

資本主義に対抗し、新しい地平を開く、批判的・創造的知性の^{もやい}筋を！

変革のアバンエ

季刊
No.24

Associe for Change

2016.4

【特集】

いのちとTPP

日常診療へ入り込むTPP

山口研一郎

医療の「思想」を変え、人々の死生観に影響をもたらす

TPP協定文のうち「医療分野」について分析する

寺尾正之

TPPは医薬品利用に深刻な影響をもたらす

第三世界ネットワーク「翻訳 廣内かおり」

【資料】国境なき医師団は警告する

《インタビュー》医療は結局モノにはなりきれないのです

石井暎禧「聞き手 菅 孝行」

● 論文

連帯労組関西生コン支部の歴史と日本労働運動の未来

木下武男

【自著を語る】

変容論的アプローチによる恐慌論批判

—— 周期的景気循環論から相としての景気循環論へ

小幡道昭

【労働市場と景気循環——恐慌論批判】

真」としても位置づけられている。

非公開協議の末に合意

TPPの協議は5年以上にわたり非公開で行われ、一般市民が精査する機会とは与えられないまま、二〇一五年一〇月に大筋合意に至った。現在、本協定は公開されているため、TPPの影響を受ける人びとがようやく主張を述べ、各国の立法議員と政府に対し、医薬品の普及に有害な条項を削除しない限り本協定を批准しないよう、伝えられるようになった。

TPPが施行されれば、製薬企業の独占が強化され、低価格なジェネリック薬（後発医薬品）の流通が阻止・遅延されることで、そうした薬に頼って生きる人びとが薬を利用できないようになる。

また、TPPは公衆衛生上の保障条項を骨抜きにするとともに、途上国に対し、製薬企業のために悪用された知的財産権の保護措置を盛り込む形で、法の改正を強いる。これによって、途上国の人びとを始め、その医療を担うMSFのような団体は、必要としている安価な医薬品を購入しにくくなる。

新薬のイノベーションにとっても不利

医薬品の価格が高くなることは、各国の所得水準を問わず世界共通の問題であり、日本も例外ではない。しかし、

MSFが活動している途上国に住む人びとは、薬代を自己負担しているため、薬価の高騰によって特に大きな打撃を受けることになる。

高価格な医薬品と厳格な知的財産権保護の規定は、生物医学的イノベーションの世界的な危機を打開するにあたって、何の役にも立たないだろう。例えば抗生物質への耐性対策に有効な新薬が不足しているが、薬価が高ければ、政府はその分、そうしたニーズに基づいて行われる研究開発ではなく、患者の負担軽減策に財源を確保せざるを得ない。それに伴い利潤を拡大するのは多国籍製薬企業だ。

市民に託された自国政府への働きかけ

二〇一五年七月、MSFは安倍晋三首相に公開書簡を送り、TPPがアジア太平洋地域の患者に及ぼす影響について熟慮し、公衆衛生推進分野でリーダーシップを発揮するよう求めた。TPPに関する国会での議論は今春始まる見通しとなっており、日本の議員が安価な医薬品の普及を阻害する本協定への署名を退ける機会はまだある。リウス・サンファンは「自国の政府に対し、患者の健康や家族の擁護に動くのか、それとも多国籍製薬企業の利益のために動くのかを問いたです役割は、一般市民に託されています。今回のTPP署名は手続きの段階の一つに過ぎません。TPPによって、人びとが安価な医薬品を取り上げられる事態を阻止する戦いは、まだ終わっていないのです」と訴える。

【特集】いのちとTPP

《インタビュー》

医療は結局モノにはなりきれないのです

石井 暎禧（社会医療法人財団石心会理事長、医師）

「聞き手 菅孝行（本誌編集委員）」

菅 『変革のアソシエ』で、TPPを取り上げようということになりました。しかし、先行する類似の雑誌企画や出版企画がたくさんあるので、本誌ではTPPの締結・発効が人びとのいのちとどうかかわるのか、という一点にフォーカスしよう、ということになりました。

早くからTPPはこの国の農業を破壊する、ということとは反対する人びとによって早くから言われていたが、これにも幾つかの側面があつて、人のいのちの行方と直結する次元も含まれますが、本来の眼目であった農産物自由化というのは、いのちの問題ということとはトータルにはつながらない。また、TPPには、金融などかなり遠い次元も入り混じっています。人のいのちと直結するのは——もちろん、生命操作に

かわかる研究の知的所有権のありかたも視野に入れる必要がありますが、——まずは、医療、医薬、保険が基軸です。そこで、石心会を担っておられる石井さんから、医療の現場全体を見渡す視野で、お話を伺えれば、と考えた、というのがインタビューをお願いした目的です。

しかし、TPPの構想が持ち上がってくるのに先立って、すでに世界市場の単一化の事態は進んでいたわけで、TPPの行方如何に関わらず、その波は医療現場にもすでに及んできています。また、アメリカの大統領選などを見ると、そもそもは、アメリカ政府が仕掛けたTPPに、どの候補も反対を唱えていたりして、アメリカが批准するのかどうかとも判りません。そ

ういう意味では、条約としてのTPPのゆくえにあまり特化しないで、市場の単一化を暴力的に進めようとするグローバル化の圧力と医療の関係という問題意識でお話しいただいたほうが良いのかも会しれないと思います……

◆医療はモノではない

石井 医療のグローバルゼーションとか新自由主義という問題は以前からあった問題です。病院への株式会社参入問題もありました。冗談じゃない、株式会社に病院ができるわけないだろ、というのが医療経営者としてのぼくの実感でした。アメリカでも一時、株式会社参入でワーストとなったことがあります、アツという間に全部負けです。

菅 つぶれたんですか？

石井 全部ダメです。大手の病院グループは、依然としてノンプロフィットが優勢です。基本的にそこが一貫してアメリカの医療の大勢力です。

菅 それは何ですかね。

石井 やっぱり医療っていうのは、本質的に違うのですね。民営化、株式会社化というのは商品化の問題でしよ。商品ってやっぱりモノなんですね。医療ってのは最もモノ化とは遠いところにある。医療の問題は、モノにできないわけですよ。消費と生産が一体ですか

ら。最近、医療界でもメデイカル・ツーリズムなんてアホなこと言ってる人がいますが、できっこないですね。

◆医療は地場産業

石井 医療は地場産業でしかないのです。患者が発生して、それから外国に連れていってできるのですか。医療の原点は救急医療なんです。もう一つ言いますと、医療の構造は老人医療がある意味すべてと言ったほうがいい。若い人は病気なんかしないのだから。人口構成でいうと、高齢化したといっても七五歳以上の人口はほんの少しですね。圧倒的に若い人の人口の方が多いい。しかし入院医療で見えますと、三分の一ずつなわけです。七五歳以上が三分の一、六五歳から七五歳が三分の一、それ以下が三分の一なんです。年をとらなければ病気はしない。若い時の病気なんて感染症です。これは多くは克服されたわけですよ。残ったのは老化に伴う病気が主力です。

頻度っていう点からみると、六五歳以下の人の病院で入院する人の率が「1」だとすると、六五歳から七五歳だと「5」です。七五歳以上になると「10」です。「1、5、10」、大きく言うとなんか感じます。医療で何が問題か。がんの問題は、やや若い、これについては将来克服される見込みはあまりない。血管

系、血管の老化が救急では問題です。脳、心臓、腎臓、全部血管系です。最後は心筋梗塞か脳梗塞かでほとんど死ぬ。半分はがん、半分はこれで死ぬ。

病院代表として中医協（※注：中央社会保険医療協議会——健康保険制度や診療報酬の改定などについて審議する厚生労働相の諮問機関）委員になったとき、tPAという血栓を溶かす薬のことが出て、僕の専門外だったけど、非常に印象深く残ってる。たまたまそのあと僕も脳梗塞起こしています。心臓もちよっとおかしくなり、ステントを入れた。日頃あまり病院にかかったことはなかったのですが、自分も患者として救急患者の体験をしてるんですね。

菅 空を飛んで、どこかい施設の名医のところに行って、という呑気な話ではない。

石井 さっき言ったように、医療は患者をモノとして移動できない。病院は作れても、医療者を他国へもっていけない。だからツーリズムは無理です。医療には言葉の壁がある。

菅 コミュニケーションが大変ですね。

石井 医療というのは基本的にコミュニケーションなんです。結局医者には治すけど、本人が一緒になってやってくれないと、治らないわけです。薬を自分がちゃんと飲まなきゃいけないし、どこが痛いってちゃんとやってくれないといけない。言葉の壁というか、生活

との関係があるからどうしたって地場産業にならざるを得ない。グローバルizmとはどうやってうまくいかない。国境なき医師団とか、ああいう感じでしか外には出ていけないわけです。商売としては出られない。だから株式会社化するとアメリカの医療企業が入って来るって言ったけどダメでした。やっぱり自由診療じゃダメなんです。アメリカでも皆保険にしろってみんな言ってます。医療関係者に聞くと全部日本みたいな方がいいと。

もともとぼくらは地域医療、地域医療と言ってただけど、自分が病気をして地域医療でしかやりやうがないとわかった。やっぱり地域性をもつてしかやれない。だからメデイカル・ツーリズムなんて絵空事の話です。医療というのは、もともと地域性をもつて。医療はグローバルizmとか、そういうことは最も遠い世界にあるということを実感としてもっています。

◆パブリックな医療法人の時代

石井 商品経済とはしっくりこないのが医療だとすると、国がそれをやる医療国営型というのはどうかという、イギリスで破綻したわけですよ。実はロシアもソ連も国営にしかかったんです。社会保険だったんです。ソ連時代ですか。

石井 そう、ソ連時代。社会主義になった段階で国営

という話も出てきたんだけど。ソ連ですら社会保険というワンクッション置いたわけです。日本でも公的病院というのはうまくいっていません。中間的な独立行政法人や民営化がすすんでいます。同時に株式会社経営もうまくいってない。これはいまだとんM&Aで売り出してしまっています。

菅 買い手はどこですか。

石井 医療法人です。独立の法人にして、しかもパブリックなものにさせるとというのが日本の一連のスタンズです。戦後日本では病院に関しては公立でやろうという時期があったんですよ。医療の社会化ということで。だけど国家の持ち出しだけでうまくいかない。そこで医療法人を公的なものにしていくんです。財団であれ社団であれ、持ち分のない、私有財産権はなしにしておいて、その中で公的な役割をやるということ、社会医療法人という法人をつくった。いま民間のわりあいよくやっている優良なところは全部社会医療法人です。これがどんどん増えている。

菅 こんど医療改革で「かかりつけ医師」みたいな制度を入れようとしてますけど。

石井 あれは既得権を確保するためのものです。同業組合の利権にすぎない。開業するほうがいいとして、やたらと開業する。日本の医療費構造は世界でもちよっとおかしいところがある。外来診療の比重が大

きいのですね。医療費の六割を占めている。その中には外来医療費も含んでいますけどね。諸外国行ったら、いわゆる入院医療費だけで七割が当たり前なんです。だから医者は開業するわけです。これが少なかつたら開業しない。

菅 どうしてそういうことになるんですか。

石井 医療費配分で医師会が全権を握っていたからです。

◆混合診療をめぐるせめぎ合い

石井 そういう中で、日本病院会の中で混合診療を認めるかで大論争になった。それは会長選挙をめぐる日本の日本病院会の中の権力争いでもあったのです。しかも身内からも敵が出てきた。日本病院会の中に、小泉路線に乗っかって混合診療を進める勢力もでてきた。

菅 TPPを云々する以前に、そういうせめぎ合いを何ラウンドもやってるんだ。いつ頃のことですか。

石井 二〇〇四年ですね。そこでまずは大論争やって。小泉首相のときですから、そこで言ってることは、そのまま役人も通さざるを得ないわけです。そこで落とし所として、ある種の混合診療認めたようなものだけど、これは制限するためにやるんだというロジックを使って逆の制度にしたんです。

菅 だから判りにくいんですね、あの制度。よくわ

菅 そこはどの国も変わらん、ということですね。

◆新自由主義のジレンマ

石井 医療に関して、新自由主義のジレンマというのがあるのです。自由診療はグローバルizmでいくと、国が出すのが多くなってしまうから国としては困る、だからそっちへ行けない。そういうことを前提にしてTPPの問題を考えないといけない。

菅 医療本体に関してはTPPではそうそう激震は来ない？

石井 来ない。そうすると問題はモノだけなんです。ではモノの問題は何かというと薬価です。薬価は実質的に公定価格ですけど、実は償還価格なのです。償還価格ってのは、いくらで売ろうと勝手なんです。菅 小売が勝手に決められるわけ？

石井 勝手に決められるからこそ薬価差益というのがあるわけです。公定価格だったら薬価差益なんてありません。公定価格じゃなくて償還価格なんです。だからそれより安く売って薬価差益ももらえます。

しかも入院医療ではDPC（包括医療費支払い制度）がある。そこでは薬は使わなくて関係ないのです。この病気にはいくらで決められている。この病気に入院して入院何日まではいくら、入院何日まではいくら、と。薬代という概念は入院の場合はないのです。

からないところがある。

石井 それは僕らも苦心しましたから。どういうふうになれば実質的につづけるかと。

菅 まるごと解禁されていいことはよくわかります。

石井 部分解禁と全面解禁と、これは全然意味が違う。部分解禁というふうに見せかけて、実はそういうものの歯止めの制度だという位置づけにさせたのです。だからそれから問題は起きてない。元々の保険制度がどういう仕組みなっているかって、わりあい原理的な論争をやったのです。実はこういうバトルやってた。だから正直言って今回のTPP、あれは実はもう勝負ついていたよという感じがある。アメリカ行ってみればわかる。あそこは自由診療ですが、GDPに対する公的医療費の割合は日本と同じなのです。公的じゃない医療費が増えるだけで下がらないのです。アメリカで個人破産のほとんどは医療費です。

菅 結局、ひとつも減らない、ヘタすると増えちゃう、っていうのはなぜですか？

石井 アメリカだってカネがないですから、取れない。そうすると国が出すしかない。それで結局アメリカはメデイケイド。これは貧乏人用のやつ、メデイケアは老人医療。これは出すしかないでしょ。だって老人はカネがないでしょ。

菅 そこへアメリカが手を突っ込んで来て、アメリカ製の薬を売りやすいような形に制度を変えろっていう風にその可能性はないのでしょうか？

石井 アメリカはそういうふうによつたら高くなりすぎてしまうのではない。

菅 病院の経営にとつてはどれが一番いいんですか。自由度が高いほうがいいですか。

石井 自由度が高くていいね。医療っていうのはやむを得ずかかるのであって、おいしいからたくさん食べるといふのとは違う。

菅 違いますね。もっと欲しい、もっと欲しい、っていう消費欲求の充足じゃないですからね、医療は。そもそも病氣というマイナスをマイナスする仕事だから**石井** やむを得ず病院に来るんですよ。選択肢は医療がいいか悪いかだけ。いい病院に行くというふうにはなるけど、高い病院に行こうってだれが考えますか。病院にとつては、なるべくローコストで治すっていうふうに考えないといけない。それは医療に対する情熱をもつていて、技術のいい医師や看護師、医療技術者を集めて真剣にやってもらつて、早く退院させて。これしかないわけです。だから株式会社**石井** 病院はダメ。**菅** 教育と似てますね、市場の性格が。教える方も教えられるほうも人間、診るほうも診られるほうも人間って意味でね。大学も株式会社による運営を自由化

したけど、たいしたことないですね。

◆アメリカこそ追い詰められている

石井 TPPの問題もそういう意味でみていくと、ほくはあまり懸念は持っていない。むしろそこに表れているのは、やはり医療は何か、ということが問われているということ。もう一つ、TPPの問題でいいたいのは、アメリカが進めているというのだけれど、アメリカの世界的な覇権が強いつきあはななことやらなかったわけ。弱くなったからやってくる。そういう意味ではアメリカが攻めてるんじゃないのですよ。薬の問題については、アメリカの主張が通つたのは、特許期間の延長だけです。特許期間の延長って何かというと、技術革新の入口が狭くなつていくということです。どんどん技術革新ができるのだったら、どんどん新薬つくってやればいい。それが難しくなつたから、その既得権を守りたいので期間延長なんですよ。TPPというのはアメリカの弱さの象徴なのであって、アメリカの覇権が強大化するという形で反対というのは、ちよつとピントがはずれてるんじゃないか。

菅 強大化するというよりは切羽詰まっている。

石井 そういうことです。だったらそれへの対応とていうのは単なる取引にすぎない。日本の場合、医療関係は、薬も医療機器もダメになつていく。医療機器に

関して日立は血液分析など分析器は強かつたんですけど、いまや完全にダメになつていく。例えばCTなんかも、日本は唯一、東芝が残つたんですよ。あとは全部ダメ。あとフリップスとシーメンス、GE。アメリカはGEしか残らない。

菅 アメリカで新規の非常に有力な医療機械が開発されて・・・

石井 なんてことにもならない。だから特許期間を延ばさなければならぬ。アメリカですらそうです。

◆コストベネフィット論

石井 いま医療関係ではコストベネフィット論というのが出始めたんですよ。どういうことかっていうと。いろんな新しい技術がどんどん出てきています。いま医療界でひとつ問題になるのは、がんの治療で重粒子線だとか陽子線だとか放射線治療ですね。日本も手術は限界にきており、アメリカでも半分以上が放射線治療のほうにいつてゐるんですね。今までの線源はX線でした。または小線源のコバルト、ラジウムとかそういうのだったのが、重粒子線とかになつていく。重粒子線はめちゃくちゃカネを食うわけですよ。保険診療ではないので、いまは三〇〇万円とかを自費で賄つて

いる。じゃあそれがどれだけその金額に意味があるか。ワ

ンポイントでできるのは確かだけど、だからといって一〇万円できるのを三〇〇万円かける意味があるのかっていう、こういう議論ですよ。たしかに副作用は少ないが、そこまで費用をかけられるか、費用対効果の問題です。

たとえばジェネリック薬品、どっちを使つたって効果としては同じです。違いはジェネリックが安いだけです。だけど薬価は別立てでついているのです。だからDPC(包括医療支払い制度、包括評価制度)になつて、入院医療になつた瞬間、ジェネリックを使うわけです。だけど開業医が外来で出している分には薬価請求が大きいから高いほうを使う。しかし保険診療上は、国としては安いほうをつかってほしいわけです。それでコストベネフィット論が出始める。

◆開業医と病院

菅 医師資格の問題ですけど、これまた、懸念の域を出ないんですが、国境を超えた自由化で、弁護士とか医師・歯科医師などの協定を批准した国どうしの、資格の相互承認が制度化されるのではないかという推測がありますね。

石井 医療資格は質の問題がありますし、各国の医師の団体の利害がありますから、あまり進まないと思います。資格問題ではTPPとは直接関係ありませんが、

各職種の権限問題です。一番は、医者と看護師の関係。どこまで看護師にやらせるかっていう。医師会なんかいろいろ反対してるのは、医者の権限に関わるからです。アメリカはちよつと緩くなってるね。たとえばアメリカへ行つて、コンビニやスーパーなんか行ってみると、その中にクリニックがあるんですよ。看護師さんがいる。

菅 医療行為ができるわけですか。

石井 もちろん限定されてますけどね。一昨年から行つたとき、ちよつと見に行つたんだよ。風邪引きぐらいで菅 風邪の診断と処方くらいはしたつていいつていう、ある種合理性もありますよね。

石井 だけどこれはやばいと思つたら、自分の責任になるからそのときは医者を呼びに行っちゃいますよ。訴えられちゃったら困るから。訴えられない範囲のことをやるんですよ。だから別にそれで構わないわけですよ。ただこれ一定の資格でやらないと困る。そういう意味での、どこまでがという権限争いにすぎない。看護師さんにどこまでやらせていいかという。實際上、病院だったら医者の責任で看護師にやらせて。

菅 やってますね、現実に（笑い）。

石井 それを独立職としてやらせたのが訪問看護師です。看護師の独立職としてはいまままで商売できなかったわけ。助産師さんはできましたが。

菅 お産は確かに医療だけでも、病気じゃないつていう名分が立ちますね。

石井 看護師さんは今までできなかった。それを看護師に訪問看護ステーションつていうのをつくらせた。在宅医療については、一種の指示書を出せばあとは、だけど診断はできないわけ。

菅 それがアメリカ並みまでいくつてことはあり得るわけだ。

石井 アメリカ医療のところまではね、やろうと思えばやつても問題ないけど、たぶん日本の場合にはなかなかうまくいかないでしょうね。病院と関係ない開業医が多いわけですから。アメリカの場合の開業医は病院とつながってるのが多い。自分が病院に連れていく。州によつてそのへんの制度が違つてましてね。病院が医者雇用してはならないという州もあった。雇用しちゃいけないんです。雇用していいのは病理の医者と麻酔の医者だけ。

菅 開業医が診るわけですね。

石井 開業医が診る。あとは看護師さんが全部やる。だから病院は医者主人公じゃなくて、看護師さんが主人公です。病院長は看護師さん。手術やなんかの比重が大きくなり、医者の権限が中に入ってくると、医者の院長というのが増えてきた。

菅 それも州によつて違いますね。

石井 アメリカは合州国ですから。

菅 アメリカの州つて、半分国家みたいなもんですから。TPPつていうのは、業界の制度と国家の関わり原則をどう変えるのかという問題でもある訳ですね。

石井 医療はどうしても市場に任せられない部分がある。そこは国が手を出さざるを得ない。そうすると問題はほんとに国の国が独占的にやつていくのか、それとも業界ごとの一種の規制を法的に認めるという形でいくのか、という話になるわけです。現在、専門医制度が問題になっています。

◆医療ビジネスはレベルが低い

菅 もう一つ、別の問題ですが、製薬資本のみならず、モンサントのようなアグリビジネスを動かす広義の薬品資本がすでに世界市場を支配しています。それらとも連携して医療資本が世界市場に進出する、という契機にTPP発効になるのではないか、という危惧には必然性があるように思うのですが。病院は動けなくとも、資本は動けますから、地域医療を抑えることはできますよね。

石井 医療資本というのができ始めて、チェーン病院というのがひところずいぶん騒がれたじゃないですか。それがあんまりうまくいってない。カネは高いし、レ

ベルは低いということが実証されちゃったんです。

菅 レベルが低い理由は何ですか？研究者が要請も調達もできないとか？

石井 だって株式配当しなきゃいかんでしょ。

菅 そうか、医療機関あらば絶対に使わなくてはならない領域にカネが使えないんだ。

石井 だって利益を配分しなきゃダメでしょう。公立の場合には、それが無い。日本では公的領域つてのは結構ちゃんという所が残ってるんですよ。済生会とか、日赤とか、

菅 韓国がアメリカとの自由貿易協定で、医療特区をつくつたりとか、その特区の中で保険外診療専門病院をつくつたりとか、株式会社をアメリカ資本が抑えた、とかいう話が流れて来てるんですけど、そのあたりはどうなんでしょう。

石井 日本よりは、社会保険が遅れたつていうのもあって、韓国は巨大病院になりますよね。三千床とか。確かに総合病院でやるとしたらね、やはり一千床じゃできないんです。一つの科が小さすぎて効率が悪い。救急やらなきゃいけない。民間ではいくつもの先端をもっている病院だけが、ある意味じゃちゃんとした病院として生き残っている。公的・公立病院が難しいのは、いろんな科そろえなきゃいけないからです。

菅 単科の病院つてわけにはいかない。

石井 いかないです。それが自治体病院の弱みなんです。それでコンパクトでもやるとしたら、救急を軸としてやらなきゃいけない。公的病院で一番弱いところはそこですよ。

菅 そりゃそうですね。患者さんのコード化だけでは医療にならない。

石井 いま地域の中核的な病院と言われるのは、救急で、最終的な砦にならないといけない。そうすると心臓や脳とかいうところの科に関しては、医者は二四時間ちゃんというためには、各領域一〇名単位でいないとやれないといわれています。その一〇人を養うために、それだけ患者がいらないといけないか。僕の勝手な計算でいいますと、中核病院の診療圏は人口二〇万だと思っています。アクセスからいうと、カバーできるのはだいたい一〇キロ圏です。だから地方では地域の中心的な都市のところにしかできないんです。

◆公的な中間組織の存在の意味

菅 最後の質問になりますけど、そうすると日本の公的な医療制度、これはそんなに崩れることはない？

石井 崩れたら老人が困るわけです。老人の票は大切だからね。それは絶対、政治家といえどもできないですよ。

菅 一応、高齢者の医療は守ると言ってますよね、

何度も何度も。

石井 それは医師会の票というだけではなくて、医師会のバックにある老人の患者の票なんです。だからこれはまあ、安くするってことはだけ一所懸命やるでしよ。

菅 現下の経済環境で、医療費削減自体は致し方ない必然だと？

石井 医療費削減はしようがないから、それをやるためにはどうすればいいかってことになります。この一〇年間のお題目は、機能分化と連携っていうやつです。本質は効率化です。さっき言ったように、こういう科については医者はこれだけいないと、手術室つくったって一日一つの手術じゃダメだと、三つくらいそこでやりなさいと。そのためには病院は三つはいらない、一病院でいいですと、こういう話です。効率化なのです。効率化というのは単純に病院が大きいとかじゃなくて、ある科、ある領域の医者は何人いるかという話しです。

菅 しかし、安倍内閣って、何するかわからないっていう警戒心は捨てがたいですね。

石井 あいつはバカだから。だけどバカだといったって、ちゃんと官僚も付いてるから。

菅 歴代の政権は、票のゆくえが怖いし、そこそこ賢い官僚がついてコントロールしていればそんなひ

どいことは続けられない。ただ、強権だけ持つて独走すると何をするかわからないという恐怖感が私にはあるわけです。

石井 だからね、いわゆる新自由主義と独裁っていうのが仲良くなっちゃう。自由主義であればあるほど、強権でやらないと国家統制ができない、と。これに對峙するには、国家の役割はなにか、どこまでやらせるかという話になる。なるべく中間的なところ、公的な中間的なところにまかせる、という構造をつくるしかないんじゃないか。

菅 そうですね。国家の政策が民意に寄り添い、民の側に、私益に一面化しない公共性を堅持できる中間団体があって、それが相補的に機能する・・・原則は踏み外さずに、ゆるゆるやるしかないんだ、と。

石井 商品経済を全面否定するのではなくて。それしか今のとこないわけですから。

菅 全面否定はありえないですね。

石井 ないから。だけどそれだけじゃいけない、というのが社会だと。規制というのはあくまで実質的な規制、業界団体の規制というふうなレベルのものを考える。

菅 規制つて要するにルールでしょ。

石井 ルールですよ。あまり自由主義のほうへ行っちゃうということには、まだまだ十分に抵抗できるん

だ、また抵抗する根拠があるんだと、いうふうに思ってたほうがいい。だからこういうことはダメ、っていうのははつきり、リアルに言わなきゃいけない。

菅 リアルに言えないと、オオカミ少年になる。実利の問題はイデオロギーで言うとかダメですね。月に吠えておしまい、だ。

石井 やっぱ、医療については、一番わかって発言してるのは、病院団体です。病院は医者、看護師、雑役まで含めて、事務か全職種持っているわけですから、病院経営者が一番見えるんですよ。それに経営者としては商売だから患者のことも考えなければいけない。病院団体では病院の経営者の集まりですからね。内部にいろんな階層抱えてるわけですよ。

菅 私的な組織が公共性を重んじなきゃならない、というふうになりますよね。

石井 そう。だって、掃除のおばさんから医者まで、給料もこんなに格差があつて。みんな抱えてそれ全体が一所懸命やつてもらわなきゃいかんわけでしょ。全部の利害をなんとか統合しなきゃよい経営はできないんだから。だから患者さんに親切に、一所懸命やつてやれるような仕組みをつくらなければいけない。金持ちだけが得するというような仕組みでは、病院経営ではダメです。結局つぶれます。

(丁)