その2. 僻　　地

弘前大学医学部産婦人科
品川信良，片桐清一
西平守美

「僻地」ということについての，はっきりした定義はない。「僻地」と「無医地区」とでは，必ずしも同じではないが，厚生省には「無医地区」についての定義があるので，それを引用させていただくならば，「当該地区の中心的な場所を起点として，おおむね半径4Kmの区域内に50人以上（の住民）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（無医地区と）いう」ということなっている。したがって，僻地というのは，大体のところは，ここに引用した，無医地区のようなところ，ということになるのかも知れない。

ただし上述の，無医地区の定義には，もちろん反対も多い。その第一は，「この車社会化（motorization）の進んだ世の中で，4kmというのは，ほんの数分間の距離ではないか。距離も大切だが，医療機関までの所要時間のほうが，もっと大切な問題だ」という反論である。第二の反論は，「産科などの救急医療には，たとえ内科出身などの医師が，4km以内のところにいようといまいと，大勢には影響はほとんどない。それより大切なことは，手近なところに，帝王切開や子宮外妊娠の手術，新生児に対する救急治療や集中治療などのできる施設があるかないかだ」というものである。また，こんな反論の成立ちうる。「山ばかりだとはいっても，この狭い日本のことだ。アメリカ大陸，ソ連，アフリカ，オースラリヤにどにくらべたら，日本には僻地なんかほとんどない」というのがそれである。例えば，医師数と土地の面積との比をとっていったら，日本（とイスラエル）ほど医師が潤沢で，僻地や無医地区の少ない国は珍しい，という理屈も成立ってくる。

しかしそうはいっても，やはり医療の恩恵に浴しにくい地区と，浴しやすい地区とがあることは，厳然たる事実であるので，母子の救急にしぼって，話をすすめてみる。

1. 具体的な問題点

さて具体的には，どんな点が日本の母子医療に隘路になっているのか。

1) 産（婦人）科医（や小児科医）の量と質

周産期医や周生期医（の量と質）といってもよい。ともかくもこの方面の仕事に積極的な医師が，日本では，他の科の医師にくらべて少ない。特に近年，この方面を志す青年医師の減少がめだっている。

また，たとえ産科医や小児科医が居たとしても，そのなかには，新しい時代の母子医療への対応や適応が必ずしも十分でないものが多く，一般の内科医や外科医と大差のないものが少なくない。このことも，大きな隘路になっている。また，日本での大きな特徴の1つとして，「母子に関する問題が一番よくわかるのは私たち女性だ」「男子にばかり任せておくわけにはゆかない」というような気概をもった女子医学生や若手女医が，日本には極めて少ないことを，私たちは敢て申しあげておきたい。

2) 助産婦の保健婦等のcomedical staffの量と質（および彼女らと医師とのチームづくり）

この方面のマンパワーも少なく乏しい。また，彼女らと医師との間のチームづくりは，必ずしもうまくいっていないことが多い。母子関係の仕事のなかには，助産婦や保健婦が担当したほうが，（大部分が男性である）医師が行うよりも，もっとうまく行く筈の仕事が沢山ある。したがって助産婦や保健婦の量と質という問題は，極めて重要である。

次は，彼女らの働く場と立場であるが，彼女らは，医療機関の「内」または「外」の，どちらかにおいてだけ働くのではなく，医療機関の「内」と「外」とを橋渡しし，結びつけるような立場でも働いていただきたい。入院する前や，退院した

あとの妊産婦や新生児の状態などは，医療機関に「専任」の医師には，知りたくても仲々知りようがない。その橋渡しをするのが，実は助産婦や保健婦などであってほしい。助産婦や保健婦の業務可能内容の検討や卒後教育の問題を考えることなしに，医師をふやしさえすればよいと考えてきたことは，大きな誤りではなかったろうか。

3) 中央的な医療機関の整備と救急移送の確立

これだけ交通の発達している日本国内である。あとは，安心して重症例や救急例を送りこめる施設が，あちこちに整備され，そこへ移送体制が確立さえすれば，余り問題はない。

この種の中央的な母子救急医療センターのようなものは，そうやたらに沢山ある必要はない。人口30万に1カ所もあれば十分かと，私たちは概算している。

ところで，既にうまれてしまった未熟児や重症児の移送は大変である。したがって，そういう子供がうまれそうなときには，出産前に，母親ぐるみで移送してもらうことのほうがよろしいのではないか。いわゆるtransportation in uteroまたはtransfer in uteroである。

4) 健康教育や予防医学の推進

母子関係の問題のなかには，教育や予防だけでも解決できるものが，非常に多い。したがって，これらを推進することは，極めて大切である。戦後の日本の医療は，国民を余りにも「受け身」の立場に立たせすぎ，その結果，「甘え」を助長し，「エゴ」だけを主張させてきた，ともいわれている。自分たちの健康を守るのは自分たちであり，胎児や子供を守るのは妊婦であり，母親や父親である。産科医，小児科医，助産婦，保健婦などは，ときには助言や忠告を与えながら，そのお手伝いをするだけである，という点の教育や啓蒙も極めて大切である。

2. とりあえずの対策

問題はかげでガヤガヤいってばかり居ても，何も解決しない。そこでとりあえずの対策を1つ提案する。それは，僻地といわれているような地域では，その地区の保健所，医師会，中央的な病院，助産婦会，保健婦会，婦人会などの代表が集まって，自分たちの現地にあった具体的な対策をねることである。医療というものは，大体においては，局地的なものであって，全国的でもなければ国際的でもない。本当に必要なことは，局地的な地域医療のレベルにおいて考えてみることである。そして，理想を追うのは2の次にして，前項にあげた4点のうちのどれか1つでもよいから，それを改善するように一歩を踏み出すことである。

ところが現実には，皆さんも考えては居られるのであろうが，どなたも口に出しもしなければ，そういう組織を作ろうともしない。一番やきもきしているのが，市町村長と近くの大学係関者，それに無責任なマスコミというのも，不思議な話である。

一般住民，なかんずく婦人たちは，なぜこの点に関しては発言しないのか。市町村長や市町村議会議員の選挙などにさいして，なぜこの点を公約させようともしないのか。不思議でならない。

3. おわりに　一抜本的対策

さて最後に，抜本的な対策として，私たちは，次の3点を強調しておきたい。

(1) その第一には，魅力ある産（婦人）科医療をやっている中央的な医療機関を，少数でもよいから各地に作ることである。古色蒼然たる産婦人科を慢然とやっているのではなく，もっと若い医学生や青年医師を魅了するようなものを数々もった，産婦人科施設に脱皮できないものか。これは「誰かがどこかでやって成功したら，その真似をしよう」というのではなく，現在第一線で活躍している産婦人科医ひとりひとりが，1つでも2つでもよいから創意工夫をこらし，それを積み重ねてゆく以外に方法はない。「ある日突然できる」といった性質のものではない。

(2) 第2には，産婦人科医ひとりひとりの脱皮やimage－change(ing)が必要である。少し口ぎたなくなるが，わが国においては，産婦人科医療の本来のあり方が確立され，その準備が整う前に，いわゆる「産婦人科ブーム」が起きた。これがかえっていけなかった。基盤が確立されていないその土壌の上に，いくら増築や上塗りだけを重ねても，それには限度がある。これが，これまでの日本の産婦人科医（療）の姿である。

なんのかんのといってはみても，結局は，色ん

な意味での産婦人科医そのもののレベルが向上し，新しい時代に適合した産婦人科医がふえない限りは，産婦人科医療のレベルは向上しない。

(3) 第3に強調したいことは，産婦人科医は，他科の医師や看護婦は勿論のこと，他の職種，特に，助産婦，保健婦，ソーシャルケースワーカー婦人会などとの間での，チームづくりをもっと真剣にはかり，これを成功しなければならないということである。

これらの3点を抜きにして，いくら抽象的な産婦人科学だけが進歩しても，産婦人科医療そのものは余りよくならない。また国民も，しあわせにはならない。

それにしても，こういう状態がいつまでもつづくことの一因は，日本の婦人層そのものにもある。自分たちの健康や，出産・育児などのために，なぜもっと抜本的な対策がたてられるように，発言しないのか。また，いつまでも男にばかり任せておくのか。私たちには不思議でならない。

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

「僻地」ということについての,はっきりした定義はない。「僻地」と「無医地区」とでは,必ずしも同じではないが,厚生省には「無医地区」についての定義があるので,それを引用させていただくならば,「当該地区の中心的な場所を起点として,おおむね半径4㎞の区域内に50人以上(の住民)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(無医地区と)いう」ということなっている。したがって,僻地というのは,大体のところは,ここに引用した,無医地区のようなところ,ということになるのかも知れない。