

3. 三つの生を衛（まもる）むらづくりの現在・過去・未来 — 中山間・過疎地域における福祉社会開発政策の哲学 —

事業推進者 牧野忠康

I. “むらづくり”の哲学

1. 生命・生産・生活の三つの生を衛（まもる）

わが国において典型的な少子・高齢化社会の先端を走り続けているのが、中山間・過疎地域です。

この地域では、わが国がこれから経験する社会構造と生活問題の縮図をみることができると考えられます。つまり、流出が多く流入はごくわずかという人口の社会減や、出生が少なく死亡が多いという人口の自然減による地域人口の減少が目立つ地域が過疎地域です。それだけでなく、子どもが極端に少なく、高齢者が極端に多いという人口構造が、集落や地域共同の営みを困難にしています。農林業などの産業が衰退して働き収入を得るところがなくなるなどの雇用問題や、自治体の財政が維持できなくなる、保育所・学校・医療機関・交通機関などの運営といった生活基盤が維持できなくなる、などの地域生活の深刻な破壊が継続的に噴出しているのです。

こうした地域で人びとが暮らしていくためには、保健・医療・社会福祉・介護の施設や人材やサービスの準備や整備がどうしても必要です。少子・高齢社会では、ますます病気やけがをしないように予防し健康を維持増進する保健、病気やけがを治す医療、そして健康で文化的な生活を営むことを社会的に保障する社会福祉、などの充実と強化が必要になってきます。

生命（いのち）と生活（くらし）と生産（たべものなどのものづくりや資源）を衛（まもる）ことが、地域生活の根源であります。「三つの生」（以後、生命・生活・生産を衛ことは「三つの生を衛」と呼ぶことにします）を衛ことなくして、個人でいえば豊かな人生を紡ぎ創造すること、家庭や地域社会でいえば拡大再生産（＝発展）を持続することはできません。

衛生学者の丸山博は、「衛生とは、生命・生活・生産を衛ということである」（『丸山博著作集』「いま改めて衛生を問う」9ページ、農山漁村文化協会、1989年）とっています。この三つの生命活動・生活活動・生産活動は、社会科学的に言えば人間の活動諸現象を包括しています。すなわち、三つの生を衛ことは、人間が人間らしく暮し発展していく基本的人権と民主主義を衛ことなのです。

図1 「三つの生」を衛（まもる）

— 人間の歴史的・社会的生命現象 —

- 生命：健康を衛（まもる）
- 生活：衣・食・住と労働を衛
- 生産：資源とエネルギーを衛
- 基本的人権を衛
- 衛＝積極的にまもり再生産（拡大再生産）する

2. 「衛」は拡大再生産を保障していくこと

生命・生活・生産を衛（『漢字源』によると、「衛」は外側をめぐる中をまもること）なのであって、「守る」（『漢字源』によると、「守」とは手で屋根の下に囲い込んでまもるさまを示す）ではなく「護」・「司」・「鎮」でもないのは、積極的に“まもる”ことを意味しています。少なくとも再生産（消費しても元に戻っている状態）を保障することです。本質的には、拡大再生産（昨日より今日、今日より明日、にはさらに量が増え質が高まって発展していること）を目指す“まもり”の意味が込められています。

過疎現象や過疎問題は、人口の減少をはじめ人びとの営みが縮小再生産されている現象や生活問題といえます。したがって、三つの生が衛られていれば、過疎問題は発生してこないことになります。

3. 保健・医療・社会福祉のコア・ミッションは三つの生を衛こと

保健・医療・社会福祉は、それぞれ専門分野として確立し、国や自治体ではそれぞれ縦割り行政になっています。しかし、保健や医療そして社会福祉のそれぞれに共通した基本的な理念と役割は、生命や生活そして生産を衛ことにあります。生活者にとっては、保健も医療も社会福祉も介護も、生きていく上で必要な生活要素の一部であり、生活の場において融合している要素でもあります。

保健・医療・社会福祉・介護は、中山間地や過疎地域であっても、都市であっても、人間の暮らす地域にはどうしても必要な施設や人材やサービスです。しかも、保健も、医療も、社会福祉も、労働集約型のサービス、すなわち人手を集めることが必要なサービスです。これらが人びとの暮らしに必要な不可欠な要素であり、かつ人（受け手・渡し手ともに）が集まることが大前提になるならば、それを核にしたまちづくりは考えられないだろうか、というのが私たちの問題意識です。

お寺や神社を中心に発達した門前町、お城を中心に発達した城下町、企業を中心に発達した企業城下町などがあります。これまでも、四日市市や川崎市あるいは倉敷市や市原市などのようにコンビナートといった大装置産業を誘致して地域を発展させたり、原子力発電所を誘致して地域の活性化を図る、農村工場を誘致して雇用を増やすなどといった発想の地域振興策が、成否はともかくとして日本列島のあちらこちらで行われてきました。

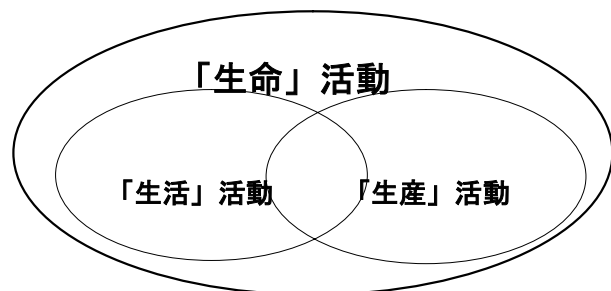
工場やコンビナートや原子力発電所などといった企業誘致の代わりに、地産地消（地元でつくり、地元で消費する）型である保健・医療・社会福祉・介護を中心にした“健康地域づくり”が21世紀型の福祉社会開発の中心に据えよう、という発想の転換がとても大切になってきていると考えています。

とくに、これといった売りになる産業がない地域であっても、どんな地域であっても人びとが暮らすために必要不可欠な保健・医療・社会福祉を中心にした地域

図2 保健・医療・社会福祉のミッション

—生命・生活・生産を衛(まもる)—

歴史的・社会的存在としての人間の営み



づくりを考えればよいと思います。安心・安全・健康な地域づくりが展開されれば、働く場所や働きがいも含めた雇用が生まれ、消費も増え、生産が増えていく、そんな地域であれば企業なども進出してくるといった、循環型の地域づくりは夢物語なのでしょうか。

私たちは、この夢物語の地域づくりを、“健康地域づくり”と命名しています。

4. 歴史的・社会的存在としての人間を考える

中山間地や過疎地域を訪ねると、人口減で地域崩壊の真っ只中であっても、豊かな自然（これも壊されていっていますが）と、人間が暮らしを紡いできた歴史の中で人びとが人間らしい匂いを残しつつ暮らしているのを観ることが多いのです。まさに、人間は地域や社会の歴史と共に歩いてきて、人びととのつながりの中で生きてきたことがはっきりと読み取れ、人間は歴史的・社会的な存在としての生き物なのだと教えられます。

“健康地域づくり”を考える上で、私たちが現在も過去もそして未来も連続した「歴史的・社会的存在としての人間」であることは、忘れてはならないとても大切なアイテムだと、私は思っています。過疎地域であっても人間性の崩壊は何としてもくい止める必要があります。

II. 中山間・過疎地域の現状と過去を踏まえる

1. 中山間・過疎地域とは

中山間地域とは、農業地域類型区分の山間地から平野部に至る地域のことをいいます（図3）。農業地域類型区分は、図4を参照して下さい。

中山間地域は、わが国の国土の7割を占めています。農家戸数・農業粗生産額の約4割、森林面積の約8割が中山間地域で担われています。食料供給や国土環境の保全、居住空間や余暇空間の提供、地域文化の継承などに大きな役割を果たしています。

図3 中山間地域とは

- ・ 「中山間地域」とは、農業地域類型区分の「中間農業地域」と「山間農業地域」を合わせた地域である。

『平成14年度 食料・農業・農村の動向に関する年次報告』の「用語の解説」より

- ・ 中山間地域市町村とは、過疎地域活性化特別措置法や半島振興法に基づく指定地域等が市町村の総面積の半分以上含まれる市町村として定義されています。（広島県中山間地域医療情報ネットワーク より）

図4 農業地域類型区分

- ・ 都市的地域
- ・ 平地農業地域
- ・ 中間農業地域
 - 耕地率20%以下で「都市的」「山間」以外
 - 耕地率20%以上で「都市的」「平地」以外
- ・ 山間農業地域
 - 林野率80%以上かつ耕地率10%未満

2. 地域再生と過疎対策の流れ

いわゆる過疎対策の流れは次の通りです。わが国最初の『経済白書』が「もはや戦後ではない」といった1955年（昭和30年）代以降の高度経済成長で、農山漁村から都市へと地滑りのように大きな人口移動が起きました。その結果、都市では過密問題、農山漁村では過疎問題が、どちらも深刻な社会生

活問題となっていたのです。

1970年（昭和45年）になって、議員立法で10年間の時限立法として「過疎地域対策緊急措置法」が制定されました（図5参照）。1980年（昭和55年）に、過疎問題は引き続き深刻な状態にあるとして10年間の時限立法で「過疎地域振興特別措置法」が制定されました。1990年（平成2年）にやはり10年間の時限立法で「過疎地域活性化特別措置法」、2000年（平成12年）には2009（平成21年）までの時限立法で「過疎地域自立促進特別措置法」が制定されています（図6参照）。

法律名称の冠は、「対策緊急」⇒「振興」⇒「活性化」⇒「自立」と変わっていますが、パッチワークでしかないことが読み取れます。

図5 過疎対策の沿革 1

- ・昭和45年に議員立法により10年間の時限立法として「過疎地域対策緊急措置法」が制定された
- ・この法律では、年率2%を超える人口減少が続く中で、人口の急激な減少により地域社会の基盤が変動し、生活水準及び生産機能の維持が困難となっている地域（＝過疎地域）について、緊急に生活環境、産業基盤等の整備に関する総合的かつ計画的な対策を実施するために必要な特別措置を講じることにより、人口の過度の減少を防止するとともに地域社会の基盤を強化し、住民福祉の向上と地域格差の是正に寄与することが目的

図6 過疎対策の沿革 2

- ・平成12年4月1日、平成21年度までの10年間の時限立法として、新たに施行された「過疎地域自立促進特別措置法」は、人口の著しい減少に伴って地域社会の活力が低下し、生産機能及び生活環境の整備等他地域と比較して低位にある過疎地域の自立促進を図ることにより、住民の福祉の向上、雇用の増大、地域格差の是正に寄与するという従来からの目的に加え、過疎地域が、豊かな自然環境に恵まれた21世紀にふさわしい生活空間としての役割を果たすとともに、地域産業と地域文化の振興等による個性豊かで自立的な地域社会を構築することにより、我が国が全体として多様で変化に富んだ、美しく風格ある国土となっていくことに寄与することも目的としている

3. 「平成の大合併」は何を創り・何を壊すのか

現在すすめられているいわゆる「平成の大合併」は、中山間地・過疎地域の保健・医療・社会福祉を充実させ地域を元気にさせることができるのか、それともこれまで積み上げ培ってきた地域の特性を壊すことになるのか、福祉社会開発の立場から注目に値します。以前には「村落共同体」という概念の地域社会が存在していました。今日的には、明治・昭和・平成の大合併でだんだんと行政圏域が広がってきました。今日では、生活圈域や行政圏域などを合成した「地域」の広がり、暮らしを紡ぎだし共同していくにはどのような範囲に定めるのが適切なのか、好ましい姿なのかを検証することが大切だと思います。

結論的に言えば、中央の意向や思惑ではなく、まして財政問題が中心ではなく、地域に住んでいる人たちが地域への思いや創意を本音で出し合い、議論を活発にして「地域自治」「住民自治」のあり方や方向性について慎重に選択していく必要があると思っています。

Ⅲ. 長野県佐久地域の「メディコ・ポリス構想」を検証する

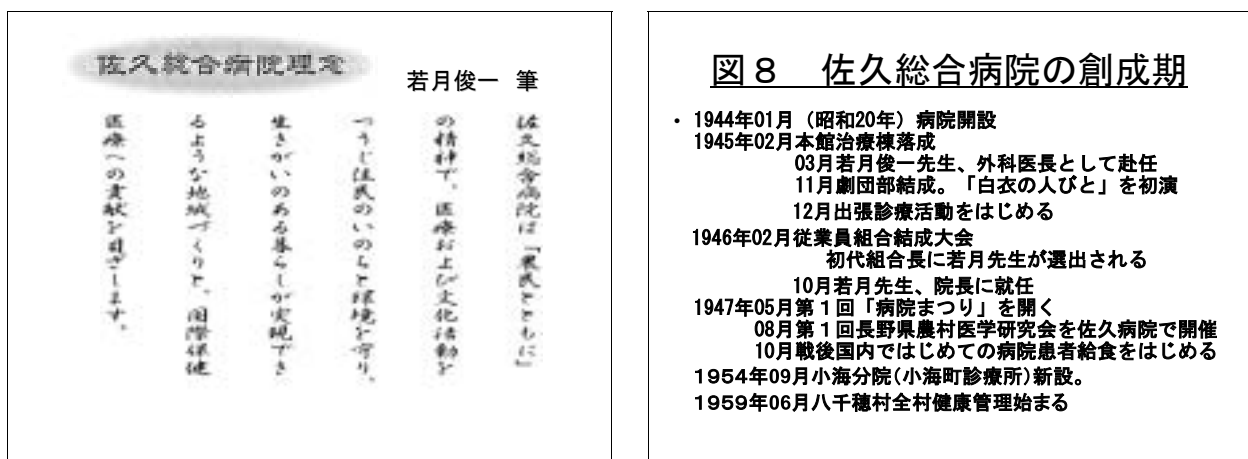
1. 佐久総合病院が「農民とともに」歩いてきた60年

「農民とともに」（図7参照）の病院理念で有名な長野県厚生農業協同組合連合会・佐久総合病院の地域保健・医療・福祉活動を基盤とした「メディコ・ポリス構想」を一つのモデルとして見ておきたいと思います。

佐久総合病院は、本年1月に還暦（60歳）を迎えました。佐久総合病院の経歴は、図8を見て下さい。1945年3月に東京から若月俊一が家族連れで長野県南佐久郡臼田町の佐久病院（20床）に赴任したときから、「農民とともに」が始まり、今日に発展してきました。若月の赴任から10年間に、地域保健医療活動の原型を完成させていることが分かります。

その5年後の1959年に、国民健康保険への強制加入をはじめとした国民皆保険の推進政策（1961年に実現）の下で、今日の市町村における成人病健診の原型ともいわれている「八千穂村全村健康管理」が始まっています。

現在では、佐久総合病院821床、小海分院（99床）ほか373床、医師175名、看護職748名など総従業員数1566名という大病院に育っています。



2. 川上武の「農村医学からメディコ・ポリス構想へ」の発想

川上武（医師、医学史研究家）は、1988年に出版された『農村医学からメディコ・ポリス構想へー若月俊一 的精神史ー』（川上武・小坂富美子著、勁草書房、1988年）の中で、佐久総合病院の実践モデルを、地方・地域再生モデルとしてメディコ・ポリス構想に理論化して提起しました（図9）。農村医学とは、若月が農民の健康破壊の社会的病因に農業的因子、農家的因子、そして農村的因子があると指摘し、地域社会全体を視野に入れて治療・予防・改善しないと農民の健康は守れないとして農村医学の概念を提案し確立した「社会医学」です。

川上は、若月が提案し実践してきた農村医学をさらに保健・医療・福祉・教育（広い意味での医療＝メディコ）を中心に据えたまちづくり（＝ポリス）としての「メディコ・ポリス構想」に高めたのです。

では、メディコ・ポリス構想の現状はどうなっているのでしょうか。佐久総合病院のある臼田地区周辺は町役場もあり、商店街のアーケード街が広がっています。病院の構内には路線バスが乗り入れています。病院の外来では1日平均2500人以上が出入りし、入退院や見舞い客、病院職員・看護学生・研修医や実習生や見学者なども含めれば1日平均4000人～5000人の人間が界隈を賑わせていることとなります。しかし、商店街は、郊外型の大型店舗の進出等の影響もあってか、年々シャッターが降りているお店が目立っています。佐久総合病院の再構築の問題もあって現在のところ現状からの突破の展望が開かれていません。

しかし、佐久総合病院グループということになれば、美里分院、小海分院、老健こうみ、のべやま特別養護老人ホーム、6カ所の訪問看護ステーション、4カ所の在宅介護支援センターなどが展開しています。また、佐久総合病院は、小海診療所の他に5カ所の公立（国保）診療所やへき地診療所に常勤医を派遣しています。南佐久郡の広い地域で安心・安全・健康を受け持ち、雇用や消費を生み出しているといえます。

さらに、58年続いている「病院祭」は、2日間で延べ約15000人が集まる第イベントです（図10参照）。病院祭は、病院と地域が一体化するイベントでもありますし、準備期間も含めて病院職員の新人教育の場や団結を固める機会ともなっています。

図9 メディコ・ポリス構想とは

川上武が、『農村医学からメディコ・ポリス構想へー若月俊一』の精神史』（川上武／小坂富美子著、勁草書房、1988年）で、長野県佐久地域の佐久総合病院の実践モデルを、地方・地域再生のモデルとしてメディコ・ポリス構想に理論構築をして提起した

図10 佐久総合病院「病院祭」

- ・ 佐久病院の「病院祭」は、24節季の一つ「小満」に開かれる、佐久地方に伝わる「お蚕の祭り」＝「小満祭」（こまんさい）に合わせて行われ、昭和22年から数えて今年で57回目（2004年5月で58回を終了）を迎えることとなりました。近年では2日間の開催中に1万人を超える観覧者を数えます。
- ・ 当初は「衛生啓蒙」的色彩の強い「病院展示会」でしたが、時代とともにテーマも「回虫駆除」から「農業中毒」「公害問題」「集団健診」「有機農業」、更には「寝たきり老人のケア」「在宅ケア」といった地域との連携が欠かせないテーマに変化してきました。
- ・ 2004年の58回病院祭（5月17-18日）は約15000人の観覧者を数え、無事終了致しました。

2004.07.18

日本福祉大学 牧野忠康

18

3. 佐久南部地域での「小さなメディコ・ポリス」の実践

病院関係者の間で「小さなメディコ・ポリス」と呼ばれている実践があります。これは、南佐久郡の南部地域（小海町、北相木村、南相木村、南牧村、川上村）で展開されている実践活動で、小海分院（99床：2003年3月まで小海赤十字病院として医療が行われていたが、同年4月より佐久総合病院分院となった）がサテライト拠点となり、各村の診療所をサテライトに展開されています（図11を参照）。

南部地域の人口は、2000年国勢調査では約17000人、約5400所帯です。

現在は老健こうみとなっているところが、旧小海診療所でした。小海診療所は、2000年にJR小海駅の駅舎2階に移転しました。これは、診療所を利用する人たちにとって、診療の待ち時間や終わった後の列車の待ち時間に買い物をしたり、駅前の食堂で会食をしたり、といった活用がされていました。駅前のお店が改装されて少しきれいになっていたり、活気が見られるようになっていました。老健の開設で雇用も生まれました。老健こうみと町直営の小海町在宅支援センターが同じ建物の中にあり、町所属の保健師と共同ができていました。

今、町役場のすぐそばにある小海分院は、改装費27億円（内、半分は南部地域の5町村が負担）で改築中です。財政難の時代に13億円以上を自治体が負担するというので、地元の期待がいかに大きいか分かります。99床の小海分院が新しくできたことによって、ここをサテライト拠点にした南部地域での保健・医療・社会福祉・介護の展開の選択肢が広がり、「小さなメディコ・ポリス」の実現のロマンがさらに大きく膨らんできたといえます。

旧小海診療所は、2003年4月から無床診療所化し、以前から力を入れていた往診などプライマリーケアにさらに力を投入する計画のようです。

南部地区の地域づくりでは、安心と健康を保障する医療を、厚生連・佐久総合病院のセンターと小海分院のサテライト拠点、そして公立の各診療所（ただし、小海診療所は厚生連）のサテライトで保障し、それらが各地域にある公的な保健・社会福祉・介護の施設やサービスと連携させています。このような展開はユニークで効率的だと思います。しかし、センターやサテライト拠点で、医師を派遣できる力量が必要です。佐久総合病院でも、医師を派遣できて南部地域の無医村をなくすことができたのはここ数年のことです。「農民とともに」の精神で地道な地域実践活動を続けてきた結果が、実を結んでいるといえます。

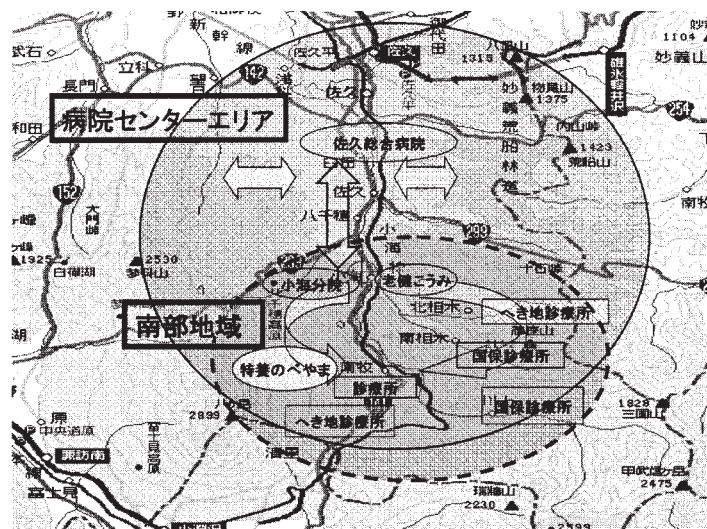


図 11 佐久総合病院と小海分院

IV. いくつかの「健康地域づくり」の検証の試み

病院や診療所を核にした民間や公立の保健・医療・社会福祉・介護の複合組織体が、地域づくりをリードしているモデル的な地域は、全国に散見されます（図 13 参照）。

こうした先進事例などの事例研究を深め、点として存在している実践地域を、線に結び、さらに面に広げる方策はないものか、というのが研究課題となっています。なにもどの地域でも金太郎飴のように同じようにやる必要はなく、地域の実情や身の丈に見合った実践を行うことが大切だと考えています（図 14 参照）。

しかし、どの地域であっても共有すべき地域づくりのミッションは、人びとの生命・生活・生産を衛こと、地域に暮らす全ての人びとの安心・安全・健康を保障するという基本的人権の保障を実現を最優先にすることなのだ、と思っています。

最後に、「健康地域づくり」の理論的などころを担うべく「地域保健福祉学」を構想してみました（図 14 参照）。今後、こうした研究枠組みを検討しつつ、実証的研究を深めていきたいと考えています。

図12 健康地域づくりの類型化(仮説)

- 佐久総合病院型
⇒拠点・サテライト型(「メディコ・ポリス」)
- 諏訪中央病院、御調町、大和町型
⇒公立病院主導・自治体融合・複合型
- 五色町型 ⇒公立診療所・複合・ネットワーク型
- 沢内村型 ⇒中山間地・独立小峰型
- 柳原病院型:都市下町 ⇒都市・民間共同・複合型
- 旭中央病院型 ⇒平地・公立病院主峰・複合型
- 亀田総合病院型 ⇒民間・高度医療・主峰・複合型
- ? ⇒ 地域丸ごと・健康地域型

2004.07.18

日本福祉大学 牧野忠康

56

図13 地域丸ごと・健康地域づくり型

- 現在は先進例が点在
- 点の経験と教訓を線でつなぐ
- つないだ線をネットワーク化し面への広がり
- そのためには人材養成が必要
- 地域丸ごと底上げの生涯学習活動が必要
- 佐久の若月、沢内の深沢に学ぶ
- 原点を学び、内発的・主体的・創造的な発展に

2004.07.18

日本福祉大学 牧野忠康

59

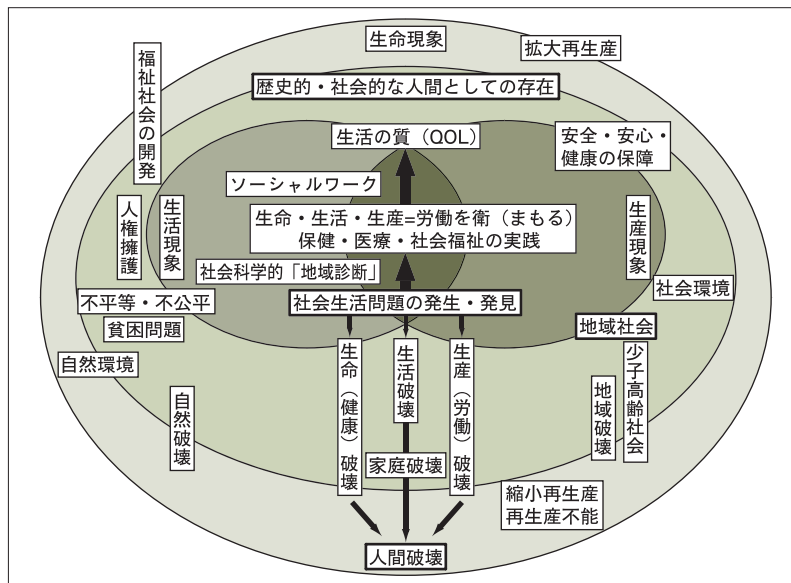


図14 地域保健福祉学の構想試案 (04. 03.30 牧野)

参考文献

- 1) 監修 若月俊一／編集代表 松島松翠、(1999) 佐久病院史、勁草書房
- 2) 若月俊一 (1985-1986) 若月俊一著作集 1~7 巻、労働旬報社
- 3) 若月俊一 (1971) 村で病気とたたかう、岩波新書 783
- 4) 若月俊一 (2003) GETTING AMONG FARMERS No End Save Health、佐久 総合病院
- 5) 若月俊一 (1971) 農村医学、勁草書房
- 6) 川上武／小坂富美子 (1988) 農村医学からメディコ・ポリス構想へー若月俊一 の精神史、勁草書房
- 7) 川上武／小坂富美子 (1992) 戦後医療史序説ー都市計画とメディコ・ポリス構想ー、勁草書房
- 8) 若月俊一・清水茂文編著 (1992) 医師のみた農村の変貌ー八ヶ岳山麓 50 年、勁草書房
- 9) 丸山博 (1989) 丸山博著作集 2 いま改めて衛生を問う、農山漁村文化協会