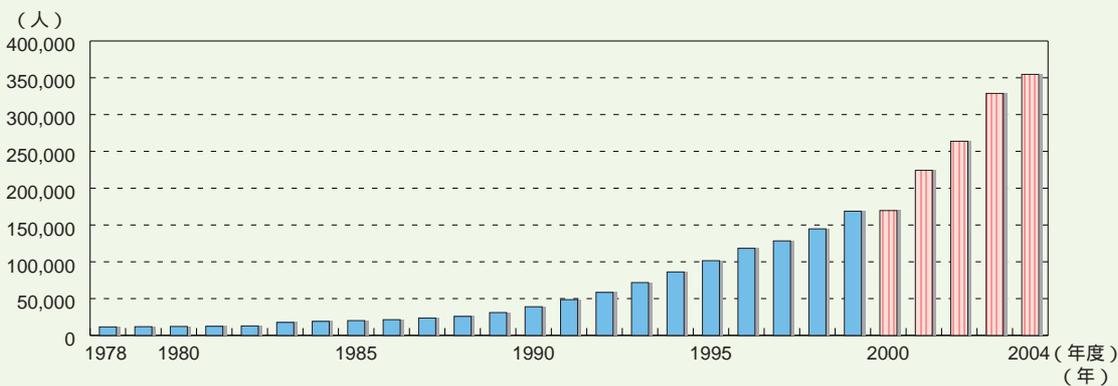
いわゆる「寝たきり老人」を対象とする在宅福祉対策としては、老人福祉法制定前の1962（昭和37）年にホームヘルプサービスが「老人家庭奉仕事業」の名称で国庫補助事業として発足している。その後、1978（昭和53）年からショートステイ（特別養

護老人ホーム等への短期入所)が、1979(昭和54)年からデイサービス(日帰り通所介護・入浴・食事サービス)が、それぞれ開始された。ホームヘルプサービス(訪問介護事業)を加えた3事業はいわゆる「在宅3本柱」と呼ばれるようになる。

さらに、1982(昭和57)年には、低所得の家庭を対象に無料で派遣されてきたホームヘルパーについて、寝たきり老人への介護などサービスが必要であれば所得税課税世帯にも有料で派遣できるように老人福祉法が改正され、1986(昭和61)年度には、ショートステイとデイサービスの両事業が市町村事業として法律上明確に位置づけられた(合わせて国庫補助率が3分の1から2分の1に引き上げられた)。これらにより、在宅サービスの実施か所数や利用人員は大幅に増加し、在宅重視の方向性が打ち出された。

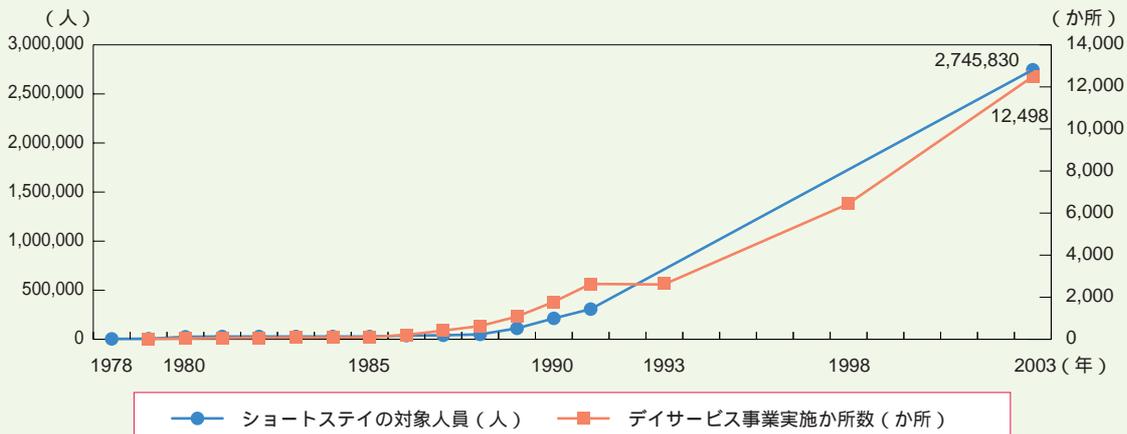
◀ 図表2-3-2-1
◀ 図表2-3-2-2

図表2-3-2-1 訪問介護員数の推移



資料：1999年までは、厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉行政業務報告(厚生省報告例)」(各年度末現在)、2000年以降は、同「介護サービス施設・事業所調査」(各年10月1日現在)
(注)1999年までは訪問介護員の数、2000年以降は居宅サービスに従事する訪問介護員の数である。

図表2-3-2-2 デイサービス事業、ショートステイ事業の推移



資料：1978～1991年までは厚生省大臣官房老人保健福祉部(当時)調べ、1993年及び1998年以降のデイサービス事業実施か所数は、厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」(各年10月1日現在)、2003年のデイサービス事業の実施か所数は、同「介護サービス施設・事業所調査」(10月1日現在)、2003年のショートステイの対象人員は、厚生労働省老健局「介護保険事業実施報告年報」
(注)1991年までの人員及びか所数は予算上の数値である。

（保健・医療・福祉が連携した総合的なサービス）

在宅サービスの充実が図られる中で、1990（平成2）年における福祉関係八法の改正により、最も住民に身近な自治体である市町村の位置づけが一層強化された。地域で生活する高齢者に対しては、既に市町村を中心に老人保健法に基づく健康診査や保健師による健康指導といった保健サービスが提供されていたが、在宅高齢者の多くは同時に何らかの医療を受けていた。このため、保健・医療サービスと在宅3本柱など福祉サービスを総合的に提供する「保健・医療・福祉のサービス」がそれぞれの地域において相互に連携のとれた形で提供され、かつ、マンパワーや財源をより必要性の高い分野で適切かつ効率的に活用できるシステムが求められるようになった。

（ゴールドプランによる福祉サービスの計画的な整備）

1989（平成元）年、高齢者介護の問題を正面から取り上げた「介護対策検討会」（厚生事務次官の私的諮問機関）の報告書において、介護の基本的在り方として「寝かせたきりにしない介護」を目指し、「どこでも、いつでも、的確で質の良いサービスを安心して、気軽に受けることができる」体制が求められた。

また、1989年には、高齢者に対する保健福祉サービスを一層充実すべきとの声がますます高まるなか、消費税導入の趣旨を踏まえ、高齢者の在宅福祉や施設福祉などの基盤整備を促進することとし、20世紀中に実現を図るべき十か年の目標を掲げた「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（ゴールドプラン）が策定された。ゴールドプランは、「国民が健康で生きがいを持ち、明るく活力のある長寿・福祉社会」に向けて、個別サービスについて数値目標を設定した上で、保健・福祉分野ではかつてない規模（10か年で総事業費約6兆円強）の支出を明記した計画であり、以降、質の高い生活支援サービスを計画的に充実していく取組手法の嚆矢となった。

さらに、ゴールドプランでは「寝たきり老人ゼロ作戦」が重要施策の柱の一つとして位置づけられている。寝たきりの状態は、高齢者自身の生活の質を著しく低下させ、家族の介護負担を増大させるものである一方、周囲の対応によって寝たきりは防止できる（「寝かせたきり」老人）と専門家から指摘されていた。このため、従来の寝たきり後の対策だけでなく、寝たきり予防についても積極的に取り組むこととなった。

（新ゴールドプラン・ゴールドプラン21によるサービスの計画的な整備）

福祉八法改正により、各市町村はそれぞれ地域における在宅サービスや施設サービスの目標量等を老人保健福祉計画として策定することとなったが、1993（平成5）年度時点において全国の市町村の目標量を合計した総量はゴールドプランが掲げる全国的な目標数値を大幅に上回る水準に及んだ。

このため、地域介護サービス基盤の更なる緊急整備を図るため、ゴールドプランを全面的に見直して、整備目標の引上げを行い、1994（平成6）年に「新・高齢者保健福祉推進十か年戦略」（新ゴールドプラン）を策定した。

このように、新ゴールドプランは、市町村からのニーズを参考にサービス整備目標

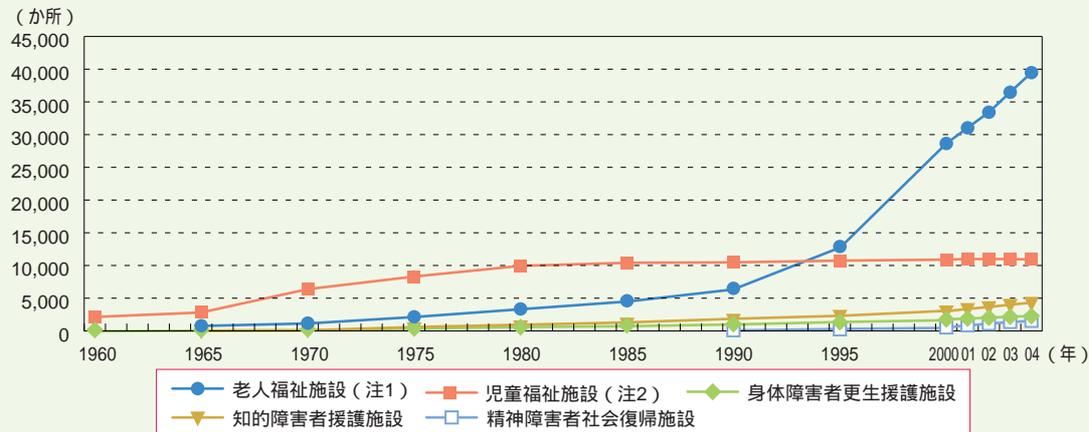
量を設定するという、今まで以上に地域の実態を踏まえる手法で策定された。同時に「今後取り組むべき施策の基本的枠組み」として、すべての高齢者が、心身の障害を持つ場合でも尊厳を保ち、自立して高齢期を過ごすことのできる社会の実現を掲げた。さらに、介護を必要とする者誰もが自立に必要なサービスを身近に受けられる体制の構築を目標とするとともに、利用者本位・自立支援、普遍主義、総合的サービスの提供、地域主義、を基本理念として明らかにしている。

1999（平成11）年には、新ゴールドプランの終了と介護保険制度の導入を踏まえ、住民に最も身近な地域における介護サービス基盤の整備と、介護予防、生活支援など元気高齢者づくりのための施策を車の両輪として推進する「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向」（ゴールドプラン21）が策定された。

このような一連のプランの実施により、施設サービスと在宅サービスの充実が図ら

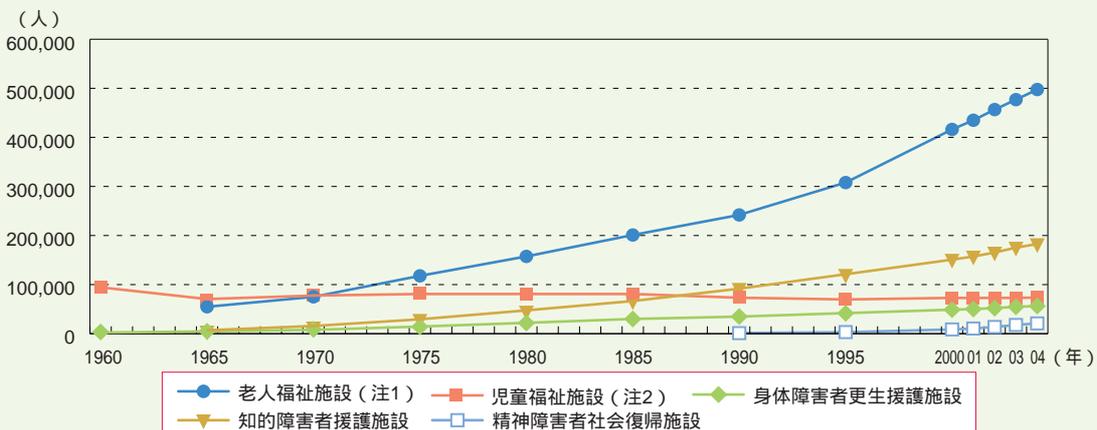
◀ 図表2-3-2-3
◀ 図表2-3-2-4

図表2-3-2-3 施設の種類の別みた施設数の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」（1970年以前は12月31日現在、1975年以降は10月1日現在）
 (注1) 2000年以降は、同「介護サービス施設・事業所調査」（各年10月1日現在）において、介護老人福祉施設、通所介護事業所及び短期入所生活介護事業所として把握した数値を含む。
 (注2) 児童福祉施設には保育所を含まない。

図表2-3-2-4 施設の種類の別みた在所者数の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」（1970年以前は12月31日現在、1975年以降は10月1日現在）
 (注1) 2000年以降は、同「介護サービス施設・事業所調査」（各年10月1日現在）において、介護老人福祉施設として把握した数値を含むが、短期入所生活介護事業所は含まない。
 (注2) 児童福祉施設には保育所を含まない。

れ、高齢者の在宅生活を支える基盤が形づくられた。また、より多様な主体による、適切で、質が高く、効率的なサービスの提供が必要になってきた。

（在宅ケアの推進）

できる限り住み慣れた家庭や地域で自立した生活を送りたいという高齢者の希望に応え、高齢者が在宅ケアを選択できるような環境整備を進めることが求められ、在宅の高齢者が必要なときに必要なサービスを適切に利用できる体制づくりが進められた。

ゴールドプランにより、長寿社会福祉基金が設置され、民間の公益団体、ボランティア等が行う事業の支援など、民間の創意工夫を活かしつつ地域の実情に即したきめ細かな事業が推進される。

また、新ゴールドプランにおいては、地域における総合的な保健・医療・福祉体系の構築を図るため、高齢者在宅生活支援事業として、要介護状態になる前の保健予防活動や生きがい対策、地域の実情に応じた配食サービス、移送サービス等が積極的に推進された。

さらに、ゴールドプラン21においては、地域生活支援体制の整備として、生活圏域での住民相互の支え合いのための連携体制や拠点の整備や、高齢者に対する配食や外出支援などの生活支援サービスなどが推進された。

3 自立と選択による高齢者介護サービス

（高齢者介護に関する意識）

1995（平成7）年に入って高齢化率は14%に達した。1993（平成5）年の総理府「高齢期の生活イメージに関する世論調査」では30歳以上60歳未満の9割近くの人が「高齢期の生活に不安」を感じている。不安の内容を見ると、上位から「自分や配偶者の身体が虚弱になり病気がちになること」（49.4%）、「自分や配偶者が寝たきりや痴呆性老人になり介護が必要になったときのこと」（49.2%）となっており、高齢者の介護の問題が深刻に受け止められるに至った。

図表2-3-2-5▶

当時の介護者の状況を見ると、介護を受ける者に対し憎しみを感じる介護者の割合は3人に1人であり、介護を受ける者に対し虐待したことがある介護者は2人に1人となっていた（日本労働組合総連合会「「要介護者を抱える家族」についての実態調査」（1995年））。また、家庭での介護経験ありの者にとっては、「食事や排せつ、入浴などの世話の負担が大きい」と考える者が最も多く、5割を超えていた（厚生省「保健福祉動向調査」（1990年））。

図表2-3-2-6▶

（介護保険制度の創設）

先に述べたゴールドプラン、新ゴールドプラン等を中心として、高齢者保健福祉基盤の整備が急速に強化され、それぞれの地域において必要なサービスの量が確保されていくのに合わせて、利用者一人一人に応じたサービスの質の向上を求める声が強ま

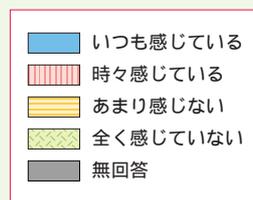
図表2-3-2-5 介護保険制度導入前の高齢期の生活に対する不安



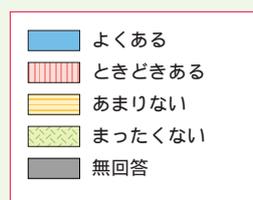
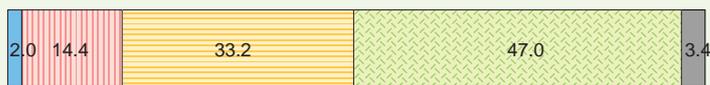
資料： 総理府「高齢期の生活イメージに関する世論調査」(1993(平成5)年9月)
 (注) 30歳以上60歳未満の者に対し、「ご自分の高齢期の生活について、不安を感じることもあるか、あるとすればどのようなことか。」との問いに対する回答である。

図表2-3-2-6 介護を受ける者に対し憎しみを感ずる介護者、虐待したことがある介護者の割合

介護を受ける者に対し憎しみを感ずる介護者の割合



介護を受ける者に対し虐待したことがある介護者の割合



資料： 日本労働組合総連合会『『要介護者を抱える家族』』についての実態調査」(1995年)

るとともに、増大する介護費用を国民全体で支え合い賄っていく必要性が高まった。また、寝たきりや認知症の高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大した。その一方で、核家族化の一層の進展など家族をめぐる状況も大きく変わり、家族にとって、介護は身体的・精神的にも大きな問題と認識されるようになった。

このような中、国民的な広がりを持った議論を経て、社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして、介護保険法が1997(平成9)年に成立し、2000(平成12)年4月にスタートした。この介護保険制度は、高齢者が介護を必要とする状態になってもその有する能力に応じ自立し尊厳ある生活を送れるようにするための社会システムであり、以下の点で、これまでの制度と大きく異なるものである。

それ以前には行政処分(措置)であった老人福祉サービスについて、要介護度に応じた給付を、利用者とサービス提供者との間の契約として提供する(措置制

度においては、サービスの対象者や内容は行政機関によって決定された）

老人福祉と老人医療に分かれていた高齢者の介護に関する制度を見直し、福祉サービスと医療サービスを総合的・一体的に提供する。

サービス利用に当たっては、ケアマネジメント手法により、要介護区分ごとに定められた給付上限額の範囲で、本人に最も必要・適切なサービスを組み合わせる。

介護に要する費用は、住民に最も身近な市町村を保険者とする保険方式により社会的に支え合う。

公的機関のほか、多様な民間事業者の参入促進を図り、効率的で良質なサービスを提供する。

介護保険制度によって介護を担う家族の負担が軽減されるとともに（介護の社会化）介護を担う家族を支援するため、1999（平成11）年に介護休業制度が法制化されている。

また、介護保険制度の導入に伴い、介護サービスの利用契約に当たって、認知症高齢者等の判断能力の不十分な成年者の自己決定の尊重と本人保護が求められたこと等を背景に、1999年の民法の改正により、従来の禁治産・準禁治産制度が成年後見制度に改められた。

（担い手の広がり）

措置制度下における老人福祉は実施主体が限定されており、自治体の直営や事業団方式のほか、社会福祉法人が主な実施主体となっていた。その後、規制緩和により民間参入が拡大し、特定非営利活動法人制度が創設されたこともあり、介護サービスの担い手は拡大し、多様なものとなっている。

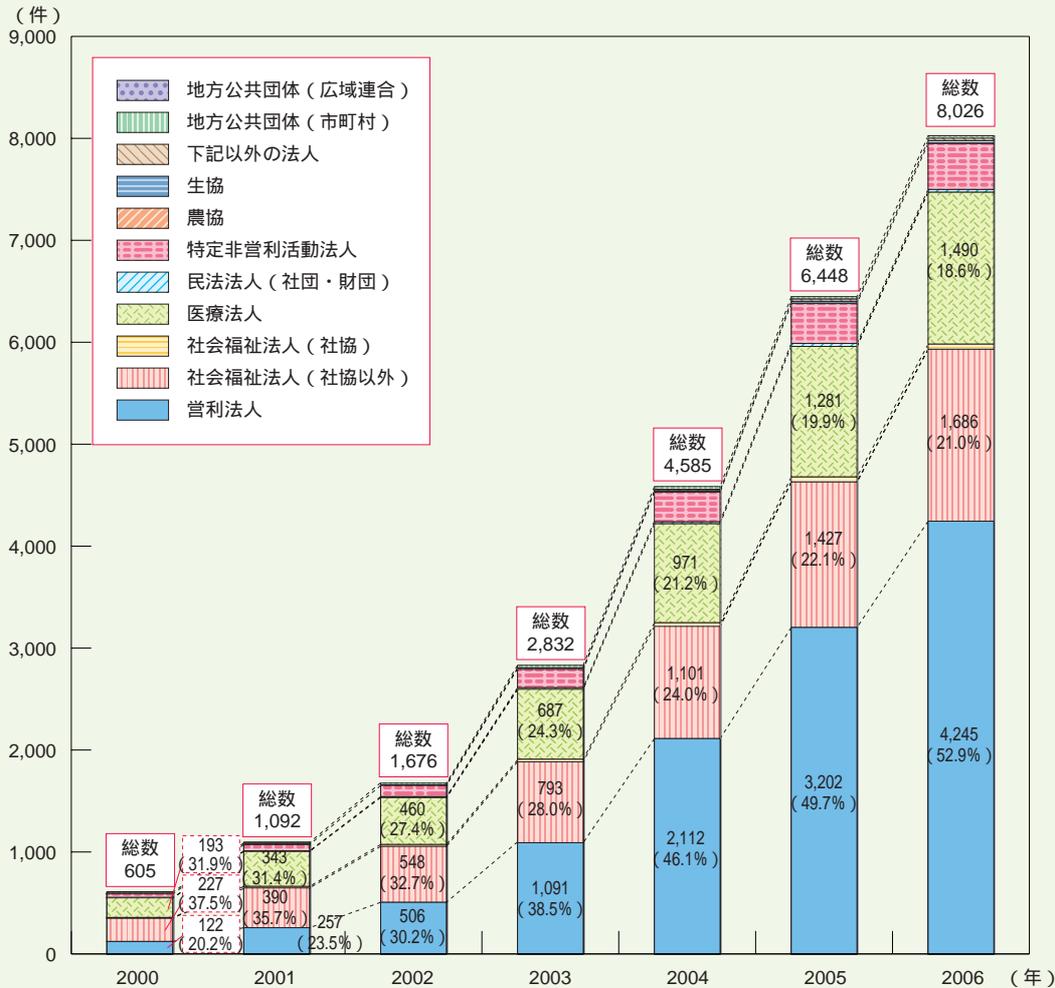
例えば、訪問系サービスについて見れば、老人家庭奉仕員（ホームヘルパー）が老人福祉法に位置づけられた1982（昭和57）年当時では、全国の老人家庭奉仕員数9,845人のうち、5,823人（59.1%）は市町村より派遣された職員であり、市町村の委託を受けた社会福祉法人やその他の団体より派遣された老人家庭奉仕員は4,022人（40.9%）に過ぎなかった。1994（平成6）年の新ゴールドプランにより、民間サービスの積極的活用によるサービス供給の多様化・弾力化が図られたが、同年の全国の老人ホームヘルパー数73,086人のうち、市町村より派遣された職員は9,747人（13.3%）となった。一方、市町村の委託を受け市町村社会福祉協議会より30,136人（41.2%）、特別養護老人ホーム等を経営している社会福祉法人より6,616人（9.1%）、その他の民間事業者より26,587人（36.4%）のホームヘルパーが派遣されており、主体の多様化は大きく進んだ。

一方、認知症高齢者グループホームについては、2000（平成12）年当初は、事業所総数605のうち、社会福祉法人（社会福祉協議会以外）は227（37.5%）、医療法人は193（31.9%）であり、この二法人が大数を占めていた。最近（2006年）では、事業所の総数は8,026に大幅に増加し、社会福祉法人（社会福祉協議会以外）1,686（21.0%）、医

療法人1,490（18.6％）、特定非営利活動法人（NPO）451（5.6％）、社団・財団法人27（0.3％）、地方公共団体27（0.3％）などの多様な実施主体によって支えられている。とりわけ、約半数の4,245を占める営利法人（52.9％）の増加が著しい。

◀ 図表2-3-2-7

図表2-3-2-7 経営主体別にみた認知症高齢者グループホーム数の推移



資料：独立行政法人福祉医療機構「WAMNET介護事業者情報」
 (注)「認知症対応型共同生活介護」として把握したもの(各年3月31日現在。ただし、2000年は7月31日現在、2001年は5月31日現在)

(高齢者介護に関する意識)

高齢者介護に対する不安感について、2003（平成15）年の内閣府「高齢者介護に関する世論調査」を見ると、自分自身が要介護者になる不安のある者の割合が69.0％、家族が要介護者になる不安のある者が73.5％となっている。自分自身が介護が必要になった場合に困る点は、「家族に肉体的・精神的負担をかけること」（68.1％）、「介護に要する経済的負担が大きいこと」（53.6％）が上位となっており、家族が介護が必要になった場合に困る点は、「食事や排せつ、入浴など世話の負担が重く、十分な睡眠が取れないなど肉体的負担が大きいこと」（62.5％）、「ストレスや精神的負担が大きいこと」（57.9％）が上位となっている。これまで介護保険制度が整備されるなど介護サー

ビスの充実が図られてきているが、高齢者介護に対する不安は依然として大きく、要介護状態とならないよう予防することが重要と考えられるに至った。

（介護保険制度の改正）

我が国の高齢化は今後一層進展することが見込まれる。また、10年後の2015（平成27）年には戦後のベビーブーム世代が高齢者（65歳以上）となって高齢者の考え方や価値観も一層多様化することが予想されるとともに、高齢者世帯や認知症高齢者の増加など高齢者を取り巻く家族の環境も変化していくと考えられている。また、介護保険制度スタート後の5年間で、要介護等の認定を受けた者の数は大きく伸びており、特に軽度者の伸びが大きくなっている。

こうした中、介護保険法施行後5年を契機として、2005（平成17）年に成立した「介護保険法等の一部を改正する法律」において、軽度者向けのサービス内容を状態の改善・悪化防止につなげるため予防重視型システムに転換するなど、制度の持続可能性の確保や明るく活力のある高齢化社会の構築に向けて制度全般にわたる見直しが行われた（制度改正の具体的内容は第2部第5章第1節参照）。介護予防を通じて、高齢者の自立した生活が可能となることに加え、介護費用の抑制につながることも期待されており、その効果を確実に上げていくことが重要である。今後の高齢者介護は、超高齢社会の到来する将来においても高齢者が地域で自立した生活を送れるよう、一層の取組みの強化が求められる。

また、介護保険制度においては自治体が重要な役割を果たしているが、今回の制度改正において、市町村の役割を強化するとともに、介護施設の整備を都道府県の責任において行うこととするなど、その役割はますます重要となっている。自治体と住民とが協働しながら、それぞれの地域における介護サービスの在り方をデザインしていくことが必要である。

4 地域での生活支援に向けた多様なサービスの展開

（地域密着型サービスの普及と展開）

介護保険制度がスタートした当初、「ニーズに対応できるだけのサービスが提供されず、『保険あってサービス無し』となるのではないか」「様々な状態の高齢者の要介護度を公平・公正に認定することができるのか」といった様々な懸念があったが、在宅サービスを中心に事業者の参入が続き、サービス利用者も制度スタート後2倍以上に増加した。

これまで述べてきたとおり、我が国の高齢者介護サービスは、施設介護から在宅介護へとその中心を移しながら、サービス基盤の充実を図ってきた。一人で自活しきれない高齢者であっても、施設への入所などの大幅な環境変化は生活能力や意欲を弱めるきっかけになるという指摘があり、また、本人の希望としても、できる限り住み慣れた地域や友人関係などの人間関係の中で生活を続けたいという思いは強い。高齢者

向けの施設については、かつては人里離れた場所に整備されることが多かったが、最近では街の中心部や住宅地に整備されることも多く、そのような施設は、入所者のためにサービスを提供するだけでなく、地域の高齢者のサービス拠点としての役割も果たしている。

また、先駆的な取り組みが行われる中で、認知症高齢者のように家族による自宅を中心とした対応が困難な者や専門的なケアが必要な者については、小規模で家庭的な雰囲気の中で共同生活を送る「認知症高齢者グループホーム」など、高齢者本人の尊厳を守り、可能な限り自立的な生活を支援することが必要であると、社会的に認識されるようになった。

このように、介護保険制度の導入を契機として、認知症高齢者グループホームを始め新しい形態のサービスが給付対象となり、「利用者本位のサービス」を志向する一連の取り組みと相まって、これらの新しい形態のサービスの普及が進むこととなった。

さらに、2005（平成17）年の介護保険法改正により、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう、地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供が可能となる地域密着型サービスが創設された。

地域密着型サービスは、市町村が事業者指定を行うことにより、介護保険事業計画に定めた日常生活圏域単位で整備するとともに、市町村が指導・監督等を行うものである。これにより、サービス基盤整備が遅れているところでは計画的な整備が可能となる一方、整備が進んでいるところでは過剰な整備は抑制されることとなり、身近な市町村による要介護者のニーズに応じた介護サービスの提供がより一層可能となる。

地域密着型サービスのメニューは、小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）など6つのサービスがある。このうち、小規模多機能型居宅介護と夜間対応型訪問介護は、従来にない新しいサービスである。小規模多機能型居宅介護は、「通い」を中心としつつ、要介護者の様態や希望に応じて随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせるサービスを提供することにより、中重度者となっても住み慣れた在宅での生活を安心して継続できるよう支援するものであり、夜間対応型訪問介護は、夜間において定期的な巡回とともに、随時通報に対応することにより、排せつの介護、日常生活上の緊急時の対応など夜間において安心して居宅での生活を送ることができるよう援助を行うものである。

（介護ケアマネジメントから介護、医療、健康などの総合的なケアマネジメントへ）

介護保険制度においては、行政がサービス内容を決定することを基本としていた従来の措置制度を変更し、ケアマネジャーが要介護度に応じて利用者の希望する必要なサービスを組み立てるケアマネジメントが実施されてきた。その後、マネジメントを受ける要介護者にとっては、ケアマネジャーに疾病や介護予防などの相談等が可能となると利便性が高まる、ケアマネジャーにとっても要介護者のニーズに応えるためには様々な専門家と連携することでサービスの質を高めることができる等の指摘が出てきた。

そこで、2005（平成17）年の介護保険法改正において、高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスが切れ目なく提供される「包括的かつ継続的なサービス体制」を支える地域の中核機関として、地域包括支援センターが設置された。ここでは、保健師、主任ケアマネジャー^{（注）}、社会福祉士などのチームにより介護、医療、健康などの総合的マネジメントを行うこととしている。

（地域での生活を支えるための「地域支援事業」～地域独自の取組みを生かす仕組み～）

2005（平成17）年改正では、要支援・要介護になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、市町村が実施する「地域支援事業」が創設された。この地域支援事業は、要支援・要介護状態に至る前の高齢者に運動器の機能向上プログラムや栄養改善プログラムなどを提供する介護予防事業、高齢者の心身の状況等を把握し、相談を受け、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行う包括的支援事業、介護保険事業の運営の安定化を図る介護給付等費用の適正化事業、要介護被保険者を現に介護する者に対する家族介護支援事業など、地域の実情に応じて市町村が任意で事業を実施することにより、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続していくために支援を行うものである。

（地域福祉サービスの推進）

従来サービスに加えて、高齢者や障害者などが住み慣れた地域社会の中で生活を続けることができるよう、日常生活で困っていることに必要なサービスを提供する地域福祉サービスというべき取組みが、幅広い住民参加により進められている。

『「地域福祉型福祉サービス」のすすめ（「地域福祉型福祉サービス」の普及・啓発に関する事業調査研究委員会報告）』（社会福祉法人全国社会福祉協議会、2005年3月）によれば、従来のサービスは、サービスの提供対象を「高齢者」「障害者」「児童」というように年齢や障害の有無、程度・種類等の属性によって区分し、サービスの組み立ても区分された対象ごとにニーズに応じるものとなっていた。これに対して、同報告で提起された「地域福祉型福祉サービス」は、制度の枠にとらわれず、必要に応じて柔軟かつ先駆的に、対象とするニーズを選定し、サービス内容を多機能化させたものである。

「地域福祉型福祉サービス」は、地域社会の中で支援を必要としている人を発見して幅広く支援対象とし、利用者一人一人の生活とその人が生活する地域全体を総合的にとらえ、利用者が持つニーズや地域の状況に対応するために、柔軟にできる限り幅広いサービスを先駆的に創り出すものである。

（注）主任ケアマネジャーは、2005年の介護保険法改正により創設され、包括的・継続的マネジメントを担う人材として、一定年数以上の実務経験、所定の研修修了、能力評価により資格が付与されるものである。

利用者の生活の場まで出向き、利用者がその場で享受できる「地域福祉型福祉サービス」は、利用者の視点（地域社会の生活者としての視点）に立って、利用者の生活形成に沿ったサービスを提供することを目標とするものであり、従来のサービスが利用者の属性に着目しそれに対応しようとするのに対し、より利用者のニーズに柔軟に対応しようとするサービスということができる。

コラム

地域において高齢者・障害者・子どもが集う施設
～ 健軍くらしささえ愛工房（熊本県）～

熊本県では、2004（平成16）年3月に地域福祉推進のための指針として、地域福祉支援計画「地域ささえ愛プラン」を策定し、人々が日々の暮らしに安心を覚えることができ、誰もが気軽に集いふれあうことができる、人間の情感があふれる「新しい地域の縁がわ」づくりを目指している。

その具体的な推進方策の一つとして、建て替えを行った県営団地の1階に、福祉サービスを行う施設「健軍くらしささえ愛工房」を整備した。当該施設のある熊本市の健軍地域は、古くからの住宅街に加えて新興住宅街も周辺に広がり、商店街の活動も活発で、高齢者が多い地域と子どもや子育て世代が多い地域が隣接している。

この施設の特長は、「地域の縁がわ」として、誰でも出入りすることができ、高齢者や子ども、障害を持つ人がケアされるだけでなく、お互いに自分からできることに参加するということにある。高齢者、子ども、障害者を含めて地域の人々が自然にふれあえる場となっている。

この施設は、民間団体（NPO法人おーさぁ）に有償で貸し付けられており、民間の持つノウハウや、自由な発想、創意工夫を活かして、先駆的な地域福祉サービスが行われている。この団体は、高齢者や障害者支援の社会福祉法人や地域の商店街の役員などで構成されており、地域の人々の共生の場をつくることを目指して、地域住民、ボランティア等とのパートナーシップによる事業運営を行っている。

2005（平成17）年10月に

オープンし、同一フロアの中に、高齢者支援スペース、障害者支援スペース、子育て支援スペースなどが仕切りもなく配され、互いに行き来できるようになっている。

高齢者支援スペースは、小規模多機能型施設として運営されており、認知症の高齢者や一般の高齢者を受け入れる通所介護サービスを実施しているが、宿泊も可能であり、現在約20名の高齢者の生活全体を支えている。

障害者支援スペースでは、職場適応訓練として、施設内の喫茶店で3人の障害者が実際に働いており、喫茶・軽食などのサービスを提供している。また、地域の商店街と連携して県の物産を扱う店に訓練生として派遣することも始められている。

子育て支援スペースのプレイルームは、親子で一緒に遊べる空間となっており、また「地域の井戸端会議」としても機能し、情報交換もできる場となっている。保育士やボランティアもあり、誰でも、一時預かりが可能となっている。

また、高齢化が進む中で、商店街と連携し



（ウッドデッキで談笑する様子）

て高齢者や障害者の買い物サポートなどを行い、誰もが地域の人とのふれあいの中で、すこやかに楽しく安心して生活ができる地域のまちづくりが実践されている。

さらに、NPO法人の活動に地域住民、ボランティア、商店街等が参画することにより、地域全体の活性化が進展するというモデルを普及させていくため、講演会やフォーラムの

開催、小中学生を対象としたボランティア体験学習等を行っている。「地域の縁がわ」を支える人材を育成し、多くの地域の人々に支え合いの仕組みが理解されてきている。

このように、健軍くらしささえ愛工房を核として、商店街や地域住民、ボランティアとパートナーシップを組んだ地域支え合い型の福祉のまちづくりが展開されている。

（サービスの質の確保・向上）

近年、介護サービスについても、その質が問われており^{（注）}、サービス内容や事業者に関する必要な情報を公正に入手でき、適切に選択できるような基盤が必要である。このため、2005（平成17）年の介護保険法改正において、利用者の適切な選択と競争の下で、良質なサービスが提供されるよう、すべての介護サービス事業者に介護サービスの内容や運営状況に関する情報の公表を義務づけるとともに、不適切な事業者に対しては、指定の取消し等を行うこととした。

（認知症対策の展開）

1972（昭和47）年に認知症高齢者（当時は「痴呆性老人」と呼ばれていた。）を題材にした小説「恍惚の人」（有吉佐和子著）がベストセラーとなり、認知症高齢者の問題が社会問題として認識されるようになった。しかし、1970年代までの認知症対策は、在宅介護では家族がほとんど支援を受けることはなく、精神病院や施設に入っていた者に対して一部では身体拘束や薬による抑制が行われているなど、対応が遅れていた。その後、高齢者全体の在宅福祉の充実とともに、家族の負担・困難が特に大きい認知症高齢者対策の不十分さが指摘されるに至る。

1980年代には、認知症対策の体系的取組みが模索され、介護する人手を増やした専門施設（病棟）や在宅者を日中預かる専門のデイケアが制度化された。1990年代にはゴールドプランにより、計画的に介護サービスが整備され、認知症老人のデイサービスセンターなども新設された。

2000（平成12）年4月施行の介護保険制度においては、認知症高齢者グループホームが保険給付サービスの一つとして位置づけられ、これによりグループホームが急増した（2000年7月605か所 2006年3月8,026か所）。また、施設においてもできる限り在宅に近い環境の下で生活できるよう、2002（平成14）年度から特別養護老人ホームにおいても個室ユニットにより個別ケアを行うユニット型の施設に対する補助が進められた。

また、2005（平成17）年の介護保険法改正では、それまで用いられていた「痴呆」

（注） 指定取消処分のあった介護保険事業所の数は、2000（平成12）年度から2004（平成16）年度まで、7、30、90、105、81と推移しており、おおむね増加傾向をたどっている。

が認知症高齢者の尊厳に対する配慮に欠ける言葉であることなどを踏まえ、「認知症」に改める改正を行った。

この用語の見直しを契機として、2005年度から10年間で「認知症を知り地域をつくる10カ年」とし、認知症を理解し、支援する人（認知症サポーター）が地域に数多く存在し、すべての町が認知症になっても安心して暮らせる地域になっていることを2014（平成26）年度の目標としている。この目標を実現するため、住民の理解と協力の下に、地域ぐるみで認知症高齢者本人や家族を支える仕組みを作っていくことが求められる。

現在、要介護者の2人に1人は介護や支援を必要とする認知症高齢者であるが、今後の急速な高齢化の進展に伴い認知症高齢者は一層急速に増加していくことが見込まれ、認知症対策は一層重要になる。認知症高齢者も、できる限り住み慣れた地域で生活することができるようにするためには、一人でも多くの地域住民が認知症を正しく理解し、各々ができることをできる形で支援していくような「まち」を作っていくことが急がれる。

コラム

認知症の高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるために
～ 認知症啓発の取組み（滋賀県近江八幡市）～

近江八幡市は、滋賀県で琵琶湖の東に位置する人口約7万人（高齢化率16.1%）の市である。

65歳以上人口の8.3%にあたる約1,000人に何らかの認知症があり、市では、全国に先駆けて、認知症になっても安心して暮らせる町づくりを目指し、町全体で認知症への理解を深めるための取組みを行っている。

市では以前から、行政を中心とした住民懇談会などでの認知症の啓発活動を行っていたが、住民の認知症に対する理解は深まっているのかを再確認するため、2003（平成15）年、市内の様々な地区、年齢層の住民に協力を求め、認知症対策についての意見を聞く機会を設けた。ここでは、「特定の会場に来てもらう方法では住民は集まらない」「企業や学校へ出向いて研修を行ってはどうか」「体験型の啓発にしてはどうか」など様々な意見が出た。市では、住民が参加したいと思える方法でやるのが一番大切だと考え、2004（平成16）年から企業や団体、学校で認知症啓発のための講義を始めた。

当初は、企業研修で認知症啓発を行うことに対して理解を示さない企業もあったが、あらゆるネットワークを使って企業へ働きかけ、徐々に協力が得られている。

講義は、開講前に講師と社員の代表が打ち

合わせを行い、社員が知りたいと思っていること等を踏まえてカリキュラムを作る。例えばスーパーマーケットでの研修は、「店の中で、売り物の果物を食べているお年寄りを見かけたらどうしますか」と実際にあった場面を想定して対応を考える時間を設けるなど、社員が当事者として問題意識を持てるように工夫している。また、企業研修は就業時間後に社内で、中学校PTAへの研修は夜に学校でと、対象者が参加しやすい場所や時間帯に研修を行っている。

講師は、行政の担当者ではなく、認知症の専門家やキャラバンメイト（認知症サポーターを養成するボランティア）が担当し、その後は企業において主体的に研修を行ってもらうように働きかけている。行政が住民に対してお願いするという形ではなく、企業や住民自らが問題意識を持ってもらいたいと考えているからである。

受講者へのアンケートを見ると、9割以上が「研修会を通じて得るものがあった」と回答している。「もっと早くこういう話を聞きたかった」「接し方を考えることができた」などという意見もあり、認知症への正しい理解を深めるきっかけとなっている。

2004年からの約2年間で、スーパーマーケ

ットなど地元企業、農協、郵便局や消防署などにおいて約1,000人がこの研修を受けた。認知症研修を行った市内にある信用金庫の担当者は、「高齢化が進み、高齢者のお客様が増えました。中には認知症と思われるお客様もいらっしゃいます。例えば「印鑑や通帳をなくした」といっても、普通のお客様と同じ対応をしても理解してもらえないことも多く、対応が難しいと感じることもあります。この研修を受けることにより、認知症のお客様への接し方を意識するようになりました。こういう研修は一度やれば良いと言うことではないので今後も継続的に行っていきたい。」と話している。

今後は、企業に研修を継続して行ってもらえるよう働きかけると

ともに、市内の学校など様々な場所での研修を行い、地域における認知症への理解の輪を広めていくこととしている。



(市内中学校PTAを対象とした研修会の様子)

5 今後の課題

(介護予防の推進)

今般の介護保険制度改正において、明るく活力ある超高齢社会の構築を目指す観点や制度の持続可能性を高める観点から、介護費用の増大を抑えるため介護予防サービスが制度化されたところである。介護予防により要介護状態とならないことは、人々の生活の質を高めるものであり、また、介護費用の増大を抑えることから、介護予防活動が効果的に実施されるようにする必要がある。

そのためには、地域において高齢者一人一人が積極的に介護予防の取組みに参加するとともに、市町村が作成する介護予防のプログラムが高齢者にとって参加しやすいものとなるよう工夫することが求められる。

(地域における介護サービスの推進)

高齢者一人一人が地域において生活を継続できるという考え方に立って、サービス体系を組み立て、具体的に提供していくことが重要である。このため、各地域の実情に合わせて、新たな地域密着型サービス、居住系サービス^(注)などを含めた介護サービスの整備が進められることが必要であるし、地域包括支援センターを中心とした地域包括ケアシステムの確立が必要となる。

また、そのような取組みの中で、福祉施策と住宅施策についても相互の理解と連携の強化が望まれ、さらに地域住民にとってもこれらが身近なものとなるよう、先進的

(注) 居住系サービスとは、有料老人ホームやケアハウスの形態によるサービスであり、2005年の介護保険法改正により、高齢者専用賃貸住宅等が対象に追加された。

な取組みを広く周知していく必要がある。

今後は、各地域において住民の主体的な参加や支援による福祉サービスを推進することで、地域における支え合いやつながりの土壌が育まれていくことが望まれる。

コラム

福祉施策と住宅施策との連携

(シルバーハウジング・プロジェクト)

高齢者が安心して生活できる居住環境を確保することは今後の施策展開の重要事項であるが、既に行われている福祉施策と住宅施策の連携の一つとしてシルバーハウジング・プロジェクトがある。これは、住宅施策として、住宅内の移動の助けとなる手すりや緊急通報システムなどが整備された高齢者に配慮した公営住宅や、独立行政法人都市再生機構（旧都市基盤整備公団）の賃貸住宅等の整備を支援するとともに、福祉施策として、入居した高齢者に日常の生活相談、安否の確認、緊急時の対応などを行うライフサポートアドバイザー（生活援助員）の派遣に要する費用の支援を行うものである。このプロジェクトは、2004（平成16）年度までに全国749団地（20,143戸）において実施されている。

(介護保険制度における連携)

今後、独居高齢者世帯や高齢者夫婦世帯の増加が見込まれており、こうした世帯では、将来介護が必要になった時に介護を受けながら住み続けられる、いわゆる「ケア付き住宅」への住み替えニーズも高まると予測されている。

こうしたニーズに応えるため、2006（平成18）年4月に施行された改正介護保険法において、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（2001（平成13）年施行）に位置づけられている高齢者専用賃貸住宅のうち住戸面積などの一定の基準を満たすものは、介護保険法の特定施設として介護給付の対象とされたところである。

このほか、昭和30～40年代に開発されたニュータウンにおいては当時入居した世代が一斉に高齢期に差し掛かるなど、社会情勢の変化に対応した取組みが求められる。公営住宅や都市再生機構賃貸住宅等の大規模団地を建て替える際に福祉施設等との一体的整備を推進するなど、まちづくりの観点からも福祉施策と住宅施策が連携を深めていくことが求められている。

第3款 障害者の保護から自立支援へ

障害者福祉については、歴史的には身体障害、知的障害といった障害種別ごとに生活支援のための制度が作られ、それぞれ「行政による措置」として拡充されてきた。1980年代頃からは、ノーマライゼーションの考え方の浸透により、障害者が住み慣れた家庭や地域で暮らすことができるよう、在宅福祉サービスが推進された。その後、障害福祉サービスの計画的な整備やより質の高いサービスを障害者本人の選択によって利用する仕組みへの転換がなされ、障害者が、地域において就労まで視野に入れて自立した生活を送ることができるよう支援する方向で取り組みが進められている。

1 障害児・者福祉の制度化

（障害種別ごとの制度の整備）

障害者福祉施策については、先行する多くの民間実践家の様々な取り組みがあるなか、戦後、行政が障害者に必要なサービスを決定する措置制度を基本に、その展開が図られてきた。

まず、傷痍軍人等の保護の必要から、1949（昭和24）年に「身体障害者福祉法」が制定され、身体障害者に係る施設等の設置が推進されることとなり、1955（昭和30）年には身体障害者更生援護施設が143か所となった。

また、知的障害者を対象とする援護施設の整備等を実施するため、1960（昭和35）年に「精神薄弱者福祉法」（1999（平成11）年に「知的障害者福祉法」に改称）が制定され、1965（昭和40）年には精神薄弱者援護施設が70か所設置された。

なお、精神障害者については、1950（昭和25）年に保健医療施策を盛り込んだ「精神衛生法」が制定され、適切な医療・保護の機会を提供することを主たる目的として、入院処遇を中心として対策が講じられた。

このように、障害者施策は、障害種別ごとに制度化が進められ、その後徐々に施策の拡充が図られていったが、障害児・者の福祉の向上という目的の中で、障害児・者の抱える家族の負担を軽減する観点から施設入所や入院を中心に進められてきた。

（社会福祉施設の計画的な整備）

その後、入所施設は着実に整備されてきたが、重度の障害者を受け入れる施設の入所可能人員を見ると、1970（昭和45）年度末現在、重度身体障害者が入所する施設では入所が必要な者の4割程度、重度心身障害児施設では入所が必要な者の5割程度にとどまっていた。そこで1971（昭和46）年度を初年度とする「社会福祉施設緊急整備五か年計画」の中で、重度の障害者等の入所施設について格段に整備を図ることとなった。

具体的には、重度身体障害者施設の定員は、1970年度末の2,850人から1975年度末の9,164人に、心身障害児（者）施設の定員は、1970年度末の62,990人から1975年度末の

93,582人（うち重度心身障害児施設は、7,232人から13,159人）に増加した。

またこの頃から、障害児が加齢に伴い重症化していくに伴い、親が安心して入所させることのできる障害児・者一貫した施設を求める声も出される。このような要望に応え、1971年には、国立コロニーのぞみの園^(注1)が群馬県高崎市に開所され、各地において障害児・者が生涯にわたり入所して生活する形での施設が整備される流れができた。

2 施設福祉サービスから在宅福祉サービスへ

（障害者福祉サービスの推進）

国際連合は1981（昭和56）年を「国際障害者年」と定め、その主題を「完全参加と平等」として、障害者が家庭において、又はそれに近い状態で生活することが望ましい方向であるとの理念を提唱した。

我が国においても、障害者の在宅志向、自立意識の高揚とともに在宅サービスに対する需要が質・量ともに高まっていく。「ノーマライゼーション」の理念^(注2)のもと、障害者が一般市民と同様に、社会の一員として種々の分野で活動するとともに、生活を営むことができるよう、総合的かつ効果的な施策の推進を図るため、1982（昭和57）年に政府として初めて「障害者対策に関する長期計画」が策定された。この計画により、社会生活を営む上で必要な在宅サービスを受けられる体制の整備が具体的に進められることとなった（1986（昭和61）年に在宅障害者のデイサービス事業等が制度化）。

また、施設サービスについても、重度障害者の療護施設を整備するのと並行して、リハビリテーション、訓練、作業等の場としての施設や、授産施設・福祉工場といった社会参加に向けた取組みが行える施設、障害者の独立した生活を営む住居となる福祉ホームなどの整備が進められた。

さらに、1983（昭和58）年からの国際連合「障害者の10年」の中間年たる1987（昭和62）年には「『障害者対策に関する長期計画』後期重点施策」が、続いて1993（平成5）年には「障害者に対する新長期計画」がそれぞれ策定され、障害者の社会への「完全参加と平等」を目指して、政府を挙げてサービスの充実や関係施策の拡充が図られた。

このように、ノーマライゼーションの考え方に基づいて、従来の施設整備中心の取組みから、在宅福祉施策についても重視し取り込まれるようになった。

また、この時期には、一部の地域において、障害者が自ら地域で暮らす取組みとし

^(注1) 重度の知的障害がある人達に対する自立のための総合的な支援の提供や、支援に関する調査や研究等を行うことにより、知的障害者の福祉の向上を図ることを目的として、特殊法人心身障害者福祉協会が設立した施設であり、2003（平成15）年10月より独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園に移行している。

^(注2) 障害のある人もない人も、互いに支え合い、地域でいきいきと明るく豊かに暮らせる社会を目指すもの。

て「グループホーム」と呼ばれる共同生活の場づくりが先駆的に始められる。このような取組みは、1989（平成元）年に、「精神薄弱者地域生活援助事業」（知的障害者グループホーム事業）として制度化され、その後急速に普及していく。

（障害者の生活を支える雇用・所得保障）

障害者の生活を支える経済問題に対しては、身体障害者の雇用対策の充実を図るため、1960（昭和35）年に「身体障害者雇用促進法」が制定され、事業主に対して身体障害者の雇用を義務づける雇用率制度の導入等の取組みが始められるとともに、年金制度においても障害福祉年金額が引き上げられていった。「障害者対策に関する長期計画」においても、知的障害者に対しても雇用率制度を適用することや障害者の生活安定のための施策の充実を図ることが検討課題とされていたが、

1987（昭和62）年に身体障害者雇用促進法が改正され、題名が「障害者の雇用の促進等に関する法律」となり、知的障害者についても各企業の実雇用率の算定対象に加えられ、

1986（昭和61）年に年金制度の土台として国民共通の基礎年金を導入したことに伴い、従来の障害福祉年金に替わり、障害基礎年金制度を創設し、あわせて年金額の大幅な改善が図られた。

（障害者プランによる福祉サービスの計画的な整備）

障害者対策の基本方針等が規定されていた「心身障害者対策基本法」が、1993（平成5）年に改正されて「障害者基本法」となった。これにより、精神障害者についても、身体障害・知的障害と並んで基本法の中に位置づけられ、障害の区別を超えた障害者施策の普遍化が今後の方向として示された。また、同法に基づき、障害者の施策を総合的、計画的に推進するため、都道府県や市町村が障害者計画を策定^{（注）}することとなった。

障害者サービス分野においても、ゴールドプランと同様に、目標を掲げ計画的にサービス整備を進めるため、1995（平成7）年「障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略」が策定された。この背景には、高齢者の増加や慢性疾患への疾病構造の変化により、障害は誰もが直面しうる問題となり、現代社会のストレスの増大等により、心の問題を抱える者が増加したこともあげられる。

障害者プランにおいては、2002（平成14）年度までに整備すべき具体的な整備目標が定められた。具体的には、障害のある人々が地域社会の中で共に暮らせる社会をつくることを目指して、グループホームや福祉ホームについては、障害者のニーズに

（注） 障害者計画の策定については、都道府県・市町村のいずれについても努力義務であったが、都道府県及び指定都市は2004（平成16）年6月から義務化され、市町村は2007（平成19）年4月から義務化されることとなった。2005（平成17）年に計画策定していた市町村数は2,374（全体の93.8%）であった。

対応できるよう、精神障害者の社会復帰施設については、退院可能な患者の社会復帰が促進されるよう、それぞれ具体的な整備目標が新たに示され、ホームヘルパーについては、新ゴールドプランでの増員目標値に障害者のニーズに十分対応することができるよう、目標の上乗せがなされた。

高齢者施策としての新ゴールドプラン、児童家庭対策としてのエンゼルプランに加えて、障害者プランがスタートすることにより、保健福祉施策等における主要な施策について、いずれも具体的な目標が掲げられることとなり、保健福祉施策全般の強力かつ計画的な推進が可能となった。

その後、2002年に、新しい障害者基本計画（新障害者基本計画）に基づき、「重点施策実施5か年計画」（新障害者プラン）が策定され、2007（平成19）年度までに整備すべき具体的な目標として、ホームヘルプサービスやグループホーム等の障害者の自立した地域生活を支える基盤整備の数値目標を掲げて、整備の推進が図られている。

◀ 図表2-3-3-1

図表2-3-3-1 新障害者プラン

障害者基本計画「重点施策実施5か年計画」（新障害者プラン）
- 厚生労働省関係部分の概要 -

<p style="text-align: center;">生活支援のための地域基盤整備</p> <p>利用者本位の相談支援体制の充実</p> <p>在宅サービスの確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームヘルパー、ショートステイ、デイサービス ・障害児通園（児童デイサービス）事業 ・重症心身障害児（者）通園事業 ・グループホーム、福祉ホーム ・市町村社会参加促進事業の推進 <p>施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所授産施設 ・入所施設は真に必要なものに限定。地域資源として活用。 	<p style="text-align: center;">精神障害者施策の充実</p> <p>社会的入院患者（約7万2千人）の退院・社会復帰を目指す。</p> <p>【保健・医療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科救急医療システムの整備（全都道府県） ・うつ病、心的外傷体験ケア及び睡眠障害への対策 ・思春期精神保健や若年齢層の「社会的ひきこもり」への対応 <p>【福祉】</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅サービス ・精神障害者地域生活支援センター ・ホームヘルパー、グループホーム、福祉ホーム <p>施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者生活訓練施設（援護寮） ・通所授産施設
<p style="text-align: center;">障害の原因となる疾病の予防・治療・医学的リハビリテーション</p> <ul style="list-style-type: none"> ・難治性疾患に関する研究開発 ・周産期医療ネットワークの整備（全都道府県） ・生活習慣改善による循環器病等の減少 ・糖尿病に関する有病者数の減少等 	<p style="text-align: center;">雇用・就業の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成20年度の雇用障害者数を600,000人にすることを 目指す。 ・平成19年度までにハローワークの年間障害者就職件数を 30,000人にすることを 目指す。

（精神障害者も入院から地域へ）

精神障害者については、精神衛生法の下、入院措置（自傷他害のおそれがある場合）や通院医療費の助成、相談事業等が行われていったが、入院処遇を中心として対策が講じられたことや、地域での受け皿が整備されていなかったことなどにより、結果的に長期入院患者が増えることとなった。そうした中で、身体障害・知的障害と比較すると、生活支援施策としてのメニュー・量はいずれも立ち後れが指摘されることとな

った。精神衛生法は1987（昭和62）年に「精神保健法」に改正され、人権配慮や社会復帰施策が盛り込まれ、さらに、1995（平成7）年には「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」として、福祉サービスが制度化された。

また、1995年の障害者プランに基づき、精神障害者についても、その社会復帰の推進などを目的として、日常生活の訓練、生活あるいは活動の場を提供するための社会復帰施設などの整備を推進してきた。その後、1999（平成11）年に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部改正により、居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）と短期入所事業（ショートステイ）を創設し、居宅生活支援事業と総称して法制化された。このように精神障害者についても、入院医療中心から地域におけるケア中心の対策に移行してきたが、その成果はいまだ十分ではなかった。

3 自立支援としての障害者福祉サービス

（障害者の自立支援に向けて）

障害者福祉については、1980年代頃からノーマライゼーションとリハビリテーションの理念を掲げて推進されてきたが、利用者自身によるサービス選択の尊重、サービス提供の効率化などを目的として、2000（平成12）年の社会福祉基盤構造改革において身体障害者福祉法等が改正され、行政が行政処分によりサービスを決定する措置制度が、事業者との対等な関係に基づき、利用者とサービス提供者の直接契約によりサービスを利用する仕組み（支援費制度）に改められた（2003（平成15）年から実施）。

支援費制度導入以降、在宅サービスを中心に予想を上回るサービス利用の拡大が行われたものの、なおホームヘルプサービス等について地域によるばらつきや未実施の市町村が見られるほか、精神障害者に対する福祉サービスは支援費制度の対象となっていないこともあり、その立ち後れが指摘された。また、長年にわたり障害福祉サービスを支えてきた現行の施設や事業体系については、利用者の入所期間の長期化等により、その本来の機能と利用者の実態がかい離する等の状況にあるほか、「地域生活移行」や雇用施策と連携した「就労支援」といった新たな課題への対応が求められた。さらに、在宅サービスの費用について安定的な財源が確保される仕組みになっていない等の問題もあった。

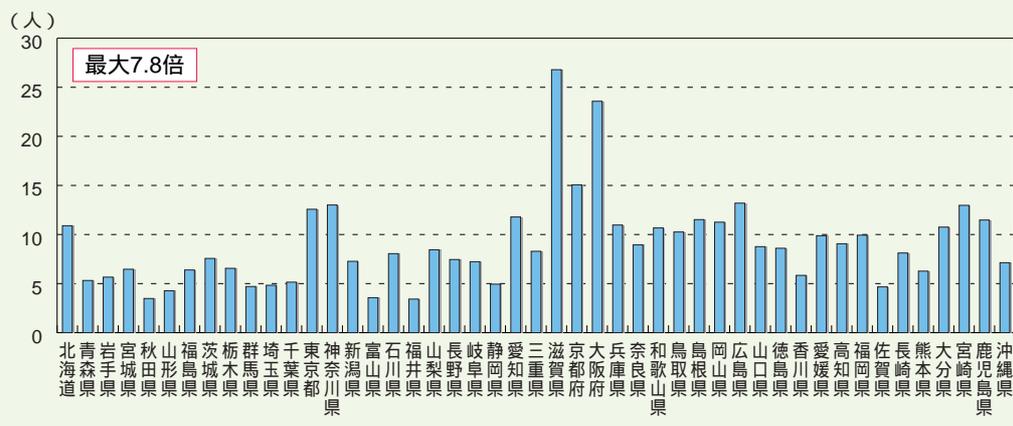
このような当面する支援費制度が抱える問題に対応するだけでなく、3障害の一元化や施設・事業体系の再編などこれまでの障害者福祉の課題について、障害者の自立支援という観点から総合的に見直すことを目的として、2005（平成17）年、「障害者自立支援法」が制定された。（制度改正の具体的内容は第2部第6章第1節参照）。

（障害者自立支援法のめざすもの）

障害者自立支援法は、障害者や障害児が自立した生活を営むことができるよう支援するとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重して安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目指して、次のような内容を盛

図表2-3-3-2▶

図表2-3-3-2 都道府県別人口1万人当たりの支援費ホームヘルプサービス利用者数



資料：厚生労働省障害保健福祉部調べ（2003年4月）

り込んでいる。

従来、障害種別ごとに異なる法律に基づき実施していた福祉サービス等を、支援費制度の対象外であった精神障害者も対象として、共通の制度の下で一元的に提供する。

障害者に最も身近な地方自治体である市町村を、福祉サービスの一元的な実施主体として明確に位置づける。

従来、在宅福祉と施設福祉の二本立てでとらえられ、33種類に分かれた施設・事業体系を、日中活動の場と住まいの場に区分した上で、サービスの機能に応じて6つの日中活動事業と居住支援事業に再編成し、障害者のニーズや状態に応じたサービス利用ができるようにする。

今後とも増加が見込まれる障害福祉サービスの費用の安定的な確保を図る観点から、在宅サービスに関する国の費用負担の責任を強化するとともに、利用者も応分の費用を負担し、障害福祉サービスを国民皆で支える仕組みとする。

都道府県及び市町村において、障害福祉サービスに関する計画（「障害福祉計画」）の策定を義務づけ、障害福祉サービスの計画的な基盤整備の推進を図る。

また、地域の実情に応じて、柔軟に実施されることが適当な事業について、相談支援、コミュニケーション支援（手話通訳等）、移動支援、地域活動支援といった事業を、地域生活支援事業として法定化した。このような取組みを進めることにより、障害者が自らの能力を活かしつつ、尊厳を持ってその人らしく、人間らしく生きていくという自立の理念の実現を目指していくこととしている。

（自立生活に向けた障害者雇用等の促進）

障害者が地域においてその自立した生活を過ごしていくためには、それぞれの地域において必要なサービスが十分に利用できるようなっていることとともに、働く（就労）機会があることが重要である。

そこで、障害者の就業機会の拡大による職業的自立を図るため、障害者の雇用の促進等に関する法律の改正を行い（一部を除き2006（平成18）年4月施行）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、障害者福祉施策との有機的な連携などを行うこととした。一方、障害者自立支援法においても、福祉施設から一般就労への移行を進めるための事業として「就労移行支援事業」を創設しており、労働関係機関との連携の下、一般就労に向けた訓練、職場実習、就職後の定着支援等の就労支援を行うこととしている。

今後とも、障害者がその希望や適性に応じてより力を発揮できる社会づくりを進めるため、これらの取組みを総合的かつ着実に進め、障害者の雇用・就労の促進を図ることが重要である。

（地域における発達障害者に対する支援の充実）

既存の障害者福祉で十分に対応ができなかった自閉症や注意欠陥多動性障害などの発達障害について、その理解の促進と地域における一貫した生活全般にわたる支援を図るため、「発達障害者支援法」が2005（平成17）年に施行された。これにより、健康診査による早期発見、適切な医療、保育などの提供、雇用支援などといった保健医療、障害者福祉、障害者雇用などの複数の分野横断的な対策が個人の各ライフステージに応じた一貫した地域における取組みとして推進されることとなった。

今後、発達障害者への支援の充実を図るためには、専門的な医療機関や、専門的知識を有する人材の確保及び関係者の緊密な連携体制づくりなどが求められる。

4 今後の課題

（今後の障害者福祉の在り方）

障害福祉サービスの状況を見ると、地域間の格差が大きく、未実施の市町村におけるサービスの確保や、立ち後れている精神障害者に対するサービスの充実など、本格的なサービス基盤の整備が求められている。

また、働く意欲のある障害者が必ずしも働いていない状況にあることから、福祉施設から一般就労への移行や工賃水準の引上げなど障害者の就労支援を進めることが求められている。

こうした状況を踏まえ、2005（平成17）年に制定された障害者自立支援法では、計画的に障害福祉サービスの基盤整備を進めるため、国が定める基本方針のもと、市町村及び都道府県は、「地域生活移行」や「就労支援」といった課題ごとの数値目標の設定を含めた「障害福祉計画」を策定することとされている。

また、障害福祉計画の達成に当たっては、地域のNPO等の民間団体を含め多くの社会資源を最大限に活用することにより、障害福祉サービスの提供体制の確保を図るとともに、障害福祉サービス事業者、雇用、教育、医療といった関連する分野の関係者からなる地域ネットワークの構築・強化を図ることが求められている。

さらに、障害者自立支援法附則第3条においては、「この法律の施行後3年を目途として、この法律及び障害者等の福祉に関する他の法律の規定の施行の状況、障害児の児童福祉施設への入所に係る実施主体の在り方等を勘案し、この法律の規定について、障害者等の範囲を含め検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする」とされており、今後、障害児の施設サービスの在り方、給付の対象となる障害者の範囲等についての検討が進められることとなっている。

第4款 児童の保護を中心とした対策からすべての子どもの育ちと子育てを支援する対策へ

「児童憲章」(1951(昭和26)年)では「児童に対する正しい観念を確立し、すべての児童の幸福をはかる」という基本的な考え方が示されている。また、1947(昭和22)年に制定された児童福祉法は、広く子ども全体に対しその福祉の向上を図ることを目的としている一方で、具体的には、児童の保護を中心とした基本的な枠組みのもとで施策が進められてきた。

平成の時代に入り、少子化が社会的な問題として認識されるようになり、個別の家庭や児童の保護という枠組みを超えて、子どもが健やかに生まれ育ちにくくなっていく社会の在り方を見直し、すべての子どもの育ちと子育てを社会全体で支援していく必要性が認識されてきた。いわゆる1.57ショック^(注)前後からの子育て支援策の拡充は、同時に少子化の急速な進行という事態とその背景にある子どもが生まれ育ちにくい社会になってきていることを直視し、その状況を改善していこうとする本格的な少子化対策の始まりでもあり、エンゼルプランなどによる計画的な保育サービス拡充等の取組みを経て、若者の自立から働き方の見直し、地域や社会全体での子育て支援に至る総合的な「子ども・子育て応援プラン」が策定され、企業・地域社会、そして国民一人一人が具体的な行動を求められる時代になっている。

(注) 6ページ(注2)参照

1 児童福祉の制度化と保育サービスの充実

（戦後における児童福祉の制度化）

戦後、戦災孤児や浮浪児対策など要保護児童に対する児童保護事業の強化徹底が急務とされた。こうして、1947（昭和22）年に「児童福祉法」が制定されることとなったが、実際に制定された児童福祉法の理念においては、戦前の要保護児童の保護のみを対象とするのではなく、それを超えて次代の社会の担い手たる児童一般の健全な育成、全児童の福祉の積極的増進が基本である旨が謳われた。

児童福祉法においては、児童福祉の基本的理念、児童福祉委員、児童委員、児童相談所の創設などの児童保護機関の整備、妊産婦及び乳幼児に関する保健指導、妊娠の届出、母子手帳の制度の整備強化などが規定されるとともに、保育に欠ける児童を保育することを目的とする施設としての保育所、児童厚生施設等の設置が定められることとなり、併せてこれらの施設に関する設備、職員配置等の最低基準も制定された。

（保育ニーズの増大と保育所の整備充実）

出生動向について見ると、終戦直後の第1次ベビーブーム（1947～1949年）においては、1年間の出生数は260万人台と多く、第2次ベビーブーム（1971～1974年）においても出生数は再び200万人台と多く（図表1-1-2参照）。さらにこの間、経済の高度成長に伴って、女性の雇用者の増加、人口の都市部への集中、核家族化の進行等により、保育ニーズは増大した（第1章第2節及び第3節参照）。

児童福祉法施行当時の1948（昭和23）年には、保育所は施設数1,476か所、入所児童数135,503人であったが、1975（昭和50）年10月時点では、それぞれ18,238か所、1,631,025人となった。特に、1971（昭和46）年度に策定された「保育所緊急整備計画」においては、要保育児童数の増加に対応するため、社会福祉施設整備計画の一環として1975年度末に162万5千人の保育所定員を目標として、大幅な施設整備を図った。保育所の整備については、1970（昭和45）年ごろから1980（昭和55）年ごろにかけて大きく進んだ。

（子育て世代への経済的支援）

児童手当制度については、年金制度、医療保険制度などの社会保障制度が累次の改正によって充実する中で、我が国に残された最後の社会保障制度としてその創設が求められていたことから、1971（昭和46）年に「児童手当法」が成立した。この児童手当制度の創設により、児童の健全育成・資質の向上と児童養育家庭の生活の安定を図ることとした。

その後、オイルショックを契機とした我が国経済の低成長への移行という制約の中で、より支援の必要性の高い低年齢児を対象とする給付への見直しが行われたが、2000（平成12）年以降支給対象年齢の拡大が行われ、現在は小学校修了までの児童を

対象に、第1子・第2子に月額5,000円、第3子以降に月額10,000円となっている。

（保育ニーズの多様化）

高度成長期を通じた社会経済の大きな変化や女性の社会進出、核家族化の進行、就業形態の多様化等を背景として、保育ニーズは量的に拡大するだけでなく、「3～5歳児」「平日日中8時間」といったそれまでの定型的な保育サービスでは十分に対応できない多様な保育ニーズが増加していった。

こうした状況を踏まえ、昭和40年代から、保育所の運営内容に乳児保育対策や小規模保育所制度、障害児保育の実施等新しい施策が推進され、保育サービスが拡充された。しかし、これらの取組みでは必ずしも十分には対応できなかったことなどを背景として、無認可の夜間子ども預かり施設（いわゆるベビーホテル）を利用する者があとを絶たず、これら施設内において乳幼児が劣悪な環境に置かれている現状が明らかになり、死亡事故等を契機として社会問題化する。このため、1981（昭和56）年には、児童福祉法を改正し、認可外の児童福祉施設に対する規制の強化を行うとともに、保育に欠ける子どもが劣悪な環境の中に預けられることがないように認可保育所における保育時間の延長、夜間保育の実施等の普及促進が図られた。

2 急速な少子化の進行とそれに対する総合的な取組みの始まり

（エンゼルプラン・緊急保育5か年計画の策定）

1990（平成2）年には、前年（1989年）における合計特殊出生率が1.57となったことが公表され（いわゆる1.57ショック）、この頃から少子化の問題が社会的にも認識されるようになった（図表1-1-2参照）。

1.57ショック当時には、少子化の進行に懸念を示し出生率回復に向けて本格的な取組みを求める声が出る一方、人口減少という視点からの主張に対しては結婚・出産は優れて個人の問題であり過剰な反応に危惧する声があった。もとより個人の人生の選択に社会、まして行政が介入すべきでないことは当然であるが、各人の希望を実現するため「健やかに子どもを生み育てる環境づくり」を行うことは社会的に重要なこととされ、ともすれば「社会保障＝高齢化対策」と受け止められがちであった中、少子化の進行を踏まえた総合的な取組みが政府部内で本格的に取り上げられることとなった。少子化対策として取り組まれる施策の多くは、結婚・出産という「出生」行為自体の変化に即効を持つものではなく、中長期にわたって子どもを生み育てることに優しい社会を作っていくものであるが、子育てに対する社会的支援を、企業や地域社会を含めた社会全体として取り組むべき課題と位置づけるとともに、保育、雇用、教育、住宅など各般にわたり、複数の省庁における横断的な施策として、総合的かつ計画的に施策を推進していく必要が強調されるに至った。

このため、1994（平成6）年12月、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、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が盛り込まれた。このエンゼルプランは、安心して出産や育児ができる環境を整える、家庭における子育てを基本とした「子育て支援社会」を構築する、子どもの利益が最大限尊重されるよう配慮する、という3つを基本的視点とする。その上で基本的方向として、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、各分野での重点施策が推進されることとなった。

この中心となったのは、保育サービスの拡充であり、特に保育サービスについては、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、1994（平成6）年12月に「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が図られた。この計画はゴールドプランと同様に財政的な裏付けを持って1995（平成7）年度から5か年の保育サービス整備の目標を定めたもので、計画によりサービスの整備が進められたが、利用希望者が都市部を中心に増加し、依然として保育所における待機児童問題はなかなか解消されなかった。

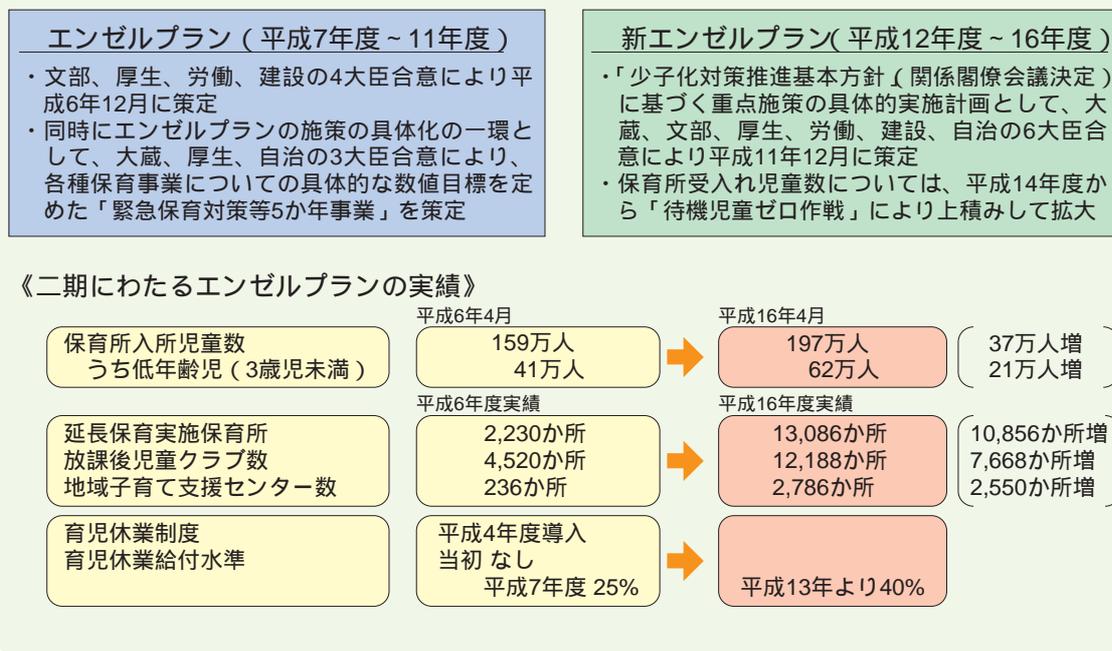
（新エンゼルプランの策定）

エンゼルプランや緊急保育対策等5か年事業等に基づき、子どもを健やかに生み育てる環境づくりが推進されてきたが、毎年公表される人口動態統計では出生率の低下は止まることはなく、より少子化が進行していった。

このような状況を踏まえ、1999（平成11）年には「少子化対策推進基本方針」（少子化対策推進関係閣僚会議）が定められ、特に重点的に取り組むことが必要な働き方、保育サービス、相談・支援体制、母子保健、教育、住宅などの分野における施策を計画的に推進する具体的実施計画を策定することとされた。これは1999年12月、大蔵、文部、厚生、労働、建設、自治の6大臣の合意による「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）として結実する。

新エンゼルプランは、従来のエンゼルプラン及び緊急保育対策等5か年事業を見直し、保育サービスに加え、子育てに関する相談・支援体制の整備、母子保健医療体制の整備などについても、2004（平成16）年度の目標を定め、各施策を推進することとした。さらに、2001（平成13）年には「仕事と子育ての両立支援策の方針について」が閣議決定され、保育所受け入れ児童数については、2002（平成14）年度から「待機児童ゼロ作戦」により一層の拡充を図った。

図表2-3-4-1 これまでの少子化対策



3 少子化対策の総合的な枠組みの構築

（次世代育成支援対策推進法の制定）

2002（平成14）年1月に将来人口推計が公表され、将来（2050（平成62）年）の合計特殊出生率の見通し（中位推計）が前回（1997（平成9）年）推計の1.61から1.39へとさらに下方修正された。また、少子化の主たる原因として、晩婚化に加え、新たに、結婚した夫婦の出生力の低下という傾向が見受けられたことを踏まえて、2002年、少子化対策の一層の充実に関する提案として「少子化対策プラスワン」が取りまとめられた。「少子化対策プラスワン」では、これまでの取組みは、「仕事と子育ての両立支援の観点から、特に保育に関する施策が中心であり、子育て家庭の視点から見て、より全体として均衡のとれた取組を着実に進める」ことが必要とされ、「男性を含めた働き方の見直し」「地域における子育て支援」「社会保障における次世代支援」「子どもの社会性の向上や自立の促進」が方向として示された。また、「少子化対策プラスワン」では、少子化の流れを変えるため、男性を含めた働き方の見直しなど少子化対策をもう一段推進し、社会全体での次世代の育成を支援することを表すため、「次世代育成支援」という言葉が政府の公式文書として初めて使用されている。

「少子化対策プラスワン」を踏まえて、2003（平成15）年3月に少子化対策推進関係会議において「次世代育成支援に関する当面の取組方針」が決定された。また、この取組方針に基づき、2003年には「次世代育成支援対策推進法」が制定され、次代の社会を担う子どもが健やかに生まれ、かつ育成される環境の整備を図るため、次世代育成支援対策について、基本理念が定められた。同時に、地方公共団体と合わせて事業主に対して次世代育成支援に向けた具体的な行動計画を策定するよう求め（従業員301

人以上企業 - 策定・届出の義務づけ、300人以下 - 策定・届出は努力義務) 国はその策定に当たっての指針を示すこととされた(第2部第2章参照)。次世代育成支援対策推進法に基づく一般事業主行動計画の策定状況は、2006(平成18)年3月末現在において、301人以上の企業で99.1%の届出率となっている。

(地域で子育てを支え合う事業の推進)

次世代育成支援対策推進法に基づき、市町村及び都道府県も行動計画の策定が義務づけられ、住民に最も身近な市町村においては、地域の子育て支援に対して様々な目標を立てて施策を推進している。策定された行動計画の目標値を集計すると、保育サービスの拡充・多様化に比べて、比較的整備の遅れていた地域子育て支援センター等の地域子育て支援の拠点づくりや一時保育など、働いている・いないにかかわらず地域で子育てを支えていく取組みについても積極的に実施していこうとする様子が見られる。

地域における子育てについて見ると、少子化、核家族化の進行に伴う家族形態の変化や、近隣との人間関係の希薄化により、子育て中の親が、子育てや育児について気軽に相談できる相手が身近な地域にいないなど、地域で子育てを支える機能の低下が指摘されている。その影響で子育て中の親の子育てへの不安感や精神的負担感は増大し、社会からの疎外感や孤立感を感じているものも少なくない。

地域で子育てを支え合う取組みとしては、つどいの広場や地域子育て支援センターなど子育て支援の拠点の整備や、地域住民による主体的な子育て支援としてのファミリー・サポート・センターの設置等が進められてきている。そのうちつどいの広場は、地域の公共施設内のスペース、商店街の空き店舗などを拠点として、主に乳幼児(0~3歳)をもつ子育て中の親が気軽に集い、うち解けた雰囲気の中で語り合うことで、精神的な安心感をもたらす場を提供することなどを行うものであり、2005(平成17)年度において488か所で実施されている。

また、女性の就労が一般化するに従って、小学校に入学した児童の放課後の健全育成に対する支援が必要となってきた。こうした中で、厚生労働省では、小学校に就学しているおおむね10歳未満の児童であって、その保護者が労働等により昼間家庭にいないものを対象に、放課後に児童厚生施設等の施設を利用して適切な遊び及び生活の場を与え、その健全な育成を図ることを目的とする放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)を実施しており、2005年5月1日時点において、放課後児童クラブ数は、全国で15,184か所、登録児童数は65万4,823人となっている。この事業については、これまで積極的に設置を進めてきたところではあるが、更なる設置の促進や学校との連携を強化する観点から、文部科学省において進められている「地域子ども教室推進事業」と一体的あるいは連携して実施する「放課後子どもプラン」(仮称)を創設することとしており、現在その具体化に向けた検討を行っているところである。

(子ども・子育て応援プランの策定)

2003(平成15)年には少子化社会対策基本法が成立し、同法に基づき、少子化に対応するための総合的な施策の指針として、2004(平成16)年6月に「少子化社会対策大綱」が閣議決定され、我が国の人口が転換期を迎えるこれからの5年程度の間国を挙げて少子化の流れを変えるための各種の施策を強力に推進していくこととなった。

また、二期にわたるエンゼルプランなどに基づき保育関連施策を中心とした計画的な整備が行われてきたが、若者の自立や働き方の見直し等も含めた幅広い分野で、国、地方公共団体、企業等が一体となって、次世代育成支援対策に計画的に取り組んでいく必要があり、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として、2004年12月に「子ども・子育て応援プラン」が策定された。

◀図表2-3-4-2

図表2-3-4-2 「子ども・子育て応援プラン」の概要

【4つの重点課題】	【平成21年度までの5年間に講ずる施策と目標(例)】	【目指すべき社会の姿[概ね10年後を展望](例)】
若者の自立とたくましい子どもの育ち	若年者試用(トライアル)雇用の積極的活用(常用雇用移行率80%を平成18年度までに達成) 日本学生支援機構奨学金事業の充実(基準を満たす希望者全員の貸与に向け努力) 学校における体験活動の充実(全国の小・中・高等学校において一定期間のまとまった体験活動の実施)	若者が意欲を持って就業し経済的にも自立[フリーター約200万人、若年失業者・無業者約100万人それぞれについて低下を示すような状況を目指す] 教育を受ける意欲と能力のある者が経済的理由で修学を断念することのないようにする 各種体験活動機会が充実し、多くの子どもが様々な体験を持つことができる
仕事と家庭の両立支援と働き方の見直し	企業の行動計画の策定・実施の支援と好事例の普及(次世代法認定企業数を計画策定企業の20%以上、ファミリーフレンドリー表彰企業数を累計700企業) 個々人の生活等に配慮した労働時間の設定改善に向けた労使の自主的取組の推進、長時間にわたる時間外労働の是正(長時間にわたる時間外労働を行っている者を1割以上減少)	希望する者すべてが安心して育児休業等を取得[育児休業取得率 男性10%、女性80%、小学校就学期までの勤務時間短縮等の措置の普及率25%] 男性も家庭でしっかりと子どもに向き合う時間が持てる[育児期の男性の育児等の時間が他の先進国並みに] 働き方を見直し、多様な人材の効果的な育成活用により、労働生産性が上昇し、育児期にある男女の長時間労働が是正
生命の大切さ、家庭の役割等についての理解	保育所、児童館、保健センター等において中・高校生が乳幼児とふれあう機会を提供(すべての施設で受入を推進) 全国の中・高等学校において、子育て理解教育を推進	多くの若者が子育てに肯定的な「子どもはかわいい」、「子育てで自分も成長」イメージを持てる
子育ての新たな支え合いと連帯	地域の子育て支援の拠点づくり(つといの広場事業、地域子育て支援センター合わせて全国6,000か所での実施) 待機児童ゼロ作戦のさらなる展開(待機児童の多い市町村を中心に保育所受入児童数を215万人に拡大) 児童虐待防止ネットワークの設置(全市町村) 小児救急医療体制の推進(小児救急医療圏404地区をすべてカバー) 子育てバリアフリーの推進(建築物、公共交通機関及び公共施設等の段差解消、バリアフリーマップの作成)	全国どこでも歩いていける場所で気兼ねなく親子で集まって相談や交流ができる(子育て拠点施設がすべての中学校区に1か所以上ある) 全国どこでも保育サービスが利用できる(待機児童が50人以上いる市町村をなくす) 児童虐待で子どもが命を落とすことがない社会をつくる[児童虐待死の撲滅を目指す] 全国どこでも子どもが病気に際して適切に対応できるようになる 妊産婦や乳幼児連れの人が安心して外出できる[不安なく外出できると感じる人の割合の増加]

子ども・子育て応援プランは、少子化社会対策大綱の掲げる4つの重点課題(若者の自立とたくましい子どもの育ち、仕事と家庭の両立支援と働き方の見直し、生命の大切さ、家庭の役割等についての理解、子育ての新たな支え合いと連帯)に沿って、2009(平成21)年度までの5年間に講ずる具体的な施策内容と目標を掲げるとともに、それらの施策の実施を通じて、「子どもが健康に育つ社会」「子どもを産み、育てることに喜びを感じることのできる社会」への転換がどのように進んでいるのかわかるよう、概ね10年後を展望した「目指すべき社会の姿」を提示している。

具体的には、1)職業経験が十分ではない若者を対象に、3か月間の試行(トライアル)雇用を活用し、常用雇用の実現を支援すること、2)次世代育成支援対策推進法に基づく企業の行動計画の策定を支援するとともに、好事例を普及すること、3)育児休業取得率の目標達成(男性10%、女性80%)に向け、職場の意識改革を進める

ための啓発活動や好事例の普及を図ること、4) 地域における子育て支援の拠点として、子育て中の親子が相談、交流、情報交換できるつどいの広場や、育児不安について専門家に相談したり、地域の育児サークル活動を支援する地域子育て支援センターの整備を推進すること、5) 送迎や放課後の預かり等の相互援助活動を行うファミリー・サポート・センターの設置促進を行うこと、6) 待機児童ゼロ作戦による保育所等の受入れ児童数の拡大を行うこと、7) 延長保育・休日保育・夜間保育等を推進することなどが掲げられている。

さらに、少子化社会対策基本法に基づいて設置された少子化社会対策会議（会長：内閣総理大臣）の下に、2005（平成17）年10月、少子化社会対策推進会議（内閣官房長官主宰、関係閣僚と有職者で構成）が設けられた。

コラム

地域の人々が集う子育ての拠点「ばあちゃんち」（熊本県植木町）

「ばあちゃんち」は、実際に地元のおばあちゃんが住んだままで使われている築100年以上の民家で、植木町地域子育て支援センターの運営により、子どもから高齢者まで地域の人々が集い、地域の子育ての拠点として開放している場である。玄関を一步入ると、土の土間が広がり、縁側に座ると昔懐かしい時代へタイムスリップしたようで、田舎のおばあちゃん家に遊びに行ったことを思い出させてくれる空間である。

この特徴は、伝統的な農家の文化を親子で実際に体験することができることである。隣の畑で、スタッフや地域の子ども・母親らとさつまいも、大豆、ネギなどを植え、収穫し、さらにおばあちゃんや地域の人々の知恵を借りて豆腐や味噌を作ったりして、自給自足の生活を実体験している。収穫した野菜や作った味噌などを、その場で販売して運営費に充てるため、利用料は無料であり、補助金もなく運営できている。

また、子どもやその母親にとっては、地域の人々と一緒に集まり、たくさんの経験・学び・交流ができる場所であるとともに、地域

の人々から子育てや昔の生活の知恵、作法を伝承される場として「地域の大きな家」となっている。

住んでいるおばあちゃんにとっても、多くの人が来てくれることで元気になり、以前のように病院に通うこともなくなったという。

ひな祭りの日には、近所の人から借りた雛壇が飾ってあり、スタッフがお菓子を作り、子どもとその母親達が集まって遊んでいた。

このような、子どもと母親、高齢者がふれあうことができる地域の子育て拠点が「ばあちゃんち」である。



（「ばあちゃんち」の様子）

コラム

妊産婦さんへの思いやり「マタニティマーク」

妊娠初期は、赤ちゃんの成長はもちろん、お母さんの健康を維持するためにもとても大切な時期である。しかし、外見からは見分けがつかないため、「電車で席に座れない」、「たばこの煙が気になる」など妊産婦さんにはさまざまな苦勞がある。また、妊産婦さんかどうかの判断がつかなくて、「席を譲ります」の声をかけづらいという経験をされた方もいるのではないかな。

厚生労働省では、「健やか親子21」の取組みの一環として、妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保を目指し、「マタニティマーク」を発表した。マークは、妊産婦が交通機関等を利用する際に身につけ、周囲に妊産婦であることを示しやすくするものである。さらに、交通機関、職場、飲食店等が、呼びかけ文を付してポスターなどとして掲示し、妊産婦にやさしい環境づくりを推進している。

未来のお母さんと赤ちゃんにやさしい環境

づくりのため、思いやりや気遣いを願います。

厚生労働省ホームページ「マタニティマークをとおした「妊婦にやさしい環境づくり」の推進について」

(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/03/h0301-1.html>)



4 現在の課題と今後の方向性

(出生率低下の社会的背景と現在の課題)

現在我が国においては、急速に少子化が進行し、2005（平成17）年の合計特殊出生率は、1.25と過去最低の水準を更新した。これは、他の先進諸国と比較しても極めて低い水準にあり、また低下の一途をたどっていることが特徴である。

出生率低下の要因は、「未婚化・晩婚化の進行」と「夫婦出生児数の減少」である。未婚率は男女とも依然上昇傾向にある。また、結婚した夫婦からの出生児数も1990年代以降減少傾向にあり、1960年代生まれ以降の世代では、これまでのように最終的な夫婦出生児数が2人に達しない可能性も考えられる。

このような「未婚化・晩婚化の進行」、「夫婦出生児数の減少」による出生率の低下が続いていることの社会的背景としては、次のことが考えられる。

(1) 働き方の見直しに関する取組みが進んでいない

長時間労働と出生との関係については、厚生労働省統計情報部「21世紀成年者縦断調査」によれば、夫婦ともに子どもを欲しいと考えており、第1回調査（2002（平成14）年11月）から第2回調査（2003（平成15）年11月）の間に子どもが生まれておらず、夫の1日当たりの仕事時間（通勤時間を含む。）が「10時間以上」であった夫婦のうち、第1回調査以後の1年間で仕事時間が増加した場合には翌年1年間で22.0%に子どもが生まれたのに対し、減少した場合には翌年1年間で28.4%に子どもが生まれており、長時間労働を見直した夫婦により多く子どもが生まれる結果となっている。

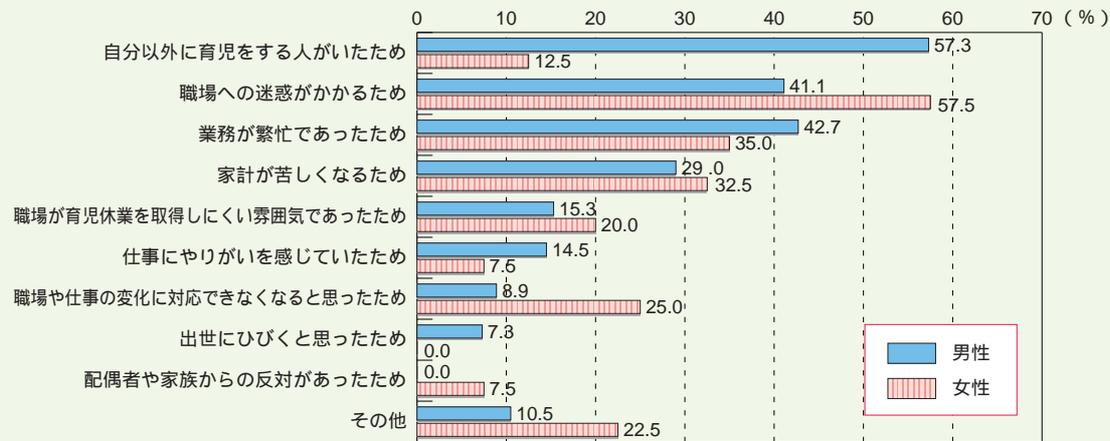
ところが、実際には、子育て期にある30歳代男性の4人に1人は週60時間以上就業しており、長時間就業者割合も増加してきている。これにより、子どもと向き合う時間が奪われており、我が国の男性の家事・育児に費やす時間は世界的に見ても最低の水準であり、子育ての負担が女性に集中している（図表1-2-5参照）。

また、先に紹介した「21世紀成年者縦断調査」結果では、2003年時点で妻が勤めていた夫婦（2002年から2003年の間に子どもの生まれたものを除く。）のうち、2004（平成16）年までの1年間に、妻の職場で育児休業制度が利用不可能な場合は5.2%に子どもが生まれたのに対し、育児休業制度が利用可能な場合には14.3%に子どもが生まれている。さらに、制度を「利用しやすい雰囲気がある」ところでは18.3%と、「利用しにくい雰囲気がある」場合（9.8%）の約2倍の割合で子どもが生まれている（厚生労働省大臣官房統計情報部「第3回21世紀成年者縦断調査」（2006年））。

ところが、実際には、育児休業の取得率は、2005年度において、女性が72.3%、男性が0.50%にとどまっており、希望する者すべてが安心して育児休業を取得できる状況には至っていない。また、女性が育児休業制度を利用しなかった最大の理由は「職場への迷惑がかかるため」となっており、長時間労働や職場優先の雰囲気の中では、育児休業制度が十分に活用されていない現状がある。

図表2-3-4-3 ▶

図表2-3-4-3 育児休業を利用できたのに取得しなかった理由



資料：ニッセイ基礎研究所「男性の育児休業取得に関する研究会報告書」(2003年)
 (注1) 複数回答
 (注2) 6歳未満の子を持つ配偶者のいる20歳以上40歳未満の雇用者(女性は非就業も含む)に聞いたもの

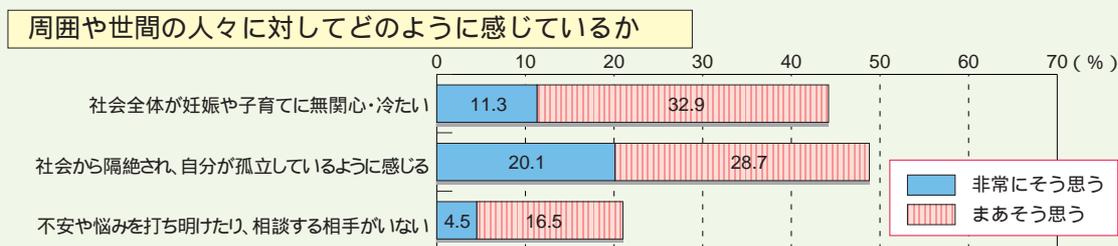
◀ 図表2-3-4-4
 ▶ 図表2-3-4-5

(2) 子育て支援サービスがどこでも十分に行き渡っている状況にはなっていない

地域共同体の機能が失われていく中で、身近な地域に相談できる相手や短時間子どもを預けられる人がいないなど、子育ての負担感が大きく、特に在宅で育児を行っている割合の高い3歳未満児を持つ母親の半数近くが社会からの疎外感や孤立感を感じている状況にある。これに対応して、各種の子育て支援サービスは充実を図ってきたものの、まだ多くの子育て家庭をカバーするには至っていない。

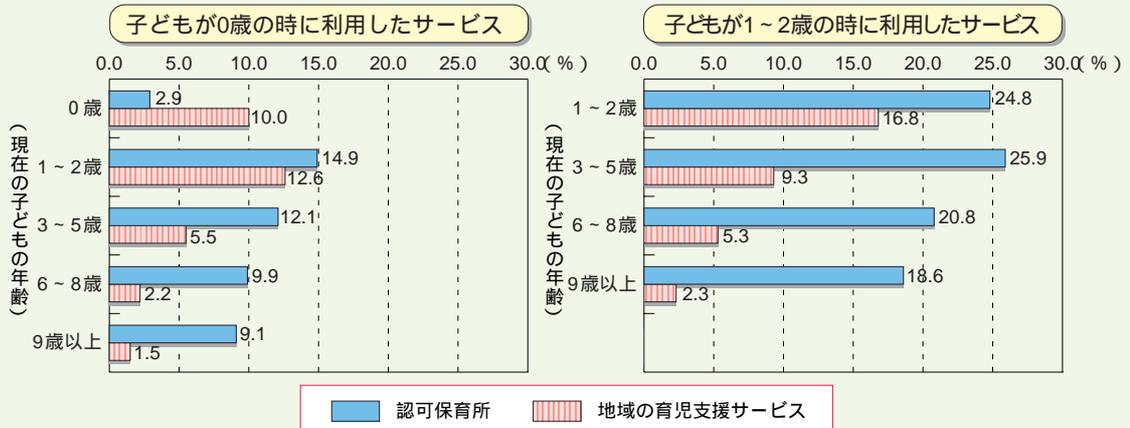
また、二期にわたるエンゼルプラン、2002(平成14)年度からの「待機児童ゼロ作戦」等で拡充を図ってきた保育サービスについて見ても、全国的にみれば一定の成果を達成しているとはいえ、依然として2万人を超える待機児童が都市部を中心に存在するように、必ずしも十分にサービスが行き渡っている状況にない。

図表2-3-4-4 子育て中の母親の意識



資料：財団法人こども未来財団「子育て中の母親の外出時等に関するアンケート調査結果」(2004年)
 (注) 妊娠中又は3歳未満の子どもを育てている母親に聞いたもの

図表2-3-4-5 子育て支援サービスの利用状況



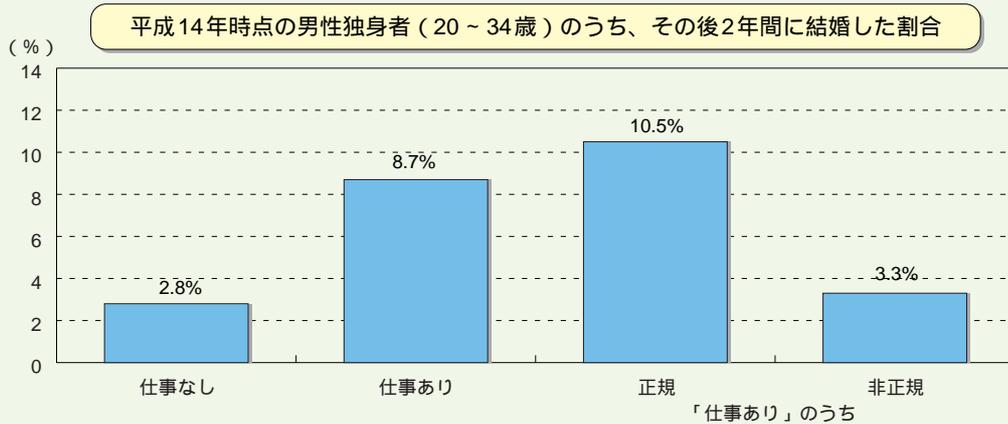
資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室「社会保障に関する公私機能分担調査報告」(2003年)

(3) 若者が社会的に自立することが難しい社会経済状況

若者の失業率は、2004(平成16)年以降改善傾向にあるものの、なお高い水準で推移しており、フリーターの数もいまだ200万人を超えている(図表2-1-11、図表2-1-12参照)。このような雇用の不安定な若者は、社会的、経済的に自立できないため、家庭を築くことが難しい状況にあるものと考えられる。

図表2-3-4-6▶

図表2-3-4-6 男性独身者のその後2年間に結婚した割合



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「第3回21世紀成年者縦断調査」(2004年)

(少子化の流れを変えるための働き方の見直し等の必要性)

急速な少子化の進行は、社会や経済、地域の持続可能性を基盤から揺るがすものであり、少子化の流れを変えるための施策を国を挙げて推進していくことが求められる。

このような少子化の流れを変えるためには、人々が安心して子どもを産み育てることができる環境を整備することが必要である。このため、従来から進めてきた仕事と家庭の両立支援策や保育サービスの充実に加えて、働き方の見直しなどによる雇用環

境の整備や地域における子育て支援の拠点整備など働いている・いないにかかわらずすべての子どもと子育てを支える施策展開が必要である。

これらの課題を踏まえて、「子ども・子育て応援プラン」が策定されているところであり、これを着実に実施することにより、希望する者すべてが安心して育児休業等を取得でき、男性も家庭でしっかりと子どもに向き合う時間が持て、全国どこでも子育てに関する相談や交流、保育サービスの利用ができるようにすることなどを実現していくことが必要である。

とりわけ、働き方の見直しについては、ワーク・ライフ・バランス（仕事と生活の調和）の観点から、子育てに当たって希望する者すべてが育児休業等を取得できるよう、女性だけでなく男性の育児休業の取得促進に努めることが必要である。さらに、男性の長時間労働が出生率の低下に影響していると考えられることから、育児期の男性の長時間労働を減らし、家庭でしっかりと子どもに向き合う時間が持てるような環境づくりに努めることが必要である。このため、企業における次世代育成支援に向けた行動計画の策定等による取組みが求められるとともに、働き方の見直しに向けて企業や国民の考え方を変えていくことが求められる。

また、地域における子育て支援については、NPOや企業、地域住民など、民間の力を活用して、子どもの見守りや子どもを持つ親の交流を行うなど、それぞれの地域で子育てを社会全体で支え合う取組みが求められる。

2006（平成18）年3月には、「少子化対策に関する政府・与党協議会」が設置され、人口減少社会の到来を踏まえ、対策の拡充・強化に向けた議論が進められ、同年6月に「新しい少子化対策について」が取りまとめられた。

「新しい少子化対策について」では、「子ども・子育て応援プラン」の着実な推進に合わせ、妊娠・出産から高校・大学生になるまで子どもの成長に応じた総合的な子育て支援策や働き方の改革、社会の意識改革を進めるための家族・地域の絆を再生する国民運動等を推進することとしており、政府・与党協議会における取りまとめを受け、政府においてもその内容を少子化社会対策会議決定とし、これらの諸施策を強力に推進することとしている。