

本編

第3章 より高い健康をめざして

第1節 広がる健康への関心

1 健康のとらえ方

健康に関する指標はさまざまなものがあるが、一つの数字で国民の健康度を表すような指標は未だ開発されていない。「健康」についての代表的な説明の一つに、WHO憲章の前文があるが、それによると「健康とは、肉体的精神的及び社会的に完全な状態であって、単に病気又は病弱の存在しないことではない」とされている。この説明をみても、後段の病気でないことについては、専門家の判断である程度決まることが前段の「健康」の積極的な側面については、個人の認識の差が大きく、その意味では、「健康」にも主観的な要素が入ってくる。

また、健康観は、時代に応じて少しずつ変わることがある。例えば、痴呆老人の問題にしても、「ボケ」という言葉に象徴されるような受け止め方から精神障害という認識に変化してきている。

健康について、1)死亡率や平均寿命、2)傷病の状況、3)健康意識の三つの点からとらえてみよう。

本編

第3章 より高い健康をめざして

第1節 広がる健康への関心

2 死亡率からみた健康水準

死亡率や平均寿命は、健康水準を表す基礎的指標として国際的に用いられている。訂正死亡率(注1)(1978年)は、アメリカ4.9、西ドイツ5.0、スウェーデン4.0に対し、我が国は3.8となっており、一番低い。つまり死亡率でみると、我が国は最も健康水準が高いといえる(WHO「World Health Statistics Annual」1982年)。

(注1) 訂正死亡率とは、人口の年齢構成の違いによる影響を取り除くため、人口構成を同じと仮定して、人口千対の死亡率を計算したものである。

また、乳児死亡率(出生千人に対する1歳未満の乳児の死亡の割合)も、昭和30年の39.8から昭和57年には6.6へと急激に低下し(指標編参照)、この間における健康度の著しい伸びを示している。

死亡率の改善により平均寿命が伸び、いまや我が国は、世界的な長寿国となっている。

本編

第3章 より高い健康をめざして

第1節 広がる健康への関心

3 傷病の状況

(有病率と受療率の推移)

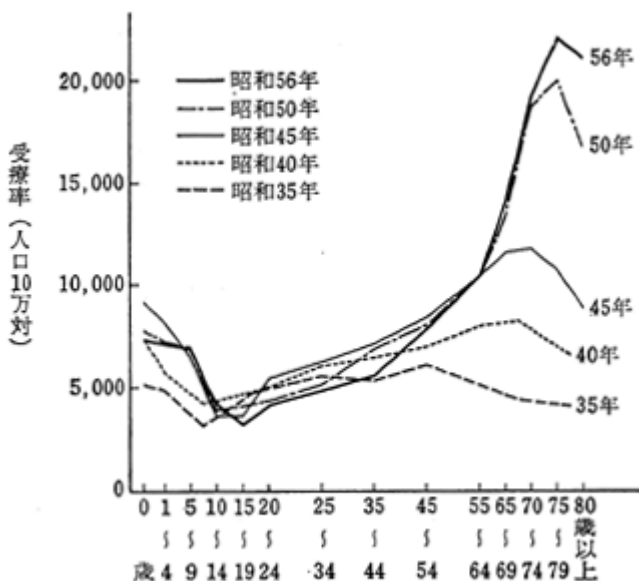
国民の傷病の状況を示す有病率(注2)は、昭和50年から昭和55年まで、人口千人当たり110前後の横ばいで推移したが、昭和56年には130.5と上昇し、昭和57年は138.2(国民7.2人に傷病1件の割合)となっている。

(注2) 有病率(厚生省統計情報部「国民健康調査」)は、調査期間中(昭和57年10月4日～6日)の2日目から3日目の両日にもっていた傷病件数の人口1,000人に対する比率であり、受療率(厚生省統計情報部「患者調査」)は、調査日(昭和56年7月15日)に全国の医療施設で受療した推計患者数の人口10万人に対する比率である。受療率が医療施設で何らかの治療をした者を対象としているのに対し、有病率では、調査期間中の医療施設への通院の有無にかかわらず、治療中の者、治療処置はしないが、心身の異常のために床に就いたり、日常業務を中止した者も含まれている。

医療施設における受療状況を示す受療率は、昭和56年人口10万人当たり7・266であり、これは、国民13・8人に1人が医療施設で何らかの治療を受けていたことになる。受療率は、昭和30年代から昭和40年代にかけて上昇傾向を示してきたが、ここ数年は横ばいに推移している。

第3-1図 年齢階級別にみた受療率(人口10万対)の年次推移

第3-1図 年齢階級別にみた受療率(人口10万対)の年次推移



資料：厚生省統計情報部「患者調査」

(上昇傾向にある高年齢層の疾病)

有病率を押し上げている要因としては、人口の高齢化があげられる。

年齢階級別に有病率と受療率の推移をみると、高年齢層は、単に有病率や受療率が高いというだけでなく、その上昇率が高いことでも注目される。有病率について、昭和50年と昭和57年を比較すると、全体で1.26倍となっているのに対し、55歳以上の階層の有病率の伸びは大きく、例えば70歳以上の階層では、1.45倍となっている。一方、若年層や壮年層ではほとんど変わらないか、むしろ有病率が低下している年齢層もある。受療率についても、若年層から中年層では年次による差はほとんどみられないのに対し、高年齢層における上昇傾向には顕著なものがある。

(循環器疾患と精神障害の増加)

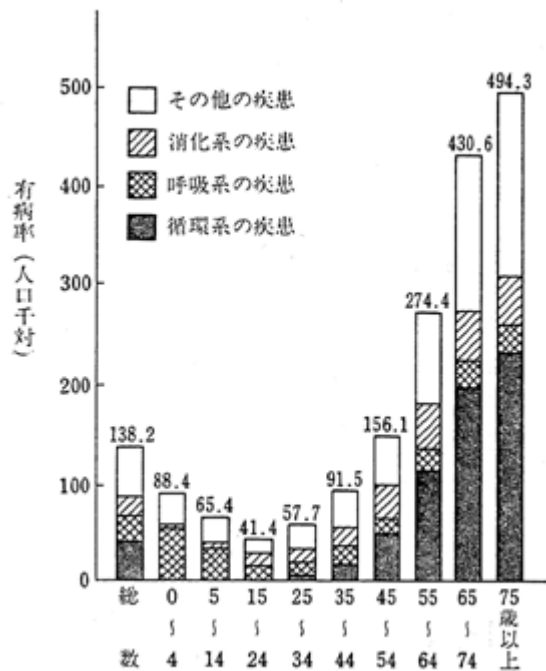
循環器疾患(高血圧、脳卒中、心臓病等)の有病率は、昭和47年人口千人当たり26.2であったが、昭和57年では、42.4となっている。

年齢階級別、傷病別に有病率をみると、年代ごとに傷病の種類も異なっているが、45歳以上で循環器疾患が圧倒的に多い。とくに70歳以上では、傷病のほぼ半数が循環器疾患となっている。

患者の受療状況について主要な傷病の推移をみても、高血圧性疾患をはじめ脳血管疾患や心疾患といった循環器疾患の増加が顕著である。また、精神障害の増加も著しい。

第3-2図 年齢階級別傷病分類別にみた有病率(人口千対)

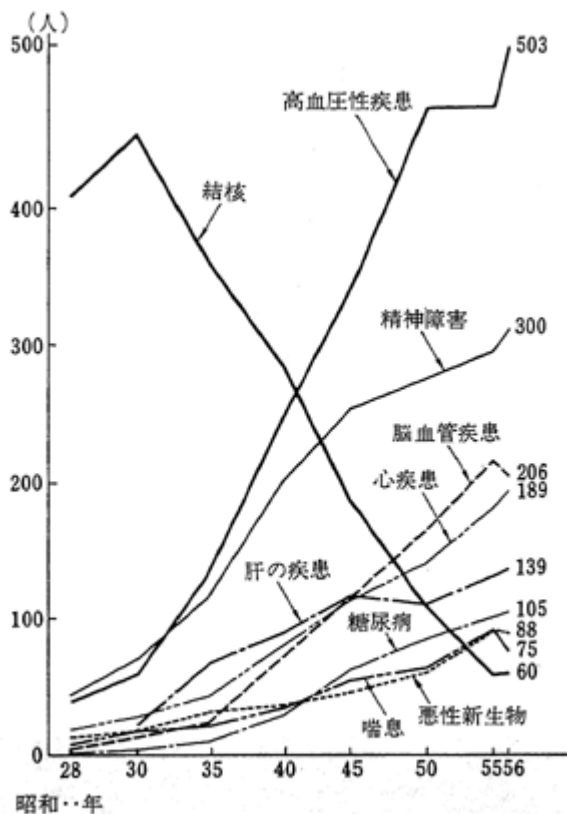
第3-2図 年齢階級別傷病分類別にみた有病率(人口千対)



資料：厚生省統計情報部「国民健康調査」(昭和57年)

第3-3図 主要傷病別にみた受療率(人口10万対)の年次推移

第3-3図 主要傷病別にみた受療率(人口10万対)の年次推移



資料：厚生省統計情報部「患者調査」

(注) 心疾患では「リウマチ熱及びリウマチ性心疾患」が除かれている。

本編

第3章 より高い健康をめざして

第1節 広がる健康への関心

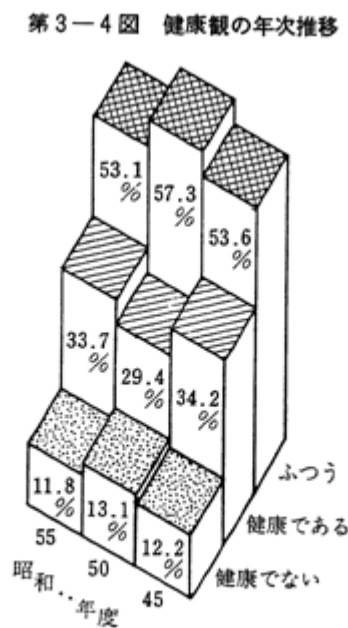
4 健康意識の変化

人々が自分の健康状態についてどのように意識しているかをみると(厚生省統計情報部「保健衛生基礎調査」昭和55年),「健康である」と答えている者が全体の33・7%,「健康でない」と答えている者が11.8%となっており,また,過半数が自分の健康状態を「ふつう」と答えている。この割合は,昭和45年,昭和50年と比べてもほとんど変わりはない。

一方,国民が健康をどのように考えているかをみると,「日常生活が支障なく行われる」,「気分爽快に毎日の生活ができる」,「快食,快眠,快便の状態にある」というように健康を積極的にとらえている者が約7割に達しており(健康づくり振興財団「健康づくりに関する意識調査」昭和55年),より積極的に健康を考えるようになってきている。

最近,健康に関する雑誌が数多く出版され,いわゆる健康産業も隆盛を見せている。また,ジョギング,テニス等スポーツ活動を行う人が増加している。ちなみに,現在,国民のほぼ3人に2人が1年間に何らかのスポーツや運動を行っており(総理府「体力,スポーツに関する世論調査」昭和57年10月調査),このような背景にも,健康を求める国民の意識の高まりがうかがわれる。

第3-4図 健康観の年次推移



資料：厚生省統計情報部「保健衛生基礎調査」
 (注) 不詳を含まないため計が100%にならない年度がある。

よりよい健康を求めて



よりよい健康を求めて

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

本編

第3章 より高い健康をめざして

第2節 循環器疾患と精神保健

1 循環器疾患

(先進国型の疾病構造)

我が国の総死亡に占めるがん、脳血管疾患、心疾患といういわゆる成人病による死亡数の割合は、昭和27年30.4%であったが、昭和57年62.3%となり、30年間にその割合は倍増した(厚生省統計情報部「人口動態統計」)。(指標編参照)欧米先進諸国でもこの3疾患が3大死因となっており、総死亡に占める比率は、スウェーデン71.7%(1980年)、イギリス67.6%(1978年)、アメリカ67.0%(1978年)と7割前後に達している(WHO「World Health Statistics Annual」)。我が国の特徴は、死因のトップをがんに譲ったものの脳血管疾患による死亡の比重が高く、心疾患の比重が低いことである。これは、我が国と欧米諸国との食生活の相違に基づくものが大きいと考えられる。もっとも、昭和40年代以降脳血管疾患による死亡は減少傾向にあり、欧米型に近づく傾向を示している。

(循環器疾患の性格)

循環器疾患の特徴としては、次のものがあげられる。

- 1) 慢性病であること
- 2) 突然重とくな症状をおこし、発病から死亡までの期間が短いこと
- 3) 後遺障害が残ること

例えば、脳血管疾患の死亡者のうち、高血圧等の既往症があった者は78.2%となっている。また、死亡者の約25%が発病から1週間未満に死亡しており、発病から半年未満の死亡は全体の死亡者の約60%を占めていた。さらに、脳血管疾患の死亡者の84.2%が、言語障害や知能障害等の機能障害を有していた(厚生省統計情報部「人口動態社会経済面調査」昭和56年)。

また、循環器疾患は、運動不足、食塩・脂肪分・カロリー量等のとり過ぎ、タバコ・酒等の嗜好品、過剰のストレスその他日常生活の長年の積重ねが発病と深く関連している。このため、循環器疾患は、「習慣病」ともいわれている。

高血圧は、循環器疾患の直接の原因となることが多いが、昭和46年と昭和55年を比較すると、高血圧の人の割合は、男の40歳代を除いて男女とも低下している(厚生省公衆衛生局「循環器疾患基礎調査」昭和55年)。これは、新しい降圧剤の開発・普及にもよるが、高血圧と密接に関連する塩分の摂取について68.6%の人が気をつけるようになり(厚生省統計情報部「保健衛生基礎調査」昭和57年)、国民1人1日当たりの食塩摂取量も昭和47年の14.5gから昭和56年の12.5gと落ちてきたこと(厚生省公衆衛生局「国民栄養調査」昭和56年)、血圧測定を受けたことのある者が昭和43年の59.1%から昭和57年では77.0%に増加していること(「保健衛生基礎調査」)等によるものと考えられる。

また、肥満についても、過去5年間をみると減少傾向がうかがわれるが、これは、カロリー摂取量が頭打ちであること(「国民栄養調査」)、運動を心がけている者が63.7%、スポーツやランニングをするようにしている者が25.8%に及ぶこと(「保健衛生基礎調査」)等によるものと考えられる。

しかし、反面、自動車の普及や肉体労働の減少により必要カロリー量が低下していること、食生活の洋風化等により、摂取カロリー量に占める脂肪(特に動物性のもの)が増加する傾向にある等の警戒すべき要素もある。

(習慣病への対応)

伝染病が疾病の中心であった時代には、社会防衛的な公衆衛生施策が主要な役割を果たし大きな成果を挙げてきた。しかし、循環器疾患は、日常生活の積重ねによって発病がもたらされるものなので、個々人の生活における対応が基本となる。個々人が、日常生活をより健康的に送るようにすることが、この疾病の一番の防衛策といえよう。また、厚生省としては、国民の日常的な健康管理や健康づくりを積極的に支援する対策を進めている。

本編

第3章 より高い健康をめざして

第2節 循環器疾患と精神保健

2 精神の健康

現代の社会環境は激しく変化し、環境に対する適応も困難となりがちである。このためさまざまな欲求不満や不安を体験することが多くなり、著しい不適応状態に陥り易い。これを背景として、精神衛生の問題も多様化しており、ストレスの増大等環境への不適応が精神の健康にとって大きな課題となってきた。精神の健康においても従来の精神疾患というとらえ方にとどまらず、精神的な不健康も含めて対策を図っていく必要が生じている。

(青少年の精神保健問題)

昭和51年の警察白書で校内暴力の増加が取り上げられて以降、家庭内暴力、登校拒否、神経性食欲不振症(注3)(いわゆる拒食症)等の青少年の問題行動について各種の調査、報告がなされてきた。また、国立精神衛生研究所の電話による相談件数は、昭和53年5月～12月が22件、昭和54年131件、昭和55年159件と増加の傾向にある。相談の内容は6歳以下の児童では、言語や精神の発達遅滞に関するものが中心となっているが、就学した以降は登校拒否に関するものが多くなっている。

(注3)神経性食欲不振症は、思春期における不安定な精神状態を背景として著しい過食や食事の拒絶という異常行動をおこす疾患であり、昭和51年と昭和56年の2つの時点で同一施設における患者数を比較すると、外来では8.1人から16.0人に、入院で2.8人から4.5人と明らかな増加が認められている(厚生省特定疾患中枢性摂食異常調査研究班「昭和56年度研究報告書」)。

(中年層の精神保健問題)

精神障害の受療率は、30歳代後半から50歳代前半にかけて高くなっている。この年代は「熟年」といわれるように、社会生活において地位や基盤が確立するとともに、精神的な負担も多い時期といえる。この時期は、徐々に顕在化してくる老化現象、例えば体力や感覚機能の衰えの自覚、さらには、いわゆる更年期障害といった体調の変化が、精神保健上の問題の背景として大きいと考えられる。

中年男性の場合には、労働意欲の減退や対人関係のトラブルの多発等職場環境への不適応という形で生じることが多い。

最近、この時期の主婦の精神保健問題(いわゆる「妻の思秋期問題」)が話題となっている。国立精神衛生研究所の研究によれば、主婦については、不安感や抑うつ感が30歳代から増加しはじめ、40歳代前半で一番高くなっており、この時期は、精神衛生状態が最も悪いとされている。

この背景としては、女性のライフサイクルの変化があげられる。平均子供数の減少により、現在では35歳前後で末子の就学を迎え、子育てから解放される。主婦の40歳代前半は、それまで中心となっていた育児や家事といった生きがい観の変化する端境期であるため、精神的に不安定になり、不適応状態に陥るケースが多いと指摘されている。(厚生省国立精神衛生研究所「家庭婦人の精神衛生に関する研究班研究報告」昭和57年)。

(老人の精神障害)

高齢人口の増加に伴い、老年性痴呆を中心とした老人の精神障害が増加している。在宅の痴呆老人の出現

率は、65歳以上人口の4.6%、約51万人と報告されている(東京都「老人生活実態及び健康に関する調査」昭和55年)。また、精神病院入院中の痴呆老人は約2.2万人(厚生省公衆衛生局精神衛生課調べ)、老人ホーム入所中の痴呆老人は約33万人(「特別養護老人ホームにおける痴呆老人の処遇のあり方に関する研究」(昭和56年度厚生科学研究)に基づき試算)と推計され、現在約56万人の痴呆老人がいるとされている。

老人の精神障害の原因としてはさまざまなものがあげられる。例えば痴呆老人にみられるように、動脈硬化などによる脳の器質的な障害に起因するものもあれば、脳の老化とは直接関連がない心理的な原因によるものもある。

老人の精神障害の程度は、異常な言動や幻覚のため入院医療を必要とするものから在宅で十分日常生活が可能な軽度のものまで、程度や症状は多様である。

老人の精神障害の多くは、脳血管疾患の後遺障害といわれる。したがって、老人の精神障害を予防するためには、日常の健康管理が重要である。

本編

第3章 より高い健康をめざして

第3節 保健対策の推進

(健康づくり)

健康づくりは、国民一人一人が「自分の健康は自分で守る」という自覚と認識をもつことが基本である。国民の保健需要に対応して地域に密着した保健サービスが提供できる体制を整備していく必要があるとの考え方の下に、総合的な健康づくりを目指した「国民健康づくり運動」が昭和53年度から推進されている。「国民健康づくり運動」は次の三つを柱として推進されている。(指標編参照)

1)生涯を通じる健康づくりの推進

妊婦、乳児から老人に至るまでのライフサイクルに応じた健康診査保健指導等の保健サービス体系の確立

2)健康づくりの基盤整備

住民生活に密着した保健相談、保健指導等の実施の拠点としての市町村保健センターの整備、市町村保健婦の配置等保健指導体制の確立

3)健康づくりの啓蒙普及

健康・体力づくり事業財団等を通じた健康づくりについての啓蒙活動の積極的展開

(循環器疾患対策)

循環器疾患については、高血圧症の早期発見、脳卒中の予防に主眼を置いた対策が実施され、検診事業も急速に普及している。また、昭和52年開設された国立循環器病センターでは、診療、研究、研修の総合施設として、最近の医学、医療の進歩を取り入れ、循環器疾患の病因、病態の解明、効果的な治療方法や予防方法の開発が行われている。地域における循環器疾患対策の指導的役割を果たす医療施設として、各ブロックごとに1か所国立病院を選定し、その機能強化を進めている。

本編

第3章 より高い健康をめざして

第3節 保健対策の推進

1 老人保健事業の実施

健康な老人づくりをめざし壮年期からの総合的な保健対策の推進を大きな柱とする老人保健事業は、昭和58年2月から実施されている。健康相談、健康診査、機能訓練等の保健事業については、実施の基準が定められ、各市町村は、これに準拠しつつ、住民の年齢構成や疾病の状況といった地域の実情に応じた様々な創意工夫をこらして実施することとされている。老人保健事業については、事業を基準どおりに直ちに全市町村において実施することは、保健婦等の要員の確保や市町村保健センター等の施設設備の整備状況から困難な市町村も少なくないので、保健所の協力のもとに、おおむね5年をかけて整備を図っていくこととしている。

昭和58年2月から老人保険事業がスタート



昭和58年2月から老人保健事業がスタート

本編

第3章 より高い健康をめざして

第3節 保健対策の推進

2 老人精神保健対策

精神衛生対策としては、精神障害者の医療及び保護の充実を図るため医療費の公費負担、老人やアルコール中毒者のための専門病床の整備のほか、従来の医療施設とは異なり、社会復帰を促すための中間施設として、デイ・ケア施設、精神障害回復者社会復帰施設等の整備が図られている。また、精神障害者については、地域の中で社会生活を送りながら治療を進めることが治療上も社会復帰のためにも有効であるとの考え方から、各地域ごとに保健所、精神衛生センター等を中心とした地域精神衛生活動が行われている。

老人精神保健対策については、昭和57年11月公衆衛生審議会より答申が出された。この答申では、今後の老人精神保健対策の進め方として

- 1) 都道府県や市町村を中心に、老人の痴呆疾患の予防及び普及啓発活動を進めること
- 2) 地域保健対策として、家庭訪問サービス事業等在宅老人精神保健対策を充実するとともに、保健所に老人精神衛生相談窓口を設置する等地域における行政組織の強化を図ること
- 3) 精神病院における老人精神障害者対策として、老人精神病棟への入院対象者を明確化するとともに、医療従事者の確保等看護体制を強化すること
- 4) 精神病院における介護体制の整備や社会福祉施設における精神医療機能を向上させる等保健医療と福祉対策の連携を図ることが指摘された。

この答申を受けて、昭和58年2月、保健所に老人精神衛生相談窓口が設置され、老人性痴呆疾患の予防についての普及啓発、住民や医療機関、福祉施設に対する相談指導等の老人精神衛生相談事業が実施されている(昭和58年度では94か所の保健所で実施)。痴呆老人対策としては、この他、特別養護老人ホームにおける短期保護事業やデイ・サービス事業における介護者教室の開催等が進められている。

本編

第3章 より高い健康をめざして

第3節 保健対策の推進

3 母子保健対

策母子保健は、国民の生涯を通じた健康づくりの出発点であり、その基本をなすものである。我が国の母子保健の水準は、全体としてみれば欧米先進諸国と比肩し得るものとなっているが、高齢化社会への移行、経済の安定成長化、核家族化等により母子保健を取り巻く環境は大きく変化しており、このような情勢の下で長期的展望に立った今後の母子保健施策の在り方について、昭和58年7月に中央児童福祉審議会から意見具申が行われた。

この意見においては

- 1) 心身の異常を早期に発見するため妊産婦、乳児、幼児の健康診査を充実するとともに、早期対策のため健診後のフォローアップを強化すること
 - 2) 周産期医療の体制を整備すること
 - 3) 性の問題に関する保健教育の普及強化を図ること
 - 4) 施策の実施は、市町村に対しできるだけ事務を移譲していくという基本的考え方に立ちつつ、地方の状況を踏まえて各種基盤整備を図ること
 - 5) 調査研究は発生予防、早期発見、治療管理に関する技術の開発を重点的に推進することなどが指摘されている。
-
-

本編

第3章 より高い健康をめざして

第3節 保健対策の推進

4 難病対策

原因も治療方法もわからないため宿命的なものとして患者も家族もあきらめ、家庭の中で介護され、従来あまり目立たなかった難治性の疾病が重要な課題として提起されてきた。

これに対処するため、原因が不明で、治療方法が未確立であり、かつ、後遺症を残すおそれが少なくない疾病等のいわゆる難病に対して、調査研究の推進、医療施設の整備と要員の確保、医療費の自己負担の解消を三つの柱として、難病対策の推進が図られている。

特に、医療費の自己負担の解消については、特定疾患治療研究事業として25疾患、小児慢性特定疾患として9疾患群が対象となっている。

(指標編参照)

本編

第3章 より高い健康をめざして

第4節 快適な生活環境の確保

1 食生活の変化と食品衛生対策

国民の生活水準の向上,嗜好の多様化等に伴い,国民の食生活は大きく変化してきており,輸入食品や加工食品が増大している。

食品等の輸入は,昭和57年において件数で32万件,重量で2,100万トンとなっており,輸入食品は,我が国の食生活において欠かせないものとなっているが,その製造工程が把握しにくいこと,輸送途上における事故の問題があること等にかんがみ,昭和57年10月から全国19海空港の検疫所において監視業務を行うこととしたほか,試験検査設備を高度化する等監視体制の整備を図っている。

輸入食品検査手続については,市場開放対策の一環として,諸外国の要望を考慮し,昭和57年4月以来外国公的検査機関の検査データの受入れ等輸入食品の衛生確保に支障のない範囲で手続の簡素化,迅速化に努めている。

また,食品添加物については,各国により使用できる品目,規格基準の相違等により加工食品の貿易の障害となっているとの諸外国からの指摘がある。我が国は,加工食品の増加等食生活の変化を踏まえ,国際的に安全性が確認され,広く使用が認められているものについて,最新の科学的データに基づき,安全性及び有用性を確認し,国民の食生活上必要なもののみを認めるという基本姿勢の下に,個別品目ごとに慎重に検討を行っている。こうした検討の結果,昭和58年8月新たに11品目について指定を行った。食品添加物については,従来,物質名または用途名のいずれかを選択して表示することとされていたが,消費者等に対して公衆衛生の見地からの的確な情報を提供するため,原則物質名の表示を義務づけるとともに,合成保存料,合成着色料等の用途のものについては,用途名も併記することを義務づけることとした。

環境汚染物質の混入による食品汚染を未然に防止する等種々の課題に的確に対処するとともに,食品の製造加工技術の高度化を踏まえ,食品の安全性の確保を図っていくためには,今後とも,食品関係施設の監視指導,営業者の自主管理体制の強化,食品,添加物等の規格基準の整備等食品衛生に関する施策を充実させていくことが重要である。

(健康食品)

近年における高齢化社会の到来,成人病の増加等疾病構造の変化,国民の生活水準の向上等により,国民の健康に対する関心は高まっている。これを背景としていわゆる健康食品がブームとなっており,その種類や売上高も急速に増大しているといわれている。

健康食品と称されるものの中には,それを摂取したことによる健康被害の事例が指摘されているとともに,原料,製造方法等が明らかにされていないものがある等安全性の面からの問題も指摘されている。成分,形状,標ぼうされた効能・効果等からみて医薬品にあたるものについては,薬事法に基づき,また,有毒・有害物質を含有するものについては,食品衛生法に基づき規制を行っている。

さらに,いわゆる健康食品について,消費者が,その効果を期待するあまり,栄養的にみて望ましい食生活に支障をきたすことも考えられるので,今後とも適正な食生活に関する知識の普及や指導を進めていくことが重要である。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

本編

第3章 より高い健康をめざして

第4節 快適な生活環境の確保

2 生活環境の衛生管理の向上

国民の生活水準の向上に伴い、食生活における外食の占める割合の上昇にみられるように日常生活に深い関係を有するレストラン、喫茶店等の飲食店をはじめとする環境衛生関係営業は経済のサービス化の潮流の中で国民経済に占める比重が高まりつつあり、衛生の確保、近代化の促進及び国民の消費生活に対する利便性の増大等を考慮しつつ、環境衛生金融公庫による融資などあいまった指導を行っている。

また、経済活動の都市集中化、建築技術の著しい進歩等によって、建築物の高層化、大型化や気密化が進められ、その数もますます増加の一

途をたどっており、これら建築物は維持管理についても中央管理方式をとっていることからその環境衛生上の管理については、高度な知識技術を要するようになっている。

このようなことから建築物の衛生面における維持管理対策については、百貨店、店舗、事務所等の多くの人々が利用する一定規模以上の建築物について、建築物環境衛生管理基準を定め、室内空気の適正維持や飲料水の供給等建築物内における衛生水準の確保向上を図っている。

さらに、繊維製品、洗剤等の家庭用品についても、その素材や製品形態の変化は目覚ましいものがあり、近年の化学工業の進展に伴って従来みられなかった種類の健康被害が増大してきた。家庭用品に含有される各種の化学物質による健康被害防止を目的として家庭用品の規制や市場流通品の監視指導等が行われている。

本編

第3章 より高い健康をめざして

第4節 快適な生活環境の確保

3 水道行政の推進

我が国における水道は、明治20年以來着々と整備され、その普及率は昭和56年度末で91.9%に達しており、水道は健康で快適な国民生活や社会活動の基盤施設として定着している。しかし、高普及時代を迎えた今日においても、給水の安定性の確保、水質の安全性・快適性の確保、水道料金の格差是正等の課題をかかえている。

このような課題に対処するためには、引き続き水資源の確保と効率的な利用を図るとともに、広域的な観点から、計画的に水道を整備し、水道事業の技術的財政的基盤を強化していくことが不可欠である。

さらに、老朽施設の計画的更新、地震対策及び濁水対策等についても計画的に実施していく必要がある。また、湖沼や都市近効河川などでは水質汚濁の水準は依然として高く、一部の地下水についてもその汚染が指摘されており、その早期の改善は、困難とみられることから、異臭味対策や微量有機化学物質対策等のための水質管理体制の強化や浄水処理の高度化を図る必要がある。

高普及時代を迎え、都市部のみならず農村部においても、地域の機能を維持向上していく上で水道への依存度が格段に高まっていることから、生活環境審議会において、高普及時代を迎えた水道行政の今後の方策について検討が進められている。

本編

第3章 より高い健康をめざして

第4節 快適な生活環境の確保

4 廃棄物の適正処理

廃棄物を適正に処理することは、健康で快適な生活を営み、環境を保全する上できわめて重要である。廃棄物は、国民の生活水準の向上、産業活動の活発化等に伴い、量的に増大し、質的に多様化してきている。

この廃棄物を適正に処理するためには、し尿処理施設、ごみ処理施設等の整備を図る必要がある。し尿処理については、昭和58年5月に浄化槽法が成立し、し尿浄化槽の適正な管理の徹底が図られることとなった。

ごみ処理については、廃棄物の資源化、減量化、あるいは省資源・省エネルギーの観点から、再生品原料、燃料、肥料等としての利用等を積極的に推進するとともに、焼却余熱による発電、周辺施設に対する蒸気、温水の供給等のための施設整備に努める必要がある。また、こうした施策を推進するため、住民に対する啓発活動を行い、よりよい地域社会の形成という観点からその理解と協力を得る必要がある。

また、大都市圏では、廃棄物の発生量、最終処分量が膨大なものとなっている一方、土地利用が高密度化し、最終処分場の確保は、極めて困難となっている。これに対処するため、広域臨海環境整備センター法に基づき、地方公共団体が共同して利用する最終処分場を海面に整備する計画が、まず近畿圏で進められている。

産業廃棄物については本来事業者が処理責任を負うが、処理業者による処理や地域の実情に応じた公共関与による処理も行われている。今後はこのような処理の実態を踏まえ、事業者に対する指導監督体制等の整備を図ることが肝要となろう。

なお、昭和58年4月には、従来、一般廃棄物として市町村を中心とした処理が行われてきた建設木くず(建設業者が工作物を除去する際に排出される木くず)が、産業廃棄物に追加指定され、昭和59年4月より産業廃棄物として処理されることとなった。

以上の諸問題を含めて、今後の廃棄物処理行政の基本的方策について、現在生活環境審議会において検討が進められている。
