

秋田県 かつの 鹿角発

# 医師不足の 解決めざす 住民運動

問題のカギは医療の外にある



すずき どみ  
鈴木土身

秋田県・鹿角の医療と福祉を考える市民町民の会

**横山壽一氏** 推薦!!  
金沢大学名誉教授

学習に裏打ちされた広い  
視野と地道な調査で医師

不足のメカニズムを解明し、住民が望む医療を  
提案する鹿角の住民運動。ここには地域医療の  
あり方と進むべき道が鮮やかに示されている。

日本機関紙出版センター

秋田県 鹿角<sup>かづの</sup>発

# 医師不足の 解決めざす 住民運動

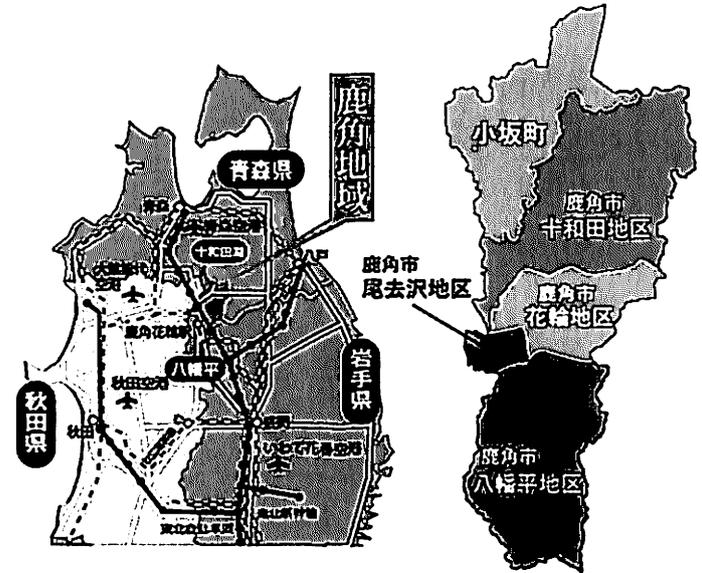
問題のカギは医療の外にある

鈴木<sup>すずき</sup>土身<sup>どみ</sup>

秋田県・鹿角の医療と福祉を考える市民町民の会

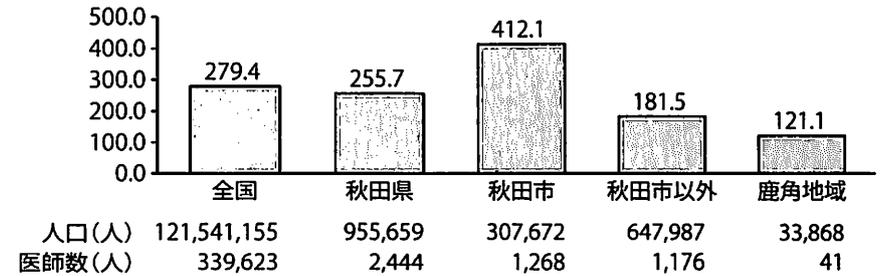
日本機関紙出版センター

【図表1】鹿角地域（鹿角市および小坂町）は青森・岩手の県境



(かづの商工会女性部ホームページより)

【図表2】人口10万人あたり医師数(人)



(2020年、秋田県衛生統計年鑑より)

私たちの国・日本では、一般に「地方」と呼ばれる地域に医師が少ない。  
秋田県鹿角地域（鹿角市および小坂町）も同様だ。そこで、住民が立ち上がった。自ら全国に医師を求め、医師不足のメカニズムを解明し、解決方向を提案している。

## はじめに…本書でお伝えしたいこと

秋田県鹿角地域（鹿角市および小坂町）の「医師不足の解決めざす住民運動」は、2024年（令和6年）時点で18年を経た。ある取材を受けた際、記者の方に「どこに興味を抱いたのか」と逆質問をしたら、「長くやっていること」との答えが返ってきた。住民運動は一般に「短期決戦」というイメージらしい。別の見方をすれば、鹿角は、「とても困難な課題に立ち向かっている」と言えるのかもしれない。

本書は、そのような鹿角の住民運動をより多くの方々知っていただき、できることならば、これまで以上に「お力をお借りしたい」との気持ちを含めて世に出した。もし、医師の方に読んでいただくとすれば、この間の事情をできる限り正直にお伝えするので、困難な面も含め、すべてを承知した上で「鹿角への赴任を本気で考えてほしい」と心の底から願っている。

私が本書でお伝えしたい内容は、「私自身が鹿角から学んだこと」に他ならない。特に以下の4点は、「鹿角の住民運動の特徴」と言い換えてもよいと思う。

### （一）行政や病院と連名の「医師募集チラシ」をつくり、住民自ら医師を探す

「医師が足りない」という問題を解決したい時、思いつくのは「病院や行政にお願いする」という行動であろう。しかし、鹿角の場合、住民が「行政や病院を誘い、連名で医師募集のチラシを作って全国にばらまく」という方法を採用した。2006（平成18）年から2018（平成30）年までの

12年間、全国406カ所に、数回数種に及ぶ計約10万枚のチラシを配布し続けた結果、これを見た精神科の医師2人が常勤赴任した。

## (2) 住民が自力で地域調査、「短命の原因」を究明し、解決のヒントを提示

「鹿角は短命」であり、その原因を究明するため「地域調査」を実施した。研究者に委ねる試みもしてみたが、「調査期間が限定される」ことがネックになった。この時点で「住民が自分で調査する」という選択をしたことが鹿角のすごいところだと思う。素人ゆえに不十分さは否めないが、調査の5年間は「住民が地域を見つめる貴重な時間」となった。

## (3) 半年間の学びを経て、「医師不足のメカニズム」を解明

努力が実を結び、精神科の常勤医師が赴任したものの、数年後に再び非常勤体制に戻る。住民運動は解散寸前に陥るが、そこから反転して「学び」に向かったところが大きな分かれ目。今まで医師不足について、どこか「地域の中の不幸な出来事」のような受け止め方をしていたのが、「医師不足のメカニズム」を解明してしまった。それが新たな住民運動への道を切り拓く。

## (4) 行政や病院に「住民にとって必要な地域医療の姿」を提案

出発は精神科の医師不足だが、この間、住民運動の視野は確実に広がってきた。医療の実体験を「住民の証言」などの形で客観化していく。行政や病院などに対する「解決方法の提案」も蓄積しつつ

あり、部分的にせよ受け入れられている。個々が抱える諸問題を「住民にとって必要な地域医療の姿」として整理し、提案は「将来の地域全体像」をも見据えるまでになった。

はじめに…本書でお伝えしたいこと 3

- (1) 行政や病院と連名の「医師募集チラシ」をつくり、住民自ら医師を探す 3
- (2) 住民が自力で地域調査、「短命の原因」を究明し、解決のヒントを提示 4
- (3) 半年間の学びを経て、「医師不足のメカニズム」を解明 4
- (4) 行政や病院に「住民にとって必要な地域医療の姿」を提案 4

## 第1章 住民が「医療」を見つめ直し、自ら動く

### 1 鹿角の精神科は住民がつくり、住民が支えてきた 12

鹿角の精神科は住民運動で生まれた 12

「仲間とついでに生活する」という選択肢 13

働くとは自立の基礎 14

担い手・住民らの「小委員会」が精神科医のよりどころに 16

住民団体「鹿角の医療と福祉を考える市民町民の会」が発足 18

「住民の証言1」「常勤医不在の精神科、緊急時も隣市に頼らざるを得ない」 21

### 2 住民にとって医療は不可欠 24

市民アンケートでは「地域医療体制の充実」が毎年トップ 24

健康な人には「医師不足」の実感がない、だから「住民の証言」を 25

「住民の証言2」「週3回・隣市での透析、送迎する家族の苦悶」 27

## 第2章 住民が「地域」を見つめ直し、自ら調べる

### 3 北の要所・かづの 32

1万年も続いた縄文時代 32

鉾山をめぐる三つ巴の領有権争い 34

鹿角市と小坂町の程よい関係 36

秋田の医療は厚生連が支えてきた 39

「住民の証言3」「私の人生は「大きな病気の連続、地元で医療は不可欠」 41

### 4 「住民」が「地域」を「生きる」 44

地域調査で浮上した「生きる」の「住民」 44

- (1) 今の日本は、基本的に「生きつらい社会」であること 45
- (2) 「秋田市一極集中」や「何でも合併」を軸にした地方行政が布かれていること 46
- (3) 「地域の縮小」を感じる場面が増え、「生きる意欲」を見出しにくいこと 46

4 (4) 人の「優しさ」が、「ガマン・無抵抗・あきらめ」等に転じていたこと  
病気は社会が引き起こす 48  
「生半可な」の根源 50

「住民の証言」4「頭から血を流して病院へ入る」受付で「マニュアル」救急車呼ぶ「 54

## 5 全国国産地から来た「地域医療」の「インパクト」 56

- (1) きっかけを見つけて、何かと集まる 56
- (2) 地域の縮小の「芽」をスルーしない 57
- (3) 「集まり」の「送迎車」は「おきまの」といって文化をいへる 58
- (4) 消費者・販売者・生産者が、ともに知恵を出し合ひ、力を合わせる 59
- (5) 五城目町「朝市」に学ぶ 60
- (6) 「捨つてきたもの」に着目 62
- (7) もともとあった「地元」の産業を掘り起こす 64
- (8) 「地産地消」から「地産地産」へ 65
- (9) 数多への「学び」があれば、「地域大学」みたいになる 66
- (10) 数年後に島根・秋田の人口が逆転、その差は「高校」への取り組み 67
- (11) 「少子化対策」のキスは「地域と一体になった」教育 71

「住民の証言」5「119の病院では無理」ときつり言える医師に救われる「 72

## 第3章 住民が「社会」を見つめ直し、自ら提案する

### 6 住民が「医師不足のメカニズム」を解明 76

失意からのロングラン学習討論 76

日本の医師は「人口が多い地域」により多い 78

医師不足のメカニズム：「公共」から「営利」への政策転換 80

地方の人口が減った訳 83

医師も患者も困っている 85

「住民の証言」6「鹿角なら、障害があっても一人で暮らせる」 91

### 7 住民が提案する「鹿角の地域医療の姿」 93

「健康自己責任論」は間違っている 93

障害の「医学モデル」と「社会モデル」 97

とても大事な「地元」で相談できる場所 98

私たちは「全てを地域内で」とは言っていない 103

(1) 総合的な診療 105

(2) 救急医 106

住民が望む鹿角の地域医療の姿 108

医師と住民が力を合わせる 112

精神医療の難しさと私たちの役割 114

【お医者さん、鹿角に来てください】 116

おわり「…」学びの道「上郷から鹿角まで」 118

私を秋田県民にした「大人たち」 118

地域に視線を向ける「医療研究集会」との出会い 121

調査する側の生き方が問われる「労働者状態調査」 122

鹿角が私に「地域」を教えてくれた 124

本書に託した私の思い 125

【主な参考文献】 128

## 第1章

住民が「医療」を

見つめ直し、

自ら動く

## 1 鹿角の精神科は住民がつくり、支えてきた

鹿角の精神科は住民運動で生まれた

「…戦争は、命を奪い、体を傷つけるだけでなく、後の世に至るまで、人の心をも壊してしまう。戦後の日本は、何年経っても、どこに行ってもそうだった…」と、顔をゆがめて話す大人たちの姿が、今でもそこだけ切り取ったように深く脳裏に刻まれている。

実際、当時、全国で目を覆いたくなる事件が相次いだ。1960（昭和35）年2月3日の秋田魁新報は、前日に鹿角郡十和田町（現鹿角市）で起きた「50代の女性がメッタ切りに遭った事件」を報じた。犯人について、同紙は「知能の遅れた17歳の少年」と表現。その3日後の新聞では、この件にも触れながら、「県下2万人の精神障害者が野放し」と、差別的とも思えるような文言を用いて危機感をあらわにした。

行政の対策が滞る中、鹿角では、婦人会のお母さんたちが、いち早く「治療環境の構築」を提案。それが一大住民運動に発展した。これを受けて、鹿角郡5カ町村（八幡平村・尾去沢町・花輪町・十和田町・大湯町）は「精神病院組合」を設立し、1961（昭和36）年7月1日、50床の病棟を建設。管理を秋田県厚生連・鹿角組合病院に委託した。

よほど慌てていたとみえ、病棟は常勤医不在のまま開設。1年目は「治療」というより文字通り「隔離」で、事件とは無縁でも「罪人扱い」に近かった。翌年4月1日、初代科長として植田修医師が赴任し、1968（昭和43）年、2代目科長・青木敬喜医師のあたりから、少しずつ「患者の人権を認める方向」へと変化し、その後、精神科病床は140床まで増えていった（18頁図表4）。

### 「仲間とついでに生活する」という選択肢

1970年あたりから、日本の医療政策は徐々に「公共から営利へ」と舵を切り、いわゆる「社会的入院」が問題視される。やがて、1990年代には鹿角の精神科病床も減らされることになった。しかし、退院しても「帰る所」がない患者も少なくない。受け皿としてグループホームが注目され、家族会（入院患者の家族による会）が運営主体となる案が浮上したが、会員の意見は賛否に分かれ、まとまらなかった。

そうこうしているうちに、仲の良かった患者3人が、「行くあてはない。でも、早く退院して、鹿角で暮らしたい」と申し出てきた。関係者は慌てたが、とりあえず病院の古い宿舍を借り、3人は共同生活をするようになった。誰だって、いつまでも入院しているのはイヤだ。「社会的入院」などという表現で、病院が困っているような口調でマスコミは書き立てるが、一番困っているのは本人である。社会的な都合で「病院に居ろ」と閉じ込められた人たちに対して、今度は、社会的な都合で「病院を出ろ」と言う。そんな理不尽な経過に一刻も早く別れを告げ、「共同生活」という新しい方法で地域に戻る。まるで、朝日が差し込む中での「再出発」のようではないか。だから、3人は、この家を「日の出荘」と命名した。2000（平成12）年3月7日のことであった。

病院の職員も、ボランティアグループも、「3人の共同生活」が心配で毎晩訪ねていった。3人は「毎日来なくなったら大丈夫」とは言ったが、それでも訪問はしばらく続いたという。

【図表3】「家族会」に端を発するNPO法人の主な事業（2022年度）

NPO 法人・鹿角親交会（設立 2000.8.15）

事業名	事業内容など
共同生活援助	グループホーム「日の出荘」「ひばり荘」「みどり荘」
就労継続支援	軽作業「ひなたぼっこ」、受託事業「いっぶく堂」、配食「くう兵衛」
生活介護	入浴・機能訓練「小春日」
相談支援	相談支援センター「コンパス」

NPO 法人・青垣（設立 2006.9.4）

事業名	事業内容など
作業訓練	各種受託作業、生活技術支援
相談支援	精神障害者家族学習会等
障害福祉サービス	スポーツ・文化・芸術体験、研修旅行等
送迎	利用者の送迎、課外活動等

〔令和4年度事業報告書〕より

「NPO 法人・鹿角親交会」は、2008（平成20）年から、「就労継続支援B型」の認可を得て、地域支援センター「ひなたぼっこ」を開設。国道に面し、以前はラーメン屋さんなどが使っていた建物を借りた。窓が広く、日差しも明るいため、「ひなたぼっこ」がピッタリだ。

ここを拠点に、メール便の配達や、じゅうたんクリーニングの受託、薪の製造・販売などの仕事をしている。仕事は、ここに通ってくる人たちが、自分で探したり、考えたりする。時には、外部から仕事の依頼もあるが、試してみても、継続が困難な場合には丁重にお断りする。「ひなたぼっこ」は、自主運営を原則とし、利用規則・当番・作業賃金などもみんな（利用者・職員）で相談して決める。

一方、「NPO 法人・青垣」が運営する「地域活動支援センター」では、平日の朝、9時からミーティングが始まる。作業は午前9時15分から午後3時30分まで。午前1回・午後1回の短い休憩時間には、全員分のお茶を入れ、次の作業クルールに向けての集中力を蓄える。市内の事業所からもらう仕事は時々変わるが、例えば、石鹸などの箱へのシール貼り、自動車部品

### 働くことは自立の基礎

この共同生活について、市民の間でも、さまざまな意見があった。中には、ナベ・カマ・ヤカンなどを寄付してくれた人もいたし、精神障害者が地域で暮らすことに反対の人もいた。「日の出荘」が所属する自治会も最初は猛反対したため、家族会は法務局・人権擁護課に救いを求めた。法務局では、関係者に事情聴取まで行い、事態を収めるように尽力。日の出荘は波乱の旅立ちとなった。

2001（平成13）年秋に、「日の出荘」は引越えをする。このとき、当初は反対していた近所の人たちが、「行かないで」と、涙を流して別れを惜しんでくれた。1年半の共同生活の中で、3人は、誰から言われるまでもなく、近所をよく掃除し、一人暮らしのお年寄り宅の除雪までしていた。近所からも漬物や惣菜などが届く関係が培われていった。理屈抜きで、精神疾患というものを理解し、障害者の人格を認め、受け入れる地域になっていった根っこには、この3人の人柄があったと言っても過言ではない。

時を経て、家族会はNPO 法人となり、共同生活はグループホームとして認可された。家族会は運営する自信をつけ、その後も活動の範囲を広げていく。

前述の「家族会がグループホームの運営主体になるかどうか」の意見の違いによって、家族会は、その後、「NPO 法人・鹿角親交会」と「NPO 法人・青垣」の二つに分かれていった。「地域で暮らす」ということは、一つは「住む」だが、もう一つ大切なことは「働く」ことだろう。二つの家族会は、当事者と相談しながら、それぞれ様々な「働く機会」を模索していった（15頁図表3）。

の組み立て、フルーツキャップづくり、県政だよりの分別・梱包など。例え障害があっても、仕事にミスは許されない。作業中は、髪の毛が落ちないようにキャップをかぶり、真剣なまなざしでモクモクと手を動かす。職場全体が緊張感に包まれ、ピリッとした空気が張り詰めている。夕方、仕事を終えた時点で再度ミーティングを行い、反省点を出し合う。毎月、「売上額」や「一人平均稼ぎ高」が壁に貼り出される。給料は、勤務日数に応じて支払われるルールだ。

なお、二つの「元家族会」は、対立的な関係ではなく、お互いを認め合いながら、時には行動を共にする「良きライバル」になっている。

### 担当者・住民らの「小委員会」が精神科医のよりどころに

鹿角で精神障害の話をする時、誰からともなく「小委員会」という言葉が出てくる。「小委員会」という限り「大委員会」があるはず。人によって微妙に呼び方も違うようだが、「精神障害者の地域生活支援を考える会」がその正式名称である。

1999（平成11）年、鹿角組合総合病院（現かづの厚生病院）の精神科病床をさらに減らす話を持ち上がった。入院患者は、できるだけ家族の元で暮らさなければならぬ。誰が支援するにしても、単独でできるようなことではなく、緊急に関係する組織が協議をする必要があった。保健所・福祉事務所・保健センターなどの行政機関、社会福祉協議会、患者家族会、医療機関など、関係団体の「長」宛に文書が発せられ、「精神障害者の地域生活支援を考える会」が開催された。「大委員会」は1回きりで、このときが最初で最後。話は大枠で合意に至り、「後は担当者レベルで…」というこ

とになった。これが「小委員会」である。

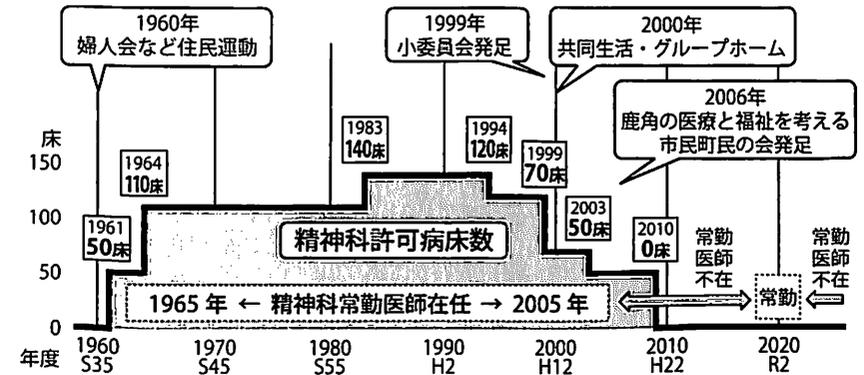
小委員会のメンバーには当事者も含まれている。その他、家族会・保健師・ケースワーカー・社協・グループホームが建つ地域の自治会長など、常時14〜15人が集まる。会議は月1回。2000（平成12）年から第1月曜日の夜に定例化した。すでに300回を超え、今もなお継続し、実質的に「地域に欠かせない存在」になっている。

例えば、鹿角でなくても、精神障害者にかかわる問題が何か発生した場合、誰かが起点となり、行政や病院など関係機関の担当者で連絡を取り合い、お互いに相談しあう場面があるかと思う。緊急の場合には、夜も休みも関係なく、それこそ業務の範疇を飛び越えて、関係者は必死に頑張る。鹿角の場合、「そんな関係者とうしが、小委員会という名前で、定期的に一堂に集まっている」と言えば、わかりやすいだろうか。

小委員会は、開設当時、グループホームを支えることがメインだった。それが落ち着くにつれて、障害者一人ひとりの生活をどう支援するか、ケースに応じて最も適切な方法を模索する場となっていく。参加者は、1カ月間の動きを報告し、新しい事業などがあるときには皆に相談を持ちかける。メンバーの誰かが「議題」を提供すれば、みんなでそれを話し合う。ある意味、「各自の主体性を前提に、きわめて発達したコミュニケーション能力を身につけたグループ」とも言える。時間がとれるときには、病気や制度などについて学習も行う。具体的な事例を挙げて、支援の方法を生々しく学ぶ場面もある。

ここに参加している人々にとって、小委員会は、大なり小なり、自分の仕事の延長線上にあると

【図表4】 かつの厚生病院（鹿角組合総合病院）の精神科許可病床数の推移と地域住民などの動き



（許可病床数は秋田県厚生連「事業報告書」による）

は思う。しかし、あまり「業務」という雰囲気はない。集まるのは夜だが、基本的にはボランティア参加である。小委員会に「予算」はない。9月のはじめに行う「運動会」は「ボランティアの会」が主催者になり、みんなの手伝う。また、講演会などの場合には、社会福祉協議会や家族会などが主催し、そこに皆で参加する。

言ってみれば、「心」だけでつながっている個人参加の「任意団体」。特に、精神科の医師にとっては、昔も今も、かけがえのない「よりどころ」になっているようだ。

**住民団体「鹿角の医療と福祉を考える市民町民の会」が発足**

鹿角の精神科病床は、設立から20年余を経て、140床にまで増えていった。しかし、1994（平成6）年を境に減床に転じ、2006（平成18）年常勤医師不在、やがて病棟も廃止する方向へと向かう（図表4）。

病院内では水面下で事が運ばれ、職員に「病棟廃止等の方針」が伝えられたのは実施2カ月前（2006年2月3日）。話を聞いた病院の労働組合（秋田県厚生連労働

組合鹿角支部）が真っ先に行なったのは、新聞折込みによって、事態を地域全戸に知らせることであった。本来なら病院が知らせるべきであり、また、自己利益優先の労働組合であれば黙っていたであろう。しかし、ここの労働組合は、医療は住民とともにあることを深く自覚し、日頃からその姿勢を貫いていたため、行動に迷いはなかった。

全戸に配布されたチラシに込め、驚くほど多くの住民から「声」が寄せられた。チラシの裏に震える手で書かれた「医療がなくなるといふことは、もうこの地域には住めないといふことだ」など、心からの叫びが「これから住民がやるべきこと」を示していた。

2006（平成18）年3月28日、「第1回鹿角の医療と福祉を考える市民町民集会」が開催され、住民団体「鹿角の医療と福祉を考える市民町民の会」（以後「市民町民の会」と略）が発足する。住民の立場で、秋田県・鹿角市・小坂町・鹿角組合総合病院（現かつの厚生病院）に働きかけ、連名の「医師募集チラシ」を作成し、全国406カ所に12年間で約10万枚を配布。その結果、2018（平成30）年、ついに、この活動に共感した精神科医2人が常勤赴任した。

この朗報に至るまでの「市民町民の会」の活動については、拙著『お医者さんも来なくなる地域づくり』（参考文献1）を参照していただきたい。

【図表5】「鹿角の医療と福祉を考える市民町民の会」の歩み（主なもの）

2006 (H18) . 3.28	第1回「鹿角の医療と福祉を考える市民町民集会」（この集会で同会が発足）
2006 (H18) . 7. 7	第1回県知事宛の署名運動開始（鹿角市・小坂町が協力団体に）
2006 (H18) . 8.29	県知事に宛てて署名（16,038筆）提出
2007 (H19) . 5.25	第2回「鹿角の医療と福祉を考える市民町民集会」（県が医師確保対策を説明）
2008 (H20) . 7.27	「自殺予防を考えるシンポジウム&コンサート」（藤本佳史氏、市保健師と共同）
2010 (H22) . 9.17	全国の「道の駅」などに「医師を求めるチラシ」の送付開始（以後、約10万枚）
2011 (H23) . 5 ~	第1回地域調査
2011 (H23) .11.12	第1回地域調査報告集会
2012 (H24) . 5.22	鹿角の医療を語る会
2012 (H24) . 6.15	乳牛二区信和会小集会
2012 (H24) . 8 ~	第2回県知事宛の署名運動開始（鹿角市・小坂町が協力団体に）
2013 (H25) . 1.22	県知事に宛てて署名（6,664筆）提出
2014 (H26) . 6.23	こころの健康学習会（宮本昌博氏・増田一世氏）
2015 (H27) . 2.19	埼玉・西部診療所に「コンビニクル・システム（乗合バス運行）」見学
2015 (H27) . 2.24	市民公開講座（県市主催）「岩手医大精神科・星医局長」
2015 (H27) . 7. 7	第1回安心して暮らせる地域づくり集会（心の健康ネットワーク、公共交通）
2016 (H28) . 7.23	第2回安心して暮らせる地域づくり集会（本田宏氏）
2016 (H28) ~ 2020	第2回地域調査
2018 (H30) . 1.27	地域調査の中間検討会
2018 (H30) . 3. 4	「お産ができる鹿角を望む住民集会」
2018 (H30) . 4. 1	2人の精神科医師が常勤赴任
2018 (H30) . 7.21	「これからの精神医療を考えるつとめ」（2人の常勤医師を交えて）
2019 (R 1) . 5.25	全国住民へのアピール「住民の立場で『医師を増やせ』と声をあげよう」
2020 (R 2) . 1.23	秋田県医師確保計画素案に関するパブリックコメント提出（総合的な診療の推進）
2020 (R 2) . 6.11	鈴木土身著「お医者さんも来なくなる地域づくり」（旬報社）発行
2021 (R 3) . 4.17	第2回地域調査報告集会
2021 (R 3) .11. 7	「いのち」の学習会（岡野眞規代氏）
2022 (R 4) . 4. 1	鹿角の精神科医療が再び「非常勤体制」に戻る
2022 (R 4) . 5.10	「いつでも市長室」市長との懇談（「救急医確保、いのち育む郷かづの構想」提案）
2022 (R 4) . 6. 7	新しい「精神科医師を求めるチラシ」全国に向け発信
2022 (R 4) . 8 ~	「あらためて、地域・住民目線で『医師不足』を考える」ロングラン学習討論
2023 (R 5) . 2.18	鹿角の住民運動に関心を寄せる研究者との懇談会
2023 (R 5) . 3.25	「あらためて、地域・住民目線で『医師不足』を考える」資料の冊子化
2023 (R 5) . 4.17	鹿角市長宛「地域公共交通に関する意見書」提出
2023 (R 5) . 5.13	茨城の住民団体「地域医療を考える住民ネットワーク」との懇談会
2023 (R 5) . 6.25	第3回「鹿角の医療と福祉を考える市民町民集会」
2023 (R 5) . 6.27	秋田県・鹿角市・小坂町・かづの厚生病院に「住民の提案書」提出
2023 (R 5) . 8 ~	「住民の提案書」に対する各団体の「返答」を地域内外に配布

(2006年～2023年)

【住民の証言①】 Nさんの場合

常勤医不在の精神科、緊急時も隣市に頼らざるを得ない

82歳のNさん、一人暮らしで、生活介護事業所に通う

Nさんは、現在82歳の男性。アパートを借り、一人暮らしをしています。

統合失調症のNさんは、体調が悪くなると入院し、回復すると退院して日常の生活に戻ります。定職に就くのは難しく、NPO法人「鹿角親交会」による「小春日（生活介護事業所）」に通いながら、軽作業や運動をする日々が続いています。

地元の中核病院「秋田県厚生連・かづの厚生病院」の精神科は、2006（平成18）年から常勤医師がいなくなり、病棟も廃止されました。しかし、住民らの頑張りで2018（平成30）年に常勤医師が2人着任。以来その一人M医師がNさんの主治医となりました。

「鹿角親交会」の看護師は、時々、利用者の自宅を訪問しています。Nさんの場合も、看護師は、訪問しながら服薬のセットやチェックなどを行い、M医師とも相談しながら、微妙な変化にも気を付けていました。

「主治医から見放された」と思い、服薬拒否

理由等は省略しますが、2022（令和4）年4月から精神科の常勤医が再び不在になりま

した。M医師はNさんにそのことを告げ、非常勤医師に後を託しました。同年5月17日(火)、Nさんは、初対面の後任医師の診察を受けます。

5月22日(日)の夜、Nさんは何を思ったのか、タクシーで少し離れた神社(実家の傍)に向かい、ご神体の山に登ります。往復3時間、疲れて道端で倒れていたのを近所の人が発見。パトカーで帰宅…、という事件が発生しました。

それを聞いた親交会の看護師は、すぐにNさんのアパートを訪ねます。聞けば、どうやら「主治医から見放された」と思ったようで、薬も飲んでいません。会話を続ける中、少し落ち着き、服薬も約束したことから、看護師は戻りました。

入院が1日延びれば重篤化するのを目に見えているが、断念するしかない

ところが、1週間後の5月30日(月)、看護師が再訪問時に薬をチェックすると、Nさんがその約束を守っていないことが判明。「精神科の薬はやめた」など、多弁に語ります。きちんと薬を飲んでいないことによる興奮状態とも言えました。看護師は、過去の経験から、すぐに入院治療を施す必要性を感じました。

地元「かづの厚生病院」に病棟はありません。隣市「東台病院」に電話したところ、新型コロナウイルスの影響で受入困難。「精神科救急地域指定病院」の「大館市立病院」でさえ、この日は新患を受け付けられない曜日であり、加えて、紹介状が不可欠とのこと。入院が1日延びれば、その分、重篤化するのを目に見えています。医療機関がこのような対応をする限り、無理は言えず、

断念するしかありません。

翌朝、無理を言って「かづの厚生病院」の非常勤医師の診察を受け、紹介状を書いてもらい、ようやく「大館市立病院」に入院することができました。約1カ月間の入院治療を経て、Nさんは退院。その後は落ち着いています。

(原文通り「ですます調」にて)

【図表7】16年間で集めた「住民の声」の全容

年	集めた方法や集會名など	件数
2006	秋厚労鹿角支部が地域に精神科の事態を知らせたチラシの裏	154
2006	署名活動、訪問時の「住民の声」の集計	35
2006	院長宛申入れに伴う住民の声	5
2007	第2回市民町民集會に伴う住民の声	4
2008	精神医療の継続を求めるチラシの裏	21
2008	シンポ&コンサート	3
2010	子どもとお産のアンケート	115
2011	第1回地域調査・聞き取り	77
2012	鹿角の医療を語る会・まとめ	33
2014	こころの健康学習会・まとめ	25
2015	第1回安心して暮らせる地域づくり集會・発言のまとめ・感想	51
2016	第2回安心して暮らせる地域づくり集會・発言のまとめ・感想	41
2017-20	第2回地域調査・聞き取りなど	344
2018	第2回地域調査・中間検討会	81
2018-19	産婦人科問題に関する住民の声、各種	52
2018-20	鹿角市民アンケート「地域医療・母子保健」自由意見	50
2020	守る会「出産に関するアンケート」記載欄	17
2021	市民町民の会「声を上げよう」チラシの裏	63
2021	第2回地域調査・報告集會（感想、発言、感想アンケート）	47
計		1,218

医療	件数	医師不足	件数
医療	683	医師不足	367
交通	69	不満・要望	192
生活	55	医療費	44
地域	362	住民の姿勢	51
その他	49	その他	29
計	1,218	計	683

医師不足	件数
精神科	124
産婦人科・子育て	148
その他の各診療科	33
頻繁な医師交替	5
医師の労働	10
住民運動	8
その他	39
計	367

健康な人には「医師不足」の実感がなく、だから「住民の証言」を12年間の住民運動が実を結び、2人の精神科医師が鹿角に常勤赴任した。しかし、入れ替わるように、今度は、産婦人科の常勤医師が不在になる。それは、鹿角が「地元でお産ができない地域になる」ことを意味していた。

婦人科「それ以外」が3分の1ずつを占めた（図表7）。

【図表6】市民アンケート「もっと力を入れてほしいと感じるもの」

年度	2016 H28	2017 H29	2018 H30	2019 R1	2020 R2	2021 R3	2022 R4	2023 R5
回収数	493人	469人	495人	480人	513人	496人	431人	442人
回収率	70.4%	67.0%	70.7%	68.6%	73.3%	70.9%	47.9%	49.1%
1位	雇用安定	医療充実	医療充実	医療充実	医療充実	医療充実	医療充実	医療充実
2位	医療充実	雇用安定	商店活性	商店活性	商店活性	商店活性	就労支援	子育て支援
3位	商店活性	商店活性	雇用安定	教育充実	雇用安定	雇用安定	産業活性	就労支援
4位	教育充実	教育充実	教育充実	雇用安定	産業活性	産業活性	子育て支援	生きる力
5位	子育て支援	観光振興	産業・交通	市街整備	公共交通	公共交通	生きる力	公共交通

鹿角市、各年度「市民アンケート実施結果・報告書」より

## 2 住民にとって医療は不可欠

市民アンケートでは「地域医療体制の充実」が毎年トップ。鹿角地域で暮らしているほとんどの住民は、精神科に限らず、全体として「医療が弱い弱」だと感じている。

鹿角市では、住民基本台帳をベースに、性別・年齢・地域条件の均衡を図った上で、無作為に抽出した満18歳から74歳までの市民700人を対象に毎年アンケートを実施している。しかも、その対象者は、過去3年間の重複を避けており、基本的に毎年異なる人が答えていると考えてよい。それにもかかわらず、「もっと力を入れてほしいと感じるもの」の問いに対して、「地域医療体制の充実」が、ほぼ毎年、第1位の座を譲らない（図表6）。

また、「市民町民の会」は、機会あるごとに、直筆あるいは聞き取りによる「住民の声」をコツコツと集めてきた。2006年から2021年までの16年間だけを見ても、その数は1218件に及ぶ。うち、半数以上は「医療」に関する「声」。「医療」の中で半数を占めるのが「医師不足」である。この集計で見える限り、医師不足の内訳は、「精神科」「産

【図表8】「住民の声」の例

精神科	医師がいないということは、もう鹿角には住めないということだ
産婦人科・子育て	若い人は子どもの産める場所に出ていく 鹿角で一番困っていることは病院の少なさ
各診療科	鼻の吸入だけでも毎日できたら助かる 透析の代わりに食事でコントロール
医師の労働など	入院時朝晩様子を見に来る医師はいつ休んでいるのか 信頼している医師が次の受診時には変わっている
医療全般	大館に行くとき「鹿角で受診を」と言われる
	震災被災者受入時、鹿角の医療の不十分さ感じた
	当直医の当たり外れで命の危険、鹿角には救急がないようなもの
	専門医でなくても知識ある人に相談できる場を
	診療科に関係なく診てほしい
	専門分化しすぎたのが医師不足の原因なのでは
	総合医という名前の専門医、でも鹿角には来ない

この事態に際して、地元の若い層が立ち上がり、2017（平成29）年2月21日「鹿角の産婦人科を守る会」（以後「守る会」と略）が結成された。

市民町民の会・守る会・鹿角市は、それぞれの活動をしながら、時々「合同会議」を行い、共同で集会や学習会などを開催。また、精神科同様、官民連名「産婦人科医師を求めらるチラシ」を全国に発信するなど、連携を図った。この関係は4年ほど続いたが、やがてトーンダウンし、「お産復活」の目途も出ないまま「守る会」は休止状態になってしまった。

とても残念なことではあるが、この経験から、私たちはいくつかの「教訓」を得た。特に気づいたのは「医療に関する困難な事態に直面したことがない人は『医師不足』を実感しにくい」という点。精神科では深刻な医師不足を感じていた「市民町民の会」の関係者も、産婦人科となると「いまひとつピンとこなかった」面があったことも否めない。地域全体としても「これは妊婦さんの問題だ」という空気が支配的だった。逆に「守る会」のメンバーも精神科の医師不足について実感はなかったと思う。双方とも、それがむしろ当然で、互いに

責めるような話ではない。

しかし、できることならば、「実感がない人」とも一緒に継続的な住民運動を行いたい。そのためには、私たち自身が姿勢を変え、彼らに「医師不足によって誰がどのように困っているのか」を具体的に伝える努力をすべきではないか。何回か話し合った末、「市民町民の会」は、2022（令和4）年12月から、「医療の体験談」をA4版1枚にわかりやすく記録する「住民の証言」という活動を開始した。基本的には、当人からお話をうかがい、「市民町民の会」が文章化する方式をとっている。本書では、各節の最後に実際の「住民の証言」を六つ掲載したので、読んでみていただきたい。

ところで、休止にはなったものの、「守る会」は消滅したわけではない。最近では、県外の公立助産院見学に関する共同企画を模索するなど、「市民町民の会」との関係はなお続いている。

【住民の証言②】 Kさんの場合

週3回・隣市での透析、送迎する家族の苦悶

東京出身のKさん、2010年に鹿角に移住

Kさんは東京の出身。仕事で知り合い、結婚した奥さんは鹿角出身です。

2003（平成15）年、Kさんは東京で経営していた会社を整理しました。翌2004年（平成16年）6月、奥さんとそのお母さんは東京を離れ、鹿角に戻ります。Kさんは、東京で別の

仕事をしながら、鹿角・東京間を行ったり来たり。そんな生活が7年間続きました。Kさんが東京の持家を売却し、鹿角に完全に移住したのは2010（平成22）年です。この頃には、すでにKさんの身体はポロポロ。糖尿病を患っていたこともあって、定期的に鹿角組合総合病院（現かづの厚生病院）の内科を受診するようになりました。

週3回の透析、大館までの送迎に奥さんが泣く

2014（平成26）年、Kさんは腎臓が悪くなり、鹿角組合総合病院を経て大館市立病院に入院。退院後週3回、大館まで透析に通う生活が始まります。

このことによって、ものすごく苦しんだのがKさんを送り迎える奥さんです。鹿角大館間約30km。奥さんの車には、いつも後続車の長蛇の列が出来、ストレスを感じながらの週3回。夜間や冬道は怖くて、辛くて、泣きながら運転しました。

腎友会の粘り強い交渉が実を結び、5人が鹿角で透析できるように

いよいよ耐えられなくなって、奥さんは「鹿角での透析」を申し出ます。鹿角には透析専門の医師がいないため、簡単にはいきませんでした。大館と鹿角それぞれの「腎友会」が病院と粘り強く交渉し、2015年（平成27）年11月、Kさんは、ついに、かづの厚生病院で透析を受けることができるようになりました。

ちなみにこの時、Kさんをはじめ、5人の方が「鹿角での透析」に移ったそうです。「植物人

間になるかもしれない」などと言われましたが、それにも同意したうえで「覚悟の転院」。最初の数年は外科の医師が担当していましたが、やがて泌尿器科の医師が赴任し、安心して透析を受けられる体制ができました。

医師と仲良くなるヒマがない

病院は3カ月に一度、医師が代わります。Kさんは「医師と仲良くなるヒマがない」と嘆いていたそうです。「病院に行きたくない」と子どものように駄々をこねることもありました。いつも苦しんで苦しんで、奥さんに「うるさい、バカヤロー」などと当り散らすこともしばしば。Kさんの激動の人生は、2022（令和4）年8月22日に幕を閉じました。同月16日に80歳になったばかりでした。

奥さんは、苦しい時に力になってくれた「腎友会」にとっても感謝しています。Kさんが亡くなった今でも「鹿角腎友会」に籍を置いています。

（腎友会＝腎臓病の患者会）（原文通り「ですます調」にて）

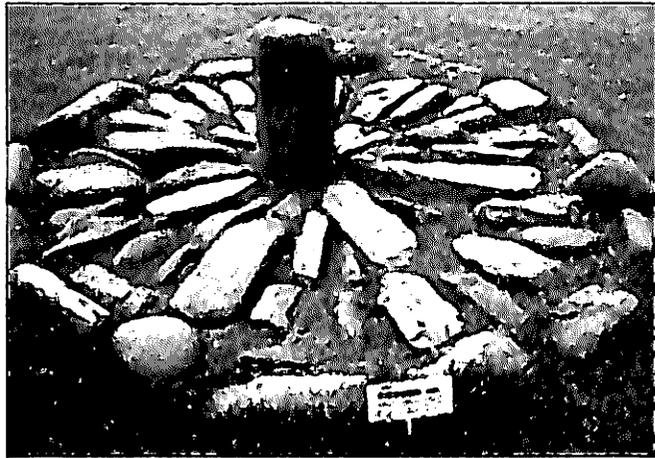
## 第2章

---

住民が「地域」を

見つめ直し、

自ら調べる



大湯環状列石 (ストーンサークル)

捕獲できる河川の近くや汽水性の貝類を得やすい干潟近く、あるいはブナやクリの群生地など、集落の選地には多様性が見られた。それぞれの立地に応じて食料を獲得するための技術や道具類も発達した」とある。

当時は今よりも海面が高く、津軽海峡の距離は長かったはずだが、縄文人は北海道と青森県との間を往来していた。両者に共通する「円筒土器、ヒスイ製品」や、北東北に残るアイヌ語地名などもそれを裏づけている。例えば、鹿角には「毛馬内(けまない)」という地名があるが、アイヌ語の「奥にある沢(あるいは漁具の谷、湿地)」を由来とする説が有力視されている。

「縄文時代はどうして1万年も続いたのか」旨の議論に接したことがある。論者の一人によれば、縄文時代約1万年間と、その後現代に至る約2400年間との最大の違いは「私有財産の有無」だという。「縄文」は、みんなで力を合わせ、自然を壊さず、狩猟・漁労・採集によって暮らす「共同の時代」だった。「弥生時代」に農耕が始まり、人々は一定の「土地」に定着していく。しばらくすると、農地の良し悪しや広さをめぐって争いが始まり、「私有地」を守るために「武士」が登場する。同族が集団をつくり、境界線を

捕獲できる河川の近くや汽水性の貝類を得やすい干潟近く、あるいはブナやクリの群生地など、集落の選地には多様性が見られた。それぞれの立地に応じて食料を獲得するための技術や道具類も発達した」とある。

【図表9】縄文時代の6つの区分と北海道・北東北の17カ所の縄文遺跡群

	草創期	早期	前期	中期	後期	晩期
特徴	居住地の形成	集落の成立	集落施設の多様化	拠点集落の出現	共同祭祀や墓地	祭祀と墓地分離
気候	氷期終、温暖化	温暖化と海進	噴火後気候安定	安定的温暖気候	一時的な寒冷化	冷涼な気候
縄文遺跡群	大平山元遺跡(青)	矩ノ島遺跡(北)	北黄金貝塚(北) 田小屋野貝塚(青) ニッ森貝塚(青)	三内丸山(青) 大船遺跡(北) 御所野遺跡(岩)	入江貝塚(北) 小牧野遺跡(青) 伊勢堂岱遺跡(秋) 大湯環状列石(秋)	キウス墓群(北) 大森山遺跡(青) 高砂貝塚(北) 亀ノ岡遺跡(青) 是川遺跡(青)

(北) 北海道、(青) 青森県、(秋) 秋田県 UNESCO ホームページ等より

### 3 北の要所・かじり

#### 1万年も続いた縄文時代

鹿角地域(鹿角市および小坂町)内には、数多くの「縄文人の痕跡」がある(参考文献27、29)。

その代表とも言える「大湯環状列石(ストーンサークル)」は、2021(令和3)年7月27日、「北海道・北東北の縄文遺跡群」の一つとして、世界文化遺産に登録された(図表9)。ユネスコは、認定した理由について「2点の評価基準に該当した」としている。1点目は「(同遺跡群は)1年以上の長期間継続した狩猟・漁労・採集を基盤とした、世界的にも稀な定住社会と、足形付土版、有名な遮光器土偶等の考古遺物や墓、捨て場、盛土、環状列石等の考古遺構で明らかのように、そこで育まれた精緻で複雑な精神文化を伝える類まれな物証」と評し、2点目として「定住の開始からその後の発展、最終的な成熟に至るまでの、集落の定住の在り方と土地利用の顕著な見本である。縄文人は農耕社会に見られるように土地を大きく改変することなく、変化する気候に適応することで永続的な狩猟・漁労・採集の生活の在り方を維持した。食料を安定的に確保するため、サケが遡上し、

【図表10】鹿角市・小坂町の鉱山から生産された「金・銀・銅」の金額換算

鉱山	主な企業	金(1911年～1990年)		銀(1888年～1990年)		銅(1888年～1990年)		金額計 千円	
		生産量 Kg	金額換算 (千円) 4,720円/g	生産量 Kg	金額換算 (千円) 53,400円/Kg	生産量 t	金額換算 (千円) 670円/Kg		
小坂	鉛山			11,014	588,148	9,615	6,442,050	7,030,198	
	大地					241	161,470	161,470	
	古遠部	三菱鉱業	2,013	9,501,360	126,012	6,729,041	57,527	38,543,090	54,773,491
	相内	日東鉱山	2,713	12,805,360	113,542	6,063,143	49,485	33,154,950	52,023,453
	堀内	日曹鉱業					56	37,520	37,520
	元山	同和鉱業	2,012	9,496,640	339,400	18,123,960	108,482	72,682,940	100,303,540
	内の岱上向	同和鉱業	10,679	50,404,880	1,110,000	59,274,000	214,544	143,744,480	253,423,360
鹿角	新不老倉	同和鉱業				15,268	10,229,560	10,229,560	
	不老倉	古河鉱業				12,367	8,285,890	8,285,890	
	花輪	日本鉱業	664	3,134,080	116,285	6,209,619	80,130	53,687,100	63,030,799
	小真木	三菱鉱業	107	505,040	4,988	266,359	10,119	6,779,730	7,551,129
	尾去沢	三菱鉱業	3,060	14,443,200	135,176	7,218,398	305,714	204,828,380	226,489,978
	計		21,248	100,290,560	1,956,417	104,472,668	863,548	578,577,160	783,340,388

「秋田県鉱山誌」をもとに当方で算出。単価は2019年6月相場による（「市民町民の会」第2回地域調査の「まとめ」より）

【図表11】鹿角地域の主な病院の開閉年

	開院	閉院	備考
小坂鉱業所病院	1908年(M41)	～ 1997年(H9)	
尾去沢病院	1924年(T13)	～ 1978年(S53)	推定
鹿角組合総合病院	1934年(S9)	～ 2010年(H22)	新築移転
かづの厚生病院	2010年(H22)	～	改名
鹿角中央病院	1989年(H1)	～	
大湯リハビリ病院	1993年(H5)	～	

「市民町民の会」第2回地域調査の「まとめ」より

ごく輝いていた（参考文献2）。危険な仕事と隣り合わせの鉱山には病院もあった。「小坂鉱業所病院」は、創立当時、「東北大学付属病院に次ぐ」と言われ、優れた各専門医師や高水準の医療設備で名実ともに総合病院の実績を誇ってきた。「尾去沢病院」も、特に1947（昭和22）年以降は医師が増え続け、「小坂鉱業所病院」より盛んな時期もあった（図表11）。しかし、資源の枯渇に伴い、鉱山は衰退し、人々も去り、病院も姿を消していく。

鉱山をめぐる三戸の領有権争い

鹿角は昔から「北の要所」であった。その豊かな鉱産物を獲得すべく、中世以降、この地域をめぐる、南部（岩手）・秋田・津軽（青森）の三勢力が激しい領有権争いを繰り広げてきた。戊辰戦争でも敵味方が入り乱れ、鹿角は、1869（明治2）年の1年間だけでも「北奥県・九戸県・八戸県・三戸県・江刺県」と帰属が変遷。1871（明治4）年、ようやく「秋田県」に仲間入りした。

財団法人・秋田県鉱山会館が2005（平成17）年3月に発行した「秋田県鉱山誌」によれば、主に1888（明治21）年から1990（平成2）年の100年間、鉱山には近代的な技術が投入され、鉱物の産出は飛躍的に拡大した。金額換算すれば金銀銅だけで累計約8千億円になる（35頁図表10）。当時は人で沸き返り、選鉱場・製錬所・住宅・保養・遊興施設など、鹿角地域は不夜城の

引いて「国」が生まれ、統率するために身分・階級を誇示し、人も国も強者が弱者を従える。やがて「土地」は「カネ」に代るが、「武士」は「軍隊」に発展し、争い事が治まる気配はない。すべては、今に通じている。

私たちは、いま「地球の存亡」をめぐる、岐路に立っているとよ。ぼっと出の現代人が、「カネ」のために、許されないほど多くのものを自然から掠奪し、侵してはならないほど強烈な「火」を焚き続けたため、地球を取り巻く環境が大きく変わってしまった。多くの人たちが警告を発しているが、権力者の暴走は止まらない。「今こそ、縄文人の賢さに学ぶべきだ」、ストーンサークルがそう言っているように思える。



小坂町の芝居小屋「康楽館」

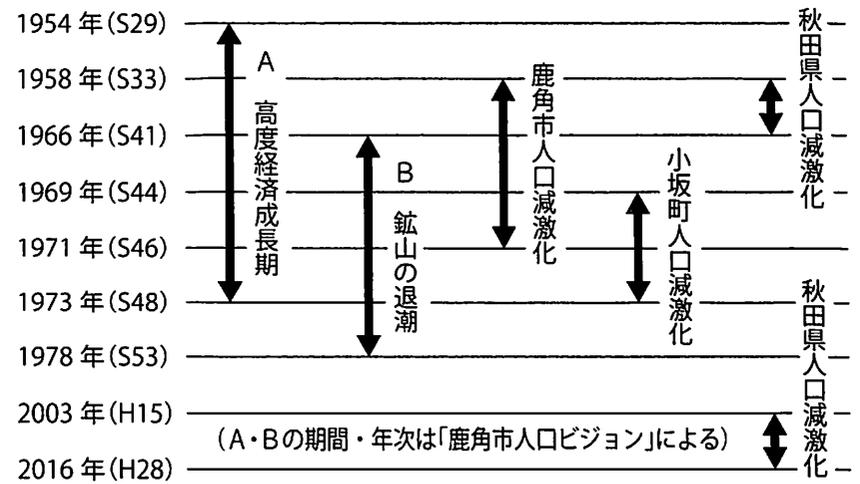
より積極的に合併を進めた。当地域でも、大館市が旗を振り、鹿角・小坂・比内・田代との2市3町合併を呼びかけたが、小坂町は約1年間に及ぶ町民との丁寧な話し合いの末、2003（平成15）年12月17日に「自主自立」を表明し、鹿角市もこれに同調。結果的に、鹿角市は、「平成の大合併」において県内で唯一「合併をしなかった市」となった（参考文献29）。

市町村合併は、一般に、行財政基盤の強化や運営の効率化などをねらったものだろうが、住民の立場から言えば、行政との距離が、実質的にも、また気持ちの面でも遠くなることを意味する。昔から「住民どうしの関係」は「味噌汁が冷めない範囲」で培われ、「合併したから人間づきあいが拡がる」というものではない。現に「お祭り」などは、たいていどこでも旧地区単位で行われている。一方的な合併が、これらの「人と人との結びつき」を切り裂き、「お祭り」を衰退させ、人口減少に拍車をかけていることに目を向けるかどうか、ここが「分かれ道」だと思う。

おそらく国や県の圧力もあったはずだと推測する。それでも「合併をしなかった」ということは、鹿角市と小坂町は「自分たちの市や町を自分たちの力で築く決意を固めた」とも

より積極的に合併を進めた。当地域でも、大館市が旗を振り、鹿角・小坂・比内・田代との2市3町合併を呼びかけたが、小坂町は約1年間に及ぶ町民との丁寧な話し合いの末、2003（平成15）年12月17日に「自主自立」を表明し、鹿角市もこれに同調。結果的に、鹿角市は、「平成の大合併」において県内で唯一「合併をしなかった市」となった（参考文献29）。

【図表12】鹿角市・小坂町の「人口減少」が激しくなる時期について



「市民町民の会」による第2回地域調査の「まとめ」付属資料より

全国各地で、崖から転がり落ちるような「企業城下町」の衰退ぶりを目にする。鹿角も例外とは言えない（図表12）。だが、そのような中でも、小坂町は、鉱業で培った技術をリサイクル等に充て、鉱害に耐えたアカシアから蜂蜜を採り、当時の鉄道も活用、「鉱山事務所」や芝居小屋「康楽館」の明りを灯し続けるなど、知恵を絞った逞しい町づくりを続けている。

鹿角市と小坂町の程よい関係

鹿角市は、1972（昭和47）年4月1日、3町1村（花輪町、十和田町、尾去沢町、八幡平村）の合併により誕生した。また、小坂町は、1955（昭和30）年4月1日、旧小坂町と七滝村が合併し、今日に至っている。

秋田県は、1999（平成11）年から2010（平成22）年にかけて、69あった市町村を25に激減させた。いわゆる「平成の大合併」である。このとき、全国の合併率46・6%に対して、秋田県は63・8%と、

【図表13】鹿角市の主な「子育て支援制度」

保育料第1子より無償。児童クラブ利用料3人目以降は無償	国の無償対象外(0-2歳児)も対象(一部所得制限あり)。3人目以降は所得制限はなく全世帯対象
医療費は18歳まで無償	所得制限により一部世帯では対象外となる。0歳児等を除き、月額1,000円上限の負担あり
3人目以降が生まれた家庭の、一時預かり利用料等を応援(年15,000円上限)	
教育費(小・中・高)3人目以降は年額最高36,000円の補助	小学生は12,000円、中学生は24,000円の定額補助。高校生は授業料、教科書購入の補助(上限36,000円)

鹿角市移住定住支援サイト「鹿角暮らし」子育て支援制度より

【図表14】鹿角市の「子育てサークル」の例

かづのこ元気ッズ	花輪・尾去沢・八幡平・十和田地区の子ともと保護者
くびれてみヨ〜ガ(ヨガ)	市内の0歳~小学校6年生までの子どもと保護者
ホリデーサークル(働く親)	
ちびっこまなびっこ	
ママの本棚	
ままのごはん♪	

鹿角市子ども未来センターホームページより

言える。

例えば、鹿角市は、他市区町村の住民から羨ましがられるほど「子育て支援」が手厚い。始まりは市立「十和田保育園」の新築移転に併せ、2人の「子育て支援員」を配置したこと。各種の子育て支援制度そのものも優れているが、着目すべきは「子育てサークル」など、「地域で子どもを育てる」という考え方だ(図表13・14)。また、病院跡地に建設した「文化の杜交流館コモッセ」では、学生生徒が勉強する姿が日常になった。彼らに聞くと「いままで居場所があまりなかった」そうだ。鹿角市は、庁内に「政策研究所」を設置。外部の学識経験者も交え、調査・研究・提言をするなど、自主的な政策形成能力を高める努力に余念がない。

一方、小坂町も保育料完全無償化、小中一貫教育や子どもたちへの各種助成、日本語学校など「人を育てること」に力を入れるほか、ワイン・ヒメマスなど、地に着いた産業を次から次へと膨らませている。

市立・町立図書館は、笑顔豊かな館員が様々な工夫を凝らし、民話や歴史などを楽しみながら学ぶ機会に溢れている。また、鹿角市・小坂町の対応は、「市民町民の会」のような任意の住民団体に對しても驚くほど良い。各種申し入れに對しては、どのような場合にも真摯に受け止め、内部で十分に検討した後、結果的に断る場合でも、理由を添えた説明を欠かさない。

鹿角市と小坂町は、お互いを尊重しあい、自主・自立を基礎に、時には協力・共同しあいながら、ほどよい距離感と関係性を保っている。

秋田の医療は厚生連が支えてきた

秋田県全体の医療は「厚生連(厚生農業協同組合連合会)」が支えてきたと言っても過言ではない。2021(令和3)年末現在、厚生連8病院の病床数(3096床)は、県内全病床(1万4014床)の21・9%占め、自治体立14病院(2930床)を上回る。

秋田県厚生連のルーツは、1895(明治28)年に石川理紀之助らが立ち上げた「私設・農會」である。やがて、それは「産業組合」として成長し、1932(昭和7)年、3775人の農民が1口5円のお金を出資し合って「医療利用組合」に発展。その後、数年間で9病院が建設され、今日の原型が整う。戦後、医療利用組合は「厚生連」に姿を変えた。戦争のダメージによって、全国で数多くの厚生連が姿を消す中、秋田県は何とか踏み留まることができた。

鹿角の場合、1934(昭和9)年10月に開院した「鹿角医療利用組合」が出发点。設立の実質

【図表15】秋田県厚生連の9病院

病院名	起源機関発足	病床数 (2023年12月時点)
かづの厚生病院	1934 (S9) 年	199床 (一般197床、感染2床)
北秋田市民病院	1929 (S4) 年	320床 (一般224床、精神40床、結核4床、感染4床、療養48床)
能代厚生医療センター	1932 (S7) 年	393床 (一般329床、精神60床、感染4床)
湖東厚生病院	1933 (S8) 年	100床 (一般100床)
秋田厚生医療センター	1932 (S7) 年	431床 (一般429床、感染2床)
由利組合総合病院	1933 (S8) 年	606床 (一般602床、感染4床)
大曲厚生医療センター	1934 (S9) 年	437床 (一般433床、感染4床)
平鹿総合病院	1932 (S7) 年	564床 (一般558床、感染6床)
雄勝中央病院	1933 (S8) 年	366床 (一般362床、感染4床)

(秋田県厚生連 HP より)

的な中心人物は中村次郎氏であった。1941 (昭和16) 年「鹿角組合病院」に改称。初代院長は北海道大学卒の村松正雄医師。4代目となる伊藤忠雄院長赴任を機に岩手医科大学から各診療科の医師派遣を受けるようになり、現在の「かづの厚生病院」に至る。なお、中村次郎氏は、1890 (明治23) 年、小坂町生まれ。秋田師範中退。17歳ごろから宗教運動に入り、北海道トランプスト修道院の牧場や札幌農大の農場等で働き、第一次大戦直後、大阪「大正日日新聞」の記者になる。1931 (昭和6) 年「十和田タイムス」発刊。建築石材業を営む傍ら、貧乏人会同人、十和田自然道場長、詩人と、多岐多才であった (図表15)。

【住民の証言③】 Cさんの場合

私の人生は「大きな病気」の連続、地元医療は不可欠

医療の大切さが身に染みてわかるだけに、住民運動を陰ながら応援

鹿角で生まれ育ったCさんは、紫斑病 (5歳)、脳梗塞 (53歳)、子宮がん (57歳)、免疫不全症 (64歳) など、いくつもの大病を乗り越えてきました。

それだけに、「医療」の大切さを身に染みて分かっています。「鹿角の医療と福祉を考える市民町民の会」の会議や集会などには参加できませんが、この住民運動を心の底から応援し、彼女なりの方法で、陰からずっと支えてきました。

非常勤の医師による「こは具合の悪い人が来るころ」の一言に感動

若くして両親や夫に先立たれたCさんは、人生のほとんどが一人暮らし。生きるために、1人で働いてきました。そんな彼女を子宮がんが襲います。大晦日に大量の出血。携帯電話に保存してある番号に誰とも言えず助けを求めたところ、運よく、まだ飲酒していなかった人によって病院に担ぎ込まれました。

その日の病院の当直は、岩手医大から来た非常勤の男性医師。Cさんは、診察する医師の前でも不正出血が止まらず、恥ずかしいやら、申し訳ないやらで、謝ってばかり。しかし、医師は「こ

これは具合の悪い人が来る場所ですよ。心配しないで…」と優しく応対してくれました。この時ほど「世の中にはこんなに良い医師がいるんだ」と思ったことはありません。

後日、入院しながら、その医師を探しましたが見つからず、聞けば、たまたま大晦日に手術を手伝いに来ていたとのこと。Cさんは、その偶然に感謝しました。

天涯孤独の患者には「身元保証人」がない

大病をするたびに、Cさんは長い入院を余儀なくされました。地元にもその環境がない時は、大館や盛岡の病院に入院しました。すべての病気を地元で治すことは難しいと、その点は理解を示しています。ただ、体調が悪い時の通院は「本当に辛い」と言います。鹿角でお産が出来なくなった時、Cさんは、自分のことのように、妊婦さんや婦人科の患者さんのことを心配していました。

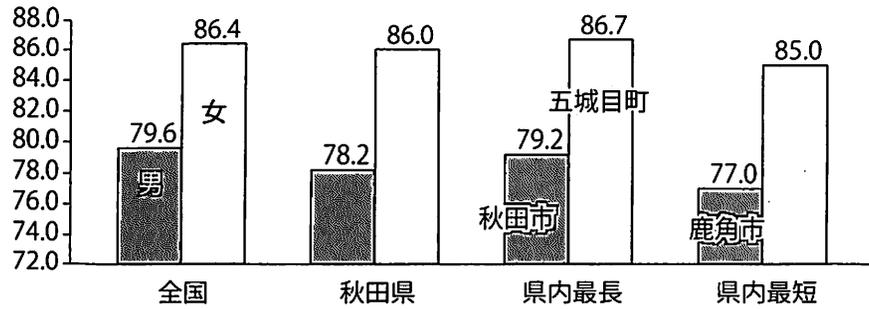
一つだけ、入院時にCさんが「とても困ること」があります。それは、「身元保証人」です。天涯孤独に近いCさんに「身元保証人」は居ません。事務的に記入を求める看護師の態度に腹が立つことも…。しかし、病人は、病院の中では「弱い立場」です。逆らうこともできず、血縁の無い遠い親戚に頭を下げ、書いてもらうしかありません。

(註) 身元保証人がいないことを理由に病院が入院を拒否することは「医師法違反」という通知が厚生労働省から出されています(2018年4月27日)。以来、ほとんどの病院は記入を

強いるようなことはしていないはずですが…。

(原文通り「ですます調」にて)

【図表16】市町村別平均寿命(平成22年度、単位:才)



(市民町民の会「第2回地域調査のまとめ」より、出典は鹿角市資料及び平成22年生命表)

住民の知恵から学び得た「対策」も提案する豊富な内容で、報告資料は約300ページにも及ぶ。あまりにも厚すぎるためにダイジェスト版まで作った。

「地域を見つめる」ということは、残念な事実から目を背けることができず辛い辛さも伴う。実態を示す数値は「鹿角は、男女とも、秋田県内で最も短命」という現実を突き付けてきた(図表16)。その説明には長い時間を要したが、結果的に、私たちは、短命の原因を四つに整理した(以下(1)〜(4)は、市民町民の会『第2回地域調査のまとめ』原文(参考文献3))。

(1)今の日本は、基本的に「生きづらい社会」であること

1点目の原因は、国民全体に係るベースとして、今の日本が「生きづらい」社会であり、しかもその度合いが日々増していることにある。

今の日本は、ほとんどの国民が「生きづらさ」を感じ、しかも、それが「個人のせい(自己責任)」にされるため、「自己否定」の感情を抱き、「ひきこもる」しかない大人や子どもが増えている。

「生きづらさ」は、国民の「荒れ」にも表れている。後先の事を

## 4 「生きづらさ」をどう考える

地域調査で浮上った「生きづらさ」

「市民町民の会」は、鹿角が「精神科の空白地域」になったことを機に発足し、主に「精神科の常勤医師を確保する」ことを主眼にしてきた。しかし、活動すればするほど「精神科だけの話ではない」「ことに気づき、さらに「医療の問題は、医療の事だけ考えていても解決しそうもない」ことなどが少しずつわかってきた。そこで、国民医療研究所(現・日本医療総合研究所)の力をお借りして、2011(平成23)年8月24日から3日間、初の「地域調査」に取り組み。その報告集会で、調査団長の牧野忠康教授(当時、日本福祉大学)は、「行政も医療も頑張っているものの、住民に相談なく物事を進めているため、地域は危機的な状況に陥っている」と警鐘を鳴らした。

この調査の意義は大変大きかったが、期間が短いこともあって、どうしても内容が限定的であった。地域には、閉じこもる高齢者、居場所がない子どもたち、店舗の減少など、「人間が生きる上での基盤」にかかわる難問が山積している。解決策を含めて、さらに掘り下げる必要性を感じ、「自分たちの力で調べてみよう」ということになった。住民自身が調査する最大のメリットは、調査期間を気にしなくてもよいことだ。実施を決めた2016(平成28)年6月29日から2021(令和3)年4月17日の報告集会に至るまで、この「第2回地域調査」には、実に5年間も費やした。横山壽一教授(当時、佛敎大学)や長友薫輝教授(当時、三重短期大学)の優しう的確なアドバイスを得ながら、多くの住民から聞いた話を基に「課題」を整理し、膨大な資料を探し集めて「原因」を究明。全国の

考えず、SNSに「はけ口」を求め、たまたま集まった人の群れが時に暴徒と化す。感情のおもむくまま、友人・家族・自分をも簡単に傷つける。これらは、もちろん許されることではないが、今の日本を象徴しているように思える。

(2)「秋田市「極集中」や「何でも合併」を軸にした地方行政が布かれていること

2点目は「秋田県」にある。自殺率・人口減少率・各種死亡率・独身率・婚姻率・出生率などが、ほぼ毎年全国ワースト1に名を連ねる。これらを見る限り、お世辞にも「住みやすい県」とは言えそうもない。

この原因の解明には独自の調査・研究が必要であるが、当調査では、「秋田市「極集中」「何でも合併」に注目した。そこから見えることは、「周辺地域が大事にされていないこと」「県政が国の方針に従順であること」などである。

秋田県の現状は、日本全体の「生きづらさ」を改善する方向ではなく、むしろ、「生きづらさ」を助長・増幅する役割を果たしている。

(3)「地域の縮小」を感じる場面が増え、「生きる意欲」を見出しにくいこと

上記のような日本および秋田県下において、どの地域も苦勞している。これに加えて、鹿角地域の場合、「鉱山の衰退」など、住民が「地域の縮小」を感じる場面がさらに増え、一層「生きる意欲」を見出しにくい条件が重なった。これが、3点目の原因と考えられる。

なお、鉱山も、中央資本が経営し、資源の枯渇によって閉鎖した。鹿角地域の住民が、過ちや失態をおかしたわけではない。当調査でつきとめようとしている「いのち〓短命」の原因のほとんどは「外因」である。

(4)人の「優しさ」が、「ガマン・無抵抗・あきらめ」等に転じていたこと

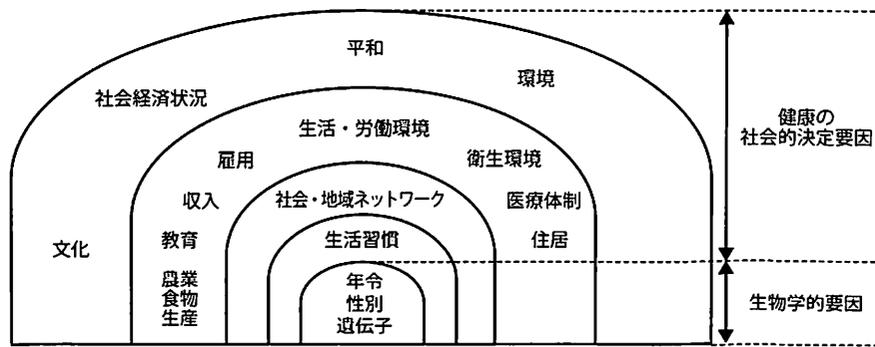
鹿角地域は、かつて藩境・県境が目まぐるしく変わった。激動の歴史の中、人々が身を寄せ合い、助け合いながら生きてきたと思われる。人のつながりが強く、伝統行事も数多く残る。協調を是とし、人間性が優しい。

その「優しさ」を裏返せば、「権力に逆らわないこと」も意味する。何か辛いことがあっても、声をあげずガマンする。「地域の縮小」に直面しても人々がそれほど抵抗しなかったことによって、地域はますます縮小してきた。自らの生き方も、なりふり構わず「石にかじりついてでも生きる」逞しさ、図太さより、どこかで「あきらめ」のような思いが勝っていたに違いない。「何が何でも生きなくてはならない目的」を見いだすことができなかつた人もいるだろう。「しぶとく生きることが家族に迷惑をかける」と、ここでも「優しさ」が顔を覗かせたのかもしれない。

誤解を恐れず言わせていただければ、総じて、「住民の『主体者としての自覚』が未成熟」であったことが「4点目の原因」だと思われる。

しかし、前述のように、鹿角の精神科は住民運動によって生まれ、住民が支えてきた。2006（平成18）年、鹿角が「精神科の空白地域」になったとき、230人の住民が自ら集まり、当会を発足

【資料17】健康に影響する主な要因を示すレインボー・モデル



武田祐子「格差時代の医療と社会的処方」より

国に生きる人や従業員の命と生活を守る責任を有する立場であるはずの存在にとつて、その責任を個人の責任に矮小化して転嫁するための、極めて使い勝手の良い方便になってしまった。『自助』という言葉の裏には、責任を負いたくない人たちが胸の内に秘めている『真意』が必ずあることを、忘れないようにしていただきたい…」

木村氏の指摘は、「生きづらさ」と「自己責任論」とは表裏一体のものと考えるべきである、と伝えているように思う。

加えて、「生きづらさ」を考える上で、一読に値する書物が2023年(令和5年)に登場した。地域精神保健福祉機構(コンボ)が作成した『生きづらさをひも解く、私たちの精神疾患』(参考文献6)である。副題に「体験者だけが書いた全く新しい精神疾患の教科書」とあるように、精神疾患を抱える当事者本人が仲間たちと力を合わせて書いた。

この本では、「生きづらさ」の正体について「人生の中での強い違和感、まわりとのズレ」と表現。「世の多くの人がスイスイと泳げるために社会のルールは作られ、私たちは、そのルールに強い違和感とか世界観のズレを感じながらも、生きづらさ

させた。2018(平成30)年、「産婦人科医師引き上げ」に対応して、即座に「産婦人科を守る会」が誕生した。「住民の主体性」はすでに開眼している(以上、「第2回地域調査のまとめ」より)。

病気は社会が引き起こす

この「第2回地域調査のまとめ」が、私たちにとって、「生きづらさ」と向き合う初端となった。「生きづらさ」は、昨今話題になっていく「日本全体の少子化」などにも少なからず影響していると思われる。さらに、「医療に係る住民団体として「生きづらさ」を考える時、「病気との関係」を掘り下げないわけにはいかない。

順天堂大学大学院の武田祐子氏は著書『格差時代の医療と社会的処方』(参考文献4)の中で、WHOによる「健康の社会的決定要因(SDH=Social Determinants of Health)」を紹介している。SDHについて、個人に起因しない構造的な要因を指し、「人々が生まれ、育ち、生活し、働き、そして年をとるといふ営みが行われる社会の状態」と定義。「健康に影響する主な要因を示すレインボーモデル」が大変わかりやすい(49頁図表17)。

また、医師の木村知氏は、著書『病気は社会が引き起こす』(参考文献5)の中で次のように述べている。

「…メタボリック・シンドロームは今や不摂生病の代名詞のようだが、複数の遺伝子の存在を背景として、そこに過食や運動不足など環境因子の負荷が加わり発症に至る。つまり不摂生だけが原因であるとはいえない。自己責任という言葉(概念)は、国や企業経営者など、本来であれば、その

【図表18】秋田魁新報「地方創生・失われた10年とこれから」  
第2部「強いられた競争」の内容

見出し・内容	掲載月日 2024 (R6) 年
① どこもかしこもプレミアム 「地方創生」が自治体に強いる競争	1月27日
② 大臣「地方は知恵比べして」 地方創生、アイデア出しは丸投げ	1月28日
③ コンサルパブル、似通う戦略 地方に配布した公金は結局東京へ	1月29日
④ 地方締めつけ、交付税の変質 配分方式に強まる「成果主義」	1月30日
⑤ 交付金次々、自治体を支配 国が事業を審査、実態は「補助金」	1月31日
⑥ 交付金はもらったけれど 事業破綻し負債抱える自治体も	2月2日
⑦ 政府と地方、相互に不信 「上から目線」「支援受けて当然」	2月3日

「左側・見出し」は新聞紙面より、「右側・内容」は秋田魁新報電子版を参考にした

秋田魁新報は、創刊から150年目のメモリアルイヤーとなる2024（令和6）年を期して、『地方創生・失われた10年とこれから』と題した大型連載企画に取り組んでいる。その第2部「強いられた競争」7回シリーズで、自治体を競わせる政治の基本姿勢を検証した（図表18）。そこから得た情報によれば、2015（平成27）年、「地方版総合戦略」策定費用として政府は全国の市町村に1千万円ずつ予算措置をした。自治体の多くは、自力で策定するのではなく、コンサルタントに依頼。結果的に、約41億円の公金がコンサル業界に流れ込む。しかも、うち22億円は東京都内の業者であったという。自治体間の対立を煽り、企業だけが「漁夫の利」を得るこの茶番劇を眺めていると、「生きづらさ」を生み出している張本人が見えてくる。

前章「ストーンサークル」のあたりでも少しふれたが、「競争社会」は地球をも壊そうとしている。欧州連合（EU）の気象情報機関「コペルニクス気候変動サービス（C3S）」が、2024（令和6）年2月8日、世界の年間平均気温が観測史上最高の15・02℃に達したと発表。1850年～1900年の平均より1・52℃高い。地球温暖化対策の国際枠組み「パリ協定」は、世界の気温上昇について

を心の底に押し込めてきた」と述べている。

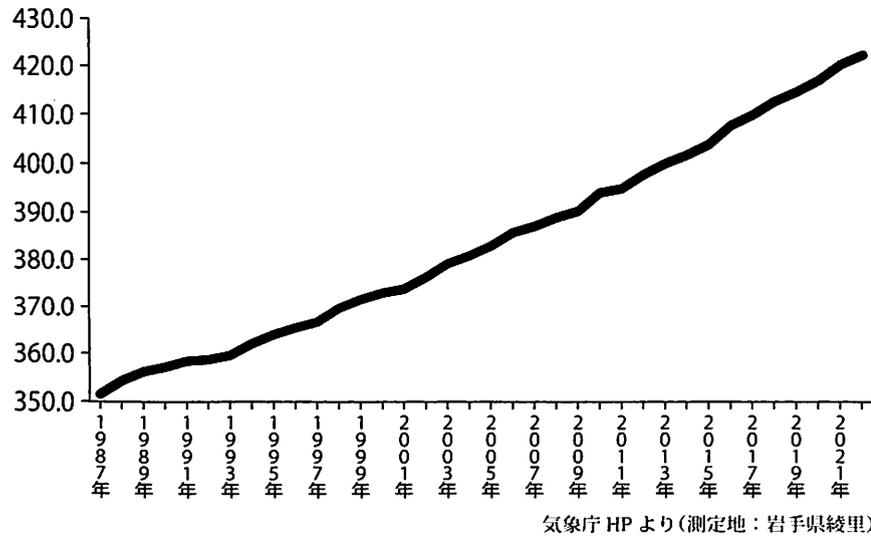
監修者の一人、東京大学大学院精神医学教授・笠井清登氏は、同書の巻末で「本書の画期性は、精神疾患を持つことに伴う、変えたい目標を『症状』ではなく『生きづらさ』においた点」と評し、絶賛している。

### 「生きづらさ」の根源

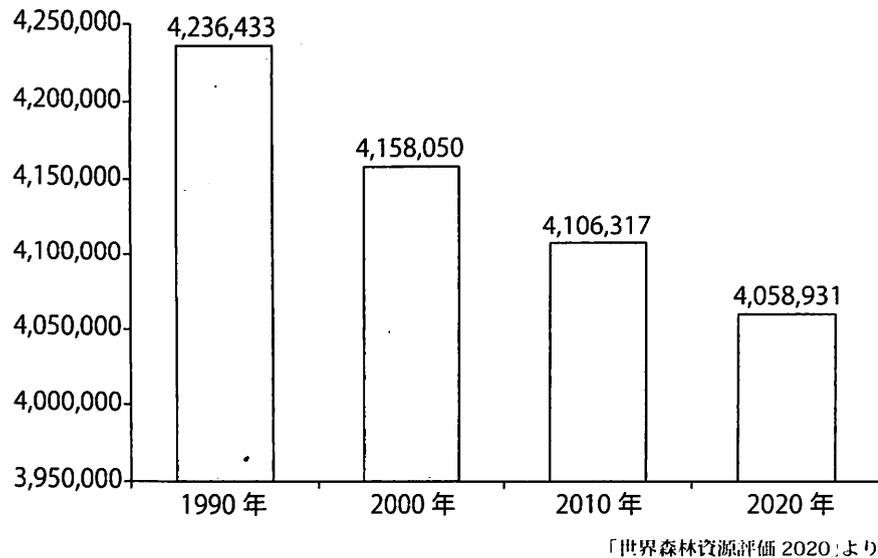
関西大学の貴戸理恵氏は、教育新聞の連載の中で、「生きづらさ」を「個人化した人生の苦しみを表す日常語」と表現。その「個人化」とは、「近代化の進行とともにコミュニティが失われ、個々の自由が増える一方で、社会の矛盾が直接個人に降りかかるようになること」と解説している。つまり、根源は「社会の矛盾」にあるということだ。

私も、「生きづらさ」を生み出す最根源は「世界中で日増しに激化している競争社会」にあるのではないかと考えている。その主役は超巨大企業群で、彼らの目的は「利益の追求」あるのみ。そのためには国家をも動かす、宇宙にさえ手を伸ばしている。小さな企業や商店・学校・自治体・各種コミュニティなど、社会の隅々に至るまで「競争による生き残り」を是とする社会機運を作ってきた。競争社会で生き残れば「勝ち組」と誇るが、大人・子どもに関わらず、ちょっとしたでもつまずけば「負け組」のレッテルを貼られる。他人が信用できなくなり、本心を見せないようにして人と付き合う。相談する相手も限られ、本音を出せば、さらに傷つく。気持ちも萎え、心身が衰えていく……。そんな様子が見えるようだ。

【図表19】大気中の二酸化炭素濃度の年平均値(単位:PPM)



【図表20】世界の森林面積の推移(単位:1,000ha)



「1.5℃以内に抑える目標」を掲げているが、初めて年間で上回ったことになる。IPCC(国連気候変動に関する政府間パネル)は、すでに様々な災害をもたらしている温暖化は今後さらに進み、2100年には、地球の気温は5.7℃(1990年比)、海面は約1m(1995〜2014年平均水位比)、それぞれ上昇すると警告。最大の原因は、人間が火を燃やし続けたことによる二酸化炭素等の増加、そして、日本の5倍の面積に及ぶ世界的な森林破壊である(53頁図表19・20)。あらゆるデータが産業革命以降の急変を示していることから、「競争社会」との因果関係は免れない。化学者パウル・クルツェン(独)と生態学者ユージン・ストーマー(米)は、人類が地球の生態系や気候に大きな影響を及ぼすようになった現世の時代区分を「人新生」と呼ぶことを提唱した。まさに「生きづらさ」の要因の最たるものであろう。

【住民の証言④】 Fさんの場合

頭から血を流して病院へ、受付でトラブル、救急車呼ぶ

駆け込んだ病院の受付でトラブル

Fさんは、県内出身、61歳の男性です。

それは夏の盛り、平日の日中のこと。詰まった葉っぱを除くため、Fさんは車庫の雨どいを取り外す作業をしていました。すると、突然、雨どいが外れ、頭に落下。Fさんの頭頂部から大量の血が吹き出しました。

Fさんはタオルで頭を押さえたまま、自分で車を運転し、病院へと駆け込みます。しかし、通常の手続きを求めると受付担当者との間でトラブルが発生してしまいます。

病院の駐車場に救急車を呼び、ストレッチャーで同院の救急室へ

受付をあきらめ、Fさんは、自ら消防署に電話をし、救急車を呼びました。ほどなく病院の駐車場に救急車が到着。事情を話すと、救急隊は「そうですか」と冷静に対応。Fさんをストレッチャーに乗せて、そのまま、その病院の救急室に搬送。

救急担当の医師を経て、頭部外傷を治療する最適の医師が駆けつけ、8針縫ってFさんの危機を救ってくれました。治療した医師は院内では高位の立場にあるらしく、受付の対応につい

てきちんと謝罪したうえ、「恥ずかしいので、病院の駐車場から救急車で来ないでくださいね」と、Fさんに優しく微笑んだそうです。

問題の根幹は「医師・看護師不足」、それが判っても残る「心のキズ」

一般の事業所とは異なり、病院の受付では「医学的な緊迫度の判断」が求められる場面も少なくありません。その役はほとんど看護師が担っているのですが、昨今の「看護師不足」に伴い、不在の曜日があったり、職員OBを招請したり、受付近辺で働く看護師が兼務するなど、年々手薄にならざるを得ない事情があるようです。

また、医師も、外来・入院診療の他、日々、手術や検査などのスケジュールに追われ、非常勤医師の場合は他院との「かけもち」もあります。限られた医師数で数多くの患者に対応しなければならず、特に受付終了時刻の窓口は緊張の極致です。

傷病者から連絡が入れば、救急隊はすぐ駆けつけるとともに受入病院を探し、依頼を受けた病院側は体制を整えます。Fさんが自宅から救急車を呼べば、受付のトラブルにはならなかったのでしょうか、それはあくまでも「結果論」です。

この問題の根幹は、「受付窓口」というより、「医師・看護師不足」にあると思われる。しかし、例え病院の実情がわかったとしても、Fさんの中に「心のキズ」が残ったことも確かです。住民・自治体・病院が、この教訓を胸に刻み、これまで以上に力を合わせて、医師や看護師を増やす活動に尽力すべきだと考えます。

(原文通り「ですます調」にて)

## 5 全国を揺るがした「地域づくり」の巨人

私たちは全員、「生きづらい社会」の下で生きている。自殺・引きこもり・不登校などが「生きづらさの指標」として注目されがちだが、実は、すべての人間が危険な状態にあると言ってしまう。

一方で、私たちは、人間には「再生力がある」ことも信じている。「地球や人類全体を救う」のも、出発は「地域での住民の一步から」だと思う。前述の地域調査では、「対策の究明」と称して、全国各地から学んだ、生きづらさに抗する「地域づくり」のヒントを数多く提案した。無断で参考にさせていただいた各地の取り組みに謝意と敬意も込めて、そのいくつかを紹介する（以下（1）～（11）「第2回地域調査のまとめ」より）。

### （1）きつかけを見つけて、何かと集まる

かつて農作業等のほとんどを共同で行い、祭・神・法事なども多かった時代。人々は、なかば強制的に集まるのが常であった。姿が見えない者がいれば、我が事のように心を寄せ、他人の家にも遠慮なく立ち入る。その距離感の近さを「束縛・干渉」と感じる人もいたかもしれないが、一方で、「他人の痛みが判る」あるいは「あの人なら自分の悩みを聞いてくれる」といった人間関係が築かれていたと思われる。

やがて、機械が人々を農作業から解放する。時間もでき、農機購入の費用捻出のためにも働きに出る。素敵なマイカーが活動範囲を一段と広げ、個人個人のスケジュールも多様化。その分、人々は次第に集まりにくくなってきた。何か問題が発生しても、他人に迷惑をかけないように、できるだけ家の中で解決に努める。悩みを打ち明けられる相手は限られ、自宅の玄関だけでなく、心にも「鍵」をかけるようになってくる。

今、人々が集まるには、誰かが意識的に企画し、準備を重ね、趣旨を伝えて参加者を誘うなど、かなりのエネルギーを要する。しかし、私たちが目指す地域づくりのためには、集まることは不可欠だ。できることならば「集まりに参加したいと思わない・参加したくない・参加できない」と思っている人も参加するような集まりが求められている。そのための基本は、各種多彩な集まりをもち、選択肢を増やすこと。鹿角は、すでに集まりの数がとても豊富なので、その良さを最大限生かすことから始めたらどうであろうか。各「集まり」の関係者の皆さんが、このような視点・役割を意識するだけでも大きな一歩になると思う。

### （2）地域の縮小の「芽」をスルーしない

2018（平成30）年3月4日「お産ができる鹿角を望む住民集会」の前段30分間、鹿角市主催の「住民説明会」として、秋田県・鹿角市・厚生病院長が事態と方針を説明した。また、同年9月29日、市は「産婦人科集約に関する住民説明会」を開催。大館市立病院・かづの厚生病院・両院長が登壇。市も含め、主に「妊婦のささえ方」について住民の理解を求めた。

内容はともかく、このように「住民説明会」が日常化したことは、鹿角地域にとって大きな進歩と言える。例えるなら、2006（平成18）年の精神科空白化に際して、行政・病院ともに「住民

説明会」という発想は皆無であった。1年間の住民運動を経て、翌年、当会が開催した「第2回鹿角の医療と福祉を考える市民町民集会」に県の担当者を招き、医師不足対策の説明をしてもらったのが「初」と言っても過言ではない。

地域調査で明らかかなように、鹿角地域は様々な面で縮小し続け、それが、今、住民の「いのち」のところまで迫っている。この先は、どのような小さなことであっても、地域の縮小に関することについては、最低限「住民説明会」は不可欠であると考える。

また、住民も、地域の縮小に対して、より敏感になる必要がある。ちょっとした縮小の「芽」でもスルーしないことが肝腎だと思う。

### (3)「集まり」に「送迎車」はつきものという文化をつくる

秋田県厚生連「湖東病院」が廃止の危機に瀕した際、五城目・八郎潟・井川・大潟など、町村をまたいで住民が立ち上がり、一大住民運動の末、病院の新築・存続を成し遂げた。

湖東地域では、650人参加の初回住民集会をはじめ、たびたび「集まり」が企画されたが、そのたびに小ささまざまな車が地域を駆け回り、参加者を運んできた。聞けば、この地域では「自発的送迎」があたり前で、状況に応じて、手持ちの個人車・公用車など、官民間わずに車が出回る。町会議員が率先して運転手を務め、党派関係なく宣伝カーを活用して送迎する姿などが印象に残る。コースや対象者なども、ちょっと相談すれば、瞬時で決まるようだ。もちろん、お金のやりとりはない。「運転ができない人を迎えに行くのは当たり前」という文化が定着すれば、誘われる頻度も増え、

誰でも「集まり」に参加しやすくなる。それが蓄積していけば「お互いさま」になり、頼む方も頼みやすい。高齢者の超低速運転や事故を云々と評するのなら、自ら運転手を買って出た方が、解決が早い。

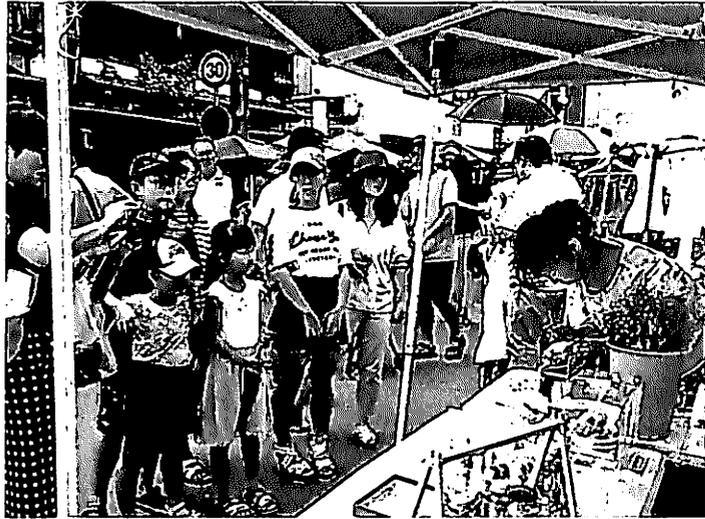
### (4)消費者・販売者・生産者が、ともに知恵を出し合い、力を合わせる

フリージャーナリストの佐藤亮子氏は、論文「日本におけるファーマーズマーケットの意義」(同志社大学誌)の文末に、「…これまでは買う人・売る人という関係であった消費者と生産者の境界線を越え、食についてともに考え、ともに作り、ともに食べる関係になっていくことはできないだろうか。同じ地域に暮らすものとして、食を通じた地域づくりが実現することを期待したい」と述べている(参考文献7)。

鹿角地域の良いところは「人のつながり」である。これを最大限に生かし、「食」に限らず、消費者・販売者・生産者が、ともに考え、知恵を出し合い、力を合わせることを提案したい。

鹿角市中心部、花輪大町商店街振興組合は、2000(平成12)年頃、スーパー「いとく」撤退による通行量半減の危機に、産地直売所「おおまちふれあい広場」を開設した経験を持つ。このとき、今までなかった農家ともつながりを広げ、趣味で野菜をつくっている消費者の出店も歓迎した。

地方自治ジャーナリスト・相川俊英氏『反骨の市町村、国に頼るからバカを見る』(講談社)によれば、全国の商店街で行われている「まちゼミ」は、2002(平成14年)、愛知県岡崎市康生商店街から始まったという。お店の人は、製造・仕入・販売等で得た専門知識を持っている。「まちゼミ」



花輪の市日

は、それを活かして、店主や店員が講師となり、専門知識を受講生（お客）に無料で提供するもの。ゼミを利用した商品の販売は厳禁で、信頼関係を築くことに専念する。康生商店街では、初年度10店舗20講座に199人が受講。12年を経て、3地区130店舗参加、4000人以上の受講者を集める規模に発展した（参考文献8）。

〔5〕五城目町「朝市プラス」に学ぶ

地域調査では、2019（令和1）年3月、鹿角「市日会」会長さんから、「市日と直接関係ない若い人が、市日のチラシをつくってくれた」というお話をうかがった。市日に共感した住民が応援してくれたらしい。400年の伝統を誇り、人々の生活を支えてきた「市日」も、出店者の高齢化が進むなど、先行き細くなりつつある。ここでも、また、消費者が「市日の応援団」になれば、見通しが出てくるように思える。

「市日の応援」には様々な方法があると思うが、ここでは、南秋田郡・五城目町の「朝市プラス」にヒントを求めたい。500年以上続く「五城目朝市」にも衰退の波が押し寄せた。そこで、伝統的な文化を守りながらも、若手の出店や新たなチャレンジを積極的に

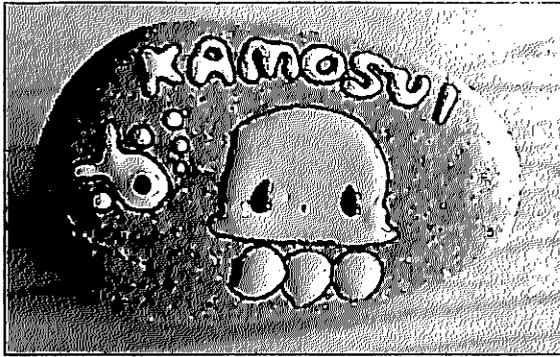


五城目町「朝市プラス」の風景から



迎え入れる策に転じた事例である。当初は「出店者からの反対」も少なくなかった。築いてきた秩序や信頼関係が壊れるのを恐れたと思われる。何回も話し合いを重ね、試行も繰り返しながら、2016（平成28）年、朝市の日と重なる日曜日を「こじょうめ朝市プラス」とする取り組みが始まった。

「朝市プラス」には、手作りアクセサリーや焼き菓子など「お試し出店」する若者や、新



鶴岡・加茂水族館の「石」



五城目町・大石清美氏の作品

商品の販売、子どもを対象にした工作教室、子どもたち自ら出店者になる取り組み、手相占い、似顔絵など、多種多様なお店が集まる。今では、内外から約3千人が来場し、地元の賑わいが戻った。「朝市プラス」は、町民であれば110円、町外の人でも210円を払えば出店できる。出店業種は、一般マナーに反していなければ何でもよい。ここには、消費者・販売者・生産者が「ともに考え、知恵を出し合う」という教訓が詰まっている。

(6)「捨てていたもの」に着目

2013(平成25)年、NHK広島取材班と藻谷浩介氏によって執筆された『里山資本主義』(角川書店)は、その後2年間で40万部が発行されるほど、世に大きなインパクトを与えた。この本は、「マネー資本主義」を見直し、「身近に眠る資源を活かし、お金もなるべく地域の中でまわして、地域を豊かにする里山資本主義」を提唱している。講師として鹿角に招かれた藻谷氏本人から直接お話を聞いた人も少なくないと思う(参考文献9)。

この本の主な舞台は中国地方で、東北同様、人口減少に悩む地域である。岡山県真庭市(まにま)では、これまでゴミとして扱われていた製材の「木くず」を利用して、発電に乗り出すとともに、ペレットにして化石燃料に替わるエネルギーを生み出した。また、島根県八頭(やず)町では、耕作放棄地を使って魚(ホンモロコ)を養殖し、学校給食の食材にしている。

山形県鶴岡市・加茂水族館が「クラゲ水族館」として再生された感動的な経緯は、前出の「反骨の市町村」でも紹介されている。同館は、1930(昭和5)年、加茂町(当時)住民有志による「民

間立」としてスタート。1955(昭和30)年、同町の合併を機に一度「鶴岡市立」となったが、鶴岡市は1967(昭和47)年に撤退。その後、幾度も閉館の危機に直面する。そのたびに、職員の泊まり込みの奮闘、地元住民の募金や「餌」の寄付、経営者の変遷などつなぐ。1997(平成9)年、サンゴで勝負を賭けるも大失敗。ところが、そのサンゴに付いていた「サカサクラゲ」の赤ちゃんが救世主となり、2014(平成26)年「クラゲドリーム館」オープンに至る(参考文献8)。

「クラゲドリーム館」の売店には、楽しいグッズやお菓子・お土産などがたくさん並んでいる。よく見ると、そのあたりで見かける普通の「石ころ」にちよっとシールを貼ったような「アクセサリー?」も売られている。東京(原宿)出身の館長による「よそ者の知恵」なのか、「庄内衆の商魂」なのかは不明だが、鹿角地域の住民も、持ち前の優しさは保ちつつ、このような「石ころでも売るたくましさ」には学ぶべきものがあると思う。

別の例で言えば、五城目町出身・大石清美氏は、よく「手ぬぐい」や「石ころ」などにイラストを描く。これがたまたま同町の道の駅で

【図表21】「鹿角市史」に見る鹿角の「手職」

織物	狭布(きょう)の細布(せばぬの)	
染物	紫根染(しこんぞめ)、茜染(あかねぞめ)	野生の紫や茜の根が染料、ニシコオリの灰が媒染剤 幕末には毛馬内と花輪に十数軒の染物屋
藍染	主に型染(型紙づくりもあつたはず)	花輪に約10軒の「紺屋」(百助・佐七・与七・五助など) 毛馬内に数軒(新紺屋=シンコヤなど) 下町に数軒(安保・立山・黒沢など)
桶	酒桶、味噌樽、溜桶、風呂桶、手桶、大太鼓の胴など	タガの材料に根曲竹(大きい桶は唐竹) 大正から昭和30年代まで、鹿角全体で30軒程の桶屋 → 戦後10軒程に
石工	建築土台、道路、墓、記念碑、顕彰碑、誕生地碑、文学碑、史魂碑など	毛馬内の成田石材店は明治36年創業 市内に6軒ほど(1996年<平成8年>)
漆塗	弁当箱、書類箱、桶、鉢、建具、箆笥、祭屋台、寺の位牌堂、位牌、仏壇、家紋、墓石の家紋、汁椀、御膳、重箱、盆、テーブル、茶箆笥など	漆の生産、漆塗の技法の伝承(奥州全体が漆の産地) 花輪の木村徳蔵塗師、毛馬内の滝塗屋
鍛冶	鹿角独特 → 鹿角鎌(火山灰台地の芝草刈)、黒物(林業のトビなど)、農具、山林土木用具、鉦山用具、大工道具、石屋道具、日常生活用具など	花輪新町には「唄」になるほど鍛冶屋が集まった 刃物・刀・鋸・釘・鉄砲・錠前・馬車鍛冶など専門分化
竹細工	ザル、手籠、ピク、ヤナ、釣竿、花入れ、コウリ、フルイ、行商籠など	日常の道具は自家製 → 農家の副業 → 市日に販売 地元の「根曲竹」が材料
蓼細工	アケビの蓼を漂白してつくる「果物籠」など	明治38年頃から大正年代まで、鹿角の特色ある物産 明治40年「鹿角物産会社」設立 → 失敗
藁細工	しめ縄、荷縄、草履、ワラジ、踏俵、ミノ、ワラケラ、ハバキ、ムシロ、ゴザ、コダシ、ツト、米俵、モッコ、馬牛の手綱・鞍等、綱引きの綱など	地域による特産(鏡田)トバ、使い縄、ワラジ、(小平)草履、ワラ杓、(下川原)土方モッコ、鞍のシト、(級ノ木)ガサムシロ、(狐平)トバ、(館)深杓

「鹿角市史」第4巻より

売られている。  
 (7) もともとあった「地元  
 の産業」を掘り起こす  
 地域調査によれば、鹿  
 角は「地元材」を加工  
 する「手職」の衰退が激  
 しい(図表21)。  
 都会では、米や野菜、  
 生活用品、家具、住まい  
 などをつくることができ  
 ないので、お金で「買う  
 暮らし」になる。特に、  
 1960(昭和35)年頃(高  
 度経済成長期)から、地  
 方も都会と同じように「何  
 でもお金で買う」生活ス  
 タイルが奨励されてきた。

その結果、お金を持っていることが「豊かさ」のモノサシとなり、地方は人口が減り、地域が縮小してきた。お金は、「つくることの省略」であり、「自分たちの生きる基盤を他人まかせにすること」なので、人々は「生きる力」を失っていく。従って、その地域で生まれたものを食べ、できるだけ地元材を意識して日々の暮らしをすることが「生きる力」の復活につながる。なお、人間をはじめ生物は、その地域の風土で得られた物を身体や生活に取り入れることがもともと健康とも言われている。

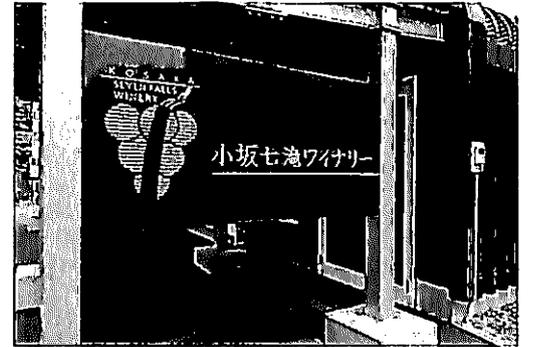
(8) 「地産地消」から「地消地産」へ

「地産地消」に対して「地消地産」は、「食べもの」に限らず、「消費」を起点として、「地域で消費しているものを地域でつくろう」という考え方であり、比較的最近使われるようになった。

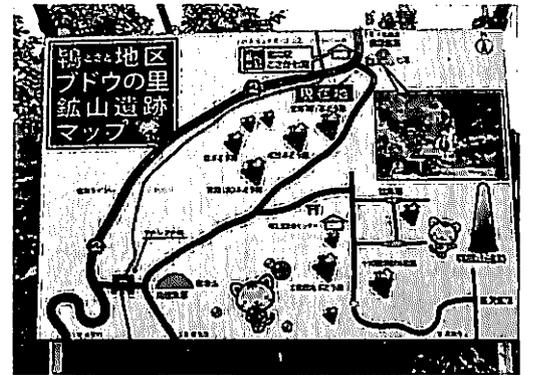
島根県中山間地域研究センターの「家計調査」によれば、対象地域の食料費は1世帯あたり約55万円。その中で、本当地元でつくっているものの金額は1.4%しかなく、また、地元のスーパー、コンビニ、ホテル、福祉施設などの食料の調達先は、産直市を除いて、ほとんどが地域外だった、と報告されている(「地元経済を創りなおす」より)(参考文献10)。

同調査結果の中で「1世帯あたり年間約3万円のパンを買っている」ことに関連して、同センターの藤山浩氏は「300世帯あれば、約1千万円分のパンの需要があることになり、パン屋さんの1軒くらい充分に採算がとれる」とコメントしている(出典同上)。

徳島県・神山町では、NPO法人が地域づくりの中心的な役割を果たしている。そのメンバーが、商店街の古い地図から「町に無くなったお店」を選び出し、特定の職人を対象に公募した。その結



小坂町のワイナリー



観光マップ

果、パン屋・歯科医・ビストロ、染織工房などを中心に、8年間で160人が移住するまでになった。「小坂まちづくり株式会社」が手がけている「七滝ワイナリー」の取り組みも教育的である。ブドウ栽培の工夫や試行錯誤と、それを加工して商品化する一連の生産活動がセットになっており、「地産地消」と「地消地産」の両側面を持ち合わせている。

### (9) 数多くの「学びの場」があれば、「地域大学」みたいになる

鹿角地域には、住民による「学びの積み重ね」と表現したくなるような素晴らしい「宝物」がある。そこには、足元の文化や歴史を大切に、先人の生き方等に学ぶとともに、「鹿角で誇りを持って生きていく証」のようなものを求める思い、総じて「地域愛」や「住民の底力」を感じる。

例えば、1958(昭和33)年から続く「花輪読書会」は、史談会・史跡めぐりなどの他、懇話会の記録「楓陰」や会誌「かえで」を発行している。会費は年2千円。各事業の企画、紙誌の編集・印刷・配布など、誰かがどこかで「無償の努力」をしているはずである。「郷土を学ぶ」という主旨に賛同する個人によって構成されている「鹿角市文化財保護協会」は、1975(昭和50)年に設立された。会員などが様々な切り口で郷土の研究結果を寄稿する定期誌「上津野(かづの)」は、2017(平成29)年で第42号を数えた。他にも「上津野」や「ふるさと鹿角」といった地元書籍も刊行している(参考文献11、12)。

1980(昭和55)年に発足した「内藤湖南先生顕彰会」も、鹿角ならではの住民組織であろう。年2千円の会費の他、寄付金などで運営している。2018(平成30)年に発行された機関誌「湖南」第39号には、会員124人が掲載されているが、そこには県内外の方々、また「内藤湖南研究会・東京」や「関西大学」も含まれている。

1999(平成11)年に開校した「尋常浅間学校・かづの分校」は、2019(平成31)年、記念誌「キラキラ輝いて20年」を発行するとともに、今後の新たな活動を模索しているという。(参考文献13)

### (10) 数年後に島根・秋田の人口が逆転、その差は「高校」への取り組み

「ふるさと教育」には、地元の自然や文化に触れる体験活動を通じ、子どもたちの郷土への愛着を深めるねらいがあると言われている。秋田県の場合、1993(平成5)年度、全国的にも早い時期から活動が始められた。その後「総合的な学習の時間」を活用するなどし、期間や形を変えながら、県内の大半の小中学校や高校で、何らかの取り組みが続けられている。

社会全体が「生きづらい」方向に引きずられていく中、この取り組みが、子どもたちの心にとの

【図表23】正則高校ルポルタージュクラブによる各地の調査・取材

年	テーマ	調査・取材場所
1977年 S52	200カイリ問題を考える	福島県 いわき市
1978年 S53	原爆問題を考える	広島県 広島市
1979年 S54	円問題を考える	新潟県 燕市
1980年 S55	原子力発電所問題を考える	福島県 双葉郡
1981年 S56	過疎と減反…農業問題を考える	新潟県 十日町市飛渡地区
1982年 S57	原子力発電所問題を考える	福井県 敦賀、若狭
1983年 S58	農業問題と地域医療	秋田県 象潟町上郷地区
1984年 S59	戦争と沖縄	沖縄県 本島、伊江島
1985年 S60	土呂久ヒソ鉞毒事件	宮崎県 高千穂町土呂久
1986年 S61	沢内村の生命行政	岩手県 和賀郡沢内村
1987年 S62	戦争と沖縄	沖縄県 本島、小録具志、読谷村
1988年 S63	三宅島の人々とNLP基地問題	東京都 三宅島
1989年 H1	オレンジ輸入自由化と農村	和歌山県 紀ノ川農協
1990年 H2	平和の火を求めて	福岡県他 星野村など
1991年 H3	農業を通して環境問題を考える	茨城県 八郷町
1992年 H4	高齢化社会を考える	高知県 博多郡西土佐村
1993年 H5	アジアから来る外国人就・留学生	東京都 豊島区
1994年 H6	コメと農業を考える	山形県 高田町
1995年 H7	高齢社会と高齢者福祉	長野県 松本市
1996年 H8	農業と産直	千葉県 多古町
1997年 H9	統・産直と農業…消費者団体を訪ねて	神奈川県他 川崎河原町など

【正則高等学校ルポルタージュクラブ活動報告書】より

島根県も、秋田県同様、中学校卒業生は激減している。しかし、秋田県と島根県との決定的な違いは、秋田県の場合「自治体・学校・病院等なんでも合併主義」による「高校の統廃合」であるのに対し、島根県は「魅力ある高校づくり」に力を入れ、少人数のメリットを生かすことや、「生きる力を育む」ため、地域と協働で取り組んでいることだ。藤山浩氏「地域人口ビジョンをつくる」（農文協）

し、発信する力を育てる、というものであり、地域調査のコンセプトとも重なる部分が少ない。しかし、残念ながら、2024（令和6）年4月、鹿角市の花輪高校・十和田高校、小坂町の小坂高校の3校が統合され、「鹿角高校」となった。「かづの学」はどうなるのであろうか。

【図表22】十和田高校「かづの学」のテーマとキーワード（地域調査時点）

	2014年度 平成26年度	2015年度 平成27年度	2016年度 平成28年度	2017年度 平成29年度	2018年度 平成30年度
観光・商業	観光資源マップ ストーンサークル 毛馬内探訪 毛馬内盆踊り 毛馬内商店街HP	鹿角のお土産 十和田湖観光 小坂レールパーク 地元店舗のHP作成 スキーと駅伝の町 若者の定住	郷土食の開発 HP情報発信 花輪ばやし 大湯温泉 PRソング制作 スキーと駅伝の町	花輪商店街 十和田湖周辺 鹿角地区の魅力 HPの作成 鹿角での起業 移住・ふるさとCM	スキー道の駅 移住コンシェルジュ 後生掛温泉 手づくりマップ
農・水産業	北限の桃 鹿角の食材	淡雪こまち 北限のモモ 桃豚	かづの牛 桃豚	花・西洋野菜 北限のモモ ソバ	六次産業化 ヒメマス リンゴ・モモ
鉱・工業	自然エネルギー 水質調査 地元産業調査	公害（煙害）	新エネルギー 金属精錬	会社と物流 アンモニア燃料 コンクリート	循環型エネルギー 土壌
文化・歴史	カルタ 方言 偉人研究 オリンピック選手	昔かたり 方言カルタ 神社 祭り 三大盆踊り 紫紺染・茜染	伝説と昔話 方言カルタ 地名と風土 朝市 ジオパーク 統計資料	地域文化活動 偉人パンフレット 祭り 芦名沢観音	戊辰戦争 絵本 遣い姫 つるし姫
生活・福祉	水害 ハザードマップ	子育て支援 リサイクル	防災 睡眠と豚		

十和田高校ふるさと教育「かづの学」研究収録より

程度響くかは何とも言えない。また、保護者の中には「やらされ感が否めない」との声もある。しかし、学校の側から「地域に目を向けよう」としているとき、地域の側も、準備段階から積極的に参加し、「大人の生きざま」を子どもたちに見せる機会とすべきではないだろうか。

鹿角地域では、例えば2017（平成29）年、小坂小学校が、鉾山の歴史のほか、芝居小屋「康楽館」、十和田湖、ヒメマスなど地域について学び、その成果をオリジナル劇の上演という形で示した。また、小坂中学校は、「模擬議会」の中で、観光や産業に関する活性化策を町長らに提案した。

さらに、十和田高校は、2014（平成26）年度から「かづの学」に取り組んでいる。その目標は、ふるさとへの素晴らしさを発見し、愛着心を育み、「生きる意欲」を喚起

によれば、2015年時点では30万人多い秋田県だが、2060年には島根県に逆転されるとの人口予測も示されている。その最大の要因は青年層(特に20歳代女性)の流出増と帰郷減。そのことで、秋田県は出生率がさらに低下。「高校」への取り組みの差だと思われる(参考文献14)。

2019(令和1)年6月26日に岩波書店から発行された『地域協働による高校魅力化ガイド』(一般財団法人「地域・教育魅力化プラットフォーム」編)は、地域のこれからを考える人ならば一度は目を通すべき書籍の一つであろう。同書共同執筆8氏3団体の一人、東京大学・鈴木寛氏は、「巻頭言」で、「明治維新以来150年ぶりに教育・社会のあり方を変え、『近代Ⅱ 経済至上主義』から卒業し、今こそ『人間の幸せとは何か』という根本から問い直すべきとき」と述べている。また、「これまでの学校教育では『一般解・標準解』ばかりを教えてきた」のに対し、「卒近代のキーワードは『個別化』であり、一人ひとりにとって『最適解』は異なる」と解説。加えて、先駆的な役割を果たしている「隠岐をはじめ、離島や山間部から始まった高校魅力化は、よくも悪くも、地域社会の存続をかけての取り組みであったため、本気度が違った」と評している(参考文献15)。

もうひとつ紹介したい高校の取り組みがある。東京タワー近くにある私立「正則高等学校」は、1970年代、子どもたちが荒れていた。そこで、教員たちが知恵を絞り、生み出した方法の一つが「ルポルタージュクラブ」(当初は「学習クラブ」であった)。

「大人が懸命に生きている姿を子どもたちに見せること」、それがこの活動のコンセプト。保護者の理解と協力のもと、毎年、夏休み等を利用して全国に向向き、地域の大人たちから直接話を聞き、時には体験もした。驚くほど無知な質問も飛び交いながら、しかし、参加した生徒たちは、それぞれ

れ何かをつかみ、「生きる意味」を見出していった。見学した地域に就職する、関連する仕事を選んだ生徒も少なくない。残念ながら、現在では廃部になっている(参考文献16)。

### ①「少子化対策」の力ぎは「地域と一体になった」教育

「学校の統廃合」は「地域存続の危機感」の現れである。ほとんどの事例は「子どもの減少に危機感を抱いた保護者の訴え」から始まる。

しかし、その地区から学校がなくなれば、地区は先細り、やがては消滅につながることは、過去の事例が証明している。地域がしばむことは「生きる意欲」を減退させ、人口減少にもさらに拍車がかかり、地域にとっては大きなマイナスになる。

全国的には「複数の学校による定期的な合同授業」や「合同イベント」など、「閉校しない統合」が成果を上げている。工夫すれば、やり方はいくらでもあるはず。「既定路線」なのかもしれないが、勇気をもって計画を一時保留し、将来も見据えて、学びあいながら視野を広げ、住民間で、時間をたっぷりとして論議することを勧めたい。

前述のように、鈴木寛氏は『「一般解・標準解」を追い求めることをやめ、一人ひとりの『最適解・個別解』を大切にしよう』と呼びかけている。秋田県の「全国統一模試でトップを誇る」考え方は、まさに「標準解」を子どもたちに求める典型と言えるであろう。「現政権の標準解」である「効率」を優先する姿勢に素直に従い、いとも簡単に学校の統廃合も進めてきた。

その結果、秋田県は「日本一の人口減少県」となった。「標準解」は、子どもたちを都会や世界で

活躍させるためのものなので、秋田県から若者が減るのは当然と言える。

島根県をはじめ、日本中の多くの地域で、そのことに気づき始めている。特に、「生き方」を決める時期にある「高校生」にスポットを当てたことが大きい。彼らの「個性」を認め、地域や社会を「五感で実感する」仕組みこそ「教育」だと位置づけた。地域には、日本という国の足跡や、大人たちの汗・涙とともに「過ち」も凝縮されている。それを、隠すことなく彼らに見せ、ともに未来を考える「仲間」として迎え入れようとしている。

その成果はすぐには表れないかもしれない。しかし、人口減少・少子化など、今日の問題の「根源」と「答え」は見えたような気がする。私たちも、子どもたちとともに「鹿角という地域」を見つめ、子どもたちといっしょに「これから」を考えていきたい。

#### 【住民の証言⑤】 Aさんの場合

「この病院では無理」とキツパリ言える医師に救われる

#### 食品アレルギーが発現

これは、Aさんがまだ子ども頃のお話です。

Aさんは、生後6カ月頃から「湿疹」が出るようになりました。卵やミルクなど、食品アレルギーです。病院の医師と話し合い、もう少し大きくなったら検査をすること、それまでは反応する

食品を控えることになりました。保育園の栄養士さんは代替食品でも「見た目が同じ給食」をつくるなど、配慮が行き届いていました。

#### 前任とは真逆の医師から突き放され、家庭内で試行錯誤

その後、頼りにしてきた主治医が交代します。念入りな引継ぎをしたはずなのですが、後任医師は前任とは真逆。「検査はムダ」「食べて具合が悪くなるなら食べなきゃいい」と、突き放されてしまいました。

そこで、家庭内での試行錯誤が始まります。今まで避けていた食品も少しずつ試してみました。卵を「つなぎ」に使うラーメンを初めて口にしたAさん。ちょっとだけなら食べられることが判り、大喜びです。

学校給食は、保育園のような配慮はありません。Aさんの食事は明らかに他と異なり、それをネタにイジメも受けました。一方、アレルギーのある子は何人かいて、友だちもでき、楽しい時間もたくさんありました。

#### 優れた医師の「今までとは全然違う」対応

家族の温かい援助のおかげで、Aさんは心豊かな子どもに成長。しかし、神様は再びこの子に試験を与えます。アナフィラキシーショック、しかも、得意のスポーツで誘発されるタイプの発現です。

病院の医師は数年ごとに交代してしまいましたが、この時の医師が大変優れた人物だったことがAさんを救います。その医師は診断名を確定させ、治療体制を整える必要性をAさん親子に提案しました。その際、驚いたことに「この病院では無理」とキツパリ。その理由として「医師が時々変わることに、精密検査ができないこと」の2点をあげ、盛岡の専門医療機関を紹介。家族は、この医師について、「今までとは全然違う対応だった」と述べています。

その後、Aさんは、盛岡に通い、順調に回復。卵アレルギイの克服を示す検査結果も出ました。医師は「家庭内の試行錯誤が効いている」と評したそうです。

最後に、お母さんは、Aさんがクリスマスケーキを初めて食べて歓喜した時のエピソードを教えてくださいました。そのお話しに、こちらでも思わず涙が出てしまいました。

(原文通り「ですます調」にて)

### 第3章

## 住民が「社会」を

## 見つめ直し、

## 自ら提案する

【図表24】 ロングラン学習討論「あらためて、地域・住民目線で『医師不足』を考える」

内容	視点	市民町民の 会幹事会での話し合い	
		年月日	回
医師不足の実態	【視点1】 医師不足に関する基本事項	2022年8月24日	第197回 幹事会
	【視点2】 中心地への一極集中		
	【視点3】 医療崩壊の歴史	2022年9月27日	第198回 幹事会
	【視点4】 コロナが示していること		
医師不足の背景	【視点5】 勤務医の労働	2022年10月18日	第199回 幹事会
	【視点6】 医師の養成	2022年11月28日	第200回 幹事会
	【視点7】 診療科について		
医師不足のメカニズム	【視点8】 医療とお金		
	【視点9】 医師不足のメカニズム	2022年12月17日	第201回 幹事会
医師不足を 解決するために	【視点10】 解決に向け「考え方」の整理	2023年1月17日	
	【視点11】 私たちが迎え入れたい医師		第202回 幹事会
	【視点12】 住民が出来ること		

(「市民町民の会」資料)

失意からのロングラン学習討論

冒頭の章でも、私たちの「医師募集チラシ」を見て、精神科医師2人が鹿角に常勤赴任してくれた朗報を述べた。このときは、誰もが心の底から喜び、嬉しさに泣いてしまった人もいた。

しかし、地域の医療をめぐる状況は、私たちにさらなる試練・考究を求めている。2022（令和4）年4月、鹿角の精神科医療が再び「非常勤体制」に戻ってしまう。ただし、以前と少し違っていたのは、当該医師の1人は隣市に開業し、もう1人は週2日ほど通って診療を続けていること。また、この間途絶えていた岩手医科大学から週1日の応援が復活し、もう1日を院長（脳外科医）自ら診療することで、週4日間の外来体制を保つことができた。精神科の患者は医師の変更を嫌う。この応急体制で、なんとか最低限の「主治医制」をキープした。

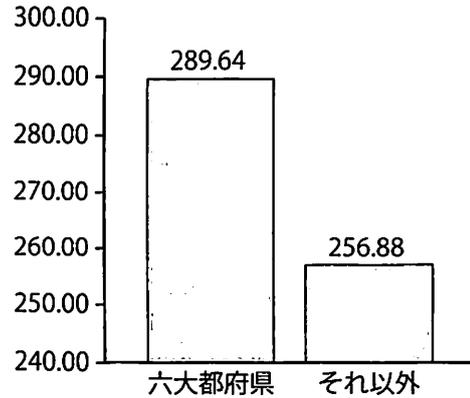
医師が短期間で異動することは、今の日本では日常茶飯事だ。心のどこかで多少なりとも覚悟をしていたとはいえ、精神科が再び非常勤体制に戻ったことは、「市民町民の会」にとって大きなショックであった。失意の時には、ろくな話は出てこない。同会の月例会には「幹事会」という偉そうな名前がついているが、「幹事」という役職は存在せず、これには誰でも参加できる。その名称を変えるべきだと、代替案をめぐって空論が数カ月間続いた。皆一様に年を重ねているため「引退」とか「卒業」などの言葉も飛び交う。地域外から参加している私は「高齢で運転も危なくなった」と「逃げる口実」を探した。さらには「解散論」まで出てくる始末。今考えると、情けないし、恥ずかしい話ではあるが、人間は失意に弱い。この恥ずかしさをあえて記録に残しておくことも本書の役割だと思ふ。

幸いなことに、「市民町民の会」は、情けないままでは終わらなかった。

2022（令和4）年8月から翌年1月までの半年間、「あらためて、地域・住民目線で『医師不足』を考える」と題した「ロングラン学習討論」に取り組むことで、「市民町民の会」は再び船帆を上げる。その内容は、なぜ医師不足が起るのか、解決に向けて住民は何ができるのかなどを「12の視点」で整理したもの。「幹事会」のたびに、「視点2つ分」の基礎資料をもとに、眉間にしわを寄せながら、コツコツと話し合う（図表24）。新たな発見には素直に驚き、よくわからない点は何度も蒸し返す。メカネをはめたり外したりしながら、一覧表やグラフなどから社会の奥底を読み取る。資料には、数年後に誰でも検証や追加ができるよう、グラフの根拠となる数値も

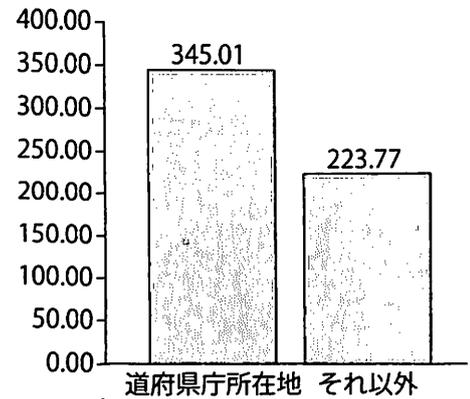
## 6 住民が「医師不足のメカニズム」を解明

【図表25】「六大都府県」と「それ以外」との人口10万人あたり医師数の比較(人)(2020年)



(厚生労働省資料および国勢調査により当方で算出)

【図表26】「道府県庁所在地」と「それ以外」との人口10万人あたり医師数の比較(人)(2020年)



(厚生労働省資料および国勢調査により当方で算出)

に人口が多いことは誰もが実感しているはずだ。よく聞く話だが、日本は諸外国と比べて医師が少ない。OECD(経済協力開発機構)の資料で見ても、主要国の間ではかなり下位に位置する(80頁図表27)。しかし、それでも、日本全体の医師数は年々増えてはいる。例えば、2008(平成10)年には約29万人であったが、12年後の2020(令和2)年には約34万人と約2割増えた。これを、2008(平成10)年を100として、2年ごとに「指数」で見ると、地域によって増え方には差があることが判る(81頁図表28)。全国・秋田市・秋田県はそれなりに増加。しかし、秋田市以外は減少気味の横ばい。鹿角地域はむしろ「減っている」

すべて掲載してある。そのため、大半が数字で埋まり、ページを開くたびに思わず「ヒエーター！」と声が出てしまう。その悲鳴に癒されながら、思いのほか楽しく、6カ月間が過ぎた。なお、「ロングラン学習討論」で使用した資料は、多少の加筆の後、216ページの冊子にまとめ、2023(令和5)年6月25日、「第3回鹿角の医療と福祉を考える市民町民集会」にてその概要を報告。多くの人が前向きな意見を述べた他、初めて参加した県内の医師も後にSNSで「(病院批判など)対立分断・崩壊に向かう集会ではなくて、多角的な調査と十分な情報共有のもとでの理性的で建設的な話し合い・提案の場でした」と評価してくれた(参考文献17)。

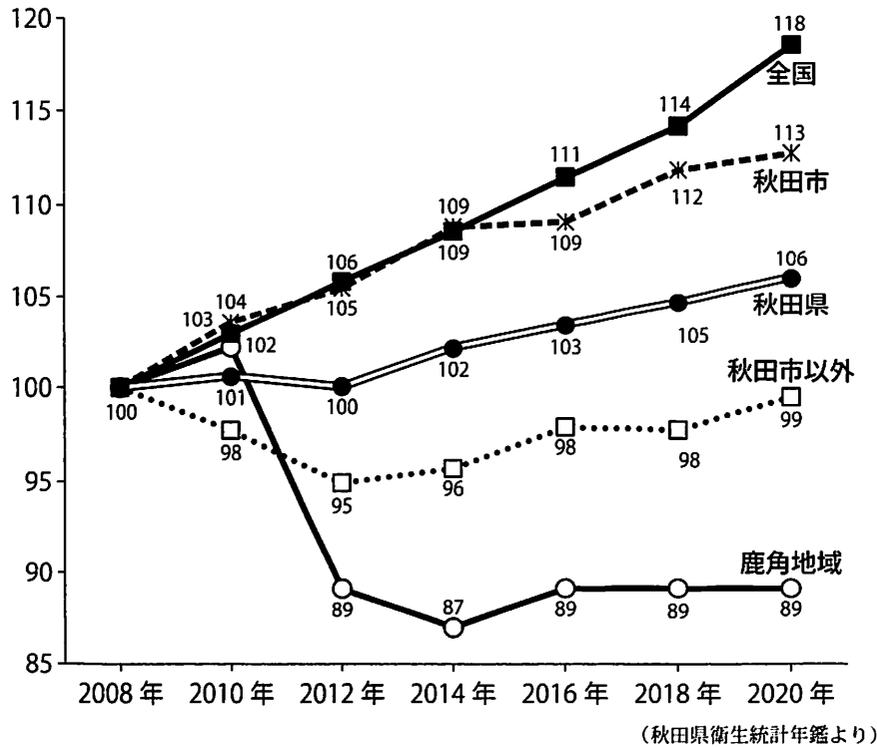
日本の医師は「人口がより多い地域」により多い

ロングラン学習討論の過程で、日本の医師数に関する数字をしばらく眺めていると、あることに気づく。図表2(2頁)で見たように、「人口10万人あたり」に補正した医師数で比べると、秋田県は全国より医師が少ないが、秋田市だけを見れば全国より多い。むしろ秋田市が突出し、それに比べて「県内・秋田市以外計」はとても少ない。鹿角地域に至っては、さらに、きわめて少ない。

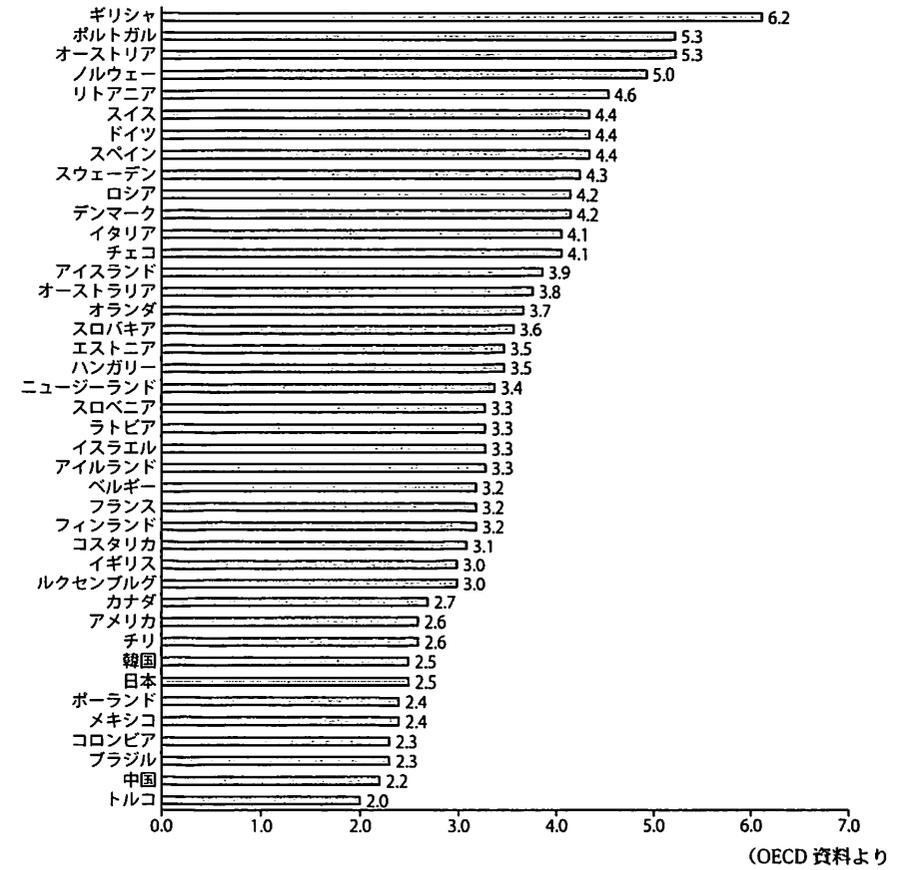
このことを全国規模で見ると、「六大都府県」は、それ以外の「道県」より医師が多い(79頁図表25)。「六大都府県」というのは、東京・神奈川・愛知・京都・大阪・兵庫のことで、1922(大正11)年に定められた「六大都市」に由来する。

さらに、「道府県庁所在地(東京都を除く)」と「それ以外」とで比較してみると、前者が多い(79頁図表26)。六大都府県も道府県庁所在地も、一部の例外を除いて、それぞれ他と比べて基本的

【図表28】医師数の推移<指数>2008年=100



【図表27】人口千人あたり医師数(人) (2019年)



と表現した方が的確であろう。  
つまり、「医師が増えた」と言っても、増えたのは都市部の「人口が多い地域」である。総じて、日本の医師は、「より人口が多い地域」により多く、「より人口が少ない地域」により少ない、と言える。

医師不足のメカニズム：「公共」から「営利」への政  
策転換  
なぜ、医師は「より人口の多い地域」に集まるのか。  
秋田県を例に、秋田市

の医師数および人口が、それぞれ秋田県全体に占める割合、つまり「秋田市への一極集中度」の推移をみると、1960年代から80年代にかけて、「人口の集中度」に比べて「医師の集中度」が急上昇したことがわかる(82頁図表29)。この時期は、日本の医療が「公共」から「営利」へと変化する初期と重なる(82頁図表30)。考えられる理由として、人口が少ない地域では、徐々に医療機関の経営が困難になりはじめ、それに伴って医師は「人口が多い地域」へと移動する。これが、その後の「地方の医師不足」につながっていったと思われる。

ちなみに、1980年代になると、日本の政府は、「聖域なき」と

【図表31】日本の主な民営化

		公営	民営化
中曽根内閣	1985年	日本電信電話公社	NTTグループ
	1985年	日本専売公社	日本たばこ産業株式会社 塩事業センター
	1987年	日本国有鉄道	JRグループ 日本国有鉄道清算事業団
橋本内閣	1998年	国際電信電話株式会社	KDDI株式会社
小泉内閣	2007年	日本郵政公社	日本郵政グループ
	2004年	営団地下鉄	東京地下鉄株式会社
	2004年	新東京国際空港公団	成田国際空港株式会社
	2005年	道路関係四公団	高速道路株式会社

(Wikipedia「日本の民営化の一覧」(2022.10.14)より)

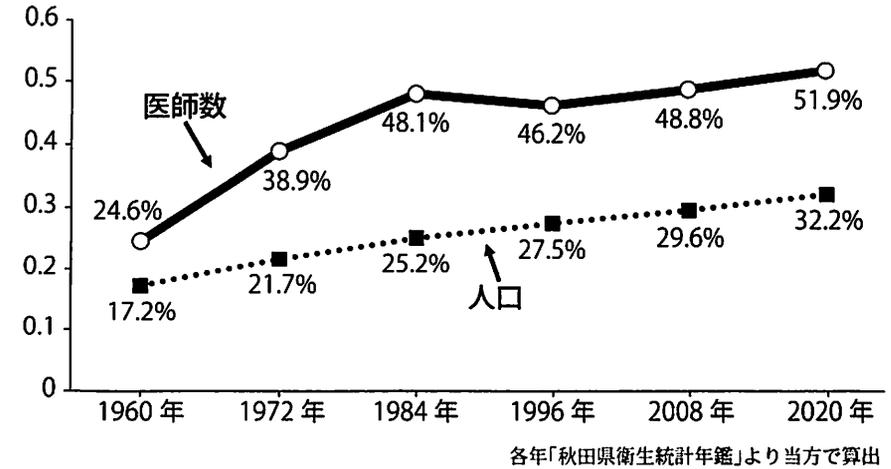
称して、交通郵政など、次々に「民営化」する(図表31)。それは、「医療」分野でも例外ではなく、1985(昭和60)年、国立病院の再編方針を公表。2004(平成16)年4月1日、154の国立病院・療養所のすべてが「独立行政法人・国立病院機構」の下で運営されるようになった(国立高度専門医療センター8カ所と国立ハンセン病療養所13カ所を除く)。独立行政法人化の主目的は「業績主義への転換」。「病院評価」や「企業会計」などが導入され、業績次第で賃金や職員数も決まる仕組みである。「国立病院ですら採算性を優先させる」というパフォーマンスは、それ以外の病院にも同じことを求める最大のメッセージに他ならない(84頁図表32)。

医療政策の「公共」から「営利」への転換、これが「医師不足」の根源にあることはほぼ間違いない。前述の「生きづらさの根源」競争社会」とも重なり、次第に全容が見えてきた。

**地方の人口が減った訳**

もう一つ見ておく必要があるのは、「どうして地方は人口が減ったのか」という点である。これについても、秋田県の例がわかりやすい。

【図表29】秋田市の「人口および医師数」が秋田県全体に占める割合の推移(%)

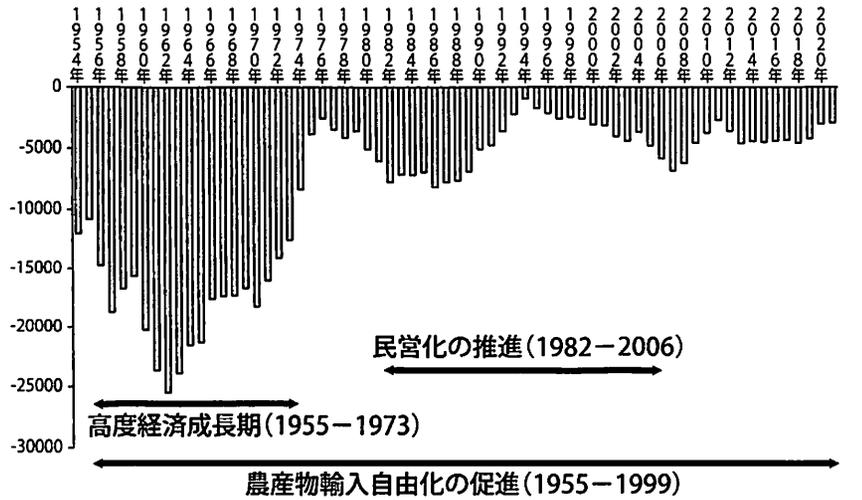


【図表30】日本の医療政策が「公共」から「採算重視(営利化)」になったことを示す主な動き

1960年代末頃	医薬品産業・ME産業など、医療本体以外の所で「医療産業」という表現が始まる
1980年代	臨調「行革」で「活力ある福祉社会」をうたい、医療を産業として育成、あらたなビジネスチャンス
1986年(S61)	厚生省の中に「医療関連ビジネス調査室」設置
1986年(S61)	厚生省通達「病院における給食業務一部委託について」→病院給食の受委託業務始まる
1987年(S62)	医療関連ビジネス検討委員会設立
1987年(S62)	国民医療総合対策本部中間報告「「患者サービス」という用語使用、「業務委託」の位置づけ明確化」
1987年(S62)	医療経営の近代化・安定化に関する懇談会報告「業務委託の位置付けを制度運用の中で明確に」
1989年(H1)	医療関連ビジネス基準作成委員会設立
1990年(H2)	「医療関連サービス基本問題検討会」「同振興会」「日本医療経営コンサルタント協会」設立
1992年(H4)	第2次医療法改正「政令8業務について外部委託に基準適合の要件、特定機能病院等の制度化」
1995年(H7)	「厚生白書(平成7年版)」で、医療を初めて「サービス」「産業」と明示
2001年(H13)	小泉政権の閣議決定「基本方針2001」、株式会社の医療機関経営、混合診療など
2004年(H16)	国立大学と国立病院の独立行政法人化始まる。

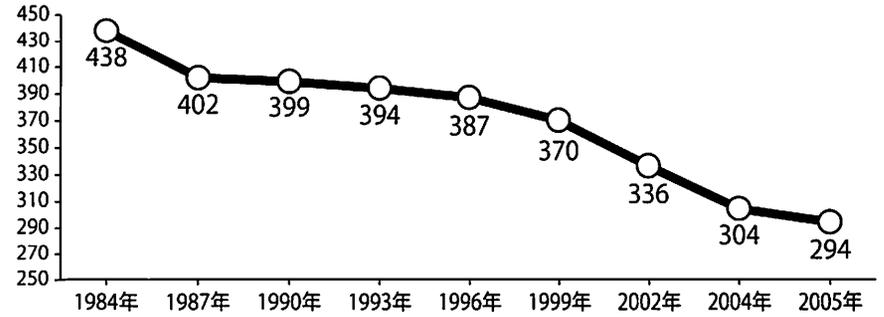
(当会冊子「あらためて、地域・住民目線で「医師不足」を考える」より)

【図表33】秋田県の社会動態(転入-転出)



(総務省統計局資料より作成)

【図表32】国立病院数の推移



(厚生労働省「医療施設調査」より)

1954(昭和29)年から2020(令和2)年までの67年間について、秋田県民の社会動態(転入者数-転出者数)の年次推移を見てみると、グラフが上向き(プラス)になったことは1回もない。すべてマイナスである中でも、いくつかの「山(谷?)」がある。最大の減少期は1954(昭和29)年から1976(昭和51)年で、これがちょうど「高度経済成長期」と重なる(85頁図表33)。学校を卒業した若者たちが、旗振る親族らに見送られて列車に乗り、「集団就職」と囃されて都会に出て行った。年配の方しか知らないかもしれないが、井沢八郎氏が上野駅を「故郷の香りをのせた列車が着く心の駅」と歌ったのは1964(昭和39)年のことである。

時を同じくして、日本は、1955(昭和30)年にGATT(関税および貿易に関する一般協定)に加盟。以降、貿易の自由化を意欲果敢に進めてきた。その結果、農林漁業従事者数や食料自給率が物の見事に激減する(86頁〜87頁図表34〜37)。

農産物輸入自由化が促進されたことによって、地方産業のメインであった農業・漁業・林業などが大きなダメージを受け、従事していた人たちが故郷を離れざるを得なくなれば、当然のことな

がら地方の人口は減る。それを理由に、医療や交通なども「地方では成り立たない」と撤退が正当化され、さらに人口減少に拍車がかかる。待っているたかのように「高度経済成長産業」が大口を開けて地方から「脱出した人たち」の受け皿となる。

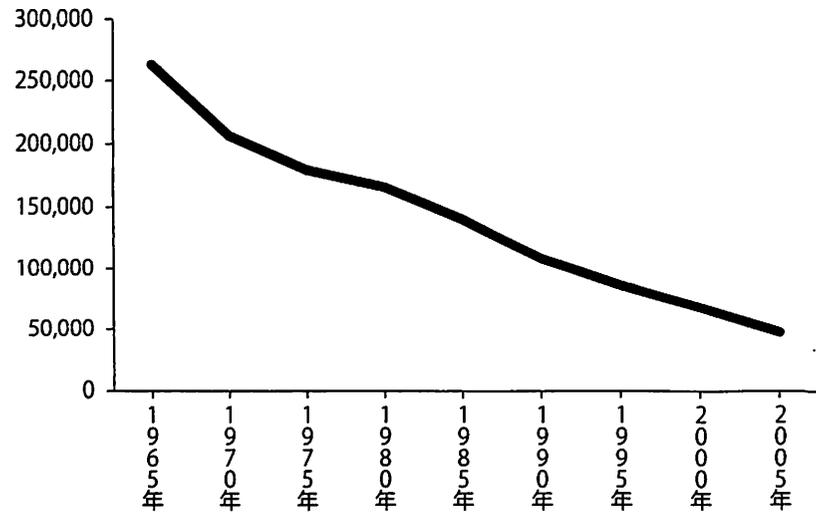
地方の人口は、自然に「減った」のではなく、意識的に「減らされた」と表現するべきであろう。

**住民も医師も困っている**

「医師不足」は、私たちのような「地方で暮らす住民」にとって、生命の維持や再生産を困難にし、地域衰退の一因になるなど、きわめて重大な問題である。併せて、幾多の感染症や自然災害などは、都会であろうが、どこであろうが、今の日本の医療は「ぜい弱」としか言いようがないことを何回も示している(参考文献18)。

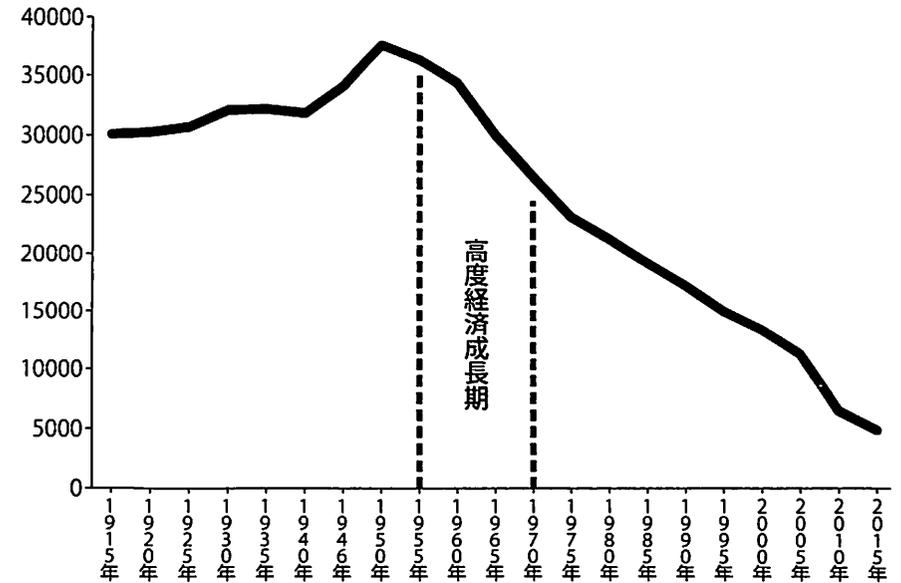
さらに、「医師不足」の弊害は、住民ばかりでなく、医師をも苦しめている。もう少し正確な言い

【図表36】日本の林業人口の推移(単位：人)



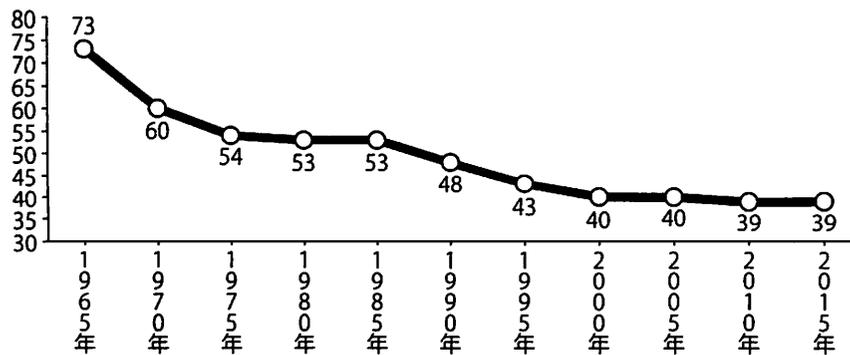
平成 22 年度林業白書より 数値は、総務省「国勢調査」による

【図表34】日本の農家人口の推移(単位：1000人)



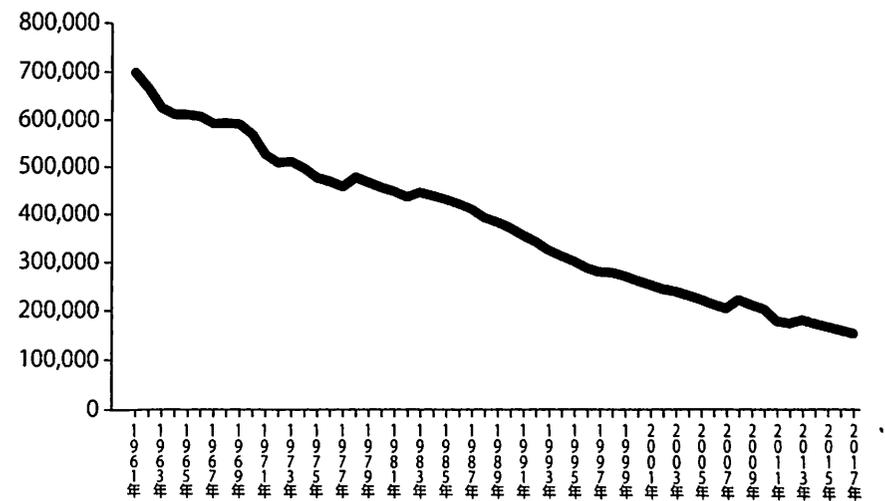
橋本健二「戦後日本の農民層分解と農業構造の転換」より(2018年3月)

【図表37】日本の食料自給率の推移(%、カロリーベース)



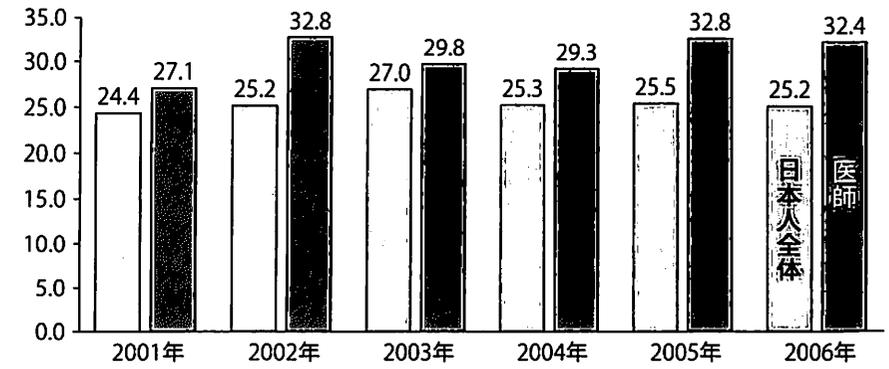
(農林水産省「総合食料自給率」より)

【図表35】日本の漁業人口の推移(単位：人)



政府統計「漁業構造動態調査・平成 29 年漁業就業動向調査報告書」より

【図表38】日本人全体と医師の「自死率」の比較（人口10万人あたり）



「医師(医学生)の自殺・過労死」名古屋医報 第1330号より

方をすれば、最初に「医師不足」を世に知らしめ、その改善に早くから奮闘してきたのは医師やその家族である。医師の自殺率は、日本人全体よりも高い(図表38)。その引き金となっている「医師の労働実態」は、まさに「無法地帯」そのもので、常識の範囲をはるかに超えている。

お叱りを覚悟で、また、自省の意味も込めて述べさせて頂ければ、医療問題において、住民の側の取り組みは一般的に遅いし、事の重大さに比べて反応が鈍い。どこかの病院が潰されそうなきも、批判や反対運動はそれなりに起きるが、根本原因の探究に至る前に消えてしまっって、あまり長続きしない場合が多いように思える。

もしかしたら住民の側に「素人の住民が医療のような専門分野に口出しをしてはいけない」といった遠慮や思い込みがあるのかもしれない。確かに「医師の世界」は住民には理解しがたいことが多いことは確かだが、今こそ、私たち住民も、医師の労働や、日本の医療の歴史などについても、タブー視せず、もっと知り、踏み込むべき時期に来ているのではない

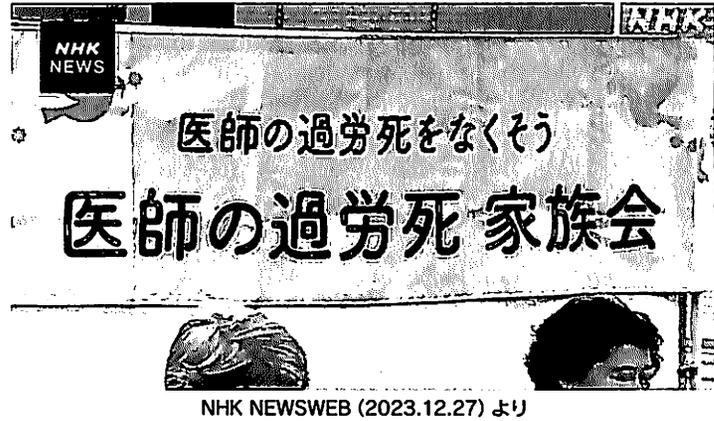
だろうか。

前述の「ロングラン学習討論」では、日本の「医療」および「医師の養成」の歴史には「抜本的な大変化を遂げた時期が2回ある」ことを学んだ。1回目は、江戸時代から明治時代に移った時期。漢方から洋式医学に大転換し、「入院治療」が始まる。近代医療の設備がないため、国家や軍が主体となり、医療や医学教育を先導した。外国との戦争を前提に、官立医学部を創設して大量の軍医を養成。衛生は、社会政策ではなく「治安対策の一環」として、警察機構が実務を担当した。この時期、医学部定員はもちろん、医療全体を厳格な国家統制下に置く仕組みが出来上がる。

2回目は、1945(昭和20)年以降。日本が無条件降伏した「戦後」である。GHQ公衆衛生福祉局長・サムス医師の指揮の下、日本の医療全般をドイツ式からアメリカ式に大きく変えた。医学部は引き続き国の管理下に置かれ、医学専門学校を廃止し、教育期間を4年から6年に。無給のインターン制度が発足したのもこの頃だ。良し悪しは別にして、今日の日本の医療の根拠がここにある。

つまり、日本の医療は、きわめて変則的に、しかも管制下で発展してきた。だから、「治外法権的な医師の労働」や「お医者さま」と呼ばせるような特権意識の流布が、今の世でもまかり通っている。私たち国民も、あらゆる「公共」が民営化されているにもかかわらず、「医学部だけは大学の定員を国が決めている」といった「奇妙な仕組み」に疑問を抱かないよう、もしかしたらマインドコントロールされているのかもしれない。

医師は神様ではない。私たち住民と同じ「人間」である。生命を救う大事な仕事をしていること



NHK NEWSWEB (2023.12.27) より

は間違いないが、夜も寝ないで長い時間働けば、頭も腕も鈍り、身体や精神も壊れる。私たち住民にとって「1日の労働は8時間が最適」なのだと思えば、医師も8時間にすべきで、それができない理由が「医師不足」なら、医学部の定員を決めている国の責任以外の何物でもない。そして、このような理不尽を許しているのが、この国の「主権者」たる我々住民・国民であることも肝に銘じる必要がある。

総じて、「競争社会」が、「生きづらさ」をもたらし、人口を減らし、医療などを「公共」から「営利」に変貌させ、医師不足を招いた。その結果、住民も医師も被害を受け、多くが困っている。解決を目指し、医師たちが先んじて声を上げ、2023（令和5）年12月20日には「医師の過労死家族会」も設立された。遅ればせながら住民も各地各所で様々な動きを展開する昨今。では、これからの地域や社会は、具体的にどのようなようにすればよいのか。まだ未成熟ではあるが、住民も、国や地域の主体者として、「提案する時代」に入ってきているように思う。

【住民の証言⑥】 Tさんの場合

鹿角なら、障害があっても一人で暮らせる

グループホームではなく「一人暮らし」を希望したTさん

Tさんはいま60代。統合失調症で、時々、幻聴や妄想などの症状が出ます。でもアパートで一人暮らしをしています。

2000（平成12）年頃、鹿角組合総合病院（現・かづの厚生病院）の精神科病棟を減らす動きがあり、それを機に患者3人がグループホームをつくりました。彼らは誰に言われることなく近所を掃除し、人柄の良さも手伝って、地域でも受け入れられ、「障害者が地域で暮らすこと」が少しずつ当たり前になってきました。

Tさんも同院に入院していましたが、グループホームではなく、一人で暮らすことを希望し、今の生活が始まります。

時々、不安になると、いろいろな人に電話をする

Tさんの暮らしは、生活保護で支えられています。一人暮らしですから、買物・食事・掃除・洗濯などは自分でこなします。週に何回かヘルパーさんも来てくれて、できないところをカバーしてくれます。

Tさんは、薬を飲まない症状が出てしまうことを自覚しているため、きちんと服薬し、薬がなくなるような定期的な病院を受診します。また、精神科以外の病気についても自己管理ができています。

時々、不安になると、障害者福祉事業所や市の生活保護担当者、県の障害相談係などに電話します。みんなTさんのことはよく知っているのので、きちんと話を聴き、的確で優しい対応をしてくれます。

大声は幻聴との会話、Tさんの「居場所」は地域

Tさんは、毎日の散歩コースも「コモッセ・いとく・交番など」と決まっていて、おまわりさんとも顔なじみ。途中、市の保健センターには必ず顔を出します。互いに挨拶を交わすことで、センター職員もTさんの無事を確認することができます。

調子が悪い時には、夜中に市内を歩き回って、大声を出すこともあります。大声は「幻聴との会話」。誰かに「うるさいよ」と言われれば、Tさんは素直に謝ります。最初のうち、近所の人たちも、訳がわからないため恐ろりましたが、やがて、慣れてくると、みんな温かい目で見るようになりました。

誰しも「居場所」は不可欠です。Tさんにとって「居場所」は地域であり、電話や散歩で気を紛らわしながら自分をコントロールしているのです。大都会では通報されてしまいそうですが、鹿角は、障害があっても一人暮らしができる地域なのだと思います。

(原文通り「ですます調」にて)

## 7 住民が提案する「鹿角の地域医療の姿」

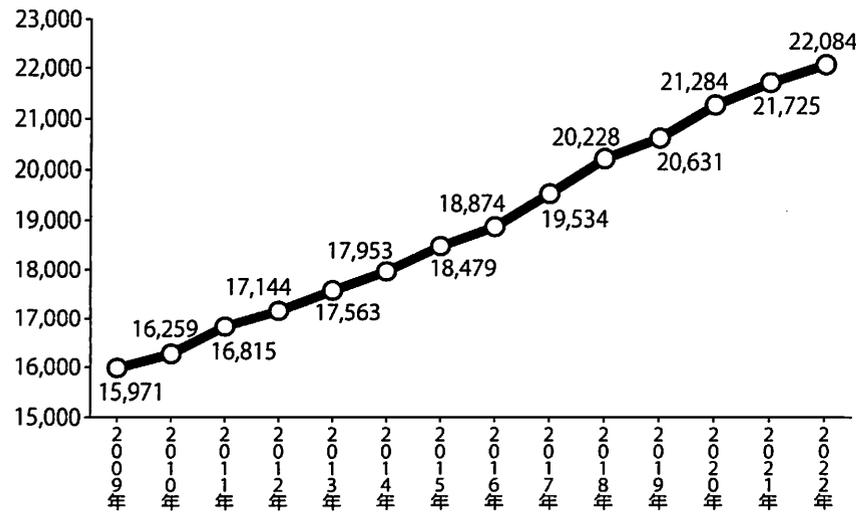
「市民町民の会」は、設立当初から、コンセプトとして「あえて敵をつくらない住民運動」を掲げてきた。行政も病院も住民も、「競争社会」の弊害に苦しみ、がんじがらめの社会構造によって自由な発言すらできない。カゼをひいても休むことが困難な下請や中小企業では、労働者が経営者と交渉しても、社内だけではどうにもならない難問が解決を阻む。みんな「被害者」であり「犠牲者」なのだ。地域の中でケンカをしても何の解決策も生み出せないばかりか、「競争社会」を推進する勢力の思うツボではないか。だから、同会は、「みんなで力を合わせるためにはどうすればよいか」をひたすら考えてきた。「要求」という少し挑戦的なイメージの自己主張ではなく、「提案」と「話し合い」を活動の主軸に据えているのもそのためだ。誰もが納得するような論拠を明確にし、一段高い所で一致点を見出すためにも「多角的な学び」は欠かせない。

黙って放っておけば、地域から医療は消えていく。かといって、住民は「すべての診療科を地域内に整備し、あらゆる傷病に対応する完全無欠な医療体制」を求めているのかといえば、そんな無茶は主張していない。では、住民にとって「必要最小限の地域医療の姿」とはどのようなものなのか、私たちは、今の時期、それを明確にすべきだと考えている。

「健康自己責任論」は間違っている

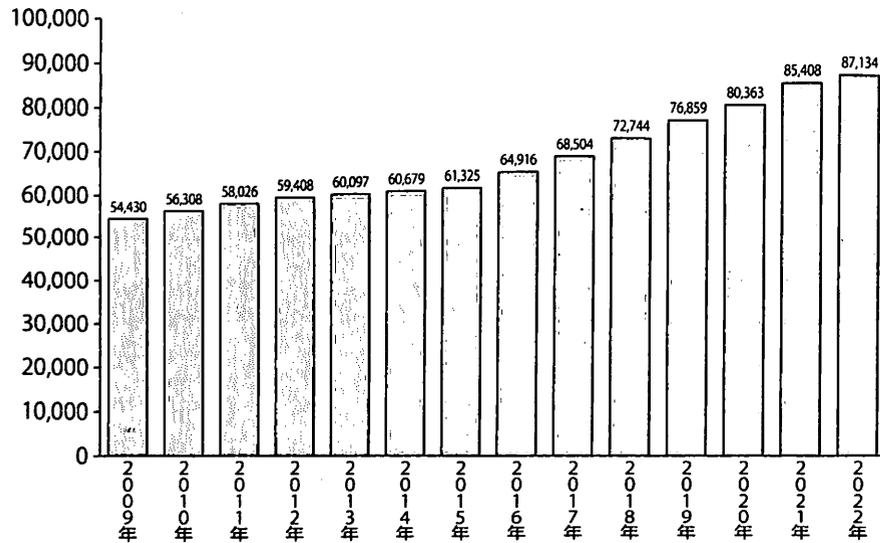
前提として私は、今日の医療政策の基軸「健康自己責任論」は間違っていると考える。その理由

【図表39】日本のドラッグストア店舗数(単位：店)



(日本チェーンドラッグストア協会 JACDS 資料より)

【図表40】日本のドラッグストアの売上高(単位：億円)



(日本チェーンドラッグストア協会 JACDS 資料より)

は主に三つ。1点目は、この考え方は、国や自治体が負うべき「国民の生命と健康を守る責任」の放棄に他ならないこと。2点目は、国民がコマース等々に誘導されるまま「自己判断」で薬などを購入することの弊害。3点目は、「病気の原因は個人にあり、病気になるのは自己管理の不徹底で、自業自得」という考え方をしている、住民が力を合わせる事ができないからだ。

特に、2点目の「自己判断」に関連して、医療問題とはまた別に気になることがある。体調が悪い時、医療機関に向き、検査をして原因を究明。医師の指示で治療する。かつては、それがスタンダードだった。しかし、最近では、「自己判断」で薬を買い、何とか乗り越えようとする場面が増えてきたのではないだろうか。事実、ドラッグストアが全国に拡がり、店舗数・売上高ともに急上昇(95頁図表39・40)。その反面、昨今、調剤薬局の倒産が目立つようになってきた(96頁図表41)。身近な部分でとても気になるのは、ドラッグストアでは、薬ばかりでなく、日用品や食料品なども販売していること。チェーン店の利を生かし、大量に仕入れて安く売る。それまで地域住民の生活を支えてきた小売店は、価格も品数も太刀打ちできない。この動向がすべての原因かどうかはわからないが、例えば鹿角市の小売店の数を見ると、50年前の3分の1になってしまった(96頁図表42)。

ドラッグストアが進出したことで、もともとあった小さなお店がなくなり、やがて、そのドラッグストアも撤退してしまえば、結局、地域は「お店ゼロ」となり、住民は完全な「買物難民」と化す。昨今、ドラッグストアの倒産も珍しくはない。彼らは、ちょっとした危なくなると、すぐに引き上げてしまうことも承知しておく必要がある。同じことが、最近大型化が目立つコンビニエンスストアに

ついても言える。

「自己責任」という言葉が流行語大賞のトップテンにランクされたのは2004（平成16）年。イラクで拘束された日本人に関する当時の首相や環境相らの発言が世に広まった。また、「健康自己責任」は、2017（平成29）年頃、こちらも自民党の若手議員の発信らしい。さらに、これと少し似ている「自助・公助・共助」については、もともと防災の言葉で「この三者がそれぞれ同時に力を発揮する」という意味。2020（令和2）年、某首相が「1番自助、2番共助、最後に公助」と順番をつけてしまった。いずれも「公」の責任を「自」に転嫁する意図がある。

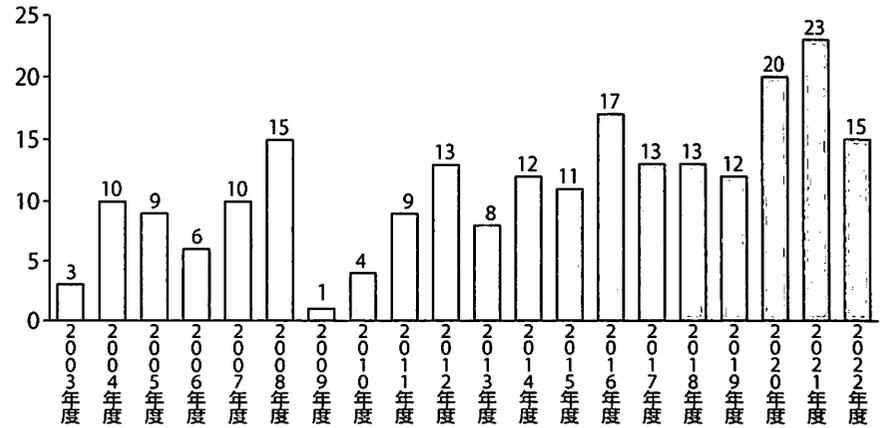
### 障害の「医学モデル」と「社会モデル」

もう一つ、「健康自己責任論」に関しては、認識しておくべきことがある。

「市民町民の会」の「幹事会」で、「健康自己責任論」をテーマに話し合った時のこと。ある参加者から「車イスで電車に乗ろうとすると、駅の階段などで、多くの人の助けが必要となる。家族としては、それが申し訳ないので、外出を控えようと思ってしまう。助けてもらうにしても、何でも許されるものではない。自分のことには自分に責任があつて、他人のせいにしてはいけない。自己責任論も大切だと思う」という意見が出された。人間性が優しい鹿角の住民らしい発言で、私たちも心が温かくなった。この場合の、「自己」の対義語は「他人」で、つまり「自己責任」という言葉から「住民と住民との関係」をイメージしている。

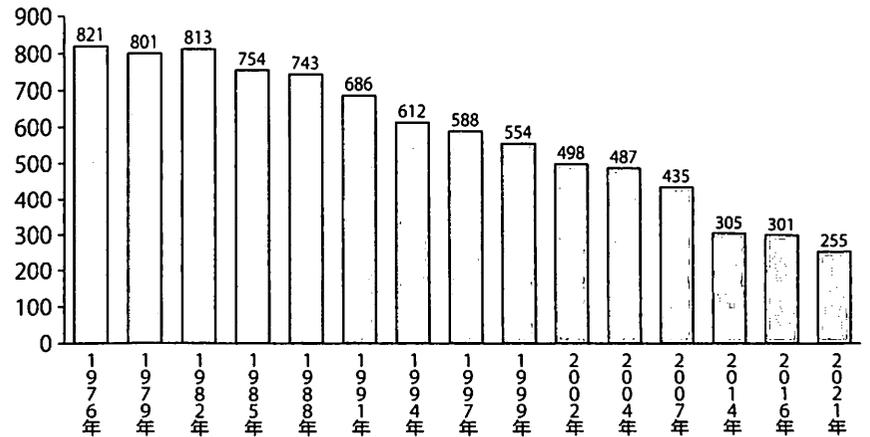
一方、本書に何回も登場する「健康自己責任論」の場合、「自己」の対義語は「国あるいは政府」

【図表41】全国の調剤薬局の倒産件数、年度推移（単位：件）



（東京商工リサーチ資料より）

【図表42】鹿角市の小売店舗数の推移（単位：店）



「鹿角市の統計」あるいは「鹿角市統計書」より

を指している。「幹事会」では、そのことをきちんと説明しなかったため、「他人に迷惑をかけてはいけない」という発言が出た。この会が健全である証拠だ。

実は、「障害」に関して言えば、二つの考え方をめぐって、この「幹事会」と同じような論議が国際的な場でも展開されてきた。一つは「医学モデル」と呼ばれるもので「障害は、個人の心身機能が原因である」という考え方だ。例えば、足に障害がある場合、それを解消するためには、自分で補助器具を利用する、リハビリを頑張るなど、個人の努力や工夫でカバーするもの。つまり「医療・福祉の領域の問題」と捉える。もう一つは「社会モデル」と呼ばれ、「障害は、障害のない人を前提に作られた社会の仕組みが原因で、その障壁を取り除くのは社会の責務」と考える。階段だけでなく、駅にもエレベーターやスロープなどを併設すべき、という訳だ。

論議の末、2006（平成18）年、国連で「社会モデル」をベースとした「障害者権利条約」が採択され、183カ国がこれを締結（2022年3月現在）。日本も、2007（平成19）年に署名し、障害者雇用促進法の改定など障害者制度の改革に尽力した結果、2014（平成26）年に条約の締結・批准に至った。国土交通省のホームページによれば、2021（令和3）年度末時点で、平均利用者数1日2千〜3千人駅の93・6%にエレベーター等が設置されている。

障害を「社会モデル」で捉えることについては、すでに世界的な潮流になっている。「健康自己責任論」の誤りが「世界の常識」になる日もそう遠くはないかもしれない。

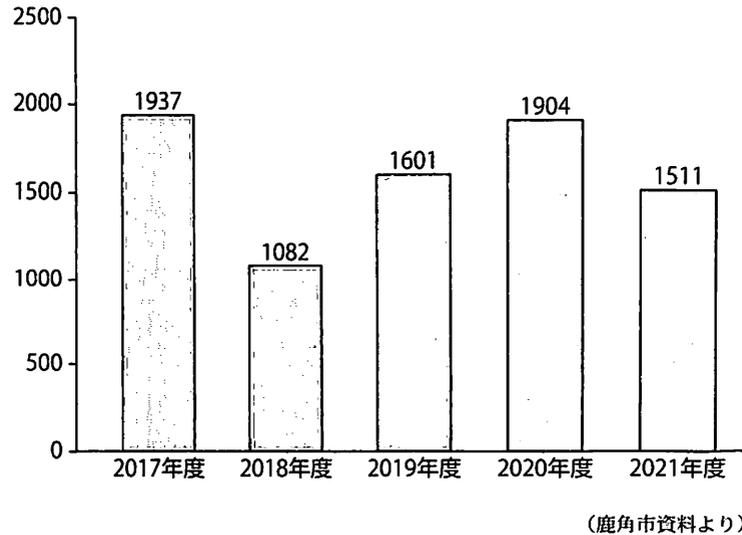
### とても大事な「地元」でも相談できる環境づくり

「薬」は、裏返せば「毒」である。自己判断で複数の薬をむやみやたらに飲み続けることが安全だとはとても思えない。しかも、テレビCMで微笑むタレントの言葉を鵜呑みにし、彼らの最終目的が「収益」にあることも忘れ、もはや「治療」とは縁遠い所で大量に薬を購入する。日頃「お金がない」と嘆く割には、自宅に「飲まない薬」が山積みになっている人はいないだろうか。

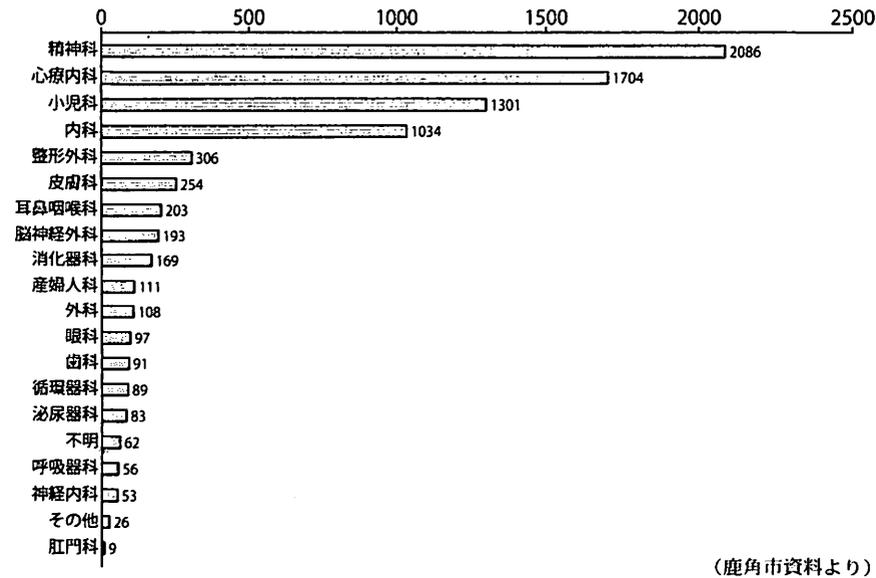
健康を守るうえでの基本は、自分の心身の特性を客観的に把握すること。年齢や環境等に応じて刻々と変化する心身の状態を、時には数値化し、何よりも家族や身近な人と繰り返し話をする。わからないことはメモしておいて、専門家に聞いて教えてもらおう。教わったことは家族間で共有しよう。おそらく多くの人が、そのようなことを実行しているはずだが、ともかくポイントは「誰かと話すこと」に尽きる。年1回の健診で大事なものは、検査結果もさることながら、自分の心身について「医師・保健師・看護師・栄養士等の専門家と話をすること」だと考える。もし、それを嫌がる健診機関があるとするれば、他を探すべきだ。また、市町村では、必ずと言ってよいほど、保健師等に相談する窓口があるので、健診結果を持参すれば応じてくれると思う（事前予約等が必要な市町村もあるので要注意）。最悪のパターンは、誰とも話さず一人で悩み、挙句の果てに誤った自己判断をすることだ。

同じようなことが「診察を受ける時」にも言える。健診で引っ掛かった場合は、保健師等と話をすれば、どの診療科にかかれればよいかを教えてくれる。困るのは、普段、突然、何か症状が現れた場合だ。例えば「お腹が痛い」という症状は50種類以上の病気で現れると言われている。受診者自身が「消化器内科・循環器内科・産婦人科・泌尿器科・整形外科・精神科・・・など」を自分で選

【図表43】テレフォン病院24 相談件数《年度総数》(件)



【図表44】テレフォン病院24 診療科別相談件数(件) 《2017年度~2021年度の5年計》



ぶ今のシステムは、無駄や矛盾に満ちている。加えて、「その選択肢さえ限られている」という鹿角のような現状は「不平等」としか言いようがない。

その中で、取り急ぎ必要と思われることは、何か不調が起きた時、自己判断を避け、どう対処するのが一番良いのかについて「いつでも誰かに相談できる体制」を築くことだ。特に夜間・休日の「サポートの仕組み」が不可欠だと考える。行政であれば、医師会等との連携で、「時間帯ごとの各診療科の医師の状況」など、詳細情報を常にキャッチし、「最適な医療機関の紹介」がある程度可能かと思われる。困っている住民を医療機関へとつなぐ「受診サポートセンター(仮称)」のような仕組みができるのであれば理想的だ。

「市民町民の会」が発足してまもなくの頃、鹿角市と小坂町は、「テレフォン病院24」という「電話医療相談システム」を提供している業者と契約を結んだ。市民・町民であれば、何時でも、電話をかければ無料で相談に応じてくれる。救急車を呼ぶべきか、応急処置として何をすればよいか、医療機関を受診する場合にはどの診療科を選べばよいかなど、対応が丁寧で評判もよい。なお、契約している自治体が別料金を払えば、「その時刻での最適かつ受入可能な医療機関」を紹介してくれるオプションもあるそうだが、2023(令和5)年末の時点で、鹿角はそこには至っていない(101頁図表43・44)。

このシステムは、「自己判断を避ける」という意味では、大変優れていると思う。時代の趨勢を先々まで読んで、ビジネスチャンスに結びつけるこの業者の商才にも感心する。しかし、この間、弱点があることもわかってきた。ある一定の期間、鹿角地域内の同じ人から一日に驚くほど何回も電話がか

かり、とうとうオペレーターが音を上げてしまう事態が発生。ついに、この人に限って使用が禁止された。その住民のことは、地域の中ではそれなりに知られていて、一人暮らしで不安になると救いを求めて誰かに電話をする。状況がよくわかつている専門スタッフ等なら、適切に対応するため、彼はすぐに落ち着きを取り戻し、何回も電話をしてくるようなことはない。しかし、「テレフォン病院24」の場合、基本的にいつも「初対面対応」となるため、「バックグラウンドを承知した受け答え」はできない。相談者に見れば、一般論の返答では満足が得られず、かえって不安が増し、結果的に何回も電話をする悪循環に陥る。

では、「テレフォン病院24」に代って、公的な「受診サポートセンター（仮称）」が設立されればすべての問題が解決するかと言えば、そうとも言えない。例えば、一般に訪問看護ステーションなどでは、職員が当番制で「緊急用携帯電話」を持ち歩き、電話が入れば24時間対応する。このような方法を自治体の保健師に適用し、24時間「不特定多数の住民」の相談に応じるとすれば、保健師の負担は計り知れなくなる。前述のように「自己責任論」は間違っていると考えるが、逆に、厄介事の解決をすべて行政に丸投げする「おまかせ主義」でも見通しが出てこない。

思い起こすのは一昔前、住民は地域内の誰彼かまわず相談を持ちかけ、逆に、頼まれもしないのに他人の厄介ごとに首を突っ込み、みんなで知恵を出し合って助け合ってきた「あの時代」のことだ。もちろん、今は昔みたいにはいかないが、誰かが困っていれば気軽に声をかけあう地域を取り戻すことは、それほど難しいことだとは思わない。この場合、不可欠なのは、住民に「正しい情報を提供する仕組み」。それがないと、ウワサ話に翻弄される危険性がある。

目標は「地元で、いつでも、どこでも、誰にでも、何でも相談できる環境づくり」であろう。「テレフォン病院24」「受診サポートセンター」「住民の助け合い」という「三つの相談ルート」を上手に組み合わせることで、それぞれの「弱点」を補い合う最良の方法がきっとあるはずだ。職責や縛りを越えて、素直に話し合える環境さえ築ければ、時間はかかっても答えは出ると思う。ただ、その話し合いの際、私は、住民も自治体や病院職員にとっても、「健康自己責任論」とどう対峙するのか、そこがネックになると考えている。

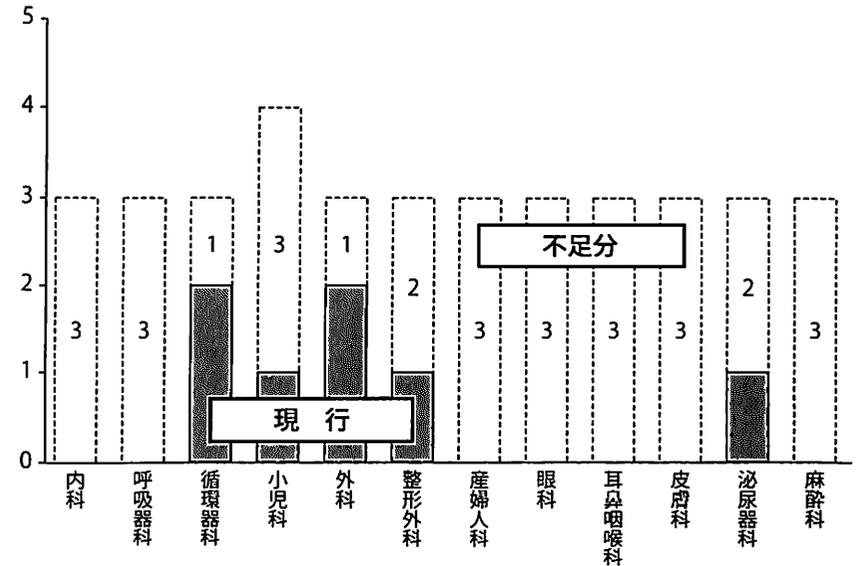
私たちは「全てを地域内で」とは言っていない

2019（平成31）年2月18日、厚生労働省は「医師少数県・多数県」という考え方を公表した。独自の「医師偏在指標」をもとに都道府県をランキングし、上位16位までを「医師多数県」、32位（宮崎県）から最下位（岩手県）までを「医師少数県」と呼ぶ。秋田県は41位であった。さらに、診療科別に、内科・外科・脳外科・整形外科・泌尿器科などが「医師不足」。精神科・皮膚科・耳鼻咽喉科・眼科などは「医師過剰」と判別した。

このような「机上論」に関しては、どうしても違和感が拭えない。生活の場である地域において、実際の医師数はどうなっているのか、「市民町民の会」は、何らかの現場実態を示すべきだと感じた。そこで、鹿角の「二次救急医療機関」である「かづの厚生病院」の常勤医師数を基に「鹿角地域の診療科別不足医師数」を算出し、同年4月17日、秋田県に提出した（104頁図表45）。

算出根拠は、できるだけ簡素にした。焦点は夜間・休日も地域医療を支える「常勤の勤務医」である。

【図表45】 県知事宛に提出した「鹿角地域の不足医師数」(単位：人)



(算出方法は本文参照)

彼らの救急診療・当直・呼出等の過酷な労働実態を勘案し、3人に満たない分は「不足」と見なす。産婦人科については、2018(平成30)年9月29日に鹿角市において開催された「産婦人科集約に関する住民説明会」において、鹿角での分娩復活に必要な医師数をおいて、「3人」と説明されたことを根拠とした。

鹿角の「一次救急医療・在宅当番医」を支える開業医は一般に高齢化している。当時、小児科開業医1人が死亡したばかり。小児科常勤医は、かづの厚生病院にも1人しかおらず、地域として、少なくとも3人不足していると考えた。なお、精神科については、このとき2人の常勤医が活躍中で、不足医師数を語る必要はなかった。

しかし、私たちは、「診療科ごとの不足医師数」と「必要な医師の確保」とは分けて考え

ている。実際、すべての診療科を地域で揃えることは、あまりにも実現性が乏しく、誰もそこまでは望んでいない。大事なものは、「自己責任論」などに惑わされず、住民が必要な時に必要な医療を受ける「体制ができていく」ことである。

ありがたいことに、最近、日本の医療界は、このような私たちの願いを受け止めてくれる仕組みを築きつつある。代表的なのが「総合的な診療」と「救急医」である。

(1) 総合的な診療

佐賀大学の小泉俊三氏によれば、日本の医学界は、明治維新後も戦後も、欧米の最新医学に一步でも近づくことを優先し、「先進医療テクノロジー中心の臓器別専門診療と権威主義的な価値観」の上に成り立ってきた。そのため、厚生省(当時)が「総合診療医制度」を提案(1959年)しても、日本医師会は、「医療の国営化につながる」として反対してきた。しかし、現状を変えようとする動きは、現場で日々診療する医師の側から起きてくる。実質的な「総合的診療科」を独自開設し、この分野に関する研究会・学会が数多く創られ、実績が蓄積されるにつけ、その必要性が説得力を増していった。2018(平成30)年度より開始された日本専門医機構が認定する「新専門医制度」において「総合診療専門医」が新設されるなど、日本もようやく「総合診療」が社会的に認知されてきたと言える。

学会等がそれぞれ独自の表現をした歴史を反映して、「プライマリケア・家庭医療・地域総合診療・病院総合診療・総合内科」など数多くの呼び名が誕生した。「市民町民の会」では「総合的な診療」

【図表46】2021年度「秋田県外来医療計画（素案）」へのパブリックコメント（一部）と県の返答

「市民町民の会」の意見（2020.1.23、当該部分のみ）	県の考え方・対応（2020.4.2）
<p>「総合診療科的な医師」の不足                      ☆ 今回の「指標」の中でも「診療科」は多少配慮されていますが、「医師の過不足」を論じる上で「診療科」はきわめて重要だと考えます。一般に「医師数」は、「総合診療科的な医師」も「専門診療科的な医師」もすべて含めた数で表されます。住民にとって「窓口」とも言える上記のような「かかりつけ医となり得る医師」（すなわち「総合診療科的な医師」と、「より専門的な医師」の分布実態を分けて示すべきだと思います。                      ☆ 病院受診は紹介状を原則としてはいますが、開業医も診療科を標榜していますので、「患者が診療科を選ぶ」という日本の受診スタイルは、以前と、さほど変わってはいません。また、ドラッグストア等においても、実際にはほとんど「自己判断」で医薬品を選択します。これらは、すべて「総合診療科的な医師」が不足していることを示していると思われる。</p>	<p>＜反映＞                      御意見を踏まえ、「総合診療科的な医師」に関しては、その重要性を鑑み、積極的に育成等に取り組む旨、素案を修正します。                      また、次期計画の策定にあたっては、より地域の実情を反映した協議が行えるよう、診療科等にも配慮した指標の設定やその算定基準となるデータの提供など、国に対して提案して参りたいと考えております。</p>

（「市民町民の会」資料より）

値する。しかし、「医師不足」の改善が追い付かないまま、この「改革」を実施すると、地域医療に多大な影響を与えることは明らかである。例えば、2019（令和1）年10月に一般社団法人日本病院会・医療政策委員会が報告した「2019年度・勤務医不足と医師の働き方に関するアンケート調査」では、この「改革」の影響として、89%の病院が「救急医療からの撤退」をあげている（図表47）。

つまり、特に地方では「救急医療の体制づくりが喫緊の課題として求められている」と言える。この事態の解決策として、2022（令和4）年5月19日、「市民町民の会」は鹿角市長に「救急医（救急科専門医）の確保」を提案した。

ジャーナリストの笹井恵理子氏は、著書『救急車が来なくなる日』の中で、「救急医を確保すると、各科が自分の専門分野の治療に専念することができ、当直などの負担も減る。すると、病院に医師が

という表現で統一している。前述の「自己責任論からの脱却」について、医療機関側のキーとなる部分が「総合的な診療」だと考える。住民が自己判断するのではなく、「総合的な診療部門」が窓口となり、「最も的確な治療への道筋を見つける仕組み」が望まれる。

日本で初めて「総合診療科」を開設したのは、奈良県の「天理よろず相談所病院」だと言われている。1976（昭和51）年のことなので、今のような「専門医制度」はなく、「患者中心の医療」という同院の理念を貫いた末の到着点だった。つまり、大切なのは「地域・住民・患者の状況に応じた医療」であり、名称はともかく、「実質的な総合診療」はその気になれば、今すぐにでも始めることができる。

2020（令和2）年1月23日、「市民町民の会」は、秋田県が公募した「医師確保計画素案」に関するパブリックコメント（意見書）の中で、「総合的な診療」の必要性を強調した。同年4月2日、これに対する返答として、県は賛同の意を表し「素案」を修正した経緯がある（107頁図表46）。

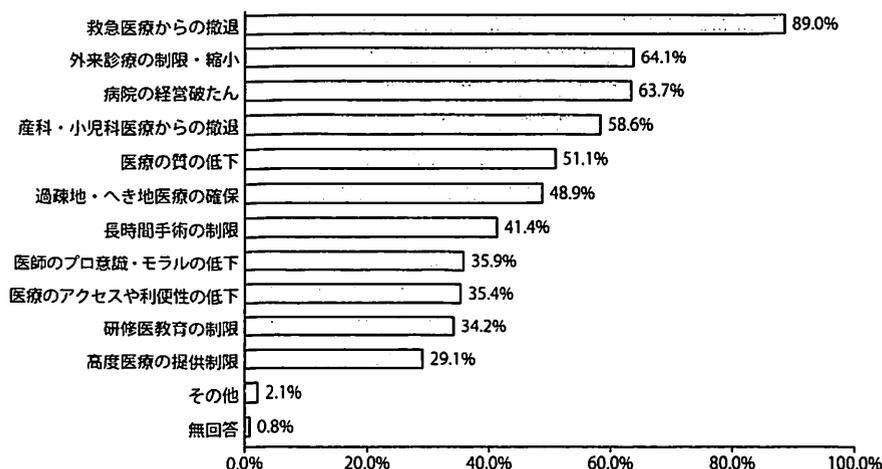
秋田県は、いま、全県一体で総合診療医育成に力を入れている。医師不足が顕著な鹿角地域に、一刻も早く「総合的な診療を担う医師」が配置されることを望む。

（2）救急医

広く知られているように、2021（令和3）年5月28日、「医師の働き方改革法（良質かつ適切な医療を効率的に提供するための医療法等の一部を改正する法律）」が公布され、2024（令和6）年4月から順次施行されている。

今まで実質的に無制限であった「医師の労働時間」について、一定の制限を定めている点は評価に

【図表47】 医師の働き方改革の影響



(日本病院会「2019年度・勤務医不足と医師の働き方に関するアンケート」より)

定着しやすくなるという。…とくに医師確保に苦戦している地方の149の公的病院において、救急医が平均3・3人と多い医療機関では、常勤医が1・3倍に増加している」と述べている。(参考文献19)

私たちは、「地域内に全ての診療科の医師を確保してほしい」とは言っていない。総合診療医や救急医が、「交通整理」をして、患者を地域内外の「最も的確な専門医」に繋いでくれればよい。このような体制を確立するには時間がかかることも承知している。総合診療医も救急医も複数必要だし、彼らが将来再び不在になるのも困る。併せて、紹介を受ける側の専門医の合意や理解・協力も不可欠だ。しかし、少なくとも、今不足している専門医をすべて補充する苦勞に比べたら、はるかに現実的と言えるのではなからうか。

### 住民が望む鹿角の地域医療の姿

先にも述べたように、2023(令和5)年6月25日、「市民町民の会」は「第3回鹿角の医療と福祉を

考える市民町民集会」を開催した。その目的は、地域全体に対して、一つ目は「医師不足のメカニズム」など「ロングラン学習討論」の内容報告。二つ目に「住民の証言」を集める活動の提起。三つ目は、行政や病院に提出する「住民の提案書」の内容について承諾を得ることである。

集会では、事務局が読み上げた「住民の証言」を聴いてハンカチで目頭を押えた人もいた。これに誘発されて、多くの人が次から次と自分や家族の受診体験などを語る。「医師不足で困った例」でなくても「地元到医院があつて良かった」という「証言」があつてもよいのでは、という発言もあつた。感想アンケートの中には「医療政策の中に住民の声を反映させるためにも今回の提案は大切」と書いた人もいる。全体として、「市民町民の会」が考えた今後の運動の方向性が承認された。

そこで、さっそく、同月27・28日、「市民町民の会」の各担当メンバーが、秋田県・鹿角市・小坂町・かづの厚生病院に「提案書」を手渡した。内容は、(1)精神科・産婦人科医師を求めるとこの間の数種のチラシに名を連ねた計7団体による協議、(2)「医師の働き方改革」に対応した救急医療の体制づくり、(3)「総合的な診療」を軸とした医療体制の構築、(4)受診に関する「総合的なサポート体制」の確立の4項目。提案書は、提案する背景や具体的な内容、根拠なども含め、A4判6ページに及ぶ。

今回の提案には「回答」も求め、それぞれ期限日に回答書が寄せられた。それらを要約すると図表48(110頁)のようになる。回答内容に差が出るのは当然のことだが、日頃から「市民町民の会」と話し合う機会が多い団体は共通理解の進展が感じられる一方で、機会が少ない団体は「話し合いの必要性」を感じさせた。単に文書のやり取りだけでは真意はなかなか伝わらない。そういう意味では今

【図表49】「住民が望む鹿角の地域医療の姿」を生み出すための「市民町民の会」としての原案

<p><b>①自己判断・自己対応からの脱却</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆平日日中に初めて診察を受ける人に対しては、「総合的な診療」を窓口に、地域内外の最適な専門医につなぐ</li> <li>☆夜間休日は、「救急医」を軸に初期的な治療を施し、その後の治療を地域内外の最適な専門医につなぐ</li> <li>☆上記2点の役割を果たす医療機関を鹿角地域（鹿角市および小坂町）内に確保する</li> <li>☆医療・介護・福祉に関して、各年齢層ごとに、住民が「学ぶ機会」を確保する</li> <li>☆医療・介護・福祉に関して、住民が困った時に、いつでも相談でき、必要に応じて対応可能な専門機関へとつなぐ「相談窓口」を常設する</li> </ul> <p><b>②地域の行く末を見据えた医療体制</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆住民の「ふるさと感」を大切にす意味からも、鹿角地域内において「通常分娩」が出来る機関を確立する</li> <li>☆メンタルヘルスは「生きる」ための基礎であり、それを支える「精神科医療」については、鹿角地域内に、複数の常勤医師を確保する (2023年12月23日・第213回幹事会時点での「案」であり、今後、さらに進化していくための「たたき台」である)</li> </ul>
---

（「市民町民の会」資料）

角の地域医療の姿」を言葉にしていく活動の必要性を痛感した。2023（令和5）年12月23日、これまで幾度となく様々な表現で提案してきたことを端的にまとめ、「原案」を作成（図表49）。今後、この「原案」が、さらに進化するための「たたき台」となることを期待している。

「住民が望む鹿角の地域医療の姿」は、格好良い文章で綴られた「お役所的な政策提案」であってほしくない。また、現実無視の夢物語や、完全無欠の固定的な構想を望んでいるわけでもない。私たちは、地域や国の主体者として、学びながら「自分たちの地域や国はどうあればよいか」について、住民が話し合い、アイデアを生み出すこと自体に意義があると考えている。学ぶための資料や書籍等をかき集め、専門家のアドバイスを得ながら、誰でも参加することができる「話し合いの場」を数多くもつことが大事なのだと思う。

【図表48】「住民の提案」に関する「返答」〈要約〉

提案① 「精神科・産婦人科医師を求める7団体による協議」に関して

返答の概要	秋田県	「かづの地域医療懇談会」の場を活用しながら協議する
	鹿角市	これまでも県や市民団体等と共に医師確保に関する取り組みを進めてきた経緯があるので、参加していきたい
	小坂町	チラシ発行には引き続き協力するとともに、検証等については従来の体制を維持したうえで、今後も真摯に対応したい
	かづの厚生病院	お産や入院を再開するためには、産婦人科常勤医師が3名以上、小児科医2名以上、麻酔科医が不可欠だが、まったく目途が立たない。継続性が担保できないため、産婦人科の個人契約による常勤再開は考えていない。現時点において、7団体との協議への参加は考えていない

提案② 「医師の働き方改革」に対応した「救急医療の体制」づくりに関して

返答の概要	秋田県	人口減少や高齢化が進む中、限られた医療資源を最大限有効に活用し、身近な地域で必要な医療を受けたいという県民のニーズに応えていくため適切な医療体制を構築していきたい
	鹿角市	かづの厚生病院における救急患者取扱状況を見ると、1日平均10人程度であり、複数の救急医を配置することは、現実的ではない
	小坂町	鹿角地域における救急患者数の推移を鑑みれば、現体制（1人）で対応できている
	かづの厚生病院	救急対応で問題となるようなことはない。各科の医師は専門以外の疾患もトリアージできるので、あえて総合診療医を確保するメリットは少ない

提案③ 「総合的な診療」を軸とした医療体制の構築

返答の概要	秋田県	総合的な診療能力を有する医師の必要性を強く認識しており、各地域で総合診療医に活躍してもらうことを目指し、育成に取り組んでいる
	鹿角市	高齢化が進んでいる本市においても、総合診療医の需要は高まっていくと見込まれ、医師の派遣について県に要望していく
	小坂町	「総合的な診療」の必要性について、県のスタンスを踏まえて対策を講じていきたい

提案④ 受診に関する「総合的なサポート体制」の確立

返答概要	鹿角市	遠野市立助産院の視察については、前向きに検討したい。公立助産院や受診サポートセンターの設置の可能性も含めて、話し合いをしていきたい
	小坂町	「テレフォン病院24事業」が「受診サポートセンター（仮称）」機能の一部を担っているものと考えている

提出 2023年6月27～28日 返答 2023年7月31日 （「市民町民の会」資料）

後の課題がより一層明確になつたし、正直言つて、当初予想していた以上に、私たちの提案は受け入れられつつあるように思えた（図表48）。

この間の経験をふまえて、「市民町民の会」は、より多くの人が話し合いに関わり、みんなが納得できるような「住民が望む鹿

## 医師と住民が力を合わせる

暮らしに医療が欠かせないことは、誰もが認めているはずだ。しかし、「営利」や「自己責任論」を基調とした今日の医療政策下では、地域の医療は先細るばかり。だから、住民が立ち上がり、学び、解決策を提案するまでになった。「市民町民の会」は、「提案」の具体性を高めるためにも、今後の課題の一つとして「医師と住民が力を合わせる場」を模索していきたいと考えている。

「医師と住民が力を合わせる」ことは、口で言うほど簡単ではない。前述の小泉俊三氏（佐賀大学）の言葉にもあったように、日本の医学界は「権威主義的な価値観」の上に成り立ってきた歴史をもつ。国家権力や軍隊・警察まで動員して創り上げられてきた「日本の医師像」は、明治維新以降150年以上経った今でも、基本的に変わってはいない。「住民」と「医師」とでは、どうしても「医師」が主導権を握る場面が多くなり、「対等」とは言い難い関係になってしまう。

秋田県内で「医師と住民が力を合わせた実践例」の草分け的存在として、各分野でしばしば象潟（きさかた）町（現・にかほ市）の「上郷（かみごう）健康センター」が挙げられる。当時、上郷・上浜・象潟の2村1町が合併した象潟町において、医療が手薄な上郷地区では、町立上郷診療所の運営を秋田県厚生連・由利組合総合病院に委託していた。1971（昭和46）年、東北大学医学部出身・宮原伸二医師が、本人の意志で、その上郷診療所に常勤赴任する。宮原医師は、住民・農協・行政・診療所の出資による「上郷健康センター」を設立。①予防医学の徹底、②健康増進医学・環境医学の実践、③精神的文化的健康活動の推進を掲げる。同センターの検診部・体育部・文化部・広報部・社会医学研究部の「部員」として、住民を中心に、行政・農協・学校職員等も委嘱。健診や事後指

導はもとより、医療・健康・栄養・運動などに関する学習会を定期開催したほか、健康祭・文化祭・月刊新聞発行・サークル活動など、いずれも住民が「実行委員」となって企画・運営・実践を担った。地域は活性化し、全国から視察も相次ぎ、メディアも注目。様々な分野の研究者らも頻繁に訪れ、書籍・論文等が数多く世に放たれた（参考文献20、21）。

しかし、やがて、健康センターに職員を出向させていたことによる「診療所の赤字経営」が問題視される。折しも日本の医療全体が「公共」から「営利」へと舵を切るような時期、秋田県厚生連の監査対象となった上郷診療所。その後のゴタゴタに耐えきれず、宮原医師は辞して他県に移り、診療所も結果的に閉鎖となった。わずか14年間ほどの「活性期」であった（参考文献22、23）。

住民たちは、宮原医師に感謝をしてはいるものの、健康センターの終息を見つめるだけで、廃止反対運動のような表立った動きはまったく見られなかった。ちなみに、活動の中心的な役割を果たした何人かの住民は、その後も宮原医師や関係者との個人的なつながりは大切にしている（宮原医師は2022年死亡）。上郷の例は、「住民運動」と呼んでよいかどうかともわからないが、「医師主導」の域を出ることはなかった。

医師と住民との「協働」は、確かに簡単とは言えないが、希望はある。

最近、あちこちで、総合診療医に求められる能力のひとつ「地域志向アプローチ」を強調して「コミュニケーションドクター」という表現を目にすることがある。それは、地域やコミュニティ特有の健康問題の解消をも目指す医師のことで、「地域に目を向けた医療」の社会的評価が高まっていると言えよう。このような分野を目指す、特に若い医師などは「権威主義」を感じさせない人が多いように思える。

「鹿角市広報2024（令和6）年1月号」では、「地域医療」特集を組み、鹿角市鹿角郡医師会長、かつの厚生病院院長、最近開業した小児科医、市の修学資金貸与を受けている医学生、医療職を志す高校生らと並んで、「市民町民の会」の会長・副会長もインタビューを受けた。「地域医療を諦めない」と題したその文面には、前述の「住民の提案」や「市民・行政・病院が一緒に」との考え方などもしっかり紹介されていた。

視野を拡げれば、日本各地で医療に関する様々な住民運動が起きていて、医師が「一人の住民」として参加しているところもないわけではない。「市民町民の会」では、いくつかの例に学びながら、鹿角の場合「どのように住民と医師が力を合わせるか」を模索している。今のところ、「年に1回ほど、身近な医師にお願いして、学習会を開催する案」などが浮上。初回は、秋田県厚生連・湖東厚生病院所属のコミュニティドクターに講師を依頼している。

### 精神医療の難しさと私たちの役割

繰り返しになるが、「市民町民の会」は、「精神医療の空白化」を機に発足。一度は常勤医師を迎えたものの、精神科は再び「非常勤体制」に戻る。失意を乗り越え、あらためて「医師不足のメカニズム」から学び直し、地域医療全体の底上げを図る必要性を痛感。そのための施策について、住民の立場で提案している。

この間、住民の立場で様々な角度から考える中、精神医療は身体的医療とはまた異なる「難しさ」を内包しているように思えてきた。

その一つ目は、精神医療の歴史の短さである。

諸説あるようだが、医学の起源は、エジプト等における紀元前5千年頃とされ、それは主に身体的医学だと思われる。一方、精神医学は、18世紀の終わり、フランス革命の頃に生まれた。多少の誤差はあったとしても、約7千年と約3百年との差は大きい。精神医療の専門家も「まだ、わかっていないことが多い」と述べている。

原因・表れ方・治療法などが解明しきれいていない分、特に医療知識が乏しい一般人は、「知らないことへの恐怖」も手伝って、精神疾患で苦しむ人たちに、時々、非人道的な対応をしてしまう。そのことがまた当事者を傷つけ、解決への道筋を遠ざける。また、身体疾患専門の医師たちも、精神疾患を併せ持つ患者の対応に困る場面があるという。さらに、「精神科の医師によって見解や対応に差がある」という話も時々耳にする。

二つ目は、今日の日本の医療制度が「営利と効率」を重んじる方向に傾いていることにある。

精神科医・小椋哲氏は、著書『精神医療革命』の中で「医師として適切な対人援助をするためには、患者から必要な情報を聞き出すための十分な診察時間が必要です。しかし、これには病院経営の面で、大きな壁が立ちます」と述べている。精神医療の外来収益の中心は「通院精神療法」だが、健康保険の保険点数算定基準では、再診時、5分以上30分未満で330点、30分以上400点と、70点しか変わらない。小椋医師は「1時間あたり、5分の診察を12人の患者で回せば3960点、30分なら2人なので800点…つらい症状を抱える患者と真摯に向き合い、適切な対人援助を提供しようとする医師が、そうではない医師に比べて診療報酬が約5分の1という事態は健全とは言え

ない」と指摘している。精神科医は、「患者の話をゆっくりじっくり聞く」ことと「効率よく診察しないと経営が困難」という二つの思いを常に天秤にかけ、苦しんでいる。(参考文献24)

三つ目は、精神疾患を生み出している「生きづらさ」の最根源は「競争社会」であり、根本的な解決は臨床や医学だけでは成されないことにある。もともと、ストレス由来の身体疾患も多い昨今、「病気を治す」とは何か、社会全体が問われているようにも思う。

私たちは、これまでの住民運動を経て、最近ようやく「三つ目の問題」に気づいた。その原因を解明していったら「二つ目の問題」が見えてきた。そして、「一つ目の問題」の解決には、さらなる研究が不可欠であり、それを成すためには医師を増やすしかない。つまり、医師をはじめ、多くの人たちと力を合わせて、「市民町民の会」のような住民運動をさらに前に進めることが、精神医療の発展にもつながると考えている。

### 【お医者さん、鹿角に来てください】

① 赴任していただく場合、原則として「秋田県厚生連・かづの厚生病院」の常勤職員になっていただきます。なお、2024（令和6）年2月時点で、同院がホームページで医師を募集している診療科は「精神科・呼吸器内科・皮膚科・耳鼻咽喉科・麻酔科」です。

《連絡・問い合わせ先》

〒018-5201

秋田県鹿角市花輪字向畑18番地 かつの厚生病院 総務管理課

Tel 0186-23-2111

② 同院への派遣を前提に「秋田県職員」に応募いただくこともできます。その窓口として、秋田県庁内には、医師や各医療職全体の様々な相談に応じる部署が確立されています。

《連絡・問い合わせ先》

〒010-8570

秋田県秋田市山王四丁目1番1号 秋田県庁 医務薬事課 医療人材対策室

Tel 018-860-1410

③ 鹿角で医療機関を開業する場合は「鹿角市医療機関新規開業支援」等の補助制度を利用することができません。

《連絡・問い合わせ先》

〒018-5201

秋田県鹿角市花輪字下花輪50番地 福祉総務課 総務企画班（福祉保健センター内）

Tel 0186-30-0233

鹿角の住民運動のポイントは「学び」だと思う。「どうして必要な時に必要な医療を受けることができるのか?」という問いに、誰も答えてくれないから、自分たちで調べるしかなかった。医療は地域や社会の動向と密接不可分なため、それらにも目を向ける必要があった。「どうすれば良いのか」という解決の方向を探るにも「学び」は不可欠だ。

日本という国が「主人公は国民」と宣言してからまだ80年程しか経っていないが、国民（住民）が学ぶ方法や環境は拡がってきた。少しだけ頑張れば誰でも学ぶことができる。私も、様々な方々から、様々なことを学ばせてもらいながら生きてきた。とりわけ鹿角から学んだことは少なくない。そのことに感謝し、この機に、私個人の歩いてきた「学びの道」を少しだけ振り返らせていただこうと思う。

### 私を秋田県民にした「大人たち」

私は、愛知出生、東京育ちであるが、なぜか畜産に興味を抱き、大学は農学部を選んだ。アルバイトもキャンパス近くの畜産農家。牛や豚などの世話をする他、主な仕事は「エサ集め」で、ご主人の運転するトラックに乗り、豆腐業者や福祉施設・病院などを回って、エサの主原料となる「おから」と「残飯」を譲り受けてくる。時には、「牛の仕入れ」で千葉あたりにも連れて行ってもらった。牛は、おからメインの高蛋白飼料を与えることで乳量が増える。でも、その分ヒザなど足関節を痛めやすく、頃合いを見て廃用牛を扱う専門家に委ねられる。つまり、ここでは牛の回転率が驚くほど早い。

補充するため、仕入れ先の放牧場が見渡せる高台から、ご主人は、自分のやり方に適した牛を選ぶ。米粒ほどの牛を遠くから見ると、瞬時に「良い牛」を選び取るご主人の「目の良さ」に私は感動さえ覚えた。

この貴重な経験を卒論にしたところ、思わぬ高評価を得て、無事大学を卒業。しかし、やり残したこともあり、研究生制度を利用して私は畜産学研究室に残ることになった。その手続きが終了した数日後、教育学・社会学の2人の教授から突然「秋田に行かないか」と就職を勧められる。缶詰状態で朝から晩まで2人の説得が続き、私は断り続ける、ほぼバトルであった。2日目の「延長戦」で、疲れ果てた私が「見学だけなら」と妥協したため、ようやく解放された。1976（昭和51）年3月の出来事である。

教授たちが勧めた先は秋田県由利郡象潟町（現にかほ市）の「上郷健康センター」（前述）であったが、私にとっては何から何まで「わからないこと」しかない。駅に降り立つと、初めて会う宮原伸二医師が出迎え、もちろん初対面の由利組合総合病院の院長に挨拶の後、未知なる「上郷地区・小滝集落」の旅館に降ろされた。やがて、晩御飯だと案内された別室にはお膳が並び、スーツ姿の男性らを代表して町長が「歓迎の挨拶」。どう考えても「見学」ではなく、私の「赴任」は確定しているようだ。だいぶ後からわかったことだが、宮原伸二医師の父・宮原誠一氏は教育学の権威で、私を説得した2人はその弟子筋。この作戦には、人的ネットワークを駆使して、かなり多くの「大人たち」が関わっていたと思われる。やり方は乱暴だし、少し腹も立つが、たぶん感謝するべきなのだろう。

しかし、意外にも、上郷健康センターの仕事はとても楽しかった。私は、家畜に関する生理・病理・

繁殖・解剖などの座学・実学はそれなりに経験したが、人間の医学を学んだことはない。宮原医師が住民に医療や健康の話をするときには、必ず私も生徒になった。疑問が浮かぶたびに質問攻めにもしたが、宮原医師はあらゆる知識を惜しみなく私に教えてくれた。地区の医療・健康等に関する数々のデータや記録を整理・分析し、農村医学会などで度々発表。学会誌に寄稿した論文数種を、後日、母校・畜産学教授に見せた時には、握手を求められた。劣等生だった私のことを気にかけてくれたのだろう。

月刊「上郷健康センター新聞」はタブロイド判4ページの本格的なミニコミ紙で、月1回の編集会議に基づき、担当が割振りされ、締切日までに原稿が寄せられてくる。時間に追いかけられながらの割付・編集・校正はもちろん、私自身も取材や写真撮影で地域を飛び回った。印刷屋さんとも仲良くなり、時には手伝わせてもらう。完成したら部数を数え、各集落の総代宅に配布を依頼すれば一段落。私は、今でもインクの臭いに魅かれてしまうし、印刷物に関しては何かとうるさい。

上郷では、友だちもたくさんできた。いつのまにか、毎晩、私の家に集まり、ギターを弾いて歌い、とりとめもなく語る。羽目を外して、しばしば近所の長老から怒られた。彼らは、日頃使わないような「秋田弁」まで調べ出して、意味が解らずキョトンとする私を見ては腹を抱えて笑った。

しかし、そんな「幸せな時間」も長くは続かなかった。前述のように、宮原医師は上郷から去り、健康センターも診療所も閉鎖の道をたどる。1984（昭和59）年、私たち職員は、親病院である由利組合総合病院（当時「本荘市」、現「由利本荘市」）に転勤した。

### 地域に視線を向ける「医療研究集会」との出会い

上郷が危なくなった時期、私には、人生に係る三つの「お誘い」が来ていた。

一つは、宮原医師から「新任地へ一緒に行かないか」と誘われた。正直言って私自身かなり心が動いたが、その「逃避に傾く弱い心根」をきちんと叱ってくれる恩人も複数いて、私はギリギリのところで踏みとどまることができた。二つ目は、岩手県のある農協が「農業改良普及員を探している」というお誘い。資格は持っていたため、ちょっと迷ったが、結局お断りした。

三つ目が、「全厚労医療研究集会」にて「上郷事件の経緯」を報告する旨のお誘い。子どもの頃から知っていた長野の依田発夫氏からのラブコールなので、これは、お断りできない。そのとき初めて参加した1985（昭和60）年の第3回集会から、2012（平成24）年の第29回集会に至る27年間、ここが私の最大の「学びの場」になる。参加した翌年から集会の運営委員となり、2002（平成14）年からは事務局長になった。全厚労は、その名の通り、各厚生連労働組合の全国組織である。労働組合として定番の「賃金・権利闘争」という側面は残しつつも、医療研究集会のスローガンは「住民とともに協同組合医療運動を復興させよう」。私は、その頃、労働組合にはあまり良い印象を抱いていなかったが、地域に視線を向け、あえて「復興」という表現を使う、このスローガンには共感した。運営委員は主に分科会を企画する。事務局長の最大の仕事は、集会の基調を示すことだ。どちらにしても、自分の周辺だけを見るのではなく、全国に視野を拡げざるを得ない。各地の職場・地域で起きている事態の根源を探り、時代の特徴点を見出す。また、医療労働者特有の「視野の狭さ」を解きほぐすように拡げ、住民をはじめ、他分野の人たちとともに解決の道を探る。「勢い」ではなく、

客観的「事実」を基に「科学」で語り合う「研究者の姿勢」も求められた。事務局長となった当時、私はまだ病院職員だったため、時間との勝負の日々が続いた。

#### 調査する側の生き方が問われる「労働者状態調査」

時期的に少し前後するが、上郷診療所職員の転勤話が持ち上がったあたりで、労働組合（秋田県厚生連労働組合由利支部）の役員が訪ねて来た。彼らは「診療所を守る」という立場ではなく、私たちの転勤を問題なく進める目的でやってきたらしい。そのような対応に疑問を感じていたため、私は、由利組合総合病院に転勤してまもなく、推されるまま労働組合の支部役員になった。

由利支部の活動の中で最もインパクトがあった学びは、1991（平成3）年に実施した「労働者状態調査」であろう。調査者自身が自分の生き方を問われる独特の調査手法を創り上げたのは私の父（鈴木文喜）であった。働く仲間たちが、仕事や職場、人間関係、過去の事態や経緯、さらには労働組合を「どう見ているか」が白日の下にさらされる、きわめて過酷な調査だ。それでも、どうにかやり遂げて、同年12月25日に病院の大ホールで行われた報告集会では、「由利組合総合病院が、協同組合の病院として、経営担当者・医療業務担当者・患者（組合員・住民）がお互いに励ましあい、学びあい、育ちあう相互発達の条件を確立できる病院にすることを、秋厚労由利支部の運動のカナメに据えよう」と、まとめられた（参考文献25）。

しかし、この「まとめ」が具体化されるより早く、職員が子どもを預ける「病院付属保育所」廃止の話が持ち上がる。私たちは猛反対し、厚生連は農協組織であるため、各農協長に働きかけることになった。そのことが厚生連経営者の逆鱗に触れ、制裁として私に転勤命令が下る。さすがにこれは法律違反なので回避されたが、話し合いの末、役員後継体制を築いたうえで、2年後の転勤に応じることとなり、私は1995（平成7）年、秋田組合総合病院（秋田市、現・あきた厚生医療センター）に転勤した。

由利組合総合病院では医事課・総務課・経理課を、秋田組合総合病院では医事課・資材課・保健福祉活動室と、約20年間で、私は病院の事務部門のほとんどを経験させてもらい、裏も表も含めて、このことはとても良い勉強になった。

秋田組合総合病院の新築移転が迫る中、医療機器の選定が大幅に遅れ、新築計画そのものが揺らいだとき、私にその任が回ってきた。結果的に、ギリギリのタイミングで事なきを得たが、資材課長の私に賄賂を持ってくる医療機器業者には呆れた。中元・歳暮などを持ってきた場合には業者ごと総務課に回す。私宅に送られてきた時は未開封のまま送り返す。現金の場合は、怖い顔を作って「この次やったら出入り禁止」と告げ、その場で突き返す。これらの「マイ・ルール」について、私が敬愛する医師の一人、坂本哲也院長にもあらかじめ話して了解を得ておいた。もともとは農民が少しずつお金を出し合ってつくった協同組合の病院であっても、それは「昔の思い出話」で、結局は企業の論理によって動く日本の小社会を垣間見る気がして、うんざりした。

地域医療に熱心な宮原医師を実質的に追いやり、住民に身近な上郷診療所を潰し、院内保育所など職員の福利厚生施設を削る。札束で頬を張るような「胡散臭さ」がいまだに病院を取り巻く。頼りにすべき労働組合は、現場の苦悩や臨時職員の差別的な雇用実態などには目をつぶり、経営者の

顔色ばかり見ている役員が少なからず存在する。そのような医療経営体の実姿をタツプリ体感して、私の中には、フツフツと何かが湧き上がる思いが膨らんできた。「労働者状態調査」で問われた私自身、身の生き方をどうするか、そろそろ「答え」を出す時期が迫っているように思えた。

鹿角が私に「地域」を教えてくれた

そんな思いを見抜いたのか、たまたま複数の人たちが、労働組合や医療研究会などに専念するような生き方を私に勧めてきた。しばらく考え抜いた末、私は、病院を辞め、秋田県厚生連労働組合本部専従職員となった。2005（平成17）年のことである。

驚いたことに、それを待っていたかのように、鹿角から精神科常勤医がいなくなり、同科病棟も閉鎖され、鹿角の住民運動が始まった。この時期の経緯については、前著などに委ねたい（参考文献1、26）。

私は、同じ秋田県の中でも、鹿角市とは170kmほど離れた沿岸部の造成住宅地に住んでいる。伝統がないため、私も含めて何人かの有志が「祭」を始めた。山車・神輿・お囃子まで創作し、しばらくは楽しくて仕方がない。しかし、回を重ねるごとにエスカレートし、メンバーの負担が増していく。新興住宅街は、たまたま各方面から集まった「偶然の人間集団」だ。それぞれ仕事や生活の内情までは知る由もない。勤務時間も多様で、やっとの思いで祭の準備作業に参加したら、「仲間だ」と思っていた人から厳しい言葉を浴びせられる。離脱者はさらに増え、やがて「祭」は消えていった。日本の農村の「祭」は、かつて多くが農業とシンクロしていた。住民の生活サイクルがほぼ同一で、

共同作業も多い。自然の恵みを神事として敬う「祭」は無理なく引き継がれていった。でも、昨今、生活パターンが多様化し、どの地域でも「祭」の存続は難しくなっている。その中で、今なお続く鹿角の「伝統の祭」を見ていると、おそらく内部では苦勞も多いとは思いますが、互いに「違いを認め合う力」や「折り合いをつける力」に優れたものを感じる。だから、頑張る一方で、他人に無理を強めない。私にとって、鹿角という「地域」は、「市民町民の会」以外にも学ぶことが多かった。

私の父（鈴木文薫）らが各地各方面で「労働者状態調査」「地域調査」などを実施し、それを機に全国の様々な人たちが「地域づくり運動全国交流集会」という形で繋がっていた。2010（平成22）年4月17日、その第7回集会在鹿角を会場に開催され、全国から研究者・保健師・行政や農協職員などが多数参加した。受け入れる鹿角の側は、障害者がトーンチャイムの演奏で歓迎し、住民が活動報告を行い、討論にも積極的に加わる。終了後は、玄関前に群がって、バスの背が見えなくなるまで手を振って見送った。父らの感想は「こんなに住民が参加した集会は初めて。みんな温かいし、地域の人たちから多くのことを教わった」と、やや興奮気味。多少リップサービスが含まれていた可能性も否めないが、鹿角で集会在開催できたことについては、この喜びを素直に受け止めたいと思った。

本書に託した私の思い

前著はハッピーエンドだった。精神科の常勤医師が赴任するまでの住民運動を記録に残したいという思いだけで書いた。だから、2冊目を書く予定はまったくなかったと言っただけよい。

しかし、前著が記す12年間と、その後の6年間とは、住民運動の「濃さ」が違った。地元で生産ができなくなり、二つ目の住民団体「鹿角の産婦人科を守る会」が発足。共同の取り組みも増えた。「総合的な診療」や「救急医療問題」など、医療全体・地域全体に視野を広げる必要もあった。「学び」に裏打ちされた住民たちの広い視野がなければ、今の事態を整理することができないほど、地域はどこも大きく揺らいでいる。

ほとんどの住民が大なり小なり地域に危機感を抱いてはいるが、みんなで力を合わせるためには「わかり合う」ことが不可欠だ。だから、この間「市民町民の会」が得たことを少し整理して、鹿角で暮らす方々に、きちんと伝える必要がある。地域外の方々にも、さらにお伝えして、今まで以上にお力をお借りしたい。加えて、全国に医師を求めにしても、チラシの限られた文字数だけで鹿角の実情・経緯を伝えることは難しい。地域内外の多方面の方々に「きちんと伝える」ためには、息の長い活字媒体が最適だと思われ、本書の作成に至った。

なお、恐縮ながら、正直に言えば、私個人にはもう一つ思いがある。人生を四季に例えると、私は今「冬」にいる。私自身が学んだことを残し、次世代につなげたい。「鹿角詣で」と「自室籠り」を繰り返す私が何をやっていったのか、愛する妻や子どもたちにもちゃんと伝えて、遅ればせながら「ありがとう」と言いたい。鹿角はもちろん、全国の多くの方々と、何より家族のおかげで、私は、とても充実した良い人生を送ることができた。いまのうちに、皆さんへの感謝の気持ちを本書の行間に籠めさせていただいた。

末筆で申し訳ないが、本書の発行に特にお力添えをいただいた横山壽一先生、長友薫輝先生。住民の運動を理解・応援し、私のワガママにも応え、誠心誠意の対応をしていただいた株式会社日本機関紙出版センター出版代表・丸尾忠義さん。および、この本づくりに係ったすべてのスタッフの皆様。そして、日頃から「鹿角の医療と福祉を考える市民町民の会」を支えてくださっている地域内外・全国の皆様。さらに、同会「幹事会」にて本書原稿の主要部分について論議を重ねていただいた仲間の皆様に心から感謝の意を表したい。

【主な参考文献】

- 1) 鈴木土身「お医者さんも来なくなる地域づくり」旬報社、2020年6月11日
- 2) 秋田県鉱山会館他「秋田県鉱山誌」2005年3月
- 3) 市民町民の会「鹿角・第2回地域調査の「まとめ」ダイジェスト版」2020年4月1日
- 4) 武田祐子編「格差時代の医療と社会的処方」日本看護協会出版会、2021年4月15日
- 5) 木村知「病気は社会が引き起こす」角川新書K1297、2019年12月10日
- 6) YPS他「生きづらさをひも解く、私たちの精神疾患」コンボ、2023年10月23日
- 7) 佐藤亮子「日本におけるファーマーズマーケットの意義」同志社大学誌、2017年10月10日
- 8) 相川俊英「反骨の市町村、国に頼るからバカを見る」講談社、2015年3月18日
- 9) 藻谷浩介他「里山資本主義」角川 one テーマ21C1249、2013年7月10日
- 10) 枝廣淳子「地元経済を創りなおす」岩波新書1704、2018年2月20日
- 11) 鹿角市文化財保護協会「上津野（かづの）」No.1、1976年2月1日、
- 12) 安村二郎「ふるさと鹿角」鹿角市文化財保護協会、2010年3月31日
- 13) 記念誌「キラキラ輝いて20年」尋常浅間学校かづの分校、2019年4月
- 14) 藤山浩「地域人口ビジョン」をつくる」農文協、2018年12月10日
- 15) 地域教育魅力化PF編「地域協働による高校魅力化ガイド」岩波書店、2019年6月26日
- 16) 正則高校ルポルタージュクラブ「活動報告書」、1981年、1997年の各報告書
- 17) 市民町民の会「あらためて、地域・住民目線で「医師不足」を考える」2023年3月25日  
月1日
- 18) 日本医療総合研究所「コロナ禍で見た保健・医療・介護の今後」新日本出版社、2022年4月10日
- 19) 笹井恵理子「救急車が来なくなる日」NHK出版新書594、2019年8月10日
- 20) 宮原伸二「村づくり聴診記」合同出版、1978年12月12日
- 21) 読売新聞社会部編「人間ばんざい」晩聲社、1982年12月1日
- 22) 上郷健康センター「健康づくりは地域づくり」1984年7月20日
- 23) 鈴木土身「ムラ（上郷）から医師が去った理由（わけ）」自治体研究社、「住民と自治」260号、1984年12月1日
- 24) 小椋哲「精神医療革命」幻冬舎、2021年8月26日
- 25) 秋厚労由利支部「秋厚労由利支部労働者状態調査のまとめ」1992年4月10日
- 26) 秋田県厚生連労働組合「1980年以降の秋厚労の運動」2018年6月12日
- 27) 鹿角市「鹿角市史」第一巻1982年11月10日、第五巻1997年3月31日
- 28) 小坂町「小坂町史」1975年10月19日
- 29) 小坂町「新編・小坂町史」2023年12月26日

## 【著者紹介】

### 鈴木土身（すずきとみ）

1952年、愛知県にて出生後、数カ月で上京。新宿区立大久保小・中学校、都立青山高等学校、東京農工大学農学部卒業。1976年、秋田県象潟町（現にかほ市）上郷健康センター勤務。1984年、同所閉鎖に伴い秋田県厚生連・由利組合総合病院に転勤。1995年、同連・秋田組合総合病院（現秋田厚生医療センター）に異動。2005年、病院を退職し、秋田県厚生連労働組合専従職員および同労組書記長。同時に住民団体「鹿角の医療と福祉を考える市民町民の会」設立に参画。2018年、労組退職後も一個人として同住民団体の広報・地域調査等担当事務局。著書に「地域医療の未来を創る」（共著、旬報社）、「お医者さんも来なくなる地域づくり」（旬報社）などがある。

## 医師不足の解決めざす住民運動 問題のカギは医療の外にある

2024年8月1日 初版第1刷発行

著者 鈴木土身  
発行者 坂手崇保  
発行所 日本機関紙出版センター  
〒553-0006 大阪市福島区吉野3-2-35  
TEL 06-6465-1254 FAX 06-6465-1255  
<http://kikanshi-book.com/> hon@nike.eonet.ne.jp  
本文組版 Third  
編集 丸尾忠義  
印刷・製本 日本機関紙出版センター  
©Domi Suzuki 2024.  
ISBN 978-4-88900-296-6

万が一、落丁、乱丁本がありましたら、小社あてにお送りください。  
送料小社負担にてお取り替えいたします。

「戦争をする国」日本と  
反戦・護憲運動のこれから

「抑止力神話」「同盟信仰」の危うさ 額田厚／著  
定価1540円

次期介護保険改悪と障害者65歳問題  
大阪社会保険推進協議会／編 山下節雄・雨田信幸／著  
定価990円

「自立支援」の魅力直す  
「自立支援」の魅力直す  
「自立支援」の魅力直す

「自立支援」の魅力直す  
「自立支援」の魅力直す  
「自立支援」の魅力直す

A5判 ソフトカバー 182頁 本体1400円

今と未来に生きる  
生命尊重行政

ドキュメンタリー映画DVD付  
「自分たちで生命を守った村」

高橋典成・高橋和子／共著  
大阪社会保険推進協議会／企画  
沢内村の老人医療費無料化の精神  
を今なお脈々と受け継ぐ人々の思いに  
触れ、生命尊重行政の現場でこれら  
の日本の医療・福祉を考える。  
ドキュメンタリー映画  
「自分たちで生命を守った村」DVD付  
A5判 162頁 本体1600円

日本機関紙出版  
〒553-0006 大阪府福島区吉野3-2-35  
TEL06(6465)1254 FAX06(6465)1255

健康保険証廃止に  
ストツプを

その目的は医療情報の利活用  
世論に抗してまで健康保険証廃止を  
ゴリ押しして進める背景に何があるのか。

黒田 充  
(自治体情報政策研究所)

A5判 ソフトカバー 192頁 本体1400円

社会的孤立死する  
高齢者たち

誰かが陥る可能性を避けるために  
ひっそりと死を迎えた人の中には、生前何らかの形  
で社会との繋がりを保持したことのある人が圧倒的に  
多い。にもかかわらずその死が認知されないという  
現代の日本社会は健全な社会なのだろうか。

松田尚子  
吉川順子  
新井康友  
渡辺慎介  
石田史樹

A5判 ソフトカバー 118頁 定価1430円

笑いヨガの輪

訪問介護とわらいの記録  
竹村聖・著  
「笑いヨガ」に出会って人生が変わりました。「笑い」は免疫力アップの源  
です。この本で「生きる力」「笑うこと  
の楽しさ」を知ってください。読み進  
めていけばあとは大丈夫！ 笑って  
いればなんとかなります(笑)

元気で長生きの秘訣は「笑い」に有り！  
ユーモアがなくても、ネガティブでも大丈夫  
夫。日常生活に溶け込む「笑い」のネタを丁寧に  
紹介。読むだけで誰でも元気に笑えます。

46判 ソフトカバー 208頁 定価1650円

日本機関紙出版  
〒553-0006 大阪府福島区吉野3-2-35  
TEL06(6465)1254 FAX06(6465)1255

日本機関紙出版  
〒553-0006 大阪府福島区吉野3-2-35  
TEL06(6465)1254 FAX06(6465)1255

日本機関紙出版  
〒553-0006 大阪府福島区吉野3-2-35  
TEL06(6465)1254 FAX06(6465)1255



9784889002966

ISBN978-4-88900-296-6  
C0036 ¥1400E



1920036014002



定価(本体1400円+税)

日本機関紙出版センター

はじめに…本書でお伝えしたいこと

## 第1章 住民が「医療」を見つめ直し、自ら動く

- 1 鹿角の精神科は住民がつくり、住民が支えてきた
- 2 住民にとって医療は不可欠

## 第2章 住民が「地域」を見つめ直し、自ら調べる

- 3 北の要所・かづの
- 4 「生きづらさ」について考える
- 5 全国各地から学んだ「地域づくり」のヒント

## 第3章 住民が「社会」を見つめ直し、自ら提案する

- 6 住民が「医師不足のメカニズム」を解明
- 7 住民が提案する「鹿角の地域医療の姿」

おわりに…「学びの道」上郷から鹿角まで