

特集：公衆衛生看護の未来 —持続可能な地域保健への挑戦—

<解説>

地域保健・医療・福祉の未来

尾島俊之

浜松医科大学健康社会医学講座

The future of public health, medical care, and welfare in communities

OJIMA Toshiyuki

Department of Community Health and Preventive Medicine, Hamamatsu University School of Medicine

抄録

地域における保健・医療・福祉の未来についてまとめた。日本では、急速な人口減少と高齢化が進む一方で、喫煙率や食塩摂取量の低下等により健康寿命は延伸してきた。しかし、身体活動の低下、男性における肥満の増加、孤独・社会的孤立の深刻化といった課題も進行している。さらに、気候変動に伴う災害、感染症、経済財政危機に関連する複合的な健康リスクも存在する。

これらの変化に対応するためには、健康格差の縮小、自治体間の共同、地域資源の発掘・育成・活躍、兼業の機会拡大などが重要な方向性となる。特に、配慮有る普遍的対策やライフコースアプローチといった戦略は、健康格差に対処するために重要である。

今後の地域保健・医療・福祉活動においては、決められた手段をこなす活動よりも、目的や目標を指向した取り組みを推進し、PDCAサイクルやOODAループによる効率的・効果的な活動を行うことが求められる。縦割りや「支え手・受け手」という従来の関係を超えて、互いに支え合う地域共生社会の推進が不可欠である。

地区活動に関しては、NPO、民間企業、共通の関心を持つコミュニティなどと連携し、市町村や都道府県といったより広い範囲での取り組みを進める必要がある。自治体同士の共同事業や、市町村・都道府県間による相互支援の推進も重要である。

情報通信技術の活用については、定型的な事務の効率化に加えて、関係者間の情報共有、人工知能の活用、オンラインによる保健指導などへと取り組みを広げていくことが求められる。

これらの取り組みを通じて、困難な状況があっても、住民の健康と幸福が向上することを期待したい。

キーワード：保健医療福祉、人口減少、健康寿命、地域共生社会、健康危機管理

Abstract

This paper presents a perspective on the future of public health, medical care, and welfare in communities. In Japan, while rapid population decline and aging are progressing, health expectancy has been extended due to decreases in smoking rates and salt intake. However, challenges exist, such as reduced physical activity, increased obesity among men, and the growing problems of loneliness and social isolation. Moreover, there are multiple health risks associated with climate change-induced disasters, infectious diseases, and fiscal and economic crises. To respond to these changes, key directions include reducing health

連絡先:尾島俊之

〒 431-3192 静岡県浜松市中央区半田山 1-20-1

1-20-1 Handayama, Chuo-ku, Hamamatsu city, Shizuoka, 431-3192, Japan

Tel: 053-435-2333 Fax: 053-435-2341

E-mail: ojima@hama-med.ac.jp

[令和7年11月10日受理]

disparities, strengthening inter-municipal collaboration, identifying, fostering, and mobilizing community resources, and expanding opportunities for multiple jobs and side work. In particular, strategies such as proportionate universalism and the life course approach are important for addressing health inequalities. In future public health, medical, and welfare activities in communities, it will be important to pursue purpose- and goal-oriented actions rather than merely means-driven ones, and to conduct efficient and effective operations using PDCA cycle and OODA loops. Promoting a community of mutual support (regional symbiotic society) that transcends conventional divisions such as vertical silos or providers versus recipients is essential. Regarding community-based activities, it is necessary to promote initiatives on a broader scale—such as at the municipal or prefectural level—in collaboration with nonprofit organizations, private enterprises, and communities sharing similar interests. Joint projects among local governments and mutual support initiatives between municipalities and prefectures should also be promoted. In terms of information and communication technology (ICT) utilization, efforts should extend beyond routine administrative tasks to include information sharing among stakeholders, the use of artificial intelligence, and online systems for health guidance. Through these initiatives, it is hoped that society will overcome difficulties and sustainably ensure people's health and well-being.

keywords: public health, medical care, welfare, population decline, health expectancy, regional symbiotic society, health security

(accepted for publication, November 10, 2025)

I. はじめに

現在、厚生労働省による「2040年を見据えた保健師活動のあり方に関する検討会」[1]での検討が進められている。また、2023年度には、「地域保健対策・保健師活動ワーキンググループ」[2]において、2040年を見据えた保健活動のあり方等について検討が行われた。さらに、新たな地域医療構想に向けての検討が進められるなど、2040年に向けての保健医療福祉活動のあり方について種々の議論が行われている。地域保健・医療・福祉の未来はどうなるか、また私たちはどのように対応する必要があるか、一部、Chat GPTやGeminiといった人工知能（AI）の力を借りながら考えてみたい。

II. 現状から予想される未来

1. 人口構造の変化

未来について検討する上で、最も考慮すべき状況は人口構造の変化である。図1に日本の年齢3区分別人口の推移を示す。この先、人口減少、高齢化、少子化がさらに進んでいくことが推計されている。人口減少の原因として、結婚率の低下や、夫婦の出生率の低下があると考えられており、種々の対策が行われているが回復の兆しが見えていない。人口構造の変化によって、働く世代の人口の減少、保健医療福祉従事者の減少が進み、財政収入の減少が懸念される。また、高齢者の割合が増加し、それにより、全人口に対しての認知症高齢者、種々の疾患をもつ人の割合が増加する。

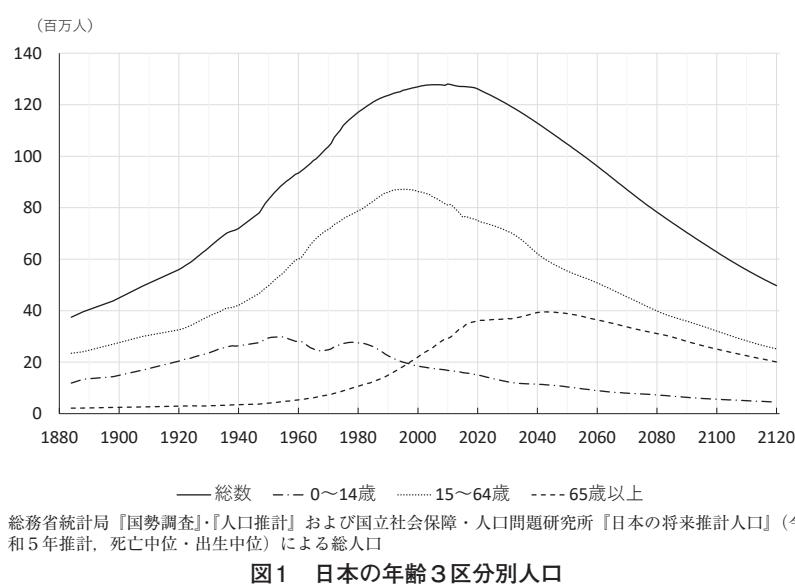


図1 日本の年齢3区分別人口

人口減少の要素と影響を考えてみると、過去と比較した人口の減少により、過去の仕組みの不適合、インフラの維持困難が起こる。都市と比較した地方での人口の少なさにより、地域間の格差が起こる。国土面積に対しての人口の少なさにより、施設や人までの距離の増大が起こる一方で、1人当たりの面積が増加し、この点は良い影響となる可能性もある。高齢者と比較した若者の人口の少なさにより、ニーズに対しての支える人の不足が起こる。海外と比較した日本の人口の少なさにより、国際社会における日本の影響力が小さくなる[3]。

人口構造の変化に伴い、単身世帯割合が増加している。また、社会が希薄化し、地域での支え合い機能が弱体化している。それにより、孤独、孤立の増加が懸念される。また、これまで家族や地域の中で解決できていた課題が顕在化しやすくなる。

2. 健康寿命と生活習慣の変化

日本人の健康寿命は、長期的に延伸傾向が続いている

る[4]。その理由として、喫煙率が低下していることや、図2に示すように食塩摂取量が減少傾向にあることが挙げられる[5]。これらは長年の保健活動の賜であると考えられる。これまでの推移から、今後、頭打ち傾向にはなるであろうが、さらに改善することが予想される。

一方で、人々の身体活動量は減少傾向が続いている。また、日本人の平均の体重と身長から算定した平均BMIの推移をみると、女性では減少傾向が続いている一方で、男性では増加傾向が続いている、さらなる悪化が懸念される。

3. 健康危機

地震、風水害、感染症パンデミック、火山噴火など、さまざまな健康危機が発生し、その対応が行われてきた。1995年の阪神・淡路大震災では、保健師派遣が行われた。また、医療体制の課題に対応すべく、災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team, DMAT）や災害拠点病院等が制度化された。2011年の東日本大震災

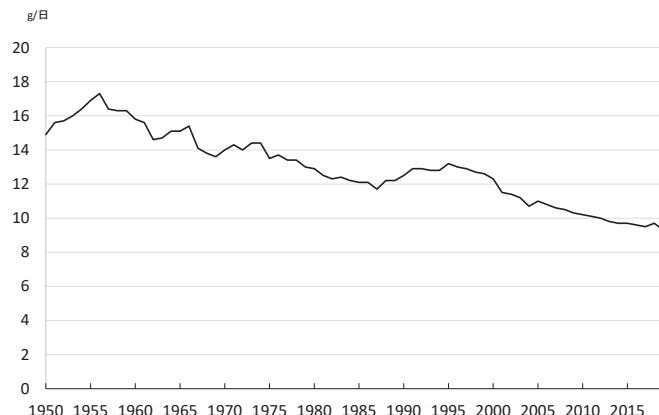
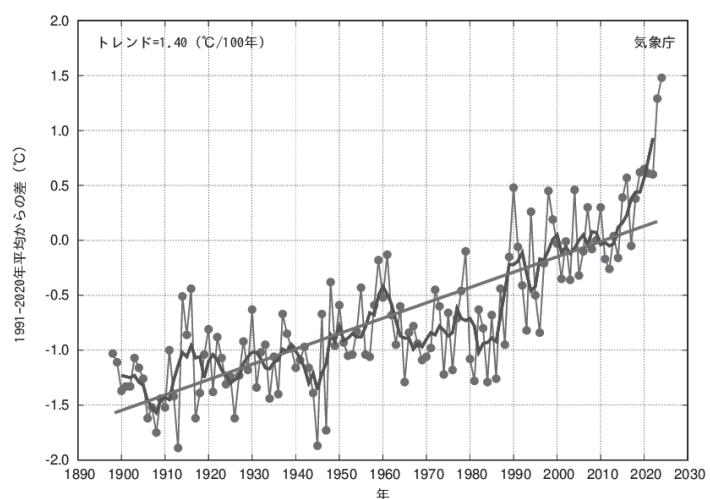


図2 食塩摂取量の推移（国民健康・栄養調査より）



細線：各年の平均気温の基準値からの偏差、太線：偏差の5年移動平均値、直線：長期変化傾向。基準値は1991～2020年の30年平均値。
出典：気象庁 https://www.data.jma.go.jp/cpdinfo/temp/an_jpn.html

図3 日本の年平均気温偏差

等を契機に、災害時健康危機管理支援チーム（Disaster Health Emergency Assistance Team, DHEAT）を始めとして、さまざまな保健医療福祉活動チームが発足した。2016年の熊本地震での教訓から、大規模災害の発生時には、都道府県庁に保健医療福祉調整本部が設置されることになった。さらに、COVID-19のパンデミックにより、保健所業務がひっ迫したことからその活動等を支援する、業務支援員（いわゆるIHEAT）が地域保健法に書き込まれた。

今後はさらに多様な健康危機が懸念される。その一つとして気候変動がある。図3に日本の年平均気温偏差の推移を示す[6]。年々、平均気温が上昇していることがわかる。これにより、熱中症、風水害等の災害が増加している。2014年8月に東京・代々木公園で Dengue熱が集団発生した。ヒトスジシマカの生息域は北上しており、今後、熱帯地域の蚊が日本に定着し、これまで日本で流行していなかった感染症の増加が懸念される。さらに、食料の不作による飢餓なども懸念される。

もう一つ、気になるのは経済財政状況である。日本の普通国債残高は増加を続けている[7]ため、国債の消化が滞ったときには、経済財政危機による物価上昇や財源不足などが懸念される。

さらに、ウクライナや中東での状況などから世界的に類似の状況が発生しかねず、東アジアにおける戦争・紛争が懸念されている。そのため、台湾有事が発生した際に、先島諸島の住民が九州・山口に避難するための検討などが具体的に始まっている[8]。

III. 課題に対応する未来戦略

多くの課題が懸念されるが、その対応について、例えば、気候変動については、根本の進展を抑えるための緩和策と、影響を抑える適応策の2種類があり、他の課題についても、このような両面の対策が必要である。生活習慣病対策等においては、1次、2次、3次予防が進められている。健康増進計画等でのポピュレーションアプローチの重視や、健康の社会的決定要因への対応としては、ライフコースアプローチを含めた1次予防をさらに強化していく必要がある。一方で、認知症対策に代表されるように、1次予防、2次予防に力を入れても、加齢による変化は起こるため、3次予防についてもより強化していく必要がある。それは、気候変動への適応策と似た側面がある。

1. 科学的な思考による保健医療福祉活動

これから保健医療福祉活動で重要なこととして、科学的な根拠に基づく政策立案（Evidence-based policy making: EBPM）がある。EBPMでは、政策目的の明確化、エビデンスの活用、ロジックの明確化、政策の改善などの要素が重要である。

現状として、決められた手段をこなす保健医療福祉活

動が多くなっている状況がある。改めて、そもそも目的を明確化する必要がある。その際には、保健医療福祉専門職が重要と考えるニーズだけではなく、住民の価値観に基づくディマンド（またはウォンツ）を踏まえて目的を設定する必要がある。これは人材や財源の不足から、今後、いろいろな保健医療福祉サービスについて、住民に負担を求めることが多くなると考えられる。住民としてお金を払ってでも参加したい、利用したいと思うことがより重要になる。

ロジックモデルも重要である。最終的に目指したい目的や、アウトカムに関する目標を設定して、着実にそれにつながる取り組みを相違工夫して考える。

また、PDCAサイクル（計画、実施、評価、改善）を効果的・効率的に回す活動が必要である。さらに、最近は特に健康危機管理において、OODAループ（Observe：みる、Orient：わかる、Decide：きめる、Act：うごく）が有用であると言われるが、平時の保健医療福祉活動においても重要である。

なお、科学とは、専門家が出した研究結果をそのまま信じることではない。保健医療福祉従事者の、科学に関する力として、問い合わせの力や、批判的検討をする力を伸ばすことが重要であろう。

2. 人材減少下での対応力の確保

人口減少により、保健医療福祉従事者等が減少し、財政収入も減少する。その対応としては、人口減少を少しでも食い止め、人材を確保・育成し、予算を確保する緩和策が王道である。それに加えて、種々の適応策を展開していく必要がある。

(1) 自助、共助、公助

地域保健対策の推進に関する基本的な指針では、「行政を主体とした取組だけでは、今後、更に高度化、多様化していく国民のニーズに応えていくことが困難な状況となっている。」と記載されており、自助、共助を含めた多様な主体による取り組みを推進する必要がある。その一つの方策としては、地域共生社会の推進がある。地域共生社会は、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が、「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて丸ごとつながる社会である。

介護についても、介護保険事業者によるサービスだけでなく、住民主体による通所型・訪問型サービスBやボランティアポイント制度等が推進されており、住民の相互の助け合いや有償ボランティアの活動がより推進されると考えられる。さらに、専門性をもつNPOの活動、企業による社会貢献や、従業員のボランティア参加の推奨、また、本業を拡張した様々な活動が広がると考えられる。

公助として、上記の共助が推進されるような社会の仕組みのマネジメントや、取り残されがちな人にも支援が行き届くようにすることが求められる。

健康日本21で強調されているようにソーシャルキャ

ピタルを活用した保健活動なども重要である。また、データヘルス計画策定の手引き[9]に記載されているように、地域資源の把握も重要である。今後、地域資源の把握、育成、活躍のための活動を強化する必要がある。

地区活動についても新たな考え方が重要であろう。住民の生活圏が当該自治体に限定されず近隣自治体等へも拡大し、インターネットの普及によりオンライン上でつながる新たなコミュニティ等が普及しており、地区活動を展開する上で、従来の地区以外の観点もふくめ、より俯瞰的な視点を持つこと（2025年10月1日、第2回検討会、資料1）[1]が望ましいと考えられる。市町村や都道府県といったより広域で、NPOや企業と連携するなどの地区活動も重要であろう。

自助としては、健康づくり、経済力の向上、平時からの備えなどが期待される。加えて、受援力を向上させることも重要である。「人に迷惑をかけたくない」という意識から、助けを求める文化が変わり、必要な時に気軽に「助けて」と言える、そしてそれを受け入れる地域全体の雰囲気が重要になる。子どもの時からの受援力を高める教育や、助けを求めた場合に良い結果が得られたという経験が積み重ねられるような社会づくりが重要である。さらに、種々の支援者が包摂的に対応できるようにするために、支援者を支援する仕組みづくりが重要である。

(2)人材の多様な活躍

1)高齢者の活躍

健康寿命が延伸傾向で、高齢者の体力は向上しており、また高齢になっても仕事を続ける人が増加している。将来の人口構成について、図4に示すように年齢の区切り方を50～74歳とすると、その人口割合は、この先も概ね横ばいである[3]。即ち、現実にはひととぞれの状況があると考えられるが、74歳まで働く世代であると考えることができると、働く世代の割合は、それほど低

下するわけではないと言うことができる。高齢者が、体力や能力に応じて、また自身の経験やスキルを活かして、様々な活動の重要な担い手となる。これは生きがいづくりや介護予防にも繋がる。

2)外国人の活躍

人口減少する中で、今後の政策動向によって左右されるが、外国人労働者がいなければ保健医療福祉活動は成り立たないと考えられる。外国人の保健師と一緒に働くことが普通な時代になるかもしれない。

3)兼業の増加

厚生労働省から2018年に「副業・兼業の促進に関するガイドライン」[10]が発行されて、その後も改訂がされており、副業・兼業が推進されている方向性がある。また、総務省の検討会では、地方公務員の兼業の推進に関する資料[11]が公表されている。今後、公務員においても、兼業が普通になっていくことが考えられる。

兼業にはメリットと留意点がある。職場へのメリットとしては、人口減少の中で人材確保につながる、新たな技術の開発につながるなどがある。また、本人へのメリットとして、ひとつの人生の中で多様なスキルや経験を得ることができる、所得が増加するなどがある。一方で、留意点としては、複数の勤務先の労働時間を合計すると過重労働になるおそれがあり健康管理に留意する必要がある。また、ある勤務先で得た秘密情報を別の勤務先で漏らしてはいけないため、業務上の秘密情報の管理に留意する必要がある。

(3)自治体間の共同

自治体間の格差が拡大し、小規模自治体は単独で必要な機能を果たすことが難しくなっていることから、表1に示す種々の共同処理制度が活用されている（2025年6月25日、第1回検討会、資料2）[1]。以前から活用されている「別法人の設立を要する仕組み」としては一部事務組合や広域連合がある。また、「法人の設立を要しな

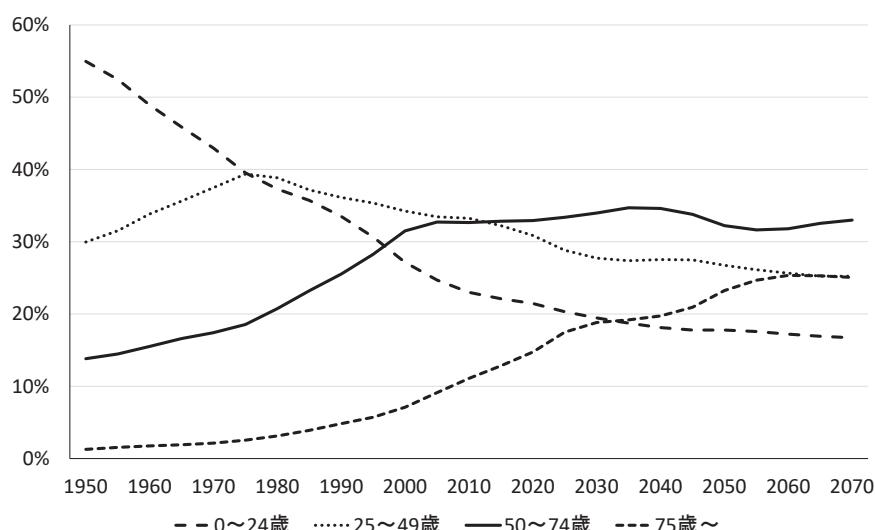


図4 年齢階層別人口構成割合の推移

表1 事務の共同処理制度

事務の共同処理制度について		
共同処理制度	制度の概要	運用状況(R5.7.1現在)
法人の設立を要しない簡便な仕組み	連携協約	○締結件数: 467件 ○連携中枢都市圏の形成に係る連携協約: 348件(74.5%)、その他: 119件(25.5%)
	協議会	○設置件数: 227件 ○主な事務: 消防59件(26.0%)、救急26件(11.5%)、広域行政計画22件(9.7%)
	機関等の共同設置	○設置件数: 445件 ○主な事務: 介護区分認定審査128件(28.8%)、公平委員会106件(23.8%)、障害区分認定審査106件(23.8%)
	事務の委託	○委託件数: 6,815件 ○主な事務: 住民票の写し等の交付1,338件(19.6%)、公平委員会1,167件(17.1%)、競艇864件(12.7%)
	事務の代替執行	○代替執行件数: 3件 ○上水道に関する事務: 1件、簡易水道に関する事務1件、公害防止に関する事務: 1件
別法人の設立を要する仕組み	一部事務組合	○設置件数: 1,392件 ○主な事務: ごみ処理387件(27.8%)、し尿処理304件(21.8%)、消防・救急各267件(19.2%)
	広域連合	○設置件数: 117件 ○主な事務: 後期高齢者医療52件(44.4%)、介護区分認定審査45件(38.5%)、障害区分認定審査30件(25.6%)

(注1) 法人の設立については、特別地方公共団体の新設に係るものであり、総務大臣又は都道府県知事の許可を要するものとされている。

(注2) 地方開発事業団、役場事務組合及び全部事務組合については、地方自治法の一部を改正する法律(平成23年法律第35号)により廃止。

(注3) 協議会、機関等の共同設置、一部事務組合、広域連合の事務件数については、複数の事務を行っている場合は事務ごとに件数を計上しているため設置件数と一致しない場合がある。

※令和6年11月21日持続可能な地方行財政のあり方に関する研究会(第1回)資料2より

い簡便な仕組み」として、連携協約、協議会、機関等の共同設置、事務の委託、事務の代替執行がある。連携協約の活用例として、連携中枢都市圏構想や、定住自立圏構想がある。市町村・都道府県による相互支援の推進も重要である。これらの仕組みについて、保健医療福祉分野での導入が進むと考えられる。

(4)情報通信技術の活用

情報通信技術(ICT)の活用として、定型的な事務の効率化の他、関係者間での情報共有、説得力のある資料づくりのための人工知能(AI)の活用、Webシステムを活用した保健指導等、情報通信技術のさまざまな活用を推進する必要がある。さらに、見守りセンサー、介護ロボット等のテクノロジーの活用が広がると考えられる。

近年、高齢になってもインターネットを使う人は結構いる。一度、インターネットを使った世代は、高齢になっても使い続けていることが統計からわかるため、将来的には、70歳代、80歳代になってもインターネットを使う割合が9割近くという時代になると考えられる[9]。

(5)地域医療構想と医療保険財政

新しい地域医療構想として検討されているように、高度急性期病床等による「治す医療」と、包括期病床や医療介護連携等による「治し支える医療」を持続可能な形で確保する必要がある。人材確保や病院を維持する財源

の確保の困難性が増していく中で、人材の配置や限られた財源をどのように使うことが最適であるかについて、住民を交えて検討を深めていくことが必要となろう。

地域医療構想の推進において、2014年の医療介護総合確保法の公布以来、保健所は重要な役割を果たしてきた。加えて、医療介護連携[12]が推進されており、在宅医療圏等における地域包括ケアの推進において、市町村には重要な役割が期待される。また、市町村、都道府県、協会けんぽ、組合健保等が連携し、医療保険者としての機能を発揮していく必要がある。韓国においては、COVID-19における病床確保等において医療保険者が重要な役割を果たしており、日本においても健康危機管理における医療保険者機能も検討する必要があろう。

物価上昇率が高くなると、診療報酬の引き上げがそれに追いつかず、医療機関の経営が厳しくなっている状況がある。将来、経済財政危機が発生した場合には、物価上昇率がさらに高くなるおそれがある。その対応として、診療報酬を隨時適切に設定する仕組みづくりが必要となるが、診療報酬以外の収入が重要となり、自費診療が増えるかもしれない。

近年、悪性腫瘍や認知症等に対する高額な医薬品や高性能の医療機器が開発され、治療効果の向上においては福音である一方で、今後の保険財政には懸念材料となっ

ている。そこで、保険適用に際して費用効果分析を用いる取り組みが進められている。しかしながら、費用対効果が劣っても、効果自体は高い医薬品等が次々と開発された場合には、民間医療保険の利用や自費などでも利用したいという需要が高まる考えられる。Khan[13]はイギリスにおける医療受診待機リスト期間が長いという課題によるものであるが、民間保険による医療サービスを享受する層と経済的にそれが困難で医療アクセスが制限される層の格差が拡大するという二層化(two-tiered)が進行して、医療制度の公平性が損なわれる可能性について警鐘をならしている。日本においても、そのような状況となる可能性がある。

3. 健康格差の縮小

(1) 健康格差対策の7原則

健康日本21(第三次)では、健康寿命の延伸と健康格差の縮小が基本的な方向の筆頭にあげられている。健康格差の縮小に向けての対策のポイントは、図5に示す「健康格差対策の7原則」[14]が参考になる。その中で、図6に示す「配慮ある普遍的対策」proportionate universalismは、重要である。支援の対象者と対象者でない人について、スパッと線を引くと烙印(ステイグマ)を押されたと感じて、うまくいかないことが多い。全ての人を支援することをベースにしつつ、社会的に不利な度合いに応じて、よりしっかりした支援を行う形が望まれる。介護予防については、特定高齢者施策から、住民主体の

通いの場に戦略を転換して、年齢調整要介護認定率の減少に成功しており、他の分野においてもその経験を生かす必要があろう。

健康格差の縮小に向けた対策として、静岡県での取り組みがひとつの参考になる[15]。課題共有(見える化)として、死亡、特定健診、食生活等のマップ化を行い、地域間の格差を明らかにして関係者で状況認識を共有している。方針の明確化として、課題の大きい地域により支援を強化する方針が明確化された。人材育成として、研修会、スキルアップ事業等が進められた。組織間のソーシャルキャピタルの活用として、県と市町村、大学との連携が進められた。配慮ある普遍的対策として、全県の事業と地域に特化した共同事業の組み合わせで進められた。ライフコースアプローチとして、教育体制への支援や、子どもに働きかける受動喫煙防止対策劇などが行われた。

(2) 保健予防活動の推進

母子保健、生活習慣病対策等の成人保健、高齢者保健による健康寿命の延伸、幸福の向上を引き続き進めていく必要がある。

男性における肥満は、図7に示すように特定健診・保健指導の導入後も増加し続けており、特に、図8に示すように、10~30歳代で肥満が進行している状況がある[5]。また身体活動も減少傾向が続いている。健康経営の推進など、地域と職域が連携した活動や、学校保健との連携が重要である。また、居心地が良く歩きたくなる



図5 健康格差対策の7原則

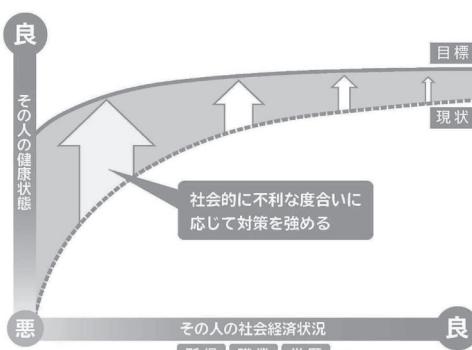


図6 配慮ある普遍的対策

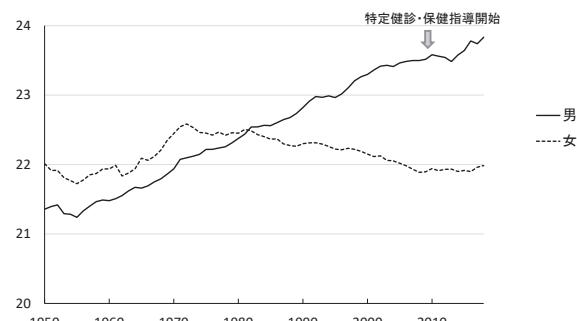


図7 日本でのBMIの推移 (国民健康・栄養調査より)

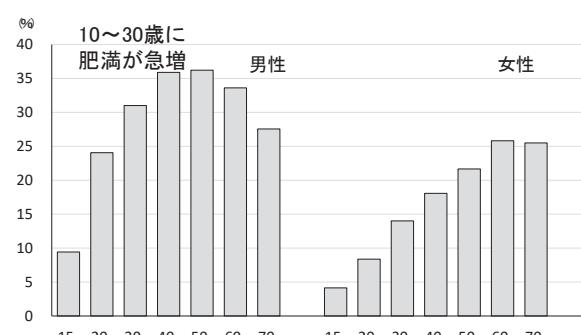


図8 性・年齢階級別の肥満 (BMI ≥ 25) の割合 (2015~2019年国民健康・栄養調査)

街なかづくりなど分野横断的に連携した活動を推進する必要がある。

孤独・孤立対策の重要性が高まると考えられる。自助・共助・公助を組み合わせ、受援力や自己肯定感を高めることや、企業・学校・NPO・行政機関が組織内・組織間で受援力を高めてつながりあうことが重要であろう。

4. 健康危機管理

健康危機対応としては、各ハザード特有の対応に目が行きがちであるが、いかなる危機においても、指揮調整体制の確立といったマネジメントや、人々への支援が重要である。特にマネジメントにおいては、国、都道府県、保健所、市町村、学区、避難所等のそれぞれにおいて指揮調整体制を確立するとともに、各レベルが重層的、有機的につながる体制が重要である。また、公的支援のみでは圧倒的に不足することが多く、自助・共助・公助の全てが発揮される必要がある。

気候変動対策について、保健医療福祉関係者は緩和策に加えて、特に適応策において期待される役割は大きい。静岡県では健康増進計画の中に熱中症（気候変動による健康影響）対策が記載されている[16]。クールシェアの取り組みも全国で広がっていくと考えられる。

国民保護上の事態への対応についても保健医療福祉関係者として備えをしておく必要がある。化学物質（Chemical）、生物（Biological）、放射性物質（Radiological）、核（Nuclear）、爆発物（Explosive）というCBRNEによるテロや災害への備えも重要である。

経済財政危機については、Farah-Yacoubら[17]が、1815年～2020年の221件の国家債務不履行事例の分析を行って、乳幼児死亡率の低下傾向は続くものの対照群と比較して出生1000対5.4人の追加的な乳児死亡が発生していることを示している。さらに、平均寿命の延伸は続く例が多いが、また一部の事例において平均寿命の短縮がみられたことを示している。このような危機においても、人々の健康を確保できる取り組みが望まれる。急速な物価上昇が発生すると税金等を財源とする公務員の給与や診療報酬・介護報酬の上昇は、物価の上昇に追いつかずには解離し、多くの退職者がでる可能性がある。従事者の給与をタイムリーに上げることが望まれるが財政的に難しい場合もある。保健医療福祉従事者は使命感を持って自分の仕事を続けつつ、生き延びるために、兼業・副業が重要になるかもしれない。

IV. まとめ

ここまで、地域保健・医療・福祉の現状と未来について見てきた。全体として、これから活動においては、目的や目標を指向した活動、地域共生社会の推進、情報通信技術の活用が特に重要であると考えられる。困難な状況があっても、本質をとらえた活動、創意工夫した多

様かつしたたかなか活動によって、住民の健康と幸福が向上することを期待したい。

引用文献

- [1] 厚生労働省. 2040年を見据えた保健師活動のあり方に関する検討会 資料, 2025. Ministry of Health, Labour and Welfare. [2040 nen o misueta hokenshi katsudo no arikata ni kansuru kentokai shiryo, 2025.] https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kenkou_128580_00015.html (in Japanese) (accessed 2025-11-05)
- [2] 三菱総合研究所. 令和5年度地域保健対策・保健師活動ワーキンググループ報告書. Mitsubishi Research Institute. [Reiwa 5 nendo chiiki hoken taisaku/hokenshi katsudo working group hokokusho.] https://pubpjt.mri.co.jp/pjt_related/wg-hoken/index.html (in Japanese) (accessed 2025-11-05)
- [3] 尾島俊之. 人口減少社会における公衆衛生上の課題と保健師活動. 保健師ジャーナル. 2025; 81(1): 10-16. Ojima T. [Jinko gensho Shakai ni okeru kkoshu eiseijo no kadai to hokenshi katsudo.] Japanese J Public Health Nurse. 2025; 81(1): 10-16. (in Japanese)
- [4] 厚生労働省. 健康日本21（第三次）推進専門委員会資料, 2024. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Kenko Nippon 21 dai 3 ji suishin senmon iinkai shiryo.] 2024. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_35888.html (in Japanese) (accessed 2025-11-05)
- [5] 尾島俊之. わが国の生活習慣の動向. 日本医師会雑誌. 2024; 153(1): 21-24. Ojima T. [Waga kuni no seisaku shukan no doko.] J Japan Medical Assoc. 2024; 153(1): 21-24. (in Japanese)
- [6] 気象庁. 日本の年平均気温偏差. Japan Meteorological Agency. [Nihon no nen heikin kion hensa.] https://www.data.jma.go.jp/cpdinfo/temp/an_jpn.html (in Japanese) (accessed 2025-11-05)
- [7] 財務省. 財政に関する資料. Ministry of Finance. [Zaisei ni kansuru shiryo.] https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/a02.htm (in Japanese) (accessed 2025-11-05)
- [8] 内閣官房副長官補（事態対処・危機管理担当）付. 沖縄県の離島からの住民避難・受け入れに係る取組. 2025. Assistant Chief Cabinet Secretary (Jitai taisho / kiki kanri tanto) tsuki. [Okinawa ken no rito karano jumin hinan / ukeire ni kakaru torikumi.] 2025. https://www.kokuminhogo.go.jp/pdf/ukeire_20250327_torikumi.pdf (in Japanese) (accessed 2025-11-05)
- [9] 厚生労働省保険局国民健康保険課. 国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き. 2023. National Health Insurance Division, Health Insurance Bureau, Ministry of Health Labour and Welfare. [Kokumin kenko hoken hoken jigyo no jisshi keikaku]

- data health keikaku sakutei no tebiki.] 2023. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_32950.html (in Japanese) (accessed 2025-11-05)
- [10] 厚生労働省. 副業・兼業の促進に関するガイドライン. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Fukugyo / kengyo no sokushin ni kansuru guideline.] <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000192188.html> (in Japanese) (accessed 2025-11-05)
- [11] 総務省. 社会の変革に対応した地方公務員制度のあり方に関する検討会 働き方分科会 配付資料. Ministry of Internal Affairs and Communications. [Shakai no henkaku ni taioshita chihoko min seido no arikata ni kansuru kentokai hatarakikata bunkakai haifu shiryo.] https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/kenkyu/shakainohenkaku/dai01kaihatarakikata.html (in Japanese) (accessed 2025-11-05)
- [12] 尾島俊之, 岡山雅信, 今村知明, 他. 地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための都道府県及び地方厚生（支）局の支援に関する調査研究事業報告書. 全国国民健康保険診療施設協議会; 2019. Ojima T, Okayama M, Imamura T, et al. [Chiiki no jitsujo ni ojita zaitaku iryō / kaihō renkei o suishinsuru tame no todofuken oyobi chiho kkosei (shi) kyoku no shien ni kansuru chosa kenkyu jigyo hokokusho.] Japan National Health Insurance Clinics and Hospitals Association, 2019. https://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/principalresearch_detail/tabid/169/Default.aspx?itemid=718&dispid=1549 (in Japanese) (accessed 2025-11-05)
- [13] Khan N. Sleepwalking into a two-tiered healthcare system. Br J Gen Pract. 2023;73(727):72.
- [14] 医療科学研究所. 健康格差対策の7原則. 2017. The Health Care Science Institute. [Kenko kakusa seisaku no 7 gensoku.] 2017. <https://www.iken.org/project/project01/index.html> (in Japanese) (accessed 2025-11-05)
- [15] 尾島俊之. 健康格差対策への公的取り組み. 日本医師会雑誌. 2023; 151(10):1775-1778. Ojima T. [Kenko kakusa taisaku eno koteki torikumi.] J Japan Medical Assoc. 2023; 151(10):1775-1778. (in Japanese)
- [16] 静岡県. 第4次静岡県健康増進計画. 2025. Shizuoka Prefecture. [Dai 4 ji Shizuokaken kenko zoshin suishin keikaku.] 2025. <https://www.pref.shizuoka.jp/kenko-fukushi/kenkozukuri/1040568/1024502.html> (in Japanese) (accessed 2025-11-05)
- [17] Farah-Yacoub JP. The social costs of sovereign default [Internet]. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2024. (NBER Working Paper Series No. 32600). <https://www.nber.org/papers/w32600> (accessed 2025-11-05)