

## 地域医学研究連絡委員会報告

# 我が国の保健医療福祉計画の現状と問題点

－保健医療福祉の連携をいかに構築するか－

平成12年5月29日

日本学術会議第7部

地域医学研究連絡委員会

この報告は、第17期日本学術会議第7部地域医学研究連絡協議会で審議した結果を取りまとめて発表するものである。

### 委員長

齋藤 和雄（北海道大学名誉教授・北海道健診センタークリニック院長）

### 委員

久道 茂（東北大学医学部長）

青山 英康（岡山大学医学部教授）

安達 元明（千葉大学医学部教授）

衛藤 義勝（東京慈恵会医科大学教授）

竹本 泰一郎（長崎大学医学部教授）

多田羅 浩三（大阪大学医学部教授）

柊山 幸志郎（琉球大学医学部長）

山根 洋右（島根医科大学教授）

# 目 次

I.	はじめに	2
II.	提 言	3
III.	我が国の保健医療福祉計画の現状分析	
1.	大都市完結・集中型（例：大阪府の保健医療福祉計画）	4
2.	分散型（例：北海道の保健医療福祉計画）	8
3.	副都心型（例：千葉県の保健医療計画）	15
4.	中核都市型（例：岡山県の保健医療福祉計画）	19
5.	中小都市型（例：島根県出雲市の保健医療福祉計画）	23
6.	町村型（例：宮城県の地域保健医療福祉計画）	29
7.	へき地・離島型（例：長崎県及び沖縄県の保健医療福祉計画）	
A.	長崎県の島嶼地域を中心として	34
B.	沖縄県の特徴と問題点	39
	用語解説	43

## I. はじめに

我が国においては、急速な高齢化の進展、慢性疾患の増加などによる疾病構造の変化、保健サービスに対する国民のニーズの高度化、多様化等により保健医療福祉を取りまく状況は著しく変化し、来るべき 21 世紀に対応できる医療政策と保健医療福祉計画の策定が緊急な課題となっている。

平成 6 年 6 月に成立した「地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律」では次のように述べている。

(1) 急激な人口の高齢化と出生率の低下、慢性疾患の増加等の疾病構造の変化、地域住民のニーズの多様化、食品の安全性・ごみ・地球環境等の生活環境問題への住民意識のたかまり等に対応し、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。

(2) 都道府県と市町村の役割を見直し、住民に身近で頻度の高い母子保健サービス等について主たる実施主体を市町村に変更し、既に市町村が実施主体となっている老人保健サービスと一体となった生涯を通じた健康づくりの体制を整備するとともに、地方分権を推進する。

これらの内容は保健所法の地域保健法への改正と、都道府県から市町村へ、また国から都道府県への権限移譲を促進するものとしている。すなわち、市町村の役割の重視、保健所の機能強化、保健医療福祉の一体化、マンパワーの確保と充実を意味し、ゆとりがあり安心でき多様性のある国民生活、すなわち、生活先進国の実現を目指している。

生活先進国の実現のためには、医療面では健康の維持増進をはかるために、プライマリ・ヘルスケア[\*]をいかに効率良く進めるかが重要である。国はこの目的に対して全国 47 都道府県で二次医療圏[\*]を中核として地域保健医療福祉計画を策定することとしている。平成 6 年 3 月末の二次医療圏の概要をみると、医療圏数は 342、平均人口は 362,448 人、平均面積 1,086km<sup>2</sup> であるが、規模には大きな幅があり、例えば圏域人口を見ると、平均人口の 2 倍を超える医療圏の数は 42 か所、最大人口は名古屋医療圏で 2,918,000 人、最大面積は北海道十勝医療圏で 10,831 km<sup>2</sup> となっている。

このような国民の生活の質を基本とした保健医療福祉計画を予防医学、とりわけ地域医学の観点から作り上げるためには、地域計画が抱える多くの隘路を切り拓くことが必要である。

本報告書では、現在施行されている保健医療福祉計画の現状分析を行い、計画を策定する上で解決しなければならない地域の問題点を明らかにし、さらに、国民自らの意識の高揚を期待し、生活先進国の実現に資するために機能する保健医療福祉計画の推進整備の方向性を示すことを目的とした。

## Ⅱ. 提 言

我が国における地域保健医療福祉計画の現状分析から、生活先進国の実現においては、次にあげる事柄の解決が緊急かつ必要な課題であると考えられる。

1. 国は、質の高い健康づくり運動を地方自治体ごとに推進させる。
2. 国は、プライマリ・ヘルスケアを重視した保健医療福祉一体化のシステム作りを推進する。
3. 国は、地域の少子化・高齢化の状況を考慮した保健医療福祉サービスの供給体制を整備する。
4. 国及び自治体は、離島、へき地の保健医療福祉対策を推進する。
5. 地方自治体は、適正な医療資源の配分を行い、国民が安心して受けられる医療体制の整備を二次医療圏ごとに実現する。
6. 地方自治体は、保健医療福祉とりわけ保健と福祉の連携強化を図る。

### Ⅲ. 我が国の保健医療福祉計画の現状分析

#### 1. 大都市完結・集中型（例：大阪府の保健医療福祉計画）

##### 1) 大阪府における病床の推移

我が国は、病院王国といわれている。高齢者にとっては病院に入院できれば安心であり、家族にとっても助かる上に世間体も悪くない。病院にとっても病床が増えればスケールメリットを期待できる。このような我が国に固有な環境の中で、わが国の病床数は増加を続け、全国では昭和50年から60年の10年間に約30万床の増加がみられた。大阪府をみると病床数は、昭和50年には76,105床であったが、昭和60年には、31,226床増加して107,331床となり、人口10万対の病床数は919床から1,240床になった。

このような病床増に対しては、法律によって規制するより外になかったといえる。昭和60年の医療法改正によって、都道府県は医療審議会を設置して、医療計画を策定し、その中で医療圏を定め、各医療圏に必要な病床数を設定することが決められた。大阪府でも昭和63年に最初の保健医療計画が発表され、4つの医療圏が定められ、各医療圏に必要な病床数が設定された。

結果として大阪府の病床数は、平成3年に123,185床、人口10万対1,410床で最高に達したが、その後は毎年数百床の減少があり、平成7年には120,458床、人口10万対1,369床となっている。

##### 2) 保健医療計画の性格

平成9年10月に発表された大阪府の保健医療計画は、次の5つの性格を有するとされている。

- (1) 将来的な医療体制の整備を推進するための基本計画
- (2) より質の高い府民の健康生活を確保するための健康づくり推進計画
- (3) 保健医療関係者が一体となって実現を目指す総合的な計画
- (4) 関係機関の立場に応じた目標を示す共通の計画
- (5) 既存の行政計画との整合性を図った専門的な計画

##### 3) 計画遂行の課題

大都市という地域特性の中で、これらの計画の性格がどこまで確保されてきたか考えると次のとおりである。

###### (1) 医療体制の整備（圏域の構築）

大阪府においては、面積は全国で2番目に狭いが交通網は高度に発達しており、都市機能の集中度も極めて高い。このためそれぞれの地域特性について、その差異は他の都道府県に比較してそれほど大きくなく、人口移動や患者の動向も複合的、多層的に展開されているという特性を有している。このような地域の特性を受けて、保健医療計画で医療圏の設定はなされたが、各医療圏を基盤として、完結した医療体制の整備を行うことは非常に困難であるという状況に直面しており、いまだに医療圏の名に値する実績を上げているとはいえない。

###### (2) より質の高い健康づくりの推進

質の高い健康づくりのためには、身近に医療施設が配置され、日常の生活の中で、適切な医療が提供され、健康づくりの場が設定される必要がある。この点、大阪府下の市町村は人口規模の多いところも多く、それぞれの市町村においてはほぼ一定水準の医療施設、また健康づくりの拠点施設を有しており、一定の成果が上げられていると思われる。

### (3)関係者の連携

平成6年の地域保健法の成立にともない、大阪府においても地域保健体制の改革が行われ、現行の22保健所7支所体制を、平成12年4月から15の保健所を含む29の府民健康プラザ体制に再編される。しかし新しい地域保健体制と医療体制の連携の方向については必ずしも明確にされていない。新しく出発する府民健康プラザが中心となって、各医療圏における保健と医療の具体的な連携のあり方を示す必要があるだろう。

### (4)共通の目標

一定の医療圏を基盤として、存在する関係機関が共通の目標をもって、計画の推進を目指すことは、多様な機関が存在する大都市圏の保健医療計画の推進には特に重要である。そのためには、各医療圏に設置されている保健医療協議会において、日常的な計画についての実質的協議ができるよう、関係機関の理解を得るよう努力する必要があるが、同時に事務局体制の強化が図られる必要がある。大都市圏では多様な機能を有する機関が多数存在するので、この協議会の充実が特に重要である。

### (5)専門の機能の充実

各圏域において自己完結型の保健、医療機能が確保されるためには、専門の機能の充実が不可欠である。この点、大阪府下では、とくに医療の専門機能に偏在がみられるのが現状であり、既存の機能との整合性を図る必要がある。

## 4) むすび

大阪府保健医療計画は、第一次計画の発表の時点から数えて、10年以上の年月を歩んできた。この間、大都市圏域では特に、圏域の設定ということ自体が非常に困難である面もあり、十分な成果を上げたとはいえないが、徐々に圏域という概念が地域社会の中に育ちつつあるといえるのではないか。

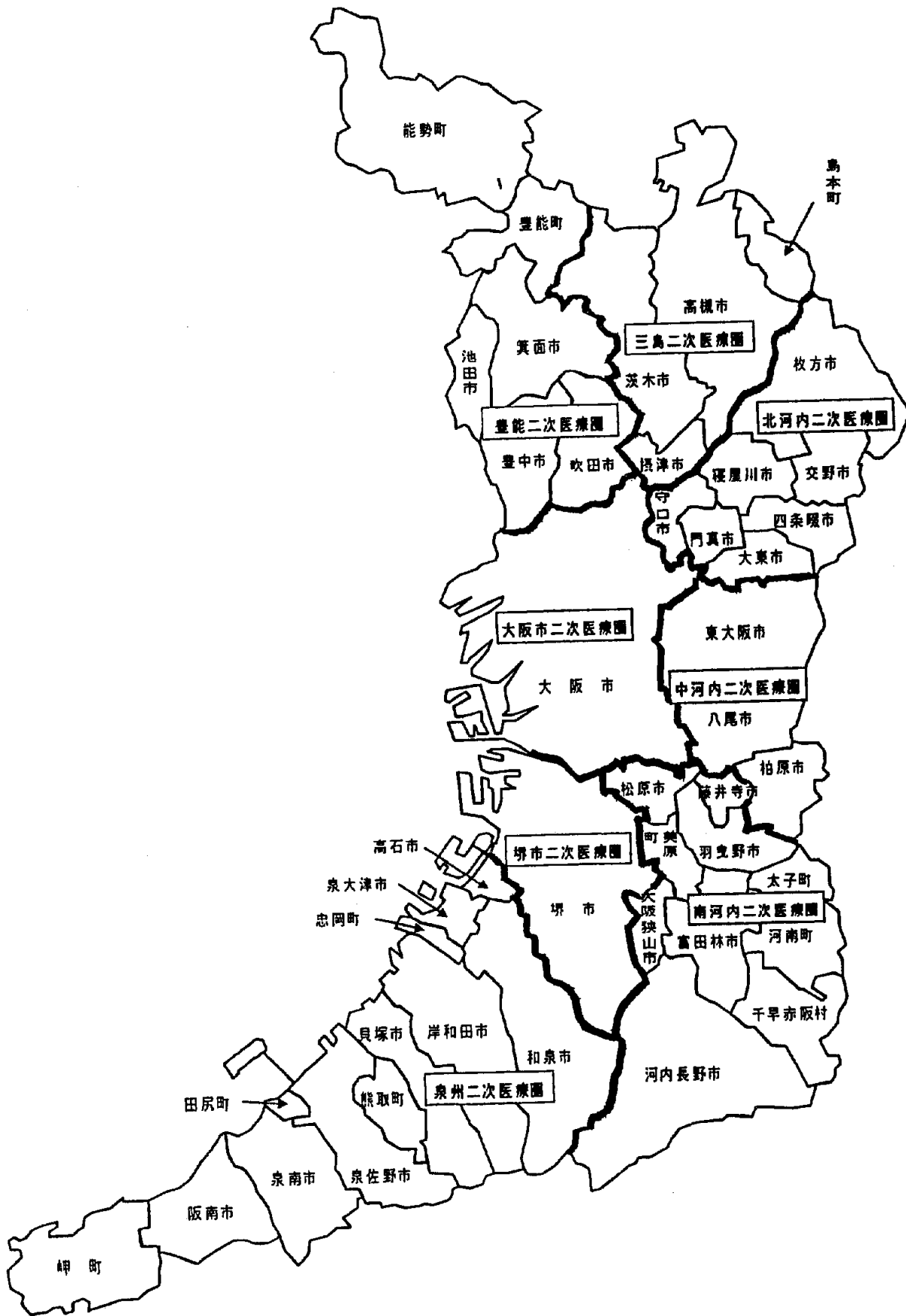


図1 大阪府二次医療圏



表1-1 大阪府二次医療圏の概況

大阪府 医療圏名	人口				面積 km <sup>2</sup>	人口密度 人/km <sup>2</sup>	構成市町村		
	総数	0-14歳	15-64歳	65歳以上			市	町	村
全域	8,797,268	15.0%	72.9%	11.9%	1892.06	215.1	32	10	1
豊能	1,013,996	15.4	73.5	10.9	275.53	410.5	4	2	0
三島	738,172	15.5	74.0	10.2	213.47	197.5	3	1	0
北河内	1,211,404	15.6	74.6	9.7	177.37	146.4	7	0	0
中河内	874,199	15.1	73.4	11.4	128.91	147.5	3	0	0
南河内	689,234	16.3	72.0	11.7	303.13	439.8	6	3	1
堺市	802,993	15.3	73.1	11.4	136.79	123.2	1	0	0
泉州	864,849	16.7	70.9	12.3	436.20	773.7	8	4	0
大阪市	2,602,421	13.5	72.2	14.1	220.66	84.8	1	0	0

(平成7年国勢調査)

表1-2 大阪府二次医療圏の概況

大阪府 医療圏名	医療機関			医師			病床数(一般病床)		
	病院数	人口10万対	診療所数	人口10万対	総数	人口10万対	必要病床a	既存病床b	過不足b-a
全域	551	6.3	7,292	82.9	18,235	209.4	73,599	94,313	20,714
豊能	44	6.0	809	79.8	2,762	274.5	7,542	7,665	123
三島	36	3.6	459	62.2	1,304	177.7	6,024	6,427	403
北河内	61	5.0	781	64.5	2,027	168.8	9,128	9,712	584
中河内	44	5.0	600	68.6	1,102	126.9	1,806	6,282	4,476
南河内	38	5.5	376	54.6	1,494	219.5	6,136	7,534	1,398
堺市	41	5.1	593	73.8	1,255	156.1	7,842	9,920	2,078
泉州	71	8.2	526	60.8	1,401	164.5	7,450	9,853	2,403
大阪市	216	8.3	3,148	121.0	6,890	267.6	27,671	36,920	9,249

(医療機関数, 病床数は平成7年10月現在, 医師数は平成6年12月現在)

## 2. 分散型（例：北海道の保健医療福祉計画）

ここでは広大な面積を有し、過密過疎の著しい市町村が分散して存在する地域の例として、北海道における地域保健医療福祉計画の現状と課題について述べる。

### 1) 計画の主旨

北海道では昭和 63 年に、北海道新長期総合計画の個別計画である保健医療部門の北海道地域保健医療計画と、福祉部門の北海道新社会福祉長期計画を策定し、「道民が生涯を通じ心身共に健康な生活を送ることができる地域社会を形成するため、プライマリ・ケアを重視した包括的な保健医療サービスのネットワークを確立すること」と、「道民一人ひとりがライフサイクルのそれぞれの段階でこまやかな福祉サービスを受けることができ、だれもが自立して地域の中で生活することができる社会づくり」に努めてきた。この間、施設の整備や人材の確保が進み、道民の健康水準は向上し、福祉のサービスや制度も充実してきた。しかしながら一方で、少子・高齢化が急速に進行するとともに、家族形態は大きく変化し、国際化や情報化の進展と相まって、道民の保健医療福祉ニーズは高度で多様なものとなってきた。このような状況の中で、21 世紀を目前に控え、本格的な少子・高齢社会の到来に備え、だれもが自らの生活様式を自分で選択しながら、住み慣れた地域の中で安心して暮らし続けることができるよう、保健・医療・福祉にかかわる制度やシステム、人材や施設など基盤の整備を進めることが急務となった。このような課題に対応するためには、保健・医療・福祉の一体的な取組みをより強化する必要があることから、保健医療部門と福祉部門の個別計画を統合した北海道保健医療福祉計画を策定して、向こう 10 年間の基本的な指針を示すことになった。

### 2) 計画の目標

人は皆、健やかに、いきいきと自立した生活を送ることを願っている。病気やけがをした人も、障害のある人も、治療やリハビリテーションに励み、社会との関わりを求めることによって、可能な限り、健やかに、いきいきと自立した生活を送るよう努めている。地域ではさまざまな人々が暮らしているが、その中で、『保健』は健康を増進し病気を予防すること、『医療』は病気やけがを治療すること、『福祉』は自立と社会活動への参加を促すことを目指している。

しかし、これらは別々の目標ではなく、相互に関わり合いながら、最終的には人々の生活の質の向上を目指している。また、これには、保健・医療・福祉の取組みだけではなく、教育、労働、住宅などの関連分野の協力が必要となる。このような取組みの基本理念として、次の3つの視点を重視した。すなわち、第1に「人々の健康を保持・増進するためには、個人の努力だけではなく、あらゆる分野の政策に健康という視点を取り入れること、健康を支える環境を整備すること、健康政策の意志決定に住民が参画することなどが必要である」。第2に「健康増進から予防、治療、リハビリテーションに至る包括的なサービスがどこの地域においても提供される体制の整備が必要である」。第3に「障害者や高齢者など社会的に不利を負う人々を包含するのが通常の社会の姿であり、周囲の人々の意識の変化、教育の機会の確保、職業的自立の援助、家屋の改造、生活環境の整備（まちづくり、交通機関の整備など）などの総合的な社会の環境改善を進めてい

くことが必要である」。

北海道保健医療福祉計画では、この考え方を基本として、保健・医療・福祉が教育、労働、住宅などの関連分野と連携を図りながら、「だれもが、住み慣れた地域の中で、健やかに、いきいきと自立して暮らすことができる社会の実現」を目標としている。

### 3) 計画の位置づけ及び性格

この計画は、第3次北海道長期総合計画の保健医療福祉部門に関する個別計画で、北海道の保健医療福祉行政の基本的な指針であり、北海道高齢者保健福祉計画（計画期間：平成5年度～平成11年度）、北海道エンゼルプラン（計画期間：平成9年度～平成16年度）、障害者に関する新北海道行動計画（計画期間：平成5年度～平成14年度）など、保健医療福祉分野の個別計画の基本となる方向を示すものであると同時に、医療法の規定に基づく医療計画としても位置づけられ、保健医療部門の施策において、第二次保健医療福祉圏ごとに策定された地域保健医療計画を包含するものである。また、この計画の推進にあたっては、道民や関係機関・団体、民間企業などに対して、保健・医療・福祉の取組みへの理解と参加、協力を呼びかけ、積極的な活動を期待するとともに、市町村に対しては、この計画の方向に沿った施策の展開を促すものである。

### 4) 計画の期間

本基本計画の期間は、平成10年度（1998年度）から平成19年度（2007年度）までの10年間で、計画の初年度から5年を目途に、計画の進捗状況、社会情勢の変化、関係法規の改正などを踏まえ、計画の見直しを行うこととしている。

### 5) 計画の圏域

身近で頻度の高い保健医療福祉サービスは、市町村で提供されることを基本とするが、専門的なサービスについては、人材や施設などの社会資源を市町村の区域を超えて広域的に有効活用する仕組みづくりを進めることが必要である。このため、体系的な地域単位として、第一次から第三次に至る保健医療福祉圏を設定し、保健医療福祉ニーズにきめ細かく対応する体制を整備することとした。なお、施策の展開にあたっては、地域において、これまで以上に地域間の連携、機能分担が求められており、一部事務組合[\*]や広域連合など市町村の広域行政に対する取組みに十分配慮して進めている。

#### (1) 第一次保健医療福祉圏（212圏域）

住民の日常生活に密着した身近で頻度の高い保健医療福祉サービスを提供する基本的な地域単位を市町村行政区域とする。

#### (2) 第二次保健医療福祉圏（21圏域）

第一次保健医療福祉圏のサービスの提供機能を広域的に支援するとともに、比較的高度で専門性の高いサービスを提供し、保健医療福祉サービスの完結を目指す地域単位である。また、この圏域は、医療法第30条の3第2項第1号に規定する区域とし、医療資源の適正配置を図る地域

単位である。なお、高齢者の施策については、「北海道高齢者保健福祉計画」の高齢者保健福祉圏と整合を図りながら推進する。

### (3)第三次保健医療福祉圏（6圏域）

高度で専門的な保健医療福祉サービスを提供する地域単位であり、この圏域は、医療法第30条の3第2項第2号に規定する区域とし、さまざまな生活ニーズを満たす地域生活経済圏を考慮した地域単位である。

## 6) 医療サービスの内容

### (1)保健医療福祉の主要課題と計画のめざす姿

北海道の保健医療福祉を進めていくための主な課題は、次のとおりである。

- ① 高齢者や障害者、子どもなど、サービスを必要とする一人ひとりの住民に対し、本人の意思や選択を基本として、最適なサービスの種類や程度を判断し、さまざまな提供主体によるサービスを調整し、適切な時期に総合的にサービスを提供する体制を確立すること。
- ② かかりつけ医、かかりつけ歯科医の機能の定着やかかりつけ薬局の促進を図るとともに、訪問看護や訪問介護（ホームヘルプサービス）、リハビリテーションなどを充実させることによって、たとえ、治療や看護、介護を必要とする状態になったとしても、本人の希望に応じて、可能な限り在宅で生活していくことができる体制を充実すること。
- ③ 医療施設や医療従事者などの医療資源に依然として大きな地域格差が存在しており、この格差の是正に向けた取組みを強化するとともに、救急医療や専門性の高い医療を提供する医療機関などの機能を考慮した体系的な医療提供体制の整備を進めること。
- ④ 食生活や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣をより健康的なものに変え、一人ひとりの健康水準をさらに高めるため、家庭や地域、企業や団体などがともに行動を起こし、健康を支える環境づくりを進めていくこと。
- ⑤ ノーマライゼーション[\*]の考え方のもと、ともに支えあう住民の福祉意識の啓発やボランティアなど、住民の福祉活動への参加の促進を図るとともに、高齢者や障害者などが積極的に社会に参加することができる環境の整備を進めていくこと。
- ⑥ 家族の小規模化や価値観の多様化などが進む中で、家族だけでは負担が大きくなってきた育児や介護を社会的に支え、男女が共に様々な生き方を選択することができるような社会の仕組みを確立すること。

このような課題を受け、「だれもが、住み慣れた地域の中で、健やかに、いきいきと自立して暮らすことができる社会の実現」を目標として、本計画では次の目標をめざしている。

#### a. 総合的な保健医療福祉サービスの提供体制の確立

一人ひとりのニーズに応じた総合的な保健医療福祉サービスの提供に努めるとともに、サービスの評価を継続的に行いながら、本人の意思や選択を基本として、可能な限り在宅で生活していくことができる体制を確立する。

#### b. きめ細かな医療提供体制の整備

患者のニーズに応じた医療がきめ細かに提供される体制を整備するため、病院や診療所などの役割分担を明確にし、各々の機能を充実させるとともに相互の連携を強化する。

## (2)健康と福祉のまちづくりの推進

地域社会における男女共同参画を促進しながら、健康づくりやボランティアなど住民の保健福祉活動への参加を進めるとともに、健康と福祉を支える環境を整備することによって、人々の健康を支え、高齢者や障害者などの自立と社会参加を進めることが重要であり、また、子どもが住みやすい、地域特性を生かしたまちづくりを推進する。

## 7) 北海道保健医療福祉計画の問題点とあるべき姿

平成 10 年度に成案を見た上述の北海道保健医療福祉計画の主旨、目標、計画の位置づけと性格及び問題解決のための主要課題と計画の目指す姿は、極めて優れたものといえる。しかし、一方では、医療資源の確保、例えば、医療法で示された病床数を基本とした調整及び規制、地域センター病院の施設設備の充実、保健センター、在宅介護支援センター、デイサービスセンター、ケアハウス、老人保健施設などの数の増加等、予算の確保に傾倒した施策に終止し、プライマリ・ケアを基本とした保健医療福祉の充実にはいささか遠い計画である。すなわち、健康の確保、維持増進、疾病の早期発見及び予防の観点からの取り組みはまだまだ不十分で、1次、2次、3次予防の視点に福祉を加えた包括的な取り組みが必要であると思われる。



表2-1 北海道二次保健医療圏の概況

北海道 医療圏名	人口				面積 km <sup>2</sup>	人口密度 人/km <sup>2</sup>	構成市町村		
	総数	0-14歳	15-64歳	65歳以上			市	町	村
全域	5,692,321	15.8%	69.3%	14.8%	83451.31	68.6	34	154	24
南渡島	447,255	15.5	67.3	16.9	2668.93	169.3	1	13	1
南檜山	37,982	15.8	63.5	20.7	1643.34	23.4	0	6	0
北渡島檜山	46,501	16.5	63.2	20.4	2253.04	20.6	0	6	0
札幌	2,154,646	16.0	72.2	11.6	3539.58	613.9	6	1	3
後志	274,893	14.0	66.2	19.8	4305.27	64.0	1	13	6
南空知	212,185	14.5	65.9	19.6	2563.32	83.3	4	6	1
中空知	145,857	14.0	65.5	20.5	2161.01	67.3	5	5	0
北空知	46,766	13.3	64.2	22.5	1833.84	25.3	1	5	0
西胆振	226,097	14.0	68.5	17.5	1356.00	166.7	3	3	2
東胆振	218,927	17.0	69.3	13.4	2340.99	94.6	1	6	0
日高	89,937	16.9	65.8	17.2	4811.80	18.6	0	9	0
上川中部	417,615	15.1	69.2	15.6	3471.02	121.4	1	8	0
上川北部	85,904	14.8	65.0	20.2	4197.72	20.4	2	7	1
富良野	50,293	16.6	66.1	17.2	2183.57	23.3	1	3	1
留萌	70,403	15.4	65.0	19.6	4019.97	17.5	1	7	1
宗谷	86,378	16.5	67.1	16.4	4050.93	21.4	1	8	1
北網	254,756	16.4	68.0	15.6	5541.46	45.9	2	11	1
遠紋	91,790	15.5	65.1	19.3	5147.73	17.7	1	9	2
十勝	357,126	17.2	67.7	15.1	10830.99	33.5	1	16	3
釧路	287,643	16.9	69.5	13.6	5997.03	48.0	1	8	1
根室	89,367	18.8	67.8	13.4	3540.07	25.4	1	4	0

(平成7年10月現在)

表2-2 北海道二次保健医療圏の概況

北海道 医療圏名	医療機関			医師		病床数(一般病床)			
	病院数	人口10万対	診療所数	人口10万対	総数	人口10万対	必要病床a	既存病床b	過不足b-a
全域	655	11.5	3,327	58.4	10,249	180.5	78,146	85,058	6,912
南渡島	46	10.3	317	70.9	776	173.9	6,504	6,506	2
南檜山	6	15.8	22	57.9	34	88.8	464	526	62
北渡島檜山	7	15.1	14	30.1	51	109.7	704	641	-63
札幌	258	12.0	1,321	61.3	4,765	223.4	29,084	35,461	6,377
後志	33	12.0	208	75.7	466	168.0	3,597	3,920	323
南空知	24	11.3	120	56.6	327	157.5	2,897	3,082	185
中空知	18	12.3	81	55.5	245	167.7	2,358	2,392	34
北空知	9	19.2	31	66.3	80	168.8	851	1,040	189
西胆振	27	11.9	125	55.3	417	185.1	4,205	4,223	18
東胆振	19	8.7	112	51.2	268	123.5	2,534	2,560	26
日高	11	12.2	51	56.7	87	96.9	910	984	74
上川中部	50	12.0	256	61.3	1,101	264.7	6,846	6,542	-304
上川北部	9	10.5	47	54.7	117	135.7	1,122	1,158	36
富良野	6	11.9	29	57.7	54	104.9	530	607	77
留萌	10	14.2	48	68.2	72	101.3	780	783	3
宗谷	10	11.6	39	45.2	73	83.9	880	764	-116
北網	25	9.8	99	38.9	285	112.1	3,283	3,162	-121
遠紋	15	16.3	53	57.7	129	139.6	1,232	1,609	377
十勝	38	10.6	204	57.1	437	122.7	4,752	4,506	-246
釧路	26	9.0	125	43.5	402	139.8	3,791	3,820	29
根室	8	9.0	25	58.4	63	70.2	822	772	-50

(平成 8年10月現在)



### 3. 副都心型（例：千葉県の保健医療計画）

#### 1) 計画の趣旨

千葉県保健医療計画は、昭和 63 年 4 月に「ふるさと千葉 5 か年計画」の部門別計画として策定され、平成 3 年 4 月の「さわやかハートちば 5 か年計画」策定にあわせ全面的に改定された。また、平成 4 年 7 月には、地域の実情に即した保健医療供給体制の一層の充実を図るため、2 次医療圏ごとに地域保健医療計画を策定し、市町村、保健医療機関、団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会、社会福祉協議会等）が一体となって計画の推進を図り、保健・医療・福祉の連携、かかりつけ医の普及、救急医療体制の充実などの面で成果を上げつつあった。

しかしながら、全国でも若い世代の多い人口構成といわれてきた一方で、確実に高齢化は進行しており、農漁村部を中心とした地域では 65 歳以上人口はすでに 20 % を超え、高齢化の進展状況は地域的にアンバランスが生じており、さらに都市部でも高齢化が急激に進展するものと推定されている。

地域保健法の公布、今後の高齢者対策を踏まえて、「2000 年の千葉」及び「千葉新時代 5 か年計画」との整合性を図り、目標年度を平成 12 年度におき、新たな方向性をできる限り取り込んだ。さらに県民一人ひとりの健康を守る地域医療サービス体制の充実や医療需要の変化に対応した効率的な医療体制の確保と医療の質的向上、地域保健医療を支えるマンパワーの確保などについて見直が行われた。

平成 8 年に公表された千葉県保健医療計画は、本格的な少子高齢化社会の到来に向けて「県民の一人ひとりが生涯にわたり健康で明るい充実した生活を送ることが出来る総合的な保健医療システムづくり」を理念としている。

計画の基本方針は以下のとおりであり、計画の期間は平成 8 年を初年とし、平成 12 年度を目標年としている。

- (1) 県民の健康づくり活動の支援と知識の普及啓発
- (2) 地域の実情に即した保健医療資源の適正な配置と効率的な活用
- (3) 保健・医療、福祉の連携による総合的な供給体制の確立
- (4) サービスの質の向上と民間サービスの活用推進

#### 2) 千葉県の概況

千葉県は面積 5,156km<sup>2</sup>、平成 10 年 10 月現在、全国第 6 位の人口（588.9 万人）を有する。

昭和 30 年代中頃から開発に伴い千葉県の人口は急激に増加した。特に昭和 56 年～ 59 年の人口増加率は全国第 1 位であり、全国平均の 2 ～ 3 倍であった（昭和 56 年、全国 0.70、千葉県 2.04）。最近はやや低下したとはいえ全国平均を上回り、6 ～ 8 位である。

65 歳以上人口割合は、最も高齢化が進んでいる県に比べておよそ 1/2 であり、平成 7 年 11.3%（全国 14.8%）、8 年 12.2（15.3）、10 年 12.8（16.2）と全国平均より低率であり若い世代の多い人口構成である。しかし、確実に高齢化は進行しており、平成 12 年には 13.1% に達し実数で 80 万人を超えるものと推定されている。

昭和 30 年代初頭、千葉県の人口 10 万対医師数はほぼ全国平均と同値であった。人口増加に伴い急激に順位は低下しつづけ、昭和 40 年後半には最下位に近い値となり現在まで推移している。これは人口 10 万対医療機関数でも同様である。

患者調査（平成 5・8 年）によれば、千葉県の受療率[\*]は入院・外来ともに低く（45 ～ 46 位）、特に入院は最も高い県の約 1/3 である。

国民生活基礎調査によれば有訴者率[\*]は全国の 30 ～ 40 位にあり、平成 7 年 266.1（全国 283.3）、平成 10 年 301.0（304.8）と全国平均に近づきつつある。通院者率[\*]も同様に全国の 30 ～ 40 位にある。平成 7 年は 268.6 であり全国（285.4）より低値であったが、平成 10 年は 290.3 と全国（284.5）を上回っている。

### 3) 二次医療圏

二次医療圏は図に示すように 8 分割されている。東京都に隣接する地域は人口密集地であり 150 万人を超える医療圏もあるが、高齢化もまださほど進行はしていない。一方、農漁村部では過疎化、高齢化が著しく進展している。人口の最も少ない医療圏は 15 万人からなるが、65 歳以上人口は 23.7 % を占める。

医療機関、医師数等の医療資源は都市部の医療圏が田園部より恵まれているといえる。都市部の医療圏では数的に田園部より少ないところもあるが、入院、外来ともに隣接した東京の医療機関の利用しているものが多い。入院では 18% が県外（主に東京）の医療機関を利用している（県外に入院しているものは県全体で 11.2%）。

保健所は 19（うち 1 は政令保健所）あったが、地域保健法施行後 16（うち 1 は政令保健所）となり、3 保健所は地域保健センターとなった。医療圏に 1 ～ 3 保健所が配置されている。

各医療圏の保健医療の現状と課題で共通の事項としては以下が挙げられる。

- ①健康づくり活動を積極的に支援し、正しい知識の啓発を図る。
- ②生活習慣病健診の充実、寝たきり予防対策の充実強化を図る。
- ③中核病院を核とした医療施設間の連携等、効率的な医療資源の活用を図る。
- ④保健所の機能強化、市町村保健センターの整備・人材の確保を図る。
- ⑤在宅医療の充実を図る。在宅ケアシステムの確立とマンパワーの確保。
- ⑥保健医療福祉の連携強化について検討し、具体化する。
- ⑦精神保健と精神医療の連携体制を充実し、社会復帰を促進する。
- ⑧大規模災害に対応し、地域における災害時保健医療体制の確立を図る。

### 4) 問題点

従来の県民の有訴率、通院率の低さが医療資源の乏しさをカバーしてきた。平成 10 年国民生活基礎調査によれば、有訴者率は従来ほど低くなく、通院者率は全国値を上回った。今後さらに高齢化の進展とともに、医療資源の絶対的な不足が懸念される。

各課題に向けて施策を実施している現状にあるが、今後、都市部においては確実に進行する高

齢者対策が重点課題となろう。農漁村部では、ケアの充実のほか予防を中心とした保健医療活動をさらに推進する必要がある。また、一部医療圏では中核病院の整備を急ぐ必要があろう。

#### 5) むすび

都市部は高度の機能を有した医療機関も多く、また隣接した東京都の医療機関を利用してきた。田園部は高齢化が進展し、一部医療圏では中核となる医療機関が不足しているところもある。

若い県といわれた千葉県も高齢化が進展しつつあり、健康づくりとともに一層の保健医療体制の整備が必要となろう。

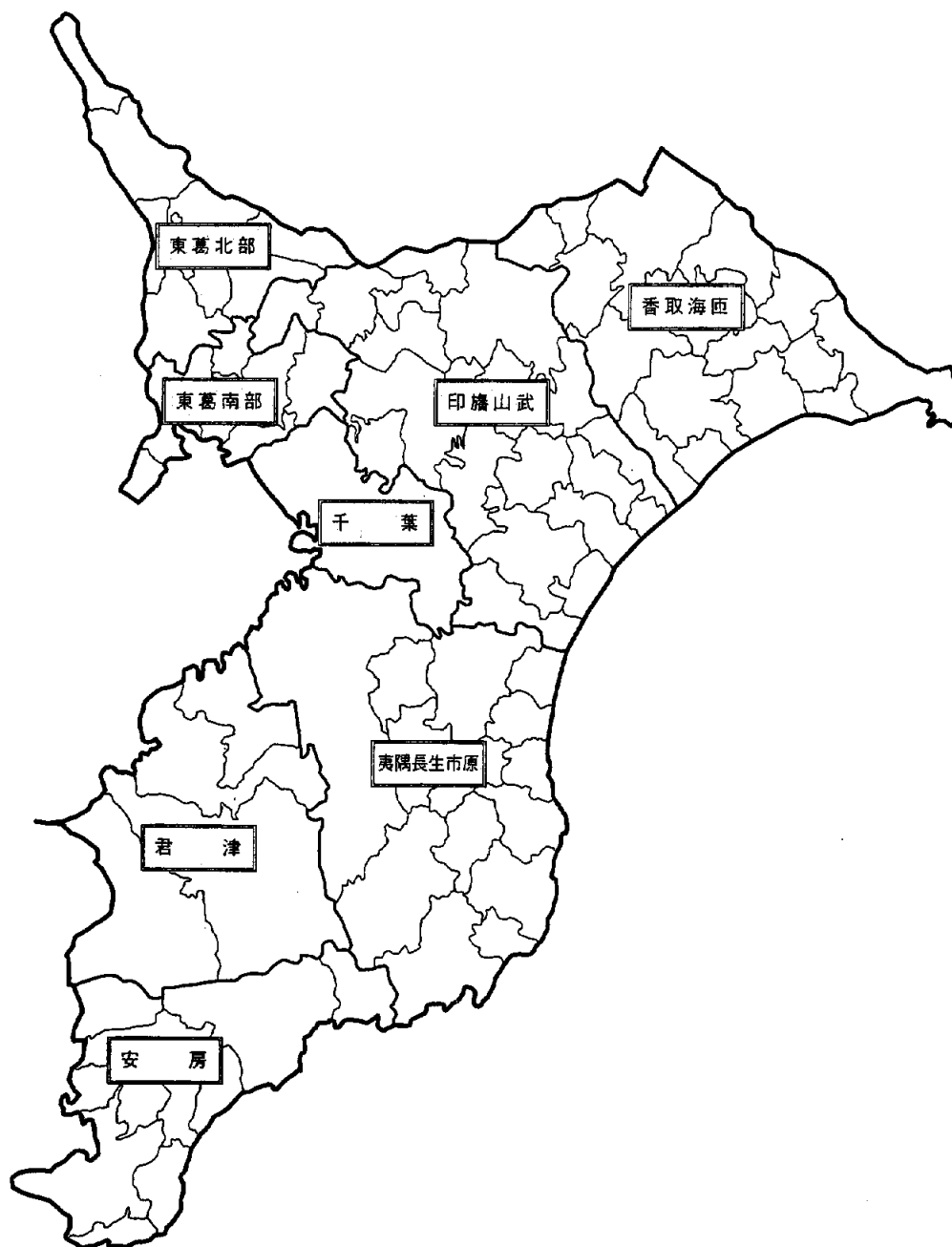


図3 千葉県二次保健医療圏

表3-1 千葉県二次保健医療圏の概況

千葉県 医療圏名	人口			面積 km <sup>2</sup>	人口密度 人/km <sup>2</sup>	構成市町村		
	総数	0-14歳	15-64歳			65歳以上	市	町
全域	5,797,787	16.0%	73.1%	5155.84	1125.0	31	44	5
千葉	856,882	15.3	75.5	272.36	3146.0	1	0	0
東葛南部	1,512,092	15.0	76.3	253.91	5955.0	6	0	0
東葛北部	1,247,131	15.7	75.1	358.27	3481.0	5	2	0
印旛山武	811,517	18.4	70.5	1003.60	809.0	6	11	3
香取海匝	365,876	16.1	65.3	832.11	440.0	4	13	0
夷隅長生市原	523,544	16.4	69.7	1101.35	475.0	3	10	1
安房	152,183	14.5	61.8	576.78	264.0	2	8	1
君津	328,562	16.7	70.2	757.46	434.0	4	0	0

(平成7年10月現在)

表3-2 千葉県二次保健医療圏の概況

千葉県 医療圏名	医療機関			医師 人口10万対	病床数(一般病床)			
	病院数	人口10万対	診療所数		人口10万対	必要病床a	既存病床b	過不足b-a
全域	275	4.7	3,010	7,262	125.3	42,960	41,390	-1,570
千葉	42	4.9	526	1,794	210.1	7,237	6,673	-564
東葛南部	51	3.4	837	1,570	103.5	9,847	9,745	-102
東葛北部	51	4.1	615	1,282	102.6	8,360	8,074	-286
印旛山武	33	4.1	363	829	104.0	5,819	5,645	-174
香取海匝	23	6.3	183	516	141.3	3,250	3,052	-198
夷隅長生市原	34	6.5	250	643	123.4	3,969	3,782	-187
安房	17	11.1	68	298	193.5	2,064	2,070	6
君津	24	7.3	168	330	99.7	2,414	2,349	-65

(平成8年度千葉県保健医療計画)

## 4. 中核都市型（例：岡山県の保健医療福祉計画）

### 1) はじめに

第二次世界大戦後、焦土と化した中で「戦時医療体制」の改革として、医師法や医療法はじめ保健・医療・福祉の幅広い分野の法令が次々に制定された。国際的にも驚異と称される戦後の急速な経済復興に支えられて 1960 年代以降、順風満帆の門出をした国民皆保険制度によって、国民の健康を取り巻く背景は急速に大きく変化し、医師をはじめ薬剤師や看護婦など医療従事者の人口当たりの人数や病床数は、国際的にも上位を占めるようになった。

このような状況の中で、近時三度にわたる医療法の改正に続いて老人福祉法はじめ福祉関連 6 法の改正、さらに保健所法の改正による地域保健法が制定された。

1985（昭和 60）年の医療法の第一次の改正によって、各都道府県において「地域医療計画」の策定が図られることになり、1993（平成 5）年の老人福祉法の改正によって、各市町村単位に策定された「地域福祉計画」に基づいて「新ゴールドプラン」が策定された。

### 2) 岡山県の特徴

「新産業都市」の造成はじめ、常に「地方自治の優等生」といわれ続けてきた岡山県は、「地域医療計画」の策定も全国一早く、1996（平成 8）年には目標年を 2000 年とする「第 5 次岡山県総合福祉計画」を策定し、同時に「第 3 次地域医療計画」を策定して、1992（平成 4）年 10 月に策定された「必要的記載事項」と「任意的記載事項」をともに見直しが行われている。

これらの経過でも明らかのように「総合福祉計画」の下に「地域保健・医療計画」を定期的に見直し続けている。

### 3) 計画内容と保健所

現在、面積 7,110,800km<sup>2</sup> に人口 1,939,928 人が 10 市、56 町、12 村の計 78 市町村に分散しているが、2 次医療圏は図に示すように 5 分割されている。これに加えて、9 つの保健福祉圏ごとに地方振興局が配置され、県の行政組織を体系化している。各振興局単位に県の保健所が配置されており、保健所長は振興局次長を兼任している。それ以外の保健所は「保健センター」と名称を変えているが、現在のところ「センター長」には医師が任命されている。

1994（平成 6）年の地域保健法の制定に当たって、岡山市が保健所法最後の「保健所政令市」に指定され、岡山市に配置されていた 2 つの県保健所が岡山市立中央保健所と 6 分割された地区に 5 カ所の保健センターが配置されることになった。医師は保健所長と 4 名の医師が保健所に常勤している。さらに 2001（平成 13）年には倉敷市も「保健所政令市」となり、1 保健所と 3 つの保健センターに地区分割される予定になっており、現在の 3 つの県保健所の業務が引き継がれることになる。

### 4) 問題点

地域保健医療計画と地域福祉計画のいずれにしても、計画策定に当たって数多くの問題点が指

摘されてきた。

- (1) 地域保健医療計画における「二次医療圏」と「地域振興局＝保健福祉圏」との間の行政上の体系的な整合性の検討がいまだなされていない。
- (2) 福祉計画が市町村単位で策定されるのに対して、医療計画は県及び二次医療圏単位で策定されるため、保健と医療と福祉の連携に当たって整合性に欠けることがある。
- (3) 計画策定の根拠となる数値が現在値であるのに対して、計画は将来に向けて策定されるため日常的な見直しが必要となり、長期計画の策定が困難である。
- (4) 施設の建設は医療・福祉のいずれの施設についても、民間活力の活用として「手挙げ方式」が基本となっており、地域医療及び地域福祉の両圏域での計画策定によって、市町村間の格差が生じる危険性がある。
- (5) 圏域設定がなされても、保健と医療と福祉の行政上の連携強化のためには、各分野の縦割りのセクショナリズムが撤廃される必要がある。その計画がなされない限り地域における総合的な保健・医療・福祉活動の展開は困難である。

## 5) むすび

「地方自治の優等生」といわれる岡山県における保健・医療・福祉計画の実態を「特徴」に焦点を絞って紹介し、計画策定に際して指摘されてきた「問題点」を整理した。

今後、指摘されている諸問題点の解決が焦眉の課題であろう。