

農山村地域の「いのち」と「暮らし」を支える
『新しい公共』のデザイン
～保健・医療基盤の再生に向けた
社会連携モデルの可能性について～

調査研究部 川井 真

目次

1. はじめに	95
2. 人間と社会～日本人が抱えるトリレンマ	97
3. 再帰的近代と医療～制度に潜む諸問題	102
4. 農山村地域における医療の実態	106
5. 社会心理的要因分析～医療制度への波紋	116
6. 福祉レジームにおける医療政策	124
7. ポストモダンの地域公共システム	132
8. おわりに	139

アブストラクト

農山村地域を取り巻く医療環境は、高齢化する社会と衰退する産業経済に連鎖するかのよう悪化を続けている。とりわけ医師不足問題は都市部に増して顕著であり、医療崩壊は現実のものとなった。そこで本稿では、原因を包括的かつ多角的に考察するため、まず人間の意識と行動について整理し、社会とは何かを考える。そして現代の医療と医療制度を取り巻く諸問題を概観し、農山村地域の実態を踏まえて、都市部とは異なる当該地域特有の課題を明らかにする。次に、社会データを参照しながら医療と社会の狭間に生じるコンフリクトの原因を探り、主に社会哲学的視座からのアプローチを試みる。ここでは比較材料としてEU諸国の医療制度と背景にある理念も紹介する。そし

て最後に、医療と社会のコンフリクトを解消し、農山村地域の未来を支える新しい公共のデザインについて、三河中山間地域で動き出した住民参加型プロジェクトの活動報告を通して提言する。

キーワード

医療崩壊、死生観、福祉レジーム

1. はじめに

公的保険制度によって運営される日本の医療サービス¹⁾は——財政を主に保険料収入で維持するという構造から——福祉制度とは一線を画す。しかし社会保障全体を構成する重層的かつ横断的に組まれた複数の制度の中にあつて、とりわけ給付と負担の調整が困難といわれる疾病保障を健全かつ安定的に提供してきた日本の医療制度は世界的に見ても評価が高い。公的医療保険制度は、保険といえども社会保険原理に基づくシステムであるため、当然ながら個人の自由は最小限に抑えられている。基本となる「大数の法則」や「レクシスの法則（給付・反対給付均等の原則）」ならびに「収支相当の原則」に加えて、「強制加入の実施」や「保険料の所得比例拠出の導入」および「最低保障制の採用」などを取り入れ、公平と公正を担保しながら、疾病リスクのプール化を社会連帯原理によって具現化している。

一方、制度は公設民営（一部公営）で運営される現物給付サービスが主であり、労働対価となる報酬には公的資金（主に徴収された公的保険料）が充当されるが、サービス・プロバイダー（医療提供者）の大半は——大学や研究機関を含む——民間人および民間組織である。医療サービスは人間の身体と生命に深く関わる業務であることから、診療行為は「医師法」や「医療法」また「保険医療機関および保険医療養担当規則」等により規定され、一方で診療報酬は「社会保険診療報酬算定基準」等により価格統

1) 半世紀以上の歴史を持つ医療保険制度に加え、現在では介護サービスも公的保険制度によって運営されている。保険者は市町村であり、被保険者は当該地域に在住する40歳以上の住民である。高齢社会の到来に備えてすでに1960年代から検討は始まっていたが、具体化したのは1997年の介護保険法成立であり、制度の実施は2000年4月からとなる。



制が行われている。まさしく日本の医療制度は中央政府に財政管理機能とリスク・コントロール機能が委ねられた計画経済である。したがって競争原理が入り込む余地についても、個人の自由と同様に最小限に抑えられている。

1961(昭和36)年に実現した国民皆保険であるが、図らずも高度経済成長の後押しにより保険財政は安定し、今日に至るまで伸びやかな発展を続けてきた。上述したような理由から、日本の医療保険行政に対する批判が——関係団体ならびに関連業界を中心に——強いことは理解している。ただ、この国は遡ること半世紀にわたり、全国民が一丸となって生活基盤の構築と発展に努めてきた。まさに憲法25条に謳われる「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」ことの実現を目指し、また国は、「すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」という重すぎる責務を受容し、その結果、わたしたちは過去に想像もできなかったような理想の世界を——この実体社会の上に——創り上げたことは疑いのない事実である。上述したとおり、医療は持続可能な制度を設計することがとても難しい。年金制度のように保険理論と保険数理および財政学や金融工学等を駆使すればフレームワークを完成できるものではなく、限られた財源を効率的かつ効果的に分配しながら、日々進化を続ける医学と医療技術を正しく評価・適用し、高度で専門的な知識と経験が求められる——労働集約産業としての——医療を維持していかなければならないからである。まさに公的医療保険は国民の健康で文化的な生活の営みを支えると同時に、それを具現化している医療関連産業に身を置く人々の生活も支えているのである。まさに、医療制度は産官学民の社会連携によって成立する事業であり、何よりも人間が“生きる”というミッションを支える社会の核になっている。

しかしながら、安定的な推移を辿っていると見られた医療制度は、21世紀の到来を前後して双子のリスクを抱え込むことになった。ひとつは、想定を超えて社会経済の変化が保険財政に暗い影を落とし始めたことである。経済の衰退に伴う所得の落ち込みと、推定していた医療費の増加にプラスして、非正規労働者やニートおよびフリーターと呼ばれる人々の

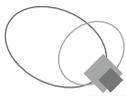
増加が著しい。給付と負担の制度間格差²⁾と市町村格差も予想以上に広がり、とりわけ小規模な国民健康保険は保険としての機能自体が失われ、凄まじい勢いで公費負担が増加している。また高齢者医療と介護制度の境界が見えづらい状況下において、今後急速に増加すると思われる認知症患者への対応なども懸念要因のひとつである。もうひとつは、サービスを担ってきた医療従事者の肉体的・精神的疲弊が目立ち始め、安全と安心を形にしている医療提供体制が崩壊を始めたことである。この背景には複合的な要因が考えられるが、とりわけ社会的変化がもたらしたパラダイム・シフトに因るところが大きいと思われる。

そこで本稿では、昨今の医療制度を取り巻く諸問題を概観し、医療と社会の狭間に存在する——不信や不満あるいは苛立ちにも似た国民感情が生成される——コンフリクトの正体を検証してみたいと思う。制度上の不備や政策の誤り、もしくは物理的な課題のみに囚われず、現代社会の深層に隠された心理的要因にも着目していきたい。とりわけ環境変化が人間の行動と意識に与える影響について、日本人特有の死生観や宗教観にも触れながら、安全と安心への欲求の高まり、あるいは自由と平等における対立と葛藤などにも着目しながら考察する。最後に、以上を踏まえて、未曾有の高齢社会に新たな価値と豊かさをデザインする新しい公共システムの創造について、三河中山間地域の社会モデルをもとに提言する。

2. 人間と社会～日本人が抱えるトリレンマ

そもそも人間の内部には社会形成の欲求や助け合いの精神が組み込まれているのだろうか。社会保険制度は上述したとおり、保険原理に社会性の原理を加味して社会的救済機能を担う仕組みになっているが、これはあくまでも国家的強制力が働くがゆえに機能しているものと理解すべきである。保険に限定すれば、自身に発生し得る将来リスクに備え、事前に保険料を拠出することでリスク回避を図る制度であることから、それはまさに個人責任原理に立脚した制度である。そのことからすれば、保険は個人主

2) 日本の公的医療保険は、複数の制度——組合管掌健康保険、国民健康保険、全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ)、共済組合(短期給付)、船員保険(疾病部門)、高齢者医療制度等——が縦割りで全国民をカバーする仕組みになっている。



義的かつ利己主義的な欲求も満足させる仕組みであると言っていい。いま「ひとりとは万人のために、万人はひとりのために」というスローガンを意識して保険料を支払っている被保険者は存在するだろうか。社会制度としての医療を考えるにあたり、現代人が有する道徳観念や死生観に触れることなく、その議論を進めることは不可能であろう。とりわけ未曾有の高齢社会に突入した日本においては、自助、互助、共助、そして公助の仕組みの正確な理解を促し、国民的合意を得ることが求められている。そこで本論に入る前に、人間と社会について、また日本人の死生観とコミュニティ形成との関係について、事前に情報の共有を図り、認識を合わせておきたいと思う。

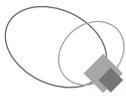
(1) 人間の本性と人間社会の本質

人間は自己の欲求が満たされるに従い、他者を排除する傾向が強まるのだろうか。これまで社会思想史上では人間の本性を「善」と見るか「悪」と見るかの対立、いわゆる性善説と性悪説の議論が長きにわたり展開されてきた。とりわけ性悪説の立場をとる思想家や哲学者に突き付けられた課題は、“反社会的であるはずの人間が集団を形成し互いに協力し合いながら社会生活を営んでいる”という事実に対し、いかなる理論を用いて応えるのかということにあった。この問いに対して主に性悪説論者が展開した社会契約の概念³⁾は、万人を領させるに足る必要十分な解答を示したものとは言えない。少なくとも人間社会の起源にまで遡り、自然状態にあった人間が自覚的に社会契約を作り出したという説には無理があると言わざるを得ない。そこで人間による社会形成の根拠については、人間の本性に関する議論の行方を待つのではなく、大脳生理学の観点からも認められているように、人間も他の群生動物と同様に“社会欲あるいは集団欲というものが本能に埋め込まれている”との考えに従っておこう。人間は集団を構成することによって個人では到底成し遂げることができないような作業を組織的行動によって解決し、現代では複雑に分業化された専門集団を統合的かつ合理的に機能させることで高度な文明を作り出した。言うまでもない

3) 国家と市民の関係を論理的に考察するため主に法学や政治哲学などにおいて用いられる概念で、近代においてはトマス・ホブズが理論化し、ジョン・ロックやジャン・ジャック・ルソーによって批判的かつ発展的に継承された。現代ではジョン・ロールズが主著『正義論』において社会正義の原理を導く主要な概念として用いている。

が、これを可能にしたのは情報伝達手段に用いられた「言語」の発達と、その機能を最大限にまで引き上げることできた「脳」の抽象的な思考力あるいは概念的な認識能力に依るものである。図らずも人間は、社会を形成することによって——その本性が「善」であるか「悪」であるかを問わず——「最大多数の最大幸福」の実現に成功したと言えるのかもしれない。結果として、社会契約の概念は人間の原初的な社会形成について論証するには無理があったとしても、反社会的である人間が文明化の過程で理性的打算に基づいて支配構造と社会秩序を作り出したという解釈には、それなりの説得力があると言えるのではないだろうか。

人間同士が織り成す社会という集団が厳しい自然環境の中でその生存を維持していくためには、社会統合という欲求を満たすための秩序が集団内部で規定され、個々の成員の行動が集団の安定と発展に寄与するように方向づけられる必要が生じる。人間社会における秩序は——上述した社会欲とは異なり——アリやハチのような社会的昆虫が有する本能的行動に依拠するものではなく、それは宗教や言語なども密接に関係した生活様式そのものから派生するものである。まさに人間社会の秩序は社会化という後天的学習によって——時代とともに柔軟に変化をしながら——維持されていると言ってもいい。また生活様式というのは集団に特有の生活の仕方、すなわち文化を意味し、ここでの文化とは道徳や法あるいは経済など人間が人為的・人工的に作り出した環境であって、その中には生き方や考え方もしくは感じ方など一定の刺激に対する反応の諸形態も含まれてくる。文化は集団において合意された共通の行動様式であり——それは生物学的かつ遺伝学的に継承されるものではなく——成長過程において後天的に学習され世代から世代へと伝達されていく価値観そのものである。いずれにしても人間社会を考察する場合には、社会という巨大な有機体が超個人的な実体として存在するわけではなく、それは人間の行動と人間同士の相互作用によって作られる「神話」(物語)が、悠久のときを越えて語り継がれている世界と理解しておくことが必要である。



(2) 社会創造の原理

古来、日本人の共同幻想⁴⁾を作り上げてきたのは、その一種独特な宗教観にあると言ってもいい。小規模な村社会の集合体として形作られてきた日本社会では、地域共同体の絆を保つための神話ともいえる民俗信仰が各地に多数存在している。年中行事であり、また神事でもある祭りや盆踊りも同様であって、住民同士の精神的な結束を維持する触媒としての機能を果たしてきた。また、葬儀や法事で励行される決めごとやマナー、あるいは地鎮祭などのしきたりも、地縁社会や共同体のなかで受け継がれ、わたしたちの日常に何ら違和感なく入り込んでいる。とりわけユニークなのは、日本人という民族は自由に神々を創り出し、神と仏が共存する世界を認めてきたという事実である。これは世界的にみても興味深い文化であると言っていい。神仏習合の思想は日本古来の神々の世界に外来宗教の象徴である仏や菩薩を自然に受け入れ、神仏同体説や本地垂迹説⁵⁾などの思想を生み出していった。

日本人にとって宗教行事は暮らしと密接に関係しているが、その多くは特定の教義や儀礼に拘束されるものではなかった。日本人の宗教観は地域共同体の絆に依拠しており、暮らしのなかに自然発生した——社会的アイデンティティを繋ぎ合う——民俗信仰であり、それはスピノザ汎神論とも共鳴するような自然崇拜であった。アニミズムを起源として、いのちを育む山川草木と共にあり、それは神話や伝説となって語り継がれていた。土地を守護する鎮守神を祀り、ご先祖様を大切に敬う。先祖は身近な自然の中において草葉の陰から子孫を見守り、ときには輪廻転生をして子となり孫となる。また、浄土思想に由来するとされる彼岸会法要では、春秋の季節に彼岸と此岸を魂が行き交い、死者と生者が交流する。故人の魂は——季節の到来を告げるかのように——生まれ育った土地へ帰ると信じられていたからである。現代でも、とりわけ農村地域に散見される小規模コミュニティでは、祖先の魂は家族や親族のみならず、コミュニティの成員が総出

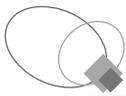
4) 思想家である吉本隆明が著書『共同幻想論』で用いた用語であるが、本稿では、集団や社会に対する帰属意識や、その世界が有する秩序を理解する観念、またイデオロギーや宗教観として使用している。

5) 仏教伝来時代に現れた神仏習合思想であり、日本古来の八百万の神は仏の化身（権現）であるとする考え方をいう。

で迎える。まさに日本人の宗教観はコミュニティを基盤に生まれ、住民同士の信頼と秩序、地域社会への帰属意識を維持していた。このような魂の円環をソーシャル・キャピタルと捉えてもいいのかもしれない。

以上のような文化と世界観を育んできた日本人は、走馬灯のように変化するめまぐるしい時代の変遷のなかで、日々の暮らしに何を求め、何を獲得し、そして何を失ってしまったのだろうか。気がつけば日本人は——社会保障の充実と経済的自立を背景に——ある意味で能動的ニヒリズムへの道を突き進んでいったのではないだろうか。ニーチェ(Friedrich Wilhelm Nietzsche)をして「神は死んだ」と言わしめた真意は、アリストテレス(Aristotélēs)から受け継がれる形而上学への挑戦であって、それが絶対的自由の追求であったとしても、意図したのは神への隷属から人民を開放することであった。しかし一方で、多くの日本人は欧州諸国の人々とは異なり、上述したとおり、支配的な宗教思想を共有しているわけではなかった。日本人にとってのニヒリズムは、共同幻想を支えてきた宗教観を否定し、道徳哲学として存在してきた神を否定することだったのかもしれない。結果、コミュニティは形骸化し、信頼関係は薄れ、自発的協力によって支えられてきた社会機能もまた、急速に衰退していったとみることできる。

いま、わたしたちを取り巻く社会では、「人間の本能」、「進化を遂げた脳(それによって作り出された高度な文明)」、そして「一人で生きることを強いる環境」の狭間で葛藤が起こり始めている。それは社会への期待と満たされざる欲求を巡るトリレンマである。わたしたちの生存欲求は集団に依存しなくとも満たされるし、高度な情報テクノロジーを活用することで自己実現も可能である。しかしながら、人間という生物が——生涯を通して——社会に依存することなく生きていけると考えるのは妄想でしかない。生老病死にリアリティを再現し、加速する個人主義あるいは利己主義に警鐘を鳴らすためには、「わたしたち」そして「みんな」を感じ取ることのできる新しい公共をデザインしなければならないように思う。「いのち」と「くらし」にフォーカスした公共性の構造転換が必要な時代が到来している。



3. 再帰的近代と医療～制度に潜む諸問題

(1) 近代医療の誕生と発展

19世紀以降の医学の進歩には目覚ましいものがある。診断と治療への“科学”の適用は人間を物理的存在と捉えることで、血液や内臓あるいは皮膚などを時系列的に分析・評価し、その症状から正確な診断を導くことを可能にした。これに伴って、生物学、生理学、病理学、解剖学などから得られた医学的知見に基づいて、外科的手術や薬物療法などを行う生物医学的アプローチが主流となっていった。近年に至っては、CT（コンピュータ断層撮影）、MRI（磁気共鳴画像装置）、PET（ポジトロン断層撮影法）やエコー（超音波検査）など、より高度なパフォーマンスを発揮する精密な医療機器も作り出され、診断への技術は飛躍的に向上している。さらに1800年代の後半から病原微生物学が発達し、とりわけ1929年にアレクサンダー・フレミング（Alexander Fleming）によって発見されたペニシリンは、その後十余年を経て臨床現場での実用化を見た。まさに、この抗生物質の登場が疾病構造を大きく変化させることになったのである。医学の歴史は感染症の歴史とオーバーラップするとも言われるが、急性感染症のリスクは急速に減少して、疾病としての脅威は結核等の慢性感染症へと緩やかに移行していった。現在では高齢化の進展に伴い生活習慣に由来する疾病が主要な地位を占めるようになっている。社会的にも、公衆衛生の発達や栄養摂取に関する環境の改善、上下水道の整備による衛生環境の改善などにより乳幼児死亡率が顕著に減少し、結果として日本人の平均寿命も延びていった。

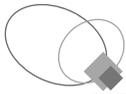
(2) 日本型医療制度の特色と足跡

しかしながら、医学の進歩に対して制度としての社会整備は明らかに遅れていた。日本で健康保険法が施行されたのは、フレミングがペニシリンを発見する2年ほど前の1927（昭和2）年であるが、この時代は帝国主義における戦時体制の只中にあり、健康保険成立当初の被保険者は工場や鉱山で働く労働者本人が対象であって——被扶養者という概念は存在せず——妻子などの扶養親族への給付は行われなかった。さらに、健康保険といえども、保険が適用されたのは政府管掌健康保険に加入する被保険者の

みであり、費用償還システムも日本政府と日本医師会の契約で成り立つ月極人頭請負払い方式（Capitation）が採用されている。この状況から、都市部に増して農山村地域の医療環境はさらに劣悪であったであろうことは想像に難くない。「いのち」と「くらし」の保障を政府に期待することができなかったこの時代、農山村地域の保健医療および介護福祉を支えてきたのは、紛れもなく協同組合であった。1900（明治33）年に公布された産業組合法によって誕生した「生産組合」は、1917（大正6）年の改正で医療関連事業へもその守備範囲を広げ、1921（大正10）年には名称を「利用組合」へと変更した。1919（大正8）年11月、島根県鹿足郡青原村の無限責任青原村信用購買販売生産組合が医療事業を兼営したのが、産業組合による医療利用事業のはじまりである。医療提供を主たる目的とする単営の医療組合病院が設立されたのは昭和に入ってからであるが、この当時、世界的大恐慌の波紋はとりわけ東北の農村部を直撃し、住民の生活は窮乏著しく、娘の身売りが常態化し、餓死や離散が多発し、家庭に医療が届いたのは「死亡診断書」の作成時だけであったと——その想像を超える悲惨な光景が——記録には残されている（青森県厚生連『組合病院史』）。医療組合病院の草分けとなった青森県東青病院が設立された陰には、このような農民の悲痛な叫びと未来への希望があったのである。その後、協同組合による組合病院設立の潮流を作り出し、その繁栄の礎を築いたのは賀川豊彦である。1931（昭和6）年2月、本所キリスト教産業青年館内に東京医療利用組合を設立し、賀川の社会思想を背景とする社会事業としての医療がここから展開されていくことになった（全国厚生農業協同組合連合会編纂・発行『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』）。そして終戦後、農村における戦時統制を担ってきた農業会は、GHQの農民解放指令により解散へと向かうが、2年後の1947（昭和22）年、農業協同組合法が公布されたことを契機に、医療事業はJA厚生連（昭和23年当時：全国厚生文化農業協同組合連合会）が継承した。まさに先人たちの志を受け継ぐかたちで医療事業を農協が担ったのである。

(3) 現行制度が抱えるジレンマ

1961（昭和36）年には国民皆保険皆年金制度が完成し、上述したように日本の医療制度は安定したかのように見えた。しかし近年に至って医療を



取り巻く環境は新たな局面を迎えようとしている。保険財政の悪化はとりわけ各市町村が運営する国民健康保険で顕著であり、保険料格差も介護保険料を合算すると市町村間で最大4.5倍程度の格差が生じている⁶⁾。厚生労働省が国民健康保険広域化の布石として進める保険財政共同安定化事業⁷⁾における実態を概観しても、調整後の結果を見ると大幅な交付超過と抛出超過が混在している。1人あたりの医療費が高い保険者の財政は、医療費支出が安定している保険者の負担によって調整される仕組みになっていることから、今後の継続的な運営に影響が出ることも予想される。高齢化と人口減少が著しい市町村が急増していることを勘案すれば、将来的な国民健康保険運営の広域化は必然なのかもしれない。しかしながら、地域保険の保険者は住民に最も身近な市町村が適していると考えることが自然であり、保険運営とあわせて住民の健康管理事業にも注力することが合理的かつ合目的的であると言える。さらに問題は国民健康保険に限られたものではない。日本国内には制度の異なる保険者が約3,500程度混在しており、被用者保険との制度間格差の調整も視野に入るとすれば——今後の改革に向けて格差是正が必須条件であったとしても——困難な作業を強いられることは必至であろう。今後の保険運営の道筋が見えない。

(4) 医療リスクが生成される社会的背景

ただ、喫緊の課題となっているのは、医療機関と医療従事者を取り巻く環境変化への対処である。医療崩壊という言葉がメディアに登場して久しいが、問題の本質を理解しているものは意外に少ない。たとえばメディア報道でも話題になっているように、昨今、一般外来患者が第2次救急医療の指定医療機関（入院を要する重症患者に対応できる医療機関）および高度救命救急医療を担う第3次救急医療の指定医療機関の窓口診療時間外や休日、あるいは深夜に来院するケースが増加し、救急の本来機能が麻痺してしまうといった現象が発生している。また軽症患者からの身勝手な救急車出動要請も増加傾向にあり、救急車の台数が不足して本質的な救命救急活動に支障をきたすなどの問題も生じている。救急医療に従事する医師

6) 国民健康保険中央会による統計情報「国民健康保険の実態」（平成21年度）を参照。
7) 市町村国保運営の都道府県単位化に向けて、改正国民健康保険法に規定された広域化等支援方針に基づいて実施される都道府県単位の再保険事業である。

は緊張状態から解き放たれる時間が短いうえに、現場は恒常的な人手不足の状態が続いているため——当直医の肉体的・精神的負担は著しく——バーンアウトする医師も増えているという実態がある。

また、産科医療と小児科医療は既に崩壊状態にある。崩壊に至った理由をきわめて短絡的に評価すれば、産科と小児科の職場環境が他の診療科と比較して激務であったということに尽きるが、24時間365日の対応を余儀なくされ、重い責任と恒常的な訴訟リスクを抱え、さらにはハイリスク妊娠分娩が増加する一方で産科救急を担う医師が減少するなど、悪循環に歯止めがかからなくなったことが原因である。当然、体調を崩してドロップアウトする医師がいれば、その職場環境はさらに悪化することになる。社会が少子化問題への処方箋を模索するなかで、産科と小児科の医療環境が年々悪化しているというのは、考えてみれば不思議な現象である。参考として、厚生労働省が公開している『平成21年地域保健医療基礎統計』（図1）では、産科医師数はもともと総数が少ないものの、ここ数年は横這いと言っている。また、小児科医師数は平成8年から平成20年まで時系列的

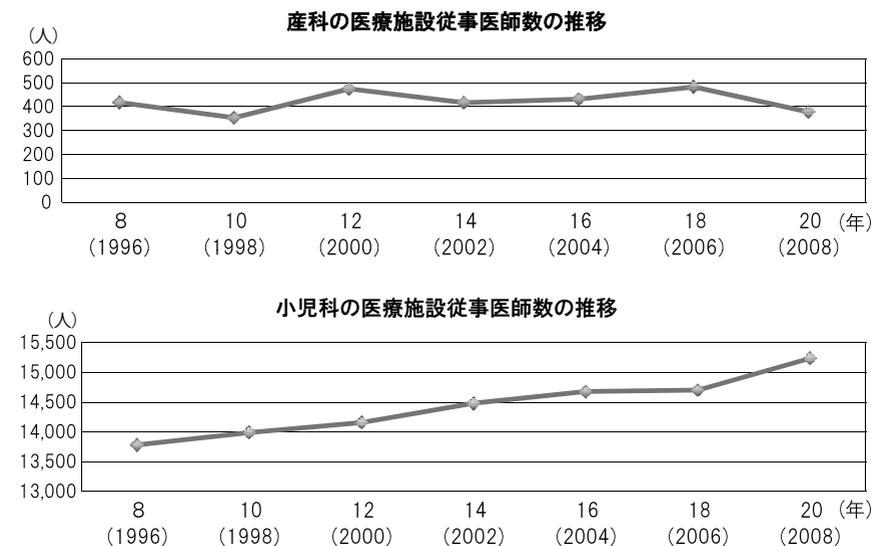


図1 産科・小児科医師数の年次推移



に増加傾向を示している。いずれにしても、過去に公表された統計データと比較してもこの数年間に大きな変動が生じたとは考えられない。問題とすべきはこの現象を作り出している原因である。なにゆえ 24 時間 365 日の対応を強いられるのか、なにが原因で恒常的な訴訟リスクを抱えなければならないのか、そしてなぜ、ハイリスク妊娠分娩の患者が増加しているのか等を考えることが大切である。この問題を解決しない限り、産科・小児科医療の現場に生じている負のスパイラルを止めることは困難ではないかと思える。

地域住民の「いのち」と「くらし」を支える多くの医療従事者は、医療を介した患者との相互行為において、現代人の多様な価値観や死生観に翻弄されることも多いと思われる。とりわけ「いのち」が形而上の存在から形而下の存在へと移行した——神話から離れて科学や経済との結びつきを強めた——現代という時代にあっては、予期せぬリスクが常に傍らに存在すると言ってもいい。それらのリスクを誰が作り出しているのかを考えることが大切になる。もし、現代の医療現場が特定の医療従事者の責任感や使命感だけで機能しているとしたら、日本の社会はきわめて危うい状況に置かれていると言える。この問題は政府の政策課題であると同時に、まさに社会学的視座から検討すべき課題でもある。

4. 農山村地域における医療の実態

さて、現代医療は上述したような様々な問題を抱えているが、崩壊が懸念されているのは救急医療や産科・小児科医療に限ったものではない。社会問題となっている地域格差は医療制度においても同様の問題を突き付けてくる。医療崩壊の速度は都市部に増して農村部が明らかに先行している。いま、農山村地域の医療環境が悲鳴を上げ始めている。そこで、まず農山村地域の実態を把握するために、現在の医療環境に対する現場の意識を抽出してみたいと思う。社団法人農協共済総合研究所が 2009 年度に実施した「農山村地域における保健医療基盤整備にかかる調査研究」では、全国各地で——僻地医療を担っている医療機関も含めて——農村医療を展開する 115 の厚生連病院に「農山村地域の保健医療基盤に関するアンケート」の協力を求め、合計 102 病院からの回答を得た。このアンケート結果

を手掛かりに農山村地域の医療環境を分析する。

図 2 は「地域医療の崩壊は始まっている（あるいは既に崩壊している）と感じることはありますか。」という質問に対する回答である。「十分機能している」と答えた医療機関は皆無であり、「既に崩壊している」と「このままだと崩壊する」を合わせると 99% になる。この結果を見るだけでも農村地域の医療リスクが限界水準に達していることが理解できる。あくまでも意識調査であるため、医療従事者の危機意識を煽っている個別要因については明らかではない。しかしながら、現行医療体制では住民の期待に応えることが難しいという意味において、回答に託された真意は一致しているものと思われる。問題なのは、「既に崩壊している」と回答した医療機関が半数近くに達しているということである。医療安全の観点からも早急な対応が必要になる。この回答を見るだけでも地域医療の疲弊状況が推察できる。きわめて深刻な事態に至っていることは明らかである。

図 3 は「医療崩壊の主因は何だとお考えですか」という質問に対する複数回答の結果をグラフ化したものである。想定される原因が多岐にわたることを考慮し、主たる原因以外にも選択が可能な方法で回答を求めた。最

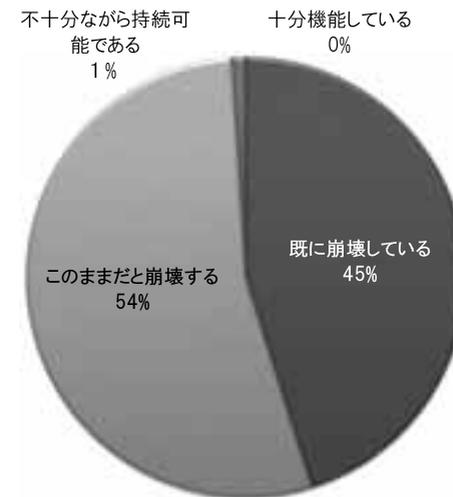
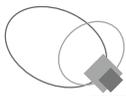


図 2 地域医療崩壊についての認識 (N = 102)



も多かったのは「医師不足」であり、次いで「医師の過重労働」、「看護師不足」と続く。いずれも現場のマンパワーに関する項目であり、「厚生労働省の政策の失敗」や「診療報酬の配分間違い」などの政策的諸問題を上回る結果となったのは予想外であった。この結果については病床規模別にみてもほぼ同様であるが、300床以上の医療機関では、「患者の権利意識の増大」や「メディアの過剰報道」など、社会的リスクを指摘する声も多数見られる。いずれにしても、すでに地域医療の現場では診療報酬や政策に関する問題以上に、医師不足によるリスクの拡大が深刻な問題になっている実態が示されている。

図4は、医師不足の実態を各医療機関がどのように認識しているかを確認したものである。病床規模別にみると明らかな相違が生じ、興味深い結果となった。病床規模が100床未満の医療機関では「地域による偏在」の選択数が圧倒的に多い。また300床以上の医療機関では大きな分散はないものの「医師の絶対数不足」が最も多かった。この結果から推定できる状況は、医師不足にも2つのケースが存在し得るという可能性である。ひと

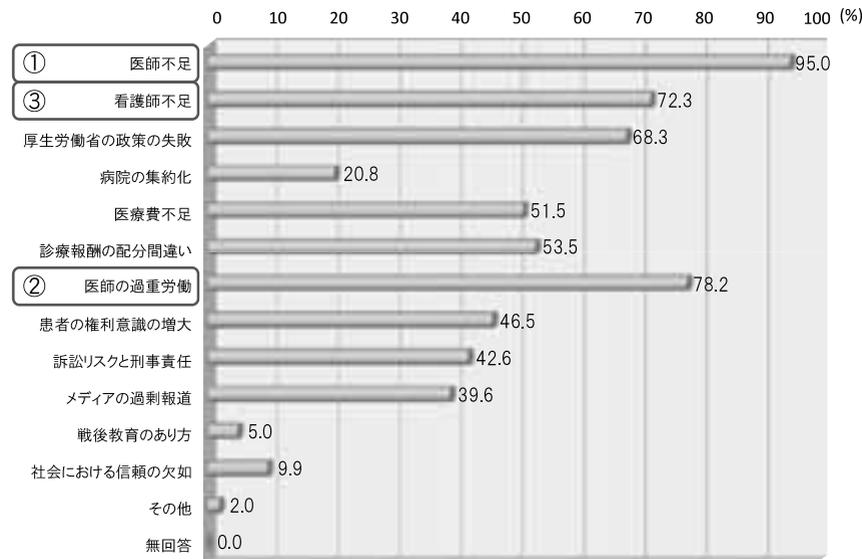


図3 医療崩壊の原因 [複数回答] (N = 101)

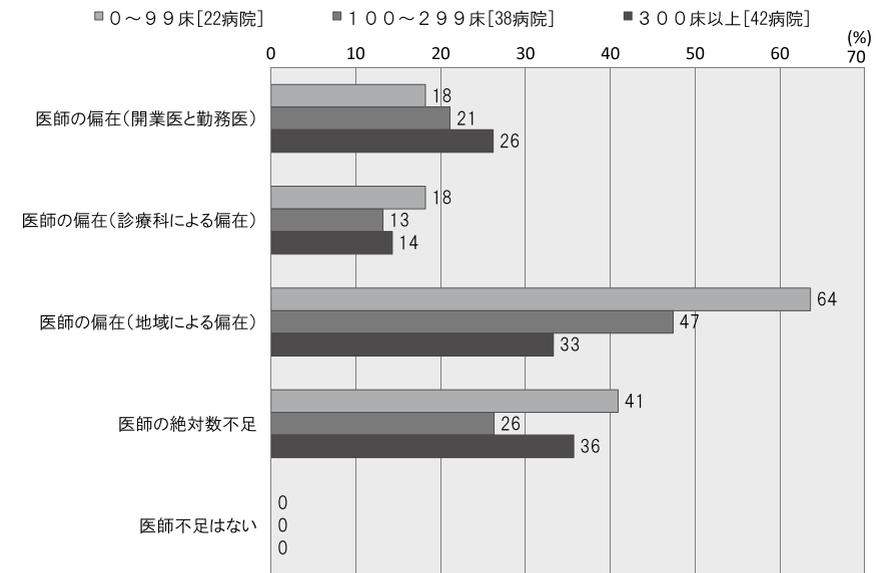
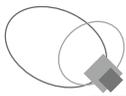


図4 医師不足に関する認識 (N = 102)

つは、診療科に医師がまったく存在しなくなってしまうケースであり、もうひとつは、業務量の総体的増加によって人手不足に陥るケースである。もし、その推測が正しければ問題の解決は容易ではない。地域ごとの詳細な状況把握が求められ、個別具体的な対応が必要になるだろう。ましてや統計数値による分析・評価は大きな過ちを犯す危険があり、あまり参考にすべきではない。ただ、「医師の絶対数不足」については、諸外国との比較が議論を行う際の題材にはなる。制度の質や財政規模の問題もあり、理想的な医師数を判断するための根拠や基準も存在しないため、この結果だけで一喜一憂するのは危険であるが、対外比較において日本の医師数は低位にある。たとえば医師数の国際比較ではOECDヘルスデータが用いられることが多いが、「人口1,000人当たりの医師数」(OECD Health Data 2009)を見ると、日本の医師数は——人口1,000人当たり2.1人と——OECD平均と比較しても大きく下回っている(図5)。たしかに、この状況で患者のフリーアクセスと医療サービスのクオリティを維持するためには、医療従事者の勤務時間や職場環境へのしわ寄せを否定できないものが



ある。

図6は「病院全体で不足している医師数」を尋ね、具体的な不足人数を記載してもらった結果である。「6～9名」不足していると回答した医療機関が最も多かったが、10名以上の不足が生じていると回答した医療機関が全体の30%程度存在し、特定の診療科に偏る傾向があれば、診療科の閉鎖という事態に発展している可能性もある。また、不足する医師数を合計すると770名に上り、平均すると1医療機関につき7名以上の不足が生じていることになる。この結果は予想を大幅に上回るものであった。

以上のとおり、農山村地域における医療崩壊の原因が“医師不足”にあると感じている医療機関が圧倒的に多いことがわかった。それを踏まえて、「地域医療を再生するために必要なことは何でしょうか。」という質問に対する回答を図7に示す。改善すべき項目が多岐にわたるであろうことを想定し、これについても複数回答とした。結果は予想に反することなく

Chart 1. Practising physicians per 1 000 population, 2007

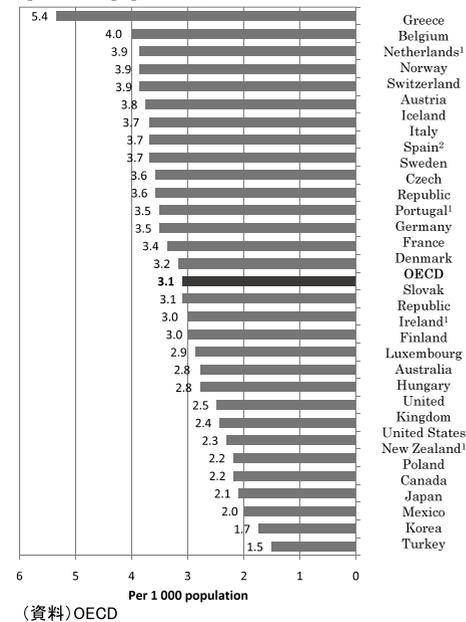


Chart 2. Growth in practising physician per capita, 1990 to 2007

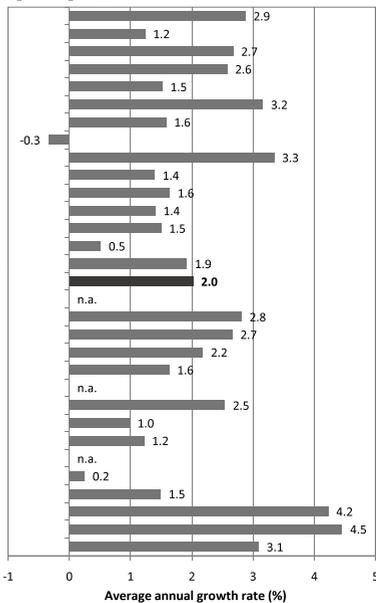


図5 OECDヘルスデータ 2009, 2009年6月

「医師の増員」が最も多く、次いで「診療報酬引き上げ」であった。本件が単に“ヒト”と“カネ”の手当てで解決できる問題ではないことは当初から

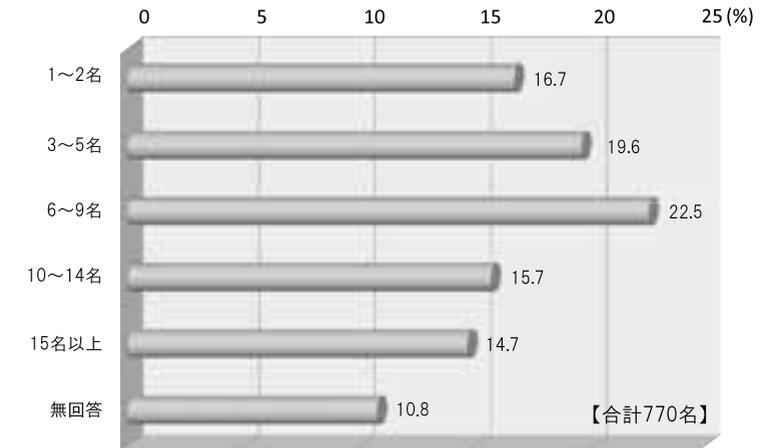


図6 病院全体の不足医師数 (N = 102)

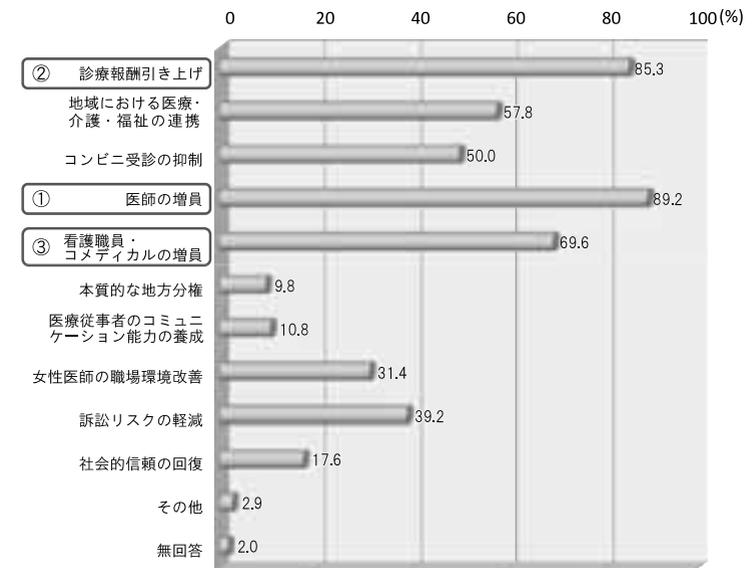
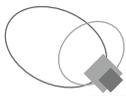
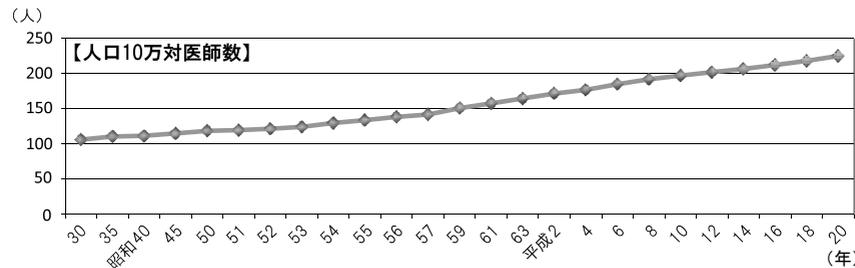
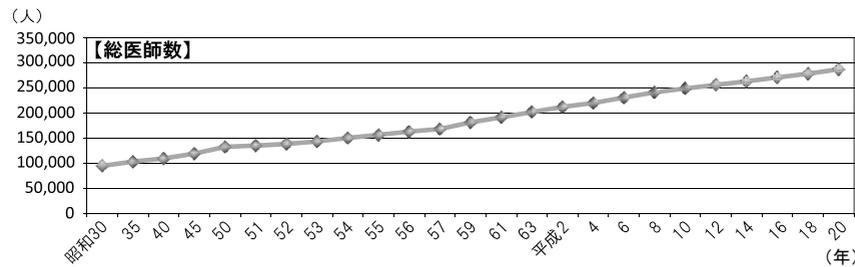


図7 医療再生に必要なこと [複数回答] (N = 102)



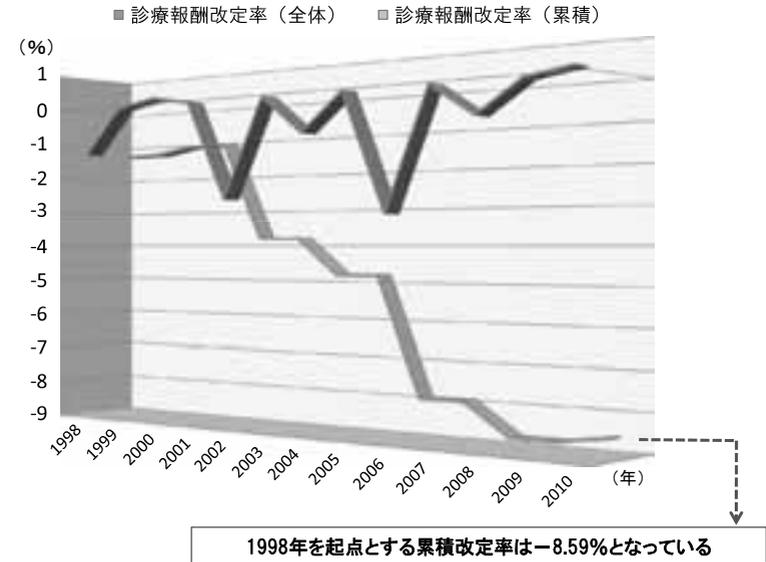
ら理解しているが、医療現場の意識を絞り込むためには意味のある結果となった。ここに示されているのは緊急避難的対応を求める声である。疑いなく、農山村地域の医師不足は深刻な問題である。しかしながら、医師が不足する原因が明確になったわけではなく、不足している状況や個別理由も明らかにはなっていない。統計学的調査によって短絡的に評価すれば、医師不足は医療機関の経営能力やマネジメント能力の問題などへと転嫁される危険がある。事実、たとえば図8に示すとおり、医師数については昭和30年からの年次推移をみると、総医師数および人口10万対医師数のいずれも増加しているのである。一方で、総人口は平成17年頃から減少に転じ、向後数十年間は減少を続ける。一般論を言えば、医療従事者の業務負荷は必然的に減少してもいいはずだと考えられるからである。

経営的視点からみれば、たしかに診療報酬の問題も無視はできない。図9に示すとおり、1998年からみた診療報酬の累積改定率はマイナス8.59%となっている。医療保険財政が厳しさを増す状況にあって、診療



(資料)平成21年版厚生労働白書公表データにより作成

図8 総医師数・人口10万対医師数の推移



1998年を起点とする累積改定率は-8.59%となっている

図9 診療報酬改定率の推移 (財務省及び厚生労働省公表データから作成)

報酬がマイナスにシフトするということの正否を判断するのは難しいが、年々業務負荷が増し、リスクも高まる環境での経営を強いられているとしたら、感情的にも受け入れがたいのは至極当然であろう。現実問題として、これから医療費は介護ニーズに連動するように増加することが予想されるため、医療と介護は保険制度とサービス内容の両面から、その適用を巡って機能的役割を明確にしながら相互に調和を図らなければならない。図10は診療報酬のこれまでの推移と今後想定される動向を描き、そこに介護人口と高齢者疾患をクロスさせたイメージ図である。実体経済の成長が下降に転じた以降も診療報酬は「報酬インセンティブ型」のプラス改定を続けたが、限界点に達した以降、「機能評価型」とも言えるマイナス改定へとドラスティックに舵を切った。本来はもう少し丁寧に抜本的な制度改革を議論する時間を設けるべきであったと思うが、すでに保険財政は公費に頼る以外に調整不可能な状況にまで追い込まれていたため、時間的猶予もなく、改定内容は総枠予算における調整に留まった。結果として医療環境への波紋も大きくなってしまった。この状況は緩やかではあるが

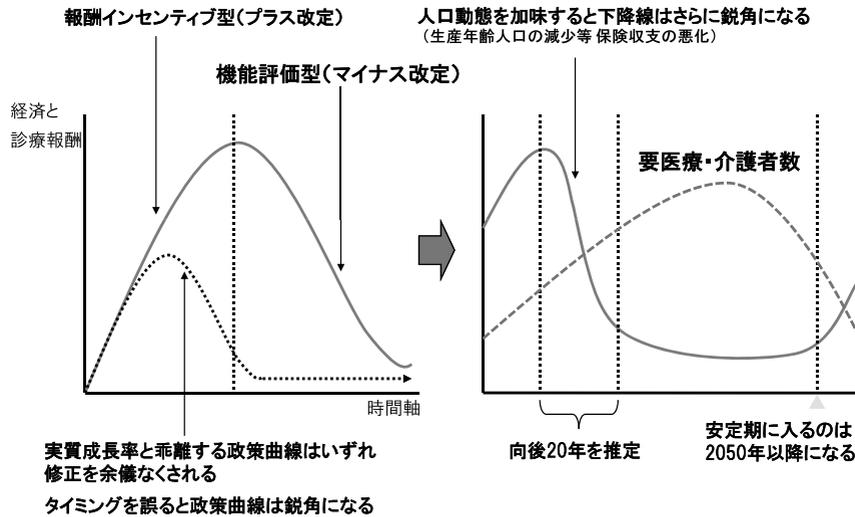


図10 政策と現実のギャップ

数十年にわたり継続される公算が高く、とりわけ問題となるのは認知症患者の増加や生活習慣病由来の急性期疾患対応とその予後対応であろうと思われる。超少子高齢社会においては、医療と介護あるいは福祉の財政的な区分けは難しいが、地域における医療・介護・福祉のシームレスな連携が実現されれば、理想的な財政運営や制度改革の議論にも進展がみられる可能性がある。いずれにしても、高度医療を集中した急性期ユニットと、天寿を叶えることのできる在宅医療・在宅ケアは、どちらも地域に必要な医療基盤ではあるが、制度を支える財政が無尽蔵に存在するわけではないので、理想と現実の折り合いをつけるための議論が、これから必要になってくるものと思われる。現在、医療界は、そして何よりも国民自身が、医療制度が構造転換を迫られていることについての理解に乏しい。医師不足の問題を含め、アンケート結果に表れた諸問題を解決するためのヒントも、この道筋の中にあるように思える。

そこで最後に、農山村地域の中でもとりわけ保健医療の維持が困難とされる、中山間部（僻地）における医師不足の原因を確認した結果が図11である。ほぼ想定内の範囲内であったが、着目すべきは「生活環境に問題がある

」の選択数が最も多かったことである。この結果からも医療と社会の関係が見て取れる。次いで「新医師臨床研修制度の弊害」の選択数が多いが、僻地における医師不足問題は、病院を取り巻く生活環境と密接に関係している。これはまた「技術の向上に繋がらない」という回答にも関係がある。いわゆる新医師臨床研修制度は、大学医局による人事の一極支配という構造を解体し、若い医師たちを“自由”という広大な地平へと解き放った。医師不足や医師の偏在が起こった背景には、この新医師臨床研修制度が関与していることは明らかだが、さて、この大胆な制度改定は誤りであったのだろうか。世論には、政策の失敗や医師のモラル低下を指摘する声が多いものの、支配的な制度を解体して個人の自由を優先させたことを社会が否定すべきではない。そもそも持続可能な社会とは、個々が道徳的自由を自覚し、自らをコントロールできる強い意思と行動力を持ち、そこから湧き上がる正義観によって支えられるべきだからである。この問題はすべて、現代社会に蔓延する常識や価値観、そして野心を掻き立てる社会システムが作り出した結果であろう。ゆえに人口の高齢化と産業経済の衰退が

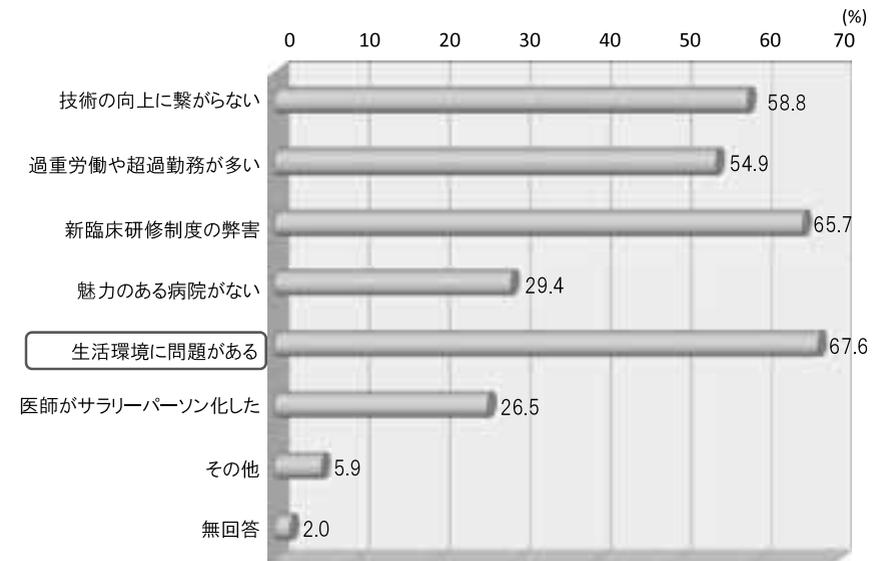
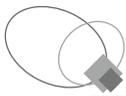


図11 僻地医療における医師不足の原因 [複数回答] (N = 102)



顕著で、公共交通機関や学校などを含む社会的インフラストラクチャーの衰退も進んでいるような地域では、医療機関経営も他産業と同様の問題を抱える。医療崩壊の根本原因は当該医療機関が有する機能や病床規模などによっても様々であろうが、とりわけ立地条件に関する問題は大きい。僻地医療に限っては、医療再生への取組みは地域再生の取組みとセットで進めていかなければ成し得ない。まさに、保健・医療・高齢者福祉事業と地域が一体となった、社会連携による地域再生モデルをデザインする必要性が示唆される。

5. 社会心理的要因分析～医療制度への波紋

ここまで、医療と医療保険制度の歴史的経緯を踏まえ、医療制度全体が抱える今日的問題を明らかにしてきた。制度を維持していくために解決すべき問題が大きく2つあることが見えてきたが、ひとつは、医療保険制度の財政基盤をいかに健全に維持できるかというテーマである。これには国民的議論と国民的合意が求められるために、それぞれの思想、価値観、あるいは正義などへの意識を踏まえて、丁寧に全体理解を促しながら未来の方向性を探っていかなければならない。しかしながら、給付と負担の格差が今後ますます拡大するなかで、都市と農村、若年層と高齢者の意識は乖離し始めている。保険者の制度間調整の行方や保険者統合の是非にも関わる問題であるが、喫緊の課題は、農山村地域における国民健康保険機能をいかに維持するのかという問題である。

もうひとつは、医療機関と医療従事者を取り巻く社会環境が変容し、リスクが高まっている状況をいかに改善するかというテーマである。この問題はさらに3つに分けて考える必要がある。第1の問題は、患者が医療現場に持ち込んでくる緊張感というリスクである。不信に満ちた関係や身勝手な行動、過度の権利意識に基づくクレームや訴訟リスクの高まりなどである。第2の問題は、医師の地方離れである。医師の偏在の問題については3.において若干の解説を加え、また他の多くの論文によっても理由は明らかなので本稿では割愛するが、社会学的視座に立てば、医療は単にシステムではなく人間の関係性であるので、医師もまた地域住民であることが必要である。そのことからすれば、医師には当該地域に永住するか少な

くとも長期在住していただくことが望ましい。これは第3の問題ともリンクする。そして第3の問題は、地域とりわけ農山村地域の再生である。上述のとおり、地域医療再生の前提に地域再生が必要なことはすでに明らかである。

以上の問題解決を図るために、まずは現代社会ならびに現代日本人について、社会実態を踏まえて、その思想と価値観に基づく行動を整理しておきたい。日本は人口オーナス期を迎えた(図12)。まさに人口が経済発展の足枷になる状態を意味する。振り返れば日本は、社会保障基盤が確立される以前の多産多死社会から、高度経済成長による個人所得の向上と生活環境の改善、とりわけパラダイム・シフトによって少産少死社会を作り上げていった。この間、生産年齢人口が総体的に増加し、これらの中間層が社会生活上のすべての価値を支える象徴となったことで、子どもや老人あるいは障害者といった、いわゆる社会的弱者の価値——皮肉にも福祉制度の充実によって見過ごされるようになってしまった存在価値や社会的価値

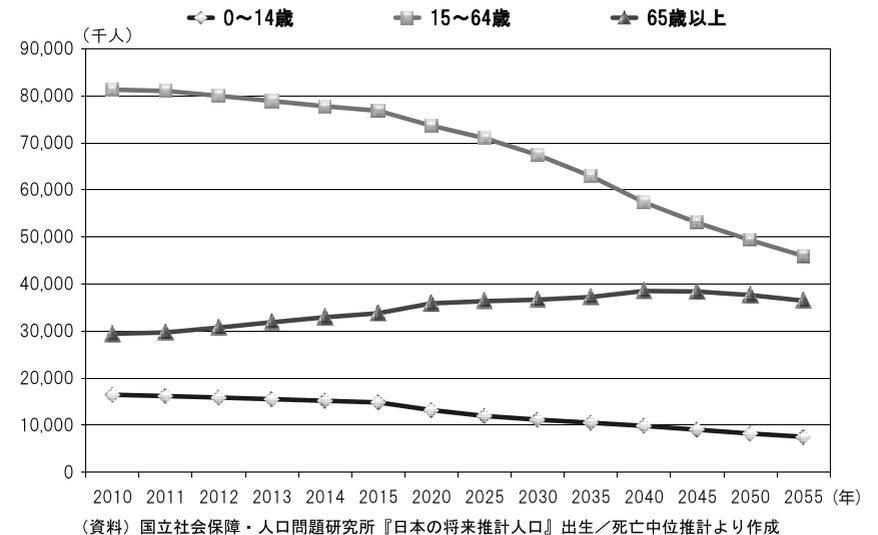
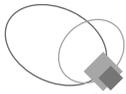


図12 人口オーナス



——が相対的に低下していった時代とも言える。また、戦後日本の産業経済は低賃金の人口パワーによって支えられてきたという一面もある。しかし、生産年齢人口は団塊の世代のリタイアに伴って今後急速に減少していく。未来を支える年少人口は現時点における推計値をみる限りにおいて減少傾向を示し、対して65歳以上の高齢者人口が2040年前後まで増加していく見込みである。長寿社会を背景とする高齢者人口の増加は医療および介護ニーズを高め、社会的コストを増大させる最大の要因になっている。これに拍車をかけるように生産年齢人口が減少するため、上述したように、医療保険財政の収支バランスが壊れ始めたのである。そして何よりも、年少人口に増加の兆候が見られないことが、未来を悲観的に捉えるしかない風潮を作り出している。

平成17年前後に出生と死亡のクロスポイントがあり、人口は自然増から自然減へと転じた。また、日本の合計特殊出生率の推移を裏付けるように、婚姻件数と離婚件数の数値も推移している。この現象を単に価値観の変化と捉えるのか、あるいは、婚姻関係がリスク化したと捉えるのかは別にして、現代人にとってすでに家庭は安息の地ではなくなり始めている(図13)。夫婦関係も以前とは異なる。ある意味で自立的であり、パートナーではあったとしても運命共同体ではない。誰もが「自分らしさ」の追求に暇がないが、「自分らしさ」とは何なのかを見出せずに焦燥感を募らせているという感も否めない。社会観と意識を変えれば、他者と同じであることの安心感というものも確かに存在するし、多少の息苦しさはあっても、価値観や未来を共有しながら生涯を共にすることの意義は大きい。さらに出生人口の推移から見えてくるものもある。今後、第1次ベビーブームおよび第2次ベビーブームで出生した人々の人口の山、この2つのビッグウェーブが高齢化してくる。当然であるが、この現象を避けることはできない。因みに現在の平均寿命(平成21年簡易生命表)は男性が79.59歳、女性が86.44歳であり、一般に言われる定年退職後の人生はきわめて長くなっている。

中長期的にみると、人間の死亡率は100%であるから誰もが例外なくいずれは死亡するわけだが、死亡者数のピークが到来するのは——上述した高齢者人口の増加が止まる時期でもある——2040年前後である(図14)。

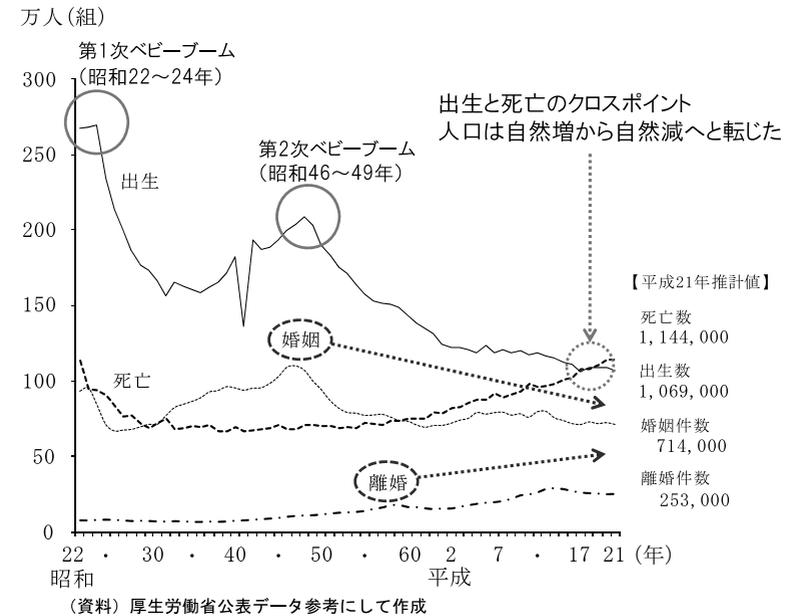


図13 人口動態総覧の年次推移

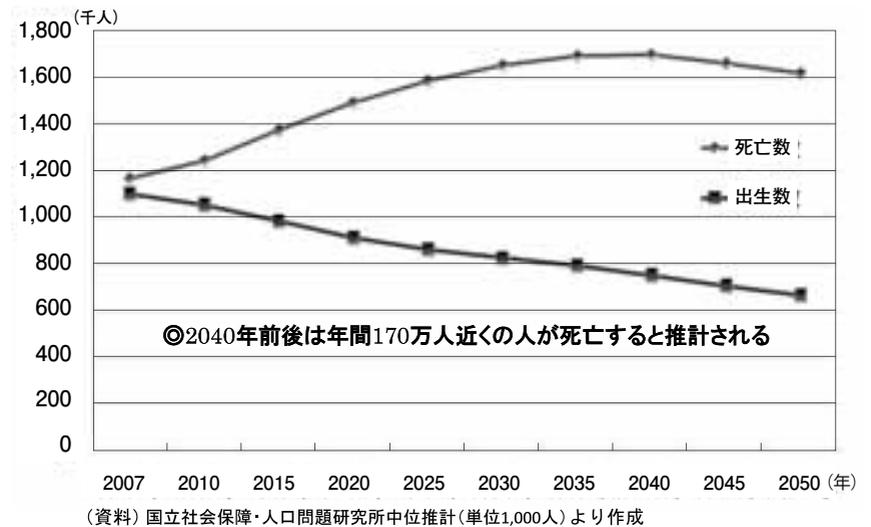
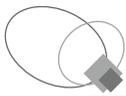


図14 多死社会の到来——現代人は「死」をどのように受け入れるのか——

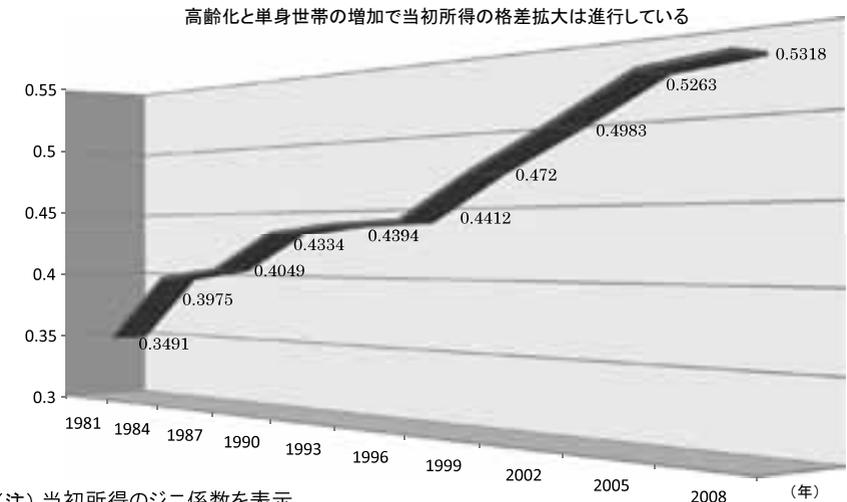


問題となるのは健康寿命であり、死亡に至るまでの健康状態によって社会的ニーズと社会的コストは大きく変動する。とりわけ懸念されるのは認知症リスクであり、核家族化や独居の増加が問題をさらに複雑にしている。また、疾病リスクを低位で捉えたとしても死亡に至るまでの一定期間は医療を要すると考えられ、生活習慣病に由来する疾病の予防は現在取り得る唯一のリスクマネジメントである。

人口オナーズの時代は社会的格差も拡大するものと推測できる。その原因のひとつは年金生活者の増加であるが、もうひとつは、現代が人口ボーナス時代の社会システムから脱却できず、社会の細部に至るまで旧システムを支えてきた価値観を踏襲していることにある。それは新しい雇用契約の中にも見て取れる。グローバル化による雇用環境や職業価値観の変化は非正規労働者を増加させたが、職を失いニートやフリーターに移行していく原因は、単に不安定な雇用契約のみに起因するものではない。一定のセーフティネットが完備された社会で、人生から老病死が覆い隠され、マネーゲームに翻弄され、労働の意味が見えづらくなったことにも関係している。抑制できなくなった自由や自己実現への欲求という現代社会の病理が、この問題に少なからず関与しているように思える。そして格差拡大は現実に進行している。厚生労働省が平成22年9月に公表した平成20年所得再分配調査報告書では、所得格差の指標でもあるジニ係数は上昇を続けている(図15)。

2008年時点の再分配後のジニ係数は0.3758と危険水域には到達していないかのように見えるが、当初所得のジニ係数がすでに0.5という大台に乗っている事実は看過することができない。国民の実感としての格差は明らかに存在するものと推察できる。図16は生活保護世帯数の推移であるが、保護世帯は近年になって急増している。過去の緩やかな上昇は福祉国家を歩み始めた日本の姿を反映したものと解釈できるが、バブル経済崩壊後の上昇率は尋常ではなく、産業経済が不安定になったことで雇用を縮小し始めていることを示している。

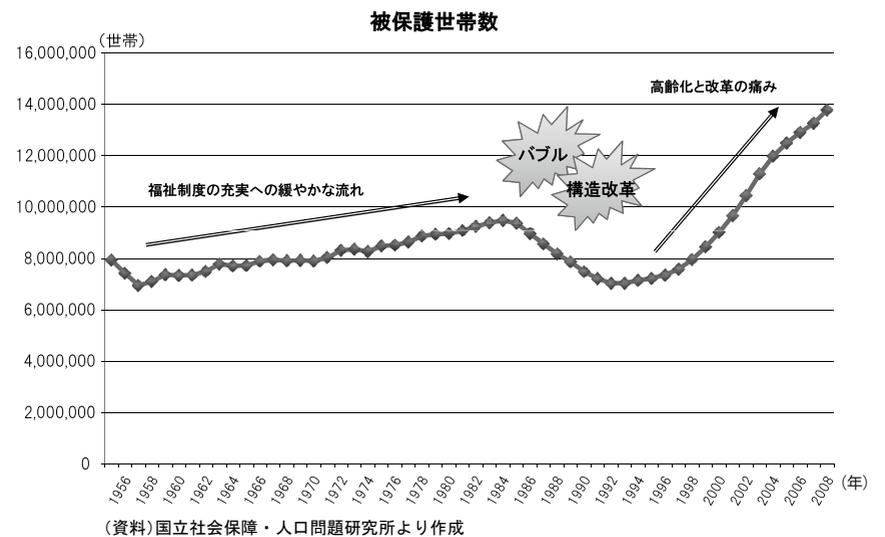
次に現代人の意識に目を向けてみる。伝統的なコミュニティである地縁社会は、高度経済成長と産業構造の転換によりその存在感を失っていった。多くの日本人は、家庭という最小単位のコミュニティと、エンターブ



(注) 当初所得のジニ係数を表示

(注) 2008年度 再分配後のジニ係数は0.3758と、格差は正効果は上がっている

図15 2008年のジニ係数 (厚労省 2010.09.01 発表)



(資料) 国立社会保障・人口問題研究所より作成

図16 生活保護世帯数の推移

ライズという——新しいコミュニティともいえる——組織の間を往来しながら、都市という公共空間のなかで孤独な群衆に紛れるように日々の暮らしを送っている（図17）。他者との信頼関係は——それがたとえわべだけの信頼であったとしても——主にコミュニティの内部で醸成される。そのことから現代人は、暮らしの場が“家庭”と“組織”に二分されたことで、この二つのコミュニティの成員以外の他者と、積極的な信頼関係を築く必要がなくなったのだろう。現代社会において、信頼は主として契約によって担保され、法律によって守られる以外に逃げ道はなくなってしまった。問題となっている「患者が医療現場に持ち込んでくる緊張感というリスク」は、現代人のこういった意識や社会常識から作り出されていると考えられる。ゲオルク・ジンメル（Simmel, G.）は、都市生活者が互いに無関心を装うのは精神的かつ社会的安寧のための保護行動であって、無関心であるがゆえに人間は自由であると言ったが、この論理はたしかに真理である。しかしながら、専門的分業体制が極度に進行した現代社会においては、そして何より人口オーナス期に入った現代の日本社会においては、これらの自由には一定の抑制も必要となるであろう。

そもそも革命無くして勝ち得た自由と平等は社会に何をもたらしたのだろうか。デモクラシーという言葉をよく耳にするが、この言葉の本質的な意味を理解するものは少ない。デモクラシー（democracy）という言葉の起

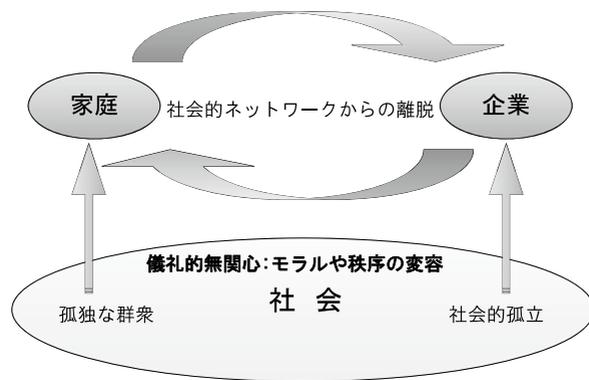


図17 都市化によるコミュニティの変容

源は、ギリシャ語の DEMOS（民衆）と KRATIA（政治・統治）の合成語である。そのことからすれば、民主主義ではなく民主政治になる。それはイデオロギーではなく統治形態を意味しており、政策決定プロセスを明確にした言葉であると言っていい。いずれにしても、目指してきたのは「自由」と「平等」であった。人間は平等が自覚されるようになると、平等であることへの不満が宿り、あるいは平等であることへの不安が高まり、それは野心の増殖をもたらす。しかしながら多くの場合、満たされることのない野心を抱えて焦燥感を募らせることになる。結果、誰もが孤独で、満たされることのない欲望に囚われ、社会を見失うことになるのではないだろうか。これから日本人は、「自由」と「平等」について、どこかで折り合いをつけなければならない（図18）。そもそも「自由」と「平等」は対立概念である。両者を同時に満足させることは、基本的に不可能である。しかし、それを悲観的に捉えることはない。自由に一定の抑制をかけることで日々の焦燥から逃れることができるし、不平等をある程度は受け入れることで、人間同士の関係を取り戻すことができる。ここに「医療保険制度の財政基盤をいかに健全に維持できるか」という問題に対する解決のヒントが隠されている。

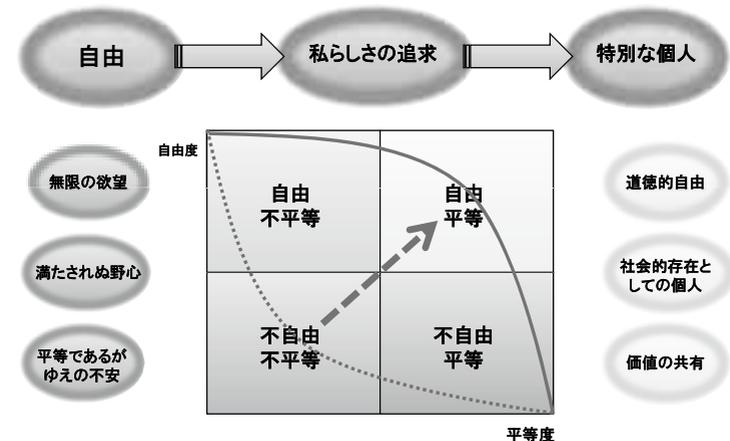
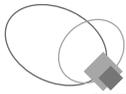


図18 自由と平等のバランス



6. 福祉レジームにおける医療政策

ここで参考に海外の医療政策を概観してみようと思う。世界に目を向けると、20世紀に入ってから先進諸国は一様に福祉国家へと舵を切ったが、たとえばデンマーク出身の社会学者エスピン・アンデルセン（Gosta Esping Andersen）による「福祉レジーム論」でも指摘されるとおり、各国の制度設計と政策課題は異なる。無尽蔵に存在し得ない限られた財源の確保（国民負担率の多寡や社会保障予算のGDP比率等）とその配分（窮乏・疾病・無知・不潔・無為へのアプローチ）を巡って多様な姿を見せるが、そこには国家の政治思想や国民の価値観、とりわけ死生観が色濃く反映されている。いずれも一長一短はあるが、国民総意の下で「自由」と「平等」に一定の折り合いをつけるかたちで具体化した制度であり、その意味では国民自身の意志の表象である。

はじめに、3.で紹介した厚生連病院へのアンケート項目の中の「医療政策・医療制度への意見」と「見習うべき諸外国の医療制度」の結果について分析する。図19は現行の医療制度を維持・発展させるために政府に期待する今後の対応等に関する意見である。「税の投入が必要」が最も多く、「医療費の配分調整が必要」と「社会保障の総枠を拡大すべき」が続く。きわめて明確な結果になったと言えるが、医療費の配分調整以外はすべてが医療財政の拡大に関するものであり、収支の入口と出口がほぼ決まっている医療機関経営においては、ある意味で当然の結果であったと言えるのかもしれない。ただ、この回答には医療制度を保険で運営するのか、あるいは税で運営するのかといった、制度自体の構造的な議論を展開する意図が含まれているとは思えず、あくまでも懸念される将来財政を補うために、どこからその予算を調達するのかを示したものと考えている。また図20は日本が見習うとしたらどこの国の医療制度かを尋ねたものである。驚いたことに、「見習うべき国はない（日本の医療制度が理想的である）」が最も多かった。このことから、現行の医療制度自体への不満があるわけではなく、問題視しているのは財政運営とその配分調整にあることがわかる。この結果はとても重要である。これに次いで、「北欧」や社会保険発祥の地である「ドイツ」の選択数が多いので、これらの国々について、その制度

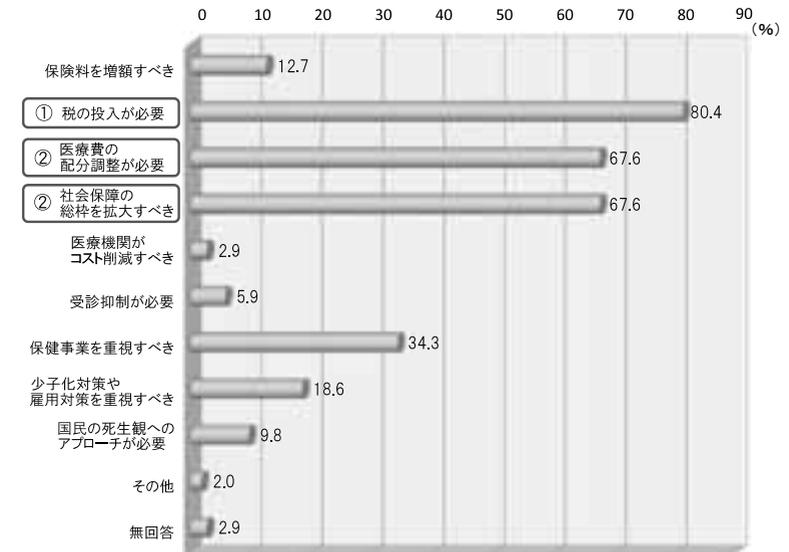


図19 医療政策・医療制度への意見 [複数回答] (N = 102)

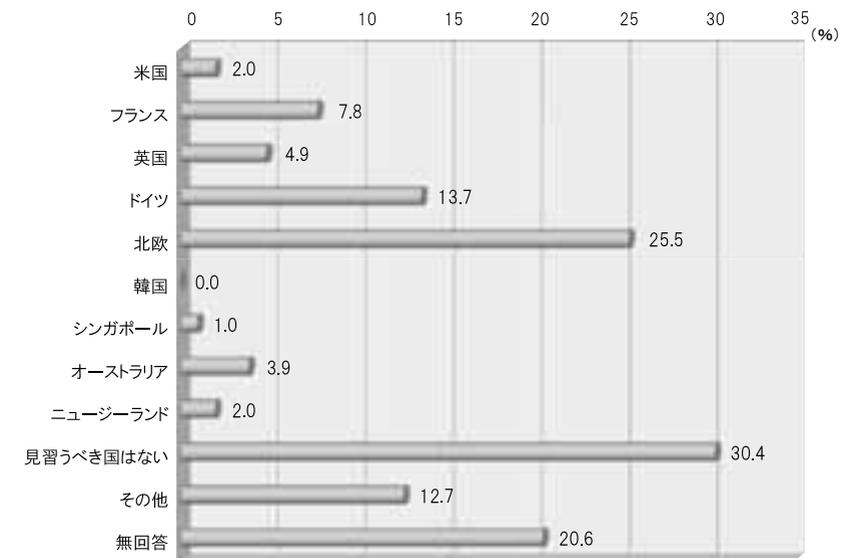
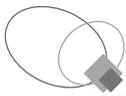


図20 見習うべき諸外国の医療制度 [複数回答] (N = 102)



の概要を確認しておきたい。比較の対象として、特徴的な制度を有する3つの国、上述したドイツ、福祉の国デンマーク、そして保険制度を公設民営で実施するオランダを取り上げる。

(1) ドイツの医療保険制度

ドイツは世界で初めて社会保険立法が制定され、公的医療保険制度が施行された国である。歴史的にみると、初代宰相のオットー・フォン・ビスマルク (Otto Eduard Leopold von Bismarck-Schönhausen) の「飴と鞭」の政策において、「飴」の役割を担ったのが社会保険であると言われる。当時、資本主義経済の進展は少数の資本家と大多数の労働者階級という構図を浮き彫りにし、低賃金、重労働、そして貧困に苦悩する労働者間の連帯意識が徐々に高まっていった。彼らの団結は労働運動や社会運動を巻き起こし、ときに資本主義社会の根幹さえも揺るがすような事態にまで拡大していったのである。ビスマルクは1878年、運動弾圧を目的に——いわゆる「鞭」の政策といわれる——社会主義者鎮圧法を制定するが、この法律がさらなる抗争の激化を招く結果となってしまう。この状況下で求められたのが「飴」の政策であった。帝国議会は1883年に「労働者の医療保険に関する法律」を可決し、公的医療保険を制度化するための疾病保険法が成立するに至った。法定給付には、医療費を現物給付する療養の給付や、休業による所得喪失を補う傷病手当金などがあり、出産手当金や死亡手当金は付加給付として支給される仕組みになっていた。しかしながら、万人が保険利益を得られたわけではない。ビスマルク型医療保険は労働者を対象とする職域保険であり、低賃金労働者への福利厚生としての意味合いが強い。ゆえに保険料は、労働者3分の2、使用者3分の1という負担割合で徴収されるものであった。

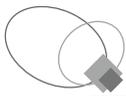
近年に至っては、ドイツの医療保険も例に漏れることなく、財政悪化の影響から公的支出による一部補填が実施されている。医療保険は共済組合から移行した疾病金庫によって運営されるが、これは日本の健康保険組合とほぼ同様の自立的な組織であり、自己責任原理に則った組織であるが、最終的なセーフティネットは国が担っている。疾病金庫には、主に地区疾病金庫、企業疾病金庫、農業疾病金庫などがあり、その数は吸収合併等で急激に減少しているが現在200団体ほど存在し、国民の約9割が加入して

いる。保険者間には競争原理が導入されているため、被保険者にも疾病金庫を自由に選択する権利があり、規模が縮小していく組織は他の疾病金庫に吸収されていく傾向にある。扶養親族の扱いは日本と同様であるが、被扶養者という概念はなくすべて被保険者という名称になっている。ドイツでは、2.で解説した日本の保険財政共同安定化事業の先駆けともいえるリスク構造調整が行われている。上述したとおり保険者間には競争原理が導入されていることから、各保険者には疾病リスクが低い被保険者を獲得しようとする動機が生じる。これら逆選択へのインセンティブを解消するために、2009年に連邦保険庁に医療基金が創設され、徴収された保険料はリスク構造調整が行われた後に各疾病金庫に配分される仕組みになっている。

また、国民の約1割は民間保険に加入している。2009年から国民皆保険が実施され、全国民は疾病金庫か民間医療保険のどちらかに加入することが義務付けられている。制度には、経済的に豊かな人々は自由度を最優先し、国家の保護を求めずに自己責任で対応することが望ましいという思想が反映されている。国内には約50社程度の民間医療保険会社が存在し、疾病金庫と同様の給付内容を持つ完全型医療保険と、公的保険では支給されない分野を補う補完型医療保険の2種類を提供している。当然ながらリスク構造調整の対象とはならず、財政も賦課方式ではなく、老齢準備金拠出を含む積立方式が取られている。また、給付方式も疾病金庫は現物給付が主であるが、民間医療保険は療養費払い（償還払い）により医療費が支給される。民間医療保険に特徴的なのは保険料徴収の仕組みである。リスク・コントロールは主に保険料により行われており、保険料は健康リスクに応じて設定され、健康を維持することで軽減され、あるいはノン・クレーム・ボーナスとして一定金額が還付される仕組みも導入されている。

(2) デンマークの医療制度

デンマークはドイツと国境を接し、海を隔ててスウェーデンと隣接する比較的小さな国である。国土面積は約4.3万平方キロメートルで、人口は約550万人である。デンマークは北欧諸国の中でもとりわけ高福祉高負担が際立った国であり、福祉国家のリーディング・カンパニーと言える。高齢者福祉や障害者福祉、また児童福祉等の社会制度は充実し、教育や環



境への対応についても評価は高い。国民の幸福度が高いことでも有名である。社会保障における思想は貧困の撲滅であり、まさに平等を最優先することで自由は最小化される。政策は、国、県に相当するレギオナ、そして市町村に相当するコムーネの3段階で実施されるが、保健医療に関するサービスは主にレギオナが行い、国はその監督責任を負う。医療も福祉サービスの中に含まれるために財源は税によって賄われ、保健医療サービスは原則無料で提供されている。しかし現行制度に移行されたのは1973年からであり、それまではドイツと同様に地区ごとの疾病金庫が医療サービスを実施していた。

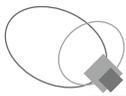
制度の内容が大きく異なるために日本との比較が難しいが、医療サービスが原則無料で提供されているという情報だけが独り歩きするのは危険である。患者の視点に立つと、医療への経済的アクセスは容易であるが、制度的アクセスは厳格に管理されている。デンマークの国民はG P (General Practitioner) と言われるプライマリ・ケア医に登録する必要があり、救急医療や歯科治療等を受診する以外はG Pの紹介なしに病院(専門)医療を受けることができない。コムーネの住民は、保健医療サービスの内容が異なる2つのグループのいずれかを選択することになるが、申し出がない限りはグループ1に振り分けられ、特定のG Pに登録をすることになる。この場合に限り無料で保健医療サービスを受けることができる。また任意でグループ2を選択することもできる。この場合、G Pや専門医を自由に選択して受診することができるが、費用の一部を自己負担しなければならない。現在、国民の9割以上はグループ1を選択している。また、あえてデンマーク医療の問題点を指摘するならば——G Pによるゲートキーパー制を実施していることにも関係するが——それは高次医療を受診する際の診療待機期間の長さである。

以上により、デンマークは明らかにキュアではなくケアを重視していることがわかる。また徹底的に「平等」を追求し、「自由」を極限まで抑えてきた。これも国民の選択であるが、背景には死生観が大きく関与している。国民負担率の問題はあるが、未曾有の高齢社会に突入する日本にとって、制度を支えている思想や価値観には、学ぶべきものが多いと思われる。

(3) オランダの医療保険制度

オランダは2006年に制定された医療保険法をもって、実質的な国民皆保険が成立した。オランダの公的医療保険制度は3種類に分かれており、介護および慢性・長期療養疾患を対象とするCompartment 1、一般医療および急性期医療をカバーするCompartment 2、そして公的医療保険の給付範囲から除外される医療サービスを対象とするCompartment 3である。医療保険法はCompartment 2を対象に施行されたもので、それまでこの分野は疾病基金保険と公務員保険、そして私的保険に分かれていたが、本法の制定によって統合された。Compartment 1とCompartment 2は国民を対象とした強制保険であり、狭義の医療保険制度と呼べるのはCompartment 2である。Compartment 2の医療保険は民間保険会社によって提供され、ここに参入した民間保険会社はCompartment 3の補完的保険も販売できる仕組みになっている。民間保険会社は営利であるか非営利であるかを問わず、労働災害保険や疾病保険などの特定分野の免許を取得していれば参入が可能である。また政府は保険者間の競争を促進しているが、それはあくまでも「管理競争」であり、制度で規制された環境の中で市場原理が働くように整備されている。たとえば、保険者は加入希望者を拒否することはできず、商品内容に多少の変化を持たせることはできても、同一商品で保険料格差を付けることもできない。まさに保険者によるリスク選択ができない仕組みになっている。しかしCompartment 3にはこのような規制はなく、保険者はリスク選択を行い、自由に商品を開発し、また同一商品で保険料格差を設けることもできるため、大半の民間保険会社はCompartment 3をセットで販売している。Compartment 3には基本保険では担保されない歯科治療や検査費用、あるいは理学療法などが含まれているため、国民の約9割が加入している。また、オランダもドイツと同様にリスク構造調整システムを設け、保険者間に生じるリスクの偏在をコントロールしている。政府の規制によって生じる保険者間の不平等を解消するため、保険財源である定額保険料、所得比例保険料、公的補助金、そして自己負担金のうち、所得比例保険料と公的補助金を医療保険基金にプールし、リスクに応じて再分配する仕組みである。

オランダでもプライマリ・ケアにはG P制度が設けられているが、これ



は強制ではなく自由選択である。また医療費の支払いについては、被保険者は2種類の医療給付モデルを選択することができる。ひとつは一般的な現物給付モデルであり、もうひとつは、まず医療費を全額自己負担してから保険償還を受ける費用償還モデルである。現物給付モデルを選択した場合、原則として自己負担は発生しない。

オランダは——医療費の抑制と医療の質の向上、およびリスクマネジメントとしての健康管理と疾病管理機能の強化など——保険者機能の強化を管理競争の導入によって図りながら、被保険者の選択の自由を維持し、さらにリスク構造調整システムを用いて社会連帯を実現しようとしている。公的保険制度が担う多くの役割を民間に委ね、公設民営で医療制度を運営する特殊な事例である。

(4) EUの挑戦

EUは、その「開かれた政策協調」(The open method coordination)において、各国の自由と自主性を尊重しながら医療介護分野の不平等の是正に取り組み始めている。市場経済・金融通貨統合から社会保障ならびに社会資本統合に向けた政策協調へと、拡大を目指しているものと考えられる。とりわけ医療分野においては、各国の制度内容の相違や制度間格差に開きが大きいこともあり、EU諸国の制度を比較・検討するために社会保障委員会が設置されている。共有された目標は、国境を越えてすべての人々が経済的かつ制度的にアクセスが可能であること、各国の制度は互いに学び合い最善の状態へと常に質を高めていくこと、また、品質と制度財政が持続可能であることなどであり、そして、これらが調和しバランスの取れた状態にあることが示されている(図21)。

これを具現化するための取り組みのひとつがEU共通健康保険証(European Health Insurance Card)である(図22)。これは各国制度の標準化を意図したものではなく、人口の流動を促し、とりわけ短期滞在における疾病リスクを担保するという目的が強調されている。EU共通健康保険証に登録されている情報は、国名、氏名、保険証番号、生年月日であり、個人の医療健康情報は含まれていない。この保険証を所持していれば、どこの国で医療を受けようとも自国の制度でサービスを受ける権利が得られる。ただ補足すると、現時点での使用が可能なのは、公的な医療提供者な

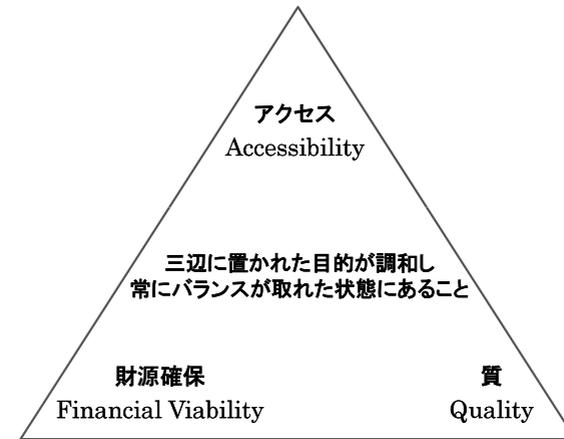


図21 EU社会保障における新たなフレームワーク



図22 EU共通健康保険証 [EHIC]

らびに医療機関での利用に対してのみである。このシステムを可能にしているのは、EU諸国の疾病金庫や健康保険団体を登録した膨大なデータベースである。2010年7月現在、EU加盟国内で約1億8,800万人の人々がこの保険証の発行を受けているが、この数字はEU総人口の37%にあたる(図23)。EUはまさに、自由と平等の新しい地平を目指し始めている。

* 2008 figure, 2009 figure not available

Country	Provisional replacement certificates issued in 2009	EHIC in circulation 31/12/09	Population 1/1/08	% of card holders
Belgium	50,374	2,466,449	10,666,866	23%
Bulgaria	26,021	123,282	7,640,238	1.6%
Czech Rep	Not available	9,664,648	10,381,130	93%
Denmark	Not available	1,142,115	5,475,791	20.8%
Germany	Not available	45,000,000*	82,217,837	54.8%
Estonia	11,049	100,005*	1,340,935	7.5%
Greece	17,263	115,796	11,213,785	1%
Spain	182,718	1,779,336	45,283,259	4%
France	1,542,000	4,616,843	63,753,140	7.2%
Ireland	52,441	1,493,333	4,401,335	34%
Italy	176,414	58,196,144	59,619,290	97.6%
Cyprus	37	44,789*	789,258	5.7%
Latvia	372	52,288	2,270,894	2.3%
Lithuania	4,966	191,712	3,366,357	5.7%
Luxembourg	11,508	457,375	483,799	94.5%
Hungary	28,388	572,222	10,045,401	5.7%
Malta	15	138,438	410,290	33.7%
Netherlands	88,367	3,648,290	16,405,399	22.2%
Austria	Not available	8,033,287	8,331,930	96.4%
Poland	17,555	779,176	38,115,641	2%
Portugal	25,133	1,166,540	10,617,575	11%
Romania	50,400	111,008	21,528,627	0.5%
Slovakia	162,961	1,756,361	5,400,998	32.5%
Slovenia	147,526	523,205	2,025,866	25.8%
Finland	10,182	556,489	5,300,484	10.5%
Sweden	17,000	3,200,000	9,182,927	34.8%
United Kingdom	9,685	33,827,200	61,185,981	55%
Switzerland	Not available	6,500,000	7,593,494	85.6%
Liechtenstein	38	34,980	35,356	98.9%
Norway	Not available	1,303,154*	4,737,171	27.5%
Iceland	380	62,829	313,376	20%
Total	2,556,830	187,657,294	510,134,430	36.8%

図 23 EU 共通保険証発行数 (2010年7月)

Source: European Commission
Published Friday, 2 July, 2010

Over 188 million people in Europe now have an EHIC (or a replacement certificate), that is 3.2% more than in 2008, according to the most recent figures provided by Member States. This is around 37% of the total EU population.

れている取組みと、その背景にある理念は、規模の大小にかかわらず、この日本や、延いては地域社会の関係にも原形のまま落とし込むことが可能である。大切なのは、小国や貧しい国が有する社会資源のすべてが、大国のそれに劣ると考える現代の価値観、それが妄想に過ぎないと知ることである。経済の成功と社会の成功は必ずしもイコールではない。両者はいずれも必要であるが、これがまさに「自由」と「平等」のバランスに他ならない。人間が作り出す社会は、上述のとおり「人間の行動と人間同士の相互作用が作り出す物語」である。経済の拡大だけが人間社会のすべての価値を支えてきた時代は、都市から地方への価値観の強要であった。しかしながら、今後の日本が目指すべきは、人間の原点と真の豊かさの意味を伝える、地方から都市への死生観の発信である。

いま、山深い三河中山間地域で革新的な社会的ムーブメントの胎動を感じる。仕掛けたのは J A 愛知厚生連足助病院である。足助病院は、豊田市北部の足助地区において保健・医療・高齢者福祉を担う、一般病床 153 床、療養病床 54 床を有する総合病院である。この地は過去、信州と三河を結ぶ「塩の道」として栄えた三州街道の足助宿にあたり、長きにわたり奥三河地域の拠点でもあった。多くの自然に囲まれ、豊かな文化を育ててきた歴史ある土地であり、今日でも日常の神事や行事のなかに伝統的風習を見ることができる。しかし残念ながら、その足助町も例に漏れることなく過疎化が進み、基礎自治体としての機能を維持することが困難になった。平成 17 年 4 月には近隣の藤岡町、小原村、旭町、稲武町、下山村とともに豊田市に統合され、現在では人口 40 万人を超える大都市の一部になっている。それにより豊田市もまた、“ヒト”、“モノ”、“カネ”が集まる活気に満ちた市街地と、不可逆的な人口減少によって老いていく山村が併存する、環境格差と生活格差が際立った自治体へと変容していった。

足助病院は、医療法第 30 条の 4 第 2 項第 10 号で規定される医療計画上の地域区分、いわゆる二次医療圏においては西三河北部医療圏に位置づけられる。この医療圏には豊田市の中心市街地が含まれているため、医療圏全体での人口は 30 万人を超える。したがって外観的には中心都市型の医療圏として分類されるのである。その結果、足助地区は統計学的手法を用いた国や県の医療政策のなかでは、自治体規模と医療圏規模の両面におい

7. ポストモダンの地域公共システム

EU の挑戦は、加盟国間で情報を統合し、互いの文化や環境を認め合い、そして学び合い、気づき合いながら、最善の社会システムを創造していくと企てることである。EU の真意が、情報統制が不可能となった社会で、国民から湧き上がる不信や不満といった感情をコントロールするための“ガス抜き”であろうことは想像に難くない。したがって、最終的に EU 加盟国の社会制度を全体で統一しようとするような意図は感じられず、またそれは現実的にも不可能であろう。上述したドイツ、デンマーク、そしてオランダの医療制度を概観しても明らかなように、この三国の特色を比較しても統合は困難である。ただ、自国の制度の評価を国民自身が行い、理想とする制度（社会）のあり方を議論することは大切である。なぜなら社会制度は国民自身の手で創造していくものだからである。EU で展開さ

て、中山間地域の抱える諸問題や本質的な実態を看過されやすい環境に置かれることになったといえる。

さらに、足助病院が支える地域住民の居住地域は県の定める二次医療圏の枠を超えている。具体的には東三河の山間部から医療・介護体制の整備が手薄になっている奥三河へと、その医療圏は広がっている。とりわけ岐阜、長野、静岡に隣接する——三遠信と呼ばれる——地域は、近年の都市化と第一次産業衰退の影響が顕著に現れ、生産年齢人口の流出で急速に高齢化と少子化が進んだ地域のひとつである。当該地域は病院・診療所ならびに介護系施設の数も圧倒的に少なく、ともなって医療・介護従事者の数も不足している。

また、足助医療圏の大半を占めるのは山であり、当面の課題は住民の移動手段の確保（公共交通網の整備）であると考えられている（図 24）。愛知万博（愛・地球博）の開催に合わせて中心市街地と他県を結ぶ幹線道路の建設は進んだが、周辺の山間部では住民の足となる公共交通機関が不足している。現時点ではまだ、移動手段として自家用車を運転する住民、あるいは運転可能な年齢にある住民が多数を占めるため、日常生活上における支障はさほど問題にはなっていない。しかしながら、今後の人口推移を見ると驚くべき速さで 85 歳以上の人口が増加するために、住民の足とな



図 24 三河中山間地域の情景

る交通手段の確保は喫緊の課題である。幹線道路周辺に点在する小村の多くは、いわゆる限界集落への道を辿っており、自治体としても道路予算の確保には消極的にならざるを得ない。結果として生活道路の整備も遅れている。今後、医療・介護サービスの拠点となる施設の利用にも支障が出ることは疑いようのない事実である。足助病院の医療圏は——設楽町、東栄町、新城市、豊根村などの一部を含めると——いくつかの市町村にまたがり、また当然であるが多数の自治体の集合体として構成されている。そこには数万世帯の住民が暮らしているが、医療サービスを必要とする患者の多くは高齢者である。山間部であるがゆえに、現在でも医療機関への通院や日用品の購入に際し、肉体的・精神的負担を強いられている高齢者は少なくない。

そこで足助病院は、平成 22 年 9 月 25 日に「三河中山間地域で安心して暮らし続けるための健康ネットワーク研究会」を——病院事業の枠を超えた地域活動と位置付けて——多職種協働の思想で設立した。中山間地域の「いのち」と「暮らし」を支える高齢者生活支援事業の具現化に向け、PHR (Personal Health Record)⁸⁾ および PLA (Personal Life Record)⁹⁾ の開発と導入、また複合輸送システムの実用化に向け、地域一丸となった共同研究を本格的にスタートさせたのである。高齢化した農山村地域の保健・医療・高齢者福祉を担う病院が、ユニバーサル・コミュニケーションの核となり、「自立」と「連帯」そして「協働」の環境を創り出し、地域経済の内発的発展を刺激するような、ネットワーク型社会の創造を目指した取り組みである。ICT (Information and Communication Technology) 技術の効果的活用と、デマンドバス運行管理システムを戦略的に導入することにより、科学を環境に適合させ、協働の精神で「いのち」と「暮らし」を支え合う、新しい社会モデルを構想しているのである。それは保健・医療・高齢者福祉基盤の安定のみならず、暮らしに豊かさを創造し、新たな産業連

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

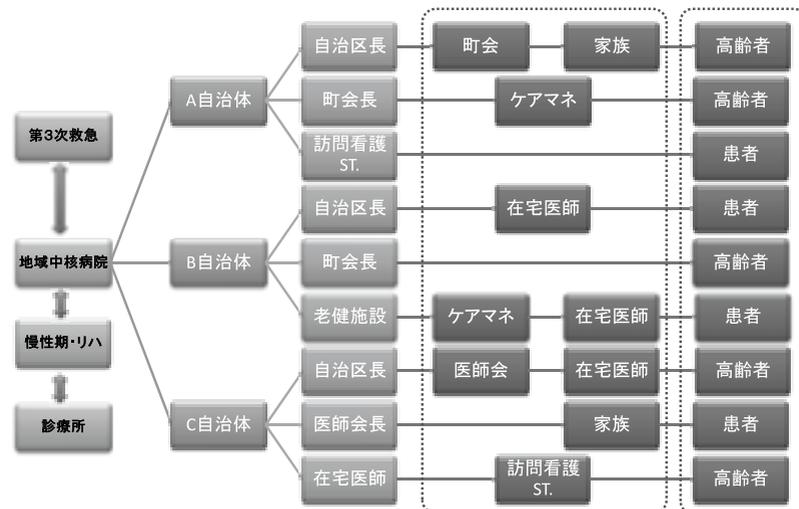
関を生み出し、あるいは新たな地域産業の創出さえも期待させるような、産学官民協働の社会連携モデルである。

「三河中山間地域で安心して暮らし続けるための健康ネットワーク研究会」(以下、プロジェクトとする)は情報を統合することに努めた(図25)。既成の自治体の枠組みを超えて、生活圈である医療圏を住民にとっての地域と位置付け、新しい公共をデザインするための拠点としたのである。主導的な立場にある足助病院の早川富博院長は、中山間地域では人の移動手段が第一の課題であると考え、それに基づき実態調査を行い、複合輸送サービスの試行を始めた。目指すのは、NPO等(NPO、市町村、公益法人、農業協同組合、消費生活協同組合、医療法人、社会福祉法人、商工会議所、商工会など)が実費の範囲で、営利とは認められない程度の対価によって、自家用自動車を使用して行う白ナンバーによる有料運送事業である。このシステムを支え、改善し、発展させるのは他でもない、利用者でもある地域住民である。早川院長は「これまで取り組んできた地域医療の活動から、人の移動が地域の活性につながり、それを維持することが

まちづくりの根幹であり、それなくして健康を守る医療・福祉・介護・保健サービスの効率的な提供は不可能である」と語っている。

プロジェクトによって行われた情報統合のための調査結果は、これまではないリアリティをわたしたちに示してくる。図26は足助医療圏中心部の高齢者の状況である。幹線道路から外れた地域で、多くの高齢者が生活していることがわかる。

さらに図27では独居のウェートが増加傾向にあることがわかり、不可逆的に進行する高齢化の状況において、移動の問題が浮上してくる。そこで現状を確認するために、外出の頻度を調査したものが図28である。都市部では考えられないことかもしれないが、外出が週1回に満たない住民の人数は、当初の予想をはるかに上回るものとなった。中山間地域は——当然かもしれないが——自家用車の利用率が高い。しかしながら、自家用車に生活機能の多くを委ねている状況は、高齢社会ではリスクとなる。健康に生きることの根源は、自分自身の意思で会いたい人に会える、あるいは



※町内会を核とする世帯単位の情報共有⇒「いのち」と「暮らし」の支えあいシステム

図25 医療圏における社会連携イメージ
～医療圏を核とする自治体連携・地縁社会の絆の再生～

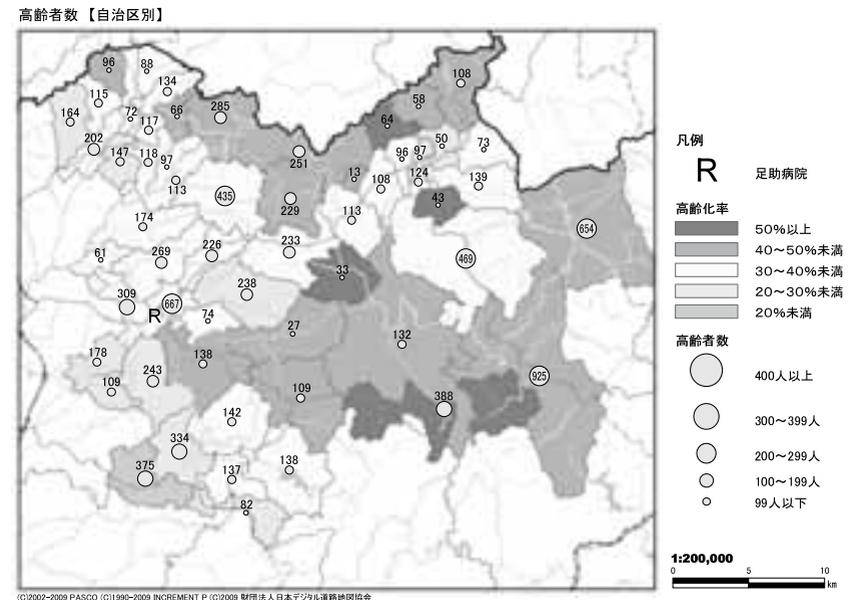


図26 三河中山間地域の高齢者数

独居老人数(推計値)【自治区別】

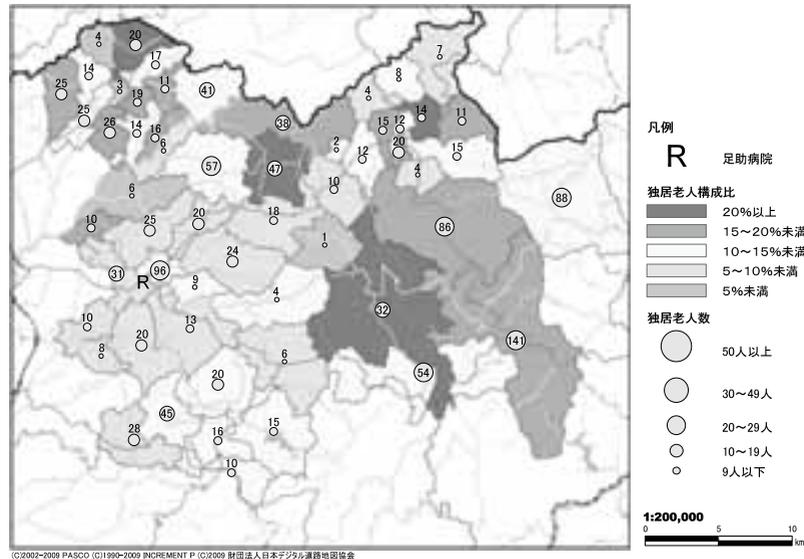


図 27 三河中山間地域の独居老人数

外出頻度 週1回に満たない人の割合

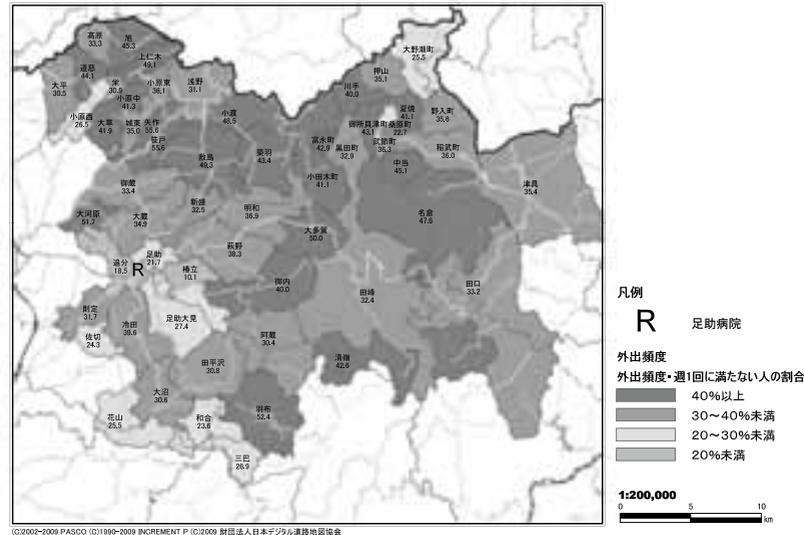


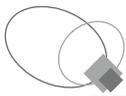
図 28 高齢者の外出行動

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

プロジェクトでは複合輸送サービスの試行と併せて PHR および PLR の開発にも取り組んでいる。それは個人の意思を尊重しながらも、自立と連帯を背景に社会が個人を支える仕組みと言ってもいいだろう。保健・医療・介護情報を中心に、暮らしに関わるすべての情報を必要に応じて共有することができる。当然、災害時の安否確認や独居高齢者の安全管理にも役立ち、都市と中山間地域の情報確認ツールとしても機能するはずである。

8. おわりに

足助病院のみならず三河中山間地域は恒常的な医師不足にある。もちろん現代医療現場が抱える諸問題に類似した苦悩もないわけではない。中山間地域における医師不足の最大の要因は、その不便な生活環境にあるが、問題の本質はそれだけで整理できるものではない。上述したとおり、人間の弱さや失われた死生観、そして現代人が作り出した社会システムとパラダイム・シフトに因るところが大きい。また、身勝手な行動をとる人々が増加したり、権利意識の高まりが攻撃的な言動を助長したり、あるいは安全であっても安心できない心境に陥ったりするのも、現代人が社会から孤立していることの表れであろう。筆者自身を含め、いまを生きる人々の大半は、豊かな社会に生まれ、豊かな時代を生きてきた人々である。経済も社会も、膨張が極限まで達すれば、あとは萎むしかない。誰もがその社会的変化を受け入れられずにいる。そのことからすれば、現代社会が抱える葛藤と、そこから生じる社会的リスクに対する処方箋は、いまの政治や政策の延長線に見出されることはないだろう。なぜなら、求められているのは国民自身の当事者意識や市民感覚、そして何よりも死生観だからであ



る。社会政策はすべて、人間の生老病死に沿って実行される。生と死にリアリティを失った社会に、どのような政策を講じても、それはただ虚しいだけである。いま期待されているのはヒューマニズムを越える哲学的思考を持った市民的リーダーの登場であり、住民参加型の顔の見える活動である。それも、できれば歴史的・文化的背景があり、わずかでもコミュニティの痕跡が残っている地域での社会事業と言えるものであってほしい。そして何よりも、「いのち」と「くらし」を守るのは誰でもない、住民自身であるということを実感できる環境であることが望ましい。とりわけ医療制度を中心とする社会保障については、戦後の福祉レジームによって構成された行政サービスであるという感覚から、客体意識に陥りやすい。その意識からは「不平」「不満」「不信」といった感情しか生まれてこない。三河中山間地域で始まったプロジェクトに期待するのは、これらの条件をすべて満たしていることである。このプロジェクトは新しい公共をデザインするものであり、それは普遍性を持つ。また、プロジェクトが作り出すハード・システムは、高齢社会を追従してくるアジア諸国に輸出できる近未来の社会モデル、あるいは新しい産業のモデルになるかもしれない。日本標準産業分類を眺めてもわかるとおり、わたしたちの「いのち」と「くらし」は行政のみならず、様々な産業と、それを具現化している企業活動によって支えられている。高度経済成長を下支えした人口ボーナスの時代は、社会的要請と需要の拡大に後押しされて建設業や製造業、電気・ガス・水道や金融・保険業などが隆盛をきわめ、まさに社会の持つ経済機能が中心となって「くらし」の豊かさを演出してきた。そして行政機能もこれに随伴するかのようサービス拡大を目指した。しかし一方では、都市化という社会現象と産業構造のドラスティックな変化に伴い、地域共同体の形骸化が自助や互助といった社会機能を急速に萎ませていったのである。すでに到来している人口オーナスの時代においては、この社会機能の回復が求められている。経済機能を支える産業も、農林漁業や教育・学習支援業、そして医療・福祉を取り巻くサービス業へと変化していくことが予想される。これによってサービスの概念も変わり始めることだろう。とりわけ医療・介護サービスに求められるサービスの質とは、もっと根源的な、人間と人間、人間と組織、そして人間と社会の関係性を調和させる潤滑油とし

ての機能である。現代マーケティングの大家であるフィリップ・コトラーは、「サービスとは、一方が他方に対して与える、本質的に無形の活動またはベネフィットであり、結果として何の所有権ももたらされないものである」(P. Kotler 1999) という表現を用いているが、新しい社会が求めるサービスとしては、この解説は必ずしも適切ではない。近年、多くの国民は人生を豊かに生きるための社会サービスに関心を持ち始めており、賢い消費者もしくは自覚する消費者たちは、必ずしも所有にこだわることなく、社会的価値を高めるサービスや商品に富を分配し始めている。ここに存在するサービスは一方通行のパフォーマンスなどではなく、地域社会という領域において、産官民が共鳴し合う新たな価値創造への協同作業である。

そろそろ資本主義経済は終焉を迎えようとしているのかもしれない。資本主義の根幹を支えたのは、プロテスタンティズムの倫理に代表されるような、欧米を中心とする一神教的な宗教倫理であった。そのことからすれば、アニミズムをルーツとする日本人のやわらかな宗教観、すなわち海や山や大地に神々の姿を映し出し、物語の継承によって道徳観念や死生観を育んできた日本人は、ともすると資本主義に隠された危険な魔力に翻弄されやすい内面性を持っている。その意味では、健全な資本主義社会を形成するための日本人の足腰は弱い。かくして暴走する自由によって歯止めを失った社会は、人間という生物が宿命的に背負っている生老病死という現実を視界の外へと追いやり、過度の市場経済至上主義の世界へと国民の意識を導いていったという見方もできるのではないだろうか。現代日本人が歩んだ経済成長への道程は、それがあたかも自己実現の手段であるかのようにも映り、満たされざる野心の増幅を助長したのである。これまでは、貧困からの脱却を願うエネルギーが労働への活力となり、国民総中流社会という新興ブルジョアジーの登場によって需要と供給の好循環が作り出され、経済は拡大再生産を繰り返しながら発展を続けてきた。しかしながら、すでに社会は物的欠乏という環境にはなく、いつしか“モノ”や“サービス”の意味や価値が問われる時代へと移り、政府が連呼する“技術革新による需要の拡大”も何やら妄想になりつつある。

思想家であり宗教学者でもある中沢新一は、著書『緑の資本論』におい



て以下のような分析を行っている。『モノはこのように、感覚的对象である「外延」から非感覚的な「内包」にいたる、じつに深々とした意味領域を包摂したことばなのだ。外延的モノは、いわゆる物体のことを指している。しかし、内包の軸のほうに目を移すと、そこには「鬼や悪霊など、正体のとらえにくい対象」として畏怖をさそう「モノノケ」や「モノに憑かれる」というときのモノが出現する。たしかに、物体としてのモノもモノノケのモノも、ともにその非人格性、非人間性によって、共通したものをもっている。しかし、それらをひとつの統一性をもった対象としてとらえることはできるだろうか。つまり、ヒトの外にあって活動・存在していて、たまさかはヒトに憑くこともするモノと、科学技術によって操作や計量の対象になる物体としてのモノとを、ひとつの巨大な統一性の、外延から内包にわたる多様な表現展開として、理解することができるだろうか、という問題である。

これは大きな現代的な問題を提出している。なぜなら、こんにちバイオ技術は、生命をモノとして扱うことができ、またそれは未来の資本主義にとって、莫大な利潤をもたらす商品体として取り扱うことも可能にすると主張しようとしているが、私たちの中には、そのような技術が幸福とともに災禍をももたらしかねないという不安な予感があり、それは生命をたとえ非人格的なモノとして取り扱うことが可能であるとしても、生命は単に物体として操作可能な外延的对象としてのモノであるにとどまらず、昔の人たちが「鬼や悪霊など、正体のとらえにくい対象」などと言っていた、内包的なモノにも深くかかわっていることを、直感的に理解しているからである。

「モノとしての生命」という表現には、いまだ科学によっても明らかにされていない、別の意味が隠されている。モノを単なる物体である状態から解放していかなければならない。クルミの殻のように固いモノ概念の内部に、複雑な構造と運動を発見していかなければならない。こんにちもつとも必要とされているもの、それはモノをめぐる新しい思考を創造することだ。これを新しい唯物論の創造と呼んでも、的はずれてはいない¹⁰⁾。

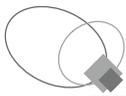
10) 中沢新一『緑の資本論』より「モノとの同盟」pp.149-150

過去、人間と自然が織り成す物質代謝によって緩やかな発展を続けてきた経済活動は、いつの頃からか空を飛び交うマネーによって支配され、それは「くらし」の空間から引き離され、特定の人間たちによって繰り広げられるバーチャルな活動——あるいは一種のゲーム——へと転換され始めていた。さらに、産業革命によって幕を開けた重化学工業社会では、大量生産大量消費のエネルギー需要に応えるために、きわめてリスクの伴うエネルギー革命を推進した。結果、エネルギー消費量と経済成長はリンケージし、自然を破壊しながら——ときとして「いのち」を飲みながら——膨大なエネルギーを浪費する社会を作り上げてきたと言ってもいい。

わたしたちは、もう一度、人間と社会の本質へと回帰し、「いのち」と「くらし」を取り巻く社会と真正面から向き合わなければならないのではないだろうか。フェルディナント・テンニエス (Ferdinand Tönnies, 1855.7.26 ~ 1936.4.9) が予言したとおり、たしかに都市化への潮流は社会を地域共同体から利益共同体へと変化させた。しかしそれは、大津波のような時代の波にのみ込まれ、すべては個人の意思が介入することのない無意識の領域で進行したものである。だからこそ、わたしたちの胸中にある未来は、それぞれの意志の下で互いに共鳴しあい、交響する社会でなければならない。これから到来するであろう新しい時代に適したコミュニティの姿と、それを支える共同幻想を創り出し、「いのち」と「くらし」にフォーカスした市民社会をデザインしていかなければならない。このような取組みこそが、真のデモクラシーである。

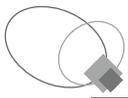
【参考文献】

- ・今田高俊. リスク学入門4. 岩波書店, 2007.
- ・加藤周一. 日本文化における時間と空間. 岩波書店, 2007.
- ・神野直彦. 人間回復の経済学. 岩波書店, 2002.
- ・神野直彦. 「希望の島」への改革：分権型社会をつくる. 日本放送出版協会, 2001.
- ・神野直彦. 「分かち合い」の経済学. 岩波書店, 2010.
- ・中沢新一. 緑の資本論. 集英社, 2002.



- ・中沢新一. フィロソフィア・ヤポニカ. 集英社, 2001.
- ・佐々木馨. 生と死の日本思想: 現代の死生観と中世仏教の思想. トランスビュー, 2002.
- ・河合隼雄. 日本人とアイデンティティ: 心理療法家の着想. 講談社, 1995.
- ・山口節郎. 現代社会のゆらぎとリスク. 新曜社, 2002.
- ・碧海純一. 法と社会. 中央公論社, 1967.
- ・仲正昌樹. 「不自由」論: 「何でも自己決定」の限界. 筑摩書房, 2003.
- ・宇野重規. 〈私〉時代のデモクラシー. 岩波書店, 2010.
- ・内橋克人. 共生の大地: 新しい経済がはじまる. 岩波書店, 1995.
- ・内橋克人. もうひとつの日本は可能だ. 文藝春秋, 2006.
- ・内橋克人. 共生経済が始まる: 世界恐慌を生き抜く道. 朝日新聞出版, 2009.
- ・宇沢弘文, 内橋克人. 始まっている未来: 新しい経済学は可能か. 岩波書店, 2009.
- ・澤井敦. 死と死別の社会学: 社会理論からの接近. 青弓社, 2005.
- ・阿満利磨. 日本人はなぜ無宗教なのか. 筑摩書房, 1996.
- ・阿満利磨. 人はなぜ宗教を必要とするのか. 筑摩書房, 1999.
- ・川島武宜. 日本社会の家族的構成. 岩波書店, 2000.
- ・渡辺京二. 逝きし世の面影. 平凡社, 2005.
- ・細見和之. 「戦後」の思想: カントからハーバーマスへ. 白水社, 2009.
- ・長谷川公一, 浜日出夫, 藤村正之, 町村敬志. 社会学. 有斐閣, 2007.
- ・見田宗介. 社会学入門一人間と社会の未来. 岩波書店, 2006.
- ・ハーバーマス (Jürgen Habermas). 細谷貞夫, 山田正行訳. 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, 1994.
- ・アンダーソン (Benedict Anderson). 白石隆, 白石さや訳. 定本 想像の共同体: ナショナリズムの起源と流行. 書籍工房早山, 2007.
- ・エリアス (Norbert Elias). 中居実訳. 死にゆく者の孤独. 法政大学出版会, 1990.

- ・エリアス (Norbert Elias). 井本响二, 青木誠之訳. 時間について. 法政大学出版局, 1996.
- ・バウマン (Zygmunt Bauman). 中道寿一訳. 政治の発見. 日本経済評論社, 2002.
- ・ホール (Edward Hall). 日高敏隆, 佐藤信行訳. かくれた次元. みすず書房, 1970.
- ・リースマン (David Riesman). 加藤秀俊訳. 孤独な群衆. みすず書房, 1964.
- ・ガルブレイス (John Kenneth Galbraith), 鈴木哲太郎訳. ゆたかな社会 (決定版). 岩波書店, 2006.
- ・ゾンバルト (Werner Sombart). 金森誠也訳. 恋愛と贅沢と資本主義. 講談社, 2000.
- ・サラモン (Lester Salamon). 入山映訳. 米国の「非営利セクター」入門. ダイヤモンド社, 1994.
- ・サッセン (Saskia Sassen). 伊豫登士翁訳. グローバリゼーションの時代: 国家主権のゆくえ. 平凡社, 1999.
- ・アンデルセン (Gøsta Esping-Andersen). 林昌宏訳. アンデルセン, 福祉を語る: 女性・子ども・高齢者. NTT出版, 2008.
- ・アンデルセン (Gøsta Esping-Andersen). 岡沢憲美, 宮本太郎訳. 福祉資本主義の三つの世界: 比較福祉国家の理論と動態. ミネルヴァ書房, 2001.
- ・バーンスタイン (Peter Bernstein). 青山護訳. リスク: 神々への反逆 (上). 日本経済新聞出版社, 2001.
- ・バーンスタイン (Peter Bernstein). 青山護訳. リスク: 神々への反逆 (下). 日本経済新聞出版社, 2001.
- ・上野修. スピノザの世界—神あるいは自然. 講談社現代新書, 2005.
- ・ドゥルーズ (Gilles Deleuze), 鈴木雅大訳. スピノザ: 実践の哲学. 平凡社, 2002.
- ・スピノザ (Baruch de Spinoza). 畠中尚志訳. エチカ (上). 岩波書店, 1974.
- ・スピノザ (Baruch de Spinoza). 畠中尚志訳. エチカ (下). 岩波書店,

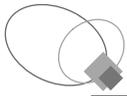


1975.

- ・富永茂樹. トクヴィル：現代へのまなざし. 岩波書店, 2010.
- ・トクヴィル (Alexis de Tocqueville). 松本礼二訳. アメリカのデモクラシー第一巻 (上). 岩波書店, 2005.
- ・トクヴィル (Alexis de Tocqueville). 松本礼二訳. アメリカのデモクラシー第一巻 (下). 岩波書店, 2005.
- ・デュルケム (Émile Durkheim). 宮島喬訳. 社会学的方法の規準. 岩波書店, 1978.
- ・ヴェーバー (Max Weber). 富永祐治, 立野保男訳. 社会科学と社会政策にかかわる認識の「客観性」. 岩波書店, 1998.
- ・ヴェーバー (Max Weber). 大塚久雄訳. プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神. 岩波書店, 1989.
- ・ヴェーバー (Max Weber), 祇園寺信彦, 祇園寺則夫訳. 社会学の方法. 講談社, 1994.
- ・ヴェーバー (Max Weber). 清水幾太郎. 社会学の根本概念. 岩波書店, 1972.
- ・姜尚中. マックス・ウェーバーと近代. 岩波書店, 2003.
- ・カント (Immanuel Kant). 篠田英雄訳. 道徳形而上学原論. 岩波書店, 1976.
- ・J.S. ミル (John Stuart Mill). 塩尻公明, 木村健康訳. 自由論. 岩波書店, 1971.
- ・テンニエス (Ferdinand Tönnies). 杉之原寿一訳. ゲマインシャフトとゲゼルシャフト：純粹社会学の基本概念 (上). 岩波書店, 1984.
- ・テンニエス (Ferdinand Tönnies). 杉之原寿一訳. ゲマインシャフトとゲゼルシャフト：純粹社会学の基本概念 (下). 岩波書店, 1985.
- ・ジンメル (Georg Simel). 居安正訳. 社会学 (上巻). 白水社, 1994.
- ・ジンメル (Georg Simmel). 居安正訳. 社会学 (下巻). 白水社, 1994.
- ・ジンメル (Georg Simmel). 清水幾太郎訳. 社会学の根本問題. 岩波文庫, 1979.
- ・中野剛充. テイラーのコミュニタリアニズム—自己・共同体・近代. 勁

草書房, 2007.

- ・テイラー (Charles Taylor). 伊藤邦武, 佐々木崇, 三宅岳史訳. 今日の宗教の諸相. 岩波書店, 2009.
- ・テイラー (Charles Taylor). 田中智彦訳. 〈ほんもの〉という倫理：近代とその不安. 産業図書, 2004.
- ・ロールズ (John Rawls). 川本隆史, 福間聡, 神島裕子訳. 正義論. 紀伊国屋書店, 2010.
- ・ロールズ (John Rawls). 田中成明, 亀本洋, 平井亮輔訳. 公正としての正義 再説. 岩波書店, 2004.
- ・ベック (Ulrich Beck). 東廉, 伊藤美登里訳. 危険社会：新しい近代への道. 法政大学出版局, 1998.
- ・ベック (Ulrich Beck). 島村賢訳. 世界リスク社会論：テロ, 戦争, 自然破壊. 平凡社, 2003.
- ・ベック (Ulrich Beck), ギデンズ (Anthony Giddens), ラッシュ (Scott Lash). 松尾精文, 小幡正敏, 叶堂隆三訳. 再帰的近代化：近現代における政治, 伝統, 美的原理. 而立書房, 1997.
- ・ギデンズ (Anthony Giddens). 松尾精文, 松川昭子訳. 親密性の変容：近代社会におけるセクシュアリティ, 愛情, エロティシズム. 而立書房, 1995.
- ・ギデンズ (Anthony Giddens). 佐和隆光訳. 暴走する世界：グローバルイゼーションは何をどう変えるのか. ダイアモンド社, 2001.
- ・ギデンズ (Anthony Giddens). 佐和隆光訳. 第三の道：効率と公正の新たな同盟. 日本経済新聞社, 1999.
- ・ギデンズ (Anthony Giddens). 今枝法之, 千川剛史訳. 第三の道とその批判. 晃洋書房, 2003.
- ・ギデンズ (Anthony Giddens). 渡辺聰子訳. 日本の新たな第三の道：市場主義改革と福祉改革の同時推進. ダイアモンド社, 2009.
- ・ギデンズ (Anthony Giddens). 秋吉美都, 安藤太郎, 筒井淳也訳. モダニティと自己アイデンティティ：後期近代における自己と社会. ハーベスト社, 2005.
- ・ギデンズ (Anthony Giddens). 松尾精文, 小幡正敏訳. 近代とはいか



なる時代か？：モダニティの帰結。而立書房，1993.

- ・ゴッフマン (Erving Goffman). 丸木恵祐, 本名信行訳. 集まりの構造：新しい日常行動論を求めて. 誠信書房, 1980.
- ・ゴッフマン (Erving Goffman). 佐藤毅, 折橋徹彦訳. 出会い：相互行為の社会学. 誠信書房, 1985.

【参考資料】

- ・川井真. ソーシャル・リスクマネジメント：社会学的視座からの考察. Informatics. 2008, Vol.1, No.2, p.41-49.
- ・川井真. “在宅医療と農村における協同組合活動.” 明日の在宅医療. 第2巻 在宅医療の諸相と方法. 黒澤卓夫, 前沢政次編. 中央法規出版, 2008, p.350-377.
- ・川井真. 日本人の死生観. 日本在宅医学会雑誌. 2009, Vol.10, No.2, p.11-16 (p.126-131).
- ・川井真. よりよい医院経営 (57)：在宅医療と死生観. 治療. 2009, Vol.91, No.11, p.2718-2723.
- ・大森正博. “オランダにおける医療と介護の機能分担と連携.” 海外社会保障研究. Autumn 2006, No.156
- ・The RAND Corporation : A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate.
- ・The RAND Corporation : Effects of Cost Sharing on Use of Medical Services and Health.