

（待機児童解消のための取組み～横浜市の実態）

2004（平成16）年時点で、最も待機児童が多くいるのが神奈川県横浜市である。全国の市町村の中で最も人口規模が大きいため、絶対数が多くなるのはやむを得ないが、保育所定員数は2001（平成13）年からの3年間で約4,000人増やしたにもかかわらず、待機児童数は微増する結果となった。

横浜市は、市の特性として、専業主婦が多く、従来から就学前の子育ての場としては幼稚園を利用する者の方が多い、いわゆる典型的な都市型の地域（4歳以上の子どもの約75%は幼稚園を利用）である。しかしながら、近年の雇用環境の悪化や女性の社会進出などが影響して、働きながら子育てをしたい者が増加し、保育所のニーズが高まるとともに、市内の一部の地域で大規模マンションが建設されるなど、ここ数年は2万件を超える住宅供給があるために、子育て世代の流入が盛んであることが待機児童が減少しないことの要因と考えられる。

こうした中、横浜市としては、2006（平成18）年4月までに、待機児童を解消するための施策を進めていたが、保育所申込数の伸びが大きいため、当初の計画を上回る保育所整備を進め、2004年度は横浜市における過去最大の3,199人の定員増をはかり、待機児童数を大幅に減少させている。

具体的には、図表2-3-34中のポイントにあるような取組みを行うこととしている。

◀ 図表2-3-34

図表2-3-34 待機児童解消の主な取組み（横浜市）

特 徴

サービスの質を確保しつつ、短期間に過去最大の整備を行います。
民間の力を最大限に活用します。
既存施設の活用等によりコストを抑制します。

ポイント

- (1) 重点的かつ緊急に整備が必要な地域の用地取得。
- (2) 特殊な対応が必要な市有地を積極的に活用するため、土地造成道路拡幅等への助成。
- (3) 幼稚園との連携。
- (4) その他、民間主体の活用。（整備促進事業・園庭要件の緩和・賃借料助成）

保育所定員・入所申込数・待機児童数等の推移

	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度
就学前児童数(A)(人)	199,720	201,163	201,626	200,022
保育所数	258	267	289	327
保育所増数	13	9	22	38
定員増(人)	1,355	858	1,706	3,199
保育所定員(B)(人)	24,125	24,983	26,689	29,888
保育所定員外入所数(人)	451	647	847	1,044
入所申込数(C)	25,277	26,250	28,112	30,769
申込率(C/A)	12.66%	13.05%	13.94%	15.38%
待機児童数(新定義)(人)	1,140	1,123	1,190	643

女性の就労状況や住民の急激な流入など都市部ならではの急激な事情の変化はやむを得ないものの、待機児童をなくすための着実な取組みは今後も欠かせないものと考えられる。

3) 家庭で子育てをする親への支援の必要性和各地方自治体やNPOなどの取組み

従来の子育て支援策は、どちらかという、仕事と子育ての両立といった視点での取組みが中心であったが、核家族化が進み、都市部を中心に、家庭で子育てをする親への支援が求められている。

このため、各地域では、地域子育て支援センターやつどいの広場が設けられ、それらのサービスが子育てをする親に浸透しつつある。しかしながら、更に求められることは、家庭で子育てをする親を、どうすれば、孤立させずに、こうしたサービスを積極的に利用することができるようになるかという取組みであり、こうした取組みには、各地方自治体やNPOがお互いに協働しながら、きめ細かい対応が必要となる。

ここでは、それに関連する幾つかの例を紹介する。

(活力があり持続できる子育てサークル運営のために～兵庫県「まちの子育てひろば」～)

家庭で子育てをする多くの親は、自分の子どもが他の子どもとふれあう場や同年代の子どもを持つ親同士で相談しあう場を求めており、地域で様々な子育てサークルが設けられている。特に、近年、インターネットや携帯電話などの普及により、親同士の連絡が容易にとれるようになり、気が合う仲間が集まることができるといわれている。

しかし、こうした子育てサークルは、ともすれば活動内容がマンネリ化しがちで、長続きさせることが難しいという問題点がある。これを解消するために、兵庫県では、これらの子育てサークルなどが活動している場所を「まちの子育てひろば」として登録して、活動に種々の支援を行っている。なかでも、兵庫県立「こどもの館」(大型児童館)では、「動く・こどもの館号」と称して、体験活動指導員を派遣し、ひろばに集まった親子に、遊びや工作など様々な体験活動の実践指導を行い、地域みんなで、子育て、親育てができるように手伝いを行っている。

その際、指導員は基本的にボランティアを活用し、サークル活動がより地域に密着したものとなるようにし、子育てサークルそのものが地域に根付いて継続的に活動できるように努めている。

図表2-3-35 ▶

図表2-3-35 こどもの館が行う「まちの子育てひろば」への派遣

(活動事例)

2003年5月・神戸市

親子76名が、手遊び「ラララぞうきん」でスキンシップをとったり、大型紙芝居では動物が出てくるたびに「ウワァ！」と驚いたり、子ども達が人形に話しかけたりしていた。軍手人形「10人のインディアン」には「はい！」と元気に挑戦する子ども達、お母さんと一緒に挑戦する子ども達を見ている親子が応援し、終始和やかな雰囲気だった。

2003年7月・尼崎市

72名の親子が体験活動指導員と一緒に、大きな笹で手作りの七夕飾りを作った。折り紙やラッピング紙、カラービニールで、すいかや織姫・彦星、短冊などを作り、お母さんと一緒にうれしそうに飾りをつける子どもの姿みられた。

2003年9月・明石市

親子53名が参加し、大型紙芝居や絵本の読み聞かせでおはなしを楽しんだ後、牛乳パックと王冠で手作り楽器トライバリンを作り、それを使って「おもちゃのチャチャチャ」の演奏会をした。また、フィルムケースや段ボールなどの身近にある素材で作ったマラカスやカスタネットなどの楽器の実践指導も行った。

(「まちの子育てひろばだより」(兵庫県立こどもの館)抜粋)



(保育所を子育て支援の拠点とするための促進策～石川県が実施する「マイ保育園」登録制度～)

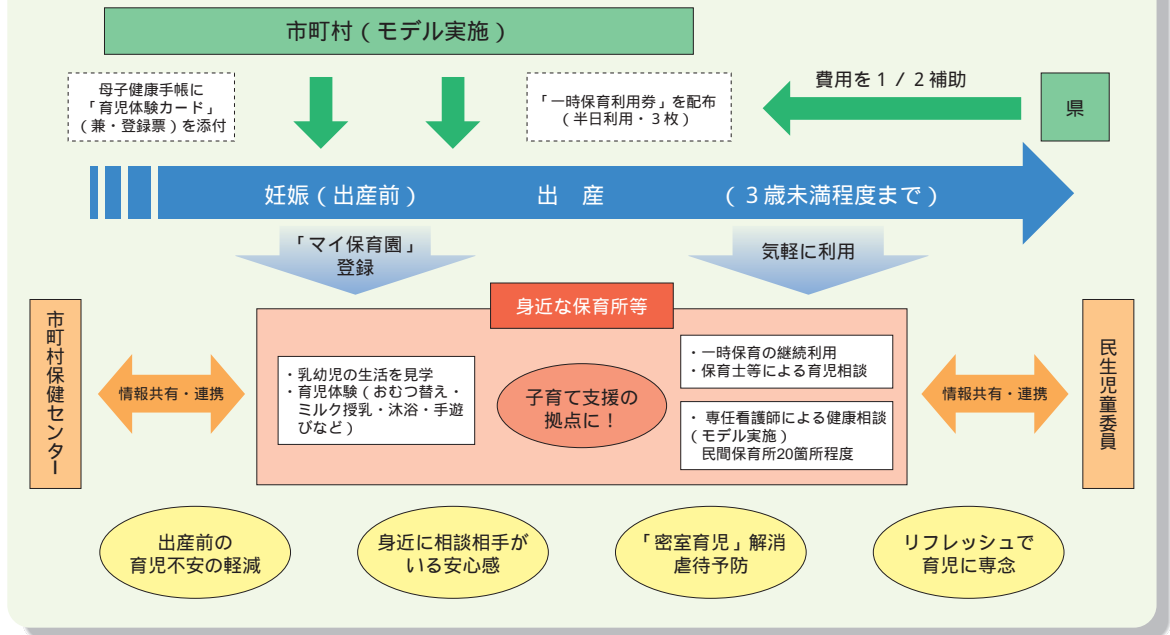
石川県は、就学前の子育ての場として全国でも最も保育所を利用している地域である。この特性を利用して、家庭で子育てをする親にとっても利用しやすい保育所となるよう、母親の妊娠時に配布する母子健康手帳に「育児体験カード」を添付し、妊娠時から保育所で乳幼児の生活を見学したり、育児体験をしたりして、保育所に接してもらい、また、出産後も、一時保育の利用や保育士による育児相談などを気軽に行うことができる仕組みを2005(平成17)年度からモデル事業として取り組んでいる。

これにより、家庭で子育てをする親の存在を保育所が認識できるとともに、親にとっても気軽に相談できる保育所が近くにあることにより、出産前の育児不安の軽減や身近に相談相手がいる安心感、一時保育の利用によるリフレッシュでより育児に専念しやすくなるといった効果を与えることができると考えられている。

家庭で子育てをする親が孤立することのないよう、保育所を始めとした地域の子育て支援サービスで、個々人の子育て状況を的確に把握することが、児童虐待の防止にもつながるのではないかと考える。

◀ 図表2-3-36

図表2-3-36 保育所等を子育て支援の拠点とするための促進策
～マイ保育園制度（モデル事業）の創設～



（3）国と地域の役割分担・連携についての今後の在り方

少子化対策について、国と地域の基本的な役割分担については、子育て支援には住民のニーズに応じたきめ細かな対応が求められることから、身近な地方自治体である市町村を主な実施主体として取り組みを進めていくことが適切であり、また、そのために、国は指針を示し、都道府県は市町村を支援していく必要がある。

具体的には、次世代法に基づき各地方自治体が策定した行動計画を着実に実施し、国はそれを支援することにより、さきに紹介した「子ども・子育て応援プラン」の数値目標を達成することを目指していくこととしているところである。

この「子ども・子育て応援プラン」において、特に、子育て支援サービスに関する目標値については、市町村が次世代法に基づく行動計画を策定するにあたって実施したニーズ調査を踏まえて、各地方自治体が定めた目標の集計を基礎において設定しており、国が示した指針をもとに地域が目標値を定め、それが国にフィードバックされる仕組みになっている。その意味で、この目標の達成が、各地方自治体におけるニーズに応えていくこととなるといえると考えている。

一方、国は、2004（平成16）年に児童手当法を改正し、支給対象年齢を小学校就学前から小学校第3学年修了時まで引き上げるなど施策の充実に努めており、2005（平成17）年度の一般会計予算における児童・家族関係の予算支出^{（注）}は、1兆765億円 で対前年伸び率6.5%と、社会保障関係費全体の伸び率（2.9%）を上回っている。

さらに、各種の子育て支援事業に係る従来の補助金を2005（平成17）年度から地方自治体の自主性や裁量性を高めた「次世代育成支援対策交付金」に移行し、地方自治体が行う地域の特性や創意工夫をいかした次世代育成支援対策の取組みを国として地方自治体を支援していくこととしている。

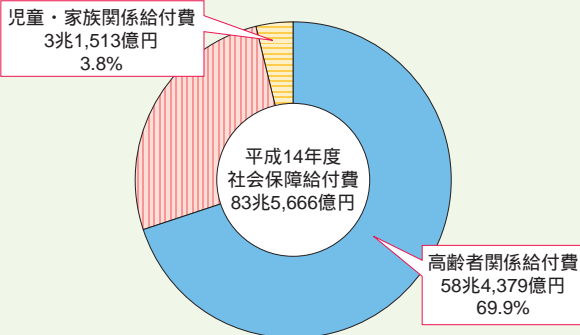
また、「子ども・子育て応援プラン」においては、「社会保障給付について、大きな比重を占める高齢者関係給付を見直し、これを支える若い世代及び将来世代の負担増を抑えるとともに、社会保障の枠にとらわれることなく次世代育成支援の推進を図る。」ことなどについて、今後の課題として引き続き検討することとしている。

◀ 図表2-3-37

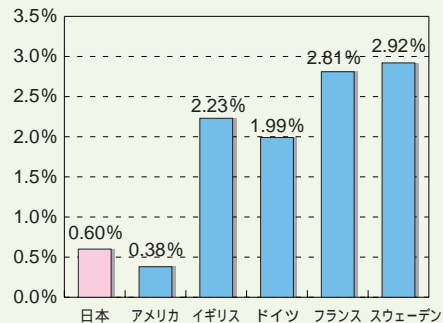
図表2-3-37 児童・家族関係の社会保障給付

我が国の社会保障給付は、高齢者関係給付の比重が高く、児童・家族関係給付の比重が低い。国民経済の規模と比較しても、我が国の家族分野への支出の水準は低い。

社会保障給付費の中での児童・家族関係の給付費の割合



OECD基準による家族分野への社会支出のGDP比の国際比較（2001年）



資料： OECD “Social Expenditure Database 2004”

こうした取組みを進めていく上では、住民に最も近い基礎的な自治体である市町村において、子育て支援の拠点整備等の施策とNPOやボランティア等の地域の主体的な活動を結びつけていくことで、よりきめ細かで効果的な展開が可能となることから、行政と地域活動との協働が更に進められることが期待される。

（注） これは、児童・家族関係の施策を主に所管する雇用均等・児童家庭局所管の予算支出で、社会保障関係費以外の科学技術振興費（小児慢性特定疾患対策費）などの経費を含んでおり、また、図表2-3-37中の児童・家族関係給付費には含まれている育児休業給付と出産関係費は含まれていない。

さらに、子どもを生み育てる者にとっては、仕事と家庭の両立という視点から、企業における取組みが重要な役割を果たすものであり、そのためにも、企業が次世代法に基づく行動計画の策定とその着実な実施を行うとともに、国又は地方自治体の講ずる次世代育成支援対策と連携を図ることが求められている。

このように、国と地方自治体、さらにNPOやボランティア、企業といった様々な主体が、それぞれの役割に基づき、子育てに対する地域のニーズに的確に応えていくことにより、地域において、子どもを生み育てやすい環境の形成がなされ、その結果として、国が目指している「少子化の流れに歯止めをかける」ことの実現につながるのではないかと考える。

第4節

生活保護を取り巻く地域の状況と取組み

1 生活保護制度と地域差の要因

(1) 生活保護制度の沿革

(生活困窮者の保護)

近代的公的扶助は、明治期以降、1874（明治7年）に制定された恤救規則^{じゅつきゅう}を経て、1929（昭和4）年に救護法が制定されたことによって確立したが、この法律は国家責任の明確な規定を欠いており、失業による困窮は対象としないなど制限的であった。

しかし、戦後の混乱期において深刻化した貧困問題への対応を迫られ、「生活困窮者緊急生活援護要綱」を経て、1946（昭和21）年に国家責任による保護の原則が明文化された生活保護法（旧法）が制定、施行された。

その後、新憲法下において、生活困窮者に対する施策としての生活保護制度を拡充強化するため、1950（昭和25）年に、旧法を全面的に改める形で現行の生活保護法（新法）が制定、施行され、生活保護制度は憲法第25条に規定する理念に基づく制度であること、生活に困窮する国民は、その利用する資産・能力の活用等の一定の要件を満たす場合（補足性の原理^{（注）}）には、その困窮に陥った原因を問わず保護を受ける権利を有すること、保護の水準は健康で文化的な最低限度の生活を維持するに足りるものであるべきことなどが規定された。

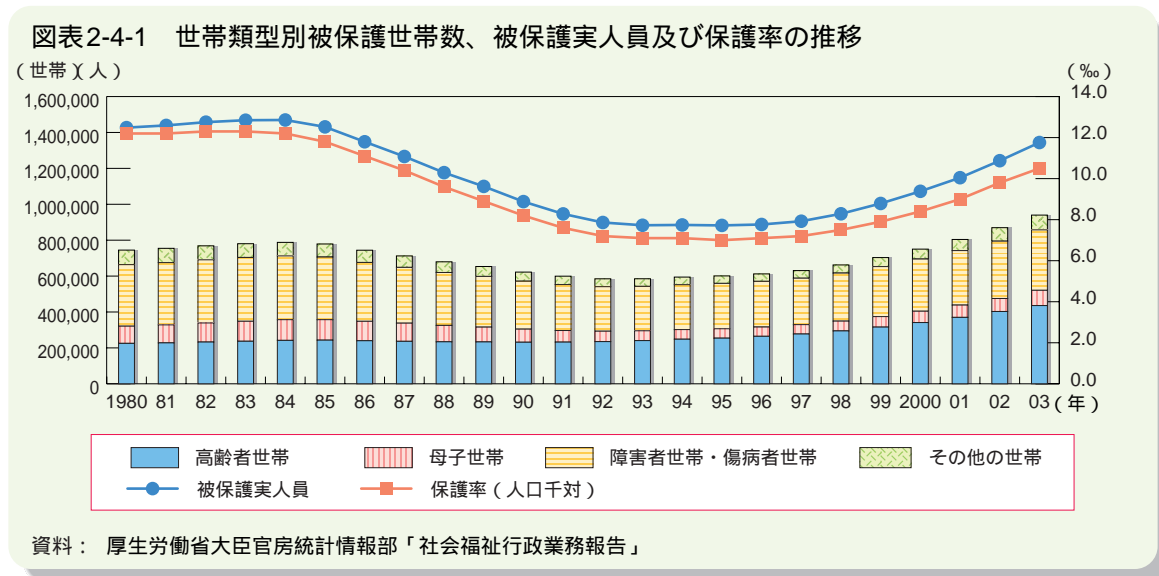
（注）補足性の原理とは、生活困窮者が保護を受ける際の要件として、資産、能力等の活用が必要とされ、扶養、他法による扶助が優先することであり、生活保護法第4条において規定されている。

このように、生活保護は、生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じて必要な保護を行い、健康で文化的な最低限度の生活を保障し、併せてその自立を助長する制度であり、国民生活の最後のセーフティネットとしての役割を果たすものであることから、国が制度の設計等について責任を担い、生活保護基準の設定等を行っている。一方、生活保護に関する事務の実施は、地域住民と直接関係の深い地方自治体が行うのが適切であるとの観点から、地方自治体（都道府県、市、福祉事務所を設置する町村）にその実施が委ねられている。さらに、生活保護に関する事務は福祉事務所に委任され、第一線の行政機関である福祉事務所が実施主体となっている。

（2）生活保護の地域差とその要因 （生活保護受給世帯数等は増加）

我が国の代表的な低所得者対策として挙げられる生活保護の現状を見ると、生活保護受給世帯は、近年の厳しい経済・雇用情勢の下で、1995（平成7）年以降急激に増加しており、2003（平成15）年度には生活保護受給世帯数941千世帯、生活保護受給者数1,344千人、保護率（人口に対する生活保護受給者数の割合）10.5%となり、2004（平成16）年10月には、生活保護受給世帯数が100万世帯を超えたところである。また、世帯類型別では、高齢化の影響により高齢者世帯、特に高齢者単身世帯が増加しているが、母子世帯やその他世帯（50歳代単身者等）についても増加している。

◀ 図表2-4-1



近年の保護率の上昇は、近年の経済状況の悪化等の影響を受けたものであるといわれているが、その状況については地域差が見られるところである。このため、地域に

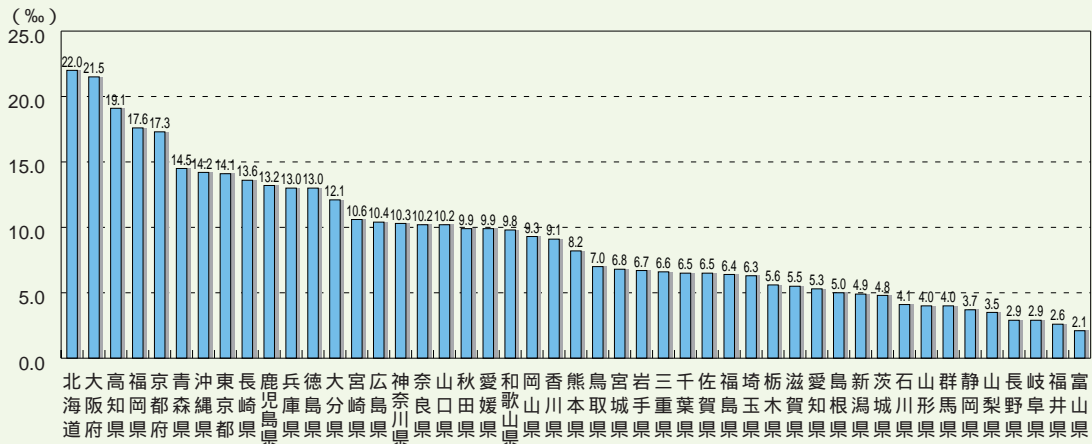
における生活保護の状況を概観し、地域差の要因について考察するとともに、生活保護受給者の自立支援策等の生活保護の状況の改善に向けた取組みについて検証する。

（保護率の地域差は拡大傾向にある）

都道府県別の保護率を見ると、北海道、大阪府、高知県、福岡県などで高く、全体的に西日本での高い保護率が目立っている。都道府県別の保護率については、2003（平成15）年度においては、最も高い北海道（22.0%）と最も低い富山県（2.1%）との間で10.5倍の差がある。1995（平成7）年度における保護率が最も高い福岡県（16.4%）と最も低い岐阜県・富山県（2.0%）の間の差が8.2倍であったことと比較すると、保護率の高まりとともに保護率の地域差は拡大傾向にある。

図表2-4-2 ▶

図表2-4-2 都道府県別保護率



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉行政業務報告」（2003年）

（保護率は地域の経済・雇用情勢に影響を受ける）

地域における保護率の水準には高低があり、それは様々な要因により生じていると考えられるが、その要因を分析することとする。

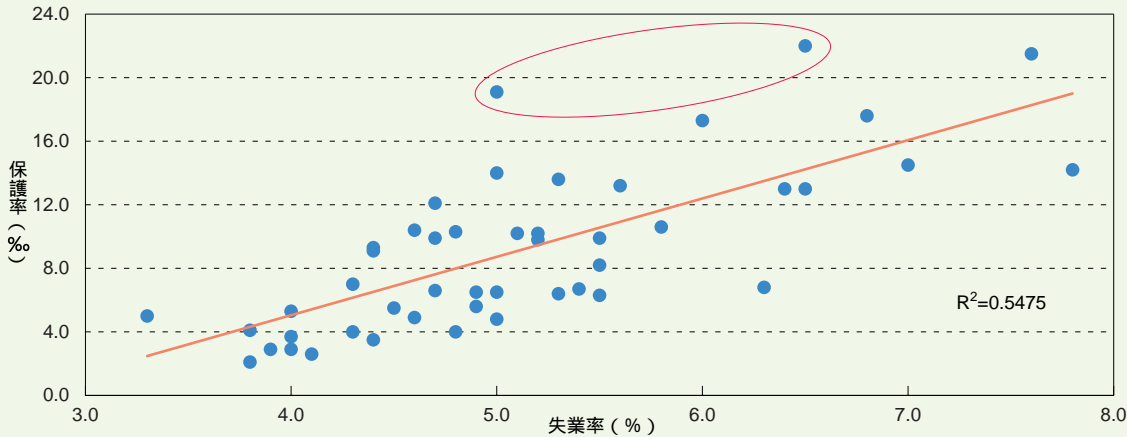
まず、保護率と地域の経済・雇用情勢の相関をみると、保護率と完全失業率については一定の相関関係が見られ、完全失業率の高い地域は保護率が高く、完全失業率の低い地域は保護率が低いという状況になっている。これは、低所得に陥る要因として失業の影響が大きいためであると考えられ、全国の完全失業率の変化と生活保護受給者数の伸びの変化が同様の動きを示していることからわかる。また、第2次産業就業者比率の高い地域は保護率が低く、第3次産業就業者比率の高い地域は保護率が高いという相関関係が一定程度見られる。このため、保護率は、地域の経済・雇用情勢

図表2-4-3 ▶

図表2-4-4 ▶

による影響を受けていると考えられるが、都道府県別の保護率と完全失業率や第2次産業就業者比率の相関関係を見ると、回帰直線^(注)から大きく離れている都道府県があることから、保護率の地域差は必ずしも地域の経済・雇用情勢のみで説明できるものではなく、他の様々な要因も勘案して分析しなければならないものと考えられる。

図表2-4-3 保護率と失業率の相関



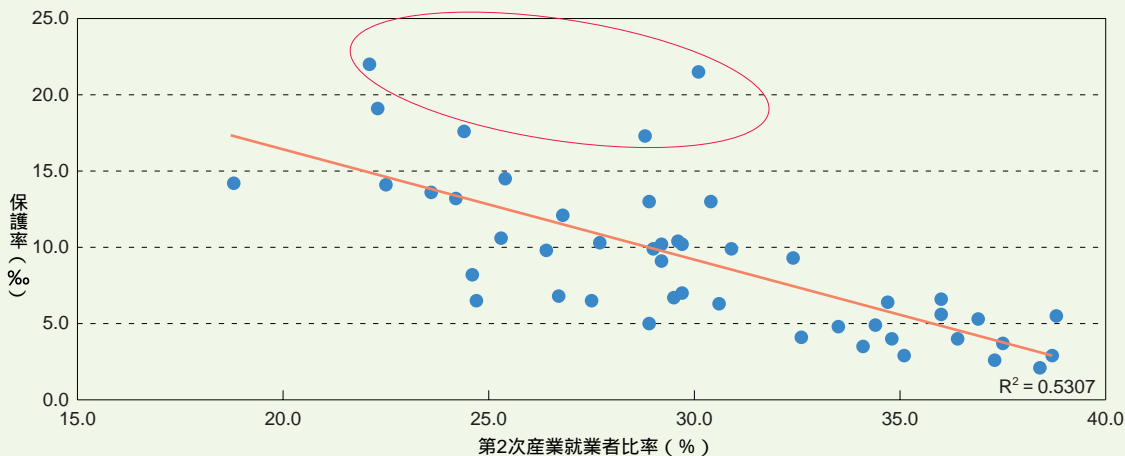
(注1) 厚生労働省大臣官房統計情報部「福祉行政報告例」(2003年度)、総務省統計局「労働力調査」(総務省試算値)(2003年)より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

(注2) 保護率及び完全失業率は都道府県別(指定都市・中核市を含む)

(注3) 丸囲みは外れ値。

「外れ値」とは、回帰直線からの距離を示す「残差」をその標準偏差で割った「標準残差」の絶対値が2以上であるもの。

図表2-4-4 保護率と第2次産業就業者比率



(注1) 厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉行政業務報告」(2003年)及び総務省統計局「国勢調査」(2000年)より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

(注2) 丸囲みは外れ値。

「外れ値」とは、回帰直線からの距離を示す「残差」をその標準偏差で割った「標準残差」の絶対値が2以上であるもの。

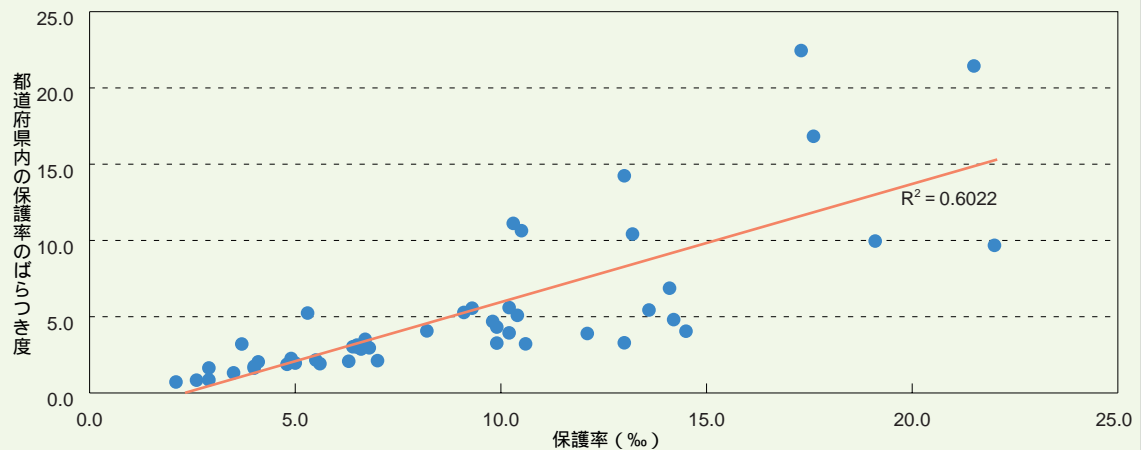
(注) 2つの変数の相関関係を示した散布図において、その関係を直線で表すもの。

（都道府県内における保護率についてもばらつきが大きい）

都道府県別の保護率とその都道府県内の福祉事務所ごとの保護率のばらつき度との関係を見ると、保護率の高い都道府県においては、その都道府県内におけるばらつき度も大きくなっている。

図表2-4-5 ▶

図表2-4-5 都道府県別保護率と福祉事務所別保護率のばらつき度の関係



（注1）福祉事務所については、東京都三宅支庁を除く。

（注2）ばらつき度とは、各都道府県内の福祉事務所別保護率の標準偏差を示す。（多くの都道府県（33地域）では、標準偏差が5以下であるが、標準偏差が10以上の都道府県も6地域ある。）

（地域ごとに世帯構成の状況は多様である）

生活保護受給世帯の世帯類型別の構成について見ると、生活保護受給世帯に占める高齢者世帯の割合は、全国平均で46.4%であるが、最も高い熊本県（56.8%）と最も低い新潟県（38.3%）で1.5倍の地域差があり、高齢者単身世帯の割合についても、全国平均では40.6%であるが、最も高い富山県（52.0%）と最も低い埼玉県及び新潟県（33.9%）で1.5倍の地域差がある。また、母子世帯の割合は、全国平均で8.7%であるが、最も高い北海道（14.3%）と最も低い富山県（1.7%）で8.4倍の地域差がある。

このように、地域によって生活保護受給世帯の世帯類型の構成が異なっているが、これは、地域により高齢化、三世帯同居や離婚等の状況が異なることを受けているものと考えられる。

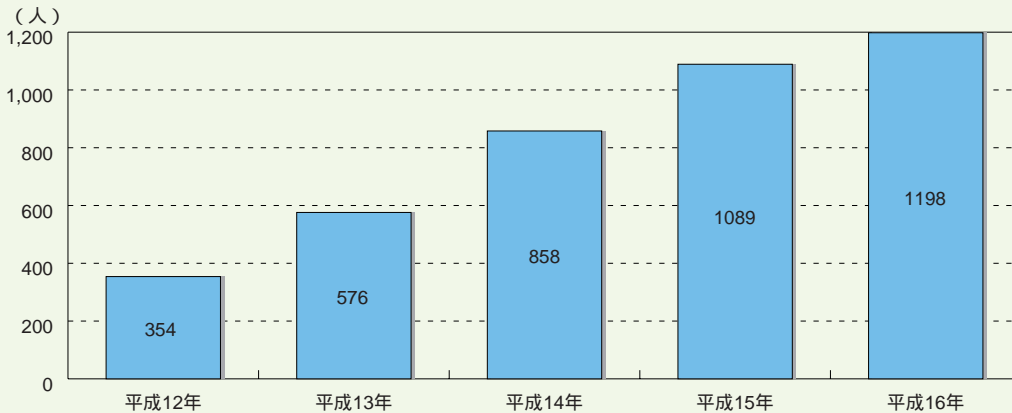
（地域における生活保護行政の実施体制の充実が課題）

生活保護の業務は社会福祉主事の資格を有する現業員（ケースワーカー）が担当し、その配置数は社会福祉法において、市部については生活保護受給世帯80世帯に1人、郡部については同65世帯に1人が標準とされている。現業員の配置状況は、2004（平

成16)年度において全国で11,944人であるが、全国の福祉事務所のうち、現業員数が標準数に不足している福祉事務所について標準に不足している人員数を合計すると1,198人となっており、この不足数は2000(平成12)年以降354人、576人、858人、1,089人と年々増加しているところである。

◀図表2-4-6

図表2-4-6 現業員(ケースワーカー)の不足数



資料：厚生労働省社会・援護局監査資料

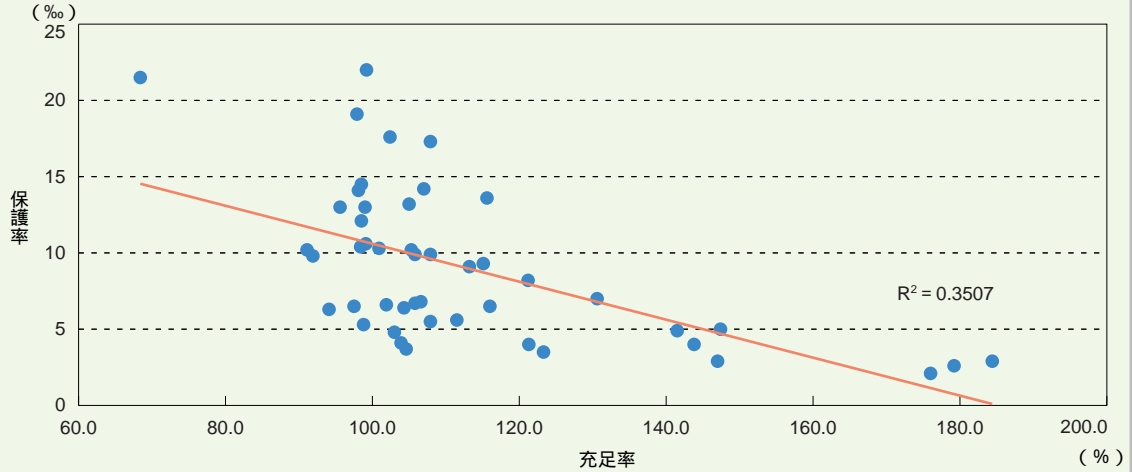
現業員の充足率(現業員数/標準数)を都道府県別に見ると、最も高い地域(184.4%)と最も低い地域(68.4%)で2.7倍の大きな差がある。現業員の充足率と保護率の関係をみると、充足率が100%を上回る都道府県(32地域)の保護率は8.3%、100%を下回る都道府県(15地域)の保護率は12.8%で1.5倍の差があり、現業員の充足率が高い地域では保護率が低く、充足率が低い地域では保護率が高くなるという一定の相関関係が見られる。

◀図表2-4-7

さらに、保護申請1件当たりの関係先に対する資産・収入調査件数について都道府県別に見ると、全国平均では申請1件当たり23.1件であるが、最も多い地域(43.4件)と最も少ない地域(6.1件)には7.1倍の差がある。生活保護受給世帯に対する訪問調査の件数についても、全国平均では1世帯当たり3.9回であるが、最も多い地域(6.9回)と最も少ない地域(2.3回)には3倍の差がある。このように、地方自治体における事務実施の状況にも大きな差が見られる。

要保護者のニーズに的確に対応していくため、特に保護率が上昇している現状においては、現業員の配置その他の実施体制の整備や組織的な対応が望まれるところである。

図表2-4-7 現業員充足率と保護率の相関



(注) 厚生労働省社会・援護局「平成16年度監査資料」、厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉行政業務報告」(2003年)より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

(3) 生活保護の地域差に対する考え方

ここまで見てきたように、生活保護の保護率は、近年、上昇傾向にあり、また、その地域差も拡大傾向にある。保護率の地域差は地域経済や家族構成など地域の特性にも影響を受けるものであるが、地方自治体の実施体制の問題や取組状況もその一因として考えられる。現在、関係大臣、知事等を構成員とした「生活保護費及び児童扶養手当に関する関係者協議会」において保護率の地域差の要因等を分析しているところであり、その結果を踏まえて生活保護の適正な実施について検討する必要がある。

図表2-4-8 ▶

図表2-4-8 生活保護費及び児童扶養手当に関する関係者協議会の開催について(抄)

平成17年4月20日

- 「三位一体の改革について(平成16年11月26日政府・与党合意)において、生活保護・児童扶養手当に関する負担金の改革は、「地方団体関係者が参加する協議機関を設置して検討を行い、平成17年秋までに結論を得て、平成18年度から実施する」とことされた。これを受けて、生活保護制度及び児童扶養手当制度の在り方について幅広く検討するとともに、給付の適正化に資する改革を推進するため、「生活保護費及び児童扶養手当に関する関係者協議会(以下「協議会」という。)を開催することとする。
- 協議会の構成は次のとおりとする。ただし、学識経験者を除く各構成員は、代理(知事にあつては知事、市長にあつては市長、大臣にあつては副大臣又は大臣政務官に限る。)を協議会に出席させることができる。また、協議会において必要があると認めるときは、構成員を追加し、又は構成員以外の者の出席を求めることができる。

谷本 正憲	石川県知事
岡崎 誠也	高知市長
麻生 太郎	総務大臣
谷垣 禎一	財務大臣
尾辻 秀久	厚生労働大臣
木村 陽子	地方財政審議会委員
京極 高宣	国立社会保障・人口問題研究所所長

2 生活保護についてのこれまでの国と地域の取組みと今後

(1) 生活保護に関する国と地域の役割分担及びそれぞれの取組み (国が制度の構築、地方自治体が制度の実施を担う)

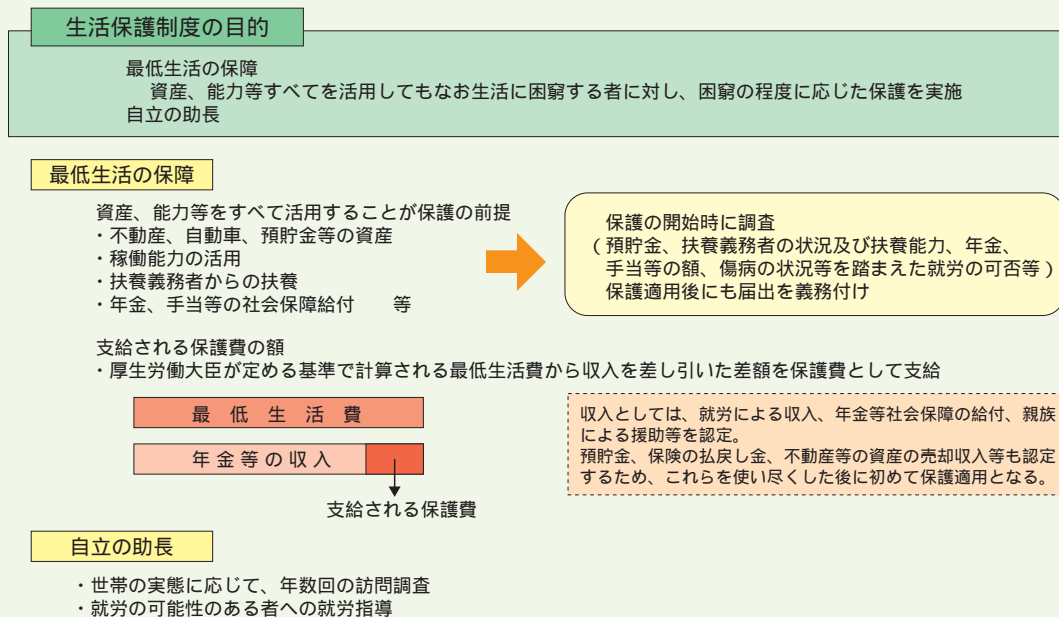
生活保護制度は、生活に困窮するすべての国民に対し、最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的としている。

具体的には、国が、生活保護基準など制度の基本的枠組みを定めるとともに、生活保護の実施に要する費用の4分の3を負担している。

一方、生活保護の認定、保護費の支給、自立支援等、生活保護に関する業務の実施については、要保護世帯の生活状況や資産、収入、自立阻害要因等を的確に把握した上で行うことが必要である。このように、生活保護業務を適正に実施するためには、生活保護受給世帯との継続的な接触・関与が必要であることから、地域住民と直接関係の深い地方自治体に事務の実施が委ねられるとともに、地方自治体が費用の一部を負担している。このように、国と地方自治体がそれぞれ責任を果たし、応分の負担をする仕組みとなっている。

◀ 図表2-4-9

図表2-4-9 生活保護制度の概要



（多様な問題を抱える生活保護受給世帯）

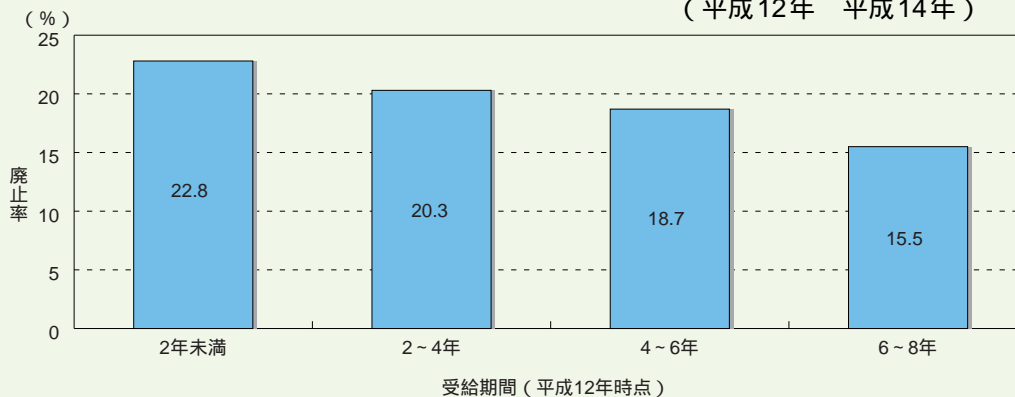
近年の日本の社会経済における産業構造の変化、雇用の流動化、家族形態の変貌等により、今日の国民生活を取り巻く状況には、地域社会からの孤立、「ひきこもり」、虐待等の多様な生活不安や問題が生じているが、このような時代の中で生活保護制度が国民の最低限度の生活を保障する役割を果たし続けるために、どのような制度の在り方が妥当であるかが問われている。

今日の生活保護受給世帯においても、傷病・障害、精神疾患等による社会的入院、DV、虐待、多重債務、元ホームレスなど多様な問題を抱えており、また、相談に乗ってくれる人がいないなど社会的きずなが希薄な状態にある。また、生活保護受給者には、稼働能力があっても、就労経験が乏しく、不安定な職業経験しかない場合が多く、これが就労への不安を生じさせ、また雇用機会を狭めるなど、就労に当たっての障害となっていることも少なくない。

さらに、高齢者世帯・傷病障害者世帯を除く世帯の保護受給期間別の世帯割合についてみると、2004（平成16）年度において、受給期間が10年を超える世帯が10.3%を占めており、また、高齢者世帯・傷病障害者世帯を除く世帯の受給期間別保護廃止率について見ると、2000（平成12）年から2002（平成14）年の2年間の廃止率は、受給期間2年未満の世帯が22.8%であるのに対し、受給期間6～8年の世帯は15.5%となっており、受給期間が長くなるほど廃止率が低下しているなど、保護受給期間が長期にわたり、自立が困難となっている世帯が少なくない状況となっている。

図表2-4-10 ▶

図表2-4-10 高齢者世帯、障害者世帯を除く世帯の受給期間別保護廃止世帯率
（平成12年 平成14年）



資料：被保護者全国一斉調査(個別)平成12年、平成14年)

（自立支援プログラムの推進）

こうした状況を踏まえ、2003（平成15）年8月から開催された社会保障審議会福祉部会生活保護の在り方に関する専門委員会において、生活保護制度の在り方に関する検討が行われ、2004（平成16）年12月に報告書がとりまとめられたところである。

この報告書においては、「被保護世帯が抱える様々な問題に的確に対処し、これを解決するための『多様な対応』、保護の長期化を防ぎ、被保護世帯の自立を容易にするための『早期の対応』、担当職員個人の経験や努力に依存せず、効率的で一貫した組織的取組みを推進するための『システム的な対応』の3点を可能とし、経済的給付に加えて効果的な自立・就労支援策を実施する制度とすることが必要であると考えられる。このため、被保護世帯と直接接している地方自治体が、被保護世帯の現状や地域の社会資源を踏まえ、自主性・独自性を生かして自立・就労支援のために活用すべき『自立支援プログラム』を策定し、これに基づいた支援を実施することとすべきである」とされている。

こうしたことから、厚生労働省は、経済的給付に加え、実施機関が組織的に生活保護受給世帯の自立を支援する制度に転換することを目的として、2005（平成17）年度から自立支援プログラムの導入を推進していくこととし、国が自立支援プログラムの基本方針を定め、地方自治体がこれに基づき自立支援プログラムを策定・実施していくこととされた。

自立支援プログラムとは、実施機関が管内の生活保護受給世帯全体の状況を把握した上で、生活保護受給者の状況や自立阻害要因について類型化を図り、それぞれの類型ごとに取り組むべき自立支援の具体的内容及び実施手順等を定め、これに基づき個々の生活保護受給者に必要な支援を組織的に実施するものである。

なお、すべての生活保護受給世帯は、自立に向けて克服すべき何らかの課題を抱えているものと考えられ、またこうした課題も多岐にわたるものと考えられる。このため、自立支援プログラムは、就労による経済的自立のためのプログラムのみならず、身体や精神の健康を回復・維持し、自分で自分の健康・生活管理を行うなど日常生活において自立した生活を送ること、及び社会的なつながりを回復・維持し、地域社会の一員として充実した生活を送ることを目指すプログラムについても幅広く用意し、生活保護受給者の抱える多様な課題に対応できるようにする必要がある。

◀ 図表2-4-11

図表2-4-11 自立支援プログラムの具体的な例

福祉事務所における就労支援プログラム

- ・ 担当ケースワーカー等により、継続的かつきめ細やかな就労相談、就労意欲の喚起、ハローワークへの同行訪問による適職探し等を実施。

- ・ 協力事業所による職場訓練により、就労経験を積みせるとともに、就労意欲の維持、向上を図る。
- ・ 生業扶助の活用により民間教育訓練（ビジネスマナー、パソコン講習等を含む。）を受講させる。

精神障害者就労支援プログラム

- ・ 精神障害者授産施設等の活用により、必要な訓練を行う。
- ・ 地域障害者職業センターを通じ、職業準備訓練の活用、ジョブコーチ（職場適応援助者）の支援を受け、通常雇用に移行する。
- ・ ハローワークとの連携を通じ、試行雇用（トライアル雇用）の活用により、雇用の確保を図る。

高齢者健康維持・向上プログラム

- ・ 民生委員、社会福祉協議会を通じたボランティア等による定期的な家庭訪問により、必要な見守りを実施する。
- ・ 担当ケースワーカーの家庭訪問に、保健師、管理栄養士等を同行させ、生活指導、栄養指導等を行う。
- ・ 社会福祉協議会を通じた地域貢献活動の紹介、社会教育担当部局を通じた生涯学習の機会の紹介等により、社会とのつながりの維持、向上を図る。
- ・ 介護予防事業の活用

生活習慣病患者健康管理プログラム

- ・ 担当ケースワーカーの家庭訪問に、保健師、管理栄養士等を同行させ、生活指導、服薬指導、運動指導、栄養指導等を行う。
- ・ 服薬、食事、運動等の記録をつけさせ、報告を求める。

（自立支援の推進体制の構築と連携）

今後の自立支援の推進体制を構築していく上で、国は、生活保護受給世帯の類型ごとに整備することが望ましい支援メニューなど、自立支援プログラムの策定のための指針を示すとともに、雇用施策や、保育・母子福祉施策など他の社会福祉行政・低所得者対策との連携の強化を図りつつ、地方自治体が関連施策を自立支援プログラムとして十分活用できるよう努める必要がある。

一方、地方自治体は、自立支援プログラムに基づき、生活保護受給世帯の状況や自立阻害要因について類型化を図り、それぞれの類型ごとに取り組むべき自立支援の具体的内容及び実施手順等を定め、これに基づき個々の生活保護受給者に必要な支援を組織的に実施することとしている。さらに、自立支援プログラムの策定・実施に当た

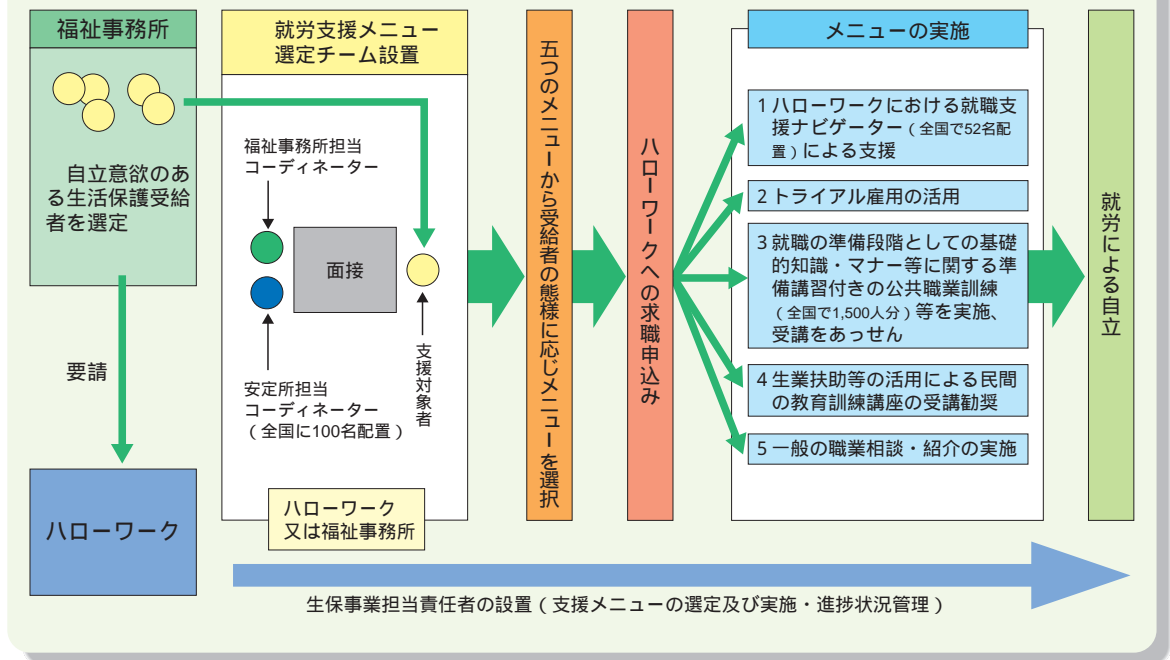
り、ハローワーク、保健所、医療機関等の関係機関と連携を深めるとともに、就労支援、カウンセリング等に関する経験や専門知識を有する人材の活用、社会福祉法人、民間事業者等や民生委員、社会福祉協議会等との協力強化、救護施設等の社会福祉施設との連携など、地域の様々な社会資源を活用することにより、その独自性をいかした実施体制を構築することが必要である。

特に、就労意欲・稼働能力のある生活保護受給者への就労支援に関し、ハローワークと福祉事務所が有機的に連携する必要があることから、地方自治体における自立・就労支援の取組みの実効性を確保するため、自立支援プログラムとして活用できるよう、2005（平成17）年度からハローワークにおいて生活保護受給者等就労支援事業を実施している。これは、ハローワークの職員、福祉事務所の職員等により構成される就労支援メニュー選定チームが生活保護受給者に対し個別の面接を行い、本人の希望、能力、適正等を勘案しつつ適切な就労支援メニューを選定するとともに、これに基づき支援を実施するものである。就労支援メニューの内容は、生活保護受給者等就職支援ナビゲーターによるマンツーマンの支援、トライアル雇用の活用、公共職業訓練の受講あっせん、生業扶助の活用による民間の教育訓練講座の受講等となっている。

さらに、2005年度から、新たに、自立支援プログラムに基づき福祉事務所等を通じて職業訓練の受講を希望する生活保護受給者に対して、民間教育訓練機関等を活用して、個々の態様に応じた又は地域ニーズに合った機動的な「準備講習付き職業訓練」を実施することとしている。「準備講習付き職業訓練」とは、訓練受講及び就職への意識啓発を目的とした準備講習を実施した後に、実際の就職に必要な技能・知識を習得させるための職業訓練を実施するものである。

◀ 図表2-4-12

図表2-4-12 生活保護受給者等就労支援事業のイメージ



コラム

諸外国における低所得者の自立支援の取組み

アメリカ

低所得者の自立支援策として、1996(平成8)年に貧困家庭一時扶助(TANF)が導入された。TANFの対象者は、ひとり親世帯をはじめ、未成年の児童、または妊婦のいる貧困家庭である。TANFは、就労準備、就労、婚姻を促進し、貧困家庭の親が政府給付に依存することを抑制することを目的としており、受給者に支給開始後2年以内に就労活動(勤労体験、OJT及び求職活動を含む。)に参加することを義務づけるとともに、支給期間を生涯で5年間と制限している。さらに、各州が就職促進プログラムを策定し、具体的な支援に当たっては、NPO等地域諸団体と連携することとしている。

改革の成果として、貧困家庭一時扶助受給者が大幅に減少し、受給者数は、1997(平成9)年の1,420万5千人から2001(平成13)年の536万2千人に減少した。

イギリス

低所得者の自立支援として、1998(平成10)

年から「福祉から就労へ」をスローガンとしたニューディールプログラムを実施している。ニューディールプログラムは、若者(18歳から24歳まで)、25歳以上、50歳以上、自営業者、障害者、ひとり親世帯等といった類型を対象に、パーソナルアドバイザーと呼ばれる参加者一人一人の担当者が、求職活動のプロセス全体において一貫して相談に応じることで、効果的な就労支援を行うものである。

例えば、若者については、所得保障として支給される求職者手当を6ヶ月以上継続して受給した者に対し、公務員の資格を持つパーソナルアドバイザーがカウンセリングの上で最長4ヶ月の求職活動を行い、就労できなかった場合については、補助金付き雇用、ボランティア団体等での就労、職業訓練等のいずれかを選択する。

改革の成果として、求職者給付が1996年の約208万8千人から2002年の約94万6千人に減少し、就業者数が1996年の約2,589万9千人から2002年の約2,765万9千人に増加している。

(2) 地域の特性に応じた生活保護に関する取組み

(地方自治体における生活保護に関する取組みの具体例)

母子世帯自立生活支援事業による自立支援（大阪府八尾市）

八尾市は、近年、保護率が上昇するとともに、母子世帯の生活保護受給世帯が1998（平成10）年度末の393世帯から2003（平成15）年度末の620世帯に増加し、母子世帯の構成比率が18.2%と大阪府平均（大阪市・中核市を除く）より3ポイント程度高くなっている状況にあり、母子世帯の自立に向けた取組みの必要性が高いことから、母子世帯自立生活支援事業を実施している。

具体的には、ケースワーカーが現在生活保護を受給している母子世帯の生活状況の調査を行い、個別の母子世帯について就労阻害要因などを分析、データベース化し、処遇計画を立てるとともに、特に就労支援が必要なときには、母子世帯就労支援員^(注1)が個別のケースについて、ハローワークの同行訪問や求職活動の手続きのアドバイスを行うことなどの就労支援を行うことにより、本人の自覚を促し自立につなげるものである。また、今後に向けての生活保護受給者に対する自立支援方法についてプログラム化し、実施水準に格差を生じさせることのないよう指向している。

就労支援員の配置や就労支援に関するマニュアルの作成等による就労支援（神奈川県横浜市）

横浜市においても生活保護受給世帯が増加している。保護開始理由について、2003（平成15）年度は「世帯主・員の傷病」に次いで定年・失業等の「働きによる収入の減少・喪失」が27.7%（3,047世帯）を占め、2001（平成11）年度の17.6%（1,410世帯）から大きく増加していることから、稼働能力を有する生活保護受給世帯に対する取組みとして、就労支援策の強化を行っている。

具体的には、就労支援が必要な生活保護受給者の処遇を組織的に検討する「就労支援会議」を開催し、仕事に結びついたケースなどを知識・ノウハウとして職場の中で共有するほか、これまでの取組みの成果を踏まえ、履歴書の書き方や面接の受け方についての指導などの内容を記載した「就労支援のてびき」を作成し、活用している。

また、求職活動のための支援を行う就労支援員^(注2)を配置して「被保護者自立支援事業」を実施し、支援により就労が見込まれる者に対して、履歴書の作成や面接の方

(注1) 八尾市においては、ハローワーク等で就業相談業務に従事した経験を有する者を、母子世帯就労支援員として嘱託雇用し、被保護者に対する就労支援を行っている。

(注2) 横浜市においては、ハローワーク等で職業相談業務に従事した経験を有する者等を、就労支援員（自立支援専門員）として嘱託雇用し、被保護者の求職活動について指導援助を行っている。

法の指導、ハローワークへの同行による求職活動への助言等を行うことにより、就労意欲を喚起し、自立につなげるものである。

(3) 国と地域の役割分担・連携についての課題と今後の在り方

今後、個別の被保護者の実情に応じて地域におけるきめ細かな自立支援の取組みを促進することが必要であることから、地域における被保護者の実態に応じた多様な自立支援プログラムの策定・充実を推進することが重要であると考えられる。

自立支援プログラムの定着・充実を図るためには、ハローワーク等関係機関及び関連施策との連携を強化し、また実施機関に対して適切な助言指導を行うほか、自立支援に関する他法・他施策の情報提供を行う、モデルとなる地方自治体の取組みを支援し、その成果を全国的に普及していく、補助金等により実施体制強化のための財政的な支援を行うなど、実施機関への支援に努めることが必要である。

また、保護率の上昇や保護率の地域差の要因、生活保護の実施における国と地方自治体の役割分担等については、「生活保護費及び児童扶養手当に関する関係者協議会」において検討が進められており、その結果を踏まえながら引き続き国及び地方自治体における対応について検討することが必要である。

第5節

保健医療を取り巻く地域の状況と取組み

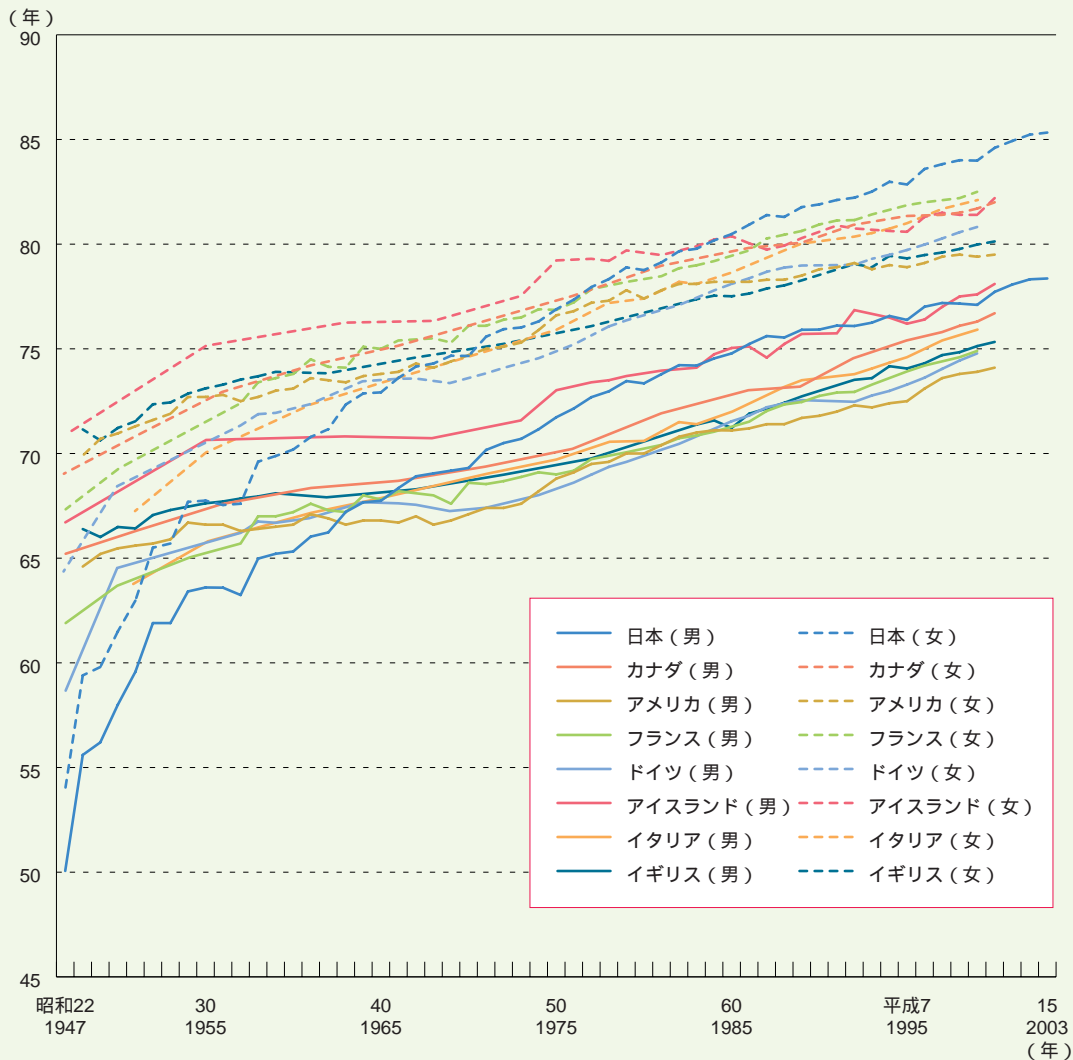
1 保健医療の現状と地域差の要因

図表2-5-1 ▶ 我が国は世界トップクラスの長寿国であり、2003（平成15）年において、平均寿命は男78.36歳、女85.33歳となっている。また、健康寿命についても、世界保健機関（World Health Organization：WHO）の算出では、世界一となっており、我が国の健康・医療レベルは国際的にも非常に優れたものであると評価されている。

図表2-5-2 ▶
図表2-5-3 ▶ 1980年代以降、高齢化社会の進展に伴い、我が国の疾病構造は悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患、糖尿病などの生活習慣病にシフトし、死因別死亡率でも、これらの生活習慣病が60%を占めるようになっており、今後もその傾向が続くものと考えられる。

本節では、今後の更なる人口構造の変化や医療費の増加などが保健・医療の提供体制、保険制度の運営に影響を与えることを考慮に入れつつ、長寿国達成の大きな要因と考えられる、行政を中心とした保健活動、高い医療技術の提供を可能とする医療制

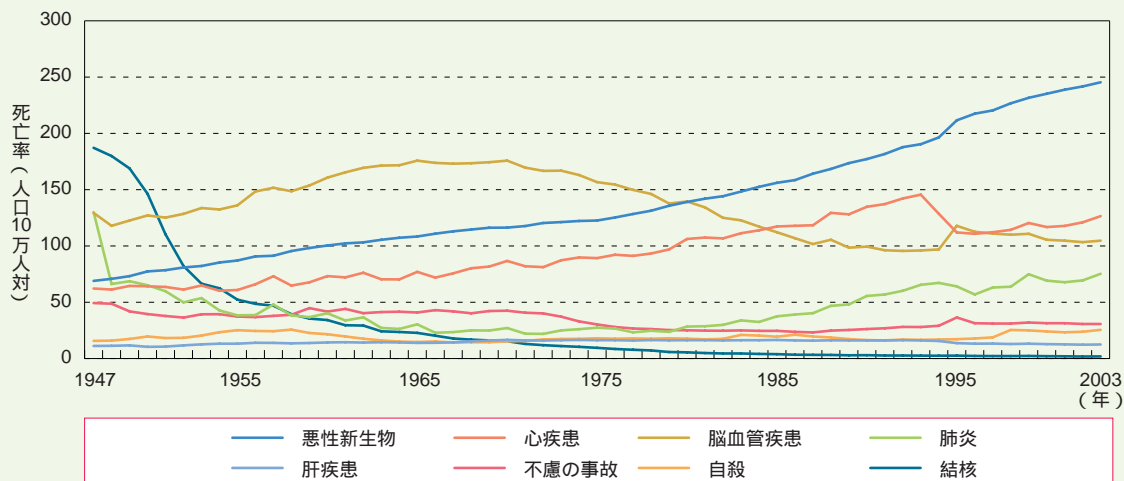
図表2-5-1 諸外国（先進国）における平均寿命の年次推移（1947～2002年）



（注） 厚生労働省大臣官房統計情報部「完全生命表」「簡易生命表」及び各国政府資料により厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

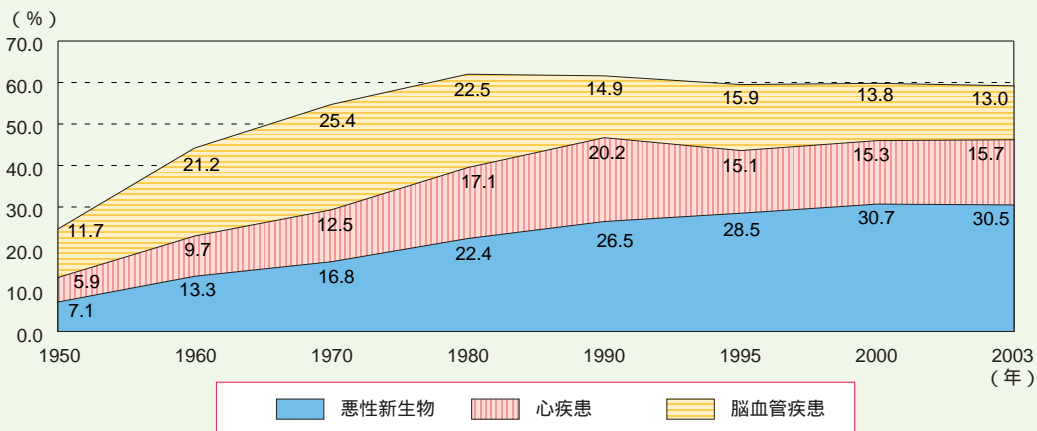
度、そして国民が安心して医療を受けることのできる医療保険制度などに関する都道府県単位での地域差を分析し、この差をもたらす要因について検証する。さらに、効果的な保健医療対策を進め、持続可能な医療保険制度を構築していくために、国と地方自治体などの役割分担の在り方について考えていく。

図表2-5-2 主要死因別にみた死亡率（人口10万人対）の推移 - 1947～2003年 -



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

図表2-5-3 三大死因の死亡総数に対する割合の推移 - 1950～2003年 -



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

(1) 保健医療に関する制度の沿革

我が国の疾病構造は、昭和20年代後半まで死因の大きな部分を占めていた結核を含む感染症から、がん、心臓病、糖尿病などの、「食生活、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が、その発症・進行に關与する症候群」(1996(平成8)年公衆衛生審議会の意見具申における定義)、いわゆる生活習慣病へと変化してきた。それに伴い、保健医療対策についても、第二次世界大戦直後からの予防接種活動(1948(昭和23)年に予防接種法制定)、公衆衛生水準の向上運動を中心とする感染症対策に加え、近年、

健康診断や健康づくり運動などを中心とする生活習慣病対策が、ますます重要となっ
てきている。

1) 感染症対策の変遷

感染症対策は、1897（明治30）年に施行された伝染病予防法を基本として、実施さ
れてきた。社会防衛の観点から、予防接種制度の整備や検疫体制などの枠組み構築に
ついては、国主導により、感染症発生時の医療体制整備については、市町村において
実施されてきた。第二次世界大戦後、感染症の発生者数、死亡者数は年を追うごとに
激減し、克服されたかに見えていたが、人・物の国際的移動の活発化、自然開発によ
る環境変化などにより、エイズ、結核、マラリア、SARS（Severe Acute Respiratory
Syndrome）などに代表される新興・再興感染症が1980年代頃より大きな問題となっ
てきた。その状況に対応するため、1997（平成9）年の公衆衛生審議会の意見を踏ま
え、伝染病予防法に代わる感染症対策の基本法として、「感染症の予防及び感染症の患
者に対する医療に関する法律」（以下「感染症法」という。）が制定された（1999（平
成11）年4月施行）。この中では、集団の感染症予防に重点を置いた従来の考え方から、
個々の国民の感染予防を推進することとし、事前対応型行政を目指して国による基本
指針の策定や都道府県による予防計画の策定が求められ、特定の感染症に対しての医
療提供体制については国、都道府県が医療機関を指定することなどが盛り込まれた。

その後、SARSの発生に伴う2003（平成15）年の感染症法改正において、海外で新
感染症が発生した場合や、都道府県などの区域を超えて広域的な対応が必要な場合な
どにおいては、国が主導的に感染症の発生の予防及びまん延の防止のための対策を実
施主体として取ることができることとし、事案による国と地方自治体の連携体制を明
確化した。

2) 健康づくり対策の変遷

生活習慣病予防を含めた健康増進対策については、第二次世界大戦直後から感染症
対策、栄養改善活動などを含む、保健所が実施主体となった、公衆衛生活動の中で実
施されてきたが、本格的には1964（昭和39）年の東京オリンピック終了後に、国民の
健康・体力増強策について閣議決定されたことに始まる。その後、1978（昭和53）年
から10年ごとに国民健康づくり対策が実施されてきており、2000（平成12）年からは、
健康寿命の延伸を目指した第3次国民健康づくり対策（「21世紀における国民健康づく
り運動（健康日本21）」）が開始され、現在に至っている。「健康日本21」は、健康寿命
の延伸と、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とすることを目
的とし、国全体としての施策推進の大きな方向性（基本方針の策定、全国健康指標

を把握する情報収集、解析とその結果提供など）、生活習慣や生活習慣病に関しての具体的な数値目標、国及び地方自治体の役割などを示している。さらに、「健康日本21」を中核とする国民の健康づくり・疾病予防を更に積極的に推進するための法的基盤として、2002（平成14）年8月に健康増進法が制定され、都道府県、市町村においても地域の実情を反映した地方健康増進計画を策定するものとしている。

また、2005（平成17）年度から、政府全体として、また厚生労働省の重点施策の一つとして、健康フロンティア戦略が開始されている。2014（平成26）年度までの10か年で、健康寿命を2年延伸することを目標としており、この実現のためにも、生活習慣病対策を重点的に取り組み始めたところである。

3) 医療提供体制の整備

医療提供体制の整備については、1948（昭和23）年に医療提供体制の整備に係る基本法である医療法が定められ、その後の高齢化や疾病構造の変化、医療技術の進化に対応するため、1985（昭和60）年に都道府県医療計画の導入が行われた第1次医療法改正以来、数次の改正がなされている。各地域の医療資源の効率的活用、医療施設間相互の機能連携の確保などを目的とする医療計画は、都道府県が実施主体となり作成されている。

4) 医療保険制度の整備

医療保険制度については、1922（大正11）年の健康保険法制定が制度としての始まりであり、1938（昭和13）年の国民健康保険法制定に続き、戦後の1958（昭和33）年の国民健康保険法の全面改正により、1961（昭和36）年には国民皆保険が実現した。その後、老人医療費については、老人福祉法に基づき、1973（昭和48）年から、医療費自己負担分を公費負担してきたが、老人医療費の急激な拡大に対応して、1982（昭和57）年成立の老人保健法に基づき、医療保険の各保険者拠出金と公費負担を財源として老人保健制度が創設された。さらに、介護ニーズの拡大に伴い、保健・医療・福祉にわたる介護サービスが総合的に利用できるよう、市町村が実施主体となる介護保険制度が2000（平成12）年から施行されている。このように、医療保険制度全体としての安定した基盤づくりを目指す変革が逐次行われてきている。なお、各保険制度の設立経緯・目的が様々であることから、実施主体は政府管掌健康保険、組合管掌健康保険、国民健康保険などでそれぞれ国、企業などの組合、市町村などと別主体となっている。

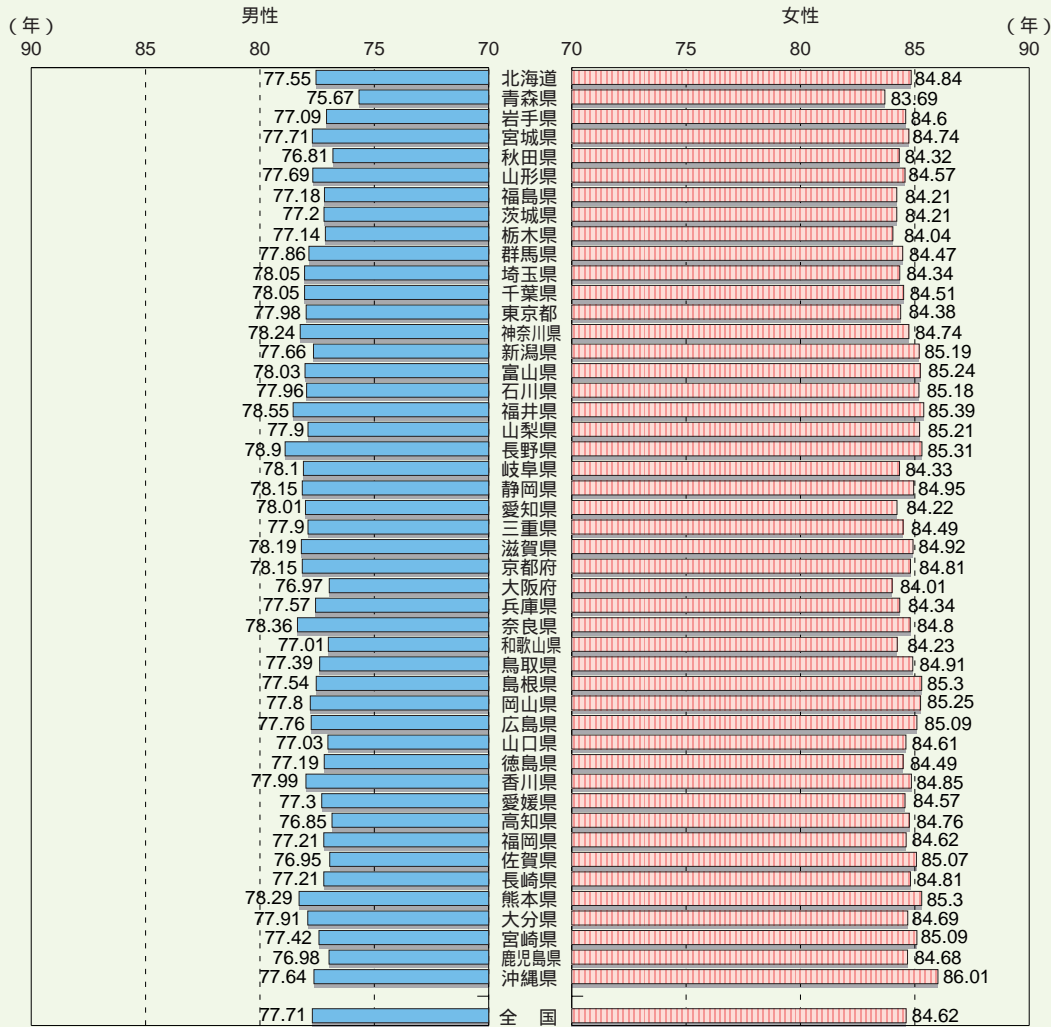
(2) 健康状況の地域差とその要因

健康状況の地域差を客観的に示す指標として、平均寿命や主要疾患の死亡率の差が

考えられる。2000（平成12）年都道府県別生命表によると、男性平均寿命の最も長い長野県（78.90年）と最も短い青森県（75.67年）との間では3.23年の開きがある。女性平均寿命では、最も長い沖縄県（86.01年）と最も短い青森県（83.69年）の間で2.32年の開きがある。

◀図表2-5-4

図表2-5-4 都道府県別平均寿命（男女別）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成12年都道府県別生命表」

1) 長寿県の死因の特徴

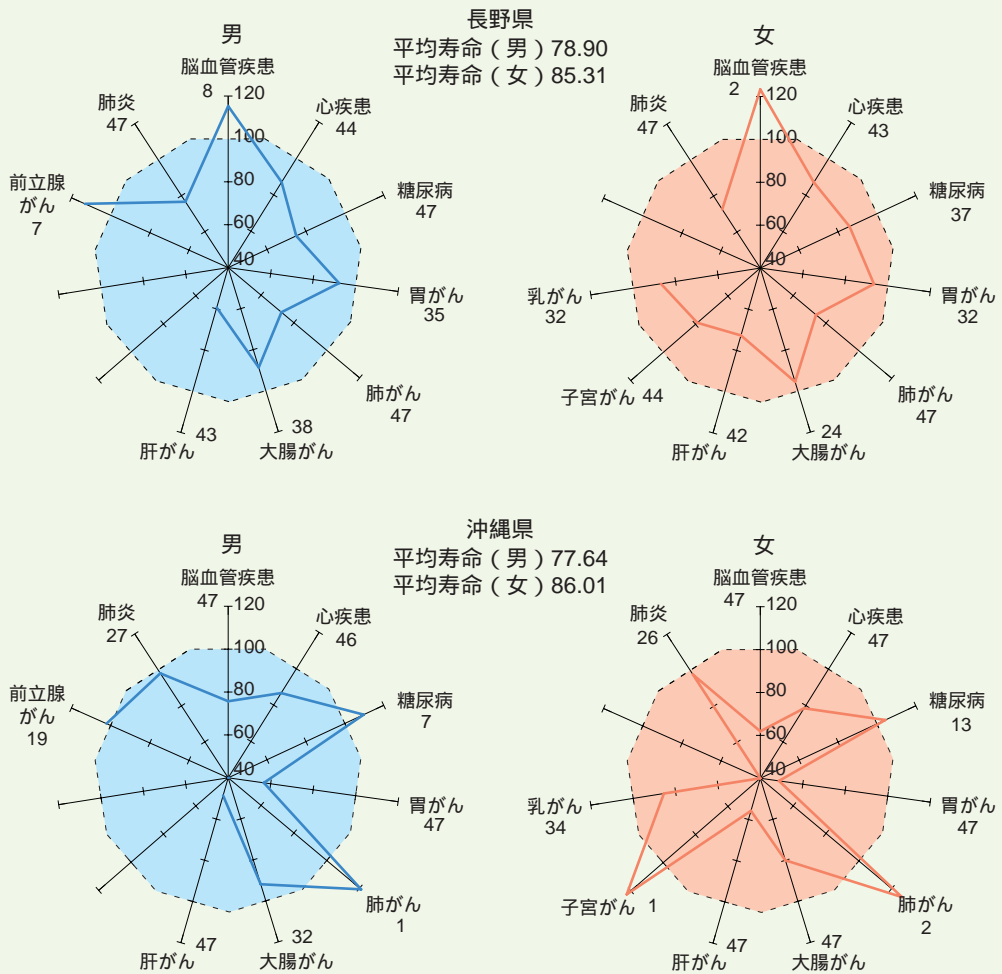
(死亡原因疾患は長寿県の間でも傾向は異なっている)

地域の年齢構成の差を調整した標準化死亡比(Standardized Mortality Ratio : SMR)を用い、死亡原因疾患の比較を行うと、男性で最も長寿の長野県男性では、脳血管疾

図表2-5-5 ▶

患は比較的多い（47都道府県中8位）が、心疾患（同44位） 糖尿病（同47位） 悪性新生物（肺がんは全国47位）が非常に少なくなっている。女性で最も長寿の沖縄県女性の死因動向は、子宮がん（47都道府県中1位） 肺がん（同2位）が多く、糖尿病（同13位） 乳がん（同34位）は全国平均前後であるが、大腸がん、肝がん、胃がん、脳血管疾患、心疾患（すべて同47位）は非常に少なくなっている。このように、同じ長寿県でも、死亡原因となる疾患についての傾向は異なっている。

図表2-5-5 長野県、沖縄県の死因特徴



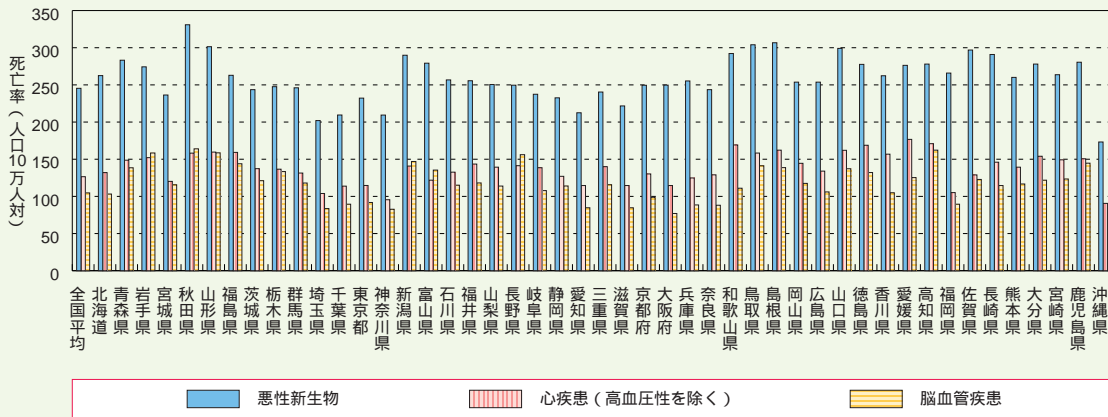
資料：厚生労働省老健局「都道府県別死因の分析結果について（2000（平成12）年）」

2) 主要疾患（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）死亡率の地域差 （主要疾患ごとに死亡率の地域差の傾向は異なっている）

生活習慣病のうち、3大死因である悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の死亡率については、年齢構成の影響もあるが、以下のように大きな地域差が見られる。

◀ 図表2-5-6

図表2-5-6 都道府県別 悪性新生物、心疾患、脳血管疾患による死亡率（人口10万人対）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年人口動態統計」

悪性新生物全体の死亡率は、最も低い沖縄県では、人口10万人当たり173.2に対し、最も高い秋田県では330.9と1.91倍の差がある。

心疾患（高血圧性を除く）の死亡率では、最も低い沖縄県の人口10万人当たり90.6に対し、最も高い愛媛県では176.7と1.95倍の開きがある。

脳血管疾患の死亡率は、最も低い沖縄県の人口10万人当たり63.8に対し、最も高い秋田県では164.0と2.57倍の大きな開きが存在する。

3) 地域差を生み出す要因

（疾患死亡率の地域差は生活環境・生活習慣も反映している）

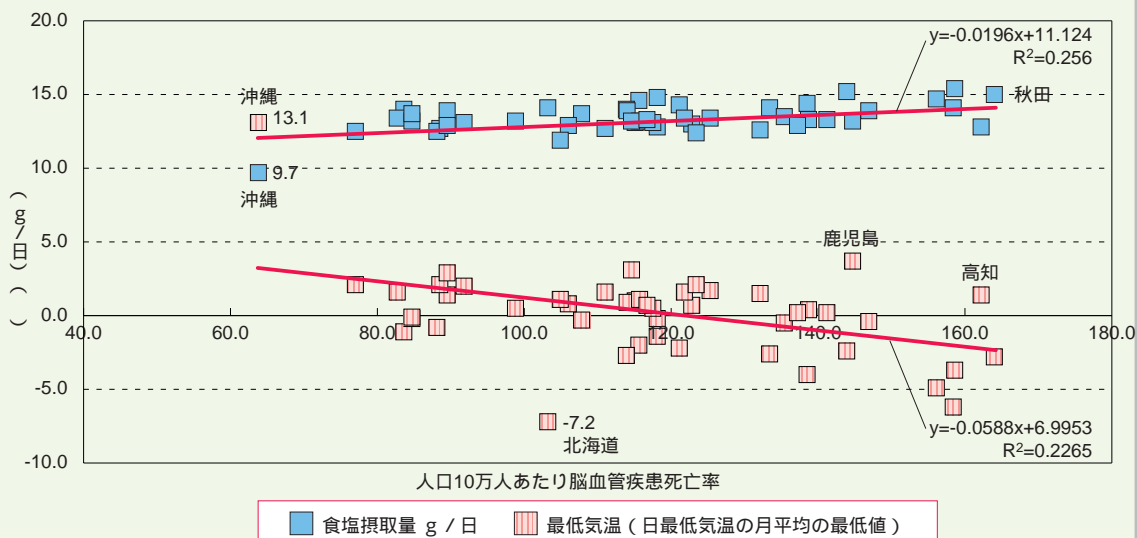
平均寿命の地域差は、各種疾患の死亡率が反映されるものであり、その地域の気候、風土、食習慣などの生活環境・生活習慣や提供される医療の質及び提供量、健診などの予防事業の質及び提供量などとの関連が考えられている。個別疾患の発生は個人の生活習慣、遺伝的体質など、個人差によることも多いため、地域区分としての都道府県単位でこれらの相関関係を導くことは、単純ではないが、例えば、

- ・脳卒中と食塩摂取量
- ・脳卒中と年間最低気温

などの間に、ある程度の相関関係が認められているものもある。

◀ 図表2-5-7

図表2-5-7 各都道府県の脳血管疾患死亡率と食塩摂取量、最低気温の相関関係



(注) 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年人口動態統計」、気象庁「平成15年気象年報」、国民栄養調査再集計データ(1995～1999年) 中村美詠子・吉池信男・田中平三、国民栄養調査データを利用した都道府県別栄養関連指標の検討.2003 より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

(疾患死亡率を下げるためには予防対策の強化が必要である)

平均寿命や疾患死亡率の指標を改善させるには、全死因の6割を占める主たる生活習慣病の死亡率に地域ごとの特徴があるため、その特徴を踏まえた要因の検討と対策を講じていくことが効果的であると考えられる。それらの要因の中には、地域の気候、風土の違い、個人の遺伝的体質などもあるが、食生活や運動習慣など個人の努力により改善できるものもあるため、これらの要因について、地域ごと、個人ごとの特徴に併せて、早期発見又は治療にとどまることなく、健康を増進し、疾病の発症予防に一層の力点を置いた対策を重点的に推進することが必要となる。

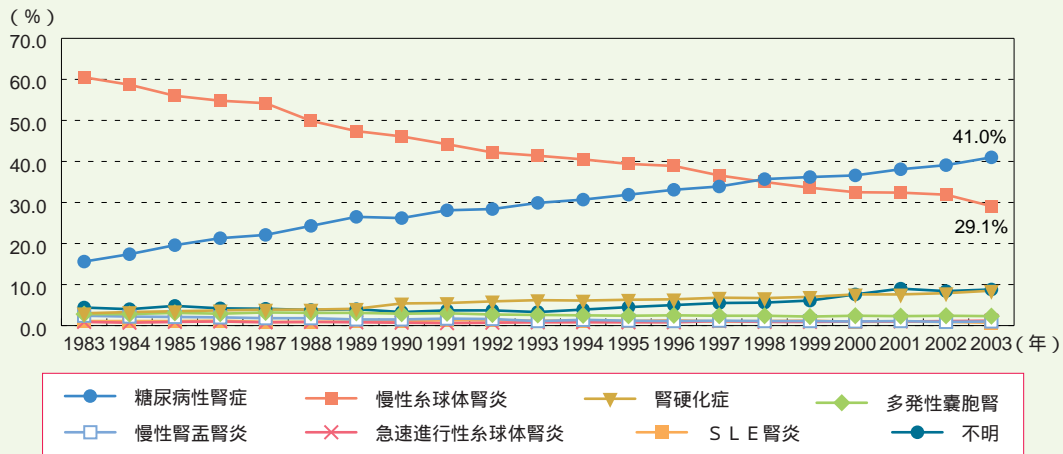
予防対策の対象となる生活習慣病の例として、食生活の欧米化、住環境など社会環境の変化に伴い、様々な生活習慣病の有病率が増加する中で、比較的若年で罹病し、脳血管疾患、虚血性心疾患などの他の生活習慣病にも大きな影響を与える糖尿病は、その有病率が急速に増加している。2002(平成14)年の糖尿病実態調査によると糖尿病が強く疑われる人は約740万人、糖尿病の可能性を否定できない人も併せると約1,620万人であり、1997(平成9)年の調査よりいずれも増加している(1997年調査時はそれぞれ約690万人、約1,370万人)。このうち、治療を受けている人は、糖尿病が強く疑われる人全体の半数である一方、健診を受けたことが無い人では、全体の89.4%が治療を受けていないという実態が明らかになっている。

糖尿病は、一度発症すると治癒が難しく、長期間の血糖管理が必要であるが、更に

進行すると三大合併症といわれる糖尿病性神経障害、糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症を併発する。その中でも糖尿病性腎症は、人工透析の導入原因疾患として1998（平成10）年以來最多となっており、患者自身のQOL（Quality of Life）を著しく低下させている。

◀ 図表2-5-8

図表2-5-8 年別透析導入患者の主要原疾患の推移



資料：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況2003年12月31日現在」

また、糖尿病は高脂血症や高血圧などと合併すると、動脈硬化から脳血管疾患、虚血性心疾患などの他の生活習慣病をもたらす危険性が大きくなる。このように、生活習慣病は相互に関連しており、例えば、その一つである糖尿病有病者が増加すれば、他の生活習慣病による疾患死亡率や平均寿命に大きな影響を与え、さらに、医療費の増大にもつながっていくことから、効果的な予防対策の強化が急務となっている。

コラム

メタボリックシンドローム

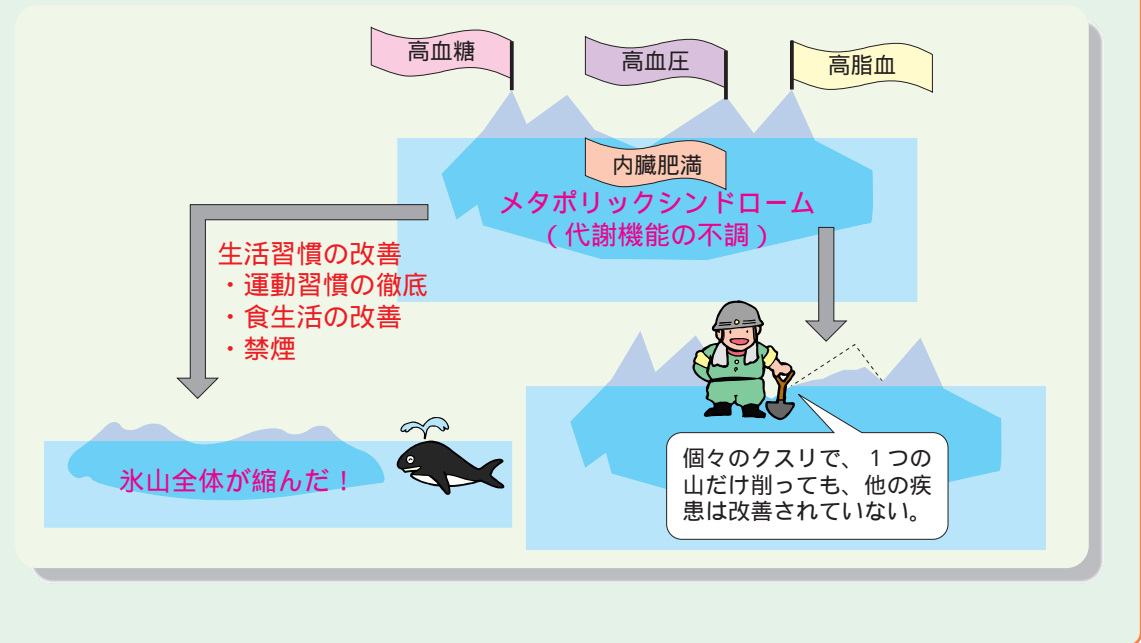
糖尿病、高血圧症、高脂血症などの生活習慣病は、自覚症状に乏しく日常生活に大きな支障がない場合も多いが、そのまま生活習慣を改善せずに経過すると、脳卒中や心筋梗塞、その他重症な合併症（糖尿病の場合は人工透析や失明など）に進展する危険性が高い。

近年、これらの生活習慣病有病者やその一歩手前の状態の者（予備群）は、内臓肥満、高血糖、高血圧、高脂血の状態が重複している場合も多く、そのような者は脳卒中や心筋梗塞の発症危険性がさらに高いことが明らか

になってきた。このため、国内外で、これらの状態の重複状態の重要性が注目され、シンドロームX、死の四重奏等という概念が発表されていたが、2005（平成17）年4月に、日本内科学会、日本動脈硬化学会、日本肥満学会、日本糖尿病学会など8学会が合同で設置したメタボリックシンドローム診断基準検討委員会により、「メタボリックシンドローム（Metabolic Syndrome）」という疾患概念としてこれらの病態の重複を重要視した考え方で捉えることとされた。

この考え方は、内臓肥満、高血糖、高血圧、高脂血などを別々の病態として捉えるのではなく、相互に深く関連していることに注目し、「一つの冰山から水面上に出たいくつかの山」のような状態と例えることができる。そして、その状態の改善には、投薬（例えば血糖を下

げるクスリ）は水面上に出た「冰山の一つの山を削る」一つの方法ではあるが、根本的な改善には、運動習慣の徹底と食生活の改善などの生活習慣の改善により「冰山全体を縮小」させる必要がある。



4) 健康状況の地域差に対する考え方

(平均寿命や疾患死亡率の地域差は全体として改善すべき格差である)

これまで、健康状況の指標として、平均寿命や疾患死亡率の地域差を見てきたが、これらの指標はともに、様々な要因が積み重なってもたらされる客観指標であり、十分な水準として満足しうる値が存在するわけではない。いうなれば、平均寿命は長ければ長いほどよく、疾患死亡率は低ければ低いほど望ましいものであり、国の施策として目指す方向性は明確である。これらの指標は各地域のデータすべてが改善することが望ましく、指標が最も良い地域に他の地域が底上げされれば、結果として全体の水準が改善していくという意味での格差であると考えられる。

(3) 保健事業の地域差とその要因

(地域保健対策の実施体制)

地域保健対策は、地域住民の健康の保持及び増進を目的としたものであり、第二次世界大戦前後は保健所法（1937（昭和12）年制定、1947（昭和22）年GHQ指導の下に

大幅改正)に基づいて、保健所による公衆衛生向上のための活動が中心となっていた。その後、人口の高齢化など時代の変化に対応し、この保健所法は1994(平成6)年に地域保健法に改正されたが、この改正の基本的な考え方は、社会防衛的な視点に重点が置かれていたこれまでの施策に加えて、サービスの受け手である生活者の立場を重視した地域保健の新たな体系を構築することであった。具体的には、都道府県と市町村の役割を見直し、住民に身近な母子保健サービスなどの主たる実施主体が都道府県から市町村へと移管された。以後、地域保健対策は、地域保健法及びこれに基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」(1994(平成6)年12月1日厚生省告示第374号、以下「基本指針」という。)の定めるところにより推進されている。現在、保健所・市区町村等が中核となり、地域の特性に応じた保健施策としての母子保健に関する健康診査や保健指導、健康増進関係の栄養指導や禁煙指導、精神保健福祉に関する相談や訪問指導などを行うとともに、地域における健康危機への対応を行っている。2000(平成12)年3月には、基本方針を改正し、地域保健対策としての健康危機管理の体制づくりを推進している。

また、地域保健対策の一つでもある老人保健事業は、1982(昭和57)年に制定された老人保健法に基づき、市区町村が実施主体となり、健康手帳の交付、健康教育、健康診査などを行うものである。対象者は、老人医療など以外の保健事業においては、40歳以上の者(職域などにおいて対象となる場合を除く)である。また、健康診査のうち各種がん検診は、従来、国の補助事業として実施されてきたが、地域における普及が十分に図られた実態を踏まえ、1998(平成10)年度から、地方自治体の自主性を尊重した、用途が限定されない一般財源により、実施することとされている。

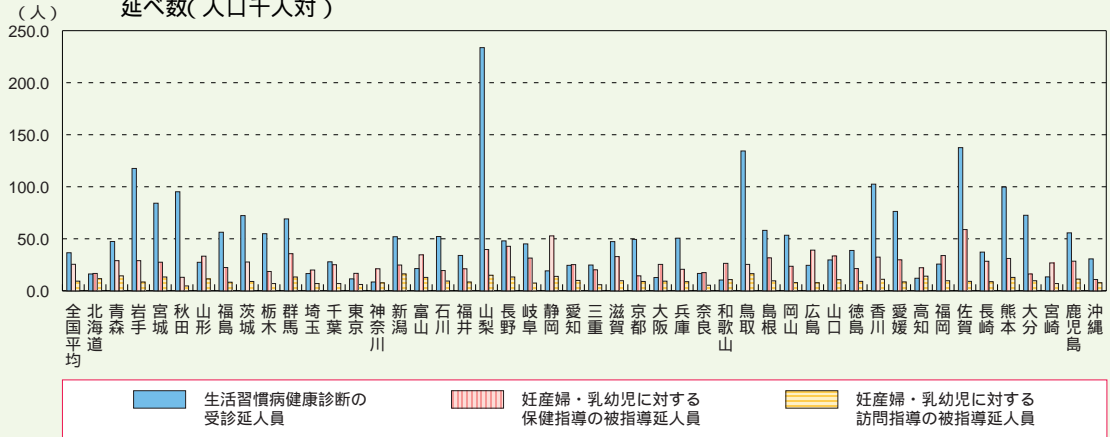
1) 保健事業の地域差

(地域保健サービスの提供量には大きな地域差が見られる)

地域保健対策として保健所及び市区町村で実施した生活習慣病(循環器疾患など)に対する健康診査の受診者数(人口千人対)は、2003(平成15)年度において、山梨県の233.7人から神奈川県8.5人まで大きな地域差(27.5倍)が見られており、妊産婦・乳幼児に対する保健指導については、佐賀県の58.9人から沖縄県の10.9人までの地域差(5.4倍)、訪問指導については、鳥取県の16.5人から秋田県の4.7人までの地域差(3.5倍)が見られている。

◀ 図表2-5-9

図表2-5-9 地域保健事業対策(保健所・市区町村実施)における生活習慣病健診、母子保健指導、訪問指導の延べ数(人口千人対)



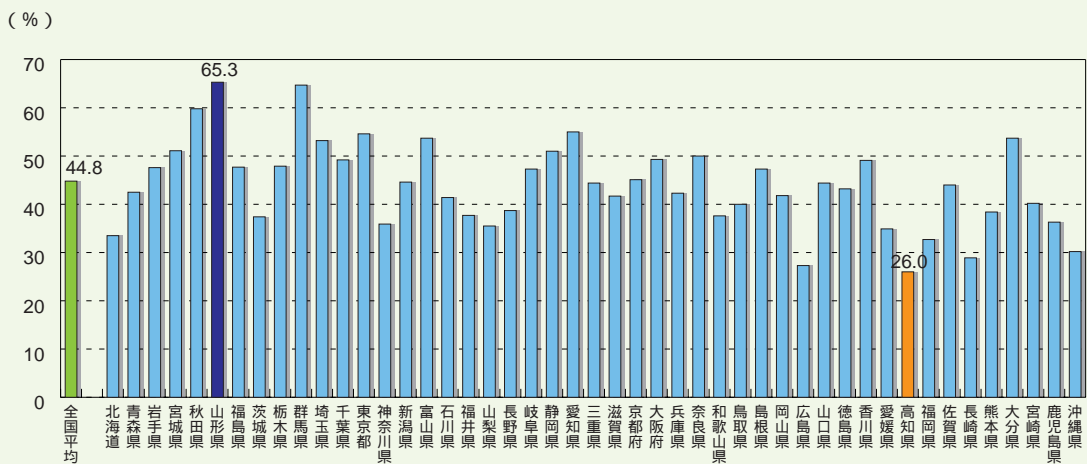
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年度地域保健・老人保健事業報告」

（「基本健康診査」「がん検診」においても、大きな地域差が見られる）

40歳以上の者（職域などにおいて事業対象となる場合を除く）を対象とする老人保健事業の「基本健康診査」「がん検診」においても、都道府県間の地域差が存在する。問診、理学的検査、血圧測定、検尿から血糖検査などを行う「基本健康診査」においては、山形、群馬といった対象者の約65%が検診を受けている県から、高知、広島、長崎といった対象者の30%未満しか受診していない県まで様々である。

図表2-5-10

図表2-5-10 都道府県別基本健康診査受診率



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年度地域保健・老人保健事業報告」