

<資 料>

戦後日本における予防・健康運動の 生成・発展・現段階（上）

——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——

大 本 圭 野

解 題

はじめに

今回、私が、旧八千穂村を調査したいと思った直接的な契機は、町村合併により小さな村の村長が大きな町の町長となり、小さな村の先進的施策が大きな町の遅れた政策を改善していることを知った時である。日本の平成合併によって、多くの小さな町の先進的政策が潰されいくことを聞くなかで、旧八千穂村の健康増進システムが継続・拡大している実情を知ったときはさらに驚いた。この驚きは私だけではなく選挙後、ただちに自治省から直接佐久穂町長に電話が入り、なぜそうなったのか問われ、佐久穂町のような逆転は平成合併後、日本第1号であると伝えられたとのことである。

八千穂村については、従来、市民自治・住民自治と社会保障・生活保障をテーマに事例研究をしてきた関係から関心があった。そもそも、佐久総合病院の健康管理、健康スクリーニング、住民の健康増進、健康・予防とその成果は、マスコミ界、政府・行政においても、各方面の研究分野においても、あまりにも有名で知られていることである。

私の疑問は、佐久病院における農村医学の確立の基礎は旧八千穂村での実証にあり、その実証の成功には、旧八千穂村に能動的住民が育成され、住民の自治が形成されているのではないか、だから住民主体による健康管理が実現しているのではないかというものである。そのことを確認する目的で調査を開始した。仮説として八千穂村の戦後60年は、受動的市民＝依存的市民から能動的市民＝自立的市民に変わってゆくプロセスであったが、その思想的基礎と実践の方向性は、若月俊一先生と佐久病院スタッフにあったと考えられる。そこで現在の旧八千穂村は、能動的住民・市民の存在による農村の市民社会が形成されているのではないかと考えている。

現在、日本の各地域において地域再生、地域創造が問われている。再生の条件は、どれだけ能動的市民が育っているかにかかっているように思える。

もう少し大きく考えるとき、福祉国家から「分権的福祉社会」へと転換が提起されているが、それには能動的市民によってでしか転換できないのではないであろうか。

1. 戦後の健康・医療政策の変遷と八千穂村の役割

日本の健康・医療制度の変遷および日本における明治以来の医療供給は、開業医制度を中心として大学病院および公立、日本赤十字病院、済生会病院、厚生連病院などの非営利病院によって担われてきた。

他方、医療の需要者である国民は、病気になった場合には全額個人負担で対応していたが、大正期に、日本の資本主義経済の発展をになう大企業の労働者を対象とした健康保険法が制定され、部分的ではあるが医療の社会化を実現した。

昭和10年代、日本が日中戦争を皮切りに戦争体制に入るなかで農村青年の体位が低く、兵士として戦場で戦うに耐えうる状態でないことを発見し、その改善のために健民健兵を育成することをねらい、1937（昭和12）年に内務省社会局から独立した厚生省を設置し、健康政策に取り組むことになり、手始めに1938（昭和13）年には国民健康保険法を制定し、まず治療費負担の軽減で医者にかかりやすくし、また栄養改善などに取り組むこととなった。日本における国民の健康問題を本格的に取り組んだ最初であるが、それは戦争目的の必要からであった。

他方、底流で昭和の初期から医療の社会化をめざし、医者達の研究・運動が盛んに行われていた。若月俊一先生の青年期に「医療の社会化」グループから影響を得ていたのである。昭和20年代、戦前の長期わたる戦争体制と敗戦によって国民は疲弊し、生活は貧しかった。物資は不足し国民の食料は事欠いた。“食よこせ”運動が起きるほどであった。このような国民生活の状態のなかで、佐久病院は地域の診療をおこなうなかで農民の貧しい状態を知り、まず農民の生命、健康をまもることからこの時代にいち早く地域入り、出張診療を実施していったのである。

1948（昭和23）年国民健康保険法は、市町村公営原則として改訂され、市町村が健康保険の運営主体となった。その後、1957年の国保改訂に対して八千穂村村長が反対運動を起こしたのは、農民の生活実態からであった。

医療は、本来、予防・治療・リハビリ・ケアの包括医療体制がもっとも望ましいのであるが、わが国では職域別の医療保険によって担われてきた。その医療保険の診療報酬を出来高払い方式で行ってきたのが世界にまれな日本の特徴である。保険方式で予防を行うのが原理的に難しく、永らく国民の医療は治療が中心で予防は等閑視されてきた。そのようななかで、昭和30年代の早い段階から、予防を重視した医療に取り組んできたのが、岩手県の沢内村であり長野県の八千穂村であり、その成果は、住民の疾病率の減少、平均寿命の延伸、医療費

の減少というかたちで現れた。

戦後、欧米諸国の福祉国家形成の波のなかで、日本の経済発展も軌道に乗りつつあった1961（昭和36）年、医療保険制度から洩れていた自営業および農民を含めた全国民を対象とした国民すべてが何らかの公的な医療保険に加入する皆保険体制が形成された。

その後第一次、第二次高度経済成長を達成した日本の経済力も高くなり、福祉元年と呼ばれた1973（昭和48）年には医療保険おける扶養家族の給付率が5割から7割給付へ引き上げられ、老人医療の無料化が実施され、また年金額も生活に足るものとして大幅アップし5万円年金が実現した。老人医療無料化は、岩手県沢内村が実施していた医療にかかりやすくする予防医療の一環として乳児医療費・老人医療費の無料化政策の成果をふまえて厚生省が全国民の高齢者を対象に導入したものである。

だが、“福祉元年”宣言もつかの間、中東戦争を契機に1973年の第一次オイルショックで世界経済は混乱し、1979（昭和54）年の第二次オイルショック後、欧米諸国でも福祉国家の危機といわれ始める。日本も例外ではなく福祉の見直しがはじまり、老人医療の無料化は困難となった。

1983（昭和53）年、従来の医療制度に対し予防医療である保健事業を入れた老人保健法が制定され、老人医療の無料化は廃止され、70歳以上の医療給付に1割自己負担が導入された。保健事業は、40歳以上を対象に市町村が健康検診、健康指導などを行い、疾病の予防や早期発見など健康増進を進めるとするものである。この老人保健法には、佐久病院の実践による八千穂村の健康管理の成果が刺激となり一部、制度にシステムが取り入れられた。この間、健康検診のみならず、各保険において被保険者に対して人間ドックへの補助がなされドックが普及してきている。

1990年代は、“失われた10年”と呼ばれるほどバブルの崩壊の痛手は大きく、日本経済は不良債権の回復に振り回され、新たな政策と言えるものは何一つ出されなかったが、1994（平成6）年に、旧来の保健所法が地域保健法に改められて、母子保健などの住民に身近なサービスは市町村の保健センターに移管され、保健所はエイズや精神保健などの専門的・広域的な仕事を担うことになった。

21世紀に入り、政府の政策方針に新自由主義思想の政策が本格的に導入され、そのもとで市場原理主義の政策が実施されてきた。そのことは健康・医療政策においても例外ではない。

他方、日本の少子・高齢化は着実に進むなか、政府は国民医療費の増大に危機意識をもち、医療の市場化、医療費の抑制策が取られていく。同時に健康予防を促進する方向もとられ、2000（平成12）年、「健康日本21」を決め国民健康運動に力をいれるようになった。2003（平成15）年には、健康増進法の施行で、国民の健康増進に関する基本方針作成、市町村による生活習慣病相談や生活習慣病の健診などの実施、国や自治体が目標や基本計画を策定し、医療保険の保険者や市町村、学校などが共通の健康診査の指針を定めることとなった。

もっともこの間の2002（平成14）年に老人保健法改定により医療給付は75歳以上に引き上げられ、老人医療無料が患者1割負担となる。

しかし、老人保健法による健康検診の成果は芳しくなく、2006年に12に及ぶ医療関連の法律が一括して廃止され「医療関連改革法」が新たに制定された。

この医療関連改革法の制定により老人保健法が廃止されたが、2008年度から国と都道府県が生活習慣病対策などの医療費適正化計画を策定するほか、医療保険者に対して40歳以上の被保険者を対象にするメタボリックシンドロームの予防を中心に特定健診と保健指導の実施が義務づけられた。

さらに2008（平成20）年4月から75歳以上を対象に高齢者医療制度（＝高齢者の医療の確保に関する法律）が施行されるが、高齢者の生活実態に合わないとして国会において民主党をはじめ野党は廃案を提起している。

2. 旧八千穂村全村健康管理の形成・発展の先行研究

旧八千穂村は、1959（昭和34）年以來、病気の早期発見・早期治療と健康の向上をめざして全村民を対象に健康管理を実施している。実施にあたっては佐久病院の若月俊一院長の思想と献身的な協力により、行政と病院と住民の3者が対等な関係のうえで協働して実現しているのである。この予防による健康管理の成果は、住民の健康の増進と医療費の減少を実現していった。現在でこそ健康スクリーニングは当たり前となっているが、わが国においては1959（昭和34）年という早い段階で全村民に実践されたのは最初である。その後、国および多くの自治体によって八千穂モデルとして行政の政策に取り入れられ、研究においても八千穂モデルとして研究がなされてきた。以下、代表的な研究をフォローし、本研究の位置づけを行っておこう。

旧八千穂村の健康管理に関する研究は、主に医療および保健の領域において行われてきた。

医学領域からの代表的な研究の一つは、1971年に刊行された若月俊一『村で病気とたたかう』¹⁾である。この著書は、佐久病院の先駆的な健康・予防医療活動の苦闘史であり、学問的には農村医学の確立の提起である。八千穂村について、健康管理に取り組む過程およびその実施による成果、つまり病気の減少を実証し、健康・予防に対する財政・費用効果の計算がなされている。

近年では、1999年から2003年にかけて厚生科学研究として調査研究がなされた成果である松島松翠氏の「農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究」²⁾では、健診群と対照群にわけて北は北海道の鷹栖町、東神楽町から長野県で八千穂村、臼田町、川上村、南牧村、小海町、佐久町、高知県では檜原町、安田町などを対象にした大規模な調査研究がなされている。健康増進の予防活動にどのように経済的社会的な効果があるのか測定された

研究であり、「予防に勝るものなし」の原則が実証されている。従来、若月氏を中心とした八千穂の研究では、健康管理による予防の医学的な効果は実証されているが、予防の経済的効果については充分ではなかった。だが松島氏の一連の研究で、健康増進という予防によって費用および効果が、経済的側面、社会的側面、医学的側面においても多面的な効果が上がることを実証したもので、大きな意義のある成果であると評価できる。もっとも全体の研究結果は普遍的意義を持つとしても、八千穂村はこの研究において健診群の一つの対象であり、八千穂村そのもの研究ではない。

保健分野からの研究では、杉山章子氏が佐久病院健康管理部スタッフの協力をえて、住民の健康増進活動がどのように形成されたか。八千穂村における栄養改善運動を中心に多くのヒアリングによる実態調査によって研究を行っている³⁾。この研究では、厚生省から賞を授与されるほど戦後初期から栄養改善活動が自発的に行われ、現在に至っている過程を住民の運動を中心に明らかにしている。本インタビューで、横山孝子氏が、八千穂の住民参加による健康活動は栄養活動から出発していることを指摘されているが、その栄養活動について杉山氏が研究しているのである。

以上が、八千穂村の健康管理に関する主要な先行研究であるが、これらの研究は、医学における医療および保健領域からの研究である。これらの研究を踏まえて本研究は、地域住民が健康増進、健康予防を実現するために住民のリーダーとして活躍している当事者および行政、病院などの実行過程に直接かかわった関係当事者からヒアリングをおこない、旧八千穂村において能動的市民＝自立的市民がいかに形成・発展されてきたかを明らかにすることを主眼としている。

3. 予防・健康運動をつくった若月俊一氏の思想と先駆的实践

1) 若月俊一氏の思想と八千穂村の先駆的实践

若月俊一先生が学生時代、戦前、東京大学医学部の学生たちの間に社会医学研究会をつくり、そこで医学と社会科学と結びつけた社会体制問題、労働衛生、労働生理、職業病問題など社会医学を課題として学習を行っていた。若月先生は、社会医学の影響を受けて医学を学ばれた。それ故に、戦前、最初に勤務した軍事工場の小松製作所において労働災害の実態調査を行っている。その調査がもとで、治安維持法にかかり投獄されている。

戦後、白田の小さな病院に赴任して、そこで医者が地域のなかへ出向いて診療をする出前医療を行っていた。八千穂村井出幸吉村長が住民の医療保険半額負担に対する反対運動を行っており、住民の医療について悩んでいたところ、若月先生は八千穂村において全住民の健康管理を提起していくことになる。八千穂村と佐久病院の協働のもとで予防思想の实践を取り組んだのである。その思想は、一つは「住民のなかに入ること」、「住民のニーズを捉える

こと」であり、二つは、病院は住民を育てる役割があるとして、地域住民のリーダーとして健康管理を担う衛生指導員を養成していった。三つは、ヒューマンイズムと徹底した民主主義の実現であった。

住民の病気を予防するには健康検診を通して早期発見・早期治療に持っていくことが必要であった。そこで「検診屋」になってならないとし、検診活動を運動として捉え、検診活動を通して健康教育活動をおこなうという原則を貫いたのである。

検診の方法としては、①検診前に「地区懇談会」を行っている。これは役場・農協・病院の三者が地区の住民といっしょに話し合う会合である。役場は、主旨説明をし、病院は検診の内容について説明する。病院から医師、保健師、事務員が参加する。②検診の後には、「結果報告会」を行う。結果報告は、ただ郵送するだけでは不十分であるとして、結果報告を通して、健診表の見方と結果の内容とをよく説明する。③地域全体の集計データを説明して、地域の健康状態が今どうなっているのか、どんな病気が多いのか、それに対して地域としては今後どのように取り組んでいったらよいか、話し合うというやり方がとられた。

そのさい佐久病院側は、できるだけ全職員が交代で参加する方式を採っている。「多くの職員が交代で地域へ出ることは、地域の現場を知ると言うことで大きな意義がある」⁴⁾と捉えるからである。

2) 地域住民リーダーの養成と学習活動

1973（昭和48）年に長野県全地域における集団健康スクリーニングがなされるようになったが、そのときの佐久病院の検診活動の支柱は、一つは、自治体・農協・佐久病院の協働による健康検診活動、二つは、若月先生を継承し、検診が検診技術にとどまるだけでなく運動として検診活動として捉えること、三つは、学習活動を通して住民のなかに地域のリーダーを育てることであった。

(1) 地域保健福祉セミナーの支援活動

住民を育てる具体的方法として、まず住民のなかに地域の活動家を育てることを重視し、佐久病院は、「地域保健福祉大学」を支援している。地域保健福祉大学は、1990（平成2）年2月に「地域保健セミナー」として発足し、その後「地域老人ケア」と合体して現在の名称となった。セミナーの内容は、定員30人で10回の講座を1ヵ月に2回、土曜日の午後開講している。卒業後は、同窓会を結成し「セミナー同窓会」として発展した。1991（平成3）年6月に第一期卒業生の補講が行われた時、参加者の提案により同窓会に食と環境班、高齢化社会班、演劇班、機関誌班の4つの班が結成され、地域での「班活動」が始まった。例えば、「食と環境班」は地区を廻って料理講習会のほかに千曲川のウォッチングをやるなど。

佐久総合病院名誉院長である松島松翠先生は、地域保健福祉大学の活動について、①健康知識・技術の習得。②地域での組織活動をするための理念とその実践方法を学ぶ。③卒業生

は「同窓会」をつくって、各町村で活動をおこなう。④病院は、地域の活動家を育てるのを病院の役割と考える。病院には、多くの専門家、技術者がいるので、講師には事欠かない。⑤単なる技術者の講師では困る。同時に運動家の精神をもたなければ、住民を育てることはできない。それには、病院職員がこのことを認識し、住民と一緒に地域保健活動をやるという職員の意識改革が先決であると指摘されている⁵⁾。

(2) 学習の場として「地区ブロック会」活動

一時期、健診の受診勧誘、希望者のとりまとめなどの健康管理の実務はすべて「女性の健康づくり推進員」の手に移り、「衛生指導員」の活動は宙に浮いてしまった。そこで新しい指導員規約には、健康管理のなかでリーダーシップをとることが書かれているが、どうすればよいのが改めて課題となった。

1988(昭和63)年に新しく衛生係になった須田英俊さんは悩み、衛生指導員が責任をもってやってもらう場をつくることとして、「地区ブロック会」が考えだされた。すなわち14人の衛生指導員の担当地区を中心に、全村を14ブロックに分ける。それにブロックから出ている42名の「女性の健康づくり推進員」をそれぞれ2名から5名ずつ割り当てて、各ブロックの衛生指導員をリーダーに地区毎に活動をするという仕組みをつくった⁶⁾。

4. 佐久病院と旧八千穂村の協働の実態——インタビューの要約

1) 佐久病院から旧八千穂村への働きかけ

(1) 若月思想・精神の共有者であり継承者である松島松翠氏

松島松翠氏は、佐久病院初代若月院長を継いで第2代目院長であられて、現在は名誉院長として病院に目を光らせておられる。松島氏は、もとは若月先生と同じ外科医であられたが、1963年、健康管理部が設置されたさい兼任で部長となられてリーダーシップをとってこられた。旧八千穂村の健康管理および集団健康スクリーニングに技術のみではなく運動としてご尽力された。

松島松翠名誉院長の印象は、温厚でどんな危機的状況でも平然と飲み込んで対応できる海のような大きな存在のようにお見受けした。若月先生とは正反対のご性格で、若月先生がマックスとすれば、松島先生はエンゲルスのような存在のように思える。

松島松翠氏のインタビューのポイントの一つは、佐久病院の役割は、第一線医療(プライマリー・ヘルスケア)を重視し、その人材を養成することを第一目的としている。

現在佐久病院では、専門医化と第一線医療の二本立てで進んでいるが、専門医化の領域では胃がん、肺がん、食道がんに関して、日本を代表する30病院の上位に位置する存在であり、専門家が育成されているのである⁷⁾。救急医療においても東信地域の全域をカバーする活動がなされている。第2に、医療において予防を重視し、佐久病院の経営資源配分を入院、外

来、予防活動、それぞれ5：3：2方式をとり、健康管理には5分の1を目安として人材、資金などを配分して赤字のない経営をおこなっている。第3に、医者、職員は必ず住民健診に出向くことを義務としている。住民のなかに入ることにより、健診の現場の実態を知り、実態から治療につなげ、改善する可能性を考えている。第4に、佐久病院の経営は労働組合との対等な関係によって支えられている。第5に、住民健診後の相談説明を重視し、住民、行政、病院の関係者との懇親を行なう。また合同協議会を通して民主主義を実現していくことを実践している。

（2）健康管理部と苦楽をともにした保健師・横山孝子氏

横山孝子氏のインタビューで印象的なことは、第一に、保健師として実際に住民のなかに入られた強みから現場での健康検診活動が具体的にかつ詳細に浮き彫りにされていることである。誰が、何を、どのように動くのかなど、他の地域で同じ活動を再現できるほど具体的である。佐久病院の住民の健康問題への取り組みは、農村医学の観点から課題の取り組みと徹底した実証的調査にもとづいた科学的な知見であることが証言されている。

第二に、長野県全域に集団健康スクリーニングを拡大していく方法として、検診の事前、準備および事後の住民への結果報告の過程が、地域の保健補導員の協力をえながら、行政、病院、住民＝補導員の三者の協働＝コラボレーション関係によって実施されていることが明快に語られている。

集団健康スクリーニングを開始するまでの準備は、2年間かけているが、その大変さは尋常ではなかった様子が述べられている。結局、健康スクリーニングのシステムが軌道にのり成果がでるまでには10年の歳月を要していることも明らかとなった。

第三に、八千穂における健診過程での「うどん会」の廃止をめぐる、若月先生は、職員のやる気を問うた。しかし真の原因は、兼業・共働きの増加に由来する女性からの要望であった。住民健診が終わった後の説明相談会は夜遅くなるが、そのさい地元の保健推進員の協力で夕食として「うどん」をつくっているが、夜遅くなるので女性にとっては負担となっていた。それらの意見を汲み取り病院の保健師である横山氏が廃止を提案したのである。第四に、予防原則を取り入れた老人保健法が1982年制定されるが、佐久病院の健康検診の方法と成果が先進事例として老健法につながっていった。つまり「定期健診の継続が結果的に住民の医療費を減少させると言うことを実証したことから法律に位置づけられた」ことが語られている。

第五に、健康スクリーニングを実施していく過程において、準備段階および実施、事後対応など、職員に相当な労力が必要であったことが生々しく語られている。また、一般的に“医者は短命”といわれているが、新しいことを先頭に立って行動していく者への外部からの圧力、嫌がらせなど多くの困難に立ち向かわねばならなかった佐久病院を守り、かつ病院内部の統一をはかっていくには相当なストレスが有ったであろうと想像される。なお若月先生

が長寿であられた秘密は何であったか前々から私は知りたかったが、横山さんの証言により、自己管理もやられておられたが、強烈な若月精神が肉体を引っ張り長寿に導いていたのではないかということがわかった。

(3) 健康管理部課長としてシステムづくりした飯嶋郁夫氏

飯嶋郁夫氏は、健康管理部の課長として旧八千穂村にかかわり、八千穂の隅々まで知り尽くして住民とともに歩まれた。同時期、衛生指導員であった高見沢氏が「八千穂の猫の子一匹まで知っていた」と語られているが、それほどまで地域に密着して住民の健康管理にかかわってこられた方である。その姿勢は、若月精神の影響であり、若月精神に育てられたプロセスが語られている。

インタビューで明らかになったことの一つは、飯嶋氏が、健康管理課に配属され若月先生に直接触れ、現場にでて住民の中に入り、その関係のなかでご自身が人間的な成長を遂げていく過程が読みとれる。二つは、衛生指導員の役割は、行政と住民と病院をつなげることであったとした。三つは、健康づくり推進協議会を年1回開催し、地域担当者連絡会をつくるプロセスを明らかにしてくれた。第四は、「地域保健セミナー」(現 保健福祉大学)を発案し、実施する過程が語られている。設立の狙いは、健康づくりの目標を病気の早期発見、早期治療、健康づくりを高めることにおき、それに基づき実践するにあたって市町村単位に支部をつくりそこで衛生指導員のような活動家を育てたい、それにはセミナーで学習し卒業すれば地域の健康づくりのリーダー役として活躍してもらいたいという思いがあり、他方セミナーには、班活動(高齢社会班、機関誌班、職と環境班、演劇班)があったので、飯嶋氏を始めスタッフおよび衛生指導員が支部の範囲を越えて班活動をすることを考え、組織をつくっていった過程が語られている。第五に、若月精神の情熱のほとばしりが語られている。“若月先生は、どんなときでも、どんなことにも決して手抜きしなかった”とも述べられた。若月先生は、真の誠実な人物であられたことをお聞きして「本当に、すごい人物なんだ」と、私自身、自分の胸に深く問うた。若月先生の人柄に接した直話をお聞きできたことは大きな励みになった。

2) 佐久穂町、旧八千穂村からの反応

(1) 町村合併で住民の健康管理を延伸した佐久穂町長佐々木定男氏

佐々木定男氏は、現在、旧佐久町と旧八千穂村が合併してできた佐久穂町の町長である。

佐々木氏のインタビューで明らかになったことは、一つは、八千穂村では、全村健康管理を始めた初代町長から歴代町長すべて、住民の健康管理を佐久病院と協働し継続していくことはゆるぎない指針であったと言うことである。首長がかわれれば、政策も転換していくのが常であるが、旧八千穂村では、歴代、中止することを考えたことはないと言うことである。全村健康管理をすることで八千穂にとって損失することは何もないはずだが、他の町村では

首長の交代で先進的施策がつぶされた事例は多くある。八千穂の住民自身のうちに住民自治が育っていたと考えられるが、他方、佐久病院の若月院長をはじめ職員の献身的な活動に動かされたのであろうと考えられる。第二は、平成合併によって旧八千穂村の健康管理システムを継承して拡大する過程が明らかとなった。八千穂の全住民の健康管理システムが半世紀をかけて形成されたことに比べて、旧佐久町はこれから新たにシステムを普及させて、住民を育てていくことであるため、今後多くの困難に直面するであろうが、その乗り越えは佐久穂町における住民の力量にかかわると思われる。

（2）八千穂村で保健師として大活躍され八巻好美氏

八巻好美氏は、旧八千穂村で保健師として8年間活躍された方である。衛生指導員の高見沢・内藤・篠原の三氏が共通して、私の方からお聞きしたわけでないのに八巻さんの名前が出るととっさに、保健師としての活躍ぶりを高く評価された。よほど印象深かったのであろう。“八巻さんは大変積極的に率先して行動する方で、私たちは八巻さんの手の上で泳いでいるようなものでした。八巻さんが退職された後、八巻さんほど地域に積極的に出ていかれた保健師さんはいない”とまで語られている。

インタビューで明らかになったことは、一つは、保健師として旧八千穂村の一つひとつの世帯の健康状況を知らないことがないほど丹念にみてまわるといふ、若月先生の“住民のなかに”を地でいく活動をされた保健師さんが八千穂村に育っていたことである。第2は、保健師さんは各地区（44地区）の学習活動に出席する回数は年間に180回を超す。それ以外にも演劇の練習など、数えれば相当の学習がなされていることが明らかとなり、私の想像を超えていた。学習会では健康に関するアドバイスも求められ、日常的に自己学習も必要となる。保健師さんの学習能力は相当なものであり、地域の健康アドバイザーであることがわかった。第3に、健康管理について佐久病院と行政と住民のあいだに毎月事務局会議が開かれ、ありかたの方向を打ち合わせている。それによって、円滑に活動が進められている、第4に、八巻氏自身の自戒として、住民の要求を先取りして八巻さんが直接行政に掛け合うことなどをやってきたことに対して、住民が自発的に行動することを疎外してきたことを反省していると語られた。このような基本的に重要なことを気づく、感受性をもった担当者が八千穂に存在することから能動的市民が育ってきたのだといえよう。

（3）衛生指導員会長・同窓会長としてリードした高見沢佳秀氏と内藤恒人氏

高見沢氏は、衛生指導員を20年やられ、会長もされたリーダーである。内藤氏は、現在の地域健康づくり員（旧・衛生指導員）の会長でリーダーシップをとっておられる。現在、八千穂村は佐久町と合併して佐久穂町となり、旧佐久町に旧八千穂の健康管理システムを導入して普及させている過程である。インタビューは、その過程について語って頂いたが、もっとも印象的なことは、佐久町の人材は、“自分のことはやるけど、人のことはやらない。人のことでも一生懸命やるといふ体制がなかなかつくれる”ということを共通して語っておられ

た。この人間の精神のありかたの部分、若月精神の洗礼を受けたか否かの違いではないかと感じた。

具体的に、明らかになったことは、一つは、衛生指導員のご兩人とも職業は、自営業であり、小なりといえど会社経営されている社長さんである。自立的職業をもち、かつ村の衛生指導員としてボランティア活動をされている。このような住民こそ、都市・農村の別なく健康管理活動を通して能動的市民が育成され、自分たちの村づくりを担っていると考えられる。第2に、衛生指導員は、住民と行政・病院をつなぐ役割を担っており、健康管理に関する地域のリーダーの役割を担っているが、それにはたゆまぬ学習活動によって成り立っている。月に一度以上は必ず学習会をもち、学習をする。年に一度は、先進地域に見学に行くなど。第3に、任期は4年であるが、多くの指導員は10年以上の期間を努めている。衛生指導員の行動原理は、利他的精神であり、人に対する無償の貢献することが当たり前となっている。

(4) 保健推進員会長として活躍中の島崎規子氏

島崎規子氏は、佐久穂町の保健推進員会長として、また地域をよくする様々な運動にもリーダーシップをとっておられる方である。インタビューでは、保健推進員の現場における役割が具体的に語られている。一つは、住民の健康健診にあたり、地区住民への呼びかけ、健診表の配布、健診終了後の健診結果報告会への会場の設営など準備する役割など。また保健推進員の選出方法は、2年ごとの交替で区長によって地区から選出されること、その選出は機械的に行われるのではなく、その世帯の事情を勘案しながら推進員として活躍しやすい年代を見計らって選出していることなど、ヒアリングしなければ分からないことである。第2に、保健推進員の会長の選出の仕方、役割などが明らかとなった。また、推進員会長には、どのような人物が選出されるのかも明らかにされている。島崎会長は、居住する地区をよくする住民活動のリーダーとしても活躍されている。地域に対して献身的に貢献する人であり、このような能動的住民が旧八千穂において育てられ、八千穂を支えてきたのだと思われる。

おわりに

旧八千穂村の住民および佐久病院の現場に密着した職員の方々へのインタビューを通して感じたことは、若月思想が浸透していることであり、第2の若月思想を受けつぐ人たちが多いことである。60年の半世紀以上に及ぶ若月思想のシャワーのような洗礼が、第2の若月をつくり上げてきたのだという思いである。人を育てるということは、こういうことなのだと理解できた。若月精神・思想、その強い情熱と実践力が佐久病院にかかわる多くの人を育ててきたのだと思われる。第2に、佐久病院の役割は、人を育てる＝地域で活動するリーダーを育てることを目標の一つにしてきたが、衛生指導員、保健推進員、保健師、職員および医師のそれぞれの方々共通していることは「人に対する利他的精神のもち主」であり、真の

品格のある人たちであり、そのような人々が地域をつくっていることが確認でき、気持ちのいい思いのインタビューであった。

とはいえそこには学習→地域活動、地域活動→実践の蓄積にもとづくらせんの上昇の好循環がある。そのようなサイクルで鍛えられたからこそ一定の能動的市民＝自立的市民の層が生まれたと考えられる。

健康・医療・社会保障・社会福祉などの生活保障は、能動的住民・市民によって主体的に担われることが基本であり、受動的住民・市民＝依存的市民においては安上がり行政を手助けすることにすぎなくなる。それには旧八千穂村のひびとが実践しているような絶え間ない学習活動が必要であろう。その意味で、今回のインタビューは当初の仮説を一定程度検証できたのではないかと考えられる。のみならず、このよう方々に出会えたことは、私にとってこの上ない贈り物を頂いた思いである。

注

- 1) 若月俊一『村で病気とたたかう』岩波新書、1971年
- 2) 松島松翠「農村における健康増進の費用効果分析に関する研究」（日本農村医学会雑誌、51巻、第6号、2003年3月）など日本農村医学会雑誌に1999年から2003年までに一連の研究が掲載されている。
- 3) 杉山章子「住民主体の健康増進活動の形成——」日本農村医学会雑誌、55巻4号、2006年、393～401頁。
- 4) 松島松翠「検診活動から健康教育活動、さらに予防活動に取り組む佐久病院」農村医学会雑誌、54巻12号、1995年12月、1124頁
- 5) 同上掲載、1123頁
- 6) 佐久総合病院「農民とともに」119号、「衛生指導員ものがたり」(34)
- 7) 朝日新聞『手術数でわかるいい病院全国・地方別ランキング』週刊朝日・臨時増刊2007年3月5日。

インタビュー全体の目次

第Ⅰ部 佐久総合病院の予防健康戦後史

1. 松島松翠「協同組合病院・自治体・住民との協同による健康づくり」
2. 横山孝子「若月先生とともに保健師 34 年」
3. 飯島郁夫「長野県全域への集団健康スクリーニングの挑戦」

第Ⅱ部 旧八千穂村の予防健康戦後史

1. 佐々木定男「町村合併後の健康づくり活動の新展開」
2. 八巻好美「全村民健康管理への保健師の活動」
3. 高見沢佳秀・内藤恒人「衛生指導員（現 地域健康づくり員）の活動」
4. 島崎規子「佐久穂町における保健推進員の役割」

I - 1. 協同組合病院・自治体・住民との協働による健康づくり

佐久総合病院名誉院長 松島松翠氏

目 次

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| 1. 第一線医療の養成をねらった佐久病院 | 6. 病院機能の量から質への転換 |
| 2. 何故、八千穂村だったのか | 7. 入院・外来・予防 5 : 3 : 2 の病院活動 |
| 3. 佐久総合病院の精神 | 8. 組合員が支える協同組合病院 |
| 4. 佐久総合病院の経営と労働条件 | 9. メディコ・ポリス構想と佐久総合病院の |
| 5. 若月精神の継承・発展のために | 未来 |

松島松翠氏の略歴

1928年神奈川県に生まれる。1952年 東京大学医学部卒業。1954年 長野県厚生連佐総合病院に赴任。1994年 同病院長に就任、現在名誉院長。

著 書

『農村保健』（1969年、共著、医学書院）、『農協の生活活動——健康問題編』（1978年、共著、家の光協会）、『農薬中毒——基礎と臨床』（1978年、共著、南江堂）、『農薬中毒——健康管理』（1978年、日本成人病予防会）、『老年期の生きがい』（1979年、共著、家の光協会）、『主婦農業と健康管理』（1985年、日本成人病予防会）、『環境問題と保健活動』（1990年、共著、医学書院）、『農村医療の現場から——農業・健康管理・食生活』（1995年、勁草書房）など。

1. 第一線医療の養成をねらった佐久病院

大本 松島先生の戦後の医療保健活動の集大成のようなご著書・論文等を読ませていただきましたが、学術的にも高い業績をおつくりになっておられるので勉強させていただいております。とくに「農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究」¹⁾は、あざやかな実証的研究であると思います。

先生のご研究は1990年末から2000年初にかけてですからパットナムより早いのですが、パットナムもソーシャルキャピタル（＝社会的関係資本）というアプローチで同じような結論を実証的に出されています。パットナムは、地域のなかに住民組織、団体など人間の社会的諸関係、諸活動が多いほど、住民の満足度、地域住民の健康度が高く、子どもの学力

も高いうえ、地域の犯罪は少ないことなどを明らかにしています。先生のご研究は地域に保健師の数が多いほど住民の健康度が高く、住民組織の多いほど満足度が高いだけでなく、そのことはまた医療費と負の相関があることを実証されています。これはすごいです。

若月俊一先生の時代というのは医療と健康との関係を中心にやられていたと思うのですが、松島先生の時代というのは医療・保健・介護に病院・行政・住民の三者が協働して住民の健康の向上を総合的にはかることが課題になりました。その課題を果した実績というのは先生の業績だと思います。

先生のご本『農村医療の現場から——農業・健康管理・食生活』（勁草書房、1995年）は佐久病院の検診隊の組織づくりと地域での検診活動が詳細に述べられていてよく理解できます。そこで、初歩的な疑問を述べさせていただきたいのですが、佐久総合病院の医師、看護師を初め、全職員が地域の健康予防活動に参加する体制をとっておられますが、そういう参加体制を取られたきっかけは何でしょうか。また、誰がこのようなシステムを決められたのでしょうか。それから専門医からの不平というのは出てこなかったのか。とくに最近、縦割りの専門性が強く自分の専門に閉じこもるという傾向が強くなってきているなかで、地域に出ていくことは余計な事だと考える人は出なかったのですか、そこら辺のところはどういう状況だったのでしょうか。

松島 まず現在の状況から申し上げますと、おっしゃった専門医の不平のこともありますね。また基準看護が厳しくなりました、現在は7対1の看護をやっています。今は休みの人とか当直明けでいない人とか、そういう人を抜かした実働の人員が7対1いなければいけないというのですから、これはとても厳しい。

大本 看護師の人員増になるわけですね。

松島 したがって、看護師の人員はふえたのですが、今はなかなか看護師が交代で外へ出るというのはできなくなってきました。当時はまだ、基準看護がそう厳しくなかったからできたのです。

大本 そういう基準看護のもとでも継続して検診隊を地域に出されているのですか。

松島 そうです。事務局とか検査室などはそういう人員的な基準がないですから多少は出られますが、看護師だけは非常に厳しい基準が出てきましたので、それだけやりにくくなっています。

昭和34（1959）年の当時、なぜやれたかという、大体健診はスタッフが18人ぐらいで行かなければいけないのですが、それだと健康管理センターの人員だけではとても足りない。だから、センターから10人ぐらい出るけれど、院内から8人ぐらいは応援してもらっていたということが一つはありますね。

もう一つは、外へ出るのは健康管理センターという専門の部門だけではなくて、職員全体が地域を見るために出るのが大事だという点があったと思います。

大本 そのこと自体は、若月先生が八千穂で健康管理システムをつくったときから強調されていることですね。

松島 そうです。できるだけ地域へ出て、農村の現場を見ることが大事だという若月先生の考えにもとづいていました。

大本 松島先生は、そういう現地・現場主義を集団健康スクリーニングの時にも生かしていかれている。

松島 ええ、ずっと受け継いできたわけです。昔はスタッフが非常に少なかったですから10何人かという出張診療班を組むときは、入院を担当する人だけは残して、ほとんど全員が出ていったと思います。ただ、その後だんだんスタッフも増えてきて、交代で出るのが普通になってきたわけです。

大本 先生はいろいろと論文に書いておられますが、やはり農村に出たほうが成果があるのでしょうか。先生は、どう評価されますか。

松島 とくに医者が出るということは大事ですし、昔は内科といってもなんでもやっただめいから出ることにとくに抵抗はなかったですね。専門の各科、皮膚科でも泌尿器科でも耳鼻科でも、その先生も余裕があれば出る。1科一人だとなかなか無理ですが。2人とか3人の医者がある科では一人ぐらいは出るということでやってきました。

2. 何故、八千穂村だったのか

大本 佐久病院は最初の時から八千穂村でずっと通しておられますね。八千穂の井出幸吉村長が必要があって若月先生と出会われたからですか。

松島 それもあります。そのことは『衛生指導員ものがたり』に詳しく書いてあります。

大本 ただ、継続して八千穂にずっとこだわってやられてきましたね。八千穂村以外に他の町村もあっただろうと思いますが、なぜ八千穂だったのでしょうか。

松島 若月先生は臼田でやりたかったようですが、臼田町は財政整備とか合併問題を控えていて、そちらが忙しくて役場の係や町長のほうでそういう考えがなかったということがあります。もう一つは、病院が近いということでは、具合が悪くなったら病院へ行けばいいという考えになってしまうのです。なぜ、健康な時に検診を受けなければいけないのかという人も多かったと思います。むしろ、病院から遠い所のほうが関心があったわけです。

大本 医療過疎のほうの方が切実度が高かったのですね。

松島 八千穂村で始めた一つのきっかけはその2～3年前に赤痢の大発生があって、住民がものすごく罹患したことがあります。

大本 罹患者だけで昭和28（1953）年から31（1956）年にかけて222人位になった事件ですね。

松島 だから、衛生的な観念がだいぶ高まっていた。もう一つは、八千穂村に村営の診療所がありまして、若月先生が毎月一回は行っていました。

大本 定期的に行っていたんですね。

松島 そうです。それで村との関係ができたわけですけど、診療が終わったあと必ず村長と一杯酒を飲むということもあって、村長とのつながりができてきたのです。直接のきっかけは国保窓口半額徴収の問題です。それまでは窓口で現金を払わなくて良かったんです。ところが一部払うとなると、具合が悪くても病院に行かない「がまん型」が増えてしまう。それではかえって手遅れの人が増えるのではないかということで村長が反対したのです。窓口徴収反対運動というのがだいぶ続いたのです。

大本 あれは全国的な運動だったんですね。

松島 ええ。村長もだいぶ反対運動をやったのですが、これは法律で決まったものなので、八千穂村も確か2～3年遅れですが、窓口徴収をやることになったのです。その代わりというわけでもないけれど、若月先生の助言もあったと思いますが、手遅れにならないように予防をしようということで村ぐるみの健康管理が始まったわけです。

大本 八千穂村がやったあと、小海町には分院がありますね。あの地域でも、なぜうちもやってもらえないのかとって広がっていかなかったのでしょうか。

松島 おそらく町に金がなかったんですね。

大本 首長のほうのやる気より財政が許さない。

松島 八千穂村は、割合、村有林があって、村の木を売ってお金をつくらうという計画をたて、実際にも少し売ったと思います。

大本 たしかに八千穂は木を売りましたね。

松島 だから他の地区ではなかなか踏み出せない。もっともその当時の検診料は一人100円です。個人負担が30円で、あとの70円は村で出す。その頃は老人保険なんかは出来ていないので保険で払ってくれないから、どうしても村で補助をせざるをえない。

最初100円だったのが、その後検査項目もふえたし、物価が上がってきたので集団健康スクリーニングを始めた昭和49(1974)年の時は3000円ぐらいになりましたね。

大本 八千穂村にはいろいろな調査でも関わってこられましたけど、それは八千穂村が検診をやっているんでデータもそろそろし、やりやすかったということですか。若月先生の学術論文は大体八千穂村のアンケートなど実態調査がベースになっていると思いますが。

松島 そういう面もありますが、冷えの研究とか農民体操の研究は大体八千穂でやりましたね²⁾。

3. 佐久総合病院の精神

大本 結局、佐久病院はいろいろな面では非常に優れたことをやってこられたと思います。“住民の力”を育てていったということが一番基本的ではないかと思います。

松島 私もそうだと思います。検診だけでなくい分やっている所がありますから。

大本 全国的に検診をやっています。しかし、佐久地域との違いといえば、健康に対する住民の主体性がどのくらい育てられたかというところだと思います。住民が育つにあたっては佐久病院の職員の方々がみんなで健康教育に出かけたことが大きいと思います。こういう出張というのはボランティアですね。

松島 まあボランティアです。

大本 そういうことをやる病院というのは日本ではきわめて少ないです。いくら厚労省が全国民の検診と言っても、そこがないのですね。

松島 どうしても時間外が多くなりますからね。それでも行く人は出るのが楽しいという面もあります。医者も職員もね。村へ出ていろいろ話をして、最後はお酒を一杯飲んで帰ってくる。それが職員としても楽しいのです。運動というのは楽しい面がないと発展しません。そこで映画をやったり、劇をやったりする。劇をやるということは練習から入れると相当な労力があるものです。でもやる人はみんな満足して帰っていきます。

大本 ですから、残業代くださいでなければやらないという人ばかりでは絶対に佐久のようにはできない。

松島 それはだめですね。

大本 残業代をもらわなければ行きたくないというエゴイストの人たちもいたろうと思いますが、その人たちも変わっていったということなのですか。

松島 そうですね。

大本 若月先生がやっていた初期の頃、佐久病院の理念と精神からして病院に勤務したいとって来る人で残業代が欲しいからという人はまず来ないのでしょう。

松島 労働基準法はあったが、昔は時間外をきちっと払わなければいけないというようなことはあんまりよく知らなかった。

大本 意識していなかったのですね。

松島 もう一つ、若月先生が道を切り開いていった頃は食糧難の時代だったので、地域に出ていってご飯をご馳走になるということも楽しみの一つだったんです。私が、ここに来た1954（昭和29）年はもうそうでもなかったけれど、そういうことで、“今日は出張診療に行こう”という志望者が大勢バツと出てくる。そうすると、だんだん外へ出て行って、村の人と話しているうちに、お互いに仲良くなって満足感をもてる。だから、行くことにだんだ

ん抵抗がなくなってきたわけです。

大本 先生のこのご本で、先生ご自身、全然負担だということを考えたことがないと書いてあります。

松島 だいたい医者なんていうのは昔から往診はあるけれど、時間外というのはあんまり考えないでしょう。いつでも患者が来れば診なければいけないし。

大本 専門医の先生にしても出たほうが現場を見て、いろいろなニーズを知って治療に生かしていくということができないのですか。

松島 そうですね。現場の状況にあった治療ができるようになる。これは医師にとっては大きなプラスになります。また専門の先生がいらしたということで、よい機会なので、とくに聞きたいことも出てくる。

大本 講話をなさって、それから質問を受け付けて相談コーナーに聞くということですか。

松島 健診が終わったあとで村の婦人部などの人をまじえて反省会をやるのです。そのときいろいろ具体的な質問が出るので、それに答える。そのとき専門の先生がいれば、それだけ専門に関する質問が多く出ます。

だいたい、住民が自分の考えを出したり質問をしたりするまでには相当時間がかかりましたよ。最初は医者や保健師さんの話を聞いているだけの段階があるわけです。質問などはなかなか出ない。それでもやっているうちにだんだん関心をもってきて質問をするようになる。現在は、自分たちで健康になるにはどうしたらよいかということを自分たちで考えるようになっていきます。そういう方向にきていますね。

大本 地域に出るということの趣旨が分かればいいのですが、近年、専門医に特化してきているなかで、そういうことに対するスタッフからの不満などは出なかったのでしょうか。

松島 いや、だいぶ出ましたよ。病院だからやっぱり病院のなかで専門的技術を駆使して治療をしたいと。

大本 時間的にも、エネルギー的にもそちらにシフトしていく。

松島 そのうち、医者の方も二つに分かれてきました。一つは、第一線医療でなんでもやる“なんでも屋”の医師です。若月先生にしても、ここで第一線医学をめざして、第一線でなんでも対応できる、そういう医者をつくろうと志していましたし、何でもできる医者というのも私どものところで育てなければならぬという信念をもっていましたから、そういう希望の研修医もだいぶ出てきているわけです。もう一つは専門医です。そういうこともあって、第一線医と専門医の二つに分かれてきたのです。といっても、全くスパット分かれているのではなく、専門医もたまには健診に出かけたり、衛生講話をやってもらっています。

大本 ヨーロッパなどではちゃんと分れて、第一線医たちも一つの専門医として育てられています。北欧のデンマークでは最低 10 年の経験と試験にパスしないと入れないのです。

松島 若月先生のいちばん最初の思いにはそのこともあったと思います。

大本 今のお話の続きなのですが、川上武先生が『農村医学からメディコポリス構想へ 若月俊一 の精神史』（川上武／小坂富美子，勁草書房，1988年）のなかで松島先生が「総合診療科」を提唱されたさい、青年医師の意識革命いかんが佐久の分かれ道だと書かれています。先生はもちろんそういうことを受けてやってこられたと思いますが、実際のところ、いま先生が二つに分かれる傾向がみられるとすれば、青年医師の意識革命はうまくいっているのでしょうか。それとも、どういうふうな評価ですか。

松島 100%うまくいっているとは言えないんですが、とくに検診となると、なぜ専門医が外へ出なければならぬのかという意見も出てきます。しかし、総合診療科を確立したところ若い医者がだいたいそこに参加しましたし、研修医は毎年15人採用していますが、分院や村の診療所へ積極的にいきたいという医師もふえています。

4. 佐久総合病院の経営と労働条件

大本 他の病院は経営が難しくて産科や小児科がなくなったりして、お医者さんもだんだん抜けていくということが起こっています。佐久病院のお医者さんの給料はそんなに高いと聞いていますが、どうなのでしょう。

松島 厚生連は給料が安いでしょうね。

大本 それには給料安くても医者が来るといふ魅力があるのだらうと思います。

松島 そうでしょうね。

大本 その魅力とは基本的には何でしょうか。

松島 一つには、第一線で住民のためにやっているということ、つまりプライマリ・ヘルスケアに取りくんでいることに、他の病院にはない満足感があるのでは。

大本 住民に役立っているなら、少々5万や10万円そこら安くても長い目で見て楽しいというのはあるんでしょうね。それも若月先生の協同組合精神を引いているのですか。

松島 それもあるかと思えます。忙しいことは忙しいんですけどもね。研修医にしても朝7時から夜10時ぐらいまでやっています。だから給料をもっと高くしないといけないでしょうけれど、年度末の3月に出た黒字分は職員で分けるというシステムがありますから、うんと稼げば職員の収入も若干増える。

大本 4：6とか3：7という分配方式があると書いてあります。そういう点では、自分たちの実績が経済的にも反映してくるということはあるですね。

松島 それから専門医については、やはり高度な技術で癌を発見して治すといった喜びがあるでしょうね。だから専門医にとっては、ここで食道癌の初期段階のときに内視鏡で切除して癌を治す技術を手に入れたいということがあるかと思えます³⁾。

大本 それは若月先生ご自身が外科医としてカリエスなどの手術を先駆的にやってこられ

たという技術の高さというものが伝統にあるのですね。

松島 そうでしょうね。僕も最初は外科だったんです。

大本 そうですね。松島先生がいくつか問題提起しておられますが、その一つにセクト主義、官僚主義を打破しなければいけないと再三言っておられますが、その辺はどうなのか。

松島 病院が大きくなればなるほど、セクト主義、官僚主義が生まれてきますね。これは若月先生が一番注意したところですよ。1000 ベッドっていうと、この町ではちょっと病院としては大きすぎるのではないのでしょうか。本当は 400 ぐらいがいいところでしょう。小諸寄りにはもう一つ 400 床ぐらいの病院があってというような配置の仕方がいいんでしょうけれど。

大本 大きくせざるを得なかったという必然性がある。

松島 若月先生は、住民の要望に応じて、ここで、東京まで行かずに、難しい病気でも診断でき治していきたいということで、いろいろ科を増やしたり病棟を大きくしてきたのです。もっとも晩年は、あまり大きくしたのはちょっとまずかったなとは言っていましたけれど。

大本 若月先生はある科をつくって、一時的には赤字でもトータルバランスで黒字を取ればよいという考えの持ち主だったので総合的になっていったということですか。

松島 科によっては赤字にならざるをえない科だってあります。収入が多いのはやはり内科とか外科などの大きい科です。小さい科はどうしてもその科だけでは採算が合わない。だから全体として合っていればよいのです。

大本 でも住民から見たら、あそこに行ったらなんでも対応してもらえるという安心感につながりますね。痛しかゆしですね。

松島 そうです。

大本 これだけの技術蓄積と住民に対するニーズに応える病院の機能をもってしかも赤字にもならないで繁栄してきている。いま日本に置かれている病院の状況といたら、これと反対の方向にあります。医者も少なくなるし、経営が成り立たなくなるから縮小してサテライト方式で対応するといった状況ですが、こういう病院経営がどうして日本全体に普及していかないのでしょうか、そこら辺はどうですか。

松島 佐久病院は時間外を含めてよく働いていると思いますね。必ずしも正確に時間外手当を払っていませんから、これをきちんと払えばきっと赤字になるでしょう。労基法違反になります。今の医療保険の点数では、時間内の仕事だけでは皆赤字になってしまうでしょうね。国立病院がすぐ赤字になってしまうというのは、時間内の仕事しかなかったからですね。

大本 地域医療もやらないし。

松島 医療という仕事は工場の仕事と違うんですね。5 時になったからパッと終わりというわけにはいかない。協同組合病院という点もありますが、そこをみんなが自覚しているかどうかです。そうでないと赤字になってしまう。

大本 最近、お医者さんがすごいオーバーワークになっていると聞きます。マスコミなどで過労死、過労自殺⁴⁾になるということも報じていますが、佐久病院は給料もそれほど多くはないのに、管理者もよく働いてくれていると認めるぐらいよく働いている。そういうなかで従業員としてみたら、いくら住民と接して住民の役に立っていると言いながらも、また自分の仕事のやりがい、そこは認識しつつも、しかし、ちょっと仕事がついのではないかということはお出でこないのですか。

松島 それは出てきますね。科によっては先生方がとてもきつい科があります。とくに産科とか小児科はきついですね。

大本 やはり広域的に集まってくるので。

松島 他の病院に医者がいなくなってきましたから、患者がこっちへ集まってきますから休む暇がない。産科は日曜だからといって休んでいただけませんし、しょっちゅう出ていなければいけない。科によっては中々休めません。

大本 むしろ医師過剰だからといって抑制した時代もありましたね。

松島 そう、そう。大学の医学部の定員数を抑制した時代があった。今度また増やすと言っているけれど、でも効果が出るには10年ぐらいかかります。人口当たりの医者の数は先進国のなかで日本は最低ですが、それが都会へ偏在してしまっている。

大本 都会は過剰なぐらい。しかし、佐久病院では、なぜ、俺たちだけがこんなに過重な労働負担なんだといった不満があった場合、労働組合がパイプになっているのですか。

松島 ええ、労働組合で議論します。

大本 そういう不満・要求をみんなが組合で議論する。

松島 議論するなかで、お互いに相談しながら改善するところは改善していくんですけど、ここの管理者というのは院長、副院長、看護部長、事務長などで数人しかいなんです。あとの1600人は組合員です。ここは、他の厚生連病院も同じですが、経営参加というかたちでやっています。だから普通の企業の経営者対労働組合とはちょっと違う点があるのです。

大本 経理公開もかなり完全に。

松島 ええ、これはもうきちんとやっています。若月先生は、医療職員の生活を苦しめているもとは、やはり資本であり政官財の癒着であるとよく言っていましたが、そのところを理解することが一番の問題です。管理者も雇われているわけですし、内部の狭い範囲で管理者と労働組合が戦ってばかりいるんではとてもだめですね。

大本 若月先生が初代の従業員組合の委員長でもありましたが、松島先生のほうもご苦勞なさっていますね。例の“地下水”グループと、矢面に立って議論されたのは先生だったのですね。

松島 健康管理というのは労働過重であるし、お金も十分は取れない。病院のなかにたくさん患者がいるのになぜ地域へ出ていくのか、労働過重で大して収入がないのに出て行くと

いうことは、今の政府の至らない面を助けているのではないかというのが“地下水”グループの主張です⁵⁾。

そういうことで、八千穂村の健康管理をやるのはインチキだといっていた時代がありました。今は反省しているようです。地下水の一人である清水茂文先生は、僕のとに院長になりました。

大本 長野厚生連は全国の厚生連からすると相対的に賃金・生活条件としては悪くないのではないですか。

松島 同じぐらいでしょうか。高いのは国立や日赤です。それらに比べると厚生連は少々低い。

5. 若月精神の継承・発展のために

大本 こちらでは病院年報佐久病院の業績集のような分厚いもののほか、『農民とともに』、病院祭の記録をはじめ農村医療の原点を問うシリーズものを出しておられますね。すごいですね。

松島 病院祭の記録も含めて、記録はずい分たくさんとっています。いまはあまり撮っていませんが、昔は写真だけではなくて映画も撮っていました。フィルムは全部保存してありますが、いまそれらの編集を始めています。16 ミリで2万フィートもあるので、これを全部見るだけでも何日か掛かるらしいのですが。

大本 こういう資料を残していく活動というのはどういう狙いでやっておられるのですか。

松島 記録をきちんととっておかないと、あとの人に伝えられないです。

大本 二つ、質問があります。記録保存の意識は最初からあったのかということが一つです。

松島 最初からあったかどうか分かりませんが、昔、労働組合——佐久病院従業員組合が『従組ニュース』というのをずっと出していたんです。途中から『農民とともに』になったのですが、そのニュースが今日役に立っています。

大本 全部そろっているのですか。

松島 出す予定なのが出せなかったという欠号が二、三あります。本当のことをいうと、若月先生の手稿を待っていたのですけれど、なかなか先生の手稿が出なくて欠号になったということもあります。例えば「年頭あいさつ」というのを毎年出すんです。だから当然2月号と3月号あたりを予定しているわけですが、その号だけ開けておいたのに出なかったという場合があるんです。

大本 一旦発刊したものがどこかへ消えたということではなくて。

松島 そういうことではありません。

大本 もう一つは、21世紀になって『農村医療の原点』Ⅰ，Ⅱ，Ⅲ，Ⅳ，Ⅴを出版するというのは若月先生の佐久病院精神というべきものを、いま、きちんと若い人たちに伝えておかないとだめだという思いがあつてのことなのですか。

松島 そういふことです。ですから、それらは全部職員向けにつくつたのです。外の人のためではなくて、職員がよく読んで勉強してもらいたいという主旨なのです。若月先生は亡くなられてもう直接話を聞く機会もないので、できるだけ昔の話も編集して載せてあります。

大本 若月先生は現代の“赤ひげ”ですね。先生は、結構、“赤ひげ”がお好きだったのでしょう。

松島 そう、“赤ひげ”は好きでしたね。

大本 山本周五郎の世界なのですね、

松島 そのことは『若月俊一先生の遺言』のなかに書かれてあります。

大本 そういふ若月先生のヒューマニズム精神を受け継いでいきたいということなんですね。

松島 そうです。『若月俊一の遺書』を刊行したのも、そういうことからなのです。

大本 読みました。松島先生が編集されたものですね。

松島 私が中心になって編集したのですが、そのほか若い医師たちに何人か入ってもらいました。

大本 専門の先生と接触していろいろ質問してという活動を長年続けるならば、住民の方たちの健康、あるいは病気に関する関心度、認識度というのは相当上がるのではないかと思います。いかがですか。

松島 それはまず知識が少しずつ上がってくるでしょうね。

大本 松島先生は若月先生とともに八千穂にずっと取り組んでこられました。八千穂村の住民の力というのは高くなったと評価されますか。

松島 合併前の旧八千穂村の住民の意識はかなり高くなったといえますね。以前より「健康と福祉のつどい」というイベントを年に1回やるのですが、現名称「地域健康づくり員」（旧「衛生指導員」）のほかに現名称「保健推進員」（旧「女性の健康づくり推進員」）というのもできていて、いま共同で自分たちでいろいろ研究して、それを年に1回発表するということをやっています。

大本 先生がお調べになったアンケートでは、「健康知識」と「健康意識」が分けられていて、健康意識がまた「個人的健康意識」と「社会的健康意識」に分けられて統計をとられて、「社会的健康意識」は10年や20年ではだめだということをお書きになっておられますが、それでも先生が『佐久病院史』に書かれた「あとがき」では八千穂が一番意識が高くて沢内村が意外と低いといわれています。河合克義さんたちの調査の統計⁶⁾をみますと、そういうことが出ております。そういう点では長年の努力で成果というのも出てきているといってもよ

いように思います。

松島 佐久町と合併する前の八千穂村の、平成7（1995）年度の年間1人当たり総医療費の比較表⁷⁾をみると、全国平均の15万3,058円に比べて八千穂村は11万5,685円ですからだいぶ国保医療費が減っている。とくに老人医療費では全国平均が61万8,591円であるに対して八千穂村では41万345円ですから20万円弱も減っています。

大本 医療費がすごく減少していますが、厚生労働省が大変喜ぶところですね。

松島 老人保健法の後のデータです。

大本 老人保健法は昭和58（1983）年ですから、その後のデータでもそうになっていますが、予防を丁寧にやればこれだけの差が出るということですね。全国平均と長野県平均、南佐久平均、それから八千穂村平均の4者の比較ですが、厚生労働省の資料にも出ていますが日本で医療費の最も低い県は長野県ですが、この表からとくに八千穂村はダントツに低いですね。

松島 そうです。

大本 それにしても医療費が高騰しているなかで、政府を助けているのではないかといわれるぐらいの健康管理のシステムをつくることによって医療費が抑えられている。つまり医療費の適正化に貢献しているわけです。そういう点では厚生労働省の期待通りのことが結果としてなされているわけですね。佐久病院という厚生労働省の優等生になって、こういうシステムをいろいろなところにつくることできれば、厚労省の思うとおりの適正化の実施ができるのではないかと思います。そうはいかない。

松島 国は老人保健法で検診を始めたけれど効果がないといって、今度また特定検診なんていうのを始めますけれど、検診だけをいくらやってもだめです。保健指導できちんと説明する、あるいは本当は住民自身が自ら動いていかないと効果は上がりませんよ。とくに後者がとても大事なのです。

6. 病院機能の量から質への転換

大本 松島先生が八千穂村の健康管理から全県集団健康スクリーニングに移ったときには、若月先生が直面したのとは質的に違う問題に突き当たったと思われるのですが、いかがですか。

さきほどのお話にも出ましたが、とにかく研究室というか病院内でもっといろいろなことを研究したいという傾向というのが出てきますね。それでも集団健康スクリーニングを組織化していくというのは若月先生のレベルと違う論法を生み出して松島先生なりに説得なさったのだと思うのですが、そここのところはどのようなのでしょうか。量から質への転化があったのではないかと思います。

松島 やっぱ検診の質は変わりましたね。

大本 八千穂村の集団健康スクリーニングの検診項目は、ほとんど今の人間ドックの項目

と同じですね。私がかかっている人間ドック項目とつきあわせてみました。

松島 血液自動分析装置というのがあって、0.1ccの血液で20項目も分析できるとか、コンピュータがだいぶ発達してきたのでかなり大勢の人をコンピュータ処理でできるようになったのです。そこで村の人には、これは“動く人間ドックなんだ”という説明もしてきました。

大本 私が毎年かかっている人間ドックでは、乳ガン、子宮ガン検診などのオプションを付けるとすぐ7～8万になります。それが八千穂村の検診でしたらたったの1万円ぐらいでやってもらえます。

松島 村もだんだん補助するようになりましたからね。

大本 まず最初、昭和34（1959）年に八千穂村から全村民健康管理を始めますが、昭和48（1973）年に健康管理センターを開設して松島先生が中心になられて長野県の全県にわたる集団健康スクリーニングを普及させていきますね。

松島 そうなったのは、一つは八千穂村での取りくみがだんだんみんなに分かってきて、八千穂村のようなかたちの検診をぜひ自分達の村でやってもらいたいという住民の要望が出てきたからです。しかしその当時はまだコンピュータもないし、血液の分析の機械もないわけですし、八千穂村だけでも午後から出かけて全部終わるのに3ヵ月掛かっていたんです。そんなことでとても他の町村にはできなかったわけですけど、ちょうどその頃そういう機械ができるようになったということと、もう一つは全国農協婦人部の大会で、協同組合の婦人部——いまは女性部とっていますが——その女性部が年に1回の健康診断をしると国に対して要望したのです。

大本 農協本部ではなく女性部が国に対して言ったのですか。

松島 そうです。農協に対しては、農協は物の売り買いばかりではなくて、もっと健康管理に力を入れよという要望を出したんです。それで農協が全国大会で決議して、あちこちの農協でやるようになったんです。女性の力はとても大きかったと思います。

大本 先生の『農村医療の現場から』の98、99頁に掲げられている生活基本構想というのは今の農協では考えられないような格調の高いすばらしい文章ですね⁸⁾。

松島 その文章はとてもいいと思っています。昭和45（1970）年でした。それを全国農協大会で決議したんです。そこで長野県も農協が中心となって、組合員の健康管理をやろうとういことになりました。それで全県の組合を回って健診をはじめたのです。

大本 それは佐久病院だけでなく、長野県農協の全厚生連病院がやるということですか。

松島 ええ。厚生連の病院は10ぐらいありましたが、各病院が全部参加して、血液を採って佐久病院のなかにある健康管理センターへみんな持ってきて分析するんです。

だから、各病院も大変です。遠いところは何時間もかかってセンターへもってきて、それを分析してすぐまた報告書を作って送るわけです。だから最初は農協の組合員の範囲だけと

いうことでした。ところが、町村でも今までろくな検診をやっていなかったもので、やっぱりこの集団健康スクリーニングをやりたいというようになり、組合員以外の人も増えてきました。それでは町村と共同でやろうということになったのです。共同でやることになるとう町村も検診料の個人負担の一部を負担することになりましたので、個人が負担するお金も安くなります。

そして、検診後の事後指導はその地域の保健師さんにもお願いする。そして報告会も、私どもと一しょにやるわけです。

大本 結果報告会というものです。

松島 そうです。遠い所もありましたけれど、こちらからももちろん行くわけです。報告書を渡してその読み方を説明して、そのあとのことはまた地元の町村の保健師さんをお願いしてやる。こういう市町村と共同でやる形というのがだんだん増えてきましたね。最初は組合員のために農協組織だけでやっていたのがだんだん広がって。

大本 自治体とやるようになったのです。

松島 ええ。ですから現在は年間に約 10 万人を検診しています。

大本 自治体も老人保健法で定期検診を義務づけられて以降、やらざるを得ない。だから先生方と協働するしかないわけですね。ただ『佐久病院史』（勁草書房、1999 年）の最後の第 10 章「佐久病院の 21 世紀への道」で川上先生が、とりあえずは佐久病院が中心的な役割を果たすとしても、今後は各地域も力を付けてくると述べられている、今後の展望についてはどう考えられておりますか。

松島 検診へ出るといっても、検査をやるだけでは検診屋になってしまいますし、民間でも自動分析装置で検査するだけの検診屋も増えてきました。事後指導をしっかりとやるのが大事ですね。

大本 人間ドックでもそうです。検診してもらおうと医者が身体を診てくれますが、詳細な項目の説明はなく、あと郵送されてくるだけで、何のことかよくわかりません。

松島 それでもお医者さんの診察はあるわけでしょう。

大本 少し診察はありますが、全体の結果を見ながらの診察ではないです。ともかく私自身が何を質問してよいかかわからないのですから。やはり検診後の丁寧な結果説明が必要です。それには、事前の検診に関する知識が必要です。だから今も住民の集団検診でないと地域医療が変わらないという問題はずっとあるわけです。

松島 そうですね。人間ドックというのはだいたい任意ですし、その個人のデータというのは秘密ですから、市町村には分からない。

大本 そうです。

松島 ところが、集団健康スクリーニングで農協も町村も共同でやるとなると、そのデータは町村にも行くわけです。それはある面では保健師さんが事後指導に利用できるデータと

なりますし、もう一つは地区診断ができるということですね。集計して統計が出て、この村にはどういう病気が多いとか、そういうことを報告会で住民に知ってもらうことも大切です。人間ドックですと、そうはいかないのです。

大本 人間ドックだけでなく、老人保健法で40歳以上は無料で検診できるようになりましたが、一つは、自治体によっては住民に通知しないところが多くあります。これはスクリーニングの内容ややり方がどうだという以前の問題です。二つは、集団検診してもその町全体の健康状態がどうかという分析を聞いたことがありません。三つは、自分の結果の数値が平均値のなかに入っているか出ているかしかわからず、平均値よりははずれるとどういう意味があり、どういうことをすればいいのか分からないというのが実態です。

松島 それはちょっともったいないですね。

大本 そうなのです。

松島 そのデータを出して、住民自身がそれをもとに考えると、あるいは報告会の時にわれわれも一緒になって討議するとかの機会になればよいと思うのですが。

大本 ですから佐久病院がやられている健康管理の内容を知り驚きでした。ここまでやってもらえる住民をととても羨ましく思いました。

老人保健法というのは八千穂村の経験を踏まえて、この佐久地域を参考にして法律ができたのだと思います。それでスクリーニングを全国民にかけることになりましたが、八千穂村がやっているような丁寧なやり方はやられていません。ただ機械的です。

松島 医者が足りないところではとてもできないでしょう。やはり、あとの指導をきちんと丁寧にやらないと効果が上がらない。県南の下伊那郡には最近厚生連の病院ができましたが、かつて厚生連病院は北側に偏っていたので南信地区にはなかったのです。ただ松川町には松下拓（ひろむ）さんという社会教育者がいて、住民自身が自分でデータを見ながら、それを治すにはどうしたらいいかというのを保健師が教えるのではなく、住民自身が自主的にいろいろ勉強して自ら見つけ出して、それを実行するというすばらしいやり方を採っております⁹⁾。

大本 実は佐久のこちらでもそれをちょっと利用させてもらっているんだそうですね。

松島 そうなんです。松川町には何回か八千穂の衛生指導員が勉強に行きました。やっぱり住民自身が主体的に活動していかなければ効果が上がらないですよ。

大本 住民自身が動くというのは、たとえばどういうことをすることですか。

松島 松川町のことは『衛生指導員ものがたり』にも書いてありますが、全県的に回ることによってわれわれもいろいろな町村の取り組みを知るようになり、とても勉強になりましたね。松川町の人口は1万5000ぐらいですが、すごいのは学習グループが50か60ぐらいもあるんです。小さいグループは5人か10人ですけど、そういうのも入れて50以上ある。たとえば農薬のグループもあれば、成人病のグループもあるし、食生活のグループ、あるい

は環境改善のグループなどいろいろある。

またグループのネーミングも“血压を楽しむ会”とか“通風(つうふう)の会”とかなかなか考えています。普通は「つうふう」というと、「痛い風」と書きますね。それを「通る風」と書いて通風の会と称しているのです。

そのなかでも若妻会というグループは、子供の虫歯について取り組みをしたのです。これはある日の若妻会の集まりで、あちこちから子供の虫歯が多くてどうも困っているという悩みが出たそうです。そうすると、実は私の子供もそうなんだという声が続々と出てきた。じゃあ、みんなで自分の子供の歯を調べてみようということになったんですね。そして調査してまとめてみたら3歳児で70%、4歳児で90%あった。7歳児で100%が虫歯保有率だった。

まず自分たちでそういう調査をしたというのがすばらしいことで、普通は保健師が調べて保健師が数値を出すんですが、あの人たちは自分たちで調べた。そして、なぜ、こんなに高いんだろう、原因は何だろうということで各人がまた調べた結果、どうもおやつではないかと思いついて、今度はおやつの実態調査をやったのです。調査した結果、おやつとの与え方で甘い物が48%を占めている。与えているのは母親が70%、祖父母が20%だったんです。だから、ほとんど母親、おじいさん、おばあさんが与えているんですけど、一番与えているのはともかく母親だということが分かった。しかも子供のおやつをコントロールできるのも自分たち母親なんだということが分かって、自分たちがもっと考え直そうということになったのです。

だが、そうはいっても近所の人にも協力してもらわないと完全にはできない。つまり子供に対して近所の人甘い物を与えてしまう場合もある。それでおやつとの与え方についての調査をはじめ、自分たちが図書館に行って砂糖の害や甘い物を食べるとなぜ虫歯ができるんだろうという原因まで調べたところ、砂糖がやっぱり虫歯の原因になるということが分かってきた。そこで若妻会自身が予防のためのスライドづくりをやったんです。そして、それをもって町全体を歩いて回った。そういうグループがいるのです。

大本 先生のご本ですと87頁の真ん中ですね。八千穂が「松川町の健康を考える集会」での取り組みに大きな示唆を受けていると記されております。

松島 あそこは社会教育が盛んで、その担当の教育主事が指導しています。

大本 やはりそういう仕掛け人がいるのですね。

松島 医者だけだったら、なかなかそこまでできなかつたと思います。

大本 しかし松島先生は病院の役割・機能として人を育てていくということをしきりにご主張していらっしゃるって、病院の機能としても住民そのものを育てていく機能をもたなければいけないんだということをおっしゃっておられますね。そして実際に佐久病院は住民たちの育成にかなり努力され、衛生指導員の学習に尽力されていますね。そういうことによって衛生指導員のレベルもすごく上がっていったと思います。ですが、それとは別に松川町

の社会教育の方面からの実践も吸収されている。

各地で思いがけないいろいろなユニークな取り組みというものが生まれるんですね。

松島 そうですね。とくに伊那地区は昔から教育活動が盛んでしたから。

大本 地元との密着ということかというと、佐久病院の先生方は有機農業研究会を白田で立ち上げていますね。当時の白田農協、今はJA南ですか、いま小学校とか中学校に給食を地産地消で提供してやらせるというのは結構ありますね。1000床ある病院で有機農業関係の地産地消の食材を、佐久病院ではどのくらいお使いになっていますか。

松島 全部とはいかないと思いますが、病院自体もかなりはやっています。

それと佐久病院では看護学生の農場実習というのがあります。去年（2007年）から医者の方の農場実習も始めました。医者といっても研修医です。研修医だから大学を卒業して初めてきた若い医師で、都会からきた人もいて農業を全然知らない人もいますが、農場実習がとてもおもしろかったと言っています。

7. 入院・外来・予防5：3：2の病院活動

大本 若月方式というのでしょうか、佐久病院方式というのでしょうか、入院・外来・予防の比率を5対3対2というふうに分けてやっておられますね。それは今でもそういうかたちでやっているのですか。

松島 いまでもそういう考えでやっています。これは別に予算をそう振り分けるとか、人員をそう振り分けるとかということではなくて、大体の感じですよ。

大本 そういう大体の感じで、5対3対2と出されたというのは財政的な配慮ですか。

松島 病院というのは、本来は入院患者をきちんと診るところでしょう。しかし、農村だと入院患者は少ないのでどうしても外来が多くなるのです。だから、入院が5とすれば外来は3ぐらいの力が必要です。残りの2を予防活動に充てようというのが若月先生の考えなのです。

大本 それで予防活動、要するに地域に出かけて行ってやられるわけですね。そのエネルギーとしては2ぐらいだ。それで経営上も成り立つということですね。

松島 2だけでは赤字でしょうが、全体としては成り立っているということですよ。

大本 ということは、佐久病院だけではなくて、先ほどから議論に出ている他の地域でも丁寧なスクリーニングの結果の説明とか学習などといったことを、こういう割合でやればできるわけですね。

松島 この割合というのはかなり大ざっぱなもので、きちんと数字的に分けられるものではないですけど、そういうことですね。

大本 心構えであれば、まあ大体できる。経験的にもやってきたということであれば、他

の地域で先ほどスクリーニングしたあとの事後の指導ということというのも、他の病院でもやる気になれば経営上も可能なわけですね。

松島 ただ5：3：2でやれば経営がよくなるというわけではないと思うのです。病院の経営の一番の中心は入院です。その次が外来。だから逆に言えば5：3：2をやると、ちょっと経営上苦しくなるんじゃないですか。

大本 予防の2の部分も入院と外来に振り分けたほうが利益率は高くなる。

松島 経営的にはそうでしょう。経営的に言えば、入院を6にして外来4ぐらいでやる。2はやらない。

大本 そういう病院が圧倒的ですね。

松島 そのほうが本当は経営的にはいいはずですが。外へ出るというのは、収入はあんまりないのに人数が要りますから。

大本 同じ長野県の厚生連の協同組合病院でしたら、他の病院でもそのぐらいのことはかなりやっていますか。

松島 ある程度はやっています。検診、ヘルススクリーニングを全部いま、同じ方式で取り組んでいますから。

大本 そうしますと、やり方として事後説明会も開く。

松島 そのやり方もみんな同じようにやっているんですが、病院によっては医師が少ないところもあるので、なかなか1年中やっているわけにはいかないところもある。

大本 そうだとすると、佐久病院依存からなかなか脱却できないですね。

松島 遠い所はね。ともかく自分の病院の周辺地域はやったほうがいいし、やらなければいけない。また、周辺地域をやることによって患者も増えますからね。だから、各病院とも少なくとも自分の病院の近くはやっています。ただ、佐久病院のほうは3時間も4時間も掛かる南信まで行っています。そういう点ではちょっと他の病院ではできないところもあるのです。

大本 2008年3月20日のNHKニュースの放送によると、東信地域の救急医療は佐久総合病院が全部引き受けざるを得なくなっていると報道されていました。

松島 東信地区はそうです。長野県は広いので、北信地区、中信地区、南信地区とあわせて、救急の拠点が四つになるわけです。

これはまだ他の病院にないと思いますが、佐久病院ではドクターヘリを2年ぐらい前から導入しています。ドクターヘリだと松本まで15分で行けます。南信でも20～30分あれば行けますから、あちこちから頼まれれば、東信を超えて行かなければならないし、実際に行っているわけです。

大本 それでも、救急を全部こちらがもたなければならないので佐久病院はヘリまで持つというかたちですが、財政的に成り立つのですか。

戦後日本における予防・健康運動の生成・発展・現段階（上）

松島 いまは成り立っています。黒字経営になっています。

大本 ほかの病院は結構赤字のところが多いのに何が違うと思われませんか。

松島 やっぱり医者がいらないところはどうしても赤字になっていますね。

大本 患者さんが来ない。

松島 患者が来なくなるか、あるいは、制限したりする。いまのところ、佐久病院では医者がいるからあっちからもこっちからも患者が来るわけです。

8. 組合員が支える協同組合病院

大本 病院には国公立病院とか日本赤十字病院、済世会病院、私立病院などがありますが、佐久病院は協同組合精神にのっとった典型的な病院として経営されています。協同組合病院の機能、病院のあり方をどのように評価されますか。

松島 診断機能では国立病院などとはあまり変わりはないでしょう。

大本 そういう技術的な機能は変わらないとしても、どういうところで違いが出てきますか。

松島 やはり組合員が農民ですから、それとのつながりで、割合、親密だということでしょうか。いわば住民とのつながりがあるということです。

大本 病院と住民とのつながり。住民というのはまずは組合員ですね。

松島 そうです。農協病院はいわば組合員の病院なものですから、患者がいろいろと意見をいう機会が他の国立とか日赤よりは多いのではないのでしょうか。ただ、まだ農協も完全に民主化されていませんから、組合長が農民の意見を代弁しているかということ、必ずしもそうでない場合もあります。

大本 他に比べれば組合員中心というか、農協という協同組合の病院なんだから、組合員もわれわれの病院だという意識が相対的にあるということですね。

松島 そうですね。

大本 患者としてもコンスタントに診療に来てくれるから、財政的にも一般病院よりは安定するということもあるのではないですか。

松島 「おらが病院だ」という意識はありますね。ですが、佐久病院のもう一つの顔としては地域の病院でもありますから、組合員でなくても自由に診ています。それから農協病院は、佐久病院だけではなく、いまではどこでも病院祭りをやるようになりました。病院祭りというのは、病院を開放してやる一種の衛生展覧会です。長野県ではいま各病院もやっていますが、長野県以外でもあちこちで佐久病院のまねをしてやるようになりました。

大本 農協病院以外もですか。

松島 いや、他県の農協病院がです。

大本 病院祭りをやることの効能というのは何ですか。前には病院が主体でやっていたのが、今は変わってきて実行委員会形式でやっていますが。

松島 最初の佐久病院の病院祭りはいわば衛生展覧会です。医学的知識を分かりやすく解説して、みんなに知ってもらう。今は住民自身がポスターを描いて、自分たちの研究を発表しています。さきほどの健康祭りもそうなのですが、あれは旧八千穂村がやっていたのですが、村内のいろいろな団体が参加して一緒にやっています。だから、現在は病院だけが企画してやっているのではないのです。

自分たちが企画して、今度はどういう劇をやろうとか、どういう研究をやろうとかいろいろやっています。また衛生指導員（現名称 地域健康づくり員）が必ず毎年1回演劇をやるんです。

大本 この『衛生指導員ものがたり』を読みますと彼ら、彼女らが大変勉強していることがわかります。

松島 そうです。勉強しましたよ。

大本 今でも佐久の病院で。

松島 今はあんまり。病院で勉強したグループ組はだいぶ古い人たちです。でも、ときどき村に医者が行ったり保健師が行ったりして、教育の機会はつくっています。昔は病院でやったり、役場でやったりしました。

大本 昔のほうが情報の入手ルートが少ないので知識に対する絶対的な飢えというのがあった。今のようにテレビをつければ年がら年中健康番組をやっていることはなかったから。

松島 今はテレビでもずい分やっていますね。

大本 健康とお料理志向です。料理は世界各国のものをやっているし、健康も最近は体を動かすこともNHK 3チャンネルでかなりやっています。映像ではだめですか。それよりも演劇ですか。

松島 映像でもいいですけど、こちらでつくって見せるというよりも、住民自身が自分たちでつくるという方向にきていますから、その方を主に進めています。だから、演劇の脚本もみな住民が書いていますよ。

大本 今までは若月先生の脚本が多かったですね。

松島 最初は若月先生の脚本でやっていたけれど、だんだんみんながそれを習って、自分たちですでどういう問題を取り上げようかという話し合いをしてからつくる。それで衛生指導員のなかに脚本家が生まれました。

大本 高見沢佳秀さん。

松島 高見沢さんが主に書いていますが、演ずるのに他の衛生指導員たちです。「健康と福祉のつどい」に向けてだいたい少なくとも3週間ぐらいは練習するんです。そういうことも本当に自主的にやっています。

大本 昭和 20（1945）年以降、佐久病院はいろいろな試みをやってこられました、そういう佐久病院の技術や思想が住民に移転していつている。

松島 しかし、若月先生は 50 年やってきましたが、医療の民主化が十分達成できたかという、せいぜい 2 割から 3 割と言っていました。

大本 西欧でも民主主義を実現するのに数百年かかっていますので、半世紀で 2～3 割というのは大変効果が早いと思います。

松島 それに「佐久地域保健福祉大学」というのを平成元（1989）年につくってから、今年で 20 周年になります。10 回の講座コースがあります。それを卒業した人が同窓会をやっています。この OB 会がすごいのです。毎月機関紙を出す機関紙班のほかに、高齢社会班、食と環境班、音楽班、人形劇班、リホームつくし班などがあり、日常活動として、学習活動をしながら病院祭りに参加しています。そういうのを自主的につくってやっています。われわれがつかれと言ったわけではないんですが。やはり面白いというか、みんなでやるのが楽しみのようです。

9. メディコ・ポリス構想と佐久総合病院の未来

大本 若月先生も松島先生も、高度医療とか専門医療の発達も住民の要求なんだからやるべきだ。外に出るのもやるべきだ。だから、これはけっして二者択一ではなくて、両方ともやるのがパワーを強めるという思想の持主だと思います。それでもここ臼田の佐久病院の建物の改築との関係でセパレートすることになるのですか。専門の医師は別のところにいってしまうということもありうるのですか。

松島 いや、ここだけでは敷地も足りないんで、ここはプライマリーケア第一線医学の部門となってやっていく。この建物のコンクリート部分をもっと持つんですけど、施設部分は改築しないとボロボロになってきているのです。10 年ぐらい前に新しく追加した部分もありますが、古い部分はもう 40 年、50 年たっていますからね。いま、臼田は過疎化であまり患者がいなくて上田という地区からの患者が 40%ぐらいになっているのです。南部に佐久病院の小海分院ができていますから、専門医療をやるのはできるだけ北のほうに移すのがよいのです。東信地区を中心に佐久病院が担当せざるを得なくなってきたということでしょうか。それで建物の改築に合わせて、こちらは「地域医療センター」、向こうは「基幹医療センター」と名付けて両方に分けてやることにしています。

大本 佐久の発展過程からするとやむを得ないということですね。ある人口圏というか医療圏でもってキャパシティを満たすとすれば、上田市のほうも取り込んでそちらのほうにも便宜を図るということには一定の合理性があるのだろうということになる。

松島 上田にも国立病院があるのですけれど、あそこは産科はやめになるとか、だんだん

医者が辞めていっているのです。それでも佐久病院には医者が 200 人います。

大本 佐久病院では辞めていくお医者さんはいないということですか。

松島 いますけれど、辞めても地域で開業される方が多いのです。

大本 最後に一つだけ伺いたいののですが、メディコ・ポリス構想は実行段階に入っているのでしょうか。

松島 それはいま、佐久の南部地区で進んでいます。

大本 問題提起されてから、最初先生方もなかなか進まないとおっしゃっていたのですが、最近は少し動き出しているのですね。

松島 ええ、小海中心の南部地区で動き出しています。詳しくは『農村医療の原点』第 IV 集に清水茂文先生¹⁰⁾が書いています。

大本 メディコ・ポリス構想では医療関連産業を呼び込む構想もあったと思いますが、そういう産業振興のようなことはその後進展をみているのですか。

松島 いや、まだです。産業を呼ぶというのはなかなか大変でしてね。若い人がかなりそこに定着するということになりますから。

大本 安心して住める条件としては、生命や健康が守れる組織があるということ、生活の基盤である雇用があることです。この二つがないと人が地域に住めない。

松島 あと教育施設ですね。川上先生はこの三つを挙げています。いま大学進学というと東京に行ってしまうので若い人が地域にいなくなってしまうわけです。

大本 地域に大学があると、学生が生活するので相当お金が落ちます。こういう 1000 人をこえるスタッフがいる大きな病院があるということ自体人の出入りも多くなるし、地元に経済的に貢献している。そういう点では雇用も出てくるし、一つの産業になりえます。

松島 そうです。医療も産業ですから。普通の工場だとあんまり期待できないですが、福祉施設とか医療施設とかはまだまだ足りない地域があるのでつくろうと思えばつくれるわけです。

大本 そういう意味では、こういう施設があることは地域にとっては雇用創出効果が大きい。

松島 そうですね。うちはいま職員が 1800 人いますから。

大本 おそらく今後は、佐久病院が地域づくりの核として加わっていかなくてはならなくなると思います。

松島 そうですね。

大本 質問の主意はだいたい伺えたと思います。長時間にわたりお疲れのことと思います。どうも、お忙しいなか本当に有り難うございました。

(インタビューは、2008 年 3 月 28 日午後 1 時～2 時 30 分まで、佐久総合病院応接室において)

注

- 1) 松島松翠「農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究」佐久総合病院『日本農村医学会雑誌』, 50巻4号, 2001年11月, 555～579頁。「農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究」『日本農村医学会雑誌』vol.51, No.3, 2002年9月, 251～252頁。「農村における健康増進活動の費用効果分析に関する研究」『日本農村医学会雑誌』Vol.51, No.6, 2003年3月, 850～857頁。
- 2) 松島松翠「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』第5集, 2008年5月。
- 3) 佐久総合病院は, 全国の病院の中でも癌に関して優秀な病院として評価されている。朝日新聞社『手術数でわかるいい病院全国・地方別ランキング2007』(週刊朝日臨時増刊号, 2007年3月5日)によると, 「食道がん内視鏡治療」において全国トップ30のなかで佐久総合病院は第6位であり(同書201頁), 「胃がん内視鏡治療」においては第10位である(201頁)。「肺ガン手術」では地方別ランキング北陸・信越トップ5のなか佐久総合病院は第4位である(117頁)。全国の病院のなかで, 「食道がん」, 「胃がん」, 「肺がん」などの3項目にわたり30位以内にある佐久病院は, がん関係の専門病院を除いて一般病院でとして優れたある病院であることがわかる。
- 4) 岡井崇・川人博・千葉康之・塚田真紀子・松丸正著『壊れゆく医師たち』(岩波ブックレットNo.718, 2008年)では, 勤務医の労働現場の状況と過労死, 過労自殺の実態が生々しく報告されている。
- 5) 松島松翠「はたして『改良か改革か』八千穂村健康管理とその意義」佐久病院従業員組合『佐久病院』第2号, 1975年3月, 168～204頁。
松島松翠「八千穂村健康管理とその意義」佐久総合病院創立30周年記念『佐久総合病院』佐久総合病院・従業員組合, 1975年第2号, 185頁～188頁。

1975年12月に, 八千穂の健康検診にたいして佐久病院内では地下水グループが「私達は八千穂検診に関して, 基本的に反対する態度を表明します」(同, 185頁)という声明を出している。反対の理由は次の通りである。「現実の問題として, 昭和42年度の会計によれば八千穂検診ひとりあたり1,912円の費用がかかります。しかるに病院に入る金は, 今年は500円(自己150円, 村350円)であり, 残り1,400円あまりは, 病院持ち出しです。病院持ち出しとは具体的に何をさすのかと言えば, 収奪された労働(つまり無賃労働)であり……」(187頁)。

これに対して松島松翠氏は以下のように答えている「八千穂村の健康管理で財政的な面で病院に大きな負担がかかっていることは彼ら(地下水グループ)が指摘する通りである。そのしわよせはすべて従業員にくる。これは検診費が安いので, それがまたかえって村民の意識の向上を妨げている。これもたしかにその通りである。

しかし, この活動はそれでは全く無駄であるのか。否, この八千穂村での検診データーは, 全国に広くつたえられ, 各地の健康を守る運動に大きな根拠を与えている。全国農協婦人部は, このデーターをもとに国保の予防給付を毎年要求している。また八千穂村以外の町村で, このような形の健康管理を要求する声が年ごとに高まっている。むしろこのような要望に答えられないのは医療機関の方である。

そもそも, 健康管理活動は経営的にマイナスであり, また従業員の過労をとまなうので, 普通の病院では二の足を踏んでいる。国立, 県立などの公共病院ですらそうである。聞くところによると, 組合も労働過重になるから反対だという。しかし私たちは, 組合こそその困難な活動に飛

び込むべきだと考える。ただ自分たちのことだけでなく、働くもの同士のお互いの連帯のために、組合としてそのような要望にできるだけ答える必要がある。……」(同, 188 頁)』

- 6) 河合克義, 矢島香子「地域利用と住民参加——沢内村・松川長・八千穂村調査(中間報告)」、(国民医療研究所『所報』No 42, 1999 年 3 月), 54 ~ 68 頁。
- 7) 松島松翠「若月俊一と農村医学」同『農村医療の原点 V』, 2008 年 5 月, 5 頁。
- 8) 「生活基本構想」の前文の一部「……本来, 人間の幸福に役立つべき経済の発展が, 逆に人間の幸福をそこなうものとなってはねかえり, 今や人間性の尊重の社会を築くことが, 国民生活にとって最大の課題になっている。しかし個人個人の力だけでは, われわれの生活を守り, 高めていくことは困難である。農協は本来, 公正と平等を基礎に, 組合員が互いに助け合って, 自らの生産と安定・向上をはかる組織である。人間性を喪失させる恐れのある経済社会の変化のなかにあつて, 農協は人間が人間らしく生活をしていくための運動の中核となり, 人間連帯にもとづく新しい地域社会の建設をめざして運動しなければならない。……」『農村医療の現場から』98 頁からの引用。
- 9) 08 年 4 月 10 日, 松川町の松下拡先生および町役場の西浦実香保健師さんを訪問して実情をヒアリングし, また「松川町健康を考える中年の会・八健会」の研究会にも参加させていただいた。
現在の松川町は, 住民による健康づくりの学習会は継続しているが, 松下拡先生が公民館主事として活躍された当時と比較すると住民組織の数は半減し, また住民の活動への参加も低下傾向にあった。しかし「健康を考える中年の会」の学習ぶりは自発的であり議論も活発であり, 食事とお酒を飲みながら楽しく進められていた。西浦保健師のアドバイスを受けながら健康に関する新しい課題に取り組んでいた。また, 毎年, 健康を考える集会運営委員会によって「松川町健康を考える集会」を開き, 各地区から健康状況の取り組み実態の報告と研究発表がなされている。
- 10) 清水茂文「南部地域における「メディコ・ポリス構想」の実現」『農村医療の原点 IV』, 2007 年 5 月, 39 ~ 55 頁。

参 考 文 献

1. 佐久総合病院健康管理部『八千穂村健康管理 5 年のあゆみ』長野県厚生農業協同組合連合会, 1964 年 10 月。
2. 八千穂村『村ぐるみの健康管理二五年』1985 年。
3. 『若月俊一著作集』全 7 巻, 1986 年, 労働旬報社。
4. 松島松翠『農村医療の現場から』勁草書房, 1995 年。
5. 松島松翠編集『佐久病院史』勁草書房, 1999 年。
6. 松島松翠・横山孝子・飯嶋郁夫『八千穂村衛生指導員ものがたり』「農民とともに」。
7. 佐久総合病院『創立 60 周年記念誌・別冊 農村医療の原点』2005 年 5 月。
8. 佐久総合病院『創立 60 周年記念誌・別冊 II 農村医療の原点 II』2006 年 5 月。
9. 佐久総合病院『農村医療の原点 III 若月俊一の人と思想』佐久総合病院, 2006 年 10 月。
10. 佐久総合病院『農村医療の原点 IV 若月俊一から何を学ぶか』2007 年 5 月。
11. 佐久総合病院『農村医療の原点 V』2008 年 5 月。

I - 2. 若月先生とともに保健師 34 年

佐久総合病院健康管理部・元保健師 横山孝子氏

目 次

- | | |
|-----------------------|------------------------------|
| 1. 住民参加の発祥は栄養グループ活動から | 8. 老人保健法と佐久システムとの調整 |
| 2. 横山さんのキャリアー形成 | 9. 日本一長寿と高齢者医療費の少ない長野県 |
| 3. 知られざる若月先生の一面 | 10. 「種まく人」を育てる地域保健セミナー |
| 4. 農村医学の構築とその必要経費 | 11. 大学への転身 |
| 5. 「うどん会」事件の真相 | 12. 集団健康スクリーニングの成果と今後の方向 |
| 6. 集団健康スクリーニング開始に向けて | 13. 老人保健法廃止と医療改革法によるメタボ対策の課題 |
| 7. 住民組織と連携したとりくみ | |

横山孝子氏の略歴

長野市生まれ。1960年長野県公衆衛生専門学校卒業，同年12月佐久病院に就任，健康管理部に所属し保健師として活躍，1998年3月同病院を定年退職。2001年2月～2003年3月までJA長野八ヶ岳生活企画指導課課長。2001年4月～2006年3月まで長野大学福祉学部准教授，介護概論・介護技術論を担当。2006年4月から同大学地域共生福祉研究，客員研究員。現在，2008年4月から佐久大学非常勤講師，佐久病院，国立長野病院などの看護学校で講師を勤めるほか，大学の公開講座，地域の各種講座などで講演活動をされている。

大本 先般，松島先生とインタビューしてまいりましたが，佐久病院関係者のうち長らく保健師を勤められた横山さんにお話を伺わないと現場のところがわからないと思ひまして，お忙しいなかインタビューをお願いいたしました。快く応じていただき有り難く思っております。

横山 八千穂だけではないんでしょうけれど，地域の健康を守るということは，私たちが前面に出てはいけないと思ひて，いつも一緒にやろうという考え方でやってきました。

大本 横山さんのもともとのご出身はこの地元なのですか。

横山 長野市です。

大本 横山さんご自身は若月先生とはどのぐらいの期間，お仕事を一緒になされたのですか。

横山 勤めていた全期間です。

大本 若月先生が赴任されたのが。

横山 昭和でいえば、20（1945）年でしょう。私は昭和 35（1960）年からです。初めて就職して、ほとんど定年退職までいましたから人生の大部分ですよ。

大本 では若月先生の最初の 15 年を除いてずっとおつきあいなさった。

1. 住民参加の発祥は栄養グループ活動から

大本 旧八千穂村のシステムで一番大きいのは衛生指導員を置いていることですね。

横山 住民参加の代表という考えで衛生指導員（現名称、地域健康づくり員）の声を大切にしてやってきたことは重要な柱です。一番身近な集落のなかで暮らす方々に、みんなの意見の代表になっていただくということですね。

大本 住民といっても一人ひとりが動くということが難しいわけですね。やはり住民組織のリーダーがいる。

横山 そこで住民の思いに近づいて、よりよい対策を一緒に考えようという考えでしたからね。

大本 八千穂では男性の衛生指導員の方と女性の保健推進員（県では保健補導員と呼んでいる）の方とが組になっていますね。

横山 行政が母子保健などについては、集落ごとにもう少しきめ細かくやろうということで、衛生指導員の役割とは違った仕組みが必要ということで保健推進員の組織をもう一つつくったというかたちです。これは衛生指導員よりかなり後になって、役場の方の必要性から置かれたものですね。

大本 そうですね。ですから最初にリードしていったのは衛生指導員の方々。

横山 大きな流れからいいますと衛生指導員の前に栄養グループというのがありまして、あの人たちもなかなかでしたよ。

大本 旧厚生省などからいろいろな賞をもらっていましたね。

横山 昭和 30 年代の頃ですから、栄養不足の時代です。豆からお豆腐にしようとか、いろいろなものを手づくりしたり、ニワトリを飼って子どもや病人に卵を食べさせましようといったことを集落ごとに普及活動をしていました。

どっちかといえば後に明確になってくる食生活改善普及員さんの仕事のお手本になったと思うのですが、このグループの人たちが、それこそ自主的に勉強して真剣に地域のなかで、鍋釜背負ってマヨネーズの作り方まで伝達するわけです。非常に自主的な栄養指導組織でしたね。そういう前史も入れていくと、50 年近くのに住民の自主的な姿勢という積み重ねには大きいものがありますね。

2. 横山さんのキャリア形成

大本 横山さんが就職された昭和 35（1960）年という年は佐久病院の歩みからいうとどんな時期でしたか。

横山 健康管理部ができて 2 年目の年です。1 年目は八千穂村の健康管理を始めた時で、私が入った時はまだ、部屋もなかったんですよ。でも病院を建て替えなければいけない時期だったので、変な屋根裏部屋のようなところに部屋がもらえて、先輩保健師と 2 人で、松島先生は外科医であり健康管理部でもあるというように兼ねるといふ勤務形態をとっていました。

大本 兼務していたのですか。

横山 私たち 2 人以外はみんな兼務です。亡くなれましたが、井出秀郷課長も医事課という課の職員で健康管理部の事務局を兼務というかたちでした。

大本 衛生指導員の高見沢佳秀さん、内藤恒夫さんもおっしゃっていましたが、衛生指導員がいろいろな企画を進めるときに、これをやりたいというのまでは分かるけれど、そのためにどんな方をお呼びしたらいいかといったことは保健師さんと相談してやっていたんだと言っておられましたが、そうなのですか。

横山 そういうことはかなりあったと思います。衛生指導員自身は衛生指導員会をもっていて、そこへは私も時々顔を出すし、村の保健係なども出ますから、どうもこういうことが気がかりだよねということになったら、ではこれをもうちょっと探ってみようとか、ここへ行ってみようということになって、そういう時に保健師というのは村のことだけではなく全県の様子も把握していますし、公衆衛生的なことを公的にも私的にも知るチャンスやネットワークがありますから、視野というかアンテナが大きいわけです。ですから、あっちでああいうことをやっているとか、佐久病院自体も全国的な厚生連の動きから国の法律の改悪の様子とかいろいろ分かるわけですから、アンテナが高いわけです。しかも気がかりなことは住民の組織にも投げかけたりしているわけですから、どうしたって相談をもちかけてくる。一緒の仲間という感じで私たちはやっていたから。

大本 そのようですね。健康管理部ではどういうお仕事をされたのですか。

横山 入りたての頃は、八千穂村の健康管理が一番のお仕事でした。台帳を作ることから台帳整備まで。台帳には 3 種類あり、個人のものや家族のものや集落のものがあります。それらを満たしていくという仕事。というのは、それがそのまま私たちが地域を知る一番の勉強になるものですから手作業で整理したり、統計をとることは大切でした。個人のは健康診断である程度分かって家族、まして集落となると分からないことがいっぱいでした。

昭和 30 年代というのはまだものすごく貧しい時期だったでしょう。八千穂村だけの問題ではなく、その時代の健康問題が山積です。栄養も、衛生も、赤痢・回虫も、そんなようす

から生活改善そのものが重要になります。そういうこと全部、どうなっているんだろうという
うことになりますでしょう。ですから、調査のための調査ではなく、なんとかしなければなら
ないから知ろうということで、いろいろ調査をやりましたよ。

大本 若月先生の「冷え」とか「農夫症」などの研究ですね。そういうのはみんな現実の
問題から迫られてやったものなのですね。

横山 そうです。現実の問題なのです。高血圧、脳卒中の統計を取れば佐久地方が一番悪
い。それで、なんだろうといろいろ調べると塩分や食生活ばかりでなく、この冬の寒さはな
んだというわけです。今よりもよほど寒かったですから健康と大に関係がありそうだと。

大本 北海道の「北海道式炊飯兼用貯炭式」を使って「冷え」の研究をしますね¹⁾。

横山 あれは「冷え」の研究が始まってストーブを入れた家と入れない家での違いをみる
実験でした。それを3年続けたんですけれど、そのため私どもは冬の期間、毎月、生活や気
分、風邪をひかなかったとか医療費まで聞いて回りながら対象群と比較するわけです。

大本 では、若月先生がいろいろ発表されている調査に横山さんはずっとご一緒だったの
ですね。

横山 ほとんど裏付けは私どもの健康管理部でやっていたと思います。もちろんそこに目
をつけて、これはえらいことなんだということをちゃんと言われる若月先生はすごい。私ど
もだって寒いというのは健康に悪いなどは思っていましたけれど、そのことで思い切って予
算を工面してしっかり調査をして学問的に証明していくということを発想するのは若月先生
でなければできないと思いますよ。

大本 若月先生は戦争中から労働災害の研究をやっておられましたからね。

横山 そうです。それでそういう問題の視点から「冷え」を研究していくんです。

大本 普通でしたら、冬なんだから冷えなんて当たり前だということで終わりですね。

横山 ええ。それに地理的にしょうがないんだと思うのではないかしら。

大本 農業も勉強しなければいけなかったのではないですか。

横山 稲刈りを機械化したら大きなケガや死亡事故が増大しはじめるので、どうしてけが
をするかの知るために、田植えの時期になれば八千穂村へ出かけて行って、耕運機の帰っ
てくるのを待っていて、今日はどうでした、どこのおところでおっかない目に遭うのですかと聞
いたりもするのですよ。

大本 保健師さん自身がすごく勉強になりますね。

横山 大部分が勉強です。農業労働の姿勢と環境は腰痛やケガの仕組みがわかるので、ど
うしなければいけないかを知り、自分自身の役割も見えてくるのでむしろ楽しかったぐら
いです。みんなの苦労の実態が分かるということは、なんとか対策を打つうえでは役に立
てるかもしれないという思いがあるから楽しかったですよ。だから私も続けてこられたんだろ
うなと思うのです。

大本 それにしても、最初は医学会などからはあまり問題にされなかったのではないですか。

横山 その時代の医学は生活実態の調査なんかやりませんし、予防というのが嫌いだったんです。とくに医師会は治療中心でしたから。“予防して、病人が減ってはお前たち食っていかれると思うのか”という感じでしたから。

大本 それにあの頃お医者さんは威張っていましたしね²⁾。

横山 まあ、そうですね。

大本 “診てやる”という感じですね。

横山 だから、病院にいて“やって来い”と言うだけでしょう。それを若月先生は、こんなことしていただめだ。盲腸を手遅れにさせてから、さあ助けろといったって金はかかるんだし、とてもかわいそう過ぎる。その知識をみんなに知らせて、早めになおすということをやることがお前たち健康管理部の仕事だぞとなるわけです。保健師ですからほんとに学んできたこと、まさにそのことをやれと言ってくさるんですから、私たちもまっしぐらになるわけです。

3. 知られざる若月先生の一面

大本 そういう点では若月先生は先見力があったといえますね。

横山 時代を読めるんですよ。

大本 そして実践される。

横山 いろんなところに網張って、実践できちゃうんですよ。実践力はどうしたってあの方にはなかなかできない。かつては今のような時代と違うからできたということもありましようけれど、これは重要な問題となったら、いろいろな上部組織、全国厚生連、農村医学会、農林省や厚生省、自転車振興会などの資金力を活用して取り組むことになる。

大本 補助金も。

横山 それもあるし、知恵も使う。考え方の裏付けをちゃんと取っておくわけです。というか、創造を裏付ける過去からのいろいろな組織とのつながりがあったと思うんですよ。

大本 そういうネットワークをつくってこられていた。

横山 そうです。八千穂村の健康管理もいきなり生まれたわけではなくて、佐久病院に来る前からの公衆衛生的なつながりとか、社会医学研究会や労働科学研究会など、農村の仕組みを良くしようという医師の会だとか、いろいろなものにつながった過去があって、研究会もなされていたと思うんです。そういう蓄積にたって、もし、やれるならこうやりたいなどいうものをポケットにいっぱいもっていて佐久病院に来られて、ああ、村ってこういうものかというふうになるわけでしょう。労働衛生の時代もあって、工場労働とは何なのかと同

じように、たくさん視点をいっぱいもっていらっしゃるから、八千穂村からやっつてと言われれば、じゃあこうしようという貯めていた思いが湧き出てくるわけですよ。老人保健法の頃には、老健法につながる健康手帳や健診など「保健」の部分はむしろ八千穂の仕組みが手本になったわけで、そういうふうにはバリアをいっぱい張ってあったと思うんですよ。そういう社会的な力をもっておられる。

私たちは先生から大きな課題をいわれて、では具体化するにはどうしたらよいかと、しこしこやるというのが私たちの役割ですから、私なんてもう怒られっぱなしでしたよ。こういうふうらしいことを先生がおっしゃるから、こうしてみよう、ああしてみようといっても全然考えが浅かったりするわけですからね。

大本 すごい人ですね。

横山 だから、すごいと思いますよ。

大本 若月先生はすごくお酒も飲まれたし、ご苦労も大変多かっただろうと思うんですけど、長寿だったですね。かなり日常的に健康管理をしていらしたんですか。

横山 精神構造がストレスに強いというか、仕事、大好き人間でいらしたので出来たのだと思います。

大本 物事にあんまりストレスを感じない。

横山 ストレスに感じて、むしろそれが新たな仕事をつくる喜びになっていたんじゃないかと思います。

大本 いろいろな方から伺いますと、お酒がお好きで飲み方からしてすごい。コップ1杯をもってみんなのところいき、ワインだの、ビールだの、焼酎だの、日本酒だのそれぞれ違った酒を一つに入れてもらっても、それをワーツとお飲みになったと聞きますが、そうなのですか。

横山 私はあまりお酒のおつきあいは多くはありませんが、ガーツとは飲めないんですよ、飲んだふりをする。まあ、飲んだ時代もあったでしょう。こんな片田舎で昭和 20、30 の年代の時代に一緒に酒を飲まなきゃやれないのは事実でしたからね。しかもアカッぽいんだから地域になじむのは容易じゃなかったはずですよ。だから若い頃は飲まれたと思います。でも、ある時期、かなり早い時代から飲み方上手になられていたと思います。「飲まれたらおしまいだ」ということはよく言われていましたから。

大本 そこら辺はやはり心得ていらしたのですね。

横山 だから飲まなきゃいけないといった大好きではないと思うんですよ。むしろ飲ませ上手ではなかったかと思います。

大本 マイペースの健康管理をしていらしたんですね。

横山 そうだと思いますよ。

4. 農村医学の構築とその必要経費

大本 保健師さんといっても八千穂村の保健師もおられるし、佐久病院の担当保健師もおられますが、基本的には同じようなことをやっているのですか。

横山 基本路線は同じですが、村の保健師は村民に関して母子から精神・成人・老人問題まで幅広く、年間計画や村の予算に従って仕事します。佐久病院では、八千穂だけではないわけです。近隣市町村からもいろいろなことを頼まれるし、それから農村医学的観点からの課題に取り組みます。脳卒中、貧血や農薬中毒などについて調査や対策を考えたり実践する。昭和40年代の頃の話は、貧血でした。農家の嫁たちが貧血だということでしたので、それも取り上げる。いろいろ文献検索をやってみると農村医学の同じ仲間系列の先生方もやられている。臼田の町で貧血対策を要望してきたので、採血による貧血健診を入れた実態調査もしました。貧血というのがその頃健康管理の指標の一つになっていて、5%を超えるような住民集団は健康管理が悪いんだと、共同研究の機関の先生方と言い合っていたんです。それが、臼田町では30%とかでずいぶん悪かったのです。そこで初めて住民健診の中に血液検査をやることになったんです。昭和40（1965）年に入るか入らない前後でしたから、多分アメリカのライシャワー大使のB型肝炎事件が起きて血液を見なければだめだという風潮が出てきたときです。私たちは本当に健康管理をするなら血液検査をやらなければだめだとはじめから思っていましたけれど、その時代の住民感覚として、“血を採られるのだけは勘弁してくれ”というのがありましたから、私どものほうからなかなかいい出せない。それに金もかかるわけでしょう。だから、それまでの10年間ぐらいは血液なしの健康管理でした。ですけれど、臼田でやったらこんなになっていたとか、野辺山でやったら40%もいたが、これではだめらしいよと判ってきた。そこで、貧血というのは村の健康管理を評価する一つの方法にもなると悪くいえば衛生指導員や補助員さんをたきつけることになったわけです。

大本 たしかに女性にとっては栄養と労働の交点の表現ですからね。

横山 そういうわけで八千穂村の健康管理でもいよいよ血液検査をやることになったんです。その時は、せっかく採るんだから貧血だけではなくて肝機能などいくつかの項目も入れたかと思います。これが昭和40（1965）年から46、47年の間の話です。

大本 だからこの地方では血液検査は、割合、早かったんですね。

横山 どっちかといえば公衆衛生の興味から他地域でぼつら、ぼつら断片的にやられていたのを、私どもが健康管理の一環に組み入れたというのは早い取り組みだったといえます。やってみたところ、実をいうとものすごくうれしかったんですが、八千穂村だけは貧血率が5%を超えなかったんですよ。すごいでしょう。

大本 それはすごいですね。栄養バランスがよかったのですか。

横山 健康調査のなかで日頃からあえて肉、魚、卵をどのくらい食べていますかと聞くようにしてあったのです。

大本 当時は、卵はまだ貴重品だったので虚栄心を張って食べているなどと言う人もいたとか。

横山 そういう人もいっぱいいましたよ。月に2回ぐらいとか答えるわけですよ。

大本 でも子供に聞くと、いや、全然とか言うそうですね。

横山 それでも、その質問自体がいつの間にか刺激になるわけです。ああ、食べなければいけないと思うわけです。そういうことで、初めて血液をとってみたら正確には5%もないんですよ。3%とか4%なのです。しかも分母は全村民ですから正常な姿です。ところが他の所では、だいたい貧血のことが気がかりだから、お前、行けといわれた人が来ることになるでしょう。だからベースの分母があやふやなままの割合ですから、30%、40%になるのは私たちも承知のうえなんですけど、採血検査の必要性を判ってもらうにはとても便利でした。

大本 行きたがらない住民を説得するには効果があったわけですね。

横山 それに、当時は、それしかデータがなかったんです。

大本 そういう点では、八千穂は全村民でやっているし、過去のデータもあるので非常に正確なモデルになる。だから八千穂村にこだわっていらっしゃったんですね。

横山 もちろんですよ。だって健康管理の分野でどのように農村住民の健康を守りたいのかを探る大事なフィールドです。だけど、そのことばかりをいいたてるのは村の人に失礼でしょう。そうではなくてもモデルだって言われていたんですから。

大本 村民のなかにはモルモットだって知っている人もいたようですね。

横山 言っていたでしょう。私たちは、村の人と一緒に考えたいからやらせてとっていました。私は病院の保健師ですけど、村の保健師と同じくらいに自分の村というような好きな村でした。

大本 科学的調査をやるうえでどうしても必要なフィールドだったので、佐久病院も持ち出しがあっても全村民の健診をやったわけですね。

横山 医師や保健師の件数と時間を計算すればもちろん高いものですよ。人手を出した、知恵を出したという点では、それが農村医学の方向性を決めていくことにもなったのですから当然必要経費だったとっていいと思いますよ。

大本 やはり日本の農村医学の基礎を確立していくうえには、どうしても八千穂村の実例が必要だったのですね。

横山 絶対、そうだと思いますよ。だって誰もそういうことをちゃんとやってくれている世界がなかったわけですから。村が私たちとの関係でやったことがベースになって日本の国民の健康のあり方が左右されるのだから、ちゃんとやろうねということになるわけですよ。

大本 そういう自覚をその当時からお持ちになっておられたんですか。

横山 一応はそう思っていました。私たちがたずさわっているいわゆるモデルが、国民の健康問題に大きくかかわっていると思っていましたもの。

5. 「うどん会」事件の真相

大本 八千穂村にしる佐久病院にしる保健師さんが結構辞める人が多いと聞いたのですが、いかがですか。八巻（好美）さんが八千穂村の保健師さんは2年ぐらしか勤めてもらえないと言っておられました。八巻さんが入ってからずっと続くようになったということです。その前までは、志を高くして一生懸命やってくれるんだけど、大体2年ぐらしか続かなくてということです。佐久病院の保健師さんのほうはどうだったのですか。

横山 入れ代わりは結構ありましたが、看護師さんと同じではないですか。特別、健康管理部だけが変るといった問題ではなかったと私は見えています。

大本 健康管理部の保健師さんで定年退職まで勤められたのは、横山さんがはじめてですか。

横山 そうです。だけど今の人たちも大部分そうです。その前というのは何せ厳しかったですからね。だって昼といい夜といい、長時間の仕事が健康管理部の特徴みたいでしたから。

大本 やはり労働条件。

横山 代わる理由というのはそれですよ。病棟での夜勤も厳しいですが、まだ「夜勤明け」がある。けれど私たちはなるべくそうしようねと言っても、翌日次の計画が入っていて八千穂村だけでも40日も50日もやるわけでしょう。それだけの人手がないわけです。今日は夜9時までやったから明日休みますなんて言えないほどの人手のなさですからね。物理的にも結婚すれば辞めざるを得ない事情は初期の頃はいくらかでもあったわけです。

だから、私もそうですが、それとの戦いもあったわけですよ。なんとかそうならないように当たり前がいい仕事をしながらも、自分も仲間も守れるようにどうするかというのは本当に大変でした。十分な配慮ができなくて辞めるなんて言われると本当に情けない気がしました。

大本 農閑期の12月から1月までずっと八千穂村内を回るんでしょう。

横山 そうですよ。炭の暖房で一酸化炭素中毒になってみたりしながら。

大本 おまけに健診が終わったあとは、うどん会。うどん食べて懇親ですね。それからお酒を飲んだりもする。

横山 うどん自身は懇親というより夕飯ではあったんです。夜6時から7時ぐらまで健診をやって、夕飯を食べて帰るしかない状況でしたので、“じゃあ、うどんをもっていっから作ってください”なんていうことがいえた時代なのです。昼間、のんびりやれた時代から兼

業化が進んで午後しかだめ、さらに夜しか嫌という集落が出てくる時代になっても、そういうふうみんなが対応してくれたわけです。

大本 1976（昭和 61）年の 11 月に開かれた佐久病院と八千穂村との健康管理に関する合同会議で、病院保健師が恒例になっている「うどん会」を廃止したらどうか提案をしたところ、若月院長から雷が落ちたそうですね。「何だ、この間の提案は！これで健康管理部もダメになった。運動精神がなくなった。君たちはとうとう健診屋になりさがったか」と大声でどなりつけた。その後も若月院長の健康管理部に対する批判は、あらゆる機会を通じて行われた」ということですが。真意はどういうことですか³⁾。

横山 落ちましたよ。本当は伝えられている話と違うのですが、私はまあいいやと思っているのです。

大本 本当のところはどうだったのですか。

横山 佐久病院と八千穂村の合同会議の前には、必ず村の保健師や事務局と私たち健康管理部とで、今年はどういうふうに進めようかといったことで会合をもつわけです。そうしたら村の保健師から、本当のことをいうと健診が終わって夜の 6 時すぎになって、女性の人たちが夕飯をつくったりして遅くなることに“お母さんたちもきつくて困っているんですよ”という声が伝えられたわけです。“やっぱり、もう、そういうわけにはいかない時代なんですね”ということで、夕食のうどんづくりをやめる提案をするかということになったわけです。

大本 そういう下からの声があった。

横山 ええ。時代が兼業化しているなかで、女性が順番にその集落の衛生担当になっていくじゃないですか。

大本 2 年に 1 回とかの順に。

横山 そうすると、夜まで当番でそういうことに十分対応できる人もいれば、そうできない人も出てくる。

大本 専業の主婦がいなくなって。

横山 そうできない人たちがいっぱい出てきた。そういう声を村の保健師さんは家庭訪問などから聞いてくるわけです。それで、その辺りを聞かされれば、私たちにすれば、そんなことしてまでご飯を出してもらうなんて申し訳ないと思えてくるわけです。それで、ああ、これはまずいなと私は考えたんです。

大本 それは女性の立場からしたらそうですね。

横山 それでも、そのことを村の人から言わせるのは気の毒と思い、それはいけないと思って私が言ったんです。そうしたら、“おまえたちは遅くまで仕事するのが嫌だからか”と若月先生は大怒りされたわけです。

大本 若月先生の志というか情熱は、住民のなかに入って献身的につくすこと。

横山 時代が変わりつつあるのに、私たちはおんぶして夕飯をいただいてまでというのは

やはりいけないなと思ったのですが。

大本 この事件を契機に、結局、うどんの夕食はやめることになったのですか。

横山 いや、しばらく続きます。というのは、合同会議に出ていた男の人が“いや、私たち、そんなに大変なことはありません。一向に構いません”なんていうものですから。だから、言いだしっぺの私はもう、ぺちゃんこです。

大本 なるほど。男性は自分で家事などやったことないからそう言えるのでしょうかね。

横山 それは衛生担当として自分もやっているのですが、ただ主婦のことにまで思い図らないわけです。私はもう立場がないわけです。それこそ村の保健師の定着や自分のスタッフのことを考たり、村の人々ととことんつきあうことと、板ばさみですよ。そういうことを踏まなければ物事は進まないからそれでもいいやと思っていました。いいわけがましいし、誰かの顔をつぶすみたいになるような気がして、これまでどこにも書かなかったわけですよ。

大本 若月先生からすれば一番よく知っている横山さんの発言で“ブルータスよ、お前もか”のような気分になられたのでしょうかね。

横山 ええ、なるわけです。

6. 集団健康スクリーニング開始にむけて

大本 佐久病院が集団健康スクリーニングを取り組む契機は何だったのでしょうか。また、どのようにして長野県全域的に約10万人ものスクリーニングを実施されたのですか。そのプロセスをお聞かせ下さい⁴⁾。

横山 日本は行政がかなり早い時期から成人病健診というのを住民に対してやっていたが、町村ごとでしたから内容に非常なバラつきがありました。私たちは意識して農協の役割は生産だけではない、農民の健康を守らなければ絶対だめなんだ、それが農協というものだとしょっちゅう言っていたわけです。

大本 そうすると、農協の女性部とはかなり。

横山 つながっています。

大本 だから農協の女性部が全国大会の時、厚生連に要求を出していくわけですね。

横山 それで昭和40年代には県の農協大会で農民の健康を守ることを厚生連がやってくれという案が出たわけです。佐久病院が八千穂村だけをやっているのではおかしい。農協組織として全県に健康管理をやってほしいというのです。これを受けて、そういう意向が示されたのですが、それだって若月先生の働きかけがあったと思います。

大本 だから長野県の農協は、保健・福祉について先進的だという評価があるんですね。

横山 集団健康スクリーニングが始まってから健康管理部は健康管理センターと兼務になります。それでスクリーニングに当たる職員がワッと増えます。飯嶋郁夫さんも入り、今い

る保健師たちもみんな入ってきます。

昭和 47 年から始まる 2 年間ぐらい前から、徹夜でスクリーニングの仕組みをつくらなければいけなかったんです。八千穂村の健康管理にかかわってきた私たちのノウハウを入れて、何をどうコンピュータに教え、打ち出させるか試行錯誤でやったのです。

大本 長野全域でやっているヘルスといっているスクリーニングも佐久病院に集中するのでしょうか。

横山 そうなんです。佐久病院でシステムを作るしかありませんから。

大本 いきなり全県になったのですか。

横山 一応、全県というわけでしたから、いきなりはできませんが、それを目的にやるわけです。ヘルスを実際にピタッと昭和 48 (1973) 年から始めるためには、それができる仕組みをつくらなければならない。先生方のほうは診断ロジックで、血圧がいくつで、貧血がどうで、訴えはこうで、治療状況がこういうときにはどう診断を打ち出すかというのを、コンピューター言語に翻訳する。私のほうは保健指導ロジックですから、食生活がどうの、塩分は多いわ、労働はどのという保健指導のことを診断名ごとにコンピュータのイエス、ノー、イエス、ノーのなかへ入れていかなければならないわけです。そのため 600、700 も言葉をつくりました。

大本 当時は大型コンピューターでソフトをつくるんでしょう。

横山 血圧が高い、イエス、ノー。高いなら高い人に対して、ほかの診断結果はある、ない。それに対して食生活の塩分はどの、タンパク質系はどの、野菜はどののものをコンピュータの仕組みも知らないのにギザギザギザの言葉に置き換えるわけです。だから、えらいことでしたよ。

そのうえ、健診結果を示す結果報告書をコンピューターから出す形式も大切です。3 年間分の経過がみられるようにするなど。本当に毎日、毎日、この言葉でいいのかしら、あの言葉でいいのかしらって、コンピュータのプログママーの人たちとやっていくわけです。

それでふたを開けたって完全ではない。ふたを開けると、今度は佐久病院だけのスクリーニングではなく、全県厚生連の 10 ぐらいの病院の健康管理部もそれに従って健診をやるわけですから、こんなふうに出るのは困る、保健指導をどうしようかといった検討も協働でやることになったのです。

大本 そうするとデータの解析はみんな佐久病院の健康管理センターに集中することになりますね。

横山 そうです。

大本 今も、そうですか。

横山 基本的にそうです。それでも年に数回厚生連病院の保健師会をやって内容や仕組みの検討や勉強会をやって、みんなのものにするようにしてきましたので、今は一緒に修正す

るようにしているはずですよ。

大本 でも、そのこともすごく重要ですね。ここの特徴をつくっているのは、一つはシステム検討会でしょう。だから、検診する以上はきちんとしたデータを出さなければいけない。

横山 それで公平な、どういう条件にも耐えられるものをつくっておかなければならないわけです。

大本 八千穂村の場合は結果検討会で丁寧にやっていますが、他の地域についても全部やるわけですね。

横山 そうです。ヘルスは個人の結果と同時に地域の結果をみる大切な資料ですから、検討会は大切です。事前説明会と、やっている最中のいろいろな配慮、健診後の報告会で検討します。だから住民の方とのコンタクトは最低でも3回はあるわけ。さらに、これを土台に地域の、A村ならA村の健康管理をどのようにどう進めるかも働きかけなくてはならない。行政にお金もない、人手もないなかでやるので、農協の組織も活用しながらやりましょうと村と農協と健康管理センターなどで合同的な取り組みを仕掛けることになるわけです。それでそれぞれの立場から年間活動計画をつくって、その結果を持ち寄り経年的な変化や課題を上げ、住民に働きかけるために健康祭をしようとか、そういう企画をたてることになるわけです。

大本 健診一つ準備するにも、いろいろな組織と関係をつくっていかなければならないのですね。

横山 そうです、とくに農協が大事なので初めの頃、私たちは厚生連のほうから健康の指定地区というのを農協にもって行って健康を守る推進員を置こうということも言ってきました。

大本 農協でも組合長で訳のわからないがんこなおじいさんがいたら、なかなかそう簡単にはいかないですね。

横山 村長と農協の組合長とが手を結べないところは進展しにくいです。

大本 村長と農協の組合長がチャンチャン、バラバラやっているところは協力体制がとれない。

横山 ええ、過去の思いもあるようです。それでもだんだん世代交代して行って、隣村はいいかたちをやっている。では、そろそろどうかという雰囲気も出てくるわけです。私たちもそういう大事な地域に資料持参で行ってみたいもしました。

大本 なかなか一筋縄ではいかないですね。

横山 いかないですよ。

大本 その仕組みをつくっていくのは大変なご苦労なのですね。となると保健師さんは大車輪ですね。

横山 でもスクリーニングのための健康管理センターになった時に、松島先生と一緒にな

って“これは運動なんだ、技術者だけがなんとかという問題ではないんだ、専門職だけがやる問題ではないんだ”と言いあっていました。そこで、健康管理部のなかに北信担当、中信地区担当などの地域担当を置くようになったのです。

大本 4ブロック制。

横山 ええ、4ブロックに分けて、そこの担当になったからには事務であろうが、補助担当の人であろうが、南信担当であれば全権大使として南信のA村のヘルスのための打ち合わせにいくという仕組みをとったのです。

大本 その運動としての発想はどこから。

横山 佐久病院の最初からです。専門バカにならないように、と。日本の健康予防というのは本当にお粗末でしたから、これを良くするのは運動だというわけです。

大本 まずは、農協そのものが運動だから無縁ではない。

横山 だから、農協も農協本来の協同組合運動をやろう、自分たちだけでちまちまやるのではない、行政と手を組んでもうすこし筋の通った健康管理活動をやろうということで、その一環としてヘルスがあったり、健康祭があったり、事後指導のいろいろな貧血予防のための教室だのなんだのという年間を通じた取り組みがあるわけですが、そのなかで農協はどういう役割をするのか考えようと働きかけるのです。

大本 集団健康スクリーニングを全県に導入するということは大変なことだったのですね。これをやるためには、職分というか、医者だからとか、保健師だからとかと言ってられない。

横山 言ってられないの。これは土台づくりなので、一番いい組織をつくっておかなければだめだという認識でしたから。私たち内部にしても昭和47年ぐらいから職員が増えるわけです。もともとやっていた人間はある程度は分かっていますが、増えた職員をどうしたらよいか、これがまた大変だったのですよ。だって村になんか出たこともないような給食の助手さんであったり、営繕課の助手さんであったり、運転手さんの入りたてだったりという病院のなかでも患者さん相手をしたことのないような職場にいた人、何も知らない人も健康管理担当になるんですから。

看護師さんとか医事課の窓口なら患者さんと話をしたことがあるでしょう。でも栄養課は、全然患者と話す必要がなかった時代でした。今でこそ栄養士さんも患者と話しますが、そういう人たちを院内募集するわけです。それでも多少とも厚生連のことが分かるほうがいから。外からの人も専門技術者や保健師はもちろん入れなければいけない。だけど、そういう人も入れないわけにはいかなかったわけです。

そうすると、自分たち仲間内だけの“おめえ、そんなことやっていいのか”というような言葉をしゃべっていた人たちが、今度は地域の人相手に組織人にならなければならないわけです。ですから、お互いにそれはそれは大変でしたよ。だから、さっそく地域から批判を

受けましたよ。初めてヘルスに行った時など、窓口であんな言葉を使う職員が佐久病院にいるんですかって言われるわけです。そういうふうでしたから内部学習もえらい大変なわけです。

大本 学習はどのようなふうにやられたんですか。現場に行ってもある種、運動感覚を身につけてくれないと困りますね。

横山 そうなんです。

大本 それなりに人前でもお話できるように。

横山 ただ来ましたというわけにいきませんから、背負ったものを持っていってもらうように育てなければならないわけです。ですから、スクリーニングとは何か、何のためにやるのか、ブロックに分けたときにもブロック活動とは何かからやらなければならない。健診というのは、ただ診断をやるだけではないんだということから始めて、連携して地域全体の力でみんなが健康になるように育てる役割なんだというようなことを勉強してもらわなくてはならないわけです。

健康管理部会議のときは、もう本当に毎週そういうことばかりやっていました。

大本 勉強していないと住民のところに行ったら泣かされて帰ってくることだってあるでしょう。

横山 そうですね。それほどではないまでも、帰ってきてから会議で質問攻めにあうこともありうるわけです。

大本 ある意味では、松島先生と一緒に横山さんも開拓者ですね。

横山 一種、そうだとは思います。そういう時代を背負ってきたんですね。その時は辛かったけれど振り返れば、いい時代を楽しくやったなという気になっているんです。

子育てでもあるのに夜は遅いわ、もうぼたぼたおっぱいが出ちゃうのに置いてくるわけですよ。そんなふうでしたので、“ごめん、お母さん忙しくて今日も遅いから、あんたおじいちゃんとか何かご飯食べて寝ててくれない”なんていう電話をすることになるわけです。

大本 そういうご苦労をしてもヘルスの開始まで大体2年ぐらいかかったのですね。

横山 それでも始める時期は決まっているわけですから、健康台帳問診票をつくったり、結果報告書の形をつくったり、それを印刷できるようにしたのです。

大本 横山さんを中心としてそういうことをやられた。

横山 松島先生、私、事務局、それとコンピュータ係とで手分けでもう本当に大変でした。

大本 だけど調査票、問診票ができれば、大体7割はできたことになりますね。

横山 そうです。段取り8分と言われるぐらいですから。でも、募集の仕方、行政と農協の連携、結果の返し方など課題は山積でした。

大本 そういう点ではいい総合研究プロジェクトだったのですね。

横山 ない知恵を絞って今までのいろいろなノウハウを活用して、総力でやるしかなかっ

たから、そう言われればそうかもしれませんね。

大本 松島先生の役割というのはいかがですか。健康管理についてはずっと松島先生が中心になってやってこられましたね。

横山 そうです。院長先生といつもつながっていましたが、もっとも近くで若月先生の考えを知っているし、それへとつながる組織をご存じだという点で貴重な存在です。

大本 とても温厚な方ですね。

横山 だからやっていけるんでしょうね。ガーなんて怒ったりすればなかなかうまくいかないけれど、ああ、そういう考えもあるかといろいろ受け入れながらやられるから。

大本 スクリーニングを一応全県で施行しはじめた後は、どういうトラブルがあったのでしょうか。

横山 いろいろな意味でみんな初めての仕事ですから、最初は、たとえば健診が 10 時から 3 時までですという、10 時にワッと 100 人も集まったりしたこともありましたが。最初はそれが何日も続き夜も 5 時に終わらなくて 6 時、7 時となってしまうわけです。そこでこれではだめだ、住民の人にも失礼だしということで、受付を時間制にしました。

つまり 100 人の申し込みがあったとすれば 4 分割ぐらいにして、あなたは何時から何時の間に来て下さいとある程度決めよう。それにはどういう通知を出すか、健康台帳を配るのも時間を指定する形にして配るか、それを配るにはどういう組織を使うかということなど。みんなが初めてなので担当の農協、町村の担当者ともどもで試行錯誤して一つひとつ作り上げていったのです。

大本 なるほどね。最初は何の位の人数だったのですか。

横山 一日に 100 人から 150 人くらいですかね。年間では 10 万人ぐらい。もっとも昭和 48 (1963) 年、49 年、50 年ぐらいまではこの指とまれからでしたから、そんなにはいなかったのですが、少しずつ力を入れたい重点地域を拡大していきましたので増えていきました。その点では佐久エリアは早かったです。もともとが成人病健診などで保健師同士の交流が長くありましたから。むしろ八千穂村は旧の仕組みを持っていますからヘルスという健診方式を取り入れることに工面がいました。白田町の場合は新たに始めるので、行政と農協とが連携して共同のしくみづくりから始めました。

行政と農協との共同のとりくみによって、さらに事前の学習会をどうする、ヘルスだけでなく胃健診を一緒にやるにはどうしよう、婦人健診はどうやるかと発展していくわけです。

7. 住民組織と連携したとりくみ

大本 そういうことからスクリーニングに今のドックと同じような項目が合わさっていくわけですね。

横山 住民の人の忙しさを考えると、一緒にやれるものは組合せようと工夫して、市町村によっては、人間ドックなみの中身になるように位置づけられました。

大本 スクリーニングが始まってからは全県的にやらなければならないので、保健師さんもたくさん入ってこられたわけですね。

横山 人での工夫は大変でした。総婦長にしても人手対策をどうしようかというのは悩みの種なわけですね。もともと八千穂村の健康管理においては看護学生をなるべく勉強の一環として行かせる、一緒に連れていくという仕組みがありましたから、ヘルスになった時も佐久病院に入ってきた新人看護師を、1～2年は研修期間だからヘルスにも行かせようということになって、2～4人ずつ3ヵ月ぐらいは健康管理部に籍を置いて健診やら、統計やら、台帳処理やら、事後指導やらを自由に学ばせるようにしてくださったのです。よい方法で有り難かったです。

大本 事後指導はどのようなふうにやっておられたのですか。

横山 最初から全部の地域はできないんです。健診に常時人手がいるうえに、さらに後追いで事後指導があるわけですが、その人手はそうは出せない。そこでしばらくはやらなければいけないけれどと言いながら様子見をしていたんです。

もちろん事前に事後のことも話し合っておくんです。結果は1ヵ月後ぐらいにこう出るはずだから、役場のどのような組織で配ってもらえるかと決めておくわけです。けれど役場が郵送しようが、事後指導の会をやるうがお任せみたいな面がありました。

大本 それにしても全県的にやると保健師さんだけではとても人手が足りないわけですね。

横山 やはり事後が大切だということで、行政と農協と私どもで自前に話し合っ、どんなプログラムで事後指導をするかなどを決めてゆきました。

今まで保健師がしこしこ統計をとったりしていたのですが、コンピュータでほしい統計はすぐとれますよということで、全県との比較のなかで村の位置が分かる表をつくったりして事後の健康教育にうまく使ったりしました。

大本 八千穂がやっている事後指導や健康教育の仕組みがかなり参考になったのですね。他の地域の事後の住民の健康学習とか健康教育というのはどのようにされたのですか。

横山 いろいろです。それぞれの町村の意向によるわけです。事前の話し合いのなかで、その村の最近の経年変化で気がかりなことがあれば、それを示して重点テーマにするように働きかけをしました。白田はその辺は組織力を使ってばっちりやろうということでしたから、かなり力を入れました。私たちは、この東信地域には、職員がそのために話し合いにいたりする町村担当を置いたりしました。中・南信地域にも、最初は私たちも行きましたけれどだんだんブロックとして事前に事後のことまでの対応を話し合うように任せていきました。

大本 ところで、町村では保健補導員さんをかなり活用しているのですか。

横山 もともと長野県内では須坂市が発信元で、保健補導員という住民組織の参加で健康づくりをしようとしてきていました。健診の募集だけでなく事後のことも、貧血が多いから事後指導のなかに貧血予防の食生活をやりたいとなれば、保健補導員さんや農協の女性部の皆さんに出てもらえませんかという話し合いによって、たとえば牛乳を使った料理などを試食する形で事後報告会に協力してもらおうわけです。

大本 食生活については栄養士の方も入るのですか。

横山 初めは町村には栄養士はまずいませんでしたから、補導員と保健師と農協の生活指導員が中心で内容を考えます。農協の生活指導員は事務局の役割を担っているので女性部のまとめ役なんです。ですから、その人たちと連携して村全体の健康管理を一緒に考えあうということになるわけです。

大本 スクリーニングのシステムがスムーズにいくようある程度整備されていくにはどのぐらいの期間が必要ですか。

横山 町村バラバラですけど、私どもセンターでも5年くらい試行錯誤が続きますし、地域は地域で人の入替えもあったりして10年がかりというところもあります。

大本 やはり、そのくらいかかる。

横山 時代が変わるし、制度が変わるし、人々の生活が変わるし、ですから日々チェックです。高齢化はどんどん進んでいますから、これで絶対などということはまずないので、いつも課題を背負っていると思います。

大本 集団健康スクリーニングが始まり、地域的にも拡大し仕事量も増え、組織も大部隊になったのではないのでしょうか。

横山 健康管理部の一番の特徴は、ドクター、看護師さんだけでなく保健師もいれば、事務や、検査担当もいれば、コンピューターもいる、そういうのがごっちゃに一つのところにいることです。

だから地域に出るときは、組み合わせさって行くわけです。ほかの課内では医事課といえは事務局だけ、内科、外科はドクターと看護師さんぐらいだったりに、ほとんどの職種が一緒になっているという辺りがいい意味でよかったと思います。いろいろな立場の人間がいて、しかも男も女もいるでしょう。看護師さん集団の病棟はやっぱり女性だけの集団みたいなさきらいがあって、こまこましたことになりやすい。ところが男性もいたり、いろんなふうでしょう。それで地域相手で課題はいっぱいでしょう。だからつまらないことでいじいじしている暇はない、共同で取り組む問題が多いので、そういうのに左右されたり神経を使ってはられないという感じでした。

ときどきは看護師さんたちも病棟から少しずつ変わって交代するということがあるんですが、健康管理部に来たあと看護師さんが言うんですね。こんなふうに事務局やらいろいろ入っているとつまらないことでいがみ合わないという点がすごくいい。男の人が一緒にいるチ

ームというのはいいわねと言うんです。変な足の引っ張り合い、それが原因で仕事が面白くなくなるなんていうことはないわけですよ。

8. 老人保健法と佐久システムとの調整

大本 1973（昭和48）年には一応このシステムをつくりますね。そして1983（昭和58）年に老人保健法で40歳以上の人に健診をすることになりますね。そのさい参考になったのは、やはりこちらの佐久のスクリーニングシステムですか。

横山 そうだと思います。定期健診の継続が結果的に住民の医療費が減らせるということを実証したことから、法律に位置づけられたと考えてもよいと思います。しかし、ようやくヘルスが少しかたちになって落ち着いてきたと思っていたら老人保健法でしょう。それでまた、それにあうように、町村が困らないようなかたちの仕組みにヘルスを修正していくわけです。

大本 どういう点を修正したのですか。

横山 市町村のほうはすぐ法律通りにしようと40歳以上のみにしたり、内容も決められた通りにしようとしやすいので、老人保健法だけでは非常にお粗末な健診内容になってしまうのです。それでも住民のために町村がヘルスはやめて違う安上がりな検診にするなんて言わせないようにもっていく。

大本 ヘルスのほうがずっと内容は濃いわけですね。

横山 老人保健法では血液検査といっても貧血とコレステロールがあったかどうかぐらいでしたから、法律がそうなくても、農家は農薬を使うんだから従来通り肝機能も診ましようよ、コリンエステラーゼも大事ですよとちかけるのです。

大本 そういうちゃんとした理屈で説得していかないと通らない。

横山 そうです。それでもこれでやっと老健法で健診が受けられる時代になりましたから、それを大事に住民のなかに生かして健康管理の内容をよくすることを考えましょうというふうにしかけていかなければいけないわけです。

大本 それはすごいですね。そうしますと、老健法ができて以降、スクリーニングの項目を落とさないようにするだけでなくプラス項目をつくっていった。

横山 国がつくった法律を大切にしつつ予防事業を広げる。だから高脂血や肥満に警告を出すような結果の示し方などをする。また、健診の成果が形として見えるようにするのが今度私たちの課題になって、どういう方法で健診の意義を数字で見られるようにするかというのに頭を痛めたものです。その頃、多分に無責任な健診不要論を唱えるお偉さんがいたりしたわけです。

大本 いまでも人間ドックはあまり意味がないから不要だという医者がありますね。

横山 乳がん健診は効果がないとかもありました。そういうのがしょっちゅう出てくるわけですから、それとも闘わなければならないんです。ですから、それに負けない証拠というかデータを示していかなければならないんです。

大本 そういう歴史に採まれて長野県は住民の健康のデータを相当整備してきているのではないですか。

横山 他県に比べればやっているので長寿ですし、医療費がかからないという大きな意味のある結果も出ています。それはこういう運動が陰の力として大きいと自負はしています。

9. 日本一長寿と高齢者医療費の少ない長野県

大本 長野県は厚生省の統計でも医療費も下がっているし、長寿だし、現在日本一というのが出ています。これをつくり上げたというのは、基本的には佐久病院を中心とした予防原則の健康スクリーニング活動ではないかと考えますが、そのように受け取ってよいでしょうか。横山さんは「与えられる健康から獲得する健康へ」と、人の意識が変わるきっかけづくりが私たちの仕事です。長野県が高齢長寿県で、医療費が低いのは、ヘルスによる健康と健康教育の力も大きく関係している」と述べておられますが⁵⁾。

横山 県側はあんまり評価していないかも知りません。というのは、県などは国保（国民健康保険）を中心にかなり力を入れたつもりでいるわけです。町村の保健師をまとめてるのは国保だと考えているし、保健補導員を活用して医師会を大事にしながらやってきたという思いが非常にあるわけです。でも、もうちょっと大きな目で考えている人たちはいまのように言ってくれます。

大本 私は県側がいう気持も分かりますが、佐久病院のあの活動が一方であるから対抗としても刺激を受けざるを得なかつと思うのです。

横山 そうです。非常に刺激していると思いますよ。

大本 それでやらざるをえない。

横山 厚生連の病院はもちろんのこととして国保にも刺激しているし、諏訪中央病院とか浅間病院とも同じ歩みで行こうとやっていますから。だから、医療全体の仕組みのなかで切磋琢磨するよう刺激になっているのは事実です。

大本 それでも佐久病院の功績は最低限、評価しなくてはフェアではないですね。

横山 まあそうですね。そうでなければ全県レベルの成果にはなれなかったわけですから。健康管理なんておれがやるからいい、訪問看護もやるし、村の健康管理なんて全部やるからおれに任せておけというお医者さんもいますが、それはその地域だけのものに終わってしまう。みんなが永続的なシステムとして継続できるようにしておかない限り、その人が亡くなってしまったら終わってしまうのではだめだと思っています。

大本 切磋琢磨の大きな刺激のお手本みたいなものに旧佐久町にある町立病院の千曲病院がありますね。最近、あそこの先生方が変わってきて、地域に入るようになってきたということを知りましたが。

横山 そのようですよ。昔は、千曲病院はびくともしないほど予防をやらなかったんですよ。佐久町にある農協女性部のほうから、ここは“花さく町”といって花やりんごやらをやって農薬をいっぱい撒くので千曲病院として予防健診をやってくださいと申し入れてもやらなかったんです。私たちも佐久町に関しては病院は町立があるからあまり出しゃばって入っちゃいけないというふうにしていたんです。病院も町民は千曲病院しか使っちゃいけないみたいなことをうたっていたんですよ。

大本 町立だから。

横山 でも最近では、八千穂村と合併したこともあると思います。院長先生が交代されたこともあり、予防に力を入れるようになったそうです。今の院長先生はなかなか素敵ですよ。

大本 一つの変化、いい意味での前進ですね。

横山 そうだと思います。

大本 同じ地域のなかでもそういう影響、変化というのが出てきていると同時に、日本全体からみた場合に、長野県で全県的な効果が出てきているわけですね。そういうのはそれなりの努力でつくったシステムがあるから出てくるわけですが、そういうシステムをもっと全国に移転したりできないのか。その点はどういうふうに思われますか。

横山 日本の医療制度は地域で予防をやるような仕組みになっていないので、その制度にのっとらないようなことをやるゆとりがないのだと思います。佐久病院と同じよう健康管理部を設けて予防するというのは仕組みとしてないわけです。だから、かなりの持ち出しをしてやっているのは事実で、そんなことを請け負う専門職はいないから、それだけに私たちは苦勞を背負ったわけです。

大本 短期的にみると持ち出し分があって経費がかかるし、労力も馬鹿にならないから、それらを換算すると莫大な投資だと思うんですが、長期的に見たときには投資効果は大きいと思います。

横山 今度のメタボを中心とした特定健診や保健指導は、健保組合ごとの責任にする仕組みに大きくかわりましたが、これではまた人手も経験も医療との連携ルートももたない健保が下請けに出す形をとったりして、システムづくりからやり直しですからね。また一歩後退なんですよ。厚労省にしろ、牛耳っている人は本当に切り張りすれば変えられるとでも思っているのですかね。

大本 現場を見てないんでしょうね。

横山 いないですよ。

大本 机の上でプランを立てる。

横山 ええ。予防は大事だと頭で判っていてもシステムに関しては全然分かっていない人間がそんなことをやるから、無駄をしているわけですよ。

大本 すごいロスですね。

10. 「種まく人」を育てる地域保健セミナー

大本 「地域保健セミナー」が1990（平成2）年2月に開設され⁶⁾、そこで学んだ人たちが、地域にかえて住民の健康活動を担うリーダーになるようセミナーを通して学習してきましたが、現在では「お年寄りのケアセミナー」と合体して地域保健福祉大学と名称変更されていますが、この18年の経過のなかでセミナーおよび保健福祉大学の効果をどのように評価されますか。

横山 地域保健セミナーでは“種をまく人になろう”というのが私たちの合言葉というわけですよ。それぞれの地域に帰っても、“卒業してからがあなたたちの出番よ、それには、今度は知った知識と関連させて自分の地域を見ようね”といていたわけなんですけど、世代交代でしようから、いまどの程度に佐久病院の職員たちがセミナーの役割を位置づけているのか、私はちょっと形骸化してきてやしないかと心配はしています。

大本 形骸化というと、どのようにですか。

横山 形だけはやるけれど、自分たちは自分たちの住んでいる町をよくするための一種の選手の一人だという意識がどこまで植え付けられているかという点です。つまりセミナー10回なら10回と決まっていますが、それぞれ手分けしてコーチを頼んでいるにすぎなくなっていて、皆さん、学ぶなかから自分の役割が分かるように教わっているかという辺が心配です。知識として10回分、講師からいろいろ聞いてよかった、ためになった。そのなかから役に立つことを少しやるかぐらいで同窓会活動をやる。それだけになっているんじゃないかしら。

だって、どこの社会だってそうなりやすいじゃないですか。よっぽど本気で地域のあり方を貫いて考える人が何人かいないと形骸化しやすい。いま見ていると、担当しているメンバーはかなり若手になって私も知らない人たちが大勢やっているわけです。そうすると、自分が学ぶのに精いっぱい運動的に地域をつくろうという思いがどの程度に入っているかちょっと不安というのはあります。

大本 組織を担っていくコア・リーダーシップをとるような人がいないとなかなか動くものではないですね。

横山 人間、そう簡単に自然発生的には動くものじゃないですから、組織が自然的に維持・継続なんかするはずはないと思うんですよ

私はスウェーデンだか、どこかへちょっと視察に行ったときに、ごみの問題で家庭からの分別が当たり前のようにやられていて、ゼロに近いように出すような仕組みになっているか

ら、これだけちゃんと管理されていればもう万々歳ですねと感想を述べたら、とんでもありません。日々、人は生まれています。日々、新たな家庭を作っています。そういう人たちがどうやるかというのが一番課題ですから、絶対、手を抜けないほどやることはあるんですけど言われましたもの。

大本 根本は同じなんですね。

横山 育てるといえるのは何か、ただ担当させれば育つというものじゃない。そこが問題なんです。

大本 やっぱり思想・精神が浸透していかないと。

横山 精神をしっかりとやりとりしないとだめなんですね。

11. 大学への転身

大本 これまでいろいろやってこられた蓄積があったから大学の先生になられたと思うのですが、佐久病院から大学へいつ出られたのですか。

横山 定年退職してからで、2000（平成12）年に長野大学のほうに行っています。

大本 大学ではどういう科目を教えておられるのですか。

横山 福祉学部で介護概論や介護技術などです。

大本 実践ではもうベテランでいらっしゃるわけですからこなせますね。

横山 私、技術なんてないのに介護技術もやって下さいといわれたのですが、地域における保健・医療の視点から介護問題をとらえる視点がほしいということなので、お引き受けしたのです。相手は高校を終わったぐらで、まるで福祉も医療も分からない若者なわけですから、細かいノウハウではなくのちを守るとはどういうことか、地域では健康の実態や福祉の仕組みがどうなっているのかという基本的なことを中心にやってきました。

大本 運動論ががっちりしてらっしゃるから、それは素晴らしいですね。

横山 大学の教授はあまり地域に出ませんので。私はゼミで、住民の方々、高齢者の方々と交流させましたし、老人クラブの人たちが150人ぐらいいますので、「ご用聞き訪問」という形式で担当させて、そういう人たちと自由にかかわりあうように学生を連れ回したりしたのです。

大本 だいたいこれまで社会保障とか社会福祉には地域の認識というのは希薄でしたからね。

横山 そうなんです。だから大学にいて、私は福祉の制度などを勉強するいいチャンスになるし、あとはもうもともと必要だと思っている地域での思いをプラスすればいいという感じでしたから、大学も面白かったです。

今は、客員教員というのになって、去年（2007年）まで授業は持っていましたが、文科省

科学研究費の研究がこの春の 2008 年 3 月で終了したので、もう大学にはほとんど行っていません。

12. 集団健康スクリーニングの成果と今後の方向

大本 スクリーニングを広げ、充実するには旧八千穂村がやっている衛生指導員のような活動が必要のように思いますが、如何でしょうか。

横山 ヘルスの仕組みで全県に健康管理を進めていくに当たって、八千穂村には衛生指導員があつたりしてある程度住民参加があるけれど、各町村というか、全体はなかなかそうならないし、お役でやっていると 2 年交代で終わっちゃう。もうちょっとずっと一緒にもの考えるという人間を住民の中に増やさないとだめだねというのが病院側の発想です。

大本 佐久病院は八千穂村に対してかなり丁寧に対応してこられましたね。スタッフの方々も、住民の方々も大変な努力をされてきました。その成果として、あれだけの医療費を下げて、健康人をつくり、そして住民自身の意識水準をかなり高めていったと思います。長野県全体あるいは他の地域にも八千穂方式の仕組みを普及させていくことが、なんでできないのか不思議に思っているのです。八千穂方式あるいは佐久方式の仕組みが普及していけるのか、そこら辺のところはどうですか。

横山 八千穂村なりこの佐久エリアでやってきたいろいろなノウハウが全県の市町村に移ってそれなりの方法で取り入れられているから成り立っているのは事実です。

ですけれど衛生指導員は絶対ではないと私は思っています。衛生指導員という大きい目で見える組織ができて良かったと思いますから八千穂村にとっては大変重要なんです。とはいっても、どこでも補導員のほかにそれをつくれというのはちょっと無理があるんです。だから普及はしないのはしょうがないかなとは思っています。

大本 補導員をもう少し強化するといったことのほうが可能性はある。

横山 そのほうが可能性はあるし、補導員という組織自身も非常に勉強している組織なんですよ。県大会まで行って勉強しているほどだし、地域のなかでも、この 2 年間補導員になることは自分たち自身も勉強するチャンスだと思っています。そのうえで地域のお手伝いを少ししてくださいねという位置づけになっているのです。保健師は補導員を地域の健康問題をちゃんと見ていく役割だというふうに仕向けているわけですから、2 年やって、はい、さようなら、私はもう知りませんとならないように終わりの時にもこれからこそが自由に健康問題を一緒にバックアップしてくださいねと運営しているわけです。

13. 老人保健法廃止と医療改革法によるメタボ対策の課題

大本 2008年からは、また老人保健法が変わりましたね。2006（平成18）年6月に「医療関連改革法」（一括して12本の医療関連法の改革）制定され2008年4月から施行されています。いま課題となっている、メタボリック症候群対策についてどのように考えられますか。

横山 これには一番悩まされています。

大本 変えた一つの原因は、全国的に老人保健法で予防をやったけれど効果が上がらないという声に押されたことがあったのではないかと思います。

横山 そう簡単に効果が出るものではありませんよ、高齢化も進んでいますしね。だから、私たち長野県の保健師にすればこんなに長寿で健康な人たちを支えてきたというのに、何で効果が上がっていないというのって大怒りなんです。

結果評価に関しては、公衆衛生として地域が連携して頑張って長寿県をつくってきたことは客観的な事実なはずなのに、データのものをちゃんとしてこなかったばかりに、保健師の保健指導はだめだみたいない方をされているという面があると思います。公衆衛生というのが大学みたいなところにつながっているわけではないので、保健師がいい活動をしてもそれをデータにして学会発表といったことをしていないというのが予防事業の一番の弱いところなのです。

残念ながら今の動きというのはそうなのです。栄養はかなり大学出の方が研究もやっていらっしゃるけれど、保健師はそんなことを出している暇がないほど現場に追われて、データをきちんと出してその予防効果はこれこれですよという実証データを出していなかったのが大きかったです。私はそう思っています。

大本 そういう点からみると、佐久病院の調査にもとづいたいろいろな施策はすごく科学的ですね。

横山 国立がんセンターなどと連携して、健康と生活とを10年もの長期に追跡するコーフォート調査などでよい結果が立証されています。

私は、今回の特定健診・特定保健指導はとても気がかりで課題が多いと思います。

一つは、健康管理が医療保険者の責任で実施され、取り組みに大きな格差ができることです。大手の健康管理者がおかれている企業はよいのですが、農村部の多くは中小企業に働く労働者は、健診や保健指導の機能も経験もない政府管掌健康保険組合に属しています。政管健保は企業ごとにばらばらに特定保健の健診も指導も、外部委託で処理しようとしています。取り組み方に大きな格差ができると思います。市町村は国保のみを受け負い、しかも年齢を40～74歳と限定してしまって、地域全体を見るゆとりがなさそうです。

対象者を40歳から74歳と限定するのも問題で、むしろ20～30歳代に生活習慣が固定化

されるし、生活リズムの乱れが多く食生活に問題を起こす。また、75 歳以上こそ脳卒中やがんの発症が多くなり健康管理が重要で、まだ 80～85 歳くらいまでは農業や道路・建築などの労働にかかわり、第二の働き盛りとさえいえますし、この年齢層によって国はたまたまれているとさえいってもよい状況にあるわけで、努力義務などといって切捨てるのはおかしいです。

二つめは、健康管理の内容がメタボ関連に限定されることです。

肥満・高脂血・糖尿病や運動不足・食のバランスなど、日本人全体に問題は多く、メタボという言葉で意識づけできたことは、実行させるため第一歩としては成功でした。模索としては良いのですが、時間外労働など多い企業戦士に運動や食生活を改善するゆとりや条件があるか、厳しい経営を迫られる企業側にも、福利厚生改善は求めにくい時代ではないかと、成果を求めるのが酷な気がしてなりません。一方、企業に働く若い女性は貧血が多いのですが、年齢的に特定健診に入らないし、どのような支援がされるのか。また企業にはメンタル的な課題も多いがどうやってゆくのかも気がかりです。

そして、メタボの原因について、個人の生活習慣に絞って改善を迫るしくみの問題性です。労働環境、ストレス、家族条件、社会的責任の重責など、40～50 歳ともなれば生活習慣改善を阻む社会的要因が多すぎて、これへの考慮のない状況で評価判定される仕組みやペナルティーのかけ方は、結果を見る期間も短さも含め、問題かと気がかりです。

三つめは、これが最も「異議あり！」なのですが、地域ぐるみで「揺りかごから墓場まで」を目指した、住民参加による健康なまちづくりという、基本的な地域の健康管理の仕組みをめざし、地域のヨコの広がりを作ってきたわけですが、メタボの解消による医療費削減のみを目的に、これにタテにメスを入れて分断・破壊しているわけで果たしてよい結果がえられるかということです。保健所も自治体も部分的責任を負うのみ、長期的な視野で地域全体を経年の見えてゆく機能が失われ、実態把握も不完全ですから、方針を見る羅針盤がない状況になるのです。

従来、地域特性を重視し、例えば貧血が多ければこれの原因追及をしつつ、食生活や環境などを地区診断し、対策を皆に投げかけ、地域全体の問題として予防的に地域で工夫して、成果を喜び合ったものでしたが、この課題をどうしたら切り抜けられるか、新たな問題ですね。

いまは兼業の時代ですから行政責任を国保だけに限ってはだめなんです。それは、絶対、間違いだと思います。いまさらろくに人手もない健保組合に責任を負わせたってろくなことができないから、結局部分的・請負い式的に人を雇って適当なことをやらせるにすぎないでしょう。しかも、上からおしつける形ですからいい結果が出るはずはないんです。それなのに、今までの保健師のやり方がだめじゃないかなんて言われている。保健指導の在り方がだめで効果がでなければペナルティーをかけるといい、もう予防活動に予算を出さないぞと言いかねないわけです。そういう流れが一番怖いと思います。今回の仕組みせは福祉的にも

問題です。国民の健康を守るという仕組みとしてはマイナスだと思います。健保に押し付けたりして誰が責任を持つかというのが見えなくしてしまっているんです。だって、今までの国の仕組みは健保組合にそれなりの人手を確保し保健指導をするという仕組みにまったくなっていないでしょう。

そんなことをして憲法 25 条をどうしてくれるのっていいたいです。私は憲法を大事にしなければ絶対だめだと思っているんです。

大本 いま生存権そのものが脅かされていますからね。

横山 個人責任にすりかえられてね。

大本 佐久病院は病院の機能として、原則的に明確に予防原則にたち住民の中に入っていて、住民に健康教育をおこなってこられました、全国的に病院の仕組みとして予防の体制はよくなってきているとみていいですか。

横山 昔に比べてよほどよくなっているのではないですか。人間ドックを置くようになり、糖尿病教室などで予防的なことをやるところは多くなっています。地域に支えられないと病院というものもだめだということが分かってきているみたいですし。

もう一つは、介護保険制度ができて、高齢化のなかで訪問看護とかステーションの配置も必要となり地域に入って往診をやる地域ケア科などを院内にも設置するなど、地域を意識しないわけにはいなくなっている。

病気をいっぱい持って退院するので医療的な管理が必要で、往診も必要な患者ですと月 2 回ぐらいは主治医と看護師さんが行きますからね。地域包括支援センターとか他の訪問看護などの介護を利用して、さらにデイサービスも使って在宅でいきましょうという時代になっているでしょう。そうやってきていますから、地域とつながる病院のシステムもつくる必要ということではないですか。

大本 時代、時代に佐久病院というのは健康スクリーニングをやってきたり、ケア科をつくって対応するようなことを先取りしてやってこられました、今後 21 世紀、超高齢化になるなかで佐久病院の今後についてはどう考えておられますか。

横山 私はもう現役ではないので、私が考えるというのはおかしいわけですが、近年は法律ががらがら変わっていくことに少し振り回されすぎたかなと思うんです。医師や看護師不足が深刻なうえに高度医療も求められ、一方で、在宅ケアや健康管理などもやるので、機能分離は必要不可欠ですね。人手はないわ、予算はないわというので、つつい目の前のことだけに対応するのが精一杯になってしまう。そうすると、従来大切にしてきた農村医学的な更なる追究がおろそかになったりする。本当を言うと、健康管理センターはこれからは新たな健康づくりをやる時ではないかと思います。健診のみでなく、運動トレーニングを実践的に指導する設備や、料理指導もできるような糖尿病教室が開けるような実習室を備えて、住民の人が積極的に食生活や運動トレーニングに通えるようにする。

大本 スクリーニングして自分をチェックする。それを改善していくのに食生活にくわえて運動。八千穂では初期の段階からやっつけられていますね。

横山 農民体操とかやったでしょう。

大本 それの延長ですね。

横山 そうなんです。延長線。ここに来ればいつも水泳ができたり、運動指導してもらえたりという場所をもっている健康管理センターになるとどんなにいいか。それから調理室があって糖尿病食もつくれるし、メタボのための料理教室を開けるような仕組みがあったらどんなに住民にプラスになるかと思うのです。

大本 運動といっても、ただ素人が身体を動かすというのではなくて、人間の生理学的なところを原理的に把握したうえでやる。

横山 人体の仕組みをちゃんと理解して、そういうものをやる拠点になるといいなと思っていますよ。

大本 八千穂では、医療と保健と福祉の統合に役立つ補助器具を充実させて自立した生活を可能にするとか、それから身体を動かすことによってより健康を増進するといったことは試みられていないのですか。

横山 体育センターみたいな体育館はあるけれど、健康管理や福祉と結びついてはいないと思うのですが、ちょっと分かりません。地域ごとに身近にそういう機能があるといいですね。それと同時に私は厚生連の健康管理センターとして地域の困りごとになっている問題をいち早く取り上げてやれたらどんなにいいかとは思っています。

大本 なるほど。それにしても長時間にわたり保健師のベテランでなくてはとても知り得ない貴重なお話の数々、本当にありがとうございました。

(インタビューは、2008年5月5日午前9時30分～12時まで、清集館にて)

注

1) 『衛生員ものがたり』(13), 『農民とともに』97号。

2) 佐久病院の勤務医が住民の視点で医療を捉えようとしているがゆえに、偉ぶらないことについては、佐久病院の医師である作家、南木佳士(なぎけいし)氏も「患者と等身大の医者」(『医者という仕事』朝日文庫, 1997年)で、次のように述べ、確認している。

「先日、文藝春秋に連載されている司馬遼太郎の『この国のかたち』というエッセイを読んでいたら、江戸城内において御典医の官位はふつうの幕臣よりもずっと高く、小さな大名なみのものだった、とする記述があった。作者はさらに、明治後も、大学・病院の勤務医に御典医の気分が伝承され、患者を下々とみなす風が残ったとする説もある、という事実を紹介している。

日本の医者がお高くとまっているルーツは、たしかにこの辺にありそうである。私の勤めている病院には今、百三十名の常勤医がいるが、その出身地は沖縄から北海道まで様々である。彼らが病院を辞めて他府県に赴任すると必ず言ってよこすことがある。信州ほど医者が偉くないところはない、と。

私の勤める病院は住民の必要としている医療を提供しようとして、常に住民の視点からものを考えて発展させてきたところである。だから、医者は住民と同じ視点に立つことを余儀なくされる。医者は偉くないのである。おまけに給料も安い。

この環境に慣れた医者たちが外に出ると、まだまだ「お医者様」がふんぞり返っている日本の医療現場の現実に驚かされるのである。こんなことではいけないと最初は思うらしいのだが、朱に交わればなんとやらで、彼らもすぐにそんな医者に変身してしまうようであるが。

患者と等身大の医者であろうとすること。これは言うは易く、行方が難しい課題である。ベッドサイドにしゃがみ込んで、患者と同じ視線で話をしたからそれでいいというものではない。病む人の心を理解しようと努め、最後には自分も病んでしまうかも知れない危険と隣り合わせて診療に臨む覚悟が必要なのだ。」143～144頁。

- 3) この事件の前後に関することは「衛生指導員ものがたり」(37)に記されているが、本証言では、当時「うどん会」廃止を提案した横山さん自身の真意が語られている。
- 4) 長野県全域に集団健康スクリーニングを実施するに当たり、1973(昭和48)年10月に健康管理センターを開設し、センターを中心にした広域的な血液自動分析装置とコンピューターを使っての基礎的、多相健康スクリーニングをおこなっていった。スクリーニングの実施の立ち上げから軌道にのる1982年までの経過が、1983年厚生省が老人保健法を制定し佐久方式を参考に予防の保健事業を行うまで、長野県厚生農業協同組合連合会・健康管理センター『集団健康スクリーニングのあゆみ 第1集』(1976年)から、同・第2集(1978年)、同・第3集(1980年)、同・第4集(1982年)までに詳細に記録されている。
- 5) 横山孝子「一生懸命の厳しくも楽しい日々——佐久病院での保健婦38年の経験から」(『農民とともに』No.74, 1995年5月)172～183頁。この論文のなかに、集団健康スクリーニングの結果分析から、健康の意味を示すいくつかの研究結果が指摘されている「5年間連続受診する人は、非継続の人に比べ、肝機能障害がその年齢層でも減っています。また、なかなか改善しにくい肥満や高脂血が、継続受診者では減っているか、減らないまでも非継続群より増加しないのです。継続受診していると生活改善を示唆されて、ライフスタイルを変え、肥満や高脂血の改善した人が多くみられたものと推察され、健診の効果と評価できると思われれます。またがん検診においても費用効果大きい。また、八千穂村における村ぐるみの健康管理では、結果的に脳卒中や貧血・糖尿病が減り、医療費が他町村に比べかなり抑えられ、「予防は治療に勝る」を実証しています」(同、181～82頁)と述べられています。

また、横山さんが今まで雑誌に書かれた評論文、論文を集めた論集である『私が関わった地域活動の断片——おかげさまで45年～感謝に替えて～』(2006年6月)を自費出版されている。保健活動以外に横山さんの一面として、多くの作詞を手がけられそれに松島松翠先生が作曲されている曲が掲載されている。横山さんの作詞が素晴らしい。佐久病院では、医療、保健活動だけではなく、職務を離れて時間外に職員の文化活動が地域の人々と一緒になって行われている。いろいろな文中に保健文化活動と言われている意味がよく理解できた。

- 6) 「うどん会」事件後、佐久病院健康管理部の飯嶋郁夫氏を中心に高見沢佳秀・衛生指導員などの協力をえて佐久地域保健セミナーを開設していく経過が、佐久病院『農民とともに』124号、「衛生指導員ものがたり」(39)に詳細に記述されている。「うどん会」事件以来、若月院長の信用を獲得し承認を得るまでに数年の時間を要したようである。若月先生の信頼回復のきっかけをつくったのが、地域保健セミナーの提案であった。

I - 3. 長野県全域への集団健康スクリーニングの挑戦

佐久総合病院・元健康管理部課長 飯嶋郁夫氏

目 次

- | | |
|--------------------------------|--------------------|
| 1. 健康づくり・健康増進システムの形成 | 5. 地域保健セミナーのモデル |
| 2. 地域保健セミナー
(現・保健福祉大学)を発案する | 6. 地域保健セミナーの同窓会づくり |
| 3. 衛生指導員の役割 | 7. 若月先生の職員教育 |
| 4. 地域保健セミナーづくり | 8. リーダーづくりは学習活動から |

飯嶋郁夫氏の略歴

1946年 長野県南佐久郡野澤町(現佐久市)生まれ。1969年 國學院大學経済学部卒業、佐久総合病院に事務職として入職。1973年 同病院健康管理部に長野県厚生連健康管理センター発足に併せ兼務で異動、健康管理活動などに従事。1993年 同職課長。1998年同病院地域ケア科課長、介護保険施行に併せ高齢者福祉活動等に従事。2001年 同病院事務長。2004年 同病院美里分院調査役。2006年 同病院退職。

1. 健康づくり・健康増進システムの形成

大本 最初に、若月俊一先生をはじめ松島松翠先生も、佐久病院は住民を育てる役割を担うといわれています。住民主体の健康づくりの方法として地域のリーダーを育成していく。その育成を佐久病院が担うということです。病院多しと言えどもこういうことを考え実践している病院はほとんどありません。佐久病院がまれだと思います。

質問なのですが、そこで地域住民の健康をつくる上で、どういうシステムでやって来られたのか。どういう課題を克服されてきたのか。今までやってこられた方法、システムはどのように評価されて、またどのような問題、課題があるのでしょうか、ということをお聞きしたいと思います。

1983年に老人保健法が制定され、予防としての健康管理は公共がやることになった。しかし、それはスクリーニングだけで、丁寧な事後の指導はありません。佐久病院は、健康を自覚し実践できる住民を育てるということで若月先生は、まず住民の中からリーダーを育てるシステムとして衛生指導員を中心とした活動を支援するという文章を書いておられます¹⁾。また松島先生も、地域の健康管理推進委員会が主体になってそれを実践していくということ

も書いておられます²⁾。

また健康管理部のリーダーシップを取ってこられた飯嶋さんご自身も、住民の中に地域の活動家を育てるといふこと。そのためにはどういふことをやるかといふことをずっと述べられています³⁾。そこで佐久病院では、当初、地域保健セミナーを開設し、現在では保健福祉大学という名称になっています。セミナーで10回講座をうけて学習して、卒業した人達OBが同窓会をつくり、OBが各地域活動を展開していくというやりかたをとったと『衛生員ものがたり』のなかに書かれている。

一方、地域にリーダーをつくっていくことと、他方で健康を担う病院や自治体などの機関が連携をとる委員会をつくり、管理者相互に協議し調整していく仕組みをつくられた。

それと関連して、地域にリーダーをつくる場合に、昭和20年代の後半から30年代にかけて八千穂村では当時赤痢の蔓延などから環境衛生員が県から勧められてつくり、現在まで発展してきます。しかし他の町村では一応形はつくられますが、以後発展しなかったといふことが「衛生指導員ものがたり」に述べられています。衛生指導員の役割といふのは本当に必要なのか、かなり反語的に私は申しますが、その機能は実際何か。他の町村では女性の保健推進員、呼び方として健康補導員が設けられ活動しますが、それらの人たちの役割はどんなところに限界があるのか。

つまり八千穂村でしたら男性と女性をわけて両方あります。「衛生指導員ものがたり」(25)のなかで、衛生指導員の機能をめぐって危機的な時期があったさい、“衛生指導員は、役場や病院の使い走りではなく、住民の代表である。だから住民の意見や状況を役場や医療機関に持ち上げなければならない役割なんだ”と飯嶋さんご自身が高見沢さんに語り、高見沢さんはそれを聞いて発憤され、変わっていかれる⁴⁾。もう少し具体的に、衛生指導員の役割は何か。現在、その機能は果たされているのか。どう評価されるのか。私は大変大事な仕事だと思っています。これをもっと多くの地域に普及していく必要があるのではないか。とくに超高齢社会において、いまこそ農村も都市も必要のように思えます。

それから八千穂村の健康管理の実践の効果をもとにして、1976年から始まる集団健康スクリーニングが長野県全域に拡大して実践されてます。その際、普及にどういふ方法を取られたのか。

また、集団健康スクリーニングの特徴が挙げられています。①巡回方式である、②自覚症状の問診を重視する、③自動分析器を使用する、④医師が直接出向いて診察する、⑤健康相談を重視するとあります⁵⁾。マニュアルが『集団健康スクリーニングの歩み』第1集(1976年)の中に詳細に書かれてあり、これを見れば誰でも少し学べば実践できるような形になっています。

このような手のかかる活動を地域に広げて実践していくには財政的に出費も大変であったろうと想像します。健康管理センターの運営収支状況をみますと、実際に佐久病院から費用

が繰り入れられている⁶⁾。また専門家および関係者の労力も多く導入されています。佐久病院の方針として財政的にどういふふうと考えられていたのでしょうか。

それから 1983 年に老人保健法が制定されて、保健事業として健康スクリーニングを自治体の実施するようになりますが、佐久病院が実践されたことと自治体がスクリーニングをやっていく間の調整はどのようにされたのでしょうか。長野県において佐久病院と同じ系列の厚生連病院があり、また自治体病院、国保病院などもありますから、どのように調整されていたのでしょうか。

これら私の質問にあまりこだわらずに、ご自由にお話をお聞かせください。

まず、病院が住民を育てるといふのはどういうことなのだろうと、まず感じます。一般の病院では患者さんが来てくれて、治療をして。予防は保険システムからはできにくいです。保険は病気という事故、障害が起こった事に対して対応していきます。予防は、公的なシステムでないとできにくいです。日本の医療は保険方式ですから、保険方式で予防をやっていくといふのは保険のシステムからして無理のように思えます。佐久病院は、日本の保険方式のもとに予防を実践されていることは、大変なことだと思います。

飯嶋 どれだけご質問に対しお話しできるか分かりません。もう退職して 2 年です。

大本 佐久病院について医療の専門家が多く取り上げ、文献もたくさんあります。私は医者でも保健師でも医療技術者でもありませんので、予防を原則として住民の健康をどのようにつくっていかれたのか、そのシステムについて研究したいと考えています。健康になるには、まず住民自身が健康に対して自覚的になることが重要だと思います。自覚的になるにはいろいろと仕掛けが必要のように思います。

住民自身が動き出せば、あとは側面的に支援していけばいいのではないかと考えます。自覚して実践することが、自分たちの地域をつくっていく自治につながっていくのだろうと考えます。ですから最初から自治があるというより健康にしろ、ある課題をきっかけに住民が自分たちで問題解決に取りくんでいくことが重要であり、それが地域で生活ができる力になっていくのではないかと思います。今まで健康づくりを中心として取り組んでこられたやり方を知りたいということです。

飯嶋 ええ、分かります。介護保険の保険ですね。若月先生は医療の本質として医療とは何のためにあるかから出発されていたように思うんです。最初はそこらへんを分からなかったのですが、何十年か教えていただいておりますうちに、ああそうかという部分があったりしたんです。

大本 医療そのものもそうです。日本の医療制度、ヘルス（保健）ではなく保険という形でやっている。保険とは、事故とか障害が起きたときに対応するシステムで、予防医療には対応しにくい。まだ病気になっていないのに、予防として保険で対応することは非常に限界

があると私は思います。

飯嶋 たぶん佐久病院の医療はそこだけではないという気がします。私の場合は、八千穂村のようなどころに行ったということがあって。集団健康スクリーニングというのは昭和48年に始まりまして、私は医療技術者でも何でもない一介の事務屋ですけども、院内でそのときに募集があって、応募して、それでうまく採用されて、この健康管理センターという組織に参加できたんです。

最初は何も分からなくて、私はとにかく長野県中健康診断をやって歩くだけみたいな意識だったんです。集団健康スクリーニングの発想自体は松島先生とか若月先生がいろいろお書きになっていますから、狙いとか、そういうことはそちらを読んでいただければいいのですが、最初、私の認識では、もう本当に健康診断をする、いわゆる健診屋みたいな意識だったんです。

でもそれらをやっていくなかで、その前から若月先生とか松島先生から教えられていた、医療は何のためにやるのだということが頭の片隅にあったと思うのですが、なんとなくこのままでいいんだろうかと思いはじめたのです。ただ健康診断を朝から晩までそれこそ泊まりがけで、日曜の午後に出て金曜の夜中に帰って来るというのを1週間単位でやっていました。2週間病院にいて1週間は健診にでかける。そういう生活を10年近くやったのです。だから半分ぐらいですけど家にはいなかったのうちの Wife も子供も本当に母子家庭のようなものだったんです。

そういう生活をやっていくなかで、そこにやり甲斐とか生き甲斐とかを見つけたいという自分自身の問題と、健康診断だけやるのも病気を早く見つけるという効果はあったのですが、果たしてそれだけでいいのだろうかという思いがあって、では組織づくりをやるということ、仲間たちと始めたのです。その頃は健診が終わると夜中まで酒を飲んでわけこう議論をしたんです。遊びに行ったこともありますけれど、宿屋でも議論をして、喧嘩になったりいろいろありました。

そういった仲間が何人かいて、医者と保健師などが一緒になって、地域ごとに健康を守ったり増進したりする組織づくりをやる。健康診断をやると同時に、そういう組織づくりをやっていくことが私たちの役割ではないか。つまり仕事の2本の柱みたいに思ったんです。だから健康管理センターの役割というのは健康診断をやって、病気を早く見つけて、医療に結び付けていくという役割。もう一つは健康づくりをもっと高めていくために地域の中で組織づくりをやっていくという役割があると考えたのです。

そのときいろいろな経験をしました。当然健診の事前の会議とか、健診を終わった後の会議とか、いろいろな会議に行くわけです。長野県下をいくつかのブロックに分けて担当者を決めて、この地区の会議のときには誰々が行くといった内部での分担を組み立てて、しょっちゅういろいろな地域に通ったんです。最初はあらゆる健康や医療に関わるいろいろな住民

組織や行政・団体の代表が集まってもらいました。当時そういう組織は何もなかったんです。後になって国が健康づくり推進協議会というのは言い出しましたけれど、その前だったんです。

それらの代表が集まって、こういった組織がこの地域の中にできたよと分布を地図に落としてみたりしたこと自体は効果があったのですが、でもそれにも限界を感じるようになりました。

大本 あんまり動かなかった。

飯嶋 ある意味では代表者のお偉いさんの集まりでしたから。必要は必要なんだけれど、なかなか機能しないというジレンマに陥ったのです。その次に議論のなかで思ったのが、それらを支えている実質的な担当者の協力を仰ぐことです。例えば役場の保健師さんとか、農協で言えば生活指導員とか、公民館の方とか、地域の中にそれぞれ健康を課題にして取り組んでいる担当の方がおられるわけです。だけど、それらの人はみんな縦割りの仕事をしていたんです。保健師なら行政縦割り。生活指導員なら農協の縦割り。公民館なら公民館の縦割りでヨコのつながりががない。

そこである地区にそれらの皆さんが寄り集まって、縦割りの課題を乗り越えながら何とか担当者同士で、お偉いさんが集まった大きな組織をどうやって動かしてやろうかと考えていたところ、そういうことをやっていた地域があったんです。これはすごいなというので、地域の中で当初は担当者連絡会と称していましたので、担当者連絡会づくりをやろうというところに行ったんです。それで健康づくり推進協議会のような組織を1年に1回の代表者会議だけではなくて、日常的に動いていける部分で、自主的に担当者連絡会が核として機能していけるように働きかけるところにいったんです。

ただ、途中で気が付いたのです。担当者連絡会のような形で長野県のなかの経験例を広めたりするのは良い。でもその地域の問題を私たちが住民に成り代わって健康の活動家としてやろうとするということは間違いじゃないか。われわれの限界はその辺にあるのではないかと思ったんです。

なぜ長野県下で衛生指導員の方法が取られなかったのでしょうかというご質問がありますが、我々は長野市なら長野市の地域の健康の問題について責任を持って一緒に活動していく立場ではない。やはりそこに住む皆さんが自分たちの問題として健康の問題なり福祉の問題などを自分たちで悩んで考えて、実践して行って、初めてその地域の問題になる。

我々が外人部隊みたいな格好で上からバツと入り込んで、ときどき七夕様みたいに入り込んで、ときどきかき回すということではなくて、その地域の問題はそこに住んでいる皆さんの問題だということに。そのときにもう一つ思ったのが住民の参加ということだったんです。それは若月先生がすでに地元で実践されてきたことに立ち返ったところがあるのですが、そういうふうにごぐるごとく回ってきたものですから、初めて八千穂村の衛生指導員の存在を

考えたときに胸に落ちたんです。

つまり住民参加の一つの有効な手段として、住民のなかのリーダーづくりということがあ
るだろう。そういう意味では若月先生がモデル的につくられた衛生指導員だって、リーダー
づくりを通しての住民参加の一形態だったと思うんです。

私自身は健康管理の仕事をはじめたときに、住民参加というのを教えてもらってはいたの
ですが、言葉としては分かってはよく理解できていなかったんです。だから酒を飲んだときに
松島先生や若月先生に私には分かりませんと喰いついたことがあるんです。住民参加ってど
ういう意味ですかって何回も喰いついたことがありました。今になってみれば、結局それは
自分の経験不足と言うか、考え方不足だったのですが、ああそうだったんだとセミナーの活
動を始めて思うようになりました。その当時は住民参加とはいったい何なのかが分からなく
て、とてもイライラした時期もありました。

大本 若月先生は住民参加ではなくて住民主体だということを中心に書いていらっしゃる
ますね。参加という、そんな甘いものではない。住民が主体になる。それに支援していくん
だということをはる書いておられます。

2. 地域保健セミナー（現・保健福祉大学）を発案する

飯嶋 そうですね。「農民とともに」というスローガンも、最初は「農民のために」だった
らしいのです。確か、僕が病院に入った頃はどこかに「農民のために」と書いてありました。
何かの会で若月先生から、昔はそうだったけれど、今は「農民とともに」なんだよと聞か
されたことがあります。そういう意味では確かに変化している、実践の哲学ですからいろいろ
やる中で変わってきているし、私自身もこういった経験のなかで勉強することができました。
若月先生は八千穂村でこういうことをされた、だったら佐久地域というレベルで考えてみた
いという発想のなかから、地域保健セミナーが始まったんです。

大本 保健福祉大学ですね。

飯嶋 今は保健福祉大学ですね。私はそのセミナーのもともとの担当の一人だったんです。

大本 名称が変わるんですね。

飯嶋 ええ。10年たったところで変わるんです。私に関わったのはセミナーのほうで約10
年間です。その発想の原点は、ヘルスクリーニングで、回り道をして組織づくりをやるな
かで、担当者連絡会から住民のリーダーづくりに思い至った頃なんです。八千穂村での衛生
指導員さんのお付き合いも並行してやっていたんですが、佐久地域でやっぱり始めよう
ということになったのです。忙しくて大変だったけれども、この頃が一番楽しかったです。

大本 相手が人間づくりでしたら手応えがありますね。

飯嶋 高見沢佳秀さんなどと本当に仲良くなれて今でも仲がいいんです。知り合ったのは

その頃です。酔っぱらった勢いで生意気なことを言ったんだろうと思いますけれど、あんまりかっこいいこと言ってないですよ。(笑)

3. 衛生指導員の役割

大本 衛生指導員というのは使い走りではないんだ。もっと主体的なことをやるんだと言われたということですが、具体的にはどういう内容のことですか。

飯嶋 いや、それらしいことはお酒を飲んで言っていたのでしょけれど、そんなかっこいいことは言っていない。私も新米でしたが、あの頃、高見沢さんは衛生指導員の成り立てでした。そういうとき佐久病院のクリスマス会というのがありました。地域の皆さんを招いての忘年会ですね。衛生指導員は必ず全員招待するので成り立ての高見沢さんも来て、あまりよく知り合っていないかと思いますが、2次会、3次会と飲み歩く中でだんだんお互いに興奮してきたんでしょうか。あの頃、高見沢さんの頭のなかは、とにかく健康検診の受診率を上げようというのがあったと思うんです。

大本 衛生指導員として受診率を上げることが役割だと。

飯嶋 はい。そういうふうにおっしゃっていたと思うんです。だから健診の会場にむりやり連れて行くみたいなのところもあったかもしれません。八千穂村の健診の受診率が落ちているなかで、それは一つの効果があったかもしれませんが、それは一時的なもので、普通ですとむりやり連れて来られた人は次の年はおそらく来ませんよ。それで衛生指導員の役割に健診の受診率を上げるということもあるけれども、村民の皆さんが自分から健診を受けようということになっていく、そう仕向けるところに役割があるのではないかというようなことを言ったと思うんです。

大本 動機付け。

飯嶋 もっと普通の言葉で言ったと思うんですけれど。要は役割のようなことです。

大本 高見沢さんが衛生指導員の時代に八千穂村が衛生指導員を廃止するとうい話があってそれでどうするかということで3年か4年相当混乱した状況もありましたね。

飯嶋 ええ、そうです。ずっと後のことですがそれからもう10年以上はたっています。たまたま村の担当者の方針でもって衛生指導員をなくすということが出てきた。

大本 それからというもの、また衛生指導員の活動がいろいろと活発に始まるんですね。

飯嶋 演劇活動を中心にしてその前からやっていました。ただ、それが一つのきっかけになって、衛生指導員のまとまりがよくなったのは確かです。

大本 使い走りではないんだ。住民のニーズを汲み上げて、それを医療機関などにつなげていくというもっと主体的な役割があるのではないかといっても、なかなか難しいですね。

飯嶋 そうです。そこらへんは永遠の課題かもしれません。何が役割か、そのときどきで

変わるかもしれませんし。

大本 逆に、住民は一人ひとりでは、いきなり病院あるいは自治体行政にストレートに意見を言えない人もいるわけですね。だけど沸々と住民の中で起こっているニーズを病院あるいは自治体行政といった実施機関に反映させていかなければ不満がたまりますね。だからその間に立って、ニーズを汲み上げて、それを当局に提起していく。両者をつなぐ役割というのは、今でもあると思いますが、多くの自治体では両者を媒介していく機能というのは、なかなかないですね。だけど八千穂村では健康について高見沢さんなどの衛生指導員さんは、そういうことを自覚してやるんだとおっしゃっています。

それは大事な役割だと思います。その人たちがいなければ見落とすということもある。

飯嶋 おっしゃりたいことは分かります。住民の声といっても、そんなに急に出てきませんもの。これが住民の声だってなかなか言えないですよ。

大本 いろんなアンケート調査をやるいろいろな数値が出てきますが、果たしてそれが本当の住民の声といえるのか。行政のアンケート調査といっても質問はかなり漠としています。それで実際に行政ができるのかなという感じもしないでもない。むしろきめの細かな心情を汲み上げていって、それを伝えていくほうが分かりやすく伝わるのではないかと感じますが。

飯嶋 具体的な事例があればいいのですが、ちょっといま思い付かないものですから。

大本 衛生指導員の機能として、当時は時代の課題のようなものがいろいろあったと思いますが、現在、その役割をどのように評価されますか。他方で、女性の保健指導員というのもありますね。

飯嶋 保健指導員も長野県から生まれているようです。長野県の北のほうにある須坂市が発祥の地だと言われていますが、出てきたのは衛生指導員の後だそうです。

これは普通の住民の主婦の皆さんが中心で、2年任期が多いです。ほとんど隣組の次から次と持ち回りで、交代していきます。衛生指導員は働き盛りの男性になっていただくのですが、任期は確か最初はまったくなくて、なったらいつ終わるか分からない。それではあんまりだということで、4年に途中からなったそうです。4年といっても再任は妨げないという規定だから、西垣先生（前健康管理部長）調査では、平均10何年、20年以上やった人がいるとありましたね。

大本 そう、10年、20年とやっぴらっしゃる方がおられますね。

飯嶋 長くやっていただくのは教育の問題があるからです。リーダーになるためにいろいろな学習をして知識や技術やものの考え方を身に付けた人になっていく。いわば住民の中の核になっていただきたいという。そういう意味では保健指導員とはちょっと違うんです。保健指導員さんは2年でどんどん替わって行って、たくさんの方に経験をしに来ていただく。これも発想としては、それはそれでいいところですね。

大本 十分ではないけれども一応の知識は得る。

飯嶋 ただ決定的に違うところがあります。そういう皆さんがしょっちゅう、専門家と言われる医者とか医療機関の職員や、それから行政の担当者、プロと日常のお付き合いしていく。しょっちゅう会議をやったり、何かの仕事を一緒にやったり、地区の中のこういう方がいるということで一緒に訪問をしたりとかいうなかから、地域の中の問題点は伝わってくることが多いです。

そういう意味で住民の中の問題点が医療機関や行政に伝わってくる。住民主体というところまで行くか分からないですけど、住民参加の一つの形態ができてくると思うんです。現実にもそういうことはいくつもあったんです。そういえば具体例のひとつですがいま福祉の分野で訪問看護ステーションをたくさんつくっていますけれど、それも衛生指導員の人がそういうのをつくって欲しいというニーズがあるんだよとやってきたからです。病院に来る患者さんを見ていただけでは気付かないのを、いちはやく気付くことができたのは、やはりそういう方とつながっていたからだと思うんです。それが効果のひとつです。

大本 衛生指導員のアンテナが大事であり必要だという具体例ですね。

飯嶋 それにはお互いの感度が必要だと思うんです。衛生指導員の方が言うから 100%正しいとは限りませんし、接する側もそのところの感度が必要だし、衛生指導員さんも質の問題を問われると思うんです。そういう感度を磨いていただくために普段一緒に学習したりするわけです。ただ悲惨だよ、大変だよということを伝えていただくことも大事かもしれませんが、そこからもう一步踏み込んだ社会的な視野も求められている。それはお互いの感度の問題ですが、そのことは佐久病院としても今でも大きな課題ではないですか。

4. 地域保健セミナーづくり

大本 八千穂村については、やってみないと分からないという意味でいえば佐久の一つの先進的に試みの場と言うか、実験の場と言えます。八千穂村も積極的に住民の健康のために協力的にやりましたが、ほかの地域でなかなか衛生指導員という仕組みができないのはなぜなのでしょう。

飯嶋 おそらく佐久病院側の視点で言えば、遠いところの地域の問題については成り代ってやるべき問題ではないということがあります。しかし八千穂村に関してはモデル的な事業として始めた。佐久病院のパワーは当時、それをやるのが限度というくらい力だったと思うんです。でももう少し病院も大きくなってきて、数百人程度の職員から 1000 人以上にもなって、佐久地域は自分たちの生活圏、医療圏の範囲だという意味で責任をもって活動する場じゃないかと展開していったのが佐久地域保健セミナーだったんです。

大本 活動の場が広がっていったことの帰結なのですね。

飯嶋 ええ。だから市町村単位に支部をつくって、そこで衛生指導員のようないわば活動家になっていただきたいとお願いしたかったのです。

大本 ですからセミナーで学習していただいて地域に入ってもらおう。

飯嶋 それを卒業したら、ボンとお互いに手放すのではなくて、それ以後も学習を続けながらコンタクトを取っていく。

大本 衛生指導員に代わるような形ですね。

飯嶋 自分たちが生活している佐久地域という範囲でやりたいというのが当時われわれの発想の原点にありました。ただ、最初、若月先生は私たちのことを信用してくれなかったんです。私たちのようないい加減な健診屋が何を考えたかと思ったんでしょうね。それでこういうことをやりたいんだと申し上げたんですが、最初は認めてもらえなかったんです。

大本 「うどん会」廃止で、おまえたちはやる気があるのかってすごく怒鳴ったというお話ですね。

飯嶋 はい。うどん事件もありましたし、現実の問題としてもいろんなことがありましたから。信用していただけなかったんだと思います。よし、やろうと先生がおっしゃるまで1年ぐらいかかったですかね。でも最初から松島先生には理解していただいて、一緒に考えていただきました。

大本 保健福祉セミナーというのは飯嶋さんたち、要するにスタッフのところから発案したのですか。

飯嶋 そうです。

飯嶋 若造たちが考えるわけがないと思ったのかも知れませんが、この件に関しては当時、長野県の中で健診をめぐる泡を吹き飛ばして議論をやった仲間から始まったんです。

そのためにはこういうことをやろうということで、だんだん発想が固まってきました。健康管理センターでも部長、課長がいて、その下に主任が10人ぐらいいて、主任会議みたいなのがありました。

大本 飯嶋さんは主任でいらしたんですか。課長さんでいらしたんですか。

飯嶋 当時は主任だったですね。泊まりがけで主任会議をやって議論したこともありました。

大本 そういう発想があって具体的に考えていかれたわけですね。

飯嶋 そうです。もちろん最初からアイデアとして今の形が出てきたわけではなくて、もっと素朴なものだったと思いますが、議論するうちに保健師とかそういう専門家たちが、じゃあこういうカリキュラムにしたらとかいってくれてだんだん練られていったんです。それでも結局1年ぐらいつかつた。最初の発想を若月先生にダーンとはねられたときには、高見沢さんの力なんかも大いに借りたんです。“高見沢さん、こういうことをやりただけで、住民の立場でもって言うてくれない”とか、裏で手を回したのですが、若月先生はそれを見抜

いていたと思うんです。高見沢さんは言ったんだけど、その時の先生の目が怖かったって言っていました。

大本 高見沢さんも先生に何かおっしゃられたのですね。

飯嶋 住民の要望があるからやらして欲しいと言ったら見抜かれたらしいと。

大本 『衛生指導員ものがたり』(38号)に出てきますね。

飯嶋 本当にその事実はあったんですよ。

大本 すぐはオッケーは出なかった。

飯嶋 若月先生のところへ何回も行ったり来たりして、松島先生はいつも応援してくれて。あまりしつこかったんでしょう。どういうことかよく分かりませんが、1年ぐらいたって、この若造たちは少し信用してもいいかなと。我々自身が先生から少し信用を得たということかもしれません。それは我々の八千穂村の活動を、衛生指導員とのお付き合いの仕方を見ていたからだと思うんです。こいつらある意味、本当に生活をなげうってまで一緒にやっているというところを見ておられたと思うんです。

一回、八千穂村の活動の地番沈下があったときがありましてね。活動自体が低迷した時期があって、その頃「うどん事件」が持ち上がっているんです。それで若月先生は健康管理部はなっていないと爆発したのですが、私たちはちょうどその頃、いろいろ少し目覚めてきた頃で、“なにくそ”と思って、それだったら衛生指導員と徹底的に付き合ってやるという意地もあったんです。だから何かというとしょっちゅう八千穂村に行っていましたし、特に衛生指導員とはプライベート的などころまで踏み込んで、徹底的に付き合ってやろうと思ったんです。

大本 それは住民の代表という意味での衛生指導員の位置付けですね。

飯嶋 そうです。若月先生は衛生指導員をかなり評価していて、その時、今の佐久病院のスタッフはほとんど付き合っていないじゃないかというようなことを言われたと思うんです。だったら、評価はよく分からないけれど徹底的に付き合ってやろうじゃないか。それを若月先生に見せてやろうというものもあったのですね。だもんでクリスマス会の後の2次会、3次会、4次会まで付き合って、午前様まで一緒に飲んだりしました。

大本 飯嶋さんご自身も変わっていかれるわけですね。

飯嶋 そういう中である意味、実践哲学みたいなものを勉強させてもらった。

大本 飯嶋さんが書かれた「住民の保健・福祉リーダーづくり」はすごくよく分かります。

飯嶋 いやいやお恥ずかしい。

大本 要するに健康管理部の下から発想して行って、地域保健セミナー（現、保健福祉大学）をつくられたということですからけれども、今年で20周年。

飯嶋 そのようですね。

大本 その20年の経過の中で、地域への活動というのはどのようにやられているのですか。

いろいろ班がありますが、地区の人たちが出てきてセミナーで学ばれるわけですね。

飯嶋 ちょうど10周年が終わる頃、別な職場に移り組織としてのお付き合いは離れたものだから、最近の10年間はよく知りません。

大本 10年の間にご自分たちがつくってやってこられた活動の効果というのはどうみておられますか。

飯嶋 おそらく組織というのは、どこでもそうかもしれないですけど、できて上り調子のときはかなり活性的ですし、いろんなことがうまくいくし、新しいことをどんどん切り拓いていく。だからある程度できてからどうやって維持して次の段階に上れるかどうかというのが組織の次の課題だと思うんです。おそらくその課題に直面しているのではないのでしょうか。

大本 今はともかくとして当時、地域のなかでリーダーにどういう活動をやってもらうことを期待されていたのですか。

飯嶋 われわれの発想の基にあったのは、市町村単位で支部をつくっていただいて、その支部活動を活発にやってもらうということです。支部活動の中身というのは、「住民の保健・福祉リーダーづくり」にもちょっと、どういうことをやっているか芽生えみたいなのが書いてあります。

大本 佐久市、臼田町、小海町、佐久町、八千穂村、北相木、南相木、南牧村、川上村。

飯嶋 こういう単位で支部をつくって、支部長を選んでもらって、その中でいわば衛生指導員のような格好になって活動していただくというものだったのです。それは今でも続いていると思うんです。

大本 この間、同窓会に出させて頂きました。同窓会には多くの支部がありました。

飯嶋 私らの発想のなかには最初、班という発想はなかったんです。班をつくるというのは、高見沢さんの発想です。

大本 地区の中からまた班をつくる。

飯嶋 そうではなくて、佐久地域全体として自分の興味の範囲といったもので結びつく。

大本 人形劇の班とか。

飯嶋 最初は高齢社会班と機関紙班、食と環境班、演劇班。この四つだけだったんです。とくに高見沢さんは八千穂村で演劇活動をやっていたから演劇班をつくりたいってのもあって一緒にやりましょうということになったのです。支部は支部でやりました。班は班活動として、それぞれ支部の範囲を越えて寄り集まっていた。こういう二本立てで始まったんです。班はいま増えて七つか八つでやっているらしいです。

大本 班というのは支部活動の活性剤みたいなものですか。

飯嶋 それはそれで全体を盛り上げていく意味で大いに役割はあったと思います。だから自分たちが住む村とか町とかいった単位で例えば行政の保健師なんかも一緒になって活動す

る。こういう住民の皆さんがいること自体、たぶん行政の保健師も助かっていると思うんです。うまく一緒にやっていけば強力な味方になりますから。現に私が知っている範囲でも、同窓会員を味方に付けている行政の保健師は何人もいますよ。ここの支部活動は保健師が主体になっていて、ある意味保健師さんにお任せしますよということだってありますが、それでいいと思うんです。

大本 地域の発展の問題だから。

飯嶋 ええ、同じわれわれのテリトリーなんですけれど、市町村には市町村単位の問題がありますから、佐久病院の職員には入り切れない。むしろその保健師なんかが中心になってやったほうがうまくいく。

大本 行政が出て行かなければいけないこともある。

飯嶋 ええ。対立関係ではなくてね。首長はもしかしたらなかなか理解してくれない人がいるかもしれません。でも市町村単位の担当者というのは保健師をはじめ本当に住民の健康や福祉の幸せを考えています。そういう意味では住民の代表と一緒にいる可能性は大いにあるし、現になっています。

大本 この場合は任期がないわけですか。

飯嶋 ないですね。

大本 セミナーへの参加者はどうやって地域から選ぶわけですか。

飯嶋 地域保健セミナーを募集するときに、“同窓会活動をやっていただきます”というのを条件にしています。だから死ぬまで同窓会員です。ただ、その後10年たって、“それではあんまりだ”ということで変わったらしいです。脱退自由になっていました、卒業生が600人だか700人位いるうち、同窓生は450人と書いてあります。

大本 400何人という人たちでも、人材としてはすごいですね。その人たちが各地域に帰って、活躍をする。

飯嶋 それだけに、問題点も芽生えていると思います。今度はどう活性化させていくかということもあるようです。会員がどんどん増えていますから、1期生と10期生とでは経験なども違うわけです。

大本 そのセミナーには何回参加してもいいわけですか。

飯嶋 半年間の通しで10回講座をやって、10回出席していただく。

大本 それを卒業して5年たってまた行くというのは。

飯嶋 それは自由です。あまりいらっしゃらないと思いますけれど。

大本 費用は無料なんですか。

飯嶋 半年間で6000円ですかね。

大本 お安いですね。

飯嶋 ほとんどただみたいなもんですね。

戦後日本における予防・健康運動の生成・発展・現段階（上）

大本 持ち出しですか。

飯嶋 完全に持ち出しです。だって40人集まって6000円、24万円でしょう。24万円できるわけがないですから。会場から人件費までほとんど佐久病院の持ち出しですから。

大本 事務所は中に置くということで、会場設定とかいろいろ事務的なことを佐久病院で今もやっておられるわけですか。

飯嶋 そうです。だから人によっては、佐久病院が病院の配下に置いているという見方をする方もいないではなかったんです。

大本 あり得ると思います。

飯嶋 今でも病院が関わっていますが、残念ながら病院の事務局的機能がなければまだこれはひとり立ちできない。しかし若月先生がおっしゃたように、各地域でもっともっとよい医療を自由に受けられる、もっと住みよい福祉の向上した地域にしていきたいということなのであって、そんな配下に置くといったものではないですよ。

大本 言い出しっぺと言いますか、先鞭を付けたのは佐久病院だけれど、場合によっては、そういう病院がなかったところでは、健康意識のある自治体の首長がおられるなら、連合することも可能なわけですね。たまたまこの地区は佐久病院が手を付けてやったのですが、長野県では自治体の連合をたくさんつくっておられる。

飯嶋 いま長野県の厚生連はそういう活動を始めています。

5. 地域保健セミナーのモデル

大本 地域保健セミナーをつくるに当たり何かモデルがありましたか。

飯嶋 われわれにもモデルは実はあったんです。

大本 どこですか。

飯嶋 二つあったんです。利根の保健医療生協というのがありましてね。民医連だと思えますが生協病院です。最初は実際に行って見たわけではなくてももの本で読んだんです。

大本 その生協がこういう地域活動をやっておられたわけですか。

飯嶋 名前は忘れたのですが、何とかっていう講座をつくって、その卒業生を地域医療の手伝いをする。ここは保健補導員の発想のようです。われわれのセミナーの同窓会で一回視察に行きましたが、そのときに何千人かいると言っていました。それだけ大勢いてどうなんだろうって思って帰って来たんです。それは発想がたぶんわれわれと違うと思うんです。

もう一つは、非常に近いところですが、小諸厚生病院の実践保健大学です。依田発夫さんという方がやっておられました、その方をこの会の講師にも呼んだりしました。

大本 この方が実践保健大学の中心になってつくっておられたんですか。

飯嶋 はい。私個人としては依田発夫さんの影響のほうが大きかったです。

大本 小諸厚生病院というのは。

飯嶋 やはり厚生連です。昔は佐久病院の小諸分院と呼んでいた時期があったのです。

大本 志のある自治体ではこういうことをやっているところは、けっこう出てきていますね。中山間地域のなか講座を1クールやって、そして地域に出てもらって活動するという形ですね。

飯嶋 いいことじゃないでしょうか。

大本 こういう人たちがいなければ行政官だけがやることになるわけでしょう。手が回らないですね。回らなければ手薄になってやらないことにつながる。そういう点でも保健師さんの活動を支援していくことになるわけですね。

飯嶋 大事なところはそこらへんで、行政の使い走りではないし、医療機関の使い走りでもないんです。

大本 そこのところの自立的な、独自のポジションの確立。

飯嶋 そこをどうやって持って行くか、今でも課題だと思います。

大本 そういう点では今はやりのNPOと言うか、NGOと言うかは別として、これは住民のボランティアな、住民の自発的、任意な活動なのですね。

飯嶋 それが原点にないと、どこかの出先機関の使い走りだといわれてしまう。

6. 地域保健セミナーの同窓会づくり

大本 いま日本のNPOと言ったらほとんど行政の下請け的な機能になってしまっていること自体が問題なわけで、本来独立した組織で、むしろ行政を監視したり、あるいは行政を支援したりといった機能を果たさなければならないんですけど、日本では非常にそれが弱い状況にあることは確かです。

「健康な地域づくりの画期的存在となって住民の声のまとめ役の活動をできる保健と福祉のリーダーを育成する。2番目が、毎年の卒業生は市町村単位などで同窓会をつくり、自分たちの住む町や村の保健、福祉、医療、環境をよりよくする活動に関わる。住民にとって本当により健康な地域づくりにつながるようにする」と飯嶋さんは述べておられます。

飯嶋 かっこいい言葉ですけどね。

大本 言えばそういうことですね。自分の健康は自分で守るという意識を住民一人ひとりが持ち、さらに高齢者福祉の活動に助け合いの精神で地域ぐるみで取り組む。そのための具体的な活動を住民みんなで考え自立する。

飯嶋 かっこよく言っていますね。(笑)

大本 いやいや、目標としてはそういうことでしょう。そういう点では近年だんだんに広がってきて、やらざるを得なくなっている。なぜなら医療にしても福祉にしてもかなり

切り下げがすごいですから、お金のない人は死ぬしかないわけ。その中でどうするかということが問われているので、結局、住民一人ひとりが自覚的にとはいっても一人ひとりがバラバラで活動しても何かを変えることは非常に難しいので、組織としてやっていかないと生きられないんです。

飯嶋 ほんとですね。

大本 今は、以前よりももっと必要性があるという感じがします。そういう点で、かつてこういうことがやられているということは、一つの先進的なモデルになると思います。自分たちがやっていくときの手がかりになる。

飯嶋 20年前に考えたことは間違っていないです。

大本 20年前って高度成長で蓄積した富もまだあったわけですけど、今はそうではない。

飯嶋 20年前にどうやってそれができたかと言うと、やはり佐久病院という歴史がさせた。特に若月先生です。

7. 若月先生の職員教育

大本 若月先生の情熱はすごいですね。

飯嶋 20年以上前からそれに感化された職員が何人もいた。今さらながら感心しちゃいますね。

大本 飯嶋さんもそれでずっと変わっていかれるわけですね。

飯嶋 私自身も変わりました。

大本 この地域のリーダーの方たちにいろいろヒアリングして感じることは若月先生と同じことを言われるのです。これはすごいと思う。

飯嶋 若月先生は晩年におっしゃったんです。本当にできたのは2割か3割だと。

大本 100%できるなら歴史は要らない。

飯嶋 そういうことからすれば2割、3割できたのだからすごいことかもしれません。

大本 新しい地平を切り拓いたと思いますよ。

飯嶋 そこらへんの評価はわれわれは分からないですけど、そういうふうにおっしゃっていただくと、若干の効果はあったかなと勇気づけられます。

大本 『農村医療の原点』という、シリーズものを出しておられますね。そこには知名度の高い方も書いておられますけれども、一番おもしろく読めるところは、偉い人が書いているところではなく、佐久病院に各セクションのスタッフの方々が書いているところです。思い出とか、こうだったという秘話がすごくおもしろい。偉い先生は抽象的にいろんなことを書いていて、まあ分かりますが。具体的にセクションでどうやったのかということがすごくよく分かります。

次におもしろいと思うところは、この佐久病院の職員の方々はすごい能力を持っておられるという感じがします。それに文章がうまい。

飯嶋 そうでしょうか。

大本 私、佐久病院の長純一先生に、このシリーズは松島先生が編集されていますが、松島先生の手がたくさん入っているのではないですかと申し上げたら、いやほとんど入ってないですといわれました。各課の職員が書かれている文章が上手です。読んで、なるほどと納得できる文章が書かれています。それだけすごくレベルが高いのです。

飯嶋 そうなんでしょうかね。分かりません。

大本 そうしたら長先生が、病院祭のとき、今はワープロで書いたものですが、当時は紙に自分のセクションの取り組みをいろいろ書いた。そうしたら若月先生が来て、“なんだこんな分からんじゃないか”と言っただけで直されたと言われました。

飯嶋 私もそういう場面にあっています。先生が墨汁と筆を持って、直しを入れちゃうんです。

大本 ショックですよ。

飯嶋 それも前の晩の夜中ですよ。

大本 全部点検されるわけですか。

飯嶋 そう。だいたい院長の回診みたいなのが始まるのが 11 時とかですからね。

大本 夜中の 11 時ですか。

飯嶋 うん。だいたいもう飾り付けを終わっている頃。

大本 病院祭の前の晩に院長さんがずっと見る。

飯嶋 始まるのがだいたい夜 10 時過ぎです。スツとは見て歩かない。ゆっくり見て歩くんです。このパネルの高さが高過ぎる。農村のおじいちゃん、おばあちゃんが来ても、腰が曲がっている人たちだったらこんなに見上げられるか、この高さじゃなきゃダメだとか、ここは絶対間違っているとかなって、何人が付いて歩くなか、墨を入れられちゃう。これは大変ですよ。

大本 徹底していますね。

飯嶋 今にして思えばすごい教育者だったんだなと感心します。

大本 それはすごく有り難いことと思います。病院祭のときの壁紙を全部直していくって、そのときはすごくプライドがつぶされたと思うでしょう。この年になってなんでこんなに直されたってカチンとくるときもあると思います。でもそうやってしか人は成長しないんじゃないかな。

飯嶋 私もエピソードを一つ『農村医療の原点』Ⅳ集（「健診屋になりさがったか」190 頁）に若月先生の思い出を書いたんです。叱られた思い出です。あとあとますます強烈に印象に残っています。満座の中で叱られてそのときは嫌だったですけど。

大本 大恥かかされても内部に収める。

飯嶋 それというのは若月先生の場合、そのあと必ずフォローがあるんです。

大本 どういうふうなフォローですか。

飯嶋 人によって違ったらしいんですけど、この間は悪かったねとか謝りに来たりとか。でも僕の場合は、八千穂の衛生指導員に関わっていたものですから、衛生指導員たちとけっこう自腹を切って飲んでいたんですよ。君、あちこちで飲んでいるらしいけれどお金は病院から出すからというような意味合いのことをわざわざ言いに来たんです。どこかから聞いてきたんでしょね。必要なものは経費で出すから松島先生と相談したまえみたいなことを言ってきたりしているんです。

大本 人に怒っているのではないのですね。

飯嶋 だから若月先生に認められているからお前は怒られるんだよとなぐさめられたりもしました。そのときはそんなふうには思えなくて、廊下で見たら逃げるようなときもありましたね。顔を合わせると必ず目を止めて怒るんです。君、ちょっと来いって。なんでこんなに叱られるのかなってという時期がありました。「うどん事件」の頃もそうでしたね。うどん事件は私が起こしたわけではないんですけど、それを種に、君たちは何だっていうわけです。

大本 言われるうちが花で、長い人生のなかではすごく得している。

飯嶋 そういうふうにはすこくなぐさめられたこもありました。

大本 そんなに世の中、言ってくれる人はいないです。大体は黙って無視ですよ。だけどそういう試練がなければ長い人生の中で必ずつまずく。若いときはなかなか気がつかないけど、有り難く受け止めて成長の糧にしたいものですね。

飯嶋 それにしても月並みな怒り方じゃなくて本気で怒るんです。だから若月先生に怒られると強烈に印象に残るわけですよ。

大本 すごい情熱家なのですね。

飯嶋 並みの怒り方じゃないですもん。もう震え上がっちゃう。怒るときは貴様っちゅうようなもんで、やくざみたいです。信じられないでしょうけどね。目を見れば分かりますね。

大本 あの目ね。私は一度お会してご馳走になりました。すごくやさしい扱いをしてくださいったのですが、“あの目は何だろう”という思いがありました。外に出たらいつもにこにこしていらっしゃるけれど、あの目は、内面ではいつもすごく緊張していらっしゃったのではないのでしょうか。やはり病院内をまとめて高めていくには時には鬼のようにならないとできないのではないのでしょうか。

飯嶋 先生は職員にとっては一面本当に怖い存在でした。

大本 若月先生に対して一つだけ不思議に思っていたことがあります。あれだけお酒を飲まれ、並はずれた活躍をされて、ストレスもかなりおありだったと思いますが、98歳まで生

きられた。医者の方の早死にあって、結構、早く亡くられる方が多いですね。それにも関わらずあれだけ長く生きられたというのは、よほど上手に健康管理をされていたのか、またストレスを発散するのがお上手だったのか、多分、強い使命感をもった精神が、肉体を健康に引っ張っていったのでしょうか。

飯嶋 『原点』第Ⅳ集でちょっと書いてあるんですが、叱られた方はみんな共通して、若月先生にこんなに叱られたってうれしそうに話します。不思議です。ここに秘密があるように気がする。

大本 何でしょうか。やはり若月先生の思いが伝わっていたのでしょうか。

飯嶋 職員もみんな分っていたんです。

大本 一刻者だと言うことが判っていたのでしょうか。

飯嶋 第一、職員に接するにしても住民に接するにしても、このときは適当に流そうというのを見たことないんです。

大本 手抜きしない。そのときそのとき一生懸命。

飯嶋 何十年見ている手抜きしている先生を見たことがないです。そういう意味では、自分に対するエネルギーだけでもすごいです。自分を考えたら抜くときありますもん、会議でも何でも。先生は、会議のときに居眠りすることはけっこうありましたけれど。でも居眠りしていても不思議とちゃんと分っているんです。必ず的確なことを言うし、おっしゃることが手抜きではないのです。誰のときでも、大勢でも、少人数でも同じように情熱がこもっているんです。だから何のときでも一緒にいると引き込まれちゃう。

大本 内側から出てくる先生の思想の迫力というのでしょうか。

飯嶋 自分の生き方が本物なんだろうね。なかなか真似できない。

8. リーダーづくりは学習活動から

大本 地域住民自体が自分の健康に対して自覚的になる精神をつくっていくために、まず、リーダーをつくると言いますが、それを可能にするのは基本的には学習活動ではないでしょうか。それによって住民も育つし、リーダーも育つのではないかと。ただ学習と言っても時代が変わるから、時代の課題に応じた学習の方法をやっていかなければいけないわけですね。

飯嶋 衛生指導員さんなんか、基本は勉強会、要するに学習をやっても勉強会だけではなくて、実践を通じて学ぶことを若月先生はすごく大事にしていたから、そこらへんも手法として習ったところはありますね。

大本 保健福祉セミナーをつくる時ですか。

飯嶋 学んだものをどうやって普段の生活と結び付けるか。だからいつもカリキュラムのなかで提示したのは、ワークショップでした。20年前はまだめづらしかったんです。

大本 どこから学ばれたんですか。

飯嶋 当時の日本企業です。松島先生がなぜかトヨタの始めた品質管理の手法の一つだった、3D 運動というのを持ってきてやったことがあるんです。その後QC になっていきました。それを佐久病院の健康管理部の職場で一時 QC サークルをつくって何回かやったんです。そこらへんの手法をちょっと勉強したことがあったから、ワークショップをカリキュラムのなかに毎回入れようと考えて、カリキュラム自体を、できれば手で触れたり、五感で感じられるような学習方法を考えたんです。そういうふうにして本当に理解するということはどういうことなのかを議論したことがありました。本当に胸に落ちる、分かるということは頭の中で理解するだけではなくて、ああ分かったというのは感情を伴って理解することではないかと言った議論をしたのです。

大本 それは私がいつも学生に思うことなのです。学生は単位を取るためにまず試験を受けなくてはいけない、パスしなければいけないのですけれど、本当に分からないと身に付かないです。覚えたものは忘れるのです。

飯嶋 感情を伴って本当に身に染みて分かったよというものは、その人の身から離れないですよ。

大本 そこまでセミナーのプログラムをつくる時に考えられたわけですね。

飯嶋 ええ。じゃあワークショップからまず入れよう。できるだけ実物を目の前におくようにしようとかやったんですけどそんなにうまくはできていません。

大本 最初から100%ではなくてもまず試みる。

飯嶋 あの頃ワークショップなんて、こんな田舎で全然なかったですよ。それを松島先生がどこかから持って来たんです。もともと実践を通じて学ぶということは若月先生の手法でしたが、ワークショップ自体は松島先生から学びました。

大本 松島先生の手腕もなかなかですね。

飯嶋さんでなければお聞きできないことが知ることができました。長時間にわたり有り難うございました。

（インタビューは、2008年5月18日（日）午前9時30分～11時30分まで、臼田町にある清集館においておこなった。当日は、臼田町のお祭りであり、また前日から佐久病院の病院祭りが開催されており、道路はクルマの通過を禁止するくらい町中が賑やかであった）

注

- 1) 「医者や、保健師が、村の中に入って住民に衛生教育をするだけでなく、住民の側から選ばれた代表を教育し、これの自主活動として衛生教育を行わせる方法は、特に効果があると思われる。八千穂村では、これらの選ばれた者達を「衛生指導員」と名づけ、毎月一回子どもの病院に集めて、農村医学の初歩的な知識や技術を教えている。これを毎月くりかえしているうちに、素人の「衛生指導員」もそうしたような知識者になる。単に子どもが医者立場から農民を「上から」指導

するのではなく、村民自身が、自分たちの立場から健康を反省するという教育の形は、たいへん効果がある」。若月俊一「序——農村の健康管理」長野県厚生農業協同組合連合会・健康管理センター『集団健康スクリーニングのあゆみ』第 5 集，1984 年，12 頁。

- 2) 「住民が主体的に活躍することが、健康管理を推進していく大きな原動力になる。そういう意味で、自治体としての市町村の役割は大きいし、協同組合としての農協が健康管理に力を入れなければならない理由もそこにある。具体的にいうならば、各市町村あるいは農協単位で、地域の健康管理推進委員会ができて、ここが主体となって活動を進めていくことが望まし。もちろん、この中には、地元医師会代表・保健所地区担当者・市町村衛生担当者・農協生活指導員・農業改良普及員などが当然含まれるが、そのほかに住民代表がぜひ参加することが必要である。そして、この計画の中に住民の要望が充分生かされることが大切である」。松島松翠「第 8 章 集団健康スクリーニングの今後の課題」『集団健康スクリーニングのあゆみ』第 1 集，1976 年，128 頁による。
- 3) 飯嶋郁夫「住民の保健・福祉リーダーづくり」『農民とともに』No.47，1997.3.
- 4) 佐久総合病院『農民とともに』110 号，「衛生員物語 (25)」
- 5) 『集団健康スクリーニングのあゆみ』第 1 集，1976 年，20 頁。
- 6) 『集団健康スクリーニングのあゆみ』第 1 集，1976 年，49 頁。