

## 医療の地域的分析に関する予察的研究

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2012-05-08 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 今野, 修平 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10098/5308">http://hdl.handle.net/10098/5308</a>

## 医療の地域的分析に関する予察的研究

今 野 修 平

地理学教室

(昭和56年11月26日 受理)

### はしがき

明治維新と開国より、近代化の途を歩んできたこの1世紀余のわが国は、一面において巨大都市化の時代であり、巨大都市の形成と、その集積を活用しての経済発展を続けて、今日の発展の礎としてきた。しかしこの結果、三大都市圏<sup>1)</sup>と、それ以外の地方圏との間に、いわゆる地域格差が生じ、経済力、生活水準等、水準の差が大きくなった。このため、戦後の地域政策は、一貫して地域格差是正を目的とし、大きな努力が払われてきた。幸いにして、戦後の高度成長期、工業の地方分散等地方における経済力強化が進み、格差は1人当り所得格差をとってみても、急速に縮小される傾向にある。それでもなお全国を100とした場合、最高の東京都は149.8、最低の沖縄県は67.4と2倍以上の格差を示し、今なお大きな政策課題であるとしている。<sup>2)</sup>

一方、昭和48年秋に生じた石油危機を境に、わが国の経済社会をめぐる環境は一変した。この中で、高度成長期に急激に向上した生活水準は、特に国民の物的欲求をかなり満足させる水準に押し上げたこともあり、国民欲求の多様化傾向が顕著化し、特に質の欲求度が高まった。こうした背景もあって、地域格差が投げかける影も複雑化し、教育、文化、医療等、従来の生産環境での格差から生活環境の格差問題が大きく取上げられるようになった。

医療水準の地域格差は、従来から断片的に厚生白書等で報告されてきている。しかし医療の領域を地域的、空間的に解析、考察することは、その研究例が極めて少ない。海外ではイギリスの著名な地理学者であるL. D. Stamp が気候と病気、健康の関係を論じ、さらに死亡率、罹病率の地域的考察をとりまとめたものがあり<sup>3)</sup>、わが国では筑波大学社会医学系、基礎医学系のスタッフによる総合的研究成果<sup>4)</sup>や、靱山政子による先駆的研究もある<sup>5)</sup>。しかしこの分野の研究はこうした例外的な二三の成果しか認められないのに対し、社会問題としては大きな問題を提起し、変貌する農村での医療問題<sup>6)</sup>や、過疎地域の医療の実態報告<sup>7)</sup>、さらには現地ルポの報告<sup>8)</sup>等、多くの指摘がなされ、現実には大きな地域問題となっていることを知ることが出来る。

一方高度成長期以降、わが国の経済・社会も、国民生活も大きく変動し、今日なお激動期の最中にあるといえる。文明の発達により病気も変化するというのは定説であり、両者の基本関係を体系的に考察したシゲリストの著作もある。<sup>9)</sup> こうしたことから医療の対象となる疾病そのものが大きく動いていることも事実である。医療の地域問題が社会的に大きくなっていることと密接に関係し、かつこの問題を考える前提として理解せねばならないことでもある。

このように医療の地域問題は、かなり複雑な一面を有しながら、社会的に大きな問題となっている。早急に政策的、体系的対応が要望されている。このため国においても、国土利用の均衡を図る基盤整備の課題として、基本的政策の中で取上げている<sup>10)</sup>が、何せ国土の中で、医療に関わる諸事象が、どのような空間構造をなしているのか、体系的論説はもちろん、全体的実態把握を行ったものすらほとんどないのが実状である。要望される対応策の検討のためにもこの問題を誰かが取組まねばならない。

そこで筆者は、この分野について極めて浅学の徒ではあるが、とにもかくにも取組んでみようとしたのが拙論である。今後この領域の解明は、詳細な実態把握と、長時間に亘る解明が必要であろう。それに比べれば、この拙論は愚痴にもならぬものであることは百も承知であるが取組んだところに問題提起をした意義があると考え、とりまとめたものである。なお解折に必要な原資料は、個人調査ではとても対応しきれぬものではない。したがって、全面的に厚生省その他の調査結果を全面的に利用せざるを得ない実状である。前もってお断りしておく。

## 1. わが国の医療水準の概要

わが国の平均寿命は、1973年で男72.97才、女78.33才に達し、世界有数の長寿国となった。この水準は、世界主要国と対比すれば、なお鮮明となる。すなわち、男でわが国より長寿を誇るのは、アイスランドの73.0 (1975~76) のみであり、女ではアイスランドの79.2 (1975~76)、スウェーデンの78.50(1977)、オランダの78.4 (1977) について第4位をしめている。わが国より生活水準が高いスイス、アメリカ、西独等より、高水準を示すに至った。その上、わが国の平均寿命は、僅か50年の間に急速に高水準化したものであり、現在なお年々大きくなっていることから、間もなく世界一の長寿国になるのは確実といわれている。50年前の1930年の平均寿命は、男44.82才、女46.54才であったものが、1947年には初めて男女共50才を超えて、男50.06才、女53.96才になったが、これが1955年には男63.60才、女67.75才となり、1965年には男67.74才、女72.92才、1975年には男71.73才、女76.89才と、10年で4才前後の伸びを示している。現在世界の主要長寿国のうちで、これ程急激に平均寿命を伸ばしてきている国はなく、15年前には主要国との間に、5才以上の開きがあったものを、一気に追いつめ、追い抜くという高度成長を示した。

このように、世界一流の長寿国になったものの、老令人口比率は欧米先進諸国に比し未だ低

医療の地域的分析に関する予察的研究

く、65才以上人口比で見ると、1978年で8.6であり、アメリカの10.4（1975）、イギリスの13.6（1975）、西独の14.3（1975）より低水準にある。しかし死亡率の急速な低下は、欧米先進諸国に比しても極めて顕著であり、また2000年には、65才以上人口比が14.3になり、現在の欧米先進諸国の中でも最高水準に達するという推計もあり<sup>11)</sup> 今後さらに平均寿命が伸びることは必至とみて差支えない。このため、21世紀に向けて、高令化社会の到来が国民的課題となっているのは、周知の通りである。

このような平均寿命の高水準化は、豊かな経済生活の展開と、高度な医療水準を背景に実現し得ると一般に考えられている。したがって、世界一流の平均寿命は、それだけでわが国の医療水準の高さを物語っているが、医療施設や医療関係者で見ると、どうなるのであろうか。人口1万人当りの病床数は107.1（1978）であるが、これはイギリスの89.9（1975）、イタリアの105.8（1972）、アメリカの65.8（1975）を上廻り、スウェーデンの152.4（1974）、西独の118.0（1975）との中間に位置している。もちろん発展途上国の水準とは桁ちがいであることは、フィリピンの15.8（1973）を例にあげるまでもない。

また医療関係者の水準は、医師はイギリスと同水準であるが、イタリア、西独、スウェーデンよりはかなり低水準となっている。この傾向は歯科医師においても同様である。しかし薬剤師は日本人の薬好きを反映し、格段の高水準値を示している。看護婦は、イギリス、西独とほぼ同水準であるが、特段に高水準を示すスウェーデンに対比すると約2分の1で、高福祉社

第1表 諸外国の医療関係者

(人口10万対)

	年次	医師	歯科医師	薬剤師	看護婦
日本	1977	131.2	43.2	88.4	388.1
イタリア	1974	206	—	69	304
イギリス (イングランド・ウェールズ)	1974	131	29	28	375
スウェーデン	1975	171	86	47	731
西ドイツ	1976	199	52	50	371
フランス	1975	153	50	60	541
アメリカ	1976	168	52	68	674
フィリピン	1975	32	10	11	20
ソ連	1975	288	40	—	447

資料：外国は WHO「World Health Statistics Annual (1978) Vol. III」

日本は厚生省統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」「衛生行政業務報告」

(注) 1. 日本の医師、歯科医師は上記調査とともに未届者数を考慮して推計したものである。

2. イタリアの医師には歯科医師も含む。

3. アメリカの歯科医師、薬剤師数は、1975年度のものである。

4. ソ連については WHO「World Health Statistics Annual (1977) Vol. III」による。

会を形成するスウェーデンの一面を覗かせている。もちろん医療関係者の水準を数量だけで対比するのは極めて一面的である。国民生活に対する医療サービスは、量よりも質こそが問題である。また量的水準も、社会が持っている医療需要に対応しているこそ意味があるものであり、イタリアでは医師免許を持ったタクシー運転手がいるとの話まであり、適正な水準値は高いだけが良いとはいえない一面もある。また本来医療は、健康管理（予防）、治療、リハビリテーションの三領域があると考え、社会的体制が、この三領域に対し、どのようになっているかによって、単位人口当りの適正な医療関係者水準は当然異なってくる。したがってこうした単純な比較は危険な一面を有している。

また医療水準というより公衆衛生水準といった方が適切であるかも知れないが、乳児死亡率（出生1,000当り）をみると、わが国の水準は10.0（1975）であり、スウェーデンの8.3（1975）よりは高いが、オランダの10.6（1975）、フランスの14.7（1974）、イギリスの16.0（1975）、アメリカの16.1（1975）、西独の19.7（1975）のいずれよりも低く、すばらしい数値を示している。これに対し伝染病死亡割合は2.4（1975）であり、これは0.5から1.5の水準にある欧米先進諸国より高い割合を示しているが、これも湿潤で寒暖差の大きいモンスーン気候帯にあることも忘れてはならない条件であろう。しかし乳児死亡率を例にすれば、1940年には90.1であったものが、1950年60.1、1960年30.9、1970年13.1と急激に低下させてきた過去の実績は、他に類例をみないものであり、この間急速に医療水準が向上したことを物語っている。

以上のように、最も代表的ないくつかの指標でみる限り、わが国の医療水準は欧米先進諸国の仲間入りを果たしたということが出来よう。ただし未だいくつかの分野で、今後課題を残しているものを含有し、これらの高水準化を果たした時、真の高水準を誇る医療先進国になるという概観が出来るのではなかろうか。

## 2. 国民生活における健康の地域的構造

第2次世界大戦後、高度成長期を通して、わが国の医療水準ならびに公衆衛生の水準は急速に向上した。この結果、国民生活の中での国民健康の諸様相は、大きく変化し、今や欧米先進国の水準に達して、医療先進国の仲間入りをしたとあって良い。

例えば乳児死亡率は、1975年で（出生1,000当り）10.0であるが、これは1940年の9分の1であり先進諸国と対比しても、第1章で欧米先進諸国の水準と対比したように、世界でも指折りの水準を示し、医療先進国の中に君臨しているといえる。乳児死亡率の水準だけではなく、乳児死亡率と密接な関係があると考えられる新生児死亡率も全く同様の傾向であり、まさしく先進国の仲間入りをしたとあって良い。

しかしながら、こうした傾向は、全国一律に死亡率低下傾向を示してきているものの、今なお地域差が大きく存在している。乳児死亡率は、1977年全国平均で出生1,000当り8.9となっ

## 医療の地域的分析に関する予察的研究

たが府県別にみると最高の和歌山が12.1であるのに対し、最低の岡山は6.6で、その間に約2倍の格差が存在している。しかも乳児死亡率の低い府県は西関東から瀬戸内まで、いわゆる太平洋ベルト地帯につらなっており、東北、東関東、和歌山から九州のほぼ全域のいわゆる南海道が死亡率の高い地域を形成している。

これを平均寿命でみてみると、男の平均寿命と女の平均寿命は、地域的にみても大部分は同一傾向を示し、東北、北関東はいずれも男女共全国の中で低年齢地域を形成し、南関東、東海、京阪神、瀬戸内、沖縄は男女共全国平均を上廻る地域となっている。しかし青森、岐阜、高知、長崎等は、対全国水準対比、男と女の間には格差が認められる。しかしながら、大局的には、乳児死亡率の地域的傾向と同一傾向を示しているといえる。これは当然のことで、平均寿命の延伸は、乳児死亡率の低下が大きく寄与することから、地域的にみても、平均寿命と乳児死亡率は関係深いことはむしろ当然といえよう。

これを死亡率でみると、若干異なる傾向を示す。死亡率の高い地域は秋田、山形、福島、新潟、長野、山梨、富山、福井という日本海沿岸地域と、三重、和歌山、中国、四国、九州という西日本・南海道地域であり、東海道メガロポリス地域は低率を示している。これは医療水準との単純相関だけでなく、各府県における年齢別人口構成と密接に関係していると考えられる。高度成長期人口流出の激しかった地方圏は、若年層人口の不足による高齢化が進展し、これが人口当りの死亡率を高めることになる。若年層流入の激しい大都市圏が低い死亡率を示しているのはこのためと考えられる。このため、死亡率を昭和35年人口を基準とする訂正死亡率でみると、秋田、青森、栃木、徳島、茨城の順となり、北東北、北関東、南四国、鹿児島、長崎が高率地域を形成している。これらの地域はいずれも平均寿命、乳児死亡率とほぼ同一の傾向を示し、特有の課題を有する地域が広く存在していることを示している。

これに対し低体重児（体重2,500g以下）の出生率は西高東低の傾向を示し、九州各県は東日本に対し、1%以上の高い率を示している。明らかな地域差を認め得るもので、今後の研究に期待せねばならない問題である。従来、栄養摂取状態や医療技術の向上等から説明されているが、この問題は日本人の民族学的構成や妊婦の社会環境等、もっと多因的なものと考えざるを得ない。

また新生児の平均体重でみると、中央日本で軽く、東北、関東、四国、九州で大きい傾向を示しているが、これも興味深い課題である。

これらの問題は、いずれもわが国のマクロ的な地域構造と深く関係しているように思えてならない。このうち民族学的研究との境界領域の課題を別にすれば、いずれもわが国人口の地域的な諸現象と密接に関係するものであり、かつ地域の社会環境の質と水準に大きく関係すると思われてならない。したがって、平均寿命にせよ、死亡率にせよ、医療の問題として内生化する課題と、社会問題として外生化しなければならない問題と、二面を有するといえよう。最も基礎的な平均寿命、死亡率等は、かくしてわが国の地域構造を知る上で、重要な指標であり、

第2表 平均寿命，死亡出生の指標と県民所得

	1人当り県民所得	平均寿命		人口1,000対死亡率	出生1,000対乳児死亡率	低体重児			1人当り県民所得	平均寿命		人口1,000対死亡率	出生1,000対乳児死亡率	低体重児	
		男	女			男	女			男	女				
北海道	C	C	C	B	C	C	C	滋賀	C	B	D	C	C	C	D
青森	E	E	C	C	D	D	A	京都	B	A	B	C	B	C	D
岩手	E	E	D	C	D	C	C	大阪	A	B	B	B	B	C	D
宮城	C	B	B	C	D	C	C	兵庫	C	B	B	C	B	D	C
秋田	E	E	E	D	D	B	A	奈良	C	A	B	C	B	C	B
山形	D	D	D	D	B	A	B	和歌山	D	C	C	D	E	D	E
福島	D	D	D	D	C	D	E	鳥取	D	C	B	E	B	D	D
茨城	D	D	D	C	D	C	B	島根	E	B	A	E	B	E	E
栃木	C	D	D	C	D	B	C	岡山	C	A	A	D	A	D	C
群馬	D	C	D	C	B	B	B	広島	B	A	B	C	C	D	B
埼玉	C	B	C	A	B	A	B	山口	D	C	B	D	C	C	B
千葉	C	B	B	B	C	B	B	徳島	D	D	D	E	A	B	D
東京	A	A	A	A	A	B	C	香川	D	B	B	D	C	D	A
神奈川	A	A	A	A	A	C	B	愛媛	D	C	C	D	A	D	D
新潟	D	C	C	D	C	B	A	高知	D	E	C	E	C	D	E
富山	C	C	C	D	C	D	B	福岡	B	C	B	C	B	D	D
石川	C	B	C	C	C	D	D	佐賀	D	C	C	D	D	E	E
福井	D	A	C	D	B	C	D	長崎	D	D	B	D	B	D	E
山梨	D	B	B	D	B	B	D	熊本	D	C	C	D	E	E	E
長野	C	A	B	D	C	A	B	大分	D	C	C	D	E	D	B
岐阜	D	A	D	C	B	C	C	宮崎	E	D	C	D	E	D	E
静岡	C	A	A	B	B	C	E	鹿児島	E	D	C	E	E	E	E
愛知	B	A	C	B	B	C	C	沖縄	E	A	A	A	E	E	E
三重	D	B	C	D	C	E	D	全国	100			6.1	8.9	5.1	6.0

1人当り県民所得 110 以上A, 100 以上B, 90 以上C, 80 以上D, 80 未満E(1975)  
 平均寿命 男72.00以上A, 71.50以上B, 71.00以上C, 70.50以上D, 70.49未満E(1975)  
 女77.50以上A, 77.00以上B, 76.50以上C, 76.00以上D, 75.99未満E(1975)  
 人口1000対死亡率 4.9 以下A, 5.9 以下B, 6.9 以下C, 7.9 以下D, 8.0 以上E(1977)  
 出生1000対乳児死亡率 7.9 以下A, 8.9 以下B, 9.9 以下C, 10.9 以下D, 11.0 以上E(1977)  
 低体重児 男(%) 4.6 以下A, 4.9 以下B, 5.2 以下C, 5.5 以下D, 5.6 以上E(1977)  
 女(%) 5.5 以下A, 5.8 以下B, 6.1 以下C, 6.4 以下D, 6.5 以上E(1977)

厚生省「人口動態統計」経済企画庁「地域経済総覧」より作成

領域であると考えられる。

このため、今後都市化の進捗度とか、地域環境整備水準との相関度等、分析、考察を進めていく必要があるが、少くともこれらの地域現象が、概して太平洋ベルト地帯で好ましい数値を示し、東北日本、西南日本で問題を抱えている傾向が強い。これは現代のわが国が持つ最も根本的な国土構造と一致しているように思えてならない。都市化、工業化が最も進み、長い歴史の中でも常に全国に先駆けて生産性の高い産業を展開してきた関東から北九州に至るいわゆる中央日本と、これに比して資本蓄積が遅れ、生活水準や地域経済の発達が低水準にある東北日本と西南日本からなるわが国の地域構造と一致している傾向である。

そこでこうしたわが国の地域構造を、端的に示す1人当り県民所得を指標としてこれとの関係を考察してみる必要がある。生活水準を示す最も好適な指標といわれる1人当り県民所得は高度成長期を通して大都市圏と地方圏の格差が急速に是正されてきた。1950年代、過半数の県は全国水準100に対して50以下の水準であったが、1970年代後半には大半の県は80前後に達してきている。しかし今なお地域格差が存在し、全国水準100とした場合、110以上の高水準を示しているのは東京、神奈川、大阪があり、100以上を示すのは愛知、京都、広島、福岡が加わる。これに対し最低水準を示す県としては、青森、岩手、秋田、島根、宮崎、鹿児島、沖縄の7県が80以下となっており、明らかに中央日本が高く、東北日本、西南日本に低い構造を示している。

1人当り県民所得の水準は、男女の平均寿命と極めて密接な関係を示している。一部府県では1人当り県民所得が低いにもかかわらず、平均寿命が長い県もある。青森、鳥取、山口、香川、長崎、の諸県は女が、福井、長崎、岐阜、三重、奈良の諸県は男が、山梨、静岡、島根、岡山、香川、沖縄の諸県では男女共に1人当り県民所得の水準の低さの割合には平均寿命が長くなっている。このような所得水準と平均寿命の水準格差にも、地域の特徴を見出すことが出来る。男の平均寿命が相対的に高い地方は中央日本の諸県であるが、中央日本の中で都市化や工業化が十分に進んだとはいいい難いという点でも共通している。男女共平均寿命が長い県は、温暖な諸県が多い。これらの例外的現象は見受けられるものの、全般に極めて密接な関係にあり、1人当り県民所得の高い府県は、平均寿命も長いといって良い。この傾向は世界的にも共通した傾向であり、平均寿命の長い国は、いずれも所得の高い先進諸国に多い。平均寿命は所得水準と極めて密接な関係にあるといえるが、これは平均寿命が社会的には総合的な成果としての性格を有している証拠であろう。

1人当り県民所得との相関では、乳児死亡率、死亡率共に強い相関を示している。全く同様の考察をなし得るものである。これに対し新生児の平均体重は、所得の低い東北日本と西南日本で大きいのが、これは単純に考えると妊婦の栄養水準や胎児の成育状況等、所得と逆相関ではないかとも考えられるが、一方で医療水準の高さが妊産婦の健康管理を徹底的に行っていることや、都市居住者の体力的低水準等が関係しているとすれば、やはり社会的な地域構造と密接に



関係していると言わねばならないであろう。

### 3. 疾病の地域的構造

国民生活のなかでの健康の地域構造が、社会的な地域構造と密接に関係していることが考察されたのに対し、疾病の地域現象はどうであろうか。疾病が地域現象として注目を集めたのは、いわゆる風土病と呼ばれる局地的な疾病からで、L. D. Stamp の研究もまさしくこの点に注目した研究であった。<sup>12)</sup>

わが国でも、ツツガムシ病の発生地は、阿賀野川河口附近等、発生地が局限されていたし、沖縄八重山群島におけるマラリアによる集落廃棄等、高度成長期以前までは大きな社会問題として局地的な風土病と呼ばれるものが残されていた。また赤痢、コレラ、トラコーマ等の伝染病が、衛生状態の悪い地域に多発したこともあって、医療水準の低かった戦前においては、都市社会学や地理学の中でもかなりの問題意識を持たれていた。

しかしながら、風土病や大部分の伝染病を克服し、世界の先進諸国の仲間入りを果たしたわが国において、疾病が地域と関係をなくしたかというところには考えられない。財団法人「健康・体力づくり事業財団」が、厚生省の協力でとりまとめた「主要疾患死亡率の分布図」によれば、いくつかの地域的特徴が明らかにされている。<sup>13)</sup>すなわち、胃ガンは北陸から東北の日本海沿岸で死亡率が高く、脳卒中は富山、長野、静岡以東の東日本での死亡率が高い。これに対し肝硬変は西日本に偏在し、東日本では山梨、静岡が高い地域として抽出される。結核も西日本に集中しているが、東日本では北海道、青森、岩手県北部の北日本で高くなっている。

このように、平均寿命が伸び、高令化社会といわれる現在、社会的に最も大きな問題となっているいわゆる成人病と呼ばれる主要疾病についても、明らかに地域構造として把握出来る特性を有している疾病もある。もちろん今回の調査を通してみても、結腸ガン、直腸ガン、糖尿病等は散在型であるとの結果が出ているから、すべての疾病に地域構造を認め得るわけではない。またわが国を東西ないしは南北にという地域分布で明瞭になるのではなく、肺ガンや乳ガンのように大都市型、工業地域型を示すものもあり、その特性を地域的に特徴づけるのも一律にはいかない。沿岸地域か山間部かという地域区分で見れば、ガンは沿岸地域に、脳卒中は山間部に多いという報告も出ている。

こうした地域構造については、今後十分に調査がなされなければ、断言的なことは言えない一面を大きく残しているものの、容易に推察し得るのは、気候、大気環境、地形、植生、水質等自然環境の地域的差異、食生活等歴史的・伝統的・文化的生活慣習の地域的差異、職業、居住環境、地域の医療水準や健康管理体制等社会環境の地域的差異が大きく影響していると推察することが出来る。これはまさしく地域そのものであり、地域を研究対象とする地理学の研究課題に他ならない。

第3表 主要死因別死亡率の対全国比水準(1976)

	脳血管患	悪性新物	心疾患	事故死	老衰	肺炎	高血圧	全結核		脳血管患	悪性新物	心疾患	事故死	老衰	肺炎	高血圧	全結核
北海道	A	C	B	B	A	B	A	C	滋賀	D	D	D	C	C	C	C	C
青森	C	C	C	C	C	D	A	D	京都	B	D	C	B	C	B	B	D
岩手	E	C	C	C	A	E	B	C	大阪	A	B	B	A	A	A	B	D
宮城	D	C	B	C	A	B	B	A	兵庫	D	C	B	B	C	A	B	D
秋田	E	E	C	C	B	D	B	B	奈良	C	D	C	B	B	B	B	C
山形	E	E	D	C	D	C	B	B	和歌山	D	E	D	C	E	B	B	E
福島	E	D	C	D	C	D	B	B	鳥取	E	E	E	D	D	C	C	B
茨城	D	C	C	D	C	C	B	A	島根	E	E	E	C	E	E	E	D
栃木	E	C	C	C	B	C	B	B	岡山	D	E	D	D	D	D	B	C
群馬	D	C	C	C	B	D	A	B	広島	C	D	C	C	C	C	B	B
埼玉	A	A	A	A	A	A	A	A	山口	D	E	D	D	C	D	D	D
千葉	B	B	B	B	B	A	B	B	徳島	E	D	E	D	D	E	D	E
東京	A	B	A	A	A	A	A	B	香川	C	E	D	E	C	D	B	D
神奈川	A	A	A	A	A	A	A	B	愛媛	D	E	D	E	E	C	C	C
新潟	E	E	B	C	C	D	C	B	高知	E	E	E	E	D	E	C	D
富山	D	E	C	C	B	D	A	C	福岡	B	D	C	B	B	B	C	D
石川	C	D	C	C	C	C	B	C	佐賀	D	E	E	D	C	E	E	E
福井	D	E	D	C	D	C	C	C	長崎	D	E	C	C	B	D	E	D
山梨	E	E	C	C	B	D	A	C	熊本	D	E	D	C	C	C	E	E
長野	E	D	D	B	C	C	B	A	大分	E	E	E	D	C	E	D	E
岐阜	D	C	C	B	C	B	B	D	宮崎	D	D	D	C	B	D	D	E
静岡	C	B	C	B	B	B	B	C	鹿児島	E	E	D	D	D	E	E	E
愛知	B	B	B	A	A	A	B	C	沖縄	A	A	A	B	E	B	A	A
三重	D	D	D	D	C	C	C	C	全国	154.5	125.3	92.2	28.0	26.4	32.6	17.6	8.5

脳血管疾患 200以上E, 175以上D, 150以上C, 125以上B, 125未満A (対人口10万)

悪性新生物 145以上E, 130以上D, 115以上C, 100以上B, 100未満A "

心疾患 130以上E, 110以上D, 90以上C, 70以上B, 70未満A "

事故死 40以上E, 35以上D, 30以上C, 25以上B, 25未満A "

老衰 50以上E, 40以上D, 30以上C, 20以上B, 20未満A "

肺炎 45以上E, 40以上D, 35以上C, 30以上B, 30未満A "

高血圧 30以上E, 25以上D, 20以上C, 15以上B, 15未満A "

全結核 12.5以上E, 10.0以上D, 7.5以上C, 5.0以上B, 5.0未満A "

厚生省「人口動態統計」より作成

しかしながら、疾病が示す地域構造は、平均寿命や死亡率という健康指標が示す地域構造と基本的に異なり、日本列島が持つ自然的な地域構造と極めて深い関係を有しているように思えてならない。脳卒中の大きな原因の一つが、寒冷な気象であり、それ以上に大きな原因になるのは貯蔵食品の摂取による塩分のとり過ぎにあるといわれている。後者は食生活とはいえ、結局地域の持つ自然条件と深く関係することであり、1人当たり県民所得や、都市化という社会現象とは別の、地域が本来持つ自然特性が、直接間接多層的に影響してこうした地域構造を示すようになったと考えるのが妥当のように思えてならない。

このような推論が正しいとするならば、疾病の地域構造は、平均寿命や死亡率という健康指標とは全く異なる地域構造を日本列島の上に展開するから、今後考察を進めるに当たっても、十分に配慮しておかねばならず、場合によっては解析の方法論や対策立案も、別の視点に立ってなさねばならなくなる可能性を有しているといえよう。

#### 4. 医療水準の地域構造

一般的な健康指標、疾病の両面から地域構造を探ってきたが、これに対処している医療の施設および関係者が持つ地域構造はどのようなものであるか。

わが国の医療関係者の人口10万人当りの率は、医師121.2、歯科医師40.0、薬剤師88.4であるが、これも地域間での格差が大きく、社会問題として大きな問題を提起している。すなわち医師では、最高の石川県では、人口10万人当り172.2であるのに、最低の沖縄県では68.1であり、歯科医師でも最高の東京が67.4を示すのに、沖縄県では17.2と約4分の1にしかすぎない。薬剤師は最高の東京が141.6であるのに、最低の青森県は42.4である。

このように地域差があることは、当然のことながら地域差を生じる地域的な要因があるものと考えられる。地域別の医療水準を表わす指標として、医師、歯科医師、薬剤師の医療関係者を、また医療施設として病院病床率、診療所病床率、病院率をとってみると、平均寿命や疾病とはまた異なる地域構造を示している。

もちろん医療の水準を、こうした量的水準のみで推察するのは、ことが医療であるだけに問題も多い。医療という人の生命と直接かかわるだけに、量よりは質が問題である。ことに最近の医療技術と医学の進歩は、極めて高度な水準に達し、臓器移植すら行なわれていることが報導される状況であるから、量でもって医療の水準をみることはむしろ当を得ていないくらいすらある。また健康管理システムや検査の技術が向上していることからしても、単に病院としてだけで統計的に統一してしまうことには、多くの問題があろう。しかし現在時点においては、質の水準を統計的に表現することは難事であり、地域的考察を加えるのは不可能に近い。したがって、限界を承知で既応の資料によらざるを得ないのが実態である。

さて以上のことを前提として、医師の地域的分布は、宮城、東京、石川、京都、大阪、鳥取

医療の地域的分析に関する予察的研究

第4表 府県別医療水準(1977)

	医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師	病 床 数		病 院		医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師	病 床 数		病 院
				病院	診療所						病院	診療所	
北海道	C	D	D	B	C	C	滋賀	D	E	D	D	E	E
青森	C	E	E	B	A	D	京都	A	B	B	C	E	C
岩手	B	C	E	C	B	D	大阪	A	A	A	D	E	E
宮城	A	C	C	C	B	D	兵庫	B	C	C	D	D	E
秋田	C	E	E	C	C	D	奈良	C	D	C	D	D	E
山形	D	E	D	D	C	E	和歌山	B	B	C	C	D	D
福島	C	D	D	B	C	D	鳥取	A	C	C	B	C	D
茨城	D	E	E	D	D	C	島根	C	D	E	C	C	D
栃木	C	D	D	C	D	D	岡山	A	B	D	A	D	B
群馬	B	D	D	D	C	D	広島	B	B	C	C	C	C
埼玉	E	E	D	E	E	E	山口	B	C	D	B	C	C
千葉	D	D	D	E	E	D	徳島	A	D	A	A	B	A
東京	A	A	A	C	D	D	香川	B	C	C	A	B	B
神奈川	C	B	C	E	E	E	愛媛	C	D	D	B	B	B
新潟	C	B	E	D	D	E	高知	B	D	C	A	B	A
富山	C	D	A	B	C	A	福岡	A	A	C	B	B	C
石川	A	C	B	A	D	A	佐賀	C	C	D	B	A	B
福井	C	E	D	B	C	B	長崎	A	C	D	B	A	C
山梨	D	B	D	C	D	D	熊本	A	D	D	A	A	B
長野	C	C	C	C	D	D	大分	C	B	D	B	A	B
岐阜	C	C	C	D	E	D	宮崎	C	E	E	A	B	A
静岡	D	C	C	E	D	E	鹿児島	B	E	E	A	B	A
愛知	C	B	B	D	E	D	沖縄	E	E	D	E	D	E
三重	C	D	D	C	D	D	全 国	121.2	40.0	88.4	1057.3	236.5	7.4

医 師 140以上A, 120以上B, 100以上C, 80以上D, 80未満E(対人口10万)  
 歯 科 医 45以上A, 40以上B, 35以上C, 30以上D, 30未満E //  
 薬 剤 師 120以上A, 100以上B, 80以上C, 60以上D, 60未満E //  
 病 院 病 床 1,400以上A, 1,200以上B, 1,000以上C, 800以上D, 800以下E //  
 診 療 所 病 床 450以上A, 350以上B, 250以上C, 150以上D, 150以下E //  
 病 院 12.0以上A, 10.0以上B, 8.0以上C, 6.0以上D, 6.0以下E //

厚生省「医療施設調査」「医師、歯科医師、薬剤師調査」より作成

岡山、徳島、福岡、長崎、熊本と、いずれも大学医学部または医大の設立が早くからなされた学都を有する府県が高水準を示し、逆に巨大都市周辺の人口急増県が低水準を示している。これは高度経済成長期、激しく人口を集めた巨大都市化に対して、医師の地域移動が追いつかなかったことを示している。古い大学所在県に医師が多いということは、医師が移動性の小さい職業集団であることを物語っているかも知れない。

これに対し歯科医師、薬剤師は、地方居住が少ない傾向を強く持ち、巨大都市周辺の県のみでなく、北東北、南九州等の地域が低水準を示している。

東京、京都、大阪、福岡の巨大都市では、いずれの分野も高水準を示し、医療水準高水準化地域を形成しているが、反対に沖縄は全ての面で最低の水準であり、今後の充足に大いに期待せねばならない。

医療施設については、巨大都市周辺県の低水準は、医療関係者の分布と同様であり、巨大都市周辺での医療問題が、人と施設の両面に亘って、根深い地域問題となっていることを物語っている。病床数、病院数共、四国、九州は概して高水準であるのに対し、東北は巨大都市周辺県程ではないが、比較的 low水準であり、底流に西高東低の構造を伺うことが出来る。また巨大都市は病院数、診療所病床数ではいずれも低水準であり、医療関係者の集中と逆の関係が出ているが、これは病院の規模ならびに大学の存在により影響を受けているものと考えられる。逆に九州等地方の県においては、小規模診療所、小規模病院が多く、施設があれど医療関係者が少ないという、典型的な過疎型の医療体系になっていることが推察される。

このように医療関係者ならびに医療施設の地域構造は、平均寿命や疾病とは全く異なる構造を示しており、その要因は教育機関の所在や、行政の努力等いわば人為的要因に基づくことが大きいように推察される。これは資本主義社会における経済活動に主因を置くと考えられる。地域の所得水準と密接な関係があると推測される平均寿命等、国民生活の中での健康面と、依然自然的風土や歴史的な生活慣習に起因を持つと考えられる疾病の地域構造とはまた異なる構造で、明治以降、約1世紀間の医療の地域行政と深くかかわるものであり、医療行政の展開によっては、前2者よりは相対的に容易に是正し得るのではないかと考えられる。

##### 5. 今後の研究と対策への課題 ～あとがきにかえて～

以上主として3方向より限られた資料の許で、地域的考察を試みた。今後この領域の研究が進めるには、先ず第1に資料の整備が必要である。基礎的資料の不足は問題の検討を根底から不可能にするから、資料整備から取りかからねば、この領域の研究の発展は望めない。資料の整備に当たっては、広域的かつ広範に、大量の資料収集と解析をしなければならないから、個人的には無理で、組織的取組みが重要である。

第2に本予察により大胆に推察するには、医療を構成するそれぞれの分野が、地域的空間的

に投影している構造は、それぞれに異なる要因を背景に持っていると考えられる。したがって今後医療に関する地域的解析を進め、この領域を科学的体系的にとりまとめるためには、論理構築上も、方法上も、これを念頭に取組まねばならないと考えられる。同時に医療地理学(Medical Geography)の体系には、この三つの領域があり、さらに地域的医療政策論が加わらねばならないように思えてならない。その意味からすると、今迄の数少ない先学の研究成果は、我々にその一部分を明らかにしてくれたに過ぎず、医学の進歩と共に、研究領域は大巾に拡大し、しかも医療行政への高まりの中、社会的にも今後の研究体系化を求められることになるのではなかろうか。

今回の予察的解析では、現在問題となっている地域医療や、医療施設の体系的配置論等、具体的な問題や施策まで結び得なかった。今後に残された問題である。しかしながら今回の考察の中で、医療の領域の地域格差が極めて大きいことを更めて認識せざるを得なかった。この格差是正は、今後の行政展開の上で、ますます強く要望されてくることは間違いない。これに対して、官学一体となって取組まねばならぬ課題であろう。しかもこれは、1人当り県民所得と深い相関があることから判明するように、他の地域行政と一体的に進められなければ実効は上らない可能性を有している。このためにも医療の地域構造に関する研究は、実益的な問題を提起することであろう。

本論はこれに対し、あまりにも初歩的かつ独断的推論に終始し、十分に切り込めなかった。

しかしこれを契機に、今後もこの問題に対し、微力でも断続的に取組みたいと考えている。関係各位の御鞭撻と御指導を期待して、問題提起の拙論のまとめにかえておきたい。

註

1. 東京, 埼玉, 千葉, 神奈川, 愛知, 三重, 京都, 大阪, 兵庫の9都府県を指す。
2. 国土庁 第3次全国総合開発計画, 1977
3. L. D. Stamp 著今井清一訳, 医学地理学の諸問題 1973 法律文化社
4. 山口誠哉編 疾病の地理病理学 1980 朝倉書店
5. 梶山政子著 疾病と地域季節 1971 大明堂
6. 大牟羅良, 菊地武雄著 荒廃する農村と医療 1971 岩波書店
7. 過疎地域問題調査会 地方振興対策報告書 一過疎地域における医療の確保— 1978
8. 毎日新聞大分支局 病める地域医療 1981 葦書房
9. シゲリスト著 松藤元訳 文明と病気 上・下 1973 岩波書店
10. 2に同じ
11. 厚生省人口問題研究所 日本の将来推計人口 1976
12. 3に同じ
13. 1981年11月3日付 読売新聞(朝刊)による