

高齢社会における地域医療の持つ可能性

新井, 光吉

<https://doi.org/10.15017/1098>

出版情報：経済学研究. 69 (5/6), pp.65-103, 2003-03-31. 九州大学経済学会
バージョン：
権利関係：



高齢社会における地域医療の持つ可能性

新井 光 吉

はじめに

I 老人医療費と地域医療

II 地域医療の先駆的実践

III 高齢化社会の地域医療

IV 地域医療の限界と可能性

むすび

はじめに

日本は1970年に高齢化社会(高齢化率7%)を迎えたが、その後も先進国中、最速で高齢化が進み、1994年には高齢社会(同14%)に達し、2006年には超高齢社会(同20%)に突入すると予想されている。このような高齢化の進展に伴って、痴呆や障害を抱えながら寝たきりになる高齢者の数も激増している。そうした中で1980年代後半以降、日本の福祉関係者達が老人福祉の先進国である北欧(特にデンマークやスウェーデン)を頻繁に視察に訪れるようになり、「寝たきり老人ゼロ」、低医療費と質の高い医療の両立、医療と保健・福祉の連携などの実態を知ることになったのである。そして今日では、高齢障害者ケアは医療重視よりも福祉重視へという方向が世界的な趨勢であり、費用効率の面でも優れていると看做されるようになっている。

しかし、こうした高齢者ケアの考え方は何も外国でのみ行われてきたのではなく、日本でも地域、特に農村地域の自治体では戦後間もない

時期から地域医療活動として実践されてきたのである。特に佐久総合病院(長野県)の農村医療の成果は他の農村地域における追従者を作り出し、都市地域でも「大都市の中における佐久病院」を目指して「都市の地域医療」を標榜する病院が次々と現れてきているのである。

ところで、地域医療(community medicine)は全国国保学会(現社団法人全国国民健康保険診療施設協議会の前身)によって初めて使用された用語で、1961年以降、予防と治療の一体的運営を地域的に展開することによって大きな成果を挙げてきた。もちろん、地域医療は医師だけではなく看護婦、保健婦その他多くの協力者とチームを組み、関係諸機関との緊密な連携を行う必要があった。だが、現実的には各職種間の思い込みの相違や、行政と現場との医療に対する微妙な取り組み方のずれなどがあり、必ずしも円滑に機能しているとはいえなかった。しかも、地域医療は地域住民の誰もが包括的医療をいつでもどこでも受けられるような体制を整えて置かなければならなかったのである。¹

とはいえ、医療は治癒を目的とする限り、勝利なき闘いだといわれている。医療の対象となる患者はやがて何らかの形で必ず死に至るから

1 包括的医療は疾病の治療に止まらず、健康増進から疾病予防、早期発見、リハビリ(社会復帰)までを包括する広い医療を指している(若月俊一『農村医療にかけた30年』日本図書センター、1997年、291頁)。

である。そう考えれば、地域医療や地域福祉の役割は住民の素晴らしい生と同時に素晴らしい死を保障するものであるべきであろう。現在、多くの人々は住み慣れた自分の家で死にたいと望んでも容易に叶えることができない。そこで、地域医療の役割は保健や福祉と連携して、住民が自分の思い通りに死ぬるように支えることにあるといっても過言ではない。²

地域医療は1980年頃までは保健と医療の連携を志向していたが、急速な高齢化の波が押し寄せる中で、「長寿の競争」よりも保健・医療・福祉の連携を図りながら高齢障害者達が「生きていてよかった」といえるような地域づくりを志向するように変化してきた。この頃になると、従来地域医療に冷淡であった大学病院や大病院も「都市の地域医療」を唱えるなど、医療関係者の全てが地域医療という言葉の口にするようになったのである。³

そこで、本稿は戦後日本で展開されてきた地域医療の実態と意義を代表的な実践例をいくつか取り上げながら明らかにし、医療保険財政逼迫の中で医療の質を維持しながら医療費を抑制するためのヒントを探ってみようと思う。

I 老人医療費と地域医療

[1] 老人医療費の地域的特徴

まず1人当たり医療費を都道府県別に見ると、1995年度では第1表のように千葉県と埼玉県が17.7万円でも最も低く、以下は神奈川県(18.9万

円)、滋賀県(19.7万円)、茨城県(19.3万円)、宮城県(20.1万円)、静岡県(20.1万円)、長野県(20.2万円)、栃木県(20.2万円)の順となっている。1999年度では、埼玉県(18.9万円)で最も低く、これに千葉県(19.0万円)、神奈川県(20.2万円)、滋賀県(20.7万円)、茨城県(21.1万円)、宮城県(22.0万円)、栃木県(22.0万円)、静岡県(22.0万円)、長野県(22.2万円)、愛知県(22.2万円)などが続いている。1995年度に8位、1999年度にも9位を占めていた長野県は1人当たり医療費の低さで上位グループに属していたが、地域医療が充実していることで有名である点を考えると、やや意外の観がある。

これは各都道府県の医療費が第2表に見られるような高齢化率の相違によって大きく影響されるからである。というのも、高齢者1人当たりの医療費は非高齢者の約5倍も掛かるので、高齢化率の高い県はそれだけ医療費が高くなるからである。1999年度の高齢化率は全国平均では17.0%であったが、長野県は21.3%にも達し、全国では9位を占めていた。もちろん、1人当たり医療費の低さで上位10位までを占める都道府県の中では長野県の高齢化率が最も高かった。つまり、都道府県の1人当たり医療費が真に低いかどうかを正確に把握するためには高齢化率の相違の影響を排除しなければならない。それには第3表に示したような年齢構成の違いによる給付費の高低の影響を除去して各市町村の医療費を比べるための指標である地域差指数(全国平均は1)で見る必要がある。

そこで、第3表を見ると、医療費が最も低いのは千葉県で、以下10位までは長野県、茨城県、埼玉県、静岡県、山形県、山梨県、栃木県、群馬県、神奈川県の順となっている。対照的に医療費が最も高いのは北海道で、以下10位までは

2 斎藤芳雄『死に場所づくり』教育資料出版社、1992年、3-4頁。

3 鎌田實「生活に根ざした地域医療—諏訪中央病院の実践」長野大学産業社会学部編『信州の地域医療と福祉 保健・医療・福祉の連携を求めて』郷土出版社、1996年141-142頁。

第1表 都道府県別1人当たり医療費・平均寿命(単位：千円、歳)

都道府県	医療費		平均寿命		都道府県	医療費		平均寿命	
	1995	1999	男性	女性		1995	1999	男性	女性
北海道	285	306	76.55	83.41	滋賀	192	207	77.13	83.20
青森	247	266	74.71	82.51	京都	241	254	77.14	83.44
岩手	241	258	76.35	83.41	大阪	241	257	75.90	82.52
宮城	201	220	77.00	83.32	兵庫	224	241	75.54	81.83
秋田	259	298	75.92	83.12	奈良	213	223	77.14	82.96
山形	218	242	76.99	83.23	和歌山	248	270	76.07	82.71
福島	230	246	76.47	82.93	鳥取	244	263	76.09	83.59
茨城	193	211	76.32	82.87	島根	257	280	76.90	84.03
栃木	202	220	76.12	82.76	岡山	255	274	77.03	83.81
群馬	210	223	76.98	83.12	広島	258	280	76.77	83.66
埼玉	173	189	76.95	82.92	山口	273	296	76.36	83.57
千葉	173	190	76.89	83.19	徳島	289	311	76.21	83.17
東京	215	232	76.91	83.12	香川	260	284	76.43	83.28
神奈川	187	202	77.20	83.35	愛媛	262	284	76.43	83.28
新潟	223	241	76.98	83.66	高知	316	339	76.18	83.57
富山	250	269	77.16	83.86	福岡	274	294	76.12	83.44
石川	267	276	77.16	83.54	佐賀	275	293	76.26	83.43
福井	244	260	77.51	83.63	長崎	290	314	76.15	83.23
山梨	213	231	76.82	83.67	熊本	280	300	77.31	84.39
長野	202	222	78.08	83.89	大分	269	295	76.83	83.61
岐阜	214	232	77.17	83.00	宮崎	249	278	76.53	83.66
静岡	201	220	77.22	83.70	鹿児島	278	311	76.13	83.36
愛知	211	222	76.90	82.80	沖縄	210	229	77.22	85.08
三重	217	233	76.76	83.02					

(資料)厚生労働省ホームページから作成。平均寿命は1995年の数字。

第2表 都道府県別高齢化率 (1999年度、単位：%)

都道府県	高齢化率	都道府県	高齢化率	都道府県	高齢化率	都道府県	高齢化率
全 国	17.0	千 葉	14.0	三 重	18.4	徳 島	21.4
北 海 道	19.4	東 京	15.5	滋 賀	15.8	香 川	20.5
青 森	18.9	神 奈 川	13.8	京 都	17.1	愛 媛	21.0
岩 手	21.0	新 潟	20.9	大 阪	13.5	高 知	22.8
宮 城	19.9	富 山	20.3	兵 庫	16.5	福 岡	18.2
秋 田	22.8	石 川	18.4	奈 良	16.1	佐 賀	20.0
山 形	22.7	福 井	19.8	和 歌 山	20.5	長 崎	20.4
福 島	19.9	山 梨	19.4	鳥 取	21.6	熊 本	20.9
茨 城	16.3	長 野	21.3	島 根	24.5	大 分	21.3
栃 木	16.8	岐 阜	17.8	岡 山	19.6	宮 崎	20.3
群 馬	17.9	静 岡	17.2	広 島	20.8	鹿 児 島	22.4
埼 玉	12.4	愛 知	13.6	山 口	21.9	沖 縄	13.4

(資料)平成12年度版老人保健福祉マップより作成。

第 3 表 入院・入院外・歯科別地域差指数

	地 域 差 指 数							
	計	順 位	入 院	順 位	入院外	順 位	歯 科	順 位
全 国 計	1.000		1.000		1.000		1.000	
北海道	1.270	1	1.465	1	1.072	5	1.140	3
青森県	0.981	26	1.000	27	0.984	20	0.828	41
岩手県	0.957	29	1.050	22	0.866	45	0.859	35
宮城県	0.927	35	0.894	36	0.972	22	0.882	32
秋田県	0.972	27	1.010	25	0.942	28	0.885	29
山形県	0.880	42	0.875	38	0.891	42	0.833	38
福島県	0.954	31	1.011	24	0.909	39	0.830	39
茨城県	0.868	45	0.835	42	0.910	38	0.840	36
栃木県	0.891	40	0.869	40	0.920	35	0.867	33
群馬県	0.897	39	0.896	35	0.909	39	0.827	42
埼玉県	0.869	44	0.810	46	0.926	32	0.923	23
千葉県	0.832	47	0.762	47	0.889	43	0.962	17
東京都	0.955	30	0.840	41	1.058	8	1.120	4
神奈川県	0.912	38	0.812	45	0.991	18	1.117	5
新潟県	0.938	34	0.969	28	0.898	41	0.969	16
富山県	1.102	12	1.270	9	0.948	25	0.861	34
石川県	1.158	5	1.329	5	1.004	15	0.903	26
福井県	1.015	21	1.124	19	0.927	31	0.775	47
山梨県	0.889	41	0.888	37	0.884	44	0.925	21
長野県	0.838	46	0.834	43	0.843	46	0.830	39
岐阜県	0.950	32	0.918	32	0.984	20	0.951	18
静岡県	0.871	43	0.818	44	0.925	33	0.907	25
愛知県	0.988	25	0.907	34	1.062	7	1.091	7
三重県	0.925	36	0.934	30	0.922	34	0.885	29
滋賀県	0.914	37	0.912	33	0.918	36	0.908	24
京都府	1.031	20	1.017	23	1.063	6	0.926	20
大阪府	1.101	13	1.002	26	1.197	1	1.194	2
兵庫県	1.010	22	0.942	29	1.077	4	1.064	9
奈良県	0.940	33	0.874	39	1.004	15	1.006	12
和歌山県	0.971	28	0.927	31	1.019	13	0.985	14
鳥取県	1.002	23	1.062	21	0.946	26	0.924	22
島根県	0.999	24	1.091	20	0.917	37	0.836	37
岡山県	1.074	16	1.133	17	1.019	13	0.997	13
広島県	1.150	7	1.130	18	1.178	2	1.115	6
山口県	1.111	11	1.242	12	0.994	17	0.892	28
徳島県	1.221	3	1.421	2	1.025	11	1.013	11
香川県	1.096	14	1.178	15	1.020	12	0.983	15
愛媛県	1.064	17	1.193	14	0.946	26	0.884	31
高知県	1.158	5	1.357	4	0.966	24	0.935	19
福岡県	1.244	2	1.384	3	1.094	3	1.205	1
佐賀県	1.126	9	1.224	13	1.032	10	1.014	10
長崎県	1.171	4	1.307	7	1.035	9	1.068	8
熊本県	1.117	10	1.274	8	0.971	23	0.900	27
大分県	1.091	15	1.257	10	0.942	28	0.821	44
宮崎県	1.037	19	1.152	16	0.941	30	0.813	45
鹿児島県	1.137	8	1.312	6	0.989	19	0.805	46
沖縄県	1.038	18	1.251	11	0.835	47	0.824	43

(資料) 厚生労働省ホームページより作成。地域差指数は年齢構成の違いによる給付費の高低の影響を除去して各市町村の医療費を比べるための指標(全国平均は1)。

福岡県、徳島県、長崎県、石川県、高知県、広島県、鹿児島県、佐賀県、熊本県の順となっている。一般的に入院費用の高さが医療費の高低を左右する傾向にある。10位以内でやや例外的なのは広島県で、入院では18位だが、入院外では2位を占めているために医療費の高さが全国で7位となっている。いずれにせよ、医療費を抑制するためには入院をできるだけ減らすことが重要だといえそうである。というのも、入院は在宅に比べて20～30倍の医療費が掛かるとされているからである。⁴

もちろん、ただ単に医療費が低ければよいという訳ではない。医療の目的は住民の健康を維持・改善することにある。つまり、医療のパフォーマンスがよくなければならない。その一応の指標として平均寿命(1999年)を取り上げれば、前掲第1表のように男性では長野県が78.08歳と最も長寿であり、以下10位までは福井県、熊本県、静岡県、沖縄県、神奈川県、岐阜県、富山県、石川県、京都府、奈良県の順となっている。また女性では沖縄県が85.08歳と最高の長寿を示し、以下10位までは熊本県、長野県、富山県、岡山県、静岡県、山梨県、新潟県、広島県、宮崎県の順となっていた。

以上のことから長野県は全国一の長寿県(男性1位、女性3位)であり、1人当たり医療費も地域差調整後では全国で2番目に低いといえる。現在、日本は医療費膨張や医療保険財政の逼迫に苦悩しているが、その中で低医療費と良好な医療実績を達成している長野県の医療制度は持続

可能な医療制度を構築して行く上である種の光明を与えてくれるように思われるのである。

そこで、次に都道府県別一人当たり老人医療費を示した第4表を見ると、1人当たり老人医療費は長野県が最も低く、以下は山形県、山梨県、千葉県、茨城県、新潟県、栃木県、滋賀県、静岡県の順で低かった。逆に最も高いのが福岡県であり、以下は北海道、長崎県、高知県、大阪府、沖縄県、熊本県、鹿児島県、石川県、佐賀県の順であった。このように老人医療費における長野県の低さが際立っている(全国平均額83.2万円の77%)が、特に入院のみならず入院外の費用でも全国一低かったのである。長野県は第5表のようにいずれの老人福祉圏域でも高齢化率が全国平均よりもかなり高かった。にもかかわらず、市町村別1人当たり老人医療費でも、第6表のように長野県は低医療費で10位以内に全国最高の3自治体が入っている(全国平均額の約半分)。これに対して北海道は高医療費地域で10位以内に6つの自治体が入っており、福岡県と長崎県もそれぞれ2つの自治体が入っていたのである。

次に自治体が抱える老人数規模別の1人当たり老人医療費について高低上位5位までをそれぞれに示せば、第7表のようになる。老人数5万人以上の自治体では、札幌市が最も高く(全国の高順位では7位)、1人当たり老人医療費は全国平均83.2万円の1.49倍に相当する123.8万円にも達していた。また高医療費グループの2～5位はいずれも九州地方の自治体が占めていた。すなわち、医療費は2位の長崎市が全国平均の1.42倍の118.4万円、3位の福岡市が1.36倍の112.8万円、4位の北九州市が1.33倍の110.4万円、5位の熊本市が1.32倍の110.2万円にそれぞれ達していたのである。

4 黒岩卓夫『地域医療の冒険』コミュニティ・ブックス、1987年、p. 203. 日本の医療費を押し上げているのは老人の入院費であり、国も在宅ケアの重視などその抑制にやっきになっている(全国国民健康保険診療施設協議会編『赤ひげは存在するか 地域医療—現場からの報告』同朋舎、1989年、113頁)。

第 4 表 都道府県別一人当たり老人医療費の診療種別内訳(1999年度, 単位: 千円)

	計			入 院			入院外			歯 科		
	金額	対全国比	順位	金額	対全国比	順位	金額	対全国比	順位	金額	対全国比	順位
全国計	832	1.000		385	1.000		352	1.000		28	1.000	
北海道	1,066	1.281	2	594	1.542	1	371	1.053	10	32	1.164	6
青森	828	0.995	22	353	0.915	25	341	0.967	22	19	0.686	47
岩手	743	0.893	35	352	0.912	27	296	0.839	45	22	0.785	37
宮城	723	0.869	37	303	0.787	40	344	0.977	20	24	0.872	26
秋田	772	0.928	27	346	0.898	28	327	0.927	31	21	0.743	43
山形	666	0.800	46	280	0.726	46	304	0.863	42	21	0.776	41
福島	746	0.897	32	339	0.879	29	329	0.934	30	22	0.795	35
茨城	701	0.842	43	299	0.775	43	316	0.897	38	20	0.720	44
栃木	704	0.847	41	298	0.772	45	320	0.908	34	21	0.776	42
群馬	734	0.882	36	321	0.832	36	313	0.887	39	22	0.779	40
埼玉	745	0.896	33	331	0.858	32	335	0.950	26	24	0.884	24
千葉	694	0.834	44	298	0.773	44	318	0.903	35	25	0.900	21
東京	817	0.982	24	365	0.946	22	376	1.067	8	32	1.141	7
神奈川	753	0.905	31	334	0.867	30	349	0.990	18	32	1.170	5
新潟	702	0.843	42	299	0.776	42	307	0.872	40	26	0.950	19
富山	857	1.030	17	451	1.170	10	297	0.844	44	22	0.806	32
石川	950	1.142	9	501	1.300	6	339	0.961	24	22	0.814	31
福井	822	0.988	23	404	1.048	19	307	0.871	41	22	0.783	39
山梨	677	0.813	45	299	0.776	41	294	0.834	46	24	0.874	25
長野	643	0.772	47	270	0.700	47	290	0.824	47	22	0.785	38
岐阜	759	0.912	30	317	0.823	37	337	0.956	25	27	0.977	15
静岡	712	0.856	39	308	0.799	38	330	0.936	29	25	0.899	22
愛知	830	0.997	21	359	0.930	23	368	1.043	11	33	1.187	4
三重	716	0.861	38	303	0.787	39	320	0.909	33	22	0.796	34
滋賀	711	0.854	40	325	0.844	35	318	0.902	36	23	0.822	30
京都	911	1.095	14	446	1.158	11	385	1.092	4	26	0.939	20
大阪	974	1.171	5	427	1.107	15	433	1.228	1	38	1.378	2
兵庫	811	0.975	25	352	0.913	26	374	1.062	9	30	1.083	10
奈良	764	0.918	28	329	0.852	33	352	0.998	16	28	1.016	13
和歌山	796	0.957	26	327	0.849	34	354	1.004	15	27	0.973	16
鳥取	763	0.916	29	332	0.862	31	325	0.923	32	25	0.899	23
島根	744	0.894	34	354	0.919	24	316	0.897	37	22	0.798	33
岡山	870	1.045	16	396	1.028	20	360	1.021	13	28	1.028	12
広島	930	1.118	12	414	1.074	17	418	1.186	2	34	1.229	3
山口	922	1.108	13	486	1.260	8	348	0.987	19	24	0.854	28
徳島	932	1.120	11	439	1.140	14	358	1.015	14	27	0.984	14
香川	855	1.027	19	391	1.014	21	363	1.029	12	29	1.046	11
愛媛	847	1.018	20	419	1.087	16	332	0.943	27	23	0.841	29
高知	985	1.183	4	559	1.450	2	330	0.938	28	26	0.952	18
福岡	1,078	1.296	1	546	1.418	3	401	1.137	3	39	1.417	1
佐賀	941	1.131	10	442	1.147	13	384	1.088	6	30	1.094	9
長崎	986	1.185	3	493	1.278	7	383	1.086	7	31	1.116	8
熊本	965	1.159	7	510	1.322	5	341	0.967	21	27	0.969	17
大分	889	1.068	15	443	1.150	12	340	0.963	23	24	0.855	27
宮崎	856	1.029	18	408	1.057	18	350	0.993	17	22	0.787	36
鹿児島	957	1.150	8	475	1.233	9	384	1.091	5	20	0.720	45
沖縄	970	1.165	6	529	1.373	4	302	0.856	43	20	0.715	46

(資料) 厚生労働省ホームページより作成。合計には入院、入院外、歯科以外にその他が含まれる。入院は入院診療及び食事療養(医科)の計、入院外は入院外診療及び薬剤の支給の計、歯科は歯科診療及び食事療養(歯科)の計、その他は老人保健施設療養、老人訪問看護及び医療費の支給等の計である。

第5表 長野県の老人福祉圏域別高齢化率(1999年度、単位：％)

長野県	21.3	諏訪	20.2	木曽	28.6	長野	20.0
佐久	22.4	伊部	21.7	松本	19.9	北信	23.8
上小	21.1	飯伊	25.3	大北	22.9		

(資料)平成12年度版老人保健福祉マップより作成。

第6表 1人当たり老人医療費 (1999年度、全国：832千円)

順位	高い市町村			低い市町村		
	市町村	1人当たり老人医療費		市町村	1人当たり老人医療費	
		金額	対全国比		金額	対全国比
		千円			千円	
1	宇美町(福岡)	1,327	1.595	富山村(愛知)	334	0.401
2	須恵町(福岡)	1,273	1.530	桧枝岐村(福島)	334	0.402
3	神恵内村(北海道)	1,272	1.529	丹波山村(山梨)	419	0.503
4	喜茂別町(北海道)	1,264	1.519	長谷村(長野)	422	0.507
5	小樽市(北海道)	1,243	1.494	新島村(東京)	429	0.516
6	時津町(長崎)	1,239	1.489	王滝村(長野)	430	0.517
7	札幌市(北海道)	1,238	1.488	吉田町(埼玉)	432	0.519
8	南幌町(北海道)	1,233	1.482	利島村(東京)	444	0.534
9	香焼町(長崎)	1,230	1.479	羽茂町(新潟)	449	0.539
10	洞爺村(北海道)	1,222	1.469	泰阜村(長野)	464	0.558

(資料) www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/iryomap/99/16page.htmlより作成。

一方、老人数5万人以上で1人当たり医療費が最も低い自治体は静岡市と千葉市で、全国平均の0.88倍の73.5万円にとどまっていた。以下は74.7万円(0.90倍)の横浜市、78.9万円(0.95倍)の練馬区、79.7万円(0.96倍)の浜松市の順となっている。老人数5万人を超える大都市では医療費を抑制するにしても限界があるようで、1位の静岡市や千葉市も全国自治体の低位順位では1,522番目にすぎず、全国平均に対する医療費も12%程度しか低くなかった。これは地域医療が大都市地域では農村地域よりも効果的に展開することが困難であるという事実を示唆しているように思われるのである。

老人数1～5万人の自治体では、1人当たり老人医療費が最も高いのは小樽市(全国平均の1.49倍の124.3万円)で、以下は大牟田市(同1.40倍の

116.3万円)、高知市(同1.39倍の115.6万円)、那覇市(同1.36倍の112.7万円)、苫小牧市(同1.32倍の109.7万円)の順となっている。一方、最も低いのは柏崎市(全国平均の0.73倍の60.7万円)で、以下は新発田市(同0.77倍の63.9万円)、飯田市(同0.78倍の64.5万円)、佐久市(同0.79倍の65.7万円)、伊東市(同0.79倍の65.9万円)の順となっていた。老人数1万人以下については第7表の通りである。

以上のことから明らかなように今後も急速に進展する高齢化社会において益々膨張が予想されるのが老人医療費である。この老人医療費の膨張を抑制することに成功している県が長野県であり、県下の自治体であるといつてよい。

この入院に伴う医療費膨張の1例を挙げておこう。福岡県糟屋郡久山町は風土病とまでいわ

第7表 実施主体（市町村）規模別1人当たり老人医療費

順	高　　い					低　　い				
	市町村	1人当たり老人医療費			老人医療 対象者数	市町村	1人当たり老人医療費			老人医療 対象者数
		金額	対全国比	高い順			金額	対全国比	低い順	
老人数5万人以上										
1	札幌市	1,238	1.49	7	156,303	静岡市	735	0.88	1,522	52,657
2	長崎市	1,184	1.42	20	52,494	千葉市	735	0.88	1,523	63,104
3	福岡市	1,128	1.36	41	108,324	横浜市	747	0.90	1,633	282,458
4	北九州市	1,104	1.33	52	120,596	練馬区	789	0.95	1,976	59,077
5	熊本市	1,102	1.32	57	68,693	浜松市	797	0.96	2,042	59,152
老人数1～5万人(219市町村)										
1	小樽市	1,243	1.49	5	22,995	柏崎市	607	0.73	421	13,436
2	大牟田市	1,163	1.40	23	23,944	新発田市	639	0.77	668	11,191
3	高知市	1,156	1.39	28	37,396	飯田市	645	0.78	723	17,811
4	那覇市	1,127	1.36	42	25,321	佐久市	657	0.79	824	10,038
5	苫小牧市	1,097	1.32	62	15,207	伊東市	659	0.79	839	10,541
老人数5,000～1万人(330市町村)										
1	千歳市 (北海道)	1,198	1.44	17	5,998	大子町 (茨城)	510	0.61	41	5,270
2	北広島市 (北海道)	1,160	1.39	25	5,123	旭市 (千葉)	530	0.64	83	5,042
3	田川市 (福岡)	1,149	1.38	33	8,525	八日市場市 (千葉)	539	0.65	108	5,223
4	大野城市 (福岡)	1,143	1.37	35	6,054	飯山市 (長野)	544	0.65	133	5,100
5	前原市 (福岡)	1,133	1.36	38	6,036	駒ヶ根市 (長野)	562	0.68	190	5,011
老人数1,000人～5,000人未満(1,913市町村)										
1	宇美町 (福岡)	1,327	1.60	1	3,215	吉田町 (埼玉)	432	0.52	7	1,167
2	須恵町 (福岡)	1,273	1.53	2	2,326	羽茂町 (新潟)	449	0.54	9	1,180
3	時津町 (長崎)	1,239	1.49	6	2,246	海上町 (千葉)	465	0.56	11	1,419
4	石狩市 (北海道)	1,211	1.46	12	4,976	八丈町 (東京)	470	0.57	13	1,630
5	志免町 (福岡)	1,210	1.45	13	3,381	小鹿野町 (埼玉)	481	0.58	19	1,990

(資料) www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/iryomap/99/7page.htmlより作成。

れた脳卒中を克服するために1961年に九州大学医学部との連携で成人病予防活動をスタートさせ、定期検診、追跡調査、死亡時の病理解剖による原因究明(剖検率82%)などを行う徹底的なヘルスチェック・システムを築き、脳卒中を激

減させるなど大きな成果を挙げてきた。しかし、久山町の65歳以上の1人当たり医療費は88万3215円で、全国平均の49万9600円よりも約40万円も高く、全国でもトップグループにある福岡県の平均76万3000円と比べても群を抜いていた

のである。その最大の理由は高齢者の入院ケースが増加しているが、町内には診療所が2つあるだけで病院がなく、高齢者は体調を崩した時には町外の総合病院に掛かる傾向が強く、受診後直ちに入院となって医療費を膨張させていたからである。⁵

[2] 地域医療への期待

現在、地域医療が医学界では一種の流行語となり、国までもが地域医療を唱えるようになった背景には医療費を抑制して財政赤字を削減したいという願望が隠されていた。というのも、慢性疾患と高齢化社会の進展によって、医療費は膨張し続けているが、その最大の原因が入院医療費、高度医療用費用、及び老人医療費にあったからである。またそのために「入院から在宅へ」という政策的な誘導が行われることになったのである。現在の医師はほとんど往診を行わず、病院の医師の大部分は往診の経験が全くないといわれている。それゆえ、患者を医療の対象ではないとして強制的に退院させ、後は福祉の出番だといって放り出してしまうことも稀ではなかった。しかし、その弊害がようやく認識され始め、継続看護や保健・医療・福祉の連携が求められるようになったといつてよい。⁶

こうして岩手県沢内村(国保沢内病院)の医療と福祉、新潟県大和町の地域医療(ゆきぐに大和総合病院)など、厚生省の医療・福祉政策とは違った流れの中での実践活動がやがて国のモデルとなり老人保健法施行の参考とされ、長野県厚生連佐久総合病院も老人保健施設のモデルと

なり、長野県諏訪中央病院も在宅医療推進の1つの模範病院と目されるようになったのである。

ところで、沢内病院も大和病院も諏訪中央病院も国保直診病院であった。国保(国民健康保険)は社保(サラリーマンの健康保険)と並ぶ、自営業者のための健康保険制度であり、国民皆保険制度の完成を目指して終戦直後に全国の市町村で実施された。しかし、農村・漁村では、保険税を徴収し保険証を交付しても、病気になった時に掛かる医療機関が存在していないという「保険あつて医療なし」の状態が生じることになったのである。

そこで、保険者である市町村は病院や診療所など国保直営診療施設(国保直診)を相次いで設立することになった。また国保は農民などの自営業従事者を対象としていたために、「収入が少なく病気が多い」という対象住民の特徴から、病気の予防や健康管理に力を注ぐ必要性があり、直診施設の他に市町村に保険施設として保健婦を置くことになったという。

こうして国保地域医療は保健婦と直診施設をいわば車の両輪として予防と治療を統合しながら全国の、特に農村地帯において推進されてきたのである。しかし、国保財政は当初から苦しい財政状況に置かれてきた。というのも、国保被保険者は低収入で病気に罹りやすかったので、収支がどうしても赤字に陥らざるを得なかったからである。そのためもあつて予防や健康管理が重視されることになり、特に高齢化社会の進展と共に、国保被保険者となる高齢者が増加したので、財政的逼迫は一層加速されることになった。

この国保財政の逼迫によって一時は全国で3,600箇所にも上っていた直診施設は医師不足などから休診に追い込まれ、また立地条件の悪

5 福永哲也『高齢者ケア先進地域をゆく—全国27実践実例—』自治体研究社、1993年250-257頁。

6 今井澄『豊かな明日への暮らしと医療 高齢化社会と地域医療』鳥影社、1992年177-180頁。

さなどから慢性的赤字に陥って開業医への委託に切り換えられたりして1960年代後半にはほぼ半減するに至った。実は、地域医療のモデルとされるものはこの危機に陥った国保地域医療活動に身を投じた一部の献身的な医師達による実践活動の産物であったのである。⁷

II 地域医療の先駆的実践

[1] 佐久総合病院と農村型地域医療

(1) 農村医療

佐久病院は1944年に寒村の小さな診療所として開設され、今日では地域医療のメッカと目されている。終戦直前の1945年3月に人口5千人に満たない信州臼田町にある佐久病院に赴任し、「農民とともに」を合言葉に農村医療の実践を指導してきたのが若月俊一であった。⁸若月が赴任してきた当時の佐久病院は入院患者を受け入れたこともない貧弱な診療所にすぎず、医師も院長と若い女医を含めて僅か3人にすぎなかった。そこで、若月は出張診療や農村演劇などを通して南佐久の村々に入り込み、健康の大切さを説いて回った。1946年に佐久病院長となった若月は外部からのアカ攻撃や分院派の突き上げを克服し、病院を発展させると共に農村医学会を設立して農村に特有の「冷え」や「農夫症」の解明に乗り出した。⁹また高度成長期には八千穂村の全村健康管理を実施して、ヘルス

スクリーニングを行えば末期の患者が減り、医療費を削減できるという今日では常識となっている事実をいち早く証明して見せ、しかも佐久病院を長野県一の大規模病院に育て上げたのである。

若月はそれまで患者を入院させたことのない佐久病院に患者をどんどん入院させて手術を開始した。当時、開腹手術は南佐久(人口二十数万人)の広大な山間部で可能な施設が皆無であり、小諸市や長野市まで手術を受けに行かなければならなかったが、それだけの金のある農民はほとんど存在していなかった。もしも往診を依頼すれば1年分の米代金の半分が費やされてしまうといわれていた。¹⁰このため外科の外来患者は直ぐに200人を超え、入院患者も30人に達したのである。それゆえ、もしも若月が外科医でなかったならば、直ぐにこれほどの評判を獲得することはできなかったであろうといわれている。

ところで、戦前の日本の病院は研究・教育のための大学病院、軍隊のための軍病院、ごく一部の生活困窮者のための施療病院、及び診療所の延長である小規模民間病院(病床数10床以上)などが存在するだけで、一般患者向けの治療を行う本格的な病院は極めて限られていた。敗戦後、占領軍の指示で国立軍病院・療養所は厚生省へ移管され、一般患者が利用できる病院の整備が促進された。また1948年の医療法は病床数、

7 今井前掲書179-181頁。今井氏は今後、農村型地域医療と都市型地域医療との結合が必要であると主張している(同書182頁)。

8 若月俊一『村で病氣とたたかう』岩波新書、1971年、13-20頁。南木佳士『信州に上医あり—若月俊一と佐久病院—』岩波新書、1994年、18-20頁。若月俊一監修『佐久病院史』勁草書房、1999年、31-38頁。若月が農村医療に力を入れたのは当時、都市と農村の差が甚だしく、貧しく遅れていた農村のために働こうと思ったからだという(若月前掲書187頁)。

9 佐久病院は1948年に農村工業利用農協連合会(農工利連)に編入されたが、1950年に農工利連の解散に際して県農協幹部が打ち出した「県立病院移管」を排して厚生連(厚生農協連合会)を正式に発足させた。これは県本部の官僚主義的・経営主義的なやり方を嫌ったためであるといわれる(若月前掲書71-77頁)。

10 このため農民たちは「芸者をあげる」と同様に大きな散財となることから医者に往診を頼むことを「医者をあげる」といっていたのである(南木前掲書88-89頁)。

職員や設備の基準など病院の要件を明示し、地域の医療センターとしての総合病院制度や公的医療機関の創設を規定していた。しかし占領の終焉が近づくにつれて、当初計画されたモデル病院建設の動きは予算面からブレーキが掛かることになった。1950年に医療法が改正されて私的病院を建設するための医療法人制度が創設されると、病院制度の中心は公的病院から私的病院へと移行していったのである。

その結果、高度成長期に医療機関の数は急増したが、経営面で有利な都市部に集中する傾向が強まり、国民全体が平等に医療の恩恵を受ける環境は整備されなくなった。こうした中で佐久病院は近代化と大規模化を推進しながら経営主義に走ることなく、農村地域の住民のための病院としての発展を遂げたのである。このため佐久病院は中小の私的病院が都市を中心に隆盛を極める時代に、近代的な地域の医療センターとしての機能を持つ公的病院を農村で実現した稀有な例として高く評価されているといつてよい。¹¹

さて、佐久病院は1947年から入院患者に対する給食制度を実施した。というのも、外科手術が成功しても、栄養状態が悪いために術後傷口がふさがらず患者の回復が非常に遅れていたからである。せっかく手術が成功しても、速やかな回復が難しかったので、治療効果が半減してしまったのである。そこで、栄養不足を解消するために病院給食制度が導入された。職員でさえも満足に食えない時代に無謀とも看做されたが、地元の農民組合と提携して食材を集める仕組みを作り上げて給食制度を軌道に乗せることができたのである。

佐久病院は農民達が自分達の健康を守るために作った農業協同組合立病院であったので、「農民・地域住民とともに」を標榜して、出張診療から始まり健康管理活動へと発展していく地域保健・予防活動や、地域ケア科・老人保健施設を中心とした在宅ケアを支援する活動などを実践してきた。病院職員も積極的に住民の生活の場に入り込んで疾患の予防・治療・療養に取り組んできたのである。また市町村の関係機関と一緒にプログラムを作成して病院際を毎年举行し、地域住民が佐久病院という場所を利用して情報の交換や交流をできるようにもしてきた。もちろん、佐久病院は開院当時から現在まで、自分達の病院を守ろうとする地域住民から多くの支援を受けてきたのである。

さらに医局、看護婦、事務局の有志達が1945年11月に佐久病院内に劇団部(医療啓蒙活動)を設立し、12月には出張診療活動を開始した。というのも、来院患者に手遅れになった者が多かったので、病気の早期発見と予防のために村に入って行かざるをえなかったからである。診療以上に重要だったのが予防のための啓蒙活動だったので、演劇を通じて住民に予防医学を分かりやすく説明して歩いたという。村民達はテレビやラジオも十分に普及しておらず娯楽に飢えていたので、回虫の話や結核感染に関する話題などを採り入れた医療演劇を大いに歓迎したのである。¹²

しかし、出張診療は当時まだ正式な病院の業務とは認められていなかったもので、日曜や休日を利用して実施された。その結果、病院に來ない末期の胃癌患者や重症の高血圧老人などの潜在患者が非常に多いという発見に繋がったりも

11 若月監修前掲書40-41頁。

12 南木前掲書100-101頁。

した。こうして始まった出張診療はやがて1959年の八千穂村全村健康管理、次いで1973年に開設された健康管理センターを中心とした長野県一円をカバーする集団健康スクリーニングへと発展し、農村地域住民にも強く支持されるようになったのである。¹³

佐久病院の健康スクリーニングは「予防は治療に勝る」ことを実証し、啓蒙活動としての歴史的役割を十分に果たしてきた。長野県が全国で1、2位の長寿県になったのは県民の高い健康意識が一因であったとされるが、健康スクリーニング活動がこの健康意識の向上に与えた影響は少なくなかった。佐久地域の住民はかつては無医地区的な状況に置かれていたが、こうして医療の恩恵を享受できるようになり、佐久病院を高く評価するに至ったのである。¹⁴

佐久病院は華々しい外科手術を施す一方で、地域の中で地道な保健・予防活動も実施してきた。病院のスタッフが交通不便な町や村に出向いて診療、相談、衛生教育などを行い、地域住民とのコミュニケーションを深めて信頼関係を醸成して行ったのである。とはいえ、佐久病院は競合する地元の医療機関や地域の保守的な有力者達から中傷や攻撃にさらされることにもなった。しかし、佐久病院の評判は地元住民が手術や治療を通じてその恩恵を実感するにつれて次第に高まっていったのである。

(2) 高度成長期

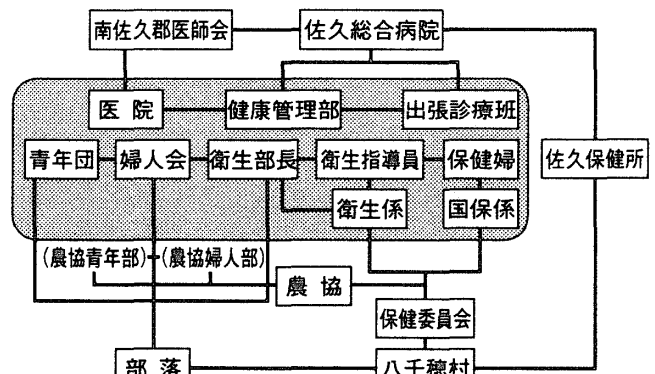
高度成長と共に、農家は農外収入を中心に所

得の増加を享受するようになったが、消費も増加し、現金依存度も次第に高まって行った。そのため農家は生活費の膨張を農業所得だけでは賄えなくなり急速に兼業化するに至った。特に1965年以降、農家は米価抑制や減反政策などによって農業に対する意欲を失い、出稼ぎなどの農外就労を増加させた。この兼業化の進展は農家の生活に大きな影響を及ぼした。出稼ぎ者の増加や主婦の農外就労などによって家庭生活や子供の教育が疎かになり、過労による健康障害も顕著となったのである。

こうした農村の変貌を受けて、農協も生活活動の見直しを開始し、1970年には「生活基本構想」を提示した。また国の施策も1973年には経済優先から福祉優先へと転換し、「福祉元年」と呼ばれる時代を迎えたのである。もちろん、高度成長の農村への影響は佐久病院の主たる診療圏であった南佐久地域一帯でも一様ではなかった。¹⁵

前述のように佐久病院は1959年7月に八千穂村において全村健康管理を開始した。それ以前にも村への巡回診療を行っていたが、結局はその場限りの診療に終始していたのである。そこ

第 1 図 八千穂村の健康管理組織



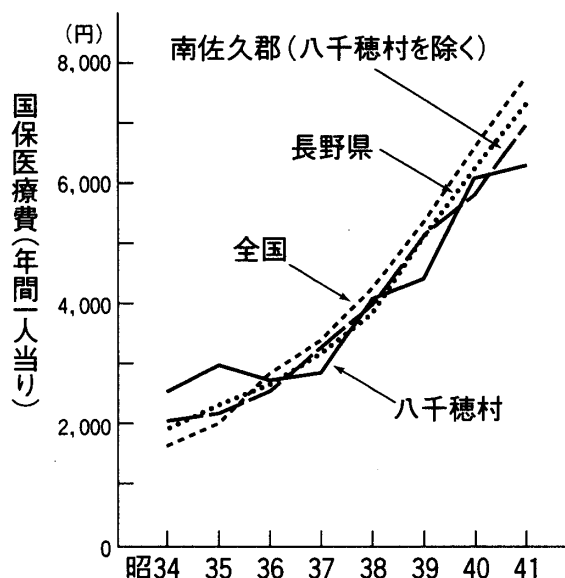
(資料) 若月俊一『村で病気とたたかう』166頁。

13 佐久病院の医師は1990年代前半でも月に1、2回、義務として県下各地の健康スクリーニングに出かけている。長野県は広いので、遠隔地の場合は前日に出発して現地に泊まり、翌日一杯検診をして夜遅く佐久病院に戻るようになっていたという(南木前掲書103頁)。

14 若月監修前掲書56頁。

15 若月監修前掲書84-85頁。

第2図 八千穂村の国保医療費(1人当たり)比較



(資料)若月俊一『村で病氣とたたかう』177頁。

で、検診を全住民に対して行い、しかも住民が自主的に健康を守ろうとする意識を持つような健康管理方式を実施することになった(第1図)。また検診を定期的の実施するだけではなく、その結果をいちいち記録に留めて経過を継続的に観察するために健康台帳を考案した。こうして八千穂村全村健康管理は15歳以上の全村民を対象として健康台帳を作成し、年1回の健康診断と村民に対する予防医学的啓蒙活動を実施する仕組となっていったのである。

この時期に佐久病院内に新設された健康管理部が中心となって冬の農閑期に八千穂村の22の集落に出かけ、健康診断を実施した。そして佐久病院が農村医療のメッカとされる大きな理由はこのように農村の健康管理活動を先駆的に実践してきたところにあり、その意味で八千穂村の全村健康管理は佐久病院の顔ともいえるべき事業となったのである。しかも、この検診活動は第2図及び第8表のように八千穂村の村民1人当たりの国保医療費を減少させることにもなった。というのも、疾病が早期に発見されるようにな

第8表 八千穂村の国保医療費(1人当たり)と南佐久郡との比較

年	八千穂村(A)	佐久郡7町村	対比(A/S)
1959	2,520円	2,037円	1.24
1960	2,919	2,165	1.35
1961	2,716	2,536	1.07
1962	2,822	3,207	0.88
1963	3,994	3,863	1.03
1964	4,374	5,129	0.85
1965	6,071	5,880	1.03
1967	6,222	6,944	0.90
1968	7,248	8,483	0.85

(資料)若月俊一『村で病氣とたたかう』166頁。

り、重症の患者が減少することになったからである。

だが、八千穂検診が毎年繰り返されるようになると、内外からの厳しい批判にさらされるようになった。特に1960年代の学園紛争を経験し、大学医局の古い体質を嫌って佐久病院に理想の医療を求めて集まって来た若手医師達は本質を突いた以下のような批判を浴びせたのである。即ち、八千穂検診は本質的に病院の業務であり、この業務を職員に課すことは労働強化に繋がる。何ら時間外手当も保障されないこのような業務は労働収奪だといってよい。しかも、1967年度会計によれば、八千穂検診は1人当たり1,912円の費用が掛かるにもかかわらず、病院に入る金は500円(自己負担150円、村負担350円)にすぎず、残りの1,400円余りは病院の持ち出しとなっていた。これは無賃金労働であり、結果的には入院患者や外来患者、強いていえば八千穂村以外の農民からのごまかしである。八千穂診療が農村における医療運動として成果を挙げてきたことは否定できないが、このような八千穂型(施し型医療)の運動は少なくとも医療矛盾の隠蔽としてしか機能していない、というのである。

この若手医師達の批判は正鵠を射ており、病

院の仕事だけでも多忙きわまりない中で、地域に入っていくことは一層の労働強化を強いるものであったといえる。¹⁶しかし、全国の農協が現行医療保障制度に対して予防保障を要求する運動に乗り出すことになったが、その根拠とされたのがこの八千穂検診のデータであった。重要なことは病気になってから保険で医者にかかるのではなく、日常の健康管理を保険で行っていくことにあるという点であった。八千穂のデータは日常の健康管理によって医療費を他の市町村よりも低下させられることを実証していた。批判にさらされながらも佐久病院の検診活動は年々内容が充実化され、住民の高い健康意識に支えられて受診率も極めて高く、精密検査の受診率は100%に近かったといわれる。

ともかく佐久病院は1973年の健康管理センター開設を契機として長野県一円をカバーする集団健康スクリーニングを展開するに至り、長寿と低医療費を誇る長野県の医療制度を支える確固たる役割を担うことになった。時あたかも高度成長の終焉と高齢化の到来が日本社会に重く押し掛かろうとしている時期でもあった。今日、長野県が高い医療の質と低医療費を維持しているのは、日本が本格的な高齢社会に突入する以前に佐久病院やこれに続いて地域医療を展

開してきた諏訪中央病院などが存在していた点にあるといっても過言ではない。

現在、佐久病院は高次医療を担当する大病院であると同時に、プライマリーケアも実践する病院としても機能している。佐久病院は本院や小海分院以外にもいくつかの診療所を抱えており、これらの診療所は医師達に地域医療の本質を学ばせる研修場所にもなっているという。また診療所ばかりでなく本院でも内科の井益雄医師が中心となって在宅ケアチームを編成しており、24時間体制で在宅患者の往診を行っていたのである。¹⁷

だが、佐久病院は明らかに大きな転機を迎えていた。在宅ケアのような地域医療はそもそも佐久病院の医療の出発点であったが、必ずしも病院全体のバックアップがあるとはいえない状況にあり、専門分化に伴うセクト主義や官僚主義が幅をきかせ始めているといわれる。佐久平は高速道路や北陸新幹線が開通し高速交通網の中に組み込まれ、東京の病院へ日帰りで通院できる時代を迎えている。そのため佐久病院は平成に入ってからそれまで経験したこともなかったような赤字経営に陥っており、経費節減の努力を強いられているのである。¹⁸

[2] 沢内病院の地域医療

岩手県沢内村は1961年から老人と乳児の医療無料化を実施し、村当局と村民、病院が一体となって早期発見、早期治療に取り組み、健康と生命を守ることを最重視してきた。¹⁹その結果、

16 八千穂検診は1970年頃、佐久病院に7、8千万円の赤字をもたらしていた。だが、約3千人の村民に農閑期の3ヵ月間、土日を除いて毎日検診を行い、個人・世帯・部落と3つに分かれた「健康台帳」にデータを記録し続けたので、これら全てに要する費用を正規に計算すれば前述のようなコストが掛かり、従業員や病院に負担がいくことになった。それが労働強化や自己規制や押し付けなどによって支えられていたのである。1990年代になっても検診活動に参加する若い医師達の不満は解消されていない。しかも佐久病院は周囲に公的病院を建設して病院を潰そうとする動きに対して組織を大きく強固なものにして対抗しようと努めた結果として県下第一の総合病院となったが、その反面では組織の肥大化に伴う内部の官僚化が進行しつつあるといわれている(南木前掲書142-146頁)。

17 若月俊一・井益雄『高齢化社会の在宅ケア—佐久総合病院の実践—』岩波ブックレット No. 210。

18 南木前掲書194頁。

19 坂田期雄「沢内村『医療費が半分』—その“秘密”」磯村英一監修『高齢化社会と自治体・地域』ぎょうせい、1982年217-224頁。及川和男『村長ありき—沢内村深沢辰雄の生涯』新潮文庫、1987年。

老人1人当たりの医療費は県平均の半分以下で県下最低の水準にあり、国民健康保険も黒字を出して1981年度からは保険料を引き下げることができたという。このように良好な実績の秘密は沢内方式と呼ばれる独特な地域医療政策の賜物であり、1981年8月には第二臨調の調査団が現地を訪れるほどに全国的な注目を浴びたのである。

さて、岩手県沢内村は県庁所在地盛岡市の西南に位置する人口6千人（1965年当時、1981年には約5千人に減少）足らずの山村で、秋田県境に南から北へ細長く張り付いたような形状をした村であった。²⁰村役場は盛岡市から約60キロも離れており、行き来に夏季で2時間、冬季では4時間近くも掛かったといわれる。こうした立地もあって沢内村は冬には3メートルを優に超える豪雪と、貧乏と低医療の村として県内でも有名であったのである。

例えば、乳児死亡率は全国平均の2倍にも達し（新生児千人当たり70人前後の死亡率を記録した時代もあった）、病気の老人は黙って死を待つ以外になく、せっかく村に引っ張ってきた医者も驚いて逃げ出してしまい、無医村状態にあったのである。また生活扶助家庭の割合も、全般的に貧しい岩手県の中にあっても第2位の高率に達していた。

この状態を憂えて何とか打開策を見出そうとして立ち上がったのが1957年に村長に就任した深沢晟雄であり、在職のまま1965年に亡くなるまで「生命村長」として村民から慕われること

になったのである。深沢村長は就任と同時に「命を守る行政」を村政の中心に据え、豪雪・多病・貧困の三悪追放を最大の目標に掲げた。沢内村の保健行政は実にこの時から始まったといつてよい。

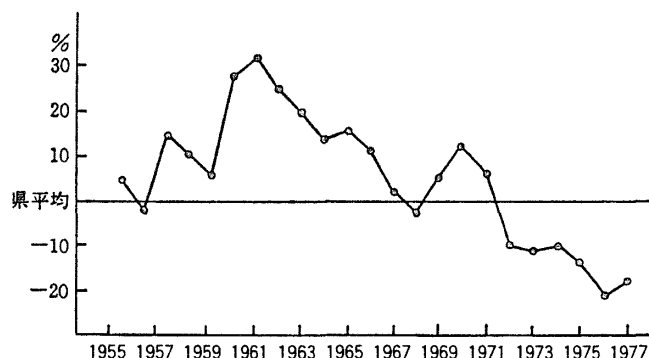
また深沢村長は1958年にブルドーザー1台を購入し、試験的に隣町の湯本温泉から沢内村役場までの13キロの道路除雪を行った。こうして除雪が可能だと判明したので、1960年に3台、1961年には大型のものを4台追加購入して、病院のジープが28キロに及ぶ村の幹線道路を1日も休みなしに運行できるように雪から解放し、冬期の往診や緊急用のために雪上車も配置したのである。その結果、病院の救急車は村の幹線筋だけは年中1日も休むことなく出動できるようになった。さらに国保保健婦2名を採用して全家庭を巡回させ、保健衛生思想の普及向上に努めたのである。

沢内村国保直営診療所（1950年8月に開設）は1953年に病院に改組されたが、深沢村長は保健委員会や保健連絡員を設け、保健活動に理解のある医師を病院に配置しようと考えた。しかし、岩手医科大学が往診も満足にできない年配者や麻薬患者などの使い物にならないような医師しか派遣して来なかったので提携を解消し、ようやく1960年3月に地域医療に関心を持つ加藤邦夫を第6代目の院長に迎え、秋田県横手市秋田農協連平鹿病院を親病院としてあらゆる援助を受ける約束を取り付けたのである。

深沢村長は保健委員会を作って村ぐるみの保健活動に結集するために指導力を発揮した。従来の相互の連携を欠いていた保健活動を是正するために、保健委員会が村特有の保健問題、保健行政、それらの解決案、住民に対する浸透方策などを合議する機関となったのである。また

20 1963年の村勢要覧で見ると、戸数は1,079戸、うち農林業が71%の790戸を占めていた。耕地は水田587町歩、畑455町歩で、1戸当たり1.2町歩にすぎなかった。村の約80%は国有林で、耕地が乏しく、貧しい村であった（菊池武雄『自分たちで生命を守った村』岩波新書、1968年6頁）。

第3図 沢内村の国保1人当たり医療費推移（対県平均）



（資料）菊池前掲220頁。

第9表 老人医療費（岩手県内、1980年、単位：円）

	1件当たり費用		被保険者1人当たり
沢内村（最低）	12,453	沢内村（最低）	178,470
玉山村（最高）	53,396	滝沢村（最高）	617,319
県平均	29,818	県平均	375,178

（資料）菊池前掲219頁。

保健委員会で決められたプランは、保健連絡員が部落組織を通して住民に浸透させていくという仕組みとなっていた。こうして部落、保健連絡員、保健婦といった歯車がうまくかみ合わさって機能するように配慮されていたのである。

まず乳児死亡の問題に取り組み、1957年に出生千人に対して70人にも達していた死亡率を1966年に25人にまで引き下げる年次計画を立てた。保健活動は村全体、病院、保健婦、保健所などを巻き込み、大学や病院等の技術部門なども村の組織に動員できるように配慮されていたのである。

また沢内村は1960年12月から60歳以上の老人に対する医療無料化を全国で初めて実施した。国が老人医療無料化制度（70歳以上）を導入する13年も前のことであった。もちろん、沢内村は極めて貧しく財政的にも決して豊かな村ではなかったが、全国のどこの市町村でも未だかつて実施したことのない国保（国民健康保険）の10割

給付（医者代無料）を断行したのである。しかも1962年には乳児死亡率ゼロを達成し、それ以来1980年までに7回もゼロを記録することになったといわれる。²¹

この老人医療無料化は60歳以上の高齢者が病院に掛かる延べ人数を1960年度（同年12月から翌年3月までの4ヵ月間）は無料化を65歳以上に制限）の699人から1961年度の1,655人（1960年度の2.4倍）、1962年度の2,874人（同4.1倍）、1963年度の3,643人（同5.2倍）と激増させることになった。そして1976年には村内唯一の医療機関である沢内病院（40床）の改築が完成し、医療費無料に加えて病院の無料送迎バスが遠距離地区を往復することになったのである。²²

沢内村の老人受診率は県内で第7位、また国保

21 太田租電他『沢内村奮戦記』株式会社あいわ出版、1983年、50-52頁、沢内村には4人の保健婦がおり、保健婦1人当たりの受け持ち人口は1,700人であり、岩手県下の町村では最も高い普及率であった（菊池前掲書3頁）。

被保険者全体のそれは県下第2位を占めていた。受診率がこのように高いと、一般の市町村であれば国保会計は当然に赤字に転落するはずであったが、1人当たり医療費は第3図のようにむしろ相対的に縮小傾向を辿った。また沢内村の国保会計は1980年度も4,260万円の黒字を計上し、1981年度に国保保険料を1世帯当たり1万3000円ほど引き下げることができたのである。

ではなぜ、それが可能になったのだろうか。例えば、沢内村の老人1人当たり医療費は第9表のように17万8470円で県下最下位であり、県平均の37万5178円の半分以下の水準にあった。県内で下から2番目の山形村と比べても3万5000円の差があったのである。沢内村の老人医療1件当たりの費用も1万2453円で県下最下位、県平均の2万9818円の半分以下にすぎなかった。県内で下から2番目の二戸市(1万9902円)と比較しても、その2/3以下でしかなかったのである。

このように沢内村は高受診率と低医療費をどのようにして両立させたのだろうか。村当局、村民、病院が一体となって病気の予防に非常に大きな力を注いできたからである。早期発見、早期治療に取り組んできた結果、ガンや脳卒中といった高額医療費を必要とする病気が激減したのである。特に有効だったのは1977年から、35歳～59歳までの年齢層を対象に実施されてきた1泊2日の人間ドックであった。これを契機に村内全成人を対象とした成人病予防のためのドック形式による総合検診が実施されることになったからである。

ドックは3万1500円の費用を要したが、本人負担は4,200円にすぎず、残りは一般会計補助が1,800円、病院負担が2万5500円となっていた。

²³しかも、これら各種検診の結果は沢内病院へ送られて、村民1人ひとりの健康台帳にファイルされた。その結果、いつ誰が発病しても、台帳を見れば本人の健康状態や病状が一目で分かり、治療に役立てることができるようになったのである。

これに加えて沢内村は病気の予防対策として1963年に保健サービスを専門に担当する健康管理課を病院の一角に設置し、行政と病院を完全に一体化させた(病院長が健康管理課長兼務)。保健婦が課員11人のうち4人を占めており、人口1,250人に保健婦1人という割合は県内では断然にトップであったという。この病院、母子健康センター、健康管理課の三者が一体となって定期検診、母親学級、健康相談、栄養講習会、寄生虫対策などの予防や検診活動を実施してきた。特に4人の保健婦が年間6,000～7,000もの健康相談に応じ、村民に正しい医療知識を浸透させた結果、乱疹乱療や薬づけが少なくなり、医療費が低下することになったのである。

沢内村の地域医療は卓越した村長の指導力によって進められてきたが、村民も「自分達の村は自分達で守る」という姿勢に次第に変わってきたといわれる。沢内村の例は行政が決断して住民や医者を積極的に誘導すれば、どんな市町村でも地域医療を実践できるということを示しているのである。

22 沢内村の地域医療を担った増田進は1963年に沢内病院副院長・沢内村健康管理課長に就任し、1975年～1999年まで院長を務めた(鎌田實『命があぶない医療があぶない』196-255頁)、太田他前掲書57-60、81-84頁、前田信雄『岩手県沢内村の医療』日本評論社、1983年、55-83頁。

23 総合検診の自己負担は実際に掛かる費用の15%程度に決められたが、決定に際しては無料にすべきだとか様々な議論が出たが、自分達も参加し支えていくという意識が重要だということで、一部負担の制度に落ち着いた。受診者は毎年1,000人前後に達し、1981年までに10人以上の早期ガン患者を発見したといわれる(坂田前掲220-221頁)。

[3] 都市型地域医療への模索

(1) 京都堀川病院

西陣(京都市上京区)の白峰診療所は、1950年に地元の健康保険もなく医者にも掛かれない町衆達(職人など)が自主的に5円、10円と出資して、約800人で3万5000円ほどを集めて工場の片隅に設けられた。この診療所が次第に発展して1958年に誕生したのが京都堀川病院であった。早川一光は診療所創設の際に住民の要請を受けて医師として赴任し、1958年～1984年まで病院長・理事長を勤め、同職を退いた後も1999年まで同病院顧問の任にあった。²⁴早川は松田道雄の西陣における結核問題への取り組みや佐久病院の若月俊一の農村医療への取り組みを指針にして、京都の町衆の中で地域医療活動を開始したのである。

堀川病院は白峰診療所を開設する際に理事会の構成に住民側代表8人、病院側代表7人と住民中心の組織にした。それによって病院は住民との間で相互に支え合う関係を築くことができたのである。医療は患者の臓器の故障を診るだけでは不十分で、患者の暮らしを含めた人間全体をみる必要がある。医療をより効果的に提供するためには地域の病院や地域社会における健康増進プログラムに重点を置き、あくまでも予防医療に力を入れることが重要であった。特に地域社会の改善に努め、地域全体で病人を支え、生活習慣などの改善や自己の健康管理を促し、生活環境にも目を配る必要があったのである。

早川は住民の中へ路地裏にまで入り込み、医療座談会などの活動を積極的に行った。路地裏の棟割長屋は共同水道や共同便所が使われ、赤痢や結核が発生しやすい環境にあったので、懇談会で保健衛生思想や予防医療知識を普及させるための教材にもなった。農村や寒村では農業という生業の場と生活の場が一緒なので、地域医療が重要な意味を持っていた。一方、西陣も「都会の農村」的な要素が強く、仕事場が同時に生活の場でもあり、同じところで暮らし、働くといったように農村の暮らしとほとんど同様の状況にあったのである。それゆえ農村に農夫症があるように、織物の町西陣にも西陣症とでもいべきものがあった。例えば、足の指の大きさが左右で違うとか、神経痛やリウマチが多いとか、まさに若月佐久病長が指摘しているような地域特有の病気が存在していた。そこで、西陣でも結核検診や寄生虫予防のための検便などの保健活動を展開したのである。

堀川病院は患者が来るのを待つのではなく、訪問診療や訪問看護に力を入れ、長期に入院せずに自由に入退院できる「間欠入院」を推進してきた。また「預かり医療」や「お預け看護」を排して家族がいつでも来られるように面会時間の制限を可能な限り設けないようにもしたのである。さらに堀川病院は「中断者点検」と名づけて、医療を中断した人に対する点検をするために往診を行った。別の開業医に診てもらっている場合は問題がないが、そうでない場合には開業医の隣の家にでも往診に出向いたという。忙しくて往診に行けない場合には、必ず電話を掛けることになっていた。早川によれば、訪問看護の基礎は電話を掛ける、手紙を出す、自分で訪ねていく、ということにあるという。本当の医療が臓器の故障を治すことではなくて、人

24 鎌田實『命があぶない医療があぶない』医歯薬出版株式会社、2001年136-139頁。京都では戦時中の厳しい統制下でも宗教的な見地から医療民主化運動を実践していた人達がいた。例えば、松田道雄(小児科医、思想家)などは「結核というのは社会的な疾患である」と西陣の結核問題に取り組み、憲兵に目を付けられて1年ほど監獄に入れられたのである(同書140頁)。

間を治すことにあるとすれば、医者1人だけでは対応できず、チーム医療が必要となってくる。こうした考えに沿って、堀川病院は住民の参加、自助、自決を保障しながら地域医療を展開してきたのである。

(2) 東村山市の訪問看護活動

1970年10月に東村山市(東京の西郊)の東京白十字病院長に就任した佐藤智は同市において訪問看護を定着させることに成功した。²⁵佐藤院長は当時、赤字に陥っていた病院の再建を付託されたのだが、就任に当たって包括医療、地域医療、人間医療という3つの目標を掲げたのである。というのも、医学の面でも専門化が急速に進み、ともすれば病気を診て病人を診ないという傾向が強まり、1人の患者を医療担当者側の都合で寸断していることがあったからである。また医療は医者のみでは完結せず、看護婦、保健婦、検査技師、ケースワーカーなど医療従事者の集団が1つの力となって地域社会・集団・個人の医療ニーズに応えられる体制になっていなければならなかった。

日本では医療は税法上、収益事業と看做され、ほとんどすべての病院が医療収入で運営されている。だが、病院が患者からの収入によってのみ支えられている限りは良心的な医療はなしえないといわれる。医療は本来、健康な人々の集団や地域社会によって支えられるべきものであ

る。欧米諸国はもちろんのこと、アジアにおいても病院は消火的な性格を備え、営利事業ではなく地域社会によって支えられているのである。

佐藤院長はかつて東京ダイハツ自動車の物心両面にわたる支援に支えられて東京ダイハツビル診療所を3年9ヵ月間運営したことがある。²⁶この間の統計をとってみると、内服薬、注射薬の使用は非常に少なく、約2/5の患者は何らの投薬も注射も受けず、生活指導のみで済ませていた。むろん、そのために十分な時間をかけて説明し、十分な検査をするなどの努力を行っている。また年間収入の約半分は診療報酬であったが、残りは健康管理、予防活動から得た収入であり、不必要と思われる治療は一切しない日本では珍しいタイプの診療所であったのである。

それが可能だったのは東京ダイハツの協力によるところが大きかった。そしてこのような考え方が250床を有する東京白十字病院でも通用するかどうか懸念されたのである。しかし、佐藤院長は3つの理由からたとえ困難を伴うとしても可能だと確信したといわれる。即ち、それは①日本以外のすべての国において既に実行されており、②日本の中ではこの考えを意識的に取り上げ、徹底的に地域社会のために尽くした例がなく、③日本は経済的に支える力を持っている、などの理由であった。またそのためには医師が医療従事者に対して謙虚になることが必要であると考えたという。さらに医学は日進月歩で進むので、精神主義に陥って医学を等閑視し、科学主義を過大評価して人間を見失わぬ

25 佐藤智『在宅ケアの真髄を求めて』日本評論社2000年61-82頁。東京白十字病院はクリスチানের林止医師が1911年2月に発せられた明治天皇の「窮民施薬救療に関する詔書」に感激して白十字会を創設し、結核患者を無料で診療する白十字結核早期診断所という施設を設けたことに始まる。日本最初の民間無料結核診療所で、医師会の反発に配慮して「診療所」とせず「診断所」とした。1942年にこの精神の具体化として東村山に村山療養園が開設され、1970年に東京白十字病院と改称されたのである。

26 佐藤智は1950年10月に長野県塩尻村国保直営診療所に赴任し、経営を黒字に転換させた後、国保直営診療所として初めての試みとして保健婦を雇用し、健康相談室を設けた。佐藤が塩尻に行ったのも佐久病院の若月俊一の活動に影響されてのことであったという(佐藤前掲書37-42頁)。

ためにも、常に研鑽を積まねばならないとも考えたのである。

佐藤院長が訪問看護に手を染めた理由は第一に自分の母親の死に当たってその効果を実感したためであった。第二に東京ダイハツビル診療所での経験から、訪問看護活動が経済的に採算の合うものであることを認識していたからである。第三に、生活保護世帯に対する結核検診を実施した江戸川区福祉事務所時代の経験から、考え方や熱意次第では行政当局を動かし物心両面の援助を引き出すことができることを学んでいたからである。このような見通しに加えて、訪問看護が病院の赤字解消に役立ち、看護婦を含めた職員の意欲を掻き立てることになると思ったからだといわれる。また当時、赤字病院に就職する看護婦は少なかったが、訪問看護をやりたいと希望する優秀な看護婦が集まってきたのである。²⁷

さて、1970年10月に佐藤院長が院長就任の挨拶に東村山市長を訪れた際に、「寝たきり老人のケア、特に訪問看護事業を社会福祉協議会を中心になさいますか、東京白十字病院も全面的にお助けします」と申し入れた。この提案が実を結び、後に市を中心とした「寝たきり老人実態調査」が企画され、その実施を病院が引き受けることになったのである。調査対象は44名であったが、医師、保健婦、看護婦、作業療法士、その他の人々とチームを組んだ調査・訪問・診察が行われた結果、大きな褥創を持った人、今すぐにも機能訓練を始めれば歩けるようになると思われる人などが発見されたのである。このような実態に直面して、佐藤院長は「取り敢えず採算を度外視して訪問を始めますので、費用

は後から考えてください」と市には申し入れて、訪問看護に踏み切った。こうしてある人は2〜3回の訪問で動けるようになり、2ヵ月後には歩ける人も出てきたのである。

この事実が社会的な波紋を呼び、たまたま読売新聞の多摩版で報道されたために、東村山市長が出席していた市長会でも話題になった。そんな経緯もあって1971年度の市補正予算で32万円が訪問看護事業に計上され、財政的な裏づけが確保された。もちろん、これは自治体が民間の訪問看護に公金を支出した最初のケースであった。その後、予算は1972年度96万円、1973年度300万円、1974年度504万円と増加し、市の支援の下に訪問看護事業が進展していったのである。

訪問に要する経費は1974年度には1件当たり3千円(東大和市では3,750円)で、訪問看護チームの中でその時に最も必要とされている人が行けば、誰が行っても1回分として支払われた。医師、保健婦、看護婦、その他誰でも身分・肩書・資格に関係なく一律で、いろいろな抵抗はあったものの定着し、1983年施行の老人保健法でも認められ、その後に東村山方式と呼ばれるようになった。特にNHKが訪問看護の実態をテレビで放映したことがきっかけとなって大きな反響を呼び、問い合わせが殺到した。そして隣接の東大和市、横浜市、新宿区、杉並区などもやがて訪問看護事業に乗り出したのである。

訪問看護は総婦長がチームリーダーとなったが、訪問看護を受けている患者と家族の喜びや感謝も医者よりも看護婦に対するものの方が大きかった。医者と看護婦は病院の中では上下関係にあり、看護婦は医者の助手にすぎなかった。だが、訪問看護の場合には看護婦が医師と患者・家族との間にあるいろいろな問題を患者の側に

27 佐藤智・関根博他『老人の看護 地域医療の実際』メヂカルフレンド社、1975年11頁。

立って調整するという積極的な役割を担っていたといわれる。

もちろん、訪問看護は地域社会に貢献すると共に経営的にも一定の収益をもたらしたという。佐藤院長は病院消防論を唱え、「消防署は税金で賄われているので火事を出した家から料金をとることはしない。その代わり激しい訓練を重ね生命をかけて消火に当たる。住民はこれを信頼し支えかつ監視する立場にある」と主張している。病院は日頃から技術を磨き、十分な設備を備え、地域社会に献身すれば、地域住民との信頼関係が生まれ、必ずや地域社会によって支えられるはずだというのである。

Ⅲ 高齢化社会の地域医療

[1] 諏訪中央病院

諏訪中央病院(茅野市・諏訪市・原町の2市1町立病院)の位置する茅野市(人口5万5000人)は長野県のほぼ中央の諏訪盆地の一角を占め、市域の3/4が森林原野、残りが農耕地や住宅などからなる小都市で、東京から特急で2時間ほどの所にある。産業は精密工業5割、農業3割、観光2割の構成比からなっていた。高齢化率も1991年から1997年に14.4%~17.7%と全国平均を上回っていた。

諏訪中央病院は高齢化社会の地域医療モデルとして全国的に有名な存在となっている。特に長野県は日本一の長寿県(男性)にもかかわらず老人医療費が全国で最も低いという点で注目されているからである。医療費が安い理由は在宅医療が充実しており、平均在院日数が短く、高齢者の就業率も高く生きがいを感じられる、などのためであるといわれている。

しかも茅野市は老人医療費が長野県内17市の

中でも15番目と大変に安い地域でもあった。これは諏訪中央病院が地域の医療費を抑えるために平均在院日数の短縮などの努力を行ってきたからである。もちろん、厚生労働省の指導もあって、どこの病院でも在院日数を減らす努力を行っているが、ともすれば肺炎でも抗生物質を2週間点滴するだけで退院させ、心筋梗塞でも急性期の治療のみで帰ってしまうなどの状況を生じさせているといつてよい。

厚生労働省も病院も財政事情から在院日数を減らすことに努めており、急性期の患者は治療後3週間目頃からもう次の病院を探すように求められる。だが、患者が急性期の病院から慢性期の病院に移る際に両者間に関連がないために、急性期の病院で退院を求められると追い出されたと感じてしまうのであるという。もちろん、急性期と慢性期の治療が複合化した病院ではこの連関が円滑に行われている。

さて、諏訪中央病院は入院治療で病気の治ったはずの患者が退院後も障害を抱えていたり、ガンの再発に怯えていたりしながら暮らしている姿を見て、訪問看護や在宅医療を開始した。また何度も訪問しているうちに、介護疲れをしている訪問先家庭のお嫁さんが週1回だけでも楽になればよいと考えて、高齢障害者を対象とするデイケアも開始した。さらに1年以上も寝たきりになっていた高齢者を見て入浴サービスも始めたのだという。こうした取り組みが知られるようになるにつれて、40~50代の働き盛りで末期ガンの告知を受けた患者が少しでも長く家にいたいとか、やり残した仕事を片付けたいという要望を寄せてくるようになり、在宅ホスピスケア(6床のホスピスケア病棟)を始めたのである。

それに加えて、心筋梗塞で倒れた人の救命の

確率を上げるために循環器の専門医を置いて24時間体制で備える高度医療も整えることになった。その結果、従来20日間も安静を要した心筋梗塞はステント治療によって7日間で退院できるようになったといわれる。脳動脈瘤もカテーテルを使えば、開頭手術が不要となり、胃ガンも早期のものは内視鏡で治療することにより救命率を上げ、痛くなく早期に治すことで在院日数を減らし、医療費も安く済むという効果を挙げてきたのである。

諏訪中央病院はリハビリやホスピスなどの複合施設が整っているだけではなく、地域の開業医との良好な連携を築いてきた。即ち、症状が比較的安定している時には診療所に掛かり(家庭医)、具合が悪くなった時には病院に紹介状を書いてもらうという病・診の役割分担がなされている。こうした役割分担が地域の医療費を減らし、国民皆保険制度を守ることに繋がるのである。また長期在院患者を退院させる際には当然に、複数のコース・メニューを用意し、その中から希望するコースを必ず紹介できなければ、住民が安心できる医療システムとはいえなかった。例えば、自宅に帰る場合は開業医に紹介して在宅ケアが受けられるようにし、もう少しリハビリをしたければ回復期リハビリ病棟へ移るコースを用意し、あるいは家で介護する者がいない場合には介護老人保健施設に入所するといった選択ができるようにしておかなければならないのである。

しかも一般に、介護老人保健施設、特養ホーム、療養型病床群のいずれにおいても、国が決めた額以外にかなりのお世話料(東京都内で24～25万円、川崎市で15万円)が掛かり、経済的な負担となっている。だが、諏訪地域では民間施設でも超過負担を求める所はなく、諏訪中央病

院の回復期リハ病棟は42床に理学療法士(PT)5人、作業療法士(OT)4人、言語療法士2人、合計11人の専属スタッフが配属されているが、一切の世話料を取っていないという。

また、諏訪中央病院は脳卒中多発地域に立地していたので、1970年代初頭から脳卒中の死亡率を減らそうとして保健補助指導員(地域保健ボランティア)と協力して減塩運動や老人部屋の1室暖房運動などに取り組んで、成果を挙げてきた。さらに村の公民館での健康教育活動や早朝検診・日曜検診などを通してがんの早期発見を目指した「がんで死なない地域づくり」も行ってきたのである。²⁸

1980年には健康相談所を設け、1982年からは病院保健婦による訪問看護を開始した。その他にも1982年に長期寝たきり老人をお風呂に入れる運動の試み、1984年に老人病院デイケアの開始、1986年に高校生ボランティアサマーワークキャンプの開始、1986年に病院の新設移転、1990年に老健「やすらぎの丘」の開設、1992年に老健に併設した在宅介護支援センター・家庭復帰モデル室・研修センターの開設、などが相次いで行われた。また1993年には分院のリバーサイドホスピタル(105床)を開設し、東洋医学センター、ドック検診センター、プライマリーケアを3本の柱にして過度の機械化や近代化に陥らぬような医療を展開することになったのである。

こうして24時間体制の在宅ケアが1992年から実施された結果として、病院内の地域ケア室が担当した在宅障害老人の自宅における死亡率は84%にまで上昇するようになった。特に亡くなる直前には1日4～5回に及ぶ訪問看護や往診が行われたので、地域住民からの信頼を獲得する

28 鎌田前掲143頁。

ようになったからである。諏訪中央病院(病院本体366床)は現在、約2万坪の土地に病院を中心にして特養ホーム、老人保健施設、ドック検診センター、24時間体制の在宅ケアを行う訪問看護ステーション、看護学校(1993年開設)、ホスピス、療養型病棟などを擁していたのである。²⁹

[2] 大和医療福祉センター

(1) 沿革

黒岩卓夫が1970年6月に大和町長(新潟県南魚沼郡)から町営診療所の医師として招かれて赴任した時には、町内には僅かに開業医5軒と町営診療所があるだけだった。³⁰黒岩は「聴診器1本」を頼りに診療に携わる中で、町内には病人(特に重症者)が多く、病気の予防や処置に対する知識が極めて乏しいと痛感させられた。黒岩は1972年8月に診療所長に就任して以降、特養ホームの誘致(1972年11月決定、1975年12月「八色園」として開園)や病院・農村検診センターの建設(1973年2月に町議会で承認)などを進め、1976年には大和病院(町立)、農村検診センター(町立)、特養ホーム「八色園」(近隣12市町村の組合立)からなる大和医療福祉センターを立ち上げたのである。³¹

その後、総合病院への増改築工事が1983年に総工費約17億円を投入して完成された(1981年着工)。新病棟の建設共にレントゲン部門、臨床

検査部門の拡充、外来部門の増設、旧棟の化粧直しなどが実施され、総合病院(病床100床以上、内科、外科、産婦人科、小児科、耳鼻科、眼科の設置)としての機能が整備されたのである。

また、1988年2月には国保町立ゆきぐに大和病院が認可され、同年4月には僻地中核病院にも指定され、地域包括医療活動に乗り出すことになった。僻地中核病院とは1975年に僻地の医療を中核病院の巡回診療によって確保しようとして生まれた制度である。新潟県では従来、両津市民病院が唯一の中核病院であったが、4月からは大和総合病院と佐渡総合病院が新たに追加された。大和総合病院は町立であったが、町にこだわらず隣の塩沢町への出張診療など、より広い地域での中核病院として責任を担うことになったのである。

さらに1982年には老人保健法が高齢化社会への対策として制定され、翌年から実施された。診療報酬体系も改定され、老人の入院医療を抑制し、在宅医療を促進するという方向が明確に打ち出された。この医療観は大和総合病院の従来の実践に合致したものであり、特に老人保健法で謳われた保健事業はいわば大和方式(予防

29 「特別再録・医療がやさしさをとりもどすとき」 医歯薬出版株式会社創業80・創社50周年記念講演・シンポジウムの会、2頁。

30 黒岩卓夫『地域医療の冒険 みんなの「健康やまどびあ」をひらく』コミュニティ・ブックス、1987年10-25頁。大和町(人口15,000人)は浦佐村、藪神村、大崎村、東村が1956年に合併して大和村になり、やがて町に昇格したのである。国保大和町診療所(1962年11月開設)は無医村の旧東村地区と僻地の後山、辻又地区をカバーするのが任務であったが、浦佐地区に所在していたので各地区からも患者がやって来たという。

31 黒岩と新潟県小千谷総合病院に赴任していた斎藤芳雄、新津市で開業していた権平達二郎の3人で1972年夏から大和町における病院づくりを検討し始め、1975年に医療・保健・福祉を一体化した大和医療福祉センターを作り上げた。斎藤は特養ホーム「八色園」の施設長として福祉を担いながら大和総合病院副院長を兼務し、1992年に黒岩の後を受けて院長に就任した(斎藤『死に場所づくり』4-5頁)。大和町の両隣の小出町と六日町には県立病院が存在していたので一味違った施設が必要だった。そこで、①予防と治療を一体化した保健婦のいる病院(岩手県沢内村の真似)、町立病院と農村検診センター(保健婦ステーション)と特別養護老人ホームを廊下続きで建設、②高齢化社会に対応する医療・保健・福祉の連携、③住民主体の健康づくり、の3つのコンセプトに基づいて病院作りを行ったという(斎藤芳雄『人生90年時代 老い方・死に方』教育資料出版会、1997年164-165頁)。

と治療の一体化)の全国版といっても過言ではなかったのである。³²

(2) 地域医療の展開

大和町の地域医療は1970年から1976年4月までの国保直営診療所時代の第Ⅰ期と、1976年5月以降の大和医療福祉センター(病院+検診センター+特養)を中心とした第Ⅱ期に区分することができるという(1962年の診療所創設から1970年までは前期)。1973年に内科医3人と診療所事務長を中心とする新しい病院づくりのプロジェクトチームが結成され、これに町の保険課が協力することになり、町の行政サイドからの支援体制が整えられた。当初は「保健婦のいる病院」から出発し、病床数は町民のニーズに対応するべく町民人口1万5000人に基づいて86床に決められた。この時に農村検診センターも併設されたという。しかも、1974年に県から特養ホームの建設プランが提示されたので、これも病院に併設されることになり、3者を統合する大和医療福祉センターが誕生したのである。³³

大和医療福祉センターはまず1974年に地域活動として健康座談会を開始し、高血圧や脳卒中、減塩などに関する啓蒙活動に大きく貢献してきた。また福祉活動も「寝たきり老人ホーム」を中心に行われている。特養ホーム八色園は1986年度に短期入居用の部屋を拡充し、1987年度に

はデイケアセンターを併設して、ホーム用入居、短期入所(14日間まで)、日帰りデイケアなどの各種サービスを提供している。さらに同センターは1993年に大和町社協に属するヘルパーステーションを統合し、1995年には病院から訪問看護ステーションを分離・独立させることにより、5つの組織の複合体となったのである。³⁴

さて、大和病院は1976年に86床で出発し、1982～1983年の増改築を経て1989年には210床まで拡大したが、1992年4月の医療費改定に伴って190床にまでスリム化を図ったという。その結果、外来患者は1984～1991年に1日当たり378人から663人に増加したのである。大和町民の患者数も1984年の9万1499人から1991年には12万1391人に増加している。しかし、大和町民の占める割合は他町村患者数の増加によって1984年～1991年に81.7%から61.9%にまで減少した。特に入院では大和町民の占める割合は1984年の62.7%から1988年には50%を割り込み、1991年には39.4%にまで低下した。以上のように大和病院は他町村からの患者数が増え、特に入院数では大和町民の比率が40%を割り込んだのである。

大和病院は1984～1988年度までは何とか黒字を維持し、1989年度に一時的な赤字に転落したが、1990年度に200万円、1991年度にも4千万円の黒字を出して経営を改善した。しかし、外来患者の数が著しく増え、医業収益に占める外来収益が増加して入院収益と同額になるに至った。また支出に占める給与費の割合も年々上昇し、1991年度には53.1%にも上ったのである。これら2つの指標は病院経営における危機的な兆候を示していた。しかも1992年4月の医療費改定は病院の外来収入を激減させ、経営の赤字転落を

32 黒岩前掲書181頁。福祉の権限は1990年の老人福祉法等八法の改正によって全面的に市町村に、また保健の権限も1982年の老人保健法制定と1995年の地域保険法改正によって基本的には市町村に移行された。1982年の老人保健法は問題点もあったが、診療報酬を変更し、訪問看護を保険で認めるなど評価すべき点もあったという。

33 施設は右翼に特養ホーム、左翼に病院、真ん中に農村検診センターが配置された。これは建設に当たって治療・予防・福祉のスムーズな連携が取れるように3つの施設の配置に配慮したためであるという(黒岩前掲書182～186頁)。

34 斎藤『人生90年時代 老い方・死に方』166頁。

第10表 訪問看護実績 (単位：人)

年度	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
在宅療養者 管理者数							115	121	136	178	199
うち町外者数							13	11	22	23	44
訪問者実数	57	82	75	102	91	87	93	104	123	147	156
訪問者延べ数	299	699	594	839	787	857	1221	1651	1717	1843	1618
定期往診を含むホームケア関係の往診							572	603	674	837	1186

(資料) 斎藤芳雄『死に場所づくり』177頁。

もたらす恐れがあった。³⁵

一方、特養ホーム八色園はショートステイやデイサービス事業を順調に発展させた。ショートステイは1978年にまず4床からスタートし、1985年には10床に増床された。デイサービスは1980年に入浴サービス事業として始まり、1987年のデイサービスセンター開設と1990年の増設(A型・C型の併設)を経て1日に30人以上の利用者を見込んだ設備となった。その結果、1991年度の延べ利用者数は8,520人に達し、その77%が大和町住民によって占められたのである。

八色園のデイサービスは営業時間が朝7時半から夕方6時半まで(仕事を持つ家族の送迎の便)、老人のみではなく障害児も利用可能、給食サービスや出前入浴サービスの実施など、独特な試みを行っており、大和町における老人福祉の充実に貢献しているという。

病院の在宅ケア(在宅介護支援センター)は第10表のような実績を示している。大和病院は1980年に訪問看護部を設立して、翌年から訪問看護を実施し始めた。訪問件数は年々増加し、特に1987～1988年にかけて急増している。しか

し大和町民の入院に占める比率は1988年から50%を割り、1991年には39%に低下しているが、この減少分は実は在宅ケアに回っていたのである。デイサービスと訪問看護の体制が確立した結果として、大和町住民の早期退院が可能となり、退院後は在宅ケアに回るようになったからである。

現在、大和町医療福祉センターは①定期往診、②訪問看護、③訪問リハビリ、④デイサービス、⑤ショートステイ、⑥ヘルパーの派遣、⑦訪問入浴、⑧訪問給食、⑨在宅老人機能回復訓練事業、⑩ボケを抱えた家族の会活動、など10種の在宅支援メニューを備えており、在宅介護支援センターがこれらの活動を調整していた。この中で利用頻度の高いものはデイサービスと訪問介護であり、この2つが牽引力となって大和町における在宅ケアは推進されてきたといつてよい。またこれらの活動を通して、昔ならば他人に相談しないで隠れて1人で苦しみながら行っていた介護に関することなどを直ぐに相談に訪れる等、町民の医療・福祉に対する意識を変える上でも役立ってきたのである。

ところで、大和病院は、もはや医療の対象ではないとして強制退院させられた患者を対象とする地域医療を模索していたが、京都堀川病院の実践活動が参考になりそうだと考えて、黒岩院長と事務長と婦長の3人が同病院を訪問した。

35 運送業は人件費が50%を超えると危機であるとクロネコヤマト社長がいうように、同じサービス業である病院も50%を超えると危険であった。それというのも、1980年～1990年の10年間の診療報酬上昇が実質2%(消費者物価上昇率18.8%)にすぎなかったからである(斎藤『死に場所づくり』172頁)。

堀川病院は患者の在宅療養を訪問看護や往診によって支援しながら、症状が悪化すれば再入院させ、良くなれば再び在宅に切り替えるなどして、終始責任を持って患者のケアに当たっていたからである。³⁶堀川病院で訪問看護が誕生した直接の契機は病棟が一杯となり、急患の入院がしばしば困難になったためであり、住民の要望を受け入れる形で居宅看護部が考案されたのだといわれている。

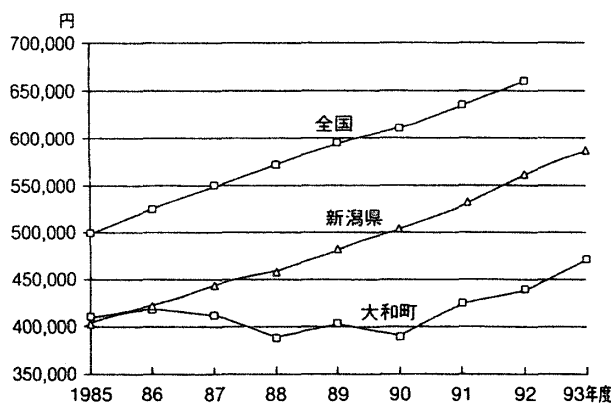
大和町は脳卒中多発地帯で寝たきり老人も多い一方で、三世代家族が多く介護者には比較的恵まれていたので、訪問看護によるケアの条件が存在しており、住民にも歓迎されるものと期待された。そこで、1980年に大和病院に地域看護部が設置され、翌年4月から実際の活動が開始されたのである。しかし訪問看護は開始後まもなく、町立病院が実施することの意味や、その費用を町、病院、患者のいずれが負担するのか、など様々な問題に遭遇した。それでも地域看護部はやがてチカン(地看)と呼ばれて住民にも親しまれようになった。そして継続看護が重視されるようになると共に、大和病院でも病棟・外来・地看の看護婦、栄養士、理学療法士、ケー

スワーカー、医師などの関係者からなる継続看護連絡会が設けられることになった。

だが、地看のスタッフ(1986年現在、保健婦3、看護婦1)が病棟や外来、時には老人ホームや検診センターの情報を日常的に収集し、必要があれば何処へでも出向き、あるいは主治医に意見を求めるようになったため、継続看護連絡会は実質的に不要になったのである。地看は地域医療のネットワークを円滑に機能させる調整者であり、全体の状況と患者を把握し、その関係を活用するという重要な役割を担っていた。

もちろん、大和病院は医療・保健・福祉の連携を推進して、①大和町と近隣町村を最上位にランクされる長寿社会にし、新潟県を短命県から長寿県に変身させ、②老人医療費と全体の医療費を抑制し、③病院、自宅、老人ホームのいずれでも住民が望む場所で死ぬるように保障する、など大きな成果を挙げてきた。³⁷しかも大和医療福祉センターは訪問看護、在宅介護支援センター、ボケ老人対策、保健婦の諸活動、特養ホームにおけるデイサービス・ショートステイなど、高齢者に関しては医療・保健・福祉をすべて自前で提供することができるようになった。このように大和町は徹底した予防活動、良心的な医療活動、充実した福祉を結合すれば、実際に第4図のように老人医療費を減少させられるのだということを証明したのである。³⁸

第4図 老人1人当り医療費比較



(資料) 斎藤『人生90年時代』197頁。

36 斎藤『死に場所づくり』196-198頁。

(3) 地域医療・保健・福祉の成果

大和病院は地域医療の実践によって大和町の

37 斎藤『人生90年時代』173頁。

38 医療福祉センターを開設した頃、「予防活動をする
と、医療費は減るのか」と良く質問されたが、当時セ
ンター関係者も「予防活動は、一見、医療費を上昇さ
せるようにも見えた」ので、明確な答えを持ち合わせ
ていなかったという(斎藤『死に場所づくり』164頁)。

第11表 老人1人当たり医療費 (単位：千円)

年度	全 国	新潟県	大和町	六日町	塩沢町	湯沢町
1986	534	428	423	385	368	469
1987	559	449	421	417	378	428
1988	577	463	382	449	379	417
1989	601	487	407	458	416	469
1990	*	*	391	432	400	432

(資料) 斎藤芳雄『死に場所づくり』177頁。*は未確定。

第12表 大和町国保財政(単位：百万円)

年度	収入済額	支出済額	差引繰越額
1989	939	838	100
1990	852	741	112

(資料) 斎藤芳雄『死に場所づくり』181頁。

第13表 国民健康保険税(年度当初調停額、単位：千円)

年度	大和町		六日町		塩沢町		湯沢町	
	1世帯	1人	1世帯	1人	1世帯	1人	1世帯	1人
1991	159	55	187	70	178	62	170	66

(資料) 斎藤芳雄『死に場所づくり』181頁

老人医療費と医療費全体を引き下げ、国民健康保険を大幅な黒字にし、国民健康保険税の大幅な減税を可能にすることができた。しかも大和町住民の60%が自宅で死ぬような支援態勢も整えられたのである。³⁹そこで、大和病院が推進してきた「地域医療・保健・福祉による死に場所づくり」の実態を次に見ておこう。

まず1992年1月～6月までの大和町在住者(住民登録者)の死亡状況を見ると、死亡診断書発行医療機関で発行数が最も多いのは大和病院で57通(86%)に上っている。その内訳は病院死が39%(22人)、在宅死が61%(35人)となっていた。これ以外に特養ホーム八色園からも10通の死亡診断書が出されていた(入所者の80%強が他町村出身者)。なお、老人ホームでの死亡は統計上では在宅死となるという。

以上の数字は次ぎの点を明らかにしている。第一に、大和病院と八色園の両者で大和町住民の死亡者の88%を診たことになっており、それだけ地域住民の信頼を得ていたといつてよい。

第二に、大和病院で診た人々の60%強が自宅で亡くなっていた。これは定期往診、訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ、ショートステイ、デイサービス、ボケを抱える家族の会、などといった在宅支援活動の結果であった。もちろん、その中でも大和医療福祉センターが中心的な役割を果たしてきたといつてよい。

実際、大和病院は地域医療・保険・福祉が住民の素晴らしい生を支えると同時に素晴らしい死をも保障すべきものであると考えているという。もちろん、死ぬ時には自分の死にたい場所で死ぬようにすべきだが、現実には必ずしもそうはならないものである。しかし、大和町ではおおむね自分の死にたい場所を選べる態勢ができているといつてよい。それゆえ大和医療福祉センターの20年間の成果を振り返って、斎藤院長は①長寿社会を作ったこと、②医療費を抑制してきたこと、③住民が自分の望む「死に場所づくり」を支えてきたこと、の3つを実績として挙げている。⁴⁰

39 斎藤『死に場所づくり』6頁。

40 斎藤『人生90年時代』195-200頁。

しかも新潟県は昔の短命県から1990年には平均寿命が47都道府県中、男性7位(1995年には15位)、女性6位(同9位)とむしろ長寿県に変身した。新潟県内112市町村の平均寿命を見ると、大和町は男性15位、女性2位であった。また大和町の周辺部でも、大和病院の診療圏にある塩沢町は男性3位、女性5位、同じく六日町や湯沢町も上位を占めていた。これは大和病院の活動が町内だけではなく周辺町村にもそれなりの影響を与えてきたことを示している。さらに大和町の老人1人当たり医療費は第11表のように1986年度までは県平均並であったが、1987年度以降には全国平均よりも約20万円、県平均よりも約10万円も安くなっている。これは訪問看護体制とデイサービスの確立が在宅ケアを充実させ、早期退院を促してきたからである。もちろん、老人医療費だけではなく、医療費全体も抑制された。例えば、大和町は1992年度では1人当たり医療費で県下最低、1人当たり保険料(税)も下位グループに属していた。その上、特養ホームでの死亡者を除くと、在宅死が死亡者全体の60%を占めており、住民がおおむね自分の望む場所で死ぬような態勢が整っているといつてよい。

その結果、国保財政は第12表のように大幅な黒字となり、1990年度の繰越金は1.1億円(実額は1.6億円)にも達したのである。国保税も第13表のように南魚沼郡4町の中では大和町が最も安くなっている。このように大和町は医療・保健・福祉活動の連携を通じて一定の成果を挙げてきたが、財政的にはこの3つがバラバラであるために問題が生じていた。会計が別々なので、病院が危機的な状況に陥る一方で、国保は黒字を享受し、保健や福祉は安上がりでの運営を行うことができたのである。それゆえ3者の連携は本来、財政も含めた連携でなければならなかつ

た。徹底した予防、良心的医療、充実した福祉が老人医療費を低下させ、国保を始めとする健康保険の黒字に寄与しているとするならば、財政調整が当然に必要となる筈だといつてよい。⁴¹

[3] 公立みつぎ病院

(1) 出前医療の展開

山口昇が病床数僅か22床の御調国保病院(1956年開設)の院長に就任したのは1966年8月のことだった。その後2000年には病床数は240床(一般病床192床、療養型病床群48床)、職員数も470人(うち医師数36人)、診療科目も16診療科にまで拡張され、診療圏も御調郡と世羅郡を中心に人口7万人を擁し、地域の中核病院となった。⁴²関連施設も介護老人保健施設みつぎの苑(入所150人、通所40人)、地域型在宅介護支援センター、訪問看護ステーションみつぎ、保健福祉センター(行政部門)、基幹型在宅介護支援センター、ケアハウスさつき(入所30人)、救護施設みつぎ清風園(入居100人)、保健福祉総合施設附属リハビリセンター(19床有床診療所)、特養ホームふれあい(入所100人)、デイサービスセンター(20人)、広域福祉人材研修センターなど、実に多岐に及んでいる。

病院が立地する御調町は人口8,500人の農村地帯で、高齢化率は1991年21.7%、1997年27.6%(広島県17.2%)と極めて高率に達しており、高齢社会日本を先取りしていた。この間に病院は1975年頃から退院患者向け継続看護の一環として訪問看護や訪問リハビリなどの「出前医療」を実施して、寝たきり老人を減らしてきた。というのも、高齢者が退院してから数ヵ月か1年

41 斎藤『死に場所づくり』178-182頁。

42 広島県御調町保健福祉センター・公立みつぎ総合病院『御調町における保健福祉活動』2000年7頁。山口昇『寝たきり老人ゼロ作戦』家の光協会、1992年46頁。

第14表 病院事業決算状況(単位：万円)

	1973	1975	1976	1977	1978	1980	1982	1984	1986	1988	1989	1990
収支	-3188	-4935	1513	9801	17807	5181	3693	4318	8728	8927	8013	8556

(資料)山口昇『寝たきり老人ゼロ作戦』87頁より作成。

後には寝たきりになって再入院して来るというケースが数多く目撃されたからである。病院では毎日行えたりハビリも家ではその条件が整っておらず、介護の知識や介護力も不足していたからだ。これらをカバーするために在宅ケアを支援する計画が立てられ、看護やリハビリといった医療を家庭の中へ持ち込む訪問看護や訪問リハビリが実施されることになったのである。

とはいえ、当時はまだ老人医療や在宅ケアへの関心が一般的に低く、手探りの状態から出発したのである。特に実験的に行った最初の2～3年間は試行錯誤の連続で、外来の看護婦が交代で退院患者を訪問しても、なかなかスムーズには受け入れてもらえなかったという。御調町は見知らぬ他人に家の中を覗かれたくないという農村特有の閉鎖的風潮が色濃かったので、訪問看護は人間関係の有無が特に重要であったのである。

そこで、専任の訪問看護婦は看護婦を配置するのではなく、保健婦を置いて看護技術を教えることになった。こうして訪問看護体制は1979年に保健婦を中心に再編されることになった。⁴³ その結果、訪問看護はスムーズに進行するようになり、人員も増加されていつの頃からか「出前医療」と称されるようになった。出前のメ

ニューは必要に迫られて次第に増加し、1981年からは訪問リハビリ(全国初に近い試み)も開始されたのである。

だが、保健婦達の訪問看護や訪問リハビリが順調に進み、患者や家族との人間関係がようやく形成されるようになると、また別の壁に遭遇することになった。患者や家族と打ち解けるようになると悩み事や相談事を持ち掛けられるようになったが、そのほとんどが福祉に関する事項であった。しかし、福祉は行政の問題であって、保健婦はアドバイスや口添え以外にはほとんど手も足も出せず、悩みを持つ人の1/3が結局は諦めてしまうことになった。しかも福祉を受けるまでの事務手続きや調査には余りにも時間が掛かり、承認までには1～2ヵ月が経過し、ほんの1～2ヵ月間のうちに高齢者は寝たきりに近い状態にまで悪化してしまうのが常であった。

このような陥穽があったために、出前医療を始めても寝たきり老人の数は少しも減らなかった。そこで、山口院長は「出前医療と福祉(行政部門)の統合」を町長や議会民生常任委員会に訴え、2年後には保健・医療・福祉の連携のために機構改革を実施するという合意を町当局、議会、住民から取り付けたのである。こうして役場の福祉部門が病院の健康管理センター内に取り込まれることになった。最終的には役場の厚生課保健担当部門、住民課福祉担当部門、そして社協のホームヘルパー全員が健康管理センターに移管された。これによって厚生課所属の町保健婦と病院所属の保健婦も統合された。後に住民

43 看護婦は看護技術や臨床の腕は申し分ないが、その発想や考え方はどうしても仕事を合理的にきききと片付けるという習慣が身についており、地域の中や家庭の中に入って行くのがあまり得意ではなかった。保健婦は話を聞くのが得意で容易に打ち解けることができるが、臨床看護の腕がものたりなかったという(山口前掲書14-15頁)。

課に残っていた国民健康保険担当部門も統合され、健康管理センターは保健・福祉・国保の3つを主業務とするようになり、病院長がセンター所長を兼任することになったのである。

こうして出前医療は健康管理センターを本部として1984年から実施に移された。ケースワーカーが家庭を訪れて、機器類の貸与やホームヘルパー（介護福祉士）の派遣に対する希望を聞いて回った。もし要望があれば、直ちに病院長の指示だけで実行に移された。当初は病院の退院患者への継続看護として始められた出前医療はやがて御調町住民全員が対象となり、さらに診療圏内の町外患者にまで拡大されたのである。

さて、みつぎ病院は開業医との連携を基本方針としていたこともあって、評判が高くなっても患者数はむしろ減少した。これに対して山口院長は100床規模の総合病院化によって赤字問題を解消できるはずだと確信していた。というのも、1960年代後半の診療報酬体系の下では、採算の確保は病院の規模を拡大するか、小規模診療所に止める以外になかったからである。

みつぎ病院は1975年の第三期増改築工事によって病床数99床、職員76名に拡張されたが、この時点での累積赤字は1億7000万円に達していた。しかし、これを契機に患者数は激増するに至り、ベッド数の逐次増加を上回るスピードで増加していった。病床利用率も高まり、経営効率が向上したのである。その結果、病院の収益は第14表のように1976年度に1,500万円の黒字に転換し、1977年度9,800万円、1978年度1億7000万円と黒字幅を拡大していったので、累積赤字をたちまち解消することができた。その後も第4期（1978～1979年度）、第5期（1983～1984年度）、第6期（1988年度）と増改築を続け、一般病床も220床に達したのである。

また1979年度には御調郡と世羅郡にまたがる地域の唯一の二次救急病院に指定され、24時間・365日体制をとるようになった。この時にICU（集中治療室）やCTなどの高度機器類と、脳神経外科・整形外科・理学診療科・歯科などの新しい診療科が導入された結果、長い年月にわたり1日当たり100人前後であった外来患者数が増加し、1984年度頃から診療圏が7万人を超えるようになったのである。⁴⁴

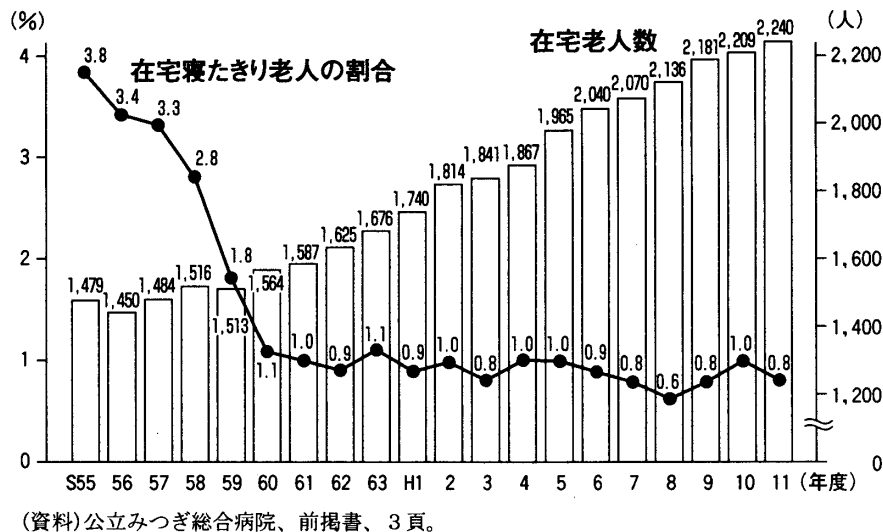
山口院長は赴任当初から地域医療の実践を考えていたといわれる。地域のニーズも予防と治療を一体化した包括医療にあった。というのも、保健予防活動は訪問看護を含めた医療と一体で運営されなければ効果がなかったからである。もちろん、みつぎ病院は保健と医療、福祉を連携させ、地域包括システムへと拡充してきた。しかし、健康管理、訪問看護や救急医療など包括医療部門のほとんどは病院経営の面では採算が取れなかったのである。⁴⁵

もちろん、不採算医療も地域に根ざした病院にとっては責務といえるが、あくまでも健全経営の枠内で実施されなければならなかった。みつぎ病院は幸いにも自治体立病院だったので、国の交付税と自治体の二次救急医療補助金等を合わせて年間約2億円の収入があり、これで不採算部門をカバーすることができた。とはいえ、病院の経営健全化には患者数の増加が重要であり、そのためには診療圏域の拡大が不可欠だった。入院患者数は町内が1980～1989年に43.6%から1/5に低下する一方で、町外患者が増加し、診療圏域が拡大した。病床回転率も在宅ケアの充実

44 山口前掲書68-76頁。

45 例えば、在宅ケアは人手が要り、付随する諸々の医療や経費も保険給付の対象外のものが多い。保険診療では訪問看護は週2回が限度だが重症や終末期には毎日訪問する必要があるという（山口前掲書82-86頁）。

第5図 御調町における在宅老人と在宅寝たきり老人の推移



によって長期入院が減ったために向上することになったのである。

(2)「寝たきり老人ゼロ作戦」と成果

日本の寝たきり老人は介護力の不足、不適切な介護、閉じこもり、医療(看護やリハビリ)の中断、などによって人為的に作り出されることが多かった。しかも、寝たきりになった場合には、褥瘡や関節拘縮、失禁などの身体機能の低下、痴呆などの精神機能の低下、といった寝たきり三悪が付随して起こるといわれる。⁴⁶

もちろん、御調町も高齢化が全国平均以上に高進したため、かつては非常に多くの寝たきり老人がおり、全国平均の1.5～2倍にも達していた。そこで、みつぎ病院は「寝たきり老人ゼロ」を目標に掲げて包括医療を実践に移したのである。⁴⁷「寝たきりをなくそう」を合言葉に在宅ケアを推進したが、最初の4、5年間はなかなか効果が現れなかったという。しかし第5図のように1983年頃を境にして寝たきり老人が減り始めたのである。とはいえ、何年も寝たきりの状態に

なっていた高齢者を寝床から解放することはほとんど不可能だった。結局、長年患ってきた寝たきり老人が死亡する一方で、在宅ケアが寝たきり予備軍の老人達を寝たきりから予防した結果として、10年間で寝たきり老人を1/3にすることができたのである。

みつぎ病院は1991年度に在宅ケアに保健婦8人、看護婦2人(兼任)、医師2人(兼任)、介護福祉士2人、ホームヘルパー5人、ケースワーカー3人のスタッフを投入した。その経費(1990年度年間)は人件費7500万円(うち病院負担分5200万円)、諸経費1200万円、合計8700万円に上った。このうち病院の負担は5800万円であり、その大半が人件費であった。つまり、在宅ケアはその部門だけを見れば不採算部門であったが、トータルで見れば病院や御調町にとってプラスの面

47 老人はいったん寝たきりになってしまうと、坂道を転がるように心も衰弱して起きることが苦痛になり、家族も単調な世話に慣れてむしろ楽だと感じ始め、「寝たきり」が人為的に作られるという。日本では「待ちの医療」が主流で、患者の方から来なければ、それで終わりになってしまう。それゆえ、元気になって退院した老人がその後、外来にやって来ず、半年か1年後に寝たきりになって再入院して来るという例が多いといわれる(山口前掲書30-32頁)。

46 山口前掲書104-112頁。

が大きかった。例えば、病院は長期入院者が減って経営的にもプラスになり、町も医療費が減って利益になったのである。

御調町は1970年代後半には広島県下でも有数の高医療費地区の1つであった。例えば、国保医療費総額の伸び率は1981年度には20.4%で、県平均の9.7%と比較しても2倍以上に達していたが、1985年度には県平均の8.7%に対してマイナス4.8%となり、1988年度にも2.5%に対してマイナス7.3%、1990年度にも2.3%に対してマイナス1.4%とマイナスを記録するようになった。また老人医療費は1985～1990年度には伸び率が鈍化してほぼ横ばいとなり、1人当たり老人医療費もこの間に59万円弱で推移し、全国平均の水準にまで低下したのである。とはいえ全国的に見れば、広島県の医療費は高かったのも、御調町の1人当たりの老人医療費は1984年度59万455円、1987年度60万1783円、1988年度55万7584円と低下したものの、全国平均からすればなお高かった。

ともかく御調町の老人医療費は伸び率が鈍化して国保財政を健全化させ、国保税も安定した推移を辿るようになった。従来、作られた寝たきり老人が重症患者として長期に入院させられていた弊害を在宅ケアによって予防し、重症患者を減らした結果である。実際、みつぎ病院の在院日数は従来の40日強から30.5日にまで短縮され、病床回転率も向上した。慢性疾患で長期入院した場合(1991年度の診療報酬)、特二類病棟での入院医療費は月額平均38万1000円であった。もし在宅ケアによって退院が可能になれば、医療費は月額平均4万8000円(8回の訪問指導料と薬剤料等)となり、1ヵ月に約33万円の医療費が節減される。もちろん、在宅ケアの場合は月8回の訪問では済まず、中には毎日のケースもあ

り、それ以外にも家族の負担が加わるので、単純な計算では割り切れない面もあった。しかも在宅ケアの収支は赤字であり、交付税や一般会計からの繰入金がある自治体病院なので、病院全体としては赤字に陥らないで済んでいたのである。

みつぎ病院の寝たきりをなくす医療活動は寝たきり老人比率の縮小を実現し、長期入院患者の減少、病床回転率の向上、及び医療費伸び率の抑制などの経済効果を生み出してきた。また住民意識も変わって健康づくりに対する認識が高くなり、健診の受診率も向上し、在宅ケアへの住民参加(福祉バンク制度)を生み出すことにもなった。しかも、患者は退院後も在宅ケアを受けながら「昼の上で暮らす」という望みを叶えられるようになったのである。

超高齢社会の老人ケアは病院を中核とする地域包括ケアシステム(医療・保健・福祉の連携)を必要としている。そのために御調町は保健と福祉と国保を扱う健康管理センター(行政部門)を病院内に併設して統合した。地域包括ケアシステムは保健・医療・福祉の連携によって住民の健康づくりから訪問看護までを含む住民参加型のシステムを必要としているといわれる。御調町では、病院がシステム全体の中心となり、まず健康管理センター(行政部門)と病院が結合し、特養ホーム県立ふれあいの里、老人リハビリセンター、老人保健施設及び在宅介護支援センター、救護施設、訪問看護ステーションなどが連携して地域ケアや在宅ケアを実施していた。また診療面での病診間連携を始めとして、地元の医師全員が老健施設の嘱託医となり、在宅ケアにも積極的に参加・協力していたのである。⁴⁸

IV 地域医療の転機と可能性

[1] 地域医療の転機

(1) 沢内病院

沢内村は行政側が政策修正を図り、医師が替わったり、組織に修正が加えられたりしたが、行政の社会保障的発想と包括的な保健医療体制と住民のフィードバック機構という原則をなんとか維持してきた。それは、役場も金を出し、病院も金にならない活動を一生懸命にやり、住民もそれなりの負担をするという「寄りかかり体制」であり、お互いが信頼し合い、メリットを感じあっている間は強力であったが、そうでなくなれば脆いものであったといわれる。⁴⁹

1960年代後半以降、村役場の幹部達は絶えず病院縮小論を唱えるようになったので、増田院長がメリットを説いて、役場が「寄りかかり体制」から離脱するのを防いできたが、それも次第に困難になっていったという。沢内村には保健委員会、地域保健調査会、国保連協などの保健医療関係を討議する委員会があったが、いつのまにか行革委員会なるものが設けられ、そこでいろいろな事が頭ごなしに決められるようになった。本来は地域保健調査会が討議すべき保健婦数の削減や医療費無料化の廃止なども行革委員会で検討されるようになった。行革委員会の設置以降は他の委員会の存在理由がほとんどなくなってしまったといってよい。国の政策が沢内村のような民間活力源のないところにまで

行革委員会を作るように仕向けていたのである。

もちろん、このような状況は日本中の至るところによくある村の政治の姿にすぎないともいえる。しかし、それは農村地域医療のモデルとして喧伝されてきた沢内村が完全に輝きを失って、ごく普通の村に戻りつつあることを意味してもいたのである。

沢内村で生まれた健康台帳や健康手帳は全国的に有名となり、他の市町村も競うようにして真似するなど影響力の大きかった事業であったが、現在の沢内村では逆に廃止されてしまったのである。沢内病院の職員、特に医師が村の住民の健康状態はどうなっているのかとか、データを書き込まないと住民が困るだろうなどといった意識をほとんど抱かなくなったからであるといわれる。医師達が「病院は技術提供の場という認識」を持つようになり、「沢内病院は村の病院ではなく、単に村にある病院」になってしまったのである。地域医療は結局、人に依存している。それゆえ後継者の育成と引継ぎがうまく行われなかったことが、沢内病院を単なる寒村の小病院に逆戻りさせてしまった原因であったといえるだろう。⁵⁰

(2) 京都堀川病院

西陣は織物業の盛衰によって翻弄されてきたが、堀川病院もその荒波にもまれることになった。例えば、病気の形態も大きく変化して生活習慣病が激増したのである。また子どもは育つと家を離れる傾向にあったので、核家族化が進み、地域の老人人口も増加していった。残された年寄りには身体の動く間は機織を続けるが、やがて夫婦の一方が死ぬ頃になると、働けなく

48 従来、訪問看護は無料奉仕で行われてきたが、老人保健法の改正によって老人訪問看護制度が1992年4月に創設され、主治医は指示料を請求でき、また訪問看護ステーションも経費の支払を受けられるようになったのである(山口前掲書148-151頁)。

49 増田進「沢内村の過去と未来」全国国民健康保険診療施設協議会『赤ひげは存在するか』同朋舎、1989年37頁。

50 鎌田『命があぶない医療があぶない』229頁。

なった年寄りが一人暮らしを強いられることになった。高齢社会が進展する中で、農村が壊れ、町も壊れかかっているといつてよい。西陣の路地にある棟割長屋も老朽化し、傾いたりしているが、老人世帯では修理する資力もなかった。いずれ子どもに引き取られ、家が空き家になれば、土建屋が入ってきて路地を潰し、近代的なマンションが立ち並ぶという状況になっていたのである。

1990年代になると、病院は規模が大きくなり、経営を守るのが精一杯の状態となつていった。堀川病院は病床数250床(2003年1月現在是一般病床186床・療養型病床群53床)からなり、在宅で看ている訪問看護数も300に上っていた。⁵¹これを守るために経営の合理化を図らなければならず、賄いや清掃、保険請求などの業務を外注し、看護婦もパートを採用するようになったのである。医者も大学から医局医師を派遣してもらい、経費の削減を図ろうとしていた。この状態が更に進めば、堀川病院はもはや看板だけで、テナントを集めた百貨店のような病院になりかねない、と元院長の早川は危惧していた。しかも理事会の合意もなしに民間薬局委託を職員だけで決めてしまうような状況にもなっていると

いう。早川は「誰のための病院か、誰がオーナーなのか」をもう一度出発点に戻って再考するように「健康会」の広報誌に書き続けたが、途中で掲載を差し止められてしまったといわれる。⁵²

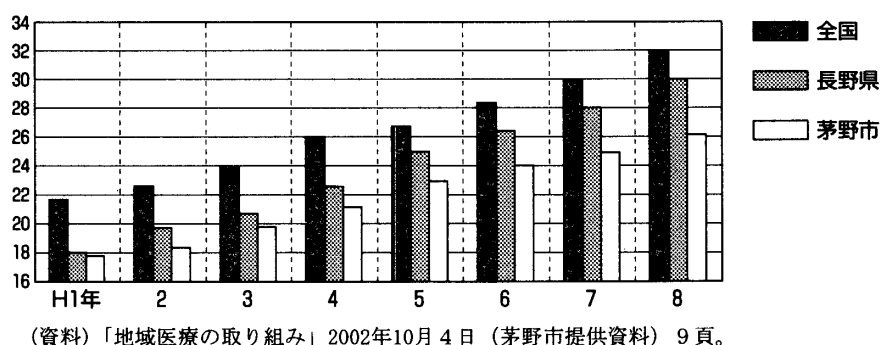
というのも、現在、全ての病院は経済問題(厚労省の診療報酬抑制策)から医療を押し潰されるという危機的状況に直面して四苦八苦しているからである。住民に依拠するか、それとも医療管理に依拠するか、という分かれ道に立たされているといつてよい。早川は「医療は経営に取り込まれるべきではなく、住民の命と暮らしを守るべきである」と断言している。しかし、都市における地域医療の指導者であつた早川は医療を支える住民と病院双方のポテンシャルが落ちてきたという思いから、1999年に堀川病院に決別の辞を書いたのである。住民も病院創設時から3~4世代も経ており、住民運動の意識も次第に薄れ、住民自身も老化が進み、経営ばかりに目を向ける傾向が強まった。職員もまた病院に対して積極的な要求を持たなくなったという。地域があたかも経営者のように動き出した時に、職員組合の運動も力を失つていったのである。この点について早川は佐久病院や諏訪中央病院のように後継者を育てる教育を行って来なかった自分の怠慢が原因であるといささか反省をしている。

早川は1996年から京都府美山町(人口5,600人)で地域医療に尽力することになり、1998年には美山町公設民営美山診療所長に就任した。町長、助役、住民課長、町議会議員が懇請に訪

51 出町・正親・北野の3診療所、在宅介護支援センター(京都市の委託を受け1992年に本院内に設置)なども設置されている。通所リハビリ(デイケア)は1988年に本病院の北分院に「デイケアセンターほりかわ」を開設、1999年に「クリニックほりかわに」がこれを継承。食事、入浴を始めとした日常介護から趣味、娯楽活動に至る「暮らしの場」でのアプローチを中心に機能維持や回復に取り組んでいるという。デイケアは3診療所でも開設。また堀川病院は切れ目のない継続医療と看護を目標とした在宅ケアを行っていた。そのために在宅へのスムーズな移行を図るために患者1人ひとりのケースに応じた相談を実施している。在宅ケアは1972年に医師、看護婦、ケースワーカーで編成されたプロジェクトチームによる退院患者の訪問看護を皮切りにスタートした。1974年には外来看護部から独立して居宅療養部が設けられたのである。

52 鎌田『命があぶない医療があぶない』176頁。堀川病院は白峰診療所から出発して病院に発展する時に30万円を寄付してくれたおばあさんが「病院は外からの力ではつぶれまへんで。つぶれるんやったら内からどっせ」といった警句を現実のものとして受け止めなければならない状況に陥っているという(同書173頁)。

第6図 1人当たり国民医療費の推移（単位：万円）



れたために、所長を引き受けることになったのである。⁵³早川は堀川病院でやれなかった21世紀の医療を公設民営という形でもう一度実践して見ようと決意したのだという。

堀川病院は京都南病院と共に、佐久病院や沢内病院や諏訪中央病院など農村型の地域医療とは違う都市における地域医療のあるべき姿を示していると看做されてきた。⁵⁴だが、その堀川病院の生みの親ともいってよい早川が同病院に決別の辞を書いたことは、ある面で都市における

地域医療の、ひいては地域医療全体の直面している危機をさらけ出したといつてよい。持続可能な医療制度、そして保健、医療、福祉の連携を充実させて行くためには、ゾーンディフェンシ的な地域医療の健全な発展が不可欠である。今後は、堀川病院が提示した問題点を点検し、また美山町における早川の新たな試みにも注視しながら地域医療の可能性を考えて行くことが必要であろう。

【2】諏訪中央病院と地域医療の可能性

諏訪中央病院は現在、「予防からリハビリまでの一貫した医療」、「地域に密着した手づくりの医療」、「救急医療・高度医療を担う」の3つの理念を掲げて医療活動を実践している。同病院は「東京では助かるのに地方では助からないという医療の不公平を解消すること」を地域医療の原点と考えて活動してきたのである。鎌田實現院長は病院の第一次新築移転終了後、大幅な赤字経営が続いていた第二次病院苦悩期の1988年に突然院長を任され、公立みつぎ総合病院を父に、ゆきぐに大和総合病院を兄として見習い、地域包括ケアを再生のキーワードにして病院の再建を図ってきたといわれる。⁵⁵

諏訪中央病院は単に医療技術を地域住民に提供するだけではなく、地域医療を通じて「生き

53 町は診療設備を含む全てを用意し、家賃も取らず、運営一切を任すから医療だけを提供して欲しいという条件を出してきたが、早川はそれでは医者を腐らせることになるから、むしろ住民の主体性を育てる意識改革を行う診療所として活動し、行政もその先頭に立つならやろうということになったという（同上書188頁）。

54 京都南病院は1953年に地域住民の募金を中心に下京区に設立された。医療・保健・福祉を含む地域ニーズに対する総合的な支援を目指して、特定医療法人健康会の下に本院のほかに分院診療所6カ所（第二南、西京極、せんぼん、内浜、伏見、三栖）が設けられている。医療は本院、診療所、在宅療養部、在宅介護診療センター、老人保健施設、訪問看護ステーションを中心に高度医療、救急医療、24時間診療、在宅医療、訪問看護、専門外来などを行っている。福祉はケア付き住宅を設け、ショートステイ、デイケア、配食サービス、入浴サービス、ホームナースコールシステム、介護教育などを実施していた。また高齢化率22%の下京区に老人保健施設「ぬくもりの里」を設け、介護を必要とする高齢者が住みなれた地域の中で馴染みの人達と共に生活できるように、総合的なサービスの提供、家庭復帰、在宅ケアの支援、地域の高齢者ケアの向上などにも努めているという。

ていてよかった」と思えるような地域づくりを行ってきた。即ち、「自分の家で最後を迎えたい」という高齢者の夢に応えられるように24時間体制の訪問看護や訪問リハビリを1980年代初頭から実施し、在宅医療を支えるために老人保健施設や療養型病棟(90床)、分院研修所、在宅介護支援センター、研修センターなどの多様なメニューを整えたのである。また茅野市の保健福祉サービスセンター4箇所のうち、東部と西部のセンター長(市行政課長職)は同病院の医師2名が兼務することにもなった。こうして公立みつぎ病院と同様に、病院の訪問看護と社協や民間ホームヘルパー、行政保健婦やケアマネージャーが同じグループとしてセンター長の下で仕事ができるような体制となったのである。

しかも、内視鏡やカテーテルを使った低侵襲性の新しい医療の導入と在宅ケアの整備によって、諏訪中央病院の平均在院日数は15.4日にまで短縮された。因みに平均在院日数と老人医療費は正の相関を示しており、平均在院日数の長い都道府県は老人医療費も高いという傾向を見せている。在院日数の長い県は高知県57日、山口県51日、徳島県49日、佐賀県49日などであり、長野県は全国最低の22.7日で、高知県の半分にすぎなかった。⁵⁶

その上、訪問看護の充実によって、茅野市の在宅死は全国平均の16.7%と比較して30.6%とほぼ倍近くも高かった。自宅死の割合と1人当たり老人医療費の関係でも、自宅死の割合が高ければ老人医療費は低いという傾向が見られた。長野県は自宅死の割合が全国で最も高く、北海

道が最低であった。また長野県は平均寿命(男子)が全国で最も長く、医療費が最も安いといわれるが、その中でも茅野市の医療費は第6図のように更に安かったのである。

ところで、このように良好な医療が何故実現できたのであろうか。それは1960年代のインターン闘争以来続いた大学病院の医局改革運が事実上、医局側の勝利に終わった後に、若手医師達が新しい医療実践の場として選んだのが長野県であり、その最も成功した例が茅野市の諏訪中央病院であったとされるからである。⁵⁷茅野市は長寿県長野の中でも特に長寿な地域として知られているが、同時に1人当たり医療費が最も安い地域でもあった。諏訪中央病院はこの茅野地域の医療と福祉を支え、しかも優秀なスタッフを抱えながら10年以上にもわたって黒字経営を続けてきたのである。

鎌田現院長が赴任してきた1974年当時、同病院には患者がろくに来ず、たまにやって来ても検査で病気が見つかる直ぐに隣の病院に逃げていってしまうという倒産寸前の状態にあったといわれる。しかも当時、茅野市の1人当たり医療費は長野県下でも高い部類に属しており、脳卒中の死亡率も高かった。だが、同病院の成功と並行して、茅野市の医療費も減少し、同時に住民の寿命も大幅に伸びたのである。これは高齢者の平均在院日数が短縮され、医療費の節約にも繋がっていたからである。もちろん、それは経済性のみを追及し、患者を病院から早急に追い出そうとした結果として達成されたのではなかった。逆に退院後も救急や往診をいつでも受けられるような体制がきちんと整備されて

55 鎌田は若月俊一、早川一光、増田進、山口昇を心の師と仰いでいる。また諏訪中央病院における地域医療の指針のベースは山口から学んだものであるともいう(鎌田『命があぶない医療があぶない』80頁)。

56 同上書71頁。

57 以下は和田秀樹(精神科医)が『月刊現代』で指摘している点を、鎌田の著書から引用((鎌田『命があぶない医療があぶない』71-73頁)。

いたからである。もちろん、同病院は在宅介護を支援しながらも老人保健施設や特養ホームを併設し、いざという時には引き受けられるような施設を用意して、患者が安心して在宅を選択できるようにしているといわれる。

[3]介護保険の影響

2000年4月に発足した介護保険は介護を独立した制度として医療から分離した。その背景には、入院治療を必要としない老人を病院に収容する社会的入院の存在があった。社会的入院は、医療が介護を肩代わりすることによって医療保険を破綻に追いやってきたばかりではなく、大量の寝たきり老人を作り出してきたからである。介護保険はこうした従来の医学モデルから生活モデルへの転換を図り、ノーマライゼーションの理念の下に在宅介護を推進するために構想されたのである。⁵⁸

現在、介護保険が直面している最大の問題は、特養ホームなどの介護施設に対する需要が集中している点にある。つまり、介護サービスの供給量は増加したにもかかわらず、在宅介護は却って後退しているのである。これは施設介護のコストが高いために介護保険料が上昇するというだけでなく、在宅の推進という介護保険の理念の挫折を意味していた。この在宅介護の失敗は制度を設計した人達が介護を知らなかったからだといわれている。介護保険は脳梗塞の後

遺症による片麻痺などの頭がしっかりしていて身体に不自由がある人を想定して作られた制度であって、痴呆性老人や独居老人の介護をほとんど想定していなかった。しかも介護保険は暗黙裡に家族の介護力を前提としていたからである。⁵⁹結局、介護保険は「頭のしっかりした寝たきり」には有効であっても、「元気な痴呆」に対してはほとんど役に立たなかったのである。

痴呆の介護は老人の生活リズムに沿った生活支援が中心であり、「見守り」が最も重要であったが、介護保険はこの点を全く見落としていた。それゆえ「見守り」という24時間の生活支援の中から、身体介護や家事援助のみを切り取ってきて組み立てて見ても、在宅介護はうまく機能しなかったのである。

介護保険は社会的入院を解消して医療保険を破綻から救うという目標も達成できそうもなかった。⁶⁰というのも、医療保険は入院期間が長くなると診療報酬を減らし(通減制)、病院に退院を促す仕組みを採っていたが、介護保険には通減制がなく、入所者を退所させる必要がなかったからである。その結果、老人保健施設は永住施設と化し、病院から家庭復帰に備えて数ヵ月間のリハビリなどを行うための施設(中間施設)という本来の性格を喪失してしまった。しかも中間施設の減少は病院の社会的入院を激増させることにもなったのである。

58 佐藤義夫『介護保険をどう見直すか』岩波ブックレットNo. 579、2002年3頁。この点は特養ホームに加えて、療養型病床群や老人保健施設も医療保険適用施設(病院・医療機関)から介護保険適用施設(介護施設)となったことから明らかである。また医療と介護の違いは治療と生活の違いでもあった。医療は通常の社会生活を断念する形で入院するが、介護は生活そのものであった。だから特養ホームには住民票を移すが、病院には住民票は移さないのである。

59 要介護度が重度で手厚い介護を必要とする老人が在宅で生活するためには、かなりの家族介護力が前提とされなければならなかった。それが不可能な人は施設へ入所しているか、病院へ社会的入院をしていた。一方、家族の介護なしに自宅でなんとか生活できる老人は主に要介護度が1~2、あるいは要支援の人達であったが、これらの人達は要介護度のランクが低いために、介護保険の給付額の水準も低く、なかなか満足できるサービスを組み立てられなかったという(佐藤前掲書9頁)。

60 佐藤前掲書14~15頁。

一般病院は平均在院日数の短縮化に伴って益々早期退院を強行せざるを得なくなっているが、病院と在宅をつなぐ中間施設がないので、退院患者はそのまま介護施設へと移動するしかなかった。だが、介護施設も不足していたため、そのまま病院に留まるしかなく、社会的入院が増加したのである。こうして在宅介護の失敗は施設介護の需要を増加させ、介護保険の負担を増加させる一方で、社会的入院を解消するための受け皿も作られずに終わったのである。結局、社会的入院は解消されず、医療保険と病院経営の危機も依然として続くことになったのである。

しかも、まだ介護保険が導入される以前には、市町村の介護関係者は何年も家から出ていない寝たきり老人を温泉に連れて行き、閉じ込められていた痴呆性老人を花見に連れ出したりしたものだった。しかし、介護保険の導入はこうした介護を消失させようとしている。何故ならば、温泉や花見に連れて行くことは介護保険の報酬の対象とはならなかったからである。本来、在宅介護の長所は地域の人間関係を継続し、生活空間を広げられる点にあった。だが、介護保険は在宅老人を家の中に閉じ込め、在宅ケアを支える地域ケア作りを困難にしているものである。⁶¹

むすび

これまで見てきたように戦後の地域医療をリードしてきた沢内病院や堀川病院は大きな困難と挫折に逢着し、佐久病院もまた大きな赤字に直面している。特に農村地域における地域医療は首長のヤル気と住民の積極的な参加、それ

に優れた献身的な医師の存在が決定的に重要であった。もしもそのうちの1つでも欠ければ、地域医療は大きな成果を達成することができないといつてよい。もちろん、中でも決定的に重要なのは高い見識を持った病院長の存在であろう。沢内病院や堀川病院の困難や挫折はある面ではカリスマ的な地域医療の先駆者が後継者の育成を怠ってしまった結果でもあるといえるのである。

ところで、長野県では佐久病院や諏訪中央病院などが早くから地域医療活動を実践し、県内一円をカバーする集団健康スクリーニングなどを行い、予防・治療・リハビリを一体化した地域包括ケアシステム(保健・医療・福祉の連携)を築いてきた。その結果、長野は健康度が高く、老人医療費が全国一安い県として各方面から注目を浴びるようになったのである。平均寿命は男性では1965年の全国9位から1990年以降1位を占め、今や全国最長寿県となっている。寿命以外でも長野県は乳児死亡率(全国最低)、65歳平均余命(男子2位、女性9位)、65歳自立期間(男子2位、女性4位)、65歳以上受療率(男子47位、女子43位)、一般病床平均在院日数(47位)などの点でも優れた健康実績を誇っているのである。⁶²

また長野県は自宅死の割合(2000年、全国1位)、1人当たり老人医療費(2000年度47位)、1人当たり国民医療費(1999年度、地域差指数46位)などからも明らかなように、家族が病人を支える上で大きな役割を果たしていたのである。さらに長野県は高齢者就業率が高く(全国1位)、人口10万人当たりの公民館数(1位)、図書館数(3位)、博物館数(1位)、社会体育館数(1位)、など施設が

62 長野県庁のホームページ。

<http://www.pref.nagano.jp/eisei/hokenyob/tokusei.htm>

61 佐藤前掲書24-25頁。

充実しており、高齢者が生きがいを持って暮らしていける環境にあるといわれている。

しかし長野県は平均寿命が日本一長い割には、100歳以上の老人数は47都道府県中22位とそれほど多くはない。つまり適当なところまで元気に生きて、長患いせずに死ぬというPPK(ピン・ピン・コロリ)の典型的な地域だとされているのである。⁶³というのも、長野県は他県と比べて①在宅医療を可能にする条件が整い、平均在院日数がかかなり短いこと、②自宅死の割合が高いこと、③活発な保健活動と生きがいを持った高齢者の生活、などの特徴を持っていたからである。

これに対して老人医療費の高い上位4県が北海道、福岡県、高知県、大阪府であった。福岡県と大阪府では、病院がバブル期に一斉に駆け込み増床に走ったために、病床の過剰から過当競争に陥り、社会的入院を助長したといわれる。しかも両府県は保健・医療・福祉の施設整備面(ハード面)では充実していたが、それぞれの連携が必ずしもうまくいっていないという欠陥を抱えていた。また北海道と高知県では、病院の病床数は多かったが、それぞれ札幌市や高知市に一極集中しているという弊害が存在していた。特に北海道は病床が都市部に集中しているため

に冬場には「越冬入院」現象を惹起して老人医療費を押し上げているといわれている。北海道では「空いたベッドは埋められる」といわれるように、医療供給が医療需要を作り出していたのである。

もしも全国の老人医療費が長野県並になれば、2兆円以上の節約となるといわれている。しかし、長野が健康県と安い医療費を両立させているのは戦後、佐久病院や諏訪中央病院が長年にわたって県内一円をカバーする地域医療と取り組んできた結果でもあった。そこで、長野で実施されてきたような地域医療が全国各地に行き渡れば、医療費を2兆円節約することも夢ではなかった。しかも、住民は生きがいを持ちながら長い健康寿命を享受できるのである。それこそが高齢社会における地域医療の持つ素晴らしい可能生だといえるのではないだろうか。幸いなことに、全国47都道府県のすべてで大なり小なりに自治体レベルで地域医療活動が試みられているという。そこで、今必要とされることはこの小さな地域医療の試みを大きく発展させ、地域医療の持つ可能性を現実のものにすることであると思われるのである。

〔九州大学大学院経済学研究院 教授〕

63 水野肇・青山英康編『PPKのすすめ』紀伊国屋書店1998年6-7頁。厚生省は1996年に国民健康保険中央会に「長野県は医療費が低いのに、なぜ健康県なのか」の調査を委託し、同中央会は約1年間の調査後、1997年3月末に「市町村における医療費の背景要因に関する報告書」を発表した。県内12市町村でヒアリング調査を実施すると共に、比較調査のために北海道、高知、富山の各道県でもヒアリング調査を実施したという。