

## 沢内村の「ゾーンディフェンス」の地域医療・地域福祉に学ぶ －「我が事・丸ごと」の問題と「建設的普遍主義」の実践

高 林 秀 明（熊本学園大学社会福祉学部）

Learning from Community Health Care and Community Work of “Zone Defense” in  
Sawauchi : Issue of “wagagoto/marugoto” Policy and Practice of  
“Constructive Universalism”  
Hideaki TAKABAYASHI

### 要約

政府は「我が事・丸ごと」をキーワードに地域福祉・地域包括ケアの推進を図ろうとしている。言葉としても実践としても「地域まるごと」は約60年前に始まった岩手県沢内村（現・西和賀町）の地域医療・地域福祉に遡る。そこでは「生命行政」「ゾーンディフェンス」という思想と理論を具体化し、村民と一体となった保健活動や国保10割給付等の手厚い施策をもってほぼ半世紀にわたって誰もが健康に安心して暮らせる地域づくりを展開した。その効果は村民の社会関係や規範にも影響を与え、長きにわたり「生命行政」を支える村民の連帯を実現した。沢内村の理論と実践は社会政策における「建設的普遍主義」に通じるものである。「建設的普遍主義」の実例として沢内村の「ゾーンディフェンス」を学ぶことは、今日の住民の生活保障とともに住民相互の信頼・連帯を形成する手がかりを知る上で有効だといえる。

### はじめに

政府による「地域共生社会」および「我が事・丸ごと」に関する政策は新たな「装い」の地域福祉として地域住民の主体性や支え合いを強調している。社会問題への対応の一手段として国家が住民を活用しようとする動きには十分な注意を払う必要がある。地域福祉研究がまず見るべきは「我が事」のはずの生活問題や貧困が「他人事」になっている社会であり、その背景にある1000万人ワーキングプアと2000万人貧困層の存在およびその原因である<sup>1</sup>。本稿では、今日の生活実態を踏まえつつ「地域共生社会」「我が事・丸ごと」政策を検討する視点を、かつて全く異なる意味で「地域まるごと」の考えを打ち出し、その政策と実践を展開した岩手県沢内村（現在の西和賀町）に求めたい。そのキー概念が地域医療・地域福祉における「ゾーンディフェンス」である<sup>2</sup>。本稿は、地域医療の金字塔を打ち建てた沢内村を懐かしむことが目的ではない。この論文の目的は、沢内村の「ゾーンディフェンス」の教訓を引き出すとともに、「我が事・丸ごと」の問題点と今後の政策のあり方を検討することである。

## 1. 「我が事・丸ごと」の問題点と課題設定

### (1) 「我が事・丸ごと」とは

厚生労働省は、現在、これからの社会福祉制度の一つの柱を「地域共生社会」および「我が事・丸ごと」という言葉に託している（「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部、2016年7月15日）。「地域共生社会」政策は、2016年6月2日に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」の一環であり、33項目の対応策（「夢をつむぐ子育て支援」12項目、「安心につながる社会保障」9項目、「希望を生み出す強い経済」22項目）の一つに位置づけられている<sup>3</sup>。そして、この政策を具体化するための方針が、「我が事・丸ごと」という概念を用いて、『地域共生社会』の実現に向けて（当面の改革工程）（2017年2月7日の厚生労働省）に示された<sup>4</sup>。そこでは、地域における多様な支援ニーズに的確に対応していくために、個別的に「縦割り」制度によって対応するのではなく、包括的かつ総合的な公的支援のあり方が必要だという。同時に、「社会的孤立」や「制度の狭間」などの課題が表面化する中、つながりのある地域をつくろうとする地域住民の主体性に基づいて、社会保障などの分野の枠を超えて地域全体が連帯し、地域の様々な資源を生かしながら取り組むことによって、その人らしい生活を実現できる社会を構築していくことにつながると述べている。総じて、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すという。これを「地域共生社会」と呼び、それを基本コンセプトとして今後の社会福祉政策の改革を進めるという。このように政策目標を「地域共生社会の実現」として、その実施手段を示す上で「我が事・丸ごと」という概念を介在させて以下のような施策を示した。

その骨格は、1.地域課題の解決力の強化、2.地域丸ごとのつながりの強化、3.地域を基盤とする包括的支援の強化、4.専門人材の機能強化・最大活用である。これらの改革の基礎にあるのは、公的制度の課題よりも地域における住民のつながり（の再構築）である。

この文書の中で、厚生労働省は、「なぜ『地域』なのか」という見出しを立て、改革における地域住民のつながりの意義を述べている。それによると、地域は、支え合う場であり、他者が抱える生活課題は、現在又は将来の自分や家族の課題となり、暮らしやすい地域をつくることは自分の利益になる。そのことが、「我が事」として地域づくりに参加するきっかけとなるという。そのほか、地域とは、世代や背景が異なる人たちが参加できる場、生きがいを見出す場、多様性を尊重し包摂する文化醸成の場、資源の有効活用や活性化の場、地域の主体性を発揮する場、住民、保健福祉関係者、行政が一体となって包括的支援体制を構築する場などと説明している。

「我が事・丸ごと」は「地域共生社会」の枕言葉であるとして、2017年後半から（大臣交代によって）すでに死語になったという指摘がある<sup>5</sup>。だが、「我が事・丸ごと」は、上述のように、政府による「地域共生社会」の理念をその具体的対策につなぐための概念・意味を含んでおり、今日の社会福祉政策の意図を端的に表している。それゆえ、本稿では「我が事・丸ごと」の概念・内容を正面に据えて検討の対象とする。

### (2) いくつかの疑念と論点

このように、「我が事・丸ごと」は、貧困や生活の諸問題へ「丸ごと」対応すること、そし

て、これらの問題に対して「我が事」であるという住民の主体性をいかに引き出すかを課題としている。以下、この政策に関して本論で取り上げる論点を示す。

第一に、実際に地域住民の貧困や生活問題に対して「丸ごと」対応するという目的と内容を持っているのか、という点である。日本に膨大なワーキングプアおよび貧困層が存在する中で、「丸ごと」の対応のためには既存の政策を抜本的に改善し実態に応じる体系的な政策を創造する必要があるだろう。この政策が言及する、高齢化や人口減少の急激な進行、地域でのつながりの弱まり、家庭機能の低下、課題の複雑化などは、あたかも避けて通れないもののように書かれている。だが、これらは1970年代以降の市場主義に偏重した日本の諸政策、なかでも雇用労働の不安定化・劣化、社会保障の形成の弱さ、開発主義の地域政策などをテコにつくられてきたのではないだろうか。基本的かつ構造的な政策課題に触れることなく、それらを棚上げにしたままで、「丸ごと」の対応をするという目的や方法が成り立つのだろうか。しかもそれらの問題を、この政策が強調している地域住民の支え合いを軸としてどのように改善できると考えているのだろうか<sup>6</sup>。

第二に、「我が事・丸ごと」政策における、貧困や生活問題を「我が事」と捉えてその解決に参加する住民の「主体性」のとらえ方あるいは「参加」の意味である。この政策は、住民を、支え合いやつながりの担い手という、または社会的な資源・サービスの一翼という、従来からの機能論的な認識を踏襲している。これは民間活力（マンパワー）の利用という意味で「経済財政運営と改革の基本方針」（2015年）に沿ったものであろう。住民参加には幅があり、福祉サービスの担い手にとどまらず、住民・当事者の主権に基づく参加と自治という観点が重要である。この点が等閑視されると、行政責任の棚上げと転嫁、民間・住民の自律性・自主性の行政による管理・利用などの問題を生起させる。

このように「我が事・丸ごと」とは、課題認識の総合性と支援の包括性という意味で言葉通りに地域福祉における全住民の生活のトータルな支援のことなのか。また「我が事」とはどのような住民の意識や参加を意味するのか。これらの疑問点について、本稿では、岩手県沢内村において「ゾーンディフェンス」と名づけられた包括的な地域医療・地域福祉の対象認識と実践方法を紹介し、「我が事・丸ごと」との違いを明確にし、これからの政策のあり方を探りたい。

## 2. 岩手県旧沢内村の思想と実践

### (1) 今なぜ沢内村か

岩手県の旧沢内村は、包括的な地域医療を軸とした「生命行政」の自治体としてあまりに有名である。日本で初めて高齢者（1960年から65歳以上、1961年から60歳以上）と乳児の医療費（1961年から）の無料化（国保10割給付）を実現し、1962年には地方自治体として初めて乳児死亡率ゼロの偉業を達成した。それは1957年に村長に就任した深澤晟雄のリーダーシップと住民参加の力によるものであった（当時の人口は約6,500人）。沢内村は地域医療・地域福祉を含む誰もが健康に安心して暮らせるまちづくりを、住民自治を育みながら進めたという意味で、今日もなお学ぶものが大きい<sup>7</sup>。本稿の文脈では、沢内村の村づくりの思想と実践について通史的に論じるのではなく、とくに上記の疑問に関わる以下の点を取り上げたい（沢内村の「生命行政」の動きは表1に参考としてまとめた）。沢内村に関しては

先行研究(著書・論文等)および2006年に筆者が沢内村等で行ったインタビューに基づく<sup>8</sup>。

一つ目に、自治体の目標は基本的には住民の福祉と自治の発展であるが<sup>9</sup>、「我が事・丸ごと」政策はグローバル化時代の市場競争に勝つための一手段として「社会政策」に位置づけられている(政府の「成長戦略」の一環)<sup>10</sup>。今日の自治体にとっての政策目標を考える上で、1960年代の高度経済成長期に沢内村が掲げた政策の理念・目標を振り返る。

二つ目に、沢内村の包括的な地域医療・地域福祉政策は、課題認識においても、対策(支援策)においても、まさに「地域まるごと」という考え方と実践であった。沢内病院の院長を長く務めた増田進医師はこれを「ゾーンディフェンス」と表現した<sup>11</sup>。厚生労働省のいう「丸ごと」の隘路を、沢内村の「地域まるごと」すなわち「ゾーンディフェンス」概念を踏まえて指摘する。

三つ目に、沢内村の住民の参加と自治がどのように発展したのか、その主体性が「我が事」という意識と関係しているとすればどのような背景や契機があったのか。沢内村は村の諸事業に住民の参加を促進するとともに、住民の声を村政に反映させる仕組みづくりを行った。この点でも「我が事・丸ごと」政策との違いを浮き彫りにしたい。

そして、最後に、沢内村の教訓を今日の社会に活かすための「政策」と「つながり」との関係性である。この関係性いかんでは採るべき政策の内容や運営方法が変わってくる。具体的には、沢内村の生命行政による住民の健康・生活の向上と住民自治の発展は、主にコミュニティや住民の主体性によって実現したのか、あるいは政策・制度によって実を結んだのか。「我が事・丸ごと」政策は前者の視点を強調するが、沢内村においては社会制度の改革、具体的には医療等の生活に関わる保障制度とそこへの住民参加の仕組みをつくることによって連帯と自治を促進したと筆者は捉えている。単に住民が活動に参加しやすいための支援をするというレベルの政策ではなく、生活や自治の向上のための体系的な政策・制度が、自治やコミュニティの形成、住民の主体性を育んだとみられる。すなわち、つながりの再構築から社会制度・仕組みづくりという関係ではなく、社会制度・社会の仕組みづくりからつながりの再構築へという関係である<sup>12</sup>。

## (2) 現実に根ざした「生命行政」の理念と課題認識

沢内村の「生命行政」の理念は、深澤村長(1957年就任)の次の言葉に凝縮されている。

「人間に格差があってはならないのです。人間の生命や健康は、人間の尊厳の根本であって、それに格差がつけられることは絶対に許されないことです。だからわたしは、国民の生命や健康に関することは、教育問題と合わせてすべて国家で管理すべきだという考えです。今すぐそれが叶わないのであれば、せめてこの村だけは村の責任で村民の生命と健康を守りたい。村民が病気にならないように、予防に重点を置いた保健活動を徹底していきたい。そうしてみんなが、安らかな自然死にたどりつけるようになれば、沢内村の貧困も解消できる、そう考えているんです。」<sup>13</sup>

深澤には、戦時中、侵略戦争のための国策として、満州で鉱山や炭鉱の管理の仕事に携わり、敗戦によって人民裁判にかけられた経験がある<sup>14</sup>。その彼にとって、戦後の憲法が保障する自由は何にも代え難い権利であったはずだ。しかし、奥羽山脈の麓にひっそりと佇む沢内村にはその自由さえ実際には無きの如くであった。豪雪と零細な農業、無医村と国保未加入、貧困と病気が村民の生活に重く背負われ、生存そのものが脅かされていた。とくに深刻な

のは乳児の死亡や高齢者の自殺など生命の問題にまで至っていることだった。生業と生活の過酷な条件を改善しない限り、人間の自由も尊厳も守られない。そのような経験と現実から、深澤は、生命と健康の格差をなくすことを村づくりの目標に掲げ、それを国家の責任で行うことを求めたのだった。

深澤村長は、教育長時代に、婦人会等の組織化をはじめ社会教育に力を入れた。そこから生まれた交流と学習は住民の自治の力を蓄える土台となった。村長に就任以降も地区ごとに保健委員（当初は保健連絡員）を配置するなどして、行政の諸事業と関連づけた住民の参加と自治を一貫して重視してきた。それは一つの理念であったが、過酷な生活条件の中で自分たちの手で生命・生命を守ることがどうしても必要な現実の中から生まれた具体的な自治の実践でもあった。

今日、当時と比べれば国の富は格段に増えたにもかかわらず、1990年代後半からの労働法制の規制緩和（労働者保護の後退）によって雇用者の約4割が非正規となり、また年金水準・保護基準の引き下げもあり、国民の6人に1人が相対的な貧困状態に陥っている。国民健康保険制度は1984年以降に国庫負担率が大幅に引き下げられ保険料の引き上げが続く中、「国民皆保険」は実質的な崩壊に直面している。加入全世帯の15%が保険料を完納できず、保険証がなく医者にかかれない人たちが、保険証があっても窓口負担ができずに受診を控えている人たちも少なくない<sup>15</sup>。このように仕事・収入や医療・健康といった生活の基盤と中身が崩れる中で、地域活動や社会活動への参加やそこでの「主体性」の発揮がどれほど期待できるだろうか。

このような中、「我が事・丸ごと」政策はその課題として、「様々な分野の課題が絡み合って複雑化」した状況や「個人や世帯単位で複数分野の課題を抱え、複合的な支援を必要とする」といった状況、『つながり』の弱

表1 沢内村の「生命行政」の歩み

年	主な出来事
1953	国保直営沢内病院落成 沢内村婦人会連絡協議会結成
1955	広報「さわうち」発刊
1956	沢内村青年連絡協議会結成
1957	深澤晟雄村長就任 乳児死亡率半減運動 保健婦設置(2人) 保健連絡員設置(18人) 冬季交通確保期成同盟結成(ブルによる除雪開始)
1958	村単独で70歳以上に養老手当金支給(年額1,200円) 患者輸送車購入
1960	65歳以上の高齢者に国保10割給付 沢内病院長に加藤邦夫就任 冬季交通確保(ブル3台)
1961	国保10割給付拡大(乳児と60歳以上)
1962	乳児死亡ゼロの金字塔達成
1963	増田進着任(副院長) 健康管理課設置 結核性疾患、精神病患者への10割給付 全予防接種全額村費負担
1964	沢内村老人クラブ連合会結成 血圧管理センター設置、往診料格差是正
1965	深澤村長死去 国保世帯の7割給付実施 母子健康センター開所 西和賀地域保健調査会発足
1966	患者送迎マイクロバス購入
1967	2度目の乳児死亡ゼロ、患者無料送迎バス運行 婦人科検診一部補助、住宅改善開始
1969	住宅コンクール実施
1970	火葬料全額補助
1971	3度目の乳児死亡ゼロ、出稼者健診無料、分娩料補助
1972	4度目の乳児死亡ゼロ 小地域での福祉座談会が始まる(村社協)
1973	母子家庭に対する医療費10割給付 重度心身障害児者に対する医療費10割給付 5度目の乳児死亡ゼロ
1975	増田進病院長に就任
1976	沢内病院落成 「いつくし苑」(在宅心身障害児(者)指導訓練事業開設)
1977	総合成人病検診開始(一部補助) 6度目の乳児死亡ゼロ
1978	7度目の乳児死亡ゼロ
1981	8度目の乳児死亡ゼロ
1982	寡婦医療費10割給付 9度目の乳児死亡ゼロ 村老連、老人医療10割給付継続の陳情を提出
1983	老人保健法実施後も老人医療費10割給付を議決
1985	12度目の乳児死亡ゼロ達成
1992	沢内村デイサービスセンター開設
1994	沢内村高齢者生活福祉センター「かたくりの園」開所
1998	特別養護老人ホーム「ぶなの園」開所
1999	増田院長定年退職
2000	グループホーム自遊舎オープン
2002	ワークステーション湯田・沢内開所
2004	7月集中豪雨で河川氾濫や土砂崩れ、被害総額4億超。
2005	11月1日、沢内村閉村、湯田町と合併、西和賀町となる。
2007	NPO法人「深沢晟雄の会」発足、 NPO法人「輝けいのち」ネットワーク発足

年表出所：菊池武雄『自分たちで生命を守った村』岩波新書、1968年、及川和男『村長ありきー沢内村 深澤晟雄の生涯』れんが書房新社、2008年、増田進『地域医療を始める人のために』医学書院、1989年、太田祖電・増田進・田中トシ・上坪陽『沢内村奮戦記 住民の生命を守る村』あけび書房、1983年、沢内村『沢内村の統計』2005年3月から作成。

まりを背景に」した「『社会的孤立』や『制度の狭間』などの課題」、「制度が対象としないような身近な生活課題」、「様々な問題を抱えているが公的支援制度の受給要件を満たさない『制度の狭間』の問題」などをあげている。これらは経済のグローバル化に従属した過去 25 年間の（実際には 1970 年代後半から一貫している）社会政策と深く関係している。社会問題の現象面だけをすくい取って課題に据えたとしても、今日の生活問題に応じた政策にはなり得ない。しかも、その課題解決の鍵を「つながりの『再構築』」や「主体的な実践が生まれやすい環境」をつくること、「(住民が) 主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制を構築」することに求めている<sup>16</sup>。現実に応じた課題認識とそれに根ざした理念、それらに応じた政策・方法という点で沢内村に我々が学ぶべき意義は大きい。

### (3) 「ゾーンディフェンス」とは

長く沢内病院の院長を務めた増田進医師（1963 年から副院長・沢内村健康管理課長、1975 年から 1999 年まで院長）は、地域の健康を守る活動をスポーツのディフェンスにたとえている。

「家庭医療というのはイメージからすると医師と家庭というマン・ツー・マン・ディフェンスという感じがする。私が今働いている沢内村というのは、それに対してゾーン・ディフェンスという発想ですべての仕事が行われている。沢内村は無医村から出発した。医療のないところからスタートして、行政が主役となって組み上げてきたシステムを持っている。私はこのシステムは非常に優れたものと思っている。その中には、老人の無料診療がある。（中略）お産も、赤ちゃんの診療も、予防接種とかいろいろな検診も無料である。さらに火葬料も無料、つまり生まれてから死ぬまでの健康に関するサービスというものは地域が保障する。一種の社会保障的なシステムである。」<sup>17</sup>

増田の言うように、沢内村は、生まれてから死ぬまでの健康に関するサービスを地域（自治体行政）が保障する。マン・ツー・マンの個別対応の前提に、地域のすべての住民の健康に自治体行政が責任を持つシステムを構築している。乳児と高齢者の医療費の 10 割給付さえも、目標を実現するための一つの手段（制度）である。増田が述べる「ゾーンディフェンス」が地域医療というのであれば、家庭医療や在宅医療は「マン・ツー・マン・ディフェンス」となる。この地域医療と在宅医療の違いを理解することは地域福祉と在宅福祉との違いを考える上でも意味がある。しかも、沢内村の地域医療は、健康を守る活動すべてを意味するので、地域づくり・まちづくりと一体であり、地域福祉もその一環である。本稿で用いる沢内村の地域医療という言葉も、一般的な意味ではないために、以下ではその概念を説明することを通して、沢内村の「地域まるごと」すなわち「ゾーンディフェンス」とは何かを示したい。以下の説明は増田の著書および筆者による増田や沢内村の関係者へのインタビューに基づいている<sup>18</sup>。

「ゾーンディフェンス」は、前述の深澤村政の理念とその後の長期の実践を踏まえると、①その目標はすべての村民一人ひとりの一生の健康を守ること（皆が安らかな自然死にたどりつけること、貧困の解消）。②その対象は地域のすべての世帯・人であり、社会的に不利な立場に置かれている人や生活条件がきびしい地域の人にも対応して格差をなくすことを重視する。③対象課題（健康・生活の困難・不安）を部分的・個別的に取り上げるのではなく、労働・生活・健康・地域等の諸条件全体を関連づけて把握し、それに応じた対策をとる。そ

のため、④地域医療・地域福祉はトータルな地域づくり（農業基盤整備、冬季交通確保、住宅改善、体育施設整備、社会教育等）の一環である。⑤対話と交流、民主主義を重視すること、住民の手伝いよりもその声・意見を求めてそれに依拠した事業・活動を通して住民自治を育む、というものである。

それに対して、「我が事・丸ごと」政策は、「丸ごと」を次のような意味で用いている。①「複合的課題丸ごと」や「世帯丸ごと」、地域生活課題の「丸ごと」<sup>19</sup>、②それらに対応するために、分野別、年齢別に縦割りの支援ではなく当事者中心の、市町村域や広域での包括的な相談支援体制という意味での支援の「丸ごと」、という二点である。

①と②の面での、沢内村の「ゾーンディフェンス」との違いは何か。①について、生活問題や貧困は元来、労働・所得の問題を基礎に社会的・構造的なものであり、複合的で世帯単位としてあらわれる。それゆえに、沢内村はその（社会）階層性と地域性を踏まえて、トータルな課題認識を重視していた。しかし、「我が事・丸ごと」政策は言葉では「丸ごと」というが、課題認識においては問題現象をあれこれ列記するにとどまっている。また、『『つながり』の弱まり』があたかも「社会的孤立」や「制度の狭間」をもたらしているかのように描いている。②についての「丸ごと」は、沢内村では対象をすべての人・世帯としており、地域住民すべてが「誰もがいつでもどこでも」健康と生活が保障されること、それを（本来は国の責任であるが）自治体行政が責任を持つという意味を指す。しかし、「我が事・丸ごと」政策は、「丸ごと」を一つの課題の他領域との関連性や総合性としているが、国や自治体が地域住民全体、つまりすべての人および世帯の生活と健康に責任を持つという意味での「丸ごと」ではない<sup>20</sup>。また、同政策は「縦割り」から「人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながる」というように、社会資源の有効な活用という視点が強く打ち出されている。そのため、①の課題認識の「丸ごと」も、②の包括的対応としての「丸ごと」も、断片的・部分的なとらえ方かつ資源の効果的利用といった見方であり、沢内村のように、理念も責任主体も見えない上に、すべての住民を包括的に支援するという意味での「丸ごと」ではないのである。

#### （４）地域医療と在宅医療との違い、地域福祉と在宅福祉との違い

「ゾーンディフェンス」（地域まるごと）の概念は、地域医療と在宅医療との違いを見ることが通していっそう明確になる。

沢内村は、1961年に国保の10割給付を乳児と60歳以上に拡大し、その2年後の1963年に行政組織として健康管理課を沢内病院内に設置した。健康管理課の課長に就任し、長く病院長と兼務した増田進は、この仕組みを高く評価する。彼は健康管理課と病院が一体的に保健行政を展開することによって、すべての住民の健康に責任を持つというシステムができたと言う。具体的には、健康管理課は全住民の保健、すなわち疾病予防と健康の保持・増進が目的であり、4人の保健師を擁し、それぞれ担当地区の保健活動・事業を展開する。院長である増田は来院する患者や往診先の患者の治療やリハビリに責任があるだけでなく、健康管理課長として病気の有無にかかわらず全住民の健康を守ること（検診・健康教育等の保健活動）にも責任を持つ。上述のように深澤村政以来の「生命行政」は病気にならないために予防を軸とした保健医療を展開しているため、沢内村では病院を保健行政の拠点として位置づけてきた<sup>21</sup>。なお、10割給付の対象は村の財政的理由から高齢者や乳児等に限定して始めら

れたが、深澤村長は当時、無料化の対象を年齢層を問わず約 7000 人の全村民に広げたいと考えていた<sup>22</sup>。

増田は言う。「病院に来る人、来ない人、あるいは経済的な理由で来られない人に対して健康を預かる上でどう責任をとるのか。病院長兼健康管理課長としての役割を具体的に取り組むことによってゾーンディフェンスになった。病院に来ない人たちにも病院は責任を持つ。住民が倒れた場所が病院の門の外か玄関の中かによってその患者に対する責任に違いがあるという考えさえあるが、これは誤っている。沢内村では医療が患者と医者との単なる個人契約であるという考え方をとらない。すべての人が対象なのだから病院に来ない人に対する責任を果たしていこうとするとゾーンディフェンスになった。」<sup>23</sup>

社会福祉における契約方式の嚆矢は介護保険制度である。介護保険および地域包括ケアシステムは増田が指摘するような「ゾーンディフェンス」(地域の全高齢者等の介護・ケアを漏れなく保障する)のコンセプトを持たない。ネグレクトを含む虐待ケースなどでは、老人福祉法の措置が現在もあるが、市町村は積極的にこれを利用する姿勢は乏しい(特別養護老人ホームの措置率はわずか 0.15%)<sup>24</sup>。高齢者や児童の虐待、介護殺人・心中、DV、孤立死など、増え続ける生命に関わる問題を抱える世帯に対して、自治体行政や医療・福祉機関の目もサポートも十分に行き届いていない。これらは「我が事・丸ごと」政策の言うような「制度の狭間」の問題ではなく、不安定雇用・半失業、低年金・無収入などの問題を基礎に、雇用や所得保障等の基礎的な対策の遅れ・歪みに媒介された構造的問題である。一方で、困窮や苦痛・苦悩を抱える世帯の隣人、なかでも経済的に余裕のある世帯は、非常に高度な在宅医療や在宅福祉、ターミナルケアなどを利用できている場合もある。

増田は、優れた農村医療を実践しているといわれる病院や自称「地域医療を担っている」と名乗る医療機関の考え方や取り組みと沢内村との違いを指摘する。「佐久病院は高度な在宅医療を広範囲に提供しているが、ゾーンディフェンスの発想はない。」という。多くの場合、病院にとっての地域とは、医療や看護の技術の提供範囲という意味であって、一定の地域で暮らしているすべての人たちの健康と生活を守るという責任範囲ではない。

1960 年代から 80 年代にかけて、沢内村の地域保健医療には、社会福祉の役割が含まれていた。保健師が家庭訪問する際や住民が病院に来る際に、住民はそれぞれに生活の相談をした。役所に出向くよりも住民が話しやすいことを踏まえて相談支援体制(病院では保健師が窓口となり必要に応じて役場に繋いだ)を作っていたのである。相談内容は、年金、消費生活、押し売り問題、精神疾患、就労の問題など多様であった。病院は冬季に単身高齢者らを越冬入院という形で受け入れ、病床は福祉施設の役割を果たした。すべての村民の生活と健康を守る拠点として病院・健康管理課は地域医療だけでなく地域福祉も一体的に担ってきたのである。しかし、90 年代になると、沢内村の社会福祉施設・サービスは、病院の機能の拡充ではない形で、病院とは切り離されて整備された。また、地域福祉活動は住民主体の原則を重視した社会福祉協議会を中心に、福祉共同作業所の設置、「スノーバスターズ」や住民参加型の食事サービス、住宅補修サービスなどに取り組んできた<sup>25</sup>。2005 年の 2 町合併までに、事業や活動の主体は増えたものの、村の中で「ゾーンディフェンス」の考え方が十分に共有されていたわけではなかった<sup>26</sup>。それでも合併後(現・西和賀町)も沢内村の伝統を受け継ぎ、今日も 65 歳以上の高齢者の医療費の自己負担額は他の自治体に比べてかなり低く抑えられている(非課税世帯は免除、課税世帯は月額上限が通院 1,500 円、入院 5,000 円)<sup>27</sup>。



増田は、「医療よりも福祉の方が生活の場が重要です。福祉こそゾーンディフェンスが必要だと思う。福祉がまるで介護技術の市場といった発想になっているのは間違っている。申請しない人や我慢している人はそれっきり。申請してきた人、相談してきた人だけを診たり支援したりするというのは沢内村の精神とは正反対である。」と話した。

ここでの増田の批判は現在の日本の介護保険と民活型・営利型の社会福祉に向けられている。日本の90年代半ば以降の社会福祉・地域福祉の政策は、基本的には、福祉サービスという市場（準市場）とそれを補完する住民・ボランティア活動、それらの連携（多職種連携とネットワーク）といったものである。その末に、ケアの質の低下、介護職等の職員の労働条件の低下・人手不足、ボランティア活動者の減少などを生んでいる。福祉サービスの利用には費用がかかり、経済的に余裕がない世帯は十分なサービスが受けられない。しかも、そのような世帯は孤立する傾向がある。日本の社会福祉・地域福祉政策には、これまでも、現在も「ゾーンディフェンス」（地域まるごと）という発想はなく、そのような制度やサービスをいくら集めても、「地域まるごと」という意味での地域福祉にはならない<sup>28</sup>。もちろん沢内村（現・西和賀町）の地域福祉もこの問題に向き合う必要がある。地域福祉は基本的に自治体行政の責任で、住民と諸機関・施設との協力を通して、また諸制度・サービスを用いて、すべての住民の健康と生活を保障する政策・実践の一環であり、その最終的な対応といえる。よって、基本的な対策（雇用・所得保障、医療・住宅等）の改善への働きかけ、社会運動（ソーシャルアクション）の役割が地域福祉の実践には不可欠である。それは社会福祉（ソーシャルワーク）教育で一般的に語られる、単なる社会資源の開発とは目的も意味も異なる。貧困や生活問題等の対象課題（生活問題の階層性・地域性）の性質を踏まえた地域福祉の理論と実践が必要である<sup>29</sup>。

#### （5）「ゾーンディフェンス」の方法

増田は「ゾーンディフェンス」（地域まるごと）の実践には対象地域の設定が必要だという。これは地域医療や地域福祉にとって今日においても一般的な方法とは言えない。また、それは機関・施設の担当する地域という意味での、管轄エリアや医療圏・福祉圏という発想とも異なる。この場合の対象地域とは、その自治体が責任を持つエリアである。その責任の対象は、その地域に暮らしているすべての住民であり、その健康と生活である。

対象地域が明確でなければ、地域内で暮らす人たち、つまり人口・世帯数、世帯構成の状況さえわからない。対象地域を設定することは、それらに加えて、生活基盤（世帯の仕事・所得等）、生活状態、健康状態、地域のつながり、機関・施設等の配置・利用状況、地域課題等、その地域のくらしと健康、地域課題を「丸ごと」つかむ上での前提条件である。実態を把握することによって、課題を解決するための諸事業を進めるための行政計画や予算が立案できる。逆に対象地域が定まらず、実態がわからなければ、計画や予算を立てることは難しい。もちろん実態把握は一朝一夕にできるものではない。沢内村では保健婦や医師、事務職員らが地域を歩くことで、また検診データや抽出調査結果を参考にすることを通して、常に実態把握を大切にしていた。実践の中で実態をつかみ事業の成果を積み上げ、新たな計画と予算に反映させていくというスタイルである<sup>30</sup>。

対象地域の範囲について、増田は、地域住民がお互いにくらしと健康が把握できる範囲であり、くらしの場としてのまとまりと住民の参加と自治を発展させることが可能な範囲であ

るといふ。検診を例にとると、対象者の中で「検診しない人」が何人いたかということが大事になる。その人たちをすぐに訪問するなどして、顔の見える関係で把握できる範囲という点で、経験的に適正な人口規模は1万人前後だといふ<sup>31</sup>。農村部では1万人程度の市町村は多い。自治体の人口規模が数万人になるとエリアを区分する必要がある。数十万から百万人規模の都市部では小学校区がベースになるだろう（実際の住民活動は自治会が単位になる）。

ここで、図2-1と図2-2を用いて、「ゾーンディフェンス」のイメージを説明したい。図2-1は「マン・ツー・マン・ディフェンス」のイメージであり、対象地域の設定をせずその機関の責任が明確ではない。住民は自由に医療・福祉の機関・施設を選び利用する。経済面や情報面で自らサービスを選択できる資力・能力のある世帯の場合は、質の高い在宅医療・福祉を利用することもできるが、そうでない場合にはその同じ地域で貧困と孤立の中で生命にかかわる問題を抱えながら放置されている状態も起こり得る。医療・福祉の機関・施設は地域の拠点としての役割を持たないため、住民にとっては「地域にある病院・施設」ととどまる（地域に立地しているが信頼感が乏しい）。他方、図2-2が「ゾーンディフェンス」のイメージであり、自治体または機関・施設は、対象地域を設定してその地域に責任を持ち、すべての住民を対象にして日頃からアウトリーチによって生活と健康の実態を把握し適切なサポートを行う。また、その地域内を住民自治が可能な範囲に（住民の意見をもとに）エリア分けし、そこでの自主的な地域活動をサポートし、住民自治の発展を目指す。これらを実現するための行政責任による政策・条件整備を行う。医療・福祉の機関・施設は地域住民との信頼関係で結ばれて、それらは「地域の病院・施設」すなわち頼りになる存在となる。

図2-1「マン・ツー・マン・ディフェンス」のイメージ

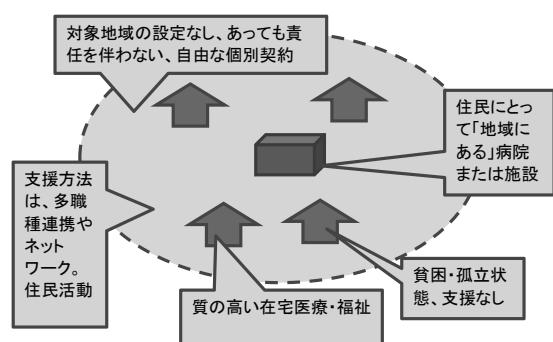
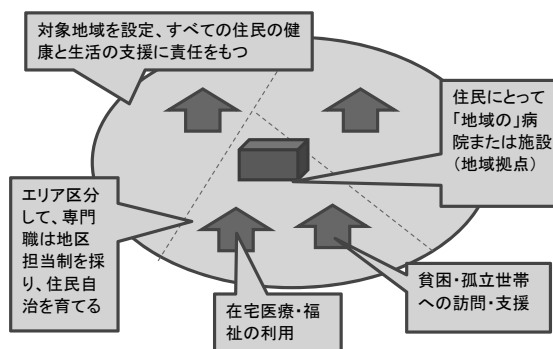


図2-2「ゾーンディフェンス」のイメージ



沢内村は、豪雪・貧困・多病多死という、いわゆる「三悪」を克服するために、「ゾーンディフェンス」（誰でもいつでもどこでも安心して医療にかかれる条件づくり）を徹底した。国保10割給付は「ゾーンディフェンス」の出発点だったと増田はいう。国保10割給付には、貧困な村の現実から出発して、もっとも厳しい人たちの条件を底上げして、村全体がよくなっていかねばならないという考えが基本にある<sup>32</sup>。つまり無料化はそれ自体が目的ではなく、村全体の「ゾーンディフェンス」を具体化するための一つの方法であった。沢内村は無料化の自治体として全国的に脚光を浴び、その継続性が注目されてきたが、その位置づけを見失うと沢内村の教訓を十分に得られないのではないかと思う。重要なのは「ゾーンディフェンス」の目的と概念、方法を学ぶことである。

沢内村は、村全体が貧しい中で経済的理由のため医者にかかれない状態（生活問題の階層性）を克服するとともに、村内の地理的条件のハンディ（生活問題の地域性）への対応も行

った。開拓農民が多い村の北部では、農業条件が悪かったため酪農家が多く、生活保護世帯が集中していた。その上、病院から離れているために交通費も負担であった。そのような地域性に対応するために、1958年に患者輸送車を購入し、1964年から往診料の格差是正（病院から遠い地域でも往診を受けやすくする）を行い、1967年から患者無料送迎バスの運行を実施した。これらの施策が北部の貝沢地区等の病院利用率の底上げを実現した<sup>33</sup>。また、病院では患者（住民）のカルテを地区ごとに整理し、健康状態によって色分けすることで健康問題の地域性を可視化させた。「ゾーンディフェンス」（地域まるごと）を実現するために、「生命行政」は問題の地域性を踏まえて取り組んだのである。

#### （6）「ゾーンディフェンス」と住民自治

沢内村の国保10割給付などを含め「ゾーンディフェンス」を支えてきたのが、住民による「生命行政」への支持であり、その基盤には住民の主体的な保健活動や村づくりへの参加と自治があった。

深澤村長は最初に行政職に就いた教育長時代に、これからの村づくりを考え、婦人会の組織化に乗り出した。村づくりは行政や議員、男性だけに任せていては進まない、民主的な村づくりには女性の自覚と参加が不可欠だと考えていた。そこで、徹底的に地域を歩き回り、女性・婦人と話し合いながら、村内全地域に15の婦人会を設立した（各会長・副会長による沢内村婦人会連絡協議会も結成）。また、深澤は青年会の力を結集するために座談会を組織し、各青年団体の連絡協議会も生まれた<sup>34</sup>。

保健委員や社会教育委員の経験があり食生活改善推進委員でもある高橋夕美子さんは、「深澤さんは村づくりのために社会教育に力を入れた。村の様々な委員会に女性が入るなど、早い時期から女性が公式の場に出ることに恵まれた。その結果、たくさんの勉強をさせてもらった。海外の研修にも村からお金を出してくれた。」と話した<sup>35</sup>。

女性たちが担った活動の一つが保健委員であった（民生委員は当時男性が中心で保健委員との連携もそれほどなかった）。保健委員は13の行政区ごとに配置された。保健委員の選出は、区長、婦人会、若妻会、公民館長などの話し合いによって決まり、次第に50代から60代ぐらいの女性が増えていった。活動内容は、①健診・人間ドックの案内、②健康相談（案内や会場設営）、③月報作成（地域を回って世間話の中から気づいたことを記入）、④保健委員会への出席（3ヶ月に1回）、⑤年2回の清掃点検、⑥国民健康保険団体連合会の保健推進委員会（年1回）、リーダー研修会（年2回）、国保中部地区研修会（年2回）などへの参加である。

これらの活動の結果、住民の中で健診や人間ドックを知らない人はいないほどにしっかりと保健事業が周知された。保健委員から提出された月報は保健婦が地区の世帯の生活や健康の状況を把握するために役立てられた。このような協働活動の中で、住民と病院・行政との間の連携や信頼関係が形成されていった。

保健委員は当初は保健連絡員と呼ばれ、各行政区での健診通知の各戸配布や健診会場の掃除、健診の準備や受付の手伝いなどを担っていた。増田医師が健康管理課長になり、保健連絡員制度を保健委員に改めて、各地区の保健委員によって構成される保健委員会を設置した（農協、学校関係、婦人会、青年会、役場、病院等も参加）。健診の手伝いといった活動は保健委員に限らず広く住民に分担してもらい、保健委員には年4回の保健委員会を通して、健

健康管理課の事業や村立病院への意見を出してほしいと考えたためであった。増田は「私たちが住民に求めるものがあるとすれば、それは“手伝い”ではなく“意見”なのである。私は村の人達の意見が欲しかった。より一層の対話が欲しかった」と述べている。実際に保健委員らは、住民の保健活動のリーダーとして、委員会の中で健診や栄養指導の内容・方法について発言した<sup>36</sup>。このような「声」を大切に行政と制度（仕組み）が、「生命行政」への理解、住民の保健活動への主体的な参加を促進したとみられる。

「生命行政」（国保 10 割給付等）を長く支持してきた村民であったが、その過程にはいくつかの転機があった。政府が一部自己負担を導入した 1983 年の老人保健法の実施時には、沢内村でも 10 割給付の継続が問われた。村では 1981 年と 82 年に老人の主張大会を開催し、15 の単位老人クラブのうち半分ほどが「無料化に思う」をテーマに選んだ。「無料化をやることで家中が和やかになる」「病院に気兼ねなく行ける」「体の調子が良くなる」「嫁さんにもすぐ病院をすすめられる」などが語られた。主張大会の発表を録音し、朝と夜の有線放送で内容を全村民に対して知らせた<sup>37</sup>。老人クラブは無料化継続の署名活動も行い議会に陳情した。議会は全会一致で継続を決議した。政治的には革新ではなく保守色の強い沢内村において、1960 年に村の現実と課題から出発した無料化が住民の暮らしになくてはならないものとして定着し支持を受け続けたのである。

しかし、1980 年代以降、国の低医療費政策と行政改革が強行されるに伴い、村の状況は変わっていった<sup>38</sup>。当時の保健婦・高橋和子さんは「このあたり（老人保健法実施後）から『無料化廃止も仕方ないじゃないか』という村民の声も出てきた。保健婦として地域に出ているとそういう声が聞こえてきた。増田院長よりも保健婦の方が危機感を感じていた。村民に現在の国の政策の問題などを話して回ろうと思った。」と話した。そして「年間に出生 50 人、死亡 50 人であると、20 年間で 1000 人が入れ替わる。村民の考え方も変化して当然かもしれない。だから国の圧力に対しては危機感を持って積極的に自治体の理論と政策を築き上げていかなければならない。」とも語った<sup>39</sup>。1980 年代半ば以降、沢内村でも行政改革推進委員会や病院経営検討会が設置され、国の低医療費政策の本格化によって 1984 年から赤字に陥った病院に対して内部からも批判が出るなど、「生命行政」をめぐる村長と院長が対立するようになった。1992 年 4 月に開催された「保健・医療・福祉を考える村民集会」において、太田祖電村長は「沢内病院の累積赤字は 2 億円に膨らみ、村の一般会計から毎年 1 億 5 千万円を病院会計に出している」と述べて経営改善を求めた。それに対して増田院長は「沢内病院は類似の病院に比べて 30% も患者が多いが、老人一人当たりの医療費は県平均より年間 15 万円安い。そのため、（村の老人が約千人なので）村としての老人医療費は年間 1 億 5 千万円ほど安く済んでいる。」と反論した<sup>40</sup>。それは 30 年間の「生命行政」「ゾーンディフェンス」によって健康な人たちが増えた結果であり、誇るべき成果である。しかし、国の社会保障制度の後退、医療費抑制政策は、深澤村政を尊重・継承してきた沢内村のリーダー（村長と院長）の間にさえ対立・分断をつくったのだった。増田は、1999 年に定年退職によって村を離れた。直後に健康管理課は廃止された。増田はこれによって沢内村の地域医療は終焉し「普通の村」に戻ったと語った<sup>41</sup>。

ただし、その後も「生命行政」に学びこれを継承しようとする人たちの活動、それを核とした地域内外の対話と学習は続いている（2007 年には NPO 法人「深沢晟雄の会」および NPO 法人「輝け『いのち』ネットワーク」が発足）<sup>42</sup>。にもかかわらず、西和賀町（旧沢内

村と旧湯田町の合併)が「生命行政」を再興する道は険しいようにみえる。旧沢内村の人口は1960(昭和35)年の6,451人から2005(合併時の平成17)年には3,665人にまで減少した<sup>43</sup>。保健活動を軸とした村づくりに多くの実績を残した深澤村長時代においても、国の高度経済成長政策(1961年の農業基本法、1962年の全国総合開発計画等)の下で、出稼ぎの増加、人口流出、農業の担い手不足、婦人の過重労働、母子等の保健状態の深刻化などの諸問題を抱えていた。その後も形を変えながらも貫かれてきた開発主義の経済政策・地域政策によって、旧沢内村を含めて全国の地方・周辺部の少なくない市町村が地域存続・生活継続の危機に直面させられている。「生命行政」の再建・創造を目指す上で、社会状況は極めて厳しい。私たちは、「生命行政」の理念をあらためて確認し、政府の、そしてグローバルな状況下の、経済・地域・社会のそれぞれの政策(「地方創生」や「我が事・丸ごと」等の「成長戦略」政策)と切り結びながら、課題と展望をつかみ広く共有していきたい。地域福祉の研究と実践も例外ではなく、地域包括ケアや地域福祉活動・ボランティア活動の推進といった狭い枠組み(「我が事・丸ごと」政策)を超えていかなければならない。<sup>44</sup>

### 3. 「建設的普遍主義」政策としての「ゾーンディフェンス」の教訓

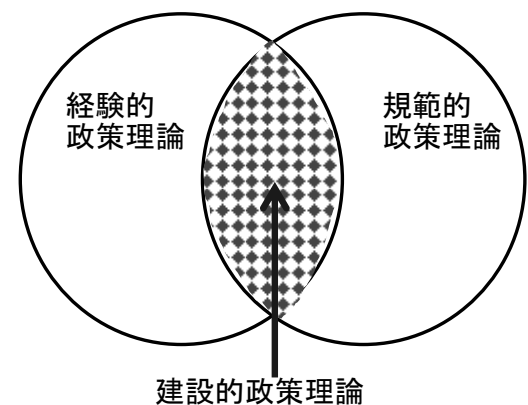
#### (1) 理念と現実を架橋する建設的政策理論

ここからは、沢内村の「ゾーンディフェンス」の理論・政策・実践から、今日の政策に生かすための教訓を引き出したい。その手がかりとしてスウェーデンの政治学者で社会政策にもアプローチしているボ・ロスステイン(Bo Rothstein)の建設的な普遍主義の考え方を参照する<sup>45</sup>。

ロスステインは、その著書 Just Institutions Matter(1998年)において、国家の役割(政策)における規範(理念)と経験(現実)の架橋理論、すなわち規範と経験をつなぐ建設的理論を示している(図1・国家理論を政策理論と置き換えた)。沢内村にとっては、全村民の健やかな生活という理念(規範)と厳しい生活・地域の経験(豪雪・貧困・多病多死)の間にいかに橋をかけるかを課題としてきた。しかし、規範と経験の分析は一般的にそれぞれで完結しがちである。前者の民主主義等の規範的理論は終わりのない哲学的論争に陥り、後者の制度や組織の経験的理論は合理性(効率性)を尺度とする経験や技術の分析に終始する傾向がある。後者の経験分析は社会福祉・地域福祉の研究において重要だが、少なくとも基礎的な道德原理が危機に瀕しているときには、理念をあらためて定めるとともに、規範と経験を橋渡しする視点と枠組みが必要である。規範と経験をつないだのが沢内村の半世紀近くの実践だとみるならば両者を媒介したものは何であったか。そこでロスステインのもう一つの視点が手がかりになる。

彼はある価値・規範、それに支えられた社会関係を形成する媒介として社会制度に着目す

図1 経験的、規範的および建設的政策理論



出所)Bo Rothstein(1998) Figure 1.1 p.17 一部修正

る。社会制度の条件（内容・運営等）が社会規範や社会関係資本の形成に影響を与えるという。制度とは単に行動が合理的であることを決定するルールのシステムでなく、構築された規範様式でもある。このように捉えれば、制度とはルール以上の結果をもたらし、社会において構築される価値・規範に影響を与える。つまり制度は私たちの共通の文化や集合的アイデンティティ、所属感、信頼、そして連帯などに影響しているとみる。<sup>46</sup>

また、ロスステインは、ジョン・ロールズの『正義論』を解釈して民主的なコミュニティが「正義の二原理（平等な自由、公正な機会均等、最低限の保証）」<sup>47</sup>の実現に導くというよりも、「正義の社会制度」が正義に関心を持つ民主的な市民（「善」）を創造するという<sup>48</sup>。ならばロールズの理念の実現には、社会制度が検討の対象となり、理念と現実をつなぐための建設的な社会制度の構想が必要となる。

## （2）「普遍主義」政策がつくる連帯と信頼

社会制度の役割を重視するロスステインは、その上で、「選別主義」と「普遍主義」という二つのタイプの社会政策が規範・社会関係に与える影響の違いに着目する<sup>49</sup>。社会保障・社会福祉における選別主義の制度の特徴は、制度の対象者が狭く限定的であり、所得制限やミーンズテスト（資産調査）を伴うなど利用条件が厳しく、給付水準は最低限である（表2）。それは日本の国民健康保険や生活保護などによく現れている。また、選別主義制度は、ミーンズテストを用いるために制度とその運営組織への不信感を市民に与え、住民間での信頼感にもネガティブな影響を与えるとされる。

表2 選別的福祉政策および普遍的福祉政策

要素	選別主義	普遍主義
給付とサービスによる対象の人口比	少数者	多数者
施策の運営の主なタイプ	ミーンズテスト	普遍的
扶助へのニーズを防ぐための施策の役割	なし	重要
給付レベル	最低限	適切
公的給付とサービスの範囲	制限的	拡張的
民間組織の重要性	大きい	小さい

Sainsbury(1991),p.4;cf.Korpi(1980),p.303

出所)Bo Rothstein(1998) p.146 Table 6.1 一部省略

沢内村では、深澤村政以前は、無医村状態と高い保険料が医者と保険制度への不信感を住民の中にもたらしていた。上述の現在の国民健康保険について、筆者が調査した熊本市においても、保険料を払いきれず短期保険証を受けている人たちは高い保険料と滞納者に厳しい制裁を課す役所への不信感を持っている<sup>50</sup>。例えば、「所得が少ないので、保険料は3ヶ月に1回しか払えない。役所で保険料が高いと言って…払えないからつい怒鳴ったりケンカしたことが何度もある。」(50代、夫婦と子)、「市役所から月初めと月末に来られて『月2回こられても払えない』とケンカしたこともある。」(60代、単身、女性)、「国保料や医療費の支払いのことで市役所に相談に行ったが、態度が悪く同じ目線で考えてくれない。」(60代、男性)といった声である。

また、分厚い貧困層の存在にもかかわらず、厳しい資産調査等の生活保護運営が利用の必要のある大量の世帯を退けている。また、その申請過程や受給開始後のケースワーカーの執拗な調査や就労指導等によっても、住民・受給者の尊厳が傷つけられることが少なくない。制度が受給者に「スティグマ」(負の烙印)や屈辱感を与え、地域住民による保護受給者に対する不信感を煽ることにもつながっている<sup>51</sup>。良くも悪くも社会制度は、住民の相互関係や住民の持つ規範を構築する機能を持っているのである<sup>52</sup>。

一方で、ロスステインは「普遍主義」の制度が住民の福祉と自治を促進すると論じる。その特徴はその対象が広く利用条件に所得制限やミーンズテストを設けず、ほとんどの施策が無料または低額で利用できて給付は最低限ではなく最適な水準に設定されている(表2)。この場合、貧困に陥らないための積極的な雇用政策が社会保障の前提となっている(表2、「扶助へのニーズを防ぐための施策の役割」)。北欧がその典型であり、所得格差が少なく、貧困率も低く抑えられている<sup>53</sup>。制度の利用者は社会の外側に置かれていると見られることなく、その尊厳は収入・資産や生活状態を調べる手続きによって侵害されることもない。そのため、住民相互の不信感や猜疑心、住民と行政の間の不信感や対立を避けることができる。

このような普遍的福祉国家の特徴は、第一に「貧困・低所得層」のみではなく、「中間層(ブルーカラー層・ホワイトカラー層および専門職)」にも(無償の医療・教育等の)制度が対応している。そのため「中間層」からの制度への信頼と支持を得ている。ただしスウェーデン国民による制度への支持をみると、制度の種類によって違いがある。高い支持を集める政策は、対象者が広く無料か低額で提供されている、(初等・中等)教育、高齢者福祉、雇用政策、保健ケア等であり、中程度の支持は子育て支援である。一方、低い支持は住宅手当、公的扶助(生活保護)で、利用者が低所得層に限定されている<sup>54</sup>。このように「普遍主義」の性格が強い制度ほど広く支持を受ける、すなわち中間層も支持する傾向を持っている。スウェーデンでは社会民主党政権が1960年代以降、社会政策等の対象を中間層(ホワイトカラー層)にまで拡充したことによって福祉国家への支持と連帯の基盤を固めた。一方、日本では1970年代後半の日本型福祉社会論と1980年代の臨調行革路線によって「普遍主義」が拒まれ、民活型の福祉と選別主義の政策が主流となってきた。沢内村もそのような国政(選別主義を強める医療費抑制政策等)の影響を受け、自治体行政(国保10割給付等)への住民らの支持にも影響を与えたとみられる。

第二に、「普遍主義」政策の特徴として、その社会における他者への信頼感が高い。ワールド・ヴァリュー・サーベイ(WVS)の「他者への信頼度」に関する調査結果によれば(表3)、スウェーデンの他者の信頼度は1980年代から2000年代にかけて高まり、現在(2010—2014年)も60%以上を保っている。個人主義の浸透しているスウェーデンで他者への信頼感の高さは驚くべきものである。

他方、選別主義の性格の強いアメリカと韓国と日本は低下傾向にある。表3の5

表3 信頼の水準(ワールドヴァリューサーベイより)  
 Trust level(standard) measured in the WVS(weighted)

年 国名	1981- 1984年	1999- 2004年	2010- 2014年
アメリカ	45	36	35
中国		55	63
韓国	38	27	27
日本	41	43	39
スウェーデン	57	66	62

出所) Christian Albrekt Larsen(2014), Social cohesion: Definition, measurement and development, CCWS Working paper no.2014-85 一部省略

か国のうち、自由主義の下で個人主義の浸透という点では中国を除く4か国は共通している。日本社会の「我が事・丸ごと」政策の文脈において、地域の生活問題が「我が事」と見られず「他人事」と意識される状況が広がっているならば、それは他者への信頼度と密接に関係しているとみられる。ある人が社会保障に税・保険料を払うことや社会活動への参加等を通して、他者と自らが相互に連帯（もちろん企業や国の責任と負担を含む）しようとする意識は、他者（企業や政府を含む）がどのように考えて行動するかという認識に影響を受ける。つまり、他者とはどの範囲の人たちで、その人たちがお互いに協力しようとしているのか否か、という予測や期待を含む認識（メンタルマップ）に左右される。それは一般的に社会規範と呼ばれる<sup>55</sup>。スウェーデンの他者への信頼度が高い理由を、ロスステインは国民が様々な市民活動に積極的に参加していること（豊かなソーシャルキャピタル）とともに、その基礎であり、それを促進している、「普遍主義」の社会政策の作用であると述べている<sup>56</sup>。

現実と理念を架橋する建設的政策、その中身としての「普遍主義」をもって、「建設的普遍主義」政策とすれば、この政策を積み上げてきた国や社会では、その効果によって幅広い社会階層での連帯・相互信頼を育んでいるのである。

### （3）「ゾーンディフェンス」（制度）が連帯（社会関係・規範）を形成

このような視点から沢内村を振り返ってみたい。深澤村長は、住民が語り合う場として住民座談会や婦人会を組織化し、集落ごとに保健委員を配置して保健活動への住民参加を促進した。そのようなことは「我が事・丸ごと」政策も意図していることであるが、沢内村はそれに止まらず、保健委員会を設けるなどして、住民が行政や政策に参加することを重視していた。ただし、それ以上に、筆者が重要だと考えるのは、全住民を対象とする「生命行政」という普遍主義的特徴を持つ沢内村の「ゾーンディフェンス」であり、その政策による影響は住民の生活や健康だけにとどまらず、その意識や社会関係にもポジティブに働いてきたことである。具体的には、上述した、乳児と高齢者の医療費無料化（国保10割給付）や病院の無料巡回バス、往診料の一律化、きめ細かな保健師活動など、すべての住民を対象とした包括的な地域医療である。

これらの政策の効果とみられるいくつかのエピソードがある。一つは、沢内村で乳児と高齢者の医療費が無料になってから、制度の対象外である一家の「お嫁さん」が病院に来ることができるようになった。その理由は、それまで経済的事情で受診を我慢していた高齢者が医者にかかることができるようになって、家族内で（村内でも）一番立場の弱い「お嫁さん」に対して家族（高齢者）が「あなたも医者に行って来なさい」と言ってくれるようになったから、というのである<sup>57</sup>。このように沢内村の保健・医療施策の効果は、乳児と高齢者だけでなく、その家族を含めて住民の諸階層に相当の広がりがあった。増田は、無料化という社会保障があるだけで村が明るくなるとともに、若い人たちが心おきなく仕事ができるようになるという<sup>58</sup>。社会制度は、地域の人々の意識や規範に、そして家庭や地域の人間関係にも影響を与えることの一例である。沢内村では「生命行政」が家庭内・地域内の支配的なタテの関係を解きほぐし、個々人の健康・尊厳を尊重するような関係に変え、地域の民主的なヨコの関係をつくる条件となったといえる。

もう一つは、深澤村長二期目の終盤のこと、村の中心部から北部にある若畑地区にバスで帰ろうとした老人クラブの会員たちに、先にバスに乗っていた村の大勢の若者たち（国有林



材生産協同組合のメンバー）が降りてバスを譲ったというエピソードである。「おらだは歩いていくから、としよりだちを乗せろ」という若者たちに対して、「悪いな、申しわけねえな」と走り出したバスの中で、高齢者たちは若者たちの情に打たれていた。なかには「長生きしていて、よかったの」とつぶやいた方もあった。この話を聞いた深澤村長は高齢者たちをいたわる思いやりや優しさが村人たちの心に育ってきた証拠だと思ったという<sup>59</sup>。

「生命行政」とその成果に関する深澤村長の言葉を、及川は次のように記している。「自分たちが目指している生命行政は、たんに統計的に把握される健康度だけを追求しているのではない。明るいい心、やさしい心が村びとのくらしの中に満ちていくこと、より人間らしい連帯にあふれたふれあいを創りだしていくことこそ、自分のねがいだった。貧しさの追放は、心の貧しさも合わせて追放するものでなければ意味がない。『長生きしていて、よかったの』と一人の老人がつぶやいたというのが、その一言が生まれたというところにこそ生命行政の成果があるのだ。」<sup>60</sup>

増田も、政策の評価、村づくりの評価として、統計だけでなく、統計の背景にある村の人の意識、生活、表情を大事にしたいと語っている。そして「生命行政」によって「私は一言文学的に村が非常に明るくなった、それが最大の成果だ」「それが実際村の今の状態を表している」と評価している<sup>61</sup>。

その後、老人保健法（1983年施行）によって国が老人医療費の10割給付を廃止した際には、上述のように、沢内村では老人クラブが議会・行政に無料化継続を求めこれを実現した。このことは村民による制度への支持、制度に対する信頼の現れでもある。また、それを含めて、これらのエピソードは沢内村の「生命行政」の理念と実践が村民にとってのアイデンティティの一つとなってきたことの証ともいえるのではないだろうか。

菊池が論じるには、保健婦活動などの保健事業が次第に住民との協働による保健活動に発展し、各家庭でも保健への意識が高くなって家庭が保健活動の推進力となった。その根になっているものが、老人や乳児をはじめ村民に対する思いやりの深い村政であること、そのことを知って村民は村政に参加していると述べている<sup>62</sup>。この関係性の中にも、「建設的普遍主義」政策が人々の規範や意識、行為、社会関係に積極的な効果をもたらすことを見ることができるのではないだろうか。

#### （４）自治体レベルでの「建設的普遍主義」政策とその可能性

沢内村の政策・実践は、自治体レベルでの「建設的普遍主義」の特徴をもつ一事例である。ここで、この政策の自治体レベルでの可能性と課題を検討したい。

この章の最初に述べた理論面に限らず実践面でも、政策が「建設的」であることは規範（理念）と経験（現実）のいずれにも開かれて結びついている必要がある。なおかつそれは両者の橋渡しとして、現実を理念に近づけていく、理念の方向へと建設的に現実を変えていく媒介的な役割を持つ。その橋渡し役が「建設的普遍主義」政策である。すべての人の平等な自由と民主主義の尊重をベースとするこの政策の自治体レベルの特徴を、ロスステインの理論をベースに仮説として「選別主義」との対比によってまとめたものが表4である。

表4 選別主義・普遍主義と住民自治との関係性

政治・行政のモデル	生活原理	経済的基盤	「福祉」の役割	福祉受給者へのスティグマ	自治活動への参加条件	自治体政治・行政の信頼	住民相互の信頼感	住民自治の可能性
選別主義	自助・競争	格差と貧困の拡大	社会支出は少なく、「福祉」を強調	大	乏しい	低い	低い	低い
普遍主義	自治・連帯	格差と貧困の減少	社会支出が大きく、社会政策(雇用)が充実、「福祉」は補完的	小	広範な階層においてある	高い	高い	高い

筆者作成

「普遍主義」は、貧困と格差を縮小し自治と連帯を重視する上で、広範な社会階層を対象とする、雇用・労働、住宅、医療などの基本的な政策、すなわち社会福祉の前提となる政策を重要視する。加えて、表4のように、それによって人々の社会の一員としての尊厳を保ち、社会への参加と包摂を維持・促進する。そのため、生活保護が必要になった場合でも、ミーンズテストを課さないためにスティグマ・他者からの責めや屈辱感を回避し、権利として制度を利用することができる。幅広い社会階層における国民・住民の生活基盤の安定は、住民による地域活動(学習含む)・政治活動などの自治発展の条件も確保する。その結果、アクティブな住民間の交流と「普遍主義」政策・組織の運営の中で、自治体行政と住民の間、そして住民間の信頼を形成し、住民自治を促進する好循環を生み出すことができる。個人主義がベースにあってもこのような政策・制度は中間層から低所得層までの幅広い連帯(社会関係・行為・アイデンティ)の構築を促進する可能性を持っている。なお、実際に国家レベルでも自治体レベルでも、社会制度は普遍的な施策と選別的な施策の両方を含んでいる。「普遍的」と「選別的」という概念はその国や自治体の政策がどの程度、普遍的か選別的かを判断するために経験的なケースを分析するために用いられる<sup>63</sup>。このような特徴を踏まえると、1980年代までの沢内村の「生命行政」は、自治体レベルでの「建設的普遍主義」の範疇にある政策・実践として位置づけられる。国保10割給付によって対象世帯は経済的理由で受診を控える必要はなく、また医療費負担の家計圧迫による生活困窮を避けることができる。住民による保健等の活動や行政への参加、住民と行政の間の信頼関係については上述の通りである。

一方で、選別主義は自助・競争原理の下で格差と貧困を拡大させる傾向を持つ(表4)。ワーキングプア、貧困層が分厚くつくられるが、社会政策・社会福祉政策はいわゆる「本当に必要な人たち」に限定される。そこではミーンズテストが用いられるため、福祉受給者へのスティグマを与え、社会福祉利用の敷居が高くなり、なおも不安定な雇用を強いられるなど一層の自助が強化されるという悪循環が生まれる。他方、中間層は民間企業等による福祉・介護サービスを市場において利用料を払って「購入」するシステムに組み込まれる。そして、不安定雇用・低所得層を中心に社会参加の条件が乏しくなり、学習や自治への関心は薄れる。社会保障の給付の手続き等の過程で、人々は行政への不信感を持ち、住民相互の信頼は低下する傾向がある。政治権力は一部の資産家や政治家の手に集中し、住民の政治への参加や自治の発展は停滞する<sup>64</sup>。日本政府による1980年代以降の政策路線はまさにこのような「選別主義」の本格的な展開となり今日まで至っている。「我が事・丸ごと」政策もその一環であり、

地域医療・地域福祉も、住民自治も、沢内村のような方向へと発展する条件はない。むしろ「選別主義」と「我が事・丸ごと」政策は、生命尊重の理念を持つ自治体（団体自治と住民自治）にとって抗っていくべきものである。かつて沢内村の「普遍主義」政策も、政府の「選別主義」政策の影響によって暗礁に乗り上げた。自治体での「建設的普遍主義」政策を育てながら、国の「選別主義」政策を変えていく住民運動・自治体運動を地域からつくっていくという問題意識を持つことも、沢内村が残した教訓と課題を引き継ぐことである。

それぞれの自治体は、幅広い住民層との対話をもとに、労働と生活、生命を守る社会政策・社会福祉政策、つまり「建設的普遍主義」政策の導入のために何ができるだろうか。自治体行政の役割について、社会福祉政策に限定すれば、①「普遍主義」施策の段階的な導入（国保の制裁措置を一切やめること・保険料の引き下げ・国庫負担率の大幅引き上げ・窓口負担率の引き下げ、質の高い無償〔相対的安定層も無償に近い〕の保育所などの子育ての社会化の徹底、生活保護運営におけるミーンズテスト〔資産調査〕の緩和〔調査を本人の現在の収入に限る〕、調査・支給判定と自立助長のケースワークを切り離すこと、個人を尊重する福祉サービス〔社会福祉法人等の事業含む〕の質を高めることなど）、②住民自治の発展という観点から住民・当事者の声を制度に反映するための仕組み・関係づくり（住民と行政のパートナーシップ関係の構築、具体的には各種の審議会や社会福祉分野の計画づくりおよび評価過程における当事者・家族などの実質的な参加、障害者自立支援協議会などへの当事者参加など）、③「ゾーンディフェンス」の入り口として全住民の健康状態の把握、健康相談・健診の充実、医療費の免除措置の対象の拡充（これらの実践には都市部ではエリア分けした対象地域の設定と徹底したアウトリーチが不可欠）などである。①の政策は、低所得層の貧困・生活問題の改善・解決につながるだけでなく、中間層の生活の支え・安心ともなる。そのような下位から中間の社会階層が連帯する社会制度が、自治体と住民、そして住民相互の信頼関係の形成とそれをベースにしたコミュニティ・住民自治の発展につながっていく。そのようなストーリーが「建設的普遍主義」政策の経験を踏まえて現状を理念に近づけていく展望である。もちろんこのような取り組みには自治体の地域性や住民ニーズを反映することが必要である。自治体行政・議会、住民が、その気になって協力し合えば、沢内村のような生命尊重の「建設的普遍主義」政策にシフトすることは可能である。

#### （５）「我が事・丸ごと」政策とは反対の政策への転換を

貧困や生活問題には社会的孤立を伴うことが多い。社会的孤立だけを切り出せば、「つながりの再構築」を住民による地域活動・ボランティア活動を通して進めることは問題の一定の改善につながるように見える。しかし、「我が事・丸ごと」政策が「他人事」という意識に警鐘を鳴らしているように、現状では地域活動・ボランティア活動への参加者は増えていないだけでなく減少傾向にある<sup>65</sup>。地域活動やボランティア活動の減少は1990年代後半以降であり、その背景にはこの20年間の、働く人たちの雇用の不安定化、賃金や年金などの所得の減少がある。幅広い年齢層において経済的にも時間的にも他者や地域のためにボランティアな活動を行う条件が乏しくなり、意識の上でも他者の立場で考えることが乏しくなっているためだろう。また、この20年間に全国各地にショッピングモールが建設され、週末は家族で車に乗って買い物といった光景が当たり前になった。セキュリティの強化されたマンションや住宅、ITやSNSの発達によるコミュニケーションの質の変化など、生活も意識の面でも「個

人化」が広く深く進行している。この状況下で、いかにして住民の主体性を強め、地域でのボランティアな活動を広げていくのか。

いまや地域活動のリーダー層は主に 70 代から 80 代の高齢者である。この層は若い時から地域活動や職場での組織的活動の経験を持つ人たちが多く、年金水準も比較的良好な世帯が少なくない。そして、心身が虚弱な状態となって、地域の交流の場（ふれあいサロン等）に参加する人たちも、経済的にも健康面でも比較的安全している人たちが多い。生活や健康に困難を抱える国民年金等の低所得の高齢者、特に単身者や男性の多くは、そのような活動、交流の場とのつながりを欠いている。それでも 70 代以上は今ほどの「個人化」の社会を生きてきた世代ではない。高度経済成長期以降に生まれた現在の 50 代以下の世代にとって、さらに 30 代以下の雇用劣化・不安定化と IT・SNS の時代に育ってきた世代にとって、特に都市部において、地域活動や地域交流は、お祭りや地域清掃さえ日常の風景とは断絶している。子育て世代は子ども会や PTA 活動を通じて辛うじて地域活動やコミュニティとの接点を持っているが活動も参加も停滞している。若い世代が地域活動を受け継いで行くことさえ困難になっている。地域福祉分野でも今後ますます民生委員のなり手の確保が困難になるに違いない。このような地域活動、コミュニティの現状の中で、現在の 50 代以下の世代が、生活問題を「我が事」として、今日の膨大な生活問題や貧困の解決にいかに関与していくのか。「我が事・丸ごと」のロジックの隘路は、紐帯が解けて「液状化」したコミュニティの諸問題と生活問題を、コミュニティ（住民の主体性とつながりの再構築、その支援）によって解決しようとしていることである。それでは出口がまるで見えない。

もう一つの問題は、地域活動・地域福祉活動を担っている中間層が、これまで低所得層の抱える生活問題や貧困を「我が事」と考えてきたかどうかである。地域活動に参加する人たちの個々の目的や信条はそれがどのようなものであっても尊重される。ただし、今日、ボランティアな活動の性格は、単に「無償性」や「自主性」だけでなく、19 世紀的な上から下への慈善や施しではなく、対等・平等な関係のもとで個人の尊厳・人権を保障して社会・地域を良くする活動として理解される。その前提には、社会問題が、自己責任ではなく、社会的に背負わされた構造的な問題であり、その中に政策・制度の課題も含んでいるという認識がある。地域福祉活動が取り組む課題とは何か、どのような姿勢で向き合うことが大切か。これらを活動者らが共有することは重要である。しかし、地域活動に伴う学習の中で、このような視点や認識を基礎に、その活動の取り組む課題について学んだり理解を深めるといった機会はそれほど多くない。学習の多くは活動の手法・技術が中心である。地域活動を通じた交流にはたくさんの魅力がある。私たちの過去の調査では、ボランティア活動に参加して良かったこととして (N=118)、「仲間や友人が増えた」64%、「地域での交流・連帯の大切さがわかった」46%、「社会参加のよさを知った」43%などがある。他方で、「社会福祉の実態について理解が深まった」28%、「国や自治体がもっと社会福祉に積極的に取り組まないとならないと思うようになった」18%といった意見もあるように、活動自体が学びの要素を含んでいる<sup>66</sup>。今日、生活問題や貧困とはどのような課題なのか、それを解決するにはどのような対策や活動が必要なのかを学ぶ機会を、日頃の地域活動・地域福祉活動の中に（定期的かつ継続的に）取り入れることが重要であろう。それは生活問題や貧困が「我が事」とであるという意味の理解にもつながるだろう。

このような文脈に「建設的普遍主義」制度の役割を挿入すれば、社会政策（社会保障・社

会福祉を含む）による再分配が中間層にも十分になされることが、この階層の制度への支持や信頼、低所得層との連帯を形成する橋渡しとなる。上述のようにスウェーデンの社会民主党は 1960 年代以降、いわゆる労働者（伝統的工場労働者・ブルーカラー）だけでなく、拡大する雇用者（ホワイトカラー・事務・専門職の階層）にとって魅力ある政策を打ち出し、福祉国家への支持を確かなものにした。その鍵は、階級構造と労働者組織など歴史的な要因に加え、人々の意識・行為レベルに影響を与える社会制度・社会施策プログラムの戦略的選択といった要因の活用である。それは、連帯の幅を広げることであり、具体的には下位階層と中間層の連帯によって、単純化すれば仮に国民全体の 3 分の 1 を占める上位階層が、普遍的福祉国家に反対しても、中間層と下位階層の 3 分の 2 が賛成すればこれを維持できる。これも社会保障を通じた再分配政策の一つの狙いである。

表 5 のように、社会階層を 5 分位で見たとき、下位の D と E は再分配後に生活条件が大きく底上げされるが、上位の A と B の生活水準は下がる。中間の C に変化はない。物質的条件だけに限定して単純化すれば D と E は福祉国家を支持し A と B は反対する。そこでキャスティングボードを握るのは中間の C である。C の階層が失業のリスクを高く見れば、D と E に手厚い政策、

表5 普遍的福祉国家の再分配効果

階層	平均収入	税(40%)	移転	課税後の 収入と移転
A(20%)	1,000	400	240	840
B(20%)	800	320	240	720
C(20%)	600	240	240	600
D(20%)	400	160	240	480
E(20%)	200	80	240	360
グループAとEの 比率	5/1	(=1,200)	(1,200/5=240)	2.33/1

出所)Bo Rothstein(1998), Table 6.2 p.147

つまり福祉国家の支持に回る。しかし、実際は、このような物質的な合理性だけに単純化できない。個々人の生活の中の具体的な社会関係（つながり・行為）や意識（信条・アイデンティティ）などと複雑に絡み合いながら、人々は福祉国家や普遍主義政策への支持・不支持の態度を決めるはずである<sup>67</sup>。このような社会関係や意識のレベルと関連づけながら最大の要因と見られる物質的条件を整えることが、生命・生活および自由・平等・民主主義などに価値を置く社会を目指すための「建設的普遍主義」政策の戦略である。つまり広範な社会階層の経済的な安定が行為や意識の面で「我が事」という意識を支えていくというロジックである。

他方、「我が事・丸ごと」政策は、意識や行為のレベルで「住民の主体性」や「つながり」に直接的・間接的に介入しようとしている。しかし、そうではなく、基本的には、国の責任によって雇用と所得の安定化、健康や生活に関する保障制度の拡充を図れば、それを基盤にして、またその効果として、住民が自らそれらを育み発展させるのである（もちろん住民自治を促進する諸制度の役割もある）。今日の自治体が沢内村から学ぶべきことは、「ゾーンディフェンス」の地域医療・地域福祉の理念・制度であるとともに、社会制度が住民の福祉と自治を促進する効果である。その社会制度の鍵は、ロスステインが論じ、沢内村の実践に通じる「建設的普遍主義」政策といえる（表 4 を参照）。

社会問題対策の社会科学的理解によると、社会運動によって社会的に提起されてこそ、問題状況が社会（問題）化されて社会政策が成立する。そして、その対策における体系についての研究もなされてきた。本稿の一つのテーマは、制度のあり方、その内容・組織・運営が

人々の行為や意識にいかなる影響を与え、さらにそれが制度や行政に対してどのように反映するかであった。ロスステインの理論は、このような問いに向き合う上で、社会政策の研究方法論としての可能性を持っている。今後は、ロスステインの理論を彼の他の著作を合わせて深く読み込むとともに、その視点と枠組みを踏まえつつ沢内村のような具体的な政策・実践の事例分析をさらに試みたい。

### 終わりに 「ゾーンディフェンス」の哲学と苦悩

「ゾーンディフェンス」の政策展開は自治体の全住民の生活と健康をトータルに考えなければならないゆえに、そこには一つの全体性をもった「社会」が存在する。その全体性の中の社会関係をいかに人々の対話と協力によって維持するか。沢内村が掲げた「生命行政」の理念が常に人々に支持された訳ではなかったように、全体性をもった「社会」の中には様々な利害の対立も含んでいる。「地域まるごと」を単なる社会福祉の資源の有効活用という観点ではなく（「我が事・丸ごと」政策の基本的発想）、全住民の健康と生活の保障、自治体と住民間および住民間の信頼関係の形成、住民自治の発展といったトータルな地域づくりという意味で実践展開するならば、社会とは何か、良き社会・善き生き方とは何か、それに対する政府・自治体の役割といった哲学とそれに根ざした政策理論が必要となる。ここでは、例えば、自由と平等の関係性、つまり人々の自由を守りながら同時に政策介入による格差改善によってすべての人の最低生活を保障するという関係性をどのように創り、かつ維持・発展させるか。このようなテーマが自治体行政にも住民にも生活の中で具体的に問われ続ける<sup>68</sup>。

地域福祉はこのような課題を常に背負っている。諸階層の利害が交錯し対立する地域の中で、いかに貧困・低所得層やマイノリティの人権、その生活と健康を底上げするか。そして地域全体の生活と健康を守る（「ゾーンディフェンス」の）法制度・財政や諸活動を実現するか。そのために、制度とその運営に対する開かれた対話と議論の場をつくり、それらの改善を図る努力が不可欠である。重要な法制度について、住民・当事者や関係者、行政・議会が率直に意見を交わし、政策決定に関与できる仕組みと住民自治の発展がその成否の鍵を握っている。一人ひとりが全体のために、全体が一人ひとりのために、お互いが考え行動することとは、それほど容易なことではなく、常なる学習や交流、実践がなければ、思想や行動は後退してしまう。地域全体の生活の諸問題を「他人事でない自分たちの共通課題」であると考え行動する住民をサポートする自治体行政などの力量もまた重要な役割を果たす。

地域福祉論において住民参加がサービスの担い手としての参加という意味で頻繁に用いられてきたが、「我が事・丸ごと」政策も例外ではない。ただし、今回は「『我が事』の意識の醸成」というように住民の「意識」に踏み込んでいる。ここでは、「『一人の課題から』、地域住民と関係機関が一緒になって解決するプロセスを繰り返して気づきと学びが促されることで、一人ひとりを支えることができる地域づくり」と述べたり、「『地域で困っている課題を解決したい』という気持ちで、様々な取組を行う地域住民や福祉関係者によるネットワークにより共生の文化が広がる地域づくり」と書いている。この「一人」と「地域」、（住民の）「気づき」「気持ち」と「地域づくり」の、それぞれの間の相互関係には、沢内村のような「ゾーンディフェンス」をベースにした一人ひとりと地域全体を関連づける思考も仕組みも、または（ロールズのような）自由と平等の葛藤・対立をどう理解しどのように乗り越えるかと

いった哲学もない。一人ひとりの生活と健康、それを「ゾーンディフェンス」といった全体の中に位置づけて実践するなら、地域医療・地域福祉は、個人および集団の自治の主体としての成長および連帯のために、哲学に裏打ちされた政策、政策を裏付けている哲学に向き合わなければならないし、継続的な対話・学習・実践を通じてそれを実現すること（その責任を果たすこと）の困難さも引き受けなければならない。政治哲学の視点を生かした地域福祉論については今後あらためて論じたい。

## <注>

<sup>1</sup> 1年を通じて勤務した給与所得者 4,869 万人のうち年間給与額が 200 万円未満の人数が 11,323 千人、23.3%を占める（「平成 28 年分 民間給与実態統計調査—調査結果報告—」平成 29 年 9 月、国税庁長官官房企画課）。また、2017 年の就業構造基本調査によると、パートや有期契約、派遣などの非正規労働者は 2133 万人となり過去最多を更新。役員らを除いた雇用者数に占める非正規の割合は依然約 4 割と高い（毎日新聞、2018 年 7 月 15 日、朝刊・大阪）。相対的貧困率（15.7%、2015 年）を用いて計算すれば貧困層は約 1,900 万人となる。

<sup>2</sup> 「ゾーンディフェンス」は長らく沢内病院の院長を務めた増田進医師が提唱してきた、沢内村の地域医療の理論と実践をあらわす言葉である。これを「地域まるごと」という表現を使うことも著書などで見られるため、本稿でも必要に応じてこの二つの表現を用いる。増田進「ゾーンディフェンスで住民の健康を守る（鎌田實との対談記録）」鎌田實『命が危ない 医療があぶない』2001 年、医歯薬出版、212 頁では、「地域をまるごと引き受ける」と述べている。210 頁の見出しも「地域をまるごと健康にするために地域医療はゾーンディフェンスである」と書いている。

<sup>3</sup> この政策は「ニッポン一億総活躍プラン」（平成 28 年 6 月 2 日閣議決定）における「安心につながる社会保障」の対応策のうち「⑨地域共生社会の実現」に当たる。

<sup>4</sup> この報告書の 1 年半ほど前に、厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン—」（平成 27 年 9 月 17 日）が発表された。この指針は、「様々なニーズに対応する新しい地域包括支援体制の構築」とともに、「サービスを効果的・効率的に提供するための生産性向上」を課題としている。これは、政府の経済政策の方針「経済財政運営と改革の基本方針 2015～経済再生なくして財政健全化なし～」（平成 27 年 6 月 30 日閣議決定）を踏まえている。その内容は、少子高齢社会における女性や高齢者等の労働力確保および公共サービス分野の産業化による「成長の新たなエンジン」の確保である（第 2 章、6 頁～）。それを踏まえて、社会保障については、「改革に当たっては、国民の納得感を醸成し、その参加の下に改革を進める観点から、インセンティブ改革による多様な主体の行動変化による効率化に取り組むとともに、民間の力を最大限活用して関連市場の拡大を実現することを含め、社会保障関連分野の産業化に向けた取組を進める。また、①自助を基本に公助・共助を適切に組み合わせた持続可能な国民皆保険、②経済成長と両立する社会保障制度、③人口減少社会に合った公平で効率的な医療等の提供、④健康で生きがいのある社会、⑤公平な負担で支え合う制度という基本理念に基づいて取り組む。」（30 頁）としている。これらが上記の「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」および『「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）」の基本指針になっている。

<sup>5</sup> この指摘は、二木立「（書評）『地域包括ケアと福祉改革』『社会福祉学』第 59 巻第 2 号、2018 年、110 頁。しかし、どのような言葉を使おうと、検討の対象として問われているのは政策路線・政策内容である。むしろ「我が事・丸ごと」は政府の「地域共生社会」の

考え方を的確に表していると考えられる。それゆえ、これを批判的に取り上げることによって、政府の提唱する「地域共生社会」の中身・意味を鋭く批判する作業が必要である。

<sup>6</sup> 筆者は拙著『健康・生活問題と地域福祉—くらしの場の共通課題を求めて』本の泉社、2004年において、地域生活問題が「他人事でない共通課題」であることについて、社会問題の構造を踏まえて地域福祉の対象課題のトータルな認識（生活問題の地域性・階層性）、そしてこれをベースとして地域での実践（交流や学習等）を通して意識・行動面で主体的にもまちづくりの活動に発展する地域福祉のあり方を論じた。以後、12・13年して、厚生労働省がその内容は全く異なるが、「我が事・丸ごと」という言葉を用いた政策を提示したことに、私なりの問題意識からこの政策を批判しなければならないと考えてきた。

<sup>7</sup> 菊池武雄『自分たちで生命を守った村』岩波新書、1968年、及川和男『村長ありき—沢内村 深澤晟雄の生涯』れんが書房新社、2008年。増田進『地域医療を始める人のために』医学書院、1989年、増田進『森の診療所の終の医療』講談社、2009年。太田祖電・増田進・田中トシ・上坪陽『沢内村奮戦記 住民の生命を守る村』あけび書房、1983年、宮坂忠夫編著『地域保健と住民参加』第一出版、1983年、加藤邦夫「武見太郎先生と沢内村の包括医療—生存科学の開発とその実践—」武見太郎記念論文集編集委員会『武見太郎の人と学問』丸善、1989年などを参照。

<sup>8</sup> 2006年8月20日から23日にかけて、上田浩之氏（熊本市社会福祉協議会職員）とともに、増田進医師（元沢内病院長・当時国保田老病院長）、高橋和子さん（元保健師・元村議、現在は西和賀町の町議）、高橋美紀子さん（保健師）、高橋典成さん（ワークステーション湯田・沢内）、高橋夕美子さん（元保健委員）にインタビューを行った。

<sup>9</sup> 沢内村は「幸福追求の原動力である健康を、人生のあらゆる時点で理想的に養護すること」「明るいい心、やさしい心が村びとのくらしの中に満ちていくこと、より人間らしい連帯にあふれたふれあいを創りだしていくこと」（深澤村長の語った理念）を掲げ、「豪雪・貧困・多病多死」（現実）を克服するために、「生存地域社会環境（自然的環境・社会的環境）の健全性の開発向上」の諸制度、すなわち社会教育および国保10割給付などの包括的医療や生活保障に取り組んだ。

<sup>10</sup> 「ニッポン一億総活躍プラン」、「（2）今後の取組の基本的考え方」において「広い意味での経済政策として、子育て支援や社会保障の基盤を強化し、それが経済を強くするという新たな経済社会システム創りに挑戦する。（中略）これは単なる社会政策ではなく、究極の成長戦略である。すべての人が包摂される社会が実現できれば、安心感が醸成され、将来の見通しが確かになり、消費の底上げ、投資の拡充にもつながる。また、多様な個人の能力の発揮による労働参加率向上やイノベーションの創出が図られることを通じて、経済成長が加速することが期待される（包摂と多様性による持続的成長と分配の好循環）。」（3頁、下線は筆者による）

<sup>11</sup> 「ゾーンディフェンス」については、増田進『『住民の生命を守る村』自戦記—“沢内生命行政”哲学とその実践』太田祖電他（1983年）所収、98-106頁。増田（1989年）8頁も参照。

<sup>12</sup> これは、社会制度と人々の意識・行為との相互作用の関係性を考察している、以下の論文と共通の問題意識である。高林秀明「社会保障の介在とアイデンティティの変容—沖縄の精神障害者のインタビューから」熊本学園大学論集『総合科学』第21巻第2号、2016年および日本社会福祉学会九州地域部会での口頭発表・高林秀明「沖縄県宮古島の労働と生活の一側面」2018年6月10日、沖縄国際大学

<sup>13</sup> 及川（2008年）170頁

<sup>14</sup> 及川（2008年）第2章「戦争」を参照。

<sup>15</sup> 厚生労働省「平成28年度国民健康保険（市町村）の財政状況について（速報）」平成30年3月9日、厚生労働省保険局国民健康保険課

<sup>16</sup> 『『地域共生社会』の実現に向けて（当面の改革工程）』2017年2月7日



<sup>17</sup> 増田（1989年）8頁

<sup>18</sup> 増田進医師へのインタビューは2006年8月20日（19時～22時）に宮古市田老病院にて行う。「ゾーンディフェンス」は増田（1983年）98-106頁を参照。

<sup>19</sup> 改正社会福祉法（2018年）における「福祉、介護、介護予防、保健医療、住まい、就労及び教育に関する課題、福祉サービスを必要とする地域住民の地域社会からの孤立その他の福祉サービスを必要とする地域住民が日常生活を営み、あらゆる分野の活動に参加する機会が確保される上での各般の課題」とされる。

<sup>20</sup> 地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会（地域力強化検討会）「地域力強化検討会最終とりまとめ～地域共生社会の実現に向けた新しいステージへ～」（2017年9月12日）

<sup>21</sup> 病院だけでなく、それに併せて、血圧センター（昭和36年4月）、母子保健センター（昭和39年6月着工）。また、地域性に対応するために（遠隔集落のために）、貝沢出張診療所（昭和34年8月）、若畑出張診療所（昭和36年）、川舟診療所（昭和36年6月）、長瀬野出張診療所（昭和37年4月）を建設した。菊池（1968年）、134-135頁。

<sup>22</sup> 深澤晟雄講演録「沢内村における保健活動」『岩手の保健』第63号、1962年1月、岩手県国民健康保険団体連合会、56頁。

<sup>23</sup> 増田進医師のインタビューから。

<sup>24</sup> 平成28年度「福祉行政報告例」（厚生労働省）によると、特別養護老人ホームの定員580,681人に対して被措置入所者は854人であり、定員に対する割合はわずか0.15%である（年度末）。養護老人ホームはそれぞれ65,724人に対して57,344人、87.2%である（同）。

<sup>25</sup> 沢内村の社会福祉協議会を中心とした地域福祉活動については、高橋典成「沢内村における地域福祉活動実践」伊藤博義先生古稀記念論集『福祉の現場』2004年、信山社、および高橋典成「沢内村生命行政史の軌跡」全国老人福祉問題研究会編『月刊ゆたかなくらし』No.294、2006年8月、本の泉社を参照。

<sup>26</sup> それでも（合併前後も）小さな村ゆえのつながりを生かして、孤立する世帯のないように、関係する機関・施設、住民の連携による支援は今日まで続いている。西和賀町の町議会議員の高橋和子さんへの電話でのインタビューによる（2018年9月19日、14時40分～15時10分）。

<sup>27</sup> 老人医療費給付制度、<http://www.town.nishiwaga.lg.jp/index.cfm/10,0,51,html>、西和賀町ホームページ、2018年9月20日確認。

<sup>28</sup> 「地域共生社会」の考えはすでに1970年代から地域福祉研究者が先駆的に提唱したものでパラダイムシフトではない、という指摘がある（二木立『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房、2017年、83-84頁）。筆者からみれば、それゆえに、そのことが1970年代の地域福祉研究者から今日の政策まで一貫している社会福祉学の特徴であり課題なのである。すなわち、日本の社会福祉学の延長に「地域共生社会」＝「我が事・丸ごと」の考え方がある。言葉を使い換えようと基本的路線は同じである。岡村重夫を含めて対象認識が極めて不十分な上に構築された機能論（「ニーズ」のための場当たりのサービス論・住民参加論）にはこれまでも多くの批判がなされてきた。私も岡村重夫の社会福祉学・地域福祉論の欠陥については、拙著『障害者家族の生活問題—社会福祉の取り組む課題とは』ミネルヴァ書房、2008年の第6章において明確に論じた。

<sup>29</sup> 地域福祉の概念については、三塚武男『生活問題と地域福祉：＜ライフの視点＞から』ミネルヴァ書房、1997年、拙著（2004年）を参照。

<sup>30</sup> 増田（1989年）、「Ⅲ.地域医療の方法を学ぶ 1.対象地域の設定」を参照。

<sup>31</sup> 増田（1989年）72-75頁

<sup>32</sup> 高齢者と乳児の無料化に加えて、1961年に妊産婦健診の無料化、1963年に結核患者・精神疾患患者を対象などに発展した。

<sup>33</sup> 増田 (1989 年) 59 頁および 115 頁・巻末資料 4

<sup>34</sup> 及川 (2008 年) 93-94 頁

<sup>35</sup> 2006 年 8 月 23 日、元・保健委員の高橋夕美子さんへのインタビューから (沢内村の照井 富太さんのお宅にて)。

<sup>36</sup> 増田 (1983 年) 108-112 頁。菊池 (1968 年) 97-106 頁にも、保健連絡員 (当時) の会議にて、連絡員が活発に発言する様子が描かれている。

<sup>37</sup> 沢内・ワークステーションの高橋典成さんのインタビューから、2006 年 8 月 22 日。

<sup>38</sup> 厚生省は 1980 年 6 月に「老人保健医療対策本部」をもうけ、1981 年度の国家予算編成とあわせて、老人保健法の法案づくりに着手した。1982 年 8 月、自民、公明、民社各党の合意で成立した。老人保健法によって、老人の医療費に対しての一部負担金が導入され、創設時は、外来の通院で 1 か月につき 400 円、入院は 1 日につき 300 円、2 か月を限度に徴収されることになった。病院経営を左右する診療報酬の改定では、1981 年 6 月改定を皮切りに、10 年間にわたって、ほとんど引き上げられなかった。相野谷安孝『国が医療を捨てるとき』あけび書房、1991 年、第 7 章「臨調「行革」が残したもの 日本医療 80 年代大変貌の軌跡」を参照。

<sup>39</sup> 高橋和子さん (元保健婦・元村会議員) のインタビューから。2006 年 8 月 23 日、沢内村にて。

<sup>40</sup> NHK プライムイン「生命を賭けた対論～岩手・沢内病院の苦悩」1992 年 5 月 26 日放送。

<sup>41</sup> 増田進「沢内村の地域医療」(教育講演記録)『日農医誌』59 巻 6 号、2011 年 3 月、689-690 頁。

<sup>42</sup> 旧沢内村 (現・西和賀町) の住民の対話は続いている。2007 年に総務省が「公立病院改革ガイドライン」を地方自治体に通知したことを受け、岩手県も公立病院改革の指針を作成し、西和賀町 (旧沢内村を含む) にも大きな影響を与えた。沢内病院については指針の中で「病床の削減あるいは診療所化などについて」検討が必要とされたが、老人クラブや婦人会などが「沢内病院を守る町民大会」を主催し 200 人超の町民が参加し、「診療所になれば無床化の道をたどる。町民が安心して暮らせる町づくりのために病院を守る」という大会宣言を採択した。栗田但馬「岩手県旧沢内村『生命行財政』の分析と評価」『総合政策』岩手県立大学総合政策学会、13 巻 2 号、2012 年、156-157 頁。高橋和子さん (西和賀町町議) によると、現在も沢内病院の院長および事務長らは、沢内村の生命行政を受け継ぎたいという思いを持っているという (2018 年 9 月 19 日、電話でのインタビューから)。

<sup>43</sup> 総務省「国勢調査」各年版

<sup>44</sup> 地域福祉の概念は、拙稿 (2004 年)『健康・生活問題と地域福祉』第 1 章「地域福祉とは何か」を参照のこと。

<sup>45</sup> Bo Rothstein. 1998. *Just Institutions Matter: The Moral and Political Logic of the Universal Welfare State*. Cambridge University Press.

<sup>46</sup> Rothstein(1998),pp.17f および Bo Rothstein (2008).Is the Universal Welfare State a Cause or an Effect of Social Capital? QoG WORKING PAPER SERIES 2008:16 August 2008 (University of Gothenburg The Quality of Government Institute)

<sup>47</sup> ジョン・ロールズ著、川本隆史・福岡聡・神島裕子訳『正義論』改訂版、紀伊国屋書店、1999 年。ロールズの「正義の二原理」とは、第一原理は、各人は平等な基本的諸自由の最も広範な制度枠組みに対する対等な権利を保持すべき、第二原理は、社会的・経済的不平等は次の二条件を満たすように編成されなければならない (a) そうした不平等が最も不遇な人々の期待便益を最大に高めること、かつ (b) 公正な機会の均等という条件のもとで全員に開かれている職務や地位に付帯する [ものだけに不平等をとどめるべき] こと。同書、84 頁及び 114 頁、212 頁を参照。

<sup>48</sup> Rothstein(1998),pp.43f ロスステインは、国家の中立性を重視している。国家は特定の価値

値を推進したり別の価値を妨げたりすることに対して国家の権限・影響力を使うべきではない。私たちの価値は参加している社会的ネットワークによって形成されるという経験に関するコミュニタリアンの認識は確かだとしても、政治的な秩序についても国家が特定の道徳原理を支持すべきではないと指摘する。彼は政治的リベラリズムの見解に立つ。ジョン・ロールズは、国家の中立性、正義に関する理論を、政治的秩序（西洋タイプの民主主義）に限定している。そのため、ロスステインは、国家の中立性と共通の社会的価値・規範の存在との両立は可能だとする。重要なことは、道徳的にいかに生きるかについての多様な意見を市民が持っていることを踏まえ、そのうちの特定の価値を支持するのではなく、道徳的に正しいと考えられている多様な人生の企てを充足する平等な機会を、可能な限りすべての市民が享受することができるように政治制度をデザインすることである。ロールズの目的は、政治制度が確かにすべき正義の原理がかかわる全体の合意ある社会によって形成される秩序であり、合意とはグループと個人が文化的、宗教的、イデオロギー的な課題に関する多様な見方を持つという事実は決して否定されないというものである。ロールズのねらいは、むしろ、政治的な制度をデザインすることによって、「社会のメンバーの性格や目的、市民がどうであるか、どうなりたいかという人々の特徴を形づくる」ことである。民主的なコミュニティは民主的なマインドを持つ人たちの手によって民主主義的政治秩序をもたらすのではない。因果関係は反対の方向に働いている。すなわち、ロスステインによるロールズの解釈によれば、正義に関心を持つ民主的な市民を創造するのはまさに公正な（例えば民主的な）政治制度である。ロスステインは正義とコミュニティと制度の関係をこのように述べている。

<sup>49</sup> Rothstein(1998), pp.145f, 図は p.146. pp.20f. ロスステインの 20～21 頁の説明は次のものである。普遍的な社会政策の概念を、市民全体を対象とした政策であることと、給付やサービスを経済的なニーズテスト（あるいはミーンズテスト）の適用なしに提供することとして用いている。選別的な社会政策におけるニーズテストは、支援を受けるための基準はサービスや社会保険のために支払う不十分な能力を測るものである。それは、国民の中でも経済的にもっとも弱い人たちを支援対象としており、市場において自分自身で必需品や保険、サービス等を購入できない人たちである。そのようなシステムは一般的に言われるように、「真に必要としている人」と考えられる人たちを支援する。実際、福祉国家は普遍的な施策と選別的な施策の両方を含み、特定の施策はこれらの側面においてかなりの多様性を持っている。「普遍的」と「選別的」という概念は、ウェーバー流の理念型として、研究の対象となる特定の性格は何であるかを描く分析的手段として用いている。理念型とは政策の良し悪しという意味ではなく、その政策がどの程度、普遍的か選別的かを判断するために、経験的なケースを分析するために用いる。

<sup>50</sup> 国保加入世帯の声は、熊本市内での生活実態調査（2010 年実施に基づく）。調査結果は、拙稿「国民健康保険の実態と課題―熊本市の国保改善運動から」『熊本学園大学社会福祉研究所報』2013 年を参照のこと。

<sup>51</sup> 生活保護バッシングとその背景については、雨宮処凛『自己責任社会の歩き方―生きるに値する世界のために』七つ森書館、2017 年、39-58 頁

<sup>52</sup> Rothstein(1998),138f

<sup>53</sup> 「平成 28 年 国民生活基礎調査の概況」によると、日本の相対的貧困率は 15.7%（平成 27 年）。『平成 24 年版 厚生労働白書』厚生労働省（108 頁）によると、2000 年代半ばでは、日本は 14.9%（平成 16 年）、スウェーデンは 5.3%であった。

<sup>54</sup> Rothstein(1998)の第 6 章、また特に pp.163f を参照。同書の表 6・4 においてロスステインが説明している。同表の出所は Hedenius(1986),p.85;Svallfors(1991and1992a)

<sup>55</sup> Rothstein(1998),pp.126f

<sup>56</sup> Rothstein(1998)の第 5・第 6 章を参照。同書のテーマの中核である。

<sup>57</sup> 増田（1983 年）82-84 頁

<sup>58</sup> 増田進（2001 年）鎌田實との対談記録、208 頁

---

<sup>59</sup> 及川 (2008 年) 217-218 頁

<sup>60</sup> 及川 (2008 年) 218 頁

<sup>61</sup> 増田 (1989 年) 108-109 頁

<sup>62</sup> 菊池 (1968 年) 141 頁

<sup>63</sup> Rothstein(1998), pp.20f.

<sup>64</sup> 筆者は仮設団地自治会長らとともに、2017 年 9 月と 2018 年 9 月に、熊本県議会に熊本地震の被災者の医療費免除措置復活を求める請願を提出した。特に 2018 年は 17 の仮設団地自治会長が呼びかけ人になり、2 万筆の署名を提出した。この過程で、県の国保・高齢者医療課、県議会の与党・自民党、野党各党にも説明や依頼に回った。しかし、被災者の声を丁寧に聞いてくれたのは野党だけであった。このような経験は熊本市の国保をよくする会（筆者が会長）による国保改善運動など他の社会運動においても共通している。県会議員の構成を見ても、経営者や医者等の資産家が多く、投票率の低さもあって民意を反映した構成になっていない。現状の熊本県と熊本市の議会と行政には、社会的に弱い立場の人たちの声を聞こうとする姿勢も意識も乏しいと経験的に感じている。

<sup>65</sup> 総務省「社会生活基本調査」各年版によると、ボランティア活動者の割合について 2001 年と 2016 年を比較すると、全体では 28.9%から 26.0%へと減少している。年齢別では、とくに 20 代後半から 40 代までの青年・壮年の男女の減少が目立っている。世帯所得が大幅に低下し共働きの増加した時期でもあり、社会活動に参加することが経済的・時間的に困難になっているものとみられる。

<sup>66</sup> 彦根市社会福祉協議会『地域福祉活動指針—誰もが人間らしく安心して暮らせるために』1999 年 3 月 p.118

<sup>67</sup> Rothstein(1998), 第 6 章「普遍主義福祉国家の政治的・道徳的論理」を参照のこと。とくに、pp.145-160