

# 座談会 「農村地域の変化と いのちと暮らし」

出席者 田代洋一 (たしろ よういち、横浜国立大学名誉教授、大妻女子大学社会学部教授)  
村口 至 (むらぐち いたる、医師、(財)宮城厚生協会坂総合病院元院長、当研究所委員)  
高柳 新 (たかやなぎ あらた、医師、全日本民医連名誉会長、当研究所副理事長)  
色平哲郎 (いろひら てつろう、JA 厚生連佐久総合病院地域医療部地域ケア科医師、前南相木診療所長)  
司会 石塚秀雄 (いしづか ひでお、研究所主任研究員)



司会 医療制度改革や格差の問題について、これまでは比較的都市の消費者を中心とした議論が多く、私たちは農村地域や農業問題というところでの議論をあまりしてこなかったように思います。そこで今回、農村

地域社会が抱えている問題、昨今で言えば医療問題、地域格差の問題、(2008年1月の)毒入り餃子の問題で急激に出てきましたが食料自給の問題、農業政策の問題など、取り上げていきたいと思っています。

田代先生は農業経済学がご専門で、農協・生協についても、また農村地域についても詳しいので、その点からお話を伺いたいと思います。色平先生は佐久病院でお仕事をされていますが、特にグローバルな視点での発言をなさっていますので、そうした点もふまえてお話を伺えたらと思っています。

それでは最初に田代先生から「農村地域と共同性の問題」について、口火を切っていただければと思います。

## ●食料・農業・農村をめぐる現状

田代 今年の2月に山形県白鷹町に講演に呼ばれ



ましたが、呼んでくれた団体が「命の値段を考える会」というのですね。命の値段を考えるというのは生命保険のようですが、命を育む食べ物の値段があまりに安いのではないかとこのことで名前がつけられたそ

うです。そうしたなかでこの座談会の趣旨に私も大いに賛成するわけですが、私自身は医療を専門にしているわけではありませんので、現在の農村の状況をお話させていただこうと思います。

まず食料・農業・農村から簡単に取り上げたいと思いますが、世界の食も日本の食もグローバル化に直撃されていることが大きな問題のひとつです。中国製の冷凍餃子の中毒事件の問題については原因がうやむやのうちに終わっているのですが、私にとっては誰が毒を入れたかというのはどうでもいいこと、刑事事件であるということだけであって、その商品が日本に入ってくるのをチェックできなかったということ、国内でああいうものが流通したということが問題だと思っています。

次に3月になったらにわかには食料危機によって暴動が世界中で起こっている、軍隊や警察が出てくるという報道がされています。世界的な食料危機の最中、食料自給率が非常に低い日本で6月にサミットが開かれるわけですが、総理を始めとし

てあまりに危機意識がない、世界の問題と切り離されたところで日本の対応を考えるということになってしまっているのが問題です。

日本の食料自給率が非常に低くて、低いということは食料危機の世界から輸入して世界にご迷惑をかけているという意識が低いのではないかと、いう気がします。さらに遺伝子組み換えトウモロコシをとうとう食用に使うという会社が出てきた、アメリカから輸入された牛肉の特定危険部位・脊柱が入っていたということが吉野家によって発見されたというのに、そういう問題があっても輸入禁止には至らないこと、さらにアメリカは居丈高に30ヶ月未満だったらどんどん輸入せよと言ってくるなど、輸入に依存している日本の食の安全性は明らかに根底から揺らいでいる現実があると言えます。

そういう中で、朝食を摂らない日本人が増えていて、高校卒業くらいから急激に摂らないという新聞報道がありました。私はこの4月から女子大に勤めていますので、講義の際に学生に聞いてみたら、やはり半分が朝飯を食べないというのですね。これは大変なことだと、大学でも朝飯を食べることの必要性から始めないといけないと思っています。

2番目に日本の農業の困難についてです。世界的に農産物価格が高騰しているのに、日本の米価は下がっています。政府は「品目横断的経営安定対策」で、4ha以上、20ha以上の農家や集落営農にしか交付金を出さないよ、という政策ですが、それに対して去年7月の参議院選で自民党は有権者から手痛いしっぺ返しを受けたので、少し農政の見直しという動きが始まりました。若干基準を緩めるとのことですが、既に始まってしまった政策に対して基準を変えるのは、現場が非常に困ることではないかと思っています。

いま農家が一番困っているのは、米価が下がっていくことです。一言で言えばこの根本に政府のやってきた生産調整政策が機能不全になっている、きちんと生産調整政策が出来ないようにしてしまっていることがあります。東北を中心に過剰作付、その結果として米価が下落してしまう事態になってきています。これは今年も引き続き混乱するのではないかと思っています。

すでに去年、一昨年あたりで平均10kg3,600円、10kg4,000円以下のお米を食べているのが消費者の4分の3となっています。これは計算すると農家の庭先価格で60kg当たり12,000円ですが、それに対して地代・労賃込みの生産費は14,000円ですから、耕地面積3ha未満の人はみんな赤字です。さらに原油や配合飼料、肥料・農薬のすべてが高騰してくる中で、畜産農家や施設園芸農家などの専門的農家が苦境に陥り、酪農家の自殺といった問題が出てきています。「日本の農業の困難—古典的シェーレ（鉢状価格差）」とレジメには書きましたが、まさに農産物の値段は下がるけれども資材の価格は上がっている、こういう挟み撃ちを受けているのだと言えます。

3つめに地域格差の問題について、いろんな先生方の本を読んでも地域格差はないとされる研究者もいるのです。ただそれは都市を比較した話で、一番大きいのは都市と農村との格差が開いていることが問題ではないかと思います。それが限界集落であり、郵便局がなくなったり農協支所が地域からなくなったりすることであり、交通弱者が取り残される、医療過疎という問題、農村の自殺といった問題が起こるわけです。今日の座談会のために新聞記事などを見てみますと、農家は健康ということに非常に気を遣っていますが、健康機器やサプリメントに安易に頼るといえるか、きちんとした対策もないままに健康面でもいろいろな問題が生じているというのが現在の状況ではないでしょうか。

司会 ありがとうございます。それでは次に村口先生、お願いします。

## 宮城県における地域社会と地域医療の現状

村口 私は医者になって40年ほどになります。1980年代の半ば、土光・中曽根臨調で老人医療費が有料になった頃の話ですが、外来でずっとおつきあいのあるお年寄りの患者さんが、いつも朗らかな方なのですが、非常に暗い顔をされている。どうしたのかと思ったら、開口一番、「息子から家を出る前に『もう年には不足ない』と言われた」



と言うのです。それですっきりしよげられていた。しかし、まだあのころは年寄りの年金に頼らなければ生活できないという時代ではなかったのです。それから20年以上経って、いまは50代、60代が親の年金に頼ら

ないと生活できない状況になっています。往診に行くと、その年代の息子さんが一生懸命に親の介護をしているのです。さらに最近、1ヶ月くらい前ですが、50代の男性が、初診から2回目くらいでしたが「金がかかるからこれ以上長生きしたくない」とおっしゃった。その方は一人暮らしで、高血圧、糖尿病、高尿酸血症、脂質代謝異常などもある方でしたが、ずっと治療もせずに検診も受けずにきていて、もう体がもたないというので外来にいらしたのです。そういう働き盛りの人が頼るものがなくなっている。近年は親も兄弟も頼るものにはならない、そういう状態が目立ってきています。

私の職場はむしろ半漁村ですが、今日は農村中心ということですので、宮城県の農村についてお話しします。宮城の米どころに登米市（とめし、人口87,000人）というところがあります。平成の

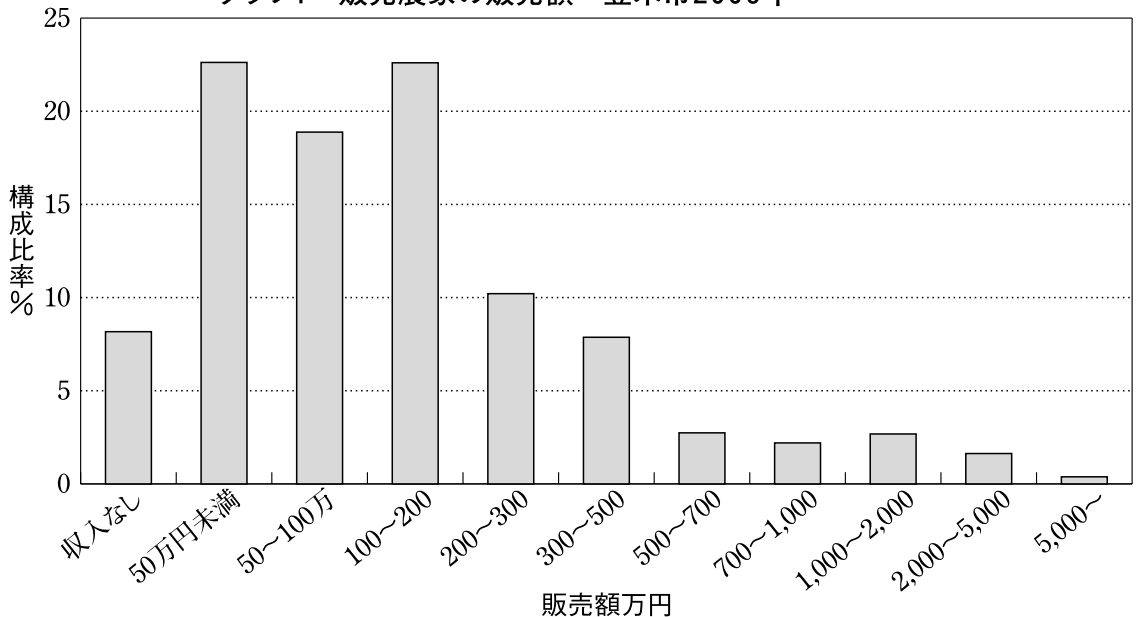
大合併で2005年に8町が合併して1市になりました。仙台市から70kmの距離ですが、新幹線の駅や高速道路のインターチェンジなどはありません。県内では人口・面積も4番目で、65才以上の人口比率は27%です。平地が多く、農用地に占める田面積比率は85%で県内最高の「米作地」です。ところが1人当たり平均所得1,979千円で、県下36市町村中32番目、これは下から数えて5番目です。これは県平均2,620千円の75%、国平均の65%です。まさに農業地帯だからこそ、という生活レベルだと言えます。

農業世帯は全体の14.9%、15歳以上の生産年齢人口では17.4%。経営耕地面積別に見ると1.0ha以下39.6%、1.0~3.0ha 46.1%で、平均は1.4haとなり、3ha以下が85%です。さきほど田代先生のお話にあった認定農家は1割もいないかもしれません。

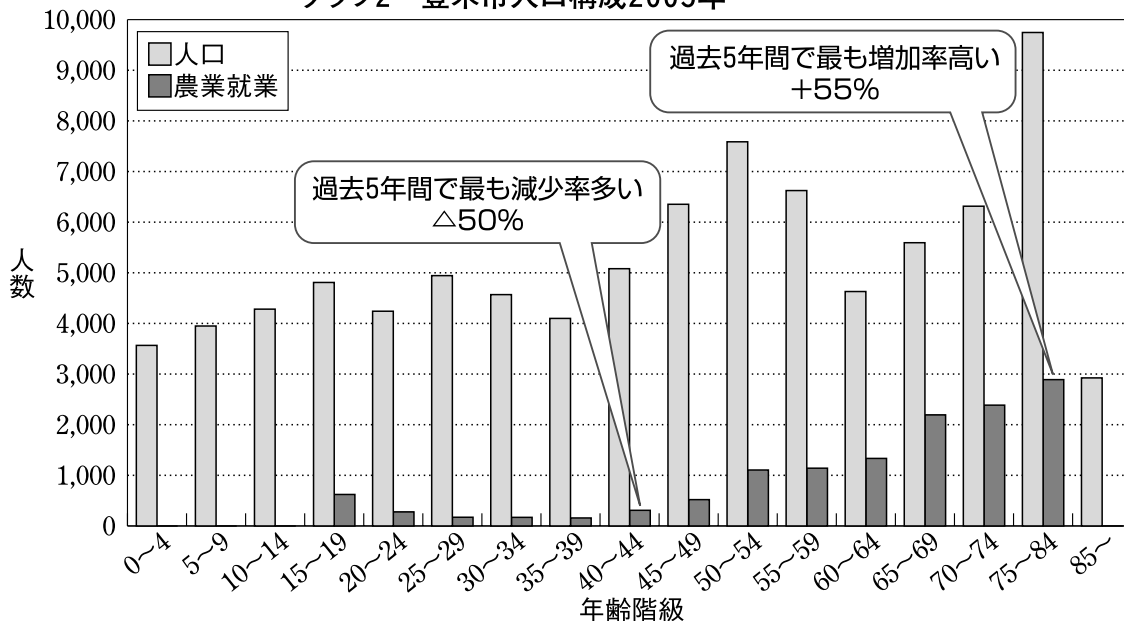
販売農家の販売額（グラフ1）では、200万円以下72.3%。原価率を60%とすると、農業だけの実収入200万円以下は90.2%。つまり、典型的な純農村の農家は農業のみで生活できないのです。

グラフ2に、登米市の年齢構成について示しました。その農業就業人口のうち70歳以上は39.7%で、まさに「後期高齢者農業」になっているのであり、2000年からの5年間で75歳以上は55%も増

グラフ1 販売農家の販売額 登米市2006年



グラフ2 登米市人口構成2005年



加しています。一方、40歳代前半は50%の減少率であり、中年層の農業離れ、働き盛りは他産業へ移行の傾向が強まっています。つまり、普通家族を支えるには農業では不可能となったことを受けて、高齢者の就農が強いられている状況にあります。余談ですが、社会からリタイアしたことを前提にした「後期高齢者医療保険制度、がリアリティに欠けることがこのことからまはっきりします。

当市の総生産高は、(03年) 245,772百万円のうち第1位製造業18.6%、2位不動産業13.1%、以下表1のとおりで、農業は6.1%に過ぎない。不動産業が2位であることは、農地が他産業への転用の広がり性を示すのではないかと思います。

表1 登米市の総生産(2003年) 総額245,772百万円 割合(%)

1 製造	18.6
2 不動産	13.1
3 運輸・通信	10.6
4 卸・小売	9.7
5 建設	8.9
農業	6.1

15歳以上の就労人口では、第1位製造業20%、2位農業17.4% (戸数で34.3%)、以下表2で農業は第2位を占めています。就労者のうち37%が

市外地です。

表2 登米市の15才以上就労人口

	割合(%)	備考
1 製造業	20	
2 農業	17.4	戸数で34.3%
3 卸・製造業	15.2	
4 建設	12.4	
5 完全失業	8.4	
6 医療・福祉	8.1	

完全失業率8.4%。生保率4%、国保資格証明書+短期証明書発行は3.8%であり、これは都市部より低い傾向にあります。私のいる塩竈市などは生保率が15~16%ですから、はるかに低いのですが、土地を所有しているためとされています。ここ10年間は餓死や孤独死者は見られないのは、自家栽培や親戚、近隣の農村社会の絆の強さを反映しているのではないかと。一方で、大型パチンコ店などの遊興施設に若者が氾濫しているそうです。平均的に最低の職、住生活は維持しているが、憲法25条の「文化的生活、からは距離があると思われる。

医療機関は7病院で医師35名(市立5、国立ハンセン氏病療養所1、民間1) 総病床685、1日平均入院531(77.5%)、外来1,700人。開業37医

院医師43名。過去12年間で病院医師1名減、開業医4名増。人口10万人対88人（宮城県平均の47%、同全国43%）。地域生活の基盤としての基本的条件に欠けています。5病院の累積欠損金72億円。前年度より10%収入減。1日医師1名当りの稼働39万円で、全国平均31万円（地方公営企業年鑑）より高い。全国平均より3割の過稼働で医師の負担が増えています。

05年町合併と総務省「公立病院改革ガイドライン」（以下ガイドライン）により、5病院2診療所を2病院3診療所にする再編計画の下に、すでに1病院を診療所化しました。このとき、市民からの反対運動は目立ったものになりませんでした。宮城県全体にわたって市町村合併とそれに伴う公立病院の再編成が起っていて、それを迫るのはガイドラインなのです。大規模病院を1つ作り、その他はサテライトという形で編成しようとしているのですが、それには地域で住民からの大きな反対運動が起っているところもあります。

司会 農村地域は良しにつけ悪しきにつけ「土地を持っている」というのがクッションになっているように思います。さて高柳先生からは都市についてお願いします。

## 都市における医療問題



高柳 それでは都市の医療の問題に絞って勝手な意見をいくつかお話しします。

ひとつは大昔から満足する医療が手に入っていない貧乏な人は、依然として増えているように思えるということです。ほくが診療

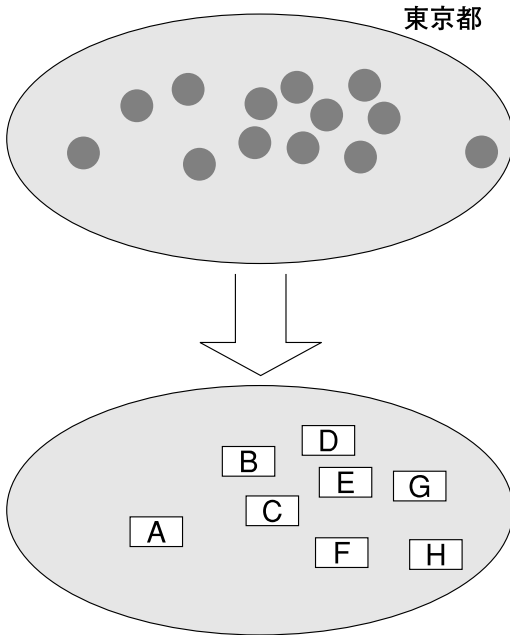
していた小岩や江戸川という地域には、典型的な貧乏な人がたくさんいます。何をしているのかと聞けばパチンコ屋に勤めたり焼鳥屋に勤めたりして、どうにもならないほどにへとへとになってから診療所に来る人たちです。こうした人は依然として各地に昔からいて、急に格差ではじき飛ばされたのではなく、大昔からはじき飛ばされていた人が東京の下町にはたくさんいるのだとい

うことです。

もう1つは、中産階級のかなり上だと思えるような人が、病気になったときに行き場を失っているということです。その理由がひとつは経済的に1日2万円の差額室料はとて続けられないものだという、また村口先生が言われたように病院が自分の専門へ異常に特化していく傾向があって、政策的な誘導もあるのですが3ヶ月以上入院させる訳にはいかないとなっていることです。具体例を挙げると、朝日新聞の論説委員をやっていたようなクラスの人が脳梗塞で倒れ、入院していた病院から3ヶ月で「もう他へ移ってほしい」と言われたのです。それでそこから次の病院へ入れてもらったのに、3ヶ月経つからそこも追い出されそうになっている。「訴えてやろうと思っている」とその方は言っていましたが、誰を訴えるのかとなってしまいます。結局そういう人を受け入れる場所が本当に少ないのです。それでは行き場を失った人が行ける場所があるのかと探すと、民医連がお得意だと思っていたのですが、「鼻から栄養ではだめ、胃ろうを作ってこないダメです」となってもめています。虎ノ門病院のトップの医者とつきあいがあったような人が、こうなってしまう。いつの間にか病院ががんじがらめにされ、病院の都合に合わせて患者を選別することになっている。経済的にだけではない、構造的に行き場のない人が増えているのです。そうした相談を良く受けませんが、いい処方箋を出してあげられない。「弱ったね、もう少し頑張る」、としか言えない。基本的にこういう人は、家庭に無理に押し込むことになります。無理を重ねて家庭で引き取らせるのですが、家庭にそういう力は誰が見てもほとんどない、そういう状況です。

それでは病院はどういう構造になっているかといえば、大きく変化しています。ひとつは都立病院です。ベッド数では東京の6%をカバーしていますが、昔は都立病院であれば「公的である」ということを前提に、とにもかくにも何でも診てもらえるという期待がありました。2000年以降、急激に転換しています。図を見ていただきたいのですが、基本的に都立病院は総合病院で、地域の人に行けば診てもらえるという前提だったのです。ところが転換でこの病院は急性期医療、ここは

## 図 都立病院再編イメージ



●はabc…各科をそろえた総合病院（急性も慢性も含めた）が基本的であった。3病院を合併して1センター化するなどの方へ向っている。（「特色ある病院」「公率的な運営」などの名目で）

□A □B □C …は一点に集約した専門センター。全東京を一つの地域と考えて生みだされた“一点豪華主義”。これまでの都立病院周辺の生活圏＝地域は離島化されていく。

心臓、こちらは脳と専門特化することによって、生活全体の地域から東京全体を射程に入れた強引な分業をしたのです。この変化は、実は働いている医者にとっては専門症例が集まるので希望にフィットするから、医師からの反発は意外に出てきません。何でも診なければいけない総合病院よりはるかに効率がいいのです。小さな生活空間から一気に東京全体で都立広尾、府中、墨東を柱に専門特化したら、結果として非常にかかりづらくなったのです。紹介状がないと診ないというのが出てきたし、よく分からないけれど40度の熱が出たので急性期が専門の墨東病院に行ったら、一晩救急室で寝かされただけで朝にぼくの行っている地元の診療所に戻されてきた、などということが起きている。それなりに急性腎盂腎炎と診断が出ているのに、高熱が出ていても何もしてもらえない。あの病院は安心して丁寧に受け入れてくれるといったものをみんなが失って、都立病院を中心に急激にアクセス権が悪くなったのです。

また東京にいくつかある日野市立病院、青梅市立病院などといった公立病院でどうということが議論されているかという、「安心・安全の医療、患者中心の医療、開かれた医療、効率的な医療」がキーワードで再編にさらされているのです。難

しい議論だと思いますが、一例を挙げると日野市立病院は300床で、市が持ち出す税金は3億円で、全然足りないので6億円入れる。すると何を公立と言っているのか難しいですが、殆ど人件費削減に向かって仕事をアウトソーシングしています。また医者の労働の効率化をはかるために能力給が導入され始めています。さらに入院の在院日数を短縮しようとして、使っているベッドを利用率が68%くらいになってしまっているのに救急医療を受け付けない、小児科も医師の最後の1人が辞めてしまったので、小児科医がいなければお産も診ないと産科の先生がボイコットしてしまった。救急はやらない、産科はやらないと突然発表されたから、300人近いお産予定のお母さんたちが路頭に迷いそうになっている。慌てて地元の産科の先生に振り分けをしている。出たところ勝負というか、効率的な医療のために無責任な構造になっている状況です。

司会 平成の大合併で地方が合併しましたが、都市部でも広域化が進み、特に医療システムが社会化ではなく家庭、在宅化へと向かっている状況、医療崩壊が自治体病院でも起きている状況だということが分かりました。

それでは色平先生お願いします。

## 佐久総合病院と地域社会



色平 佐久病院から出向して、山の村で12年間診療した経験から申し上げます。

若月俊一ドクターという大先輩がたいへん苦勞した地域でのさまざまな困難、とても一筋縄ではいかない「ぶつかり」が、地域共同

体にはあることに気づきました。若月先生のあとをついて行ったら、気づいたら、JA 職員、農協職員になっていたという人間であり、あとから協同組合とは何かを学び直しているところです。

ふるさは新潟で、一族はほとんど農業をしています。むしろ身近な存在であった農協について、田代先生の著作から学ばせていただいております。

「限界集落」などと聞くと、「俺たちは限界なのか、もうターミナルだというのか？」と、みんな内心では、憤慨していますよ。そんな「声なき声」が中央に伝わっていないようだ、と、「限界集落」などと、平然と、無神経に、命名してしまうのではないかと感じました。限界なのはむしろ自治体であって、地方自治体こそ戦後一度として自治に達してはいなかったという意味で、「限界自治体」ともいうべき状況にあるといえましょうか。

村にはご高齢の方が多く、米騒動のころ、あるいは昭和農村恐慌のころ、貧困が日常的であったような、江戸時代から連綿として続く山の生活のありようを日々の診療で聴き取りながら、追体験させていただいております。苦勞話が多い。それは農村ならでは、80歳代でも現役の百姓だ、ということでしょう。都会育ちの若者とは異なる、「原日本人」としてプライドとこだわりを持つ方々です。

南牧（みなみまき）村は、名前のとおり牧畜と高原野菜の村です。2年間この南牧に家族で住んだあと、南相木（みなみあいき）という国道も鉄道もない中山間地の山村で10年間、多くのご老人を見送りました。大変お世話になった、という感謝の気持ちがわいてきます。

ご老人たちに私たちは、家族ぐるみでかわいがっていただいた。すばらしい「原日本人」である彼らから、我々の世代がいったい何を受け継ぎ、何を受け継げずにいるのか。彼らのことをもっともってお伝えしたいと思って、医学生や看護学生を引き込み、農作業に参加してもらったり、草鞋を作らせてもらったり、機織りをさせてもらったりしています。

このような研修会を続けているのは、「農村医学」を、もし若月先生がご存命でお伝えになるとすれば、きっと農家で合宿しながら、人に共感できるような医療人になってほしい、そしてお金より心意気みたいなことを大事にしてほしい、とおっしゃたのではないかと考えているからです。

これは私にはお伝えすることがなかなか困難なことです。若月先生ご自身を戦時中、東京から信州の産業組合が招いた時期のことを考えると、なぜ百姓たちが、あえて「医師のいないところ」に農協病院を建設せざるえなかったのかという、その時代の「原点」を見つめることにならざるをえなくなります。そういう意味で、私は「アナクロ・サンディカリスト」になってしまいました。アナクロではなくアナクロ、時代錯誤、という意味です。

「不完全資本」でしかない協同組合運動が資本主義化される全体趨勢の中でどうすれば生き残れるのか、また、生き残っていかなければ日本の農山村では人が暮らし続けられないではないか、、「母なる農村」への思いを「遺言」に託された若月先生のお考えを現場で多少追体験させていただき、発言させていただいております。

先ほど村口先生は、土地を持っている農民だから生活保護にかからないで済む、とお話しされましたが、では、多くの農民がいつ土地を持ったのかと言えば、農地解放の時です。村のご老人方は、生まれた頃は「無保険者」であったのみならず、土地なし農民もたくさんいて、だから戦後我々自身が組合病院を作り、守り育て、自ら支えてきたのだ、という気迫と心意気を今に伝えてくれます。ここを若い世代の日本人にどうお伝えするのか、私にとって、チャレンジであり、とても大切なことになりました。

日本では、かろうじて古老たちだけがお伝えて

きることでしょうか。しかし海外では、いや地球上のほとんどの場所では、現在でも「医者がいなところ」がむしろ当たり前でありましょう。私のところに来た学生たちには、さらに途上国の農村を訪れていただき、また信州に来村いただいご報告いただく、そんな取り組みを毎月のように行っています。純真な医学生たちを「悪の道」に誘い込み、ハッパをかけていることになりますね。

高柳先生が先ほどおっしゃった、下町にこそ貧困な方々がおいでになる、ということですが、私も民医連病院で研修医としてお世話になったとき感じたことです。当時、外国人労働者や女性が多数おいでになりました。そして無保険者、貧困者、係累がないが故の生活困難に東京の下町で出くわしました。

信州では、南相木村の隣に川上村という千曲川最奥の村があり、農業が盛んなところです。ここでは、中国人労働者を毎年数百人規模で受け入れています。辺境、そしてマージナルな場にこそ、つまり「社会的へき地」や「地理的へき地」にこそ、様々なグローバリゼーション、「国際化」の矛盾が立ち現れてくるということに驚かされます。都会の外国人労働者・女性だけではなく、農山村では「花嫁さん」と呼ばれるような方々にも、いろいろな心理的葛藤や文化間問題が起こっていることを知りました。

佐久病院は現在、「再構築」つまり建て替え、建て直しの時期を迎えています。保守的な土地柄では容易につぶされてしまうというので、サク病院ならぬサケ病院を演じて参りました。そして病院長を中心に病院として、いかに相手とおりあって「再構築」のご理解を得ようか、と必死にこの十数年間取り組んできたにもかかわらず、それに対する反応は希薄です。残念なことです。

戦前からの「反産運動」のことをご存じだと思います。産業組合に反対する、強い反発と反感を込めた社会運動でありました。住民に寄り添った病院を建設しよう、建設したい、という住民や農民の運きに対し、医師会のみならず地域のいろいろな向きが反発してきた、、、そんな戦前からの歴史を彷彿とさせるできごとではないかと思っています。若月先生が、憤っても、決して文字にしきれなかった、そのお気持ちを追体験させてい

ただいている、それが現状なのかもしれません。農山村が、いかに国策と都市に翻弄されてきたか、、、。

先日、梶井功先生と対談させていただき、現況は「平成農業恐慌」ではないのかと申し上げました。日本の農村では、米価がここまで下がっては米を作り続けることができない。一方、国外では米価が上がっていき、辺境地の死角に餓死が起こりかねない。そんな状況で、農業協同組合運動の辺縁を担う私としては、梶井先生のような方にこそお願いしたかった。厚生連は農水省の仕切りの中で、農協法の管轄する農協組織の一員であるにもかかわらず、通常は厚労省の医療の仕切りの中にいて、両方の省庁から見えないような死角に落ちたかたちになってしまっている。我が厚生連の位置づけについて、ぜひJA本体の中で明確に位置づけていただきたい、と強く願うものです。自分たちの存在と思いをこの間きちんと外部にアピールしきれてこなかったということの結果なのですから、いまさら私の口から申し上げてはいけないのかもしれません。しかし梶井先生や田代先生こそ、厚生連という目立たない存在が従来語らずに細々とやってきた、その成果のひとつが、例えば長野県の老人医療費が安い、ということにつながっているのかもしれない、という仮説、これをぜひ分析検証いただきたいのです。

医療費が安い、というのは医者が儲けようとしていないからで、一種「アホ医者」だともいえることでしょう。自慢できることではない筈、しかし、あえて儲けないでいこう、ということは戦前の産業組合の時代からの伝統であり、農協を作っているのは農民ですので、農民たちが病気になるように努力することは、我々農協病院の本来の責務。このことは、後の皆保険制度創設につながる構図でありました。医療技術を協同化するのではなく商品化してしまえば、周囲が病気になる方が儲かってしまうという大変なモラルハザードを引き起こすことになりました。

現在の我々が空気のように当たり前だと思っている国民皆保険を築く歴史的原動力になった当時の農民たちの熱い思い、それを思い起こし、さらに、研修医や医学生たちにハッパをかけて参りたく存じます。



梶井先生や田代先生など、諸先生方でJAの中央向けに提言できるお立場の方々にこそぜひご発言賜りたく考え、今日ここに伺いました次第です。

司会 ありがとうございます。色平先生が言われたように下からの主体的な動き、産業組合や労働者でいえば都市部の無産者診療所といった歴史は、現在、地域の主体者としての農協の役割が農協法の改正や金融への偏向などによって問われています。伝え聞くところによれば農林中金はプライムローンで2千億円を損失したという話も聞いています。農村社会で歴史的に担ってきた主体的な運動、住民自治のあり方などについてお願いします。

## ●主体者としての農協、住民自治の現状

田代 農協について皆さんの熱い期待があるわけですが、それはかなり厳しいというのが率直のところですが、色平先生のお話を伺っていて思い出しましたが、農協共済というものがあります。あれは北海道から始まっています。開拓農民のリスクが非常に大きい中で、自分たちの身を守るために始めたことが、全国の農協共済へと広がっています。医療についても同じように広がったのだと思います。

しかしながら、かつての産業組合など地域の切実なところから立ち上がっていくという原点、初心はどこへいったのかということ、厳しいところに来ているなという気がします。いろいろな事業がそうだと思いますが、事業として拡大すれば事業それ自体が一人歩きし、本来のニーズや原点から離れてしまいがちです。地域の崩壊や農村の崩壊といわれる中で、具体的に農協や生協が協同の担い手として対抗していく主体になっているかということ、そうならないのではないのでしょうか。いずれにしても金融事業を主体にして金融としての生き残りに賭けている。一口に言って減収増益、コストを減らすことで増益に持って行くようにすると、広域合併化して農協が地域から離れているというのが現状だと思います。

私は農協を2つに分けています。1つは経済事

業、販売・購買だけで黒字となるのを「産地農協」、もう1つは経済事業で赤字の「非産地農協」、こちらが圧倒的です。産地農協としてやっつけられるのは北海道や全国でも何十と限られる農協です。合併が問題なのは非産地農協の方であり、金融事業に特化するところでは採算のために合併を進めます。ところが生き残ってきた産地農協に対しても合併を強行しようとする動きがありますし、さらに一度合併したのを更に合併しようというのがありますし、合併しただけではなく1県1農協という動きも出てきています。一度始まった合併の動きは止めどなく出てきており、農協は金融共済事業を主体として合併を進め地域から離れていき、本来は協同の担い手であるべき農協が地域再生の担い手となりうるかということ、皆さんのご期待に添えていない面が強いのではないかと思います。

また自治体についても農協以上に厳しいですね。特に農政担当部門は人がどんどん引き上げられてしまい、現実把握能力を失っています。また県行政が主体性を失い国の農政のいうがまま、つまり下請け化しているのです。2008年の各県の農林水産予算を見ると、大阪と熊本は極端に減らしましたし、農業県ほど削減しています。

これらが暗い側面、地域崩壊の中で農業協同組合が地域再生の担い手とは言えないという面ですが、一方で合併を終了した農協では経済事業改革が一段落し、次を目指す段階の農協が出てきています。お米だけではやっていけないので施設園芸や園芸の振興、さらに集落営農などいろいろと取り組み始めています。農協事業が儲からないなかで唯一調子がいいのが直売所やファーマーズマーケット、また儲かりはしないけれど気を吐いているのが介護や福祉という分野です。

私が申し上げているのは全ての農協がダメだということではありません。主流として金融事業中心に広域合併を繰り返さずと地域から離れていく農協があるのですが、その一方で同じように合併をしながらも別の道を歩んでいる農協もありますし、さらに「小さな自治」、「小さな協同」という動きが出ています。その中で一番小さいのは集落営農という動きで、また広域合併によって便利が良くなったなかで、「小さな役場」というか、明治の合併村、昭和の合併村、あるいは農協が撤



退してしまった支所を引き継いで自分たちの自主的組織を作り、必要不可欠な事業を行うという動きも出てきています。

また人が減らされる中で自治体と農協とが一緒になるワンフロア化し、地域農業支援に取り組もうという動きもあります。それが更に進むと地域農業支援センター化の動きになります。まったく崩壊というのではなく、小さな協同を立て直そうという動きが出てきていると思います。

ただし集落営農といっても先ほどの登米市の話のように高齢者が中心ですから、「病院に通いながらの集落営農」となっています。しかし地域のことはお年寄りが自分たちしかいないとなったら、自分たちで何とかしようという動きが強く出ています。さらに地産地消、食育、直売所といった動きもあり、一番元気なのは農村の女性、「若いおばあさん」と言いますか60代の女性たちが元気という印象です。医療との関係でいえば、ヘルパーの資格を取り、自分たちがボランティア活動で介護や福祉の活動に行く動きもあります。しかしここで農協が事業化しようとする、せっかく育ててきた農民の協同の動きと農協の事業とを一体化出来ればいいのですが、プロに任せてくれとなくなってしまうと自主的な動きを切ってしまうこと

になり、つまらなくなってしまう恐れもあります。

ですから、主流の協同組合が本当に地域再生の担い手たりうるかというのは深刻な問題を抱えていて、農協・生協とも自らに問わなければいけないというのが1点、他方で小さな協同が再構築されつつあるのが現状ではないでしょうか。

司会 農村の産直などは女性が頑張っていますね。農協の取り組みの良いところは家族経営協定によって女性労働を評価する点、また議論は分かれるところですが准組合員制度活用の可能性もあるのではないかと思います。

## ●地域社会の新しい窮乏化と対抗軸

村口 先ほどの登米市は、合併によって5病院2診療所を2病院3診療所へ縮小と話しましたが、隣市である大崎市では06年に合併特例法で1市6町が合併しました。医療機関を5病院1診療所から1病院4診療所に縮小再編する方針を市当局が出したら、住民や医師会の批判の前に、蜂の巣をつついたようになったのです。それで当面診療所化は公設民営病院案として再提案されている。2町では住民の運動が盛り上がり、住民8割の署名

が力になったのですが、再提案で運動は引いてしまったのです。公設民営とはどういう内容かの議論がなく、そのまま停滞してしまっているという問題があります。

一方、北の隣市である栗原市（05年、合併特例法で9町1村が1市に、人口8万人）では、東北大学教授2名、准教授2名も加わった専門委員会で「地区医療計画」（中間報告）が作成されましたが、当該地区の3病院4診療所では医療構想が作れないとして、大崎・登米の2隣市の医療機関との再編統合でマグネットホスピタル（400～500床規模病院）を作り、残りは診療所と具申しました。だいたい、8万人の人口にこんな大規模な病床の病院を作っても成り立つわけがないのです。なぜこうなるのかと言えば、いま大学病院の医師が行きたがるのはこの規模の病院だからという発想であり、隣市からしてみれば勝手にそんなことを考えていると反発が起こっています。この計画は出たけれども進まないとなっています。

平成の大合併の議論の中で、ある意味で私は評価していいと思うのは、合併したときに自分たちが農協や国保直営で作った病院、つまり「おらほの病院」がどうなるのかというのが大いに議論になった点です。こうした病院が縮小再編という動きが出てくるものだから、合併賛成派だった保守派の議員たちも困ってしまっている。そこで地域の立場でもう一度医療機関をどうするかという動きが出てきた、これは積極的な点です。一方で地域医療計画を具申する委員に東北大学が乗り込んできて、先ほどのようなリアリティのないことを言い出すので、計画が進まなくなってしまうのです。

ここに2つの問題が見えます。1つは総務省の出した「公立病院改革ガイドライン」が、平成25年までに赤字を解消した再編ネットワークに入らなければいけないと全ての公立病院に求めているのです。それを強制され、どこでもそういう内容の文書を作らなければならない。かなり無理な話なのですが、無理な中でそういう地域医療再編の議論の外に置かれている公立病院などの医師たちが展望を失って辞めていくのです。ですから地域の医療を崩壊させる原因の1つに、このガイドラインがあるのではないかと思います。

もう1つは各県に大学があり、大学が地域医療計画作成に参加しているのですが、大学の医師が抵抗なく赴任できる大規模病院（専門性が高く、専門分科した500床規模）づくりが第1義的な基本方針になっているために、地域の広域行政圏まで再編成を求めるようなことまで言い出すという本末転倒な問題です。地域にとって必要なのは、100床規模の中小規模病院です。そこで働く医師を大学がどう作り出すかではなく、いつでも大学から行って、大学に戻ることが出来る大規模な病院をどう作るかに視点がなっている点を改めて議論しなければいけないところです。

まとめると平成の大合併が何を地域にもたらしているかという視点、総務省の公立病院改革ガイドラインの問題、医師を養成する大学病院のあり方、これらを全体的に明らかにする必要があると思います。

それから農村では最低限食うことは出来るかもしれないが、人間的に生きていく条件が失われている問題が気になります。それが孤立化・孤独化となり、最近、都会で起きていた子ども殺しなどの凶悪犯罪が農村でも起こりだしたのが、その現れかとも思います。新しい意味での窮乏化現象についてどう対抗軸を打ち出すか、地域医療の再編という名の下の病院つぶし、病院が診療所化することで診療所は公的なものではなくるとはっきりしますので、「地域医療の公共性」をどう作り出すのか、いまある地域医療の公共性をどう見直し、深めるのか。また必ずしも自治体病院の職員が地域との距離感を明確な問題意識として持っていると思えないので、「地域公共性」と地域医療を多面的に深めなければいけないと思います。

**司会** フランスの地方自治体、いわゆるコミュニティは3万6千以上あります。一方、日本は平成の大合併でどんどん大きくし、地域のコミュニティはなくなり、サービスは広域事業連合で行うとなっていますから、地域住民に密接な公共領域が希薄化し、犯罪も農村地域で起きるとなっているといえます。

**村口** 宮城県では72の市町村が、大合併によって34まで減りました。

司会 農協も3分の1になっていますし、自治体も減らされてしまっているのですね。それでは高柳先生お願いします。

## ◆市民社会と協同的取り組み

高柳 先ほどの続きですが、日本の医療の積極的な特徴は、開業医を中心とした診療所が機能していることです。これが機能しなくなれば壊滅的です。

多くの理解では、現在の医療制度は、診療所は入院機能を持っていませんから、ある段階で次の病院へ進みます。病院にも限界がありますから、次々に総合病院を紹介していきます。例えば虎ノ門病院は日本を代表する総合病院でも、消化器科の先生は肝臓と胃腸科を含めて十数名でやっています。ところがさらに消化器科の先生たちが更にバージョンアップしようとしたら、女子医大方式として消化器だけで虎ノ門病院全部の医師を担当させるようになります。これはどんどん地域から離れて専門特化、非常な難病・奇病へと近づいていくのですが、このすき間を埋めてきたのは開業医を中心とする第1次医療が重視されてきたという点です。これは公立で行うべきところを開業医に押しつけたという議論もありますが、技術的には第1次医療を重視するという積極的なやり方が出来ていました。しかし今度は開業医まで患者と一対一の契約を結べと言いつけている。今までの自由に紹介をする診療所・開業医で地域の医療のゲートを守ってきたのが、総合病院を専門特化させながら一方で診療所も攻撃していく、技術的にも制度的にも無責任なことを進めようとしていることを提起したいと思います。そういう意味では開業医を中心とした第1線医療の重視を前提にしなければダメだと思います。いくら大きな病院を作り、専門センターだとしても日本の医療の水準は上がらないでしょう。

そういう中で、都立病院も村口先生が言われた公立病院再編成もそうですが、なぜそうするのかという説明がありません。少子高齢化で経営環境が今までと大きく変わったと理由付けしてはいますが、とにかく公社化、PFI（民間資金活用）などと言いつつ、民営化イコール効率化なのだ

なってしまっている。どうすれば民営化に持って行くことが出来るかに重点をおいています。東京都が都立病院に示した結論は、独立法人・非公務員型の運営に切り替えるということです。住民の方はどうなっているかという、ここに地域の人が集めた5000名のアンケートがここにあります。アンケートによれば「いつでもかかれる医療」「差別のない医療」「差額は困る」という内容を挙げています。また石原都政へは「オリンピックなんてやっている場合なのか」と批判的です。

都立病院存続を求める運動は各地に広まっていて、墨東、広尾、大久保などで「運営主体は公立のままです」という主張をしています。同時に第1線医療機関への誤解、「開業医の先生たちは民間で儲け主義で実にあてにならない」ということへの裏返しでの公立要求になっています。ですから地域の住民、自治体と医師会の3者が膝をつき合わせて議論できる場所が出来れば、かなりの難問は突破できるのですが、その場所をどうやって作るのかが実は難しいことになっています。労働組合も素人のぼくを呼んで話を聞かせてくれとなってしまし、地域の人も赤字と聞くと一気に新自由主義的改革へ向かってしまい、経営が軌道に乗っている病院と比較して「ここは無駄だ」、と無駄の発見競争になってしまうのです。

今のままでは素人経営集団に丸ごと持って行ってしまうことになります。空き地のような場所でさえ、「この空き地は民営施設にして売り出しましょう」というプロジェクトが進んでいるところですから、どうすれば良いのか、ここを先生方にお話を聞きたいと思います。

司会 公設民営というと、テレビなどを見ると金融コンサルタントのような人が出てきて「職員を減らせ」ということばかりを言っているように思います。普遍的な医療制度と市場化との矛盾が対立的に表れているように思います。

## ◆農村地域の主体形成、グローバル化とローカル化の波

色平 先生方のお話から都会のあり様が大きく変貌しつつあることを知りました。集約・連携、そ

して自治体合併に伴う再編から、先生のおっしゃる「全東京の離島化」という現象さえが起きているのが分かりました。

私が十数年前に東京にいたときにも、都会の夜間医療は大変お寒い状況で、その点、佐久の方が、必ず佐久病院が「最後の砦」を引き受けるという信頼感と安心感がありました。公共が責任を果たすこと、すでにこの国では、この責務を投げ棄ててしまっているのかもしれないね。レスポンシビリティ（責任）というとき、いったい誰にレスポンス（回答）するのでしょうか。本来、公的医療保険制度なので、参加者全員にレスポンスしなければいけない筈ですが、当事者である行政がその責任を逃げて、放擲してしまっている。一方で、行政が自己責任とか社会連帯、ボランティア、とばかり言い募っている。私は以前から、現状の「自己責任」「社会連帯」なることばの流行に、どこか嘘っぽいな、という感慨を抱いております。

田中康夫さんという面白すぎる人が長野県で知事をしているときに、呼ばれて行って、行政と医師会と在野の私のような人間とで信州医療への提言を検討しました。たった7年前のことだということに今とは全く温度が違っておりまして、私が当時「今でも医師は不足しているし、今後どんどん不足します」と申し上げると、「キミは長く山の中に暮らしているから、そんなことを言うんだよ。そんなことはないよ」とその席で言われました。「でも皆さん、信州大学は県に1つしかない医科大学ですし、ぜひ松本に足を運んで、県庁として、お願いしてでも、揺さぶってでも、桐喝をかけてでも、へりくだってでもいいから、なんとか小児科医と産科医と救急医と精神科医とを多数養成するよう依頼すべきです」と申し上げたのですが、「えー、そんなこと、必要ないでしょう」という反応でした。現在ではあまりの状況の変化にこちらの方がビックリするくらいです。そのくらい、一般が、また医療職ではあってもそうなるとは予想していなかった程の「医療崩壊」ということなのでしょう。

皆さまはすでによくご存じのことだと思いますが、「医療崩壊」は昨今急速に話題に上るようになったとはいえ、これは土光臨調以来、二十数年

間ずっと構造的に動いてきた諸政策の当然の帰結、なれの果て、でありましょう。誰に対し、責任をもってレスポンスすべきなのか、お金の流れも含めたアカウントビリティ（説明責任）を果たすべきなのかということが現在の我々に問われています。この国の主権者はいったい誰だったのか、ということ先生方の今日のご提起から思い起こした次第です。

この年末年始、私はバングラデシュとラオスに行きました。バングラデシュ、ラオスにはそれぞれの貧困がありました。最近ではサイクロンの被害地の友人たちからメールが届いています。

ニュースでとりあげられるようになって、日本の一般にもホットに感じるようになりましたが、私は現地に友人たちがいるので単なるニュースということを超えて、更なる焦りの気持ちと連帯感を持たざるをえません。

そこで申し上げることなのですが、私の友人に外交官がいます。

彼がアフリカで経験したことですが、アフリカの内陸国で道路があまりないので、集落の中であっても自動車がかかなりの高速で突っ走っていきます。日に何台しか車が通らないところですが、それで子どもを轢き飛ばしてしまうことがあるのです。車を停めて轢かれた子どものところにドライバーが飛んでいく。お母さんが子どもを抱えて泣いていたりするとき、彼は何をしますか？謝るのではありません。死んだ子どもを蹴飛ばすのです。俺の車に傷をつけやがった、と。

こんな状況が地球上にあるということは、私にとっても恐るべきことですが、医学生たちがそういうことを見聞し帰ってくると、日本がある意味でたいへん恵まれている、同時にある意味でそのことに気づけないでここに至ってしまっているということが分かるのではないのでしょうか。

戦前の若者は二十歳で兵隊に行つて死ぬことを運命づけられていたからこそ、自分はずいぶん死ぬことになるのかと、天皇を中心とする神の国、つまり「国体」について考えざるをえなかったし、哲学や生死について考え込まざるを得なかった。そんな「教養主義の時代」があったと思うのです。戦後、すばらしいことなのですが、一見平和になり、皆保険になり、農地解放が行われ小作人が土

地を持つことになって、社会矛盾が糊塗されて見えなくなってしまった。つまり若い世代が自らにハッパをかけ、自分の頭で考え抜いていくために、ぜひとも体験いただかないといけないであろう「ぶつかり」が消えてしまいました。

昔はこうだったという証言を日本の古老に語っていただき、その上で海外にも足を運んでもらい「ぶつかり」の体験を積んで追体験いただく。フィリピンや韓国では、メーデーも公然とはできない、そんな「非合法メーデー」の時代が長かったわけですから、日本の「お祭りメーデー」との温度の違いを感じとっていただく。ホントにビックリしちゃった、世界は広いわ、、、世間は広い、、、と感じていただくことから何かがはじまるのではないかと思うのです。お金もあり、一見仕上がった日本社会の中にありながら、何故その制度が、例えば医療保険制度ができていいのか、君は社会をどう変革していきたいというのか、そんなテーマについて、若者の熱意が盛り上がってこない。若い世代が突き上げてこないようだと、制度崩壊もいずれ時間の問題だと思います。

先ほど「後期高齢者農業」と村口先生がおっしゃいましたが、ある意味、本当に「農業崩壊」が時間の問題として迫ってきています。信州の農山村でも、じきに空洞化し、農家と農地の問題が吹き出してくるのは目に見えています。例えば、今年の南相木小学校への入学者は2名でした、、、だから今のうちに、若者たちに「私はこんな日本では困るのだ。こんな農業の現状では困るのだ。こんな医療の現状では困るのだ」とアピールしていただきたいのです。

こうなると誰を医学生として採用すべきか、誰に看護学生になってほしいのかということから考え抜く必要がでてきます。単なる「理科系クイズ人間」ではない、ぜひこういう医療者を目指してほしいという声が、我々ではなく住民の方から、つまり昔の産業組合が声をあげたときの熱意が再現されることを期待します。そういう回路がなければ、農村で働き続けること、よほど変わり者でもなければ、勤め続けられないことでしょう。先生方のように、都市で住民の思いを大事にする実践活動でもありません。おっしゃるように、放っておけば医療は集約化されどンドン一方向へ向か

ってしまう、いよいよそういうことになってきています。取り残される人がどんどん増えて、国としてのかたちをなさなくなるのではないかという懸念を持っております。歴史的に、先生方が戦前の無産者診療所からはじめてたたかった歴史を思いおこすこと。加えて、その弾圧の時期、我々の産業組合は農業会となって国家総動員態勢に組み込まれてしまった、この歴史を改めて反省することが必要です。

今、公立病院がさまざまな攻撃に晒されているというお話を伺いました。では「公的3病院」はどうなのか、と感じました。医師会については、先ほど高柳先生が評価なさいました。個々のドクターはすばらしい仕事をされているというのは分かるのですが、「医師会」という組織になると機能不全になってくる、そんな印象を私は持っています。公的3病院、つまり日赤、済生会と厚生連は、この「医療崩壊」の中で生き延びてもらえないと困ります。

公的3病院のうち、日赤は全国に数にして90病院ほど、済生会は70ほど、厚生連は120ほど。厚生連は厚生省の病院であるとよく誤解されますね、、、農協病院の連合体です。厚生連は、人口10万人以下の自治体にその80%以上が位置し、ロケーションに恵まれていません。07年度のデータはまだ存じ上げないので、06年度決算ですが、日赤の赤字が223億円、済生会は95億円、厚生連は14億円、すべて赤字です。しかし長野県の厚生連は黒字です。この14億円という赤字、小泉元首相だったら「厚生連は赤字が少なくてすばらしい」といいかねないと思います。内部にいる人間にとっての厚生連は、日本で最も医師・看護師の待遇が悪いところ、つまりお金持ちをめざす人に向かない職場です。「金持ちより心持ち」といいますよ、、、、心意気のようなものをJA側から、またお医者さんの先輩からも、医学生・若者に向けて語りかけていかないと職員確保が大変です。

それで、なのでしょうか、私のようなものが地方の医科大学に呼ばれ、こんなお話をする羽目になるのでしょうか、困ったことです。政治の話でもなく、革新や保守という話でもなく、地方できちんと人が暮らし続けていくために、地方で、心意気で続ける医師や看護師を育てなければいけな

いの、そういうことを考える回路がずいぶん細くなってしまうてきた。100年前にはあったし、50年前にもずいぶんあったと思うのですが、地域の熱意が、途絶えてきてしまって、しかも誰もが公言しきれないでいる。大変困ったことです。

ご同業でもある加藤周一先生にたまにお目にかかるのですが、加藤先生は90才近くになって、「私は前半は医者だったが、後半は歴史家になった。あなたはぜひ、若い世代にハッパをかけてくれ」とおっしゃいます。私なりにアジアを見て、途上国を廻り、人権的とはいえない状況下、人権確立に向けて、文明に向けて、少しずつ歩んでいる途上国の若い世代の苦闘に出会いました。日本は一見調和しているから、そこで生まれ育った人には矛盾が見えないかのようになっている。でも実は隠れた矛盾がたくさんあるという、そういうことに関心を持つ若者にこそ医師や看護師になってほしいというメッセージを誰かが伝えなければならぬ。加藤先生がそういうことを書くわけにもいかないで、「あなたが、そこら辺でどんどんしゃべってきなさい」と、先生にハッパをかけられている次第です。

以下は中米グアテマラでの話と聞いています。

医療経済的には、100個の技術を1人の頭に入れて普及する方法と、100人の人に1個の技術を広げる方法は100×1と1×100で同じ等価だということです。しかしグアテマラの先住民族に農業技術を教えようとしたときに、大きな失敗と大きな発見があったといいます。それは普及する人が先住民族の言葉が分からない、スペイン語しか分からない人だったからこそ、1つか2つの技術しか伝えられなかったということです。しかしあとで閾値が分かってくると、25~40%の農民たちがその1つか2つの新技術で70%の収入増があり得るのだと気づいたときに、その技術は数年後には全員に広まってしまったのです。彼が更に観察したところ、お金やいろいろなサポートを持ち込んだ場合の技術はあまり長続きしない。またサポートを受けても150%以上の収入増を一部の農民だけが享受してしまうと、周囲のやっかみを買ってサポートが切れた瞬間に終わってしまう。しかし1つか2つだけでも農民が成功体験に味を占めると、

次の技術をくれともらいに来る。

「風の人」のところへ種をもらいに来て、その種を「土の人」が勝手に広げるので、「結果として」100個の技術が1000人へ広がってしまうのだそうです。

これを聞いた私としては、若月先生はそういうことをたぶん感じ取っていた。閾値のところは7割の収入増ではないかもしれないが、「金持ちより心持ち」つまり手応えのようなことで、「おたがいさま」「おかげさまで」のこころを伝えようとしたのではないか。農民を巻き込むためにか、佐久病院をサケ（酒）病院だと呼ばれてもふんばっちゃったところがあったのかなと、途上国の現実から思い返しております。

## 農地改革のもたらしたもの

高柳 今すぐ結論を教えていただかなくても良いのですが、戦後の農地解放についてどういうものを勉強すればいいか、この文献をというのを含めてお教え下さい。僕も戦後の医療が劇的に変わっていく、資本主義の転換の大前提になっているのは農地改革ではないかと思っています。その後の高度成長を農民対その他となっていますが、都市の労働力は農村からはき出されてきた若年・低賃金労働者でもっていたのだと思います。青森出身の先輩であり、国会議員でもあった津川武一さんは、国会活動と一緒に青森の出稼ぎ労働者の健診を日常的にやっていたわけです。そういう風に日本的な資本主義は、都市と農村とが繋がって出来ていたと言えるでしょう。その下での日本的な福祉国家のあり方というのを真剣に考えないと、いよいよアメリカ的な構造に一気に持って行かれてしまう。せっかく日本の良さ、特徴があるのにそうになってしまいかねない。

農村でもっとも強烈に起こってきているのは、医療の絶対的不足という現象ではないかと思うのです。都会にはなんだかんだと言っても、医者はいますし、医療機関もあります。農村にはいないのです。僕の先輩は80才になるのですが、この4月から長野県栄村の診療所長になりました。80才で山の診療所長とは、かなり勇敢な先生だと思

ます。それくらい、絶対的にいないのです。そういうのを無視したら、たちまち将棋倒しのようにならずこけてしまい、戦後作られた多少は問題があるにしても日本的な福祉国家への道というのがどんどん商品化されてしまう。僕らは対抗するために、商品化してはいけないもの、人権とか社会的連帯などを商品化しないようにし、商品化してしまったものは取り替えさなければいけないのだと今は思っています。

田代 今のご質問では一言では難しいですが、私の恩師でもある暉峻衆三（てるおかしゅうぞう）編『日本の農業の150年』（有斐閣ブックス、2004年）が良いのではないかと思います。

農地改革とは、一口に言えば実際に耕作する人間が土地を所有するのが正しいという考えであり、所有者が耕作するのが正しいというのではないのです。これには今は問題が2つあって、その農地が生活を保障するものにならない、農地価格が以前の何分の1になっていることをご認識いただきたいと思います。また農協とは何かと言えば、農地所有者の集団なのです。農地を所有しないものは准組合員です。私は農協が農地の所有者の集団でいいのかという疑問を持っておるのです。これはまたあとで議論になるかもしれません。

村口 主題から少々はずれるかもしれませんが、田代先生の著作から、WTO 政府調達協定とか FTA（自由貿易協定）、EPA（経済連携協定）などによって、日本の自給率がますます下がるかもしれないということのほか、東南アジアを含めたアジアとの協同が大切であると指摘されています。アジアは農業国で農産物を輸出し、日本は工業製品を延ばして農業を犠牲にしているという状況です。こうした国との協同で日本の農業の展望はどうなっていくのかが、今の我々の議論ともつながる話であると思います。

また色平先生に伺いたいのですが、先生は世界中の国を回っておられて、ある意味では先進国ではない国を歩かれているようですが、そういう国の産業は農業だと思います。こうした国と日本とがどういう連携のしかたがあって、日本の農村が活気づく方法はどのようなものがあるか、教えていた

だきたいのです。

田代 数年前の農業白書が明らかにしたことで、食料の純輸入額が大きいのは、もちろん日本が一番で、その次がロシア、中国、韓国です。つまり世界のビッグ5、あるいはビッグ4は、北東アジアが占めていて、食料危機になったら北東アジア同士で食べ物を奪い合わなければならない。食料が足りないのは北東アジアで穀物を中心として足りないのであって、食料安全保障は共にやっていかないと本当の意味では守れませんということなのです。ロシアはともかく、アジア・モンスーン地域の農業を守っていくことが必要だということなのです。

そう言うとアジアは食料輸出国なのだから、日本の食料自給率はさらに下がってしまうのではないかと質問が出ます。そうした質問が出るのはもっともだと思います。そうした中でタイと日本との FTA（自由貿易協定）というか EPA（経済連携協定）ですが、結果的には米の関税を下げてくださいと言うタイの要求は通りませんでした。しかし「アジアの緑の連携協定」で、日本は正直なところ米を輸入することは出来ないが、その他の得意分野、例えばアジアの農村の貧困問題にどう対処するか、食料の安全の問題に日本の技術を提供するなどと言った形でお互いの長所を生かしながら東アジアの共同体、連携をしていく必要があるだろうと思うのです。東アジアの中の日本の農業という観点がないと日本だけが良ければいいとなってしまうのではないかと思います。なかなか難しいということではあります。

色平 『ヘルプマン！』（くさかり樹、講談社）というコミック本をご存知でしょうか。この第8巻が特にお勧めです。フィリピンの家族の姿がよく描けています。私も医師にしてみますと、お隣で働いている看護師さんの気持ちもよく分からないのに、更にその向こうの介護職になるとまったくわからない。彼ら、医師会に対しては、とても言いたいことが言えていない、オドオドビクビクさせられているのではないかと思います。

申し上げましたように私は山中で見送りながらで学ばせていただいている感覚です。日本の若者



が海外へ行ったときも同じでしょう。どれだけ自分が無力で役に立たないかというのが分かる。「お金がないから貧乏だなんて、いったい誰が決めたんだろうね」と途上国の方がおっしゃる。いかにプライドを持って生きているのかということをおぼくことになります。「こんなに不便なところでよく暮らせるな」と思うようなところで、彼らは意外にもそのことをプライドにしている場合がある。お互いに活気づくためには上下関係ではない交流があった方がよいと思うのです。この『ヘルプマン!』では、フィリピンの人が日本社会でどう感じていくかと描いているのですが、いかに我々が差別者なのかがよく分かります。こういうことを材料に、「あなたは韓国人や中国人、フィリピン人やインドネシア人、イスラームの人と友だちになれるのか」といわれたら、現状ではかなり困難ではないでしょうか。

先ほど農地改革について妙なことを言ったかもしれませんが、申し訳ないことです。しかし途上国に共通する悩みは農村にランド・リフォーム（農地改革）がなされていないということです。ランド・リフォームがあればどんなにいいだろう、憲法9条があればどんなにいいだろう、とみんなが言い募っている、その熱意には、それらを欠くところに出かけて行いってはじめて出会うことができる。それが、日本の若者の、学び、出会い、「ぶつかり」の体験になる、というのが私の実感です。

司会 ありがとうございます。それでは最後にまとめの発言を一言ずつお願いします。

## ●農村の医・食の原点としての非営利・協同

高柳 まとめというのではないですが、田代先生や色平先生と直接お会いして、こうやって話すことが出来たというのが大変大きなことでした。今後ともぜひいろいろ教えていただきたいし、お時間があればちょっと二次会に行きたいと思います。農業にしても医療にしても、自由な話し合いから専門、非専門に関わらず大展開することが勝負になるのではないかと思うのです。それぞれ専門的には深まっていると思うので、そろそろ共同のテ

ーブルについて話し合う必要があるのではないかと。また自分の地域だけではなく、アジアではどうだという視点を持ちながら交流を続けるのが必要ではないかと思います。そうしていくことでじりじりと不平等から平等へとしていくことができるのではないかと、と思います。

村口 医と食ですと「医食同源」という言葉が出てきますが、改めてこういう機会に調べてみて、まさに食をめぐる唾然とするような状況が分かりました。また医療者は医者が不足しているからよこせという運動をするわけですが、それは医の立場でしか動いていないので、その差はどこまでも埋まらないのだという気がしました。農の問題を多面的に掘り下げて学習する必要性を感じました。

色平先生からは産業組合のお話が出ていたのですが、1930年代に医療利用組合が東北3県で一気に広がりました。1950年代には岩手県で国民健康保険の直営診療所が、直営診療所にかかれば無料というのが7か所くらい一気に広がりました。調べてみますと当時の篤農家、教員、アナキスト、マルキストといったインテリゲンチヤが集まって運動を組織し貧農を組織していくというものでした。地域の命に関わる問題に、そういう人たちが結集して組織を作って運動を作ったということでした。当時はいわば地域の官僚も支えたという総合的な力がすばらしいものを作ったという経験があるので、いまの我々の農村や医療の問題は、あそこから何を学びなおすかということが大切だと思います。まさに、いろいろな人、いろいろな階層の人を集めて参加しながら改めて作り上げることを、この時期にどうできるかが大切なのではないかと思います。それが非営利・協同の運動の新たな展開になるのかもしれないと思いました。

色平 非営利・協同という運動が民医連や生協を含み、「原点」に回帰することができるのであれば、私の田舎・新潟でも苛酷な体験でしたが、昭和農村恐慌の追体験だと思います。今が平成恐慌期なのだとしたら、恐慌の痛みを感じることができる感性を若者に期待したい、感じて揺さぶらなければ、自分がどこから来たのか、どこを目指しているのかを見つけられないのではないかと思います。

農文協ができた当時（1940年）、すでに戦時体制下でしたが、隊員は巡回映画をやり、演劇をやり、紙芝居をやり、農村保健活動をやり、巡回診療班をやり、共同炊事、共同託児所をやったそうです。若月先生こそ、戦後これらに取り組んだとされていますが、戦中の時代に農民たち自身がやったことであり、当時若月先生は獄中にいたはずでした。彼らには政治的な活動はできなかったからこそかもしれませんが、非営利・協同組合の精神をもし体現しているものがあるとすれば、戦時下の彼らの抵抗運動でないか。

・・・

昭和の初年、第一次大戦の恐慌の中で、無医村と高い医療費のために、医者にもかかれなくて死んでいく農民たちの窮乏を救おうとして、医療組合運動が展開された。この運動を起こし、組織化に献身的な努力をされた当時の産業組合の指導者たちに、私は心からなる敬意を表せざるを得ない。これには賀川豊彦氏らの、いわゆる大正デモクラシーの精神の背景があったからと思われるが、医師会を初め、当時の多くの旧勢力とたたかった歴史は、まことに先駆的なもので外国にもその例をみない。

・・・

以上、若月ドクターのお言葉です。反産運動の時期、医師会とぶつかったとき、内務省は医師会につきましたが、農林省は産業組合についてと伺いました。21世紀の今、民医連や医療生協も含めて広がった非営利・協同のセクターで、医学生を育てる気迫が必要だと思います。なぜかといえ、私立医科大学は従来いわば「医師会立」であったからです。

現在の日本では年間110万人が死亡します。私が死ぬころには170万人のピークになり、60万人が「死に場所」を失って悩むことになるのですから、農村医科大学構想がアナクロではなく、実に先駆的だ、と感じとれる時代がもうすぐそこに迫ってきていると感じます。

田代 女子大で生活経済論を教えているのですが、日本人が大切に思っているのはお金でも子どもでもなくて「家族」なのです。本当だろうかという印象ですが、この『ヘルプマン！』もそうなっていますね。これだけ地域もコミュニティも崩壊し

て、家族以外に頼るものがなくなっているということですから、これが良いことなのだろうかと思うのです。家族を含めた協同が大切だというのが1つ思うことです。

また非営利・協同というのは本当なのだろうかと思うのです。ハーバーマスは市民社会や公共性の担い手として協同組合を入れています。日本の現在の農協や大規模生協は、明らかに企業の側、営利です。ですからこれを中ポツ（・）でつなぐのはどうかしら、と思います。

そこで今日のお話で強調されたように、協同はやはり営利ではなく非営利、利益追求が第一ではないのです。しかし医療でも事業効率や経営の確実さを求めていくとどうしても大規模化し、広域化している。これは生協がたどった道、農協がたどった道と同じであり、地域と離れていく。地域公共性の担い手ではなくなってしまうのです。もう一度、非営利であり、地域の公共性の担い手としての協同組合が大切になるのではないかと改めて感じました。今の農協は、農業関連事業は重視するけれども生活関係の事業は二の次として段々子会社化などが進んでいます。ところが、地域で求められているのは直売所もそうですが医療や健康や福祉といったニーズで、こういうことから農協が離れていってしまう。ならば准組合員制度を活用すればどうかという意見がありましたが、私はこれに反対なのです。今の農協は農地を持っている人しか正組合員になれなくて、地域の他の人は准組合員ということですが、准組合員は経営・運営に参加が出来ず、利用だけ出来る状況です。そういう人をどんどん増やすのは協同組合の正しい姿だろうか疑問に思うのです。農村地域の福祉や介護、医療といった公共的なものには誰もがアクセス出来なければならぬ。その時に地域の多くの人を准組合員としてとどめ置いて良いのか問題になると思います。では准組合員を正組合員に入れるとなると、正組合員の農家という資格が問題になり、逆に農家という資格がなくなってしまうと、農業問題にどれだけ関心をもてるかという問題が出てきてしまうのです。農という問題と地域住民との問題を正面から向かっていかなければいけないと思います。こういう問題に立ち向かっていく中で、地域の公共性を担うというか地

域再生を担うというか、地域住民に開かれた農協の医療や介護の事業となるのが正しいあり方ではないかと感じていますし、そういうことが少し出てきているのだと思います。

村口 新しい動きの集落営農について、農協はどのようなイニシアティブを取っていますか。

田代 農政は個別の認定農業者という個別の規模拡大を言ったのですが、農協は兼業農家、高齢者も含めて全体で農家なのだという動きが出てきて、むしろ集落営農で皆さんをカバーしていきましようという形になっています。だから、頑張っている農協は集落営農に非常に力を入れています。ただ、行きすぎが出てきて、協業しないかたちだけの「ペーパー集落営農」で補助金をもらえればそれでいいという動きまであり、これはまずいのではないかと感じています。やはり集落営農の基本は協業ですから、むしろ西日本の個別の担い手がいないような兼業農家で集落営農は進んでいます。

司会 長時間ありがとうございました。私どもの非営利・協同は、公的責任が解体し、一方で市場

化が拡大する中で、新たな公的責任を担う主体的なアクターとして、非営利的なグループ、協同的なグループが集まって問題に新しい代案を出すことが可能なのではないかと感じてやっています。

田代 どうも失礼しました（笑）。ただ気になるのは、新たな公的、公というのは好きではないのです。公共性と日本で使う「公」とは違うものだと思うのです。「新たな公」といってしまうと「官」になってしまうので、支配の言葉に繋がってしまうので、難しいです。中国やヨーロッパでは公といえば、人民、みんなのことであり、お上のことではない筈です。

司会 本来はイギリスのパブ、public ですからね。

田代 だから、日本で新たな公というと、本来は官がやるべきことを民に投げて公という可能性があります。勝手なことを言いましたが。

司会 本日はありがとうございました。

(2008年5月10日実施)

(注1) 販売農家：経営耕地面積が30アール以上または年間農産物販売金額が50万円以上の農家

(注2) 認定農業者：意欲ある担い手に対して、市や農業関係機関が協力して支援するという制度。認定基準として年間農業所得550万円以上、「経営改善計画」の達成が見込める。農林水産省による小規模農家の切捨てにつながる批判されている。