HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	地域医療の構造分析
Author(s)	大山, 信義
Citation	北海道大学人文科学論集, 12, 23-63
Issue Date	1975-01-31
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/34317
Type	departmental bulletin paper
File Information	12_PL23-63.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

地域医療の構造分析*

Structural Analysis of Community Medicine

大　山　信　義

0　問題の所在と視界
I　地域社会の変動構造と医療問題
II　地域医療の全体構造
　　――医療における地域性の検討――
III　地域医療の末端構造
　　――開拓農村における保健・医療――
IV　結　　語

0　問題の所在と視界

社会学は、われわれ人間の生活体験の総体にほかならない、この生きた社会的現実を端緒（*Anfang*）とする科学であり、保健・医療問題へのアプローチもこの立場をはなれては成立しえない。医療とは、本来、医学を中心に構成されるすぐれてプラーグマテイッシュな概念であるが、それは社会の維持・存続にとって欠くことのできない社会的行為であって、人間の生活

＊　本稿は、第47回日本社会学会大会（1974年10月20日、京都市、立命館大学産業社会学部）のテーマ部会『保健・医療社会学の現代的課題』の一報告として、筆者の担当した「地域医療問題への社会学的接近―住民の保健・医療行動を中心に―」を土台として若干の加筆・再編を試みたものである。筆者の報告に関し、全体的コメントについては帝京大学山本幹夫教授（公衆衛生学）、過疎と老人の問題については中央大学那須宗一教授、医療指標のとり方については和洋女子大学佐久間淳助教授、社会医療史については信州大学北原龍二助教授（ともに社会学）より有益な示唆をいただいた。ここにお礼を申しあげたい。

この研究はもともと北海道大学文学部社会学研究室が、関　清秀教授を主班として、1970年８月以来３カ年にわたって実施してきた地域医療調査の一成果であり、本稿はこの間における調査資料を基にして分析されたものである。このような調査を実践できたのは、北海道衛生部、関係市町村および地域住民の積極的な協力に負うところが大きい。関教授および宮崎医科大学中島寅雄教授には、調査および理論の両面で格段の御指導をいただいた。この機会に改めて謝意を表する次第である。

の現実とのっぴきならぬかかわりをもっている。いな、むしろ、社会的行為としての医療は、人間の生活営為そのものを根拠として成立・展開していると考えるのが至当であろう。

医療の概念を、いわゆる*pathema* をもつ人、*pathema* を除去する技術、*pathema* を除去する技術を操作する人という三つの構成要素をめぐる過程として合理的・客観的にとらえるとき、人間は病者として客体化・非人格化されたものとしてあらわれざるをえないものであった。[1] 医学においては、人間の疾病を独立した実体として異物化するもののようであるが、[2] 医療社会学的な視界においては、医療の技術的過程のなかに容易にくみこむことのできない病者に人間としての非合理性を認め、病者もまた医療における主体であることを確認する。さらに、社会学者の診療器は、人間の全体性にむけられ、その疾病をかれの集団生活や生活行為に照らして理解しようと欲する。

医療を人間の集団生活や生活行為の領域でとらえるとき、そこには保健（*health*）の概念が必然的なものとして入りこんでくる。人は誰しも病気への危惧、健康への配慮をもって生活しているが、保健—医療の一体的把握の必要性が生じるのは、たんに理論の問題ではなく、人間の〈生の現実〉の問題である。保健・医療と人間生活のかかわりという、この必然の命題から、最近ではいわゆる「包括医療」（*comprehensive medicine*）とか、「地域医療」（*community medicine*）という発想が生まれている。このような医療概念の転換は、自然環境、社会環境、文化環境のようなそれ自体ノン・メディカルなものへの認識を通して、医療そのものの意義や社会的実践の方向を求めるひとつの潮流をつくりつつある。

われわれはかって、保健・医療をひとつの社会的現象とみなし、それを人間生活実現の本来の場である地域社会のレベルで把握することの重要性を指摘し、保健・医療の社会学的契機を究明することを試みた。[3] われわれが医療生活圏構造の問題に着目したのは、1970年を画期としておおい難く噴出してきた北海道の過疎化や末端集落における社会経済的基盤の脆弱化にともない、地域の医療問題がおおきくクローズ・アップしてきたことに端を発する。医療生活圏の概念はそれ自体オペレーショナルな概念であるが、われわれはそれを一個の地域社会として認め、その限定された地域空間のなかで医療問題を究明することが、医の社会的適用や公衆衛生学の総合的深化[4]や保健・医療計画の立案にとって有効な手段であると考えたわけである。

---

(1)　田中恒男「医療の体系と成分をめぐって」、保健婦雑誌、第29巻第7号、1973. 7、31頁参照。

(2)　中川米造「医学と社会との関連についての取扱いに関する一省察」、I・ガルストン『社会医学の意味』訳者あとがき、1973、法政大学出版局、126頁。

(3)　関　清秀・大山信義「医療生活圏構造の地域社会学的研究」、社会学評論、91号、1972. 12、および『根釧地区における医療生活圏の構造』、1973. 1、北海道地域問題研究会。

(4)　関　清秀「医療生活圏構造の問題—社会学の観点から—」、公衆衛生、第37巻第2号、特集・公衆衛生学の総合科学的深化、1973. 2。

日本医師会が、「地域医療」構想を提案したのは1966年のことであり、そこで依拠しているのはコミュニティ論であり、リージョナリズムの理論である。「地域医療」とは、「今日の医学・医療がもっている前時代的要素をとりのぞき、人権としての健康を擁護するために、医療（保健を含んで用いている）に対して包括性（*comprehensiveness*）を適用せしめ、システム的な構想を地域に適用して合目的的な機能的医療コミュニティを設定しようとする考え」[(5)]である。ここには、「医療の根本的命題は地域に医学をいかに適用するかという問題である」との認識が横たわっている。欧米においては、いわゆる*Hill- Burton*方式や*Areawide planning, hospital regional plan* のように、リージョナリズムの理論を医療に適用しようとした立地論的な地域医療計画の先例がある[(6)]。日本医師会の考えはこれを一歩深め、人間生活の展開の場である地域全体を健康たらしめようとする考えに立脚している。

構想としての「地域医療」はひとつの理念であり、事実としての地域医療は別のものとして存在している。それは、人間生活において、体験として実在している地域のなかで現実に展開している医療であって、われわれはそれを社会学的考察の対象にしようというのである。

本稿は、このような事実としての地域医療を構造的に把握することを目的とする。地域医療の構造分析とは、医療における地域性を明らかにし、その内部構造的過程分析を通じて、医療現象を軸とした地域社会の構造的特質を分析する立場である。かかる規定からすれば、地域医療の構造的把握にとって有効と考えられるのは、地域医療の全体構造と末端構造とを複眼的に把握する視点である。

筆者は別の機会において、日本全国を対象として、都道府県レベルでの地域医療の計量的分析を行なったが[(7)]、都道府県レベルでの巨視的分析は地域医療の実態を知るうえで限界をもつことは明らかである。それは、わが国の保健・医療統計の不備にもよるのであるが、地域医療の実態はなによりも、そのものとしてじかに接近しなければ把握できない性格のものだからである。ここに、地域医療における「地域」の意味、「医療」の意味についての社会学的含意が潜んでいるわけである。以下、本稿において、北海道の根釧地区に事例を求めて分析をすすめることにしたい。

---

(5) 田中恒男「文化・地域と健康」、コミュニティ、37号、1974、地域社会研究所、37頁。

(6) 欧米の地域医療計画については、倉田正一「病院の地域性に関する考察」、1968年版『日本医療年鑑』79～88頁に詳しい。

(7) 大山信義「地域医療の現代的課題」、日本労働協会雑誌（近刊）

I　地域社会の変動構造と医療問題

1　経済発展と地域社会の変動

巨大な設備投資と技術革新の導入を起点とする戦後国民経済の再編過程は、1955年以降のわが国の社会構造を著しく変化させた。それは、具体的には国民生活における基礎的単位である家族および地域社会の変動過程として種々の問題をひき起している。とりわけ、公害問題および過疎・過密問題の顕在化は生活環境の広汎な破壊をもたらすとともに、あらたに〈地表〉の問題がラディカルな形で問われるに至っている。ここにとりあげる医療問題もまたこうした〈地表〉の問題と深くかかわっているといえよう。

1955年後半から今日に至るまでの国民社会の構造変化を、主要な社会変動指標によってみると、高度経済成長・産業化・都市化・核家族化が同時的に進行したことを特徴としている。

国民経済の発展を平均成長率によってみると、1955—64年10.1%、1965—68年11.1%と高度成長をとげ、とりわけ1959年—61年、1966年—68年の実質成長率は顕著であった（第1表）。このことは資本主義経済体制のもとで、高度な安定成長が可能であることを示すものであったといってよい。

経済の高度成長は、この間におけるわが国産業構造の構造的変革をもたらしている。産業構造の変革過程は、戦後における日本資本主義の構造的転換を主導した重化学工業部門の発展を槓杆として推進され、第1次産業の衰退、第2次、第3次産業の飛躍的拡大を結果した。

第1表　経済成長率の推移（1947～1968）

（単位%）

年　次	実質成長率	平均成長率	年　次	実質成長率	平均成長率
1947	8.4		1958	5.7	
1948	13.0		1959	11.7	10.1
1949	2.2		1960	13.3	
1950	10.9	8.8	1961	14.4	
1951	13.0		1962	5.7	
1952	13.0		1963	12.8	
1953	7.9		1964	10.4	
1954	2.3		1965	5.4	
1955	11.4		1966	11.4	11.1
1956	6.8		1967	12.9	
1957	8.3		1968	14.4	

資料：経済企画庁『経済白書』

かかる産業構造の高度化を就業人口の構成比でとらえるならば、第2表のごとくである。すなわち、1950年に48.3%をしめていた第1次産業就業人口は、1955年を画期として激減し、1970年には19.3%（うち農業17.8%）にまで減少した。これはもとより、1955年以降における農民層の急速な分解と農村からの人口流出に依

るものであって、とくに1960年代には年平均80万以上の農家人口流出をみている。

すなわち、1960年には68万9千人、1963年には93万4千人、1965年には85万人、1967年には82万2千人、1969年には80万人で、これらの農家人口の総流出の分が年々都市地域へ累積されていったとみることができる。これらの流出人口のうちほぼ70%は19才以下の子弟でしめられているが、かれらは5年～10年もすれば、都市においてあらたに家族を創設し、子供を生み、都市人口の増加に寄与するものとなるのである。

都市人口の推移を同じく第2表によってみれば、制度上都市といわれるもの、すなわち行政都市の人口は、やはり1955年を画期として加速的に増大している。すなわち、1950年には37.5%であった都市部の人口は、1955年に全人口の56.3%、1960年に63.5%、1965年に68.1%、1970年に72.2%をしめるに至っている。これにたいして郡部人口は、1950年の62.5%から、20年後の1970年には27.8%に減少している。

第2表　わが国の人口・世帯変動（1950～1970）

	変動指標 / 年次	産業別就業人口構成比			地域別人口構成比		一世帯平均員数
		第1次	第2次	第3次	市部	郡部	
		%	%	%	%	%	人
全国	1950	48.3	21.9	29.8	37.5	62.5	4.97
	1955	41.0	23.5	35.5	56.3	43.7	4.97
	1960	32.6	29.2	38.2	63.5	36.5	4.54
	1965	24.6	32.3	43.0	68.1	31.9	4.05
	1970	19.3	33.9	46.7	72.2	27.8	3.69
北海道	1950	48.1	22.6	29.3	35.5	64.5	5.32
	1955	43.0	21.0	36.1	42.9	57.1	5.25
	1960	35.7	23.8	40.5	51.4	48.6	4.69
	1965	26.4	26.2	47.4	54.2	45.8	4.07
	1970	21.0	25.5	53.4	64.0	36.0	3.62

資料：国勢調査

このように都市人口の集積が加速化された要因は、第一には上述の農民層の人口流出にもよるが、第二の要因として1950年以来の町村合併によって、新市が急速に創出されていったことをあげなければならない。新市は、鈴木栄太郎博士が『都市社会学原理』の第10章において、「都市の新形態」として論ぜられたものであって、そのなかにいわゆる自然都市をふくみうるものである。同時に新市は、旧行政村の多くを包摂し、ひとつの自治体として再編されたものである。町村合併促進法が施行されたのは1950年であるが、それ以前の1945年には行政上の市は全国で205、町は1,797、村は8,518を数えていた。町村合併促進法施行後の1952年には市が285、町が1,970、村が7,640となり村の数は若干減少し、1956年の新市町村建設促進法施行後は、村が大幅に減少して多くの新市の誕生をみた。これを示したのが第3表である。これによれば、1974年4月1日現在、市が642、町が1,977、村が652で、1952年と比較して村の減少率は91.5%である。このように、

旧行政村は市または町に、町の一部は市に併合され、自治体の布置構造は大きく変化した。町村合併は行政行為の効率化と地方財政問題の隘路打開、さらにあらたな行政需要への対応として実施されたが、かかる制度変革は1955年以降における地域社会の再編過程におおきなインパクトを与えている(社会的中央集権の蘇生と基礎的地方団体の制度としてのあらたな意義の獲得)。

第3表　わが国市町村数の変化（1945—1974）

区分	1945.10. 1				1952. 9.30				1974. 4. 1			
	市	町	村	計	市	町	村	計	市	町	村	計
全国	205	1,797	8,518	10,520	285	1,970	7,640	9,845	642	1,977	652	3,271
北海道	10	57	202	269	16	103	159	278	32	154	26	212
東北	19	249	1,160	1,428	27	260	1,109	1,396	64	248	94	406
関東Ⅰ	21	184	635	840	31	179	597	807	108	106	36	250
関東Ⅱ	18	174	1,386	1,578	22	184	509	715	65	179	154	398
東海	26	217	881	1,124	38	225	795	1,058	77	192	63	332
北陸	12	124	819	955	19	133	720	872	44	119	60	223
近畿	31	213	1,035	1,279	45	215	858	1,118	85	214	30	329
中国	24	189	1,091	1,304	31	225	857	1,113	47	242	41	330
四国	11	131	562	704	13	145	532	690	30	145	41	216
九州	33	259	1,004	1,296	49	301	907	1,257	90	378	107	575

（注）　1）資料：自治省行政局振興課1974年版『全国市町村要覧』より作成
2）関東Ⅰは埼玉・千葉・神奈川・東京、関東Ⅱは茨城・群馬・栃木・長野・山梨
3）1945年と1952年は沖縄県を除く

農村社会に若干目を転ずるならば、農地改革とならんで、戦後わが国農村社会の構造的変化をもたらした新基軸は農業構造改善事業であった。それは戦後の小農維持政策から、家族経営の近代化・自立化、さらに農業所得の拡大を指向しつつ、具体的には、相続による経営細分化の抑制、離農促進による経営規模拡大、協業・共同組織の創出と推進をめざすものであった。構造改善事業の導入は、事実として離農・脱農の排出を促がし、経営規模の拡大をもたらしたといえる。北海道においては、農業経営基盤そのものが脆弱であること、通勤兼業の機会が乏しいことがあって、離農の多くは挙家離村という形をとっているが、本州等の府県村落では、第2種兼業農家を主体とする在村離農を多く排出したといわれている。

このような離農・離村の顕在化にともない、1960年代をつうじて、農家の階層構成にもおおきな変化が生じた。専業農家の減少、第2種兼業農家の増大、上層一中堅農家を中心とするリーダーシップないし農村支配構造の再編、生産組織の共同・協業化、農民意識の階層的流動化などはその主要な動向としてとりおさえられよう。

かかる農村社会の内包的分化とともに、今日の地域社会変動に関し、みのがすことのできないのは、農民の生活圏の拡大である。1955年以降における新市の創出は多くの行政村を併合し

ていったのであるが、農民の生活行為はすでに都市との関連を欠いては理解できないものとなっていた。とくに、都市近郊農村や平地農村ではこの傾向ははやくからあらわれており、そこでは重化学工業および関連産業の農村拠点化、都市圏ないし大都市圏への包摂化が進んでいる。かかる都市圏人口をもふくめて都市化の指標とみなすならば、わが国の都市化は、都市人口72.2％に示される数値よりもはるかに進展しているといってよい。

以上によって、1955年以降における国民経済の巨視的展開が、高度経済成長と産業化と都市化とを同時的に進展させたことはほぼ明らかであるが、いまひとつこの間における家族変動についてみると、一世帯あたりの平均世帯員数は、1955年の4.97人から、1970年には3.69人に減少している。1955年の4.97という数値は、1920年の4.89人という数値以降ほぼ維持してきたものであるが、高度成長期を画期とし、都市では単独世帯の増加と三世代世帯の減少、村落では世帯員の流出過程を通じて、今日みる世帯規模の縮小化が進んだとみられる。もとより、核家族化の実態は、統計指標のみではとりおさえることはできない。また、わが国において、いわゆる直系家族的世帯構成をとるものが25％程度をしめ、世帯規模の全体的縮小化にもかかわらず、その形態の根強さが示されている。世帯規模縮小化はたしかに一つの指標であり、それが直系家族的世帯の温存という、一見矛盾した動向とともに展開していることが、わが国の核家族化のひとつの特質になっているのである。産業化・都市化・核家族化の同時的な進行という趨勢は、北海道においてもおおむね同様のパターンとしてあらわれている。北海道における産業化と都市化の進展は、全国的な趨勢よりやや速度がおそいが、1970年には第1次産業就業者は21.0％に減少し、都市居住者が64.0％に増加したことは、さきの第2表に示したところである。1960年から10年間における北海道各市町村の人口増減率をみると、人口減少市町村の激増が顕著であって、とくに1965―70年には215の市町村のうち86.5％にあたる186市町村が人口減少をみ、うち135の市町村では減少率10％以上をしめしている。これにたいして、1965―70年の人口増加市町村は29にとどまっている。かかる人口動態は、札幌市および道央新産都市を軸とする人口集積、地方中核都市の人口増加、炭鉱都市およ

第4表　北海道における人口増減率別市町村数の変化（1960～1970）

人口増減率＼年次	1960～1965		1965～1970	
	実数	比率	実数	比率
総数	220	100.0	215	100.0
A　人口増加市町村	52	23.6	29	13.5
増加率　20％以上	7	3.2	6	2.8
〃　10.0～19.9％	13	5.9	9	4.2
〃　5.0～9.9％	9	4.1	5	2.3
〃　0.0～4.9％	23	10.4	9	4.2
B　人口減少市町村	168	76.4	186	86.5
減少率 0.0～4.9％	31	14.1	27	12.5
〃　5.0～9.9％	58	26.4	24	11.2
〃　10.0～19.9％	68	30.9	104	48.4
〃　20％以上	11	5.0	31	14.4

資　料：国勢調査

び農山漁村の人口流出によってもたらされており、それが北海道の地域構造をおおきく規定していることを指摘しておきたい。

2　「過疎」と医療問題

北海道における人口減少市町村の増加は、いわゆる「過疎地域」を多く排出している。「過疎地域」は中央政府の策定した「過疎地域緊急対策措置法」にもとづき、人口および財政力指数を基準とし操作的に設定されたものである。「過疎」の現象は、人口減少を直接の要因として形成されたものではなく、むしろ地域社会の構造的特質や社会経済的基盤、生活基盤の脆弱性に根拠をもつが、その社会学的含意は、ここではさしあたり留保しておこう。

1974年4月1日現在、全国3,218市町村のうち、「過疎地域」の指定をうけた市町村数は、1,046（32.5%）に及んでいる。これを地域別にみると、北海道の「過疎」市町村率は65.6%で、全国平均32.5%をはるかにうわまわっている（第5表）。ついで「過疎」率の高いところとして、九州（53.8%）、四国（49.5%）、中国（48.5%）のように農村県を多くふくむ地域があげられる。これにたいして過疎率の低いのは、大都市および大都市圏が形成されている関東や近畿、東海の各地域である。

第5表　「過疎地域」および「無医地区」の現況Ⅰ（全国）

項目 / 地域別	全市町村数(a)	過疎市町村数 市	町	村	計(b)	(a/b)	無医地区の現況 市町村数	地区数	人口数
									千人
全国	3,218	42	672	332	1,046	32.5	974	2,044	738
北海道	212	9	106	24	139	65.6	115	354	108
東北	406	2	72	46	120	29.6	190	435	182
関東Ⅰ	250	2	2	10	14	5.6	9	14	6
関東Ⅱ	398	1	19	63	83	20.9	97	145	64
東海	332	—	18	21	39	11.7	63	104	42
北陸	223	3	23	26	52	23.3	65	107	38
近畿	329	—	34	17	51	15.5	63	124	43
中国	330	2	126	32	160	48.5	133	246	79
四国	216	4	71	32	107	49.5	84	157	56
九州	522	19	201	61	281	53.8	155	358	120

（注）　1）「過疎地域」は1974．4．1現在（資料：自治省過疎対策管理官室編1974年版『過疎白書』より作成）、「無医地区」は1973．5.10現在（厚生省医務局調べ）
2）関東Ⅰは埼玉・千葉・神奈川・東京、関東Ⅱは茨城・群馬・栃木・長野・山梨

全国1,046の過疎市町村の分布を示すと第1図のごとくであり、これによって都道府県レベルの「過疎地域」の分布が知られる。それを都道府県ごとでみると、鹿児島（74.0%）、大分（72.4%）、島根（66.1%）、高知（66.1%）、高知（66.9%）、北海道（65.6%）の順に多

く、逆に「過疎」率の低いのは、埼玉（3.3%）、滋賀（4.0%）、静岡（5.3%）、千葉（6.3%）、栃木（8.2%）などである。

第1図　「過疎地域」の分布（1974.4.1）

資料：自治省前掲『過疎白書』、2頁による

つぎに、厚生省の指定による「無医地区」の分布を同じ第5表によってみる。「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を起点として、おおむね半径4キロメートルの区域内に50人以上居住している地域であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区」と定義されている。したがって、この規定外にある人口50人以下の集落には適用されないことになる。このような「無医地区」は、厚生省の調べでは、1966年4月1日現在、全国で2,920箇所存在していたが、1973年5月10日現在では2,044箇所となっている。これは、道路交通事情の改善や生活圏の拡大などによるものであり、医師の供給が十分に行なわれた結果ではない。むしろ、道路交通事情等の好転にもかかわらず、慢性的医師不足がいぜんとして広汎な「無医地区」をつくり出していると考えるべきであろう。

「無医地区」をもつ市町村の割合がもっとも高いのが北海道で212市町村中54.2%にあたる115市町村がその指定をうけている。これは全国平均の30.3%をはるかにうわまわっており、北海道の「無医地区」数は115市町村、あわせて354地区、集落数にして860箇所が存在している。北海道についで「無医地区」市町村の割合が多いのは東北（46.7%）、中国（40.3%）

であり、地区数では東北、九州に多く分布している。

「過疎地域」と「無医地区」の分布の相関を地域別にみれば、北海道、中国、九州では「過疎」率、「無医地区」率がともに高く、関東、東海、近畿の各地域では逆にともに低くなっている。後者のばあいは、人口急増型ないし都市型の都府県をふくむ地域であるが、そこでは「無医地区」が少ないといっても医療事情がよいということにならない。

このことは、医療指標として医師率、病院率（いずれも人口10万対）をとり、都市県と農村県を比較したばあい明らかである（第６表）。たとえば医師率だけをとってみると、全国平均116.2にたいして、埼玉66.9、千葉86.0、静岡91.5、神奈川91.6、愛知107.0のごとく都市型県での医師不足は農村県なみに深刻化していることがわかる。このことは病床率、施設率をとっても同様である。したがって「無医地区」の少ない地域での医療問題は農村県と質的に異なったものとして存在している。

第６表　人口—医療指標による都市県・農村県比較

地域別＼指標		第１次産業就業人口比	人口増減(△)率 1960—65	人口増減(△)率 1965—70	医療指標 医師率	医療指標 病床率	施設率 病院	施設率 診療所
全国		19.3	5.2	5.5	116.2	1,035	7.5	66.2
都市県	東京	1.0	12.2	5.0	139.3	997	6.4	94.1
	神奈川	4.0	28.7	23.5	91.6	745	4.7	57.4
	千葉	22.4	17.2	24.6	86.0	774	6.9	47.7
	埼玉	14.7	24.0	28.2	66.9	555	6.0	43.4
	愛知	10.0	14.1	12.2	107.0	887	6.8	53.9
	兵庫	10.8	10.3	8.3	124.0	930	5.9	72.6
	京都	9.6	5.5	7.0	176.2	1,164	8.5	92.9
	大阪	2.1	20.9	14.5	135.5	909	5.5	73.6
農村県	岩手	42.4	△ 2.6	△ 2.8	117.9	1,130	7.0	59.3
	秋田	41.8	△ 4.2	△ 3.0	97.3	1,107	6.1	57.1
	山形	37.7	△ 4.4	△ 3.0	90.8	817	5.0	63.9
	新潟	32.7	△ 1.8	△ 1.6	110.9	936	5.3	62.1
	島根	38.7	△ 7.6	△ 5.8	109.3	1,085	6.7	85.5
	熊本	36.8	△ 4.6	△ 4.0	143.5	1,445	10.6	73.8
	宮崎	37.9	△ 4.8	△ 2.7	90.3	1,387	14.9	54.1
	鹿児島	42.3	△ 5.6	△ 6.7	114.3	1,492	15.2	62.0
北海道		21.0	2.6	0.2	103.1	1,345	9.6	51.9

（注）　１）産業別人口構成比は1970年国勢調査、人口増減率も国勢調査による
２）医師率は1973.12.31現在の人口10万対医師数（厚生統計協会『医師・歯科医師・薬剤師調査』）
３）病床率、施設率は1973.12.31現在の人口10万対病床数、病院数、一般診療所数（『医療施設調査』）

東北は、「過疎」市町村率が相対的に低いにもかかわらず、「無医地区」がもっとも多い地域となっている。東北の出稼地帯ではとくにこの傾向が強くなると思われるが、いわゆる「過疎」の指定をうけておらず、そのうえ「無医地区」が多いという地域も存在しているのである。

いずれにしても、北海道に焦点をおき、これを全国的視野で巨視的にみたばあい、北海道は「過疎地域」と「無医地区」がとくべつ多い地域である。「過疎」の内実、「無医地区」の内実は地域によって現実的に異なっており、透視眼をより拡大して、その実態を明らかにする必要がある。

第7表は、北海道における「過疎地域」と「無医地区」の分布を支庁別に示したものである。これによれば、石狩、根室、渡島の各支庁を除き、「過疎」率はすべて60%以上で、とくに留萌（88.9%）、後志（85.0%）、空知（81.5%）、桧山（80.0%）が顕著である。さらに、これらの地域では「無医地区」も多く存在している。「無医地区」の分布が多いのは十勝、網走、釧路の各支庁であり、そこでは「過疎」率も高いことが知られる。これにたいして、「過疎」率は低いが「無医地区」が多い地域として根室支庁があげられる。

第7表　「過疎地域」および「無医地区」の現況II（北海道）

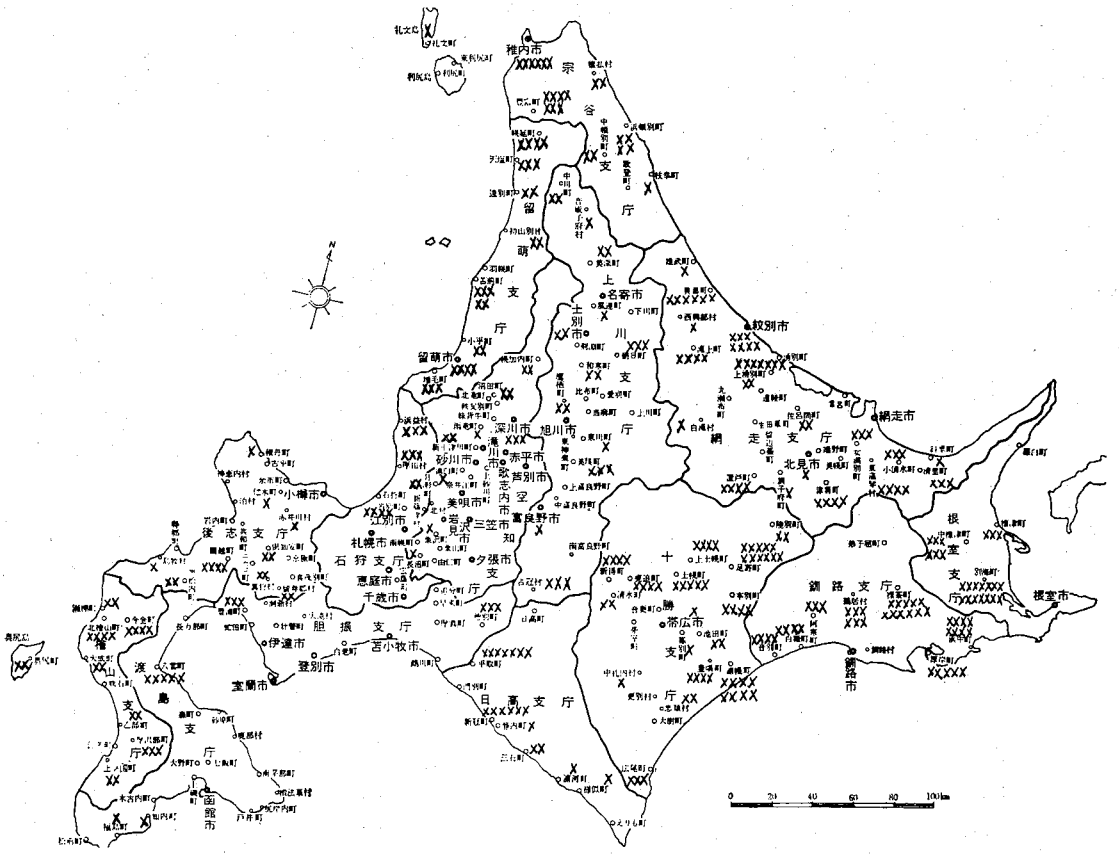
項目 / 支庁別	全市町村数(a)	過疎市町村数 市	町	村	計(b)	(b/a)	無医地区 市町村	地区数	無医地区人口
全道	212	9	106	24	139	65.6	115	354	108,175
石狩	10			2	2	20.0	3	10	2,102
渡島	17		5	1	6	35.3	3	7	2,182
桧山	10		8		8	80.0	8	21	9,157
後志	20		10	7	17	85.0	9	16	3,827
空知	27	7	15		22	81.5	9	15	5,053
上川	24	1	14	2	17	70.8	12	23	8,863
留萌	9		7	1	8	88.9	8	25	3,812
宗谷	10		6	1	7	70.0	7	23	6,332
網走	26	1	15	3	19	73.1	20	58	10,572
胆振	15		4	2	6	40.0	2	6	1,112
日高	9		6		6	66.7	7	23	12,250
十勝	20		11	3	14	70.0	16	58	18,197
釧路	10		4	2	6	60.0	8	46	13,074
根室	5		1		1	20.0	3	23	11,632

（注）　1）調査時点は第5表に同じ
　　2）資料：「過疎地域」は前掲白書、「無医地区」は北海道衛生部調べ

第2図は、北海道の「無医地区」354箇所について、その分布を示したものである。全体として、第1図における北海道の「過疎地域」分布と第2図に掲げた「無医地区」分布を照合す

るならば、「過疎」でない地域にも多くの「無医地区」が存在し、むしろ後者のほうがより広汎にわたって分布していることが知られる。とりわけ、根室支庁の別海町（14地区）、釧路支庁の標茶町（11地区）、浜中町（８地区）、十勝支庁の足寄町（11地区）、浦幌町（８地区）、網走支庁の湧別町（11地区）、紋別市（７地区）、宗谷支庁の豊富町（７地区）などに多く析出される。このほか、桧山支庁、留萌支庁の漁村地帯、空知支庁の炭鉱地帯や各支庁の農山村地帯に多く分布している。このように北海道に「無医地区」が多く析出されるのは主としてつぎの理由によるものである。

第２図　北海道における「無医地区」の分布（1973.5.1現在）



（地図は自治省行政局振興課編『全国市町村要覧』1974年版を使用）

第一に考えられるのは、わが国の地域社会で全般的にあらわれている医師不足と医師の地域的偏在である。北海道における人口10万対医師率は全国の 116.2 にたいし 103.1 であり、とくに町村レベルでは48.9にとどまっている。全国レベルでの町村医師率の平均は65.5と推定されているから、北海道では町村勤務医師の不足が顕著であるといえる。また、市部―郡部別の医

師数についてみると、1966年に市部78.8%、郡部21.2%であったのにたいし、1972年には市部86.8%、郡部13.2%となり、医師の量的格差の拡大がみられる。

第二に、このような医師不足とその地域的偏在の進行は、集落の住民を対象とした末端診療機関の閉鎖・休診を必然化し、末端診療の機能が大幅に低下していることである。のちに検討するように、1960年以降の北海道では、公的医療機関の出張診療機関であるへき地診療所や開拓診療所の閉鎖が相つぎ、それを利用していた住民へのサービス機能が著しく低下した。これは医師不足によるとともに、いわゆる「過疎」の進行によって医療機関の運営に困難が生じていることによるのである。

第三に、北海道は面積が広大であり、人口密度が低いという地理的条件があげられる。北海道では、医師一人当り面積は全国平均の約5倍である。集落からの距離を主たる基準にとる「無医地区」の定義からすれば、当然その数が多くなるわけである。「無医地区」だけとってみても、もよりの医療機関までの距離が10km以上という「無医地区」は全国平均48.8%にたいし、北海道は63.3%であり、そこの住民は地理的に悪い条件におかれているといえる。したがって、このような地域では通院のための費用がより大きくなるものと考えられる。また、保健婦活動からみても面積の広大さはおおきな支障・負担となっている。北海道の保健婦一人当りの平均担当人口は全国7,240人にたいし6,164人（1972. 12現在）であるが、その担当面積は全国の約3倍となっている。

このほか、第四として、道路交通条件の整備が不十分であることがあげられるであろう。

II　地域医療の全体構造

——医療における地域性の検討——

以上、粗略ながら現段階における地域社会の主要な動態についてとりおさえたが、本節以下ではこれをふまえつつ、地域医療の構造分析を具体化していくことにしよう。地域医療を構造的に把握するばあいまず第一に問題となるのは、地域医療における地域の範域である。これについて、北海道の根釧地区を事例として分析を試みたい。

いま前出第2図の「無医地区」分布図のうち、根釧地区のみをとり出して拡大すると第3図がえられる。これが当面考察の対象となる根釧地区である。根釧地区とは、北海道の釧路支庁と根室支庁をあわせた地区で、支庁所在地の釧路市、根室市を中心とし、管内15市町村をつつみこむ地区全体を称している。根釧地区は、これまでも社会関係の累積度や労働人口移動、生活物資の消費流通構造などを指標として、一個の広域的な地域社会として、その地域的・社会

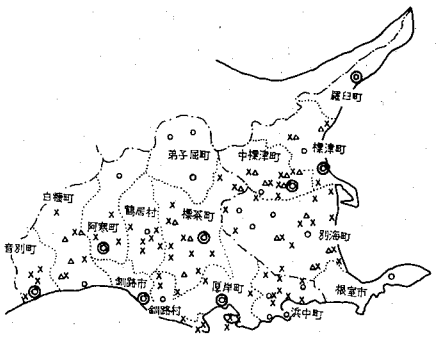
的統一性が確認されてきたものである。[8] 本稿では、住民の医療機関選択行動を指標として、根釧地区の地域性を検討してみることにする。

1　根釧地区の現況

この地区にふくまれる15市町村の人口動態を第8表に示す。釧路市は、1965～70年に10.3%の人口増加をみ、1972年現在の人口は201,213人である。地区内で人口増加を示しているのは、釧路市への通勤人口を多くかかえている釧路村で、1965～70年に13.8%の増加であり、標津町、羅臼町、別海町を後背地とする中標津町で8.7%の増加を示している。他の市町村では、炭鉱関係で大幅な人口流出をみた音別町、阿寒町、白糠町をはじめ、ことごとく人口減少を示している。

第3図は、根釧地区全体について、病院および一般診療所の所在地と「無医地区」および休診中の診療所所在地の布置状況を、集落を単位として示したものである。根釧地区の最大の都市は釧路市で、これがこの地区の終局的なメディカル・センターとなっている。釧路市には、国立釧路労災病院、道立釧路病院、市立釧路総合病院、日赤釧路赤十字病院などの総合病

第3図　根釧地区における医療機関と「無医地区」の分布



凡例：◎国公立病院所在地　○診療所所在地
△休診中診療所所在地×「無医地区」集落
—・— 支庁界　……市町村界

第8表　根釧地区市町村の人口動態（1965～1972）

市町村＼年次	1965	1970	対'65増減率	1972
	人	人	%	人
釧路市	174,105	191,948	10.3	201,213
鶴居村	3,835	3,015	△ 21.4	2,857
釧路村	6,584	7,492	13.8	8,407
白糠町	18,295	15,482	△ 15.4	15,728
厚岸町	19,039	18,114	△ 4.9	17,494
音別町	9,070	4,247	△ 53.2	3,851
浜中町	11,036	10,192	△ 8.2	10,250
阿寒町	19,474	8,598	△ 55.8	8,178
標茶町	15,738	13,382	△ 15.0	13,776
弟子屈町	12,894	12,237	△ 5.1	12,235
中標津町	15,718	17,090	8.7	18,020
標津町	8,051	8,001	△ 0.6	8,119
羅臼町	8,931	8,745	△ 2.1	8,296
別海町	19,320	18,320	△ 6.1	18,320
根室市	45,381	44,769	△ 1.3	44,769

資料：1965、1970年は国勢調査、1972年は人口動態統計による

(8)　関　清秀「国土計画における地域設定の方法論――地域社会学的研究法の試み――」、北海道大学文学部紀要11、1963
鈴木栄太郎「北海道における社会地区設定に関する研究」北海道総合開発研究会、1953

院をはじめ、大小167の公私の医療機関が存在し、釧路の住民および根釧地区の各市町村の住民にたいして高次・低次の医療サービス機能をはたしている。また、根室市には、根室市立病院をはじめ25の医療機関があり、根釧地区では医療指標上の地位は第2位をしめる。弟子屈には国立弟子屈病院や道立和琴診療所が存在する。音別町、白糠町、標茶町、厚岸町、羅臼町、中標津町、標津町、別海町には町立国保病院があり、鶴居村、釧路村には小規模の村立診療所が存在する。

根釧地区には医師補充難ないし医師不足のため、現在休止中の診療所が多く存在している。これらの診療所は、町立国保病院の末端診療機関として住民へのサービス機能をはたしていたのであるが、いずれも1969年以降休診するに至っている。たとえば、中標津町立病院の開陽、俣落、養老牛、武佐の各診療所と西竹開拓診療所、別海町立西別病院の上風蓮、標津町立病院の薫別診療所（1969. 12以降）、標津町古多糠、別海町中春別、別海、中西別の各診療所（1970. 7以降）はその例である。この状況は白糠町（後出）、標茶町でもみられる。

第3図はまた「無医地区」が集落としてどのような分布状況にあるかを示している。「無医地区」は管内に69地区存在しているが、その概況を第9表に示す。「無医地区」人口は24,709人、平均電話普及率は65.3%、平均自動車普及率は80.1%、医療機関までの平均距離は17.2kmである。電話普及率の低いのは釧路村、白糠町であり、自動車普及率の低いのは厚岸町、白糠町であり、医療機関までの距離は集落によって大小差がある。

2　医療における地域性析出の方法

医療における地域性の問題は、これまでも医療の需給構造における地域性の問題として主として経済理論の応用によって考察の対象とされてきたものである。われわれは社会学的接近方法として、住民の医療機関選択行動を焦点として分析していくことが妥当な試みではないかと考えている。

住民の医療機関選択行動は、もとより地域医療の供給体制に規定されるが、同時に医療需要の主体である住民の生活実態や意識とも深くかかわっている。当該の地域社会には供給主体である医師および医療機関が質量とも客観的なものとして存在している。しかし、医療の需給構造を地域性の問題として解明するには、純粋な商品市場のメカニズムを措定するだけでは不十分であり、いわば社会学的な市場メカニズムを想定してかからなければならない。なぜならば、住民の医療機関の選択は、主として近接性（*accessibility*）を根拠として行なわれるが、そのような法則性・合理性の確認のみでは医療機関の選択動機はもちろん、その選択行動の範囲を示す医療の地域的性格も正確には解明されないのである。

たとえば、住民はよりよい医師（技術的にも人間的にも）を選択するし、より充実した医療施設を希望する。長時間待たされる病院、専門医のいない病院、医師の交替のはげしい病院に

第9表　根釧地区における「無医地区」の概況（1973.5）

無医地区所在地		無医地区人口（人）	電話普及率（%）	自動車普及率（%）	医療機関までの距離（km）	無医地区所在地		無医地区人口（人）	電話普及率（%）	自動車普及率（%）	医療機関までの距離（km）
市町村名	集落名					市町村名	集落名				
鶴居村	中久著名	54	80.0	80.0	13.3	標茶町	上中チヤンベツ	945	42.0	75.0	14.5
	支雪裡	122	80.0	80.0	10.2		北片無法	190	4.0	66.0	40.6
	茂雪裡	186	85.0	80.0	7.5		阿歴内・沼ノ上	802	8.0	53.0	34.3
	上幌呂	235	75.0	70.0	16.8		上磯分内	75	6.0	72.0	16.0
	中幌呂	675	60.0	55.0	8.3		虹別・萩野	886	91.0	89.0	22.1
	下久著呂	202	90.0	90.0	15.0		上・中虹別	427	97.0	92.0	27.3
釧路村	仙鳳趾	176	0.0	80.0	20.2		開盛	75	6.0	71.0	18.2
	知方学・老者舞	460	6.0	82.0	23.2		厚生・下オソベツ	145	7.0	86.0	8.3
	跡永賀	141	8.0	8.0	14.2		上・中オソベツ	569	5.0	66.0	24.3
	達古武	115	8.0	75.0	25.6		上沼幌・中久著呂	362	8.0	67.0	36.0
	東遠野	298	6.0	62.0	17.9		下沼幌・下久著呂	269	8.0	54.0	16.9
白糠町	河原	170	13.0	44.9	9.4	中標津町	武佐	580	100.0	100.0	13.1
	二股	306	13.0	44.9	40.6		開陽	284	100.0	100.0	8.5
	上庶路	193	13.0	51.0	23.4		俣落	330	100.0	100.0	12.0
	中庶路	119	13.0	51.2	14.3		豊岡	129	100.0	100.0	12.2
厚岸町	末広	300	48.0	59.0	11.6		西竹	636	100.0	100.0	10.0
	若松	182	52.0	39.0	21.1		養老牛	670	100.0	100.0	17.5
	トライベツ	124	70.0	30.0	25.9	標津町	北標津	509	69.3	88.5	9.3
	片無法	259	52.0	37.0	24.1		上古多糠	629	87.9	73.3	18.0
	小島	78	28.0	57.0	11.1		山茶志骨	284	84.1	88.9	6.0
音別町	茶安別	224	84.0	79.0	17.0	別海町	走古丹	218	100.0	100.0	25.0
	中音別	408	85.0	73.0	8.0		別海	451	100.0	100.0	14.0
	ムリ	90	100.0	100.0	18.0		床丹	259	100.0	100.0	26.0
	尺別	347	90.0	90.0	9.5		尾岱沼	1,403	100.0	100.0	34.0
浜中町	奔幌戸	351	84.6	80.0	14.8		富岡	370	100.0	100.0	18.0
	姉別北	215	92.6	92.6	27.0		床丹第一	608	100.0	100.0	12.0
	茶内	647	39.6	85.1	9.0		床丹第二	636	100.0	100.0	14.0
	熊牛	193	92.3	92.3	15.5		矢臼別	327	100.0	100.0	8.0
	円朱別	200	91.8	100.0	15.0		上風蓮	437	100.0	100.0	25.0
	三番沢	77	16.6	0.8	8.6		開南	180	100.0	100.0	33.0
	西円朱別	347	80.0	98.3	15.0		中西別	1,160	100.0	100.0	11.0
	貰人	317	26.5	93.7	28.5		新富	509	100.0	100.0	10.0
阿寒町	下仁々志別	62	100.0	100.0	22.0		光進	349	100.0	100.0	7.0
	仁々志別	365	100.0	95.0	25.0		本別	677	100.0	100.0	7.0
	共和	91	100.0	100.0	21.0	根釧地区全体		24,709	65.3	80.1	17.2

資料：北海道衛生部医務課「無医地区分布状況調」（1973.5）より作成

たいしては不信感をもつ。医師にたいする住民の信頼は技術的なことにもよるが、同時に医師の人柄、パーソナリティにもとづくこともしばしばある。また、農村住民は、農繁期において、多少不満はあっても近くの病院を利用せざるをえないとか、産婦人科がおかれていても地元でのお産は恥かしいという例がでてくる。このような医療機関選択行動における恣意性は近接性の概念にもある程度の振幅を与え、医療の需給構造における合法則性を修正する要因をふくむものである。かかる医療需要の恣意性は、医療サービスの特性である、商品と同一視できない異質性、サービス行為における生産と消費の同時性・直接性とも関連している。

さらに、われわれは医療機関の選択過程における潜在性にも考慮をはらわなければならない。たとえば農村において肩こり、めまい、腰痛、神経痛のような農夫（婦）症が検出され、家庭治療にとどめている例を多くみるが、これが累積され、自覚されてのちはじめて病院へ行くケースがある。

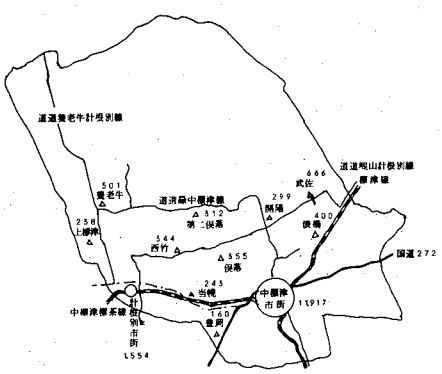
このようにみるならば、医療における社会学的市場は医師との人間関係、地域住民の生活構造、病気や健康にたいする価値志向、生活慣行の惰性などをふくんでいるのである。

医療の地域性を析出するためには、第一に住民の医療機関の選択過程と選択行動をとりおさえるとともに、そこでの生産—生活基盤、生活構造、生活行為の実態を把握する必要がある。

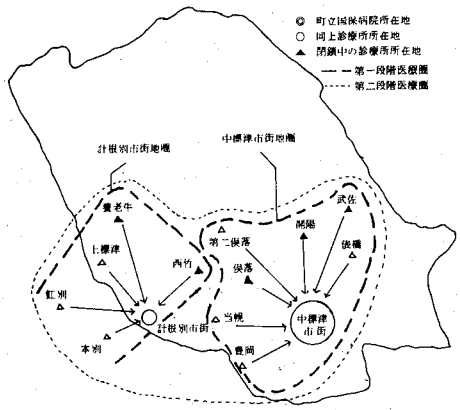
実態調査の手順としては、行政上の町村区域を対象として、集落の配置構造と集落間を結んでいる道路・交通・通信体系を明らかにし、各種のサービス機関のうち医療機関の分布状況を把握しておく。これによって、各集落の住民と医療機関を結ぶ生態学的条件が明らかとなる。ついで、集落抽出法によって、できるだけ末端の集落にまで入って住民面接調査を試み、順次市街地へ近づいていく。さらに、住民の利用している診療機関を訪れて、これを実態調査の結果と照合してみる。これによって、市町村レベルでの医療機関の選択行動とその範域が導出される。

これを根室支庁の中標津を例として示したのが第4図および第5図である。

第4図　中標津町の集落配置と主要道路交通体系（数字は1970年国勢調査人口）



第5図　中標津町の第一及び第二段階医療圏



中標津町の計根別市街地には、町立中標津病院の出張診療所があって、一日平均15人の利用者がある。利用者の範囲は養老牛、上標津町の虻別、別海町の本別の住民におよんでいる。計根別市街地の診療所は、内科・小児科に関するものであり、利用者数からいってもそのサービス機能は小さいが、これを中心とした地域的範囲が認められる。これを第一段階の医療圏と名づける。

また、これら六つの集落以外の住民、すなわち中標津市街、俣落、第二俣落、当幌、豊岡、開陽、武佐、俵橋の住民は、中心市街地に存在する町立病院や個人開業医を第一次的な利用機関としている。中標津市街地は、内科・小児科・外科のほか、産婦人科・歯科に関するサービス機能をもっており、計根別市街地よりも医療サービス機能上のウエイトは高い。したがって第5図に示すごとく、中標津には二つの診療圏が存在するが、これを同時につつみこんだ第二段階の医療圏が析出される。それは中標津市街地を中心として、中標津町の各集落と標茶町、別海町の一部をふくむ地域である。中標津市街地の影響力のおよぶ範囲はさらに別海町、標津町、羅臼町の住民にまで及び、またこれらの住民はさらに釧路市を中心とした医療圏に吸引されることが考えられる。

これと同様の方法で、各市町村について調査を実施すれば、根釧地区全体における医療生活圏の構造が明らかになるであろう。われわれは、中標津町、別海町、標津町、羅臼町、白糠町で同様の調査を実施したのであるが、実際に調査をするとなれば大変な苦労がともなう。そこで、これらの実態調査を生かしながら仮説をたて、計量的方法によって根釧地区の地域性を明らかにする必要が生じるのである。

3　医療生活圏の構造

根釧地区の医療生活圏の構造を明らかにするには、地区内15市町村について上記の実態調査を行ない、それを総合的に考察することが望ましい。しかし、それは諸般の事情で実施がなかなか困難なので、計量的・統計的方法を地域社会の全体的把握の補助手段として用いるのである。このばあい、行政区界に近接する地域については部分的に調査を実施する必要がある。

根釧地区はこれを保健所の管轄区域からみればつぎの四つの区域に分かれる。

区域
- 釧路保健所管内……釧路市、釧路村、音別町、阿寒町、白糠町、鶴居村、厚岸町、浜中町
- 標茶保健所管内……標茶町、弟子屈町
- 中標津保健所管内……中標津町、別海町、標津町、羅臼町
- 根室保健所管内……根室市

根釧地区の医療機関分布については、すでに第3図で示した。

さらに、各市町村における医療機能上のウエイトを決定するための指標として、病院率、医師率、病床率についてみたのが第10表であり、診療科目の保有状況をみたのが第11表である。いま、これらの医療指標を総合した、各市町村の客観的な医療サービス機能の地位・ウエイトを示せばつぎのごとくになる。

第10表　市町村別病院率、医師率、病床率（人口10万対）

市町村＼指標	病院率			医師率		病床率
	病院	一般診療	歯科診療	医師	歯科医師	
釧路市	10.9	48.5	26.0	94.8	29.7	1,696
鶴居村	—	26.7	—	33.2	—	—
釧路村	—	33.2	—	—	—	254
白糠町	6.5	64.6	19.4	32.3	19.4	627
音別町	23.5	—	—	23.5	—	589
厚岸町	5.5	27.6	16.6	49.7	16.0	580
浜中町	—	49.1	9.8	19.6	9.8	265
阿寒町	—	23.3	11.6	23.3	—	221
標茶町	7.2	50.6	14.5	43.4	14.4	860
弟子屈町	8.2	40.9	24.5	49.0	24.5	1,087
中標津町	5.9	58.5	11.7	52.7	17.6	1,053
標津町	12.5	37.5	12.5	22.9	11.4	612
羅臼町	11.4	—	11.4	25.0	12.5	698
別海町	5.5	49.2	10.9	23.7	16.4	809
根室市	15.4	19.8	17.6	57.3	15.4	1,811

資料：『北海道衛生統計年報』（1970）

第11表　根釧地区における診療科目の保有状況（1972.10.1 現在）

市町村名＼科目	内科	外科	小児科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	胃腸科	性病科	産科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	理学診療科	呼吸器科	放射線科	脳外科	精神科	消化器科	神経科	肛門科	気管食道科	循環器科	歯科
釧路市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
阿寒町	○	○	○	○					○	○													○
白糠町	○	○	○	○	○		○				○				○								○
音別町	○	○							○	○													
厚岸町	○	○	○	○					○	○													○
浜中町	○	○	○		○	○					○	○											○
釧路村	○	○	○																				
鶴居村	○		○												○								
標茶町	○	○	○						○	○		○											○
弟子屈町	○	○	○	○					○	○													○
中標津町	○	○	○	○					○	○													○
羅臼町	○	○	○																				○
別海町	○	○	○																				○
標津町	○	○	○																				○
根室市	○	○	○	○					○	○	○	○			○								○

1．釧路市　2．根室市　3．弟子屈町　4．中標津町　5．標茶町
6．白糠町　7．厚岸町　8．別海町　9．羅臼町　10．標津町
11．浜中町　12．音別町　13．阿寒町　14．釧路村　15．鶴居村

医療における地域性、すなわち根釧地区の15市町村の相互関連を巨視的に分析するためには、各市町村に提出される国民健康保険療養給付請求書を資料として用いるのが有効である。その分析結果を第12表に示す。

まず釧路市は入院、外来とも100％自給しており、他との依存関係はみられない。根室市の住民は外来の93％、入院の75％が根室市の医療機関を利用しており、国保利用者のうち入院で約14％、通院で約4％が釧路市へ依存している。根室市と浜中町を分ける境界近くに根室市の厚床市街地があるが、ここには市立病院の診療所があって厚床市街地圏を形成している。したがって、根室市には、厚床市街地圏とそれを除いた根室市街地圏の二つの第一段階医療圏が存在し、この二つをふくめて第二段階の医療圏として根室医療圏を形成しているとみることができる。根室医療圏は第二段階といっても、かなり高次の医療サービス機能をもつ。

釧路市と根室市を除き他の13町村の医療需給関係についてみると、通院者について、国保利用者の70％以上を自給しているのは白糠町、音別町、厚岸町、標茶町、弟子屈町、中標津町、羅臼町の7ヶ所である。これらの町では入院率において、いずれも40％以上を自給しており、比較的まとまった診療圏を形成している。

これについで、浜中、阿寒、標津、別海の4町は、通院者で約50～60％、入院者で約25～30％を自給しているが、その他は釧路市や中標津町に依存する関係となる。ただし、阿寒町は、自町で充足できないばあいは、ただちに釧路市へ依存する関係となり、浜中町では入院の42％、通院の17％を釧路市に依存しているほか、厚岸町に対しても入院、通院の約10％を依存する関係となっている。また、標津町と別海町については、中標津町を中間的医療センターとする傾向をもつため、釧路市への依存は、浜中町や阿寒町よりは低いものとなっている。

入院、通院者とも自給率の最も低いのが鶴居村と釧路村であって、村立診療所のサービス機能も小さく、入院、通院ともほとんどが釧路市へ依存している。

ところで、いま述べたような医療の需給構造を全体的に把握するため、第12表を基礎にして分析してみるとつぎのような結果がえられる。

医療の需給構造の特徴を地域別にみると、対象15市町村は4つのグループに分かれる。
すなわち

〔A〕　通院率90～100％・入院率75～100％……釧路市、根室市
〔B〕　通院率70～75％・入院率40～60％……白糠町、音別町、厚岸町、標茶町、弟子屈町、中標津町、羅臼町
〔C〕　通院率45～65％・入院率25～30％……浜中町、阿寒町、別海町、標津町

第12表　根釧地区における医療機関利用圏（1971）

利用者＼行先	釧路市	鶴居村	釧路村	白糠町	音別町	厚岸町	浜中町	阿寒町	標茶町	弟子屈町	中標津町	標津町	羅臼町	別海町	根室市	帯広市	札幌市	道内	道外
釧路市	100.0																		
	100.0																		
鶴居村	100.0																		
	81.46	18.54																	
釧路村	86.96					4.35			3.26									5.43	
	90.86		4.64	0.05		3.44			0.28	0.05							0.28	0.28	0.14
白糠町	55.39			44.61															
	26.90			73.10															
音別町	44.79			1.04	51.04											3.13			
	17.40			9.36	72.66											0.58			
厚岸町	50.33					49.67													
	27.43					72.57													
浜中町	42.38					11.43	29.52								3.80		10.24	1.43	0.75
	17.31			0.05		10.79	65.12		0.07						5.14		0.73	0.67	0.01
阿寒町	32.80							34.40									32.80		
	18.07			0.01				53.76									28.06		
標茶町	30.24								58.54	2.44							1.46	7.32	
	16.41	0.37		0.05		0.26		0.02	73.69	2.94					5.09	0.26	0.19	0.68	
弟子屈町	19.25								10.56	56.52					3.10	6.21	3.10	1.24	
	18.22								3.79	74.34					3.01	0.17	0.02	0.41	
中標津町	35.37										52.40	0.44		1.75	2.18	0.44	2.62	0.44	
	16.18										74.43	0.33		7.11	0.28	0.22	0.65	0.80	
標津町	34.90										20.75	25.47			2.83	1.89	9.43	3.77	0.94
	11.33										38.04	46.90	0.31	0.31	0.45	0.36	1.35	0.58	0.36
羅臼町	20.25										17.79	0.61	44.79		1.22	2.45	4.91	7.98	
	9.40										10.64	0.70	73.80	0.17	0.84	0.57	1.17	2.41	0.57
別海町	39.62										16.29	0.64		32.91	5.11	2.24	1.28	1.92	
	16.74										20.70	3.63		55.51	1.76	0.32	0.55	0.32	0.47
根室市	14.23														75.00	0.09	3.86	5.08	0.61
	3.94					0.16	0.24		0.04		0.11	0.02	0.04	0.06	93.28		0.86	0.69	0.48

注：1）資料は国民健康保険療養給付請求書により作成、1971年の4月と8月の利用者平均で算出
2）数字は、各市町村につき、上段は入院者、下段は通院者の利用者比率である
3）ゴチックの数字は各市町村の自給率、点線、破線、太線は地域性を示す

〔D〕　通院率5～20％・入院率0％----------鶴居村、釧路村

以上のように医療の自給率からいえば、この4類型となるが、つぎに釧路市への依存率をみると、釧路市への依存度の高い順にやはり、4つに分類される。

〔A〕　入院率85～100％・通院率80～90％------鶴居村、釧路村

〔B〕　入院率50～55％・通院率25～30％------白糠町、厚岸町

〔C〕　入院率30～50％・通院率10～20％------浜中町、音別町、阿寒町、標津町、中標津町、標茶町、別海町

〔D〕　入院率10～20％・通院率3～20％------弟子屈町、羅臼町、根室市

これらの分類から、第6図のような分析結果がえられるが、これによって国保利用者からみた各市町村の性格について、次のような指摘ができる。

①鶴居村と釧路村は、釧路市の郊外地域として、釧路市と一体的な性格を有し、内部構造的には鶴居市街地圏というウエイトの低い医療圏を形成しつつ、釧路広域医療圏の中では、釧路

市への依存度が最大である。

②白糠町と厚岸町は、入院、通院とも自給度は高いが、同時に釧路市への依存度も高く、とくに通院では国保利用者の50％以上にも及んでいる。この２町は、地域住民への医療サービス機能が比較的大きいために、白糠町は音別町から、厚岸町は浜中町や釧路村からそれぞれ若干の利用者がある。したがって、中標津ほどの中心性はもたないが、ある程度周辺町村に対するサービス機能をあわせもっている点で共通する。しかも、なお終局的センターである釧路市との関係も濃密である。

③音別町と羅臼町は、医療サービスのウエイトはそれほど高いとはいえないにもかかわらず、ともに自給率が高い。両町とも、入院率で約45％、通院率で約73％が自給である。これは地理的な条件にも起因すると思うが、音別町のばあいは、音別市街地圏（第一段階）が、ただちに釧路高次医療圏につつまれているとともに、歯科に関しては白糠町に依存している。これに対して、羅臼町は、歯科は自給しているし、中標津広域医療圏という中間的な生活圏にもふくまれているという点で前者とは異っている。

④浜中町、阿寒町、標津町、別海町の４町は、入院者の20～30％、通院者の50～65％を自給している点で共通している。しかし浜中町と阿寒町は、釧路市と媒介する中間的センターをもたない点で、標津町や別海町と異なった性格の医療圏をなしている。もっとも浜中町は入院、通院とも国保利用者の10％程度は厚岸町に依存しているが、標津町や別海町が中標津町に依存する度合よりも遙かに少ない。

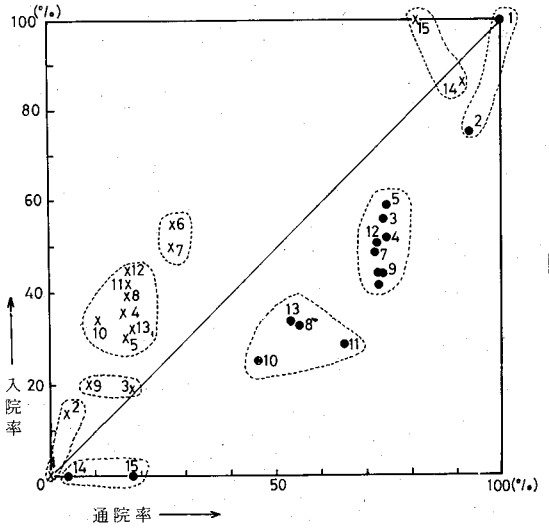
⑤弟子屈と標茶町は医療指標によるウエイトはともに高く、それぞれ３位と５位に位置している。そのために、入院でともに55％以上、通院でともに73％以上が自給されているが、両町の関係をみたばあい、ウエイト順とは逆に、弟子屈町と標茶町へ依存する度合の方が高くなっている。そして、釧路市との関係についてみたばあいには、標茶町の方の依存率が高くなっている。標茶保健所管内を全体としてみたばあい、標茶町市街にある程度の中心性が認められる。

⑥弟子屈と羅臼町は、入院者数からみれば、他の町村と比較して釧路への依存率が最も低い。これは入院に関して、弟子屈町は標茶町に（10.56％）、羅臼町は中標津町（17.79％）にある程度依存しているためである。

⑦羅臼町、標津町、別海町のばあい、釧路市に直接依存する関係は、厚岸町、浜中町、白糠町、音別町などと比較して濃密とはいえず、中標津町を中間的メディカル・センターとして、これら４町がまとまった地域性を示している。

以上、国保診療書によって根釧地区の医療圏構造の特徴を考察してみたが、これを図式化すると第７図のようになる。

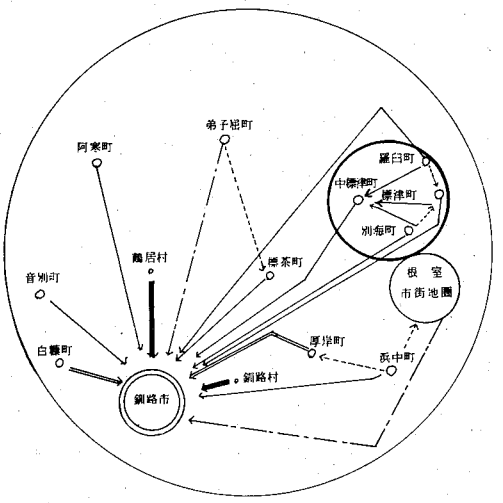
第6図　国保利用よりみた市町村の性格



凡例：1．釧路市　6．白糠町　11．浜中町
2．根室市　7．厚岸町　12．音別町
3．弟子屈町　8．別海町　13．阿寒町
4．中標津町　9．羅臼町　14．釧路町
5．標茶町　10．標津町　15．鶴居村

注　1）凡例の番号は医師率、病床率、施設率、診療科目による医療機能のウエイト順を示す
2）●印は市町村の自給率、×印は釧路市への依存率を示す

第7図　中心都市への依存度からみた医療圏構造



（注）矢印の方向は釧路市への依存度を示す。
凡例　⟶　入院85～100%，通院80～90%
⟹　〃　50～55%，〃　25～30%
⟶　〃　30～50%，〃　10～20%
⇢　〃　10～20%，〃　3～20%

4　医療生活圏の重層性と内部構造

ところで、国保診療書を資料として用いたばあい、行政上における町村間の需給関係はわかるが、医療圏の段階的・重層的構造についてはかならずしも明らかになるとはいえない。そこで、現在多かれ少なかれ実際に機能している大小の医療機関の利用圏を画定し、末端市街地を軸とした低次の医療圏から、上級大都市を軸とした高次、広域の医療圏に至るまでの各レベルの圏域を画定しておくことが必要となる。これを示したのが第8図である。

〔1〕まず、さきに考察した中標津町や別海町、羅臼町、標津町での実態調査の経験から、多かれ少なかれ医療機関として機能している末端の診療所の利用圏を析出し、その診療圏を第一段階医療圏と考える。地域における末端の診療所は診療時間も少なく、また診療料目もかぎられているし、多くのばあいは週1～2回の出張診療形態をとっている。通常20～30人の患者の診療に当るが、その診療機関のおかれている農村市街地の住民や後背地の住民の利用者がいる以上、そこに第一段階の医療機関利用圏を形づくっているとみる。

また、このような農村市街地をセンターとした狭域の医療圏をまず画定するとともに、その利用圏にふくまれない住民の医療機関選択行動や各市町村の中心市街地に居住している人が第一次的に利用している医療機関の機能についても考える必要がある。そして、中心市街地の住

民や末端診療所の診療圏にふくまれない他の農村、漁村の住民は、第一次的には、中心市街地を医療センターとして利用している傾向が強いから、これも第一次段階医療圏として理解しようとするのである。これが第8図に示した32の市街地圏であって、こうした第一段階医療圏は二つの類型によって成り立っていることに注意しなければならない。すなわち第一段階医療圏の第一類型は、末端の医療機関である診療所が農村小市街地に立地しているばあいその診療所を利用している住民の利用圏を示すもので、第二類型は末端の診療所を利用しない農村、漁村の住民および中心市街地の住民が第一次的に利用する利用圏を示すものである。

さらに第二段階以上の医療圏は、これら32の第一段階医療圏のいくつかの組み合わせから成り立っている。たとえば、白糠医療圏は二股市街地圏、庶路市街地圏、白糠市街地圏の三つの医療圏を同時につつみこんでいる範域であり、標津医療圏は川北市街地圏と標津市街地圏の二つの第一段階医療圏から成り立っている。また、浜中町は、散布市街地圏と霧多布市街地圏という二つの医療圏をつつんだ霧多布医療圏と、茶内市街地圏と姉別市街地圏の二つをもつ茶内医療圏の二つの第二段階医療圏が存在する。浜中町においては、医療機能上、同格の内容をもった診療機関が霧多布と茶内の二つの市街地におかれ、医療における機能分担がみとめられること、また、この二つの市街地のもつ医療サービス機能より上級のセンターが存在しないことから、ここでは霧多布医療圏と茶内医療圏という二つの第二段階圏が析出されるのである。

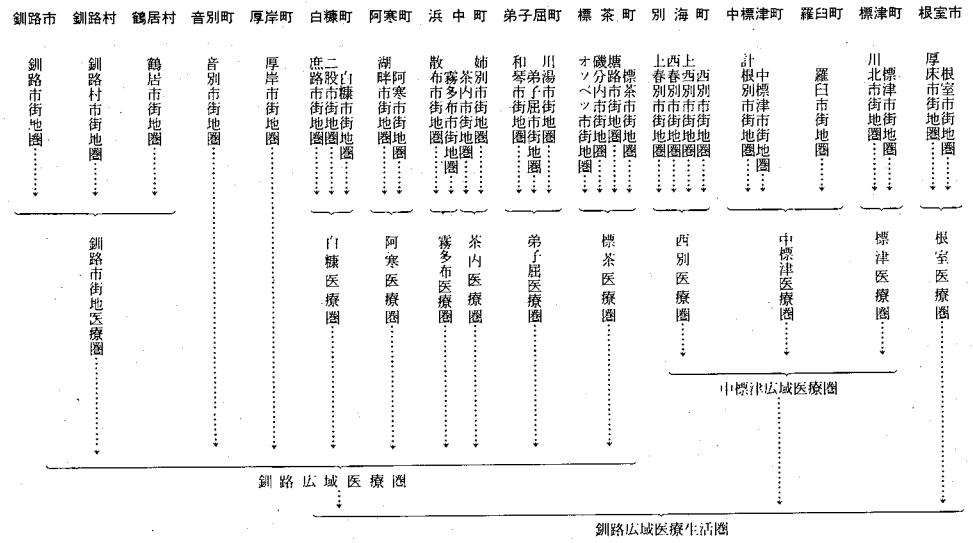
ところで、中標津医療圏についてみると、ここでは、計根別市街地圏と中標津市街地圏のほかに、羅臼市街地圏の住民も包括されている。羅臼町においては白糠、阿寒、浜中、弟子屈、標茶、別海、標津などとちがって末端の診療所というものはなく、医療機関は羅臼の中心市街地にのみ存在している。したがって、羅臼市街地圏という第一段階圏を一つだけもっているという点で他とは異なっている。羅臼町の住民が、第二次的に依存している医療センターが問題となってくる。ところで、羅臼町の住民は第二次的には隣接の標津町に依存するかといえば、ある程度そのような関係がないわけではないが、医療機能上のウエイトからみても、標津町は羅臼の住民をひきつけるような中心性をもっていない。それに対して、中標津町は医療機関の内容がより高次であり、羅臼の住民にとって二次的な医療センターとして機能している。このことから、羅臼市街地圏を、中標津医療圏（第二段階）の一つを構成するものとして、この中にふくめて考えるわけである。

これと同様の考えで、第一段階を一つよりもたない厚岸市街地圏、音別市街地圏、鶴居市街地圏、釧路村市街地圏は釧路市街地圏というより高次の医療圏に包摂される関係となる。また、鶴居村と釧路村は行政上の関係はともかく、現実における地域生活では釧路市と一体的な関係にあり、釧路市の市街地医療圏として濃密な生活関係を展開している。

このような分析を通じて、根釧地区全体としては第8図に示したような釧路広域医療生活圏というものが析出されるであろう。これから明らかなごとく、それぞれのレベルにおける医療

圏が、地域社会としてまとまった範域を形成しているとともに、それぞれのレベルにおいて重層的に展開していることがわかる。

第8図　釧路広域医療生活圏の構造



釧路市を中心とした広域医療生活圏についてほぼ上段に示したような圏域構造を析出したが、さらに二三の点について説明を附加しておきたい。

第一に、いわゆる医療生活圏は、行政区域上の圏域とちがって、現実の地域社会における住民の医療機関選択行動を、具体的事実に即して設定するものである。したがって、とくに行政区域の境界をなす集落については注意深い観察が必要となる。

たとえば、十勝支庁と釧路支庁の境界にある浦幌町と音別町についてはつぎの点が指摘される。

十勝管内浦幌町には二つの市街地（浦幌市街地、上浦幌市街地）がある。浦幌町における医療機関は、町立浦幌病院と一般個人病院（2）、歯科医院（1）があり、浦幌市街に集まっている。町立病院は、午後だけの診療で、個人開業医（内科、小児科、産婦人科）に委託診療の形をとっている。

国保利用者の医療機関利用圏をみると、入院では、約70%近くが帯広市の病院を利用しており、帯広市との関係はきわめて濃密である。また、釧路支庁の病院に入院するものは12.5%、入院の自給率はわずか5.7%にすぎない。このように、入院自給率の低いことが、釧路支庁管内の病院を利用する原因となる。

これに対して、通院者についてみると、浦幌町の自給率は43.5%で、残りは帯広市の病院へ行くもの29.1%、本別の病院へ行くもの18.1%で、さらに、釧路支庁方面に5.2%がひかれて

いる。この5.2％を実数でみると、月平均約100人の患者が釧路方面へ志向していることになる。

ところで浦幌町にある二つの市街地のうち、上浦幌市街地は、立地条件の関係で、本別の診療圏に入っている。このことが国保請求書の分析結果にもあらわれているように、本別の医療機関の利用者が比較的多い理由になっている。上浦幌から本別までは約20分、浦幌市街までは約1時間を要するから、上浦幌の住民は、浦幌市街と同程度以上のウエイトをもっている本別市街の医療機関を利用することになる。したがって浦幌町の医療圏は、この本別医療圏と重複しているということになる。

このように浦幌町は帯広市と本別町との関係がきわめて深いが、また数の上では少ないとはいえ、若干釧路市の方へも出向いている。とくに釧路支庁に最も近い厚内の住民になると、隣接の音別町にひかれているほか、終局的センターとしては帯広市よりも釧路市を選択する傾向が強い。

つぎに根室支庁と釧路支庁の境界にあたる厚床市街（根室市）と姉別市街（浜中町）についてみよう。

厚床市街には、根室市立病院の診療所がおかれていて、厚床市街地医療圏を形成している。この診療所は出張診療で、市街地居住者からの聴取によると、一部応急手当のみやっているということであり、多くは根室市の病院を利用しているということであった。しかし浜中町の茶内診療所や厚岸の病院、さらに別海町西別の病院を利用している人もいた。数の上では少ないと思われるが、厚床のように行政区界に近い集落では、このように多様な選択行動がみられるのである。

浜中町や姉別市街地のばあいは、村立の茶内診療所の医師が週一回の出張診療するだけで、サービス機能も小さい。そこで姉別の住民は主として茶内市街地へ出向いているほか、厚岸町の町立病院の利用者もみられる。また、厚床の診療機関を利用するものもいる。しかし、終局的センターを考えたばあい、根室市よりも釧路市へ強くひかれている。姉別から根室市までは約40分、釧路市へは約2時間も要するが、大きな病気や入院ということになると釧路市の総合病院を利用する方が一般的といえる。

このように、行政区界に近い集落では、その立地条件や社会生活のパターンからして、さまざまな選択行動がみられる。

医療圏というものは、地域における社会生活のダイナミズムをそのまま反映しているものであることを深く認識すべきである。これを静態的に理解することがあってはならない。われわれは第一段階医療圏から広域医療圏に至るまで、各レベルにおける医療圏の構造を分析し、根釧地区全体の医療生活圏構造の析出を試みたが、各レベルでの医療圏は、条件に応じて変動する地域社会生活の投影であることを理解しなければならない。また、同一レベルの医療圏につ

いても、その地域社会構造の特質を反映して、同質に扱うことのできない諸要因が複雑にからみあっていることも留意しなければならない。

III　地域医療の末端構造

——開拓農村における保健・医療——

前節において、医療の需給構造を社会学的に考察し、根釧地区を対象としてその地域性の解明を試みた。われわれは社会行為論、社会関係論の立場から、根釧地区をひとつの地域社会として把握できると考えるが、その内部構造的な過程は地域社会の重層性、幅合性を示すものであった。ところでここに析出された医療の地域性は、実は、医療にかかわる地域住民の生活実態の反映である。したがって、前節で析出された地域医療の全体構造をその内側よりインテンスィヴに考察し、地域医療における生活の場の実態を明らかにする必要が生じる。換言すれば地域医療の内部構造は、医療における地域性そのものの根拠であり、地域住民の生業の場である集落レベルの生活実態にまでほりさげることによっていっそう明らかになると考えるのである。

以下において釧路支庁白糠町の開拓農村を調査事例として地域医療の末端構造について考察してみたい。

1 白糠町の地域構造と人口変動

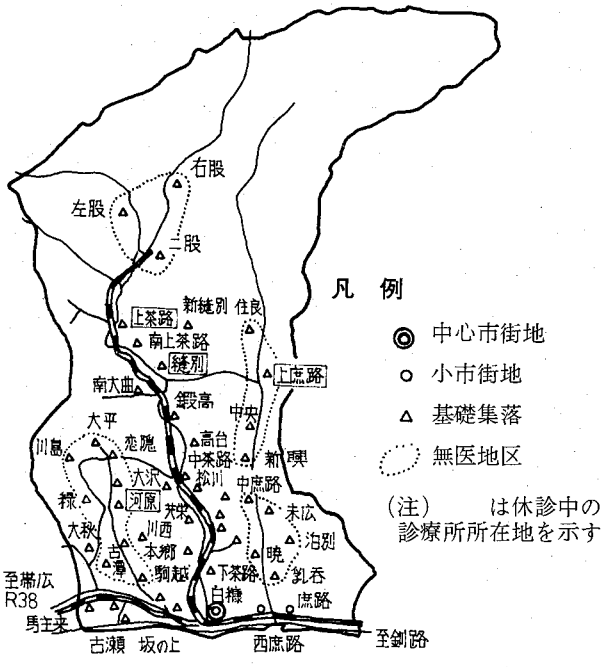
前出第3図より、白糠町の部分をとり出して拡大すると第9図がえられるが、これによって調査対象である白糠町の地域構造の性格についてふれておこう。図にみるごとく、白糠町の地域構造を集落を単位としてみると、おおきくわけて市街地と農村地域および漁村地域とに類型化することができる。市街地はさらに中心市街地と小市街地にわかれ、農村地域は三つの沢ぞいに拓けた三つの地区からなりたっている。すなわち、

（i）市街地I（中心市街地）〈白糠市街地〉
（ii）市街地II（小市街地）〈西庶路市街地、庶路市街地〉
(iii) 農村地域I（茶路地区）〈二股、縫別、中茶路、下茶路〉
（iv）農村地域II（庶路地区）〈中庶路、上庶路〉
（v）農村地域III（和天別地区）〈下和天別、河原〉
（vi）漁村地域（漁村集落）〈その他〉

これらの集落を基礎として人口と世帯の変動（1965～70）を示すと第13表のごとくである。

1965～70年の５年間における白糠町の人口は18,295人から15,482人と15.4％減少し、世帯数は4,330世帯から4,134世帯と4.5％の減少を示している。これを集落別にみるならば、一般的動向として人口、世帯とも中心市街地における増大、小市街地における減少、農村地域における減少という傾向が指摘できるであろう。

第９図　白糠町の集落配置



すなわち、白糠市街地は、1965～70年の５年間で人口は6.0％、世帯は17.0％増大し、1970年10月現在、全人口の57.6％にあたる8,918人、2,443世帯が居住している。これにたいして西庶路市街地ではこの５年間に人口22.3％、世帯数11.7％減少しており、庶路市街地では世帯数の増加にもかかわらず、人口数は停滞している。

農村地域における集落人口の動態をみるならば、1965～70年の５年間に庶路地区全体で74.0％減少したのをはじめ、茶路地区29.7％、和天別地区23.8％とそれぞれ大幅に減少し、顕著な過疎化を示していることが知られよう。農村地域、漁村地域の集落は部落単位で47を数えるが、そのうちこの５年間で人口が40％以上減少したのは10、20～40％減少したのは21部落に及んでいる。以上のような趨勢は世帯数の変化にもあらわれており、農村地域ではあとにのべる炭鉱閉山ともからんで大量な世帯員の流出と世帯数の減少を招来させている。

つぎに白糠町における年令階層別の人口変動をみると、過疎の進展とともに人口の老令化が急速に進んでいる。これを1960～70年の10年間の変化としてみれば、０～４才、５～９才、10～14才の幼年期、学令期の人口は40％以上減少し25～29才、30～34才の成年層の人口も30％以上減少したのにたいし、65～69才は38.9％、70才以上は10.1％の増加を示している（第14表）。

ついで第15表によって1965～70年における産業別就業人口の動態をみると、農業就業者の11.3％減と鉱業就業者の94.8％減がとくに注目される。白糠町においてはすでに1960年ごろより離農・脱農が顕在化していたのであるが、かって農業とともに白糠町の基幹産業であった鉱

第13表　白糠町の集落別人口・世帯の変動（1965～1970）

集落名＼年次	1965 人口	1965 世帯	1970 人口	1970 世帯	対'65増減率 人口	対'65増減率 世帯
白糠市街地	8,416	2,088	8,918	2,443	6.0	17.0
西庶路市街地	2,763	686	2,147	606	△22.3	△11.7
庶路市街地	1,207	293	1,204	341	△ 2.5	16.4
茶路地区	2,312	472	1,626	384	△29.7	△18.6
二股	574	128	515	128	△10.3	0
左股	110	21	121	19	10.0	9.5
右股	90	17	46	12	△48.9	△29.4
二股	374	90	348	97	△ 7.0	7.8
上茶路	514	100	168	47	△67.3	△53.0
上茶路	456	91	135	40	△70.4	△56.0
南上茶路	58	9	33	7	△43.1	△22.3
縫別	336	69	226	53	△32.7	△23.2
新縫別	40	7	28	6	△30.0	△14.3
縫別	172	40	112	29	△35.1	△26.5
南大曲	53	9	37	7	△30.2	△22.3
鍛高	71	13	49	11	△41.0	△15.4
中茶路	545	111	435	95	△20.2	△14.4
高台	18	3	15	3	△16.7	0
御仁田	90	16	69	12	△23.4	△25.0
松川	70	19	69	18	△ 1.4	△ 5.3
共栄	84	15	64	13	△23.8	△13.4
川西	63	10	54	10	△24.3	0
中茶路	55	12	51	11	△ 7.3	△ 8.3
大苗	54	11	36	9	△33.4	△18.2
御札部	111	25	77	19	△30.6	△24.0
下茶路	343	64	282	61	△17.8	△ 4.7
相互	133	24	105	21	△21.0	△12.5
西茶路	88	16	72	17	△18.0	6.3
下茶路	77	16	65	14	△15.6	△12.5
東茶路	45	8	38	8	△15.6	0
東栄	—	—	2	1	*	*
庶路地区	2,400	539	623	149	△74.0	△72.4
中庶路	2,026	474	412	104	△79.7	△74.8
乳呑	79	19	57	14	△27.8	△26.3
暁	68	13	66	14	△ 2.9	7.7
末広	66	17	135	39	104.5	129.4
泊別	135	27	103	23	△23.7	△14.8
中庶路	1,678	398	51	14	△97.0	△96.5
上庶路	374	65	211	45	△43.6	△30.8
新興	82	12	56	11	△31.7	△ 8.3
中央	101	17	56	10	△44.6	△41.2
上庶路	129	26	83	20	△35.7	△23.1
住良	62	10	16	4	△74.2	△60.0
和天別地区	1,042	221	794	189	△23.8	△14.5
下和天別	296	58	243	52	△17.9	△10.3
下和天別	123	24	94	51	△23.6	△12.5
坂の上	88	20	67	16	△23.9	△20.0
橋西	85	14	82	15	△ 3.5	7.1
河原	498	111	393	100	△21.1	△ 9.9
駒越	29	6	24	9	△17.2	50.0
古潭	33	8	33	7	0	△12.5
本郷	40	8	26	8	△35.0	0
河原	56	12	41	11	△47.4	△ 8.3
大沢	34	7	31	7	△ 8.8	0
恋隠	58	12	46	9	△20.7	△25.0
大平	56	10	38	9	△32.1	△10.0
緑	112	31	100	28	△21.9	△ 9.7
川島	80	17	54	12	△32.5	△29.4
馬主来	248	52	158	37	△36.3	△28.8
古瀬	49	14	25	6	△49.0	△57.1
馬主来	79	12	47	10	△40.5	△16.7
大秋	128	26	86	21	△32.8	△19.2
その他	155	31	170	22	9.7	△29.0
合計	18,295	4,330	15,482	4,134	△15.4	△ 4.5

資料：北海道企画部『広域生活圏集落現況』（1970）より作成

業が衰退するに及び人口減少が加速化されていったものとみられる。すなわち、1960年以降、明治庶路炭鉱、本岐炭鉱（上庶路）、上茶路炭鉱と閉山があいつぎ、離農・脱農の動向が相作用して展開したことが人口減少、世帯流出の最大の要因になっているのである。

今日、白糠町が町行政としてとくに力をいれているものは酪農を主体とした農業振興と木材・木製品、食料品を主体とした工業振興であって、とくに後者において国道38号線を中心に工業団地を形成しあらたな就業機会をつくりだしている。しかし、産業就業人口7,198人のうち15%は他市町村を就業地としており、とくに釧路市との関係は濃密である。

このように白糠町は一方において炭鉱閉山、離農・脱農による人口構造の急転と集落社会の急激な変動を経験しており、他方では工業開発を軸とした地域経済の再編が進行している都市近郊地域として把握することができる。

第14表　白糠町の年令階層別人口（1960～70）

年次 / 年令別	1970			対'60増減率		
	総数	男	女	総数	男	女
総数	15,482	7,654	7,828	△25.5	△29.1	△21.5
0～4才	1,318	673	645	△40.3	△40.9	△39.7
5～9	1,425	732	693	△52.5	△52.4	△52.6
10～14	1,592	835	757	△45.3	△44.4	△46.3
15～19	1,644	791	853	△ 7.2	△15.0	1.4
20～24	1,221	553	668	△23.2	△31.1	△15.1
25～29	1,039	478	561	△40.9	△47.5	△33.8
30～34	1,169	547	622	△31.5	△41.6	△19.2
35～39	1,206	641	565	△13.7	△ 8.2	△19.2
40～44	1,100	570	530	1.9	6.3	△ 2.4
45～49	952	425	527	18.7	△16.8	27.3
50～54	806	387	419	16.8	△ 2.5	43.0
55～59	659	341	318	9.7	5.9	14.0
60～64	485	271	214	14.7	19.4	9.2
65～69	396	205	191	38.9	29.7	50.4
70才以上	470	205	265	10.1	6.2	13.1

第15表　白糠町の産業別就業人口（1960～1970）

年次 / 産業別	1965	'60に対する増減率	1970	'65に対する増減率	隣接市町村への通勤率
	人	%	人	%	%
総数	7,584	△ 4.5	7,198	△ 5.1	15.0
農業	1,129	△ 29.3	1,001	△ 11.3	0.3
林・狩猟業	671	22.2	650	△ 3.1	7.7
漁・水産業	428	26.3	416	△ 2.8	5.7
鉱業	677	△ 61.8	35	△ 94.8	57.1
建設業	973	6.0	729	△ 25.1	19.5
製造業	1,093	62.2	1,426	30.1	25.9
卸・小売業	784	33.0	1,100	11.8	21.5
金融・保険・不動産業	71	77.5	111	56.3	29.3
運輸・通信業	478	7.9	440	△ 7.5	26.0
電気・ガス・水道業	18	38.5	24	33.3	23.8
サービス業	873	17.2	1,041	18.6	15.1
公務	183	43.0	225	23.0	5.4

2 集落社会の変動と医療構造

白糠町の社会変動の影響が地域医療のうえに直接あらわれたのは末端診療所の閉鎖による基礎集落圏の解体という事態においてであった。

白糠町には唯一の公的医療機関として、町立国民健康保険白糠診療所があるが、かっては和天別、上茶路、縫別、上庶路にそれぞれ出張診療所がおかれていた。これらの診療所は農村山間部の住民の診療にあたっていたが、今日ではことごとく閉鎖されその機能を停止するに至っている。

和天別診療所は、現在は「無医地区」に指定されている河原地区9部落の住民にたいし月二回の診療を行なっていた。これは1959年に開設されたが、しだいに医師の出張が困難となり、やがて医師補充難を理由に1964年に閉鎖するに至っている。

上茶路診療所は、雄別炭鉱上茶路新興開発とともに1965年に設置されたが、1967年の企業ぐるみ閉山とともに診療を停止するに至った。この時点で縫別診療所も閉鎖されている。

1962年開設の上庶路診療所も炭鉱の盛衰とかかわっており、1969年の本岐炭鉱の閉山を契機として機能停止に至った。

これらの事実は、かって和天別、上茶路、縫別、上庶路を中心に形成されていた基礎集落医療圏の解体を示すものであって、それがいわゆる「無医地区」の創出と地域住民の不安をあらたにもたらしていると考えられる。

現在、白糠町の「無医地区」は二股（茶路地区）、河原（和天別地区）、上庶路、中庶路（ともに庶路地区）の四箇所で21部落、1,012人がふくまれている。「無医地区」における電話普及率はわずか13.0%、自動車普及率は二股44.9%、河原44.9%、上庶路51.0%、中庶路51.2%できわめて低い状態におかれている。

現在、白糠町の医療機関は町立国保診療所1、病院1、医院3、歯科医院2（ともに開業医）をあわせ27機関で、医師も各1名ずつ7人である（第16表）。医師数を同じ年（1972年）の人口数で単純に割れば、医師1人当り2,247人の人口をかかえていることになる。これらの医療機関の立地についてみると、白糠市街地に

第16表　白糠町の医療機関の現況（1972）

医療機関名	設置主体	診療科目	医師	看護婦	病床数	利用者
国保白糠診療所	町	内科、小児科、外科	1	4	19	223
M病院	私	同上	1	2	38	362
T医院	〃	〃	1	1	41	117
N医院	〃	〃	1	1		277
A医院	〃	ほかに皮フ科、放射線科	1	1		362
S歯科医院	〃	歯科	1			122
I歯科医院	〃	〃	1			149

（注）1）現況は1972.10.1 現在
2）利用者数は1971年の4月と8月の利用者の月平均

は個人開業医の医療機関がおかれ、庶路市街地に町立診療所がおかれている。これは白糠市街地に私立の機関が集まる傾向があるため、行政上の配慮から庶路市街地に建設されたのである。

このほか、国鉄白糠線の北進駅に近い二股には営林署の医務室があって、住民への診療サービス機能をはたしている。また前出第12表で示したように白糠町の住民は、入院者の55.4%、通院者の26.9%は釧路市の医療機関に依存している。

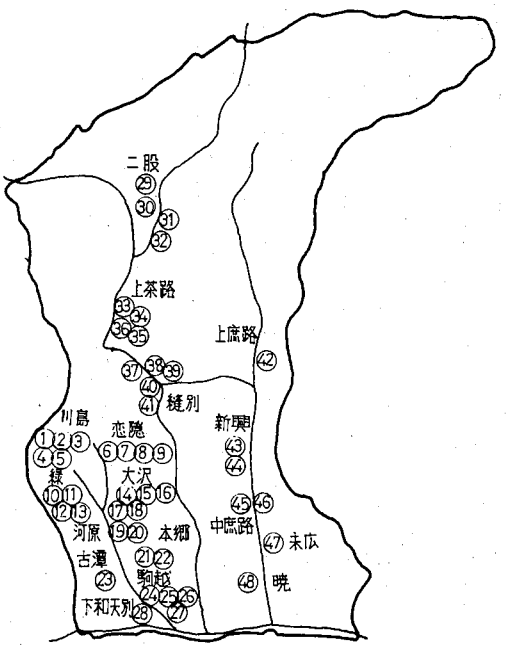
このように、白糠町の医療構造は医療サービス主体が個人開業医であること、事業所診療機関に若干依存していること、釧路市との関連が濃密であることを特徴としている。

3 開拓農村の保健・医療問題

われわれがこの白糠町において地域医療調査を実施したのは1972年10月および12月である。これまで主として地域住民の医療機関選択行動に焦点をおいた実態調査を試みてきたのであるが、白糠町をインテンスィヴな研究の対象として地域医療における問題性の解明を試みようとしたのである。

調査の対象は、主として「無医地区」の指定をうけている和天別地区に重点をおき、さらに茶路地区、庶路地区からも集落を抽出し、あわせて48の農村家族をサンプルとして選んだ。家族事例数は少ないがこれを家族員数にすると205名が直接・間接に調査の対象となっている。このような地域医療調査では量的把握よりも質的理解が重要である。

第10図　調査対象農家の位置



調査対象農家の位置は第10図に示す。

対象農家48戸の地区別内訳は和天別地区28戸116人、茶路地区13戸58人、庶路地区7戸31人である。これらの農家の入植時期をみると、和天別地区はすべてが戦後の開拓農家であり、その8割以上が1946～49年に入植している。これにたいし、茶路地区、庶路地区ではほとんどの農家が戦前の入植による開拓農家である。（第17表）。

また、これら農家を世帯類型別で

みると、老人のいる世帯は3戸、若夫婦のみの世帯は4戸、三世代世帯は18戸、四世代世帯は2戸である（第18表）。

第17表　調査対象農家の入植時期

時期 / 地区名	戦前			戦後		
	明治	大正	昭和	1946～49	1950～54	1955～
和天別地区				①②③④⑥⑦⑧⑩⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘	⑤⑨⑪⑫	⑲
茶路地区	㉙㉜㊱㊲㊳㊶	㉚㉝	㉞㉟㊴㊵			㉛
庶路地区		㊷㊸	㊹㊺㊻㊼	㊽		

各農家の生業についてみると48戸中31戸が酪農家であり、他は畑作、養鶏を主とした農家である。

これらの農家のうち、1972年1月～10月のあいだになんらかの形で病院を利用したことのあるのは43例（89.6%）を数えているが、これらの開拓農民が病気にかかったときもっとも問題となるのは地理的条件である。すなわち、病気になっていちばん困る問題としてあげられたのは交通が不便であること（33.9%）と病院が遠いこと（28.6%）であって、これをあわせると62%は医療機関の立地上の問題であった。これは、調査対象農家のほとんどが「無医地区」の居住者であるから、末端診療の機能が失われている今日では当然の不満ともいえるであろう。

第18表　対象農家の世帯類型別分布

世帯類型		老人のいない世帯	老人のいる世帯
単独世帯			㉒ ㉔ ㊵
夫婦のみの世帯		⑬ ⑳ ㉝ ㊷	⑲ ㊴
夫婦と未婚子の世帯		② ③ ⑤ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑱ ㉑ ㉕ ㉖ ㉛ ㉜ ㉞ ㉟ ㊶	⑯ ㊽
三世代世帯	老親の揃っている世帯		① ⑥ ⑦ ㉘ ㉙ ㊲ ㊳
	老親のうち一方が欠ける世帯		④ ⑭ ⑮ ⑰ ㉓ ㉗ ㊱ ㊸ ㊹ ㊺ ㊼
四世代世帯			㉚ ㊻

注　1）⑫は不明
　　2）老人とはここでは60才以上のものをふくめた

医師不足と「無医地区」の形成に対応して、白糠町では1966年4月より「患者輸送車」を運行していたが、これは自家用車の普及で利用者が減少したという理由で1969年3月以降中止している。このように医療機関への距離が遠いということは、交通費の負担となってあらわれて

くる。通院のための交通費が負担であるとしたものは43.7%であり、これが潜在的な医療費となって家計に加算されてくるわけである。

このほかに、病気になって困る問題として専門医の不足（14.3%）と急患が出たとき（9.3%）があげられている。白糠町は医療機能上のウエイトが低く、専門医については釧路市の病院を利用するのが一般的傾向であるが、疾病構造の変化にともない専門医にたいする需要はますます高まってきているのである。また、急患時の病人の輸送については自家用車によるケース、近隣の農家の自家用車をかりて利用するケース、電話で応診を依頼するケースに分かれるが、開拓農村では自家用車の普及率も低いため近隣関係の協力によって自己防衛するという形をとらざるをえない。電話普及率もさきにのべたように13%にとどまっているため連絡設備が不十分であり、対象の開拓農村地域では自宅から1～2㎞にある集団電話を利用するケースが多い。急患が出た経験のある農家では急救医療体制、とくに日曜・祭日、および夜間の往診にたいする要望が強いのである。

このように病気になった時にたいする危惧は、農民の健康にたいする潜在的不安ともつよいかかわりをもっているといえる。調査事例では健康について「つねに不安である」とするものが18.8%、「ときどき不安である」とするものが35.4%で、あわせて54.2%が不安を抱いていることがわかった。とくに老人のいる世帯でこの傾向が強いが、高血圧をはじめなんらかの疾病をもっている人をかかえている農家は63.6%を数えている。

白糠町全体における疾病構造をみると呼吸器系の疾患（25.4%）と消化器系の疾患(28.3%)、循環器系の疾患（10.2%）が上位をしめる。これらについてはいずれも全国平均より高い構成比を示している（第19表)。

開拓農村における疾病構造を和天別地区の例について具体的にみると、白糠町役場の調査では消化器系の疾患である歯及び歯の支持組織の疾患件数が最大である（第20表）。われわれの調査事例では102件のうち歯の疾患27.5%、高血圧など循環器系の疾患24.5%が析出されている。

このことを反映してか、白糠町の歯科医院は受付時間を午前10時にして患者の受入制限をおこなっている。これは隣接の音別町に歯科医師がおらず、音別町の診療所に出張したり、他町村の患者を受けいれたりしていることにもよる。しかし農村地域ではこの種の疾患は累積しており、潜在的疾患者はかなり存在していると考えられる。

医療にたいする潜在的需要の大きさは、日常生活のレベルで確認することができる。開拓農村における調査事例では48戸205名のうち87名（42.4%）が、日常生活でなんらかの症状を訴えており、そのことが潜在的需要の大きさを思わせるのである。これを症状別にみたのが第21表である。肩こり（25.9%）、腰痛（20.2%）、手足のしびれ（18.9%）が上位をしめるが、症状をもつもの87名が288の症状件数を数えているから1人当りの症状数は2.6である。症状

第19表　白糠町の疾病構造（1968）

項目 / 疾病分類	構成比(%) 白糠町	構成比(%) 全国	1件当り医療費 円	年令別分布 0～9	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60以上
消化器系の疾患	28.3	24.2	1,979	12.0	21.0	16.1	17.0	12.3	10.2	11.5
呼吸器系の疾患	25.4	15.4	3,019	50.0	18.5	8.0	10.0	5.8	3.5	4.1
循環器系の疾患	10.2	9.8	6,040	2.0	1.5	2.0	7.6	13.6	25.5	47.7
神経及感覚系の疾患	10.2	10.9	3,882	12.2	16.2	10.7	10.7	12.8	14.7	22.6
皮ﾌ及び疎性結合の疾患	5.4	5.3	3,023	22.1	21.5	16.4	13.6	7.9	8.5	10.1
骨及び運動器の疾患	4.6	6.0	4,881	4.2	8.0	8.7	15.1	17.9	21.3	24.8
不慮の事故中毒及び暴力	4.2	6.4	4,651	22.1	25.3	10.6	14.3	10.2	9.4	8.2
泌尿器系の疾患	3.2	3.2	4,916	4.0	7.0	17.6	23.7	24.1	13.6	9.8
伝染病・寄生虫病	2.4	7.2	8,294	17.1	8.6	11.8	18.0	13.4	13.0	18.1
アレルギー性・内分泌系・物質代謝及び栄養の疾患	1.8	1.6	4,313	6.0	10.3	8.2	6.8	25.9	24.8	18.0
先天奇形及び新生児の主要疾患	1.1	0.4	3,135	87.3	3.0	3.4	1.2	1.7	2.1	1.2
正常分娩並びに妊娠分娩及び産褥の合併症	0.8	1.3	5,587	—	4.5	61.6	28.9	4.9	—	—
症状老衰及び診断不適当の場合	0.7	0.1	5,123	9.7	14.2	9.7	13.6	12.9	20.1	19.4
新生物	0.7	1.2	11,863	8.0	3.6	4.3	8.7	20.3	24.6	30.4
精神病・精神々経症及び人格異常	0.5	3.5	15,635	—	17.9	20.5	33.0	8.0	3.6	17.0
血液及び造血器疾患	0.5	0.6	5,598	3.7	9.2	15.7	24.1	29.6	5.6	12.1
合計ないし平均	100.0	100.0	3,690	21.6	16.0	11.4	13.3	11.4	11.4	15.1

資料：白糠町については1968年実施の国民健康保険疾病統計調査、
全国の構成比は1970年の厚生省『国民健康調査』による

第20表　和天別地区の疾病構造

順位	1970 疾病名	件数	1971 疾病名	件数
1	歯及び歯の支持組織の疾患	172	歯及び歯の支持組織の疾患	184
2	皮ﾌ及び皮下組織の疾患	53	急性呼吸器の疾患	141
3	神経系の疾患	49	その他の損傷	60
4	筋骨格系及び結合織疾患	46	神経系の疾患	55
5	高血圧性疾患	41	皮ﾌ及び皮下組織の疾患	52
6	胃及び十二指腸の疾患	39	胃及び十二指腸の疾患	33
7	女性性器の疾患	19	筋骨格系及び結合組織疾患	32
8	症状及び診断名不明確状態	18	高血圧性疾患	25
9	肺炎	17	虚血性心疾患	23
10	眼の炎症性疾患	16	眼の炎症性疾患	21

注）調査対象者は1970年716名、1971年613名である

第21表　日常生活での症状分布

症状	件数	構成比
肩こり	59	25.9
腰痛	46	20.2
手足のしびれ	43	18.9
めまい	28	12.3
夜間多尿	12	5.3
不眠	14	6.0
息ぎれ	10	4.4
その他	16	7.0
合計	288	100.0

を訴えているものの内訳は夫31.6%、妻43.0%、老人23.2%の割合であった。

このうちとくに43%をしめる主婦の症状をみると肩こり、手足のしびれ、腰痛、めまいが主たる内容であって、いわゆる農婦症の状態があらわれている。白糠町の開拓農家30戸を対象とした主婦の生活時間調査によれば、農繁期の農作業時間は9時間45分で、農閑期の5時間25分をはるかに上まわっているが、農繁期においては睡眠時間、休養時間とも農閑期のそれをかなり下まわっている（第22表）。この例からわかるように農村の過重労働が疾病をつくり出すことはあらためて指摘するまでもないであろう。

第22表　開拓農家における主婦の生活時間（1969、白糠町）

		農作業	家事	育児教育	自分の時間		
					睡眠	休養	その他
白糠町	農閑期	時間 分 5 25	時間 分 5 15	時間 分 1 38	時間 分 7 29	時間 分 1 15	時間 分 2 58
	農繁期	〃 〃 9 45	〃 〃 3 44	〃 21	〃 〃 6 20	〃 53	〃 〃 2 57
全国	農閑期	〃 〃 4 39	〃 〃 5 51	〃 〃 1 09	〃 〃 7 49	〃 〃 3 21	〃 〃 1 11
	農繁期	〃 〃 8 20	〃 〃 4 20	〃 35	〃 〃 7 20	〃 〃 2 14	〃 〃 1 11

注　1）調査時期は、農閑期は1969年3月、農繁期は同年7月で、時間は各月5日間の平均を示す
　　2）全国の資料は農閑期は生活改善調べ、農繁期は農林省調べによる

とくに農繁期においては、疾病は農民の生業活動に多大の支障をきたすものである。われわれの調査事例では農繁期に病人の出たケースは18戸（37.5%）であるが、そのうち直接生業に支障をきたしたのは14戸である。これらの農家ではなんらかの形で解決方法をはからなければならない。その解決策としては、通院をしながら働らいたとするもの（㉑、㉓）、妻と息子が仕事を分担したとするもの（⑧）、青年会の友人の奉仕に頼ったもの（㉖）、近隣農家の援助で共同作業をしたもの（㉗、㊸、㊻）などがある。ここには、発病時における近隣組織の意味が小さくないことが示されている。

このように疾病と生業とが深いかかわりをもっていることから、健康保持にたいする農民の自覚が必要になってくる。たとえば、栄養のバランスや規則正しい食事時間など食生活への配慮をとくにしているとする農家は72.9%見出された。実際に開拓農家の食生活の実態をみるならば、全体として農作業のような重労働に必要なカロリーを保持しているが、ビタミンA摂取量が基準以下で、栄養のバランスに欠けている点が指摘される（第23表）。また栄養剤、ビタミン剤から足腰の痛みどめにいたるまで、なんらかの薬を常用しているものは64.5%であった。これらの事実は農民が健康保持のため、また発病にたいする不安から、自らを防衛するための

行為であると考えられるのである。

第23表　開拓農家の主婦の食生活の実態（1969白糠町）

	カロリー	蛋白質	脂質	カルシウム	ビタミンA I.U.	ビタミンB_1 mg	ビタミンB_2 mg	ビタミンC mg
農閑期	3,185	108.5	45.6	1,185	898	1.40	1.36	115
農繁期	3,637	104.9	85.0	867	864	1.40	1.52	125
基準	2,300	95	38	660	1,900	1.2	1.2	63

注）基準値は主婦専業のばあいの数値である

以上にみた白糠町の開拓農村の実態を、根室支庁の別海町と比較し、その異同性について考察してみる。

別海町は人口18,296人（1970年）の農漁村地域である。別海町では1956年のパイロット・ファーム建設事業を契機として人口増加をみたが、1963年をピークに減少し、とくに農村部、漁村部の人口減少が顕著であることは白糠町と同様である。それは、別海町の産業別就業人口の変動（第24表）にも示されるところである。別海町の農村地域は北海道でも典型的な散村であって、西別市街地を中心として広大な農村集落が拓けている（第11図）。

別海町の「無医地区」は14地区59部落で、その人口は7,584人を数えているが、電話普及率は100％、自動車普及率は97.1％で、これに関するかぎり白糠町より良い条件にある。しかし、別海町でも医師不足と過疎化によって、1969年以降、上風蓮、別海、中春別、中西別の四つの末端診療所が機能を停止せざるをえない事態が生じている。

別海町の医療サービスの主体は公的機関である。医療機関は町立病院1、同診療所3、道立診療所1、開業医2（うち歯科1）という構成である。このように医療供給体制が公的機関を主軸として展開されているのは、別海町の立地によるものであり、釧路市と隣接している白糠町と事情を異にしているのである。医師数は4人で、医師一人当りの担当人口は4,574人であるから、白糠町のほぼ2倍の人口をかかえていることになる。

住民の医療機関の利用圏は、白糠町のばあいは直接釧路市を利用する形を

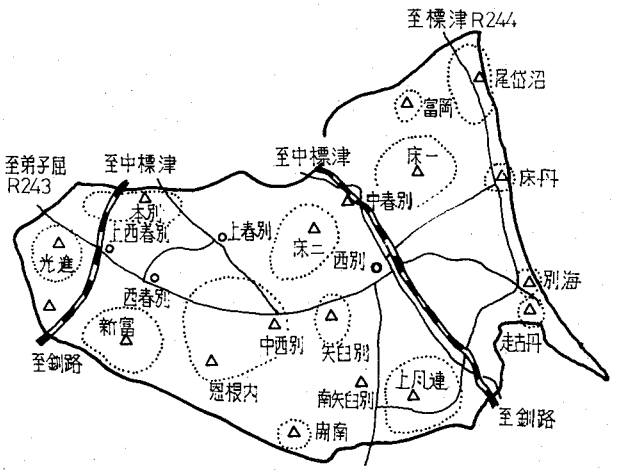
第24表　別海町の産業別就業人口（1960～1970）

産業別＼年次	1965	'60に対する増減比	1970	'65に対する増減比
	人	%	人	%
総数	8,921	△ 13.7	9,313	4.4
農業	4,918	△ 26.7	4,619	△ 6.1
林・狩猟業	177	△ 20.6	87	△ 50.9
漁・水産業	721	8.6	626	△ 13.2
鉱業	—	—	—	—
建設業	490	△ 24.6	725	48.0
製造業	326	2.2	449	37.7
卸・小売業	639	9.0	729	14.1
金融・保険不動産業	41	156.3	51	24.4
運輸・通信業	276	△ 2.5	307	11.2
電気・ガス水道業	6	△ 33.3	18	200.0
サービス業	896	21.7	1,186	32.4
公務	431	207.9	520	20.7

とるが、別海町のばあいは中標津町を中間的メディカル・センターとしてもち、それとの関係は日常生活上きわめて濃密である。

別海町の開拓農村は戦後入植によって形成されたものであるが、農家の世帯構成は夫婦家族が多く、老人をふくむ世帯は白糠町より少ない。これらの開拓農家を事例として、1972年1月に実施した地域医療調査の結果からほぼつぎの点が明らかになっている。

第11図　別海町の集落配置



（注）凡例は第9図に同じ

まず、疾病構造については調査事例104件のうち、白糠町と同じく歯の疾患を主な内容とする消化器系疾患が25.9%、気管支系など呼吸器系の疾患が19.2%、高血圧など循環器系の疾患が19.2%であった。病気にたいする農民の態度を、たとえば風邪にかかったばあい、すぐ病院へ行くか、それとも薬ですましてしまうか、という設問でみれば、後者とするものは別海町の66.6%にたいし、白糠町は77.1%であり、家庭治療の割合はむしろ白糠町のほうが高いという結果をえている。しかし、別海町は広大な後背地をかかえていることから、医療機関までの距離も遠く、とくに受診率の低い地区では薬ですましてしまう傾向が強くあらわれている。

このように別海町では依存すべき中心都市が遠いこと、「無医地区」人口の多いこと、医療機能のウエイトが低いこと、受診率の地域格差が大なること、専門医の不足していることなどが医療構造面での主要な問題であるといえる。このことを反映して、医療機関にたいする不満として医師の交替がはげしいこと、診療科目の少ないこと、通院時間と待時間が長いことなどがあげられている。このうち医師の交替をあげたものがもっとも多いが、これは医療サービスの主体が研修医に依存する公的機関であることも関連している。

急救医療については、近隣扶助のほか電話がよく利用されている点は白糠町と対照的であるが、一般に別海町のばあいには、重い疾患は別として受診をためらうケースが多い。したがって、潜在的疾患の蓄積が病気をいっそう重くする例がいくつかみられる。

この調査は地域による比較研究という組織的な調査ではないため、白糠町との比較は不十分ではあるが、同じ根釧地区であってもその社会的、経済的、地理的な条件の違いによって、そ

こにあらわれる医療現象もまた個性的であることを示しうると思う。(9)

ここに示した地域医療の末端構造は、地域医療全体における内部構造的条件を明らかにするものであって、それは、根釧地域社会において現実に展開している医療現象の構造的特質を規定しているものとしてとりおさえることができるであろう。

---

(9) 白糠町和天別地区で、ふるくから保健活動にあたってこられた開拓保健婦より、筆者に寄せられた一文があり、開拓農村の保健・医療問題について示唆するところが大きいので紹介しておきたい。

「…昭和28年4月白糠町和天別開拓地駐在保健婦として命ぜられ、昭和45年に農林省から厚生省所管に移るまで保健婦活動に従事してきました。和天別地区の入植者の大半は昭和21～22年の入植で全部が道内入植者です。入植者は引揚、復員、国鉄職員、郵便局員などで、うち農業経験者は3分の2くらいでした。入植当初の開拓農家の方々は〝明日をいかに食するか〟というギリギリの問題をかかえ、主婦は三葉、フキ、コゴミ、ワラビ、ウド、山百合などを採集して手を加え、食膳をととのえることに窮々とした食生活であったそうです。

昭和21年の入植戸数は223戸であったそうですが41年には164戸、46年には123戸となりました。夫又は妻の慢性疾患（高血圧、胃潰瘍、結核）が離農の主たる原因で、次には夫の死亡。また、子供は居ても農業を厭い家を出て働く等後継者のないため営農不振となり致し方なく離農ということになったのです。

赴任当時の交通機関は馬車で、冬は馬そりが唯一の交通機関でした。私は幸い20才代に助産婦の実地研修で習い覚えた自転車が利用出来ましたが、約20年間乗らずにいたので馬車の轍を乗りこなすには大変な曲乗りをしなければなりませんでした。春先は長靴の足首まで埋まる悪路、秋に入れば泥が自転車に喰いこみ、結局歩行以外に方法がありませんでした。

4,090ヘクタールの広範囲を如何にして健康管理すべきか考えながら、3ヶ月間の戸口調査後、開拓者も私も合理的である為にと部落の区長さん宅を尋ね、婦人会の組織作りに努力し、幸い皆様の御理解と協力により部落毎の婦人会が結成され、月1回の例会で健康相談に療養指導、食生活衛生指導、営農指導、乳牛の飼育管理など話し合える様になりました。集団の中から依頼訪問に又は聞き込み等で戸別に入りました。現在はどなたも他人と思う方々はありません。

かっては一本の農道から目的の家に達する為に何回も間違って訪れた家も、今は国道38号線が通り、いつ眠るのかと思われる程自動車の往復が烈しい道路と趣きが変りました。38号線の出来た当時5～6人の方が交通事故で亡くなるという事態もありました。

昭和35年4月から2往復のバスが運行される様になりましたが、赤字路線の為廃止となると言う話しが昭和42年度末から噂され、その為か43年春から自動車を求められる様になりました。

医療体制については、赴任当時は素人の経験者による注射、灸、取り上げ婆さん等で大体間にあっていたらしく、時には医師の往診も間に合わずタンカで運ぶ途中又は運ぶ間際で死亡し確認のためタンカを力なくかついだそうです。

昭和31年当初から「電気導入期成会」がお父さん方により結成されましたが、かげには尊い犠牲のもとで電気がつく様になりました。電気のついた時はあちこちの家から感謝の声が聞かれました。しかし一戸当りの負担金に目を白黒させ、中には自分の労働で負担金を軽くしようと、電柱となる立木の伐採に出て腰を打ち、いまだに通院している人も居ます。

昭和29年2月○○部落より一本しかない農村電話から役場にいる私に連絡が入る。途中馬そりに迎えられ現地に向う。48才の女子医師の往診を求めても、行程9.4㎞、市街にただ一軒の医師のみなかなか応じていただけず市街に下って来る様に言われ、〝電話連絡で許可を得てありますので市街に下る迄お願いします〟との事。致し方なく急造の戸板タンカを作り、被いをかけて三交代で12kmの雪道をランプの光をた

よりに縁類宅まで運び一命を取りとめた事もあります。

昭和33年秋、開拓診療所が建設されました。駐在する者もないまま34年になりました。町側の要望と保健婦業務との意見があわず現地駐在を拒み続けて居りました。現地住民の要望が強くなり議会議員を動かし働きかけて来ました。町と所属上司との種々の話し合いの結果でしよう。私に駐在するようにと低姿勢で命が下り、いたし方なく34年９月現地に住居を移し管理することになり、昭和39年３月末日まで勤務いたしました。現地住民には大変喜ばれました。月２回の主事医の巡回診療が行なわれる様になりましたが翌年からはだんだん巡回診療も減少し皆無となりました。そのうち有志の方々により医療行為がのぞまれるようになりました。私の説得は受入れられず町理事者と管理医と有志との話し合いでとうとう負けてしまい、主事医指導のもとに医療行為が余儀なくされ39年３月末迄勤務しました。これという事故もなく４年６ヶ月を夢の様に過しました事を感謝して居ります。昭和38年秋主事医が○○市へ転出することにより所属上司も他に転勤、上司より〝市街に下ってよい〟という許し、私自身も家庭事情（２人の子供が高校生となる為２人とも下宿させるには不可能でした）も加わり再び役場内に事務所を持つようになりました。当時は町、農協、婦人代表等一行11人で所属に陳情するという一幕もありました。

昭和34年12月中旬（農村電話も３本になりました）電話連絡があり○○部落の○○さんから〝家内が産気づいたように思われるが時々家のまわりを歩くので何時もと違うので一度来て下さい〟、〝何時頃から産気づきましたか〟、〝朝方の６時頃と思います〟、〝痛みは〟、〝わからない〟。取るものも取りあえず○○さん宅へ向う。子供達は学校へ行って不在、妊婦と夫の二人。妊婦の寝室に入り陣痛の様子を問い、訴えを聞きながら血圧測定の準備を始めましたところ〝発作が始まりました〟〝分娩子癇〟と直感、夫に向って〝スプーンを下さい。なければごはんベラをね、布巾かハンカチを〟と言いながら状態を見る、治った様子、オロオロしている夫をはげましスプーンと持参のガーゼで舌圧子を作る。御主人には〝自宅でお産は危険で直に胎児を出さなければ生命に危険がある〟と説明する。300メートル離れている隣の主婦の手をかり発作時の処置を依頼し、医師連絡のため電話に走り、あわせて当時町に１台しかないハイヤーを頼み、家に入り夫にあれこれと伝えながら入院準備。経済的な事をたずねると〝丁度牛を新しく入れ替える為古いのを売った金子があります〟、〝それを使っても良いのですか〟〝ハイよろしいです、お願いします〟。主事医まで着く17.3kmの行程５～６回の発作あり、時々来る陣痛を案じながら医院に送り、直に帝王切開、男子分娩しました。妊婦が正常になるまで２週間かかったと後で聞きました。その子供さんも中学生になり元気で通学中です。

昭和41年１月から患者輸送車が来る様になりました。農民は大喜びで通院治療が楽になったのですが、中には悪用する者も出る等で昭和44年３月末で輸送廃止となりました。後で聞いたのですが自家用車の増加と輸送車等のためバス利用者がなく全くの赤字路線となりバス会社から町側に申し入れがあったため廃止となったそうです。

過去の思い出を乱文で２、３書きました。入植当時（昭和21年）から10年位の間、農民は医療の恩典に恵まれず衛生の心得のある人々により例えば肩こり、腹痛、神経痛等は注射やあんま等が最高の医療であったそうです。現在は自家用車の普及でまっすぐ医師を訪れ、又疾病によっては往診を受けられる様になりました。しかし農民の共通点なのでしよう〝我慢〟型がほとんどで軽傷時の医師受診は交通が便利になっても相変らず遅れ勝ちです」。

Ⅳ 結　語

今日あらたに生成・創出されている地域医療の問題は、既存の理論的枠組や方法によっては処理しきれない社会的現実として存在している。地域医療の構造的把握は、「地域」と「医療」にたいするあたらしい観念を要求しており、それは「医療」から「地域」を透視する視点ではなく、逆に「地域」に根ざしながら「医療」をとりこむ視点であるといえよう。

ここに分析したように、医療の社会性は地域社会とのかかわりにおいて具体化されている。換言すれば、人間の地域生活そのものを根拠として、現実の医療が展開しているのである。医療における地域性の析出はまずこのことについて認識をあらたにさせるものであろう。また、地域医療における「地域」の概念についていえば、地域医療の全体構造分析をつうじ、都市―村落二分法論がすでに妥当しなくなったことを示しえたと思う。本稿では、根釧地区の分析において、社会的行為としての医療が地域住民との関係で実際にとり結ばれている行為連関の濃密性にしたがい、この地区を一個の地域社会として確認した。もとより根釧地区は、さらに別の次元での地域社会と機能的・結節的関連をもつが、この地区は相対的に自律性をもつひとつの全体社会であって、これを医療における需給の主体が相互にかかわりあう場として位置づけたわけである。

同時にまた、地域医療の構造分析はその内側からの把握の視界がなくしては十分に理解されたものとはいえない。本稿で、地域医療の末端構造と称したのは、地域医療それ自体の内部構造的特質を明らかにするためのものであった。ここで末端と称しても、それはいわゆる「へき地」に限定するわけではない。いわゆる都市の生活者においても、みずからの日々の生業活動を営んでいる地点をさしてかりにそのような表現を用いたのである。その点に関しては、都市医療の実態調査によって明らかにされなければならず、今後の課題としておきたい。

地域医療の構造分析は、医療現象を包括的にとりあつかう方法のひとつである。その課題は、地域住民生活のトータルな把握を基礎視角としながら、医療における行為の主体（それには住民、医師、看護婦、保健婦、自治体など広汎な個人、集団がふくまれよう）がいかようにして個々の主体としてあらわれ、それらがどのように相互作用するのか、そうした行為連関が「地域」を場としていちいち分析されるという点にあるといえるであろう。