

三河中山間地域の「いのち」と「くらし」 を支える足助病院の精神

調査研究部 川井 真

はじめに

愛知県では、昭和8年から13年にかけて医療利用組合運動が活発化し、各地域には診療所や病院が設立されていった。医療を求める住民たちの願いが、少しずつかたちになり始めた時代である。そして終戦後、農業協同組合法が公布されたことを契機に、これらの医療機関は厚生連病院へと引き継がれていった。JA愛知厚生連足助病院は、昭和23年8月15日に農協組合員ならびに地域住民からの強い要望により旧東加茂郡唯一の病院として設立されて以来、半世紀を超えて地域医療を支えてきた。現在では西三河中山間地域の僻地拠点病院として、主に保健・医療・高齢者福祉事業を担っている。足助病院は、一般病床153床、療養病床54床を有し、204名の職員を抱える総合病院である。医療・介護・福祉、そして保健活動を通じて地域住民の生活を守り、自然と共生できる文化的地域作りに貢献することを理念に掲げ、そこには、自然と人間の営みを謙虚に受け止める大らかな姿勢と、住民の「いのち」と「くらし」を守るという使命感、そして地域への愛情が反映されている。

香嵐溪で有名なこの地は、過去、信州と三河を結ぶ「塩の道」として栄えた三州街道の足助宿にあたり、長きにわたり奥三河地域の拠点でもあった。多くの自然に囲まれ、豊かな文化を育んできた歴史ある土地であり、今日でも日常の神事や行事のなかに伝統的な風

習を見ることができる。しかし、その足助町も産業構造の変化や職業価値観の変容によって過疎化が進み、基礎自治体としての機能を維持することが困難になった。平成17年4月には近隣の藤岡町、小原村、旭町、稲武町、下山村とともに豊田市に統合され、現在では人口40万人を超える大都市の一部になっている。それにより豊田市もまた、“ヒト”、“モノ”、“カネ”が集まる活気に満ちた市街地と、不可逆的な人口減少によって老いていく山村を抱え、環境格差と生活格差が鮮明な自治体へと変わっていくことになった。

西三河北部医療圏と足助病院の診療圏

足助病院は、医療法第30条の4で規定される医療計画上の地域区分、いわゆる二次医療圏では西三河北部医療圏のなかに位置づけられるが、この医療圏には豊田市の中心市街地も含まれることから、全体の人口は30万人を超える(図1)。したがって外観的には中心都市型の医療圏として分類されるのである。結果、自治体の規模からすれば、あるいは医療圏という角度から眺めても、足助病院の診療圏内で暮らす人々は少数派であり、中山間地域特有の問題や諸事情を看過されやすい環境に置かれることになったといえる。

さらに、足助病院を利用する住民の居住地は県の定める二次医療圏の枠を超えている。具体的には東三河の山間部——主に足助地区、旭地区、稲武地区および設楽町名倉地

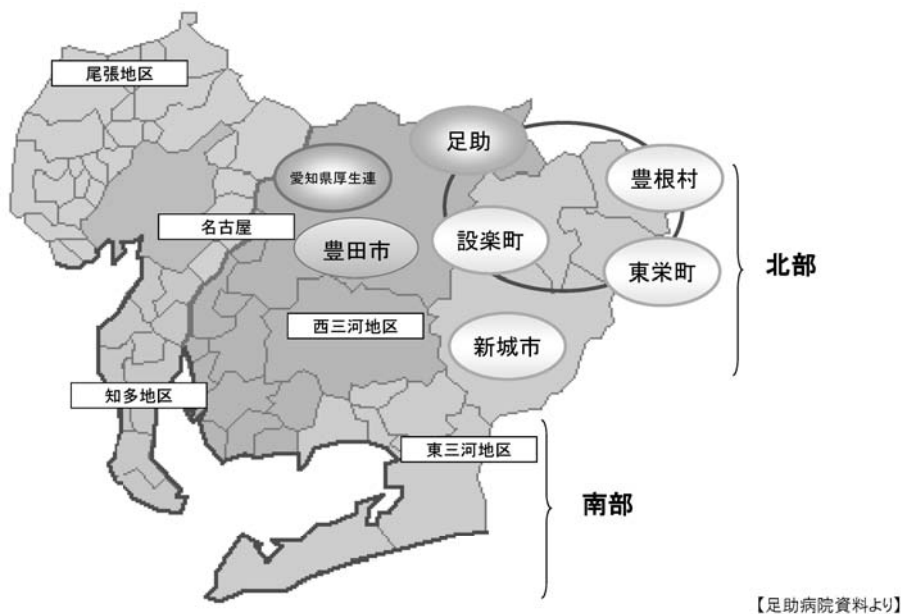
区——から医療・介護体制の整備が手薄になっている奥三河方面へと、その医療圏は広がっている。とりわけ岐阜、長野、静岡に隣接する——三遠信と呼ばれる——地域は、第一次産業衰退の影響が顕著に現れ、生産年齢人

口の流出で急速に高齢化と少子化が進んだ地域のひとつである。当該地域は病院・診療所ならびに介護系施設の数も圧倒的に少なく、ともなって医療・介護従事者の数も不足している（図2）。

図1 西三河北部医療圏



図2 足助病院の診療圏



三河中山間地域の実態

足助病院の診療圏の大半を占めるのは山であり、当面の課題は住民の移動手段の確保(公共交通網の整備)であると考えられている(図3)。愛知万博(愛・地球博)の開催に合わせて中心市街地と他県を結ぶ幹線道路の建設は進んだが、周辺の山間部では住民の足となる公共交通機関が不足している。現時点ではまだ、移動手段として自家用車を運転できる住民が多数を占めるため、日常生活上における支障はさほど問題にはなっていない。しかしながら、今後の人口推移を見ると驚くべき速さで85歳以上の人口が増加するために、住民の足となる交通手段の確保は喫緊の課題であるといえる(図4)・(図5)・(図6)・(図7)。

幹線道路周辺に点在する小村の多くは、いわゆる限界集落への道を辿っており、自治体としても生活道路や公共交通網の整備に積極的になれない事情もあるだろう。しかし近い将来には、医療・介護サービスの拠点となる施設の利用にも支障が出ることは疑いのない事実である。足助病院の医療圏はいくつかの市町村にまたがり、また当然であるが多数の自治体の集合体として構成されている。そこには数万世帯の住民が暮らしているが、医療サービスを必要とする患者の多くは高齢者である。山間部であるがゆえに、現在でも医療機関への通院や日用品の購入に際し、肉体的・精神的負担を強いられている高齢者は少なくない。

図3 三河中山間地域の風景



図4 足助・旭・稲武3地区の人口推移

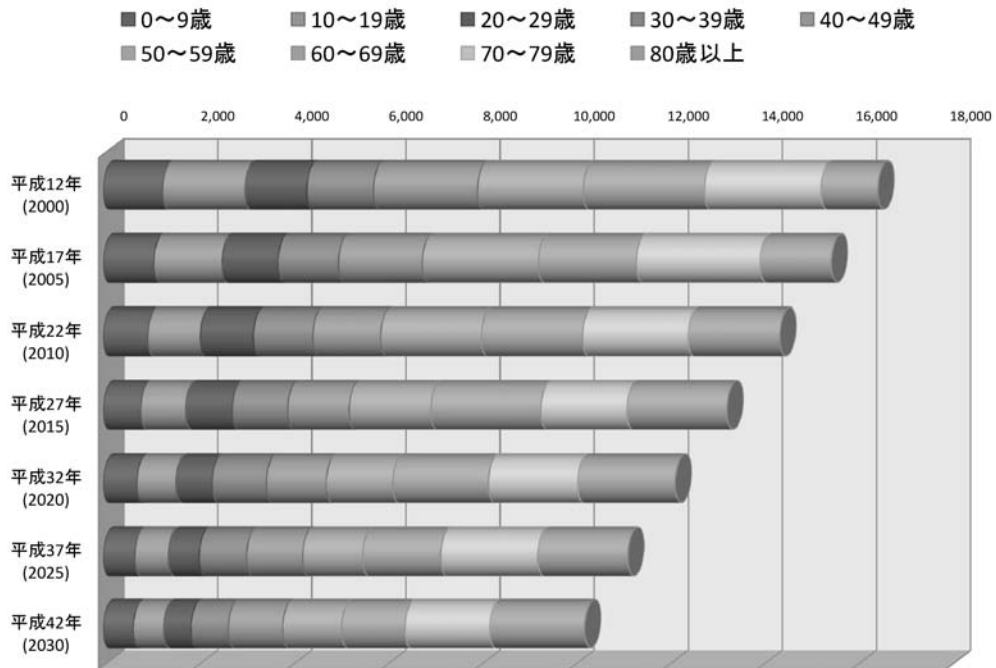


図5 設楽町人口構成の推移

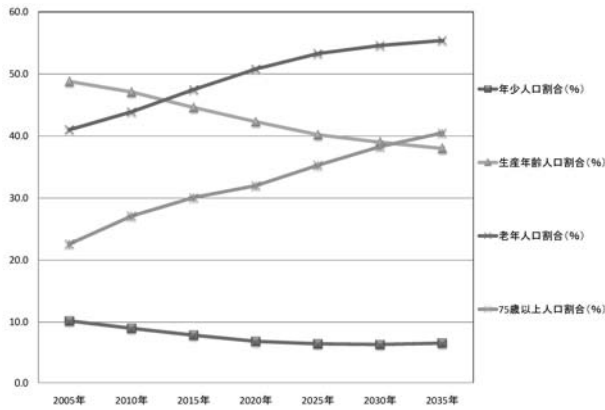


図7 豊根村人口構成の推移

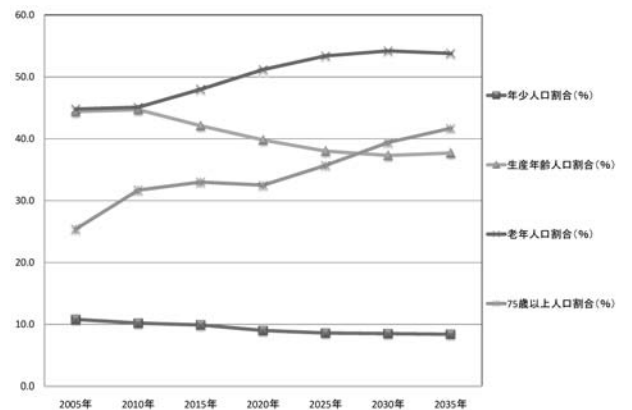
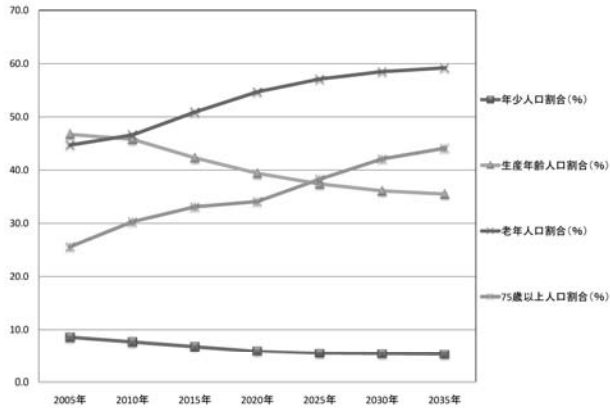


図6 東栄町人口構成の推移



三河中山間地域で安心して暮らし続けるための健康ネットワーク研究会の設立

足助病院はこれらの課題解決のために、三河中山間地域のコミュニティ機能を高め、社会連携によって地域を再生するための取り組みをはじめた。それは科学を環境に適合させ、自立と連帯を促し、協働の精神で「いのち」と「くらし」を支えあうための社会モデルの構想である。実現に向けて足助病院が掲げた行動指針は以下のようなものであった。

- ・ 地域に求められる医療連携だけではなく、もう少し大きな意味で、地域がどのような方向を辿るのかについての研究をする。
- ・ 健康価値の創造と、そのための仕組みづくりに関する研究をする。
- ・ 保健・医療・介護・福祉サービスの一元的提供体制の構築に向けた研究をする。
- ・ サービスを一元的に提供するために必要な、コーディネート機能に関する研究をする。
- ・ 人材の確保・育成に向けた研究をする。
- ・ 持続可能なサービス運用を図るための事業化についての研究をする。

研究を着実に推進し、その目的を達成するための第一歩として、足助病院は平成22年9月25日に「三河中山間地域で安心して暮らし続けるための健康ネットワーク研究会」（以下、プロジェクトとする）を——住民参加型の——オープン・システムで発足させた。研究会の会員は、個人会員、団体会員および賛助会員からなり、当初の個人会員は、主にJA愛知厚生連職員、行政職員、農協職員、医療福祉関連施設の職員、そして一般住民であり、

団体会員にはNPOや関連企業が参加している。プロジェクトが目指すのは、住民の健康意識の醸成を主たる目的として、サービス提供者間のネットワークの構築、住民とサービス提供者のネットワークの構築、そして、課題解決のためのツールの開発である。

プロジェクトは、既成の自治体の枠組みを超えて、生活圏である医療圏を新たな地域と位置付け、主体性を持った住民が新しい公共をデザインするための拠点としたのである。本プロジェクトが取り組む活動の中でもとりわけ革新的な計画は、PHR (Personal Health Record)¹を生活のすべての領域へと広げるPLR (Personal Life Record)に発展させること、そして複合輸送システムにデマンドバス運行管理システムを導入しようとしていることである。彼らは中山間地域では人の移動手段が第一の課題であると考え、それに基づき実態調査を行い、複合輸送サービスの試行を始めた。目指すのは、NPO等 (NPO、市町村、公益法人、農業協同組合、消費生活協同組合、医療法人、社会福祉法人、商工会議所、商工会など) が実費の範囲で、営利とは認められない程度の対価によって、自家用自動車を使用して行う白ナンバーによる有料運送事業である。このシステムを支え、改善し、発展させるのは他でもない、利用者でもある地域住民である。主導的な立場にある足助病院の早川富博院長は、「これまで取り組んできた地域医療の活動から、人の移動が地域の活性につながり、それを維持することがまちづくりの根幹であり、それなくして健康を守る医療・福祉・介護・保健サービスの効率的な提供は不可能である」と語っている。

¹ PHRとは、クラウド・コンピューティング技術を用い、個人の保健医療情報をプラットフォームに蓄積するシステムであり、データの外部投入および外部提示について、基本的には本人が承認、否認することで管理をするICT基盤である。医療における実際の使用例としては、入退院時の事前事後対応や慢性疾患のケア、遠隔医療や周産期のケアなど多岐にわたり、なかでも予防医学に関する機能は優れているとされる。またPLRは、この機能を暮らしにかかるすべての部門に広げたものである。

「いのち」と「くらし」を支えるユニバーサル・コミュニケーション

プロジェクトによって行われた情報統合のための調査は、これまでにないリアリティをわたしたちに示してくれる。ここで、本プロジェクトによって実施された「いきいき生活支援アンケート」の結果の一部を概観してみたい。

アンケートは、自治体の協力の下に自治区単位で配布され、上述した足助病院の診療圏に居住する約1万世帯の住民に協力を求めたものである。驚いたことに約11,192名からの回答があった(表1)。アンケート回答者の性別は(図8)のとおりで、ほぼ男女均等になっている。年齢分布は(図9)で、視覚的にも50代半ばから80代半ばに人口のウェートがあることがわかる。(図10)は現在の職業分布である。今後の人口構造の推移から判断すれば、「無職」の数値が高まっていくことに疑いはない。高齢者が安心して暮らし続けることのできる環境を目指すと同時に、若年者が生計を維持できる環境づくりも求められている。

医療に関する項目を見てみると、現在通院を必要としている住民および継続的に薬を服用している住民の割合を示しているのが(図11)である。6割の住民がすでに医療を必要としていることがわかる。高齢化の進展に伴ってこの比率はさらに高まっていくものと予想される。通院している医療機関については(図12)のとおりである。かなり広範囲に分散しており、この結果からも医療健康情報の一元的管理が必要なことは明らかである。医療費の抑制やサー

ビスの効率性の観点だけではなく、真に住民本位の医療が実現されるためには、個人単位で情報が集約されていることが望ましい。また通院や服薬を必要としている既往疾患を尋ねたものが(図13)である。自治区単位で疾病管理方法の工夫をしたり、人口構造の推移を見据えてリスクマネジメントの体制を作ったり、あるいは広域医療圏との連携において、より具体的な対応を図ることもできるようになる。

表1 アンケート回答者数〔自治区別〕

[計 11,192名]

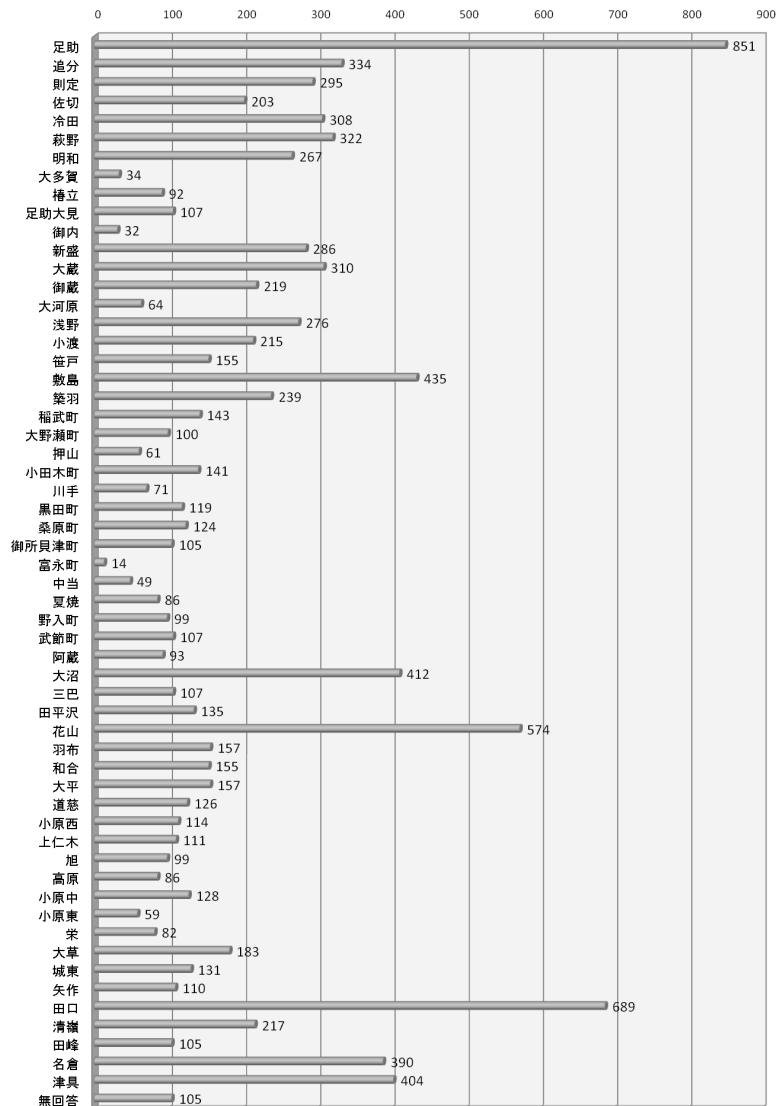


図8 アンケート回答者の性別

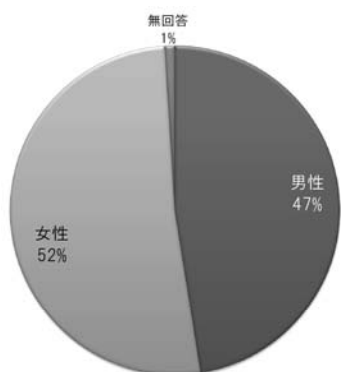


図11 通院・服薬の有無について

【N=11,192】

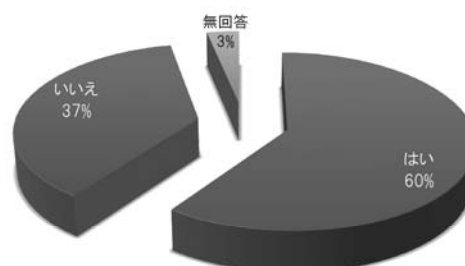


図9 アンケート回答者の年齢分布

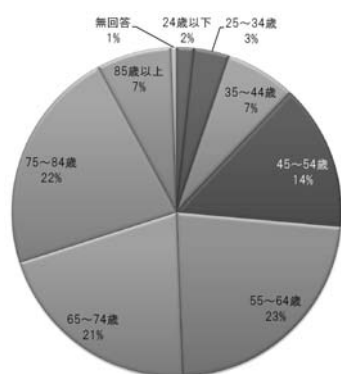


図12 通院している医療機関

【N=6,701】

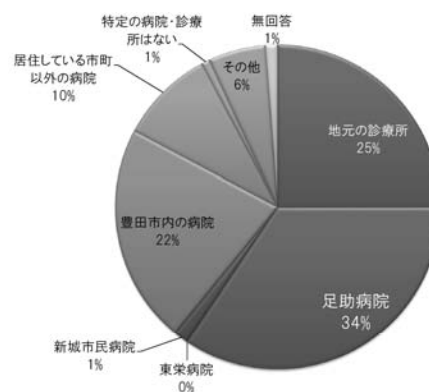


図10 アンケート回答者の職業

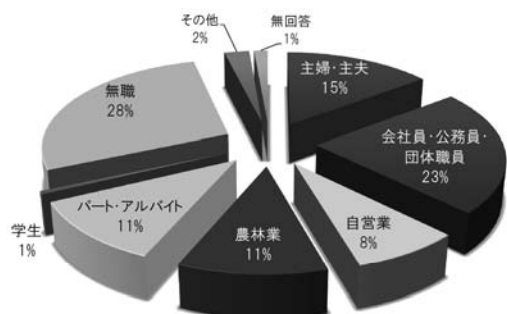
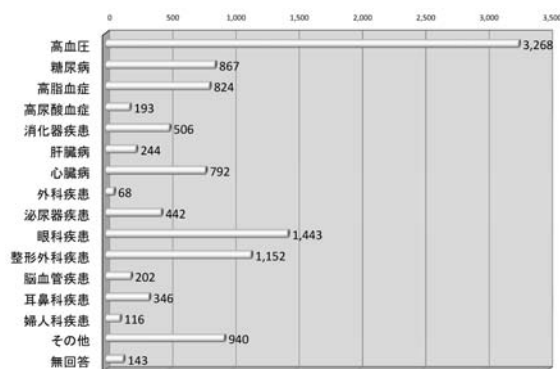


図13 通院・服薬が必要な疾患

【N=6,701】



住民の声を生活領域に広げてみると日常の様々な問題が浮き彫りになってくる。普段の生活で不便に感じていること、および不満に思っていることを調査した結果が(表2)である。昨年は例年に増して猪や熊による被害が多発したため、とりわけ猪被害への声が多くなっているが、全体を見回してみると「近

くで食料品や日用品の購入が困難」や「診療所や病院の受診」、また「郵便局や農協・銀行が近くにない」など、生活インフラと移動手段に関係すると思われる回答が目立つ。商店や公共施設が徐々に撤退するなか、生活上の利便性もこれに伴って低下していることに疑いはなさそうだ。そこで外出の際に利用する

表2 日常生活で『不便』・『不満』と感じる要因(自治区別)

(%)

	回答者数 (人)	食料品や 日用品の 購入が困難	診療所・ 病院の受診	介護サービス が受けづらい	通学が不便	働く職場 がない	郵便局・農協 ・銀行が 近くにない	携帯電話の 電波が届き づらい	農林地の 手入れが できない	インシなどの 被害が多い	土砂崩れや がけ崩れ など	身の回りの ことが十分 にできない	1人住まいで 話し相手 がない	住民が少なく なって寂しい	その他	無回答
全体	4,175	54.5	37.3	4.2	16.3	23.2	24.4	21.9	22.6	58.8	15.4	5.3	5.4	11.3	7.1	2.1
足助	204	39.2	21.1	4.9	10.8	20.6	14.7	11.3	32.8	12.7	5.4	7.4	7.4	17.2	4.4	
追分	81	29.6	18.5	2.5	9.9	22.2	24.7	11.1	18.5	46.9	19.8	2.5	2.5	6.2	11.1	1.2
則定	94	51.1	20.2	3.2	24.5	12.8	16.0	26.6	23.4	53.2	12.8	8.5	1.1	4.3	7.4	-
佐切	106	61.3	31.1	3.8	19.8	17.9	32.1	39.6	20.8	67.9	21.7	4.7	1.9	3.8	8.5	1.9
冷田	110	53.6	24.5	6.4	23.6	21.8	30.9	29.1	28.2	70.0	20.9	6.4	3.6	10.0	12.7	2.7
歌野	115	46.1	36.5	7.0	19.1	22.6	31.3	22.6	33.9	66.1	28.7	7.0	5.2	10.4	4.3	0.9
明和	100	53.0	29.0	1.0	15.0	16.0	22.0	21.0	29.0	72.0	17.0	2.0	4.0	2.0	2.0	3.0
大多賀	16	75.0	50.0	-	12.5	31.3	56.3	25.0	18.8	68.8	6.3	6.3	-	-	18.8	-
樺立	48	27.1	27.1	4.2	16.7	20.8	27.1	62.5	41.7	83.3	33.3	6.3	2.1	14.6	4.2	4.2
足助大見	49	49.0	28.6	10.2	14.3	16.3	28.6	32.7	24.5	79.6	18.4	8.2	6.1	36.7	8.2	-
御内	15	46.7	33.3	6.7	6.7	6.7	26.7	33.3	20.0	73.3	13.3	-	-	20.0	6.7	-
新盛	116	52.6	34.5	4.3	16.4	31.0	25.9	27.6	37.1	69.8	12.1	6.0	0.9	16.4	1.7	2.6
大蔵	141	56.0	34.8	4.3	14.9	19.9	21.3	33.3	22.0	67.4	15.6	7.8	4.3	9.2	11.3	0.7
御蔵	103	72.8	44.7	5.8	23.3	18.4	37.9	27.2	26.2	67.0	20.4	3.9	1.9	8.7	6.8	-
大河原	27	63.0	33.3	3.7	11.1	25.9	48.1	29.6	29.6	66.7	22.2	3.7	7.4	7.4	-	3.7
浅野	117	60.7	47.9	6.0	12.0	24.8	27.4	29.1	30.8	69.2	21.4	15.4	3.4	14.5	2.6	2.6
小渡	68	55.9	45.6	5.9	10.3	26.5	20.6	5.9	26.5	50.0	14.7	5.9	4.4	13.2	5.9	4.4
笹戸	55	58.2	50.9	1.8	12.7	36.4	30.9	18.2	21.8	52.7	18.2	5.5	3.6	10.9	5.5	-
敷島	191	54.5	36.6	3.7	10.5	22.0	19.9	27.2	30.9	69.1	18.8	6.8	5.8	13.1	2.6	2.1
築羽	105	60.0	30.5	3.8	8.6	19.0	37.1	22.9	32.4	77.1	15.2	3.8	14.3	23.8	2.9	1.9
稲武町	49	61.2	28.6	6.1	12.2	24.5	6.1	2.0	10.2	40.8	6.1	4.1	2.0	18.4	6.1	4.1
大野瀬町	53	69.8	43.4	13.2	28.3	32.1	47.2	47.2	34.0	73.6	26.4	7.5	13.2	28.3	1.9	1.9
押山	33	84.8	48.5	9.1	18.2	18.2	18.2	15.2	18.2	69.7	24.2	6.1	6.1	21.2	3.0	3.0
小田木町	53	54.7	24.5	-	17.0	20.8	22.6	9.4	17.0	60.4	9.4	3.8	1.9	5.7	9.4	1.9
川手	28	57.1	32.1	3.6	10.7	17.9	21.4	3.6	28.6	57.1	25.0	3.6	10.7	14.3	14.3	7.1
黒田町	36	52.8	30.6	2.8	22.2	25.0	19.4	16.7	16.7	44.4	2.8	2.8	2.8	11.1	2.8	2.8
桑原町	40	35.0	27.5	-	15.0	30.0	-	2.5	20.0	40.0	15.0	5.0	7.5	22.5	7.5	2.5
御所貝津町	26	57.7	34.6	19.2	19.2	38.5	11.5	19.2	19.2	50.0	15.4	7.7	11.5	26.9	19.2	3.8
富永町	8	-	25.0	25.0	12.5	25.0	25.0	-	12.5	50.0	12.5	12.5	-	-	37.5	-
中当	13	53.8	38.5	-	15.4	23.1	23.1	15.4	30.8	76.9	15.4	-	15.4	15.4	7.7	-
夏焼	28	35.7	14.3	3.6	3.6	28.6	7.1	7.1	14.3	50.0	10.7	-	14.3	10.7	7.1	3.6
野入町	32	59.4	40.6	-	9.4	12.5	28.1	-	6.3	43.8	-	3.1	6.3	15.6	-	3.1
武節町	20	35.0	35.0	-	20.0	40.0	5.0	5.0	10.0	25.0	5.0	-	-	15.0	5.0	15.0
阿蔵	35	51.4	37.1	-	17.1	17.1	17.1	14.3	28.6	80.0	11.4	14.3	5.7	17.1	-	2.9
大沼	139	44.6	36.7	2.2	23.7	25.2	23.0	26.6	17.3	41.7	7.9	3.6	2.9	4.3	12.2	2.2
三巴	30	53.3	36.7	10.0	26.7	36.7	46.7	33.3	33.3	36.7	16.7	6.7	6.7	3.3	6.7	3.3
田平沢	52	40.4	32.7	3.8	19.2	25.0	23.1	15.4	21.2	67.3	17.3	-	5.8	13.5	11.5	1.9
花山	196	48.0	34.2	2.0	36.2	29.6	26.5	21.9	9.2	27.6	9.2	2.0	3.1	1.0	13.3	1.0
羽布	56	41.1	39.3	1.8	25.0	30.4	32.1	19.6	19.6	69.6	12.5	1.8	7.1	8.9	3.6	1.8
和合	64	46.9	32.8	4.7	35.9	40.6	25.0	26.6	25.0	51.6	3.1	3.1	4.7	4.7	9.4	1.6
大平	55	72.7	30.9	1.8	9.1	23.6	32.7	27.3	7.3	65.5	16.4	-	5.5	5.5	10.9	1.8
道慈	54	66.7	33.3	7.4	31.5	20.4	20.4	29.6	24.1	70.4	11.1	3.7	9.3	20.4	1.9	-
小原西	39	56.4	43.6	7.7	12.8	12.8	15.4	30.8	17.9	76.9	23.1	7.7	2.6	7.7	5.1	-
上仁木	43	69.8	34.9	7.0	16.3	20.9	11.6	30.2	16.3	74.4	20.9	16.3	2.3	9.3	7.0	2.3
旭	53	69.8	52.8	5.7	17.0	24.5	28.3	18.9	18.9	69.8	13.2	9.4	5.7	11.3	5.7	-
高原	41	75.6	46.3	2.4	34.1	19.5	22.0	39.0	19.5	58.5	17.1	4.9	-	9.8	2.4	2.4
小原中	60	55.0	40.0	8.3	16.7	21.7	18.3	13.3	33.3	66.7	10.0	8.3	6.7	10.0	1.7	1.7
小原東	28	71.4	42.9	-	17.9	17.9	35.7	28.6	25.0	75.0	21.4	7.1	3.6	28.6	7.1	-
栄	41	82.9	43.9	2.4	9.8	19.5	17.1	17.1	17.1	61.0	9.8	2.4	2.4	4.9	4.9	-
大草	71	60.6	33.8	2.8	22.5	25.4	18.3	36.6	19.7	64.8	15.5	1.4	8.5	12.7	9.9	1.4
城東	59	49.2	35.6	8.5	8.5	23.7	18.6	28.8	28.8	84.7	18.6	6.8	3.4	6.8	5.1	5.1
矢作	43	69.8	51.2	4.7	23.3	20.9	30.2	44.2	25.6	72.1	30.2	7.0	9.3	14.0	7.0	-
田口	245	44.1	49.0	2.4	8.2	23.7	15.5	11.4	17.6	49.0	11.8	6.9	7.3	11.4	7.3	2.4
清嶽	109	72.5	46.8	1.8	3.7	16.5	46.8	8.3	20.2	76.1	21.1	5.5	6.4	23.9	3.7	0.9
田峰	56	50.0	46.4	5.4	8.9	8.9	60.7	12.5	30.4	66.1	16.1	1.8	10.7	12.5	3.6	1.8
名倉	169	69.2	67.5	3.0	10.1	24.9	15.4	8.9	20.1	44.4	9.5	2.4	6.5	10.7	4.7	0.6
津具	125	52.0	40.8	5.6	9.6	33.6	16.8	17.6	26.4	46.4	15.2	4.0	7.2	10.4	5.6	3.2

交通手段を確認したものが（図14）である。自家用車を利用している住民が7割を超えていることがわかる。中山間地域は——当然かもしれないが——自家用車の利用率が高い。しかしながら、自家用車に生活機能の多くを委ねている状況は、高齢社会ではリスクとなる。いずれは運転が困難になる年齢に至り、一人暮らしであれば、あるいは夫婦で暮らしていたとしても、自家用車を運転および同乗して移動することは困難になってくる。運転ができなくなったときの交通手段を確認した結果は（図15）のとおりであるが、やはり公

共交通機関を利用する以外にはない。ただ、「運転できなくなった時のことは考えられない」と回答した住民が1,500名近く存在する事実をどのように捉えればいいのか。現実を謙虚に受け止めるしかないものの、未来に夢や希望を描けず、諦めにも似た声に聞こえるのは筆者だけであろうか。実際のところ、現在の外出頻度は（図16）のとおりである。都市部では考えられないことかもしれないが、外出が週1回に満たない住民の数は、当初の予想をはるかに上回るものであった。

健康に生きることの根源は、自分自身の意思で会いたい人に会える、あるいは行きたいところに行けるということであり、また、その感情が保たれていることが大切になる。回避しなければならないのは「会いたいけれど会いに行けない」や「行きたいけれど動けない」、そして「やりたいことがあるけれどもできない」といった状況が恒常化することである。それを放置すれば「特に会いたい人はいない」や「別に行きたいところはない」、また「何も興味はない」という感情を作り出してしまう。この意識の変化が、急速に健康状態も低下させていくことになる。これを予期さ

図14 外出時交通手段の分類

[N = 11, 192]

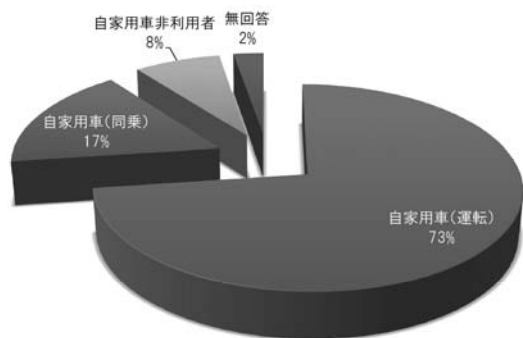


図15 運転ができなくなった場合の交通手段

[N = 11, 192]

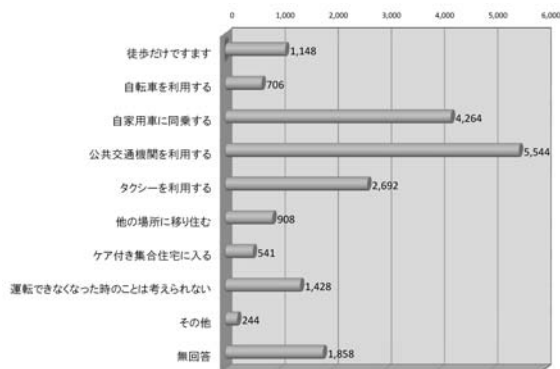
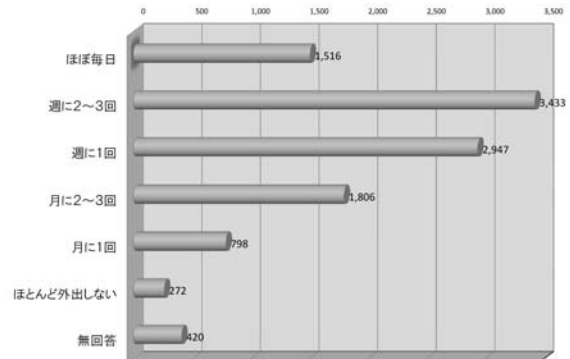


図16 現在の外出頻度

[N = 11, 192]



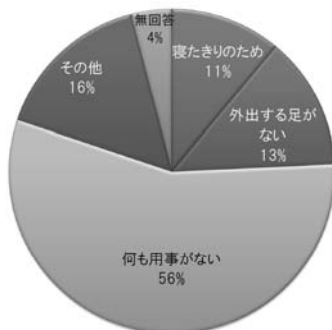
せるような結果が(図17)にある。「何も用事がない」という回答が5割を超えている。

プロジェクトでは、これらの問題を解決するために、複合輸送サービスの試行と併せてPHR(Personal Health Record)およびPLR(Personal Life Record)の開発にも取り組んでいる。それは個人の意思を尊重しながらも、自立と連帯を背景に社会が個人を支える仕組みと言ってもいいだろう。保健・医療・介護情報を中心に、くらしに関わるすべての情報を必要に応じて共有することができる。当然、災害時の安否確認や独居高齢者の安全管理にも役立ち、都市と中山間地域の情報確認ツールとしても機能するはずである。いま、山深い三河中山間地域で革新的な社会的ムーブメントの胎動を感じる。

社会政策はすべて、人間の生老病死に沿って実行される。生と死にリアリティを失った社会に、どのような政策を講じても、それはただ虚しいだけである。いま期待されているのは市民的リーダーの登場であり、住民参加型の顔の見える活動である。それも、できれば歴史的・文化的背景があり、わずかでもコミュニティの痕跡が残っている土地で、住民が帰属意識を実感できる環境であることが望ましい。三河中山間地域で始まったプロジェクトに期待するのは、これらの条件をすべて満たしていることである。このプロジェクトは新しい公共をデザインするものであり、それは普遍性を持つ。また、プロジェクトが作り出す科学に裏打ちされた新しい社会は、高齢社会を追従してくるアジア諸国に輸出できるような、近未来の社会モデルになるかもしれない。

図17 外出しない理由

[N=272]



おわりに

筆者自身を含め、いまを生きる人々の大半は、豊かな社会に生まれ、豊かな時代を生きてきた人々である。経済も社会も、膨張が極限まで達すれば、あとは萎むしかない。誰もがその社会的変化を受け入れられずにいる。そのことからすれば、現代社会が抱える葛藤と、そこから生じる社会的リスクへの対処法は、過去の常識や価値観に基づいた政策を踏襲する社会に見出されることはないだろう。