

## 経済学と医療

厚生労働省がどうしても手を出せなかつた聖域である『医局』は、2004年の臨床研修制度によって、あっけなく崩壊した。しかし厚労省の目論見にはなかつた地域医療の崩壊が、医局による医師派遣停止により生じる結果となつた。大都市東京においては、あるいは霞ヶ関においてはまったく予想もつかない事態であったと思うが、役人は地域医療崩壊後もなんら手を打たず、地方にお任せになつてゐる。正に自己責任、地方の事は地方でというのでは、あまりにも行政は貧困と言わざるを得ない。

地方切捨て、弱者切捨ての思想は前小泉内閣の得意技で、現安倍内閣にも引き継がれてゐる。全ては経済優先という考え方から、経済財政諮問会議を優遇し、またそれを担う側近を重用してきた。彼らの基本的思想は、アメリカの経済学者フリードマンによるところが大きい。フリードマン学派は、『富める者はより富めるように』という経済学であり、日本を始め現在の世界の経済学者の主流を占める。無論、経済財政諮問会議の民間議員は、その影響を大いに受けている。『弱者に対して平等に』と言うニューディール政策で有名なケインズ経済学は、フリードマンにより否定され、経済においてはフリードマン学派が残念ながら、現在の経済学の主流であるらしい。

この経済学の主流である考え方と、医療関係者とりわけ地方の医療を担う医師達の基本的考え方とは大きな隔たりがあるし、また国民の考え方ともさらに大きな隔たりがある。しかし現在の内閣府に深く潜入している「学識経験者」は、『医療もまた経済の一つである』という論理を主張し、医療は万人に平等にという医療人の基本的考え方を否定している。

平成19年3月発行の日本医師会グランドデザイン2007（以下GD2007）によると、「現在のように所得の高い低いに関係なく、国民みんなが同じレベルの医療やサービスを受けられる仕組みがよい」という考えに国民の54.3%が賛成し、どちらかと言えば賛成も加えると72.2%が賛成している。しかし見逃してならないのは、年収の少ない世帯の者は平等な医療に賛成し（77.3%）、年収が高くなるにつれ、平等な医療に賛成する割合が低くなるという事実である。これは日本国民の間に、医療分野にさえも格差を容認する姿勢が目立ち始めたことを意味するものである。

またGD2007によると、地域医療に対して国民が望んでいる最重要課題は、夜間・休日の診療や救急医療体制の整備である（57.4%）。しかし現実問題として地域医療において、夜間救急や休日の体制を整備し、しかも医師の過重労働にならないようにするためには（月6回当直で当直明けなしの場合）、担当科の医師は5人以上必要である。

日本病院会（4月10日発表）の資料によれば、1ヶ月の宿直回数が3～4回は勤務医の40.8%で、5回以上が17.1%であった。さらに宿直明けはなく約9割が通常勤務を余儀なくされている。すなわち、現在の医療提供体制は、医師あるいは医療関係者の犠牲的精神の上に成り立っていると言っても、過言ではない状況である。このような犠牲的精神・奉仕の精神を、果たして現在の学識経験者と呼ばれる経済学者に理解していただくことは可能であろうか？ 残念ながら否であろう。かれらはそもそも万人のためにという我々の考え方の対極に位置しているのであるから、妥協点を見出すことは極めて困難と言わざるを得ない。

では、我々は何をすべきか？ 答えは明白。地域住民と共に考え共に生き、共に悩み共に困難に立ち向かう姿勢が、今まさに必要なのではないであろうか。

☆ ☆ ☆ ☆

北海道医師会の役員改選により平成19年4月から、私、藤原が情報広報部の担当部長となりました、今後ともよろしくお願ひいたします。課題は多く、今後1～2年が医療関係者にとって、と言うよりむしろ国民にとって正念場と思われますが、どうぞよろしくお願ひいたします。