

## 農村生活のすすめ

～コミュニティ・ケア概念についてのすこし長いコラム～

調査研究部 川井 真

### まえがき

今年度からコラム形式による連載を企画しました。連載にあたっては、羅針盤として『農村生活のすすめ』という総合テーマを設け、このテーマに関連する斬新かつ新鮮な話題を折に触れて取り上げていきたいと思えます。各号では、社会問題にもなりはじめた「高齢社会」や「ケア」に関するもの、「農業」の未来や日本人の「食」に関するもの、また「自然」や「環境」といったテーマのほかに、地域自治力の原型ともいえる「組合」という近代の革新的な「思想」などについても大胆にキーワードに組み込みながら、農村生活というものを広角かつ多角的に捉えていきたいと思えます。ついでに、日頃は見過ごされがちな農村の隠れた魅力を掘り起しながら、生活圏としての農村、あるいは永住の地としての農村という視点からも、メッセージを発信していきたいと考えています。この連載が、来たるべき経済、そして来たるべき未来について、読者の皆様一人ひとりが探求をはじめきっかけとなってくれることを願っています。

### 1. 先の見えない都市生活

都市と農村で人口が偏在するのは不思議なことではない。物理的にみても自然な現象である。都市空間は主に人間が支配しているが、農村では他の生物たちとシェアしているからである。このような観点に立つなら農村はい

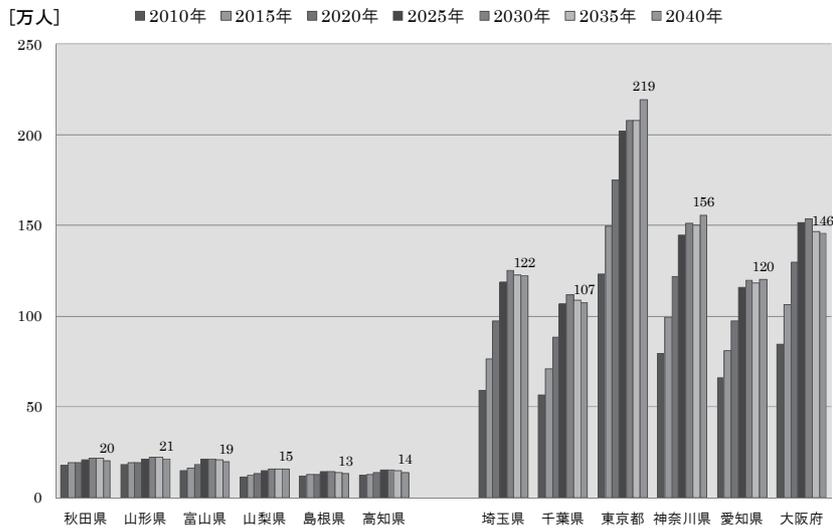
たって調和が取れた状態にあるのだから、現状をあまり悲観的に捉えることはない。そもそも人間が生存を維持していくために必要な環境収容力とのバランスを考えれば、都市の人口密度は自然法則から完全に逸脱したレベルに到達している。とはいっても、今日の状況を考えると、それほど悠長なこともいってられないようだ。高度経済成長と国民所得の倍増を実現した新しい産業構造へのドラスティックな転換は、地方の、主に農林水産業に従事していた労働力を都市部にシフトするという方法によって必要となるマンパワーを確保した。かくして、この大胆な産業シフトは諸外国が驚嘆するほどのスピードで軌道に乗ったのである。近年に至っては、第三次産業とりわけ金融事業の隆盛にもなって主要な都市はグローバル・シティへと変容していき、都市と農村の光と影はより鮮明になった。都市にはヒトが集まり、モノやサービスもあふれてますます輝きを増していくが、一方、農村地域は人口の流出が地域経済を衰退させ、それがさらなる人口の流出を招くという負のスパイラルに陥っている。

たしかに困ったことだが、さて、このような状況はいつまで続くのだろうか。これは想像だが、たぶん、それほど遠くない未来にこの状況は逆転するよう思える。根拠は何かというと、それは人口構造の変化に社会インフラの整備が追いつかず、両者の間に歪みが

生じることで、都市の土台が崩れはじめるだろうと感じているからである。近い将来、日本の高齢化問題を一手に引き受けることになるのは都市である。(図1)と(図2)を見よう。これは都道府県と市区町村における

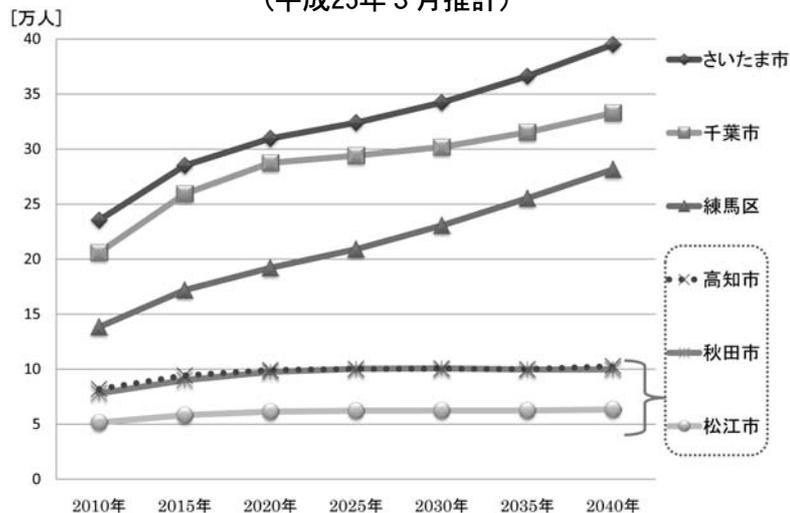
高齢者人口の推移を無作為に抽出して比較したものである。これを見ればわかるとおり、地方はすでに高齢社会のピークを迎えているので——たしかに厄介な問題は抱えているが——緩やかな変化に適応しながら今後も平穏

(図1) 都道府県別75歳以上人口の推移



(出典) 国立社会保障・人口問題研究所

(図2) 市区町村別65歳以上人口の推移  
(平成25年3月推計)



(出典) 国立社会保障・人口問題研究所

な暮らしは維持できるだろう。しかし都市部は向後10年から15年で高齢者人口が爆発する未曾有の時代を迎えることになる。あえて時代といったのは、その状況は10年や20年という歳月で終わりが見えてくるものではないからだ。

### 2. 高齢社会のリスク

高齢社会の最大のリスクは生活弱者の増加である。老化による身体の衰えと、それにもなうQOL（生活の質）の低下は人間であれば誰もが抱える不可避のリスクであり、それは男であろうが女であろうが、金持ちであろうが貧乏人であろうが、すべての人々に平等に訪れる人間の宿命である。この現実を数値化した研究報告があるので、まずはそれを見てみよう。(図3)と(図4)は東京大学高齢社会総合研究機構の秋山弘子先生が長年の研究で明らかにした貴重な調査結果であるが、これを見るかぎり、PPK（ピンピンコロリ）を実現するのはかなり難しいことがわかる。人間は誰しも、それが3か月なのか3年なのかは別にして、少なからず人生の終末期には他者のお世話になって生きるということである。自立度に影響を与える要因としては、高血圧や高脂血症のような基礎疾患が生活習慣病のリスクを高め、心筋梗塞や脳梗塞などの発症を契機に急速に自立度が低下するようなケースと、足腰の老化が主因となって、徐々に介助が必要になっていくようなケースが多いようだが、これからは、認知症問題とどう向き合っていくのか、これが都市部の最大の課題になるだろう。

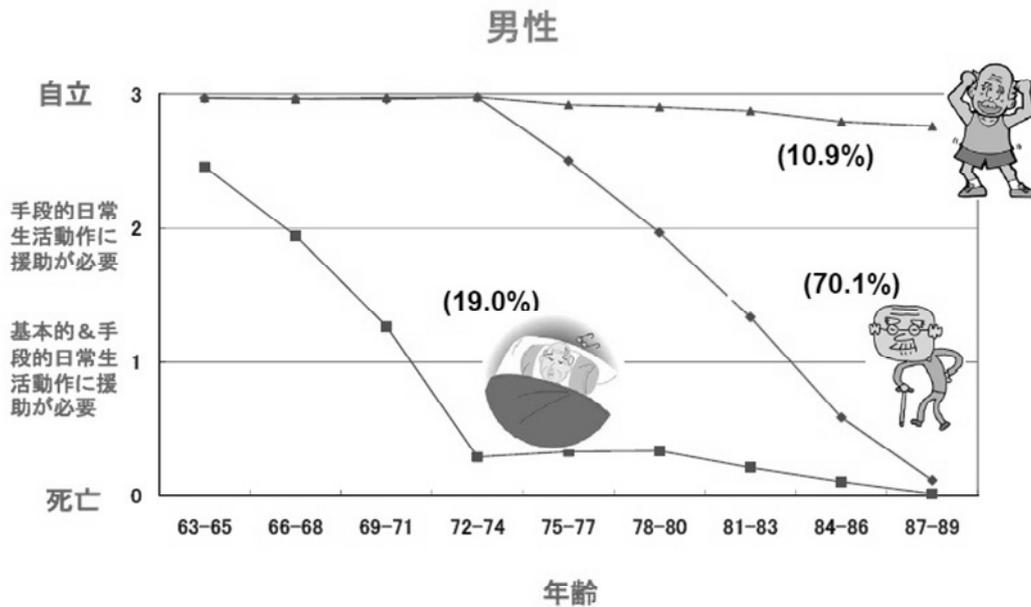
そこで、(図1)および(図2)で示した大都市（周辺）人口の推移を「自立度の変化パターン」のグラフに照らし合わせてみること

にしよう。大都市圏（ベッドタウン）では2020年頃から2040年頃にかけて約30万人から40万人が自立度低下の危険年齢に入ってくる。数字が大きすぎるので割愛したが、横浜市にいたっては120万人を超えるという推計が出ている。とりわけ問題となるのは、その圧倒的な人数と増加のスピードである。この現象を見るかぎりにおいて、大都市圏およびその周辺地域ではカタストロフィクな事態に至る危険性が高い。これに比べて地方都市の変動幅は小さく、ほぼ安定している。農山漁村地域に至ってはさらに小さくなるので、社会制度面から見た生活環境に大きな影響はないだろう。政府の提唱するヘルス・プロモーションや地域包括ケアの推進、その実現に必要な在宅医療・在宅ケアへのシフトは主に都市部に照準を合わせたもので、保健医療政策としては背水の陣ともいえる構えなのである。

### 3. 都市部におけるケア対策の光と影

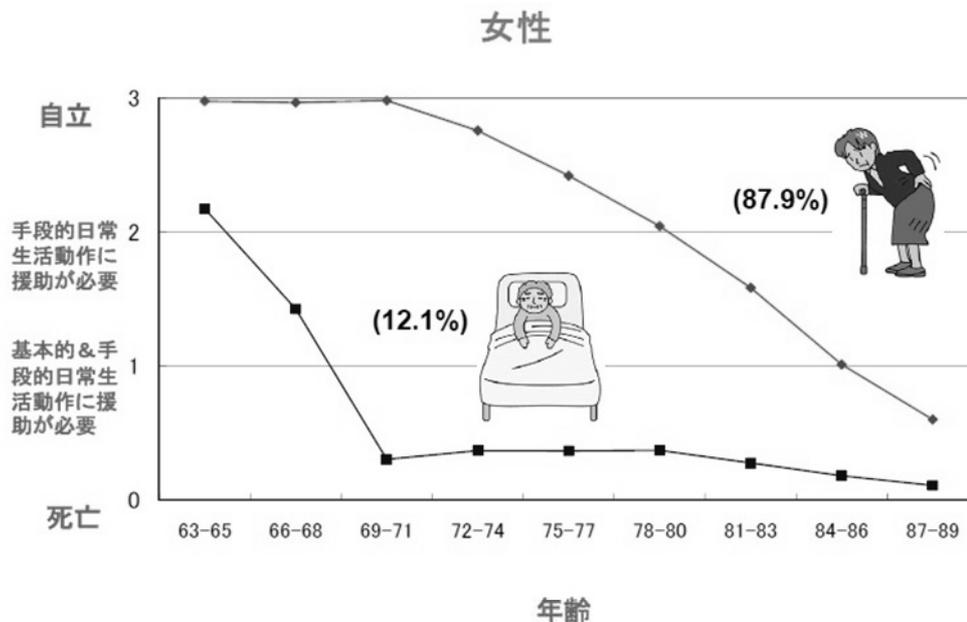
大都市圏がケアの問題でカタストロフィクな事態に陥るリスクがあると述べたのは、政治や経済の視座に立った見解というよりも、それはむしろ死生学や老年学からの警鐘である。老化という不可逆的な現象によって「いままでできたこと」が少しずつできなくなっていくが、徐々に衰えゆく身体と上手に付き合いながら人生をまっとうすること、なによりも心豊かに人生を送ることが都市部では困難になるのではないかと、という意味においてのことである。農村と比較すれば都市部には星の数ほど病院や施設が存在するが、すでに救急病院での患者のたらい回し事例や介護施設の入居待機者問題は発生している。こ

(図3) 自立度の変化パターン全国高齢者20年の追跡調査 (N=5715)



(出典) 秋山弘子 長寿時代の科学と社会の構想『科学』岩波書店, 2010  
 東京大学高齢社会総合研究機構 秋山弘子氏講演資料

(図4) 自立度の変化パターン全国高齢者20年の追跡調査 (N=5715)



(出典) 秋山弘子 長寿時代の科学と社会の構想『科学』岩波書店, 2010  
 東京大学高齢社会総合研究機構 秋山弘子氏講演資料

のようなリスクを抱えながらも、現時点では、まだ社会保障システム（保険システムとケア提供体制）の機能がなんとか保たれていることで事なきを得ているが、上述したような人口変動は、財政問題以前に、ケア・サービスの提供体制が機能不全を起こして崩壊する危険があることを示唆している。なぜなら、ケアというのは人の手を介して行うものであるから、いたって土着的な構造を持っており、また準市場としてみれば労働集約的なサービスだからである。

ここにきてアベノミクスは雇用吸収力の高い「医療・介護を中心とするサービス分野」に産業としての大きな可能性を見出しているが、たしかに大都市圏でのケア・ニーズに応えるためには現状の体制では明らかに不十分であるから、新たな産業分野に医療とりわけ介護を取り込むことは単に雇用の吸収という目的を越えて、都市住民の生活リスクに対応した政策にもなっている。しかしながら、医療や介護にかかる行為を総称して「ケア」と呼び、仮にこれらのサービスを第三次産業の内部に組み入れて「ケア産業」と位置づけた場合、このサービス産業は——国からの財政・政策的支援を少なからず受けながら——施設とマンパワーが充足することで国民のニーズに応え、社会的な役割を果たすことのできる産業でもある。したがって高齢者人口が爆発的に増加する大都市圏においては、とりわけマンパワーの確保という面で大きな壁に突き当たることになるだろう。なぜなら医療や介護に携わる人材は、専門知識の詰め込みと技術の習得あるいは経営ノウハウの指導だけで育成できるものではないと思うからである。そこには患者あるいは被介護者への思い

やりやいたわりの心はもちろんのこと、人間と社会そして自然に対する深い愛情と理解が、なにより死生観の確立が求められているからである。当然ながら単にIQが高いから医師としての役割が果たせるわけでもない。医師としての知的好奇心はつねに目の前の患者の願いと重なり合っているのだから、選ばれし者としての知識と能力をどのような場面で活かすのか、つねに内省しつづけなければならない。期待されているのは専門知識や技術以上に、そのひとの人格であろう。

#### 4. コミュニティとコミュニティ・ケア

さて、ここまで見てきたとおり、都市部とは対照的に、農村社会は地味ではあるが安定した環境を維持することが可能である。また、すでに到来している高齢社会では「ケアのコミュニティ」も形成されはじめている。たとえば厚生労働省の推進する地域包括ケアでは「団塊の世代が75歳以上となる2025年へ向けて、高齢者が尊厳を保ちながら、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よう、国は、住まい、医療、介護、予防、生活支援が、日常生活の場で一体的に提供できる地域での体制（地域包括ケアシステム）づくりを推進しています」としたうえで、「地域包括ケアシステム実現に向けた体制づくりに当たっては、それぞれの地域が待つ社会資源（人的資源を含む）を最大限活用するとともに、「自助、互助、共助、公助」の役割分担を踏まえた上で、自助を基本としながら互助、共助、公助を効果的に組み合わせる必要があります」とも述べているが、なるほど、ここに謳われているのはたしかにコミュニティ

イ・ケアである。

これまでのコミュニティは、政治的な政策課題の解決を目指す過程で利用され、したがって国家的なプロジェクトに従属的な枠組みを提供するためのシステムであるかのように捉えられてきた。従来型の公衆衛生活動にしても同様であり、一面においては、統治性を補完するための枠組みとしてコミュニティを活用してきたに過ぎない。しかしケアのコミュニティとは、ある意味で自助グループであり、そこには住民どうしが間主観的に共有する相互扶助の精神と身体への配慮があり、深い情緒性にもとづいた感覚的な結びつきがコミュニティの“絆”になっているのである。それは暗黙知であり、P. ブリュデュエの言葉を借りればハビトゥスというものかもしれないが、まさしくソーシャルキャピタルである。地域包括ケアの推進は中央官庁としてできる最善の提案ではあるけれど、残念ながら、厚生労働省のコメントのなかにはこの部分がすっぽり抜け落ちている。たしかに、それはしかたのないことだ。これは地域で生活をともにする住民がみずから気づき、創りあげていく、環境そのものだからである。しかしながら、都市生活者の間にこのような暗黙知が生じることを期待するのは、残念ながら難しいと考えた方がいい。なぜなら都市における自助あるいは自立は経済力とほぼ同義であり、そのような共通理解のうえに成り立っている社会が、まさに都市であるといってもいいからである。これは厚生労働省としても熟知していることだろう。その意味でも、都市は——市区町村が奮起しないかぎり——中央官庁主導で進めることが最善の選択であるように思える。いずれにしても、現状において

都市は、行政技術を巧みに駆使しながら社会をより善き方向へと導いてくれることに期待し、国の政策に未来を託すことが賢明なのかもしれない。

## 5. ケアのコミュニティが作りだす世界

さて、そもそもコミュニティとは人々の生活実践が不断に行われる空間であるから、そこには生の苦悩を乗り越えていくために自己と共同体を作り変えていく創発の場がある。したがってコミュニティは、外部世界からの圧力や権力的介入を、ときには利用し、ときには抵抗しながら、内発的発展のエネルギーを生みだし続けるイノベーションと創造の場にもなっているといっている。そこで、コミュニティが内包する地域力を枯渇させることなく、エネルギーを不断に生み出し続ける環境を維持するために、さて、何が必要なのだろうか。あえていうならば、コミュニティの内部に多様で異質なものを積極的に受け入れ、そこに生じる葛藤や軋轢を真正面から受け止めることが、じつは大切なことなのである。現代における新しいコミュニティのキーワードは、まさしくこれである。

共同あるいは協同に基づく強固なつながりは、ときに閉鎖的で排他的な性格を帯びるが、その内的な活動を公共圏と結びつけ、外部世界から良質なヒト・モノ・カネおよび知恵というエネルギーを取り込むことにより、コミュニティは自分で自分を変化させ、成長させながら、内発的なエネルギーを生み出し続けることができる。この仕組みを可視化するにはケアのコミュニティがもっとも適しているように思える。それは農村医療のメッカとし

て知られる長野の佐久総合病院が目指してきたメディコ・ポリス構想に象徴的である。佐久地域では、医師や看護師たちはつねに黒子に徹し、住民どうしの相互扶助と身体への配慮が活動の中心におかれることで、いくつもの自助グループが形成されていった。また病院としては、自治体の政策や保健医療行政にも積極的に関与しながら、大学あるいはNPOやNGOなどの活動とも連携し、地場産業との共同事業なども推進している。したたかに、そしておおらかに外部からのエネルギーを取り込むことで、病院自体も自己準拠的かつ自己生産的に進化を遂げながら、農村コミュニティ全体を再創造していったのである。

先日（5月9日）の日本経済新聞「医師の目」に友人の北澤彰浩医師のコラムが掲載されていた。現在、北澤先生は佐久総合病院小海診療所の所長をされている。「医療の定義」をあらためて捉えなおし、自身が考案した新しい定義を示すことで、地域医療が担うべき役割を浮かび上がらせる展開はとても分かりやすい。まったく同感である。広辞苑には、なるほど、医療とは「医術で病気を治すこと」とある。しかし先に述べたとおり、高齢者や難病患者のように、治らない病気を抱えながら生きる人たちにも、医療は必要なのである。そこで北澤先生の提案する新しい医療の定義はこうなる。「人がその人らしく生きるために医術で病気を治すこと。ただし、治らない病気の時は人がその人らしく最後まで生きられるように寄り添い支えること」（by 北澤彰浩）である。この言葉が内包する意味領域をすべて言語化するのは難しい。たぶん、北澤先生がこの文面を考えているとき、何人もの地域住民の顔が走馬灯のように現れては

消えていったのではないかと思うのである。行間に隠れているのは、住民どうしが間主観的に共有する感覚的な結びつきであり、その意味で北澤先生はすでに佐久地域に溶け込んでいるということなのだろう。

### 6. 農村は開かれたコミュニティへ

ケアのコミュニティは開かれたコミュニティであり、そこには磁力がある。それを証明するかのように佐久総合病院には日本全国から医師が集まる。北澤先生も、ご出身はたしか京都であったと思う。ケアのコミュニティは不断の学習や実践を通して成長していくが、他方、それを包摂する地域が、互惠と相互扶助の精神を間主観的に共有し、互いの身体への配慮と深い情緒にもとづいた結びつきを有しているならば、農村地域全体が開かれたコミュニティになり得る。そこには高齢社会を豊かに生きるための環境がすでに用意されているからである。さらにこの頃は、大学での講義中にも「農村へ行こう」、「みんなで農園を作ろう」といった声が聞こえてくる。彼らは農学系の学問を専攻しているわけではなく、主に法学部の学生である。このような農村志向は、とりわけ若い世代を中心に広がりはじめているように思える。農村の開かれたコミュニティは「来る者拒まず、去る者追わず」でかまわない。そこには北澤先生のように、求められる人間が、かならず定住してくれるようになる。「農村生活」が21世紀のキーワードとして浮上してくる日も、もう目の前まで来ているのではないだろうか。

(参考文献)

- ・ユンゲン＝ハーバーマス 著、細谷貞夫・山田正行 訳 (1994) 『第2版 公共性の構造転換——市民社会の一カテゴリーについての探求』 未来社
- ・ユンゲン＝ハーバーマス 著、三浦憲一 訳 (2004) 『人間の将来とバイオエシックス』 法政大学出版局
- ・ウンベルト＝マトゥラーナ・フランシスコ＝バレラ 著、管啓次郎 訳 (1997) 『知恵の樹—生きている世界はどのようにして生まれるのか』 筑摩書房
- ・ニクラス＝ルーマン 著、佐藤勉 訳 (1993) 『社会システム理論 (上) (下)』 恒星社厚生閣
- ・ニクラス＝ルーマン・ユンゲン＝ハーバーマス 著、佐藤嘉一ほか 訳 (1984) 『批判理論と社会システム理論～ハーバーマス＝ルーマン論争』 木鐸社
- ・内山節 (2005) 『里という思想』 新潮社
- ・佐伯啓思 (1997) 『「市民」とは誰か』 PHP新書