

51

岩手県沢内村の挑戦： 世界のミラクルはなぜ他地域に普及しなかったのか？

中村 安秀

甲南女子大学 看護リハビリテーション学部

【背景】 1950年代の岩手県沢内村の乳児死亡率は全国平均の2倍前後であった。死因は肺炎、栄養不良、窒息などであったが、その根本的な要因は貧困にあった。1957年に就任した深澤晟雄村長は、保健婦の積極的な採用をはじめ、乳児健診を実施し、ミルクの無料配布を行うなど本格的な保健活動を開始した。1960年には、65歳以上の高齢者の医療費を無料にし、翌年の61年には60歳以上にまで対象を拡大した。

そして、1962年、後世に残る乳児死亡ゼロが達成された。この年の出生数133、死産数12、乳児死亡数0。乳児死亡ゼロという成果は大きなインパクトを全国に与えた。それ以後、日本医師会の武見太郎会長をはじめ、全国から保健医療関係者や研究者が視察に訪れるようになった。

【目的】 岩手県沢内村の地域保健における画期的な挑戦については、多くの先行研究があり、著作が出版されている。一方、国際保健医療学においては、Scaling upの概念が提唱され、成功したモデル開発をいかに全国的に規模拡大するかが大きな課題となっている。本研究においては、岩手県沢内村の地域保健モデルが、なぜ他の地域に普及展開しなかったのかというリサーチ・クエッションに基づいて、先行研究をもとに沢内村におけるScaling upに関する分析を行う。

【結果】 (1) 病院から出発する救急車：沢内村では、急病人が出たら消防署が対応するのではなく、病院に電話がかかり、病院から往診や救急車が出る。疾病予防と健康診断、病院での治療と救急医療、リハビリテーションという村のすべての保健医療サービスが一体化することができた。

他地域では、消防と医療は部署が異なる。国レベルでは、当時は、自治省と厚生省という省庁の壁があった。

(2) 高齢者の無料診療：高齢者の無料診療が始まり、村の各地から病院を受診する人があふれた。しかし、その高齢者たちの表情がとにかく明るく、治療を受けられるという安堵感は大きかった。

沢内村という人口5千人の村でのシステムをモデルに、東京都など当時の革新自治体が十分な検証なしにScaling upし、全国的に無料診療が広がった。しかし、全国的な高齢者の無料診療システムは財政的に持続しなかった。

(3) 東北の寒村で起きた奇跡のコンビネーション：沢内村の地域保健医療は4つのグループの協働作業であった。リーダーシップを発揮した村長。病院と村の健康管理の二刀流にどんだ医師。情報を得るべくアンテナを張り続けていた保健婦。そして、ふだんは無口だが、必要な時にはっきりと声をあげた村民たち。

医療者が病院の外を視野に入れ、医療、保健、予防、リハビリテーションを包括的に捉える発想はあまりに斬新すぎて、他地域に広がらなかった。持続可能な開発目標のユニバーサル・ヘルス・カバレッジで謳われるようになったのは、50年後の2010年代であった。

【考察】 沢内村でもその後、政治や厚生行政の介入により、沢内モデルは変化を余儀なくされた。また、あれほど多くの視察者が訪れながら、沢内村を上回るプライマリヘルスケア・モデルは日本の他の地域では誕生しなかった。Scaling upの視点から、次の2つを指摘しておきたい。ジリアン・テット氏が『サイロ・エフェクト：高度専門化社会の罫』で指摘するように、いつの時代においても、専門分野の垣根を超えて協働する必要性は認識されていても、それを実践することはむづかしい。次に、プライマリヘルスケアは地域での自立と自決（self-reliance and self-determination）を謳っている。霞が関の施策を忠実に実施することを習いとする日本の多くの自治体にとって、政府と異なる方針を堅持するのはむづかしい。