

図4 岡山県二次保健医療圏

表4-1 岡山県二次保健医療圏の概況

岡山県 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 16.6%	15-64歳 66.3%			65歳以上 16.9%	市	町
全域	1,939,928	16.5	67.8	7110.82	272.8	10	56	12
県南東部	877,612	16.7	67.5	1778.72	493.4	3	16	0
県南西部	701,228	15.2	58.5	1121.23	625.4	4	10	2
高梁・阿新	98,361	16.3	59.2	1538.95	63.9	2	10	0
真庭	51,917	16.9	61.3	824.35	63.0	0	4	5
津山・英田	210,810			1847.55	114.1	1	16	5

(平成6年9月現在)

表4-2 岡山県二次保健医療圏の概況

岡山県 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 10.5	診療所数 1,533	人口10万対 79.6	総数	人口10万対 227.2	必要病床a 22,153	既存病床b 23,821	過不足b-a 1,668
全域	202	10.3	763	88.3	4,405	265.0	10,166	10,427	261
県南東部	89	9.8	471	67.8	2,326	215.9	7,911	9,247	1,336
県南西部	68	13.7	84	88.3	1,514	152.5	1,241	1,344	103
高梁・阿新	13	13.4	40	66.8	150	181.1	839	878	39
真庭	8	11.3	175	82.4	94	152.3	1,996	1,925	-71
津山・英田	24				321				

(平成6年10月現在)

## 5. 中小都市型（例：島根県出雲市の保健医療福祉計画）

島根県保健医療計画“1996 しまね健康プラン”は、県民の主体的自律的健康づくり支援、効率的な医療体制の確立、保健医療福祉サービスを担うマンパワーの確保と質的向上を図ることを基本理念として 1996 年 4 月に策定された。同時に、第二次医療圏として「出雲圏地域保健医療計画」が 1998 年平行して策定された。

ここでは、県が策定した島根県保健医療計画(1996～2000)と出雲圏地域保健医療計画を検討した。さらに、福祉計画については、市町村独自で計画策定された「高齢者保健福祉計画」(1994～1994)について、全県下市町村に対し政策科学の視点からアンケート調査を行い、市町村レベルの福祉計画に関する問題を検討した。また、出雲市が策定した「高齢者健康福祉計画」、「健康文化都市・いずもプラン21」策定の特徴について検討した。

### 1) 島根県の特徴

島根県は、中国山地の北側に位置し、東は鳥取県、西は山口県、南は中国山地で広島県と接し、北は日本海に面し、海上 80km 北方に隠岐島がある。東西 230km、山地が日本海に迫り、平地が少なく林野が 80%を占める。現在、無医地区は 37 で 9,063 人、無歯科医地区は 56 で 17,244 人の住民が医療の乏しい状況におかれている。医療施設は県東部の松江市及び出雲市に集中、偏在している。人口過疎傾向にあり、高齢化も顕著で 65 歳以上人口は 23.1%(1998)、将来予測では 2000 年 24.6%、2010 年 27.0%となる。

### 2) 島根県の計画の内容

計画の重点施策は、プライマリ・ケアの充実、二次・三次医療体制整備、救急医療確保、リハビリテーション整備、災害医療体制確保、医薬分業推進、医薬品の安全確保、地域保健対策、健康づくり、母子保健医療対策、成人保健対策、高齢者保健医療福祉対策、精神保健医療対策、難病対策、感染症対策、歯科保健医療対策、食品安全、保健医療従事者の確保と資質向上等が盛り込まれている。

### 3) 出雲市の展開

出雲市では、市政の基本政策に「健康文化都市づくり（ヘルシーシティ）」がおかれ、1978 年から諸計画の策定、展開が図られた。特に 1993 年「高齢者健康福祉計画」策定は、市民参加型計画策定として注目された。策定委員会は、男女同数、肩書き抜きで市民及び保健医療福祉現場スタッフから選出され、委員長は大学、副委員長は女性フォーラム（女性市民活動組織）から選出された。以後、市民参加行動研究（Participatory Action Research: PAR）の手法を用い、市役所、市民グループ、医師会、福祉施設、大学などの協働活動による計画推進が行われた。具体的なアクションとして、「保健医療福祉連携システム調査」「バリアフリーのまちづくり計画」「21世紀出雲のランドデザイン」「エンゼルプラン」「健康文化都市・いずもプラン21」が次々と策定された。現在、介護保険制度推進と共に新たな高齢者健康福祉計画が策定されつつある。

#### 4) 出雲市の計画の特徴

政策科学的手法から出雲市の諸計画は、次のような戦略的特徴を有している。

- (1)健康・福祉・医療・教育・環境などを包括したウエルネス[\*]生活基盤整備
- (2)人間尊厳のバリアーフリーとアメニティ社会志向
- (3)自己実現のための協働と民主主義の成熟深化
- (4)都邑（市町村）連合の持続的発展と環境・生態系の維持共生
- (5)市民・行政・民間・大学の協働と共通行動標的の認識
- (6)住民主体の地域活動と地域産業発展との協調
- (7)住民の健康行動、技術の自己学習と自己成長
- (8)住民の自己決定と主張の擁護
- (9)住民参加の健康政策策定とフォローアップ
- (10)健康医療福祉サービスの一体化と再編強化
- (11)地域特性に対応した健康福祉支援環境整備
- (12)質の高い人材養成とコミュニティ基盤教育、生涯研修体制の保障
- (13)計画と政策と活動展開のリンケージ

#### 5) 今後の計画策定の検討課題

住民参加の視点から、今後の市町村計画策定の課題を次のように整理した。

- (1)行政部局内部のセクショナリズムの解消と横断的包括的サービス開発
  - ①行政企画部門と各部局（健康、福祉、医療、教育、環境、人事など）のタスクフォース[\*]による包括的推進本部の設置
  - ②行政政策およびサービス内容の評価技法及び理論の標準化
- (2)計画とシステムへの合意と科学的な介入
  - ①コミュニティ科学、計画科学、マーケット理論など学際的領域の政策科学への導入
  - ②コミュニティ発展に関する計画とシステムづくりに関する参加型行動研究（Participatory Action Research）の導入
- (3)継続的評価とそのモニタリングシステム
  - ①継続的行政アセスメントシステム[\*]の政策展開の導入
  - ②健康医療福祉政策への情報システム導入と市民への政策情報公開
- (4)計画の修正と効果判定と経済比効果分析
  - ①計画修正、代替政策形成システムにおけるスパイラル・フィードバックシステム[\*]の導入
  - ②経済比効果分析による政策効果の評価及び保健所、福祉事務所（事業費、運営費、人件費と効果）など県の出先機関の効果分析による再編成
- (5)政策立案者及びサービス提供者の力量形成と質の保障
  - ①行政スタッフの政策立案及び展開能力の開発と住民のエンパワーメント[\*]

- ②行政エンジニアリング[\*]の推進と行政スタッフの生涯研修体制の確立
- (6) 計画推進の質的量的データベースの構築
  - ①政策形成の情報化と情報開示
  - ②政策情報の透明化と住民ニーズの参入
- (7) 地域計画（健康、医療、福祉、教育、道路、建築、環境、景観、産業など）の政策形成に関する学際的研究とノウハウの蓄積
  - ①民間、行政、大学の協働によるシンクタンク機能の開発
  - ②民間、大学、研究所などによる政策ネットワーク（大学の Multiversity 化）
- (8) 計画策定の調査研究および策定委員会への住民の主体的参加（Participatory Action Research）
  - ①健康文化のまちづくり（Healthy Cities & Communities:WHO）に見られる市町村あるいは小地域まちづくりネットワーク活動の強化
  - ②介護保険制度、市町村高齢者健康福祉計画などにみられる市町村主体のボトムアップ政策形成能力の強化
- (9) 教育、マンパワー養成などコミュニティエンパワーメント
  - ①行政スタッフ、サービススタッフ、住民の生涯学習、生涯研修体制の質的向上
  - ②各種サービス提供スタッフの養成、教育システムの Community-based Education への刷新
- (10) 総合発展計画と重層的計画構成、その摺り合わせ、優先性の確定
  - ①広域化行政への先見的対応と政策と Community Development の包括化
  - ② Assessment-Plan-Policy Making-Check-Do-Evaluation の導入
- (11) サービスへのアクセス、情報と内容の質
  - ①コミュニティの情報ネットワーク化
  - ②サービス情報へのアクセスのプログラム
- (12) 本計画に対する代替案、修正案、補強案の用意
  - ①各都道府県や市町村の特性を踏まえた計画、政策の個性化
  - ②住民、民間の協働による計画、政策への参画とニーズの反映
- (13) 効果的施策推進のための予算計画と行政トップ、議会の意思決定プロセス
  - ①県行政、市町村行政へのオンブズマン制度
  - ②市町村や県の議員の政策提言、政策形成能力の強化、
- (14) 財政基盤と社会的資源の正確な評価
  - ①政策形成基盤の実態の情報開示
  - ②社会資源の新たな創生と再開発
- (15) 行政、住民、関係スタッフのニーズ対応協働活動計画
  - ①各種審議会、委員会への男女共同参加
  - ②アクションプラン推進の社会的支援体制
- (16) 費用－効果分析評価視点とその方法の確定

- ①行政スタッフへの費用効果分析テクノロジーの導入
- ②経済効果のトータルマネジメント
- (17) ニーズとアクションの「ずれ」の発見とモニタリング
  - ①政策調整コーディネーターの配置
  - ②住民参加による政策展開のモニタリングネットワーク
- (18) コミュニティケア過程の記録の確保
  - ①記録管理システムの強化
  - ②記録のコミュニティケア理論開発への活用
- (19) 行政エンジニアリングの手法の導入
  - ①県、市町村サービス行政へのマーケット理論の導入
  - ②行政システム、政策形成過程など行政評価プロセスの国際的標準化
- (20) 行政政策及び計画への評価方法の確立
  - ①行政マーケティング理論の開発
  - ②行政評価ベンチマークの導入

## 6) まとめ

計画策定における政策科学的視点から、行政リエンジニアリング、学際的協働的研究、住民参加行動研究などの推進が緊要な課題と考えられる。

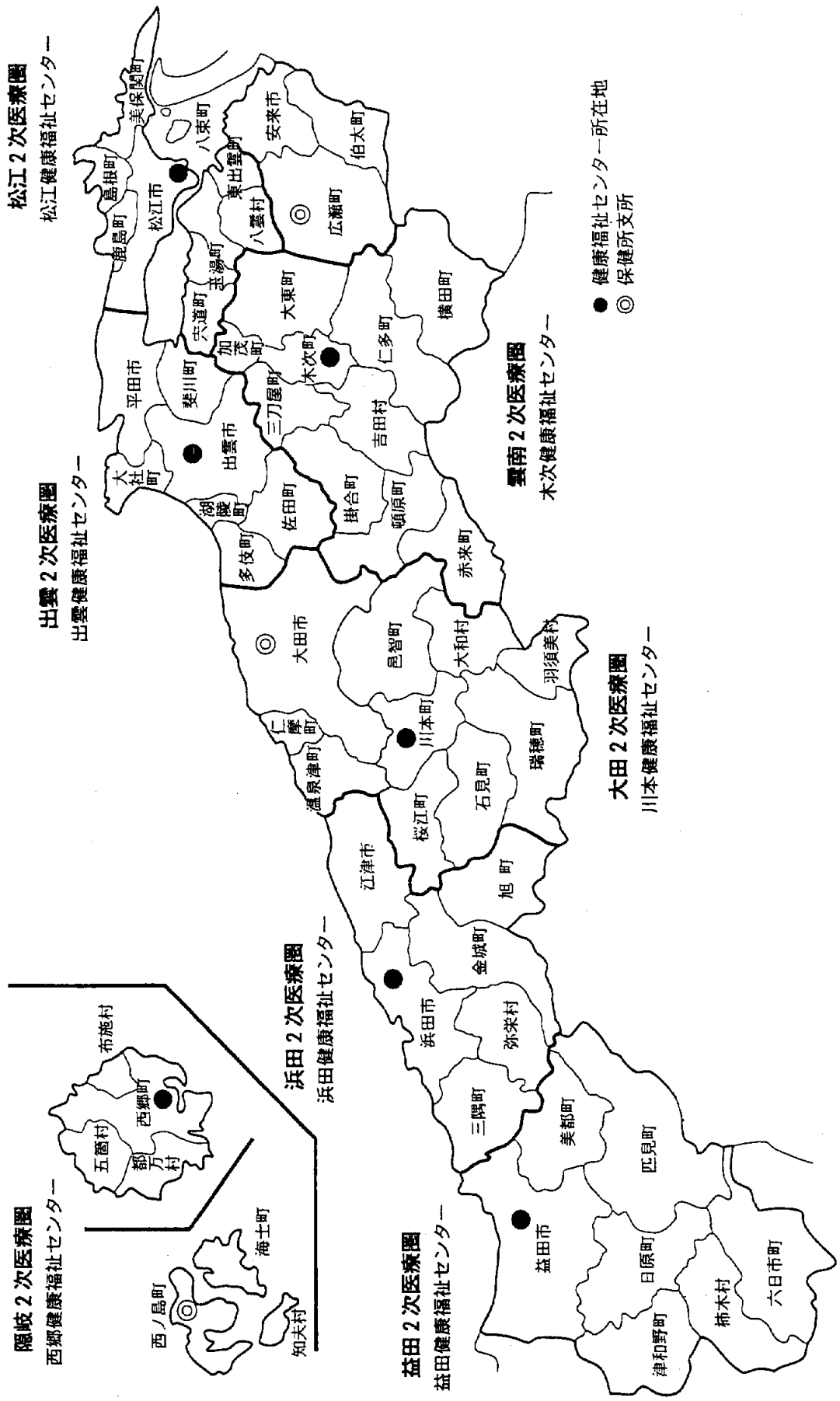


図5 島根県二次医療圏

表5-1 島根県二次医療圏の概況

島根県 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	村
全域	768,210	15.7%	61.2%	23.1%	6707.23	114.5	8	41	10
松江	255,271	16.0	64.8	19.1	993.76	256.9	2	9	1
雲南	71,355	15.3	57.1	27.6	1164.27	61.3	0	9	1
出雲	172,532	16.5	62.9	20.6	624.03	276.5	2	5	0
大田	73,804	14.5	54.0	31.5	1354.76	54.5	1	7	2
浜田	93,908	14.9	60.4	24.6	847.69	110.8	2	3	1
益田	75,567	15.4	59.1	25.5	1376.73	54.9	1	5	1
隠岐	25,773	15.4	56.2	28.4	345.99	74.5	0	3	4

(平成9年10月1日現在)

表5-2 島根県二次医療圏の概況

島根県 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	63	8.2	730	94.8	1,715	222.7	10,270	9,271	-999
松江	22	8.6	238	93.6	524	206.0	3,483	3,333	-150
雲南	7	9.7	56	77.9	95	132.1	808	655	-153
出雲	11	6.4	148	85.9	626	363.5	2,397	2,037	-360
大田	4	5.4	93	124.6	103	137.9	719	667	-52
浜田	11	11.7	98	103.9	172	182.3	1,206	1,082	-124
益田	7	9.2	70	91.9	155	203.5	1,414	1,387	-27
隠岐	1	3.9	27	104.0	40	154.0	243	110	-133

(医療機関数, 医師数は平成8年10月1日現在, 病床数は平成11年3月末日現在)



## 6. 町村型（例：宮城県の地域保健医療福祉計画）

### 1) はじめに

わが国の保健医療福祉計画の策定形態の一つの型として、ここでは宮城県で策定された地域保健医療計画と高齢者保健福祉計画における問題点を指摘することとする。宮城県は人口約225万人、その内全人口の41%を占める100万政令都市仙台市によって他の70市町村が仙北と仙南に分断されている。両計画の策定基本理念や現状と計画については、既に各々の報告書に詳しく記載されているので、ここではそれを重複することはない。むしろ、計画策定書には記載されていない本音の問題点について、両計画書の策定に係わった立場から指摘しておきたい。

### 2) 計画の期間

宮城県地域保健医療計画の期間は、平成5年度を初年度として目標年度を平成12年度としている。一方、宮城県高齢者保健福祉計画は、同様に平成5年度を初年度としているが、目標年度は平成11年度となっている。目標年度を一致させようとの調整さえしない。

### 3) 圏域の設定

地域保健医療圏域は12圏域、二次医療圏域は5圏域、高齢者保健福祉圏域は7圏域に設定されている。例えば、津山町は、地域保健医療圏では登米地域圏域に入っているが高齢者保健福祉圏域では気仙沼・本吉保健福祉圏域に入っている。その理由は、保健所や福祉事務所の管轄地域を勘案して設定したとしているが、圏域を一致させるべきとする策定委員の声に耳を傾けない硬直化した行政の問題点がある。その他の圏域でも二次医療圏と全く無関係に圏域を設定している。このことは、保健も医療も福祉も全て連携を密にして行わなければならないのに不可能な仕組にしていることを意味する。

### 4) 安易な計画策定手順

宮城県内の71市町村は、全て各自治体独自の計画を策定した。それをまとめて、いわゆる積み上げ方式によって県全体の計画を策定するという手順を踏んでいる。そのこと自体は正しいのだが、各自治体がどのようにして市や町独自の計画を作ったかが問題である。自分の市や町の保健、医療、福祉の問題が現状はどうか、将来はどうか、住民の望んでいるのは何か、予算に限りがあるならば優先順位はどう考えているか、などについて市や町が独自に調査して計画を策定したところは極めて少なかったといえる。調査能力にも問題があったと思うが、ほとんど多くの自治体は、東京のコンサルタント会社に委託して策定している。もちろん各自治体には各々策定委員会が設置されて地域の有識者を集めて独自色を出しているが、原案はすべてコンサルタント会社のものである。いわゆる金太郎飴の様に同じスタイルで、ただ地域名と人口、面積などの数値が違うだけというものが多い。これでは本当の意味での地方分権の推進にはならない。極端な例では、人口1万人程度の農業地域の町で計画策定原案を見た時、驚いたことに、高齢者の健康と安らぎのために各家庭に「家庭農園」を作ることを推奨して、そのために町が助成をする

というような計画が盛り込まれていた。ほとんどが農家で裏の土地には畑や田んぼがある家庭に「家庭農園」を作る計画が、いかに東京の都会で机の上だけで策定したバカバカしいものか分るというものである。足を使って調査をしなかった滑稽な例である。

その他、特に福祉計画に盛り込まれる文章が余りにもカタカナが多いということである。ちなみに、計画書に出てきた 100 のカタカナを羅列して保健婦の研究会で紹介したが、50 % 近くの単語が正しく理解されていなかった。要するに分らないような言葉を使い過ぎるのである。

#### 5) 財政基盤の弱さ

平成 12 年 4 月から開始する介護保険制度の保険者が地方自治体となっているが、独自にできるのは宮城県では仙台市を含めて 5 市に過ぎない。そのほとんどは、財政基盤も人材力も一自治体だけでは不可能な現状である。しかも、介護保険制度は高齢者福祉計画と密接に関係している。ここにも前述した圏域のギャップを生み出している。長期的には、町村合併をも視野に入れて、なおかつ強力に推進しなければ、おそらく介護保険制度も福祉計画も成り行かなくなることが予想される。

#### 6) 保健の重要性

人は病気になると医療機関にかかる。そして、その時になって医療が充実している有難さを実感する。要介護の状態になった時、介護保健制度が完備していれば本人はもちろんのこと家族もその有難さに感謝する。しかし、保健には誰も有難さも重要さも感じない。なぜなら、保健とは、疾病の予防であり、健康増進であり、要介護の状態にならないことであって、つまり「予防」であるからである。「予防」とは、何も起こらないようにすることである。「何も起こらなかった」ことには、誰も気がつかないし、感謝の念も起こらない。しかし、ないがしろにするとその見返りは必ず来る。

これからの望ましい保健医療福祉の連携を構築するためには、いつも「保健」の重要性を言い、あまり感謝されそうになくとも重要な施策として重点対策に盛り込むべきである。

#### 7) むすび

以上述べたことは、「町村型」だけに特徴的なものではないかもしれない。しかし、宮城県内の数カ所の地域保健医療計画策定委員会、あるいは高齢者保健福祉計画策定委員会、介護保険事業策定委員会の委員や委員長を勤めた経験から、これまでの策定手順や方法の問題点を指摘した。

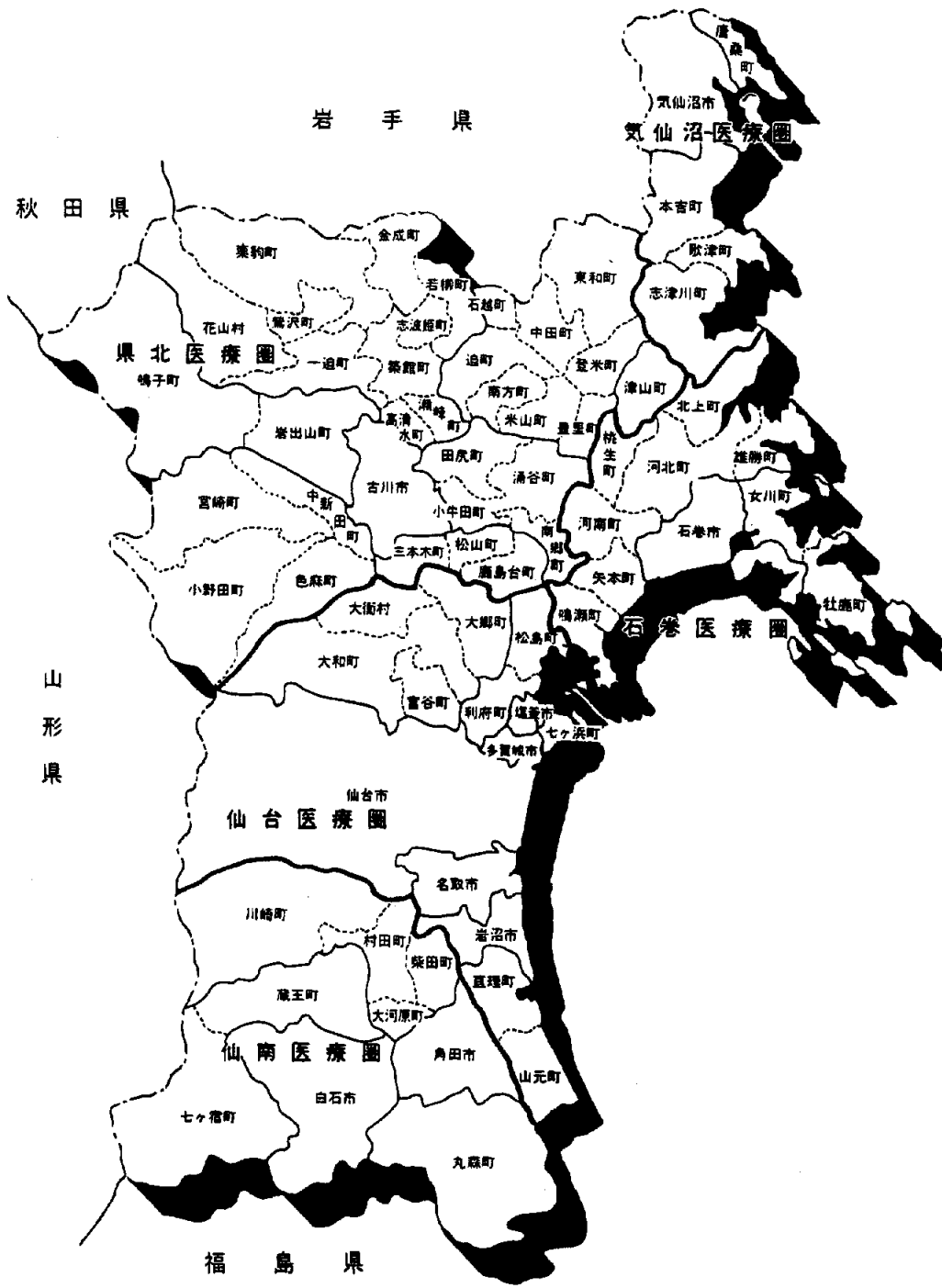


図 6 宮城県二次医療圏

表6-1 宮城県二次医療圏の概況

宮城県 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	2,328,739	16.9%	68.5%	7284.63	319.7	10	59	2
白石	57,941	16.8	62.5	702.32	82.5	1	2	
角田	54,257	16.9	61.6	420.92	128.9	1	1	
柴田	85,112	17.6	66.6	428.20	198.8	0	4	
岩沼	153,914	17.9	67.6	298.47	515.7	2	2	
仙台	971,297	16.3	72.8	783.50	1239.7	1	0	
塩釜	187,338	18.0	69.5	149.43	1253.7	2	3	
黒川	69,328	19.5	67.1	416.93	166.3	0	3	1
大崎	224,147	17.3	64.3	1522.50	147.2	1	13	
栗原	88,552	16.1	61.0	806.38	109.8	0	9	1
登米	96,832	17.6	60.7	536.88	180.4	0	9	
石巻	234,745	16.9	66.4	722.51	324.9	1	9	
気仙沼	105,276	16.6	65.3	496.76	211.9	1	4	

(平成7年国勢調査)

表6-2 宮城県二次医療圏の概況

宮城県 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	150	6.4	1,413	70.8	4,211	180.1	19,894	19,144	-750
白石	5	8.7	35	60.8	72	124.7			
角田	4	7.5	29	54.1	38	70.5	1,324	1,181	-143
柴田	5	5.8	46	53.7	71	83.1			
岩沼	12	7.6	73	46.3	206	131.9			
仙台	60	6.1	737	74.4	2,792	284.6			
塩釜	7	3.7	90	47.3	205	108.7			
黒川	2	2.7	32	44.0	35	49.2			
大崎	22	9.7	113	50.5	240	107.2			
栗原	5	5.6	50	57.5	101	115.1	3,300	3,101	-199
登米	7	7.2	41	42.8	92	95.6			
石巻	13	5.5	128	54.9	251	107.4	1,625	1,544	-81
気仙沼	8	7.6	39	37.5	108	103.2	858	876	18

(平成8, 9年衛生統計年報)

## 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<sup>とうしょ</sup>地域を中心として

#### 1) はじめに

人の居住している島は全国に332島存在している（離島統計 1993年）。都道府県別にみると長崎県の60島が最も多く、次いで沖縄県の40島、愛媛県の35島の順である。1990年の国勢調査では日本の総人口の0.7%に当たる約88万人が島に居住している。また、へき地の無医地区（おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住していて、容易に医療機関を利用できない地区）も平成6年に全国で約1000か所存在している。これらへき地・離島の保健・医療・福祉の確保と充実を図ることも保健医療福祉計画の目的である。

#### 2) 長崎県の保健医療計画

長崎県の保健医療圏（二次医療圏）は図7にみるように、9圏域に分かれている。そのうち下五島、上五島、壱岐、対馬の4圏域は福江島、中通島、壱岐島、対馬島といった人口1万以上の大島嶼とその属島からなる島嶼保健医療圏である。これら島嶼保健医療圏に全県人口の10.9%に当たる約17万人が居住している。更に本土の保健医療圏である長崎圏域や北松圏域にはかつて炭坑の存在した沿岸小島嶼が含まれている。現在日本国内で採炭が続けられているおり、佐世保圏域にも小離島が含まれている。従って、長崎県の地域保健医療計画では離島の保健医療福祉の確保が不可欠である。

#### 3) 島嶼の人類生態系

##### (1) 海洋による隔絶

1997年に長崎県で離島振興法の対象となっている59島のうち、本土の都市（長崎市、佐世保市、福岡市、北九州市）から航路1時間以内の島は17島のみである。本土都市から1時間以上かかる島が42島であり、福江島、中通島、壱岐島、対馬島といった大離島からでも航路1時間以内の島が39島、1時間以上かかる離島が3島存在する。本土と大離島間には航空路が結ばれているが、天候による欠航が多いことやジェット機が就航できないなどの理由で利用客は減少している。代わって、高速艇やフェリーの利用が増加している。離島間の交通は航路によっているが島嶼本土間より不便なところが多い。

##### (2) 急速な人口の減少・高齢化

1990年から1995年までに長崎県の総人口は1.2%減少したが、島嶼の市町村では10%以上もの大きな減少を示したところも多い。老年人口割合[\*]は長崎県全体では17.7%であるが、島嶼圏域では若年人口の流出によって20%を超すなど人口高齢化が急速に進んでいる。特に長崎圏域に属する旧産炭島嶼で30%を超しているところも多い。世帯当たり人数も県全体では2.85人であるが、島嶼では2.0人以下といった世帯の細分化が進んでいる。単独世帯割合も30~40%を超える島も存在している。

##### (3) 腫瘍性ウイルスの高流行

疾病流行の特徴として、島嶼部ではB型・C型肝炎ウイルスや成人T細胞白血病ウイルスの感

染流行が大きいことがあげらる。人口動態統計やがん登録でも島嶼の保健医療圏で肝癌や白血病などの悪性新生物の罹患率や死亡率が高い。

#### 4) 保健医療福祉の現状と問題点

##### (1) 保健サービス

島嶼の保健所は下五島、上五島、壱岐、対馬の各圏域にそれぞれ1保健所が設置されている。本土の保健所は9県立保健所が4保健所に統合再編されたが島嶼部については従来のままである。しかし、市町の保健センター等が設置されているのは23市町のうち2町のみであり、本土の保健医療圏では20%の市町で設置されているのに対して設置が遅れているといえる。島嶼保健医療圏での保健婦1人当たりの人口は2500人から3840人であり、本土の3735人とほぼ等しい。それぞれの島嶼保健医療圏の中に多くの小島嶼が存在し、人口分布も疎であることを考えると多量の保健婦の配置が必要と考えられる。保健サービスと福祉サービスの連携については、県庁では生活福祉部と保健部が福祉保健部に再編成されているが、保健医療圏では保健所と福祉事務所との合併はまだ行われていない。市町村レベルでは福祉保健課や保健福祉センターとして連携が進められている。

##### (2) 医療サービス

###### ① 病院の整備と患者の流出

4離島圏域には国立病院2、公立病院9、私立病院8の19病院が存在している。公立病院のうちへき地中核病院2を含む8病院は長崎県離島医療圏組合立である。離島医療圏組合は1968年に医師確保と事務の効率化を目的として発足したものである。対馬と壱岐にある国立病院はいずれも移譲の対象であり、うち国立対馬病院が離島医療圏組合病院となる予定である。離島の保健医療圏全体としての既存病床数は1657床で必要病床数1450床を上回っており、保健医療圏別にみても既存病床数が必要病床数を下回っているのは下五島保健医療圏のみである。一方、人口10万当たりの必要病床数でみる下五島1064、上五島595、壱岐897、対馬827といずれの離島圏域でも県全体の全県の1120を大きく下回っている。離島では患者流出率が21~36.7%と高いことが必要病床数が少なく算出されている原因である。本土や他離島病院との連携強化とともにそれぞれの島嶼での高次医療・専門医療の充実が必要である。

###### ② 高次医療・専門医療の未整備

精神科病床は4離島圏域で211床、人口10万対125床で全県での人口10万対573床を大きく下回っている。上五島圏域では精神病床が皆無である。病院の診療科目別にみると、内科は全ての病院で開設されているが、小児科の開設されている病院は90.4%であり、整形外科と眼科は64%である。脳神経外科は13.6%で心臓血管外科はどの病院でも開設されていない。緊急PTCA・PTCRによる冠動脈開存術[\*]や脳動脈クリッピング[\*]、血管内手術のできる施設は皆無であり、血腫の除去・吸引術のできる施設も2島にしか存在しなかった。

###### ③ 救急搬送（ヘリコプター搬送）と生活圏

離島における初期救急は在宅当番医制、二次救急は公立病院を中心とした輪番制と救急協力病院制で行われている。しかし小離島から大離島、あるいは大離島内でも地勢上の問題で迅速な患

者搬送が行えないことも多い。そのためヘリコプターによる救急搬送が行われている。1995年度には脳血管性疾患や頭部外傷など128件の搬送が行われた。搬送先は離島医療圏組合の親元病院である国立長崎中央病院が90%以上を占めている。一方、壱岐や対馬では生活圏及び日常の受診先は福岡県であり、そこへの搬送を希望する患者と医師も多い。県域を越えたより広域的な救急体制の整備が必要と考えられる。

#### ④ 無医地区とへき地診療所

長崎県には小離島や大離島内のへき地に23か所の無医地区と36か所の無歯科医師地区が存在している。32か所にへき地診療所が設置されているが、常勤医のいる診療所は少なくへき地医療支援病院である離島医療圏病院等からの巡回診療が行われている。地域病院や国立病院・大学病院までを包含した医療支援体制の整備が必要である。また、プライマリ・ケアの視点からは市町村保健婦の保健活動との連携も発展させる必要がある。

#### ⑤ 医療従事者の不足

長崎県の人口10万対医師数は225人と全国の181人を大きく上回っている。しかし離島の保健医療圏では人口10万対上五島の98.4人から壱岐の141.1人と県全体より著しく少ない。歯科医師、薬剤師、看護婦についても同様な傾向にある。修学資金貸与制度及び自治医科大学負担金制度によって離島勤務医師を養成してきているが、へき地診療所等における医師不足は解消されていない。今後はへき地勤務医師等確保事業等に大学等からの玉突き派遣によって診療所等の医師を充足していく必要がある。更に、離島医療圏所属の義務年限を終えた医師の勤務先や処遇についても考慮していく必要がある。

#### (3) 福祉サービス

老人福祉計画[\*]の圏域は全県で8圏域と保健医療圏より一つ少ないが島嶼については、保健医療圏と同じ4圏域である。介護保険の実施にむけて在宅サービス・施設サービスともに充実が急ピッチで進められているが、島嶼福祉圏ではその進展状況に圏域による差異が大きい。在宅介護面では全般的にホームヘルパーの充実度が対馬の33.3%から壱岐の77.5%、ショートステイが壱岐の40.0%から対馬の125%と進展速度に大きな差異がある。施設サービス面では特別養護老人ホームや老人保健施設の整備はほぼ100%であるが、ケアハウスや高齢者生活福祉センターの整備は進んでいない。島嶼における急速な人口高齢化と高率な単独世帯割合を考えると介護保険の実施にむけて地域における在宅及び施設サービスの整合・充実が図られなくてはならない。

#### 4) まとめと提言

離島・へき地では本土と比べると医療の量と質の両面にわたって大きな格差が存在する。それぞれの島嶼保健医療圏内あるいは他圏域・本土との連携してプライマリ・ケアから高次医療にいたる医療システムを整備することが必要である。その際、島嶼という特性からなるべくそれぞれの保健医療圏で完結的であることが望ましい。患者搬送や医療情報の交換においても住民の生活圏や受療行動との整合を図ることが望ましいと言えよう。また、地域の人口高齢化と世帯の細分化が進んでいることから、本土以上に保健及び福祉と連携した包括的な医療システムが必要である。





表7-1 長崎県二次保健医療圏の概況

長崎県 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	1,544,934	18.0%	64.3%	4090.38	378.0	8	70	1
長崎	585,699	17.0	66.9	697.13	840.0	1	14	0
佐世保	244,909	17.1	65.5	248.24	987.0	1	0	0
県央	262,774	19.4	64.9	605.52	434.0	2	8	0
南高島原	165,799	18.3	60.6	458.78	361.0	1	16	0
北松平戸	117,394	19.1	60.2	548.72	214.0	2	10	1
下五島	51,295	19.2	58.5	420.17	122.0	1	5	0
上五島	38,462	18.7	58.7	265.21	145.0	0	7	0
壱岐	35,089	18.9	58.3	138.29	254.0	0	4	0
対馬	43,513	19.2	62.4	708.32	61.0	0	6	0

(人口は平成7年10月1日現在,面積は平成6年10月1日現在)

表7-2 長崎県二次保健医療圏の概況

長崎県 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	必要病床a	既存病床b	過不足b-a
全域	185	11.9	1,340	86.5	3,485	17,196	19,800	2,604
長崎	68	11.6	608	103.8	1,819	6,314	8,213	1,899
佐世保	29	11.8	229	93.5	554	3,443	3,552	109
県央	31	11.8	217	82.6	544	3,431	3,313	-118
南高島原	20	11.9	109	65.1	219	1,623	1,826	203
北松平戸	18	15.3	65	55.2	145	935	1,239	304
下五島	5	9.7	42	81.2	69	546	515	-31
上五島	3	7.8	28	72.5	38	229	255	26
壱岐	8	22.6	13	36.8	50	315	525	210
対馬	3	6.8	29	65.8	47	360	362	2

(医療機関数は平成6年10月1日現在,医師数は平成6年12月31日現在,病床数は平成9年1月1日現在)

## B. 沖縄県の特徴と問題点

### 1) はじめに

沖縄県の最近の保健医療は「沖縄県保健医療計画（平成6年改定）」を基本指針として推進されてきた。本県は広範囲に散在する多くの離島・へき地を抱え、現実には保健医療資源や医療サービス提供体制に地域的偏在があるなど、保健医療計画が必ずしも十分に実施されてはいない状況にある。さらに、地域保健法の全面施行、第3次医療法改正、平成12年度からの公的介護制度の導入など、保健・医療・福祉を取り巻く環境には大きな問題が横たわっている。

### 2) 沖縄県の特徴

本県は九州の南から台湾の間に連なる南西諸島の南半分を占める琉球諸島に属する大小160の島々から成り立っている。最も大きな島は沖縄本島で、次に西表島、石垣島、宮古島の順となっており、この4島で県土総面積（2,267 km<sup>2</sup>）の約8割を占める。島々は、およそ北緯24度から28度、東経122度から132度までに位置し、距離にして東西1,000km、南北400kmにおよぶ広大な海域に点在している。人口（平成7年国勢調査）は、1,273,440人（男624,737人、女648,703人）で、全国総人口の約1%を占め全国で第32位である。人口増加率（対平成2年）は4.2%で全国平均1.6%を大きく上回り全国で4番目に高い増加率となっている。人口密度は1km<sup>2</sup>当たり562.0人で、全国平均の332.4人を上回り第10位である。

もう一つの特徴は広大な米軍施設が存在することである。平成8年度現在、わが国の米軍への提供専用施設91件のうち41.8%にあたる38件が本県にあり、その面積は23,519haで、全国の米軍専用施設31,420haの74.9%を占める。

### 3) 保健所と保健医療計画の理念

2次医療圏は沖縄本島北部・中部・南部、宮古、八重山の5つに分割され、保健所は中部と南部の医療圏にそれぞれ2つ、他の医療圏には各1が配置されている。

保健医療計画は県民のニーズに即した保健医療サービスを推進するために策定するものであるが、平成11年改定の保健医療計画の基本的課題として次の5つが掲げられている。このうち1, 4, 5は他県にはみられない課題であろう。

- (1) 長寿県沖縄の確立
- (2) 保健・医療・福祉の連携体制の確立
- (3) 健康づくりの推進
- (4) 保健医療従事者の養成確保と資質の向上
- (5) 離島・へき地保健医療の向上

### 4) 長寿県沖縄の確立

沖縄県は長寿県といわれて久しい。男性の0歳平均余命は、昭和50年は全国10位で、昭和

55年、60年は全国1位であった。しかし平成2年には5位に転落し、これは昭和60年から平成2年の平均寿命の伸びが0.34年（全国平均1.09年）と全国47位で最下位であったからである。一方女性の0歳平均余命は、昭和50年から毎年全国1位である。しかし昭和60年から平成2年までの平均寿命の伸びは0.77年（全国平均1.32年）と、男性と同様に全国47位で最下位であった。65歳の平均余命は男女とも沖縄県は1位であった。

平成7年の0歳平均余命は、男性77.22歳で全国4位、女性85.08歳で1位である。高齢化率は11.7%（全国25.4%）で総人口の0.021%を100歳以上の長寿者が占める。全体の死亡率は全国値より低い、60歳未満の死亡率は男女とも、どの年齢階級も全国値より高い。3世代同居率は16.3%（全国値26.7%）、65歳以上の単身者14.1%（全国値12.1%）である。離婚率（1000人対）も2.22（全国値1.60）と高い。

長寿県沖縄の確立は若年者の死亡率の低下がはかれるか否かにかかっているが、基本健康診査受診率も32.0%（全国値36.5%）と低く、県民の啓発を必要とする。

#### 5) 保健医療従事者の養成確保と資質の向上

昭和62年に琉球大学医学部医学科の第1期卒業生が出てこのかた、沖縄の医師数は着実に増加して平成8年末現在人口10万人対170.6人となったが、依然として全国値の191.4人より少ない。歯科医師は49.0人と全国値の67.9人より少なく、また薬剤師も106.6人と全国値の154.4人より少ない。しかし保健婦・士、助産婦、看護婦・士及び准看護婦・士はおしなべて全国値より高い数値となっている。医療従事者は年々着実に増加している、今後は県民のだれもが現代の良き医療を受けられるように保健医療福祉従事者の資質の改善に努める必要がある。

#### 6) 離島・へき地保健医療の向上

本県には、「沖縄振興開発特別措置法」に基づく指定有人離島が各医療圏別に北部6島、中部1島、南部12島、宮古8島、八重山に12島あって、無医地区は7市町村の10地区に及ぶ。離島の診療は主として県立病院の附属診療所が担当しているが、医師の確保に難渋している。また、未だに医介輔[\*]の診療所が3か所もある。医師、保健婦などの人材の確保には、新しい視点に立った方策を考え、琉球大学医学部を含む医療施設間で協議すべきであろう。

離島の保健・医療・福祉体制は漸次整備されてきたが、未だ十分ではない。救急搬送体制など高齢者が安心して地域で生活できるシステムが早急に構築されねばならないし、離島医療を改善するためのパソコンや通信衛星を使った遠隔通信システムや医療従事者の支援体制も考えられてよい。

#### 7) むすび

本県の保健・医療・福祉は、本土に復帰してから、着実に改善されてきた。しかし、まだ多くの問題を抱えている。県民が、恵まれた自然環境を享受して長寿を誇りつづけるには、保健医療計画を実行するための財政基盤と県民の健康と疾病予防の啓発が最も重要である。

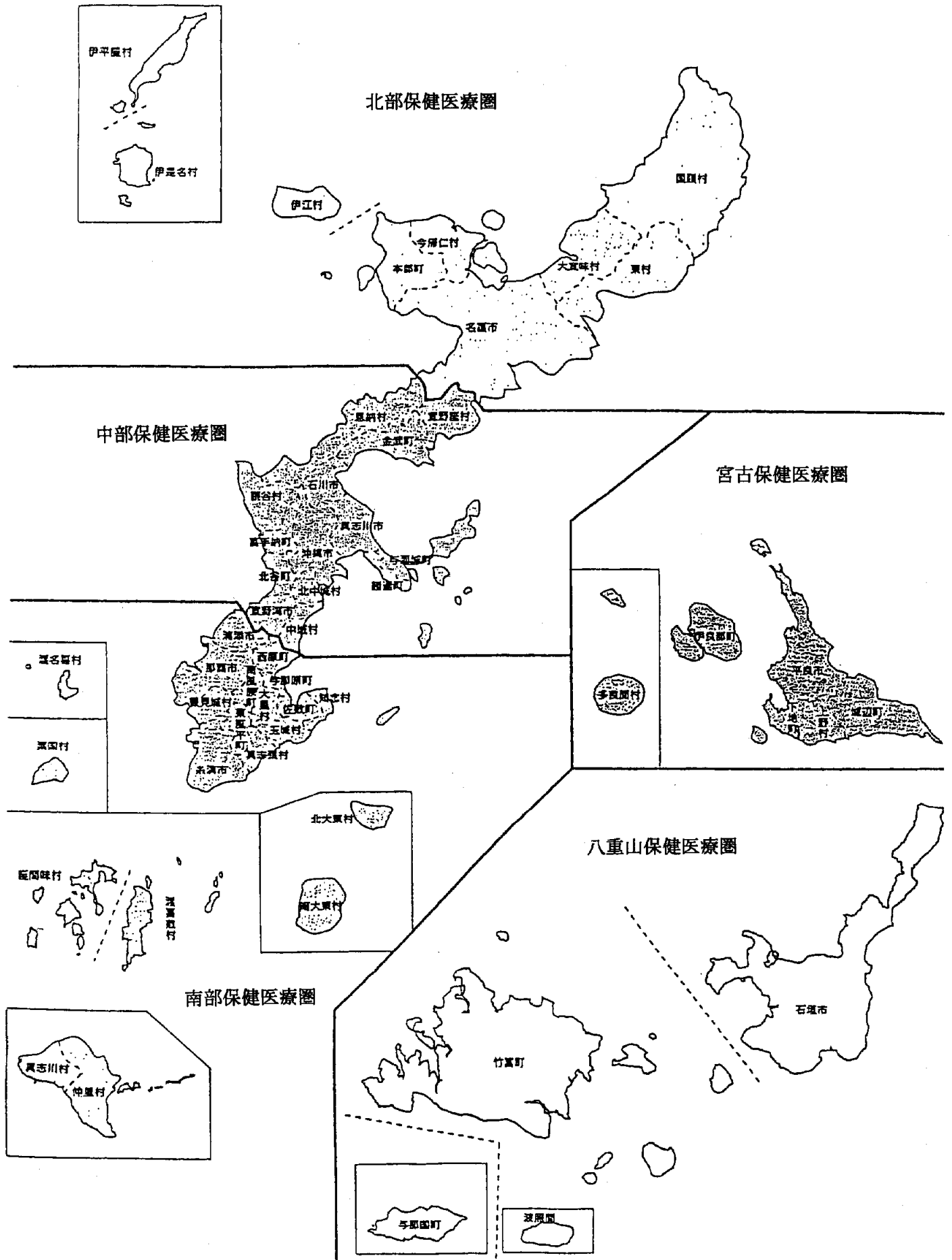


図 8 沖縄県二次保健医療圏

表8-1 沖縄県二次保健医療圏の概況

沖縄県 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	1,273,440	22.1%	66.2%	2,267.48	561.6	10	16	27
北部	98,034	22.1	60.4	703.73	139.3	1	1	7
中部	425,929	22.1	67.3	362.41	1175.3	4	5	5
南部	646,656	21.9	67.4	382.03	1692.7	3	5	13
宮古	55,735	22.3	59.1	225.63	247.0	1	3	2
八重山	47,086	24.4	61.1	591.70	79.6	1	2	0

(平成7年10月1日現在)

表8-2 沖縄県二次保健医療圏の概況

沖縄県 医療圏名	医療機関			医師 総数	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
全域	88	6.9	594	2,189	170.6	12,303	13,288	985
北部	9	9.2	49	137	139.8	1,039	1,034	-5
中部	28	6.5	144	569	132.3	3,932	3,969	37
南部	47	7.2	350	1,360	208.9	6,311	7,146	835
宮古	3	5.4	31	70	125.0	589	646	57
八重山	1	2.1	20	53	112.8	432	493	61

(医療機関数は平成8年10月1日現在, 医師数は平成8年12月現在, 病床数は平成11年10月8日現在)

## 用語解説

### プライマリ・(ヘルス) ケア (primary health care) (2 ページ)

一般に初期医療あるいは1次医療と訳されているが、個人や家族が最初に接する保健・医療をいい、これに携わる医師は、初診患者の状況を的確に把握して、適切な指示や処理を行うほか、必要に応じて他の医療機関への紹介を行うとともに、個人や家族の健康保持、予防、治療、リハビリテーションに至るまでの全過程について、いわゆる主治医としての役割を果たす。

### 二次医療圏 (2 ページ)

医療法の規定により、都道府県において設定される区域(概ね広域市町村圏)で、主として一般の入院医療を提供する病院の病床の整備を図るべき区域(平成10年3月末現在355圏域)。

### 一部事務団体 (9 ページ)

保健医療福祉政策を進めるに当たって、必要な施策を共同実施するための事務組織で、近隣市町村又は関係機関・団体などで作られる組合。

### ノーマライゼーション (10 ページ)

心身障害者・老幼者などを施設に隔離せずに、健康な一般人と共に地域で生活して行くのが正常な人間社会であるという考え方。

### 受療率 (16 ページ)

患者調査において調査日に病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推定数(推定患者数)を人口で除して、人口10万対であらわした数。

$$\text{受療率} = (\text{推計患者数}) / (\text{推計人口}) \times 100,000$$

### 有訴者率 (16 ページ)

有訴者とは、世帯員(入院者は除く)のうち、自覚症状のある者をいう。人口千人に対する有訴者数を有訴者率という(国民生活基礎調査)。

$$\text{有訴者率} = (\text{有訴者数}) / (\text{世帯人員}) \times 1,000$$

### 通院者率 (16 ページ)

通院者とは、世帯員(入院者は除く)のうち、病院、診療所、老人保健施設、歯科診療所、病院の歯科、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている(調査日に通院しなくても、ここ1月位通院(通所)治療が継続している場合は通院となる)者をいう。人口千人に対する通院者数を通院者率という(国民生活基礎調査)。

$$\text{通院者率} = (\text{通院者数}) / (\text{世帯人員}) \times 1,000$$

### ウエルネス生活 (24 ページ)

身体的にも精神的にも社会的にもバランスがとれ生活の質が高く、自己実現に向けて健康で安定した状態。

#### タスクフォース (24 ページ)

問題の把握、発見、解決などに効果的に、かつ機動的に活動する機能集団。

#### アセスメントシステム (24 ページ)

評価を行う機構。

#### スパイラル・フィードバックシステム (24 ページ)

螺旋を描きながら活動を推進し、あるいは後戻りしながら再評価を行う連続した活動。

#### エンパワーメント (24 ページ)

個々人や集団、地域社会が自立的に内発的な力を強め、蓄積し、成熟して行くこと。

#### 行政エンジニアリング (25 ページ)

行政サービスをより効果的、効率的に計画、推進、再編していくこと。

#### 老年人口 (34 ページ)

年齢3区分別人口のうち、65歳以上の人口のこと。0～14歳を年少人口、15～64歳を生産年齢人口という。

#### 緊急 PTCA-PTCR による冠動脈開存術 (35 ページ)

心筋梗塞の急性期に行う治療法であり、閉塞した冠[状]動脈に対して経皮的にカテーテルを挿入し、バルーンで血管形成術を行ったり (PTCA)、血栓溶解薬を投与したりすること (PTCR)。

#### 脳動脈クリッピング (35 ページ)

脳動脈瘤の根本的治療法であり、動脈瘤の茎部をクリップで閉塞することによって破裂を防止すること。

#### 老人保健福祉圏 (36 ページ)

高齢者の保健福祉サービスにかかわる広域調整のため、老人保健法及び老人福祉法の規定により県が定める区域。圏域設定の背景としては、高齢者の保健福祉の動向が、(1)市町村による在宅福祉サービスの一元実施、(2)保健福祉行政の計画的な実施、(3)保健・医療・福祉その他関連機関との連携など、地域社会を基盤とした保健福祉サービスを総合的・計画的に推進することが求められていることと、高度な保健福祉サービスをより効率的かつ合理的に進めるためには、市町村の行政区域を越えた広域的な観点で、保健福祉行政を調整すべき場合があることによる。

#### 医介輔 (40 ページ)

医師免許は持っていないが医療行為 (医師が行うような) を特別に認められた人 (沖縄の復帰に伴う特別措置に関する法律)。戦後、沖縄には医師が少なく、例えば軍隊の衛生兵であったような人を医師のいない村落に派遣した。沖縄の戦後の医療に大きな貢献をしたとされている。