

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

胃がんの摘出手術



胃がんの摘出手術

厚生白書(昭和60年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第1節 ニードの動向

我が国は世界の最長寿国になるとともに、文字どおり人生80年時代を迎えるに至ったが、寿命が伸びるにつれ、自分自身や家族が何らかの障害にみまわれる危険性も高まるため、生涯のどの段階においても不安なく生活できるよう基礎的条件を整備していくことは緊要の課題となっている。特に、保健・医療・福祉の分野における適切なサービスの供給体制の存在は、生涯を通じた生活基盤の安定に重要な役割を果たすものと考えられる。ここでは、これらの分野におけるニードの動向についてふれることとする。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第1節 ニードの動向

1 ニードを左右する要因

保健・医療・福祉に関するニードは、社会的、経済的な様々な要因によって左右されるが、こうした要因の中で、代表的な事項を取り上げてみよう。

(老年人口の増大)

平均寿命の伸長は、死亡率が急激に減少したことが原因であるが、昭和40年代半ば頃までは乳幼児の死亡率低下の貢献度が大きく、最近ではそれに代わって65歳以上の高齢者層の死亡率低下の貢献度が高まってきた。

平均寿命の伸長と並行して、人口構成上は、高齢者人口が増大するとともに、低水準が続く出生率とあいまって、総人口に占める高齢者数の割合が増加している。第2-1表のとおり、昭和59年における65歳以上人口(老年人口)は約1,200万人と、現在の東京都の人口よりも多くなっており、総人口の9.9%を占めるに至っている。この老年人口は、毎年約3~4%ずつ増加してきており、75年には約2,000万人(総人口の15.6%)に達し、さらに85年頃からは、年少人口(15歳未満人口)を上回るといって我が国の人口構成上初めての事態が生じることが予想されている。さらに、75歳以上のいわゆる後期高齢人口も着実に増大しつつある。

第2-1表 老年人口の推移

第2-1表 老年人口の推移

	65歳以上人口 (総人口に対する割合)	左のうち75歳以上人口(同左)	20~64歳人口 65歳以上人口
昭和45年	739.3万人 (7.1%)	223.7万人 (2.1%)	8.5人
50年	886.5 (7.9)	284.1 (2.5)	7.7
55年	1064.7 (9.1)	366.0 (3.1)	6.6
59年	1195.6 (9.9)	443.8 (3.7)	6.1
65年	1429.0 (11.6)	555.3 (4.5)	5.3
75年	1994.3 (15.6)	747.3 (5.8)	3.9

資料：昭和45年～55年は総理府統計局「国勢調査」、昭和59年は総務庁統計局「昭和59年10月1日現在推計人口」、昭和65年以降は、厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口(昭和56年11月推計)」による。

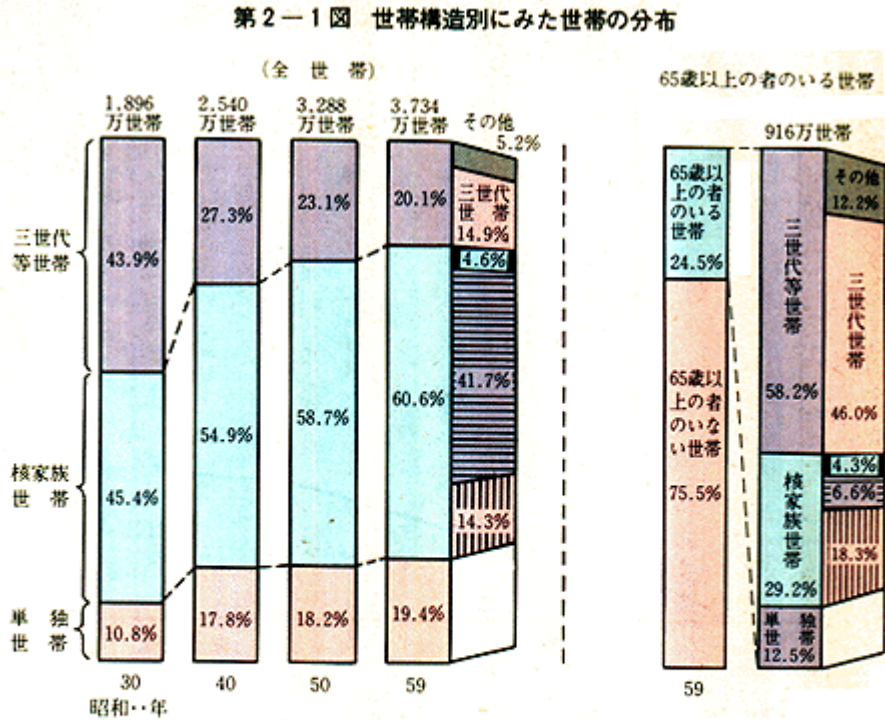
老年人口の増大は、疾病や老衰等によるいわゆるねたきり老人や痴呆性老人の増加をもたらしている。昭和59年におけるねたきり老人(65歳以上で6か月以上ねたきりの者をいう。以下同じ。)の数は、約47万8千人と推測される。これは、65歳以上の者のうち、25人に1人が6か月以上のねたきりであることを示している。53年と比較すると、ねたきり老人数は約12万人、33%の増加であり、今後とも老年人口の増大に伴い増加していくことが見込まれる。ちなみに、59年の出現率(全老年人口の3.9%)を基礎にすると、75年には、約

80万人に達するものと予想される。

(家族形態の変化)

家族の形態についてみると、引き続き平均世帯人員が減少(昭和59年6月現在で3.19人)するとともに、第2-1図のとおり、核家族世帯の割合が増大し、三世帯世帯の割合が減少している。

第2-1図 世帯構造別にみた世帯の分布



資料：厚生省統計情報部「厚生行政基礎調査」(昭和59年)

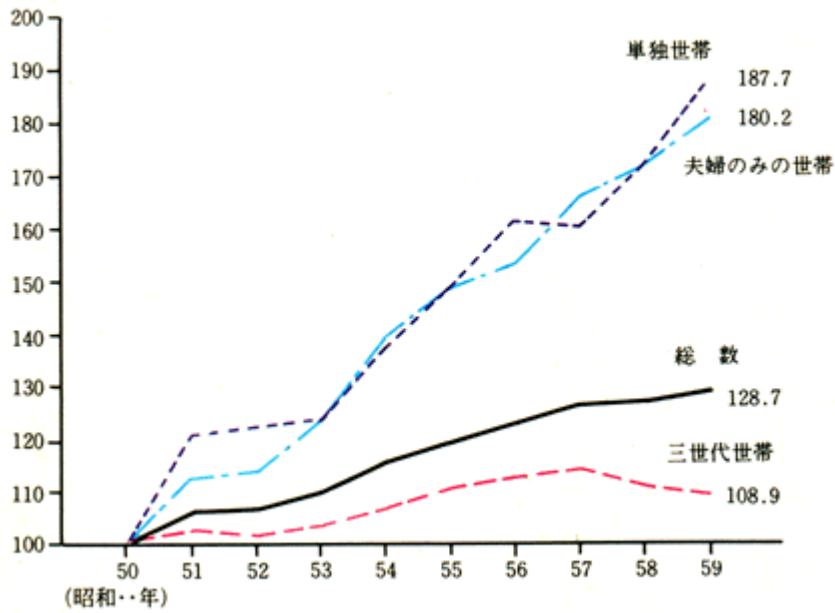
(注) 核家族世帯

- 片親と未婚の子のみの世帯
- ▨ 夫婦と未婚の子のみの世帯
- ▤ 夫婦のみの世帯

我が国の世帯総数3,734万世帯(59年)のうち、65歳以上の高齢者のいる世帯は、916万世帯であり、全世帯の24.5%に当たる。これを世帯構造別にみると、三世帯世帯が421万世帯(65歳以上の高齢者のいる全世帯数の46.0%)で一番多く、次いで夫婦のみの世帯が168万世帯(同18.3%)、単独世帯(いわゆる老人のひとり暮らし世帯)は115万世帯(同12.5%)となっている。年次推移でみると、第2-2図のとおり、人口の高齢化を反映して、65歳以上の者の単独世帯と夫婦のみの世帯の増加が著しい。この傾向は、今後とも続くものと予想される。

第2-2図 世帯構造別にみた65歳以上の者のいる世帯の推移(指数)

第2-2図 世帯構造別にみた65歳以上の者のいる世帯の推移(指数)



資料：厚生省統計情報部「厚生行政基礎調査」

なお、65歳以上の者の子供との同居率をみると、全体の65.3%が子供と同居している(59年)が、その割合は年々減少している(ちなみに、48年の同居率は74.2%)。なお、男女とも高年齢になるほど同居率は高くなり、また男性よりも女性の同居率の方が高い。

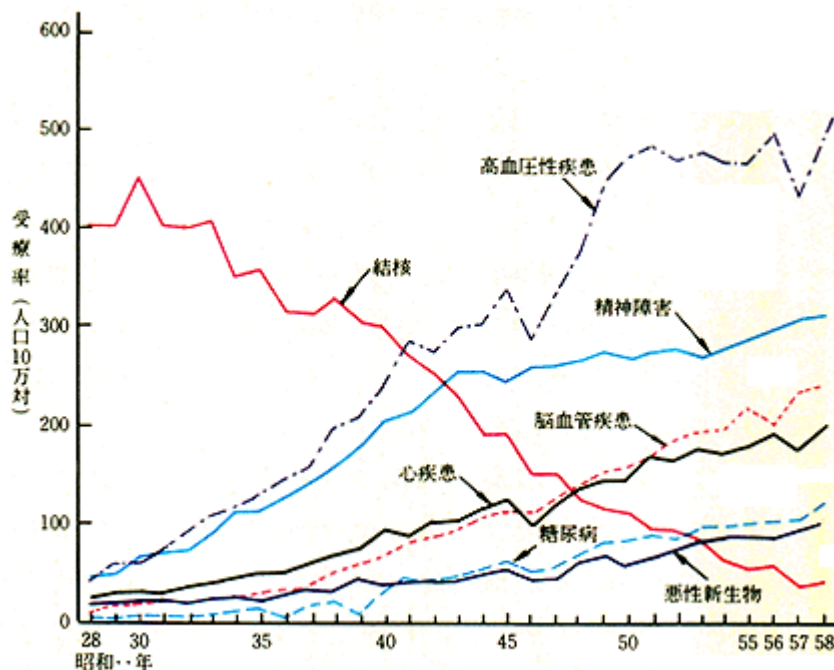
(成人病を中心とした疾病構造への変化)

我が国の疾病構造をみると、かつては国民病といわれた結核や赤痢、腸チフス等の伝染病については各種対策の成果が現れ、これらによる死亡率は急速に減少してきた。一方、現代では、悪性新生物(がん)、脳血管疾患(脳卒中)、心疾患(心臓病)といったいわゆる成人病が死因の中心を占めるようになってきている。これら三疾患による死亡数の総死亡数に占める割合は、昭和30年では36.5%であったが、40年には50.7%、50年には58.3%と増加し、59年にはがんが24.6%、脳卒中18.9%、心臓病18.4%と合わせて61.9%を占めるに至っている。

次に、主要傷病について、医療施設における患者の受療率の年次推移でみると、第2-3図のとおり、疾病構造の変化を反映して、結核は減少してきた。他方、成人病による受療率は増加している。また、受療率は、高齢になるに従い高くなっており、70歳以上の者の受療率(人口10万対21,517)は、全平均の受療率(同7,427)の約2.9倍である。

第2-3図 主要傷病別にみた受療率(人口10万対)の年次推移

第2-3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」

有病率で年代ごとの傷病の特色をみると、0～34歳では急性上気道感染(かぜ)等の呼吸系の疾患が最も高いが、35～44歳では胃腸等の消化系の疾患が、45歳以上では高血圧性疾患等の循環系の疾患が圧倒的に高くなっている(注1)。

(注1) 受療率(厚生省統計情報部「患者調査」)は、調査日(昭和58年の場合7月13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。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59年の場合9月10～12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る。

(生活水準の向上等による国民の意識の変化)

戦後の目覚ましい経済成長は、所得水準、消費水準の向上、資産の増加、自由時間の増大等、豊かな日常生活の形成に貢献してきた。

例えば、20年前の昭和40年における一人当たりの国民所得は728ドルと当時のアメリカの1/4にすぎなかったが、58年における一人当たり国民所得は7,908ドルと、40年の約11倍、アメリカの約70%にまで増加しており、欧米先進諸国と比肩する水準になっている。

他方、労働時間の短縮、週休2日制の普及、平均寿命の伸長等により、生涯における自由時間が増大している。労働者一人平均の年間総実労働時間は、昭和30年代に比べ約300時間余り減少しており(59年には2,116時間)、また完全週休2日制適用労働者の割合も増大している(58年には27.0%(注2))、自由時間の増大は、生活にゆとり感を与えるとともに多種多様な活動を行うことを可能にしている。

(注2) 労働時間については事業所規模30人以上、週休2日制については企業規模30人以上の場合の数値である。

こうした生活水準の向上は、個々人の生活を豊かで多様なものにするとともに、物質的豊かさを求めることから精神的・文化的豊かさを求める方向へ、仕事中心から個人生活や家庭生活を重視する方向へ、あるいはいわゆる中流意識の醸成等、国民の意識や価値感に対して変化を与えている(注1)。

(注1) 総理府広報室「国民生活に関する世論調査」(昭和60年5月)によると、今後の生活の仕方として、「心の豊かさやゆとりのある生活」を挙げた者が49.6%と全体の半数を占め、「物質的な面で生活を豊かにする」の32.9%を上回っている。

(就業構造の変化と就業する女性の増大)

経済成長に伴う産業構造の変化により我が国の就業構造も大きく変化している。すなわち、第一次産業の従事者が激減し、第二次及び第三次産業の従事者が増大した。この結果、労働力の雇用者化が進み、昭和30年には全就業者の43%にすぎなかった雇用者が59年には74%を占めるに至っている。

一方、平均寿命の伸長、出生児数の減少等による女性のライフサイクルの変化、高学歴化、家事労働の軽減等による社会参加意識の高まり、家計に対する追加所得の必要性等と並行して、第三次産業の拡大等による女子労働者に対する需要の増大等から、女性の就業意欲が高まっている。我が国の女子労働力人口(就業者数+完全失業者数)は、近年増加傾向を示しており、59年の「労働力調査」(総務庁統計局)によると2,347万人で、50年と比較すると約360万人増加し、労働力人口全体の約40%を占め、また、女子の20~59歳人口における労働力率を50年と59年とで比較すると、53.9%から60.4%へと上昇している(注2)。このような就業する女性の増大は、労働市場や経済情勢に影響を与えるばかりでなく、家庭における夫と妻の役割分担や、乳幼児の世話や老人の介護等の家庭機能の面にまで影響を及ぼしつつある。

(注2) 一方、男子の20~59歳人口における労働力率は昭和50年の93.9%から59年の93.2%と、ほとんど変動がない。

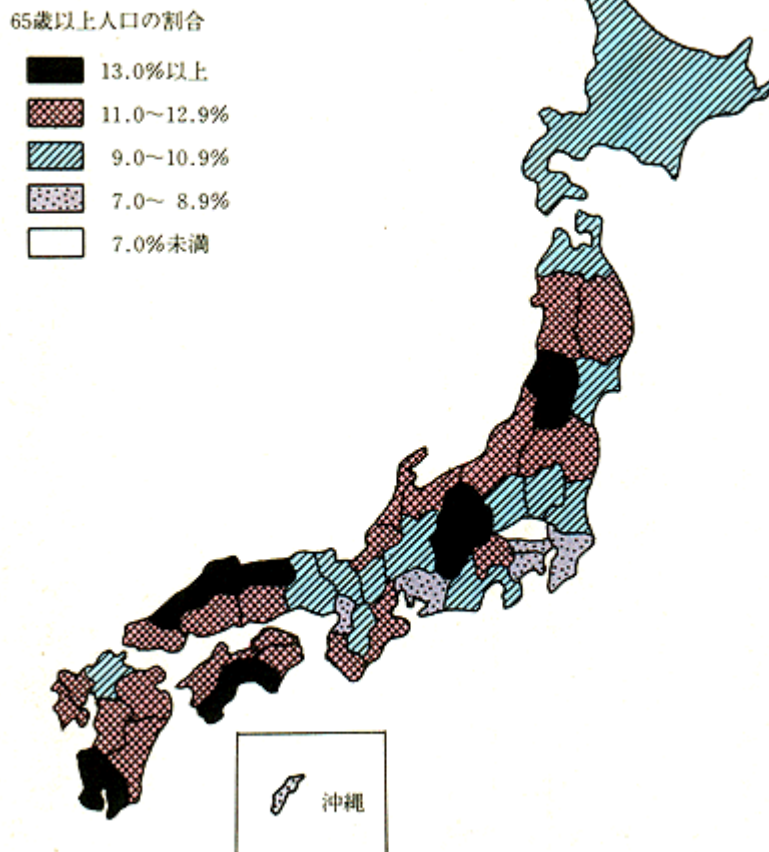
(地域間の差異)

我が国の人口全体の高齢化が進展する中で、地域別の高齢化の進展をみると、都市化の進展や産業構造等の相違により、地域ごとに差がみられる。

第2-4図は、昭和59年10月1日現在における都道府県別にみた老年人口(65歳以上人口)比率である。全国平均では9.9%であるが最も数値の高い島根県(老年人口比率14.8%)と最も低い埼玉県(同6.9%)とを比較すると、約8ポイントの差がある。概して、高齢化水準は、東京、大阪、名古屋を中心とする大都市圏が低く、農山村の多い地方圏の方が高い。また、市町村別にみると、既に昭和55年の国勢調査の時点で、全体の約25%の市町村が老年人口比率15%を超えている。

第2-4図 都道府県別にみた老年人口比率(昭和59年)

第2-4図 都道府県別にみた老年人口比率(昭和59年)



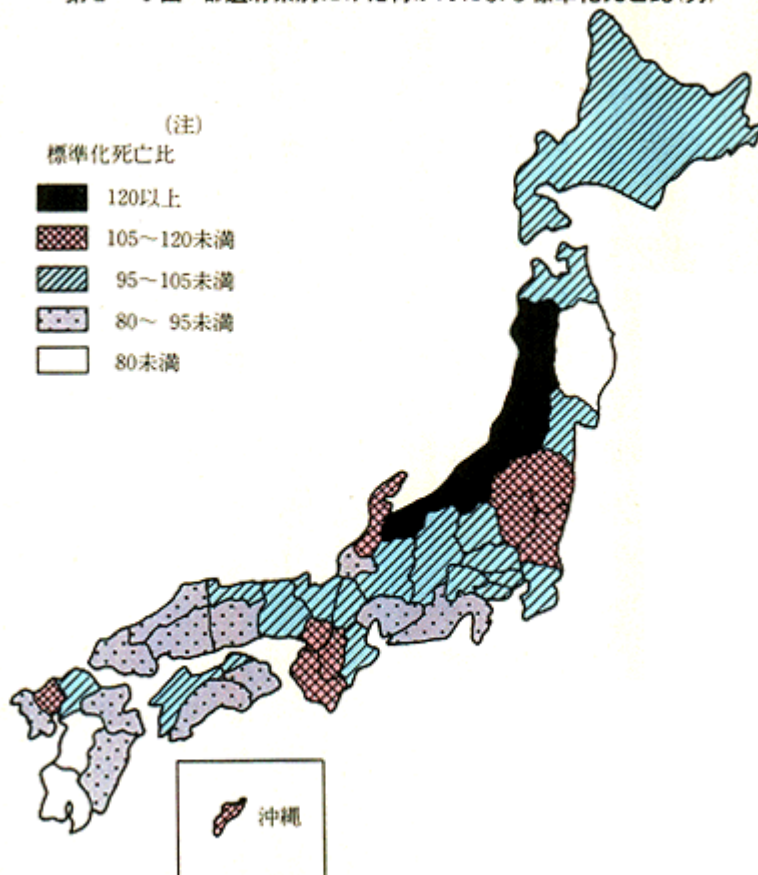
資料：総務庁統計局「昭和59年10月1日現在推計人口」

(注) 標準化死亡比とは、ある地域の実死亡数(この表では昭和53年から57年までの5年間の死亡数を使用)と全国の年齢階級別死亡率に基づいて当該地域に発生するものとして算出した仮定の死亡数との比である。全国死亡発生頻度を100として考え、当該地域がどの程度になるかを表すもので、これにより年齢構成が補正される。

地域間の差異は、高齢化率ばかりでなく、気候、地形等の自然環境、所得、産業等の経済状況、生活様式、生活慣習等あらゆる分野においてみられる。例えば、保健・医療・福祉の分野に限ってみても、医師数(第2-12図参照)、病床数(第2編参照)、疾病り患状況(例えば、第2-5図参照)等、種々その相違がみられるところである。

第2-5図 都道府県別にみた胃がんによる標準化死亡比(男)

第2-5図 都道府県別にみた胃がんによる標準化死亡比(男)



第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第1節 ニードの動向

2 ニードの増大と多様化

以上のような社会状況の変化に対応して、保健・医療・福祉サービスに関するニードは、今後、着実に増加するとともに、多様化かつ高度化していくことが予想される。

例えば、人生80年という長期間にわたって健やかに暮らしていくために、病気の治療という面ばかりでなく、壮年期からの健康づくりや疾病の予防、治療後のリハビリテーションを含め、生活管理、健康管理等に対するニードが増加している。

また、高齢者の場合には、有病率が極めて高い上、病気の症状、健康状態、生活状態、所得水準等が個々人によって様々に異なることから、人口の高齢化に伴い、多様なニードが多量に生じてくることが十分予想される。

生活水準の向上は、現在の生活に対する満足度を高めているが、一方で現在の生活水準を維持・確保しようとする欲求が強まり、これを崩しかねない不測の事態の備えに対するニードが増大するものと考えられる(注)。これは、従来の福祉サービスが主として低所得者や障害者、病弱者を対象としてきたのに対し、今後は、広く国民一般を対象とし、豊かで安心できる生活の維持を支援してくれる質の高いあるいは選択肢の多いきめ細かなサービスを求めるようになるものと考えられる。

(注) 総理府広報室「国民生活に関する世論調査」(昭和60年5月)によると、現在の生活に「満足」していると答えた者は全体の70.6%(前年比5.2ポイント増)で、「不満」の28.6%(前年比5.1ポイント減)を大きく上回っている。

家庭は、私達の社会生活の基本であり、家庭基盤が堅固であることが幸せな生活を送るために不可欠であるが、老人のひとり暮らし世帯や夫婦のみの世帯、母子又は父子家庭の増大にみられるように、全体としては家庭基盤がぜい弱な方向に向いつつあるといえる。また、ねたきり老人の増大は、核家族化の進展や女性の就業の増大傾向とあいまって、誰が介護するかという問題を誘発している。この結果、家庭基盤のぜい弱な世帯に対する支援サービスや老人の介護サービスに対するニードが高まることが予想される。

さらに、女性の職場進出は、保育所やホーム・ヘルパー等、仕事を継続するために必要な施設やサービスに対するニードを高めているが、今後とも家庭において女性が果たしてきた役割の一部を他に求めるニードが増大するものと考えられる。また、労働力の雇用者化の進展は、生計を給与所得に依存する者の増大を意味し、雇用者がひとたび退職や失業など無職の状態になった場合には生活水準の低下等を招くことが予想され、これは、種々のニードの増大要因となる。

一方、地域間における人口の高齢化、都市化の進展、生活慣習、産業構造等の種々の相違は、地域ごとにニードの内容に相違をもたらすことになるため、全国画一的なサービスの供給では、個々の地域におけるニードに十分こたえられない事態が生じる。したがって、例えば私達の日常生活に密着した市町村等が自主的な判断と責任により創意工夫に満ちた施策を行うような、地域の特性に応じたサービスの供給が期待されることとなり、そのための条件の整備が図られることが必要であろう。

厚生白書(昭和60年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

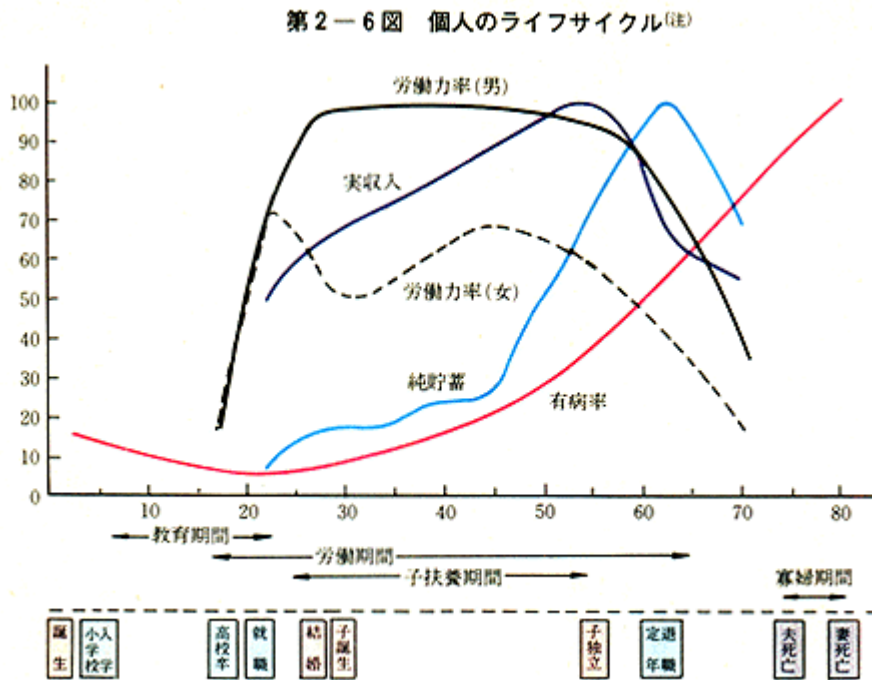
第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第2節 ライフサイクルに沿ったサービスの展開

保健・医療・福祉サービスは,増大,多様化しつつある国民のニード

ここでは,これらのサービスについて,乳幼児及び妊産婦,児童,成人,老人という個人のライフサイクル(第2-6図参照)に沿って概観するとともに,今後の課題についてもふれることとする。

第2-6図 個人のライフサイクル



(注) 図の部分については総務庁統計局「労働力調査」,「家計調査」,「貯蓄動向調査」及び厚生省統計情報部「国民健康調査」(以上,昭和59年)から作成。労働力率については単位は%,その他については,それぞれの最高値を示す年齢階級の指数を100としてその比を示したものであるが,いずれもおおよその傾向を表わす。なお,ここでいう純貯蓄とは,勤労者世帯において貯蓄額から負債額を引いたものを示す。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第2節 ライフサイクルに沿ったサービスの展開

1 乳幼児及び妊産婦に対するサービス

乳幼児及び妊産婦に対する保健医療の向上を図ることは、この時期が個人にとって人生80年の出発点であるとともに、将来の社会を担う人材の健やかな育成という意味で極めて重要である。

我が国における母子保健の水準をいくつかの指標でみてみよう。

乳児死亡率は、戦前の最低は、昭和16年の出生千対84.1というように欧米諸国と大きな隔りがあったが、戦後は諸外国に例をみない程の速さで低下し、現在(59年)では6.0と世界のトップグループに属している。また、妊産婦死亡率は、58年には出生1万対1.5となり、22年の16.8からみると1/10以下にまで低下した。乳幼児の体位については、35年と55年の乳幼児身体発育調査で比較すると、乳幼児のどの年齢段階においても体位が向上しており、例えば3歳児では、体重約1kgの増加、身長は約3cmの伸びとなっている。

このように乳児死亡率や妊産婦死亡率が激減したり、乳幼児の体位が向上してきたのは、医学・医療技術の発展、栄養水準の向上等のほか、昭和40年に母子保健法が制定される等、母子に関する総合的な保健・医療対策の推進が図られてきたことによる。

現在の母子保健サービスは、母子健康手帳の交付、母親学級育児学級等の保健指導、1歳6か月児、3歳児等に対する健康診査、早期新生児を対象とした先天性代謝異常検査、未熟児養育医療等の医療援護及び母子健康センターの設置等の基盤整備等からなる(第2部参照)。また、60年度からは、21世紀へ向けてB型肝炎の撲滅を期すために、妊婦に対する検査とB型肝炎の感染の危険のある乳児に対するワクチン等の投与を行うB型肝炎母子感染防止事業を実施することになっている。

今後の課題としては、医学技術の進歩を的確に取り入れ母子保健サービスの内容の向上を図っていくとともに、その供給体制を充実、整備していくため、サービス体系の見直しを検討していく必要がある。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第2節 ライフサイクルに沿ったサービスの展開

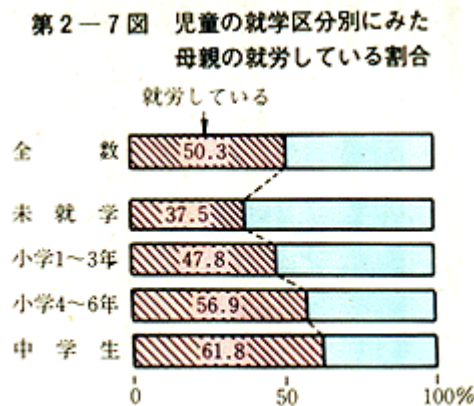
2 児童に対するサービス

(児童を取り巻く環境の変化)

昭和59年の出生数は149万人で、戦後ではひのえうまの年であった41年(出生数136万人)に次ぐ少なさであり、出生率は人口千対12.5と戦後最低の数値となっている。近年児童数は減少傾向にあり、一世帯当たりの子供数も現在ではかなり少なくなってきており、1人又は2人の世帯が約80%強を占めている。

一方、家庭の在り方をみると、核家族化の進展、女性の就業者数の増大、離婚の増加等により子供の成長の基盤である家庭の形態が変化しつつある。例えば、児童の就学区分別にみた母親の就労している割合をみると、第2-7図のとおり、未就学時においては1/3強であるが、小学校の学年があがるにつれ増加し、小学校高学年以降になると過半数の母親が就労している。また、離婚件数は、昭和59年には17万9千件で、前年よりはわずかに減少したものの、40年と比較すると約2.3倍の増加である。さらに子供のいる夫婦の離婚が増え、全離婚件数に占める有子離婚率は約70%となっている。この結果、母子家庭や父子家庭が増加する傾向にある(第2-2表参照)。

第2-7図 児童の就学区分別にみた母親の就労している割合



資料：児童家庭局「児童環境調査」(昭和58年3月)

第2-2表 母子世帯及び父子世帯の数の推移

(注) (単位：世帯)

	昭和50年	昭和59年	増加率
母子世帯	37.1万	51.3万	38%
父子世帯	6.4万	10.7万	67%

資料：厚生省統計情報部「厚生行政基礎調査」

(注) ここでいう母子世帯とは、「現に配偶者のない20歳以上60歳未満の女子と20歳未満の子又は養子のみで構成している世帯」、父子世帯とは、「現に配偶者のない20歳以上65歳未満の男と20歳未満の子又は養子のみで構成している世帯」をいう。

(児童の健全育成)

児童は、家庭や地域の中で心身ともに健やかに成長していくことが望まれるが、人口の高齢化が今後一層進展することから、次代の担い手である児童の健全育成は、その重要性がますます強まるものと考えられる。

児童の健全育成のための行政施策としては、現在、児童館、児童遊園等の整備という子供が健やかに育てられる場の確保、保育所、養護施設における保育や養護に欠ける児童の保護、児童相談所等における相談・指導等、種々の施策が幅広く展開されているところである(第2部参照)。

今後の課題としては、児童を取り巻く環境の変化に伴う多様化するニーズに対する対応が求められている。

例えば、増加しつつある母子家庭や父子家庭についてみれば、一般にこれらの家庭は、経済的、社会的、精神的に不安定な状態に置かれがちである。全国母子世帯等調査(昭和58年8月)によると、母子世帯の平均年収は200万円(57年)であって、一般世帯の平均年収の約45%にすぎず、約1/4の世帯が家計に対して悩みを抱えている。一方、父子家庭は母子家庭よりも収入は多いものの、育児や洗たく等の家事について大きな悩みを抱えていることがうかがえる。

また、少年非行は依然として高い水準にあり、59年に警察が刑法犯で補導した少年の数は24万8,540人を数える。また、喫煙や深夜はいかい、暴走行為、飲酒等の不良行為により警察に補導された数は年々増加し、59年には150万人となっている。単純人口比では20歳未満の者のうち、25人に1人が不良行為で補導されていることになる。

さらに、核家族化の進展等に起因するいわゆる育児ノイローゼ対策、コレステロール値や血圧の高い子供の増加にみられる子供の成人病のための対策、就学児童の放課後等における健全育成対策等の新しいニーズが生じている。

こうしたニーズに的確に対応していくためには、1)少ない子供を健やかに育てるために、家庭と地域社会とが協力して、子供のみならず家族全員の心身両面での健康を保つ家庭保健の重要性、2)安心して子育てが行える保育機能の充実や育児相談の強化など子育ての支援体制の一層の整備、3)青少年の非行等を防止するために、福祉、教育、警察等の関係機関が相互に密接な連携を保つとともに、地域ぐるみでの健全な社会環境づくり、等に力点を置きつつ、サービスの供給体制の整備を図る必要がある。

(保育サービス)

ここで、保育所での保育サービスの今後の課題について触れてみよう。

児童福祉法施行当時の昭和23年における保育所は1,476か所、保育児童数は135,503人にすぎなかったが、59年では22,904か所(16倍)、定員も2,124,000人(16倍)と伸長してきている。この定員数は、0~5歳人口の約1/4に当たる数値となっている。

しかし、最近では、出生率の低下に伴う乳幼児数の減少から、人口急増地域等の特定の地域を除き、全体としては施設不足の状況は解消されつつある。現に、保育所在所児数は、56年から減少傾向にある。

したがって、今後は、都市化の進展や婦人労働の動向等を踏まえ、保育ニーズの多様化に対応した保育サービスを図っていくことに力点を置くことが重要である。

第一に、近年ニーズが高まっている0歳児等の低年齢児童の保育対策や夜間保育、長時間保育対策の充実が必要である。これらについては、現在、乳児の受入れ体制の整備や夜間保育、延長保育特別対策等の施策が講じられている(注)。

(注) 昭和60年4月1日現在の保育所入所0歳児数は37,068人(全在所児数の2.1%)。また、夜間保育又は延長保育を行っている保育所数は、60年10月1日現在、それぞれ19か所、367か所である。

第二に、都市と農村では、過密・過疎による保育対策児童数の相違、必要となる保育時間の相違等、保育所の果たす機能に相違があり、児童を取り巻く生活環境の特性に応じた保育所の在り方の検討が必要である。

第三に、保育所が多様な保育需要に対応しつつ、育児相談も取り扱うような地域に開かれた保育のセンターとしての役割を果たしていくことが

保育所での子どもの遊び



保育所での子どもの遊び

要請されており、59年度から一部の保育所において実施されている。

なお、乳幼児保育対策の充実とあいまって、家庭での保育を希望する勤労婦人に対しては、育児休業制度の普及の推進等、職業生活を断念することなく育児を行えるような条件の整備を図っていくことも必要である。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第2節 ライフサイクルに沿ったサービスの展開

3 成人に対するサービス

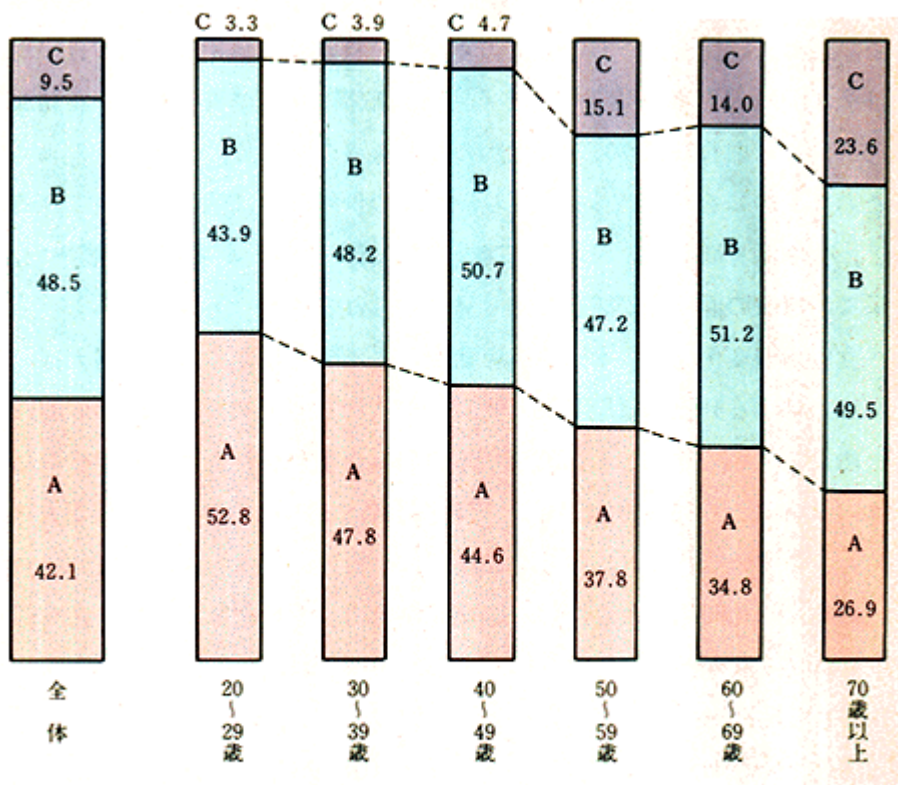
(健康に対する関心)

長寿社会の到来は、私達が、かつてのどの時代の日本人よりも長い成人期間を過ごすことを意味する。例えば、50年前の昭和10年の20歳の男女の平均余命はそれぞれ40.4年、43.2年であるが、昭和59年の同年齢の者の平均余命は、それぞれ55.6年、60.9年であり、16～17年近く長生きをしていることになる。また、子供が成長して自立するようになってからも約20年という成人期間の約1/3の期間が残ることになる。このように長い成人期間において、快適な日常生活を送ったり、活発な経済、社会活動を営んだりするための最も基礎的な事項は、心身両面にわたっての健康であることはいうまでもない。

20歳以上の者に現在の健康状態を尋ねると、第2-8図のとおり、健康であると答える者が9割を超えている(「大いに健康」が42.1%、「まあ健康」が48.5%)。しかしながら、他方、総理府広報室による「国民生活に関する世論調査」(昭和60年5月)によると、国民が感じている悩みや不安のうち、「自分の健康」を挙げた者が38.1%と最も多く、次いで「家族の健康」が35.9%と、悩みや不安の1,2位を占めている。これを年齢階級別にみると、20代後半から40代後半までは、自分の健康よりも家族の健康を重視する者が多いが、この年代では、同居する高齢者をはじめとして子供や配偶者の健康に対する不安が強いためと考えられる。一方、自分の健康については、40代後半から不安が高まりつつあり、特に高齢者にとっては最大の不安事項となっている。

第2-8図 現在の健康状態

第2-8図 現在の健康状態



A 「大いに健康」と答えた者の割合
 B 「まあ健康」
 C 「あまり健康ではない」

資料：総理府広報室「健康と食品に関する世論調査」(昭和60年1月)

(健康を目標とした食生活の改善)

日常的な健康管理のためには、適度な休養・睡眠、適度な運動とともに、適正な食生活の実践が重要であることは論を待たない。

戦後の我が国の食生活をみると、食糧事情の好転、嗜好の洋風化、多様化等により、米等の穀類の摂取の減少、乳・乳製品や獣鳥肉類等の動物性食品の摂取の増加という傾向で推移してきた。この結果、現在の栄養状態は、国民全体としては、エネルギー摂取量(昭和58年の1日平均は2,147Kcal)、栄養素別のエネルギー摂取構成比(糖質60.3%、脂肪24.6%、たん白質15.1%)、栄養素別の摂取量等の諸点で、バランスのよくとれたものになっている。ただし、個々の世帯、又は個人についてみると、食生活を取り巻く環境の急速な変化に伴い、エネルギーの過剰摂取、栄養素摂取の偏り等、問題な点も見受けられる。

食生活の変化は、日本人の疾病状況にも影響を与えている。例えば、脳出血による死亡率は昭和35年の123.3(人口10万人対)から59年の33.2と激減しているが、これは食塩摂取量の減少や動物性たん白質の摂取増加(1日当たり35年の24.7gから58年の40.9gへ)によるところが大きいとされている。これに対し心臓疾患による死亡率は一貫して増加傾向にあり、昭和60年においては、脳血管疾患による死亡率を上回り悪性新生物に次ぐ我が国第2位の死因になると予測されているがこれは動物性脂肪の摂取量の増加が一因と考えられる。

前述したとおり、成人病については、日頃の健康管理、特に適正な食生活の実践によって相当程度予防することができることから、個人個人が自覚をもって健全な食生活の習慣を身につけることが重要となっている。

このため、厚生省としては、本年5月に、健康増進及び成人病予防の観点から、望ましい食生活の目安とするために「健康づくりのための食生活指針」を策定し、これによる食生活改善の啓発・普及活動に努めている。

(成人保健サービス)

昭和58年2月からスタートした老人保健法に基づく老人保健制度は、壮年期である40歳から、健康づくり、疾病の予防をはじめとして、医療、リハビリテーションに至るまでの総合的な保健サービスを行い、老後における健康の確保を図ることを目的としている。そして、この法律に基づき、各市町村においては、40歳以上の住民に対して、1)健康手帳の交付、2)健康教育、3)健康相談、4)健康診査、5)機能訓練、6)訪問指導の事業が保健事業として行われている(本制度の医療面については本章第3節、第4節を参照)。

厚生省としては昭和61年度を目途にした5か年計画を策定し、健康診査の対象人員の増大等事業実施の拡充を図るとともに、これを可能とするため市町村保健センター等の施設や保健婦等のマンパワーの計画的な基盤整備を行っている。また、59年度からは、地方公共団体における先駆的、モデル的な保健事業を奨励し、地域の特性に応じ創意工夫を生かした保健事業を推進するための老人保健特別対策事業を実施している。具体的な事業の例としては、住民健康台帳の作成等データベースづくりや、視聴覚教材等を用いた健康教育事業等が挙げられる。

成人保健サービスの推進については、壮年期からの健康づくりが社会の活力の基礎となるとともに、中長期的には老人医療費の節減にもつながるといって国民経済全体からみて大きな意味を持つ。

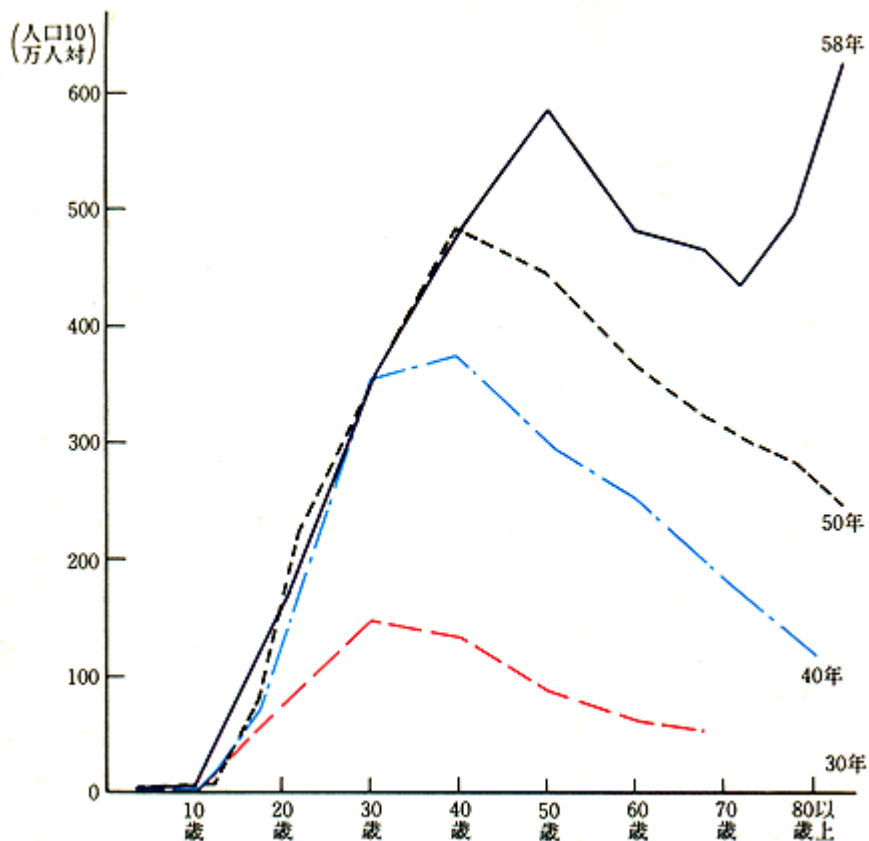
しかし、現状では、地域と職域の谷間になっている未受診者の存在、都市部における健診体制の立ち遅れ等の問題が指摘されており、健康相談の体制づくり、機能訓練・訪問指導等の在宅対策の充実等と併せて、検討すべき課題が残されている。

(心の健康づくり対策)

主要傷病別にみた受療率の推移(前掲第2-3図)をみると、精神障害による受療が年々増加している。年齢別にみた精神障害受療率では、第2-9図のとおり、ほとんどの年齢階級で受療率が増加するとともに、30歳前後にあったピークが40歳から50歳へと次第に移っている。また、35~44歳では消化系の疾患に次いで精神障害による受療率が高い。これは、壮年期においては、悪性新生物、循環系疾患等の成人病に罹患する機会が増大することや、職場の中堅としてあるいは家庭の責任者としての役割がますます大きくなることにより、さまざまなストレスが生じ、精神的に不安定な状態に陥りがちの人が多くなってきていることをうかがわせる(注)。

第2-9図 年齢別にみた精神障害受療率の推移

第2-9図 年齢別にみた精神障害受療率の推移



資料：厚生省統計情報部「患者調査」

(注) 第2-9図で、58年において70歳以上から再び精神障害による受療率が高くなっているのは、痴呆疾患をはじめとし、老化に伴う精神障害の増加傾向があることによる。

現に、壮年期の男性の自殺数が最近増加傾向にあり、昭和59年においては全自殺数の約31%を40～60歳の男性が占めている。同年における全死因のうち自殺が占める割合は3.3%にすぎないが、40代の男性の場合には、約15%の高率となっている。自殺の原因をみると、全体としては、病苦、アルコール症又は精神障害及び経済生活問題で7割を占めているが、最近の傾向として、勤務問題を原因とする者が増えつつある。

このように、壮年期は、身体のみならず、心の健康問題についても不安を抱えているといえよう。すなわち、「働きざかり」とされる半面、職場や家庭において、身体的にも精神的にも無理が強いられ、ストレスや不安、悩みが大きくなる。加えて、感覚機能の衰え、中年期障害等、徐々に顕在化してくる体力の衰えが、精神状態を不安定なものにさせる。そして、神経症、うつ病、心身症等の精神障害の多発化傾向をはじめ、労働意欲の減退や対人関係のトラブルの多発等による職場への不適応問題や、主婦のいわゆるキッチン・ドリンカーの問題等、深刻化していく場合もみられる。

こうした事態は、本人ばかりでなく、その家庭や職場、社会全体にとっても不幸なことである。心の悩みや不安を解決していくためには、個人のみならず、家族の協力だけでは困難な場合が多く、職場や地域における相談体制の整備、ストレス解消法の研究とその啓発・普及等、行政としても「心の健康づくり」を推進していく必要があり、例えば、従来から保健所等において行われてきている精神衛生相談事業のほかに60年度からは精神衛生センター等において心の健康相談事業を開始したところである。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第2節 ライフサイクルに沿ったサービスの展開

4 老人に対するサービス

(老人に対するサービスの現況)

老年人口の急増は、ねたきり老人や痴呆性老人等の心身ともにぜい弱な老人が増加する一方、健康な老人も増加していることを意味する。例えば、前掲の第2-8図のとおり、70歳以上の者でも約3/4は「健康である」と認識しており、国民健康調査(昭和59年)においても、70歳以上の者のうち、過去1年間で31日以上床に就いた者が17.5%を占める半面、50.1%の者は全く床に就かず健康に日常生活を送っていることがうかがえる。他方、70歳以上の者の有病率は人口千対521.0(全平均の有病率人口千対137.3の約3.8倍)という高率であって、老年期とはまさしく病気と共存する健康という「一病息災」の年代であるといえる。

老人に対する保健・医療・福祉サービスの現状をみると、国及び地方公共団体において、老人福祉法、老人保健法等に基づき、老人のニードに対応した種々の施策が講じられている(詳細は第2部参照)。

老年人口の増大、ねたきり老人の増加、老人のひとり暮らしや夫婦のみの世帯の増加等の傾向から、今後ますます高まることが予想されるニードに的確に応じるためには、サービスの効果的、効率的な供給体制づくりが望まれるが、その際、老人を単に弱者としてとらえ一方的に保護するよりも、社会を担う一員として、老人の生きがいを高めたり、老人の能力を活用するような取組が必要であろう。そのためには、健康づくりや医療福祉の面のみならず、雇用対策、住宅対策、住みやすいまちづくり等、老人の生活全般にわたってその特性を考慮した施策が総合的に展開されることが重要である。

ここでは、特に、老人に対する保健サービス、社会参加促進対策並びにねたきり老人及び痴呆性老人に対する在宅福祉サービス等の問題について概観する。

(老人に対する保健サービス)

ねたきりになることを予防し、健やかで充実した老後生活を確保していく上で、老人に対する保健サービスは極めて重要な役割を担っている。このため、老人保健事業においては、1)健康づくりの推進のための健康教育、健康相談及び健康診査、2)ねたきり防止のためのリハビリテーションサービス、3)ねたきり老人に対する保健婦の訪問指導等の在宅サービス等を実施している。こうした保健サービスについては、長寿社会を活力と生きがいに満ちたものにしていく観点からも、今後一層の推進・充実に努めていく必要がある。

(老人の社会参加促進対策)

人生80年という長寿社会にあっては、高齢者の社会参加の活動機会の確保・提供が適切に行われることが一層重要となる。老人が自分の能力や体力等に合った適当な社会参加活動を行うことは、老人自身の生きがいを高めるとともに、健康の保持に役立つであろうし、さらに、老人の持つ蓄積された豊かな経験や知識を社会や後世代に伝達しうることから、長寿社会の活力の維持・向上のために大きく貢献することになる。

現在行われている社会参加促進対策としては、概ね65歳以上の者に対する仕事の指導、紹介事業や、地域において自主的な活動を行っている老人クラブに対する助成、指導者の育成事業、陶芸、園芸、木工等の創造的活動に対する助成、さらには、老人福祉センター、老人憩の家等老人が活動できる場の整備が行われている(注)。

(注) 昭和60年3月末現在,老人クラブの数は約12万7千,会員数は約808万人であり,60歳以上の者の約5割が加入している。

こうしたサービスの充実は今後とも必要であるが,さらに早急に拡充が望まれるものは高齢者の雇用就業機会の確保である。

昭和60年1月現在,定年が60歳以上の企業の割合は55.4%,今後定年を60歳以上にすることを決定又は予定している企業を含めるとその割合は68.7%と,今や60歳定年が主流となってきている。一方,労働省の「高年齢就業実態調査」(昭和58年6月)によると,55~59歳の男子の約70%の者が65歳以上の年齢を引退希望年齢と考えている。

また,労働省職業安定局の推計によると,将来の労働力人口は,人口構造の高齢化により,75年においては,15~54歳の労働力人口が59年と比べて約135万人増加するのに対して,55歳以上の者は約440万人増加し,そのうち約7割が60歳以上の労働力人口の増加による。

こうした点から,今後,雇用の延長や再就職の促進等60歳以上の者に対しても雇用や就業の確保を図っていくことが必要となろう。また,未就業の高齢者の就業希望理由をみると,経済上の理由ばかりでなく,生きがいや社会参加,時間的余裕という理由での希望も多いことから,普通の勤務形態ではなく,短時間勤務や任意就業のような就業形態の開発・普及等も必要となろう。

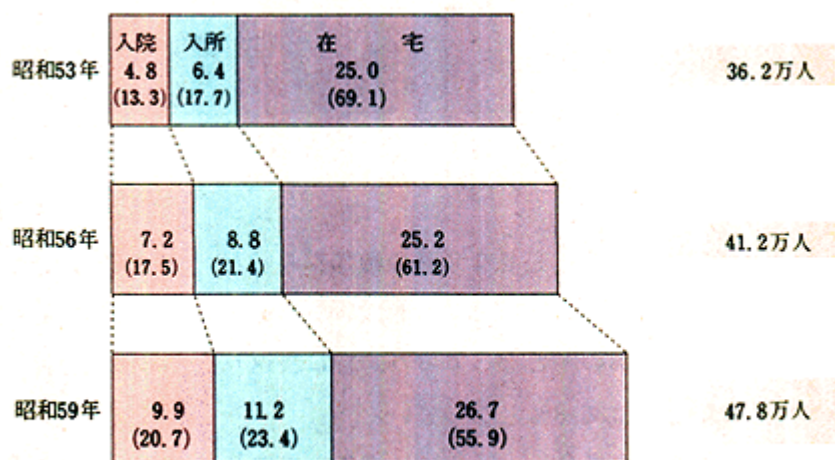
また,高齢者の地域奉仕活動による社会参加という面も重要である。多くの高齢者の生活の中心は職場から家庭のある地域に移っていることから,地域での人間交流を深めるとともに,直接高齢者自身の生活事境を改善したり,あるいは健康な高年齢者が,援助を必要とする高齢者の手助けを行うなど,自主的に種々の活動に参加し,地域において積極的な役割を担っていくことが望まれよう。

(在宅福祉サービス等)

第1節でみたとおり,ねたきり老人の数は近年増加する傾向にあるが,ねたきり老人を介護する場所としては,病院や特別養護老人ホームのウエイトが高まりつつあるものの,その過半数は家庭内で介護されている(第2-10図参照)。

第2-10図 入院・入所・在宅別ねたきり老人数の推移

第2-10図 入院・入所・在宅別ねたきり老人数の推移



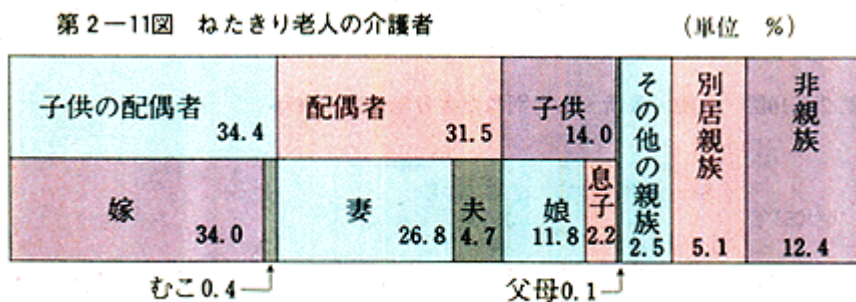
資料：厚生省統計情報部「厚生行政基礎調査」,「社会福祉施設調査」

(注) 単位 万人。()内は構成比。なお,「入所」とは特別養護老人ホームの入所者を指す。ねたきり老人とは,65歳以上で6か月以上ねたきりの者をいう。

「厚生行政基礎調査」(昭和59年)によると,ねたきり老人のいる世帯の54.2%がいわゆる三世帯世帯であ

る。また、介護者についてみると、最も多いのが、同居の子の妻(嫁)で34.0%、次いで妻26.8%、非親族12.4%、娘11.4%の順となっている。主たる介護者の性別では、91.5%が女性であり、女性は、夫の父母、自分の父母、そして夫自身という三様のねたきり老人に対する介護を担っている(第2-11図)。

第2-11図 ねたきり老人の介護者



資料：厚生省統計情報部「厚生行政基礎調査」(昭和59年)

また、同調査により、必要な介護の種類をみると、全体の65.7%が「入浴」の介護を必要とし、次いで「衣服の着脱」61.0%、「排便」54.1%、「屋内移動」51.4%の順となっており、特に寝返りなど「体位交換」にも介護が必要な者は36.3%となっている。

ねたきりとなった場合、一般的には長年住み慣れた家庭や地域で家族や隣人等と人間的なふれあいを保ちつつ、介護や治療が受けられることを望むであろう。「老後の生活と介護に関する調査」(昭和57年9月、総務庁老人対策室)においても、自分がねたきりとなった場合に介護を頼む相手としては、配偶者(36.7%)、嫁(27.7%)、娘(11.4%)等の家族を望む者が8割を超え、家政婦やホームヘルパーという他人の介護や施設入所を望む者は8.5%にすぎない。特に、女性よりも男性にこの傾向が強い。

ねたきり老人の介護について、介護者の能力や体力を超えてまでその重責がかかることは、介護者本人はもとより老人やその家族に対しても好ましくない結果を生ずることになる。したがって、老人の症状や家族の介護能力等、個々の家庭状況に応じたきめ細かなサービスを供給して、在宅での介護を支援していくことが求められる。

そこで、国においてもねたきり老人の家庭での生活を援助するために、家庭奉仕員(ホームヘルパー)派遣事業、日常生活用具給付等事業、在宅老人短期保護(ショートステイ)事業、ディ・サービス事業(通所サービス事業及び訪問サービス事業)と、在宅介護のニードに対応したサービスを供給するための施策を講じてきており(第2部参照)、老人が住み慣れた地域社会の中で可能な限り家族や近隣の人達と暮らしていくことができるように、その拡充が図られている。今後もこうした施策の拡充を図るとともに、人的なサービスばかりでなく、介護負担を軽減するための機器の開発、住環境の整備等による在宅介護のインセンティブの強化についても、十分検討する必要がある。

ねたきり老人とともに痴呆性老人対策も重要な課題となってきている(注)。昭和55年に東京都で行われた調査では、高年齢になるに従って痴呆性老人の出現率が高まっていることから、今後、老年人口の増加とりわけ後期高齢人口(75歳以上)の増加に伴い、痴呆性老人も増加していくことが予想される。

(注) 痴呆性老人の数は、昭和59年において在宅で約50万人、老人ホームに約3万人、精神病院に約3万人の総計約56万人と推計される。

痴呆性老人対策としては、主として、1)痴呆予防対策、2)痴呆となった老人や家族に対する介護援助、3)老年期痴呆の発現機序、その治療方法等の研究等が挙げられる。そこで、厚生省としては、痴呆予防対策としては、健康教育、健康診査等、痴呆の原因となる脳血管疾患等の疾病を予防するための保健事業や生きがいと創造の事業等の老後の生きがいを高めるための社会参加促進対策を進めている。また、痴呆となった老人の介護対策としては、特別養護老人ホームにおける受け入れ体制の整備を図るとともに、在宅対策として、保健所における老人精神衛生相談や保健婦による訪問指導、ねたきり老人の場合と同様に家庭奉仕員派遣事業や

老人ホームにおけるデイ・サービス事業等、施策の充実を図っている。さらに、痴呆については臨床病理学等の分野において未解決の分野が多いので医学面からの研究を進めている。今後とも、保健、医療、福祉の各分野の有機的連携が望まれる。

5 障害者に対するサービス

平均寿命の伸長、高齢者の増加等と並行して身体障害者、精神障害者等心身に障害をもった人の数も増加しつつある。例えば「身体障害者実態調査」(厚生省社会局)によると、身体障害者数(推計)は昭和45年の131万人から55年の198万人と約50%の増加となっている。特に、高齢者(60歳以上)の身体障害者数は107万人(55年)であり、全体に占める割合は45年の45%から55年の54%に拡大している。

昭和56年の国際障害者年において「完全参加と平等」がテーマとされているように、障害者に対する保健・医療・福祉サービスは、障害者が自立した社会人として、一般の市民と同様に、社会の種々の分野で活動し、生活を営むことが可能となる方向を目指して行われる必要がある。さらに、誰もが、交通事故によるけがや疾病等により障害者となる可能性をもっており、また、障害を克服して自立生活を営むことを自助努力にのみ委ねることには限界があることから、障害者の生活を社会全体として援助していくことが必要である。

昭和59年10月の身体障害者福祉法の一部改正は、このような考え方を踏まえ、障害者の社会参加の充実等身体障害者福祉対策の一層の推進を図る観点から行われたものである(60ページ参照)。

現在、障害者に対する保健・医療・福祉サービスは、障害者の障害の程度や種類別に応じて多様なサービスの提供が行われており、大別すれば、1)発生予防、治療、リハビリテーション等の保健・医療サービス、2)家庭奉仕員の派遣等の在宅福祉サービス、3)入所施設の整備等の施設福祉サービス、4)スポーツ振興等の社会参加促進サービスに分類できる(詳細は、第2部参照)。昭和60年度においては、障害者社会参加事業の充実や在宅障害者のためのデイ・サービス事業の拡充等身体障害者が家庭や地域で生活しやすい条件整備の推進、在宅心身障害児(者)の福祉の向上を図るため精神薄弱者福祉工場の創設や各種通園・通所事業の充実が図られている。今後とも、障害者のニーズに適切に対処するため、きめ細かなサービスの充実を図っていく必要がある。

(精神障害者対策)

昭和59年2～3月に実施された「精神衛生実態調査」の結果から、精神病院等の医療施設において医療を受けている精神疾患患者の社会復帰の方策について考えてみよう(注)。

(注) 昭和59年6月末における入院患者数は約33万8千人である。

年齢別に患者の分布をみると、35～44歳が最も多く、25～54歳の青壮年期が2/3を占めている。診断名別にみると、入院患者の場合、精神分裂病の割合が68%と高く、老年期及び初老期器質性精神病、精神薄弱、アルコール精神疾患、そううつ病が各4～6%を占める。通院患者の場合には、精神分裂病の割合が41%となり、神経症やそううつ病の割合が入院患者の場合よりも高くなっている。

また、入院患者のうち、近い将来において退院の困難な患者が41%、退院の可能性のある患者が57%である。どのような条件が満たされれば退院を促進できるかについては、主治医は、家族の受入れ(75.5%)を特に優先して考えており、次いで保健婦等の訪問指導(25.6%)、社会復帰施設(19.9%)、職親制度(15.6%)、精神科デイ・ケア(14.3%)等を挙げている(複数回答)。

精神障害者に対する治療の最終目標は、いうまでもなく患者が社会に適応して生活していくことができるようにすることにある。そのためには、この実態調査において患者の主治医が指摘するように、患者が治療を受けながらできる限り地域の中で社会生活ができる体制づくり(例えば、精神科デイ・ケア、ナイト・ケアや保健所による訪問指導の充実、通院患者リハビリテーション制度の充実、社会生活適応のための訓練施設の設置の推進)を進めていく必要がある。また、地域ごとに精神衛生センター、保健所等を中心として、精神障害者に対する相談事業をはじめ、関係機関との協力体制の整備、一般住民に対する啓発普及等、地域ぐるみの精神保健活動も重要である。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第3節 効果的で効率的なサービスの供給

1 家庭を支える日常的サービスの供給体制

本節では、保健・医療・福祉サービスの供給体制に関する問題を考察するが、まず、家庭にあって住民が身近に利用できる第一次的なサービスの供給体制をどのように作り上げていくかという問題を取り上げたい。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第3節 効果的で効率的なサービスの供給

1 家庭を支える日常的サービスの供給体制

(1) 成人病時代に対応した保健・医療サービスの提供

成人病時代の到来に対応して、健康増進、疾病予防から治療、リハビリテーションに至る一貫した保健医療体制の整備が急務となっている。成人病の特徴は、日頃からの健康づくりや生活の自己管理が予防のための条件であり、また、成人病にかかった場合においても、適切な治療と生活管理を行うことにより社会生活を営むことが可能な場合が多いという点にある。このため、健康づくり、生活の自己管理を支援するサービスを人々が身近な所で手軽に手に入れられるようにすることが重要である。

(健康づくり、疾病予防のための体制)

日常生活の場で適宜適切なサービスを提供していくためには、それぞれの地域の特色を踏まえたサービスを提供する必要がある。特に、健康づくりや疾病予防、更には日常的なリハビリテーションといった保健サービスについては、住民の生活に最も深いかかわりをもつ市町村が中核となって地域の実情に沿った形で実施することが最も適切である。市町村保健センターは、このような趣旨に基づき、老人保健事業の実施や母子保健サービスの提供など地域住民の日常生活に密着した対人保健サービスを総合的に実施する拠点であるとともに、住民が自主的に保健活動を行う施設として、全国に670か所(昭和60年3月)が設置されており、今後、その整備促進を図ることとしている。

また、保健所は、現在全国で855か所(60年3月)設置されており、成人病対策、母子保健対策等について自ら実施するとともに市町村に対し指導・協力を行うほか、専門的技術を要するサービス、多種の保健医療職種によるチームワークを要するサービス等市町村ではなかなか対応し難いより高次のサービスの提供に重点が置かれており、そのための体制整備が進められている。

さらに、健康増進センターは、個々人の健康度を医学的にチェックし、個々人に見合った運動指導、食生活指導等を実践的に行う場として現在全国で17か所設置されている。

今後は、これらの施設相互の機能分担とネットワーク化を地域の実情を踏まえながら進めるとともに、開業医や福祉サービス部門との連携をいかに効果的に作り上げていくかが課題である。

(家庭医の検討)

現在、医学・医療は専門分化が進行し、「人間」から「疾病」さらには「臓器」をみる傾向にあるといわれ、医師は病院勤務を希望する者が多く、プライマリ・ケアの中心的な担い手である開業医は高齢化してきている。更に、患者に対して十分時間をかけた健康相談や診断・治療が行われにくく、患者側にも大病院志向が強い。

開業医は、いうまでもなく、地域にあって病気やけがの治療に限らず地域保健や学校保健を始めとした保健サービスの推進に当たって大きな役割を果たしてきているが、今後の高齢化、疾病構造の変化等を考慮するならば、日頃の健康管理、健康相談や疾病特に一般的にみられる傷病等に対する診断・治療を十分に行うとともに、必要に応じ専門医療機関等へ患者を紹介するといったプライマリ・ケアを担い、医療の継続性の中心となる家庭医ともいふべき医師の育成、普及が求められているところである。

厚生白書(昭和60年版)

このような状況を背景として,こうした家庭医に関し,60年6月から「家庭医に関する懇談会」を開催し,幅広い見地から検討を行っているところである。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第3節 効果的で効率的なサービスの供給

1 家庭を支える日常的サービスの供給体制

(2) 在宅福祉を支える施設

福祉サービスについては、保健医療分野と連携しながら在宅サービスの一層の充実を図る必要があるが、そのためには地域における組織的な体制を確立していかなければならない。特に、住民が日常的に利用できる通所施設の整備地域社会に開かれた入所施設の運営については、老人や身体障害者の福祉センター、心身障害児総合通園センター等をはじめとしてデイ・サービス、デイ・ケアの機能を備えた施設を住民の利便と専門施設との連携を考慮しながら整備していくほか、特別養護老人ホーム、肢体不自由児施設等の入所型施設について、リハビリテーション、入浴サービス、療養や生活面の指導等これらの施設が有する専門的な機能を在宅者に提供するように体制の整備を図っていく必要がある。

1) デイ・サービス事業

障害をもつ老人や在宅の身体障害者に対し、日常生活訓練、入浴、給食等各種のサービスを提供するデイ・サービス事業は、特別養護老人ホーム等に付設されたデイ・サービス施設や身体障害者福祉センターにおいて実施されており、これらの施設は逐年整備が図られてきている。しかしながら、今後、要介護老人の増加を踏まえその拡充を図っていくためには、デイ・サービス施設の設置形態を弾力的なものとし、老人福祉センターや病院等でもデイ・サービスを行うことができるようにするなど地域の実情に応じ積極的な整備を進める必要がある。

2) 短期保護事業

通常は在宅で介護を受けているが、介護者の病気等により一時的に在宅介護を受けられなくなったねたきり老人等を特別養護老人ホームに短期間保護する在宅老人短期保護事業(ショートステイ事業)に対する需要が年々増大していることにかんがみ、60年度から、特別養護老人ホームに専用居室を整備するとともに、新たに養護老人ホームの空ベットを利用して虚弱老人も対象とすることとした。さらに、介護疲れなどの私的理理由も保護要件として認め、対象者の拡大を図った。

また、ねたきり老人等の場合と同様の趣旨で、在宅の重度身体障害児(者)についても緊急保護事業が行われ、施設への短期間の保護が実施されている。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第3節 効果的で効率的なサービスの供給

2 サービス供給のネットワーク化

保健・医療・福祉に関するニーズは、日常生活の場において処理可能な第一次的なニーズから高度な専門的サービスを必要とするものまで多種多様である。

人々の多様なニーズに対しサービスの供給側が適切にこたえていくためには、供給主体である保健医療関係施設や福祉施設等の役割を明確化していくとともに、第一次的なサービスの供給から専門性の高いサービスの供給までを有機的にネットワーク化していくことにより、それぞれのニーズにふさわしいサービスの提供が可能となるような仕組みをつくっていく必要がある。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第3節 効果的で効率的なサービスの供給

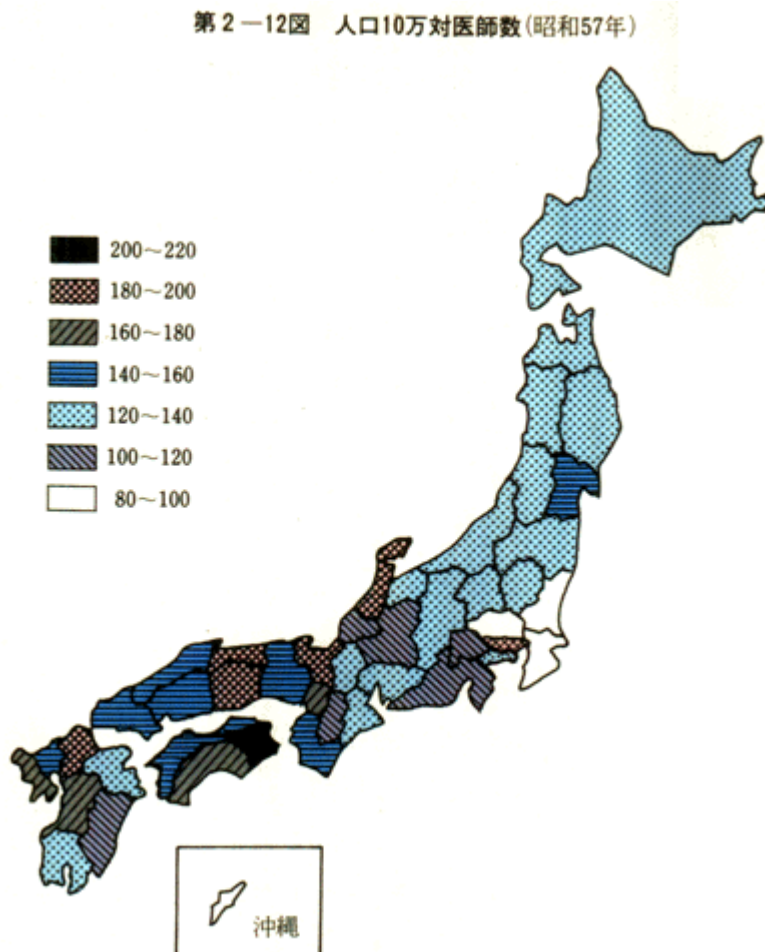
2 サービス供給のネットワーク化

(1) 地域保健医療のシステム化

我が国の医療サービスの供給については、次のような問題がある。

第一に、我が国の医療供給体制は、全体としてはかなり高い水準に達しているとみられるが、病床数や医師数等について相当の地域差がみられる。都道府県別に人口10万人当たりの一般病床数をみると、最高である高知県の1,871床に対し最低は千葉県の573床と、3倍以上の開きがある(59年末)。医師数をみると、最高の徳島県の人口10万人当たり200人に対し、最低の埼玉県は81人と約2.5倍の格差がある(第2-12図及び第2編参照)。

第2-12図 人口10万対医師数(昭和57年)



第二に、我が国の医療供給は、自由開業制を原則としているため、各病院・診療所はそれぞれ独立に設置され

ており、これらの相互間では必ずしも有機的な係がなされておらず、また、それぞれの医療機関が本来の機能を十分に発揮していない場合が多い。例えば、高度な医療機能を有する病院に軽症の患者が多数来院し、病院側はそういう患者の対応に手が割かれるために、本来の高度な医療機能が十分発揮されなかったり、本来プライマリ・ケアを担うべき診療所に高額な医療機器が導入され大きな経済的負担になるなどの状況がみられる。

これらの問題に対処するためには、各地域において医療需要の動向を勘案しつつ、各医療機関の機能の明確化と係強化を図っていく必要がある。

(地域の医療計画)

各地域において望ましい保健医療体制を確立していくためには、地域の実情に応じた保健医療に関する計画を策定し、これに基づいて地域住民が必要とする保健医療の確保を図っていくべきである。

現在、保健・医療に関する包括的な計画を策定し、これに基づいて保健医療施設の計画的整備等を進めているのは、北海道、岩手、秋田、福島、神奈川、山梨、京都、島根、広島、愛媛の10道府県であるが、これ以外にも相当数の都府県において計画策定のための基礎調査を実施するなど、計画策定の気運が高まりつつある。

厚生省としても、病院、診療所等の在り方を含む医療制度について見直すこととし、その第一歩として、地域における医療計画の策定とそれに基づく医療機能の体系的整備を図ることなどを目的とする医療法の改正案を一昨年来国会に提出している。医療計画の内容としては、医療圏を設定し、その医療圏における必要病床数を定めることとするとともに、医療機能に応じた病院の整備の目標や医療従事者の確保に関する事項等を盛り込むこととしている。また、国、地方公共団体は病院等の不足地域における整備等必要な措置を講じるよう努めるとともに、病床過剰地域においては、病院の開設等に関し、都道府県知事が勧告して病院病床の適正配置を図るなどにより医療計画の達成を推進することとしている。

(国立病院・療養所の再編成)

国立病院・療養所は、昭和20年発足以来国民医療の確保に大きな役割を果たしてきたが、この間に疾病構造の変化、他の公私医療機関の整備充実等医療をめぐる環境は大きく変化してきている。このような情勢の変化を踏まえ、国立病院・療養所は、適切かつ効率的な医療供給体制の確立という国民的課題にこたえるため、今後国立医療機関にふさわしい役割を積極的に果たしていく必要がある。しかし、国立病院・療養所の機能、要員等の現状及び国家財政の状況等を考えると、国立医療機関として維持すべき施設について機能強化を図るためには、その一方で、統廃合及び経営移譲が適当と考えられる施設について計画的に統廃合等を実施することが不可欠である。

このような考え方に立って、厚生省においては、60年2月「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本指針」を策定した。同指針の概要は次のとおりである。

(ア) 国立病院・療養所の果たすべき役割

国立病院・療養所は、高度先駆的医療等の政策医療、政策医療に必要な臨床研究、医療内容の高度化・多様化に応じた教育研修等を行うものとする。なお、地域における医療供給体制の中で一般的医療の提供は私的医療機関及び地方公共団体等の公的医療機関に委ねるものとし、国立病院・療養所は、その有する能力の範囲内で地域にとって必要な医療も行うものとする。

(イ) 実施体制の整備

(ア)の役割を果たすため、国立病院・療養所を、ナショナルセンター、基幹施設、高度総合診療施設、専門医療施設及び総合診療施設の五つに類型化して整備することとする。

(ウ) 統廃合等を検討すべき施設の指標

統廃合の対象とする国立病院・療養所は,(i)近隣に類似の機能を有する相当規模の医療機関がある場合で、病床数等からみて国立病院・療養所としての機能を果たすことが難しいもの,(ii)近接して国立病院・療養所があり、統合した方がより機能充実が図られるものとする。また、経営移譲の対象とする国立病院・療養所は、地域住民の一般的医療の確保の役割は果たしているが、病床数、診療機能、診療圏等を総合的に勘案して国が直営するよりも他の経営主体が経営することが適当と考えられるものとする。

今後、この指針を踏まえ、60年度中に統廃合等の対象施設の選定を含む再編成計画を策定し、61年度以降概ね10年を目途に再編成を実施することとしている。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第3節 効果的で効率的なサービスの供給

2 サービス供給のネットワーク化

(2) ニードに見合った施設体系の整備

ねたきり老人や心身障害児(者)は、保健医療面のニードと福祉面のニードを併せ持っている場合が多い。また、個々人のニードはもとより多様であるが、一個人をとっても、その人の障害の状況やライフサイクルの変化に応じて、そのニードは連続的に変化する。

今後の社会福祉施設等のハード面の整備に当たっては、このようなニードの多面性や連続性に十分配慮して、その体系化を図り、ニードを適切に充足する必要がある。

(中間施設の構想)

長寿社会の到来に伴って、要介護老人対策の推進が緊急の課題であることはいうまでもない。このためには、何よりもまず、健康管理や疾病予防対策を推進することにより、要介護老人の発生防止に努めるとともに、在宅処遇を基本とした各種在宅サービスと在宅ケアで対応できない要介護老人のための入所サービスが整合性をもって提供されるよう体系化されることが求められている。在宅サービスについては、先述したとおり、できる限り家庭で必要な医療、適切な看護、介護が行われるよう要介護老人の多様なニードに対応した各種のサービスがきめ細かに行われる必要がある。他方、入所サービスについては、従来、実態として、特別養護老人ホーム、病院等への入所・入院という形で行われてきたが、今後、保健医療面のニードと福祉面のニードを本来的に併せ持っている要介護老人の特性を十分に配慮して施設体系の整備を図っていく必要がある。

特に、現在、特別養護老人ホームと病院の役割や機能、サービスの内容、費用負担等については、制度上大きく異なっているにもかかわらず、入所・入院している要介護老人にはさほどの差異のないケースがみられ、特別養護老人ホームにおいては、医療・看護サービスの機能は必ずしも十分ではなく、病院に入院している老人の中には、社会的な理由もあって入院を継続している者が存在する。

今後こうした要介護老人の増加に対応していくためには、入所が行政による「措置」という形式で行われ、その費用も公費を中心としてまかなわれる特別養護老人ホームを主体とした対応では、財政的にも、また、要介護老人及び家族の有する多様なニードにこたえていく上でも問題がある。他方、病院においてこれらの者を受けとめることは、生活面での配慮が必ずしもなされないだけでなく、病院本来の使命である医療機能の発揮を損うことにもなりかねない。

このような問題点を踏まえて、要介護老人対策の在り方につき60年4月以来「中間施設に関する懇談会」において検討が行われてきたが、同年8月に、いわゆる中間施設の体系的整備を図っていく必要がある旨の報告が出されている。

同報告においては、中間施設の類型を（ア）在宅型施設と（イ）入所型施設に分け、（ア）については、デイ・サービス、ショートステイ等の在宅サービスを行う施設として、（イ）については、入院治療終了後のリハビリテーション、生活訓練や、病院に入院して治療するほどではないが、家庭では十分なケアのできない要介護老人に対する医学的管理・看護等を行う施設として位置づけている。

また、中間施設の整備に当たっては、保健・医療及び福祉の機能の連続性、既存施設の有効活用等の見地か

ら、病院、特別養護老人ホームに併設することも積極的に考えていくとともに、特に入所型施設については、病棟単位の病床転換等も可能とするなどの措置を講ずるべきであるとし、地域特性をいかす見地から、小規模施設、多目的(複合)施設など多様な形態を認めるよう配慮する必要があるとされている。

今後は、この報告を踏まえ、厚生省としては中間施設について早急に本格的な実施に向けて作業を進めるとともに、在宅サービスの積極的展開を図るため、その中心となるデイ・サービス事業、ショートステイ事業等につき大幅な拡充を図っていくこととしている。

(社会福祉施設の体系化)

身体障害者の施設に対するニーズには、リハビリテーションの過程、生活条件のほか、年齢や障害の程度といった多様な要素があり、これらの多様なニーズに適切に対応できるように施設を体系化する必要がある。

このような観点から、57年の身体障害者福祉審議会答申では、従来の15種類にのぼる身体障害者の施設を、1)社会復帰をめざす訓練の場としての更生施設、2)在宅生活の困難な者の生活の場としての生活施設、3)働く意欲と能力をもつ者の作業活動の場としての作業施設、4)デイ・ケア、文化活動、作業活動等のための地域利用施設、の四分類に体系づけることが提言された。

この提言の趣旨を踏まえ、59年の「身体障害者福祉法の一部を改正する法律」により次のような改正が行われた。

- 1) 従来障害の種別により定められていた更生施設が身体障害者更生施設として統一された。この趣旨は更生施設の概念に障害の種類を問わず多種多様の専門的訓練を実施することを目的とする総合リハビリテーションセンターの構想の実現に資するようにすることや施設運営の弾力化を図ることにある。
- 2) 身体障害者が地域社会で自立した生活を送ることができるよう、一定の設備を有する居室と日常生活に必要なケアを提供する小規模な生活施設として身体障害者福祉ホームを設けることとした。
- 3) 身体障害者に対する相談、健康増進、情報文化に関するサービスの提供等地域福祉対策の中核である身体障害者福祉センターを法律上明確に位置づけることとした。

(社会福祉施設の複合化等)

また、個々の社会福祉施設は、各々の施策体系の中で明確な目的・機能を有しているが、社会福祉施設の設置・運営を効率的に行うため、他の施設との複合化を図り施設の一部を共有するような工夫が行われている。

施設の複合化は、具体的には、施設の管理・運営に支障がない限り、設備の共有・職員の兼任を認めているものであり、社会福祉施設を地域福祉サービスの拠点とするという観点からも、今後、その一層の推進が図られるべきである。

さらに、民間の創意工夫を積極的に活用していくことにより特色ある施設サービスを提供するとともに、施設運営の効率化を図るという観点から、公立施設の経営を社会福祉法人に委託すること、ボランティア等を施設、地域の実情に応じ活用していくこと等、施設運営の方法について種々の工夫を行っていく必要がある。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第3節 効果的で効率的なサービスの供給

3 供給体制を支えるマンパワー

保健・医療・福祉分野におけるサービスの提供は、これまで述べてきた供給体制の整備を前提として、最終的には、医療従事者やホームヘルパーなど第一線の関係者に支えられており、人々のニーズが適切に充足されるかどうかは、これらマンパワーの必要数の確保、相互の連携協力、そしていうまでもないが、その熱意や資質によって決まるといっても過言ではない。他方、専門的マンパワーの養成訓練には多額の投資が必要であるから、ニーズの動向を踏まえつつ計画的に養成し、適正配置を図っていくことも重要である。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第3節 効果的で効率的なサービスの供給

3 供給体制を支えるマンパワー

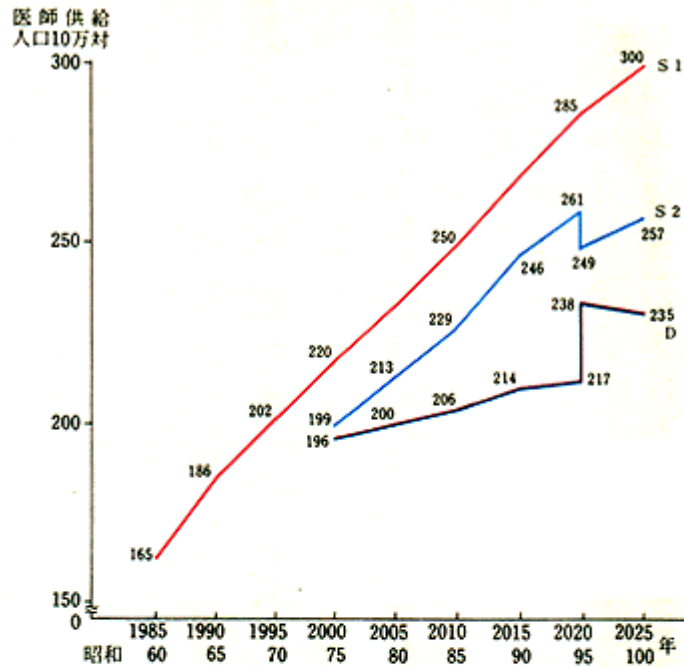
(1) 医師・歯科医師

医師数については、昭和45年に「昭和60年までに最小限、人口10万対150人の医師を確保する」という目標を策定し、これに沿って養成が進められてきた。この結果、医師数は一県一医大構想等の実現もあり、45年には人口10万人当たり127人だったのが、55年には141人となり、更に58年には総数約18万1千人、人口10万人当たり152人となり目標を達成したものと考えられている。しかしながら、現在の医師の養成数(60年4月1日現在の医科大学・医学部入学定員は年間8,340人)を勘案すると、人口10万人当たりの医師数は、75年には220人、100年には300人となり、その後も増加すると見込まれており、今後、医師数の増加に伴う問題が憂慮される事態を迎えることが予想される。

厚生省では、医師数について長期展望に立った対策を実施するため、「将来の医師需給に関する検討委員会」を59年5月から開催し、検討を進めてきたが、同委員会は、同年11月に中間意見を取りまとめた。中間意見では、医師数について、1)医師過剰による過当競争は、必ずしも医療サービスの向上につながらないという医療の充実の視点、2)医師養成数の過剰は、卒前の医学教育及び卒後研修の密度が薄くなるという医師養成の充実の視点、3)医師の増加が医療需要を生み出す傾向も否定しきれず、医療費の不必要な増大を招きかねないし、また、医師養成には多額の国費を要する以上、必要かつ十分な医師の養成にとどめるべきであるという国民経済の視点、4)医師数の過不足の問題に直面した時に、医師数を変化させる自由度をできる限り大きくしておくという医師数の時間的推移の視点から検討を進めた結果、供給を低く抑え、需要は高く見込んだ場合でもなお、昭和75年(2000年)ですでに供給と需要が均衡し、100年(2025年)には10%の供給過剰が見込まれる(第2-13図参照)という視点から、差し当たり昭和70年を目途に医師の新規参入を最小限10%程度削減すべきであると指摘している。

第2-13図 将来の医師需給バランス試算

第2-13図 将来の医師需給バランス試算



資料：「将来の医師需給に関する検討委員会」の中間意見
 (注) 医師供給の予測である S1 及び S2 並びに医師需要の予測である D の前提は次のとおりである。

医師供給	S1	国立公衆衛生院(方波見)推計 (入学定員に対する医師国家試験合格者の比率は、1.0176としている。)			
	S2	S1の推計に、70歳以上の医師は昭和75~95年までの間50%が、昭和95年以降はすべてが引退するものとし、さらに女性医師集団の活動能力が対男性医師集団比0.8となることとした場合の医師数			
医師需要	D	(1)診療に従事する医師需要	(2)臨床医1人当たり1日患者数	(3)非臨床系医師需要	(4)摩擦的需給ギャップ
		人口の高齢化による患者数の伸びに加え、昭和75年まで65歳以上の患者の傷病日数が毎年1%ずつ伸び、かつ、診療間隔が平均5%伸びるものとして患者数を伸ばした。	昭和75年~95年10%減 昭和95年以降15%減	昭和75年~95年1万人 昭和95年以降2万人	2%

同様なことは、歯科医師についてもいえ、その絶対数が不足していた45年には、60年までに最小限人口10万人に対し50人の歯科医師の確保が必要であるという目標が打ち出され、養成の拡大が行われてきた結果、58年の歯科医師数は6万6千人(人口10万人当たり55人)(推計値)と目標水準を超え、また、今後も急速な増加が見込まれている。

そこで、厚生省では、59年5月から「将来の歯科医師需給に関する検討委員会」を開催し、前述の医師需給と同様の視点から検討を行ったが、当面70年を目途に歯科医師の新規参入を最小限20%程度削減する必要があるという中間意見を59年12月にまとめている。

厚生省においては、医師数の不足しているへき地等における医師の確保施策の充実を図る一方、文部省をはじめとする関係各方面に医師・歯科医師養成数の削減について検討を願うとともに、医師数・歯科医師数について更に検討を進めているところである。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第3節 効果的で効率的なサービスの供給

3 供給体制を支えるマンパワー

(2) 薬剤師

薬剤師数は、現在約18万人と推計されており、毎年約8,000人の増加をみている。薬剤師については、医薬分業の進展状況に配慮しつつ、将来の需給バランスを見通すことが必要であると考えられるが、それと同時に近年の薬剤師職能の高度化、多様化に対応した資質の向上を図っていくことも大きな課題である。このため、薬剤師国家試験制度の改善について検討を進めるとともに、卒後の研修の場としての役割を担う調剤センター等の機能を充実していくこととしている。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第3節 効果的で効率的なサービスの供給

3 供給体制を支えるマンパワー

(3) 看護職員

保健医療サービスの充実を図る上で、看護職員が果たすべき役割は極めて大きなものとなってきている。

まず、保健婦は、国民の健康づくりを進める上で重要な役割を担っている。就業者数は59年12月現在2万1千人となっており、その多くは保健所、市町村に勤務している。

58年2月から実施されている老人保健法に基づく健康相談、健康診査、機能訓練等の保健事業については、その円滑な推進を図るため、57年度から5か年計画で必要なマンパワーを確保することとしており、特に、その中核を担う保健婦については、退職保健婦の活用等により計画的な増員を図っているところである。

看護婦(士)、准看護婦(士)については、その総数は48年に35万4千人、53年に46万3千人であったのが、第2次看護婦需給計画を立てるなど、その確保に努力してきた結果、58年には60万人へと増加している。

しかし、今後その需要は増大することが見込まれるため、引き続き養成力の拡充やナースバンクによる未就業者の活用等を図っていくことが必要である。

現行の看護制度は確立後35年が経過したが、その間に、医療分野においては、高度化が進み、多様な医療関係職種分化が進行してきた。

一方、従来の看護活動の場は、病院など医療施設が中心であったが、今後は、単に疾病の治療の補助のみならず、在宅ケア等地域における活動の場も重要になってくると考えられ、看護の果たすべき役割は、ますます広がるとともにその重要性は高まると考えられる。

したがって、こうした時代の要請に対応して看護制度の在り方等を検討し充実させていく見地から、厚生省では、関係有識者からなる「看護制度検討会」を60年3月より開催し、今後の看護制度の基本的方向を検討しているところである。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第3節 効果的で効率的なサービスの供給

3 供給体制を支えるマンパワー

(4) リハビリテーション従事者

人口高齢化に伴う脳血管障害患者の増加等によりリハビリテーションに対する需要の増大は著しい。医学的なリハビリテーションを行う専門技術者には、理学療法士(PT)と作業療法士(OT)がある。

PT,OTの免許取得者数は、それぞれ4,533人,1,751人(昭和59年末現在)であるが、今後の需要増に対応するためには、当面60年代前半までにPT6,000人,OT4,000人が必要と考えられている。

この当面の目標を達成するため、養成施設の整備、新設等を図ってきた結果、当面の目標の達成は可能となったほか、67年頃には需給が均衡するものと見込まれている。

今後は、質の向上に重点をおいた施策に移行することが必要となっており、現在、その一つとして、養成施設における専任教員の数や教員資格の在り方について見直しが行われている。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第3節 効果的で効率的なサービスの供給

3 供給体制を支えるマンパワー

(5) ホームヘルパー

在宅対策を進めていく上で、中心的な位置を占めるホームヘルプサービスについては、57年10月以降、低所得の世帯以外の世帯にもサービスが提供されるようになったが、これに伴って57年度以降ホームヘルパーの大幅な増員が行われ、その総数は、60年度には2万2千人となっている。

さらに、60年度においてはサービスの質的な充実を図るため、一般のホームヘルパーへの指導助言を行うチーフ・ヘルパーの制度を創設した。ホームヘルパーによる介護の対象となるねたきり老人等は、疾病を有している場合が多く、在宅での介護が困難となる場合も多いため、今後、ホームヘルパーと看護職員や老人福祉施設等の従事者との連携・協力が円滑に行えるような体制づくりを進めていく必要がある。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第3節 効果的で効率的なサービスの供給

4 私的サービスの拡大

80年という長い人生が一般的になってきたことから、健康や老後の福祉に対する関心が高まり、保健・医療・福祉分野においても、私的サービスが伸長しつつあり、従来から存在していた人間ドックや有料老人ホームの利用が増大するとともに、健康機器・福祉機器、いわゆる健康食品、活字の大きい出版物等新しい商品の販売やあるいは家事代行、老人介護のようなサービスを提供するもの等、新しい形態のサービスが登場してきている。

また、高齢者の場合、一般的に、退職等によりフローとしての現金収入は現役時代に比べて低下せざるを得ないが、貯蓄等の金融資産や土地、家屋等のストックとしての資産は若年世代よりも多額である場合が多いことから、こうした資産を安全にかつ有効に活用してゆとりのある老後生活を確保したいというニーズも生じてきている。

ここで、私的部門によるサービス提供の最近の動きについてふれてみよう。

昭和20年代から始まった人間ドックは、一般的に健康者に対して各種の臨床検査を行い健康状態をチェックするものであるが、健康保険の対象外であり利用者も少なかったことから、当初は極めて高額であり、かつ、検査時間もかかったため、利用者は一部に限られていた。しかし、その後、一般の健康意識の上昇、検診の自動化等によるコストダウン等により、現在では利用者は1年間に約90万人にのぼっていると推定されている。

有料老人ホームは、昭和20年代に既に存在していたが、40年代後半から経済的にも健康上も比較的恵まれた老人を対象として急増し、59年10月1日現在、92施設、在所者数は6,325名となっている。全老人ホーム中に占める割合は、施設数で3.3%、在所者数で3.2%にすぎないが、50年と59年の在所者数を比較すると2.5倍もの伸びを示しており、今後とも増加が見込まれている。

最近登場してきた新しい形態のサービスでは、例えば、ねたきり老人のためにおむつ交換や入浴、食事の介護を行うもの、在宅で食事療法を行っている者に特別食を毎日宅配するもの、福祉機器をレンタル・サービスするもの、ひとり暮らし老人等の財産保全のために老人に代わって財産管理を行うもの等々様々なサービスが芽をふきつつある。また、不動産を担保としてひとり暮らし老人のために生活費等の融資を行う金融機関も現われてきている。

こうした私的部門によるサービス供給の今後の動向を考えると、1)前述のとおり増大し、多様化しつつある国民のニーズに対して公的部門が全て対応することについては、財政的にもマンパワーの面からも困難であり、かつ、非効率的であること、2)有料であっても質の高い、満足できるサービスを受けたいとする需要マインドが生じつつあること、3)特に、増大する高齢者を対象にしたサービス(いわゆるシルバー・ビジネス)の拡大が十分見込まれること、4)サービス供給の量的拡大によりコストダウンも図りうること、等の理由から、今後ますます活発化していくものと考えられる。

しかし、一方で、私的な保健・医療・福祉サービスの多くは近年になって始められたものばかりであり、また、サービスの利用者が高齢者や障害者の場合が多いことを考慮すると、行政側としては、良質のサービスが安定的に供給されるよう適切な指導や必要に応じ規制を行うとともに、これらのサービスを育成するための条件整備を図っていくことが望まれる。例えば、有料老人ホームに対する融資制度の充実や施設基準の

厚生白書(昭和60年版)

整備等は、その健全な発展に資するものと考えられる。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第3節 効果的で効率的なサービスの供給

5 ボランティア活動の振興

所得水準の向上,自由時間の増大,高学歴化の進行等に伴い,女性や高齢者を中心としてボランティア活動に対する関心が高まっている。「ボランティア活動に関する世論調査」(昭和58年9月,総理府広報室)では,61%の者が「関心がある」と答えている。また,市区町村等の社会福祉協議会に設置されひるボランティアセンターに登録しているボランティア数は昭和55年の約160万人から59年の約257万人と急増しており,地域における老人や障害者に対する福祉活動,児童青少年の活動に対する支援等,重要な役割を果たしている(注)。

(注) 地域社会において,住民が主体となり社会福祉,保健福祉,その他の改善向上に関連のある公私関係者の参加,協力を得て,地域の実情に応じた住民の福祉の増進を図ることを目的とする民間の自主的組織。

ボランティア活動は,個々人の自発的意志を抛り所にしてはいるが,それぞれの創意工夫を生かして,行政側では充足することが困難な多様なニードに対してきめ細かなサービスを提供したり,地域福祉活動の支えとなったり,あるいは行政への橋渡し役を果たす等多様な機能を発揮することができる。

また,ボランティア活動の参加者の立場からみれば,創造性の発揮,生きがい感の創出,友人づくり,地域社会・人々との連帯感の醸成,社会福祉に対する理解の深化,人間性を豊かにすること等,さまざまな効用がある。

ところで,ボランティア活動を福祉サービスの供給主体としてみた場合,自主性,効率性といったメリットの多い反面,善意に基づく自発的な任意グループ又は個人の活動によるものであることから,財政基盤,サービスの質・内容,サービスの継続性等において安定性を欠くおそれがある。

したがって,国や地方公共団体としては,ボランティア活動を地域福祉活動の担い手の一つとして位置づけるとともに,その自主性を尊重しつつ,活動の基盤整備を図る必要がある。例えば,1)活動場所の整備,2)経験豊かな人材の育成,3)活動の資金的助成,4)ボランティア活動の情報の収集・提供等が挙げられる。このほか,ボランティア活動の推進のためには,ボランティア保険の整備等の措置が,活動のインセンティブを高めることになると考えられる。

厚生省としては,ボランティア活動の振興を図るため,昭和48年度からボランティア活動の育成援助,ボランティアの登録及び活動先のあっ旋,リーダーの養成訓練等を行うボランティアセンターの設置を推進している(注1)。さらに,60年度からは,福祉ボランティアの町づくり事業(ボラントピア事業)を始めた。これは,57市町村(60年度)をボラントピアのモデル地区に指定し,その市町村社会福祉協議会が行う福祉教育やボランティア研修,グループの組織化等の事業に対して助成することにより,一層の活動の振興を総合的に図ろうとするものである。

(注1) ボランティアセンターは,昭和59年12月末現在,全国ボランティアセンター,都道府県及び指定都市ボランティアセンター(11),市町村ボランティアセンター(473)がある。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第4節 サービスの費用と公平な負担

医療や福祉に関するサービスの費用は、どれほどの規模に上っているだろうか。また、その費用は、どのように負担されているだろうか。

本節では、医療サービスと福祉サービスの費用をめぐる様々な問題について、費用と負担との関係を軸として考察する。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

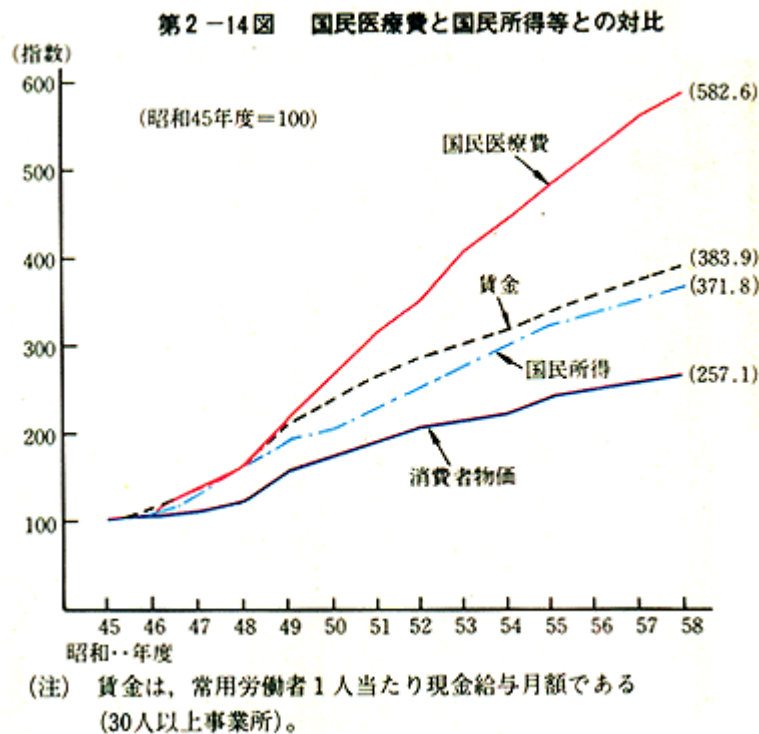
第4節 サービスの費用と公平な負担

1 医事サービスの費用と負担

(1) 国民医療費の動向

医療サービスの費用の規模を表す指標として国民医療費をとり、その動向をみてみよう(第2-14図)(注2)。国民医療費は、昭和53年度まで概ね二ケタの伸び率で推移し、54年度以降は一ケタの伸び率で推移しているものの依然として国民所得の伸び率を上回って増大してきている。

第2-14図 国民医療費と国民所得等との対比



(注2) 国民医療費は、病気やけがの治療に要する費用の総額を推計したものであり、正常な出産や健康の維持を目的とする健康診断等の費用は含まれていない。

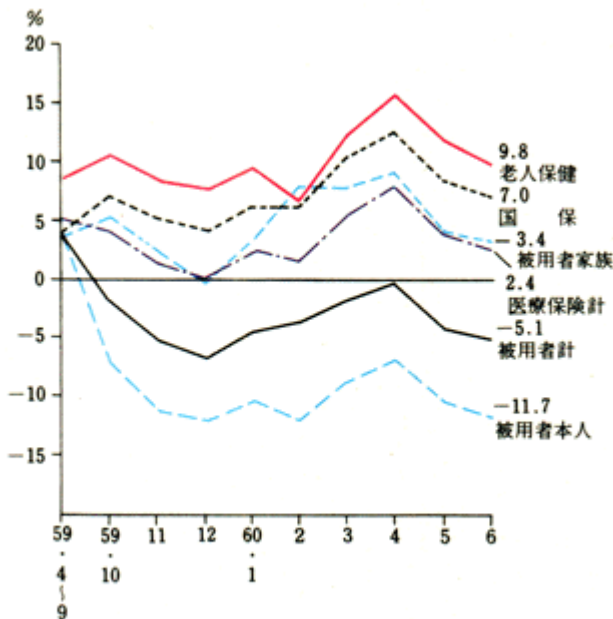
この結果、国民医療費の規模は、58年度には14兆5,438億円に達している。この額は、平均すると、国民1人当たり年間12万1,700円であり、月に1万円を超える額が医療に使われていることがわかる。国民医療費の国民所得に対する割合も次第に増え、48年度の4.1%から58年度には6.4%になっている。

次に、医療保険制度の改革が行われた59年度以降最近までの動向を保険医療費によってみてみよう(第2-15図)(注)。医療保険制度の改革が実施に移された59年10月以降60年2月までは、定率1割負担が導入された被用者保険本人の医療費がマイナスの伸びを示しているほか、医療費は全体的に鎮静化していたが、60年

3月以降全体的に増加傾向に転じており,特に老人医療費の伸び率が大きくなってきている。

第2-15図 制度改正後の医療費総額の伸び率(59年10月～60年6月の対前年同月比)

第2-15図 制度改正後の医療費総額の伸び率 (59年10月～60年6月の対前年同月比)



資料：厚生省保険局「保険医療費動向調査」

(注) 保険医療費とは,医療保険制度に係る医療費であり,生活保護の医療扶助,労災保険,自由診療等を含まない点が国民医療費と異なる。

このように,中長期的にも短期的にも,医療費の増加傾向は極めて根強いものがある。

医療サービスに要する費用の大宗を賄う医療保険は,現役世代が保険料や租税という形で負担しているが,国民医療費ベースで医療費の内容を年齢階級別にみると,65歳以上の者の総人口に占める割合は9.8%にすぎないのに,国民医療費に占める65歳以上の者の医療費の割合は34.4%にも上っており(58年度),医療保険制度は現役世代から老年世代への大きな所得再分配機能を有しているといえる。

また,医療費が国民所得の伸びを超えて伸張しているということは,結果的には現役世代から老年世代への所得再分配の程度が大きくなり,現役世代を中心に国民の負担が重くなってきていることを意味する。

今後の本格的な人口高齢化に伴って医療費が増えることは避けがたいとしても,その野放図な増加は,負担主体の負担意欲,活力を阻害し,制度の仕組みそのものに対する信頼を喪失させるおそれがある。このような事情を踏まえると,国民医療費の伸びは国民所得の伸びの範囲内に抑えていくことが是非とも必要である。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第4節 サービスの費用と公平な負担

1 医事サービスの費用と負担

(2) 医療費増大の要因と処方せん

医療費はどのような理由で増大してきたのだろうか。医療費増大の主要な要因として次の五点を指摘できる。

(ア) 高齢化の進展

高齢者は、有病率が高く、治療期間も長くなりがちである。そのため、70歳以上の者の1人当たり平均医療費は70歳未満の者の平均医療費の5.2倍となっている(昭和58年度)など、高齢になるほど医療費は高くなる。今後の本格的な人口高齢化、とりわけ後期高齢人口の増加により、医療費に対する高齢化の圧力はますます強くなるだろう。

(イ) 疾病構造の変化

第2節で述べたように、疾病構造は、がん、脳卒中、心臓病を中心とする成人病時代に移行している。これらの疾病は、治療期間が一般的には長いため医療費もかさみがちである。

国民医療費に占める成人病医療費の割合も逐年増加しており、53年度の25.9%から、58年度には30.0%に達している(注)。

(注) この割合は、国民医療費に占める悪性新生物(がん)及び循環器系の疾病(高血圧性疾患、脳血管疾患等)の割合である。

また、医療費に占める成人病医療費の割合は高齢者ほど高くなっており、60歳代では50.8%、70歳以上では74.8%を占めている(注1)。

(注1) 政府管掌健康保険の被保険者の59年4月診療分の入院について調べたものである。

高齢者の増加により医療費が増大することは先に述べたが、その内容は、成人病医療費の増加によるところが大きい。

(ウ) 医学医術の進歩

近年の電子工学、分子生物学等をはじめとする科学技術の進展はめざましく、その医療分野への応用も盛んであり、医療保険制度への新技術の導入も逐次図られてきている。例えば、60年3月の診療報酬改定ではNMR-CT(核磁気共鳴コンピュータ断層撮影)、超音波メス等が保険に導入され、また、60年8月からは、バイオテクノロジーを応用して作った抗ガン剤であるベータ型インターフェロンが保険薬として認められた(注

2)。

(注2) NMR-CTは、核磁気共鳴原理を用いたコンピュータ解析による断層撮影装置である。また、超音波メスは、腫瘍組織の無血的摘出を行うものである。

我が国における新技術の普及には著しいものがあり、59年末と53年末とを比べると、例えば、X線CTの設置台数は6.4倍、生化学自動分析装置の設置台数は4.5倍となっている。

このような新技術の保険診療への取り込みは、医療水準の向上をもたらすため患者にとっては福音であるが、医療費を押し上げることも事実である。

例えば、高額医療機器に係る検査料についてみると、58年度においてX線CTによる検査料が年額785億円、RI診断装置による検査料が同469億円、超音波診断装置による検査料が同870億円と推定されている(注3)。

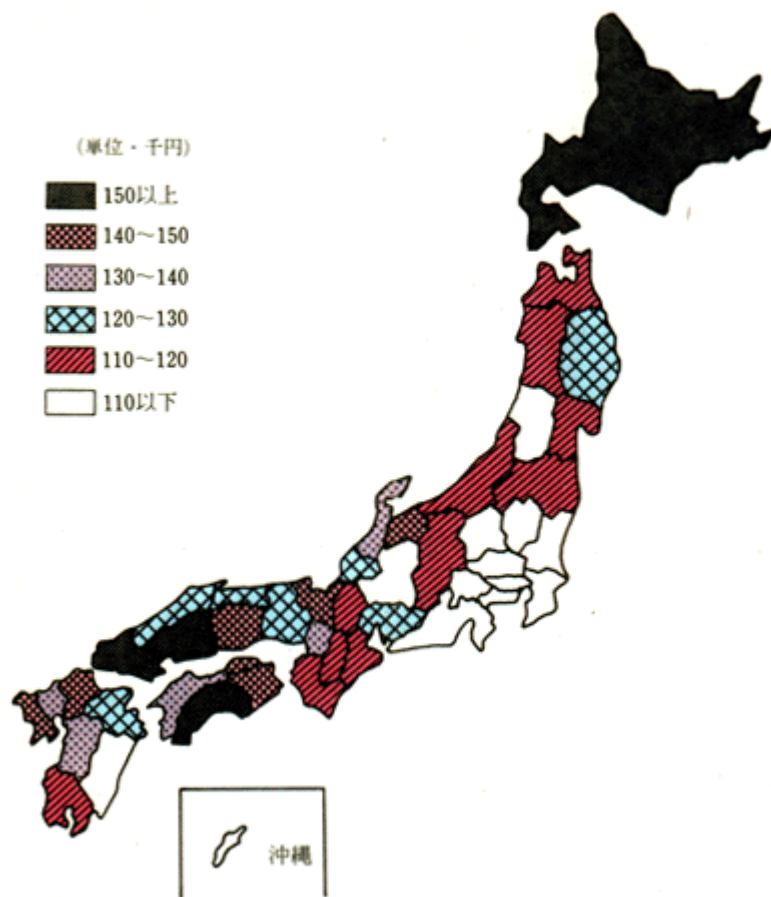
(注3) この数値は、58年6月の政府管掌健康保険のデータより推計したものである。

(エ) 需要と供給のメカニズム

都道府県別に1人当たり医療費を比べると、最も高い県と最も低い県では2倍以上の差があり、また、全国で見ると、概して西日本が高く東日本が低くなっており、「西高東低」の傾向がみられる(第2-16図)。

第2-16図 国民健康保険の一人当たり医療費の都道府県マップ(昭和57年度)

第2-16図 国民健康保険の1人当たり医療費の都道府県マップ(昭和57年度)

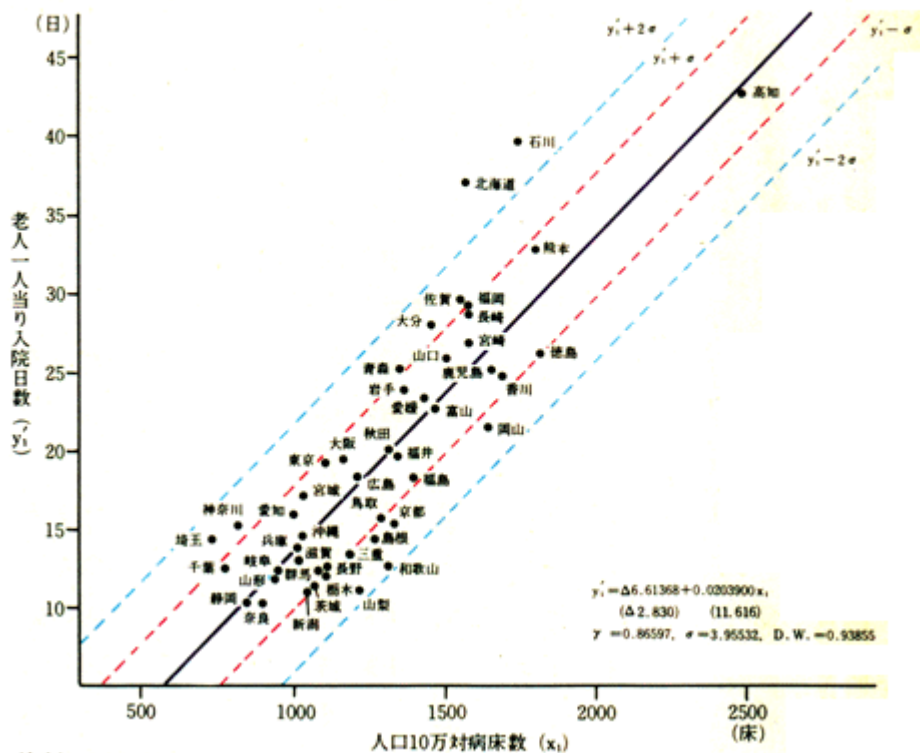


資料：厚生省保険局調べ

医療費の地域差には、人口構成、医療慣行の差異など種々の要素が背景にあるものとみられるが、医師数や病床数の多いところで医療費が高くなる傾向があることも事実である。例えば、第2-17図をみると、各地域の病床数が老人1人当たりの入院日数と強い相関をもっていることがわかる。

第2-17図 国民健康保険の入院日数と地域の病床数との関係(昭和57年度)

第2-17図 国民健康保険の入院日数と地域の病床数との関係(昭和57年度)



我が国では毎年病床数が約4万ベッド増え、約5千人の医師が新たに就業する。このような供給側の量的増大は、患者にとって医療が受け易くなるという面をもつ一方、新たな医療需要を生み医療費増大のひとつの要因となっている。

一方、需要側からみると、老人医療費の無料化(47年)、高額療養費の導入(48年~50年)等により保険の給付率が50年代前半まで逐次増加してきた結果、国民医療費に占める保険の患者負担分は、45年の16.7%から58年の8.8%へと減少している(注)。

(注) 58年2月に老人保健制度が実施され、老人医療に一部負担が導入された結果、患者負担分の割合は、57年度の8.6%から58年度の8.8%に若干上がった。

患者負担が下がることは、患者にとっては見かけ上医療の値段が下がることを意味するから、医療需要を拡大することとなるが、他方、医療費の増加に結びつくと共に、コスト意識が薄らぐことになれば無駄な受診を招き易くなるともいえる。

(オ) 診療報酬支払方式

我が国の医療費は、「現物給付出来高払方式」により、保険者から医療機関に支払われている。この方式は、個々の診療行為ごとに一定の価額を定め、個々の価額を積み上げた額を医療機関が保険者に請求する方式であり、患者には受診を容易にし、医療機関には手厚い治療へのインセンティブを与えるというメリットがあるが、反面、医療機関側にコストを節約しようというインセンティブの働きにくい仕組みであり、薬づけ、検査づけといった過剰診療や入院期間の長期化を助長する面があることも否めない。

医療費に占める薬剤の割合については、58年度の薬剤費比率は、35.1%(診療所では39.4%)になっている。また、医療費に占める検査料の割合は、検査技術や検査機器の進歩もあって急増してきており、48年度の6.6%から58年度には12.5%に倍増している。

さらに、我が国の患者の入院期間は、一般病床で39.2日(58年)となっており、欧米諸国に比べ、際立って長期間

となっている。なかでも老人の入院期間は82.7日(58年)となっているが、医療上の必要よりも、社会的な理由で入院が長期化するケースも多いと考えられる。

さて、以上の(ア)から(オ)に述べた医療費の増大要因に対する処方せんとして、どのような対応策が考えられるだろうか。

まず、(ア)高齢化の進展や(イ)疾病構造の変化については、成人病対策という観点から、生涯にわたり、また、健康増進、疾病予防からリハビリテーションにいたるまで、健康づくり・健康管理対策を推進していくことが最大の課題である。

(ウ) 医学医術の進歩については、その費用と便益を計り、医療の向上に寄与する度合やその普及の程度を勘案しつつ保険の対象に取り込んでいく必要がある。また、技術開発の成果をいかにコスト節約の方向に導くかということも今後の課題である。開発側にコスト節約への誘因を与えるとともに、医業経営側の経営努力を適切に評価するようなシステム上の工夫を検討する必要がある。また、高額医療機器の共同利用を図るなど、技術進歩の成果についても、医療供給体制の効率化に資するようにしていかなければならない。

(エ) 需要と供給のメカニズムに係る問題については、供給面につき第3節で述べた医療供給体制の効率化(地域の医療計画の策定等を通じた医療機関の適正配置と連携強化、高額医療機器の共同利用等、医師等の数の過度な増加の抑制)を進めることが結果的に医療費の膨張を抑えることに寄与すると考えられる。

また、需要面については、患者負担の適正化を図ることにより、患者側に健康の自己管理を促すとともに、医療機関と患者の双方にコスト意識を喚起し、医療費の無駄な支出を極力排除する必要がある。

(オ) 支払方式に関する問題については、現物給付出来高払い方式の長所を守るとともに、他方で、薬づけ、検査づけに結びつき易いなどの短所を是正するよう、診療報酬や薬価基準を合理化し、適切なサービスの提供がなされるようなインセンティブを仕組む必要がある。

このような観点から、診療報酬については、薬・検査中心の医療から、医師の技術やプライマリ・ケア、生活指導に重点をおく医療への方向づけを図るために、56年、58年及び59年の改定に続き、60年3月から平均3.3%引上げの改定を行った。今回の改定の具体的内容は、次のとおりである。

- (i) 病院、診療所の本来的機能を十分発揮させるよう、病院の入院機能、診療所の外来機能を重点的に評価するとともに、病院・診療所間の連携の強化を図ったこと
- (ii) 医療機関相互間の検査データの共同利用を促進するなど医療資源の有効活用を図ったこと
- (iii) 在宅医療、職場復帰医療の充実を図るとともに、往診、救急措置を評価するなどプライマリ・ケアの推進を図ったこと
- (iv) 手術料の再評価、引上げを行い、診療行為間のアンバランスの是正を図ったこと

次に薬価基準については、市場で形成されている実勢価格が薬価基準に迅速かつ適切に反映されるよう、毎年薬価調査を行いその結果を薬価基準に反映させるとともに、基準全体の見直しを少なくとも3年に1回行うこととするなどの措置を講じていくこととしている。

このような方針の下に、近年では、58年1月に4.9%、59年3月に16.6%の薬価基準の引下げを行ったほか、更に60年3月には、6.0%の引下げを行った。今回改定の主たる内容は、

- (i) 部分改正としたこと
- (ii) 昭和57年9月中医協答申に基づき、バラツキの大きい品目は81%バルクライン方式、また、バラツキの小さい品目は90%バルクライン方式により算定したこと(注)
- (iii) 銘柄間格差の著しい品目の改正に当っては、その格差の是正を行うこととしたこと
- (iv) 採算割れ品目及び相場品目について必要な対応を図ったこと

(v) 市場競争原理のはたらかない大型寡占品目についても改正を実施したことである。

(注) 81%バルクライン方式とは、医薬品の取引価格の安いものから順に並べて81%めに相当する量に対応する価格をもって薬価基準価格とする方式である。

また、現行の支払方式を悪用した医師の不正請求、過剰診療などの事例が一部にみられるが、このような行為を防止するため、厚生省においては保険医療機関、保険医に対し、年間延べ約15万8千件(58年度)の指導を行うとともに、悪質な保険医療機関については、監査を実施している。

さらに、入院医療費の最近の動向も踏まえ、老人病院を含むチェーン病院や許可病床を上回る入院患者を有する医療機関に重点をおいて個別指導を実施しているほか、近年一部に不正の発覚した基準看護病院の総点検を実施するとともに、医療機関、ケースワーカー等が一体となって医学的に必要がないのにやむを得ず入院を継続している長期入院者の家庭復帰の促進に取り組む等の医療費適正化対策を推進することとしている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第4節 サービスの費用と公平な負担

1 医事サービスの費用と負担

(3) 医療費の費用負担

国民医療費は、社会保険料、公費及び患者負担の三者で負担されており、医療費の費用負担の問題は、この三者の負担をどのように組み合わせ公平性を確保していくかという点に帰着する。

このような観点から、患者負担の問題についてみると、現在、その割合は、患者が属する制度ごとに異なっており、被用者保険の本人は、医療費の1割負担、家族は入院2割、外来3割負担、国民健康保険は3割負担(退職被保険者については2割負担)となっている(注)。

(注) 高額療養費制度によって、国民の負担限度は月5万1千円(低所得者は3万円)とされており、この点においては国民の負担は等しい。この制度が存在するため、実際の患者負担の割合は、平均して被用者保険本人2.2%、家族21.1%、国民健康保険23.5%となっている(58年度)。

被用者保険の本人については、昨年の医療保険制度の改革において、日常生活における健康管理を促し、医療機関と患者の双方にコスト意識を国会の承認を得て2割負担とすることとされている。

医療保険の給付率については、国民だれもが、その属する制度を問わず平等であることが望ましいと考えられ、被用者保険本人の定率負担導入は給付率の公平化への第一歩と位置づけられる。今後は、財源を含め全体としての国民負担の動向等を考慮しつつ、現在入院8割・外来7割の被用者保険家族及び入院・外来7割の国民健康保険加入者を含めて、60年代後半のできるだけ早い時期に給付率を8割程度で統一することが適当と考えられる。

また、老人医療の一部負担については、60年7月の老人保健審議会の「老人保健制度の見直しに関する中間意見」において、「老人医療費の大部分を後代の若い世代に依存している事情等を考慮すると、必要な受診を抑制しないよう慎重に配慮しながら、老人にとって無理のない範囲内で定額負担の増について検討すべきである」との指摘がなされており、厚生省においては、現行の入院1日300円(2か月限度)、外来1月400円を61年6月より、入院1日500円(限度徹廃)、外来1月1000円に引き上げる方向で検討を進めている。

次に、社会保険料、公費に係る部分の負担の在り方の問題については、各々の負担者の負担能力を勘案し、国民連帯という見地から、58年2月より実施された老人保健制度において老人医療費の負担の公平化を図り、さらに昨年の医療保険制度改革において退職者医療制度を創設した。

すなわち、老人保健制度においては、医療保険の各制度間で老人の加入割合に差異があるために老人医療費の負担に著しい不均衡が生じていたのを、医療保険制度の各保険者が共同で費用を拠出することにより国民が連帯して費用を負担する仕組みを導入した。

老人保健制度は、こうした老人加入率の格差という各保険者の責任に帰せられない要因による老人医療費の負担の不均衡を是正し、各制度間の負担の公平化を図るため、加入者按分方式を採用しているが、この方式により公平に負担する割合は、現在、老人医療費の半分を下回っており、必ずしも十分な調整とはなっていない面がある(注)。このため、60年度においては、国民健康保険では加入者千人当りで94人分の老人医療費を負担しているのに対し、組合健保では46人分、政管健保では54人分の老人医療費を負担する形になってい

る。

(注) 老人保健制度では、各保険者の拠出金は、各々の保険者に係る老人医療費の額と老人加入者の割合を合わせ考慮して決められている。老人加入者の割合を考慮して決められる加入者按分の部分は、現在、老人医療費の44.7%(60年度)である。老人保健審議会の前述の「中間意見」においては「加入者按分率についての多数意見は、老人加入率という保険者の責任に帰せられない要因に帰因する負担の不均衡を是正し、老人の医療に要する費用を公平に負担するという観点、また、今後の人口高齢化の動向等をも踏まえ、100%をめざして検討すべきであるというものであった。」と述べている。これを受けて厚生省においては、加入者按分率を2年間で段階的に100%に引き上げることをめざし、61年度については、急激な負担増を避けるという点を考慮して80%とする(61年6月実施)との方向で検討を進めている。

また、退職者医療制度の創設は、従来、被用者保険の退職者は通常国民健康保険に移行するため、その医療費は国民健康保険の若年層が負担する結果となっていたのを、被用者保険の現役が引き続き支えることとし、ライフサイクルを通じて負担の公平化を図ることを目的として行われた。

しかしながら、現在においてなお、負担者間における負担の差異は存在しており、費用負担の問題については、負担を公平化するという方向で、一層の調整を図っていく必要がある。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第4節 サービスの費用と公平な負担

1 医事サービスの費用と負担

(4) 特定療養費制度の導入

国民の生活水準の向上,価値観の多様化等を反映して,医療サービスに対する国民のニーズも多様化しているおり,日進月歩の医学医術の進歩と医療保険制度とをどのように調整していくかということが行政的課題となっている。

このような動向を踏まえ,59年の医療保険制度改革の一環として,特定療養費制度が導入された。

特定療養費制度の内容の第一は,高度先進医療と医療保険制度との調和を図ったことである。従来,保険に導入される前段階の新技术を含む診療は,診療全体が自由診療とされ,保険給付の対象とはなっていなかったが,今回改正においては,保険診療と自由診療との混在を認めることとし,特定承認保険医療機関として認められた大学病院等の医療機関において高度先進医療を受けた場合には,初診,検査,入院等の診療の基礎的部分について「特定療養費」を支給することとし,保険給付の対象とすることとした。

なお,高度先進医療の内容は,特定承認保険医療機関の申請に基づいて個別に判断されるが,具体例としては,人工臓器,電磁波温熱療法等が実施されている。この高度先進医療については,定期的に保険導入について検討を行うこととしている。

第二に,従来から保険医療機関において患者が希望して,特別な病室に入院したり金合金等を使って前歯部について一定の治療を受けた場合には,運用上差額徴収が認められてきたが,今回改正では,差額徴収を法令上明確に位置づけ適正な運用を図っていくこととした。

なお,三人室以上の差額ベッドについては速やかに解消を図るという方針に変わりはなく,従来どおり指導の徹底を図っていくこととしている。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第4節 サービスの費用と公平な負担

2 福祉サービスの費用と負担

福祉サービスは、かつては所得の少ない人々に対する救貧的対策として、国や地方公共団体が無料で提供するサービスという性格が強かった。しかし、今日、核家族化の進行や高齢者世帯の増加などによる家庭機能の低下、生活水準の向上や生活意識の変化などによる国民のライフスタイルの変化などによって国民のニードは変化し、福祉サービスは老人の介護や児童の保育など低所得者層をこえて広がり、同時にサービスの内容も多岐にわたっている。

このようなサービスの多様化や対象の拡大によって、福祉サービスの供給に要する費用とその負担の在り方について様々な問題が生じてきており、負担の公平の観点あるいはサービスの効果的、効率的な提供の観点から課題の解決が求められている。

その第一は、サービスの利用者は受益の程度と負担能力に応じて適正な費用負担をするという考え方を確立することである。

福祉サービスが、一定の所得層に限定されずに、必要とする人は誰もが受けることができるようになると、サービスの利用者と非利用者との間の負担のバランスを図るとともに、不急なサービス提供による資源の浪費を防ぐ等の見地から、国民が日常、対価を支払って購入している財やサービスの場合と同様に、基本的にはサービスの受益にあたって費用負担を原則とする必要がある。

しかしながら、福祉サービスは国民生活にとって必需的なニードを充足するものであるもので、受益者負担の導入によって必要なサービスが受けられないということがあってはならない。したがって、低所得者に対しては負担の軽減を図るなど、受益者負担の水準は受益の程度と負担能力に応じたものとしていく必要がある。

このような観点から、これまでも受益者の費用負担について見直しを行ってきたが、昭和60年度においては次の措置を講じた。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第4節 サービスの費用と公平な負担

2 福祉サービスの費用と負担

1) 老人ホームの費用徴収基準の見直し

特別養護老人ホーム、養護老人ホームの入所費用については、入所者は収入額、扶養義務者は所得税課税額に基づいた費用徴収基準によって費用の一部を負担している。この費用徴収基準については、中央社会福祉審議会の意見具申に基づいて、在宅で生活している老人との負担の公平を図る見地から、年金制度の成熟化などによる老人の負担能力の向上を勘案しつつ適正化、公平化を進めることとしており、60年度においては入所者からの費用徴収の上限額を引き上げるとともに、入所者の食料費(材料費分)については原則自己負担とした(注)。

(注) 被措置者徴収限度の引き上げ額は、養護老人ホームは1万円(5万円 右矢印 6万円)、特別養護老人ホームは2万円(6万円 右矢印 8万円)である。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第4節 サービスの費用と公平な負担

2 福祉サービスの費用と負担

2) 家庭奉仕員(ホームヘルパー)派遣事業の費用負担基準の改正

家庭奉仕員の派遣については、昭和57年度から対象世帯の所得要件を撤廃するとともに、その費用負担については世帯の所得税年額の階層区分によって格差を設け応能負担制度を採用している。60年度においては、負担費用をより負担能力に即したものとするために税額の階層区分を細分化することによって、負担能力の大きい階層に負担の増額を求めるとともに、一部階層では軽減を図ることとした。この改正によって費用徴収基準の最高限度額は、前年度税額42,001円以上の世帯で1時間当たり650円となり、このような世帯が1回2時間、週2回の派遣を受けた場合の月間の負担額は10,400円となる(注)。

(注) この税額を、夫婦、子供2人とねたきり老親の世帯(老親の年金が140万円)をモデル的に想定して年収額に換算すると約540万円(月額45万円)となる。

このほか、61年度からは、障害基礎年金制度の創設による障害者の所得保障の充実に伴い、身体障害者更生援護施設の施設利用について費用負担制度を導入することになっており、現在、その方法についての検討を進めている。

以上のように、福祉サービスの費用負担について逐次受益の内容や負担能力に応じた受益者負担の拡大を図ってきているが、今後、さらに負担能力の評価に収入や所得ばかりでなく資産を含めることや費用の高くなるサービスについては民間保険等の活用などを検討する必要がある。

第二は、福祉サービスの費用を社会保障制度全体の中で他のサービスの費用と整合性のあるものとすることである。

これまで社会保障制度は医療、社会福祉など、それぞれ独自の歴史的経過を経て整備され、その費用についても各分野で異なった体系として組み立てられてきている。このため、ニードの多様化に対応してサービスの内容も多様化したことにより、類似のサービスが異なった費用体系の中で供給され、したがって費用の負担についても著しい相違が生じるなど、整合性を欠く問題が生じてきている。

例えば、ねたきり老人の処遇に対する費用についてみてみよう。ねたきり老人は、現在、自宅か特別養護老人ホームあるいは老人病院などの施設で生活をし、介護を受けている。病院へ入院した老人と特別養護老人ホームへ入所した老人をみると、実態上同じような処遇を受けている場合がしばしば見られる。一方、その費用は、入院の場合は医療保険の体系で、施設入所の場合は社会福祉の措置費体系の中で負担することとなり格差が生じている。老人が入院又は入所することによって要する費用とその負担について比較すると、入院の場合の総費用は老人医療費の平均(入院分)でみると月額約28万円である。この場合、自己負担は30日間入院した場合で9千円(ただし、連続して3か月以上の入院の場合は3か月目以降の負担はない)で、自己負担の割合は約3.2%となる。一方、特別養護老人ホームへの入所の場合の措置費用は、施設の設定地域や規模によって異なるが、例えば東京都における50人規模の施設の場合で約20万円である。これに対して自己負担は前述のとおり収入や所得によって異なるが、全国平均では負担の割合が8.5%程度、月額1万7千円程度となっている。さらに、在宅で介護を受けている老人については、その家族が在宅サービスを利用しつつも、老人の介護費用も含め生活費用を自ら負担しており、施設入所者の費用負担について考える場合、こうし

た在宅者との均衡を十分考慮する必要がある。

今後、保健福祉の有機的連携を図っていくためにも、一方で施設の機能の明確化を図りながら、福祉サービスの費用負担については、サービスの内容や在宅と施設入所のバランスなどを総合的に勘案し社会保障制度全体の中で整合性のとれたものとしていく必要がある。

なお、先に述べた「中間施設に関する懇談会」は、中間施設の費用に関する問題に触れ、維持運営費については公費負担のみに依存するのではなく、保険財源の導入も検討されるべきであるとしつつ、サービス等の費用負担については、適当な水準の利用料を徴することとし、その水準は在宅サービスと入所サービスとのバランスにも配慮し、要介護老人に対する各種サービスの費用負担の在り方について、将来的に体系化を図っていく必要があるとしている。

第三は、福祉サービスの適切な供給を前提とした上で、コスト低減の努力を払うことである。

福祉サービスの費用は、受益者負担分はもちろんのこと、公的負担分についても国民の一人一人が負担していることにはかわりはない。今後、人口の高齢化などにより福祉ニードはますます増加すると考えられるが、限られた費用の中で、増大するニードに応えていくには、効率的なサービスの供給を図り、コストを低減させていく必要がある。

そのためには、在宅福祉サービスにおいては近隣住民やボランティアの協力もサービスの効率的供給に資するものと考えられる。

また、施設サービスについても、経営努力が正当に評価されるような仕組みの導入が今後の検討課題となろう。

さらに近年、エレクトロニクス技術や素材技術などの発展を背景として、多機能ベッドや歩行補助具など新しい福祉機器の開発が進んでいる。しかしながら、その多くは少量多種生産のため高価である。したがって、リース制度の活用を進めるとともに、障害を持つ人や介護をする人が利用しやすい安価な福祉機器の開発を促進する必要がある。

以上のほか、福祉サービスに関する国と地方の費用負担については、国と地方の役割分担の在り方と併せて検討を進めているところである。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第4節 サービスの費用と公平な負担

3 民間保険の動向

近年、民間保険の分野においては、医療ニーズや福祉ニーズの多様化、高度化に対応した種々の動きがみられる。

例えば、医療費用に関しては、既に、入院費用の一部に充てるものとしての入院特約やガン保険等の単独疾病保険がかなり普及している(入院保障特約は、59年度の保有契約数約6,565万件に達しており、5年前の約1.5倍)ほか、種々の保険商品が開発・検討されている。

また、福祉の分野に関しても、老後において痴呆やねたきりになった場合に介護給付金等を支給する「痴呆保険」や「ねたきり老人介護保険」が登場してきている。

他方、損害保険においても、傷害保険が件数、保険金額とも大幅に伸びており、疾病や障害に対する保障ニーズの高まりを反映しているが、最近では、差額ベッド代等に着目した医療費用保険も検討されている。このように、医療ニーズ、福祉ニーズに対応する保険商品が、「第3の分野」として、生命保険・損害保険の双方から開発・研究されてきている。

公的制度によって高度化、多様化する国民のニーズの全てに応えることには自ずから限界があることから、公的保障を中心としながらも、これを補完するものとして民間保険の活用は大いに検討されるべきものであろう。

ただ、民間保険の在り方いかんによっては、医療費等の無秩序な膨張を招くおそれもあり、適切な設計が行われる必要がある一方、公的制度については本来の役割を着実に果たしていくべきことはいうまでもない。こうした観点から、公的制度と民間保険の適正な役割調整とともに、民間保険の適切な誘導が必要である。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第5節 研究開発とサービスの質的向上

1 科学技術の進歩と保健・医療・福祉

マイクロエレクトロニクス、バイオテクノロジー、材料科学等の分野における近年の著しい科学技術の発展は、保健・医療・福祉の分野においても、大きな影響を及ぼしつつあり、今後、人間の潜在的な能力を引き出し、より豊かな生活をもたらすものとして大きな期待が寄せられている。例えば、福祉機器等の活用により、ハンディキャップを有する高齢者、身体障害者等の潜在的な生活・職業能力を引き出すことが期待されるし、また、がん、難病等の治療研究、新医薬品や人工臓器等の開発は、人々の寿命を延長させ、より豊かな人生の可能性を広げることにつながるであろう。

したがって、保健・医療・福祉の分野における研究開発は、積極的に取り組んでいく必要があるが、一方でこれが人々の生活に直接関連するものであるため、次のような点に留意することが必要である。

- 1) 福祉機器等の研究開発には、老人、障害者等、技術を使う側の立場を十分配慮していくこと。
- 2) 高額医療機器の開発は、医療水準の向上をもたらす一方で、コストのかかる診療行為や検査等を増加させる側面がある。したがって、今後は、費用の面を十分に勘案し、社会的資源を適正に利用するという観点から研究開発を進めていくこと。
- 3) 医療技術の進歩によって、体外受精、遺伝子診断・治療等が可能となったが、このような技術の進歩は、人間性についての価値観や死生観に深く関わる問題を引き起こしていることから、こうした面に対しても慎重に配慮すること。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第5節 研究開発とサービスの質的向上

2 研究体制の整備

組換えDNA技術,実験動物,新材料等基盤技術の総合的,体系的な研究開発を進めることは極めて重要であり,そのために,必要な研究実施体制を整備するとともに,こうした研究による成果を個別の分野で積極的に活用していくことが必要である。

このため,厚生省においては,国立試験研究機関の在り方を見直し,その研究体制の強化を図ることとし,国立予防衛生研究所,国立栄養研究所及び病院管理研究所の業務及び組織の見直しと相互協力の促進等を進めることとしている。

また,研究開発の推進のためには,民間との協力が不可欠であり,受託研究制度の充実,共同研究制度等により民間活力の導入を促進するとともに,民間研究機関との密接な連携を図ることが必要である。

さらに,国際協力の推進も不可欠である。日本に対する二国間の科学技術協力の要請は,近年,とみに増大しており,先進国,途上国を問わず国際協力に前向きに取り組んでいかなければならない。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第5節 研究開発とサービスの質的向上

3 研究開発の動向

(1) 対がん10カ年総合戦略

昭和58年6月,がん対策関係閣僚会議において,10年を目途にがんの本態解明を図り,その成果を予防,診断及び治療に反映させることを目標として,「対がん10カ年総合戦略」が策定された。

この戦略に従って,1)ヒトの発がん遺伝子,2)ウィルスによるヒト発がん,3)発がん促進とその抑制,4)新しい早期診断技術の開発,5)新しい理論に基づくがんの治療法の開発,6)免疫制御機構及び制御物質の6分野について,我が国のトップ・レベルのがん研究者を中心とするプロジェクト・チームを編成し,研究の推進を図っている。

また,プロジェクト研究を円滑に進めるため,リサーチ・レジデント制度による若手研究者の育成・活用,リサーチ・リソースバンク(細胞・遺伝子銀行)の設立,国際共同研究,外国への研究者派遣・研究委託等各種の研究支援システムの整備も行われている。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第5節 研究開発とサービスの質的向上

3 研究開発の動向

(2) 難病研究

原因が不明で、治療方法が確立されておらず、かつ、後遺障害を残すおそれの少ないいわゆる難病については、医病費負担の軽減や国立病院・国立療養所における病床の整備を図るとともに、その原因、治療方法等に関する研究を推進している。

難病の研究においては、個々の難病の診断、治療方法の研究を進めるほか、いくつかの難病に共通する基礎的な研究テーマとして、免疫異常の発生機序、難病の疾患モデル、難病の宿主要因、難病の疫学などの問題も取り上げ、研究の促進を図っているところである。これらの基礎的な研究の中では、バイオテクノロジーの進歩により、疾患の診断等について新しい知見も得られつつある。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第5節 研究開発とサービスの質的向上

3 研究開発の動向

(3) 医薬品の研究開発

医薬品は国民の生命、健康を守る上で欠くことのできないものであり、優れた医薬品の開発が不断に求められている。我が国の医薬品産業においても活発な研究開発が行われているが、基礎的分野における投資が少ないことなどから、独創的な研究という点では欧米諸国に大きく遅れをとっている。特に最近のバイオテクノロジーをはじめとする先端技術の進展に伴い、画期的な医薬品開発への道が開けつつあるが、この分野においても、我が国はその基本的技術をほとんど欧米に頼っているのが現状である。

医薬品の研究開発は基本的には民間企業が主体となって行うものであるが、その開発には10年以上の年月と巨額の費用が必要であり、特に、1)稀用医薬品等医療上必要であるにもかかわらず市場性に乏しいため、民間企業のみ委ねては開発が期待できない医薬品の研究開発、2)バイオテクノロジー等医薬品開発に資する基礎的、基盤的技術の研究開発等公共性の高いものについては、厚生省としても積極的な役割を果たしていく必要がある。

また、民間企業が行う研究開発を促進するためには、特許期間の延長等開発者の権利・保護について検討するとともに、金融上の優遇措置等を積極的に講じていく必要がある。なお、60年4月、先端技術を応用した医薬品開発に携わる企業の参加により、研究資源の確保、人材育成、行政機関等との情報交換等の諸活動を目的とした医薬品先端技術振興協会が設立されている。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第5節 研究開発とサービスの質的向上

3 研究開発の動向

(4) 医療機器の開発

医療需要の増大・多様化・先端技術の急速な発展により、医療機器の開発は今後とも大きく進展し、その役割はますます大きくなるものと考えられる。

しかしながら、近年の医療機器の開発は、高度大型医療機器に重点が置かれ、プライマリ・ケア等に対する取り組みが立ち遅れていたり、診断、治療技術の精密化を求め、使い易さなどで医療の現場における実状を踏まえていない面があるなどの問題があり、今後、バランスのとれた研究開発が必要である。

こうした問題点を踏まえて、60年6月「医療機器懇談会」が、医療を受ける側のニーズや医療の効率性を高めるといった観点から医療機器の研究開発を進めるべきであるとする中間報告を行った。これによると、例えば、1)プライマリ・ケアの現場の特性に応じた医療機器、慢性疾患患者の在宅医療を支援する医療機器、二次・三次医療においては機能面の診断の分野や治療機器の分野等多様な医療ニーズに対応し、その特性を十分にふまえた医療機器の開発、2)患者に対する肉体的・精神的負担を軽減させる医療機器の開発、3)機器の低価格化、部品の共通化や周辺機器の標準化、診断、治療に要する期間の短縮化等医療の効率性を向上させる医療機器の開発等が必要であるとしている。

また、こうした基本的方向に沿って、研究開発を推進していくため、重要性の高いテーマについて、医学・工学等幅広い分野にわたる共同研究を進めるとともに、研究開発の目標を定め、その目標を目指した目的達成型の研究開発を推進するため、研究開発戦略を策定する機関を設置することを求めている。これを受けて、(財)医療機器センターが設置された。さらに、医療機器の性能等に関する公正な試験、評価を行う公的試験研究機関の設置が必要であるとされている。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第5節 研究開発とサービスの質的向上

3 研究開発の動向

(5) ニューメディアを用いた保健医療のシステム化

情報処理技術と通信技術の著しい進歩により,双方向のCATV(有線テレビ),ビデオテックス(文字図形情報システム)等多種多様のニューメディアが普及しつつあるが,これらを活用することにより,医療サービスの質的な向上,サービス供給の効率性を高めることが期待されている。

例えば,離島などのへき地において,その地域の住民に対して迅速かつ効率的な保健医療サービスを供給するために,へき地の中核病院を拠点にしたへき地医療情報システムが開発され,既に沖縄県等において実用に供されている。

また,現在,(財)医療情報システム開発センターに委託して,高血圧症,糖尿病,心臓病等の慢性疾患患者の治療が在宅でも可能となるように,家庭と医療機関とを双方向の映像モニター等のニューメディアで結び,的確に医師の指示や患者の情報収集が行える在宅治療支援システム,医療機器の共同利用や病院のオープン化等を促進するため,地域で中核となるべき病院と患者が日常通院する診療所との連携を強化する開放型病院支援システム,さらに,地域医療計画の策定を支援するために,患者数,病床数,医療従事者数等,地域医療情報をデータベース化する地域医療計画支援システム等の開発が進められている。

このような地域の保健医療機関の連携を高め,情報交換を迅速化することにより,住民の健康の増進に貢献する地域医療情報システムのほか,病院内の情報処理機能を高め,病院経営の効率化を図る病院情報システム,医療に関する各種情報を通信回線を介して医療関係者,患者,住民などに提供する医療情報サービスシステムについても研究開発が進められている。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第5節 研究開発とサービスの質的向上

3 研究開発の動向

(6) 福祉情報システムと福祉機器

今後予想される高齢者、障害者の増加や福祉サービスに対するニーズの多様化、高度化に伴い、先端技術の導入、活用も含め、福祉情報の収集、提供、システムの整備や福祉機器の開発、普及等を図ることが緊要となっている。

しかしながら、これらの研究、開発については、開発コストがかかるものが多く普及を促進する体制もせい弱であること等から、その総合的な開発・普及を図るためには、行政の積極的取組が必要となっている。

まず、高齢者や障害者のニーズに十分対応するためには、各種サービスの内容、各種施設の特色や利用状況、ボランティアの需給状況等の福祉情報のデータベース化を図ること等を通じ、地域に存在する各種の福祉資源を有効に活用することが望まれる。

また、福祉機器の開発・普及を促進するためには、高齢者や障害者が福祉機器の性能について十分な認識を持ち、自らのニーズに適合した機器を適切に把握できる必要がある。そのためには、福祉機器の性能等についての情報提供、機器展示等の技術奨励普及、機器の操作法に対する技術指導や修繕等のアフターケアの実施体制及びこれらを担うマンパワーの整備が望まれる。このほか、部品等の標準化、規格化やリース・レンタル等のあっせんシステムの整備が急がれよう。

離島からの急患移送(長崎県)



離島からの急患移送(長崎県)

こうした福祉情報システムの整備、福祉機器の開発・普及が図られるならば、高齢者、障害者等の社会参加の

促進に貢献するとともに、在宅ケアに対する支援、さらには福祉サービスと保健・医療サービスの連携を図っていく上で、大きな力にもなるであろう。

4 医療技術の進歩と倫理の問題

医療の分野における科学技術の進歩は人々の健康を増進させ、充実した生活を送ることを可能にした。しかしながら、近年新たに開発された技術や知見には、体外受精、脳死状態での心肺機能の維持、臓器移植など我が国社会に深く根づいている生死についての考え方や価値観に大きな影響を与えるものがある。

「生命と倫理に関する懇談会」は、各界の有識者によってこれらの諸問題について議論するために昭和58年4月に発足した。当時は、アメリカで世界初の人工心臓埋め込み手術が行われ、また、我が国でも東北大学医学部で最初の体外受精による妊娠が報告されるなど、生命と倫理に関する問題が社会的にも大きく取り上げ始められた時期であった。

懇談会では、発足後2年数か月の間、各テーマについて議論を深め、60年9月に報告書を取りまとめた。その間にも、生命と倫理に関しては、がんの告知に関する議論、生体腎売買の報道、宗教上の理由による輸血拒否など様々な事件が起こり、報告書の中でも取り上げられている。

しかし、他方では、各方面でこの問題に対する取組も進んでいる。例えば、体外受精については、大学・学会レベルでの倫理基準が策定され、脳死については、既に49年に日本脳波学会の「脳死の判定基準」が策定されていたが、厚生省においても、58年9月に「脳死に関する研究班」に対し脳死判定基準の検討の研究委託を行ったところであるが、同研究班は、60年5月には、全国の脳死症例の分析結果が報告書としてまとめ、現在、脳死判定基準の策定についての検討を進めているところである。また、海外に目を転じると、アメリカでは大統領生命倫理委員会の報告が提出され、イギリスでは、保健省の委託を受けたワーノック委員会が、生殖医学の応用について詳細な基準を提示するなど、各国それぞれの取組が見られる。国際的な面でも59年3月には、中曽根首相の提唱により、サミット諸国を中心に第1回の「生命科学と人間の会議」が開催され、60年4月にもフランスのランヴィエで第2回目の会議が開かれている。

「生命と倫理に関する懇談報告書」は、このような状況を踏まえつつ、生命と倫理というタイトルの下に、医療の分野に焦点を当て、臓器移植、脳死、ターミナル・ケア、生殖医学、遺伝性疾患の治療を個別のテーマとして扱っている。しかし、報告書は、これら個別のテーマについて、必ずしも結論を下すものではなく、懇談の場での議論を整理し、問題点や検討の方向を示すことを基調としている。例えば、生殖医学についてみれば、人間の尊厳を守る、自然の生態系を守る、子を持ちたいとする夫婦の希望を尊重する、生まれてくる子供の立場から考えるという観点からの議論が紹介されている。

他方、個別のテーマを縦に切ったときの共通の切り口として、合意の形成、研究の自由とその限界、個人の意思の尊重と社会全体の判断、新しい科学技術の優先配分の問題、人間の尊厳とは何かといった議論が随所にみられる。

歴史的にみれば、懇談報告書が提出された現時点は、科学技術の進歩に伴って生ずる生命倫理の諸問題について議論されはじめた当初の時期として位置付けられるのではないかと考えられる。このような時代認識の下に、報告書は、生命倫理について医学関係者のみならず、多くの人々が吟味し議論するための共通の基盤を提供することを目的としている。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第6節 安全で快適な生活基盤づくり

食品、医薬品の安全性等の確保や水道の整備、廃棄物の適正な処理に関する公的サービスは、安全で快適な生活基盤をつくり上げていく上で大きな役割を果たしてきている。ここでは、これらの分野における最近の行政施策の主要な動きについて概観する。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第6節 安全で快適な生活基盤づくり

1 食品の安全性の確保

所得水準の向上,核家族化の進展,主婦の就業の増加等による国民のライフスタイルの変化は,食生活のパターンやその内容に大きな変化をもたらした。すなわち,し好の洋風化,高級化,多様化等に加えて,最近では健康を志向した食生活への関心の高まり,調理済加工食品の利用の増大,外食機会の増加等,食生活の在り方自体が変化しつつある。

食品の安全性を確保することは,私達が健康な日常生活を営む上で極めて重要な事項であるが,こうした食生活の変化に加え,食品関係営業施設の増加,特に外食産業や総菜等の調理済食品の販売業の伸長,多種多様な加工食品の登場,食品流通の広域化等により,食品の安全性の確保の重要性は一層大きくなってきている(注)。

(注) 食品の販売,製造等を行う食品関係営業施設数は,昭和50年の約351万施設に対して,59年には約415万施設に増加している。

食中毒の発生状況を見ると,昭和59年においては,1,047件の食中毒が発生,患者数は33,084人,死者は21人を数えた。とりわけ,59年6月に発生した辛子蓮根によるボツリヌスA型中毒事件では14都府県にわたって被害者が発生した。

近時における食品加工技術の高度化や食品流通の広域化は,いったん事故が発生すると重大な危害を広範に及ぼすおそれをはらんでいる。したがって,食品に起因する危害の発生を未然に防止するためには,営業者自らが行う日常の衛生管理の一層の徹底とともに,食品や営業施設の特性を踏まえた効率的かつ効果的な監視指導の展開が重要である。また,食品,添加物等の規格基準や各種食品営業の実態に即した衛生規範の整備とともに,いったん事故が発生した場合に被害を最小限にとどめるためのより機能的な体制の構築が必要である。さらに,我が国が食生活の相当部分を輸入に負っている現状からして,輸入食品等を水際で効果的に監視する体制の強化も重要である。

なお,食品の腐敗や変敗の防止等豊かな食生活を支える上で重要な役割を果たしている食品添加物については,学問の進歩に応じ,その安全性の点検が行われてきており,今後とも食生活をめぐる環境の変化に対応し,安全性等の確認を行うこととしている。また,食品添加物の表示等国民への情報提供等がより求められるものと考えられる。

(健康食品)

国民の健康意識の高まりに伴い,多種多様な形態のいわゆる健康食品が流通している。

総理府広報室の「健康と食品に関する世論調査」(昭和60年1月)によると,健康食品を食べた経験は,「現在食べている者」が13.1%,「以前食べたことがあるが,現在やめている」が21.0%で,3人に1人は現在又は過去に食べた経験を持っている。

これらの健康食品の中には,栄養成分等に関して科学的に解明されていないものもみられ,さらに,製造者,販売者等から一方的に情報が提供されるのみで,健康食品を適切に選択し利用していく上で混乱が生じている場合も少なくない。また,健康上の被害が生じたり,医薬品と誤認させている例もある。

こうした問題を解決するためには、営業者の自覚と改善への努力が何より重要であるが、行政側においても、健康食品について、食品衛生の観点に加え、医学的、栄養学的観点からも調査研究や情報収集を行い、国民に対する適切な情報提供や啓発活動、営業者に対する監視指導を行うことが必要である。これらの施策を行うため、厚生省は、健康食品製造等実態調査(昭和59・60年度)を行うとともに、健康食品対策室を設け、国民に対する知識の普及、啓発等に努めることとしている。

なお、健康食品として販売されているものの中には無承認無許可医薬品に該当するものもあり、これらに対しては薬事法に基づき取締りを行っているところである。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第6節 安全で快適な生活基盤づくり

2 医薬品の有効性,安全性の確保

医薬品は,国民の生命,健康に直接関連するものであることから,その有効性,安全性について万全の管理が行われなければならない。このためにはまず製造(輸入)承認段階における厳格な審査が必要であることはいうまでもなく,審査データの信頼性確保のためGLP(医薬品の安全性試験の実施に関する基準)の適正な運用を図っているほか,GCP(臨床試験の実施に関する基準)の作成を進めているところである。また,承認がなされた後の製品の有効性,安全性及び品質の確保については,医学薬学の進歩に応じた医薬品の再評価にあわせ,モニター病院等から副作用情報の収集等に基づき既承認医薬品の見直しを行うとともに,GMP(医薬品の製造管理及び品質管理に関する基準)の適正な運用,各都道府県に置かれている薬事監視員による指導,取締りを行っている。さらに昨年から新医薬品について一定期間の使用実績を踏まえ再審査を行う再審査制度が実質的に機能しはじめている。

(医薬分業の推進)

医薬分業については,従来からその推進が図られてきているところであり,医療機関の処方せん発行枚数をみると,昭和58年度には9,499万枚と,49年の約13倍に達している。

医薬分業を実施するメリットとしては,医薬品の専門家である薬剤師が医薬品を管理・試験すること等により,医薬品の効果及び安全性の確保がより一層期待できることが挙げられる。また,医療機関においても,医師が医薬品の管理保管,調剤薬投与という業務から解放され,診断・治療に専念することによって医療がより充実することも期待される。

厚生省としては,60年度から医薬分業推進モデル地区事業を開始し,関係者の理解と協力を得ながら,その推進に努めていくこととしている。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第6節 安全で快適な生活基盤づくり

3 高普及時代の水道行政

水道を利用している人口は、昭和58年度末現在で、総人口の92.6%に達しており、今日、水道は、国民の日常生活や都市の諸活動の基盤施設として社会に定着し、国民生活全般にわたって多様な機能を果たすに至っている。

しかし、他方で、水道用水の安定的供給、安全性の確保、おいしい水の供給、水道料金の平準化など、高普及時代の水道という情勢に対応し、新しい課題が生じている。

水道用水の安定的供給は、いまや水道が生活用水確保のための唯一の手段となっていることから、水道行政の根幹に関わる課題である。このため、大都市を中心とした地域の水需要のひっ迫に対処するためのダム等の水源開発、既存水源の有効利用等に加えて、調整池の設置、水道施設の耐震化等、渇水時、地震時等においても生活基盤としてのライフライン機能の確保を図るための努力がなされている。

安心して飲める水の供給は、水道の基本的使命である。近年、トリハロメタン等の有機塩素化合物が検出される事例が見受けられたことから、今後は水質基準の一層の整備、水質監視体制の充実が必要である。また、ビルやマンションに設置されている簡易専用水道(受水槽等の施設)の適切な管理のため、設置者に対する広報活動、指定検査機関との連携の強化等を図り、安心して飲める水を確保していく必要がある。

また、ダム等の貯水池や湖沼の富栄養化に伴うカビ臭等の異臭味問題などを背景として、水道水のおいしさについて関心が高まっている。厚生省では、59年6月から有識者からなる「おいしい水研究会」を開催して検討を進め、60年4月に、水の味に影響を及ぼす水質要素について整理するとともに、おいしい水の水質要件の目安を取りまとめた。水道からおいしい水が飲めるようにするためには、清浄な水源の確保が必須であるが、同時に国民一人一人が水を汚さないよう水源の水質保全に心がけることが重要である。

さらに、水道料金については、水道事業間で著しい格差があるため、60年度から従前の補助制度を見直し、新たな補助制度の運用によって料金格差の是正に努めているところである。今後とも、水道事業の公共性にかんがみ、需要者間の不公平感を解消していくために平準化を進めていく必要がある。

第1編

第2章 保健・医療・福祉サービスの展開

第6節 安全で快適な生活基盤づくり

4 廃棄物の適正処理

都市化の進展や生活様式の変化,産業構造の変化等により,廃棄物は量的に増大し,質的に多様化してきている。

例えば,家庭における1人1日当たりのごみ(一般廃棄物)排出量は約800g~850g前後であるが,全市町村の収集ごみ量及びごみ処理施設への直接搬入ごみ量の合計は,1日当たり約11万5千トンと,東京の霞ヶ関ビル1杯分に相当する量となる。また,ごみの成分組成をみると,近年は,プラスチック類,ゴム,金属類等の焼却しにくいごみが増加する傾向にある。

廃棄物の適正な処理は,衛生水準の向上ばかりでなく,街の景観の美化,快適な日常生活の維持,環境の保全等,その果たす役割には大きなものがある。また,生活の質的向上に伴い,より快適な生活環境を求める国民のニーズも高まっている。したがって,廃棄物処理行政においては,廃棄物の発生から最終処分に至る各過程の適正な管理による安全で安心な処理システムの確立,快適な生活環境の確保に向けての計画的,総合的な施策の推進等が求められている。

現在,こうした観点に沿って,1)廃棄物処理施設整備5か年計画に基づくごみ処理施設,し尿処理施設,埋立処分地施設等の整備の推進,2)廃棄物の資源化,有効利用の促進,3)産業廃棄物(事業者処理責任が原則)の排出事業者及び同処理業者に対する指導管理体制の強化,処理業者の育成及び必要に応じた公共関与による産業廃棄物処理施設の整備,4)近畿圏,首都圏等の大都市圏域における最終処分場の確保難に対処するための広域最終処分場整備計画(フェニックス計画)の一層の推進等の施策を講じてきている。

今後は,これら施策の充実・強化とともに,積極的に廃棄物の減量化,再資源化に努めるべきである。このためには,国民と企業と行政とが一体となった協力関係を築いていく必要がある。また,国際的には,有害廃棄物の国際移動に関して効果的な国際協カシステムの確立について検討していく必要がある。

なお,特に最近の動きとして,次の2点がある。

第一に,水銀を含有する使用済み乾電池の処理についてである。これについては,生活環境審議会廃棄物処理部会の適正処理専門委員会においてその扱いが検討されていたが,60年7月に,他のごみと合わせて処理されても生活環境保全上問題はない旨の結論が得られている。ただし,事業者に対しては,水銀を多く含むアルカリ乾電池の水銀含有量の低減化,使用済み乾電池の回収・処理体制の整備に関する資金的援助等が求められている。

第二に,家庭の台所や風呂場からの排水等の生活排水の処理についてである。生活排水が身近な生活環境の悪化や公共用水域の水質汚濁をもたらしている現状にかんがみ,生活排水を適正に処理するために,昭和59年度から生活排水のみを処理する施設の整備について国庫補助制度を創設するとともに,60年10月からは,家庭等における浄化槽の適正な設置及びその維持管理を促進することを目的とした浄化槽法が施行されている。

厚生白書(昭和60年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare