

一般社団法人 J A 共済総合研究所
調査研究部 研究員

たか き ひで あき
高 木 英 彰

アブストラクト

周知のように我が国は超高齢人口減少社会のフロントランナーであり、我が国がいかにこの局面を乗り越えていくか、諸外国からの注目度は高い。特に農村部は既に高齢化のピークを越え、試行錯誤が重ねられた経験は一定の知見を有しているものと思われる。そこで本稿では農村医療にスポットライトを当てて発展経過とこれからの医療・ケア体制の展望として描かれている地域包括ケアのありかたを見通すことを試みる。

農村医療といっても現代においては都市部と疾病の内容に大きな差異があるわけではないが、戦後からの農村医療（農村医学）の歩みは一貫して地域医療、噛み砕けば健康啓発や生活改善など、地域住民の暮らし、町のあり方自体に踏み込んだものであった。これは現在でいう地域包括ケアと共通する部分が大きく、その蓄積に大いに期待できるものと考えられる。我が国においてもまだ誰も解法を持ち合わせているとは言えないが、その経験を活かした現場および学会の挑戦についても簡単にながら紹介する。

(キーワード) 農村医療 地域医療 地域包括ケア

目次

- | | |
|---|---|
| <p>1. はじめに</p> <p>2. 農村医療の発展経過</p> <p>(1) 我が国の社会保障制度の歴史</p> <p>(2) 戦間期の「医療の社会化」論</p> <p>(3) 戦後における農村医療の実践
— 「農民の中へ」</p> <p>(4) 高度経済成長期からバブル崩壊・
景気低迷期へ</p> | <p>3. これからの社会保障と医療・ケア体制
～医療モデルから生活モデルへ～</p> <p>(1) 我が国の目下の課題</p> <p>(2) 【挑戦事例1】 JA厚生連・足助病院</p> <p>(3) 【挑戦事例2】 長崎県対馬市</p> <p>(4) 日本農村医学会・生活習慣病部会
介護コホート研究</p> <p>4. おわりに</p> |
|---|---|

1. はじめに

本稿では農村医療の発展経過を通して、これからの医療・ケア体制の展望として描かれている地域包括ケアのありかたを見通すことを試みる。周知のように我が国は超高齢人口減少社会のフロントランナーであり、これから日本がこの局面をどう乗り越えていくか、諸外国からの関心は高い。その解法はまだ我が国の誰も持ち合わせていないと言えるが、既に農山村部では都市部に先駆けて高齢化のピークを越え、次の段階に入っていることから、経験という点ではより多くの蓄積を有しているといえる。さらに国によっては依然、地方の医療の提供体制が未発達な状況にあり、我が国の経験は有益な情報となりうる。これが農村医療の実践からこれからの医療、地域モデルをイメージできないかと筆者が着目した理由である。

ところでそもそも農村医療（医学）とは何だろうか。実は、後に述べるように日本が経済発展を遂げた世代にとっては農村医療に関わる者としてその定義がわかりづらいようだ。もはや医療の分野において都市も農村も共通の課題しか残されていないように思われるからだ。つまりかつてのように社会・経済・衛生等の生活上の基礎的な各側面で差異があった時代には農村医学の意義も想像に難くないのだが、教育・交通・情報等のインフラの整備によりそれなりに平準化した現代において取り立てて農村医療としてひとつの肩書を擁す意義を終えているようにも見えるのである。

しかしながら、である。日本は遂に総人口としても減少時代に突入、高齢化率も27.7%

(2017年10月1日現在)と超高齢社会に既に突入している。今後もこの傾向が止まる見込みはなく、世界に誇る国民皆保険・皆年金制度も変わっていかざるを得ないものと見込まれる。しかも昨今では人生100年時代と言われる、長寿自体は無論喜ぶべきであるが、その当の本人にとっても健康と老後資金に不安を抱えねばならない時代となっている。そうした事態を受けて、現行の定義では65歳以上としている高齢者の定義を引き上げ、本人の希望する限りにおいて働き続けられる社会環境の土台作りが進められているが、その可否は別としても彼らの健康寿命を延伸することが至上命題となっていることは間違いない。さらに我が国に限らず世界的に見ても、人の死因は感染症をはじめとする急性疾患から糖尿病・高血圧・高脂血症などの慢性疾患に移っており既に過半を占めている。当然ながら慢性疾患は、長期的な措置が必要で医療費が嵩むため、社会保障制度の維持の観点からも抑制すべき大敵である。しかもこれらは生活習慣に基づくため（国際的には非感染性疾患；NCDsなどと呼称されるが、日本では生活習慣病の名称が一般的）、要因が複合的で治癒は稀である。したがって個人の生活に医療が入り込んで管理し、一次予防を促していくしか根本的な解決法がない。

実は、生活者の暮らしに入り込み、自己の健康管理を促す、こうした取組みは我が国における農村医療の原点そのものである。仮に「農村医療（医学）」という語句が時代に合わないとしても、その実践が生んだ「地域医療」はまさしく現代日本が目指すモデルの基礎になるだろう。そこで、本稿ではやや回りくど

いかかもしれないが第二次世界大戦直前期より始めて如何に農村医療が発展したかを第2節で概観し、第3節で現代日本の取組みについて国の方針の説明を行うとともにいくつか事例を示すこととする。

これら諸問題の正解はまだ誰も持ち合わせていないが、それでも、超高齢社会を先んじて迎えた日本農村の経験は日本全体へのヒントとなり、日本の経験は世界各国のヒントとなるであろう。

2. 農村医療の発展経過

(1) 我が国の社会保障制度の歴史

我が国の農村医療の展開に触れる前にまず本項では、近現代日本の社会保障制度の整備過程について示す。

日本の社会保障制度は1922年の健康保険法（肉体労働者が対象）を皮切りに戦前より整備されてきた。これは1943年には事務労働者も対象に含まれるよう制度改正された。また1938年には農山漁村地域の不況対策の一環として、労働者以外の生活者を対象とした国民健康保険制度が発足。このように段階的に健康保険の適用対象を拡大していった。

戦後以降の日本の経済は、概ね戦後混乱期・復興期、高度成長期、安定成長期、バブル崩壊・経済停滞期に大別される。それと歩調を合わせる形で社会保障制度の方針も「戦後の緊急援護と基盤整備（いわゆる「救貧」）」（1945～1955年頃）、「国民皆保険・皆年金と社会

保障制度の発展（いわゆる「救貧から防貧へ」）」（1955～1973年頃）、「安定成長への移行と社会保障制度の見直し」（1973～1989年頃）、「少子高齢社会に対応した社会保障制度の構造改革」（1989年頃～）と変遷した。

1950年に勃発した朝鮮戦争は、在朝鮮・在日アメリカ軍に対する物資供給を担う「朝鮮特需」を日本にもたらし、資本を蓄えることとなった。1956年には経済白書に「もはや戦後ではない」という時代を象徴する言葉が載った（それ以降復興特需頼りの成長が見込めなくなることを述べたものと言われるが、戦後の敗北感や困窮から抜け出したという国民の高揚感がこの言葉を膾炙させたことは事実である）。以降、日本は復興から脱し、高度経済成長期に入っていった。ここで日本は救貧の役割をある程度終えたとして、経済成長に乗り切れなかった人々の不平等感の解消と、生活困難のリスクに備える手段として社会保険を重視する方針に舵を切る。1958年の国民健康保険法改正に伴う「国民皆保険」の実現は農村の医療過疎地に配慮したものであるし、翌1959年の国民年金法制定に伴う「国民皆年金」の実現は後継ぎのいない農家の高齢化対策として導入された^註。これらの背景は後段で説明する。

1973年には田中角栄内閣が「福祉元年」を打ち出した。これは経済成長が都市部と地方の格差拡大をもたらしたため、その果実を福祉として国民に還元することを謳ったもので

註 国民皆保険体制の確立に向けては1957年を初年度とする四か年計画で進められ、その最終年度にあたる昭和36年度（1961年度）版の厚生白書によれば、普及率は97.87%に至った。未適用の200万人は当時の法律上、適用除外されていたため「国民皆保険の状態が実現したということができる」と同書は述べている。しかしその一方で、鹿児島県の離島地域においては医療機関が存在しなかったために国民健康保険が実施されていなかったことも記されている。こうした地域に国民健康保険直営診療所が設置され、真に国民皆保険が成立したのは1974年のこととされる。

あり、「老人医療無償化」「医療保険の給付率の改善」「年金受給額の引き上げ」など大胆な諸政策が採られた。しかし政治的には「バラ撒き」批判、経済的には直後に第一次オイルショックを受けて税収が減少する事態に見舞われ、急速にこれら制度は縮小、社会保障制度の見直しの時代に移っていった。事実是不明であるが、結果的に「福祉元年」の諸政策は国民の公的支援への過度な依存心を高めたのではないかとの主張も見られる。

(2) 戦間期の「医療の社会化」論

戦間期の農村生活と言えば、重労働を伴うほか、言うまでもなく衛生環境としても不十分だった。特に大正期は都市部との格差が広がり、農村を医療面から見れば、貧農、無医村、衛生環境の悪さ（感染症、寄生虫）などが想起される。黒川泰一（1908-1985）らは、営利主義的な開業医らが農村部を見捨て人口密集地に移動し、その結果無医村が増加していることを懸念した。そこで彼らは「医療の社会化」論を訴え、公共部門により広くあまねく医療が提供されるよう社会運動を起こした。

なお、「いかなる貧者に対しても医療が提供されるよう保証されるべきである」という意味での「医療の社会化」論については、その論者らが前提としていた事実認定に基本的な誤りがあるとする近年の研究がある（猪飼周平『病院の世紀の理論』、2010年）。猪飼は、開業医らが高利潤を求めて町村部から都市部に流出したというよりは若手医師を中心に先端医療技術を求めて都市圏で勤務医として研鑽を積もうとする指向性があったこと、農民

らもより高水準の医療を求めたために所得の増加分以上に医療に支出するようになったこと、さらに無医村数の激増は自治体合併に伴う統計上の見せかけの変化による部分が大きいことなどを明らかにした。すなわち、当時の無医村問題は農村経済の荒廃と都市下層民の貧困によるものというよりは新しい世代の医師の指向性の変化によるものである上に、そもそも農村全体の広範な問題ではなかったことを指摘し、「医療を公共的に供給する努力によってよりよく改善できる性格のものではなかった」と喝破している。

ただ、いずれにせよ歴史的には黒川らの主張する「医療の社会化」論に基づいて60年代以降医療・保険にかかわる社会制度整備が図られることになったし、戦後経済成長期の国民皆保険・皆年金の成立につながっていった。黒川自身は全国医療組合運動に取り組み各地に組合病院を設置したのち、1950年に全国共済農業協同組合連合会（全共連）の設立に参加、同会常務理事として協同組合による保険事業（＝共済事業）の礎を築くことにもなった。

(3) 戦後における農村医療の実践 — 「農民の中へ」

我が国の農村医学を語るにあたって、先駆者である若月俊一医師（1910-2006）は欠かせない。若月は戦時中、各地の大企業に入り込み労働災害の実態調査を行っていたが、あまりに労働災害に対する補償が過少であることを主張したところ、反戦的であるという理由で逮捕された経歴を持つ。そのせいで戦後も東京で職を得ることが難しかったため、

師の紹介を得て、長野県南佐久郡臼田町にある病院にたったひとりの外科医として赴任することとなった。その病院は、後に地域医療のメッカとも言われるJA長野厚生連・佐久総合病院である。若月が振り返るに、彼の赴任時は入院患者を受け入れたことのない、診療所と呼ぶのがふさわしいような質素な佇まいであったという。

当時の長野の農村は外部者を「きたりっほ」と呼んで疎外し、特に地元有力者の一族は彼に対して冷ややかな対応であったようであるが、彼は上述のような思想の持主であったから、農村環境を改善し農民の生活と地位を向上させるためには、農民の中に飛び込み農民の立場から旧体制と対峙するしかないと考えていた。これが「農民の中へ」という言葉に表れている。

彼は外来診療とともに出張診療活動に繰り返し、農村における医療環境の実態を耳目にする。以前はこの地域には盲腸が破れた時でも正式に開腹手術できる施設もひとつもなかった。それを可能にするために農民が集って作ったのが佐久病院であった。しかるに、若月が赴任するまで外科医はいなかったのである。遠方の病院から専門医を往診に呼ぶとなれば、よほどの大地主でなければ不可能な「ぜいたく」なことなのであった。結局、農民らは病院まで行かざるをえなかったのである。また住民は医学知識がまったくなく、誤った応急処置をするケースがある。手術室にはエーテル麻酔を使う傍らでスチーム暖房を使わねばならない…若月はこうした状況の問題を表現し、農民の生活に医療と健康を位置付けるために、同志の医師、看護婦らと劇団

を組織し、各地で啓蒙活動を行った。無論、勤務外のこととして活動したのである。

また若月は日本農村医学会の設立に携わり、農機具災害や農薬中毒といった農業従事による疾患を取り上げ「農夫症」として定義する一方で「農民はその病的状態を自覚してもむりし、がまんする傾向が強く或いは好んでインチキ治療にかかり、あるいは、また気づかないままに、いつまでも「放ったらかし」ておき易く——その結果破局的な、致命的障害を受けることが多い事実」（若月ら 1958）を指摘し、こうした「がまん型」あるいは「気づかず型」を「潜在疾病」と呼んで実証的に研究を進めた。ここで強調しておくべきは、彼の関心が傷病治療に関する臨床研究のみならず、農民を不健康に追いやる社会的、経済的、心理的背景にまで強い関心を寄せていることである。これは「農民の中へ」踏み込んでこそ可能になったことであろう。

後に若月を初代理事長として設立された日本農村医学会には、農器具災害部会、農薬中毒災害部会など専門部会が設けられ、農民生活に密着した研究と実践が進められることとなった。現在でも、農村生活と健康維持の関係性に着目し、農村の生活習慣病部会のもと実証研究が行われているところである。

（４）高度経済成長期からバブル崩壊・景気低迷期へ

1960年代、人々はアメリカ式のライフスタイルを理想像とした。洋式の団地に住まい、カラーテレビ、自家用車、空調設備を所有し、脂肪・タンパク質を多く摂取する欧米型の食生活に変わっていった。1964年東京オリンピ

ックを控え、東海道新幹線や首都高速道路が完成した。人口移動も激しくなり、核家族世代の割合はピークを迎えた。彼ら若い世代の住居に死者を偲ぶ仏壇などはない。さらに安定経済期に入った1970年代半ばには、人々が死を迎える場所は自宅よりも病院が上回るようになった。暮らしの中から死の存在は排除された。また1980年代からバブル崩壊が始まる1991年頃にかけては、某商品の「24時間戦えますか。」とのCMキャッチコピーに象徴されるように労働者の強い上昇志向と激しい出世競争があった。背景には核家族において夫が妻子を養う役割を一手に負うのが当然とするジェンダー観があった。そうした社会環境下で世界語ともなった過労死（karoshi）問題が発生、この問題は現在の労使関係にも尾を引いている。この時期に一般世帯へ民間生命保険が普及することとなり、「いのちの価値／値段」という倫理的問いかけが現実問題として浮上した。ライフスタイルの変化を通じて、日本人の医療観、死生観も変容していったのである。医療は病院で提供され、その目的は生命を救い、延ばすこと。そして病院は死に場所となった。

一方この期間、1960年代の農村部においてはその問題現象として「過疎」が造語されることになった。高齢の親世代だけでは農林業を担いきれず、農地・山林が急速に荒廃した。1980年代中頃になると、看過できないほど耕作放棄地の増加が深刻化し、「中山間地域」問題としてピックアップされるようになった。さらに1990年には、過疎と高齢化の重なりによって、道路の管理や水路清掃、祭祀の実行などに必要な集落機能が低下する「限界集

落」がショッキングな現象として注目を浴びるようになった。

医療面から言えば、結核などの感染症や回虫・鉤虫などの寄生虫も撲滅され、機械化や営農指導の普及により過酷な農作業による傷病や農薬中毒などの問題も限定的となっていた。すなわち農家・農村特有の疾病というのはほぼ解決に至ったわけである。そのため臨床医学領域としてはその関心は都市部におけるものと違いがほとんどなくなった。また、医療水準や農村住民の価値観についても、ある程度は都市部と平準化してきた。農村医学と標準的な医学の課題は表向きかなり接近したのである。実際、登内（2002）によれば、農村医学会の総会講演では農村医学に関する演題より臨床医学分野の演題の方が多くなったというし、また、とりわけ若い医師には農村医学の定義を自問せねばならないほど不明瞭なものとなった。これは日本の経済発展の恩恵であると同時に、農村医学を実践してきた関係者らの努力の賜物と言っていだろう。

但し、第1節で述べたようにそれが直ちに農村医学の役割を終えたことにならないと筆者はみる。なぜなら、農林産物の価格低迷による家計圧迫や過疎・高齢化に伴う交通手段の喪失は医療・介護アクセス問題に関わるし、商業・娯楽施設の地域からの撤退は地域住民のQOL低下に直結するのみならず外出頻度が下がって身体的、精神的、社会的な虚弱につながりかねないためである。地域住民が健やかに暮せるようにするために社会経済との関係性をまだまだ問わねばならない。実際、2008年より厚生労働省が掲げる「地域包

括ケアシステム」は、農村医学が実践してきた「地域医療」と根底を大きく共有するよう見えるのである。そしてこれは都市部の問題にも結局つながる。1960年代以降に開発された団地は同世代の住民で構成され、子ども世代が巣立った後には同時に皆が年老いていく世界であった。東京大学・高齢社会総合研究機構が試みたのは、いかに生きがいを備え、生きてきた場所で豊かに老いていくか(Aging in Place)、それを住民と共に考え行動する「まちづくり」であった。

3. これからの社会保障と医療・ケア体制 ～医療モデルから生活モデルへ～

(1) 我が国の目下の課題

改めて我が国に予想される近未来像を述べておきたい。2018年現在の総人口は約1億2千万人であるが、国立社会保障・人口問題研究所(社人研)の中位推計によれば2050年には1億人を割って9,708万人となり、その後も急速に人口が減少していく。

昭和36年(1961年)版厚生白書の第一部第一章の中で既に人口減少・高齢社会の到来は懸念事項として記述されていた。それでも結局のところ国として有効策を見出すことがないまま現実のものとなった。

WHOの定義では65歳以上の人口率が21%を超えると超高齢社会となるが、日本は27.7%(2017年時点)。農村部ではもっと高い値となる。かように都市部も農村部も同じ人口減少・超高齢社会を経験しつつあるのだが、その内容はやや異なる。都市部はやや勢いを落としているとはいえ依然として若年層を吸収し続け、当面人口減少は比較的緩やかに推

移するだろう。しかし高齢者が大幅に増加する。一方、地方あるいは農村部は長らく若年層を都市部へ供給してきた。そのため高齢者は増えないのだが彼らを支える若者がいないし人口も急減する。そして地方から若年層を供給する力が弱まった時、都市部でも人口減少が始まることになる。どちらが深刻かを考えても意味はないが、21世紀もこの価値観が続くとするならば都市部の高齢者が死を迎える場所はどこにあるか。21世紀に入って以降、病院死に代替して施設での死亡が伸びてきてはいるものの、医療機関や施設だけで果たして収まるものかは疑問だ。

とにかく、社会保障制度の根幹を堅持する観点からも、自ら健康を管理し、生きがいをもって小遣い稼ぎくらいはできるような地域づくりが必要である。また、もし医療や介護が必要になったとしても一段階でも自立に向けて改善し、社会に戻れるような制度と医療・ケア体制、そしてひとりひとりの努力が求められる。そのために、医師、看護師、介護士など医療・介護関係者は病院や薬局で患者を待ち受けるのではなく、連携して人々の暮らしまるごとに関心を払って一次予防の推進に努めるように要請されているのである。もちろん、ただでさえ医療現場は過酷であり肉体的にも経営的にも負担が増大することになる方向には容易に転換しがたい。いま医療従事者の働き方も含めて工夫がもとめられているのである。例えば、出産により病院勤めをやめてしまった看護師。彼女らのスキルを捨て置くのは実にもったいない。あるいはもし農村生活に関心のある看護師がいれば、週の半分は看護師として勤務、もう半分は地元

住民に農業を教えてもらいながら彼らの健康管理をする、というコミュニティナースのあり方も考えられる。医療従事者が社会に出て啓蒙する。住民は社会の中で健康を我が事と自覚して自助努力をする。まだ医療サービスは医療機関の中でのみ提供されるとの認識は根強いと思われるが、こうして緩やかにでも医療・健康に対する価値観ごと、転換を図っているのが現段階と言える。

そもそも、こうした医療の領域の外への拡張はこうしたマクロな事情だけから生じるのではなく、医療に対する需要者たる国民一般の認識が変わったためでもある。猪飼(2010)によれば20世紀が「病院の世紀」であった背景には、漢方医を駆逐する形で西洋医が移植されていく中で需要者は医師、病院に「治療の価値」を強く求めたことにある。そしてそれに適応する形で(治療の都合=内的要因に基づいて)医療供給システムが構築され、医療は病院・診療所の中で完結するものとなった。しかし時代が下って1990年以降、QOLの概念が一般語化され医療の目標となると、単に病気の治療だけでなく、治療後の経過にまで関心を寄せることになる。QOLは医学と異なり、主観的な指標であり、かつその評価のもととなる情報は医師側ではなく患者側に存在する。そのため「医師は、医学的知識と違って、患者のQOLに関する情報の集積店でもなければ、それを理解することができる存在でもなくなるのである」(猪飼2010)。したがって、医師が一方的にサービスを提供する立場ではなくなる。医師と患者が信頼関係を築き緊密にコミュニケーションを交わすことは病院内にあっても近年求め

られるようになった変更点と言えよう。病院経営の厳しさもあって急展開は求めがたく、現時点では萌芽が点々と存在する程度と考えるべきであろうが、上記の社会背景も相俟って、生活そのものに介入する医療が見られるようになっている。

(2)【挑戦事例1】JA愛知厚生連・足助病院

事例のひとつ目は愛知県豊田市の足助病院の取組みである。豊田市はトヨタ自動車株式会社の本拠地であり、関連企業も多く立地しているために財政的には潤沢である。労働者世帯も多く、42万人の人口を抱える中核都市である。足助病院が立地する足助地区は、かつて三州街道(塩の道=海産物と林産物の輸送路)の宿場として栄えた地区であり、山側から見れば平地に出る手前の宿場にあたる。すなわち典型的な中山間地域である。地区内には紅葉スポットである香嵐溪が有名であり、秋になると車列が渋滞を起こすほどのにぎわいとなる。近年まで足助町としてひとつの基礎自治体であったが、2005年に周辺の町村とともに豊田市に編入合併した。地区人口は7,880人(2018年3月末)である。

その足助病院の早川富博院長は日本農村医学会理事長も務めた人物であり、農村医学の実践者である。早川院長は2010年より毎年市民向けの「香嵐溪シンポジウム」を開催してきた。第6回までは外部講師を招いての勉強会形式であったが、「持続可能な地域づくり」をテーマとした第7回(2016年)では「地域住民が中心でなくては何ともならない」との判断から、社会福祉協議会職員との基調講演に加え、自治会長や地元任意団体代表による地

域づくり（空き家対策、美化活動、防災・減災、娯楽イベント等）の報告をうけディスカッションを行う形式で行われている。

また、地域住民の生活環境と外出状況に関する調査・分析を行ったり、豊田市と名古屋大学のバックアップを受け「豊田市あすけあいプロジェクト」を実施したりしている。あすけあいプロジェクトはタブレット端末を活用して乗合バスの予約をするシステムの社会実験であった。さらに足助病院の中庭で民間企業の協力を得て住民のど自慢大会を開催、ここにこのイベントに共感した食品・衛生関連企業も商材提供や運営支援に関わった。入院中のお年寄りから地元小中学生まで参加し、祖父母に花束をおくる孫、といった顔のほころぶようなシーンもあった。かように足助病院を単に患者のために医療サービスを提供する場としてでなく、交通、交流の拠点として位置づけ、人々が外に出たくなるまちづくりを目指して医師・院長としての仕事も並行しながら早川院長は思考を巡らしている。

（3）【挑戦事例2】長崎県対馬市

対馬市での取り組みについては2017年度JA共済総研セミナーや拙稿（共済総研レポート）にて度々紹介している。共済総合研究・別冊（2018）では現地の関係者による講演も掲載されているので詳細は参照されたい。

人口約31,000人の対馬市は長崎県病院企業団が運営する対馬病院と上対馬病院が二次医療機能を有しているが、南北に長く、地勢的にも山がちな対馬市では住民からの交通アクセスへの評価が厳しくなりがちである。100以上存在する集落には高齢者しかいないよう

ないいわゆる「限界集落」が多数存在し、通院の足は切実な問題である。

2016年に対馬市医療統括官、兼いづはら診療所の所長に着任した桑原直行医師は、着任以来、診療所外来と訪問診療を実践してきた。その中で、対馬市の高齢者の現状について生きがいがなく、孤独で不安な環境に置かれていると分析し、財政的に大変厳しいにもかかわらず行政に依存、あるいは諦め意識が蔓延していることを問題視していた。そこで地域内外の有志が力を合わせ、生きがい・交流の拠点としての「アグリパーク」を久田地区の6反6畝の耕作放棄地に拓くことにした。2018年3月より整備活動を開始し、畑の開墾のみならず、水路の整備、竈の制作、石垣の復旧・美化などを行い、雑木と雑草で埋もれた山間の土地を1年間で見違えるような明るい場所に変えた。以前より隣の土地で菜園をしていた住民からも気持ちが明るくなったとの声が聞こえた。11月には収穫祭を開き、地元の住民、子どももやってきて、アグリパークで収穫したソバがふるまわれた。

2018年に入ってから、この久田のアグリパークの活動を参考に貝口地区でも「ピアパーク」の活動が始まった。ピアパークは現在は猫の額ほどの敷地面積であるが、入り江に面しアグリパークとはまた異なる趣を持っている。対馬市は集落ごとにコミュニティーの在り方も大きく異なると言われており、各地区の特色をいかしつつ、ゆくゆくは固有種や高齢者がかつて慣れ親しんだ植物の再生と次世代継承を通じて「何もない対馬」と諦めがちな住民の希望の象徴となるよう、こうした活動の拠点が点々と展開されるのが目標である。

(4) 日本農村医学会・生活習慣病部会介護 コホート研究

医療供給者サイドからの挑戦を見てみたい。日本農村医学会での直近の動きである。先にも触れたように我が国では高度経済成長期のころには都市部と農村部で病の傾向にはほとんど差がなくなったが、農業者にとっては農機具災害や農薬中毒の危険から完全に開放されたわけではなく、現在も研究部会が置かれ、活発な研究活動が行われている。もちろん日常生活で発生する外傷と生活態度の関連性の研究や、多職種連携の推進に関する研究、健康食品に関する研究など、農村固有の領域に拘束されない研究も多数報告されている。

そこに、2007年より農村の生活習慣病部会が立ち上げられ、2017年にはJA共済連全国本部の支援の下、全国の厚生連病院と大学機関、NPO法人等とともに「農業・農村の特性に着目した介護コホート研究」(<https://www.jarmlsd.jp/index.html>)を開始した。ここでは農村生活者の生活態度（農業とのかわり等）、居住環境（地域拠点への距離等）、地域環境（ソーシャルキャピタル等）と、各種健康指標、疾患、介護サービスの利用状況などとの関連性を5年間のデータ集積の上で分析することとしている。本稿執筆時点では1年目のデータ収集・集積過程にあるため、残念ながら速報的な分析結果すら示すことはできないが、当研究所ではこのコホート研究にも関与し、営農、社会参画、活力の発揮の場の存在などが高齢者をより豊かに元気にしてゆくか、足助病院や対馬市における実践と実証研究によるエビデンスの抽出を両睨みで

進めてゆく予定であり、可能な範囲で随時結果を提示していきたいと考えている。

4. おわりに

本稿では我が国の農村医療の時系列的な流れを記述することを試みた。そして猪飼の言う「病院の世紀の終焉」後に求められている医療のシルエットはかつての農村医学に近いものであり、恐らく主流とはならないまでも、着実に農村医学の経験が超・超高齢社会の医療をリードする在り方ではないかと持論を立てた。しかし筆者の知見不足ゆえ、事実とそぐわない記述なども多々あろうと思われる。農山村住民の暮らしに寄り添うまちづくりに貢献すべく、理論面実証面ともにさらに見識を深めてゆく所存である。

参考資料

- ・猪飼修平（2010）『病院の世紀の理論』有斐閣
- ・若月俊一、船崎善三郎、飯島貞司、佐々木真爾、坂本和夫、越川宏一、松島松翠、寺島重信（1958）「農民の潜在疾病に関する調査研究—長野県南佐久郡における山間と平坦の2部落の統計より—」『日本農村医学会雑誌』7（1）、pp. 1-26.
- ・登内真（2002）「農村における臨床医学の位置付け」『日本農村医学会50周年記念誌』、pp. 5-9.
- ・足助病院（2016）「第6回香嵐溪シンポジウム「いつまでもここに生きる」高齢化と過疎化が進む中山間地域におけるエイジング・イン・プレイス—協働型の移動支援と健康見守りサービスの構築を目指して—」（平成27年10月17日 いきいき生活支援公開シンポジウム 開催記録）
- ・JA共済総合研究所（2018）「平成29年度JA共済総研セミナー 超高齢社会における地域の対応と若者の還流による効果を求めて～対馬市における地域包括ケアと域学連携の取組みより～」『共済総合研究・別冊』