

## へき地における保健婦の役割と国庫補助金

—へき地保健医療調査をふまえて—

岩 下 清 子 \*

### 内 容

- I へき地保健医療調査に取り組んだ経緯
- II へき地医療の問題点
  - 身近な医療の欠落 —
- III 看護職こそへき地住民の身近な存在に
- IV へき地保健婦の確保

### はじめに

私たちが人々によりよい看護サービスを提供しようとしても、それを阻む問題が山積しています。看護協会本部の調査研究部に在職する私の本務は、問題状況を分析し、その解決の方向を探ることでありますが、併せて問題解決に向けて、国への陳情やマスコミへのPRなども行なってきました。しかしそれらの活動は、会員の現場や支部での活動と有機的につなが

らない限り、真の問題解決に到らないと考えるようになりました。その意味で看護の実践現場あるいは組織内部に目を向けたいのです。その第1歩として、調査研究の成果を会員の皆様にフィードバックし、日々の活動を改善していく上での参考にしてもらいたい、そして私どもも、調査にもとづく現状分析を、看護実践者の実感とつき合わせ、もっと確かなものにしていきたいと考えております。

### I へき地保健医療調査に取り組んだ経緯

#### 1 へき地保健に取り組む保健婦の立場で

昭和50年頃、保健婦部会総会で、へき

\* いわたし・きよこ／日本看護協会調査研究部

地への保健婦配置問題がさかんに取り上げられていたことを覚えていらっしゃる方も多いと思います。昭和50年といえば、国のへき地医療対策第4次計画が始まっ

った年であり、その中で、従来からの過疎法にもとづく保健婦配置に加えて「無医地区」の保健指導所の設置が打ち出されたためだと思います。

一方では、誰も行きたがらないへき地に自分たちだけがなぜ行かねばならないのか、しかも法的に医療行為をなしえないのに住民からは医師の肩代わりを要求されるであろうという思いからくる反発が強くあったと思います。しかし他方では、へき地の保健医療に前向きに取り組もうと悪戦苦闘している保健婦もあり、その人たちの声はあまり表面に出てはいませんでした。

私たちは昭和50年にへき地保健医療の問題点、ことに保健婦活動上の問題点をつかもうと全国各地のへき地を訪ねたのですが、その際ある県のリーダー格の保健婦から、「看護協会がへき地保健医療対策反対という前提に立つなら、調査に協力するわけにはいきません」と言われたことを覚えています。またある県で離島に赴任する保健婦の人事にかかわってきた保健婦は、「いつも保健婦の人権と住民の人権とを両てんびんにかけて配置を考えています」と語り、そして現に、本土から遠くはなれた孤島に駐在している保健婦は、「前もってこの島への赴任について意向を打診された時、何か月も家族にそのことを言い出せませんでした。しかし、はじめて保健婦を配置する島でもあるし、あなたしかやっていた人はいない、と言われ、決心しました」と話

してくれたのですが、それらの言葉からへき地の保健を守ることのきびしさと使命感を感じ、圧倒されました。

以来私たちは、そういう保健婦の存在をいつも念頭におきながら調査に取り組んで来たのです。

## 2 調査の概要

私たちは、全国各地のへき地を訪ねることと合わせ、国のへき地医療対策の検討を積み重ねました。その上に立って、昭和52年に統計調査を実施しました。それらの成果は、「へき地保健医療ニードとサービス」として、2冊の報告書にまとめております（本誌No. 8, 9, 昭和54年4月発行）。

調査は、「無医地区」および離島を対象とする調査、そこに居住する住民を対象とする意識調査、及びその地域を担当する保健婦を対象とする調査の3つから成り立っています。はじめの2つの調査からは、へき地住民の労働や食生活等についての行動や考え方、それらと健康との関係、及び住民にとっての保健医療サービスの利用可能性と、それが実際にどう利用されたかということ、保健婦の目と住民自身の目をつき合わせることでよって明らかにしようとしたものです。従来、国、県、市町村等の行政サイドからは、どれだけのサービスが提供されたかという、いわば行政実績を示す数字は出されていますが、それらが住民にとって、あるいはニードに照らしてどうなのか

を評価する手がかりがありませんでした。私たちの調査では、少しでもこの点に迫りたいと思いました。

なお、3つ目の調査は、保健婦業務の実態と保健婦活動を困難にしている原因を明らかにしようというものです。

### 3 看護サービスの向上に寄与する調査とは

今回の調査は、私のいる協会調査研究部がいままでに手がけてきた調査と大きく違う点があります。

いままでの調査の内容は、主として生活・労働条件、職場の環境、教育・養成に関する事など、いわば「自分たちのこと」が中心でした。そしてそれらの調査結果をもとに、対社会的に自分たちの働く条件の改善を要求してきました。その際私たちは、働く条件の改善はすなわちよりよい看護サービスを提供するためである、という前提に立っているのですが、社会に対して私たちは人々にどういうサービスを保障しようとしているのか、私たちはどんな働き方をしたいのか、ということを明らかにしてきませんでした。

社会には、「看護の労働はきびしい」という見方や、いわゆる「看護婦不足」という事情があって、いままではこの種の権利要求でもある程度通用したと思います。しかし経済成長が上向きで保健医療サービスにあてる財源を容易に拡大す

ることのできた時代は過去のものになってしまいました。天井知らずの医療費の高騰及び緊縮財政という事態にあっては、看護という職業が人々にとってどのような意味で重要なのかということが、人々に納得されない限り、私たちの要求は通らなくなってきていると思います。たとえば、私たちが保健婦の定員を増やして欲しいと要求しても、それが同時に住民の要求になっていなければ要求は通りません。人々にとって保健婦の役割が実に分からないということが、定員増を阻む根本的な原因なのです。

現在のように、保健医療サービスの供給体制が大きく混乱・矛盾している中にあっては、看護の職能団体としては、人々のニーズを明確にとらえ、それに照らして現状の諸サービスを評価し、その上立って、自分たちの担おうとしている役割を明確にする努力が必要です。このことは、対社会的な影響力を持つ上で必要であるばかりでなく、看護職1人1人が自分の努力目標を明確にするのを助けるためにも大切なことです。

私たち調査研究部では、このことに少しでも寄与したいと考え、看護職自身のことに関する調査から、ニーズの究明とサービスの評価のための調査研究に比重を移しつつあるところです。そして今回の調査がその最初のものでした。

## Ⅱ へき地医療の問題点

### — 身近な医療の欠落 —

#### 1 「無医地区」の医療状況

この調査から明らかになったことを全般にわたってお話することはできませんので、きょうの話の主題である「保健婦の役割と保健婦の確保」ということに関連する限りにおいてふれていきたいと思えます。

この調査では、へき地として積雪地（新潟県，秋田県），広大な平坦地（北海道），外海離島（鹿児島県），内海離島（愛媛県）を取り上げ，その中の「無医地区」（島内に「無医地区」のない離島については，「島内で最も不便な地区」）を調査対象地としました。そこでまず，これらの地区の医療状況を明らかにしておきたい。なおここで言う「無医地区」とは，厚生省の定義（後述）によるものです。

「無医地区」住民にとっての医療サービスの利用可能性に関し，次のことが調査から明らかになりました。外海離島や豪雪期の山間地の中には，医療機関に向くのが極めて困難で，積雪や海のしけで何日も医療からまったく遮断されてしまうような地区もあります。しかしそのような特別のところを除き，普通の山間地や内海離島などの「無医地区」で問題なのは，専門医療はなんとか利用できるにもかかわらず，住民にとって身近な医療サービスがない，あるいは弱体である

ということです。つまり，通院はやゝ大変ではあるが，町まで行けば専門分化したあらゆる診療科の医療がある。しかし身近なところに医療機関がないか，あっても「常勤医がない」，「医師の入れ替わりが激しい」，「設備が乏しく血液検査すらできない」，「病院との連けいが悪く診療所では扱えない患者の受け入れがスムーズでない」，などの理由により，診療所が第一線の医療機関としての機能を果たせないのです（表1参照）。

身近なところに信頼できる医療機関がないということは，住民に次のような問題をもたらします。「遠くまで時間をかけてもらいに行くのはめんどろ」，「仕事を休みたくない」，「通院でかえって病気を悪くしてしまいそう」とか，「交通費がバカにならない」ということで，医師にみてもらわないうちに病状が進行したり，慢性疾患では治療中断が起こる。急病では応急処置ができず大事になったり，逆にちょっとしたことで— 素人にはそれがちょっとしたことかどうか，分からないのですが — 救急車やヘリコプターの出動を要請し，大変しかられたといったようなトラブルが生じることになります。

#### 2 専門医志向とへき地勤務医の確保難

へき地の医療状況の変遷に少し目を向

表 1 各種医療施設の利用可能性別地区数

昭和52年

		半日以内で往復できる圏内に医療施設が全くない		半日以内で往復できる圏内に医療施設(医師非常勤を含む)がある				不明	計
				ただし、そこでは血液検査不可		血液検査可能			
		①	②	①	②	①	②		
北海道	夏	7	4	15	9	13	43	1	92
	冬	9	4	16	9	11	42	1	92
秋田県	夏	1	6	1	30	1	25	1	65
	冬	2	11	2	29	1	19	1	65
新潟県	夏	1	5	1	23	0	26	0	56
	冬	9	22	10	12	0	3	0	56
愛媛県		0	2(1)	0	8(8)	1	8(4)	0	19(13)
鹿児島県		26(4)	1	17(6)	4(2)	1(1)	0	3(2)	52(15)

注 1) 北海道については、道内無医地区(サンプル)、秋田県、新潟県については、県内全無医地区。

愛媛県、鹿児島県については、島内全無医地区及び無医地区の存在しない島の島内で最も不便な地区。( )内は最も不便な地区の再計。

2) 血液検査とは、赤血球、白血球、血色素数、ヘマトクリット、肝機能検査をさし、検体を他所へ送って検査する場合も含む。

3) ①は病院、虫垂炎の手術の出来る施設、眼科を有する施設、耳鼻科を有する施設、皮膚科を有する施設、リハビリテーションを受けられる施設のうち、いずれか日帰り往復出来ないものがある地区。

②は、上記施設のすべてに日帰り往復出来る地区。

表 2 担当人口別保健婦 ( )内は百分率

昭和52年

		計	2,000	2,000~	3,000~	5,000~	10,000~	20,000	無回答
			人未満	3,000人未満	5,000人未満	10,000人未満	20,000人以上		
「無医地区」を担当している保健婦	北海道	77 (100.0)	7 (9.1)	20 (26.0)	21 (27.2)	16 (20.8)	10 (13.0)	2 (2.6)	1 (1.3)
	秋田県	92 (100.0)	2 (2.2)	6 (6.5)	23 (25.0)	26 (28.2)	25 (27.2)	1 (1.1)	9 (9.8)
	新潟県	53 (100.0)	5 (9.4)	14 (26.4)	20 (37.8)	13 (24.5)	1 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
離島を担当している保健婦	愛媛県	51 (100.0)	2 (3.9)	5 (9.8)	5 (9.8)	12 (23.6)	12 (23.5)	12 (23.5)	3 (5.9)
	鹿児島県	61 (100.0)	0 (0.0)	3 (4.9)	1 (1.6)	24 (39.4)	22 (36.1)	5 (8.2)	6 (9.8)

けてみましょう。

交通手段の発達あるいはへき地中核病院の整備・巡回診療などの施策によって、へき地住民は一面では医療を受けやすくなりました。しかし、住民にとって身近な医療ということを考えて、むしろ衰退してきているのではないのでしょうか。

へき地の診療所は、昭和30年以降、高度経済成長及び国民皆保険の進展とともに減少を続けました。その原因を考えると、日本の医療制度全般が問題になると思いますが、ここでは直接的かつ最大の原因である医師確保難という問題に限って考察してみましょう。

へき地で働こうという医師が少ない原因は、医師自身の問題と医師を受け入れる住民の問題と両面から検討する必要があると思います。まず医師の側の問題について。

いまの医学教育のあり方や医療界の価値観の大勢は、何といたっても専門医志向ですが、へき地で求められるのは、そういう医師ではありません。

へき地では、1人の医師がどんな病気でも対応しなければなりません。また少しむずかしい病気になると、医療設備が貧弱な上に相談する医師仲間もいないため、患者に対し「町の病院へ行って下さい」と言わなければならないことが多い。ところが、あそこが悪いここが悪いという老人の話をきき、説明するのに時間にとられる。さらには住民の生活全般にかかわらねばなりません。病気とか健康と

いう問題が生活とむすびついている以上当然なのですが。

専門を深めることに意義を見出し努力してきた医師にとって、このような対応はまさに苦手であり、時には屈辱を感じるのではないのでしょうか。へき地に長くいると、自分の専門分野を深めることができず、「おくれをとってしまう」とあせるのも、無理からぬことと思われま

す。何年前か「赤ひげ先生」という江戸時代の医師を主人公にしたテレビドラマがありました。彼はいまなら看護の領域といえるものをも包含する幅広い役割を果たす者として描かれていました。その時代は、多くの場合病人をただひたすら見守り、自然治癒力を最大限に発揮させるより他にどうすることもできなかった。そして家族も、有効な治療法がない以上、できるだけのことをしてもらったということで感謝するわけです。明治以降の開業医も、1人で内科、外科、耳、鼻、お産など一応なんでもやっていた。そういう時代の医師なら、へき地で勤務することにいまほどの抵抗感はなかつたらうと思うのです。

近年、医療の専門分化によって、診断・治療技術は急速な発達をとげました。そして、1人1人の医師は、守備範囲を狭めてでも、最新の知識・技術に追いつかねばなりません。日本でも最近になって、医療の専門分化のしすぎが問題になり、ジェネラル・ドクターとかプライマリ・

ケア・フィジシャンというような言葉で、オールラウンドな対応をする医師の重要性がさげばれていますが、まだまだ専門医志向が主流といえましょう。

専門医志向は医師のみならず医療の受け手にもいえることです。人々は、いまの自分の病気に対し、最新・最高度の診断・治療技術をもって対処してもらえたかどうかということだけで、医師を評価しがちです。専門分化しすぎて不便だとは思っていても、身近な医師をホーム・ドクターとして活用するのが、一般に下手だと思います。

人々は交通手段の発達とも相まって、多少遠くてもより設備・陣容の整った、専門医のいる病院に行くようになる。こういう行動が地元医師の意欲を低下させ、診療所の経営難をもたらすことになるわけです。そこで、医師の異動が激しくなったり常勤医から非常勤医に切り替わるなどして、そのことがまた住民の不信を招くという悪循環がみられます。

私どもの調査でも、いちばん便利な診療所を「かかりつけ」とはしない人々が2割から3割近くあり、その理由は、近くの診療所の医師技術、専門の違い、あるいは設備への不安がほとんどです。また調査時より過去1年間に家族に急病人やけが人が出た場合、近くの診療所でなく直接専門病院に行ったというのが3割以上にのぼっています。また、まず近くの医師にみてもらった人の中には、他で治療を受けたかったと後悔している人が

少なからずありました。これは、医療施設の豊富などころではなく、「無医地区」についての話です。

医師をホーム・ドクターとしてうまく活用できないという問題は、都市にも共通していると思います。ただ都市には通える範囲にたくさんの医師がいて、人々は事情に応じて医師を選ぶことができます。しかしへき地では選べませんから、医師に絶対的な存在であることを期待しがちで、その期待通りでないと、「村が月100万円も出しているのに」といった不信の眼がむけられやすいと思うのです。

### 3 へき地勤務医の確保対策

へき地に医師が確保できないという問題に対し、国や地方自治体は手をこまねいていたわけではありません。むしろ医師確保は、へき地医療対策の中の重要事項であり続けました。

昭和47年には医師確保に悩む地方自治体の共同出資により、自治医科大学が設置されました。また昭和55年度からのへき地医療対策第5次計画でへき地医療振興財団が作られました。これは、へき地をかかえる市町村と自治体病院開設者協議会が共同出資し、国も補助金を出して、医師探しを全国規模で組織的に行なおうというものです。市町村に代わっての医師招へい交渉、医学生に対するへき地医療実習、へき地勤務医に対する最新の医療情報の提供・学会出席旅費支給・出張期間中の代替医師派遣、医師の子弟教育

の配慮などが主な任務となっています。

これまでの医師確保の実情から推測すると、これらの対策が有効なのは、へき地中核病院など、背後にへき地をかかえて第2次・3次医療を受け持つ病院の医師確保に留まるだろうと思われます。現在その先にある診療所は、台湾や韓国の医師、高齢化した医師に依存しているのが実情ですが、このあとを継ぐ医師の確保については、メドが立っていないと言えるでしょう。

そこで最近のへき地医療対策は、へき

地診療所の維持は極めて困難だという見通しのもとに、巡回診療、患者輸送車、通信機器等により、基幹病院、中核病院、親元病院からへき地へサービスを行き渡らせようという、広域医療システムづくりの方向がとられています。

しかしこのシステムは、人々の身近なところにおいて、人々にとって断片的なサービスをつないでいく保健医療従事者の存在がなければ、有効に機能しえないだろうと思います。

### Ⅲ 看護職こそへき地住民の身近な存在に

#### 1 医療が乏しい中で

さて、身近な医療を受け持つ医師の確保ということは今後もっと追求されねばならない問題だと思えますが、では看護職は、医師のいない所では働けないといえるのでしょうか。「無医地区」と言っても、医療を受けるのが不便だということであって全く医療が受けられないということではありません。そういう地域で看護職のとれる役割はないのでしょうか。

いやむしろ医療が乏しい地域でこそ、看護職は大いに役割がとれるはずだと、私は思うのです。先ほど述べたように、住民は医師の活用の仕方が下手であり、時にはそのことが村から医師を去らせる原因になっています。看護職は、住民がもっと上手に医師を活用できるように支えることはできないのでしょうか。また、

巡回診療とか診療所医師の交替などで、とかく断片的になりがちな診療をつなぎ、活かすのに寄与できないのでしょうか。

また医師は遠くても、身近に相談できる看護職がいれば、住民はもっともっと自分で問題を解決できるはずです。たとえば、体の不調を自覚している人は、遠くまで無理をおしてでも受診に行くべきか否かを相談したいのです。遠方に主治医を持ち治療を続けている人でも、日常的な療養上のことで相談をしたいのです。また急病人が出た時どういう応急処置をしたらよいのか。このような相談に応じてくれる人がいれば、最悪の事態をずいぶん回避することができるでしょう。

住民の日常生活をよく知っている看護職であれば、いま述べたようなことに対する確かな助言ができると思います。看護



職は医師と違って、診断と治療に責任を負わなくていいわけですが、このことは、住民の身近に接近してもろもろの相談に応じるには、むしろ有利だと思います。

## 2 健康を害しやすい生活の改善にむけて

いま述べたのは、医療とのかかわりにおいて、つまり健康を害した人々へのかかわりについてですが、看護職の中でも特に保健婦は、当然疾病の予防にも目を向けていると思います。今回の調査で調査員となった保健婦は、兼業による過重労働、出稼ぎ及び後に残された家族の負担、食生活の偏りなど、へき地における健康を害しやすい生産・消費生活のあり方を問題視しています。実際に、生産・消費生活の特殊性と結びついた疾病のみられる地域もあります。

健康破壊に結びつきやすい生活のあり方は、看護職が住民に対し、改善のための動機づけをし、判断力を養うことによってある程度改善できると思います。しかしまた、安定した仕事がない、入手できる食品が限られている、飲料水の汚染など、生活基盤そのものが問題であったり、しかも若壮年層の流出、人口高齢化などにより住民自身による問題解決能力が低下している、という状況があります。このようなことは住民個人や個々の看護職の力だけではどうすることもできませんが、看護職としては人々の健康を守る立場からこれらのことを社会的に問題

提起する必要があるでしょう。

## 3 行政の中の看護職として

保健婦の多くは行政組織の中で働いています。市町村段階では、しばしば行政の中の唯一の保健医療職です。このことからくる役割について考察しておく必要があります。

へき地の看護職は、不十分かつ断片的な保健医療サービスを住民がよりよく活用できるよう、また健康を害しやすい生活を改善できるよう支援することができると述べてきました。保健婦は、そのような住民への支援を行政サービスとして行なう一方で、人々の健康を支える生活基盤の改善や保健医療サービスの充実にむけて行政が果たすべき役割の一端を担う必要があります。保健婦は一方で住民に対し直接サービスを提供しているからこそ、地域の健康にかかわる諸問題についていちばん良く知っている。そういう立場から保健医療政策に影響を与えねばなりません。さらには労働政策や福祉政策など、健康にかかわる関連諸政策にまで口を出す必要も出てきましょう。

人々の健康に関連する諸政策に影響を与えようとする、非常に幅広い視野と知識が必要です。市町村行政について言うならば市町村全体のニーズを知り、それに照らして現状のサービスが評価できねばなりません。さらには法令や予算の仕組み、その決定プロセスなども分かっているなければなりません。

一人の保健婦が対人サービスを直接担い、かつ広い視野をもって政策に影響を与えるなど、とてもできそうにもありません。しかしながら直接住民に接しサービスを提供している者でなければ分からないことがあり、そういう人の意見が反映されていないと、諸政策が人々に真に役立つものにならないということを、皆様も実感していらっしゃると思います。

同じ保健婦でも立場により、対人サービスの担い手、あるいは政策立案のどちらかに比重がかかっていると思います。そして大切なことは、前者の立場にある人もできるだけ政策立案に関心を持ち意見を出すべきであるし、後者の立場にある人はできるだけそれをすいあげる、そういうルールを確立しておく必要があると思います。

#### 4 看護職はまだ住民から遠い存在

私は、看護職こそへき地に必要な職種である、看護職こそへき地住民の身近な相談者になって欲しいと述べてきました。既にへき地診療所の看護婦、開業助産婦、駐在保健婦など、へき地住民の身近な存在となっている人々がいます。しかしそ

のような看護職と親しく接することができるのは、全国のへき地住民の一部でしかありません。巡回診療や巡回検診の時だけお目にかかる看護職は、住民にとっては医師よりも遠い存在でしかないでしょう。

へき地を担当する保健婦の担当人口は、県により人により差がありますが、表2のように都会地と比べ負けず劣らずの担当人口をかかえている保健婦が少なくありません。しかもへき地は交通が不便です。にもかかわらず保健婦のほとんどが、自分の担当する地域全体に平等に対応しなければならないと考えているのではないのでしょうか。でもそう考える限り、保健婦はいつまでたっても住民の身近な存在になりえないように思います。たとえ自分の提供するサービスに何らかの偏りがあるとしても、いま自分には何ができて何ができていないかさえはっきりさせておけば、それはそれで仕方がないのではないのでしょうか。そして他方では、自分以外に人々の健康上の相談者になれる人的資源をみつけ、育て、彼等を地域保健医療計画の中に位置づける努力をして欲しいと思います。

## IV へき地保健婦の確保

### 1 地域で働く看護職に対する住民期待の弱さ

看護職がすべてのへき地住民にとって身近な存在となるには、何といたっても絶

対量が必要です。しかしながら、国や地方自治体にとって、へき地で働く医療関係者の確保対策といえば、もっぱら医師確保のことであり、看護職についてはほ

んのつけ足しにしか考えられてこなかったと思います。

住民要求に応じ、巡回診療、へき地診療所への医師派遣等の対策を講じても、結局のところ住民はそれを利用しないということを、しばしば行政関係者から聞かれます。そこで私は、住民がそれらをうまく利用できるようにするのに、看護職の活用が有効だろう、へき地に看護職を確保することに、医師確保と同じ位の熱意を持って欲しい、と主張します。看護職がいくらへき地に行きたがらないと言っても、医師に100万円出すならせめて看護職に50万出せば、確保できないはずはないと。

しかし国や地方自治体が医師確保にやっきとなるのは、住民がそれを求めるからであり、看護職の確保に熱心でないのは、住民の要求が低いからにはかなりません。つまり地域社会の中で住民の身近な相談者となりえている看護職は、数の上で非常に少ないので、国民の大多数にはそういう看護職についてのイメージが持てないのです。

## 2 へき地で保健婦への期待形成を

きょうは看護職のうち保健婦に限り、その増員の問題を考えてみましょう。

国の公衆衛生担当部局の人は、保健婦の定員増をはかろうとする時、大蔵省の役人や国会議員に対し、保健婦がなぜ必要なのか、保健婦がいれば一体どんな利益につながるのかということを説得する

のに苦勞するということです。保健婦は数が少なく国民にとって身近な存在ではないため、保健婦活動のイメージが描けず期待もされない、そしてそのことが保健婦を増やそうとする時の障害になるというジレンマがあります。では私たちはどこにそのジレンマの突破口を見い出せばよいのでしょうか。

住民の中に保健婦への役割期待が明確にあるということが、保健婦の定員確保の要です。都会の住民は、何かあれば医師にみてもらえばよいという気持があり、自分の健康を自分で守るということについて関心が薄い人が多いように思います。しかし、へき地では医師にすぐみてもらうわけにはいかないことから、健康に関する相談者としての保健婦への期待は明確なものになりやすいと思います。現にへき地では、保健婦の役割が住民にしっかりと受け止められている例が多いように思います。

## 3 県保健婦の市町村配置の意義

現在へき地で働いている保健婦には、県身分の人であれば市町村身分の人もあります。へき地をかかえる市町村の中には、国の市町村保健婦補助対象枠を超えて保健婦を置き、へき地の保健に積極的に取り組んでいるところもありますが、へき地を多くかかえる市町村は、概して保健婦を雇うことが容易ではありません。財政力が弱い上に、ずっとその市町村で働こうという人を見つけることが困難だ

からです。

そこでいくつかの県では、県身分の保健婦を何年か交替でこのような市町村に配置する制度をもっています。いわゆる保健婦駐在制ですが、この変形として市町村が人件費を一部負担する場合は、派遣制とよんでいます。

県がへき地に保健婦を確保することについては、過疎地域振興特別措置法、山村振興法、離島振興法、沖縄振興開発特別措置法に「無医地区」への「保健婦の配置」という規定があります。これらの法律は、保健医療の確保の責任はまず市町村にあることを前提とした上で、市町村の力の及ばないところを県がカバーするという考え方に立っていると思われまます。このほか、へき地医療対策（法律にもとづかない施策）の中に、「無医地区」への保健指導所の設置と保健婦の配置についての規定があります。

保健婦駐在制をとっている県では、駐在保健婦の一部あるいは全部が、これらの規定に依拠して配置されています。

ところで、県身分の保健婦がへき地市町村で働くには、さまざまな困難がともないますから、県当局も保健婦自身も大変な努力が必要です。県当局としては、市町村の受け入れ体制づくり、へき地勤務者へのサポート・システムづくりなど、さまざまな配慮をする必要がありますが、それらは保健婦集団との意志疎通がなければ不可能なことばかりです。十分な対策が講じられないと、へき地勤務保健婦

は孤立し、1人の力ではどうすることもできない諸困難に1人でさらされることになってしまいます。こうした事態が保健婦内部に駐在制そのものへの反発、県当局への不信を引き起こし、駐在保健婦を引き上げざるを得なくなった県もいくつかあります。

#### 4 へき地保健婦配置の県格差

先ほど述べた4つの法律にもとづく保健婦及び保健指導所の保健婦には、人件費と活動費について2分の1の国庫補助が出されています。保健所保健婦の人件費補助が3分の1であるのと比べ補助率が高い点、また活動費は事業別タテ割でなく保健婦活動そのものに使える点が有利です。

ここではこれらの補助金を充当している保健婦を、へき地保健婦とよぶことにします。

ところで、へき地保健婦の配置状況には、極めて大きな県格差がみられます。へき地保健婦を1名も配置していない県が20もあります（むろんの県にも「無医地区」はありますから、この補助金をとれないということはありません）。また、へき地保健婦を配置していると言っても数名という県が多く、結局この補助金を本格的に活用している県は、表3のようにわずかです（10名以上配置しているのは9県）。

なお、青森以外の東北各県には、へき地保健婦はほとんどいませんが、これは、

へき地における保健婦の役割と国庫補助金

表 3 保健婦配置状況 (昭和 55 年)

(政令市, 特別区を除く)

	へき地保健婦数 <sup>1)</sup>		駐在 <sup>2)</sup> 保健婦数	派遣 <sup>2)</sup> 保健婦数	市 町 村 数			
	「過疎」等 4法にもとづく	保健指導所			保健婦設置	保健婦 未設置 <sup>3)</sup>	無保健 婦(再掲) <sup>4)</sup>	計
北海道	11		15		189	20	19	209
青森	19	2	21	50	40	27		67
岩手					62			62
宮城					72	1	1	73
秋田		1			69			69
山形					44			44
福島		3			88	2	2	90
茨城				1	90	2	1	92
栃木	3				49			49
群馬					69	1	1	70
埼玉					81	11	11	92
千葉					64	16	16	80
東京都			7		29	12	9	41
神奈川県				4	30	4	2	34
新潟					110			111
山梨	2	2		13	51	13		64
長野	3	1			119	3	3	122
富山	3			3	33	2		35
石川					31	9	9	40
福井					25	10	10	35
岐阜				4	77	22	18	99
静岡県					67	6	6	73
愛知県	5				64	23	23	87
三重	3		1		45	24	24	69
滋賀	2	1			48	2	1	50
京都					41	2	2	43
大阪			6		26	16	13	42
兵庫県	3				78	10	10	88
奈良	7				23	24	24	47
和歌山	14		55		33	16		49
鳥取					39			39
島根	6	1			56	3	3	59
岡山	11	1	11		68	10		78
広島	25			2	72	13	11	85
山口	7		6		54	1	1	55
徳島	7				42	8	3	50
香川					43			43
愛媛		4			59	11	11	70
高知	44	5	137		11	42	0	53
福岡					71	24	24	95
佐賀					47	2	2	49
長崎	11				70	7	7	77
熊本	1	1	1		82	15	14	97
大分	2	2			54	4	4	58
宮崎	10	1	11		40	4		44
鹿児島	2				78	17	17	95
沖縄	34	8	125		7	46		53
計	235	33	396	77	2,740	485	302	3,226

- 注 1) 厚生省地域保健課調べ  
 2) 日本看護協会保健婦部会調べ  
 3) 市町村として保健婦を設置していない  
 4) 市町村の保健婦も, 駐在ないし派遣保健婦もない

小さな町村でも市町村みずから保健婦を置くようにしているためです。つまり、市町村保健婦は、「無医地区」で働いていてもこの補助金の対象にはならなかったからです。なお昭和55年度からは保健指導所保健婦については、市町村が配置した場合でも補助の対象に入るようになったことをつけ加えておきます。

全国的にみて無保健婦市町村は、まだまだたくさんあります(昭和55年現在302)。保健婦未設置市町村にへき地保健婦を配置することによって無保健婦市町村をなくしている県がいくつかあること、及びへき地保健婦が増えないのは、補助金の枠が狭いというよりむしろ県が補助金をとろうとしないためであることを考えると、私たちはもっとへき地保健婦の補助金の活用を考えた方がいいのではないかと思います。

## 5 「無医地区」配置とされていることの矛盾

もっとも、へき地保健婦の補助金は、「無医地区」配置という基準ゆえに、非常に使いにくいことも事実です。

厚生省の「無医地区」の定義は、次の通りです。

「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の地域内に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」

いままで「無医地区」であった地域が、

事情が変わってこの定義に合わなくなると、そこで働く保健婦は補助対象ではなくなってしまうというのが大変困るのです。というのは、「無医地区」でなくなった事情とは、「人口が50人を割った」、「交通の便が良くなって医療機関に行きやすくなった(時間的にはそうでも、交通費のことを考えるとそうでもないのだが)」、「今まで医師のいなかった診療所に週何回か医師が来るようになった」というようなことですから、保健医療上の問題は依然として残っており、保健婦のなすべきことはまだ多々あるわけです。

そもそも、「無医地区」だから保健婦を配置するという規定自体が、保健婦が医師とは異なる役割を持つことを認めていないともいえます。この「無医地区」の定義は、医療機関の利用の困難度に関する指標だけで定められており、保健や看護に関する指標は入っていないのですから。

実際にこの補助金を活用している各県の実情をみると、「無医地区」対策としてへき地保健婦を配置しているのではなく、へき地をかかえた弱体な市町村の保健事業をバックアップする意味で配置しているのであって、その保健婦は「無医地区」を含めもっと広い地域を担当しているのが普通です。

へき地保健婦のこのような配置の仕方は、勺子定規に言えば、補助金のたてまえ及び補助基準に反していることとなります。財政事情が良かった時にはそれで

も通用していたのですが、財政事情が悪化するにつれ、国は補助金の運用について監視を強めています。それゆえに、「無医地区」だから保健婦を配置するという規定そのものの矛盾が、いままで以上に問題となってくるわけです。

一部保健婦の中には「無医地区」への保健婦配置そのものを全面的に反対する声もありますが、私はむしろ、へき地への保健婦配置とその活動実績を通して、へき地への保健婦配置基準を変えさせるべく、国へ働きかけるべきだろうと考えております。

## 6 今後に向けて

国が補助金の運用について監視を強めているのみならず、県もまた財政難ですから、なるべく負担を減らしたい。保健婦の中には、へき地駐在の負担の大きさに比べそれ相応の配慮がないことからくる不満もある。いくつかの県ではこのような事情が重なって、県からへき地市町村への保健婦配置がだんだんむずかしくなってきました。

国はここ数年来対人保健サービスの市町村移譲をすすめるようとしていますが、このことは県にとって、市町村に配置し

ている保健婦をひき上げる恰好の口実となりましょう。しかもへき地保健婦は、保健所保健婦の定員枠を超えて置かれている保健婦です。へき地保健婦の補助金を活用して県全体の保健婦を増やす努力をしてきた県では、他県と比べ保健婦が多いために、県行政管理当局から保健婦が行政整理の対象にされがちです。

このような状況下にありますから、保健婦の側にへき地の保健婦活動を守ろうという熱意と団結、そして保健婦集団と看護行政の連けいがなければ、へき地の保健婦活動は後退をまぬがれないように思います。

へき地と限らず、保健婦をめぐる状況には大変きびしいものがあります。自分たちの働き方はニードにマッチしているかそして自分たちはどんな状況に置かれているかを正しく認識し、ニードの変化に即して自分たちの働き方をどう変えていくかについての展望と、そのための条件をどう整えていくかについての戦略を持つ必要があります。いままでしてきた業務や立場を守ることをだけを考えていたのでは現在の困難な状況をきりぬけられないのではないのでしょうか。

(1979年10月～1980年2月 保健婦研修会にて)