

論文

## 地域医療における住民組織の役割の歴史的検討

——白峯診療所および堀川病院の事例を中心に——

西 沢 いづみ\*

### はじめに

本稿は、地域医療の歴史において住民組織<sup>1</sup>が果たした役割に着目し、その性格と特徴を明らかにすることを目的とする。

地域における医療は、一般的に「地域医療」という言葉で表現されているが、地域医療の概念や実態について、まだ一致したものはないといわれている（今井 1992）。例えば、勝沼晴雄は、公衆衛生学の立場から、公衆衛生と臨床医学活動の合体するところに地域医療の概念が成立すると述べ（中野 1979）、田中恒男は、保健管理学の立場から、人々の生活と生存を支えるための医療のシステムであるとしている（田中 1984）。また、臨床現場にいた佐久市立浅間総合病院の吉沢国雄は、1980年に開催された地域医療研究会<sup>2</sup>において、医療・保健・福祉が連帯した「包括医療の概念<sup>3</sup>」を、地域医療の定義として用いた（今井 1992）。このように地域医療論は、医療分野あるいは学問領域に応じてその定義は変動している。

一方 1980年代以降、第二次世界大戦後まもない時期に各地で行われていた医療や福祉のありようが、あらためて地域医療の先駆として評価されるようになった<sup>4</sup>。しかし、何を根拠に先駆的とみなしているのか、また現代の地域医療のあり方と先駆的な事例とにどのような相違点があるのかについては明らかではない。したがって、まず、先駆的といわれる地域医療において、誰が誰のためにどのように実践してきたのかを、歴史的に捉える必要があると考える。

前述の先駆的とされる地域医療は、戦前からの農業組合運動、無産者医療運動などの系譜をもち、戦後、医療労働者や産業別労働者や地域の住民が、国民の健康を守るための社会保障運動として展開しているものが多い（野村 1987）。この運動のなかで、医療を受ける側の住民が担い手になったことは、戦後の特徴といえる。しかし、地域医療に関する先行研究の多くが、行政や医療者の視点や政治的理念の強調に終始している。

例えば大本圭野は、長野県の佐久病院における予防・健康運動の生成を取り上げているが、運動の確立の基礎としては、能動的な市民の存在が重要としながらも、その育成や思想的基盤には、医療者やスタッフの主導的な指導があったことに注目している（大本 2008）。中里憲保は、本稿で取り上げる事例も含め、農村や僻地、都市部などで行われたいくつかの地域医療の実践過程を、患者側の「闘争史」として記述しているが、医療者がどのような思想で医療を提供し、患者たちのなかに入っていったのかという医療者側の視点で語られていることに変わりはない（中里 1982）。また、1945年に結成された新日本医師連盟や、翌年の関西医療民主化同盟のもとに設立された、東京大田区の太田診療所や大阪の西淀川病院などの「民主診療所」は、当時の日本共産党の思想と結びつけた議論が多くなされてきた（野村 1987; 東京民主医療機関連合会 50 年史編集委員会 2004; 桑原 2009）。これらの地域医療が、医療者、農業組合、協同組合によって担われ、また政治的思想によって駆動されただけでなく、医療を受ける地域の住民や組織などとの協同が必要であったことが、記されていないわけではない。しかし、その地域の住民の主体

---

キーワード：地域医療、住民組織、西陣、白峯診療所、堀川病院

\* 立命館大学大学院先端総合学術研究科 2008年度入学 生命領域

性に着眼しながらその発展を歴史的に検討したものは少ない。

そこで本稿では、京都市西陣地域に開設された白峯診療所とその後身となる堀川病院をとりあげる。同診療所は、1950年に、医療を受けられない西陣地域の住民の要求のなかから設立された経緯をもつ。また1958年に設立された堀川病院は、住民の生活を基本にした医療を、住民と医療者が協同で作りに上げるという医療運動を展開し、特に在宅医療を中心とした地域医療を先駆的に実践してきた病院として評価された。その設立の過程については、孫や杉万によって詳細に報告されている（孫1998: 杉万2000）。しかし、高齢者の保健医療と福祉の連帯（佐藤1989）や高齢者が安心して暮らせる地域づくり（孫1998）にとって、参考になるものとして評価されてはいるものの、地域と住民が、医療機関にとってどのような役割であったのかについて言及しているものは少ない。住民組織の役割については、新井光吉が、住民主導の組織によって、医療者との間に支え合う関係を築いた点を指摘しながら、その信頼関係が、地域社会に予防医療をより効果的に提供するために必要であったと論じている（新井2003）。しかし、住民組織は、自己の健康管理や地域社会の改善を通して、医療に貢献するためだけに存在するのではない。自分たちの住み慣れた地域のなかで、自分たちの生活にあった医療や医療保障を実現することが、住民のニーズであり、そのための組織が必要である。

白峯診療所および堀川病院における医療運動は、その発端が住民組織の運動から始まっており、住民が医療者を巻き込んで運動を展開してきたことに特徴がある。その意味において、住民組織に注目し、住民たちが地域医療をどのように運営し、医療者とともに医療運動に取り組んでいったのか、先行する地域医療論に欠けた、歴史的検討が求められる。

このような問題意識のもとで本稿では、白峯診療所が設立され、その後改組されて堀川病院として発展していった1950年代から1970年代を中心に歴史的経緯を検討する。『しらみね新聞』（創刊号1957年10月1日、第5号1958年2月20日）、『堀川病院助成会のしおり1959年』、『堀川病院助成会だより』（第31号1963年6月1日～第43号1964年7月30日）『医療生協助成会だより』（第44号1964年11月1日～第83号1972年4月1日）、『西陣健康会だよりほりかわ』（第168号1981年1月10日～第295号1991年8月10日）、『こうほうほりかわ』（第28号1975年1月15日～第102号1981年3月15日）など、白峯診療所および堀川病院の機関誌・広報誌の記事を資料として検討する。これらは、関係者が活動当時、また回顧的に記載したものが中心であり、筆者の主観が反映されてはいるが、当時の状況を知る一次資料が不足している現在、貴重である。また、住民組織の関係者への聞き取り調査を実施し、資料から得た知見を補足した。

## 1 白峯診療所設立の背景

### 1-1 西陣の地域性と生活を守る会の結成

白峯診療所は、1950年、西陣織物業で知られる京都の西陣地域に設立された<sup>5</sup>。西陣織機業は、分業と協業、織元と賃織業者の従属関係<sup>6</sup>、そして生産と暮らしの場が一体であることなどが特徴としてあげられる。筆谷稔は、これらの特徴が、生活圏である町内会を中心に、賃織業者同士の相互扶助、町内会同士の市民的組織を生み出すという西陣独特の地域共同体を作り上げていると述べている（筆谷1982）。

また京都には、町内会を基礎にした学区（小学校区）が存在する。学区とは、明治時代の町組制度から派生している地域共同体区域である。町衆の募金により、1つの町組ごとに町組会所（役所）兼小学校が置かれ、行政と教育を同じ施設で行なってきた歴史があり、現在も元学区として小学校や自治連合会、地域行政の単位となっている（京都市1980）。辻ミチ子は、封家や商人などの寄付金協力が大きかったことは疑いの余地はないが、町衆の相互扶助を基本に学区の自治組織が運営されていたと指摘する（辻1995）。

このような西陣地域に、1947年、産業別の労働組合として全西陣織物従業員組合（以後、全西労と略す）が組織された（全西陣織物労働組合1978）。GHQにより労働組合の結成が促されて以降、破竹の勢いで各地に労働組合が結成されたが、全西労もそのひとつであった。西陣織物賃織業者を中心に、織物業者（機業家）と封建的な関係にあった賃織業者の労働条件の改善を求めた組合であった。

戦後の西陣機業は、1948年に生糸の配給制が撤廃されたが、自由生産はかえって原糸価格の高騰を生み、機業は

危機的状況に陥った（西陣織物工業組合編集委員会 1972）。さらに 1948 年初頭の経済安定九原則は、国内の中小企業に打撃を与え、西陣でも、倒産する機業者が増加した。1948 年 11 月には、上京区の税金滞納による差し押さえは、3000 件のうち約 900 件が織物業者であった（堀江・後藤 1950）。

貧窮状態を立て直す為に、全西労は、労働基準法の適用と営業税撤廃の運動をおこした。賃織業者を業者ではなく労働者と認め、営業税の賦課を免除せよ、という要求であった。全西労の活動は活発になり、1949 年頃には、会員が 2000 人を超したという。運動の結果、労働基準法は 1948 年に、営業税の撤廃は 1950 年に適用された（全西陣織物労働組合 1978）。

この営業税撤廃の運動は、全西労だけではなく、京都の中小零細企業者による運動でもあった。京都には西陣織産業だけではなく、陶磁器、友禅などの多くの伝統産業が存在しており、これらのほとんどが自営業あるいは中小零細企業である。当時、全西労の執行委員長であった宮田栄次郎は、「伝統産業は平和産業ともいわれ、経済状況に直接左右され、零細であればなおさら影響を受ける。このため、経済・政治に敏感であったことが、京都の労働組織結成の要因でもある」と話した<sup>7</sup>。

1948 年頃から、中小零細企業者たちによる営業税撤廃の運動体のひとつとして、「生活を守る会」が、各行政区に結成され始めた（自治体問題研究所京都民主府政研究会 1974）。なかでも上京区的生活を守る会は、全西労の組合活動も兼ねた会員も存在し、その力は大きかった。1949 年にシャブ税制が導入され、中小企業者に対して税の徴収が徹底して始めると<sup>8</sup>、西陣、成逸、桃園、小川学区を中心に、賃織業者や日雇労働者たちも生活を守る会に加わり、会員の数は、1949 年に 4500 人に達した（『西陣健康会だよりほりかわ』 第 295 号 1991 年 8 月 10 日）。

一方、資本家である大きな織元は、当時の西陣織物工業組合（以下、西工）を支配し、吉田内閣を支持していた。極貧生活に苦しむ賃織業者や零細機業者たちは、西工に対して反感をもつようになり、自由党離れが始まった。それだけではなく、生活を守る会には、西工支配を弱体化させる政治的目的も含まれていた（堀江・後藤 1950）。

営業税の撤廃が適用され、免税者も増加してくると、全西労や生活を守る会の会員は次第に減少してきた。1950 年後半には、生活を守る会は、業種別、規模別の商工会や組合を各々結成し分散し始めた。しかし、労働基準法や営業税撤廃が適用されても、織物業会全体に普及するまでには、時間を要した。賃織業者・中小機業者の生活は困窮した状態が続いたままであった。

## 1-2 賃織業者の労働・生活の実態——健康問題の浮上

労働基準法が適用されても、賃織業者は、出来高払い、低賃金、長時間労働という労働環境の悪いなかで働いていた。西陣企業実態調査によれば、1950 年の賃織業者の収入は、平均一ヶ月 4,903 円となっている（京都市企画審議室 1951）。総理府統計局による勤労者世帯調査によると、1950 年の勤労者世帯一ヶ月の収入は平均 14,932 円、また 1950 年の生活保護基準額は 5 人世帯で生活扶助金 5,370 円となっている（社会保障研究所 1968）。出来高払い制では、生活保護や医療扶助支給金が許可されない月もあった。労働時間は一日 10 時間を超え、月二回の休日と不十分な作業環境もあいまって労働者の健康は極度に悪化していた。

戦後は、結核、コレラ、赤痢などの感染症が蔓延していたが、特に西陣地域は京都市全体の結核届出数の約 20% を占めていた（京都市役所総務局統計課 1952）当時、白峯診療所に事務員として働いていた高村さくらは、「西陣織の素晴らしさに比べて、それを織られる方々の、暗いジメジメした所の労働では病気のほうが多いのも無理ないなと思いました」と振り返っている（『しらみね新聞』 創刊号 1957 年 10 月 1 日）。

しかし、西陣機業労働者や日雇労働者に健康保険はなく、病気になっても医療にかかれぬ状態であった<sup>9</sup>。医療扶助申請は、個人の交渉では、簡単には承認が得られず、住民同士が協力し団結した組織で、健康問題や医療保障を考えていく必要があった。このような状況のもと、減税運動の経験をもつ生活を守る会は、住民運動の基盤を生かし、健康を課題としてあらたに運動をおこしはじめた。それが自分たちの医療機関を自分たちの出資で設立するという運動であった。

生活を守る会の会長であり、白峯診療所の設立出資運動に関わった神戸善一は、以下のように振り返っている。

生活を守る会の会員が病気になると、会（上京区生活を守る会）事務局の担当者が医療保護を民生安定所に掛

け合っていました。生活を守るためには、健康を守ることが第一に大切であり、自分たちの体は自分たちで守ろうということになった。事務所の東半分が広く空いているので、診療所をやったらという話がまとまり、仁和診療所で診療していた早川一光さんに診療所の所長をたのむことで話がまとまりました（『西陣健康会だよりほりかわ』 第 295 号 1991 年 8 月 10 日 括弧内引用者）。

神戸のいう「自分たちの体は自分たちで守ろう」という一節から、医療供給体制の荒廃と医療制度の未成熟さと貧困な生活を背景に、住民たちが、組織的かつ積極的に医療の問題に取り組んだことが窺える。

## 2 白峯診療所における住民の役割

### 2-1 住民と医療者の出会い

住民のよびかけに賛同した医療者や職員には、大学の民主化運動に参加し、休職処分されていた京都府立医科大学や京都大学の医療者たちや、企業から追放された労働者が多かった。

京都府立医科大学では、1945 年 11 月に学生自治会や大学構成諸団体による自治組織が発足し、学内の民主化運動（教授会の公開、入院患者の給食要求など）が活発になっていた（京都府立医科大学百年史編集委員会 1974）。こうした一連の学内民主化運動に対し、大学側は、1949 年 11 月 11 日、学生や、学生を支持した教授や医局員に、放学・休職を命じた<sup>10</sup>。この中に、後に堀川病院院長になる竹澤徳敬（当時、京都府立医科大学附属女子専門部教授）や、白峯診療所の設立に関わった早川一光（当時、京都府立医科大学附属病院外科医局員）がいた。早川は、在学中に終戦を迎え、民主化運動が盛んになるなか、学生自治会の設立に関わった。学生運動を通じて、「人民の手による人民のための政治」が民主主義であるとの思想をもった早川は、自分たちの生活は自分たちで守る住民運動に、医療における「民主化」の意義をみいだしている（『西陣健康会だよりほりかわ』 第 224 号 1985 年 9 月 10 日）。

住民と医療者の運動は、自分たちの医療機関の設立と同時に、医療保障の拡充を求める運動へと向かった。当時、運動を担った松山タキヨ（当時は、ピロードの手織職人）は、「病気にかかっても諦めるしかなかった状態から、手遅れしないうちという気持ちになった」と振り返っているが（『西陣健康会だよりほりかわ』 第 180 号 1982 年 1 月 10 日）、医療保障に対する意識の変化とみることができる。

### 2-2 住民出資による白峯診療所設立

1950 年、800 人ほどの住民の出資によって、3 万 8 千円の基金が集まり、白峯診療所が開設された。10 畳一間、診察台は机の上に置かれた一畳の畳であった。医師は早川のほか、陶棟土（当時、京大結核研究所）、村上勉（当時、京都大学インターン）、そして、市内で小児科を開業していた松田道雄や耳鼻科を開業していた竹澤徳敬が後押しした（『西陣健康会だよりほりかわ』 第 170 号 1981 年 3 月 10 日）。住民は、不要になった机や布団、炭、自転車などを寄付し、診療所運営のためのさらなる出資活動を展開した（『西陣健康会だよりほりかわ』 第 170 号 1981 年 3 月 10 日）。これを支えたのが、生活を守る会を基盤に、出資者を中心に新たに組織された「健康を守る会」（以下、「健康会」と略す）である。1950 年から 1953 年の間に 5 つの健康会（室町・翔鸞・正親・白峯・聚楽）が発足している（『堀川新聞』 第 32 号 1964 年 2 月 10 日）。

白峯診療所が開設された 1950 年、西陣地区には、5 月に仁和、9 月に待鳳、12 月に柏野の各診療所が、生活を守る会や健康会が基盤になり、住民出資によって設立されている。白峯と同じように、京都大学や京都府立医科大学をレッド・パージされた医療者たちが参加した。この 4 つの診療所が、1951 年に「関西民主的病院連合会京都支部」を結成し、1953 年には、京都府・市内の「民主的<sup>11</sup>」といわれた診療所や開業医とともに、「京都民主的医療機関連合会（以下「京都民医連」と略す）を結成した。現在の京都民医連の母体である（『堀川新聞』 第 32 号 1962 年 2 月 10 日）。この背景には、当時の蜷川虎三府政<sup>12</sup>の影響が少なからずあった。蜷川府政は中小零細業者の擁護と保険医療を守る施策を打ち出しており、中小企業組合や京都府医師会も蜷川府政を推していた（京都府政研究会 1973）。このような背景のもと、白峯診療所は、住民出資・医療懇談会・住民優先の理事体制を理念としてもち、運動を展開していった。

## 2-3 医療理念の実践と住民の役割

白峯診療所の理念のひとつである医療懇談会は、前述の健康会が中心となって開催された。医療者は、結核・回虫・赤痢の話、産児制限などの幻燈写真を持参し、健康会に参加した。医療の啓蒙であったともいえるが、収入が少なく病気が多いという当時の状況から、予防と医療の一体化は、必然性があった。

住民は、医療懇談会を通じて、診療所運営のための情報公開や医療扶助申請の問題など、医療者と共通の課題を議論した（『西陣健康会だよりほりかわ』 第168号 1981年1月10日）。運動の中心は、医療扶助の獲得であった。住民や医療者は、民生安定所に医療扶助を申請し、許可の証明証となる医療券を獲得した。当時、診療所の事務担当であった宮垣利子は、「患者さんや家族の人たちと民生安定所へ出かけていき、ケースワーカーと談判し、大喧嘩をして医療券をとった」と語っている（『西陣健康会だよりほりかわ』 第168号 1981年1月10日）。

理事体制は、白峯診療所を運営するために、住民出資者から8人、診療所側から7人を理事に選んで構成された<sup>13</sup>（京都堀川病院1976）。住民代表が1人多い住民優先の理事体制であった。これは、白峯診療所独特の体制であった。健康会という住民組織を基本に、住民主導で運動が展開されたのである。当時、堀川病院顧問であった奈倉道隆は、住民が、医療の問題を自分たちの問題として捉えていることの現れであると述べている（『こうほうほりかわ』 第102号 1981年3月15日）。

このような体制のもと、住民の協力によって獲得した医療券の数は増加し、診療所の経営基盤も定着してきた（『西陣健康会だよりほりかわ』 第168号 1981年1月10日）。

## 2-4 国民皆保険の実施と病院建設への期待

1953年に日雇労働者保険制度が施行され、また1954年には西陣織物健康保険組合ができ、長期間、健康保険を適用されることなく放置されていた賃職業者が、保険に任意加入できるようになってきた。健康保険保持者が増加してくると、保険証さえ持参すれば、どこの医療機関でもみしてくれる状況になりつつあった。1950年代後半は、私的医療機関が拡大し、数も増加した時期である。医療技術も進歩し、治療方法も高度化してくると、白峯診療所の医療者たちも、安い診療所というだけでなく、医療技術においても住民の信頼が得られる医療機関にしたいという要求がでてきた。住民側からも、高度な医療技術をもち入院もできる施設にしたいという要求が高まってきた（『こうほうほりかわ』 第51号 1976年12月15日）。医療を多くの人たちに施そうという量的な側面から、医療設備の確保、専門医師の採用など、医療内容の質の充実へと移行する時期であったといえよう。このような変化に対応して、病院建設が住民の要望としてあがってきた（早川1956）。

しかし、国民皆保険4カ年計画が始まった1957年頃に、政府は、国庫補助金の増額予算を計上しながら、医療費削減のために、国民健康保険料の値上げや、保険診療の制限、在日朝鮮人を含む医療扶助の打ち切りなど、保険制度の改正案をうちだしてきた（富岡1972）。低所得者は、健康保険を手にしても、簡単に医療にかかれない状態になった。西陣には在日朝鮮人も多く、白峯診療所においても医療券の数が半減し、経営は赤字になった（医療法人西陣健康会堀川病院1998）。

「医療にかかれない人を医療に」という目的をもち協同していた医療者と住民にとって、高度化し専門化してきた医療内容と、制度化されつつある医療保障のなかで、住民や患者の立場から正しく運営される医療機関をどのように設立し維持していくが、新たな課題となった（早川1956）。

次章では、白峯診療所を支えた住民組織が、堀川病院の設立の際にどのように継承されたのかについて住民の役割を中心に検討する。

# 3 堀川病院の設立と助成会の役割

## 3-1 助成会の結成—白峯診療所の医療理念の継承

1958年、工事費1500万円のうち300万円は地域住民の出資でまかない、残りは労働金庫から借り入れ「医療法人西陣健康会・堀川病院」が設立された（『しらみね新聞』第5号 1958年2月20日）。鉄筋コンクリート3階建、22床。職員40人が、外来の診療、入院看護、往診や夜間診療に対応した。

堀川病院を住民のための医療機関として支えるために、出資した住民を中心に「堀川病院助成会」（以下「助成会」と略す）が1958年に結成された（『堀川病院助成会のしおり』1959）。健康会を基にした住民組織を、病院組織と並行してつくったのである。会則には、「市民の健康保持のために設立された堀川病院の援助、育成につとめ、会員の健康を守り、相互の親睦をはかることを目的とする」と記されている（『堀川病院助成会のしおり』1959）。役員20名、会員約300名から始まった助成会は、1975年には、4000人を超える規模となった（『こうほうほりかわ』第28号 1975年1月15日）。

助成会組織は、学区を基に8つの支部（小川・室町・中・翔鸞・洛北・正親・出町・西北）に分けられた。各支部から8人の地域理事、医療法人西陣健康会から7人の院内理事が選出され、理事会が構成された。住民の理事が1人多いという、白峯診療所の理事体制を引き継いだのである。8つの支部には5人から10人の支部委員が選出された。また組織のなかに、長寿会連合会、福祉厚生部など8つの委員会をつくり、住民の生活相談や病院への苦情、要望を取り上げ、住民と病院を結ぶパイプ役としても活動した（『堀川病院助成会だより』第35号1963年10月1日）。

高度成長期を迎えた1960年代は、私的医療機関においても、営利追求に拍車がかかり大型の病院建設が進んだ時期である。この様な時期に、助成会のような発言権のある住民組織を設置して、住民とともに運営している病院は珍しかった。住民たちは、医療運動の方針として、医療者との協同の姿勢を維持した。しかしこのような方針と、民医連内の集団主義的な規律や、医療活動と政治活動の統一的思想とが、次第に合わなくなったこともあり、堀川病院は、1961年に京都民医連を脱退した（『こうほうほりかわ』第5号1973年2月15日）。その後は、助成会を中心に独自の医療運動が展開された。

### 3-2 医療活動における助成会の役割

助成会による資金面の援助も、堀川病院独自の方法であった<sup>14</sup>。出資する住民の地理的範囲も広がると、各地区の住民の要望により、1958年に正親、1959年に出町、1964年に北野の各学区に、堀川病院の分院として診療所が設立された。医療機関へのアクセスを拡大したことは、住民の医療への不安を解消するだけでなく、疾病の早期発見や早期治療を可能にした。

一方、医療運動を推進していくなかで、住民と医療者の意見の相違や葛藤は常にあった。たとえば、1964年に病院側から提案された往診廃止については、両者の議論がつづいた（『こうほうほりかわ』第66号1978年3月15日）。医療費抑制のため、当時の往診や休日・救急医療の診療報酬点数は低く、一般の病院はもとより、開業医でも往診をしない医療機関が増加していた。このような状態を改善しようと、1964年前後から、京都府医師会は、診療報酬3割以上の引き上げと、負担増額分の公的責任を決議し、国会に請願を行っている（京都府医師会1968）。しかし、実施された緊急是正は、実質3%の引き上げにすぎず、往診料に至っては、医療機関から患者宅までの交通費が、距離により患者負担となった（『医療生協助成会だより』第44号1964年11月1日）<sup>15</sup>。また、訪問看護に点数はつかないままであった<sup>16</sup>。

住民の要求に応え、24時間の医療体制を実施していた堀川病院は、財政的に困難な状態であった。そこで、若い医師たちが、病院は外来と入院患者だけを担当し、往診は廃止したいと主張したのである（『こうほうほりかわ』第66号1978年3月15日）。院内の医療者たちの間でも、意見が分裂した。国が左右する医療保障制度の下、これまでの住民主体の医療形態や理念がどのように維持できるかという、堀川病院開設時の課題に直面したのである。住民を代表する助成会はその意見を反映し、往診廃止に反対意見を示した。医療懇談会や理事会で議論が重ねられた結果、住民が過半数を占める理事会で、往診の続行が決定された。

このように、医療体制の整備は度々難航したが、助成会という場があればこそ、住民の意見が表明できた。助成会という存在は、堀川病院独特の組織であったが、住民の要求に添った医療の実践には欠かせない存在であったといえる。

### 3-3 助成会による社会保障拡充への取り組み

1965年2月、薬剤費の患者半額負担・保険料値上げなどが打ち出された健康保険改正案要綱に対して、全国的な反対運動が始まった。先の往診問題を経験した助成会も、2500名の反対署名を集め、訪問看護料に対する国や自治

体の負担を要求し、京都市に陳情している（『医療生協助成会だより』第47号1965年2月1日）。

堀川病院が設立されてから1970年頃までは、全国的に社会保障運動が活発であった。1958年の国民健康保険改善運動、1961年の国民皆保険制度をめぐる医療費抑制問題、小児マヒ生ワクチン獲得問題、そして、1960年後半から70年にかけての老人医療無料化運動などである（富岡1972）。

助成会も、常に、健康保険改正反対運動に取り組み続けた。たとえば、1964年1月、高山義三京都市長が、健康保険の赤字を理由に国保の家族給付率引き下げを発表した際には、同年3月の市議会に向けて署名活動を行い、市に請願している（『医療生協助成会だより』第50号1965年10月1日）。

1969年8月の政府の健康保険法抜本改正に対する反対運動の一環として、老人医療費無料化運動が、全国的に行われた。1969年に、東京の美濃部亮吉都政が全国初の70歳以上医療無料化を実施した。京都でも、1970年に入ってこの運動が活発になり、助成会も4500名の署名とデモ行進に参加した。1970年6月から、京都府は、京都府下市町村に対し、80歳以上と、福祉年金所得以下の寝たきり老人（65歳以上）の医療費の二分の一（京都市は三分の一）の補助金を出すことを決定した（京都府政研究会1973）。

京都市も、1970年12月8日に、京都市議会普通予算特別委員会が開かれ、1971年度から京都市における65歳以上の老人医療費無料化を実施することを明らかにした<sup>17</sup>。1970年は、蜷川知事が、6期目の選挙を控えていた時期である。蜷川知事は、社会、共産両党と医師会、総評の推薦を受けており、老人医療費無料化に対しても積極的な推進の態度をとっていた。堀川病院および助成会としても、自民党政府による健康保険・医療制度の改正に対抗するため、革新自治体としての京都府政を支持する立場に立っていた（『医療生協助成会だより』74号1970年3月1日）。

### 3-4 高齢化社会へ向けての医療体制

老人医療費の無料化は、高齢者に受診の機会を与える一方で、とりわけ長期入院を経済的に可能にした。どの病院も高齢者で満床であった。上京区は、京都市の中でも高齢化率が高い<sup>18</sup>。堀川病院においても高齢者の長期入院患者が多かった。長期化の解決策として、1970年に「地域健康管理部」が院内におかれ、助成会員・職員が中心になり、高齢者の健康や生活についての相談を受けた。1972年に「地域医療研究会」が院内に発足し、臨床実践をもとに「老人問題研究会」が結成された。西陣地域で「地域医療」という言葉が使われたのは、この頃からである。老人問題研究会では、医師、病院職員、地域住民、医学生が集まり長期入院患者の事例研究が行われた（京都堀川病院地域医療研究会1975）。この研究から、老人の長期入院問題を解決するための具体策として、間欠入院制度・訪問看護・中間施設（リハビリ施設、居宅療養部の設立）などの案が出された（京都堀川病院1976）。

間欠入院制度は、短期入院医療と退院したあとの居宅医療に一貫性をもたせてくりかえす制度であるが、この実施のためには、往診制度、訪問看護、ケースワーカーなどの居宅療養体制の整備が不可欠であった（『ほりかわ』第89号1973年6月1日）。1963年から保健師による訪問看護の開始、1974年の居宅療養部の設置、保健師・看護師・生活相談員の配置が行われた。しかし、高齢者を抱える家族からの反対意見が出された。住民主導の医療体制であるにも関わらず、病院の都合で退院させられると考えたからである（京都堀川病院1976）。医療懇談会で、住民と医療者が話し合いを重ね、さらに充実した訪問看護とホームケアの必要性が要求され、その媒介となる「居宅療養家族の会」（以下、家族の会）が1975年に結成された（『こうほうほりかわ』第66号1978年3月15日）。すなわち、家族の会や助成会を中心にした地域住民による主体的な関与と協力があって初めて、入院も居宅も一連の医療であるとする間欠入院制度が可能になったのである<sup>19</sup>。

助成会の実践や間欠入院・在宅看護などが、テレビや新聞を通じて紹介されるようになり、全国からの注目が集まり、将来の医療のあり方を示唆する地域医療の実践例とされるようになる（『こうほうほりかわ』第37号1975年10月15日）。しかし、地域医療のシステムとしてよりも、住民と医療者の葛藤や議論を重ねてつくりだされた医療運動の結果であるということこそが重要である。

助成会の存在は、地域の福祉活動に貢献しているとして評価され、1979年に京都新聞の社会賞を受賞したが（『京都新聞』1979年11月27日付）、貢献ではなく、住民組織が主導となって初めて、医療のありようが決定されたといえる。

## おわりに

本稿では、1950年代から1970年代に京都市西陣地域で展開した、白峯診療所設立と堀川病院への改組をめぐる医療運動について、住民組織の役割とその特徴について検討した。

1950年から1958年までの白峯診療所の医療運動は、住民自身が互いの生活と身体を守るために、住民の要求に応ずる医療者とともに、住民の生活を第一に重視した実践であった。住民の要求と実践に応じて形作られたのが、住民出資・医療懇談会・住民優位の理事体制を3本柱にした白峯診療所であった。住民の役割は、この3本柱を診療所の理念として運営・維持することであった。

堀川病院設立以降、これらの理念は、住民組織としての助成会に引き継がれ、医療の基本方針も、住民との協同によって形作られ、住民自身も経営責任を持った。堀川病院が実践してきた往診や訪問看護は、地域住民を欠いてはできない実践であり、住民との協同のうえに実現したものである。住民が、自分たちの要求に合った医療を実現するために、医療者を巻き込み運動してきたことが、そのことを可能にした。その意味で、助成会を中心とする、多様な住民組織や患者グループが、極めて専門性の高い病院や医療を規定する存在として力を発揮してきたのである。当時、度々、国が提示した保険制度改革に対しても、組織的に反対運動を起こすことができた所以である。

本稿では、住民組織の位置づけに注目し、また、その運動を歴史的に捉えることによって、医療者と協同で地域医療を実践・運営できる条件があつてこそ、住民主導による、住民の要求に応えられる地域医療を可能にしたことを明らかにした。現代の地域医療は医療供給システムを重視する傾向があるが、それとは異なる地域医療の様相が、以上の検討からみえてきたのではないだろうか。そうだとすれば、白峯診療所や堀川病院を現代の地域医療の先駆として、単純に位置づけることはできないだろう。今後は白峯診療所設立から堀川病院への改組と発展への経緯をより詳細に裏づける一次資料の発掘に努めるとともに、1980年代以降の堀川病院における住民組織の関わりを検討することを通じて、住民主導の地域医療の可能性と限界についてさらに考察を深めたい。

## 注

- 1 ここていう「住民組織」とは、行政区・小学校区に規定される地縁的組織である自治会・町内会と、任意に組織された自主的な集団の双方を意味する。戦後民主主義を価値規範とする革新性と、戦時動員体制に起因する町内会・部落会の「復活」したものが抱える保守性が、医療運動を通じてどのように立ち現われてくるのか、という論点にも関わってくる。しかし、紙幅の関係もあり本格的に論じるのは別稿を期す。
- 2 1980年に、諏訪中央病院の今井澄、ゆきぐに大和総合病院の黒岩卓夫らを中心に、地域医療を推進するために設立された。第一回目の研究会で、佐久市立国保浅間総合病院の吉沢国雄が、地域医療の定義をまとめた（今井1992）。
- 3 包括医療の概念とは、1963年に、医療制度調査会の答申に初めて公式に確立した概念であり、「診断治療だけでなく、健康増進、疾病予防、リハビリテーションを含む包括的な医療を社会全体に適用すること」と述べられている（中野1979）。
- 4 先駆的な地域医療として、戦前に農業会立の病院として設立された長野県佐久総合病院があげられる。戦後は農業協同組合や市町村の協力体制のもと、医療者たちが農村医療に取り組んだ（佐久病院作製委員会1999）。また岩手県沢内村の沢内村国民健康保険沢内病院の老人医療無料化の実践は、老人保健法施行の参考とされた（増田1999）。この他、新潟県大和町のゆきぐに大和総合病院の予防と医療の一体化の実践、浅間総合病院の在宅医療、諏訪中央病院の老人保健施設などもしばしばあげられている（鎌田・今井編1993）。
- 5 西陣地域の範囲は明確には規定されていない。1955年の学区別機業実態によると、旧上京区の33学区（中川、春日学区は機業者が皆無）に機業者が分布している（西陣機業調査委員会、1955）。
- 6 賃織業者とは、織元に従属し、織元から織機・原料糸を借りて、家内労働形態をとる業者である。1948年の西陣関連産業に従事する世帯は6600件、そのうち3600件が、賃織業者であった（堀江・後藤1950）。
- 7 2010年11月5日 筆者による宮田栄次郎氏への聞き取りから。
- 8 中小企業の税金対策として、企業組合法の成立などに関しては、1950年の府知事選挙を控えた、初代中小企業庁長官でもあった蜷川虎三の影響が大きかった（京都府政研究会1973）。
- 9 1952年度末京都市の生活保護者数42,365人のうち医療扶助数約30%、同年上京区ではそれぞれ8,238人、約28%となっている。京都市の被保険者数は、1952年121,580人となっている（京都市役所総務局統計課1952）。
- 10 放學・休職の直接のきっかけは、府立医科大学附属女子医療専門学部における教授会流会事件である。足立興一女専教授が大学から辞

- 職勧告され、その撤回を求めた学生たちが開催中の教授会の傍聴を求めたが、大学側は、非公開との理由で、学生に退去を要求した。非公開の理由を求めた学生と大学側が衝突し、教授会は流会を余儀なくされる（京都府立医科大学百年史編集委員会 1974）。
- 11 京都市民医連を結成した際、各地区で設立された診療所の医療が「民主医療」なのか「民主的医療」なのか議論になったという。「民主医療」とよぶ共産党と、「民主的」とよぶ住民との運動過程を主張する開業医たちとがぶつかりあい、結局「民主的医療」「民主的診療所」というよびかたに落ち着いたという（早川 1999）。
- 12 蛭川虎三は、1950年、全京都民主戦線統一会議の推薦を受け、京都府知事に就任、1978年までの7期を務めた。住民運動の組織化と行政組織の連携、中小企業対策、子ども主体の教育に力を入れ、「京都民主府政」ともされている。蛭川虎三府知事を推進した各団体、階層の労働者の要求運動が特徴的であった（京都府政研究会 1973）。
- 13 8人という数字は、出資者を学区別に分けたところからきている（『堀川病院助成会のしおり』1959）。
- 14 助成積立金制度、設備拡充資金制度、出資社員制度と3つの制度を設けた。1975年には、出資金も含め3億9千万円の助成金が集まった（京都堀川病院地域医療研究会 1975）。
- 15 往診範囲は、2km、4km、6km以内と区切られ、それぞれ午前8時から午後9時までは、0円、200円、400円、午後9時から午前8時までは、100円、300円、400円と決定された（『医療生協助成会だより』第44号 1964年11月1日）。
- 16 在宅に関する点数算定は、旧老人保健法導入と合わせ1983年頃から始まっている（全国保険医団体連合会 2006）。それまで、堀川病院の訪問看護料は、500円から750円で設定していた（2010年8月10日 筆者による桐島世津子氏〈当時、居宅療養部担当〉への聞き取りから）。
- 17 この時期は、京都府医師会の会長（1962年～1971年）でもあった富井清が、京都市長に就任しており、老人医療費無料化の早い実施も、医師会の影響が少なからずあったと思われる（中野 1979）。
- 18 京都市における1960年、1970年、1980年の高齢化比率（総人口に対する65歳以上の人口の割合）は、京都市はそれぞれ5.6%、7.5%、10.4%である。それに対して上京区では、6.3%、9.6%、15.2%といずれも上回っている（京都市役所総務局統計課 1960, 1970, 1980）。
- 19 1977年、助成会の専門部のひとつである福祉厚生部が、独居老人や寝たきり老人を援助する活動を始め、その後「堀川福祉奉仕団」が発足し（1979年）、現在でも活動が続けられている（医療法人西陣健康会堀川病院 1998）。

## 参考文献

- 新井光吉, 2003, 「高齢社会における地域医療の持つ可能性」『経済学研究』69 (5-6) :65-103.
- 筆谷稔, 1982, 「西陣における組織の問題」『社会学研究所紀要』3:1-14.
- 早川一光, 1956, 『今後当面する診療所の方向とその方針について』白峯診療所.
- , 1999, 「住民が主人公」『月刊総合ケア』9 (8) :34-45.
- 堀江英一・後藤靖, 1950, 『西陣機業の研究』有斐閣.
- 今井澄, 1992, 『豊かな明日への暮らしと医療』鳥影社.
- 医療法人西陣健康会堀川病院, 1998, 『西陣の地域に40年 堀川病院開設40周年記念誌』.
- 自治体問題研究所京都市民主府政研究会, 1974, 『京都民主府政——その到達点と課題』自治体研究社.
- 鎌田實・今井澄, 1993, 『医療がやさしさをとりもどすとき——地域と生きる諏訪中央病院の実践』医歯薬出版.
- 桑原英武, 2009, 『治安維持法と私』日本機関紙出版センター.
- 京都府医師会, 1968, 『京都府医師会20年史』日本写真印刷株式会社.
- 京都府立医科大学百年史編集委員会, 1974, 『京都府立医科大学百年史——1872年-1972年』.
- 京都府政研究会, 1973, 『戦後における京都府政の歩み』汐文社.
- 京都堀川病院, 1976, 『京都・堀川病院の地域医療と看護』医学書院.
- 京都堀川病院地域医療研究会, 1975, 「地域に於ける老人医療の展開」『社会医学研究』14 (4) :35-63.
- 京都市, 1980, 『史料京都の歴史 第7巻 上京区』平凡社.
- 京都市企画審議室, 1951, 『西陣企業実態調査所』永浜プリント社.
- 京都市役所総務局統計課, 1952, 『昭和27年版 京都市勢統計年鑑』.
- , 1960, 『昭和35年版 京都市勢統計年鑑』.
- , 1970, 『昭和45年版 京都市勢統計年鑑』.
- , 1980, 『昭和55年版 京都市勢統計年鑑』.
- 増田進, 1999, 「ゾーンディフェンスとしての地域医療」『月刊総合ケア』9 (8) :46-55.
- 中野信夫, 1979, 『京都府保険医協会三十年史Ⅱ (叙述編)』京都府保険医協会.

- 中里憲保, 1982, 『地域医療の旗手——住民と共に歩む「赤ひげ」たち』現代出版.
- 西陣機業調査委員会, 1955, 『西陣機業の生産構造——西陣機業調査報告』. 京都市産業局.
- 西陣織物工業組合編集委員会, 1972, 『組合史——西陣織物工業組合 20年のあゆみ』西陣織物工業組合.
- 野村拓, 1987, 『日本の医療と医療運動』労働旬報社.
- 大本圭野, 2008, 「戦後日本における予防・健康運動の生成・発展・現段階(上)」『東京経学会誌』261:183-193.
- 佐久病院史作製委員会, 1999, 『佐久病院史』勁草書房.
- 佐藤進, 1989, 「地域における保健・医療と福祉との連帯をめぐって」『社会福祉』(30):1-9.
- 杉万俊夫, 2000, 「第3章 住民による地域医療をめざして」杉万俊夫編『よみがえるコミュニティ』ミネルヴァ書房, 149-182.
- 孫治斌, 1998, 「住民運動としての地域医療——京都「西陣健康会」の50年」『実験社会心理学研究』38(2):215-225.
- 社会保障研究所, 1968, 『戦後の社会保障本編』至誠堂.
- 田中常男, 1984, 「ライフ・サイエンスとしての地域医療」青山英康編『地域医療』中央法規出版, 113-130.
- 東京民主医療機関連合会 50年史編集委員会, 2004, 『東京地域医療実践史』大月書店.
- 富岡次郎, 1972, 『日本医療労働運動史』勁草書房.
- 辻ミチ子, 1995, 「京都と小学校」佛教大学編『京都の歴史』京都新聞社, 155-171.
- 全国保険医団体連合会, 2006, 『在宅医療点数のてびき』.
- 全西陣織物労働組合編, 1978, 『西陣労働者の闘い——伝統産業を守って三十年』.

# A Historical Examination of the Role of the Initiative of Residents in Community-based Healthcare: The Case of Shiramine Clinic / Horikawa Hospital in Kyoto

NISHIZAWA Izumi

Abstract:

This paper introduces the case of a community-based healthcare system developed by residents of the Nishijin district of Kyoto from the 1950s to the 1970s, and reveals how the residents organized and carried out the movement. The study analyzes the historical records of Shiramine Clinic and its successor, Horikawa Hospital, including the hospital's monthly reports and memoirs, written by both the medical staff members and Nishijin residents. These historical materials reveal (a) that the Shiramine Clinic was established with the Nishijin residents' own funds to secure their health by themselves, (b) that the residents developed the movement, along with the medical team of the clinic, in order to expand the medical security of the community, but (c) that the residents kept the majority of seats of the clinic's executive board and even of informal meetings to ensure that the clinic remained connected to the residents' lives. Most Japanese community-based healthcare is, in fact, led by the initiative of the government and professionals. Horikawa Hospital can be seen as a positive alternative that shows the potential of community-based healthcare guided by the residents themselves.

Keywords: community-based healthcare, residents' initiative, Nishijin district, Shiramine Clinic, Horikawa Hospital

## 地域医療における住民組織の役割の歴史的検討

——白峯診療所および堀川病院の事例を中心に——

西 沢 いづみ

要旨：

本稿は、1950年代から1970年代を中心に、京都市西陣地域で起こった住民主体の地域医療を事例としてとりあげ、住民が運動をどのように組織し実行したのかを明らかにする。研究の方法としては、当時の住民や医療者によって記録され、白峯診療所とその後身である堀川病院が発行した月刊だよりや回顧録を分析した。これらの史料から、①白峯診療所は、自分たちでからだを守るという住民の思いから、住民出資によって設立された診療所であること、②住民は診療所の医療者とともに医療保障拡充の運動を進めたこと、③住民側が多数派で構成される理事会や医療懇談会によって、住民の生活を基本にした医療を作り上げてきたことが明らかになった。

この西陣における医療の取り組みは、今日の日本で行政と専門家が主導している「地域医療」に代わる一つの医療制度の可能性を示している。

