

# 岐阜県飛騨地方における地域保健医療サービスの供給

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-02 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 神谷, 浩夫 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/2297/1515">http://hdl.handle.net/2297/1515</a>

## 岐阜県飛騨地方における地域保健医療サービスの供給

神谷 浩夫

### I はじめに

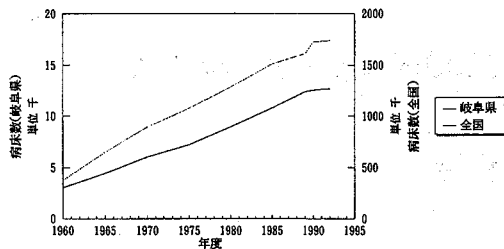
わが国では、急速に人口の高齢化が進みつつある。そして、目前に迫った高齢化社会にどのように対処していったらよいか、人々の話題にしばしば登場している。停年後の人生の過ごし方、人生を終える場所としてどこを選ぶのか、年老いた親を誰が介護するのか、高齢者にも暮らしやすい街作り、高齢者向けの住宅の確保等々の問題は、今日のわれわれが直面している重要な問題である。

本稿では、高齢者に対する公的な医療・福祉サービス供給の側面に着目する。この問題に対して地理学がどのような貢献が可能なのかを、近年におけるわが国の地域医療の問題とくに老人医療に着目しながら考えてみたい。

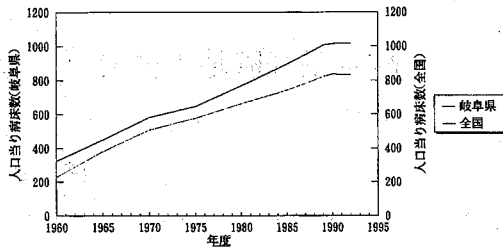
具体的な考察に入る前に、近年の保健医療の動向に少し触れておきたい。非常に大ざっぱに言えば、わが国の老人福祉政策は、かつてはかなりの部分が医療政策の中に包含されてきたと考えることができる。ところが、高齢者人口の急速な増大や老人医療費の無料化等の施策による医療費負担の高騰の結果、医療費負担を軽減するために通常の医療から老人医療福祉を切り離す方向へと転換が図られるようになった。このために、医療サービス供給量の削減や、診療報酬点数の改訂、在宅ケアを中心に据えて福祉政策と密接な連携を保った老人医療福祉サービスの充実策が実施されてきた。このうち医療サービス供給量の削減は、都道府県への地域保健医療計画の策定義務付けによる病院病床数の規制や、医科大学の入学定員削減に典型的に見られる。一方、在宅ケアを中心とした老人医療福祉サービスへの転換は、老

人病院の創設や長期入院を抑制するための諸施策がとられるようになったことに見られる。そして、在宅老人ケアのための受け皿作りとして、これまでわが国では不足気味だった欧米諸国のナースィングホームに相当する特別養護老人ホームが積極的に建設されるようになった。1989年には「高齢者保健福祉推進十か年計画」(いわゆるゴールドプラン)が策定され、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイを3本柱とする在宅老人保健サービスの充実が推進されるようになった。その際、在宅高齢者ケアの供給主体を市町村とし、市町村は高齢者ケアサービスの将来的な供給目標を「老人保健福祉計画」の中で明示することが義務付けられた。本稿では、近年における地域医療の急激な転換の状況を、岐阜県における保健医療サービスを事例として取り上げて考察する。医療資源全般の状況については、「岐阜県保健医療計画」を中心にして検討を行い、老人ケアについては、飛騨地方の市町村の「老人保健福祉計画」の策定状況を検討することから、こうした問題に対してアプローチを試みる。

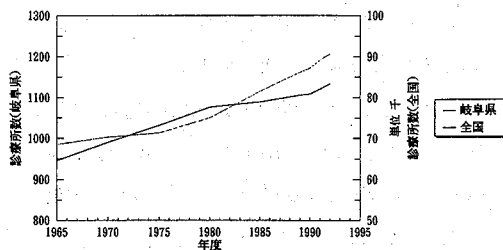
老人医療福祉政策の転換は、「福祉国家の危機」論に対応するための民営化路線および地方分権化に沿うものと見なされている(藤村, 1994)。近年における医療福祉政策の転換、とりわけ老人保健福祉政策の転換は、地理学的な観点からも非常に重要と思われる。医療全般について言えば、診療所(病床数19床以下が診療所, 20床以上のものは病院)は現在の保険診療制度において自由立地が原則であるため、医療資源の地域的不均衡が著しい。医療サービスは、われわれが健康な生活を送るために欠かすことがで



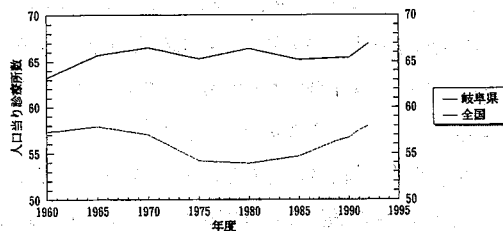
第1図 岐阜県と全国の一般病床数の推移



第2図 岐阜県と全国の人口10万人当り一般病床数の推移



第3図 岐阜県と全国の診療所数の推移



第4図 岐阜県と全国の人口10万人当り診療所数の推移

きないものであり、それゆえ国家が保険制度を通じて安定的で平等な供給を行っている。しかし、もし医療サービスの供給が地域的に不平等であるなら、サービスを受ける機会そのものが奪われる結果につながる。それゆえ、保健医療サービスの供給において地域的な公正さを保証することが重要な問題となるのであり、こうした視点に対して地理学的なアプローチがかなりの有効性を持つと考えられる。市町村の「老人保健福祉計画」の対象となる高齢者ケアの問題の場合には、地理学的アプローチの重要性がさらに明確となるだろう。すなわち、高齢化の進展は地域によって非常に大きなばらつきがあり、市町村が抱える問題もその地域の人口学的特徴や医療資源の蓄積状況によってかなり違うと考えられるからである。こうした地域の特性に着目した地理学的なアプローチが、今後の地域医療を考察する上で非常に重要となってくるに違いない。

以下の考察において、岐阜県の飛騨地方という過疎地域を取り上げる理由の一つもそこにある。もちろん、大都市にはまた別の種類の問題があるだろう。

本稿は、保健医療サービスの供給問題をアクセシビリティが劣り、高齢化がかなり進んでいる岐阜県飛騨地方の過疎地域の事例を考察することにより、医療保健サービス供給における地域的公正の問題を考える上での一助としたい。

次章ではまず、「岐阜県保健医療計画」とくに2次医療圏別の医療資源の分布状況を中心にして岐阜県の医療サービスの供給状況を把握する。第III章では、飛騨地方の各市町村の「老人保健福祉計画」の概要をまとめ、各計画における特色を明らかにする。なおこれらのデータは、1994年6月から9月にかけて岐阜県庁や保健所、各市町村等で行なった聞き取りや資料に基づいている。

## II 岐阜県の医療資源と地域保健医療計画

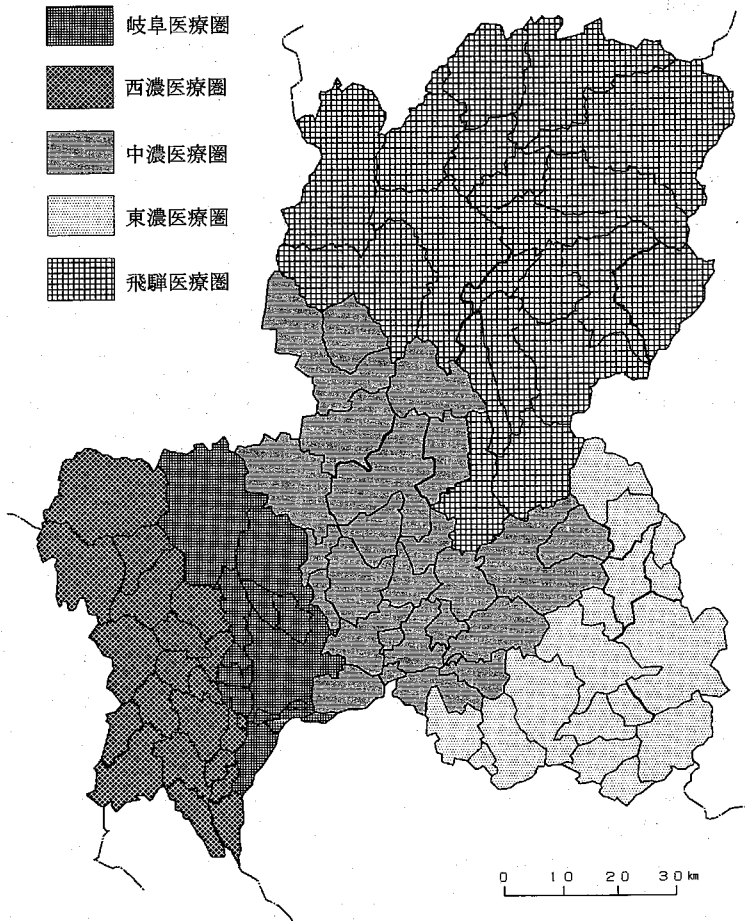
岐阜県における一般病床数と人口10万人当たり一般病床数の時系列的な推移を全国と比較したのが第1図と第2図である。一般的に見れば、岐阜県における1960年以降の病床数と人口当り病床数の傾向は全国と共通しており、人口当り病床数は全国水

準に比べて少ない傾向が一貫して認められる。同様の傾向は、診療所について示した第3図と第4図からも読み取ることができる。その結果、第2図と第4図から、岐阜県の人口10万人当りの一般病床数および診療所数は全国よりもやや低い傾向が見られることが読み取れ、第1図と第3図から、病床数や診療所数の時系列的な推移は全国の動向とほぼ対応するものであることが読み取れる。では次に、岐阜県内における地域ごとのばらつきを、保健医療計画における2次医療圏別に見てみる。

地域保健医療計画では、機能分担の明瞭化するために、1次医療圏（住民と密着した日常生活圏で行

われる医療活動の実施単位で市町村の区域）、2次医療圏（入院治療を主体とした包括的な医療活動がおおむね完結する区域）、3次医療圏（特殊な医療を提供する圏域で県全域）が設定されている。そして一般病床の場合には、2次医療圏ごとに必要病床数が算定され、現在の病床数が必要病床数を上回る医療圏では新規の病院の開設が認められないことになった。また逆に必要病床数が現状の病床数を下回る場合には、病床の増床や病院の新規立地を促されるようになった。

岐阜県保健医療計画は、1989年に必要記載事項、1990年に任意記載事項が告示され、1991年に岐阜県



第5図 岐阜県の2次医療圏

保健医療計画として発表された。その後、5年をめぐりに改訂を行なうという規定に従い、1993年に改訂が行われた。以下の説明は、1993年に改訂された地域保健医療計画に基づいている。

岐阜県の場合には2次医療圏として、岐阜、西濃、中濃、東濃、飛騨という五つの医療圏が設定されている。五つの2次医療圏という数は、他の県と比較するとやや少ない印象を受ける。例えば、広い面積を持つという点で岐阜県と似通っている隣の長野県では、10の医療圏が設定されているし、新潟県でも13の医療圏となっている。2次医療圏の設定は保健所の管轄区域を基本としているが、病院への入院や通院の圏域など日常生活の圏域的側面も考慮されている。設定された2次医療圏の数が他県に比べて少ないことは、地域的な完結性に乏しい岐阜県の美濃地方（とくに中濃地域や東濃地域）において圏域設定を行なう上ではやむを得ないかもしれない。けれども、設定された医療圏が空間的な単位としての意味を持たない医療圏であるならば、その意味を問われるだろう。第5図は、これら五つの2次医療圏の範囲を示している。岐阜県の場合も2次医療圏の設定に際して保健所の管轄域を基礎としているが、大野保健所の管轄域だけは例外的に西濃医療圏と岐阜医療圏の両者にまたがっている。

医療圏ごとに算定された一般病床数必要病床数と既存病床数は、第1表に示されている。五つの医療圏のうちで圏域人口が最大なのは岐阜市を中心とする岐阜医療圏であり、最小は飛騨医療圏である。第

第1表 岐阜県の2次医療圏別一般病床数

	人口	必要病床	既存病床
岐阜	789,761	7,230	7,607
西濃	391,928	2,976	2,607
中濃	376,932	2,588	2,401
東濃	357,520	2,871	2,636
飛騨	170,956	1,791	1,764
県計	2,087,097	17,456	17,015

資料：「岐阜県保健医療計画」

2図で見たように、岐阜県の人口10万人当り一般病床数は全国平均を下回っているため、県全体では441床の病床が不足しているという計算結果になっている。けれども、五つの医療圏のうち岐阜医療圏だけは実際の病床数が必要とされる病床数を上回っており、病院の新設や増床が認められていない。残りの四つの医療圏は、必要とされる病床数が既存の病床数をわずかではあるが上回っている。一方、精神病床数が算出されており、精神病床は必要病床数4,143に対して既存病床数が4,479、結核病床は必要病床数495に対して既存病床数は662となっている。それゆえ両者とも病床数は過剰であり、病院の新設や増床は認められない。

この他に岐阜県では、無医地区が13町村16地区存在している（1993年現在）。無医地区の定義によれば、「医療機関のない区域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4km以内の区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ、容易に医療機関を利用することができない地区」がこれに該当する。無医地区の医療圏別の内訳は、岐阜医療圏が0、西濃医療圏が3（2）、中濃医療圏が7（6）、東濃医療圏が5（4）、飛騨医療圏が1（1）となっている（かっこ内は市町村数）。この数字を見ると、過疎化の著しい飛騨地方がとりわけ多いというわけでもない。これは次章においても触れるが、飛騨地方では市町村を単位とする日常的な1次医療圏において診療所の立地が乏しいため、自治体が診療所を設立・運営していることが多いためであると考えられる。自治体が診療所を運営する場合には、地域的な公正さにもかなり配慮して、診療所の支所を域内の数か所に開設し、1週間のうちの限られた曜日だけ医療サービスを地域住民に供給しようと努めている場合が多いからである。

### III 飛騨地方の市町村老人保健福祉計画

飛騨地方の老年人口率（65歳以上比率）は、1992

第2表 飛騨地方の各市町村における寝たきり老人（ランクC）の在宅福祉サービスの目標

	ホームヘルプ (週当り回数×必要度×年間稼働週)	デイサービス	ショートステイ (必要度×年間回数)
益田郡萩原町	3*0.380*46	2*0.377*46	6*0.330
小坂町	3*0.380*46	2*0.378*46	6*0.292
下呂町	3*0.380*46	2*0.377*46	6*0.330
金山町(高齢者世帯)	3*0.600*46	2*0.400*46	6*0.200
(同居世帯)	2*0.450*46	2*0.400*46	6*0.150
馬瀬村	3*0.380*46	2*0.377*46	6*0.330
大野郡清見村	4*0.344*46	2*0.275*46	6*0.406
荘川村	3*0.500*46	3*0.500*46	6*0.350
白川村	3*0.320*46	2*0.440*46	6*0.440
宮村	3*0.420*46	3*0.500*46	6*0.500
久々野町	3.3*0.418*46	2*0.385*46	6*0.416
高根村	4*0.540*46	2*0.800*46	6*0.400
吉城郡古川町(高齢者世帯)	4*0.524*46	2*0.436*46	6*0.387
(同居世帯)	3*0.380*46	2*0.411*46	6*0.411
河合村	3*0.486*46	2*0.418*46	6*0.417
宮川村	3*0.190*46	2*0.411*46	6*0.411
神岡町	3*0.380*46	2*0.420*46	6*0.470
上宝村(同居世帯)	2*0.380*46	2*0.411*46	6*0.411

資料：各町村の「老人保健福祉計画」

年において18.0%であり、岐阜県全体の13.7%と比べてかなり高い。飛騨地方の中においても市町村によるばらつきはかなり大きく、宮川村の26.6%を筆頭にして20%を越える町村が飛騨地方の20市町村全体のうちの11町村を占める。

第2表は、老人保健福祉計画の中に示されている平成11年の在宅福祉サービスの目標の一部を抜き出したものである。この計画では非常に様々な在宅福祉サービスの目標が示されているが、いわゆる「寝たきりランクC」(日常生活全般に介護者の援助を全面的に必要とし、1日中をベッドの上で過ごす)の老人に対する在宅福祉サービスの供給目標に関するものだけを比較のために表にまとめてみた。なおこの表は、飛騨地方の20市町村のうちで資料の入手できなかった高山市、大野郡丹生川村、朝日村、吉城郡国府町を除く16町村に関するものである。

平成11年における在宅福祉サービスの供給目標の手順をやや詳しく追ってみよう。例えば、益田郡萩原町の場合を取り上げてみよう。第2表には数字

が示されていないが、将来的に「寝たきりランクC」に該当する老人がどれくらいの人数になるかをまず推定しなければならない。これは、コホートを用いて将来の65歳以上人口を推定し、この人口に「寝たきりランクC」が出現する確率を掛け合わせることで求められる。この推定人口に、ホームヘルプサービスをどの程度老人が必要とするか、あるいは自治体がどの程度まで住民に対して福祉サービスを提供するのか、という尺度である「サービスの週当り回数」(萩原町の場合は週3回)、「必要度」(ランクCの老人のうち38%の人が必要とする)、「年間稼働回数」(サービス供給が1年間に46週にわたって行なわれる)を掛け合わせることで、市町村が提供する住宅福祉サービスの目標が決定される。ホームヘルプサービスだけを見ただけでも、かなりの違いが認められる。週当り回数や必要度の値は国や県によって指針が示されているため、同一の値を採用している自治体もいくつかみられる。いくつかの町村では、計画策定の際に住民に対して将来的な

第3表 飛騨地方の市町村別の病院数・診療所数

	人口数	老年人口率	病院数	診療所数	歯科診療所数
高山市	65,424	15.0	4	48	26
益田郡萩原町	11,523	19.3	1	8	3
小坂町	4,249	21.3	1	0	2
下呂町	15,487	17.9	2	10	5
金山町	8,363	22.5	1	5	2
馬瀬村	1,538	24.5	0	3	0
大野郡丹生川村	4,596	19.9	0	4	0
清見村	2,571	19.3	0	4	0
荘川村	1,390	21.2	0	1	0
白川村	1,836	21.4	0	2	0
宮村	2,470	16.2	0	2	0
久々野町	4,217	18.9	0	2	0
朝日村	2,200	24.5	0	2	1
高根村	868	23.2	0	2	0
吉城郡古川町	16,033	18.7	2	9	4
国府町	8,008	17.8	1	3	1
河合村	1,566	21.8	0	3	0
宮川村	1,223	26.6	0	2	0
神岡町	13,218	21.3	3	8	2
上宝村	4,176	19.2	0	3	0

資料：厚生省「平成3年医療施設調査」

サービスの利用の意向を詳しく尋ねているところもあり、そうした町村では独自の値を採用している場合もある。

もちろん、こうした老人福祉サービスの計画策定は地方自治体にとって初めての経験であり、県を通じた指導がかなり強力に行なわれた。さらに一部の自治体では、計画策定に不慣れなためにコンサルタントに業務を委託したという話も聞き取り調査の過程で耳にした。

一方、すでに高いレベルの老人福祉サービスを提供している町村では、既存の組織やノウハウを生かせるので、将来のサービス水準の目標も他の町村に比べて相対的に高く設定できると考えられる。ただ飛騨地方の場合には、全般的に自治体財政がさほど豊かでないこともあり、高い水準の老人福祉サービス供給の実績を持っていると言える町村はない。

もともと、老人福祉の担当者への聞き取りから判断する限り、町村によって老人福祉への取り組みの意欲にかなり大きな差異が見られるのも事実である。

さらに、老人保健福祉計画ではあまり言及されていないが、在宅ケアサービスに際して、アクセシビリティをどのように確保するかという問題も重要だろう。これは、第2表に示される数字からはほとんど明らかにならない事項であるが、飛騨地方ではきわめて切実な問題だろう。例えばデイサービスを提供する場合に、サービスを供給する地点までの高齢者の送迎をどうするのかという問題が浮かび上がってくる。すでにいくつかの自治体では、小学生の通学バスを共同利用するという方法で、高齢者向けのデイサービスを供給しているところもある。老人福祉サービス供給が将来さらに拡充されるならば、アクセスの確保の問題はより重要性を帯びてくると予

想される。

上に述べたようないくつかの留意点が存在するため、第2表に示される尺度値の大小が町村による老人福祉サービスの供給への意向を直接的に反映しているとは言い難い。それでも、将来の老人福祉サービスの供給水準に市町村ごとにかなりの差異が予想されることは確かである。

参考までに、各市町村における医療資源の分布状況を示す一つの指標として、病院・診療所数を示しておきたい(第3表)。この表からのわかる通り、各市町村に存在する医療資源はかなり偏在している。老人福祉サービスの場合には、この他にも特別養護老人ホームや老人保健施設、市町村保健センター、訪問看護ステーションなどが、在宅福祉サービスを供給するための拠点として重要であろう。ただ、これらの施設はゴールドプランに沿って現在急ピッチで整備が進められている最中であり、その整備状況を判断するにはもう少し時間を待たねばならないだろう。

#### IV むすび

本稿は、岐阜県飛騨地方の市町村を事例として、

現在各地方自治体において進められている老人保健福祉計画の策定状況を報告し、その地理学的な意義をさぐることであった。一般病床数から見れば岐阜県の飛騨地方はほぼ充足している状況にあるが、市町村ごとには、病院数・診療所数の分布にかなりの偏りがあり、また、市町村老人福祉計画で予定されている在宅老人ケアのサービス水準にもばらつきが見られた。それゆえゴールドプランの最終年度にあたる平成11年には、こうした違いが表面化するに違いない。

老人福祉サービスの地方分権化の流れの中で、どのように地域的な公正を維持していったらよいか、今後の大きな問題となるだろう。本稿では、財政面からの考察は行なえなかったが、国保財政の問題を含めた福祉サービスの財源確保の問題や国庫補助金など地域間の所得移転の問題もからめながら、今後の研究を進めてゆきたい。

#### 参考文献

藤村正之(1994)「福祉政策再編過程における『分権化』と『計画化』」都市問題, 85-11, 3-16.