

## 岩手県旧沢内村「生命行財政」の分析と評価

栗田 但馬\*

**要 旨** 本研究の目的は岩手県旧沢内村における「生命行財政」を主な対象にし、その歴史的な考察を通して過疎地域からみた公的医療の問題を明らかにし、その政策課題を提起することである。

①1980年代なかば以前の「生命行政」に対象を限定し、積極的な評価だけを与えてきた先行研究の不十分さをカバーした。②農村地域医療研究で不十分な自治体財政、公立病院経営の側面に焦点を当て、構造的な問題を明らかにした。③農村地域医療の理論構築および議論展開の出発点として公的医療・病院像、保健行財政などを問い直した。

公的医療の成果として住民参加・自治にもとづく「生命行政」およびその理念継承のモデル化があげられるのに対して、その問題は沢内方式の変質であり、国の（地方）行財政構造改革や医療制度改革などが主な契機になっている。その中長期的な課題として沢内方式の現代的な再構築があげられる。

**キーワード** 公立病院改革ガイドライン、生命行財政、沢内方式、沢内病院

### はじめに

日本の地域医療が健全でないことは明らかであるが、とくに過疎と呼ばれる地域における多くの不利な条件の下での医療供給（体制）の深刻な実情は、時期によって濃淡はあれ長期にわたる構造的な問題となっている。国の責任が憲法に基づき問われることは言うまでもないが、過疎地域では民間部門が脆弱であるために、公立医療機関（地方自治体）の役割が大きくならざるを得ない。これに対して、近年、国（中央政府）の基本的政策や法制度改正の位相は歴史的に最も「私（民間）」に軸足が置かれているという評価があるが、行財政・経営面から、公的医療の大規模な縮小を余儀なくされており、例えば、その背景の一つに総務省「公立病院改革ガイドライン」があげられる。

自治体立病院の経営悪化を背景に、2007年6月公布の「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」にもとづき、総務省は07年12月に地方自治体に「公立病院改革ガイドライン」を通知し、「公立病院改革プラン」の策定を迫った。それをみる

と、もはや「公立」としての経営の内容およびその根拠を問わない、その黒字化への病院間競争といった様相を呈し、黒字でなければ医療供給（体制）の縮小を半ば強制される性格が濃厚であり、過疎地域における公立病院は非常に厳しい局面に置かれている。こうした非常に限定的なアプローチは受け入れられるのか。

地域医療とは、ひとまず「地域住民が抱えるさまざまな健康上の不安や悩みをしっかりと受け止め、適切に対応するとともに、広く住民の生活にも心を配り、安心して暮らすことができるよう、見守り、支える医療活動」、「地域住民のための生活支援活動であり、地域医療の主人公は地域住民」であるとすれば<sup>1)</sup>、地域住民は少なくとも医療供給者と信頼関係を醸成しながら地域の医療を構築していくことになる。

地域医療の実情や問題は（大）都市と農村・過疎地域で大きく異なるし<sup>2)</sup>、それらを鮮明にするためには、公立・民間医療機関（医師や看護師等）の供給側と地域住民（患者）の需要側の視点だけ

\* 岩手県立大学総合政策学部 〒020-0193 岩手県滝沢村滝沢菓子 152-52

では不十分であり、媒体者（国、県、市町村）も加え、各々の関係が重視されなければならない。医療と保健、福祉との連携、さらにくらしやしごととの関わりも非常に重要になり、これを踏まえた地域のビジョンにまで目を向ける必要がある。

このように地域医療にアプローチし、過疎地域における医療とくにその供給問題を歴史的に明らかにしていく場合、積極的に摂取することができる事例の一つとして、岩手県旧沢内村（現西和賀町）の「生命尊重」の村づくりがあげられる。これは「人間の尊厳や健康（人間発達）さらにくらしを最優先する村づくり」を意味し、1950年代後半から実践され、多大な成果を収めている一方で、幾度か大きな「揺らぎ（危機）」に直面し、医療供給や病院経営で顕著にみられる。

本稿の目的は岩手県旧沢内村における「生命尊重」の村づくりの支柱である「生命尊重行政」を主な対象にし、その歴史的な考察を通して地域医療行財政の問題を明らかにし、その課題をいくつか提起することである<sup>3)</sup>。

本研究の意義は先行研究がほとんどカバーしていない「生命尊重行政」の1980年代後半以降の実態も多くの行財政資料や関係者への聞き取りなどを通して明らかにし、分析することによって、それを理念として掲げる重要性に加えて、地域医療に関する議論の出発点を再確認あるいは再認識することができる点にある。さらに過疎地域において集落の衰退や消滅が加速し、全国的に無縁死（無縁社会化）や高齢者虐待が増大するなかで、地域のくらしを支える行財政のあり方を導出することができる。

## Ⅰ. 深沢晟雄と生命尊重行政

本節では岩手県旧沢内村の「生命尊重」の村づくりおよび「生命尊重行政」（以下、「生命行政」と略す）について先行研究にしたがって1950・60年代を中心に整理しておく。

貧困、多病多死（自殺、中絶を含む）、豪雪の三重苦の軽減、克服に「生命尊重」を村是にして取り組み、とくに乳児死亡率ゼロの達成（1962

年1回目、2000年27回目、57年の出生1,000人に対する死亡数69.6）において大きな成果を収め、全国に名を轟かせたのが旧沢内村の教育長（54～56年）、助役（56～57年）を経て村長（57～65年）に就任した深沢晟雄（1905～65年）である。彼が主張する「生命行政」の土台は憲法に反する人間の格差を認めないことである。深沢を中心に「生命行政」を詳細に調査した及川和男の著書『村長ありき——沢内村深沢晟雄の生涯——』（84年）において彼が生命行政への思いを語っている一幕が紹介されている。

「人間の生命や健康は、人間の尊厳の根本であって、それに格差がつけられることは絶対に許されないことです。だからわたしは、国民の生命や健康に関することは、教育問題と合わせてすべて国家の責任で管理すべきだという考えです。今すぐそれが叶わないのであれば、せめてこの村だけは村の責任で村民の生命と健康を守りたい。村民が病気になるように、予防に重点を置いた保健活動を徹底していきたい。そうしてみんなが、安らかな自然死にたどりつけるようになれば、沢内村の貧困も解決できる…。ですから、保健活動が主体で、その中に病院経営があり、医師の任務があるということなんです。」<sup>4)</sup> (p.164)

深沢は村長就任後、村民のもとへ積極的に出向く、いわば「行脚」と「対話」を重視し、村職員も巻き込みながら「地域の民主化」を推進するなかで、婦人の可能性に着目し、婦人会の充実・強化をサポートしていく。婦人会の集会や老人クラブにまめに出席し、婦人や老人の声にも真摯に耳を傾けた。「深沢さんにとって何よりも重要なのは、部落公民館で頻りに開かれる対話集会でした。村の議会では耳にできないことが聞かれるからでした。そこに集まる人は一切肩書き抜きで、みんな一人の人間として参加するのです。」「生活は台所から守らなければならない、といった大事なことに気づくのです。」<sup>5)</sup>

深沢村長時代の保健行政の詳細は菊地武雄『自分たちで生命を守った村』（1968年）、畠山富而『野の花——岩手の母子保健に生きた人々——』（第

12章、82年)、太田祖電・増田進他『沢内村奮戦記』(83年)などに委ねるが、その最大の特徴は保健婦の量と質にあり、前者については人口5千人当たりの数が県内で最多(3~5人)で、後者は多様な訪問事業、指導・相談業務、各種検診の実施、調査研究など老若男女問わず、くらしの見直し(公衆衛生)に関して多岐に及んだ点にある<sup>6)</sup>。そして、医療と福祉、集落間のつなぎ役になっていたことも付言しておくべきであろう。

これに対して医療費負担の重みから患者が潜在化することを防止し、村立国保沢内病院とその医師・看護婦等を心身のセーフティネットにできる保健と医療の一体的システム(保健「主」・医療「従」)の柱として<sup>7)</sup>、(新)国民健康保険法施行後の1960年(昭和35年)から実施されたのが老人医療の窓口負担無料化、すなわち65歳以上の村民に対する国保10割給付であり、61年から60歳に引き下げられ、さらに給付対象に乳児も加えられた。これらの成果として、重症患者や乳児死亡の減少などがあげられるが、これ以上に村が明るく、嫁と姑の関係が良好になり<sup>8)</sup>、いわば家庭から村全体まで幅広く結果が出たのである。つまり、家庭という社会の基礎単位や村全体の秩序を築き、保つことになる。

深沢は他の自治体(首長)と同様に医師招聘に非常に苦勞し、ましてや保健と医療の一体システムの構築・強化に理解があることを条件にしていたので、なおさらであった。彼は派遣医師の人格・資質の点で岩手医科大学と縁切りを宣言し、母校である東北大学の医学部でその執念を燃やすことになる。そして、沢内医療を長期で支えることになる加藤邦夫(内科)を1960年に院長として迎える。さらに秋田県横手市の厚生連平鹿総合病院を親病院とし、あらゆる援助を得ること、岩手医大のうち唯一協力的であった小児科を研究指導機関とし、保健活動に対して助言指導してもらうことに成功したのである<sup>9)</sup>。

1962年作成の「沢内村地域包括医療実施計画」は目的「1幸福追求の原動力である健康を人生のあらゆる時点で理想的に養護する。2生存地域社

会環境(自然的環境・社会的環境)の健全性の開発向上を期する。」、目標「1すこやかに生まれる(健全な赤ちゃんを生ま育てる)、2すこやかに育つ(心身ともに強靱で聡明な人づくり)、3すこやかに老いる(健康体老人づくり・不老長寿・生存限界年齢・自然死への接近)」とし、そして「誰でも(どんな貧乏人でも)いつでも(24時間365日生涯にわたって)学術の進歩に即応する最新・最高の包括医療サービスと、文化的な健康生活の保障を享受することが必要である。」とし、村(自治体)の生命尊重にもとづく行政責任が明確にされる。

こうした地域包括医療、すなわち保健・医療(病院)を中心とし、かつそれらが福祉を含むような「沢内方式」をスムーズに進めるために、1963年に、「村立病院」、国保を扱う「保険課」(健康管理事業も部分的に担う)、「福祉課」を組織再編して厚生部を創設した。その部長を沢内病院長とし、そのもとに両課に加えて、医療の中心である病院、健康促進と予防を担当する「健康管理課」(副院長が課長を兼務で、保健婦等を課員とし、病院の一室に設置された)を設置し、従来の縦割りではなく、保健・医療・福祉の総合化を図る横割りとした。

「沢内方式」の実践・充実に関しては<sup>10)</sup>、1963年(昭和38年)に副院長として東北大学医学部出身の増田進(外科)が招聘され<sup>11)</sup>、65年に地域栄養士(専任)が配置され、血圧センター(36年)、血液管理センター(39年)、母子健康センター(40年)が設置され、63年に全村民の健康管理台帳が整備され、そして沢内病院から遠距離の部落、川舟に診療所(37年)、貝沢、若畑、長瀬野にそれぞれ出張診療所(41年)が建設され、機動力を強化するために救急患者輸送車(33年)、雪上車(39年)、マイクロバス(41年)が整備され、67年に患者無料送迎バスが運行開始された<sup>12)</sup>。

地域包括医療の実践さらに「生命尊重」の村づくりにとって、豪雪の軽減、克服はブルドーザーの購入および除雪による冬期交通の確保であったのに対して、貧困のそれは経済面を中心に多面的

な意味を持っており、内発的な産業振興や農業基盤整備、居住改善や教育充実などがあげられる。これに関わる社会教育（教育委員会との連携）は保健、医療、福祉の基盤として最も重視された視点の一つであり、それによる三貧追放、つまり体・心・経済の貧乏の克服は最優先課題になっていた。婦人会、青年会、若妻会などのサポートに重点が置かれ、これらが健康教育の中心的役割を担い、相互の協力、連携により部落単位で推進システムを構築し、各家庭に浸透するように工夫、努力したのである。

何よりも保健行政を最優先した深沢村政であったが、次の久保村長（前職村議会議長）の時に、NHKが1967年3月4日の放送における「ある人生」というプログラムで、「健保村長記－晟雄につづけ「日本一」を引き継いだ村長－一沢内村・久保氏の苦悩」と題して、「偉大なる生命行政も、限られた村の財政の中で、それを行なうことは当然の結果として村の行政の中にいろいろなひずみをつくる。それは深沢氏他界の後急速にやってきた。日本一の保健行政を維持しようとすれば、他の仕事はストップし、他の行政に力を入れようとすれば保健行政の後退を余儀なくされる。」と問題提起している<sup>13)</sup>。

久保村長は老人医療費の一部有料化を表明したことがあったが、村民の署名運動が展開され、最終的に公約として「いかなることがあっても、生命行政は一步も後退させない」ということになった。村財政との関わりは国保事業（特別会計）や病院事業（企業会計）も含めて保健行政とは切り離せない論点であり、後に何度かターニングポイントをもたらすことになる。『自分たちで生命を守った村』においていくらか言及されているのでその特徴を整理しておく。なお、当時の保健活動に関するコストの大半は衛生費（一般会計）ではなく、国保会計に含まれていることに注意を要する。

①国保支出総額（例えば1965年度約4千万円）に占める保健活動費（国保分）の比重は61～65年度の順で8.5%、11.0%、12.8%、12.2%、13.7%で増大し、その金額も1,361千円から5,498

千円まで上昇し、また一般会計総額（65年度約1.5億円）に占める国保会計への繰出金の比重は2.6%、4.6%、6.5%、6.1%、4.0%で、その金額は64年度の6,937千円（61年度1,500千円）まで増大し、65年度6,026千円に減少している。

②国保会計（1964年度）では県内のいくつかの町村に比して、国保加入者1人当たりで保健活動費（2,266円）は突出して高く<sup>14)</sup>、保険料（1,318円、県平均1,201円）、繰入額（1,324円）も最高であるのに対して、年間受診率や外来診療費（3,808円、同2,683円）は隣接の湯田町（現西和賀町）に次いで2番目で、入院費（1,651円、同1,943円）は中位であった。この時期の最大の特徴として保健活動費の高い比重があげられる。

沢内村は医療費（国保）10割給付の対象を表1のとおり、1973年に母子家庭、重度心身障害者などにまで広げ、同年に5度目の乳児死亡率ゼロを達成した。また、この頃までに保健文化賞（第一生命主催、厚生省他後援）をはじめ数々の賞を獲得している。さらに、70年代以降、地域医療に携わった者のうち増田院長や保健師など個人ベースでも多くが様々な形で表彰されるまでに至る。そして、いずれも口を揃えて、チームワークが支えになったことに言及し、医師は地域（社会・経済）に溶け込む努力をし、ワンマンチームではなく、チームの一員に徹した点に大きな特徴がある。

こうした主として行政内部のことに対して、及川和男は著書『村長ありき』で以下のように、それでは十分に説明できない「生命行政」の本質に言及しており、特筆に値する。すなわち、「村長が引率するという形では、それがどんなに正しいものであっても、真の住民の運動にはならない。たとえ時間がかかっても組織的に討議して、各組織をとおして全村民のものにしていくことが重要であり、そうしなければ、人間の尊厳を尊重する保健行政は成立しない。」(p.130) 実際、次のとおり、地域の保健活動が医療・病院をいわば「おらがもの」にし、さらにくらしやしごととも変革（改良）するまでに至ったのである。

保健行政の民主化と一元化によって、村ぐるみ

表1 沢内村における保健・医療関係のおもな給付状況

特殊施策項目	事業開始年月日 昭和
1. 老人に対する医療費給付 65歳以上～自己負担の給付	35 (1960). 12. 1
60歳以上～ 〃	36. 4. 1
2. 乳児に対する医療費給付 1歳迄 (S48. 4、県1 / 2助成)	36. 4. 1
3. 各種予防接種 全額補助	38. 4. 1
4. 結核性患者に対する医療費給付	38. 4. 1
5. 精神病患者に対する医療費給付	38. 4. 1
6. 母子家庭に対する医療費給付 (県1 / 2助成)	48. 4. 1
7. 妊産婦に対する医療費給付 (〃)	48. 4. 1
8. 寡婦に対する医療費給付	57. 11. 1
9. 重度心身障害児者に対する医療費給付 (県1 / 2助成)	48. 4. 1
10. 分娩料補助	46. 10. 1
11. 火葬料全額補助	45. 4. 1
12. 各種検診	
1) 妊産婦健診 (無料)	36. 4. 1
2) 乳幼児健診 (〃)	32. 4. 1
3) 胃腸病検診 (一部補助)	39. 4. 1
4) 婦人科検診 (〃)	42. 4. 1
5) 出稼者健診 (無料)	46. 10. 1
6) 一般健康検診 (〃)	58. 4. 1
7) 総合成人病検診 (一部補助)	52. 4. 1

(注) 60歳以上に対する医療費10割給付は昭和46年以降、国保だけでなく、社会保険等全保険加入者に実施されている。  
(出所) 増田進『地域医療を始める人のために』(医学書院、1989年、p.122の資料11を転載)

の保健活動を展開したが、この典型が村青連会長、村婦連会長、地域婦人会長、生活改良普及員などからなる教育委員会所管の保健委員会（後に沢内村健康管理研究会、さらに隣接の湯田町との合同による西和賀保健調査会に発展的に解消され、そして村長の諮問機関としての沢内村保健調査会に至る）であり、科学的に推進するための原動力となった。そして、「各地区」で住民のなかから各種団体の推薦により選出される保健連絡員（後に保健委員）であり、保健行政・保健婦や保健委員会とのパイプ役になり、保健活動や保健政策の普及、浸透も担ったのである。

これに対して保健婦、栄養士、歯科衛生士に加えて医師や看護師なども積極的に患者（いわゆる「がまん型」や「気付かず型」の患者、退院患者も含む）あるいは高齢者のもとに出向き、身近な存在としての関係を保ちながら、往診や検診等、さらに在宅医療を通して家族や住居などの状況を含む実態把握を行い、保健・医療・福祉の基本を

徹底するとともに、それらに関する啓蒙・指導や懇談などの場を設けてきた<sup>15)</sup>。こうして健康教育、予防・検診（保健）から病院における治療・リハビリ（医療）、退院ケア（福祉）と退院後のくらしまでフォローするのである。

こうした沢内村の事例から地域保健・医療・福祉における住民参加とその強化を通して、(個々の)「集落・村に対する誇り」を醸成しながら、村民の村民による村民のための村づくりを実現していくことが示唆される。そして、多様な条件不利性の下での生命尊重の村づくりが他の人口小規模地域・自治体のまちづくりを励まし、勇気を与えたことは言うまでもない。

及川の言葉を借りれば、「民主主義とは何か、自治とは何か、そして政治の原点とは何か、ということ」を沢内村は教えている。そして何よりも、人間への信頼をわれわれによびさましてくれる。力を合わせるならば、人間とは十分に何事かをなすうのだ、ということはこのちいさな村は身を

もって証明しているのである。』（『村長ありき』p.236）

これに対して、村産業はいかなる変化を遂げたのであろうか。深沢村長の時代はいわゆる「高度経済成長期」であり、旧沢内村においても（大）都市への出稼ぎや集団就職、進学や就職などにより、一時的にせよ、離村が増大するとともに、農業従事者は減少していく（国勢調査人口1955年6,713人、70年5,288人）。しかし、地域経済における農業の比重は依然として高かったために、変貌していったとは言え、健康との関わりでは、農家の主婦のしごととくらしの両面を通じた精神的、肉体的負担は非常に大きく、とくに主人の出稼ぎ時はなおさらであった。また彼女らは教養の水準と一家における地位が低く、農業労働の過重と栄養・睡眠不足のために不健康であり、早老であった。

深沢村長時代の内発的な産業振興、農業基盤整備に関する代表的な取組みはなめこ栽培、ブルドーザーによる農地開墾・拡大を通じた生産増大である。昭和36年（1961年）の農業基本法の制定を経て、昭和40・50年代になると、遅かれ早かれ、農業は機械化により、専業でない限り、田植え・収穫期など一部の期間を除けば、労働力をそれほど投入しなくても賄えるようになり、婦人の労働は徐々に村内外における製造業（パート）をはじめ別の職種に向けられるようになった。女性の労働の多様化は、村民の10%強が生活保護受給者であったかつての貧困を緩和する大きな原動力となった。

昭和40年代には農業においていわゆる「機械化貧乏」が深刻になり、これを主な要因とした冬の「出稼ぎ」はその後半で多い時に200人に及び、労働環境に恵まれていないことが多く、労災事故や体調悪化も少なくなかった。昭和50年代にもなると、村周辺を中心に建設業の需要が増大し、他方で、道路整備が進むとともに車両による移動が発達し、都市部へ通勤できるようになり、以前に比して出稼ぎに行かなくても、就労の場を得やすくなったが、いわゆる「日帰り出稼ぎ」が

多く、自分自身や家族の（体の）ケアに目を向けるまでにはなかなか至らなかった。

こうした村経済の大きな変動のなか、村当局は1977年（昭和52年）に総合成人病健診（35～59歳）の方法を「集団（特定の日時で日帰り）」から「人間ドック（宿泊で個人別）」に転換し、さらに利用者がじっくり健康相談・学習でき、利用者間でも交流が持てるようにした。対話の重視である（増田進）。こうした結果、働き盛りの男（・女）が利用するようになり、その未受診率が大幅に低下した<sup>16)</sup>。このドックの料金は（村）地域保健調査会、つまり村議会、老人クラブ、婦人会、区長会、公衆衛生組合など「各団体（地区横断）」の代表者20人からなる、村長への諮問委員会で決められ、住民主導が徹底された。

こうして深沢村政から「生命行政」を摂取し、地域の公的医療の条件を考えた場合、次のように整理することができる。①予防領域を中心にした保健行政において人的資源や組織編成が充実している。②公的な施設及び診断治療の設備というハード面が最低限整備されている。③年間を通して（公共交通）移動手段が確保されている。④医療費助成制度が広義の保健領域に位置づけられ充実していること。これらに対する村長の十分な理解を通して院長・医師に加えて地域住民との信頼関係が構築され、社会教育の視点から住民自治・参加が充実、強化され、健康と幸福という果実が熟していったのである。これらの点に、過疎地域における地域医療の成果を見出すことができる。

## II. 1980年代の生命行政

本節では1970・80年代を中心に旧沢内村の「生命行政」について先行研究を踏まえて整理しておく。

### 1. 生命行政の充実と転機

旧沢内村における生命行政や包括医療は地域経済・社会の変化にも合わせようとしてきたが、村外の諸動向に目を向ければ、1970年代以降、70歳以上の老人医療費無料化、健康保険の被扶養者

の給付率引上げ、高額療養費制度の導入などを指す「福祉元年」(1973年)を経て、保健(健康)・医療・福祉(介護)ニーズが増大する一方で、経済の低成長や医療費の増大を背景に「社会的入院」や「バラまき福祉」といった批判が高まり、1980年代に入って国の行財政構造改革(臨調行革)および医療費抑制政策が進められるなかで、村行政は重大な分岐を迎えることになる。

増田進は1975年に加藤の退職により院長に就任しているが、彼は深沢の影響を大きく受け、「私は地域医療活動を実践する上での基本的な方法として『対話』を重要視している。」「対話のない活動や指導は、命令におちいり易い。そしてそれは、健康管理ではなく人間管理へと変化してゆく。健康に関する知識や技術が、高度になり専門化して来るに従ってこのような弊害が多くみられる。」と述べている<sup>17)</sup>。対話のない薬剤・検査依存が否定されるのである。「専門」を強調するほど、医師自らだけでなく、患者を安心させるように思えるが、その意味は診療の細分化で、沢内病院にとっては却ってマイナスになる。村で本当に専門性が問われる疾病は年間を通してごくわずかであることによる<sup>18)</sup>。

増田らの包括医療や村医療費給付制度は幾重にも及ぶ「苦」の軽減・克服を目指しながら、住民(患者)にとって病院・医師を身近な存在にし、主に対話を通して健康(保健)・医療に関する社会的意識を高めると同時に、早期発見・治療をできる限り日常的なくらしのなかで実践していくこと、そして、それらのためのフレキシブルな地域(内部)システム構築・充実を最優先すべきであることを教えている。増田は都市に加えて農村でも顕著になっている医療スタッフの専門・技術主義、器械・設備の高度化・高額化などに医療・患者を合わせていくような、いわば医療の歴史やくらし、しごとを軽視した趨勢を常に批判してきた<sup>19)</sup>。

村医療コストに関しては老人・乳児医療等の窓口負担無料化により、(少なくとも1964年から72年まで)「村の潜在的な患者の診療が容易となり、受診率も向上し、危機に直面していた沢内病

院も次第に健全化の歩みを続けるようになった。」<sup>20)</sup> また、村民1人当たりの老人医療費は昭和40年代なかば以降、全国平均を大幅に下回るようになり、昭和55年度(80年度)「176,236円であった。全国平均343,751円の、実に半分なのである。」<sup>21)</sup>

昭和50年代なかばには老人医療に限れば、1人当たりの年間受診率は県内上位であるにもかかわらず、1件当たり、1人当たりのいずれの医療費も県内最下位になっている。昭和57年度(1982年度)からは県内平均以下(75年度以降)だった国保税が大幅に引き下げられた。「住民の健康が向上したのと、老人医療費などが減り、村の国保会計が黒字続きとなったためだ。1世帯平均税額9万8千円から約13%、1万3千円の減額である。」<sup>22)</sup>

こうして老人医療費の低水準、老人の高受診率および国保特会の黒字傾向という特徴がみられるようになり、同時に一般会計と病院会計との関係が問われることになる<sup>23)</sup>。この点については後述する。

旧沢内村における老人医療の窓口負担無料化は(新)国民健康保険法施行後の1960年から実施された点で非常に重要な意義を持っていたが、83年の老人保健法の施行に際して、見直しを迫られることになる。国が高齢者の過剰受診等による医療費の急増、さらに高齢化を見通した財政負担の一層の増大を理由にして、老人医療費の一部有料化に踏み切ったのである。しかし、村では老人クラブ連合会が自ら署名を集めて無料化の存続を訴え、82年9月に陳情書を議会に提出した。9月議会で継続審議となったが、10月に「老人の主張大会」(有線放送による全世帯向け公開)を開催し、多くの高齢者の賛同を得て、12月議会で陳情が、83年1月の臨時議会で存続(議案)が全会一致で採択、議決された。

前田信雄は著書『岩手県沢内村の医療』(1983年)において沢内病院が営利一辺倒の医療を否定し、独自のスタイルを実践、継続できた要因として、次の6点をあげている(pp.174~176)。①自治体立病院であったこと。医師給料制(報酬)におけるかつての能率給つまり出来高給の方式を

廃止し、過剰な投薬や検査などを行わないようにした。②国保という市町村立による運営組織であったこと。国保の事務取扱も村、保健婦の所属も村であるために、病院の赤字を一般会計も含めてある程度吸収できる。

③医師の病院運営に対する考え方である。首長や患者に加えて、出入り業者との関係においても対話（協議）を徹底し、例えば、新薬の採扱は院内の薬事委員会に提案し、構成員で討議をして決定する仕組みを構築していた。④僻地病院のために、高額器機・設備が不用であったこと。⑤村内に開業医がいないために、競争関係をとる必要がなかったこと。⑥議会・行政サイドの理解をある程度得られたことである。医療内容を評価せずに、経営状況だけで評価するようなことがほとんどなかった。

これに対して、同書のあとがきにみるように、「平凡な保健活動の目標を実現させた要件は、自治体責任と医師・保健婦の役割そして住民の支えの3つである。これはどの地域でもいつでも求められる要件である」とする。確かに村長の存在は大きかったが、その政策は別段特別なことではなかったし、医師や保健婦についても自治体（病院）さらに地域の一員として地域医療に向き合ったくらいとすれば、最も重要なポイントは住民との対話のなかで互いに生命尊重の精神を醸成し、限られた保健医療資源の最大限の有効活用に知恵を絞っていったことになるかもしれない。

1980年代なかばに沢内村の生命行政で変化が見られるようになる。国の行財政構造改革（臨調行革）および医療費増大抑制政策（老人の長期入院抑制、在宅医療の推進など）の影響を大きく受け、村行財政の見直しを迫られ、医療縮小・福祉拡大という両者の分離と政策転換、病院の役割としての治療に対する特化を余儀なくされる。

第一に、いわば独自のスタイルを放棄する「普通の病院」化が村の「身の丈」とする雰囲気が強くなっていく。この時期の村長は太田祖電で、久保村長の次にあたり、1956～73年に教育長を務めていたが、彼は73年の就任時に、村民総参加

の村政、生命尊重の伝統遵守を高らかに掲げ、結果的に94年の5期満了まで無投票当選を繰り返したものの、国の行財政や医療に関する改革（方針）が彼をひどく悩ますことになっていったのである。

沢内病院の累積赤字の増大（1986年度56.7百万円、87年度79.4百万円）を批判し、不採算地区病院であるにもかかわらず、医療体制の縮小および収益第一主義を主張する村職員や村議員も少なくなく、行政改革推進委員会も創設されていたので、太田村長のスタンスも大なり小なりぶれ、増田病院長との対立も顕著になっていく。この点を生命行政や包括医療の転機として位置づけることができる。

1989年に村長の要請で庁内に助役を委員長とする沢内病院経営検討会が設置され、85年以降の経営赤字について診療所化も視野に入れて経営健全化の検討が始められた。この検討会の報告書は企業経営、収益増大の推進を柱にしたうえで、内科医師1人削減を最優先とし、今後の課題として歯科医師1人削減（2人→1人）、産院の縮小、病床数半減を提起した。要するに、診療体制の大幅縮小である。

1991年に全国自治体病院協議会に対して病院経営診断を委託し、長年の様々な活動の成果が積極的に評価され、患者数にも関わっていることに言及されたうえで、従来の予防活動（公衆衛生・健康管理）を中心として、救急医療や在宅医療などの継続を踏まえた、一般会計からの適切な繰入れとスタッフ（とくに医師）の充実・強化による健全化が望ましいことになったものの、病院サイドを除けば、多くは軽視した<sup>24)</sup>。

村として沢内病院が進むべき方向を決め兼ねているなかで、1992年4月には「保健・医療・福祉を考える村民大会」の開催にまで至り、太田・増田両氏の対論他が繰り返され、村長は院長と対立的な議論を展開したが、決着とまでいかず、村としてのスタンスがはっきりしないまま、病院経営が続けられる<sup>25)</sup>。他方、村長は農山村地域や小規模病院の実態に沿って財政支援・措置を是



正してもらうために国への陳情にしばしば通った。

増田進は病院経営の赤字が問題にされるたびに、収支という一部分を見た場合のことであって、村の老人医療費の低水準や患者数の類似病院平均超などを含め保健医療の全体の収支（プラスマイナス）を重視する必要がある、消防署や小中学校が赤字なので行政サービスを縮小することを言わないように、病院経営も同様に考えるスタンスを共有すべきであると強調してきた。

第二に、保健婦の活動を巡る諸環境の変化により、沢内病院や健康管理課等が一体となった独自の保健行政に揺らぎがみられるようになる。その典型は保健婦の削減（4名→3名）である<sup>26</sup>。医療や福祉は言うまでもなく、時に生活保護（申請・給付）や公共料金未納などくらし全般に関わる業務範囲が広すぎるということ逆で問い直される結果となったのである。

事務職のような性格が強くなり、次々にコンピューター化への対応も迫られ、残った者はデスクワークに追われるようになった。ある元村保健婦に対するヒアリングでは県・村行政向けに事細かな統計を作成、報告することが非常に多くなり、とくに各市町村の比較に利用されることが増えたという。すなわち、数字が独り歩きしていくことになるのである。

増田は老人保健法の施行に関わって、「かつての皆保険と同様、全国画一的に行われたので、各地で工夫して行われていた試みはほとんど潰されたのです。一番致命的であったのは保健婦です。」と述べ、次のとおり、痛烈に批判している。

「上から来る老人保健法の指示によって、単なる歯車として一生懸命廻ることで精一杯となってしまいました。地域を見る余裕などもはやなくなってしまい、検診率のパーセントに追われています。検診率はナンセンスだと思うのだが、そうしないと補助金がどうのこうのと課長に言われるから、まるで補助金のためにクルクル回っているのです。少なくともわれわれの地域では効果はまず期待できません。」<sup>27</sup>

第三に、沢内村の広報にしたがえば、村の1986年度予算において国保税が85年度当初予算比で25%増と記されている。さらに87年度予算においてそれは86年度の老人保健法改正に伴い、86年度当初予算比で9.5%増で計上されている。多くの文献や論文等で村の国保税に関して、1980年代前半の国保税の大幅引き下げが説明され、積極的に評価されることが多いが、そうした事実まで把握されていない。

第四に、過去にもあったとは言え、医師の招聘が一層困難になるなかで（例えば1975～78年度常勤医師1人）、国保被保険者1人当たり医療費は1972年から84年まで県平均以下であったが、85年に内科医師が定着しないことが大きな原因で県平均以上となる。その後も医師それ自体の招聘、さらに包括医療の継承にひどく苦勞するようになり、高額医療を要する住民の存在も相俟って、徐々に上昇していく（91年度1人当たり医療諸費一般分県内37位、老人分同13位）。

第五に、1980年代後半といえ、農村・過疎地域は高齢社会（高齢化率14%）を続々と迎え、沢内村では80年15.6%、90年20.8%にまで及び、福祉（介護）のあり方が強く問われ始めたが、厚生省「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略」（89年）にみるように、市町村による在宅福祉対策や福祉施設整備が急務とされ、補助金による財政支援も行われるようになっていく。村では後にその行財政面においては行革委員会の存在が大きくなり、民間活用に向けた議論が親和性を持ちながら進められていくことになる。

1980年代なかば以降、臨調型行革推進および医療制度改革追隨の村長（財政）サイド・議会多数派サイドと、それに批判的な医師・看護師、それらの狭間で悩む保健婦の間の信頼関係が脆弱化し、対話の積み重ねも疎かになっていく一方で、沢内病院にとって経営感覚を高める必要があることは、村長サイドから提案された経営手法に議論の余地が大いにあるにしても、問題提起として重要な意味があったと言える。

しかし、明言すれば、仮に立場上やむを得なかつ

たにせよ、村長サイドと病院サイドに生まれた溝の代償は大きく、1992年の太田の村長交替、98年度の増田の65歳定年退職（特例による定年引き上げ）、健康推進課の解体を経て、結果として、「生命行政」に対する住民の参加さらに意識も総体的に低下していく。したがって、これは生命尊重の村づくりにも大きな影響を与え、後退していくことになったと言えよう。

指田志津子は著書『生命満つる里、沢内村』（1989年）において沢内村のむらづくりの原則として、①住民との信頼関係を形成する広聴・広報活動、②社会教育の優先の2つをあげており、そのうち広報活動はかつて深沢村長がむらづくりのビタミン剤であり、民主主義の栄養素であると言ったが、それらを支える徹底した調査に基づく実態把握に加えて、地域においても行動しながら学習する「らせん型学習」や、「三せい運動」などが形骸化していったのである<sup>28)</sup>。

なお、村議57年（2003年まで）、議長46年を、さらに全国町村議会議長会副会長も経験した北島暉男の存在が気になるが、この時期の彼のスタンスを十分に把握したわけではない。しかし、異常とも言えるような議長期間や、村外活動に着目すれば、歴代の村長から別格の扱いを受けていたことも鑑みて、単純に「名物」議長であると浮付いた表現はできないであろう<sup>29)</sup>。

太田祖電をはじめ数人のヒアリング、さらに広報をはじめ過去のいくらかの資料の範囲から、村行政改革推進委員会の会長<sup>30)</sup>としてリーダーシップを発揮したり、農業委員会や郡体育協会の会長など非常に多くの役職も経験した一方で、国民健康保険運営協議会<sup>31)</sup>や地域保健調査会の会長を歴任し、「生命行政」に一定の理解を示していたことは明らかになっている。議員生活をトータルでみると、2003年の村議選における最終順位の当選をはじめ終盤には支持層はかなり縮小していたようであるが、「生命行政」に対してはどちらかと言えば、中立的であったと思われる。

## 2. 生命行政と福祉（介護）

1980年代後半以降の包括医療において最も問われたのが福祉（介護）との関わりである。地域社会の変化（核家族化、超高齢化等）や疾病構造の変化などを背景に、90年代の福祉関連法制度の改正やそれに基づく市町村の権限・体制強化、インフラ整備の推進など2000年の公的介護保険制度のスタートに至るいわば「過渡期」または「準備期」における、全国で見られた医療と福祉の分離（医療縮小、福祉拡大）あるいは分担と連携の模索のなかで、（医療・福祉的）リハビリ、長期療養、退院ケア、さらに退院後のくらしまである程度フォローしてきた沢内病院の福祉に果たす役割が最大の焦点の一つになる。

増田進は「どうしても中間施設的な働きをしなければならない。例えば、老人の一時預りである。冬になると1人暮らしの老人はとても冬を越せない。雪は3メートル以上積もるので、もう冬眠である。病院で冬を過ごして、春になると放牧するという感じで、これは必要な機能だと思う。そうすると医療費がかかるだろうと思うのだが、それでも沢内村は安いだから、…。私たちの病院でやっていることはナーシング・ホームでもいいし、デイケア・ホスピタルでもあるし、あるいは地域の病院だからホスピスも兼ねる。都会では機能分化しているいろいろな事業が沢内病院では一緒になって、全部やっているということである。」と述べる<sup>32)</sup>。

これは沢内病院における「越冬入院（越冬隊）」と呼ばれるシステムであり、必ずしも利用対象を1人暮らしに限ったものでなく、端的に言えば、冬季に自宅に閉じこもりがちになることがむしろ心身の状態を悪化させ、場合によっては生命の危険を伴うことを問題にし、保健（健康づくり）を中心とした保健・医療・福祉の包括ケア体制の重要な一部に位置づけられる。それが主な要因の一つになり、平均在院日数は1974年に31.5日であったが、81年に39.6日になり、全国平均を少し上回る結果となっていた。しかし、80年代後半には入院が長期に及ぶほど、診療報酬の面で病院収

入が大幅に減少する仕組みになっており、赤字が避けられなくなる。

「越冬入院」は村で整備され、1994年度に開設された高齢者生活福祉センター「かたくりの園」(社会福祉法人やすらぎ会)が受入れ体制をやや縮小して、生活支援ハウス(定員10名、11月～4月)として代替的な役割を担うことになる(デイサービスセンターA型も手掛けている)<sup>33)</sup>。

村社会福祉協議会(以下、村社協と略称する)に長年勤務した高橋典成の言葉を借りれば、ほとんどの地方自治体において福祉領域で担ってきた在宅福祉支援を村では医師の往診や保健師の家庭訪問で肩代わりし、また夜間、土・日曜日でも医療サービスを受けられる救急医療体制を整備してきたことなど、医療・保健が福祉の分野を担ってきたことや、無医村に泣いた悲惨な歴史を繰り返すまいとする医療の充実が、結果的に赤字を招くことになったのである。しかし、累積赤字の大部分は国保病院として将来の設備更新や、病院建て替えのための減価償却費の積み立てができないためであったということになる<sup>34)</sup>。

1980年代後半になれば、往診も診療報酬の面で時間を費やす割に収入は極めて低く、1回につき最高でも千円に満たない仕組みになっていた。医師等にとって家族の様子(生活・生業環境)、家族と患者の関係など「くらし」も知ることができ、背後に控える病院の保健・福祉的機能としての重要性があるにもかかわらず、困難になる状況に追い込まれ、急速に減少していくことになる。

他方、高橋典成の整理にしたがえば、1990年代半ばから介護基盤の整備に対する住民の要求が高まり、村(行政)は重い腰をあげ始め、福祉・介護インフラ整備に政策的重点を置くようになったが、それまでは村社協がホームヘルプサービス(訪問介護事業)、入浴サービス、配食サービスなど在宅福祉サービスを沢内病院等と役割分担しながら手掛けていた。

ある元村保健婦への聞き取りによれば、当時は高齢者サービス調整チーム会議が定期的に開催され、保健、医療、介護の関係機関の職員がメンバー

となり、利用者あるいは患者の情報交換をし、障がい者福祉や住宅改善などに関する勉強会も行われていたが、保健婦にとって村社協との関係は幅広く、非常に密であったようである。しかし、こうした姿も徐々に見られなくなっていった。

同じ県内でも藤沢町が長期政権の佐藤守町長の下で、1992年に佐藤元美医師を招聘し、町福祉医療センター(国保藤沢町民病院、老健「ふじさわ」、特養「光栄荘」、デイサービスセンターなど7施設を病院事業として一括し、地方公営企業法の全部適用で「統合型」運営を行っている)による医療・福祉・健康づくりの連携(地域包括ケア)を住民自治・参加を積極的に組み込みながら進め、「藤沢モデル」として全国的に有名になっていくのとは対照的であった。

これに対していわば草の根の活動に関しては注目すべき点がみられる。指田は『生命満つる里、沢内村』において「リハビリについては、地域包括医療の一環としての特別の取り組みはしていない。強制的、機械的なりハビリよりも、恵まれた自然環境の中で、たとえば山菜採りを楽しみながらの機能回復訓練や残存機能再開発、言葉の教室、人生楽園、世代間交流集会、フラワーロードづくり、ふるさと宅急便づくり、『高齢者創作館』(1977年開設)の活動などの社会参加を重視しているのである。ただ、施設としては、1980年に、総合保健センターに結合させて開設した『高齢者コミュニティセンター』の1階に機能訓練室があり、入院患者や外来患者が自由に利用している。」(p.70)と評する。

人生楽園(1973年～)とは老人の生涯学習の場であり、村、教育委員会、村社協、農業改良普及所の共催で、受講者代表と主催者からなる運営委員会が運営している。1年間に全体学習講座(講演・学習旅行など)、地区別学習講座(ふるさと宅急便、フラワーロードづくり、くらしの中の手工芸など)、生きがい講座(写経、スポーツ教室、ボランティア講座)が40時間以上開設され、毎年500人ほどのお年寄りが受講している。(指田 p.88)

ふるさと宅急便は1985年4月にオープンした「福祉共同作業所」の目玉事業で、障がい者と高齢者が主役の取り組みであり、同年6月に町内産の農作物や工芸品などを箱詰めして初出荷したことに始まる、いわば町内出身者も含む都市・農村交流に位置づけられる。共同作業所の設立主体は障害者団体連絡協議会（身体障害者福祉更生会、心身障害児・者を守る会、精神障害者家族会）である。

老人クラブ連合会（事務局）も様々な事業を実施しており、非常に活発である。例えば、老人医療費無料化の継続に関する企画や運動、障がい者の働く場としての福祉共同作業所の設置、単位老人クラブにおける「一地区一品運動」（クラブ（地域）にあった生産（創作）活動）の展開（1985年から）、行政区ごとに高齢者が公民館に集う「ふれあいの家事業（ミニデイサービス）」、ボランティアグループの「スノーバスターズ」の立ち上げ、住民参加型の食事サービスなどである。

「スノーバスターズ」は1989年から村の青年会が年1回単身高齢者への除雪活動（屋根の雪下ろしと雪の除去）を実施していたのを軸にして、それを組織的、継続的に組み立てていく経緯から結成することになった。村社協に事務局が設置されるとともに、岩手県スノーバスターズ連絡会を組織し、県内5町村で同時スタートしており、93年の発足時で沢内村の会員は50名であったが、2006年に約200名にまで増大している。

こうした高齢の健常者を主な対象に想定する、社会教育的な視点からの高齢者の生きがい対策の推進に対して、元村保健婦の深沢久子は（単身）高齢者が寝たきり状態になっても、地域で暮らせる条件作りを目指すには最低、次の3つの条件が必要であると述べる<sup>35)</sup>。すなわち、「①在宅福祉サービスの量的拡大、質的向上。そして高齢者の年金でも利用できる料金の設定。②住居や居住環境、補助器具の活用を含めた物理的環境条件の整備。③地域皆で支え合える福祉コミュニティの構築。」である。

これら3点は沢内村に限らず、全国的な課題と

して残されていると言えるが、地域福祉あるいは寝たきり予防の向上、充実を目標に、住民の立場から何ができるかを考え実践してきたのが、沢内村の以上のような取り組みである。国・地方レベルの制度だけで、地域におけるトータルな暮らしを支えていくことはできない。また、住民が構築するサービスであっても行政のサービスを補完するだけでは十分とは言えない。住民が地域で主体的にどのように生きたいかから出発しているのである。

### 3. 小括

前田の著書『岩手県沢内村の医療』は深沢時代から1980年代初頭までの沢内「生命行政」とくに地域医療に関する研究の代表的成果である。研究対象は多岐にわたり、とくに公的責任にもとづく老人医療（窓口負担）無料化と村ぐるみの保健活動を積極的に評価している。同書の最も重要なメッセージに迫ってみると、「いろんな条件が同時にそろわないと『第二の沢内村・沢内病院』は生まれぬのか」という疑問を想定し、次のように答えている点に見出すことができる。

「答えは簡単でないが、これらの諸条件がととのわないと、ときには本当に患者のための医療に専念する医師個人だけに責任をもたせ犠牲をしいることになるので、ある意味ではこの疑問への答えはイエスということになる。しかし、沢内村と同じ原則で運営し数々の成果を上げている国保診療施設は、全国みわたせば決して少なくはない。沢内村のように、全部の要件がそろわなくても、その病院はその病院なりに『不採算医療』にとり組んでいるのも事実である。結局は、市町村自治体全体からの支持と理解と協力が、営利医療からの転換にあたっての、もっとも肝心な要件であるように思われる。」(p.177)

さらに同書の最後でも「もっと実際的にみて、沢内村の方式もしくは行政を、他の市町村に導入できるかどうかの問題がある。」と、最大とも言える論点を再度取り上げている。太田村長の方が少し悲観的であるのに対して増田院長の方は楽観

的であるという評価をしたうえで、「『沢内村の保健行政は他市町村の行政になんなく導入できる』と返事をしたい」と述べ、「特別な財政基盤があって導入できた方式でもないし、予防第一主義自体はなにも特別な方式ではないからである」(p.290)とする<sup>36)</sup>。

老人保健法に対する評価は分かれるにしても、医療関係者や市町村長の間では保健や福祉の重要性が認識され、積極的に実践されるようになっていくし、議会も熱心であったいわゆる「土建行政」のような時代は終わりを告げようとしている。議会にせよ、首長にせよ、「あとは『やる気』があるかどうかである」「取っ掛かりは行政主導型でもよいし、専門職主導型あるいは市民運動主導型でもよい。いずれにせよ、発展と継続を旨としていけばよい。活動と事業が地について広がるならば、単一でなく、必ず他と結びついた動きとなるものである。」最終的には、首長はいずれ交替するとすれば、地域から離れない「住民と専門家たちの力にかかっている。」と結論づけられている。

指田は著書『生命満つる里、沢内村』において1985年7月、太田村政四期目(85年3月～)に入ってから直後に実施された、山村振興計画のためのアンケート調査の結果を少し紹介しているが、若者を対象にした「村から出たいか」という最重要の質問の一つについて、「出たい」28%に対して「出たくない」が52%、村に住み続けようと思う理由として、最多が「今後の村の発展を期待するから」であった。どのような発展を描いているかに関しては議論を要しようが、少なくとも生命尊重のむらづくりが積極的に受け入れられているのはかなり明瞭である。

こうした核心の整理やアンケート結果に対して、沢内村の生命行政は1980年代なかばに重大な分岐を迎えたことが明らかになった。国の行財政改革(国庫補助負担金の縮減など)や医療費抑制政策はその役割の経済的効率性にもとづく縮小・個別化を要請し、その財政的側面、さらに包括医療システムにおける保健、医療、福祉の関係の見直しを迫るようになり、首長(本庁)、医師

等(病院)、保健師、村民(住民組織)の関係に小さくない歪みが生じるに至ったと言える。別の視点から言えば、国の諸政策が沢内方式から遠くなるばかりで、不採算地域あるいは僻地におけるいわば先進的な事例が例外扱いされる事態に陥っていくのである。

ポスト増田の不在を含めて医師不足に直面していたものの、外的要因が内的要因に比して強かったために、生命行政の根幹まで達することなく、沢内方式が実質的に変質するまでには至らなかったとは言え、従来の保健(健康づくり)中心のスタイルが揺らぎ、その意義が問われるなかで、首長や住民の当事者意識の形成あるいは向上にもとづく現行スタイルの維持・強化や発展的な再構築か、あるいはいわば「住民の主体性なき法制度追随の地域医療」を目指すのが重要になってくると結論づけることができる。

後述する沢内村における村社協にみる全国のモデル的活動やNPOのような新たな組織的活動の展開はもう少し先のことである。

### Ⅲ. 1990年代以降の生命行財政の動向

1990年代以降、老人医療費の低水準や国保会計の黒字はかつてほどでないにしてもおおよそ継続しているものの、国主導の相次ぐ医療制度改革、医師不足や患者数減などの影響により、沢内病院の経営において様々な対策による効果むなしく、累積欠損金の増加が顕著になり、人口減(住民基本台帳人口2004年度末3,932人、05年度末西和賀町7,587人)とくに若年者の減少、地域経済の停滞、村財政一般会計の悪化なども相俟って老人医療費の窓口負担無料制度をはじめ生命行政が問い直されることが多くなっていく。

そして、いわゆる「平成の大合併」のさなかの2003年に湯田町と沢内村は合併に向けて本格的に動き始め、沢内方式が実質的に変質していくことになる。

#### 1. 合併協議までの生命財政

本節では最初に1980年代なかば以降にみられ

る生命行政の転機に関して財政的な側面からどのように説明することができるのかを、合併前にあたる2004年度までを主な対象に分析してみた。次に、90年代以降の生命行政および合併協議、合併後におけるその財政的側面を分析する。いずれについても主として歳入歳出決算書、決算カード、一般・特別会計および病院会計ごとの事業実施報告書を用いる。

一般会計歳出総額は1986年度1,972百万円から92年度3,377百万円まで一貫して増大し、93年度4,358百万円、94年度3,232百万円、95年度3,696百万円、96年度4,599百万円、97年度4,320百万円、98年度4,763百万円、99年度5,249百万円（最高）で増減を繰り返して、2000年度4,068百万円から04年度3,631百万円まで減少しているのに対して、老人医療費10割給付村単独分（民生費）は86年度12.5百万円から98年度53.1百万円まで増加し続け、99年度以降増減しながら4千万円台で推移している（表2）。他の10割給付村単独分も合わせると、歳出総額に占める比重は1.7%程度（04年度）である。

これに対して、衛生費における予防費は1986年度23.7百万円から96年度27.1百万円まで増減し、その後、97、99年度の約2.9千万円を除けば、2004年度まで3.1千万円程度で変わりなく推移している（表3）。人間ドックは90年から対象を従来の35～59歳に60歳以上も加えた。

繰出金（民生費、衛生費）をみると国民健康保険特別会計分は1992～94年度の3.6千万円前後まで増大し、その後、01年度まで2.0千万円を超えず、04年度37.7百万円まで増加している。また老人保健特会分はおおよそ一貫して増加し、04年度36.1百万円であり、病院会計分は89年度まで4.1千万円前後で推移し、90年度71.8百万円、91～97年度101～144百万円、98～2004年度154～236百万円（01年度最高）である（表4）。

老人医療費10割給付村単独分および各特別会計への繰出金は歳出総額の伸びを上回るほど増大している。乳幼児医療費をはじめ各種10割給付、予防費、各特会向け繰出金の合計の歳出総額に占

める比重は2004年度で約11%（介護特会分含む）であり、さらに民生費と衛生費の合計25.8%から清掃費を除くと23%程度が保健、医療、福祉に充当されたことになる。両費目の合計は94年度からみても23.7～37.0%で推移しており、平均すれば、もう少し高い比重になり、後述のように太田村長の後は1期ずつで村長が交代し、生命行政で質的な変化を生じるものの、量的な水準は明らかに際立っている。

これらに対して1996・97年度に特別養護老人ホーム「ぶなの園」整備9.5億円、97～03年度に鍵沢橋橋梁整備10億円、98・99年度に弁天トンネル整備9.5億円、00～06年度に蛭山橋橋梁整備10.7億円など大規模公共事業が相次ぎ実施されている。これらには多額の村債が充当されたこともあって、03年度に村債現在高は58億円（一部は普通交付税措置の対象）に達し、村民1人当たり145.1万円（94年度65.5万円）で、県内トップクラスになった。積立金現在高（財政調整、減債、特定目的の各基金）は8.2億円（うち特定目的4.2億円）まで減少し、厳しい状況に至っている（94年度15.7億円）。

「ぶなの園」は沢内病院に隣接して整備され、その管理運営は社会福祉法人やすらぎ会に委託され、1998年度から特別養護老人ホーム（定員50人）、在宅介護支援センター、デイサービスセンターE型（痴呆老人対象）、ショートステイ（10名）、ヘルパーステーションが開始となり、施設サービス、在宅サービスの充実が図られていった。このためそれまでであれば沢内病院に入院となっていた患者が移動する結果となる。

ぶなの園と沢内病院の関係について、病院の医師が週1回施設診療（嘱託医）を行っているものの、健康推進課時代のように患者等に関して対内・対外的に情報交換が行われ、心身の状況が把握されているわけではない。これは立地だけでは説明できない点である。同じく隣接する社協との関係も近年では同様である。いずれも歴代の理事長あるいは代表者、理事や施設長には非常に多くの元村幹部職員や村長経験者が就任しているが、事態

表2 旧沢内村と西和賀町の民生費における主な扶助費（医療関連）

	(金額：円)																							
	1986年度	1987年度	1988年度	1989年度	1990年度	1991年度	1992年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度	1986年度	1987年度	1988年度	1989年度	1990年度	1991年度	1992年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度
重度心身障害者医療費10割給付	7,272,160	7,249,702	6,304,422	7,077,281	7,538,198	9,147,939	9,466,505	7,023,408	3,026,169	4,524,182	9,572,912	10,084,822	7,272,160	7,249,702	6,304,422	7,077,281	7,538,198	9,147,939	9,466,505	7,023,408	3,026,169	4,524,182	9,572,912	10,084,822
結核精神病等医療費10割給付	3,187,289	3,996,322	3,563,692	2,900,295	2,730,576	2,510,310	2,882,078	3,043,598	2,339,508	3,672,521	3,635,295	3,238,747	3,187,289	3,996,322	3,563,692	2,900,295	2,730,576	2,510,310	2,882,078	3,043,598	2,339,508	3,672,521	3,635,295	3,238,747
乳幼児医療費10割給付	2,414,340	1,415,328	783,339	977,972	1,582,610	1,115,632	1,203,553	1,099,739	7,799,357	4,396,920	1,576,246	1,607,568	2,414,340	1,415,328	783,339	977,972	1,582,610	1,115,632	1,203,553	1,099,739	7,799,357	4,396,920	1,576,246	1,607,568
母子家庭医療費10割給付	180,507	193,460	335,114	471,099	532,817	798,930	387,930	351,557	594,940	403,498	489,920	536,341	180,507	193,460	335,114	471,099	532,817	798,930	387,930	351,557	594,940	403,498	489,920	536,341
妊産婦医療費10割給付	519,288	463,999	588,854	1,305,388	1,172,818	719,872	1,124,726	787,557	569,537	428,358	1,011,710	905,169	519,288	463,999	588,854	1,305,388	1,172,818	719,872	1,124,726	787,557	569,537	428,358	1,011,710	905,169
寡婦医療費10割給付	478,267	505,512	699,853	776,841	507,258	522,908	561,266	516,701	657,915	527,470	773,305	783,373	478,267	505,512	699,853	776,841	507,258	522,908	561,266	516,701	657,915	527,470	773,305	783,373
老人医療費10割給付村単独分(60～69歳)	8,652,952	9,657,873	9,869,019	9,793,922	10,449,424	13,300,824	14,176,253	15,389,415	17,313,550	18,009,151	26,190,438	23,550,321	8,652,952	9,657,873	9,869,019	9,793,922	10,449,424	13,300,824	14,176,253	15,389,415	17,313,550	18,009,151	26,190,438	23,550,321
〃(70歳以上)	3,817,098	6,009,970	6,902,820	6,784,050	7,302,550	8,023,530	8,603,680	10,523,730	9,666,740	10,111,859	6,750,881	18,875,720	3,817,098	6,009,970	6,902,820	6,784,050	7,302,550	8,023,530	8,603,680	10,523,730	9,666,740	10,111,859	6,750,881	18,875,720
重度心身障害者医療費10割給付	10,217,305	6,899,331	7,299,171	7,787,229	7,790,371	9,724,020	8,742,628	4,225,958	7,322,320	16,954,072	18,802,709	16,771,683	10,217,305	6,899,331	7,299,171	7,787,229	7,790,371	9,724,020	8,742,628	4,225,958	7,322,320	16,954,072	18,802,709	16,771,683
重度心身障害者医療費給付事業	3,148,710	2,513,540	2,056,827	2,692,411	2,155,529	2,297,861	1,837,701	875,959	694,558	3,112,763	3,461,708	3,793,792	3,148,710	2,513,540	2,056,827	2,692,411	2,155,529	2,297,861	1,837,701	875,959	694,558	3,112,763	3,461,708	3,793,792
結核・精神病等医療費給付事業	1,832,332	2,703,743	3,826,146	3,896,952	3,363,482	5,389,425	3,175,788	1,096,250	1,816,914	3,912,778	3,830,685	3,175,696	1,832,332	2,703,743	3,826,146	3,896,952	3,363,482	5,389,425	3,175,788	1,096,250	1,816,914	3,912,778	3,830,685	3,175,696
乳幼児医療費10割給付	337,886	629,234	363,330	591,263	667,000	898,280	1,084,280	503,460	781,364	1,044,770	930,230	1,059,140	337,886	629,234	363,330	591,263	667,000	898,280	1,084,280	503,460	781,364	1,044,770	930,230	1,059,140
乳幼児医療費給付費	949,721	742,415	1,036,325	473,557	772,006	608,970	687,218	328,187	279,061	1,323,695	486,116	366,092	949,721	742,415	1,036,325	473,557	772,006	608,970	687,218	328,187	279,061	1,323,695	486,116	366,092
母子家庭医療費10割給付	784,197	2,447,863	2,970,224	3,038,571	3,052,144	3,342,294	3,069,467	480,190	572,866	581,080	683,055	604,370	784,197	2,447,863	2,970,224	3,038,571	3,052,144	3,342,294	3,069,467	480,190	572,866	581,080	683,055	604,370
妊産婦医療費給付費	26,294,010	23,594,057	20,986,753	22,968,614	23,956,820	26,000,687	18,324,808	28,772,992	10,769,072	42,879,042	47,276,339	47,066,889	26,294,010	23,594,057	20,986,753	22,968,614	23,956,820	26,000,687	18,324,808	28,772,992	10,769,072	42,879,042	47,276,339	47,066,889
老人医療費10割給付村単独分(60～69歳)	26,768,066	21,255,270	17,027,660	25,216,610	26,000,687	〃	〃	〃	10,769,072	9,630,924	〃	〃	26,768,066	21,255,270	17,027,660	25,216,610	26,000,687	〃	〃	〃	10,769,072	9,630,924	〃	〃
〃(70歳以上)	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃
老人医療費10割給付村単独分(60～70歳)	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃
〃(71歳以上)	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃
老人医療費10割給付村単独分(60～71歳)	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃
〃(72歳以上)	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃
老人医療費10割給付村単独分(60～72歳)	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃
〃(73歳以上)	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃
老人医療費町単独給付費(一般分)	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃
〃(老保分)	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃

(出所) 沢内村および西和賀町の歳入歳出決算書(各年度版)

表3 旧沢内村と西和賀町の衛生費とその主な委託料

	1986年度	1987年度	1988年度	1989年度	1990年度	1991年度	1992年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度
衛生費・保健衛生費・予防費	23,738,288	25,124,861	23,693,991	24,787,226	27,997,695	26,705,955	28,064,600	27,141,356	25,788,021	24,991,369	27,120,712	28,996,702
衛生費・保健衛生費・予防費・委託料	22,285,948	23,777,143	22,198,241	22,781,140	23,659,850	24,776,953	26,161,637	24,941,575	24,361,973	23,321,209	24,499,138	26,336,886
総合成人病検診委託料	15,201,000	16,524,000	15,417,000	15,990,750	17,292,810	17,760,150	18,438,480	16,608,810	16,787,820	15,191,400	15,513,150	14,435,520
60歳代検診委託料				673,730		642,010	564,030	488,430	529,600	520,150	—	1,659,910
基本健診委託料	1,108,850	1,047,470	1,001,015	892,379	877,477	1,375,987	842,869	1,882,963	842,869	1,283,833	2,464,048	2,620,926
衛生費・保健衛生費・予防費	31,205,902	28,686,353	30,976,000	30,635,776	30,918,913	30,077,582	30,459,189	25,189,312	11,513,746	17,874,248	19,124,691	19,295,873
衛生費・保健衛生費・予防費・委託料	29,031,324	26,436,101	29,178,790	28,829,678	29,067,366	28,888,703	28,354,716	16,814,696	9,750,873	14,211,593	13,909,838	14,512,353
総合成人病検診委託料	16,657,940	14,162,950	16,749,986	16,008,715	16,537,616	15,698,176	16,017,778	9,726,698	5,668,140			
60歳代検診委託料	1,866,280	1,750,200	2,322,700	2,719,680	2,564,780	2,032,072	2,065,306	949,772	369,978			
基本健診委託料	2,688,735	3,161,140	2,418,948	2,960,202	2,731,365	2,920,600	2,926,440	1,759,800	964,200			
衛生費・保健衛生費・健康づくり推進費										33,275,012	27,530,417	15,192,942
衛生費・保健衛生費・健康づくり推進費・委託料										29,435,143	23,039,869	12,409,094
総合成人病検診委託料										15,486,760	12,150,180	10,940,774
60歳代検診委託料										3,975,800	2,117,040	—
基本健診委託料										9,550,036	8,131,057	—

(注) 1. 2008年度衛生費・保健衛生費・健康づくり推進費・委託料は後期高齢者健診委託料1,426,320円ほかからなる。  
 2. 衛生費・保健衛生費では1980年代後半に地域保健対策推進費が計上されており、86年度970,885円、87年度926,989円、88年度855,769円、89年度784,391円、90年度1,225,497円となっている。それは沢内村地域保健調査委員会報酬ほかからなる。  
 3. 「—」は未確認を意味する。

(出所) 沢内村および西和賀町の歳入歳出決算書(各年度版)

表4 旧沢内村と西和賀町の一般会計における主な繰出金

	1986年度	1987年度	1988年度	1989年度	1990年度	1991年度	1992年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度
国民健康保険特別会計繰出金	8,000,000	10,000,000	14,540,000	11,520,000	8,500,000	10,000,000	35,067,400	36,208,000	38,030,000	9,237,200	16,340,000	17,185,000
老人保健特別会計繰出金	10,473,000	14,091,000	13,500,000	13,268,000	12,598,000	14,350,000	14,181,000	14,256,000	16,454,000	26,145,000	23,942,000	27,208,000
病院事業会計繰出金	42,230,000	41,043,000	40,014,000	43,477,000	71,793,000	100,908,000	121,129,000	100,892,000	112,924,000	142,890,000	100,839,000	143,861,000
国民健康保険特別会計繰出金	17,397,714	17,747,606	18,640,579	19,040,799	28,411,514	32,422,000	37,768,289	0	41,172,000	65,881,294	67,238,188	55,024,684
老人保健特別会計繰出金	30,718,000	33,382,000	25,379,000	31,048,000	29,752,000	33,674,000	36,093,000	33,399,000	49,976,000	86,010,000	146,777,000	19,250,000
介護保険特別会計繰出金			43,785,000	49,192,000	48,213,000	49,232,000	55,145,000	20,000,000	70,387,000	123,258,000	127,577,000	132,472,000
病院事業会計繰出金	172,423,000	167,507,000	175,213,000	236,430,000	203,955,000	154,364,000	165,698,000	77,513,000	107,003,000	251,153,649	201,799,415	205,662,845

(注) 2008年度には後期高齢者医療特別会計繰出金28,419,348円があげられる。

(出所) 沢内村および西和賀町の歳入歳出決算書(各年度版)



はそれほど単純でもないようである。なお、ぶなの園は町からの施設の無償譲渡および土地の無償貸与により2009年度からいわゆる公設民営ではなくなっている。

一般会計歳出に対して、一般会計歳入（最大1999年度53.2億円、2004年度36.9億円）をみると、地方交付税は最大の比重を占めるが、00年度2,279百万円（最高）まで一貫して増加したものの、01年度（2,151百万円）に減少に転じ、04年度1,871百万円（対00年度比-17.9%、-408百万円）まで縮減する（04年度臨時財政対策債191百万円）。いわゆる「三位一体改革」の影響である。04年度には経常収支比率102.6%（減税補てん債・臨財債除く）、公債費負担比率23.7%、公債費比率18.8%になり、主な財政指標も極度の悪化を示すようになった。

次に沢内病院事業会計である。収益的支出と資本的支出の合計でみると、1986年度447百万円（うち収益的支出402百万円）から2001年度879百万円（同809百万円）までおおそ一貫して増大し、02年度876百万円（同829百万円）、03年度836百万円（同774百万円）、04年度818百万円（同785百万円）で減少している（表5～表7）。資本的収入は96年度に87百万円で最大となっているが、これは医療器械購入（全身用CT、超音波診断装置他）に加えて医師住宅整備に伴い村債が発行されたことにより、その規模は順に28百万円、31百万円である。

資本的収入・支出よりもはるかに規模の大きい収益的収入・支出を中心に分析すると、第一の特徴は当年度未処理欠損金（=翌年度繰越欠損金）で、1986年度57百万円から00年度409百万円まで増大し、04年度でも369百万円となっている点である（表5）。

第二に、1986年度から2004年度まで収益的収入はおおよそ2倍になっているのに対して、医業収益およびそのうちの外来収益は2倍に遠く届かず、その代わりに医業外収益における他会計補助金が2倍をはるかに超え大幅に増加している（表5）<sup>37)</sup>。

第三に、医業費用に占める給与費の比重が1986・87年度58.6%であったのに対して、01年度50.7%、02年度51.8%、03年度47.8%、04年度49.1%まで低下しており、ある程度評価できる一方で、医師や看護師をはじめ医療スタッフの不足は著しく、事態はそれほど単純でない（表6）。

第四に、表に示していないが、未収金が2003年度に151.8百万円超で最高になり、見逃せない問題であったが、合併後を含めると、08年度67.2百万円で半分以下まで縮減している。

沢内病院における患者1人1日当りの診療収入（合計）は1986年度19,740円まで増大したが、87～91年度は18,750円～19,182円で推移し、入院と歯科外来の落ち込みが激しかった（表8）。92年度に上昇したものの、95年度まで2.1万円程度で変わらず、96年度に29,169円となってからは01年度の38,718円まで増大し、入院、医科外来、歯科外来のいずれも増となる。02～06年度は38,569円、38,486円、39,193円、39,836円、36,482円で、医科外来の増加と違い、他2つは横ばいなしの微減である。近年に関しては、診療報酬のマイナス改定や長期投薬の推進などが大きな影響を与えたことから言えば、後述のように患者数の減のなかで、収益増がかなり大胆に図られてきたことになる。

保険別の収入額について、1995年で老人保健は医科のうち入院で1件当たり18.2万円（1件当たり日数17.2日）、外来で1.9万円（2.8日）、老人保健以外は入院で13.2万円（12.7日）、外来で9,961円（1.9日）であり、98年度は順に32.6万円（17.6日）、2.3万円（2.7日）、14.4万円（9.5日）、1.1万円（1.9日）であり、いずれにしても老人保健の方が収入額は多い。

患者数合計は1986年度56,580人から91年度61,823人まで増減するが、92年度60,161人以降は96年度68,553人（最高）まで増大し続ける（表9）。96年度には1日平均患者数も231.1人で最高となり、それまで入院（96年度34.4人）や歯科外来（同34.1人）が増減を繰り返してきたのに対して医科外来（同162.6人）はおおよそ一貫し

表5 国保沢内病院事業会計における収益的収入

(金額：円)

	1986年度	1987年度	1988年度	1989年度	1990年度	1991年度	1992年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度
病院事業収益	392,943,439	404,044,260	410,731,035	408,743,510	425,670,358	479,206,346	489,643,435	510,831,490	525,494,967	573,681,848	690,198,062	739,677,838
医療収益	351,936,955	359,075,304	378,256,326	372,257,472	367,295,310	397,924,216	405,815,440	413,140,202	421,747,230	445,198,767	603,386,929	625,170,323
入院	98,110,418	98,405,151	111,298,075	101,903,088	97,577,579	105,766,928	101,891,475	104,761,905	95,820,076	111,273,564	204,432,983	200,085,396
外来	228,713,105	234,411,406	242,045,285	244,674,987	242,691,353	265,424,490	275,504,569	281,892,368	296,104,750	307,791,034	373,165,172	396,890,709
その他	25,113,432	26,258,747	24,912,966	25,689,397	27,026,378	26,732,798	28,419,396	26,485,929	29,822,404	26,134,169	25,788,774	28,194,218
医療外収益	41,006,484	44,968,956	32,474,709	36,476,038	58,375,048	81,282,130	82,741,671	97,691,288	103,747,737	127,483,081	85,811,133	114,447,515
他会計補助金	21,793,000	26,235,000	22,430,000	24,217,000	41,538,000	42,806,000	52,000,000	70,000,000	80,000,000	102,882,000	66,570,000	95,000,000
へき地医療の確保に要する経費分											23,766,000	26,276,000
救急医療の確保に要する経費分											30,900,000	33,100,000
不採算地区病院の運営に要する経費分												23,022,000
医師及び看護婦等の研究研修に要する経費分						40,000,000						2,642,000
基礎年金拠出金公的負担分等			1,872,000	1,879,000	2,034,000	1,836,000					2,273,000	9,960,000
医療損失・利益	△ 27,924,432	△ 45,944,675	△ 30,388,834	△ 66,127,844	△ 72,507,020	△ 78,738,887	△ 98,606,788	△ 110,167,531	△ 110,723,301	△ 105,555,782	△ 61,389,097	△ 90,789,291
経常損失・利益						△ 16,986,862	△ 34,321,563	△ 30,465,328	△ 23,612,339	7,074,212	9,791,961	8,894,627
当年年度純損失・利益	△ 9,061,721	△ 22,731,116	△ 19,449,534	△ 50,503,851	△ 34,914,720	△ 16,986,862	△ 33,235,239	△ 30,465,328	△ 23,612,339	7,074,212	10,791,961	8,944,627
前年度繰越欠損金・利益金	△ 47,608,804	△ 56,670,525	△ 79,401,641	△ 98,851,175	△ 149,355,026	△ 184,269,746	△ 201,256,608	△ 234,491,847	△ 264,957,175	△ 288,569,514	△ 281,495,302	△ 270,703,314
当年年度未処理欠損金 = 翌年度繰越欠損金	56,670,525	79,401,641	98,851,175	149,355,026	184,269,746	201,256,608	234,491,847	264,957,175	288,569,514	281,495,302	270,703,314	261,758,714
病院事業収益	760,090,096	716,914,302	693,916,625	810,189,122	845,796,037	801,107,800	780,758,483	434,664,658	355,593,240	708,847,219	722,542,163	627,201,170
医療収益	623,710,135	596,611,352	558,526,913	630,633,013	672,254,700	671,298,601	633,283,964	369,730,916	268,838,292	460,165,823	508,460,708	411,797,384
入院	199,914,373	190,400,719	159,138,945	189,395,264	225,521,873	212,902,653	195,100,821	110,683,099	90,425,708	86,562,531	138,474,521	151,823,727
外来	389,906,891	371,772,322	359,500,088	395,182,421	400,504,112	406,946,057	384,068,404	228,463,912	158,129,766	326,759,575	331,662,480	226,392,863
その他	33,888,871	34,438,311	39,887,880	46,055,328	46,228,715	51,449,891	54,114,739	30,272,909	19,993,080	46,843,717	38,323,707	33,580,794
医療外収益	136,379,961	120,302,950	135,389,712	179,556,109	173,541,337	129,809,199	147,474,519	64,933,742	87,754,948	217,156,266	182,587,787	186,040,163
他会計補助金	117,328,000	103,577,000	120,389,000	164,885,000	160,439,000	114,947,000	134,135,000	60,453,000	80,000,000	207,594,000	172,354,000	177,479,000
へき地医療の確保に要する経費分	42,298,000	26,036,000	35,589,000	51,353,000	51,958,000	53,200,000	36,246,000	11,830,000	7,791,000	41,955,000	48,495,000	71,539,000
救急医療の確保に要する経費分	36,400,000	38,600,000	39,200,000	40,900,000	40,900,000	24,500,000	23,500,000	13,708,000	8,958,000	25,300,000	31,126,000	33,301,000
不採算地区病院の運営に要する経費分	23,960,000	23,960,000	29,760,000	26,520,000								
医師及び看護婦等の研究研修に要する経費分	3,200,000	3,200,000	5,000,000	5,145,000								
基礎年金拠出金公的負担分等	11,470,000	11,781,000	10,840,000	40,967,000								
経費基盤強化対策に要する経費					67,581,000	37,247,000	74,389,000	34,915,000	63,251,000	140,339,000		
医療損失・利益	△ 144,063,611	△ 158,381,956	△ 202,608,425	△ 169,759,152	△ 149,688,728	△ 97,149,806	△ 147,306,545	△ 51,495,700	△ 75,607,009	△ 267,054,918	△ 195,962,752	△ 225,919,583
経常損失・利益	△ 20,407,180	△ 49,700,393	△ 77,534,180	957,617	16,625,868	26,978,315	△ 4,097,318	1,437,247	3,021,136	△ 64,961,988	△ 25,991,120	△ 50,431,709
当年年度純損失・利益	△ 49,700,393	△ 49,700,393	△ 77,534,180	957,617	16,625,868	26,978,315	△ 4,097,318	1,437,247	3,021,136	△ 64,961,988	△ 25,991,120	△ 50,431,709
前年度繰越欠損金・利益金	△ 282,165,894	△ 282,165,894	△ 331,866,287	△ 409,400,467	△ 408,442,850	△ 391,816,982	△ 364,838,667	△ 368,935,985	0	2,869,136	△ 62,092,852	△ 88,083,972
当年年度未処理欠損金のうち企業価値還元補助金の場合	331,866,287	331,866,287	409,400,467	408,442,850	391,816,982	364,838,667	368,935,985	367,498,738	3,021,136	62,092,852	88,083,972	138,515,681

(注) 1. 医療損失 + 医療外収益 = 経常損失  
2. 医療損失 + 医療外収益 = 経常損失

(出所) 沢内村および西和賀町の沢内病院事業報告書 (各年度版)

(金額：円)

表6 国保沢内病院事業会計における収益的支出

	1986年度	1987年度	1988年度	1989年度	1990年度	1991年度	1992年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度
病院事業費用	402,065,160	428,775,376	430,180,569	459,247,361	460,385,078	496,193,208	522,878,674	541,296,818	549,107,306	566,607,636	679,406,101	730,733,211
医業費用	379,861,387	405,019,979	408,645,160	438,935,316	439,802,330	476,663,103	504,422,228	523,307,733	524,407,531	550,754,549	664,776,026	719,959,614
給与費	222,439,037	237,214,481	232,804,004	254,911,474	259,396,916	277,819,941	301,592,470	316,058,681	325,338,358	327,924,731	387,012,630	397,602,173
給料	97,884,500	103,157,500	103,081,600	110,434,100	114,650,100	123,059,400	135,300,075	140,595,600	143,489,560	145,590,635	167,466,840	171,972,900
医師給	18,091,100				13,362,000					20,632,575		
看護師給	38,889,900				49,124,400					61,023,260		
医療技術員給	17,065,200				23,442,300					30,746,400		
事務員給	14,880,100				20,434,800					17,054,400		
手当	90,051,602	95,647,476	93,653,009	101,652,367	102,882,743	110,864,289	117,973,220	120,347,353	120,678,178	121,764,509	146,947,476	151,235,438
医師手当	41,137,992				37,940,582					44,886,084		
看護師手当	21,617,851				30,168,908					36,418,257		
医療技術員手当	10,866,587				15,066,648					19,421,870		
事務員手当	10,426,305				14,690,511					12,123,660		
材料費	103,552,924	110,080,486	114,466,952	119,950,018	111,414,678	128,079,072	138,956,371	146,659,724	149,930,939	146,217,549	175,492,524	206,990,844
薬品費	72,951,929	81,301,720	86,943,000	92,045,774	88,241,268	94,614,959	107,626,567	110,611,476	115,641,877	117,563,600	141,198,364	169,138,844
経費	37,865,803	38,280,893	41,090,629	41,962,754	47,101,998	46,543,940	41,616,079	41,407,913	39,856,688	56,373,779	84,755,332	89,355,656
委託料	12,407,256	12,650,035	12,772,387	13,914,377	15,074,418	17,024,428	12,461,537	11,954,039	11,597,802	25,777,168	39,297,582	41,054,870
給食業務他	事務委託及び 歯科技工委託 料3,480,000	事務委託及び 歯科技工委託 料3,552,000	清掃・給食・自動車 運転・診療報酬 業務9,050,400	同 8,734,000	同 10,236,600	同 11,483,400	清掃・給食・ 診療報酬業務 6,440,000	同 5,680,000	なし(自衛調理)	15,618,920	18,059,206	17,628,167
出張旅費	2,394,040	2,282,320	3,742,300	1,953,920	3,988,420	4,254,190	5,801,720	4,987,060	5,928,060	6,399,660	5,420,910	6,219,150
減価償却費	13,144,951	17,242,509	18,935,012	19,083,834	19,848,142	20,531,844	20,429,286	18,434,477	15,866,791	17,628,809	14,873,924	19,330,924
医業外費用	22,143,773	21,755,397	21,535,409	20,852,045	20,782,477	19,530,105	18,456,446	17,989,085	16,636,715	15,853,087	14,630,075	14,773,597
支払利息及び公債取扱い諸費	19,572,026	19,773,090	19,538,215	18,712,265	17,905,148	17,253,804	16,064,714	15,223,600	14,438,315	13,726,027	12,800,489	13,299,271
病院事業費用	780,497,276	766,614,695	771,430,805	809,231,505	829,170,169	774,129,485	784,855,801	432,922,060	347,903,297	763,619,768	748,532,283	677,232,879
医業費用	767,773,746	754,993,746	761,135,338	800,392,165	821,943,428	768,448,407	790,590,509	430,680,455	346,526,266	727,220,741	704,423,460	637,716,967
給与費	444,678,254	410,612,473	382,800,199	405,073,646	425,358,610	367,497,125	383,485,296	199,841,387	163,495,940	342,413,019	303,400,293	336,249,978
給料	183,616,879	181,557,772	169,203,720	181,141,590	185,831,662	165,948,700	167,810,606	93,768,756	66,360,840	149,582,096	127,328,008	138,569,342
医師給			17,280,000					6,857,200	4,884,800			
看護師給			89,477,220					52,709,556	35,768,700			
医療技術員給			37,524,900					22,019,900	15,747,740			
事務員給			18,240,600					9,993,900	8,335,100			
手当	161,984,270	146,911,920	128,278,246	140,403,161	137,737,471	122,745,846	122,351,394	55,773,336	53,478,287	99,673,168	93,895,255	118,007,893
医師手当								18,489,816	14,212,830			
看護師手当								21,967,044	22,588,839			
医療技術員手当								9,467,372	9,576,324			
事務員手当								5,114,321	6,236,882			
材料費	21,091,482	227,418,420	234,223,618	258,253,375	256,706,622	248,626,707	244,724,555	133,468,133	99,682,182	194,165,983	205,398,328	107,012,836
薬品費	178,027,312	192,419,933	198,836,322	219,153,021	218,421,550	209,216,953	212,284,914	164,098,242	161,098,242	164,098,242	169,484,840	747,533,562
経費	92,270,764	97,505,735	124,417,792	116,850,442	117,613,942	125,032,436	121,357,983	71,343,968	68,185,003	145,928,129	145,928,129	147,248,320
委託料	45,304,806	46,929,059	57,498,866	56,405,994	60,554,635	65,583,671	64,701,895	41,732,120	31,008,299	69,947,276	53,842,052	55,514,480
給食業務	18,221,487	17,439,553	15,916,105	14,265,180	14,947,120	16,063,857	16,063,857	8,310,795	6,150,505	12,701,665	13,113,151	13,722,176
出張旅費	6,543,700	7,867,320	20,095,105	—	—	—	—	—	—	27,556,425	38,279,700	40,719,068
減価償却費	13,525,514	17,208,347	15,838,341	14,088,932	16,805,541	21,653,006	25,889,023	13,574,443	9,696,913	44,461,539	45,101,352	42,768,921
医業外費用	12,723,530	11,621,387	11,621,387	8,839,340	7,226,741	5,681,078	4,265,292	2,241,605	1,377,031	16,280,508	14,999,111	10,846,079
支払利息及び公債取扱い諸費	12,723,530	11,621,387	10,315,467	8,839,340	7,226,741	5,681,078	4,265,292	1,561,565	1,164,031	1,155,846	766,368	681,382

(注) 1. 1990年度のように県医師会派医師は医師給にカウントされたいない。2. 「—」は未確認を意味する。  
(出所) 沢内村および西和賀町の歳入歳出決算書(各年度版)、沢内村および西和賀町の沢内病院事業報告書(各年度版)



表8 国保沢内病院的患者1人1日当たり診療収入

	(金額：円)																			
	1982年度	1983年度	1984年度	1985年度	1986年度	1987年度	1988年度	1988年度	1989年度	1990年度	1991年度	1992年度	1992年度	1993年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度	1997年度
入院	7,516	7,407	7,940	8,798	9,705	9,868	9,748	9,748	9,950	9,431	9,272	9,272	11,328	10,759						
医科外来	3,344	3,549	4,015	4,671	5,172	5,028	5,026	5,026	5,250	5,208	5,529	5,529	5,591	5,798						
歯科外来	4,450	4,314	4,550	4,709	4,863	4,008	3,976	3,976	3,982	4,113	4,082	4,082	4,401	4,633						
合計	15,310	15,270	16,505	18,178	19,740	18,904	18,750	18,750	19,182	18,752	18,883	18,883	21,320	21,190						
1994年度	10,493	16,262	18,252	18,747	19,730	22,401	23,156	23,156	23,188	22,613	22,485	22,485	22,593	19,754						
1995年度	5,903	7,807	7,631	7,416	8,994	9,631	9,654	9,654	9,554	10,067	10,704	10,704	11,299	11,111						
1998年度	4,988	4,820	5,059	4,967	5,068	5,768	5,908	5,908	5,827	5,806	6,004	6,004	5,944	5,617						
21,738	21,218	29,169	30,942	31,130	33,792	37,800	38,718	38,718	38,569	38,486	39,193	39,193	39,836	36,482						

(出所) 沢内村および西和賀町の歳入歳出決算書 (各年度版)、沢内村および西和賀町の沢内病院事業報告書 (各年度版)

表9 国保沢内病院的患者数

	1986年度	1987年度	1988年度	1988年度	1989年度	1990年度	1991年度	1992年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度	1997年度
患者数合計 (延数)	56,580	58,797	61,965	59,084	58,800	61,823	60,161	60,161	60,180	60,254	64,278	68,553	65,612	
入院	10,109	9,972 (366H)	11,418 (365H)	10,242 (365H)	10,346 (365H)	11,407 (366H)	8,995 (365H)	9,737 (365H)	9,737 (365H)	8,834 (365H)	10,605 (366H)	12,571 (365H)	10,962 (365H)	
医科外来	37,782	37,951 (298H)	39,768 (295H)	39,592(295H)	39,630 (293H)	41,218 (296H)	42,294 (296H)	41,381 (294H)	43,327 (295H)	45,225 (295H)	47,798 (294H)	47,798 (294H)	46,813 (294H)	
歯科外来	8,689	10,874 (298H)	10,779 (295H)	9,250 (295H)	8,824 (293H)	9,198 (296H)	8,872 (296H)	9,062 (294H)	8,093 (295H)	8,448 (291H)	8,184 (290H)	8,184 (290H)	7,837 (292H)	
外来合計	46,471	48,825	50,547	48,842	48,454	50,416	51,166	50,443	50,443	51,420	53,673	55,982	54,650	
1日平均患者数 (人)	184.7	191.1	201.6	193.7	193.7	201.5	164.8	164.8	164.9	198.5	211.3	231.1	221.6	
入院	27.7	27.2	31.3	28.1	28.3	31.2	24.6	24.6	26.7	24.2	28.0	34.4	30.0	
医科外来	127.6	127.4	134.8	134.2	135.3	139.2	142.9	142.9	140.8	146.9	153.3	162.6	159.2	
歯科外来	29.4	36.5	36.5	31.4	30.1	31.1	30.0	30.0	30.8	27.4	28.0	34.1	32.4	
外来合計	157.0	163.9	170.3	165.6	165.4	170.3	172.9	172.9	171.6	174.3	182.3	196.7	191.6	
1998年度	65,996	54,489	47,480	52,235	55,018	53,353	47,672	47,672	26,963	22,660	37,594	36,673	35,920	
入院	10,664 (365H)	9,650 (366H)	7,104 (365H)	8,179 (365H)	9,726 (365H)	9,415 (366H)	8,677 (365H)	4,898 (214H)	3,928 (151H)	4,382 (365H)	6,173 (366H)	7,019 (365H)	7,019 (365H)	
医科外来	46,988 (294H)	34,373 (295H)	32,773 (245H)	36,011 (245H)	36,653 (277H)	35,631 (278H)	31,899 (281H)	18,171 (158H)	11,819 (110H)	25,521 (278H)	23,445 (278H)	21,555 (267H)	21,555 (267H)	
歯科外来	8,344(242H)	8,024 (243H)	7,603 (242H)	8,045 (244H)	8,639 (266H)	8,307 (249H)	7,096 (242H)	3,894(142H)	2,985 (100H)	7,691 (242H)	7,055 (242H)	7,346 (240H)	7,346 (240H)	
外来合計	55,332	42,397	40,376	44,056	45,292	43,938	38,995	22,065	18,732	30,500	33,212	30,500	28,901	
1日平均患者数 (人)	223.5	175.9	184.7	202.4	190.4	187.3	166.6	166.6	188.2	189.3	135.6	130.4	130.5	
入院	29.2	26.4	19.5	22.4	26.6	25.7	23.8	23.8	22.9	26.0	12.0	16.9	19.2	
医科外来	159.8	116.5	133.8	147.0	132.3	128.2	113.5	113.5	115.0	107.4	91.8	84.3	80.7	
歯科外来	34.5	33.0	31.4	33.0	32.5	33.4	29.3	29.3	27.4	29.9	31.8	29.2	30.6	
外来合計	194.3	119.8	165.2	180.0	164.8	161.6	142.8	142.8	165.3	163.3	123.6	113.5	111.3	

(出所) 沢内村および西和賀町の歳入歳出決算書 (各年度版)、沢内村および西和賀町の沢内病院事業報告書 (各年度版)

て増加してきた。病院サイドでは内科担当医師の96年度2人(97年度3人)への増員および同年度の全身用CT、超音波診断装置(97年度X線テレビ装置更新)などの医療器械整備の影響が大きかったと評価されている。

患者数は1997・98年度に比較的安定したものの、その後急減し、99・01・02・03年度は5.3万人前後になり、00年度は47,480人(1日平均184.7人うち入院19.5人)で危機的な状況に直面した。そして04年度以降ほぼ一貫して減少し、08年度35,920人(1日平均130.5人)で、とくに医科外来の落ち込みが激しい。

医科外来患者数のうち70歳以上は例えば、月平均で1995年度1,698人(対合計3,965人比42.8%)、99年度1,904人(同3,532人比53.9%)、03年度2,146人(同3,387人比63.4%)で、高齢者の比重は高まるばかりである。また、村外患者数は減少の一途を辿り、合併直前では総数の3%に満たない。

沢内病院の主な財務指標をみると、経常収支比率は1995・96・97・01・02・03年度に100%を超えた一方で、89・00年度は90%を割っており、医業収支比率も93・94・99・00年度に70%台になり、きわめて深刻な状況となっている(表10)。病床利用率は増減が激しく、86～92年度61.6%～78.2%、93～99年度60.5%～86.1%、00年度48.7%、01年度56.0%、02～05年度57.2%～66.6%で、00年度の落ち込みが目立つ。

2000年度は流動比率などありとあらゆる指標が悪化しており、この主な要因として常勤医師が一時(12月)ゼロになり、診療応援も334名(延べ数)に達し、病院の大幅な機能低下が生じたことによると言える。結果的に夜間看護の負担が激増し、さらに年度途中に薬剤師の退職もあり、院内の至るところで、残ったスタッフの精神的、肉体的負担が増大したのである。

沢内病院の職員数は1986年度から91年度まで39名前後を維持し、92～94年度に事務員2名増で42名となり、その後、事務員や労務員を削減する代わりに(正)看護師を大幅増員し96～98

年度に47～49名で最多となる。97年度に医師6名(内科、外科、歯科)を含め49名となるが、この時期、95年度に病院会計への一般会計繰り出し基準の制定(繰出金の大幅増加)、給食業務の民間委託、母子健康センター助産部門の休止、96年度にCTの導入、新看護基準の採用などがあった(表11)。その後、事務員や労務員を縮減しながら00年度を除けば46名を維持したが、現在では医師や看護師などの減により40名程度(准看護師ゼロ)となっている。

合併前までの沢内病院事業会計を分析したうえで、同規模の病院と比較すると、患者数のうち医科外来の減少の程度は重大な問題であるものの、経営状況は必ずしもトータルとして極めて悪化しているとは言えない(地方公営企業年鑑)。例えば、累積欠損金(2004年度)は岩手県田老町立田老病院(46床)167.5百万円、同胆沢町立まごころ病院(48床)44.1百万円、同雫石町立雫石病院(55床)392.7百万円、同金ヶ崎町立金ヶ崎病院(65床)569.7百万円、同葛巻町立葛巻病院(78床)687.2百万円である。また、1995～97年度および2001～03年度は黒字になっている。主な財務指標や患者数にみるように、2000年度は多くの数値が悪化しているが、これは主として常勤医師が一時ゼロになったことにより、理由は明瞭である。

村長に報告された沢内病院経営健全化検討委員会(委員長元岩手県医療局長)の「沢内病院の経営健全化に伴う今後のあり方に関する報告書」(2003年2月)は病院としての運営が非常に厳しくなっていくことを強調し、繰越欠損金(累積欠損金)の縮減、単年度収支の均衡、一般会計からの繰入れのあり方などに強い意識を置いているものの、既にいくらか対策を講じていることもあって、数値としての結果を追求していない。むしろ療養病床(長期療養)ではなく一般病床の選択、現在の内科・外科・眼科・小児科体制の維持、機能訓練室の設置と理学療法士の確保によるリハビリ体制の構築、歯科診療体制の早急な改善、院外処方箋への切り替えに重点が置かれている。

こうした点も勘案しながら、強く問われなければ

表 10 国保沢内病院の主な財務指標

	(単位：%)																							
	1986年度	1987年度	1988年度	1989年度	1990年度	1991年度	1992年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度	1998年度	1999年度	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	
自己資本構成比率	41.6	40.4	41.9	39.7	39.1	39.1	45.1	49.1	48.5	48.4	52.9	53.6	55.8											
流動比率	1,058.8	729.8	752.9	682.1	426.0	426.0	529.5	495.6	405.7	340.1	368.1	741.1	560.1											
経常収支比率	97.7	94.7	95.5	89.0	92.4	92.4	96.6	93.4	94.4	95.7	101.6	101.6	101.2											
医薬収益対医薬費用比率	92.6	88.7	92.6	84.9	83.5	83.5	83.5	80.5	78.9	79.2	80.8	90.8	87.3											
職員給与費比率(医薬収益比)	63.2	66.1	61.5	69.8	69.8	69.8	69.8	74.3	76.5	77.1	64.1	64.1	63.6											
材料費率	29.4	30.7	30.3	32.2	32.2	32.2	32.2	34.2	35.3	33.8	32.8	29.1	33.1											
累積欠損金比率	16.1	22.1	26.0	40.1	50.6	50.6	50.6	57.8	64.1	68.4	63.2	44.9	41.9											
病床利用率	69.2	68.1	78.2	70.2	70.9	70.9	77.9	61.6	66.7	60.5	72.4	86.1	75.1											
自己資本構成比率	57.6	59.7	59.0	65.8	72.1	72.1	78.7	81.3	83.8	83.8	86.1	83.6	90.6											
流動比率	433.1	345.4	180.8	198.4	—	—	454.0	448.4	—	420.0	478.0	391.6	1,225.9											
経常収支比率	97.4	93.5	89.9	100.1	102.0	102.0	103.5	99.5	100.6	100.6	91.6	96.5	92.5											
医薬収益対医薬費用比率	81.4	79.1	76.5	87.3	92.6	92.6	94.8	89.6	92.3	92.3	71.8	72.2	75.8											
職員給与費比率(医薬収益比)	71.3	68.8	68.5	64.2	63.3	63.3	54.7	60.6	56.9	56.9	74.4	60.0	81.7											
材料費率	33.8	38.1	42.7	39.0	—	—	36.6	38.1	36.0	36.0	40.6	37.7	23.7											
当座比率	—	—	159.0	192.6	261.4	261.4	—	—	—	—	—	—	—											
累積欠損金比率	45.2	55.6	73.3	60.8	54.9	54.9	52.4	56.2	57.2	0.0	12.8	15.9	19.5											
病床利用率	73.0	65.9	48.7	56.0	66.6	66.6	64.3	59.4	65.0	65.0	30.0	42.2	48.1											

(注) 1. 沢内病院における年延病床数については1987・91・95・99・03・07年度は年366日(許可病床数40床)、それ以外は365日のために14,600床である。  
 2. 「—」は未確認を意味する。

(出所) 沢内村および西和賀町の歳入歳出決算書(各年度版)、沢内村および西和賀町の沢内病院事業報告書(各年度版)

表 11 国保沢内病院の職員構造

	(単位：人)																							
	1987.3.31	88.3.31	90.3.31	91.3.31	92.3.31	93.3.31	94.3.31	95.3.31	96.3.31	97.3.31	98.3.31	99.3.31	00.3.31	01.3.31	02.3.31	03.3.31	04.3.31	05.3.31	05.10.31	06.3.31	07.3.31	08.3.31	09.3.31	
医師	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
内科	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
外科	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
歯科	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
看護師	16	16	16	16	16	16	16	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
正看護師	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
医療技術員	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
事務員	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
労務員	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
合計	39	39	40	39	38	38	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	
医師	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
内科	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
外科	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
歯科	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
看護師	23	22	22	25	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	
正看護師	14	14	14	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	
保健師	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
医療技術員	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
事務員	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
労務員	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
合計	48	46	41	46	42	42	46	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	

(出所) 沢内村および西和賀町の歳入歳出決算書(各年度版)、沢内村および西和賀町の沢内病院事業報告書(各年度版)

ばならなかったのは次のような点であったであろう。

第一に、病院事業の問題や課題の整理であり、どのように行うのかである。病院の経営手法（保健や福祉との関わりも含む）、医療の供給体制など多面的に検討することができよう。例えば、老人医療費の10割給付制度をはじめ独自の政策に関して首長（行政サイド）、病院（サイド）、村民で評価の違いがあるのか、一般会計繰出金の水準が他に比して必ずしも大きいわけでないことは知られているのか、関係者間の協議や住民参加の仕組みが強く問われている。

第二に、村医療の充実・強化にとって「村立」としていかなる医師を求めるのかである。2000年度以降、医師が頻繁に入れ替わり、病院経営に限らず、スタッフ間や患者との信頼関係にも大きな影響を与えており、また01年度に沢内病院勤務医師が退職後しばらくして、わずか病院から南へ4kmの距離に開業（内科、外科、小児科他）し、患者の分布が変わり、隣接の湯田町からの患者も通院するようになったこともあげられる。

第三に、村行財政全般のあり方を念頭に置いたうえで、公共性と経済性を兼ね備えながら、「生命行政」を短・中長期計画として具体化するための政策立案能力、さらに患者・住民ニーズを把握、実施するための組織力、行動力をどのように充実・強化していくかであり、他方、小規模な病院の経営や自治体の財政にとって不利な国主導の医療制度改革や行財政構造改革（交付税措置や補助金配分等）があげられ、村財政悪化の責任の一端は中央政府にもある。

こうした点がなかば置き去りにされたまま、いわば展望なき病院経営が続けられていく。一般会計から病院事業会計に対する繰出金が「交付税の右肩上がり（収入増）」に支えられ増大していた時ならまだしも、交付税が縮減に転じてもほとんど変わらず、村長も真正面から向き合わない、あるいは向き合えないなかで、責任回避の大義名分になり得る合併に向かっていくことになる。そして、後述のように合併前後の病院経営は旧町村の首

長、住民、医師等の医療・病院を巡る認識が十分に共有できないまま、外的要因の影響も大きく受け、危機的な状況に限りなく近くなっていく<sup>38)</sup>。

なお、現在のところ、診療科目は内科、外科、歯科、眼科（非常勤による応援診療）、小児科（同）で、この体制になって少なくとも10年以上は経過している。かつて眼科はなく、産婦人科や耳鼻科が開設されていた。2002年10月に「10対1看護補助加算」および「一般病棟入院基本料I群2」、06年4月に看護補助加算2、入院時食事療養（I）、栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算、電子化加算、07年1月に「13対1の看護基準」による一般病棟入院基本料（「3」＝1日当たり10,920円）を採用している。

主な設備は全身用CT、超音波診断装置、エックス線TV、人工透析装置（5台）、電子内視鏡装置、生化学自動分析装置、乳房エックス線装置、電子カルテなどである。わずかな医師数でも多様な手術を手掛けていた増田院長の時代と違い、新世紀に入ってから手術等に伴う訴訟リスクや病院間の役割分担化などのために、手術はわずかである。

次に国保特会である。歳入合計は1986～2000年度328百万円～365百万円でほとんど変化していないが、その構成で例えば、国庫支出金が減少し、国保税が微減し、その他の収入が微増している（表12）。歳入はその後急増し、01年度385百万円（うち国保税107百万円）、02年度405百万円（同111百万円）、03年度463百万円（同103百万円）、04年度450百万円（同106百万円）で、国庫支出金、療養給付費交付金、繰越金、繰入金の増に大きく規定され、過去にもあったが前年度からの繰越金によって黒字になることが多い。

歳出合計は1986～00年度268百万円（98年度）～346百万円（89年度）で比較の変動が激しく、01年度326百万円、02年度352百万円、03年度415百万円、04年度361百万円である（表13）。黒字が継続されていると言っても、本村のような小規模保険者にとって超高額医療の対象者が平年よりも数人多く発生すれば、保険給付費が著しく



表12 旧沢内村と西和賀町の国民健康保険特別会計歳入構造

	(金額：円)																							
	1986年度	1987年度	1988年度	1989年度	1990年度	1991年度	1992年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度	1998年度	1999年度	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	
歳入合計	362,958,064	356,921,800	346,155,937	365,390,123	351,853,909	356,024,481	357,794,999	355,846,120	352,833,716	328,433,099	354,485,746	332,900,128	362,958,064	356,921,800	346,155,937	365,390,123	351,853,909	356,024,481	357,794,999	355,846,120	352,833,716	328,433,099	354,485,746	332,900,128
国民健康保険税	137,873,930	148,541,600	143,151,340	131,545,360	127,690,830	136,797,090	119,113,950	131,794,550	117,247,500	132,396,199	113,103,396	108,220,157	137,873,930	148,541,600	143,151,340	131,545,360	127,690,830	136,797,090	119,113,950	131,794,550	117,247,500	132,396,199	113,103,396	108,220,157
うち一般被保険者	130,499,589	140,727,992	134,139,625	122,690,929	119,529,570	127,764,439	111,208,259	122,295,010	107,970,953	121,294,789	104,165,505	99,653,880	130,499,589	140,727,992	134,139,625	122,690,929	119,529,570	127,764,439	111,208,259	122,295,010	107,970,953	121,294,789	104,165,505	99,653,880
うち退職被保険者等	7,374,341	7,813,608	9,011,715	8,854,431	8,161,260	9,032,651	7,905,691	9,489,540	9,276,547	11,101,410	8,937,891	8,566,277	7,374,341	7,813,608	9,011,715	8,854,431	8,161,260	9,032,651	7,905,691	9,489,540	9,276,547	11,101,410	8,937,891	8,566,277
国庫支出金	191,107,695	166,313,567	157,889,405	183,135,985	183,244,674	169,829,414	170,441,792	157,089,902	138,993,756	122,113,767	151,289,141	127,330,029	191,107,695	166,313,567	157,889,405	183,135,985	183,244,674	169,829,414	170,441,792	157,089,902	138,993,756	122,113,767	151,289,141	127,330,029
うち国庫負担金	126,422,695	111,959,567	110,364,405	120,016,985	105,241,749	116,659,414	103,391,376	96,360,902	91,344,756	88,220,767	91,391,141	84,510,029	126,422,695	111,959,567	110,364,405	120,016,985	105,241,749	116,659,414	103,391,376	96,360,902	91,344,756	88,220,767	91,391,141	84,510,029
療養給付費国庫負担金	119,515,833	104,836,068	102,909,229	112,797,656	105,241,749	108,137,000	103,391,376	96,360,902	67,594,017	73,559,844	69,660,180	56,243,010	119,515,833	104,836,068	102,909,229	112,797,656	105,241,749	108,137,000	103,391,376	96,360,902	67,594,017	73,559,844	69,660,180	56,243,010
老人保健医療費拠出金	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
うち国庫補助金	64,685,000	54,354,000	47,525,000	63,119,000	70,212,000	53,170,000	65,157,000	60,015,000	47,649,000	33,893,000	20,158,228	26,952,065	64,685,000	54,354,000	47,525,000	63,119,000	70,212,000	53,170,000	65,157,000	60,015,000	47,649,000	33,893,000	20,158,228	26,952,065
財政調整交付金	57,085,000	46,746,000	47,145,000	62,526,000	69,763,000	52,975,000	65,157,000	60,015,000	47,649,000	33,893,000	59,898,000	42,820,000	57,085,000	46,746,000	47,145,000	62,526,000	69,763,000	52,975,000	65,157,000	60,015,000	47,649,000	33,893,000	59,898,000	42,820,000
国保特別対策補助金	6,802,000	7,139,000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6,802,000	7,139,000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
療養給付費交付金	12,866,000	9,543,094	9,887,000	8,971,000	7,094,000	6,607,000	7,560,934	4,860,000	21,278,413	24,811,000	27,646,000	12,389,000	12,866,000	9,543,094	9,887,000	8,971,000	7,094,000	6,607,000	7,560,934	4,860,000	21,278,413	24,811,000	27,646,000	12,389,000
繰入金	8,000,000	10,000,000	14,540,000	11,520,000	8,500,000	10,000,000	35,067,400	36,208,000	38,030,000	9,237,200	16,340,000	17,185,000	8,000,000	10,000,000	14,540,000	11,520,000	8,500,000	10,000,000	35,067,400	36,208,000	38,030,000	9,237,200	16,340,000	17,185,000
うち保険基金安定	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
うち財政安定化支援事業	5,784,825	17,830,165	17,945,043	21,559,049	19,795,415	27,014,593	17,188,069	22,754,581	33,295,495	36,507,318	44,314,619	65,608,729	5,784,825	17,830,165	17,945,043	21,559,049	19,795,415	27,014,593	17,188,069	22,754,581	33,295,495	36,507,318	44,314,619	65,608,729
繰越金	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
歳入合計	335,893,344	332,906,615	357,743,037	385,474,921	404,953,723	462,847,428	449,788,565	225,410,707	488,147,444	871,005,822	934,449,898	922,745,648	335,893,344	332,906,615	357,743,037	385,474,921	404,953,723	462,847,428	449,788,565	225,410,707	488,147,444	871,005,822	934,449,898	922,745,648
国民健康保険税	106,641,800	105,286,108	109,016,720	107,372,003	110,879,170	103,079,660	105,519,797	52,523,600	92,157,562	194,664,731	188,334,404	171,437,474	106,641,800	105,286,108	109,016,720	107,372,003	110,879,170	103,079,660	105,519,797	52,523,600	92,157,562	194,664,731	188,334,404	171,437,474
うち一般被保険者	98,630,819	97,758,411	98,537,427	96,659,910	99,062,852	90,986,481	91,299,575	45,058,926	74,988,640	158,369,715	152,675,127	160,208,854	98,630,819	97,758,411	98,537,427	96,659,910	99,062,852	90,986,481	91,299,575	45,058,926	74,988,640	158,369,715	152,675,127	160,208,854
うち退職被保険者等	8,010,981	7,527,697	10,459,293	10,712,093	11,816,318	12,093,179	14,220,222	7,464,674	17,168,922	36,295,016	35,659,277	11,228,620	8,010,981	7,527,697	10,459,293	10,712,093	11,816,318	12,093,179	14,220,222	7,464,674	17,168,922	36,295,016	35,659,277	11,228,620
国庫支出金	92,705,462	126,220,154	143,378,292	148,620,137	174,984,801	207,515,351	193,526,199	59,200,000	167,310,529	233,220,882	261,810,663	207,076,062	92,705,462	126,220,154	143,378,292	148,620,137	174,984,801	207,515,351	193,526,199	59,200,000	167,310,529	233,220,882	261,810,663	207,076,062
うち国庫負担金	92,705,462	84,268,823	98,917,495	95,883,137	114,616,801	121,260,351	133,316,199	59,200,000	77,259,529	153,212,882	172,658,663	137,293,062	92,705,462	84,268,823	98,917,495	95,883,137	114,616,801	121,260,351	133,316,199	59,200,000	77,259,529	153,212,882	172,658,663	137,293,062
療養給付費国庫負担金	56,698,720	48,344,695	62,744,889	57,726,694	64,830,853	72,100,783	86,504,989	44,791,000	75,478,949	146,613,928	167,029,850	131,262,735	56,698,720	48,344,695	62,744,889	57,726,694	64,830,853	72,100,783	86,504,989	44,791,000	75,478,949	146,613,928	167,029,850	131,262,735
老人保健医療費拠出金	34,340,340	35,487,272	25,421,761	31,413,141	39,008,376	33,197,060	24,717,007	9,034,000	—	—	—	—	34,340,340	35,487,272	25,421,761	31,413,141	39,008,376	33,197,060	24,717,007	9,034,000	—	—	—	—
うち国庫補助金	40,746,000	41,951,331	44,460,797	52,737,000	60,368,000	86,255,000	60,210,000	0	90,051,000	80,008,000	89,152,000	69,783,000	40,746,000	41,951,331	44,460,797	52,737,000	60,368,000	86,255,000	60,210,000	90,051,000	80,008,000	89,152,000	69,783,000	69,783,000
財政調整交付金	40,746,000	40,583,000	44,367,000	52,737,000	60,368,000	86,255,000	60,210,000	0	90,051,000	80,008,000	89,152,000	69,783,000	40,746,000	40,583,000	44,367,000	52,737,000	60,368,000	86,255,000	60,210,000	90,051,000	80,008,000	89,152,000	69,783,000	69,783,000
国保特別対策補助金	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
療養給付費交付金	9,641,567	12,493,000	24,678,274	29,524,000	18,118,000	40,160,726	37,358,988	20,594,000	77,326,000	128,366,000	156,473,893	58,049,771	9,641,567	12,493,000	24,678,274	29,524,000	18,118,000	40,160,726	37,358,988	20,594,000	77,326,000	128,366,000	156,473,893	58,049,771
繰入金	17,397,714	17,747,606	18,640,579	19,040,799	28,411,514	32,190,313	37,768,289	0	41,172,000	65,881,294	67,238,188	55,024,684	17,397,714	17,747,606	18,640,579	19,040,799	28,411,514	32,190,313	37,768,289	0	41,172,000	65,881,294	67,238,188	55,024,684
うち保険基金安定	7,036,200	7,696,600	8,123,360	9,449,040	14,929,400	18,852,800	20,369,979	0	24,247,473	46,117,953	45,946,809	33,743,490	7,036,200	7,696,600	8,123,360	9,449,040	14,929,400	18,852,800	20,369,979	0	24,247,473	46,117,953	45,946,809	33,743,490
うち財政安定化支援事業	9,261,514	9,574,006	10,246,219	8,435,719	12,009,754	12,450,947	10,470,442	0	7,180,819	0	0	0	9,261,514	9,574,006	10,246,219	8,435,719	12,009,754	12,450,947	10,470,442	0	7,180,819	0	0	0
繰越金	60,871,825	67,681,350	52,019,612	75,149,266	59,560,695	52,711,628	47,819,528	88,999,687	0	150,169,438	108,991,915	92,469,690	60,871,825	67,681,350	52,019,612	75,149,266	59,560,695	52,711,628	47,819,528	88,999,687	0	150,169,438	108,991,915	92,469,690

(注) 1. 2008年度については前期高齢者交付金 215,652,539円が新たに含まれている。

2. 「—」は未確認を意味する。

(出所) 沢内村および西和賀町の歳入歳出決算書(各年度版)

表 13 旧沢内村と西和賀町の国民健康保険特別会計歳出構造

(金額：円)

	1986年度	1987年度	1988年度	1989年度	1990年度	1991年度	1992年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度
歳出合計	345,127,899	338,976,757	324,596,888	345,594,708	324,839,316	338,836,412	335,040,418	322,550,625	316,326,398	284,118,480	288,877,017	272,028,303
総務費	17,401,588	18,550,272	21,689,188	23,018,882	24,694,676	27,791,356	24,965,962	28,917,377	29,385,862	6,587,050	6,537,138	7,597,315
保険給付費	232,010,306	246,797,889	233,552,429	250,779,948	226,383,354	236,205,719	240,360,372	214,572,356	214,458,273	230,465,791	217,615,537	181,214,845
うち療養諸費	200,976,358	215,305,862	204,367,017	214,820,989	194,999,878	206,688,162	206,638,460	187,046,772	189,669,181	205,769,909	195,163,876	163,172,517
一般被保険者療養給付費	179,944,796	200,494,806	186,465,693	198,265,345	180,328,895	190,267,095	193,876,203	167,626,557	168,774,993	172,484,069	163,740,918	140,889,881
退職被保険者等療養給付費	21,031,562	14,811,056	17,901,324	16,555,644	14,670,983	16,421,067	12,762,257	19,420,215	20,894,188	31,588,565	29,859,431	21,158,152
うち高額療養費	27,539,848	28,568,927	26,700,912	32,885,147	28,832,594	27,639,699	30,603,850	24,755,348	22,639,653	22,895,882	20,851,661	15,842,328
一般被保険者高額療養費	26,706,975	27,883,060	25,742,111	31,914,811	28,262,552	27,333,181	30,136,670	23,587,610	21,195,631	20,858,106	18,503,919	15,234,532
退職被保険者高額療養費	832,873	685,867	958,801	970,336	570,042	306,518	467,180	1,167,738	1,444,022	2,037,776	2,347,742	607,796
老人保健拠出金	85,842,236	58,075,925	54,163,455	66,049,870	53,688,462	53,127,638	46,971,328	64,407,846	59,489,780	31,441,624	51,466,979	68,436,507
歳入合計	362,958,064	356,921,800	346,155,937	365,390,123	351,853,909	356,024,481	357,794,999	355,846,120	352,833,716	328,433,099	354,485,746	332,900,128
歳出合計	268,211,994	280,977,003	282,593,771	325,914,226	352,242,095	415,027,900	360,788,878	161,604,665	337,978,006	769,309,251	841,980,208	753,089,719
総務費	6,290,147	9,482,167	8,264,063	8,158,993	6,925,240	6,736,629	8,535,218	3,495,956	12,942,693	18,030,341	20,591,379	20,055,194
保険給付費	167,602,417	170,887,426	187,185,594	203,358,417	214,428,072	269,409,479	248,325,131	104,797,716	237,684,161	514,535,063	562,364,054	488,888,942
うち療養諸費	152,765,993	153,723,357	165,250,334	181,104,791	182,603,453	233,409,479	216,801,869	94,583,807	215,051,596	469,377,886	519,772,321	448,703,996
一般被保険者療養給付費	138,253,909	133,566,744	138,261,747	148,570,856	157,004,277	195,662,392	179,649,921	70,881,887	145,696,858	325,038,289	347,070,495	401,901,349
退職被保険者等療養給付費	13,431,136	19,035,155	24,908,248	31,546,480	24,506,266	36,800,059	35,958,978	23,070,945	68,370,310	141,096,237	168,618,860	43,850,146
うち高額療養費	14,256,424	16,304,069	21,555,260	20,713,626	29,464,619	34,369,046	30,763,262	9,513,909	21,772,565	40,977,177	39,981,733	38,054,946
一般被保険者高額療養費	13,977,278	15,622,420	19,782,312	18,479,178	28,581,175	29,681,043	28,369,192	7,258,810	17,410,618	32,733,850	32,095,470	33,142,980
退職被保険者高額療養費	279,146	681,649	1,772,948	2,234,448	883,444	4,688,003	2,394,070	2,255,099	4,361,947	8,243,327	7,886,263	4,911,966
老人保健拠出金	88,459,246	91,873,679	66,273,355	82,137,284	104,696,190	93,104,458	72,544,424	34,340,578	40,017,506	98,754,810	104,149,681	11,772,395
介護納付金			14,891,225	16,569,175	16,268,015	17,662,886	18,765,774	12,292,063	17,060,000	40,695,190	39,088,386	34,677,783
歳入合計	335,893,344	332,996,615	357,743,037	385,474,921	404,953,723	462,847,428	449,788,565	225,410,707	488,147,444	871,005,822	934,449,898	922,745,648

(注) 2008年度については後期高齢者支援金 82,919,928円、前期高齢者納付金 111,652円が新たに含まれている。

(出所) 沢内村および西和賀町の歳入歳出決算書(各年度版)

伸び、赤字に転ずることも予想されるので、決して楽観できない。

被保険者1人当たりでみた国保料の収入額、例えば2001年度69千円、04年度66千円は県内町村の平均で、保険給付額は順に131千円、156千円で平均より高めである（決算カード）。そして、西和賀町の09年度の数値をみると、順に80千円、310千円で、前者は上位に位置するのに対して後者は最高になるまでに増大している。

被保険者数（年間平均）は1986年度2,752人から99年度1,492人まで一貫して減少し、00年度に増加に転じ、04年度に1,595人となっている。その構造を分析すると、近年、主に地域経済の停滞、縮小の影響を受け加入世帯が増加していることが特徴的である。また、老人保健の対象年齢の引き上げにより国保における老人保健対象者が減少する一方で、一般被保険者と退職被保険者における前期高齢者が増加したことも反映されていると思われる。

老人保健特別会計の歳入歳出はほぼ一貫して増大しており、歳入は1986年度219百万円、87年度212百万円であったが、95年度370百万円、96年度482百万円、03年度559百万円、04年度519百万円になっている（表14）。支払基金交付金、国庫支出金、県支出金、繰入金のいずれも増大しているが、最大の比重を占める支払基金交付金は01年度390百万円（86年度152百万円）まで増加し、その後老人保健法改正に伴う対象者の自己負担増と入院患者数減のために減少しているのに対して、その他はおおよそ一貫して増大し続け、3倍以上の伸びを示す。

老保の対象者（年平均）は1986年度597人から2002年度985人まで増加し続け、03年度以降、制度改正のために減少に転じている（表15）。年間1人当たり医療費は86年度35.1万円、87年度34.1万円から増加傾向を示し、99年度に60.7万円が最高となり、合併前の04年度まで53.2万円～58.8万円まで推移している。合併後でみると、06年度54.9万円、県平均55.3万円をわずかに下回る水準であり、最少の九戸村39.3万円に程

遠い。医療ニーズの多様化を背景に、周辺市等の中核病院で高度医療を受けることが主な要因の一つにあげられよう。なお、県平均は全国都道府県のなかで最低クラスである。

老人医療費に関して1987年度は入院420件、1.1億円、入院外6,317件、8.3千万円、歯科・調剤等1,076件、1.2千万円、2004年度は順に602件、2.0億円、12,149件、2.3億円、3,981件、6.8千万円で、いずれも大きく増加している。入院と入院外では件数のピークは前者01年度757件（2.6億円）、後者02年度12,959件（2.4億円）で、前者は件数で後者の6%程度であるが、全体コストは同水準である（表15）。

介護保険特別会計の推移をみると、会計規模は制度開始の2000年度に3.2億円であったのが、04年度4.1億円まで増大し、合併後も歯止めがかかる状況は全く見られない（表16）。要介護認定者数<sup>39)</sup>は増加の一途を辿り、また給付件数は2000年度3,688から04年度6,908まで急増し、給付費（04年度3.9億円）も増大し続けている（表17）。給付の内訳に関して施設サービスは件数（同800）で頭打ちし、給付費でも変化がないのに比べて、居宅サービスは件数（同5,749）、給付費いずれも2倍以上になり、給付費については施設サービスのそれに接近している。なお、介護保険料第1号被保険者基準月額額は03～05年度3,700円、06～08年度3,800円である。

## 2. 1990年代以降および合併協議における生命行政

1980年代なかば以降、生命行政の財政問題が首長・財政サイドから提起され、重大な懸案事項となり、沢内病院の大幅な機能縮小もあり得るような状況であったが、90年代に入って地方交付税の増大に象徴されるように、いわゆる（歳入の）「右肩上がり」が顕著になり、とりわけその後半には病院の黒字年度もあり、病院問題はかつてほど大きく取り上げられることはなかったと言える。しかし、村債残高および病院の累積欠損金は増加の一途を辿っており、この点で財政・経営悪

表14 旧沢内村と西和賀町の老人保健特別会計

	1986年度	1987年度	1988年度	1989年度	1990年度	1991年度	1992年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度	(金額：円)
歳入合計	218,533,357	212,258,258	221,873,171	265,029,170	268,292,951	298,748,847	285,449,648	284,144,501	324,381,796	370,371,411	482,124,830	486,921,111	
支払基金交付金	151,846,602	141,257,047	150,385,060	180,473,371	176,231,000	199,832,748	190,575,000	191,390,856	222,223,334	247,269,980	325,256,330	326,193,429	
うち医療費交付金	151,216,602	140,551,000	149,654,060	179,661,060	175,377,000	198,908,000	189,639,000	190,402,856	221,132,334	246,198,980	324,017,513	324,789,000	
国庫支出金	44,165,858	39,024,600	46,332,703	53,260,698	51,877,061	56,103,783	57,010,206	54,936,677	62,878,670	72,038,273	105,451,245	95,592,995	
うち医療費負担金	44,165,858	39,024,600	46,332,703	53,260,698	51,877,061	56,103,783	57,010,206	54,936,677	62,878,670	72,038,273	105,451,245	95,592,995	
県支出金	11,134,118	9,495,250	11,474,775	13,680,519	12,969,265	14,106,928	14,194,557	13,898,089	16,568,926	18,090,319	27,402,555	25,120,601	
うち県負担金	11,134,118	9,495,250	11,474,775	13,680,519	12,969,265	14,106,928	14,194,557	13,898,089	16,568,926	18,090,319	27,402,555	25,120,601	
繰入金	10,473,000	14,091,000	13,500,000	13,268,000	12,598,000	14,350,000	14,181,000	14,256,000	16,454,000	26,145,000	23,942,000	27,208,000	
うち一般会計	10,473,000	14,091,000	13,500,000	13,268,000	12,598,000	14,350,000	14,181,000	14,256,000	16,454,000	26,145,000	23,942,000	27,208,000	
歳出合計	210,142,996	212,077,625	217,547,159	250,454,445	254,634,133	289,259,962	275,812,969	277,924,465	317,553,957	370,370,331	469,318,744	486,859,114	
医療諸費	209,918,318	208,109,887	217,522,657	247,280,605	248,203,727	283,737,520	274,064,100	276,312,798	317,176,712	369,264,626	462,830,678	474,182,994	
うち医療給付費	209,243,714	207,295,420	216,727,420	242,933,252	246,964,845	282,760,212	273,100,842	275,296,659	315,472,858	367,925,963	461,155,044	472,522,031	
歳入合計	494,705,904	536,901,820	511,137,919	562,005,503	553,889,605	558,780,140	519,150,163	232,511,275	568,491,662	1,094,085,726	1,186,892,843	1,166,928,409	
支払基金交付金	332,827,000	360,424,632	356,857,843	389,557,000	380,701,869	353,590,000	307,534,000	155,649,255	305,030,000	584,179,218	583,931,000	61,466,201	
うち医療費交付金	331,344,000	358,786,092	354,991,079	387,593,000	378,632,869	351,631,000	305,717,000	154,776,255	302,828,000	579,891,218	579,877,000	61,111,201	
国庫支出金	104,123,247	114,417,862	102,250,537	111,589,633	113,741,105	134,374,603	131,493,000	31,168,590	163,652,641	341,471,152	363,615,939	61,210,541	
うち医療費負担金	104,123,247	114,417,862	102,250,537	111,589,633	113,741,105	134,374,603	131,493,000	31,168,590	163,652,641	341,471,152	363,615,939	61,210,541	
県支出金	26,375,792	28,670,172	26,646,740	28,705,869	29,654,770	33,810,463	33,342,296	7,709,000	47,520,657	82,218,960	90,819,834	134,95,850	
うち県負担金	26,375,792	28,670,172	26,646,740	28,705,869	29,654,770	33,810,463	33,342,296	7,709,000	47,520,657	82,218,960	90,819,834	134,95,850	
繰入金	30,718,000	33,382,000	25,379,000	31,048,000	29,752,000	33,674,000	36,093,000	33,399,000	49,976,000	86,010,000	146,777,000	19,250,000	
うち一般会計	30,718,000	33,382,000	25,379,000	31,048,000	29,752,000	33,674,000	36,093,000	33,399,000	49,976,000	86,010,000	146,777,000	19,250,000	
歳出合計	494,698,750	536,898,021	510,032,918	561,965,642	550,558,531	548,092,273	514,564,733	270,504,435	568,285,266	1,092,336,656	1,175,454,356	1,162,130,069	
医療諸費	489,222,740	531,776,324	504,622,792	558,361,844	546,410,532	542,673,840	503,876,702	266,929,559	527,880,777	1,057,331,876	1,161,209,032	1,106,109,47	
うち医療給付費	487,219,610	529,706,925	502,572,490	555,711,280	542,811,465	537,773,758	499,003,746	264,687,648	521,403,302	1,045,597,550	1,150,018,154	1,091,115,450	

(注) 2008年度に後期高齢者医療特別会計が創設され、歳入70,385,948円(うち後期高齢者医療保険料41,957,100円)、歳出70,286,236円(うち後期高齢者医療広域連合納付金68,902,648円)である。  
(出所) 沢内村および西和賀町の歳入歳出決算書(各年度版)

表 15 旧沢内村と西和賀町の老人保健医療に関する統計

	1986年度	1987年度	1988年度	1989年度	1990年度	1991年度	1992年度	1993年度	1994年度	1995年度
年間平均対象者数(人)	597	608	623	634	659	674	689	700	737	741
年間1人当医療費(老人保健)	350,560	341,170	347,971	388,731	375,263	418,639	396,469	393,277	428,888	499,825
入院(件数)	455	420	452	462	497	584	492	535	546	647
〃(円)	120,684,550	112,522,990	110,480,790	123,281,560	125,655,860	150,491,900	135,606,690	134,818,020	147,597,670	167,519,250
入院外(件数)	7,182	6,317	6,614	6,946	7,368	7,493	7,617	7,924	8,271	8,816
〃(円)	88,599,639	83,139,270	93,678,180	113,686,655	110,849,280	120,036,440	117,325,900	122,218,805	144,148,045	162,331,070
歯科・調剤・食事療養費他(件数)		1,076	991	844	997	933	1,091	1,177	1,088	1,170
〃(円)		11,769,255	12,626,830	9,487,680	10,793,745	11,634,412	20,234,943	18,260,434	23,731,793	40,520,011
入院・入院外・歯科等の合計(件数)	7,637	7,813	8,057	8,252	8,862	9,010	9,200	9,636	9,905	10,633
〃(円)	209,284,189	207,431,515	216,785,800	246,455,895	247,298,885	282,162,752	273,167,533	275,297,259	315,477,508	370,370,331
年間平均対象者数(人)	788	821	857	874	916	947	985	963	943	943
年間1人当医療費(老人保健)	585,712	575,895	569,110	606,500	548,948	587,577	552,766	561,602	532,451	532,451
入院(件数)	706	727	694	710	643	757	746	685	602	602
〃(円)	228,162,370	216,663,130	234,038,910	247,378,340	236,931,160	258,512,510	242,622,600	225,152,702	201,714,446	201,714,446
入院外(件数)	9,285	9,725	10,364	11,366	12,267	12,625	12,959	12,733	12,149	12,149
〃(円)	183,332,130	204,322,490	193,509,170	211,596,610	218,376,910	240,364,890	240,355,905	245,955,261	232,182,497	232,182,497
歯科・調剤・食事療養費他(件数)	1,417	1,584	2,073	2,636	2,682	3,504	3,681	4,011	3,981	3,981
〃(円)	50,046,865	51,824,262	60,178,980	71,106,412	47,528,482	57,558,128	61,495,546	69,715,334	68,204,104	68,204,104
入院・入院外・歯科等の合計(件数)	11,408	12,036	13,131	14,712	15,592	16,886	17,386	17,429	16,732	16,732
〃(円)	461,541,365	472,809,882	487,727,060	530,081,362	502,836,552	556,435,528	544,474,051	540,823,297	502,101,047	502,101,047

(注) 1. 年間平均対象者数について2005年度合併前901人、合併後1,770人、06年度1,688人、07年度1,658人である。  
 2. 国保にみる老人医療費1人当り診療費は県平均で1990年度539,177円、89年度562,000円(推計値)、88年度522,060円、87年度550,000円、86年度535,000円である。  
 (出所) 沢内村および西和賀町の歳入歳出決算書(各年度版)、一般・特別会計事業報告書(各年度版)

表 16 旧沢内村と西和賀町の介護保険特別会計

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度
歳入合計	325,305,250	380,912,907	372,174,397	375,203,521	411,865,399	205,020,091	425,079,509	909,243,668	915,379,293
歳出合計	312,490,030	370,645,086	362,690,463	369,437,406	405,677,680	204,369,333	409,873,216	879,030,178	881,417,868

(出所) 沢内村および西和賀町の歳入歳出決算書(各年度版)

表17 旧沢内村と西和賀町の介護保険に関する統計

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2005年度
年間平均1号被保険者(人)	1,295	1,325	1,361	1,387	1,419	1,421	—
年間平均2号被保険者(人)	4	5	3	4	3	4	—
要介護認定者数(年度末)	159	178	171	225	242	243	—
要介護・要支援認定者(年度末)	183	194	195	—	—	—	302
年間1人当保険給付費	228,390	263,982	248,784	252,367	274,303	163,081	—
介護保険給付費合計(件数)	3,688	5,213	5,338	6,013	6,908	3,876	—
〃(円)	296,678,539	349,188,419	338,050,251	349,410,739	389,236,434	231,738,326	—
うち施設サービス(件数)	703	753	815	791	800	452	—
〃(円)	213,851,607	229,029,416	209,490,117	200,608,957	210,824,683	128,060,441	—
うち居宅サービス(件数)	2,792	4,172	4,197	4,925	5,749	3,280	—
〃(円)	82,118,045	119,066,981	127,235,039	147,252,550	176,603,334	102,961,149	—
うち高額介護サービス(件数)	193	288	326	297	359	144	—
〃(円)	708,887	1,092,022	1,325,095	1,549,232	1,808,417	716,736	—

(注) 1. 介護保険料(基準月額)は合併前(2005年度)で旧湯田町3,800円、旧沢内村3,700円、合併後(06年度)で3,800円である。

2. 2006年度の要介護・要支援認定者(年度末)は574人である。

3. 「—」は未確認を意味する。

(出所) 沢内村および西和賀町の歳入歳出決算書(各年度版)、一般・特別会計事業報告書(各年度版)

化の側面は誰にでも理解でき、容易に批判することができたので、90年代末には財政見直し、病院改革の最大の要因として集中的に取り扱われるようになる。

増田院長の65歳定年退職直後の1999年度に庁内機構改革により健康管理課(増田の課長職は60歳時に解任)、住民福祉課、税務課の3課が保健福祉課と住民生活課の2課に編成され、保健婦、歯科衛生士、栄養士が役場内に移動し、一時代の終焉を迎えた<sup>40)</sup>。医療を単なる「治療」に特化させ、そして保健や福祉等を分離しようとしたのである。役場と病院は隣接しているので、連携は問題ないと言わんとすれば、形式と実質の違いを見誤ることになりうる。

さらに時期同じくして、大学医局が関わる医師招聘を巡る村長、議長も含めた内部混乱のために、あるいはそれを間接的な理由として、数カ月の間に4名の医師が退職し、その経緯も村民に対して知らされないという前代未聞の出来事が起こった。1995・96・97年度の沢内病院事業報告書にみるように、90年代なかばに事業目標の一つに「チーム医療」を通じた医療スタッフの活性化および住民に信頼される病院づくりを掲げていただけに、医療供給の後退は明らかである。

老人医療費助成制度の見直しは今に始まったわけではないが、『新沢内村総合開発計画(後期基本計画)』(2000年3月)に記載されたことで重

大な転機を迎えた。本計画は00～04年度を想定しているが、現状と課題として、「施策開始当時に比べ平均寿命が延びるとともに、老人所得の向上や自家用車の普及などによる受診医療機関の広域化など状況が大きく変化してきている。さらに村の財政に占める負担も重くなってきていることから、今後のあり方について再検討が必要な時期となっている。」と述べ、施策の方向として、「老人医療費の無料化施策の再検討を行う。」ことがあげられている。

病院経営に目を向けると、2001年10月号広報によれば、沢内病院が医療の質の改善、患者に対して優しくなる病院を目指し、「よりよい看護サービスの提供」に努めるべく実施した「患者アンケート」(従来、投書箱「みんなの声」を設置していた)の集計状況(200人対象で96人から回収)では、患者との対応など接遇に対する不満が最も多く、「信頼関係を築くための基本的な部分の欠如」にあったと記されている。医師も含めて「お上意識」あるいは「上から目線」があるとすれば、根本的な問題が潜んでいると思われる。

2000年6月広報によれば、人間ドックと称される総合成人病検診(現在では日帰り)の受検者が1999年度396、00年度374と減少傾向にあったために、アンケートを実施したところ、ドックを希望しない理由をあげた311人のうち「どこも何ともない」54人、「仕事の都合」24人など123

人、40%の人が消極的になっていることが明らかになった。これは過去に見られなかったことである。

以上のとおり、世紀の変わり目に、健康管理課の解体、累積欠損金の急増、老人医療費助成問題、人的資源に関する問題などにみるように、生命行政や病院経営で大きな変化がみられることがわかっていく。

これに対して沢内病院では2000年度から経営健全化として窓口業務を委託し、また事務の電算化、カルテ自動検索機導入、ごみの焼却業務の改善等を実施し、01年度に病院内部の改善に関する各種専門委員会（職員レベルの各種研修、環境整備、医療安全管理などの委員会のこと）、さらに病院経営健全化検討委員会（委員長元県医療局長）を設置している。

2002年度から診療日を試行的に毎月第2・4土曜午前と月曜祝祭日の通常診療（医科・歯科）まで拡充し、歯科に関しては延長診療にも取り組み、また健康推進室（看護師配置による健康・医療相談、検診・予防接種、各種検査案内等の重点化による病院機能の充実）を設置し、保健師等との連携による糖尿病教室や各種健康教室の開催・充実、04年度に理学療法士1名の採用や電子カルテの運用開始など様々な対策を講じている。

これらの取り組みに加えて、2001年に「地域に開かれた病院づくり」を目的に座談会（村内9ヶ所）が開催されているが、村医療の本質的な点を問い直すような動向があまりみられないなかで、経営健全化が重視されていく。

こうした生命行政や病院経営の見直しのさなか、一般会計が大規模公共事業により最大規模となった1999年度あたりを境に一般会計や病院経営の悪化が著しくなり、次第に「平成の大合併」に取り込まれていったのである。すなわち、沢内、湯田両町村が合併を模索、協議し始める。両町村は面積、地形・気象、歴史、人口など多くの点で類似しているが、地域の特徴を活かして、沢内村が「生命尊重・行政と農業」、湯田町が「温泉、芸術、観光業」に政策的重点を置くように、産業

では大きく異なる。また自治体財政の点では湯田町も地方債残高（町民1人当たり2004年度末134.9万円）で県内トップクラスであった。

2002年11月から03年3月まで両町村職員からなる広域行政検討会が開催され、その成果は03年3月に報告書としてまとめられ、両町村長に提出された。次いで、03年3月25日に任意合併協議会（会長沢内村長）、04年1月26日に法定合併協議会（会長湯田町長）が設立され、後者は05年9月まで18回にわたって開催され、05年11月の合併に至る。そのプロセスにおいて両町村（民）の生命行政それ自体や保健、医療、福祉を巡る認知度や重要度で無視できないギャップがあることが明らかになる。

拙論「岩手県西和賀町の合併誕生に至る旧町村の動向と生命行政——旧沢内村『老人医療費の10割給付制度』の取扱いを中心に——」（『総合政策』第12巻第1号、2011年1月、岩手県立大学総合政策学会）では老人医療費10割給付制度に焦点を当て、両地域の合併論議におけるその取扱いが詳細に分析され、その一環として沢内病院に関しても言及されている。

沢内病院については、「公営企業として一層の経営健全化に努めながら新自治体に引継ぎ、民間開業医と連携した地域医療の確保と保健・医療・福祉の一体的なサービス体制の確立を図っていくものとする。なお、病院の建設については、地域の実情、時代の流れ、救急搬送体制等を鑑みながら、地域ニーズに沿った医療機関として建設内容を検討するものとする。」で決着する（湯田町沢内村合併協議会『合併協定書』p.111）。1976年新築で老朽化、狭隘化の著しい病院の整備は喫緊の課題であったものの、その内容に関する議論は先延ばしとなった。

これに対して老人医療費10割給付制度は終焉を迎えることになり、従来の制度から変更となった主要な点は以下のとおりである。①60歳以上が65歳以上になったこと。②患者一部負担制度が新たに導入されたこと。③対象医療機関が沢内病院のみから新町全域（薬局を含む）に拡大され

たこと。

筆者は任意、法定の両合併協議会における老人医療費の窓口負担無料制度（10割給付制度）の取扱いを分析し、以下のように評価した。「新自治体建設計画（策定）、議会議員の定数及び任期の取扱い、新自治体の事務所の位置と並んで大議論になり、それに関して湯田町を巻き込んで展開できたという点では、『西和賀町』の医療あるいは自治にとってある程度の意義はあったといえる。

他方、合併協には患者一部負担制度の導入、さらに対象医療機関や受給対象年齢の見直しはやむを得ない雰囲気及早々にできており、法定協で協議し始めると、決着を急ぐ状況が作り出され、沢内村が湯田町に対する譲歩を最小限にすることができたというよりも、防戦一方を余儀なくされたと考えられる。

『老人医療費助成制度の運用にあたって、…合併後3年以内に給付や財政負担の状況、地域医療の現状を考慮し、内容について再検討する。』ことが確認された点に着目すれば、暫定的な方策であることは明らかであるが、46協議項目の半数以上が合併時まで調整または合併後に決定という扱いで、それについても避けられなかったであろう。

こうした一連の協議を整理すると、その組み立てが財政（負担）中心に移行したことは明白であり、新町の医療あるいは自治を充実・強化していく展望を見出せるかと問えば、否という仮説を持たざるを得ない。これは生命尊重・生命行政のまちづくりを深沢村長時代という原点に戻って再検討する必要があるのではないか、という思いによる。」

「沢内村は過去に何度か老人医療費の10割給付制度の見直しを大々的に議論せざるをえないような状況に直面しながら、地域ぐるみの協議を通してそれを堅持してきた経験があるにもかかわらず、議会・議員あるいは住民がまとまって村当局に対して『生命行政』それ自体にまで踏み込んで、その支柱としての10割給付制度や沢内病院を問

い直すようなアクションはみられなかった。現世代が生命行政に真正面から向き合わなければ、次世代にとってそれは遠い存在にしかならない。」

「合併協の村メンバー、村議会の議員のいずれにせよ、断定できないが、一部で10割給付制度の放棄はやむなしとするような主張もみられたので、村側が必ずしも一致団結していたわけではなく、したがって村民のそれに対する意向は意識調査やアンケートなどが実施されていないために、まとまった形でみえないものの、同様のことが考えられる。しかし、合併協は別にして、過去にもそのような構図は形成されたことがあるが、今回のように、法定協設立以降、村全体におよぶ対話が実質的に成立していなかったことは無視できない問題であったと言える。」

なお、2003年12月1日～5日には両町村民20歳以上を対象にした住民意識調査が実施されていた（回収率87%、有効回答5,579人＝湯田町2,799人＋沢内村2,780人）。一例として、問7「合併した場合に優先して取り組むべき施策」のうち、暮らしというテーマに関して、第1位は両町村ともに「地域医療体制や救急医療など医療体制の整備」であったが、これが具体的に反映された形で決着したのかと問えば、疑問を禁じ得ない。『新沢内村総合開発計画』（2000年3月）を典型として、村の主要な計画において「生命尊重」や「生命行政」という用語が用いられないことから言えば、湯田町は言うまでもなく、村内でさえ、その内容を共有することが容易でなかったかもしれない。

2005年11月の合併から西和賀町は合併前の旧町村長対決となった町長選挙を制した旧沢内村長の下でスタートしたが、地域経済・社会および自治体行財政の激動により、08年3月に「西和賀町総合計画」（第一次基本構想08～17年、前期基本計画08～12年）がようやく策定された。まちの将来像「人が輝き地域の力満ちる町」が掲げられ、まちづくりの3つの視点のうち「健康」では「『生命尊重のむらづくり』や『温泉を核としたまちづくり』の哲学と成果を踏まえ、これからの時代に最も求められている『健康』を重点と



したまちづくり』をめざします。」と謳われている。

まちづくりの体系（第一次基本構想）として保健医療福祉の「誰もが安心して、その人らしく、健やかに暮らすために」における「医療機関の連携による地域医療体制づくり」の項目をみると、「沢内病院の機能強化」「救急医療体制の充実強化」「民間医療機関との連携」「リハビリ医療の充実」が明記されている。また、「障がい者、高齢者福祉の支援体制づくり」の項目では「財政状況も勘案しながら（医療）制度の内容を検討し、高齢者が安心して受診できる体制の整備を図ります。」と記されている。

これらの具体化に際して首長、医師、住民等の「対話」が強く要請される。『新沢内村総合開発計画（後期基本計画）』には「村民総参加の村づくりを推進するために、情報公開と対話の行政確立に努める。」と高らかに謳われていたのである。

「ともに支えともに生きる（西和賀町老人保健福祉計画・同介護保険事業計画）」（2006年3月）では将来人口として平成26年（2014年）に6,529人（06年7,595人）、65歳以上人口で2,811人（同2,905人）、高齢化率は43.1%（同38.3%、沢内村97年度末28%、04年度末37%）に達すると推計されている。06年に65歳以上1人暮らし世帯は426、高齢者世帯は654、したがって高齢者のみ世帯は1,080で、総世帯数の42.6%（16.8%+25.8%）を占めるが、今後、その比重はさらに高くなると見込まれる。

65歳以上国保病類別疾病状況（2005年5月診療分）をみると、旧湯田町、旧沢内村ともに第1位が循環器系疾患、第2位が消化器系疾患、第3位が筋骨格系及び結合組織疾患で、前者は順に26.0%、17.3%、14.8%、後者は44.0%、12.2%、9.8%で、両町村とも寝たきり状態に結びつくと思われる循環系疾患や筋骨格系及び結合組織疾患が大部分を占めている。

これに対して、「町内における医療機関は、国保沢内病院をはじめ診療所（医科）が3カ所、歯科が4カ所と医療機関に恵まれた状況です。また近隣市町村への交通の便が良いことから他市町村

の医療機関にもかかりやすい状態であり、医療の恩恵を受けやすい状況下にあります。」と評価されている。他方、訪問看護事業（在宅系事業）は頭打ちの状況で、とくにスタッフ不足による影響が大きい。（表18）また、2009年4月に公設民営で運営してきた福祉施設がやすらぎ会に無償譲渡（建物・備品等）され、町はそれに対して福祉サービスの提供に加えて経営基盤の強化を求めることになった。

高橋典成（2009、p.56）は福祉インフラ整備に関してハード面では既に「湯田町、沢内村あわせて人口約8,000人のなかに、主な施設として、特別養護老人ホーム（50人定員2カ所）、老人保健施設（81人定員1カ所）、痴呆性対応グループホーム（9人定員1カ所）、高齢者生活福祉センター（2カ所）等があり、デイサービス、ショートステイ、ホームヘルプサービス、訪問入浴サービス、訪問看護サービス等も揃っていた（現在はさらに充実）」と述べ、今やベッド数は230床超で、人口当たりで県内トップクラスである。（表19）

西和賀町は65歳以上の高齢者数に対する介護保険施設のベッド数の割合に関する参酌標準でみて、国全体の平均約3.5%に比して約6%であるが、施設整備率について「ともに支えともに生きる」では「過大であるといえます。しかし、町内には一人暮らし高齢者や高齢者世帯等が割的に多いのが現状であり、また老老介護世帯が多いために居宅での介護力が弱いことから、今後は施設入所申込者が増大し、施設の供給率も高まる可能性も見込まれます。」と述べられるに至っている。また、待機者が少なくないのが現状であることもあげておかなければならない。

他方、ソフト面に関して、村社協は居宅介護支援、訪問介護事業、訪問入浴事業、通所介護事業などに加えて、ボランティア組織と協働しながら高齢者生活支援事業を多方面にわたって手掛けており、合併前から県内では先進モデルとして知られた存在であった。そして、合併後にはクロネコヤマトとスーパーオセン（旧湯田町）と協定を結んで高齢者（会員）に対する日用品や食料品を中

表18 訪問看護事業（在宅事業）における利用実績

(2008年度現在)

	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度
稼働日数	245	277	278	274	257	256	262	254
医療保険・訪問看護（延人数）	196	180	153	210	167	145	103	142
医療保険・訪問診療（延人数）	441	562	580	635	639	71	88	87
介護保険・居宅療養管理指導（延人数）	411	431	490	922	577	472	456	437
介護保険・訪問看護（延人数）	410	658	850	561	942	877	854	727
介護保険・居宅介護支援（延人数）	628	624	799	972	987	662	456	302

(出所) 沢内村および西和賀町の歳入歳出決算書（各年度版）、一般・特別会計事業報告書（各年度版）

表19 高齢者介護（福祉）サービス事業所別法人一覧

法人名	事業所名
短期入所生活介護	
社会福祉法人光寿会	特別養護老人ホーム光寿苑
社会福祉法人やすらぎ会	特別養護老人ホームぶなの園
短期入所療養介護	
医療法人尽心会	老人保健施設清水苑
認知症対応型グループホーム	
社会福祉法人まきば会	グループホーム杜の家自遊舎
特定非営利法人ゆいっこ	グループホームゆいっこ
医療法人社団真心会	グループホーム笹の木
小規模多機能型居宅介護	
特定非営利法人ゆいっこ	小規模多機能ホームゆいっこ
社会福祉法人光寿会	小規模多機能ホームひなたぼっこ
介護老人福祉施設	
社会福祉法人光寿会	特別養護老人ホーム光寿苑
社会福祉法人やすらぎ会	特別養護老人ホームぶなの園
介護老人保健施設	
医療法人尽心会	老人保健施設清水苑
介護療養型医療施設	
医療法人社団真心会	佐々木内科小児科医院
居宅介護支援事業所	
社会福祉法人西和賀町社会福祉協議会	ケアプランにしわが
社会福祉法人光寿会	特別養護老人ホーム光寿苑
医療法人尽心会	老人保健施設清水苑
社会福祉法人やすらぎ会	西和賀町介護相談室
西和賀町国民健康保険沢内病院	沢内病院在宅介護相談室
西和賀町地域包括支援センター	
西和賀町地域包括支援センター	西和賀町地域包括支援センター
センター支所	西和賀町社会福祉協議会
通所介護（デイサービス）	
社会福祉法人西和賀町社会福祉協議会	デイサービスにしわが
社会福祉法人やすらぎ会	デイサービスセンターかたくりの園
認知症通所介護	
社会福祉法人やすらぎ会	デイサービスセンターぶなの園
社会福祉法人まきば会	デイサービス杜の家自遊舎
通所リハビリ	
医療法人尽心会	老人保健施設清水苑
訪問介護（ホームヘルプ）	
社会福祉法人西和賀町社会福祉協議会	ホームヘルプにしわが
社会福祉法人やすらぎ会	ホームヘルプステーションぶなの園
訪問入浴	
社会福祉法人西和賀町社会福祉協議会	訪問入浴にしわが
訪問看護	
医療法人社団真心会	西和賀町訪問介護ステーション
西和賀町国民健康保険沢内病院	西和賀町国民健康保険沢内病院

(出所) 西和賀町提供資料より筆者作成

心とする宅配サービスを行っている（買物支援事業「まごころ宅急便」）。

生活支援に関して、1996年に大工さんたち8名がボランティアグループ「ハウスヘルパー」を結成し、住宅補修サービスをし始め、今では軽微なものからサービスを拡充し、居住環境改善や住宅改善支援を本格的に行っている。また、98年に14商店・5理美容店がボランティアとして「ふれあい協力店」を結成し、様々な出前サービスを実施している。00年度に社会福祉法人まきば会による痴呆性老人のためのグループホーム自遊舎が、02年度に社会福祉法人潤沢会による知的障害者通所授産施設「ワークステーション湯田沢内」（定員35名）が開設された。

2007年8月にNPO法人「深沢晟雄の会」が設立され、生命村長の理念と実践の検証・研究活動が岩手県立大学と岩手看護短大の連携による研究体制のバックアップを受けながら進められている。07年9月末現在、正会員は77人（うち町外4人）、賛助会員は6人（同5人）であったが、10月末にはNHKテレビ放映の影響もあり、正会員が100人、賛助会員が15人に増加している。代表者は太田祖電であるから、今では最も貴重な証言者、貢献者ということになる。

2008年2月の記録映画「いのちの作法——沢内『生命行政』を継ぐ者たち——」の完成も追い風となり、08年10月に「深沢まさお資料館」が開館に至っている。病院敷地内にある旧看護師宿舎を町から譲り受け、日本宝くじ協会の助成2.2千万円等により整備された。09年11月の劇映画「いのちの山河——日本の青空Ⅱ——」劇場公開（西和賀町長をはじめ県内の有志による上映運動を成功させる岩手の会08年12月結成）も「生命行政」を再び世に知らしめる機会となり、資料館は10年11月10日に来館者1万人を達成した。

2007年10月にNPO法人「輝け『いのち』ネットワーク」（初代代表者高橋典成）が結成され、虐待を典型として様々な事情を抱えた子どもの支援やホームステイの実施を手掛けており、育ち直しの場の提供、子どもの命の保護を通じた地域養

護のあり方を追求し、同時に生命尊重の精神を継承し、研究会やシンポジウムも開催している<sup>41)</sup>。結成当初、正会員は40名、賛助会員も40名程度で、前者については11年4月現在でも同数である。2008年1月に「沢内いのちの研究所」を設立し、生命行政の検証を開始している。

### 3. 合併後における生命財政

2006年12月に西和賀町行政改革大綱（以下、行革大綱と略称する）が「ともに支えともに生きる（西和賀町老人保健福祉計画・同介護保険事業計画）」（06年3月）より後に、そして、「西和賀町総合計画」（08年3月）より1年4ヶ月も前に策定された。

行革大綱は冒頭で合併協議会での事務事業調整を踏まえた10年間の財政計画について「年度経過とともに厳しさを増し、期間後半には基金等を取り崩しながらの計画となっていることから、厳しい財政状況の中で行政運営を行うためには、より一層の経費節減に努める必要があります。また、合併時には統一できず合併後に協議をすることとした事務事業もあり、その取り扱いについても早期に着手し、方向を確定しなければなりません。併せて、合併時に定めた事務事業についても、実際の運用の結果を検証し、見直すべきものは見直す必要があります。」と述べ、三位一体改革のような大きな変動に直面し、見直しを持ちにくいなかでリセットを含意して策定されたと言えよう。

行革大綱は実施期間を2006年度から10年度までとし、行革推進のための取り組み5項目、すなわち、①財政の健全化、②行政システムの見直し、③公営企業・第三セクターの経営健全化、④行政への住民参画の推進、⑤職員の意識改革をあげている。各項目は以下の柱からなる。

①財政の健全化…「職員定員管理と給与の適正化」「財源の確保」「経常的な経費の節減」「補助金・負担金等の見直し」「公共施設の見直し」

②行政システムの見直し…「行政評価の実施」「事務事業の整理・合理化」「組織機構の見直し」「電子自治体の推進」

③公営企業・第三セクターの経営健全化…「公営企業の経営健全化」「第三セクターの見直し」

④行政への住民参画の推進…「情報公開の推進」「住民の意向把握の拡充」「行政と住民、企業の連携」

⑤職員の意識改革…「職員の能力開発と活用」「人事制度の見直し」「職場の活性化」

「公営企業の経営健全化」では「沢内病院（地方公営企業法一部適用）については、平成15年度に策定した経営健全化計画の検証と見直しを行い、中長期的な視点から病院経営の安定化を図ります。」と記されている。

同じく2006年12月に行政改革大綱実施計画（集中改革プラン）が策定されている。「集中改革プラン」という副題が付けられているが、これは05年3月に総務省より示された「地方公共団体における行政改革のための新たな指針」で策定が規定されている「集中改革プラン」としても扱うことによる。したがって、以下の点を典型として、ほとんど独自性がない計画になっている。

行革大綱実施計画では財政効果と職員削減の見通しとして、経費節減等による財政効果があげられ、「効果額は、平成17年度を基準とし、平成18年度から平成21年度までの4年間の累計値です。（国の基準年度に合わせ、21年度までの推計としています。）」と述べられている。そして、歳入として税の徴収対策1.17億円、歳出として人件費の削減1.67億円、経常的な経費の見直し1.85億円、補助金等の整理統合1.38億円があげられ、歳出削減効果額は4.9億円、財政効果合計は6.07億円である。また、職員数の削減（2006～10年度）については、05年度205人から10年4月1日現在193（▲12＝5.9%）と設定されている<sup>42)</sup>。

これに対してあえて独自性を見出すとすれば、「公営企業の経営健全化」に関して病院の医師確保による安定経営として、「地域の中核病院としての機能を安定的に確保するために、医師数を確保し、在宅医療や介護にも積極的に取り組める体制を整えます。」という点であり、医療（病院）が積極的に福祉・介護的役割を果たす沢内方式の

一端を垣間見ることができる。しかし、大半の実施項目に着手され、一定の成果を収めているなかで、この点では充実から遠くなる傾向にある。

次に、合併後の町財政であるが、一般会計における歳出総額は2006年度6,671百万円、07年度6,641百万円、08年度6,510百万円で微減しているのに対して、09年度7,232百万円は牛乳加工場設備整備や除雪機械格納庫新築、定額給付金給付などのために増大している。08年度の歳出の内訳をみると、公債費19.8%、人件費17.9%、補助費等12.9%、繰出金12.3%の順で、普通建設事業費は5.3%にしかすぎない。

歳入構造をみると、地方債の大幅減（2006年度834百万円、07年度567百万円、08年度542百万円）に対して地方交付税（3,801百万円、3,908百万円、4,029百万円）と地方税（514百万円、539百万円、546百万円）は増大している。09年度に関しては国庫支出金の大幅増が特徴的である。

歳入歳入については、いわゆる「三位一体改革」の一環として実施された国から地方への税源移譲、与党としての自民党の末期および民主党の政権交代における政策・改革動向などの影響を受けていると思われるが、国・地方の経済停滞もあって中長期的な財政見通しが明瞭でないのが現状である。

2006～09年度の行革実績をみれば、経常的な経費の見直し、補助金等の整理統合、税の徴収対策が計画額を下回ったのに対して、人件費の削減は計画額を大きく上回る3.3億円となり、職員数は全体で16人減の187人、一般行政部門で10人減の107人で、大きな効果を収めている。

主な財政指標に関して経常収支比率は2006年度98.6%（減税補てん債及び臨時財政対策債除く）、07年度98.5%（同）、08年度96.0%（減収補てん債（特例分）及び臨財債除く）、09年度95.5%（同）で、財政改革の効果がみられる。公債費負担比率および実質公債費比率も順に24.2%、20.3%から19.4%、16.8%まで低下している。さらに、町債現在高は06年度末10,218百万円（町民1人当たり137万円）から09年度末8,565

百万円まで低下し、逆に、積立金現在高(財政調整、減債、特定目的の各基金の合計)は547百万円から1,532百万円まで増大しており、総合的に分析すると、数値上の改善は特筆に値するが、やや性急であると言わざるを得ない。したがって、その反動が危惧される。

民生費における老人医療費助成(制度)に関しては2002年度の医療制度改革により老人医療の対象年齢が70歳以上から75歳以上に段階的に引き上げられたものの、合併時の独自制度の見直しの影響が強く合併前に比してほとんど変動がない。衛生費における予防費については新たに創設された健康づくり推進費を考慮しても、08年度スタートの後期高齢者医療制度(長寿医療制度)による支出方法の変更のために十分な分析ができない。繰出金(民生費、衛生費)も制度改革のために推移の特徴を抽出することは容易でないが、介護保険特会分は明らかに増大しており、病院事業会計分は2億円超に達している。

次に、沢内病院事業会計の特徴をみると、第一に、医業収益の落ち込みが激しく、2008年度は4億円を辛うじて超える程度で、経営の悪化が著しい(表5)。入院は06年度に8.7千万円(04年度19.5千万円)で、危機に直面し、外来は08年度22.6千万円(同38.4千万円)まで減少している。また、患者1人1日当たり診療収入でも入院は大幅減である。これらに対して医業外収益における他会計補助金が08年度に17.7千万円(04年度13.4千万円、06年度20.8千万円)を超え、高水準を続けている。

こうした経営悪化は2006年度に常勤医師が県派遣の1人のみになったことによる(県派遣それ自体は過去にも事例はある程度あった)。入院・外来や救急患者などの制限をせざるを得なかったのである。さらに、07年度にも新たに招聘できず、県(医療局)から特例措置として2名の医師派遣を受ける非常事態になった。他方、07年度に看護師だけでなく、薬剤師、検査技師、理学療法士も次々と退職した<sup>43)</sup>。

第二に、医業費用に占める給与費の比重が

2006年度47.1%、07年度43.1%、08年度52.7%であり、06・07年度については数値だけみれば過去最低の水準であるものの、医師や看護師をはじめ医療スタッフの不足はかつてないほど深刻であり、注意を要する。

第三に、資本的収入・支出が極めて低い規模になり、施設整備や設備・器械更新(購入)がほとんど行われていない(表7)。これはその必要がなかったというよりも、財政的にその余裕がなかったというのが適切であろう。

第四に、累積欠損金(当年度未処理欠損金)が2006年度に6.2千万円に大幅に減少している。「国民健康保険沢内病院改革プラン(沢内病院事業経営健全化計画)」(09年3月)によれば、3.7億円に及んだ累積欠損金は不良債務でなく、かつ町村合併により新自治体が設置する病院として全く別の主体となったので、消滅したということだが、貸し手の債権放棄があったとしても、実質面でみて都合が良すぎる。この点について事務担当者に説明を求めたが、ほとんど応答がなかった。なお、西和賀町に引き継がれているとすれば、例えば医業外収益における他会計補助金のうち「経営基盤強化対策に要する経費」が06年度に急増しているし、旧町村の積立金現在高(合計)は04年度末887百万円から06年度末547百万円に大幅減少しているために、取り崩されているのかもしれない。

患者数合計は既述のとおり、2004年度以降の減少が著しく、04年度、06年度、08年度の数値をあげると入院8,677人、4,382人、7,019人、医科外来31,899人(281日)、25,521人(278日)、21,555人(267日)、1日平均患者数でみると、入院23.8人、12.0人、19.2人、医科外来113.5人、91.8人、80.7人である(表9)。平均在院日数は03年度22.5日、04年度22.7日から07年度20.1日まで短縮している。医科外来の急減に関しては投薬期間の長期化や患者負担の発生・増大に加えて、介護(予防)サービスの利用増や他病院・診療所の通院増なども理由として十分に考えられる。

在宅治療等の環境に関しては、医師(歯科を含

む)による訪問診療および居宅療養管理指導を計画的に実施しており、在宅診療として50人程度が登録している。増田医師の退職以降、往診はしていない。また、訪問看護室が設置され、看護師3名(2.5名)が配置され、訪問看護(医療保険・介護保険適用)サービスを提供しているし、理学療法士、作業療法士による訪問リハビリも実施している。

沢内病院の主な財務指標をみると、ほとんどが合併前に比して極度に悪化しており、医業収益対医業費用比率、経常収支比率、病床利用率の低下、職員給与費比率(給与費の対医業収益比)の上昇は著しい(表10)。しかし、それらの主な理由として(常勤)医師不足であることは明瞭であるが、それに加えて診療報酬のマイナス改定(引下げ)など外的、内的な要因も大きいと考えられる。

2006年度の診療報酬改定に伴う「7対1」看護基準の創設は小規模病院の看護師不足を招き<sup>44)</sup>、施設基準の確保さえ難しい状況を余儀なくされ、経営面で不利に作用している。看護水準や安全対策などが「青天井」化しつつある。また、医師や看護師の人員配置基準の制度化はそれを満たせない場合の診療報酬におけるペナルティ的な性格を備えているが、明らかに不採算地域あるいは僻地、離島など地域の実情に程遠いのが実状である。

2008年度の職員配置は業務委託等も含めると合計61人で、正職員39人(うち県派遣医師1人、歯科衛生士兼務1人)、看護業務委託4人、歯科技工委託1人、給食業務委託4人、医事業務委託7人、清掃業務委託1人、運転業務委託1人などからなる。これに県内で唯一院内に設置されている地域包括支援センター(06年度～)には3人(保健師、看護師、事務職各1人)が配置されており、医療と密接な関わりを持てる環境にあり、医師の指導も受けやすく、町立病院だからこそ可能になるのかもしれない。他方、医師不足から看護師等の退職補充においても積極的に取り組めない状況になっている。

朝日新聞2009年3月23日付によれば、沢内病院の経営等に関して、町当局は2008年11月だけ

で、15回を超える住民説明会を開いたようである。しかし、推測にすぎないが、それは地区別説明会も含むのであれば、一概に多いとは評価できない。他方、住民と病院の信頼関係が薄れ、「沢内病院離れが起きていた」「大事なのは住民に病院の置かれている状況を開示すること。負担も含めて、病院のあり方を選ぶのは住民なのだから」と、病院事務長の談話を紹介している。

次に国保特会である(表12、表13)。歳入、歳出いずれにせよ、2008年度スタートの後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の影響が出ているにしても、増大傾向にあると言え、歳入について繰越金は減少しているものの、国庫支出金、療養給付費交付金、繰入金は継続的に増大している。歳出では保険給付費よりも老人保健拠出金、介護納付金、後期高齢者支援金が増大しており、この傾向は今後顕著になると考えられる。

沢内病院の経営悪化のさなか、国(中央政府)の公立病院改革に関する動きが国と地方の大規模な財政構造改革を背景に、2007年度に一気に高まり、総務省は07年12月24日に「公立病院改革ガイドライン」(以下、ガイドラインと略称する)を地方自治体に通知した。当時の総務大臣は岩手県知事時代に県立病院の大規模再編を実施した増田寛也であった。ガイドラインは政府(政府与党)が社会保障改革の主要課題の一つに公立病院改革を位置付けたことに端を発するが、地方公共団体の財政の健全化に関する法律(07年6月公布のいわゆる「財政健全化法」)を支える重要な位置を占めるようになっていく。

ガイドラインは中央政府の方針もあって、病院事業を行う地方自治体に対して、2008年度内に「公立病院改革プラン」を策定し、早期に大きな成果をあげることを要請した。岩手県医療局は改革プランにあたる「岩手県立病院等の新しい経営計画(案)」を08年11月に公表したが、その作成と同時期に議論され、09年1月に公表された岩手県保健福祉部「岩手県公立病院改革推進指針」(以下、改革推進指針と略称する)は市町立病院(村立ゼロ)の改革の方向を提起しており、西和賀町

に大きな衝撃を与えた。

「改革推進指針」では沢内病院に関して「医業収益に占める一般会計からの繰入の割合が高く、当該繰入によって経営が維持されているが、病床利用率が極めて低く、近年累積欠損金を計上するなど経営状況は良くない。現状の病院事業を継続した場合、町財政に与える影響の拡大が懸念される。中核病院（県立病院）との時間・距離、西和賀町の介護・福祉体制における役割、秋田県の医療機関の利用状況も含めた患者の動向等を総合的に勘案し、経営状況の改善の観点から、『病床の削減あるいは診療所化などについて』検討が必要である。」と述べられている。

改革推進指針を踏まえて本格的に議論を始め、2009年3月に策定された「西和賀町国民健康保険沢内病院改革プラン」（以下、沢内病院改革プランと略称する）は2009～11年度で期間設定し、「当面は一般病床40床を有する公的病院として存続することが適当である。」「経営形態の見直しについては、慎重にならざるを得ない状況にあり時期尚早と判断する。」とし、常勤医師3人体制を見込んだ収支計画としている。また、累積欠損金については「赤字経営において減価償却引当金08年度見込1.40億円の範囲内であることが一つの目安となっている。」とし、経営健全化についての明確な基準がみられる。

経常損益は2007年度▲26百万円、08年度▲59百万円（医業収益の落ち込みは7月からの院外処方箋の発行に伴う診療報酬の減少のため）から09年度▲21百万円、10年度▲6百万円まで改善し、11年度に14百万円で黒字に転換することが、さらに11年度に経常収支比率102.1%、医業収支比率86.2%、職員給与費比率67.5%、病床利用率70.0%になることが想定されている。目標達成に向けて、「医師を含めた人材の確保対策」「診療収入の確保と経費節減対策」（①診療機能の充実と診療収入の増加策、②経費節減対策、③職員の質の向上）があげられている。

改革推進指針はその目的を「県全体を見据えた公立病院改革の方向性を提示することにより、『公

立病院改革プラン』の策定・推進を支援すること」であるとし、市町立病院に対して個別に改革案を提起している点で極めて大胆であるが、沢内病院に関して言えば、とりわけ医師を派遣していることから、軽視するわけにはいかないであろう。しかし、市町村と十分に議論したわけではなく、さらに、病床利用率は2005～07年度の3ヶ年分が表示されているが、とくに小規模病院では資質や意欲等に違いがあるにしても、医師1人の増減だけで大きな影響が及ぶにもかかわらず、一律に設定した期間の数値で評価されている点は看過できない。

改革推進指針では「病床の削減あるいは診療所化などについて」検討が必要であるとされたが、老人クラブや婦人会などは2009年3月1日「沢内病院を守る町民大会」を主催し、200人超の町民が参加し、「診療所になれば無床化の道をたどる。町民が安心して暮らせる町づくりのために病院を守る」という大会宣言を採択した。これは沢内病院改革プランの作成にとって大きな影響を与える結果となった。なお、町独自の医師招聘が実現したこともあって、09年度をもって県派遣医師は引き上げられている。

「沢内病院を守る町民大会」のように、町民の総意で病院の存在意義を確認したのは初めてで、非常に重要な意義を持つ。旧村としては過去に何度か経営悪化を理由にして診療所化が提起されたことはあるが、病院継続を前提とした経営健全化の雰囲気強く、真に切迫した状況に至っていなかったと考えられる。今回を契機に今後の発展的なアクションが期待される。これまで住民サイドから経営健全化の具体的な実践プランが提示されたことはないと思われるが、だとすれば新たなステージに進むべき時であろう。

#### IV. 西和賀町における生命行政の理念継承と公的医療充実の可能性

沢内病院は1976年の新築から35年を経過し、施設の著しい老朽化、狭隘化による療養環境の悪化が顕在しており、2014年度の整備（新築）に

向けてそのあり方が町医療のビジョンと併せて、また立地の変更の可能性も含めて議論されており、重大な分岐に立っている。合併時には09年度の整備が構想されていたので、大幅な遅れである。ある元沢内病院医師は筆者のヒアリングにおいて合併後、「西和賀町の病院」になりきれない状況を見兼ねて、「旧村のための診療所」として出直した方が良くと鋭く指摘したが、地域ぐるみで生命尊重のむらや生命行財政を改めてビジョンから具体化していく必要がある。

沢内病院改革プラン等にしがえれば、西和賀町の人口は2015年に6,370人(11年8月末6,771人)まで減少し、高齢化率は44.1%(10年度末40.9%)まで上昇し、また1日当り入院・外来患者数も微減し続け、外来では入院よりも減少の程度が大きくなることが予測されている。超高齢化に着目すれば、いわゆる後期高齢者の入院長期化や複数科受診のニーズは一層増大し、また高齢者世帯および高齢単身世帯あるいは高齢者の日中独居の比重もさらに高くなり、在宅看護・介護力は低下するばかりであろう。

これに対して高齢化率の上昇による患者増加の根拠が考慮されているか否かは不明であるが、町民・患者あるいは町外医療機関の利用者のニーズに向き合い、それにできる限り応えていけば、さらに町内の開業医における高齢による閉院の対応に備えれば、継続的な患者減少ありきは早計であろう。さらに、後期高齢者の急増によって、老後の生活場所に加えていわゆる「最期」を迎える場・形(看取り)などを巡って大病院でなく沢内病院の存在が問われている。

「町民病院の整備を行うにあたっての町民アンケート実施結果」(町HP)をみれば<sup>45)</sup>、沢内病院における入院利用の低水準と町外入院の高水準が明らかになり、また「沢内病院を利用しない理由」をみれば、「自宅が遠いから」(回答数163)が最多となり、次いで「信頼できる医師が少ない」(123)、そして「診療科が少ないから」(116)となった。逆に、「利用した理由」では「自宅に近いから」(255)が断トツの第1位で、次いで「以前からか

かりつけだから」(130)である。

町民の多くが町外にもいわゆる「かかりつけ医」があることも明らかになった。すなわち、町内開業医32.8%、沢内病院25.8%に対して町外20.7%、町内と町外20.7%である。また、病院利用の際の交通手段は約70%が「自家用車」で、家族の送迎も含まれると思われる。

超高齢化が進むなかで、結果にみるように、「自宅に近いから」は多くの利用者にとって本音に聞こえるし、他方、沢内病院を利用するにしても、複数科受診の限界のために、または自らの安全、安心のために町外にも「かかりつけ医」を持つということであろう。いずれにせよ患者数の減少や旧村内における開院が示唆するように、過去10年でみても、病院のみ「かかりつけ医」は確実に減少している。

こうした結果に関して一部で注意を要する。西和賀町は南北約50kmに及び、旧沢内村の北部に位置する病院は旧湯田町民の多くにとって遠いかもしれないが、もともと「村民のための病院」ということもあって、彼ら・彼女らは旧町内の開業医(歯科除き2カ所)や都市部の医療機関を利用しており、選択肢の関係で、「自宅が遠いから」(利用しない理由)がとりあえず選ばれたとすれば、過大な数値としてあらわれたと考えられる。

これに対して、信頼関係が問われているが、自家用車等があるために、自宅から多少遠くても距離は二の次であるということが多く、したがって、「信頼できる医師が少ない」は過小であるかもしれないし、他方、現在ではいわゆる口コミに限らず、情報媒体の拡充によって、住民・患者にとって病院・医師あるいは様々な病気が身近になっており、信頼形成において治療の透明性や説明責任が初歩的な手続きとして重要になっていると思われる。

沢内病院の整備にあたって立地の選定が非常に重要になろうし、そして従来のように、村民のための病院というスタンスではなく、超高齢化の下での病院の役割や開業医の高齢化を見通しながら、今後、旧湯田町民にとっても、「かかりつけ医」



の一つにもなり、町内の開業医にはない設備・器械等を備えたうえで、限られた医師でニーズの多い診療科を複数にわたって「広く浅く」手掛け、また開業医が扱わない領域におけるニーズにできる限り対応していくとともに、保健・介護（福祉）においてもチームの一員になれるという意味で、信頼できる総合医の着任・養成が強く要請される。

病院医師が保健や介護（福祉）においてもリーダーシップを発揮するのも悪くはないだろうが、むしろ心身ともに疲弊することが憂慮される。それぞれで人材（リーダー）の育成が進むようになる方が包括医療（ケア）にとって望ましい。また、医師数から言えば、常勤医師が1人になるような非常時に備える意味でも、看護師をはじめ医療スタッフの技術向上や資格取得などを目指す教育、研修が不可欠であろう。

他方で、総合医の存在意義や多面的役割などに関する普及活動も必要であろう。この点に関しては診療科の標榜の自由もあって、今や開業医では多くが標榜される事態に至っており、改めて問われるべきである。専門医で「専門」とつけば、上位にあったり、また資質として優れたようなイメージが先行するのであれば、現行の医師養成・育成システム（臨床研修制度）に重大な問題があるのかもしれない。逆に、楽なようなイメージで赴任し、現実、違ってあきらめることが多いとすれば、実はある程度の専門的なキャリアを積んできた医師が最後に辿り着くようなポジションなのかもしれない。いずれにせよ、地域に見合った「総合医」像があってしかるべきであろう<sup>46)</sup>。

既述のとおり、旧湯田町において住民の大半が沢内病院を利用しておらず、また旧沢内村でも開業医（1カ所）の利用の比重が高くなり、これまで培ってきた患者の情報等の包括管理体制が脆弱化しており、いわゆる病診連携の強化が不可欠になっている。

連携と言っても、包括ケア会議等の定例的な顔合わせに限らない患者の情報交換や逆紹介に加えて、高度医療器械（検査）の共同利用、入院治療管理や急性疾患（高齢者の肺炎、転倒骨折など）

の受入れ、地域連携バスの作成など多様に考えられるが、ケースによっていわば「見えない壁」があるので、それぞれにおいて可能性を見出していく必要があろう。町内で治療の多くが完結すれば、治療費も含めて様々なコストを要しない点で患者・住民あるいは地域医療にとってメリットは大きい。

沢内病院はアンケート結果にしたがえば入院・救急機能や時間外診療（主としていわゆる「不採算部門」）の必要性において90%をはるかに上回る支持を得ており、少なくとも非常に狭い治療の範囲を指した高齢者医療の特化が望ましいか否かといった空疎な次元ではないことは明らかである。それらに関して長年辛苦を経験してきたことによる。他方、利用が少ない人ほど病院の存在やそれへの財源投入に批判的な場合もあり得るので、研修等を踏まえて経営意識を高めながら、また経営状況もスタッフ間で共有し、対外的にも可能な限り発信しながら、主に旧両町村をエリアとする町立病院（公立病院）の役割を再確認する必要がある。

現在開設されている小児科や眼科、さらにそうでない耳鼻咽喉科など、仮に多くの診療科を開設し、週1日・半日程度の非常勤（診療応援）で賄うとすれば、各々の医師の「かかりつけ」になる可能性が高く、受診がその異動に左右されるし、何よりも多様なニーズに对应しているような錯覚に陥ると言えよう。患者にとっては決して使い勝手が良いとはいえない。

また、訴訟リスクが高まり、安全対策が問われるなかで少数の医師であるにもかかわらず、大病院のように手術で評価を高めようとするのではなく、また医師自らも技術的に不安に陥らないために手術を頻繁に実施するというよりも、むしろ入院・救急等に関わる緊急時の（一時的）処置およびそれに伴う安全・安心が最優先されるべきである。

他方、技術面に関しては自ら積極的に研修の機会を得たり、県立中央病院や同中部病院等からの逆紹介に伴って処方学を学ぶという最低限のことに

始まり、その他の町立病院および県立病院との連携による研修体制の構築・強化が町（当局）、県医療局のバックアップを得ながら進められることが強く要請される。

「生命行政」のビジョン、町立病院や総合医の意義や役割、通院・受診の諸環境などに関して地域ぐるみで繰り返し共有、あるいは協議することが極めて重要である。公立であるがゆえに、地域住民の多岐にわたる理解やサポートは不可欠であり、他方で、それを得ようとすれば、開業医ではみられない様々な面における経営の透明性や情報の公開性などが強く求められる。そして、住民（組織）が中心となって、どのような医師が必要であるのかを科学的かつ継続的に発信していく。したがって、とりあえず医師が来てくれたら、というような受け身になる必要はない。

沢内病院改革プランでは町の人口や患者数の推移等を踏まえて、1976年の新築以来変更のない一般病床40床の公立病院として当面存続、現在の経営形態の維持、初期医療や慢性期医療に加えて救急・在宅・小児医療、人工透析や健康増進、疾病予防、各種検診等の継続など地域医療や沢内病院にとって重要な構成要素が明示されている。これらの役割に関して開業医との分担と連携を含めて、公立であるがゆえに可視化できることが望ましい。患者とその家族だけが出入りする場ではなく、町民全てを対象にした「開かれた病院」にし、住民や患者に対して単なる馴れ合いでない「顔がみえる関係」であって欲しいものである。

40床の一部を療養病床やその他の病床に移行する余地があるかもしれないが、基本的に福祉・介護施設や関係機関、住民組織などとの情報交換を強化しながら、高齢者を中心に住民・患者の日常的な健康相談・教育、健康づくり、治療、中核病院からの受入れや在宅・施設介護の緊急時対応、リハビリ、さらに緩和ケアや終末期医療も想定した、「くらし」に24時間寄り添うようなサービス供給が要請される。特養では入所待ちが80～90人に達しており、他方でそもそも自己負担できず、行き場なく在宅介護や入院長期化を余儀なくされ

ているケースも多くあり、病院をバックにした在宅医療の重要性は高く、長期入院患者も含めて介護サイドとの連携も不可欠であろう。

こうしたいわば「西和賀町のための病院づくり」にとって、旧沢内村民だけでなく、高齢化率が高く、独居世帯も多い旧湯田町の住民さらにその開業医もいわば「おらが病院・医師」という意識を強く持てるような条件の整備が欠かせない。町民・患者サイドからみて、「沢内病院を守る町民大会」や「深沢晟雄の会」、「輝け『いのち』ネットワーク」の今後の動向が間違いなく重要になる。

生命行財政が合併時期を除けば増田院長の末期である1990年代後半から合併協議の本格化する2002年までの最も激動した時期に、住民レベルで再整理されるような大規模な動きが顕著にみられなかったことは、住民からみれば、将来的に禍根を残すようないわば「空白」であったと評価することができよう。

両NPO法人は現役の福祉団体職員や元村保健婦や沢内病院OBなど多様な人材で構成されており、NPOであるものの、特定課題に拘泥するのではなく、保健や福祉（介護）との関わり、さらにくらし全般の幅広い視点から医療や病院、医師等に向き合い、苦情処理や学習会、生命教育など様々な面で、老若男女全ての住民・患者との「橋渡し」役を担い、他方で「患者アンケート」にみるように病院職員の接遇という初歩からチェックすべきである。

沢内病院の現在の経営理念は「地域に開かれたチーム医療の実践から質の改善と患者に対して優しくなれる病院づくり」であるが、他の多くの病院と違い、病院（町）HPに掲載されているわけでなく、さらに院内を見渡しても目につかない。両NPO法人の病院に対する初歩的な関わりは非常に多くなると言わざるを得ない。

患者にとって県立中央病院や県立中部病院など大規模病院に行けば、いわば「お客様」になり、医師等の言いなりかもしれないが、沢内病院であれば非難や批判も含めて言いたい放題になることもあるとすれば、供給側と需要側のギャップを埋

めるために積極的に媒介していく必要もあろう。

他方、1990年代後半以降に赴任し、退職した医師のうち数人に対してヒアリングを実施したが、いずれも医療スタッフの経営感覚が非常に乏しいことを指摘していた。沢内方式であろうとなかろうと、いわゆる「外の目」で評価されると、最低限の水準でさえ備えないような体質が垣間見られたのであろう。経営状況に対する強力なチェックも両NPO法人に要請される。

両NPO法人が地域ぐるみで最も共有すべきスタンスとして、町医療の持続可能性の点では有期である医師や首長のカリスマ的なリーダーシップを待望するよりも、「生命行財政」の発展的な再検討および具体化の繰り返しの方が、主に財政問題を理由にして地域医療や沢内病院の縮小が提起されてきた過去にみるように論点も明瞭であり、いわば軸としておれないであろう。今では両NPOの活動を積極的に支援するだけでなく、会員にもなっている元村長の存在もあり、複雑な思いがないわけでもないが心強い限りである。

深沢の精神や功績の継承と言っても、何もかも同じように実践することはあまり現実的でないのは明瞭であり、この点においても「生命行財政」の発展的な再検討および具体化が問われている。さらに、これまで何度となく診療所化が真正面から取り上げられてきたが、病院継続の堅持（「なくなれば困る」）を主張するだけでは事態は何ら好転しないので、首長や医師等との対話を踏まえて町医療や病院経営の具体的な実践プランを提起していくことが強く求められる。

沢内病院改革プランでは常勤医師3人体制が見込まれているが、近年の状況から言えば、3人の継続に限らず、3人を揃えることさえも容易でない。単純に、病院を新しくすれば医師が自然に集まってくる、あるいは県内で決して高くない報酬をあげればよい、というわけではないであろうし、だとすれば、根本的な議論が必要である<sup>47)</sup>。

増田進の1963年の着任から2008年までに17、8人の常勤医師（歯科除く）が沢内病院で勤務したが、勤務期間は7ヶ月から10年まで幅広く、平

均は2、3年である。岩手県立病院勤務経験者ないし50歳代以上の着任が比較的多い。10年間あるいはそれに近い期間勤めた医師は2人で、ともに院長に就任しており、必ずしも定着しないわけではないが、いかなる退職理由であっても、量的に十分でなく、安定的でないのは明らかである。

医師がほとんど定着しない理由は定かではない。医師の赴任や退職にはホンネとタテマエがあることによる。常勤医師にとってとりわけ1990年代以降の村行財政の変動を目の当たりにすれば、地域医療に打ち込めるような環境でなかったかもしれないし、他方、村内で暮らし、村経済・社会と向き合おうとしなかったかもしれない。2004年度スタートの新臨床研修制度の影響も少なからずとも考えられる。

増田医師が1人で何でもこなし、そうした時間も多いがゆえに後進育成をほとんど実現できなかった、有名になり不在が多く、他の医師の負担が重くなったかもしれないし、あるいは医師間の関係が上手くいかなかった、包括医療システムが村民に理解されなくなった、同僚医師にも受け入れられなくなったのかもしれない。単に家族の事情や体調の悪化などで説明できない場合も多い。

伊関友伸（2007）は自治体病院（経営）を主な研究対象にして、医療問題のうち医師不足を最も重視したうえで、これが自治体病院の経営を脅かす最大の要因の一つになっているという問題意識を持ち、他方でそれを「行政の『お役所仕事体質』や住民の『他人任せ』の意識から生まれてくる構造的な問題ととらえ」（p. iii）、地域民主主義の向上を問おうとしている点に最大の特徴があり、とりわけ首長のスタンスが問われている。

首長のスタンスの点では1990年代以降、村長が一期で交替し続けたことを典型とすれば、村財政の「右肩上がり」を信じて、その悪化を十分に見通せず、取り返しがつかないようになってから、行財政改革を断行せざるを得なくなり、それが不十分であったがゆえに合併を選択したのかもしれない。他方、病院経営は一般会計からの繰入れ

の増大にみるように表面的に取り繕ってきたものの、その実態に真正面から向き合わず、村医療のビジョンに関してさえも医師や村民と十分に議論してこなかったというのが正確なのではないか。多くの医師が語るように黒字、赤字は医療サービスの結果であるとしても、首長・財政サイドは経営悪化に直面して逆とみなしたのであろう。医師不足対策に関して村の医師養成事業（修学資金貸付）が始められたのは2002年度になってからである。

2011年9月現在、病院長は空席である。直近の院長は08年4月から10年12月まで在籍したが、09年11月に旧湯田町の最後の町長が前回落選を経て新町長に就任していることから言えば、彼による院長の引止めが上手いかず、新しい院長の招聘活動も停滞し、院長不在のなかで沢内病院の整備に向けた議論を進めざるを得ないことは重大な責任問題である<sup>48)</sup>。深沢、太田両村長時代に大きく見劣りする。さらに合併協議の時期から医師が頻繁に交替し、合併後の06・07年度に県派遣医師に依存した状況をみれば、前町長（05年11月～09年11月）も何ら関係がないとは必ずしも言えない。09年5月に医師1人が着任し、常勤3人に増え、これに伴い実現した町独自の招聘による3人の同時勤務は11年ぶり、優れた成果であったものの、全面的に評価するわけにはいかない。

こうした実状があれば、全国の医師間の情報ネットワークは強固であろうから、沢内病院を赴任候補にあげる医師は減少するばかりであろう。今後、医師の招聘を巡って劇的な変化を期待するのであれば、①町長の「くらし」「しごと」を踏まえた（過疎）地域医療や「生命行財政」に対する十分な理解およびその10年、20年を見通したビジョン案の提示、さらに②院長の定着に加えて、町長さらに院長を加えた2人による医師の招聘活動を何よりも優先してあげておきたい。これが実践例としてどの程度あるかは把握していないが、実状から言えば、最低限すべきことであろう。赴任する医師も含めて互いの信頼関係の構築、維持

に重点を置けば、結果として医師に加えて、看護師をはじめ医療スタッフの地域医療や病院経営に対する意識にも一体感が生まれるのではないだろうか。

なお、100～200床以上の中・大規模病院の大半における医師の厳しい労働環境およびそれに見合わない給料の実態から言えば、沢内病院の勤務条件は悪くないかもしれない。拘束時間は同様に実質的に長いとはいえ、土・日曜日は応援医師の受入れのためにそれなりに休日となり、診療科・病棟は少なく、西和賀消防署救急出動状況（2004～07年度の年度平均72人）が参考になるように、救急患者や時間外患者も少ないし、夜間の入院患者ケアに対する負担も小さく、在宅医療という貴重な経験も積むことができるし、若くして院長・副院長に就任することもでき、リーダーシップを発揮しながら医療や病院を創っていくことも可能である。さらに赴任当初は車で1時間弱の盛岡市に居住するのも良いであろう。

## おわりに

本稿では岩手県旧沢内村「生命行財政」の歴史的考察を中心にして過疎地域からみた医療行財政の問題と課題を検討してきた。本研究の特徴として、次の3点があげられる。

第一に、旧沢内村の生命行政に関して先行研究がカバーしてこなかった1980年代後半以降も含めてトータルとして再評価したこと。この点をフォローすると、1980年代なかば以前に対象を限定し、積極的な評価だけを与えてきた先行研究の不十分さが顕著になる。

第二に、一般・特別会計や病院事業会計を素材に財政的、経営的な側面にも焦点を当てたこと。本研究ではこうした農村・過疎地域医療研究において不十分な点を主として構造的分析を通してカバーし、同時に住民との関わりにまで踏み込んだ。

第三に、面積（空間）、供給内容、経営形態などで都市部の医療と異なる点が多い農村・過疎地域医療の研究全般に位置付けながら展開したこと。とくにその理論構築および議論展開の出発点

として公的医療理念（医療像）や保健行政との関わりなどを問い直した。

「生命行財政」の分析を踏まえて過疎地域からみた医療行財政の問題をあげれば、それを大きく規定する沢内方式を構成する最も重要なシステムのほとんどが残っていないことである。2005年の町村合併をもって、沢内方式はおおよそ全面的に変質したと評価することができる。

すなわち、第一に、保健婦の主体性の喪失、第二に、首長（行政）、医師等（病院）、住民（患者）の相互理解の欠如、第三に、健康管理課の解体、第四に、老人医療費の窓口負担無料制度の終焉である。

保健婦の業務は今やかつてとは比べものにならないほど多様になり、存在意義は決して見劣りするものではないが、昼間の不在宅の増大等を背景にして、自主的に各地区・家庭を訪問し、潜在的ニーズを見つけるようなことは激減し、他方で、担当課・担当者や外部組織等への橋渡しとなるコーディネーターとしての性格が強まり、とくに合併後に事務職も実質的に兼ねるようになっていく。

増田進がかつて批判したように、政策や制度の変更により振り回され、まるでそれらの歯車のように働かざるを得ない存在になり、保健福祉課の設置も保健婦の福祉部門サポートおよび事務職の縮減に帰結し、他方で、彼女らの保健活動におけるリーダーシップはもはや見られないし、また特定の保健婦が一人ひとりのライフステージに寄り添うようなこともない<sup>49)</sup>。

新世紀に入って、旧沢内村内に開業医が誕生し、沢内病院が競争関係に晒される側面は強くなり、医師や看護師等にも経営意識が高まっているようであるが、あまりに乏しかったことは首長（財政）サイドとの関係をより悪化させることになったと考えられる。他方、とくに1990年代なかば以降、一期交代の連続にみるように、首長が医師や住民等に真正面から向き合わなくなっていったことは根本的な問題であったと言わざるを得ない。

生命行政および包括医療（保健・医療が福祉を含む）の最大の供給主体である健康管理課の解体

が象徴するように、首長サイドにおいて国の地方行財政（構造）改革、医療制度改革・医療費抑制政策に対して、一つひとつ批判的に検討し、制度的、政策的な影響を最小限にするような体制、条件を備えるに至らなかった。

これに対して住民サイドでは総体的に生命行財政および沢内方式に対する過去の成果にもとづくある種の達成感、満足感や外部からの賞賛を背景にしたその堅持の声がそれを再整理、再評価するためのアプローチの足枷になっていた、あるいは意識を低下させていたのかもしれない。

結果的に、強い批判を受けてきた沢内病院の累積欠損金や老人医療費の窓口負担無料制度にみるように、首長（行政サイド）主導の町村合併によって生命行財政をなかば精算するに至ったのではないだろうか。

第五に、地域保健調査会の活動、保健委員にみる住民参加・自治の停滞または後退であり、前者は依然として町の政策決定に影響力を持っているものの、自発的な調査、審議等はほとんどみられなくなり、それらの範囲も保健、医療、福祉の縦割りのごとく個別化した。他方、保健委員（現在45名、報酬制）はかつてのように多病や貧困の克服に奔走することはなく、活動量は縮減したものの、現在では精神疾患、虐待、孤立死、アル中などの問題も深刻になっており、存在意義は高いままである。

これに対して過疎地域からみた医療行財政の中長期的な課題に関わって、「沢内病院を守る町民大会」や「深沢晟雄の会」、「輝け『いのち』ネットワーク」にみるように、生命行政の理念の継承や住民参加・自治（意識）の実践は度々危機に直面しながらも絶えることなく、近年、現代的なスタイルで充実する可能性が高いと言えよう。両NPO法人の活動において、町内外を対象とする、高齢者福祉（介護）および児童・障がい者福祉（介護）の組織との連携も強化しており、その広範にも期待することができる。

両NPO法人にみるように、これまで見られなかったタイプの住民主体の組織が国主導の医療制

度改革（医療費抑制政策）や行財政構造改革あるいは「他自治体並み」や「身の丈行財政」への改革などを批判的に分析、評価しながら、生命行政や病院経営にも積極的に参画し、自らの地域・自治体の立ち位置を誇りあるものにしていくことが強く要請される。結果的に沢内病院が大規模な縮小に至っていないのは生命行政の理念の継承や住民参加・自治（意識）の実践によるところが大きく、他地域・自治体が摂取すべき点である。

旧沢内村と旧湯田町の合併はその協議の初期から行政サイド主導で、国の地方行財政改革や医療制度改革の影響が大きかったこともあって、生命行財政に関する十分な議論を経ないまま実施された。少なくない合併協定事項が今なお実現していないが、西和賀町の行財政において足枷になっている側面は否定できないであろう。わずか2町村でもと言うべきか、あるいは2町村だからなのか、終わりなき合併のなかで、生命行財政や沢内病院（経営）に対する理解を巡る溝は依然として小さくなく、行政（首長）、病院（医師等）、住民にとって継続的な対話は最大の課題である。

これに対して、「深沢晟雄の会」と「輝け『いのち』ネットワーク」の両NPO法人および農山村地域における全国的なモデルとして評価の高い町社協が旧町村間および旧村民間の橋渡し役となり、生命行政の原点に立ち返り、保健、医療、福祉を貫く視点である社会教育（生涯教育）や青少年教育を重視しながら、現代的な生命行財政を問い直すことが持続可能なまちづくりおよび自治体行財政にとって不可欠であろう。

生命行政や深沢村政を取り上げた映画が町内に限らず、全国に向けたメッセージになったとすれば、政策理念や住民意識など様々な点で多くを摂取しながら、各地域・自治体に合ったやり方で実践に移されることが望まれよう。沢内方式の歴史的考察を踏まえると、事態はそれほど単純ではないが、青少年教育から社会人教育まで幅広いシステムの構築と実践が生命行財政にとって大きな岐になるであろう。

住民主体を強調すれば、首長や自治体職員ある

いは院長や病院スタッフなども含めて地域ぐるみによる「教育」は「共育（ともに、互いに育つ）」であるべきかもしれない。

農村・過疎地域における医療を取り巻く諸環境を鑑みれば、沢内方式の現代的な再構築は総体的にみて、短期的な課題とするにはかなり無理があるから、中長期的な課題としてあげられる。

こうしたなかで短期的な課題を見出せば、例えば、現在、沢内病院および病院内にある包括支援センターにそれぞれ保健婦（正規）が結果的に減員でなく増員の形で配置されている。近年の法制度改正に対応する性格が強いは言え、保健婦の質的、量的なあり方を見直す素材を提供しており、彼女らの所属先のあり方まで議論することができるかもしれない。この場合、かつての沢内村のように医師に近い社会的地位の賦与、現在のようにデスクワークに忙殺される労働環境（「高度資格職の雑用化」）の改善、高度な企画立案や総合調整・評価に関する業務の増大を要請する場合の給与ベースアップも併せて検討されるべきであろう。

農村・過疎地域医療の中核的施設である公立病院は地域社会や住民生活を維持する上からも、その縮小、廃止は慎重にならなければならない。とくに公立病院が果している社会的な役割を軽視して、経営を過度に重視する黒字化至上主義は地域医療の公共性、非市場的性格の点から誤りである。この点を留意しながら病院経営の効率化を追求する一方で、経営赤字の原因を明確にし、かつそれを踏まえて国、県は必要な財政措置を講じるべきである。また、西和賀町の両NPO法人にみるように、新たな住民組織が中心となって構築、強化できるような行財政チェックシステムも重要になるであろう。

\*本稿は財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構の助成による。

#### 【注】

- 1) 自治医科大学監修『地域医療テキスト』（医学書院、2009年、p.2）
- 2) 新井光吉「高齢社会における地域医療の持つ可能性」

- (経済学研究、第69巻第5・6号、2003年3月、九州大学)では都市型と農村型の区別を明確にしながら、佐久総合病院(若月俊一)、国保沢内病院、京都堀川病院、諏訪中央病院、大和医療福祉センター、公立みつぎ病院などの地域医療における成果を整理したうえで、国保沢内病院や京都堀川病院の転機や諏訪中央病院にみる地域医療の可能性を展開しており、文献レベルによるフォローが中心であるものの、アプローチの点で非常に興味深い。
- 3) 本論は拙論「日本の地域医療問題と地方自治体の役割——農村・過疎地域医療へのアプローチ——」(岩手県立大学総合政策学会『総合政策』第12巻第1号、2011年1月)、同「佐久総合病院・若月俊一と農村地域医療の課題——人間発達の地方行財政に向けて——」(立命館大学経済学会『立命館経済学』第59巻第6号、2011年3月)、同「岩手における地域医療の歴史と地方自治体の役割——県立病院等の成果と課題——」(岩手県立大学総合政策学会『総合政策』第13巻第1号、2011年12月)などを踏まえたものである。
  - 4) 及川『村長ありき』において、岩手県国民健康保険団体連合会主催の「保健活動事業夏季大学」における深沢村長の「沢内村における保健活動」と題する講演の一部が紹介されている。「もう治療行政、いわゆる病院というものは、これは保健活動の中の一作用に過ぎない。私は二本立のものの考え方はとらない。保健活動——保健行政一本でよろしい。その保健行政の一つの具体的分野として病院というものがあり治療するんだ、という考え方、それが非常に大切であろうかと思うわけでございます。病気になった時だけ病院が必要なんではなくて、病気にならないようにするのが病院の本当の役割なんだ、もう病院の必要がないようにするんだ、というところにもう一切の焦点をしばらくなくちゃいかん。」(p.170)
  - 5) 大牟羅良・菊地武雄『荒唐する農村と医療』(岩波書店、1971年、p.182)
  - 6) 前田信雄は著書『岩手県沢内村の医療』(日本評論社、1983年)において沢内村の保健活動の特色として、「自治体責任としてこれを行なうこと」「村の健康管理課に医師をも含めた技術スタッフを充実させ、長い経験にもとづいた総合活動をしてもらうこと」「保健委員と結びついた徹底した村ぐるみ活動」の3つをあげている。(p.90)
  - 7) 1935年の村有診療所設立に始まり38年の県医薬連盛岡病院附属沢内診療所、40年県信販連花巻厚生病院附属沢内診療所、44年県農業会花巻厚生病院附属沢内診療所、48年済生会黒沢尻病院沢内分院附属沢内診療所(経営委託方式)、1951年沢内村国保直営診療所を経て、54年に国保直営沢内病院に移行・開設となっており、沢内村国民健康保険沢内病院という正式名称は1976年(昭和51年)からである。
  - 8) 増田進『地域医療を始める人のために』(医学書院、1989年、p.109)他
  - 9) 菊地武雄『自分たちで生命を守った村』(岩波書店、1968年、p.92)
  - 10) 沢内方式の実践・充実にに関して、増田進にしたがえば、住民「個々」に限らず、村「地域」として捉えることができる、「ゾーンディフェンス」によって、情報の集中化(一元化)、責任の明確化、活動の効率化の点で大きな効果をあげていったということになる。65年に保健婦2人採用による5人体制まで増員したことにみるように、住民・地域本位の行革を行った点で積極的に評価できよう。
  - 11) 島山富而は著書『野の花——岩手の母子保健に生きた人々——』において「生命尊重への理想と理論を医学的立場で支えながらも包括的医療を組み立てた前・加藤邦夫院長(現在、仙台市衛生局理事兼次長)がおり、その後を継ぎ、地域保健、医療体制を村民の自覚に基づく予防活動へと進展させ、一歩進めて健康増進を慣行化へと定着せしめるかのごとく、土俗的・生態学的背景を大切にしながら医は仁なりの活動を展開している増田進院長がいる。」(p.214)というように加藤、増田を説明し、「村長、院長一体の協力は『沢内村方式の地域医療』を現在の姿に発展させ、地域医療、保健のシンボルの位置になりつつある。」と評価している。
  - 12) 菊地武雄『自分たちで生命を守った村』(pp.134～135)における病院沿革の整理を参考にしたが、西和賀町ホームページの沢内病院サイトにおける病院沿革と一部で異なる記述があるために、後者にもとづいて修正している。
  - 13) 前掲書『自分たちで生命を守った村』(p.202)
  - 14) 保健活動費は保健婦設置費、乳幼児検診、医学生活動費、営林署歯科診療所医師出張費、乳児・高齢者(60歳以上)への10割給付分費用などからなる。
  - 15) 沢内村で長年保健婦であった田中トシは論文「看護婦・保健婦35年——村民の健康とともに歩む——」(『沢内村奮戦記』)において、「健康相談も…地域からの要請で出かれますので、回数も多く年間150回以上、延人数で5000人を超えております。」「昭和56年6月、血圧計の普及に関するアンケート調査を行い、健康管理課を通して各家庭から注文を受け、血圧計の斡旋をしました。昭和57年12月末現在で血圧計の普及は3戸に1台の割合で持っており、これが脳卒中予防の対策の一つとなり、…」と述べている。なお、西和賀町提供の資料をみれば、家庭訪問(保健福祉課分)は2006年度延べ839世帯、07年度208世帯、08年度383世帯である。
  - 16) 指田志津子『生命満つる里、沢内村』では「受診率をみると、“人間ドック”開始以来、社会保険を含むすべての35歳～59歳村民の59.2%(1977年)、61.9%(78年)、52.8%(79年)と極めて高い。この3年間の初回検診でみると、対象人口の83%にあたる1786人が受診している。また、“人間ドック”開始までは、毎年3例ほどの胃ガン死亡があったが、以後、受診者で胃ガンで死亡した人はいない。」と記述され

ている。これに対して少し注意を喚起しておく、沢内村の方針は受診率の高さよりも、特定の対象者の数(量)にあり、健康づくりに日頃関心を持たない、また検診をめったに受けないような村民に「気付き」の機会を与え、「対話」する点にある。

- 17) 「増田進 ——『病気=死』の村を日本一の健康村に——」(中里憲保『地域医療の旗手』現代出版、1982年)
- 18) 増田へのヒアリング(2010年12月)では沢内病院勤務時代に手掛けた独自の施策として、あまり一般化していなかった訪問診療(往診も含む)、全村民の健康台帳の整備、健康手帳の配布と利用(病院受付時など)、都市の専門病院でしか実施されていなかった血液透析、全成人対象の人間ドック、病院の福祉の利用(社会的入院として批判の対象となる)、地域保健調査会と保健委員会などがあげられた。
- 19) 増田の地域医療の変化に対する批判は医療の高度化に最もあらわれていると考えられる。高度経済成長に歩調を合わせるかのように医療技術も進歩し、農村地域の医療も例外でなく高度化、専門化してきた。住民(患者)もそれを求め、高度な設備・器械がないと患者は主に都市部のそれが充実した病院に流れる。「買った機械の減価償却で病院が動き始めるわけです。」「機械がひとり歩き始めます。機械が患者を作り始めます。地域のニーズとか何かに関係なしに、肥大した病院が病院の論理で動き始めています。」「自ら肥大しながら、何かを食いながら肥大していきます。」「『地域医療を始める人のために』pp.63~64)
- 20) 沢内村『沢内村史上巻』(1991年、p.72)
- 21) 及川和男『村長ありき』(p.233)
- 22) 中里憲保『地域医療の旗手』(現代出版、1982年、pp.73~74)
- 23) 沢内病院では村外通院の患者の来院が増加するようになり、1970年代を通して1日平均外来患者数は140~162人、入院患者数は70年代後半30人以上(78年37人)である(一般病床75年まで30床、75年から40床)。村民の多くが沢内病院で受診するようになったが、もちろん重症患者は最終的に村外病院に転送することになるし、耳鼻科や精神科など複数の診療科も村外病院での受診となる。これに対して沢内病院の収支は1964年度から72年度まで70年度を除いて黒字であったが、73年度から77年度まで連続赤字で、77年度は2,944万円の赤字であった。78~80年度は黒字であるが、国保特会の収支とおおよそ逆の関係にあったのが1960・70年代の特徴であった。(前田信雄『岩手県沢内村の医療』p.188)
- 24) (社)全国自治体病院協議会の報告書に関して、村広報は1992年1月号から4月号までシリーズ「病院経営の方向 —— 経営診断報告書から ——」と題して整理している。92年2月号では「職員配置の適否は、職員数と業務量とのバランスでも見る必要がある。まず、医師について診療科別医師1人1日当り患者数について見ると、平成2年度実績では入院数で8.8人(類似規模病院平均8.6人)、外来総数で41.3人(〃32.3人)

である。当病院は入院患者に対する外来患者数が多いこと、更に平成2年度では医師が前年度より1名減になったこともあり、医師1人1日当り患者数では平均を上回っている。また、部門別職員1人1日当り業務量について見ると、看護部門、事務部門では入院、外来とも平均を上回る量であり、そのほかの部門は診療内容とも関連するが、薬剤部門では平均を上回り、検査部門、放射線部門では平均を下回る業務量となっている。総合してみると、職員数と業務量との関係において著しく適性を欠いた部門は見られない。」と記されている。

- 25) 太田祖電は後年、論文「沢内村福祉行政の軌跡後編3 —— 生命尊重の行政生命尊重こそは政治の基本 ——」(『共済新報』42(8)、2001年8月号、共済組合連盟)において「私は、この病院問題の解決は、単に病院の経営だけに視点をおかず、『生命尊重の行政』を根本理念として、医療・保健・福祉・文化の総合化による村づくりを、21世紀の村政の基本にすべきであると、心から願っております。」と述べている。
- 26) 保健師数は1986年度沢内村4人(湯田町3人)、96年度3人(同3人)、2005年度3人(同2人)、06年度西和賀町4人、包括支援センター1人、10年度4人、2人で推移している。09年度には介護保険制度の予防重視に伴って中心的役割を担うことが想定されている包括支援センターの職員(ケアマネージャー兼看護師)が病院へ配置換えとなり、他方で行政保健師が採用され、包括支援センターに配置、補充されている。また、他にも、沢内病院で09年度より生活習慣病指導のため1名の看護師兼保健師が採用されている。
- 27) 増田進『地域医療を始める人のために』(医学書院、1989年、pp.67~68)
- 28) 「三せい運動」とは一人ひとりがせえ、話し合せてせえ、みんなでせいで「三せい」をあらわし、一人ひとりが主体性をもち責任をもってとことん話し合せて、一致協力していくという意味であり、とくに公民館活動のスローガンとなった。(指田、pp.156~159)
- 29) 滝沢浩『議場の鬼 —— 沢内村名物議長北島暉男反骨の46年 ——』(めんこいエンタープライズ、2004年)を読む限り、土建政治家の性格が強いように思われる。
- 30) 「広報さわうち」(1987年7月25日)では北島の行政改革推進委員会会長としての仕事から、彼の生命行政に対するスタンスの一端を垣間見ることができる。行政改革推進委員会が85年8月12日付で村長より諮問のあった「村行政改革の推進について」のうち「村単独事業の見直し」について、とくに老人医療無料化施策に焦点を当て、慎重に審議し、87年6月26日付で答申したことが記されている。すなわち、「特に住民意向調査の分析には時間をさき、住民の意思の反映に努めた。住民意向調査では『継続』66.2%、『一部改正で継続』25.8%、『廃止』8.0%の結果であった。」「本委員会は、老人医療無料化は、沢内村で安心して一生を暮らせる要因の一つである。また、老人医療無料化は長年にわたって継続し成果を挙げた住民の誇りであ



- り、村づくりのエネルギーの根源である等の今日的意義に立脚し、『むしろ積極的に継続すべき』という意見が大勢を占めたことから『医療制度の激変がない限り、現状のまま継続する』との結論に達した。」である。
- 31) 国民健康保険運営協議会（村長の諮問機関）は①病院条例、規則の制定または改廃に関する事項、②病院事業に関する予算、決算に関する事項、③施設の運営に関する事項などを取扱い、地域保健・医療・福祉に関する重要事項の調査・審議等を行い村長に具申、答申する地域保健調査会とは異なる組織である。
- 32) 増田『地域医療を始める人のために』（p.16）
- 33) 「かたくりの園」の施設パンフレットを見ると、生活支援ハウス事業は「居住機能及び交流機能を総合的に提供することにより、在宅の1人暮らし高齢者等を安心して健康で明るい生活を送れるよう支援し、もって高齢者の福祉の増進を図ることを目的としています。」と記され、利用対象は町内に住所を有し、おおむね65歳以上のひとり暮らしや高齢者夫婦、家族による援助を受けることが困難で、高齢等のため独立して生活することに不安のある方々で、生活の場を一時的に提供することに主眼があり、自宅で生活するように食事や洗濯は自分で行うことになっている。本人の希望が大半を占め、入居の理由としては除雪が大変なため、買物や通院等が不便なためといったことが非常に多い。なお、「かたくりの園」に加えて「ぶなの園」も運営している社会福祉法人やすらぎ会の2009年度決算報告書を見ると、経常活動収入で3.1億円である。
- 34) 高橋典成・金持伸子『医療・福祉の沢内と地域演劇の湯田——岩手県西和賀町のまちづくり——』（東信堂、2009年、p.40）
- 35) いのちの灯の集い実行委員会・NPO法人輝け「いのち」ネットワーク共催による老人・乳児医療費無料化50周年記念「いのちの灯の集い」（2010年12月4日～5日、西和賀町沢内バーデン）における「生命尊重行政史検証チーム（「いのち」ネットワークの研究事業）」の報告（元沢内村保健師深沢久子担当部分）、高橋・金持『医療・福祉の沢内と地域演劇の湯田』（p.65）
- 36) 前田は著書『岩手県沢内村の医療』において、「『沢内村は特殊で一般化できない』という声をよく聞くけれども、この村の経験とやり方を直接にどこでも一般化できないのは当然である。しかし、特定の地域を分析して得られた理念とその必然性、事業の目標や組織原理、財政原則や患者の利用状況などは、都市でも漁村でも間接的だがそのまま応用できるものである。その端的な例が老人医療無料化であったし、大きくみれば、老人保健法のなかのいわゆる保健（ヘルス）事業の発想も沢内方式の応用である。そして何よりも、こういうナショナルな政策を地域に根づかせるためには、特性ある地域での個性をもつ活動の実態をよく認識しておかねばならない。」（p.18）と述べている。
- 37) 入院収入1990年度97.6百万円、94年度95.8百万円、98年度199.9百万円、02年度225.5百万円、06年度86.6百万円の構成比をみると、入院料57%、56%、62%、63%、69%（86年度71%（給食料含））、給食収入19%、14%、9%、6%、7%、注射収入8%、8%、12%、11%、10%（86年度8%）、処置（治療）及び手術収入7%、11%、7%、11%、6%（86年度9%）、投薬収入6%、5%、3%、4%、3%（86年度5%）で、入院料の増加に対して給食収入と投薬収入が減少しており、入院基本料の伸びが大きいと考えられる（検査・X線86年度6%）。平均在院日数は01年度22.2日、02年度23.4日、03年度22.5日、04年度22.7日、05年度21.6日、06年度21.3日、07年度20.1日である。
- 一般外来収入1990年度206.4百万円、94年度255.7百万円、98年度389.9百万円、02年度350.2百万円、06年度283.6百万円の構成比をみると、投薬収入47%、48%、50%、57%、65%（86年度46%）、再診料12%、16%、13%、10%、9%（86年度12%）、処置及び手術収入8%、10%、3%、4%、4%（86年度7%）、検査収入7%、6%、12%、7%、7%（86年度10%）、初診料4%、3%、3%、2%、2%（86年度5%）、注射収入3%、4%、3%、6%、3%（86年度3%）で、投薬収入の増加に対して再診料、処置及び手術収入が減少している（指導料98年度9%、02年度9%、06年度4%、在宅診療順に5%、3%、不明）。
- 38) 病院事業会計の分析において歯科に関してほとんど記していないが、沢内病院経営健全化検討委員会「沢内病院の経営健全化に伴う今後のあり方に関する報告書」（2003年2月）で比較的詳細に現状分析されているので引用しておきたい。「歯科部門については昭和51年の開設以来、虫歯撲滅運動など保育所や学校を中心とした予防活動など行政（歯科予防センター）と一体となった活動の中で、自前の技工室を確保しながら義歯調整や治療においても正確さと短期間でのサービスに努めるなど患者ニーズに添えてきた。現在は、医師2名、歯科衛生士2名、歯科技工士2名、助手1名、事務1名、計8名の体制で1日平均32人の患者の治療にあたっている。隣の湯田町にも3施設の歯科医があり、そこに村の患者が流出している傾向にある。部門別経営分析では、料金収入が経費の47%しか見込めない状況であり、これからも年間30,000千円以上の赤字が恒常的に発生するものと推測され、病院全体の経営を圧迫する大きな要因となっている。14年度は患者確保のため時間延長診療を実施し、そこに患者が集中している状況も患者ニーズに添えた形となっているが、大きな収支の改善には至っていない。」なお、2008年度現在、歯科医師は1名である。
- 39) 要介護認定者の内訳をみると、2000年度で要介護1が62人、2が16人、3が25人、4が37人、5が19人、01年度で順に66人、32人、21人、34人、25人、02年度で71人、27人、24人、28人、21人である。
- 40) 1970～90年代に勤務していた保健婦や看護師等に対するヒアリングにおいて、いずれも健康管理課の時代に保健、医療、福祉のスタッフの間の業務連携が最も強固だったというコメントをいただいた。また、病院内ではクリスマス会をはじめ住民・患者を交えたイベ

ントも多く、職員もいわゆる「出し物」を行ったりし、互いの距離感が非常に近かったようである。

- 41) 「いのちの灯の集い」を2007年11月に6年ぶりに復活させ、町民ら100人を動員し、それ以降、毎年開催し、生命尊重・生命行政の理念の継承を目的に、講演会、シンポ等を実施している。「いのちの灯の集い」の出発点は次のとおりである。国が老人医療費を有料化した後も、村は無料化を継続したが、このことが全国的に注目され、「無料化のシンボル」として全国から寄付金が寄せられた。それをういて1983年12月に「いのちの灯」記念碑が建立され（無料化発祥の地の記念碑として病院敷地内に建立）、その際、全国の有志が「年一回沢内に集おう」と申し合わせ、84年以降、毎年「いのちの灯の集い」が開催されてきた。しかし、十数年続いた後、立ち消えになっていた。そして、建立25周年を1年後に控え6年ぶりに復活させたのである。時あたかも、障害者自立支援法、後期高齢者医療制度が導入された時である。
- 42) 行革大綱実施計画では「実施計画に盛り込んでいる公共施設の見直しや事務事業の見直し、イベント等の整理統合などについては、計画どおりの実施によって経費の削減が見込まれますが、財政見通しの段階では現状のまま推移するものとして計算しているため、財政効果額の推計は行っていません。」普通建設事業では、19年度以降については合併協定による建設計画搭載事業をそのまま用いているため、事業の見直しによる削減効果等は見込んでいません。」という断り書きがある。
- 43) 1985年にスタートし歴史のある人工透析は旧湯田町の住民の大半も利用し、数少ない継続的な黒字部門であったが、2006年7月より休止せざるを得なくなり、09年4月に再開している。
- 44) 2006年度の診療報酬改定において、入院収入の前提となる看護師の配置基準が改定され、最も配置数を厚めとした「7対1」入院基本料が創設された。
- 45) 「町民病院の整備を行うにあたっての町民アンケート」はその目的を「町民病院の整備を行うにあたり、町民の医療機関受診状況等地域の医療ニーズについての調査及び病院整備に対する住民の意見調査」とする。町内在住の20歳以上の方（2011年3月末現在5,965人）を対象とし、無作為抽出による1,200人程度に調査票が送付された（配布・回収ともに郵送）。調査期間は11年4月28日から同5月20日までで、回収率は58.3%（20歳以上の町民に対する割合11.7%）である。
- 46) 「沢内病院の経営健全化に伴う今後のあり方に関する報告書」において医師確保対策の一つに「岩手医科大学との連携強化」があげられている。しかし、2009年度の入学定員増かつ10年度の「地域枠」創設などによって今後期待できるにしても、岩手県には全国で唯一国公立の医大あるいは国公立大の医学部がなく、岩手医大が私立で、かつ学費も6年3,500万円程度で、高いことが問題としてあげられることが多い。岩手県の所得水準は低く、いわゆるサラリーマンの子どもで
- は入学できない。医師数も少なく、医師の子どもも多くない。岩手県内の優秀な受験生の多くは県外に流出し、そのまま帰ってこない場合も少なくないし、他方、開業医の（祖）父（母）を持つ他県の受験生が入学し、卒業後に岩手を離れ、あるいは残っても大病院が集中する盛岡市にとどまることが多い。県外流出者が帰ってくる場合もおおよそ同様である。仮に県の公費で学費の一部（医師養成コストの一部）を支援するにしても、私大のために、一定の制約があるし、莫大な規模になるので決して容易でない。
- 47) 医療法における必要医師数の算定は非常に画一的で、患者数だけが対象であり、時代錯誤しているといった批判が多いので、ここでは参考までに言及すると、沢内病院は最低3名となっている。2004年度「沢内病院事業報告書」には「基準医師数はあくまでも一般診療に対する医師標準数の目安であり、病院事業ではさらに村保健事業による各種検診の受託や在宅医療、介護保険に関する居宅サービスや主治医意見書作成、特別養護老人ホーム嘱託医など実際の医師の業務量に対する医師数はさらに不足していることとなる」と述べられている。
- 48) 2009年11月の選挙を制し第2代目西和賀町長となった最後の旧湯田町長は前回選挙の敗戦を受けて、今回、旧沢内村の生命行政に一定の理解を示したが、12月の町議会定例会の冒頭の就任にあたっての施政方針演説において、基本政策の第一の柱について以下のとおり述べている。「住民の命と健康を大事にする保健・医療・福祉行政の充実に取り組みます。自治体病院である沢内病院と民間医院の連携と役割分担により、住民の皆様により安心していただけるよう医療体制を提供できるよう努めます。行政は今まで以上に医師、住民と連絡を密にし、情報公開に努め、医療と保健福祉分野との連動を図ります。一人住まいの高齢者や障害者の生活状況に配慮するとともに、働く親への子育て支援にも取り組みます。」（町議会会議録）
- 49) 両町村の保健福祉課ベースで、健康教育（一般健康教育、骨粗鬆症予防、病態別健康教育、歯周疾患予防など）は旧湯田町の2002年度120回、1,454人（延べ）、03年度96回、1,027人、04年度84回、1,047人に対して、旧沢内村は順に263回、3,417人、283回、3,016人、252回、3,218人で、健康相談（一般健康相談と重点健康相談（糖尿病、病態別、歯周疾患、高血圧、高脂血症、骨粗鬆症、介護家族健康相談））は旧湯田町の02年度一般134回、2,028人（延べ）、総計224回、2,859人、03年度84回、1,417人、185回、2,311人、04年度89回、1,399人、182回、2,470人に対して、旧沢内村は75回、1,041人、279回、3,698人、100回、1,680人、319回、3,551人、78回、1,508人、281回、3,531人であり、依然としていくらか課題を抱えるものの、旧沢内村から活動量に関して摂取すべきことは非常に多い。

【参考文献】

- 泉川淳一『沢内村の医療史』沢内村郷土史研究会、1976年  
伊関友伸『まちの病院がなくなる！？——地域医療の崩壊と再生——』時事通信社、2007年  
岩手県国民健康保険団体連合会『岩手の国保40年史』1978年  
岩手県地域医療研究会編『いわての保健活動の歩み』岩手県国民健康保険団体連合会、1972年  
及川和男『村長ありき——沢内村深沢晟雄の生涯——』新潮社、1984年  
太田祖電・増田進・田中トシ・上坪陽『沢内村奮戦記——住民の生命を守る村——』あけび書房、1983年  
大牟羅良『ものいわぬ農民』岩波書店、1958年  
大牟羅良・菊地武雄『荒廃する農村と医療』岩波書店、1971年  
鎌田 實『命があぶない医療があぶない』医歯薬出版、2001年  
菊地武雄『自分たちで生命を守った村』岩波書店、1968年  
自治医科大学監修『地域医療テキスト』医学書院、2009年  
自治体病院経営研究会編『自治体病院経営ハンドブック』（各年版）ぎょうせい  
高橋典成・金持伸子『医療・福祉の沢内と地域演劇の湯田——岩手県西和賀町のまちづくり——』東信堂、2009年  
滝沢 浩『議場の鬼——沢内村名物議長北島暉男反骨の46年——』めんこいエンタープライズ、2004年  
中里憲保『地域医療の旗手——住民と共に歩む「赤ひげ」たち——』現代出版、1982年  
畠山富而『野の花——岩手の母子保健に生きた人々——』メデイサイエンス社、1982年  
畠山富而編著『地域保健から見た岩手県の母子保健の歩み——第二巻母子保健発展の基盤——』1991年  
前田信雄『岩手県沢内村の医療』日本評論社、1983年  
『保健医療福祉の統合』勁草書房、1990年  
増田 進『地域医療を始める人のために』医学書院、1989年  
『森の診療所の終の医療』講談社、2009年  
指田志津子『生命満つる里、沢内村』ぎょうせい、1989年  
吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史』東洋経済新報社、2008年  
若月俊一・清水茂文『医師のみた農村の変貌——ハヶ岳山麓50年——』勁草書房、1992年  
若月俊一『若月俊一の遺言——農村医療の原点——』家の光協会、2007年  
総務省ホームページ『地方公営企業年鑑』（各年度版）