

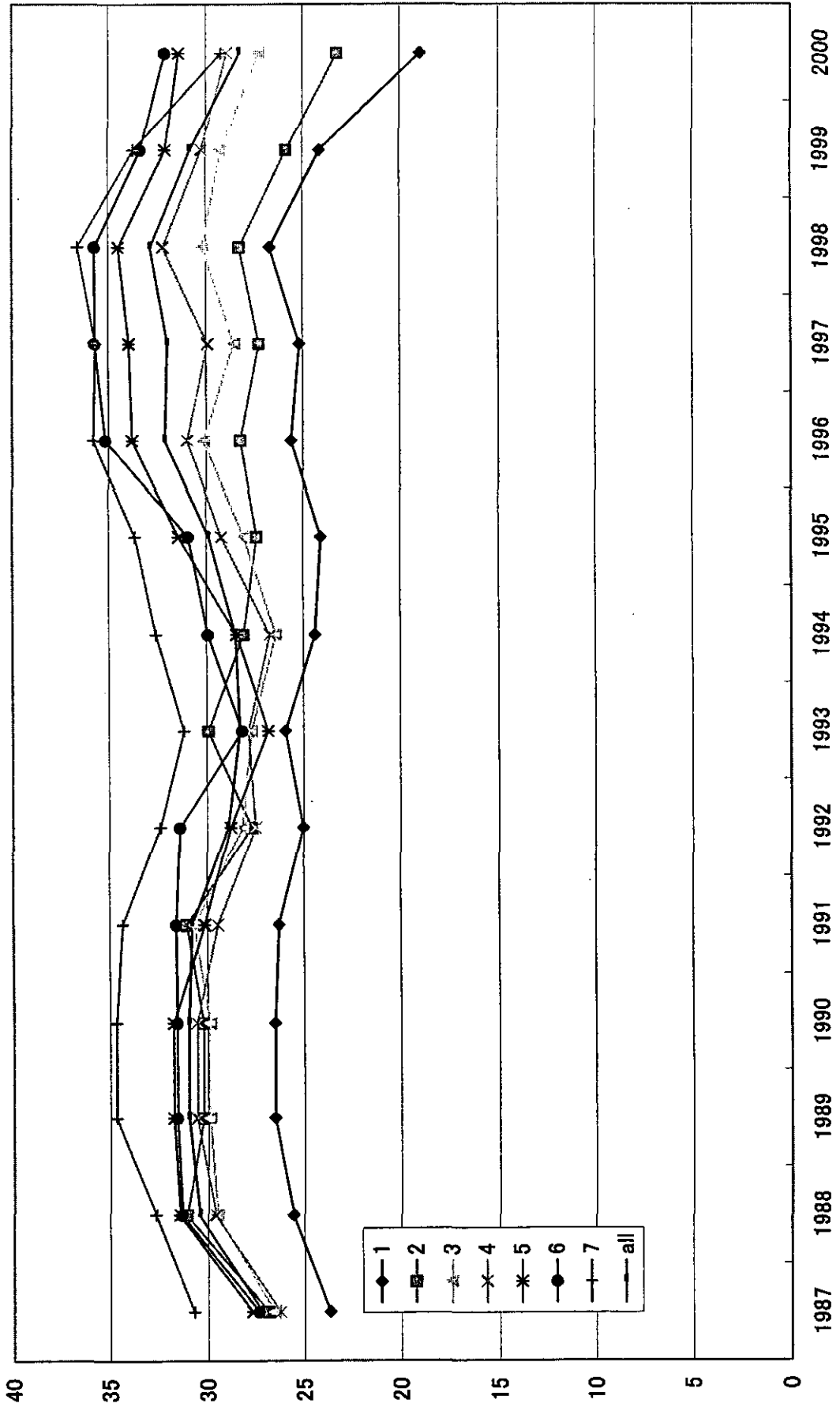
図表6-2 診療機関種類別・疾病別 実日数、総点数、行為数

心疾患	規模						合計
	20~49	50~99	100~199	200~299	300~399	400~499	
心、心膜、肺動 静脈、冠血管					1	1	2
ペースメーカー移植術					2	3	6
体外ペースメーカー その他	1						1
冠動脈、大動脈バイパス 移植術			1				3
1本のもの					2		2
2本のもの							4
経皮的カテーテル心筋 焼灼術						1	2
開心術補助手段 人工心肺(1日につき)			1	2	2		5
初日							2
加算					2		4
補助循環・選択的冠灌流							2
大動脈バルーンパンピング法 (IABP法)				1			3
初日							2
2日目以降				1			4
動脈			3	2	2		17
経皮的冠動脈形成術							1
経皮的冠動脈血栓切除術							1
経皮的冠動脈形成術 (高速回転式経皮経管7 テクトミカテーテル)				1		2	3
経皮的冠動脈ステント 留置術				2	7	4	20
				1			1
			2			1	2
							2
Net の心疾患手術	0	0	4	9	21	4	80
	0.00%	0.00%	5.00%	11.25%	26.25%	5.00%	32.50%
Gross の心疾患手術	0	5	14	38	68	23	94
Net/Gross	#DIV/0!	0.00%	28.57%	23.68%	30.88%	17.39%	27.66%

図表6-3 診療機関種類別・疾病別 実日数、総点数、行為数

白内障	規模							合計	
	点数	20~49	50~99	100~199	200~299	300~399	400~499		500~ 特定機能病院
皮膚,皮下腫瘍摘出術(露出部)	1150		1					1	
皮膚,皮下腫瘍摘出術(露出部以外)	920						1	1	
腋臭症手術	3740	1						1	
瞳孔形成術	3900			1				1	
虹彩光凝	8970			1			1	2	
網膜光凝	9080						2	2	
網膜固術									
硝子体莖									
硝子体下									
顕微鏡下	29900	1	1		1		6	9	
離断術	15500		1			1		2	
網膜付着組織を含む その他									
増殖性硝子体網膜症手術	46400					1	2	3	
白内障手術									
後発切開術	1960				1			2	
囊内摘出術	9460					1		1	
超音波摘出術	9900		1				1	3	
囊外摘出術(後囊研磨を含む)	9570				1			1	
他の手術との併施	0				1			1	
加算									
眼内レンズ挿入術	8000	15	31	24	26	31	14	32	45
加算	0	1	1				1	4	
加算	0				3			3	
他の手術との併施	400			2				2	
他の手術との併施	460						1	1	
日帰り手術	45						1	1	
Net白内障手術		18	36	26	30	35	19	37	263
Gross白内障手術		6.84%	13.69%	9.89%	11.41%	13.31%	7.22%	14.07%	23.57%
Net/Gross		34	70	48	55	68	33	71	492
s		52.94%	51.43%	54.17%	54.55%	51.47%	57.58%	52.11%	54.87%

付表1-1 診療行為数の推移 (入院、病院データ、病床規模別)



厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」

分担研究報告書

⑳ へき地における医療供給の確保策に関する基礎的検討

分担研究者 山本克也 国立社会保障・人口問題研究所

〃 泉田信行 国立社会保障・人口問題研究所

〃 菊池英明 国立社会保障・人口問題研究所

へき地における医療供給の確保策を考察するために、基礎的な状況についての検討を行った。まず、へき地における医療供給の成功事例と目される地域と成功への途上にある地域との比較を事例的に行うことにより本質的な問題点の抽出を行った。その上で、へき地における医療供給確保のための施策について、歴史的側面から検討を行った。国政レベルでは古くから施策が行われてきているが、現状でも医療供給の確保が難しい地域が存在することもあり、今後どのような施策を行っていくべきかを更に検討する必要があると思われる。

今後どのような施策を行うべきか、については医療供給の主体である医師のライフスタイルやライフサイクルに合わせた施策を行うべきであると考えられる。医師がへき地医療に参画するインセンティブを持たなければ施策が効果を持たないことは明らかであるからである。

A. 研究目的

へき地における医療供給の確保策を個票データによる分析から考察する準備として、へき地における医療供給の基礎的な状況についての検討を行う。日本全体の医療供給水準は充分な水準であっても、供給が偏っている場合には効率的な医療供給の提供が行われ得ない可能性がある。そのひとつの形が無医地区の存在を始めとするへき地医療の問題であると考えられる。また、無医地区の問題を検討することは医療提供者の行動原理を明らかに

する効果もあり、医療需給の分析にとって重要であると考えられる。

B. 研究方法

まず、へき地における医療供給の成功事例と目される地域と成功への途上にある地域との比較を事例的に行うことにより本質的な問題点の抽出を行った。その上で、へき地における医療供給確保のための施策について、歴史的側面から検討を行った。さらに、今後あり得べき施策を検討するために医師のライフ

サイクルに合致した施策のあり方について理論的に検討した。

C. 研究結果

福島県館岩村と高知県橋原村における医療供給の確保策等について比較分析を行った。両者とも中山間地域で過疎が発生しているが、医療供給については対照的な状況であった。一方は、国保直診を軸にした形で医療供給を確保し、他方は公設民営の形で医療供給を確保している。このような外形的な違い以上に違いを生んでいるのは、「効率的な運営を行う」、という医療提供者の意識であったと思われる。これは適正な規模の医療機関において適正な種類の医療サービスを提供することなどが含まれる。

このように自治体によって、同じへき地の状況にあっても医療供給が確保できるケースとできないケースにわかれるのは何故かを考えるために国政レベルのへき地医療施策について分権的に検討した。その結果、戦前は、へき地における医療供給確保の問題を国民健康保険のようなシステムを自律的に導入することにより解決しようとしてきたことなどがわかった。その際に重要であるのはやはり医師に対する支払い能力であり、その能力が維持できる場合には当該地域でも医療供給を享受することが可能であった。しかしながら一般的には難しかった。

また、国保制度施行によって医師に対する

支払い能力が確保された後にも医療提供者の確保に悩む自治体が多かったことより、へき地における医療供給の確保策は、へき地とそれ以外の都市部で医師がそれぞれ享受する費用・便益のバランスを考える必要があることがわかる。また、金銭的問題の他に、専門家としての医師の選好を考慮した確保策であることが必要とされていることがわかった。

医師の選好を考慮した確保策を実施するためには医師のライフサイクル等について実態を把握し、それに沿った施策を検討する必要がある。そこで実際にへき地における医療に従事した経験を持つ医師に対してヒアリングを行った。その結果、①金銭的な便益よりも医師としてのやりがいのある職場環境の確保、②医師が赴任先に親しみやすい環境の確保、③受け入れる自治体の変革、④住民の代わる努力、⑤医療教育の改革、⑥自治体病院協議会の意識改革、⑦積極的な女医の活用、等が必要であると示唆された。

D. 考察

戦前においては金銭的な支払い能力の不足から医療供給が過少になる地域があったが、戦後国保制度の施行により支払い能力の問題が解消されてもそのような状態が継続することは金銭的な問題以外が原因であると考えられる必要がある。

ヒアリング調査で得た医師の七つのコメントを中心としたやりがいのある・働きやすい

職場環境の確保を図るために重要であるのは、赴任する医師の生活スタイルと住民のそれに対する考え方が異なる場合の問題解消方法である。他方、医師を確保すればへき地の健康問題はすぐ解消すると考えることも早計であり、赴任した医師とともに住民自身が健康改善に向けて努力する環境を構築することが重要である。

E. 結論

へき地における医療供給の確保のためには、医師がやりがいのある・働きやすい職場環境の確保を図ることが重要である。また、医師を確保すればへき地の健康問題はすぐ解消すると考えるべきでなく、赴任した医師とともに住民自身が健康改善に向けて努力する環境を構築することが重要である。

F. 研究発表

1.論文発表

- ① 山本克也・泉田信行・菊地英明、「地域医療のチャレンジ 樽原の成功と館岩の挑戦」、『厚生サロン』、2004年1月号、pp.44-51.
- ② 山本克也・泉田信行・菊地英明、「へき地医療をどうするのか 人的資源の確保の歴史」、『厚生サロン』、2004年3月号、pp.29-35.
- ③ 山本克也・泉田信行・菊地英明、「へき地医療をどうするのか 医師の

生活を踏まえて確保策を考える」、『厚生サロン』、2004年5月号、pp.36-43.

2.学会発表

なし。

G. 知的所有権の取得状況

1.特許取得

なし。

2.実用新案登録

なし。

3.その他

なし。

第20章 へき地の医療供給の確保策に関する 基礎的検討¹

I 檜原の成功と館岩の挑戦

山本克也 泉田信行 菊地英明
(国立社会保障・人口問題研究所)

経済成長の鈍化と人口の高齢化が社会保障制度に大きな改革を迫っている。しかし、高度経済成長の中でさえも社会保障、とりわけ医療サービスを十分に受けて来たとは言いがたい者もいる。それは「へき地」と呼ばれる場合も多い中山間地域や離島の住民である。この連載ではへき地においてどのように医師を確保すべきかという問題から、どのような保健福祉政策を立案すれば、効率よく、かつ、十分な保健・福祉を住民に提供できるかという問題を考察していく。

1. 地域医療、へき地医療

へき地の医療というどのような画が浮かんでくるだろうか。初老の医師が自転車に乗って農家を回る。縁側にはお茶と甘い物。医師の存在自体が住民を癒やし、淡々と村人の健康の番をする。これは、いわば医師が“鎮守の森”となっている場合の医療の画である。もちろん、別の画も考えられる。研修を終えたばかりの若い医師が自らの不安と一緒に漁船を駆って荒れ狂う海を渡り、離れ島の急患に向かう。技量の未熟さは若さと誠実さがカバーする。この場合の医師は“ウルトラマン”であり、“スーパーマン”である。劇画やTVドラマに現れてくる“へき地”の医師の画は、およそ上記の二つに分類される。ある意味で、医療が本来持っている“高潔”な部分を医師が最大限に発揮できる場が「へき地」であると考えられることができるかも知れない。

しかし、実態は甘くない。いずれの“へき地”も医師の確保自体が大変な問題なのである。平成11年現在の数字だが、無医地区は全国に909、人数にして約20万人の住民（多くは高齢者）が医師のいない地域に住んでいるという現実がある。また、せっかくの“鎮守の森”もいつかは枯れてしまい、“ウルトラマン”もいつかは自分の故郷に帰ってしまう。現実にはへき地の住民にやさしくはない。

¹ 本稿は、平成13～15年度の厚生労働科学研究費補助金政策科学推進事業「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」の成果の一部に基づく。また、本稿における見解は、筆者らの所属する機関を代表するものではないことをお断りしておく。

表1 無医地区の人口と無医地区数

	昭和41年	昭和46年	昭和48年	昭和53年	平成元年	平成6年	平成11年
無医地区 の人口	1,191,312	884,844	767,340	504,819	285,034	236,193	203,522
無医地区 数	2,920	2,473	2,088	1,750	1,088	997	909

資料) 財団法人 地域医療振興協会

定義があとになったが、厚生労働省のへき地（無医地区）の定義は「半径4キロ以内に50人以上住んでいる所で、医療機関がないか、簡単に利用できない地区」である。この定義によれば、へき地は山村地区の過疎地域のみでなく、東京であっても離島など上記に該当する地区であればへき地となる。へき地、いわゆる無医地区というのは、単なる過疎地域を指すのではなく、“医療に恵まれない地域”の総称である。そして、それらの地域における医療活動をへき地医療と呼ぶ。

かつて、へき地医療は農村における地域医療と密接な関係にあった。特に長野県佐久市における佐久総合病院の活動²（食生活指導、とくに減塩運動）はあまりに有名である。佐久総合病院の活動は医療行為と地域における予防教育³を両輪とした活動で、今日の地域医療の礎となったといわれている。また、同じ長野県の茅野市・諏訪市・原村組合立の諏訪中央病院における取り組みも、佐久中央病院との比肩しうるものである。長野県における地域医療（農村医療）のひとつの成果は寿命の伸びに現れているといわれる。

例えば、平成12年の国勢調査によれば、女性は沖縄が本土復帰以来の75年の統計から連続、男性は90年から長野が連続して長寿県のトップとなっている。長野県は、1965年(昭和40年)に女性26位、男性9位で、昭和30年代まで脳卒中の死亡率が高かったのだが、昭和40年代に入り減塩運動(味噌汁・漬物)、栄養指導、ひと部屋暖房運動などを展開した。これらは昭和56年より県民運動として積極的に取り組みだし、1日の塩分摂取量が昭和55年(1980年)に15.9gであったものが58年には、11.0gまでに抑えることができたといわれている。その成果もあり上記のような長寿の結果を生み出した。これが、まさに地域医療における健康教育、予防教育の賜物であることは、沖縄と比較することでいっそう理解できる。

沖縄県は長寿の県といわれてきたが、男性の場合、寿命の全国順位は一気に1995年(平成7年)の4位から26位に後退している。平均寿命は77.22歳から77.64歳へと伸びてはいるが、伸び率が最下位となっている。この原因としては、肥満、食事の欧米化(脂肪摂取量、外食の増加)、若年、中年層の死亡率の増加傾向があげられている⁴。

² 「村で病気とたたかう」若月俊一著、岩波新書

³ 佐久地方では、医師の診察を受けることを“医者をもてる”とあって、贅沢な出来事としていた。このような医療への掛かり方の指導・改善を含んだ総合的な予防教育を佐久総合病院では行っていた。

⁴ 以上、www3.ocn.ne.jp/~eiyou-km/newpage101.htm 参照。

このことは、日系移民を対象とした研究⁵によっても裏付けられる。日本人とは遺伝的背景が同一であるものの生活習慣の欧米化がさらに進行した米国の日系移民集団では、糖尿病有病率・罹患率はともにわが国の住民よりも2～3倍高いことが知られている。以上は、健康は人為的に作る事が出来ることの証左である。

2. “特別な” 地域医療から “普通の” 地域医療

上記の二つの病院は、長野県の医療の有り様を規定し、長寿に加えて低医療費という成果を出した。しかし、これらの病院の有り様をそのままに目指すことが出来ない地域の病院、診療所も存在する。仮に佐久総合病院が経済的に佐久市の人口のみに支えられているものと仮定しよう。その場合、佐久市の人口は 66,875 人（以下、人口は平成 12 年国勢調査）で、佐久総合病院の 821 床を支えている。佐久総合病院は大病院なのである⁶。一方、諏訪中央病院の場合⁷だと、この 366 床を諏訪市（53,858 人）、茅野市（54,841 人）、原村（7,207 人）の合計 115,906 人で支えることになる。これら二つの病院は、地域医療に対して新しいアイデアを出し、あたらしい試みを行なえる体力（＝人口）を持っていることもまた事実である。例えば、最近の諏訪中央病院は、高度医療と緩和ケアをひとつの病院でおこなうという試みを行なっている⁸。このこと自体、保険制度の下における効率性という観点からは問題が生じる⁹。しかし、このような試み自体を行えるほど、“強い” 病院であることには間違いがないものと思われる。

表 2 佐久総合病院と諏訪中央病院の比較

	佐久総合病院	諏訪中央病院
一般病棟	600床+ICU20床	270
精神神経科病棟	112床	
感染症病棟	4床	
人間ドック	45床	
療養型病棟	40床	45
回復期リハビリ		45
緩和ケア		6
合計	821床	366

出所) <http://www.suwachuo.jp/>、<http://www.valley.ne.jp/~sakuchp/>

⁵ 原均、岡村緑：IGT の疫学—国際比較を含めて—。Diabetes Frontier 3：129—135，1992

⁶ 実際、佐久市周辺には佐久総合病院を入れて 11 の病院があるが、総病床数は 2310 に過ぎない。つまり、この地域の病床の 42.5% は佐久総合病院が占めていることになる。

⁷ 諏訪中央病院の場合、諏訪市に 8 つの病院（1083）と茅野市に諏訪中央病院とその分院（併せて 311）がある。諏訪中央病院のシェアは、22.3% である。

⁸ 「病院なんか嫌いだ—「良医」にめぐりあうための 10 箇条」鎌田實、集英社新書

⁹ この解決には、例えば急性期病院で療養型のケアを受ける患者の負担率を上げる、差額を徴収するという事であれば特段の問題はないことになる。

一方、本連載で考えるのは、まず医師の確保に悩むような“普通”の地域医療を実践しようとする地域である。では、医師を確保し、その医師に末長く診療をしてもらい、地域の保健福祉のリーダーになってもらう方法はあるのか。その詳細は次回以降に譲るとして、まず、本連載で取り上げる二つに地域の状況を説明しよう。

梶原町は、高知県（岡郡＝6町5村）の高幡保健所（須崎市）管内に位置し、愛媛県境であるので土佐というよりも伊予文化の影響を大きく受けた町である。面積は236.51平方キロで、温暖多雨だが、高地のため南国の割に降雪は多い。人口は4,489人（2003.1.31現在）、過疎化が進んでいる。高齢化率は36.6%、高齢者の要介護者割合15%（244人）である。この町には国保直診の町立国保梶原病院（30床）がある。

館岩村は、福島県南会津郡（3町4村、県境）の南会津保健所（田島町）管内に位置し、面積は263.55平方キロである。南会津郡全体では1.64平方キロで、この約17%を占める。気候は間高冷地であり、平均積雪量は7～2.0mで平均気温は9℃である。人口は過疎・高齢化が進行しており、高齢化率は31.76%で県下10位である。平成15年9月まで、医科診療所は1件あったが医師の高齢化（80歳超）で後継者問題が発生していた。実際、外来は村外での受診が8割（伊南村等）で、入院となると100%村外で受診することになり、村民意識調査（1994）では「病院や診療所を充実すべき」との要望が8割近くを占めていた。この2町村を取り上げた主たる理由は、

- 1) 人口（体力）がないこと
- 2) 組織づくりの面白さ

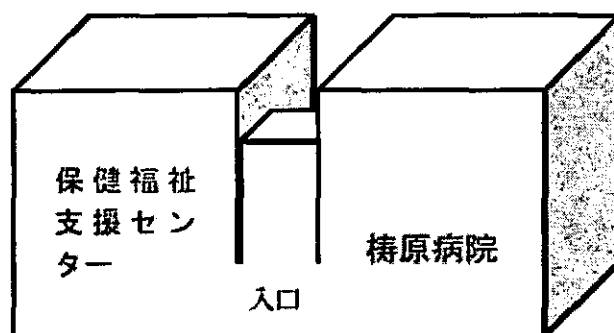
である。このふたつの事項は密接に関係している。今日、“体力がない地域”とは都市部と隔絶されて人口の流出に悩まされている地域である。これらの地域の住民も、大都市、あるいは佐久市や茅野、諏訪、原村のような医療を受ける権利は有することは言うまでもない。しかし、人口2千から3千の村に300床を超えるような病院を建てることは出来ないのである。その意味で、1) 村や町単体で可能なこと、2) 隣接他地域と連携すれば可能なこと、3) 都市部に依存すること、というように保健福祉をどこで提供するのかということをも具体的に考えた保健福祉政策の立案が望まれており、それを実践している（あるいは実践しつつある）自治体として研究対象としている。

3. 梶原で起こったこと、館岩で考えていること

梶原町では、当時、全国最年少の病院長を擁し¹⁰、高医療費県の中で全国平均を下回る医療費の町を作った。梶原病院では、町当局と密接な連携を取りながら、“はやらない”、“儲からない”（＝健康保持、病気予防に努力を傾けた）病院を実現したのである。梶原町の面白さは、地域医療の組織作りにある。梶原町の特長は、サービス提供の効率性を追及しつつも住民の利便性を図ることの両方を実行したのである。

¹⁰ 高知県では県出身で医学部に進んだ学生、特に自治医科大学に進んだ学生の追跡を丁寧に行っており、県下のへき地医療の担い手として緊密な連携を取っている。詳細は次回。

図1 高知県町立国保梶原病院の建物図



出所) 高知県医療労働組合連合会資料 「地域包括医療・実態調査―梶原町」2003年

具体的には、住民の健康相談窓口を一本化した。医療の相談は病院、診療所、保険制度に関しては役場、健康相談は保健所というように、相談内容毎に施設があり、住民は相談内容と相談先を合致しない場合に窓口から窓口へたらい回しに会う。梶原では、上図のように、病院と保健福祉支援センター（保健福祉支援センターには役場の健康増進係・福祉係、在宅介護支援センター、社会福祉協議会が同居する）が同一の建物にあり、オフィスでは病院長、保健センター所長、役場の保険課長が並んでデスクを取っている。この三者が並んで席を持つということが、医療、保健・福祉、行政の連携の緊密さと優秀さを物語っていると言えよう。このような体制をとることによって、住民ニーズへの迅速な対応と情報の集中管理が可能となっている。いわば、医療、保健、福祉サービスの提供体制を再編することで、One Stop（一箇所で済む）な施設作りを実現したのである。

写真1 左が保健福祉センター、右が病院（梶原病院の玄関入る）

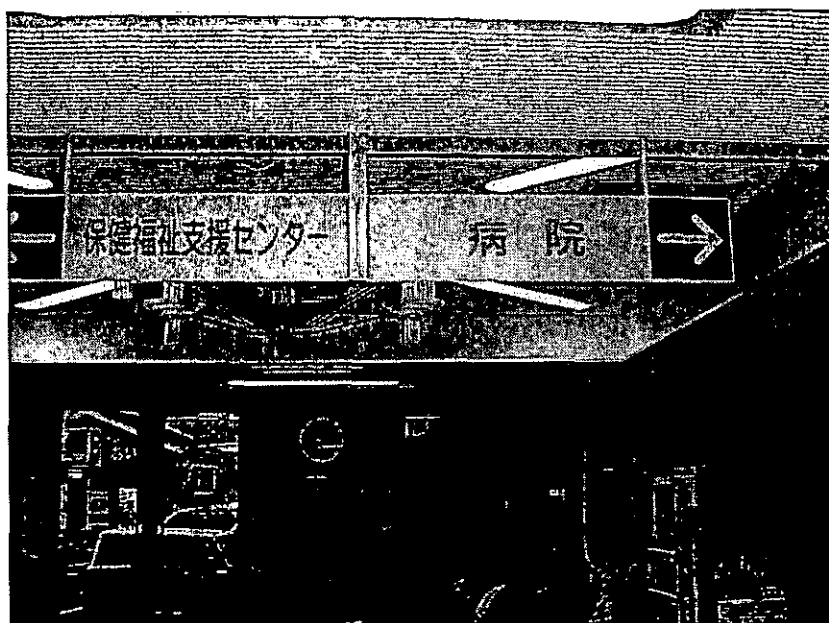


写真) 筆者撮影

梶原のもう一つの特長は、町で自律的に可能なことと、介護保健事業に携わる民間事業者の育成、町外施設、町外事業者の利用を有機的に組み合わせていることである。医療に関して言えば、例えば脳血管疾患の患者が出たとする。CTによる写真を取り、脳梗塞であれば内科的処置を行なう。脳内出血が認められれば脳外科の処置が必要になり、これは須崎市や愛媛県の宇和島市内の病院に搬送する。梶原病院自体を無用に高機能にするのではなく、近隣の医療機関との連携を図っている。また、社会的に入院を排し、福祉にゆだねるべきは、福祉にゆだねるという姿勢を梶原病院が持っていることも特徴的なことである。町自体の介護事業者の多様化にも積極的であり、平成2年4月に誘致していた自動車用組電線（ワイヤーハーネス）の生産会社である南四国部品㈱に、「なごみ」という訪問介護事業を展開させてもいる（表3参照）。

こうした梶原の保健福祉がもたらしたのは、高医療費県の低医療費地域という地位と長寿地域（特に女性）という地位である。国保医療費（平成12年度）のデータであるが、老人保健1人当たり医療費は、梶原町：58.4万円、高知市：95.2万円、高知県：83.0万円、全国：76.2万円というように、梶原町の老人医療費は非常に低く抑えられている。一方、寿命は表4に示したように、男性は全国平均には及ばないが高知県平均は超え、女性にいたっては沖縄県の平均(86.01)に匹敵するほどの寿命である。これは、保健福祉政策の大きな成果であると言えよう。

表3 保健福祉施設比較表

在宅サービス	館岩村	梶原町
居宅介護支援事業	保健福祉センター	在宅介護支援センター
居宅療養管理指導	〃	梶原病院
訪問診療	未定	〃
訪問看護	〃	〃
訪問リハビリ	〃	〃
訪問介護	導入検討中	介護事業者「なごみ」
訪問入浴介護	〃	〃
通所介護	館岩村老人福祉センター	〃
短期入所生活介護	高齢者生活福祉センター「高夕」	〃、社会福祉法人カルスト会
通所リハビリ	未定	町外事業者
グループホーム	町外事業者	〃
ケアハウス	〃	〃
福祉用具貸与	保健福祉センター	〃
短期入所療養介護	〃	〃
施設サービス		
介護老人福祉施設	町外事業者	社会福祉法人カルスト会
介護老人保健施設	老健「湯花里苑」	町外事業者
介護療養型医療施設	町外事業者	〃

資料) 梶原町 高齢者福祉事業計画、館岩村 保健医療計画

表 4 梶原町の寿命比較表

	男	女
全国平均	77.71	84.62
高知県平均	76.9	84.8
高知市	76.9	85.2
梶原町	77.6	85.9

資料) 厚生労働省 人口動態統計

一方、館岩村には劇的な変化が起こっている。平成 15 年の 9 月に館岩愛輝診療所というへき地診療所（外来のみ＝入院なし）が、10 月には湯花里苑という老人保健施設（70 床）が開所した¹¹。診療所長（老健施設長を兼務）は東京で腰痛治療の名医として成功を収めた医師である。この施設群の興味深い点は、公設民営方式を取っていることである。公設民営方式とは、1）建物の設置は館岩村、2）経営責任は医療法人仁嘉会（山田仁理事長）、3）館岩村は資本金、基本金等の 2 分の 1 以上を出資するというものである。ちなみに、この老人保健施設は、村だけではなく、南会津管内ではじめての老人保健施設である。館岩の短期的な課題は、診療所の普及と町の保健福祉政策との連携をどのように取っていくかという問題である。表 3 にあげたように、保健福祉のサービス提供主体が未定となっている部分が多く、その多くは検討中、調整中ということである。実際、診療所が館岩村だけではなく、広く南会津管内の住民の信頼を得て普及することが先決であり、その上でどのように村内、あるいは管内の保健福祉全体と関わっていくのかということは今後の重要な問題である。その際、最初のボタンを掛け違えることがないように願うばかりである。

懸念材料のひとつは、繰り返しになるが、館岩愛輝診療所はあくまで民間の診療所であることである。そのため、例えば梶原町のように病院長が公務員であり、これに町がしかるべき役職¹²を兼務させて町内の保健福祉の責任者となってもらおうということが難しい¹³。いわば、指揮命令系統に齟齬が生じる。このあたりは、村の柔軟な対応が必要になるだろうし、診療所長には場合によっては公的な役割をボランティアに担ってもらい必要もあるだろう。もちろん、公設民営というユニークな診療所の誘致に成功した館岩村の行政は上記の問題を必ずや克服するであろう。また、志を持って東京からやってきた医師のリーダーシップには期待が持てる。

一方、館岩村の保健福祉は、村外病院や村外施設との連携をどのように行なっていくかという問題がある。それというのも、南会津管内には管内 5 つの介護老人福祉施

¹¹ 既存の高齢者生活福祉センターと老人福祉センターのそばに設立された。

¹² 梶原病院院長は梶原町保健福祉支援センターゼネラルマネージャーを兼務し、保健福祉の責任者でもある。

¹³ 自治体病院の院長が、当該自治体の保健福祉のリーダーになるケースは多い。特に、良い医療を提供していると言われる地域はそうである。

設を運営している社会福祉法人・南会津会がある。この社会福祉法人は”ただ”の社会福祉法人ではなく、南会津会は管内の各首長が理事となり、施設の設置・運営に関する事項を合議で決定し、県福祉事務所・県保健所の指導からある程度自立した地位にある。いわば、管内の“自治体立”という側面を有する社会福祉法人である。問題は、老健である湯花里苑の設置に関して南会津会では議論が百出したという経緯がある。もちろん、このことをもって館岩村とその他地域の連携に不具合が生じるとは思えない¹⁴が、各町村がばらばらに保健福祉の運営や施設の設置を行なうようになるとしたら非効率極まりないということもいえる。保健福祉は各国民が公平に享受できる必要がある。しかし、だからといって非効率でも構わないということにはならない。へき地においては、他地域を助けるべくは助け、依存するところは依存し、少ない”体力”を効率的に使用して過不足のない保健福祉の提供体制を整える必要がある。その意味で、館岩村の今後の動向は、他のへき地に大きな影響を与える可能性がある。この点も、本連載で検討される事項である。

今回は、へき地医療・介護の現状を考え、無医村対策、へき地の医療従事者のバックアップ体制について考える。

¹⁴ 最終的には、周辺自治体の首長や、知事、福島県選出の議員が全員落成式に参加した。(福島民友 平成15年9月11日)

II 人的資源の確保の歴史

山本克也 泉田信行 菊地英明
(国立社会保障・人口問題研究所)

1. へき地医療＝人的資源の確保？

へき地医療を維持することの困難さは人的資源の確保に尽きるといって良からう。岩手県沢内村はへき地における医療確保に成功した先駆的存在である。しかしながら、深沢村長が活動を開始した当初は医師確保に辛酸を舐めている。高齢で聴診器の音が聞けない医師、診療に精神的に耐えられない医師、麻薬を常用している医師等、村民の生命を預けるに足る医師が派遣されなかった事実が記録されている¹⁵。また、高知県中村市では医師不足につけ込んだニセ医師事件なども過去にあった。

ニセ医師はともかくとしても、医師過剰とも言われる現在においても、へき地医療における人材確保の困難さは本質的に変わらない。では、へき地に医師が不足するのはなぜだろうか。平成11年10月に厚生省医政局指導課が行ったへき地診療所へのアンケートの結果を見てみよう。へき地診療で困った内容を診療面と生活面に分けて調査している。

表1 へき地診療で困ったこと

順位	診療面	生活面
1	常にいなくてはいけないという心理的圧力	交通が不便
2	医療技術の研修ができない	日常生活が不便
3	機器があれば転送せずに済んだ	文化施設がない
4	紹介しても返事が来なかった	気象条件が厳しい
5	専門的な診療相談に応じられなかった	自由な時間が持てない
6	患者を受け入れてもらえなかった	十分な子供の教育ができない
7	自治体の理解が乏しい	単身赴任を余儀なくされた
8	後任がない	冠婚葬祭に出席できなかった
9	学位研究ができない	家族や自分の病気が心配
10	スタッフと関係がこじれると修復できない	親戚友人と疎遠になった

¹⁵ 太田祖伝他『沢内村奮戦記』による。

このなかにはへき地診療でなくとも該当する可能性はある。しかしながら診療面にせよ生活面にせよ上位項目はへき地で発生する問題である。この結果が示すとおり医師の立場からすれば、へき地を敬遠するのは十分な理由がある。それに対してどのような人材確保のための施策が行われてきたのであろうか。まず、その歴史を以下で概観しよう。

2. へき地医療施策の歴史

国によるへき地医療対策を俯瞰する場合、ふたつの基準点を用いて3区分すると分かり易いと思われる。基準点は国民健康保険制度（旧法）の施行および昭和25年の社会保障制度審議会による勧告の発表である。

第1期：国保制度施行以前

明治時代以降、国民健康保険制度の実施以前においては、医療費負担の責任は一に患者個人の負担にゆだねられていた¹⁶。このため、資力の差によって医療機関の利用状況が異なる可能性があること、医療費負担の発生により貧困状態に陥る可能性が高いことが容易に推測できる。

医療機関は現在と同じ自由開業制の下にあったが、正規の医学教育を受けた医師は、都市に集中するなど地域的偏在があったとされている¹⁷。ただし現在と違ってその規模が異なる。昭和2年の市町村数は1万2千程度であるがそのうちの2800程度が無医村であり、その数は昭和14年には3600を超えるまでに拡大した。また、医師がいても一人のみという町村が3700と無医村数とほぼ同程度あり、その開業医も明治時代の開業医試験の合格者、つまり高齢の医師、が多く、無医村になる可能性が高かった。

昭和2年から昭和14年における無医村の拡大の背景には昭和恐慌が影響している。良く知られているとおり、世界恐慌の影響で日本では昭和5年以降農業恐慌となった¹⁸。さらには昭和6年に北海道・東北地方における冷害や凶作の発生があった。診療に対しては現金払いが通例であったが、東北地方では医師の方から要求さえできない状態であった。

このため、昭和恐慌により次のような負のサイクルが発生したと考えられる。農家が貧困により医療費負担が不可能になる。患者による医療費支払が滞ることにより医師の生活に支障をきたす。医師が自己の生活の確保を求めて移住する。農村が医師の存在しない地域となる。農村部における医療利用の困難さから健康水準が低下し、農

¹⁶ (厚生省50年史：pp.168)

¹⁷ (厚生省50年史：pp.168)

¹⁸ (以下の叙述は国民健康保険小史によっている。)

村部での貧困が増大する。

この時期のへき地医療対策は、農村における医療費負担軽減策と同義であると考えて良い。しかしながら国保制度実施以前には国による継続的な施策はなく、以下の施策が地域ごとに行われていたに過ぎない。

(1) 公費補助医制度

医師の居住しない町村で、毎年町村予算から一定額の補助を開業医に与えて、その町村に開業させるか、出張診療させるものである。このような補助予算を計上している町村は常時全国で 800 を超えていた。補助は現金支給というのが普通の例であったが、診療設備、住宅の無料提供などもあった。ただし、この制度は開業医を招致する施策であって、(公的医療保険制度が存在しない時代であり) 患者による医療費の未納をなくすことはできず、医師を定着させることは難しかった。

(2) 医療公営制度

市町村自身が医療機関を経営するものである。町村または町村組合経営のものが 20 程度存在するのみであった。問題点は公費補助医制度と同じである。

(3) 補助診療組合

この制度は地方無医村に対し道府県の奨励によって組合を設立させるものであり、岡山県および香川県が典型例であった。岡山県では昭和 6 年度医療普及規定を制定して専任医師を有する診療組合を設置した町村に年額一千円の範囲で補助金を交付することとした。

組合は町村在住者の大部分を組合員としていた。組合員は毎年年平均一円くらいの組合費を負担するほか診療の場合は診療料金を負担した。組合員の負担能力によって組合費および診療料金に差が設けられていた。

香川県では香川県知事と香川県医師会長とが協定して一定の料金により郡市医師会所属の開業医をして組合員の診療に当たらせていた。

(4) 医療利用組合

この制度の最大の特徴は公的な補助を受けずに発達したことである。1919 年 島根県青原村の産業組合が診療所を開設して以降、産業組合の兼営による医療事業がはじまる。1931 年 賀川豊彦氏の社会思想を基本として、東京都に東京医療利用組合(単営)が結成される。その後、医療利用組合運動が全国的に広がる。

医療利用組合には産業組合であるものとそうでないものがあった。産業組合としてのいわゆる医療利用組合は重要な役割を果たしていた。当時この組合数は約 1000 程あり、千数百市町村の住民をその組合または連合会の範囲としていた。

組合では組合員の出資金 5 円ないしは 20 円であって、分納を認めていた。しかし未納は相当あった。農村に医療を普及した功績は認められなければならないが、組合の中には赤字に悩むものが相当あった。

(5) 救療事業

救療の形式で農村その他に医療を行う各種の救療事業があった。その主なものに恩

賜財団済生会があった。これは農村の窮乏に際し、昭和7年300万円の御下賜金を基にして政府が一般会計から附加し、救療事業として実施したものである。ただし、一時的な事業としての性格が強かった。

第2期：国保制度施行前後から社会保障制度審議会勧告まで

第2期は農村の疲弊に対して政府が対策を取り始める時期である。国保制度（旧法）の立法過程にあった昭和12年度より5ヶ年計画で(1)開業医が常住せず原則として町村役場より最寄り開業医まで1里以上の距離のある町村、(2)例外として町村内に開業医があっても地域広大あるいは島嶼等で特に不便な町村に診療所を設置しようとした。設置予定は750ヶ所であり、昭和12年には150ヶ所設けられた。基本的には道府県の費用負担であったが、建設費の半額と経常費の一部が国庫補助の対象となった。

上でみたとおり、医師・医療機関の偏在は、昭和恐慌以降は特に、住民の医療費負担能力に応じて医師が立地しているという点に原因を求められる。それゆえ、診療所の設置といった直接的な解決方法ではなく、農村住民の医療費支払い能力を改善するという間接的な方法によって医師の偏在をなくすことを国保制度は期待されていた側面もある¹⁹。

その後戦時体制が強化されていく中で、医薬制度調査会が設置され、医療の普及、医療内容の向上、医師会の改組に関する答申が行われた。無医地域に対する道府県立診療所の設置と各種医療機関の整理統合、が指摘されていた。この答申をふまえて国民医療法が昭和17年2月に制定され、日本医療団が設置された。日本医療団の目的の中に無医町村に地方診療所において医療機関網を確立することも目的とされていたが、未達に終わった。

第3期：戦後のへき地医療政策

第3期に当たる戦後のへき地医療施策がそれまでと異なる点は戦前に源流を持つ自治体立の国保直診とよばれる医療機関や公的医療機関による医療供給と国による財政的・制度的支援が組み合わされている点である。

無医地区対策は昭和25年の社会保障制度審議会による勧告において取り上げられた。第3編 公衆衛生及び医療、第2節 医療の第3（医療機関の整備）において指摘されている。

¹⁹ もっとも、実際に国保直診施設を持たなかった場合には医療供給が確保できない農村部もあった。国保の意義を住民が理解できなかったからである。戦後の混乱期に休止状態に追い込まれた国保保険者の多くが直診施設を持っていなかったことが土佐の国民健康保険史編纂委員会編(1993)『土佐の国民健康保険史』で指摘されている。

社会保障制度審議会 社会保障制度に関する勧告（昭和 25 年）

第 3 編 公衆衛生及び医療 第 2 節 医療

第 3（医療機関の整備）

以上のような立場から、私的医療機関の普及とあわせて医療機関の整備はつぎのようになされなければならない。

1. 人口 2,000 の診療圏において公私の医療機関のない場合には、少なくとも一診療所を有するように配置することを目標とし、都道府県は、無医地域を解消するため、自らその設置運営をなすものとする。
2. 必要な地区には、歯科診療所及び薬局を整備し、産科の病床の足りない地区には、助産所をつくり同時に助産婦の専門的知識及び技術の向上をはかる。
3. 一般病院の偏在を是正し、病床の分布を人口 10,000 当り、大都市に 40 床、その他の市部に 30 床、郡に 15 床を目標として、中央病院、地方病院及び地区病院を分けて整備する。

以下略。

また、昭和 38 年の厚生省医療保障委員による中間報告によっても施策を実施するように指摘された。これらを受けて厚生省は昭和 31 年度から無医地区対策を開始し、現在第九次計画を実施している。この点は表 2 にまとめられている。

また、非常に強く関連する制度等として、昭和 47 年には私立の自治医科大学が設立や平成 5 年度から自治省が行っている医師の確保等の地方単独事業に対する財政支援があげられる。

医療供給を行う公的医療機関には厚生連、北海道社会事業協会、済生会、日本赤十字がある。これらの医療機関の活動は低く評価されるべきではない。

厚生連病院は戦後、1948 年農業協同組合法により、都道府県、郡単位に設立された厚生連による。上に述べた戦前の医療利用組合を源流に持つ。当時の施設数は、病院 169 施設、診療所 347 施設であった。1951 年全国厚生連の会員である厚生連が公的医療機関の指定をうける。1971 年 群馬県をかわきりに、健康管理活動を専門的に行う厚生連の設立が始まる²⁰。厚生連の医療機関は母体が農協あることから必然的に農村部に立地しており、佐久総合病院の例に見られるように無医地区解消を超えて大きな役割を果たしていると言えよう。

²⁰ 厚生連は戦前の産業組合にその源流をもつ。産業組合はそもそも 1897 年（明治 30 年）に提案され 1900 年（明治 33 年）に成立した産業組合法による。その成立には政府官僚である平田東助らの尽力があるとされている。当初は信用、販売、購買、生産（利用）の単一の事業しか実施できなかったが、1909 年（明治 39 年）に産業組合法が改正され事業の兼営が認められることになり、現在の農協の原形が形成された。

産業組合と医療との関わりは 1919 年 島根県青原村の産業組合が診療所を開設したことから始まる。産業組合の兼営による医療事業がはじまる。1931 年 賀川豊彦の社会思想を基本として、東京都に東京医療利用組合（単営）が結成される。その後、医療利用組合運動が全国的に拡がる。

北海道社会事業協会は大正 11 年に昭和天皇が北海道を訪れた際に、社会福祉振興のため御下賜された金 5000 円を基に財団法人北海道社会事業協会が発足したことによる。北海道社会事業協会の最初の病院は小樽病院である。これは明治 35 年 7 月に宗教家及び医師会により共立小樽施療院として創立されたものを大正 14 年 9 月に北海道社会事業協会が事業を継承したものである。

その後合計 7 病院となったが、いずれも開設当時は医療事情が悪い地域に建てられている。北海道社会事業協会はその後昭和 27 年 5 月に社会福祉法人となり、医療事業については昭和 31 年に公的医療機関の指定を受けている。

済生会は明治 44 年 2 月 11 日に明治天皇による「済生勅語」および 150 万円のご下賜によって済生会が設置されることから始まる。済生会は深川、本所両診療所の開設などにみられるように都市部での救療事業を中心に行ってきた。昭和恐慌等による農山漁村の疲弊に対するいわゆる『恩賜医療』において、済生会は出張診療や巡回診療を行った。しかしながら一時的なものにとどまらざるを得なかった。

戦後の済生会の活動も都市部における医療供給が中心であった。昭和 26 年に公的医療機関としての指定を受けている。昭和 36 年には済生会設立 50 周年記念事業として無医村無医地域の巡回診療を 15 支部において実施し、瀬戸内海の離島住民に対する巡回診療船（済世丸）による巡回診療も行っている。

日本赤十字はそもそもへき地医療を担うべく設立された組織ではない。しかしながら、へき地における医療供給の一端を担っている。伊達、北見、浦河、芳賀、大田原、飯山、高山、岡山、庄原、鹿児島各赤十字病院が、へき地中核病院の役割を果たしてきている。

無医村・無医地区の解消に直接的に貢献したのは国保直営診療施設であろう。実際、無医村・無医地区が直診施設によって解消された事例は多く、昭和 26 年度から昭和 31 年度までの間に無医村 373、無医地区 336 地区、が解消されたとされている²¹。

しかしながら国保直診施設の役割が常に大きいと考えることもまた誤りである。例えば、国保直診施設があるものの、道路整備などの交通機関の発達により住民がへき地に設置された国保直診施設を通過して市部の大病院に受診する事例があることが早い時期に指摘されている²²。このように外的条件（交通環境）の改善によりへき地状態から脱している場合には、施設を維持することのみが直診施設の目的となってしまう可能性もある。

²¹ 全国国民健康保険団体中央会編（1958）、『国民健康保険 20 年史』

²² 長野県国民健康保険団体連合会編（1968）『信濃の国保 30 年史』