

市町村合併モデルを用いた保健師配置課題の検討

Examination of the problem of stationing public health nurses using the municipality amalgamation model

波川京子¹, 上林康子¹, 吉留厚子²

1 札幌医科大学保健医療学部看護学科

2 大分県立看護科学大学看護学部看護学科

Kyoko Namikawa¹, Yasuko Kamibayashi¹, Atsuko Yoshidome²

¹ Department of Nursing, School of Health Sciences, Sapporo Medical University

² Oita University of Nursing and Health Sciences

Using the amalgamation of municipality models provided by a prefecture, we calculated the secondary medical service areas and the number of public health nurses in the municipality model. Many public health nurses were posted in cities with high population densities, but, in the areas where the population density was low, the number of the public health nurse decreased. Expansion of municipality by amalgamation causes the activity range of public health nurses to grow. Public health nurse placement after amalgamation must consider both the placement area and means of transportation. The amalgamation model that we used in this study was an amalgamation model that was different from the real amalgamation of municipalities. However, it considered population, aging rate, birth rate, disease rate, and the degree of need for care and nursing in calculation of medical job placement. Placement of public health nurses in the amalgamation of municipalities must consider the area, births, the number of the senior citizens, and transportation conditions as well as population.

キーワード：市町村保健師，保健師配置，市町村合併モデル

Keywords: Municipalities public health nurses, Stationing of public health nurses, Municipality amalgamation model

はじめに

市町村保健師は専門職でありながらケースワーカー、消防職員、保育士、学校給食調理員のような配置基準はない。市町村への保健師配置は1938年の国民健康保険事業で、国保保健師として市町村に配属されたことに始まる。市町村保健師に関する配置基準は、1942年の「保健婦設置に関する件」では、保健師一人当たりの受け持ち人口は市部3,000人、郡部2,000人が示されている¹⁾。

戦後、改めて「国民健康保険の保健施設の拡充強化に関する件」（1949年6月1日発令、1978年5月13日廃止）で、「市部では人口3,000人に1人、郡部では人口2,000人に1人配置する」と示されている。1960

年の「国民健康保険の保健施設について」（1978年4月24日廃止）で、「人口3,500人に1人を標準として配置する」に改正された。

その他には、「へき地保健医療対策事業について」（1991年7月19日発令、1993年改正）で、「へき地での保健師は無医地区のうち人口2,000人以上で、最寄りの医療機関まで交通機関を利用して30分以上を要する地域に配置」するとして、初めて人口だけでなく移動時間が加味された。最終的には国保保健師は1978年に市町村保健師として市町村に身分移管し²⁾、前記の配置基準は消滅した。その後、1982年の老人保健法、1994年の地域保健法、2000年の介護保険制度創設を契機に市町村が実施主体となる保健・福祉事業が新增設

されていくが、市町村保健師の配置基準は出されていない。

また、1992年に看護職員全般を対象にした「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に関連して、看護職員数を二次医療圏と都道府県単位で必要数を確保する「看護職員需給見通し」³⁾が策定されている。需給見通しは1992-2000年の10ヵ年計画と2001-2005年の5ヵ年計画が立てられてきた。次期計画は2005年度に立てられるが、いずれの策定過程においても市町村保健師の算出方法や配置基準は示されていない。

以上のように保健師配置の基準がなくても、市町村には保健師が配置されている。市町村が実施主体となる老人保健法や母子保健法、精神保健福祉法、介護保険法などに基づく保健・福祉事業は、全国一律の住民サービスとして実施されている。こうした中で、市町村保健師の配置基準として参考にされているものに、1994年度厚生科学研究報告の「保健婦の配置のガイドラインに関する研究(1999年度配置目安)」⁴⁾がある。しかし、1999年度配置目安に法的な拘束力はなく、市町村保健師配置の目安にとどまっているが、2006年3月を目途にした市町村合併は、保健師配置の見直しと配置基準を必要としている。

そこで、県が示した合併モデルに沿って、既存の市町村保健師数と、1999年度配置目安で算出した市町村保健師数から、市町村における保健師配置の課題を明らかにすることを本研究の目的とする。

方法

対象とする県は2ヵ所とし、県が示した合併モデルが二次医療圏内の市町村を組み合わせたものであることと、市町村合併の先進県であることを選定条件にした。これらの条件から2004年度末で市町村減少率が73%になる広島県と、70%になる大分県の2県を対象にした。

2県が提示していた合併モデルの人口等の数値は2002年のものであったため、本研究で用いる保健師数、人口、面積、出生数、高齢者数は2002年の衛生統計⁵⁾から収集した。2002年の各市町村の保健師数、人口、出生数、高齢者数、面積を二次医療圏⁷⁾⁸⁾と合併モデル⁹⁾¹⁰⁾ごとに集計し、市町村保健師数は1994年度厚生科学研究報告で出された「保健婦の配置のガイドラインに関する研究」¹¹⁾の配置目安算定式を用いて算出した。ただし、保健師数は市町村の行政機構が各市町村で異なるため、保健部門の保健師に限定した数値ではない。

今回用いる合併モデルは、県が市町村に対して組み合わせ方と人口などを提示したものである。従って実際の合併市町村並びに、2005年3月を目途に準備されている合併予定市町村、および合併協議会の設置状況とは異なるシミュレーションである。保健師数の試算に二次医療圏と合併モデルを用いるため二次医療圏は通し番号で表し、合併モデルは中心的な市に吸収される吸収型と、生活圏を共にする市町村が対等に合併する対等型の2つで表記した。

既存の保健師数(A)と合併モデルの人口で算定した配置目安数(B)との差を増減数(A-B)とし、既存の保健師数に対する配置目安を増減率 $((A \div B) \times 100)$ として算出する。さらに両県の合併モデルの特徴と保健師数配置の課題を、保健師一人当たりの担当人口、面積、出生児数、高齢者数から検討する。

結果

合併モデルの保健師配置目安算定方法には、合併モデルの人口に合わせて4種類の式を使用した。人口2万人までの合併モデルは広島県に5ヵ所あったが、大分県にはなかった。人口2~25万人の合併モデルは広島県に9ヵ所、大分県に13ヵ所あった。人口25~40万人の合併モデルは広島県に2ヵ所、大分県に1ヵ所あった。中核市は2県とも1ヵ所存在し、保健師数算出には人口25~40万人の合併モデルを用いた。政令指定都市は広島県に1ヵ所あるが、大分県にはなかった。広島県は人口2万人以下の町から120万人以上の政令指定都市まで人口差が大きいが、大分県は人口2~25万人の合併モデルに集中していた(表1)

広島県の二次医療圏は7圏域あり、86ヵ所の市町村は全てどこかの圏域の合併モデルに組み込まれていた。合併モデルは17ヵ所あり、市町村数は5分の1に減少する提示であった。吸収型合併モデルが7ヵ所、対等型合併モデルが10ヵ所であった。二次医療圏内に合併モデルが1ヵ所となるのは1医療圏、2ヵ所になるのは3医療圏、3ヵ所になるのは2医療圏、4ヵ所になる圏域は1ヵ所であった。

保健師数が増えれば保健師一人当たりの担当人口と面積は減少し、保健師数が減れば保健師一人当たりの担当人口と面積は増加する。保健師一人当たり担当人口と保健師一人当たり担当面積の増減は同率で推移した。

保健師数が減少する合併モデルにおいて、保健師一人当たりの担当人口に占める出生児の割合は広島県が

表1 合併モデルの保健師配置目安算定方法

1. 人口2万人までの合併モデル

適応合併モデル 広島県:対等型1・2・6～8;5カ所
大分県:なし

$$1999年保健師数 = \frac{1}{5,000} \times \frac{\text{当該市町村の平成11年度総人口}}{\text{当該市町村の平成11年の65歳以上人口割合}} \times \frac{1+5 \times \text{当該市町村の平成11年の65歳以上人口割合}}{1+5 \times 0.177} + 1$$

2. 人口2～25万人までの合併モデル

適応合併モデル 広島県:対等型3～5・9・10と吸収型:2・4～6;9カ所
大分県:対等型1～8・単独自立と吸収型:2～5;13カ所

$$1999年保健師数 = \frac{1}{6,000} \times \frac{\text{当該市町村の平成11年度総人口}}{\text{当該市町村の平成11年の65歳以上人口割合}} \times \frac{1+5 \times \text{当該市町村の平成11年の65歳以上人口割合}}{1+5 \times 0.177} + 1$$

3. 人口25～40万人までの合併モデル

適応合併モデル 広島県:吸収型3・7;2カ所
大分県:吸収型1;1カ所

$$1999年保健師数 = \frac{1}{7,000} \times \frac{\text{当該市町村の平成11年度総人口}}{\text{当該市町村の平成11年の65歳以上人口割合}} \times \frac{1+5 \times \text{当該市町村の平成11年の65歳以上人口割合}}{1+5 \times 0.177} + 1$$

4. 政令指定都市の合併モデル

適応合併モデル 広島県:吸収型1;1カ所
大分県:なし

$$1999年保健師数 = \frac{1}{7,000} \times \frac{\text{当該市(区)の平成11年度総人口}}{\text{当該市(区)の平成11年の65歳以上人口割合}} \times \frac{1+5 \times \text{当該市(区)の平成11年の65歳以上人口割合}}{1+5 \times 0.157} + 1$$

$$+ \frac{1}{15,000} \times \frac{\text{当該市(区)の平成11年度総人口}}{\text{当該市(区)の平成11年の65歳以上人口割合}} \times 0.35$$

平成8年度厚生科学研究報告「保健師の配置のガイドラインに関する研究(平成11年の配置目安算定式)」をもとに作成

0.6%、大分県が0.7%、高齢者の割合は広島県が29.3%、大分県29.1%で、保健師一人当たりの担当人口の構成は少子高齢化の構図になっている。

保健師数が増加する合併モデルでは出生児割合は広島県1.0%、大分県0.9%で県全体の平均と同率になっている。高齢者割合は広島県17.4%、大分県23.6%で県平均を下回っている。保健師数は増加し、一人当たりの担当面積は縮小している。

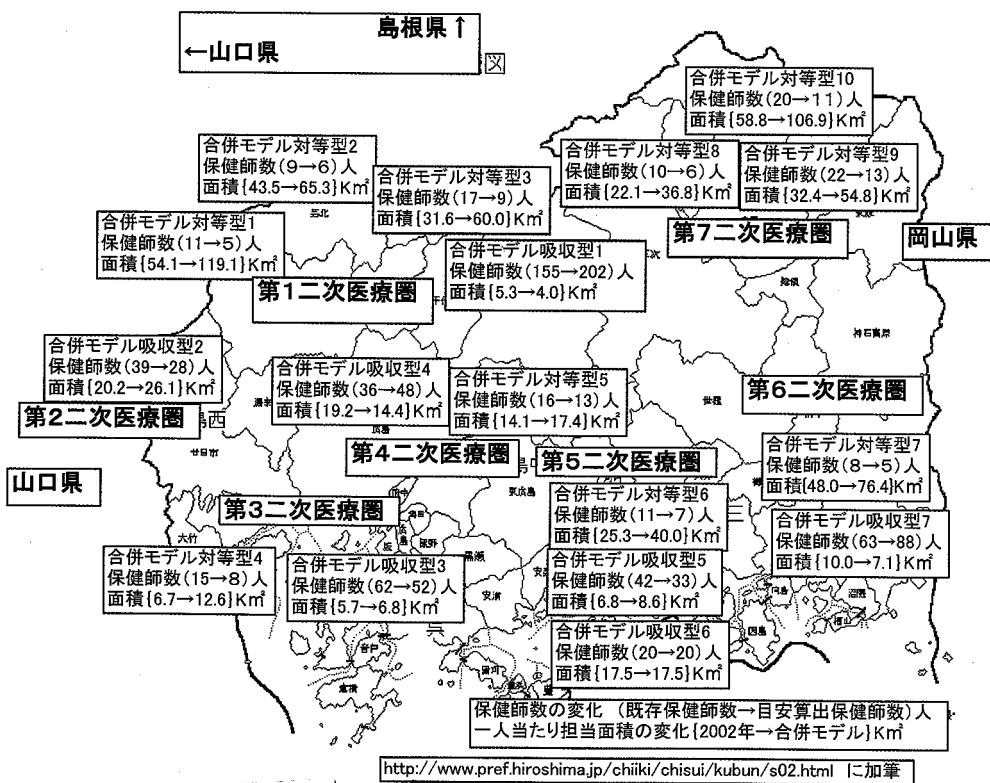
広島県全体の既存保健師数は556人であったが、配置目安での保健師数は554人で2人減、増減率は99.6%にであった。配置目安保健師数における保健師一人当たりの担当人口に占める出生児の平均割合は0.9%、高齢者は19.0%であった。

二次医療圏レベルで保健師数が増加する医療圏は第1・第4・第6の3カ所で増減率は111.6～131.0%であった。保健師数が減少する第2・第3・第5・第7の4医療圏は保健師増減率53.3～83.9%となっていた。保健師数が減少すれば、二次医療圏の保健師一人当たりの担当面積は121.7～173.3%に増加するが、保健師一人当たりの担当人口に占める出生児の割合は0.7～0.8%で県全体の平均9.0%を下回っていた。高齢者の割合は19.2～33.8%と幅があったが県全体の平均の19.0%を上回っていた。

合併モデル型別での既存の保健師数と配置目安での保健師数の変化は、吸収型1・4・7で130%台の増加

表2 合併による保健師数と一人当たりの担当の変化—広島県—

二次医療圏 合併モデル型別分類	人口数(人)	面積 (Km ²)	出生数 (人)	高齢者数 (人)	既存 保健師 数(人) A	配置目 安保健 師数 (人) B	保健師 増減数 (人) A-B	保健師 増減率 (%) A÷B	既存保健師 担当人口と面 積に対する配 置目安保健 師担当人口と 面積の増減 率(%)	配置目 安担当 人口に 占める 出生児 割合 (%)	配置目 安担当 人口に 占める高 齢者割 合(%)
計・全体平均	2,878,915	8,477	27,197	546,993	556	554	△ 2	99.6	100.3	0.9	19.0
第1二次医療圏	1,309,256	2,340	13,277	205,332	192	222	30	111.6	86.4	1.0	15.7
吸収型1	1,244,622	814	12,869	181,089	155	202	47	130.3	76.7	1.0	14.5
対等型1	12,139	596	60	4,687	11	5	△ 6	45.5	220.1	0.5	38.6
対等型2	18,971	392	158	5,403	9	6	△ 3	66.7	150.0	0.8	24.5
対等型3	33,524	538	231	10,602	17	9	△ 8	52.9	188.8	0.7	31.6
第2二次医療圏	154,281	730	1,201	29,654	39	28	△ 11	71.8	139.3	0.8	19.2
吸収型2											
第3二次医療圏	291,502	454	2,140	70,844	77	60	△ 17	77.9	140.5	0.7	24.3
吸収型3	259,224	353	1,924	61,468	62	52	△ 10	83.9	119.2	0.7	23.7
対等型4	32,278	101	189	9,491	15	8	△ 7	53.3	187.6	0.6	29.4
第4二次医療圏	225,015	918	1,995	41,526	52	61	9	117.3	85.3	0.9	18.5
吸収型4	170,614	692	1,680	24,287	36	48	12	133.3	75.0	1.0	14.2
対等型5	54,401	226	355	15,226	16	13	△ 3	81.3	123.1	0.6	28.0
第5二次医療圏	273,516	912	2,120	69,342	73	60	△ 13	82.2	121.7	0.8	25.4
吸収型5	155,200	285	1,156	40,425	42	33	△ 9	78.6	127.3	0.7	26.0
吸収型6	98,626	349	830	22,572	20	20	0	100.0	100.0	0.8	22.9
対等型6	19,690	278	128	6,660	11	7	△ 4	63.6	157.1	0.6	33.8
第6二次医療圏	510,691	1,010	4,906	95,607	71	93	22	131.0	73.3	1.0	18.7
吸収型7	498,179	628	4,969	88,879	63	88	25	139.7	70.3	1.0	17.8
対等型7	12,512	382	61	5,119	8	5	△ 3	62.5	160.0	0.5	40.9
第7二次医療圏	119,786	2,111	869	35,262	52	30	△ 22	57.7	173.3	0.7	29.4
対等型8	17,631	221	70	4,200	10	6	△ 4	60.0	166.7	0.4	23.8
対等型9	58,374	713	530	16,545	22	13	△ 9	59.1	169.2	0.9	28.3
対等型10	43,781	1,176	268	14,517	20	11	△ 9	55.0	181.8	0.6	33.1



保健師数担当と面積の変化

*:表2 合併による保健師数と一人当たりの担当の変化—広島県—

となり、保健師一人当たりの担当面積は70%台に縮小していた。担当人口に占める出生児割合は0.8~1.0%で平均0.9%、高齢者割合は14.2~17.8%で平均17.4%であった。逆に対等型1~3・4・7の5ヵ所は同じ二次医療圏に属しながらも保健師数が減少し、増減率は45.5~81.3%になった。担当人口に占める出生児割合は0.5~0.8%で平均0.6%、高齢者割合は24.5~40.9%で平均29.3%になり、医療圏内で差が生じていた(表2)。

広島県が公表している二次医療圏と合併モデル圏域図に、「既存保健師数→目安算出保健師数」、および保健師一人当たりの担当面積の「2002年→合併モデル」変化を図1として示した。保健師数が増加する合併モデルは山陽新幹線沿線に位置し、減少する合併モデルは島根県・山口県・岡山県と接する県北部の過疎地(対等型1~3・8~9)と、瀬戸内海の島嶼部(対等型4・5)であった。

次に、大分県の二次医療圏は10圏域あり、58市町村は13ヵ所の合併モデルと1つの単独自立の14ヵ所になり、市町村数は4分の1に減少する組み合わせであった。保健師数は既存の298人に対し、配置目安は310人で12人増となり保健師の増減率は104.0%に上昇した。配置目安の保健師一人当たりの担当人口に占める出生児の割合は0.9%であり、高齢者の割合は27.2%であった。

1つの医療圏内の市町村数は合併によって1~2ヵ所に減少していた。中心的な市に吸収される吸収型合併モデルが5ヵ所、生活圏を共にする市町村が対等に合併する対等型合併モデルが8ヵ所、単独自立は1ヵ所であった。そして、二次医療圏内に合併モデルが1ヵ所となる医療圏は6つ、2ヵ所になる医療圏は4つであった。

二次医療圏レベルで保健師数が増加する二次医療圏は第1・第10の2ヵ所であった。保健師数が増加していた吸収型1、対等型4・5と単独自立の4ヵ所の合併モデルにおける保健師数増減率は114.3~202.6%になり、保健師一人当たりの担当面積は49.4~80.0%の間で縮小していた。配置目安保健師数での保健師一人当たりの担当人口に占める出生児の割合は0.7~1.0%で平均0.9%、高齢者の割合は16.5~28.7%で平均23.6%であった。逆に同じ二次医療圏に属しながらも保健師数が減少した対等型1・6・8、吸収型4の4ヵ所の合併モデルにおける保健師数の増減率は73.7~91.3%に減少し、保健師一人当たりの担当人口に占める出生児の割合は0.6~0.9%、高齢者割合は24.5~32.1%であった。

保健師数が減少する第2~5・第8・第9の6医療圏は第8二次医療圏を除き、1つの二次医療圏に1つの合併モデルであった。保健師数が減少する二次医療圏では保健師一人当たりの担当面積は103.5~158.3%に増加するが、配置目安保健師数における保健師一人当たりの担当人口に占める出生児割合は0.7~0.8%で平均0.7%、高齢者割合は19.2~33.8%で平均29.1%であった(表3)。

大分県が公表している二次医療圏の地図に合併モデルを組み入れて、「既存保健師数→目安算出保健師数」、および保健師一人当たりの担当面積の「2002年→合併モデル」変化を図2に示した。保健師数の減少は他県と接している二次医療圏でみられた。

考察

市町村保健師の配置目安として公表されている算定式は、市町村の人口規模で算定式を使い分けることになっている。式の最後に「+1」が付き、人口が2万人に満たなくても、全ての市町村に保健師が複数配置になる算定式である。2県が示した合併モデルは二次医療圏の中で組み合わせられ、人口2万人以下の合併モデルは広島県に5ヵ所あった。広島県は4つの算定式を全て使用した。大分県では人口2~25万人と人口25~40万人の2つの式の使用にとどまった。広島県の合併モデルは人口規模の格差が大きい合併モデルが二次医療圏に混在し、これに対して大分県は2~10万人規模の合併モデルが大半を占めていた。2県とも保健師数が増加している合併モデルは、政令市・中核市など県内の人口を集積している市を含んだ合併モデルであった。合併モデルの人口規模と算定式の「+1」の2点が、既存の保健師数に比べ配置目安の保健師数が大分県は増加し、広島県は減少した結果に影響を与えたと考えられる。結果として、人口密度の高い市域に保健師が多く配置され、人口密度の低い過疎地は既存保健師数よりも少なくなることが明らかになった。二次医療圏内で合併モデル数が1ヵ所になっていた二次医療圏は、広島県では7医療圏中1ヵ所であったのに対し、大分県は10医療圏中6ヵ所であった。大分県の二次医療圏人口は10医療圏中9医療圏が人口28,000~19万人未満で、市町村合併で政令市や中核市の市域が拡大しており、二次医療圏内の市町村が減少する合併モデルであった。地域保健法では、都道府県型の保健所は二次医療圏に1ヵ所が設置目標になっている。市町村合併の組み合わせによっては、都道府県型保健所の

表3 合併モデルを用いた保健師数と一人当たりの担当の変化—大分県—

二次医療圏名 合併モデル型別 分類	人口(人)	面積 (Km ²)	出生数 (人)	高齢者数 (人)	2002年 保健師 数(人) A	配置目 安算出 保健師 数(人) B	保健師 増減数 (人) A-B	保健師 増減率 (%) A÷B	既存保健師 担当面積に 対する配置 目安保健師 担当面積の 増減率(%)	配置目 安算出 人口に 占める出 生児割合 (%)	配置目 安算出 人口に 占める高 齢者割合 (%)
計・全体平均	1,231,533	6,338	10,424	276,560	298	310	12	104.0	94.7	0.9	27.2
第1二次医療圏	489,672	820	4,777	81,004	58	93	35	160.3	61.4	1.0	16.5
吸収型1	449,330	410	4,504	70,321	39	79	40	202.6	49.4	1.0	15.6
対等型1	40,342	410	273	10,683	19	14	△ 5	73.7	135.8	0.7	26.5
第2二次医療圏	58,950	231	420	15,856	21	14	△ 7	66.7	150.0	0.7	26.9
吸収型2											
第3二次医療圏	84,449	903	605	22,247	34	29	△ 5	85.3	117.2	0.7	26.3
吸収型3											
第4二次医療圏	53,071	743	333	17,442	26	24	△ 2	92.3	108.3	0.6	32.9
対等型2											
第5二次医療圏	28,689	478	170	10,024	19	12	△ 7	63.2	158.3	0.6	34.9
対等型3											
第6二次医療圏	107,923	1,224	904	27,683	31	31	0	100.0	100.0	0.8	25.7
対等型4	30,554	558	208	8,759	8	10	2	125.0	80.0	0.7	28.7
吸収型4	77,369	666	696	18,924	23	21	△ 2	91.3	109.5	0.9	24.5
第7二次医療圏	38,186	325	248	12,370	22	22	0	100.0	100.0	1.0	23.2
吸収型5											
第8二次医療圏	90,461	692	662	26,294	29	28	△ 1	96.6	103.5	0.7	29.0
対等型5	62,349	439	480	17,263	14	16	2	114.3	87.5	0.8	27.7
対等型6	28,112	253	182	9,031	15	12	△ 3	80.0	125.0	0.6	32.1
第9二次医療圏	85,617	491	807	19,859	19	16	△ 3	84.2	118.7	0.7	32.4
対等型7											
第10二次医療圏	184,122	430	1,498	43,781	39	41	2	105.1	95.1	0.8	23.8
対等型8	57,599	307	505	14,447	19	15	△ 4	78.9	126.6	0.9	25.1
単独自立	126,523	123	993	29,334	20	26	6	130.0	79.6	0.8	23.2

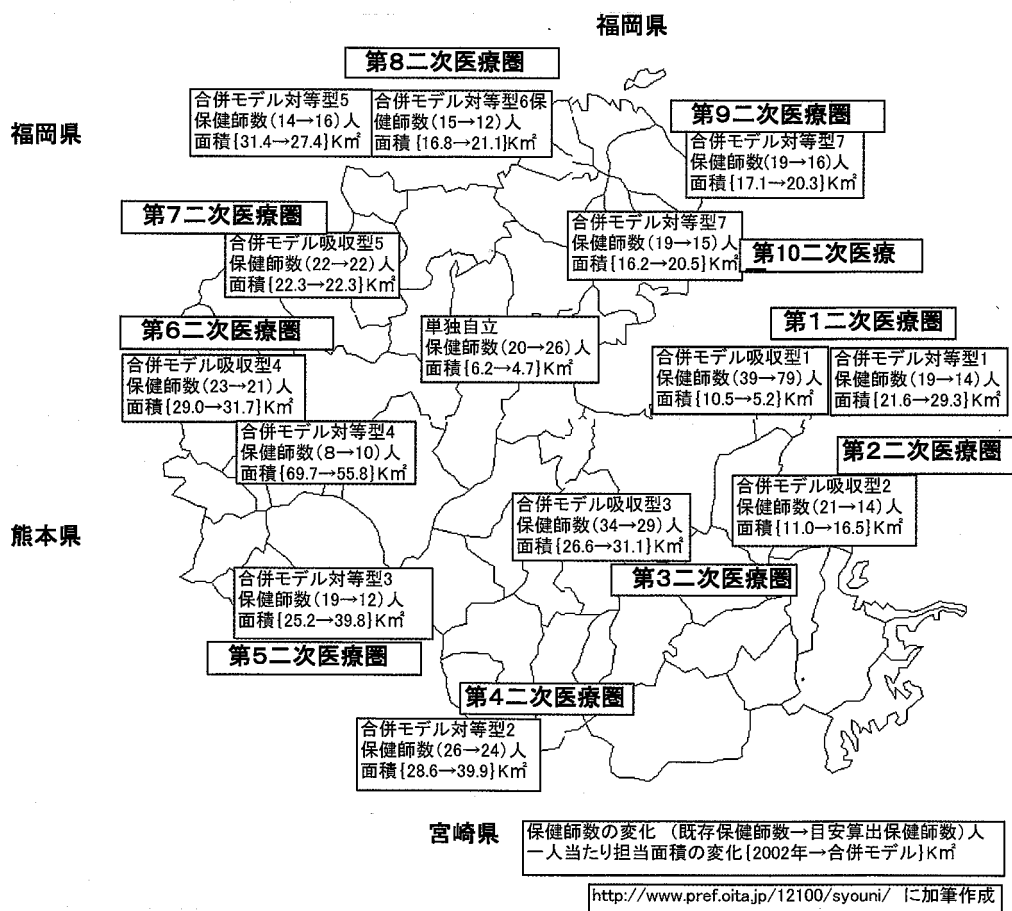


図2 大分県合併モデル型別*保健師数と担当面積の変化

*:表3 合併による保健師数と一人当たりの担当の変化—大分県— 参照

新たな再編が予測される¹²⁾¹³⁾。

保健師数が減少した合併モデルの既存の市町村は交通条件に恵まれない過疎地、島嶼部であった。この地域に勤務する職員はへき地手当の対象になるところもある。介護保険では離島や山村等の過疎地に向向く訪問介護サービスには加算がある。住民にこのような手当を支給することはできない。その代償として、国や都道府県、市町村は保健師を手厚く配置してきたと考えられる。

合併による市町村面積の拡大は保健師の活動範囲を拡大させる。過疎地や島嶼部はもともと人口が少なく、面積が広い市町村を合併させることになる。島嶼部の住居は島内で何ヵ所かの集落に集まっていますが、島と島の間には海がある。海上移動は保健師単独では困難であることから、島嶼部を包括する合併モデルの保健師配置は、配置場所と移動手段を考慮しなければならない。

過疎地は保健師一人当たりの担当人口は少なくても、住居地は点在していることが多い。保健師の担当面積が広がれば、移動に要する時間は面積に比例して長くなる。合併後の保健師の配属場所によっては移動時間が現状維持になる配置もあるが、合併モデルの新しい中心地に保健師が集中配属されれば、住民に接する時間よりも移動時間が長くなることが予測される。行政の職員配置は対象人口と業務量を根拠にして算出されることが多いが、訪問指導の多い職種は移動時間と面積も業務量に換算されなければならない。従って、市町村における保健師配置を考える際には、面積や移動条件を加味する必要がある¹⁴⁾。

保健師一人当たりの担当人口の差が生じる最大の要因は市町村の人口規模である。同規模の市町村間において生じる保健師の配置数の差は、地理的要件や住民の居住位置、人口構成や市町村長の公約、業務量増加に伴う担当課・係からの要求、都道府県の指導などの要因が考えられる。保健衛生行政の施策の重点をどこに置くかは地方自治体に任せられるが、教育、消防、保育、生活保護の職員配置基準のように、行政サービス

に従事する保健師の配置基準は必要と言える。

まとめ

本研究では、2県が提示した合併モデルの人口を用いて1999年度の配置目安算定式から保健師配置数を試算した。試算から人口の集中している政令指定都市や中核市では、保健師目安数に比べ増員になるが、人口が少ない過疎地の保健師目安数は減員になる結果であり、保健師数の増減と一人当たりの面積は反比例していた。このことから、人口を元にした配置目安だけで保健師配置を算定するのではなく、国保保健師の配置基準に移動時間を加味していたように、面積を加算していく必要性が示唆された。さらに、合併モデルを二次医療圏ごとに統合すると、合併モデルが複数ある医療圏では、個々の合併モデルの変化が見えにくくなっていた。県単位で比べた場合にも同様のことが言える。

本研究で用いた合併モデルは、2001年に2県が提示したものである。合併特例期限までにモデルどおり合併した、あるいは合併を予定している合併モデルは広島県17モデル中5ヵ所、大分県で13モデル中6ヵ所であった。合併モデルの半数以上が組み合わせを変えていた。従って、実際の市町村合併とは異なった合併モデルを用いて、合併後をシミュレーションしたことが本研究の限界である。

医療法やゴールドプラン21、看護職員需給見通しなど医療職配置の算定に使われている条件には、対象人口や高齢化率や出生率、有病率、介護度、看護必要度等がある。いずれにしても人口が保健師配置の根拠に使われる比重は高い。市町村合併における保健師の配置に際しては、人口に加えて面積、出生数、高齢者数、移動条件などを反映させた市町村保健師の配置が課題となる。

本稿は第45回日本社会医学会総会(山口、2004年7月)での発表要旨に加筆修正したものである。

文献

- 1) 厚生省健康政策局計画課：ふみしめて五十年－保健婦活動の歴史－，日本公衆衛生協会 464-471 1993。
- 2) 自治体に働く保健婦のつどい編：公衆衛生における保健婦の役割，日本看護協会 275-278 1995。

- 3) 看護職員の需給に関する検討会：看護職員の需給に関する検討会報告書～新たな看護職員需給見通しについて～，厚生労働省 1-8 2000。
- 4) 古市圭治主任研究員：平成5年厚生科学研究報告書「平成11年度の保健婦のガイドラインに関する研究」，

1-16 1994.

5) 広島県福祉保健部：広島県福祉保健行政概要

平成 16 年度，広島県福祉保健部，276-280 2004.

6) 大分県福祉保健部：第 53 号公衆衛生年鑑

平成 14 年大分県福祉保健部福祉保健課，1-48 2004.

7) <http://www.pref.hiroshima.jp/chiiki/chisui/kubun/s02.html>

8) <http://www.pref.oita.jp/12100/syouni/>

9) 市町村合併について：

http://www.pref.hiroshima.jp/chiiki/kouiki/gapei/2_1.html

10) 県が示した合併パターン：

<http://www.oita-gappei.jp/lesson5/main.html>

11) 前掲書 1)

12) 宮城島一明，中原俊隆：新たな保健医療計画への展望（上），日本医事新報 No.3627，75-78 1993.

13) 宮城島一明，中原俊隆：新たな保健医療計画への展望（下），日本医事新報 No.3627，95-98 1993.

14) 波川京子，近藤裕子：保健婦・士の配置根拠に関する研究，香川医科大学看護学雑誌第 6 巻第 1 号 161-168 2002.