

へき地保健医療問題の改善とへき地における保健婦活動の発展をめざして

——国の対策についての一考察——

日本看護協会調査研究部

《目 次》

はじめに／214

1. へき地保健医療対策の責任／214

2. へき地における保健婦活動についての対策／216

3. 保健婦採用・配置と活動費をめぐる国庫補助金の検討／217

おわりに／222

この報告書は、日本看護協会調査研究部が、昭和53年2月6日に開催したへき地保健医療検討会の討議を経たうえでまとめ、昭和53年5月の常務理事会に提出したものである。

検討会の出席者は次のとおり

上村聖恵（保健婦部会長）

花田ミキ（青森県，看護研究者）

金城妙子（沖縄県，特別養護老人ホーム所長）

山崎淑子（東京都，東京女子医大教授）

宗像恒次（国立精神衛生研究所 元日本看護協会調査研究部）

調査研究部職員

〈文章責任〉

岩下清子——「はじめに」「1.」「2.」

安原紀美子——「3.」「おわりに」

へき地保健医療問題の改善とへき地における保健婦活動の発展をめざして

——国の対策についての一考察——

日本看護協会調査研究部

はじめに

日本看護協会では、かねてより、へき地住民の健康を守る看護職の社会的責任を果たすため、へき地住民およびそこで働く看護職をとりまく諸条件の改善について関心をはらってきた。昭和52年3月、へき地保健医療プロジェクトチームにて、「へき地における保健医療問題と看護職の役割」について検討を加え、まとめをした。これは、問題解決のために、私たち看護職に課せられている課題をはっきりさせ、またへき地医療の政策決定に影響力を持っている関係当局に対する提言・要求をしていく活動の出発点として提示したものである。

私たちは、この報告書をふまえ、具体的な改善運動へと一歩踏み出す必要がある。

折しも、現在、へき地保健医療政策の根拠になっている過疎地域対策緊急措置法およびへき地保健医療対策第4次計画が、昭和54年度をもって失効するので、法律の延期および第5次計画の策定について発言していこうとしている。そのためにまず、昭和54年度の国家予算編成時に具体的な要求をしていくことから始めることにした。

そこで、そのための準備としてへき地保健医療対策、なかんずく保健婦活動対策についての基本的な考え方および保健婦関係国家予算について検討した。この報告書はそのまとめである。

今回のまとめは国への提言、要求ということに焦点をあわせたが、今後さらに、日本看護協会の支部から地方自治体に対してどう発言していくかということ、さらに看護職員自身の手で解決していかなければならない問題についてどのように取り組むかということについて検討する必要がある。

1. へき地保健医療対策の責任

1-1 保健医療サービス供給についての公的責任

へき地保健医療について論ずる際、まず国および地方自治体は、国民がどこに居住していようとも、必要最低限度の保健医療サービスが受けられるよう、国の隅々にまでサービスを供給する責任を有するということを明確にしておく必要がある。

国民皆保険制度によって、医療費はすべての国民が負担することになったが、それは本来、すべての国民が保健医療サービスを受けられるよう、サービスの供給体制が整備されるという前提に立たなければならない。

しかるに現実には、医療サービスの提供がほとんど私的医療機関にまかせられているため、医療機関および医療マンパワーが非常に偏在している。したがってへき地住民は、医療費を負担しているにもかかわらず、医療サービスを受けたくても思うように受けられない。

国および地方自治体は、このような社会的に公正を欠く現状を是正すべく、保健医療サービスの供給体制を整備する責任がある。

1-2 公的責任の内容

国および地方自治体は、へき地でも私的医療機関が成り立つための援助をする必要があるが、それでもなおサービスが不足する地域については、公的保健医療サービスを提供すべきである。へき地においては、おのずから公的な保健医療サービスが中心とならざるをえないであろう。

a) 国および地方自治体は、公的保健医療サービスを提供するために必要な保健医療マンパワーを確保しなければならない。そのために次のことを行なうべきである。

○国公立の学校における保健医療職の教育の中で、へき地医療への関心を高めること

○保健医療職の採用とへき地への配置

- へき地の保健医療問題に対応できる能力を養うための研修の実施
- へき地勤務者への生活上の便宜の供与
- へき地勤務者の給与、税制面などの優遇、将来の身分保障
- b) 公的保健医療サービスの内容としては次のものがあげられる。
 - イ) すべての住民にとって通院可能な範囲に常設の医療機関を確保するために、
 - へき地診療所の設置・運営
 - 通院手段の整備
 - ロ) すべての住民が専門医療サービスを利用できるようにするために、
 - 巡回診療の実施
 - 通院手段、通院宿泊施設の設置・運営
 - へき地診療所と連けいとれる公的病院の整備
 - ハ) 救急医療体制を整備するために、
 - 救急患者受入体制の整備
 - 救急患者輸送体制の整備
 - 救急協力員の育成
 - 応急処置についての知識の普及
 - ニ) 住民が自ら健康を守り、また適切な在宅療養ができるようにするために、
 - 健康センター、母子健康センターの設置・運営
 - 健（検）診、健康教育の実施
 - いつでも、どこでも保健相談に応じられる体制の確立
 - 訪問看護の実施
- c) さらに、上記の諸サービスが効果的に機能するように、次のことを行なうべきである。
 - イ) 地域のニーズに即した保健医療計画を策定するために、
 - 地域の保健医療ニーズの測定とサービスの評価
 - 住民、保健医療関係者（看護職を含めた）の声を、保健医療行政に反映させるためのシステムの確立
 - ロ) 保健医療諸サービスの有機的な連携を保つために、
 - 公的保健医療諸サービス（特に医療と保健）の連けいシステムの確立
 - 公的サービスと私的サービスとの連けいシステムの確立
 - 福祉資源の有効な活用を促進するための連絡・調整システムの確立
 - 住民と保健医療関係者との連絡・協力システムの確立

立

d) なお、へき地故に保健医療サービスを受けるのに費用が余分にかかることについて、次のような措置がとられるべきである。

- 通院費用、救急時私的搬送費用、出産待期費用などの補填
- 医薬品の配布

1-3 国、都道府県、市町村の責任

a) 市町村の主体性

上述したような、保健医療サービスの供給体制をととのえる公的責任は、国および地方自治体によって果たされるものである。国は保健医療ニーズの全国的最大公約数にたつて政策を打ち出し、地方自治体は管轄する地域の特殊性にもとづいて独自の政策を付加することによって、すべての国民に最低限の保健医療サービスを保障すべきものである。

地域の保健医療問題は、その地域の生活基盤全般と密接にかかわっており、地域ごとに特殊性がある。保健医療サービスは、その地域に密着した形で提供されなければならないが、それができるのは、地域にもっとも密着した行政機関であり、保健医療行政と他の面との関連もつけやすい市町村である。したがってへき地保健医療政策は、市町村の主体性が尊重されるべきである。

b) 都道府県の責任

市町村の主体性が尊重されるべきであるとはいえ、へき地を多くかかえる市町村は財政基盤が弱い上に、人的・物的資源の確保についてもへき地故の困難があるために、市町村が単独にできることはそれほど多くない。市町村の主体性を尊重する形で、都道府県は財政的に、また物的・人的資源の面で市町村を援助すべきである。

また次にあげるものは、市町村の意向をくみとって広域的な立場から都道府県が行なうべきだと考える。

イ) 保健医療マンパワーの確保について

- へき地勤務医の確保にかかわることすべて（ただし税制面の優遇、医学教育面での配慮などは国の責任）
- （市町村レベル保健婦その他の保健医療職の確保が困難な市町村に対して）保健婦その他の保健医療職の市町村への派遣
- 市町村へ、保健婦その他の保健医療職の斡旋
- （市町村レベルで採用されている職員に対するものも含め）研修の実施、身分保障
- ロ) 専門医療サービスの確保について

○へき地診療所と連けいをとれる公的病院の整備

○専門巡回診療の実施と、市町村が行なうそれへの人的・物的資源の確保

ハ) 救急医療体制の整備について

○救急患者受入体制の整備

○ヘリコプターによる救急患者輸送体制の整備

ニ) 保健サービスの確保について

○より専門的な健(検)診, 健康教育, 保健相談の実施と市町村が行なうそれらへの人的・物的資源の確保

ホ) 保健医療計画の策定について

○市町村レベルの保健医療計画の把握と評価

各市町村に必要な援助の測定

ヘ) 保健医療連けいシステムの確立について

○市町村の枠を超えた連けいシステムの確立

これらは県が実施すべきものの最低限を示したものであるが、保健医療問題が深刻で財政基盤が弱い市町村に対しては、もっと強力なテコ入れをすべきである。

市町村と都道府県との役割分担は、市町村の実施能力に応じて、流動的に考えられるべきである。

c) 国の責任

市町村を直接援助すべき立場にある都道府県は、財政基盤が弱く、多大な援助を要する市町村を多くかかえていなければならないほど、県としてもやはり財政基盤は弱体である。したがってそのような県に対する国の援助が必要である。

いわば国は、地方自治体により住民が受けるサービスに格差が生じるのを是正する責任がある。

へき地保健医療問題の根底にある保健医療機関の偏在、および過疎問題は国の諸政策の結果であり、その意味でもへき地保健医療問題の解決にむけての国の責任が明確にされるべきである。

1-4 へき地保健医療政策の対象

以上みてきたように、市町村がへき地の第一線で保健医療サービスの供給体制を整えられるようにすることがもっとも大切であり、その意味で国や都道府県のへき地医療対策の対象は「市町村」であるべきである。そして、「市町村」がどれだけの、そしてどの程度の「へき地」を有し、そしてそれらの地域に保健医療サービスを供給することについて、どれだけの能力を有しているかということなどをもとに、援助の必要性を測る基準を設ける必要がある。

しかるに、厚生省のへき地医療対策では、対策を要する地域を判定する基準として「無医地区」という概念を

設定してはいるが、対策を要する「市町村」についての基準はない。また国のへき地医療政策の根拠になっている離島振興法、山村振興法、これらに類する特定地域の地域振興開発法も、対策の対象は一定の「地域」であり、「市町村」ではない。

さらに、市町村内の地域について、保健医療面からみた「へき地性」を判定する基準が必要である。「無医地区」という概念は一応それに当たるものであるが、細かくみても、この基準にはさまざまな問題があることがわかる。「無医地区」という概念に一括されている地域の中には、保健医療サービス利用の困難性の程度にきわめて大きな格差があり、また「無医地区」には指定されていないのに、「無医地区」よりもっと困難な地域がある(これらについては、いずれ調査の結果をふまえて具体的に問題提起するつもりである)。したがって「無医地区」という概念だけに頼ったのでは、到底きめ細かな対策はたてられないであろう。

なお、先に問題にした過疎地域緊急措置法は、財政基盤の弱体な市町村の援助について定めており、その意味でへき地医療対策の根拠になる法律の中では重要なものである。

2. へき地における保健婦活動についての対策

2-1 保健婦の役割

保健婦は地方自治体の一員として、上述したへき地に保健医療を確保する公的責任の一端を担うものである。

すなわち、行政機関の中に保健医療専門職の中では、地域の保健医療ニーズをもっともよく把握しうる立場にあることから、地方自治体における保健医療計画を策定する上で重要な役割を果たすとともに、実際に対人サービスを提供し、また住民の健康を守るための社会資源の調整や社会的な問題提起を行なう(これら保健婦の役割については、前述した「へき地における保健医療問題と看護職の役割」を参照されたい)。

特に市町村においては、ほとんどの場合、保健婦は行政機関の中の唯一の保健医療専門職であるから、保健医療についての市町村としての責任を果たす上で中心的な存在である。

2-2 保健婦確保および活動促進のための対策

へき地は、保健医療サービスが不足するが故に、そこで働く保健婦が果たすべき役割は大きい。とはいえ、保健婦が単独にへき地住民の健康問題を解決することはできない。それ故、へき地保健婦がその役割を遂行するた

めの条件整備という意味においても、前述したとおり必要最低限の保健医療サービスが公的責任において確保されるべきことを強調したい。

このことを前提にしたうえで、ここでは特に保健婦の確保と活動促進のためにとられるべき対策を列挙することにする。

イ) へき地に保健婦を確保するための措置

○保健婦の採用とへき地への配置（人事権は保健婦がもつべきである）

○給与、税制面などの優遇

○へき地保健医療問題に対応できる能力を養うための研修の実施

ロ) 生活条件の整備

○生活の不便をカバーし、またプライバシーを守るための住居、手当、労働時間などについての配慮

ハ) 業務遂行上の条件整備

○日常業務についての相談できる体制の整備

○主体的な活動を可能にするための権限の付与（事業計画予算の立案・執行権など）

○活動費の確保

○機動力の整備

○活動の拠点の整備

○看護婦、助産婦およびその他の職種との連携いシステムの確立

○へき地における看護業務基準の設定

○地元の受入体制を整えるための働きかけ

これらの対策は、市町村の保健婦に関することは市町村が都道府県の援助を得、また都道府県（保健所）の保健婦については都道府県が国の援助を得て実施することが基本であるが、研修、日常業務についての相談体制、市町村の枠を超えた連携いシステム、看護業務基準などについては、市町村の保健婦活動をも含め広域的な立場から都道府県が実施あるいは確立すべきである。

しかし、まず何より国や都道府県が考えなければならぬことは、市町村レベルで保健婦を採用することがきわめて困難なところが多いということである。

前述したように、市町村にあっては、保健婦は行政機関の中の唯一の保健医療専門職とし重要な役割をもっていることに鑑み、都道府県は財政的な援助のみならず、人材の斡旋、都道府県で採用した保健婦を市町村に派遣するなどの方法によって、全国に461ある保健婦未設置市町村の解消をはかるべきである。

また、市町村保健婦活動が手薄な市町村に対しては、

保健所の保健婦が市町村保健婦を支援するシステムを確立すべきである。

いずれにせよ都道府県（保健所）の保健婦がへき地に密着して活動できるよう、国は都道府県を財政的に援助し、市町村は受入体制を整えるべきである。

3. 保健婦採用・配置と活動費をめぐる国庫補助金の検討

3-1 財政上の問題の焦点

さて、へき地保健医療をめぐる公的責任のあり方についての私たちなりの枠組に基づいて、現在の国の政策——なかでも保健婦による対人保健サービスをめぐる政策——を見直してみよう。公的責任を国の責任にしぼるのは、へき地をかかえる市町村単独、あるいは都道府県単独で対策を講じてすむような現状ではないこと、このために他の地域にもましてへき地では、国のきめ細かな配慮や援助が一層切実に不可欠であることがすでに明らかになったからである。ところで国が都道府県や市町村に対して行なう配慮や援助のしかたはさまざまあるが、そのうちでもっとも端的な国庫補助金をとりあげよう。

また保健婦による対人保健サービスをより充実するにはさまざまな問題が残されており、改善すべき条件も多岐にわたるが、ここではまず、保健婦の採用・配置と、次に配置した後の地域活動というもっとも基本となる2点に対する補助金に焦点を絞りたい。これらは現在大きな問題をはらんでいるからでもある。

国庫補助金とはおおむね次のようなものである。地方自治体の収入の中での位置づけは表1のとおり。国庫補助金は国から地方自治体に単なる指導をするだけでは効果のないとき、その費用の一部（1/3～8/10程度）を国が負担して地方自治体の負担をいくらか軽くし、その事業を奨励しようとする。あくまで地方自治体の主体性の下に——自治体の申し出による、費用の一部を必ず自治

表1 地方自治体の収入・一般会計分

一般財源……使い途が特定されない	— 地方税
	— 地方交付税
特定財源……使い途が特定される	— 地方債
	— 国庫支出金
	・ 委託金……国の事業の代理
	・ 国庫補助金……特別の目的で奨励的に交付
	・ 国庫負担金……国が協同責任をもって行なう事業について義務的に交付

体が負担する、の2点でこのことが保証される——選択することが国庫補助金の建前である。場合によっては、国庫補助金と国庫負担金を総称して広義の国庫補助金と呼ぶことがある。

国庫補助金交付の際の国の負担の大きさは、当該事業に対する補助率と、補助金算定基礎となる基準単価をいくらかに見積るかによって決まる。ただしこの基準単価が実勢価格より低く見積られがちであり、この差を埋めるために地方自治体側の超過負担がきわめて大きいことが、現在社会的に大きな問題となっている¹⁾。

ちなみに、地方自治体の財源として国庫補助金とともに地方交付税が重要である。これは国庫補助金をとる場合の地方自治体の負担金ともなるものなので、簡単にふれておきたい。地方交付税は、国庫補助金とちがって、その使い途が限定されず地方自治体の自由に任されていることが特徴である。国税収入のうちの一定割合を（昭和52年で32%）、自動的に都道府県および市町村財政の補充にふり当るといふ財源である。

地方自治体の財政状態はそれぞれの事情によって格差が大きい。たとえば、人口急増の自治体では人々の生活・文化基盤を整備するための経費が莫大で地方税収入がおいつかないとか、あるいは過疎の自治体では地方税収入がきわめて低く、また住民1人当たりにかかる経費がへき地故に割高になるなど財政が苦しい。逆に地方税収入と支出のつりあいが比較的とれている自治体もある。しかしどのような自治体でも最低限の行政サービスを行なえるよう、財政の苦しい自治体の財源の不足を必要に応じて国税から埋めるのが、地方交付税である。

地方交付税を算定するときには、その地方自治体に必要な額が配分されるよう、次のような仕組で調整される。まず、ある自治体が通常の運営を行なうときに必要なさまざまな経費を細かく見積り（基準財政需要額とよぶ）、その総額から、その自治体の地方税収入を基に見積った財政収入額（基準財政収入額）を差し引く。この不足分を地方交付税で補うのである。

ここで、この基準財政需要額として見積るべき費目のうち、衛生費の中で都道府県、市町村における保健婦の配置にかかる経費が含まれていることを明らかにしておきたい。つまり、地方自治体で保健婦をおこうとするときの重要な根拠ともなるからである。

まず、都道府県については人口170万人、15保健所に対し史員246人の人件費を、標準的モデルとして、これを基に算定される。保健婦はこの史員に含まれ、その人

数はゆう通がきく。また「へき地医療対策費」の中で保健婦5人分が見積られている。一方市町村についても同様に、人口10万人につき保健衛生関係の史員13人の中で保健婦が考えられてきた。そして昭和53年からは国保保健婦が市町村職員に移ったことに伴って、さらに史員3人分が増員され保健婦であることが明文化された²⁾。

これらの人件費単価はいずれも1人分の費用の約2/3が算入されている。なぜなら後で詳しくのべるように保健婦の人件費単価の残りの約1/3は、国庫補助金から充たされるべきものだからである。

3—2 現在の国庫補助金

まず昭和53年度厚生省予算を確かめておこう。表2は地域で対人保健サービスに携わる保健婦だけを対象とした予算を抜きだしてある。

保健婦の給与に対する補助金は「イ）市町村保健婦補助金の中の給与費」と「ロ）保健所運営費の中の給与費」の2つで、補助金を交付される保健婦の98%をカバーしている。この他にごくわずかだが、無医地区担当の保健所所属保健婦の給与に対する補助金が2種類おかれている。「ハ）過疎地域対策緊急措置法、山村・離島・沖縄各振興法に基づいて無医地区に出向いていく保健婦」249人分と、「ニ）特別対策としてのへき地保健指導所」に駐在する保健婦40人分である。後者の2つの補助率は前者2つの1/3より高く、1/2とされている。

このように地域で対人保健サービスに携わる保健婦の給与に対して4種類の国庫補助金が交付され、保健婦総数約13,900人のうち約12,000人までがカバーされている現状である。そして1人当たり基準単価はやや高低はあるが、ほぼ年間240万～260万円程度である。

給与費とならんで「活動費」あるいは「事業費（旅費）」という名目の補助金がある。これは上にのべた4種類の給与補助金のどれと並ぶかによって基準単価に大幅な格差がついている。保健所保健婦の中でも無医地区担当者には比較的高い基準単価が見積られる。表2ハ）の過疎法などに基づき無医地区に出向いていく者が最高で年間1人当たり約90,000円、ニ）のへき地保健指導所に駐在する場合は約半額である。さらにロ）の保健所保健婦の中で無医地区担当者と沖縄県の駐在者には45,000円程度交付されるが、対象者はあわせて100人にもならず、その他の6,900人には保健婦としての活動費が計上されていない。一方イ）市町村所属の保健婦に対する活動費は全員に出ているがさらに低く、年間1人当たり約20,000円にすぎない。市町村保健婦全員に活動費補助金が交付

表2 保健婦に対する国庫補助金（53年，一部52年）

	予 算 費 目	総 額 (千人)	対象数 (人)	基準単価 52年度(円)	補助率	所 管	根拠となる法令	備 考
イ	市町村保健婦補助金	5,102,620	4,685		$\frac{1}{3}$	厚生省 公衆衛生局 地域保健課	国保保健婦補助 金を踏襲	
	給 与 費 (活 動 費)			2,600,000				
	旅 費			17,000				○家庭看護用具， 健康相談，衛生 教育用具，自動 車，バイク等
	特別活動費			5,100				
ロ	保健所運営費 (人当経費)				$\frac{335}{1000}$	〃	保健所法に基づ く	
	給 与 費	24,593,417	21,023					○このうち保健婦 は6,982人
	人 当 庁 費	36,308	〃	5,160				
	人 当 旅 費 (事 業 費)	23,466	〃	3,348				
	へき地活動費	765	60	43,586			過疎・山村・離島・沖縄以外の無医地区 沖縄県のみ、へき地に限定しない	
	駐在保健婦	1,145	85	47,666				
ハ	へき地医療対策費補助金 (過疎地域等保健 指導費補助金)	387,480	249		$\frac{1}{2}$	〃	過疎・山村・離 島・沖縄法に基 づく	○保健所所属保健 婦のうち無医地 区に向いてい く人の分
	給 与 費			2,289,880				
	共 済 組 合 費			97,422				
	公務災害補償費 (活 動 費)			0.6 1000				
	事業費(旅費)			90,000				
ニ	へき地医療対策費 (保健指導所運営費)	52,000	40		$\frac{1}{2}$	厚生省医務局	法に基づかない 特別対策	○保健所所属保健 婦のうち人口200 ～1,000人の無医 地区に駐在する 人の分
	給 与 費			2,400,000				
	連絡・研修旅費			47,415				
	運 営 費			123,000				

されることは望ましいのだが、基準単価がいかにも低い
ためあまり役立っていないことが問題である。

この活動費の基準単価の格差が一体どのような意味合
いで設定されているかは明らかでない。しかもその額は
いずれも、何年間もすえおかれていることも問題であ
る。

保健婦活動費の細目には厚生省担当官の説明によると、
おおむね次のことが含まれている。もっとも中心は地区
活動のための旅費、自動車やバイクの購入、維持費。こ
の他、家庭看護用具、健康相談や保健指導に使用する用
具、教材の購入費などいずれも保健婦活動に欠くこと
のできないものばかりである。

さらにこれらの補助金額の最近2～3年間の推移を大
まかにでもみる必要がある。表2ロ)の保健所保健婦に
対するものは「へき地活動費」「駐在活动費」、あるいは
保健所職員全体の「人当庁費」「人当旅費」すべてが毎
年減額を続けている。ちょうど保健所の事業と設備に対
する補助金が、軒並み減額していることと歩調をそろえ

ている。二)のへき地保健指導所関係では、対象保健婦
数が51年から60人→67人→40人と増減している。これら
に対して、ハ)だけは毎年増額となっているが、これは
対象者が拡大したのではなく基準単価の増額によるもの
であり、現状維持分にとどまっている。つまるところ、
へき地保健婦関係の補助金はいずれも、よくて現状維持
であり、減額すなわち活動の縮小の傾向をたどっている
ことが明らかである。

次に、国の補助金の運用に話を進めよう。現在の国庫
補助金のあり方がそのそもそもの役割——国が共同責任
において実施する、もしくは特定の事業を地方自治体に
奨励する——を果たしているかどうかは、その運用にか
かっているからである。

3-3 補助金の運用——保健婦の採用・配置

保健婦給与費補助金が全国の保健婦の大部分を対象に
していることは、国が地方自治体に保健婦をおくことを
奨励していることを意味している。本稿はへき地での保
健婦確保を考えることがテーマだが、その保健婦はやは

表3 保健婦配置の都道府県別格差

	最大県	最小県
人口10万対比	31.3人	6.6人
面積10km ² 対比	3.62人	0.12人
実人数	1000人	121人
保健所保健婦1人当り担当人口	33,000人	5,000人

○保健婦未設置市町村数(全国)

42市, 280町, 139村, 計 461

資料: 日本看護協会保健婦部会調べ

表4 保健所補助職員数

		定数	現員	充足率
医 (一)	1 医師	3,722	1,552	41.7%
	2 歯科医師	243	79	32.5
	計	3,965	1,631	41.1
医 (二)	1 薬剤師	818	1,244	152.1
	2 獣医師			
	3 診療X線技師	1,761	1,544	87.7
	4 試験検査技術者	1,715	1,593	92.9
	5 管理栄養士	220	349	158.6
	6 栄養士	889	694	78.1
	7 歯科衛生士	316	137	43.4
計	5,719	5,561	97.2	
医 (三)	1 保健婦	8,297	6,685	80.6
	2 助産婦	889	152	17.1
	3 看護婦	477	315	66.0
計	9,663 (19,347)	7,152 (14,344)	74.0 (74.1)	
行 (四)	1 医療社会事業員	497	176	35.4
	2 精神衛生相談員	274	232	84.7
	3 衛生教育指導員	818	494	60.4
	4 衛生工学指導員	243	22	9.1
	5 衛生統計技術者	1,439	859	59.7
	6 カード管理員	818	313	38.3
	7 予防防疫担当者	3,011	2,605	86.5
	8 結核予防担当者			
	9 総務事務担当者	5,504	5,227	95.0
	10 公害技術担当者	292	508	174.0
計	12,896	10,436	81.0	
合計	32,243	24,780	76.9	

注)(1) 「現員」は昭和49年7月1現在の現員である

(2) ()は医(一), 医(二)および医(三)の小計である

(3) 公害技術担当者の定数は予算定数である

資料: 「衛生行政の概要」昭和52年版より

りへき地を所管する市町村や保健所に所属することになるので、保健婦全体の採用・配置との関連でとらえなければならぬ。では、実際はどうだろうか。

いうまでもなく、国庫補助金は全国一律である。どの地方自治体にも、同じ基準で一定額が交付される。しかし実際の運用は、自治体ごとの差がきわめて著しい。一例として単純に保健婦数の最大と最少の県を比較しても、表3のように格差が歴然としている。これでは補助金本来の機能を十全に果たしているとはいえない。そこで実際に保健婦を全国くまなく採用・配置するには、現在の国庫補助金の見直しはもちろんとして、さらに次のような条件が必要である。条件とは、地元自治体の意欲のもりあがりや独自の方針設定、保健婦の働く条件の整備、保健婦養成数をふやす、人材を供給するルートの確立など、各自治体内の事情と国の対策の両面がある。ここでは国がこの面で果たせる役割を主に国庫補助金の面からだけ考える(自治体内での事情は別の機会に譲る)。

まず保健所保健婦約7,300人が現在国庫補助対象となっているが、定員はこれを上回る8,300人分認められている。すなわち定員充足の努力があまりされていないことが大きな問題である。ところが保健所職員のうち補助金交付対象となる定員を充足していないのは、保健婦だけにとどまらない。表4のように2~3を除く大半の職種がいずれも定員に達していないのである。しかもこの背後には保健所の超過負担という大問題が控えていて、事態を一層悪化させている。つまり各自治体にとって保健所の超過負担が保育所とならんで財政上の大きな重荷になっているのに³⁾、今以上に保健所の拡充強化をして、さらに超過負担をしょいこもうという意欲もおこらないわけである。そしてこの意欲減退は、前に述べた保健所に対する国庫補助金が軒並み減額を続けていることと軌を一にしている。こうして財政面からみても保健所の縮小傾向が悪循環を始めている。

保健所保健婦の採用・配置をすすめるには、その定員充足の努力が先決である。と同時に、保健所の運営や拡充強化全般にわりあてられる国庫補助金の改善によって、地方自治体の意欲を高める、あるいは少なくとも国が地方自治体の努力をじゃましないだけの対策をとらなければならない。ことにへき地での保健医療確保について保健所がかけがえのない役割を果たしていることを考えるとき、この点について国の一層の対策が切にまたれる。保健所に対する国庫補助の改善には次のようなことがあるだろう。少なくとも基準単価を実勢価格に近づける、

補助率を1/3よりさらに高めるなどによって超過負担を今以上に拡大しない。さらに現在は事業費が、保健所法そのままのわけ方でタテワリになっているが、これを実際の事業のすすめ方に即した費目にあらためる（次でべる「保健婦活動費」もこれに当る）。

逆に市町村保健婦は実際には約5,800人が働いているが、給与の補助金対象となるのはそのうち約4,700人分にすぎない。差の約1,000人分は地方自治体独自の財源だけで充当されている。また他方では1人の保健婦も置いていない市町村が全国に約460も残っており、市町村格差が著しい。というのは昭和52年度まで給与費に対して国庫補助金の交付される国保保健婦（市町村国民健康保険所所属一約4,700人）と、交付されない保健婦（市町村衛生係所属一約1,000人）とが、共働はするが所属は異なるかっこうで1つの市町村に働いていたからである。

ところが、昭和53年度からは国保保健婦を市町村職員に移す国の方針によって、市町村の中で所属が同じなのに給与の出所が異なる2種類の保健婦が並存するという変則的なかたちが始まっている。そこで国庫補助金対象保健婦数の基準を定めるときに、保健婦身分の移管が現状の改悪につながらないためには次のことが最低線となる。すなわち現在の保健婦数約5,800人を確保し、かつ保健婦未設置市町村を積極的に解消すること。そしてこれまで多数の保健婦を置く努力をしてきた市町村の意欲を減退させるような、保健婦人数の規制を含む基準であってはならない。

さて、とりわけへき地では保健婦を採用することが他の地域より難しい。全国約460の保健婦未設置市町村も大部分がへき地をかかえているといわれている。このためへき地ではすでにのべた保健婦採用・配置対策の上に強力なテコ入れを必要としている。

へき地で保健婦確保が難しい理由はいくつかある。保健婦自身にとっては、生活条件が不便であり、周囲に共働できる保健医療サービスが少ない、業務向上のための研修などの機会に恵まれない、労働条件の格差が大きい。これらのためもあるがへき地の市町村勤務となって永住するには決断がつかかねる。また、へき地勤務をおえて別の土地に移るときの格づけその他が不利になるなど職業継続上の不安も非常に大きい。他方雇用する側の市町村にとっての最大の困難は、求職者となる保健婦とのつながりがなく、ことであるといわれている。このためいくら保健婦を採用しようとしても、また条件をよくしても

応募者がいない現状である。

現在、へき地を多数かかえる都道府県では、保健婦の採用・配置に地域の事情にあったいろいろな工夫をこらしている。保健所保健婦のローテーションの中で何年間かのへき地勤務を組みこむ。市町村保健婦がある程度いる場合は、保健所保健婦による応援体制を整える。あるいは県が、市町村に保健婦をあっせんする、等々。いずれも万ばんに渡る都道府県の強力なテコ入れによって、かろうじて保健婦を確保している現状である。

そこで、へき地をかかえていてしかも市町村単独の努力では十分な人数の保健婦を採用できない市町村（実際に多いのだが）にも、保健婦が赴くには、次のような方策が有効である。

それは都道府県や保健所の範囲内で保健婦を増員し、ローテーションの中にへき地をかかえる市町村勤務をくみこんでいく。ちょうど義務教育の教員確保のように、都道府県の身分で市町村に勤務するかたちがへき地の保健婦確保にも有効である。また保健婦活動のたゆみない向上のためには、保健所・市町村の別なく業務連絡会や研修会、ひいては市町村保健婦間でのローテーションなどが必要である。これらはいずれも都道府県が推進力となることである。そして都道府県がこのような役割を実際にとっていくような方向での国の奨励策が切に待たれるのである。

3-4 補助金の運用——保健婦の活動費

保健婦活動費に対する国庫補助金は、すでにみたように保健所保健婦にはへき地対策として非常に少人数に限られ、また市町村保健婦には全員が対象だがきわめて少額である。とはいっても実際に保健婦が地域活動をすすめるには人件費とならんで活動費が、へき地、都市を問わず必要である。このため実際には国の補助金を頼まず、各自治体での運用上の工夫でしのいできたという事実がある。保健所では主に事業別経費（伝染病、三歳児健診、結核、精神）からいくらかずつ捻出して保健婦活動費に流用してきた。また、一般財源から活動費を独自に予算化してきた都道府県もあるが一般的ではない。そして市町村でも同様に、他の経費からの流用や独自の予算化が行なわれてきた。

ところが、このような工夫は各自治体の財政状態の影響を直接こうむりやすく、また各自治体による格差が温存されてきた。豊かな自治体や税収入の上昇時期は特に大過ないが、ここ2～3年地方財政の危機が叫ばれるなかで、経費の流用や保健婦活動費の予算もきりつめられ

る傾向が生じている。とりわけ保健所は、自治体の超過負担の原因となってしまうことと、母子保健関係を始め保健所の事業を市町村に委譲する傾向の中で、保健所段階で流用できる事業別経費自体が減額していることのおおりを直接うけている。保健婦活動費がもともと十分ではなかったのに一段と縮小している中で、保健婦は地域活動がしにくくなるという状態である。

このような現状はまさに国庫補助金の強化によって、自治体での努力を一層奨励することを必要としているといえよう。保健所・市町村を問わず、保健婦1人1人に対して、地域での保健婦活動費の国庫補助が必要である。この活動費は全国一律の事業という枠でなく、地域ごとのもっとも重大な保健上の問題に、地域にもっともふさわしい方法で、保健婦がとりくむだけの十分な額となるべきである。つまり現在の無医地区活動費のようなかたち（その基準単価額は再検討を要するが）で、その補助対象を無医地区から無医地区をかかえる市町村へ、さらに、保健婦全体へと拡大することが望ましい。へき地で

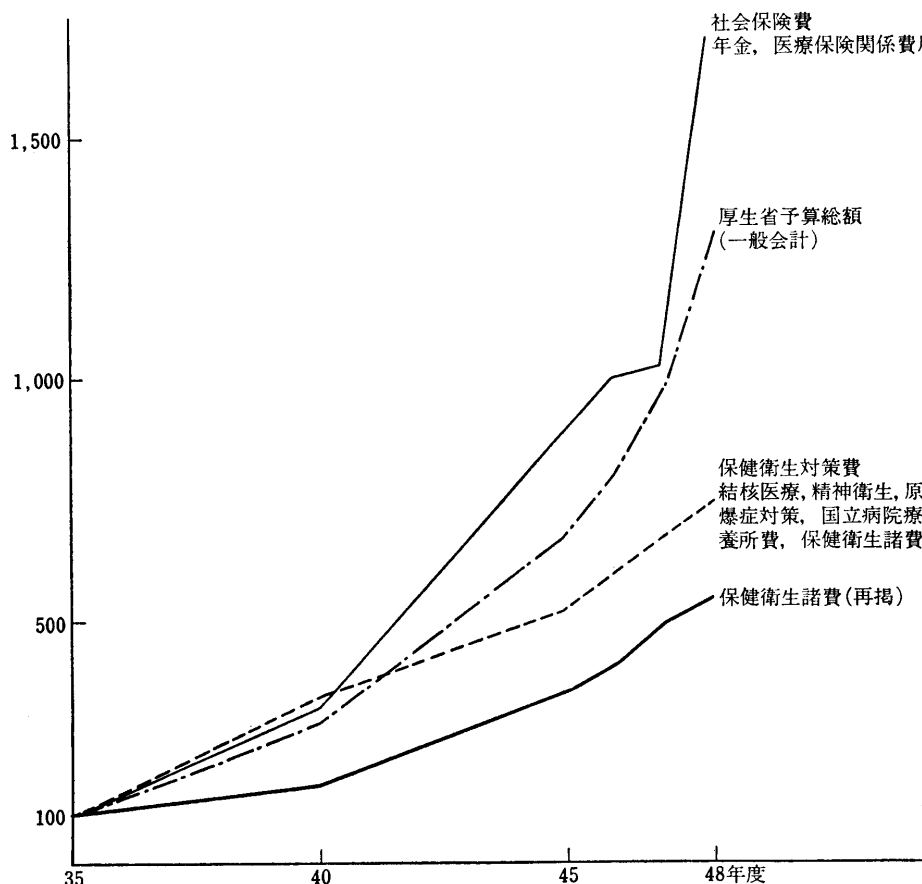
の保健婦活動といっても必ず市町村あるいは保健所という範囲の中で行なわれるものである以上、このような形によって充実することが可能である。

おわりに

国の保健衛生予算の縮小の中で

最後に、予算全体に視野を広げてみると、厚生省予算の中でもとりわけ保健衛生費の伸びが鈍いことは、見過ごすことのできない重大な問題を含んでいる。というのはこれまで詳しくみてきた保健婦の採用・配置や活動費にしる、これらの背後にあってしばしば顔をのぞかせてきた保健所の超過負担問題と予算縮小にしる、すべて保健衛生費のうちである。これらを充実強化すべきであるという私たちの主張は当然、保健衛生費の充実という主張へと発展するからである。

昭和35年～48年の厚生省予算の推移を図1で示した。これを一見して明らかかなように「社会保険費」の伸びが最も著しく、「保健衛生対策費」は予算全般の伸びを大



保健衛生費と社会保険費(昭和35年を100とする指数)

資料:「衛生行政の大要」昭和52年版

図1 厚生省予算の年次推移

幅に下回っている。しかも「保健衛生対策費」のうちわけをみると結核・精神をはじめとする疾病対策にかかる医療費がその多くを占め、純粋な「保健衛生費」の伸び率はきわめて低い。昭和48年度には厚生省一般会計予算の中で占める割合が「保健衛生諸費」がわずか1%であるのに対し、「社会保険費」が実に43.6%にまで達した。このように厚生省予算全体をみると保健衛生費を軽視し医療費中心に流れる傾向が、加速度的に強まっていることが明らかである。そして現在、医療費の増大による手痛いしっぺ返しを受けているといえよう。

本稿で私たちはへき地保健医療の充実を軸として、こ

の分野での公的責任の重要性、とくに保健婦による対人保健サービスについていくつかの改善を提案した。このことは厚生省予算のこれまでの流れを変えていく提案としても有効であることを信ずる。

- 注1) 「地方財政の危機を克服する道」都留重人ほか、エコノミスト、1977年8月16日号を参照されたい。
2) 「昭和53年度地方交付税制度解説（単位費用篇）」自治省財政局、交付税課・財政課編、地方財務協会
3) 注1に同じ