

佐久総合病院・若月俊一と農村地域医療の課題

——人間発達の地方行財政に向けて——

楽 田 但 馬

目次

はじめに

I 若月「農村医療」の特徴

II 福祉（介護）との連携から「メディコ・ポリス構想」へ

III 「農村医療」の問題提起

IV 病院経営の分析と評価

おわりに

はじめに

現在、日本の地域医療が健全でないことは誰の目にも明らかである。(地域)医療に関する研究論文や医療現場・統計などから学べば、多くの地域で医療供給が危機に直面し、崩壊に至っている。だとすれば、地域住民(国民)のくらしは恒常的に極度の不安に晒されることになり、医療問題の所在を明確にし、抜本的な対策を講じることは急務である。しかし、少なくない地域で医療体制・供給の深刻な状況は今に始まったわけではなく、長きにわたって問題であるにもかかわらず、中央・地方政府や住民はその歴史にしっかりと向き合っていないのではないだろうか。

地域医療とは、ひとまず自治医科大学監修の『地域医療テキスト』(2009年、医学書院)にしたがえば、「地域住民が抱えるさまざまな健康上の不安や悩みをしっかりと受け止め、適切に対応するとともに、広く住民の生活にも心を配り、安心して暮らすことができるよう、見守り、支える医療活動」、「地域住民のための生活支援活動であり、地域医療の主人公は地域住民」(p.2)¹⁾である。これに対して、地域住民からみれば、医療供給者等と信頼関係を形成しながら地域の医療を構築していくことになり、この点で地域民主主義に深く関わる。

地域医療の問題を問う場合、公立・民間医療機関(医師や看護師など)の供給サイドと、地域住民(患者)の需要サイドの視点だけでは不十分であり、媒体者(中央・地方政府)さらに准媒体者(厚生連や日赤など公益法人等)も加え、それぞれの関係を重視する必要がある。そして、住民生活さらに地域社会のあり方まで見通して明らかにしていくとすれば、地域のなかでも「過疎」と呼ばれる地域に焦点をあてることが最も望ましい。というのも、地域経済・社会の衰退が著しく、一部で崩壊がみられるからであり、この最大の要因の一つに地域医療が慢性的に乏しいことが考えられる。

本稿で過疎地域とは、いわゆる「平成の大合併」前の過疎法（過疎地域活性化特別措置法）で過疎地域に指定されていた市町村（地域）を指すが、²⁾ 厳密な意味合いを持たせていない。むしろ厳しい気象・地理・地形的な条件の下で、超長期にわたって過疎化や少子高齢化が進み、高齢者の独居化・低所得化も顕著になり、また無医地区やそれに準じる地区が広範におよび、民間病院・診療所がゼロないしごくわずかで、ごく少数の公的（自治体立）医療機関が地域医療において決定的な役割を果たすような地域を指している。

このように地域医療にアプローチする場合、過疎地域の医療に関して積極的に摂取することができる事例として、日本の農村医療（研究）の確立・発展に欠かせず、さらにアジア諸国のモデルにもなっている故若月俊一（1910—2006）の1940年代以降の功績・業績あるいは彼の勤務先である JA 長野厚生連佐久総合病院（長野県旧白田町）の成果があげられる。両者は農村・過疎地域を舞台にして、「農民（住民）とともに」「（農村）地域とともに」の精神で住民さらに社会から目を逸らさず、寄り添い問いかけながら、医療を通して地域の民主化を追求している。

本稿の目的は若月の功績・業績あるいは佐久総合病院の成果を彼の著書・論文や先行研究にしたがい整理し、農村地域医療の課題をいくつか提起することである。本研究の意義は地域医療の議論の出発点を再確認あるいは再認識することができる点にあり、拙論「日本の地域医療問題と地方自治体の役割—農村・過疎地域医療へのアプローチ」（岩手県立大学総合政策学会『総合政策』第12巻第1号、2011年1月）において整理されているように、中央政府の「財政スリム化のための医療制度改革」に対する批判的研究に見出すことができる。

I 若月「農村医療」の特徴

若月俊一の言葉を借りると、地域医療とは、「医療の立場からいうならば、それは当然『地域社会』になろうし、また患者の立場からいうならば、『地域住民』でなければならぬ。そこで、医者としては、まず患者を『地域住民』としてみることから始まる。そして、さらにこれを『地域社会』の生活全体に結びつけて論ずるということになるべきであろう。」（『若月俊一の遺言—農村医療の原点—』07年、家の光協会、p.16～p.17）

若月の功績の第一の特徴は、彼が佐久病院に赴任後、手術・入院患者の受け入れとともに、無医村・地区への出張診療に力を入れたことである。「予防は治療にまさる」との考えのもと、病院で待つだけでなく、地域住民の（心の）中に積極的に入り込み、衛生講話と自ら脚本を書いた演劇とのセットで診療を行い、また「農民とともに」の精神で、住民（組織）と一体となった運動としての医療実践に尽くし、昼夜かまわず、様々な手法で幅広い衛生活動の啓発に努めた。

第二に、八千穂村では現在の健診のモデルとなった全村一斉健診（集団検診）を早くから行い、健康管理にまで発展させた（「全村健康管理方式」）。その特徴は、①全員が健康手帳を持ち、かつ病院に健康台帳を備えること、②年一回の健康診断と事後指導としての結果報告会を行うこと、③住民の中から地域の保健リーダーとしての衛生指導員を置くことにある。これが村民1人当たりの老人医療費、国保医療費の超低水準（とくに全国平均比）につながっている。

第三に、農民の生活に密着した調査や研究を行い、医療の民主化を掲げて、地域での医療実践

に活かした。気づかず型とがまん型の潜在疾病の概念を提起するとともに、「手遅れ」を抑制し、また「農夫症」を統計化するとともに、健康管理を徹底させた。外科医として先駆的な脊椎カリエスの手術を行い、また「こう手」（農繁期に頻発する過労性腱鞘炎）、寄生虫、「冷え」、農薬の問題などに取り組み、諸成果を精力的に発表していったことも特筆に値する。

第四に、日本農村医学会の設立をはじめ農村医学の確立・発展において優れたリーダーシップを発揮したことである。農村医学のテーマとして、社会的要因から発症する病気、つまり農業、農家生活、農村環境などが原因となる病気の増大を抑制するために、いわば包括的医療（「第一線医学」）を原点とし、治療医学というよりも予防医学に役立てなければならないことを高らかに掲げ、佐久総合病院内外において研究環境も整備した。³⁾

第五に、院長として佐久総合病院を、創立期を除いて一貫して黒字経営に導いてきた点から言えば、類まれな経営者であった。多くの僻地を抱える佐久南部の医療を各町村と協力しながら包括的に担い、その内容も年を追うごとに充実させていき、他方で、1,000超の病床数にみるように、東信地方の基幹病院としての地位を確固たるものにした。人材育成や研修医教育においても先駆的存在であり、農村医科大学の設立を目指したことを特記しておかなければならない。なお、文化・スポーツ活動や国際的な医療貢献を促進してきたことも付言しておきたい。

このように整理すると、若月と親交が深く、佐久総合病院のビジョンとして「メディコ・ポリス構想」を提起した川上武（医師）の言葉を借りれば、「佐久地域は医療システムとして、すでに一応理想的な状態に達している」と言っても過言ではないであろう（『農村再生と『メディコ・ポリス』構想—今なぜ若月俊一—』川上・小坂富美子『農村医学からメディコ・ポリス構想へ—若月俊一の精神史—』1988年、勁草書房）

若月の没後すぐに世に送り出された『若月俊一の遺言—農村医療の原点—』は彼の（小）論文集であるが、三つの章、すなわち「病める人に『愛のこころ』を」「一人ひとりが『地の塩』となって」「人間の『生活』に結びついた医学を」からなる。これらのテーマだけをみれば、地域医療に従事する者へのメッセージ（遺言）のように思われるが、そうでなく、地域住民（患者）と公立・民間医療機関（医師や看護師など）と中央・地方政府、厚生連や日赤など公益法人等の関係が非常に重視され、それぞれへのメッセージとなっている。

『若月俊一の遺言』から若月の（農村）地域医療に対するスタンスのいくつかを、同書の編集委員長であり、彼を最もよく知る佐久総合病院名誉院長の松島松翠によるその解題を踏まえて列挙すると、第一に、健康管理と言っても、住民自身が健康を「人間らしい生活」の実現にとって最も基本的なものと考え、それに対する自覚を持って、工夫して行うようになるべきで、他人任せではいけない（「与えられる健康から獲得する健康へ」）。

この点で積極的に評価すべき事例として、（旧）八千穂村があげられる。村の衛生指導員や保健指導員（女性の健康づくり推進員）は健康管理活動の領域を広げ、時には長野県農村医学会で報告も行い、他方で、演劇（健康劇）や調査・研究は伝統となり、地区ブロック会ごとの独自性もあらわれ、町村合併で佐久穂町となっても精力的な活動がみられる。

第二に、住民を主役にしながら、保健・医療従事者は農村生活や住民（農民）の意識をよく理解し、保健・医療に対する住民のニーズ（必要性）を見つけ出し、それを住民自身のデザイン（要望）あるいはデマンド（要求）にまで発展させる（農民のための医療・医学）。

第三に、患者を「人間的」に取り扱うことであり、そのためには医者にも人間的な感情・判断や人間に対する洞察力、社会・自然に対する豊かな知識を備えていなければならない、それには社会学や文学などに触れる必要がある（「病気をみて、病人もみる」）。

第四に、農村・地方では病院でも「第一線医学」を十分に実践、習得できるように、国の医療費（負担）政策や医師養成政策（医学生や研修医等）、医療スタッフの専門主義・技術主義（分科化）、器械・設備の高度化・高額化（大資本の独占化）を見直すべきである。

松島の論文「若月俊一と農村医学—その理念と方法をどう受けついでいくか—」（『農村医療の原点Ⅴ—地域医療の未来に向けて—』2008年）では若月の農村医学における取り組みの特徴として、次の五点があげられている。すなわち、①「常に農村の現場の中からテーマを見つけてきたこと」、②「病気の予防ということに、常に重点を置いてきたこと」、③住民に平易な言葉で分かりやすく説明すること、④「常に社会科学的観点を失わなかったこと」、⑤「研究の中に、常に運動的精神があるということ」である。

第一線医学において、若月の言葉を借りれば「何でも屋」になることが基本的に最も重要である（1977年の講演「第一線医学とセンチメンタル・ヒューマニズム」『若月俊一著作集第5巻』所収、『若月俊一の遺言』に再録）。と言っても、専門的なことを何でも知っていなければならないわけでない。「何でも屋」はいわゆる家庭医、総合医、一般医ということであろうが、とくに救急の技術を修得することが重視されている。そして、症状によって、第二次あるいは第三次の医療機関（の専門医）に搬送できるようにトリアージできればよい。したがって、いわば「病病・病診連携」「一般医・専門医連携」が必要になってくる。

これに対して地域に要請されるのは住民主体を実現する社会の「協働力」であり、旧八千穂村の健康管理活動においてみられたように、三段階にわたることが重要になる。第一段階は組織内部における住民間の連帯・協力およびネットワークの形成（衛生指導員会、女性の保健推進委員など）、第二段階は社会的な立場や権力がほぼ同じ主体間の関係の構築（衛生指導員や同OB会、保健推進委員、栄養グループ、佐久地域保健福祉大学同窓会など）、第三段階は従属関係やヒエラルキー（位階制）を含む異なる権力間関係の構築（村当局、病院などと住民グループ）である⁴⁾。補足すれば、「協働力」は地域内にとどまらず、地域外にも広げてこそ一層実質的なものになるであろう。

佐久総合病院が1989年度から地域住民を対象にして、農閑期に開催している佐久地域保健セミナー（1期10回）は保健・医療・福祉の学習および活動理念と実践方法の学習を通して地域リーダーを育成しており、その卒業生で組織する同窓会は機関誌班、高齢化社会班、演劇班、食と環境班からなり、支部活動も市町村単位で積極的に行われている。同窓会の成果として、①地域に対する情報発信や問題提起といった教育的役割、②ボランティア活動の他分野への拡大、③地域住民と病院のパイプ役の確立、④地域に開かれた医療機関としての信頼の強化と職員への刺激などがあげられる⁵⁾。

Ⅱ 福祉（介護）との連携から「メディコ・ポリス構想」へ

広大な農村を持つ佐久地域における佐久総合病院の軌跡は全てを説明できないにしても若月の

医療精神や経営戦略とともにあったと言えようが、日本の病院で際立っており、「奇跡」と評されてしかるべきである（小坂富美子「佐久総合病院の奇跡—若月俊一の経営戦略—」川上・小坂『農村医学からメディコ・ポリス構想へ』）。その理由として、①農村地域という条件下での病院拡大の歩み、②患者視点に立った包括的な医療施設の実現、③農村医学研究の「メッカ」（臨床研究環境整備）などが考えられる。

これに対して佐久総合病院地域医療部地域診療所科医長や国保川上村診療所長などを歴任した長純一の指摘にみるように、「メディコ・ポリス構想」の下で医療・福祉による地域づくりが提起され、小海町を中心にその整備が進められているものの、医療における佐久病院・分院・国保診療所の優れた連携に対して、「介護施設において小海町に特養と老健、南牧村に特養があるのみで各村に入居施設がなく、やや生活の場からは遠いというのが実感である。医療における各国保診療所に該当するような、地域密着型の融通が利きやすい、介護施設らしくない住める場所が必要である。」⁶⁾ということが課題としてあげられる。

では若月は介護のインフラ整備に関してどのような認識を持っていたのだろうか。『若月俊一の遺言』の小論文「健康を地域の中で—住民の自主的運動に期待する—」（農村医療第52号、1985年8月）、「寝たきり老人はどこへ行く」（同第38号、83年6月）他をみるように、施設整備とその程度についてはあまり議論しておらず、後輩医師等に託されている。若月は超高齢化による寝たきり・認知症・独居の増加に伴う老人の重症化に対する介護（ケア）を想定して、家庭介護の限界を背景にした地域介護（コミュニティ・ケア）を重視し、さらに彼ら・彼女らの「くらし」の支援まで射程に入れているように思われる。

地域介護システムに関して市町村および民間組織による多様な施設の整備・運営とともに、住民自身による「ボランティア活動」が想定され、むしろ、後者の量・質が地域介護のあり方を大きく規定するかのようなスタンスをとっている。その意義は相手の困難の立場をともに共有し、「自分たちの地域生活を守る運動」とし、「住民の社会的『実践』の中から『国民の声』として発展させる」重要性が備わっている点にある（『若月俊一の遺言』p.52）。農協が高齢者介護事業に本格的に取り組めるようになったのは、1992年の農業協同組合法改正であるが、これを若月が見通していたとすれば、「非営利・協同」の枠組みとして重視することができよう。

過疎町村の大半は広大な面積を特徴とするが、とくに公的介護保険制度スタートの2000年以前であれば、多くで福祉・介護施設の整備は非常に遅れており、都市的地域（主に市）の施設に依存していた。他方で、非過疎地域に比して在宅福祉サービスの利用状況はホームヘルパーの利用日数にみるように高い数値を示している。しかし、後者に関して、地域内におけるホームヘルパーのような人的資源の充実の困難を想定した場合、住民自身による「ボランティア活動」が問われることになる。また、「超高齢社会の先進地」であることから言えば、とくに後期高齢者（要介護者）の生活や心身の状況に応じた居住スタイル（介護機能型施設）の整備も考えられる。

若月の主張にノーマライゼーションとして、自分の町や家に帰す「自由」を与える一方で、「在宅ケア」を正当化し、推進することがあげられる。「在宅ケア」は医療と福祉、保健を包括しており、その原点は無医村・地区への出張診療に見出すことができるが、その供給体制の充実・強化は、1983年の在宅ケア委員会（病院スタッフのボランティア組織）の発足、88年の在宅ケア実行委員会による24時間体制のケア活動スタートを経て、94年に地域ケア科（地域医療部）が設立

され、そして95年以降に在宅介護支援センターや訪問看護ステーションなどが次々に開所され、量、質ともに非常に優れた実績を収めている点にあらわれている。（佐久総合病院 HP⁷⁾）

後期高齢者（要介護者）の独居の増加をみれば、コミュニティ内の付き合い、子供の有無・扶養力、地域の医療・ケア体制などによって差異が生じるにしても、彼ら・彼女らの精神的な不安の増幅は避けられない。いわば「最期」が近くなり、一人のそれもありうる。「在宅ケア」に関して、「在宅」を医療施設外とした場合、いわば「自宅」に矮小化すれば、十分な説得力を持つとは限らない。若月が国のモデル事業とは言え、いち早く手を挙げ取り組んだ老人保健施設の運営を超えて、どのように医療施設外の居住・生活環境を整備し、「心のケア」体制を構築していくか、場合によっては、いわゆる「看取り」といかに向き合っていくかが重要になる。

医療施設外のハード・ソフトの整備と言う場合、主体が問われるが、「ボランティア」を敷衍した「非営利・協同セクター」とともに、「公的セクター」が保健・医療・福祉理念を明確にし、その共通理解に立ったうえで、諸政策を立案し、実践、評価していくことが国レベルにおける諸制度の再構築とともに不可欠になる。これを国・地方・住民の関係からみて責任・役割や財源負担の「依存」あるいは「放棄」と捉える向きもあるが、大きな論点になりうるとは言え、何よりもいづれにおいても「人間（住民）の生活」を切れ目なく、しっかりみていく必要がある。「在宅ケア」はその量・質を追求すれば、安上がりでなく、何よりもコストを要するかもしれない。

高齢者介護は高齢者の生活全般にかかわる支援であって、何よりも彼ら・彼女らが「人間らしい」生活を実現でき、さらに自己実現の機会を創造できるような地域づくりでもあることが求められる。その視点が単に介護サービスを供給するためだけの狭小なものであれば、地域での高齢者の生活を改善、支援し、住民とともに地域福祉を充実するという視点が抜け落ちることになる。また、それは地域において、住民が高齢者介護に対する理解を深め、ボランティア的に介護支援に参画したり、高齢者相互が支え合う動きを軽視してしまうことにもつながる。⁸⁾

医療・福祉システムの整備は教育施設の充実および住民の生計を確保できる産業振興と関わらせることで、「メディコ・ポリス構想」、つまり地方・農村再生に向けた基本条件になるということである（川上武「農村再生と『メディコ・ポリス』構想—今なぜ若月俊一か—」）。この構想が提唱された背景にはいくつかあるが、その中心は国や地方の地域開発・産業政策（外来型開発や土建型産業）に対するアンチテーゼであり、「メディコ・エコ・ポリス構想」にまで敷衍した宮本憲一が積極的に展開した「内発的発展論」に通じる。⁹⁾

川上はメディコ・ポリス構想を実現するための必要条件について、「第一は、佐久地域への医療技術短大（…）や看護大学の誘致ではないかと思われる。」「第二は、佐久地域への大規模な『シルバービレッジ』、『高齢者の村』の誘致である。」「第三は、医薬品・医療機器企業、関連研究所の誘致の検討である。」とし、同時に、農山村本来の農業・林業についても「商品性の高い農業として、高原野菜や花ばかりでなく、薬用植物の栽培なども一つの試みになるかもしれない。」と述べている。「機械・化学ありき」でなく「人間ありき」で、「健康ギセイ」でなく「健康ありき」である。

Ⅲ 「農村医療」の問題提起

若月あるいは佐久総合病院の功績・業績やそれらに関する研究をある程度整理すると、農村医療に関していくつかの論点あるいは課題を提起することができる。

1. 住民の健康意識を巡る行政・病院責任と住民責任

第一に、住民の健康意識を向上させるための行政・病院の責任である。『若月俊一の遺言』の「第2章一人ひとりが『地の塩』となって」における「『農村医学』の建設」（初出『農村医学』1971年、勁草書房）と題した川上武のインタビューで、若月は農村地域という条件下での病院拡大の歩みと関わらせて、住民（患者）と病院の関係について次のとおり述べている。「いわば地元民衆のニーズに押されて次第に病院が大きくなってしまったわけです。」「病院が大きくなると、その一部の力を割いて、公衆衛生的な仕事や農村医学的な研究をする余裕ができたわけです。」¹⁰⁾

「病院の運営や経営と病院外の活動や研究とは、車の両輪のごときものですが、しかし、それを動かす根源の力はあくまでも農民のニーズにあるのでしょね。もともと、そのニーズを積極的につかまえていこうとする、こちら側の精神と態度が問題です。病院の従業員組合がこのことをよく理解してくれましてね。」「この『外からのニーズ』とそれをつかむ『内からの力』と、この二つが今日の佐久病院をつくったともいえるんじゃないでしょうか。」

これに対して川上は「今先生は、農村医学とか農村病院をニーズの側からお話しになりましたが、やはり医療というものは医師、それからパラメディカル・スタッフを含めて、医療技術者の主体性の面も重要だと思います。ふつうでしたら、ああいう僻地の病院では、そんなに医療技術を高めなくてもよい、難しい病気の時にはどこか都市の病院に送ればいいんじゃないかと、単純に割り切ってしまうケースが多いと思います。それを佐久病院の場合、…やはり農民の病気は農村で治そうと、ごくあたりまえの命題ですが、しかしその命題に本格的にとり組んだことから佐久病院が生まれ、農村医学会が出てきたと理解するわけです。」と付け加えている。

「外からのニーズ」とそれをつかむ「内からの力」が発揮された事業の代表は旧八千穂村における「全村健康管理」であると言ってもよいが、その成果に関して若月は著書『村で病気とたたかう』において、「この仕事を10年以上やってきたが、これで八千穂村の健康状態はどのようによくなったのか。生活環境はいかに改善されたか。とくに問題なのは、健康に対する村民の意欲や意識がどのようにたかまったのか」と問い、次のとおり答えている。

「結論をいうと、たしかに表面的にはよくなった。いわゆる生活水準にしても、村の死亡率（ことに乳児や結核の死亡率）なども明らかに減少した。統計の数字はそれを示している。しかし、もう少し深く実態をさぐってみると本当の意味で健康状態がよくなったとはいきれない。とくに健康に対する意識については、はなはだ問題がある。」(p.173)

「第一に、『村の病気』全体の数は、一般的にはあまり変わっていない」(p.173)「考えてみると、年に一回ぐらいの検診をやり、その結果について話し合いをしたぐらいで、このような日常的な軽い病気がそう簡単になくなるはずはないかもしれないが、いずれにしても、この8年間の

私どもの苦勞の結果はこの程度であった。」(p.174)と述べるが、正確に言えば、一般的な病気が減ったわけではなく、「重症」の患者は減少している。「1人で長く入院し、50万円も60万円もかかるような、重症の『手遅れ』患者が少なくなったのだ。」(p.177)

若月が指摘するように、こうした成果は予想された当然のことであり、病気が重くなってから治療するのではなく、軽いうちに発見して、早期治療を施せば、健康を取り戻せる率も高くなるし、医療費も安くあがる。さらに、予防ということができれば、もっと安全、安心で、費用もより低くて済むことが十分に考えられる。何はともあれ、「手遅れ」が減ったために、命が助かるとともに、医療費が低下したことは評価されてしかるべきである。

これに対して、長野県内のK村と比較して、健康についての意識の程度はどうだったかとも問うている。「『定期的検診の必要性』については、八千穂村の方は、正しく答えたものが多かったが、『健康を守ることへの自発性』については、ほとんど差がない。『医療費は公費負担にすべきかどうか』という社会的意識の問題では、医療費というものは、今日のわが国の段階で（とくに農民の立場から）いえば、今後公費負担にすべきものと思われるが、こういう点についての意識は、八千穂村の方が遅れているのである。『病気の社会的要因』についても、『政治と健康生活の関連』についても、おどろいたことには、健康管理などということを全然知らないで、無医村的環境に苦しんでいるK村の方がむしろ進んだ考えをもっているのである。

これはいったいどうしたことか。さきにいったように、1年間にたった1人100円出せば、健康管理は全部病院がやってくれるということで、その恩恵(?)によりかかって、安心しているためではないであろうか。『オラの方の村は佐久病院があつてうまくやってるからいいんだ』という考えがひそんでいるのではないだろうか。健康管理をやれない村民の方が、健康問題には政府が責任をもつべきだ、病気というものは本来社会生活からくる要因が多いのだ、あるいは健康は政治の姿勢に大いに関係があるんだというような、すすんだ考えをもっていることがわかった。この結果は、私どもの期待をあまりに裏切るものであった。」(p.179-180)¹¹⁾

また、健康管理に対する八千穂村(役場)の支出についても自問自答している。すなわち、村民1人当たりでわずか144円であり、村の年間の総予算額からみれば0.53%にすぎない。さらに、村の保健衛生費は1人当たり802円で、これは総予算の2.52%である。他方、この健康管理に実際どのくらいのカネがかかっているのか、ということになると、病院でかかる分を原価計算すれば、それだけですでに1人当たり約2,000円になる。

これに対して、病院が村から受けとっているカネは250円にすぎない。これでは病院の恩恵で実施されていると批判されることになる。若月は岩手県沢内村の深沢村長を引き合いに出しながら、彼は村財政において衛生費と国保会計の保健活動費(一般会計からの繰入れも含めて)は、総予算の10%を占めるべきだと言っているとし、積極的に評価している。若月が嘆いたように、八千穂村の一般会計から国保会計への繰入金金は総予算の0.4%(昭和42年度)で、沢内村の1/10にしかすぎないのである。

若月は「このような現実をふまえて、さきほどの意識調査の結果を考えあわせてみると、結局、私どもは、約10年にわたり八千穂村の全村健康管理を行なって、病気の『手遅れ』を少なくすることには成功したが、本当の意味の社会的健康意識を村民に確立するという点では不成功というより、むしろマイナスでさえある、という結果をえた。せまい意味の個人の健康意欲はできたが、

それを社会的なものにまで高めていないということになる。」(p.181)と述べている。

この点に関して若月は健康の維持・管理に対する自発性にせよ、村の医療費負担の問題にせよ、社会的・公共的視野が重要であると認識しているものの、結局、政治的な自覚と行動が必要になり、政治的な啓蒙宣伝をやった方が効果的であるといった発想に与するのではなく、政治家でも、社会運動の専門家でもなく、「山の中の医者なのであるから、やはり迂遠であろうとも、このような健康管理の実績を村民の中につみ重ねていくことが本命でなければなるまい。」と言いきっている。そして、「農民が、国民が、大衆が、やはりさいごは正しい結論をひき出すことを信じたい。大衆は一見愚かなようであるけれども、結局はそうではないと私は考えている。」「なお、『農民とともに』進んでいかねばならぬと思っている。」(p.182)と小括している。

2. 経営形態を巡る厚生連病院と自治体病院

次に、農村医療の主体性と経営形態であり、前者にとって後者がどれほど重要であるのかということである。若月は著書『村で病気とたたかう』（1971年）において1950年に「農工利連（農村工業利用連合会）」から今日の「厚生連（厚生農業協同組合連合会）」にかわる際に生じた県農協幹部の一部からの「県立病院移管」の声＝県立移管問題に関して、病院スタッフが次のように批判的な姿勢で臨んでいたことを振り返っている。すなわち、①赤字が根拠になっているが、病院の赤字が問題の全てではない。②農村の困窮と闘うことが「組合病院」の基本的任務である。¹²⁾

若月は「医療費の一点単価を、忠実に守ろうとすればするほど、赤字と未収の問題は、必然的につきまってくるのである。なぜ、私たちが、この安い一点単価を終始一貫まもってきたか。私たちは農村医療の一番大切な問題は、医療費の問題だと思うからである。現金がない農民の悩みこそ私たち病院の悩みでもある。この解決法は、今のところ国民健康保険をもりたてること以外にはない。—この運動こそ、私たち農協病院の重大なしごとなのである。親方日の丸の『県立』になることの危険は、この運動精神の喪失なのである。私たち農協病院の目的は、農民の利益のためであり、農村における『医療の民主化』つまり貧しい農民でも近代的医療がうけられる、ということであらねばならない。」(p.72)と述べる。

さらに耳を傾ければ、「農民のため、とくに貧しくて医者にもかかれないような人々のために、闘うのが、私たちの根本理念である。いったい、私たちの唱える『農村医療』とか『農村医学』とかの、農村とは何を意味するか。それは、非文化的、非科学的、半封建的という意味以外の何のものでもない。」(p.73)「この特殊な非文化的な生活と環境の実情は、特殊な『農村医学』の分野の開拓を必要とする。従来 of 西洋医学、つまり欧米の文明的環境の中の医学の知識だけではわからない多くのテーマがそこにある。回虫・十二指腸虫症のような、…。」(p.73~74)であり、農村の生活における環境衛生や栄養状態などが特有の病気（健康）を大きく規定していることになる。

若月は赤字と未収金の解決について、次のようなスタンスをとっている。すなわち、結局、疾病保険の問題に位置付けて、国庫または県費負担金の増額運動によって、全国的または全県的規模で闘われねばならなくなるとし、これはもちろん、働く農民とともに他の諸問題、税金、供出、土地問題とあわせて解決されねばならぬ重要な仕事であると考えている。また、病院スタッフの立場は明らかに在野的なものであって、県営病院の官僚的なものの正反対である。ますます深刻

となってゆく農業の危機のなかで、農協の危機もまたますます発展してゆくが、他方で、正しい意味での「農民的」な、「民主的」な運動精神が、かえってその中に、育ってゆくとも言えるのであり、農協病院の歴史的任務は決して解消されてはいない、と強調している¹³⁾。

『若月俊一の遺言』第2章の「ヒューマンイズムがすべての基本」と題した北川隆吉から若月へのインタビューでは県立移管に関して、若月は病院の官僚化・専門化は患者や住民との結びつきを弱めると述べたうえで、次のとおり具体的に説明している（初出『東京』第183号、東京自治体問題研究所、1998年）。「ここは『厚生連』の病院です。民間病院ですが、『公的病院』と呼ばれています。でも、赤字を出せば自分たちで処理をしなければならない。本質的には民間病院です。だから私は従業員に『私たちは赤字を出したらお終い』ということをやつとやってきました。」また、彼は著書『村で病気がたたかう』において「いざとなれば赤字は一般会計から繰り入れてもらえる『親方日の丸』の身分とはちがうのである。」と痛烈に批判している（p.218¹⁴⁾）。

そして、「たとえば、岩手県では戦後、民間病院ではやっていけない、経営が難しいから県にまかせなくてはだめだということになりました。県ならお金があるので、いろいろな設備投資もできるということです。岩手は当時十の大きな病院、その中に今の農協病院、かつての産業組合の病院がありました。それらの病院が全部『県立』になったのです。私は強く反対しました。県立になったら必ず官僚化して、今までやってきたような、『岩手の保健』で有名だった村の中に出向いての検診活動や予防医学の活動ができなくなると思ったからです。おそらく変になる。お役人になってしまうから。だから、『県立にしない方がいい、経営は苦しくとも自前でやった方がいい』ということを主張しました。でも、結局全部県立になった。

それから十数年たって、岩手の県立病院の労働組合の集まりに私が講演に呼ばれました。その集まりの中には県立病院の院長もいました。その院長は、『若月先生がいった通り』だということです。『県立になったら、村の中に入って行って出張診療を行うとか、予防医学活動をするのができなくなった』といていました。『出張旅費が欲しいのか』と、県の役人がいったそうです。私が予想したとおり、予防医学、健康管理の活動ができなくなって、ふつうの県立病院になってしまった。赤字はなくなったかもしれませんが、『運動』はなくなりました。県立ですから赤字になっても心配はない。県民の税金でいくらでもまかなえる。」ということかもしれないが、いわば農村医療の魂は失われたことになる。

佐久総合病院はその創立期を過ぎると、病棟・設備面で拡大の一途を辿るようになるとともに、経営面で一貫して黒字となる。小坂は論文「佐久総合病院の奇跡—若月俊一の経営戦略—」において、その要因として若月の経営戦略、つまり「外部要因の流れを見通し、先取りする形で、内部要因の整備をはかっていった」ことをあげている。

内部要因の整備は、①人材の育成と技術水準の向上を絶えず行ってきたこと、②人材について創立期のメンバーを重要視してきたこと、③給与・賞与制度で工夫を凝らしてきたこと、④長期・低利の融資のあてを拡大してきたこと、⑤情報発信と地域貢献を上手く行い、病院の活動を広くPRしてきたことである。なお、若月や医師などのエッセイから付言すれば、ボランティアの時間外勤務、スタッフによる施設の改修・補修や環境整備など血のにじむような経費節減も特筆に値する。

これに対して外部要因として、①佐久地域を含めて長野県には大正デモクラシーの影響が強く

残っていたこと、②農民の生活が向上するとともに、農協の経営も好転していったこと、③自動車の普及と道路網の整備により診療圏が拡大したこと、④国民皆保険達成の影響が大きいことがあげられ、これらを若月が追い風にして巧みに利用したのである。そして、内部要因の充実も相俟って、住民・患者との信頼関係を強固なものにしていったことになる。

しかし、佐久総合病院の好調な経営も、若月による次の一文をみると、もはや永続的になりえないことが明らかである。すなわち、「この病院でも、最近では毎月のバランス・シートで、時には赤字を示すようなことが起ってきた。1986年の秋からである。そこへ、周知のように、『行革』に名を借る、きびしい医療費の抑制政策である。患者の個人負担をどんどん増額して、受診の制限政策も進んできている。これらと、先の一般的経済不況と重なって、病院の経営が一層困難になることは、目に見えている。¹⁵⁾」

IV 病院経営の分析と評価

佐久総合病院や若月俊一の成果・功績に関する研究にとってきわめて重要であるにもかかわらず、ほとんど分析されてこなかった領域として、経営実態があげられる。これは佐久総合病院が経営（会計）に関する諸データをJA組合員に対してもあまりオープンにしていないことによる。本節ではそのような制約のために、研究課題として病院経営の詳細な分析を念頭に置きながら、若月等の論文や講演の範囲内で初期の経営スタンスを整理し、1990年代初頭の状況について引用しておく。そして、佐久総合病院から入手した2005～09年度の損益計算書の分析を試みたい。

佐久総合病院の経営で最も苦勞したと思われる病院創立期において若月をはじめ病院関係者が目指し、確固としていった経営スタンスとして、従業員組合（労働組合）の病院経営に対する多面的な参加を認め、労使双方の代表者による院内運営委員会を最高議決機関としたことは有名であるが、他には以下のことがあげられる。

①狭い意味の経営主義ではいけない。すなわち、収支計算書に表われる黒字、赤字だけをとりて良否を論ずるような経理は経営の一部であって全部ではない。例えば、若月は国が責任をもって国保（医療保険）の給付対象にすべきと再三再四指摘してきた健康管理や予防活動などは赤字であっても最優先して取り組まなければならない、こうした仕事が非常に多いと述べている。

②技術的な設備と体制や、俸給をはじめとした諸待遇は優秀な医師の招聘に不可欠であるが、前者は病院の良否を根本的に決め、スタッフの運営力が問われる。後者に関しては手厚い待遇を意味し、単なる経理面から高いことが指摘されるようでは長期にわたって活躍してもらうことは望めない。僻地であっても、近代的な医療設備と優れた技術陣が必要であることを強調する。

③「全県的医療網」の整備に向けた運動に加えて、全国組織（本部）・院長・事務長・組合代表の協力・連携のための民主的協議の場を確立するとともに、組合病院・診療所間および公立・民間病院・診療所間の協力・連携のための組織体制を充実・強化することである。一病院内における組合（員）と院長の関係を含めて相互の批判は良いが、農村の医療と厚生事業を守る同志であることを確認すれば、相互が敵であってはいけない。

次に、若月の論文から、断片的であるが、時計の針をかなり進め、佐久総合病院の経営状況を

把握してみる。「八ヶ岳山麓50年—地域と手をにぎって—」（若月・清水茂文『医師のみた農村の変貌—八ヶ岳山麓50年—』92年、勁草書房）では1991年度の収支について、「収入10億6000万円。支出を差引くと、その残高は約2億円。まああの成績である。患者は、入院が32万1000人、外来が45万8000人。」と述べられている。入院、外来は1日平均でみると、順に約880人、1,260人である（2000年代後半約950人、約2,000人）。

時を経て、2005～08年度について総収益（事業収益+事業外収益+特別利益）は順に201.4億円（192.1+3.2+6.1）、207.2億円（199.2+3.3+4.7）、218.6億円（212.2+3.4+2.9）、225.0億円（216.0+3.4+5.6）、総費用（事業費用+事業外費用+特別損失）は197.7億円（195.3+0.3+2.1）、200.8億円（199.3+0.5+1.0）、217.8億円（210.6+0.2+7.0）、217.0億円（213.1+0.2+3.7）で、3.7億円、6.4億円、0.8億円、8.0億円の黒字である（いずれも佐久総合病院グループ）。

2008年度の収支について、事業収益は216.0億円、そのうち入院収益127.1億円、外来収益64.8億円で、経常利益6.1億円となっている。事業費用は213.1億円、そのうち給与費123.3億円（57.9%）、医業費用57.4億円（材料費48.3億円、委託費7.8億円）である¹⁶⁾。夏川周介院長の09年の年頭挨拶は「平成21年のはかってない厳しい環境下での幕開けとなった」の一文から始められ、08「年度当初から一貫して患者の利用減少の状況にあり、前年度実績を大きく下回る状況が続いています¹⁷⁾。」と、苦しい胸の内が明らかにされている。

2009年度について、総収益は233.1億円（226.0+3.5+3.6）、総費用は223.7億円（221.4+0.2+2.1）で、事業の収支比率は102.1%、経常収支比率は103.6%で極めて良好である。人件費比率（＝給与費/医業収益×100）は59.7%で、06～08年度の62.9%、62.3%、61.0%に比して低下しているものの、かなり高い数値を示している。それでも黒字であるが、その最大の要因の一つに外来収益の比重の高さに特徴がある医業収益の着実な増加があげられ、若月思想に支えられた個々および組織の努力と工夫を垣間見ることができる¹⁸⁾。

職員数は2001年度の約1.5千人から今や約1.9千人まで、医師数も約160人から約220人まで増大し、会計規模や患者数なども勘案すると、1990・2000年代の20年間も成長の一途を辿ってきたと言える。これに対して、質的な面をみると、佐久総合病院本院で病床稼働率は90%（07年度91.7%）を大きく超え、平均在院日数は15～16日（同15.8日）で、いずれも優れた成果を収めている。この水準を実現できるのは在宅ケア（在宅療養）が24時間、365日で非常に充実していることによる。

佐久総合病院本院の収支に関して2005～09年度をみると、総収益は順に171.7億円、176.6億円、184.5億円、191.9億円、199.4億円、総費用は166.3億円、169.7億円、183.0億円、184.7億円、191.5億円で、5.4億円、6.8億円、1.6億円（賞与引当金繰入額等を含む）、7.2億円、7.9億円の黒字である。小海赤十字病院の閉院に伴い、地元の要望を受け03年4月に開院した小海分院を中心に複数の施設の赤字は本院の剰余金（黒字）によってカバーされている。

佐久総合病院の巨大化は誰の目にも明らかであり、これが非常に重要な論点を提起しているのではないだろうか。佐久総合病院は過疎地域・自治体の著しく乏しい医療体制を背景に佐久中南部の医療を包括的に担うようになり、各地域で保健・福祉を含め施設・サービスの充実を図ってきたが、これを可能にしたのは基本的に、本院の規模拡大、すなわち病棟（入院体制）や診療科の増大、器械・設備の高度化、医療スタッフの増員などであり、各地から患者を大量に呼び込む

ことによって、その経営状況を健全にしている限りにおいてであると考えられる。

厚生連であることが広域的な活動を可能にし、なかば独占的な地位を築くなかで、規模の経済を活かして、余剰資源が周辺エリアに向けられてきたと言えよう。こうした経営環境は農村・過疎地域において町村立病院が主として各々が立地する町村の住民に対して医療サービスを提供していることとは明らかに異なる。例えば、1950年代後半以降の西和賀町立国保沢内病院（岩手県旧沢内村）、90年代半ば以降の藤沢町立国保藤沢町民病院（岩手県）などが（農村）地域医療の先進事例としてあげられるが、これらとは量、質のいずれにおいても大きな違いがある。

なお、JA 長野厚生連でみると、事業収益は増加の一途を辿っており、09年度は706億円（入院480億円、外来226億円）で、11病院全てが黒字となっている。しかし、外来・入院患者数（合計）は09年度（341万人）に上昇に転じたものの、それまでは減少し続けており、その他のデータと併せて、総合的にみると決して楽観視できる状況でない。

佐久総合病院の経営（会計）データの情報公開について言及すれば、2002年以降の佐久総合病院の再構築計画に関する地域ぐるみの議論において、積極的に進められてしかるべきであったが、そうでなく、若月の時代も含めて無視できない課題であるように思われる。200億円超（事業高）に及ぶ会計（経営）とその悪化はあまり知られるに至っておらず、黒字を確保しているのでオープンでなくてもよいわけがない。詳細に分析できるようにとは言わないまでも、誰もが全体像を容易に理解でき、ある程度分析できるような状態に加工され、公開されているのが望ましい。

おわりに

本稿では若月の功績・業績や佐久総合病院の成果を彼の著書・論文や先行研究などにしたが整理してきたが、それらは現在の地域医療をみれば、その再生にとって日本経済・社会の変化に関係なく非常に示唆に富んでいる。それらの多くは農村地域医療の課題であると言ってもよいが、他方で、いくつかは課題とするにはもう少し議論を要すると考えられる。ここでは病院経営の主体およびその経営基盤の点に若干言及して本研究のまとめに代えておく。

若月は『農村医療にかけた30年』において農村医療に不可欠な事の一つに健康管理活動をあげるが、その主体に関して一概に特定できないと述べている（p.313）。これを住民以外で考えた場合、その対象は十分に明らかでない¹⁹⁾。小坂の言葉を借りて付言すれば、病院経営の点では国公立病院の大半以上が赤字であることからみて、拡大再生産に限界が出てくるように思われるが、だとすれば、この限りにおいて、保健・予防との連携を射程に入れた「医療の社会化」と声を大にするほど、民営であれば何とかなるということも機械的に論じられないことになろう（「佐久総合病院の奇跡—若月俊一の経営戦略—」）。なぜなら、民間でも赤字になる事業だからである。

病院経営に関して、若月は著書のなかで何度か黒字の最大の要因として、従業員の労働強化と低賃金をあげ、これらを農村病院としての維持、発展にとって普遍的な現象として理解している。だとすれば、地域住民と一体となった広範にわたる健康管理や予防活動に重点を置くことを鑑みれば、農村地域における民間医療機関（病院・診療所）では既にこの限りでおおよそ考えられないし、他方、自治体立であれば、この点をクリアするとしても、現行の医療行財政システムの下

で、労働強化と低賃金が積極的に実践され、佐久総合病院のように発展した事例は皆無に等しいと言っても過言でない。

したがって、経営分析をさらに進める必要があるという留保つきであるが、地域医療環境が悪化していくなかで、佐久総合病院（若月俊一）は先進事例というよりも、むしろ、理想的な姿と見なされ、大半の病院・診療所にとって到底追いつけない存在になったと評価するのが妥当であろう。

他方で、本院の大型化にみるように、中核病院の経営（基盤）における利益（余剰）確保を最優先したうえで、広域的に高度な器械・設備を整備、駆使し、また包括的にサービスを提供していくということで、先進事例にすべきであると主張されるのであれば、この点にこそ農村地域医療の最大の問題の一つを見出すことができると考えられる。現場の医師や町村長との関わりを検討する必要があるものの、いずれ地域住民にとって保健（予防）や医療が都合の良い、そしてほど遠い存在になるのではないだろうか。

これに対して、佐久総合病院がなぜ持続的に発展「成功」してきたのかという、多くの病院経営者の興味をそそるような問いをたて、協同組合の医療機関という特徴と性格もっていたからであることを明らかにしようとした研究がみられる²⁰⁾。しかし、本稿でも病院の特徴、歴史や現状に焦点をあて、より広範かつ詳細に整理してきたが、それが名実ともに発展したことを言おうとすれば、若月が自らに問うたように、地域住民（患者）の社会的健康意識の成熟があってこそではないだろうか。「おらが地域（社会・経済・政治・行政）」を地域ぐるみで民主的に支え合い、創っていくことが強く求められているのである。

JA厚生連としてみると、長野は優良であるけれども、佐久総合病院によってかなり支えられており、その他に関して秋田をはじめ大半の県で医療供給に大きな困難を抱えている。自治体立との違いもあり慎重な議論を要するとは言え、赤字体質も無視できない。「協同組合」で全てを説明しようとするのは注目に値するが、早計であり、さらなる分析が必要であろう。他方、地域の医療（危機・崩壊）、さらに社会・経済の現状にだけ目を向けるのではなく、その本質的な問題を明らかにし、そして、持続可能なまちづくりのビジョンを明瞭にしたうえで、処方箋を提言あるいは実践し続けることがより重要である。

若月の農村医療から学び、病気に限らず病人（個々の暮らし、なりわい）も診て、医療に限らず地域のくらしやなりわいも理解するとともに、健康管理や予防・衛生活動、さらにリハビリを実践するとなれば、農山村地域とくに過疎地域における深刻な医師不足から言えば、医療スタッフさらに地域住民が一体となることが不可欠になる。医師に優れた力量が要請されるが、むしろ保健師や看護師などが現場に出かけ、いわば「顔のみえる関係」を活かして、住民の「心」のなかにまで積極的に入り込み、医師を含む医療、さらに保健あるいは福祉（介護）の部門（民間、民営、公立、公営）とのパイプ役とならなければならない。

こうした点を踏まえて議論を進めれば、現在の佐久総合病院のように超大型病院である必要がないことは言うまでもなく、農村の包括的医療（「第一線医療」）を十分に実践できるような「うつわ」=拠点としての病院・診療所（有床）が何よりも不可欠になる。すなわち、スタッフにとって優れたチームワークやネットワークの形成、情報の正確な交換、情報蓄積や調査・研究などの場である。したがって、公立機関であれば、それが維持できるに足る十分な財政的・行政的条

件が整えられていなければならない。

若月は著書において何度も中央政府の医療費抑制政策を最大の問題の一つとして批判してきた。本稿ではそれを研究対象にしていないが、医療スタッフにとって、日々それとの戦いであろうと推察される。また、若月は病院の官僚化・専門化が患者や住民との結びつきを弱めることを強く指摘してきた。公立病院の比重が都道府県のなかで最も高い岩手県がその事例にあげられている。本研究ではこれも対象にしていないが、そうした病院の体質に加えて、強固な集権的な行財政システムは多くの地域で住民（患者）不在の医療をつくりだす最大の要因の一つであるように考えられる。

地方分権は地域・自治体の自己決定・自己責任の領域を高めることである。行政面で中央政府や都道府県の無限定な権限移譲・責任転嫁にならない「補完性の原則」、財政面で「一般財源主義に十全に補完された自主財源主義」や社会的効率性が徹底され、他方で、分権推進を実質化する首長（行政）・議会・住民による取組みが積極的に実践されなければならない。地域医療の主役である住民・患者をしっかりと見ずに、中央政府（の政策や財源）ばかりみて、あるいは医師や上司からの「指示待ち」や、「現状維持」を良しとする体質が染みつき、スタッフ間で仲間割れするようなことになれば、いのちやくらしが粗末に扱われることになり、絶対にあってはならない。

注

- 1) 日本の地域医療を理解するために有用な概念として、「プライマリ・ケア（Primary Care）」あるいは「プライマリ・ヘルスケア」があげられる。なお、「プライマリ・ケア」と同義の用語として北米の家庭医療（Family Practice）、ヨーロッパの総合医療（General Practice）などがある。（自治医科大学監修『地域医療テキスト』2009年、医学書院、p.20～p.21）
- 2) 本稿では「辺地」も射程に入れていた。地域医療の分野で言えば、「僻地」がよく用いられる（無医地区、無医地区に準じる地区、僻地診療所が開設されている地区等が含まれる）。おおよそ辺地は僻地を含むような用語であると言える。
- 3) 若月俊一『村で病気とたたかう』（1971年、岩波書店、p.112）では農村医学的テーマの鳥瞰図が示されている。
- 4) 松島松翠「若月俊一を現代に生かす——地域医療の再構築をめざして——」（佐久総合病院・信州宮本塾合同研究会編『地域医療とまちづくり——佐久病院の再構築から——』2009年、JA長野厚生連佐久総合病院・信州宮本塾）
- 5) 飯嶋郁夫「住民の保健・福祉リーダーづくり」（『農村医療の原点』2005年、JA長野厚生連佐久総合病院）
- 6) 長純一「『母なる農村』をどう守るか——若月俊一のラストメッセージを継承する——」（『農村医療の原点V——地域医療の未来に向けて——』2008年、JA長野厚生連佐久総合病院）
- 7) 佐久総合病院のHPを閲覧すると、その訪問看護・介護の供給体制として、訪問看護ステーションこうみ、うすだ在宅介護支援センター、訪問看護ステーションうすだ、訪問看護ステーションのざわ、のざわ居宅介護支援事業所、やちほ在宅介護支援センター、訪問看護ステーションやちほ、訪問看護ステーションあさしながあげられている。なお、宅老所「やちほの家」も経営していることを付記しておきたい。（2009年12月1日閲覧）
- 8) 本城昇「農村の高齢化と地域福祉——介護の社会化の必要性と農協の課題——」（日本村落研究会編『高齢化時代を拓く農村福祉』1999年、農山漁村文化協会）

- 9) 宮本憲一・遠藤宏一編著『地域経営と内発的發展——農村と都市の共生をもとめて——』（1998年、農山漁村文化協会）、宮本「地域再生と病院の役割——メディコ・ポリス構想の現代的意義——」『農村医療の原点Ⅴ——地域医療の未来に向けて——』2008年、JA 長野厚生連佐久総合病院）、宮本「若月俊一さんの思想と事業を今日どのように発展させるか」（佐久総合病院・信州宮本塾合同研究会編『地域医療とまちづくり——佐久病院の再構築から——』2009年、JA 長野厚生連佐久総合病院・信州宮本塾）
- 10) 若月は論文「八ヶ岳山麓50年——地域と手をにぎって——」（若月・清水茂文『医師のみた農村の変貌——八ヶ岳山麓50年——』1992年、勁草書房）をはじめ所々で病院が大きくなり過ぎた、なんでも大きければいいというものではないと述べている。ただ、その弊害に関して意図的かどうか定かでないが、官僚化する恐れがあるといったようなこと以外はあまり語られていない。
- 11) 松島松翠も次のように同様のことを述べている。すなわち、「検診をやるのはある意味ではそうむずかしくありませんが、いかにして住民の意識を高めるかということは非常にむずかしい。ですから、八千穂村の健康管理も10年目のときに住民の意識調査をしましたが、たしかに健康知識は高まりましたけれども、健康意識の高まりはまだ十分ではなかった。…とくに社会的な健康認識が高まっていないということがわかって…。」「ただ、いま八千穂村でもっとも成果があがっているという点は、衛生指導員の活躍です。」（「地域を舞台に農民を診る生きがい」（佐久総合病院小海町診療所長清水茂文との対談形式）若月俊一・清水編著『医師のみた農村の変貌——八ヶ岳山麓50年——』92年、勁草書房）
- 12) 採決文「わたしたちの組合病院とは——民主的な県厚生連合会を作るために——」（長野県農工利連病院従業員大会、1950年5月）。県立病院移管問題については船崎善三郎「従業員組合の歴史——経営参加をめぐる——」（『農村医療の原点Ⅱ』2006年、JA 長野厚生連佐久総合病院）も参考にした。船崎は「わたしたちの組合病院とは」を佐久病院の基本的性格を規定したと思われる歴史的採決文と評している。
- 13) 1950年5月の「県立移管案」に反対する従業員大会において「私たちは、今後も今までの四つのスローガンを守ってゆくことを明言する。すなわち、一、従業員の生活の安定と文化の向上、二、院内の徹底的民主化、三、地もと農民のための医療の民主化運動、四、農村医学の確立。そして今や厚生連合会の設立に際し、さらに、新しい厚生連合会の民主化運動と共に、きょうだい病院とのより密接な連けいと、全県的医療網の拡充のスローガンを声高く叫びたい。以上が昭和25年5月5日、県農協病院従業員組合の名によって可決された大会方針案の要旨である。」と高らかに謳われている（『村で病氣とたたかう』p. 76～77）
- 14) 若月『農村医療にかけた30年』（1976年初版、家の光協会）では「市町村は自治体といっても、周知のとおり3割自治。今や1割とさえいわれている。財政的におさえられているだけでなく、なにをやるにも『中央直結』が必要で、自治省の鼻いきをうかがわねばならないと言われているではないか。」（1977年第3版、p. 239～p. 240）と述べている。
- 15) 若月「闘うオプチミズム」（川上武・小坂富美子『農村医学からメディコ・ポリス構想へ』）
- 16) あくまでも参考にしかすぎないが、佐久総合病院 HP をみると、職員数は2008年4月現在1,814名で、佐久総合病院グループの給与費（2008年度）123.3億円を1,814で割ると、平均679.9万円、月額で56.7万円となる。病床数は1,193床（本院821床・美里分院・小海分院・佐久老人保健施設・老人保健施設こうみ）と表示されており、超大規模病院としてみれば、給与はきわめて低く、さらに100床当たり職員数についても同様のことが言える。
- 17) 患者減少の理由について、夏川院長は「原油高を引き金とする物価高、後期高齢者医療制度における自己負担の増加、夏以降の金融危機に端を発する経済不況等の社会状況と連動した構造的な受診抑制であり、全国共通現象であるのは事実です。」と述べている（佐久総合病院月刊誌『農民とともに』191号、2009年1月31日）。
- 18) 佐久総合病院でも大型病院に典型的にみられるように、入院収益が外来収益を大きく上回っている。

若月は『農村医療にかけた30年』（p. 273）において「病院の全体の力10のうち、5を入院患者のホスピタリゼーション、3を外来クリニックのサービスに、そして、最後の2の力をもって、村に出る総合的な保健活動に当てるというやり方である。」と、経営の苦肉の策を述べているが、彼が現実的経営方針として、いわゆる「5-3-2方式」を掲げ、提唱していたことは有名である。

- 19) 若月は『農村医療にかけた30年』において「保健所の仕事はあまりに多面的で、しかも人手が足りない。上から命令されてやらねばならぬ仕事や報告が多すぎる。それ故、地元の住民の気持ちになって、そのニーズを探るといふ余裕などはないようだ。聞けばその運営費もはなはだ少ないとか。環境衛生や食品衛生の面はともかく、結核検診、あるいは妊産婦、乳幼児、または身体不自由児の検診などの仕事になると実際にはほとんど私どもの病院の医者（専門医）が行ってやっている。」（p. 277）
- 20) 石塚秀雄「佐久総合病院と地域医療」（中川雄一郎監修『地域医療再生の力』2010年、新日本出版社）

参考文献

- 鎌田實『命があぶない 医療があぶない』（2001年、医歯薬出版）
- 川上武・小坂富美子『農村医学からメディコ・ポリス構想へ——若月俊一 の精神史——』（1988年、勁草書房）
- 佐久総合病院・信州宮本塾合同研究会編『地域医療とまちづくり——佐久病院の再構築から——』（2009年、JA 長野厚生連佐久総合病院・信州宮本塾）
- 自治医科大学監修『地域医療テキスト』（2009年、医学書院）
- 中川雄一郎監修『地域医療再生の力』（2010年、新日本出版社）
- 中里憲保『地域医療の旗手——住民と共に歩む「赤ひげ」たち——』（1982年、現代出版）
- 日本村落研究会編『高齢化時代を拓く農村福祉（年報村落社会研究第35集）』（1999年、農山漁村文化協会）
- 宮本憲一・遠藤宏一編著『地域経営と内発的発展——農村と都市の共生をもとめて——』（1998年、農山漁村文化協会）
- 若月俊一『農村医学』（1971年、勁草書房）
- 若月俊一『村で病気とたたかう』（1971年、岩波書店）
- 若月俊一『農村医療にかけた30年』（1976年、家の光協会）
- 若月俊一『若月俊一著作集』（第1巻～第7巻）（1986年、労働旬報社）
- 若月俊一・清水茂文『医師のみた農村の変貌——八ヶ岳山麓50年——』（1992年、勁草書房）
- 若月俊一監修『佐久病院史』（1999年、勁草書房）
- 若月俊一『若月俊一の遺言——農村医療の原点——』（2007年、家の光協会）
- 『農村医療の原点Ⅱ』（2006年、JA 長野厚生連佐久総合病院）
- 『農村医療の原点Ⅴ——地域医療の未来に向けて——』（2008年、JA 長野厚生連佐久総合病院）
- JA 長野厚生連佐久総合病院月刊誌『農民とともに』
- JA 長野厚生連佐久総合病院季刊誌『佐久病院』
- 大本圭野「戦後日本における予防・健康運動の生成・発展・現段階（上）・（下）——佐久病院と八千穂村との歴史的協働（コラボレーション）を中心に——（資料）」（東京経済大学『東京経大会誌（経済学）』第261号、262号、2008年12月、09年3月）