

都市の医療

西三郎〈国立公衆衛生院衛生行政学部衛生行政室長〉

現代の医療問題は、適正医療を求める市民とそれに応える医療提供者集団に横たわる。医療制度、健康保険制度などが複雑にからみあって生じている。筆者は、国の経済社会基本計画を引用しつつ、東京、横浜といった都市の現状を考えるとともに、これからの医療のあり方を提言する。

一 はじめに

現在多くの医療問題について報告がみられ、そのいずれも現在の諸矛盾を明らかにしているといえよう。しかし、現状分析、現状の批判とその体系化のみではこの医療の諸矛盾を乗り越えることはできない。また提言も現実とはことなつた不連続な内容では、学問として優秀であっても実現性に乏しいといえる。ここでは、国の政策への提言と異なり、地方自治体ということ考を考慮し、現状のなかで、地域において市民参加を通じ、保健医療をよりよいものにする運動の展開を期待し、そのため総論を報告しよう。

二 医療問題の背景

現在の医療問題は、国民生活に深いかかわり合いがあることから、国会の中から井戸端会議まで幅広いところで討議がなされている。またこのように世論の重要課題となった医療問題をまとめ、整理した図書や報告も少なくない。ここでは現在の医療問題を総括することを他の報告にまかせ、現状を改革する運動の展開されることを意図し、医療問題に発言している人々の立場から一歩下がってみよう。

医療について発言している人を大きく分ける

と四つに分けられよう。その一つは、直接医療サービスの受けてである一般市民・患者があ

- 一 はじめに
- 二 医療問題の背景
 - ① 市民の訴え
 - ② 医療提供者の声
- 三 都市の医療の現状
 - ① 国の保健医療の計画
 - ② 東京都の医療計画
- 四 これからの医療への提言
 - ① 市民参加
 - ② 保健医療区の設定
 - ③ 保健計画
- 五 おわりに

る。次に医療を提供している医師・看護婦・その他の医療人および病院等医療施設がある。第三には、社会の中で具体的に医療が実践できるための裏方の人達で、医療行政、健康保険組合などという医療制度、医療保険制度にかかわる人々、又は団体と、医療産業、医薬品産業等医療に直接、間接に物を提供している人、又は団体があげられる。最後に医療問題に対して第三者の立場から発言している評論家・研究者・マスコミ等々の人々がある。ここでの四つの分類は、仮の分類であり、これから話を進めるためのものである。日本医師会は、医療提供の第二グループに属しており、日本看護協会とか、病院の代表とかと同じグループに属してはいる

が、医師会の発言力は、とくにきわだったものである。筆者の今回の発表における立場は第四のグループの研究者としてではなく、第三のグループの医療制度を具体的に支えている公衆衛生の実践家の一人として位置づけているものである。

①—市民の訴え

第一のグループの発言には、公害、災害等医療外の要因による健康被害者。医原病、薬害医療事故等、健康回復のための医療が逆に作用した医療行為の要因による健康被害者。受療できない、受療までの経過が長過ぎる、または受けた医療が、現在の医療水準より著しく低い水準であるなど、適正な医療に至るまでの要因による健康被害者。差額病床、交通費負担、謝礼金等医療行為の周辺にある要因による場合。さらに健康被害その他による医療を必要とすることによる所得損失、家族崩壊、生活不安、教育不備等々福祉教育労働等のニードの発生した場合がある。これらの人々の医療問題は個別具体的な経験を通じた直截な意見から理論的に体系づけた発表とその幅が広い。しかしそこで共通していることは、健康に生きる権利があるという認識の有無にかかわらず、「いつでも、どこでも誰にでも適正な医療が提供されなければなら

ない」ことを前提にしているといえよう。医療行為に帰因した健康被害は、医療担当者の事故、過失による場合のみならず結果から見て判断されるものを含み、「適正な医療」を欠いたものといえよう。医療に至る要因の多くは、「いつでも、どこでも」の例が多く、医療行為の周辺にあるものは「誰に」でもにあたるものが含まれよう。医療以外の要因、福祉等のニードに関連するものを除くと、患者、一般市民の医療への期待は、個別具体的に見る限り現在の医学・医療の水準からみて満たし得ない事例は殆んどあり得ないといえよう。スモンにしても、薬についての適正な知識があれば起きなかったし、救急患者のたらい回しにしても、そこに医師が居れば起り得なかったし、差額がなければ入院出来るのに、等々となる。しかし、現実には事故が発生し、苦情が殺到していることに注目しなければならず、そこに医療問題の発生がみられる。すなわち個別具体的に解決し得ることが地域的集団的となると解決できないことがあるという別の次元の事項を見逃しているからといえよう。ここでの医療問題は、第二グループの発言に関連する事項と、第三グループの発言に関連する事項とに分けられよう。第二グループに関連する医療の提供は、東京都、その他で実施しているヘリコプター利用による患

者搬送をはじめ、患者の医療施設までの道を確保し、さらに、東京都の都立病院のように差額病床の全廃により施設の利用の便利さを増すことは可能である。またそこで提供される医療の内容は、医師をはじめ担当する医療人の技術の水準を高く保ち、最新の学問の進歩に遅れないよう生涯学習に勉めていけば、医療事故の発生は著しく少なくなる。このように現状で到達可能な状態が、マスコミ等を通じ比較的良く情報が広まっている一方、現実には、庶民が個別に病院・診療所から受ける医療が自分の期待する満足なものでないことがある。その上庶民の支払った診療費により生活している医師の生活内容が庶民の感覚からみて違い過ぎる。この二つが重なってくるところに、医師、とくに診療所医師の悪徳医師像が形成されてくる一因をなしている。現状では、医師が適正な診療を常に保障するため研鑽に勉めることと、高額所得を得ることが平衡し難く、時には逆になることがみられている。すなわち医療の利用の便利さの向上と、医療内容の適正さとが十分保障されることが必要であり、それが求められなければならないのに、それへの期待の不十分さを医療の高額所得（このこと自体良いか否かは別として）を不当なこととして結びつけ、本来の医療の要求を複雑化している傾向があるといえよう。こ

の医療への不満の解決の道は第二グループの発言と合わせることにより、その道が開かれよう。また第三グループに関連する内容も、わが国は資本主義社会であることと医療資源の不十分さが加わり、解決するには、必ずしも日本の現状では容易ではないが、第三グループの発言と合わせて後述してみよう。

②—医療提供者の声

医療提供者の中心は現状では医師であり、その集団として日本医師会がある。しかし、日本医師会以外、病院に関する協会、日本歯科医師会、日本看護協会等々組織団体とともに、医科大学の教授、各々の医師等医療人、個人にいたり広い範囲で意見が公表されている。そのなかで第一グループに対し、医師患者関係を正常（何が正常かは別として）に保つための患者側の努力の必要、受療態度、とくに救急患者にみられる軽症者のように衛生に関する学習の不十分などが指摘されている。このことは、全面的に医療人の意見を是とするものではないが、傾聴に値するものも少なからずある。しかしその対策としての衛生教育の実施には医療提供者の役割、責任が最も大きいといえよう。なお衛生教育にあたって市民が生活をより健康にしようとする意欲があることが、前提となることは

当然である。次に医療提供側の医療提供についての発言をみると、その背景には、医療の提供が各々の専門家個人で提供されるかせいぜいチームで提供するという程度の理解にとどまっている例が多い。医療提供は、個別の医師、個別の看護婦さらにチームのみならず、専門家集団としてその責任を持つという専門家としての基本が十分には確認されていない感がある。日本医師会に日本医学会が、置かれている。それは日本医師会が、医師の利益擁護団体ではなく専門家としての医師の団体であり、医学・医療の発達普及を目的の一つとしているためである。さらに医学教育、医療の管理には各々医師が責任を持って従事している。すなわち、医師は、個別に患者の診療にあたるとともに、社会に対する義務を有している。このことを多少拡張して別の表現をしてみると医師たるもの共同の責務として患者、市民が必要とする医療を提供することの責務を有しているといえる。またそこで提供される医療は適正であらねばならない。

そのため、自分としては時間の余裕がないとか、専門的技術が十分でなければ必要とする診療が受けられるよう患者に医師として配慮しなくてはならない。この医師としての配慮には、それを日常的に可能となる体制が前提となり、そのような体制を作るための医師集団とそれを

支える医療制度が必要といえる。現実には、医師の都合は示されても、後段の社会的存在としての医師の責務が十分でない例が少なからずみられ、そこから患者からの不満を生じせしめている。勿論医師が個別の患者に診療を行うにあたって、第三のグループに属する医療制度、健康保険制度さらに医療産業、医薬品産業のため正しい医療をするにはあまりに、医師側の犠牲を強いられることもあることは事実である。医師が、医学、医療の研鑽を進めるための社会制度が十分とはいえず、個人の努力に待つ面が多く、その成果が経済的生活に必ずしも反映されとは限らない。このため結果としては、医学、医療の研修よりも、多忙な日常の診療の業務に埋没してしまう例が少なくない。また時間的、空間的に医師の絶対数の不足のなかで、診療を引き受けられない事態もあり得る。これらのことは、個別には許されるようには見えないが、医師全体ないしは医療提供者としては、その本来の責務を果たしていないことになる。

医療提供者が医療提供者としての責務を十分に果たすために医療制度が存在しなければならぬ。また医療提供の利用阻害因子を除くものとして健康保険制度があり、提供される医療内容の向上のために医療産業、医薬品産業が機能しなくてはならない。このため、医療提供者と

して国民に医療を提供する立場から第三のグループへの要求はいかに厳しくとも厳しすぎることはなからう。すなわち医師（医療提供者）と患者（市民）との関係をいかに良い状態に保ち医療本来の目的を達成させるのかという目的のために医療制度が存在しなくてはならない。

三 都市の医療の現状

都市の医療も、全国の医療と本質的に異なるものではない。しかし一般に市民、患者は医療についての情報が多く、とくに最新の医学的知見、医療技術の進歩の状況について比較的正しい知識を有している。またさらに都市住民は、都市的生活環境のなかで、環境悪化、核家族化、地域的結びつきの弱さ等が加わり医療のニーズが高い傾向を有している。すなわち、高い医療ニーズと最新の医療情報とにより医療需要の高い傾向を示していることは当然といえよう。そのため、都市における医療は、あらゆる意味で医療における問題の先進的要素を多く含んでいることは明らかといえる。すなわち、高度医療への期待と専門病院・病床の供給不足、医療訴訟の増加と防衛医療の出現、休日夜間診療の要求と救急医療需要増、という従来の診療面での変化のみならず、健康診断、身障者の医療、慢

性患者の訪問看護及びリハビリテーションさらに健康増進等々、従来の診療には含まれないサービスの要求が高まっている。このような都市の医療の問題は、これからの新しい医療への道といえよう。

① 国の保健医療計画

国の示す保健医療計画の多くは必ずしも将来の保健医療に対する政策を明示せずに施設整備を中心としている。しかしその中でも国の経済計画は、新しい保健医療をめざした政策を示したものと見える。昭和四十八年に策定された国の「経済社会基本計画」がその最初のもので、昭和五十年の「昭和五十年代前期経済計画」はそれを踏襲したものと見える。ここに「経済社会基本計画」の一部を引用しよう。

② 医療・公衆衛生部門 医療・公衆衛生部門については、次の諸施策を実施するが、このうち短期間に解決することが不可能なものについては、およそ一〇年程度を目途にその推進をはかる。

① 医療費の患者負担については、資源の濫用を招かないようにするために必要な措置を講じつつ、給付割合の不均衡の是正、次に例示するような重点的な資源配分等を検討し、負担の軽減をはかる。

④ 老人等特定階層の負担軽減

⑥ 難病・奇病等特定疾患についての負担軽減
⑦ 高額医療等家計に対する影響の大きいものについての負担軽減

⑧ 老人医療の無料化について、支給制限の緩和等その拡充をはかる。

⑩ 医療需要の多様化が進むなかで、とくに高度の医療技術が必要とする分野、長期慢性の医療・訓練を必要とする分野、在宅ケアを必要とする分野で供給不足がいちじるしい。このため高度の医療技術を提供するがん医療、小児医療、循環器医療等の専門医療施設および救急医療施設の重点的かつ緊急な整備、老人、心身障害者、精神障害者のリハビリテーション施設の整備、保健婦活動等を中心とする保健サービス等在宅ケアの充実とその機能分化を進め、必要度の高い分野での供給を増大していくことにより、医療関係機関の機能の効率化をはかる。その際、医療機関相互間および社会福祉など他部門との間の連携の確保に努める。なお、施設整備にあたっては、公私部門間の役割分担について検討を深める。

⑨ 住民の健康管理、医療機関の診療機能の効率化、高度化などをはかるため、医療情報システムの開発を進める。

⑪ 成人病、難病等についての研究開発を促進する。

⑫ へき地、休日・夜間等、場所的および時間的な医療供給の偏在是正の施策を強力に進める。

⑬ 医療部門の充実を進めるにあたっては、診療報酬体系、薬剤の使用状況などについても配慮

しつつ、医療保険制度、医療制度の検討を行なうことよつて、資源の有効な活用に努める。

③ 社会福祉部門 社会福祉施設の整備については計画的、かつ、重点的に整備することとし、とくに、収容保護を必要とするねたきり老人、重度の心身障害児(者)などに対しては、計画期間中に全員入所できる態勢を確立するとともに、施設運営の改善合理化をはかる。また、家庭奉仕員の増員をはじめ、コミュニケーション、在宅ケア等の充実をはかる。

すなわち、①従来の病院の機能から高度医療、救急(救命)医療の機能と中間施設の機能と分離させた新しい機能分担を導入している。

②従来、診療所・病院の外來のみにまかされていた在宅者に対し保健婦サービスを含む訪問看護の導入とともに、昼間又は夜間収容する施設、短期間生活の都合により収容する施設、リハビリテーション等のための通院施設を整備し、医師による外來診療を支援するように図っている。③各保健医療さらに福祉施設の連携、④医師をはじめ保健医療従事者の教育、研究施設の整備等により①及び②の機能の維持向上を意図している。

②—東京都の医療計画

最近の東京都の計画をみると表一に示した行

財政三カ年計画があり、病院施設の機能分化の方向はすでに具体化し着々整備されているといえる。また東京都医師会においても東京都と「災害時の医療救護活動についての協定書」(昭和五十一年八月十七日)を交換し、さらに細目を定め災害時の医療救護活動について重要な役割を荷っている。また休日夜間についても「夜間診療実施要綱(昭和五十二年一月七日)により東京都医師会は地区医師会の協力を得て、一次救急医療施設二十カ所、二次救急医療施設七カ所をもって発足した。その他「東京都における医療体制の整備」等についての検討を行つており、そのなかで都立病院整備の具体化として①緊急、救命、救急医療、②防災医療、③高度特殊採算医療、④療育収容を中心とする医療、⑤社会予防衛生的医療、⑥僻地離島医療、⑦リハビリテーション医療等に分類している。この案は、前述の東京都計画に盛込まれ都立病院の整備がなされている。すなわち、都立病院をいわゆる総合病院からそれぞれの機能を明確にした病院へと脱皮する方向を示している。このことは単に都立病院のみならず、将来一般の病院整備についても考えられることであろう。現在の総合病院は三十年前に考えられたメディカルセンターであり、現在においてその役割が不明確となり、いたずらな総合病院の整備建設は好

ましいものとはいえない。

以上のような新しく機能分担した病院が、相互に地域のなかで役割分担するには具体的な連携システムがなければならぬ。とくに大都市において、多数の設置主体の異なる病院があり、またその機能も類似して必ずしも分化が十分ではない。このためのシステム化が図られなければ、逆に機能分化の崩壊することは明らかである。

また、病院のみの機能分化では不十分で、地域におけるあらゆる保健医療機関の機能分化にまで発展しなければ、都市の新しい医療ニーズにこたへることができないといえる。なお横浜市で昭和五十年五月から始めた潜在看護婦を活用した「訪問看護婦活動事業」は、東京都に先がけて新しい地域ケアの第一歩といえる。なおこの事業での主治医の役割が将来より重要となるであろうことから、主治医からの看護婦派遣の要請指示、逆に主治医の居ない患者には主治医を定める等(東京都東村山市では実施)主治医との関係を明らかにすることを通じ、看護と診療が結びつき、さらに病院医療、在宅者医療とのシステムをつくる橋渡しとなつてくる。この実際例として東京都東村山市、日野市があり、そこでは専門病院、診療所、地域看護、地域福祉を組織的に実施する体制に入つてきた。

表一 東京都「都民の健康」事業計画 昭和52年度

課題	施策の体系		全体計画 A	事業の現況 (51年度末) B	52~54年度計画		達成率 (A+C) B	説 明	
	施策名	事業名			規模C	事業費 百万円			
6	健康の保持と増進	保健サービスの充実	保健所の整備	設置18か所 改築 7か所	16か所 5か所	1か所 2か所	1,364	94.4 100	地域保健衛生活動の中心機関である保健所を必要な地域に増設するとともに、施設、設備を近代化するための改築を行う。
			保健相談所の設置	13か所	7か所	2か所	226	75.0	保健所の業務のうち、健康診断など対人保健サービスをきめ細かく提供するため、保健所利用の不便な地域に保健所のランチとして保健相談所を設置する。
			歯科衛生事業の充実	歯科衛生相談室の設置 17か所	5か所	9か所	76	82.4	幼児の虫歯予防対策として、多摩地区の保健所（今後設置の予定のもの含む）すべてに歯科衛生相談室を設置して検診及び予防処置を行う。
都民健康の回復	救急・災害医療体制の整備 医療サービスの充実	休日・夜間診療体制の整備	休日 68か所 208床	同 左	同 左	同 左	3,689	—	休日、夜間における救急医療体制を整備するため民間医療施設に対して人件費の補助を行う。 夜間診療については本計画期間中に日曜、土曜の夜間における診療体制の確保をはかる。
			夜間 365日 128か所 195床	夜間 18日 34か所 102床	夜間 118日 34か所 102床				
			救命センターの整備	施設整備補助 2か所 40床 運営費補助 9か所 200床	1か所 20床	1か所 20床	630	100	現在都内で不足している重症救急患者用の救命センターを確保するため民間医療施設に対して施設及び運営費の補助を行う。
健康の回復	都立医療機関の整備と近代化	神経病院の建設	(48~54年度) 病 床 300床	実施設計 工事の一部	病 床 300床 工事の残 初年度備品	10,479	100	スモンなど疾病の原因、治療方法が明確でない神経病の専門病院を府中病院敷地内に建設し、診断、治療、医学的リハビリテーションを行う。	
			広尾病院の建設	(48~56年度) 病 床 500床	基本設計	病 床 500床 実施設計 工事の一部	4,366	45.0	現在都内で不足している救命センター及び最近患者が増加している公害医療など専門特殊医療分野の充実をはかるため老朽化した施設を改築し、近代的設備を持った病院を建設する。
			小児保健院増設	(49~54年度) 病 床 61床	実施設計 仮設棟	病 床 61床 工事ほか	1,736	100	児童福祉法に基づく収容乳児のうち、未熟児などに対応するとともに、多摩西部地域における小児救急医療需要にも対処できるよう病床を増設して医療水準を高める。
			虚弱児施設の整備	(48~54年度) 収容人員 180人 病 床 60床	実施設計 看護婦宿舎 医師公舎 本館 学童棟 学童棟工事 の一部	本館、学童 棟工事の残 幼児棟工事	1,236	100	虚弱児施設における医療的ケアの質的向上をはかるため、既存の成東児童福祉園に伊豆長岡児童福祉園を統合改築するとともに、小児アレルギー関係の病床を付設して内容の充実をはかる。
計						23,802			

④ 横浜市の困難性

都市の医療ニード、医療需要の高いこともあり都市では、医療供給が一般に高くなっている。すなわち、医療施設、医師の都市集中がみられている。しかし、大都市周辺部は、人口増に医療施設、医師の増加が追付かず、需給のアンバランスが著しい。そのようななかでさらに供給側から、供給増加を必要以上に抑制する働きまでみられ需給のアンバランスをさらに加速させている。横浜市は、従来より東京に隣接していることもあり、大病院、専門病院が少なく病床数は全国平均を大きく下回っている。また医師数においても同様で中心部がようやく全国平均を上回っているに過ぎない。図一に、区別一般診療所数と人口増加とを示したように、人口急増地区の一般診療所の不足は著しい。このことは、病院の機能分担、地区の診療所との連携の必要がより急務であるにもかかわらず、現実の超過需要のなかでは組織化をする余裕もない状況となっている。また市立の広域的な需要に応えられる特殊専門病院は医学教育の大学病院、感染症の万治病院のみでその他の病院は施設の整備により特殊専門病院とするにはあまりに分野が限られている。このため、現在の公的又は民間医療施設の協力によらなければならぬ。このような困難な状況のなかで、新しい医

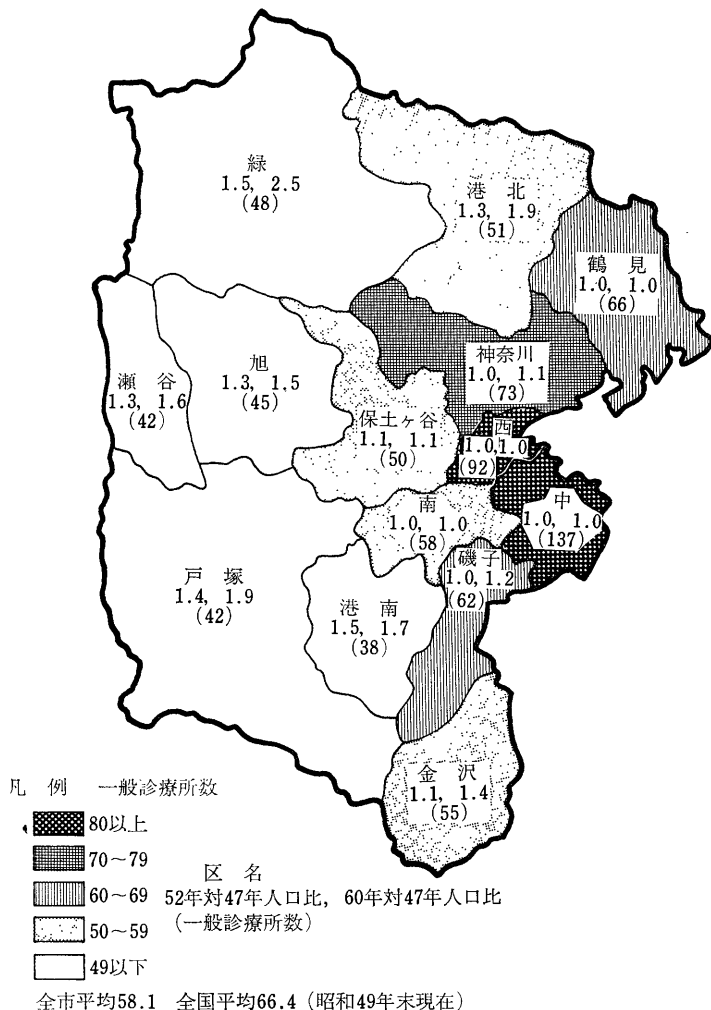
療体制の確立のための努力が、他の大都市より必要となつてこよう。

四 これからの医療への提言

医療問題の所で、医療制度、医療保険制度という基盤には全く触れなかった。また、医療産業、医薬品産業の問題点すら指摘しなかった。それは、これらの事項が重要でないからでな

く、地域的な問題ではないことによる。現在の健康保険制度から離れた制度を具体的に実施することは容易ではなく、また、財政的にも地域の医療は運営が困難となる。確かに出来高払い制度のもとで、地域の診療を担当している医師の一部にみられる診療費、医療単価により興味を有していることなどを排除することは容易ではない。しかし、医学研究が健康保険制度のなかで評価されなくとも、地域のなかで、医師

図一 横浜市区別一般診療所数（人口10万対及び人口増）



団による評価、さらに地域の住民による評価が可能とすることは必ずしも困難ではない。また保険外のサービスを拡大することにより、地域の保健医療の充実は図られる。医療制度においても同様で、医療法による病院、診療所の区分は古過ぎることは明らかである。しかし新しい法律がなくとも機能分化は可能であり、さらに機能としての中間施設は整備することも容易である。最後に医療産業、医薬品産業に対しては、地域のみからでは新しい流れに抗し得ない面が大きいと思われる。しかし、産業側の圧力を排除するのは、理念ではなく実践であり、国ないし日本医師会の段階での努力は、大きく国の政策を動かすことによるが、そのみではなく地域での専門家としての医療人による、医療に必要、重要を適正に評価する勇氣と行動なくしては人間優位の医療産業にはなり得ないといえる。このため、ここではこれらの基礎的事項より実践面での事項を中心として提言を述べよう。

① 市民参加

保健医療の主体は患者であり、市民である。この原則を常に明確にしておくことにより、医療における市民参加が無くてはならないことは自明のこととなる。現在欧米諸国においてはそ

のため具体的市民参加のための努力を行っている。大都市において、いわゆる「市民」としての自覚を行動により具体的に示し得る「真の市民」が少なく、市民参加は容易なことではない。またこの市民の参加がいわゆる学識経験者、評論家としての参加の段階でとどまっていたは意味がない。そのような人の意見は文献により十分得ることができから、それぞれの地域で具体的に保健医療をより良くするための実践性を有する意見の表明と実態として保健医療への参加こそ市民参加の意義があるといえる。

② 保健医療区の設定

そのような意味での市民参加を具体的に進めるためには、少なくとも行政区単位、できたらさらに分割された小地区において、保健医療について権限と予算の施行を可能にすることが必要である。保健医療行政は専門性が高く、専門家の獲得が容易でない、区又は地区にその権限を委任することは多少の危険も考えられなくはない。しかし、現実には各区に保健所があり、

医師会があり、その他専門職種の人々が少なからず各々の業務に従事している。それらの人々に、地域全体の問題に専門家として参加させ、市民代表と行政とにより十分地域の保健医療の責任が果せることは可能である。医師会は、理

念として地域保健、地域医療を提唱し、一部の地域では、その実践として地域保健調査会等を発足させ、市民を加えて、行政とともにその実践に入っている。例えば訪問看護のみならず、在宅者ケアを医師、看護婦、保健婦、福祉関係者、さらに市民の奉仕者により組織的實際活動を行っている。またこれらを支える医療資源としてより広域的な地域からの専門分野の協力、施設収容への依頼により医療内容の向上を図っている。

地域における保健医療を推進させるため区、又は地区において、保健医療固有の組織体を設置することが必要といえる。その組織体は市民、専門家、行政担当者よりなり地域保健医療計画を策定する。横浜市当局はその組織体と協議し、その組織体の活動、保健医療計画の評価に基づいて市の権限と予算を委譲することが必要といえる。

③ 保健計画

地域の保健計画というと一般にハードな施設、設備の整備が中心となっている。ここでいう保健計画は全く異なったソフトなものといえる。市民側の「いつでも、どこでも、誰でも適正な医療を」という要求は、現実の社会でその達成は不可能である。そのような理想状態は、

特殊な階層を除いては世界中どこにも実現してはいない。一方、医療を提供する側においても、医師を例にみても、医師の倫理（日本医師会により昭和二十六年決定、『日本医師会雑誌』二十六巻十一号 昭和二十六年十月十一日三三三頁—三三八頁）を完全に実施するにはあまりにも現実の医療制度、医療保険制度のもとでは犠牲を強いられ過ぎる。

これらのことから、次のことを提案しよう。

市民側は、健康に生きる権利とさらに医師の倫理に基づく医療を直接要求するのではなく、基本的にはそれらの要求をふまえて地域のなかで現実の個別具体的な医療を一步、一步改善するために、医療提供側との対話が必要といえる。医療提供側も現状と倫理とのあまりに大きな格差に対し、十分な反省のもとに対話に望まなければならぬ。その対話の場が前述の区又は地区であり、そこでの組織体の拡大されたものである。現状の多くの対話集会が、批判や非難が多いが、少なくとも、具体的な改善、向上のための共通の歩みよりによって始めて保健計画が生まれて来よう。前述の東京都の一部でみられた事例では、市民の学習、それも実際に医療の援助、介助の奉仕を含めた学習を行う。医療提供側との現状における医療の矛盾の共通体験を通じ信頼関係を確立し、対話への道をひらいて

いった。このような試みは、全国に試みられている。しかし、これを直ちに横浜市の全市的な形で行い得ないことは明らかである。しかし一部の地区では実践が可能であることも明らかである。人口十万人の地区を仮定すれば、昭和五十年年度ではそこでの医療費六十億円、うち患者が直接支払ったのは七億円である。地方財政二十九億円、衛生費十六億円であり、横浜市では一〇七億円、衛生費三億円となっている。現在、十万人にこれだけの金が使われている。多少の合理的運営、積極的な投資により、健康を守るための財源が捻出できるであろう。このことから地方財政も家計もともに悪化しているとはいえず、その地域で保健医療の矛盾をすこしでも改善し、よりよい医療を保障しようとする計画に行政側、医療提供側、市民側から費用と力を出しあうことが不可能ではないし、またその協力による実践を通じ、医療問題解決の端緒となる

五 おわりに

これからの保健医療は、狭い予防、治療から包括的総合的な健康保持増進のための働きでなければならぬ。そのため、複雑な社会生活をしている人々を対象に、その人々に必要なサー

ビスを提供し、その内容は最新の学問の成果に基づいたものであることが期待される。しかしながら、それを実施するには、現行の医療制度、医療保険制度は、新しい時代の要請に応えているとはいえない。例えば、これからの活動の様式として「チーム」によることが期待され、さらに「チーム間」とくに施設間の連携が重要であるにもかかわらず、それを支える制度もなく、その評価のしくみもない。このため現場の保健医療サービスを提供している人々の個人的、施設独自の努力にまかされている。このような現状について、研究者、評論家をふくめ多くの人から指摘されているが改善の道は遠いといえる。その上、医療産業、医薬品産業は、産業の倫理を医療の倫理に優先させた各種の医療の財を提供している。このような苦しいなかで保健医療サービスが提供されているが、地域的段階ではこれらの背景の条件を根本的に変革させることは容易ではない。このため、このような背景の状態を正しく認識し、前述のように保健医療担当者として市民・患者との共同した働きを通じ基本的問題の改革をよぎなくさせることも一つの解決の道と考えこの報告を行った。なおこの報告は入門、総論であり、具体的な実践論はいずれ機会が許せば報告しよう。