

市民医療の原型について——『市民医療私稿』より

野川久和（旭区役所福祉部保険年金課国民健康保険係長）

この資料は、私が病のため療養生活を送っていた昭和四十七年頃に、それまでの仕事であった国民健康保険の実務に一つのくぎりをつけるつもりで書き綴ったものを、神奈川県国保団体連合会のご配慮によって昨年、印刷物にすることができた『市民医療私稿』からの一部抜粋です。ある友人の紹介により、『調査季報』の編集子の目にとまり、今回、医療問題の特集が組まれるについて、その一部が掲載されることとなった次第です。

掲載にあたって、枚数の都合から、原文を一部割愛し、部分的に書き改めました。医療問題を考える上でながしのかのご参考になれば幸いです。

一——市民について

この小稿の最後に、現に医療が陥っている荒廃を脱する出口を見出すための試みとして、医療とは何かを、原点において考えてみたい。

これまで、わが国の医療なり、医療政

策なりは多くの場合、政策担当者の観念思考や供給主体の利己性によってリードされてきたこと、またその故に、権利者としての市民の主体性があらゆる面で削りとられてきたという認識が、この考察の出発点になっている。したがって、ここでは、理論的な不備や欠陥を承知のうえで、あえて「市民」というカテゴリーによる医療を考えてみることにしたい。ここでの「市民」は、いわゆる「公民」ではない。ましてや、町民や村民と区別されるような意味での都市住民に限定されるものでもない。しいて規定するならば、地域社会に、当該コミュニティとの連帯意識を持つと否とに拘らず、生活者として、平凡かつ漫然たる日々を過す住民をいう。その意識は、必ずしも変革志向型ではない。その点で、「市民運動」におけるその「市民」とは異なるであろう。しかし、にもかかわらず、日々の生活が何の悩みや不安もなく送られているわけではない。ただ、この人々の悩みや不安は、日常的な平穩の中に埋没してい

るだけである。その思考の特徴は、マス・メディアに操作されやすく、生活感覚は、草葉志向型といえようか。

この潜在化している市民の不満や不安感は、大震災に対するものと同様な強度において医療に対しても存在する。しかし、これが一定の運動の形態による変革への胎動となりえないのは、問題の複雑さと、方向性へのナショナル・コンセンサスの形成が未分化であるためと考えられる。

右のような、いわゆる市井人としての市民を念頭におきながら、医療についてのグローバルな視点を設定し、それらの展開を通して、根元からの変革の、市民自らによる獲得が可能であるかどうかをさぐるこれが、この稿の課題である。

二——市民医療の命題

医療について、これまで考えられてきたことは、まず、保障の形式があり、費用負担の体系があった。ここでは、この

ような考え方をもう一度逆立ちさせて、市民にとって、そもそも医療とはなんであるかという問いかけから始めなければならぬ。

「医療」とは、言葉の意味としては、「医」をもって「療」（なおす）することである。

人間が病に冒されることによって陥いる肉体的精神的破たんから脱出させることが医療である。人間の生活史は、病と病との間のわずかな健康をかぎりなく追いつめることによってつづられる。その間差が大きい人ほどその人にとっての幸福感（自身が意識するしないにかかわらず）は大きい。

医療は、したがって、病からの脱出を助け、はやめる梃子である。それは人に捧げられるべきものである。それは時として、いやむしろ、しばしば人を死に至らしめるものであっても、生命への最良にして最大の援助をなしうるが故に神聖であり、崇高であり、そうであるがために尊厳をもって遇せられるのである。

このような医療の概念規定のメルクマールであるところの「市民医療の原型」とは、市民の健康への侵害が「ただちに、

最良の手段によって、できるだけ短期間に、かつ、市民の生活の破壊なしにとりのぞかれること、及びそのためのあらゆる社会的配慮がなされること」である。

具体的には、市民の健康への侵害は、あらゆる形をとる。夜中に起こる乳児の発熱、老人の発作、生計の中心である父親をとらえる不治の病い、幼児に多発する交通事故等々……、これらの侵害のいずれにも対応できる脱出の手段が備わっていること、そして、侵害からの脱出が、即市民の生活破壊をもたらさないような社会的配慮が制度として確立していること、これが市民医療の原型である。

右のべた条件をもう少し敷衍して考えて見よう。第一に、「ただちに」という条件について、現実には救急医療体制の不備が、これに答える。だが事はそう単純ではない。市民は病に侵されたと感じたとき、その病から逃れたいと願うと同時に、「一体どうなるか」という不安から逃れたいと願う。例えば、開業医の門を叩いて、運よくその医師の診察をうけることができたとしても、病につきまとう不安から解放されることは非常にまれである。市民はストレスを土産に開業医のもとを去らなければならない。ここで

の「ただちに」という命題は、このような不安に対してもケアが得られるという意味を含んだものである。

市民がこの不安から脱出できない理由は、医師なり看護婦なりの市民に対する精神的、内的サービスが、社会的な評価を正しく与えられていないからである（この点については後述）。

ここで考えられるのは、市民が病に冒された時に、その脱出の具体策、不安の解消をあらかじめ準備するようなサービス、いわばブレ・メディカルなサービスを提供する地域システムを作り出すことである。このためには、地域に潜在する資格を持った、医療サービスを提供できる人々をチームに構成した組織を作ることがよいと考えられる。このためには、

一定の費用負担や、地域の医師群との連携が、市民の医療需要に対応して組み立てられなければならない。その周辺の調整は別として、基本的には、病におかされた市民が、ただちにそのニーズを訴え、必要なケアを受けられること、場合によっては医師の医療をうけられること、その過程で病にまつわる不安についてのカウンセリングをうけられることである。したがって、メディカル・カウンセラーというような呼称がこの担い手に付される。

このシステムは、現状が、供給の過疎

に対して需要の過密というコントラストがもたらす数多くの悲劇をとりのぞくのに有効であろうが、その実現には種々の問題がある。ここでは、それらの問題のいくつかを列挙するに止める。まず、供給の担い手の守備範囲の問題——医療法その他の法体系の中での位置づけの問題。行政の決断の問題、報酬の問題、地域の医師群との連関の問題等々である。

市民医療の原型の第二の命題は、「最良の手段によって」ということである。

現代の医学の日進月歩は、急性疾患や外科的な分野でめざましい実績をもたらしている一方で、人間を総合的にむしばんでる慢性疾患や原因不明病に対しては、必ずしも最良の手段で対応しえていない。医療手段は、最良であろうとする方向を見失っているかのよう思える。

医療技術を駆使して患者を取り扱いは、薬品をフルに使った治療技術は、科学的、合理的である反面、多くの医療事故や原病を引きおこし、ついには、医師に対する社会的評価の変質すらもたらしている。市民にとって最良の手段は、このような方向を失った治療手段の、局所性、即物性を解き放ち、人間を循環し、新陳代謝を絶えず続ける、心と体をもつトータルな存在として捉えなおすことから始めなければならない。そのため

は、例えば漢方医学の考え方をとり入れることも必要であろう。なによりもまず、現代医学の無誤びゅう性の自意識をとり去ることが必要である。

市民にとって最良の手段ということのもう一つの意味は、それが市民の心にとって最良のことである。この点で、現実の医療は何の役割も果せなくなりつつある。医師が自己の蓄積を正当に評価されないために「心」を奪われてしまっていること、市民もまた病において「心」を〇〇%うばわれている。俗にいう「病は気から」において「気」への配慮が欠けることによる病からの脱出のむずかしさが、市民のおかれている状況である。

ここで求められているのは、病についての、病と人間についての通じ合う語り合いです。それは、医師や看護者にとっては、自己の蓄積の吐露であり、病者にとっては、未知の自己啓発である。仮に、病についての機能的方策が万全たりえても、この心の開陳がないかぎり、医療はやはり不毛である。

現在各方面で検討されている医療のシステム化やグループ・プラクティスも、この点への配慮を欠くならば、より合理的ではあっても冷徹な、より機能的であっても非人間的なものになりかねない。

条件の第三は、「出来るだけ短期間に」ということ。現実の姿はこれとはうらは

らである。病者はできるだけ長時間、孤独な不安にさらされ、そして、苦痛と闘わなくてはならず、医師との接触の時間は、ほんの一瞬である。

なぜそうなるのか。医師は、与えられた医療体系の下で、多くの患者をいかに迅速に診こなすかが、そして、患者は機械的な問診と触診からいかに多くの自己診断を行いうるかが、凝集するパロディとなる。医師の目的は、個人的な道徳感ののりこえて、いかに早く収入源として効率的病者と取り組むかに収斂されてくる。「急性疾患の慢性化」これが、この命題が克服しなければならぬ課題である。

このためには、医師の技術、能力、総じて医師像の再評価からはじめなければならぬが、このことは医師の診療報酬の問題とかかわっている。次節でこの問題とにかかわっている。ただ、市民の立場から、この命題に接近しうることが一つある。それは、「健康手帳」といえるものを市民一人一人が持つことである。例えば、母と子をつなぐものに母子手帳があるが、その第二版ともいえるものである。

母親の胎児免疫を離れる満一歳頃からの乳児、そして幼児の罹病率は一段と高くなる。したがって満一歳に達した子供の全てに「健康手帳」を交付し、医師の診療を受けるたびにその交流のすべてを

記録することを医師及び両親に義務づける。このことによって、子供の成長に伴う医療需要のイメージが形成され、次の接点における医師の取り組みに寄与し、病からの脱出について、より適切な処遇が与えられるだろう。この手帳は、やがては老人に、さらには成人へと拡大していく。病は人間の総体における異常であるから、その現象の形や程度は千差万別で、記録の上では注意を必要とする。しかも、この手帳は、これを記録する医師に十分な時間を与えないかぎり、換言すれば、記録に十分な精力をそそぎうる精神的、肉体的、経済的安定を確保しないかぎり、実現は困難である。しかし私達は、直面している荒廃の固定化の上に、

未来を見ることはできないのである。つまりこの手帳の提案は、医療のシステム化を志向する包括医療や管理医療とは異なった地点にある。それ自体、ともすれば医療産業の利潤目標にされがちな、機能性や合理性にとらわれるのではなく、医療にたよる市民の意識の軌跡を、医師と病者との交流において記録する姿勢である。

最後に残された命題は、「生活の破壊なしに」ということである。医療の必要は、常に市民生活をおびやかす。病による不安と共に、病がもたらす生活破壊によって、市民をおびやか

す。

社会保険という制度の下での医療保障は、この生活不安からの脱出について必ずしも公平とはいえない。その市民の属する制度の如何により、ある市民はかるうじてその生活を維持できるが、ある市民は、公的扶助という最低生活の保障を名目にした、生活の実質的な破壊へと落ちこんでいかざるをえない。昭和四十五年厚生省統計によれば、生活保護における扶助対象の六四％が医療扶助であり、その七〇％が単給である。ところが、現在の医療保障におけるサービスは技術の提供に対する対価として構成されており、医療需要の背後にある生活態を軽視する。働き手や老人の疾病による生活破壊に対しては、仮にそれが医療にかかわるもの（差額ベッド料、付添看護料、保険外診療費）であっても、保障の対象とはならず、個人的負担能力が頼りの長い抗争にゆだねられる。

したがって、非常に抽象的ではあるが、市民の生活破壊が、医療需要に原因する場合の保障の基本的理念（医療権の理念）とそのシステムを組み立てる必要がある。これが、市民医療の原理の最後の条件にすえられるべきイメージである。

三——診療報酬についての吟味

市民医療の原型についての考察は、供給体系についての検討を省くことができず。特に問題となるのは、すでに、混乱と矛盾の重層の上になお定着し、一定のポリティカル・パワーの実存を獲得している開業医制度の周辺である。そして具体的には診療報酬体系の問題である。以下、市民医療の供給体制を考える上で診療報酬をめぐりいくつかのメルクマールについて検討してみたい。

①—診療報酬に基本料の考え方を導入することができるか

「基本料」の考え方は、すでにイギリスのナショナル・ヘルス・ケアの制度内で、ファミリー・ドクターの診酬として実施されている。もともと、医療需要の基盤となる国民的風土が異なる以上、この制度を直ちにわが国に於てはめるわけにはいかないし、文献によれば、ファミリー・ドクターの実態も、手軽ではあるが、ともすれば、粗雑な医療供給となってしまう。医師自体も、高額の自費診療への嗜好を捨てきれないという弊害もあるとされている。

供給の主体の側からの質のよい医療と、客体の側からの安価な医療の接点をどこに求めるかによって、この「基本料」についての評価は当然異なってくる。「基本料」の考え方は、医師の持つ技術

的蓄積の病者に向つての発露を、供給の前提として評価しようという点にある。

したがって、例えばイギリスにおけるような、市民の登録制による、人頭的なものにするには、ファミリー・ドクターと病院との地域的な配分が準備されなければならぬ。しかし、すでに乱立と寡立との無差別な配分になってしまつて、わが国においては困難であらう。

そこで、別な観点、すなわち、診療報酬体系の改革の観点から、医師が市民に対して行う診療行為の背景にある、医術蓄積の対価として、医師一人一人に対して基本料を設定する。医師はいかなる場所（開業医としてであらうと、病院の勤務医としてであらうと）で、いかなる機会に診断を行おうと、年間を通じてこの基本料を保証される。

もとより、蓄積の評価を計測することは非常に至難である。しかし、その経験年数、その経歴、その技術的水準を、最大公約数として評価することは不可能ではないだろう。この基本料を診療報酬体系の中に取り入れることによって、患者の殺到に悩まされ、患者を商品として扱うことを余儀なくされ、そのことによつて、患者との人間関係をスポイルされて、医師達の、根源的な「医」における疎外をとりのぞく可能性が見い出せるだろう。

② 外来部門の医療需要に対応した供給体系に地域区分を設けることができるか

現在、医療需要の約九七%を占めていられる外来診療は、荒廃が市民の日常生活にしみこんでいく強力な役割を果すものになっている。厚生省は、かつて「早期発見」「早期治療」をモットーとして、国民皆保険により、安価な医療を目指してきたが、はからずも、その請求は、市民に荒廃という結果をもたらすことになった。

外来診療の本質にある需要への「パネ」は、前述したように、市民の「不安」である。したがって、この「不安」が需要に結びつく前に、その交通整理を行えるような、メディカル・カウンセラーの地域的配分と医療機関の連関のシステムを組み上げる必要がある。

外来部門の診療が、現在のように、市民の不安を「パネ」とする恣意性（安価な保障に裏打ちされた）にゆだねられている、かぎり、「荒廃」の中味になっている、医療における人間関係の喪失、患者の商品化、供給側の疲労と疎外等々の状況は打ち破ることができない。

③ 点数換算の簡素化を図ることができるか

現行の診療報酬が、いわゆる「出来高

払い」であることはすでに知られている。そしてこの制度が、医業が成り立っていく上で、ぼう大な労力と時間を費やさなければ報酬を得られないという悲劇を医師に強制させていることも。

そこで、診断報酬を吟味するには、どうしても、この点数表のことを考えないわけにはいかない。

一言でいい表すのはむづかしいが、現行の点数表は、診療行為の評価表として持っていたはずの本来の機能から外れて、医師の報酬の経済変動にもなう上昇（医療費の値上げ）を複雑、精緻に盛りこんだ、医療費換算表になってしまった感がある。

そこで、先にべた基本料の考え方を前提にしたうえで、個々の診療行為を、一個の病者を人間として遇すために、そして、医師が、疎外された自分をとり戻すために、どのように評価したらよいかについて考えてみたい。

病者が病をもつて医師を訪れるとき、病者の訴えをきき（問診）身体的状況を判断し（触診）、現われた症状、かかれた症状を吟味することから具体的診療行為が始められるが、これらの行為は、現行の点数表は「初診」として評価される。この内容は、一般的初診、時間外加算、乳幼児加算、特定疾患加算を、それぞれの病者の条件によってあてはめ

ていかなくはならない。

だがここで、医師の診断行為に、乳幼児によって、あるいは特定の疾患の患者であるか否かによって評価を細別する必然性があるだろうか。これらの加算方式は、明らかに医療費改正の技術的操作の所産であつて、医師が病者に対して最初に行う診断行為の中味に存在する区別ではありえない。この病者との最初の接点は、後続する診療行為の方向を決定する重要な出発点であるものとしてのみ評価されるべきである。すなわち「診断」として。そして、どんな病気の、どんな患者にも、どの診療時間（仮に勤務時間外に行なう診断であつても、それが、時間外であることによつて医師に与える苦痛は、診断の中味にかかわるはずのないものであつて、その苦痛は診断の評価としてではなく、医業のあり方に対する評価として別に考えられるべきである）に対しても、均一な評価として考えられる必要がある。

次に「注射」という医療行為をとりあげてみよう。これも、その背景に診断という基礎を持つものであるが故に、現行の静脈、筋肉、皮下などの頻度の多い注射について、点数上の区別をしなければならぬ理由は乏しい。仮にそれが技術的難易によるものであるとしても、したがって「注射」についても、脊髄

注射などの特殊なものを除いては、統一
的な評価をするべきであろう。また、注
射薬の価格の問題があるが、注射薬は、
医師には無料で供給されるのがよく、支
払者共同による供給公社のような組織を
作って製薬会社に支払いをする方法が考
えられる。

第三に「投薬の問題がある。これは、
現行の診療報酬体系の最大のガンであ
り、単純に論じえない多くの問題点を持
っている。

基本的には、医薬分業の完全な確立を
行なえるかどうかにあるとはいえ、少く
とも、薬価の複雑多様な設定を再検討
し、投薬手数料を医師の任意の選択にゆ
だねることによって生ずる過投薬の状況
を変えるために、投薬行為の過大なメリ
ットを整理する必要がある。

診療報酬のウマミ（それがもしあると
すればであるが）が、医師の診断行為の
質によってではなく、点数換算のカラク
リによって陰の实在をえているとするな
らば、医療をうける市民にとって、これ

以上のマヌーバ（策略）はない。（以下
一部略）

④—メデイカル・カウンセラーの 制度を設けることができるか

この制度の必要な理由についてはすで
にのべたので、ここでは医療制度とのか
わりについての素描を試みてみよう。

現行の医療法では、医師だけが医療を
行なうことができると思われているので、
メデイカル・カウンセラー（仮にM・C
と略す）の役割付けを考える場合、医師
とのかわり合いを考えなければならな
い。

M・Cはさし当って、免許を有する保
健婦又は看護婦をあてることが望まし
い。この場合、保健婦・看護婦の役割の
再吟味が前提であって、現行の「医師の
サポーター」とか、一行政面での任務一
というワケから一歩踏みだした、医師と
の対等な関係及び政治社会的に独立した
立場に立って医療に参画しうる役割づけ
が求められる。その上で、地域住民と密

着した形で定在——カウンセリングの
立場が地域住民の医療ニーズに対応して
設けられること——を保証する。このこ
とによって、地域住民は日常生活におい
て、病その他の医療にかかわる悩みにつ
いて、M・Cとの交流を得ることができ
る。そして、疾病の早期発見、早期治療
がただちに医師の治療と結びつく前に、
M・Cとの交流によって対策が考えら
れ、方向が与えられるという医療ケアの
保障をうけることもできよう。M・Cは地
域の医師と連関を持ち、疾病のプレ・ケ
アとアフター・ケアの両軸をうけもつこ
とになる。

問題はM・Cの業としての認定である
が、これには公共性を持つ一定の費用負
担が必要であろう。重要なことは、地域
にひそんでしまっている供給源を掘りお
こし、公衆衛生部門や医療部門との連関
を明確にした上で、社会的価値を呼びお
こし、肉づけすることである。

以上のべてきたいくつかのメルクマ

ルは、いずれも荒けずりな素描であっ
て、医療の核になる需要と供給のすべて
の問題を論じたものでは到底ない。

しかし、これらの論点の背組みをなす
市民医療の原型が、もはや、市民にとっ
て「健康」とは守るものではなく、獲得
するものであり、個人的な力によってで
はなく、社会的権利として保障されると
ころにこそ実現しようという発想に根づ
いていることを、もう一度指摘せざるを
えない。そして、この発想が、わが国の
医療の歴史の中で、市民を死民となす
医療観、水俣病をはじめとする数々の公
害病、森永と素ミルク後遺、スモン、カ
ネミ油によるPCB後遺等の多くの例に
ひそむ医療観の否定の上に立つことも。
これらの市民の生きることを求めたに
ちがいない死、あるいは、死そのものの
ような生の中に、努力としてはなく、
権利として在らねばならない医療の原型
の鎮魂を見ることはできぬであらうか。

（以下略）