

## 地域医療と福祉計画

西 三 郎

### I はじめに

研究課題として与えられた題名が「地域医療と福祉計画」であり、その内容を筆者なりに理解して報告をまとめる。高齢化社会に向けて、1人1人の主体的な生きる努力が社会の基盤として必要なことは、人間も動物であることから当然なことといえよう。しかしながら、社会の進歩発展により、生きること自体に個人の努力の限界を超えたところに、公衆衛生、社会福祉が登場し、さらに、生存権の確立へと発展し、わが国の憲法に、生存権と国の義務が規定されている。ここでは、個人の努力および国の義務に関する論議を避け、人間が生活している地域社会に着目して、住民自治に基づいた健康で幸せなまちづくりを目指す、市町村衛生行政・福祉行政における医療と福祉の統合のための計画化と計画・実施・評価システムの開発のための私見をまとめて報告とする。まず、地域保健、地域医療について説明を行い、次いで保健、医療、福祉の関係と地域社会とのかかわりの重要性について私見を述べ、最後に市町村における保健福祉行政をすすめていくための規模と地区設定の必要とその意義および保健、医療、福祉活動をすすめる基本的事項および市町村の規模に応じた保健、医療、福祉行政の地区設定について報告する。

### II 医療と地域医療

#### 1) 地域保健・地域医療と公衆衛生

地域保健、地域医療という言葉が広く用いられ、

憲法にある公衆衛生という言葉が使われなくなり、特に公衆衛生は、厚生省の部局の名称から消し去られている。また、社会福祉の分野においても地域福祉という新しい概念が登場し、地域福祉学会が設立されている。さらに、社会保障の理念の転換の必要がいわれてきている。すなわち、憲法に規定されている生存権保障の意義の再確認と権利の主張の重要性が特に高まり、国の義務が問われている。しかし、それとともに、人間生活の基盤であり、歴史的に相互扶助の機能を果たしてきた地域社会の意義を再確認し、現代の崩壊の過程にある地域社会を新しい意味での再興を意図しているものと思われる。なお、この意図には、国の義務の軽減を期待する面が含まれていることは否定できない。しかし、ここでは、本来国の義務とは性格が異なる住民自治の機能に着目し、国の義務、責任を常に念頭におきながら、地域社会における保健、医療を論じることとする。

#### 2) コミュニティーと地域社会

Community Health, Community Medicine, Community Health Services および Community Health Care など多少意味を異にしているが、いずれも明確な概念規定のないままに広く用いられ、日本では、地域保健、地域医療という言葉で用いられている。なお、日本を含め、諸外国において用いられている地域保健に共通することは、古典的な伝染病の予防から、病気全般の発生予防、疾病対策へと拡大されるなかで、それぞれの地域社会における生活を重視した保健活動の必要性を認識し、新たな改革を意図して新しい用語を用いたものといえよう。

地域という言葉には、欧米では自治の概念が含まれており、イギリスでは国民保健事業 (NHS) のなかで、地域が確定されて委員会が設けられている。しかるに、日本での保健医療分野で最初に提唱した武見太郎の地域の内容をみると、コミュニティの概念を中央集権的に区画された行政区域のあり方から脱却して、主権在民的に形成されてきた概念であると述べていながら、自治の保障には全く触れていない。しかも団体自治としての市町村の区分は、時に生活圏を無視した線引きがなされているとして、市町村を地域の単位とすることには反対している。すなわち、市町村は、住民自治に基づくものであることの認識を欠いていた。さらにその後は、住民自治すら記載されないままでのサービス提供側からの生活重視論を述べているにすぎない。本来生活を重視することは、個人においては、自己決定権を前提とし、地域社会においては、その地域社会における住民自治の保障が前提になければならない。すなわち、日本では地域およびコミュニティの概念を明確にせず、特に自治についての保障のないままに、権力の側から一方的に使用し始めた用語であるといえよう。

次に、地域保健、地域医療に関連して、新しくこの言葉が用いられた時点をアメリカ、イギリスおよび日本について簡単に紹介しよう。

アメリカで地域保健という言葉が登場したのは、20世紀の半ば過ぎからといわれ、著名なこととして、1962年に地域保健委員会 (National Commission on Community Health Services) の設置がある。この委員会は、1872年に設立されたアメリカ公衆衛生協会とアメリカがん協会等の多くの全国的な健康関係団体を包含する1920年に設立された全国保健審議会とが合同して設置されたもので、今後の10年間における地域保健活動の開発のための提言を行うことを目的とし、4年間の検討作業を行い、多くの報告書を発表した<sup>1)</sup>。

イギリスでは、NHS の再編成が行われた1974年頃からこれらの用語が用いられたようで、再編成された NHS に消費者の代表の委員会として地域保健委員会 (Community Health Council) が各

保健地区に設置された。

その他、1968年、ロックフェラー基金の援助により、イタリアの Villa Serbelloni, Bellagio で世界最初の体系だった Community Medicine の会議が開催され、英米および発展途上国からの多くの参加者により医療供給体制、医学教育について論議された<sup>2)</sup>。

日本では、1957年4月に日本医師会長に就任した武見太郎は、同年度日本医師会事業計画に地域社会活動の強化を取り上げ、「医師会中心地域社会活動の必要性、理念並びにその具体的方法」を発表した<sup>3)</sup>。この内容を、遠藤朝英が日本医師会雑誌に公表している<sup>4)</sup>。その後、地域保健活動という言葉を用い、「地域社会の保健活動を、保健所長の手に委ね、しかもその責任を保健所長にのみ負わせるよりも、その地域社会の自主的活動にその主導権が委ねられるべきである」としている。なお、住民自治の尊重を建前としているが、その自治を保障する方法については述べていない。地域保健という言葉が、公的な立場で最初に用いられたのは、厚生大臣の諮問機関である医療制度調査会が昭和38年3月23日に厚生大臣に答申した「医療制度全般についての改善の基本方策に関する答申」のなかで、地域保健調査会の設置が望まれると述べている。このことは、日本医師会の提言により盛り込まれたものとされている。

### 3) 地域医療 (Region としての地域)

地域保健と地域医療との区分は、英語・日本語ともに不明確である。日本語では、保健と医療と区分がされていることから、地域保健というときには、衛生行政にかかわる活動を主とし、地域医療は、医療を主とするときに用いられていることが多い。ここでは、まず、Region の意味について述べよう。

スウェーデンは、1970年に地域病院計画を議会で定め、全国を7つの病院地域に区分した<sup>5)</sup>。それぞれの病院区の人口は約100万とし、区域内で医療が完結できるようメディカルセンターとなる病院と国立医科大学を設けることが計画された。ここでの方法論は、当時の経済学ないしは経営工

学的な地域科学論によっている。すなわち、ある空間的な広がりの中で発生する医療需要に対し特殊な医療行為を除き、ほぼその広がりの中で効率的に医療供給体制を完結できるように圏域を設定することである。しかも、設定された医療圏において階層的に区分した医療機能を体系的な医療供給体制としてまとめ、社会資源を効率的に配分し計画的に整備するもので、そのための計画を医療計画という。その後のアメリカにおける病院再編成、医療計画も同様の視点での地域設定がなされ、イギリスの NHS 再編成もその系統といえよう。これらにおいて設定された地域の人口規模が約50万から100万ぐらゐと共通していたことは、特殊な医療行為を別にして、医療需要を満たすに妥当な人口規模がこの単位であることが推測される。

日本では、医療法が昭和61年に改正され、都道府県は、医療を提供する体制の確保に関する医療計画を定めるとされた。医療計画において、医療圏を設定し病院病床の整備を図るとして、病床数の増加を規制することとした。法改正のねらいは、高齢化社会に向けての医療費の抑制、特に国民医療費のなかでの国の負担の削減を意図した病床数の増加を抑制することにあった。しかも、医療計画の方法論を欠如したままで、現在の病院病床の利用状況の調査に基づいて現状に固定化させる危険を含む計画であり、さらに、欧米の医療計画に組み込まれている医療圏における自治の保障を欠いた制度である。法律の規定には、医療計画作成にあたり、あらかじめ、都道府県医療審議会および市町村の意見を聞かなければならないとある。しかし、市町村に対し、ほぼ完成した案を提示しているために意見により修正され得る余地は少ないのが実態である。すなわち、設定された医療圏における地域の住民の自治は全く無視されているといえよう。このような住民不在のままで、医療供給体制を効率的に整備したとしても机上の効率論に終わる可能性が高いといえよう。

#### 4) 世界保健機関 (WHO SEARO) 用語集の定義

世界保健機関 (WHO) における地域保健、地域

医療の定義を、東南アジア地域事務局 (SEARO) で発行している用語集によると、次の説明がなされている<sup>9)</sup>。

Health Care: 急性及び慢性の病気のケアのみならずリハビリテーション、疾患の発見、健康維持、疾病及び障害の予防、健康教育を意味する。類似の定義としては、Comprehensive Health Care がある。

Community Health (以下地域保健と訳す): 1966年の EURO シンポジウムにおいて次のことを含むものとして「いかなる人間のコミュニティ (以下地域と訳す) において、公私の区分にかかわらず、総ての (all) の個人保健及び環境サービスを含む」と定義された。しかしながら、1973年の WHO の公衆衛生の卒後教育訓練専門委員会は、次のように記述している。「この表現は、多くの国で用いられているが、不明確で、何等の限定もない。例えば、環境保健がそうであるように地域の (of) ヘルスケアに当たるのと同義語として用いている; 他の場合では、施設収容以外のヘルスケアとか地域における (in) ヘルスケアとしている。また、地域のために (for) 提供されるヘルスケアの全体に当たり、この意味では、公衆衛生 (公衆衛生の定義は、省略する) と同じとなる」。

以上のことは、この不明確な定義は、地域保健という言葉を用いるときに、注意しなければならないことを意味している。1966年のシンポジウム及び1973年専門家委員会において採用された定義に示された、広い分野にかかわることを示すのであれば、むしろ地域保健ケアという言葉を用いることがよいであろう。

公衆衛生: 公衆衛生の定義を含めて前略……広い意味に公衆衛生をとらえると、最近使われだした Community Medicine (参照とあるが、項目としては説明がない) の概念に近づいている。また予防衛生、社会医学に非常に類似している。

以上の説明には、地域保健・地域医療を用いる

この理由、意義を示さずに、公衆衛生との区分も明らかにしてはいない。

#### 5) 地域保健・地域医療から公衆衛生が見えない

日本以外の先進諸国でいう地域には、住民自治、住民参加、消費者参加が基盤とされており、そのことを前提とした地域設定がなされている。このことから、わが国において公衆衛生の定義で最も広く用いられているのは、ウインズローの定義で、そのなかで最も重視されている事項は、地域社会の組織的努力とされ、そこには、自治による活動を意味しているものといえよう。なお、彼は、1921年に最初の定義を、1948年にその一部を改正している。しかるに、日本では全く住民自治が欠如したまま、公衆衛生の定義が引用され、言葉だけの住民向けの地域論が提唱されている。そのため、生活重視のコミュニティであれ、資源配分のためのリジョンであれ、生活論、地域論に基づいて具体的に地域を設定しても、そこには、国からの効率性のみが優先され住民自治が欠如していることの問題点すら意識されていないといえよう。なお、日本の一部には、地域とは、身近なところを意味することから、地域保健・地域医療という言葉は明確に概念規定もせず用いている人々がいる。

公衆衛生にかかわる人々は、地域保健を公衆衛生から環境衛生を除いた分野の用語として理解していることが多い。公衆衛生という言葉は、戦後アメリカから導入され、当時のウインズローの定義の影響もあって、医学系では、公衆衛生を医学の一部に矮小化している。しかし、憲法での公衆衛生は、医療を含むものであり、この憲法にある公衆衛生からは、憲法に規定されている生存権の保障を導き出すことができる。しかしながら、地域保健、地域医療からは、公的責任を引き出すことはできないどころか、健康自己責任への道をたどる結果になっている。以下に参考までに公衆衛生、健康を規定している主な法律および定款を示す。

厚生省設置法（厚生省の任務）第4条 厚生省は、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上

及び増進を図ることを任務とし、次に掲げる国の行政事務及び事業を一体的に遂行する責任を負う行政機関とする。

#### 一 国民の保健

#### 二 以下略す

#### 地方自治法第2条 前略

一 地方公共の秩序を維持し、住民及び滞在者の安全、健康及び福祉を保持すること。

医師法第1条 医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

社団法人日本医師会定款（目的）第4条 本会は、医道の高揚、医学及び技術の発達並びに公衆衛生の向上を図り、もつて社会福祉を増進することを目的とする。

すなわち、地域保健、地域医療という言葉には、住民自治の概念を欠くばかりか、憲法に規定されている国の生存権との結びつきすら失わせている。

世界保健機関の憲章の前文をみると、公衆衛生分野の人々が広く引用する健康の定義のみならず、次の文章が記されている。

「到達しうる最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一つである。」

「各国政府は、自国民の健康に関して責任を有し、この責任は、十分な保健的及び社会的措置を執ることによつてのみ果たすことができる。」

日本政府は、世界保健機関に加盟し、この憲章を遵守する立場にあることから、憲法の生存権の規定が国際的にも裏づけられていることを意味しているといえよう。このため、公衆衛生従事者は、国民に対して健康の権利と国の責任を明らかにすることが必要であり、衛生行政にかかわる公務員として、憲法および厚生省設置法に規定されている社会福祉、社会保障、公衆衛生の向上および増進の任務を無視する発言に対し厳しく批判しなければならない。

### Ⅲ 保健、医療、福祉の関係と地域社会との かかわりの重要性

#### 1) 保健、医療、福祉の関係

保健、医療、福祉と併記されその連携の必要が  
いわれてきている。しかるに、医療は、包括医療  
といわれるようにその概念が拡大され、主として  
疾病の治療に当たっていた医療から、一方では疾  
病の発生を予防することからさらに健康増進へと  
発展し、他方では一病息災といわれるように、慢  
性疾病への対応のために生活を踏まえたりハビリ  
テーションから福祉をも包括する総合的な生活指  
導さらに、ターミナルケア、末期医療における生  
活面での指導へと発展してきている。保健におい  
ても、総合保健活動という新しい概念が提唱され、  
包括医療と同じ内容を意味するものへと発展して  
きている。このような概念が拡大されるなかで用  
いられている保健、医療、福祉の内容をみると、  
保健とは主として保健分野における衛生行政によ  
る活動を意味し、医療とは診療を意味し、福祉と  
は社会福祉なかでも主として福祉行政による活動  
を意味している。すなわち、保健、医療、福祉の  
連携とは、衛生行政と福祉行政との連携に、私的  
な活動である診療行為をもその連携に組み込もう  
とするものである。

保健と福祉とはともに行政活動である。そこで  
行われる行政の形式は、規制行政の形態による例  
が多いが、行政の内容は、受益的であり給付行政  
が主なものである。現実の診療行為のほとんどが  
社会保険制度、公衆衛生または社会福祉制度に基  
づく公費医療等の公的な性格の診療であり、診療  
報酬も社会的に規制されている。しかし、診療行  
為における医師と患者との関係は、私的な関係で、  
行政活動とは異なっている。このような、異質の  
診療を、保健および福祉行政と連携させるには、  
診療にかかわる医師のみならず診療を受ける患者  
自身も何らかの行政への協力が前提になれば成  
立しない。このため、制度として協力を得るため  
の施策が必要であり、国および自治体でそのため  
の努力を行っており、成果を上げている地域もみ

られている。しかしながら、全国的にみると必ず  
しも医師との関係が密接であるとはいえない地域  
が少なくないのが実態である。すなわち、衛生行  
政と福祉行政との連携と診療との連携が基本的に  
異なるものであることから、必ずしも、行政間の  
連携よりその成果を上げるのが困難であるとはい  
えない。逆に、診療は、自由な私的な行為である  
ことから、行政よりは、より合目的的に行動でき  
る許容範囲が広い利点があり、行政間の連携より  
有効に連携が図られている例が少なくない。特に  
診療を介して衛生行政と福祉行政とが連携が図ら  
れている事例すらみられている。

#### 2) 保健、医療、福祉活動における地域社会の重要性

保健、医療、福祉といわれる事項は、それぞれ  
衛生行政、福祉行政、私的な診療である。前二者  
の行政は、国の機関委任事務が多く、その主な理  
由は国民に対する行政水準の確保のためとされて  
いる。しかしながら、衛生行政、福祉行政は、行  
政目的からみても、行政自体が地域社会と密接な  
関連のもとで展開される必要からも、国の事務で  
あるとともにそれぞれの地方自治体による固有事  
務としての性格を有するものである。このため、  
行政の形態が機関委任事務となっていなくても、財  
政的にも地方の負担が大きく、そのうえ超過負担  
の多い行政とされている。現在、国家財政の制約  
によることを理由に、機関委任事務から団体委任  
事務への移行が福祉行政、衛生行政では積極的に  
すすめられている。そのようななかで、多くの自  
治体は、固有事務として保健活動、福祉活動を多  
様の単独事業として実施している。

診療行為は、医学に基づき、患者の病態を把握  
し、それに対応して治療を行うものである。ここ  
半世紀前ぐらいから、疾病構造の変化が始まり、  
急性症から慢性的経過をたどる疾病へと重点が  
移ってきており、狭い生物学的な医学のみならず  
広く、労働を含む生活全般にわたる患者の生活背  
景を把握し、その生活に適應できる治療、保健指  
導を行うことが求められてきている。このことは、  
診療においても、地域社会とのかかわりが重視さ  
れ、前述の地域保健、地域医療が提唱されている

ことの根拠とされている。

保健、医療、福祉のそれぞれの活動の最終的な活動目標は、対象となる個人の健康で幸せな生活の保障に統一され得る時代になってきている。さらに、個人の健康で幸せな生活は、その人が受動的に保健、医療、福祉の活動を受けるのみではその目的を達成することができず、主体的に健康な生活への努力が必要とされている。このため、それぞれの保健、医療、福祉の活動が展開されている共通な地域社会自体が総体として健康で幸せなまちづくりを基盤とする地域社会に発展していることが重要となり、そのような地域社会において初めてそこに生活している1人1人が、自分自身で豊かな生活目標を達成することが可能になる。すなわち、保健、医療、福祉の連携の達成度は、それぞれの地域社会における自治の段階の指標ともいえよう。

#### IV 市町村保健福祉行政

##### 1) 保健、医療、福祉の活動単位としての地区

保健、福祉にかかわる衛生行政、福祉行政は、活動単位として地区を設定している。

戦後に大改正された初の保健所法の考え方によると、保健所は衛生行政の中心機関であり、かつ第一線機関としては、基礎的地方自治体に設置するとされた。しかし、現実には、当時の自治体の規模、財政等の能力からみて保健所を設置できるのは政令で定めた市とし、その他の市町村には保健所支所を設けるとした。保健所の設置は、人口10万に1ヵ所とすることを施行規則で定めていたが、現在の規定では、人口の定めがなくなり、現実には管轄人口が1万未満の保健所が生じている一方で、80万を超える人口を管轄する保健所がみられている。保健所は、適正人口規模についての議論のみでなく、そのあり方が論議され、昭和34年には、保健所が地域社会に適合した活動がすすめられるよう農村部と都市部、人口規模等より型別に区分する再編成が行われた。しかしながら、地域社会の発展変貌に伴い、保健所の活動が拡充強化されるとともに、市町村においてもそれぞれ固有の活

動を含めて保健事業が充実され、保健所についてのあり方が繰り返し論議されてきた。昭和63年度に厚生省は、私的諮問機関として地域保健将来構想検討会を設置し、平成元年6月に審議検討した結果をまとめて報告した。その報告によると、医療法により策定されて医療計画における二次医療圏域等に特定保健所を新たに設け、その他の保健所とその機能を区分するという内容で、各都道府県が保健所の将来を定めるとしている。さらに、政令市保健所についても検討し、その拡大が図られると思われる。将来の保健所の管轄区域がどのようになるのか、現在の段階では明らかではない。しかし、都道府県庁所在地の市および人口30万以上の市は、政令市保健所となる可能性がある。都道府県の保健所は、特定保健所とその他の保健所とに二分され、都道府県によっては、特定保健所に整理統合することもあり得よう。いずれにしても保健所の管轄地区の人口は、当初の10万から20万ないし30万へと拡大されるものと思われる。

さらに、報告書には、市町村における、衛生行政が充実強化されていることから市町村保健センターの設置をすすめ、同センターを活動拠点とする意見がみられている。市町村保健センターは、保健所が保健所法に基づき設置されているのとは異なり、設置の根拠法がなく、厚生省の予算措置によって建設が補助されているのみである。将来の衛生行政の地区の単位として市町村とするか、保健所管轄区域とするか明確ではないままに、政令市を除いて、二重構造が続くものと思われる。筆者の意見は、性格不明確なままの二重構造によるよりは、政令市を可能な限り拡大し、福祉事務所にみられるようにすべての市が設置する方向で、保健と福祉の行政単位を統一することが好ましいと考えている<sup>7,8)</sup>。

医療にかかわる圏域は、医療法に基づく医療計画において各都道府県が定めるとされ、すでに全都道府県において、医療圏域を定めている。その人口規模は、多様で全国的な基準を示すことはできない。一部ではサブ医療圏を定めているが、その設定の基準も各都道府県が定めている。なお、国際的にみると、日本でいう三次医療圏に相当す

る圏域は、おおそ人口規模が50万から100万が単位とされ、その圏域をさらに区分している。日本では、自由開業医制のもとで患者の医師の選択の自由が保障されており、医療において設定された地区は、福祉行政による地区設定とは異なり、市民に対して地区を示すことはできても、その利用を拘束するものではない。しかしながら、現状の診療は、都道府県および市町村の衛生行政、福祉行政との関連が緊密であることが重要であり、診療行為自体に関しても、社会保険制度とは別に、病床の確保、その他の高次診療機能との連携における行政による支援がなされている。特に、地区医師会等による市町村への働きかけの結果、市町村行政による医療施設等への支援の内容に格差がみられている。このことが、さらに、地区医師会と衛生行政および福祉行政との結びつきをより強固なものとしている。各開業医は、診療にあたり、地区医師会が指導し行政内容を向上させている市町村住民と他の市町村住民とに対し差別をつけることはあり得ない。しかしながら、結果として自分の所属している医師会の市町村の患者の方が、より総合的にサービスを受けられることになり、医師としても、患者の地域性により関心をもつようになってくる。すなわち、地域への関心といわゆる総合的な診療を目指すことが相互により方向に刺激しあって発展するという好ましいサイクルが生まれてきている。

福祉行政においては、社会福祉事業法により、すべての市および特別区は、福祉事務所の設置が義務づけられている。さらに、おおむね人口20万以上の市、指定都市および特別区は、おおむね人口10万ごとに1つの福祉区を設け、当該地区を担当する福祉に関する事務所の設置が義務づけられている。すなわち、それ以外の市は、福祉事務所が1つということは全市が1つの福祉区といえる。町村を管轄する福祉事務所は、都道府県が設置し、地方事務所の管轄する区域ごとに1つの福祉地区を設け、福祉事務所を設置するとされている。なお、町村または一部事務組合による福祉事務所の設置も認められ、現在では、奈良県榛原町、十津川町、大阪府島本町の3ヵ町が福祉事務所を設置

している。なお、従来から福祉事務所を設置していた大阪府狭山町は市に昇格した。すなわち、福祉事務所が第一線の社会福祉行政を担当し、その管轄区域が福祉区である。

福祉区は、市部では、人口20万未満でほぼ1地区、それ以外では、人口10万ごとに1ヵ所である。町村部では、都道府県が福祉区を設定し、都道府県行政が第一線となっている。しかし、現実には町村において福祉行政を担当する分野が増加していることから、基礎的自治体である町村ごとに福祉区またはサブ区を設定するか、人口規模およびその他の理由により一部事務組合による福祉地区を設定することが好ましいと考える。

以上のように、保健と医療と福祉の地区設定は、それぞれ独自に定められている。このようななかで、保健と医療と福祉の連携を図るには、地区設定が可能な限り共通であることが好ましいといえよう。現状で、地区設定の根拠が法的に最も明確なのは福祉区である。しかしながら、現実には保健所の統廃合がすでに一部の県で実施され、さらに他の都道府県に拡大される可能性は否定できず、現状では、直ちに保健所管轄地区と福祉区を整合させることは容易ではない。衛生行政における市町村の機能が拡充強化されている現状からみて、可能な限り政令市を増加させ、できれば、福祉事務所と同様にすべての市および町村の一部事務組合に保健所設置の権限を委譲することにより福祉と保健との地区の整合性を保つことが期待され、その必要性が高いと考える。また、医療においても、前述のように行政地区との整合性を図ることが好ましいことが実証されている。なお、多くの市部では、それぞれ市ごとに1つの地区医師会を設けている例が多いが、町村部では、複数の町村をまとめて、または近隣の市と一緒に1つの地区医師会を構成していることが多い。しかし、町村ごとに医師会が設けられてはいなくとも医師会的な組織がある所が少ないことより、町村を単位とすることは可能である。

次に、市町村における地区設定についての意見を述べよう。

表 1 人口規模別市区町村数、人口、保健所設置政令市人口、その他の市人口

|            | 市区町村(特別区再掲) |       |         |       | 保健所設置政令市特別区 |        |              |              | 政令市以外の県庁所在市 |        |              |              | その他の市 |        |              |              |
|------------|-------------|-------|---------|-------|-------------|--------|--------------|--------------|-------------|--------|--------------|--------------|-------|--------|--------------|--------------|
|            | 数           |       | 人口      |       | 市区数         | 人口     | 対全国人口<br>(%) | 対市部人口<br>(%) | 市数          | 人口     | 対全国人口<br>(%) | 対市部人口<br>(%) | 市数    | 人口     | 対全国人口<br>(%) | 対市部人口<br>(%) |
|            |             | %     |         | %     |             |        |              |              |             |        |              |              |       |        |              |              |
| 総数         | 3,276 (23)  | 100.0 | 121,048 | 100.0 | 55          | 34,734 | 28.7         | 37.4         | 28          | 7,884  | 6.5          | 8.5          | 591   | 50,271 | 41.5         | 54.1         |
| 市          | 674 (23)    | 20.6  | 92,889  | 76.7  | 55          | 34,734 | 28.7         | 37.4         | 28          | 7,884  | 6.5          | 8.5          | 591   | 50,271 | 41.5         | 54.1         |
| 100万以上     | 10 (0)      | 0.3   | 16,529  | 13.7  | 10          | 16,529 | 13.7         | 17.8         | 1           | 572    | 0.5          | 0.6          | 1     | 508    | 0.4          | 0.5          |
| 50万～100万未満 | 17 (7)      | 0.5   | 10,263  | 8.5   | 15          | 9,183  | 7.6          | 9.9          | 10          | 3,521  | 2.9          | 3.8          | 20    | 7,496  | 6.2          | 8.1          |
| 30万～50万    | 45 (6)      | 1.4   | 17,055  | 14.1  | 15          | 6,038  | 5.0          | 6.5          | 12          | 3,071  | 2.5          | 3.3          | 24    | 5,880  | 4.9          | 6.3          |
| 20万～30万    | 43 (4)      | 1.3   | 10,716  | 8.9   | 7           | 1,765  | 1.5          | 1.9          | 5           | 720    | 0.6          | 0.8          | 98    | 13,249 | 10.9         | 14.3         |
| 10万～20万    | 109 (4)     | 3.3   | 15,058  | 12.4  | 6           | 1,089  | 0.9          | 1.2          | 216         | 14,778 | 12.2         | 15.9         | 179   | 7,019  | 5.8          | 7.6          |
| 5万～10万     | 218 (2)     | 6.7   | 14,908  | 12.3  | 2           | 130    | 0.1          | 0.1          | 53          | 1,341  | 1.1          | 1.4          | 53    | 1,341  | 1.1          | 1.4          |
| 3万～5万      | 179         | 5.5   | 7,019   | 5.8   |             |        |              |              |             |        |              |              |       |        |              |              |
| 3万未満       | 53          | 1.6   | 1,341   | 1.1   |             |        |              |              |             |        |              |              |       |        |              |              |
| 町          | 2,602       | 79.4  | 28,159  | 23.3  |             |        |              |              |             |        |              |              |       |        |              |              |
| 3万以上       | 83          | 2.5   | 3,082   | 2.5   |             |        |              |              |             |        |              |              |       |        |              |              |
| 2万～3万未満    | 238         | 7.3   | 5,712   | 4.7   |             |        |              |              |             |        |              |              |       |        |              |              |
| 1万～2万      | 771         | 23.5  | 10,732  | 8.9   |             |        |              |              |             |        |              |              |       |        |              |              |
| 5,000～1万   | 940         | 28.7  | 6,855   | 5.7   |             |        |              |              |             |        |              |              |       |        |              |              |
| 5,000未満    | 570         | 17.4  | 1,769   | 1.5   |             |        |              |              |             |        |              |              |       |        |              |              |

(資料) 昭和60年国勢調査。

表 2 福祉事務所および保健所の設置数

平成元年 6 月 1 日現在

|         | 市町村数  | 人 口     | 福祉事務所数           | 保 健 所 数    |
|---------|-------|---------|------------------|------------|
| 総 数     | 3,268 | 122,335 | 1,182            | 850        |
| 指 定 市   | 10    | 16,615  | 119 指定市設置(区の数+8) | 110 指定市設置  |
| 特 別 区   | 23    | 8,099   | 45 区設置           | 53 区設置     |
| 保健所法政令市 | 22    | 9,967   | 41 市設置           | 51 市設置     |
| その他の市   | 623   | 59,419  | 632 市設置          | 636 都道府県設置 |
| 町 村     | 2,590 | 28,235  | 3 町村設置(注)        |            |
|         |       |         | 342 都道府県設置       |            |

(注) 町村で設置するのは、奈良県榛原町、十津川町、大阪府島本町、なお大阪府狭山町は市に 62.10.1 昇格し、大阪狭山市となる。

社会福祉事業法政令で定める市は、仙台市(4)\*、いわき市(3)、長野市(1)、倉敷市(4)、尼崎市(6)\*、堺市(6)\*、東大阪市(3)\*、函館市(2)\*、相模原市(2)、千葉市(4)\*、岡山市(4)。

( ) 内は福祉事務所数、\*は保健所法政令市。

(資料) 厚生省調べ。市区町村および人口は、平成元年 3 月 31 日現在。

## 2) 市町村における保健、医療、福祉地区の設定

保健、医療、福祉に関する行政は、地域社会に密接にかかわる行政でなければならない、住民自治を法律で保障している唯一の基礎的自治体である市町村を重視しなければならない。最近、衛生行政、福祉行政ともに国の事務が機関委任事務から団体委任事務化の傾向がみられていることに併せて、市町村を保健行政、福祉行政における地区の基礎的単位とすることを提案しよう。しかし、全国の基礎的自治体である 3,254 市町村（東京都特別区を 1 市として、昭和 60 年国勢調査）および 23 東京都特別区の人口規模には、大きな格差があり、一律に行政区の設定は好ましくなく、前項で述べたように、自治体の規模等に応じて福祉地区の設定および保健所設置がなされているが十分とはいえない。この現状を、表 1 および 2 にまとめた。保健所と福祉事務所との設置基準が異なり、地域によっては、相互に連携して業務をすすめるため、複数の同じ機能の関係機関と連絡が必要になっている。

保健行政、福祉行政における活動の基礎的単位として地区を設定するには、人口等を含めた地区設定するための根拠が必要である。特に、適正規模、最低および最大規模を設定することが必要である。最低規模以下の市町村においては、一部事務組合または、都道府県直轄による等の方策を併せて検討しなければならない。現在の医療圏は、基礎的なプライマリ・ヘルス・ケアといわれる圏

域についての論議がなされていない。しかし、プライマリ・ヘルス・ケアは、基本的には、保健行政、福祉行政と共通する事項が多く、保健行政および福祉行政地区の単位との関連は十分に配慮しなければならない、同じ地区とすることは妥当なことといえよう。

現在国民の約 4 分の 3 が市部に居住し、市の設置した福祉事務所の管轄によっており、その 3 分の 1 は市の設置した保健所の管轄となっている。現在、厚生省において検討されている保健所法による政令市の拡大が人口 30 万以上の市に拡大されると仮定すると、市部人口の 2 分の 1 が保健所設置市に居住することになる。このことから、まずは、保健所設置市における保健行政と福祉行政との整合性を図ることを早急に取り組む必要がある。そこでの検討の結果より、大中都市における保健と福祉さらに医療を含む適正規模、最大および最小規模の地区単位を設定できよう。なお、それらの地区設定にあたり、住民自治をいかにして組み込むかが最大の課題であり、最も重要な事項である。現在、指定市における行政区の人口規模は、横浜市にみられる人口急増地区および大阪市中心部にみられる人口減少地区を除くと 10 万から 25 万に分布しており、この規模が大都市部における適正規模の行政といえよう。保健所および福祉事務所は、各区に最低 1 つ以上設置され、相互に連携した行政が可能となっている。現在の指定市行政区の課題は、自治区でないことから、住民参加の

行政をすすめるために、それぞれの部署で要綱を定めるか、行政における裁量として実施しているにすぎない。保健所運営協議会は、地区により活発に住民の意向をくむことに努力しているが、制度としては住民参加を含む方式で、これが十分機能することが検討課題であり、この方式の普及も優れた方策といえよう。

社会福祉事業法による政令で定めた市は、人口規模も大きく、長野市を除いて、それぞれ複数の福祉事務所を設置している。これらの市は、保健所法の政令市とは、必ずしも整合性が図られておらず、そのうえ、それぞれの福祉事務所の福祉区における住民自治への仕組みを欠いている。保健所法政令市が、人口規模30万以上の市に拡大されることとなれば、福祉区においてもその整合性が図られることが期待される。なお、保健所設置市において、千葉市にみられる巨大保健所が設置されることは、本来の保健所からみて多大の疑問があり、保健、福祉ともに複数区であることが必要であり、いかに都市であれ、最大規模として人口では30万以下であると考ええる。

社会福祉事業法による政令で定めた市以外の市は、1福祉区、1福祉事務所となっている。おり、一部には、保健所法の政令市も含まれて行政の整合性を図ることが可能である。将来の期待として、保健所法による政令市の規模を30万以下にも及ぶことが必要と考える。従来からいわれていた、福祉区および保健所管轄区域の人口が10万は、現在でも適正規模と考えられ、都市部においては、交通事情等より適正規模として20万まで拡大されることが許されよう。

町村部において、福祉事務所を設置しているのは、前述したように現在3町のみで拡大の方向はみられない。しかしながら、町村における福祉行政への期待が高まっている現状で、独立した福祉区が設定できなくとも、サブ福祉区の設定が必要である。これと整合するよう、保健行政においても市町村衛生行政が拡大充実される方向にあることより同市町村にサブ保健区の設定が期待できよう。

以上より、町村部においては、各町村を単位と

したサブ福祉・保健区の設定、市部においては、福祉事務所および保健所を設置して福祉・保健区の設定が期待され、適正規模として10万から20万とし、最大規模としても30万を上回らない地区設定をすることを期待する。なお、それぞれ設定された福祉・保健区およびサブ福祉・保健区における住民自治の仕組みを組み込んでいなければ、保健、福祉サービスが有効に機能し、さらに発展することは期待できない。このために、それぞれの地域社会における住民ニーズに適合した保健、福祉行政となるよう、住民自治は不可欠なものであり、このための制度を組み込まなければならない。

## V おわりに

地域医療、地域福祉が広く用いられ、さらには在宅ケア、地域ケア等がいわれてきている。これらの新しい概念を提唱することの社会的背景が、純粋に市民の健康で幸せな生活を保障するという観点からのみとはいえないことが実態として存在している。このためにも、新しい用語について、十分な検討が必要であると考ええる。在宅ケアについては、すでに論文にまとめていることから省略し、地域保健、地域医療を中心にその言葉の用いられている社会的背景を論じた。このことを踏まえて、保健、医療、福祉の連携、さらに計画における地区設定について私見をまとめて報告した。市民の自治、地方自治を踏まえた保健、福祉活動の発展を期待して報告を終わる。

## 引用文献

- 1) National Commission on Community Health Services, *Comprehensive Health Care*, Public Affairs Press, Washington, D. C., 1967.
- 2) Latehm W. and Newbery A. ed., *Community Medicine*, Appleton-century-Crofts, New York, 1970.
- 3) 日本医師会編『国民医療年鑑 医業白書——昭和39年版, 地域社会の医師会活動』, 春秋社, 1964年。
- 4) 遠藤朝英「医師会中心地域社会活動の第一次具体案成る」『日本医師会雑誌』38(4), 1957年。
- 5) Engel A., In Tottie M., Bengt J. (eds.), "The Swedish Regionalized Hospital System in Regional Hospital Planning," *Current Trends in Health Services*, Stockholm, the National Board

of Sweden, 1967.

6) P. Micovic Prepared by, Searo Regional Heath Papers No. 2, *Health Planning and Management Glossary*, World Health Organization Regional Office For South-East Asia, 1984.

7) 西 三郎「保健所の現状と課題」『都市問題研究』

37(4), 1975年。

8) 西 三郎「住民に依拠した保健所への脱皮を」『新医協』臨時増刊, 1989年。

(にし・さぶろう 東京都立大学教授)