

1) 医療費の地域差

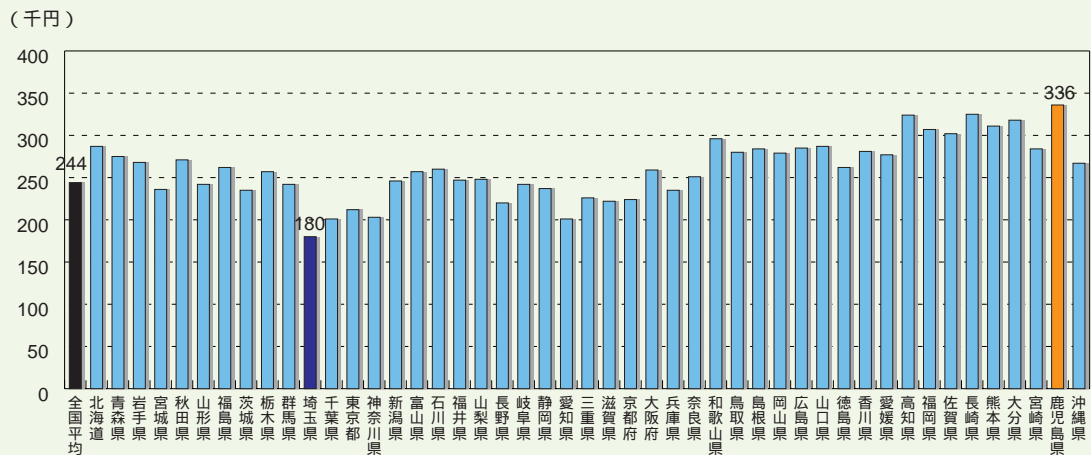
(医療費は都道府県間で1.5倍～2倍の差がある)

1人当たりの年間総医療費（国民医療費）を比較した場合、2002（平成14）年度の総額の推計値では、最も高い鹿児島県が33万6千円であり、最も低い埼玉県の18万円の約1.9倍となっている（全国平均24万4千円）。また、1人当たりの老人医療費を都道府県別で見ると、最も高い福岡県が90万5千円で、最も低い長野県の59万6千円の約1.5倍となっている（全国平均73万7千円）。

図表2-5-23 ▶

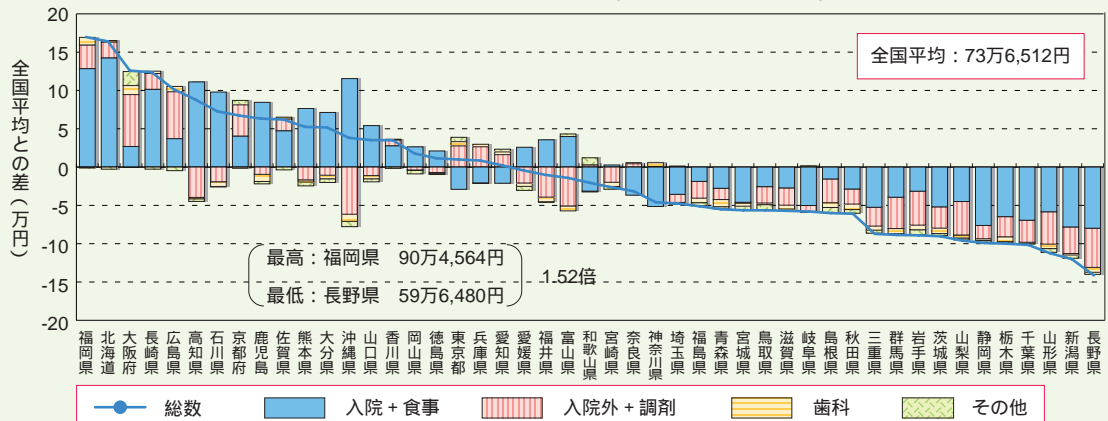
図表2-5-24 ▶

図表2-5-23 都道府県別一人あたりの年間医療費



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成14年国民医療費」

図表2-5-24 1人当たり老人医療費の診療種別内訳（全国平均との差）



資料：厚生労働省保険局「平成14年度老人医療事業年報」
 (注) 1人当たり老人医療費は、全国平均が約74万円に対し、±約15万円の都道府県格差が存在しているが、都道府県格差の約7割は入院医療費が寄与している。

2) 地域差を生み出す要因

(医療費は様々な提供される医療の量と相関関係がある)

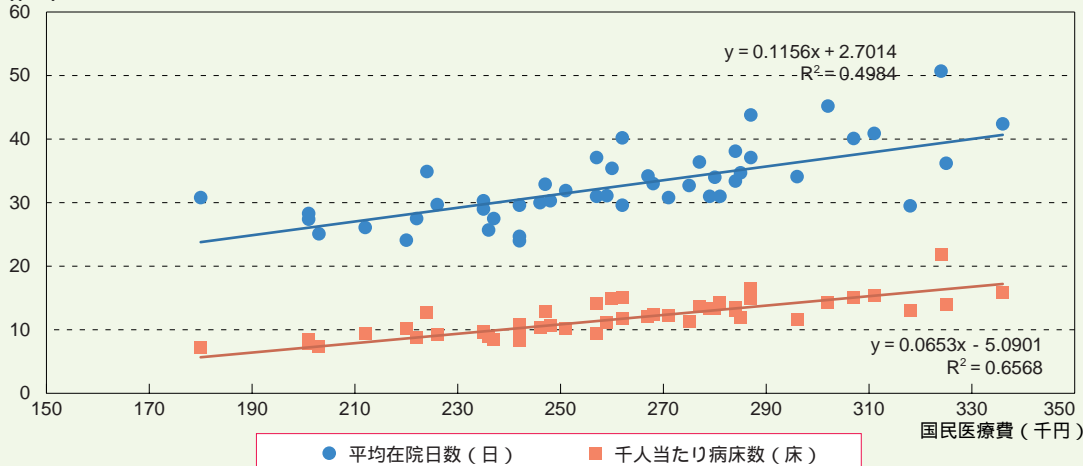
都道府県別の国民医療費および老人医療費の地域差は地域の年齢構成等の外部要因にも影響を受けるが、医療提供体制の整備状況（人口当たりの病床数、平均在院日数など）との相関関係が見られており、提供される医療サービスの効率化も併せて必要となることが示唆される。

(医療費は人口当たりの病床数、平均在院日数と正の相関関係がある)

前述の医療提供体制の地域差を比較した人口当たりの病床数、平均在院日数といった指標と医療費の関係を見た場合、人口当たりの病床数、平均在院日数は一人当たりの総国民医療費、老人医療費と正の相関が強く見られている。これは、医療費、特に老人医療費においては、入院医療費が約5割を占めていることもあり、病床数、平均在院日数が増加すると、医療費が高くなることを示している。

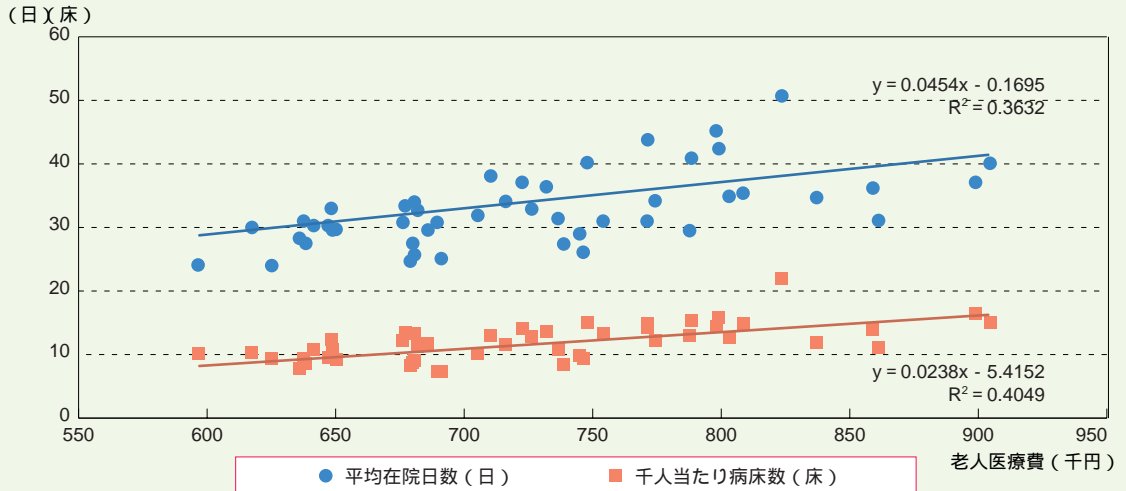
◀ 図表2-5-25
 ▶ 図表2-5-26

図表2-5-25 都道府県別1人あたり国民医療費と平均在院日数・医師数・病床数の相関関係
 (日×床)



(注) 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成14年度国民医療費」及び「平成14年病院報告」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

図表2-5-26 都道府県別1人あたり老人医療費と平均在院日数・医師数・病床数の相関関係



(注) 厚生労働省保険局「平成14年度老人医療事業年報」及び厚生労働省大臣官房統計情報部「平成14年病院報告」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

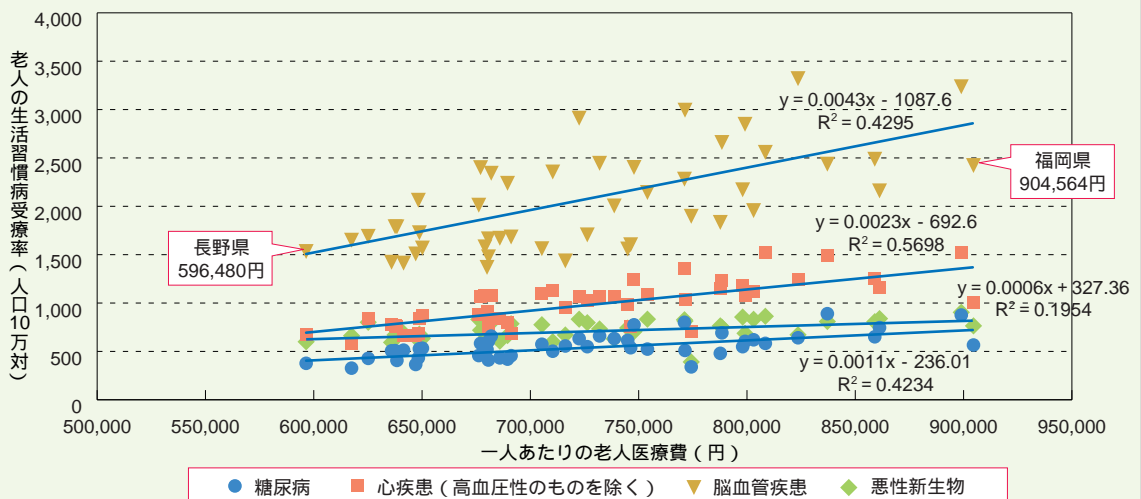
(老人医療費は生活習慣病の受療率と正の相関関係がある)

また、老人医療費については地域の受療行動とも相関が見られ、例えば、糖尿病、心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病の受療率が高い都道府県では、老人医療費が相対的に高くなることを示唆するデータも示されている。その他、高齢者就業率（65歳以上人口の内の就業者数の割合）が高い都道府県は老人医療費が低いという一定程度の相関関係もある。

図表2-5-27 ▶

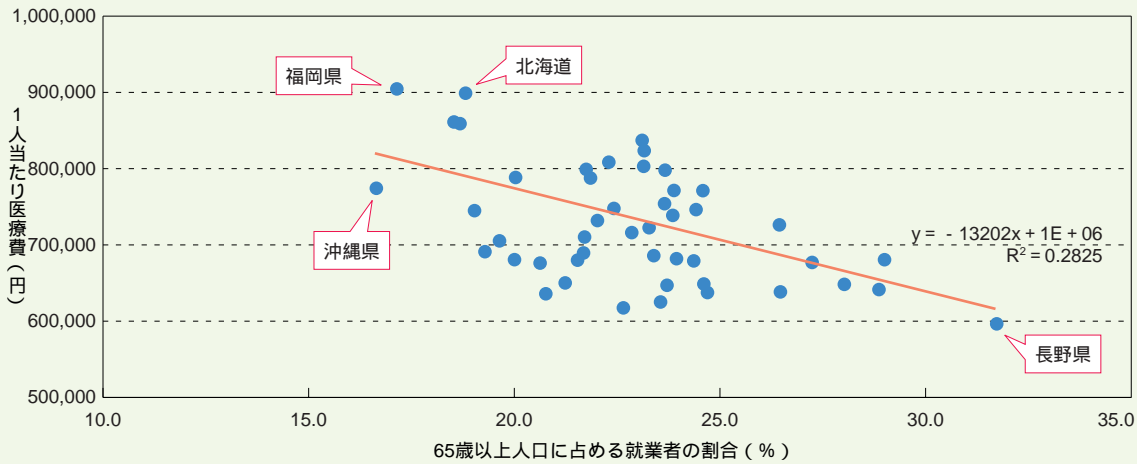
図表2-5-28 ▶

図表2-5-27 生活習慣病受療率と老人医療費の相関関係



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成14年患者調査」及び厚生労働省保険局「平成14年度老人医療事業年報」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

図表2-5-28 65歳以上人口に占める就業者の割合と老人医療費の相関関係

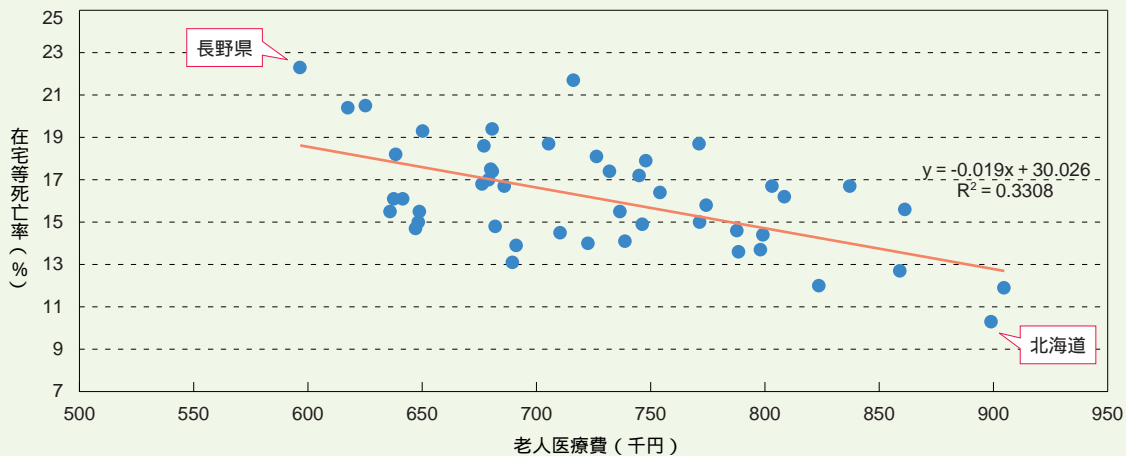


(注) 総務省統計局「国勢調査」(2000年)及び、厚生労働省保険局「平成14年度老人医療事業年報」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

さらに、在宅等死亡率と老人医療費の関係を見ると、在宅等死亡率の高い都道府県では、老人医療費が低くなる傾向にある。

◀ 図表2-5-29

図表2-5-29 老人医療費と在宅等死亡率の相関関係



資料：厚生労働省保険局「平成14年度老人医療事業年報」及び厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年人口動態統計」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

（地域における適切な医療提供体制の整備と機能分化・連携が必要）

今後地域において質の高い効率的な医療提供体制を整備していくためには、地域の実情に応じて、適切な機能分化・連携を図り、急性期から回復期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質（Quality of Life：QOL）を高め、また、トータルな治療期間（在院日数を含む。）が短くなる仕組みを作ることが重要である。それと整合性のとれた「医療費適正化計画（仮称）」を策定することで、その結果として医療費の適正化が導かれるものと期待される。

また、生活習慣病の受診率が高い地域の医療費が高くなっていることは、生活習慣病の有病率の高低が医療費の高低をもたらしている可能性を示唆しており、生活習慣病予防を効果的に行うことが、医療費の削減に結びつくものと考えられる。

3）医療費の地域差に対する考え方

（医療費の地域差は負担の公平という観点から是正すべき格差である）

医療費は健康状態の悪化に伴い、病院に通院し、入院することによる受療行動の結果として発生する費用であることを考えると、国民皆にとって、健康で生活することが基本的で、最も大切なことであることから、医療費は低い方が望ましい。また、これまで見てきたように、医療費の地域差は、要因分析、相関分析から、医療の提供体制や生活習慣病の受療率との相関が見られており、例えば、医療提供体制が量的に増加するにつれ、医療費も増加する傾向にある。地域により、年齢構成や疾病構造の違いがあるため、医療費が高いことのみが医療費抑制の理由とはならないが、以上の点を考慮すると、医療費適正化を検討する場合には、地域において提供される医療サービスの量（需要に見合った病床数、平均在院日数、医師数など）の効率化、すなわち住民のニーズに対応した適切なものであるかどうかの検証がまず必要となってくるであろう。さらには、当該地域にかかる医療費の負担者がその地域のサービス受給者のみでなく、保険料・税という形で、他地域の人々も負担していることから、地域のニーズを超えた過剰なサービスについては、国民の不公平感が生じることが想起されるため、負担の公平という観点から是正すべき格差と考えられる。

2 保健医療についてのこれまでの国と地域の取組みと今後

（1）保健医療に関する国と地域の役割分担と連携

これまで保健医療にかかる地域差について検証してきた。ここでは、各分野において、国と地方自治体、民間がどのように役割を果たしているかについて概括する。

1) 保健分野

(感染症対策は国が中心的な役割を果たすものとなっている)

感染症対策は、国民の健康を守るための危機管理の観点から、予防接種制度の構築、検疫体制の整備、感染症の治療のための医療機関の確保、感染症の発生状況の把握のための疫学調査の体制の整備など、公衆衛生の向上のための社会基盤、法制度に基づき、国の責任の下、都道府県及び市町村が役割を分担しつつ、全国一律の対策が講じられてきた。

最近では、SARSの発生に伴う2003（平成15）年の感染症予防法改正において、海外で新感染症が発生した場合や、都道府県などの区域を超えて広域的な対応が必要な場合などにおいては、国が主導的に感染症の発生の予防及びまん延の防止のための対策を実施主体として取ることができることとし、事案による国と地方自治体の連携体制を明確化した。このように、国内感染症対策については、危機管理としての性格も有することから、対策の方向性について、国がその責任において主体的に決定するとともに、具体的な対応については、国の指示の下、現場即応性の観点から関係法令に基づき都道府県が行いつつも、事案の緊急性、重大性等により、国が直接、積極的疫学調査を行うとともに都道府県等に対して講ずべき措置について必要な指示を行うこととしている。

(生活習慣病対策、健康増進対策などの保健事業の実施主体は市町村・医療保険者等となっている)

生活習慣病対策、健康増進対策は、1978（昭和53）年からの第1次国民健康づくり対策、1988（昭和63）年からの第2次国民健康づくり対策において、老人保健事業の推進、市町村保健センター等の整備など、市町村中心の体制整備が進められてきたが、2000（平成12）年から推進している「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」では、国や地方公共団体だけでなく、医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者、マスコミ、企業、ボランティア団体等の様々な関係者が連携して取り組むこととされている。

地域における健康づくり運動の推進については、都道府県及び市町村は、地域住民の健康に関する各種指標の状況や各種保健事業の実施状況等の地域の実情を踏まえ、到達すべき目標を盛り込んだ地方健康増進計画を策定することとされているが、都道府県計画は、2001（平成13）年4月までにすべて策定されているものの、市町村計画は、2004（平成16）年7月1日現在、1,222市町村（全国の市町村の39.1%）にとどまっており、都道府県ごとの市町村計画の策定状況には大きなばらつきがある。国民一人一人の行動変容には、最も身近な市町村による地域の実情に合わせた計画の策定と、そ

図表2-5-30▶

れに基づく取組みの積極的な推進が重要であるが、保健所における日常の活動から得られる住民の健康状態、健康づくりへの意識に関する情報提供やデータの分析、評価などについて都道府県による支援が必要である。

また、地域における生活習慣病対策、健康増進対策の推進に当たっては、市町村だけでなく、医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者等の一体的な取組みを推進することが必要であり、都道府県は、これらの関係者の連携の強化について中心的な役割を果たすことが求められているが、現状は必ずしも十分とはいえない状況であることから、今後は、都道府県が関係者の役割分担を明確にし、関係者の連携を強化するためのコーディネート役としての機能を果たすことが求められている。

国は、生活習慣病対策、健康増進対策について、国民全体に関わる大きな戦略を示すとともに、生活習慣病対策の効果的な実施を図るための科学的な根拠となる研究を重点的、戦略的に行い（糖尿病については、2005（平成17）年度より、厚生労働科学研究費補助金の中で成果目標を設定した大規模な戦略研究課題として「糖尿病予防対策研究」（5年間を予定）を開始）こうした研究の成果を踏まえ、科学的な根拠に基づく効果的なプログラムの開発等を進める必要がある。

図表2-5-30 市町村健康増進計画策定状況（平成16年7月1日現在）

都道府県名	市町村数	策定済	策定率	都道府県名	市町村数	策定済	策定率
北海道	212	45	21.2%	滋賀県	50	15	30.0%
青森県	67	64	95.5%	京都府	39	9	23.1%
岩手県	58	45	77.6%	大阪府	44	24	54.5%
宮城県	69	42	60.9%	兵庫県	85	43	50.6%
秋田県	69	36	52.2%	奈良県	47	33	70.2%
山形県	44	30	68.2%	和歌山県	50	27	54.0%
福島県	90	25	27.8%	鳥取県	39	26	66.7%
茨城県	83	9	10.8%	島根県	59	38	64.4%
栃木県	49	12	24.5%	岡山県	78	44	56.4%
群馬県	69	33	47.8%	広島県	65	9	13.8%
埼玉県	90	26	28.9%	山口県	53	24	45.3%
千葉県	79	15	19.0%	徳島県	50	7	14.0%
東京都	62	24	38.7%	香川県	37	11	29.7%
神奈川県	37	15	40.5%	愛媛県	62	10	16.1%
新潟県	98	41	41.8%	高知県	53	3	5.7%
富山県	35	15	42.9%	福岡県	96	25	26.0%
石川県	39	11	28.2%	佐賀県	49	24	49.0%
福井県	34	16	47.1%	長崎県	71	19	26.8%
山梨県	56	27	48.2%	熊本県	87	29	33.3%
長野県	117	39	33.3%	大分県	58	37	63.8%
岐阜県	80	18	22.5%	宮崎県	44	18	40.9%
静岡県	69	51	73.9%	鹿児島県	96	18	18.8%
愛知県	87	53	60.9%	沖縄県	52	15	28.8%
三重県	66	22	33.3%				
				合計	3123	1222	39.1%

資料：厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室

2) 医療提供分野

(医療提供体制の整備は都道府県が中心的な役割を果たしている)

医療提供体制の整備は、その基本となる法律である医療法の中で、都道府県が医療計画を作成し、国及び地方自治体がこの計画の達成を推進し、地域医療の体系的な整備を行うこととされている。国の果たすべき役割としては、国全体の医療の質を確保する観点から、医師・歯科医師・看護師などの資格試験の実施、臨床研修制度の推進などが行われている。

医療提供体制整備の中心となる都道府県においては、医療計画の中で定められた基準病床数の設定などを通して、各都道府県内の病床の過不足を平準化してきた。さらに、救急医療体制の整備あるいは県内の無医村の解消(人手の確保)についても努力がなされてきている。しかし、いまだに医療過疎地域は多数存在しており、都道府県全体としての数値として医療提供体制が充足している場合でも、地域によっては住民のニーズへの対応、専門的医療への容易なアクセス確保といった点において十分でないこともある。さらには、主要な事業別の急性期から回復期、慢性期、地域での在宅療養期など各段階に応じた医療サービスの状況把握と情報提供、様々な医療施設の機能分化と連携の推進、健康増進計画や介護保険事業支援計画と整合性をとった医療計画の作成などについて、現在検討されている医療制度改革の中で論議されているところである。

また、市町村においては、市町村立病院の設置・運営や地元医師会との協力による休日急患診療所の設置など、住民に身近な医療提供体制の整備を行ってきている。しかしながら、近年、高齢化率の上昇、医療技術の革新などが背景となり、地域住民の医療に対するニーズは多様化・高度化しており、各市町村が自ら個別に病院を設置し、維持していくことが財政的な観点及び提供される医療機能という観点から困難になっている事例もある。そのため、市町村合併がきっかけとなって、同じ医療圏に属する近隣市町村の間で、自治体病院の再編・統合化による、機能分担とネットワーク化を図り、医療提供体制の効率化が始められている。

また、最近の医療提供体制の中では、患者のアクセスを改善するための情報提供、患者・患者家族を支える役割などを補助的に果たしている点から、サービス提供者(医療機関)、サービス受給者(患者)双方の協力者としてのボランティア、NPOなどの重要性が認識されてきている。その一例として、医療機関で活動する「病院ボランティア」への関心が高まっている。外来患者や見舞客の案内、入院中の子どもとの遊びなど、ボランティア自身の希望に添った多様な活動が可能で、人のためになること、自分のやりがいを直接実感できることが理由であると考えられる。(厚生労働省「勤労者のボランティア活動に関する意識調査(2003年)」によれば、過去一年間にボランティア活動をした勤労者の65%が「人のために役立ちたいため」、55%が「自分自身の成長のため」と回答している。)ボランティアを受け入れる医療機関側については、感染や事故の可能性を意識して躊躇してきたところも多いが、最近ではその利点を認識し、受け入れを行う医療機関は徐々に増えつつある。また、長期入院となる小児患者家族への宿泊

設備の提供や患者の視点からの病院機能の評価(コラム参照)など、様々な場面で、ボランティア、NPOの自主的な活動も行われるようになってきている。

コラム

病院ボランティアの活動例

(日本病院ボランティア協会)

日本における病院ボランティア活動は大阪の淀川キリスト教病院でのボランティア活動が最初とされている。その後、阪神地区のボランティア団体が集まり、他地域のボランティア団体も併せて日本病院ボランティア団体が作られた。2000(平成12)年には、特定非営利活動法人の認可を受け、2005(平成17)年現在、加盟ボランティア団体は185を数える。活動内容は、病院内の案内、手話・外国語通訳、小児患者の遊び相手、入院患者の話し相手・散歩の付き添い、花見などのイベント企画など多彩である。(特定非営利活動法人日本病院ボランティア協会ホームページ <http://www.nhva.com> などより)

(ドナルド・マクドナルド・ハウス)

財団法人ドナルド・マクドナルド・ハウス・チャリティーズ・ジャパン デン・フジタ財団が小児難病患者の家族が長期看護のために安価に宿泊できる設備を提供するものである。現在、東京都世田谷区にある国立成育医療センターの隣に「ドナルド・マクドナルド・ハウス せたがや」が、その他仙台、高知にハウスが設置されており、2005(平成17)年10月には「ドナルド・マクドナルド・ハウス おおさか・すいた」がオープン予定である。「ドナルド・マクドナルド・ハウス せたがや」では、世田谷区報を通じてボランティアを募集し、現在約160名の登録がある。家族が安心して暮らすことができるように電話応対、共用部分の掃除、各部屋の衛生状況の確

認などを行っている。(財団法人ドナルド・マクドナルド・ハウス・チャリティーズ・ジャパン デン・フジタ財団ホームページ <http://www.dmhcj.or.jp> などより)

(特定非営利活動法人ささえあい医療人権センターCOML〔コムル〕)

《「コムル」とは、「医療と法の消費者組織」を意味する欧文の「Consumer Organization for Medicine and Law」の頭文字をとった造語です。医療を消費者の目でとらえようと、1990年9月に活動をスタートしました。「いのちの主人公」「からだの責任者」である私たち市民中心のグループです。COMLでは「賢い患者になりましょう」を合言葉に、患者の主体的な医療への参加を呼びかけています。患者と医療者が、対話と交流のなかから、互いに気づき合い、歩み寄ることのできる関係づくりを願っています。COMLは、患者中心の開かれた医療の実現を目指します。》(特定非営利活動法人ささえあい医療人権センターCOMLホームページ <http://www.coml.gr.jp> より)

コムルは、大阪市に本拠をもつNPOであり、電話相談や患者塾、SP(模擬患者)グループなど様々な活動をしており、その中でも病院探検隊として、「患者の視点での意見を聞いて病院改善に役立てたい」という医療機関の依頼を受け、終日を使って病院を訪問し、見学、受診などの後、病院経営者や職員に、患者としての意見をフィードバックするという活動を行い、既に50の病院へ出動している。

3) 医療保険分野

(医療保険制度は実施主体が様々、今後都道府県レベルでの保険者協議会が中心に)

医療保険制度については、国が制度全体を企画・立案してきており、原則として現物給付により医療の給付が行われている。実施主体については歴史的経緯から分立が続い

ており、被用者保険は大きく二つに分かれ、国は、大人数を有する事業所が組織する健康保険組合（健保組合）以外の被保険者の健康保険を政府管掌健康保険（政管健保）として運営している。また、市町村は自営業者、農業従事者などの被用者保険に加入していない者を対象とした国民健康保険（国保）の運営を担っている。

保険料については各保険者自身が設定しており、現状としては政管健保については国が全国一律の保険料率、健保組合等については組合ごとで保険料率を、国保については市町村ごとに保険料を設定している。

今後の医療保険制度については、2003（平成15）年3月28日に閣議決定された「医療保険制度体系などに関する基本方針（健康保険法などの一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針）」において、保険者の都道府県単位を軸とした再編・統合、新たな高齢者医療制度の創設など改革の基本的な方向が示されており、現在、社会保障審議会医療保険部会などにおいて、その全体の方向性が論議されているところである。

また、上記閣議決定の基本方針を具体化するため、都道府県ごとに、保険者・医療機関・地方公共団体が協議する場としての「保険者協議会」の設置が進められている。保険者協議会においては、医療保険者同士の連携や地域と職域の連携を強化し、サラリーマンに対する現役時代・退職後を通じた一貫した健康管理や被扶養者に対する保健事業の取組みなどを推進することで、これまで別々の制度のため、健康診断の受診状況を共有情報として把握できなかった点を解消し、健診受診率の向上や事後指導の充実による生活習慣病などの予防・早期発見・早期治療および栄養指導その他の保健指導につなげることが目標となる。既に新潟県、宮崎県、滋賀県、大阪府など11府県（2005（平成17）年5月末現在）で保険者協議会が設置されており、健康水準や医療費水準の地域差がある中で、各保険者が生活習慣病対策についての共通認識を持ち、きめ細かな保健事業などを共同で実施する試みがなされている。この保険者協議会について、厚生労働省は、2005年度中までに、全国47都道府県すべてに設置されるよう要請しているところである。

（2）地域の特性に応じた保健医療に関する取組み

保健医療における都道府県の地域差の検証を行ってきたが、ここでは各地域における疾患特徴を捉えて、対策を行ってきた、あるいは開始した地域のうち、地方の取組みとして3自治体の事例を、都市部の取組みとして2自治体の事例を紹介していく。

1) 富山県

(地域間・多職種間の連携による糖尿病対策)

2002(平成14)年の糖尿病実態調査によると、日本国内で糖尿病と強く疑われる者は約740万人となっており、全国的に着実に増えてきている。糖尿病は、放置すると失明や透析導入に至る合併症を引き起こすとともに、心臓病や脳卒中の危険因子ともなり、健康への影響は非常に大きいと考えられる。糖尿病対策には、生活習慣の改善徹底が急務であるが、ここでは、保健・医療の連携により早くから糖尿病対策を積極的に展開している富山県の例を紹介する。

富山県では正しい知識の普及啓発、健康診査事業の推進を図るとともに、1993(平成5)年度から、医療機関との連携による糖尿病教室の開催や教室終了者のフォローアップ教室を実施してきたが、1996(平成8)年に「糖尿病アタックプラン」を策定し、県民総ぐるみで生活習慣づくりを推進し、社会全体が糖尿病への理解を深め、一体となって糖尿病を克服し、糖尿病対策を体系的、総合的に進めている。具体的には、患者の自己管理を支援するために、県全域に広がる地域医療システムを展開し、かかりつけ医を受診しても、専門外来と同等以上にきめ細かいケアが受けられるようになっている。

図表2-5-31 ▶

たとえば、糖尿病ケア教室を開催し、医療機関から紹介された患者と家族に対し、医師、保健師、栄養士などが指導とケアに当たっている。また、地域の健康ボランティア、食生活改善推進員に対して糖尿病の普及啓発活動をするとともに、医療機関からは食事療法、運動療法の指示内容、患者の糖尿病の状態などの情報を提供してもらっている。そして、ライフスタイルの改善指導は、地域社会に根ざした保健師、栄養士などが家族背景なども考慮したうえでやっている。こうした指導内容と結果が照会元の医療機関に報告され還元されることにより、紹介医からの信頼も得られ、その後も患者の情報が提供されることにつながり、双方向の連携が可能となり、患者に対する地域でのきめ細かいケアが可能となる。

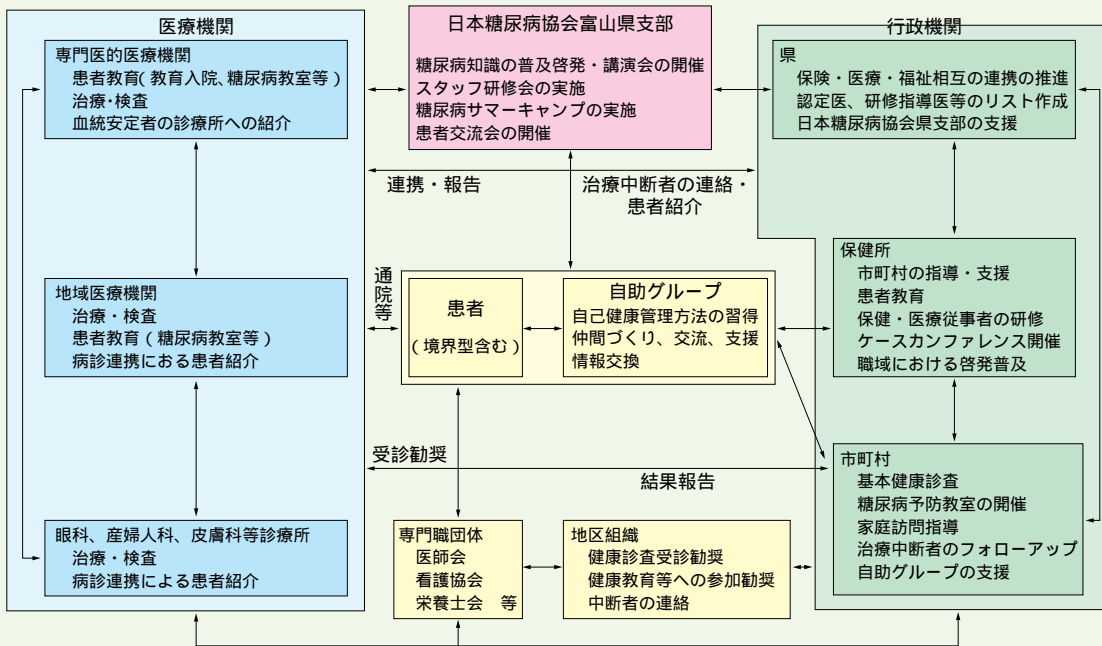
富山県では、今後健康診査や事後指導の徹底のほか、糖尿病予備群の発症予防や検診未受検者の減少、治療中断予防のため、糖尿病自己管理普及事業、ホームページによる情報発信、地域糖尿病療養指導士の育成等の事業を実施することにより、糖尿病対策がより効果的に推進していくものと考えられる。

2) 新潟県阿賀野市(旧笹神村)

(若い世代からの脳卒中予防対策の推進)

旧笹神村(2004(平成16)年4月に近隣の安田町・京ヶ瀬村・水原町とともに合併し、現在は阿賀野市笹神地区)では、約15年前の1989(平成元)年頃には、脳卒中発

図表2-5-31 関係機関の役割と連携体制



症率が県内で最も高い市町村の一つであり、しかも年間30名の発症者のうち、65歳未満の人が2～3割を占め、重度の後遺症を残す人が後を絶たない状況にあった。このような働き盛りの若者の脳卒中予防のため、40歳代の住民の生活や健康の実態を把握する訪問指導を1991（平成3）年度から開始するなど、積極的な健康者へのアプローチを行い、世帯全体への健康管理意識を高揚させたことなどから、15年前に比べ、基本検診受診者数は3倍に増加、脳卒中発症率も半減と大きな成果を上げてきた。各地区の保健ボランティアである保健推進員も、地区の健康を自分自身の問題として考え、地区住民への地道な活動を、保健師とともにやり、本格的な脳卒中予防対策を行って来た。これらの成果の一つとして、老人医療費の伸び率も抑制され、2002（平成14）年のデータでは、一人当たりの老人医療費の額は、新潟県108保険者のうち104番目であり、1989（平成元）年を100とした場合の県平均の伸び率が129.6であるのに対し、旧笹神村では112.5となっている。

具体的な取組みとしては、

- 総合健診の中で若い世代が受けやすい健診態勢づくり
- 働き盛りの40歳代男性の家庭への訪問事業
- 夜間健康座談会
- 地区組織の育成（全集落に保健推進員を設置）

家族単位でかかわる保健師の全数訪問

その他地域を丸ごと見ることの出来る条件作り

などがあげられる。

合併後も笹神地区においては、現時点では、以上の事業を継続実施している。全市への波及（効果）は今のところ難しいが、若者の脳卒中对策は検討されつつある。今後も、地区担当制を基盤にした地域の出前サービスを継続するよう検討がなされている。

3) 佐賀県

（スクリーニング検査と病診連携体制の構築によるC型肝炎の早期発見・早期治療）

肝がんの死亡率が高い佐賀県（人口10万対45.0で全国1位「平成15年人口動態統計」）では、原因究明の検討会を20年近く前に設置して以来、独自の取組みが行われている。主原因であるC型肝炎に対して、C型肝炎ウイルスが発見され、その検査方法が確立された1992（平成4）年以降、C型肝炎抗体検査を基本健診時に実施しており、2003（平成15）年度までに約22万人（30歳以上人口の約4割）がC型肝炎抗体検査を受け、約1万5千人の抗体陽性者が発見されるなど、早期発見と早期治療に結びつける努力がなされてきた。

佐賀県の肝疾患対策のポイントは、

- 1．スクリーニング検査をいち早く導入して、C型肝炎キャリアを発見し、保健師による個別訪問による追跡調査及び保健指導の実施
- 2．インターフェロン療法につなげるための県内の病診連携体制を構築（医師会の協力を得て、1次～3次の肝疾患検診医療提供体制を整備）
- 3．市町村（＝スクリーニング検査^{（注1）}）と医療機関（＝インターフェロン療法^{（注2）}などの治療）とをつなぐ役割を県・保健所（＝協議会の開催など）が担当していることである。このように保健と医療の連携が体系的、具体的になされており、今後の肝がん死亡率の低下が期待されるところである。

4) 広島県

（健康管理手帳と肝炎治療支援ネットワークによる肝炎対策）

同じく肝がん、肝硬変など慢性肝疾患による死亡率の高い広島県でも肝疾患対策が進んでいる。広島県地域保健対策協議会（県医師会、広島大学、県、広島市の四者で

（注1）選別試験、ふるい分け試験。迅速に実施できる方法を用い、認識されていない病気や障害を推定によって同定するための検査。一般的には外来の初診患者や健康診断などで行われる。

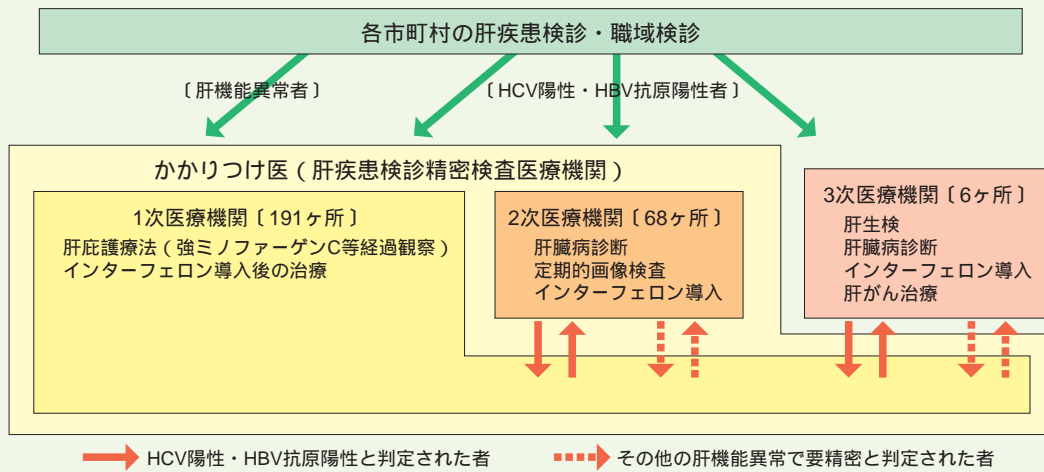
（注2）ウイルス感染細胞で生産される分子量数万のタンパク質。ウイルスの増殖を抑制し、また抗腫瘍作用もあり、ウイルス感染症・悪性腫瘍などの治療に応用される。ウイルス抑制因子。

図表2-5-32▶

図表2-5-32 佐賀県・肝疾患検診医療体制

佐賀県肝疾患検診医療提供体制（病診連携）

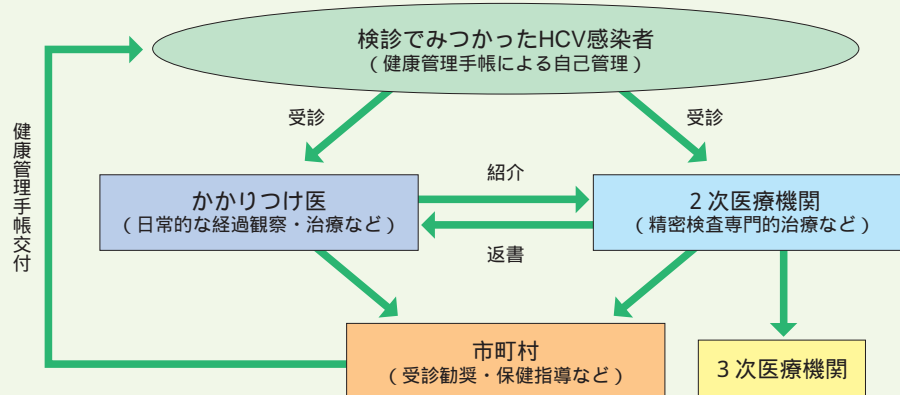
平成17年3月末現在



杵藤地区ガン撲滅対策委員会設立委員会（事務局：杵藤保健所）設立総会



図表2-5-33 肝炎治療支援ネットワークの流れ



図表2-5-33 ▶

構成)が中心となり、C型肝炎の感染が健診で発見された患者に対して、健康管理手帳を交付し、自己管理を促すとともに、かかりつけ医、専門医が連絡を取ってフォローする治療支援ネットワーク体制を全国に先駆けて構築した。この「肝炎治療支援ネットワーク」は2001(平成13)年10月より始動しており、患者にとって必要となる、高度な医療と日常の定期的な病状確認を両立させた取組みである。患者の視点で病診連携システムの実現を目指し、保健と医療の連携を進めているところである。

5) 東京都台東区

(ライフサイクルに合わせた女性のトータルヘルスサポート事業と地域ミニデイ事業)

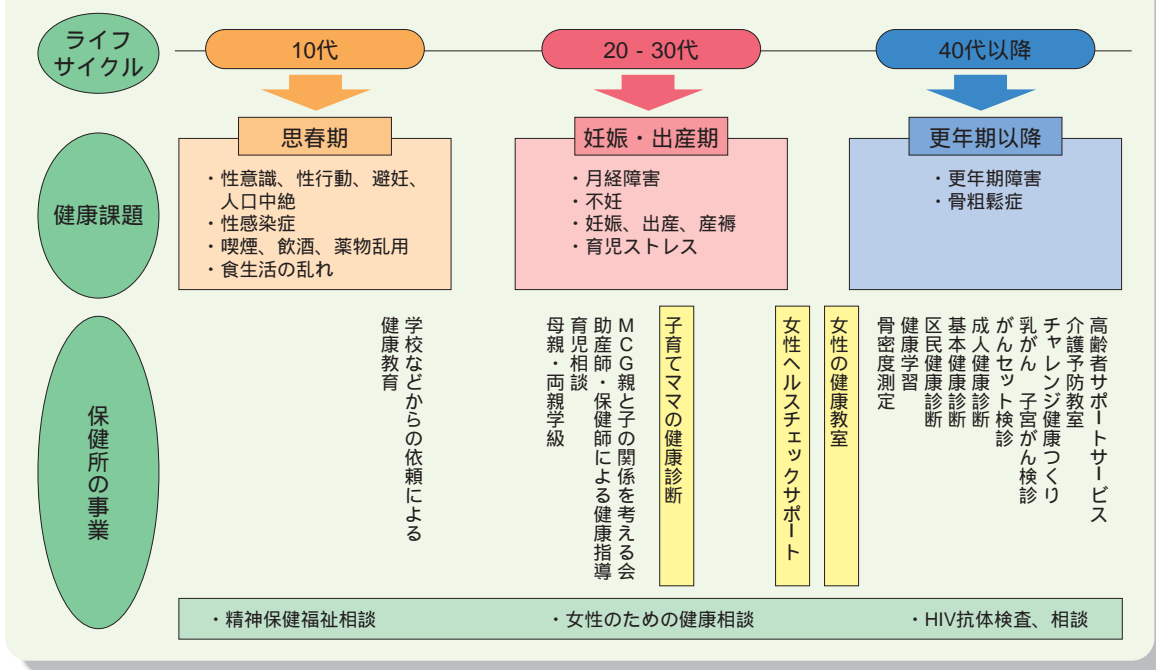
東京都台東区では、乳がん死亡率、成人女性の喫煙率、成人女性の多量飲酒(1日3合以上)率が全国平均、東京23区平均に比較して高いこと、区内に女性専門外来を有する医療機関がないことなどの状況を踏まえ、2001(平成13)年度より「女性のための健康相談事業」を開始した。2年間実施したところ、非常に好評であり、住民からの要望も強かったため、健康日本21の台東区版として2003(平成15)年3月に策定された「健康たいとう21推進計画」の中に、「女性の生涯を通じた健康づくり」の項目を立て、2003年度より「女性のトータルヘルスサポート事業」として総合的な対策を開始したところである。同事業では、生涯のライフステージごとに直面する、女性に特有の健康課題(育児期の母親の健康、更年期障害、乳がんなど)について、主体的な健康管理を行えるよう、心身両面での健康づくりをサポートしている。また、健康相談において要医療となった場合には、適切な医療機関を紹介するとともに、しっかりと医療機関につなぐことができたかどうか確認することができるようフォローアップ体制を取っている。

また、東京都23区の中で、高齢化率が最も高い(21.1%、区部平均16.4%〔2000(平成12)年国勢調査])ことなどから、高齢者を支える地域社会づくりの構築に向けての施策の一つとして、区民が主体となった、「家に閉じこもりがちな高齢者に対し、地域の中での交流を深め、寝たきりを防止する」介護予防の推進のため、地域ミニデイづくり支援事業を2004(平成16)年度から実施している。具体的には、高齢者が気軽に立ち寄りやすい場とともに健康づくりと生きがい・社会参加の機会を提供する活動を行っている団体に対し、支援を行うことと併せ、保健所から保健師が出向き、専門的な健康づくりの提供を行うなど、行政と民間が一体となった、地域に根ざした事業を実施しているところである。

図表2-5-34 ▶

次に、疾患ごとではなく、総合的な保健医療分野の取組みを行ってきた、あるいは開始した、3自治体の事例について紹介していく。

図表2-5-34 台東区・女性トータルヘルスサポート事業



6) 長野県

(予防に重点を置いた脳卒中对策と地域の自主的な健康づくり活動)

長野県では、男性の平均寿命は、都道府県別生命表〔1965（昭和40）年より5年ごとに作成〕によると、調査開始当初より長く、1990（平成2）年より全国1位を記録している。女性の平均寿命は、調査開始当初は全国平均より短かったが、徐々に長くなり、1990（平成2）年以降は上位5県に入っている。さらに、65歳の平均余命も全国で高い水準にあり、高齢者就業率は全国第1位、高齢者1人当たりの老人医療費は全国最低と、高齢者が最も健康に暮らせる県といわれている。しかしながら、かつての第二次世界大戦直後の長野県は脳卒中という大きな健康問題があり、1960～1970年代においては脳血管疾患による死亡率が人口10万対250人を超えていた。

脳卒中は大きく、脳内出血と脳梗塞、くも膜下出血に分類されるが、1960年当時の長野県では、約4分の3（73.6%）が脳内出血であった。脳内出血の発症の危険因子として確立されているものは、「脳卒中治療ガイドライン2004」によれば高血圧、多量飲酒、血清総コレステロール低値である。これら危険因子は生活習慣が強く関連するものである。長野県では、地域の健康づくり活動である保健補導員制度を昭和20年代から整え、住民同士で予防の知識を広めていった経緯がある。保健補導員の任期は1～2年で、2003（平成15）年7月現在13,690人が活動しており、今までのOBを含めると多くの者が健康に関する知識を学び、それを近隣に周知するなど地域での健康づくり

に参加したことになる。昭和40年代からは、地域の国民健康保険診療所の医師や市町村・保健所の保健師・栄養士等専門職が、高血圧への影響が考えられる多量の食塩摂取の対策としての「減塩運動」や、冬季の室内気温の低さへの対策としての「一部屋暖房運動」等を提唱し、食生活改善推進員や保健補導員等の住民組織と一体となって保健予防活動を進めていった。また、脳卒中の早期発見のため、1959（昭和34年）に一部市町村で始まった「全村健康管理」は、後の地域保健事業・老人保健事業の健康診査、がん検診のきっかけとなったが、受診勧奨に当たって保健補導員の担った役割は大きい。このような住民活動の積み重ねが、脳卒中に限らず様々な健康問題に対する予防知識・意識を地域に浸透させ、予防行動の実践に大きな役割を果たし、長野県の優れた健康状態、低い医療費という状況につながったと考えられる。

7) 武蔵野市

（地元医師会との連携による健診の充実）

23区に隣接する郊外住宅都市として発展してきた武蔵野市は、健診事業において独自の取り組みを行ってきた。2003（平成15）年度の基本健康診査では、40歳以上の市民（事業所などでの健診対象者を除く）25,330人中23,563人が受診しており、受診率は93%と全国でもトップクラスである。特徴としては、通常の基本健康診査の項目に眼科の検査を加えるなどの検診項目の充実をはかることにより、ワンストップで総合的な健康診断を受ける機会を提供していることや、健康診査対象者に対して事前に健診受診票を送付するなどの募集強化、誕生月の健診受診機会の設定などにより、受診促進を図ってきたことがあげられる。以上の対策のために、市の医師会との強力な連携がなされており、胸部X線検査結果については関係機関と異常の有無を判定する「胸部X線判読会」を設けるなどして、検診精度の向上にも努めている。

都市部であるにもかかわらず、高い受診率を維持してきた同市では、医療費に関しても、国民健康保険の一人当たりの医療費（一般被保険者分・老人保健分）を年齢調整した指数値（全国平均を1.000としたもの）は0.902であり、全国平均（1.000）、東京都平均（0.955）に比較して低くなっている。（平成14年実績）

8) 福岡県

（要因分析に基づく総合対策への取り組み）

2002（平成14）年度において、一人当たりの老人医療費が全国で最も高い福岡県では、県内の学識経験者、医療関係者、行政、老人クラブなどの代表からなる福岡県老人医療費問題対策協議会を設置し、その背景や要因を調査分析し、今後の対策を提言している。老人医療費区分中入院、入院外、歯科いずれも全国の中で高い水準にある

が、協議会の検討の中では、その中でも医療費全体の約半分を占める入院診療費が特に高いことが、老人医療費の上昇に大きく寄与していると考えられ、その要因としては、入院受診率が高く、1件当たりの在院日数が長いことが指摘された。入院受診率が高くなる背景として、医療機関数、病床数、医師数などの医療提供体制がよく整備されており、医療サービスへのアクセスが良好な環境にあること、在院日数が長くなる背景として、脳血管疾患などの長期入院となる疾病の入院受療率が高く、その受け入れを可能とする病床数を有していること、などが考えられ、それ以外の社会的環境として、高齢単独世帯が多く、家庭の看護・介護力が比較的弱く、在宅療養よりも入院に傾斜しやすい傾向があること、高齢者の就業率が低いことなどがあげられた。

そこで、今後の施策の方向性として、健康寿命の延伸、良質で効率的な医療の提供、適切な受診の促進など、終末期医療に係る社会的合意形成を挙げ、関連した具体的な施策を行うこととしている。また、現状の医療費適正化事業としては、国民健康保険の老人医療対象者には全市町村で医療費の通知を行うとともに、県内の多くの市町村で重複頻回受診者に対する訪問指導、医療費制度に関する広報活動、レセプトの時系列点検などを行っている。

このように、高額な老人医療費という問題意識をきっかけとして、現状の要因分析から、保健、医療提供の在り方などを考察し、具体的な対策に結びつけていく試みに対して、今後の成果に注目していきたい。

コラム

沖縄県の長寿の理由

昔から長寿県として知られる沖縄県については、その長寿をもたらす要因として、暖かい気候、食塩摂取量が少ないこと、互助の精神、カルシウム摂取量が多いことなどいろいろな理由があげられているが、いまだ決定的な理由は分かっていない。その中で、多くの人が注目しているのが本土と大きく異なる食生活であり、この伝統的な食生活を伝承する動きが重要視されている。ここ数十年の間に、若者を中心としたファストフードなど肉を中心とした食生活の変化と運動不足などにより、肥満者割合の増加、生活習慣病有病者の増加がみられ、高齢者の死亡率は低いにも関わら

ず、50歳代以下の若年世代の死亡率が高まっていることから、2000（平成12）年の都道府県別平均寿命の比較では、沖縄女性は全国1位を守ったが、男性は1990年5位、95年4位から急落し、全国26位となった。1995年と比較した平均寿命の伸びについても、男性では0.42年で最下位（全国平均1.01年）、女性も0.93年で46位（全国平均1.40年）となっている。これを受け、健康おきなわ2010推進県民会議は2001（平成13）年1月に「沖縄県の長寿の危機緊急アピール」を宣言、かつての健康後進県からの脱却に成功した長野県を手本に、健康長寿復活をめざして取組みが始めたところである。

(3) 国と地域の役割分担・連携についての今後の在り方

本節では、これまで、保健医療に係る様々な指標について、都道府県ごとの地域差に着目し、その要因を検証してきた。それぞれの指標は相互に関係しており、それらの地域格差の是正のためには健康づくり、医療提供体制の見直し、保険者の役割強化などを一体的に推進することが必要となる。更に、その是正を効果的に図る過程で必要となる、様々な保健医療対策における国と地方、民間の役割を考察してきた。最後に、実施主体別に今後の役割分担と方向性についてまとめていく。

(国は基本的な方向性・枠組みの提示と科学的根拠に基づく効果的なプログラムの開発・普及、最低限の水準を保持するための基準づくり、感染症対策・健康危機管理対策と地方自治体への支援)

国として担うべき役割は、生活習慣病対策の充実に向け、市町村と医療保険者の役割分担や連携の在り方等について基本的な方向性・枠組みを指し示すことや、科学的根拠に基づく効果的なプログラムの開発・普及を行うこと、国全体として最低限の医療資源の量と質を担保するために、医療従事者の資格制度の整備、効率的で質の高い保健医療サービスの提供のための参考となる指標設定そして医療安全に関わる全体的な基準設定などを実施すること、そして全国民が安心して医療を受けることのできる医療保険制度を整備し、持続可能なものとするために、例えば、医療費適正化に向けた枠組みづくりをすることが中心である。また、感染症対策・健康危機管理対策など広域にわたって対策を取る必要があるものについても、都道府県におけるシステム構築の促進・支援等を行うことも含め、国が担っていく。更に、ナショナルミニマムとしての保健医療水準を保つため、地方自治体の取組みに対する支援をすることも必要である。

また、健康危機管理としての性格も有する感染症対策など専門性・広域性や重大性・緊急性のある対策をとる必要があるものについては、国が担っていく。

(都道府県は生活習慣病対策・健康増進対策の関係者間のコーディネートや医療サービスのルールの調整、安全性やアクセスの公平性の監視と保険者機能の強化による医療費の適正化)

都道府県は、国の示した方向性に基づいて、医療保険者と市町村等の役割分担や連携方策等を明らかにした都道府県健康増進計画を策定することや、良質な医療サービスを効率的に提供するため、主要な事業ごとに急性期から回復期、慢性期、在宅療養に至る適切なサービス量が明確化された、医療機能の分化・連携などを推進する医療計画を作成することが求められる。また、地域の抱える健康問題に即した科学的根拠

に基づく地域保健対策を着実かつ効果的に講じていく観点から、必要な体制が確保されるよう都道府県においてその役割をこれまで以上に担うことが必要になるとともに、保健所や地方衛生研究所も活用した、地域における健康危機管理への対応能力の向上を図ることも求められる。さらに、医療保険に関しては、保険者協議会などを通じ、都道府県レベルでの連携、調整を図り、医療計画などと一体となって、医療費適正化の推進を果たしていくこととなっている。

すなわち、都道府県の役割は、国と市町村の間の施策調整、医療保険者と市町村などの連携促進、市町村を超えた広域的な調整が必要となる救急医療を含む医療提供体制整備やスケールメリットが必要となるがん検診の精度管理などである。

（市町村は疾病予防・健康づくり対策を充実）

市町村は、住民と一番密接な立場として、地域保健対策などの疾病予防・健康づくり対策の実施主体となっている。今後は、医療保険者が実施する保健事業等との役割分担を明確にし、連携を促進しつつ、特に住民を広く対象とするポピュレーションアプローチを中心に、地域の実情に応じた適切な健康づくり対策の推進が求められる。

（NPOなどは住民の視点を行政に導入）

NPOなどは、行政の手の届かない部分をサポートすることや住民の視点を行政に積極的に導入することに協力することなどにより、保健医療サービスの質の向上にも寄与することができるであろう。

（国と地方自治体、医療保険者などの適切な役割分担・連携の推進と一体的な施策の展開の必要性）

現在、2006（平成18）年度の次期医療制度改革の検討が進められているところであるが、その中で、国が医療費適正化に向けての方策の枠組みを示している。具体的には、各都道府県において策定する「健康増進計画」等の地域保健・健康増進施策、「医療計画」等の保健医療施策及び「介護保険事業支援計画」等の介護施策と整合性をもった「医療費適正化計画（仮称）」の策定とその実施を通じて、前述の保険者協議会と連携し、一層の生活習慣病対策の推進、医療機能の分化・連携の推進、在宅医療を含めた地域における高齢者の生活機能を重視した介護予防対策などを一体的且つ地域ごとに実現することが、結果として中長期的な医療費の適正化につながることを考えられている。すなわち、今後、医療保険制度を持続させつつ、高水準の保健・医療提供システムを保ち、健康寿命を延伸させるためには、国と地方自治体、医療保険者などが連携・協力して、適切な機能と役割を果たすことが必要である。

第6節

雇用を取り巻く地域の状況と取組み

1 雇用対策と地域差の要因

(1) 雇用対策の沿革

(国による雇用対策実施の経緯)

雇用対策について、職業紹介事業は、当初市町村において独自に実施されていたところ、1921（大正10）年に職業紹介法が制定され、市町村を職業紹介所の設置主体とし、国が経費の補助を行うことが定められ、さらにILO条約^(注)の批准を経て、1938（昭和13）年の職業紹介法改正により、職業紹介所が国営化された。その後、1947（昭和22）年に職業安定法が制定され、国の機関である公共職業安定所（ハローワーク）において職業紹介事業が実施されることとなった。

また、高度経済成長の過程で、就業構造の近代化が進んだことなどから、1966（昭和41）年に雇用対策法が制定された。雇用対策法は、雇用政策の基本法として、完全雇用の達成を目標としたものであり、雇用対策基本計画の策定、職業指導及び職業紹介の事業の充実、技能労働者の養成及び技能検定事業の確立、職業転換給付金制度の創設、中高年齢者等不安定な雇用者の雇用の促進などを内容としている。

さらに、厳しい雇用失業情勢や働き方の多様化が進む中で、労働力需給のミスマッチを解消し、多様なニーズに応えていくために、2003（平成15）年6月に職業安定法が改正され、2004（平成16）年3月から、ハローワークだけではなく、地方自治体が、住民の福祉の増進、産業経済の発展等に資する施策に関する業務に附帯する業務として、無料職業紹介事業を届出で行うことが可能となった。地方自治体における独自の雇用対策の取組みも行われるようになってきている。

このように、基本的には国において職業紹介事業等の雇用対策を実施している。

(2) 雇用失業情勢の地域差とその要因

(雇用失業情勢は厳しさが残るものの改善)

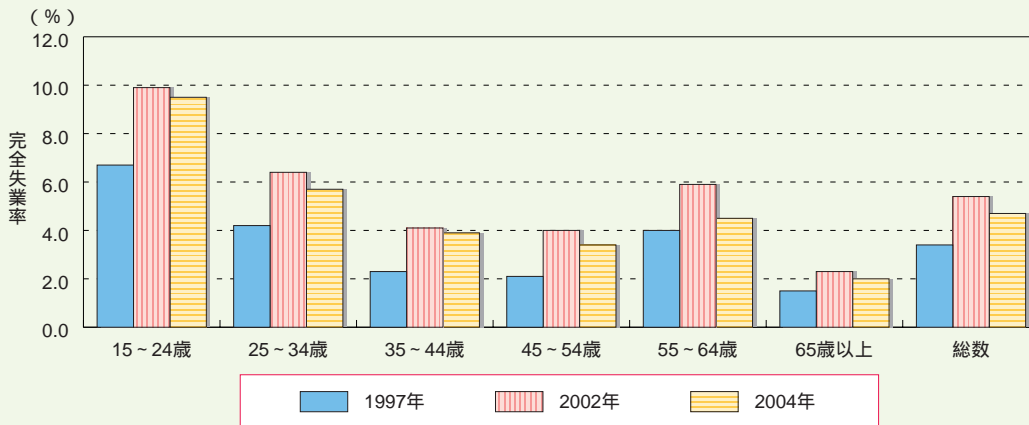
我が国の雇用失業情勢の動向をみると、2004（平成16）年平均の完全失業者は313万人となり、前年に比べて37万人の減少と、2年連続の減少となっている。また、2004年平均の完全失業率（労働力人口に占める完全失業者の割合）は4.7%となり、前年に

(注) 1922（大正11）年に批准された「失業に関する条約（第2号）」において、「中央官庁の管理下にある公の無料職業紹介所の制度を設くべし」（第2条第1項）と定められている。

比べて0.6ポイント低下し、2年連続の低下となり、厳しさは残るものの、全体的には改善傾向にある。また、完全失業率を年齢階級別にみると、15～24歳が9.5%と最も高く、これに次いで25～34歳が5.7%と高くなっており、とりわけ男性の15～24歳は10.9%と高水準であり、若年層の雇用失業情勢が厳しいものとなっている。

◀ 図表2-6-1

図表2-6-1 年齢別完全失業率の推移



資料：総務省統計局「労働力調査」

有効求人倍率（有効求人数を有効求職者数で割った数）の動向をみると、2004年平均では0.83倍となり、前年の0.64倍を0.19ポイント上回り、2年連続の上昇となった。また、2004年平均の有効求人は前年に比べ17.1%増となり、有効求職者は8.8%減となった。これは、生産の増加により労働力需要が増加したことが求人の増加につながったこと及び企業の雇用削減の動きが落ち着いたことが求職者の減少につながったことによるものと考えられる。

このように、雇用失業情勢は、厳しさが残るものの完全失業率がここ2年は回復傾向にあるなど改善している。

（地域によって雇用失業情勢に差がある）

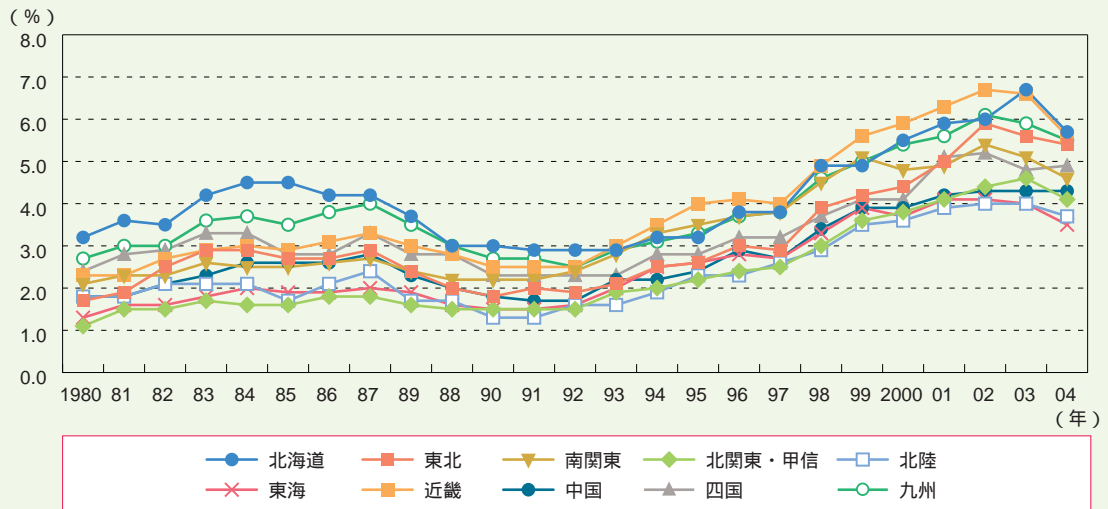
完全失業率について、地域ブロック別^{（注）}に見ると、2004（平成16）年は全国平均の4.7%に対し、失業率の高いブロックでは、北海道で5.7%、近畿で5.6%となっている一方、失業率の低いブロックでは、東海で3.5%、北陸で3.7%となっている。前年に比べ、北海道、近畿は1.0ポイントと大幅な低下、四国は若干の上昇、その他の地域は

（注）この節における地域ブロックの区分は、10ページと同じ。

図表2-6-2 ▶

横ばい又は低下している。最も失業率の高いブロックと最も失業率の低いブロックの地域差については、1993（平成5）年（1.4ポイント）から2003（平成15）年（2.7ポイント）にかけて拡大傾向にあったが、2004年（2.2ポイント）においては縮小しているところである。

図表2-6-2 ブロック別完全失業率の推移



資料：総務省統計局「労働力調査」

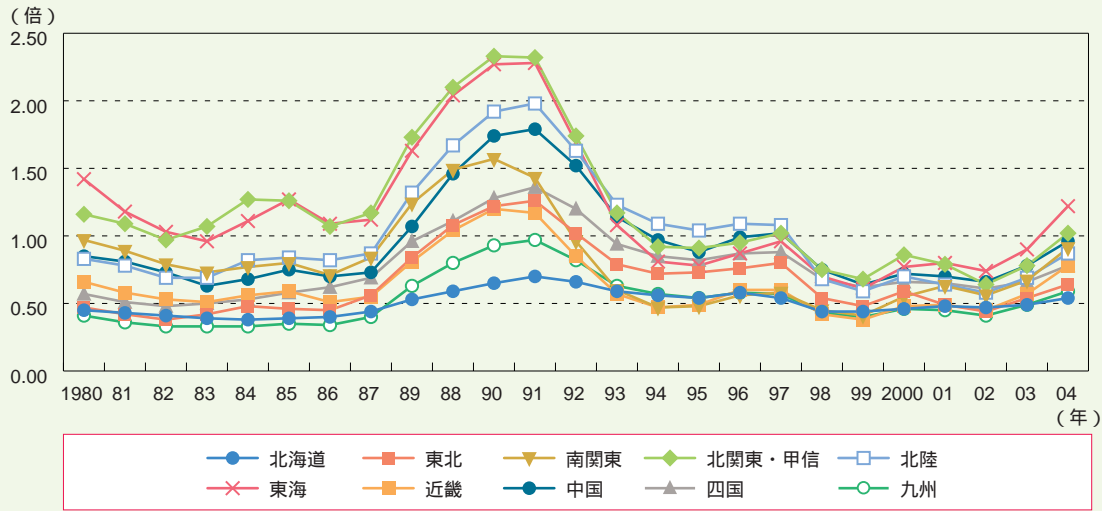
また、都道府県別の完全失業率を見ると、2004年において失業率の高い地域は、沖縄県7.6%、青森県6.6%、大阪府6.4%などであり、失業率が5%を超える都道府県は14道府県ある一方、失業率の低い地域は、福井県3.0%、静岡県及び島根県3.3%などであり、失業率が4%未満の都道府県は9県となっているなど、地域によって差がある。

有効求人倍率について、地域ブロック別に見ると、2004年は全国平均で0.83倍と前年に比べ0.19ポイントの上昇となっている中で、東海では1.22倍と0.32ポイント上昇している一方、北海道では0.54倍で0.05ポイントの上昇にとどまるなどブロック間で回復度合いに差がある。

図表2-6-3 ▶

また、都道府県別の有効求人倍率を見ると、2004年において有効求人倍率の高い地域は、愛知県1.40倍、群馬県1.29倍などであり、有効求人倍率が1倍を超える都道府県は11都県となっている一方、有効求人倍率の低い地域は、青森県0.33倍、沖縄県0.40倍などであり、有効求人倍率が0.5倍未満の都道府県は3県となっており、地域によって差がある。

図表2-6-3 ブロック別有効求人倍率の推移



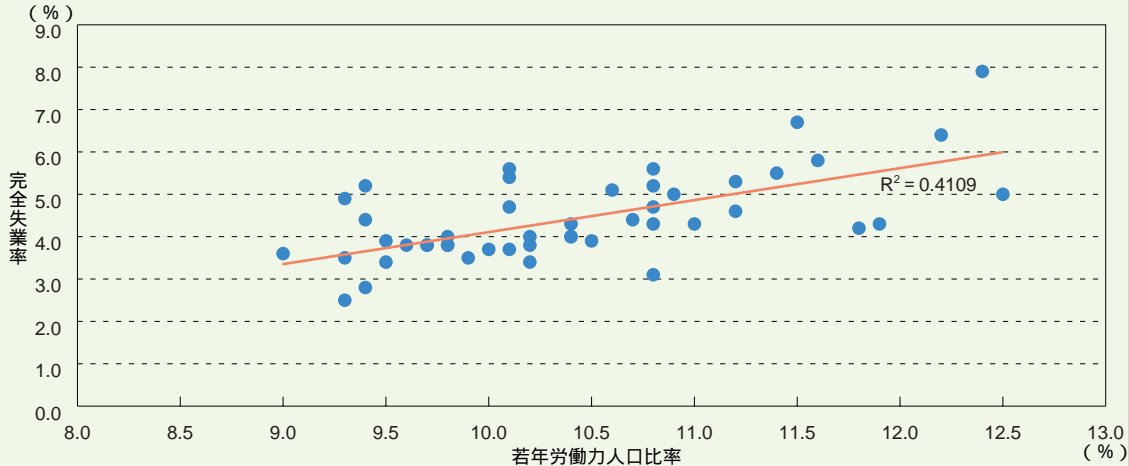
資料：厚生労働省職業安定局「職業安定業務統計」

(地域における人口構成が雇用失業情勢に影響を与えている)

地域における雇用失業情勢の地域差には様々な要因が考えられるが、人口構成や産業構造の違いが与える影響について分析する。まず、人口構成について、若年者の失業率が高い傾向にあることから、労働力人口に占める若年労働力人口比率（15～24歳労働力人口 / 全労働力人口）と失業率との関係を見ると、若年労働力人口比率が高い地域で失業率が高いという相関関係が見られる。

◀ 図表2-6-4

図表2-6-4 若年労働力人口比率と都道府県別失業率



(注1) 総務省統計局「国勢調査」(2000年)及び「労働力調査」(2000年)より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

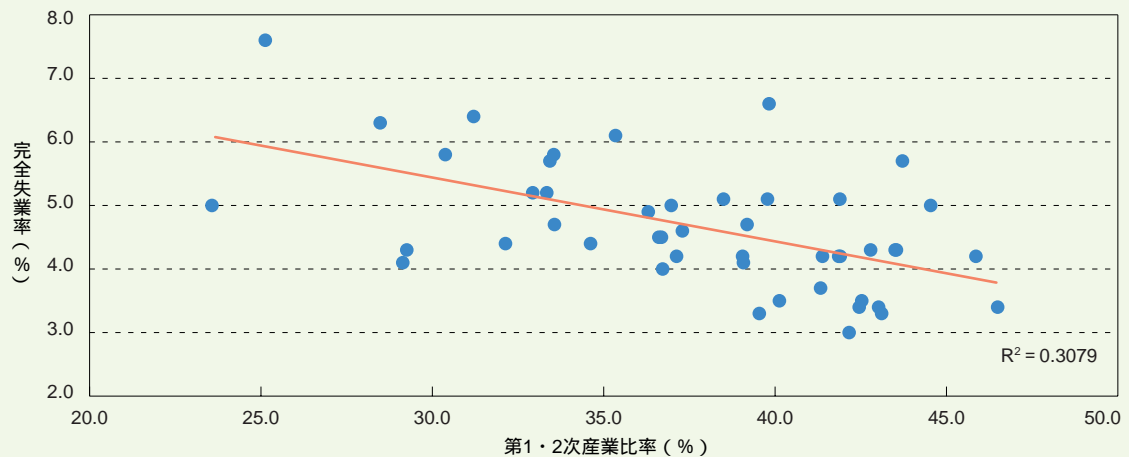
(注2) 若年労働力人口比率は、労働力人口に占める15～24歳の労働力人口の割合。

図表2-6-5 ▶

(地域における産業構造が雇用失業情勢に影響を与えている)

第1章で述べたように、我が国の産業構造は第1次産業から第2次さらに第3次産業へと重点を移し、サービス産業化している。こうした産業構造が失業率に与える影響を見てみると、第1次産業と第2次産業の比率の高い地域で失業率が低い状況が見られる一方、第3次産業の比率が高い地域で失業率が高い状況が見られる。

図表2-6-5 第1次産業と第2次産業が占める割合と完全失業率



(注1) 総務省統計局「国勢調査」及び「労働力調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
 (注2) 第1・2次産業比率は2000年、完全失業率は2004年の数値である。なお、都道府県別の完全失業率は試算値である。

こうしたことから、人口構成や産業構造の地域差と雇用失業情勢の地域差には一定程度の相関が見られるところである。

(地域間の労働移動は減少傾向)

このように雇用失業情勢は地域差があるが、失業率が高い地域から低い地域への労働移動があれば地域差が縮小されると考えられる。2000(平成12)年の国勢調査によれば、過去5年間に地方圏の道県から他の都道府県に転出した人の割合は6.0%で、1990(平成2)年の調査に比して0.8ポイント減少しており、他都道府県への人口移動は減少している。

また、国立社会保障・人口問題研究所の「第5回人口移動調査」によると、過去5年間(1996(平成8)~2001(平成13)年)における現住地への移動者の移動理由のうち「職業上の理由」とした者の割合について、男性では前回の24.0%から18.6%に減少しており、地域間の労働移動が減少していることがうかがえる。ただし、Uターン割合(いったん県外に出た経験をもつ者のうち出生県に戻ってきた人の割合)は、男

性で前回の27.2%から31.8%に上昇しており、40歳代から50歳代の世代を中心にリターンをした者の割合が増加している。

このように地域間の労働移動が減少することにより、地域における失業問題についてより改善が困難になる可能性があることから、地域において雇用対策を推進し、失業問題を解決していく必要があると考えられる。

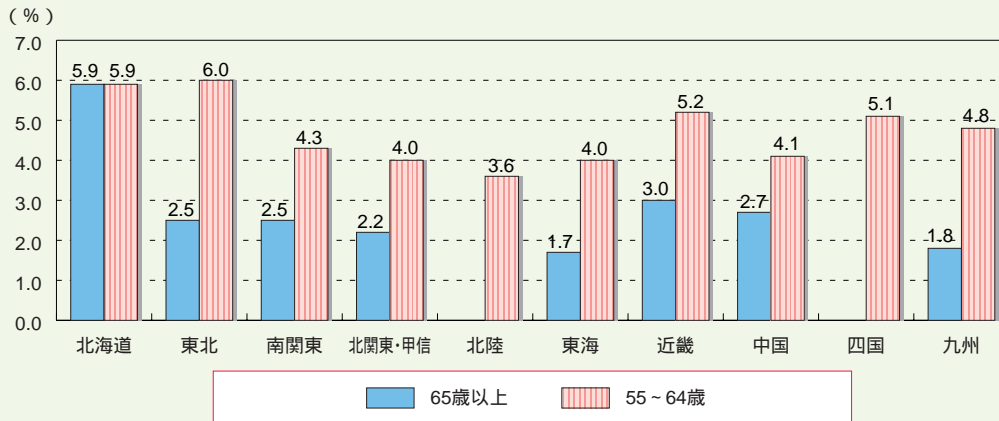
（高齢者の失業率には地域差が見られる）

高齢者の完全失業率について、2004（平成16）年においては、55～64歳では4.5%と前年より1.1ポイント低下、65歳以上では2.0%と前年より0.5ポイント低下しており、大きく改善している。

高齢者の完全失業率（55～64歳）を地域別に見ると、1990（平成2）年において最高の北海道（5.6%）と最低の北関東・甲信（3.0%）で2.6ポイントの差があったのに対し、2000（平成12）年において最高の近畿（6.6%）と最低の北陸（4.3%）で2.3ポイントの差となり、2004年平均（労働力調査）においては、最高の東北（6.0%）、最低の北陸（3.6%）と、地域差は2.4ポイントとなっている。全体的な雇用失業情勢の悪化の影響もあり、高齢者の失業率は高くなっており、その地域差については、依然として存在している。

◀ 図表2-6-6
◀ 図表2-6-7

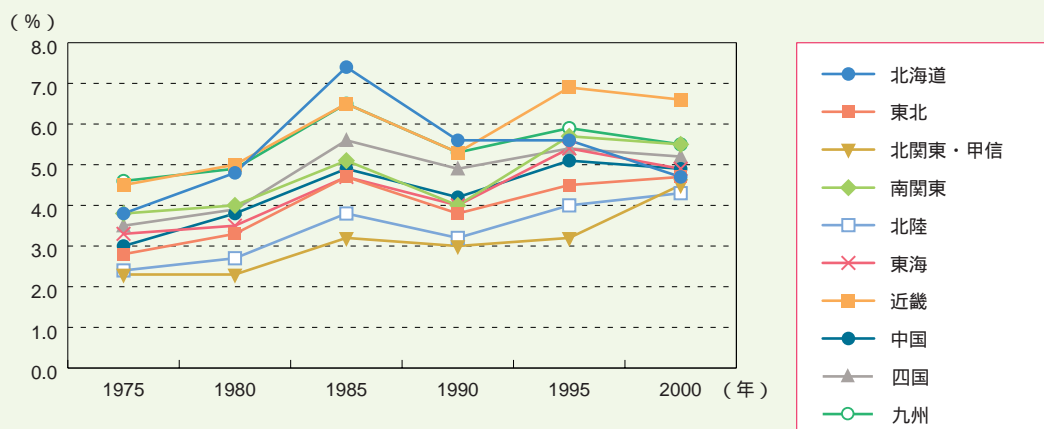
図表2-6-6 ブロック別高齢者の完全失業率



資料：総務省統計局「労働力調査」（2004年）

（注）北陸・四国の65歳以上の完全失業率については、完全失業者数が1万人単位に満たないため、該当数値がない。

図表2-6-7 ブロック別高齢者失業率の推移（55～64歳）



(注) 総務省統計局「国勢調査」を基に厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

（若者の失業率には地域差の拡大が見られる）

若者の完全失業率について、2004（平成16）年においては、15～24歳では9.5%と前年より0.6ポイント低下、25～34歳では5.7%と前年より0.6ポイント低下しており、直近では改善してきているが、1994（平成6）年においてはそれぞれ5.4%と3.4%であり、長期的に見ると大きく悪化してきている。

若者の完全失業率（15～24歳）を地域別にみると、1990（平成2）年において最高の九州（8.6%）と最低の東海（4.4%）で4.2ポイントの差があったのに対し、2000（平成12）年において最高の九州（11.8%）と最低の東海（7.4%）で4.4ポイントの差となっており、2004年平均（労働力調査）においては、最高の東北（12.2%）と最低の東海（6.3%）で、地域差は5.9ポイントとなっている。全国的に若者の失業率は高くなっており、2000年以降地域差が大きくなっている。

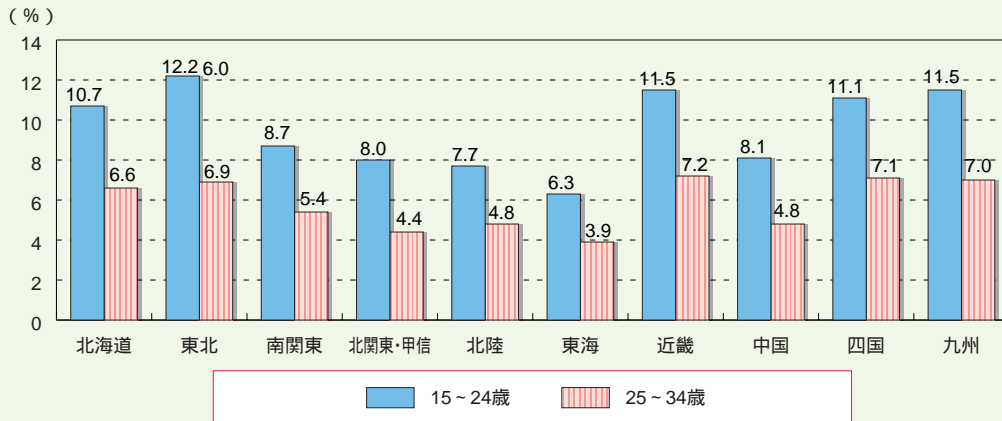
高校新卒者の就職内定率について、2005年3月末現在で、94.1%であり、前年同期を2.0ポイント上回っている。しかしながら、これを都道府県別に見ると、43都道府県で前年同期を上回っており、全体として回復傾向にあるものの、最も高い福井県が99.3%となっている一方、最も低い沖縄県が79.4%となっており、85%未満の都道府県が4道県あるなど、地域差が認められる状況である。

図表2-6-8 ▶

図表2-6-9 ▶

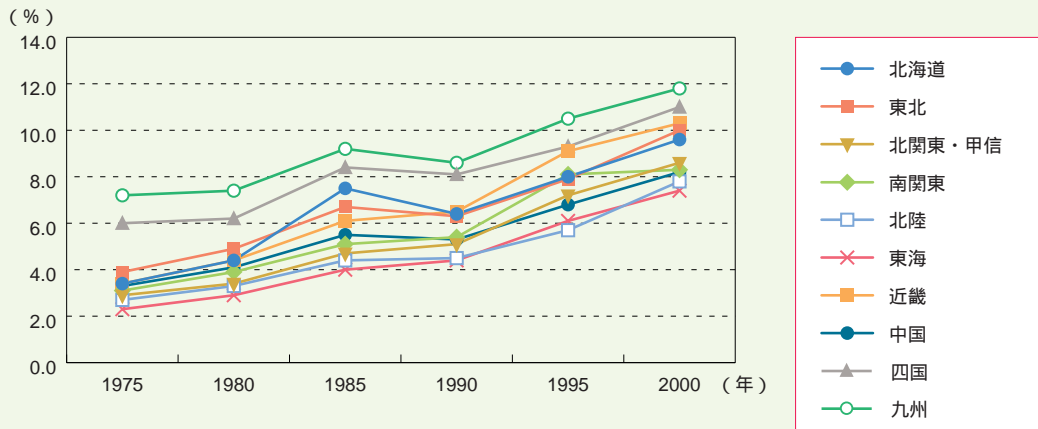
図表2-6-10 ▶

図表2-6-8 ブロック別若者の完全失業率



資料：総務省統計局「労働力調査」(2004年)

図表2-6-9 ブロック別若者失業率の推移(15～24歳)



(注) 総務省統計局「国勢調査」を基に厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成