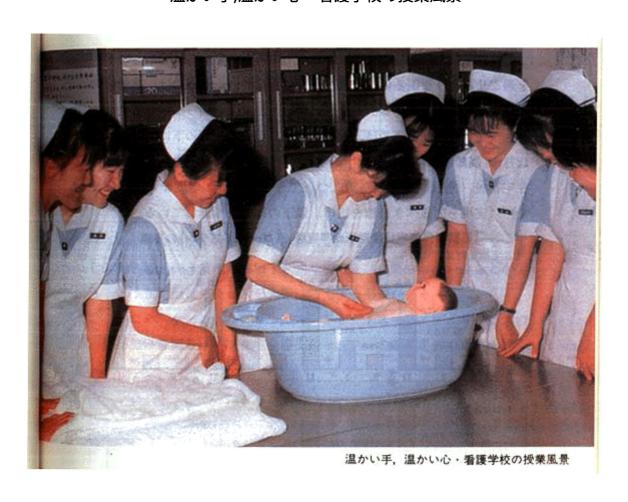
第1部 真の豊かさに向かっての社会システムの再構築 第2章 新たな社会サービス供給システムの構築

温かい手,温かい心・看護学校の授業風景



厚生白書(平成2年版)						
(C)COPYRIGHT Ministr	ry of Health , Labou	r and Welfare				

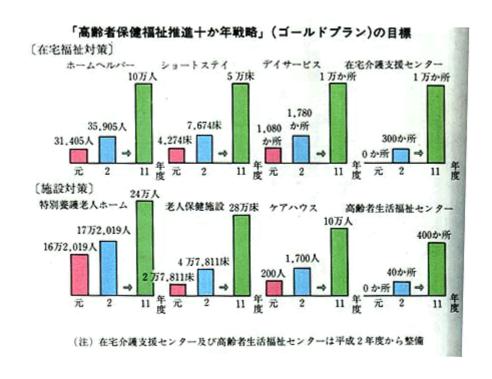
第1部 真の豊かさに向かっての社会システムの再構築 第2章 新たな社会サービス供給システムの構築 第1節 地域に密着した老人保健福祉サービスの展開

1 「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(ゴールドプラン)の推進

我が国は,いまや平均寿命80年という世界最長寿国になり,21世紀には,国民の4人に1人が高齢者という高齢社会が訪れる。

この21世紀の高齢社会を国民が健康で生きがいをもち,安心して生涯を過ごせるような明るい活力のあるものとしていくためには,高齢者の保健福祉の分野における公共サービスの基盤整備を図っていく必要がある。このため,厚生省では,大蔵省及び自治省の合意の下に,平成元年12月,「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(ゴールドプラン)を策定し,在宅福祉,施設福祉等の事業について今世紀中(2年度から11年度まで)に実現を図るべき目標を掲げ,以下の施策を推進している。

「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(ゴールドブラン)の目標



(1) 市町村における在宅福祉サービスの緊急整備

急速な高齢化の進展,とりわけ75歳以上のいわゆる後期老齢人口の増大に伴い,ねたきり老人,痴呆性老人等の介護を必要とする高齢者の急増が見込まれる一方,世帯規模の縮小,女性の職場進出等により,家庭の介護力は低下しつつある。

ねたきり老人の出現率

ねたきり老人の出現率

年齢階級	人口(千人)	在宅ねたき り老人 ^(担) (千人)	出現率 ^(性)
65~69	4,929	23	0.5
70~79	6,716	97	1.4
80~	2,593	145	5.6

(注) ねたきりの期間が6か月以上の者の数及び出現率 資料: 厚生省大臣官房統計情報部「平成元年国民生活基礎 需本!

このような状況に対応して,高齢者が介護を必要とする状態になっても,引き続き住み慣れた地域で家族や 隣人と共に暮らしていくことができるよう在宅福祉サービスを大幅に拡充する必要がある。

このため,ホームヘルプサービス,ショートステイ,デイサービスの一層の整備を図るほか,在宅介護支援センターの整備を進めている。

ショートステイ

介護している家族が,疾病や介護疲れなどになっている場合に,在宅のねたきり老人等を一時的に特別養護老人ホーム等で預かる事業。デイサービス事業,ホームヘルプサービス事業と並んで"いわゆる在宅3本柱を構成する。利用期間は原則として7日以内で,食事等の実費(平成2年度で特別養護老人ホームの場合,1,920円)を自己負担する。2年度のベッド数は7,674床で,施設整備費の1/2と運営費の1/2を厚生省で補助する。ゴールドプランにより,11年度までに5万床を整備する。

デイサービス

日中,在宅の虚弱老人やねたきり老人等を送迎バスにより老人デイサービスセンター等の施設に通わせ,あるいは各家庭を訪問して各種サービス(入浴,給食等)を提供する事業。ショートステイ事業,ホームヘルプサービス事業と並んでいわゆる在宅3本柱を構成する。老人等の自立を助け,孤独感を解消するとともに,介護に当たる家族の負担の軽減を図ることを自的としている。平成2年度の実施か所数は1,780か所で,施設整備費の1/2と運営費の1/2を厚生省で補助する。ゴールドプランにより,11年度までに1万か所を整備する。

在宅介護支援センター

在宅介護に関し,身近なところで専門家による介護の相談や指導が受けられ,市町村の窓口に行かなくても必要なサービスが受けられるよう調整する24時間体制のセンター。相談,サービスの調整等に当たるソーシャルワーカー又は保健婦,具体的な介護の指導に当たる看護婦又は介護福祉士が各々1人ずつ配置され,特別養護老人ホーム等に併設して整備される。平成2年度に創設(300か所整備)され,施設整備費の1/2と運営質の1/2を厚生省で補助する。ゴールドプランにより,11年度までに1万か所を整備する。

(2) 「ねたきり老人ゼロ作戦」の展開

高齢者対策の進んでいる北欧等においては,自立を支えるという観点から,ねたきりにしないことに重点が置かれているため,我が国と比較して,ねたきり老人の割合が極めて少ないものとなっている。

また,我が国では,従来ねたきりは高齢者には避けられないものと受け取られているが,介護を必要とする高齢者の自立を助け,生活の質を高めることができるようにするためには,介護を必要とする高齢者ができる

こととできないことを見極めた上で,可能な限りねたきりにしないための対策を推進していく必要があると考えられる。

こうした観点から、「ねたきりは予防できる」ことについての意識啓発を行うとともに、脳卒中等のねたきりの原因となる病気の予防、適切なリハビリテーションの提供、在宅の保健、医療、福祉サービスを円滑に提供する情報網(脳卒中情報システム)の整備等を内容とする「ねたきり老人ゼロ作戦」を展開している。

在宅及び施設でねたきり状態にある老人比率の国際比較

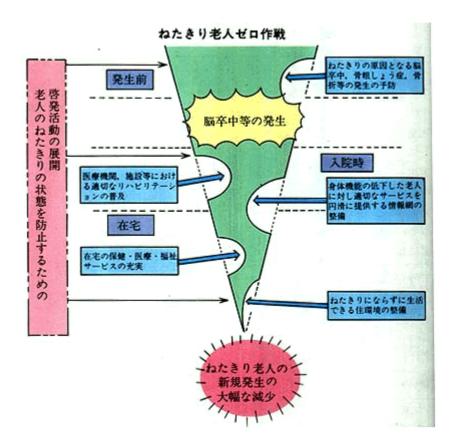
在宅及び施設でねたきり状態にある老人比率の国際比較

(%)

					(%)
国名 (調査年)	日本	デンマーク (ホルペッ ク市)	イギリス (全国)	スウェー デン (全国)	アメリカ (全国)
(194 38. +)	(1987)	(1989)	(1985)	(1985)	(1985)
在宅居住者(65歳以上)を100	(1)	(2)	(3)		
として ・家にこもりきり(House- bound)	4.1	_	8.0	不 明	不明
ただし常にねたきり					
(Bed-bound) を含む ・常にねたきり (Bed-bound)	0.6	0.1	0.2		
長期ケア施設入所者 (65歳以 上) を100として	(6)	(2)		(4)	(5)
・ベッド上で体を起こせる (Chair-bound)	25.4		不 明	61.8	40.8
・常にねたきり (Bed-bound)	33.8	4.5		4.2	6.5
長期ケア施設入所率(65歳以上)	3.7(7)	5.7	不明	6.8	4.6

資料: (1)東京都調査 (2)ホルベック市調査 (3)General Household Survey (4)スウェーデン全施 設 (5)The National Nursing Home Survey (6)老人の専門医療を考える会及び東京都調査 より推計 (7)長期入院者及び特別養護老人ホーム入所率

ねたきり老人ゼロ作戦



(3) 在宅福祉等充実のための「長寿社会福祉基金」の設置

在宅福祉の振興,充実のためには,民間における先駆的,モデル的な在宅福祉事業や在宅福祉従事者の養成, 研修等に対し支援を行っていく必要がある。

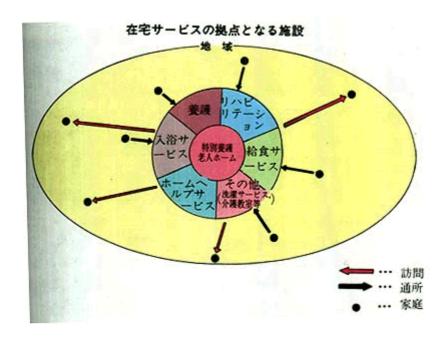
このため,社会福祉・医療事業団に700億円の基金を設け,福祉公社,ボランティアなどの活動や在宅福祉事業等に従事するホームヘルパー等の養成,研修等に対して支援を行うとともに,在宅福祉等の推進に関する調査研究を行っている。

(4) 施設の緊急整備

高齢者が家庭で生活することが困難となった場合には,待つことなく特別養護老人ホームや老人保健施設に入所できるよう,これらの施設の整備を一層進める必要がある。このうち,特に特別養護老人ホームについては,在宅福祉サービスの拠点としての役割が期待されており,在宅福祉の推進という意味からもその整備が重要な課題となっている。

また,高齢者のケアに配慮した新たなタイプの軽費老人ホームであるケアハウスの整備のほか,平成2年度からは新たに過疎地等の高齢者に対して,デイサービス機能,居住機能,地域との交流機能を総合的に提供する高齢者生活福祉センターの整備を開始している。

在宅サービスの拠点となる施設



老人保健施設

ねたきり老人等,入院治療より看護や介護を必要としている者に対し,看護,医学的管理下の介護及びリハビリテーション等の医療ケアと日常生活サービスを、入所及び通所の方法で提供する施設。長期入院患者の家庭復帰を促進するため,昭和61年より制度化された。医療施設と福祉施設、これらの施設と家庭、それぞれの中間的な性格を有するという意味で、「中間施設」とも呼ばれ、病院や特別養護老人ホームに併設するなど様々な形態がある。施設入所者には市町村長から施設療養費が支給され,食費,日用品費,おむつの洗濯代等の経費については利用者が負担する。平成2年12月末現在393施設,定員数は3万1,490床。ゴールドプランにより,11年度までに28万床を整備する。

ケアハウス

一人暮らしや夫婦のみの世帯といった,高齢,身体機能の低下のため,独立して生活するには不安がある高齢者が自立した生活を継続できるように工夫された軽費老人ホームの一種で,各種相談,食事等のサービスを行う。個室を基本とし車椅子の利用を可能にするなど,自立した生活やプライバシーを尊重したつくりが特徴。平成元年度に創設(200人分整備)され,施設整備費の1/2と運営費の一部を厚生省で補助する。ゴールドプランにより,11年度までに10万人分を整備する。

高齢者生活福祉センター

過疎地(山村,離島を含む)の高齢者に対し,介護支援機能,居住機能及び地域における交流機能を総合的に提供する事業を行うとともに,高齢等のため自宅において生活することに不安のある者に対し,冬期など一定の期間住居を提供する。平成2年度に創設(40か所整備)され,3年度からは新たにセンターへ居住部門利用者に対する各種相談等を行う生活援助員を1人配置することとしている。整備費のうち,厚生省が1/2を補助し,併せて過疎債による財源確保も認められている。ゴールドプランにより,11年度までに400か所を整備する。

(5) 高齢者の生きがい対策の推進

高齢者が生きがいをもって生活できるようにするためには,仕事や創作活動,レクリエーション活動,ボランティア活動等を通じて高齢者が幅広く社会に参加できるような環境づくりが必要である。

このため,「明るい長寿社会づくり推進機構」を各都道府県に整備し,老人クラブ等との連携の下で高齢者の社会参加に関する啓発,組織づくりの支援,指導者の養成等を行っている。

(6) 長寿科学研究推進十か年事業

老化のメカニズム,老人性痴呆等の原因解明,診断,治療方法の開発や,高齢者に適した看護,介護方法の確立などを図るためには,医学,薬学,分子生物学等幅広い分野の基礎研究を推進し,その成果を保健,医療,福祉等の実践分野へ応用していくことが必要となる。

このため,長寿科学研究センターを愛知県に国立で発足させる方向で検討を行っており,長寿科学に関する 各種プロジェクトを推進している。

(7) 高齢者のための総合的な福祉施設の整備

高齢者が日常生活圏のなかで孤立化することなく,隣人や他の世代との交流を保ちながら生活できるようにするためには,地域社会を,青年等と同様に,高齢者にとっても,住みやすいものにしていかなければならない。

具体的には,高齢者が病気やねたきり等になったときに適切に対応できる医療や介護の機能や,老後における健康や生きがいを高めることができる機能を地域のなかに総合的に整備していく必要がある。

このため,ふるさと21健康長寿のまちづくり事業により,地方公共団体が行う高齢化に対応したまちづくりの基本計画の策定や,民間事業者が行う健康,福祉施設の総合的な整備に対して支援を行っている。

(8) 地方公共団体の自主的な取組みへの支援

ゴールドプランの着実な推進を図るためには,各地方公共団体が創意工夫を凝らして,地域の実情に応じた 取組みを進めていくことが重要である。

このため,在宅福祉サービスの普及促進,保健福祉マンパワーの確保や養成,生きがいや健康づくりのための施設の整備,民間福祉活動の推進等地方公共団体が自主的な保健福祉施策を展開できるよう,地方交付税や地方債上の措置も含め,支援施策を講じていく必要がある。

第1部 真の豊かさに向かっての社会システムの再構築 第2章 新たな社会サービス供給システムの構築 第1節 地域に密着した老人保健福祉サービスの展開 2 福祉サービス供給システムの改革

ゴールドプランは,在宅福祉,施設福祉等の事業について,今世紀中に実現を図るべき目標を全国ベースで示したものであるが,21世紀に向けて多様化する国民の福祉需要に的確にこたえていくためには,受け手である住民の立場に立ったサービスの供給システムを整備し,地域の実情に応じた,きめ細かな施策の展開を図る必要がある。

こうした観点から平成2年6月には,新たな福祉サービスの供給システムの構築を目指して,「老人福祉法」 をはじめとする福祉関係八法の改正を行い,以下のような改革を行った。

(1) 在宅福祉サービスの積極的推進

ゴールドプランにおいても重点事項とされているとおり,今後は高齢者や障害者等が住み慣れた家庭や地域で暮らしていけるよう在宅福祉の一層の推進を図っていかなければならない。

このため,在宅福祉サービス(ホームヘルプサービス,ショートステイ,デイサービス)を施設福祉サービスに並ぶものとして明確に位置づけるとともに,市町村は地域の実情に応じてこれらのサービスの積極的な実施に努めることとした(平成3年1月1日施行)。

(2) 在宅福祉サービスも施設福祉サービスも市町村で

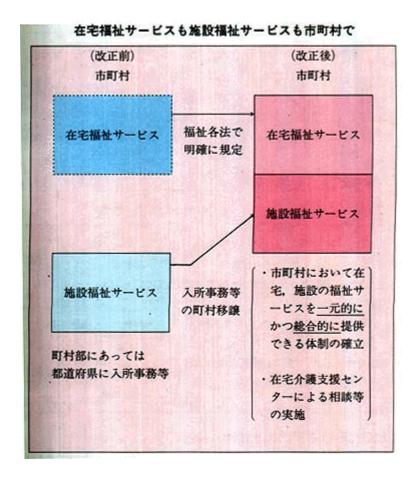
地域社会における高齢者,身体障害者の状況を的確に把握しながら,こうした人々の家庭における生活を支援しつつ,必要に応じ施設への入所を勧めるなど,真に求められているサービスをきめ細かに提供していくためには,住民に最も身近な行政主体である市町村が在宅福祉サービスと施設福祉サービスの双方を一元的に供給できる体制を整備する必要がある。

こうした観点から,在宅福祉サービスを市町村の事務として明確に規定したほか,従来都道府県の事務とされていた町村部の住民の施設(特別養護老人ホームや身体障害者療護施設等)の入所事務等を町村に移譲し,福祉サービスの供給主体を一元化することとした。

また,サービスの供給を円滑に進めるためには,個々の市町村の区域を越えて,社会福祉施設やマンパワーなど各種の資源,人材を効率的に活用していく必要がある。

こうした観点から,都道府県は,市町村間の連絡調整や情報提供等の援助を行うこととした(平成5年4月1日施行)。

在宅福祉サービスも施設福祉サービスも市町村で

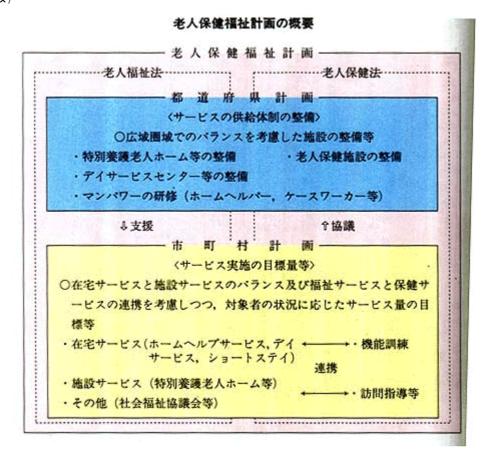


(3) 老人福祉,保健サービスの計画的整備

在宅福祉サービス,施設福祉サービスを保健サービスとの連携をとりながら着実に実施していくためには, 市町村,都道府県がそれぞれの役割に基づき計画的にサービスの供給体制を整備,拡充していく必要がある。

このため,市町村,都道府県はそれぞれ老人保健福祉計画を策定することとした(平成5年4月1日施行)。

老人保健福祉計画の概要



(4) 地域における民間福祉活動の推進

地域における福祉サービスは,市町村等の行政主体が提供するサービスにとどまらない。公的施策により 提供される国民の基礎的な需要に対応するサービスとともに,個人及び民間の活力の活用により,多様かつ 高度な需要に対応するサービスも充実させる必要がある。

また,地域における民間の福祉活動のうち,特に住民自らが参加する活動は,福祉サービスを提供するだけではなく,住民の福祉マインドの醸成,インフォーマルな住民相互の関係の形成,住民の福祉需要への適切な認識が進むことなどを通じて,豊かな福祉社会の形成につながる。そうした意味からも,地域における民間の福祉活動を援助していくことは重要な意義を有する。

このため,特に民間の自主的な地域福祉活動推進の中核である市町村社会福祉協議会が,自ら積極的に在宅福祉サービス等社会福祉を目的とする事業を実施することを明らかにするとともに,共同募金について配分規制の見直しを行い,重点的に寄付金が配分されるようにした(平成3年4月1日施行)。

第1部 真の豊かさに向かっての社会システムの再構築 第2章 新たな社会サービス供給システムの構築 第2節 地域での行き届いた保健医療サービスの提供 1 地域保健医療サービス供給体制をどのように構築していくか

(1) 保健医療を取り巻く状況

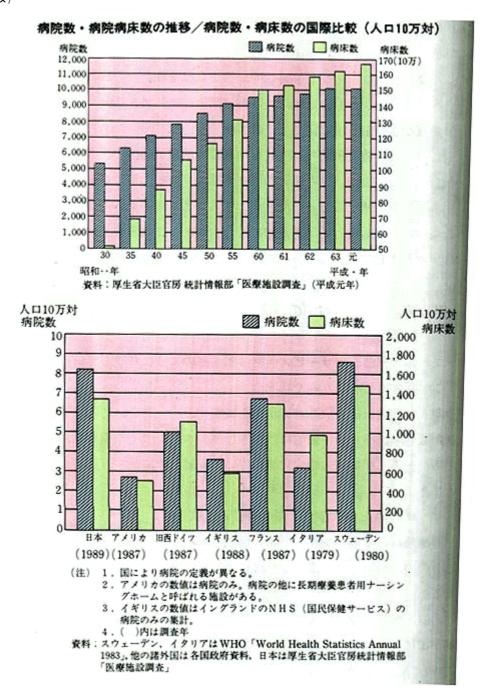
現在の保健医療を取り巻く状況を概観すると,既に,病院,病床数,医師数等の医療資源は量的には相当程度の水準にまで整備が進んできている。一方,疾病構造の変化等に伴い,保健医療に対する需要も多様化してきている。

ア 供給サイドの状況一量的整備の達成

医療施設の整備が進み,地域的偏在や無医地区等の問題は残されているものの,全国ベースではおおむねその量的整備は達成されたと考えられる。

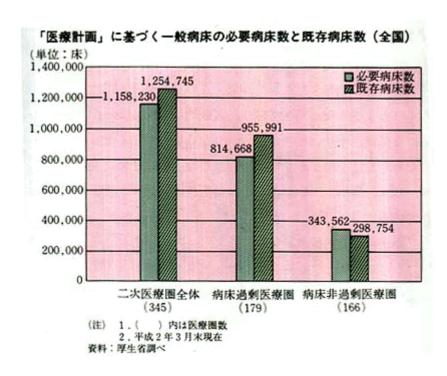
病院,病床について人口10万人当たりの数を国際的に比較してみると,我が国は,フランス,旧西ドイツと同程度,イギリスの約1.5倍となっている。

病院数・病院病床数の推移/病院数・病床数の国際比較(人口10万対)



また,昭和60年度の医療法改正により「医療計画」が制度化され、平成元年3月末までに全都道府県でその作成が完了しているが,一般病床について各計画中に示されている必要病床数と2年3月現在の既存病床数をそれぞれ合計して比較してみても,既存病床数が必要病床をかなり上回っている。

「医療計画」に基づく一般病床の必要病床数と既存病床数(全国)



イ 保健医療需要の多様化

1) 疾病構造の変化がもたらしたもの

死亡原因における感染症の割合は年を追って低下している。このことは疾病構造が,感染症から,がん,心臓病,脳血管障害等の成人病中心に変わってきていることを意味している。

これを背景に,日ごろからの健康管理,疾病予防がその重要性を増してきている。また,医療に関する国民の知識水準の向上とあいまって,健康志向が高まっている。

さらに,高齢化が進展するなかで,リハビリテーションの需要も増大している。脳血管障害については,疾病そのものがもたらす死の危険は医学医術の進歩等により減少しつつあるものの,事後の後遺症の克服が大きな問題となっている。

2) 需要の多様化

経済的な豊かさ等を反映して,個々人のし好や考え方にも大きな差異がみられるようになってきており,客観的には同じような状態であっても求める保健医療サービスの内容が異なる場合が多くなってきている。'このため,受け手に十分な情報を提供した上で,その需要に応じた良質なサービスを提供していくことが保健医療サービスを提供する側に求められている。

(2) 今後の保健医療供給体制

ア 一律のサービスから多様なサービスへ

量的整備の達成と国民の保健医療需要の多様化という状況の下で,今後求められるものは,一律のサービス 提供から個々人の状態に応じたサービス提供への転換である。このためには,個々の保健医療施設それぞれの努力に加え,各施設が果たしている役割を国民に明らかにしていくことが必要である。

また,一方では,他の産業分野と同じく,保健医療サービス分野においても,人的資源を含め,限りある資源を有効に用いることが求められている。

イ 地域保健医療のシステム化

このように,良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制とは,言い換えると,地域保健医療のシステム化であるといえよう。このためには,地域の保健医療施設が果たしている様々な機能を体系的なものとすると同時に,施設相互の連携を深めていくことが必要となる。

第118回国会に提出され,現在,継続審査となっている「医療法の一部を改正する法律案」は,このような保健医療供給体制改革の第一の取組みである。また,平成2年度より行われている「地域保健医療計画」の作成・推進は地域保健医療体制の計画的整備の中核をなすものと位置づけられる。

この2つは,制度改革の推進と地域レベルでの具体的実施,機能分担の枠組みと実際の連携方策というように,言わば,車の両輪の関係にあるが,ここでは,平成2年度より新たに各都道府県において作成が始められた「地域保健医療計画」の概要をみていくこととする。

(3) 「地域保健医療計画」の推進

ア「医療計画」の制度化

地域の実情に応じた保健医療供給体制の計画的整備の端緒は,昭和60年の医療法改正における「医療計画」の制度化に求められる。

イ 「地域保健医療計画」の趣旨

「医療計画」に盛り込むべき事項は、大きく分けると、医療圏単位の必要病床数に関する事項と医療施設相互の連携や福祉等他の施策との連携等に関する事項である。必要病床数に関する事項については、先に述べたとおり、平成元年3月までに全都道府県で作成が完了している。その他の事項については、平成3年3月までに全都道府県で作成される予定であるが、これに関して、おおむね二次医療圏(一般的な入院を主体とする医療需要に対応できる程度の区域一日常生活圏など)単位に具体的な実施計画を立てて、「医療計画」の更なる充実を図ろうとするのが「地域保健医療計画」である。

ウ 「地域保健医療計画」の作成・実施

「地域保健医療計画」については,平成2年11月,厚生省が作成の手引きを示したことを受けて,各都道府県で作成が進められているが、それ以前から,二次医療圏単位に同趣旨の計画を作成している都道府県もある。

各都道府県は作成した「地域保健医療計画」に基づき,保健・医療・福祉の連携のとれた地域保健医療サービスの充実強化に努めていくこととしている。

「地域保健医療計画」

「地域保健医療計画」に盛り込まれる事項としては,共通事項として,保健医療関係者の今後の需要見通し やその確保と研修の方法,保健医療施設・設備の整備や活用の方法を記載するほか,次のようなものがあ る。

1) プライマリ・ケアの推進

かかりつけ医師の研修の支援,家庭医機能定着のための広報

2) 救急医療体制の確保

初期,二次及び三次救急医療体制の確保救急医療情報システムの整備,救急に関する知識の普及

3) へき地保健医療の確保

施設設備の整備,支援体制の整備

4) 在宅医療・在宅ケアの推進

かかりつけ医師と病院等との連携の支援,相談体制及び医薬品・医療用具の供給体制の整備,家族に対する 介護技術講習会,住民に対する知識の普及

5) 健康增進対策

健康まつり等による健康づくりの知識の普及,在宅婦人の健康増進対策'

6) 母子保健・医療対策

思春期保健の充実,先天異常の早期発見・早期治療,母子健康手帳の活用促進,学校保健との連携・協力

7) 老人保健・医療対策

老人保健事業の推進,保健医療福祉関係機関・団体の連携・協力

8) 成人病対策

健康増進対策との連携,がん,糖尿病等の個別疾患対策の充実,職域・学校保健関係者等との連携・協力

9) 老人性痴呆疾患対策

老人精神保健相談指導,老人性痴呆疾患センターの整備,訪問指導・看護体制の確保

10) 精神保健・医療対策

社会復帰体制の充実、精神障害者及び家族に対する支援、精神保健思想普及活動の推進

第1部 真の豊かさに向かっての社会システムの再構築 第2章 新たな社会サービス供給システムの構築 第2節 地域での行き届いた保健医療サービスの提供 2 救急医療体制の在り方

救急患者はいつどこで発生するかもしれないため,それぞれの地域においては,救急医療施設,医療関係団体,行政機関等の連携の下に,救急患者の状態に対応した医療を提供できるよう,救急医療体制が確保されていることが必要である。

(1) 救急医療体制の現状

ア 救急医療体制

救急医療体制については,救急患者がその症状の程度に応じて適切な診療機能をもつ医療機関に受け入れられるよう,休日夜間を中心として,比較的軽症な患者の診療を受け持つ休日夜間急患センター等(初期救急医療体制),手術や入院治療を必要とする患者に対応する病院群輪番制等(第二次救急医療体制),24時間体制で重篤な患者を受け入れるための高度の診療機能を有する救命救急センター(第三次救急医療体制),及び患者の円滑な受入れを図るための情報提供を行う救急医療情報センターからなる体制の整備を計画的に進めている。

これらは昭和52年度から計画的に整備が進められており,全国的にみれば,量的にはほぼ充足してきたといえる。

救急医療体制図 (24時間) 枚急医療情報センター 〔2年度末現在31か所〕 (24時間) (2年度末現在103か所) (休日夜間) (24時間) 第二次粒急医療施設 教急告示病院(11) · 病院群輪番制病院〔2年度末現在 355地区) [2年度当初現在4,303か所] (2年度末現 在15地区) (休日夜間) (24時間) 初期救急医療施設(内科,小児科,外科) 救急告示診療所⁽ⁿ⁾ (2年度当初現在1,301か所) 休日夜間急患センター(2年度末現 在492か所) (2年度末現在726か所 · 在宅当番医制 救急患者 年度当初現在 (注)枚急告示病院、枚急告示診療所…枚急隊員により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関として、認道有異知事が認定した病院又は診療所。

救急医療体制図

救急医療体制及び施設の概要

救急医療体制及び施設の概要

区分	概 要
初期救急医療体制	比較的軽症な救急患者の診療を受け持つ。
休日夜間急患センター	原則として、人口5万人以上の市(これに準じた市町村)に1か所(20万人以上の市にあっては20万人ごとに1か所。ただし端数が10万人を超える場合は、1か所加算する)整備する。
休日等歯科診療所	各都道府県又は都道府県知事の要請を受けた 市に設置する。
在宅当番医制	都市医師会ごとに在宅当番により休日・夜間 における診療を行う。
第二大救急医療体制	手術・入院を要する患者の治療に当たり、原 則として初期からの患者を受け入れる。
病院群輪番制病院 共同利用型病院	おおむね広域市町村圏ごとに区域を設定し、 数病院が交替で休日・夜間における診療を行う。 上記の方式のほかに医師会立病院等が休日・ 夜間に病院の一部を開放し、地区医師会の協
	力により実施する。
第三大救急医療体制	脳卒中,心筋梗塞,頭部外傷等の重篤救急患者の対策として高度の診療機能により24時間体制で受け入れる。
救命救急センター	各都道府県に1か所以上(人口地勢等により 複数股置)おおむね人口100万人に1か所。
救急医療情報センター	コンピューター等を利用して救急医療施設からの情報を収集し、医療施設・消防本部等へ情報の提供を行う。 県全域を対象とし、各都道府県に1か所設置する。

イ 増加する心肺機能停止患者

救急医療施設に搬送される患者の数は年々増加しており,事故種別でみると急病の割合が約50%を占め,次いで交通事故,一般負傷の順となっている。また,人口の高齢化等を背景に,虚血性心疾患,脳血管疾患などによる呼吸・循環不全に陥る患者数が増加していることや,交通事故による死亡者が再び増加傾向に転じたことを背景として,心肺機能が停止した状態で救命救急センター等の救急医療施設に搬送される患者数が増加している。

(2) 救急医療の課題

先に述べたとおり,初期,二次,三次の救急医療体制の整備はおおむね達成されたと考えられるが,現在では,広範囲な熱傷,多発外傷等の高度で専門的な救急医療の充実,救急現場,搬送途上の医療の確保等が緊急の課題となっている。

ア 急現場,搬送途上の医療の充実

1) 搬送途上の医療の必要性

心肺機能停止患者のそ生を期待するならば,心肺機能停止後,少しでも早く心肺そ生法が開始されなければならないといわれている。現在,情報を得てから消防機関の救急自動車が出動して現場に到着し,患者を医療施設に送り届けるまでの時間は平均21.5分(そのうち情報を得てから現場到着までは5.7分)である。このため,救急現場,搬送途上の医療を充実することにより,心肺機能が停止してから救命処置を開始するまでの時間をできる限り短くすることが必要となっている。

2) 「救急医療体制検討会」の提言

厚生省の「救急医療体制検討会」では,今後の救急医療の在り方について検討を行い,平成2年の8月と12月の2度にわたり中間的

な報告書をまとめた。同報告書は搬送途上における医療を充実するためには,医師が直接救急現場に出動し,高度の応急処置を提供できるようにするとともに,搬送途上において医師の指示の下に高度の応急処置を行う新たな医療関係資格の創設を図ること及び救急隊員の行う応急処置の範囲の拡大を図ることが必要であるとし,以下のような方策を提言している。

(i) ドクターカーとホットライン

搬送途上における医療を充実するためには,医師がこれに関与することが必要であり,救急車等に医師等が同乗して高度の応急処置を行うシステム(ドクターカー)や救急車と医療施設との直接交信システム(ホットライン)を活用して医師の判断を直接現場に届けられるような体制の整備を行うなど,医療施設と消防機関が相互に連携をとりながら効果的な体制の整備を図る必要がある。

ドクターカーについて

搬送途上における医療の充実を図るためには,救急医療を担当する医.師等が速やかに救急現場に出動できるようなシステム(ドクターカー)を普及させることが効果的である。





(ドクターカー運用システムの例)

福島県会津地方において山村等のへき地医療の確保に重要な役割を果たしている救命救急センターは,第三次救急医療施設として,初期,二次救急医療施設及び消防機関との円滑な連携体制の下に,年間無休24時間体制で救急現場等からの重篤患者の受入れを行っている。

救急現場から通報を受けた消防本部は,救命救急センターに連絡し,医師,看護婦等が同乗したドクターカーが出動し,現場に向かう。同センターから平均約20分程度で救急現場に到達し,又は搬送途上で救急隊員と合流して患者を引き継ぎ,応急処置を行いながら同センターへ搬送しており,その運用実績は,平成元年度において67件となっている。

(ii) 新たな資格制度(救急救命士(仮称))の創設

心肺機能停止患者の救命率の向上のために必要性の高い除細動,輸液,気道確保の高度の応急処置については,各種の医学的判断を要し,かつ,処置による二次障害発生の危険性もあり,総合的な医学的知識及び技能が要求される。このため,新たな国家資格制度を創設し,ホットライン等を活用して医師の指示の下,この制度により厚生大臣の免許を受けた者(救急救命士(仮称))に,これらの処置を行わせる必要がある。

この新たな国家資格制度を創設するため,平成3年3月,「救急救命士法案」が国会に提出された。

除細動

心配機能停止状態で心室細動を呈している患者の心臓に直接電流を流すことにより,心臓を正常な動きに戻す方法。電極の位置, 出力の強度等が処置の有効性,安全性に大きな影響を及ぼし,適応を誤まると心停止といった生命の危険もあることから,処置を行う者の総合的な医学的知識及び技能が要求される。除細動は輸液(循環血液量の確保等のため静脈に針をさして液を注入する処置),気道確保(口又は鼻から気管に至る気道が閉じないように保持する処置)と並び,救急患者の救命率の向上のために必要性の高いものであり,厚生省の「救急医療体制検討会」の報告書(平成2年12月)は,新たな国家資格として救急救命士(仮称)を創設し,医師の指示の下にこれらの処置を行わせるべきであると提言している。

(iii) 救急隊員の行う応急処置の範囲の拡大

救急隊員の行う応急処置については,現在,比較的短時間に行うことができ,かつ,複雑な検査や器具の操作を必要としない範囲で行

われている。しかし,増大する救急需要に対応するためには,最近の医療機器等の進歩を踏まえ,応急処置の範囲を拡大する必要がある。

(iv) その他の方策

へき地,離島等及び交通事情等により搬送時間の長い地域の場合は,消防機関等との連携の下にヘリコプターの活用を積極的に図る必要がある。

さらに,心肺機能が停止した人の命を救うためには,少しでも早く心臓マッサージ等の応急手当を行うことが極めて効果的であることから,国民に対する応急手当に関する知識の普及啓発を図る必要がある。

イ 救急医療施設の課題

救急医療の需要に即して救急医療体制が円滑に機能するためには,救急患者が,その症状の程度に応じた診療機能を持つ医療施設に受け入れられることにより,初期から三次までの各段階の救急医療施設がそれぞれの役割を十分に果たしていくことが重要である。

特に救命救急センターは真に重篤な患者を広範囲に受け入れることを目的とした施設であるが,実際に受け入れている患者のなかには軽症な事例もある。救命救急センターをより有効に機能させていくためには,初期及び二次救急医療体制の医療施設相互の連携,一層の充実を図るとともに,救急医療情報が正確に入力され,この情報により医療施設の選定が的確に行われるよう,救急医療情報センターの整備,機能の充実を図っていくことが必要である。また,あまり緊急度の高くない単なる「時間外診療」とみられるような事例を減らすために地域住民への普及啓発活動を進めることも必要である。

ウ 救急医療従事者の養成,確保

救急医療の本質は,短時間に患者の状態を的確に判断し,救命に必要な治療を行うことである。医師をはじめとする救急医療従事者には十分な教育と経験が必要であるが,こうした人材が必ずしも十分に確保できていないのが現状である。

このため,各医科大学(医学部)において,救急医学に関する教育を充実するとともに,医師の救急医療に関する研修を充実していく必要がある。

また.看護婦・士等についても救急医療に関する研修を充実させていく必要がある。

応急手当の手順



第1部 真の豊かさに向かっての社会システムの再構築 第2章 新たな社会サービス供給システムの構築 第3節 保健医療・福祉のマンパワーの確保

今後の急速な高齢化に伴う介護需要の増大等に対応するため、「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(ゴールドプラン)に基づき、高齢者に対する保健福祉サービスの充実を図ることとしているが、このためには、看護婦、ホームへルパー、寮母等高齢者に対して、直接保健福祉サービスを提供するマンパワーの確保が重要となる。また、医療の分野においても、医療内容の高度化・専門化、疾病構造の変化による医療需要の多様化などにより、特に看護職員に対する需要が高まる一方で、夜間勤務の存在など勤務条件の厳しさもあって、近年その不足が問題となっており、適切な対応が必要となっている。

このような状況のなかで,厚生省では,平成2年8月,事務次官を本部長とする「保健医療・福祉マンパワー対策本部」を設置し,保健医療・福祉マンパワーの確保,資質の向上,サービスの効率的供給等について総合的な見地から検討を進めている。

本節では保健医療・福祉マンパワーの現状、問題点と今後の対応の方向についてみてみる。

第1部 真の豊かさに向かっての社会システムの再構築 第2章 新たな社会サービス供給システムの構築 第3節 保健医療・福祉のマンパワーの確保 1 保健医療・福祉マンパワーの概観と見通し

(1) 保健医療・福祉マンパワーの層の厚さと幅の広さ

保健医療・福祉マンパワーは,多数の職種,様々な形態の職場の人々から構成されている。

保健医療の分野では,特に高度な専門的知識・技術を要するため医師,歯科医師,薬剤師,保健婦,看護婦,理学療法士(PT),作業療法士(OT)等各種の医療関係職種の資格制度が設けられている。これらの人々は,病院,診療所,薬局,保健所等の様々な場所で活動している。

福祉の分野では,相談や介護業務について専門的知識,技術を有する社会福祉士,介護福祉士をはじめ、、社会福祉施設等において入所者の生活の援助を行っている寮母,生活指導員,児童の保育に携わる保母,福祉事務所等行政機関のケースワーカー,在宅で介護・家事援助を行うホームヘルパー等様々な人々が活躍している。

このような保健医療・福祉マンパワーについての総数をみると,昭和63年では約220万人で,50年の約134万人と比較すると約1.6倍と急速に増加しており,労働力人口に占める割合も,50年の約2.5%から63年の約3.6%へと増大してきている。

また,職業として専門にサービス提供に従事している人々以外にも,地域において自主的活動により援護,介護を必要とする人々を支える,民生委員,ボランティア等の人々がおり,これらの人々の活動も保健医療・福祉サービスにおいて重要な役割を占めている。平成元年で民生委員は約18万4,000人,社会福祉協議会の登録ボランティアは約390万人に上っており,地域の福祉公社等に組織化されているボランティア活動もある。

(2) 保健医療・福祉マンパワーの需給の見通し

近年の保健医療・福祉マンパワーの増加は,65歳以上の老齢人口の増加率におおむね比例している。仮に老齢人口の伸びにほぼ比例して保健医療・福祉サービスの需要が増大し,それに比例して保健医療・福祉マンパワーの確保を図る必要があると仮定すると,平成12(2000)年には約346万人の保健医療・福祉マンパワーが必要になると見込まれる(昭和62年版厚生白書)。これを労働力人口に占める割合でみると約5.1%となる。

一方では,近年の持続的な経済の拡大により多くの産業分野において人手不足感が拡がっている。さらに, 近年の出生数の低下により,若年労働力の減少も見込まれている。 このような状況のなかで,今後の急速な高齢化に十分対応できるよう保健医療・福祉マンパワーを確保していくためには,保健医療・福祉分野を就業機会として魅力のあるものとしていくことが必要であり,また,これまで十分活用が図られていない中高年齢者,女子の働く意欲と能力を活用していくことが必要である。しかし,前者についてはもちろん,後者についても現状のままでは容易ではないと考えられる。また一方で,老親との同居率の低下等家族構成の変化,女子の就労の増加などにより保健医療・福祉マンパワーへの需要が一層高まることも考えられ,いずれにしても今後の保健医療・福祉マンパワー確保についての中長期的な展望には厳しいものがある。

保健医療・福祉マンパワー総数及び指計値

保健医療・福祉マンパワー総数及び推計値

(単位:千人)

	昭和50年	昭和55年	昭和61年	昭和63年	平成12年 (2000年)
I. 保健·医療関係者 II. 社会福祉関係者	897 447	1,126 576	1,418 672	1,513 695	2,350 1,110
合 計(A) (()内は昭和50年を100とした指数)	1,344 (100)	1,702 (126)	2,090 (156)	2,208 (164)	3,460 (257)
高齢者(65歳以上)人口 (()内は昭和50年を100とした指数)	8,865 (100)	10,647 (120)	12,870 (145)	13,785 (155)	21,338 (241)
労働力人口(B)	53,230	56,500	60,200	61,660	67,350
保健・医療、社 会福祉関係者の 対労働力人口比	2.5%	3.0%	3.5%	3.6%	5.1%

- 生)1.「労働力人口(B)」は、これまでのすう勢を基に推計した平成12年の労働力人口(昭和62年 6月労働省発表の「労働力器給の長期予測」によるもの)
 - 2.平成12年の数値については、老齢人口の伸びに比例して今後もマンパワーの確保が必要になるとした場合の推計

会科: 厚生省大臣官房統計情報部「病院報告」、「医師・歯科医師・薬剤師調査」、「厚生省報告例」、「社会福祉施設調査」、厚生省社会局「福祉事務所現況調査」、総務庁「労働力調査」、自治省「地方公共団体定員管理調査」に基づき推計

第1部 真の豊かさに向かっての社会システムの再構築 第2章 新たな社会サービス供給システムの構築 第3節 保健医療・福祉のマンパワーの確保 2 保健医療・福祉マンパワーの現状と今後の方向

(1) 保健医療・福祉サービスの特色

保健医療・福祉サービスは、「人」に対して直接サービスを行うものであり、しかも公的資金に支えられている度合いが大きいなど他のサービスにない特色をもっている。マンパワーの面からこれをみると以下のものが挙げられる。

- 1) サービスの担い手の豊かな人間性と高度な専門的知識・技能の両面が必要とされる分野が多いこと。
- 2) サービス提供者の属人的な資質が重視されがちで,サービスの評価についての客観的基準が確立されにくいこと。
- 3) 人手に頼る部分が多い反面,周辺業務については省力化の余地があること。
- 4) サービスの必要量が受け手側の自助努力等により左右され得るものであること。
- 5) 主な財源が,診療報酬,措置費等公的資金によるものであり,処遇改善に財政上の制約等がかかること。
- 6) 事業実施主体の自主的な財源確保に制約があること。また,国公立の場合には,定員枠等行政組織上の制約があること。
- (2) 主な保健医療・福祉マンパワーの現状と今後の方向

保健医療・福祉マンパワーには以上のような特色があるが,次にゴールドプランの達成等に不可欠な職種を中心に,個別に保健医療・福祉マンパワーの現状と今後の方向についてみてみる。

ア 看護職員

1) 現状

看護職員の就業者総数は,平成元年末で約80万2,000人であり,昭和50年末の約44万1,000人と比較するとおおむね倍増している。

看護職員については,これまでも「第1次看護婦需給計画」(昭和49年から53年,最終年次必要数約49万人),「第2次看護婦需給計画」(54年から60年,最終年次必要数約66万人),「看護職員需給見通し」(第3次)(63年から平成6年,最終年次必要数約93万5,000人)に基づき,積極的に養成等が行われている。新規就業者の養成は平成2年現在,約5万6,500人程度となっている。

2) 今後の方向

看護職員の仕事は,人間の生命を対象としたものであり,専門的知識と細心の注意が求められる。また,時には患者の生きる支えの役まで果たし,そのやりがいも大きいが,病院での夜間勤務等を考えると肉体的にも決して楽な仕事ではない。しかしながら高齢社会の到来を控えて,今後,看護の仕事はますます重要になってくると考えられ,国民の看護に対する理解を深めるとともに,その社会的評価を高めていくことが必要である。このため,平成3年には「看護の日」を制定することとしている。

看護職員の夜間勤務の状況は,3交替制を採る一般病院の1人1月当たりの平均夜間勤務回数が8.2回で,10.1回以上のところも13%あり,厳しいものがある。このため,今後,夜間勤務の平均回数を月8回以下とすることを目標とし,看護職員の確保対策に加え,患者の需要,勤務条件に十分配慮しつつ,夜間専従職員の導入等の勤務体制の見直し,看護業務の省力化等の看護業務の在り方の見直しなどを進めることにより,負担軽減を進める必要がある。このほか,給与の改善,勤務時間の短縮,週休2日制の実施,育児環境の整備等の処遇改善なども看護職員の定着を進める上で重要であるが,このためには,行政上の対策のみならず病院等の経営主体の経営努力が行われる必要があるとともに,今後とも診療報酬において,給与の改善状況等が十分配慮される必要がある。

さらに,看護職員の養成力の強化のため,養成施設の整備・運営への支援策を充実していく必要があり,養成システムについても,看護需要の動向等に対応して今後とも検討する必要がある。また,潜在的な有資格者は平成元年で約43万人と推計(高齢者,進学中の者を含む)されるが,これらのマンパワーを有効に活用するため,ナースバンクの一層の拡充を行い,求人・求職のあっせん,情報提供機能等の強化を図る必要がある。

なお,現行の需給見通しは,平成元年5月に策定されたものであるが,ゴールドプランによる需要増,勤務時間の短縮等労働条件の改善による需要増等にも対応する必要があり,その見直しを行うこととしている。

三交替制を採る一般病院の月平均夜間勤務回数

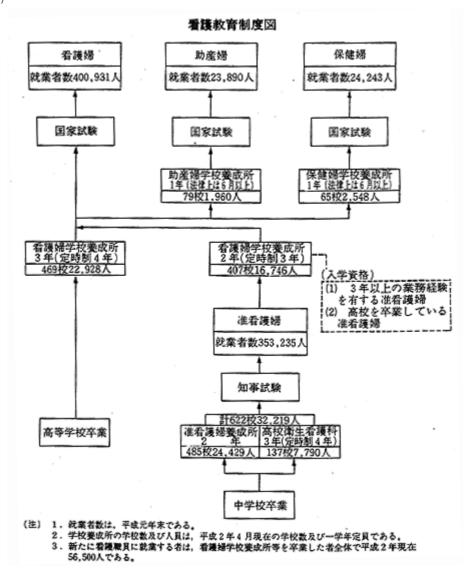
三交替制を採る一般病院の月平均夜間勤務回数

7.0回以下	7.1~8.0	小 計	8.1~9.0	9.1~10.0	10.1回以上	計
18.7	30.0	48.7	24.7	13.6	13.0	100.0

(注) 夜間勤務は準夜勤務と深夜勤務を含む。

資料:厚生省健康政策局「看護職員夜勤体制調盗」(昭和63年6月現在)

看護教育制度図



イ ホームヘルパー

ホームヘルパーは,近年急速に増員が図られており,現在その人数は3万1・405人(平成元年度)で昭和50年度の2・7倍になっている。

また,今後はゴールドプランに基づき11年度までに10万人とすることとされている。

この目標を実現するためには,手当額の引上げなどの勤務条件の改善を引き続き進めるとともに,今後は,労働力確保のため,主婦,中高年齢者等の就業を促進し,パートヘルパーとして積極的に活用していくことが必要である。

その際,このようなパートヘルパーの活用を図りつつ,高齢者の多様な需要に対応した適切なホームヘルプサービスを提供するためには,基幹的なホームヘルパーとパートヘルパー等がチームを編成し,業務運営に当たるチーム方式や,パートヘルパーが参加しやすい段階別研修システムを導入することが必要である。

また,ホームヘルプサービスに対する需要は,サービスが必ずしも十分に知られていないことや,サービスを受けることについて高齢者やその家族に抵抗があることなどの理由により,十分顕在化しない傾向も見受けられる。

このため,サービスの内容,仕組みなどについて十分広報を行うとともに,相談窓口となる在宅介護支援センターの整備,活用を図ることなどによりホームヘルプサービスを身近なものとし,その利用の促進を図る必要がある。

ウ 社会福祉施設職員

社会福祉施設の総数は,平成元年10月1日現在,4万9,569か所と,昭和50年の1.50倍になっており,施設の従事者も,平成元年で59万3,824人と昭和50年の1.73倍に上っている。

近年,業務の省力化,夜間勤務の軽減,時間短縮,週休2日制の導入等の勤務条件の改善を図ってきているが,今後とも着実にその改善に努めるとともに,経営者側の一層の経営努力が求められる。

また,社会福祉施設の職員については一般に法定資格は必要ではないが,昭和62年以降,社会福祉士,介護福祉士の資格が制度化されたことから,今後,社会福祉施設においては,これらの資格保持者が施設長,生活指導員,主任寮母等として運営の中心を担い,施設の業務の専門性を高めていくことが期待される。このため,社会福祉士,介護福祉士の養成の強化を計画的に行っていくことが必要である。

さらに,社会福祉施設等で介護業務の経験をもつ専業主婦,65歳から74歳までのいわゆる前期高齢者等幅広い人材の就業を促進するために,福祉に関する人材についての情報提供機能を強化するとともに,フレックスタイム制,パートタイム制等柔軟で働きやすい勤務体制を確立する必要がある。また,施設のもつ介護機能等を地域の福祉全体に活用していくためには,社会福祉施設を在宅サービスの拠点としても位置づけ,その有効利用を図るとともに,積極的にボランティアを受け入れていくことが必要である。

エ その他の職種

このほか,保健医療・福祉マンパワーでは,医師,歯科医師,薬剤師,理学療法士(PT),作業療法士(OT)等医療関連職種などの果たす役割も大きなものがある。

昭和63年末で,医師は20万1,658人,歯科医師は7万572人,薬剤師は14万3,429人となっており,医師,歯科医師については,将来の過剰が問題となるため,引き続き大学への入学定員の削減等について関係方面に協力を求めることとしているが,一方では,無医地区等地域的偏在の解消も図っていかなければならない。

理学療法士(PT),作業療法士(OT)の免許所有者は,平成元年末でそれぞれ8,976人,4,081人となっており,今後ゴールドプランの推進によるリハビリテーションの需要の高まりが予測されることから,現行の需給計画を見直し,これを踏まえて養成数の増加を図ることが必要となっている。なお,医療技術の急速な進歩により,臨床工学技士,義肢装具士のような新たな資格制度が設けられてきている。

第1部 真の豊かさに向かっての社会システムの再構築 第2章 新たな社会サービス供給システムの構築 第3節 保健医療・福祉のマンパワーの確保 3 今後の保健医療・福祉マンパワー対策の基本的方向

今後の保健医療・福祉マンパワー対策の基本的な方向についてまとめると,次のようなものになると考えられる。

(1) マンパワーの供給拡大

増大する保健医療・福祉マンパワー需要に対して,看護や介護を担うマンパワーを中心にその供給の拡大を図るため,処遇の改善,養成力の強化,未就業者の就業促進を図る必要がある。また,新しい需要に対しては,資格制度の創設も検討する必要がある。

(2) マンパワーの有効活用

若年労働力の減少等労働力供給全体の制約のなかで,保健医療・福祉マンパワーの有効活用を行うため,業務の改善合理化,効率的なサービス供給システムの構築等を進める必要がある。

(3) サービスの受け手の自立自助の促進

適切な保健医療・福祉サービスを提供していくためには,サービスの受け手の自立自助を進めていくことが重要であり,このため,ねたきり防止による不必要な長期入院の是正や自立自助を支援する福祉機器等の開発普及を進めていく必要がある。

(4) 保健医療・福祉活動への国民皆参加

今後の高齢社会において,誰もがサービスの受け手になることを考えると,国民一人一人がそれぞれ可能な形で保健医療・福祉サービスに参加していくことが重要である。このため,ボランティア活動の振興,健康づくり等を進めていく必要がある。

(5) マンパワー対策の推進と国民負担

保健医療・福祉マンパワーの処遇改善等の充実に伴い,これに必要な国民の負担について合意形成に努めるとともに,民間活力の活用も図っていく必要がある。

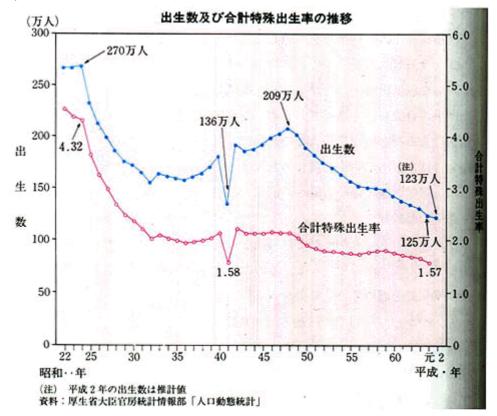
第1部 真の豊かさに向かっての社会システムの再構築 第2章 新たな社会サービス供給システムの構築 第4節 子どもが健やかに生まれ育つ環境づくり 1 出生率の低下とその影響

(1) 我が国の出生率の動向と背景

ア 出生率の動向

平成2年の我が国の出生数は,明治32年に統計をとり始めて以来最低であった平成元年の125万人を更に下回る123万人となると推計される。また,合計特殊出生率(出生率)についても,同じく最低を記録した元年の1.57を更に下回ることが見込まれる。

出生数及び合計特殊出生率の推移



出生率

[合計特殊出生率]女子の年齢別出生率の合計で,1人の女子がその年次の年齢別出生率で一生の間に生む平均子ども数を表す。我が国の場合,これがおよそ2.1を割った状態が継続すると,いずれ人口減少が始まるとされている。

[(普通)出生率]ある年の人口1,000人当たりの出生数。人口規模が大きいほど出生数は多くなることから, 出生の程度について,人口規模の異なる地域間で比較を行う場合や年次推移をみたりする場合に使用する。

なお,本白書では,「合計特殊出生率」を,便宜上,出生率と言い換えているが,本来は,出生率という場合, 「(普通)出生率」を指す。

イ 出生率低下の人口学的要因及び背景

1) 晩婚化の進行

人口学的には,出生率低下の要因は,未婚率の上昇,晩婚化,夫婦の完結出生児数(生涯に産む子ども数)の減少,出産タイミングの遅れなどが考えられるが,最近の出生率低下は,主として晩婚化の進行による20歳代,30歳代の未婚率の上昇によってもたらされている。

晩婚化の状況を平均初婚年齢でみると、昭和50年から平成元年の14年間で、女子は24.7歳から25.8歳に、男子は27.0歳から28.5歳にそれぞれ上昇しており、この結果として、晩産化(出産の高齢化)が進んでいる。また、昭和40年代後半以降、適齢期男女の未婚率の上昇が著しく、女子についてみると、50年から平成元年にかけて、20歳代前半で69.2%から85.7%に、20歳代後半で20.9%から37.3%にそれぞれ上昇している。

平均初婚年齢の推移

(歳)

	昭和40年	昭和50年	昭和60年	平成元年
男 子	27.2	27.0	28.2	28.5
女 子	24.5	24.7	25.5	25.8

資料:厚生省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

なお,夫婦の完結出生児数についても,最近は大きな変化はないものの,近年の著しい晩婚化傾向からみて,減少していく可能性は大きい。

年齢階級別にみた未婚率の推移

年齢階級別にみた未婚率の推移

(%)

			The second second	************
年 齢	昭和40年	昭和50年	昭和60年	平成元年
(男子)				
20~24歳	90.3	88.0	92.1	, ,
25~29	45.7	48.3	60.4	
30~34	11.1	14.3	28.1	
35~39	4.2	6.1	14.2	
40~44	2.4	3.7	7.4	
45~49	1.7	2.5	4.7	
(女子)				
20~24歳	. 68.1	69.2	81.4	85.7
25~29	19.0	20.9	30.6	37.3
30~34	9.0	7.7	10.4	12.0
35~39	6.8	5.3	6.6	6.7
40~44	4.7	5.0	4.9	5.0
45~49	3.0	4.9	4.3	3.5

資料:総務庁「国勢調査」,平成元年は総務庁「労働力調査」より

2) 女性の職場進出と結婚の魅力の低下

こうしたことの背景としては、以下のようなものが考えられる。

- (i) 女性の職場進出が進む一方,結婚後も就業を続けようとする女性にとって,就業と家事・育児の両立支援体制は依然として不十分な状況にあること。
- (ii) 女性の職場進出を背景に,若い女性にとって,独身生活は経済的自立や行動,生き方の自由が保障されるなど魅力が増した反面,職場中心主義による夫の家庭の軽視などが依然として存在していると考えられ,このことが結婚の魅力を相対的に少なくしていること。
- (iii) 若い男女の結婚適齢期意識が希薄化するなど,結婚に対する意識が変化しているなか,社会慣行としての見合いが減少し,それにかわる配偶者選択の機会が十分に得られていないと考えられること。

ウ 出生率の今後の見通し

出生率の今後の見通しについては,現在未婚の適齢期の男女がいずれ結婚し,晩婚化の進行にも歯止めがかかることにより,出生率が回復するとの見方もある。

しかし,結婚や育児に対する負担感の問題や女性の職場進出に対応した環境づくりが不十分な状況に変化がないとすれば,生涯結婚しない男女の増加や,子どもをもたない夫婦の増加,晩産化による夫婦の出生数の減少により,出生率が更に低下又は低水準のまま推移する可能性もある。

(2) 出生率低下の影響

出生率低下の影響は,人口構成全般の影響としてとらえる必要があり,その影響についても中長期的視点でとらえる必要がある。

出生率の低下は,就業の機会の増大,教育の面でのゆとり等をもたらすのではないかといった影響も予想し得るが,特に,我が国では,現在急速に高齢化が進行しており,このような状況の下で出生率が低水準で推移するとすれば,次のような影響をもたらすおそれも大きい。

1) 経済全般に対する影響

急速な人口の高齢化の下での出生率の低下は,将来的には生産年齢人口の割合の大幅な低下をもたらし,産業構造,消費市場等に少なからぬ影響を与える可能性がある。

2) 社会保障への影響

高齢化のスピードは予想以上に速まるとともに,高齢化率も一層高まることにより,現行の行財政制度や社会経済の諸条件を前提とする限り,社会保障の負担が一層増加することとなる。また,高齢社会における老人介護等の保健福祉マンパワーの確保にも支障が生じる可能性がある。

3) 労働市場への影響

1990年代半ば以降,若年層を中心に生産年齢人口は減少に転じることが見込まれているが,出生率の低下が21世紀初頭以降の生産年齢人口の減少を加速し,労働力供給面での制約要因になることも懸念される。

4) 子どもの健やかな成長に対する影響

子ども数の減少により子ども自身が仲間のなかで,もまれる機会や我慢することなどを学ぶ機会が減少し,子どもの社会性が育ちにくくなることなど,子ども自身の健やかな成長への影響も懸念される。

第1部 真の豊かさに向かっての社会システムの再構築 第2章 新たな社会サービス供給システムの構築 第4節 子どもが健やかに生まれ育つ環境づくり 2 子どもが健やかに生まれ育つための環境づくり

先にも述べたとおり,近年の出生率の低下は,独身生活に比べて家庭や子育てに対する魅力が相対的に低下していることが背景となっており,また我が国の将来の社会経済に大きな影響を及ぼすことが懸念される。'一方,社会保障制度の充実を背景として,高齢者の扶養が私的扶養中心から社会的扶養中心になってきたことに伴い,子どもを育てることの意味は「世代間扶養を基本とする社会保障システムの担い手」を育てるという側面が強くなってきているといえ,子どもが健やかに生まれ育つための環境づくりの重要性がますます高まっている。

こうした状況に対応して,平成2年8月,内閣に「健やかに子供を生み育てる環境づくりに関する関係省庁連絡会議」が設けられ,関係省庁の連携,協力の下,出生率低下の要因,影響分析,健やかに子どもを生み育てるための環境づくりについて総合的な検討が行われた(3年1月,「健やかに子供を生み育てる環境づくりについて」をとりまとめた)。

また,厚生省でも,同月,事務次官を長とする「子どもが健やかに生まれ育つための環境づくり推進会議」を設け,全省的な検討を行うとともに,以下のような施策を講じている。

(1) 様々なライフスタイルに対応した多様な子育で支援対策の積極的展開

女性の職場進出,就労形態の多様化に伴い,出産しても働き続けたり,乳幼児期が過ぎれば再就職することを希望する女性が増えている。

こうしたライフスタイルの変化に伴い,子育でに関する需要も多様化してきており,都市化の進行度合い等の地域の実情,世帯構造の変化等に応じ,保育サービスや子育で上の不安や悩みに関する相談指導等について様々な需要が生じている。

ア 保育所を核としたサービスの積極的な展開

保育需要の多様化に対応して,乳児保育等の充実を図るとともに,平成2年度からは,保護者の労働職業訓練, 傷病,災害,出産,介護等により生ずる断続的,あるいは緊急,一時的な保育需要に対応した保育サービスを 行っている。

今後はこれらの対策を一層推進するとともに、保育所が地域における保育センターとしての役割を担うよう、保育所を拠点とした育児講座の開催、高齢者とのふれあい活動等を推進する必要がある。

また,残業や深夜,休日等の就労により生じる保育需要に対応したきめ細かな保育サービスを充実する必要がある。

イ 子育てについての相談支援体制の充実等

子育てについての不安や悩みに対する相談支援として,福祉事務所における家庭児童相談室の設置,子どもと家庭110番事業や,すこやかテレホン事業といった電話相談も実施している。

また,思春期における悩み,現在増加しつつあるといわれる小児肥満などに対応するため,保健所において主婦等を対象とした思春期教室,小児肥満教室を平成2年度から実施している。

さらに,ベビーシッターをはじめとする子育てを支援する新しい民間サービスのほう芽がみられることに対応して,その実態把握を行い,サービスの質の確保の観点から,一その指導方策等について検討していく必要がある。

ベビーシッター業

核家族化の進行や地域連帯意識の希薄化に伴い,欧米諸国では既に定着しているベビーシッター(親が留守の時などに子どもの世話をする家庭内サービス)業が大都市を中心に成長している。このような状況の下,厚生省ではベビーシッターサービスが乳幼児に与える影響という観点から,その在り方について検討を行うとともに,全国ベビーシッター協会(平成元年度に設立された事業者の団体)等を通じ事業者の指導,育成を図っている。なお,ベビーシッター業のほか,育児関連情報・相談サービス(電話相談等)など,各種の子育て関連サービスが徐々に生まれてきており,子育て環境づくりの視点から,これらに対する行政指導,支援も求められている。

(2) ライフスタイルの変化に対応じた母子保健の充実

晩婚化による高年齢出産への対応や女性の職場進出を含めたライフスタイルの変化に対応し,母子保健対策も新たな展開が求められてきている。

このため,住民に身近な市町村において地域の実情に応じた総合的な母子保健サービスを提供するため,保健,福祉,教育等の関係者からなる母子保健チームを設置するとともに,母子保健の記録を整備し,データ管理・分析を行い,母子保健計画を策定するなどの地域母子保健特別モデル事業を平成2年度から実施するなど種々の施策を推進している。

今後は,これまでの家庭中心,地域中心から,職場をも含めた包括的な母子保健対策を確立していくとともに,生涯にわたる健康的な生活習慣を形成するという観点が大切であり,子どものころから父性,母性の育成を図るとともに,学校保健との連携をとりつつ保健指導を充実していく必要がある。

これからの母子医療に関する検討会

子どもが健やかに生まれ育つための環境づくりの一環として,医療サービスについても,子どもを取り巻く環境の変化に対応した新たな対応が求められており,ゴールドプランにおいても,生涯の健康の基礎となる母子保健医療の充実について検討することが盛り込まれている。このため,平成2年10月,厚生省に学識経験者等からなる「これからの母子医療に関する検討会」が設置され,3年秋を目途に最終報告をまとめる予定で検討を進めている。

(3) 子育てについての経済的支援

厚生省人口問題研究所が昭和57年に行った「第8次出産力調査」は,夫婦にとって理想的な子どもの数及びこれから生むつもりの子どもの数をそれぞれ尋ねた上で,前者の数より後者の数の方が少ない者について,その理由を尋ねている。これによると,比較的子どもを生むことの多い35歳未満(妻の年齢)の年齢層では,「一般的に子育てに金がかかる」と答えた者が37%,「教育費が高い」と答えた者が29%であった。

このように,子育てをしている家庭にとって経済的負担が重荷となっていることは否めず,子育てをしている家庭に対して経済的支援を行っていくことが必要である。児童手当制度については,世代を通じた社会的な扶養及び経済的支援の必要性の高い子育て家庭に対する育児支援の観点から,我が国の実情に即して再構築する必要がある。

このため,中央児童福祉審議会において,今後の制度の在り方について検討が行われていたが,平成2年12月, 支給対象を第1子に拡大して支給額の改善を図るとともに,子育てに手がかかり母親の就業率が低い実態に あるなど生活上の制約が大きい3歳未満の時期に給付を重点化することなどを内容とする意見が提出され た。

この意見を踏まえ、平成3年2月、「児童手当法」を改正するための法律案が国会に提出された。

児童手当制度の改正について(概要)

児童手当制度の	改正について((概要)

事			項	現行制度 改正案
支	給	対	象	第2子以降⇒第1子以降
支	給	期	闓	義務教育就学前 ⇒ 3 歳 未 満
支	給	月	額	
	第	1	子	5,000円(月額)
	第	2	子	2,500円(月額) ⇒ 5,000円(月額)
	第	3	子	5,000円(月額) → 10,000円(月額)
		以	降	

実施時期 平成4年1月から実施。ただし、支給期間については所要の 経過措置を設ける。

(4) 子どもたちが健やかに育つ生活環境の整備

子どもの健やかな成長にとって,集団での遊びや様々な団体活動は重要な意味をもつ。しかし,都市化の進行等により,都市部を中心として子どもが安心して伸び伸びと遊べる場が減少するとともに,遊び仲間も減少しており,ハード,ソフトの両面で子どもが健やかに育つ生活環境を整備していく必要がある。

このため,健全育成の拠点として児童館,児童センターを計画的に整備しているほか,子どもと老人のふれあいの機会の提供,自然とのふれあいの機会の提供など多様な体験の場の提供を行っている。

また,企業のグラウンドや空き地等の計画的開放を進めるとともに,昼間保護者のいない小学校低学年児童の健全育成を図るため,児童館,保育所等を活用した放課後児童対策を推進する必要がある。

(5) 子育ての在り方についての意識啓発運動の展開

父親の子育て参加を促進するとともに,社会全体で子どもを育てるという意識を醸成するため,家庭,地域,企業等国民各層の間で,子育ての重要性についての意識啓発運動を展開していく必要がある。

このため,平成2年度から,地方シンポジウムを開催し,子育てについての意識啓発運動を進めている。

(6) 総合的な家庭政策の確立

我が国は,欧米先進諸国に比べ,子育てを楽しみと感じる女性の割合が少ないということが指摘されている。

今後は,家庭を築くことや子育てに喜びを感じることができる社会の実現を目指し,これまで述べてきた施

策を総合的に展開することにより,結婚や出産,子育てへの意欲をもつ人々を支援し,健やかに子どもを生み育てることができるような環境づくりを推進していく必要がある。

家庭政策(ファミリーポリシー)

家族・家庭の有する諸機能の低下に注目し、これを補強・強化していくことを目的とした施策。ヨーロッパ諸国においては家庭政策の歴史は古く、最近では、女性の社会進出等による出産・育児と就労の両立を支援するという視点が強調され、内容も、狭義の福祉施策にとどまらず、育児休業などの雇用政策や住宅政策における配慮など幅広い政策手段が組み合わされている。我が国においても、近年の子どもと家庭をめぐる環境の変化に対応したこれからの社会保障の在り方として、家庭政策の視点が求められている。

"小さな町で大きな事業を"国際ジュニアサミット事業ー北海道滝川市

北海道滝川市では、平成2年開基100年を迎え、その記念事業の一環として、未来を担う青少年の健全育成の観点から、豊かな国際感覚をはぐくみ、これからの国際化社会にふさわしい人材を育てることを目的に、厚生省の都市児童特別対策モデル事業の指定を受けて、ジュニア大使派遣事業(市内中・高生32名をアメリカ、カナダに派遣)及び国際ジュニアサミット事業を実施した。

国際ジュニアサミット事業の第1日目はアントン・ウィッキー氏を招き,約250名の子どもたちを前に「びっくり日本」と題し,氏の体験を通した日本と外国の文化・習慣の違いについて講演会を開催,さらに札幌市の北海道インターナショナルスクールの子どもたちも交え異年齢でグループをつくり,けんだま,ヨーヨー,折り紙など日本の遊びを通して異文化とのふれあいを深めた。

夕方からは場所を市の北部山ろくに建設された丸加伝習館に移し,豊かな自然の中で,生活文化の違いや集団と個人にテーマをおき,活発な討論が行われた。

2日目は,記念植樹を行った後,市の特産物であるりんごのもぎ取りを体験,都会に比べ自然が身近とはいえ, ふだん経験することのない農業体験を通じ友情を深めることができた。

滝川市では国際化社会に対応した明るく元気で思いやりのある子どもたちを育てるため、今後もこうした 交流を続けることとしている。