

日医総研ワーキングペーパー

医療による地域活性化：
仮説構築に向けたケーススタディ

No. 411

2018年7月14日

坂口 一樹、森 宏一郎

日本医師会総合政策研究機構

医療による地域活性化：

仮説構築に向けたケーススタディ

坂口 一樹（主任研究員）、森 宏一郎（客員研究員）

キーワード

- ◆ 地方創生
- ◆ 地域活性化
- ◆ 非構造化面接法
- ◆ まちづくり
- ◆ 地域コミュニティ
- ◆ 医商連携

ポイント

- ◇ 医療は積極的に地域活性化に貢献し、地方創生の中心的な担い手になることができるか。この問いへの回答の仮説構築を目的として、インタビュー調査を通じて3件のケーススタディを実施した。対象としたのは、【事例1】志村フロイデグループ（まちづくりを担う病院）、【事例2】南医療生協（地域コミュニティがくる病院）、【事例3】高松丸亀町商店街振興組合（医商連携）である。考察された要点は以下の3点である。
- ◇ 第一に、医療が地域活性化に貢献するためには、医療機関の経営戦略と地域特性との間の親和性が必要である。【事例1】が示すように、人口減少とともに活気を喪失する傾向がある「地域そのものをリハビリテーションする」という理念のもとで、医療機関および関連施設が運営される。その文脈で地域活性化のための様々な取り組みがグループの経営目標と有機的に結びついている。
- ◇ 第二に、医療機関が地域のコミュニティ形成の核となる人材や場所の提供を行うことによって、地域活性化を牽引できる可能性が高いことである。【事例1】では、従業員らの自発的組織がグループ運営のコミュニティカフェを活用し、地域活性化に向けて内外のさまざまなリソースを動員するハブ機能を果たしていた。【事例2】では、医療生協という地域コミュニティ自体が病院の移転新築に伴う設計段階からその運営の意思決定において大きな役割を担う。結果、病院と関連施設の造りやテナントが町並みに溶け込み、医療機関には患者だけでなく健康な人も集まり、地域コミュニティが形成されている。
- ◇ 第三に、医療機関は、地方郊外のクルマ社会に適応できなくなった高齢者層に対する社会的な解決策を提示できる可能性を秘めている。地方郊外の生活は、高齢になり自動車に乗れなくなった途端、破たんしかねない。【事例3】では、そのような高齢者にターゲットを絞り込んで「医・食・住」とのコンセプトを掲げ、高齢者の健康ニーズに合わせた大規模診療所を商店街再生の目玉とし、ターゲットの暮らしのニーズにあわせた各種機能をまちなかに整備している。そうして生活者の数を増やすことで商店街の需要となる人口を増やし、地方の中心市街地再生を図った。
- ◇ 以上3点を踏まえると、医療にも地域経済の牽引役となり得る十分なポテンシャルがあると言える。医療は平時の安全保障としての必要インフラであるが、実はこのベースとしての機能を超えるパワーを持っているのではないか。

目次

1. イントロダクション	1
1.1 背景と問題意識	1
1.2 本稿の目的	5
1.3 対象と方法	5
2. インタビュー調査の良さと限界：方法論	7
2.1 調査手法としてのインタビュー調査	7
2.2 インタビュー調査の長所	8
2.3 インタビュー調査の短所	9
3. 【事例1】まちづくりを担う病院（志村フロイデグループ）	11
3.1 基本情報	11
3.2 リハのグランドデザインとまちづくり	14
3.3 多職種協働による地域への取組み	16
3.4 職務を超えた地域コミュニティへの貢献	19
3.5 医療がつくる雇用と家庭	20
4. 【事例2】地域コミュニティがつくる病院（南医療生協）	24
4.1 基本情報	24
4.2 コミュニティの場の提供	25
4.3 おたがいさまシートによる地域協働と豊かさの創造	28
5. 【事例3】医商連携（高松丸亀町商店街振興組合）	31
5.1 基本情報	31
5.2 まちなかは医療過疎：郊外化の果てに	33
5.3 まちなか再生のターゲットは高齢者	35
5.4 開発のキーワードは“医・食・住”	38
5.5 失敗事例からの真摯な学び	40
6. 医療は地域活性化を生み出すか？	43
6.1 問いと論点の整理	43
6.2 対象とした3事例の考察	43
6.3 結びにかえて	47
謝辞	48
参考文献・資料リスト	49

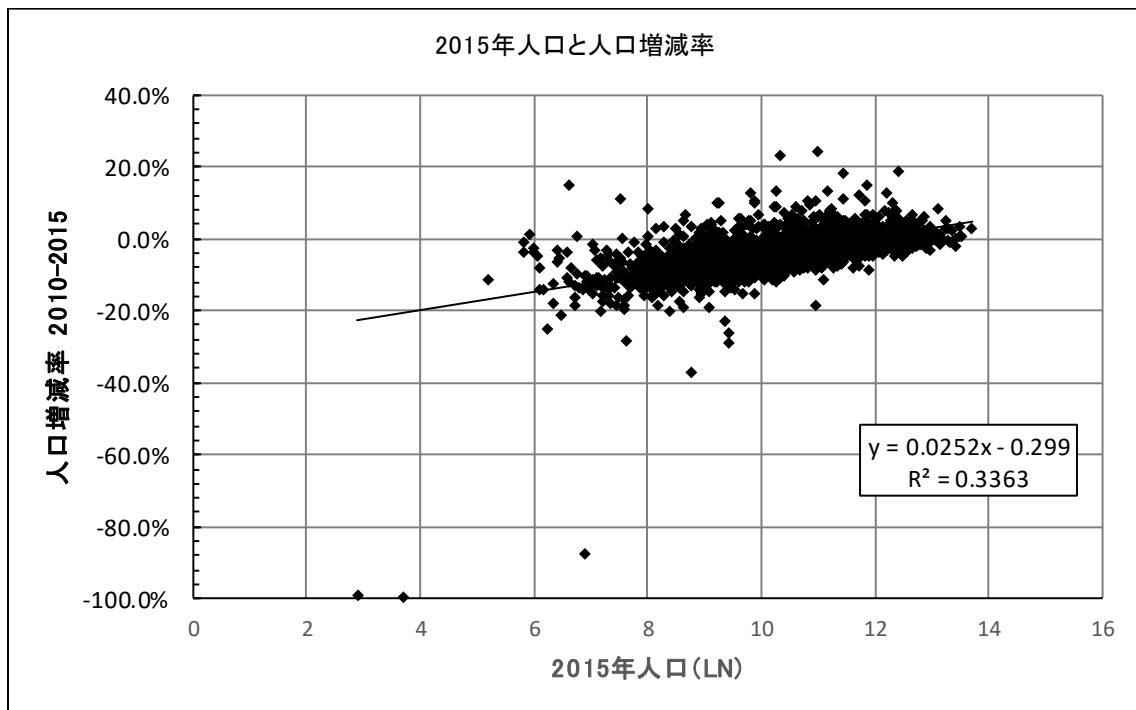
1. イントロダクション

1.1 背景と問題意識

(1) 人口減少社会と地方創生

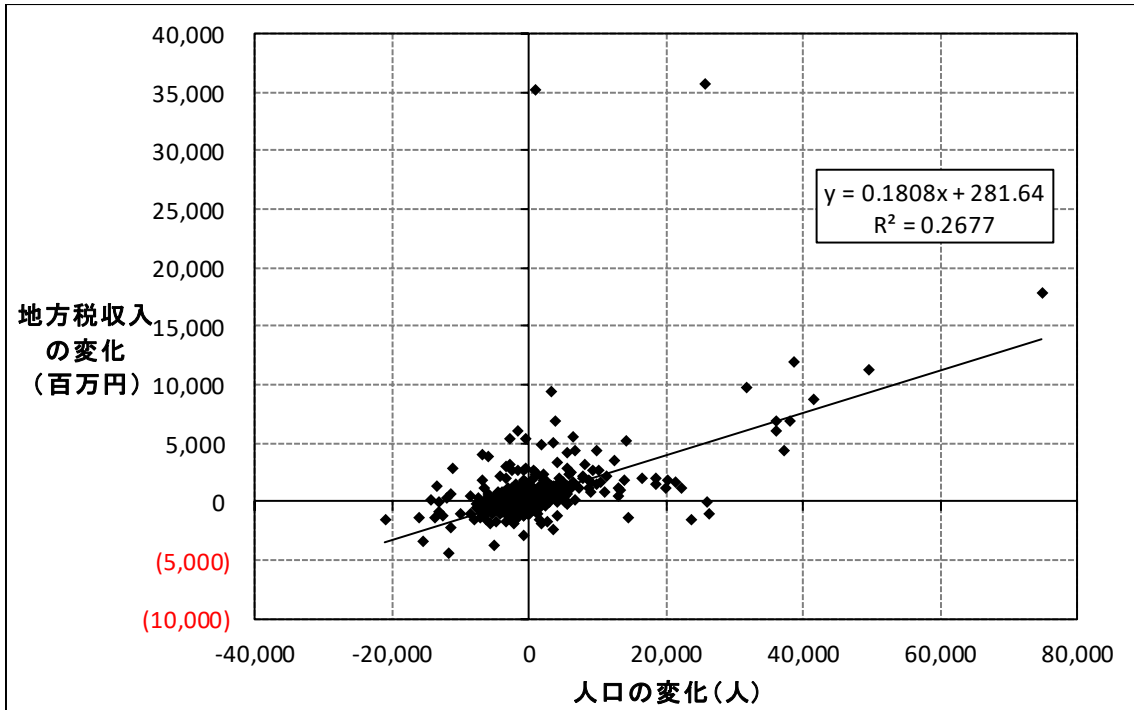
日本はすでに人口減少社会の局面を迎えて久しい。現状、人口規模の大きい都市圏の市町村では人口が増加している一方、人口規模の小さい地方の市町村では人口が減少している（図表 1-1-1）。日本全体が人口減少の中にあって、地方の市町村は存続することさえ厳しい状況になっていることである（増田 2014、山下 2014）。事実、人口減少と相まって、地方税収は落ち込んでいる（図表 1-1-2）。さらに、過疎が進行している町村を中心に地方公共団体の存続が危ぶまれており、数多くの市町村の統廃合が起きている（図表 1-1-3）。

図表 1-1-1. 市町村における人口規模と人口成長率の関係



資料：統計で見る市区町村のすがた

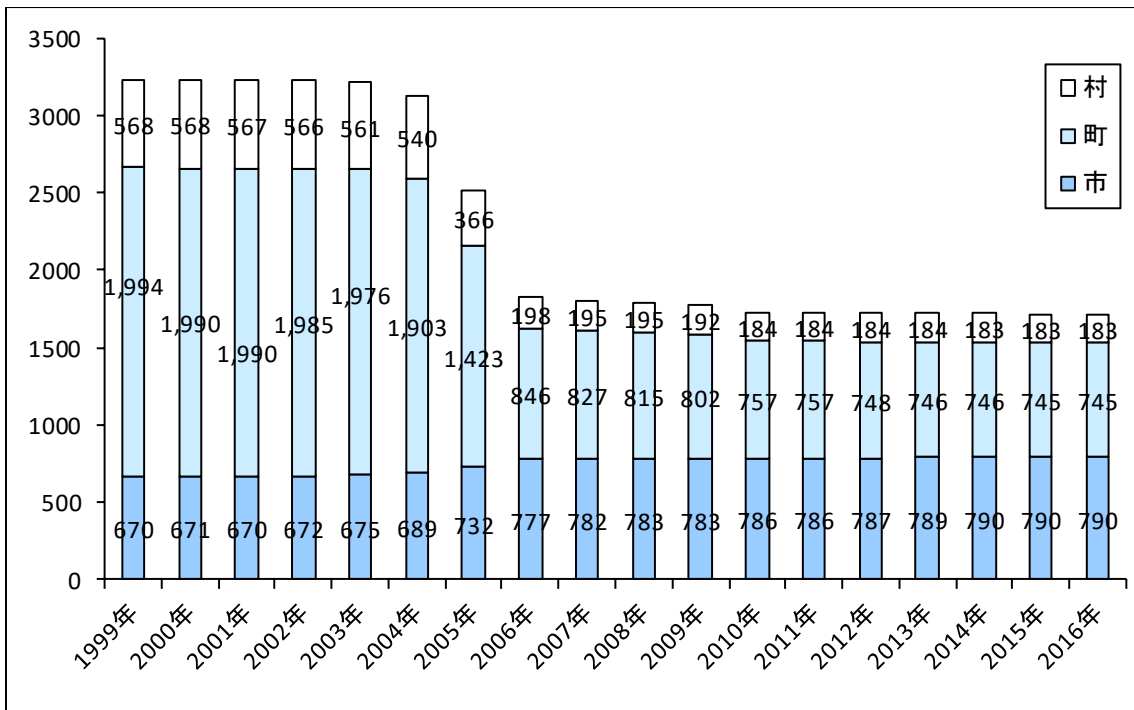
図表 1-1-2. 市町村における人口変化と地方税収の関係



資料：統計で見る市区町村のすがた

注意：2010年と2015年の変化。ただし、地方税収データは決算データのため前年データ。

図表 1-1-3. 市町村数の推移



資料：総務省

こうした現象を背景に地方創生が真剣に議論されるようになってきている。たとえば、内閣官房・内閣府および官邸サイドによる地方創生の取り組みがあり¹、地方創生推進交付金（まち・ひと・しごと創生交付金）が実施されている。具体的には、(1) 結婚、出産又は育児についての希望を持つことができる社会環境の整備に資する事業。(2) 移住及び定住の促進に資する事業。(3) 地域社会を担う人材の育成及び確保に資する事業。(4) 観光の振興、農林水産業の振興その他の産業の振興に資する事業等を対象に推進されている。地方創生は、安倍晋三首相が掲げるアベノミクスの中の成長戦略の中にも位置付けられ、基本的に地域の人口維持につながるような産業育成・成長が柱になっている。したがって、出てくるキーワードとしては、「雇用」「ものづくり」「農業の高付加価値化（6次産業化）」「中心市街地活性化」「起業」「観光」「若者力」「子育て」などであり、生産面・消費面、どちらにしても経済活動の活性化が第一に来る。

以上のような現状を観察する限り、医療が地方創生において中心的な役割を担うことはなさそうに見える。医療は平時の安全保障であり、間違いなく地域を支える重要なインフラのひとつである。この意味で、医療が衰退してしまって歯抜けになっている地域の活性化や人口増加は厳しいものがある。この点において医療の重要度は否定できないだろうが、医療を中核産業とする地方創生というイメージは一般世間にはほぼ存在しない。たとえば、増田・富山(2015)、木下(2016)、飯田ら(2016)などが地方創生の中核的な担い手候補を議論しているが、そこには医療は登場しない。

(2) 地方創生と医療

他方で昨今の医療界において、地方創生の文脈で医療が語られる際、しばしばキーワードとなるのが「地域包括ケアシステム」と「日本版 CCRC 構想」の2つである。

まず、「地域包括ケアシステム」とは、地域住民が重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる環境づくりを目指し、住まい・医療・介護・予防・生活支援といった各種サービスが一体的に提供される体制のことを指す。背景にあるのは、団塊の世代が後期高齢者となる2025年問題である。その政策的位置づけは、社会保障制度改革国民会議(2013)が述べているように、地域の生活支援機能を高めるという意味における「21世紀型のコミュニティの再生」

¹ 「みんなで育てる地域のチカラ 地方創生」 <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/index.html>

にある。したがって地方のコミュニティ再生、すなわち地方創生とセットで語られることが少なくなく、両者は一見親和的である。しかし、そこでの「医療」は、あくまで地域住民、特に高齢者の生活を支えるインフラの一つとの位置づけであり、地方の経済を活性化させるような産業の主体として捉える向きは少ない。

次に、「日本版 CCRC 構想」である。CCRC とは Continuing Care Retirement Community の略であり、現役を引退した高齢者が継続的なケアを受けながら生活できる共同体である。名称が示す通り米国発の概念・アイデアであり、日本版 CCRC 構想は、「東京圏をはじめとする高齢者が、自らの希望に応じて地方に移り住み、地域社会において健康でアクティブな生活を送るとともに、医療介護が必要な時には継続的なケアを受けることができるような地域づくり」を行うものである²。この構想の意義として、①高齢者の希望の実現、②地方へのひとの流れの推進、③東京圏の高齢化問題への対応、の3点が挙げられている³。しかし、高齢者人口の都市圏から地方への移動という点を除けば、積極的に地方創生を推し進めるものとしては捉えられていない。単に、施設が不足している都市部から地方へ的高齢者移住のための施策との色合いが強く、「現代版姥捨て山構想」との批判もあるようだ（近藤 2016）。

それでは、医療はひとつの産業として地方創生の中心的な担い手になることはできないのだろうか。これが本研究の問いである。医療は地域が稼働するための重要なインフラではあっても、地域活性化を牽引する主体たりえないのだろうか。医療はマイナスにならないようにする必要があるというようなインフラ的な意味合いだけではなく、地域活性化にプラスの効果を発揮する産業としての担い手になれるのだろうか。医療は単なるインフラや安全保障の枠組みだけで捉えられるものではなく、もっと積極的に地域活性化に資するものではないか。本ワーキングペーパーの根底にあるのは、以上のような問題意識である。

² 日本版CCRC構想有識者会議「日本版 CCRC 構想（素案）」
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/meeting/ccrc/ccrc_soan.pdf

³ 日本版CCRC構想有識者会議「日本版 CCRC 構想（素案）」
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/meeting/ccrc/ccrc_soan.pdf

1.2 本稿の目的

本ワーキングペーパーの大きな問いは「医療は積極的に地域活性化に貢献し、地方創生の中心的な担い手になることができるか？」である。そして、その目的は、今回実施した3つのケーススタディを通じて、この問いに対する回答の仮説として構築していくことにある。

したがって、上記の大きな問いに対して、本論文だけですべて答えを出す意図はない。第一弾として3つのケースを整理し、今後のさらなる調査研究に向けた仮説を構築するのが本論文のねらいである。

1.3 対象と方法

1.1節で述べたとおり、医療が地域活性化の中核を担っているケースが話題にはなっていないのがおおよその現状である。したがって、あらかじめ調査研究対象として適切な事例の存在が確認できていたわけではなかった。そこで、日本医師会のネットワークを利用し、医療機関が中心となって地域活性化に取り組んでいると思われる事例を探した。最初に出合ったのは、「まちづくりを担う病院」を仕掛けている志村フロイデグループ（茨城県常陸大宮市）であった（図表 1-3-1）。志村フロイデグループは地域活性化に十分な力を発揮するために、他の地域の医療機関研究を積極的に行っており、その関係から次の調査対象として南生協病院（愛知県名古屋市長区）が浮かび上がってきた。南医療生活協同組合が担うこの病院は、地域コミュニティがつくる病院として地域との相互作用を起こしている。これら2件の調査から得た知見を用いて多様な人たちと交流している中で、類似の事例として高松丸亀町商店街振興組合（香川県高松市）が仕掛ける「医商連携」事例の紹介を受けた。これが第3の調査対象となった。前節で述べたとおり、本研究は現在進行形の現象をターゲットとして新たな仮説構築を目指すものであり、調査対象の選択も試行錯誤のプロセスとなっている。本ワーキングペーパーは調査研究の中間報告と言ってもよい。

図表 1-3-1. 調査対象

	志村フロイデグループ	南医療生活協同組合	高松丸亀町商店街振興組合
中核医療機関	志村大宮病院	南生協病院	美術館北通り診療所
地域	茨城県常陸大宮市	愛知県名古屋市緑区	香川県高松市
特徴	まちづくりを担う病院	地域コミュニティがつくる病院	医商連携
調査日	2017年7月24日	2017年11月16日	2018年1月17日
所用時間	約8時間 (視察・ワークショップを含む)	約3時間 (視察を含む)	約2時間

本論文では上記 3 つの調査対象（図表 1-3-1）に対して、インタビュー調査および現場視察を実施した。事前にある程度の質問項目と具体的質問を準備したが、仮説構築を目指しているため、インタビュー回答者から新しい情報をきちんと把握するべく、現場で柔軟に話を聞く方式を取った。つまり、あたかも共通の関心を持った面接者と回答者が一緒に話し合っているような会話の流れの中から情報を獲得する方法である「非構造化面接法」を採用した⁴。

⁴ 鈴木(2005)を参照。

2. インタビュー調査の良さと限界：方法論⁵

2.1 調査手法としてのインタビュー調査

インタビュー調査は、社会調査の主要なアプローチのひとつである。量的データを獲得できるアンケート調査と比較すると、調査対象の数が多くないとの理由からインタビュー調査は不当に批判されることがある。しかし、現実にはインタビューによって情報を得るケースが多くなってきており、すべての社会科学的調査の90%以上がインタビューデータを利用しているとも言われる⁶。本章では、インタビュー調査の特性を整理し、その良さと限界について議論する。

アンケート調査では、質問票の設計において、調査テーマに関する回答者の意識に共通した一定の構造や流れを仮定しており、新しい事実や問題の発見には必ずしも有利ではないかわりに、仮説の検証には有効に働きやすい。インタビュー調査とアンケート調査は相互に補完的であって、普遍的にどちらかが優れているということはない。適材適所でアプローチを使い分ける、あるいは組み合わせるということが必要になる。実際に、先にアンケート調査を実施し、後から非構造化面接法によるインタビュー調査を行い、重要な質問に関する回答の意味の裏づけを行う手法もあれば、逆の順序で調査を行うことによって、非構造化面接法によるインタビュー調査から得た事実や仮説の一般性や妥当性を検証するためにアンケート調査を行う方法もある。

なお、関(2002)は、「現場」は「発見の場」であるとし、後者の方法を取るべきだと述べている。「既成概念で調査票を作成し、同じ質問を繰り返し、そして、同じような回答を所定の枚数確保して終わりという『場』ではない。『現場』調査の焦点は、相手との『対話』にある。『対話』を重ねながら、新たな問題を浮き彫りにしてこそ意味がある。『現場』を訪問しながら、調査票を埋めてくるだけなどというのは、最低というべきであろう」という。この意味において、われわれは「非構造化面接法」によるインタビューを調査方法として採用した。

⁵ 森, 他 (2011)の 3.2 節を参照。なお、参照元の該当部分の著者と本論文のこの節の著者はいずれも同じ森であることを断っておく。

⁶ ホルスタイン&グブリアム (2004)を参照。

2.2 インタビュー調査の長所

インタビュー調査には長所と短所の両方が存在する。まず長所を簡潔に整理しておきたい。第1に、質的なデータをゼロベースから収集することができる。事前に準備しておいた質問への回答だけでなく、本来考えていなかったような予想外の回答や知見が得られることもあり、新たな考え方や情報による視野の広がりを経験できることが多い（鈴木, 2005）。もっと積極的に言えば、何も分からない状態から新しい情報を獲得することさえ可能である。

第2に、双方向のコミュニケーションによることの良さである。得た質的データの意味や文脈の確認、具体的な例示やエピソードの収集、使用している言葉の定義の把握、インタビュー回答者の感情や思考・認識の把握など、基本的にはインタビュー現場で行うことができる。こうして獲得した質的データの意味の確度は十分に高いものとなるだろう。

第3に、回答者に持っている情報の意味づけや解釈を促し、単純に情報を取り出すということにとどまらず、事実や実際の状況を回答者がどのように捉え考えているのかを明確に把握することができる。そもそもインタビュー調査は、調査者が知らない情報を知っている回答者からもらうという意味があるだけでなく、回答者の解釈能力を刺激して事実情報と合わせて回答者の解釈や認識をも理解する調査方法なのである。

第4のインタビューの良さは、質的データをストーリーとして、ある程度の深さで収集できることである。部分部分の状況・事実認識や意見などを断片的に把握するのではなく、インタビュー回答者が語る一つの世界として具体的な文脈の中で有機的につながりを持った話として、質的データが位置づけられるからである。

最後に、インタビューは収集情報の多様性を許容するという良さがある。例えば、アンケート調査では基本的に与えた選択肢に応じた区別しか許容されない。しかし、アンケート調査では同じ選択肢を選ぶことになるが、実は回答者の意識としては違いがあるという場合がある。あるいは、同じ選択肢だとしても、その選択肢の解釈が異なる場合もあるだろう。もう少し具体的に、「大いにあてはまる、あてはまる、どちらとも言え

ない、あてはまらない、全くあてはまらない」というようなリッカート・スケールの選択肢が与えられた場合を考えよう。同じ「あてはまらない」という選択肢を選んでも、一方はごく一部であてはまらないという解釈で、他方は対象の意味が部分的に異なっているという解釈かもしれない。単純に言っても、「あてはまらない」の程度は回答者によって異なるだろう。アンケート調査による選択肢だけでは、回答者の主観的な意味や程度を十分に知ることができないかもしれない。インタビュー調査では、双方向コミュニケーションであるとともに、多彩な文脈や付帯情報を確認することができるので、アンケート調査の選択肢では区別されない微妙な違いを区別することができる。つまり、インタビュー調査には、回答者の意識・認識における微妙な違いを無視しないという良さがあるのである。

2.3 インタビュー調査の短所

もちろん、インタビュー調査には弱点もある。最初に指摘されるのは、調査対象者数の少なさである。アンケート調査では、調査対象となる母集団の大きさを考慮して十分と考えられる回答者数を確保することが可能となることが多いが、インタビュー調査では難しい。十分な回答者数を確保できなければ、そこで得られた情報や事実の一般性や妥当性を主張するのは難しいということになる。母集団に対して、少数の回答者からしか情報が取れなければ、情報に偏りが生まれるリスクは高いものになる。平たく言えば、収集したデータの代表性に疑問が残るということになる。この点は認めざるを得ない。だからこそ、非構造化面接法によるインタビュー調査は仮説検証型を目指すのではなく、事実探索型、問題発見型、仮説生成型を目指すことになる。一般性や妥当性を確認できないかわりに、詳細さや深さを追求することによって、生じている現象や回答者の解釈・認識の論理性を確認する。つまり、質的データの信頼性ではなく、信憑性を追求するというわけである。

第2に、その少数の回答者の選択・抽出のやり方が恣意的ではないかという点である。回答者の選択・抽出が恣意的であれば、ある種の結論を導くのに都合のよい人たちがばかりが選択され、その結果、意図的にせよ無意識的にせよ、著しく偏った結論が得られてしまう危険性がある。この問題も認めざるを得ない。しかし、他方で、この問題は非構

造化面接法によるインタビュー調査には必然的なものとも言える。インタビュー調査は、回答者が持っている情報を単純に取り出すというのではなく、その場の双方向のコミュニケーションから回答者の事実・現況に対する解釈・認識をも導き出すものである。そうだとすれば、物語を話す能力という回答者の適性を考慮して、回答者を選択・抽出しなければならない（ホルスタイン&グブリアム 2004）。

第3に、インタビュー調査で得られる情報は主観的であるという点である。インタビュー調査では、回答者の解釈・認識までも得ようとしているため、そこに主観的な情報が含まれるのは当然であるという言い方もできる。ただし、アンケート調査も主観性の問題は避けられない。問題となる主観性としては、忘却、思い込み、記憶違い、タテマエ、自己防衛、見栄、社会的望ましさ、印象操作（自分に関する望ましい印象を意図的に相手に与えようとする）、面接参加への動機づけの低さなどの影響により、事実とは異なる情報が提供され、回答内容が正確ではないということがあがる（鈴木 2005）。

3. 【事例1】まちづくりを担う病院（志村フロイデグループ）

3.1 基本情報

志村フロイデグループの中核施設である志村大宮病院（鈴木邦彦 理事長・院長）は、茨城県北西部、常陸大宮市に位置する 178 床を有する民間病院である。病床機能の内訳は、一般病床 60 床、回復期リハビリテーション病床 50 床、療養病床 48 床、緩和ケア病床 20 床であり、いわゆるケアミックス型病院である。2017 年 7 月現在、同病院を中核とする医療法人博仁会は 34 か所の拠点・事業所を構え、その他にも社会福祉法人博友会（拠点・事業所数 19）および看護学校を運営する学校法人志村学園を展開し、職員数 1,000 人超を抱える志村フロイデグループを形成している（図表 3-1-1）。

図表 3-1-1. 志村フロイデグループ



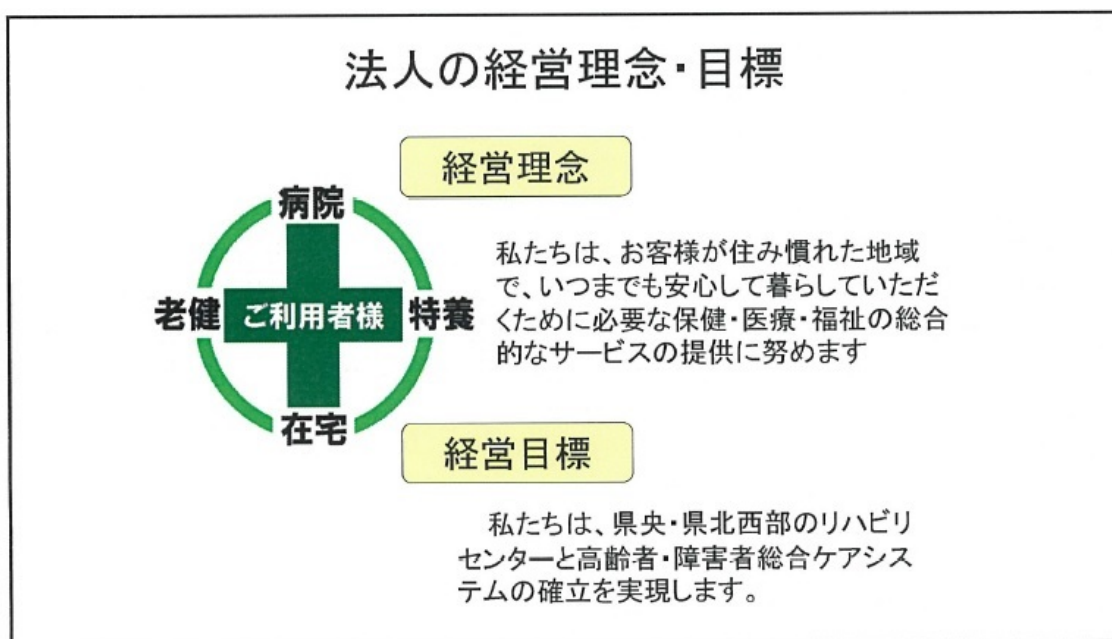
資料：志村フロイデグループからの提供資料

志村フロイデグループおよび医療法人博仁会の中核施設である志村大宮病院の開設は 1951 年 10 月である。長らく常陸大宮市を含む常陸太田・ひたちなか保健医療圏の地域医療を支える民間病院として役割を果たしてきたが、1996 年の老人保健施設の開

設を皮切りに、病院事業だけでなく介護・福祉事業、リハビリテーションや在宅医療、看護師養成の分野にも進出した。その後、増大する地域の保健・医療・介護・福祉のニーズに対応する形で、現在に至るまで事業を展開してきている。

その事業展開のありようは、最近の厚生行政が提唱・推進してきた地域包括ケアシステムの構築を民間の医療法人が主導する形でいち早く先取りしたものと言える。グループの事業戦略は、法人の経営理念および経営目標に集約されている（図表 3-1-2）。具体的には、「(地域の事業環境と将来を見据えたうえで) 癌、脳卒中、心臓病を経て、寝たきりと認知症になった方を対象とし、かかりつけ医機能を中心にリハと介護に特化」⁷するという戦略である⁸。

図表 3-1-2. 法人の経営理念と経営目標



資料：志村フロイデグループからの提供資料

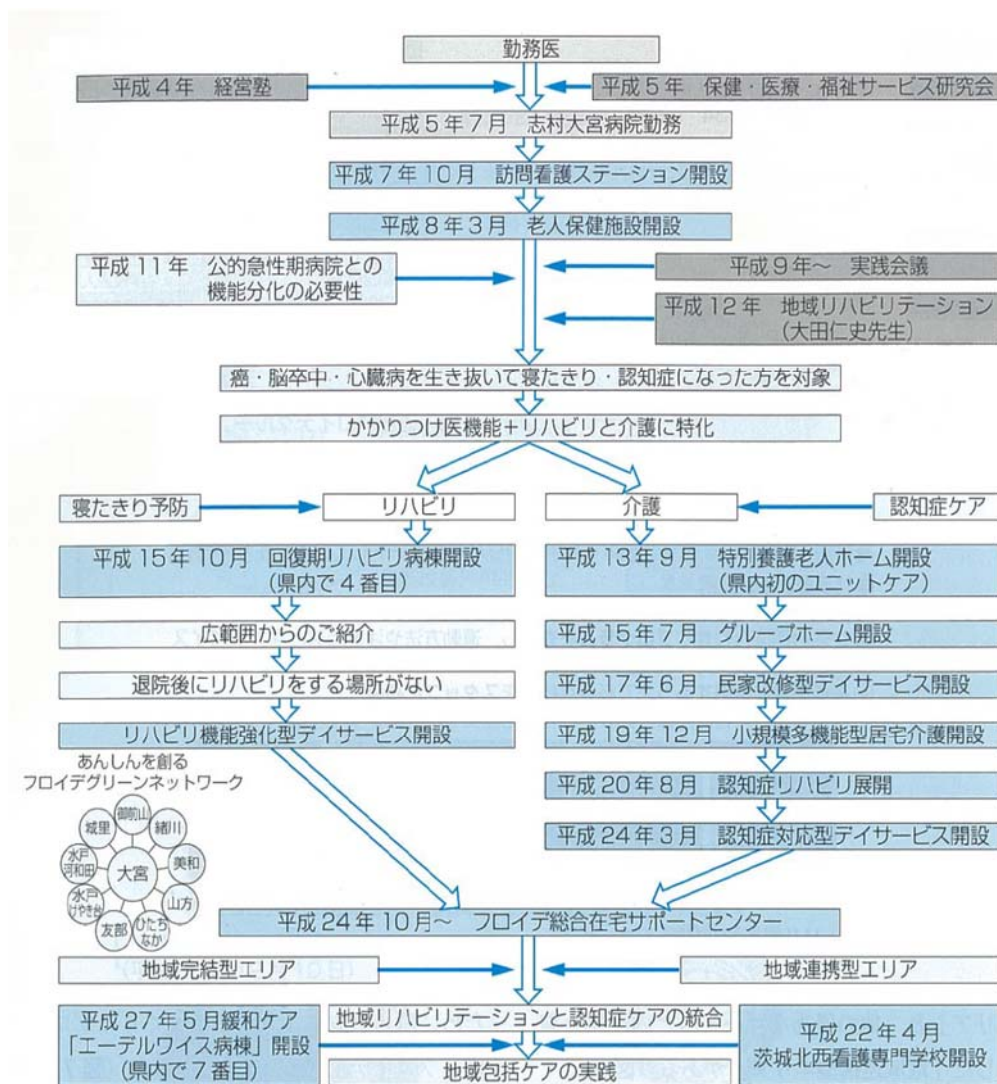
寝たきり予防を目的としたリハビリテーションと認知症ケアのための介護の2つに特化する事業戦略に向けて、志村大宮病院が実際的意思決定に至ったのは、2000年前後のことだという。その背景には、1999年頃から始まった同地域への公的急性期病院

⁷ 3章～5章における「ゴシック」の情報は、インタビューから直接得た情報、または関連文献から引用した情報を表す。

⁸ 鈴木(2017)。

の誘致運動があった⁹。それまで志村大宮病院は地域唯一の病院だったことから、新設される急性期病院といわゆる「機能分化」をするために¹⁰、自院の戦略的ポジショニングを明確にする必要性に迫られたのである。意思決定後の事業展開は、図表 3-1-3 に示す通りである。時を移さずに組織の戦略目標に適う施設・事業所が次々に整備されており、まさに「組織は戦略に従う」(structure follows strategy)¹¹との経営学における著名な命題に倣ったかのような事業展開である。

図表 3-1-3. 志村フロイデグループの事業展開



資料：鈴木（2017）p.321

⁹ 常陸大宮済生会病院（2006年7月に開設）。

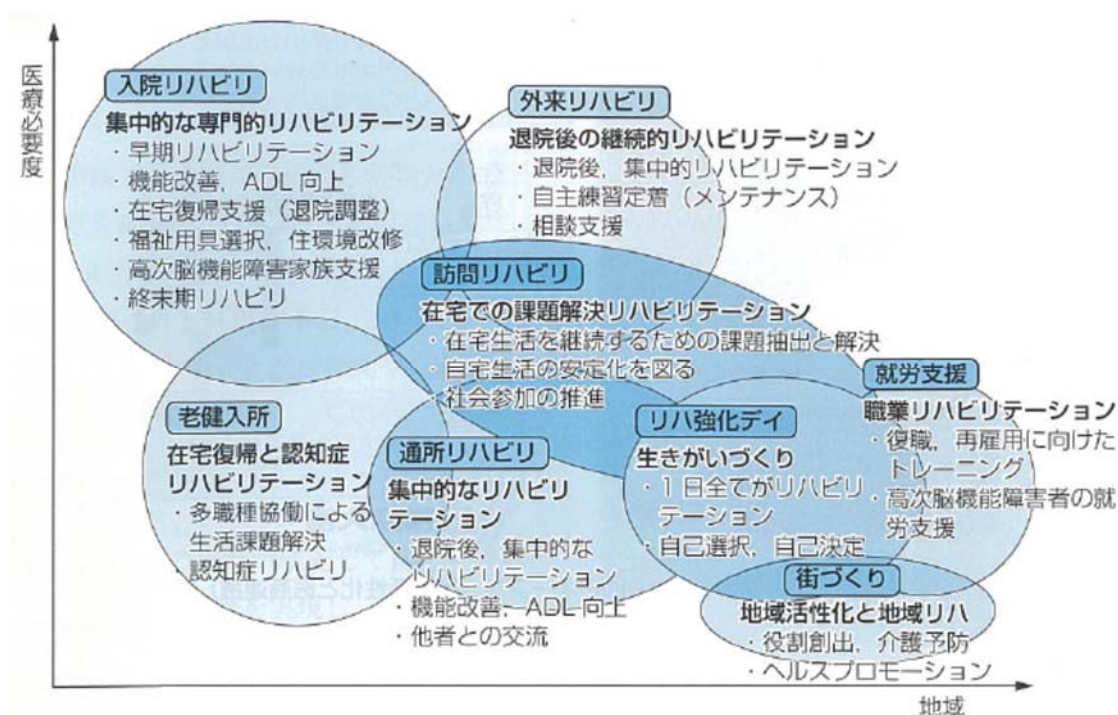
¹⁰ 地域包括ケアシステムの構築が叫ばれるようになった今でこそ、「機能分化と連携」は医療・介護分野の重要キーワードのひとつだが、もちろん2000年当時は「機能分化」なる言葉は一般的でなかった。

¹¹ チャンドラー(2004)。

3.2 リハのグランドデザインとまちづくり

志村フロイデグループの事業戦略において、まちづくりはどのように位置付けられているのか。その位置付けを最もわかりやすく説明しているのが、グループが掲げる「リハビリテーション科グランドデザイン」である。図表 3-2-1 がそのイメージ図である。タテ軸には対象者の医療必要度、ヨコ軸には施設主体で行うのか地域主体で行うのかが表示され、グループが有する機能がそれぞれ位置付けられている。

図表 3-2-1. 志村フロイデグループ リハビリテーション科グランドデザイン



資料：鈴木（2017）p.323

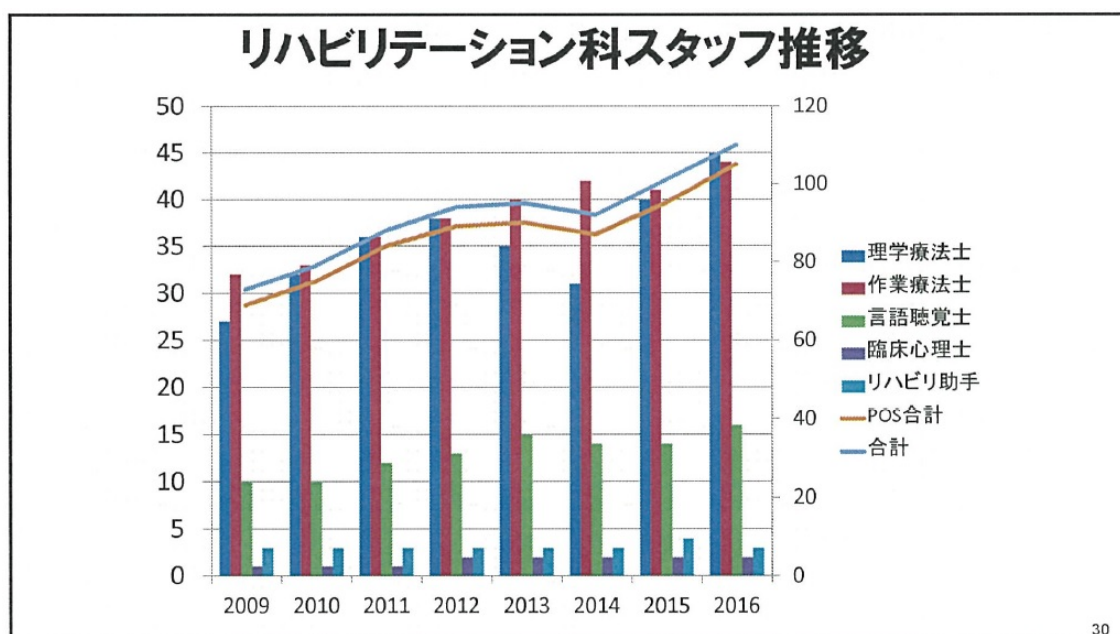
図表 3-2-1 が示すように、志村フロイデグループが描く体制は「入院リハビリ」「外来リハビリ」「訪問リハビリ」「老健入所」「通所リハビリ」といった通常の医療機関・介護施設が有するリハビリテーション機能だけにとどまらない。「リハ強化デイ」（リハ機能強化型デイサービス）や職業リハビリテーションによる「就労支援」、そして地域リハビリテーション¹²の理念に基づく地域活性化の取り組みを通じた「まちづくり」に

¹² 地域リハビリテーションとは、「障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め

まで踏み込んだ機能を有していることが、志村フロイデグループのリハビリテーション体制の特徴である。

グランドデザインが目指す体制の充実に歩調をあわせて、グループが抱えるリハビリテーション科のスタッフ数も年々増加傾向で推移している（図表 3-2-2）。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士だけでもその数は 100 名を超え、臨床心理士やリハビリ助手を加えた関連スタッフ総数は 110 名を超える。同科スタッフ数だけでグループ総職員数の 1 割強を占めることから、組織としての注力度合いがうかがえる。

図表 3-2-2. リハビリテーション科スタッフ数の推移



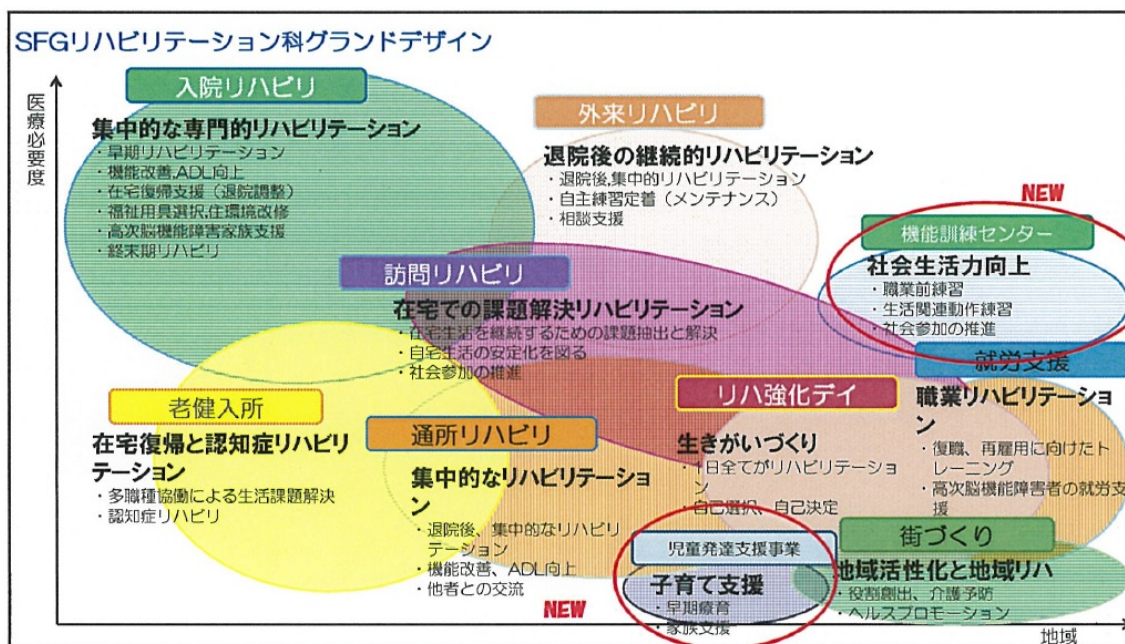
資料：志村フロイデグループからの提供資料

換言すれば、志村フロイデグループのグランドデザインは、医療必要度が高い人から低い人まで、施設でのリハビリから地域でのリハビリまで、地域住民に包括的なサービスを提供しようとのコンセプトである。主なターゲットである高齢者・障がい者の地域社会での役割創出や介護予防、ヘルスプロモーションに繋がる「まちづくり」は、グループが提供する包括的な地域住民向けサービスの一つとして、その他の医療・介護事業と

生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべて」を言う。（日本リハビリテーション病院・施設協会の定義）

有機的に結びついているのである。さらに最近、対象者の社会生活力向上を担う「機能訓練センター」と子育て支援を担う「児童発達支援事業」がそれぞれ位置付けられ、ランドデザインはさらなる進化を遂げている（図表 3-2-3）。

図表 3-2-3. 志村フロイデグループ リハビリテーション科ランドデザイン（新）



資料：志村大宮病院からの提供資料

3.3 多職種協働による地域への取組み

志村フロイデグループが掲げるリハビリテーション科のランドデザイン、そこに示された地域リハビリテーションの理念の実践を担うのが、職員有志によるプロジェクトチーム「フロイデ DAN」である。チームの結成は 2010 年 12 月 10 日、「まちを元気にしよう！」との事務局担当者のシンプルな呼びかけに応じた 9 名でスタートしたという。その活動の理念と目標は、次の通りである。

【フロイデ DAN の理念】

- ① 当地域において、人とのつながりを創り出していきます
- ② もっと素敵な生き方にチャレンジするきっかけを提供していきます
- ③ 誰でも気軽に寄れて、何でも気軽に相談出来る場所を創り出していきます

④ まちと人とを大切に思い、地域の幸せ創りを目指していきます

【フロイデ DAN の目標】

- ① 地域が衰退傾向にある中で、高齢者や障がい者が地域活性化に参画しインクルーシブなまちをつくる
- ② 他産業とのネットワークを構築し最後まで安心して暮らせるまちを目指す

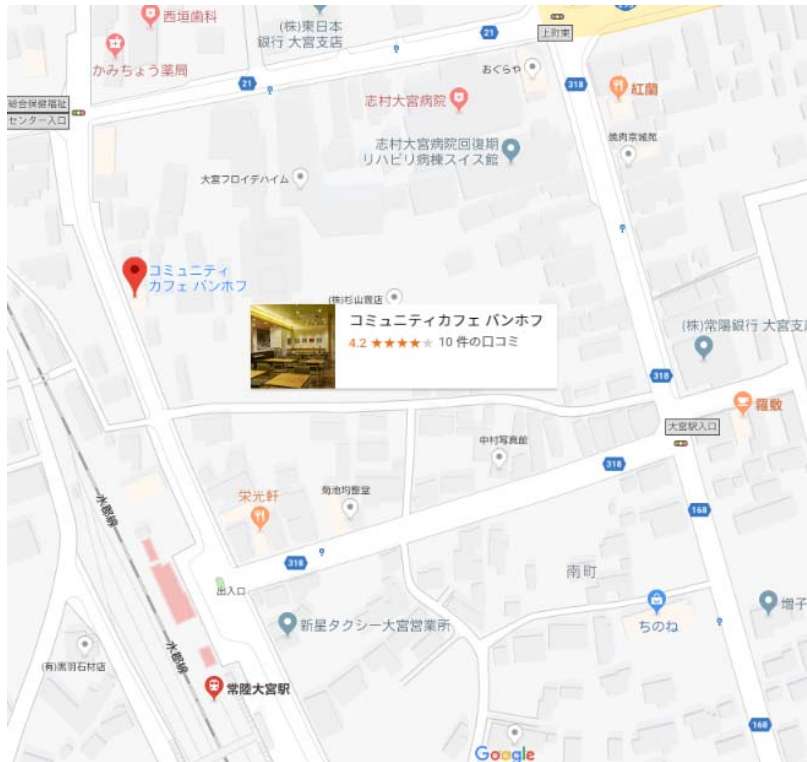
多職種協働によるプロボノという組織形態が、フロイデ DAN の特徴である。チームメンバーは、作業療法士や介護福祉士、福祉用具専門相談員、介護支援専門員、管理栄養士、社会福祉士、看護師といった多職種からなる。プロボノとは、ラテン語の“pro bono publico”（公共善のために）の略で、社会人が仕事を通じて培った知識やスキル、経験を活用して社会貢献するボランティア活動全般のことであり¹³、構成員がそれぞれ医療・介護の現場を持つ有資格者からなるフロイデ DAN は、まさにそれに当てはまる。ちなみに、日本での「プロボノ元年」と呼ばれ、この組織形態に世間の耳目が集まったのが 2010 年のことであった。フロイデ DAN 結成と同年であり、その先見の明も注目に値する。

フロイデ DAN の活動開始に応じて、2012 年 2 月に志村フロイデグループがオープンしたのが、まちづくりの拠点となる「コミュニティカフェ BAHNHOF」である¹⁴。BAHNHOF は、JR 常陸大宮駅前徒歩 2 分の空き店舗を転用したカフェで、志村大宮病院と常陸大宮駅のちょうど中間地点に位置する（図表 3-3-1）。病院からの距離は 200 メートル程度であり、リハビリの歩行訓練や利用者の憩いの場としても活用されている。その他、高齢者の作品展示ギャラリーとして、地元の高校生や市民らとの交流スペースとしても役割を果たしている。

¹³ 嵯峨(2011)。

¹⁴ BAHNHOF（バンホフ）はドイツ語で「駅」の意味である。

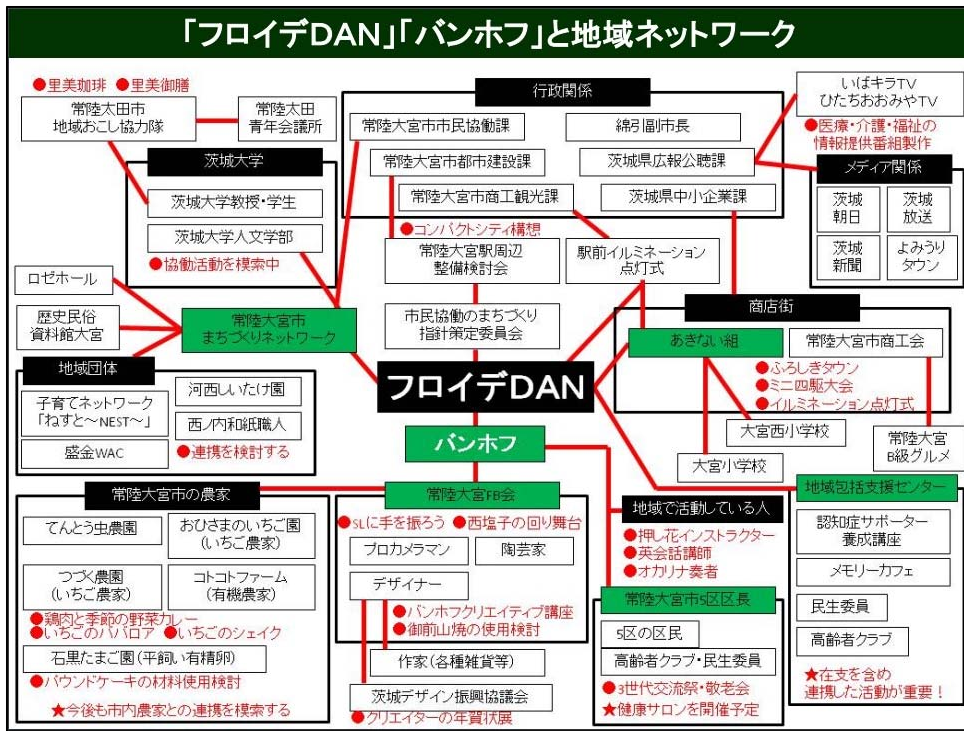
図表 3-3-1. コミュニティカフェ BAHNHOF の地図



資料 : Goole マップ

「まちづくり」には、地域に存在する多様なヒトと資源とのネットワークづくりが欠かせない。フロイデ DAN メンバーはコミュニティカフェ BAHNHOF を拠点として、自治体行政や地元の大学、地元メディア、地域団体、商店街、地元農家、地域の芸術家・活動家や住民らとのネットワークを構築していった (図表 3-3-2)。このネットワークを起点として、地元のヒトと資源を活用したさまざまなイベントや取り組みが企画・実施されている (具体的な取り組み事例は 3.4 節参照)。

図表 3-3-2. フロイデ DAN と BAHNHOF を中核とする地域ネットワーク



鈴木(2016a) p.4

3.4 職務を超えた地域コミュニティへの貢献

多職種協働によるプロボノ組織「フロイデ DAN」がこれまで実施してきた取り組みは、決してメンバーの職務・職責の範囲に留まるものではない。むしろその職務領域を完全に超えて、地域活性化に向けた取り組みが次々と実行されている。鈴木理事長自身、フロイデ DAN について、「仕事だけではなく自分のやりたいこと、地域おこしに生き生きと取り組んでいて、結果として仕事にも結びついているようです」¹⁵と、その活動方針にお墨付きを与えている。本節では、志村フロイデグループの取り組みの一端を具体的に紹介したい。

まずは、グループが所有する病院等のコミュニティ・スペースや 3.3 節で紹介したコミュニティカフェ BAHNHOF を活用した取り組みである。患者・地域住民を対象とし

¹⁵ 鈴木(2016b).

た健康カフェや病院祭、認知症カフェ、介護予防教室といった企画のみならず、友好都市である秋田県大館市の物産展、地域住民への学習機会の提供（常陸大宮アカデミア）、地元のアーティストらによるギャラリー展示、地域の子ども対象の夏休み・冬休みの宿題サポート等、医療や介護の守備範囲を超越した企画が次々と実施されている。

さらに、フロイデ DAN の取り組みはグループの施設をも飛び出し、地域へと拡大している。ローカル線（水郡線）の蒸気機関車走行イベント、常陸大宮駅前のイルミネーション点灯式、名産の風呂敷の PR や小冊子の自主製作等を通じた地元商店街活性化キャンペーン、地元の文化ホールや川原での音楽会開催等がそれに当たる。地域に既にある人的・物的資源を有効活用するとの姿勢で、ユニークな企画が次々と打ち出されている。2017 年には、茨城県内の無医地区で、典型的な限界集落である北富田地区の支援イベントも開催された。

これらすべての核になっているのが、プロボノ組織「フロイデ DAN」のメンバーとコミュニティカフェ BAHNHOF、そして活動を後方で支援する経営者の姿勢である。フロイデ DAN は現在、NPO 法人化を目指しているという。またメンバーの一人は、ゆくゆくは自分で会社を立ち上げ、社会起業家として地域に貢献したいとの想いを話してくれた。医療機関の従業員たちが自発的に組織した「フロイデ DAN」が、地域の活性化を目的に地域の多様な人や組織と職務を超えて協働するなかで、そのメンバー自身にも起業家精神の萌芽ともいうべき、変化の兆しを見て取ることができた。リーダーを務める寺門貴氏は「顧客満足（CS）と職員満足（ES）と地域貢献（CSR）の3つを追求し、それぞれが相互に有機的につながるフロイデ DAN は“未来の働き方”といえるのではないか」と語った。

3.5 医療がつくる雇用と家庭

志村大宮病院が位置する常陸大宮市は、茨城県内でも高齢化が進行した県北西部地域に位置する。2017 年 10 月時点での常住人口は 41,342 人、高齢化率は 35.3%（県平均 28.3%、全国平均 27.7%）である¹⁶。今後も高齢化と人口減少、生産年齢人口の減少の

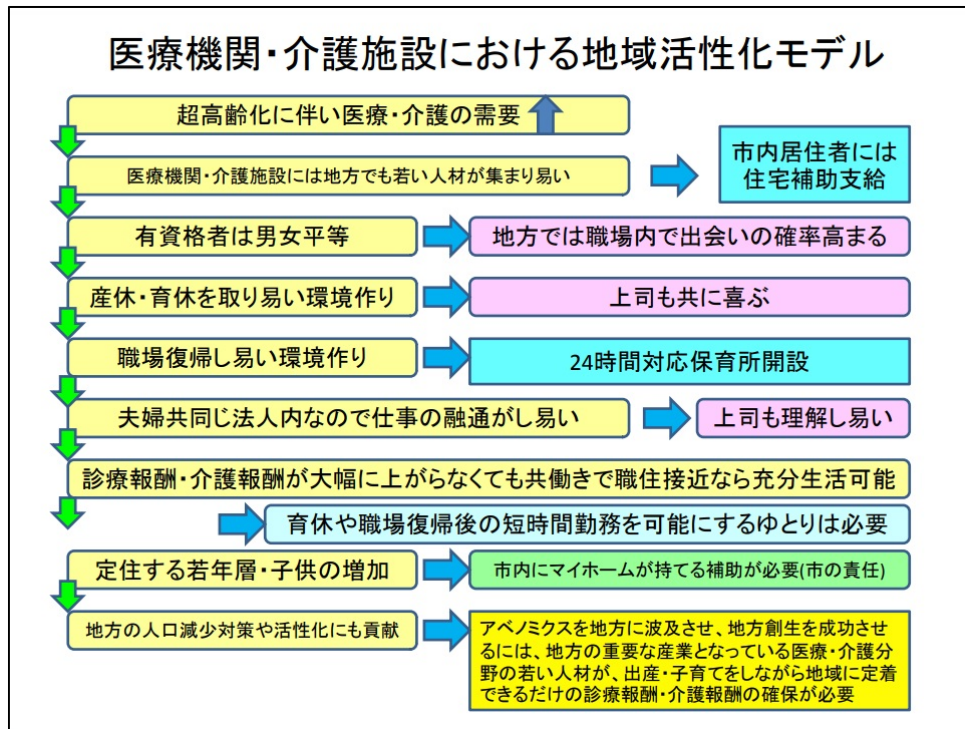
¹⁶ 常陸大宮市(2017).

さらなる進行が見込まれており、2040年時点での人口は3万人を切り、高齢化率は45.6%に達すると予想されている。

就労と納税、生産と消費、子育て等を主として担う若年層の絶対数と相対割合の減少に頭を抱える。これは、常陸大宮の地においても、他の地方都市と共通する悩みである。しかしこの現状に対し、志村フロイデグループは次のようなメッセージを全面に打ち出し、組織として能動的に取り組んでいる。すなわち、「医療・介護分野では地方でもまだ若い人材が集積しており、当分野は資格が同一であれば男女平等で女性が活躍しやすい職場である。そこでわれわれの分野が率先して産休、育休、保育所設置と短時間勤務を実現し、仕事と子育てを両立させる環境を整備して、高齢者の医療・介護だけでなく、少子化対策にも貢献できることを示す必要があると考えている」¹⁷というメッセージである。あわせて、志村フロイデグループが提示している「医療機関・介護施設における地域活性化モデル」を図3-5-1に示しておく。

¹⁷ 鈴木(2017)

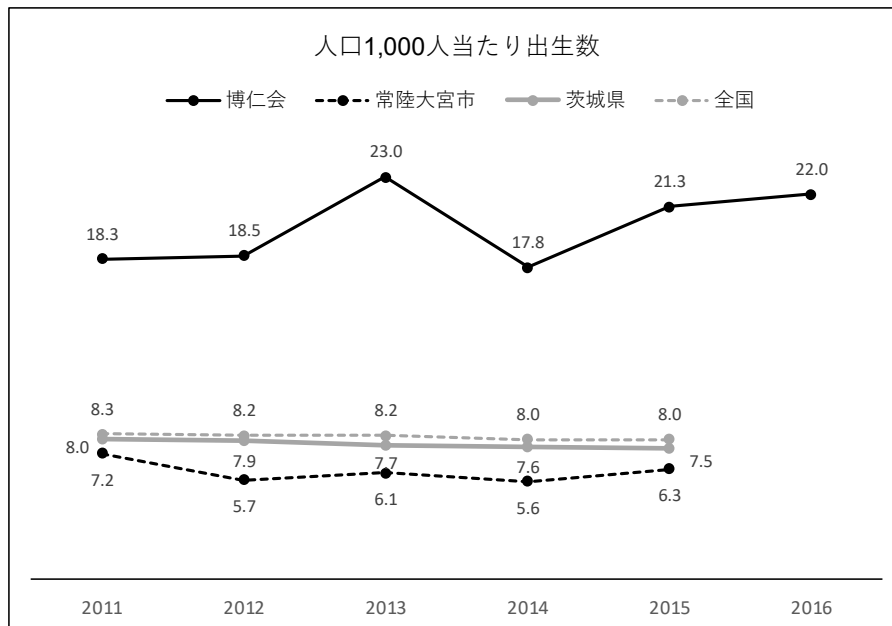
図表 3-5-1. 医療機関・介護施設における地域活性化モデル



鈴木(2016a) p.2

これは単なる掛け声だけではない。法人の1,000人当たり出生数のデータを見ると、歴然とその成果が確認できるだろう(図表3-5-2)。志村フロイデグループの中核である医療法人博仁会の直近5年間の1,000人当たり出生数は20人前後を継続しており、全国・県・市の平均値を大きく上回っている。少なくとも、最近の常陸大宮市の数値への寄与はデータからも見て取れる。

図表 3-5-2. 人口 1,000 人当たりの出生数 (2011-2016)



資料：志村大宮病院からの提供資料

その背後には、次のような具体的な取り組みがある。まずは、子育て世代に対応した院内保育所（フロイデキンダーガルデン）の整備・運営である。同保育所は休日を含む 24 時間の対応、学童保育や病児保育にも対応した地域型保育事業¹⁸の認可施設である。次に、短時間勤務制度の導入やタスクシェアリングなど、特に働く女性を意識した様々な人事制度上の工夫である。その結果、グループ内での育児休業の取得率は 100%である。さらに、職員のワークライフバランスも積極的に推進しており、取り組み開始後の 1 人当たり残業時間は約 15%削減できたという。以上のような取り組みを通じて、2015 年 6 月には、国が定める子育てサポート基準を満たした企業に対して厚生労働大臣が付与する「くるみんマーク」の認定を受けている。

¹⁸ 地域型保育事業については、内閣府(2015) pp.11-12。

4. 【事例2】地域コミュニティがつくる病院（南医療生協）

4.1 基本情報

南医療生活協同組合（南医療生協）は、愛知県名古屋市緑区にある南生協病院を中核施設として病院・診療所、そして各種介護事業等を展開している医療生協である。1959年の伊勢湾台風の被害からの復興の必要性和、そのための資金不足が深刻だったことを背景に、南医療生協が設立された。地域住民に加えて、ボランティア、医師、学者など308人が出資したという。「金がある人は金を出す。知恵を持つ人は知恵を出す。」という誠実かつ切実・合理的な意思のもとに動き始めた。このとき、自分たちの診療所がほしいという思いが強かったため、医療生活協同組合が誕生し、最初は星崎診療所からスタートした。現在の組合員数は愛知県下で79,000人超となっている。

南医療生協は2病院（総合病院 南生協病院、かなめ病院）、5診療所（星崎診療所、たから診療所、富木島診療所、桃山診療所、有松診療所）、2歯科診療所（みなみ歯科診療所、ひまわり歯科）、グループホームを中心とする介護施設が2件（生協ゆうゆう村、生協のんびり村）、JR南大高駅前にある総合施設（在宅診療所、メンタルクリニック、歯科、グループホーム、サービス付き高齢者住宅等が入る）「南生協よってって横丁」を運営している。

この中で象徴的な存在となっているのが「らしくない」病院である南生協病院である（この点については4.2節で詳述する）。自習室やレストラン、カフェなどが入り、健康な人や若い人が多く集まる病院となっているのである。しかし、他方で、27診療科を有し、救急医療や終末期医療を手掛けるごく普通の総合病院である。基本データは、平均外来患者数915人/日、常勤職員数402人、平均入院患者数323人/日、病床数313床、救急・時間外患者数61件/日22,073件/年、救急車搬入数2,903台/年、手術件数1,562件/年となっている（小池征人2011）。また、病院内には、病児保育施設や健診センターがある。この病院は2010年に新築移転され2011年に開院しているのだが、このとき組合員から20億円の出資金を集めた。ちなみに、上記の南生協よってって横丁建設にあたって、3億円の出資金を集めた。伊勢湾台風以来の良き伝統の

ようなものは現在に引き継がれているとも言える。

4.2 コミュニティの場の提供

南生協病院は地域に開かれた病院を掲げており、病院は患者が来るところではなく、コミュニティの場として地域の人が集まるところとなっている。そもそも、病院そのものが地域に開かれた病院として、日常的に人が集まるところになるように、地域住民を巻き込んで設計されたという経緯があるからである。実際、物理空間的に、およそ病院機能とは関係があるとは言えないような施設が豊富に入っており、たしかに健康な人が普通に楽しめる空間となっている。それらを挙げてみよう。

まず、図書館がある。患者図書室「みなしる文庫」である（図表 4-2-1）。こういう名前が付いてはいるが、必ずしも患者用の図書館というわけではない。地域に住む小中学生や高校生などが勉強や読書をしに来たりすることも多く、実態は地域図書館である。病院にありがちな暗い雰囲気はなく、明るく落ち着いた空間となっているうえ、置いてある家具もおしゃれなカフェのようである。書籍は寄付されたものも多く、マンガなども揃っている。もちろん本の貸出管理はボランティアの手によって行われている。

図表 4-2-1. 患者図書室「みなしる文庫」



資料：筆者撮影

次に、フィットネスクラブ WISH が挙げられる（図表 4-2-2）。病院の中にフィットネスクラブがあるのをほとんど見たことがない。すでに指摘したとおり、南生協病院は南大高駅前に位置しており、フィットネスクラブの立地としては最適である。加えて、病院の中にあることを生かして、理学療法士を中心とする「医療」とフィットネスを組み合わせている点が興味深い。栄養評価や健診・診察データの数値変化に対応して、トレーニングメニューが決定・変更されていく仕組みにもなっている。

図表 4-2-2. フィットネスクラブ WISH



資料：南生協病院ホームページ

その他、焼き立てベーカリー、オーガニック・レストラン、旅行代理店、ショップ、カフェ、レストラン、コミュニティ施設（多世代交流館だんらん）が入っている。コンビニやカフェが入っている例は他の医療機関でも見られるが、焼き立てベーカリーやオーガニック・レストランが入っている事例はかなり珍しいだろう。旅行代理店が入っている病院を見たことがあるだろうか。多世代交流館だんらんはキッチンが付いた交流スペースであり、まるで公民館であるようなコミュニティの場を提供している。

南生協病院の場合、開設者が生活協同組合であるとの特殊性があることに留意しなければならない。豊富なボランティア活動が病院のコミュニティ空間を支えられているのは、この特殊性が背景にあると言える。たとえば、病院の受付近くには、「オレンジボ

ランティア」と呼ばれる人たちがおり、困っている人に声を掛け、手助けをしている。銀行に入るとすぐにヘルプの人が声をかけてくれることが多いが、これとよく似ている。さらに、生活協同組合がベースにあるという特殊性によって、物理空間としてどういう病院を建てるかということも市民を巻き込むスタイルが取られた。特殊性はあるものの、ここではもう少し純粹に、建設する前にどのような病院にするのかについて広く市民を巻き込んで、議論が行われた点に注目しておきたい。自分達の医療機関がほしいという思いから病院の設計作業がおこなわれた。2006年以降、頻繁に千人会議が開催された。この会議には、組合員、職員、設計士、地域住民と、広くステークホルダー（利害関係者）が参加して意見を述べている。このプロセスを経て、南生協病院は、罹患したときに治療をおこなう場所という当然の定義だけではなく、罹患していないときにも広く利用可能なコミュニティの場を形成するに至ったのだという。

その文脈で、物理的空間としても、コミュニティの場にふさわしい配慮が施されている。たとえば、病院にありがちな白一色のような配色は探さないと見つからないほどであり、廊下は茶色の格子模様が施されていたりする。実は、この格子模様は病院機能としても理にかなっているとも言う。この格子模様は視覚障害者の距離感をサポートする機能を担うというのである。白一色の廊下は視覚障害者にとっては距離感が分からなくなるそうである。他にも、上で述べた通り図書館の家具はさながらお洒落なカフェ仕様である。たしかに、ふつう病院ロビーは用事が済めば去りたい空間という感じであるが、ここの病院ロビーは開放的でオープンカフェにいるような居心地の良さを感じる。また、病院の敷地にある植木は地域有志からの寄付だという。

さらに、病院本体の建物と一続きの建物という造りで、JR南大高駅により近い方へ「南生協よってって横丁」が伸びている。その3階には老人ホームである「グループホーム よってって」が入り、4階から上の8階まではサービス付き高齢者向け住宅「おたがいさまの家」となっている。他方、1階と2階には医療関係施設に加えて、複数の飲食店や自習室が入っており、小さなモールのようになっている。関係者によれば、駅からの通り道として文字通り「よってって」もらう場所として建てた場所だという。実際、駅からの通り道として利用している人が多く見うけられ、自習室や設置されている机とイスで勉強したり遊んだりしている中学生・高校生の姿も珍しくない。

4.3 おたがいさまシートによる地域協働と豊かさの創造

すでに述べたように、南生協病院は生活協同組合を基盤とする病院であり、この点での特殊性はある。しかし、病院を中心に医療機関だけではなく、福祉施設の他、市民ネットワークも含めて、地域の幅広いステークホルダー（利害関係者）を巻き込んだ地域包括ケアシステムを構築しているという意味で、参考に値すると言える。重要なのは、市民ネットワークを基盤とするボランティア活動を通じて、退院後にきちんと人を地域に戻していることである。「たとえ重症であっても、いずれは地域に戻る。あるいは戻す」ことを想定して活動に取り組んでいるという。

この視点で、ユニークな試みが行われている。図表 4-3-1 に示した「おたがいさまシート」である（大野 2014, 2015）。同シートを活用した試みのコンセプトはきわめてシンプルである。困っている本人や、関係する人が困っていることをおたがいさまシートに記入し、シートを南医療生協地域ささえあいセンターに提出する。センターで調整して、地域や職場のサポーター（おたがいさまサポーターと呼ばれる）に支援をお願いして、ボランティア活動ベースで解決を図る、というものだ。

図表 4-3-1. おたがいさまシート

The figure shows two forms. The left form is the 'Otagaisama Sheet' (おたがいさまシート) with the following sections:

- Header: 南医療生活協同組合 (Nanryo Seikwa Kyokai)
- Section 1: ①今お困りの使用目的 (Current purpose of use) with checkboxes for 依頼 (Request), 依頼 (Request), 経過報告 (Progress Report), and 結果報告 (Result Report).
- Section 2: 困っている方のお困り事 (Problem of the person in trouble) with fields for name, address, phone, and email.
- Section 3: 困っている方の状況 (Situation of the person in trouble) with a text area.
- Section 4: 困っていること、お願いしたいこと (Problem and request) with a text area.
- Section 5: 困っている方の連絡先 (Contact information) with fields for name, address, phone, and email.
- Section 6: 困っている方の状況 (Situation of the person in trouble) with a text area.
- Section 7: 困っていること、お願いしたいこと (Problem and request) with a text area.
- Section 8: 困っている方の連絡先 (Contact information) with fields for name, address, phone, and email.
- Section 9: 困っている方の状況 (Situation of the person in trouble) with a text area.
- Section 10: 困っていること、お願いしたいこと (Problem and request) with a text area.
- Section 11: 困っている方の連絡先 (Contact information) with fields for name, address, phone, and email.
- Section 12: 困っている方の状況 (Situation of the person in trouble) with a text area.
- Section 13: 困っていること、お願いしたいこと (Problem and request) with a text area.
- Section 14: 困っている方の連絡先 (Contact information) with fields for name, address, phone, and email.
- Section 15: 困っている方の状況 (Situation of the person in trouble) with a text area.
- Section 16: 困っていること、お願いしたいこと (Problem and request) with a text area.
- Section 17: 困っている方の連絡先 (Contact information) with fields for name, address, phone, and email.
- Section 18: 困っている方の状況 (Situation of the person in trouble) with a text area.
- Section 19: 困っていること、お願いしたいこと (Problem and request) with a text area.
- Section 20: 困っている方の連絡先 (Contact information) with fields for name, address, phone, and email.
- Section 21: 困っている方の状況 (Situation of the person in trouble) with a text area.
- Section 22: 困っていること、お願いしたいこと (Problem and request) with a text area.
- Section 23: 困っている方の連絡先 (Contact information) with fields for name, address, phone, and email.
- Section 24: 困っている方の状況 (Situation of the person in trouble) with a text area.
- Section 25: 困っていること、お願いしたいこと (Problem and request) with a text area.
- Section 26: 困っている方の連絡先 (Contact information) with fields for name, address, phone, and email.
- Section 27: 困っている方の状況 (Situation of the person in trouble) with a text area.
- Section 28: 困っていること、お願いしたいこと (Problem and request) with a text area.
- Section 29: 困っている方の連絡先 (Contact information) with fields for name, address, phone, and email.
- Section 30: 困っている方の状況 (Situation of the person in trouble) with a text area.
- Section 31: 困っていること、お願いしたいこと (Problem and request) with a text area.
- Section 32: 困っている方の連絡先 (Contact information) with fields for name, address, phone, and email.
- Section 33: 困っている方の状況 (Situation of the person in trouble) with a text area.
- Section 34: 困っていること、お願いしたいこと (Problem and request) with a text area.
- Section 35: 困っている方の連絡先 (Contact information) with fields for name, address, phone, and email.
- Section 36: 困っている方の状況 (Situation of the person in trouble) with a text area.
- Section 37: 困っていること、お願いしたいこと (Problem and request) with a text area.
- Section 38: 困っている方の連絡先 (Contact information) with fields for name, address, phone, and email.
- Section 39: 困っている方の状況 (Situation of the person in trouble) with a text area.
- Section 40: 困っていること、お願いしたいこと (Problem and request) with a text area.
- Section 41: 困っている方の連絡先 (Contact information) with fields for name, address, phone, and email.
- Section 42: 困っている方の状況 (Situation of the person in trouble) with a text area.
- Section 43: 困っていること、お願いしたいこと (Problem and request) with a text area.
- Section 44: 困っている方の連絡先 (Contact information) with fields for name, address, phone, and email.
- Section 45: 困っている方の状況 (Situation of the person in trouble) with a text area.
- Section 46: 困っていること、お願いしたいこと (Problem and request) with a text area.
- Section 47: 困っている方の連絡先 (Contact information) with fields for name, address, phone, and email.
- Section 48: 困っている方の状況 (Situation of the person in trouble) with a text area.
- Section 49: 困っていること、お願いしたいこと (Problem and request) with a text area.
- Section 50: 困っている方の連絡先 (Contact information) with fields for name, address, phone, and email.

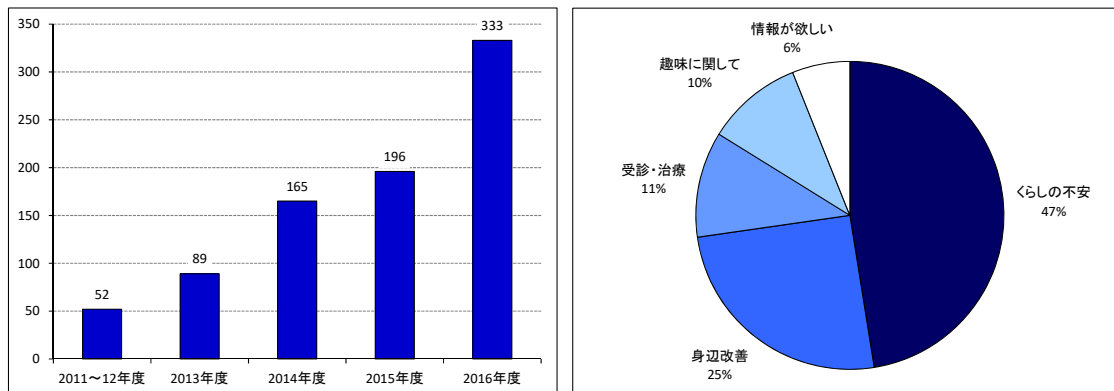
The right form is the 'Otagaisama Sheet - Through Report' (おたがいさまシート 経過報告書) with the following sections:

- Header: おたがいさまシート 経過報告書
- Section 1: 困り事NO (Problem NO) and フォト (Photo)
- Section 2: 困り事内容 (Problem content) and 氏名 (Name)
- Section 3: 月日 (Date) and おたがいさまの対応記録 (Otagaisama response record)
- Section 4: Table with columns for 月日 (Date) and おたがいさまの対応記録 (Otagaisama response record)

資料：南医療生協からの提供資料

「おたがいさまシート」の提出数は年々上昇しており、2014年度には165件、2015年度には196件、2016年度には333件となっている（図表4-3-2）。相談の具体的内容は「くらしの不安」が一番多くなっており（図表4-3-2）、この中には退院後の生活の不安も多く含まれているという。特に高齢者の問題が多い。75歳以上のおたがいさまシートの利用件数が全体の50%を占める。60歳以上で見れば、全体の72%を占めているのが実情である。医療機関での社会的入院が限界になってきている中、現実的に見て、この種の地域側での市民ボランティアをベースにちょっとしたサポートが実現できる仕組みの重要性は高そうに見える。

図表 4-3-2. おたがいさまシート件数の推移と内容の内訳



資料：南医療生協からの提供資料

他方、生活協同組合をベースにしていないと実行は難しいのではないかと見える面もある。大野(2015)で紹介されている事例では、単なる地域のサポートというよりは組合員のネットワークが肝になっているように見える。以下、そのまま事例を抜粋する。

83歳の独居女性。ケア・マネージャーから「訪問したら、食べるものが何もない、お金もない、電気も切られて真っ暗。いきいき支援センターに相談したら、介護保険料を滞納しているので介護サービスは受けられないと言われたと電話あり」。地域ささえあいセンターの地域担当は、まず担当地域理事と相談し、懐中電灯2本を持って駆けつけ、当日の夕食作りをお隣の組合員さんをお願いし、今後の対策を相談した。認知症が進み、年金を支給されても、すぐに使ってしまい今回の事態になったことが判明。ケース

ワーカーやケア・マネジャーとも相談し、東京にいる息子さんと連絡をとったが、面倒を見る気はないと断られ、次の年金支給日までの1週間ほどを何とかするために、地域の組合員さんが米や野菜を届ける一方で成年後見人の依頼をした。現在も自宅で成年後見人にお金の管理をしてもらいながら暮らしている。月1回の班会をこの方の自宅で開催し、皆で守っている。

われわれの行為は、大別して市場規範と社会規範のどちらかによって規定されている（アリエリー 2008、サンデル 2012）。市場規範では、人々の行為はその行動による便益と費用が比較され、その行為の提供者側も受け手側も便益が費用を上回るときだけ、その行為が行われる。その際、価格が果たす役割が非常に大きいというのが特徴である。他方、社会規範では、人々の行為は社会的な意義深さの程度によって行われる。そこでは価格は問題にならない。弁護士のおもしろい例がある（アリエリー 2008）。市場規範のもとでは、弁護士は自分たちのサービスの経済価値（彼らにとっての費用に相当する）と相談料（価格）を比較して、価格が費用を上回らない限り相談に応じない。したがって、たとえ貧困な人たち相手であっても、1時間500円のような価格では応じないのが普通である。ところが、社会規範では、無料での相談に応じるのがしばしばである。彼らに価格を提示した瞬間、彼らの行為が市場規範に基づくのが問題だったということである。言い方を変えれば、彼らに社会規範に基づく行為を求めるならば、価格を提示してはいけなかったというわけである。他方、社会規範での行為では、行為者には社会的意義深さが認知され、受け手側の視点での社会的意義だけではなく、行為者にも社会的な豊かさがもたらされることになる。社会的満足度と呼んでもいいかもしれない。この視点から見て、実行可能性にやや疑問が残るものの、南医療生協の取り組みや南生協病院の実情はいわゆる市場規範に基づく経済的豊かさではなく、互助に支えられた社会規範によって社会的豊かさを生み出す仕組みと見ることもできる。市場規範をベースとする市場経済において、病院を基軸とした地域包括ケアシステムの中で、部分的に社会的豊かさを生み出す社会的規範をベースとした行為を入れ込んでいく試みは必要かもしれない。こうした取り組みが医療を中心とした地域活性化につながる可能性は否定できないだろう。

5. 【事例3】医商連携（高松丸亀町商店街振興組合）

5.1 基本情報

高松丸亀町商店街は、香川県の県庁所在地である高松市の中心部に位置する総延長2.7kmの商店街である。近隣には行政官庁や地元金融機関、大手企業の支社・支店が建ち並び、まさに高松の心臓部である。同地を開拓した生駒親正による高松城築城と共に発展し、400年超の歴史を誇る由緒ある商店街である。

全国各地で、特に地方の商店街の衰退、いわゆる“シャッター通り”化が社会問題となる中、高松丸亀町商店街は見事その再生を果たした好事例として名高い。同商店街の再生事例は、「商店街で取り組むタウンマネジメントプログラム」として中小企業庁の「がんばる商店街77選」に取り上げられているほか¹⁹、不動産プロフェッショナル国際マーケット会議のアジア大賞および世界アワード、日本都市計画学会の最高位賞である石川賞など、数々の褒賞を受けている。安倍総理をはじめとする政府および中央省庁の要人の視察も数多く受け入れている（図表5-1-1）。

図表 5-1-1. 褒賞および要人の視察

褒賞	要人の視察					
<p>MIPIM 国際不動産見本市 アジア大賞 MIPIM 国際不動産見本市 世界アワード 日本都市計画学会 最高位賞 石川賞 国土交通大臣表彰 経済産業大臣表彰 総務大臣表彰 日本経済新聞社 日経MJ優秀製品サービス 最優秀賞 日本ショッピング協会 日本SC大賞ニューフェース賞 日本新聞協会 新聞広告賞 最優秀賞 日本ターンアラウンド・マネジメント協会「ターンアラウンド・オブ・ザ・イヤー」 共同通信社 第一回地域再生大賞 中四国ブロック賞 日本計画行政学会 計画賞 その他</p>	 <p>安倍総理・菅官房長官 石破 地方創生大臣 黒田 日銀総裁 小泉進次郎政務官 小池ゆり子防衛大臣 茂木経済産業大臣</p>					

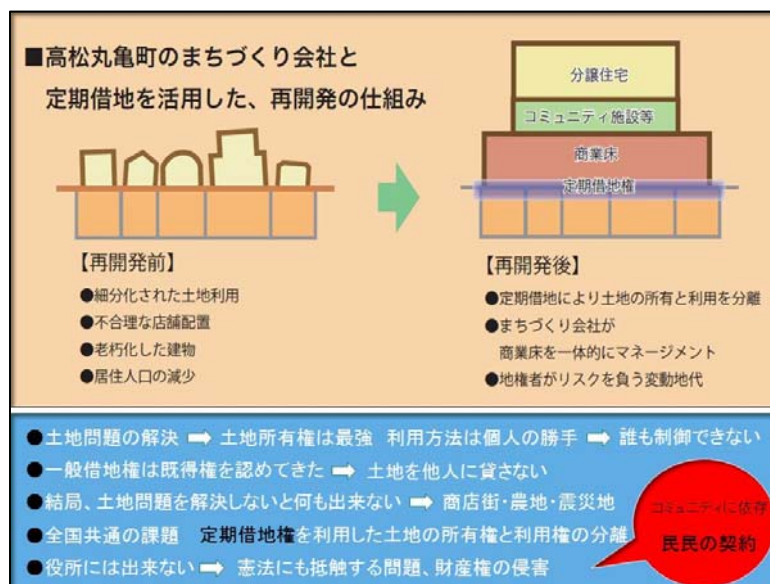
資料：高松丸亀町商店街振興組合からの提供資料

¹⁹ 中小企業庁「がんばる商店街77選」

http://www.chusho.meti.go.jp/shogyo/shogyo/shoutengai77sen/nigiwai/7shikoku/1_shikoku_25.html

その再生スキームの中核は、「定期借地権」という法制度と商店街振興組合が運営するまちづくり会社を活用した再開発である（図表 5-1-2）。商店街の再生には地域の実情に応じたテナントミックスを含む再開発が不可欠だが、その最大の障壁となるのが土地の所有権に関わる問題である。つまり、再開発にあたり 1 人でも反対する地権者がいれば、それだけで身動きが取れなくなってしまうという問題だ。この問題をクリアするために高松丸亀町商店街が採った方法は、土地の所有権と利用権を分離するというものだった。すなわち、土地の所有権を持つ地権者と商店街の街区ごとに地権者たちが設立した共同出資会社とが 60 年間の定期借地権契約を締結し、土地の利用権を共同出資会社を集約させ、街区ごとの戦略的かつダイナミックな再開発を可能にしたのである。

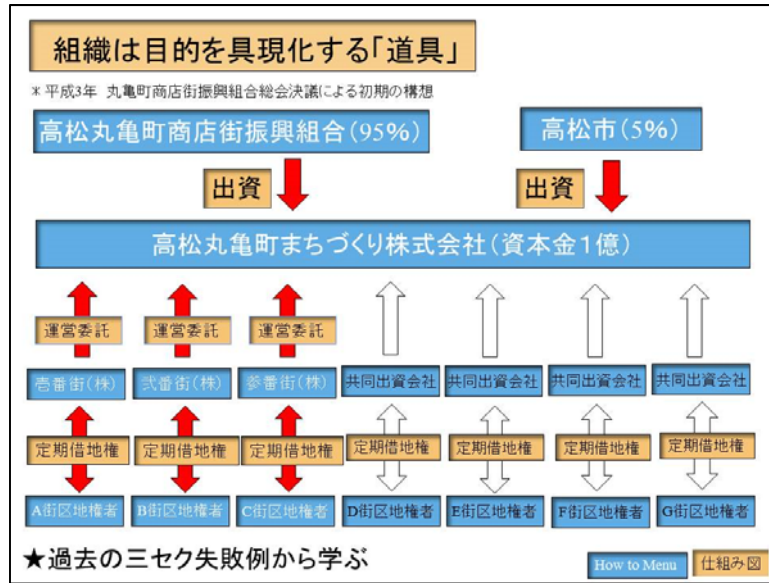
図表 5-1-2. まちづくり会社と定期借地を活用した再開発の仕組み



資料：高松丸亀町商店街振興組合からの提供資料

再開発ビルの整備や戦略的テナントミックス、運営の効率化などの業務を一括して請け負うのが、商店街振興組合と高松市の共同出資による「高松丸亀町まちづくり株式会社」である（図表 5-1-3）。定期借地によって土地の利用権を得た街区ごとの共同出資会社は地権者の集まりに過ぎず、商業ビルの開発や運営ノウハウを持ってはいない。代わりにそのマネジメントを請け負うのが、まちづくり会社というわけである。

図表 5-1-3. 高松丸亀町まちづくり株式会社のスキーム



資料：高松丸亀町商店街振興組合からの提供資料

上述したように、高松丸亀町商店街の事例はその再生スキームと共に既に著名である。ただこの再生にあたって、医療が極めて大きな役割を果たした。これについてはこれまで、世間もさほど注目してこなかったように思われる。したがって本稿では、まちなかの医療機関の存在価値、すなわち医療の存在が商店街の再活性化に果たした役割に徹底して焦点を当てる形で、その詳細を紹介する。まずは、商店街が衰退した歴史的な経緯とその際に地域医療に何が起きたのか、それらの確認から始めよう。

5.2 まちなかは医療過疎：郊外化の果てに

地方都市にありがちな郊外化が行き着くところまで進行した結果、中心市街地は人々が住める場所ではなくなった。すると必然、それまで地域の“かかりつけ医”の役割を果たしていた開業医たちもそこから撤退したのである。「郊外化とともに、町医者のお先生も地域からいなくなってしまうました。“まちなかは医療過疎”とでも言うべきでしょうか。まさにそんな状況がありました。」商店街再生プロジェクトが始まる前の状況をして、高松丸亀町商店街振興組合の古川康造理事長は、そう指摘した。

地域の歴史的経緯を振り返りつつ、若干の補足解説が必要だろう。「高松はもともと典型的なコンパクトシティでした」と、古川理事長は語る。しかしそれが、バブルの時期をピークにして、人口の郊外への拡散が急速に進行していった。市街化調整区域の全廃などの政策の後押しもあり、人口の郊外流出への歯止めが効かなくなった。バブル絶頂期には、商店街付近の月極駐車場の料金が月額5万5千円にまで達したという。商店街が位置する市内の中心地は、地価の高騰により市井の人々が住める土地ではなくなり、見事な人口の空洞化が起こったのである。

バブルと共に、高松市の郊外化を推し進めたもうひとつの要因が、瀬戸大橋の開通（1988年4月）であった。それまで、瀬戸内海をまたぐ物流は船舶に頼らざるを得ず、その海上輸送ルートは濃霧や強風などの影響で欠航も珍しくなかったが、橋の開通によって物流事情が一気に安定した。これにより、それまで四国進出に二の足を踏んでいた大規模ショッピングセンターを運営する大手資本が、ここぞとばかりに高松にも進出してきたのである。高松丸亀町商店街の西と東にひとつずつ、それぞれ約4km地点の都市郊外に、商店街に比肩する売り場面積を誇るショッピングセンターが計2つ、オープンしたのである（図表5-2-1）。時は折しも、日米構造協議（1989年～90年）の結果として、日本の大規模小売店舗法（大店法）が規制緩和されたタイミングとも重なった。

図表 5-2-1. 商店街と大規模ショッピングセンターの位置関係



資料：高松丸亀町商店街振興組合からの提供資料

果たして、バブル経済と人口の郊外流出、瀬戸大橋の開通、大規模ショッピングセンターの出店が商店街に与えた影響は強烈なものだった。当時を振り返って、古川理事長は次のように語っている。「もともと1,000人を超える居住者がいた商店街は、バブル末期には75人にまで減少しました。瀬戸大橋が開通すると、待ってましたとばかりに『イオン』や広島『イズミ』が進出してきました。丸亀町商店街の命運が尽きるのは、もはや時間の問題だと思いましたね。」²⁰ 中心市街地から居住者がいなくなれば、商店街の通行量も激減する。そうなれば商店街の売上高もジリ貧となる。バブル末期を過ぎ90年代に入ると、商店街全体の売り上げは、ピーク時の約270億円から、その半分を大きく下回る約120億円にまで落ち込んだ。

その結果、まちなかの地域医療に何が起きたか。地方都市において郊外化が進行し、中心市街地から居住者がいなくなり、買い物客が激減、商店街がシャッター通りとなる。今となっては、全国津々浦々に極ありふれた、典型的な地方衰退のプロセスとも言うことができよう。しかし、地方都市の中心市街地から撤退したのは、何も小売店の店主ばかりではなかったのである。まちなかに住む人々がいなくなるのにあわせ、かかりつけ医の役割を担う開業医たちも地域からひっそりと姿を消していた。「郊外化が進む前、昭和40年頃を考えると、まちなかのどの家庭にも、困ったときは相談できる町医者の方がいました。それが郊外化とともに失われてしまいました」と古川理事長は語った。彼の「まちなかは医療過疎」との言葉には、以上のような背景事情があった。

5.3 まちなか再生のターゲットは高齢者

中心市街地再生プロジェクトにあたって、商店街振興組合がターゲットとしたのは、徹頭徹尾、高齢者をはじめとする社会的弱者であった。それは、「地方のクルマ社会における社会的弱者」と言い換えてもよいだろう。高齢者のほかに身体障害者やひとり暮らしの学生なども含まれる。そのような人々にとって暮らしやすく、移動できる範囲内ですべて事足りるようなまちづくり。それが、組合が目指した中心市街地再生の基本コンセプトであった。

²⁰ 片山(2015)。

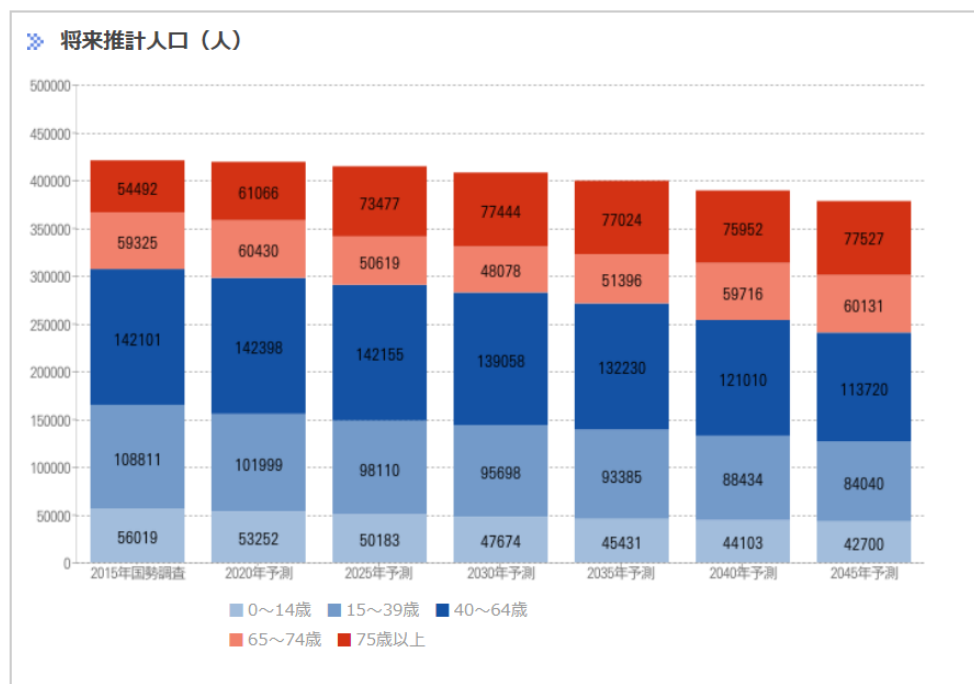
このターゲット絞り込みの背後には、地方社会のリアルについての冷静かつ鋭い洞察がある。「地方で郊外生活を謳歌している比較的若い層をまちなかの商店街に呼び戻そうと言ったって、土台それは無理な話です。若い彼らと私たちがターゲットにした高齢者とは、まったく違う種族と考えたほうがいい」と古川理事長は語る。「地方の郊外での生活は、年若くクルマ社会を謳歌できるうちは天国のような生活なのです。所帯を持ち郊外のマイホームに住み、子どもを産み育て、中心街へマイカー通勤。週末は家族を車に乗せて、レジャーに出かけたり、郊外のショッピングセンターに買い物に出かけたりする。こんな生き方をしている人たちを、いまさら商店街に連れてくる方法はありません。彼らは今の郊外での暮らしに満足しているのですから。」

しかし、地方郊外での生活は、クルマ社会に適応できなくなった途端、大いに問題含みなものとなる。具体的には、古川理事長の言を借りよう。「地方郊外での生活は、年若くクルマ社会を謳歌できる間は理想的なのですが、問題は歳を取ってからなのです。歳を取ると、そのうち国か子どもに免許を取りあげられることになります。地方郊外でクルマが運転できないと、買い物ひとつできません。ひきこもり老人のような生活になってしまう。そうこうしているうちに認知症になってしまって山の上にある特養へ・・・というのが、よくあるお決まりのコースで、それではあまりにも悲しい人生だと考えました。」古川理事長自身、商店街に実家があるものの若い時分に中心街から郊外へ転出し、地方郊外での生活の経験者でもある。若い時に郊外での生活を謳歌する楽しさとともに、年老いて郊外のクルマ社会に適応できなくなった老後生活の悲惨さについても、身につまされていたという。

「高齢者をはじめとする地方のクルマ社会における社会的弱者」をターゲットにするという商店街の戦略は、その問題を逆手に取ったものとも言える。すなわち、郊外での生活に適応できなくなった高齢者層を主たるターゲットに据えて、商店街のある中心市街地に戻ってきてもらおう、としたわけである。「多くの人たちが商店街そのものを再生しようとして間違うのです。店舗やアーケード、企画やイベントといった、ハード・ソフトの整備より前にやるべきことがあります。商店街を再生するためには、まずは、まちなかに居住する人そのものを取り戻さねばなりません。」

そして何より、ターゲットとした高齢者の数自体、高松市では今後しばらくの間、増加傾向にあるのだ（図表 5-3-1）。社会的課題を抱え、量的にも増え続ける層に対して、商店街として適切なソリューションを提供すれば、必然的に人は戻ってくる。居住者さえ取り戻せば、成果は必ずついてくる。次のように語る、古川理事長の言は説得力に溢れていた。「居住者さえ取り戻せば、商店街は必ず再生すると思います。需要が生まれれば供給は必ずついてくる。商売の大原則ですよ」²¹、「商店街が目指したのは、増え続ける高齢者が『ここなら生活したい！』と言う、高齢者にとってのパラダイスを作ろうというコンセプトだったのです」、「自分の老後を考えれば、必要なものはわかります。」

図表 5-3-1. 高松市の人口動態予測（2015-2045）



資料：日本医師会「地域医療所法システム（JMAP）」

<http://imap.jp/cities/detail/city/37201>

²¹ 片山(2015)。

5.4 開発のキーワードは“医・食・住”

前節で解説したように、商店街再生のメインターゲットとして高齢者を設定した。では、必要となる機能は何だろうか。それを考えたうえで、商店街として掲げたのが「衣・食・住」ならぬ「医・食・住」の三本柱であった。

高齢者を主なターゲットとする以上、特に「医療」は欠かせない機能と考えたという。想定したのは、かつて郊外化が進む前にまちなかにいた地域の「かかりつけ医」のイメージであった。具体的には、次のようなものだ。「別に大病院が必要なわけではないのです。手術が必要とか、大きな病気の際は後方支援の県立病院・大学病院を紹介してもらえばよいわけですから。まちなかの『医』の機能としては、ちょっと何かあった時に、病気や健康について気軽に相談できるという機能が必要なだけなのです。あるいは、退院後に、まちなかの自宅に戻った高齢者のアフターケアをするような機能です。したがって、商店街への誘致を考えたのは大病院というよりも、内科やリハビリを中心とした大きめのクリニックでした。」

果たして2010年10月、商店街の中央にオープンしたのが、美術館北通り診療所である。商店街振興組合も入居する再開発ビルの4階と5階に位置し、常勤医師は3人、内科を中心とした複数の診療科、マルチスライスCT等の高額医療機器を備え、床面積約1,000m²の大規模な無床診療所である。院長を務めるのは、高松出身で自治医科大学元教授の瀬尾憲正氏であり、「退官後は故郷である高松に帰り、地域に貢献したい」との志が商店街の思惑と一致したことから開院に至ったという。診療所の掲げる基本方針は図表5-4-1に示す通りであり、患者の尊厳や自己決定の重視、そして地域の医療・介護のネットワーク（≒地域包括ケアシステム）における機能の発揮を強調している。瀬尾院長自身、次のように述べている。「地域医療の実現には、中核病院で高度医療が受けられ、退院後は医院や診療所が受け入れる必要があります。どちらが欠けても地域医療は成り立ちません。（…中略…）私たちは価値観を押し付けず、いかに患者さんの人生観をサポートできるかを考えています。特にターミナルケアでは、病院でしっかり治療を受けて死にたい。いや、私は自宅がいい。要望は多様化しており、一人一人に応えていくことが私たちの役割だと思っています。（…中略…）自分の人生は自分で選んでくださいと言っていますし、それを認めるような社会であってほしい。ここはそれを

実践する先端のモデルケースの診療所です。中小都市の地域医療がいかにあるべきかを追求しています。」²²

図表 5-4-1. 美術館北通り診療所の基本理念と基本方針

<p>■基本理念</p> <ul style="list-style-type: none">● 患者さんの尊厳と自律、その人らしい生き方を、街ぐるみで支える医療・介護を創造し提供する。 <p>■基本方針</p> <ul style="list-style-type: none">● スマートエイジングを基本目標に置き、無理をしない“好い加減”な医療を提供します。● 患者さんと医療従事者の共感を基盤にしたコミュニケーション環境のもと、患者さん一人ひとりの生き方や価値観に沿った医療サービスを提供します。● 病院・診療所、診療所・在宅、医療・介護・福祉などシームレスな連携のもと、地域社会の一員としての保険医療を実践します。

資料：診療所ホームページ

診療所オープンまでの道のりは、決して平坦ではなかった。商店街に診療所を誘致するにあたって複数の医療コンサルタントに相談したところ、診療圏調査等を実施した彼らの回答は、押しなべて「ここでは経営が成り立たない」というものであった。しかし、医療の機能はまちづくりの核であり、商店街のコンセプトに欠かせないとの考えは変わらなかった。高齢者が住みやすい街をまちなかにつくれば、郊外のクルマ社会に対応できなくなった高齢者層が必ず戻ってくるとの確信は揺るがず、院長の適任者も見つかったことから半ば強引に誘致を進めたという。フタを開けてみれば、経営的な問題は生じることなく、約7億円かけた投資はおよそ3年で回収できた。加えて、商店街再生のために診療所を誘致するという新たな試みであったために、地域医師会との軋轢も一時的に生じた。しかし、地元高松出身のドクターを院長に迎え入れたことで医師会幹部との意思疎通が図れるようになり、今では地域になくってはならない医療機関として良好な関係を構築できているという。

「医・食・住」のうち、「医」以外の取り組みも大いに注目に値する。「食」については、高齢化に対応する食とは何か、専門家を交えて地域におけるこれからの「食」のあ

²² 商業界(2014)。

り方を模索している。具体的には、有限責任事業組合が運営するコミュニティレストランやフードコート、地産地消の食材を取り扱う市場の実証実験、高齢者世帯向けの宅食サービスなどである。主なターゲットとする高齢夫婦のみ、あるいは高齢者独居の世帯では、当然、食に対する志向も若い頃とは変わってくる。商店街として、そのニーズにきめ細かく答えようという取り組みである。「住」については、下層階に店舗、中層階にコミュニティ施設、上層階には住宅という、商店街の再開発ビルの設計思想が一番に挙げられるだろう。4階・5階部分に診療所が入居する再開発ビルでも、6階から14階の高層階は分譲住宅として、高齢者の都心回帰にターゲットを絞ったマーケティングで売り出した（図表 5-4-2）。「住めば都 住むなら都 都心に暮らす」「玄関出たらすぐ三越 高松の一等地に住む」「まちなか暮らしで手に入れた『当たり前』の生活」等のコピーで販売した商店街中心部の真上に位置する分譲住宅（400戸・1,500人）は瞬く間に完売し、入居希望者の待ちが出ている状況という。入所者は、ほぼ100%が高齢者であった。プロジェクトの狙い通り、クルマがなければ何もできない郊外での生活に不安を抱え、生活に必要な機能が集積した「歩いて事足りるまちなか」での暮らしを望む層へのマーケティングが、見事的中した。

図表 5-4-2. 商店街における「住」の紹介記事



資料：高松丸亀町商店街振興組合からの提供資料

5.5 失敗事例からの真摯な学び

再生プロジェクトの基底には、過去の失敗事例からの真摯な学びの姿勢があったことも見逃せない。バブル全盛期の1988年、当時の商店街振興組合の理事長を務めていた

鹿庭幸男氏は、「日本全国、北から南まで、地方都市の商店街を調査しろ。うまくいっているところはいいから、ダメになって、さびれた商店街を見てこい」²³との檄を飛ばした。その特命を受けて調査にあたったのが、当時は専務理事を務めていた古川康造氏（現理事長）と常務理事の明石光生氏であった。

独自調査の結果、明らかになったのは「商店街衰退の二つの法則」であった。

【第一の法則】都市機能が郊外に拡散すると、商店街は衰退を余儀なくされる。

【第二の法則】大型店を積極的に誘致すると、商店街は死をまぬかれない。

すなわち、次のようなプロセスである、バブルの余波で中心市街地の地価が高騰すると人々は郊外へと転出する。中心市街地の人口減は、商店街の顧客減へとつながり、経営が成り立たなくなった個人商店は店をたたみ、人口の空洞化が加速する。顧客を取り戻そうと誘致した大型ショッピングセンターは、個人商店の経営に致命傷を与え、中心市街地にある商店街の衰退に拍車をかける――。現在の視点からすれば、地方の商店街がシャッター通りと化する典型的なプロセスである。しかし、当時これが世の常識となっていたわけではない。「高松には二つの法則がピタリとあてはまりました」と古川理事長は当時を振り返る。この調査結果が危機感を抱く契機となり、商店街再生プロジェクトの具体的な中身へと結実していった。

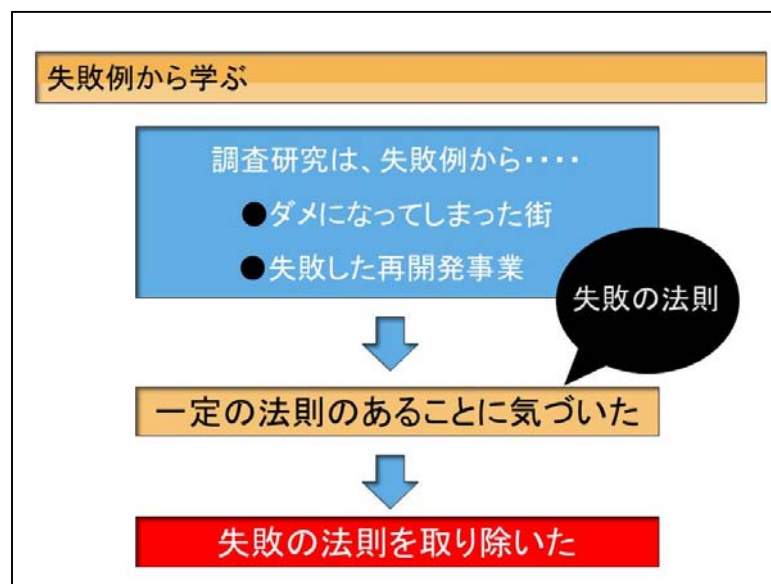
それだけではない。「失敗した再開発事業」に共通するいくつかの事象も明らかとなった。第一には、「役所主導での開発」である。しかし、一般的に、役所にはマネジメント機能はない。すなわち、商業ビルの運営ノウハウもなければ、テナント誘致を担当する部隊も存在しない。加えて役所主導である場合、地域住民や議会の意向を忖度せざるを得ず、総花的対応に陥りがちである。したがって、高松丸亀町商店街が採ったようなターゲットの戦略的絞り込みという策は往々にして採用できないのである。第二には、「コンサルタントやデベロッパーへの丸投げ」である。彼らは営利企業であり、当然、自身の利益確保が最優先である。彼らの最終ゴールは、再開発ビルの竣工オープンであり、決してまちづくりではない。まず土地を地上げし、そこに大きなビルを建て、キーテナントを見つけてきて、オープンにこぎつける。そこで成功報酬をもらって、彼らは地域から姿を消すわけである。第三には、「キーテナントの誘致で行われる土下座外交」である。つまり、全国的にも名の通った大手資本に対して、破格の条件で誘致を進める

²³ 片山(2015)。

行為である。しかし、彼らこそまさに機を観るに敏であり、そのようにして誘致したキーテナントも、3年～5年もして満足のゆく数字が出なければ、ある日突然撤退してしまう。そうなると駅前空きビルができ、新たな土下座外交が繰り返される。次々に公費が投入され、地域住民が騒ぎ出す。議会の解散や市長のリコールにまで至った事例もあるという。

再生プロジェクトへの着手、そして具体化にあたり、商店街が採ったやり方は、他の失敗事例から学び、失敗に至る法則を発見し、明らかになった失敗の法則を取り除くというものであった（図表 5-5-1）。失敗事例から真摯に学び、それを現実に活かす。これは一見簡単なようで難しいが、往々にして有効な手法と言えるかもしれない。「好事例から学び、何をやるかを定める」のは誰しもが思いつく。しかし、「失敗事例から学び、何をやらないかを定める」ことに思いを巡らす人は少ない。失敗から真摯に学び、その気づきを現実に活かそうとする姿勢は、商店街再生に限らず、様々なプロジェクト遂行に応用可能な基本姿勢と言えるだろう。

図表 5-5-1. 失敗事例からの学び



資料：高松丸亀町商店街振興組合からの提供資料

6. 医療は地域活性化を生み出すか？

6.1 問いと論点の整理

医療が平時の安全保障の要諦であることは論を俟たない。医療と教育は、地域社会が機能するための重要な前提条件のひとつである。たとえば過疎化が進む地方で、子どもを持つ世帯が暮らしを営もうとするとき、医療と教育へのアクセシビリティは懸念事項の筆頭と言ってよい。この点において、医療が地域活性化の前提条件、あるいは必要条件であることについては議論の余地がない。

しかし、もっと純粹かつ積極的な意味で、医療が地域活性化を創造することはないのだろうか。換言すれば、「医療を必要条件にして他の産業が地域経済を牽引するのではなく、医療そのものが他の産業を含めた地域経済を牽引することがありうるのか」という問いである。

本章では、この問いに答えるために、医療による地域活性化の可能性という論点に絞り込んで、本稿で取り上げた3つの事例を振り返りつつ推論を展開したい。限られたケースに基づいて議論するため、すでに本稿の冒頭で述べたとおり、仮説的考察を得ることを目的とし、今後継続していく調査研究につなげていきたい。

6.2 対象とした3事例の考察

(1) 【事例1】志村フロイデグループ

まず、志村フロイデグループのケースから振り返る。このケースでまず注目すべきは、同グループが掲げる「リハビリテーション科のグランドデザイン」である。そこで、リハビリテーションという回復期のケアを主たる事業とする同グループは、患者の状態やその生活機能の回復のみならず、少子高齢化が進行する当該地域そのものを回復する／活性化させる、との事業戦略の設計図を掲げている。このグランドデザインと常陸大宮市のまちづくりとが親和的であるという認識が、このケースの主軸を成す。

ここで言う「まちづくり」は都市計画といった狭義のものだけではなく、地域に存在する人的・物的資源をいかにネットワークし、何を行っていくかという活動そのものを含む。志村フロイデグループでは、多様な職種からなる従業員が連携してプロボノ組織（フロイデ DAN）を結成し、地域の既存資源のネットワークのハブとなり、それらをまちづくりに活用していくアプローチが取られている。例えば、地域資源のハブ機能を有する、人が集まる場所（e.g.コミュニティカフェ）の運営をしていたり、一見医療とは関係のない、純粋な地域活性化のためのイベント（e.g.駅前通りのイルミネーション点灯式やローカル線の SL 走行イベント、物産展や地元アーティストによる展示会等。詳細は 3.4 節）を主催したりしている。このような活動が、医療機関に従事する人たちが中心になって行われ、それを組織がバックアップしている。

卑近な言説となるかもしれないが、本ケースは、医療機関の存在によって社会経済的に余力のある人々が一定数地域に存在し、彼らが高い志とボランティア精神を發揮して、まちの信頼ネットワーク（ソーシャル・キャピタル）をつくっている事例、と表現することができる。地域に信頼ネットワークができると、人々を惹きつけられる土壌が生まれ、人口減少に対する抑止力になり得る。これは、他の産業における企業城下町でも起き得る現象であり、医療だからという理由で避けなければならないようなものではない。むしろ、より積極的に、医療にも他の産業と同じように地域経済・社会を牽引できる力があると捉えるべきである。

本ケースの場合、活性化対象の地域である常陸大宮市が、同市内で産業活動が行われるというよりは、近隣の都市圏へ通勤するための居住地との色合いが強い。そのため、医療機関で働く人たちが主体となって、まちの中で人々がコミュニティを形成しながら活動できる場をつくることによって、地域そのものに人々を惹きつける土壌を生成しようとしている。この視点において、志村フロイデグループのケースは医療が地域活性化を生み出している好事例のひとつと言えるだろう。

（２）【事例２】南医療生協

次に、南医療生協のケースである。このケースでは、中核施設である南生協病院の移転を契機のひとつとして JR 南大高駅が新設されており、同現象を見るだけでも、医療が地域活性化を生み出している事例と言えそうである。

このケースは伊勢湾台風による被害への対応の必要性から医療生協が創設されたところから始まっているという特殊性があるものの、生協関係者を中心に、地域住民を始めとする幅広いステークホルダーを巻き込んで病院が設計され、また運営の意思決定がなされている点で、地域との相互作用による活性化が生み出されていると観ることができる。たとえば、病院は患者が行くところというだけでなく、若人や健康な人が集まって過ごす、生活空間の一部にもなっている。病院が提供するコミュニティ・スペースで中高生のグループが談笑したり、自習したりしている光景が象徴的である。

また、地域コミュニティのボランティア活動と医療機関とが有機的に連携している点も見逃せない。たとえば、「おたがいさまシート」を用いて、地域の困った人を地域ボランティアによって助けるシステムは、いずれ退院する（しなければならない）患者の受け皿として機能している。このシステムは必ずしも市場規範に基づいて経済的豊かさをもたらすものではないかもしれないが、社会規範や社会的意義に基づく社会的豊かさをもたらす仕組みと捉えることが可能である。本ケースの特殊性を鑑みると、歴史的に医療機関が先なのか、医療生協という地域コミュニティが先なのかという鶏と卵問題があるかもしれないが、少なくとも、医療という産業がこの地域での活性化に貢献していること自体は間違いない。少なくとも医療機関を卵側に据える施策を考えてもよいのではないかということと言える。

もう一つの留意点は、この地域はいわゆる過疎エリアではなく、大都市圏である名古屋市緑区に位置するという点である。この点では、【事例１】の志村フロイデグループのケースと同様に、当該地域での産業活動を通じた経済活性化を念頭におくというよりも、名古屋市中心部などのいわゆる都市圏への通勤のための居住地としての地域活性化こそ考察されるべきであろう。この点において、本ケースも医療機関が地域活性化を担っているケースと見做すことが可能と考える。

（３）【事例３】高松丸亀町商店街

最後に、高松丸亀町商店街のケースである。このケースは、医療機関が商店街再生の中核的役割を果たしたという、医療が地域活性化にダイレクトに貢献した典型的な成功事例と言え、注目に値する。

本ケースの概略ストーリーは以下のようなものである。市の中心部に位置する高松丸亀町商店街は、バブル期の地価高騰に伴う人口の郊外流出（顧客減少）と郊外型大規模ショッピングセンターの進出（競合増加）に加えて、店主たちはバブル崩壊によって過大な借金を抱えており、正常な商業活動が行えなくなりつつあった。その再生に向け、商店街振興組合は過去の失敗事例を検討し、次のような戦略を採用した。すなわち、定期借地権とまちづくりを担う専門会社を活用することで土地の権利関係の問題をクリアにし、商店街の大規模再編とテナントミックスを可能にし、さらに商店街の上層階には居住可能なエリア（分譲マンション）を形成したのである。その際、商店街振興組合がターゲットとしたのは、徹頭徹尾、郊外のクルマ社会に適応できなくなった高齢者をはじめとする社会的弱者であった。したがって、ターゲットとして呼び込みたい高齢者のニーズに対応するため、商店街の中心部に医療機関を開設し、医療へのアクセシビリティを確保する必要がある。そして、その医療機関は、内科をはじめとする高齢者のプライマリーケアの需要に幅広く対応でき、必要に応じて後方支援の大病院への紹介や商店街上層部に位置する住宅への訪問診療にも対応可能な比較的大規模な診療所としたのである。これらの戦略は見事に功を奏し、対象地域において人口増加がもたらされ、それが商店街の需要増加につながり、経済的にもきわめて望ましい循環が生成された。

高松丸亀町商店街のケースは、先の２つのケースとは趣を異にし、医療がダイレクトに、地域経済に新たなアウトプットを生み出した事例と言える。特に、人口の社会増と経済生産増の２つを同時にもたらしたという意味で、過疎化と高齢化に悩まされている地方都市の再生にも応用可能な、ベストプラクティスの一つとなりうるだろう。たとえば人口の郊外流出が進んだ地方都市で、いわゆる駅前のシャッター商店街を抱えているようなエリアで、本事例を応用した医療を中核とする再生スキームが有効打となる可能性がある。

6.3 結びにかえて

本ワーキングペーパーでは、上述した3つのケースをベースとして、医療が産業として地域経済の牽引役たりうるのかについて議論を進めてきた。本稿で実施した事例研究の当面の結論にかえて、以下の3点を指摘しておきたい。

第一に、医療機関の経営戦略と地域活性化との間の親和性である。志村フロイデグループのケースが象徴的だが、「地域リハビリテーション」、すなわち地域そのものをリハビリテーションするとの理念のもと医療機関および関連施設が運営され、地域活性化のための様々な取り組みがグループの経営目標とも有機的に結びついている。医療の世界にはかねてより「上医は国を癒す」との言葉がある。少子高齢化と人口減少が深刻さを増す中であって、「医療によって地域を癒す（回復させる）」との視点で、地域活性化に向けて医療機関マネジメントのあり方を再検討することも有効かもしれない。

第二に、地域のコミュニティ形成のコアとなる人材や場所の提供という、医療機関の持つ機能である。志村フロイデグループでは従業員らによる自発的組織（フロイデ DAN）がグループ運営のコミュニティカフェを活用し、地域活性化に向けて内外のさまざまなリソースを動員するハブ機能を果たしていた。南医療生協のケースでは、医療生協という地域コミュニティ自体が病院の移転新築に伴う設計段階からその運営の意思決定において大きな役割を担っている。その結果、病院と関連施設の造りやテナントが町並みに溶け込み、患者だけでなく健康な人も集まるという医療機関となっている。

第三に、地方郊外のクルマ社会に適応できなくなった高齢者層に対する社会的な解決策として、医療機関が果たすことのできる役割である。郊外のマイホームで子どもを産み育て、中心街へマイカー通勤。週末は家族を車に乗せて、レジャーや大規模郊外店でのショッピングを楽しむ、といった地方郊外の生活は若いうちは夢の生活だが、高齢になり自動車に乗れなくなった途端、破たんしかねない。そのような高齢者にターゲットを絞り込んで「医・食・住」とのコンセプトを掲げ、高齢者の健康ニーズに合わせた大規模診療所を商店街再生の目玉とし、ターゲットの暮らしのニーズにあわせた各種機能をまちなかに整備。そうして生活者の数を増やすことで商店街の需要となる人口を増や

し、地方の中心市街地再生を図ったこの事例は、医療による地域活性化のわかりやすい好事例と言えるだろう。

医療は典型的な地産地消のサービス産業であり、医療ツーリズム等の一部例外を除き、地元以外で需要や消費を喚起するような類の産業ではない。つまり、市井の人々は医療に対し、あくまで地元経済を下支えするサポート役としてのイメージ以上のものは抱いておらず、地域活性化の主役として医療が語られるケースは、少なくとも医療界の外では、ごく限定的である。医療界の外部で地方創生が語られる際、活性化の担い手として医療を産業として捉える向きがほぼ見受けられないという事象(1.1節参照)の理由も、その辺りにあると考えられる。

だが、上記した3点を踏まえると、医療にも地域経済の牽引役となり得る十分なポテンシャルがあると言えるのではないか。今後、今以上に、医療と地方創生とを結び付けた政策を考える余地があるのではないか。これらが本事例研究の現時点での結論である。

謝 辞

インタビュー調査に快くご協力いただいた志村フロイデグループの鈴木邦彦 理事長、猿田秀子 様、小野健悦 様、寺門貴 様、木戸田真 様、宮川直彦 様、森久紀 様、西村和也 様、南医療生活協同組合の大野京子 様、川津昭美 様、鈴木徳章 様、高松丸亀町商店街振興組合の古川康造 理事長らの皆さまに、この場を借りて深謝申し上げます。なお、言うまでもなく、本文中のすべての誤りは筆者らの責に帰するものです。

【参考文献・資料リスト】

- アリエリー, D. (2008). 『予想どおりに不合理——行動経済学が明かす「あなたがそれを選ぶわけ」』 熊谷淳子(訳), 早川書房.
- 飯田泰之, 木下斉, 川崎一泰, 入山章栄, 林直樹, 熊谷俊人 (2016). 『地域再生の失敗学』 光文社新書.
- 大野京子 (2014). 「市民自らが、声も手も資金も持ち寄る地域の協同の健康なまちづくり」『生協運営資料』 2014.7, pp.28-39.
- 大野京子 (2015). 「南医療生協の組合員活動——市民の協同でつくる事業所づくりまちづくり」『生活協同組合研究』 2015・10, pp.34-40.
- 片山修 (2015). 「高松丸亀町商店街の“奇跡の復活”」『潮』 No.673, pp.56-63.
- 小池征人 (2011) 『だんらんにつぼん 愛知・南医療生協の奇跡』 シネマネスト JAPAN (※媒体は DVD) .
- 嵯峨生馬 (2011). 『プロボノ——新しい社会貢献新しい働き方』 勁草書房.
- サンデル, M. (2012). 『それをお金で買いますか 市場主義の限界』 鬼澤忍(訳), 早川書房.
- 社会保障制度改革国民会議 (2013). 『社会保障制度改革国民会議 報告書 ～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～』
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>
- 商業界(2014). 「高松丸亀町商店街 進化する街の情熱：医食住の充実を図り、高齢者が集まる街をつくる」『商業界』 No.67 Vol.9, pp.38-43.
- ホルスタイン, J., グブリアム, J. (2004). 『アクティヴ・インタビュー——相互行為としての社会調査』 (訳者：山田富秋、兼子一、倉石一郎、矢原隆行) せりか書房.
- 鈴木邦彦 (2016a). 「医療・介護——生活者の暮らしを豊かに」 未来投資会議 構造改革徹底推進会合 (平成 28 年 10 月 31 日 第 3 回) .
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/miraitoshikaigi/suishinkaigo_ir_yokaigo_dai3/siryoku7.pdf
- 鈴木邦彦 (2016b). 「イノベーターの構想力 中小病院は地域と運命共同体 在宅支援と地域活性化を一体化したまちづくりに挑む」『Phase3：最新医療経営』 380 号, pp.1-3, 日本医療企画.

- 鈴木邦彦 (2017). 「志村フロイデグループ (SFG) の地域リハビリテーションの取り組み」『地域リハ』 Vol.12, No.4, pp.320-326.
- 鈴木淳子 (2005). 『調査的面接の技法 (第2版)』 ナカニシヤ出版.
- チャンドラー Jr., A. D.(著)、有賀裕子(訳) (2004). 『組織は戦略に従う』ダイヤモンド社.
- 内閣府 (2015). 「子ども・子育て支援新制度ハンドブック」(平成 27 年 7 月改訂版)
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/faq/pdf/jigyousya/handbook.pdf>
- 日本版 CCRC 構想有識者会議「日本版 CCRC 構想 (素案)」
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/meeting/ccrc/ccrc_soan.pdf
- 常陸大宮市(2017). 「常陸大宮市 第7次介護保険事業計画【案】」
http://www.city.hitachiomiya.lg.jp/data/doc/1516145728_doc_35_1.pdf
- 増田寛也 (2014). 『地方消滅 東京一極集中が招く人口急減』中公新書.
- 増田寛也、富山和彦 (2015). 『地方消滅 創生戦略篇』中公新書.
- 森宏一郎、法坂千代、澤倫太郎(2011). 「医学部教育・初期臨床研修制度に関するインタビュー調査：卒前教育・卒後研修のシームレスな連携へ向けて」『日医総研ワーキングペーパー』 No. 226, 日本医師会総合政策研究機構.
- 山下祐介 (2014). 『地方消滅の罨 「増田レポート」と人口減少社会の正体』ちくま新書.