

社会保障研究奨励賞懸賞論文

入選 2 席 榎本貴志雄 「医療保障の将来について」の発表にあたって

すでに本誌第 2 巻第 3 号において、社会保障研究奨励賞懸賞論文入選第 1 席と選考経過について発表をしたが、紙幅の関係で入選 2 席の発表は本号にゆずることになった。入選 2 席「医療保障の将来について」の掲載にあたり、あらためて選考経過の関係部分を以下に再掲しておく。

「第 2 席の論文はわが国の医療保障の問題をとりあげたものである。とくにこの論文は、一部自己負担の主張に反対し、10 割給付、家庭医制、医師の固定給併用、薬品の過大広告の禁止など、かなり革新的な提案を行っており、そういう提案そのものには反対意見も多いであろうし、審査委員の多数も決してそのまま同意するのではなかったが、今日の医療保険の危機をよくみつめ、事情通としての詳しい知識に基き、新鮮味のあるユニークな議論を展開した点を、審査委員の比較的多数が高く買ったのである。しかし、論述の進め方は随想的・サロンのであり、データは断片的であって、学術論文としてはやや劣るところがあり、この点で評価に開きが現れたようである。発表の際は資料の出拠や文献などを適当に明示するように行文を改めることが望ましい。」

なお、選考過程にも示されているように、論文発表にあたっては、資料の出拠、文献など若干の訂正加筆を施したことをお断りする。
(編集者)

入 選 2 席

「医療保障の将来について」

榎 本 貴 志 雄

は じ め に

新憲法が公布されてから早や 20 年、日本の社会保障の重点は、既存の医療保険の拡充におかれて、すでに国民皆保険の状態となり、社会保障給付費のなかに占める医療給付費の率は 47% に達して、西ドイツやフランスの 19% はもちろん、イギリスの 33% をすら上回っている (1960 年)。このことの是非はさておき、医療保障の問題を解決しないまま、他の社会保障の推進をはかることは困難なのが、日本の現状である。

このように医療保障が重視されているのに、医療界における風波はおさまらない。そして、ちまたには医師を非難する声が跡を絶たず、国民の健康が著しくおかされていると訴えられている。ところが、当の医師の生活を見ると、午前は宅診、午後は往診や手術、夜は宅診、そのうえ深夜に起される、といった有様で、日間取扱い患者数は平均 45 人に達して (1964 年)、ヨーロッパ諸国の 2 倍であり、100 人以上扱っている医師も珍しくない。医師がこれほど忙しく働いている国は、日本以外に見当るまい。このように忙しいのは、医師の数

が少いためか、という、さにあらず、その総数は 108,102 で (1964 年)、人口にたいする率は一流国なみである。また、病床の数も、診療所の分を含めると、1,030,457 で (1964 年)、やはり一流国なみである。そして戦後 20 年間に、国民の死亡率は人口 10 万対 11.9 (1964 年) から 7.1 (1965 年) に減少して、平均寿命は男 50.1 歳、女 54.0 歳 (1947 年) から男 67.7 歳、女 73.0 歳 (1965 年) に上昇し、体格もめきめきとよくなって、15 歳男子の身長は 150.2 cm (1948 年) から 161.8 cm (1964 年) に、体重は 43.4 kg (1948 年) から 51.6 kg (1964 年) にふえた。国民の健康がこれほど急速に向上した国は、日本以外に見当らない。

では、問題はどこにあるのだろうか。そこで医療保険の状況を見ると、大企業、公企業、官公庁などはそれぞれ独自の保険を作り、このような保険に恵まれない中小企業労働者や日雇労働者は別の保険に加入し、一般国民でも、医師のように安定した層は県別に独自の保険を作り、以上の保険から締めだされている零細労働者、農民、中小業者、老人などは一括して、市町村別の保険に強制加入し、総計 5,000 以上の保険が乱立することによって皆保険が達成されている。こんなに多数の保険が乱立している国は、日本以外に見当らない。一方、医師の養成や医療制度は、明治時代と同じ形態がいまだに残存して、医師は学閥を背景に、長い年月と多額の金をかけたエリートとして養成され、各自が好むところで好む科目をかかえて開業し、公的病院も含めて患者の取合いに競合し、お互いの間には連続性も協調性もなく、この競合は医業の間にもおよんでいる。このように医療機関の競合している国は、これまた日本以外には見当らない。これにたいして患者の側は、医師選択と買薬の自由を最高度利用し、各種医療機関や薬局の間を転々とすることによって、医療の欲求をみたしている。

国民の健康の向上は、このような自由、競合、乱立の結果として与えられたもので、そのかげに多くの無理と無駄が内包されていることを忘れてはならない。こんな状態では、保険の赤字が出るのは当然のことで、単価の抑制、医療費の一部負

担といった締めつけが行われていなかったら、日本の医療保険はつとに崩壊していたであろう。締めつけにたいしては、当然反撥が出る。かくして、各種各様の衝突が繰返されているのである。もっとも、衝突をつうじて発展することが期待されるが、このためには発展の方向が示されなければならない。現に無理と無駄が多いということは、とりもなおさず、日本の医療保障を前進させる余力がすでに存在していることを示す。すべからく、明治以来の医療制度を改革し、せっかくの皆保険を充実すべき曲り角に来ているのである。

この事態をうらづけるかのように、医療制度改革の声が諸所で上っている。しかし、要望をならべるだけでは、かえって改革の方向が判らなくなるし、一面的な主張は他の面に新たな矛盾を生みだす。そこで論議は、あくまでも患者の立場から出発すべきである。この意味で医学を重視せねばならないが、それが医療担当者の重視にすりかえられてはならない。「すべての国民に平等に医学の成果を保障する」ことを目的とし、この目的にそうように医療制度を改め、保険を充実する、という順序で本論を進めたい。

I 医療保障の内容

医療保障——とくに医療保険の対象は病気にかぎられる、と主張している人が少なくない。ところが、このように主張する人も、病気にかかっている者とかかっている者とを区別する方法については、何も言及していない。そして、一般に、医師の診察を受けている者が、病気にかかっている者だとみなされている。では、実情はどうか。京都の二つの診療所における調査によると、疲労や頭痛のように誰にでも起る症状を大げさに訴えてくる者や、病気の不安におそわれ、保健のために訪ねてくる者などが、全患者の 38% を占めていた¹⁾。このような傾向は、どこの診療所にも共通するところと考えられる。一方、九大病院のような大病院でも、内科外来患者の 47% が、神経症、心身症、その疑い、心配状態で占められていたと

1) 榎本『診療所外来患者の実態について』、未発表、1962。

報告されている²⁾。アメリカでも内科患者の35%または50%が精神性のものであることが報告されており³⁾、今後、生活水準が高まり、生活環境が複雑になるにつれ、この種の患者がますます増加するであろう。

その一方で、発病を自覚しながら受診しない者が45%もあり(1964年)、結核では、要医療と診断されてから1年を経ても、なお受診していない者が55%に達している(1964年)。さらに多いのは発病にすら気づいていない潜在患者で、がんのように死に直結する病気でも、成人の1%近くに発見される場合が少なく⁴⁾、入院時すでに手おくれの者が20~90%に達している⁵⁾。また、結核患者は203万、精神障害者は124万もいると推定され(1963年)、高血圧は50歳代の39%、60歳代の63%に発見され(1962年)、虫歯は国民の72%に認められる(1963年)。さらに忘れてならないのは、117万と推定される身体障害者の存在で(1965年)、このなかには、回復療法によって機能を改善できる例が30%も含まれている⁶⁾。こ

のほかに老人の増加にともなう今後ふえるのが卒中による不随者で、その数は現在でもすでに30万と推定される⁷⁾。このうち回復療法のきく例は約4分の3だが⁸⁾、千葉県における調査によると、回復療法を受けている者は8%にすぎず、大半は看護も受けずに放置されている⁹⁾。妊娠・分娩はいかにも病気でないが、これにともなう症状は重症の病気なみであり、年々2,000近くの妊産婦死亡例すら発生している。新生児も重病人と同様な虚弱状態にあり、年々2万以上が死亡している。

医療保障の対象は病気にかぎられる、ということで、受診者だけを無差別に病人扱いにして、多大の金と労力を注ぎながら、死の危険につらなっている人や、歩くこともできずに横たわっている人たちを放置している。このような現状を容認しておいてよいのだろうか。他の社会保障における同様に、医療保障の対象も労働能力の欠如とすべきであり、これからの医療保障は、いまま放置されている真の病人、精神障害者、身体障害者、妊産婦、新生児らに手をさしのべることを、優先させねばならないのである。

しかし、このように医療保障の対象を拡大すると、それこそ受診者が大幅にふえ、さなきだに危機にひんしている医療保険は、ついに崩壊してしまうのではなからうか。ここで想起されるのが結核にたいする検診制である。全国民を対象にツベルクリン反応を行ない、陰性者にはBCGを接種、陽性者には間接撮影を実施し、疑わしい所見のあった者に直接撮影や菌検査を行い、発見された病人を要観察と要医療に区分し、後者にたいしてのみ、審査委員会の承認を経た医療を施す。この検診制が普及した結果、かつてのように微熱、肩こり、せき等の症状が出る度に、結核の不安をいだいて受診していた患者が激減し、その一方で、真の結核患者の早期治療が促進された。戦後、結核による死亡例が6分の1に減少し、入院患者中

- 2) 池見『心療内科』, 中央公論社, 1956.
- 3) 岡田『精神衛生, 衛生公衆衛生学』, 医学書院, 1964.
- 4) 阿部「わが国のがん病統計」『厚生指標』, 10・4, 1963 = 胃がん発見率 0.09~0.92%, 子宮がん発見率 0.37%。鈴木『シンポジウム・肺がん治療の困難性』, 第19回胸部外科学会, 1966 = 原発性肺しゅよう発見率 0.06%。『厚生省全国集計』= 1964年胃がん発見率 0.27%, 子宮がん発見率 0.34%, 1965年胃がん発見率 0.18%, 子宮がん発見率 0.51%。
- 5) 榎本『外科手術の実施状況に対する社会衛生的考察』, 第8回公衆衛生学会, 1953 = 1947年, 1952年京大病院外科入院がん患者中, 胃がん切除不能 51.3%, 直腸がん切除不能 59.1%, 乳がん転移存在 68.8%, その他の悪性新生物摘出不能 51.2%。阿部「わが国のがん病統計」『厚生指標』, 10・4, 1963 = 1948~52年全国大病院入院患者中根治手術不能例は, 乳がん 19.8%, 胃がん 39.5%, 気管・肺がん 86.0%, 肝がん 89.8%。石川「診断と治療」『厚生指標』, 10・4, 1963 = 肺がん切除不能 57.5%, 子宮がんⅢ~Ⅳ期 38.7%, 直腸がん切除不能 12%。黒川「日本人の胃がん」『日本医師会誌』, 50・9, 1963 = 胃がん根治手術不能 51.2%。高橋「がんの予防」『厚生指標』, 13・2, 1966 = 胃がん切除不能率は一般入院例 36.2%, 検診発見例 19.4%。
- 6) 高瀬「モデルセンターでみた身体障害者」『厚生指標』, 3・5, 1956 = 厚生センター入所肢体不自由者の 51.9%が要治療。安江「岡山県における開眼運動」『公衆衛生』, 28・6, 1964 = 視力障害者中良好またはやや良好になる者 29.4%。神田「身体障害者対策の現況と将来」『医学のあゆみ』, 52・4, 1965 = 身障者中回復療法の必要な者 31%。

- 7) 福田「脳卒中の半身不随実態調査」『日本医師会誌』, 48・2。
- 8) 大島「半身不随の予防と治療」『日本医師会誌』, 48・2, 1962。
- 9) 福田, 前掲。

の結核例も半減したが、この成果をもたらした立役者として、治療法の発達とともに、検診制と予防接種をあげることに、異議をはさむ者はない。

かつての結核にかわって、現在の診察室をにぎやかにしているのは、死因の上位を占めている卒中、がん、心臓病や、肝障害の不安をいだいてくる人であり、今後入院患者の首位を占めると予想されるのは精神障害である。したがって、今後は、結核中心の現行検診制の内容を拡大し、以上のような病気にたいしても、スクリーニングテストならびに精密検査を行い、要医療者の発見治療に努めることが要望される。もっとも、これらの病気の診断と治療は、結核の場合より困難だが、それなりに基準をつくることは医学的に可能であり、また、いま強調されている成人病対策と精神障害対策も、このような検診制によってこそ、はじめて推進されるのである。そして、検診の結果病気でないと診断された者は、不安を解消され、たんなる不安に基く受診者が激減することは疑いがない。この検診制は、妊産婦や新生児にたいしても実施すべきである。そして、この検診の機会を、国民と医師が一对一で話しあう健康相談の場にし、あわせて各種の予防接種も実施すると、予防活動もはじめて個人個人に手のとどくものとなる。

一方、治療にあたって、従前は活動的な病変だけを重視し、これが停止した後に機能障害が認められたとき、はじめて回復療法とリハビリテーションが問題にされた。このために治療の時機を逸し、リハビリテーションに成功しない場合が多かったが、回復療法が奏効するためには、治療の最初から同時に開始せねばならないことを銘記すべきである。また妊娠や分娩における正常と異常の差が明確でなく、分娩処置は大手術なみのかまえて実施すべきことも、ここに付記しておこう。

以上のようなわけで、予防と検診と妊産処置を含む治療とリハビリテーションとは、もともと一体化すべきものであって、これを分離しようとする試みは、医学的にも無理な相談である。したがって、この四者は、医療保障の対象の拡大にもなって、当然そろって医療給付のなかに取入れねばならないのである。

さて、予防給付も可、検診も可ということは、予防のためという名目で、感冒や腸炎にたいして抗生剤を与えたり、二日酔いにたいしておどろ糖や強肝剤を与えたり、また、人間ドック式の検査によって収入をふやしたりすることを、意味するものではない。このように予防給付と検診が、特定の受診者だけを対象にして、過剰診療を行う手段に化するのは、もってのほかである。ここで認めようとする予防給付と検診は、全国民に平等に実施して、患者の発生と増悪を防止し、あわせて健康者の不安を解消することを目的とする。したがって、給付内容の拡大にともなって、給付費の総額はかえって減少してゆく。この点で医療保障は、給付内容が拡大するほど給付費の増大する所得保障と、本質的な性格を異にするのである。ことにリハビリテーションが、看護費の節減だけでなく、生産力の増大をもたらして、経済的に有利であることは、アメリカなどで実証されているとおりである¹⁰⁾。

以上のような目的で、全国民を対象に実施すべき予防接種と検診の方式を示すと、次のとおりである。

妊婦 毎月 1~2 回の検診と健康相談。初回目には梅毒反応を実施。

乳児 生後 1 週間は毎日、その後 3 週間は週 2~3 回、その後 1 年間は月 1 回の検診と健康相談を行い、先天障害対策もこうじる。この間に、ツベルクリン反応——BCG 接種と、痘そう、灰白髄炎、および百日せき・ジフテリア・破傷風 3 種混合ワクチンの第 1 回接種を実施。

一般国民 毎年 2~3 回の検診と健康相談。青少年には結核や精神障害、成人にはがんや循環器病を重点に行い、婚前には梅毒反応を実施。2~3 歳時、小学校入学前、同卒業前に、痘そう、灰白髄炎、前記 3 種混合ワクチンの接種を完了。ツベルクリン反応陰性者には、検査のつど BCG を接種。毎年夏の前にチフス・パラチフス 2 種混

10) 厚生省医務局「医学的リハビリテーションに関する現状と対策」『日本医師会誌』、49・9、1963=1960 年アメリカにおける職業的更生の結果、1,700 万ドルの公的扶助をうけていた人が 1 年間に 3,000 万ドルをかせき、また更生費が更生した人の税金により 3 年半で回収。

合と日本脳炎、毎年冬の前にインフルエンザの予防接種を実施。なお、ましんのワクチンが完成したあかつきには、とうぜん実施項目に繰込まれる。

以上の検診によって要医療と判定された者には、ただちに治療が開始される。また、この検診記録を参考にすることによって、みずから受診にきた患者が医療を要するか否かの判定も、より正確に行える。かくしてはじめて、医療を要しない者は不安から解消され、医療を要する者は早期に治療され、非病人が治療を受け、真の病人が放置されるという矛盾が是正されるのである。

II 医療の仕組み

予防からリハビリテーションにいたる医療保障を達成するためには、その間の給付を一切無料にし、休養中の生活費を支給することが要求される。では、このような経済的要求さえ貫徹したならば、所期の目的が達成されるのだろうか。ここで、まず、現状を分析してみよう。

妊婦は医師または助産婦を訪ね、分娩はこのいずれかの介助によって、施設または自宅で行われている。ただし、母子手帳は保健所で交付され、ここで健康相談をする場合もある。生まれた乳児の健康相談も保健所で行われる。それから学齢期までの間は、3歳児検診が保健所で行われるだけであり、この間の予防接種は、保健所に依頼された1日嘱託の医師によって行われることが多い。入学後は、校医によって年2~3回の身体検査が実施され、同時に予防接種も行われる。就職後は、職場の医師または1日嘱託の医師によって、年1~2回の検診が実施され、同時に予防接種が行われているところもある。検診や接種をしない職場の勤務者や、農民、中小業者、主婦、老人などは、時たま訪れてくる保健所の検診または接種の場にはせつけねばならない。成人病検診は職場で行われていないので、勤務者も含めてすべての国民が、たまに回ってきた検診車などを利用せねばならない。以上に要する費用はおおむね自弁だが、とくに診療所や病院を利用するときは、高額な負担を覚悟せねばならない。

以上の検診のなかでもっとも広く普及している

のが結核検診で、学校における実施率は82%だが、勤務者は23%、一般国民は33%にすぎない(1965年)。妊産婦相談数は37万回、乳児相談数は136万回で、出生数の20%または63%にとどまり、胃がんの検診数は557,000で40歳以上の成人の1.9%、子宮がんの検診数は95,000で40歳以上の婦人の0.6%にすぎず、かんたんな血圧測定でも、実施数は1,642,000で40歳以上の成人の5.6%であり(1965年)、卒中患者のうち、発病前に一度も血圧測定を受けていなかった者が、30%であったという報告も出ている¹¹⁾。予防接種の実施率をみると、完全に近いのは灰白髄炎だけで、痘そうは70%程度、百日せきやジフテリアは50%あまりで、これ以外のものはさらに低く、破傷風はまだ実施の段階に入っていない(1962年)。さらに残念なことは、検診も接種も短時間に多数を相手に行われるので、同時に健康相談をする余裕がまったくないことであり、また、検診によって要医療者が発見されても、一片の紙で通知するのがやっとで、その後治療したか否かすら見届けずにおわっていることである。このような状況では、国民の不安が解消してしまはずがいない。ここにつけこんでいるのが薬の広告で、国民の27%がいわゆる保健薬を常用しており(1965年)、いまだに新聞や雑誌の誌上健康相談がはやり、非文明的な迷信や新興宗教が繁栄している。

つぎに、国民が発病に気づき、医師にかかろうとしたときは、どうか。無医地区ではかかろうとしてもかかれない。医療機関の林立している都市においても、国民はそのつど名医を求めて右往左往し、いったん受診した後にも、その医師を信頼せずに転医する例が少なくなく、同時に2人以上の医師にかかる二重受診例が10%以上という場合すらある¹²⁾。この間に数多くの検査、注射、投薬が行われながら、いたずらに時日が経過し、適切な時期に入院をすすめられずに手おくれになる。緒方氏らは、このような例が胃がん例の27%、子宮がん例の12%に及んでいることを明らかにし

11) 小浜・斎藤「高血圧症および心臓病患者の療養生活の実態」『公衆衛生』24・11, 1960。

12) 永富・井手「受診率について」『社会保険旬報』817, 1966。

ている¹³⁾。また西尾氏は、入院までに2回以上転医した例が内科患者の41%、外科患者の39%、転医や入院が前医に無断であった例が内科患者の65%、外科患者の55%、入院時期のおくれていた例が内科患者の48%、外科患者の49%で、この率は、医師の指示による入院例と前医に無断の入院例との間に差がなかった、ことを報告している¹⁴⁾。私自身京都府北桑田郡で、がんによる死亡例の27%、急性腹症による死亡例の20%が、入院すらしていなかったことを確かめている¹⁵⁾。世界に類をみない医療機関の競争と医師選択の自由が、このような現状を促進していることは否定できないと思う。しかも医師は、自分こそ技術がすぐれているとの自信をもって、技術差を強調しているが、この言葉の裏を返すと、技術の低い医師がいることの宣伝にほかならず、こんな医師にかかってはたまらぬということで、国民はますます医師の不信におちいり、右往左往せざるをえなくなるのである。

以上のような現状は、一切の医療給付が無料になっても、どうも解決されない。それどころか逆に欠陥が拡大するおそれが多い。なぜなら、患者の受診数がふえるうえ、転医や二重受診がますます容易になる。この結果、医師はより多くの患者を扱うようになって、都市における開業が楽になり、へき地に行く医師はさらに少くなる。そして、日々の治療に忙殺されて、予防や検診に組む余裕を生みだすことはいっそう困難になるからである。

これから医療の仕組みを検討するにあたって、まず解消しておかねばならない先入観が二つある。その一つは、よい医療を受けるためには名医にかからねばならないという先入観である。検査の方法が発達し、数多くの特効薬の出現した現在、名医の経験とかんも、1枚の写真、一連の検査データのまえにはその影がうすくなり、いったん診断

がくだされると、治療法はおのずから決定されるので、どの医師にかかっても使う薬は大同小異である。この点は外科の方でも同様で、やれる手術は、どの外科医がやっても、同様に成功するのである。しかもなお医師の違いがあるとすれば、それは患者との間の永続的な信頼関係の有無と、設備や専門の差に求められる。新婚後やせてきた妻が大病院に通ったが、病状がはっきりせず、たまたま実家に帰って、幼時からかかりつけの医師に出会い、新婚旅行でやせるのは当然といわれて、いっきに元気になった、という話がある。どんな名医でも、初対面の患者を2、3分みただけで、正しい診断と治療を行うことは困難であるし、てんかんやぜん息のように発作性の病気の有無を決定することは不可能といえる。正しい診療は、患者の生活環境、既往歴、性格まで熟知し、ひきつづいて責任を負う医師によってこそなされる。世の母親に優劣があっても、その子にとってはその母親が最善であるように、個々の国民にとっては、それぞれのかかりつけの家庭医が最善である。この家庭医は、全科の知識につうじた一般医であることが望ましく、医学的にも、専門分化が進むにつれて、このような一般医がいっそう必要になってくるのである。そして専門的な医療を必要とする場合は、その時の病状におうじてもっとも適当な専門医と、その技術を駆使できる設備をそなえた機関に、家庭医の科学的な判断により、紹介してもらう。このさい家庭医が病歴書を添付することによって、初対面の専門医も、旧知の患者にたいするように、正しい医療を行うことができる。専門的医療がすめば、その間の医療記録をつけて、患者をもとの家庭医にもどすべきことはいうまでもない。このほかに、設備の整った機関を家庭医に開放する方法も考えられる。科学的なよい医療は、このように家庭医を中心に、専門医との協力態勢を確立することによって達成されるのである。

もう一つ解消せねばならないのが、予防や検診は保健所の強化によって達成すべきだ、という先入観である。現在の保健所の医師は1,597人だが(1965年)、この数を2倍にし、さらに10倍にしても、個々の国民に手のとどく活動をするとは

13) 緒方ら「がんの疫学的研究」『厚生指標』, 2・7, 1955。

14) 山下・奈倉・西尾「初診医療機関と患者の関係及び転医の実態について」, 第3回社会医学会, 1962。西尾・山下・奈倉「医療機関相互の結びつきの実態について」, 第4回社会医学会, 1963。

15) 榎本, 前掲。

できない。個々の国民に親しく接し、検診や接種を行うことはもちろん、健康相談や生活指導にもおうずる——このような活動は、6万の診療所医師を動員することによって、はじめて可能になるのである。このさいは、検診により病気を発見した医師が同時に治療を行うので、早期治療がおのずから推進される。

現在、各自が医師にかかる機会、出産、乳児検診、予防接種、学校身体検査、職場検診、発病時に訪ねた各所の診療所や病院等々、きわめて多岐にわたるが、そこで接する医師は別々の人で、その度ごとに見知らぬ医師に、大切な人命を託しているわけである。もし、これらの医療行為がすべて1人の家庭医の責任で実施され、その記録が一つの健康手帳に記され、家庭医を変更したときは次の家庭医に引きつがれるようにすれば、各自の健康管理と医療が万全のものとなることは疑いがない。

上述のような医療態勢を確立するためには、医師を一般医と専門医に大別し、一般医は診療所で働く家庭医となって、担当家庭の予防接種、検診、健康相談、治療にあたり、専門医は原則として病院で働き、家庭医の紹介した患者をひきうけて、専門的な医療に専念し、保健所は、家庭医の要請におうじて、高価な器械を要する検査におうじ、主力は地域の環境衛生対策に集中する。このように医療の仕組みを改革することが必要なのである。

一般に医療機関の充実といえば、病院の拡充が意味されているようだが、これからの医療の中心は家庭医であり、その活動を拡充することによって、送院を必要とするような重症患者の発生をおさえ、病院は縮小してもよいようにしなければならないのである。そして、病院は、現在の施設と人員のままで、家庭医から紹介された患者以外は扱わないという方針をつらぬくことによって、本来の専門的な機能を大幅に増大できることを知るべきである。なお、公的機関は、身体障害者や卒中後の不随者などにたいするリハビリテーションのために充当し、地域的には、無医地区の診療所建設を優先すべきである。

以上のように医療の仕組みを改めるためには、

医学教育も改革し、あわせて学閥の支配を打破せねばならない。

現在、医師となるためには、インターンも含めて、他学部より3年も長い教育を受けたうえ、国家試験に合格せねばならず、やっと合格しても、一人立ちすることは困難である。本格的な臨床訓練は、その後特定教授のもとに入局してから、はじめて開始される。ところで、日本の大病院の医師の90%は、それぞれの病院に特定した大学教授の推薦によっており¹⁶⁾、この推薦がなければ就任できないし。いったん推薦された医局員は就任を断ることができない。ゆえに、修練中でも、学閥下の病院の空席を埋めるために、学外に出ねばならないし、かも、よい地位にいくためには、学位をとっておかねばならないし、その方が開業したときにも有利だという打算が加わって、教授の研究には役立つが、臨床的にはあまり価値のない研究に、さらに数年の年月をかけてしまう。この結果、大学病院に15,000人の医師が密集し、入院患者の数より医師の数が多い所が少くない。とくに若い働きざかりの医師だけにかぎると、そのほとんどが大学にいるわけである。しかも、世の人は医師の修練には長年月を要すると信じて、大学医局員を優遇せよ、との要求に好意的である。しかし、数多くの地方病院が医師の不足になやみ、いまだに2,063の無医地区が残存しているなかで(1960年)、大都市の大病院に、働きざかりの若い医師がこれほど多く集中していることは容認できない。

医学部の専門教育を、他学部なみに教養部の2年後半から開始するとともに、教授間の協調を密にして講義の繰返し等を避け、浮いた時間を臨床訓練に回すことによって、卒業時にいまのインターン修了時にまさる実力をつけることは容易である。その後は各医局を開放し、家庭医としての修練の場を設けることが必要である。一般に修練開始直後の進歩は著しく、修練期間による差が顕著であるが、年月がたつほどその差が見られなくなるので、特別の専門医になる場合を除き、5年

16) 石原「病院の職員」『厚生指標』4・12, 1957。

も 10 年も在局せねばならないといった必要性はまったくない。少くとも 2~3 年で一本立ちできるようにはかるべきである。なお現在は、医局生活がきわめて長いのに、いったん医局を出た後は、修練の機会に恵まれない。したがって、今後力点をおかねばならないのは、開業または就任後の医師にたいする教育である。

また病院の医師は、公募制にしなければならない。医療機関が不連続的に競合している現状では、学閥関係だけが、診療所——地方病院——大学病院を結ぶ唯一のきずなであったが、医療の仕組みが改革されたあかつきには、もはやこのようなきずなは不要である。それどころか、このきずなは、医療の近代化をはばむがんになりかねないのである。

III 支払い方式

現行の出来高払い方式のもとでは、より多くの患者を診察して、より多くの投薬、注射と、このことを合理化するための検査を行い、しかも治療を長引かせないかぎり、収入があがらない。したがって、家庭医が予防や早期治療に努め、重症患者を専門医に紹介するほど収入が減少し、いかに健康相談に時間をかけても収入は上らず、へき地における医業の経営は困難であり、細目を記した請求書を作るための事務量もあまりにも大きい。ゆえに、この方式を温存したままで医療の仕組みを改革することは不可能といえる。そのうえ、使うべき薬を使えない、——というより、使わなくてよい薬を使わねばならぬという意味で、科学的良心に徹底した医療を行えない、という欠陥を持っている。

支払い方式を検討するさい、まず打破しておかねばならないのは、薬一辺倒の先入観である。戦後における薬の進歩は、まことにめざましいが、どんな特効薬でも、それが奏効するのは、病状に適した薬を適量に使ったときにかぎられる。たとえば、肺炎にきく抗生剤は感冒にきかないし、湿疹にきくホルモン剤は水虫にきかない。きく薬でも、量がふえると逆に副作用が増大する。このことはビタミンのような大衆薬にもあてはまること

で、B₁ 剤の連用は逆にけんたいを来たし¹⁷⁾、A 剤などは胎児の奇形の原因になる¹⁸⁾。また、一般に対症薬、たとえば下熱剤を発熱に使うのは不適であり¹⁹⁾、ごく特殊の場合をのぞいて、注射は不要である²⁰⁾。ことに無意味なのは栄養剤や疲労回復剤で、ぶどう糖液 20 cc に含まれる糖の量は角砂糖の 1 個分より少く、どんな栄養剤でも、1 個の卵、1 本の牛乳に比べると、はるかに劣っている。こんな薬をもらうために医師を訪ねる時間があるなら、その間休息している方が疲労の回復に役立つ。それどころか、日本で流行している強肝剤のごときは、有害であることが証明されている²¹⁾。ゆえに、このような薬を求める患者にたいしては、生活指導こそが最善の治療なのである。ことに心身症は、投薬するほど病的意識が向上して、増悪するので、精神療法によらねばならない。そして、急性腹症やがんの場合は、機を逸せず手術すべきことはいうまでもない。

ところで、出来高払い方式をとっている国では、いずれも過剰診療の傾向が見られるが、日本ではとくに投薬と注射が多い。この理由として、次の 2 点があげられる。第 1 は、世界に類を見ない薬の広告である。その広告代は、マスコミ分だけでも年額 340 億円にのぼり (1965 年)、朝から夜までこの広告にさらされている国民は、薬をのまずにおれないノイローゼ的状态におちいっており、1 人当りの買薬代は世界で最高といわれている。そのなかでも、わざわざ受診にくる者は、とくに薬と注射にたいする要求の強い人たちである。ゆえに、この要求にそわない医師ははやらなくなるのである。第 2 は、同じく世界に類をみない点だが、いまだに医薬分業が実施されていないことである。そして、投薬代や注射代のなかに医師の技術料的

17) 北村「ビタミンB₁ 連用による影響」『日本医事新報』, 1808, 1958。

18) 山口「奇形発生に注意すべき薬剤」『日本医事新報』, 2086, 1964。

19) 長谷川「発熱時の下熱剤投与の可否」『日本医事新報』, 2218, 1966。

20) 高津「乳幼児に対する注射について」2216, 1966。

21) 高橋「強肝保健薬批判の根拠」『日本医事新報』, 2085, 1964。内村「強肝保健薬批判の根拠を読んで」『日本医事新報』, 2095, 1964。

な要素が加味されているので、医師は薬や注射でかせぐという形をとらざるをえないのである。ある名高い国立病院長がいまの3分の1の薬でやれると知っているが²²⁾、まさにその通りで、日本の医師は科学者としての主体性を喪失して、薬業者のセールスマンに化している、といって過言ではない。

この結果、日本の医療における投薬代ならびに注射代は、1960年から64年の間に2~4倍以上にふえて、入院費をのぞく医療費の3分の2以上を占めるにいたり、このことが1,000億円におよぶ保険の赤字の主因とみなされているのである。おかげで、薬の生産額もこの5年間に2.4倍にふえて、1964年には4,447億円に達し、総医療費7,966億円のなかばを超えるにいたり、薬業者は高所得者の第1位、第6位、第8位、第11位にくらいしている。多くの要医療者が放置され、医療担当者が低収入をなげき、保険が巨大な赤字をかかえているなかで、薬業者だけがこのようにもうけ、マスコミ業もその広告代でかせいでいる。この事実を無視しておくことはできないのである。

そこで、製薬・売薬の規制、広告の取締り、医師の監査、国民の啓蒙等がとえられているが、いずれもびぼう策にすぎず、出来高払い方式そのものにメスを加えぬかぎり、問題は解決しない。さて、出来高払い方式を採用している国では、いずれも過剰診療にたいして対策をこうじている。その一つは、フランスやスウェーデンの償還制で、これには患者の一部自己負担もおりこまれており、患者が金を払にくいという点につけこんで、自制させる方式である。いま一つは、西ドイツで行われている方法で、医師に支払う総額をきめておき、過剰診療になるほど単位あたりの収入が減少するようにして、医師に自制させる方式である。

では、日本の現状はどうか。国民皆保険が実施されているが、給付率には著しい差別があり、被用者保険の本人の2,362万人にたいしては10割給付だが、その家族や国保加入者の7,308万にたいしては一部自己負担が課されており(1964年)、

いまだに5割という高率負担に苦しんでいる者が多い。先進的な資本主義国のなかで、このような差別をつけている国は見当らず、5割という負担率も最低の率である。また、出産費が現物給付になっていないのも日本の特徴である。しかも、自己負担を課されているのは、老人、乳幼児、妊娠婦を含む家族や、農民、中小業者、ならびにそこで働く労働者であり、停年、病弱、身体障害等の理由で、企業や官公庁から締めだされた人たちや遺族も含んでいる。したがって、医療にたいする需要はより強いが、所得はより低い。このような層にたいする自己負担であるから、その自作用はまさに甚大である。このために、医師はこれらの層に十分な治療をして収入をあげることができず、その不足分を補うだけの収入を、10割給付の層に求めざるをえない。低所得層の自作用の上にあぐらをかいて、一部の層が野放しの過剰診療を享受している。当然の結果として、両層の給付費に倍以上の大差が見られる。給付費の低い層ほど医療の需要度の高い点も計算にいれると、この差はさらに大きいものとなる。格差を是正すべき保険が逆に格差を拡大しているのである。

このような格差をなくすために、被用者本人に自己負担や療養費払いを課すべきだとなえる向きがあるが、このさいは、所得の低い者ほど医師にかかりにくく、かかっても十分な治療を受けにくいという逆格差が、被用者本人のなかにまで拡大される。しんに格差をなくすためには、低所得者の給付率の引上げをこそ、断行せねばならないのである。このさいは、抑制されていた医療の需要が引出されて、それだけ医師の収入が増加し、10割給付層にたいする過剰診療の抑制も可能となるであろう。西ドイツにおける自制方式は、全員10割給付という基盤のうえに成立していることを忘れてはならないと思う。

では、10割給付が達成されたら、出来高払い方式を認めてよいのだろうか。いずれにしても目標は全員10割給付であるが、これだけでは医療保障の目的は達せられない。このことを明らかにして、医療の仕組みの改革を主張し、この改革を達成するための条件として出来高払い方式の検討を

22) 座談会：医療保険改革の方向、『社会保険旬報』, 811, 1966。

せまれ、そのなかで、最大の利益を得ている薬業者と、その広告代をもらっているマスコミ業の存在にぶつかったのである。したがって、薬業者のセールスマン化から脱却するとともに、医療の仕組みを改革し、全員 10 割給付の意義を完全にするためには、出来高払い方式そのものを是正せねばならない。このことを忘れて、過剰診療の自制方法にだけ意を払っていると、出来高払い方式——ひいてはこの方式にともなう矛盾の温存をはかっていることになる。自制方法などを考える必要のない支払方式を求めねばならないのである。

そこで、日本医師会の出した再診料の要求は、薬剤偏重の現行方式に挑戦し、医師本来の技術活動を認めさせようとするものとして評価されるが、受診回数の多少によって収入が左右されるという欠陥は是正されない。岡山県で一度試みられた件数払い方式は、もう一歩進んで出来高払い方式を破るものとして評価されるが、新患の多少によって収入が左右されるという欠陥が残る。このような欠陥を除くためには、どうしても人頭報酬的、あるいは固定給的要素を導入せねばならないのである。

現在でも、学校、保健所、会社等の嘱託医にたいしては、実施回数、取扱い人員数、あるいは勤務時間数に比例した報酬が与えられ、医師もこれを承認しているが、家庭医にたいしても、検診、健康相談、予防接種等を行った回数、あるいはこれらの事項を担当している人員の数におうじて、報酬を支給すべきことはいうまでもない。ただし、へき地では、このような報酬だけでは低きに失するので、回数や人員数に左右されない固定給を支給すべきである。これらの報酬は医師の基本報酬とし、これだけで医師としての最低生活が保障されるものでなければならない。病人の治療にたいしても、同一方式による方が理論的にすっきりするが、出来高払いを要求する医師にたいしては、これを認めても大勢には影響がないと思う。このさいの料金表は、できるだけおおまかなものにすべきである。スウェーデンは出来高払いを原則としているが、へき地などには、固定給制の医師を配置して、公衆衛生的業務と一般診療を兼任させ、

診療業務にたいしては、出来高払いによる追加収入を与えている。この方式には医師自身も満足し、この方式による医師は一般医の 3 分の 1 以上になっている。この支払い方式に人頭報酬を加味した形が、日本では適当でないかと思う。このように支払い方式が変わると、医薬分業が抵抗なく実施される。そして、調剤や保険事務に奪われていた時間が、予防や健康管理に生かされるわけである。なお、医師の処方によらない売薬は禁止されるが、ごく少数の特定の薬は許容してもよいと思う。

次にのこるのは技術差の問題である。天下の名医とかけだしの青年医の手術料が同じであるのはおかしい、というようなことがよくいわれるが、いったい何をもって技術差とみなすのだろうか。手術時間や傷口の長さによって評価するがごときはまさに外道で、こんなことに努力すると、それこそ慎重さに欠けて、失敗の因をつくる。手術の成功率でうんぬんするのなら、手術は成功する自信のあるものだけにきぎるべきで、失敗の可能性があるような手術の敢行は、大学病院のようなところだけにとどめるべきだ、ということをやまず主張したい。そして、やれる自信のある手術であれば、だれが手術しても同様に成功する。同様に治ったのに手術料に差をつけることの方が、じつはおかしいのである。したがって、手術料の差は、やれる人の少い手術の料金を、それだけ高くするという形のものにかぎるべきである。内科においても事情は同じである。強いて差をつけるとすれば、初対面で診察時間が 2~3 分だけの名医より、かかりつけの家庭医の方を高くするのが、理論的に正しい場合が多い。しかも、技術差が強調される背景には、療養費払いのもとに、高額な差額料金をとろうとする意図のひそんでいることを、警戒せねばならないのである。年功差は若干考慮すべきだが、現行の出来高払い方式のもとでは、体力にまさる若年医師の方がよくかせいでいるので、固定給的要素の導入はむしろ老年医師に有利に作用する。また、若年医師が創業費で苦労している点も考慮すべきである。したがって、医療報酬には差を設けず、差は年金の面でつけることにとどめるべきであろう。

現在の公的病院は、六剤投与、七剤投与、月間医療費数十万円といった調子で、過剰診療の先頭に立ち、保険の攪乱者だといってもよい。この結果、独立採算が保たれても、国家経済的にはマイナスにしか作用していない。出来高払い方式によるスウェーデンやその他の諸国でも、病院費については、大半を公費におおぎ、保険への請求額はその一部にとどまっている。まず独立採算のわくをはずし、保険からとる医療報酬は定額におさえ、あとは公費による。そして、科学的に意味のない診療は一切しない。この方が国家経済的にもプラスになるのである。医師の報酬は現行どおりの固定給による。なお、個人病院は、家庭医のグループ・プラクティスの場合という形をとるのが適当であろう。

さて、日本医師会は、固定給的要素の導入は自由業者から被用者への転落を意味するとみなして、出来高払い方式につよく執着している。なるほど現行方式のもとでも、身を粉にして働けば、それだけ収入がふえるが、その金は患者からとるのではなく、政府のきめた料金表により保険基金から支払われるので、現在でもすでに被用者的である。しかも、出来高払いはいっしょに極端な能率給である。一般に労使の場で能率給を主張しているのは使用者側で、労働者側は、これが過重労働に追いこんで低賃金をカバーさせる手段であることを見ぬいて、反対している。被用者化をきらう医師会が、被用者的報酬のなかでもっとも不利な能率給に賛成している。なぜだろう。おそらく多くの医師は、公務員なみの低収入になることを、心配しているのではなかろうか。しかし、医師の実収はとうぜん現行水準を維持すべきである。その基本額は、ずばりといって 20 万円——ヨーロッパの医師なみだと思う。最低でこれだけの実収を保障されたうえ、患者の取合いや、そのための設備投資が不要になり、繁雑な保険事務から解放される。このことが明示されたときには、医師の大半が新しい支払い方式に賛成すると思う。しかもなお賛成しない医師には、現行方式を認めても、大勢に影響はない。ただし、国民の収入水準はヨーロッパの半分にすぎないので、この程度の医師の収入

にたいしても、異論が出るかも知れない。しかし、ここで忘れてならないのは、現行制度のもとで文字どおり最大の利潤を得ているのは、薬業者であることだ。そして、医師にこれだけの収入を保障して、出来高払い方式から脱却させることは、日本の医療を薬業者の支配から脱却させ、そのもうけを国民の側に回すことにほかならない。この点を理解してもらうべきであろう。一方、医師がこの程度の収入にたいしてすら不満の意を表明するなら、国民の猛反撃をこうむることが必至である。

IV 財 政 面

以上のように支払い方式が改められ、医療の仕組みも改革されると、過剰診療におちいる心配は一掃され、患者負担による自制といった手段は全然不要となる。そして、すべての国民は、文字どおり全額無料で、担当の家庭医の指導のもとに、適切な医療を受けることになる。その費用は現行どおり、被用者は本人と使用者、その他の国民は本人と政府・自治体の拠出した保険料でまかなわれるが、その負担率は、被用者と一般国民という二本立てで、全国一律となる。このように、医療給付も保険料も同一となると、企業の内と外による区別は解消し、企業別保険が労務政策として果してきた役割も終りを告げ、既得権意識も消えていく。そして、企業別、市町村別に保険を運営する労が無駄になり、林立していた保険もおのずから一本化の道をたどる。被用者の立場を代表する総評は、現段階でもすでに保険の産業別統合の方針をきめている。健保連や日経連も、労務政策的な意義のなくなる段階では、健保組合の温存が有利か否かの判断をせまられるであろう。一本化の後には、保険料を別々に徴収することが無意味となる。そして、保険料に相当する金が税金とともに徴収されるようになると、医療費は全額税金でまかなわれる、すなわち国庫負担の形となる。このようにして、全国民 10 割給付の実施は、国費による医療サービスというゴールに到達する。このさい、休業手当や死亡一時金は、老人、遺族、身体障害者などにたいする所得保障制度のなかに包含され、日本の社会保障制度は、医療サービスと所得保障

という二本の柱に支えられて確立することになる。

さて、このような医療サービス——社会保障に要する費用はきわめて膨大になると予想されるが、これにおうじるだけの国力が、そなわっているのだろうか。

そこで、戦後の生産の上昇率をみると、世界の最高位にあり、その総額は英・独・仏と匹敵するようになったが、社会保障費の国民所得にたいする率は 5.7% で、イギリスの 12.9%、西ドイツの 17.9%、フランスの 17.4% に比べて、だんちがい低い(1960年)。これにたいして、国民 1 人当りの所得は、これらの国の 2 分の 1 たらずなので、社会保障にまわす余裕の少いことが考えられる。しかし、ここで想起されるのは、平和憲法下の日本では軍事費の支出が少く、それだけ社会保障にまわす余裕の多いことである。つぎに注目されるのは、英・独・仏では、社会保障拠出金のほぼ全額がそのまま社会保障に使われているのに、日本では、せっきくの拠出金が積立てられて他の目的に流用され、本来の社会保障に使われるのは 80% に満たない点である。このほかに、買薬や迷信のために巨額の金が浪費されていることも無視できない。貯金が所得の 21% という高率であるのも(1964年)、社会保障が充実していないための不安の現れともいえる。一方、会社の交際費が 5,700 億円に達することも伝えられている。これらの点を考慮すると、日本には、社会保障——医療サービス費を大幅に増大するだけの経済力が、すでにそなわっていると判断せざるをえない。

しかし、現状のまま医療費だけを増額すると、世界に類をみない自由、競争、乱立と、その結果ひきおこされた無理と無駄にますます拍車がかけられ、国民の拠出金で一部の人が得するという矛盾が拡大する。当然のことながら、先進資本主義国や社会主義国では、医療保障の拡充に平行して、個人的利己的な自由を規制を加えている。全国民に平等な自由は、利己的自由を克服することによって獲得される。しかし、ここで論じてきたように、医療制度が改革されたあかつきには、二重診療、過剰診療、無用な設備投資が避けられるとともに、保険事務費が節減され、企業内厚生費

等への流用がなくなり、広告代が不要になってそれだけ薬代が下る。さらに、予防と早期治療の促進による治療費の減少や、リハビリテーションによる生産費の増大が期待される。このようにして無駄が一掃され、国民の拠出した金が国民全体の健康のために平等に使われる。医療費の増大にともなう懸念はもはや存在しないのである。

む す び

本論で追求してきた医療保障の将来は、じつはとくに目新しいものでなく、現に国民が要望し、関係者の大半がめざしている方向にそうている。すなわち、Ⅰで主張した検診や予防接種は、厚生省が世論の先頭にたって努力していることであり、リハビリテーションの声も最近とみに高まってきている。Ⅱで主張した医療機関の機能分化も、多くの関係者が要望していることで、医師会員のなかでも賛成している人が少くない。そして現に、国民の 70% がかかりつけの医師または医療機関をきめており(1960年)、開業医も、その 72% が 2 科以上を標榜して、家庭医的な要望におうじている(1964年)。一方、名大病院のように、難症患者だけを扱い、軽症患者は地域の医師に紹介することを指向している所もあり²³⁾、医師会病院自身、機能分化の一翼をになっている。医学教育もインターンや無給医局員問題によって、火がついている。Ⅲで検討した支払い方法についても、診療報酬の適正化を口にしない者はないといってよく、Ⅳにおける保険の一本化についても、反対しているのは、当の健保連、日経連と、一部の迎合者にすぎない。

このような動きが出ていることは、それを必然化する背景のあることを意味する。本論では、全国民に平等に医療を保障する、という目標のもとに、背景にある矛盾をつき、現実の動きを正しく発展させるルールを明らかにしてきた。ここでさらに、細目の明示を求める人があるかも知れないが、それは、国民の声を聞き、関係者の話し合いできめられるべきもので、ここで述べるのは尚早

23) 山元「大学病院の外來」『厚生指標』, 9・15, 1962。

である。いま必要なことは、日本の医療を正しいレールに乗せることで、レールに乗らない前に、乗ってから後の細目について心配し、レールにのせることにすら躊躇してはならないと思う。

さて、日本の医療保険は、いま巨大な赤字をかかえて、まさに重大な危機に直面している。このなかで、赤字の主因が薬代の高騰にあることが指摘され、日本の医療界に占める薬業者の地位が、ようやく注目されてきた。この事態を打開するため、医学的に意味のない保健薬等の給付にたいして、患者自己負担を課する方針が考えられているようである。この方針にたいして、医師側は反対しているが、その反対は薬の無意味であることを知らないがゆえの反対でなく、知っているうえでの反対なので、それだけ真剣であり、広告によって薬が必要だと信じこまされている国民と呼応して、はげしく反撃してくるにちがいない。この反撃は、保健薬等を使わなくても収入が減少しないようにせぬかぎり、おさまらないであろう。

そこで本論の立場から要望されるのは、まず公的病院における独立採算のわくをはずすことである。そして、保健薬等にたよらない、真に科学的な医療に徹底させることである。さらに一步進めて、一般外来診療をやめ、診療所からの紹介患者以外は扱わないようにすることである。この結果、診療所や個人病院の患者は必然的に増加する。さらに、一定の基準のもとに健康相談、検診、予防接種、ならびに再診を保険給付の対象にすると、

医師は保健薬等で収入をはかる必要がなくなる。それどころか、深刻な医師不足におそわれるが、これは大学病院に集中している医師を分散することによって、容易に解決する。インターンの廃止と大学医局員の有給化は、とうぜん修練期間の短縮と大学医局員の定数化をもたらし、5年も10年も大学に安住している医師を、診療の第一線におくるチャンスとなる。かくして、保険の赤字を契機として、医療を正しい軌道にのせることが可能となるであろう。

事態は、当局が何らかの手を打たざるをえない土壇場にきている。この期におよんでもなお、医療費の増大、国庫補助を叫ぶだけで、現状の改革にたいしては、既得権意識にとらわれて反対した場合、喜ぶのは、薬業者と、そのセールスマン化にあまんずる医師であり、温存されるのは学閥、大病院であり、労務政策的保険である。そして、医療そのものが受けられずに放置されている病人や障害者は、いぜんとして置き去りにされたままになる。国民の側が、このような保守的態度をとっているかぎり、上から一方的に医療態勢が推進されても仕方がない。経済的に国の保障を獲得しつつ、民主的な医療態勢を確立するためには、国民の側も真に革新的な立場にたつことが要請されるのである。

(京都市東山区今熊野剣宮町 24

伏見診療所・西陣労働センター診療所長)