

田と同様平均的であり、特に目立ったものはない。ただし、集団検診については、積雪地3県と比べ実施率がかなり低い。

5. 鹿児島県離島

鹿児島は年間を通じて、全体的にみてあらゆる種類の医療資源への接近が、5県中最も困難である。

設備・陣容・診療科目等についてとやかくいう以前の問題として、医師非常勤のものを含め、ともかく医療施設へ通院することそれ自体が困難な地区が半数を超える。医師が常勤する施設へ日帰りできない地区が3割近く存在している。ある程度の検査ができる内科や外科あるいは産科への通院は半数前後の地区で、眼科・耳鼻科等については7割の地区で日帰りが不可能である。

巡回診療は5県の中で最もよく実施されており、またその必要性・有用性も高い。専門診療科目を含むものもかなりあるものの、他県の巡回診療と同様、年間回数が少ないため、とうてい常設の医療施設に代る機能ははたしえないと思われる。

救急医療にも問題がある。救急搬送に長時間と多額の経費を必要とする地区が多く、気象の関係や手続上の問題（特にヘリコプターの要請について）などで、公的搬送手段が利用しにくい場合もかなりある。急病人発生時、2割の地区で医師に「まず来てもらえない」、各種保健サービスについても、実施率は低い。

鹿児島県の島で保健医療事情が最も深刻なのは、島内に医療施設のない小さな島である。大半が外海島であるため、愛媛県とは違って島内に医療施設のないことが決定的な意味をもっている。特に問題のある孤立小島12島についてみると、7島で医師常勤施設へ往復するのに3泊以上を要し、

6島で急病人の搬送に5時間以上を要し、9島でまず医師の往診をたのめず、8島で私的搬送に1万円以上を要する。次いで群島属島の医療事情が悪く、島内に多くの無医地区をかかえている。

なお島には、人口が50人以下であること、あるいは医師非常勤の診療所があることによって無医地区には指定されていないが、本土の無医地区よりもよほど医療事情が悪い地区がかなりあることが分かった。

第7節 提 言

1. すべての人々に保障されるべき医療サービスの最低水準を保つために

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ようになったが、それは本来、すべての国民が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施設にまかせられているため、医療施設及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。国及び地方自治体は、このような社会的に公正を欠く現状を是正すべく医療サービスの供給体制を整備する責任がある。

そこで、どんなへき地に居住していようともすべての人々に保障されるべき医療の最低水準を保つために、国と地方自治体によってとられるべき対策について、今回の調査（地区状況調査と第三章でのべる住民調査）から次のことを提言したい。

〈1〉 住民にとって身近な医療施設の 確保・維持

住民にとって、第1次的な診断・緊急時の第1次的処置・慢性期の継続治療などを受ける医療施設を身近に持つことは、きわめて重要である。巡回診療は、よほど頻回なものでもその役割を代替することはむずかしい。しかるに、身近に医療施設がまったくない地域がかなりある。新潟県無医地区の冬及び鹿児島県の島内地区では、往復5時間圏内に医療施設がまったくない地区が半数強にのぼる。その他の県でもそのような地区が1～2割程度存在する。

また身近に診療所があっても、常勤の医師がいないう医師の入れ代りが激しい・検査設備がない等の理由で、上にのべたような第一線医療施設としての機能を果たすにも支障があると考えられる（近くに医療施設があっても、医師が常勤する施設あるいは血液検査のできる施設となると、かなり遠いという地区は多い。調査対象地区の80%は往復通院5時間圏内に何らかの医療施設があるが、医師が常勤する施設、血液検査一赤血球数・白血球数・血色素数・ヘマクリットのできる施設、血液検査一肝機能一ができる施設へ半日以内で通院できる地区数は、各々68%、43%、45%である）。

住民は交通手段の発達ともあいまって、多少遠くてもより設備・陣容のととのった施設に行くようになる（住民調査より、住民は必ずしも一番便利な診療所をかかりつけとはしていないこと、その理由は医師の技術や専門、あるいは設備への不安がほとんどであることが明らかになっている。また緊急時、近くの医師にみてもらってから専門病院へ行った者より、直接専門病院へ行った者の方が多きことも明らかとなっている）。その結果、へき地の診療所は経営難に陥るとともに、医師の

モラル低下・確保難を招くことになる。そしてこのことは診療所の弱体化を招き、住民が一層診療所を信頼しなくなるという悪循環をくり返す。

このようにしてへき地の多くの診療所は、いつ閉鎖になるかもしれないという危機的な状態にあり、住民の身近に医療施設がまったくない地域がふえていく可能性がある。

そこで、へき地の診療所が確保され、第一線の医療施設としての機能が果せるようにすることが、緊急かつ重要な課題だと思われる。そのためには、

- 1) 診療所の運営に関する財政援助
 - 2) 診療所に勤務する医師の確保対策
 - 3) 診療所のバックアップシステムの強化
- などが必要である。

3)は次のようなことを意味する。診療所が第一線の医療施設としての機能を果たすためには、検査を依頼し、専門医に相談が求められ、高度な治療を要する患者や救急患者をひき受けてくれる病院をもつ必要がある。また、専門的な施設での受診は、困難ではあるけれども不可能ではない地区も多いので、住民は時々専門的な施設でチェックを受けつつ、ふだんは診療所で通院治療が続けられるよう、施設間で受診経過や結果を相互に交換するシステムも必要であろう。

現在のへき地医療対策の中で、へき地中核病院はまさにへき地の診療所をバックアップする役割を負うものであるが、現実にはとてもその役割をはたすゆとりがないことは明らかである（第Ⅱ部「へき地における保健医療需給問題」参照）。そこで、中核病院への財政援助、中核病院をバックアップする基幹病院の設置などによって、中核病院の強化をはかる必要がある。さらに、中核病院のみならず、もっと多くの施設を連けい体制の中にくみ込んでいく必要がある。

2)にあげた医師確保対策としては、社会医学的な視野をもち、へき地の医療に関心をもち、意義・価値を求める医師の養成が最も重要な課題だと思われる。このことは、診療所と病院との役割分担をスムーズにし、両者の連けいを可能にさせる鍵でもある。さらに両者の連けいは医師確保にもつながるものであり、2)と3)は密接に関連している。

〈2〉 専門医療の確保

住民にとって身近な医療施設を確保・維持することとあわせ、そこでは提供できない専門的な医療を確保する必要がある。

たとえば、眼科・耳鼻科・皮膚科系の疾患をもつ人、リハビリテーションを受ける必要のある患者などは、かなり長期の通院を要する場合が多い。ところが、それらの診療科を有する施設へ日帰りの通院ができない地区がいくらかある（新潟県の冬及び北海道の無医地区の1～3割。鹿児島県の島内地区では実に7割以上にものぼる）。それ以外の地区では日帰りはできるが、大半が1日がかりの通院である。

そこで、専門的医療施設への通院用患者輸送車（艇）の設置・通院用宿泊施設の設置・専門科の巡回診療の実施などによって、住民が専門的医療を受けられるようにするとともに、住民が専門的医療施設や巡回診療で診断・治療を受けつつ、ふだんはもよりの診療所で治療が続けられるような配慮が必要である。

なお、へき地では概して定期バス・船等の交通の便が悪いため、専門的医療施設のみならず診療所への通院をも含めて、通院手段を特別に設けることにより、医療施設はもう少し利用しやすいものになる余地があると思われる。しかるに現状では、通院用の患者輸送車（艇）はあまり普及してい

ない（当該地区の人が利用できるものがない地区数は、積雪地で6～7割。島内地区で7～9割）。患者輸送車（艇）の設置は、もっとすすめられるべきであろう。

〈3〉 巡回診療の改善

医療施設の不足を少しでも補なうものとして巡回診療がある。

「巡回診療はあまり役に立っていない」という言葉をよく耳にする。しかし今回の調査では、巡回診療の必要性はかなり高いことが明らかとなった。「役に立っていない」とすれば、そのやり方に問題があり、その改善をはかる必要がある。

ところで、住民にとって常設の各種医療施設がどれだけ利用できるかによって、巡回診療のもつ機能は異なると考えられる。冬の豪雪地や外海島など、専門医はいうに及ばず一般医の受診も困難な地域では、常設の医療施設の代替機能をもつべく、頻回で定期的な巡回診療が求められている。よほど遠くまで時間をかけて出向かなければ専門医の受診がうけられない地域（外海島や北海道に多い）では、巡回診療は住民に専門医による診断のチャンスを与えるものでなくてはならないだろう。

しかるに、たいていどの無医地区や島でも、その住民が利用できるものは年に1～2回程度であり、専門科を含むことも非常に少ない現状であり、上記のような機能をはたすことができない。それぞれの地域の実情に即して、巡回診療の回数や診療科目を定める必要があるだろう。

（なお、どのような地域でも巡回診療が成人病の早期発見や療養上のチェックなど、検診に近い機能をはたしている場合は多い。へき地での治療の困難性を考えると、これも見逃すことのできない重要な機能である）。

次に、巡回診療を集団検診等の保健サービスと対比すると、概して体系的に欠けていると思われるが、この点の改善が必要である。検診が1つの県内では医療施設への接近が困難な地域ほど濃密に行なわれ、また検診・健康相談・衛生教育等の諸サービスが相互に関係づけられていることが多いのに対し、巡回診療の実施状況は地域の必要性にマッチしておらず、また1回ごとの診療がその場限りのものに終わってしまうことが多い。巡回診療と住民が最もよく利用している医療施設との間、毎回の巡回診療相互間、あるいは巡回診療と保健サービスとの間で十分な連携がとられるようシステム化することが必要である。そしてこのシステムが実際に生きたものになるか否かは、1つには保健婦活動に負うであろうと思われる。

〈4〉 慢性疾患の療養を助けるための施策

へき地には、通院が不便なため慢性疾患患者の治療中断が起りやすいという問題がある。実際に治療中断が多いことは住民調査から明らかである（治療中断経験者は2.5～5割弱）。ところが、新潟県では冬の通院がきわめて困難であるにもかかわらず、5つの県の中で治療中断の経験者が最も少ない。このことは、この県で実施されている電話による情報システム化、薬の郵送等の施策と無関係ではないと思われる。

この県では、在宅療養者が医師に電話で連絡できる地区が他県よりずっと多く、薬の配布・郵送が受けられる地区は他県と比べ圧倒的に多い。それは、それなりの施策があつてのことである。すなわち、地区に保健推進員あるいはへき地医療協力員をおき、その人たちと医師や保健婦、あるいは医師と保健婦とが電話で情報交換をしている。そしてこのような情報交換を前提として、家庭常備薬の配布や医療施設からの薬の郵送が行なわれ

ている。

全般的にみると、緊急時の医療確保についてはある程度問題解決できても、慢性疾患患者に対する保健医療体制はまだまだ問題を残している地域は多い。新潟県のような電話相談や薬の郵送・保健婦の活用・定期的な巡回診療など、慢性疾患のチェックや療養援助に関する、地域の実情に即した施策が必要である。

〈5〉 救急医療体制の改善

急病人やけが人が出た時に十分な処置が受けられないのではないかという不安を持つ人が、どの県の無医地区や島でも非常に多いことが、住民調査から明らかとなっている（第Ⅲ章第2節参照）。特に外海島や豪雪地（冬）では、医師の往診がたのみにくく、傷病人を搬送するにも長時間を要するなど、救急時の対応に大きな困難がある。

救急医療にはまだまだ改善の余地がある。その1つは、搬送手段の整備、連絡・手続の改善等により、搬送体制を強化することである。

島では島外に病人を搬送しなければならない場合が多いのに、島内にそのための船をそなえている島は少ない。また救急搬送専用の車（船）ではなく他のものを代用しているため、必要な時に車（船）や運転手がいなくて使えないことがあるという問題は、島のみならずどこにもみられる。第1次搬送はそれほど問題はないが、専門的な医療施設が遠く、専門的な治療を要する場合に困難が大きい地域（北海道に多い）では、救急搬送用の車の設備やそれに乗る人の技術・資格の面の充実の必要性が指摘されている。また、救急搬送のための連絡・手続が複雑である、時間がかかりすぎるという問題も保健婦によって指摘されている。これは主に島外への搬送について問題になっている。住民調査でも、島に「連絡の仕方がわからなくて

困った」という人がいくらかいることが分った。

第2に、医師に見せるまでにかなり時間を要するにもかかわらず、応急処置や状況判断をする人がまわりにいないという問題への対策をたてる必要がある（どの県の無医地区や島でも、応急処置はほとんど家族やとなり近所の人だけが行っている。しかもその半分は、医師や看護婦等と連絡をとることなく自己流である）。この面での対策があれば、もっと緊急事態を回避し、また搬送をスムーズにすることができるのではないだろうか。

新潟県の救急協力員制度は、この問題への1つの回答だといえよう。すなわちこの県では、救急訓練を受けた住民が、医師等と連絡をとって応急処置や搬送にあたっている。他の県でも住民が参加した救急医療システムをととのえることが望まれる。なお看護婦・保健婦等が応急処置にあたっている例は少ないが、その場合、住民は傷病人の搬送や搬送された先での治療などであとに不満を残していない（住民調査より）ことは、救急看護の重要性を示唆しているといえよう。

〈6〉 医療サービスを受けるための経費の補償

へき地では、緊急時にしろ通院にしろ、医療サービスを受けるのに多額の交通費を要する。あるいは宿泊して通院するとか、大事にいたらないよう早目に入院する、通院できないので売薬に頼るなど、余分な経費がかかることが多いと思われる。このようにへき地住民は、医療サービスを受けるのに多額な、しかも保険の対象にならない経費を必要とする。このことは、医療サービスの利用を困難にしている一因として見逃せない（住民調査から、治療中断の理由として宿泊費・交通費などにお金がかかりすぎることをあげる者がいくらかいることが分った）。

医療サービスを受けるのに必要な経費の公的補

償はきわめて遅れているが、国民皆保険制度のためまえからも、またへき地住民の貧しさを考えても、公的補償を早急に実現する必要がある。

2. へき地保健医療対策の指標設定の必要性

私たちの調査から、へき地の健康問題、各種保健医療サービスの利用可能性、及び健康問題の解決やサービス確保の困難度等は、島と積雪地では異なり、またどんな島なのか、雪による生活の支障はどの程度なのかによっても違うことが明らかとなった。へき地保健医療対策は、できるだけそれぞれの地域の実情に即してたてられる必要がある。

現在のへき地保健医療対策は、医療確保対策だけをとってみても、医療施設の内容を問わず、その有無・遠さだけを指標とする「無医地区」という概念にもとづく、かなり画一的なものである。そのため諸政策が地域の実情に即さず、有効でない場合が多い。特に、外海離島や豪雪地のようなへき地性の高い地域に有効な対策が少なく、その結果、へき地の中の医療事情の格差が大きくなっていると考えられる。

私たちの調査から、各種医療施設の利用可能性を総合的に判定し、医療確保対策を必要とするへき地を、おおよそ次のように類型化することができることが分った。

- イ) 身近に医療施設がまったくない地域
- ロ) 通院が可能な範囲に医療施設があるが、そこで受けられる医療はきわめて不十分であり、かつ専門科をそなえる医療施設への通院はほとんど不可能な地域
- ハ) 通院が可能な範囲に医療施設があるが、そこで受けられる医療はきわめて不十分である。そして、専門科をそなえる医療施設への通院

は、困難ではあるけれども可能な地域

ニ) 通院できる範囲の医療施設で、あるレベルまでの医療は受けられるが、専門科をそなえる医療施設への通院は不可能あるいはきわめて困難な地域

イ) は、外海離島及び豪雪地の冬にかなり多くみられる。一般的な山村及び内海離島のへき地では、ハ) が非常に多い。広大な平坦地のへき地にはイ) ~ニ) のすべての類型がみられ、特に、ニ) は広大な平坦地だけにみられる類型である。そして、医療確保対策としてどこに重点をおくべきかということは、これらの類型ごとに当然異なるはずである。

「無医地区」という概念に一括される地域の中には、医療サービス利用の困難度にかわめて大きな格差がある。上記イ) の類型に属する地区の事情はきわめて悪いが、他方ではイ) ~ニ) のどれにも属さない、すなわち各種医療施設へ比較的接近しやすい無医地区もある。他方小さな島の中には、たとえ診療所があったとしても——故に無医

地区ではない——、陣容・設備がきわめて不十分で、かつ島外の医療施設の利用が不便であり、島全体が本土無医地区よりも医療事情がわるいところが多い。外海離島や豪雪地など医療事情が非常に悪い地域に対しては、重点的なへき地医療対策が必要であろう。

上記の類型化は、私たちにとっても暫定的なものであり、さらに検討を加えていくつもりであるが、それでも「無医地区」という概念よりは、よほど地域の実情に即した現実的な対策をたてる助けになると考えられる。

今後、各種医療サービスの利用可能性のみならず、へき地の健康問題全般を判定する尺度を作成し、地域の実情に即したきめ細かな対策をたてる必要がある。あわせて、地方自治体が地域の実情に即して諸施策を実施できるよう、補助金の使途については、思い切って地方自治体の裁量にまかせるべきであろう。

(岩下 清子)