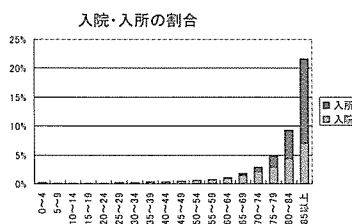


E. 結論

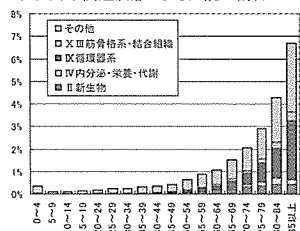
- レセプト情報を利用して健康寿命指標の算出が可能であることが確認された。
- レセプト情報、健診情報電子化の推進により、任意の地域の健康寿命指標算出が容易に算出可能となる。

健康寿命の試算

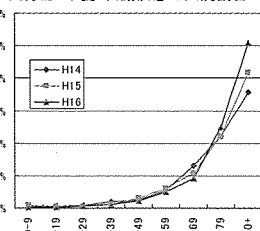
- ▶ レセプトを用いた健康寿命算出の可能性1
 - 入院診療実日数 (H16社会医療診療行為別調査6月審査分)
 - 施設入所実日数 (H16介護給付実態調査報告6月審査分)
 - (入院実日数+入所実日数) ÷ (6月人口 × 30日)
 - 年齢階級別入院入所割合が正確に算出可能
 - サリバン法を用いれば、健康寿命の算出は容易
- ▶ レセプトを用いた健康寿命算出の可能性2
 - 入院診療実日数 傷病分類別 (H16社会医療診療行為別調査6月審査分)
 - (入院実日数+入所実日数) ÷ (6月人口 × 30日)
 - 年齢階級別傷病別入院割合が正確に算出可能
 - レセプト情報の利用により、条件を満たす健康寿命指標の算出が可能となることが確認された。



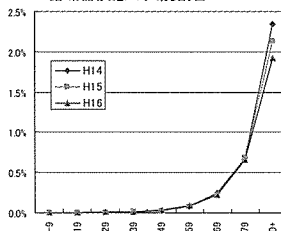
メタボリック関連疾患による入院の割合



内分泌・栄養・代謝疾患の入院割合



循環器疾患の入院割合



F. 健康危機情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・平尾智広. 健康寿命と性差. 性差医療・医学研究会第2回学術集会記録誌 9-14, 2006
- ・平尾智広. 疾病負担. 医療を経済する (長谷川敏彦, 松本邦愛編集) 155-164, 東京:医学書院:2006
- ・平尾智広. WHO の新評価軸. 医療を経済する (長谷川敏彦, 松本邦愛編集) 165-175, 東京:医学書院:2006

2. 学会発表 なし

- ・平尾智広, 鈴江毅, 万波俊文, 實成文彦, 辻よしみ. 脳血管疾患死亡率改善に関する都道府県別パフォーマンス推定の試み. 2006年10月 第65回日本公衆衛生学会. 富山市
- ・平尾智広. 健康日本21、過去、現在、未来. 2007年2月. 第52回四国公衆衛生学会. 高松市

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

- 特許取得 なし
- 実用新案登録 なし
- その他 なし

表1.入院診療実日数、性別・傷病大分類別推計値

	男女計		男性				女性						
	男女計	総数	新生物	内分泌、栄養及び代謝疾患	循環器系の疾患	筋骨格系及び結合組織の疾	その他	総数	新生物	内分泌、栄養及び代謝疾患	循環器系の疾患	筋骨格系及び結合組織の疾	その他
0～4	492,911	274,657	8,750	5,575	5,322	9,506	245,504	218,254	6,780	0	5,322	6,338	199,815
5～9	139,021	82,998	2,983	1,344	2,498	8,280	67,893	56,023	2,003	1,344	2,498	2,760	47,418
10～14	147,294	82,574	4,066	519	3,439	2,692	71,858	64,720	2,977	519	0	2,692	58,532
15～19	220,122	122,568	4,766	1,219	2,305	3,937	110,341	97,554	3,521	1,219	2,305	3,937	86,573
20～24	382,843	171,789	9,624	1,855	7,109	8,006	145,195	211,054	12,380	1,855	7,109	8,006	181,705
25～29	600,312	238,180	11,046	3,466	9,664	17,923	196,082	362,132	16,659	6,931	9,664	10,754	318,124
30～34	786,563	332,777	13,036	8,116	10,227	13,028	288,370	453,786	21,488	8,116	6,136	7,445	410,602
35～39	810,801	416,490	16,409	12,249	21,724	18,893	347,216	394,311	23,941	4,899	10,862	11,808	342,800
40～44	881,591	505,545	26,932	13,794	34,469	18,414	411,936	376,046	33,580	8,276	15,909	13,811	304,470
45～49	1,070,888	625,088	42,916	18,810	56,756	17,348	489,258	445,800	45,476	10,749	28,378	19,275	341,922
50～54	1,762,753	1,053,202	112,820	43,895	112,053	34,775	749,658	709,551	91,792	25,606	54,724	37,450	499,980
55～59	2,064,781	1,238,482	177,590	45,117	220,928	39,630	755,216	826,299	127,619	23,746	100,645	41,612	532,678
60～64	2,640,464	1,560,899	259,500	59,056	285,880	41,820	914,644	1,079,565	172,074	34,896	150,463	65,053	657,078
65～69	3,177,997	1,795,737	314,871	69,744	398,767	70,218	942,136	1,382,260	217,966	53,893	238,257	120,375	751,770
70～74	4,047,620	2,133,139	399,967	82,806	565,733	62,807	1,021,827	1,914,481	295,461	86,118	441,810	136,831	954,261
75～79	4,337,955	2,040,705	348,602	107,973	618,143	71,373	894,614	2,297,250	297,491	150,223	661,747	191,177	996,612
80～84	4,112,318	1,454,950	209,201	79,545	438,238	53,586	674,379	2,657,368	259,105	182,486	825,997	203,629	1,186,151
85以上	5,683,026	1,383,586	139,749	39,601	467,282	52,523	684,430	4,299,440	250,875	147,844	1,665,963	269,467	1,965,292

男女計は社会医療診療行為別調査：平成16年6月審査分

表2.1か月のうち入院に費やした割合、性別・傷病大分類別推計値

	男性				女性							
	総数	新生物	内分泌, 栄養及び代謝疾患	循環器系の疾患	筋骨格系及び結合組織の疾	その他	総数	新生物	内分泌, 栄養及び代謝疾患	循環器系の疾患	筋骨格系及び結合組織の疾	その他
0~4	0.3%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.28%	0.3%	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	0.24%
5~9	0.1%	0.00%	0.00%	0.00%	0.01%	0.07%	0.1%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.05%
10~14	0.1%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.08%	0.1%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.07%
15~19	0.1%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.11%	0.1%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.09%
20~24	0.1%	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	0.12%	0.2%	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	0.16%
25~29	0.2%	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	0.15%	0.3%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.25%
30~34	0.2%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.20%	0.3%	0.01%	0.01%	0.00%	0.01%	0.29%
35~39	0.3%	0.01%	0.01%	0.02%	0.01%	0.27%	0.3%	0.02%	0.00%	0.01%	0.01%	0.27%
40~44	0.4%	0.02%	0.01%	0.03%	0.02%	0.35%	0.3%	0.03%	0.01%	0.01%	0.01%	0.26%
45~49	0.5%	0.04%	0.02%	0.05%	0.01%	0.42%	0.4%	0.04%	0.01%	0.02%	0.02%	0.29%
50~54	0.7%	0.08%	0.03%	0.08%	0.02%	0.53%	0.5%	0.06%	0.02%	0.04%	0.03%	0.35%
55~59	0.9%	0.13%	0.03%	0.16%	0.03%	0.54%	0.6%	0.09%	0.02%	0.07%	0.03%	0.37%
60~64	1.3%	0.21%	0.05%	0.23%	0.03%	0.74%	0.8%	0.13%	0.03%	0.11%	0.05%	0.50%
65~69	1.7%	0.30%	0.07%	0.38%	0.07%	0.91%	1.2%	0.19%	0.05%	0.21%	0.10%	0.65%
70~74	2.4%	0.46%	0.09%	0.64%	0.07%	1.16%	1.8%	0.28%	0.08%	0.42%	0.13%	0.91%
75~79	3.2%	0.54%	0.17%	0.97%	0.11%	1.40%	2.6%	0.34%	0.17%	0.76%	0.22%	1.15%
80~84	4.4%	0.63%	0.24%	1.32%	0.16%	2.03%	4.3%	0.42%	0.29%	1.33%	0.33%	1.91%
85以上	6.1%	0.61%	0.17%	2.05%	0.23%	3.00%	7.4%	0.43%	0.25%	2.86%	0.46%	3.38%

表3 施設サービス実日数の性別推計値と1ヵ月のうち入所に費やした割合

	実日数			入所に費やした割合	
	計	男性	女性	男性	女性
0～4歳	0	0	0	0.0%	0.0%
5～9	0	0	0	0.0%	0.0%
10～14	0	0	0	0.0%	0.0%
15～19	0	0	0	0.0%	0.0%
20～24	0	0	0	0.0%	0.0%
25～29	0	0	0	0.0%	0.0%
30～34	0	0	0	0.0%	0.0%
35～39	0	0	0	0.0%	0.0%
40～44	87,400	46,463	40,937	0.0%	0.0%
45～49	87,400	46,463	40,937	0.0%	0.0%
50～54	87,400	46,463	40,937	0.0%	0.0%
55～59	87,400	46,463	40,937	0.0%	0.0%
60～64	87,400	46,463	40,937	0.0%	0.0%
65～69	727,000	391,456	335,544	0.4%	0.3%
70～74	1,642,000	802,382	839,618	0.9%	0.8%
75～79	3,072,000	1,221,226	1,850,774	1.9%	2.1%
80～84	4,770,000	1,307,936	3,462,064	3.9%	5.6%
85以上	5,506,000	2,307,734	9,547,266	10.1%	16.4%

介護給付実態調査H16年6月審査分

表4.平均入院・入所期間の推定値(男性)

年齢	H16平均余命	入院		入所		計(入院+入所)		II 新生物		IV 内分泌, 栄養及び代謝疾患		IX 循環器系の疾患		XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患		その他	
		平均入院期間	余命に占める割合	平均入所期間	余命に占める割合	平均期間	余命に占める割合	平均入院期間	余命に占める割合	平均入院期間	余命に占める割合	平均入院期間	余命に占める割合	平均入院期間	余命に占める割合	平均入院期間	余命に占める割合
0~4	78.64	0.76	1.0%	0.44	0.6%	1.20	1.5%	0.10	0.1%	0.03	0.0%	0.18	0.2%	0.03	0.0%	0.42	0.5%
5~9	73.96	0.74	1.0%	0.44	0.6%	1.19	1.6%	0.10	0.1%	0.03	0.0%	0.18	0.2%	0.03	0.0%	0.41	0.6%
10~14	69.00	0.74	1.1%	0.44	0.6%	1.18	1.7%	0.10	0.1%	0.03	0.0%	0.18	0.3%	0.03	0.0%	0.41	0.6%
15~19	64.04	0.73	1.1%	0.44	0.7%	1.18	1.8%	0.10	0.2%	0.03	0.0%	0.18	0.3%	0.03	0.0%	0.40	0.6%
20~24	59.15	0.73	1.2%	0.45	0.8%	1.18	2.0%	0.10	0.2%	0.03	0.0%	0.18	0.3%	0.03	0.0%	0.40	0.7%
25~29	54.32	0.72	1.3%	0.45	0.8%	1.17	2.2%	0.10	0.2%	0.03	0.1%	0.18	0.3%	0.03	0.0%	0.39	0.7%
30~34	49.49	0.72	1.5%	0.45	0.9%	1.17	2.4%	0.10	0.2%	0.03	0.1%	0.18	0.4%	0.02	0.1%	0.39	0.8%
35~39	44.68	0.71	1.6%	0.45	1.0%	1.16	2.6%	0.10	0.2%	0.03	0.1%	0.18	0.4%	0.02	0.1%	0.38	0.9%
40~44	39.93	0.70	1.7%	0.45	1.1%	1.15	2.9%	0.10	0.2%	0.03	0.1%	0.18	0.4%	0.02	0.1%	0.37	0.9%
45~49	35.25	0.68	1.9%	0.45	1.3%	1.14	3.2%	0.10	0.3%	0.03	0.1%	0.18	0.5%	0.02	0.1%	0.35	1.0%
50~54	30.70	0.66	2.2%	0.46	1.5%	1.12	3.7%	0.10	0.3%	0.03	0.1%	0.18	0.6%	0.02	0.1%	0.34	1.1%
55~59	26.33	0.64	2.4%	0.47	1.8%	1.11	4.2%	0.10	0.4%	0.03	0.1%	0.18	0.7%	0.02	0.1%	0.32	1.2%
60~64	22.17	0.62	2.8%	0.48	2.2%	1.10	5.0%	0.09	0.4%	0.03	0.1%	0.18	0.8%	0.02	0.1%	0.30	1.4%
65~69	18.21	0.59	3.2%	0.51	2.8%	1.09	6.0%	0.09	0.5%	0.02	0.1%	0.17	0.9%	0.02	0.1%	0.28	1.5%
70~74	14.51	0.55	3.8%	0.53	3.6%	1.07	7.4%	0.08	0.5%	0.02	0.2%	0.17	1.2%	0.02	0.1%	0.26	1.8%
75~79	11.23	0.49	4.4%	0.56	5.0%	1.05	9.4%	0.07	0.6%	0.02	0.2%	0.16	1.4%	0.02	0.2%	0.23	2.1%
80~84	8.39	0.44	5.2%	0.59	7.0%	1.03	12.2%	0.05	0.6%	0.02	0.2%	0.14	1.7%	0.02	0.2%	0.21	2.5%
85以上	6.07	0.37	6.1%	0.61	10.1%	0.98	16.2%	0.04	0.6%	0.01	0.2%	0.12	2.0%	0.01	0.2%	0.18	3.0%

表5.平均入院・入所期間の推定値(女性)

年齢	H16平均余命	入院	入所	計(入院+入所)	II 新生物	IV 内分泌, 栄養及び代謝疾患	IX 循環器系の疾患	XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	その他
		平均入院期間 割合	平均入所期間 割合	平均期間 割合	平均入院期間 割合	平均入院期間 割合	平均入院期間 割合	平均入院期間 割合	平均入院期間 割合
0~4	85.59	0.98 1.1%	1.18 1.4%	2.15 2.5%	0.09 0.1%	0.04 0.0%	0.27 0.3%	0.06 0.1%	0.51 0.6%
5~9	80.88	0.97 1.2%	1.18 1.5%	2.15 2.7%	0.09 0.1%	0.04 0.1%	0.27 0.3%	0.06 0.1%	0.50 0.6%
10~14	75.92	0.96 1.3%	1.18 1.6%	2.14 2.8%	0.09 0.1%	0.04 0.1%	0.27 0.4%	0.06 0.1%	0.50 0.7%
15~19	70.94	0.96 1.4%	1.18 1.7%	2.14 3.0%	0.09 0.1%	0.04 0.1%	0.27 0.4%	0.06 0.1%	0.50 0.7%
20~24	66.01	0.96 1.4%	1.18 1.8%	2.14 3.2%	0.09 0.1%	0.04 0.1%	0.27 0.4%	0.06 0.1%	0.49 0.7%
25~29	61.09	0.95 1.6%	1.18 1.9%	2.13 3.5%	0.09 0.1%	0.04 0.1%	0.27 0.4%	0.06 0.1%	0.49 0.8%
30~34	56.18	0.93 1.7%	1.19 2.1%	2.12 3.8%	0.09 0.2%	0.04 0.1%	0.27 0.5%	0.06 0.1%	0.47 0.8%
35~39	51.29	0.92 1.8%	1.19 2.3%	2.11 4.1%	0.09 0.2%	0.04 0.1%	0.27 0.5%	0.06 0.1%	0.46 0.9%
40~44	46.44	0.91 2.0%	1.19 2.6%	2.10 4.5%	0.09 0.2%	0.04 0.1%	0.27 0.6%	0.06 0.1%	0.45 1.0%
45~49	41.63	0.90 2.2%	1.20 2.9%	2.09 5.0%	0.09 0.2%	0.04 0.1%	0.27 0.6%	0.06 0.1%	0.44 1.0%
50~54	36.90	0.88 2.4%	1.20 3.3%	2.08 5.6%	0.09 0.2%	0.04 0.1%	0.27 0.7%	0.06 0.2%	0.42 1.2%
55~59	32.27	0.87 2.7%	1.21 3.8%	2.08 6.4%	0.09 0.3%	0.04 0.1%	0.27 0.8%	0.06 0.2%	0.41 1.3%
60~64	27.74	0.85 3.1%	1.23 4.4%	2.08 7.5%	0.08 0.3%	0.04 0.1%	0.27 1.0%	0.06 0.2%	0.40 1.4%
65~69	23.28	0.83 3.6%	1.26 5.4%	2.08 9.0%	0.08 0.3%	0.04 0.2%	0.27 1.2%	0.06 0.3%	0.38 1.6%
70~74	18.98	0.80 4.2%	1.28 6.8%	2.08 11.0%	0.07 0.4%	0.04 0.2%	0.27 1.4%	0.06 0.3%	0.36 1.9%
75~79	14.93	0.75 5.0%	1.32 8.8%	2.06 13.8%	0.06 0.4%	0.04 0.2%	0.26 1.8%	0.05 0.3%	0.34 2.3%
80~84	11.23	0.69 6.1%	1.35 12.0%	2.03 18.1%	0.05 0.4%	0.03 0.3%	0.25 2.2%	0.05 0.4%	0.31 2.8%
85以上	8.10	0.60 7.4%	1.33 16.4%	1.93 23.8%	0.03 0.4%	0.02 0.3%	0.23 2.9%	0.04 0.5%	0.27 3.4%

平成18年度 厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業）
分担研究報告書

10. ローカル・マニフェストと健康づくり政策

研究協力者 伊関 友伸（城西大学経営学部）

研究要旨

本論文は、平成16年度、平成17年度厚生労働省科研費において報告を行った「ローカル・マニフェストと健康日本21」について、追加研究を行った報告書である。

最近、選挙の際に政党や首長立候補者が政権公約を行う「マニフェスト（政策綱領）」を掲げる動きが出てきている。マニフェストは、具体的に政策実現の時期と財源を示し、「いつまでに何をやるか」を有権者に約束する契約である。

平成19年4月8日と22日に統一地方選挙が行われる。4月8日には都道府県知事や政令指定都市の市長とそれぞれの議会議員の選挙、22日に政令市以外の市区町村（東京都の特別区含む）の長・議会議員選挙が行われる。選挙に向けて、各候補者がローカル・マニフェストを掲げて選挙を行う動きが、一層盛んになってきている。

今回の統一地方選挙の各候補者のマニフェストを見ると、現在深刻化している医師不足についてマニフェストを掲げる候補が多い。その一方、健康づくり政策については位置づけが低い。言及していない候補も多い。

平成20年度から「後期高齢者医療制度」が実施される。保険料が、各都道府県の医療政策や健康づくり政策によって大きく変わることは確実であるのであるが、このことについて、全面からマニフェストに取り上げた候補者はいない。

なぜ、健康づくり政策が、候補者のローカル・マニフェストに掲げられないのか。医療政策や健康づくりに関する専門家が、選挙を行う候補者に対して十分な情報を提供していないことが、ローカル・マニフェストにおける健康づくり政策の低調さにつながっていると考える。

キーワード

ローカル・マニフェストの意義 政策上の優先順位 第16回統一地方選挙 後期高齢者医療制度 専門家の情報提供

本論文の目的

本論文は、平成16年度、平成17年度厚生労働省科研費において報告を行った「ローカル・マニフェストと健康日本21」について、追加研究を行った報告書である。今回は、平成19年4月に行われる統一地方選挙における候補者のローカル・マニフェストについて分析を行う。その上で、平成20年度から導入される「後期高齢者医療制度」を踏まえて、地域における健康づくりとローカル・マニフェストの意義について考えてみたい。

1 ローカル・マニフェストの意義

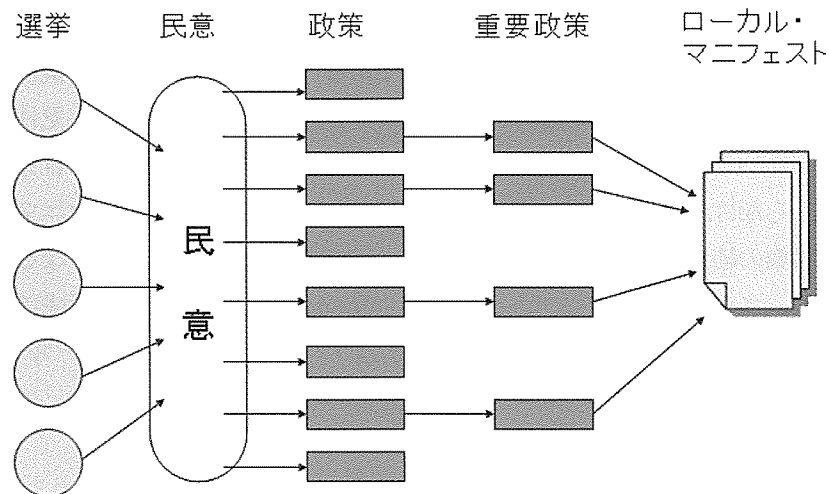
議論の最初として、平成16年度、平成17年度報告書でも議論したローカル・マニフェストの意義について確認してみたい。

最近、選挙の際に政党や首長立候補者が政権公約を行う「マニフェスト（政策綱領）」を掲げる動きが出てきている。マニフェストは、具体的に政策実現の時期と財源を示し、「いつまでに何をやるか」を有権者に約束する

契約である。候補者同士がそれぞれ「マニフェスト」を掲げて政策を競い合うことにより、選挙の質とその後の政策運営の質を高めることを目指す。

わが国においてマニフェストは、平成15年11月に行われた衆議院議員選挙において各政党がマニフェスト（パーティ・マニフェストと呼ぶ）を掲げて選挙を戦ったのが有名である。しかし、実際の例に遡れば、約半年前の平成15年4月の統一地方選挙において増田寛也岩手県知事や古川康佐賀県知事など複数の首長候補者がマニフェスト（ローカル・マニフェストと呼ぶ）を掲げたのが最初となる。

図1ローカル・マニフェスト作成の仕組み



UFJ総合研究所「ローカル・マニフェストによる地方のガバナンス改革」ぎょうせいP184を参考に作成

これまでの選挙における選挙公約は「福祉を充実します」「地域の活性化を図ります」など抽象的な言葉で語られていた。具体的な政策目標よりは、候補者の人柄や中央から補助金を持つためのパイプの太さなどが強調された。マニフェストは「公共事業を3割削減する」「保育園の待機児童数をなくす」「新規開業をする事業者の数を年間50件増やす」など具体的な達成目標を示すことが特徴となっている。目標については、達成期限や財源も明示する。有権者は、候補者のマニフェストを参考に投票を行うこととなる。マニフェストを掲げて当選した首長（候補者）は、有権者との「契約」としてマニフェストに沿った政策を進めることが求められる。マニフェストに掲げられた政策が達成されない場合は、首長と有権者の契約が守られなかったとして責任を問われる。マニフェストに掲げられた政策は限られた資源の中で達成を義務づけられることから、これまでのような「あれもこれも」というものではなく「あれかこれか」に絞られたものとなる（図1）。

最近では地方議会議員もローカル・マニフェストを作成する動きが出てきている。首長と同様に、単なる人柄や抽象的なスローガンではなく、有権者との契約として、具体的な政策目標を提示することにより、地方議会での政策形成の質を上げることを目的とする。

ローカル・マニフェストの意義は、3つあると考えられる。

第1に「行政職員の意識と行動の変化」である。首長は、地方自治体で働く職員に対して、マニフェストに掲げた具体的な目標達成を求める。当然、達成目標の相当数は、住民にアピールするために、行政機関にとって達成の困難な挑戦的な目標となる。職員は、これまでのような惰性で仕事をしていては目標の達成はできない。しかも首長の任期という期限が切られている。期間内に目標を達成するために、職員は本気になって知恵を絞り、仕事することが求められる。ローカル・マニフェストは、職員の意識と行動に変化を促す強い契機となる。

2つめは「議会の活性化と既得権の打破」である。議会は首長と並び、住民の代表機関として重要な役割を担っている。地方議会の形骸化が問題とされる中で、ローカル・マニフェストは議会における議論の活性化を図ることが期待できる。議会では、首長や自らのローカル・マニフェストを通じ、より内容を掘り下げた議論が期待でき、焦点が明確化する。さらに、ローカル・マニフェストは、特定の者への既得権問題についての議論が密室ではなく、公開の場にさらされるという効果がある。選挙で選ばれる首長・議員は、支援者の応援を得て選出される。どうしても支援者は、自治体全体の利益というよりは自分たちの利益を求めがちになる。ローカル・マニフェストは、例えば「公共事業について3割削減する」「職員の数を20%減らす」など、既得権そのものに切り込んでいくことを可能とする。選挙を通じてなされた首長と住民の契約であるがゆえに、首長自身が既得権を切り込んでいくことに対する正当性を持つことができる。

3つめは「有権者の意識の変化」である。ローカル・マニフェストを通じて有権者の政策への関心が高まることが期待できる。住民が行政の仕事を批判するのは簡単である。しかし、行政機関を監視すべき首長や議員を選挙するのは住民である。多くの自治体の投票率は低く、政策論議も少ない。住民から見れば、選挙の投票の判断を行うための情報が少ないという面もある。争点が明確でなく、自分の投票の結果が自分の生活にどのように関わっていくのかが分からなければ、積極的に投票をする気にならない。ローカル・マニフェストにより具体的な政策目標を明示し、投票の結果が自分の生活にどのように反映するかが分かりやすくなることによって有権者の投票への関心が高まる。さらに、マニフェストを通じて地域の様々な主体が政策の形成に参加することが期待できる。最近、地域住民が主体となり、選挙の際に、ローカル・マニフェストの内容について候補者が議論をする「ローカル・マニフェスト型立会演説会」を開く例が増えている。ローカル・マニフェストは、地域住民の民主主義のレベルを格段に向上させる可能性がある。

2 第16回統一地方選挙におけるローカル・マニフェストと保健・医療政策

(1) 第16回統一地方選挙

平成19年4月8日と22日に統一地方選挙が行われる。日本国憲法において、新たに第8章に「地方自治」という項目が設けられ、昭和22年4月に都道府県知事・議会議員、市町村長・議会議員の選挙が一斉に実施されてから16回目の選挙となる。

4月8日には都道府県知事や政令指定都市の市長とそれぞれの議会議員の選挙、22日に政令市以外の市区町村（東京都の特別区含む）の長・議会議員選挙が行われる。統一地方選挙に向けて、各候補者がローカル・マニフェストを掲げて選挙を行う動きが、一層盛んになってきている。

平成19年2月21日、公職選挙法が改正され、第16回統一地方選挙から、首長選挙において、告示後のローカル・マニフェストとしてのビラの配布が可能となった。ビラは、A4裏表（二つ折り可）までのサイズで2種類以内、枚数に上限（知事選：10～30万枚、政令市長選：7万枚、一般市区長選：16,000枚、町村長選：5,000枚）があり、告示前は配布できない、配布場所は、選挙事務所、個人演説会会場、街頭演説の場所、新聞折り込みなどに限られる（街頭配布、郵送、ポスティング等は禁止）など制約があるものの、ローカル・マニフェストは、わが国の選挙制度の中で、着実に地位を占めてきている。

(2) 都道府県知事選挙における保健・医療政策

今回の統一地方選挙においてもインターネット上で、有力候補者が自らのマニフェストについて公開を行っている。都道府県知事選挙において保健・医療分野でどのような政権公約が出されているか、チェックを行った。各候補者のマニフェストについては、石原慎太郎東京都知事を除いて、JANJAN全国政治家データベースのマニフェストマップに掲載されている政治家マニフェストを参照した。

マニフェストマップ : <http://www.senkyo.janjan.jp/bin/manifest/search.php>

●東京都知事選挙

○石原慎太郎「東京再起動」(平成19年3月15日)

<http://www.sensenfukoku.net/policy/policy2007.html>

・医療に対する都民の不安の解消のために、生涯を通じて質の高い医療を受けられる環境整備が必要です。そのために、医師会や各医療機関等の助言・協力による、24時間対応の救急医療サービス(東京ER)の再起動などで、都民の不安の解消に努めます。

○浅野史郎「日本のための東京あなたと創り直す マニフェスト2007」(平成19年3月15日)

<http://210.136.139.210/070315-manifesto.pdf>

・保健医療分野については、「不妊治療に対する助成制度を拡充します」の文言のみ

●北海道知事選挙

荒井聡「荒井さとしのマニフェスト～北海道ニューデール宣言」(平成19年3月作成)

http://www.hirakukai.jp/manifesto/imgs/manifesto_02.pdf

【政策の概要】

(1) 医師派遣のデュアル・システムの導入と拠点病院の位置づけ道内の3つの医科大学と連携し、その協調体制をはかりつつ、医師研修と医師派遣を同時に担う拠点病院の位置づけを明確にする。併行して、地域の医療の担い手となる医師を輩出している自治医科大学と連携し、道内の複数の総合病院を拠点病院と位置づけ、同医科大学を卒業した医師を継続して受け入れ、医師不足が深刻な地域の医療機関に派遣する、もう一つの派遣システムを新たに創設する。

(2) 道内医科大学に特別枠入学を前提とした新たな奨学金制度の導入市町村や医科大学、医師会などと連携し、道内医科大学において地域医療を志す学生を対象とした特別入学枠を設定し、新たな奨学金制度を導入する。

【具体的な手立て】

(1) 医師派遣拠点病院の配置に合わせて、現行の地域医療振興財団のあり方を見直し、道が責任をもって医師派遣調整ができる仕組みを確保する。

(2) 派遣される医師の業務環境や生活条件を整え、これを支援する仕組みを確立する。それらを総合的に勘案し、地域医療の確保に向けた取り組みを進行管理するための「医師確保対策室」を庁内に設置する。

(3) 道内21の第二次地域保健医療福祉圏ごとに、地域の病院や診療所、自治体、民間を含めて、関係機関が互いに協力し合う体制を作り、地域が共同で医師受け入れに取り組む仕組みを確立する。

【目標とすべき指標と主な財源】

(1) 21の第二次地域保健医療福祉圏ごとに、内科医、産科医、小児科医の複数配置を体制整備とあわせて実現する。特に、人口10万人当たり医師数が全国平均よりも大きく下回っている地域医療圏(対全国比75%以下)の10地域を優先対象として医師を派遣する。

(2) 特別枠向けの奨学金制度については、20人を目標に設定する。6年間補助・9年間地域勤務。4億4千万円規模。うち道費は半分の2億2千万円。

(3) 医師派遣・医師研修にかかる経費については、約1億円の運転資金を想定。金融機関からの借り入れで賄う。

1. 市町村や関係機関と協力・連携し、安心の地域医療体制を築きます

(1) 庁内に「医師確保対策室」を新設、庁外に「医師派遣拠点病院」を設定

道がこれまで以上に責任を持って医師確保に向けた中心的な役割を担っていくことを明確にし、まず、道庁内に「医師確保対策室」を新設します。

同時に、道と市町村が連携し、自治医科大学や道内医科大学を卒業した医師を継続的に受け入れ、道内病院へ拠点病院の設定と支援を実行します。また、札幌医科大学については、地域医療、医師確保に最優先で取り組めるよう、独立行政法人化のあり方を見直します。

(2) 地域医療を担う医師養成のための奨学金制度の導入

市町村や医育大学、医師会などと連携し、道内医育大学において地域医療を志す学生を対象とした特別入学枠を設定するとともに新たな奨学金制度を導入します。

医療過疎の顕著な都道府県を対象に暫定的に認められている医育大学入学定員の増員について、本道が人口当たりの医師数の基準が満たせず対象外となっている現状を踏まえ、北海道の特殊事情（医師の地域偏在や面積の広さ）を十分主張し、道内医育大学も増員の対象となるよう国に強く要請していきます。

(3) 周産期医療センターをサポートし、母子医療体制を整備

妊娠初期から出産、小児期に至るまでの高度な医療を提供する小児医療、周産期医療施設・設備の整備及び総合周産期母子医療センターの運営を支援し、母子医療体制の整備を進めます。

(4) 新たな支援制度を充実し救急医療体制を確保、ドクター・ヘリの導入

休日・夜間における救急患者の適切な診療体制を確保するため、新たな救急医療対策の助成制度を創設します。また、救急医療機関、消防機関及び情報センター等をインターネットで結ぶ救急医療・広域災害情報システムの充実に努めます。全道的には救急医療体制の充実に向け、道東、東北地域など、医療過疎地域にドクター・ヘリの導入を進めます。

(5) 夕張市を対象に、予防医療のモデル事業を推進

高齢化、過疎化を背景に、全道的な対応が必要となる遠隔医療や予防医療について、当面、全国で最も高齢化の進んでいる夕張市を対象に、モデル事業を導入します。

(6) 看護師養成奨学金制度の拡充、看護師確保のための研修制度の整備

看護師不足を解消し、看護師の地方への就労を促すため、看護職員養成修学資金（・奨学金）の免除要件や貸付金額の見直しを行います。また、子育て等で一度勤務を離れた看護師の再就職を促進するための研修制度を創設します。

(7) 障がいを持った人にも配慮した歯科医療供給体制の確立

地域における乳幼児から成人、高齢者までの一貫した歯科保健提供体制を構築するため、市町村の取り組みを支援します。難病患者、重度障がい者に対する歯科保健対策として、障がい者歯科医療協力医制度の推進、訪問指導、介護者への研修等を実施します。

(8) 「北海道がん対策推進条例」を制定し、きめ細やかながん対策の推進

全国に比べ高い水準にあるがんによる死亡率を低減するため、「北海道がん対策推進条例」を制定し、がん予防検診の充実や、がんによる身体的苦痛や精神的、社会的な不安の解消を図る緩和ケアなど総合的な施策を実施します。また、地域センター病院へのがん専門医の計画的な配置を推進します。

(9) 道民の健康づくりを支える生活習慣病の克服

生活習慣病対策やがん検診、インフルエンザの予防接種、禁煙・分煙対策等の予防医療に重点的に取り組むとともに、市町村と協力し、道民の検診率アップ対策とあわせて、日常生活の中での道民の健康づくりを進めていきます。

(10) 道と市町村が共同し、国民健康保険制度を安定化

市町村の国民健康保険事業の安定的な運営に向けて、財政調整交付金の交付を行うなど保険財政の安定化を図ります。また、国民健康保険料の徴収率の向上に向け、市町村の一部事務組合や広域連合による広域的な徴収組織（現在、渡島支庁管内で設置済）の設立・運営を促進するなど、市町村と道が共同し、効果的な保険料の確保を行います。

●岩手県知事選挙

「やなぎむら純一 私の『思い』」（平成19年3月作成）

http://www.senkyo.janjan.jp/bin/manifest/personal_manifest.php?profile_id=41557&manifest_class=&name=&prefid=&city_id=&make_year=&make_month=&page=1&sort=0

医師確保の予算を大幅に増やします。

■目標：人口10万人対医師数の改善。179.1（平成16年）を185まで改善することを目指します。

■岩手医大に毎年一般財源から2億円を限度に拠出し、岩手県に残る医学生を年20人確保。

■県立病院医師の処遇を大幅に改善（給与の大幅な見直し等）し、定着、U、Iターンを促進。

■特に、産婦人科、小児科等の不足の著しい診療科の医師に手厚い処遇を実践する。

【緊急対策として、当該診療科10人分の医師確保に年間1億円を拠出する。

■女性医師就業支援事業の大幅な拡充（育児支援、職場復帰支援その他）

■医師の地域偏在の解消に努めます。

【人口10万人当たりの医師数は平成16年で盛岡263.8人、二戸115.7人、久慈114.3人、釜石121.0人】

●神奈川県知事選挙

松沢成文「マニフェスト2007神奈川県力全開宣言～神奈川の力で日本を動かす」（平成19年3月作成）

<http://www.matsuzawa.com/policy/mn.html>

公共的施設における禁煙条例（仮称）全国初

受動喫煙による健康への影響を防止し、公共スペースにおける快適な環境をまもるとともに、「がんへの挑戦・10か年戦略」を推進するため、官公庁施設、駅、病院、学校等の公共的施設における喫煙を禁止する条例の制定をめざします。対象施設の範囲や罰則の有無については、今後県民の皆様の皆様のご意見を聴いて定めます。

「がんに負けない神奈川づくり」

がん予防の一環として受動喫煙から県民を守るための「公共的施設における禁煙条例（仮称）」の制定や、「がんへの挑戦・10か年戦略」の着実な実施、重粒子線治療装置を含む県立がんセンターの総合整備の実現により、神奈川県民のがんによる死亡率の低下を目指します。

【現状】

がんは神奈川県では1978年から死因の第1位であり、現在、総死者数の約3分の1を占めています。今後、ライフスタイルの変化や高齢化の進展などにより、がんにかかる人やがんによる死亡が増加すると見込まれています。

このため、がんの予防から早期発見、医療、ターミナルケアまでトータルながん対策を進める必要があり、特に、喫煙が健康へ与える影響は大きいことから受動喫煙から県民を守る対策が重要です。

【目標】

○「公共的施設における禁煙条例（仮称）」の制定。（再掲）

○2013年度までのオープンを目指し、県立がんセンターの総合整備促進。

○「がんへの挑戦・10か年戦略」(第2ステージ(2007年度～2010年度))の推進。

【具体的方策】

①「公共的施設における禁煙条例(仮称)」の制定(再掲)

受動喫煙による健康被害から県民を守るため、公共的施設での喫煙を規制する条例を制定します。この中には、分煙措置のための助成制度の新設なども含めます。

②「がんへの挑戦・10か年戦略」の推進

がんの予防、早期発見、医療、ターミナルケアまでトータルながん対策を着実に実施します。

③県立がんセンターの総合整備

県立がんセンターの整備により、待機患者の改善を図るとともに、がんの的確な発見に不可欠なPET-CTや最新の治療法である重粒子線治療装置を導入し、機能の充実を図ります。

④神奈川がん臨床研究・情報機構の推進

県立がんセンターや理化学研究所及び製薬会社の研究所などとのネットワークを形成し、相互の研究協力を促進し、新たながん治療法などの開発を加速化します。

【期限】

○県立がんセンターの整備については、2013年度までのオープン。

○その他は、2010年度までに実現。

【財源】

○既存財源内で、予算の組替えで対応。

○県立がんセンターの整備は、PFI手法などで民間資金を導入。

1.2 「県立病院改革で医療向上」

県立病院を独立行政法人として自立させ、経営の基盤を強化し、良質な医療サービスを提供します。リハビリテーション医療における県立病院の役割を見直し、質の高い医療サービスを提供できるよう、神奈川県総合リハビリテーションセンターの体制や施設の再編整備を進めます。県立がんセンターの総合整備の実現により神奈川県民のがんによる死亡率の低下を目指します。

【現状】

県立病院は、2005年から事業を地方公営企業として独立性の高い運営を行ってきました。また、神奈川リハビリテーション病院と七沢リハビリテーション病院脳血管センターは神奈川県総合リハビリテーション事業団が運営しています。

今後、さらに県民の医療ニーズの高い疾病や難治性疾患に応え高度・専門医療の機能を高め、質の高いサービスを提供するために、県立病院の経営面での改革と2つのリハビリテーション病院の再編整備を進める必要があります。

【目標】

○県立病院の地方独立行政法人化の実現。

○リハビリテーションセンターの再編整備。

○2013年オープンを目指し、県立がんセンターの総合整備促進。(再掲)

【具体的方策】

①県立病院の改革と医療の質の向上

県立病院を地方独立行政法人として自立させ、経営基盤を強化し、患者の皆様へ良質な医療サービスを提供します。

②リハビリテーションセンターの再編整備

リハビリテーションセンターが時代のニーズに合った良質な医療・福祉サービスを一体的に提供できるよう、2病院の統合によって、民間医療機関では対応の難しいリハビリ医療等を提供できる体制を構築するとともに、その機能を十分に発揮できるよう施設等の再整備を進めます。

③県立がんセンターの総合整備（再掲）

県立がんセンターの整備により、待機患者の改善を図るとともに、がんの的確な発見に不可欠なPET-CTや最新の治療法である重粒子線治療装置を導入し、機能の充実を図ります

【期限】

○地方独立行政法人への移行については2010年度に実現。

○リハビリテーションセンターの再編整備については2010年度までに着手。

【財源】

○既存財源内で、予算の組替えで対応。

○施設整備については、PFI方式など民間資金の導入。

13「介護人材育成と産科医療充実」

介護現場の人材が意欲と生きがいを持って働けるよう、大学等の教育機関や民間事業者との連携・協力により介護人材の総合的な教育システムをつくります。また、医療現場の産科医・助産師・看護師の不足に対して、就労環境の改善等に取り組み、県民が安心して出産や療養ができる体制をつくります。

【現状】

(略)

2006年の診療報酬の改訂により、大都市・大病院への看護師の集中と一般病院での看護師不足が起きています。また、不規則な勤務体制や重い責任から産科医不足が深刻化し、助産師不足で閉じる産院が出るなど、お産に係わる人材不足が顕在化しています。

【目標】

(略)

○県内の医療機関に勤務する産科医の減少（1998年419人⇒2004年375人（▲44人））に歯止めを掛け、増員傾向に転換。

○潜在的な助産師・看護師（資格はあるが職務についていない助産師等）の再就職を含め、職員を1.3倍（2004年比）に増加。

【具体的方策】

①総合的な介護教育制度の整備と介護人材のキャリアパス支援

(略)

②産科医の確保と潜在助産師、潜在看護師の活用支援

県内4大学病院とも連携して、臨床研修医師の確保定着、女性産科医師の就労支援などを推進します。また、潜在看護師、潜在助産師を対象とした研修や、看護師の助産師資格取得を推進する体制を充実し、就労支援や就労環境の改善等を強化します。

③県立保健福祉大学の有効活用

介護・看護人材等の研修に当たっては、県立保健福祉大学の施設や機能を有効活用し（夜間・休日・夏期休暇中の施設利用、公開講座の開設等）、教育拠点として利用します。

【期限】

○2010年度までに実現。

【財源】

○既存財源内で、予算の組替えで対応。

●福岡知事選挙

麻生渡「『元気でやさしい希望の福岡県』をつくる14の基本政策」(平成19年3月作成)

http://www.aso-wataru.jp/manifesto/asou_manifest.pdf

- 不妊専門相談支援センターや不妊治療費助成を拡充し、子どもを望むご夫婦を支援します。
- 妊娠中の健診費用に対する公費助成を拡充します。
- 周産期（分娩の直前直後）医療の充実を図るため、中心となる周産期母子医療センター等の運営を支援します。また、緊急時の搬送時間を短縮するための周産期医療ホットラインを開設します。
- 地域の中核病院を拠点として、休日・夜間の小児救急医療体制を強化します。
- 防災危機管理体制の強化のため、市町村防災行政無線の整備を推進します。また、災害現場での対応力が高い医療チーム（D-MAT）を創設します。
- 新しい健康づくり運動の展開や、自殺、がんに対する総合的な対策を推進します。特に、福岡県に多い肝がん対策のため、肝炎ウィルスの無料検査を実施します。

●佐賀県知事選挙

古川康「こんなすてきな佐賀県に」(平成19年3月)

<http://www.power-full.com/mani2007/index.html>

- ①こどもの医療費については、将来的には、小学校6年生まで助成の対象としていくことをめざし、当面、3歳から小学校入学前までのこどもに対しては、全ての市や町で、入院費の半額を助成します。
- ②新しい県立病院について、医療水準、経営手法、運営方法などあらゆる面で県民満足度の高い姿をめざし、平成24年度オープンに向けた準備を進めます。
- ③がん治療の先端的施設の誘致に挑戦します。
- ④がん撲滅の機運を高めていく取組みを行います。
- ⑤健康診断への参加率を高め、病気の発生を予防します。県民1人あたりの医療費負担額の都道府県順位を今より向上させます。
- ⑥佐賀大学医学部に「佐賀県推薦枠」（仮称）を設けるよう働きかけます。これにより、佐賀県が求める診療科目の医師を確保します。

(3) 各候補者マニフェストの分析

マニフェストを見ると、現在深刻化している医師不足についてマニフェストを掲げる候補が多い。その一方、健康づくり政策についての位置づけは低く、言及していない候補も多い。神奈川県知事選挙における、松沢成文候補（現職）が、「公共的施設における禁煙条例（仮称）全国初」を掲げるほか、北海道知事選挙における荒井聡候補が、「夕張市を対象に、予防医療のモデル事業を推進」「道民の健康づくりを支える生活習慣病の克服」、福岡知事選挙における麻生渡候補（現職）が「新しい健康づくり運動の展開や、自殺、がんに対する総合的な対策を推進します。特に、福岡県に多い肝がん対策のため、肝炎ウィルスの無料検査を実施します」、佐賀県知事選挙における古川康候補（現職）が、「健康診断への参加率を高め、病気の発生を予防します。県民1人あたりの医療費負担の都道府県順位を今より向上させます」を掲げているものの、健康づくり政策の重要性に対して、その扱いは低いと言わざるを得ない。

3 健康づくり政策を政策の中心にしていくために

平成18年6月14日、第164回通常国会で医療制度関連法案として「健康保険法等の一部を改正する法律」が可決された。法律は、国民皆保険制度を堅持し、将来にわたり持続可能なものとしていくため、平成20年度から「後期高齢者医療制度」を導入することを定めている。「後期高齢者医療制度」は、75歳以上の「後期高齢者」全員が加入する公的医療保険制度であり、運営は全市町村が加入する都道府県単位の広域連合が担当する。保険料徴収は市町村が行い、本人保険料1割、税金約5割、74歳以下が加入する各健康保険からの支援金約4割の比率で負担が行われる。保険料は広域連合ごとに決定されることになる。厚生労働省の試算では、制度発足時には、平均で月額6200円程度になるという。保険料が、各都道府県の医療政策や健康づくり政策によって大きく変わることは確実であるのであるが、このことについて、全面からマニフェストに取り上げた候補者はいない。

なぜ、このような重要なことが、候補者のローカル・マニフェストに掲げられないのか。医療費と健康づくり政策との関係について、分かりやすく整理した情報が少ないことが大きいと考える。医療政策や健康づくりに関する専門家が、選挙を行う候補者に対して十分な情報を提供していないことが、ローカル・マニフェストにおける健康づくり政策の低調さにつながっていると考える。

たしかに、これまでは厚生労働省が、各都道府県、各市区町村に通達を発することで、全国で同じような政策を展開することが可能であった。しかし、例えば高齢者医療について北海道と東京都と沖縄県では、医療に対する住民の意識も大きく異なり、全国一律の政策を展開することは難しくなっている。「後期高齢者医療制度」における広域連合の設置は、全国一律の取組から都道府県ごとの取組に展開していく動きの典型例であると考える。

各地域で、人任せではなく、自分たちのこととして医療費や健康づくり政策を考えていかなければ、地域の高齢者医療費は破綻することが確実である。地域の住民が自らのこととして健康を考える契機としてローカル・マニフェストの持つ意義はさらに高まるものと考えられる。

参考文献

上山信一・伊関友伸「自治体再生戦略」(2003) 日本評論社

伊関友伸『日本の行政は保健師が変える！—保健師活動とニュー・パブリック・マネジメント』「保健師ジャーナル2004/3月号」(医学書院)

伊関友伸『ローカル・マニフェストを通じた地域の健康づくりの推進方策』「公衆衛生2005年10月発行 (Vol. 69 No. 10)」(医学書院)

UFJ総合研究所「ローカル・マニフェストによる地方のガバナンス改革」(2004) ぎょうせい
健康日本21HP <http://www.kenkounippon21.gr.jp/>

イザ語事典「後期高齢者医療制度」<http://www.iza.ne.jp/izaword/word/3203/definition/>

1 1. 長崎県佐世保市における介護保険事業者へのアクセス時間 に関する研究

研究協力者 福田英輝（長崎大学医歯薬学総合研究科口腔保健学講座）
主任研究者 河原和夫（東京医科歯科大学医歯学総合研究科医療政策学講座政策科学分野）

【はじめに】

全国の地方自治体においては、地域の特性を活かした「健康日本21」地域計画に基づいたユニークな保健事業が展開されている。これらの保健事業は、メタボリックシンドローム対策を軸とした生活習慣病予防を通じて健康寿命の延伸を目的として実施されている。一方、要介護状態の発生予防・遅延を目的とした取り組みとして介護予防事業が平成18年4月から実施されている。要介護状態の発生予防とその遅延は、高齢者における健康寿命の延伸につながることから、介護予防事業と健康日本21の最終的な到達目標は同一のものと考えられる。住民を取り巻く環境を整備し、健康的な街づくりを創造するためには、健康日本21に基づく保健事業は、ポピュレーションストラテジーとしての介護予防一般高齢者施策、およびハイリスクストラテジーとしての介護予防特定高齢者施策との有機的な連携が必要不可欠である。

地域における保健事業の拠点として保健センターがあるように、住民にとって最も身近な介護（予防）事業の拠点は、介護保険事業者であると考えられる。介護（予防）事業が効果的に、かつ効率的に展開されるためには、住民にとって使い勝手の良い、すなわちアクセスビリティの優れた介護保険事業者の存在が必要である。

本研究では、介護保険事業者の適正配置状況を評価することを目的として、長崎県佐世保市における介護保険事業者を対象に、地域住民からのアクセス時間について地図情報をもとに分析した。

【対象と方法】

1) 対象となる介護保険事業者リスト

佐世保市が作成した「佐世保市介護保険事業者ガイドブック」に掲載されている介護保険事業者を対象とした。当ガイドブックに掲載されている介護保険事業者は、平成17年1月現在で指定を受けている173事業所であった。介護事業者の提供するサービスは、以下のとおりである。

- (1) 訪問介護
- (2) 訪問入浴介護
- (3) 訪問看護

- (4) 訪問リハビリ
- (5) 通所介護
- (6) 通所リハビリ
- (7) 短期入所生活介護
- (8) 短期入所療養介護
- (9) グループホーム
- (10) 福祉用具の貸与
- (11) 介護老人福祉施設
- (12) 介護老人保健施設
- (13) 介護療養型医療施設
- (14) ケアハウス
- (15) 軽費老人ホーム

介護保険事業所ガイドブックに掲載されている 173 事業所から、各事業所の住所を検索した。なお、同一の住所で登録がある場合には、複数の事業所であっても 1 か所として分析を行った。

2) 合併にともなう佐世保市の町丁についての取り扱い

佐世保市の市町合併の状況は、以下のとおりである。

- ・吉井町 (6,103 人) H17.4.1 → 佐世保市
- ・世知原町 (4,129 人) H17.4.1 → 佐世保市
- ・小佐々町 (7,070 人) H18.3.31 → 佐世保市
- ・宇久町 (3,542 人) H18.3.31 → 佐世保市

本研究では、介護保険事業者の所在については、平成 17 年 1 月現在における「佐世保市介護保険事業者ガイドブック」を参考にした。当ガイドブックには、(旧)吉井町と(旧)世知原町の事業所は含まれていたが、(旧)小佐々町と(旧)宇久町については合併が遅れていたため、この 2 町の介護保険事業者の記載はなかった。よって、(旧)小佐々町、および(旧)宇久町は、分析から除外することとした。

3) アクセス時間の分析に用いたシステム

佐世保市の各町丁目目の中心(重心点)から介護保険事業所までのアクセス時間を算出した。分析にあたっては、以下のシステムを使用した。

- (1) 拠点分析システム(株式会社パスコ)
- (2) 地図基本ソフト: ArcView8.3 (ESRI 社製)
- (3) 道路ネットワーク計算エンジン: Net* (ネットスター) Library
- (4) 道路ネットワークデータ: 2006 年度版
- (5) 背景地図: PFM25000 (縮尺 1/25,000)

なお、町丁目界は、2006 年 4 月 1 日時点の情報を用いた。

4) アクセス時間の分析方法

アクセス時間の分析対象であるデータリストとして、佐世保市「介護保険事業者ガイドブック」に掲載された全介護保険事業者の住所リストを用いた。同一の住所で登録があった事業所については、複数の事業所を 1 か所として住所リストを作成した。その結果、113 介護保険事業者の住所リストをもとに、各町丁目目の

中心（重心点）からのアクセス時間を分析した。なお、最寄の事業所までは、一般道路を用いるものとし、有料道路は利用しないものとして分析した。

5) アクセス時間の分析手順

本研究では、以下の手順にて分析を行った。

(1) 分析対象である介護保険事業者の住所リストをもとに、GIS（上記システム）を用いて、佐世保市内の各町丁目の重心点から最寄の介護保険事業者へのアクセス時間を算出した。

(2) 分析結果地図には、佐世保市内の各町丁目における人口密度を5区分（0-150.8、150.9-549.2、549.3-2509、2510-5197、5198-9747人/Km²）に色分けして表示した。

(3) 佐世保市の各町丁目に存在する人口（全体、男女別、65歳以上）については、平成12年度国勢調査の500mメッシュ別集計（人口総数、人口総数（男）、人口総数（女）、65歳以上総数、65歳以上総数（男）、65歳以上総数（女））を利用した。また、当データを利用して、各町丁目の「65歳以上人口の割合」を算出した。ただし、面積按分により各町丁目へ割り当てたため、実態と異なる場合がある。

(4) 上記の(1)および(3)の結果を利用して、「65歳以上人口（人）」と「アクセス時間（分）」とを積算し、新たな指標を作成した。「65歳以上人口×アクセス時間（人×分）」は、当該町丁全体におけるアクセスビリティの不便さを総合的に表現する指標のひとつであるとした。ここでは、アクセス時間が長くても65歳以上人口が小さければ、その地区全体におけるアクセスビリティの不便さは小さく、反対にアクセス時間が短くても65歳以上人口が大きければ、その地区全体におけるアクセスビリティの不便さは大きくなると仮定した。

【結果】

1) アクセス時間（図1および図2）

佐世保市の介護保険事業者は、佐世保市の市街地を中心に配置されていた。そのため佐世保市の市街地にある多くの町丁では、アクセス時間は概ね「15分以下」であった。一方、(旧)世知原町、および(旧)世知原町に隣接する郊外の町丁では「16-30分」「31-60分」の地区がみられた。

町丁目の重心点から介護保険事業者までの アクセス時間分析

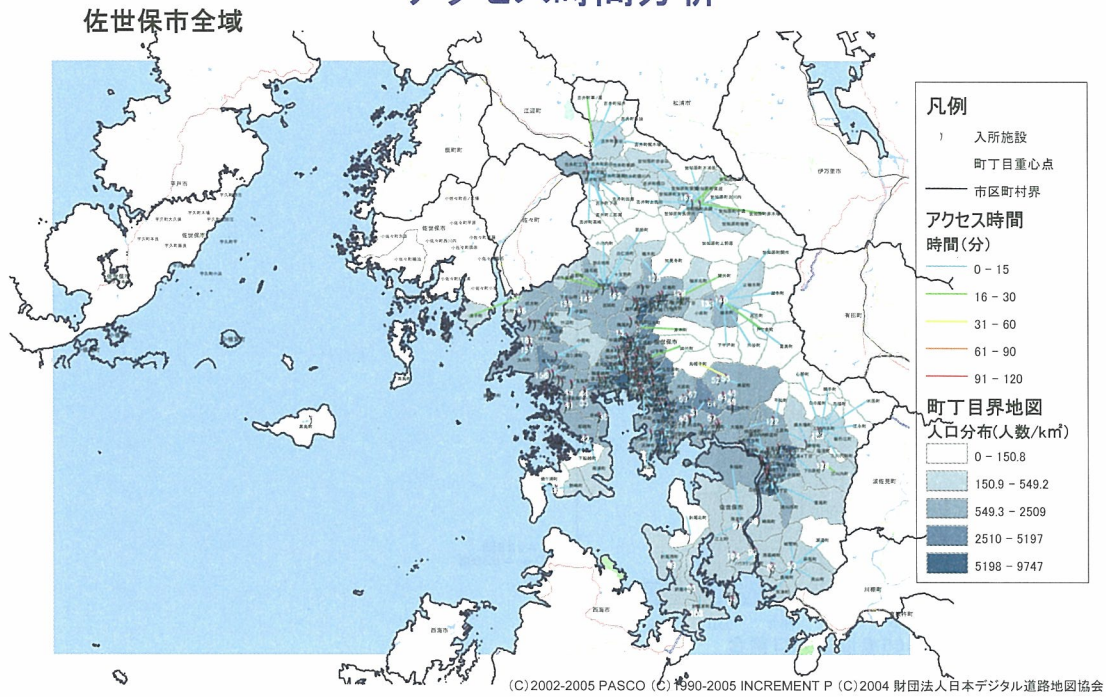


図1 各町丁から最寄の介護保険事業者までのアクセス時間

町丁目の重心点から介護保険事業者までの アクセス時間分析

佐世保市市街地拡大

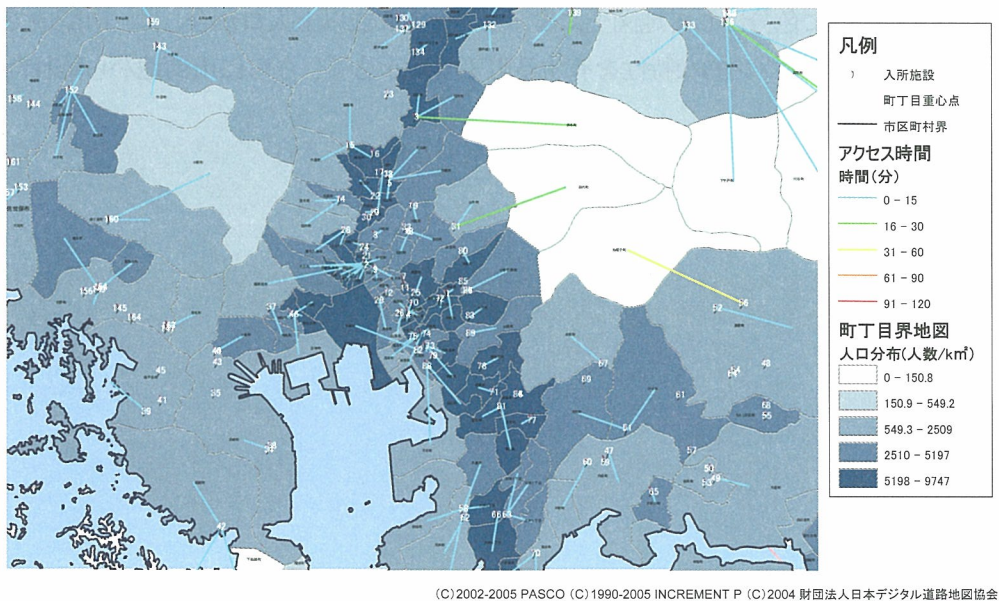


図2 各町丁から最寄の介護保険事業者までのアクセス時間 (市内)