

へき地医療特別対策要綱

自民党社会部会

この対策要綱は国（厚生省）がへき地医療対策を講ずる際の基本とされており、いわゆるへき地医療政策「第4次計画」に相当するものである。

この計画は昭和50年度からの5カ年計画であり、ひき続き55年度を初年度とする第5次計画の策定が、厚生省内部で54年度から始められる予定である。

へき地医療特別対策要綱

1. 目的

この対策は、へき地における医療供給体制の整備が他の地域に比較して遅れている実情にかんがみ、へき地の住民が医学医療の進歩発展及び社会的経済的条件の変化に即応して、治療、健康の増進及び疾病の予防のための措置並びにリハビリテーションを一体とした適切な医療を受けるための施策を体系的かつ計画的に推進することによって、へき地における医療水準の向上を図ることを目的とすること。

2. 定義

この対策において「へき地」とは、交通条件及び自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち、医療の確保が困難であって一定の要件に該当するものをいうこと。

3. 国の責務

国は、へき地医療計画に係る事業その他へき地における医療を確保するための事業の実施に関し、必要な財政上の助成措置を充実強化するとともに、医師等の養成確保その他必要な施策を総合的に推進するものとする。

4. 都道府県の責務

都道府県は、へき地における医療の確保に関し、市町村が行うことが困難である事業及び広域的に実施することが適当である事業を実施するものとする。

5. 市町村の責務

市町村は、へき地における診療施設の整備、患者の輸送体制の整備その他へき地における住民の医療を確保するために必要な事業を実施するものとする。

6. 市町村が講ずる措置

市町村は、へき地における医療の確保を図るためへき地の実情に即し、次に掲げる措置を講ずるものとする。

- (1) 診療施設の整備
- (2) 患者輸送車、患者輸送艇の配置等による患者の輸

送体制の整備

- (3) 住民に対する保健指導の実施
- (4) その他へき地における医療の確保を図るため必要な措置

7. 都道府県が講ずる措置

都道府県は、へき地における医療の確保を図るため、へき地の実情に即し、次に掲げる措置を講ずるものとする。

- (1) へき地中核病院の整備
- (2) 巡回診療の実施
- (3) 住民に対する保健指導の実施
- (4) その他へき地における医療を確保するため必要な措置

8. へき地医療計画

1 都道府県知事は、へき地における医療を体系的かつ計画的に推進するため、へき地医療計画を作成するものとする。

2 へき地医療計画は、へき地の実情に即し、次に掲げる事項を含むものとする。

- (1) 診療施設の整備及び運営に関する事項
- (2) 診療施設への医師の派遣に関する事項
- (3) 巡回診療に関する事項
- (4) へき地中核病院の整備及び運営に関する事項
- (5) 住民に対する保健指導に関する事項
- (6) 保健婦の配置に関する事項
- (7) へき地医療の情報処理に関する事項
- (8) その他医療の確保に関し必要な事項

3 へき地医療計画の対象とすべき事業の実施に関する基準は、厚生省令で定めること。

4 都道府県知事は、へき地医療計画を作成するときは、関係市町村長に協議し、へき地医療対策協議会の意見をきかなければならないこと。

5 都道府県知事は、へき地医療計画を作成したときは、

これを厚生大臣に提出し、その承認を受けるものとする。これを改訂したときも、同様とすること。

6 都道府県知事は、少なくとも5年毎にへき地の実態を調査し、これに基づきへき地医療計画の検討を行わなければならないこと。

7 離島振興法その他の地域振興に関する法律に基づく医療の確保に係る計画は、へき地医療計画と調和したものでなければならないこと。

9. へき地中核病院

1 都道府県知事は、へき地を含む広域的地域を単位として、適当と認める病院をへき地医療に係る中核病院として指定するものとする。

2 へき地中核病院は、地域の関係行政機関及び医療関係団体と協力して次に掲げる事業の実施を担当するものとする。

(1) 巡回診療その他の方法によるへき地住民に関する診療

(2) へき地の診療施設との機能的連携及び医師等の派遣

(3) へき地における医療に従事する者の研修及び研究施設の提供

(4) その他都道府県及び市町村がへき地における医療を確保するため実施する事業に協力すること。

3 都道府県知事は、必要に応じ、当該都道府県における基幹的病院のうち、適当と認めるものを指定し医師等の派遣等の方法により、へき地中核病院が担当する事業に援助協力させるものとする。

10. 保健婦の配置

都道府県（保健所を設置する市にあっては、市とする。）は、へき地における実情に即した住民に対する保健指導を実施するための保健婦を配置するものとする。

11. 医師等の確保

1 都道府県は、必要に応じ、へき地の診療施設への医師等の派遣、へき地における医療に従事しようとする者に対する修学資金の貸与その他へき地における医療

に従事する医師等を確保するための施設を講じなければならないこと。

2 都道府県は、へき地中核病院又は第9の3の基幹的病院において、へき地の診療施設への派遣、巡回診療等を実施するため必要な医師等が確保されるよう努めるものとする。

3 国は、へき地における医療に従事する医師等が確保されるよう都道府県が実施する施策に援助協力するほか、へき地における医療に従事する医師等の福利厚生に関する施策、へき地における医療に従事する医師等の研究研修活動に対する便宜の供与及びこの活動の促進のための施策その他国が実施することが適当と認められる施策を実施するものとする。

12. へき地医療対策協議会

1 都道府県は、へき地医療計画の作成その他へき地における医療の確保について協議させるため、へき地を含む広域的地域を単位として、へき地医療対策協議会を設置すること。

2 へき地医療対策協議会は、市町村、関係行政機関医療関係団体、医療施設等の関係者及び学識経験者をもって組織すること。

13. 医療情報処理の技術の開発等

国は、医療施設の連携体制の整備等へき地における医療の確保に資するための医療情報処理の技術の開発及びその活用の促進を図るものとする。

14. 国の助成

1 国は、へき地医療計画に係る事業の実施に要する費用について高率の補助を行うこと。

2 国は、へき地医療計画に係る事業のうち特定の事業については、当該事業の実施に要する費用を融通するとともに、融通資金の返済利子について補給すること。

15. 国の講ずる税制上の措置

国は、へき地医療に従事する医師に対する税制上の優遇措置その他へき地における医療を確保するため必要な税制上の措置を講ずるよう努めなければならないこと。

保健対策に関する行政監察 結果報告書

——自営業者・主婦等在宅者を中心として——

昭和53年10月
行政管理庁行政監察局

監察（調査）実施の目的等／310

監察（調査）結果／310

前書き／310

健康診査の実施状況／311

保健指導の実施状況／321

へき地保健医療対策の実施状況／328

この報告書は、保健事情の実情を踏まえた上で、都道府県及び市（区）町村の各種施策の実態と問題点をはあくしたものである。厚生省に対する勧告として、改善すべき事項が明らかにされている。

保健対策に関する行政監察結果報告書

——自営業者・主婦等在宅者を中心にして——

《第1 監察（調査）実施の目的等》

1. 監察（調査）の目的

この監察は、近年における循環器疾患及びがん等の成人病が主要な死因となるなど、疾病構造に変化が生ずるとともに、これらの疾病の予防を含め、国民の健康保持・増進に寄せる関心は一層高まりつつある状況にかんがみ、受診機会に恵まれない在宅者を中心として、健康診査、保健指導等の施策の実施状況を調査し、関係行政の改善に資するために実施したものである。

2. 監察（調査）対象機関

厚生省
都道府県（21）
市（区）町村（44）
医療機関（21）
民間集団検診機関（29）
関係団体（8）

3. 監察（調査）担当部局

行政監察局
管区行政監察局 全局（北海道、東北、関東、中部、
近畿、中国、四国、九州）
沖縄行政監察事務所
地方行政監察局 13局（函館、青森、岩手、埼玉、新潟、
富山、三重、福井、和歌山、
島根、高知、長崎、鹿児島）

4. 監察（調査）実施期間

昭和52年7月～9月

5. その他

本監察では、調査の一環として2,197人を対象にアンケート調査を実施し、1,799人からの回答を得た。

《第2 監察（調査）結果》

前書き

近年、我が国における平均寿命は著しく伸長し、昭和52年現在、男子72.69歳、女子77.95歳に達している。このように長寿命となった理由は、近年における経済社会の著しい発展に伴い、国民の生活水準が大幅に向上し、一方、医学・医術の進歩及び公衆衛生行政の進展により、結核に代表される伝染病による死亡や乳幼児の死亡が激減したことによるものである。

しかし、結核等の伝染病による死亡率及び患者数が減少した反面、脳血管疾患、がん及び心疾患の死亡率等は依然増加傾向を示しており、国民の主要死因もこの3者が1～3位を占めている。

このような疾病構造の変化に伴い、従来、公衆衛生行政の主軸となっていた結核等の伝染病対策に加えて、昭和30年代後半から、母子保健対策、老人保健対策等の施策が充実、強化され、また、昭和40年代から、循環器疾患、がん等の成人病対策が新たに国の施策として講ぜられてきているほか、厚生省は、昭和53年度における厚生行政の重点施策として「国民の健康づくり対策」を進めることとし、「国民の健康づくり推進基金」の設置、年次計画による新たな「市町村保健センター」の設置及び市町村国民健康保険保健婦（市町村国民健康保険特別会計に対する助成）の市町村保健婦（市町村一般会計に対する助成）への移行等の措置を講ずることとしている。

この監察は、このような保健対策の実情を踏まえつつ、

都道府県及び市（区）町村において、あるものは法令に義務付けられ、あるものは国の助成を受け、また、あるものは自主的な事業として実施されている各種施策の実態及び問題を総合的にはあくすることを目的とし、被雇用者・在学者等と比較して受診機会に恵まれない自営業者・主婦等の在宅者に対する保健対策及びへき地における保健医療対策にその主眼点を置いて、関係都道府県・市（区）町村等の協力を得て実施したものであり、その結果、これら在宅者に対する保健対策が全体として調整され、より効果を挙げるよう運営されるためには、国の指導・助言が更に必要であると認められたので、厚生省は、次の事項について改善に努める必要がある。

1. 健康診査の実施状況

(1) 第1次検診

《勧告》

健康の問題については、最近、国民の関心が高まってきたが、こうした国民の健康保持・増進を図る上で、疾病の早期発見、早期治療を目的とする各種の健康診査（以下「健診」という。）は、重要な役割を担っている。このため、厚生省は、成人病対策、老人保健対策等の一環として、各種の健診、健診後の保健指導等の施策を進めている。

しかしながら、都道府県及び市（区）町村におけるこれら健診の実施状況を調査した結果、3歳児健診等の母子健診を除き、①各種健診の一部を実施していない市町村があること、②各種健診の受診率は、一般的になお低率となっていること等の問題点がみられた。

また、当庁が行ったアンケート調査の結果によると、健診を受けない理由として、「健康だから」としているものがかなりの割合を占めており、早期発見、早期治療を目的とする健診の趣旨がまだ十分に理解されていないことがうかがえる。

したがって、厚生省は、各種健診の実施状況を的確にはあくし、我が国における疾病構造の変化等に対応した健診の実施の推進を図るとともに、都道府県、市（区）町村、民間集団検診機関等を十分活用して、国民の健康問題に関する自覚の高揚、健診の趣旨の徹底に更に努める必要がある。

また、受診者の利便及び効率的な健診実施のため、現地の実情に応じ、可能な範囲で数種類の健診の同時実施、婦人会等地区組織の協力確保等の方策についてもその推進を図る必要がある。

説 明

I 各種健診の実施状況

国庫補助事業による健診の実施状況

自営業者、主婦等の在宅者に対する健診については、従来、高い死亡率を示していた結核についての定期健診、母子健診（妊産婦、乳幼児健診）等が行われていたが、その後、健診の種類等が拡大され、現在、成人病予防のための胃がん健診、子宮がん健診、循環器疾患等健診（以下「循環器健診」という。）、老人健診等について、国の助成措置が講ぜられている。

今回調査した都道府県（以下「県」という。）21の提出資料により、管内市町村（市町村には、地方自治法（昭和22年法律第67号）第281条に基づく特別区を含む、以下同じ。）における各種健診の実施状況をみると、表1

表1 市町村における各種健診（補助事業）の実施状況

区分 健診種別	調査市町村数 (県数) A	健診実施市 市町村数 B	健診未実施 市町村数	健診実施率 $\frac{B}{A}\%$	未実施市町村 のある県数
胃がん	1,398 (20)	1,303	95	93.2	12
子宮がん	1,398 (20)	1,305	93	93.3	11
循環器	1,467 (21)	1,027	440	70.0	21
老人	1,467 (21)	1,451	16	98.9	7
結核	1,467 (21)	1,466	1	99.9	1
3歳児	1,467 (21)	1,467	0	100.0	0

- 注：1. 県の提出資料による。
 2. 胃がん健診及び子宮がん健診については、県本庁において実施状況はあくしていない、1県を除外した。
 3. 北海道については、石狩支庁、空知支庁、胆振支庁、日高支庁、後志支庁、檜山支庁及び渡島支庁の管轄区域並びに札幌市、江別市、千歳市、恵庭市、夕張市、岩見沢市、美瑛市、芦別市、赤平市、三笠市、滝川市、砂川市、歌志内市、深川市、室蘭市、苫小牧市、登別市、伊達市、小樽市及び函館市に限る。以下同じ。

表2 健診未実施の理由調べ (昭和51年度)

未実施の理由	延市町村数	構成比
1. 実施体制等の不備	16	20.3%
2. 日程調整, 医師の確保等 実施計画の不備	14	17.7
3. 類似の健診等の実施	16	20.3
4. 地理的条件が悪く実施困難 (離島等)	9	11.4
5. 受診希望者が少ないこと	11	13.9
6. その他, 台風等の災害による 臨時的事情	13	16.4
計	79	100.0

注: 1. 当庁の調査結果による。
2. 未実施市町村のうち各県1~5市町村, 計57市町村について調査した。

表3 県・市町村の単独事業実施状況

区分	肺がん 健診	乳がん 健診	貧血 検査	妊娠婦 健診	乳幼児 健診	その他
実施している 県	2	3	—	—	—	4
実施している 市町村	1	2	3	6	14	1

注: 1. 当庁の調査結果による。
2. 「その他」とは, 東京都が行っている島しょ健診事業等である。

のとおり, 胃がん健診及び子宮がん健診については, 過半数の県において未実施市町村がみられ, 循環器健診については全県において未実施市町村がみられた。

なお, 法律上義務付けられている老人健診及び結核健診については, ほとんどの市町村において実施されているが, これについてもそれぞれ7県及び1県において, 未実施市町村がみられた。

これら国庫補助による健診の未実施市町村のうち57市町村について, 未実施の理由を聞き取り調査した結果, 表2のとおり, ①市町村の実施体制等の不備, ②類似の健診等の実施, ③日程調整, 医師の協力確保等実施計画の不備, ④受診希望者が少ないこと等の理由を挙げているものが多かった。

なお, 類似の健診等の実施を理由とするものは, 循環器健診の未実施市町村に多かった。

イ 県及び市町村の単独事業の実施状況

今回調査した21県及び44市町村の中には, 表3のとおり, 地域住民に対する保健対策の充実を図るため, ①最近, 死亡者の増加がみられる肺がんの健診, 婦人を対象とした乳がんの健診又は貧血検査を独自に実施している県又は市町村, ②国の助成により, 県が行うこととなっ

ている事業のほかに, 妊産婦健診又は乳幼児健診を単独事業として実施している市町村がみられた。

なお, 厚生省では, 昭和53年度から乳がんの自己検診普及を図るため, 保健婦を対象とする研修の実施並びに市町村が家庭の主婦等を対象に行う貧血及び肥満の検査について, 助成することとしている。

Ⅱ 各種健診の受診状況

ア 受診状況

今回調査した44市町村のうち, 各種の健診を実施している市町村におけるその受診率をみると, 図1のとおり, 3歳児健診を除き, 概して低調であるが, 地域類型別では, 農山漁村・へき地型市町村において高い受診率を示している。

このように高い受診率を示しているのは, 医療機関が少なく, 受診の機会に恵まれないため, 市町村の行う健診に対する住民の関心が高いこと及び市町村等においても, 地区組織を活用した受診勧奨, 受診希望者の取りまとめ等を行うとともに, 保健婦活動の推進等の努力を行っていることによるものと思われる。

イ 受診推進対策

今回, 特に高受診率を示している23市町村について, その受診推進対策を聞き取り調査した結果, 表4のとおり, 地区組織等を活用していること, 保健婦を活用していること等のほか, 数種類の健診を同時実施することにより受診者の便宜を図っていること, 受診料の助成を行っている等が挙げられている。

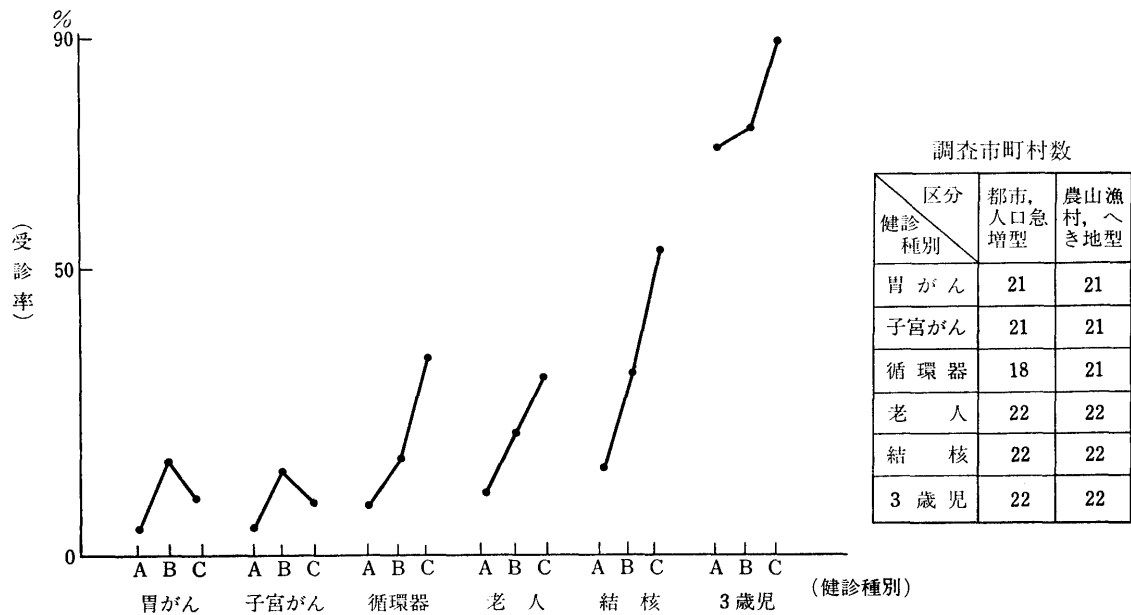
一方, 今回調査した44市町村について, その受診推進対策の実施状況をみると, 次のとおりである。

① 地区組織の活用については, 健診実施に際し, 地域の婦人会, 町内会, 衛生組合, 愛育会等の組織, 母子保健推進員, 行政連絡員などを活用して, ちらしの配布, 回覧などを行い, その周知に努めるとともに, 受診希望者の取りまとめ, 受診票の交付などの業務を行っている市町村が, 胃がん健診及び子宮がん健診については15市町村, 循環器健診, 老人健診等については12市町村みられた。

② 数種類の健診の同時実施については, 44市町村中, 厚生省が指導している循環器健診と結核健診とを同時に実施している20市町村を含めて28みられた。

また, アンケート調査結果においても「いろいろな健診を同じときに実施して欲しい」とするものが31% (有効回答1,450中449) みられた。

各種健診の同時実施については, 実施体制, 地域の



注：Aは、調査した都市・人口急増型市町村における平均受診率である。
 Bは、全国平均受診率で厚生省資料による。
 Cは、調査した農山漁村へき地型市町村における平均受診率である。

図1 調査市町村における地域類型別受診率(昭和51年度)

表4 受診推進対策実施状況

区分	推進対策	地区組織等の活用 (母子保健推 進員等)	保健婦の活用 (戸別訪問等)	数種類の健診 の同時実施 (総合健診等)	受診料につい ての助成 (無料化等)	対象者はあく の努力 (台帳作成等)	そ の 他 (周知方法工 夫等)
実施市町村数 (延べ数)		16	9	7	5	11	13

注：当庁の調査結果による。

実情等により一律に推進することは困難であるが、今後の方向を示すものといえよう。

- ③ 受診料の助成については、国の助成が行われていない胃がん健診及び子宮がん健診の費用のうち受診者負担分についての助成を行っているところは、いずれの健診についても、36市町村みられた。

なお、受診推進対策のうち、地区組織等の活用及び保健婦の活用の状況と、受診率との関連についてみると、図2のとおり、これらの対策を実施している市町村における受診率は、相対的に高くなる傾向が認められた。

ウ 受診率の低い理由

今回調査した21都道府県について受診率の低い市町村を各種健診ごとにそれぞれ1～3抽出し、計117市町村からその理由を聞き取り調査した結果、表5のとおり、周知、宣伝の不十分、実施の時期、時間、場所等が少ないこと、受診者数の制限等実施方法等の不備を挙げるものが72市町村(延べ回答数の33.6%)あった。

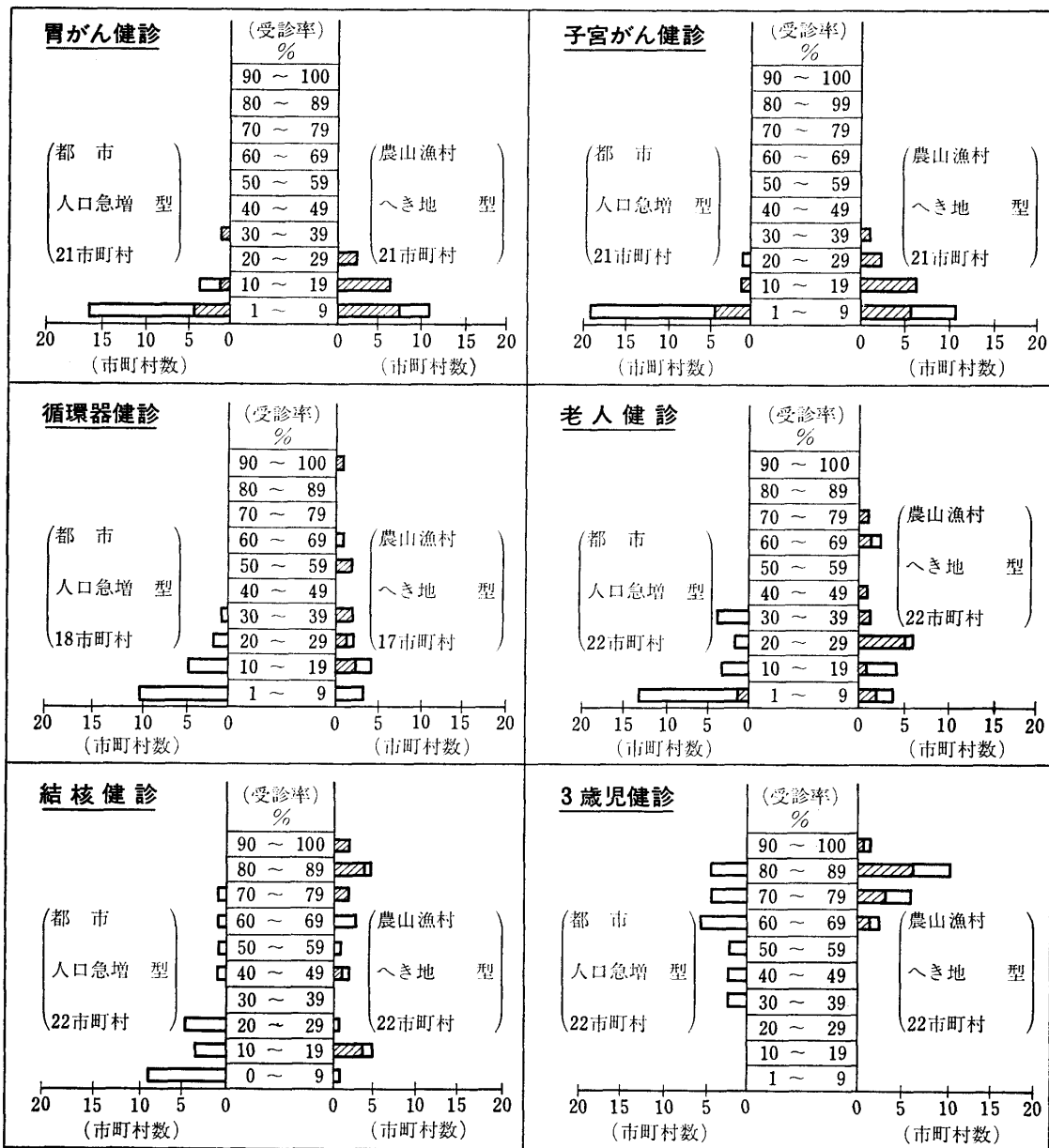
したがって、市町村が健診の実施に当たり、地域の実情を十分考慮しつつ、効率的な健診を行うことにより、受診率の向上を図る余地がある。

一方、アンケート調査結果によると、表6のとおり胃がん及び子宮がんについて過去1年間に集団検診や病院での検診を受けたことがないとするものが半数を超えており、また、循環器健診を含めて3種類の健診について市町村等が行う集団検診を受けなかった理由をみると「健康だから」とするものが29%とかなりの割合を占めているなど、早期発見、早期治療を目的とする健診の趣旨は、いまだ十分に理解されていないことがうかがわれる。

(2) 母子健診

《 勸 告 》

母子健診のうち妊産婦、乳幼児健診及び3歳児健診は、母子保健法(昭和40年法律第141号)により、都道府県



注：1. 当庁の調査結果による。
 2. 黒塗りの部分は、受診推進対策を実施している市町村を示す。

図2 地区組織等の活用等と受診率

知事（保健所を設置する市にあっては、市長）が実施することとされているが、都道府県の中には、これらの健診を含めた母子保健業務のほとんどを市町村に委託して実施させているところがあるほか、受診者名簿の作成、受診通知、母子健康手帳及び受診票の交付等の業務の実施について、市町村の協力を得ているところが多くみられた。

また、市町村の母子保健業務としては、従来から、健康相談、母子保健推進員活動等の業務が実施されている

が、昭和52年度から、1歳6か月児健診について、市町村が実施することかできるよう国の助成措置が講ぜられている。

このように、市町村における母子保健業務は、漸次充実されつつあるが、母子健診及び保健指導等の母子保健業務については、地域住民に密着している市町村を実施主体とすることが最も効果的と認められる。

したがって、厚生省は、市町村における母子保健対策の実施体制の整備及び効果的な実施について都道府県及

表5 受診率の低い理由通べ

理由 区分	検診機関側に原因があると するもの					受診者側に原因があると するもの					そ の 他					計
	周知、 宣伝の 不十分	実施の 時期、 時間、 場所 (田植時 等)	受診者 数の 制限	その他	小 計	健診に 対する 意識 が低い	かかる 受診料、 交通費が	恥かしい (子宮がん 健診)	その他	小 計	多い 近隣に 医療機関が	医療費が 無料である (老人健診)	地理的 条件が悪い	活用等 その他 (地区組 織未)	小 計	
延べ 市町村 数	27	26	9	10	72	58	9	7	12	86	32	12	7	5	56	214
構成 比%	12.6	12.1	4.2	4.7	33.6	27.1	4.2	3.3	5.6	40.2	15.0	5.6	3.3	2.3	26.2	100.0

注：当庁の調査結果による。

表6 健診未受診の理由調べ

健診別 区分	アンケート 対象者	アンケート 回答数 ㉔	過去1年間に、 集団検診や病を 院での検診を 受けたこと ないもの ㉕	比 率 ㉖ ㉗	集団検診未 受診者数 ㉘	市町村等が行う 集団検診を受け なかった理由の 中で「健康だか ら」としている もの ㉙	比 率 ㉚ ㉛
胃がん	40歳以上	1,406	826	58.7	1,077	368	34.2
子宮がん	35歳以上	917	614	67.0	730	210	28.8
循環器	45歳～64歳	1,149	312	27.9	659	139	21.1
計		3,442	1,752	50.9	2,466	717	29.1

注：当庁の調査結果による。

び市町村をより一層指導するとともに、母子保健法に基づく各種母子保健事業の市町村長への委譲を推進する必要がある。

説明

I 母子保健対策の経緯

母子保健に係る施策は、戦前から行われていたが、乳児死亡率等からみて大きな成果をみるには至らなかった。

戦後、昭和22年に児童福祉法（昭和22年法律第164号）が制定され、引き続いて母子衛生対策要綱（昭和23年9月15日号外厚生次官通知）が決定され、母子保健に関する行政運営の方針が明らかにされるに及び、保健所を中心とした妊産婦及び乳幼児を対象とする保健指導、健診、訪問指導等の施策が実施されることとなった。

その後、母子保健のための単独法制定の気運が高まり、昭和40年に新たに母子保健法が制定され、母子保健対策は一層充実されることになった。

II 健診の実施主体

母子保健法では、都道府県知事（保健所を設置する市

（以下「政令市」という。）にあっては、市長）は、妊産婦又は乳幼児の保護者に対する保健指導、3歳児に対する健診及び必要に応じて妊産婦又は乳幼児に対する健診を実施することとされており、これらの事務については、政令の定めるところにより市町村長に委任することができることとされているが、その政令は制定されていない。しかし、厚生省では、母子保健業務は、本来住民の日常生活に直結したものであり、その効果的な実施を図るためには、母子の生活の場である市町村の段階で事業を強化することが必要であるとして市町村が行う母子保健推進員活動、妊産婦幼児保健相談事業等に対し助成してきている。また、昭和52年度からは、市町村が行う1歳6か月児の健診についての助成も行われており、市町村における母子保健対策は漸次充実されつつある。

III 健診等業務の市町村長への委譲

今回調査した21都道府県の中には、表7のとおり、都道府県知事が行うこととされている母子保健業務について、妊産婦及び乳幼児の健康管理をきめ細く、より効果的に実施することを目的としてその業務のほとんどを市

表7 母子保健業務を市町村に委託している例

区分 県名	県が行う母子保健業務								県における委託の状況 (昭和51年度)
	新生児訪問指導	妊産婦訪問指導	妊産婦健診及び 保健指導	乳幼児集団健診	三歳児健診	婚前 新婚 学級 開催	未熟児訪問指導	養育医療給付	
A県	○	○	○	○	○	○	×	×	政令市1を除く県内111市町村中110市町村 調査2保健所管内11市町村全部 医師会との交渉事務等を担当させているもの63市町村 県内59市町村中33市町村
B県	○	○	○	○	○	×	×	×	
C県	×	×	×	×	○	×	×	×	
D県	×	×	×	×	○	×	×	×	

注：(1) 当庁の調査結果による。
(2) ○は、県が市町村に委託していることを示す。

町村に委託しているものが2県、また、3歳児健診についてのみ委託しているものが2県みられた。

また、その他の県においても、3歳児健診の対象者のはあく、受診通知、会場の準備等の業務、母子健康手帳、受診票の交付等の業務の実施については、市町村の協力を得ているところが多くみられた。

さらに、今回調査した市町村の中には、県（保健所）が行う事業のほか、独自に妊産婦健診や乳幼児健診を実施しているところ（妊産婦6市町村、乳幼児14市町村）がみられた（前述(1)―I―I参照）。

このようなことから母子健診業務についても、既に市町村において実施されている、がん、循環器、老人及び結核の各種健診等と同様、市町村の果す役割は、漸次高まりつつあるものと認められる。

なお、保健所問題懇談会基調報告（昭和47年7月20日）においては、「現在、保健所において実施されている健康相談、健康診断などのうち、小規模で頻度の高い対人保健サービス（中略）については、市町村の実施能力を勘案し、計画的に市町村に移譲し、市町村と保健所との業務の責任分野を明確にするとともに、相互の連けいを強化すべきである。」とされているが、これについて、厚生省では全市町村の実施体制の整備が先決問題であり、その体制の整備を待つとしている。

しかし、実施体制が不十分な市町村については、その整備の促進を図るとともに、体制が整備されている市町村から逐次母子保健業務の市町村長への委任を推進して行く等の方法も含め、母子保健法に基づく各種母子保健事業の市町村長への委譲を推進する方策について検討する必要がある。

(3) 精密検診

《勸告》

健診事業の成否は、第1次検診の結果、精密検診（以下「精検」という。）を必要とされた者（以下「要精検者」という。）が確実に精検を受け、更にその結果に基づき、必要な治療あるいは保健指導を受けるかどうかにかかっている。

しかしながら、今回調査した市町村の中には、保健婦等が要精検者に対して、電話、訪問等により精検受診の勧奨に努めているところもあるが、第1次検診受診後は、本人の自覚に待つ以外ないとして、受診勧奨を行っていないところや、精検を受診したか否かの追跡を全く行っていないところのみられた。

したがって、厚生省は、都道府県及び市町村に対し、精検受診の勧奨を行う等健診効果の確保について指導する必要がある。

説明

I 受診状況

今回調査した44市町村のうち、各種健診を実施している市町村における精検の受診状況をみると、表8のとおり、受診率はおおむね70%を超えているが、中には、要精検者数が少ないのに精検の受診率が低いもの（子宮がん健診）、受診状況をはあくしていない市町村の多いもの（循環器健診）もみられた。

II 受診推進対策

厚生省は「がん予防対策要綱」（昭和44年7月19日付衛発502号）及び「循環器疾患等健康診断実施要領」（昭和49年3月14日付衛発第149号）において、都道府県知事

表8 精検の受診状況

(昭和51年度)

健診種別	区分	健診実施 市町村数	受診状況 不明市町 村数	第1次検診 受診者数 A	要精検 者数 B	要精検率 $\frac{B}{A}$	精検受診 者数 C	精検受診率 $\frac{C}{B}$
胃がん		42	2	66,183 人	9,507 人	14.4 %	7,713 人	81.1 %
子宮がん		42	3	62,050	1,092	1.8	750	68.7
循環器		36	17	44,086	7,292	16.5	6,098	83.6
老人		44	7	75,828	28,000	36.9	21,368	76.3
結核		44	2	415,722	12,004	2.9	9,270	77.2

注：当庁の調査結果による。

表9 要精検者に対する精検勧奨状況

健診種別	区分	調査市町村数	調査件数 (要精者数) A	精検受診者数 B	精検未受診者数 C	受診状況未はあく D	受診勧奨実施状況					
							実施件数 E	E A	実施方法			
									電話	文書	訪問	その他
胃がん		35	169 人	113 人	26 人	30 人	95 人	56.2 %	29	5	41	20
子宮がん		34	113	76	4	33	65	57.5	19	4	37	5
循環器		21	97	45	12	40	28	28.9	8	11	6	3
老人		15	46	34	3	9	6	13.0	5	1		
結核		32	152	121	22	9	83	54.6	14	59	10	
計			577	389	67	121						
	構成比 (%)		100.0	67.4	11.6	21.0						

注：1. 当庁の調査結果による。

2. 調査市町村数は、44市町村から健診未実施、同時精検実施及び資料不整備の市町村を除いたものである。

に対し、要精検者が、精検を受診したかどうかをはあくし、未受診者に対しては受診の勧奨を行い、また、治療を要すると診断された者のうち適正な治療を受けていない者に対しては必要な指導を行うよう指示している。

市町村における受診推進対策をみると、①第1次検診結果の通知に際し、精検受診についての勧奨文を通知書に記載あるいは同封しているところ、②この結果通知書発送後、市町村及び保健所の保健婦あるいは健診を実施した検診機関に対し、精検未受診者への文書、電話、個別訪問等による受診勧奨を行わせているところ、③受診者の利便を考慮して、第1次検診に引き続いて、同一会場で精検を実施しているところ、④医療機関から遠いへき地に居住する要精検者の受診を確保することを目的として、公立病院の協力を得て「集団検診移動精検班」を編成しているところ、⑤精検費用についての助成を行って、要精検者の費用負担を軽減しているところ等がみら

れたが、中には、検診結果の通知書発送後は、本人の自覚にまつしかないと、その後の受診勧奨を行っていないところもみられた。

また、今回調査した44市町村のうち、各種健診を実施している市町村における要精検者に対する精検受診勧奨状況を1つの健診につき1～5事例を抽出して調査した結果、表9のとおり、結果通知後の勧奨実施率は、循環器健診については29%、老人健診については13%と低く、その他の胃がん健診、子宮がん健診、結核健診については、約半数について勧奨が行われているにすぎなかった。

しかも、伝染性のある結核健診を含め、各健診とも精検未受診者があり、かつ、市町村において、受診したかどうかを全くはあくしていない事例もみられる等要精検者の追跡は必ずしも十分に行われていないことが明らかとなった。

(4) 検診機関

表10 各種健診の検診実施機関別市町村数調べ

健診種別	区分	調査市町村数	検診実施期間														
			保健所		民間集団検診機関				医師会(開業医)		病院	市町村(医師雇上げ)		計			
			施設	検診車	施設	検診車	日母方式	自己採取	施設	検診車	施設	施設	検診車	施設	検診車	その他	
胃がん		42	3		3	34			1	3	3				10	37	
子宮がん		42	2	1	5	28	4	2	1		4				12	29	6
循環器		36	17		6				6		4	8	1		41	1	
老人		44	7		4				29		5	4			49		
結核		44	3	20		23							3	3	46		
計		208	32	21	18	85	4	2	37	3	16	12	4	115	113	6	

- 注：1. 当庁の調査結果による。
 2. 市町村の中には、施設と検診車等あるいは民間検診機関と医師会等を併用しているものもあるので、調査市町村数と計とは一致しない。
 3. 子宮がん健診欄の「日母方式」とは、日本母性保護協会に所属する開業医に検体を採取してもらい、これを検診機関で細胞診断を行う方式であり、年々この方法を採用することが増加しているといわれている。厚生省では、こうした方法を推進するため昭和53年度から検診機関で個別に直接検診する場合も含め、その費用について助成することとしている。また、「自己採取方式」とは、自分で器具を用いて検体を採取し、これを検診機関で診断する方式である。

《勸告》

胃がん健診及び子宮がん健診のほとんどは、対がん協会等の民間集団検診機関に委託されて行われているが、民間集団検診機関の中には、実施体制が弱体なものがみられた。

健診の効果を確保するためには、これら民間集団検診機関において、整備された実施体制の下で健診が適切に行われることが肝要であり、今後、健診の推進を図る上で、民間集団検診機関の果たす役割は、ますます重要なものになると認められる。

したがって、厚生省は、民間集団検診機関に対し、実施体制の整備に一層努めるよう指導するとともに、特に技術職員の整備に対処するため、地方がんセンターなどの協力を得てその養成訓練に努める必要がある。

説明

I 検診実施機関

今回調査した44市町村のうち、国庫補助による各種健診を実施している市町村における検診実施機関をみると、表10のとおり、胃がん健診及び子宮がん健診については、ほとんどの市町村において県対がん協会、成人病予防協会等の民間集団検診機関に委託されており、主に検診車によって実施されている。また、循環器健診及び結核健診については、保健所、県結核予防会等に委託して実施されている例が多い。

II 検診結果の判定

各種健診のうち胃がん健診、子宮がん健診は、民間集団検診機関に委託されて実施される例が多いが、特に子宮がん健診については、細胞診を行うものであり、早期処理が必要である。この点について、厚生省は、「がん予防対策要綱」により、1週間以内に受診者に検診結果を通知するよう規定し、検診の早期処理を指導している。

今回調査した胃がん健診、子宮がん健診の民間集団検診機関29について、収集したフィルムあるいは検体の検査の実施状況を見ると、胃がん健診については27民間集団検診機関中12が、また、子宮がん健診については25民間集団検診機関中11が、所属の医師(検診機関の設置するフィルム読影委員会を含む)等により検査しているが、残りの民間集団検診機関は、大学病院その他の機関(県又は県医師会に設置されているフィルム読影委員会を含む)に委託して実施している。

これら検診結果は、多くの場合、市町村を通じて受診者へ通知されているが、検診実施から検査結果通知までの期間をみると、「がん予防対策要綱」に定める1週間以内の処理を図っている機関もあるが、一般的には、2～3週間を要しており、中には、1カ月以上(最長、胃がん健診36日、子宮がん健診107日)を要しているものもみられた。

このように、1か月以上の長期を要するもの多くは、フィルムの読影あるいは細胞診及びその最終判定を大学病院の医師に依頼している場合等であり、当該医師の業務の都合により読影等の作業が遅れることによる。

表11 民間集団検診機関の体制調べ

(昭和52年 8月現在)

調査対象民間集団検診機関数	医師の状況			技術者の状況		
	専任の医師の いるもの	医師全員が嘱 託医師である もの	医師あるいは 嘱託医師のい ずれも配置し ていないもの	衛生検査技師 臨床検査技師 のいずれも配 置していない もの	専門技術者を 配置していな いもの	
胃と子宮検診を実施しているもの	23	11	6	6	2	6
胃検診のみ実施しているもの	4	1	1	2	—	—
子宮検診のみを実施しているもの	2	0	2	0	0	1
計	29	12	9	8	2	7

注：1. 当庁の調査結果による。

2. 専門技術者を配置していないものの中には、衛生検査技師あるいは臨床検査技師のいずれも配置していない2機関を含む。

表12 細胞診技術者の養成、研修状況

研修（養成）実施機関	コース	対象者	研修実施施設別研修（養成）者数		
			(財)癌研究会	大阪府立成人病センター	計
厚生省 (日本対がん協会に 委託) (財)癌研究会・大阪 府立成人病センター	初級	臨床（又は衛生）検査技師経験 1年未満	18人	一人	48人
	中級	臨床（又は衛生）検査技師経験 1年以上	18	12	
	—	臨床（又は衛生）検査技師の資 格を有する者	15	15	30

注：厚生省及び各団体提出の資料による。

Ⅲ 民間集団検診機関の検診実施体制

今回調査した民間集団検診機関29の検診実施体制を検討したところ表11のとおり、嘱託の医師さえ配置していないもの8機関、また、子宮がん健診を行っているにもかかわらず、採取した細胞の染色等を行う衛生検査技師あるいは臨床検査技師が配置されていないもの2機関、更に、細胞を検査する専門技術者*が配置されていないもの7機関がみられ、これら検診機関の体制は必ずしも整備されているとはいえない状況となっている。

なお、検診実施体制が整備されているA県対がん協会では、同協会の施設で行う子宮がん検診の結果を、受診者に、当日、その場で通知し、精検（組織診、コルポ診）を必要とする者については、直ちに精検に必要な検体の採取を行っている等、精検の受診確保の見地からも極めて効果的なものとなっている。

* がん細胞の検査等を行うためには、高度の知識を要することから、日本臨床病理学会が、昭和43年から、学識能力を認定する制度を設け、資格試験に合格した者は、「学会認定の専門技術者」として同学会に登録される。現在、全国で913が登録されており、このうち1割程度の者が民間集団検診機関に勤務しているといわれている。

Ⅳ 技術者の養成、訓練

厚生省は、昭和47年度から健診等を行う機関で細胞診断業務に従事している者を対象に、細胞診技術者の養成研修を行ってきている。

厚生省の行う研修は、日本対がん協会に委託され(財)癌研究会と大阪府立成人病センターとの施設を利用して実施されているが、マンツーマン方式であること、実習が伴うため使用可能な設備の使用に限度があること等から研修人員は、年間、初・中級合わせて48人と少なく、研修期間もそれぞれ2週間となっている。

一方、細胞診技術者の需要に応ずるため、(財)癌研究会では「細胞診スクリーナー養成所」を、また、大阪府立成人病センターでは、「細胞診スクリーナー高等研究室」をそれぞれ設置し、養成期間6か月で同技術者の養成に努めているが、養成数はそれぞれ年間15名と少ないものとなっている（表12参照）。

こうした高度な技術者の養成は、困難な問題が多いものと思われるが、地方がんセンター等の協力を得て、その養成訓練に努めることが必要である。

なお、地方がんセンターは、現在、全国に9か所（国

立札幌病院・宮城県立成人病センター・神奈川県立成人病センター・県立がんセンター新潟病院・愛知県がんセンター・大阪府立成人病センター・国立呉病院・国立松山病院・国立病院九州がんセンター）設置されており、厚生省では、昭和53年度から、国立がんセンター及び地方がんセンター（国立呉病院）で細胞診課程の研修（研修人員はそれぞれ12人及び7人）を始めることを計画している。

(5) 各種施設等整備（補助）事業

《勸告》

国は、成人病対策等のため、がん検診車、健康管理指導車、農村健診センター及び健康増進センターの整備及び運営に要する費用について、助成している。

しかし、これら施設・設備の中には、年間か動日数の少ないもの、医師等医療技術職員が確保されていないもの等効果的な運営がなされていないのがみられた。

したがって、厚生省は、補助施設等の設置者に対し、所期の目的を確保するよう、都道府県を通じて、指導するとともに、農村健診センター、健康増進センター等の施設については、本来の目的に沿って使用してもなお余裕がある場合には、各種健診、その他の保健指導等多目的に使用させるなど、その効率的な利用を図り、地域住民の保健対策に活用するよう併せて指導する必要がある。

説明

厚生省は、各種保健対策の一環として、胃がん健診及び子宮がん健診のための検診車、受診機会に恵まれない農村地域住民に対する保健対策のための農村健診センター及び健康管理指導車、予防、治療等の施策にとどまらず、健康の増進を積極的に図ることを目的とする健康増進センター等の設置及び運営に要する費用について助成措置を講じている。

これら補助制度及び当庁が調査した施設・設備の運営状況の概要は、表13のとおりであり、更に効率的な運用を図る余地のあるものが認められた。

なお、健康増進センター及び農村健診センターの中には、地域住民の集団検診、予防接種等を実施している健康増進センターあるいは栄養教室、母親学校、糖尿病教室等の健康教室を積極的に開催している農村健診センターがみられるが、このような施設・設備の利活用状況からみて、本来の補助目的に沿った運営を行ってもなお余裕のある場合においては、地域住民の保健対策のため、効率的な利用を推進することについて検討する必要がある

められた。

2. 保健指導の実施状況

(1) 保健婦の配置

《勸告》

地域住民に対する保健指導業務を担当する保健婦には、大別して、都道府県及び政令市の保健所に勤務している者と市町村保健婦等の市町村段階に配置されている者とがあり、それぞれ家庭訪問、健康相談等の対人保健サービス業務を行っている。

これら対人保健サービス業務は、地域住民に密着して実施されるべきものであり、市町村保健婦がわずかではあるが年々増加しているなど、市町村段階における保健指導体制は、全体としてみれば整備されつつある。

しかしながら、各市町村における保健婦の配置状況をみると、市町村に駐在する都道府県の保健所等の保健婦を含めても、いまだに保健婦の配置されていないところあるいは保健婦配置数が極めて少ないところがある等の問題点がみられた。

したがって、厚生省は市町村段階における保健指導体制の整備を促進するため、次の措置を講ずる必要がある。

① 公衆衛生業務に関する保健所の在り方、特に市町村との業務分担について、検討を加えるとともに、市町村保健婦の配置方針を明確化し、その配置の促進を図ること。

なお、市町村保健婦の配置が容易でない地域については、市町村保健婦が充足されるまでの措置として、都道府県の保健所に勤務している保健婦の市町村駐在制度の活用を図るよう都道府県を指導すること。

② 無医地区においては、医療の機会に乏しく、特に保健婦の活動に対する住民の需要が高いことにかんがみ、過疎地域等保健婦及びへき地保健指導所保健婦については、市町村に駐在して、必要な保健指導活動に専念するよう都道府県を指導すること。

説明

1 保健婦の配置

ア 県及び市町村は、地方自治法、結核予防法（昭和26年法律第96号）、母子保健法等に基づき、住民の健康の保持増進のための業務を行っているが、住民に対する保健指導業務は、保健所、あるいは市町村の衛生担当部局に所属する保健婦が主として担当している。特に各種健診の拡充強化等に伴い、市町村

表14 保健婦の所属別配置数調べ

調査対象数 所 属 等		県	政令市	市町村段階	計		
		21 (304保健所)	7 (44保健所)	1,427 市町村			
保健所 保健婦	所内勤務人	2,063	493	—	2,556	} 2,821	
	市町村駐在 人	—	—	265	265		
過疎地域等 保健婦	保健所配置 人	49	—	—	49	} 181	
	市町村(無医地区)配置 人	—	—	132	132		
へき地保健 指導所 保健婦	保健所配置 人	3	—	—	3	} 11	
	市町村(無医地区)配置 人	—	—	8	8		
市町村 保健婦	国民健康保険特別会計 人	—	6	2,330	2,336	} 2,667	
	一般会計	県職員の派遣 人	—	—	45		45
		市町村単独 人	—	2	284		286
計 人		2,115	501	3,064	5,680		
構成比 %		37.2	8.8	54.0	100.0		

注：(1) 当庁の調査結果（昭和52年3月末現在）による。
 (2) 保健婦関係国庫補助制度については、表16参照。

表15 市町村における保健婦の充足状況

充足率 区分	無配置	10%以上 ～50% 未 満	50%以上 ～70% 未 満	70%以上 ～100% 未 満	100%以上	計
市町村数	223	216	361	41	586	1,427
構成比 %	15.6	15.1	25.3	2.9	41.1	100.0

注：(1) 当庁の調査結果による。
 (2) 「充足率」は、国民健康保険保健婦補助金の補助対象保健婦数算出基準を分母として、市町村保健婦並びに保健所保健婦、過疎地域等保健婦及びへき地保健指導所保健婦のうち市町村に駐在している保健婦の合計数を分子として算定した。

段階における保健指導業務は、近年著しく拡大されつつあるが、保健所問題懇談会基調報告（昭和47年7月20日）においても、「健康教育、健康相談、健康診断、健康増進等住民の日常生活に密着し、小規模ではあるが頻度の高い対人保健サービス業務は、市町村レベルで提供されるのを原則とすべきである。」とされており、更に、昭和53年度からは、「国民の健康づくり対策」による各種事業の発足に伴い、市町村保健センター設置の推進が図られる等、市町村段階における保健指導の業務量もますます増大する傾向にある。

なお、全国の市町村* 段階に配置されている保健婦数の推移を、「厚生省報告例」によってみると、昭和45年末6,260人（100）が、49年末には、6,977

人（111）、51年末には、7,141人（114）へと年々増加してきている。

* 市町村には、政令市を含まない。以下この項において同じ。

イ 今回調査した21県における保健婦の配置状況は、表14のとおりであり、市町村段階には3,064人（1,427市町村）が配置されている。

この1,427市町村について、保健婦の充足率をみると、表15のとおり、保健婦を全く配置していないところが223（1,427市町村の15.6%）、充足率が10%以上50%未満のところは216（同15.1%）となっており、合わせて439（同30.7%）の市町村においては、保健指導体制が極めて弱体な状況にあった。

Ⅱ 市町村段階の保健婦の配置対策

ア 県保健婦の市町村派遣制度

今回調査した21県管内における保健婦無配置市町村の多くは、農山漁村又はへき地を抱えており、これらの保健婦無配置市町村のほぼ半数では、市町村保健婦を募集しているが、市町村保健婦は、保健所保健婦に比べて少人数で各種の業務を処理しなければならず、転勤の機会もない等のため、求職者が少ない。

こうした市町村保健婦の求人難に対処するため、一部の県においては、地方自治法第252条の17の規定に基づき保健婦無配置市町村（特にへき地）に対し、県職員（保健婦）の派遣（中には3分の1の県費助成を行っているものもある。）を計画的に推進しており、また、一部の県では、市町村に対し保健医療技術者確保のための長期計画の推進あるいは県国民健康保険組合連合会による保健婦のあっせん等による市町村保健婦の確保について市町村に対し積極的な指導援助を行っていることから、これらの県内の市町村では、へき地を抱えているものもあるが、おおむね市町村（国保）保健婦を確保していた。

しかしながら多くの県では、市町村財政への配慮のほか、保健所と市町村との業務分担が明確でないため、積極的な指導は難しいなどを理由に、市町村に対する指導が消極的であった。また、管内の市町村においても、保健指導業務については、保健所（県）の活動に依存し、市町村保健婦の配置について消極的なものが多くみられた。

イ 保健所保健婦の市町村駐在制度

厚生省は、「保健所の運営について」（昭和35年9月2日付衛発第830号）において、保健所の型別及び人口別の運営の基本を示し、この中で、公衆衛生看護活動に当たり、人口希薄な地域の保健所は、「保健所保健婦の駐在制を原則とすること。」また、農山漁村の地域の保健所は、「状況により保健所保健婦の駐在制を実施すること。」等を規定し、県を指導している。

こうした厚生省の指導の浸透状況を今回調査した21県についてみると、14県では、市町村駐在制度をとっておらず、このうちの8県では、それぞれ保健婦無配置市町村があり、しかも、これら市町村が人口希薄な地域又は農山漁村地域の保健所管内であるにもかかわらず、市町村駐在制度をとることとしていない。

ウ 過疎地域等保健婦の配置

厚生省は、過疎地域対策緊急措置法（昭和45年法律第31号）等の特定地域の振興に関する法律に基づき、県が、無医地区に保健婦を配置した場合これに対し助成することとしているが、この保健婦は、「へき地医療対策に係

る保健指導事業の実施について」（昭和50年4月21日付衛発第209号）に基づき、その市町村の施設等に配置されて、専ら担当無医地区の住民に対する保健指導に当たることとされている。

しかしながら、今回調査した21県中11県に対し、181人の国庫補助（昭和51年度）が行われているが、このうち49人（27％）は県の保健所に勤務し、担当無医地区（市町村）に駐在していない。このため、中には、担当無医地区への指導実績（家庭訪問、衛生教育、健診の介助等）が、年間30日未満のものあるいは保健所に常勤して他の保健所保健婦と全く同様の業務を分担し、担当無医地区に対する指導が極めて低調なもの等がみられた。

エ へき地保健指導所保健婦の配置

① 厚生省は、特定地域の振興に関する法律の対象地域を除く、人口規模200人以上の無医地区に、県が保健婦を配置した場合これに対し助成することとしているが、この保健婦は、「へき地医療特別対象事業に係る保健指導事業の実施について」（昭和50年5月12日付衛発第240号）に基づき、へき地の無医地区に駐在させ専ら担当無医地区の住民に対する保健指導に当たることとされている。

しかしながら、今回調査した21県中4県に対し11人の国庫補助（昭和51年度）が行われているが、このうち保健所に勤務しているものが3人（27％）みられた。

② 保健婦関係国庫補助金は表16のとおり4種類あり、このうちへき地保健指導所保健婦に対する補助金は、保健所運営費補助金及び国民健康保険保健補助金に比べて補助率が高い。

また、へき地保健指導所保健婦に対する補助金は、他の3保健婦に対する補助金が予算上の補助対象数のすべてを消化しているのに対し、昭和51年度の対象数60人に対し、補助実績が20人、52年度は、67人に対し補助実績が28人となっている。

さらに、へき地保健指導所保健婦の配置計画等を、21県について調査した結果、厚生省では、当該無医地区のある17県に対し、昭和50年度からの5か年で、合計164人のへき地保健指導所保健婦を配置するよう、昭和51年8月割当てを行ったが、うち昭和51年度までに配置済みのも4県11人、昭和52年度以降配置を予定しているもの2県8人、現在検討中のもの3県37人にすぎず、差し引き108人（164人に対し66％）については現在のところ予定がない。

表 16 保健婦関係国庫補助金一覧

補助金名	補助対象となる保健婦	補助対象数(予算)		補助率	補助対象事業者
		昭51年度	昭52年度		
保健所運営費補助金 (積算内訳:職員設置費)	保健所 保健婦	人 6,959	人 6,959	$\frac{34}{100}$	都道府県及び政令市
国民健康保険保健婦補助金	国民健康保険 保健婦	4,695	4,677	$\frac{1}{3}$	保険者(市町村)
過疎地域等保健指導費補助金 (積算内訳:職員設置費)	過疎地域等 保健婦	249	249	$\frac{1}{2}$	都道府県
へき地中核病院運営費等補助金 (積算内訳:へき地保健指導所)	へき地保健指導 所保健婦	60	67	$\frac{1}{2}$	都道府県

注:(1) 厚生省の資料による。

(2) 保健所運営費補助金の補助対象数は、保健婦、助産婦及び看護婦の合計数である。

以上のように、へき地保健指導所保健婦の配置に対する県の意欲は、あまり高いとはいえない状況にある。

(2) 保健指導活動

《 勸 告 》

保健婦は、アンケート調査等の結果によっても、その保健指導活動について関係者から高い評価を得ており、地域住民の健康増進、疾病予防、衛生思想の向上等に成果を挙げているものと認められる。

しかしながら、保健所及び市町村における保健指導の実施状況を調査した結果、中には、最低限度実施すべき業務や他機関との連携等の基礎的な業務について、処理方針を持たないまま活動しているところもあり、このため、①健診の結果、発見された要医療者又は要保健指導対象者をはあくしていない、②要保健指導対象者に対して、はあく後早期に指導を行っていない、③保健所保健婦と市町村保健婦とが同一時期に家庭訪問しほぼ同一内容の指導を行っている。④保健指導の実施に当たって電話等の簡易な方法の活用あるいは家庭奉仕員、母子保健推進員等との連携を図る等の効率的な指導を行う配慮に欠けている等の問題点がみられた。

したがって、厚生省は、保健所、市町村及びそれぞれの保健婦が遂行すべき業務あるいは保健指導業務の効率的な処理方法等についての基本的な指針を策定し、これに基づき都道府県及び市町村に対し、具体的な保健指導計画や業務処理方針等を定めて、保健指導活動を適切かつ効果的に展開するよう指導する必要がある。

説 明

I 保健婦活動についての評価

今回保健婦等が手持ちにしていた要保健指導事案のうち、516件を抽出調査した結果は、イに述べたとおり指導等が十分でない認められるものもあったが、多くの場合、保健婦は、限られた実施体制の中で、訪問指導、健康相談、健診等各種の保健指導業務を精力的に従事していた。

また、44市町村において保健婦活動に関するアンケート調査を実施した結果、表17のとおり、保健婦活動は、地域住民から高い評価を受け、今後も継続して活動するよう期待されていることが明らかとなった。

しかしながら、各保健所及び市町村においては、保健指導計画の策定に当たって、まず、医師等とチームで実施する健診等の業務の予定を立て、残余の時間を保健婦が単独で活動し得る訪問指導等の業務を割り当てる例が一般的であり、また、日程上、訪問指導が予定されていても、臨時の業務があると、訪問指導は取りやめるのが通例である。

こうしたことの繰り返しにより、いきおい個別指導が消極的になるとともに、保健指導を組織的かつ計画的に実施する意欲も薄らいでいるとみられるところもあり、例えば、保健婦の総業務従事時間に占める家庭訪問業務従事時間が10%未満のところあるいは家庭訪問の年間計画時間に対する実績時間が60~70%にとどまっているところなどがみられた。

また、21県の中には、保健婦に行わせる統計、その他の内部事務を、全従事時間の20%にとどめるよう指導しているところあるいは保健所及び市町村(国保)保健婦の業務報告を簡素化する等、合理化、省力化を図っているところもあが、ほとんどの場合、内部事務の点検を行

表17 保健婦活動に関する住民アンケート調査結果

質 問 事 項	有	無	不 明	計	
① 家庭訪問指導を受けたことがありますか。	262人 (14.6%)	1,298人 (72.1%)	239人 (13.3%)	1,799人 (100.0%)	
② 健康相談や食生活改善の講習会に参加したことがありますか。	267 (14.8)	1,317 (73.2)	215 (12.0)	1,799 (100.0)	
①又は②の指導を受けた実数	412 (22.9)				
	役立った	役に立たなかった	不 明	計	
③ 保健婦の指示や指導は、役に立ちましたか	302 (73.3)	21 (5.1)	89 (21.6)	412 (100.0)	
	必 要	不 要	不 明	計	
④ 保健指導活動を、今後とも続けてもらいたいですか	1,188 (66.0)	93 (5.2)	518 (28.8)	1,799 (100.0)	
	母 子	成 人	老 人	そ の 他	計
⑤ 家庭訪問時の指導事項	74 (23.2)	106 (33.2)	69 (21.6)	70 (22.0)	319 (100.0)
⑥ 健康相談等における指導事項	73 (18.3)	181 (45.3)	47 (11.8)	99 (24.6)	400 (100.0)
⑦ 今後、保健婦に指導してもらいたい事項	242 (15.5)	658 (42.2)	193 (12.4)	467 (29.9)	1,560 (100.0)

注：44市町村の住民2,197人（回答数1,799人）について、当庁が調査したものである。

っており、今回調査した保健所及び市町村の中には、保健婦の対人保健サービス業務の従事時間割合が、全従事時間の40%に満たないものあるいは記録（家庭訪問の記録を除く）、統計、その他の事務の従事時間割合が、40%を超しているところ等がみられた。

II 保健指導上の問題点

A 事案のはあく

今回抽出調査した要保健指導事案516件のはあく端緒をみると、第1位は健診176件（34.1%）であり、次いで、医師からの届出106件（20.5%）、本人又は家族からの申出53件（10.3%）、健康相談等に来所48件（9.3%）、保健婦等が関係機関又は地域住民を調査して入手37件（7.2%）、福祉部門等からの連絡29件（5.6%）となっていることから、現在、厚生省が進めている各種健診事業を推進し、国民の疾病予防、健康増進に資するためには、健診の結果発見された要保健指導対象者等に係る資料を保健婦活動にも連動させて活用する必要がある。

しかしながら、国の助成により実施されている胃がん健診等8種類の健診について、その健診に基づき発見さ

れた要医療者及び要保健指導対象者のはあく状況をみると、表18のとおり、特に老人健診及び胃がん健診の結果については、はあくが十分でない保健所及び市町村が多い。

なお、一部の保健所及び市町村にあつては、胃がん健診、老人健診及び妊婦健診については、業務多忙等の理由により、保健婦対象としては、はあくしないこととしているところがみられた。

イ 指導の早期着手

初回の保健指導については、その時期が遅れると、要保健指導対象者の健康保持等に対する関心も薄れ、指導の効果が低下するので、保健婦は事案のはあく後、直ちに指導（対象者の治療状況のはあく等を含む。）に着手する必要があるといわれている。

しかしながら、今回抽出調査した516件について、保健指導の着手状況をみると、事案のはあく後、早期着手（電話等の簡易な方法による状況のはあくを含む。）の行われていないもの43件（8.3%）、長期間を経過しながら現況はあくの行われていないものが42件（8.1%）等が

表18 健診の結果発見された要医療者、要保健指導対象者のはあく状況

健診種別	機関別	調査対象 保健所数 A	結果はあく の不十分な 保健所数B	$\frac{B}{A}$ %	調査対象 市町村数 C	結果はあく の不十分な 市町村数D	$\frac{D}{C}$ %
胃がん		22	(2) 13	59.1	29	(1) 11	37.9
子宮がん		22	9	40.9	30	9	30.0
循環器		19	6	31.6	28	6	21.4
老人		23	(1) 14	60.9	30	(1) 16	53.3
結核		40	5	12.5	14	2	14.3
妊婦		38	(1) 3	7.9	26	5	19.2
乳児		38	2	5.3	26	2	7.7
3歳児		40	1	2.5	25	0	0

注：(1) 当庁の調査結果による。

(2) 本表記載の健診は、国の助成により実施している健診に限り、県又は市町村独自の健診は除いた。

(3) 調査対象保健所数及び市町村数には、保健所と市町村との協議又は慣行により、当該健診結果の事後指導を担当しないこととしている機関は除外している。

(4) () は、保健指導対象としては、はあくしないこととしている機関数で内数である。

みられた。

ウ 保健所及び市町村間の業務分担

保健所と市町村との間における業務分担については、法令、各種健診実施要領等により、一応区分されているものもあるが、両者にまたがる保健指導対象も多い。両者の対象別業務の実施状況を、保健婦の主要業務である家庭訪問延人員数でみると、図3のとおりであり、乳幼児に対する保健指導業務のように、本来、保健所保健婦が担当することとなっている指導対象についても、市町村保健婦が相当部分を担当している。

このように、都道府県保健所と市町村との保健指導対象が重複し、現地段階における両者の具体的な協議、調整を要するところから、厚生省では、昭和35年に、両者が相互に情報の交換に努めるとともに、共同して保健計画を策定する等により調整を図るよう指導している。

今回調査した21県における、都道府県保健所と市町村との間における業務分担等の取り決め状況を見ると、大部分は、年間計画の策定時に調整しているが、中には、①年間計画は交換しているが、具体的な調整を行っていないところ、②両者が独自に計画を作り、相互交換していないところ等があり、このため、抽出調査した要保健指導事案516件中16件については、両者の保健婦が同一時期に家庭訪問し、ほぼ同一内容の指導を行っている等、連携不十分の例がみられた。

エ 訪問予告による指導

保健婦の家庭訪問に当たっては、保健指導を忌避する

特殊事情のある場合あるいは地区を単位に対象者全戸を訪問する場合等を除いて、原則として予告又は在宅状況を確認の上行う等、保健婦活動を効率的に展開する配慮が必要である。

しかし、今回調査した21県における保健所及び市町村の中には、要保健指導対象者に対し予告又は在宅状況を確認の上家庭訪問を行うこととしているところもあるが、大部分は、在宅確認等を行うことなく家庭訪問を行っており、このため、抽出調査した要保健指導事案516件中28件については、家庭訪問したにもかかわらず要保健指導対象者及びその家族が不在で徒労に終わっている等、訪問指導の目的が十分には達せられていない例がみられた。

オ 電話等による効率的指導

要保健指導事案の内容にもよるが、精検受診の有無あるいは治療状況の確認等が主目的のものについては、①まず、電話、文書等の省力化した方法を活用して指導を行うこと、②家庭奉仕員、介護人、母子保健推進員等の福祉部門を含めた関係機関と連携をとって対象者の現況はあくを行う等の効率的な指導を行うことも必要である。

今回抽出調査した要保健指導事案516件についてその指導方法をみると、電話、文書、衛生教育への呼び出し等の省力的方法のみで指導を完結していたものが3%、家庭訪問と電話等省力的な方法とを併用しているものが17%と少なく、家庭訪問のみの指導を行っていたものが

指 対 象	導 名	法令等に基づく 保健指導担当機関	指導実施保健婦別家庭訪問延べ人員(構成比)			昭和51年家庭 訪問延べ人員
			0%	都道府県保健所保健婦 50%	指定都市保健所 保健婦	
結	核	保健所				515,818人
精 神 障 害		保健所				241,555
妊 産 婦		保健所				331,910
乳 児		保健所				582,689
幼 児		保健所				226,805
家 族 計 画		保健所及び市町村				77,962
成人病(65歳未満) (がん循環器を含む)		保健所及び市町村				600,696
老人(65歳以上)		市町村				352,012
その他		保健所及び市町村				638,180

注：(1) 保健所運営報告による。
(2) 都道府県保健所保健婦には、政令市保健所(指定都市保健所を除く)保健婦及び都道府県保健所保健婦であって市町村に駐在している保健婦を含む。

図 3 家庭訪問件数にみる業務分担状況(全国計)

80%に達しており、中には、精検受診の有無の確認のために家庭訪問したが、既に本人は入院し、家族は健診済みの事例などがみられた。

また、福祉部門等との連携状況についてみると、一部の市町村では、家庭奉仕員と手持事案等について情報交換を行うなど、事案のはあく及び共同処理等に努めているところもあるが、他の機関、団体等の活用を図っている保健所及び市町村は少なく、保健婦が福祉部門等に状況はあく等の依頼したもの又は共同して指導していたものは抽出516件中15件であった。

カ 保健指導結果の記録

保健婦の本来業務は、対人保健指導にあるので、可能な限り従事時間を本来業務に振向けるとともに最少限度の基本的事項については記録しておく必要がある。

しかしながら、今回抽出調査した要保健指導事案 516 件のうち保健婦が個別指導を実施していた 473 件について、その記録状況をみると、要保健指導対象者の主訴、治療又は家族等の状況及び保健指導の方法、時期、内容等の基本的事項についての記録が不十分なものが25件みられ、中には前任者の記録がなく、個別指導に当たって支障を生じている例などがみられた。

Ⅲ 保健指導業務に関する指針等の策定状況

保健指導活動は、地域住民に密着して行われているものであり、それぞれの地域の特性に応じた独自性を十分尊重しない限り、その実効は期待できないものではあるが、保健指導業務を、組織的かつ効果的に実施するためには、厚生省において、保健所、市町村及びそれぞれの保健婦が遂行すべき業務、あるいは、保健指導業務の効率的な処理方法等の基本的事項について指針を示し、この指針に沿って、都道府県及び市町村は具体的な保健指導計画や実施方法を定め、その励行を図ることが肝要である。

こうした観点から、保健指導業務に関する指針等の策定状況をみると、厚生省では、①国民健康保険保健婦について、国民健康保険の保健施設として取り組むべき対象と活動方法を指針として示し、(保険局国民健康保険課)、②健診結果の事後指導については要医療者等があった場合に指導すべき旨通達し、(各健診事業主管課)、③母子の要保健指導事案については、指導事項、指導ひん度等の目安を要領により示し、(児童家庭局母子衛生課)ているにとどまっており、必ずしも十分なものとはいえない。

また、今回調査した21県では、保健所保健婦について

は12県が、国民健康保険保健婦については10県が、実施要領等を定めてはいるが、これらは一般的な業務処理方法を示すにとどまっており健診結果に基づく要保健指導対象者のはあく、保健所と市町村との業務分担の調整等の保健指導に関する基礎的な業務処理方法等について、具体的に明示しているものはなかった。

3. へき地医療対策の実施状況

(1) 無医地区調査

《勸告》

医療に恵まれない山村、離島等へき地の保健医療対策については、厚生省が中心となって、対象地域のはあく、計画の策定及び事業の助成等を行っているが、各種施策の基礎となっている無医地区調査の実施状況について調査した結果、無医地区に該当しないのに無医地区とされているもの、無医地区に該当するのにはあく漏れとなっているもの等がみられたほか、無医地区調査実施後の無医地区の変化はあくされる仕組みとなっていない等の問題点がみられた。

したがって、厚生省は、無医地区調査及びその調査結果が各種地域振興計画等におけるへき地保健医療計画の基礎としても活用されている実情にかんがみ、無医地区調査の実施に当たっては、無医地区の範囲の取り方等その基準について検討するとともに、都道府県及び市町村に対し、適正な調査が行われよう十分指導する必要がある。

また、社会経済情勢の変化に対応した適切な保健医療対策を講ずるため、適時無医地区の変化の状況はあくに努めるよう、都道府県を指導する必要がある。

説明

I 無医地区調査の推移

厚生省では、地域医療を確保するための基礎資料を得ること等を目的として、全国の無医地区等の実態、無医地区等に対する医療確保状況及び将来における対策について調査する無医地区調査を昭和33年以降5回実施しており、最近では昭和48年に実施している。

これらの調査結果についてみると、情勢の変化、対策の強化等との関連で、無医地区の定義(範囲*)は多少変化しているが、無医地区数、無医地区人口とも昭和41年以降減少しており、無医地区数は昭和48年5月現在、全国で2,088地区あるとされている。

*「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の起点として、おおむね半径4キロメートルの区域内に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。

これらの無医地区調査結果は、厚生省のへき地保健医療対策に関する施策立案の基礎資料として利用されており、更に、過疎地域対策緊急措置法等の特定地域の振興に関する法律に基づき、都道府県及び市町村が策定する各種地域振興計画におけるへき地保健医療に関する計画の策定基礎としても重要な役割を果たしていると認められる。

II 昭和48年実施の無医地区調査

現在実施されているへき地医療対策第4次計画の策定基礎となっている昭和48年5月の無医地区調査の実施状況について、13県*の72市町村（無医地区数150）を調査した結果、次のような状況がみられた。

* へき地関係の調査対象は、今回の監察において調査した9県のほか、昭和51年度に実施した「過疎地域等における医療保健対策の整備に関する地方監察」の調査対象4県を含む。

ア 無医地区のはあく

a ①半径4キロメートルの区域内に医療機関があるにもかかわらず、定期交通機関がない等の交通事情によって判定したため、基準に合致しない地区を無医地区として報告したもの6地区、②医療機関が開設され、週2回の定期診療が行われているにもかかわらず無医地区として報告されているもの1地区、計7地区が、いずれも厚生省の無医地区名簿（厚生省医務局作成）に登載されているが、これらは無医地区の定義の解釈を誤ったものである。

b 無医地区の範囲について、厚生省は、「地図上の空間距離を原則とするが、その圏内に存在する部落間が、山、谷、海などにより断絶されている場合は分割して差支えない。」としているが、今回当庁が6無医地区について、医療機関までの距離、交通事情、集落の孤立度合い等に基づいて検討した結果、14地区に分割する方が望ましいと認められた。

c ①10年近く休止している診療所のある地区を、休止中の診療所は、医師の確保によって無医地区ではなくなる可能性があるとして、無医地区としてはあくしていないもの4地区、②市町村の調査不十分等のためはあく漏れとなっているもの15地

表19 無医地区の増減状況

昭48.5.10 現在 無医地区 数	定期診療中止、 新規はあく等 による無医地 区の増	医療機関の開 設、交通事情 による改善等 無医地区の減	調査結果 による 無医地区 数
238	46	△61	223

注：1. 当庁の調査結果による。
2. 本表は、3県の調査結果を集計したものである。

区、計19地区が、無医地区に該当するのにはあく漏れとなっていた。

イ 無医地区の取扱い

各都道府県が厚生省に報告した無医地区数は、厚生省が定義等に照らし、統合あるいは削除しているの概して、都道府県が報告したものより少なくなっている。

また、都道府県に対しては、無医地区数等が参考資料として送付されているが、都道府県の中には、厚生省への報告数を行政上の無医地区数として扱っているため、厚生省の無医地区名簿登載無医地区数との間に30地区の差が生じているところもみられた。

III 昭和48年以降における無医地区の変化

今回調査した13県のうち3県で、昭和51年～52年に、地域保健医療計画策定のための基礎資料を得ること等を目的として、単独で無医地区調査を実施しているが、その結果によれば、表19のとおり、昭和48年以降、わずか3～4年の間に、交通事情の改善、診療所等の開設、廃止等無医地区を取り巻く情勢の変化に伴い、無医地区の状況も相当変化していることがうかがわれる。

(2) 各種国庫補助事業

《勸告》

へき地保健医療対策として実施されている各種国庫補助事業の運営状況について調査した結果、地域の実情に即した運用を図ることによって効果を挙げているものもみられたが、中には、医師の確保難等により実施体制が不十分であること、無医地区調査結果、地域の医療需給関係等についての配慮、調整等が不十分であること等のため、無医地区への巡回診療等の活動範囲を限定されたり、増設した病床が未利用となっているへき地中核病院、活動状況が不活発なへき地巡回診療車等、必ずしも効果的に運用されているとは認め難い例もみられた。

したがって、厚生省は、都道府県及び市町村に対し、地域の実情に即した施設・設備の整備を図るとともに、補助目的に沿って効果的に運用するよう指導を強化する

表20 へき地医療対策の経年推移等

事業名	区分	第1次計画						第2次計画						第3次計画						第4次計画						昭和51年度末 施設等整備数
		31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	
へき地診療所		●	○																							825施設 (延べ整備施設数)
へき地巡回診療車(船)						●																				103台(隻) (運営費補助実績)
へき地患者輸送車(艇)								●																		938台(隻) (延べ整備台数)
へき地診療班									○																	1県 (沖縄県)
へき地保健福祉館										●																217施設 (延べ整備施設数)
へき地担当医院協力助成費																										7病院 (運営費補助実績)
へき地医療地域連携対策																										27道県 (運営費補助実績)
へき地勤務医師等修学資金																										372人 (貸与実績)
へき地中核病院																							●	○	38病院 (指定病院数)	
へき地保健指導所																							●	○	20施設 (運営費補助実績)	
年次計画初頭年度予算額(指数)		昭31年度15,108千円 (100)						38年度150,667千円 (997)						43年度248,428千円 (1,644)						50年度2,038,207千円 (13,491)						

注：(1) 厚生省の資料による。
 (2) ●は施設・設備整備費，○は運営費についての補助であることを示す。
 (3) へき地診療所については，現在新規設置は原則として認めていない。
 (4) へき地診療班については，昭和51年度からへき地医療地域連携対策に統合されて助成が行われており，現在は沖縄へき地診療班のみ実施されている。
 (5) へき地保健福祉館は，昭和53年度で助成が打ち切りとなった。

必要がある。

また，へき地保健医療対策に関する計画策定に当たっては，現在実施されている各種国庫補助事業の見直しを行うとともに，最近における医科大学増設等情勢の変化をも踏まえつつ，保健医療対策の成否を握る医師，保健婦等の人的資源の育成，確保方策を中心に，へき地を取りまく社会的，経済的情勢の変化に即応した効果的施策について特段の検討を行う必要がある。

説明

I へき地医療対策の概要

厚生省は，無医地区住民の医療を確保するため，無医地区調査結果に基づき，昭和31年から4次にわたる年次計画を樹てて，無医地区の実情に応じて，診療所，患者

輸送車(艇)，巡回診療車(船)等の整備を図るとともに，道路網の整備等による生活圏の広域化等無医地区を取り巻く情勢の変化を考慮して，無医地区を有する広域市町村圏単位にへき地中核病院を指定し，圏域内の無医地区に対する巡回診療を行わせる等の対策を講じてきている。

その主要な対策の経年推移等は，表20のとおりである。

II 各種補助事業の実施状況

厚生省が，昭和48年5月の無医地区調査結果に基づき策定した第4次へき地医療計画による各種補助事業の実施状況について，都道府県，市町村等を調査した結果，年間か動日数234日，診療延べ人員19,548人というように良好な運営が行われている巡回診療船もみられたが，表21のとおり補助目的に沿って十分効果的に運用されて

いるとは認め難い例もみられた。

資料略

表21 各種補助事業の運営状況（昭和51年度）

区分 事業名	制度の概要	運営上の問題点
へき地 中核病院	無医地区を有する広域市町村圏単位におおむね一般病床200床前後の総合的な病院を、へき地医療に係る中核病院として指定し、当該広域市町村圏の無医地区等への巡回診療、へき地診療所への医師派遣等の活動を年間130回以上行わせるものであり、昭和52年度末現在50病院が指定されている。	6へき地中核病院について調査した結果、次のような例がみられた。 ① 地元医師会との関係で、増床ができないもの1施設 ② 職員組合との関係で、増床した病床が未利用となっていたもの1施設 ③ 医師の確保難等による実施体制の不備あるいは当該地域内の医療供給状況等についての配慮が不足していたこと等の理由で、当該病院の設置されている市町村管内に限って巡回診療を行っているものあるいは無医地区に対する巡回診療を行っていないもの4施設 ④ 従来からの経緯もあること及び実施体制が弱体であることを理由に、へき地診療所に対する医師派遣を行わず、国保病院等へ派遣しているもの2施設
へき地 診療所	無医地区のうち、その地区内の人口が、原則として1,000人以上で、かつ、診療所設置予定地から最寄り医療機関まで、通常の交通手段を利用して30分以上要する地区に設置されるものであるが、現在では、原則として新規設置は行われていない。	① 8県において、256へき地診療所を調査した結果、58施設（23%）が休廃止しており、その理由は、医師の確保難、患者数の減少等となっている。 ② 抽出44施設について、その休廃止に伴う当該地区の医療確保対策の実施状況を調査した結果、対策を要しないものが26地区及び巡回診療の実施、町営バスの運行等の対策が講ぜられているもの10地区があったが、残り8地区については特段の措置が講じられていなかった。 ③ 運営状況について調査した5施設のうち4施設は経営収支が赤字となっており、設置市町村では、一般会計からの持ち出し、医師の後継者の確保等に不安を示している。
へき地巡 回診療車 (船)	無医地区のうちへき地診療所を設置しても経営が困難と思われる地区を対象として行う巡回診療のために設置運営されるものである。	① 巡回診療車の配置に際して、各保健所管内の無医地区数等巡回診療に対する需要をほとんど考慮せず、単に各保健所の庁用自動車の配置台数に基づいて巡回診療車を配置している県がみられた。 ② 年間か動日数が10日以下と、極めて低調なものが、調査した37台中17台あった。 ③ か動実績の過半を、移動保健所、成人病健診等に利用されているものが一部みられた。
へき地患 者輸送車 (艇)	整備場所を中心とするおおむね半径4キロメートルの区域内の人口が、原則として50人以上であり、かつ、当該場所から最寄りの医療機関まで15分以上要する地区に整備されるものである。	① 調査した18台中専任の運転手を配置していないものが11台（61%）あり、中には、庁用自動車の運転手との兼任であるため、庁用自動車の運転業務との調整がつかめず、患者輸送に支障を生じている例もみられた。 ② 定期的な運行が確保されておらず、患者からの要請によって運行する救急自動車の運行となっている

区分 事業名	制 度 の 概 要	運 営 上 の 問 題 点
		ものが7台みられたほか、中には、医師の送迎、広報車代わり等の業務に一部使用されている例もみられた。

注：当庁の調査結果による。

国の無医地区定義の変遷

昭和33年の定義／334

昭和35年の定義／334

昭和41年の定義／334

昭和46年以降の定義／334

無医村あるいは無歯科医村という概念から無医地区というとらえ方に変ってからの変遷を、定義変更の年代順に収録した。

(厚生省医務局総務課調べ)

国の無医地区定義の変遷

昭和33年の定義

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4 kmの区域の人口が300人以上のところをいう。

第1種 当該地域における交通機関の関係または地理的条件から、その地域に医療機関がなくても、もよりの医療機関を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。

第2種 人口、面積、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。

第3種 人口、面積および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、その経営は可能と認められる地区。

昭和35年の定義

「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4 kmの区域内に人口300人以上が居住している地域をいう。

「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情からとくにその地域に医療機関がなくても、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。

「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。

「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往復以上の定期的の公共用交通機関があつて、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。

「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。

「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。

「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4 km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。

昭和41年の定義

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4 kmの区域内に人口50人以上が居住している地区をいう。

昭和46年以降、現在の定義

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4 kmの区域内に50人以上が居住している地区であつて、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。