

いのちとくらし

第67号 2019年 7 月

目 次

●巻頭エッセイ：だれもが主体者として創る楽しい共生社会

.....池上 洋通 1

【特集：地方自治体と非営利・協同セクター】

・公共施設等の統廃合をめぐる動きと課題—千葉県習志野市を事例に

.....長澤 成次 2

・福祉先進都市・京都市の凋落—京都市 3 施設一体化問題の経緯と運動から

.....中村 暁 8

・公共サービスの民営化を考える 水道を中心に.....尾林 芳匡 14

・種子法廃止による社会的影響.....印鑰 智哉 18

●座談会：（第 1 回）社会医学系専門医制度座談会

.....小泉 昭夫、松田 亮三、広瀬 俊雄、（司会）吉中 丈志 23

●キューバ憲法改正と所有形態の追加について.....石塚 秀雄 46

●連載〈次世代へのメッセージ〉（5）完：「高速・世界史認識法」試論

.....野村 拓 52

●2016年度研究助成報告：漁村人口減少対策と非営利・協同組織の機能に関

する研究宮澤 晴彦 62

・研究助成報告一覧、報告書、機関誌・ニュースバックナンバーなど

.....51、66、69

.....表紙写真：長野県伊那市（撮影：前沢淑子）

だれもが主体者として創る楽しい共生社会

池上 洋通

私が住んでいる東京・日野市で「障害者差別を無くそう」という趣旨の条例作りが進んでいる。私もその市民運動に参加してきた。

◆法の制定をきっかけに

条例を求める日野市民の組織は、障害当事者団体の呼びかけで4年半前に発足した。きっかけは2013年の「障害者差別解消法」制定であり、それは「障害者の権利条約」加盟に伴う国内法整備の一環であった。「障害者差別」自体を基本的法概念とした初の法律であり、中央と地方の公的機関による差別の解消を義務付け、各分野の事業者と国民に、「差別解消」の努力義務を課したのである。

◆基礎的自治体の条例の持つ意義

だが法律は、地方自治体の議会による条例制定を義務付けてはいない。これは法の欠陥である。「障害者差別」は社会事象的であるが、差別の被害は個別的であり、それに対応できるのは地方自治体、特に基礎的自治体の機関と地域社会だからである。障害者との日常生活の全場面で、子どもたちから高齢者までが、自身の主体的なあり方として「差別解消」を意識しなければ、条約や法の目標は「画に描いた餅」になるだろう。

当然のように各地で運動が起き、市町村による自主的な条例制定も広がりを見せている。

◆現場の感覚を基礎に、主体的な条例案をつくる

日野市の運動では、「市民による条例原案づくり」とそのための共同研究・市民学習に力を入れた。私の意識のなかでその目的は三つだった。

第1は、現実には起きている差別と障害当事者の要求を「現場感覚」で明確に意識化すること。

第2は、憲法、権利条約、現行法律が定めている「法的到達点」を正確に認識すること。

第3は、市民が理解し、共感できるような組み

立てと言葉づかいを条例案の形にすること。

つまり、自らの意思で社会や国家を形成する主権者として、法理論を確立する努力である。

結果、条例案作成の研究会（大半が障害当事者）と市民の学習会は、合わせて70回を超えることになった。革新民主市政時代の日野市職員として、条例・規則などの立案経験を持つ私も、これまでに無い「市民自治による法・制度設計」の共同的営みの過程であることを深く実感している。

◆市民運動に正面から対応した日野市当局

市民の努力に対して、日野市当局は昨年度、自らの条例案策定の協議会を設置、運動の先頭に立ってきた39歳の車いす生活者を議長に、当事者、研究者、事業者などのメンバーに討論を委ね、条例案に取り組んできた。その席で市民運動作成の条例案が活用されていることはいうまでもない。市民によるパブリック・コメントも終え、条例は今秋に制定、来春に施行される段取りである。

◆だれもが楽しく暮らせる地域社会を

この間2017年夏に、相模原市の施設で障害者殺傷事件が起きた。私は、藤井克徳・井上英夫・石川満各氏と共同して『生きたかった』という論稿集を大月書店から出した。いま続編を編集中だが、この経験から、施設は大切だが施設任せではなく、地域自体が人権共同体である楽しい共生社会を創ることが歴史的使命だと改めて確認した。

条例制定運動のベースである日野市の障害者団体の協議体は、1975年に創られた。当初からの役員は私だけになったが、主体的に育ってきた次世代がいま運動の真ん中に立っているのである。

（いけがみ ひろみち、日野市障害者関係団体連絡協議会・監事）

公共施設等の統廃合をめぐる動きと課題—千葉県習志野市を事例に

長澤 成次

1. 「公共施設等総合管理計画」 をめぐる国の動向

今、全国各地で公共施設の再編・廃止・統合等をめぐってさまざまな問題が噴出している。もちろん自治体によってその表れかたに違いがあるものの、公共施設再編の重要な契機となったのが、2014年に総務省が地方公共団体宛てに公共施設等の総合的かつ計画的な管理を推進するための「公共施設等総合管理計画」の策定要請であった。同計画の記載事項・留意事項をまとめた「公共施設等総合管理計画の策定にあたっての指針」ⁱにおいては「統合や廃止の推進方針」あるいは「PPP/PFIの活用」ⁱなどが打ち出されていた（傍点筆者）。同年6月の安倍政権によるいわゆる「骨太の方針」においても「特に、インフラの多くが地方公共団体により管理されていることから、公共施設等の総合的かつ計画的な管理を内容とする「公共施設等総合管理計画」の策定・実施を行う地方自治体に対して国の支援を重点化するなどメリハリ付けを行うとともに、必要な知見やノウハウを提供し、人員・技術面の支援を行う。」（「経済財政運営と改革の基本方針2014について」2014年6月24日閣議決定）とされたのである。

その後の「骨太の方針」においても「公共施設等総合管理計画」は重要な施策に位置づけられ、「国の支援」の名のもと財政誘導と行政指導が一体化されて、ますます国家的プロジェクトとして推進されつつある。たとえば2018年版「骨太の方針」（「経済財政運営と改革の基本方針2018について」2018年6月15日閣議決定）では、以下のように記述されている。少し長いが重要なので関連部分を引用してみよう。

（公的ストックの適正化）

長寿命化を徹底し、地方の単独事業も含め、効率的・効果的に老朽化に対応するとともに、各地方の実情に

応じたコンパクト・プラス・ネットワークの考え方等に基づき公共施設の統廃合を推進する。長寿命化等による効率化の効果も含め、できる限り早期に、インフラ所管省は、中長期的なインフラ維持管理・更新費見通しを公表する。また、地方公共団体への更新費用試算ソフトの提供等を含め、技術的・財政的支援を通じて、地方公共団体が3年以内に長寿命化等による効率化効果を示すよう促す。「公共施設等総合管理計画」の「見える化」について、公営企業施設に係る記載などを含め、その内容を充実させる。「個別施設計画」の策定率の低い分野については、関係府省が、ガイドラインの策定、交付金等における計画の策定要件化等により、実効的な計画策定を支援する。また、地方公共団体ごとの計画策定状況や長寿命化等の対策の有無等を「見える化」し、先進・優良事例の横展開を行う。「個別施設計画」を踏まえ、2021年度までに「公共施設等総合管理計画」の見直し・充実を進める。

（公的サービスの産業化）

官民連携の下、データヘルスの取組、PPP/PFI、地方行政サービスの民間委託等の公的サービスの産業化の取組を加速・拡大する。スケールメリットの拡大による民間事業者の参入を促すため、複数自治体や公営企業間等での多様な地域間連携やアウトソーシング等の促進などの環境整備を進める。また、民間参入や民間の業務運営に関する規制の改革を進める。ワンストップ窓口や助言等を通じたノウハウ面での地方自治体の支援、課題や先行事例等の蓄積された専門知識の類型化・見える化や横展開、関係府省主導による業務手法の標準化等を促進する。

この「2018骨太の方針」にみられるように「公共施設等総合管理計画」は総務省の計画策定要請から5年を経て、「個別施設計画」の策定・実施段階に入ってきており、それだけに各地で「公共施設等総合管理計画」と住民との矛盾が高まりつつあるⁱⁱ。特に「公的サービスの産業化」にかかわっては、2015年12月15日に「多様なPPP/PFI手法導入を優先的に検討するための指針」（民間資金等活用事業推進会議）が決定され、それを受けて同年12月17日には、内閣府政策統括官（経済社会システム担当）・総務省大臣官房地域力創造

審議官から各自治体 PFI 担当部長に対し「『多様な PPP/PFI 手法導入を優先的に検討するための指針』について（要請）」が出され、そこでは「人口20万人以上の地方公共団体におきましては、当該指針を踏まえ、平成28年度末までに優先的検討規程を定めていただきますようお願いする」という要請が出されている。

2016年3月には内閣府民間資金等活用事業推進室は、「PPP/PFI 手法導入優先的検討規程策定の手引き」を出し「…導入に適さないと評価した場合には次に掲げる事項をインターネット上で公表する・…透明性を確保するとともに、住民及び民間事業者に対する説明責任を果たす」、さらに「PPP/PFI 手法に関する職員の養成及び住民に対する啓発」においては「PPP/PFI 手法の導入に関する住民及び民間事業者の理解、同意及び協力を得るための啓発活動を行うことが望ましい」とまで書いている。ここでは、住民は「公的サービスの産業化」の単なる啓発の対象でしかない。後述する習志野市の公共施設再生計画における PFI 事業は、まさにこのような国の政策的流れのなかで実施されたのである。

2019年5月31日には、第9次地方分権一括法による地方教育行政法・社会教育法・図書館法・博物館法「改正」が行われ、公立社会教育施設の首長部局移管が可能となったⁱⁱⁱ。

公民館・図書館・博物館など公立社会教育施設は、憲法・教育基本法・社会教育法等にもとづいて、地域住民の基本的な人権としての教育権・学習権を保障する社会教育機関である。したがって社会教育施設が首長部局に移管されるならば、首長部局の主導によって容易に「統廃合」の対象になることは想像に難くない。習志野市の事例は以下にみるようにそのことを如実に示していると言える。

2. 習志野市公共施設再生計画をめぐって

（1）習志野市公共施設再生計画の特徴

「習志野市公共施設再生計画」による公民館等を含む公共施設の廃止・統合をめぐっては、この間、さまざまな市民団体が取り組んできた^{iv}。こ

れまで習志野市は、中学校区に7館の公民館を地域配置し、多彩な学級・講座の開催、自主的なサークル活動、住民参加の公民館報づくり、地域生涯学習圏会議設置（1992年）など、市民と職員が協働して豊かな公民館活動を展開してきた地域である。習志野市の公民館サークル活動は、2016年10月30日現在436の公民館サークル（大久保公民館：105、菊田公民館：64、屋敷公民館：36、実花公民館：29、袖ヶ浦公民館：66、谷津公民館：73、新習志野公民館：63）が活動を行っている。

かつて筆者が習志野市公民館運営審議会委員を委嘱されていた時に指定管理者制度の問題が持ち上がり、公民館運営審議会が審議を重ねて、答申「これからの公民館事業と運営のあり方について」（2007年10月16日）をまとめ、公民館活動の蓄積を踏まえて直営の大切さを述べたことがあった。ほぼ同時期に一方では、習志野市の「公共施設の老朽化」を背景に「公共施設マネジメント白書」（2008年）がまとめられ、2011年には公共施設再生計画検討専門協議会が「習志野市公共施設再生計画策定に対する提言書～負担を先送りせず、より良い資産を次世代に引き継ぐために～」

（2011年3月24日）を提出している。そこでは「民間事業者のノウハウ・資金、人材を活用するための様々な制度、手法」に注目がよせられ、「施設重視から機能優先への転換と多機能化・複合化の推進」などが指摘されていた。

これらを受けて市が作成した習志野市公共施設再生計画（2014年3月）によれば、たとえば公民館は、菊田公民館（機能停止）・大久保公民館（複合化）・屋敷公民館（複合化、大久保公民館へ機能統合）・実花公民館（改修（転用）、東習志野公民館へ機能統合）・袖ヶ浦公民館（複合化、袖ヶ浦体育館へ）・谷津公民館（複合化、谷津南小へ）・新習志野公民館（改修）とされ、大久保公民館・新習志野公民館を除く5館の公民館の機能停止・機能統合・複合化計画が出されている。同計画は、公共施設再生計画【第1期】（2014～2019）、【第2期】（2020～2025）、【第3期】（2026～2038）とされ、公民館にかかわっても、ケース1とケース2が示されており、最終的な計画については予断を許さないが、少なくとも「機能停止」「機能統合」とは、当該公民館の廃止の謂であって、すでに工

事が始まっている「大久保地区公共施設再生事業」に伴って屋敷公民館は2019年度中に廃止される予定である。

習志野市の公共施設再生計画で特徴的なのは、(1)教育委員会が管理する教育機関を含めて公共施設の首長部局による一元管理をめざして習志野市資産管理室が設置され、(2)2015年4月からは新習志野公民館に指定管理者制度が導入され、また「大久保地区公共施設再生事業」はPFI事業ですすめられ、公共施設再生計画そのものが民間事業者への委託と不可分の状況で進行していること、(3)そして注目すべきは習志野市公共施設再生基本条例(H26年7月7日)を制定したことである。そこでは「第5条(市民の責務) 市民は、次世代の負担を軽減するため、公共施設の再生並びに管理運営及び維持保全に必要となる現在及び将来の財政負担に関する理解を深め、より良い資産を次世代に引き継ぐよう努めるものとする。」とされ、パブリックコメント段階では第5条2項で「2 市民は、基本理念にのっとり、公共施設再生に関する理解を深め、市が実施する公共施設再生に関する施策に協力するよう努めなければならない」となっていた。現行条例にこの2項は存在しないが、当初の市当局の認識として、市民は市の施策に協力する客体としてしか映っていなかったのではないだろうか。まちづくりに関する市民の考えはさまざまであって、もちろん公共施設再生計画にかかる市民の考えも多様である。そして公民館では行政施策に対する批判的視点も含めて住民の自由な学びが保障されなければならない。なぜならば公民館はまさにその学びの自由を通して住民自治力を高めていく社会教育施設だからである。

(2) 習志野市大久保地区公共施設再生事業について

習志野市は、前述した国の「PPP/PFI手法導入優先的検討」政策を受けて、2016年6月に「習志野市PFI導入指針(改訂版)」を作成し、同指針の「はじめに」において、「一方、本市では、老朽化した公共施設の再生を図る「習志野市公共施設再生計画」のモデル事業として取り組んでいる大久保地区公共施設再生事業において、平成27

年5月に基本構想、平成28年1月に基本計画を策定する過程で、本市初となるPFIの導入を検討してまいりました。厳しい財政状況が続く中で、今後の人口減少や人口構造の変化を予測すると、現在あるすべての公共施設を更新することは不可能であることは公共施設再生計画で明らかになっています。このような状況下にあっても、公共施設を整備し必要な市民サービスを提供していくためには、民間の経営能力や技術的能力、創意工夫を最大限生かしていくPFIがひとつの有効な手法であり、将来への道筋を描くことになります。このような近年の国における大きな変革の流れ、そして本市の取組を踏まえ、今般平成17年8月に策定した「習志野市PFI導入指針」の全面的な改訂を行いました」と述べている。

また、同指針は、「PFIの原則・主義」として「5つの原則」①公共性原則 公共性のある事業であること、②民間経営資源活用原則 民間の資金、経営能力及び技術的能力を活用すること、③効率性原則 民間事業者の自主性と創意工夫を尊重することにより、効率的かつ効果的に実施すること、④公平性原則 特定事業の選定、民間事業者の選定において公平性が担保されること、⑤透明性原則 事業の発案から終了に至る全過程を通じて透明性が確保されること、「3つの主義」①客観主義 選定や評価について客観的基準に基づいて行うこと、②契約主義 公共施設等の管理者等と選定事業者との間の合意について、明文により、当事者の役割及び責任分担等の契約内容を明確にすること、③独立主義 事業を担う企業体の法人格上の独立性を持つこと。また、事業部門の区分経理上の独立性が確保されること、を掲げていた。

では、実際の習志野市におけるPFI事業の推移について見てみよう。以降の記述はいずれも習志野市ホームページからの引用である。まず、2016年9月に公募プロポーザル方式をおこない、4グループから参加表明があったが、3グループが辞退し、結局、提案審査委員会では1グループのみを審査している⁵。習志野市PFI導入指針においては、「事業の発案から終了に至る全過程を通じて透明性が確保されること」とされていたが、提案審査委員会は第1回の会議で非公開を決定している。習志野市は、2017年3月に72億3000万円・

23年間のPFI事業契約を事業者と締結している。

「習志野市大久保地区公共施設再生事業提案審査委員会議事録」は、契約締結後、習志野市役所のホームページに公開された。なお、本PFI事業には、市民からも、審査委員からも疑問が出された民間付帯事業（民間付帯施設棟）が設定されて、大久保公民館があった敷地に若者向けの賃貸マンション（地上3階、地下1階、40世帯）がスタートコーポレーション株式会社によって建設されることになっている^{vi}。

以下、審査委員会で筆者が気になった発言を列挙してみよう。発言は一部を抜粋しているのでぜひ4回の議事録全体を確認していただけると幸いである^{vii}。

「事務局案として4点が提案された。1点目として、会議を非公開とすること、2点目として、議事録については発言者名を記載し議事要旨としてまとめ、(官民間の)契約締結まで非公開とし、契約締結後公開とすること、3点目として、議事要旨は各委員の確認を得た上で委員長が最終確認を行うこと、4点目として、審査委員の委員名を公表することである。意義がなければ事務局案の通りとする」(第1回H委員長、H28年5月28日)、「利用者から得る収入は、公園使用料も含め、民間事業者の収入となるのか。市の収入にはならないのか」(第2回N委員、H28年6月21日)「民間事業者の収入となる。市の収入にはならない。民間事業者のインセンティブと考えている。民間事業者が頑張れば、利用者が増大して収入が増えるという仕組みを導入している」(第2回事務局)、「・・・どうやって複合化のメリットを出すのかについては説明文にもなかったように思われる。このあたりが気になるところである。」(第3回H委員長、H28年11月18日)、「・・・しかしながら全体として何をするのかという方向性についての記載が全くないということが非常に大きな問題である。1つの大きなダイレクションのもとに公民館なり図書館なりというのが、その機能を生かしながら最大限に市民に価値のあるサービスを行うという視点が完全に抜け落ちてしまう」(第3回T委員)、「・・・公民館については、多分、コミュニティセンター的な空間だけを持ってきた提案になっており、そこでの活動が、ほとんど想像でき

ないプランニングになっている・・・」(第3回H委員長)、「・・・住居の提案だが、単なるワンルームマンションにしか見えない。駅前の一等地をワンルームとして使うことに本当にメリットがあるのかということ・・・」(第3回S委員)、「・・・新築のときはよいが、2回目、3回目入居する人にとっては厳しい単価設定と思われる。この単価設定で、なおかつ社会貢献を求めるのは非常に難しいのではないか。」(第3回H委員長)、「要は言葉だけで何も提案がない。歴史性を云々とか、言葉も出てくるが、何の歴史をどのように活用しようとしているのかという、そういう具体性のないものが記述になっているというところが、非常に問題であると感じる」(第3回H委員長)、「無機質な感じのロボットが案内するというのが、少し疑問に思うところがある」(第3回S委員)、「正直なところ、提案内容については、構想、計画とも全て標準以上をつけることはできないとの感想を持った。」(第4回H委員長、H28年12月19日)、「・・・今回の事業は、全体的・長期的に見た場合に、やらないよりやったほうが良いということもあり、やった中で走りながら改善していく・・・」(第4回N委員)、「・・・今日、図書館に関する部分での質疑は最低点よりも低いというのが正直な感想であり・・・」(第4回T委員)など、である。

これらの議事録から見えてくるものは、公開プロポーザルであったにもかかわらず1グループのみを審査したこと、提案審査委員会を非公開にしたこと、民間付帯事業としてマンションを建設すること、などは、「習志野市PFI導入指針」における公平性、透明性、公共性の原則にもとるのではない、ということである。

なお、習志野市は、2019年3月20日に「習志野市生涯学習複合施設の設置及び管理に関する条例」(施行は2019年9月1日)を定め、たとえば現行条例に定められた使用料等を大幅に値上げしている(巻末の資料を参考)。さらに大久保公民館を習志野市中央公民館に、大久保図書館を習志野市立中央図書館に名称を変更し、同条例第9条において「教育委員会は、生涯学習複合施設の管理を指定管理者(地方自治法(昭和22年法律第67号)第244条の2第3項の指定管理者をいう。以下同じ。)に行わせるものとする。」としている。

「中央公民館」方式は、同等の権限を持った独立館を地域配置していくという原則を崩しているのであって、すでに習志野市中央公民館は屋敷公民館の廃止のうえに成立している。さらに条例で指定管理制度の導入を義務づけていることも極めて問題であるⁱⁱⁱ。習志野市における公共施設再生計画をめぐって生起している諸問題のルーツは、「大久保地区公共施設再生事業」をPFI事業としてスタートさせたところにあると言っても過言ではないのである。

3. 地域住民の学習権を保障する自治体社会教育施設をめぐる課題

地域・自治体における公共施設再生計画においては、その全過程において住民参加・住民自治と民主主義的手続きが実現されなければならない。また、社会教育施設を所管する教育委員会は、一般行政から独立した行政委員会であって「住民の意思の公正な反映」に努力しなければならない^{ix}。ところがその教育委員会制度は、2014年に地方教育行政法が「改正」されて、それまでは教育委員会による任命であった教育長は、議会の同意を得て首長が任命する制度に変えられ、首長と教育委員会から構成される総合教育会議の設置などによって、教育委員会に対する首長の権限が強化されてきているのである。

社会教育施設と自治体社会教育行政をめぐる状況は極めて厳しい。しかし、現行法制にある多様な住民参加システム（社会教育委員会・公民館運営審議会・図書館協議会・博物館協議会など）を活用しながら、公共施設の再編をめぐって各地域で展開されている市民運動とそこに内在する学習活動が、地域社会と社会教育施設を民主的に変えていく大きな力になっていくと筆者は考える。

なお本稿は筆者のこれまでの論稿に加筆してまとめたものであることをおことわりしておきたい。

ⁱ PPP/PFIを推進する側の説明によれば、PPPは「Public Private Partnership 行政と民間が連携して、それぞれお互いの強みを活かすことによって、最適な公共サービスの提供を実現し、地域の価値や住民満足

度の最大化を図るもの。」。PFIは「Private Finance Initiative「民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律」（平成11年法律第117号）に基づき、公共施設等の建設、維持管理、運営等を民間の資金、経営能力及び技術的能力を活用して行う手法。」と説明されている。「2014骨太の方針」より。

ⁱⁱ たとえば『月刊社会教育』（国土社刊）2018年12月号の特集「学習権の保障と公共施設再編問題」の各論稿を参照されたい。

ⁱⁱⁱ 詳しくは、拙稿「公立社会教育施設の首長部局移管問題と「第9次地方分権一括法」（『月刊社会教育』2019年4月号）、「人権としての教育権・学習権を保障する社会教育法制の根幹を揺るがす改正案」（『月刊社会教育』2019年5月号）を参照のこと。

^{iv} たとえば、大久保地区公共施設再生事業を考える会、明日の秋津を考える会、習志野の公共施設を考える連合協議会などによって、学習会や署名活動、市への要望書提出などさまざまな活動が取り組まれている。巻末の資料を参照。

^v 「習志野市の大久保地区PFI、スターツグループが約67億円で公共施設を集約・再生へ」<https://project.nikkeibp.co.jp/atclppp/PPP/news/010500134/>などを参照のこと。2019年6月10日閲覧。

^{vi} 「生涯学習施設を再編 習志野・本大久保 若者向け集合住宅も」「千葉日報」2019年6月4日付け、記事を参照のこと。

^{vii} http://www.city.narashino.lg.jp/joho/matidukurisanka/koukyou_saisei/project/teianshisinsaiinnkai.htmlを参照されたい。2019年6月10日閲覧。

^{viii} 長澤成次著『公民館はだれのもの 住民の学びを通して自治を築く公共空間』自治体研究社、2016年などを参照されたい。

^{ix} 2019年4月17日の衆議院文部科学委員会において柴山文部科学大臣は、畑野君江議員の質問に対して「昭和23年の旧教育委員会法案提案理由における地方教育行政改革の根本方針の教育行政の地方分権、住民の意思の公正な反映、教育委員会の首長からの独立性は、現行も変わらない」と答弁している。

（ながさわ せいじ、放送大学千葉学習センター）

(資料)

大久保地区公共施設再生事業に関する質問書及び要望書 (抄)

習志野市長 宮本泰介 様

日頃から習志野市長として、市政に日夜奮闘されていることに対し敬意を表するとともに感謝いたしております。「習志野市文教住宅憲章」に基づき習志野市民として大久保地区公共施設再生事業について質問するとともに、以下のことを要望いたしますので、ご回答・ご検討のほどよろしくお願いいたします。

I、質問事項

1、新施設の使用料について質問いたします。

(1)使用料金値上げについて

①ほとんど一律50%の値上げとあるのはなぜですか？
②「かかる経費の見込み額」は公民館・ホール・体育館・テニスコート・パークゴルフ場でそれぞれいくなのですか？またそれぞれ違うはずなのに一律50%なのはなぜですか？

③「テニスコートは他と均衡」とありますが、なぜ公民館・ホール・体育館は「他と均衡」とならないのですか？(公民館は谷津・袖ヶ浦・新習志野等市内の各公民館との均衡は？ホールは習志野文化センターと、体育館は袖ヶ浦体育館との均衡は？)

(以下略)

(2)「使用料の増額分」は事業者の収益となるのですか、それとも市の収益となるのですか？

「市の収益」となるなら、市の収入として何らかの形で市民に還元されます。しかし「事業者の収益」となるなら、習志野市は20年間毎年1億4000万円の委託料を支払い、事業者には委託料以外の収益となりますが、そうなら市は44億円もかけて新築した公共施設を無償で提供して営利活動をさせることになってしまいますが？どこが市民の利益となるのですか？

(3)「大久保地区 PFI 事業の運営業務」

「第1総則 2運営業務の目的」に「運営業務は、本施設における公共サービスの質の向上、市民の利便性の向上、地域の活性化などに寄与することを目的とする」とありますが、「新規の有料化、有料の拡大」「50%の値上げ」が目的にかなっているとは言えません。どこが「公共サービスの質の向上、市民の利便性の向上、地域の活性化」なのですか？

(4)説明会の実施方法について

2月16日(土)の使用料についての説明会はサークル関係者(5施設のサークル長)を対象に説明会が開催されていましたが、サークル関係者以外の市民を対象にした説明会はいつ実施するのですか？

2、PFI 事業の維持管理業務と運営業務について一関

係者協議会について

(1)関係者協議会の構成・規模はどのようなものですか？

(2)メンバーの募集・募集方法・期間はどのようなものですか？

(3)第1回の開催時期はいつですか？

(4)関係者協議会の開催頻度はどうなっているのですか？

3、新施設オープン後の事業評価について

(1)新施設の事業評価の指標と方法はどのようなものですか？

(2)現在機能している「大久保公民館」「ゆうゆう館」「屋敷公民館」「藤崎図書館」「あずま子供会館」の平成30年度1年間の利用状況(活動・利用サークル数、活動・利用人数、活動頻度、交通手段等)はどのようになっていますか？

II、要望事項

(1)施設の改善

①公民館棟の入り口付近に「受付・事務室」を設置してください。

②新北館へのバリアフリー動線は現図書館の入り口を利用して通行できるようにしてください。

③バス通りの高さに駐輪場を増やしてください。一駐輪場の位置と台数の一部変更一

④公民館主催事業として幼児家庭教育学級を行う際の幼児室を設けてください。

⑤音楽室の効果的使用ができるようにしてください。

(2)施設の使用料について

使用料の増額は新施設の事業評価を行ってから必要があれば検討し、使用料の増額はオープン時には行わないでください。

(3)教育委員会に利用者相談窓口を設けてください。

以上

公務ご多忙のことは存じますが、上記の質問・要望に対する回答をいただきたくお願い申し上げます。なお公務ご繁多とは思いますが4月中をめどに下記へご回答を文書にていただきたくお願い申し上げます。回答については担当部局任せにするのではなく、市長じきじきにご回答をお寄せ下さるようお願いいたします。なおその内容は習志野市民のみならず、広く公開させていただくこともお伝えいたします。よろしくお願いいたします。

2019年4月3日

大久保地区公共施設再生事業を考える会

代表世話人 竝木 健至

《回答先》「大久保地区公共施設再生事業を考える会」

福祉先進都市・京都市の凋落

京都市 3 施設一体化問題の経緯と運動から

中村 暁

1. はじめに一福祉先進都市と呼ばれていた京都市が…

京都市はかつて福祉先進都市と呼ばれていた。京都府保険医協会の会合で講演した折坂義雄氏（佛教大学教授・当時）は、京都市の保健・福祉政策が、高齢者、保育・児童、障害、健康危機管理等、広い分野で全国に先んじた取組を実現してきた経緯を報告していただいた¹。折坂氏は「京都市は1970年代の『福祉の風土づくり』の時代から営々と先人が築きあげてきた伝統があり、当時の京都市の福祉の理念は全国的に抜きん出ていると自負していた」と語った。

しかし今日、京都市政にその残影は一切ない。

現在の市長は門川大作氏である。門川はもともと教育長である。門川が2007年に「薄水を踏む思い」で市長に当選して以来、保健福祉分野における公立施設リストラが相次いでいる。

地方自治体にとって公共施設とは何か。森裕之氏は自治体が公共施設を管理・運営する意義を「基本的人権の保障」であり、「公民性（citizenship）の涵養（あるいは公共性の発達）」であると述べている²。とすれば、いま、京都市が公共施設を次々に手放し、売却し、ホテル建設を誘致している現状は、市民の基本的人権を侵害していることに他ならない。

2009年、門川は京都市立看護短期大学（1950年創設、廃止は2013年）の廃止を突然表明した。そ

の上、廃止後に機能を継承してくれるはずの私立大学との調整も不調であった。公立保育所の民営化も意欲的に進めている（2012年頃～今も進行中）。2010年には京都市内の11行政区に設置されていた保健所を全廃し、各保健所は医師でなくても所長になれる（賃金が安く済む）保健センターに再編され、1ヵ所京都市保健所が本庁に設置されることになった。そればかりか保健センターも2017年に機能縮小され、衛生業務は市内1ヵ所の医療衛生センターに統合してしまった³。そして「そんなもん廃止してほんまにええのん？」と驚かせたのが、休日急病診療所の廃止（2011年、京都府医師会に委託）、障害のある人たちのための研修施設である洛西ふれあいの里保養研修センター（ふれあい会館）閉館（2014年）…他にもたくさんある。

そうした保健福祉分野の行政リストラは保健福祉行政の体をなしていない。リストラのためのリストラであり、理念・哲学を著しく欠いた破壊である。本稿のテーマである「公立3施設の一体化整備」問題は、そうした流れの上にある。

2. 京都市による公立3施設の一体化⁴

では、本題である京都市による公立3施設の一体化に話を進めたい。

京都市が一体化をめざす3施設とは、京都市児

¹ 京都府保険医協会医療制度検討委員会（2017年9月19日）での講演。折坂義雄教授（当時）は、市職員時代に保健福祉局長の職にあった。

² 森裕之『公共施設の再編を問う「地方創生」下の統廃合・再配置』（自治体研究社、2016年）

³ 保健センター再編問題をめぐっては、京都府保険医協会と連名で複数の地区医師会長が懸念を表明した。

⁴ 次の論稿も一読いただきたい。京都府保険医協会メディペーパー・医療政策関連情報2015年度（No.3）2016年1月25日、<https://healthnet.jp/medipaper/medipaper-21978/medipaper-22036/>

童福祉センター（以下、児福Cと表記）、京都市地域リハビリテーション推進センター（旧称・京都市身体障害者リハビリテーションセンター。以下、市リハセンと表記）、こころの健康増進センター（以下、こころと表記）の3つの施設を1ヵ所にまとめ、再整備する構想である。

さほど共通点があるように見受けられない3つの施設を一つの建築物に合築⁵する。その目的について、市当局が基本的に説明してきたのは「3障害」一体となった総合相談の拡充である。恐らくは児福Cには知的障害者更生相談所、市リハセンには身体障害者更生相談所、こころには精神保健福祉センターが⁶置かれているから、1ヵ所の施設にしまったら、切れ目ない相談体制が出来るのでは、という程度の話であろう。

（1）3施設それぞれの歴史と存在意義

市リハセンは1978年に開設された。リハビリテーションという言葉が未だ一般的ではなかった時代、更生相談所・障害者支援施設・補装具製作施設・附属病院から成り、対象者の全人間的復権を目指す施設として、市民や京都財界から多額の寄附も受けて創設された。

児福Cの前身である京都市児童院は1931年に誕生しており、100年の歴史がある施設である。現在は、児童相談所・医療・療育・発達障害者支援センターが一体となった専門機関であり、虐待・発達相談・非行・不登校と子どもたちにかかわる課題に対応している。

こころは1997年に創設された。保健福祉手帳交付業務や自立支援医療の手続きを一手に担いつつ、こころの問題に悩む市民の相談を受け、一般外来、思春期外来、アルコール外来、法律相談、家族ケアのための施策も実施し、デイケアも実施している。

2014年2月、京都市はこれらの3施設を一か所に集めると突然言い始めた。

（2）リハセン附属病院廃止からはじまった

3施設一体化方針には前段階があった。それは、

2012年の市リハセンの附属病院廃止である。

現に入院し、リハビリに励んでいる患者さんたちがいたにもかかわらず、市当局はリハビリを提供する民間医療機関が増えた、わざわざ公立でやる必要がなくなったと廃止を決めたのである。

当時の市リハセン附属病院が受け止めていた患者さんたちの多くは、診療報酬のルールで定められた不当な「算定日数制限」を超えてもなお、医学的にリハビリテーションを必要とする人たちが、重度な障害で他の民間医療機関では受け止められなかった人たちなど、いわば制度の狭間に落ち込んだ人たちだった。そうした市民への医療保障はまさに自治体の役割である。

私たちは現場の人たちとともに「京都のリハビリを考える会（以下、考える会）」を結成し、廃止阻止の運動に取り組んだ。考える会は当局や市会議員へ繰り返し要請し、街頭で訴え、提言書をまとめ、フォーラムを開催し、住民署名に取り組んだ。

考える会とは別に、脊髄損傷の当事者である市民グループも声をあげていた。市会議員たちの控室が並ぶ、寒い市役所2階の廊下に車椅子で座り込み、「リハセン病院をなくさないで」と書かれたカードを掲げた人たちが、与党議員に訴えかけていた。

私たちも最終盤には毎朝市役所前でビラをまき、出勤してくる職員たちに語りかけた。本当にこんなことをしていいのですか？ 障害のある人たちの施策を切り捨てるとするのは、地方自治体がいちばんやってはならないことではないか？

しかし、市当局は方針を一切変更することなく、2015年3月を以て附属病院廃止を強行した。

保健福祉行政が依拠すべきものはただ一つ、当事者の実態と声である。なぜなら保健福祉行政とは人権保障そのものだからである。人権保障施策にそれ以外の不純物が入り込んではいならない。そうした意味で、市リハセン附属病院を廃止したことで、京都市は後戻りのできない大河を渡った。マイノリティの小さな抵抗の声を黙殺すれば、障害のある人たちの施設を廃止することなど容易

⁵ 京都市は当初「合築」という言葉を用いていたが、現在は「一体化」と呼称。

⁶ 何れも法的に必置規制がある。

い。京都市はそのような地点に到達してしまったと考えざるを得ない。

（３）３施設合築方針の登場

京都市が３施設合築方針を明らかにしたのは、この運動の最中だった。

実は京都市は2001年の財政非常事態宣言以来、あらゆる行政サービスの見直し・縮小を進めており、リハセン附属病院廃止もその一環だった。それも障害のある人たちへのサービスを直接切り捨てるといって、非常に質の悪いものだった。その質の悪いストーリーの上に合築問題は浮上したのであり、それが良いものであるはずはなかった。腐った土壌から有益な果実は実らない。

強い危機感を抱いた考える会は関係者に呼びかけ、こどもたちの保育・療育をよくする会、きょうされん京都支部、京都の障害児者の生活と権利を守る連絡会、京都社会保障推進協議会、京都市職員労働組合が集まって、手作りの実行委員会である「京都市３施設の合築方針を考える実行委員会（以下、実行委員会）」を誕生させた。

（４）市の３施設一体化の問題点

実行委員会は月に１度は会議を開き、市の動向を共有し、必要な取組を検討・決定し、実行している。５年を超える取組の経緯と市の動きを年表に整理したので別表を参照いただきたい。

実行委員会は様々な角度から一体化整備方針を批判している。

第一の問題点は市の方針決定過程において、市民・当事者が不在であることだ。

当局は３施設一体化方針を正式な方針として扱ってきたが、一度たりともその是非を市民・当事者に諮ったことがない。2017年、京都市は有識者ヒヤリングを実施し、当事者等関係団体からの意見聴取を実施したが、それとて一体化自体は動かざる方針として扱われ、その是非を問うことはタブーのような印象だった。自治体官僚が勝手に決めた方針の枠内でしか、市民に意見表明の機会を与えなかったことは、民主主義のルールに鑑みて

重大である⁷。

第２は、児福Ｃまで一体化するのはあまりに無理筋だということである。

先述したように児福Ｃは虐待・非行等を扱う児童相談所部門と発達保障を担う発達相談部門のある施設である。市は「ワンストップ」「子どもから大人まで切れ目のない支援」をメリットとして説明している。しかし市民にとって、身体・精神の障害は行政区の福祉事務所や保健福祉センターが相談窓口である。３施設を一体化しても相談窓口が一本化されることはない。むしろ保護者や専門職が口をそろえていうのは「障害があってもなくても、子どもを子どもとして捉える視点が発達保障には不可欠だ」ということである。つまり問われているのは、「子ども」という存在を障害があるかないかで区別し、大人と同じ施設に押し込めようとする貧弱な思想なのである。ましてや「障害」という括りの中に、虐待・非行を扱う児童相談所を含めようというのはいかにも座りが悪い。

第３は、市リハセン附属病院廃止に対する無反省である。市リハセンは、病院機能を失ったことで事実上、医療保険によるリハビリを直接には提供できない施設になった。そのため現場ではセラピストや看護職が事務作業に従事している。実行委員会発足後も考える会は、２度にわたって提言書を京都市に提出している。その中心課題は「病院機能の復活」である。３施設を一つの施設に押し込める構想は、延べ面積の縮小を伴い、病院の復活という要求にとどめを刺すことにつながってしまう。

以上の３点からも一体化整備が単なるリストラであり、各施設の機能拡充＝基本的人権の保障施策を進めるものでないことは明らかである。

（５）一体化整備の背景問題には観光集客行政とローカルアベノミクス

実行委員会が2016年に提出した京都市会への陳情書をめぐる議会でのやりとりは、異様なものだった。「合築の是非に立ち返って再検討すること」

⁷ にもかかわらず、京都市当局の部長級幹部は一体化方針を批判する声に対し「もう決まったことをひっくり返そうとするのは建設的でない」的な発言を繰り返して運動や野党会派を非難した。

別表 〈3施設一体化をめぐる運動の経緯〉

年 月	実行委員会の動き	市当局の動き
2014 2月		「障害保健福祉施策の推進と児童福祉施策の充実・強化に向けた取組方向」で3施設合築方針を初めて示す
10月	3施設合築方針に対する運動体である〈京都市3施設の合築方針を考える実行委員会〉発足	
2015 2月8日	京都市3施設の合築方針を考えるフォーラム開催	
3月末		市リハセン附属病院廃止
4月		京都市身体障害者リハビリテーションセンターが「地域リハビリテーション推進センター」に改称
8月	京都市の3つの公立施設「合築方針」に関する第1次質問・要望書提出と懇談	
9月		京都市地域リハビリテーション推進センターにこころの健康増進センターが移転
12月5日	フォーラム Vol. 2 「何のため？誰のための3施設合築？児童福祉センターは大丈夫？」開催	
2016 2月		平成28年度予算に3施設合築に向けた「基本構想の策定」に向けた費用 100万円
3月	京都のリハビリを考える会で「京都市リハビリテーション行政の再建提言」発表	
8月	リーフ「いっしょに考えてほしいんです」発行	
11月		こどもはぐくみ局創設の動きが明らかに。 〈障害のある子〉をはぐくみ局の対象から除外する構想への批判広がる（後にはぐくみ局が所管することに）
2017 1月	リーフを持参し、関係団体を訪問、要請	はぐくみ局創設とともに、各行政区の保健センター機能を1ヵ所に集約化するプランが明らかに
2月2日	フォーラム Vol. 3 「観光は大切…でも、生命・健康はもっと大切です！」開催	平成29年度予算に3施設合築に向けた「基本計画の策定」に向けた費用800万円
4月13日	京都市当局との懇談会 3施設合築（一体化）方針の見直しを求める要望と意見を提出	
5月		はぐくみ局、各区役所はぐくみ室、衛生行政集約化実施
8月		地域リハビリテーション推進センター、こころの健康増進センター及び児童福祉センターの施設一体化整備基本計画策定業務委託に係る公募型プロポーザルを実施
9月		「3施設一体化整備基本計画策定に係る関係団体御意見の聴取について」が実行委員会にも届く 「3施設一体化整備基本計画策定に係る第1回有識者ヒアリング」開催
10月	9月の意見聴取通知を受け、「京都市3施設一体化整備計画に係る意見 一体化ではなく、3施設それぞれの機能拡充を求めます」を書面で提出（京都のリハビリを考える会、京都府保険医協会と連名）	
11月		「3施設一体化整備基本計画策定に係る第2回有識者ヒアリング」開催

12月	・児童福祉センターとしての存続・発展を（こどもたちの保育・療育をよくする会）当事者アンケート活動に取組む。 ➡ 52通集まり、有識者委員市長宛に提出 ・「京都市児童福祉センターを「一体化」させるのではなく児童福祉センターとしての存続・発展を」署名取組開始 ・京都府保険医協会が独自に京都市当局と懇談	「3施設一体化整備基本計画策定に係る第3回有識者ヒアリング」開催
2018 1月		京都市会に「一体化整備計画」案報告。パブリックコメント募集開始
2月		2018年度予算に「一体化整備事業」2000万円計上
3月	・昨年集約した当事者の声をパンフレットにまとめ、発行。署名とともに事業所、関係者へ発信 ・2年ぶりに京都のリハビリを考える会も活動再開 ・一体化整備計画にあたってのパブリックコメントを提出	3月付で「一体化整備基本計画」を正式策定
5月	京都市会に5月17日付で「京都市の3施設一体化整備について再検討を求める陳情書」提出	
6月	・京都市3施設「一体化整備計画」について児童福祉センターとしての存続・発展を求める署名の提出と懇談実施、署名数：1302筆（後に追加あり。計1802筆） ・京都府保険医協会が京都府におけるリハビリテーション提供体制にかかる調査を実施	
10月26日	京都のリハビリを考える会が「リハビリテーション保障の拡充を国・自治体に求めるフォーラム」開催	
11月		京都市社会福祉審議会で京都市3施設一体化整備が議題に
2019年 1月	・京都のリハビリを考える会が「提言（第3次）京都市地域リハビリテーション推進センター機能拡充と自治体のリハビリテーション保障政策の重要性について」を発表 ・実行委員会が「一体化整備計画に基づく設計開始の前に伝えておきたいこと 児童福祉センターは児童福祉センターのままで」を発表 ・提言提出の京都市との懇談会を開催	
2月		2019年度予算に「一体化整備事業」9200万円計上
4月	「3施設一体化整備に向けた設計業務への〈市民参加〉を求める陳情書」を市会へ提出	・設計業務委託についての公募型プロポーザルの結果、内藤建築事務所に委託 ・事務所は「技術提案」として、設計イメージを示す
5月	5月15日「3施設一体化整備に向けた設計業務への〈市民参加〉を求める要望書」を市当局に提出	

を求めた陳情書に対し、市当局の答弁は次のようなものだった。「合築に関する具体的内容は、関係課の課長級職員によるプロジェクトチームで検討しており、現時点で内容を示せる状況にない。しかし構想ができていないからといって、施策を中止せよとの要望には応えがたい」。

これは裏返せば、何ら具体的内容はないのに施設の一体化だけを進めてきたという告白であった。

では、なぜ京都市は一体化を進めてきたのか。私たちはそれを「集客観光行政」と「資産有効活用」に尽きると考えている。

京都市は観光振興計画2020を策定し⁸、観光を「経済のけん引役」に位置づけ、子どもたちの教育さえ、観光振興に動員しようとしているほどである。

市は「京都の玄関口である京都駅及びその周辺」で、「梅小路公園敷地への京都水族館・鉄道博物館の建設による魅力向上により見込まれる年間500万人の集客」、「JR 西日本山陰線新駅設置により飛躍的に向上する交通利便性」を活かし、『新たな集客施設』、『和食』のユネスコ無形文化遺産登録を契機とした『京の食文化』、『産学公連携の新産業創出』などの新たな京都の魅力づくりをめざし、「広域的かつ多機能的複合拠点」を作るという。京都市中央卸売市場第一市場の施設整備も「賑わいゾーン」をつくるという、「京都市中央市場及び商店街と連携した賑わいを創出する施設」「多様な人が集い、滞在できる施設」の建設を目指している（「」は観光振興計画2020の文言の引用）。

そして「京都市宿泊施設拡充・誘致方針」では、東京オリンピックが開催される2020年、630万人外国人観光客が京都を訪れると試算し、そのためあと1万室の客室数を必要と打ち出し、今日過

剰といわれる事態を招いたのである。

観光集客と一体に進められているのが、市保有の「資産＝不動産の有効活用」である。市長が2期目を決めた2012年、「京都市資産有効活用基本方針」が策定された。

同方針は、京都市の所有する「資産」を「経営資源」と定義し、他の公的機関や民間機企業への貸付・売却を積極的に進め、財源を確保しようとするものだった。

すなわち、安倍政権の進める「観光立国」と自治体に稼ぐ力をつけるための公共施設再編を組み合わせる典型的な新自由主義に基づく政策を進めているのが京都市なのである。京都市の3施設も標的となり、結果として生み出されたその「サイクル」にはめ込まれたのだと考えられる。

3. 地方自治体とは何かを問う運動

京都市政は国の自治体政策と完全に噛み合ってしまった。このような事態にあって、3施設一体化へ抵抗する私たちの運動は、とどのつまり地方自治体とは何かという問いかけを発し続ける責任を背負うものとなっている。

子どもたちの育ちを保障し、障害のある人たちの権利を保障する当たり前の地方自治体としての京都市を、私たちの手にとりもどすこと。

3施設一体化を本気で止める運動とは、地方自治体とは何かを根源的に問うものになっている。

（なかむら さとし、京都府保険医協会事務局次長、京都社会保障推進協議会医療部会、福祉国家構想研究会）

⁸ 「京都観光振興計画2020 ～世界があこがれる観光都市へ～」(2016年10月31日)

公共サービスの民営化を考える 水道を中心に

尾林 芳匡

2018年、水道法が一部改正され、水道民営化（「コンセッション方式」という）導入が促進されることとなった。本稿では、水道民営化の問題点を明らかにし、あわせて他の公共サービス各分野の民営化の問題点にもふれて、議論の素材を提供したい。

1 水道の民営化を考える

（1）水道はいのちに直結し国の責任で整備すべき

水道は、水を人の飲用に適する水として供給する施設であり、水道法は、清浄にして豊富低廉な水の供給を図り、公衆衛生の向上と生活環境の改善とに寄与することを目的とする（水道法1条）。憲法が公衆衛生についての国の責任を定めた（憲法25条2項）ことを受けたものである。

地方公共団体は、当該地域の自然的社会的諸条件に応じて、水道の計画的整備に関する施策を策定・実施し（水道法2条の2・1項）、国は、水源の開発等水道整備の基本的かつ総合的な施策を策定・推進するとともに地方公共団体・水道事業者・水道用水供給事業者に必要な技術的財政的援助を行うこととされる（水道法2条の2・2項）。水の供給は国の責任であり、地方自治体の財政力を理由に支障のすることがあってはならない。

（2）ねらわれる民営化

水道についてもかねて民営化し営利の対象とすることがねらわれてきた。しかし「水道事業における民間の手法の導入に関する調査研究報告書」

（日本水道協会（http://www.jwwa.or.jp/houkokusyo/houkokusyo_04.html））でも、第三者委託は22団体、PFI7団体、指定管理者3団体と、いまだ進んでいるとは言えない。「公営企業の経営のあり方に関する研究会報告書」（総務省・2017.3）（http://www.soumu.go.jp/menu_news/

[s-news/01zaisei06_02000163.html](http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/01zaisei06_02000163.html)）では、指定管理者（岐阜県高山市、広島県（株）水みらい広島）、包括的民間委託（福井県坂井市、石川県かほく市、宮城県山元町）、PPP/PFI（北海道夕張市、愛知県岡崎市、）などが「公営企業の抜本的な改革等に係る先進・優良事例集」としてあげられているが、広がってはいない。

経済界はこの状況で、次々と民営化推進を求めてきた。①「国内上下水道市場の現状と民間事業者の戦略の方向性」（三井住友銀行・2017年5月）、②「法改正が促す『水道事業』の戦略的見直し」（公田明・みずほ総合研究所・2017.6.1）、③「水道事業のコンセッション方式PFIをめぐる論点と考察」（鈴木文彦・大和総研・2014.3.18）などはそれぞれ、民営化拡大のための法改正を提言するなどしている。

（3）2018年水道法改正

これを受けて2018年水道法改正は、次の点で民営化を推進するものである。

①「関係者の責務の明確化」として、「基盤強化」と広域化・民営化を推進する趣旨の規程をおいた。「基盤の強化」とは要するに、「経営改善」であり、経費削減である。②広域化のために「基本方針」「基盤強化計画」を定め「協議会」設置できることとした。③「適切な資産管理」の推進として、台帳整備等を強調した。売買、賃貸借の価格設定の便宜のためである。④「官民連携の推進」とするために地方自治体が事業者のままで運営権を民間事業者に設定することを可能とした。しかし、これでは民間事業者の収益の確保・増大のために投下する経費の削減や利用料金の高騰のおそれがある。

2018年水道法は、①水道事業の課題の改善にならない、②広域化で地域の実情にあわない計画が押し付けられるおそれがある、③民営化（コンセッション）で営利本位に変質するおそれがある、

などの問題がある。

(4) 広がる批判と運動

しかし2018年改正水道法のもとでも、国が一方的に地方自治体に水道民営化を押し付けることはできず、あくまで地方自治体の判断による。そして、地域と自治体には、批判の声が広がっている。たとえば法改正前の新潟県議会「水道民営化を推し進める水道法改正案に反対する意見書（18年10月12日）は、「コンセッション方式の導入は、災害発生時における応急体制や他の自治体への応援体制の整備等が民間事業者にも可能か、民間事業者による水道施設の更新事業や事業運営をモニタリングする人材や技術者をどう確保するのか、などの重大な懸念があり、住民の福祉とはかけ離れた施策である。また、必ずしも老朽管の更新や耐震化対策を推進する方策とならず、水道法の目的である公共の福祉を脅かす事態となりかねない。」と指摘する。

(5) 海外の水道民営化の実情

水道事業が民営化された海外では、フィリピン・マニラ市は水道料金が4～5倍に跳ね上がり、ボリビア・コチャバンバ市では雨水までもが有料化されて暴動が起きた。またフランス・パリ市では、料金高騰に加え不透明な経営実態が問題となり、再公営化された。世界の多くの地方自治体で、再公営化が相次いでいる。こうした実情をふまえれば、これから水道民営化にふみだすことは、時代錯誤と言え、地方自治体と地域住民が学習と運動を広げて、公共性を守るべきである。

(6) 水道の民営化・広域化の事例

すでに香川県では広域化が検討され、宮城県では上下水道と工業用水をセットにしてコンセッションをめざしている。しかし、ダムなど過大な設備で供給する工業用水の経営問題を住民のいのちの水に負担されるおそれがあるし、導入可能調査の段階から、情報公開に問題があることが指摘されている。静岡県浜松市では、下水道コンセッションに続き上水道のコンセッションをめざしていたが、住民の強い反対運動が高揚し、浜松市長は無期限延期を表明するに至っている。奈良市では

中山間地域の上下水道のコンセッション計画があり、大阪市でも計画があったが、いずれも議会で否決されている。埼玉県秩父地域では、広域化の計画で地元浄水場の廃止がねらわれていることが住民の反発をまねき、小鹿野浄水場を守る運動が起き、「小鹿野浄水場の存続を求める決議」が町議会で採択されている（18年03月18日）。

(7) 公共施設等運営権実施契約書の実際

実際の公共施設等運営権実施契約書（注・「浜松市公共下水道終末処理場（西遠処理区）運営事業公共施設等運営権実施契約書浜松における委託契約」）(<https://www.city.hamamatsu.shizuoka.jp/suidow-s/gesui/seien/documents>)をみると、コンセッションは自治体と住民にとってメリットがない。契約書の内容も、実際上は運営権者側の主導の条項になっている。住民や行政の側の利益を重視した責任やリスクの定めをすれば、運営権者の側の経営負担となり、民間事業者が参入できないか、無理して参入しても経営破たんする。

(8) 水道は公共で

水道については、①「地域の条件に応じた計画」の視点をつらぬき、②「産業化」やコンセッション（民営化）ではなく公共部門の維持継承こそ重要であり、③国の技術的財政的支援は「地域の条件に応じた計画」を支えるものとすべきであり、民営化・コンセッションを条件とすべきではない。

2 公共サービス民営化の問題点

他の分野でも、公共サービス民営化は進められてきて、多くの問題が生じている。

(1) 立法の経過

公共サービス民営化は、次の通り次々と法制度がつくられて推進されてきた。

- 1999 PFI 法
- 2000 構造改革特区法
- 2003 公の施設の指定管理者（地方自治法改正）
地方独立行政法人法
- 2006 市場化テスト法
- 2009 公共サービス基本法 野田市公契約条例

2011 東日本大震災 総合特区法、PFI 法改正…
2013 国家戦略特区法 PFI 法改正
2015 PFI 法改正
2017 地方独立行政法人法改正
2018 PFI 法改正・水道法改正

以下、各制度と問題点について簡潔に紹介する。

（２）PFI（Private Finance Initiative）

PFI は、民間の資金やノウハウにより公共施設の建設と調達を行うもので、施設、道路や鉄道・水道等の大規模な建設事業を企画から建設・運用まで民間にゆだねる（民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律）と定められている。

しかし①財政難のもとでも施設建設を推進する、②自治体の関与と住民の立場の後退（「仕様発注から性能発注へ」）、③自治体と大企業との癒着のおそれ（長期間契約の莫大な利）、④事故等の損失の負担などの問題がある。

PFI をめぐり、多くの問題事例が生じてきた。

①仙台松森 PFI は地震の際に PFI によるものだけ天井崩落事故を起こし、多数の負傷者が出た。
②福岡市のタラソ福岡は撤退により市民サービスの空白を生じた。
③北九州市のひびきコンテナターミナルは経営破綻し、北九州市が40億円で買い取った。
④名古屋港イタリア村は破産し、多数の解雇者を出した。
⑤高知県高知市の PFI 病院は経費削減が進まず、PFI 契約解除となった。贈収賄事件も起きた。
⑥滋賀・近江八幡市立総合医療センターも契約解除となった。
⑦滋賀県野洲市立小・幼の維持管理契約解除では5億円の経費が削減された。
⑧北海道岩見沢市生涯学習センターをめぐり PFI 事業者が市長に多額の献金をしていることが問題となった。

しかし2011年に PFI 法改正でコンセッションが導入され、2013年改正では「民間資金等活用事業推進機構」の設置で資金援助をすることとし、2015法改正では公務員の退職派遣制度の整備が行われ、2018年法改正では議会承認手続きの簡略化など、繰り返す法改正で推進がはかられている。

愛知県西尾市では、公共施設管理全体をゆだねる PFI について、市民の反対運動により、市長選挙で推進派の市長が敗れることとなり、見直し

作業が進んでいる。

（３）公の施設の指定管理者制度

2003年地方自治法244の2の改正で、公の施設の管理が純粋な営利法人でも可能になった。「公の施設」は本来、「住民の福祉を増進する目的」で利用に供するもので（地方自治法244条1項）、自治体は正当な理由なく利用を拒めず（2項）、利用につき「不当な差別的取扱い」が禁止されている（3項）。本来の趣旨が損なわれ、①住民サービス低下、②営利企業と行政の癒着、③雇用問題などが広がっている。

政府はすでに総務省自治行政局長「指定管理者制度の運用について」（10年12月28日）で、「留意すべき点も明らかになってきた」とし、「幅広く地方公共団体の自主性に委ねる」「公共サービスの水準の確保という要請」「単なる価格競争による入札とは異なる」「利用者や住民からの評価等を踏まえ同一事業者を再び指定している例も」「住民の安全確保に十分に配慮」「指定管理者が労働法令を遵守することは当然であり、指定管理者の選定にあたっては、指定管理者において労働法令の遵守や雇用・労働条件への適切な配慮」などを指摘している。

しかし最近でも、沖縄県浦添市で、指定管理者が仕様に反し公園に除草剤散布した（18年11月04日琉球新報）、山形県米沢市八幡原体育館 指定管理者テクノプラザ米沢利用料二重取り？（19年02月14日河北新報）、北海道歌志内市では指定管理者が決まらず「かもい岳スキー場休止へ」（19年02月21日北海道新聞）、大阪府池田市の市立葬祭場（やすらぎ会館）では19年4月の指定管理者の指定替えにともない、花・写真・テント・おしぼり・果物などを納品する地元業者からのマージン徴収が問題となっている。

（４）地方独立行政法人

地方自治体と別の法人で、営利法人ではないものを設置し、地方自治体の関与を続ける制度である。しかし運営費交付金を削減し、中期目標期間ごとに「業務を継続させる必要性」や「組織の在り方その他その組織及び業務の全般」について見直し（地方独立行政法人法31条）、解散（92条）

も含めた措置を想定する。総務省研究会報告書は「事務・事業の垂直的減量を推進」する地方行政に「機動的、戦略的に対応するためのツール」としている。

問題点として、①住民サービス後退のおそれ、②住民自治・住民参加の後退、③議会の関与の後退・空洞化、④職員・労働者の身分保障と権利の剥奪が指摘できる。

大阪府立病院は、地方独立行政法人化の直後から府立5病院の資金収支が13億円黒字となったが、診療報酬に規定のない文書代、個室料等を、議会にかけずに理事会だけで値上げ決定した結果であった。

(5) 各分野では

公立保育園が企業にゆだねられるとコスト削減による職員の非正規化が進む例、図書館についても司書が不安定雇用に置き換えられる例、体育館・プールで現場に専門職員が不在となり重大事故が生じる例などが報告されている。

3 いまこそ公共サービスを取り戻す地域からの運動を

本来地域住民の願いは、公務・公共サービスの充実である。公共サービスには、①専門性・科学性②人権保障と法令遵守③実質的平等性④民主性⑤安定性が必要であり、営利企業にゆだねればこうした本来のあり方がゆがめられる。

水道民営化を契機として、公共サービスのさまざまな分野について、住民本位の公共性を取り戻す運動が望まれる。

(参考文献)

「新自治体民営化と公共サービスの質」(自治体研究社・08年)

「PFI 神話の崩壊」(共著・自治体研究社・2009年)

「自治体の偽装請負」(共著・自治体研究社・2011年)

「水道の民営化・広域化を考える」(共著・自治体研究社・2018年)

(おばやし よしまさ、八王子合同法律事務所弁護士)

種子法廃止による社会的影響

印 鑑 智 哉

2017年4月、国会で主要農作物種子法（以下、種子法）の廃止が決定され、翌年4月、種子法は廃止された。種子法だけに留まらない。関連法も変えられている。ここ数年で、急激に日本の食のシステムが変えられようとしている。いったい何が起きているのか？

種子法とは？

種子法とは米、麦類、大豆の優良な種子の生産を都道府県の責任として規定した法律であり、戦後、サンフランシスコ講和条約の発効とはほぼ同時に施行された。同法の下で各都道府県は種子計画を作り、種子が足りなくなることをないように計画的に種子が作られた。そして、地域に合った品種が開発され、300品種以上の多様な米が開発され、安価で優良な種子が農家に提供され、日本の農業と食が支えられてきた。

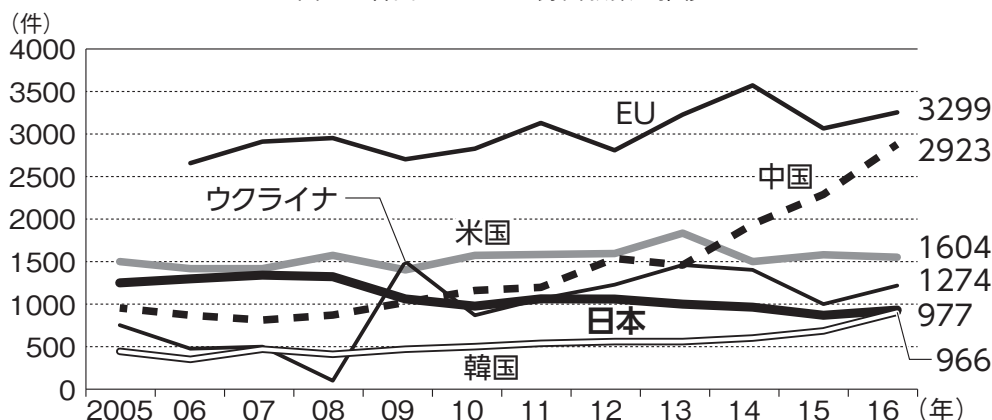
この種子法廃止法案の審議は異例のものだった。2017年2月10日に閣議決定の後、満足な審議時間も確保されず、あっという間に廃止が決定されてしまった。市民の多くは種子法が存在すらほ

とんど知らない。全国紙やテレビなどのマスメディアもこの問題を報じることすらないまま、決定されてしまったのだった。この種子法廃止でもっとも影響を受ける農家は発言の機会すら与えられなかった。自民党の議員ですら反対があったと言われるこの種子法廃止を決定したのは誰であったか？ それはTPPの日米交渉の中で作られた政権の私的機関である規制改革推進会議であり、国会はただのお飾りでしかなかった。現在の日本政治の空洞化を示す典型となった。

モンサントビジネスモデルに乗る 知財立国路線

安倍政権は知財立国を掲げ、イノベーション統合戦略を打ち出し、日本を世界一民間企業が活躍しやすい国にすると宣言している。つまり、バイオテクノロジーなどの技術に投資し、その特許を売り、企業が儲けるという戦略である。農業分野であればバイオテクノロジーで操作された種子を世界に売って、その特許料で稼ぐという遺伝子組み換え企業モンサントが作り出したビジネスモデ

図1 各国における登録出願数の推移



出典：農水省第1回優良品種の持続的な利用を可能とする植物新品種の保護に関する検討会資料から「植物新品種の保護をめぐる状況」（2019年）

ルとなる。この種子分野では世界の4社の遺伝子組み換え企業が世界の7割の種子市場をすでに押さえている。果たして、このモデルで日本が潤う余地があるのだろうか？

知的所有権が確保される登録品種の数で、日本はEU、米国に次ぐ3位を締めていたが、近年、中国やウクライナに抜かれ、さらには韓国にも抜かれ、6位に落ちそうな状況となっている(図1)。

都道府県が安くて優良で多様な品種を提供し続けている公的種子事業がまず攻撃の対象となった。この公的種子をなくしてしまえば、その分、民間企業の活躍の場を増やせる。さらには日本政府はもう1つの種子に関する法律、種苗法を改悪して、自家採種する権利を奪おうとしている。つまり、農家から種子を取り上げてしまえば、民間企業はさらに儲けることができる、というわけである。

しかし、農家の権利を一方的に奪って、農家が窮地に追い込まれていけば農業はむしろ衰退せざるをえなくなる。それは種子企業にとっても困る事態となる。だからこそ、これまでは種子企業の育成者権と農家の使う側の権利はそのバランスを取ることが重視されてきた。そのバランスを崩して、農家の権利を奪って、種子企業ばかりを優遇すれば日本の農業はさらに窮地に追い込まれ、種子企業にとってももっと厳しい状況になってしまうだろう。そもそも農業振興の基盤は農家にあるはずだが、安倍政権の下ではそれが軽視されている。日本の国際的位置が沈んでいるとしたらそこに根本原因があるのではないかな？

現在の種子業界の独占状況を見れば、優遇される民間企業は寡占化した多国籍企業が中心とならざるをえない。この日本政府の政策は日本の農と食を多国籍企業の支配下に置いてしまう可能性が大である。TPPを推進する規制改革推進会議がこの廃止を決めたことに端的に表れているように、TPPの流れとこの種子法廃止は一体の流れだと考えざるをえない。

世界の動向

農家の種子が多国籍企業に狙われる事態は今、世界化している。たとえば2012年以降、ラテンア

メリカでは「モンサント法案」をめぐって大きな騒ぎとなった。2012年、メキシコ、ホンジュラス、2013年コロンビア、コスタリカ、2014年チリ、グアテマラに次々にこの法案が現れ、そしてベネズエラ、アルゼンチンやブラジルにもその動きが現れた。これらの法案は農家が持っている種子を使うことに規制を加え、企業から毎回種子を買うことを強いる傾向においては共通しており、成立すればモンサントのような企業を利するということでのこの名前で批判されることになった。メキシコやチリでは廃案になったものの、コロンビアでは成立し、農民自身の種籽で栽培された米が国の機関に押収・破棄され、農民に大きな怒りをもたらした。

なぜ、このような動きが生み出されたのか？種子を開発する多国籍企業のロビー活動によって、種子の知的所有権を世界の政府に守らせる国際的な取り決めが作られたからだ。その1つがUPOV(ユポフ条約)という国際条約であり、もう1つがWTOが定めたTRIPS協定である。どちらも自由貿易協定を結ぶ際に先進国から発展途上国に押しつけられる。TPPにもUPOV条約を批准する義務が課されており、TPP参加国はUPOV条約を批准する義務が課される。そしてUPOV条約を批准すると、それに基づき、国内の種苗法を変えて、農民の種子の権利の制約を迫られてしまうことになる。

ラテンアメリカ以外でも進みつつある。特にアフリカでは近年、UPOV条約の批准と遺伝子組み換え作物の耕作の圧力が各国にかけられている。農業国がほとんどで人口も圧倒的に農民が多く、ほとんどが自家採種による農業で命をつないでいるアフリカの農民から種子を取り上げるという動きには強い反対の声があがっているが、容赦なく、種子の権利の剥奪が進みつつある。ケニア、ナイジェリア、さらにはモザンビークなどで種苗法が改定され、遺伝子組み換え作物の商業栽培を承認するように、圧力がかけられている。

アジアにおいてもこの動きは顕著である。すでに2007年、日本政府はインドネシアとの自由貿易協定を結ぶ際に、インドの種苗法の改訂を要求し、実施させている。インドにおいては農民の種子の権利が明記された種子法が確立しており、インド

の農民の種子の権利が一定守られてきているが、これがアジア版 TPP とも言うべき東アジア地域包括的経済連携（RCEP）によってその権利が攻撃の対象となっている。RCEP において日本政府は UPOV 条約の批准を強く要求しているからだ。

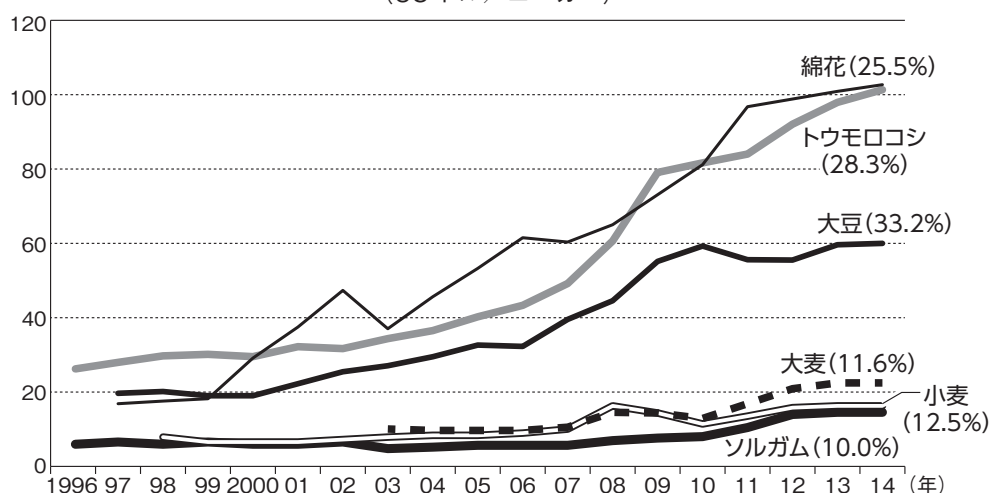
グローバル企業の種子によって何が変わる？

農民が長く育ててきた在来種の種子、あるいは地方自治体などの公共団体が作る公共品種の種子に代わって、住友化学やモンサントのようなグロ

ーバル企業の種子に代わっていけば、私たちの農業、食はどのように変わっていくだろうか？

まず、第一に種子の多様性が激減する。地方自治体や農家はそれぞれの地域にあったきわめて多様な種子を育成してきた。タネは生き物であり、その育成には長い時間と手間がかかる。多様な種子を維持することは営利企業には不可能であり、もし、公的品種がなくなってしまうと、種子の多様性はあっという間に失われてしまう。地域で少量生産されていた地域の風味のある、個性のある食材が消えていく可能性が高い。

図2 米国における主要農作物種子費用の推移
(US ドル/エーカー)



出所：USDA Economic Research Services, Commodity Costs and Returns, each year.

注）凡例中の数値は2014年度の各作物生産資材費（operation costs）に占める種子費用の割合。但し、綿花については綿繰り費用を生産資材費から差し引いた。また、4～8年ごとにベースラインが再設定されるため、当該期間中のデータの連続性は保証されていない。

出典：久野秀二「種子をめぐる攻防—農業バイオテクノロジーの政治経済学—」京都大学大学院経済学研究科ディスカッションペーパーシリーズ（2018年）

そして、次に種子の値段が高騰する。図2は米国における種子の値段の推移だが、トウモロコシ、コットン、大豆の種子の値段が急騰している。この3つの共通点は遺伝子組み換えであることだが、これらはわずか4社が95%近くを独占している。それに対して、小麦、大麦などは値段は安定している。米国では小麦は農家の自家採種や公共機関によって維持されており、企業によって独占されていない。だから値段も長く安定してきた。米国では今なお、州ごとに種子法が存続しており、公共品種も健在である。日本の米も米国の小麦と

同様に種子法の下で安定した価格が続いてきた。しかし、日本政府はこれを終わらせ、米国での遺伝子組み換え作物と同様に民間企業に任せようというのが今回の種子法廃止ということになる。米国では主食の小麦はまだ守られているが、日本政府は主食すら守る気がないようだ。

さらに種子法廃止を決めた2017年以降、農水省は種苗法で自家採種の禁止に指定する種を急激に増やしている。それまでは例外として83種の自家採種が禁止となってきたが、その範囲は今年には387種へと急激に増え、ニンジンやキュウリなど

私たちの生活で不可欠な作物のほとんどが自家採種禁止の指定となってしまった。さらには最新の遺伝子操作技術であるゲノム編集の解禁の方針をまたもや農家の参加抜きに決めている。

迫るゲノム編集の解禁

ゲノム編集とは何か？ 今問題となっているゲノム編集を一言で言えば、細菌由来の物質を使って、作物の遺伝子の一部を破壊する技術だと言える。ゲノム編集の応用範囲は医療から農作物の遺伝子操作、さらには軍事／テロ兵器にも使うことができる。たとえば成長を抑制する遺伝子を破壊することで、急速に成長する作物を作ることが可能である。しかし、その遺伝子操作によって、健康や生態系に問題を引き起こす可能性がある。それに関わらず、米国政府はこのゲノム編集による遺伝子操作を遺伝子組み換えではないとして、食品表示も不要、栽培の申請も不要として、昨年、解禁を決めてしまった。すでに米国ではゲノム編集によって遺伝子操作された大豆が商業栽培され、収穫済みで流通に入っている。今回の日本政府のあまりに性急な解禁にむけた動きはこの米国の商品をスムーズに流通させるためのものである。農水省は今年2月8日にゲノム編集された作物の栽培手順を公開、すでに日本国内での遺伝子操作作物の栽培も事実上解禁されてしまった。

グローバル企業の種子で民主主義が骨抜きに

現在、種子市場を7割ほど独占している遺伝子組み換え企業はどんな企業か？ もとから農業に関わってきた企業ではなく、農薬で農業に参入した化学企業である。彼らにとっての売り上げの中心は農薬であり、種子とセット販売することに彼らの意図がある。彼らは種子を農家に渡す際にライセンス契約を結ばせる。種子市場の独占は彼らの農薬の売り上げの独占を実現する上での大きな武器である。

農民はグローバル企業の種子の委託生産者と位置づけられ、企業の指示にしたがって働く委託労働者にされていく。農業のあり方、食のあり方が

グローバル企業の種子によって変えられていく。そうした種子しか得られなくなってしまうと、食の決定権、食料主権は農家や消費者からは奪われて、企業に握られてしまう。企業の利益本位の社会となり、民主主義の根幹が奪われていく。

種子の権利を求める世界の動き

企業による種子の独占が進む中、種子とは先祖代々育ててきた人びとの共通の財産であり、特定の企業の所有物ではないという声が世界で強くなってきている。昨年末には、国連で「小農および農村で働く人びとの権利宣言」が成立した。この権利宣言は農村での人びとの政治的、文化的権利を広汎にうたったものだが、その中に、種子の権利が明記されている。農民の種子の権利を具体的に認める国や自治体も急速に増えている。

国連食糧農業機関FAOも以前は農業の大規模化、機械化、企業化を薦めていた。しかし、それを進めると多国籍企業による農業の支配となってしまう、多国籍企業の利益だけが求められて、人びとの食料・栄養保障はないがしろにされてしまう。その悲劇が2008年に起きた。世界食料危機である。飢える人びとの数が増加し、この傾向が続けば世界は破綻する。この悲劇を受けて、FAOも方向転換を余儀なくされる。進めるのは工業的企業型農業ではなく、小規模家族農業こそが食の解決策であるとして、2014年「国際家族農業年」が成立し、農業の大規模化や工業化ではなく、生態系を生かすアグロエコロジーと食料主権を重視する政策へと転換していく政策も各国に現れ始めた。そして今年の5月からスタートしたのが「国連家族農業の10年」となる。つまり今後10年をかけて、日本を含む世界中で、小規模家族農家を強化していく時代になったのだ。

世界に背を向ける日本政府

一方、日本政府の政策はどうなっているだろうか？ 「農地の集約」、「大規模化」、「農業への民間参入」、「輸出で稼げる強い農業」…、世界ではもはや通じない時代遅れの農業政策が継続している。種子法廃止と同時に農業競争力強化支援法を

成立させ、民間企業が農業分野でさらに利益を得られるように便宜を図る一方、小農の権利宣言に関しては、日本政府は「小農の権利などは人権として認められない」として反対する姿勢を表明している（投票時には棄権）。国連家族農業の10年についても、日本政府は国内の家族農家の支援については何の取り組みも行っていない。モザンビークやブラジルなどでの農業開発でも、日本政府は「援助」を名目にしていても関わらず、現地の小規模家族農家はそっちのけで企業中心の大規模工業的企業型農業開発プロジェクトに巨額の税金（政府開発援助、ODA）をつぎ込み続けている。

さらに昨年、卸売市場法を改悪し、これまで地方自治体によって確保されていた農産物の公的市場が民間企業によって握られてしまう道を開いてしまった。種子から流通まですべて多国籍企業が握られてしまいかねない事態が生まれている。

何をすべきか？

種子法を国会で取り戻す。そして、卸売市場法や水道法なども元に戻す。農業競争力強化支援法は廃止する、ゲノム編集については国会で審議を行い、規制することなどが必要だ。しかし、現在の国会情勢を考える限り、その早期の実現性は高くない。それではもう多国籍企業に食を奪われるのを指をくわえて見ているしかないのだろうか？

いや、これらのすべてのことはすべて地方自治

体の事業であることに注目しよう。公的種子事業も、卸売市場も、水道事業もすべて運営主体は地方自治体である。つまり、国のレベルで壊されたとしても、地方自治体レベルで条例を議会で決めることなどで守ることはまだ可能である。実際に現在、新潟県など9県が独自の種子条例を制定し、11県以上で種子条例制定運動が進展している。中でも長野県は種子法の枠を超えて、在来野菜の種子採り農家の支援を含めた意欲的な種子条例の制定に向かっている。ゲノム編集も遺伝子組み換え作物と同じように、条例を作ることで栽培を規制することも可能だ。グローバリゼーションによる破壊の波を止める防波堤を地方に築くことが可能になる。

そして、現在、世界で家族農業を守る上で効果的に使われているのが学校給食であることに注目を促したい。給食の食材を地域の家族農家から調達し、有機化を計ることが今、世界の大きな流れになっている。それに向けた予算助成、さらには給食をすべて無償化するケースも出てきた。これが実現することで、子どもたちの健康改善と地域の家族農業の振興を図ることが可能になる。

食のシステムを多国籍企業から私たち市民の手に取り戻すために、まずそれぞれの地域から一歩を始めてほしい。

（いんやく　ともや、日本の種子を守る会アドバイザー）

(第1回)社会医学系専門医制度座談会

司会：吉中 丈志（よしなか たけし、京都保健会理事長）

出席：小泉 昭夫（こいずみ あきお、京都保健会社会健康医学福祉研究所所長）

松田 亮三（まつだ りょうぞう、立命館大学産業社会学部教授／人間科学研究所所長）

広瀬 俊雄（ひろせ としお、仙台錦町診療所産業医学健診センター・産業医学センター長）

●はじめに

吉中 社会医学系専門医制度は既に発足をして1年半になり、研修も始まっています。認定制度も動いており、3,000人余り専門医が認定されています。広瀬先生と小泉先生と私は、経過措置で認定されている形になっています。

この制度は、医学界でもあまり知られていません。医師全体が十分に知ることなくスタートして、話題度が低かったと思いますし、そこは新専門医制度との違いがかなりあるように思えます。京都保健会にも若い研修医が研修に来ますが、今のところ社会医学系専門医に進むと考えている医師には出会っていません。今後制度の周知をしながら進んでいくのかなと思っていますところ。

一方で、地域医療構想や医療制度改革はすごい勢いで進んでいて、そういう意味では臨床医が社会制度との関係を強く意識して仕事をしなければいけない状況はますます強くなっています。病院や事業所の存続にも関わる事態が、社会や制度との関係で進んでいるということです。そうしますと、社会医学系専門医はその重要性が高まっているとも言えます。今日は忌憚のない意見交換をさせていただいて、実り豊かになればいいと思います。

それでは小泉先生から口火を切っていただきましょう。

●制度の経緯と概要①：社会医学系学会の事情

小泉 制度ができた背景には、三つ要因があると思います。一番大きな要因は、資料1にある社会

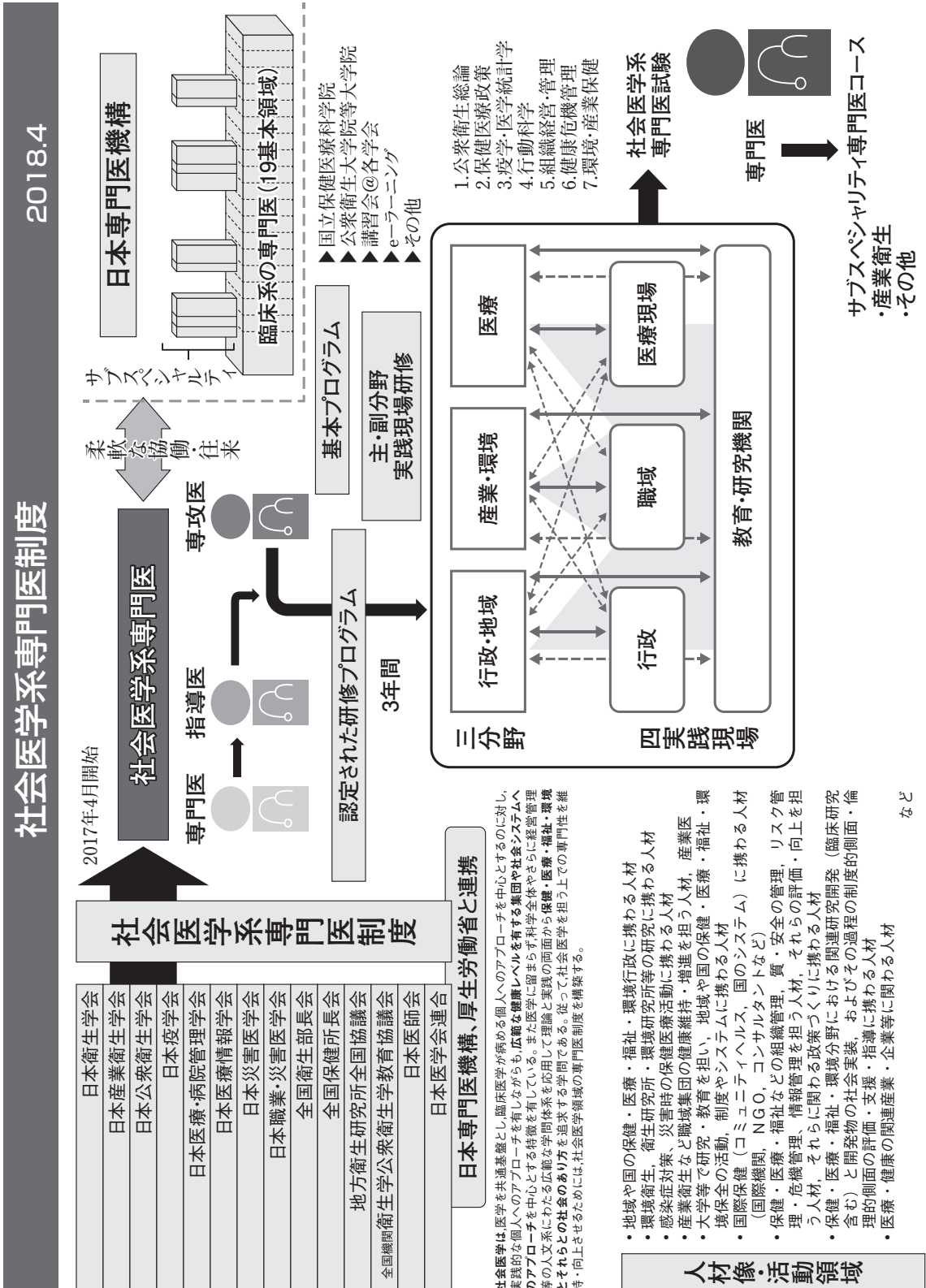
医学系の学会の事情です。

現在、日本では医学教育が大きく変わってきていて、社会医学系の講座がどんどん少なくなっているという事情があります。例えば臨床系からは臨床疫学という分野が出てきたり、基礎からは分子モデルを使うような非常にメカニスティックな学問群が出てきたりしています。旧来の社会医学はどんどん講座が少なくなってきた中で、衛生学の、あるいは産業衛生学、公衆衛生学、社会医学の領域は何なのだろうということを問い直す問いが、この20年ぐらいなされてきました。どこかで可視化する必要があるのではないかと、そのことによって新しい人材を引き付けることができるのではないかとりました。

なかでも特に、我々の日本衛生学会の事情が大きかったです。日本産業衛生学会、日本公衆衛生学会、日本疫学会は、もともと日本衛生学会から分かれていった学会です。例えば日本衛生学会は設立を明治時代までたどることができますが、日本衛生学会からまず分かれたのが、日本公衆衛生学会です。次に分かれたのが日本産業衛生学会、次に日本疫学会と分かれていきました。そういう社会医学系の専門分化の中で、日本衛生学会は最後に残った分野で何をするのかということが話題になってきました。

日本衛生学会としては、残った分野でそれなりに新しいことをやってきました。例えば、日本産業衛生学会、日本公衆衛生学会、日本疫学会が不得意な実験的手法を使った研究をしました。最も大きな貢献と考えられるのは、ビタミンB1によって脚気を撲滅するためにどのようにしたか。アリナミンという製品名で知られておりますけれども、アリチアミンの発見と、一般にポピュレーシ

資料1 社会医学系専門制度（社会医学系専門医協議会より）



ョン・ストラテジーと言われますが、多くの人々に安価に用いられることによって脚気がなくなった、そういう成果も上げてきたわけです。

そういう伝統から見て、他の社会医学系の学会が実世界に基盤を置くなかで、日本衛生学会だけは大学に基盤を置いておりました。それで日本の衛生学は、研究はやるけれども実学に疎いというところがありますので、どういう実学が衛生学会の中に入っているのかを見直すことになり、内在的に衛生学会の中で専門医制度の要求が高まってきたわけです。その要求を当時の理事会メンバーが感じ取ったことになります。機が熟したということで、産業衛生学会、公衆衛生学会、日本疫学会と一緒に、この社会医学系専門医制度をつくろうと提案させていただいたわけです。

吉中 先生が日本衛生学会の理事長のときですね。

小泉 そうです。理事長として提案しました。そのときに日本災害医学会に坂本先生という方がおられて、彼も問題意識を共有しておりましたので、早々に立ち上げるということになり、この社会医学系専門医制度の種と言いますか、核ができたと思っております。

吉中 いつごろになりますか。

小泉 2014年ぐらいから始め、2015年6月に1回目の記者会見をしました。

その中で日本衛生学会の役目というのは何か、産業衛生学会の役目は何かといろいろ諸学会で議論しておりますと気づいたことがありました。実は専門医と言うけれども、事実はそうではないのだ、むしろ、「社会医学としてのジェネラリストをつくろう」という議論になってきたわけです。だから面白いことに、その議論が集約していったのは専門医をつくろうというよりも、社会医学のジェネラリストとは何かという議論からスタートしまして、ジェネラリストとして最小限の領域をカバーしようということになったわけです。それが1つ目の「社会医学の事情」ということで理解しております。

●制度の経緯と概要②：新専門医制度と公衆衛生学大学院

小泉 もう一つ、臨床医の新しい専門医制度が、19領域でスタートしています。医学教育を考えると、今後、恐らくこの専門医制度に多くの学生が入るようになり、一方で厚生労働省や保健所を担う医師たちの領域に誰も来なくなるという懸念があります。専門医として何とか確立していかないと誰も来なくなるし、日本の行政における立場も不明確になる。あるいは日本の医療の中において、予防など地域の中で何か政策を行おうとしたときに、どういう専門性を持ってやってくのかということに非常に不安がありました。そこで新専門医制度ができる時期に合わせ、できるだけ早くつくろうと、専門医制度の中に入れていただけるようなことを当時考えまして、かなり急ぎました。

その過程で19の専門医領域に入るよりも現在は独立した機構として存在し、将来的に一般社団法人日本専門医機構との統合を考えることも視野に入れました。今後は専門医制度の中の連携も考えております。その中でキーとなるのは日本医師会、日本医学会連合が参加したことです。これが第2番目の背景であります。

それから第3番目の背景として、2000年に日本で初めて公衆衛生大学院ができました。公衆衛生大学院と従来の社会医学とどう違うのかと言えば、公衆衛生大学院は明確に5領域（疫学、生物統計、医療政策、環境保健、行動科学）を意識しております。こういう領域を意識した上での公衆衛生が欧米では行われてきたわけですが、日本はその部分について非常に弱い面がありました。

従来、これらは医学教育の中で扱われてきたのですが、5領域を社会医学系専門医の専門性に少なくとも入れておく、専門性と言いましてもジェネラリストですが、そういう教育も必要だということが認識されてきました。日本では今、MPH（公衆衛生学修士）が5大学にできていますが、その中でそういう専門性を持った卒業生、あるいは臨床を経験した医者も必要ではないかということが考えられてきました。

特に近年言われておりますのは、治験、例えば地域包括医療などの政策、それから倫理の問題、

これらは生物統計、疫学というものを知らないといけないわけです。医学の発展の中からこういう領域が必要なのではないかと、MPHに刺激を受け、専門医機構をつくろうということになったわけです。この3つの背景によって、社会医学系専門医が出来たと理解しております。

このような経緯ですから、今後、多くの紆余曲折があると思いますし、日本専門医機構に入っていくことも考えられます。さらにサブスペシャリティとして、それぞれの学会が持っている独自の分野というものも入ってくるものだと思います。

例えば日本衛生学会は、集団の遺伝学を扱う部分については非常に高い能力を有しており、多くの専門家が育っています。そういうところでは日本人類遺伝学会と少し違う予防を主とする思考なんです。人類遺伝学会は遺伝学だけですが、日本衛生学会になると予防にどう結び付けるかという話になるので、違う領域を持っているのではないかと考えます。そういうところで今後の展開も十分に見込めると考えて、この専門医制度に積極的に日本衛生学会が関わり、運用していくということを私が理事長のときに決断、専門医機構に積極的に参加、関わることにいたしました。

吉中 ありがとうございます。社会医学系専門医制度が出来た背景について、具体的な内容にも触れていただきました。

●社会医学系学会の事情と社会の要求

吉中 すこし伺いたいのですが、日本医学会の学会分科会（資料2）を見ると、基礎部会はいわゆる解剖や生理の基礎分野で14学会、社会部会は19学会あり、臨床部会は96学会と多いわけです。ところが社会部会に属しているすべての学会が、社会医学系専門医制度で網羅されてるわけではないのです。例えば日本医学史学会は、医学の歴史ということでも非常に重要ですが、それは社会医学系専門医には入っていない。何か整合性というか、そのあたりはどういう議論があったのでしょうか。

資料2 日本医学会の学会分科会の区分
基礎部会（14）

2	日本解剖学会
3	日本生理学会
4	日本生化学会
5	日本薬理学会
6	日本病理学会
7	日本癌学会
9	日本細菌学会
10	日本寄生虫学会
14	日本栄養・食糧学会
44	日本ウイルス学会
49	日本医真菌学会
55	日本人類遺伝子学会
69	日本免疫学会
96	日本神経病学会

社会部会（19）

1	日本医史学会
11	日本法医学会
12	日本衛生学会
13	日本健康学会
33	日本保険医学会
34	日本医療機器学会
36	日本公衆衛生学会
37	日本衛生動物学会
38	日本交通学会
39	日本体力医学会
40	日本産業衛生学会
50	日本農村医学会
52	日本矯正医学会
76	日本医療・病院管理学会
80	日本職業・災害医学会
90	日本医学教育学会
91	日本医療情報学会
92	日本疫学会
125	日本災害医学会

臨床部会（96）

8	日本血液学会
15	日本温泉気候物理医学会
16	日本内分泌学会
17	日本内科学会
18	日本小児科学会
19	日本感染症学会
20	日本結核病学会
21	日本消化器病学会
22	日本循環器学会
23	日本精神神経学会
24	日本外科学会
25	日本整形外科学会
26	日本産婦人科学会
27	日本眼科学会
28	日本耳鼻咽喉科学会
29	日本皮膚科学会

30	日本泌尿器科学会
31	日本口腔科学会
32	日本医学放射線学会
35	日本ハンセン病学会
41	日本気管食道科学会
42	日本アレルギー学会
43	日本化学療法学会
45	日本麻酔科学会
46	日本胸部外科学会
47	日本脳神経外科学会
48	日本輸血・細胞治療学会
51	日本糖尿病学会
53	日本神経学会
54	日本老年医学会
56	日本リハビリテーション医学会
57	日本呼吸器学会
58	日本腎臓学会
59	日本リウマチ学会
60	日本生体医工学会
61	日本先天異常学会
62	日本肝臓学会
63	日本形成外科学会
64	日本熱帯医学会
65	日本小児外科学会
66	日本脈管学会
67	日本周産期・新生児医学会
68	日本人工臓器学会
70	日本消化器外科学会
71	日本臨床検査医学会
72	日本核医学会
73	日本生殖医学会
74	日本救急医学会
75	日本心身医学会
77	日本消化器内視鏡学会
78	日本癌治療学会
79	日本移植学会
81	日本心臓血管外科学会
82	日本リンパ網内系学会
83	日本自律神経学会
84	日本大腸肛門病学会
85	日本超音波医学会
86	日本動脈硬化学会
87	日本東洋医学会
88	日本小児神経学会
89	日本呼吸器外科学会
93	日本集中治療医学会
94	日本平滑筋学会
95	日本臨床薬理学会
97	日本脳卒中学会
98	日本高血圧学会
99	日本臨床細胞学会
100	日本透析医学会
101	日本内視鏡外科学会

102	日本乳癌学会
103	日本肥満学会
104	日本血栓止血学会
105	日本血管外科学会
106	日本レーザー医学会
107	日本臨床腫瘍学会
108	日本呼吸器内視鏡学会
109	日本プライマリ・ケア連合学会
110	日本手外科学会
111	日本脊椎脊髄病学会
112	日本緩和医療学会
113	日本放射線腫瘍学会
114	日本臨床スポーツ医学会
115	日本熱傷学会
116	日本小児循環器学会
117	日本睡眠学会
118	日本磁気共鳴医学会
119	日本肺癌学会
120	日本胃癌学会
121	日本造血細胞移植学会
122	日本ペインクリニック学会
123	日本病態栄養学会
124	日本認知症学会
126	日本小児血液・がん学会
127	日本老年精神医学会
128	日本静脈経腸栄養学会
129	日本再生医療学会

小泉 議論がありました。日本医学史学会は、どちらかという研究で実学の部分で何かをするではありません。例えば予防を現場の中でやっていくようなことがないのです。また日本保険医学会も保健の疫学を使って保険料などを考えるような学会ですから、現実の中で何か行動してくというのはないんです。そういうことから積極的な関与はなかったのです。

ところが日本衛生学会や公衆衛生学会などは、具体的に社会の中で予防活動をやっていく、あるいは創薬をするといった予防創薬をやっていくわけです。例えばさきほどのアリナミンの話も、国民の健康問題を解決しようというモチベーションがあるために、実社会に関与してきたわけです。そういう点から、実践を伴うかどうかに参加しないところと参加してるところとで分かれてきたと思います。

吉中 例えば優生保護法の問題など、ある意味実践的なことで、歴史を振り返ることが求められて

います。今の保険医学会にしてもビッグデータの活用という流れの中で現実的な重要性が増してきているように思います。

小泉 資料2にある「91医療情報学会」ですね。

吉中 日本医学会の社会部会の各学会と社会医学系専門医制度に含まれる学会との区分けがよくわからないのです。社会医学系専門医制度の側からコメントされている部分はないですか？

小泉 ないです。

吉中 するとアリナミンの例のように、社会医学系専門医は人や細胞、人体を対象とする医学に強くシフトしてしまう印象があって、社会を対象にするとところがちょっと弱くなるのではないかと感じます。

小泉 そこには社会医学系の事情が大きく反映していると思います。例えば大学の教員の参加が多い学会は、日本衛生学会と日本公衆衛生学会、日本産業衛生学会です。そういうところだと、日本疫学会も、4つがほぼカバーしておりまして、教員が参加しているところはモチベーションが高くなります。教員が何を研究するかではなくて何を教えるんだ、卒業教育にどう関わってくかというモチベーションが高かったということです。そういうわけで、この4学会が入ったということになるんです。

吉中 先日、兵庫医大の法医学の先生が書いた『死体格差』（西尾元著、双葉社、2017年）を読みました。法医学の現場から見た格差社会が見事に描かれており、法医学者としての問題意識にも鋭いものがある本でした。現在は医療事故の問題や異状死体の所轄警察署への届け出を定めた医師法21条の問題などで法医学会が見解を出して医療界でも議論になったりしています。しかし、社会医学系専門医に法医学会は入っていない。何かちょっと違和感がある、ちょっと違うなという印象がありました。

小泉 法医学講座は大学の教員が入っている学会ですから、法医学会は絶対に必要なものとして残っていきます。競合しませんよね。しかし衛生学、公衆衛生学、産業医学は、非常に多くの領域と競合するんです。だから講座をつくったとしても、それが1講座に統合されたり、あるいは違う講座に分子疫学とか何かになって、免疫学者が来たりすることがある。すると大学の中で、ポジションがとれなくなります。

そのために若手の人材育成、自分たちの世代はいいけれど未来の世代を育てられないのは学問としておかしいのではないかという議論があります。若手人材を育てて、きちっと大学で職が得られるような研究が必要だということで、そのために単に研究だけではなく、実務課題を明らかにして、少なくとも我々が持っているスペシャリストとしての能力を見える化しましょうという議論があったんですね。

吉中 それは大学でのポジション獲得という話ですね。

小泉 そうです。内部事情はそこの、要するに自分たちが今まで築いてきた専門能力の見える化というか、評価にも関係するわけです。

吉中 臨床系の専門医制度では、ポジション争いは大学に医師を集める方向に作用したわけですね。明確にそういうことで制度をつくる方向にドライブがかかったと言えます。ある意味ではそこと似ていて、世の中の社会医学的課題の中に位置付けて考えるというところは、あまり強くないのかなという印象を受けます。

小泉 要するに、これは社会医学の事情として、世の動きなどに十分対応し切れなかったという問題意識があるわけです。我々の学会では、例えば戦後すぐの栄養問題から公害問題までは、きちっとかなり対応してきた経緯があるんです。しかしそれ以降、非常に複雑化することによって、医師だけでは対応できない問題が出来てきました。

例えば、衛生学でメカニズムを追求すると、どうしても医師ではない研究者、NON-MDの参加

が必要になってきます。すると NON-MD の人が衛生学とは何かと考えたときに、その領域をはっきりする必要があるわけです。衛生学はこういうことができる、こういう能力なんだと、そのときに我々は、本来はもうすこし大きなもの、MD も NON-MD を含めた専門医制度、スペシャリストを作ろうとしたのです。

ところが1学会だけでは無理だと判断したので、まず専門医制度に乗り、そのサブスペシャリティを NON-MD も含めた専門家集団としての領域として明確化しようとした、そういう戦略です。

社会医学的な問題として、ワクチンの問題に答えられていない。イノベーションの問題では、倫理的な問題・課題等、あるいは副作用的な問題に答えられていない。あるいはゲノムをどのように使って、どのように予防に使っていくかということについても、十分答えられていないという問題意識があります。それらを衛生学会できちっとやっていく必要があるのではないかということは考えます。

そして、NON-MD の人たちのスペシャリティを確立すると同時に、まず戦略として一番やりやすい専門医というところがスタートなんです。だから学会全体の要求と合致するのはそこなんです。

また国民の要求もかなりセンシングしながら、単に自分らの要求だけを主張するのではなくて動向を見て、こういう要望が必要だということは十分考えてきたつもりなんです。だから、例えば日本衛生学会では少子化の問題とか、あるいはデュアルユースの問題とか、さらにこの前の不妊治療の問題ということについては声明を出してきた優生保護法の問題とか、常に社会性を模索し続けてきたということはあります。

松田 きっかけは大学のサバイバルゲームがあったかもしれないけれども、社会の要求ということベースに考え直してみると、こういう資格が出来てきたというところがあるわけですか。

小泉 そういうことです。

●サブスペシャリティと日本専門医機構

松田 そもそも社会医学系専門医協会は、今、臨床系のいろいろな専門医制度が動いている日本専門医機構とは、別の形で進んでいるわけですね。

まず、事実関係でサブスペシャリティの話を教えてください。社会医学系専門医が一応あって、その上で各領域を深めていくのだということですが、各領域のところは、今はまだそれぞれ検討されている状況ですか、それとも動いているのですか。

小泉 動いています。日本産業衛生学会の場合は、産業衛生学会の専門職認定がありますし、日本衛生学会も2019年の衛生学会で専門職が認定されました。公衆衛生学会も動いています。

松田 それぞれの学会が中心になったサブスペシャルティの形で、社会医学の中の専門職という形で深められてるという状況にあるわけですね。わかりました。

吉中 それは制度としてはいつごろ出来上がるのでしょうか。

小泉 一応、2018年度の学会で認められましたので、認定が今年（2019）中にはスタートするんじゃないでしょうか。そこになると、NON-MD の人も全部入れた専門職制度が発足することになります。

吉中 そうすると、社会医学系専門医の資格をまず取りますよね。そのあと例えば衛生学会の専門医という資格を取る。その専門医資格というのは、どこが認定する仕組みになっているんですか。

小泉 その専門職は各学会に、サブスペシャリティ学会で認定します。全体は社会医学系専門医協会です。

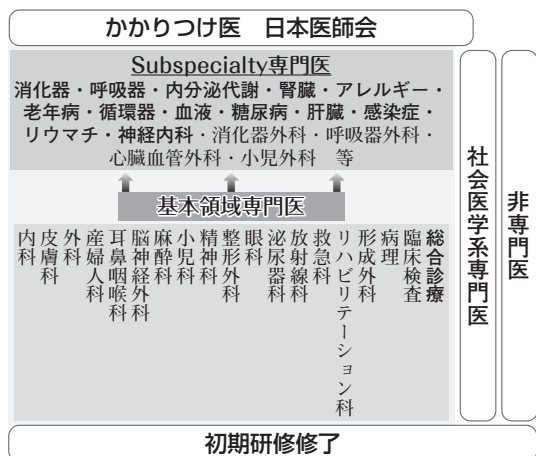
吉中 社会医学系専門医ではサブスペシャルの部分は各学会が認定し専門医協会がまとめる、臨床

医新専門医制度の方では専門医機構が認定する仕組みなんですね。ここがちょっと違いますね。

●新専門医制度、かかりつけ医との関係

吉中 次に「新専門医制度」との関係話をしたいと思います。資料3を見てください。

資料3 日本の専門医制度



出展：吉中（2018）

新専門医制度は去年（2018年度）からスタートしました。当初の構想では学会からも政府からも独立したものとして日本専門医機構をつくって、そこがオーソライズする専門医をつくろうとしました。これまでは日本の専門医は、学会が自分たちの学会のために専門医を認定してきた経緯があって、それでは専門医の質の保証が不十分であるという認識でスタートしたのです。

医師のオートノミーによる運営を目指したわけですが、現実にはなかなかうまくいかず、現在は、事実上、政府や厚労省の意見がかなり直接的に介入できる形で専門医制度ができてしまった形です。政府の関与が大きくなったわけですが、その大義名分は、医師偏在ということです。医師偏在をこれ以上進めないようにするために、厚労省が物を言いますよ、ということになっています。具体的には医道審議会が日本専門医機構へものを言う形です。

新専門医制度ではそれまでの18領域プラス総合

診療、計19領域が基本領域の専門医ということになりました。現在の制度では研修期間は3年間です。その上にあるサブスペシャリティ専門医、消化器、呼吸器、リウマチ、神経内科等々のサブスペシャリティ領域についても日本専門医機構が認定する制度にしようということで、基本領域の研修制度を走らせながら議論が進んでいるという状況です。

一番下に初期研修と書いていますが、初期研修は全ての医学生にとっては事実上必修です。もちろんなくてもいいのですが、臨床医として仕事をする場合には必修で、医学部の医学教育と初期研修というのは全ての医師を一応カバーしている。その上に新専門医制度と言われる臨床系の専門医制度がある形です。そこに並列する形で社会医学系専門医ができたということになります。

もう一つ、「かかりつけ医」というものがあります。これは日本医師会がスタートさせている制度です。総合診療専門医と異なるのは、ちょうど社会医学系専門医にも少しかぶさる点ではないかと思っています。こうして少なくとも臨床系と社会医学系は全てカバーしている制度ができたということが出来ます。

しかし一番右にありますように、医師の中には、「非専門医」という言い方はおかしいかもしれないけれど、ここの枠に入っていない仕事をしている人たちが一定程度いて、そこには例えば今日の松田先生のように、医師資格を持ちつつも政策研究をしている方がいます。それから例えば、別に学会に所属しなくても日本では医療活動はできるわけですから、非専門医の中には国も人数を把握できてはいないわけですが、そういう先生方が一定の数でいるだろうと。また美容整形等、保険診療ではない分野、自由診療の部分で仕事をする人たち、海外で仕事をしている人もそうですね。日本の医師を医師の資格制度という点から見てみると、ざっとこんな感じだと思います。

新専門医制度については、継続的に相当な批判があります。つい最近も「一度立ち止まって、もう一度考え直したほうがいい」という意見が表明されました。こういう意見は、比較的若い先生たちから出ています。例えば女性医師の多くが出産を経験する時期に当たるわけですが、融通が利き

にくいプログラム制度になってしまった、そのために今までは割と自由に医師も研修施設も工夫で何とかできてきたが、新制度ではそういった余地がなくなったという批判があります。

それから基本領域とされる19領域ですね、これは一体誰がどこで決めたのかと、実はこれはきちんと検討されていません。これまでの流れの中で各学会が作ってきた専門医制度の歴史が継承されているだけのように見えるのです。臨床の、あるいは国民の必要性を反映した形での中身になっているわけではない、吟味されていない。そういう問題もあります。

他にもいろいろありますが、その中でも、臨床系の新専門医制度で内科や外科などの基幹領域の専門医資格を取った人たちは、社会医学系の専門医とどういう関係になるんだろうと。両方取れるのか、取れないのかということはいまだ混沌としています。私や広瀬先生は、たぶん両方の専門医資格を持ってるという格好になっています。

広瀬 いや、産業医学の方の仕事が膨大なので、呼吸器の専門医は更新しないで返上しています。物理的に不可能なことが起こってしまっているのです。学会にいろんな専門医制度の条件が出ると、出なければいけない学会や研究会や発表先が山ほど増えていくだけで、事実上、無理です。それぞれが専門のレベルを考えていったことによって、実務的にこなせなくなるのではないかと、もっと統合していく必要があるはずなのに増える一方ではないかという問題が発生します。こうした点の調整をいったい、誰がきちんと責任を持つのだろうと、設立の狙いはわかるけれど保障がないのではないかと心配が、とても拭えないということになります。

吉中 なるほど、現場の若い先生たちからは、新専門医制度だけでも基幹領域の上にサブスペシャルも加わって大変だと声をよく聞きますね。

広瀬 そこは一番不安です。

吉中 19領域のうちの最低1つ、それにサブスペシャルティが当然入ってきます。しかも基幹領域

の専門医資格を複数取ることも可能な制度設計になっています。実際にはさまざまな研究会もあります。それプラス、今度は社会医学系専門医もとなると、出席が必要になる会が多くなりすぎてしまいます。そういう問題をどう考えたらいいいのかが、非常に大きいですね。

広瀬 社会医学系専門医制度をつくった思いはわかるけれども、そういうことを何も考えてこなかった人たちにとって一つのきっかけになるはずだったのに、ほとんど議論もないままに制度が動き出したということが、今後、本当に活かさせていけるのかという問題が起きるのではと懸念されます。

●臨床との関係、医療組織の管理職資格、基礎医学とのクロスオーバー

吉中 私の方からも、質問をいくつか。一つ目は、社会医学系専門医は医学を共通基盤とするとなっています。この医学を共通基盤にするという意味ですが、制度設計としては学部教育までを指しているのか、初期臨床研修までなのかをお伺いしたいです。

小泉 初期臨床系教育までを含んでいます。

吉中 すると初期臨床研修の上になる、さきほどの資料1のとおりでいいんですね。そうであれば、初期臨床研修の教育内容との関連については吟味が必要であるという気がします。

二つ目は標榜科目との関係で、臨床系の場合は基本19領域については標榜科目に収まる方向です。これは厚生労働省も明言しています。今後、新専門医制度によって標榜科目は変わってくる。従来はわりと標榜科目の標榜は自由になったんです。

広瀬 病院の建物の外に出すのが「標榜」で、中に入ったら「ああ、ここにはこれもあるんだ」というのが「案内」です。

吉中 標榜科目は国民的にも大切な意味があると

いう議論になっています。

松田 わかりやすさですね。

吉中 わかりやすさでは、社会医学系専門医はどのような意味があるのでしょうか？ 標榜科目とは異なるにしても、医療行政への参画資格などとの関連も考えられます。社会医学系専門医は社会的にどういう意味を持つのかと言ってもよいかもしれません。

三つ目として、社会医学系専門医の想定には医療組織の管理職、病院長・所長という人たちも入っているわけです。その人たちは新専門医制度との二重のライセンスが必要になります。こういう方向と考えて間違いないのかということです。

四つ目として、倫理委員会や規制科学（レギュラトリー・サイエンス）についてです。医学系研究や医療をレギュレーションする分野は、少しずつシステムティックになっています。一方で、社会医学系専門医の議論には、そういうところがあり強く出てない印象があります。これだけ医療倫理の問題があり、臨床倫理学会や生命倫理学会などがあるのだけれど、制度の中に入っていない。そういった社会の要請に応えるということを、今後つけ加えていく、充実していくには、どういうチャンネルがあるのかということです。

五つ目、基礎医学の分野ではクロスオーバーということが問題になっていきます。初期臨床研修と基礎医学のトレーニングとが無理なく重なるような制度が検討されていると報道されています。基礎医学の研究者には医師ではない人たちもいますが、まず医学部から基礎医学へ進む場合にはクロスオーバーが実態としては結構あると思います。こうした課題は社会医学専門医ではどう考えられているのでしょうか？

小泉 まず、倫理規制ポジションなど倫理学とのクロスオーバー、そこはかなり焦点に置いています。もともと発想時に、日本国内で公衆衛生大学院が出来たということがありました。その中に、医療者改革というものが必須の要件の一つになっていて、哲学や倫理というものが入ってきているわけです。それらを重視することは、伝統的に

MPHの中に入っている。そこは強調しようとしているのです。

今回の社会医学系専門医制度の中には、取り立てて強調する部分はないですが、今後は特に強化していかないといけない。特に治験、あるいは研究者倫理の問題などがあります。そういうことを考えますと、やはり重要な要因になってくるかなと思います。

吉中 MPHは5大学ですか？

小泉 京都大学と東京大学、九州大学、帝京大学と、聖路加国際大学の5校です。要するにどう違うかと言うと、MPHは5領域に独立した教官がいる、部門を持っているところ。ところがいくつかの大学では、MPHの学位は与えているけれどもその領域を持ってない。だから従来の医学教育の中で、公衆衛生学の教授が教えるわけです。ところが東京大学や京都大学ははっきりとその分野を、医療倫理や環境衛生、環境保健などを持っている。分野としてあるわけです。

吉中 すると医療倫理や生命倫理は、今後付け加えていく方向だろうと。

小泉 この中にも欠けているものがあります。公衆衛生学総論に入る部分ですけれども、そこをもう少し、場合によっては拡大していく。社会医学でも特に倫理については強調する必要があります。特に個人情報の取り扱いの問題で、商用に用いる場合が出て来ます。ビッグデータなどの取り扱い、特に医療情報の取り扱いなどは、ここのそういう分野でやっていかないと対応できないと思います。

吉中 全部は調べていませんが、医師が医療倫理学の講座の教授になっているのは、半数以下ではないのですか。

小泉 今までのところは、公衆衛生大学院はほとんど医師が教授の場合が多いです。

吉中 それでは4つぐらいですか。

小泉 やはり医師でやるのは難しいところがあり、哲学、法学の人がなるのが多いです。

松田 そもそも倫理学は哲学の一部ですからね。要するに社会医学として、社会医学系という専門医という点と、医師の専門資格だけれど医師以外の人に担ってもらってもいい分野もあるということです。

小泉 そうそう。だからそのために、MPH というプログラムを欧米では作っているわけです。5 領域をマスターすれば、医学部でなくても、医師でなくてもなれるわけです。病院長もなれる、そういう制度をつくりたいということです。

吉中 でも、それには矛盾があって、医学を共通基盤とすると明示して初期研修まで終えていることが前提になっているので、それでは医師しかない。

小泉 それはね、「専門医」制度だから、なんです。先ほど言いましたように、社会医学の需要としては、学会員全体をターゲットにしていますから、医師だけではないわけです。

吉中 社会医学の場合は、学会員は医師以外の人にも相当に多いです。

小泉 そう、多いです。だからそういう人たちの要望として、領域を明確化することによって、医師以外にも教員にもなれるし、それから医療組織の管理者になれる道が開けるわけです。

広瀬 各学会の専門医制度には、少ないところで2%から多いところだと約90%までと、非常に学会によっての差が大きいという問題があったんです。加えて学会員全体に占める医師の比率も問題になりました。

吉中 構成員の医師比率ですか。

広瀬 医学会全体として統一化していこうとなり、医師以外の職種が結構多いことも分かり、専

門医制度を作る上での学会における医師の比率という閣議決定までが出てしまったのです。

日本産業衛生学会は、看護職、技術職が入っているので、医師の比率が半分に満たない。政府筋から「それをクリアしないと、あなた方が作って何年か経っている専門医制度を認めません」と言われて、専門医協議会もそれを追認してきたので、非常に困った問題になったんです。

吉中 それはいつごろ、相当古い話ですか。

広瀬 20年ぐらい前でしょう。産業衛生学会の専門医制度は20年ぐらい経ってますから。だからそういう意味では、小泉先生がお話しした産業保健職や社会医学職という発想は展開としては先進的だけれども、制度として「医」がつく限りは医師が中心でなければいけないと、今も学会を縛っているんです。この辺は少し議論しないといけない問題があって、その辺、少し政策的なものとして学会が自主的に進めようとする活動とは、まだ調整がついていないのではないかという課題を感じます。

それから倫理で問題なのは、戦争は別として、震災など災害が起こったあと、いろいろな補助金も含めて医療を復興していくということが、これからは起こると思います。東日本大震災後に東北大学が始めた「東北メディカル・メガバンク計画」は、被災した地域の健康診断、医療を復活することによって東北大学からたくさん医師を出して、今までにない、大学が地域医療を担う動きということで、メガバンクの先生方が順番に行っています。その中では健診が無料なので、受診率が非常に高くなったということで、それを材料の一つとして、遺伝子分析をしています。だいたい20万人分です。しかし、いわゆる国際的な基準とちょっと違う。実際は甘いのです。

吉中 倫理的な基準の問題が甘いということですね。

広瀬 そうです。住民に配布している説明には「この結果は皆さん方にきちんとお知らせし、役立ちます」と書いてあるんですが、実際はお知らせしないことも沢山あるわけです。宮城民医連は、再

々指摘しております。

だから倫理といったときに、通常のルールで出来そうな事態、通常ではない緊急事態という中でも、やはり倫理が歯止めになるという、そういう点では、倫理を判断する人たちが倫理を崩す可能性もあると思うのです。つまり、そういった専門家になり、専門家を指導する指導員があって、倫理が5項目に入っているけれども、その必要度の高さに倫理がゆがむということもあるのではないかな。私はそういうことも頭に置く必要があると思います。

やはり不安定さというか、判断してよくないことというのが、大震災ぐらいになるとあるのだなと。それで今、患者さんの情報が一切わからないということで、あのときに東北大学と医師会ではネットワークができています。それには個人情報全部入ってるわけです。政府が、今はマイナンバー、医療ナンバーを作ると言ってるので、もうオーバーラップしてくるわけですね。

今はすでに、紹介状や検査データは、本人の了解の下にすべてネットワーク上に載っているんです。ただ個人的に言うと、データ項目には、現在も過去も職歴登録がないのです。私が指摘して、責任者の方と調整しています。今は1,000病院がネットワークに入っているので、かつて石綿を吸った・吸わなかったということは、もし過去の分がわかれば、パッと別の病院でもわかる。すると問診がもれても、石綿のばく露があるではないかということでは助かります。しかし一方で、ネットワーク内でどこまでその個人情報が許されるのかの議論がまったくないのです。

そういう倫理の問題やシステムの問題は、議論をしても統一できないでいる。そういう点もやはり、社会医学の中で整理してあげればと思います。

小泉 いや、だからそのためにも、社会医学の専門医制度というのは必要なんですよ。

●サブスペシャリティとその他資格との関係性

松田 お話を伺っていて思ったのは、資料1に「行政・地域、産業・環境、医療」という三つの分野

がありますね。例えば、臨床初期研修をしているうちにこういう分野に関心を持った医学生が、この分野に進みたいというときに、社会医学系専門医が共通のカリキュラムを組んで、これだけは押さえておきましょうという一つのルートを示した。これは多分、若い人にとっては非常にわかりやすいことです。社会医学とは何かがわからない世界、それまでは「この先生が、あの先生がすごい」などの話でやっていたのを、一定の体系として示されたというのが、非常に意味があることだとは思っています。

一方で、実践現場と専門医がどう繋がるのかについては、よく分かりにくいところがあります。例えば臨床医学の場合は、臨床実践とすごく関係するところがあります。社会医学系専門医も最初の専門医資格、さらにサブスペシャリティ専門医を深めるという構想ですが、例えば労働分野だったら労働衛生コンサルタントなどの別の資格があるわけです。そういう資格とどう関わってくるのか。公衆衛生でもそうですが、地域保健のいろいろな仕事と個々の資格がどう関わり得るものか、そこが今の時点では私にはよく見えないので、もう少し教えていただきたいなと思います。

小泉 例として一番いいのは、病院長だと思います。例えば今は臨床を積み重ねていって病院長になります。しかし外科の医者が病院長になったときに、マネジメントの能力はどうやって担保するのか。行政の政策との関係、例えば地域包括医療で自分のところが二次医療圏だったら何をやればいいかわかるかと言うと、外科医で内視鏡だけやっていたらわからない、というのが絶対ありますよね。

そのときに社会医学の専門医であるジェネラリストとして、必要最小限な知識を持って考えていく。例えば地域包括事業を行うときには連携が必要、多職種で連携して動かして効率の良い医療をしながら、かつ評価しながら、アウトカムで評価していくというのが必要になってきます。自分のところの沿革を見て、どういうところに弱点があり、強みがあるのか。その人材登用を、病院だけでなく全体の中で最効率化していくかという視点も必要になります。そういう部分になってくる

と、社会医学の専門医が役に立つのではないかなと思います。

松田 なるほど。そういう形で結びついてくるような展望があると。

小泉 そういことです。

吉中 今の病院長という話では、専門医のサブスペシャリティで言うと、日本医療・病院管理学会などが何らかの資格をつくって、病院長になるときの資格要件、それほど厳しくなくてもめざしたいという意向はあるということですか。

小泉 そうですね。

吉中 しかし実際には、日本病院会や全日本病院協会には、病院長がたくさん入っているわけですが、一方で臨床医師でこの医療・病院管理学会に入っている人は少ない。そうすると、またそこでねじれ現象が起きることになります。

小泉 違うでしょうね。ただ欧米では、MPHの資格を持つてることが一つの要件になっていますよね。

吉中 欧米など外国では、病院長は医師が務めることにはなっていません。日本では医療法で臨床研修を終えたものと定めら得ていますので、仕組みそのものが違うところがあります。

小泉 だから最小限で MPH を持っていて、いろんなことをわかっている、その上にマネージメントができるという形を目指したい。さきほど病院管理というサブスペシャリティと言いましたけれど、もう少し、ジェネラリストとしてのレベルもあり得ると思います。まだ明確な方向を持っているものではないですが、今のところは、少なくとも、ジェネラリストとしての社会医学系の専門医を持っていたほしいというのがあるんです。だから図の中の「人材像・活動領域」の中では、病院長の他にも「保健・医療・福祉などの組織管理」なども書いてあります。

松田 今のような話だと、例えば臨床医でずっとやってきた方が、病院長になりたいというときに、この社会医学系専門医試験に向けた積み重ねを3年間やるというのは、これは實際上、無理だと思うんです。別ルートというのかな、何かそういうことがないと、今のような話はなかなか難しい気もするんですが。

小泉 それはやはり、eラーニングなどを使いながら短縮しながらやっていくのと、もう一つは過去の実績の評価ですよ。例えばマネージメントで診療部長としての関わり、そういうところも考えながら評価していくという制度をと、十分に考えています。

広瀬 先ほどの話になりますが、臨床医からすると、専門も持ちながら社会医学もやりたいという場合、「eラーニングで最低のことはやったよ」というのを、専門医機構が言ってくれと助かります。例えばアスベスト問題ですごい工場が見つかったというときに、県等から患者が多い理由について何か言ってくれとなったとき、呼吸器の専門医であっても社会医学的背景について最低限の意見は言える、というような。

松田先生が言われたように、そのたびにこれから始めたのでは間に合わないということもあります。臨床をやりながら社会医学的なことにも関わられるという、そういうことをこの機構が提案するならば、活きると思います。逆にそうしてあげないと、臨床医が社会医学から離れていきかけになりかねない。そういう意味では、専門医制度はすごく面倒なんです。その辺を少し、今後この研究所の中で提案してくれないかと期待します。

吉中 今のお話は、社会医学系専門医制度では制度そのものにこだわるだけでなく、この社会医学系専門医協会が、臨床医を社会医学の観点から必要なことを支援する。病院長の資格であったり、感染管理であったり、先ほどの倫理であったり、資格制度としてだけでなく機能という側面からもう少しこの中に入れ込んで、臨床医をいろいろ支援する役割を果たすシステムを考えていただくと、もう少し広がるのではないかといいことですね。

広瀬 病院長を終わってから、本当に社会医学系専門医の資格を取っていくということだってあり得るわけですからね。

●国際的な動きと医師資格の整理

吉中 続いて、松田先生の立場から見た、社会医学系専門医についてのコメントと、国際的にはどういう動きになってるのかについて触れていただけたらと思います。

松田 私は医師免許を持っていますが、もうすっかり社会科学系のほうに来ていまして、今は医療政策の研究、学会で言うと例えば社会政策学会や日本医療福祉政策学会で活動しています。そういうことで、医療政策や医療の歴史といった大きな視点でどう考えたらいいのかということを考えて、いくつか話題提供をします。

まず、専門医制度は社会と専門家を結びつける基本的な信頼、専門家による認証の仕組みの一つだと思います。私はどちらかという臨床系の専門医の仕組みが立ち上がっていく様子を、関心を持ってずっと眺めています。こういう仕組みが日本の専門医機構ができることで、医師と患者、社会との信頼関係をつくっていくことが重要ということが一つです。

それと合わせて、こういう言い方をすると医師の方々に失礼かもしれませんが、資源配分です。医師の労働力、医師の編成をどうしていくのだという問題があって、これは効率という観点と同時に、「質とアクセス」と呼びましょく、医療に対する国民の要求や、医療へのアクセスを確保する地理的な分布をどうするのかということを考えていく上で、だんだんと不可欠な要素になっています。

日本では、伝統的な大学の医局の役割も含め、個別具体的に対応する中でやりくりしてきた面があり、これはもう少し研究する必要があると思っています。ともかく市場というよりは医師相互のネットワークを通じて、やりくりしてきた面が強かったのではないかと考えています。それがだんだんと立ち行かなくなっている状況があります。

立ち行かなくなった理由は、いろいろ考えられます。一つは標榜科と専門家の数のバランスが一段重要になってきて、医療現場の大変さが全体にこの20～30年でひどくなっているのではないかと。正確にはわかりませんが、例えば小児科や産婦人科が典型的に弱いところですが、なかなか人が来なかった時期もありました。そういう中で、臨床医についてはある程度公的な介入で、人を配していくことが必要になってきています。

それとまた別の要因で、医師層の考え方といましようか、ライフスタイルの変化というのがあります。これは例えば、若い先生方がどんなことを考えているかです。キャリアの形成をしっかりと展望していきたい、それからワークライフバランスで、仕事もしっかりする一方で人生を楽しむ、あるいは家庭生活を大事にする。これは社会の全般的な変化があって、その中で医師も例外ではあり得ないです。

これらはおそらく国際的な現象で、例えばイギリスとフランスで聞いた話では、やはり総合医、医師の労働時間を大事にしていますし、労働時間と診療継続をどう整合させるのかという点が課題になっています。そして単独診療だけではなく、チームで診療することが増えてきているという話を聞いています。そういう両面の変化があります。

それから特に社会医学系専門医の話で言うと、仕事の採用のされ方が今後どうなっていくのかというのが、一つの課題としてあると思います。例えば臨床医ならば、日本の一般的な雇用と違い、専門で採用されます。つまり外科の仕事があるのに、内科医を雇っても仕方がないという意味では、医師の雇用はずっとジョブで採用されてきたと言えます。

ところが日本の社会は、大企業などが典型的でしたが、伝統的にはジョブというより人で採用する、長期雇用するというのをやってきました。今はこれをジョブ型に転向していくという議論がされています。

社会医学でも保健衛生分野などを見た場合、例えば「疫学のスペシャリスト」という形で雇用することが、今後、起こっていくのかどうか。人を雇う場合には、今は疫学的な分析以外にも、いろいろな仕事をするを想定しています。多分、

長い目で見ると、この問題が関係してきますね。

ジョブで雇う場合、基本的にはその分野で続けるという話になっていくので、臨床医と違って、社会医学系の場合は特に、どんな仕事をどうするかが大きく関係します。これは産業と地域保健でも違うのではないかと思います、それも長い目で見ると関わるのではないかと思います。

大きく言うと、この20～30年で日本の医師という資格に対して、国家の関与、役割が強くなってきたと言えます。これは医師の立場から言えば、管理統制が強くなるという見方もできるかもしれませんが、いずれにせよ、医師の中でのやり取り、これは必ずしも不透明な形のものではありませんが、それだけでは済まなくなっていて、何らかの国家介入、あるいは公的な機関の介入が必要になってきているのだと考えます。

一方で、完全に統制するのではなく、あくまでも医師の中の専門職団体として医師の自立性を保障・許容しつつ、統制をするような仕組みを作ってきているということだと思います。これは、医師という仕事の職業上、どうしても必要なことであり、単純に政府が統制できるような存在であれば、これはもう、そもそも専門職としての存在意義がないということになってしまいますので、そうならざるを得ないです。

なぜこうなっているのかは考えている途中で、私自身でまだ結論を持っていないのですが、冒頭に申し上げたような質とアクセスの保障ということと、医師の編成を最適にしていくということが、医療費をどんどん上げていくことができない財政難のなかで派生しているのではないのでしょうか。大ざっぱにはこういうふうなとらえ方をしています。

●専門分化の歴史とイギリスの事例

松田 医師の専門分化は、いろいろな国々でいろいろな形で起こってきています。今回、いくつかの文献を見たところでは、西洋では大体18世紀ぐらいから、もうすでに専門分化の議論をしています。

吉中 18世紀ですか。

松田 1700年代ですね。18世紀末にはフランス革命が起こって、そこで医師が制度の下に置かれるというのが国際的には先行し、いろんな資格を作っていくのですが、その時点では、必ずしも専門はあまり名乗るものではなかったという話です。およそ19世紀の終わりぐらいに、多くの医師が自分の専門はこれだと、さらにその中でのサブスペシャリティはこれ、と言うようになったそうです。

20世紀に入ると、アメリカで有名な医学教育に関する「フレクスナーレポート」が出されました。ほかの国も含めて、教育研修のあり方が大きく問題になってきたという点があります。

日本の場合、専門分化は早くから進んでいたと思いますが、標榜科は何してもいいことになっていたわけで、「何が専門だ」と問われたら、それはあくまでも自分が名乗る専門だったのです。ところが今はそうではなくて、何らかの形で外部から承認された専門という形が必要であるし、それによって質の担保をすることが社会的に要請されるようになってきています。

ここで少しいギリスのお話をしたいと思います。社会医学に関する大きな団体として2つ、Faculty of Public Healthと、Faculty of Occupational Medicineという組織があります。歴史を見ると、地域医療という議論は遅くとも20世紀の前半ぐらいから盛んにされています。1972年にFaculty of Community Medicineという組織が出てきて、その後公衆衛生が斜陽という話があり、80年代の終わりにアチソン卿による公衆衛生の再定義をふまえて、Faculty of Public Health Medicineと名前を変えました。Community MedicineからPublic Health Medicineと変わったわけですね。専門職を問わず、いろいろな人を公衆衛生の担い手として重視するようになって、Faculty of Public HealthとMedicineを取ったのです。

今はこの専門職団体のメンバーは、医師だけではなく薬剤師や薬学の勉強をした人、Master of Public Healthなど、別系統の教育を受けてくる人も結構います。一方で、マルチディシプリナリーという議論がありました。多分野性、学際性と

いうか、そういうことを議論にした専門団体になってるということです。つまり、これで社会医学と言うときに、先ほどからも議論が出ていましたが、医師の中の資格としてどうするのだという話と、社会的に認められる資格としてどう構成するのだという二つの論点があって、これをどう調整していくかという話があると思います。

イギリスには、社会医学系の団体として、産業医学系の Faculty of Occupational Medicine もあります。当時でもこれらを一緒にという話もあったらしいです。これについては、2018年に亡くなったウォルター・ホランドというイギリスの有名な公衆衛生学者の方の思い出話を、インターネットでたまたま発見できました¹。結局、この Faculty of Occupational Medicine の人たちはもっと臨床的である、例えば労災の災害の場面での対応なども含め、臨床的な側面が実際には強いという議論が当時あって、一緒にするのは難しいのではないかという話になったということでした。ここは日本の社会医学の話と共通する部分もあるかもしれませんが、普段の仕事に臨床という場面があるところと、そうではないところとでは、違いがあるのではないか。その辺りをどう考えていくのかというのも、大きな問題だろうと思います。

イギリスの場合は、医学教育や医師資格については、General Medical Council (GMC) という組織があって、これが医師のいろいろなスペシャリティを定める、そういう教育トレーニングを学部から決めています。その中で Public Health ならば Public Health Medicine の専門医、専門医というよりスペシャリスト、専門家の専門資格の育成プログラムを5年ぐらいでつくるとなっています。これはバックグラウンドが医師とそうではない人とが半々ぐらいということでした²。

そういう状況もありますから、日本のこの資格を医師から見てどうするのかという点、例えば公衆衛生や産業医学という分野から見てどういう専

門家を育てるかという点が、やっぱり残っているのではないかと思います。

●医師・非医師の専門性とまちづくりの課題

吉中 医師と非医師というと、日本の今の場合は、社会医学系専門医はとりあえず医師ということで構築をされました。今の松田先生のお話はそれだけではなく、実態に合わせれば広がる、広瀬先生が言われたように産業衛生学会もそうですが、医師だけの学会ではないというところも、それを表していますね。

小泉 まさに医師の資格として見える化して定義するためにも、それは大事な議論なんです。制度の構築のときに、その定義と職能コンピテンシー（行動特性）をととてもたくさん議論しました。コンピテンシーを議論し、それを統一基準として、教育をつくっていく。さきほど言われたように、そこには医学だけではない分野を含んでいるわけです。だから医師ではない人も当然参加できることになる。ジェネラリストという位置づけが、ますます強くなってくるわけです。

ただし、社会医学の専門医というスタートをしていますから、医師の役割に重点を置いています。だから将来的には他職種も巻き込んでいくという戦略を、大いに理解していますし、そのようにしたいと思ってるわけです。

吉中 さきほど仕事の話がありました。仕事として統計の専門家、予防の専門家などがある。それは医師もあてはまるのですが、医師資格に関わらず、就職先であり、仕事をする場面はそういう専門家が求められる時代になってきているということでしょう。

小泉 例えば、それが最も著名なのが治験です。

¹ The creation of the Faculty of Public Health: A personal reflection by Walter Holland, (<https://www.fph.org.uk/media/1382/the-creation-of-the-faculty-of-public-health-walter-holland.pdf>, 2019年3月7日閲覧)。

² Faculty of Public Health, Specialty Training Curriculum 2015 (GMC approval date: 23 July 2015) (https://www.fph.org.uk/media/1751/ph-curriculum-2015_approved.pdf, 2019年3月7日閲覧)。

治験はやはり倫理を満たさないといけないし、医学の統計化が必要です。コミュニケーション能力が必要です。薬剤の知識も必要です。そういうことを考えると、治験を担う人はものすごく増えます。臨床医学でも、医師で製薬会社の治験に参加してる人はものすごく多いのです。

吉中 今は医師以外の専門家もおられるんですね。

小泉 多いですね。薬学関係の人が来ています。やはり医師と薬剤師、あるいは倫理担当者というような、チームでやっているという現実があります。要するに Clinical Research Organization (CRO) という従来なかった組織にしていますから、そこで活躍する人材というのは、この30年前にはあまり多くなかった。ものすごく増えてます、今。

吉中 いまは地域づくり、まちづくりということに、いろいろなところに取り組んでいます。私たちは非営利・協同がこの分野で果たす役割が重要であると認識しています。そのことの関係で、社会医学系専門医、ないしはそのスペシャリティを持った人がどう生かせるか、言い換えれば地域づくり・まちづくりは社会医学系専門医の課題になるようなことがあるでしょうか。

小泉 震災復興の過程で、東北地方ではスペシャリティをすごく生かしている方々がいると思います。考えてみると、従来は災害でも短期の復興なんです。ところが今、何十年かにわたる非常に長いスパンで、かつ高齢化という問題が入ってきている。そういう中で、まちおこしをどうやっていくかというような大きな問題で、やはり公衆衛生の専門家は非常に欲しいと思われると思いますね。

松田 日本の公務員の雇用が変わるかというのは、まだわからないところがあります。民間企業はジョブ雇用に変えていこうとし、特にグローバルカンパニーは、こういう仕事をする人を求めているとグローバルで採用し、英語で仕事をするということに切り替わっています。特に大きな企業

はそうです。

しかし日本の場合、基本的には公務員はそういうグローバルな展開をしていく必要はないです。確かにグローバルな面も求められていると思うけれど、保健所や保健衛生の行政の人たちが、そういうジョブ雇用に変わっていく可能性がどのくらいあるか、そこはまだよくわからないと思います。

小泉 現状においては公務員の採用はジョブ雇用的ではなく、旧来の試験を受けて入ってくるというような形ですね。

松田 ちょっと思いついたのですが、例えば京都保健会でプロフェッショナルのスタッフを雇って、この地域を疫学的に検討したら、面白いのではないですか。

吉中 京都市に典型的ですが、行政は財政の問題もあって、スペシャリティのジョブ雇用をしないんです。ジョブ雇用部分は全部、外部委託です。だから逆に言うと、京都保健会のような非営利・協同の組織が外部委託を受けて、一緒にやっていくという余地が広がる可能性はありますね。

松田 民間企業では統計のスペシャリストなど、だんだんそういう雇用の形ができてきていますからね。

吉中 京都市は、今度、介護認定審査会に関わる認定調査員130人ぐらいを、全部雇用継続しないで委託するそうです。これは介護認定関係の業務をセンター化して外注する流れの一環です。

松田 いいかどうかは別にして、それはすごい話です。

吉中 保健所について言えば、京都市は各行政区にあった保健所を全部なくして中央1カ所に集約し、各区役所には窓口があるだけにしました。統合して一握りのジェネラリストを置いていくという流れです。公務員は削減され、地域のサービス提供では公的な部分は相談窓口、民間がサービス

そのものは提供する、ある意味相互の協力という中で広がっていく。

小泉 外注という形ですね。

松田 この研究所「いのちとくらし」のテーマで言うと、ある程度、地域に基盤を張っている組織、また産業部門などつながりを持つことが出来るところなどで専門家を雇っていくということも、今日の話とつながるのかなと思いますね。

吉中 そういう意味で言うと、民医連でまちづくりの方針を進める場合には、私たちの中にこういう社会医学系の、医師で言えば専門医ですが、プラス専門医に限らない専門職の人たちの力を持たないと、まちづくりに挑戦できないなということを強調したいです。

小泉 そうそうそう。だから個々の能力で規定されている人を雇用していく、新しい職業をつくるということにもなるわけです。

吉中 専門医制度のあり方では、松田先生が最初に社会と専門医を結びつけるための制度、信頼をつなぐ制度ということを言われたことは重要だと思うんです。昔の専門医は、学会専門医ですから、各学会が勝手に専門医だと名乗れるようにしていた、医師全体のポジションの中でそれが尊重されていたぐらいの話でした。今は何かオーソライズしたものが必要だということですね。

松田 そうですね。どうやって質を担保しているかが明確で、もしそこから外れている人がいたら修復しますという仕組みがあるということが大事ですよ。

小泉 質の担保は大事です。

吉中 それは専門医制度の目指していることの一つですが、臨床の新専門医制度の方でも、なかなかそこはうまくいっていないという実態もあります。

●産業衛生学会と産業医専門医制度

吉中 それでは広瀬先生、産業衛生学会からみた課題などについて、お願いします。

広瀬 私は二十代で産業衛生学会に入ってから、臨床医でもあり救急医療もやって、呼吸器の専門医もやりながらでした。独学なので、もうとにかく学会に出て聞くしかなかったんです。それで救急が忙しかったので、当時は50人ぐらい、今は100人ぐらい医師がいる宮城民医連で、医師が勉強に行く方法は、年2回、勉強に行く権利しかなかったのです。だから規定に「学会発表者、座長、学会の役員は別とする」という文言を入れてもらい、幸い私はすぐ学会役員になりましたので勉強に行くことができました。

東北地方は他の地域に比べると、間接的なものも含め、社会医学系の講座で産業医学をやっているなくても、産業衛生学会を大事にする人が伝統的に多かったのです。看護もそうですが、民医連の医師や看護師が学会の役員などをやる、他ではあまりないところがあります。だから、そういう役割分担のようところで私も10年以上学会理事をやり、最後は産業医部会長もやったわけです。

そういう経験からすると、産業衛生学会は、専門医について考えてこの問題に関わってきたのではなく、当初は産業医大のことが大きかったと思います。

産業医大が最初の卒業生を迎えるにあたって、卒業生をどこで働いてもらうのかということが、産業医大の先生方にとっては死活問題でした。当時、国が何度も繰り返していたのは、臨床医を作るところなのだから、出てから考えなさいということでした。しかし、出てからでは間に合いません。だから、在学中に何とか産業医学をやる人を作るために、卒業後に産業医大の卒業生だということがメリットとしてないと、産業医大に入った意味がないということです。

あとは9年間の奨学金があるので、労災病院と慶応大学系列の病院に9年間いると返還免除という制度なので、労災病院と慶応系の病院は潤ったんです。産業医専属になるのは全部で1割にも満

たないぐらいでした。

吉中 産業医大の設立はいつでしたか。

松田 1978年設立だから、去年で40周年ですね。

広瀬 設立から10年ぐらい経つと、臨床研修が終わった卒業生を企業に売りこまなければいけないわけですから。それで提案されたのが、産業医の専門医制度でした。その意義は議論されたけれど、結論は出ません。産業医になるためには、第1に産業医大の卒業生だというのがあり、卒業すれば2カ月間の特殊研修を受けると産業医になれる。今もそうなっているわけです。だから、まず産業医になってもらいましょうと。それで企業に雇ってもらうためには、やはり専門医という戦略があったように思います。

産業医の専門医制度を作るときに、学会の評議委員会で投票がありました。当時600人ぐらいの評議委員がいたのですが、賛成しなかったのは6人しかなくて、そのうちの1人が私だったので。労働衛生コンサルタントも含めて、それぞれの資格の位置づけが十分でない、というのが賛成しなかった理由でした。中小企業もやっていて臨床にもいるので、質が違う意見が出るのではないかとということで、専門医制度の最初の検討委員会のメンバーが変わるときに呼ばれました。それから19年間、関わりましたが、未成熟のままの所も残りました。

吉中 産業衛生学会の専門医の話ですね。

広瀬 そうです。だから、産業医大を活かさなきゃいけないという内的な理由が主ですから、当初は臨床の方を見ていなかったと思います。

そういうときに、さきほどの学会構成員の医師比率の問題が起きました。学会内に学会を作り(例えば産業医部会をそれにあてるとか)議論をしていたら、それがいきなりなくなったのです。

吉中 学会資格はなしでいいと。

広瀬 今度は臨床の専門医協議会に産業衛生学会

が入れないという問題が浮上しました。臨床の標準医から始まる、診療に関わる区別のための制度なので、臨床ではないので会に入れません。そこで学会の担当理事がオブザーバーでずっと参加してきたという経過です。

吉中 なるほど。

広瀬 ですから新専門医制度になって、何とか入らなければということが先にあって、衛生学会から出た意見等について、学会の理事会でも産業医部会でもしたことがなかったのです。

小泉 そうでしたか。

広瀬 社会医学系の学会の中で唯一専門医がある学会が協議会に入れるか入れないかという議論が、十数年続いたと思います。何とか入れて欲しいというのが産業衛生学会の願いでしょうか。だから、そういう意味では、産業衛生学会が作った産業医専門医制度がやっと日の目を見たという段階なので、社会医学系専門医については産業衛生学会全体としてはまだ議論が始まってないのと同じかなと思います。

吉中 なるほど。

広瀬 産業衛生学会との関係で言うと、実は病気が問題になるし、しかも出てくる問題が突如です。例えば印刷工の胆管がんが問題として出たとき、印刷会社は宮城県にもいっぱいあるので印刷会社の連合会に呼ばれるわけです。どうしたらいいのか、何々を使っているけれど、どこまで安全のかなどと言われたときに、やっぱり産業衛生学会に属していれば考えられます。何人かで集まって一応の結論を出していく、それには臨床と法律の両方を知る人が必要なんです。

さきほどの産業衛生学会の専門医制度に最初に反対した際、学会理事ではなかったのが、質問状を出したのです。「専門医の目的が最低限なのか、それとも最高水準なのか」でした。すんなりと答えは返ってこないわけです。

小泉 労働衛生コンサルタントと産業衛生学会の産業医専門医制度、それから日本医師会の認定産業医について、ちょっと整理が必要だと思います。

要するに産業衛生は、労働基準法があって、その上に労働安全衛生法があるんですね。労働安全衛生法は1972年に制定されて、労働安全の中に産業医という規定があるんです。それは産業医大ができる前にできた規定ですね。

吉中 そうですね。

小泉 ところが、特に過労死の問題とか、うつとか、自殺が出てきた段階、1990年代に労働安全衛生法が改定されました。その中に、産業医を行うためには医師だけではだめなんだ、健康管理その他、省令で定める事項を行わせる専門家でないといけないということを規定したわけです、労働安全衛生法で。

そのときにいろいろな学会の対応があり、一つは日医の認定産業医が出てきました。それからもう一つが産業医の専門医制度。実は産業医制度ができる前に、労働衛生コンサルタントが、労働安全衛生法ができたときには既にあったのです。

広瀬 労働安全衛生コンサルタントは、コンサルタント法という独自の法の下での国家資格ですね。

小泉 衛生法と、安全コンサルタント、両方がある、そういう状態がありました。だから、1990年に労働安全衛生法が変わったときに、労働衛生コンサルタントでやるか、産業医、日本医師会の認定産業医が産業医ができる要件になったんですね。

●若手医師の意見をいれた制度づくりを

広瀬 産業医が特殊なのは、産業医になる上では50単位、継続するには20単位の研修をしないと役目を果たせません。労働衛生コンサルタントという国家資格を取った場合も、産業医になれる仕組みです。社会医学系専門医制度は何かということが見えないと、無駄にも見えることもある。他に臨床の専門医資格も取るとなると、もう混乱が重なり

合うという感じになってしまう。

吉中 そのためにも、この社会医学系専門医の制度を、若手の意見も聞きながら、もっといいものにしないと。

広瀬 制度の簡易版を考えないと。社会を変えよう、企業を変えよう、過労死防止をするのは良いと思っている医師が、2年も3年も4年もかけて、しかもいろいろな資格を同時に取れと言われたら、「そんな苦勞をしなくても、もう普通の医者でいい」と揺り戻しが起きると思うのです。その面倒臭さを解消していかないと。

松田 キャリアパスを作ろうとして、かえって遠ざけてしまう面があるということですね。

吉中 臨床の方の新専門医制度も同じようなところがあります。取得に時間が掛かるということもあるし、女性医師にしてもハンディキャップがある場合でも、期間が長いばかりでなく制度が硬直化して資格取得が難しくなっているというので、もう一度、考え直してほしいという要望が根強くあるわけです。

松田 例えばイギリスだったら、キャリアパスははっきりしています。GPになる、病院で働いたり、コンサルタントになったりする。両方とも専門的なトレーニングを経て、資格を得てからなります。医師のゴールと資格が結び付いているわけですよ。だから、そういう状況だと、資格というのは意味を持ちやすい。

一方、日本の場合は、若干、状況が複雑なところがある。そういう意味では、もうちょっと若い人を巻き込んで検討する必要があるのかなと思います。

小泉 それは、そう思います。特に NON-MD のキャリアパスをどのように作っていくかということを、学会としては考えていかなければいけないです。

●今後の課題

吉中 今日は具体的にわかることがいろいろありました。小泉先生が最初に言われたように、社会医学系の分野で働く医師を確保したいという動機がはっきりとあったのだけれど、社会医学系だと産業医だけではなく、他にもいっぱいある。法医学もそうだろうと私は思います。そういう医師が、もっと増えることを期待するというのがありますね。

まだまだ足りない分野、何かこういうところがあると思われていることはありますか。

小泉 確かにサブスペシャリティの問題は、ものすごくたくさんあるんですよ。特に社会学系の中に重複がかなりあるので、そこの整理が必要となってきましたね。それが第1です。

もう1つ、キャリアアップということを考えると、資格を取ることによって何か職業の選択の可能性が広がるのかどうかということに関して、今の場合は、どんどん作っていかないといけない段階なんです。治験の現場などでいろいろ動きはありますが、災害復興の現場に、社会医学的なスペシャリティを持った人が行けるということは、まだないです。

ただ危機管理では、DMATなどが出てきました。今後は増えると思いますから、学会としてはどんどん新しいジョブなどを提案していかないといけないと思います。

吉中 災害関係は、社会医学系専門医に臨床医が入っている部分です。一つの塊は、救急医学系なんです。そういう人たちは、DMAT、MMATみたいなチームをつくっている。災害対策という問題意識が高まっているので、京都でも、何人か社会医学系専門医の資格を取っていますよ。非常に重要な流れです。

小泉 それから、もう一つは、予防です。

吉中 予防は、保健所自体が減っていきますからね。

小泉 糖尿病学会もやっているし、がん学会はがん予防をと、いろんなところが予防をやっています。例えばHPHで見ると、地域の中で予防活動をやっていくというのが重要になってきています。

吉中 でも、それは仕事として成り立たないと、無理ですね。

小泉 欧米の病院業界の宣言でも、地域の予防活動に努力するというのは入ってきているので、予防の専門家はやはり必要になってくると考えますよ。

吉中 そこはディスカッションが必要でしょうか。日本はパブリックなセクターがあまり予防には手を染めず、民間にやれという方向になっています。日本の保険制度だと、自由診療の分野で産業化でやっていこうというのが政府の方針であるようにみえます。そこをどう考えるかという吟味が必要です。

小泉 エビデンスを作って、診療報酬で治療するよりも安く上がるということを示していくことでしょうか。しかし結果として寿命が延びるために、総医療費としては高い可能性があるという点が出てくるとは思います。そういうところを検討しながら、活躍の場を作っていくというのが第3の課題でしょうか。

吉中 予防の持つ社会的な意味だけでなく、医療費のコスト、寿命が延びるから結局コスト削減にはならないというのが医療経済学的な見方ですよね。今の保険制度との関係でどう考えたらいいのかなどは、社会医学系専門医がやらなければいけないのではないかと思います。松田先生はどう考えられますか。

松田 基本的には、社会の変化に合わせて医師がどう編成され、それが社会の中でどう見えやすい形で整合的になっていくのかという課題が続いていると考えます。

例えば、日本もこれから外国の労働者をもっと受け入れるようになると、労働衛生にしても地域

保健にしても、もっと多文化、多言語という問題が大事になってきます。そういうことも含めて議論をしていく場として、一つのプラットフォームがまずは出来たということを見ていいのではないかと思います。

その上で、中身はどうなるのか、先ほどのキャリアパスとしてうまく機能するのかどうかという点については、これはまだまだかなり課題があるのだろうなと思います。そこは、もうちょっと現実の仕事がどうなるのかと関連して、検討する必要があるのではないかと。

例えば、日本では20世紀後半に、いろいろ公害や産業衛生の問題が起きました。しかし、必ずしも専門資格を持っていたから何か動いたというより、問題に取り組んだ医師たち、あるいは保健関係者たちが作ってきたという、必ずしも資格とは関係ないところで動いてきた社会運動的側面もあると思うんです。だから、そういうものをどう伝えるかという話と、コンピテンシーという話題がありましたけれど、力量としてどう培っていくかという話、両方見ていく必要もあると思います。それが今日の感想です。

吉中 ありがとうございます。

広瀬 社会医学的なことが大事だと考えたり、総合診療を重視する病院というのは、かつては非常に民医連が多かったですね。合体して、少し変わっているのでしょうか。

世の中の普通の病院では、貧困と医療といった疾病の背景については、あまり関心を持っていないと思います。印刷工の胆管がんの問題の時に民医連が調べてさえも、無職を入れても職歴を書いた人は半分もいかない。胆肝脾外科学会も同じで、無職を入れても半分いっていないのが現実です。東北メディカル・メガバンクの付録で医師会と大学とが医療ネットワークを作り、1,000病院が入っているというのに、職業や環境歴のデータは入っていないのです。

疾病の社会的背景を医療機関伝言に入れるのは、民医連の多くでは大切だと考えようとしています。しかし他の所では、希薄になりがちです。そうした現実を放置したまま「社会医学系専門医」

を育成していった実りあるのかどうか問われていると思います。

吉中 それはリアルですね。

広瀬 どんな制度でも、例えば特定健診でも、頑張っている看護師、保健師が引いてしまうような制度は、良くないと思いますね。実践の現場でやっている人が、もうちょっと新しい制度を受け入れられるようにしてほしいのです。この制度もその点ではもっともっと力をつけてもらいたいなと思います。

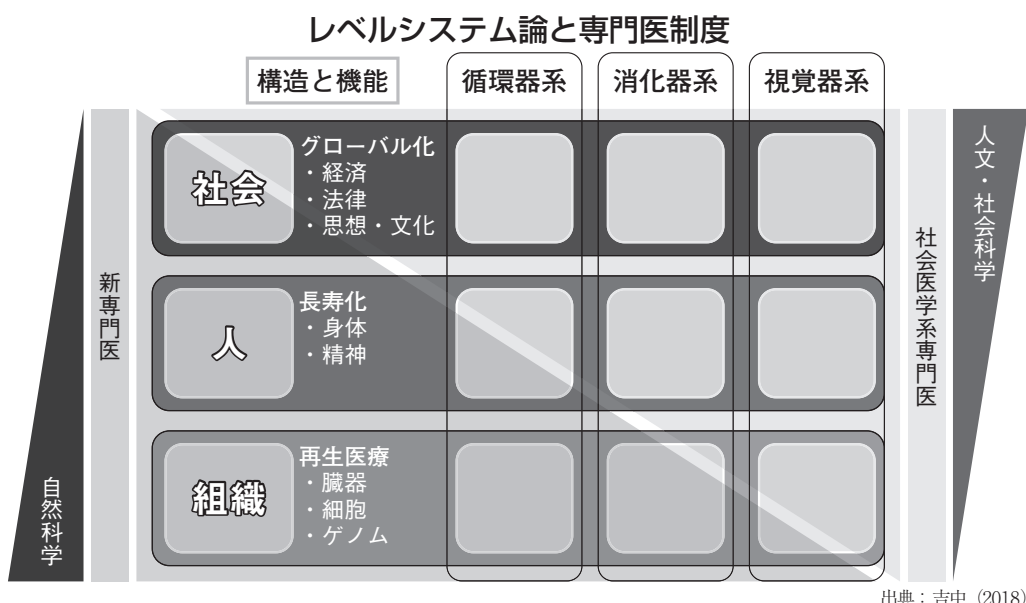
またサブスペシャリティのことに関連して、土台としての専門医をジェネラリストと呼び、最低限を押さえるとして、細かい分野の専門家は最高水準であるという面もあったと思いますが、さらに議論を整理してほしいと思います。

吉中 実際に診療をしていて思うのは、病歴聴取が非常に難しくなっているということです。というのは、高齢の患者さんが多いわけですが、昔と違って職業を転々としてきた人がめずらしくない。すると、どこで、いつ頃、何の仕事をしたのかというのが患者さん自身でもわからない。いつ手術したかなどの病歴が自分でもわからなくなっている。今はITの社会なので、そういったことをITでサポートするなど、もう少し合理的な解決を考える必要があります。だから、そういう視点を持った専門医制度、社会医学系専門医協議会の役割にしてほしいなと思っています。

最後ですが、論文の最後に京都大学のレベルシステム論に関連して、私なりの理解で書きました（資料4）。社会医学系専門医は、細胞・組織や個人のレベルではなく、社会を対象領域にしているという、独自性があります。従って、図の右側にある人文科学や社会科学分野とオーバーラップする、その力を借りない出来ないことだと思うんです。また左下には自然科学系のことを書いていますが、こちらは生命科学で、別に医学系だけではありません。生命科学分野の研究者の力を借りながらというか、一緒にやりながら今の成果があるわけです。社会医学系も、そういう仕組みを強く志向しないといけないのではないかと思います。

問題意識があります。

資料4 京大医学部のレベルシステム論と専門医



先日、京都大学の学術出版会の編集者と話をしていたら、今の若い人たちは学術書を読まなくなっている、しかも、先生と名が付く人たちが、特に読まなくなっていると言っていました。それは自然科学系が重視されることもあり、国際競争も激しいのでみんなジャーナルの論文を読むのに必死になっているからだという話です。そこに重要な指摘があると思います。これからの医師や医療従事者の人たちがこの点で転換が起きる、この

社会医学系専門医制度を、より良いものにしていく過程でそういうことが実現できればいいのかなと思います。課題は多いですが、イエスかノーかではなく、悩みにも応えられるようにしていきたいですね。今日はどうもありがとうございました。

（2019年3月9日京都保健会にて開催）

【事務局より追記】

座談会収録後の3月22日、日本医学会連合が「専門医制度に関する提言」を出した。その中で「日本医学会連合は、今後のわが国の医療の在り方を学術的に検討するに際し、臨床医学系、社会医学系、基礎医学系を総合的に包含し議論できる場を提供することが責務であり、かつ、社会医学系専門医の存在、重要性を一般に周知させる必要がある」として重視している。

なお今回の座談会は、下記の論考を踏まえた開催となっている。このテーマについては今後も継続して扱っていく予定である。

- ・吉中丈志「社会医学系専門医のすすめ」『いのちとくらし研究所報』64号、2018年10月
- ・野村拓「社会医学系専門医・考」『いのちとくらし研究所報』66号、2019年3月

キューバ憲法改正と所有形態の追加について

石塚 秀雄

1. 2019年改正キューバ憲法の構成

現行キューバ憲法の前身は、1876年憲法および1992年憲法である。最新の部分的改正は2002年であった。2019年2月の改正キューバ憲法は、これまでにない変更が加えられている。本小論では、改正キューバ憲法の全文を訳出することはできない。2002年部分改正憲法（全137条）訳文と同解説（二上護論文）があるので参照いただきたい（『キューバ・メキシコ視察報告』、非営利・協同総合研究所いのちとくらし、2010年2月）。

さて、2019年憲法の構成は次のようである。

前文

第1編 政治的基盤

第1章 主要基盤（第1条—第15条、国家规定）

第2章 国際関係（第16条—第17条）

第2編 経済的基盤（第18条—第31条）

第3編 政治、教育、科学、文化の基盤（第32条）

第4編 市民権（第33条—第39条）

第5編 権利、義務、保証

第1章 一般規定（第40条—第45条）

第2章 権利（第46条—第80条）

第3章 家族（第81条—第89条）

第4章 義務（第90条）

第5章 外国人の権利と義務（第91条）

第6章 権利の保証（第92条—第100条）

第6編 国家の構造

第1章 国家機関の組織と機能の原則（第101条）

第2章 人民権力全国会議と国家評議会

第一節 人民権力全国会議（第102条—第112条）

第二節 人民権力全国会議の代議員と委員会（第113条—第119条）

第三節 国家評議会（第120条—第124条）

第3章 共和国大統領と副大統領（第125条—第

132条）

第4章 共和国政府

第一節 大臣会議（第133条—第139条）

第二節 首相（第140条—第144条）

第三節 大臣会議のメンバー（第145条）

第四節 国家の一般行政（第146条）

第5章 司法機関（第147条—第155条）

第6章 共和国の一般財政（第156条—第159条）

第7章 共和国の一般会計（第160条—第163条）

第8章 規範措置

第一節 法的措置（第164条）

第二節 作成、発行、施行（第165条）

第7編 国家の領域組織（第166条—第169条）

第8編 人民権力地域組織

第1章 人民権力県組織

第一節 一般措置（第170条—第173条）

第二節 県知事と副知事（第174条—第181条）

第三節 県評議会（第181条—第184条）

第2章 人民権力市町村組織

第一節 人民権力市町村会議（第185条—第192条）

第二節 人民権力市町村会議代表（第193条—第196条）

第三節 人民権力市町村会議の諸委員会（第197条）

第四節 人民評議会（第198条—第199条）

第五節 申請権と地域人民参加の保証（第200条）

第六節 市町村行政（第2201条—第203条）

第9編 選挙制度

第1章 一般措置（第204条—第210条）

第2章 全国選挙評議会（第211条—第216条）

第10編 国家防衛と安全

第1章 一般措置（第217条）

第2章 国家防衛評議会（第218条—第219条）

第3章 国家の軍事組織（第220条—第221条）

第4章 例外的状況と災害（第222条—第225条）

第11編 憲法の改革（第226条—第229条）

特別措置

経過措置

最終措置

本論では、キューバ憲法における経済事業体および所有形態の規定に関して注目するものである。この2019年憲法と1992年憲法の大きな変更点は、「社会主義国」としての政治制度については基本的にない。しかし、大統領や首相の規定が新たに条文化されたこと（たとえば大統領は就任時60歳以下であること（第127条））、また人民権力市町村行政の規定が追加整備されたことは、今後の分権化に影響を与えるかもしれない。さらに、市民権や家族の条文についても大きな変化はないが、結婚の規定で男女間の明記がなくなり、結果的に同性婚も認められたことなどが、社会変化の表れの一例かもしれない。総じて、政治、社会規定に大きな変更はないが、経済規定については注目すべき変更があったということができる。

2. ソ連憲法における所有規定と1992年キューバ憲法の所有規定

1976年キューバ憲法およびそれ以降の改正憲法（1992年、2002年、2019年）の所有の規定において、1936年のソビエト社会主義共和国同盟憲法（以下、ソ連憲法）を参考にしていることは、その類似性から明らかである。

ソ連憲法第4条では、「生産用具および生産手段の私的所有の廃止」ならびに「生産用具と生産手段の社会主義的所有」（『世界憲法集』、岩波文庫、以下同様）とあり、第5条では「ソ同盟における社会主義所有は、国家的所有の形態（全人民の財産）か、もしくは協同組合的＝コルホーズ的所有の形態（個々のコルホーズの所有、協同組合の所有）をとる」と明記している。また第6条は、ほとんどすべての自然資源や社会的インフラ、生産手段が国家所有であることについて「土地、地中の鉱物、水、森林、工場、製造所、鉱坑、鉱山、鉄道、水上および空中輸送、銀行、通信手段、国家によって組織された大規模な農業企業（ソホー

ズ、機械トラクターステーション等）ならびに都市および工業地における公営企業および主要な住宅施設は、すべて国家的所有すなわち全人民の財産である」と規定している。さらに第7条は協同組合的・コルホーズの所有を説明し、各農家は、「宅地付属地における副業経営、家畜や小農具の個人的所有とすることができる」と規定されている。この条文の個人的所有という原文は「自己所有財産」（личная собственность、セルフ所有財産）とも訳せるものであるが、岩波文庫のソ連憲法解説によれば、条文において私的所有と個人的所有は違うものとされているとの注記がある。それは第10条の市民の個人的所有権についての定義で示されている。以下第10条全文「市民の労働による所得と貯蓄、住宅と家庭副業、家財と世帯道具および個人の消費と便益にあてる物に対する市民の個人的所有権、ならびに市民の個人的所有の相続権は、法律によって保護される」。

一方、1976年キューバ憲法では、第14条で「生産手段の社会主義的所有」と「各人は能力に応じて、各人は労働に応じてという社会主義的分配原則を実施する」と、ソビエト憲法とおなじことを明記している。さらに第15条では「国家資産の全人民的所有」を規定している。国家資産の定義は、小農民による生産手段の所有、農業協同組合の所有（第19条、第20条）、家族労働としての個人的（personal）所有財産（第21条）を認め、また2002年の憲法改正で追加された第23条「経済組織の所有権」の規定「国家は混合企業（mixta）、会社、経済団体の所有権を認める」としている。

キューバが社会主義国としてその憲法をソ連憲法をモデルにするというのは、当然であったが、ソ連が消滅して、ソ連モデルを踏襲することはできないので、独自の社会主義国憲法体系を模索しなければならないのは当然である。それは、政治的、経済的、社会的条項においてであり、具体的には所有形態であり、政府の構成であり、市民権の規定である。それではキューバはソ連モデルのどの部分を止揚したのであろうか。

ところで、キューバ民法ではキューバ憲法と対応させて、同様に次のように列挙して規定している。民法第39条「法人格」では、法人の種類を、①国家【国営】企業、②【農業】協同組合、③政

治団体・大衆団体・社会的団体企業、④アソシエーション、ソシエダ【仲間組織】、⑤財団、非営利組織、⑥認定非国営企業、⑦その他認可法人。

そして民法の以下の条文において、これらの個別の法人と、さらに小農経営（第150—155条）について説明を行い、そして、民法では個人的所有（財産）（personal）（第155—159条）、共同所有（財産）（copropiedad）（第160条）も規定している。

キューバ憲法における所有形態の中でもっとも主要なものは、「全人民的社会主義的所有」である。これについてさらに細かい規定はひきつづく第23条と第24条に定義されている。すなわちキューバにおける自然資源、社会的インフラなどすべてが対象とされる（第23条）。この規定内容は最初の憲法から変化がない。また、公益事業、主要産業など国家の政治経済社会の発展に関わる事業も含まれる。すなわち国営企業である（第24条）。

所有形態規定について整理すると、これまでは社会主義国として、①国家的所有（全人民的）、②農業協同組合的所有を基本として、しかしながらソ連憲法にも見られる、小農の個人所有を一部認めるという折衷的な所有形態を認めている。旧来の社会主義理論における「私的所有」の廃止議論は、資本制的所有の廃止を意味したが、それはプロレタリアートと資本家階級との対立図式として構想されたもので、地主や農民、自営業者は、その対立に直接含まれない、プチブルジョアジーという階級的位置づけで、いずれは消滅するあるいはプロレタリアートに吸収されるべき不安定階級とされたのである。逆にいえば、「私的所有廃止」の理論は、農業部門の所有をうまく統合することができなかった。国有あるいは国家的所有、全人民的所有という用語では説明しきれないものを含んでいたのである。すなわち資本主義的国家論および社会主義的国家論の共通のつまづきの石は、農業の所有形態を国家的に包摂できないということであった。従って、生産手段の小農民的所有は容認したのである。また協同組合的所有は農業協同組合に限って考えていたことは、ソ連と同様である。従ってこれまでのキューバ憲法における所有形態は基本的には国家的所有（全人民的所有、国有）であり、補完的に協同組合的所有を認めるものであり、2002年の憲法改正により混合型が追

加された。そしてさらに国家的所有でないものとしてアソシエーション型所有が考えられていたが、これもあくまで国家的所有形態の補完的なものとして考えられていたのである。

3. キューバにおけるアソシエーションの法的規定

しかし、アソシエーション的所有の規定はソ連憲法にはなく、キューバ憲法独自のものである。

アソシエーション法（1976年11月27日付法132。1985年12月27日改正）では、キューバ憲法第7条に基づくアソシエーションの自由と社会的利益の実現を目的として、最低人数30名で設立できる（アソ法第5条）。アソシエーションの種類（第2条）を①科学・技術、②文化・芸術、③スポーツ、教育、レクリエーション、④友好・連帯、⑤社会的利益、とにわけている。ところで、資本主義体制におけるアソシエーションが非政府組織（NGO）と見なされるのとは異なり、キューバ社会主義体制のアソシエーションは、国家機関と連携されるものとされる（アソ法第6条）。いわば政府系NGOと行うことができる。また、国、県、市町村の行政単位への登録制である。キューバにおける市町村とは、資本主義体制における地方自治体とは異なり、人民権力委員会が統治する行政単位である。したがってアソシエーションが資本主義的市民社会における市民活動や社会運動という位置づけはキューバでは当てはまらない。さらにアソシエーションの非営利性もそれ自体は問題とされない。社会主義体制における経済活動は、基本的に公的セクターのものであり、その意味で非営利性は自明であるが、アソシエーションはあくまでも「公益（社会的利益）」の実現を目指すものと見なされてきた。しかしながら、今後のキューバの社会主義的経済制度における市民的経済活動の解禁という変化に伴い、アソシエーションの役割と意義は、当然変化すると思われる。そして、資本主義体制における市民的経済活動としての経済アソシエーションの存在と比較して、キューバにおける経済アソシエーションはどのようなものになるのかについては、今後の動向を大いに注視する必要がある。

4. キューバにおける協同組合規定の改正

いわゆる1976年憲法下においても、協同組合の規定に変化が見られる。すなわち、当初は農業協同組合（および農業生産協同組合）としてだけに限定して見なされていた（旧憲法第20条、農牧生産協同組合。および民法第3編「協同組合所有」第145条—149条。最終規定）。これはソ連型のコルホーズと同類のものが想定されていた。1982年6月22日付法36号により「農牧協同組合」が制定された。1995年に土地開発生産協同組合の法規定が作られ、対象分野が一部拡大したが、依然として農業セクターに限定されていた。また社会主義経済に貢献するものとされいたのも当然であった。2002年に拡大されて法95号「農牧生産・信用・サービス協同組合法」に分野が拡大されていたが、これもやはり基本的に農業セクターに限定されたものであった。しかしながら、農村における信用事業やサービス事業、住宅、消費事業への拡大は、当然ながら非農業的な事業活動にも拡大する性格をもつものであった。そして2011年4月に開催されたキューバ共産党第6回会議では、非農業的な協同組合の分野についても協同組合に含めることが認められた。キューバ全域における生産、消費、販売、サービス、信用、保険（共済）の協同組合および協同労働生産の用語が認められた。2012年12月11日法309「非農牧協同組合法」が施行された。これらのことは、キューバにおける社会生活および経済活動の変化と必要を反映させたものであった。しかしながら、協同組合は社会主義経済に貢献するという規定には変わりがなかったし、非農業協同組合が急増したわけでもなかった。とはいえ、資本主義体制下の協同組合と社会主義体制下の協同組合との制度的な根本的な相違があるにしろ、協同組合原則の市民的自由と民主主義原則はキューバ憲法でも保障されているものであり、問題は小農階級の活動とみなされていた協同組合が市民的（人民的）経済活動として認知するかということである。とりわけ協同組合所有が市民的（個人的）所有（持ち分）として承認できるのかについては、おそらく理論的には煮詰まっていない段階にあり、それを「社会的所有」と定

義しているのである。すくなくともそれが国有でないことは確かであり、いわゆる「協同所有」と言われるのかもしれない。しかし、キューバの現状の変化がその議論に注意をそそぐことになり、「協同労働」（さらには協同組合労働）とはなにかということが、社会主義制度下における労働の定義（賃労働なのか、公務労働なのか、その他ののか）についての検討を迫られることになろう。

キューバ憲法においても協同組合はアソシエーションの一種であり、また市民のアソシエーションの自由も憲法で保障されている。社会主義経済および理念に奉仕する協同組合という規定とアソシエーションの自由（すなわち協同組合の自由）が市民社会の中でどのように両立させていくのかという、独自の問題（あるいはジレンマかもしれないが）をキューバは抱えていることは確かであろう。

5. 2019年キューバ憲法における所有形態規定の追加

キューバの経済制度すなわち所有形態に追加されたものがある。それは「私的所有」である。2019年憲法の第2章「経済基盤」第22条は「所有形態」を次のように規定している【数番号はもともと abc 番号】。

「所有の諸形態はつぎのようである。すなわち、

1) 全人民的社会主義的所有：国家が代表となり、所有者として利益を扱う所有。

2) 協同組合的所有：所有者組合員の共同的な【コレクティブ】な労働と協同組合主義の原則の効果的な実施に支えられた所有。

3) 政治組織、大衆組織、社会組織の所有：それらの組織がその目的の遂行のための資産を行使するための所有。

4) 私的所有（privada）：自然人、キューバの法人、外国法人による生産手段に限定され行使される所有。すなわち、経済における補完的な役割。

5) 混合的所有（mixta）：所有の二つ以上の形態を結合した形式の所有。

6) アソシエーション的な組織または形式の所有：その非営利目的の遂行のために執行する所有。

7) 個人的所有 (personal) : 生産手段を形成することなく、その名義人の物質的・精神的必要を満足させるための所有。

生産手段の所有のすべての形態は、同一の条件にアクセスできる。すなわち、国家は、経済的・社会的発展のためにそれらが貢献できるようにその形式を規制しコントロールする。法律によりその執行に関するものと所有の形式の範囲を定める。」

これらの所有形態の中で、協同組合的所有やアソシエーション的所有は旧憲法から継続して規定されているものであるが、内容的にその定義やあり方が変化しつつあり、今後どう変化していくのかは断定できない。また、個人的 (パーソナル) 所有は、ここでは生産手段の所有を除外しているので、いわば消費手段 (生活財) の個人的所有であり、とくに所有論として議論するには及ばないであろう。これは従来も「私的所有」とは違うものとして位置づけられていたが、今回の憲法改正では生産手段の「私的所有 (privada)」が認められたのである。私的所有は社会主義経済のあくまでも補完的な役割としてである。キューバ経済のためには、というより、外資導入を有力な手にしているグローバル経済に対抗するためには、キューバも外資の導入に踏み切ることには迫られた。従来の経済特区とは別に、最初の外資導入法は2008年に制定されたが、短いものであった。おそらく外資導入するという議論が政府の中で合意を得られていなかったものと思われる。その直後、経済開放の立場にあった数名の若手閣僚が罷免させられている。2014年3月29日付法は全61条の本格的な外資導入法である。外国会社 (株式会社) および外国投資を認めることにおいて、キューバの社

会経済にどのような変化が起きるのかは注視に値する。キューバの政権や社会経済の安定がなによりも外資導入の保障となるであろう。

6. おわりに

キューバはすでに憲法で混合経済を認めており、国家所有・全人民所有の一点張りでやってきたわけではない。しかし、政治体制としての共産党一党制度と各行政段階における人民権力委員会の統治方式という基本は堅持しているものの、憲法では政治的分権化をすすめ、大統領就任は60歳以下としているように、それなりの刷新は行っている。しかし、多様化する経済民主主義とどのように整合性を保ち社会発展していくのかという難問をキューバは抱えている。新憲法では、結婚の規定は男女間から人間同士に改正されている。市民社会はますます人間の自由が拡大している。所有形態の変化は経済のみならず社会生活の変化ももたらすものであろう。キューバ社会主義がどのような市民社会をつくりだしてくのか注目される。対岸のアメリカはオバマ政権の融和的な政策から、トランプ政権の対キューバ封じ込め政策に逆戻りしており、国際政治環境もキューバにとってなかなか困難な状況となっている。アメリカのトランプ政権の帰趨がキューバの近未来に大きな影響を与えるであろう。とにかくキューバが困難の中で試行錯誤しながら新しい国づくりを始めていることだけは確かである。多様な所有形態を認めるということは社会の多元主義をもたらすものである。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

報告書等の発行一覧

詳細はウェブサイトの出版情報をご覧ください

視察報告書、翻訳

タイトル	著者名	発行日	備考
『「スウェーデン・福祉の国づくりを 探るツアー」報告書』	全日本民医連・総研いの ちとくらし編	2006年3月1日	全日本民医連・総研 いのちとくらし共催
『「スペイン・ポルトガルの非営利・ 協同取材」報告書』	角頼保雄・坂根利幸・石 塚秀雄他	2006年3月1日	いのちとくらし別冊 No. 2
『フランス 非営利・協同の医療機関・ 制度視察報告書』	非営利・協同総合研究所 いのちとくらし編	2008年3月31日	全日本民医連・総研 いのちとくらし共催
『キューバ・メキシコ視察報告書—キ ューバ憲法・ポリクリニコ一般規則全 訳付—』	非営利・協同総合研究所 いのちとくらし編	2010年2月20日	全日本民医連・総研 いのちとくらし共催
『ドイツの非営利・協同の医療と脱原 発の地域電力事業視察報告書』	非営利・協同総合研究所 いのちとくらし編	2013年3月31日	(在庫無、ウェブサ イトでPDF公開)
『イタリアの非営利・協同の医療福祉 と社会サービスの視察報告書』	非営利・協同総合研究所 いのちとくらし編	2014年6月14日	(在庫無、ウェブサ イトでPDF公開)
『イギリスの医療・介護と社会的企業 視察報告書』	非営利・協同総合研究所 いのちとくらし編	2016年6月15日	総研いのちとくらし ・全日本民医連・保 健医療研究所共催
『スペイン社会的経済概括報告書 (2000年)』(翻訳)	J. バレア、J.L. モンソン 著 佐藤誠・石塚秀雄訳	2005年4月15日	いのちとくらし別冊 No. 1

ワーキンググループ報告書、ワーキングペーパー

タイトル	著者名	発行日	備考
『公私病院経営の分析—「小泉医療制 度構造改革」に抗し、医療の公共性を まもるために—』	医療経営比較ワーキング グループ	2006年3月1日	ワーキンググループ 報告書 No. 1
『地域の医療供給と公益性—自治体病 院の経営と役割』	地域医療再編と自治体病 院ワーキンググループ	2015年4月30日	ワーキンググループ 報告書
『地域医療と自治体病院—展望を岩手 から学ぶ』	地域医療再編と自治体病 院ワーキンググループ	2017年7月15日	ワーキンググループ 報告書
『Red Store、Yellow Store、Blue Store and Green Store:The Rochdale Pioneers and their Rivals in the late Nineteenth Century』	Takashi SUGIMOTO (杉本貴志)	2006年11月8日	ワーキングペーパー No. 1
『友愛社会とは何か—ヨーロッパから 学ぶ社会像』	富沢賢治	2010年3月1日	ワーキングペーパー No. 2
『地域医療と自治体病院をめぐる住民 運動』2013/09 第一報	八田英之	2013年10月15日	ワーキングペーパー No. 3
『東日本大震災からの復旧・復興事業 の取り組みと課題に関する研究—気仙 沼市の復興状況を事例として—』	小磯明	2015年3月31日	ワーキングペーパー No. 4
『TPP・共済問題研究会報告要旨集 TPPと共済規制問題』	中川雄一郎	2016年8月31日	ワーキングペーパー No. 5

次世代へのメッセージ・5 (完)

「高速・世界史認識法」試論

野村 拓

●「方法的世界史」を考えれば…

世界史の先生は、メソポタミヤか古代ギリシャから説きおこして、現代まで到達しないうちに講義時間のほうが時間切れになるように予定を組んでいるのではないか。現代の問題に対して、世界史を踏まえての見識を問われたくないからだろうか。

世界史は世界史で、グローバリゼーションはまた別の問題、ということなのだろうか。しかし、研究対象としての世界史ではなく、グローバリゼーションに対する研究手段としての世界史を考えた場合、「時間切れ世界史」は役に立たない。

研究手段、認識手段、執筆手技としての「世界史認識」はある程度「高速」でなければならない。多少の「拙速」は随時、修正しながら、とりあえず「高速」を目指さなくてはならない。死ぬころになって世界史の輪郭がわかったのでは手遅れである。

世界史の高速認識のためには、「視点を変えながら、世界史を駆けめぐること」が必要である。

『第三の科学史』(1967, 医療図書出版)

『講座 医療政策史』(1968, 医療図書出版)

『医学と人権—国民の医療史』(1969, 三省堂)

『医療経済思想の展開』(日野秀逸との共著)(1974, 医療図書出版)

などは若さにまかせた「駆けめぐり」であったが、「次世代へのメッセージ」としてはいささか乱暴すぎる。そこで「駆けめぐり方」を系統づけてみると、「骨格づくり」(歴史的シェーマづくり)と「ストーリー・メイク」(情報の連鎖化)とを車の両輪とするような学習方法を考えるべきではないか。

本誌に2003年から2008年まで連載した『文献ブ

ロムナード』は、洋書の組み合わせによる「ストーリー・メイク」であり、それらを貼りつける台紙のような世界史骨格作成を試みたものが、2008年から2013年まで連載した『医療・福祉職の世界史』である。そして、それらを「自分史」に取り込むことによって記憶を豊かにし、フラッシュさせながら現実にはたらきかけ、その手ごたえを取り込んで…というのが2013年から2018年まで連載した『医療政策・研究史』の趣旨であった。

以上を踏まえて、今回は「高速・世界史認識法」に「世界史の濃縮点探しとそこからの展開」を試論的に述べてみることにする。

「濃縮点」とは、人それぞれの問題意識と世界史との接点、と言える。ある時期の鲁迅にとって、日本の江戸時代の蘭学は世界史の濃縮点であった。というのはアジア諸国が植民地化するなかで、なぜ日本だけ植民地化されなかったのか、そのキーを握っているのが若き蘭学者たちのエネルギーではないか、と考えたからで、これは鲁迅の日本留学を動機づけている。たしかに「蘭学」は、日本人が世界史を学ぶ場合の有力な「濃縮点」であり、「適塾」を日本近代化の拠点としてとらえ、縦横に展開させる学習方法は有効だろう。

1963年、大阪での日本医学会総会開催に合わせて作成した映画『洪庵と1000人の若者たち』(約50分)は医学部新入生オリエンテーションにしばしば使われた名作で、市原悦子、永井智雄、南原宏治などが出演している。塾頭福沢諭吉をはじめ長与専斎、大村益次郎など「適塾」出身者の足跡をたどる展開方法もあれば、緒方洪庵—坪井信道(『万病治準』の訳者)—ヘルマン・ブールハーヴェ(『万病治準』の著者)—オランダ独立革命、と世界史をさかのぼる学習展開も可能である。

また、「適塾」ではなく、適塾の塾頭、福沢諭

吉の「個人史、自分史」ともいえる『福翁自伝』からスタートして福沢の世界史観へという展開もおもしろいのではないか。

●「好きな歌」からの展開も

世界史の濃縮点探しとそこからの展開という手法のほかに、やや趣味的に「好きな歌」からの展開もあっていいのではないか。例えば、アイルランド民謡で後にハーバード大50周年記念歌にもなった Believe Me, If All Those Endearing Young Charms（日本語版では「春の日の花と輝く」などの訳がある）を起点に取って見たらどうなるか。

戦時中で、そろそろ色気がつきはじめた小学校6年の時、名古屋市鶴舞公園の公会堂で「天勝」という奇術団体の公演があり、その前座で数人の少女たちが花売り娘の扮装で「アイルランドの花売り娘」を踊った。

花籠抱えて 誰を招く アイルランドの村娘

これがアイルランドという国の聞き始めである。あるいは「愛蘭」と書いたかもしれない。それから「ロンドンデリーの歌」（ロンドンデリーはアイルランドの地名）を覚えた。この歌は、その後アメリカンポップス「ダニー・ボーイ」としても歌われている。

第1次世界大戦の時、連合国側の兵士たちによって広く歌われた「ティペラリーの歌」のティペラリーもアイルランドの地名である。大英帝国の御為に駆り出されて戦ったアイルランド兵が早く戦争を終わらせて故郷のティペラリーに帰りたいという気持ちの歌が広く連合国側の兵士たちに伝わって有名な歌となった。

大人になってからは、W. ペティーの『アイルランドの政治的解剖』を学習した。「自然体」(body natural) の解剖学を「政治体」(body political) に適用した社会科学の起点ともいえる本である。同時にペティーの「個人史」にも興味を持った。

ある時期、ロンドン市が食いつぶした人口をアイルランドから流入する人口で補給する状態が続いたし、イギリス医療史はアイルランドから流入する看護師抜きには語れない。

膨大な低賃金労働による巨大組み立て作業としての造船業もアイルランド型産業で「タイタニッ

ク」号はアイルランドのベルファストで造られたが、そのときの写真を見ると、タイタニックの巨大なスクリュウを十数頭の馬が引っ張っている。豪華客船と下積み労働の関係が示されているかのようである。

ベルファストには一時期、話題となった「霊園つき病院」があり、墓地は「カソリック」「プロテスタント」「ユダヤ教」などに区分されている。ざっとこんなところが、Believe me からの世界史的展開だが、この甘酸っぱい友情の歌を「はたらかかけ」に使う場合には、自分史的短編小説(?)の結びに使ったりする。

…2,3日して、英夫の処分が校内掲示板に発表された。処分は無期停学であった。

情報通の話によると、反戦ビラの震源地は明正中学であり、首謀者は憲兵隊に連行されたそうである。英夫はそのビラの1枚を所持していただけなので、お情けでこの程度の処分になったそうである。

処分が発表された日、四郎は早速、英夫の下宿をたずねた。しかし、もう英夫は下宿をひきはらっていた。

「あの篠田さんが、これをあなたに渡してくれ、言っていました」

いかにも実直そうな下宿のお婆さんは、薄い大型の封筒を四郎に呉れた。封をあけてみると、中から出てきたのは「Believe me」の楽譜であった。

英夫は無期停学の処分が決まると同時に自分から退学して東京に帰ったそうである。

(幼方四郎『昭和生まれ』・「月刊現代」1959.10.)

幼方四郎（うぶかた・しろう）は私のペンネームである。

●自分史・世界史間の道の駅—個人史・専門史

呼吸のように「展開」と「取り込み」で自分史と世界史との間を往復するのが有力な「高速・世界史認識法」だが、その往復の道筋にある「道の駅」が「個人史」「専門史」である。さきほど「アイルランド看護史」も出たことだから、ここで日赤従軍看護婦の個人史から世界の看護史という

「道の駅」に立ち寄ってみることにする。

川口啓子編：従軍看護婦たちの手記―戦前・戦中・戦後（『医学史研究』No.96.2014.）

津村ナオミ（1922年生まれ）、肥後喜久恵（1924年生まれ）両氏の「個人史」が編者の聞き取りと本人達の手記によって構成されている。

津村氏は香川県出身

1942年看護婦免許取得

1944年7月、日赤召集状を受け旧満州の陸軍病院に勤務。敗戦後、ソ連軍捕虜として看護婦勤務

1946年4月―1955年7月まで、中国人民解放軍に有資格者として抑留

そして戦後

1979年、「日赤従軍看護婦の会」を設立。

という経歴の持ち主。「手記の中見出し」だけ拾うと以下ようになる。

- ・よい自然環境に育った子ども時代
- ・看護婦への道
- ・戦時の救護看護婦として
- ・従軍看護婦と軍隊
- ・満州延吉陸軍病院（満州九八七部隊）
- ・敗戦の報を聞いて
- ・敗戦 関東軍の捕虜
- ・解剖
- ・青酸カリを渡されて
- ・ソ連軍が来た
- ・満蒙開拓青少年義勇軍の子どもたち
- ・発疹チフスの大流行
- ・ソ連軍看護婦と病棟で働く
- ・ソ連軍の引き上げ、死者の埋葬
- ・爆轟はなかった
- ・ソ連軍が病院を去る日
- ・延吉というところ
- ・帰った2人の看護婦
- ・困難を極めた引き上げ
- ・抑留 八路軍に組み込まれ内戦に参加
- ・結核の発病
- ・内戦の4年間
- ・中華人民共和国成立 日本を想う
- ・初歩的な看護教育
- ・軍の規律、そして思想教育
- ・解放軍での生活
- ・訴苦運動 民族幹事

- ・蠅との戦い
- ・中国の兵はちょっと違う
- ・三反五反運動
- ・眼科の仕事は助理医生として
- ・朝鮮戦争開戦
- ・河北省石家荘への移動
- ・自求愛国際和平病院と朝鮮戦争
- ・旧満州の各地を通訳などしながら行く
- ・帰国のチャンス
- ・昭和19年 歌唱指導
- ・足洗い
- ・年末の行事あれこれ
- ・子どもの遊び
- ・松茸いっぱい

「手記」の「中見出し」を拾いながら「ライフ・ヒストリー」を構成すると、以上ようになる。

肥後氏は長野県出身

1942年、日赤甲種救護看護婦養成所入学

1943年、繰上げ卒業

1944年3月、日赤召集状を受け旧満州国の陸軍病院に勤務

敗戦後は

1946-1949年 八路軍後方医院などに勤務

1950年10月 中国人民志願軍へ

1954年6月 四川省成都省立医院勤務

1958年7月 白丸山にて帰国

1959年 代々木病院勤務

1984年 代々木病院定年退職

肥後さんの方は長野県の「2反百姓」の子どもとして生まれ「間引き」を免れたところからスタートしている。大正13（1924）年生まれで、私より3歳年長である。「2反」という単位の分からない人が増えているので、ちょっと説明を加えることにする。北海道十勝での現地調査のとき、日本としては巨大経営の畑作農家を訪れたとき、主人は小豆畑を指さして

「1列1反ですわ」

と説明した。翻訳すれば幅1間とすれば300間の長大さ、ということである。

30町から40町（1町は10反）の経営規模を持つ畑作農家の国保税は「資産割りが80%」と聞いて

驚いた。凶作でも農産物価格の暴落があっても「資産割り」だけで国保税の上限まで取れるようになってからである。

肥後さんの家は十勝農家の「2列分」しかなかったわけだが、内地的感覚ならば電車の車窓からみえる圃場整理された田圃1枚がほぼ10間掛ける30間イコール300坪（1反）である。そして、1反から米の収穫量は地域差があるがざっと2石、2反で4石、小作料をとられれば、とても食べていけない収穫量であった。

しかし、戦後、この「1反」を中小不動産が買収して宅地化すると、びっしりと2階建てが10軒ないし20軒立ち並び、その1軒をローンで購入するために一生働き続けるわけである。

また「3反兼業農家」という言葉もある。私の住んでいる地域では5月の連休前と後では景色が一変する。それは、平素、パソコンなどを操作していた都市サラリーマンが田植え機械を操作して、連休の間に田植えをやってしまうからである。これは将来へのヒントとなる「高度な兼業」というべきだろう。

以上、「2反百姓」関連事項を説明して肥後さんにもどる。

- ・間引きをまぬがれた子ども
- ・伊那谷のくらしを支えた蚕
- ・蛹の佃煮を蛋白源に
- ・農作物も馬も供出に
- ・軍国の乙女に育つ
- ・女でも戦争に行ける
- ・天皇の家来として
- ・軍隊に準じた教育
- ・学習科目に担架訓練
- ・結核、伝染病、栄養失調
- ・卒業後、念願の教師に
- ・召集状は一族の名誉
- ・見渡す限りのアカシヤの花
- ・手作りの湿布
- ・「お母さん」って私の手を握って
- ・茶碗の数を合わせる
- ・看護婦の養成教育に
- ・星1つは兵隊さんなら二等兵です
- ・空襲の空を眺めて

- ・敗戦を迎えて
- ・本当の戦後がはじまった
- ・八路軍がやって来た、武装解除
- ・意外な待遇
- ・ドイツ語が役に立つ
- ・君たちは悪くない、僕らの友人だ
- ・患者の薬殺
- ・開拓団の人々
- ・生きて日本に帰るために残った
- ・豚の背中の上で移動
- ・性病の治療にあたる
- ・昼夜を問わず歩く
- ・聴診器のゴム管で試みた経管栄養
- ・握雪音、触知すればガス壊疽
- ・回虫が傷の膿を食べる
- ・万里の長城を跨いで越える
- ・中国ではお医者さんになったのです
- ・中華人民共和国の成立
- ・あなたの思想は富農の思想
- ・人民批判
- ・苦しみを訴えること何もありません
- ・落子份子のレッテル
- ・私だけが思想が変わらない
- ・中国共産党って
- ・大医は国を治し、中医は人を治し、小医は病を治す
- ・開門見山
- ・日本住血吸虫病の駆除
- ・みんなで蚊を退治
- ・病気にならないようにする
- ・文盲をなくす運動
- ・生産性を上げる
- ・我々のことを取り上げてくれる政府
- ・映画で日本の様子を知る
- ・変わったのは、学習をしてから
- ・土産のタバコを取り上げられた
- ・私服警官が毎日来る
- ・戦争は人の命を奪うもの
- ・女ひとり生き、ここに平和を願う
- ・朝鮮戦争の時に日赤は召集された
- ・代々木病院に就職

●なぜ、従軍看護婦イコール日赤看護婦？

お二人の個人史を読んで、多少とも国際感覚のある人なら、「軍看護婦」と「ボランティアとしての日赤」とは別のものであるはずなのに、なぜ日本では一体化しているのか、という疑問が湧くはずである。日赤看護婦に軍人同様の赤紙の召集令状〈図1〉が来て、実質的な軍看護婦が赤十字のおおきな腕章〈図2〉をつけているのはなぜだろうか。こんな疑問が湧きそうで湧かなかったのは、日清戦争の年（1894）にできた『婦人従軍歌』で日赤看護婦は戦場で働くものと、教え込まれてきたからではないか。そもそも赤十字とはなにか。

「中世末期、十字軍の遠征は多くの病者や傷者を生んだ。兵士たちの手当のために軍事看護制度が発達したが、それは戦闘行為や病院防衛のために必要な男子を除く形で編成され、赤十字のエンブレムをつけた。」（Joseph T.Catalano:Nursing Now. 3版。2003.F.A.Davis）

十字軍はイスラム・サイドから見れば侵略・殺戮・略奪の軍隊である。だからイスラム圏は「赤

新月」、イランは「赤獅子太陽」、イスラエルは「ダビデの赤盾」である。

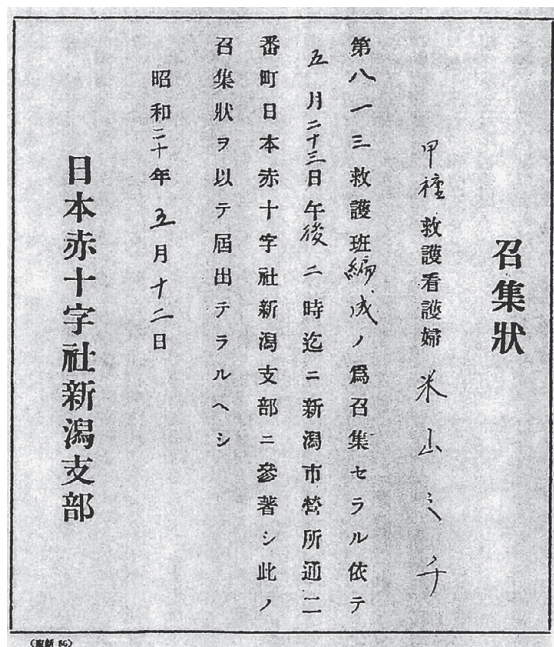
このような怪しげな起源をもつ赤十字が日本では軍看護だけではなく看護婦養成の上でマジョリティー的勢力を占め、日赤病院では日赤以外の養成施設出身者が「他卒」として差別されたりするのはなぜか。その要因のひとつはちゃんとした世界看護史が教えられていないからではないか。ここでも「高速・世界看護史認識」が求められていると思う。

●「世界看護史・100話」を考えれば

そこで、私なりに社会科学的骨格をもった「世界看護史」を考えれば、以下ようになる。ある看護雑誌にアメリカの南北戦争での戦死者62万人と書いたら「国籍別に書いてくれ」という注文が来た。歴史教育は大変である。

1. 近代看護以前のエピソード
2. 十字軍の医療部隊—赤十字の起源は？
3. 中世の医療機関—「シャリテ」と「オテル・

〈図1〉赤紙に印刷された日赤看護婦の召集令状



日本赤十字社が発行した看護婦召集令状。軍隊と同じく、赤紙に印刷されている。

〈図2〉大きな赤十字の腕章・津村ナミエさんの制服姿



戦地へ行く前に日赤の制服姿で撮影（津村ナミエ）

- デュ」
4. 修道女的看護—ヴァンサン・ド・ポール
 5. 侍医の時代
 6. 「看護は教会から生まれ、軍が育てた」
 7. プロテスタント看護婦（独）—テオドル・フリードナー
 8. エリザベス救貧法時代の看護
 9. 戦争と近代看護
 10. 『看護覚え書』と『病院覚え書』—そのころの病院
 11. てん狂院法（The Lunatic Asylum Act.1845.）
 12. 小石川養成所の看護
 13. イギリス産業革命と不潔
 14. コレラと貧民窟
 15. ナイチンゲールとチャドウィック—都市と野戦病院
 16. 訪問看護—ウィリアム・ラズボーン（1859）
 17. 南北戦争とクララ・バートン（1821-1912）
 18. 「ミドル」と Private Duty Nurse
 19. 後追い看護システム
 20. 西南戦争と博愛社
 21. 1887年のフロア・ナースの Duty
 22. 「流出民も流入民も英国史の特徴」
 23. アイルランド看護史の意味
 24. 救貧看護研究所（1889）
 25. デトロイト看護学院（1893）
 26. 「婦人従軍歌」（1894）
 27. 公衆衛生看護婦
 28. 母子保健と看護
 29. 米西戦争（1898）と看護部隊—敵はマラリア
 30. ボーア戦争（1899-1902）と修道女的看護婦の無能
 31. 学校看護婦（1904）
 32. 日露戦争（1904-05）と看護—英国が見習った日本の軍看護
 33. 移民と看護
 34. 暗黒の看護—学生か、労働者か、徒弟か
 35. 社会保険と看護の三層化（独）
 36. 保険医スト（独）1913
 37. 総力戦（第1次大戦）と看護マンパワー—米陸軍の黒人看護婦採用
 38. 反ミリタリズムの看護婦とヘンリー・ストリート・セツルメント
 39. ラビニア・ドックとクロポトキン
 40. 『前線の看護婦』
 41. リハビリ職種（OT, PT）の分化
 42. ホーム・ヘルプ、ホーム・ケア—母子福祉法（英、1918）とフランス最初のホーム・ヘルプ（1920）
 43. 看護婦不足—Registration of Nursing Act（1919）
 44. 在宅看護年表
 45. 病院看護の時代へ—ゴールドマーク報告（1923）
 46. 1930-40年代の看護
 47. ドーソン報告と保健所の看護婦
 48. ナーシング・ホーム、私的ナーシング・ホーム
 49. 映画『白衣の天使』（1936）
 50. 生命保険会社の保健婦
 51. 英国のナーシング・ホーム法（1939）
 52. 日本赤十字社の軍事的性格
 53. 国際看護婦組織
 54. 戦時救急医療
 55. 日中戦争と従軍看護婦
 56. 病院船と看護婦
 57. 第2次世界大戦と看護婦の医師代用化（米）—『看護診断』（1939）
 58. 看護要員の大量要請—ペンタゴンの医療経済学
 59. 看護婦の三層構造とチーム・ナーシング
 60. 占領下の看護—ステータスの引き上げになったか
 61. 朝鮮戦争と MASH—RN 中心の「移動外科手術部隊」
 62. 看護が取り込んだ理論—Maslow（1954）など
 63. 看護婦、少佐級に—昔は看護婦兵隊、婦長下士官
 64. 看護協会ご推薦映画『明治天皇と日露戦争』
 65. 病院給食と看護婦
 66. 60年安保と病院スト
 67. ベトナム戦争—救急ヘリとインターネット
 68. 「看護と社会政策」という視点
 69. ANA の「社会政策声明」（1980）
 70. 准看とナーシング・ホーム
 71. ケアの市場化
 72. 社会福祉の「看護下働き」への組み込まれ
 73. 移民とケアラー

74. 「カリブ看護婦」という言葉—プエルト・リコの場合
75. 植民地主義とグローバル・ボトムライン・オリエンテーション
76. イスラム圏の看護は？
77. 看護の代替化
78. PT 助手
79. ホームケア助手と母子ホームケア助手
80. Medical Assistant と Health Unit Coordinator
81. 下働きの貧困—黒人の看護助手
82. 向き合わない看護へ
83. マネージャー看護婦と NP
84. DRG とケアプラン（退院促進プラン）
85. 看護理論の動向
86. 暴力・虐待・看護・ジェンダー
87. 地域看護
88. 災害看護
89. デイケア
90. 「引退の里」運動
91. ホスピス看護と緩和ケア
92. NANDA「看護診断」
93. 家族看護と地域看護診断
94. 情報技術と看護
95. 全人的看護とゼネラリスト看護師
96. リーダーシップと職種間連携
97. マネージャーと医師代替職への引き裂かれ
98. 外国人看護師用英語
99. 踏みとどまるべき地点の探求
100. 看護師のはたらきかけ

38番と39番とは、なぜか、日本の看護史ではカットされている問題。ニューヨーク、マンハッタンの移民・貧困街、ヘンリー・ストリートで訪問看護やセツルメント運動に取り組んでいた看護師たちの「欧州大戦にアメリカは参戦するべきではない」という「反ミリタリズム運動」で短期間に1万5千人を組織したと言われている。

指導的看護師、リリアン・ワルドは「訪問看護の先駆者」として、ラビニア・ドックは看護書の著者として紹介されることはあるが「反ミリタリズム」はカットされているのが日本の看護史である。この時期、マーガレット・サンガーが「戦争は階級闘争であり、戦争で死ぬのは貧しい人達」

と主張したことなども含めて、看護書ではなく、『戦争と公衆衛生』と訳すべき本（Barry S. Levy: War and Public Health. 1997. Oxford Univ. Press.）から採った。

68番の『看護と社会政策』はイギリスの本で、日本の看護書で「社会政策」という言葉はまず登場しない。

説明を加えればきりがないが、大事なことは100話ぐらいフラッシュ的に浮かんでくる頭の回転力をつけることで、絶えず視点を変えながら「世界史」をかけめぐることである。

なお、これは「看護史」だから（関係ない）などと考えるはならない。〈図3〉は、本人が知らない間に「社員」にされ、町内会などを通じて「社費」を取られている1800万人の巨大組織の物語りである。そして、そこで養成された看護婦が軍御用を一手に引き受けてきた歴史こそ、日本国民の自分史と看護史との接点である。

第2次世界大戦末期、姫路師団の幹部が「もうフィリピン派遣はやめておきなさい」という忠告を振り切って、姫路日赤の幹部は看護婦を送り込み、悲惨な最後を遂げさせている。飢餓と疲労のなかで、最後まで残しておいたミニマムの化粧品で、みずから「死に化粧」をして死んだ看護婦もいる。

1950年の朝鮮戦争時には、「占領軍の命令」と称して、九州北部の日赤看護婦に召集令状を出したのも日赤本社であり、この問題への責任の取り方の曖昧さは、これからの禍根となりうる曖昧さである。

●30分で世界史を歌う試み

やはり、「高速・世界史認識」のためには、視点を変えながら高速で世界史を駆けめぐることが必要ではないか、歌で30分で世界史を駆け抜けてみよう、という試みが「第166回・医療政策学校」（2019.4.19.）出の「高速・世界史認識法・試論—世界史を歌で駆けめぐる30話」で、実際には1時間以上かかってしまったが、以下はそのときのレジュメ。

1. 情報の連鎖化
2. 近代前夜に聞こえてくるもの

〈図3〉野村拓監修『日本赤十字社の素顔』(2001. あけび書房)

素顔

あなたはご存じですか?



野村 拓【監修】
赤十字共同研究プロジェクト【著】
太田千枝子／岡田光久／岡野孝信／川口啓子／河野昌晃
黒川章子／城丸瑞恵／津村ナミエ／肥後喜久恵／平尾真智子
平山武久／藤田省吾／守屋ミサ

日本赤十字の

1800万人の 巨大組織の実相

あなたも知らないうちに
日赤会員かも!?

日赤職員、研究者、
元従軍看護婦などの
画期的共同労作

国民のための日赤像も提言する

あけび書房

3. 姫君たち
 - ・「スペインの姫君」(ボレロ)
 - ・「姫のみおごりてわれらは飢ゆる」(「ステンカ・ラージン」)
4. 大航海時代をリードしたスペイン
5. ボレロ、そしてトロピカル・リズム
 - ・歌劇「カルメン」のなかの歌
 - ・ラベルの「ボレロ」
6. コンチネンタル&アルゼンチン・タンゴ
 - ・アルベニスの「前奏曲とタンゴ」
 - ・「カミニート」「ジーラ・ジーラ」
7. モーツァルトがはやめたフランス革命
 - ・「フィガロの結婚」
8. 歌曲の時代、そして大編成シンフォニー
 - ・シューベルトから「アメリカのシューベルト」フォスターまで
 - ・大編成シンフォニーと「第九」の合唱
9. 文学とオペラ
10. 大衆化—浅草の三文オペラ
11. 近代音楽の急速受容
 - ・「チョンマゲ・バンド」と「がに股ワルツ」
12. 古・軍歌と軍楽隊ワルツ
 - ・「如何に狂風」(1894)
 - ・「婦人従軍歌」(1894)
 - ・「美しき天然」(1897)(作者は海軍軍楽隊)
13. 近代音楽—「荒城の月」から「早春賦」
14. 恋の輸入ソング
 - ・「ゴンドラの唄」
 - ・「カチューシャの唄」
 - ・「恋はやさし」
15. 第1次大戦と「ティペラリーの歌」
 - ・アイルランドとスコットランドの歌
16. 「戦間期」のメロディー—ラジオ、蓄音機、流行歌集、百曲集
 - ・タンゴ
 - ・シャンソンと宝塚
 - ・「小さな喫茶店」
 - ・「暗い日曜日」
 - ・「マドロスの恋」
 - ・「コロラドの月」
17. 「森の小径」(1940)と「蛸の遺骨はいつ帰る」
 - ・学徒出陣(1943)と「抜刀隊」
18. クラシック回帰と「うたごえ」
19. 「第三の男」と「カフェー・モーツァルト・ワルツ」
20. 「ラ・メール」心を揺する調べ
21. タンゴとバンドネオン
22. ウェスタン・カーニバルとカントリー・ワルツ
23. マリリン・モンローと「帰らざる河」
24. アメリカの「州歌」
 - ・ケンタッキー州「マイ・オールド・ケンタッキー・ホーム」
 - ・カンザス州「峠のわが家」
25. Nurse Practitioner の定義は州の数だけある
26. ベトナム反戦歌
 - ・頭蓋骨の歌(「しゅれこうべと大砲」)
 - ・「花はどこに行ったの」
 - ・「風に吹かれて」
27. 別れ、悔恨、終末
 - ・「思い出のグリングラス」
 - ・「カヴァレリア・ルスチカーナ」
 - ・「アヴェ・ヴェルム・コルプス」
28. Too Young から Too Old まで
29. 「第九」と「舟歌」
30. 世界医療の十字路・日本の「皆保険」とグローバル・ド・演歌

●うたおう人生のアリアを

私が考える「高速・世界史認識法」は、視点を変えながら世界史を駆けめぐることだが、駆けめぐるだけではなく、世界市民的連帯の手掛りを示すことにつながらなければ意味がないだろう。かつて、フィリピン・マレーシアに公務海外出張したとき、乗船したノルウェーの貨物船がブルネイ公国(現在の「ブルネイ・ダマサラーム国」)のラブアン島に着いたとき、後を追うようにイギリスのヘリ空母が入ってきた。そして、島への上陸は許可されなかった。そして、最近、この島が多国籍企業のための脱税用のペーパー・カンパニーの所在地であることがわかった。

軍事基地のなかに、庶民を欺く脱税・多国籍企業が存在し、国民国家の手がおよばないのであれば、あらためて国際連帯の手掛かりをみつけないといけない。「歌」など、その有力な手掛りに

なるのではないか。言葉は通じなくても「歌」は国境を越えて「気持ち」を運んでくれる。

ベトナム戦争のころ歌われた「花はどこに行ったの」のルーツはコザックの子守歌であった。「頭蓋骨の歌」はシチリア地方の民謡であった。ボブ・ディランが「風に吹かれて」を歌うとそこはかとなく「木やり歌」のようなニュアンスが感じられる。マレーシア派遣のイギリスの公衆衛生医の奥さんは出身地のスコットランドに帰りたがって「ロッホ・ローモンド」を歌った。この「ロッホ・ローモンド」をスコットランドの樵が歌うと、な

んとなく日本の日向地方の民謡「刈り干しきり唄」に似たニュアンスがある。北島三郎の「与作」はイスラム圏でばか受けて、八代亜紀の「舟歌」はブロードウェイで通用するだろうといわれている。

横暴な多国籍・脱税企業に対抗する世界市民連合の歌としては「グローバル・ド・演歌」がふさわしく、「グローバル・ド・演歌」を「人生のエリア」として歌うべきだろう。

(のむら たく、医療政策学校主宰)

漁村人口減少対策と非営利・ 協同組織の機能に関する研究

宮澤 晴彦

1. 研究の狙いと計画

わが国では今日に至るまで漁業就業者の減少が続き、多くの漁村で人口減少が深刻な問題となっている。特に北海道では日本海地域でそうした漁村が多い。

しかし、衰退傾向にあった北海道日本海側の漁村で、近年若手漁業者が増加傾向に転じた地域が現れてきた。そこでは、地域外からの新規漁業参入者を受け入れ、漁協を中心とした協同運動により彼らの定着化を図り、人口減少に歯止めをかけようとする動きが広がっている。とりわけ地域資源の集団的・合理的利用を目的とした新たな非営利・協同組織の形成と、そこで生み出された利益の平等配分による漁業者の生活改善・漁村維持機能は注目に値する。

そこで本研究では、第1に、漁業センサス等の統計解析により、北海道日本海地域において若手漁業者が増加に転じた漁業地区を明らかにし、調査対象地区を特定する。その上で第2に、数か所の漁業地区で現地調査を実施し、対象地区の漁業構造と漁場利用の実態を踏まえ、若手新規漁業参入者の就業条件や政策的支援の実態等を関係者へのヒアリングに基づき明らかにする。また第3に、漁協を中心とした非営利・協同組織の活動内容とその成果を、現地での資料収集等に基づき具体的に把握し、新規漁業参入者の定着化や漁業経営の安定化、地域社会の活性化、人口維持といった視点からその機能を評価する。さらに第4に、漁村に移住した若手漁業者家族（漁業者及びその配偶者）の漁村生活に関する意向をインタビューないしアンケート調査によって把握し、将来に向けた課題と他地区への適用可能性等について考察する。

2. 調査等の実施経過

まず2016年7月以後、漁業センサス等の既存統計資料の集計分析を行い、漁村就業構造に関する北海道日本海側地域の相対的な特徴を把握した。その結果に基づき、同年9月以後、下記のように現地調査を実施した。

〈2016年〉

- 9月11日～13日；寿都町漁業協同組合及び寿都町役場でのヒアリングと資料収集
- 10月5日～6日；北海道水産会（札幌市）におけるヒアリングと資料収集
- 10月21日～23日；ひやま漁業協同組合江差支所、江差町役場、檜山総合振興局でのヒアリングと資料収集
- 11月25日～27日；寿都町漁協地区における漁業者ヒアリング

〈2017年〉

- 7月2日～4日；ひやま漁協江差支所における漁業者ヒアリング
- 10月1日～6日；りしり漁業協同組合沓形支所及び利尻富士町、利尻町役場におけるヒアリングと資料収集、漁業者ヒアリング

また、2017年11月10日に行われた北日本漁業経済学会第46回大会において、「新規就業者確保育成に向けた地域的支援対策の課題—北海道内の事例による検証—」と題して研究成果を発表した。なお、発表した内容は、北日本漁業経済学会誌『北日本漁業』に投稿し、同誌第46号（2018年8月、pp35-47）に同様のタイトルで掲載されている。

3. 研究結果の概要

(1) 漁業就業者の動向に関する統計分析

わが国では1980年代以後、漁業就業者が全国的に減少し続けている。男子漁業就業者は1983年から2013年までの30年間で57.3%も減少し、北海道でも同時期に39.4%の減少となっている(表1)。

また、道内における地域別の動向をみると、特に後志地域や檜山地域といった北海道日本海側南部での減少が著しく、利尻・礼文等の島嶼部も同様の傾向であった。こうした地域では高齢者比率が高く、上層比率(漁獲金額2000万円以上の漁業経営体の比率)が低い。つまり、地域漁業の生産力が低く、高齢化の進んだ地域で漁業就業者の減少が顕著となっているのである。

しかし、10年毎の減少率をみると、近年その値が低下する傾向も確認し得る。また、表示は省略するが、若年漁業就業者のコーホートの動向に注目すると、1990年代後半以後、その値が多くの地域で増加傾向に転じていることも確認された。そ

して、このような動きは漁業就業者の減少率が高かった北海道日本海側地域においても、幾つかの漁協地区において看取し得た。要するに、漁業就業者の減少が激しかった地域において、近年は若年層の増加により減少率が低下する傾向が見られたのである。もちろん、このことは沿海市町村においても、人口減少の歯止めになり得る動きとして期待が寄せられた。

そこで、若年漁業就業者が近年増加している漁業地区、とりわけ外部からの新規漁業参入者を多数受け入れている漁業地区を抽出し、若年層増加の要因を実態調査により明らかにすることとした。

(2) 調査対象地区の漁業就業構造と自治体の新規漁業就業者支援対策

調査対象地区としては、寿都町漁協・歌棄地区(後志)、ひやま漁協・江差地区(檜山)、利尻漁協・杓形地区(宗谷)を抽出した。何れも近年若年漁業就業者の増加がみられ、寿都町と利尻町では国の研修制度を利用した新規漁業参入者の受入

表1：漁業就業構造に関する道内支庁別の諸指標値

(単位：%)

	男子漁業就業者の増減率				年齢層別男子漁業就業者比率(2013年)		漁獲金額階層別漁業経営体比率	
	1983年 →2013年	1983年 →1993年	1993年 →2003年	2003年 →2013年	若年層比率	高齢層比率	下層比率	上層比率
全国	-57.3	-30.0	-22.8	-21.1	18.4	34.2	69.1	9.5
北海道	-39.4	-24.2	-22.3	2.8	27.7	22.5	45.1	16.1
留萌	-42.1	-23.7	-25.2	1.5	27.5	25.0	38.4	29.3
石狩	-23.4	-14.5	-26.3	21.5	25.0	32.8	59.3	17.8
後志	-64.2	-39.6	-29.3	-16.2	19.2	36.5	51.2	10.9
檜山	-67.0	-47.9	-11.9	-28.2	14.1	44.0	74.6	4.0
渡島	-59.0	-26.7	-30.4	-19.5	20.0	31.5	47.3	15.8
胆振	-23.1	-18.7	-18.0	15.3	31.2	21.2	28.8	29.1
日高	-29.1	-16.1	-15.0	-0.6	26.2	23.9	67.6	11.1
十勝	-15.4	-16.7	-19.6	26.3	26.9	13.9	57.7	17.4
釧路	-44.2	-23.1	-24.1	-4.5	26.7	21.4	47.4	10.0
根室	3.4	-8.4	-12.2	28.5	32.0	10.5	24.7	24.2
オホーツク	11.9	-10.9	-8.2	36.9	44.1	8.9	28.2	23.5
宗谷	-33.0	-24.7	-24.5	18.0	26.5	26.7	60.8	12.6

資料：漁業センサス

注1) 若年層比率=39歳以下/総数、高齢層比率=65歳以上/総数

2) 下層比率=漁獲金額500万円未満/総数、上層比率=漁獲金額2000万円以上/総数

が非常に多い。

これら漁業地区における調査の結果を以下に示す。

●寿都町漁協・歌棄地区

地域漁業の柱は定置網・底建網漁業であり、2000年代に入って補助事業で網規模を拡大してから水揚げが増加した。また、この時期に国の補助事業で雇用型の研修生（新規漁業参入者）を、定置網・底建網漁業経営体が多数受け入れた。

これに対する町の新規漁業参入者支援対策としては、低家賃の住宅斡旋、資格取得費用補助、町独自の短期研修制度創設等、かなり手厚い内容であった。

●ひやま漁協・江差地区

地域漁業は200海里規制、スケトウダラ資源の減少、スルメイカの不漁等によって基幹的漁業が衰退し、沿岸の雑多な小規模漁業を組み合わせる営む零細漁家が大半を占める状況となっている。若手の新規漁業就業者もこのような零細漁家の子弟または雇われのＩターン者である。

なお、この地区では地元自治体の直接的新規就業者支援施策がまったく行われておらず、若手漁業者の育成については、漁協を中心とした漁業者集団の自主的取り組みが不可欠となっていた。

●利尻漁協・沓形地区

この地域ではコンブ採取、コンブ養殖、ウニ採取を組み合わせた漁家が基軸となっていたが、引退、廃業、離村が相次ぎ、養殖施設にも多数の空きが生まれていた。そこで、コンブ養殖漁家への弟子入りという形で、国の補助事業による独立型の研修生（新規漁業参入者）を、既存のコンブ養殖漁家が多数受け入れていた。

町の新規漁業参入者への支援施策は大変手厚く、住宅斡旋、資格取得費用補助、3か年で100万円の着業支援金支給、独自の短期研修「利尻DE漁師道」、等が行われている。

（3）漁協を中心とした非営利・協同活動の内容と成果

漁村地域の非営利・協同組織の代表は漁協であ

る。調査対象地域では、自治体の支援施策に加え、漁協を中心とした種々の取り組みが、若手新規漁業就業者の受入・育成について大きな役割を演じていた。

以下その点を地区ごとに概括する。

●寿都町漁協・歌棄地区

漁協では組合員の減少に歯止めをかけるため、道内でもいち早く新規漁業参入者の受入に注力してきた。そして受け入れた若手漁業者の定着化を図るため、①新規参入1年目で正組合員資格を付与し、②ウニ採取やタコいさり等磯根漁業の行使を認め、③遊休化している磯船の無償譲渡・貸与等を行ってきた。また、ホタテガイ・カキの養殖施設を新規増設し、若手新規参入者の属する経営体に優先的に配分する措置も講じている。このことは、近年定置網・底建網漁業の水揚げが減少し、若手新規参入者の給与が減少していることに対応するもので、地域の漁場利用を再編し、若手漁業者に副収入を付与しようとする試みといえる。

加えて歌棄地区では、地区内漁業者全員が加入する新たな非営利・協同組織として、アワビ・ナマコ漁業協業体を立ち上げている。この協業体は従来の個別的・競争的操業をやめ、2名のダイバー（正組合員）に漁獲、蓄養、販売、資源管理の責任を集約して効率的・組織的操業体制を作り、得られた利益を構成員全員に平等配分するというものである。その利益配当は1人当たり毎年80～90万円程度を実現しており、若手新規参入者の確保・定着化に大きく寄与している。

●ひやま漁協・江差地区

江差地区では、ひやま漁協・江差支所の職員が指導して、多数の組合員が早い時期からナマコの増殖事業に取り組んできた。近年ナマコの価格が急上昇してきたことから、漁協はこの事業を地区内組合員全員が加入する協同組織「ナマコ増殖協議会」の仕事として組織化する。この組織はナマコの種苗生産・放流を共同作業（班ごとのローテーション）で行うとともに、放流したナマコの漁獲・水揚げをダイバーに委嘱し、得られた利益を全組合員に一定の方法で配分するというものである。その配当額は、過去10年ほどの動きをみると

1人当たり50～60万円程度となっている。

このことが寿都町の事例と同様に若手漁業者の定着化を促すものであることは言うまでもないが、加えてこの地区では若手漁業者が「潜水部会」という新たな漁業生産組織を立ち上げている。この組織は上記の協議会と漁場を区分し、主に沖合でナマコの漁獲を集团的に行っている。また、ウニの移植や親ナマコの採捕、他地域での種々の依頼仕事等を請け負い、得られた全ての収益を合算し、そこから全ての経費を差し引いた利益を、構成員に出役に応じて配分している。この若手集団の漁業生産組織は、1人当たり80～100万円程度の配当を付与するとともに、若手漁業者の親睦・交流・相互教育の場としても機能しており、若手漁業者の意欲と自主性を高めるものとなっている。

●利尻漁協・杵形地区

この地区では、前2地区のような共同操業組織は作られていないが、寿都町漁協と同様に、利尻漁協・杵形支所が新規漁業参入者に対して、①参入1年目での正組合員資格付与、②出資金最低額の減額と分割支払い容認、③ウニ・コンブ採取、タコいさり等磯根漁業の行使資格付与、④遊休化している磯船の無償譲渡・貸与等を行っている。

また、この地区では多くの新規漁業参入者が独立型の研修生としてコンブ養殖漁家の親方の下へ参入しているが、この独立型の場合、研修生は3年間の研修終了後、親方下での雇用者という形を離脱し、漁業経営者として独立しなければならないものとされている。しかし、3年間で完全に独立できる研修生はほぼ皆無であり、漁協は共同経営型の移行方式をとるよう指導している。その方法だが、新規参入者は3年の研修期間を終えても資金や技術の蓄積が不十分であることから、遊休化している多少の養殖施設を新規参入者に貸し出し、この追加施設を親方と共同経営の形で使用する。そして、将来十分な資金と技術を蓄積したら、親方との共同経営を解消して独立するというものである。このような「助走期間」を設けた無理のない自立化の道を保証することは、新規参入した若手漁業者の育成・定着化に大きく寄与する

ものとなっている。

以上述べたように、各地区において自治体の支援に加えて、漁協を中心にした漁業者の非営利・協同組織が、新規漁業参入者等、若手漁業者の確保・育成に重要な機能を果たしていることが確認できる。むしろ、行政がいくら側面的支援施策を講じても、このような漁業現場での協同運動が行われていなければ、若者を呼び込み、漁村に定着させることは不可能と見るべきであろう。

(4) 漁業者ヒアリングによる今後の課題の析出

本研究では新規漁業参入者を中心とする若手漁業者やその配偶者に面接調査を行っている。そこで彼らが指摘していた、今後の課題として主なものを列記する。

第1は、技術習得の困難である。漁業の場合、農業のようなマニュアルやテキストが全くなく、専ら親方の指導とOJTにより技術を習得していくしかない。道立漁業研修所で資格を取るための基礎的研修を受けることもできるが、現場での技術を学ぶことはできない。したがって、教師となる親方の資質や能力に技術習得の良否が左右されてしまう。この点では親方の資質の向上や技術指導の在り方に関する研究が今後必要とされよう。

第2は、自立化のための資金援助である。この点、漁業では農業に比べて立ち遅れているように思う。一般に若手漁業者は借入能力が低く、自立に必要な乗り出しの資金が不足しがちである。これについては何らかの政策的支援方策を検討する必要がある。

第3は、生活条件の改善である。この点では特に若手漁業者の配偶者から、女性の就業条件が劣悪であることや出産・育児・子育て環境の不備などが指摘されていた。漁業者の就業環境のみならず、女性の就業・生活条件にも目を向けた取り組みがさらに検討されねばならない。

(みやざわ はるひこ、北海道大学大学院水産科学研究教授)

研究助成報告(機関誌掲載など)

- 「非営利・協同に関する意識調査」(岩間一雄)『いのちとくらし研究所報』16号
- 「往診専門診療所の満足度調査」(小川一八)『いのちとくらし研究所報』17号
- 「介護労働者における職業性ストレスに関する研究」(富岡公子、他)『いのちとくらし研究所報』22号
- 「立位、歩行装具のロボット利用の可能性について」(細田悟、沢浦美奈子、平松まき)『いのちとくらし研究所報』24号
- 概要報告「京都地域における大学生協の歴史的研究」(井上英之、他)『いのちとくらし研究所報』31号
- 概要報告「介護される人と介護する人の安全性・快適性向上を目指した介護・看護労働者の労働負担軽減に関する介入研究」(埴田和史、佐藤修二、田村昭彦、服部真、舟越光彦、山田智、北原照代)『いのちとくらし研究所報』32号
- 「脳卒中慢性期患者に対する座位保持装置(キャスパー・アプローチ)による効果の検証」(細田悟、福村直毅、村上潤)2010年第47回日本リハビリテーション医学会学術集会ポスター講演
- 「非営利組織の連携による生活困窮者の『食』の支援に関する基礎的研究報告書」(大友康博、大友優子)『いのちとくらし研究所報』36号
- 「北欧における高齢者のグループリビングと住宅協同組合に関する研究」(上野勝代、上掛利博、佐々木伸子、阪上香、奥野修、大塚瑞希、田鶴遼平)『いのちとくらし研究所報』42号
- 概要報告「老親を在宅介護するひとり介護者の介護に確かな未来を！」(久保川真由美、山岸千恵、浦橋久美子)『いのちとくらし研究所報』44号
- 概要報告「研究助成『津波被災地保健師100人の声』(宮城)プロジェクト報告及び『宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン』の検討」(村口至)『いのちとくらし研究所報』44号(別途報告書『「津波被災地保健師100人の声」(宮城)報告』)
- 概要報告「県、3市1町(船橋、我孫子、旭、一宮)の『防災計画とハザードマップの検証から学ぶ』(鈴木正彦ほか)『いのちとくらし研究所報』45号
- 概要報告「都市と農村が連携した共生経済の可能性の研究」(直田春夫ほか)『いのちとくらし研究所報』48号
- 概要報告「近年の最低生活費の算定方法に関する研究報告書」の概要(金澤誠一ほか)『いのちとくらし研究所報』50号
- 概要報告「『社会的包摂を目指す多層支援システムモデルに関する実証的研究』研究成果報告書」(川島ゆり子ほか)『いのちとくらし研究所報』51号
- 概要報告「旧日本軍遺棄毒ガス被害実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチ

チハル日中合同検診を通して―」(磯野理ほか)『いのちとくらし研究所報』51号 (全文はウェブサイトで公開)

●概要報告「民間研究所論～概要～」(鎌谷勇宏ほか)『いのちとくらし研究所報』52号

●「名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告」(松浦健伸ほか)『いのちとくらし研究所報』53号 (ウェブサイトでも全文公開)

●概要報告「諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究」(高山一夫ほか)『いのちとくらし研究所報』54号

●「中国農民專業合作社における信用事業の展開に関する一考察」(宋曉凱)『いのちとくらし研究所報』55号

●「臨床研修医は現場の医師から何を学び人生の糧としているのか?～いのちを守るための医療者養成の観点からロールモデル像とその影響の解明～」(菊川誠ほか)『いのちとくらし研究所報』56号

●概要報告「宮崎県県北地域における子どもの社会的排除と『排除しないまちづくり』の取り組み」(志賀信夫)『いのちとくらし研究所報』58号

●概要報告「特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究―概要―」(高橋幸裕ほか)『いのちとくらし研究所報』58号

●「認知症早期発見の検診と認知症進行予防教室の取り組み」(山田智)『いのちとくらし研究所報』60号

●概要報告「若狭地域住民の原発関連事業所への就労実態と生活問題に関する調査研究―若狭地域の集落別世帯別就業実態調査による、住民と原発の結びつきの把握―」(高木和美)『いのちとくらし研究所報』62号

●概要報告「高齢化団地における住民の福祉ニーズに対する地域活動の成果と今後の課題」(坂本毅啓・石坂誠)『いのちとくらし研究所報』63号

●「名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告」(渡邊貴博ほか)『いのちとくらし研究所報』64号 (ウェブサイトでも全文公開)

●「北海道の病院看護における労働編成と人材育成―道央の急性期病院: 勤医協中央病院を事例に―」(谷川千佳子)『いのちとくらし研究所報』65号

●概要報告「非営利・協同体における若手職員の育成および主体形成に関する研究―鹿児島・麦の芽福祉社会に注目して―」(石倉康次、深谷弘和、申佳弥)『いのちとくらし研究所報』66号

研究助成報告書(報告書・ウェブサイト公開)

- 青木郁夫、上田健作、高山一夫、時井聡『米国の医療制度改革と非営利・協同組織の役割』

ISBN 4-903543-00-5 (978-4-903543-00-0) 2006年6月発行 (在庫なし、ウェブサイトでPDF公開中)

- Hugosson, Alvar Olof、神田健策、大高研道『地域社会の持続的発展と非営利・協同（社会的経済）の実践—スウェーデン・イエムトランド地域の事例研究—』

2007年9月発行 ISBN 978-4-903543-03-1

- 東京勤労者医療会歯科診療部メンテナンスプロジェクト（代表 藤野健正）『Supportive Periodontal Therapy の臨床的効果について—長期管理における有効性とトラブルの種類と発生率分析—』

2007年12月発行 ISBN 978-4-903543-02-4

- 日野・市民自治研究所地域医療研究会『日野市立病院の現状と改革の方向—病院（医療従事者）と市民と行政の共同を—』

2010年6月発行 ISBN 978-4-903543-07-9

- 磯野理ほか「旧日本軍遺棄毒ガス被害者実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチチハル日中合同検診を通して—」

（概要は『いのちとくらし研究所報』52号掲載、全文はウェブサイトでPDF公開中）

- 松浦健伸ほか「名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告」

（『いのちとくらし研究所報』53号にも掲載、ウェブサイトでPDF公開中）

- 高山一夫、松田亮三、石橋修ほか『諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究』

2016年6月15日発行

ISBN : 978-4-903543-15-4 (概要は『いのちとくらし研究所報』54号に掲載)

- 渡邊貴博ほか「名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告」

（『いのちとくらし研究所報』64号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中）

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

第66号（2019年3月）——【特集】ヘルスリテラシーと非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ：公営住宅の「訪問&相談会」で見えたこと（牛渡君江）
- 【特集：ヘルスリテラシーと非営利・協同セクター】
 - ・HPHの取り組みと課題（舟越光彦）
 - ・八王子・長房団地の友の会活動（竹野ユキコ）
 - ・インタビュー：長房の活動とヘルスリテラシー（高柳新・相澤美里、インタビュアー：竹野ユキコ）
 - ・診療所の師長として地域でみている人達の健康と私の思い（相澤美里）
 - ・介護のヘルスリテラシー：我々は介護に対してどんな備えをしていくことが求められるのか（高橋幸裕）
 - ・活動を見える化することでできること：近藤尚己先生の学習会まとめ（竹野ユキコ）
 - ・イギリスの社会的処方方式と非営利・協同セクターの役割（石塚英雄）
- 論文：社会医学系専門医・考（野村拓）
- 2015研究助成報告概要：非営利・協同体における若手職員の育成および主体形成に関する研究―鹿児島・麦の芽福祉社会に注目して―（石倉康次、深谷弘和、申佳弥）
- 連載〈次世代へのメッセージ〉（4）：もの書き能力の養成―「知的」老後戦略（野村拓）
- BOOK：中川雄一郎『協同組合のコモン・センス―歴史と理念とアイデンティティ―』（日本経済評論社、2018年5月）（野田浩夫）
- BOOK：『「食といのち」をひらく女性たち』佐藤一子・千葉悦子宮城道子編著（農文協、2018年4月）（中川雄一郎）

第65号（2018年12月）——【特集】持続可能な開発目標 SDGs と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ：競争と破壊（杉本貴志）
- 【特集：持続可能な開発目標 SDGs と非営利・協同セクター】
 - ・座談会：持続可能な開発目標（SDGs）をどうとらえるか（中川雄一郎：司会、野田浩夫、富沢賢治、岩本鉄矢）
 - ・SDGsの担い手に関する考察（柳澤敏勝）
 - ・2018GSEF ビルパオ大会参加報告（石澤香哉子）
 - ・マドリッドの社会的市場と社会的貨幣（石塚秀雄）
- 連載〈次世代へのメッセージ〉（3）：「平成医療史」を考える（野村拓）
- 本の紹介：二本立『医療経済・政策学の探究』勁草書房、2018年（高山一夫）
- 2012年度研究助成：北海道の病院看護における労働編成と人材育成―道央の急性期病院：勤医協中央病院を事例に―（谷川千佳子）

第64号（2018年10月）——【特集】いのちとくらしを守る

- 巻頭エッセイ：軍事費を災害と温暖化対策に、の声を広げよう（斉藤和則）
- 【特集：いのちとくらしを守る】
 - ・生活保護基準の引き下げと医療扶助の締め付けにどう対応するか（尾藤廣喜）
 - ・介護保険優先原則問題の本質と課題～浅田訴訟と天海訴訟を踏まえて～（山崎光弘）
- イタリアの家庭医と日本の開業医：15周年記念シンポジウム概要報告（竹野ユキコ）
- 連載〈次世代へのメッセージ〉（2）：雑誌と自分史―「雑」は多様性の演出（野村拓）
- 論文：社会医学系専門医のすすめ（古中文志）
- 2014年度研究助成報告：名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告（渡邊貴博）

第63号（2018年7月）——【特集】住環境とセーフティネット

- 巻頭エッセイ：多様な生き方を認め合う共生社会の実現に向けて、なにを取組むのか（金子努）

○【特集：住環境とセーフティネット】

- ・「新たな住宅セーフティネット法」は貧困居住を救えるだろうか？（中島明子）
 - ・フランスの高齢者をめぐる住環境と高齢者住宅—Abbaye—Bords de Marne—Cité Verte Domicile & Services の事例—（小磯明）
 - ・非営利・協同の資金調達と草の根金融の展望（多賀俊二）
 - ・座談会：2018年診療報酬・介護報酬改定による医療福祉への影響（根岸京田、林泰則、（司会）八田英之）
 - 2014年度研究助成概要報告：高齢化団地における住民の福祉ニーズに対する地域活動の成果と今後の課題（坂本毅啓・石坂誠）
 - 新連載〈次世代へのメッセージ〉（1）：「自分史座標」のつくり方（野村拓）
 - 書評：杉本貴志編、全労済協会監修『格差社会への対抗 新・協同組合論』（日本経済評論社、2017年11月）（松本政裕）
 - 書評：『社会保障レボリューション—いのちの砦・社会保障裁判』編者 井上英夫・藤原精吾・鈴木勉・井上義治・井口克郎、高菅出版、2017年9月（八田英之）
-

第62号（2018年3月）——【特集】非営利・協同の実践と思想

- 巻頭エッセイ：「One for all. All for one.」と自己責任を考える（長瀬文雄）
 - 【特集：非営利・協同の実践と思想】
 - ・イタリア連帯思想並びに社会的協同思想とその実践—資本主義を超える新たな経済体制論—（津田直則）
 - ・（視察報告転載）イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター（石塚秀雄）
 - ・（視察報告転載）ボローニャの医療機関と非営利・協同組織（石塚秀雄）
 - ・自立と包括的ケアのためのネットワーク（MAIA）—パリ西地区のMAIA, CLIC, Reseaux の活動—（小磯明）
 - ・非営利・協同研究の軌（第3回）鼎立社会構想の基盤となる非営利・協同運動の連帯—富沢賢治氏へのインタビュー記録—（久保ゆりえ、菰田レエ也）
 - 2014年度研究助成概要報告：若狭地域住民の原発関連事業所への就労実態と生活問題に関する調査研究—若狭地域の集落別世帯別就業実態調査による、住民と原発の結びつきの把握—（高木和美）
 - 〈医療政策・研究史〉（20・最終回）：第7ステージ（90歳—？）論（野村拓）
 - 投稿論文：NPOと労働者協同組合のクロスロードとしての社会的企業—生活困窮者とワーカーズ・コレクティブとの協同（連帯）実践を事例に—（菰田レエ也）
 - 書評：『協同の再発見：「小さな協同」の発展と協同組合の未来』（田中秀樹編、家の光協会）「小さな協同」の視点から「協同の実践」を捉える（中川雄一郎）
 - 書評：マイケル・マーモット、栗林寛幸監訳、野田浩夫訳者代表『健康格差—不平等な世界への挑戦』（日本評論社、2017年8月）（高山一夫）
-

第61号（2017年12月）——【特集】追悼坂根利幸

- 巻頭エッセイ：人権教育と自主規制教育——医療倫理と道徳科—（尾崎（川堀）恭一）
 - 【特集：追悼坂根利幸】
 - ・故坂根利幸氏の職務の足跡をたどって（根本守）
 - ・坂根利幸さんを偲んで（角瀬保雄）
 - ・坂根さんの宿題（富沢賢治）
 - ・あなたは民医連経営の恩人、いのちとくらし研究所の生みの親です。（高柳新）
 - ・坂根利幸さんと30有余年（二上護）
 - ・坂根利幸氏を偲ぶ（非営利・協同の探求の達人）（石塚秀雄）
 - ・非営利・協同の軌（第2回）：「民主経営」の実務の改善にかけた人生—坂根利幸氏へのインタビュー記録—（久保ゆりえ、竹野ユキコ）
 - ・坂根利幸先生の研究所発行物への執筆一覧（事務局）
 - 山形県における購買生協と医療生協の連携協定の締結について（岩本鉄矢）
 - 座談会：フランスの地域医療介護の動向と在宅入院制度（松田亮三、小磯明、吉中丈志、司会：石塚秀雄）
 - シリーズ〈医療政策・研究史〉（19） 研究者の60-90歳戦略（野村拓）
-

第60号（2017年9月）——【特集】非営利・協同をめぐる動向

- 巻頭エッセイ：輝く看護を、今一度見つめ直す（柳沢深志）
 - 【特集：非営利・協同をめぐる動向】
 - ・2017年度定期総会基調講演：非営利・協同の理念とナショナルセンターづくりの課題（富沢賢治）
 - ・講演録：社会的連帯経済の出現—世界そして国連の動向—（The Emergence of Social and Solidarity Economy in the world & at the UN）（バスカル・ファン・グリータイゼン、訳・まとめ：今井迪代）
 - ・非営利・協同の轍（第1回）：研究者として非営利・協同の実践に携わること—角瀬保雄氏へのインタビュー記録から—（久保ゆりえ、竹野ユキコ）
 - シリーズ〈医療政策・研究史〉（18） 世代的重なりの中の学習（野村拓）
 - 鶴岡市における「介護予防・日常生活支援総合事業」の到達点と医療生協やまがたの取組み（岩本鉄矢）
 - 2014年度研究助成報告：認知症早期発見の検診と認知症進行予防教室の取り組み（山田智）
 - フランスの在宅入院の事例研究—サンテ・セルヴィスの実践と戦略—（小磯明）
-

第59号（2017年6月）——【特集】医療のアクセス障壁を考える

- 巻頭エッセイ：しつけも生活維持も家族に丸投げ—憲法24条改憲と25条—（鈴木勉）
 - 【特集：医療のアクセス障壁を考える】
 - ・医療のアクセス障壁—実態分析への接近と状況把握について（松田亮三）
 - ・2016年経済的事由による手遅れ死亡事例調査（山本淑子）
 - ・千葉県における無料低額診療事業のひろがり（柳田月美）
 - ・東大阪市における国保四四四減免の適用経過と現状（川添一彦）
 - ・資料「＃最低賃金1500円になったら」投稿抜粋（後藤道夫）
 - 地域医療構想策定をめぐる福岡県の現状と課題（洗川和也）
 - フランスの医療事故補償制度の現状（石塚秀雄）
 - フランスの在宅入院制度に関する研究—在宅入院全国連盟の活動と課題—（小磯明）
 - インタビュー：マイナンバー制度と医療分野への影響（石川広己、聞き手：八田英之）
 - シリーズ〈医療政策・研究史〉（17）：医療政策研究者にとっての「平成」（野村拓）
-

第58号（2017年3月）——【特集】ワーク・ライフ・バランス

- 巻頭エッセイ：人間社会のゆくえ（根岸京田）
- 【特集】ワーク・ライフ・バランス
 - ・インタビュー：ストレスチェック時代のメンタルヘルス—労働精神科外来の診察室から見えること—（天笠崇、インタビュアー：門田裕志）
 - ・高齢者介護をめぐるワーク・ライフ・アンバランス（川口啓子）
 - ・投稿論文：オランダにおけるワーク・ライフ・バランス—コンビネーション・モデルに見る労働と生活—（久保隆光）
- 実践志向共同研究（アクション・リサーチ）のすすめ—「支える医療」共同研究プロジェクトを振り返りつつ（松田亮三）
- 2014年度研究助成概要報告：宮崎県県北地域における子どもの社会的排除と「排除しないまちづくり」の取り組み（志賀信夫）
- 2015年度研究助成概要報告：特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究—概要—（高橋幸裕）
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ岩手調査：岩手の地域医療と財政（井上博夫）
- 書評：
 - ・「医療を守る運動プロジェクト」、岡野孝信、岡部義秀編著『地域医療の未来を創る：住民と医療労働者の協同』（八田英之）
 - ・吉永純、京都保健会『いのちをつなぐ無料低額診療事業』（今井晃）
- シリーズ〈医療政策・研究史〉（16）：医療政策学校—その成り立ちとオリエンテーション—（野村拓）

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.66 (2019.5.31発行)

理事長のページ：協同組合研究組織の連帯に寄せて（中川雄一郎）、役員エッセイ：移民と民医連（岸本啓介）、EU 議会と社会的経済セクター（石塚秀雄）、日本協同組合学会第38回春季研究大会の概要（竹野ユキコ）

○ No.65 (2019.2.28発行)

副理事長のページ：＜夫婦で子育て＞の中間層化と低賃金（後藤道夫）、役員エッセイ：統計不正（田中淑寛）、韓国だより：韓国の外国営利病院開設反対運動（朴賛浩）、外国語勉強法（5）田中夏子氏の場合、シカゴの若者雇用創出のコミュニティ運動（石塚秀雄）

○ No.64 (2018.11.30発行)

理事長のページ：MDGs と SDGs（中川雄一郎）、役員エッセイ：コ克兰の理事辞任騒動と HPV ワクチン副反応被害問題（高田満雄）、外国語勉強法（4）大高研道氏の場合（その2）：コミュニケーションの手段としての英語②、ドイツでなぜ労働者協同組合が発展しなかったのか（石塚秀雄）

○ No.63 (2018.8.31発行)

副理事長のページ：天保四年の台風、岡田真澄「かみつふさに三たび遊ぶ日記」から（八田英之）、役員エッセイ：マルクス・エンゲルス THE YOUNG KARL MARX（小磯明）、公助についての辞書の取り扱い（石塚秀雄）、外国語勉強法（3）大高研道氏の場合（その1）：コミュニケーションの手段としての英語①

○ No.62 (2018.5.31発行)

理事長のページ：公共空間あるいは公共圏（2）（中川雄一郎）、副理事長のページ：湖に浮かべたボートをこぐように（高柳新）、役員エッセイ：自由と寛容の危機（杉本貴志）、海外医療体験：スペイン透析体験記（その2）（石塚秀雄）

○ No.61 (2018.2.28発行)

理事長のページ：公共空間あるいは公共圏（1）（中川雄一郎）、韓国だより：文在寅（ムン・ジェイン）ケアについて（朴賛浩）、海外医療体験：スペイン透析体験記（その1）（石塚秀雄）、本の紹介、外国語勉強法（2）：石塚秀雄氏の場合（その2）

○ No.60 (2017.11.30発行)

理事長のページ：反知性主義あるいはポピュリズム（3）—反知性としてのポピュリズム—（中川雄一郎）、副理事長のページ：社会保障の2018年問題（八田英之）、役員リレーエッセイ：ドイツの介護保険・認知症ケア・在宅ホスピス視察（小磯明）、外国語勉強法（1）：石塚秀雄氏の場合（その1）

○ No.59 (2017.8.31発行)

理事長のページ：反知性主義あるいはポピュリズム（2）—ポピュリズムとは何か—（中川雄一郎）、副理事長のページ：政府発表「相対的貧困率」の減少と貧困の拡大・深刻化（後藤道夫）、役員リレーエッセイ：「利権」を煙に巻く東京ならではの手法（窪田光）、役員リレーエッセイ：地域医療構想をめぐる動向について（内村幸一）

機関誌およびニュースのバックナンバーは、当研究所ウェブサイトからも御覧になれます。

【次号68号の予定】(2019年9月発行予定)

- ・社会医学系専門医制度
- ・公害被害者総行動
- ・公共施設の統廃合
- ・その他

【編集後記】

今号は公共施設の統廃合やサービスの民営化、あるいは種子法廃止による影響などを知り、公共のものが民営化することの意義と課題を改めて考える企画にしようとなりました。医師の専門医制度も様々な背景があります。キューバの憲法も変化しています。変化することと変化してはいけないことを世界史から学ぶためにも「高速・世界史勉強法」が有効ではないかと思っています。(竹)

【投稿規定】

原稿の投稿を歓迎します。原稿は編集部で考査の上、掲載させていただきます。必要に応じて機関誌委員会で検討させていただきます。内容については編集部より問い合わせ、相談をさせていただきます場合があります。

1. 投稿者

投稿者は、原則として当研究所の会員（正・賛助）とする。ただし、非会員も可（入会を条件とする）。

2. 投稿内容

未発表のもの。研究所の掲げる研究テーマや課題に関連するもの。①非営利・協同セクターに関わる経済的、社会的、政治的問題および組織・経営問題など。②医療・社会福祉などの制度・組織・経営問題など。③社会保障政策、労働政策・社会政策に関わる問題など。④上記のテーマに関わる外国事例の比較研究など。⑤その他、必要と認めるテーマ。

3. 原稿字数

① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。

② 研究所ニュース 3,000字程度まで。

③ 「研究所（レポート）ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。

（これは、機関誌掲載には長すぎる論文やディスカッション・ペーパーなどを募集するものです）。

4. 採否

編集部で決定。そうでない場合は機関誌委員会で決定。編集部から採否の理由を口頭または文書でご連絡します。できるだけ採用するという立場で判断させていただきますが、当機関誌の掲げるテーマに添わない場合は、内容のできふでに関係なく残念ながらお断りする場合があります。

5. 締め切り

随時（掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定）

6. 執筆注意事項

① 電子文書で送付のこと（手書きは原則として受け付けできません。有料となってしまいます）

② 投稿原稿は返却いたしません。

③ 執筆要領は、一般的な論文執筆要項に準ずる（「ですます調」または「である調」のいずれかにすること）。注記も一般的要項に準ずる。詳しくは編集部にお問い合わせください。

④ 図表は基本的に即印刷可能なものにすること（そうでない場合、版下代が生ずる場合があります）。

7. 原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」 事務局

〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8 東京労音お茶の水センター2階

TEL : 03-5840-6567 / FAX : 03-5840-6568

ホームページ URL: <http://www.inhcc.org/> e-mail: inoci@inhcc.org