

へき地保健医療事例調査ノート

日本看護協会調査研究部

《目 次》

鹿児島県／226 (岩下清子)

東京都の離島／231 (安原紀美子)

山形県／235 (岩下清子)

日本看護協会では昭和50年10月から51年2月にかけて、全国7つの都道府県でへき地保健医療の事例調査を実施した。

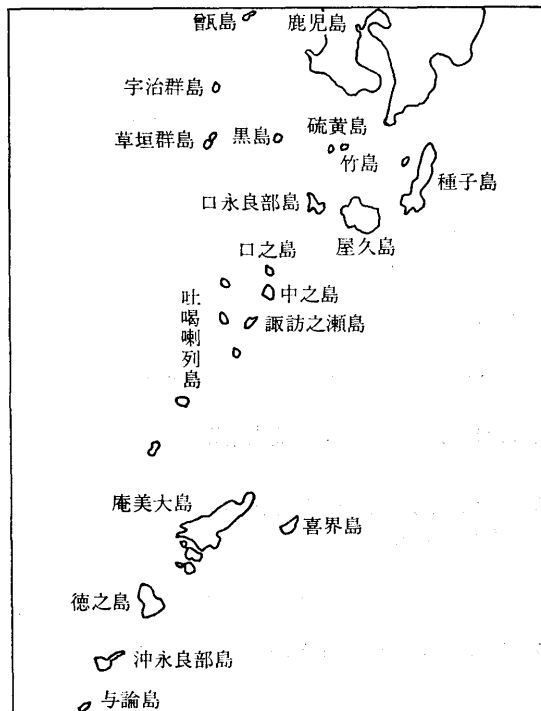
この「へき地保健医療事例調査ノート」はこの事例調査の調査地の実情と、調査雑感をとりまとめ、経過報告として公表したものである。

へき地保健医療事例調査ノート

鹿児島県 (担当：岩下清子)

鹿児島県における調査には保健婦部会の役員1名と調査研究部の職員1名が参加し、県庁、名瀬保健所、県立大島病院、奄美大島内の村役場、診療所、助産所、加治木保健所、十島村役場、三島村役場などを訪問し、資料収集とインタビューを行なった。

今回のまとめは、離島における通常医療（緊急医療については、ここではふれない）および保健サービスの供給体制を中心とするものである。



31 の 離 島

鹿児島県は、南北700km、東西200kmにわたる広大な外洋に散在する数多くの島しょを有しており、直径100m以上または面積が0.1km²以上の島が142を数える。有人島は31で、島の人口が県全体の15.2%を占めている。

島の多くは本土から遠く離れており、島内は急峻な山地が多く、平地が少ない。さらに強い季節風と台風に見舞われる。このように、地理的・自然的条件が不利であるため、社会的・経済的にも恵まれていない。

まず交通事情についていえば、主6要島（種子島、屋久島、奄美大島、喜界島、徳之島、沖永良部島）へは本土から飛行機便および大型船の便が1日何回かあって、比較的交通に恵まれている。しかし外洋に散在するそれ以外の島々は、船便の回数が少ないうえに、船が小型で欠航することが多く、また接岸可能港のない島もあるなど、交通、輸送条件はきわめて悪い。また、地形がけわしく、島内の交通事情も概してよくない。

産業についていえば、まず農業は耕地面積が少なく、加えて強い季節風と台風の被害を受けるなど、条件がよくない。漁場には恵まれているが、輸送条件が悪いので販路を確保することができない。第2次産業としては、大島紬の生産以外には、みるべきものはない。

島民は概して貧しく、生活保護世帯が多い。島民の1人当たり平均所得は全国平均の53%、県平均の86%で、生活保護率（人口対比）は全国の4倍、全県の2倍である。

離島には27の市町村がある（このほか、本土内の市町村で、その一部に有人島を含むものが2つある）。上述の事情から考えて、これらの市町村は当然財政が弱体であ

表1 医療施設の状況

(昭和49年)

	病 院			診 療 所		歯 科 診 療 所	
	施 設 数	人口10万対 全 病 床 数	人口10万対 一 般 病 床 数	施 設 数	人口10万対 施 設 数	施 設 数	人口10万対 施 設 数
離島地域	9	969.7	140.0	107	40.8	31	11.8
県	246	1,870.0	697.5	1,022	59.1	345	20.0
全 国	8,273	1,042.1	635.0	73,047	66.4	32,011	29.1

表2 医療従事者数(人口10万対比)

(昭和48年12月)

ろう。

離島医療対策の現状

県の離島医療対策(計画ではなく、実際に行なわれているもの、緊急医療は除く)の主なところは、次のようなものである。

1. 医師会、大学医学部、国立病院、公的病院などに対し、町村への医師交替派遣や巡回診療を要請する。
2. 市町村へのき地診療所、国保直営診療所、巡回診療車(船)などの整備、運営に対して補助する(国の制度にもとづくもので、財源は国庫が中心であり、県費は一部である)。
3. 県自身が、あるいは県が医師会や公的病院に委託して巡回診療を行なう。
4. 県立大島病院をへき地中核病院として整備し、そこから町村診療所へ医師を派遣し、かつ無医地区の巡回診療を行なう。

このほか、へき地に勤務する医師などの修学資金の貸与事業とか、国の制度にもとづくへき地医療地域連けい対策事業などがあるが、あまり利用者がいなかったり、実質的に機能していないように見られる。

上にあげた4項目のうち県が主体になっている事業は3と4だけであるが、両者とも後述するように、きわめて不十分なものである。また、へき地診療所はすべて市町村立で、県立は1つもない。

このように、鹿児島県の離島医療対策は、市町村が行なう事業への国の補助制度の導入とその他の側面的援助が中心で、県自体の事業は少ない。

県の事業が少ないことに加え、離島地域には、国やその他の公的な医療機関がきわめて少ない(国立らい療養所が1カ所、公益法人の精神病院が2カ所)。そして、私的な医療機関は人口集中部に限られているから、離島のへき地医療は、もっぱら市町村の肩にかかっている。

次にのべるように、離島地域の医療供給の水準は、県

	医 師	歯科医師	保健婦	助産婦	看護婦
離島地域	54.9	15.7	13.2	71.4	248.8
県	114.3	24.2	15.0	47.9	377.5
全 国	116.7	37.5	13.8	24.7	291.4

全体あるいは全国と比べ相当低いのであるが、このことは、市町村の責任で医療を確保することに相当無理があることを物語っているのではなかろうか。

表1は、離島地域の医療施設の状況を全県および全国と対比したものであるが、人口に対し、病院一般病床の数がきわめて少ないうえに、診療所の数も少ないことがわかる。しかもこれらの診療所の中には、医師が確保できないで休止しているものや、診療日が週あるいは月に数回しかないものも含まれているのである。

人口に対する医療従事者の数は表2のとおりで、やはり全県や全国と比べてかなり少ない。

なお、全県に無医地区が68カ所あるが、そのうちの38カ所は離島にある。

へき地中核病院

このように、一般通常医療の供給体制がきわめて不十分な離島において、へき地中核病院として位置づけられている県立大島病院は、どのような役割をはたしているのだろうか。

大島病院は、奄美大島本島の名瀬市にあって、全離島唯一の総合病院、唯一の県立病院である。病床350床(一般300、結核50)、医師21人、看護婦(含准看護婦)175人、1日平均入院患者275人、外来患者501人である。

診療圏は表3に示すとおりで、本島内の患者が外来で95.7%、入院で82.9%を占めている。

また、県の離島医療計画によれば、奄美群島の町村診療所へ医師を派遣し、無医地区の巡回診療を実施するこ

表3 大島病院の診療圏 (昭和48年)

	奄美大島		奄美群島の 他の島	その他	計
	名瀬市	その他			
入院患者	50.0%	32.9%	14.4%	2.7%	100%
外来患者	76.8	18.9	3.1	1.2	100

とになっているが、病院側としては現在の体制では、外来、入院患者への対応でせいっぱいということであった。そして昭和49年の実績では、医師派遣は本島内の1村のみ、巡回診療は沖永良部島に2回延4日にとどまっている。

大島病院は奄美群島のへき地中核病院なのだが、上のような実情からみて、本島の病院であるにとどまり、奄美群島の病院とはなっていない。

また本島内に限ってみても、へき地中核病院として市町村のへき地診療所と有機的な連けいを保ち、専門的な医療を提供するという役割をも、十分にはたしえない事情がある。つまり、専門医療の提供以前に一般医療の提供が求められているのである。というのは、本島内の7つの市町村のうち、5町村は医師が1人しかおらず（うち1村は常勤医師はいない）、診療所の医療機器も不十分で、いきおい専門医療というほどではないものまで、病院に依存せざるをえないからである。私たちが訪問したある診療所では、見たところ医療機器らしいものは何も見当らなかったが、そこの医師は「ここでできる検査といえば血圧、血沈ぐらいのもので、診断がつけられないものですから、患者を病院に送らなければならないの

です」と語っていた。

巡回診療

次に県の巡回診療について検討してみよう。県の巡回診療の種類、回数、受診者数は表4のとおりである。

保健所のは受診者数が少ないが、このことは内科検診的なものに限られ、しかもその後の治療や保健指導とむすびつかないためかと思われる。病院が行なういくつかの診療科を含むもの、および眼科、耳鼻咽喉科および歯科の巡回診療はかなりの受診者があるのだが、回数も地区も少なく、離島の数30余、無医地区の数38カ所ということから考えても、巡回診療が必要な地域のごく一部がひろわれているにすぎない。

なお、鹿児島大学委託の巡回診療は、受診者数が他と比べ格段に多い。これは、診療科目が多いこと、1週間にわたることなどのほか、対象地区との関係も大きいと思われる。48年の場合も49年の場合も（両年とも2,600人以上の受診者があった）、対象地は離島の中でも比較的医療に恵まれた島であった。このような島で巡回診療の受診者が多いということは、興味深いことである。つまり、島民にとって、あまり高いものは望めなくとも日常的に医療が確保されており、巡回診療はこれを補強する役割をはたしているといえよう。

巡回診療にしろ、へき地中核病院との連けいにしろ、対象となる地域に、その地域の住民が「不便ながらも日常生活に大きな支障のない範囲で医者にかかれる」程度に、一応の一般医療が確保されている場合に、はじめて本来の機能を発揮しうるのではなからうか。このことは

表4 へき地巡回診療実施状況 (昭和49年実績)

対象地区	巡回診療の種類	回数	1回の日数	地区数	受診者数	1回当たり平均受診者数
離島地域	眼科耳鼻咽喉科	11	1~2	11	3,889	354
	県立病院(総合8科)	2	2	2	2,463	1,232
	保健所(内科系)	11	1	11	428	39
	日赤委託(内科)	5	2~4	2	91	18
	歯科	6	—	12	509	85
	鹿大委託(総合9科)	1	7	1	2,624	2,624
	計	36	—	—	10,004	278
本土地域	県立病院(内科,外科)	13	1~2	13	392	25
	保健所(内科系)	39	1	16	638	16
	歯科	8	—	13	347	43
	計	60	—	—	1,377	23

注：歯科のみ48年の実績である

保健婦が行なう保健指導についてもいえることである。

保健婦の配置

さて、離島の医療の確保がもっぱら市町村の責任にまかされていること、そしてそこにかかなりの無理がありそうだということのをのべてきたのであるが、保健行政についても同じことがいえる。この問題を保健婦の配置についてみてみよう。

県の「離島医療計画」では、「市町村は原則として保健婦を1人以上置くものとし、県（保健所）は広域的視点から市町村の保健行政に対する指導援助を行う」とのべている。鹿児島県には昭和36年までは、20余名の保健所所属の市町村駐在保健婦がいたが、37年以降は駐在制をやめ、市町村自身が保健婦を確保する方向で県の行政がすすめられている。現在では、個人的な事情で駐在を続けている保健婦が2名残っているだけである。

たしかに昭和37年から39年にかけて市町村の保健婦数はふえたが、40年から42年にかけて再び減少し、それ以降は若干の変動はあるけれども停滞している（表5）。昭和49年4月現在、全県96市町村に配置されている市町村の保健婦は81人で、保健婦を配置している市町村が58、未設置が38となっている。離島だけをとってみると、設置市町村がわずか7、未設置が20である。

すなわち、経済的、地理的その他の点で恵まれた市町村では保健婦が配置されるようになったけれども、恵まれない市町村では、駐在制廃止の方向が出されてすでに10年以上たっているのに、依然として保健婦は配置されないままなのである。

未設置市町村が、保健婦の配置についてどのような考え方をとっているかは資料がないので明らかでないが、私たちが訪問した大島のある村では、「保健婦をぜひおきたいのだけれど、それができない」ということであった。

この村は、国保加入率が76%である。村にある医療機関は国保診療所だけで、国保の外来患者の37%がここで受診しており、残りの63%および入院のすべてを外部に依存している。このような村の場合、国保財政上、保健婦が診療所と連携して住民の健康管理を行なうことからうける利益が容易に予想しうる。

さらに老人医療費無料化以降、老人の医療給付費がふえ、国保財政を圧迫しているという問題が、保健婦が必要だという認識を深めるきっかけになっているようにみうけられた。すなわち、老人の健康相談にのってあげら

表5 保健婦数の推移 (各年12月)

年	就業先		保健所		市町村		その他	計
	所内	駐在	国保	その他				
34	109	21	46	8	20	204		
35	100	24	56	—	24	204		
36	102	24	65	—	19	210		
37	116	10	70	—	22	218		
38	123	6	80	—	26	235		
39	119	7	82	—	28	236		
40	124	7	78	—	25	234		
41	133	1	77	1	23	235		
42	137	3	73	1	34	248		
43	139	4	73	1	34	251		
44	143	3	65	4	30	245		
45	142	3	70	1	26	242		
46	139	3	68	2	30	242		
47	140	2	77	—	30	249		
48	139	2	75	1	37	254		

れる人が必要だ、というのである。

このように、「保健婦が必要だ」という認識をしているのだけれども、「財政的にそれほど高額な給与は出せないし、よほどの給与を出さないとこんな辺りなどころへ来てくれる人はいないので採用できないでいる」ということであった。

他方、奄美群島最大の市、名瀬市でさえも保健婦がいないというのは、どのような事情によるのであろうか。

名瀬市の国保加入率は58.5%で、また市内には県立、私立などさまざまな医療機関がある。このような場合、国保の枠内で保健婦を採用することには、どうしても矛盾がある。さらに、財政が豊かなわけでもなし、すすんで島に来る保健婦があるわけでもないということもあって、保健婦の採用が積極的にすすめられて来なかったのではないと思われる。

市町村が保健婦を置く場合、国保保健婦でなければ人件費の国庫補助が得られないという制度的な問題が、保健婦の充足をさまたげている1つの要因ではないかと思う。

保健所の保健婦の配置については、前述した「市町村は保健婦を1人以上置くものとし、保健所は市町村の保健行政に対する援助をする」というたてまえのもとに、実際に市町村の保健婦が充足しているのか否かということが、配慮されていない。

表6には、保健所管内別に、保健所、国保をあわせた

表6 保健所管内別保健婦数および担当人口

(昭和49年4月)

保 健 所	保 健 婦 数			保 健 婦 1 人 当 り 担 当 人 口	推 計 人 口 (49.4)	市 町 村 数	保 健 婦 未 設 置 市 町 村 数
	保 健 所	国 保	計				
指 宿	9	5	14	6,009	84,127	5	0
加 世 田	10	4	14	7,626	106,765	7	3
伊 集 院	10	8	18	6,366	114,589	9	2
川 内 城	9	11	20	4,307	86,138	7	2
宮 之 水	6	8	14	3,172	44,403	5	1
出 水 口	9	9	18	5,531	99,556	6	1
大 治 木	5	2	7	5,694	39,857	2	1
加 治 木	9	6	15	4,988	74,826	8	3
隼 人 志	9	8	17	6,015	102,251	8	1
志 布 志	9	5	14	7,886	110,399	8	3
鹿 屋 表	14	6	20	8,677	173,541	11	6
西 之 表	5	3	8	5,691	45,530	3	1
屋 久 島	4	—	4	3,925	15,701	2	2
名 瀬 瀨	7	1	8	11,957	95,659	8	7
徳 之 島	6	1	7	8,379	58,650	6	5
計	121	77	198	6,323	1,251,992	95	38

注：表中の保健所は県のもののみ、このほかに市の保健所が2カ所ある

保健婦1人当りの受持人口が示されている。管内に保健婦未設置市町村が多い保健所ほど、保健婦1人当りの受持人口が多いことがわかる。

表中の保健所のうち、西之表、屋久島、名瀬、徳之島の4つは離島に所在し、その島と周辺の島々を管轄している。また川内保健所は本土に所在し、本土の3市町と離島の4村を管轄している。また十島村、三島村（有人島をあわせて10島）は、加治木保健所が管轄し、検診などの業務は離島をもたない10の保健所で分担している。

名瀬保健所は奄美大島に所在し、管内に市町村が8つあるが、市町村の保健婦は1人しかいない。保健所、市町村あわせた保健婦1人当りの受持人口は12,000人にもなる。そのうえ管内には大島本島のほかに有人島が4つあり、本島内も地形がけわしく交通が不便であるから、保健所からでは「ちょっとした仕事をするにも何泊も要する部落がいくらかもある」ということである。

交通不便なうえに受持人口がきわだって多いとあって、とても担当地区すべてに入り込むことは無理であり、ある保健所保健婦は「国保の保健婦さんがいる村では活動しやすいので、ついそちらに足が向いてしまい、他の町村にはめったに行かなくなってしまいます。その町村には申し訳ないとは思いますが、どうしようもありません」と語り、「担当地区であっても一度も行ったことのない島や部落もある」ということであった。

離島赴任の問題点

県の保健婦たちは、市町村に入り込まなければ何もできないことを十分承知したうえで、今のような体制の中で駐在制がとられたり、無医地区に保健婦を配置する制度（無医地区保健指導事業）が採用されたら大変だという気持を強くもっている（この制度で人権費の国庫補助を得て配置されている保健婦が、隣の沖縄県では38人もいるのに対し、鹿児島県では1人しかいない）。また、現状では離島の保健所への赴任期間が2～3年であり、もっと長くいなければ何もできないと思いつながら、「やっぱり任期が終ればすぐ出て行きたい」という気持が勝っているようである（大島病院の院長が、病院と保健所の連けいの必要性を説きながら、ポツリと「せっかくのいい保健婦さんたちが来てくれたのに、2年たったら行ってしまおうでしょう」といった言葉が印象に残っている）。

これらの問題は、離島の保健医療には、1保健婦としてどうすることもできない問題が多すぎることで、すなわち保健医療行政に大きな問題があることを物語っているが、より直接的には、人事管理体制および研修体制上の問題が作用しているように思われる。

「独身者や母子家庭の者がまず離島にまわされる。公平を欠くやり方だと思う」、「母子家庭で子供をつれて赴

任しなければならぬのに、家族住宅がない」「離島に長くいたら結婚がおくれる。いつまでも独身でいるとまた離島に行かなければならなくなる」「島の物価高と本土の家族のもとへ帰る旅費を考えると、へき地手当12%ではとてもひきあわない」「島で2年勤務すると昇給が1号俸短縮されるが、島の出身者については3年たたないと短縮されない。島の者が本土に赴任しても何の特典もないのに」「県の住宅に保健婦3人で同居している。それがいやなら、自分で高い家賃を支払わなければならない。本土と島と二重に家賃を払っている人もいる」「前任地で、ある仕事についてやっと地ならしをおえ、これから本格的にとりかかろうと思っていた矢先、とつぜん島への転勤の辞令が出た。県はどのような方針で配置転換をしているのか不信感をもってしまう」「島にしていると研修の機会に恵まれない。また島の保健所には若く、経験の浅い者が集まるので、所内の指導體制も不十分となる」といったような、人事管理（ローテーション、給与、福利厚生）、研修体制に関する不満が山積している。

駐在制や派遣制などで県の保健婦が相当数へき地に入り込んでいる県では、人事管理と研修体制に相当きめ細かな配慮がなされているところからみても、この2つの問題は、へき地の保健婦活動を考える際のキーポイントだと思われる。

市町村が行なうへき地医療および保健事業には、さまざまな補助制度があるけれども、医師が確保できないとか財政上の問題などがあって、市町村の力では補助対象となる事業自体ができない、あるいはきわめて不十分な形でしかできないということは、どうしたらよいであろうか。また、巡回診療やへき地中核病院との連携にしろ、無医地区保健指導事業やへき地医療地域連携対策事業にしろ、それらが有効に機能しうるのは、対象となる地域自体にある程度まで医療が確保されている場合であるが、鹿児島県の離島では、そこまでいっていない地域が多い。市町村の力だけではそこにいきつかないというのが、離島の実情のようである。

東京都の離島（担当：安原紀美子）

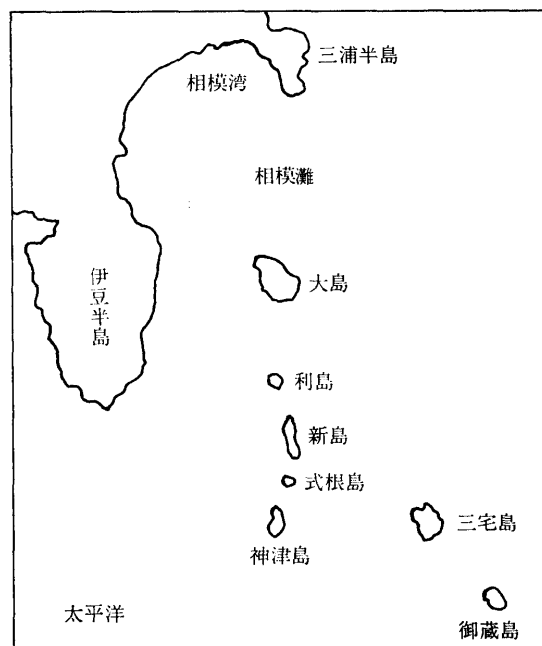
はじめに

東京都島しょ保健所は大島・三宅島・八丈島に出張所において伊豆諸島9島を管轄している。本稿ではそのうち大島出張所管内の大島（人口約11,690人）、利島（同290人）、新島（同2,990人）、式根島（同770人）、神津島（同2,270人）について報告する。

これら5つの島はいずれも離島振興法の適用を受け、さらに利島、新島（式根島を含む）、神津島は過疎地域対策緊急措置法の対象となっている。これらの法律に基づき、東京都の援助により現在各島には必ず診療所があり、医師が最低1人は確保されている。そして島内での診療を補うために、東京都が専門医による定期的な巡回診療を行ない、救急時にはヘリコプターで都内、または近県の病院に運ぶシステムが整っている。

もちろん、島には中核となる病院がないなど医療が十分とはいえないが、たった1人の医師さえ確保できないで苦勞している多くの離島からみれば大島出張所管内の島々は、比較的豊かであり、東京都に守られて、医療の条件は比較的恵まれていると考えてもよさそうである。ただし恵れた状況があってもそれをどう活用していくか、

いかに島の保健医療を育てていくかについては新たな、より根深い問題も浮かびあがってくるようである。本稿ではこの点に焦点を絞ってのべたい。



島に診療所があり医師がいるにも拘らず島の人々の多くは、正確な診断と治療をもとめるとき島内の医師にかかろうとはしない。船便の関係で一たん島を出ると帰りは必ず2、3日後になり、旅費や滞在費もかさむという不便にも拘わらず、都内や熱海、下田の評判のよい病院や開業医にでかけていく。例えば大島町の国保では入院件数の88%は島外が占め、外来にしても島外が40%前後に達している。これほど島外の医療施設に出向く原因は民宿や売店などでそれだけの現金収入があるからともいえる。しかしその背景には現在の島の医療の状況と保健のあり方、人々の健康に対する考え方や態度などが複雑にからみあっているようだ。

島の医療

<通常医療>

一般診療所は利島、式根島、神津島に1カ所ずつ、新島には2部落に1カ所ずつ計2カ所、大島には7カ所ある（この他に潜水病のための診療所が神津島にあり、夏季に限って開設される）。このうち大島にある私的診療所3カ所以外は皆、国保診療所である（表1参照）。

各島に医師が確保されているが、各診療所に必ず常勤医師がいるわけではない。大島では2人の医師がそれぞれ診療所2カ所を兼ね持っている。また新島の診療所のうち1カ所と神津島の診療所では常勤医師が退職後次の医師がみつからず、半年も1年もの間都内から医師が交替で派遣されている。滞在期間は長い例で1カ月程度、たった2日間のみということもあった。医師のうち島の出身者は1人だけである。

看護要員は表1の通り一応確保されているが、半数

以上は島出身の無資格補助者である。栄養士と衛生検査技師は昭和50年から島しょ保健所大島出張所職員として配属されるようになった。が今だに管内に1人もいないのは薬剤師、診療放射線技師、診療エックス線技師、PT、OT、歯科衛生士などである。4人いる助産婦は潜在化している。このため各島にはレントゲン装置をはじめ心電計、顕微鏡、遠心分離機、手術台、分娩台などがいくら整備されてはいても、これらを有効に活用できる人がいないため海風にあってサビついている状態であった。もちろん入院治療などできる態勢ではなく、病床が大島、新島、神津島に計64床あるが、常時使用しているのは大島の産婦人科診療所（8床）に限られている。

一般にへき地や離島では医師は全科標榜にならざるをえず、専門医の確保が大きな問題となっている。医師が1人しかいない利島、新島、式根島、神津島はもちろんのこと、外科、内科、小児科、産婦人科医のいる大島でも、医師は専門外の患者にたよるざるをえず、対症療法にとどまりがちである。

これに対して東京都は、専門医による医療を用意するため一般巡回診療、歯科巡回診療をそれぞれ年1～2回、1回につき4～5日程度実施している。昭和50年度の状況は表2の通りであり、歯科の取扱い患者率が目立って高い。これらの診療結果は島の国保診療所に送られ、島内の医療業務の参考とされることになっているが巡回診療班と島内の医師の連絡は十分ではないようである。例えば都内の病院で事後の継続治療をうけるよう指示されたり、「巡回診療で悪いといわれた」と島の医師に訴えても記録がその医師の手許にはなく、始めからやり直し

表1 島の医療、診療所・医療関係者数

	一般診療所			医師数	歯科医師数	看護要員数
	数	有床診療所 (再掲)	病床数			
大島	7	4	46	5	3	11
利島	1	0	0	1	0	1
新島	2	1	10	1	1	4
式根島	1	0	0	1	0	1
神津島	1	1	8	0	1	3
計	12	6	64	8	5	20
人口1万対率	6.67	—	35.56	4.44	2.78	—
全国平均 人口1万対率	6.64	—	24.12	11.62	3.72	—

資料：昭和50年4月1日現在、東京都衛生局医務部調 全国の人口1万対率は昭和50年「厚生指標」、一般診療所については昭和49年末、医師・歯科医師数については昭和48年末

表2 昭和50年度一般・歯科巡回診療状況

(東京都衛生局医務部調)

	科 目	取扱患者実績 (延)	人口に対する受診者割合
大 島	耳鼻科系	504人	4.7%
利 島	小児科・婦人科系	81	29.9
	内科・整形外科系	73	26.3
	歯 科	178	65.7
新 島 (式根島を含む)	眼科系	320	8.7
	内科・婦人科系	202	5.5
	歯科 (一部落のみ)	225	50.6
		365	82.0
神 津 島	皮膚科・耳鼻科系	290	14.9
	内科・整形外科系	163	8.2

になるなど、巡回診療と島での医療がつみ重なっているとはいえない。

〈救急医療〉

生命に危険がありしかも島内では処置できない緊急の場合は、医師が必要とみなし町村長が申請すれば、東京都の消防庁、警視庁、自衛隊のヘリコプターが天候の許す限り出動している。ヘリがとべない場合は巡視艇などで運び、救急患者を必ず病院に運ぶ態勢が整っている。

医師が要請してからこの救急ヘリが島に到着するまでには、島の町村役場—東京都大島支庁—東京都災害対策本部を経由してヘリコプターを確保し、さらに都衛生局経由で病床確保し、さらに島の医師と消防庁などの医師が病状を連絡して同乗者を決めなければならないので最低2～3時間かかる。病院収容までにはさらに1時間を要する。救急ヘリといっても要請から病院収容までに3～4時間かかるのである。それでも病床確保にてまどり、決まらないままヘリを飛ばすこともあるという。また、夜間は自衛隊機なので医師が同乗しなければならないが、医師の帰りの足は船になる。医師帰島までの2～3日、利島、新島、式根島は無医島になってしまうという問題がある(神津島では夜間はヘリポートの照明がないためヘリが飛ばない)。

しかし島の医師としては、例えば検査や点滴をしたくても外来患者のつめかけ中、医師1人に看護要員1人だけで無床では手の施しようがなく、ヘリで設備と人材の整った病院に送ることになるという。島の医師の口惜しく、また焦立たしい思いが感じられた。

島民が十分な医療を島内でうけることを期待しないことの原因の1つは、確かに医療サービスにあるのだが、他方では、住民の医療に対する態度や自らの健康につい

ての考え方や保健婦の活動のしかたにも原因がある。

島の保健婦活動と健康管理

昭和50年現在、管内には保健所保健婦が2人おり、国保または町村に保健婦はいない。業務内容は所内健康相談、所内クリニック、母親クラスや精神衛生巡回相談、各種検診などの既定事業と事務に多くの時間がとられ家庭訪問など地区活動の時間が少なく、地区活動は大島だけに限られていた。大島以外の島では往復の船旅が長く重労働なこともあり、乳幼児健診と結核検診時に保健婦が大島から行くが、保健指導には手が回らない状態だった。

これに対し各島の住民も町村も、「大島だけの保健婦のようだ」「大島以外に保健婦がこないのはおかしい」と保健婦を求め続けてきた。例えば神津島の若い母親たちは、妊産婦と乳幼児に対する保健指導や救急処置の知識のために大島の保健婦を招いて指導をうけたりもしている。しかし保健婦をおくことは島の町村の力では至難の業である。このためある村長から、現在いる保健婦がフルに保健婦としての活動ができるよう「保健婦が事務までしているのはもったいない」「医師ばかりでなく保健所職員の移動にも行政ヘリを使うべきだ」という意見がきかれた。

これらの要望に応じて50年度中に保健婦が2人から3人に増員され、3月から大島以外の島でも保健婦の地区活動が始められた。しかし各島年1回、10日間だけにすぎず、保健婦自身も「年1～2回ではゆっくり経過観察できず、早く結論を出そうとあせりがでるのでかえってよくない、せめて月に1度いけたら……」「離島ではあらゆることについて相談されるが、それに応じるために

まず十分な研修をうけないと自信がもてない」など不安が消えないようである。しかし島の保健と健康管理の状態をみると、島の人々が考えている以上に保健婦活動の必要性は大きい。

男は漁に、女は夏は民宿、民宿が終ると絹さやつくり、天草採りと男も女もよく働く。なかでも主婦は夏の民宿で忙しく、毎日2～3時間の睡眠で1カ月に1日の休みもとろうとしないし、とれない。年間約30件の出生がある神津島で、そのうち3人に心臓の欠陥などがみられたことは、主婦の忙しさと無縁ではないようである。

結核登録患者は全国のすう勢に反しここ数年やや増加し、特に利島はり患率が高い。また精神衛生については大島、利島に限って東京都精神衛生センターの巡回相談が年2回訪れ、経過観察と薬の指示を行ない、この指示に従って島の保健婦が家庭訪問している。大島、利島以外では町村役場が、把握した患者を精神衛生センターに連絡している。島の医師も看護婦も精神疾患には対応できないので日常管理は家族が行なっている。精神、結核以外では、東京都が成人病対策循環器検診、母子保健指導など、町村が婦人科検診、胃検診、耳鼻咽喉科検診などを行なっている。ボランティアによる検診も行なわれている。これらの検診結果は、島しょ保健所大島出張所か、診療所あるいは役場に報告されるが、保管場所がバラバラで、結核結果のデータが有効に蓄積されているとはいえない。

これらの検診の受診者はいずれも人口の5%前後から10%程度にすぎないが、受診者のうちの少なくとも半数以上が有所見者である。受診者が少ない背景に、1つは仕事の都合で受診できないことがある。他方、島では検診は健康管理のために全員がうけるものではなく、自覚症状のある人が診療がわりに受ける、あるいはヒマな人がうけるものという考え方があった。またこれとは逆に自覚症状の強い人は検診結果が恐しく、心配でうけないこともあるなど、保健衛生上の知識が適切でなく、不安が大きいことも大きな原因である。このような不安に対しては、根拠のない噂や評判でない正確な保健知識と自らの健康についての的確な考え方をもち、そのための保健指導や健康教育が是非とも必要であろう。

「地のもの」と「国のもの」

以上にみてきた通り、現在島での保健医療サービスは不十分ではあっても、今以上にもっとも有効に活用できるだけの条件が整っている。しかしサービスを提供

する側と受ける側に溝があり、島に保健医療サービスが根づいていないことが、島民に島の外の医療をもとめさせる根源的な原因であるようだ。

一般に離島では島生まれの人間「地のもの」とそれ以外の人間「国のもの」をはっきり区別する考え方が強い。そして島では往々にして「国のもの」が保健医療サービス提供者であるために、サービス提供側と受益側の間の溝は「地のもの」と「国のもの」の間の溝にオーバーラップし、根深いものとなっている。

例えば、島では忙しい医師は診療時間に構わず往診に呼ばれ、1日平均40人以上も外来患者がつめかけて自分の時間もないあり様である。頼られすぎて医師が「体力の限界がつかした」と島を出てしまうことにもなる。他方、別の島である母親は子供の熱が1週間も続くのに売薬を与えるだけで、島の医師に診せようとしはしなかった。また、診察の前に自分なりの診断を下してしまい、診療所では薬を要求するだけの患者もいる。島の医師を信頼してはいないし、期待も小さい。医師にしてみれば「(自分を無視して患者の)母親が東京の医師にかかっているのだから、東京へ行けばいい」といいたくもなり、島の人々はますます島の医師にかからなくなる。いずれにせよ医師への信頼が「ありすぎる」と「まったくない」との違いはあるが、島の人々と島の医師は互いに理解し合っていないといえよう。

島の人々にとっては他所の医師、他所から派遣された医師が無条件によくみえるらしく、現在いる島の医師(もとは、他所からきた医師)を自分たちで盛り立てていこうとする気持ちは少ない。いいかえれば「地のもの」は、「国のもの」に対して、やや距離をおいて無条件の信頼と期待を寄せるのと裏腹に、「国のもの」が「地のもの」の中にはいりこむようになると、不信と疑いの目をむけるようになるのである。「地のものの中にはいっていくのは容易でない」と嘆かれるゆえんである。

この溝を橋渡しできる者は今、いない。ただし「地のもの」に尊敬され信頼される「国のもの」に、保健婦がなれる可能性が感じられた。

島の保健医療ビジョン

現在までの島の保健医療対策は、町村が医師の確保と各種検診の実施を中心に行ない、それ以上のこと一よりきめ細かい専門的な目からみた全体的見通しも含めて一については東京都や国に頼り、その対策待ちといった観がある。これは、島ごとにとにかく医師はおくが、それ

以上のことは島の人々を東京都内の医療に直結することで解決するという考え方にもなる。また「ある人が島に総合病院を建てるそうだが実現すれば、島外に行く人が島で医療をうけるようになるし、国保の赤字も解消するだろう」という町村の期待にも現われている。

しかしこの総合病院構想には否定論も多い。「総合病院ができて安心のためにはやはり東京の病院へも行くだろう。それよりも正確な診断をつけて適当な医療機関に手配する“連絡所”のほうがよい」という住民の意見がある。またある医師は、60～70床の総合病院は人口1万数千では維持できない。むしろ地域の実情に合った施設、設備と人を整えることが先だという意見であった。

これらはまだ意見だけで積極的な行動は始まっていないが、「必要な医療をすべて島内でまかなおうとするのも、逆にすべてを本土に依存するのも無理がある。島では島にあった必要な保健医療サービスを整え、充実していくのがふさわしい」という方向性が感じられた。

ただし、今のところ“島にあった必要な保健医療サービス”が果してどんなものなのかが町村にも、住民にも、東京都にも把握できていない。「地のもの」の立場にたった専門家の目で、島の保健医療上の問題を把握、それに基づいた島からのビジョンをもつことが今望まれるのではないだろうか。

山形県 (担当: 岩下清子)

今回は、昭和50年12月1～3日にかけて山形県にて行なった調査のうち、小国町の保健婦活動に焦点をあててまとめた。調査期間がわずかで十分な情報収集が行なえず、また収集した資料についても不明な点がいくつかあるので、推測あるいは感想の域を出ない部分もあるが、とりあえずのまとめを行ない批判、助言をあおぎたい。

山形県の無医地区とへき地医療対策

山形県が掌握している県内の無医地区は、昭和48年5月現在で104地区、人口24,726人、このほか冬期間のみ無医地区となるものが11地区、人口3,525人である。無医地区を有する市町村は、県内44市町村のうち32市町村にわたっている。

これらの無医地区に対する県の医療確保対策事業は、昭和50年度予算からみると、市町村が実施する事業への補助（簡易診療所開設事業および巡回診療事業への補助、へき地診療所運営費に対する国庫補助金の間接補助）のほかに、国庫補助による「過疎町村無医地区健康管理事業」と、この事業実施地区以外の無医地区に対する降雪期前へき地巡回診療事業などである。

過疎町村無医地区健康管理事業

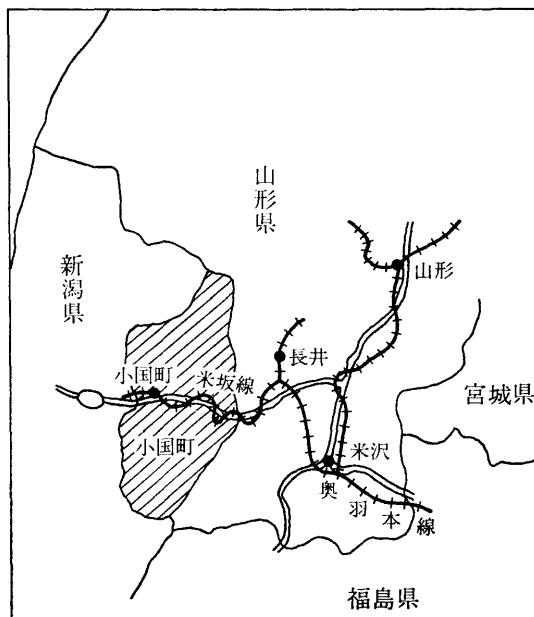
「過疎町村無医地区健康管理事業」は、過疎地域対策緊急措置法の適用を受ける13の町村内にある44の無医地区において実施されている。このレポートでとりあげる小国町の4つの無医地区も、これに含まれている。

この事業では、良かれ悪しかれ、保健婦の役割が大き

くとりあげられているので、まずこの事業について概観しておこう。

この事業は、国の「へき地医療地域連けい対策費補助金」を得て行なわれており、県と市町村の協力事業である。この事業を企画、推進するために、昭和45年に健康管理事業連絡協議会（メンバーは県衛生部、民生部、企画部、市町村、医師会）が設置され、同年のうちに「山形県過疎町村無医地区健康管理要綱」および「要綱実施要領」が制定され、11月から実施に移されている。

「要綱」および「実施要領」から、この事業で保健婦にどのような役割が期待されているかをみてみよう。



「要綱」では、事業の目的を「過疎町内において、保健医療施設の利用に著しく不便な無医地区における住民の健康を維持するため、医師と保健婦の有機的な連携による健康管理態勢を確立するとともに、必要に応じ通信と運搬による医療を確保すること」と述べている。

この事業の直接的な担い手として、無医地区ごとに担当医および担当保健婦を定めるものとしているが、医師は日常的には担当無医地区外の病院、診療所で業務を遂行する兼任者であるのに対して、保健婦は無医地区内に設けられた保健連絡所を拠点として、常時担当地区で業務を遂行する専任者であることを考えると、保健婦がこの事業の中心的存在だといっても過言ではない。しかしながら、医師と保健婦との関係は、実態はともかく、「要綱」の上では対等な連携ではなく、保健婦は医師の指示のもとに無医地区の第一線で活躍すべき存在である。

この事業の中で、保健婦に期待されている役割についてみてみよう。

保健婦の役割は、大きく2つに分けると、日常的な住民の健康管理と、救急処置・看護である。

前者についていえば、担当保健婦は、巡回訪問指導、各種検診への参加、協力などの方法で、常時住民の健康状況を把握し、担当医に情報を提供すると共に、担当医の指示、助言のもとに、必要な措置、保健指導を行なうよう期待されている。保健婦は、担当地区内に患者が発生した場合、患者の状況および処置を担当医に通知し、担当医は患者の搬送などの指示を与え、必要な措置を講ずべきことが定められている。また、担当医が検診などにより疾病があると診察した患者について、保健婦から病状報告があった場合、担当医は保健婦に指示を与えるべきことが定められている。

次に緊急時についてであるが、「他に講ずべき方法がないと認められるときに限り、担当医は担当保健婦に対し、電話等通信の方法により応急措置をとるよう指示することができる」「担当保健婦は担当医の指示に基づき応急措置を講ずることができる」とし、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」と定めている。

なお保健連絡所に住民の健康管理カードを保管し、各種検診結果、保健婦による訪問指導内容、担当医の保健婦に対する指示内容、処置の経過などについて記載することになっている。このカードに各種情報が集約され、これを通して各種保健医療サービスが有機的にむすびつ

けられることが期待されているが、カードが保健婦の活動拠点である保健連絡所におかれているところから、実質的にはそのような期待は保健婦に対するものとみることできる（しかしそのように明示してはいない）。

この事業は県と町村の協力事業であるが、町村が行なう保健医療に関する諸施策を基盤として、県がそれを側面的に支援しているものとみることができる。ことに、人口対比で全国1位を誇る市町村保健婦の数とその長い歴史をぬきにして、この事業を考えることはできない（担当保健婦には市町村保健婦があたっており、担当保健婦に要する費用は所属町村の負担、担当医および保健連絡所の備品などに要する費用については県の負担とされている）。

小国町のへき地勤務保健婦

山形県小国町では、市町村保健婦が「無医地区健康管理事業」の重要な担い手として、へき地のすみずみまで入り込み、まさに住民の健康管理者としての確固たる地歩を築いている。つまり、保健婦の活動を通して住民の健康の自己管理が促進され、医療のうけ方もより適切となり、また県や町などで行なわれる健康診断・検診も、真に早期発見、早期治療のために機能しえているといえる。保健婦は、住民の健康の保持増進を直接支援するとともに、少ない保健医療サービス資源を、より有効に住民にむすびつける役割をはたしているといえよう。

しかし、このような保健婦の地歩は、「健康管理事業」として打ち出されている政策を前提に築かれたものではなく、逆にそれ以前からあった地域に密着した保健婦活動の故に、この政策が生きたものとなっているのだと思われる。そして医師との関係も、必ずしも「健康管理要綱」に示されているようなものではない。保健婦は、医師の行きたがらない地域に入り、医師の指示にもとづきその手足となって働く存在ではなく、医師との横の役割分担が可能となっているのである（このことについては後ほど詳述する）。

医師との関係でみた保健婦の役割が、「要綱」に示されたものとは違ってきた原因としては、たしかに町当局の努力により町立総合病院に専任医師が確保されたことに加え、道路事情の改善と車の普及により、住民にとって医療サービスが非常にうけやすくなったという情勢の変化があげられる。しかし他方では、そもそも政策決定者の保健婦活動に対する認識が、現実からズレていたのではないかとも思う。

筆者が今までの調査で観察した限り、多くのへき地勤務保健婦がさまざまな理由で地域に入り込みえないジレンマをもっていた。小国町の保健婦はなぜこうもスムーズ(?)にへき地に入り込みえているのであろうか。このことが小国町に赴いての筆者の印象であり、疑問であった。小国町は山形県の中でも人口に対する保健婦数が最も多く、活動が活発な地域であり、決して全県にあてはまるものではないと思う。このことをふまえ、へき地の保健婦活動が住民の健康水準の向上にとって有効に機能している例として小国町の保健婦活動をとりあげ、活動内容とそれを支えている条件を探ってみたい。

小国町の概要

小国町の保健婦活動についてのべるに先立って、小国町を概観しておこう。

小国町の面積は738.5 km² (香川県の約40%に当る)の面積を有し、その93%を山林が占めている。ここに110余の部落が散在している。

昭和50年10月現在で人口が12,916人、世帯数は3,415である。人口は、昭和30年(13,800人)をピークに減少してきたが、ここ数年は13,000人前後の線を横ばいしている。かつては、農業、林業、土建業のほかさしたる産業もみられなかったが、道路事情が改善され、電気関係その他の製造工場の設置がみられるようになったこと、町内外への通勤も容易になったことなど、町内で生計をたてる可能性が広がってきたためといえよう。そして、町の財政状態も安定してきている(全国の町村の7割以上が財政力指数0.30以下であるのに対して、小国町のそれは0.31である——昭和50年)。

交通事情については、近年道路が整備されたことにより、どこの部落からも町の中心部まで車の走行が可能となり、最長限30分である。また、自家用車もかなり普及してきている。しかしながら、当地は全国有数の豪雪地であり、冬期間の山間の部落は、車の交通が不能となることもある(降雪期は11月下旬から3月末までで、1月末から3月にかけての積雪は、2mから場所によっては5mに及ぶ)。

なお、昭和50年11月に新潟市と南陽市(ここで国道13号線につながる)をむすぶ国道113号線の改良工事が完成し、この道が冬でも通れるようになったことによって、町外への交通の便は著しく改善された。

次に医療施設については、町立病院1カ所(一般病床70床、伝染病床10床)と有床一般診療所1(13床)、無

床診療所2、歯科診療所3の私的施設がある。このほか町立病院の出張診療所が3カ所あり、うち2カ所については町立病院の医師が週1回出張し診療しているが、他の1カ所についてはそれがない。ただし、いずれも看護婦が常駐しており、医師の指示にもとづき投薬、処置を行なっている。これらの施設にあわせて医師8人、歯科医師3人、このほか診療所に新潟大学から耳鼻科、眼科医が週1回派遣されている。

町立病院には、昭和49年7月以降、内科、外科、婦人科の4人の医師が常勤しているが、それ以前は新潟大学から交替で派遣される医師によって診療が行なわれていた。町当局にとっては、町立病院に腰をおちつける医師が確保できないことが医療事情改善の最大のネックであり、それ故に医師確保の努力がなされた結果であった。

道路事情が改善された現在では、冬期間を除けばどこの部落に居住する人々でも、町中心部にある病院、診療所を利用することができる。冬期間通院不能地域については、町立病院の医師により一斉に降雪期前巡回診療が実施され、そこでケースごとに冬期間の医療対策がたてられる。病状悪化のおそれがある患者については入院措置がとられるが、それほどでもなければ処方にもとづき出張診療所にて看護婦から投薬、処置をうけたり、薬の郵送をうけられるよう配慮される。容体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。このような方法で対応しきれない場合には、医師の往診あるいは患者の救急搬送がなされる。町には患者搬送用に雪上車3台、小型雪上車23台、スノーポート24艘を備えている。患者搬送には10数人を要し、住民の相互扶助でなされている。このようにしてなされている搬送は、1冬で5~6件ということであった。

なお、小国町には前述した「過疎町村無医地区健康管理事業」の実施地区が4カ所ある。地区内の人口は1,470人(323世帯)で、町全体の人口の11.2%にあたる(昭和49年)。これらの地域は、冬期間交通が著しく不便であり、その間の医療対策が特に問題となる地域である。

小国町の保健婦活動

以上のような背景のもとに行なわれている小国町の保健婦活動についてみていこう。

小国町の保健婦は10名(うち1名は嘱託)である。人口に対する市町村保健婦の数をみると、全国一の山形県の中でも特に多く、県内市町村の中で1位である(表1参照)。

表1 人口10万対保健婦数 (昭和50年)

	市町村 保健婦	都道府県 政令市 保健所	保健婦	計
全 国	5.3	8.6		13.9
山 形 県	22.8	9.3		32.1
長井保健所管内	33.7	9.1		42.8
小 国 町	77.4	/		77.4

注：(1) 全国と山形県については、昭和49年の数である
 (2) 長井保健所は、小国町を管轄する保健所である

表2 小国町保健婦の受持人口、世帯数 (昭和50年)

		受 持 人 口	受 持 世 帯
平 均		1,292	342
「健康管理事業」 実施地区担当保 健婦	A	1,459(355)	327(61)
	B	1,045(421)	215(71)
	C	592(306)	156(62)
	D	461(388)	110(70)
その他の保健婦平均		1,560	435

注：()内は「健康管理事業」実施地区の人口、世帯数を示す

表3 小国町の保健婦活動 (昭和49年)

活 動 内 容		時間比率	対象件数 (延)	住民1人 当り件数
家 庭 訪 問	家庭訪問	21.2%	4,928	0.38
	記 録	8.3		
	計	29.5		
衛 生 教 育		5.5	5,031	0.39
健 康 相 談		10.2	7,178	0.55
健康診断、集団 検診		8.1	3,794 (1,312)	0.29 (0.10)
研修及び会議		10.1	/	/
記録及び統計		26.2	/	/
予 防 接 種		2.4	5,437	0.42
連 絡		2.9	/	/
そ の 他		5.1	/	/

注：()内は保健指導件数の再掲

保健婦設置費は国保会計の中に計上されているが、その60%は一般会計からの繰り入れである。国庫補助の対象となっている保健婦は10名中8名である。保健婦設置費は、国保会計の12.1%を占めており、県平均の4.3%を大きく上廻っている。これらのことから、町当局が保健婦活動を相当重視していることがわかる。

保健婦10名のうち4名は「健康管理事業」実施地区とそれに隣接する一般地区を担当し、実施地区内の保健連絡所を勤務場所としているが、他の6名は本庁に勤務し、一般地区を担当している。それぞれの受持人口、世帯は表2のとおりである。

保健婦活動は、成人病および母子対策に重点がおかれている。家庭訪問、衛生教育、健康相談、健康診断・集団検診を組み合わせる形で住民の健康管理がなされており、それぞれの活動の住民1人当り対象件数からみて、健康管理活動が住民の中に相当ゆきわたっていることがわかる。また保健婦の勤務時間の半分以上がこれらの活動に費やされている(表3)。

家庭訪問は町内全世帯の約3分の1の世帯に対し、平均2.7回の訪問がなされている。ただし、病人あるいは妊産婦や幼児のいる世帯については、約8割程度がカバーされている。訪問種別をみると成人病の比重が高く、実件数で全訪問件数の39%、延件数で43%を占めている(表4)。成人病患者ことにねたきり老人への訪問は、同一対象者への訪問回数、時間が多くなるので、家庭訪問が特定世帯へかたよる傾向がでてきていると思われる。しかし他方で、健康相談、衛生教育がきめ細くなされており、参加者も多いことからみて(表5)、家庭訪問だけではなく、これらの機会を通して、保健婦はほぼ全世帯を掌握しているとみることができる。保健婦がわざわざ家庭まで出向かなくとも、住民の方から健康相談、教育を求めてくるという事実は、保健婦の健康管理活動が住民の中に深く根をおろしていることを物語っている。

小国町で実施される各種の健康診断・集団検診は、これら保健婦による日常活動を前提として、はじめて意味あるものになっている。すなわち健康診断・検診は、保健婦が住民の健康管理をすすめる上で重要な情報であり、逆にいえばそれを保健婦活動が相ともなってはじめて早期発見、予防あるいは早期治療へとむすびつけられる。

乳幼児健診は、県による3歳児健診のほか町による3カ月、5カ月、11カ月の健診が実施されているが、受診率は9割以上である(表6)。そしてその場で保健指導がなされ、さらに必要に応じて家庭訪問がなされる。

成人病関係では、高血圧、胃、婦人科の集団検診が実施されている。また「健康管理事業」の一環として4地区で各2回、成人病を中心とする県の総合検診が実施されている。これらの受診者の全住民に対する比率は決し

表4 小国町保健婦の家庭訪問

(昭和49年)

種 別	年度はじめに 掌握(予定)された 対象者 A	実施件数		B/A	C/B	
		(実) B	(延) C			
伝 染 病	0	5	5		1.0	
結 核	新 登 録	13	45	105	0.44	
	医 療 放 置	10				
	そ の 他	80				
精 神 障 害	措 置 患 者	24	43	98	0.80	
	そ の 他	30				
成 人 病	ね た き り	33	753	2,167	0.81	
	卒 中 後 遺 症	79				
	が ん	8				
	婦人科検診有症者	5				
	胃検診有症者	15				
	高血圧	720				
心臓疾患	73					
その他の疾患	糖 尿 病	18	200	741	0.39	
	リウマチ・神経痛	296				
	身障・その他	201				
母 性	妊 産 婦	136	108	175	0.79	1.6
	家 族 計 画	128	47	78	0.37	1.7
乳 幼 児	新 生 児	84	167	310	0.76	
	乳 児	125				
	有 症 児	12	123	291	0.41	
	幼 児	301				
	未 熟 児	7				
そ の 他	10	16	1.43	1.6		
そ の 他	そ の 他	1,200	413	1,003	0.34	2.4
合 計		3,598	1,914	4,989	0.53	2.6

注：(1) 訪問世帯：実数 1,196 延数 3,206

(2) 訪問世帯実数の全世帯に対する比率 0.35

(3) 結核、精神については、保健所保健婦による訪問もされているが、ここには計上されていない

て高くはないけれども、保健婦が受診の必要を認める人々には受診が勧められるので、異常、疾病の発見率は高い(表6~10)。このほか出稼ぎ前と帰郷後の健康診断、保健指導が行なわれている。

以上のような保健婦活動は、「健康管理事業」実施地区については他の地域と比べ一層濃密である(表11, 12)。

前述した「健康管理要綱」では、保健婦の役割として、日常的な健康管理と救急処置・看護が期待されているが、小国町の保健婦の実際活動をみると、前者の比重が圧倒的に大きい。後者については、前述したように「要綱」制定当時と比べて医療がうけやすくなったという事情も

あって、保健婦が対処しなければならない場面は非常に少なくなっている(表13)。保健連絡所に備えられている救急医薬品にしても副木、ほうたい、止血剤が使用される程度である。ただ、担当保健婦が存在し、担当医と連絡をとってくれるということ、保健連絡所に救急医薬品が備えられているということは、住民に安心感を与えているということはいえそうである。

医師との関係でみた保健婦の役割についていえば「要綱」では、保健婦は医師に情報を提供し、医師の指示にもとづいて活動すべき存在であるが、実際には、保健婦は一番住民の身近かにいて、住民が医師をより有効に活

表5 小国町保健婦の衛生教育・健康相談 (昭和49年)

種 別		件 数	回 数
衛 生 教 育	伝 染 病	5	2
	成 人 病	2,908	220
	乳 幼 児	339	26
	母 性	263	26
	栄 養	73	5
	家 庭 学 級	14	1
そ の 他	1,429	103	
計	5,031	383	
健 康 相 談	成 人 病	5,365	386
	結 核	2	1
	乳 幼 児	399	34
	母 性	68	8
	そ の 他	1,344	100
計	7,178	529	

表6 3歳児健康診受診者・率 小国町

	該 当 者	受 診 者	受 診 率
昭和45年	180	171	95.0%
46	205	196	95.6
47	195	178	91.3
48	190	188	98.9
49	179	179	100.0

表7 高血圧検診結果 小国町

	受診者	精検者	精 検 結 果			
			異 常	常 規	要 観 察	要 注 意
昭和48年	269	152	3	2	23	124
49	290	121	1	7	21	92

表8 胃検診結果 (昭和49年) 小国町

受 診 者		1,391
要 精 検 者		167
精 検 受 診 者		131
精 検 結 果	異常なし	74
	胃がん	1
	胃がん疑	2
	胃ポリープ	6
	胃かいよう	25
	十二指腸かいよう	4
	共存かいよう	1
胃炎その他	18	

表9 婦人科検診結果 小国町

	受診者	異常なし	要治療	要精検	子宮がん疑
昭和48年	406	336	67	24	0
49	531	455	62	28	3
50	447	307	98	54	0

注：30～60歳の女子人口は約3,000人である

表10 過疎無医地区総合検診結果 小国町

	昭和47年	昭和48年	昭和49年	
地区内人口	1,557	1,516	1,470	
地区数	4	4	4	
検診回数	8	8	8	
受診者数	208	265	298	
発見された疾病の種類	高血圧	128	86	70
	脳卒中後遺症	8	3	11
	胃疾患	8	13	6
	神経痛	18	17	12
	心疾患	17	5	4
	O脚	23	49	156
	その他	57	30	39
	計	259	203	298

注：検診の回数は各地区2回ずつ、あわせて8回である

表11 過疎町村無医地区健康管理事業における保健婦活動 小国町

	地区内人口	地区内世帯	家 庭 訪 問		衛 生 教 育		健 康 相 談	
			訪問世帯(延)	訪問件数(延)	件 数	回数	件 数	回数
昭和46年	1,600	324	1,238	1,876	1,051	55	1,284	140
47	1,557	320	1,324	1,817	1,154	139	1,915	163
48	1,516	337	1,123	1,704	1,187	116	1,711	156
49	1,470	323	1,246	1,876	1,340	122	1,757	167

注：4つの地区を担当する4人の保健婦によるものである

表12 健康管理事業実施地区
内世帯に対する保健婦
による訪問指導状況
(昭和49年) 小国町

保健婦による訪問 指導の有無, 回数		世帯の比率
あった		68.4%
訪問 指導 回数	1 回	2.4
	2 回	0.9
	3 回	4.4
	4 回	2.4
	5 回	6.4
	6 回以上	44.3
	無 回 答	7.6
なかった		25.1
無回答		6.5

注：県が地区内の世帯を対象に実施したアンケート調査による

用できるよう援助する立場にある。各種の健康診断・検診が、保健婦の活動があってこそ有効に機能しているばかりでなく、どこか具合が悪くて病院・診療所を訪れるにしても、住民はまず保健婦に相談するというパターンが成り立っている。冬期間通院できない地域の医療対策については前述したとおりであるが、この方法も、保健婦が常日頃住民の健康状態を把握しており、必要に応じて医師へ適切な連絡がなされてこそ有効なものとなっているといえよう。

保健婦は、要するに、各種の保健医療サービスを統合し、住民にむすびつける役割をとっているのである。

以上みてきたような住民に密着した保健婦活動を可能にしている要件は何であろうか。各地でへき地勤務保健婦がゆきづまりをみせている状況と対比して考えると、第1に、保健婦の受持人口が少なく、住民全体を把握しうることに、第2に、住民にとって多少の不便はあっても医師による医療の確保が可能であり、保健婦が医師の代

表13 過疎町村無医地区健康管理事業における保健婦の救急処置
・看護 小国町

昭和46年	昭和47年	昭和48年	昭和49年
外 傷 3件	卒 中 3件	外 傷 2件	卒 中 1件
腹 痛 2	発 熱 3	計 2	喘息発作 1
発 熱 2	外 傷 1	(内入院 1)	計 2
骨 折 1	出 血 1		
日 射 病 1	てんかん 1		
意識不明 1	流 産 1		
けいれん 1	計 10		
そ の 他 1	(内入院 7)		
計 12			
(内入院 5)			

注：4つの地区を担当する4人の保健婦によるものである

替を強いられることがない、ということが重要なポイントである。

そのほかに重要な要件を列挙すれば、保健婦の定着性が高く、地域活動のつみあげが可能なこと、医師との連係が比較的スムーズで役割分担、協力関係がなり立ちやすことがあげられる。医師との関係は、町立病院の医師が他所から交替で派遣されていた時代と比べ、著しく改善された。

さらに、保健所保健婦との連係がよく保たれており、県の諸施策を地元の事業にあわせて実施したり、また町が行なう事業については、町では確保できない資源の補てんなど、さまざまな協力を得られるという事情もあげておくべきであろう。

それでは、保健婦の定員確保、その採用と定着、医師との連係、保健所保健婦との連係などは、いかにして可能となっているのであろうか。これらの点を今後の分析で深めていきたいと思う。