
第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

健康な生活が長寿社会の基本



健康な生活が長寿社会の基本

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第1節 在宅サービスの充実と保健・医療・福祉サービスの連携

保健、医療、福祉の分野における各種サービスは、健康の保持・増進、疾病の予防・治療、障害やハンディを有する者の援護等、私達が安心して日常生活や社会活動を営むことができるように国民生活の基盤として不可欠の役割を果たしている。

厚みのある地域サービスの充実とサービスの質的向上とが社会サービスの分野における今後の主要な課題であるが、そのためには、第1章で述べたように、1)中央主導型のサービスから地方の自主性をいかしたサービスへ、2)画一的なサービスから多様なニーズに即応するきめ細かな、かつ、質の高いサービスへ、3)低所得者層を中心とする救貧的サービスから、低所得者層に限らず対象範囲の拡大した普遍的サービスへ、4)保健、医療、福祉という個別の分野で完結するサービスから相互に連携のとれた総合的サービスへ、5)医療資源のような地域的に偏在のあるものについては、偏在を是正し、どの地域においても基礎的なサービスは確実に提供できるシステムづくりへ、という方向でサービスの内容やその供給体系を変革していく必要がある。

本章においては、このような視点に立ち、長寿社会にふさわしい社会サービスの供給体制を構築するという観点から、各種行政施策の現状と今後の課題について、生涯健康づくりから社会参加や快適な生活環境の確保、民間サービスに至るまで幅広く論じていくこととする。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第1節 在宅サービスの充実と保健・医療・福祉サービスの連携

1 施策の方向性

ねたきりや痴呆等の介護を要する老人や、精神障害者、身体障害者等のいわゆる「要介護者」は、高齢化の進行、社会構造の複雑化がもたらすストレスの増大、家族形態・意識の変容等の要因によって、今後ますます増加するとともに、そのニーズも多様化、複雑化するものと見込まれる。

これら要介護者に対する保健、医療、福祉の各分野の施策は、これまで病院を含む施設内処遇に重点が置かれ、在宅処遇の可能性を拡大する家庭機能への援助や病院、施設から家庭、地域社会への復帰、適応への配慮は、必ずしも十分なものとは言えなかった。

このような反省に立って、保健、医療、福祉の分野の施策の流れは、

- 1) 施設サービスに比べて相対的に立ち遅れている在宅サービスの拡充
- 2) 施設(病院)か在宅か、という二者択一のサービス提供でなく、地域内で施設サービスと在宅サービスが相互に乗り入れる地域ケアの充実
- 3) 保健・医療・福祉サービスの連携による一貫したサービスの提供に向けて、現在大きな転換期を迎えている。

このような観点から本節では、要介護者に対する保健・医療・福祉の各分野における取組について、既に制度化されたもの、新しい施策を検討中のもの、地方公共団体レベルで先駆的な取組が行われているもの等を、対象者別に概観して、保健・医療・福祉サービスの新たな展開の方策を探ることとする。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

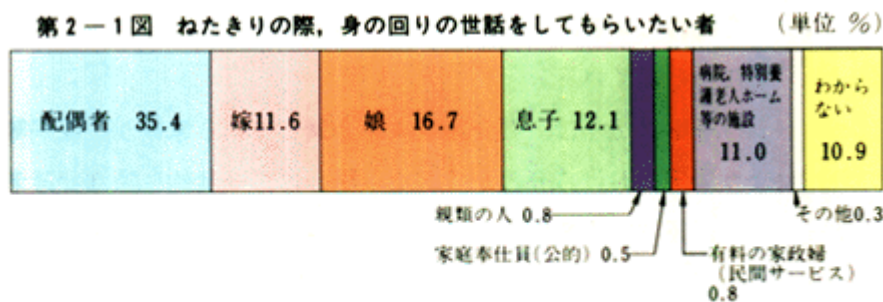
第1節 在宅サービスの充実と保健・医療・福祉サービスの連携

2 要介護老人に対するサービス

高齢化・長寿化の進展による後期老年人口の増加とともに、ねたきりや痴呆等の介護を要する老人は、今後とも増加することが予想される。

そして、万一介護を要する状態になった場合には、住み慣れた地域や家庭において生活を維持したいという希望を持つ人は多い。さらに、ねたきりの際、身の回りの世話をしてもらいたい者としては、第2-1図のとおり配偶者、娘、息子、嫁の順となっており、親族の女性に介護を多く期待している。このようなニーズにこたえ、家庭の介護負担の軽減につながる在宅サービスの充実が求められている。

第2-1図 ねたきりの際、身の回りの世話をしてもらいたい者



資料：総理府広報室「老人福祉サービスに関する世論調査」(昭和61年1月)

(注) 男性の場合、親族の女性に身の回りの世話をしてもらいたい者の割合は、67.4%(妻55.1%、嫁6.5%、娘5.8%)女性の場合には40.9%(嫁15.7%、娘25.2%)となっている。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第1節 在宅サービスの充実と保健・医療・福祉サービスの連携

2 要介護老人に対するサービス

(1) 在宅サービスの充実

1) 福祉サービス

在宅福祉サービスは、家庭や地域における要介護老人の処遇向上と家庭内介護の援助を目的として、デイ・サービス、ショートステイ、家庭奉仕員派遣等の事業を中心として充実を図ってきたところであるが、昭和61年度においては、デイ・サービスとショートステイの両事業について、地方公共団体に対する国庫補助率を1/3から1/2へ引き上げ、実施箇所数、対象人数の大幅増を図っている。また、61年12月には老人福祉法の改正が行われ、両事業が市町村事業として法律上明確に位置付けられることになった(第2章第5節参照)。

デイ・サービスは、在宅老人の生活機能低下防止と要介護老人の介護家族の負担軽減を目的として、特別養護老人ホーム等に付設されたデイ・サービス施設等において日常動作訓練、健康チェック、入浴、食事等のサービスを提供する事業である。61年度においては、地域の実情に即して実施できるようメニュー化するとともに、実施箇所数を拡大し210か所で実施している(60年度96か所)。デイ・サービス施設については、今後とも特別養護老人ホームや老人福祉センターへの併設や単独施設等の形で整備を進めていき、地域におけるサービス提供の拠点として位置付けていくこととしている。

また、ショートステイは、要介護老人を介護している家族が、疾病等の理由により居宅における介護ができない場合に、一時的に特別養護老人ホーム等で保護する事業であるが、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、介護疲れによる休養等の私的理由も保護要件に加え、対象人員の拡大を図っている(61年度37,346人)。

さらに、食事の世話や洗濯など老人の日常生活の世話を行う老人家庭奉仕員派遣事業については、在宅福祉の核として事業の実施を社会福祉協議会等に委託できるなどの弾力的運用を図るとともに、家庭奉仕員に対する指導助言及び関係機関との連絡調整を強化するためのチーフヘルパーの増員を行った。

2) 保健・医療サービス

医療分野においては、入院治療から地域及び家庭における医療への転換を促進し、在宅療養での日常生活についての指導を重視するという観点から、在宅ねたきり老人に対して、医師による訪問診察や指導管理の実施、病院や診療所の機能を活用して日常動作訓練を行うデイ・ケアの充実という方向で、61年4月に老人診療報酬の改定を行った(第4章第1節参照)。

保健分野においても、老人保健制度の保健事業について57年度から5か年計画で在宅要介護老人の地域ケアの充実を進めてきている。特に在宅ねたきり老人等に対し、保健婦が訪問して家庭における機能訓練、褥

厚生白書(昭和61年版)

瘡の予防等の保健指導を行う訪問指導については、ねたきり老人全員が初回訪問を受けられるよう、マンパワーの整備等の拡充を図ったところであり、さらに第3節で述べるように保健事業の第2次計画を策定し、事業の一層の拡充を図ることとしている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第1節 在宅サービスの充実と保健・医療・福祉サービスの連携

2 要介護老人に対するサービス

(2) 施設サービスの新たな流れ

在宅介護を基本としながらも、種々の理由でそれが困難となった場合、在宅介護への後方支援として施設や病院の役割は重要である。

従来、要介護老人への施設サービスは、「生活の場」としての老人福祉施設、「治療の場」としての老人病院等の医療施設という形で体系づけられてきた。

最近の要介護老人のケアをめぐる論議は、厚生省において開催した「中間施設に関する懇談会」の報告(60年8月)においても示されているように、こういった施設・病院二分論や施設・在宅二分論から、在宅福祉サービスの拠点としての在宅型施設、及び医療と福祉の機能を併せ持つ新しい施設体系の創設という新たな方向へ進んでいる。

1) 在宅福祉サービスの拠点としての老人福祉施設

老人福祉施設は、60年10月現在で特別養護老人ホームが1,619施設、養護老人ホームが944施設整備されているが、近年では需要の多い特別養護老人ホームを中心に重点的な整備が図られている。

その整備に当たっては、入所老人のための施設本来の機能のほか、地域の在宅老人も利用できるよう、(ア)施設の適正配置、(イ)「収容の場」から「生活の場」への脱皮、(ウ)地域に開放された施設づくり、に重点を置いてきたところであり、特に新設施設の整備に当たっては、施設機能の地域開放のため、デイ・サービスの併設等を推進している。

また、特別養護老人ホームの需要は全国的にみて引き続き高い状況にあるので、在宅福祉サービスの拠点づくりという観点から適正配置に留意しつつ重点的・計画的な整備を図っていくことが必要である。

2) 新しい施設体系としての老人保健施設

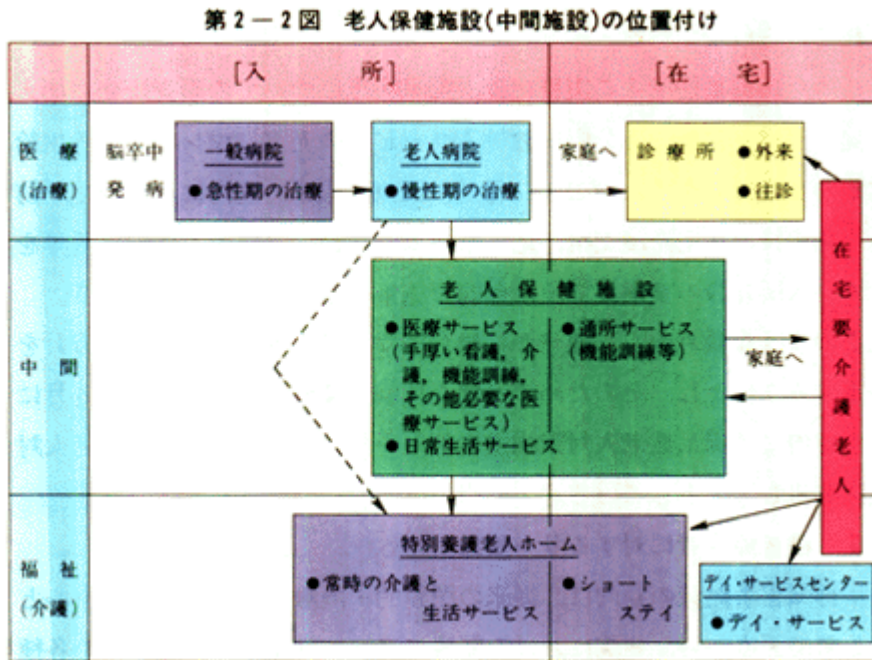
61年12月に成立した老人保健法の一部改正により、要介護老人のための新しい施設体系として老人保健施設の創設が図られた。

現行の施設体系では、医療ニードと生活ニードを併せ持つ要介護老人の増加に十分に対応しきれず、例えば、特別養護老人ホームにおいては、医療・看護サービス機能は必ずしも十分ではなく、一方、病院に入院している老人の中には、家庭での受入体制が整わない等のいわゆる社会的理由で入院が長期化するケースも見られる。

老人保健施設は、症状が安定し、病院での入院治療よりも看護や介護を必要とする要介護老人に対し、その心身の状況にふさわしい医療サービス(手厚い看護、介護、機能訓練その他必要な医療サービス)と老人の生活の実態に即した日常生活サービスを提供する施設として構想されており、言わば病院と特別養護老人ホームの両者の機能を併せ持ったものである。また、退院してもすぐには家庭に帰れない老人に対し、機能訓練

サービス等を提供することにより、地域や家庭での生活を可能とすることも目的としている(第2-2図参照)。

第2-2図 老人保健施設(中間施設)の位置付け



老人保健施設における医療サービスについては、老人保健制度から給付を行うこととし、食事や個人の選択に係るサービスについては、利用者負担とすることとしている。

老人保健施設の整備に当たっては、地域における要介護老人の実態等を踏まえ、今後、段階的に整備することとしている。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第1節 在宅サービスの充実と保健・医療・福祉サービスの連携

2 要介護老人に対するサービス

(3) 痴呆性老人対策について

痴呆性老人とは、脳の器質的障害により痴呆(いったん獲得された知能が持続的に低下すること)を示している老人を意味する。痴呆をその原因面からみると、脳出血による脳の血管障害の結果生ずる脳血管性痴呆、及びアルツハイマー病など原因不明の脳の変性により脳に萎縮が認められる老年痴呆等があるが、未だ解明されていない事項も甚だ多い(注)。

(注) 東京都福祉局「老人の生活実態及び健康に関する調査」(昭和55年)によると、脳血管性痴呆36.4%、老年痴呆12.6%、その他鑑別困難なもの51.0%となっている。

これらの痴呆性老人の多くは在宅で家族により介護されているが、痴呆性老人を抱える家族の身体的、精神的負担や不安感が大きな問題となっている。また、「在宅痴呆性老人の介護者実態調査」(61年7月、全国社会福祉協議会及び全国民生委員児童委員協議会)によれば、痴呆性老人をかかえる家族の8割が何らかの在宅サービスを必要としていながら、既存のサービスを利用していない者が5割を超えるなど介護家族への支援体制は必ずしも十分とは言えない現状にある。

さらに、特別養護老人ホーム、精神病院等の施設対策の面においても、痴呆性老人についての診断基準、治療指針、処遇技術の確立や痴呆性老人の処遇にふさわしい設備構造の在り方等について関係者の模索が続けられている段階である。

このため痴呆性老人の実態把握、痴呆疾患についての調査研究に加え、保健、医療、福祉の各分野におけるサービスの充実、マンパワー等供給体制の整備はもちろんのこと、保健、医療、福祉の連携による発生予防から発生後の在宅介護支援、老人ホーム、精神病院、老人保健施設等を含めた入所施設の整備まで、総合的な施策の推進を図る必要がある。

このような観点から、速やかに総合的な痴呆性老人対策の基本方針を策定することとし、そのための必要な体制の整備を図るため61年8月に厚生省内に「痴呆性老人対策推進本部」を設け、全省的に痴呆性老人対策に取り組むこととしている。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第1節 在宅サービスの充実と保健・医療・福祉サービスの連携

3 精神障害者に対するサービス

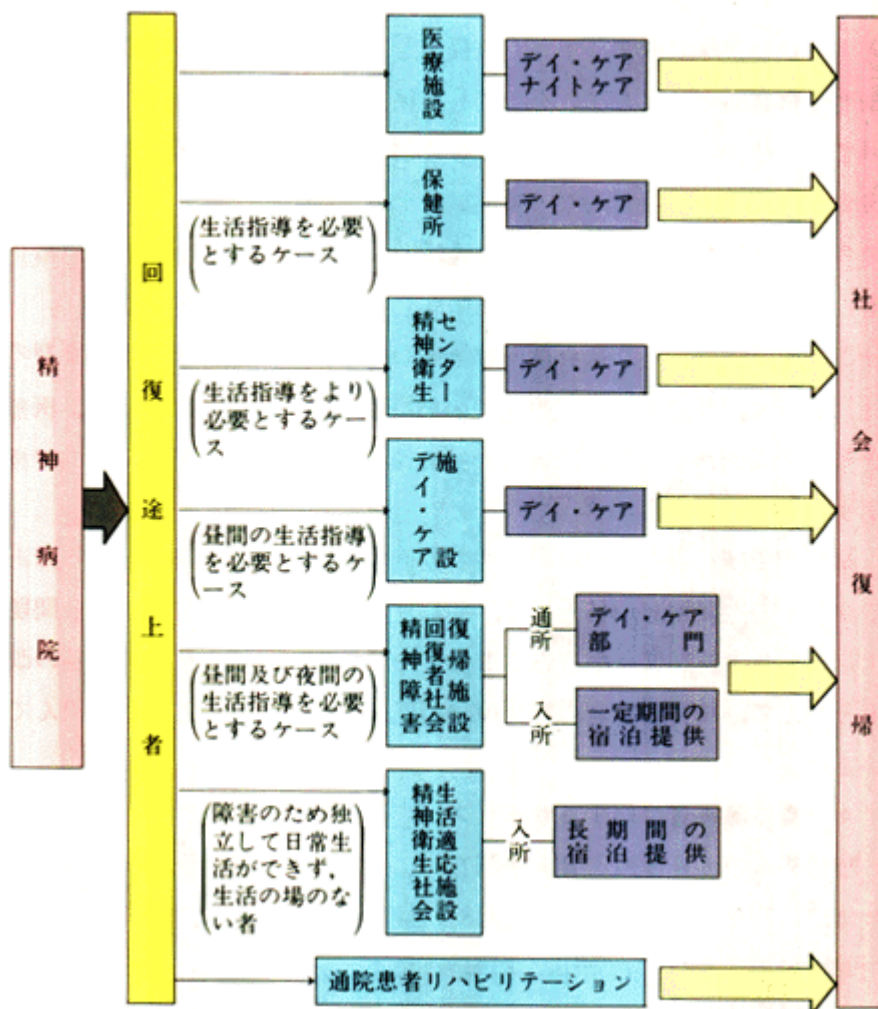
精神障害者対策の動向は、従来の閉鎖的・隔離的な入院治療を中心とする精神医療から、病院における開放処遇、家庭や地域社会の中で各種のサービスを提供することにより社会への復帰・適応を促進する地域精神保健・医療や社会復帰対策の重視へと、大きく変わりつつある。

精神障害者は、全国で約155万1千人(昭和59年10月1日)と推計され、そのうち約34万人が全国で1,604(60年6月末)ある精神病院に入院している状況にある。これら入院患者に対し、適正な医療を確保するとともに、その社会復帰対策を併せて充実することが重要な課題である。

病院と社会の間において回復途上にある精神障害者の社会復帰援助を専門的に行うための施設(第2-3図参照)として、精神障害者回復者社会復帰施設(61年度4ヶ所)、デイ・ケア施設(同7ヶ所)、精神衛生社会生活適応施設(同1ヶ所)が設置され、日常生活指導、作業療法等の社会復帰指導等を行っているところであるが、需要に対して施設数の不足が指摘されている。

第2-3図 精神障害者社会復帰体系図

第2-3図 精神障害者社会復帰体系図



また、地域における精神衛生の第一線の行政機関である保健所においても、精神衛生センターや精神病院等との緊密な連絡協調のもとに、社会適応の援助のための相談及び訪問指導が積極的に行われているが、相談件数、訪問件数ともに近年大幅に増加しており、今後とも地域精神保健活動の基盤充実が求められている。

61年7月に公衆衛生審議会は、今後の精神保健対策について、「精神障害者の社会復帰に関する意見」を提出した。この意見書では、我が国の制度や事業面での立ち遅れを指摘し、精神障害者対策の今後の方向について、1)精神障害者に対する適正な理解の促進、2)社会復帰のための施策の充実、3)地域保健医療・福祉システムの確立、特に、自治体レベルでの衛生部門と福祉部門の密接な連携、4)社会復帰、社会参加を円滑化するための体制の確立、などの点について指摘されている。

この意見を踏まえ、社会復帰対策については、デイ・ケア等医療型の施設と併せ、授産施設など福祉型の施設を整備することによって、医療と福祉の両面からの精神障害者の社会復帰の促進を図っていく方向で検討を進めている。

厚生省では、現在、精神衛生法の見直し作業を行っているところであるが、その主要検討項目として、宇都宮病院等の事件を契機に社会問題化した同意入院制度を中心とする種々の精神障害者の人権上の問題の改善と並んで、精神障害者の社会復帰の促進を大きな柱として取り組んでいる。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第1節 在宅サービスの充実と保健・医療・福祉サービスの連携

4 身体障害者に対するサービス

昭和55年の「身体障害者実態調査」によると、18歳以上の身体障害者数は、197万7千人、人口千対23.8人と推計されている。61年度においては、日常生活用具給付等事業の給付品目の増加、身体障害者相談員や家庭奉仕員の増員等とともに、在宅障害者デイ・サービス事業の充実と障害者社会参加促進事業の拡充を図っている。

在宅障害者デイ・サービス事業は、地域において就労の機会を得がたい在宅の重度障害者が、身体障害者福祉センター等に通所して創作活動、軽作業、日常生活訓練等を行うことにより生きがいを高め、その自立を図ることを目的とする事業である。61年度においては、国庫補助率を1/3から1/2に引き上げるとともに、実施箇所数を168か所に増やして、創作・軽作業重点型を設ける等の内容改善も行った。また、障害者社会参加促進事業は、在宅障害者の社会的生活能力の向上を図り、社会活動への参加と自立を促進することを目的として、26のメニュー事業を地域の実情に応じて実施してきているが、61年度においても、身体障害者に対する福祉機器相談等事業など2事業が加えられた。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第1節 在宅サービスの充実と保健・医療・福祉サービスの連携

5 精神薄弱者及び心身障害児に対するサービス

精神薄弱者及び18歳未満の心身障害児に対しては、日常生活用具の給付や精神薄弱者相談員の増員などのほか、各種の事業を実施している。

心身障害児・者施設が有する人的、物的機能を、単に施設入所児・者のためだけに用いるのではなく、広く在宅の障害児・者のためにも活用し、施設を地域社会に開かれたもの(施設のオープン化)とするため、心身障害児(者)施設地域療育事業が行われている。これは、保護者の病気の時などに一時的に障害児・者を施設に保護するショートステイ事業あるいは障害児・者が保護者とともの一週間程度施設に入所して訓練を受ける心身障害児短期療育事業などから成るものであり、今後も障害児・者及びその家族のニーズを反映した施策の充実を図っていく必要がある。

また、市町村が在宅の心身障害児を対象に通園の場を設けて日常基本動作や集団への適応の訓練を行う心身障害児通園事業(心身障害児のためのデイ・サービス)については、昭和61年度において、国庫補助率を1/3から1/2に引き上げるとともに、実施箇所数を192か所に増やした。

精神薄弱者についても、施設を退所して就労した精神薄弱者が職場に通勤しながら社会的に自立できるよう指導を行う精神薄弱者通勤寮や、就労している精神薄弱者に住居を提供する精神薄弱者福祉ホームの整備を推進している。精神薄弱者については、このような新しい形態の在宅サービスの拡充が重要となっている。また、在宅の精神薄弱者に通所によって作業指導や生活訓練を行う援護事業に対して補助を行っており(精神薄弱者通所援護事業)、61年度においてはその箇所数を141か所に増やした。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第1節 在宅サービスの充実と保健・医療・福祉サービスの連携

6 地域におけるサービスの体系化をめざして

(1) 市町村の役割の重要性

要介護者本人あるいは介護家族にとっては、提供されるサービスが、ニーズに的確にこたえるものであり、必要な時に迅速に提供され、個々人の状況に応じたきめ細かなものであることが望ましく、また、これらの要素を備えた高質のサービスを提供できる人的・社会的資源が、手の届くところに存在することが望ましい。

このような観点から、住民にとって一番身近でそのニーズの把握も容易である市町村が中心となってできる限りサービスを総合的に提供できるような体制づくりが求められている。

保健分野においては、既に老人保健法の保健事業について市町村が実施主体として位置づけられているとともに、保健事業推進の拠点として市町村保健センターの整備も進んでいる。

福祉サービスの分野においては、既に多くの市町村が各種在宅福祉サービスの実施主体としての役割を担ってきており、今後は社会福祉施設の入所措置の団体委任事務化が進められることと併せ、市町村が中心となって、社会福祉施設との連携を保ちながら、地域の実情に応じ、要介護者のニーズを把握して総合的なサービスを提供していくことが望まれる。

また、市町村が効果的、効率的なサービス供給ができるよう適切な助言、指導等を行うことや、市町村の区域を越える広域的なサービスの実施等について都道府県の果たす役割も極めて重要である。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第1節 在宅サービスの充実と保健・医療・福祉サービスの連携

6 地域におけるサービスの体系化をめざして

(2) 保健・医療・福祉サービスの連携

保健、医療、福祉の各分野のニーズを併せ持つ場合が多い要介護者に対して、きめ細かなサービスを効率よく供給していくためには、地域における保健、医療、福祉の各機関の有機的連携に支えられた相談から処遇までの一貫した対応が必要である。

とりわけ、介護する家族に多大な困難と不安をもたらすねたきりや痴呆等の要介護老人に対する施策については、従来の保健・医療・福祉の制度間の垣根を取り払う方向で、保健・医療・福祉サービスを総合的に提供できる体制を確立し、個々のニーズに見合う最も適切なサービスを提供しうる体制を整備していくことが重要である。

このような保健・医療・福祉サービスの連携については、既にいくつかの地方自治体において先駆的事例がみられるところである。

〔大阪府松原市 痴呆性老人対策ネットワークシステム〕

介護面で非常な困難を伴う痴呆性老人をめぐる、各分野の機関が相互に連携を保ち以下のような対応を行っている。

1) 相談・訪問

福祉事務所や保健所等で受けた介護家族の相談に対して、関係機関が連携をとりながら保険・医療・福祉の情報を提供するとともに、ヘルパーや保健婦、精神衛生相談等が必要なチームを組んで家庭を訪れ介護方法についての指導や入浴、食事等の必要なサービスが円満に受けられる体制を整えている。

2) 事例検討会等

保健所、福祉事務所、市公衆衛生課、社会福祉協議会、特別養護老人ホーム等のスタッフが、定例的に事例検討会を行い日常の訪問活動や老人衛生相談のケースのうち、処遇困難なものについて提供すべきサービスや処遇について検討するとともに、医師会、民生委員協議会等を含めた連絡会議において地域における援助体制の問題などについて検討を行っている。

〔広島県 ふれあいの里〕

昭和56年オープンの県立ふれあいの里(広島県御調町)には、老人福祉センター、特別養護老人ホーム及び老人リハビリテーションセンター等が整備されており、このうち老人リハビリテーションセンターの運営と特別養護老人ホームの入所者の健康管理は地元町(公立みつぎ総合病院)に委託されている。

老人リハビリテーションセンターでは、一般の外来患者のほかに特別養護老人ホームの入所者及び病院の入院患者に対してもリハビリテーションを行い、家庭復帰の促進を図っている。

また、家庭へ復帰した者を中心とした在宅の対象者に対しては、御調町健康センター、公立みつぎ総合病院

及び老人リハビリテーションセンター等が連携して訪問看護などの在宅ケアを実施している。

これ以外にも、ふれあいの里の各施設においては、公立みつぎ総合病院との密接な連携の下に、在宅介護者、保健婦、家庭奉仕員、施設職員等の研修を実施するなど保健・医療・福祉の総合的な供給体制の確立に取り組んでいる。

地域において老人や老人を介護する家族が抱える悩みや心配に対して適切な対応がすばやく行われるための足掛かりとして、地域における保健・医療・福祉の各種情報の一元的提供や専門的機関とのネットワークを図っていくことが必要である。このため、身近な地方公共団体において、高齢者やその家族に対して適切に情報を提供するような体制の整備が望まれる。

また、地域の要介護者の処遇の在り方を検討して、適切なサービスを提供していくため、市町村等を単位として、保健所、福祉事務所、福祉関係者、医療関係者等が中心となって構成される各種サービスの連絡調整を行うための会議を開催して専門的機関とのネットワークを図っていくことも、保健・医療・福祉サービスの統合のための重要な課題である。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第2節 積極的な社会参加活動と住みよいまちづくりをめざして

1 高齢者の社会参加

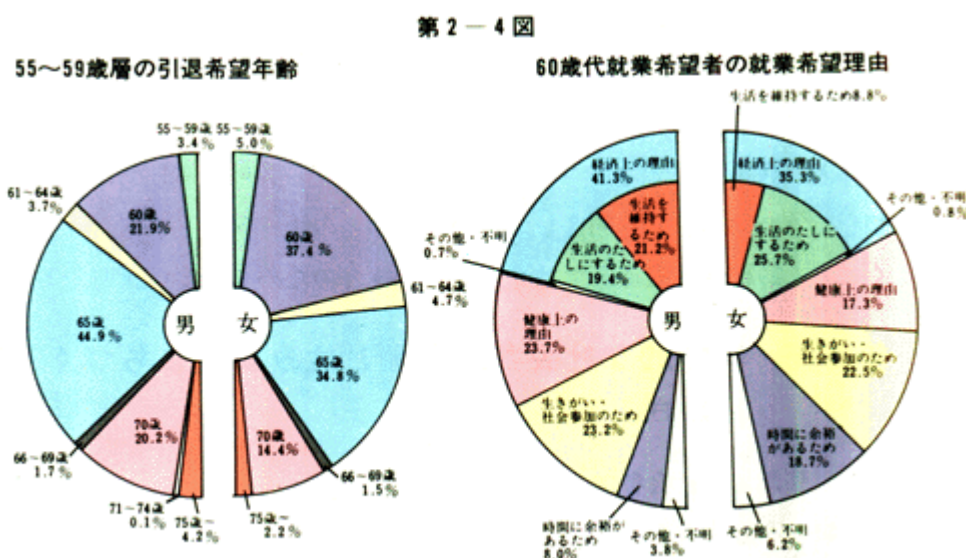
人口の高齢化の進展とともに、労働力人口も急速に高齢化しつつある。すなわち、昭和60年における労働力人口のうち、55歳以上の者の占める割合は18.0%であるが、75年には23%と4人に1人が55歳以上の者になると見込まれている。

こうした労働力人口の高齢化を反映して、企業の定年制も60歳定年が主流となっている(注)。さらに、61年4月には、「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律」が成立し、60歳定年を基盤に65歳程度までの同一企業ないし同一企業グループ内における継続雇用の推進、再就職の促進、定年退職後等の臨時・短期的な就業の場の確保等に重点を置いて、総合的な高年齢者雇用就業対策が進められているところである。

(注)「昭和61年雇用管理調査」(労働省)によると、61年1月現在、定年が60歳以上の企業の割合は56.6%、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69.8%となっている。

労働省の「高年齢者就業実態調査」(58年6月)によれば、50歳代後半の者の大半が65歳または70歳までの就業継続を希望している。また、就業希望理由は、経済上の理由が最も多いが、健康上の理由、生きがい、社会参加、余暇時間の活用といったいわゆる生きがい就労型も多いことが示されている(第2-4図参照)。

第2-4図 55～59歳の引退希望年齢 60歳代就業希望者の就業希望理由



資料：労働省「高年齢者就業実態調査」(昭和58年5月)

今後は、平均寿命の延びに伴い、生涯生活時間とくに老後生活時間の延長がみられ、近い将来65歳までの就労が一般化すると考えられるが、それでもその後の老後生活期間は、男子15.5年、女子18.9年(昭和60年簡易生命表)となっている。したがって長い老後を生きがいを持って積極的に生きるため、多様化する高齢者の就

業形態へのニーズにこたえるとともに,なだらかな引退と積極的な社会参加を進めるプログラムを社会的にビルトインする必要がある。

一方,「高齢者の地域奉仕活動に関する調査」(57年10月,総務庁老人対策室)によれば,60歳以上の者の7割近くが,地域奉仕活動への参加の意向を示している。健康で十分な自由時間を持つ高齢者が,経験に培われた知恵や知識・技能を地域社会の中で役立てたり,さらには地域における福祉活動の担い手としての役割を果たしていくことは,高齢者自身の生きがいを高め,社会参加を促進していく上でも重要な方向である。また,高齢者の有する豊かな経験や知識を社会に還元したり,後世代に伝達することは,長寿社会の活力の維持,向上のためにも大きく貢献することになる。なお,高齢者の社会参加を促進するためには,そのための基盤整備が重要であるが,地域における高齢者のボランティア活動のための拠点づくりについては次のような事例がある。

〔大阪市シルバーボランティアセンター〕

ボランティア活動をめざす高齢者のニーズにこたえるため,61年2月にオープンして以来,平均69歳の高齢者が訪れ,留守番などの誰でも参加できる活動から買い物や食事サービスの手伝いやデイ・サービスの介助援助,杖術・技能を生かした大工修理まで,多種多様な活動を行っており,高齢者による高齢者のためのボランティアセンターとして地域活動の拠点となっている。

厚生省では,高齢者の社会参加を促進し,併せて福祉の受け手から担い手へと変革していくことを狙いとして,全国で128,140(単位クラブ,61年3月)ある老人クラブの諸活動を活性化するため,61年度から老人クラブ社会参加モデル推進事業を創設し先駆的な活動を展開している老人クラブ等をモデル指定し,老人クラブ活動の基盤の充実を図っている。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第2節 積極的な社会参加活動と住みよいまちづくりをめざして

2 障害者の社会参加

障害者の社会参加の推進を図るためには、地域社会の正しい理解と援助が重要であり、行政機関をはじめ、関係団体及びボランティア等が一体となって障害者の社会参加を進めていく必要がある。

そこで、厚生省では、障害者社会参加促進事業等社会参加と自立のための種々の施策を講ずるとともに、就労困難な障害者に職業を付与し訓練を行う授産施設や、作業能力のある重度身体障害者や精神薄弱者のための福祉工場の整備を図り、障害者の社会への適応や職業的自立のための条件づくりに努めている。

さらに身体障害者については、身体障害者雇用促進法により、官公庁、民間企業における雇用義務を設定して、その雇用促進が図られている。

なお、障害者の社会参加を進めるためには、自立した職業人として働ける基盤を、福祉施策と雇用施策の連携により強化していくことが求められている。

[大分県「太陽の家」]

社会福祉法人「太陽の家」は、企業と連携して重度身体障害者が働くことのできる制御機器、自動車等各種メーターなどの組立て作業工場(身体障害者福祉工場)、コンピュータソフトウェアハウス等を設立している。工場の機械設備には現代の先端技術を活用することによって、障害者の残存能力を補うこととし、この結果、健常者と同一水準の生産性を上げており、身障者の自立した生活を可能としている。

また、福祉工場と併せ、重度身体障害者更生援護施設、職業開発センター、コミュニティセンター、体育館、温水プール、スーパーマーケットなどを設置し、身体障害者と地域住民との交流が図られている。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第2節 積極的な社会参加活動と住みよいまちづくりをめざして

3 ボランティア活動の活性化

我が国は、西欧諸国に比してボランティア活動の立ち遅れがしばしば指摘されている。「厚みのある地域福祉」の確立を図っていくためには、公的施策の充実とともに、ボランティア活動の強化を図ることは非常に重要な課題となっている。我が国の場合、いわゆる福祉ボランティアの分野に限っても全国で約2,000グループ、登録人口約400万人といわれ、その裾野は広い。しかし、ボランティア活動の現状をみると、その育成等に対する取組には地域間にかなりの格差があり、ボランティアの振興は今後の課題である。

このような状況を踏まえ、厚生省では、昭和60年度からその基盤整備を目的として、社会福祉協議会が主体となって、地域におけるボランティア活動の人的・物的諸条件の整備を図るボランティア事業を実施している。また、61年度には、都道府県などにおけるボランティア基金に対する寄附金を指定寄附金扱いとして、税制上の優遇措置を講じたところである。

なお、近年、ボランティア活動の新しい形態として、一部自治体が積極的にいわゆる有償ボランティア制度を創設し、地域における福祉の担い手として育成しようという動きがみられ注目される。

[松山市「地域福祉サービス事業」]

市の社会福祉協議会(社協)が実施主体となり、老人、障害者、母子世帯などの食事の世話といった介護サービスを行うもので、ボランティアサービスの受益者を利用会員、提供者を協力会員として、利用会員はサービスの内容に応じて1時間あたり100円、200円、300円の3段階にわかれた利用料を社協に支払う。利用料を社協が積み立て、ボランティアである協力会員には100円を1点と換算しボランティア手帳に点数預託して、将来協力会員やその配偶者、父母のケアに利用でき、会員が転居、死亡した時などは点数が現金化されて支給される。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第2節 積極的な社会参加活動と住みよいまちづくりをめざして

4 高齢者や障害者の住みよいまちづくり

高齢者や障害者の社会参加を進めるためには、高齢者や障害者が安全で快適に生活できる「まちづくり」が前提となる。

近年、官公庁舎、文化娯楽施設、スポーツ施設や都市公園等において車いす常用者の利用可能な構造設備が整備されつつある。

東京都の「福祉のまちづくり現況調査」(昭和60年2月)によれば、都・区の設置している公共都市施設の5割が玄関、出入口、傾斜路、通路、便所、エレベーター等について車いす利用への配慮がなされており、残りの施設についても半数以上は、出入口などで高齢者、障害者の利便の向上を図っている。しかしながら、スーパーマーケットや劇場などの一般施設において設備面の配慮がなされているのは8%に過ぎず、高齢者や障害者が通常の日常生活を営むのに十分とは言えないとの結果が示されている。

厚生省では、身体障害者の社会参加、自立促進を図る観点から、人口10万人以上の都市を対象にした「障害者福祉都市」推進事業を54年度から実施してきており、60年度までに既に215市を指定し、都市における障害者のための生活環境改善等の基盤整備を図ってきた。さらに61年度からは新たにおおむね5万人以上の中小都市を対象とする「障害者の住みよいまち」づくり推進事業をスタートさせ、対象都市(61年度は20カ所を指定)の公共施設等の生活環境の整備や市民啓発を促進することとしている。

特にこれからは、民間デベロッパーによる住宅開発、都市再開発等のまちづくり事業においても、事業の計画段階における高齢者や障害者のモビリティ確保のための配慮が必要である。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第2節 積極的な社会参加活動と住みよいまちづくりをめざして

5 安全と自立のための住宅

ひとり暮らし老人や老人夫婦のみ世帯の増加,三世代同居や近接別居等多様化する高齢者の居住形態へのニーズに対応して,居住面での施策の充実が緊急の課題となっている。

(高齢者,障害者との同居への援助)

高齢者や障害者と家族との同居を促進するために,年金積立金還元融資の一環として,高齢者又は障害者の専用居室等を増改築するために必要な経費を貸付けるとともに,年金福祉事業団では老人同居世帯に対して被保険者住宅資金の貸付額の割増を実施しており,昭和61年度においては貸付限度額の増額等を図っている。

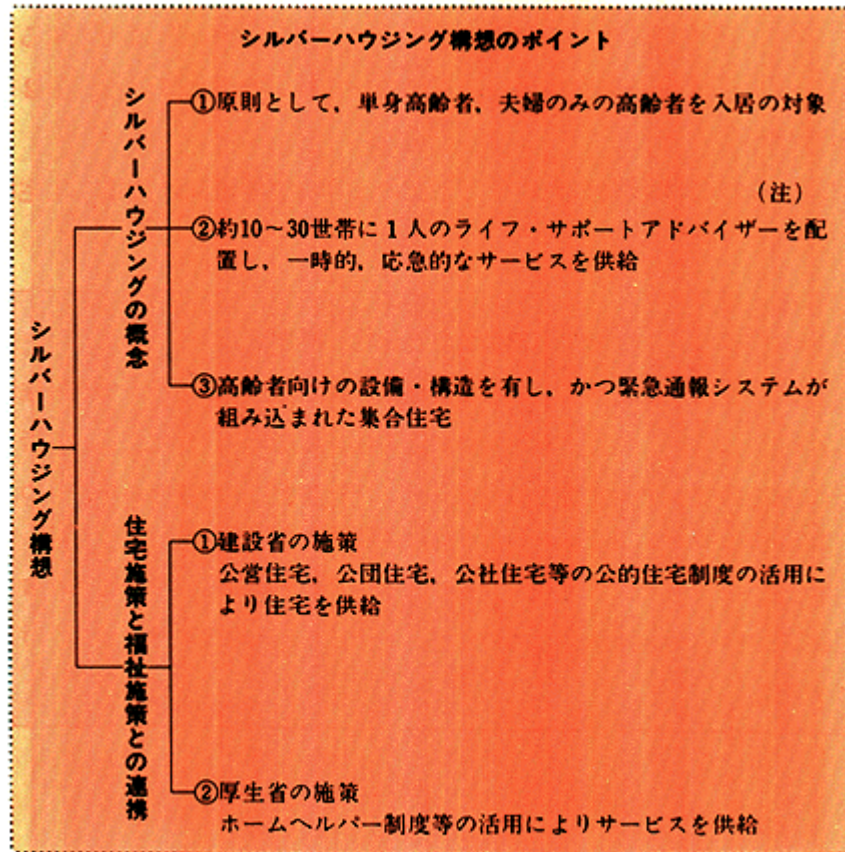
(シルバーハウジング構想(ケア付住宅))

従来,障害者や高齢者の住宅対策として,公営・公団住宅の優先入居や,車いす常用者世帯向け,三世代同居向け,近接別居向け等の住宅供給等の施策を講じてきたが,今後は住宅のハード面の配慮だけではなく,身体的,精神的機能の低下した高齢者等に対する各種サービスの提供や緊急時における対応等ソフト面の配慮も必要である。このような観点から建設省との連携・協力のもとで研究会を設置し,欧米のシェルタードハウジング(イギリス)やサービスフラット(スウェーデン)(注)に相当するケア付きの高齢者向け集合住宅の設置について検討を進めている(第2-5表参照)。

(注) シェルタード・ハウジング及びサービス・フラットは,いずれも急病等の緊急時において住み込みの職員等への通報システムを有し,また援助を求めることができるいわゆる「ケア付き集合住宅」のことである。

第2-5表 シルバーハウジング構想のポイント

第2-5表 シルバーハウジング構想のポイント



(注) 入居者に対する生活指導、相談、緊急時の応急的便宜及び福祉、保健関係機関等への連絡を行う。

なお、地方公共団体においても下記のような高齢者向けの集合住宅構想がつけられている。

〔東京都のシルバーピア(高齢者集合住宅)構想〕

都営住宅を始めとする公的な集合住宅の立て替え等に当たって高層住宅の1・2階を、浴室、廊下等の構造を高齢者向けに配慮し、安否の確認や緊急時の対応等を行うワーデン(管理人)の配置とお年寄りの緊急通報システム等を組み込んだ高齢者向け集合住宅にするとともに、集合住宅と隣接して在宅福祉サービスセンターを建設し、集合住宅を含む周辺地域の在宅老人のための食事、リハビリ、入浴等のサービスを行う構想。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

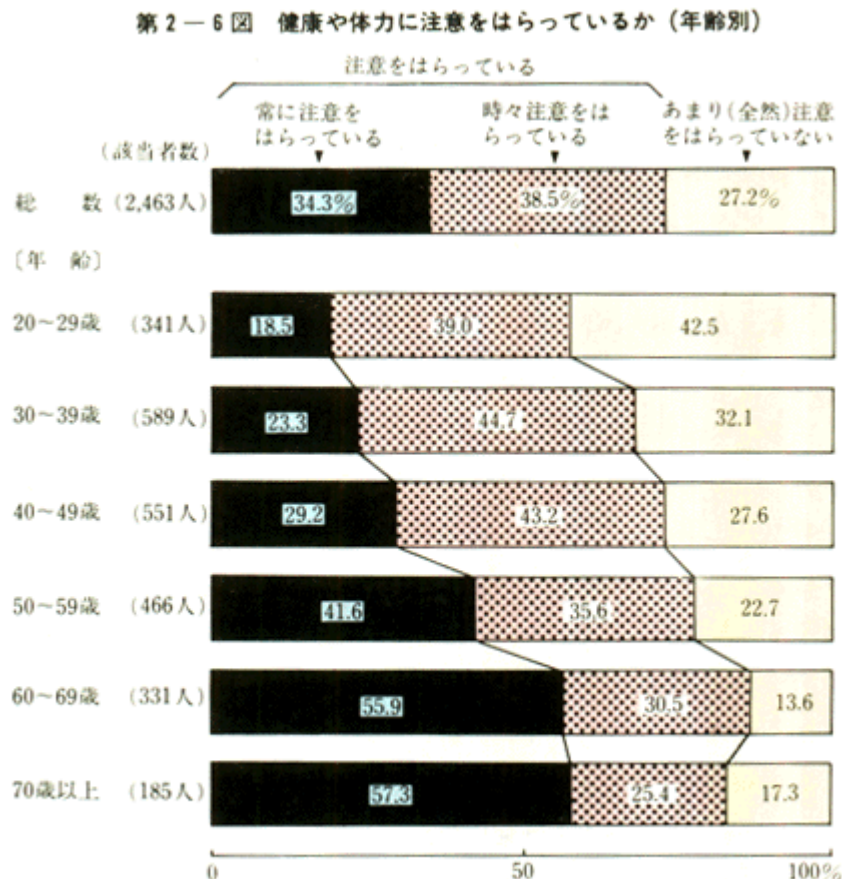
第3節 生涯健康づくりへ向けて

1 生涯健康づくりの時代

人生80年時代を迎え、長い人生を充実していきいきと過ごすしていくためには、心身両面にわたる健康の確保が不可欠の条件である。

総理府広報室の「体力・スポーツに関する世論調査」(昭和60年10月)によると、20歳以上の者の約9割が現在の健康状態について健康であると答えている。一方、第2-6図のとおり、約7割の者が自分の健康や体力に注意を払っており、特に高年齢層になるほど「常に注意を払っている者」の割合が高まっている。これは、国民の健康に対する関心や不安の表れでもあり、例えば、総理府広報室の「老人福祉サービスに関する世論調査」(61年1月)をみると、老後の不安の内容として、「健康」を74.0%もの者が挙げており、「経済(生活費等)」(57.8%)、「介護」(18.9%)等を上回り第1位となっている(複数回答)。このように人々の健康に対する関心や不安には極めて強いものがある。

第2-6図 健康や体力に注意をはらっているか(年齢別)



資料：総理府広報室「体力・スポーツに関する世論調査」(昭和60年10月)

第1章第2節でみたとおり,我が国の疾病構造は欧米諸国と同様に感染症中心型から成人病中心型に変化してきている。成人病の危険因子は個人の体質や食生活,運動,喫煙,飲酒等の長い間の生活習慣の中に潜んでいることから,成人病予防のためには適正な食生活を始め,正しい生活習慣を身につけ,健康診断を定期的に受診するなど日常の健康管理に常に留意することが肝要となっている。すなわち,長寿社会においては生涯にわたる健康づくりが重要である。

また,生活様式や,身体的,社会的な状態や健康に対する認識は個々人によって多種多様であることから,健康づくりのためには,まず一人一人が「自分の健康は自分で守る」という自覚と責任をもって,自発的に取り組むことが重要である。長寿社会を健康な時代とするか不健康な時代とするかは,各人の自覚と責任にかかっているのである。

各人が自発的に生涯健康づくりを進められるようにするために,厚生省は,1)乳幼児から老人に至るまでの個々人のライフステージに応じた健康診断,保健指導等の体系的実施,2)保健所,市町村保健センター等の施設整備の推進(注),3)保健婦,栄養士等のマンパワーの整備,4)健康づくりの自覚,実践等を促す啓発普及活動等の施策を講じている。

(注) 昭和61年3月末現在,全国で保健所は849か所,市町村保健センターは768か所設置されている。

今後とも,これらの施策を推進しつつ,国民のライフステージによって異なるニーズにきめ細かく対応し,かつ,地域に密着したサービスが提供できる体制を整備していく必要がある。また,幅広く健康づくり事業を展開していくため,いわゆる健康産業を始めとする民間サービスの活用や,年齢や性別を問わず地域住民が一体となって楽しみながら健康づくりに参加できる健康や運動に関するイベントの開催等の新しい方法の検討,実施も必要である。なお,生涯にわたる健康づくりのためには,児童,生徒等就学者の場合は学校保健が,勤労者の場合には職域保健が重要であり,地域,学校,職域における健康づくりの連携が望まれる。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第3節 生涯健康づくりへ向けて

2 ライフサイクルに応じた一皮づくりの推進

(1) 妊産婦及び乳幼児

妊娠、出産は女性のライフサイクルの上で最も重要な事項の一つであり、また、乳幼児期は80年という長い生涯の出発点であることから、母性及び乳幼児の健康の保持・増進が生涯健康づくりの中で占める位置は極めて大きい。

我が国の母子保健対策は、思春期から結婚、妊娠、分娩周辺期、新生児、乳幼児期を通じて、それぞれの時期にふさわしいサービスが受けられるよう一貫した体系の下に総合的に進められている。サービスの具体的な内容を大別すると、母子健康手帳の交付、母親学級等の保健指導、妊産婦や乳幼児、1歳6カ月児、3歳児等に対する健康診査、新生児を対象とした先天性代謝異常検査等のスクリーニング事業等から成る。昭和60年度からは、B型肝炎の撲滅を期して、B型肝炎母子感染防止事業を開始している(注)。このほか、各種の医療援護、新生児集中治療施設の設置などの医療対策や母子保健の基盤整備の拡充が図られてきている。

(注) B型肝炎は、B型肝炎ウイルスによって起こる感染症である。このウイルスに持続的に感染している者(キャリア)は、我が国では200~300万人に及ぶと言われ、将来的に慢性肝炎、肝硬変、肝がんを発生する率が高い。キャリアの発生をもたらし感染ルートとして出産に伴う母子感染が重要であることから、本事業の意義は大きい。

こうした施策の展開の結果、我が国の母子保健は世界の最高水準にある。例えば、乳児死亡率(出生千対)は、昭和22年の76.7から以後急速な改善低下を示し、60年には5.5と過去最低の率を記録しており、世界的にも最低率国グループの一員となっている。

近年における母性及び乳幼児を取り巻く社会環境をみると、都市化、核家族化、婦人の職場進出、出生率の低下、人口の高齢化等大きく変化しており、母子保健サービスの果たす役割はますます重要になっている。

したがって、妊産婦、乳幼児健康診査等の質的向上、心身障害の早期発見・早期療育等の充実を図るとともに、サービスの供給体制を充実、整備していく必要がある。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第3節 生涯健康づくりへ向けて

2 ライフサイクルに応じた一皮づくりの推進

(2) 児童

児童が心身ともに健全に育成されることは、家族はもちろん、社会全体からみても次代を担うべき人材育成という点で極めて重要である。

児童の健全育成のためには、児童の生活の場である家庭が健全であることはもとより、児童の人間関係の場である地域において遊び場の確保等の育成環境の整備が必要である。現代の子供は、時間・空間・仲間の「三間」がないといわれており、例えば、子供の生活時間をみると、現代では塾等での勉強時間やテレビ視聴に要する時間が増加している反面、遊びやスポーツに要する時間は減少している。

そこで、厚生省では、児童に健全な遊びの場を与えて、その健康を増進し、情操を豊かにすることを目的とする施設として、児童館、児童遊園等の児童厚生施設の整備を推進している(注)。また、54年の国際児童年の記念事業として、東京・青山に、劇場、スタジオ、体育施設、研修施設等を備えた「こどもの城」を建設し、60年11月に開館したところである。

(注) 昭和60年10月1日現在、児童館は3,517か所、児童遊園は4,173か所設置されている。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第3節 生涯健康づくりへ向けて

2 ライフサイクルに応じた一皮づくりの推進

(3) 成人

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には、良好な健康の維持が最も基礎的な事項であることは言うまでもない。健康維持の基本としては、栄養、運動、休養及び定期的な健康チェックの4つの要素が挙げられる。特に成人病は日頃の不適切な食生活や運動不足、休養不足と深い関係があり、成人病予防を始めとして健康の保持、増進を図るためには、各人の心身の状況に合った適切な栄養、運動、休養をとる必要がある。

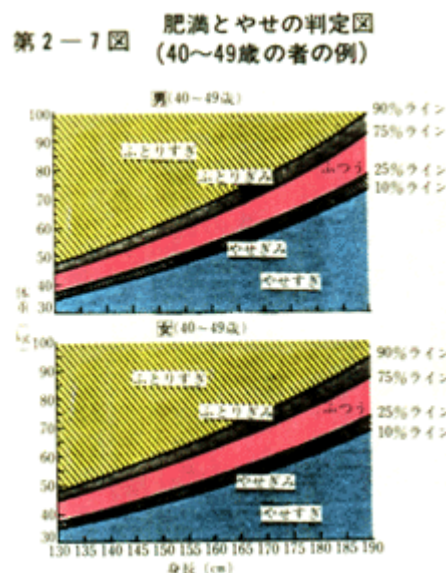
1) 日常の健康管理

(適正な食生活)

我が国の栄養状態は戦後著しい改善をみせ、今や「飽食の時代」と言われるまでに至っている。「昭和59年国民栄養調査」によれば、成人男子の約6割がエネルギーの摂取過剰であり、そのうち半数は20%以上過剰摂取という状況である。エネルギーの摂取過剰は肥満につながり、肥満は心臓病、高血圧症等の成人病の誘因となりやすい。また、個々人の栄養状態では栄養摂取の偏り等もみられる。

そこで厚生省では、60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して、「1日30食品」や「食塩は1日10グラム以下」を目標とすること等を示した「健康づくりのための食生活指針」を策定した。さらに、61年8月には、現在の日本人の性別、年齢階層別、身長別の体重分布を基に、太りすぎややせすぎが一目でわかる「日本人の肥満とやせの判定表」を作成、公表した(第2-7図参照)。

第2-7図 肥満とやせの判定図(40~49歳の者の例)



また、日常の食品摂取に占める加工食品の割合が急増している現状を踏まえ、厚生省では、公衆衛生の観点から、国民の健康の保持、増進、特に健全な食生活の実践、成人病対策及び栄養指導を効果的に推進し得るよう消費者が容易に理解できる加工食品の栄養成分の表示制度について、「栄養情報サービスシステム検討会」で59年度から3年間にわたり検討を進め、61年8月に意見を取りまとめた。この成果を踏まえ、61年11月には、食品メーカーから構成される(社)日本栄養食品協会を指導し、同協会が定めた基準に従いハンバーグ、ハム、かまぼこ、インスタント食品から菓子までの膨大な加工食品を対象に、5種(エネルギー、たん白質、脂質、糖質、食塩)の栄養成分の表示を必須とする表示制度を実施させるとともに、本制度の啓発・普及活動に努めている(第2-8図参照)。

第2-8図 栄養成分の表示例(ミニハンバーグ)

第2-8図

栄養成分の表示例(ミニハンバーグ)

栄養成分表示	
1人前3個(75g)当たり	
エネルギー	190kcal
たん白質	10g
脂質	12g
糖質	10g
食塩	1.0g

 厚生省指導による
栄養成分表示食品マーク

(健康な日常生活)

各人の身体の状態に合った適度な運動は、単に成人病の予防だけでなく、積極的な健康、体力づくりの上でも重要である。前述したエネルギーの摂取過剰に対しても、摂取量を無理に減少させるよりも運動により超過分を消化する方が健康増進のためには適当である。

このため厚生省では、個々人に望ましい運動の強さ、量、種類を簡単に知ることができる運動所要量の策定を進めており、適度な運動を通じての健康づくりに資することとしている。また、従来、地域住民に対する健康度の測定や個人個人の態様に応じた運動指導等を実践的に行うことを目的とする健康増進モデルセンターの整備を進めている(61年3月末現在17か所整備)。

一方、我が国の喫煙者の割合は、60年には男65%、女14%であり、男性の喫煙率は年々減少傾向に、女性は横ばい状態となっている。諸外国と比べてみると男性は高く、女性は低いのが特徴である。

喫煙の健康に及ぼす悪影響については、WHOの報告書等により指摘されてきており、長期多量の喫煙は、肺がんばかりでなく、慢性気管支炎や肺気腫等の呼吸系の疾患や、心筋梗塞や動脈硬化等の循環系の疾患、さらには胎児の発育障害に至る広範な健康被害を引き起こすとされている。

そこで、厚生省としても、後述する昭和62年度からの老人保健法による保健事業の第2次5か年計画において、肺がん検診の段階的導入を定めたところである。また、61年3月には、公衆衛生審議会の中に「喫煙と健康に関する専門委員会」を設けて、喫煙と健康問題に関する知見や喫煙の現状を評価整理し、その成果を「喫煙と健康問題に関する報告書」として発表する予定にしている。

(ストレスと健康)

複雑な現代社会に生きる人々にとって、ストレスは避けて通ることができなくなってきており、現代における健康は心の健康をも含めて考える必要がある。ストレスは精神面と同時に身体面の健康にとっても重要な問題である。このため、厚生省においては61年度に関係の専門家による「ストレスと健康に関する懇

「談会」を設け、ストレスが健康に与える影響やストレスへの対応策などについて幅広く検討を行っている。

2) 老人保健事業の推進

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、予防から治療、リハビリテーションに至る総合的保健事業の実施によって、国民の老後における健康の保持と適切な医療を図ることを目的としている。この法律に基づき、各市町村において、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)訪問指導等の保健事業が行われている。

厚生省では、61年度を目途とする5か年計画を策定して、毎年度対前年比30%増を上回る保健事業費を確保し、保健事業の段階的、計画的な推進を図ってきており、この計画に沿って、保健事業の実施市町村数の増大、健康診査の受診率の向上、保健婦等のマンパワーの増員や市町村保健センターの整備等の基盤整備の推進など、保健事業は着実に進展しつつある。

しかしながら、保健事業の中心をなす健康診査については、胃がん検診の受診率が目標を大きく下回っているほか、都市部を中心に受診率が低い傾向がみられ、健診内容が魅力に乏しいこと及び保健事業全体についても地域の特性をいかしたきめ細かな事業の推進が十分でない等の問題が指摘されている。

そこで、これらを踏まえて、61年7月に公衆衛生審議会から保健事業の見直しに関する意見具申がなされた。厚生省ではこの意見を踏まえ、61年9月に現行の5か年計画に引き続き、62年度を初年度とする保健事業第2次5か年計画を実施することとしている。第2次計画においては、胃がん、子宮がんの死亡率の30%減、脳卒中の発生率の半減等の長期的目標を掲げるとともに、事業実施上の重点事項を次のとおり定めることとしている(第2-9表参照)。

第2-9表 健診面を中心とした第1次及び第2次保健事業計画の比較

昭和61年度 (第1次計画最終年度)	昭和66年度 (第2次計画最終年度)(厚生省の考え方)
健康診査 (1) 一般健康診査 ●約1,315万人(受診率37.5%) (2) がん検診 ①胃がん検診 ●約 789万人(受診率22.5%) ②子宮がん検診 ●約 683万人(受診率22.5%)	健康診査 (1) 基本健康診査 ●おおむね全市町村で実施 ●約2,000万人(受診率 50%) (2) がん検診 ①胃がん検診 ●約1,200万人(受診率 30%) ②子宮がん検診 ●約 960万人(受診率 30%) ●子宮体がん検診を合わせて実施 ③肺がん検診 ●約 900万人(受診率22.5%) ④乳がん検診 ●約 700万人(受診率22.5%)

(ア) 住民の多様なニーズに対応しうる保健事業の質的充実

量的拡大に主眼を置いた現行計画を踏まえ、質的な充実にも配慮することとし、(i)地域住民のニーズを踏まえ、健康相談、健康教育等を通じた食生活や歯科保健を含む日常生活における健康なライフスタイルの確立と積極的な健康づくり、(ii)魅力ある健診づくりをめざした、一般健診と精密検診を併せた基本健診の実施や肺がん、乳がん検診の段階的導入(健康診査の受診率の目標については基本健診50%、胃がん、子宮がん検診30%とすること)、(iii)年齢による重点事業の区分(壮年から実年世代は健診、老人は健康相談に重点)、(iv)検診の精度管理の向上等を図ること。

(イ) ねたきり老人,痴呆老人対策の強化

保健事業においてもねたきりの防止を目指し,在宅療養の支援対策として機能訓練,訪問指導事業の推進を図り,併せて痴呆性老人問題の重要性にも配慮していくこと。

(ウ) 関連サービスとの連携の強化

ホームヘルパーと保健婦との同行訪問,訪問看護と訪問指導との有機的連携,職域健診実施者との協議等,福祉サービス,医療サービス,職域保健サービスとの連携を強化すること。

その他,都市部における保健事業の効果的実施を推進するとともに,保健婦等のマンパワーの確保,市町村保健センターの整備等の保健事業の基盤整備を引き続き推進していくこととしている。

胃がんを例にとれば,集団検診で発見されるがんのうち,早期がんの占める割合は40%強と高い。こうした健康診査による早期発見,早期治療は個々人の疾病からの早期回復ばかりでなく,結果的に医療費を適正な水準にとどめるという効果を有する。60年度健康マップによれば,同じ人口規模の市町村では,一般健康診査の受診率が高いほど1人当たり老人医療費が低い等の関係が認められるところであり,こうした点も踏まえ,第2次計画に沿って,地域の実情に応じて,保健事業の一層の充実と発展をめざして各種の施策を積極的に推進していく必要がある。

なお,近年職域分野においても,保健施設事業として,被保険者本人の健康管理対策として次のように積極的な健康事業が行われている。例えば,現在,政府管掌健康保険において,40歳以上の被保険者を対象とした胃・胸部レントゲン検査や心電図検査,血液検査等の成人病予防健診等が実施されており,61年度からは40歳及び50歳の被保険者に対する日帰り人間ドックが開始されている。61年度におけるこれらの健診の実施人員は,約115万人を予定している。また,組管掌健康保険においても,保健事業が積極的に行われている。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第4節 保健医療供給体制の改革

1 保健医療供給体制の現状と課題

我が国の保健医療供給体制は、戦後から今日まで国民の保健医療の確保という観点から逐次整備されてきており、医療施設数や病床数はかなりの水準に達し、医療従事者についても量的にはほぼ充足しつつある。

こうした保健医療供給体制の整備は、今や日本が平均寿命の長さや乳児死亡率の低さについて世界の最高水準にあるなど、国民の健康水準の著しい向上に大きく貢献してきた。

しかし、一方では病床数や医師数等について相当の地域差が見られ、その格差も広がる傾向を示すなど、医療施設や医療従事者等医療資源に地域的な偏在が見られることや、高度な医療機能を有する病院に軽症の患者が多数来院するため、本来の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見られるなど、病院・診療所間の有機的連携等保健医療のシステム化が不十分であること、さらには医師・歯科医師については将来的に過剰となるおそれがあることなど多くの課題を抱えている。一方、人口の高齢化に伴う慢性疾患の増加等疾病構造の変化、医療の高度化・専門化の進展、さらにはニューメディア等科学技術の進歩と普及等の環境の変化の中で、国民の生活水準は向上し、健康に対する関心は高まってきており、保健医療に対する需要も多様化かつ高度化してきている。

今後の保健医療供給体制の整備に当たっては、こうした課題や需要に対応して医療資源の適正配置、機能連携を図り、地域医療のシステム化を推進するとともに、健康増進から疾病の予防、診断・治療及びリハビリテーションに至る包括的、継続的、合理的な体制の確立をめざすことが必要である。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第4節 保健医療供給体制の改革

2 改革の第一歩としての医療法改正

医療供給体制改革の第一歩として、厚生省は昭和58年以来国会に「医療法の一部を改正する法律案」を提出していたが、60年12月に一部修正の上、成立した。

この医療法改正は、1)各都道府県において医療計画を作成し、医療関係施設相互の機能連系の確保、必要な医療機能の体系的整備や無秩序な病院病床の増加のコントロールを図って、地域医療のシステム化を推進すること、及び2)医療法人の運営の適正化を図るための指導監督等の規定を整備して、医療に対する国民の信頼を確保していくこと、を目的とするものである。厚生省では、改正法を受けて関係政省令等を整備するとともに、医療計画作成指針等を都道府県に通知し、その円滑な施行に努めている。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

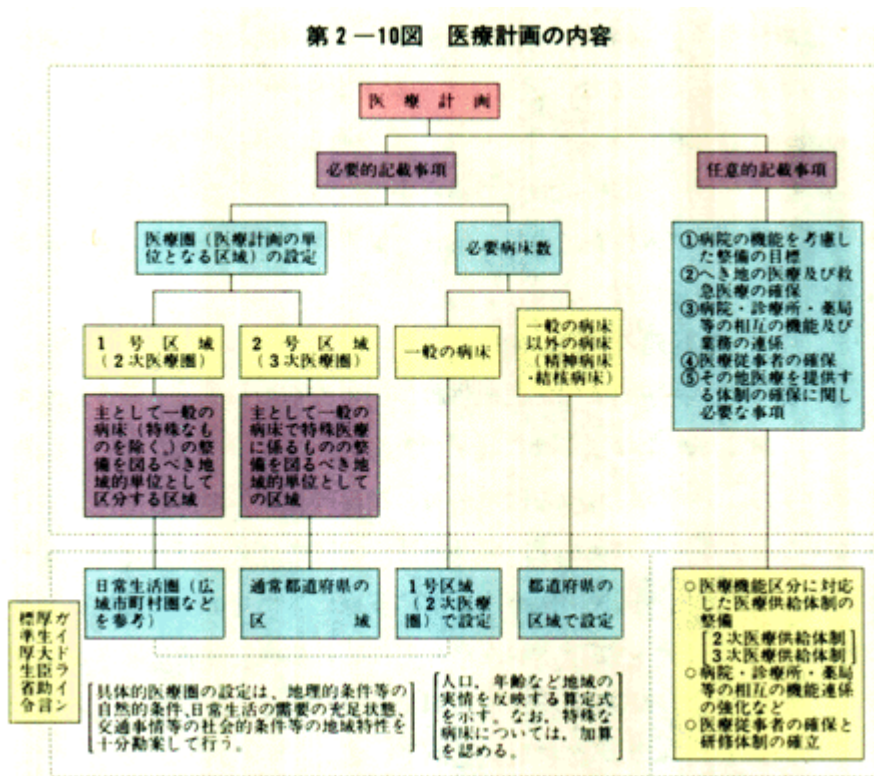
第4節 保健医療供給体制の改革

2 改革の第一歩としての医療法改正

(1) 医療計画

医療計画には、医療資源の効率的活用に配慮しつつ、地域医療のシステム化を推進するという目的に沿って、1)医療圏を設定し、そこでの必要病床数を定めるとともに、2)病院の機能を考慮した整備の目標、3)へき地医療、救急医療の確保に関する事項、4)病院、診療所、薬局等の機能、業務の連携を進めるために必要な事項、5)医療従事者の確保に必要な事項、等を盛り込むことができるとされている(第2-10図参照)。

第2-10図 医療計画の内容



都道府県知事は、医療計画の作成に際しては、診療、調剤に関する学識経験者の団体や市町村の意見を聴くとともに、都道府県医療審議会に諮問して地域の医療事情を反映させるとともに、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接な関連を有する施策との連携を図るよう努めなければならない。

こうして作成された医療計画を達成するための措置としては都道府県知事が、従来の公的病院の病床規制に加え、民間の病院についても、自由開業医制を前提としつつ、病床過剰地域において、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、病院の開設、増床等に関して勧告を行うことができるとともに、病院の開設者等は、建物、設備、機械等をその病院に勤務しない医師・歯科医師・薬剤師の診療、研修等のために利用させるように努めることとされている(これを「病院のオープン化」という。)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第4節 保健医療供給体制の改革

2 改革の第一歩としての医療法改正

(2) 医療法人の設立,運営

今回の医療法改正では,医療法人が法人形態による病院・診療所の開設者の中核であるという,その社会的役割の重要性等にかんがみ,1)医師又は歯科医師が常時1人又は2人勤務する診療所についても医療法人の設立を認めるとともに,医療法人の資産要件を明確化し,2)医療法人の役員の欠格事由,定数等について,その適正な運営を確保するための規定の整備を行い,3)特に問題のある事例に対処するため,医療法人の事務所に対する立入検査,役員の解任,勧告等指導監督規定のきめ細かな整備強化が図られたも

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第4節 保健医療供給体制の改革

2 改革の第一歩としての医療法改正

(3) 残された課題の解決に向けて

このように、我が国は保健医療供給体制の改革の第一歩を踏み出したところであるが、なお残された課題が多くある。

そのうち、1)病院における医療の質の確保等について、各病院が自己評価する手法の在り方及びその普及方法、2)医業経営の近代化・安定化、3)医療の専門分化、国民の医療ニーズの多様化等に対応する診療科名等の表示の在り方については、現在それぞれ「病院機能評価に関する研究会」、「医業経営の近代化・安定化に関する懇談会」、「診療科名等の表示に関する検討会」において検討を進めている。

また、今後さらに第2次医療法改正に向けて、病院・診療所の機能分担、病院等における職員配置の在り方、医業等に関する広告制限の見直し等、保健医療供給体制全般にわたる見直しを着実に進めていく必要がある。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第4節 保健医療供給体制の改革

3 へき地・救急医療

(1) へき地保健医療対策

へき地保健医療対策については、山間、離島等のへき地の医療を確保するため、昭和31年以来年次計画に基づき、へき地中核病院、へき地診療所の整備、巡回診療の実施等各般の施策を推進してきているところであり、41年には2,920あった無医地区(注)が59年には1,276にまで減少してきている。しかしながら、未だ相当数の無医地区が残されており、また、へき地中核病院等の整備も必ずしも十分とは言えず、既存の施設についても、その機能の向上を図り、一般地域との医療水準の格差を縮小させる必要がある。

(注) 医療機関の無い区域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ、容易に医療機関を利用することができない地区。

このため、厚生省では、61年度を初年度とし、計画期間を5年間とする第6次へき地保健医療計画を策定し、より広域的な見地から医療水準の向上に配慮するとともに、医療と保健とを一体として包括的な医療を確保することとしている。具体的には、へき地診療所の後方支援病院としてのへき地中核病院の研修機能の強化や、へき地勤務医師の診療支援のための静止画像伝送システムの導入等を図ることとしている。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第4節 保健医療供給体制の改革

3 へき地・救急医療

(2) 救急医療

主に休日、夜間における救急医療対策は、医療行政における最も重要な課題として、52年度から計画的に、初期、二次及び三次救急医療施設並びに救急医療情報センターからなる体系的整備を推進してきた結果、初期及び二次の体制についてはおおむね基本的な整備水準は達成されたところである。

今後は、三次の救命救急センターや救急医療情報センターについて、なおその整備充実を図るとともに、救急医療施設への迅速、円滑な収容を確保するため、関係機関相互のより緊密な連携を推進する必要がある。

第1編

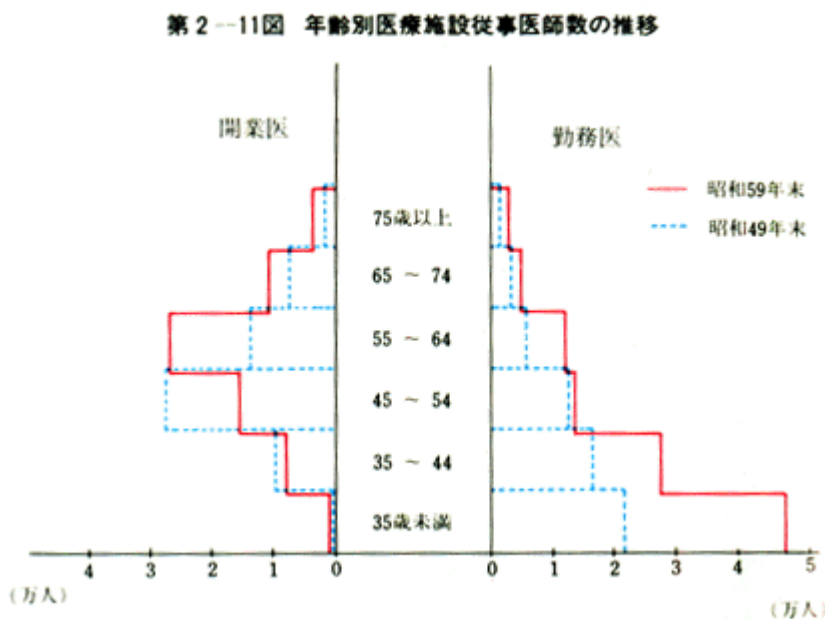
第2章 社会サービスの新たな展開

第4節 保健医療供給体制の改革

4 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」を診る傾向にあるといわれており,また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(第2-11図参照)。さらに,患者も大病院志向が強いといわれている。

第2-11図 年齢別医療施設従事医師数の推移



このような状況に対応し,医師と患者との信頼関係を基盤とした望ましい医療を実現していくため,住民の日常の健康管理,健康相談や,一般的に見られる疾病や外傷等に対する適切な診断・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など,医療の継続性の中心となる家庭医について,育成・普及が求められている。

厚生省では,昭和60年6月から「家庭医に関する懇談会」を開催して,検討を続けているが,61年3月にはそれまでの論点を整理した上で,更に議論を一層深めるために,医師の養成とそれを十分発揮させる支援体制について検討を進めており,62年3月に報告書を取りまとめる予定としている。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第4節 保健医療供給体制の改革

5 医薬分集の推進

医薬分業とは、医療において、患者の診断、治療は医師が、医師の処方せんに基づく調剤は薬剤師が行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担し国民医療の質的向上を図ろうとするものであり、我が国では、院外処方せん料を大幅に引き上げた昭和49年以降、漸次進展している。ちなみに、60年度の医療機関の院外処方せん発行枚数は約1億576万枚と、49年度のその約14倍にも達している。しかし、医薬分業の実施状況は未だ十分なものとは言えず、いわゆる分業率は、10%をやや上回る程度と言われており、先進諸国の中でも極めて遅れた存在にある。

厚生省では、従来、関係者の理解と協力を得ながら、処方せん受入れ体制の強化等によりその推進を図ってきており、60年度からは新たに医薬分業推進モデル地区事業も実施している。また、前述の医療法の一部改正の結果、薬局と医療機関の連係等地域医療における薬局、薬剤師の果たすべき役割が明確化されたが、これは地域医療の一翼を担う薬局、薬剤師への期待の表れであり、今後の医薬分業の進展によい影響を与えるものと考えられる。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第4節 保健医療供給体制の改革

6 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環境は大きく変化してきている。今後、本格的な高齢化社会への移行が急速に進む中で、医療の果たすべき役割は一層重要なものとなるが、我が国の医療機関の整備状況等を踏まえれば、今後は医療資源の効率的な活用を図りつつ、医療機関相互の機能分担と連係を強化していくことが重要となってくる。

このような観点から、国立病院・療養所については、医療機関における役割分担として国立医療機関にふさわしい広域を対象にした高度又は専門医療等を担えるよう、その質的機能の強化を図るため、厚生省は、行政改革の一環として、全国的視点に立って、経営移譲及び統廃合による再編成を実施することとし、61年1月、再編成計画を策定し、公表した(第2-12表参照)。再編成計画は、61年度を初年度として今後おおむね10年を目途に進めることとしているが、その実施に当たっては、地方公共団体を始め地元関係者と十分協議することとしている。

第2-12表 再編成後の国立病院・療養所の機能及び配置の原則

第2-12表 再編成後の国立病院・療養所の機能及び配置の原則

	内 容	配 置 の 原 則
ナショナルセンター	特定の疾患等について全国の中心機関となる施設 (例示 国立がんセンター、国立循環器病センター)	対象疾患等ごとに全国1か所
基 幹 施 設	<ul style="list-style-type: none"> ● ナショナルセンターとの関係の下にブロックの中心機関となる施設 (例示 地方がんセンター、地方循環器病センター) ● 特定の疾患についてブロックの中心機関となる施設 (例示 アルコール……国立療養所久里浜病院 てんかん……国立療養所静岡東病院) 	ブロックごとに1か所
高度総合診療施設	高度の総合診療機能にあわせ、高度の臨床研究・教育研修などの中心機関となる施設 (例示 国立東京第二病院、国立大阪病院)	ブロックごとに1か所
総合診療施設	広域を対象とした救急医療、母子医療などの第三次の医療機能にあわせ、地域の教育研修、病院の開放、高度医療機器の共同利用などを実践・普及する機能を有する施設	各都道府県に1～2か所
専門医療施設	特定の疾患(結核、難病、重症心身障害、筋ジストロフィー等)を対象とした専門医療を実施する施設	各都道府県に1～2か所

なお、厚生省では、「厚生省設置法の一部を改正する法律案」(国立精神・神経センターの設置関係)及び「国立病院等の再編成に伴う特別措置に関する法律案」(国立病院等の資産の無償又は減額譲渡等関係)を国会に提出し、前者については61年5月に成立した。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第4節 保健医療供給体制の改革

7 医療従事者の養成

医師,歯科医師を始めとする医療従事者については,これまで養成力の拡充に努めてきた結果,量的にはほぼ充足しつつある。

今後は,ニードの動向を踏まえて計画的な養成を行い,その適正配置を図るとともに,医学・医術の進歩に即応していける資質の確保に施策の重点を移していく必要がある。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第4節 保健医療供給体制の改革

7 医療従事者の養成

(1) 医師

医師数については、昭和45年に「昭和60年までに人口10万対最小限150人の医師を確保する」という目標を策定し、これに沿って養给力の拡充が進められてきた。この結果、無医大県解消構想等の実現もあり、58年にこの目標は達成され、59年末には総数約19万人、人口10万対158人となっている。一方、現在の医師養成数(61年4月現在の医科大学・医学部入学定員は8,300人)がこのまま推移すれば人口10万対医師数は、75年には220人、100年には300人となり、その後も増加すると見込まれ、将来の医師数の増加に伴う問題が憂慮されるに至っている。

このため、厚生省の「将来の医師需給に関する検討委員会」は医師の需給問題について検討を行ってきた結果、61年6月に、「昭和70年を目途に医師の新規参入を最小限10%削減する。」との最終意見を取りまとめた。これは、59年11月に示された中間意見の内容を再確認したものである。

なお、厚生省としては、中間意見を受けて以来、文部省等関係方面に医師数の削減につき協力を要請してきたところである。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第4節 保健医療供給体制の改革

7 医療従事者の養成

(2) 歯科医師

同様なことは歯科医師(59年末の総数約6万8千人,人口10万対57人)についても言え,厚生省の「将来の歯科医師需給に関する検討委員会」は61年7月に,「昭和70年を目途に歯科医師の新規参入を最小限20%削減する。」ことを結論とする最終意見を取りまとめた。これは59年12月の同委員会の中間意見を再確認するものとなっている。

なお,医学(歯学)教育の総合的な見直しを進めていた文部省の「医学(歯学)教育の改善に関する調査研究協力者会議」でも,その後,中間まとめを公表しており,その中においてこれらの委員会における需給見通しをおおむね妥当としている。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第4節 保健医療供給体制の改革

7 医療従事者の養成

(3) 薬剤師

薬剤師数は、現在約18万人と推定されており、毎年約8,000人の増加をみているが、近年の薬剤師職能の高度化、多様化を反映し、社会的要請に応じた質の高い薬剤師を確保するため、薬学教育における教育内容や国家試験受験資格等についての見直しを行うべきであるとの指摘もある今後の薬剤師養成においては、こうした指摘等も踏まえ、将来の需給バランスを見通し、資質の向上に配慮した検討が行われる必要がある。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第4節 保健医療供給体制の改革

7 医療従事者の養成

(4) 看護職員

保健医療サービスの充実を図るうえにおいて、看護職員の確保と資質の向上は極めて重要な課題である。

厚生省では、看護職員の充足を図るため、49年から看護婦需給計画を立て、養给力の拡充やナースバンクによる未就業者の活用を図るなど各種の施策を講じてきており、59年末の就業者数は約64万人で、ほぼ計画に沿って推移している。また、特に保健婦については老人保健事業の推進等国民の健康づくりの見地から今後その役割は更に重要になると考えられるため、保健事業5か年計画などを通して、その計画的確保に努めているところである。しかし、地域別、設置主体別等の格差があり、依然として不足の状況にあること、また、在宅ケア等看護需要の増大が予想されることなどから、今後とも多様な需要に対応した看護職員の養成確保を図っていく必要がある。

さらに、現行の看護制度が確立されて30年以上経過し、その間に医療の高度化は急速に進んでいる。厚生省では、こうした状況を踏まえ、「看護制度検討会」を60年3月に開催し、看護教育、准看護婦制度の在り方等、今後の看護制度の基本的方向について検討を進めているところである。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第5節 社会サービスの費用負担等の在り方

1 国と地方の役割分担及び費用負担の見直し

社会サービスの在り方の見直しのうち、国と地方の役割分担及び費用負担の見直しについては、昭和60年5月27日の補助金問題関係閣僚会議決定に基づき開催された補助金問題検討会において検討が進められ、国庫補助負担率(補助率)の在り方の見直しを中心に60年12月20日に同検討会の報告書がまとめられた。

それによると、国と地方の役割分担については、「住民に身近な行政はできる限り住民に身近な団体において処理されるよう、事務の性格に即し見直しを進める」という臨調答申をも踏まえつつ、「地域性」、「効率性」、「総合性」というような基本的視点に立って個々の事務の性格、特性に即した検討を加え、逐次、見直しを図ることが適当であると考えられるとしている。

また、具体的な行政分野での補助率については、まず生活保護については、国民の健康で文化的な最低限度の生活水準を保障するものであり、その実施に当たっては、全国民に共通した公平と平等が求められるので、事務の性格は、今後とも機関委任事務とすることが適当であるとし、その補助率としては補助率の体系的な見直しの観点からは2/3、国の責任の度合を考慮すると8/10が適当との両論が報告書に併記された。老人福祉、児童福祉等における老人福祉施設、保育所等への入所措置については、多様なニーズにきめ細かく対応できるよう、地方公共団体の自主性の尊重の観点から、現行の機関委任事務を団体委任事務に改めるとともに、福祉施設の最低基準及び費用徴収基準については、できる限り簡素・合理化する必要があるとし、補助率については1/2が適当である等の指摘がなされている(注)。また、報告書では今回の補助率の見直しの措置は当分の間の暫定的なものとして行われるべきものとしている。

(注) なお、報告書においては、これらの福祉施設について同一の補助率とすることは問題があるとする意見があった旨、記されている。

その後、60年12月21日の補助金問題関係閣僚会議において本報告を最大尊重する旨の決定がなされ、これを踏まえ、補助率の見直しについては「国の補助金等の臨時特例等に関する法律案」として第104回通常国会に提出され、61年5月に成立し、61年度予算から適用されている(注)。一方老人福祉施設等への入所措置等の事務を団体事務とすること等、厚生省関係では15法律に関する事務の団体事務化や権限委譲を行うこと等を内容とする「地方公共団体の執行機関が国の機関として行う事務の整理及び合理化に関する法律案」については、第107回国会に再提出され、61年12月に成立した。

(注) 本法による補助率の見直しは昭和61年度から63年度までの3年間の暫定措置とされている。また、具体的には、保育所、老人福祉施設等への入所措置に関する補助率については5/10とし、生活保護に関する補助率については7/10とすること等とされている。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第5節 社会サービスの費用負担等の在り方

2 社会サービスの自己負担の在り方の見直し

社会サービスの提供について論じる場合、サービスの費用負担の問題を避けて通ることはできない。費用負担について国と地方の間の財政負担の在り方は前述したので、ここでは、サービスを受ける者(受益者)の自己負担の在り方について論じることとする。

医療サービスでの患者負担は、現在患者が属する制度ごとにその割合が異なっているが、将来的には医療保険制度間の負担と給付の均衡を図るという観点から、被用者保険、国民健康保険を通じ患者負担割合を統一していく必要がある(第4章第2節参照)。

一方、福祉サービスの場合には、かつては国や地方公共団体が無料又は極めて低い料金で提供するという方式がとられていた。これは、これまで福祉サービスの多くが、基本的に所得の低い者を対象として行われてきたことによる。

しかし、現在では、核家族化の進展や高齢者世帯の増加等による家庭機能の低下等により、サービスの利用は所得階層を超えて拡大してきており、かつ、サービスの内容も多様化しつつある。言わば、従来の低所得者層向けの選別的・画一的サービスから、ニードに対応する普遍的・選択的サービスを求められている。

このようなニードの質的、量的変化はサービスの自己負担の在り方についても見直しを迫っている。すなわち、租税により賄われる公的サービスについては、その費用負担者は国民全てであるため、サービスの利用者とは非利用者との間で費用負担に関して社会的公正が保たれなければ納税者の信頼を失うことになりかねない。また、無料中心のサービス提供は不要不急の利用を促進しかねず、かえって社会的資源の効率的配分を損なうおそれがある。サービスの利用者の負担能力をみても、所得水準の上昇や年金制度の成熟等によりニードを多く有する高齢者層を始めとして一般的に負担能力は高まってきている。

そこで、サービスの利用者は基本的に受益の程度と負担能力に応じて適正な費用負担を行うことを原則とすることが適当である。例えば、総理府広報室の「老人福祉サービスに関する世論調査」(昭和61年1月)をみても、公的機関が実施する老人福祉サービスの費用負担について、「受益者が支払い能力に応じて費用を支払うのはやむを得ない」が47.1%、「受益者が支払い能力に応じて費用を支払うのは当然だ」が22.6%の賛成となっており、何らかの費用負担を許容する者が約7割を占め、「支払い能力にかかわらず無料で提供されるべきだ」の23.5%を大きく上回っている。

適正な自己負担は、利用者・非利用者間の公正の確保、サービス資源の有効活用、利用者の自立意識の助長等メリットが多く、適切なサービスの供給をより一層推進するものと言える。ただし、サービスの有料化によって、国民生活にとって基本的なサービスを利用できないという事態が生じないよう、低所得者に対しては負担能力を考慮して負担の減免等を行うという配慮も重要である。

このような観点から、近年、各種サービスごとにその性格を考慮しつつ、受益者の自己負担について見直しを進めてきている(注)。

(注) 例えば、昭和60年度には、養護及び特別養護老人ホームの費用徴収基準の改正、家庭奉仕員(ホームヘルパー)派遣事業の費用負担の基準の改正(費用負担の基礎となる所得税階層区分の細分化等)を行った。61年度においては、身体障害者更生援護施設における費用徴収制度の導入(費用徴収の対象者は原則として入所者本人とし、補足的に一定の扶養義務者とすること等を内容とする費用

徴収制度を61年7月から実施)精神薄弱者援護施設及び児童福祉施設の費用徴収基準の改正(成人については費用徴収の対象者は原則として入所者本人とすること等)並びに養護及び特別養護老人ホームの費用徴収基準の改正(資産保有に着目した徴収内容の改正等)を行ったところである。

また、受益者の自己負担の在り方については、適正な自己負担の徴収と併せて、次のような観点が今後ますます重要になると考えられる。

第一に、各種サービスの費用負担を社会保障制度全体を通じて均衡のとれたものとしていく必要がある。例えば、ねたきり老人等の要介護老人の場合、在宅者と施設入所者との自己負担を比較すると、在宅で介護を受けている老人については在宅サービスを利用しつつも、食費その他の日常生活費は基本的に本人又は家族が負担していることから、施設入所者の自己負担について考える場合には在宅者との均衡を十分考慮しなければならない。

第二に、サービスの費用負担の設定方法についてもできる限り簡素化を図っていくことにより、住民が手軽にサービスを利用できるよう工夫していく必要がある。例えば、ホームヘルパーなどの在宅サービスについては繁雑な申請手続によらず電話などによってもサービスの利用依頼ができるよう手続の簡素化を図っていく方向で、利用料の支払方法について検討を進めていく必要がある。また、負担能力を評価する場合に、収入や所得ばかりでなく資産活用の方式を含めること等を検討することも考えられる。

第三に、社会福祉施設等の入所サービスについても、老人ホームのように利用の普遍化、一般化が進んでいるサービスについては、このような利用の普遍化に見合った費用負担の在り方を検討していく必要がある。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第6節 安全で快適な生活環境をめざして

長い人生を生き生きと充実して過ごすためには心身の健康の確保が第一義であるが、そのためには健康管理や医療のように直接人間の肉体的、精神的状態を取り扱うサービスばかりでなく、人間を取り巻く生活環境の衛生管理を図ることによって健康を守ることも極めて重要である。

さらに、生活水準の向上、生活意識の変化等により、生活環境の衛生管理についても、単なる人体の危害防止にとどまらず、衛生水準を向上させることによって、より安全で快適な生活環境を形成するという積極的な役割を求められてきている。

本節では、生活環境の中でも基礎的な事項である食・住環境の安全性の確保、水道水の供給及び廃棄物の処理について、最近の行政施策の動向を紹介する。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第6節 安全で快適な生活環境をめざして

1 食・住環境の安全性の確保

(食品の安全性の確保)

食品産業の発展による食品の製造加工技術の近代化及び高度化に伴い、食品の多様化、食品流通の広域化及び多元化、保存期間等の長期化等から食品の安全性の確保は一段とその重要性を増してきている。このため、食品衛生法に基づき、食品・添加物等の規格基準の設定、食品等の衛生規範の策定、食品関係営業の許可制度、食品衛生監視員による監視・指導(注)、食品関係営業者自身による自主的管理体制の整備等の施策を積極的に推進し、食品等による危害の発生を未然に防止するよう努めている。

(注) 昭和60年12月末現在、6,762人の食品衛生監視員が全国の保健所等に配置され、約420万施設の食品関係営業の監視指導を行っている。

また、近年の食中毒発生の特徴は、飲食店営業(特に仕出し屋及び弁当屋)及び集団給食施設を原因とする大規模食中毒がしばしば発生している点にある。ちなみに、昭和60年の食中毒患者数は44,102人と対前年比33.3%の増加を示している。そこで、営業者自身による衛生管理の徹底を図るとともに、食中毒多発施設の効率的監視指導を実施するため、重点的監視マニュアルの作成に着手したところである。

食品添加物については、近年、表示の充実を求める国民の意識が高まり、専門家の検討会において原則として使用した添加物は全て表示すべきであるとの報告がなされ、現在具体的検討が進められている。さらに、学問の進歩に応じ、食品添加物の再評価を行い、絶えずその安全性の点検に努めている。

(健康食品)

健康食品については、国民の健康志向意識の高まりに伴い、小売市場規模が推定4,000億円に達する商品に成長していると言われている。その一方で、医薬品まがいの効能効果を表示したり、摂食方法によっては健康被害を生じさせかねない成分を含有するものがあるなど問題点も多い。このため、厚生省としては、59年10月に設置した健康食品対策室を中心に、健康食品に関し、医学的栄養学的観点から調査研究、情報収集等を行い、適正な知識の普及啓発等に努めて国民の健康食品の適切な選択に資することとともに、健康食品について調査、分析の結果を踏まえ、新たに慢性毒性試験を実施するなど、安全対策に万全を期すこととしている。なお、医薬品まがいの効能効果を表示したものなど無承認無許可医薬品に該当するものについては、薬事法に基づき厳正な取締りを行っているところである。

また、60年4月に国民の健康の保持・増進に寄与することを目的に発足した(財)日本健康食品協会(JHFA)では、健康食品に関する製品規格、製造加工基準表示・広告基準等の規格基準の検討を進め、61年8月に小麦はい芽油等8食品群12品目についての自主的な規格基準を決定した。今後、同協会の製品審査に合格した健康食品についてはJHFAマークを付けることにより消費者の選択の利便に資することを狙いとしている。

(環境衛生関係営業)

飲食店営業を始めとして私達の日常生活に極めて関係の深い理容所、美容所、クリーニング所、公衆浴場等の環境衛生関係営業(60年12月末現在営業許可施設数約240万)についてみると、種々のサービスを提供して

生活を豊かにすることに貢献している反面,その大部分は中小零細企業で経営基盤がぜい弱であり,不安定な経営状態から適正な衛生水準の維持が困難になりやすい体質を有している。そこで,これら営業に対する公的金融機関である環境衛生金融公庫の果たす役割は大きく,42年の設立以来,60年度末までの貸付総額は約2兆8千億円にのぼる。なお,同公庫の業務としては61年10月からは従来からの設備資金貸付に加え,新たに運転資金貸付を実施しており,環境衛生関係営業の振興に一層大きく寄与することとなった。

(建築物内の衛生管理)

一方,経済発展,科学技術の進歩に伴う建築物の大型化,高層化や気密化の進展あるいはこうした建築物の増加は,建築物内という人工的な生活環境の中で過ごす時間を必然的に増大させており,建築物の衛生的管理の重要性を一層高めている。このため,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は,建築物環境衛生管理基準を定め,建築物の所有者等に基準の遵守を義務付けることにより適正な室内空気の維持や飲料水の供給等が図られるよう努めている。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第6節 安全で快適な生活環境をめざして

2 安全でおいしい水の安定的供給

我が国の水道の普及率は、昭和59年度末の全国平均では93.1%に達している。そして、大多数の国民にとって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、水道の給水制限、停止が行われた場合に国民生活や経済活動に与える影響は測り知れないものがある。

このように水道は、今日、電気、ガス等とともに国民生活に不可欠な供給施設(ライフライン)として社会に定着している。したがって、水道用水の安定的供給は水道行政の根幹にかかわる課題であり、平常時の安定的給水はもちろん、渇水、地震時等の非常時においても国民生活への影響を最小限にするため、ダム等の水源開発、既存水源の有効利用等に加えて、基幹的施設の耐震化、連絡管の布設や調整池の設置等の施策を推進していくとともに、送配水施設における監視・制御技術の高度化、管路等の合理的な更新を図ることが必要である。

一方、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、湖沼の富栄養化を始めとする公共用水域の水質汚濁の進行、トリクロロエチレン等微量有機化学物質による地下水汚染の顕在化等、水道水質を取り巻く問題が複雑化、多様化してきていることから、今後とも水源の水質保全施策の推進とともに、水道水に関する水質基準の一層の充実、水質監視体制の強化が必要である。また、カビ臭等の異臭味を有する水道水の供給問題を背景として、水道水のおいしさについて関心が高まっている。水道からおいしい水を飲めるようにするためには、良質な水源を確保していくことが基本であるが、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。

安全でおいしい水道水を供給するため、一部の水道で、活性炭処理、オゾン処理等の高度な浄水処理の導入が図られつつあるが、こうした処理技術や水中の微量化学物質の実用的な分析方法等の開発を図るほか、61年11月より規制対象が拡大された簡易専用水道(ビル等の受水槽を有する給水のための施設)での水の衛生確保対策を推進していく必要がある。

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、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 社会サービスの新たな展開

第6節 安全で快適な生活環境をめざして

3 廃棄物の適正処理

廃棄物は、私達の日常生活や産業活動等に伴って必ず排出されるものであり、そ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。

近年の廃棄物の排出状況を見ると、依然として量的に増加傾向にあるほか、生活様式の変化や産業構造の変化等により質的な多様化が著しく、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。

こうした量的かつ質的に変動していく廃棄物の適正な処理を図る上で廃棄物処理施設の計画的な整備を推進していくことが必要であるため、61年4月に廃棄物処理施設整備緊急措置法の一部改正がなされ、61年度から始まる第6次廃棄物処理施設整備5か年計画(投資総額1兆9,100億円)を策定することとしている。また、処理が困難な廃棄物対策としては、61年3月に発足した生活環境審議会廃棄物処理部会廃棄物調査専門委員会において、製品等が廃棄物となった場合の処理困難性について事業者が自己評価を実施するためのガイドラインの検討が行われている。

大都市圏域における廃棄物の最終処分場の確保難に対処するための広域最終処分場計画(フェニックス計画)について、近畿圏では既に事業が着手されており、さらに、首都圏では6都県市首脳会議(首都圏サミット)等の場で廃棄物の広域処理についての調査、検討が行われている。また、産業廃棄物については、事業者処理責任が原則であるが、依然として不法投棄等の不適正処理がみられることから、排出事業者及び処理業者に対する指導管理体制を強化し、優良な処理業者の組織化を促すとともに、廃棄物の発生から処理に至る流れを適正に監視、管理するために各地方自治体が相互に情報交換を行うための情報管理システムの開発を推進している。なお、国際的にも有害廃棄物の国際移動に関して効果的な国際協力システムの確立について検討を進める必要がある。

一方、公共下水道の建設が早急に実現しない地域においては、浄化槽が高い普及率を示しており、59年度末における設置基数は全国で約530万基、浄化槽人口は全国の水洗面人口の約半数の3,100万人と推定される。最近の浄化槽技術の向上は目覚ましく、地域によっては効率的な生活雑排水(家庭の台所風呂場等からの排水)の浄化が可能となっているが、公共用水域の汚染防止等の環境保全及び公衆衛生の向上のためには、浄化槽の適正な維持管理(保守点検及び清掃)等が重要である。このため、浄化槽の設置、保守点検等について規制する浄化槽法が58年5月に制定され、60年10月から施行されている。これに伴い、浄化槽対策を推進するため、61年10月には生活衛生局に「浄化槽対策室」が設置された。また、下水道等の未普及地域からの生活雑排水が身近な生活環境の悪化、公共用水域の水質汚濁をもたらしていることにかんがみ、地域し尿処理施設(し尿と生活雑排水を処理する施設)、生活排水処理施設(生活雑排水のみを処理する施設)の整備を推進している。

さらに、近年、廃棄物処理の分野でも科学技術の積極的な活用により、廃棄物の適正処理、資源化、有効利用等についてより一層の推進が図られてきている。例えば、パイプラインによる廃棄物の空気圧送方式のモデル事業の実施、電動式ごみ収集車導入の検討、小型合併処理浄化槽の実用化、廃棄物の燃焼管理の適正化のためのコンピュータ技術の活用がある。今後とも、廃棄物処理の一層の効率化、安全化等の観点から、例えば廃棄物の収集、運搬、処分の全般にわたってのロボット技術の導入等、日々進歩する科学技術の活用に積極的に取り組む必要がある。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

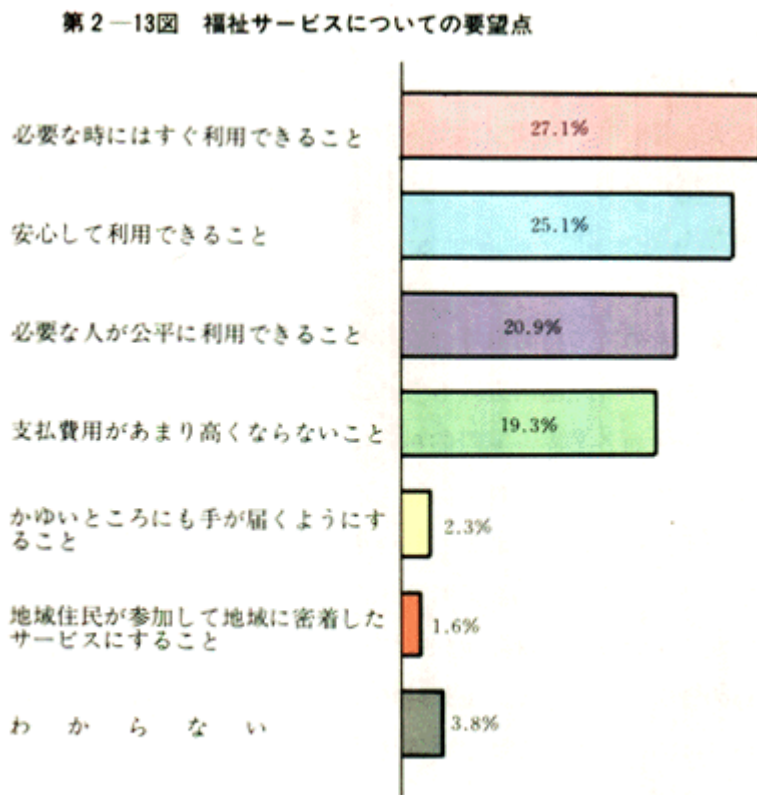
第2章 社会サービスの新たな展開

第7節 民間サービスの展開

1 民間サービス登場の背景

所得・消費の面を中心にした生活水準の向上、長寿化・高齢化の進展による健康や老後の福祉に対する関心の高まり等から、保健・医療・福祉サービスに対するニーズは急速に拡大かつ多様化している。こうしたニーズの増大等に対応して、近年、高齢者に対するサービスを中心に民間企業による各種サービスの供給がみられるようになってきた。一方、前出の「老人福祉サービスに関する世論調査」によれば、消費者の側においても、自分のニーズに合ったサービスであれば自己負担であっても民間サービスを利用しようとする意識がうかがえる。また、生命保険文化センターの「老後生活と福祉サービスに関する調査」(昭和60年9月)によれば、福祉サービスについて、費用よりも即時性(簡便性)や安心感(安全性)、公平性という観点が重視されるようになっている(第2-13図参照)。

第2-13図 福祉サービスについての要望点



資料：生命保険文化センター「老後生活の福祉サービスに関する調査」(60年9月)

増大しつつあるニーズの多くは、人口の高齢化の進展を反映して高齢者及び高齢者の家族から生じているが、現在の高齢者をみると、年金制度の充実等により自立した消費者として購買力を有してきており、平均を大きく上回る貯蓄額や持ち家等の保有資産をも考慮すれば、高齢者の購買力は一般的には若い世代を上回

るものがあると言えよう。したがって、高齢化の急速な進展とともに、高齢者層を対象としたいわゆるシルバーマーケットは今後急速に拡大し、多種多様な民間サービスの展開が予想される。同時に、消費支出に占める高齢者消費の割合も徐々に高まり、21世紀の超高齢社会に向けて、高齢者層の消費動向が日本経済の中で大きなウエートを占めていくものと考えられる(注1)。

(注1) 厚生省の委託研究である「高齢化に対応した新しい民間活力の振興に関する研究会」の「シルバー産業の振興に関する研究報告書」によれば、シルバーマーケットの規模は、昭和59年には約23兆円であったものが、75年には約111兆円にのぼると推計されている。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第7節 民間サービスの展開

2 民間サービスの現状

保健・医療・福祉分野における民間サービスは、一部を除けば近年になってから登場してきたものが多く、
言わば揺らん期の状態にある。ここでは、その中から特に拡大が予想されるシルバーサービス、医療関連ビ
ジネスについて概観してみよう。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第7節 民間サービスの展開

2 民間サービスの現状

(1) シルバーサービス

(有料老人ホーム)

高齢者層に対する現在の民間サービスの中で第一に注目されるものに、有料老人ホームが挙げられる。有料老人ホームは、利用者が設置者との契約に基づき、全額自己負担によって給食、健康管理等のサービス提供を受けながら生活する老人ホームであるが、その施設数は昭和50年の73か所(定員3,731名)から60年には97か所(定員8,490人)と増加傾向にある(注2)。核家族化の進展、扶養意識の変化等により、精神的にも実生活においても自立を望む高齢者にとって、各自の収入と好みによって選択でき、居住性が高く、かつ必要なケアも保障された快適な有料老人ホームに対するニーズは、老後生活の不安の解消という観点からも、今後ますます高まるものと考えられる。

(注2) 61年8月には、社会参加活動の継続や家族との交流等を求める入居者のニーズにこたえるため、一定の基準を満たす有料老人ホームについては市街化調整区域内での建設も認めることとした。

そこで、厚生省としても、入居者が安心して生活できる優良な有料老人ホームの健全育成を図るため、有料老人ホームに対する融資制度の充実や設置運営指導指針の改正を行ったところである。

(在宅サービス)

次に、最近注目されているのは在宅サービスの分野であり、第三セクターやボランティア組織、企業等により、様々の形で有料福祉サービスのシステムが作られつつある。その内容は買物・掃除など家事の代行、給食・入浴サービス、各種介護サービス等多岐にわたるが、特にねたきり老人等に対する入浴サービスは家族の手では困難なことからニーズが急激に拡大しており、民間企業が入浴移動車を用いて入浴サービスを実施する等の例がみられ、さらに、全日本入浴福祉協議会の設立等関係団体の組織化も進んでいる。

(高齢者の資産活用)

また、高齢者の持つ持ち家等の資産を担保に融資を受け在宅サービスを購入するという資産活用方式も考え出されている。銀行、信託、生命保険、損害保険等各業界の業際的対応によってより多くの高齢者に利用可能となり、しかも終身給付を保障するシステムに拡充されるよう、厚生省では資産活用検討会を開催し、61年6月に報告書がまとめられた。そこでは、ひとり暮らしの高齢者等が自らの家に住み続けながら、それを担保に融資を受けて終身年金保険の一時払保険料を払い込み、老後生活のための資金やねたきり、痴呆時の状態になった場合に所要資金の終身給付が受けられるような新しい資産活用方式が提言されている。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第7節 民間サービスの展開

2 民間サービスの現状

(2) 医療関連ビジネス

近年、総医療費の伸びの低下や医療機関相互の競争の激化等、我が国における医業経営を取り巻く環境は変化してきており、医療機関の倒産件数も増加してきている(60年は47件)。こうした中で、医療機関の経営の効率化に資するといった観点から民間企業等が医療関連分野へ進出する動きが目立っている。

例えば、病院給食の分野では、61年3月に病院側が献立の作成基準を明示すること等を条件に給食業務の外部委託が広く認められることになり、入院患者にとってメニューの豊富化や食事時刻の弾力化が期待できるようになったが、この他にも清掃や医事会計事務等様々な病院業務の代行サービスが生まれている。その多くは、病院経営の効率化と患者の多様なニーズへの対応をねらったものであるが、一方で医療という国民の生命、身体に関わるサービスの特殊性に鑑み、サービスの質と安全の確保という要請とどう調和させていくかが課題となっている。

このほか、国民の健康に対する関心の高まりに応じ、アスレチックスクラブなどの健康施設、健康機器、健康食品を含めた健康関連サービスも今後大きく需要が拡大していくものと考えられる(健康食品については、本章第6節参照)。

第1編

第2章 社会サービスの新たな展開

第7節 民間サービスの展開

3 民間サービスの今後の方向

こうした現状の下で、今後、保健・医療・福祉分野におけるサービスの供給主体としての公私の役割分担はどうか。

従来はこうしたサービスは本来公的部門が供給主体となるべきだとする意見が支配的であったと考えられるが、今後、拡大、多様化する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、前述したように財政的にもマンパワーの面からも限界がある。しかも、利用に当たって複雑な手続きが必要であり、また、画一的なサービスになりやすい公的部門よりも、民間部門の方が多様なニーズにきめ細かく対応できるというメリットも有している。

昭和60年1月の社会保障制度審議会の建議「老人福祉のあり方について」の中においても、今後の老人福祉分野での民間企業の果たす役割を重視しており、市場機構を通じて民間企業のもつ創造性、効率性が適切に発揮される場合には、公的部門によるサービスに比べ、老人のニーズにより適したサービスが安価に提供される可能性が大きいとして、民間活力の導入を提言している。しかし、同建議が併せて指摘しているとおり、サービスの利用者は高齢者や障害者が多く、サービスの利用により安全や安心を買うものである以上、単なる利潤追及ではなく、サービスの向上と利用者への配慮等についての企業の社会的責任の自覚が強く求められている。このような観点から高齢者向けのサービスについて、企業間等の連絡調整や利用者に対する情報提供等を通じてそのサービスの質の向上と充実を図るため、各種業界の参加による「シルバーサービス振興会議」(仮称)の設立準備が進められている。

また、行政側としても、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規制を行うことにより、保健・医療・福祉分野のサービスを供給する民間企業の健全育成に努めるとともに、消費者に対する適切な情報提供を行っていく必要がある。同時に、サービスの供給方法についても第3セクターによる供給等の例がみられるところであり、今後多様な方式を検討していく必要がある。

そこで、厚生省としても、こうした民間サービス育成のための総合的な施策を展開するため、60年11月社会局に「シルバー・サービス振興指導室」を、61年3月健康政策局に「医療関連ビジネス調査室」を設置している。
