

ケアに焦点をおいた保健ケア、⑥国際的協同、の六つを基本原則として、「都市まるごと健康」を計画的に追求している(青木・松田・高山、1999)。

## (2) 医療生協の健康観・権利章典とネットワーク

医療をどう捉えるか、とりわけ医療の対象・目的の中心に位置する健康をどう把握するかは、実践に深遠・広狭の差をもたらす。医療生協の諸活動は、明確な健康観と医療観に基づいて展開されている。現在の医療生協の医療観・健康観をコンパクトに表しているのは、『新五ヶ年計画』(1996)である。ここでは、「医療目的(人間の健康の保持・修復・増進)のすべてを総合的に実現することを願うものであり、……昨日より今日が、そして明日が一層意欲的に楽しく生きられる。そうしたことをご可能にするため、自分を変え、社会に働きかける。みんなが協力しあって楽しく明るく積極的に生きるための組織が医療生協です」(p.11)と述べている。前段が、医療観の要約であり、後段が健康観の平易な表現である。別の箇所では、「医療目的(人間の健康の維持、修復、増進)の総合的実践としてそれを保障しうる施設、設備、そして活動をリードしうる医療従事者としての健康観、医療観の形成が求められます」(p.15)、とより立ち入った記述がなされ、さらに「②医療生協の健康観・医療観をまちづくりにいかそう」という独立した項目を設けて「組合員は昨日より今日、今日より明日をめざし、より健康なくらしを求めて前向きに保健・予防、医療からくらしと環境の作りかえまで、学びつつ、実践しています。私たちの健康をまもる活動と班、支部活動でつちかわれた自治と参加・協同の心と健康観を広く社会に知らせ、まちづくりにいかしていきます」(p.18)と展開している。詳細は日野(1997)にゆずるが、医療生協のこうした医療観・健康観は1979年から展開されている。現時点の到達点が、上記の『新五ヶ年計画』の記載なのである。

さて、こうした健康観・医療観からは、次のような実践的方向が生まれてくる。

- 一人ひとりが自己変革や地域変革の主体であり、担い手であること
- 自発性・自治性

れ、実質的には「自己情報コントロール権」に対応している。しかし、「患者の権利章典」そのものは採択時の記載のままである。この点については、医療部会の通信教育テキスト『患者の権利章典を学ぶ(下)』(2004年)で、執筆者の篠崎も改訂の必要性を指摘している。

## 3. 地域における保健・医療・福祉ネットワーク

### (1) 健康と総合的なネットワークを不可避とする

一般に人々が地域で健康に暮らすためには、栄養の保健・医療施設や保健・医療職員だけでは到底間に合わないのである。例えば世界保健機関(WHO)は、先進国(アメリカ、カナダ、オーストラリア、日本と西ヨーロッパ諸国)に呼びかけて1986年に、オタワで「ヘルスプロモーション会議」を開催した。ここでは「健康を支援する環境の創造」も議論された。しかし、この環境を、単純に食生活など個人の生活習慣関係に狭く絞る傾向が先進国から生まれた。経済的、政治的視点を薄めすぎたという反省がWHO内にも生まれた。「健康を支援する環境」について集中的に議論をするために、スウェーデンのストックホルムで1991年に会議が設定された。その結果、健康支援環境は、身体的環境とともに、社会的、政治的、経済的、文化的環境として、もともと広く把握するということが確認された。

具体的にこの健康支援環境を実現するためには、地域をまるごと健康にする取り組みが必要とされる。思いつくだけでも、出産、育児、学校教育、労働と収入、自然環境保全、住民が連帯し合う地域づくり等々が、健康を支援する環境として念頭に浮かぶ。こうした環境の重要な内実が保健・医療・福祉のネットワークにほかならない。

こうしたWHOの健康づくりの視点に立った取り組みとして、ヨーロッパでは健康都市プロジェクト(Healthy Cities Project)が1987年以來すすめられている。このプロジェクトは、①健康における不平等の解消、公平の実現、②健康増進、疾病予防の重視、③社会の様々な部門の協同、④コミュニティ参加、⑤生活・労働の場で利用できるプライマリ・ヘルス・

課題でもある。そのうえではじめて、医療サービスをより効果的に利用する方向への改革が具体的日程に上る可能性を持つ。地域における医療・福祉（介護）のネットワークを、多様な利害関係者の参加によって形成することは、地方自治法からみても自治体の責任であり、このネットワークなことに、診療報酬制度によって、長期入院患者を病院から追い出すようにし向けるのは、順序が逆といわざるをえない。

医療生協は、従来から展開していた保健活動と医療に加えて、福祉領域に活動のウィングを積極的にのびしている（表2参照）。また、「地域まるごと健康」という総路線を確立している。この意味で、医療生協は、日本の保健・医療・福祉の弱点を克服する課題に、正面から取り組み条件を備えていると言えよう<sup>9)</sup>。

#### 〈注〉

- 1) 医療生協の中には、単協名が、「医療生協さいたま」、「利根保健生協」、「酒田健康生協」などのように、医療、保健、健康がそれぞれ用いられている。突進に相違はない。国際的には保健・医療はhealth careと表記されるのが最も普通である。日本では保健は自治体等が行う公衆衛生的予防活動を指すものと理解されることが多い。こうした経緯を考慮して、本稿では、健康に関わる広範な活動を行う協同組合の一般的な名称としては保健・医療協同組合を採用する。
- 2) 一般に生産期間には、労働による加工がなされる労働期間と、労働対象が生産過程にありながら労働による加工が中断される非労働期間がある。医療サービス生産の場合も、労働期間においては専門業集団である医療労働者が主たる役割を担う。しかし、労働期間でも生産の全体の全体のプロセス（どのような可能性があり、それを診断するためにどのような検査を行うのか、日常生活ではどのようなことに注意するか等々）は、患者が専門業からいくつかの選択肢について効果と副作用の可能性を含む総合的説明を受けて、国民・患者が最終的に決定をする。非労働期間は、物の生産の場合には意識のない中間産物が生産過程内に留まっているだけであるが、医療サービス生産の場合には、意識を持つ人間が過程内にあるので、ここでは患者あるいは家族や周囲の人々が、医療労働者の指示にもついで医療サービス生産のために行動しなければならぬ。専門家の指示を理解して、服薬・食事を含む日常生活を自己管理するのは、患者・家族自身にほかならない。日常的な健康促進行動も、一般的には非労働期間に行われる。したがって、医療サービス生産の一定の時期には、住民・患者が主体になりうるし、ならなければならない事が選ばないの

○単なるサービスの受け手ではなく、働きかける主体であること

→発言・参加

○職場や地域の人々や他の協同組合の人々と協力しあうこと

→協同・民主

○個人や家族の健康だけではなく、地域社会を、健康支援環境を、ま

るごと健康なものにしていくこと

→集団性・地域まるごと健康

(日本生活協同組合連合会医療部会、2004c, p.81)

狭義の医療にとどまらず、また、自分や家族にとどまらず、地域全体を健康なものにしていくために、多くの人々や組織と手を結ぼうという、医療生協の方針は、保健・医療・福祉のネットワークに重なる内実をもって

### (3) 日本の弱点の克服へ

(a) 保健・医療・福祉の連携不足

従来から保健・医療・福祉の連携の不足が、日本の保健・医療・福祉システムの弱点といわれてきた。保健と医療の分離に関しては、医療生協は早い時期から、自らの所有する医療施設を拠点として、住民組合員を中心とし職員組合員も参加する、自主的な保健活動を展開してきた。

介護保険法の成立（1997年）と実施（2000年）もあり、現在、医療と福祉の連携問題の中心は、高齢者にある。また、医療と介護を必要としな

い元気な高齢者でいるための運動も重要性をましている。「高齢者の社会的入院」は象徴的存在である。これは、平たくいえば、住宅事情や介護する人手、さらには適切な医療機関の不在などの社会的要因によって（すなわち医療と福祉の連携不足という要因によって）、在宅あるいは地域で高齢者のケアを行うことができないために、医学的必要性は乏しくても、高齢者を、医療施設である病院（比較的大きい病院）に継続して入院させざるをえない、という問題である。

このような弱点を、地域で適切なネットワークの形成によって克服することが、地方行政の課題でもあり、地域の保健・医療・福祉関連諸団体の

である(日野, 1995, 220-221)。

3) 患者の権利章典の形成過程や内容、今後の発展方向をわかりやすく解説したのもとして、日本生活協同組合連合会医療部会(2004b)がある。

4) 医療生協の患者の権利章典に関する文献は多数あるが、確定の翌年に関連文献をまとめたもの(日本生活協同組合連合会医療部会, 1992)と、2004年に作られた日本生活協同組合連合会医療部会(2004b)が、まず最初に参照されるべきであろう。

5) 「新五ヶ年計画」の医療観・健康観の規定は、そのまま2004年の文献にも引き継がれている(日本生活協同組合連合会医療部会, 2004d, 80-81など)。

6) 医療生協を視野に入れた、地域における保健・医療・福祉のネットワークに関わる政策論は日野(2004a)、庄内医療生協と盛岡医療生協を対象とした実践事例調査報告は日野(2004c)を参照されたい。

#### <参考文献>

- 青木部夫・松田亮三・高山一夫, 1999, 「健康都市プロジェクトと医療生協の保健戦略」, 日本生活協同組合連合会医療部会
- 篠崎次男, 1995, 「虹の架け橋」——医療生協の活動づくり・組織づくり, 日本生活協同組合連合会医療部会
- 日生協創立50周年記念歴史編纂委員会, 2002a, 「現代日本生協運動史」(上), 日本生活協同組合連合会
- 日本生活協同組合連合会生活協同組合運動史編纂委員会, 1964, 「現代日本生活協同組合運動史」, 日本生活協同組合連合会
- 日本生活協同組合連合会医療部会, 1992, 「医療生協らしい医療づくりパート4——医療生協の「患者の権利章典」」
- 日本生活協同組合連合会医療部会, 1996, 「健康な地域社会の実現をめざす医療生協づくり——21世紀の展望切り開く五ヶ年計画」(新五ヶ年計画と称される)
- 日本生活協同組合連合会医療部会, 2004a, 医療生協と消費生活協同組合法(通信教育テキスト)
- 日本生活協同組合連合会医療部会, 2004b, 医療生協の患者の権利章典(通信教育テキスト)
- 日本生活協同組合連合会医療部会, 2004c, 医療生協の支部運営委員入門(通信教育テキスト)
- 日野秀逸, 1980, 「イギリスにおける医療の質の管理(I)」, 「医療生協運動」, No.158, 14-23
- 日野秀逸, 1995, 「保健活動の歩み」, 医学書院
- 日野秀逸, 1996, 「医療生協の人づくりと仲間づくり——協同的学習活動と協同的人間

関係」, 日本生活協同組合連合会医療部会

日野秀逸, 1997, 「医療生協と高齢者」, 「協同組合研究」, No.38, 44-54

日野秀逸, 2004a, 「ユニバーサルな地域保健・医療」, 大沢真理他編, 「ユニバーサル・サービスのデザイン」, 有斐閣, 167-195

日野秀逸, 2004b, 「安心と信頼の地域保健・医療・介護ネットワーク」, 川口清史・大沢真理編, 「市民がつくる安心のネットワーク」, 日本評論社, 131-151

日野秀逸, 2004c, 医療生協の「4つの系譜」論批判—医療生協の出発点と形成過程類型の提案, 「日本医療経済学会会報」66, 1-44

United Nations, 1997, Cooperative Enterprise in the Health and Social Care Sectors —A Global Survey

〔執筆者紹介（執筆順）〕

栗本 昭 衛生協総合研究所理事・主任研究員  
宮部好広 日本生活協同組合連合会法規対策室長  
近本聡子 衛生協総合研究所研究員  
藤井喜継 日本生活協同組合連合会政策企画部部長代理  
二村睦子 日本生活協同組合連合会組合員活動部担当  
出見世信之 明治大学商学部教授  
齊藤 敦 齊藤敦公認会計士事務所  
横山雄太郎 日本経済新聞社記者  
押尾直志 明治大学商学部教授  
大木 茂 麻布大学獣医学部助教授  
田代洋一 横浜国立大学大学院国際社会科学部研究科教授  
田中 学 愛国学院大学人間文化学部教授  
日野秀逸 東北大学大学院経済学研究科長・経済学部長、教授  
天野正子 東京女子大学教授  
成田直志 関西国際大学人間学部教授  
津田直則 桃山学院大学経済学部教授

現代生協論の探究〈現状分析編〉

〔発行日〕  
2005年6月30日 1版1刷

〔検印廃止〕

〔編者〕  
現代生協論編集委員会

〔発行者〕  
徳岡武義

〔発行所〕  
コープ出版  
〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷4-1-9 電話03-3497-9198  
〔総丁〕 エムツー企画 【制作】 東京全工務 【印刷】 日経印刷

Printed in Japan

本書の無断複写複製（コピー）は、特定の組合を除き、著作者・出版社の権利侵害になります。

ISBN4-87332-221-9

帯丁本・乱丁本はお取替いたします。

# 沢内村と日本の高齢期医療

日野 秀逸 (医師・東北大学大学院経済学研究所教授)

## 沢内村生命行政を可能にした要素

高橋和子さんがお話しくださったこと、ビデオで見ていただいたことが、沢内村でなぜできたのか。沢内村がやったことを可能にした3つの要素について話します。

一つは行政のトップに立つ村長の姿勢です。地方行政のリーダーとしてしかるべきリーダーシップを発揮することは悪いことではありません。独裁とは違うわけですが、どういうリーダーシップで、どういう考え方で発揮したかが大切ですが、後はどそれについてお話しします。

二つには、いくら村長がスーパーマンでも組織として村の行政が伴わなければ事は動きません。そういう意味では沢内村はすいぶん昔から住民本位の行政改革の一つのモデルでした。行革という言葉すらない1950年代、60年代に極めて大胆な行政改革をしています。

三つ目は、村長と行政側が頑張っても村民が自分で自分たちの生命や健康を守ったり、育んだりするという、今流に言えば参加、住民の自治がなければ実際に効果は上がりません。その意味では沢内村は住民参加の組織をつくり、実際に動かすことに成功しています。

この点については映画をつくった人や、もう一つ別の角度から岩波映画社がつくった部分的に沢内村を扱ったものであるのですが、そういう仕事をしたスタッフは、「沢内村の村民は何も言ってくれないので、住民参加と言われても、どういうことなのかわからない」という感想を漏らしたことがあります。それも含めて前田信雄さんが、1983年に『岩手県沢内村の医療』（日本評論社）という百科全書的にまとめた本を出しています。東北の人、岩手の人たちは口が重くて、ペラペラしゃべるタイプではありません。そういう人をつかまえてインタビューして「住民参加についてどう思いますか？」と言われてももじもじとして言わない。都からやってきた文化人たちが「沢内村にあるのは村長の独裁で、住民参加はない」と。しかし、私たちは「実際にやっていることから判断しないとけない」と反論した覚えがあります。そういうことに触れていきたいと思います。

## 沢内村生産行政の前史

深沢氏が村長になったのは1957年ですが、その時、急にできたわけではありません。縄文時代に遡るかは別として、少なくとも江戸時代から生命を守るための沢内村の営々とした何百年も努力してきた先輩たちの工夫や努力、涙がありました。それを受け継いだ若い世代が沢内村の乳児死亡率や、さまざまな成果を挙げるようになってきました。その歴史的な背景についてふれておきます。

深沢村長は沢内村出身です。子どもの時から勉強もよくできて、「医者のない沢内村でお前は医者になれ」ということで旧東北帝大に入ります。ところが本人は工学部に入ります。満鉄と

が八幡製鉄とか大企業の管理職を経て、「村のために仕事をしないと負い目を持つことになる。医者になるために勉強したのに」と村に戻って教育長を経て、村長になります。

「ニューギニアの奥地ではあるまいし、生まれた赤ん坊がころころ死んでいくような野蠻な条件、歳をとったおじいさん、おばあさんがきつい農作業のために腰が曲がる。背中が曲がる。50歳前後で、今では70、80歳のような衰え方をして枯れ木が朽ちるように死んでいく。そういう状況を克服して与えられた生命を完全に燃焼するまで、自分たちで自分たちの生命を守る村にしていきたい。私の生命は住民の生命を守るために賭けよう」

これは第二期目の村長選挙の時の彼の演説です。今、このくらい格調の高い演説を選挙の時聞けるかどうか。志の高い政治家だったと思います。

## 「憲法を大切に」のが行政の根本

もう一つ、深沢さんが地方行政家として地方自治体の首長として偉いと思うのは、何よりも憲法を第一番おいてのことです。それがよく現れているのは老人医療の無料化です。国民健康保険で5割負担分も村で補填することを行った時、「これは国民健康保険法に違反の疑いがある」と厚生省からも指摘され、議会でも「国民健康保険で5割負担と決めているのに勝手に5割分の負担を村が負担するのは違反だ」という議論がありました。

その時、深沢さんは議会で次のように答えています。「それはあるいは国民健康保険法に違反するかもしれませんが、末端の法律はともかく、少なくとも憲法違反にはなりません。これをやらなければ経済的に困っている村の人たちは憲法が保障している健康で文化的な最低の生活が得

られないのですからね。もし訴えるというならそれでもいい。最高裁までいっても私は争います」という答弁をしています。

頼もしいコメントだと思います。末端の個々の法律に反することはあるかもしれないが、少なくとも大元である憲法25条に違反していない。それどころか子どもたちがころころ死んでいる現実がある沢内村で、憲法25条を実現しようと思えば医療の無料化や乳児医療の無料化をやらなければならないという深沢さんの答弁に背中を押されて、村議会は医療の無料化を決めます。深沢さんが中心だという印象は強いですが、こういうことを決めるということは、議員一人ひとりも腹を括らないとならないんです。

憲法に違反しない「健康で文化的な暮らし」を実現するには、全村民が気持ちをひとつにして進まなければなりません。このために村落ごとに懇談会を開きました。こういうことをやると財源は村の税金だから、一つは税金が上がるかもしれない。もう一つは他の事業を抑えないといけないかもしれません。それでもやるのかどうかを何回も話し合っ、納税者である村の人たちも腹を括り、議員も腹を決めて、沢内村が日本で最初に無料化を決めたわけです。深沢さんも偉いけど、議員も偉い、税金を少々払っても生命を守ることが大切と決意した納税者である村の皆さんも偉いと私は思います。

何かというと議員を減らせとかいう頼の視野の狭い議論をしがちな人たちに十分味わってもらいたい歴史の教訓です。村民は自分は税を負担するという直接的な痛みを降まえて養成しているのです。「沢内村でやっていることはうちには通用しない」とか言いますが、通用する、しないまで、そこまでことごとく議論を詰めたか。地方自治、地方行政の問題として沢内村から深く学びたいと思っています。

こういう立場から行政を展開したのです。もう一つ付け加えると深沢村長は「中央省庁に陳情に行く時間があるならば、その時間を村民との対話に使うのだ」ということで、実際に夜、農作業が終わった時、いろいろで病気のことを村民と話し合いました。村のスタッフたちが見習って、村の中で重要なテーマ、課題について議論するという行政の運営の仕方をやってきたということです。小さい自治体でないとできないということはありませんが、「村民の自治、村民たちが決める」という強い信念、「村民自身が決めるにあたって、こういう内容のことを理解して決めてほしい」という積極的なリーダーシップがありました。上からと下から両方で進めてきたということ、私は言いたいと思います。

## 命を守るための行政改革

次に「行政改革」です。深沢村長の第二期の段階、1961年以降、老人医療の無料化ができた時の行政改革の話です。どうしたかと言いますと、「福祉部」という大きな組織をつくり、そのもとに医療の中心である病院、健康を促進するという意味の保健を担当する「健康管理課」、これは副院長が課長を務めます。当時は保健のことはまだそれほど重視されなかつたことは事実だと思いますが、組織としては保健を病院長のもとに置き、保健・医療・福祉が同じ部に属しています。

もう一つ国民健康保険課を福祉部の中に入れました。村にとってみれば国民健康保険は極めて重要な社会保険であり、国民健康保険の問題を予防や医療、福祉の問題と全体的に考えていく。従来はバラバラだったものをまとめたんですね。これは極めて先見の明のある行政改革です。

今ではこの3つを一緒にするのが流行です。一緒にする最大の目的はスタッフを減らすという、行政を縮小するための組織改革ですが、沢内村でやったことはこれとは違い、部署をまとめたことと併せてスタッフを増やしたことです。高橋和子さんもそれで沢内村へ新しく採用されたのです。

医者も病気を治すというだけの立場に立たず、院長が全体のことを見ます。病院で診察して患者さんを見て儲ければいいという発想には立ちません。患者さんが沢内村の病院に行きますと国民健康保険から支出されます。国保の財政上、赤字になつたりします。収入は村の収入になる。ばらばらだとトップの人は病院に患者さんがいっぱい来ると赤字になるから来てほしくないという立場の発想になります。病院の方は患者さんがどんどん来て儲かるという医療の立場に立ちます。保健の観点から言えば、患者さんにならないうちに健康にする。早めに手を打って予防をする。健康管理課が頑張ると病院は医療を必要とする患者さんは減るんですね。ある意味では矛盾を抱えている。だけど村民にとって何が大事かというところで総合的に考えていくということ、こういう組織ができたわけです。

それ以前はばらばらでした。しかし、健康管理課の課長も副院長がなるということで「健康を守るための病院」という位置づけがはつきりしました。医者や病院は健康のためにある。病人をみて儲けるために病院があるのではなく、村民の生命と健康を守るために病院があるのだということが、働く人にはつきりしました。このような組織の行政改革をやっています。

端的に言えば、保健・医療・福祉の連携をスムーズにする。財政に深くかかわる国民健康保険も保健活動と医療のセットで問題を解決していく。有機的に保健・医療・福祉・国民健康保険が連携しながら事業を進めていく。このような行政改革をやったということが沢内村のことを語る

場合、見逃されていることが多いのですが、深沢村長が頑張つて医療を無料化したというだけではありません。それに必要な組織の大胆な改革などをやっているということです。

## 村ぐるみの取り組み

もう一つ、村ぐるみの取り組みであったことを強調したいと思います。道路のことを含めて農地、田んぼを開拓して農地を増やすことを含めて、村ごと、生活ごと、全体を快適なもの、健康なものにしていくという行政だったわけです。村ぐるみ、暮らしぐるみの健康づくりの取り組みをしたことが3つ目の柱として強調したいと思います。

生命行政として知られていますが、それだけでなく産業政策、どうやったら皆の収入が増えるか。不健康な不衛生な家から健康な家に作り替えました。たとえば、日の当たらない急斜面の沢に家があるところは村落づくり日当たりのいい健康にいい場所に移しました。岩手は南部曲り屋の伝統がありまして、牛や馬と暮らしている場所が一緒に、ハエとかアブとかがいます。台所が低い。人間工学的に見て不合理なつくりになっています。

それで新しい家づくりの設計図コンクールをしました。第1位になつたのは加藤院長です。工学部を出てませんが、自ら設計図を引いて健康な家に建て替えていきました。それを最初に実践したのは看護婦宿舎です。新しいデザインで建て直しました。これは使いいし日当たりもいいと村に広がっていきました。住んでいる場所、道路、家、暮らしなど、村ぐるみで取り組みを進めていったのです。

\* 1

岩手県の伝統的な民家の造り。上字型に折れ曲がった住居形態をしており、主壁と馬腰とが接合している。人と牛馬とが同じ屋根の下に暮らし



## 保健委員の活動が大きなたに

村ぐるみの取り組みに役立ったのが、保健委員の組織でした。保健委員は最初は国民健康保険の単なる連絡員という位置づけでしたが、その後、沢内村保健委員設置条例をつくって住民参加のきちつとした組織にしていきます。2年に1回、6000人の人口で14の行政単位がある500人前後の単位から選ばれます。推薦です。

保健委員が毎月出す月報で、「どこの橋が歩くとグラグラしている」「今年初めてハエがとんでいるのを見た」という記事が出ます。身の回りにおける生活上の広い意味での健康に関する観察を毎月報告しています。

保健師さんが中心になって健康づくりや村の保健行政にかかる課題を保健委員に伝えます。地域の問題と村の行政が、保健師さんと保健委員との間でベルトがぐるぐる回るように動いていく仕組みがずっと続いています。

さらに保健委員の段階から一人ひとりの家族のところへ活動が下りてきます。血圧測定の話が出ましたが、60年代に保健師が血圧を計るのは医師会にしてみるととんでもないことで、それをやったことだけでも驚きなのに、一人ひとりの家で血圧を測るところまで進んでいきました。それはこの当時では革命的な発想だったと思います。医者でない人たちが血圧を測りあつてチェックする活動を医療生協が始めるのは少し遅れて出てきますが、一人ひとりの日常生活の中で健康をつくる取り組みをやっていたということは極めて徹底したものだったと思います。そこで異常があれば保健師さんに伝える。すぐ入院しないといけないと保健師さんが入院させる。その時に

入院費と老人医療の無料化があるので気にせずに対応できる。相互にいい影響で成果を上げていくという形になっていきます。

## 村が明るくなった

具体的にどういう成果を挙げたか。1000人赤ちゃんがいたら80〜100人死んでいた乳児死亡率が0になるとか、後期高齢者（80、90代の人たち）が多くなってきたこと。健康診断の回数は岩手県で一番多いが、医療費は県内でも下の方に下がってきたこと。国民健康保険の保険料も下げることが可能になってきたことなど、いろいろな成績を上げていくことになります。

ただ沢内村の生命行政、保健行政の中で最大の成果は、「暮らしが明るくなった」「老人の自殺が減った」「嫁と姑の争いが減った」ことだと思います。暮らしの中に成果が出てきていることだと思います。医療とか公衆衛生の狭い範囲で見ると医療費が無料化になったとか乳児死亡率がゼロになったとかになります。村人の暮らしからいえば、そういう数字はマスの話であつて自身にとつてみれば、「暮らしが明るくなった」とか「姑と喧嘩しなくなった」という形で「いつまでもこの地に住んでいたい」ということになっていったことがトータルな成果だと思います。これは深沢村長も1961年の岩手の国保の夏期大会で話しています。

「昭和22、23年、その前は病気になったら死んでいくしかない。医者もいない。冬は雪に閉ざされて、病気になったらそのまま死ぬまでじっとしてないといけない。極めて悲惨なものだった。それが精神状態に影響し、ものごとくに消極的になり、諦めが出てくるということにつながる。貧乏であるからますます暗くなる。暗い村、不健康な村という状況を脱却するために雪との闘いを

## 保健委員の活動が大きな力に

村ぐるみの取り組みに役立ったのが、保健委員の組織でした。保健委員は最初は国民健康保険の単なる連絡員という位置づけでしたが、その後、沢内村保健委員設置条例をつくって住民参加のきちとした組織にしていきます。2年に1回、6000人の人口で14の行政単位がある500人前後の単位から選ばれます。推薦です。

保健委員が毎月出す月報で、「どの橋が赤くとグラグラしている」「今年初めてハエがとんでいるのを見た」という記事が出ます。身の回りにおける生活上の広い意味での健康に関する観察を毎月報告しています。

保健師さんが中心になって健康づくりや村の保健行政にかかる課題を保健委員に伝えます。地域の問題と村の行政が、保健師さんと保健委員との間でベルトがぐるぐる回るように動いていく仕組みがずっと続いています。

さらに保健委員の段階から一人ひとりの家族のところへ活動が下りてきます。血圧測定の話が出ましたが、60年代に保健師が血圧を計るのは医師会にしてみるとんでもないことで、それをやったことだけでも驚きなのに、一人ひとりの家で血圧を測るところまで進んでいきました。それはこの当時は革命的な発想だったと思います。医者でない人たちが血圧を測りあつてチェックする活動を医療生協が始めるのは少し遅れて出てきますが、一人ひとりの日常生活の中で健康をつくる取り組みをやっていたということは極めて徹底したものだだったと思います。そこで異常があれば保健師さんに伝える。すぐ入院しないといけないと保健師さんが入院させる。その時に

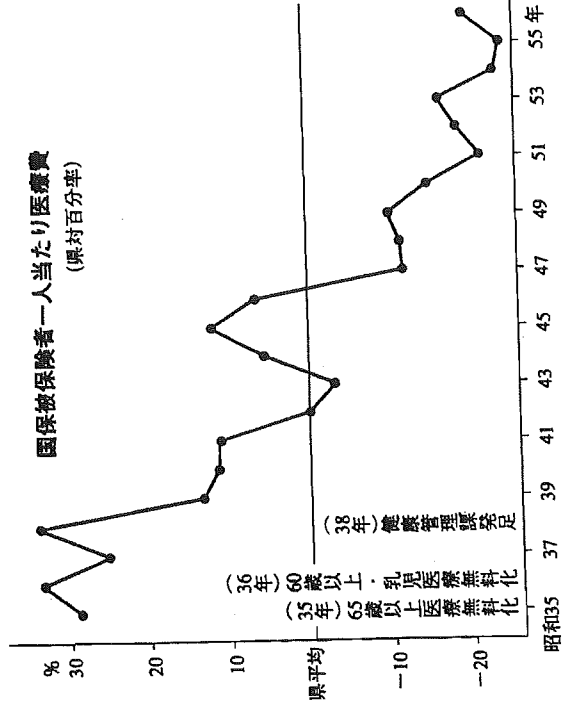
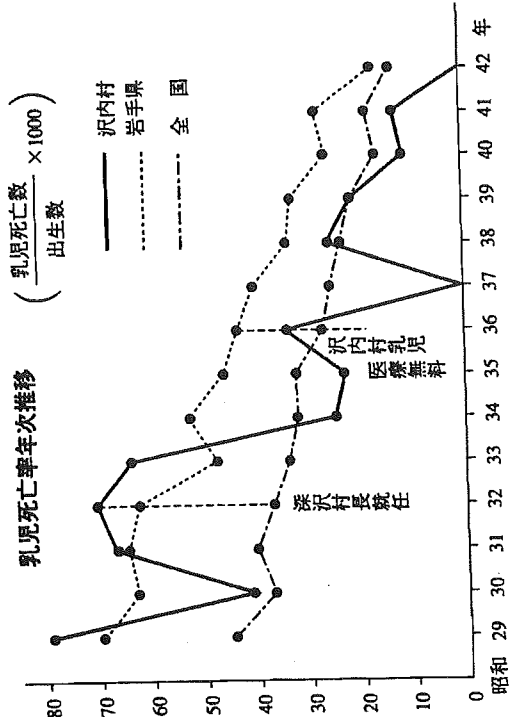
入院費と老人医療の無料化があるので気にせずに対応できる。相互にいい影響で成果を上げていくという形になっていきます。

## 村が明るくなった

具体的にどういう成果を挙げたか。1000人赤ちゃんがいたら80〜100人死んでいた乳児死亡率が0になるとか、後期高齢者（80、90代の人たち）が多くなってきたこと。健康診断の回数は岩手県で一番多いが、医療費は県内でも下の方に下がってきたこと。国民健康保険の保険料も下げることが可能になってきたことなど、いろいろな成績を上げていくことになります。

ただ沢内村の生命行政、保健行政の中で最大の成果は、「暮らしが明るくなった」「老人の自殺が減った」「嫁と姑の争いが減った」ことだと思っています。暮らしの中に成果が出てきていることだと思っています。医療とか公衆衛生の狭い範囲で見ると医療費が無料化になったとか乳児死亡率がゼロになったとかになります。村人の暮らしからいえば、そういう数字はマスの話であつて自身にとってみれば、「暮らしが明るくなった」とか「姑と喧嘩しなくなった」という形で「いつまでもこの地に住んでいたい」ということになっていったことがトータルな成果だと思っています。これは深沢村長も1961年の岩手の国保の夏期大学で話しています。

「昭和22、23年、その前は病気になったら死んでいくしかない。医者もない。冬は雪に閉ざされて、病気になったらそのまま死ぬまでじつとしてないといけない。極めて悲惨なものだった。それが精神状態に影響し、ものごとくに消極的になり、諦めが出てくるということにつながる。貧乏であるからますます暗くなる。暗い村、不健康な村という状況を脱却するために雪との闘いを



やっだし、健康を守るための取り組みに向かつていった」

これが沢内村の現実だと思えます。こういうことで赤ちゃんも死なない、お年寄りも安心して病院にかかれるというなかで、家庭内にも効果が出てきて明朗な村になっていったのです。行政がスタートした直後でそろそろ芽生えが見えてきたかという頃の話です。

### 増田病院長の参議院での証言

それから20年たち、1982年に成立(83年2月に施行)した老人保健法で、老人医療費の無料化が廃止されました。その審議の中で、当時の沢内病院院長の増田進先生は参議院の参考人として陳述しています<sup>\*2</sup>。一言で言うと、文学的な表現ですが、「村が明るくなった」ことが成果だと強調しています。

具体的には老人の自殺が減った。この老人の自殺は自分が病気になる時に家族に迷惑かけたくないということで自殺していたんですね。医療費の負担が大きかった時は病気になるまで家族にとって地獄ですから。嫁と姑の争いが減った。嫁さんは姑さんが財布を握っていますから、自分が病気になるでも子どもや赤ちゃんが病気になるでもなかなか病院に行けない。お年寄りは百頃、嫁に厭味をいつている立場ですから自分が病気になるでも病院に行けない。互いに我慢しながら相手が憎くなって罵り合う。「自分が母親だった時は子どもに風邪なんか引かせなかった」と姑さんが言う。姑さんが腰を痛くなったりすると嫁も身内のことを言いたくなる。それが乳児医療費、老人医療費無料化で気兼ねなく早めにかかれる。こういう波及効果として嫁姑の関係がよくなった。こういうことを参議院の予備委員会で陳述しています。

<sup>\*2</sup> 増田院長の参議院での証言の全文は、「沢内村奮闘記」(あけび書房刊)に収録されている。

沢内村でやった生命行政の成果は「村人が明るくなったこと」です。奇しくも1961年の深沢村長の話と1982年の増田陸長の話と同じことを言っています。ここには単なる偶然ではなく、本物の保健行政、保健に限らず行政というものの最終的な成果は「村人の暮らしを明るくするかどうかということにいくんだな」と撞感しました。人々が明るくならないような医療政策、保健行政は間違ひなんだろうと思います。

## 江戸時代からの響みが土台に

こういう深沢村長に体现される沢内村の生命行政は、実は明治時代、さらに江戸時代から医者がいなくて何とか沢内村に医者についてもらうためにいろんな工夫をしてきたことに由来します。高橋和子さんの話にもありましたが、足止め料、医者の尻を止めておくために米の産出高に応じて各家庭でなにがしかのお金を出し合つて、盆暮れに医者に払つて、いてもらうことをやってきたほどです。足止め料の分担をどうするかで、村の長老たちは頭を痛めたそうです。皆、貧しいですから。そんなに皆ではなくても昭和の農業恐慌<sup>3</sup>の頃も大変で、沢内村の家庭が抱えている借金が一番は、医者代の借金だということもあります。

内務省、今の厚生省や総務省の前身ですが、1936年にまとめた無医村になる3つの条件を見ますと、「地域が広くて人口が少ない」。医者が経営ができにくくて無医村になりやすい。「漁村よりも農村、農村よりも山村に多い」。漁村の方がまだしも現金収入等々開かれている。山村は貧しいから医者がこない。「交通不便なところ」。沢内村はこの三冠王でした。広大な土地で人口が少ない。山村で交通が不便である。沢内村は皆、当てはまります。長いこと無医村だった。

そしてこういう状況の中で、今でいえば国民健康保険の前身になるようなお金を出し合つて病気に備える講、足止め料とかいろんなことを村の人たちが皆で工夫しあい、お金を出し合つて医療を確保するための努力を続けてきたのです。

『自分たちで生命を守った村』とか『荒廃する農村と医療』（ともに岩波新書）の著者であった菊地武雄さんは、国民健康保険を確立させるために広い岩手県内を歩き回つて説得しました。「なんで国民健康保険料を払わないといけないのか」という農村の人たちを説得して、「国民健康保険は必要なものだし、病気になつてころころ死んでいくようなことを続けていたら生きていく甲斐もないだろう」という空話を山の中、海岸の漁村まで、歩いて歩いて話をして人々の心をまとめあげて、「岩手の社会保障の星」と言われるくらいの人でした。

岩手県の国民健康保険は1960年代では、日本中の手本です。日本で1、2を争うくらい貧しいところで国民健康保険の保険料の納入率、国民健康保険のもとでの予防の健康診断、健康教育というものが最も活発におこなわれるという国民健康保険の日本のお手本になつたのが岩手の活動なんです。

そういう活動をやっていた人たちは、沢内村に残っていたんですね。健康管理課長とか深沢村長のもとで20代、30代の時、働いた。そして40代、50代の戦前から活動家があった。戦後の青年運動などで村をよくしようと燃えて村に飛び込んできた人たち。上の世代と次の世代が一緒になつて沢内村の生命行政につながっていく。何もないうところで深沢村長がリーダーシップで「この指生まれ」とやつたわけではないのです。江戸時代、戦前からの長い健康のための取り組みが基礎になつて、特に国民健康保険をつくっていくための基礎があつたんですね。

\* 3

1929年の世界恐慌の余波を受け、日本でも翌年に大規模な経済恐慌が引き起こされた。農産物の価格が大暴落したうえに、1931年の東北・北海道地方の冷害・凶作、1934年の西日本の干害・東北大凶作により、多くの農村は壊滅状態に陥った。

岩手の国民健康保険、戦前の産業組合、医療生協の源流になるところで仕事をした菊地武雄さんの言葉が残っています。「保健活動は口にあらず、足による。かすかなるものを重ねゆくべし」と歌を残して、まさに足で深い村や山の中を歩いて、人々の気持ちを重ねあわせていく。日々の地味な活動を重ねあつていくという行動で保健活動は成果を上げていくのだということを述べております。

高橋和子さんの仕事ぶりも含めて私は沢内村のやったこと、まさに専門家も足で地域を歩き、人々の家庭を歩いて健康づくりの手と心をつなぎあわせて、長い伝統の力が沢内村の生命活動に脈々と生きていたのだと思います。

**編者一覧**

**編者**

篠崎 次男 (元立命館大学産業社会学部客員教授)

**共編者**

小川 栄二 (立命館大学産業社会学部教授・元医療生協プロジェクト事務局長)  
松島 京 (立命館大学衣笠総合研究機構ポストドクトラルフェロー)

**執筆者 (報告者) 一覧**

真々田 弘 (日本電波ニュース社報道部ディレクター)  
山路 達雄 (元利根保健生活協同組合利根中央病院院長・現介護老人保険施設とね施設長)

富田 正勝 (元国立岡山療養所患者自治会役員・元岡山医療生協専務理事)  
朝日 健二 (元朝日訴訟承継人、現国民医療研究所研究員)  
公文 昭夫 (元総評社会保障局長・現社会保障総合研究センター代表運営委員)

赤澤 潔 (元東京保健生協根津診療所長・現介護老人保健施設ひかわした施設長)

岡本 康 (元京都市民主医療機関連合会事務局長・現京都高齢者運動連絡会代表委員)

上坪 陽 (峯 陽) (日本高齢者NGO会議議長)

山本 繁 (元尼崎市医務監)

松尾 禮子 (元大阪市保健師)

高城佳代子 (財ひかり協会東近畿地区センター事務所センター長)

高橋 和子 (元沢内村保健師)

日野 秀逸 (東北大学大学院経済学研究科教授・同研究科長・学部長)

山田寿美子 (広島中央保健生協東区居宅介護支援事業所所長)

御庄 博実 (丸屋 博) (詩人・医師)

(執筆者の肩書きは、本文中では報告時の肩書きとしましたので、上の現在の肩書きとは異なる場合があります)

**21世紀に語りつぐ社会保障運動**

2006年2月10日 第1刷発行

編者——篠崎 次男

共編者——小川 栄二、松島 京

発行者——久保 則之

発行所——あけび書房株式会社

〒102-0073 東京都千代田区九段北1-9-5

☎ 03.3234.2571 Fax 03.3234.2609

akebi@s.email.ne.jp <http://www.akebi.co.jp>

印刷・製本／(株)シナノ

ISBN4-87154-067-7 C3036

序章 財界の医療情勢認識と国民運動の視点

日野秀逸

序章では、二〇〇五年に入ってから次々に発表されている、社会保障や医療の全体像に関わる財界の大きな方針を対象にして、財界の情勢認識を再確認し、特に国民を統合する手だて、国民統合の変化に着目して、国民医療をめぐる財界・政府と労働者・国民との対抗軸を明らかにしたい。したがって序章は、きわめて舌足らずではあるが、本書全体の、とり急ぎの要旨になる。

### 「構造改革」推進・強化の日程表——二〇〇五―二〇〇六年が鍵

経済財政諮問会議（議長小泉純一郎首相）の「日本二一世紀ビジョン」に関する専門調査会が、二〇〇五年四月九日に「日本二一世紀ビジョン」を策定した。小泉首相はこの文書を「構造改革」のバイブルとまで持ち上げている。ビジョンは、「今後四半世紀を睨み、構造改革により実現される」日本の展望を示すことを目的にしている。具体的には、少子高齢化・人口減少・グローバル化・情報化の進行を前提に、経済成長の維持された、世界の人々が住みたくなるような、文化・技術を創造し、国民の多様な生き方を実現し、魅力的で躍動的な国をめざす、そのための財源として消費税の大幅引き上げを想定している。

こうした魅力的な日本をつくるには、小さな政府と、国民の自立・自助を推進する構造改革の推進とが不可欠であり、特に二〇〇五、二〇〇六年が改革の重点期間であると位置づけている。この文書は、いわば、「市場原理主義と小さな政府」の危険な願望であると言えよう。

ビジョンは、二〇〇一年度から二〇〇四年度までを構造改革の「集中調整期間」と位置づける。二〇〇一年は、経済財政諮問会議の骨太方針第一弾が発表された年であり、小泉内閣が登場した年である。橋本内閣は、一九九六年の対前年度経済成長率サミット参加国第一位という好成績を、一九九七年の消費税引き上げと健康保険の本人二割負担導入や高齢者の医療負担増などによってマイナス成長に落ち込ませた。政策不況として失敗した「橋本構造改革」の後始末をする時期という意味が、「集中調整期」という用語に含まれていると見てよからう。

また、人口減少が本格化し始め、「構造改革」が急速に実を挙げ始める時期を二〇一〇年代初頭とし、現在から二〇一〇年代初頭までを「革新期」と位置づける。それまでに、生産性拡大を可能とするように、「徹底的な制度の革新」を実施し、特に「重点強化期間（二〇〇五年度―二〇〇六年度）において構造改革を飛躍的に進めるべく集中的に改革」を行うとしている。

この文書を情勢論から見た場合、二〇〇五年の現時点が「構造改革」の「重点強化期間」と位置づけられていることは、重視しなければならない。

### 集中調整期だけでも大きな痛み

二〇〇一年から二〇〇四年の「集中調整期間」だけを取り出してみても、失業率が五％程度の高止まり、自殺者数も三万人を超える高止まり。二〇〇四年の医療機関の倒産は四九件と過去最高（帝國データバンク）である。このような深刻な状況が続いていても、まだまだ「調整」であるからには、本格的な「構造改革」に入ると大変なことになるのは容易に察しがつく。



調整期を振り返れば、二〇〇二年一〇月の高齢者医療負担の大幅な引き上げ、二〇〇三年四月からの健保本人三割負担、また最近国会を通過した介護保険の改悪、年金の改悪、現在焦点となっている障害者自立支援法案（二〇〇五年八月、衆議院解散により廃案）というように、社会保障が連続的・総合的に改悪されたのがほかならぬ「調整」期である。

### 医療が標的、二一三年が鍵

さらに四月六日には、財界三団体の中でも「大所・高所から長期にわたる政策を提言するのがアイデンティティである」と自他共に政策者集団であることを認めている経済同友会が、「本格的な少子高齢化社会にふさわしい社会保障制度の確立―半世紀を見通した持続可能な医療制度の抜本的改革を中心に」という医療を中心にした提言を行っている。

ここでは、「これまで政府においても、年金、介護保険制度の改革について、一応の議論はなされてきたものの、残念ながら抜本的な改革は実現しておらず、医療保険制度にいたっては、ほとんど手つかずの状態にあると言わざるを得ない」と述べている。

経済財政諮問会議と経済同友会の、いずれも四月に発表された一つの政策文書を重ね合わせると、二〇〇一年から二〇〇四年までの「集中調整期間」では、主に年金と介護が議論されたが（具体的な制度見直しなどが二〇〇五年に行われたとしても）、二〇〇五年―二〇〇六年の「重点強化期間」における主要ターゲットが医療であることが浮かび上がる。

経済同友会が、「医療保険制度にいたっては、ほとんど手つかずの状態」と嘆いてみせるのは、彼

らから見れば医療保険・医療制度をめぐる事態が、彼らの思うようになっていないことを物語る。つまり、医療改悪を許さない各種・各層の国民的医療運動が、財界の思いのままにはさせていないということである。

高齢者医療保険をとってみても、すでに一九六九年の国民医療対策大綱（自民党医療基本問題調査会）において、高齢者のみを加入者とする単独の医療保険を打ち出していた。しかし、これまで、具体化はできないで来た。いまでも、簡単にまとまる状態ではない。高齢者医療保険に限らず、本書の各章で具体的に示されるように、財界・政府にとって、いろいろとやりたいことはあっても、やりたいうようにはなっていないという、ある種のおせりが表明されていると見るべきであろう。

この経済同友会の医療に関する方針では、「年金、介護、医療と続く個別改革とセットにした社会保障制度の一体的見直し、さらには、消費税を含む抜本的税制改革について、この二一三年をラストチャンスと認識」している。二一三年とは、二〇〇五年、二〇〇六年、二〇〇七年であるが、二〇〇七年は消費税大幅引き上げの年と位置づけられているのであり、また、組合管掌健康保険（全国規模の組合健康保険を残しつつ、地域型健康保険組合を都道府県単位で設立する）、政府管掌健康保険、国民健康保険、高齢者医療保険を、すべて都道府県のもとに集約させて、中央政府の責任を大幅に後退させるとともに、さらなる「一本化」への足場とする制度を、二〇〇八年に実現させようという構想も各種審議会において提示されている（二〇〇五年五月の「社会保障の在り方に関する懇談会」の第九回会議など）。こうした事態を念頭に置けば、まさしくこの二一四年間が戦略的にきわめて重要な時期であり、医療保険制度のデザインに関していえば、二〇〇五年から二〇〇六年を、彼らなりの「ラストチ

ヤンス」という危機感をもって取り組もうとしているのである。

### 「自律国家構想」を前提、医療も教育も市場に

経済同友会の四月の文書は、随所に二〇〇一年に同友会が策定して経済財政諮問会議に手渡した「国民負担率三〇%の小さな政府」、いわゆる「自律国家構想」と言われているものを引き合いに出している。自分たちが考える国の姿は、二〇〇一年にまとめた「自律国家構想」で、その上に立つて医療に絞った提言を四月六日の文書で行っているという筋書きである。

四年前に出された経済同友会の「自律国家構想」は、端的に言えば「憲法から市場へ」である。市場に委ねることは、基本的には、営利的な売買に委ねるということである。この場合は、営利化を前提とした市場化という認識である。経済同友会は次のような国家像を示す。

「自律国家という新しい概念に基づく小さな政府」を日本は目指すべきである。それは国民の自助努力と自己責任を前提とする自律ある国民によって構成される「自律国家」である。「自律国家」では、「生産は市場に委ね、再分配とは峻別する」。「生産」とは「市場メカニズムを活用できるあらゆる財・サービスの生産を意味する概念であり、農業、製造業、サービス業から教育、医療に至るまで、これらは市場メカニズムに委ねる分野である。

分配、再分配とは、端的には、税を使って行政がやる仕事である。「再分配」に関わる政策判断は政治に委ね、官僚は政策判断に口を出さない。行政は政治が決めた再分配の政策を執行するだけである。この「再分配」とは「市場メカニズムを通じた資源配分に委ねることのできない行政サービスを

意味」する。「国防、外交、司法、徴税、公共事業、公的扶助」などを含む。

社会保障として国際的にも認識されている領域で「再分配」に入るもの、つまり行政サービス、行政の責任においてなされる分野は、公的扶助だけ——およそ世界に類のない社会保障論であろう——であり、原理的に公的扶助以外の諸領域は市場に委ねられるべきであるということをも、二〇〇一年の経済同友会の国家構想は述べていた。

さらに「再分配」の原則として、「日本の尺度で測った最低限度の生活水準」が「ナショナルミニマム」だとしている。これは明らかに誤りである。「ナショナルミニマム」は、生理的に最低限度の生活水準という意味ではない。日本国憲法第二五条が定めているような「健康で文化的な国民生活」という意味でのミニマムを保障するのが、政府の責任である。それを投げ捨てて、政府が責任を負うのはギリギリの生理的生存ラインであり、それ以上は市場に委ねるとというのが、四年前の同友会国家構想で述べられたことである。かつての「救貧法」時代の、生理的生存限度の生活水準を保障することだけが「再分配」で行う仕事であり、それ以上の所得再分配を国民は求めてはならず、最低以上の部分は自助努力に委ねるという主張である。

### 憲法から市場へ

二〇〇一年の「自律国家」構想に、今年一月の経団連の報告書を重ねてみよう。二〇〇五年一月一日に日本経団連の「国の基本問題検討委員会」（委員長、三木繁光東京三菱銀行会長、以下「検討委員会」）が、「わが国の基本問題を考える——これからの日本を展望して——」（以下、「経団連報告」）を

公表し、「改憲」の要求を明らかにした。「経団連報告」は、第九条の改変、武力・兵力を持つ国への変更という主張を、同月に開催された自民党大会の前に公表したものである。

日本の国民がおおむね納得し、その線で日本という国のまとまりをつくってきた、日本国憲法による国民の統合を、第九条でも第二五条でも財界が自ら投げ捨ててきていることに注目しなければならない（教育など各分野で同様の事態が進行している）。

それに代わって国民を統合する「理念」としては、日米安保体制を露骨に押し出している。それは、「経団連報告」において顕著である。また第二五条を否定し、むき出しの市場原理主義を主張しているのが二〇〇一年と二〇〇五年の経済同友会文書である。いずれも第九条と第二五条を真正面から否定するのが、特徴になっている。

われわれが保持している日本国憲法的な生活のあり方、さらにはそれを足場にして向上させていくというベクトル・方向と真正面から対立するものとして、第九条と第二五条を正面から否定した構想を、有力な経済団体が矢継ぎ早に出してきている。しかも、日米安保的・市場原理主義的に国民を統合する国づくりを、二〇〇五年から二〇〇六年にかけて強行しようとしているのである。さらには、二〇〇五年から二〇〇七年が「ラストチャンス」だと言っているのである。

「ラストチャンス」という表現には、彼らなりに、この機を逃すとできないのではないかという懸念が込められている。「構造改革」疲れも出てきている。また、橋本内閣以来の「構造改革」がつづき、小泉内閣の「世直しの構造改革」に喝采を送ったが、気がついてみたら「構造改革」で生活が悪くなったと感じる国民が増えている。「構造改革」の旗を振ってきた財界に、それ相当の焦りがある

のは当然であろう。

### 任意の医療貯蓄制度——自己責任論の極み

なお経済同友会の四月提言で見逃せないのは、任意の医療貯蓄制度を提案していることである。現在の高齢者は対象とはしないが、将来の高齢者については若いときから貯蓄をさせる、疾病リスクに備えて国が首頭をとって半ば強制的に医療貯蓄制度を導入する、というのである。自分の金で貯蓄するのであり、病気の時に備えた個人貯蓄を強制しようという話で、社会保険でも何でもない。自己責任論の極致である。こういったものを現在の医療保障制度に代わるものとして打ち出してきた。よほど知的に余裕がなくなってきた証拠であろう。

### 日本の国民的統合の展開

詳細は、後藤論文（第四章）に委ねるが、財界は国民を統合する基本的仕組みを転換してきた。近代国家は、諸般の事情で国民を統合する多様な仕組みを必要とする。封建社会のような単純な国民統合はできなくなった。日本の場合、戦後しばらくはGHQの直接的支配に置かれ、国民を統合する仕組みをつくるという点では、あるいは国家の顔貌をデザインするという点では遅れをとったと言えよう。

一九五〇年代に、当時の岸信介首相が、戦前への復帰・憲法改憲路線をとった。しかし、それは安

の後、保守政権は、真正面から改憲を持ち出すことが困難になった。

一九六〇年代以降、池田内閣をはじめとして、建て前としては日本国憲法を中心にして国民を統合する。しかし、実態的には安保体制が憲法の上であり、基地や米軍にからむ問題が発生するたびに、安保が後ろから顔を出した。それでも、正面切つて憲法を改悪したり憲法を否定する形で国民を統合することはできないで来た。

他方では、欧米の福祉国家的政策を採用するのではなく、企業の統合、企業国家の道を選択していく。こうした企業の国民統合は、一九八〇年代以降、数度の転換を経て、現在では日米安保的国民統合と市場主義的国民統合に置き換えられつつある。そしてもう一つは、靖国、日の丸・君が代が象徴するように、民族的な復古的な統合もあわせて進行している。国民統合について言えば、財界の戦略はおおむねこのようなものであろう。

「市場主義的統合」は後藤論文で言われる「上層社会統合」とほぼ同じものであろう。教育も医療も含めて、殆どの財を市場に委ねるという非常に鮮明な方針を財界が主張している。それは当然格差をもたらす。「勝ち組・負け組的統合」という表現も可能な方向である。つまり、勝ち組や負け組が出て当たり前前の社会にし、「悔しければ勝ち組に入れ、良い暮らしができるではないか」と誘導する主張である。後藤論文では、こうした生き方を実際にやっている人たちが層として現れてきていると分析している。金融・証券業界やコンピュータ・ネット業界にしばしば見られる、三〇代で年収一五〇〇万円などといった人たちである。こうした「ニューリッチ」層が、層として日本社会に出現し、自民党や民主党とも結びついて、日本の新たな上層部に加わっているのである。このような生き方を

是とし、こういう方向に国民を向かわせる、つまりは国民をこういう方向で統合する仕組みがつけられつつある。

### 憲法的理念に立脚した共同体のあり方

国民統合に関して最後にもう一つ言えば、民族主義的統合（旧共同体的統合）への注意である。後藤論文で、新保守主義的統合と表現されているものに相当する。これは下層の人々の素朴な感情を根こそぎ刈り取って、観念の上での統合を図るという役割を持っている。それに対しては、むしろ国際的地域人という言い方もある（“think globally, act locally.” などいろいろな表現がある）。

日本の医療生協が運動として展開している「地域丸ごと健康」などの取り組みを念頭に置くと、われわれは、新共同体的統合とでもいえるものを対置することができるのではないだろうか。地縁・血縁による旧共同体に復帰するのではなく、日本国憲法的理念に立脚した主権在民の立場からの新しい共同体をつくることによって、地域住民のあらたな統合を進めるのである。医療に即して言えば、地域丸ごと住民参加によって健康をつくっていくという統合の方向がある。

### 議論を重ねて実現したスウェーデンの少子対策——普遍主義的社会福祉

現在、国民的な一大関心事として、少子の問題がある。この問題のヒントは、職種別労働市場、わかりやすく言えば同一労働同一賃金である。仕事をすることによって賃金が入る。年齢や家族構成は基本的には関係ない。仕事には量と質の差異があり、単純ではないが、若い人も女性も男性もやった