

へき地における保健医療需給問題

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)

<目 次>

はじめに	／244
へき地の定義と諸類型	／244
問題の分析視座	／248
へき地における健康問題	／248
へき地の保健医療体制	／254
保健医療資源の分布	／255
保健医療過程	／262
へき地の保健医療需給管理と政策	／268
保健医療対策の現況と課題	／278

この論文は、日本看護協会が昭和50年10月から51年2月にかけて実施したへき地保健医療の事例調査のデータをもとに、筆者の考え方で個人的に再構成したものである。

(「社会保険旬報」社会保険研究所 No. 1213~1229,
昭和52. 4. 21~10. 1より転載)

へき地における保健医療需給問題

宗 像 恒 次

はじめに

へき地医療問題は社会問題化して既に久しい感があるが、最近においても問題の様相は変えながらもいまだに解決をみず、へき地住民の健康生活に深刻な影響を与えている。

私たちはこの問題にとりくむために、昭和50年日本看護協会調査研究事業として、北海道宗谷支庁、青森県佐井村、山形県小国町、新潟県津川町、群馬県南牧村、東京都大島・神津島、高知県禰原町、鹿児島県奄美大島、沖縄県勝連村などでへき地事例調査を試みた。そして、それらの調査データによって、へき地類型別にこれらへき地の健康問題、保健医療問題をめぐる実態について作業仮説をたて、経過報告として既にいくつか発表してきた。本稿はそれらを筆者の考え方で個人的に再構成したものである。

ところで、本稿では「へき地における保健医療問題がどのような実態にあり、保健医療関係者がその中でどのような課題に直面しているか」について仮説構想しようとした。もちろん前述の事例調査の一部やいくつかの統計的資料など、限られた情報にもとづく構想のものである。したがって、厳密な調査研究にもとづいて構成された〈仮説〉というより、むしろ、今後の充実した調査研究をすすめるに当たっての鳥瞰図的描写であり、基礎的な〈作業仮説〉の1つでしかない。このことをあらかじめお断りし、読者からのご叱正、ご教示を期待しつつ筆を進めてゆきたい。

1. へき地の定義と諸類型

私たちはあらかじめ断りもなくへき地という用語を用いてきているが、ここで多少ともその定義や類型について述べておきたい。

だが、へき地を厳密に定義し、類型化するのは大変困難な作業である。そこで現在、法行政的に用いられているものを暫定的に用いることにしたい。私たちの前述した稿の目的からいって、それを用いてもそう大きくはく

いちがわなないし、その方がデータも収集しやすいからである。

ところで、「へき地」という用語を明確に用いている法律としては「へき地教育振興法」(昭和29年6月1日・法律143号)がある。これは教育の機会均等の趣旨にもとづいてつくられた教育分野の振興で、直接保健医療の振興を目的とはしていない。また、「へき地」という用語を用いていないが、へき地の診療施設などの公共的施設の総合整備の財政的特別措置を目的とした法律としては「辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律」(昭和37年4月25日・法律第88号)がある。前者の法律は文脈上から判断して、「へき地」を次のように定義している。つまり、「へき地」とは「交通条件及び自然的、経済的、文化的諸条件に恵まれない山間地、離島その他の地域」ということになる。また、後者の法律では「辺地」とは、「交通条件及び自然的、経済的、文化的諸条件に恵まれず、他の地域に比較して住民の生活文化水準が著しく低い山間地、離島その他のへびな地域」ということになる。両者のへき地の定義にはさして違いがあるようには思われぬ。要するに、「自然的、経済的、文化的にかなり貧困」、で「交通条件にめぐまれない」山間地、離島などの地域を意味しているといえる。

暫定的な定義としては、これを用いることにして、次にそのへき地の諸類型について考えてみることにする。前述の定義の中ではへき地の具体的な地域として、山間地や離島などがあげられているが、私たちは以下の法律などを参考にして4つの類型を仮説してみた。

まず、離島振興法(昭和28年7月22日・法律72号)にもとづいて、「離島型へき地」を仮説してみる。当該法律は、「本土より隔絶せる離島の特殊事情よりくる後進性を除去するための基礎条件の改善並びに産業振興に関する対策を樹立し、これに基く事業を迅速且つ強力に実施することによって、その経済力の培養、島民の生活の安定及び福祉の向上を図り、あわせて国民経済の発展に寄与する」目的で必要と認める離島の地域の全部または一部

表1 都道府県・類型別有人離島分布 (%) (昭和48年)

都道府県	外 海 離 島					内 海 離 島			計
	孤立大島	孤立小島	群島主島	群島属島	本土近接離島	人口5000人以上	対本土1時間以上	その他	
北海道	3	2	0	0	1	0	0	0	6(1.9)
宮城	0	2	0	0	2	1	0	4	9(2.9)
山形	0	1	0	0	0	0	0	0	1(0.3)
東京都	3	6	1	1	0	0	0	0	11(3.5)
新潟	1	1	0	0	0	0	0	0	2(0.6)
石川	0	1	0	0	0	0	0	1	2(0.6)
静岡県	0	0	0	0	1	0	0	0	1(0.3)
愛知県	0	0	0	0	3	0	0	0	3(1.0)
三重	0	0	0	0	1	0	0	5	6(1.9)
兵庫県	0	0	0	0	1	1	2	2	6(1.9)
和歌山	0	0	0	0	0	0	0	1	1(3.0)
島根	0	1	1	3	0	0	0	1	6(1.9)
岡山	0	0	0	0	0	0	5	12	17(5.4)
広島	0	0	0	0	0	6	1	19	26(8.3)
山口	0	1	0	0	4	1	3	16	25(8.0)
徳島	0	1	0	0	1	0	0	0	2(0.6)
香川	0	0	0	0	0	0	5	17	22(7.0)
愛媛	0	4	0	0	1	5	10	15	35(11.2)
高知	0	2	0	0	0	0	0	0	2(0.6)
福岡	0	1	0	0	7	0	0	0	8(2.6)
佐賀	0	0	0	0	5	0	0	3	8(2.6)
長崎	0	4	6	32	17	1	0	0	60(19.3)
熊本	0	0	0	0	1	2	5	5	13(4.2)
大分	0	1	0	0	4	0	0	2	7(2.2)
宮崎	0	0	0	0	3	0	0	0	3(1.0)
鹿児島	6	12	3	4	0	1	3	2	31(9.9)
計	13	40	11	40	52	18	34	105	313(100.0)

注：沖縄は除いているが、そこでの有人島は本島を除き39島ある。

を「離島振興対策実施地域」として指定している。昭和48年4月1日現在では722島が指定されており、そのうち有人島は313島となっている。この離島振興法の有人島指定地域の中での全市町村74が、この「離島型へき地」にほぼ相当する。しかし、離島といっても、例えば東京都の場合でいえば大島のような人口11,000の島から利島のような290人の島もあるので、財団法人日本離島センターは経済企画庁の分類形式を参考にし、「離島型へき地」を8つに類型化している。まず、船舶速度を10ノットで計算し、本土の中心的都市から1時間以上遠の外海離島を大きく「群島をなすもの」と「孤立したもの」として分け、前者の中で、主島となすものを「外海群島主島」（以下「群主島」と略す）とし、その主島から1時間圏

内にあるものを「外海群島属島」（以下「群属島」と略す）とした。また、後者の中で5,000人以上のものを「外海孤立大島」（以下「孤立大島」と略す）とし、それ以外を「外海孤立小島」（以下「孤立小島」と略す）とした。次に、本土の中心的都市から1時間圏内の「欠航のほとんどない静かな航路」をもつ島を「内海離島」とし、「荒れることの多い航路」をもつ島を「外海本土近接離島」（以下「外海近接島」と略す）とした。また、「内海離島」を分け、「人口5,000人以上」（以下「5,000内海島」と略す）と、「人口5,000人以下で、対本土航路距離1時間以上」（以下「1時間以上内海島」と略す）と、「その他」とした。そして、私たちはこれらの8つの離島類型によって表1のような都道府県別有人離島分布を作成した。

表2 山間地の市町村に関する各種指標

	山村指定 市町村数 (昭 51)	山村指定 市町村数	森林面 積比率 (昭 45)	人口密度 (1 km ² 当 り) (昭 49)	山村指定 無医地区 市町村数 (昭 48)	山村指定 無医地区 市町村数	過疎地域 市町村数 (昭 50)
		全市町村 数 (昭 51)				全市町村 数 (昭 48)	
		(%)	(%)			(%)	(%)
全	1194	36.7	64.9	295	554	16.7	32.6
北	108	50.9	64.6	63	53	25.0	65.6
海	32	47.8	65.9	150	14	20.9	19.4
道	47	75.8	71.7	89	36	58.1	30.6
森	17	23.0	58.4	262	8	10.8	29.7
手	42	60.9	68.1	105	19	27.5	30.4
城	29	65.9	69.6	130	21	47.7	34.1
田	44	48.9	68.9	142	21	23.3	33.3
形	7	7.6	35.5	376	1	1.1	9.8
島	17	34.7	58.2	261	11	22.4	8.2
城	27	38.6	64.5	274	12	17.1	18.6
木	11	12.0	34.5	1225	6	6.5	3.3
馬	1	1.3	34.5	783	—	—	5.0
玉	2	4.9	38.2	5374	—	—	14.6
葉	4	10.8	39.4	2612	—	—	—
京	29	25.9	61.2	188	17	15.2	29.5
川	14	40.0	56.2	250	6	17.1	8.6
瀧	21	51.2	66.0	250	6	14.6	19.5
山	17	48.6	74.3	182	3	8.6	22.9
川	28	43.8	73.5	174	11	17.2	18.1
井	71	58.2	74.4	148	26	21.3	31.7
梨	53	53.0	80.7	174	23	23.0	18.0
野	21	28.0	63.4	421	14	18.7	5.3
岡	14	15.9	45.4	1145	7	8.0	11.4
阜	30	43.5	66.2	279	8	11.6	10.1
知	12	24.0	51.5	240	4	8.0	4.0
重	23	52.3	74.8	515	6	13.6	22.7
賀	—	—	34.5	4398	—	—	—
都	39	42.4	69.1	590	5	5.4	14.9
阪	19	40.4	78.0	286	5	10.6	23.4
庫	29	58.0	76.9	225	16	32.0	28.0
良	24	61.5	72.7	165	10	65.6	23.1
山	37	62.7	77.4	115	19	32.2	66.1
取	45	57.7	69.8	252	19	24.4	46.8
根	46	52.9	74.0	309	29	33.3	54.0
山	23	41.1	71.1	252	5	6.9	48.2
島	23	46.0	74.8	191	11	22.0	56.2
口	8	18.6	49.0	505	2	9.7	9.3
島	28	38.9	70.5	254	11	15.7	57.1
川	41	77.4	80.8	112	25	47.2	66.0
媛	16	16.5	46.1	846	7	7.2	34.7
知	5	10.2	45.1	342	—	—	30.6
岡	—	—	57.8	378	—	—	46.8
賀	26	26.5	60.5	228	14	14.3	56.1
崎	36	72.1	71.4	185	14	14.1	72.4
本	21	47.7	65.1	138	16	36.4	61.4
分	7	7.3	62.6	185	3	3.1	74.0
崎	—	—	—	454	—	—	—
島	—	—	—	—	—	—	—
繩	—	—	—	—	—	—	—

注：／は不明

次に、山村振興法（昭和40年5月1日・法律64号）にしたがって、「山間地型へき地」を仮説してみる。当該法にいう山村指定地域がそれにほぼ相当する。同法によればその地域は「林野面積の占める比率が高く、交通、経済、文化などの条件にめぐまれない山間地域の市町村」について指定されたもので、その主な指定要件は旧市町村（昭和25年）の区域で、林野率75%以上、1町（約

0.01km²）当り人口密度1.16未満である。この分類で山村指定地域、つまり山間地のへき地が多い都道府県をみると、北海道、岩手、秋田、山形、石川、長野、岐阜、京都、和歌山、鳥取、島根、岡山、広島、高知であり、なかでも岩手、高知は多い（表2）。

第三に、豪雪地帯対策特別措置法（昭和37年4月5日・法律第73号、昭和45年5月19日一部改正）にしたがって、

表3 豪雪地とその雪の深さ・長さに関する都道府県別指標

道府県	豪雪地に関する指標								雪の深さ・長さに関する指標						
	積雪地域の人口・面積割合(昭45)		豪雪地指定割合(昭51)		山村指定市町村の割合(a)	過疎地区市町村の割合(b)	無医地区市町村の割合(c)	区分* 計	1, 2級地 1500~5000	3, 4級地 5000~15000	5, 6級地 15000~25000	7, 8級地 25000~cm-day	積雪 日数**	積雪 最深**	
	%	%	%	%	%	%	%		%	%	%	%	日	cm	
全国	19.1	52.3	29.7	6.4	36.7	32.6	30.0	—	—	—	—	—	—	—	
北海道	100.0	94.0	100.0	25.5	50.9	65.6	54.0	100.0(212)	13.7	59.0	26.4	0.9	140.1	131	
青森	100.0	99.9	100.0	10.4	47.8	19.4	35.8	100.0(67)	31.3	67.2	1.5	—	106.6	209	
岩手	70.8	80.6	100.0	4.8	75.8	30.6	77.8	100.0(49)	67.3	26.5	6.1	—	101.0	101	
宮城	23.0	54.6	27.0	—	23.0	29.7	66.2	100.0(33)	93.9	6.1	—	—	68.0	43	
秋田	100.0	100.0	100.0	26.1	60.9	30.4	45.9	100.0(69)	26.1	55.1	18.8	—	98.4	97	
山形	100.0	100.0	100.0	56.8	65.9	34.1	68.2	100.0(44)	11.4	43.2	36.4	9.1	98.5	232	
福島	37.3	51.4	34.4	14.4	48.9	33.3	41.1	100.0(57)	50.9	36.8	10.5	1.8	73.1	80	
栃木	7.4	30.0	12.2	—	34.7	8.2	26.5	100.0(7)	85.7	14.3	—	—	86.3	97	
群馬	11.0	49.5	34.3	—	38.6	18.6	30.0	100.0(35)	80.0	17.1	2.9	—	16.0	37	
新潟	100.0	100.0	100.0	46.4	25.9	29.5	28.6	100.0(112)	34.8	25.9	16.1	23.2	74.4	337	
富山	100.0	100.0	100.0	28.6	40.0	8.6	28.6	100.0(35)	—	74.3	25.7	—	60.3	225	
石川	100.0	99.9	100.0	12.2	51.2	19.5	29.3	100.0(41)	63.4	26.8	9.8	—	66.9	181	
福井	100.0	99.9	100.0	14.3	48.6	22.9	31.4	100.0(35)	62.9	37.1	—	—	54.4	213	
山梨	9.8	9.7	3.1	—	43.8	28.1	26.6	100.0(20)	100.0	—	—	—	10.9	46	
長野	36.7	50.3	25.4	8.2	58.2	31.7	34.7	100.0(86)	79.0	14.0	5.8	1.2	76.0	80	
岐阜	21.6	55.2	33.0	5.0	53.0	18.0	26.0	100.0(50)	62.0	32.0	6.0	—	83.9	114	
静岡	—	—	2.7	—	28.0	5.3	27.6	—	—	—	—	—	—	—	
滋賀	34.2	37.4	22.0	—	24.0	4.0	12.0	100.0(30)	73.3	26.7	—	—	38.4	93	
京都	16.6	58.0	38.6	—	52.3	22.7	31.8	100.0(20)	90.0	10.0	—	—	43.8	59	
兵庫	4.5	24.0	23.9	—	42.4	14.9	8.5	100.0(24)	66.7	33.3	—	—	49.2	186	
鳥取	75.2	97.0	100.0	—	61.5	23.1	33.3	100.0(39)	82.1	17.9	—	—	45.8	129	
島根	37.7	72.5	25.4	—	62.7	66.1	59.3	100.0(37)	78.4	21.6	—	—	51.5	94	
岡山	9.0	35.7	26.9	—	57.7	46.8	31.7	100.0(23)	82.6	17.4	—	—	43.0	32	
広島	5.6	37.5	18.4	—	52.9	54.0	40.0	100.0(26)	73.1	26.9	—	—	24.4	31	
山口	4.4	25.8	—	—	41.1	48.2	30.4	100.0(7)	100.0	—	—	—	27.2	39	

注：*地方交付税における積雪の差による補正のための級地区分。

**日本気候表(気象庁昭和46年), 1941~70年における都道府県別にみた気象庁各観測点での最長, 最深の値を掲げている。但し, 高度の特に高い観測点は除く。(a)は51年, (b)は50年, (c)は48年。

「豪雪地型へき地」を仮設してみた。当該法にいう豪雪地域および特別豪雪地域がそれに相当する。同法によれば, その地域は「積雪が特にはなはだしいため, 産業の発展が停滞的かつ住民の生活水準の向上が阻害されている地域」について指定されたもので, その指定要件については地域の雪害をあらわす指標(「雪の深さ」+「積雪期間」として累年平均積雪積算値^①が用いられ, 長期間(30年以上)の気象資料によるその値が5,000 cm/day以上である場合は豪雪地域とされ, また15,000 cm/day

以上などの要件がある場合は特別豪雪地域とされている。

このような豪雪地域は市町村別に指定され, その範囲は表3のように1道1府22県に及び, 北海道, 青森, 岩手, 秋田, 山形, 新潟, 富山, 石川, 福井, 鳥取の各道県は全域にわたって指定されており, 宮城, 福島, 栃木, 群馬, 山梨, 長野, 岐阜, 静岡, 滋賀, 京都, 兵庫, 島根, 岡山, 広島各府県は一部指定されている。また, 北海道, 秋田, 山形, 新潟, 富山では特別豪雪地域が多く, なかでも新潟は25,000 cm/day以上の地域が多くみ

られ、雪の深さ（積雪最深）からいって豪雪地域の典型といえる。

最後に、「広大地型へき地」というものを仮設したい。具体的には主に北海道に特徴的にみられるへき地を想定している。北海道も、もちろん表2、表3のように山間地型や豪雪地型のへき地の特徴をもっている。しかし、そこでは第4節で言及する保健医療従事者の「対面積当りの稀少さ」に代表できるように、土地が広大なため多くの資源に対して、住民の「アクセシビリティ」（「交通路線の有無とその分布」、「交通機関走行路線分布とその運行頻度」、「時間距離・実距離・料金距離」などの指標で示しえる「利用のしやすさ」²⁾）が悪く、その度合や規模は本州の山間地豪雪地の比較にならない面がある。なかでも、檜山、日高、十勝、根室、網走、宗谷、留萌の各支庁のへき地はその典型といえる。

【第1節注】

1) 観察点における毎日の平均積雪値を積雪が始まる秋の終わりから、積雪が終わる翌年の春の始めまで日をおって順次加えた値。

2) アメリカ公衆衛生協会の定義によれば、「よい医療が必要なとき、必要なところで、いつでも個人が手にしうること」とし、「個人的アクセシビリティ」、「総合ケアサービス」、「量的適正」の各要因から規定されるとしている。そこでは広義に概念化されているが、本稿では「地域保健医療計画策定委員会」の「地域保健医療計画策定のための地域設定報告書」の用いた狭義の概念をつかっている。

cf. American Public Health Association, A Guide to Medical Care Administration v. 1 A. P. H. A. 1965 pp. 24-27

2. 問題の分析視座

へき地の保健医療需給問題を考察するために、前節では便宜的に大きく4つの「へき地類型」を仮設した。そこで、次にこれらの類型を手がかりに各類型ごとの保健医療需給問題を作業仮説として構想してみようと思うが、その前に私たちがそれらを構想するうえで用いた分析視座についてあらかじめ言及しておきたい。

へき地に限らず、私たちが保健医療問題を考える際、いつも想定しなくてはならない基本的アポリアがある。それは「労働や生活」と「健康」との両立をいかに図るかという問題であり、消極的にいえば、「貧困」と「疾病」との悪循環をいかに回避（予防を含めて）するかということである。これは保健医療をめぐる基本的主題で

ある。

私たちはこの主題をとくに「へき地」という具体的な領域で考察しようとした。そして次のような仮説的前提をたてた。つまり、へき地では（経済的、文化的、社会的、精神的など）「貧困」と「疾病」との悪循環を回避しえない問題が多いこと、加えてその回避を援助・支援する保健医療資源が貧弱である。またさらに、へき地住民は自らの「貧困」と「疾病」との悪循環を自ら絶つべき主体として自己を確認する（「アイデンティティ」）うえで脆弱さがあり、その援助者、支援者であるべき保健医療関係者も脆弱さがある。

そして、このような仮説的前提をふまえ、私たちの分析の解は次の2つの方向にむけられた。1つの方向は、へき地住民が、あるいはその援助者、支援者たる保健医療関係者がこの「貧困」と「疾病」との悪循環を自ら絶つべき主体として、あるいはその援助者・支援者として自己を確認しえるための実践解（戦略・戦術）をいかにするかである。もう1つの方向は、その自己確認を安易にする条件整備の「オプティマム的」、また「ミニマム的」政策解をいかにするかである。

そして、私たちがこれらの視座をふまえて、具体的にへき地の保健医療需給問題の因果解をまとめる際、次の仮説を重視した。それは昭和30年以降の「過疎化」現象であり、それに伴う「保健医療資源の偏在」である。元来、へき地住民は自然的、経済的、社会的、文化的、医療・衛生的資源などの貧困を宿命的にかかえていたが、それに加え「過疎化」はそれらを加速的に貧困化し、それがへき地住民の健康破壊に深く関連していった。一方、この問題解決のためにとられた公的な政策は、当事者自らが問題の解決主体者として、あるいは保健医療関係者がその解決の援助者、支援者として自己確認しうるような条件の整備を軽視したため、政策目的どおりの成果があがらなかったし、ところによってはかえって困難な問題をひきおこしたと予想される。

そこで次に、このような分析視座によってへき地住民の健康問題について考察してゆこう。

3. へき地における健康問題

元来、へき地は環海、山間、豪雪などという地理的・気象的特殊条件によって、経済的、社会的、文化的、衛生的資源などが貧困である。そのため、栄養条件、労働・生活条件などの保健衛生的諸条件の劣悪さに起因する健康問題が多くみられた。それに加え、昭和30年以降、

農山漁村の産業、生活基盤の崩壊に伴って過疎化が生じ、若年層人口の急激な流出、世帯主などの出稼ぎなどによって主婦と老人による極端な三ちゃん農林漁業となり、「労働・生活」と「健康」との矛盾を強め、へき地の健康問題をいっそう深刻にした。

ところで、このような様相はほぼへき地に共通してみられるが、しかしへき地といっても種々様々ある。多少おおまかな分類になるが、前述した私たちの暫定的なものにしたがってへき地の健康問題に類型別に言及してみよう。

3-1 離島住民のかかえる健康問題

概して、離島住民の健康問題と過疎問題とはやはり深く関連している。離島の総人口は昭和20年をピークとして減じ、昭和40~45年の5カ年間にいたってはその減少率は12.5%¹⁾に達しているの、大部分の離島がいわゆる過疎地域になっている。このような現象は、第5節で言及するように、高度成長による大都市や大工業地帯の急激な集積が、その労働力を離島を含む農山漁村に求めたからである。ことに離島の農漁業は、本土よりも立地条件がずっと悪く、それらによる所得向上を望めないことから、家計水準の向上をめざして、若壮年労働力の島外転出、長期的出稼ぎもしくは半永久的離村など（挙家離村は少ない）その流出は著しいものになっている。このような若壮年人口の流出によって、島の幼年人口（14歳以下）と老年人口（60歳以上）は増加し、両者を含めた従属人口構成比について全国と比べてみれば、昭和35年でも離島48.4%、全国38.9%と、その差は9.5%であるのに、昭和45年になると、離島45.1%、全国34.6%とその差は10.5%にも広がっている。このように、離島では幼年人口、老年人口の増加によって、罹患率や死亡率の高い人口、つまり健康問題を多くもつ人口階層が増加している。

なかでも、老年人口構成比は高く、被扶養人口であるべき人口が離島における労働人口のかなりの部分を占めており、また世帯主が出稼ぎに出た後の家の労働の主な担い手は主婦となり、島では極端な三ちゃん農漁業になっている。そのため島の劣悪な作業条件、急峻な地形などに働く高年齢労働者や主婦の健康問題はとくに大きい。高年齢者に多くみられる高血圧症、心臓病、腰痛などは、この重労働に深く関連している。また、主婦についても家事や育児に加えた大きな労働負担となり、流産²⁾、農婦症³⁾などの訴えが報告されている。

他方、出稼ぎにいった世帯主の健康問題も大きい。年

齢が高いうえ、建設業や製造業などの労働条件、保安条件、生活条件（簡易宿舎）の劣悪な就業先で仕事をするため、労働災害、腰痛、成人病、結核などが多く、加えて心理的な問題から慢性アルコール中毒など精神障害もみられる⁴⁾。

このように過疎化によって生じた島民家族の生産と生活の条件の悪化によって、本土に移った家族にせよ、島に残った家族にせよ、それぞれ無理な仕事を強いられ、その多くが健康問題をかかえこんでいる。

ところで、過疎化はこのような家族への悪影響にとどまらず、島の地区組織や行政組織へ大きな影響をおよぼし、それらの機能低下をもたらす。そのため、小規模な島では生きるためにかえって大きな組織的結束を強いられる。といっても、もともと島民の関心が低く、生きるための即物的問題ではない島の衛生条件のまずさ、食生活の偏りや因習などの保健衛生問題までは、それらの組織がエネルギーを注ぐ余裕はない。したがって、今日においてもこれらの問題の多くが残っている。

たしかに最近では離島振興法にもとづく高率補助によって、点灯率は99%以上に達しているし、（簡易）水道の布設も多くなってきている。しかし、それも全給水人口に普及したわけではなく、塩分の多い井戸水や天水を用いる部落も少なくはないし、たとえ水道があっても、その水質、季節的断水、制限給水の問題があり、島民は塩分の多い飲料水問題や水不足による身体の不潔問題などからまったく解放されてはいない。したがって、高血圧性疾患、化膿性皮膚疾患、トラコーマの多発などが離島住民に多くみられることは今日でも変りがない。同様に、自家用糞尿処理の大半は土地還元による寄生虫や血族結婚による遺伝的疾患も依然として問題である（表4）。

また、自家消費生活の比重が高く、食生活が穀物、いも類、野菜に片寄る問題についても同様に残ったままである。海に囲まれていても、鮮魚や海草は現金化されるため、保存食の塩魚や干魚程度のものになってしまう。そのため、一般に動物性の良質蛋白質や脂肪が補えず、栄養障害をきたし、貧血や低血圧などの1つの大きな原因になっている（表4、図1）。

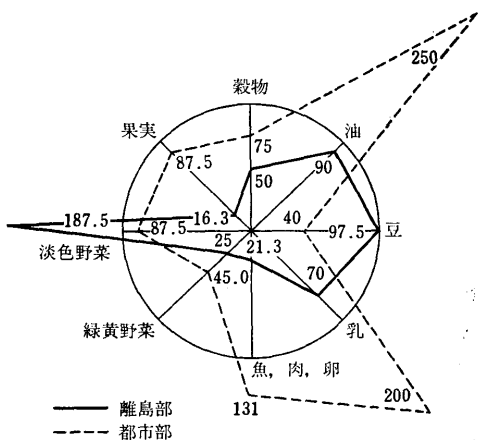
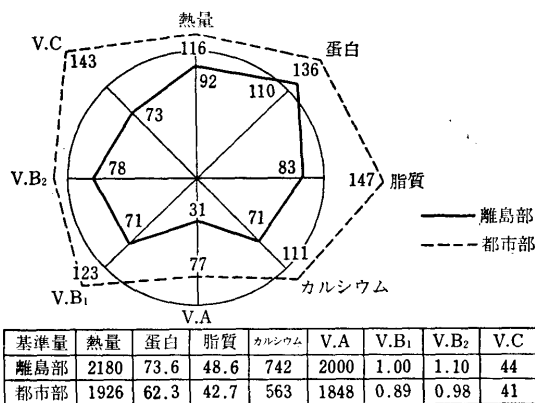
ところで、このように離島住民に一般的にみられる健康問題として言及しているが、これらの健康問題も各離島によって格差がみられると推測される。

表5のように、離島の人口減少率は全体としては緩和されてきたが、前述した離島類型によれば、内海離島は

表4 疾病大分類にみた有病率（人口1,000人当り）

番号	疾病大分類	津堅島	多良間島	離島計*	全国**
I	伝染・寄生虫	3.9	17.3	7.2	> 4.1
II	新生物	7.7	1.0	1.7	1.3
III	内分泌・栄養・代謝疾患（糖尿病，脚気など）	8.7	1.9	2.8	3.3
IV	血液・造血器疾患（貧血など）	31.9	4.3	8.1	> 1.2
V	精神障害	/	0.5	2.2	> 1.3
VI	神経・感覚器疾患（神経痛など）	31.9	26.0	27.5	> 12.6
VII	循環器疾患（高血圧，低血圧，脳卒中後遺症など）	35.7	34.7	36.7	> 26.5
VIII	呼吸器系の疾患（風邪・感冒など）	69.6	32.3	26.1	27.6
K	消化器系の疾患	58.0	14.0	23.1	23.0
X	泌尿器疾患	3.9	5.8	3.1	2.7
XI	妊娠・分娩産褥合併症	/	/	0.1	0.1
XII	皮膚疾患（湿疹，膿皮症など）	9.7	34.2	15.2	> 4.7
XIII	筋骨格系及び結合織の疾患（腰痛及び四肢痛など）	87.0	59.7	51.4	> 7.0
XIV	先天異常	1.0	3.9	2.1	> 0.5
XV	診断不明確の状態	12.6	10.1	8.5	> 2.8
XVI	不慮の事故・中毒	1.0	7.2	2.9	8.7

注：*無医島を含む沖縄離島，巡回診療実施地区（昭和48年）
**厚生省「国民健康調査」（昭和48年）



出所：加藤新「地域栄養調査」（昭和44年）渥美和彦編『医療情報システム総説』より作成

図1 栄養素摂取充足率と食品群別摂取充足率

表5 離島の類型別人口変動率の推移

類型別	人口変動率(%)			
	昭和35~40年	昭和40~45年	昭和45~49年	
外海離島	孤立大島	△7.7	△12.4	△5.4
	孤立小島	△17.8	△17.8	△7.2
	群島主島	△8.9	△11.2	△5.0
	群島属島	△17.4	△12.4	△11.4
	本土近接島	△0.4	△9.9	△11.0
内海離島	人口5,000人以上	△10.7	△10.1	△1.0
	人口5,000人以下	△11.9	△13.2	△0.6
	その他	△12.2	△13.5	△2.3

出所：「離島住民の意識に関する調査」（昭和51年）日本離島センター

本土から近いこと、青壮年層の流出は古くから開始され、最近では出つくされた観がある一方、「孤小島」、「群属島」は、昭和35年から平均して多くの減少がみられ、とくに最近では「外海近接島」の減少が目立つ。

この減少は、一般的には子どもが進学のために島外に転出したり、そのための経費を確保するために世帯主が出稼ぎに行ったり、島内に将来性のある仕事がないため若者が転出したりすることが原因している（「外海近接島」の場合は島内の鉱山閉鎖に原因するところが多い）。人口5,000人以下の内海離島も出稼ぎ者が多いが、「孤小島」、「群属島」、「外海近接島」の場合は、1年間ぐらいの長期出稼ぎ者が多いことが注目される⁵⁾。また、水道整備、糞尿処理についても、それらの外海島は遅れが目立つ⁶⁾。これらの背景を考えると、前述の健康問題も、離島のなかでもとりわけ「孤小島」、「群属島」、「外海近接島」において特に著しいのではないかと推測される。

3-2 山間地住民のかかえる健康問題

前に述べたように(表2)、山間地域の大半は過疎地域である。したがって山村の過疎問題は従来からみられるへき地的条件に加え、そこでの住民の健康問題に影響するところが大である。

第5節で詳しく言及することになるが、過疎現象は、戦後社会のアンバランスな経済主義的成長過程の中で生じた農山漁村の生産基盤や生活基盤の崩壊によるものである。なかでも、山村における生産基盤の崩壊は急激であった。山村の主産業であった林業は戦後の乱伐、外材輸入、燃料革命などの要因が重なって衰微し、また畜産、養蚕、こんにやくなどを主とした地場産業も、価格不安定、肥料、農薬、労務賃などの高騰により大半が衰退していった。そのため、山村住民は生活維持が困難になり兼業化も限界を感じるようになった。他方、人々は発達した交通網、マスメディアによって都市なみの生活を求めるようになり、移動能力のある若年層の多くが都市へ急激に流出し、また出生数が押えられるようになった。その結果、地域の人口が著しく減少し、そこでの生産や生活は極度に麻痺するようになったが、移動能力が低く、残留せざるをえない老人、婦人、傷病者などは大変深刻な状態になった。元来、罹病率の高い老人や妊産婦、乳幼児などの残留層が、この生産や生活基盤の崩壊と健康破壊との悪循環をまともにかかえこむことになったからである。

概して、山村は周囲の急峻な山峽にかこまれ、林野面積が広く、わずかにある農耕地は急傾斜山腹面を利用し

表6 郡部・市部別*、職業別**、死因別死亡率

				心疾患	脳血管疾患	不慮の事故
粗死亡率	全国	郡市部	部	113.0	243.7	54.1
				76.5	149.5	38.0
訂正死亡率	全国	郡市部	部	72.9	155.3	49.1
				71.9	140.4	35.9
			就業者総数	53.4	110.4	70.5
			農林漁業作業者	63.7	152.8	93.1

注：*昭和45年主要死因別訂正死亡率人口動態統計特殊報告
**昭和45年職業・産業別人口動態統計

表7 職業別死産率・後期死産比(父の職業)

	嫡子死産率 (出生千対)	嫡子後期死産比 (出生千対)
就業者総計	46.8	13.9
農林漁業作業者	60.6	17.5
{ 農業作業者 { 林業作業者	62.0	17.7
	63.1	19.1

注：昭和45年度職業・産業別人口動態統計

た耕地しかないことが多いこと、農業作業者の労働条件は悪く、重労働となる。また、このことは菜採取作業、林業作業者についても同じことがいえるが、特に最近の機械導入にもとづく災害や白ろう病を生む危険な労働条件は無視できない。このような農林業労働を山村に残留した老人や婦人が担うわけであるから、その過剰な労働負担による彼らの健康破壊は深刻なものである。また、主婦についても家事や育児に加えた労働負担は大きく、母性の健康問題も軽視できない。世帯主が出稼ぎにいった家族の中ではなおさらである⁷⁾。たとえば、農林業作業者の脳血管疾患、心疾患、不慮の事故などによる訂正死亡率の高さ、郡部の訂正死亡率に比べた粗死亡率の高さ(表6)、彼らの嫡子の死産率、周産期死亡率、後期死産比の高さ(表7)などは、これらの過剰な労働負担による健康問題の一端を象徴している。

また、過疎化は山間地住民の生活基盤も崩壊していった。

周地のように、従来から山村住民は野菜、山菜、穀物類に偏り、肉類や魚介類の動物性の良質蛋白質や脂肪が補えず、またビタミンA、B₁、Cも不足するという栄養

障害が多い。これは魚介類、肉類などが行商によってのみ入手されたりするところが多いからである。ところが、山村の過疎化はこの行商人の巡回さえ遠ざけ、住民の栄養内容をさらに貧弱にさせる。そして、このようなアンバランスな栄養摂取は、農山村に多い屋外の便所や風呂⁹⁾といった寒冷刺激の強い生活環境や食塩過剰摂取の問題と同様、農山村の老壮年者の脳血管疾患、心疾患などの罹病率や死亡率を高める大きな背景になっている。また、このアンバランスな栄養摂取は前述の労働過剰負担とともに母性問題にも大きくかかわっている。栄養障害を一因とした母性の貧血、妊娠中毒症、さらには低体重児出産、早産、死産などが農山村に多いことはそのことをよく物語っている。

だが、最近の冷蔵庫の普及、交通網の整備、所得の向上、栄養知識の向上などといった要因によって、山間地においても動物性蛋白、脂質などの摂取量や構成が高まりつつあり⁹⁾、全般的には山村住民の栄養内容の改善がはかられていると思われる。しかし、このような栄養改善なども婦人会などの地区組織活動によるところが大きく、世帯主の出稼ぎ、主婦の内職、日雇などが多くなるに伴い活動の停滞がみられる今日、問題を残すところが大きい。

ところで、過疎化現象は人口の老齢化¹⁰⁾、婦人化¹¹⁾を高めたが、同時に1世帯当りの人口も低め¹²⁾、高齢者世帯、傷病障害者世帯をも高めた。これらの世帯構成の変化は、山間地に多い脳卒中後遺症の老人などを主とする在宅看護状況に大きな影響を与えた。既述したように、山間地を含む郡部の住民や農林業作業には脳血管疾患死亡者が多いので、必然的に脳卒中後遺症をもつ患者は多くなるが、そのうち50%以上の人は何らかの看護を必要とするといわれる¹³⁾。とくに農山村のように医療水準の低いところでは、卒中後のリハビリ訓練の開始が遅れるから、その点からも看護を必要とする人は都市よりも多いと考えられる。このような患者に対する看護といっても、過疎化に伴って世帯人員の減少したところでは、看護者は老齢または病弱な配偶者であることが多く、十分な看護はできない。たとえ世帯人員が多いところでもそこでは家族が仕事で多忙な場合が多く、ここにも十分な看護はみられない。そのため、患者は褥創、筋の廃用萎縮、尖足、強度の拘縮、食事内容の不足、回復の意欲喪失などをつくりだしている場合が多い¹⁴⁾。また、看護者は看護の方法（楽な寝かせ方、清拭のし方、便器の使い方、床ずれの予防、拘縮予防など）や機能訓練の方法

などを知らないことも多い。また、病臥期間が長くなると患者に気がねや不満が高まり、家族のほうでもあきらめ、迷惑、負担感が高まる¹⁵⁾。このようなことから、家族の中でストレスが高まり、深刻な精神的問題をかかえることにもなる。

また、このような老人や主婦のみならず、世帯主などの兼業、出稼ぎに伴う健康問題も多く、これについても言及しなければならないが、豪雪地住民のところでも同様の問題がとりあげられるので、そのところで詳述することにしたい。

3-3 豪雪地住民のかかえる健康問題

豪雪地の多くは山間地にみられるへき地問題や過疎問題をかかえており、住民の健康問題についても前述した山間地と共通している。しかし、冬期では、それらの問題に加え、「積雪の深さ」、「積雪の長さ」、「雪崩れ」などの障害が相乗しあうため、豪雪地での問題は一層深刻である。

山間地に住む人々の多くは、わずかな田畑耕作と、自然の産物である山菜の採取や林業でその生計を維持している。しかし、冬期になると仕事もなくなる一方、子どもの教育費や下宿代など現金収入が必要なため¹⁶⁾、出稼ぎ者が増える。たとえば、新潟県豪雪地の調査¹⁷⁾によれば、冬期間の全世帯中に出稼ぎ者割合は50.9%になっており、ほぼ2世帯に1人の割合で出稼ぎ者がいることになる（ところによっては80%以上にもなる町村がある）。

そして、それらの人の大半は一家の中心である働き盛りの男性（平均38.6歳）であり、冬期間平均4.6カ月も家をあけるため、そうでなくとも過疎化によって数少なく残された人々の肩に過重な労働がかかってくる。秋の収穫の農作業も十分終わらないままに出発し、春の農繁期直前に帰農しなければならない冬期の出稼ぎ者のいる家族では、農作業の後始末準備があり、また野菜の栽培や家畜の飼育をする世帯ではそれらの作業があり、また部落のつきあいなどもある。それらのすべてが残された主婦や老人によって担われることになる。

また、彼らには屋根の「雪降り」、道路の「除雪」、「雪踏み」などの重労働も避けることができない。雪国の1日は、夜明けとともに雪踏みを行い、部落内の連絡道路を確保することから始まり、雪の晴れ間をみて家屋の雪をおろし、家のまわりの雪を掘り起こし、採光を確保したり、出入口を作るという作業で終わることが少なくないといわれる。前述の調査によれば、最近道路の除雪が

進んできているが、依然として「かんじき」による道路の「雪踏み」があり、全世帯平均で、自分の家の分49m（所要時間20分）当番制であるが公共道路477m（同41分）の労働を余儀なくされている。これは降雪日ごとに通学路、生活路の確保のため、早期のうちに行わなければならないので、その負担はたいへん大きい。また、屋根の「雪降り」についても依然「こすき」、「シャベル」による手作業で、冬期に3～10回も行う。出稼ぎ者の多いところではそれらの作業を担う者の60%以上は女性（16～59歳）で、15%以上が老人である。このような過重な、また危険な作業が農繁期の休養も十分でない主婦や老人の肩にかかっているといえる。

したがって、出稼ぎ世帯の妻は、非出稼ぎ世帯の場合に比べ、肩こり、腰痛、手足のしびれ、目まい、不眠などの訴えが多く、農婦症の症状をより強く示す¹⁸⁾。もちろん、産前産後の期間にある母性への悪影響についてはいうまでもない。出稼ぎ世帯の母性は、非出稼ぎ世帯の場合より「流産」、「中絶」が多く、「産後の休養」が短いことが報告されている¹⁹⁾。同様に老人についても、出稼ぎ世帯では農夫（婦）症、高血圧症、心疾患、脳卒中後遺症などの患者を中心として、その療養生活に対する影響が大きいと考えられる。その他に出稼ぎ世帯では、「家全体の雰囲気の問題」、「夫婦の折合いの問題」、「嫁と姑との葛藤」、「子どもの養・教育の問題」などの訴えもあり、人間関係や精神上の問題の大きさについてもうかがえる²⁰⁾。

他方、出稼ぎ者の方の健康問題についても指摘しておかねばならない。出稼ぎに行く世帯主などの年齢は高いうえ、建設業や製造業などの保安対策の不備な、労働条件や生活条件の劣悪な就業先で、しかも長時間仕事をするため、成人病や労働災害、結核²¹⁾などが多くみられる。出稼ぎ者の多い青森、秋田、山形などではとくにこの問題は大きいだろう。青森県の出稼ぎ前後の健診では異常者、有病者が全健診者の22.4%²²⁾になっている。

その他、生活環境などについても、山間地と同様に元来良好ではないが、冬期はさらに悪化し、肉、魚などの食料品の不足、住宅構造の不完全さによる不十分な保温、レクリエーション施設の不足などの問題がある²³⁾。

3-4 広大地住民のかかえる健康問題

広大地といっても、ここでは北海道内の広大なへき地の健康問題について言及することになるが、前述してきた山間地や豪雪地での健康問題と共通する部分も多いので、それについては略し、部分的なものにすぎないが、

表8 北海道過疎地域市町村の産業別就業人口構成比の推移

区分	昭：年		
	35	40	45
総 数	100.0	100.0	100.0
第1次産業 (農業 水産業)	51.9 (41.7) (5.9)	44.2 (34.1) (5.9)	40.6 (31.6) (5.4)
第2次産業 (鉱山)	23.9 (11.0)	26.0 (8.3)	24.8 (6.1)
第3次産業	24.2	29.8	34.6

北海道の広大なへき地に特徴的にみられる健康問題にしばって言及したい。

北海道におけるへき地住民の健康問題も、過疎問題とかわりなしに述べることはできない。そこで、まず最初に、あらかじめ道内の過疎化についてふれておきたい。北海道は地帯別にみると、道都札幌を中核として、小樽一札幌一十勝一苫小牧一室蘭を結ぶ道央新産ベルト地帯とその周辺、また道北の拠点都市旭川、道南の拠点都市函館とその周辺を除いてはほとんどの地域で人口減がみられる。とりわけ日本海沿岸、石狩炭田などの産炭地帯と道東地域の畑作、酪農地帯に過疎地域が多い。これは表8の就業人口の推移からもうかがえるように、炭鉱閉山などによる第2次産業就業人口の減少と離農などによる第1次産業就業人口の減少によるものである。

ところで、北海道農村部過疎地域は本州都府県とは異なり（日本海沿岸漁村、北限水田地帯については本州農漁村と共通性をもっている）、地域住民が挙家離農して、人口が減少したのち、地元残留農民が離農跡地を自らの経営基盤として拡大し²⁴⁾、新しい経営形態である「大型機械化農業経営」をすすめていくという形をとった。こうした傾向は、とくに「新酪農地帯」として施策的に急速に開発されつつある地域に目立つ。しかし、このような農業経営も、字を単位とした家族人員に労働力を依存し、しかもその多くが多額の借金にもとづく「大型機械化農業経営」であるため、かなり無理な労働が家族全員にふりかかってくる。とくに主婦は家事などに加えての労働負担が大きく、腰痛、肩痛、手足のしびれ、目まい、貧血など農婦症的な慢性疲労性の訴えが目立つ。たしかに、かつての畑作農業の時代とは異って農作業が機械化²⁵⁾され、大農機具の導入により共同作業化が実施され、かつての人力労働は軽減されてきているので、このよう

な農夫（婦）症的な慢性疲労の状態も徐々に少なくなりつつある。しかしその反面、大農機具による事故外傷が多発し、また農繁期を中心として短時日の急激な過労状態のため疾病が重症になることも多くなった²⁶⁾。

ところで、道内過疎地域においても、人口高齢化はさげられず、昭和35年の65歳以上の構成比4.3%（全道4.2%）から昭和45年では6.8%（全道5.7%）になっており、それに伴う老人問題には厳しいものがある。後継者が都市へ流出したため、地域に独居老人がとり残される。また、たとえ後継者をえても、経営は前述したように数少ない家族労働力に依存しているため、老人も直接的な生産労働からぬけるわけにもいかず、病みながらも働けるだけ働かねばならないということが少なくはない。このことは裏がえせば、もはや労働力でなくなったものには過酷な現実がまわっているということである。たとえば「寝たきりになった老人が看護もされず、放置される」などはそのよい例である。

このような労働力でない者に対する過酷な現実乳幼児においても例外ではない。とりわけ生活水準の低い世帯での乳幼児の養育問題、またそれに伴う健康問題は軽視できない。道内乳児死亡率が昭和48年13.1%（全国11.3%）と、昭和35年の30.2%より改善されているにもかかわらず、全国に比べてやや高いのは、そのような問題の残存を象徴している。

また、この生産が優先された労働・生活環境下では母性問題も深刻である。昭和48年の死産率が78.4%（全国52.6%）で、そのうち人工死産率が37.7%（全国17.0%）であるのはその環境をよくあらわしている。加えて、昭和48年の新生児死亡率では8.1%（全国7.4%）、妊産婦死亡率では3.9%（全国3.8%）となり、これらの指標も全国より多少高くなっている。

【第3節注】

- 1) 過疎地帯対策緊急措置法（昭和45年法律第31号）によれば、過疎地域指定の主な指定要件は、人口減少率10%以上（昭和35年対昭和40年）、財政力指数平均値40%未満（昭和41年～43年）となっている。
- 2) 小野哲郎「家族の健康と主婦への影響」『研究所年報』2・3合併号、明学大社会学部付属研究所。流産あり＝出稼農家16、非出稼農家6、計22（調査総数165）。
- 3) 大和人士「愛媛県三崎半島巡回検診資料」昭和39年、受診者の中の50～70歳の女性の30%前後が農婦症である。
- 4) 天明佳臣「都市の断面——出稼ぎの社会医学」三省堂新書（昭和44年）参照。

- 5) 日本離島センター「離島住民の意識に関する調査」（昭和51年）441頁参照。
- 6) 同書、387頁参照。
- 7) 小野哲郎、前掲論文参照。
- 8) 調査地区……群馬県南牧村檜沢（昭和49年）、便所屋外40%、風呂屋外20%。
- 9) 新潟県・昭和49年「県民栄養調査」、山間地における昭和43年100に対する昭和49年の栄養摂取量の指数。

動物性タンパク	126
脂質	112
ビタミンA	124
ビタミンB	118
ビタミンC	107

- 10) 全国＝（昭和45年老年人口指数）10.2、過疎市町村＝（同）16.9
- 11) 全国＝（昭和45年女性人口比率）50.9、過疎県＝（同）粗52%以上。
- 12) 全国＝（1世帯当り人口）昭和45年3.6、昭和50年3.3
過疎市町村＝（同）4.1、3.7
- 13) 日本看護協会・高知県支部協議会「地域看護を考える」193頁（昭和49年）。
- 14) 同書 198頁。
- 15) 同書 188～189頁。
- 16) 17) 新潟県の「豪雪地帯住民生活実態調査」によれば、豪雪地では40%以上の世帯が出稼ぎによる収入にたよっている（「豪雪対策の状況」昭和50年新潟県企画調査部参照）。
- 18) 小野哲郎・本誌前号注掲論文参照。
- 19) 20) 同論文参照。
- 21) 新潟県「出稼ぎ者総合保健診断実施状況」（昭和50年）受診者中の異常率＝結核0.22%、循環器31.9%、血液0.9%、貧血32.2%。
- 22) 青森県「出稼労働者健診実施状況」（昭和46年）。
- 23) 新潟県・前掲実態調査参照。
- 24) 稲収穫面積5ha以上農家比・昭和40年→50年（1.3→14.0）。
- 25) 個人有100戸当りトラクタ・耕運機所有台数（昭和50年）全国77.0、北海道91.1
- 26) 大西若稲他「宗谷の保健婦」稚内保健所（昭和49年）参照。

4. へき地の保健医療体制

前節では、へき地における平均的な健康問題に言及し、それが「環海・山間・豪雪・広大地隔絶」、「貧困」、「過疎」、「悪化した労働・生活環境」、「兼業・出稼ぎ」、「過重労働」、「疾病」といった諸要因の重層からなっている

と仮設した。つまり、へき地住民の多くは、自分達の「労働（生産）や生活」と「健康」との相剋を従来以上に強めており「貧困」と「疾病」との悪循環を解消しようとする主体になりえなかったといえる。それは個々の住民・家族・地区組織など、それらの問題を解消すべき主体が、「過疎」、「人口高齢化」、「兼業・出稼ぎ」などの要因によって、以前にもまして、健康をめぐる集团的紐帯を脆弱化させたためである。また、それらの健康問題には地域別、対象別格差があるとし、離島でも「孤小島」、「群属島」など、山間豪雪地でも「奥深く、雪深い谷合」など、また「老人、乳幼児、妊婦」などについて、その問題の大きさを示した。

ところで、へき地ではこのような健康問題をかかえる住民を力強く支援・援助する保健医療資源が必要とされている。だが、それは以前からの貧弱さに加え、過疎化に伴ってさらにその度合を強め、多くのへき地ではその健康問題の大きさにもかかわらず、脆弱な保健医療体制しかみられないようになった。そこで、本節ではへき地類型別に保健医療資源の分布状況を紹介します、それら資源の住民への適用過程をめぐる諸問題について言及しようと思う。

4-1 保健医療資源の分布

(1) 離島

<医療施設>

最初に、離島における医療資源、なかでも施設の分布状況について概観してみよう。まず病院についていえば、調査回答島数288島のうち、わずか8.7%の島にしかなく、診療所についてみても57.6%（内無床が50.7%）と、約半数の島にしかない。また、この分布には離島類型間に格差があり、診療所については、「孤大島」、「群主島」、「5,000内海島」ではほぼすべてととのっているが、それ以外についてはまったく整備されていない島も多い。「孤小島」の26.3%、「群属島」の67.6%、「外海近接島」の34.0%、「その他内海島」の55.4%では診療所をまったくもっていない。また、病院についても、「孤大島」、「群主島」、「5,000内海島」は、それぞれ順にその77.8%、55.6%、38.9%はととのえられているものの、それ以外の離島類型ではほとんど皆無である。

<医療従事者>

次に医療従事者の分布状況についてみよう。まず医師についていえば、調査回答島のうち52.1%は少なくとも1名は確保されている。しかし、それ以外の47.9%は無医島である。また、39.9%については看護婦など、他

表9 島の類型別無医島率 (%)

	医師のいない島	医師だけでなく他の医療従事者もいない島	
計	47.9	39.9	
外海離島	孤立大型離島	0	
	孤立小型離島	42.1	21.1
	群主島	0	0
	群属島	67.6	67.6
内海離島	本土近接離島	36.2	25.5
	人口5000人以上	5.6	5.6
	本土主要都市から1時間以上	53.1	50.0
	その他の計	63.4	54.5
	54.3	47.7	

注：日本離島センター「離島住民の意識に関する調査」より作成

の医療従事者もいない。これらについても離島類型別に格差がみられる。たとえば、「孤大島」、「群主島」には無医島はないが、「孤小島」、「群属島」、「内海離島」に無医島が多くみられる(表9)。ただし、無医島が多いといっても、「内海離島」の場合は他の離島類型とは少し様相を異にする。それは本土の中心的都市から1時間圏内にあり、欠航もほとんどなく安定した航路内で、本土に出かけたり医師の往診を求めるにしても、外海にくらべ安易である。そのため、無医島であることによる支障は、ほかの無医島よりは少ない。離島が多く、なかでも内海離島の比率が高い広島県、愛媛県²⁾が、その率の低い鹿児島県、長崎県、島根県³⁾に比べ、「安易に医療施設が利用できない」という定義をもつ無医地区が相対的に少ないのはその証左といえる。

また、歯科医師についてみても、表10のように大半は「孤大島」、「群主島」、「5,000内海島」に集中しており、それ以外の離島類型ではほとんど皆無にひとしい。眼科、耳鼻咽喉科、整形外科などの専門医はさらにその傾向が強い。

表10のように、看護婦（准看護婦を含む）は、医師に比べれば、多くの人が離島にあり、医師のいない島にも常駐していることがわかる。といっても他の医療従事者と同様、離島類型間に格差がみられることには変わりはない。また、助産婦については、それよりも数は少なくなるが、その格差は同様である。

だが、たとえ医療従事者が比較的にととのっているような島でも問題は残る。たとえばへき地診療所の医師を対象とした調査⁴⁾によれば、常勤医の54.4%は60歳以上の高齢者で、後述する山間地などを含めたへき地、とりわけ離島の医師の高齢化問題は深刻である。したがっ

表10 1島当り平均医療従事者と医療施設数

類型別	外 海 離 島					内 海 離 島		
	孤立大島	孤立小島	群島主島	群島属島	本土近接離島	人口5000人以上	人口5000人以下、本土より1時間以上	その他
医師 (非常勤を含む)	13.44 (14.89)	0.47 (0.74)	15.33 (17.89)	0.41 (0.56)	0.77 (1.09)	8.06 (8.83)	0.50 (0.59)	0.46 (0.58)
歯科医師 (非常勤を含む)	4.33 (4.33)	0.03 (0.13)	4.78 (5.11)	0.21 (0.21)	0.11 (0.13)	2.72 (2.94)	0.03 (0.13)	0.05 (0.09)
看護要員 (再掲, 看護婦)	49.22 (46.78)	0.95 (0.84)	63.89 (58.89)	1.38 (1.38)	1.91 (1.81)	24.44 (24.06)	0.81 (0.59)	1.45 (1.44)
保健婦 助産婦	3.89 11.00	0.08 0.11	4.33 8.78	0.32 0.26	0.15 0.28	1.78 5.17	0.03 0.22	0.13 0.22
診療所 病院	9.89 1.59	0.76 0.03	10.11 1.56	0.26 0.03	0.72 0.04	7.78 1.17	0.59 0.00	0.55 0.04

注：日本離島センター「離島における緊急医療体制等の整備に関する調査」(昭和49年)より作成

表11 島の類型別巡回診療実施率

計	37.5%
外海離島	
孤立大型離島	77.8
孤立小型離島	36.8
群島主島	44.4
群島属島	26.5
外海本土近接離島	29.8
内海離島	
人口5000人以上	33.3
本土主要都市から	
1時間以上	34.4
その他	42.6
小計	36.4

注：表9の注と同じ

て、たとえ常駐していても島に1名の高齢医師しかいない「孤立小島」, 「群島属島」などの不安はたえない。

<巡回診療>

ところで、一般にこのような医療施設、医師、専門医の不足を補完するような形で、巡回診療が実施されているが、それは表11のように医療条件が比較的にととのっている島ほど多く実施され、本来その必要性が高い「孤立小島」, 「群島属島」などでの実施はかえって少ないのである。

<緊急時患者輸送>

次に、島民の緊急時の医療事態に対応する患者輸送資源の分布状況はどうであろうか。まず救急車、患者輸送車についていえば、それをもつ島は全体の90%弱で、大半の島はもっていない。とりわけ「孤立小島」, 「群島属島」, 「内海島」などにはほとんどない。確かにそれをより必要とする島は比較的大きな島であろうが、「孤立小島」などといっても多様であり、それを必要とする島も多い。また、渡海患者輸送資源として「患者輸送艇(船)」がある

が、全体の11.8%の島にしかない。とくに「内海島」ではその高速のものの整備を必要としているが、その運営維持の面に困難な問題を残し、整備されているところは少ない。一方、「孤立大島」, 「群島属島」では渡海輸送手段として「ヘリコプター」を必要とするところが多い。だが、現在のようにそれを自衛隊に依存するにせよ、ヘリポートの整備や添乗医師の確保など解決すべき問題も少なくはない。

<検診等>

次に、離島における保健資源であるが、まず疾病の予防、早期発見のための1つの援助としての各種検診についてみてみよう。前記調査によれば、結核予防法にもとづくX線撮影(調査離島全市町村の79.2%実施)、成人病予防の血圧測定(同73.9%)・尿検査(同65.0%)・心電図(44.5%)、がん検診(同65.6%)、血液検査(同40.9%)などが実施されている。全体としては調査地域の84%では何らかの検診をおこなっている。その他、健康管理関係公報の配布(34.7%)、健康管理台帳(30.0%)、健康管理手帳の配布(14.5%)、健康相談、医療品配布などの保健資源がみられる。ところが、これらの資源も離島間に格差がみられる。たとえば、離島類型別にみると、検診実施率が高いのは「孤立大島」, 「5,000内海島」, 「群島属島」であり、その実施必要性の高い「孤立小島」, 「群島属島」, 「外海近接島」の町村は、それぞれ34.2%、26.4%、20.4%はまったく実施していない。

<保健婦>

さて、保健婦は島民の健康管理のために、これらの資源を適切に提供しながら、支援・援助する役割が期待されており、条件の厳しい島ほど、その任務は重く、期待

されるところも大きい。確かに全体でみると保健婦は離島の約半数は常勤して、その期待に応えていると思われるが、やはりそれも特定の離島に限られている。表10のように保健婦の常勤者は「孤大島」,「群主島」,「5,000内海島」に集中しており、医療がゆきとどかない「孤小島」,「群属島」,「外海近接島」,「1時間以上内海島」などにはほとんどみられない。もちろん、保健婦の場合、保健所に所属して、あるいは役場に席をおいて巡回訪問することが多いので、それらの離島での活動がまったくみられないということではない。

以上のように、離島であっても、他にくらべて過疎の進行がゆるく(表5)、人口も多い「孤大島」,「群主島」や、過疎化がすすんでいても、比較的本土との交通条件のよい「内海島」については、保健医療資源はまだ整っているところがある。だが、過疎化が進行し、健康問題が大きいと推測される離島ほどかえって医療資源が貧しく、加えて健康管理上の資源も貧弱である。「孤小島」,「群属島」,「外海近接島」などは、この典型的な離島類型である。

(2) 山間地・豪雪地

次に、山間地及び豪雪地における保健医療資源の分布状況について概観したい。

<医療施設・従事者>

ここで、まず大きく人口対の医療施設や医療従事者の分布状況を都道府県別にみておきたい。それは山村過疎地域を多くかかえる都道府県ほど医療施設や医療従事者が少ないと思われるからである。しかし、図2にあるように、必ずしもそうではない。むしろ、それらが多い場合が普通である。山間地を多くかかえる典型的な県である高知県を全国と比較するとそれがよくわかる(いずれも昭和49年・人口10万対)。

▷病院=高知16.6, 全国=7.5

▷診療所=高知63.7, 全国=66.4

▷病院病床=高知16.6, 全国=7.5

▷助産婦=高知23.3, 全国=24.4

▷看護婦=高知209.4, 全国=147.1

▷医師=高知121.9, 全国=116.7

ところが、無医地区市町村が全市町村の中に占める比

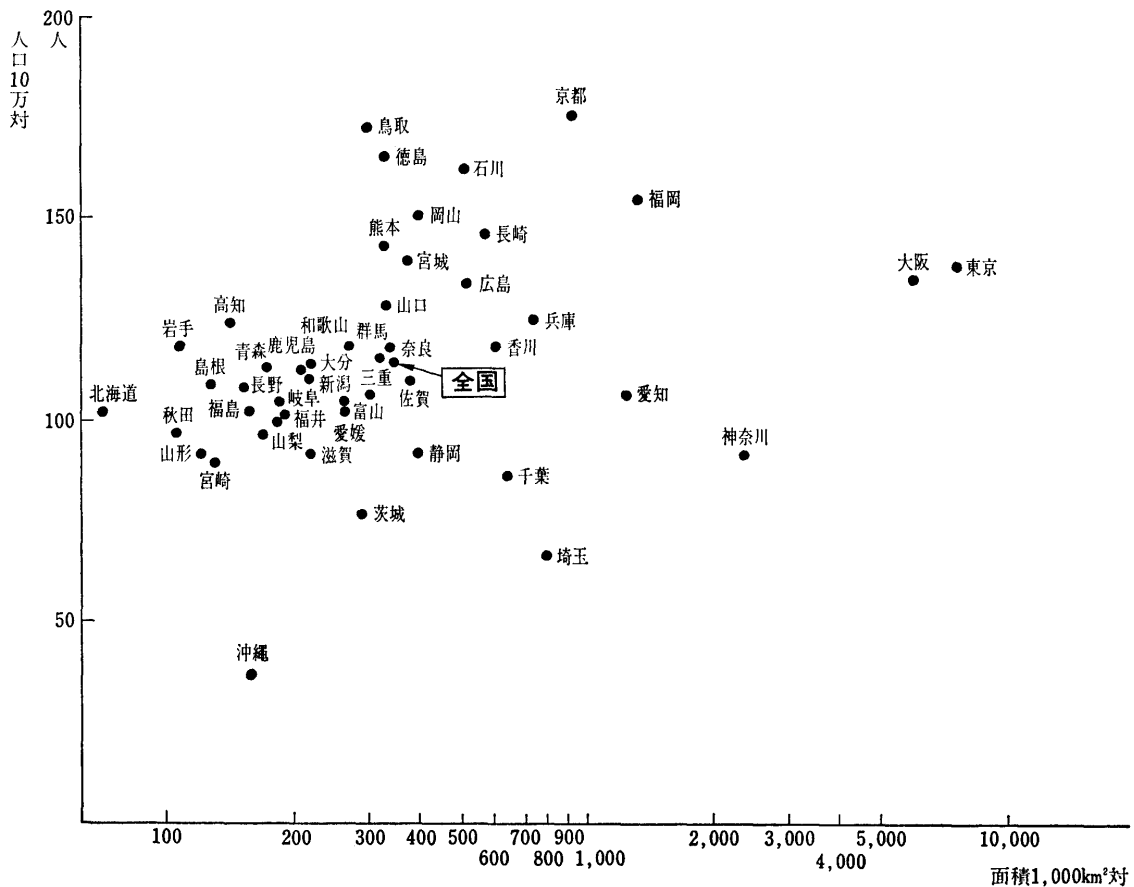


図2 全国都道府県別医師数(半対数グラフ)

厚生省「医療施設調査」(昭和48年)より作成

表12 高知県医療機関市部偏在率 (%)

昭：年	病 院				一 般 診 療 所	歯 科 診 療 所
	総数	精 神	結 核	一 般		
30	62.5 (75.7)	— —	— —	— —	27.3 (29.6)	30.5 (—)
40	79.6 (84.1)	100 (100)	100 (100)	76.7 (80.2)	60.9 (60.1)	63.2 (—)
48	81.7 (85.1)	88.9 (94.2)	100 (100)	81.0 (83.8)	65.4 (65.8)	69.1 (—)

注：カッコ内は病床数の% —は不明
高知県衛生統計年報より作成

表13 高知県病院医療従事者市部偏在率 (%)

昭：年	医 師	助産婦	看護婦	准看護婦	理学・作 業療法士
28	36.2	—	—	—	—
40	84.7	76.7	87.4	85.4	—
48	89.1	85.7	89.7	87.8	81.3

注：偏在率 = $\frac{\text{市部医療機関, 従事者数}}{\text{総医療機関, 従事者数}} \times 100$ 、
高知県衛生統計年報より作成

率は高知47.2%、全国16.7%と、高知は断然高い。また図2のように医師数を面積当たり(1,000km²)対で見ると、高知における医師数は決して多いほうではない。むしろ、岩手、島根、秋田、山形などの他の山間地県と同様、面積対医師数は少ない方である。このことは、医師数だけに限らず、医療施設や他の医療従事者についても同様である。つまり、これらを総合して考えると、高知などのような山間地県は、医療施設・従事者の絶対量の不足ということもあるが、それ以上にこれらの偏在の問題が大きいといえる。

この偏在問題が一般に深刻化してきたのは、国民皆保険体制がほぼ確立した昭和36年頃である。もちろん無医地区などの偏在問題が以前にはみられなかったわけではないが、全国的に顕著になってきたのはこの頃である。表12、表13のように高知県を例にとると、昭和30年以降、医療施設、医療従事者が市部への偏在を強めてきている傾向がよくわかる(過疎化の進行やそれに伴って国保直診施設が経営問題、医師確保問題で統廃合されてきたのもこの時期からである。これらの問題については後に詳述する)。

<検診・巡回診療>

このようにして、高知県の山間部には無医地区が目立つようになり、昭和48年には無医地区数105(36市町村)を数え、その地区の該当人口は30,912人となっている。

そのため高知県では、この30,000人もこの地区住民を対象として総合検診や巡回診療を実施している。一般的にみても、無医地区に対する保健医療対策として検診(全無医地区の76.0%)や巡回診療(同高知県以外にも50.6%)は普及しており⁹⁾、山形⁹⁾、石川⁷⁾、岐阜⁹⁾、和歌山⁹⁾、岡山¹⁰⁾などでは多く実施されている(ただし、検診と巡回診療の概念上の区別が必ずしも明確ではなく、この数値には疑問も残っている)。しかし、高知県の「動く総合病院」(総合検診プラス巡回検診)のように、専門診療が多く、検診と診療との相乗効果をねらったものはまだ多くはない。また、巡回診療の頻度の問題、巡回診療と常設医療施設の不十分な連携などの問題が大きく、初回は別にして回を重ねるたびに受診率が減少していくことは稀ではない(このことは後に詳述する)。そこで、マイクロバス程度の患者輸送車を定時巡回し、通院の便宜をはかる必要もでてくる。最近の道路整備状況の改善をみるとそれは有望である。しかし、患者輸送車の全無医地区に対する保有率は39.6%とまだ多くないし、その中でもマイクロバス程度の大きさのものもそう多くはない¹¹⁾。また、その際には地域医師会との利害調整の問題も残っているが、すでにいくつかの無医地区では実施され、成果をあげてきている¹²⁾。

<緊急時患者輸送>

また、緊急医療事態に対応する患者輸送資源についてであるが、平均的には自家用車や近所の車など身近な場所にある自動車を利用し、その割合も半数以上を占める。他に救急車や患者輸送車の利用などがあるが、そう多くはない¹³⁾。

<保健婦>

前述したように、保健婦には住民の健康管理のためにこれらの資源を適切に提供したり、それらを新しく開発しながら支援・援助することが期待されているわけであるが、このような保健従事者の分布は、医療施設、医療従事者の偏在傾向とは逆の形態をとる。

高知県の保健婦の分布状況を例にとってみよう。郡・市部別に分類する資料が手元にないので、保健所管内別に保健婦(保健所及び市町村)の人口1万当りの分布状況を見ると、表14のような結果になる。つまり、地方都市高知市の所在する中央保健所(U R₁型)管内の保健婦比率と、山間地を含む郡部にある保健所(R, L)管内のその比率をみると、医療施設や医療従事者とは逆に、保健婦は郡部へ偏在していく傾向があることがうかがえる。ちょうど、医療資源の不足を補完するような形にな

表14 人口1万人、面積100 km² 当りの保健婦数 (保健所+市町村)

保健所管内人口 当り保健婦数 (型)	昭和30年	40年	50年	林野面積比率	面積当り保健婦数 (人/100km ²) **
室戸保健所管内(L5)	1.9	2.3	2.4	85.5%	2.5
安芸 " (L5)	2.1	2.6	2.7	87.1	1.7
土佐山田 " (L5)	2.0	2.4	2.4	77.8	2.7
本山 " (L5)	2.3	3.5	4.8	87.4	1.3
中央 " (RU1)	1.2	1.3	0.8	64.8	7.1
佐川 " (L5)	2.1	2.6	3.1	80.9	2.5
須崎 " (R4)	1.6	1.9	2.0	80.9	2.5
窪川 " (L5)	1.6	2.5	3.5	86.9	1.4
中村 " (L4)	1.3*	2.2	2.3	81.3	1.9
土佐清水 " (L5)	—	2.6	2.4	82.8	2.6

注: *土佐清水地域を含む
**昭和50年, 全国(3.6人), 高知県(2.5人), 北海道(1.0人)
高知県各資料より作成

っている。とはいうものの、林野面積比率の高い山間地を多くかかえる保健所管内ほど、面積当りの保健婦数が少なくなることに留意する必要がある。したがって、山間地が多いところは道路条件や機動力が整備充実できない限り、医療サービスを補完するどころか、保健サービスの提供もむずかしくなると推測される。

＜積雪期の保健医療資源＞

次に、豪雪地における保健医療資源の分布状況について概観しよう。といっても、豪雪地は元来山間地に多いので、一般に山間地にみられる様相を共通にもっている。しかし、冬期になるとこれらの様相は一変し、資源の偏在はさらに深刻になる。前述のように医療施設、医療従事者は都市に偏在し、郡部の住民はもともと「安易に利用できない」わけであるが、冬期になると、積雪により道路交通が阻害されて、それはさらにむずかしくなる。このことは年間を通じての無医地区（当該地域の中心から半径4 km以内に医療施設がなく、5,000人以上居住していて、安易に医療施設を利用できない地区）の状況と、冬期とのそれとを比較するとよくわかる。たとえば豪雪地を多くかかえる新潟県では、昭和50年3月末の年間を通じての無医地区は83（4市20町13村）あり、その地区の該当人口は28,004人であるが、冬期になるとさらに85地区（18市20町12村）、人口33,368人が加わり、無医地区数は2倍にふえて168地区になる。

このように豪雪地では、山間地にみられた医療施設などの偏在問題がより深刻さをましてあらわれてくる。そのため、豪雪地では、概して表15のように、冬期に備えて住民自身が自らの健康状態を知り、疾病を予防し、ま

表15 豪雪地にみられる冬期準備のための保健医療対策（複数回答）

対 策	構 成 比 (%)
降雪前診療, 検診	58.5(24)
へき地医薬品配布	73.2(30)
救急協力の家等に薬の配置	43.9(18)
健康相談, 健康教育	34.1(14)
救急協力者のための研修会	2.4(1)

注: 新潟県無医地区調査より作成 (100.0=41)。

た潜在疾病を早期に発見し早期に受療するために、降雪期前になると巡回診療、総合検診の機会が提供される。そして、これらの診療・検診の結果、冬期間に危険な状態が予測される場合には、あらかじめ入院がすすめられる。また、それ以外の要治療者には医師や看護婦の出張診療・遠隔診療によって投薬が続けられたり、無受診で服薬が郵送されたりしている。容態の変化があった場合、保健婦から医師に連絡され、処方がかえられることもある。また、このような無医地区住民の冬期健康管理に備えて、保健婦によって「健康相談」、「健康教育」、「部落懇談会」、「出稼者留守家族懇談会」などの機会が提供されている。

だが、これらの対策で豪雪地の健康問題に十分応えているとはいえない。確かに行政などの努力によって、道路の整備、除雪、防雪などの対策¹⁴⁾がすみ、無医地区といえども道路交通事情は改善され、新潟県の例でいうと、夏期と冬期との通院時間に変わりが無い無医地区が22.0%あり、出張診療体制の必要のないところが24.4%¹⁵⁾もでてきている。積雪期には、道路が確保できなかったり、

表16 保健婦訪問に要する交通時間（片道）

冬期時間	訪問時間	構成比	夏期との差	構成比
分未満 ～ 30		% 4.9(2)	分未満 ～ 15	% 9.8(4)
30～ 60		31.7(13)	15～ 30	4.9(2)
60～ 90		19.5(8)	30～ 45	19.5(8)
90～120		24.4(10)	45～ 60	19.5(8)
120分～		17.1(7)	60分～	26.8(11)
不 明		2.4(1)	な し	17.1(7)
/		/	不 明	2.4(1)

注：新潟県無医地区調査より作成

道が狭く雪上車が通れなかったり、雪崩れなどの危険箇所があったりする。そのため、通院が困難であったり、また医師不足ということもあって、出張診療もできない地区もある。また、降雪前の総合検診といっても、住民のほとんどが農林業に従事していることから、集団的に実施される検診になじみにくいし、地域の広域性から全域的に網羅することは不可能であり、老人や病弱者などの要検診者ほどとり残されていく。つまり、道路が確保できないような雪深い谷合いの部落に住む人々や老人、病弱者といった健康問題を多くもつ人々ほど、保健医療上の恩恵から遠ざかることになる。

ところで、保健婦はこのような住民をフォローアップし、彼らの健康管理を支援・援助することを期待されている。彼女らはこの期待に応えようとして、新潟県では冬期は夏期よりも片道で1時間前後多くかけ、実時間で1～2時間かけて無医地区を訪問している(表16)。しかも、その訪問件数や日数についても、冬期は検診がないということもあって、夏期より少ないということはない。年間を通じての月平均家庭訪問日数・件数は無医地区によって格差が大きい、それぞれ0.96日、3.88件で、冬期(12月～翌年)3月についてみると、1.10日、4.08日であるから、むしろ冬期のほうが少し多いように思える。このように夏期とほぼ同じ日数をかけて部落世帯を訪問している。その他、冬期間に健康相談、健康教育の機会をつくったり電話で相談をうけたり、あるいは保健推進員を通じて部落の状況を把握したり、保健に関するニュースなどを郵送したり、多様な方法を用いて活動している。しかし、後述するように豪雪住民の健康問題を十分に応えるにはまだ多くの工夫が必要とされている。

＜積雪期の緊急医療資源＞

豪雪地における通常時の医療体制としては前回述べたように降雪前の巡回診療があり、その後の出張診療、通

院、あるいは薬の郵送があり、患者以外のものが薬をとりにいたり、また降雪前に家庭などに薬が配布されたりしている。しかし、緊急時においてはこのような体制では対応しきれない。冬期の豪雪地の緊急時の医療については、次のような3つの体制で対応されている。

その1つは救急看護体制である。山形県では「保健婦の担当地区内に患者が発生した場合、患者の状況を担当医に通知し、他に講ずべき方法がない場合、担当医が、担当保健婦に電話などで応急措置をとるように指示し、保健婦は保健連絡所に備えた救急医薬品を患者に適用することができる」とされている。また新潟県では、緊急時における措置の指導者として市町村に看護師をおき、また潜在化している看護の有資格者を救急協力員として「救急協力の家」に配置し、救急の処置に協力させている。このように緊急時の第1次的な体制として看護職などによる救急看護体制がみられる。

もう1つは医師の往診体制である。しかし、この体制で対応しきれるのは医療施設からほぼ2km前後(新潟県の場合)であることが多い。

また、患者輸送体制もこの緊急時医療に不可欠なものとなっている。一般にはそり、スノーボード、雪上車、患者輸送車などが用いられ、1時間前後(新潟県の場合)かけて医療機関へ輸送されている。

ところが、これらの豪雪地にみられる緊急時の医療体制については、いくつかの問題をかかえている。たとえば、患者輸送体制についていえば、確かに最近では道路が整備され、無雪化もすすんできているが、それは主要道路に限られている。そのため、無医地区では普通重傷病者を輸送するのにスノーボードが用いられている(新潟県全体で昭和50年に117台配置されている)。しかし、これは雪をある程度圧雪しないと動けない。最近の過疎化、出稼ぎに伴って、若壮年者がいないので、老人や女子の労力に頼ることになり、残る問題が大きい。部落によっては患者輸送用の雪上車が配置されているところがあるが、まだ多くは普及せず(新潟県では昭和50年に7台配置)、急患輸送の不安が解消されるまでにはいたっていない。

また、最近では電話が普及してきているところから、医師との連絡がとれ、往診を求めることも容易になったが、医師の市部への偏在や高齢化に伴ってこの往診体制も困難になってきている。そのため豪雪地では医師往診用小型雪上車が診療所に配置され(新潟県昭和50年15台配置)、少しでも雪中徒歩の困難さが軽減されるように

表17 北海道における支庁別にみた保健医療資源

(上段：面積 100 km² 対，下段：人口10万人対)

支 庁	①医 師	②歯科医師	③看護婦・ 准看護婦	④助 産 婦	⑤診 療 所	⑥病院病床	⑦保 健 婦
石 狩	58.84 176.9	15.19 45.7	131.96 396.7	7.60 22.8	22.48 17.6	471.55 1,417.8	4.14 12.4
空 知	70.0 86.7	1.96 24.3	30.23 374.4	1.49 18.4	3.81 47.2	133.57 1,654.2	1.58 19.6
上 川	4.91 8.73	1.52 27.0	19.79 351.6	0.92 16.4	2.76 49.0	71.62 1,272.5	1.25 22.1
後 志	7.77 95.0	2.85 34.9	28.79 351.9	1.97 24.0	5.31 64.9	118.26 1,445.3	1.11 13.5
檜 山	1.65 59.3	0.53 18.9	6.24 224.7	0.46 16.4	0.88 31.6	29.49 10	0.43 17.7
渡 島	14.29 98.5	4.32 29.8	56.05 386.2	3.11 21.4	8.49 58.5	226.44 1,560.2	2.22 15.3
胆 振	10.03 83.4	3.43 28.5	43.87 364.8	2.62 21.8	5.49 45.6	160.63 1,335.8	1.59 13.3
日 高	1.34 60.5	0.48 21.4	3.97 178.8	0.56 25.1	0.87 39.1	26.38 1,188.1	0.58 26.1
十 勝	1.88 59.7	0.85 26.9	7.40 234.3	0.66 21.1	1.62 51.2	32.00 1,014.0	0.81 25.7
釧 路	3.52 73.0	1.13 23.5	15.88 329.9	0.77 15.9	2.07 42.9	53.51 1,111.8	0.67 13.8
根 室	1.13 40.6	0.46 16.7	6.01 216.7	0.43 15.6	0.78 28.1	32.38 1,166.7	0.75 27.1
網 走	2.05 59.6	0.83 24.2	10.77 313.1	0.75 21.8	1.54 44.9	45.02 1,309.0	0.90 26.1
宗 谷	1.15 41.1	0.44 15.7	5.96 212.4	0.59 21.0	0.88 31.5	22.25 792.8	0.56 20.1
留 萌	1.47 60.5	0.67 27.2	6.53 265.4	0.52	1.13 45.4	23.83 968.7	0.35 14.1
全 道	6.93 104.0	2.09 31.4	23.02 345.5	1.38 20.7	3.56 53.5	89.61 1,344.7	1.15 17.3
全 国	33.5 116.9	10.7 37.5	83.9 293.1	7.1 24.8	19.1 66.6	298.2 1,041.5	4.0 13.9

注：①～④⑦は、「北海道衛生行政概要」(昭和48年)より作成
 ⑤～⑥は、「広域生活圏別医療機関調」(昭和48年)より作成

努力されている。

豪雪地ではこのように問題をかかえながらも、従来とは異って電話や道路が整備充実し、無雪化、圧雪化もすすんでおり、緊急時の医療機関の利用は大変容易になってきたという基調はある。しかし特定の地域ではまだ大きな問題を残したままである。つまり、山間深く切れこんだ雪深い谷合いの部落などは雪崩れもあり、地形上などからいって人肩輸送に依存しなければならないし、通信施設についても小集落は未設置のところもあり、緊急時における医師との連絡さえ困難な実情がある。

(3) 広 大 地

最後に、広大地型へき地を多くかかえる北海道の保健医療資源の分布状況について概観しておこう。すでに表

2、表3でみてきたように、北海道のへき地は広大地であるばかりでなく、山村、豪雪地指定の山間地、豪雪地型のへき地でもある。それゆえ、そこでの保健医療資源の分布状況は前述の山間豪雪地と共通する様相をもっている。それについては略し、広大地に特徴的にみられるものに限定して言及したい。

図2の対面積当りにみた北海道の医師の分布状況に代表されるように、地域がかなり広大なため医療資源を「容易に利用しえない」地域が多く、全国からみた格差も大きい。たとえば、医療施設、医師を容易に利用しえない無医地区が多いことは表3のとおりであるが、その中でも最寄りの医療施設まで20km以上もはなれている地区の割合は全国では7.7%であるのに、北海道は15.2%

もある。確かにこのような全国との格差も最近の道路の整備や自動車の普及とともに漸次縮少してきているが、支庁別にみるとまだかなりの格差がある。表17の人口10万対で医療施設数、医師数をみても、札幌市、小樽市、函館市などの都市を含む石狩、渡島などの支庁への偏在がうかがえ、面積100km²対でみると、その傾向はいっそうはっきりする。

したがって、石狩などの支庁では全国水準以上に達しているものの、宗谷、根室、留萌などの各支庁ではその貧弱さをまぬがれず、人口10万対でみると医師数などは石狩支庁の45分の1、全国の30分の1になっている。このことは歯科医師、看護婦、助産婦などの医療資源についても同様の傾向がうかがえる。このようにして北海道では宗谷、根室、留萌、釧路、網走などの各支庁を中心に昭和48年で無医地区数354（105市町村）を数え、その地区の該当人口は108,175人にもなっている。そこで、北海道ではこの10万もの地区住民を対象として巡回診療を実施したり、また最寄りの医療施設へ通院するために患者輸送車を各市町村に配置している。しかし、それらは無医地区全体の中でも、それぞれ33.9%、44.1%しか実現をみておらず、十分な対応ができていない。

ところで表17をみると、保健婦数は、人口10万対でみる限り石狩支庁などより宗谷支庁の方が多く、医療資源の不足を補うような形になっている。しかし、面積100km²当りで見るとその逆になるので、宗谷、留萌、根室、釧路などの各支庁では道路条件、機動力が整備充実できない限り、医療サービスの不足を補うどころか、保健サービスの貧弱さもまぬがれないと推測される。市町村道における舗装率3.4%、除雪率56.3%（昭和47年）、自動車の保健所未配車率23.7%（昭和51年）¹⁶⁾から考えると、そのような問題をかかえる地域の存在が予想される。

以上のように宗谷、根室支庁などは過疎化の進行に伴った成人、老人¹⁷⁾、母子¹⁸⁾などの健康問題の大きさにもかかわらず、保健医療資源の貧弱な分布になっている。

4-2 保健医療過程

へき地では健康問題の大きさにもかかわらず、保健医療資源が貧弱なことはすでにみてきた。では、そのような中で稀少な資源は地域住民に実際にどのような形で適用され、またそこにはどのような問題が存在するのだろうか。

ところで、一般的にいて保健医療資源の住民への適用の過程には2つの側面がある。一方は、住民の側からみたもので、彼らもつ保健医療欲求の「充足」過程を

意味している。他方は、資源（とりわけ専門従事者）の側からみたもので、住民の保健医療ニーズへの「援助」過程を意味する。そこで、本稿ではさきの適用過程を、住民の保健医療行動による保健医療欲求の「充足」過程としてとらえ、へき地にみられる援助過程で問題となっている諸相について言及してみたい。

(1) 離島

離島といえども多様であり、画一的に述べることができないということはすでに指摘したが、保健医療資源の分布については大きくいて3つの型に分けることができる。その1つは、島内に診療所はもちろん病院さえ備えている「孤大島」、「群主島」であり、もう1つは、医師の1名さえいない「孤小島」、「群属島」、最後に医師はいなくとも比較的容易に渡海し、医療施設を利用することができる「内海島」である。ここで離島住民の保健医療行動を検討するにしても、少なくともこの3つの型を区別して考えなければならない。

<通常時医療過程>

では、離島住民はどのような保健医療行動をとっており、そこにはどのような問題があるのだろうか。ここでは受診行動にしばって考えようと思う。

後で実証するように、医療施設までの交通条件が悪い地域では、自覚症状が進行し、かなりの受診欲求がない限り受診行動はとられがたい。そのためこのような地域では住民の受診率が低く、それだけ「手おくれ型」の疾病が多くなる。そのため、1件当りの診療費も高くなる傾向がある。このことは離島についてもあてはまるが、前述のように離島の中でも格差がある。たとえば、新潟県の栗島（孤小島）、佐渡ヶ島（孤大島）、市町村計のそれぞれの受診率¹⁹⁾（入院、入院外、歯科）、1件当り費用額（49年度）を比較するとそれがよくわかる。

▷栗島（栗島浦村）＝受診率384.3、1件当り費用額9,851円▷佐渡ヶ島（新穂村）＝受診率512.5、1件当り費用額8,023円▷市町村計＝受診率524.8、1件当り費用額7,536円。

本土の岩船港（村上市）まで片道2時間を要する²⁰⁾栗島は、医師の常駐しないへき地出張診療所しかないのに対し、本土の新潟港まで片道2時間20分（高速艇で55分）を要する佐渡ヶ島は5つの病院を擁し、一般・歯科診療所は68保有している。このような住民の資源への絶対的なアクセシビリティ（利用のしやすさ）の相異は受診率などに明確に反映している。

以上のことから、離島、なかでも「孤小島」などに

「気づかず型・がまん型・手おくれ型」疾病が多いと推測される。また、そのような疾病の多寡は後述するように対象の経済・社会的条件によっても影響される。とりわけ離島住民の所得が低いことや運賃、宿泊費などが高いこと、さらには「通院に要する時間や日数だけの稼ぎ高の減少」などの経済的条件による影響が大きい。したがって、「孤小島」などのようにめぐまれない経済的条件をもつ島はこの点からみても問題が大きい。

＜巡回診療過程＞

巡回診療・検診は以上のような離島の医療資源の不足を補完するために実施されている。しかし、そのような資源が所期の成果をあげるにはそれなりの条件が必要である。そのような条件を示唆する興味深い事実があるので紹介しよう。

ある島では診療班、検診班がくるたびに受診者がふえ、碇泊時間さえ延ばされることがあるが、もう1つの島では頻繁に班がくるにもかかわらず、受診者も少なく、歓迎もされていない。これはどうしてであろうか。いくつかの背景があるが、その1つは「常駐医師がいて適切な医療を行っているかどうか」に関係している。そのような医師がいるところでは住民は医療サービスの成果を知っており、たとえ3日分の投薬でもほしいと思って受診者が多くなるが、そうでない島では継続治療をうけたことがなく、治った経験も少ないため、どうせ治らないと考えやすい。もう1つの背景は班の診療科目（とくに専門科目）や診療後のケアやその地元でのケア継続性の問題である。受診科目が少なかったり、診察後のケアや地元での継続したケアのない場合、不足する専門医への受診欲求がみだされないとか、「検診のための検診」、「研究に利用されるだけ」という印象をもつとかで、初回は別にして回を重ねるたびに受診者が少なくなる。これらのことから推測すると、診療班の専門科目が多く、診療後のケアにくふうがあり、また島の医師や担当の保健婦がいて、それらとの連携によってケアの継続があると、受診者はふえ、その成果は相乗的に高まることになる。たとえば、鹿児島県の保健所（内科系）、県立病院（内科・外科系）の巡回診療と鹿児島大学（総合科目）のそれとを比較すると、このことがよくわかる。前者はそれぞれ1万人程度の町で1地区平均24人、77人であるのに対し、後者は同じ規模の町で1,620人と格段に多い。これは後者が総合科目で診療期間も1週間と長く、町立診療所（鹿大医師派遣）や地元医師との連携があるという好条件がそろっているためと思われる²¹⁾。

以上のことから考えると、医師や保健婦によって継続した保健医療活動を行っている島は、保健医療資源が不足していても専門科目の多い巡回診療をおこなうと、住民はそれをうまく利用し、島の医療不足を補完する意味をもつが、そうでない島ではその意味がうすれる。また、診療班の方も受診者が少ないと、入院患者をみている方がまだなどという不満をもち、診療時間を短くするため、せっかく受診しようとする対象は受診できなくなり、相互の意思の疎通を欠いて受診者がさらに低下するし、島民は心をうちつけて相談しなくなる。このようになると巡回診療は島の医療を補完するどころか、かえって阻害するようなことになる。

このようなことから、医師や保健婦による保健医療活動をしていない島では、たとえ診療班、検診班によって受診・受検の機会がつけられても、島民はこれをうまく利用できず、かえって彼らの健康問題をこじらせることにもなる。この点からみても、医師や保健婦の活動がみられなく、巡回診療もたまにしかない「孤小島」、「群属島」などの問題は大きい。

＜保健医療連携過程＞

といっても、島に医師さえいれば島民の適切な受診行動をはかれるということにはならない。このことに関して興味深い事実があるので紹介しよう。ある島の医師は診療時間に構わず往診に呼ばれ、外来に数多くの島民が訪れ、自分の時間もないほど頼られる。一方、同じような条件にある島では島民は病気になっても売薬ですませ、医師にみせようとしないう。診療所に行っても自分で診断を下し、薬だけを要求する。つまり、一方は島民と医師との間に信頼関係ができていないが、他方はできていない。

このような関係を規定している要因はいくつかあるが、ここで大きく2つの要因を指摘しておこう。その1つは、離島の診療所と本土や本島の病院との連携体制ができていないことによるものである。島にしばしばみられる事実であるが、重い慢性疾患や高度な治療を必要とする場合は島の医師を信頼せず、本土や本島の大きな病院にゆき、比較的症状が軽く一般的な疾患については島の医師のところにくる傾向がある。たとえば前述した新潟県粟島の医師の常駐していた昭和33年の国保医療給付状況を見ると、島内医療施設で受診しているものは、全受診件数の78.4%であるが、受診実日数では全体の63.8%と少なくなっており、島内では、症状が軽く長い受診日数を要しない疾患について多く受診している傾向がわかる。

島民のこのような行動は、医師にしてみれば、仕方がないと思いつつも、平素は世話になっておきながら、むずかしい病気になると相談もなく本土や本島にいつてしまふという不満をもって²²⁾、実際に十分な診断・治療費もなければ、彼の援助で2次的医療へとむすびつけたりすることができないことから、相互の関係はもつれていき、まずいものにもなっていく。そして、せつかく医師がいても島民はそこには受診しなくなり、医師の島への定着意欲も失われていく。このような関係を改善するためには、島の医師が積極的に本土や本島の専門医に相談できたり、島民の入院措置をはかれるような本土や本島の病院との連携体制の充実が必要であろう。

もう1つの要因は、保健婦などとの連携がないことによる問題である²³⁾。保健婦の援助によって島民が日常の健康管理を行って行けば、健康問題に対する姿勢や医師を利用する姿勢も異なってくる。たとえば、保健婦や養護教諭のいないところでは、島民は重い疾患でも自覚症状がなければ受診しないが、ちょっとした傷病でも出血したり自覚症状があると不安になって診療所に頻繁におとずれるため、医師や看護婦は大変忙しい思いをしているところが多い。これは保健指導の必要を示唆している。つまり、保健婦などの援助によって住民が日常の健康管理をうまくできるようになっていけば自分の健康状態がどのようであるかを判断し、医師の利用についても適切な行動がとれ、島民と医師との人間関係の問題についても未然に解消できることもあるだろう。

以上のことをまとめると次のようになる。離島においては保健医療資源が貧弱であるから、潜在疾病が自然ふえてくる。とりわけ医師などを欠く「孤小島」、「群属島」などには多くなるだろう。だからこそ、保健と医療、地元医療施設と本土は専門病院、地元医療施設のそれぞれの連携を充実する必要があるが、現在ほとんど欠けているといっているだろう。このことは離島についての平均的な問題であり、とくに「孤小島」などの問題は大きい。また、交通条件の改善や直接医療費外負担の軽減（簡易宿泊所の設置等）など受診環境を改善することも軽視できない問題である。

<緊急時医療過程>

最後に、島民が緊急時の医療事態に対してどのような医療行動をとり、またそこで問題にはどのようなものがあるかについて検討してみよう。これらは島の医療や交通条件によって差がでてきている。すなわち、前述のようにそれらの諸条件に比較的めぐまれた「孤大島」「群

主島」「5,000内海島」において緊急医療（ヘリコプター、救急艇などの要請）を求めた事例について調べると、疾病というより、むしろ事故の発生による場合が多い。たとえば「孤大島」は、疾病37.2%、事故62.7%であり、「5,000内海島」は、疾病43.5%、事故56.5%になっている²⁴⁾。ところが、他の種類の島では、疾病による場合が多い。たとえば「孤小島」では、疾病58.6%、事故41.4%になっている。これは1つには比較的面積が広くて人口の多い島は、交通事故や労働災害の発生する機会が多いということがあるが、それ以上に「孤大島」などの島は疾病の相当部分を島内の医療施設で解決されているということである。また、疾病についても、「孤大島」などは重篤な患者のみが緊急医療の対象となる割合が高く、その他では比較的軽いものが救急医療の対象となつてあらわれる²⁵⁾。

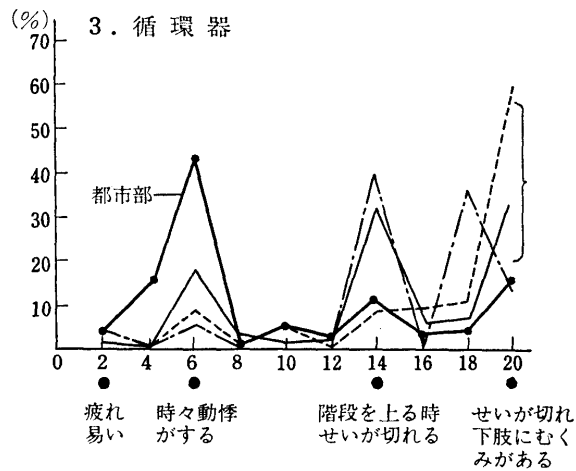
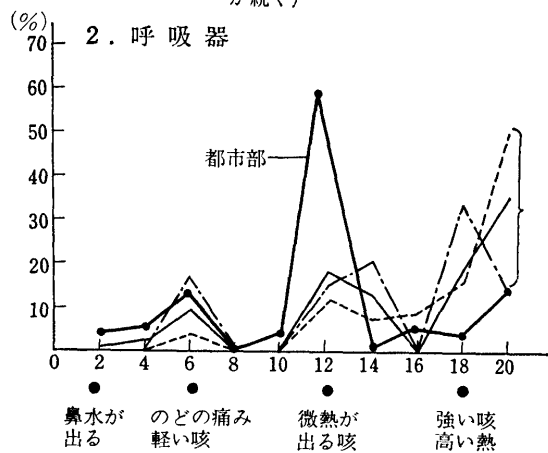
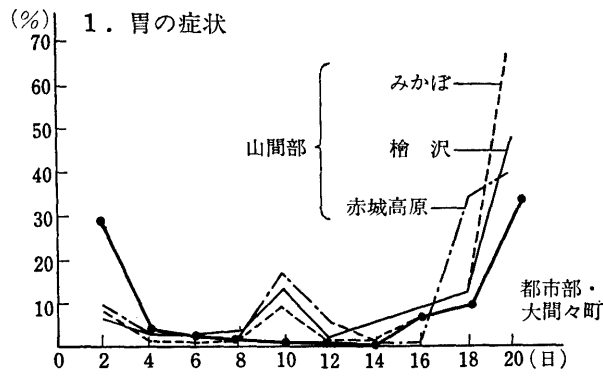
ところで、外海にある「孤大島」、「孤小島」、「群主島」は緊急医療の際に自衛隊のヘリコプターを要請することが多く、患者搬出手段としてそれぞれ順に77.8%、48.2%、50.6%がそれに依存している。また「群属島」、「外海近接島」、「内海離島」は本土や主島に近いので、定期船、仕立船、救急艇などに依存している割合が高い。その中でも、医師の常駐しない「孤小島」などでは、島民は不安のため軽症者でもヘリを要請する傾向が高かったり、添乗の必要な医師がいないため、搬出者と島民とのトラブル（「いちいち軽症者のためにとべない」「輸送中の事故がこわい」といった例）をおこし、それ以後の搬出体制をまずいものにしてしまうことがしばしばある。

以上のように条件の悪い「孤小島」などでは、緊急時の医療過程においても問題が大きい。

(2) 山間・豪雪・広大地

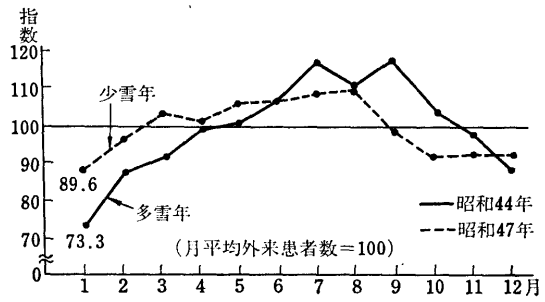
では、山間豪雪地などの住民の保健医療行動についてどのような問題が存在するであろうか。ここでは彼らの医療施設への受診行動を例にとりて考えてみよう。

図3をみると、山間地のように医療機関までの交通が不便なところでは、胃、呼吸器、循環器などの疾病については、自覚症状が比較的進行した後でないといふ受診行動がとられていないことがわかる²⁶⁾。一般に受診行動などは自覚症状の「ある、なし」に影響されるところが大きい。このように交通条件の悪い山間地などでみられる最初の受診行動がかなりの自覚症状を必要としているところからみて、予防行動や継続した受診行動はむずかしいと思われる。したがって、山間地などにおいては、「気づかず型・がまん型・手おくれ型」などの疾病が自然に多



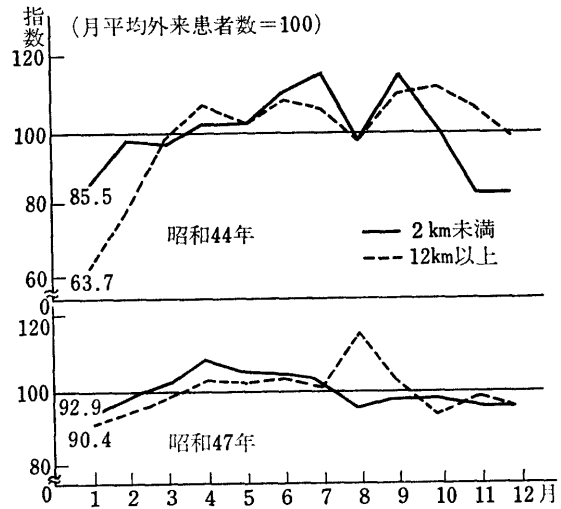
注：群馬県医師会「診療，住民意識，栄養調査」（昭和49年度）より作成

図3 自覚症状度別にみた受診行動(山間部，都市部)



資料：鈴木寛氏提供

図4 月別外来患者指数



資料：鈴木寛氏

図5 通院距離別・月別外来患者数

表18 地区住民の冬期通院に要する時間(片道)

冬期通院時間	構成比	夏期との差	構成比
~30分未満	2.4(1)	~15分未満	14.6(6)
30 ~ 60	19.5(8)	15 ~ 30	17.1(7)
60 ~ 90	22.0(9)	30 ~ 45	14.6(6)
90 ~ 120	24.4(10)	45 ~ 60	14.6(6)
120分~	24.4(10)	60分~	9.8(4)
不明	7.3(3)	なし	22.0(9)
/	100.0(41)	不明	7.3(3)
			100.0(41)

注：新潟県無医地区調査より作成

表19 年齢別、月別外来患者指数（昭和44年）

年齢	月	1月	2月	6月	7月
0 ~ 19歳		63.9 (124)	91.2 (177)	133.4 (259)	123.1 (239)
20 ~ 64歳		78.6 (375)	94.5 (451)	104.4 (498)	109.4 (522)
65歳~		76.9 (119)	82.0 (128)	100.8 (156)	104.6 (162)

注：月平均外来患者数=100.0 （鈴木寛氏提供資料）
カッコ内は実数

くなる。山間地を含む郡部の受診率の低さ、1件当りの診療費の高さはその証左といえる。

山間地にみられるこれらの保健医療行動上の問題は、冬期豪雪地になるとさらに深刻である。たとえば、新潟県の無医地区を対象とした調査によれば、表18のように地区住民の冬の通院所要時間は夏のそれよりも片道で60分（最頻値）多くかかり、おおよそ2時間にもなるからである。そこで、新潟県東浦原郡管内県立津川病院²⁷⁾の各月毎の外来患者数をとりあげ、多雪年と少雪年との比較を通じて、積雪期の受診行動について検討してみよう。

図4のように、少雪年（津川町最高積雪量80cm）である昭和47年の冬期外来患者と多雪年（同185cm）の昭和44年のそれとを比較すると、外雪年の冬期外来患者数の方の相対的な落ちこみがみられ、雪による影響がうかがえる。また、これは通院距離別にみると格差がみられる。図5のように少雪年の昭和47年においては、遠距離者の受診状況と近距離者のそれとの夏期・冬期の差はあまり目立たないが、多雪年の昭和44年にはその差ができており、医療施設から遠距離にある人々ほど雪の影響を大きくうけていることがわかる。このように、豪雪地では元来容易に利用できる医療施設が少ないばかりでなく、12月～3月の積雪期になると、その利用はさらにむずかしくなり、積雪量が多く、遠距離にあるほど、その度合が高まるといえる。その意味では山間豪雪地であり、広大地である北海道山間部は、このような問題を大きくかかえることになる。

ところで、この受診状況は年齢によっても格差がみられ、表19のように冬期は幼若年層・高齢層が雪の影響を受けやすく、外来患者数の相対的な減少がうかがえる。このように、受診行動は医療施設への交通条件、積雪（量）、年齢に大きく影響をうけるといえる。

また、受診行動は、これら以外に対象のもつ経済・社会的条件にも大きく影響をうける。北海道宗谷支庁での

「高血圧患者に関する実態調査」²⁸⁾によれば、治療中断の理由として、「自覚症状のない（全治療中断者の65.2%）」ものを別にすると、「交通条件が不便（同8.9%）」のほか、「仕事が忙しい（同30.4%）」、「経済的に困る（同10.3%）」などが目立つ。なかでも、「仕事が忙しい」という理由をあげたものは、30～59歳の働きざかりの層であり、有職者全般に高い割合を示している。あるものは数少なくなった家族労働力に依存した専業農漁業を営み、あるものは（臨時）雇用者、日雇、内職、出稼などを兼業しながら農漁業を営む。そこには「少しの自覚症状ぐらい感じられても、働かねばならない」現実があるといえる。また、「経済的に困る」という理由をあげたものは、年齢ではとくに60歳以降に多く、職業別にみると日雇労働業、農業、無職などに多い。一般に日雇者世帯、農耕世帯（とくに専業）、高年齢層の所得水準が低い²⁹⁾こと、また彼らの加入が多い国保、日雇健保の給付率が低いことから考え、この理由には対象の所得水準や加入保険の給付率が反映しているものと推測される。またこの調査によれば、医療施設への通院所要時間（片道）が1時間以上かかるものが農業者の中に30%もいることをみると、交通費がかさむのも一因ではないかと考えられる。

以上のように、受診行動には交通条件、積雪（量）、年齢、経済・社会的条件がからみ、それらの条件の悪いところでは、進行した自覚症によって受診欲求がかなり高まらない限り自然には顕在化しにくく、大体は買薬行動ですまされ、「がまん型・手おくれ型」などの疾病を多く生んでいるといえる。

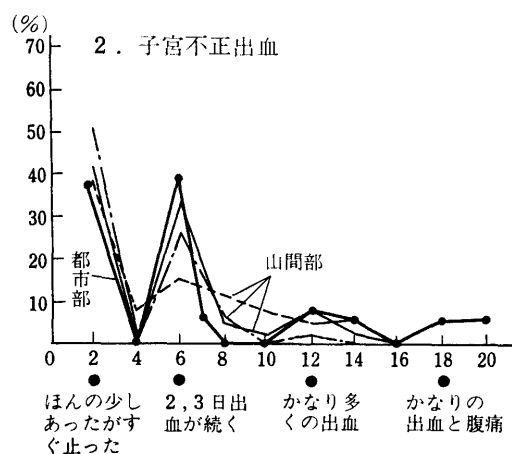
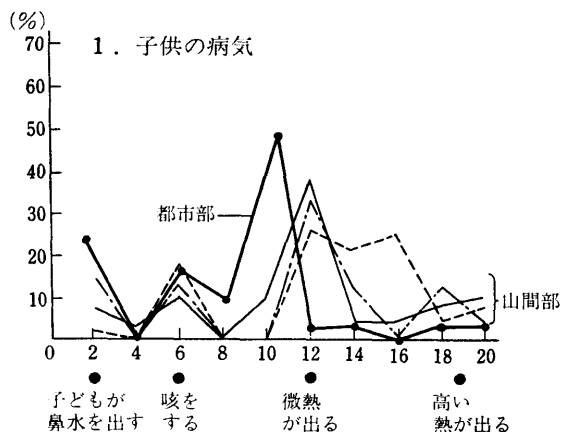
ところが、図6のように、山間部でも「子どもの病氣」、「子宮不正出血」の際の受診行動については、医療施設への交通条件の不利を克服し、都市部とほぼ同じような受診傾向がうかがえる。この2つの疾病から推測すると、「健康問題が対象にとってどれだけ重大な結果をもたらすか」という対象のもつ価値観によっても、彼らの保健医療欲求や行動は大きく影響をうけると思われる。したがって、保健婦などの健康教育・相談、保健集団活動などの結果いかんによっては対象が自らの健康問題に対する価値観を変容させ、自らの健康のために交通条件や経済・社会的条件などの不利を克服し予防行動、早期受診行動などをとるようになっても不思議ではない。

以上のことを総合して考えてみると、へき地住民の保健医療行動がより改善されるには保健医療資源が身近なところにあり、対象への健康教育などが適切に行われる

ことが必要である。

だが、山間豪雪地などの多くの住民にとって、そのような状況は望めそうにない。そこでは一般に医療施設、医療従事者が偏在し、それらを容易に利用できない状況にあることはすでに述べた。たしかに道路の整備や自動車の普及がすすみ、前述した雪深い谷合いの部落などを除いて、従来のへき地のイメージはなくなり、緊急時の医療資源の確保は比較的容易になっているが、少々長く通院しなければならない慢性疾患患者などの医療過程の問題はまだ大きく残っている。医療施設へ通院するのに1日がかかりというところが少なくないからである。また、たとえ最寄りの医療施設へ訪れたとしても、そこでは医師は少なく、患者が多いため、きわめて短期間の診療に終わり、患者の疾病に対する不安感の解消するような指導がされていないことが多い。そのため医療に対する期待や信頼を失い、医療を中断している場合も決して少なくない。また、専門医の必要とするものや重い疾患と思われるもの場合、住民は地元の医師を信頼せず、大都市の大きな病院に行き、他方軽い症状で一時的な疾患では、地元の医師のところに行くということがしばしばある。北海道南宗谷での調査³⁰⁾によれば、地元以外の市町村(札幌、旭川など)へ出かける主な動機(複数回答)として、「地元で専門医がない(35.3%)」、「地元の施設ではなかなか病気が良くならず不安(24.8%)」、「みたてがよくて信頼できる(23.0%)」などがあげられているのはそのよい証左といえる。しかし、そのようなことは医師にしてみれば、一方では仕方がない思いながらも、「平素は世話になっておきながら、ちょっと重症になると町の医者へ移ってしまう」³¹⁾という不満をもち、両者の関係をまずいものにし、適切な医療過程が望めなくなる。もちろん、内科系が多く、年1回前後しか実施されない巡回診療ではこれらの問題を解消するわけにはいかない。これでは、「がまん型・手おくれ型」の疾病の増加は避けられないだろう。

そこで、こうした問題に対して、一方では医療施設、医療従事者の偏在の解消、通院条件(マイクロバス、雪上車の定時巡回など)の改善、医療施設間(とくに病院と診療所)の連携体制の充実が必要などである。だが、他方では、住民とともに問題を考え、彼ら自らが健康問題に適切に対応できる身近な方法や価値観が習得されるよう働きかける保健婦などの看護職が必要である。前述のように健康問題に対する価値観の変容は、人々の保健医療行動を大きくかえる。保健婦の働きによっては



注: 図3と同じ

図6 自覚症状度別にみた受診行動(山間部, 都市部)

日常の健康問題に対する姿勢、医療施設を利用する姿勢などの改善がみられ、問題を未然に防ぐとともに、人々の健康の保持・増進がはかれるだろう。

だが、へき地では保健婦の今後の働きに期待しなければならない面もある。たとえば、量だけで問題にできるわけではないが、新潟県では全市町村保健婦の月別平均訪問件数が1人当たり24.9件であるのに対し、無医地区担当保健婦の地区月別平均訪問件数は夏期3.9件、冬期4.1件と少なく、機動力の整備などによって充実されるべき保健婦の今後の働きを示唆している。

へき地での健康問題の大きさについてはすでに述べてきている。そこでは、とくにこれら保健資源の面での充実をはかり、医療との連携を高め、その相乗効果を期する必要がある。

本稿では、へき地住民の保健医療行動の中でもとくに受診行動にしばって検討してきたため、本来検討の必要な健康増進行動などについては言及されていない。これ

については稿を改めて記したいと思う。

【第4節注】

- 1) 日本離島センター「離島住民の意識に関する調査」(昭和49年), 全有人島313中調査回答島288
- 2) 広島県 有人島数=26, 内海島比率=100.0%, 無医地区=6▷愛媛県 同35, 85.7%, 8
- 3) 鹿児島県 同31, 9.8%, 37▷長崎県 同60, 1.7%, 50▷島根県 同6, 16.7%, 4
- 4) 竹内宏一他「へき地診療所医師に関する研究」日本医事新報, No. 2601 (昭和49年)。
- 5) 厚生省医務局総務課「無医地区に関する調査結果の概要」参照。
- 6) 山形県 県内全無医地区に対する検診, 巡回診療実施率86.3%, 69.9%
- 7) 石川県 同72.7%, 45.5%
- 8) 岐阜県 同70.7%, 47.4%
- 9) 和歌山県 同70.4%, 70.4%
- 10) 岡山県 同84.2%, 65.8%
- 11) たとえば, 青森県内にある全患者輸送車のうち, マイクロバス程度のものは20%。
- 12) たとえば, 公立藤田総合病院(福島県), 公立大島病院(山口県)などあるが, その輸送車は一部事務組合所有のもの。
- 13) 「遠隔医療」問題はここでは積極的な言及をひかえ, 稿を改めて論及したい。ここで新潟県津川地域の事例に限ってふれば, 次のいくつかの前提を考慮しなければならない。
(i)対象を慢性疾患患者に限り, その冬期の継続治療を目的としていること, (ii)医師と住民との長い信頼関係がある, (iii)従来, 保健婦や看護婦に電話で投薬指示していたものが, ファクシミリを用いて伝達が正確になっただけのこと, (iv)健康カードによって住民の長期にわたる健康の記録がある, (v)住民は本音では医師の直接の診療を望んでいること。
- 14) 「積雪寒道路法」(昭和31年), 「豪雪地帯対策特別措置法」(昭和37年), 「過疎地域対策緊急措置法」(昭和45年)などの法律にもとづく道路整備対策のこと。
- 15) 新潟県衛生部「看護係無医地区調査」参照。
- 16) 日看協保健婦部会北海道支部「家庭訪問についての調査」(昭和51年)道保健所45のうち回収分38の集計。
- 17) 昭和50年の脳血管疾患死亡率 全道=129.9, 宗谷=147.8
- 18) 昭和50年の乳児死亡率 全道=11.2, 宗谷=23.6
同年周産期死亡率 全道=15.6, 宗谷=17.0
- 19) 受診率=被保険者100人当り受診件数。
- 20) 6月~8月は定期便が多く日帰りができるが, 9月~5月は村上市に最低1泊しないと往復できない。

- 21) 鹿児島県衛生部「離島医療対策の考え方」(昭和50年)参照。
- 22)23) 竹内宏一他「へき地診療所医師に関する研究」日本医事新報, No. 2601 (昭和49年)72頁参照。
- 24) 日本離島センター「離島住民の緊急医療体制に関する調査」(昭和49年)26頁参照。
- 25) 同書参照。
- 26) 群馬県医師会「群馬県医師会僻地巡回診療モデル地区の診療, 住民意識, 栄養調査」(昭和49年度)参照。
- 27) 鈴木寛「豪雪地域の医療」, 病院, 35巻, No. 3, 昭和51年。
菊地浩, 鈴木寛「積雪地帯における医療連携システム開発に関する研究」(昭和49年)参照。
- 28) 北海道稚内保健所管内保健婦共同研究「宗谷管内における高血圧症患者の実態調査—治療の実態について」(昭和47年)。
- 29) 1世帯当り年平均所得額=一般常雇者世帯 248.3万円, 日雇者世帯=147.5, 農耕世帯=223.4万円。
厚生省「国民生活実態調査報告」(昭和50年)。
- 30) 北海道稚内保健所「医療問題アンケート調査の概要」(昭和49年)。
- 31) 竹内宏一他「へき地診療所医師に関する研究」日本医事新報, No. 2601, 昭和49, 72頁参照。

5. へき地の保健医療需給管理と政策

前節までに, へき地における平均的な健康問題, 保健医療問題について言及し, それらが「環海・山間・豪雪・広大地隔絶」, 「貧困」, 「過疎」, 「悪化した労働・生活環境」, 「兼業・出稼ぎ」, 「過重労働」, 「脆弱な保健組織」, 「貧弱な保健資源」, 「疾病」, 「貧弱な医療資源」, 「治療の手おくれ」といった諸要因の重層からなっており, へき地にみられる「社会問題」と「健康問題, 保健医療問題」との悪循環から構成されている, と仮説した。もちろん, そこには「過疎化」と「保健医療資源の流出・偏在」という問題があり, それらがこの悪循環をうながす背景になっていることは確認されなければならない。一方, これらの問題に対して, 従来はへき地振興政策, 過疎政策, へき地医療政策などによって公的な各種事業が実施されてきたが, それらは部分的な成果はあるものの, 所期の政策目的どおりにはいっていない。そこで, 本節ではこのへき地の健康問題, 保健医療問題の背景となった「過疎化」と「保健医療資源の流出・偏在」過程, 従来それらに対応しておこなわれてきたへき地の保健医療政策, 産業政策, 地域開発政策などについて概観し, 今後検討すべき課題や展望についても言及してみたい。

5-1 過疎化と保健医療資源の流出・偏在過程

＜過疎化の進行＞

過疎という言葉が初めて使われたのは、経済審議会地域部会の中間報告においてである。同報告によれば、過疎問題とは次のことを意味する。「人口減少地域における問題を“過密問題”に対する意味で、“過疎問題”と呼び、過疎を人口減少のために、一定の生活水準を維持することが困難になった状態、たとえば防災、教育、保健などの地域社会の基礎条件の維持が困難となりつつある地域では過疎問題が生じ、また生じつつあると思われる。」

過疎問題とは、人口減少によって従来の地域生活のパターン（リズム）を維持することができなくなったこと、あるいはなりつつあることとする。「過疎地域対策緊急措置法」によれば、このような過疎問題をもつ市町村は昭和50年4月1日現在で1,044団体、全市町村の32.6%を占め、その面積は国土の41.7%に達し、都市近郊を除くほとんどの農山漁村がそれに当たる。

この農山漁村からの人口減少は昭和30年代になって始まる。農林漁業を主とする第1次産業の就業者は、昭和30年の1,611万1,000人から40年は1,174万7,000人¹⁾と27%減少したのに対し、製造業、建設業、小売業、サービス業などの第2次産業、第3次産業の就業者は昭和30年の2,314万8,000人から40年は3,586万3,000人へと54.9%の急増を示したのをみてもわかるように、郡部に多い農林漁業就業者は都市産業に大きく吸収されるようになった。このように吸収された人口は主として若年の新卒者であり、19歳層が約70%、そのうち新卒者が約90%を占めている。こうして、郡部から若年層が流出し、農村漁業の担い手は女性、老壮年層になり、しかも東北、北陸などの単作地帯は出稼ぎがおこなわれ、その間は女性と老人と子どもだけとなった。このような農山漁村の急激な人口減少は、貧乏なへき地ほどその度合いが強かった。それはやがてへき地の生産基盤や生活基盤を崩壊させ、そのことがまた大きな人口減少を生むという悪循環へと導いていった。このように、地域生活の従来からのリズムをこわし、さらにはそのリズムを整える人々の「アイデンティティ」さえ大きく傷つけていくことが、人々の健康生活にどのような悪影響をおよぼしたかは前述したとおりである。

ところで、過疎化は本来このような人々の健康生活への悪影響を未然に防いだり、最小限にとどめるよう援助しなければならぬ保健医療資源の流出をも伴っていた。

そこで次に、過疎化に伴ってこのような保健医療資源の流出・偏在がどのように進行していったかを概観してみよう。

＜医療資源の流出・偏在＞

昭和30年以降、過疎化の進行とともに、医療施設、医療従事者が市部への流出・偏在を強め、過疎地では医療資源の過疎も生じていることはすでに表12、13の高知県の場合で確認したとおりであるが、これは一体どのような背景を確認しうるであろうか。

ここで従来からへき地など医療施設の不足する地域の医療確保に努力してきた国保直営診療施設についてみても表20のようにその直営施設数は過疎化の進行する昭和30年以降から大きく減少していった。昭和45年以降の最近の5年間にも236施設が減少し、該当地域はへき地など医療施設不足地域にもっぱら集中している。

このような減少の背景としては大きく2つのものが考えられる。その1つは、「医師の確保難」という問題である。国保中央会の調査²⁾によれば、へき地など医療施設の不足地域の国保直営診療施設では全体で237名欠員しており、診療所の充足率91.6%、病院の充足率は84.5%になっている。診療所の医師充足率が意外に高くなっているが、それは「当該施設が代替をもたない診療機関であるため、市町村を始め関係者の並々ならぬ苦労が重ねられた結果だ³⁾」と報告されている。しかし、実はこの充足は週1～2回の交代で勤務している非常勤医師に負うところが大きい。診療所医師の30.4%、病院医師の38.9%が非常勤医師である。したがって、常勤医師による充足率は、診療所で64.9%、病院では51.6%にすぎなくなる。しかも、危うく確保されている医師にしても高齢化は避けられず、国保直診全体（昭和48年）でみても、50歳代38%、60歳代30%となり⁴⁾、50歳以上が60%以上も占めているが、国保を含めたへき地診療所常勤医師（昭和47年）でみれば60歳以上は全国平均（昭和48年）⁵⁾

表20 国保直診施設数の年次推移

昭：年	30	35	40	45	48
診療所	3,156	2,365	1,822	1,395	1,231
病院	291	538	541	452	430

表21 県立田島病院診療圏人口の推移

	昭和30年	35	40	45	50
人口	43,708人	42,456人	37,184人	33,099人	31,180人

注：診療圏は田島町、下郷町、館岩村、伊南村

表22 県立田島病院の各種経営の推移

昭：年	40	42	44	46	48	50
1日平均入院患者数	60.9人	49.3	28.0	35.2	27.1	14.6
1日平均外来患者数	117.6人	98.8	69.1	98.5	64.1	62.8
病床利用率	87.0%	69.9	53.8	46.9	36.1	19.5
病床数	92床	52	52	90	90	90
常勤医師数	5人	3	1	3	0	0
常勤看護職数	22人	22	17	22	20	18
一般会計からの補助金	1,248千円	3,525	23,211	41,713	55,271	90,074

出所：福島県立病院年報及び地方公営企業年鑑

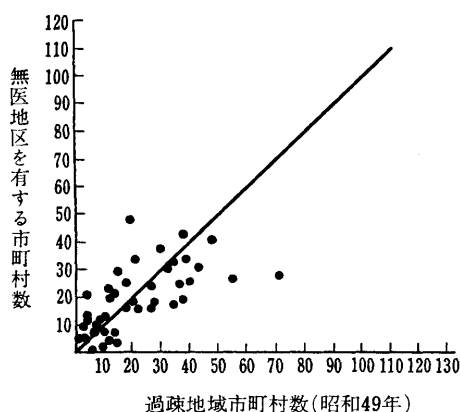


図7 都道府県を単位とした無医地区と過疎地域との相関

で19.2%であるのに対して54.4%にもなっている⁹⁾。

これらの医師不足、医師高齢化傾向は過疎化とともに年々進んできた。そこで次に、へき地診療所意識調査⁷⁾によって、これらの医師不足、高齢化を生み出した背景を医師行動論の立場から検討してみよう。同調査によれば、へき地に勤務した医師の動機は、「その他（親元病院の義務の派遣、市町村当局や医師会や知人の要請など）」が29.6%、「へき地医療に関心あり」が26.6%、「静かな自然の中で生活したい」が14.1%、「なんとなく」や「大学医局からの派遣」がそれぞれ8.5%、「高収入」が3.0%となっている。そして、その中で「条件が悪いが、使命感で今後も続ける」、「仕事が面白く将来も続ける」と積極的な定着意識を示すものは、「へき地医療に関心」と答えた人に多く79.2%、「静かな自然の中で生活したため」が53.6%、「その他」が54.2%、「なんとなく」が29.4%、「大学の医局からの派遣」が23.5%、「高収入」が16.7%となっている。一方、「なんとなく」という人は「不愉快だがずるずるいる」、「技術がみかけない、あるいは低報酬なので転向を考えている」など、53.0%の

ものが定着には消極的あるいは否定的な意識を強く示している。このことから考えて、医師がへき地の医療施設へ定着行動を示すときは、へき地の医療や生活への関心・義務感などといった定着動機がよほど強く存在している場合と推測される。それは、へき地で診療活動をつづけることが診療環境⁹⁾からみても、生活環境⁹⁾からみても問題が多く、犠牲が大きいからである。これらの診療環境や生活環境上での犠牲はへき地には宿命的にあったが、過疎化はそれをさらに大きいものとし、「へき地医療に使命感を感じるもの」や「後半生を静かな自然の中で生活したいもの」など、特定の動機をもった医師しか勤められなくなっている。ごく普通の医師が赴き、勤められる条件が少なくなってきたということである。台湾や韓国から医師¹⁰⁾を招へいせざるをえない今日の現状は、それを象徴している。これではへき地医療施設への医師の募集はなされ難く、医師の極端な不足・高齢化は避けがたいだろう。これらのことは、医師のみならず看護婦など他の専門職についても同様の傾向があるといってもよい。

ところで、へき地の医療施設を急減させたもう1つの背景をあげなければならない。それは「施設の経営難」の問題である。

過疎地は医療経営からみてもまったく採算に合わない地域である。それゆえ、公的な医療施設が採算を度外視して設置されていることが多いが、それらの経営状況はどのようなであろうか。福島県の南会津郡（昭和50年の人口密度は18.8、福島県平均は143.0）にあるへき地の医療を担当する県立田島病院の経営状況を例にとって考えてみよう。表21の診療圏（田島町、下郷町、館岩村、伊南村）の人口推移から昭和30年以降の過疎化の進行がうかがえるが、それにつれてこの病院の利用患者は入院・外来とも急速に減少している（表22）。また、この診療圏人口の減少に加えて、診療圏外に20%の患者が流出してい

ることも、その利用者減少の大きな原因である。これは自動車の普及や道路交通網の発達など、住民の生活圏が拡大したことにもよるが、昭和50年に明らかに示されるように、医師の異動・非常勤など診療体制の不安定性によるところが大きい。従って、前述の問題と大きく関連している。いずれにしても、このようにして表21のように経営収支の状況は悪化の一途をたどり、一般会計から毎年多額の補助金をうけている。このような例は田島病院だけに限らない。採算に合わないへき地などをかかえる地域病院の多くは同じ傾向をもっている。地域に多く設置されている国保直営診療施設はそのよい例である。昭和49年度の国保直営へき地診療施設693の決算状況を見ると、収入・支出合計差引額で13億4,000万円の赤字となり、市町村債等流動負債額が22億6,000万円ともなっている。そのような赤字決算施設数は282と、全体の40.7%にも達している。

以上のように、へき地の医療施設では過疎化の進行によって従来にもまして「医師確保難」、「経営難」が深刻化したため、閉鎖・廃止するところが増加した。したがって、へき地ではいまだに無医地区¹¹⁾が多く、昭和48年現在で2,044地区となっている（ただし、これは厚生省の調査結果であり、基準を同じにみても、都道府県段階のより実態に近い調査ではもっと多くなる）。図7の各都道府県の過疎市町村数と無医地区を有する市町村数との相関は、これらの状況をよくあらわしている。

＜保健資源の流出・偏在＞

次に地域の保健資源の1つである保健所、市町村の資源をとりあげ、その偏在状況を問題にしてみよう。

最初に、表23の高知県の人口1万対保健婦数を見ると、昭和37年から50年までの保健婦などの保健資源の分布については、医療資源のようにUR₁型保健所のある地方都市部に偏在していくというよりは、むしろL型保健所のある郡部過疎地に偏在しつつあるようにみえる。だが、これは昭和30年以降の郡部の人口の急激な流出による影響が大きい。とくに県保健婦数は定員枠があり、固定的であるため、自治体の人口が増減したからといって人口のように数が急に増減することはない。したがって、人口1万対でみると、地方都市部の保健所管内では人口急増に追いつかず、保健婦数は減少することになり、逆に郡部過疎地では人口流出とともに増加することになるのである。しかし、郡部に保健婦実数がそう増加しているわけではない。むしろ面積別にみると、保健婦数は郡部では少なく、市部へ偏在しているといえる。100km²当

表23 保健所型別管内保健婦*偏在過程（高知県）

保健所 (型, 人口密度**)	昭和30年	40年	50年
中央保健所 (UR ₁ , 470)	1.2人 277,390人 26人	1.3人 310,713人 41人	0.8人 371,504人 49人
室戸保健所 (L ₅ , 103)	1.9 41,739 8	2.3 35,342 8	2.4 33,921 8
本山保健所 (L ₅ , 28)	2.3 48,796 11	3.5 36,804 13	4.8 270,800 13

注：*保健所保健婦数+市町村保健婦数

**昭和50年現在

上段：人口1万対保健婦数，中段：管内人口，

下段：保健婦実数

表24 保健所型別平均専任医師定数, 実数(福島県)

	厚生省型 別定数	県定数	専任医師数	
			40年	50年
UR型保健所	4.7	2.0	2.0	1.7
R型 "	4.2	1.0	1.2	0.5
L型 "	4.0	1.0	1.3	0.3

り保健婦数はUR₁型（中央保健所）の7.1人に対し、L₅型（本山保健所、室戸保健所）は1.3人、2.5人となっている。このような傾向は高知県のみならず、ほぼ全国的にもいえそうである。また、保健婦未設置市町村（昭和51年¹²⁾）の43.6%がへき地、山村、離島、豪雪指定のある過疎市町村であることから考えると、郡部の中でもへき地とそれ以外の地域との間に保健婦数の格差があるものと推測される。

次に保健所医師の分布状況をみるために福島県の保健所を例にとりあげ、その型別にみた平均専任医師定数、実数についてみてみよう。表24のように、専任医師はUR（地方都市）型保健所についてはわずかにいるが、過疎地のようなL（人口希薄地）型やR（農山漁村）型保健所は昭和50年にもなるとほとんどいなくなり、兼任所長によって危く保健所法にもとづく保健所としての体裁がととのえられているといえる。ともかく、いずれも医師の実員数は定数よりかなり少ない。このような保健所医師不足は全国的にみても深刻であり、昭和30年の国の定員基準からみた医師充足率が52.4%で昭和50年が33.6%であるように¹³⁾、元来不足しているにもかかわらず、昭和30年以降も減少が目立つ。そして特にへき地を多くかかえるL型、R型保健所の不足は著しく、福島県の場合のように専任医師がいないところも少なくない。その他、昭和40年後半になると、都市部にある保健所を基幹保健

表25 型別保健所数の年度別推移（全国）

昭:年度	47	48	49	50	51
U型(都市)	233	236	236	241	252
UR型(中間)	79	80	80	84	97
R型(農山漁村)	380	383	383	379	324
L型(人口希薄地)	118	119	119	120	131
S型(支所)	22	21	21	21	39

注：昭和48年度から沖縄県分(7)を含む

所などとし、そこに試験検査等の機能を集中化するところがでてきたので、検査技師などもL型、R型保健所から姿を消すところが少なくない。

以上のように、医師等の職員不足などを背景として、郡部の保健所の中でも格差がひろがり、農山漁村型のR型保健所は減少し、過疎地に多いL型保健所やS型の保健所支所が増えてきている(表25)。すでに述べたように過疎地、へき地では本来保健資源の必要性が高いわけであるが、それにもかかわらず保健所や市町村の保健資源が大きく不足してきているという矛盾は否めない。

5-2 資源の偏在と保健医療政策

ところで、このような資源の偏在問題を含めた地域の保健医療資源の不足に対して、公的には従来どのような政策がとられてきたのであろうか。またそれらは実際どのような政策効果をもったのであろうか。

<医療機関整備と政策>

戦後、社会保障制度確立への要請が高まるにつれて、国民に適正な医療を普及確保するというこで、昭和23年に医療制度審議会「医療機関の整備改善に関する答申」を受けて医療機関整備中央審議会が設置され、同25年、「医療機関整備計画」が決定された。「病院は公的を中核とし、診療所は私的を主とする」との整備計画の考え方に基づき、昭和26年以降公的医療機関整備補助政策がとられ、病院の新增築や病床不足地域への病床増加が公的な基幹病院を重点としておこなわれた。

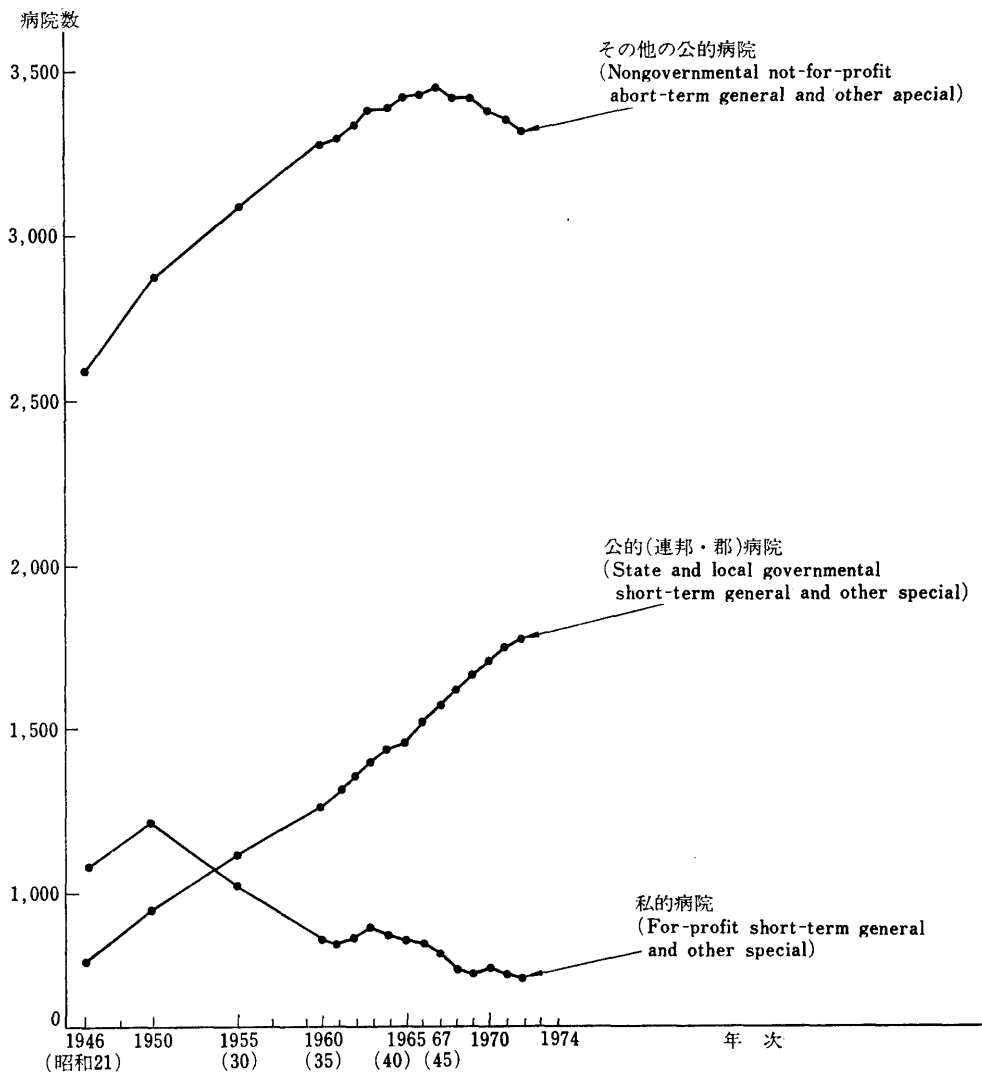
また、公的医療施設は、このような国庫補助に加え、地方債、厚生年金還元融資などにより、その整備が大きくすすんでいった¹⁴⁾。一方、その中で、公共事業体といえども経営効率の確保が必要であると主張され、また当時の経営・会計学者などによって支持されたこともあって、昭和23年に国立病院に特別会計が導入され、同38年に公立病院の地方公営企業法の適用と、それぞれ独立採算制がとられ、採算のとれる地域に偏在することとなった。そのために当時、「私的な資本による私的医療機関については一応これを別としても、いやしくも公的資本に

よる医療機関の新設あるいは増設については、強力に規制すべき……」¹⁵⁾(傍点筆者)と公的医療施設の偏在が問題にされた。そして、昭和37年に議員立法によって医療法一部改正が行われ、同法の第7条の1として公的医療施設などの病院開設、増床の規制の条項が加えられた。

ところが昭和35年に医療金融公庫法ができ、私的医療施設に長期低利で融資を始めたため、それは目ざましく増加していくことになった。そのため、わが国の医療機関整備政策については、ヒル・バートン計画にもとづく公的施設の増加を主導したアメリカの場合とは対照的に、私的施設の増加を主導とした政策が、計画されてきたかのような結果になった(図8~9)。しかし、昭和35年になって「病院は公的、診療所は私的」という国の従来からの医療機関整備政策に変更があったわけではなかった。厚生省医務局がヒル・バートン計画に似た「医療機関整備計画案」(昭和35年)を発表していることはその証左といえる。だがこの計画案は医師会の反発によって、具体的に動きだすことなく挫折してしまった。こうして、昭和35年以降の実際上の医療機関整備は、医療法第7条の1による「公的医療機関の病院開設、増床規制」と医療金融公庫法にもとづく「長期低利融資」(たとえば昭和52年7月現在の病院新築資金については市中銀行で年利約8%のところ6.75%で償還期間20~25年以内)の両政策によって、私的施設の増加を主導するものとなった。そしていつのまにか、「公的病院は私的病院を補完するもの」といわれるようになった。医療施設の昭和35年から50年までの増加数は、病院で2,895、一般診療所で15,606となっているが、そのうち医療法人、個人などの私的施設が、病院で98.9%、一般診療所で98.3%を占める。またそのうち医療金融公庫の融資をうけて増加したものは、病院で80.7%、一般診療所で57.2%にもなっている¹⁶⁾。

ところで、このような私的施設を中心とした医療機関整備政策は果してへき地を含めた郡部の医療資源不足を解消していくことになったのであろうか。ここで、へき地の医療資源不足についていうなら病院、病床の不足より、むしろ診療所の不足が実際上問題となる。そこで診療所整備政策をとりあげ、その政策効果を福島県の例で検討してみよう。

前述のように診療所整備政策については私的施設の増設が主導となり、表26のように福島県についても全診療所に占める私的診療所の割合についても全国の場合と同様、昭和30年以降増加傾向にある。昭和50年においては



(American Hospital Association Guide Issues Annual 1973より作成)

図8 米国の年次別病院数

郡部においても私的診療所に依存する割合は84.4%と高い。しかし、へき地を含む郡部の診療所整備はすすむどころか、むしろ昭和30年以降減少が目立っている。診療所は、すでに表23の高知県の例でみたように、市部への偏在が強いのである。つまり、診療所整備が私的なものに依存すればするほど、市部への偏在が強まり、県全体としては増加しても郡部では減少がみられるということである。

しかし、これらの傾向は単に相関関係をあらわしているだけで、因果関係をもつかどうかは立証できない。かりに私的診療所の市部への限界偏在率(偏在速度をあらわす指標)が公的な場合よりも高いことが立証できれば、

私的診療所を主導した整備政策は診療所の市部偏在を増長するといえるかもしれない。だが、私たちの手元にそれを算定しうるデータはないので、正確な論証は今後の課題としたいが、昭和50年の福島県の公的診療所の占める割合が市部で7.5%であるのに、郡部で5.6%と約2倍も高いところから推測して、私的診療所を主導する整備政策は過疎化に伴う診療所の市部偏在を解消するのではなく、むしろ増長させる傾向をもったのではないかと推測される。

いずれにせよ、このように私的施設を中心とした医療機関整備政策は過疎化に伴う診療所の市部偏在を防ぐことはできず、へき地での無医地区の増加を避けることが

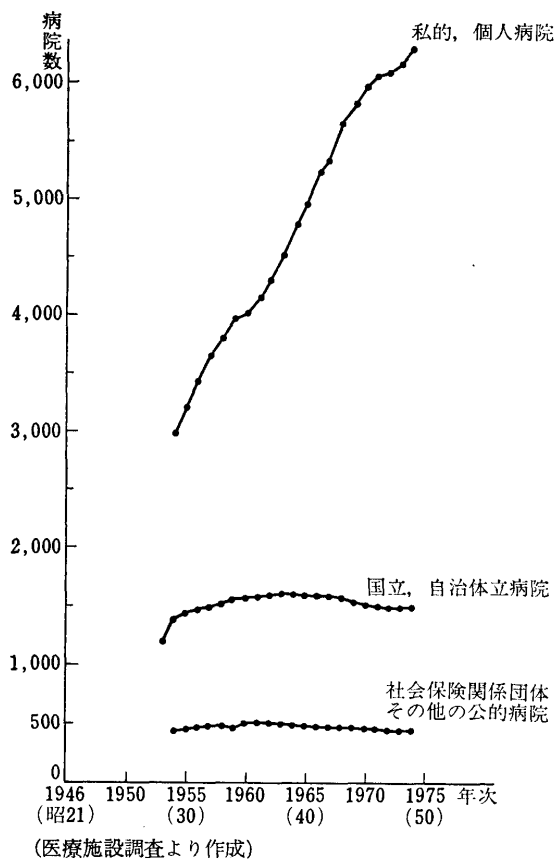


図9 わが国の年次別病院数

表26 福島県の診療所各種指標年次推移

昭和：年	30	40	50
診療所総数	845	995	1,138
郡部診療所数	462	327	352
私的診療所の占める割合	82.5%	86.8%	90.0%
診療所の市部へ偏在する割合	45.4%	57.1%	69.1%

注：福島県「厚生行政の概況」より作成

表27 無医（無歯科医）町村および無医（無歯科医）地区の年次推移

		1種	2種	3種	計(A)	4種	全国町村数(B)	(A)/(B)
無 医 村	昭和25年 末	583	298	267	1,148	—	10,240	11.2%
	27年 9月	575	237	226	1,038	191	9,774	10.6
	29年 5月	438	276	113	827	289	8,442	9.8
	30年 5月	118	53	26	197	175	4,527	4.4
	31年 5月	84	61	20	165	728	4,148	4.0
無 歯 科 医 村	昭和25年 末	2,499	1,271	1,054	4,824	—	10,240	47.1
	29年 5月	1,800	1,144	749	3,693	103	8,442	43.7
	30年 5月	698	264	243	1,205	249	4,527	26.6
	31年 5月	542	260	192	994	878	4,148	24.0

注：厚生省医務局調べ

- 1種 人口少く付近の町村の施設利用の便もあってとくに医療機関の設置が必要でないもの
- 2種 山間へき地、人口稀薄、交通不便などのため医療機関の設置が困難なもの
- 3種 人口、面積、地理的状況から医療機関の設置が可能なもの
- 4種 無医町村でないが2種と同じ事情にある地域

できなかった。このことは病院、病床についても同様であった。

〈へき地医療対策〉

元来へき地には無医地区が多かったが、前に述べたような従来の医療機関整備政策はそれらを解消するようなことはしなかった。そこで、これらの地区に対しては従来保健医療上のような政策がとられてきたのであろうか。

厚生省は昭和25年から昭和31年まで5回にわたって無医地区実態調査(表27)を実施している。そして、それにもとづいて昭和31年度を初年度とした昭和37年までの期間、無医地区にへき地診療所を設置することを主とする「へき地医療政策第1次計画」を実施した。これが戦後最初のへき地医療政策であったといえる。ここでいうへき地診療所は単独の診療所ではなく、前述した公的医療機関整備政策の一環として整備された基幹病院の出張所として設置されたもので、整備・運営費の国庫補助が行われている。また、昭和33年になると、無医地区実態調査が行われ、表28のように無医地区は1,184カ所と報告されている。この結果、昭和34年度からそのうちの237地区を対象として、これらの地区に親元病院(公的病院)からのへき地出張診療所がつけられ、初年度整備費や運営費赤字額のそれぞれ2分の1を補助する対策がとられた。昭和35年になると出張診療所の設置運営は市町村の責任に移行し、実際上の運営は従来どおり親元病院に委託し、その運営上の財政負担(損失分)などについては市町村が負担するようになった。したがって、従来の親元病院への国庫補助はそれぞれの当該市町村への補助に切りかえられた。

ところで、昭和35年にも無医地区実態調査が行われたが、表29の(注)のような定義変更があり、第2種無地

表28 無医・歯科医地区数 (昭和33年8月現在)

無医地区数				無歯科医地区数			
総数	第1種	第2種	第3種	総数	第1種	第2種	第3種
1,184 (23)	416 (10)	656 (12)	112 (1)	2,424 (227)	1,070 (80)	936 (99)	418 (48)

注：厚生省医務局調べ

- (1) 無医地区とは、人口、面積、地勢およびその地方の周辺における医療機関の分布状況などからみて、医療機関の設置を必要とする区域で、おおむね半径4kmの区域の人口が300人以上のところをいう。
- (2) 第1種 当該地域における交通機関の関係または地理的事実の事情から、その地域に医療機関がなくとも、もよりの医療機関を容易に利用することが可能であるため、とくに支障がないと認められる地区
- (3) 第2種 人口、面積、地勢および交通の状況から医療機関で設けられても、その経営が事実上困難と認められる地区
- (4) 第3種 人口、面積および地勢の状況から医療機関が設置されればその経営は可能と認められる地区
- (5) カッコ内は、無医(歯科医)地区であると同時に無医(歯科医)村であるものを再掲した数である。

医区と同様の状態にありながら、人口数が300人未満のため従来無医地区の対象になっていなかった地区を特別へき地とし、その711地区を対象として昭和36年から巡回診療車(船)の整備に補助が行われるようになった。また、昭和38年から42年までの「第2次計画」の中では、人口300人から500人未満の無医地区を対象とした患者輸送車(艇)の整備補助も始まり、巡回診療車とともに機動力の整備も強化されてきている。

「第1次、第2次計画」においては以上のような施策が実施されてきたのであるが、この中でそれらの計画の柱であるへき地診療所設置に大きな問題がでてきた。親元病院の自己負担が過重になり、医師も確保され難く、また国庫による2分の1補助も実質的でないため、地元市町村の財政負担が大きくなり、表30のように計画どおりにはいかず予算消化ができない年度もでてきたのである。とりわけ「第2次計画」ではこのことが顕著である。へき地診療所新築計画182に対して予算消化されたのは157しかなかった。このため、図10のように昭和41年無医地区実態調査(表31)にもとづいて昭和43年から始まる「第3次計画」からは、従来の計画の柱であった「診療所の整備」を引っこめ、患者輸送車(艇)や巡回診療車(船)といった機動力の整備へと施策の重点が移された。これは、へき地における道路網が整備され、自動車の普及があったこと、また医師の確保が困難になってきたことなどによるといわれている。しかし、実はそれらに加えて昭和46年に成立した過疎法の前提としている広域市町村とともに、その「第3次計画」には広域医療圏という発想があったことによると思われる。たとえば、

表29 無医地区および特別へき地数

(昭和36年6月1日現在)

総数	第1種	第2種		第3種	特別へき地	
		総数	へき地			その他
1,489	385	996	398	598	108	711

注：厚生省医務局調べ

- (1) 無医地区とは、医療機関のない地区で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に人口300人以上が居住している地域をいう。
- (2) 第1種とは、当該地区における交通機関の関係または地理的事実からとくにその地域に医療機関がなくとも、もよりの医療機関を容易に利用することが可能であるため、とくに支障がないと認められる地区をいう。
- (3) 第2種とは、人口、面積、地勢および交通事情の関係から医療機関が設けられてもその経営が事実上困難と認められる地区をいう。
①第2種へき地とは、第2種に属する地域で次の諸条件に該当する地区をいう。(ア)交通事情、もよりの医療機関まで徒歩でおおむね1時間30分以上を要する地域であること。ただしもより医療機関の存する地域との間に1日3往復以上の定期の公共用交通機関があって、当該交通機関を利用すれば、所要時間が1時間以内である場合を除く。(イ)財政事情、当該地区の属する町村の基準財政需要額と基準財政収入額との差額の前者に対する割合が全国町村の平均以上であること。
②第2種その他とは、第2種に属する地域で、「へき地」に該当しない地区をいう。
- (4) 第3種とは、人口、面積、地勢および交通事情の関係から医療機関が設置されれば、その経営が可能と認められる地区をいう。
- (5) 特別へき地とは、医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に人口50人以上300人未満の住民が居住している地域をいう。

地区周辺の医療施設や保健所などが住民の健康管理カードシステムなどの利用によって有機的な連携をはかるうとするへき地医療連携対策(昭和46年)や医療情報システムの研究の着手(昭和48年)は、その広域医療圏という発想が前提にあるように思われる。

この全貌が明らかにされるのは昭和50年から始まった「第4次計画」においてである。この計画では、まず第1に広域的な地域医療システムの必要がとかれ、従来の親元病院出張診療所体制と並行して、「へき地中核病院」を指定し、その整備をはかり、広域的な地域内の無医地区に対する医療センターとしての体制づくりを目ざされた。つまり、おおむね一般病床200床前後の総合病院を中核病院として指定し、施設・設備整備費や医師・看護婦の人件費にあたる運営費の補助(2分の1)を行い、当該広域市町村圏内の無医地区への巡回診療やへき地診療所への医師派遣などを行わせようとするものである。このような中核病院は昭和52年4月現在で22県38病院が指定されている。

第2に、昭和46年からの過疎地域保健指導事業、48年からの離島地域保健指導事業などをうけつぎ、計画では

表30 へき地医療対策年次別整備状況

対策	年度												第4次計画	合計									
	31年度	32	33	34	35	36	37	計	38	39	40	41			42	計	43	44	45	46	47	48	49
へき地診療所(新築)	(32) 32	(26) 30	(26) 27	(36) 35	(36) 36	(38) 36	(39) 41	(233) 237	(39) 40	(39) 37	(39) 28	(39) 31	(26) 21	(182) 157	(13) 10	(13) 10	(13) 10	(13) 8	(13) 5	(13) 4	(5) 4	(6) 6	(76) 53
へき地診療所(建替)																							(28)
へき地中核病院																							(15)
へき地保健指導所																							(30)
患者輸送車											(19) 21	(19) 28	(24) 31	(40) 40	(132) 157	(42) 43	(42) 45	(42) 47	(42) 43	(26) 63	(42) 50	(69) 83	(305) 374
患者輸送車(マイクロバス)																							
小型患者輸送車(ライトバン)													(1) 1	(40) 39	(40) 40	(40) 40	(41) 40	(41) 40	(43) 37	(27) 29	(-) 232	(232) 232	
患者輸送艇													(1) 1	(1) 1	(1) 1	(1) 2	(1) 1	(1) 1	(1) 1	(4) 1	(4) 2	(13) 7	(28) 8
医師往診用小型雪上車																		(10) 13	(30) 6	(38) 36	(36) 19	(150) 19	(183) 19
患者輸送用雪上車																			(10) 2	(9) 2	(14) 2	(33) 4	(50) 4
計											(19) 21	(19) 28	(24) 31	(41) 41	(133) 158	(83) 84	(83) 85	(94) 100	(114) 97	(118) 103	(123) 80	(733) 536	(147) 754
巡回診療車																							(15)
巡回診療車(中核病院)																							
巡回診療車									(23) 24	(23) 24	(23) 27	(23) 24	(23) 21	(23) 25	(115) 120	(23) 23	(23) 21	(23) 25	(23) 24	(23) 20	(23) 19	(23) 155	(332) 323
巡回診療船									(2) 2	(2) 2	(2) 2	(2) 1	(1) 1	(1) 1	(7) 2	(1) 1	(1) 1	(1) 1	(1) 1	(1) 1	(1) 1	(7) 3	(22) 8
大型巡回診療船																							(2) 1
巡回診療用雪上車										(2) 1	(2) 2	(2) 2	(2) 2	(2) 4	(8) 3	(2) 2	(2) 2	(2) 3	(1) 4	(2) 3	(3) 3	(15) 10	(30) 13
歯科巡回診療車									(2) 2	(2) 2	(2) 2	(2) 2	(2) 2	(10) 12	(2) 2	(2) 3	(2) 2	(2) 3	(2) 5	(2) 2	(2) 2	(14) 22	(30) 38
計									(27) 27	(27) 28	(29) 30	(28) 27	(28) 29	(28) 29	(140) 137	(28) 27	(28) 23	(28) 28	(27) 33	(28) 26	(29) 31	(199) 191	(421) 383
沖縄分(別掲)																							(10) 6
へき地診療所施設整備(改築)																							(7) 6
																							[40]

(厚生省医務局総務課調べ)

注：() 内は予算，つまり計画数である。(2) [] 内は，復帰以前からのへき地診療所の別掲である。

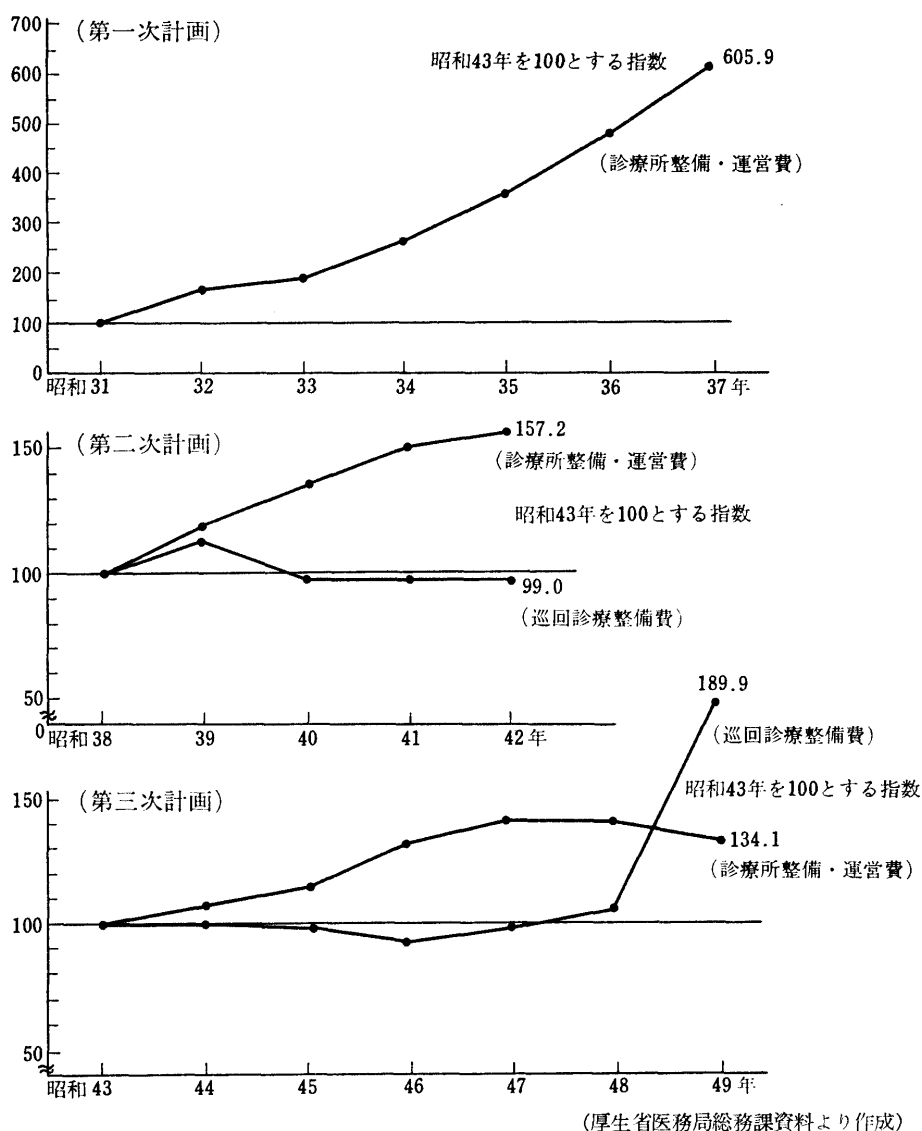


図10 診療所設置と巡回診療に対する年次別・計画別国庫補助費比較

人口200人以上1,000人未満の無医地区に保健指導所を設け、保健婦を配置し、住民への保健指導、療養指導、巡回診療等への協力、救急処置などの活動を行うことが期待されている。

第3に、計画では無医地区をもつ広域市町村圏にへき地医療対策協議会を設け、医療施設や保健所、市町村などが、住民の健康診断、巡回診療などについて協議し、相互の有機的な連携のもとに住民の健康管理が行われるよう期待された。その他、医師確保のための修学資金への補助については昭和49年から開始されている。

以上のように、第4次計画では広域的地域医療システムとして、広域市町村圏内に中核病院を指定し、そしてその中に医療センターを設け、巡回診療を徹底し、患者

表31 無医地区の年次推移

調査年月	無医地区を有する市町村等			無医地区人口
	無医地区数	保健所数	市町村数	
41. 4. 1	2,920	401	1,002	1,191,312
46. 1. 30	2,473	393	1,054	884,844
48. 5. 10	2,088	392	994	767,240

注：厚生省医務局総務課調べ

無医地区とは、「医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ、容易に医療機関を利用することができない地区」をいう（昭和48年現在）

輸送車（艇）で機動力を確保強化するとともに、無医地区に保健婦を配置し、住民への保健活動を充実することによって、医療と保健との相乗効果をはかろうとされている。

【第5節注】

- 1) 総理府「人口白書」（昭和42年）
- 2) 国民健康保険中央会「国民健康保険診療施設調査概況」（昭和51年）。
- 3) 松本義一「国保直診施設とへき地医療」厚生省医務局総務課監修『へき地医療』（昭和50年）国保中央会。
- 4) 地域医療研究会「国保直診医師のアンケート調査報告」第13回国保地域医学会発表。
- 5) 厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（昭48年）。
- 6) 竹内宏一他「へき地診療所医師に関する研究」日本医事新報，No. 2601（昭和49年）。
- 7) 竹内宏一他・前掲論文参照。
- 8) 技術資源にめぐまれず，協力すべき医師以外の専門スタッフも不足な環境。
- 9) 子どもの教育，自分や家族の健康，老後の生活などの問題が多い環境。
- 10) 人口10万対外人医師数は青森=1.11，岩手=1.17，高知=1.14，長崎=1.68。なお全国は0.78。
- 11) 当該地域の中心から半径4 km以内に医療機関がなく，50人以上居住していて，容易に医療機関を利用できない地区。
- 12) 日本看護協会「協会ニュース」第137号，保健婦未設置市町村の状況及び保健婦無市町村状況より算定。
- 13) 昭和30年の保健所医師定員と昭和35年以降型別化された保健所の医師定員とは異っているため，単純には比較できないので，注意されたい。
- 14) 厚生省「厚生省20年史」（昭和35年）参照。
- 15) 厚生省「厚生白書」（昭和35年）参照。
- 16) 医療金融公庫「業務統計報告」（昭和51年）及び厚生省「医療施設調査」（昭和35年，50年）より算定。

6. 保健医療対策の現状と課題

既に述べてきたように，わが国の私的医療機関整備を中心とした政策は過疎化に伴う診療所・病院の市部偏在を防ぐことはできず，へき地での無医地区の増加を避けることはできなかった。そのため，国は昭和31年から49年までに，へき地診療整備を中心としたへき地医療対策を行ったが，その整備は容易でなかった。そこで昭和50年になると，無医地区を有する広域市町村圏を単位とし

た地域医療システムが計画され，従来の対策に並行して「へき地中核病院」を指定し，その中に医療センターを設け，無医地区への巡回診療，へき地診療所への医師・看護婦の派遣等を体系的に行うものとした。同時に保健医療資源がかなり不足している人口1,000人未満の無医地区に保健指導所を設置し，住民への保健活動を充実し，医療と保健との相乗効果を期待した（表32，33）。

このようなへき地中核病院や保健指導所を中心とした現在のへき地医療政策はどのような現状にあり，また今後改善しなければならない課題としてはどのようなものがあるのだろうか。それぞれ検討したい。

＜へき地中核病院＞

中核病院は現在22県の公的病院38が指定されている。これらはへき地の医療センターを担う病院としてどの程度の体制を備えているのであろうか。

ここでは公営企業法適用病院及び国立病院33の事例をとりあげてみたい。表34は中核病院に関する経営指標であるが，それをみると中核病院の多くは医師，看護職員，検査技師等が平均より不足していることがわかる。病床100床当りの医師数についてみれば，地方公営企業適用病院全体の昭和50年平均が6.0人であるのに対し，中核病院の約6割はそれ以下であり，3人のところさえ少ない。そのため，入院・外来とも医師1日1人当たり患者数は相当多くなり，入院・外来の前述の平均は12.7人，17.8人であるが，中核病院の約半数はそれ以上で入院・外来がそれぞれ17人，40人を越すところも多い。つまり，医師の平常の勤務の相当忙しい病院が中核病院に指定されているのである。看護要員についても同様であるが，とりわけ准看護婦，看護助手に比べ看護婦の不足が大きく，病床数に対し看護婦を確保できないところから基準看護体制のとれない病院もある。

このように医師・看護婦等1人当りの患者が多いからといって，全体の患者数が増えるわけではない。たとえば，病床利用率について全地方公営企業適用病院の平均の75.6%を下回る中核病院が6割もあり，30~50%のところさえ目立つ。このため，多くの中核病院は赤字経営が多く，累積欠損金比率，不良債務比率のかなり高いところが多い（表34）。

以上のように中核病院といえども病院自体の運営が困難な状態にあるわけだが，そのような病院が，へき地診療所への医師等派遣に加え，無医地区全体に対する年延130回の巡回診療を行う余裕はどこまであるのだろうか。確かに表34のように中核病院といっても格差は大きく，

表32 へき地保健医療対策の変遷

(昭和31～50年「厚生白書」より作成)

計画	年度	対 策	当 面 する 課 題 等	無医地区調査
第 1 次 計 画	31	・第1次計画(無医地区237カ所対象)開始,出張診療所の設置を中心に	・医療施設の運営面に対する援助の必要を強調	31.5.1(無医地区調査実施)
	32	・出張診療所整備資金援助開始 ・出張診療所運営費の赤字補助開始	・市町村の財政難・医師の確保難として認識される。以後恒常的問題として未解決のまま存続する	
	33		・医師確保対策(修学資金貸与等)の検討はじまる	33.8.1(同調査実施)
	34		・親元病院の負担解消,国庫補助の強化が検討される	
	35	・出張診療所の設置・運営は市町村の責任に移行 ・出張診療所の医師の住宅費も国庫補助の対象に	・特別へき地対策の必要性が認識されはじめる	35.6.1(同実施)
	36	・巡回診療車(船)の整備開始	・患者輸送車の整備が検討されはじめる	
	37	・へき地診療所の年間設置数最大(41カ所)	・医療担当者の確保(研究調査費・赴任手当等)が検討される ・母子健康センターの増設・「保健福祉館」の整備計画	
第 2 次 計 画	38	・第2次計画(無医地区194カ所対象)開始,診療所の設置と機動力の利用を中心に	・医師確保問題の深刻化	41.4.1(同実施)
	39	・患者輸送車の整備開始 ・医科大学の巡回診療開始 ・巡回診療雪上車の整備開始	・このころから「地域の実情にあわせた対策」の必要性が強調されはじめる	
	40			
	41		・地域の実情にあわせた対策とともに機動力の活用必要性が強調されはじめる	
	42	・患者輸送艇の整備開始	・地域実情の変化(人口移動・診療所の廃止等)と多数の無医地区の存在が前年の調査で確認される	
第 3 次 計 画	43	・第3次計画開始,機動力の整備・親元病院の機能強化を中心に	・医療機関整備中心から機動力整備中心への転換を強調	46.1.31(同実施)
	44		・過疎現象の進行等をふまえた対策の必要を強調	
	45	・巡回診療車(船)の運営費・医師派遣費・往診用雪上車の整備に対する助成開始	・広域市町村圏の設定 ・過疎地域対策緊急措置法の制定	
	46	・へき地医療地域連携対策の開始		48.5.10(同実施)
	47		・前年の調査結果を参考にした対策の充実強化が望まれる	
	48	・地域医療システムの確立のため,医療情報システムの研究開発に着手	・地域医療計画の必要性が強調される	
	49	・修学資金貸与に対する助成開始		
第 4 次 計 画	50	・第4次計画開始,広域システマティックな対策を中心に ・中核病院・医療センター・保健指導所の整備開始 ・無医地区への保健婦配置の強化	・広域的な地域医療システムの必要性を強調(市町村から広域市町村圏へ)	

表33 へき地保健医療対策の概要

区 分	第 1 次 (31年～37年)	第 2 次 (38年～42年)	第3次 (43～49年)		第4次 (50～54年)		
			1.5 時間 以 上	1.5 時間 未 満	30分以上	15分 ～29分	15分未満
無 医 地 区	1,000人以上	へき地診療所	へき地診療所 (120)	(120)	へき地診療所 (21)	(48)	巡 回 診 療 車 (41)
	500人～999人		患者輸送車(艇) (213)	巡回診療車 (226)	へき地保健指導所 (164)	患者輸送車(艇) (380)	患者輸送車(艇) (257)
	300人～499人		患者輸送車(艇) (280)	巡回診療車 (244)			
	50人～299人		巡回診療車(艇) (36年度以降)	巡回診療車(船)	(-)	(1,717)	(226)
広 域 市 町 村 を 圏 有 す る	A 型 (医師数少い 無医地区多い)				へき地中核病院 (97)		
	B 型 (中 間)				(74)		
	C 型 (医師比較的多い 無医地区が少ない)				へき地医療対策協議会 (77)		

注：1. 無医地区欄のカッコ内数字は、無医地区数である。
 2. へき地保健指導所は、200人以上の無医地区に整備する。
 3. 広域市町村圏欄のカッコ内数字は、広域数である。

(厚生省医務局総務課資料)

いくつかの中核病院では不採算ながら個人的な犠牲も含めて年延300回以上の巡回診療等を行っている。しかし、多くのところでは、もともと不足している病院自体の施設、設備整備、運営費をへき地医療対策の補助金によって糊塗しているのが現状で、無医地区を含む広域医療センターとしての機能発揮はこれからと思われるが、このままで機能発揮をめざせば、医師・看護婦だけでなく、補助対象となっていないその他の巡回診療要員（保健婦、検査技師、X線技師、事務員等）の人件費などの経常費は増大し、不採算の中で病院経営はさらに困難になるだろう。

多くの中核病院はこのような実情にある。そのために、某医療センターのように、全無医地区を巡回診療の対象とできず、広域市町村の中の無医地区でも巡回にあまり経費のかからない病院近傍と経費のかかる遠隔との間に格差が生まれ、遠隔にある市町村で不満を訴えるところがでてくる。病院から遠隔にある某村では、医療センターのできていないときは県や医師会の巡回診療があったが、センターができて、それもなくなり、しかもセンターからの巡回診療もないということで強い不満をもらしていた。一方、すべての無医地区に巡回診療が実施されている某広域市町村圏においてもなお問題がある。多く

の巡回診療担当医は内科・外科の医師であり、他の専門科の医師が含まれる場合は少ない。中核病院の大半は専門医不足の状態にあり、専門科の巡回診療・検診の実施はむずかしいのである。しかし、無医地区といえどもその大半は1時間もすれば内科医・外科医の診療は受けられるので、ここではむしろ専門医による診療・検診の必要性が高いのである。そのため、内科・外科系の巡回診療では受診者も少なく、しかも成人患者や老人など限られた対象になるし、またそれによって老人などの医療費が嵩み、高齢化比率の高いへき地町村では財政が圧迫される。

このような状態にあるため、従来の巡回診療のあり方を問う町村が多くでてきている。確かに前述のような巡回診療回数や市町村別格差や巡回診療の内容や費用などの運営問題を解決するために、協議機関として広域市町村圏内に市町村、病院、保健所、医師会等の構成からなるへき地医療対策協議会が設けられている。しかし、実質的な協議はむずかしく、どうしても病院主導の協議内容になりがちで、無医地区をかかえた市町村の必要性に即した内容にはなりにくい。経費の補助先が中核病院であり、費用をもっているのは市町村ではないからである。しかも、広域市町村は統一した行政単位ではないので、

表34 中核病院に関する経営指標（昭和50年度）

都道府県	項目 病院	病床 教	一般 病床 再掲	病床 利用率	一般 病床 利用率 再掲	医師1日1人 当り患者数		病床100床当り 職員員数				基 准 護 照	財務分析		費用構 成比率 給 与費
						入院	外来	医師	看護 部門	診療 検査 部門	X線 部門		累欠 比率	不負 債率*	
北海道	北海道立江差病院	150(101)		55.4(67.1)		16.2	231.6	4.5	39.0	2.7	1.3	二類	56.3	45.1	50.7
	〃 羽幌病院	106(88)		40.3(43.3)		15.9	30.7	3.1	39.5	3.3	2.5	特二類	56.3	45.1	57.6
	〃 紋別病院	219(119)		68.2(69.0)		14.7	22.3	6.0	45.9	2.1	1.4	二類	56.3	45.1	54.0
青森県	深川市立総合病院	301(221)		64.4(88.6)		17.4	26.7	3.4	31.6	3.0	1.3	なし	81.4	88.5	52.5
	むつ総合病院	407(230)		81.3(94.2)		16.6	35.8	5.9	46.2	2.5	1.7	特二類	59.9	62.7	66.9
岩手県	岩手県立一戸病院	173(120)		72.5(90.0)		16.4	43.2	4.2	38.4	2.9	1.2	特一類	28.7	15.6	69.9
秋田県	公立米内沢総合病院	271(157)		74.1(94.5)		22.7	32.9	3.0	40.2	3.7	1.8	特一類	—	—	53.5
山形県	山形県立新庄病院	339(315)		60.0(63.6)		14.5	22.0	3.5	36.3	3.8	2.1	特二類	69.5	40.9	66.3
	福島県	公立藤田総合病院	269(199)		92.6(97.0)		16.2	36.4	7.1	31.2	4.1	1.1	特一類	—	—
石川県	福島県立会津総合病院	580(350)		54.7(54.5)		9.9	18.2	5.2	30.2	3.0	1.2	特二類	91.0	37.1	76.2
	石川県立中央病院	350(303)		63.1(64.8)		8.3	10.6	7.2	42.1	6.0	1.4	特一類	27.8	—	69.6
山梨県	公立鶴来総合病院	120(100)		68.6(80.2)		13.0	29.9	6.7	30.8	3.3	1.7	二類	8.1	—	66.8
	大月市立市民病院	181(101)		53.4(71.3)		10.0	9.7	5.0	17.7	2.8	1.1	なし	—	—	49.2
岐阜県	岐阜県立下呂温泉病院	260(260)		81.6(81.6)		10.7	14.3	7.3	46.9	2.7	1.5	特一類	14.2	—	61.7
愛知県	東栄町国民健康保健 東栄病院	70(54)		37.1(48.1)		7.6	43.2	4.3	22.9	4.3	1.4	なし	22.9	3.2	63.9
滋賀県	伊香郡病院組合伊香 病院	123(93)		76.7(88.4)		9.4	14.8	9.8	48.0	2.4	1.6	一類	43.3	25.7	65.7
	高島町国民健康保険 高島病院	257(245)		55.5(58.2)		10.0	15.3	3.9	24.1	3.5	1.9	二類	19.7	3.6	49.5
京都府	弥栄町国民健康保険 病院	80(80)		60.1(60.1)		9.6	25.8	6.4	36.6	5.5	2.5	特一類	—	—	45.2
島根県	島後町組合立穂岐病 院	104(93)		77.7(82.3)		14.8	44.4	7.2	71.2	5.8	1.9	一類	45.3	61.3	58.5
山口県	山口立中央病院	425(350)		81.7(87.3)		9.6	12.5	9.2	54.8	5.4	2.0	特二類	8.7	2.9	73.8
香川県	香川県立白鳥病院	146(76)		61.4(102.3)		15.9	21.5	4.9	28.6	2.1	1.4	特二類	16.7	—	58.0
高知県	高知県立中央病院	353(302)		104.6(108.3)		8.8	12.3	12.5	64.4	6.5	3.4	特二類	40.5	—	63.5
	〃 宿毛病院	172(124)		73.1(95.2)		17.0	22.6	4.7	41.7	2.9	1.2	特二類	40.5	—	68.1
長崎県	長崎県医療圏組合五 島中央病院	310(200)		88.9(87.7)		14.2	14.1	5.8	40.6	5.2	1.9	一類	13.4	0.7	80.5
大分県	大分県立病院	610(531)		87.3(96.3)		11.7	10.8	9.3	51.8	4.4	1.6	特一類	22.3	0.7	68.5
	東国東地域国保総合 病院	— —		— —		— —	— —	— —	— —	— —	— —	—	—	—	—
宮崎県	宮崎県立延岡病院	450(394)		84.0(101.5)		12.4	13.7	7.3	46.6	3.0	1.3	特二類	34.7	11.4	58.2
鹿児島県	鹿児島県立大島病院	350(300)		76.5(74.4)		15.2	22.6	6.0	48.0	2.6	1.4	特二類	—	—	65.6
沖縄県	沖縄県立八重島病院	146(48)		65.7(111.7)		13.5	16.7	5.5	34.2	2.7	1.4	特一類	83.3	31.3	101.4
群馬県	国立沼田病院	243(200)		65.8(/)		11.8	9.9	5.8	25.1	1.9	1.1	一類	/	/	50.7
長崎県	国立長崎中央病院	685(550)		82.1(/)		12.1	8.0	6.9	32.4	2.7	1.1	特一類	/	/	53.0
青森県	国立弘前病院	405(300)		75.0(/)		10.5	11.4	7.3	30.3	1.2	0.6	特一類	/	/	62.9
山口県	国立岩国病院	600(450)		84.1(/)		16.0	12.5	5.4	29.8	3.1	1.3	一類	/	/	51.3
公営企業法適用病院平均		207(142)		80.7(75.6)		12.7	17.8	6.8	37.1	3.3	1.6	/	27.3	21.6	58.4

注：自治省「地方公営企業年鑑」第23弾，厚生省「国立病院年報」より作成
* 再建債，特例債を含む

無医地区が多い弱小町村ほど前述のような問題が集中しがちである。これでは何のためのへき地医療対策かわからない。むしろ郡部を診療圏にする公的病院のための対策でしかない（それも不完全なものであるが）。もちろん公的病院問題は既に述べたように深刻であり、それなりの対策が必要である。しかし、へき地医療対策と混同されるべきではない。こうした意味から、巡回診療に伴う運営費は、補助先を無医地区をかかえた市町村とし、また補助率をかきあげし、市町村の必要性に即した運営ができるようにしなければならない。といっても、弱小町村を含めた広域市町村や病院等で民主的な協議ができなければ同じような問題は残るので、協議に際して都道府県のような上位の行政主体の支援も必要であろう。

ところで、巡回診療といっても出張検診的なものと常設医療施設の代替的なものがあるが、現在の中核病院で行われている巡回診療はいずれの意味で行われているにせよ問題は少なくない。前者の意味で行われているとすれば、限られた地域や対象^りを別にして、今日多くの無医地区では内科・外科一般の巡回診療よりむしろ歯科・耳鼻科・皮膚科・眼科・婦人科等の専門科の巡回診療を必要としている。しかし専門医の不足する中核病院では、これを担いきれるところは少ない。規模のかなり大きな基幹的な病院を指定し、それによる年1回ぐらいの総合巡回診療・検診によって補充しなければならない。また、後者の意味で行われるとすれば、よほど頻回なもの（週1回以上）でなければならないし、もよりの常設の医療施設との連携も必要である。

そのようなことが困難な地域では、巡回診療にこだわるよりは、むしろもよりの医療施設への通院条件を改善する方がよい。たとえばマイクロバス程度の患者輸送車、輸送艇、雪上車などを定時巡回させ、通院の便宜をはかることである。この場合、中核病院だけへの専用輸送車では住民の医師との現在の自然な関係を妨げるので、住民が平常よく利用している施設へ輸送できる体制が必要である。また、入院前後など遠くからの通院がむずかしいときや特殊な疾患の治療のために比較的多くの医療施設があるところに簡易宿泊所を設け、そこから通院できるようにするのもよい。もちろん、これらの利用に際して住民の経費負担が大きいと、便宜があっても利用しないので、補助は整備費だけでなく、運営費も必要である。

しかし、たとえ通院条件が改善されても、もよりの医療施設となる診療所自体の問題が残っている。へき地医療対策にもとづくへき地診療所設置や親元病院・中核病

院からの医師・看護婦派遣によって運営されている診療所を含め、概してへき地の診療所は重症患者、その他の専門科を必要とする患者について診療上常時総合病院と連携をとれるところが少ない。そのため、既述したことであるが、このような患者は、地元の診療所の医師を信頼せず、都市の大きな病院に行く傾向がある。しかし、遠くの医療施設に出かける医療行動にはかなりの自覚症状の進行を伴う場合が多い。つまり、手おくれ型の疾病になるケースが多いということである。このようなケースを1つでも減らすには、住民が率直に安心して相談、受診ができ、医師も自信をもってプライマリーケアができる体制が必要である。そのためには重症患者、専門医を必要とする患者、救急患者等について、コンサルテーションや研修等をひきうけてくれる総合病院との連携も必要である。

しかし、へき地の診療所の医師は郷里に帰ってきたものなどが少なくないため、近くに自分の関連する総合病院や医局をもたないものが多く、孤立しがちである。そこでこのような連携をシステムとして用意する必要がある。へき地医療対策の上では、これらのシステムは診療所と中核病院とでつくられることになるが、中核病院では医師とりわけ専門医の不足が大きく、そのような連携システムのつくれるところは多くない。前述の基幹病院と連携システムが検討されるべきであろう。

また、へき地診療所の検査体制の貧弱さは大きな問題であるが、へき地医療対策上では、中核病院の検査棟を充実し、これを共同利用する方向で考えられているように思われる。しかしその運営の方法については、前述の協議会等で十分検討しなければならない。患者が検査設備の整った中核病院に集中し、患者とへき地診療所医師との関係を妨げ、へき地に身近な診療所でなければ顕在化しない保健医療行動を阻害するおそれがある。この意味では基幹病院をバックとする独立の検査施設をつくり、診療所、中核病院のいずれもが偏りなく利用できるものの方がよいかもしれない。

そのほか、医師・看護婦が業務上・生活上、診療所を余儀なく空にしなければならないときに代りを補充してくれるようなドクター、ナースバンク体制をつくることは今後のへき地医療に不可欠である。これらの体制は医師・看護婦の不足が目立つ中核病院につくることは困難である。基幹病院に設けなければならないだろう。

以上のように、医師等の確保や経営状態に余裕のない中核病院が多い現在、そこにへき地の医療センターとし

での役割を過度に負わせても、へき地の医療の必要性に応じる体制は期待したい。へき地医療対策としての補助が病院経営自体の中途半端な保守手段として用いられるのが精一杯であろう。したがって、へき地の医療システムとしては規模のさらに大きな基幹病院を含めて考え、システムの機能もへき地医療の必要性に即した運営がなされるよう統御されなければならない。

＜リハビリ施設・訪問従事者＞

リハビリ施設や看護婦、理学療法士などの訪問従事者は、へき地を含む郡部においてとりわけ必須のものであるが、従来のへき地医療対策の中ではまったく考慮されなかった。へき地ではすでに北欧以上の老人人口比をもち、高血圧症、脳卒中後遺症、神経痛、リウマチなどの慢性病患者が多くなっている。最近そのような慢性病患者は、治療や機能回復訓練をうければ、短期で治癒し、社会復帰ができるかのように都市部の専門施設を訪れている。確かに初期の治療や機能回復訓練を都市部でうけることもよいが、長期にわたる場合には地元の施設で治療や訓練をうける方がその継続がなされ易い。

また、施設通所が適当でない対象には、訪問看護、リハビリ従事者によって在宅での適切な療養や機能訓練がなされる必要がある。このような訪問従事者を中核病院、基幹病院がかかえ、リハビリ施設、地域の診療所との連携の中で医療体制を整備していくことはとりわけへき地では重要である。

＜特定な地域の緊急医療＞

へき地といえども今日全般的には従来のイメージはなく、緊急時の医療確保は比較的容易になってきているが、特定の地域においてはまだ残された問題も多い。既に言及したように、「孤小島」、「群属島」等の大半においては医師は常駐していないし、非常勤を含めてもその4割の島には医師がいない。看護婦・准看護婦だけの島も多い医療関係者のまったくいない島も少なくない。といって、それらの島に巡回診療がとりわけ強化されているわけでもない。むしろこのような島ほどその実施は少ない。

ところで、現在のへき地医療政策では、このような島でも1,000人未満のところではへき地診療所を設置せず、保健指導と巡回診療や患者輸送の強化によって代替することになっている。1,000人未満でも本土に近く、航路の安定した内海の離島ならともかく、外海の孤立した小島、郡島の属島などでは診療所を設置する必要がある。また、そのような島で発生した高度の診療を要する救急患者を受け入れるためには、基幹病院を中心とした救急

医療体制をつくり、ヘリコプターによる搬送体制を整備しなければならない。こうした整備状況は都道府県によって格差があるが、これは都道府県の財政力等の差を反映しており、財政力の弱い特定地域の医療体制については国の重点的な援助政策が必要であろう。

＜保健施設＞

既に述べたように、へき地では本来保健資源の必要性が高いにもかかわらず、保健所、市町村の公的な保健資源が大きく不足しているが、これはへき地に限らず、公的病院の衰退と同様に政策的なものに起因している。国は高度成長政策上、産業基盤の造成などに関連した補助には地方自治体に超過負担をおかせなかったが、保健所などに関する補助には、かなりの超過負担を余儀なくさせた²⁾。このことは、とくにへき地では必要視されるべき保健所、市町村によるへき地の健康管理を困難にさせた。そこで国は、昭和46年度から過疎地域、47年度から沖縄県、48年度から離島地域、50年から山村地域や人口200人以上でもよりの医療施設まで所要時間30分以上の地域のそれぞれの無医地区に保健所保健婦を配置し、あるいは保健指導所³⁾を整備する対策をとった。また昭和46年から地区周辺の医療施設や保健所などが住民の健康管理カードシステムなどの利用によって有機的な連携をはかるへき地医療地域連携対策を実施している。

しかしこれらの対策については問題も大きい。都道府県過疎地域振興（昭和50年実績）医療の確保についての一般財源充当状況（表35）の中の「保健婦の配置」の項をみてもわかるように、それらの対策は巡回診療の場合と同様、一般財源の充当割合が高い。元来「医療の確保」自体が産業基盤の造成のための県道整備や「農林水産業等の振興」等に比べると、一般財源の充当割合が高いのであるが「保健婦の配置」になるとさらに高くなる（表36）。これではへき地、過疎地域を多かかえる一般財源の貧弱な県では、これらの国の対策を十分にとりこめない。また、過疎地域市町村の医療の確保についての一般財源充当状況をみても、「交通通信体系の整備」や「産業の振興」に比べ、一般財源の充当割合が高く、一般財源の乏しい過疎市町村では思いきった対策が困難である。このような本来援助の必要性の高い地方自治体をむしろ優先して補助される国の政策改善が必要とされる。

産業育成を重視するこのような国の姿勢は、実はへき地をかかえた市町村の行政姿勢でもある。たとえば過疎地域市町村の一般財源は議会総務費、農林水産業のために用いられる比率が高く、衛生関係の費用比率がかなり

表35 医療の確保に関する一般財源充当状況

(昭和50年度実績, 都道府県)

区 分	事業費		一般財源		b/a
	a	構成比	b	構成比	
	百万円	%	百万円	%	%
病院・診療所の整備	2,681	55.5	783	31.3	29.2
患者輸送車(艇)の整備	17	0.3	11	0.4	64.7
巡回診療	404	8.4	323	12.9	80.0
保健婦の配置	650	13.5	432	17.2	66.5
その他	1,080	22.3	957	38.2	88.6
合計	4,832	100.0	2,506	100.0	51.9

注:昭和51年・国土庁「過疎対策の現況」より

表36 一般財源充当状況

(昭和50年度実績, 都道府県)

区 分	事業費		一般財源		b/a
	a	構成比	b	構成比	
	百万円	%	百万円	%	%
基幹的な市町村道等の整備	24,766	7.7	9,566	9.1	38.6
医療の確保	4,832	1.5	2,506	2.4	51.9
都道府県道等の整備	185,512	57.8	65,394	62.3	35.3
農林水産業等の振興	82,948	25.9	22,514	21.5	27.1
その他	22,873	7.1	4,964	4.7	21.7
合計	320,931	100.0	104,944	100.0	32.7

注:昭和51年・国土庁「過疎対策の現況」より

低いことをみてもその姿勢がうかがえる。

煎じつめれば、このような行政姿勢は住民の保健意識の水準に相応しているといってもよい。既述したように、住民の主要な保健医療行動が防疫、対症治療という死傷への不安や自覚症状などの軽減・消去を目的とした行動であり、健康志向自体とはあまりかかわりのない行動であったことをみても、その水準がわかる。住民の罹病経験、健診、衛生教育などの機会が自らの保健意識を向上させる学習機会へと十分につながってこなかったのである。このように行政の姿勢が国民、住民の姿勢を反映していることを考慮すると、行政内容の前駆的改善とともに、国民・住民自身の保健水準の向上をはかる保健医療従事者のくふうある援助も基本的な政策改善過程に重要な機能を果たすであろう。

結 語

へき地では従来からの経済的・社会的・衛生的資源などの貧困さとそれに加わる過疎化現象によって、条件の悪い労働や生活環境が生みだされ、そこでの健康問題の悪化は顕著である。

一方、わが国の医療体制の整備拡充は、市場経済に依

拠しているところが大きいと、私的医療体制の拡充が目立ち、公的医療体制は相対的に脆弱なものになっている。これはへき地程その傾向が強い。また最近では、公的な保健体制も同じような傾向にある。だが、医療の市場として不採算であり、私的医療体制の恩恵が受けられないへき地で公的保健医療体制が脆弱化すれば、この悪化した健康問題はさらに深刻化せざるをえない。確かに国は第1次から第4次にわたってへき地医療政策を実施してきたが、それらはミニマムとして援助の必要がある内容や対象を優先して補助するというよりは、むしろそれらの対策が実施可能な内容や対象に補助する体制になっている。したがって、たとえば前述のようにへき地の医療対策であるものが実際的には経営的に逼迫してきている公的医療施設への(中途半端な)再建対策に姿をかえたり、またへき地を多くかかえ、しかも一般財源にきわめて余裕のない県・町村に逆に一般財源をかなりの割合で必要とするような不合理な補助政策をおこなうことになる。そこで次に、このような政策改善が今後の検討課題となるが、本稿ではこれらの政策決定過程の問題については論及していない。これについては他日の課題としておきたい。

【終節注】

- 1) 地域でいえば外海の孤小島等，対象でいえば成人病患者，老人等。
- 2) 国は国庫支出金制度を高度成長をすすめていくための手段としたので，産業基盤の造成など国の優先政策には手厚い資金をつけた。たとえば，道路や港湾は補助率が高く，また精算払い方式で超過負担は発生しない。各地の実態調査をみると，道路の実質補助率はほぼ60%で，国の補助が実態にあっている

が，保健所・保育所・学校などの補助率は低く，とりわけ保健所については施設で214.0%の超過負担率となっている（都留重人他「地方財政に関する鑑定意見書」『エコノミスト』昭和52年8月16日号参照）。

- 3) 昭和51年度現在では新設の施設はないが，既設のものを利用して20名の保健婦が駐在している。内訳は青森2，秋田1，福島2，愛知1，滋賀1，島根3，岡山1，愛媛1，高知5，熊本2，宮崎1となっている。