

広域過疎地域における母子保健 母子医療システムに関する研究 (第三報)

山内豊茂
千葉真二
山下昭一
柏谷哲郎

我々は課題の中で妊産婦、早期新生児の母子保健、医療について三年に亘って統計的、また地域において調査、検診を行なって検討を加えてきた。

前回で報告した如く、北海道内の過疎地特に後志支庁管内寿都、黒松内雨町における妊産婦の疾病、低出生体重児、周産期死亡、早期新生児死亡は全道、全国に比して高いレベルにあった。この結果我々は母子保健、母子医療の諸問題を改善解決することの必要に迫られた。解決の方法として近時多くの人が提唱している“医療資源の開発と配分”を基礎にし、次の二点より出発して母子保健、母子医療のシステムを考えてみた。

A 地域的特性（需要側要素）

1 地域的環境

2 地域的社會經濟

B 医療資源（供給側要素）

A-1

本道における広域過疎地域とみられる町村は非常に多い。寿都黒松内町に存在する病院、一般診療所と他市、町にある婦人科専門地区病院、大学病院との位置的、距離的關係を図1、2に示した。図でわかるように町内末端にある部落から中心病院までの距離は20Km前後である。町中心より他市、町の専門病院までの距離は40～80Km、札幌市までは140Kmである。両町は一応僻地とみなすことができるであろう。両町において部落と中心部、または他町との連絡機関は私営のバスである。最近利用客の落ちこみにより、運転本数は数往復である。国道、道々は舗装されているが、部落内の積雪期における車道の確保は極めてむづかしい時期がある。これは確かに大きな問題である。この悪条件下では部落在住の母子の保健医療

は当然歪みがでてくる。母子は保健、診療に消極的となり、一方保健婦、助産婦の指導活動は低下若しくは困難となってくる。これらの対応は町当局が行ない、母子の管理と運営は熱意と努力をもって次のことに万全を期すべきである。

イ母子の保健台帳は部落毎に全町的に整備し管理、運営する。

ロ積雪期における車道を常に確保し、保健活動を容易にする。

ハ母子専用車、マイクロバスを配備し、計画的運行と訪問活動を従来以上に行なう。

A-2

もう一つの地域的特性は住民の生活レベルの低下である。近年漁獲は減り（寿都）、地質的、気候的にまた離農、過疎により農産物は減収し（黒松内）従って商店なども不況となり低所得層は増加している。そのために妊婦は労働に従事して過労、栄養偏重、妊婦疾病へと連動し、ひいては医療、保健に対する希求、習得に無関心となっている。即ち最近いわれている医療資源の需要側のレベルの低下をきたしたり、さらに供給側の医療の無駄が生じている。これらの改善に保健指導強化は勿論であるが、行政側は物質的援護を与えることが必要である。

イ所得税定額納税者の母子に栄養補給のため牛乳無料配給

ロ公費負担による1妊娠1回の無料検診

は従来実施されているが、イについては標準の引上げを、ロについては2～3回行ない、とくに低所得者については1妊娠全検診に改める。

ハ低所得者に対する助産費支給の増額（但し施設入院で国保加入者に限る）

＝妊娠中毒症の入院治療は公費全額負担。

以上を前提として次に需要側に対する非物質的開発即ち保健指導、衛生普及についてシステムを考えてみた。(図3)

基本的にして重要なことは町役場、保健所病院医師若しくは医師会との緊密なる連携と協調である。従来の保健指導は保健婦主導型であった。しかも保健婦と病院医師、保健所と病院との連携は決して満足できるものでなかった。黒松内では専任医師不在のため母親学級は開かれていない。学級を開いても出席者は少い。単数保健婦のため出張指導は不可能である。その他諸々の問題点を指摘できる。そこで実効ある母子保健指導を得るための新しいシステムとして、我々は町役場、保健所、病院の三者からなる地域保健協議会(仮称)を設置することとした。協議会の機構は町長を会長とし、実務面での病院専門医師、保健所長、保健婦、助産婦及びその他の関係者よりなる。またフィードバック情報の取りこみのために住民参加も必要である。協議会は基本計画を立て、活動方針を決定して下部組織に命令を下す指導体系の最高機関である。他方において地区病院、地方センター病院或いは今年設置をした小児総合保健センターとの仲介役を行なう。

母子保健指導はこのシステムに基づいて連携をとり積極的に行なうことは当然である。実施に当たって重要なことは母子の知的開発にある。実践の場合の注意点を列挙してみた。

イあらゆる機会を捉えて母子へのアプローチを計る。

ロ医師、保健婦、助産婦による月一回の母親学級を開く。

ハ複数保健婦による2～3部落集合会で、健康教育、保健実地指導若しくは個人指導。

ニパンフレット、広報などで保健衛生教育の啓蒙。健康保持の必要性を強調する。

ホ医師、保健婦、助産婦の卒後教育、研修。

B 供給側の医療資源

システムとは“多くの要素が互に関連を持ちながら全体としての共通の目的を達成しようとする集合体”と藤沢は述べている。地域医療は医療資源の要素の中主として医師、助産婦及び施設の

量的配分に不均衡によって破たんし、周産期死亡、新生児死亡の増加が派生したものと考えられる。又一方死亡高率の要素は町当局、保健所の活動力低下及び医療資源の質的低下も原因として挙げうる。因みに寿都町の婦人科医は1名で且内科兼務であり、黒松内では月2日の出張医である。助産婦は寿都町に2人、町内に1人、黒松内母子センターに2人であった。しかも両町ともに近い将来において専門医師は定着する可能性はないといってよい。そこで我々はおかまの現況における母子医療の改善を計るためには、何んとしても供給側の体制を確立しなければならない。そこで図4のシステムを立案した。

我々はこの場合にも保健システムと同じく“地域医療保健協議会”の名称を取り上げた。構成は保健の場合と同じである。任務は地域内の資源配分の決定と大学若しくは地方センター病院との連絡窓口とした。協議会は行政上或る程度の権限を持つべきである。また北海道医療協議会と直結させることも必要である。従来大学より過疎地に対する資源配分の要請は地域病院、医師が担当していたが、大学との交渉は成功しないことが多かった。また大学側も地域医療に深い理解を示さない傾向にあった。それで地域は所謂北海道方式の地方センター病院に目を向けたが、地方センター病院は今なお量的不備の状況で、地域の医療需要に対応できないでいる。結局は大学に頼らざるを得ない状況である。協議会は大学との交渉の任に当り、地域に向けての資源配分、診療、巡回検診を陳情する機関であるとした。大学もまた地域医療の重要性を認識して資源配分に積極的姿勢をとることが望ましい。

地域において医療を供給する場合、病院専門医師はこのシステムで最も重要な責任者であり、医療活動の中心的存在である。医師は協議会で技術面の立案者となり、会の計画に基づきリーダーシップをとり助産婦、地域の母子センター或るいは一般診療所を通じて、間接的に母子医療指導に当らねばならない。また一方直接母子の日常診療を行ない、母親学級、健康普及などの予防医学に熱意を示さなければならない。さらに医師は自分自身はもとより地域内の助産婦、保健婦に対する

卒後教育、研修にも積極的な取り組みが必要である。

助産婦、保健婦は徐々に充足されつつあるが、縦横の連絡を常に密にとり、地域医療の重要性を認識して母子医療に真剣に従事する必要がある。

地域の病院は老朽化しているが、開設者は改築をすすめ、最新の設備導入に力を注ぐべきである。

ま と め

我々は広域過疎地域における母子保健、母子医療のあり方を検討して、医療資源の配分と開発の問題解決のため独自のシステムを確立してみた。

住民参加による地域保健医療協会をつくった。協会はある程度の権限をもって地域の医療を統轄、運営し、他方大学との交渉にあたることとした。病院医師、その他パラメディカルの機能、役割を系統的に表わした。

文 献

- | | |
|-------|--------------|
| 武見太郎, | 日医誌 72, 12号。 |
| 江見康一, | 日医誌 76, 11号。 |
| 田村貞雄, | 日医誌 76, 11号。 |
| 藤沢正雄, | 日医誌 77, 4号。 |

図1 寿都町、黒松内町と他市・町との位置、距離関係

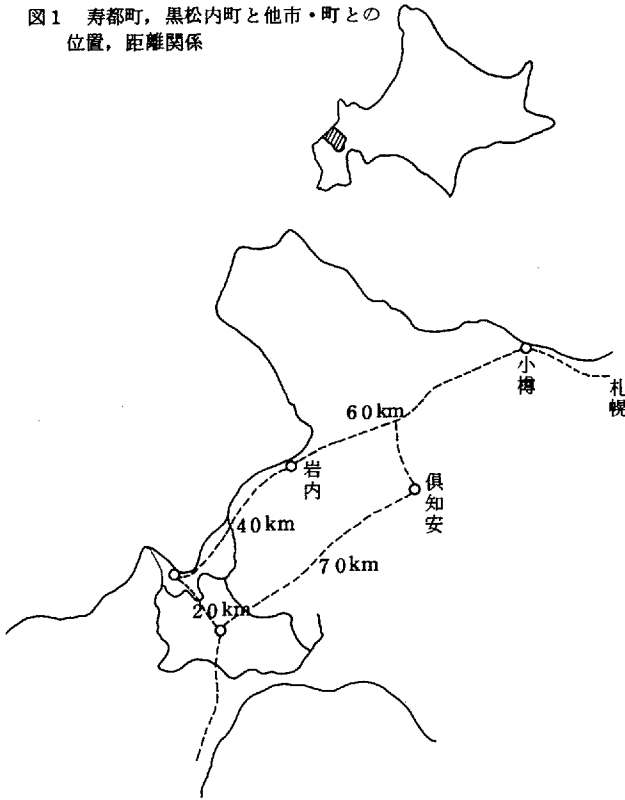


図2 寿都町、黒松内町の医療施設配置

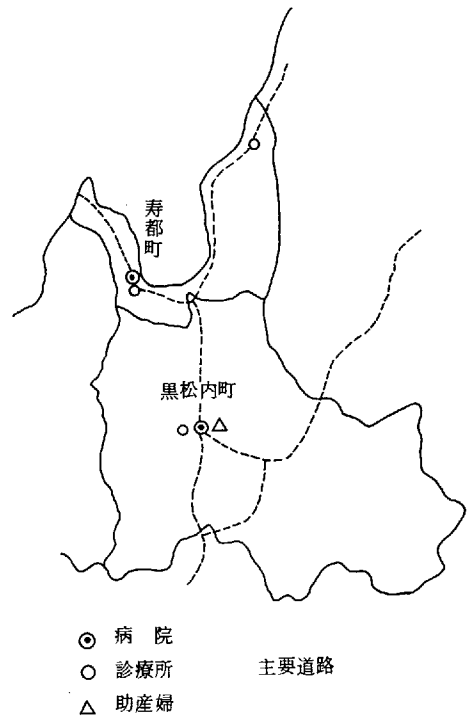


図3 妊産婦母子保健指導システム

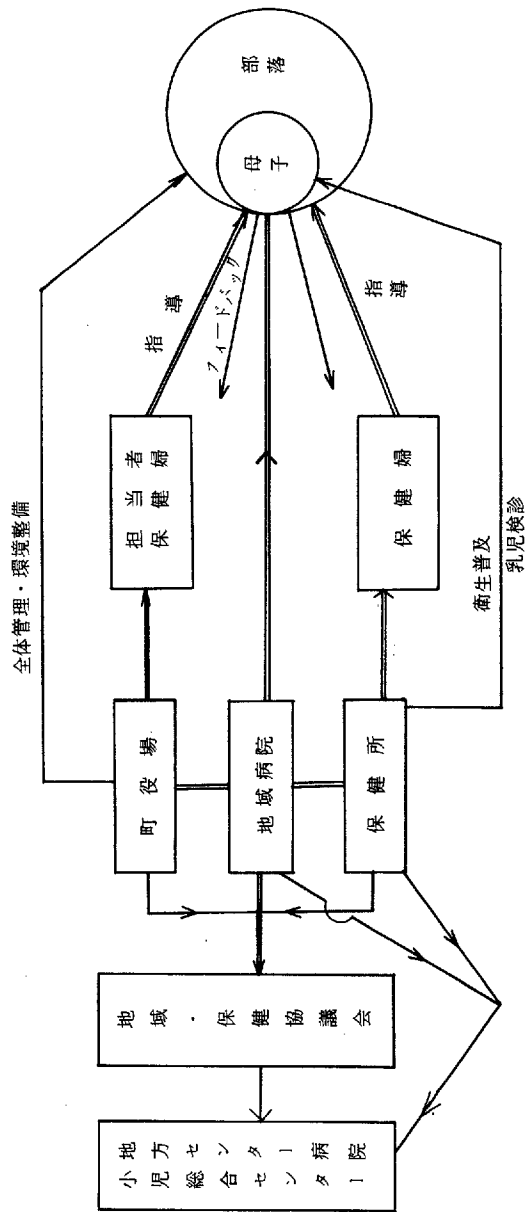
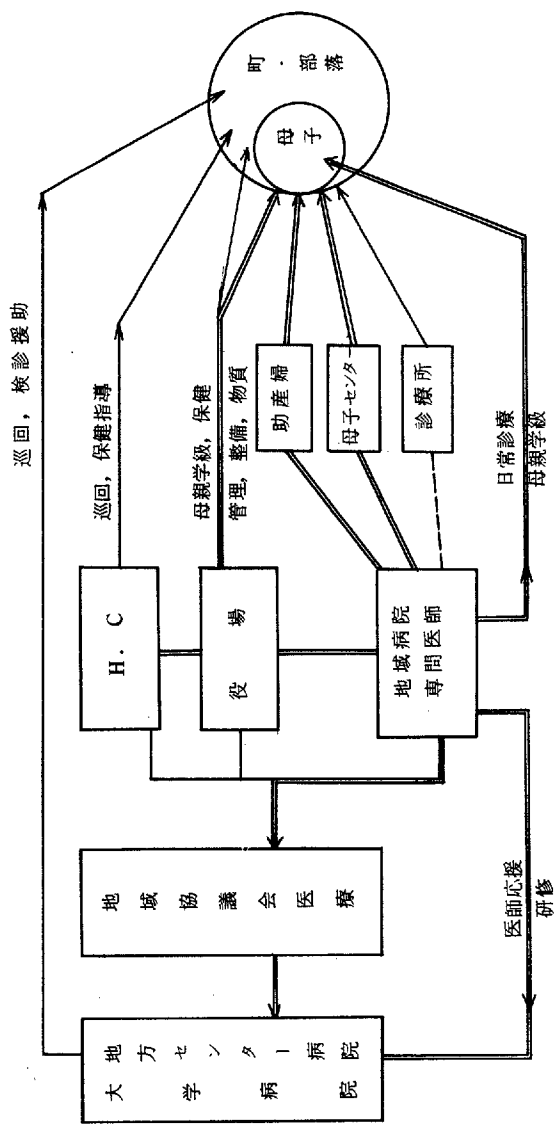


図4 妊産婦・母子医療システム



↓ **検索用テキスト** OCR(光学的文字認識)ソフト使用 ↓
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります

我々は課題の中で妊産婦, 早期新生児の母子保健, 医療について三年に亘って統計的, また地域において調査, 検診を行なって検討を加えてきた。

前回で報告した如く, 北海道内の過疎地特に後志支庁管内寿都, 黒松内雨町における妊産婦の疾病, 低出生体重児, 周産期死亡, 早期新生児死亡は全道, 全国に比して高いレベルにあった。この結果我々は母子保健, 母子医療の諸問題を改善解決することの必要に迫られた。解決の方法として近時多くの人が提唱している“医療資源の開発と配分”を基礎にし, 次の二点より出発して母子保健, 母子医療のシステムを考えてみた。