総合保健活動成立の条件

小倉襄二

I 問題の提起

「総合保健活動成立の条件」というテーマは第二二回日本公衆衛生学会総合シンポジウムの討議主題である。総合保健活動をどのようにとらえるかということは、たんに公衆衛生学会において強烈な現実的関心のもとにとりあげられたというだけにとどまらず、きわめて広汎多岐な領域と課題に対する問題提起という意義をも有している。わが国の医療問題の現状が医療制度の在り方に対してつよい反省を求めているという前提にたって、(1)予防と治療が渾然一体となって、総合的に運営されることの必要性、(2)予防活動、治療活動および更生医療的活動の有機的な結びつきの必要性などの枠組で総合保健活動の展開を考えようとしている。(西尾雅七・「公衆衛生」・Vol. 29. 10. 一頁参照) この枠組のもつ意味はきわめて重要である。簡潔で平明な表現によってS・レフ、V・レフは次のように指摘する。(1)人間が病気にかからないようにすることは、たしかに、病気になったときに治療するのと、少なくとも同じくらい人道的であるが、社会全体の健康障害を予防するという希望は、診断と治療のために手のこんだ組織が使われるような時代になって、はじめて実現可能になった。(2)政府と医師とが新しい医療が高価なことを、だんだんとよく知るようになり、この財政的動機と善い意志とが都合よく結合して、全医療対策の重要な変革を促した。(3)《予防は治療に勝る》、これを実施する方法と担当者が問題で、現代の医師の大多数は、その教育で、病人を治すことを教えられ、そのことに生涯を費やしてい

る。≪予防≫医学に含まれる多くのことは一般開業医の手にあまる　(4)近代医学は変革を必要とし、既に、保健担当者のチームが実社会に出てきて、健康状態を調査している。(5)医療診断は社会診断と関連させねばならない。目的とするところは、人間が、与えられた最高の能率で生活し、かつ働けるように、人間としての諸権利を患者に取り戻してやることである。（S・レフ・V・レフ「健康と人類」・滋賀秀俊・岩波書店・五―七頁参照）

総合保健活動について、すでにたしかなかたちで明瞭な概念があるのではない。しかし現実の医療問題のきびしい矛盾に対して、レフ夫妻の指摘した諸条件を対応させるだけでも、ここにいう＜総合性＞のもつ意味、その領域についての論点が浮彫りにされてきている。レフらの原則的な考え方と相関して、わが国においても総合性についての検討や要約がなされている。一九五九年三月における医療保障委員会の最終答申における＜総合性＞への結論などは一つの典型である。医療の社会化の方向を積極的に推進し、医療は社会的責任において、国民に提供されることを前提として「医療保障」の在り方について触れている。すなわち、答申の2項、「医療保障の意味するもの」として、(1)、医療保障を疾病の診断治療という意味における医療を全国民に均しく保障することに局限して理解してはならない。(2)医療は、健康に異常のある人間を診断し治療し、これを社会に復帰させることのみではなく、医師の臨床活動を通じて疾病そのものを予防し減少せしめることを目的として行われるものである。(3)世界保健機構も、予防と治療との総合的運営を「完全なる保健サービス」と称し、これに必要な各般の施設を研究している。単に医療費の経済的保障のみならず、疾病の予防と治療の一体的推進の見地から国民の健康の維持向上を図ること、一般の健康管理を含めて、これを医療保障の目的として理解し、この目的に沿って、各制度や施設の根本にさかのぼって検討を加えることにより、医療保障の全体系が構想されなければならない。以上が、答申にみる＜総合性＞の骨ぐみである。さらに、一九六三年「医療制度全般についての改善の基本方策に関する答申」においても、この総合的という視点がつらぬかれており、医療の概念と領域を「健康の増進から更生医療を中心とした社会復帰（リハビリテーション）までを一連の体系とする総合的―包括的な医

療への志向をとりあげている。

これらの集約はいわば医療問題の現況への批判を通してつくられた〃みとり図〃にすぎない。しかし、このような〃みとり図〃を描いて、医療問題のオリエンテーションをみいだそうとする努力を重視したいと思う。この総合化への提起は一部の識者の要求ではなく、広く国民のうちに内在する医療をめぐる諸矛盾の激化と要求の変化との関連にあることをみうしなってはならない。制度との対応で考えるならば、医療をめぐる最大の矛盾は一方で、国民皆保険体制が成立したといわれながら、現状は総合化への志向どころか、格差—分断がはなはだしく、包括性を欠如したよせあつめの医療保険制度となっている点が指摘される。健康保険、日雇労働者健康保険、各種の共済組合などの被用者保険と国民健康保険（地域保険）あるいは、被用者保険内部における拠出、給付面における制度上の格差があり、〃さかだち医療保険〃と酷評されるように、逆進的なシステムになっていて、国民の医療要求の解決にとって効果的に働いているとはいえない。この分断と格差、とくに制度がうみだすところのセクト、基本的な展望の欠如した倭少な受益者意識、制度面の調整機能の完全な不在といった現実が、ここに提起した〈総合性〉への志向を挫折させているとみてよい。総合化への提起を行うとき、とうてい、統一的な構成による方向づけがむつかしいという現状とも関連している。

レフ夫妻は、医療従事者の側からこの総合化について発言している。それは〃新しい思想を教えること〃だという。「将来はかくあるべしという考え方のことを、まだ知らない医者、学生が多い」と前提して、新しい教育によって、うぶな医学生を、全く違った医師、それどころか、別な人間に作り上げるであろうというとらえ方から、従来とり上げられなかった患者の別の面、すなわち、患者の生活方法やその環境・状態・援助の受け入れ方などを考慮するような教育をうけ、どんな社会的サービスが病人と老人を助けるかを知るであろうし、自分の受けた科学的教育を誇る医師が、住民全部の一般的な福祉に関する数限りない問題と取り組むことを、医師でない人に委すならば、医師の義務を果しているとはいえないと考えている。

この視点に立って、総合・医療保健のシステムはたんに、既存の制度のあれこれを調整するというなかで、うまれるものではなくて、医療の全体系を根本的に変えていくような〃新しい思想〃の主題であることがあきらかになってくる。わが国の現況のなかで、医療保険のきわめて逆進的な分断・格差と悪循環について指摘したが、さらに医療制度における個人開業医制度と医療保険における診療支払方式としての点数単価方式をめぐる論点にも波及するのである。「公共的な性格をもつ医療が、私的資本によって支えられていて、しかもそれも助長する方向への努力が今もなお進められていることは注目しなければならない」(西尾雅七・前掲書・三頁)とか、その具体的内容として「点数単価方式(治療行為のそれぞれを点数の大小であらわし、それに一点単価をかけあわせて医師の診療報酬を算定する出来高制による診療報酬の支払い)は、それぞれの点数によって表示される診療行為の増加によってのみ医師の収入を増加させるのであり、したがって医師は患者を多く擁し、その患者に対する診療期間を長くし、診療行為を多く重ねるなどみずからの増収を図り得るとすれば、医師は一旦みずからがかかえた患者をできるだけその手許にとどめようとするであろう。」(額田粲・西村豁通編・「日本の医療問題」・ミネルヴァ書房・昭和四〇年・六五頁)という指摘ともなるのである。A・ビアスの「悪魔の辞典」には、医者(Physician)〔名詞〕われわれが病気の時にはしきりと望みをかけ、健康の時には犬をけしかけたくなる奴、とか診断(Diagnosis)〔名詞〕医者が、患者の脈搏および財布の中身いかんによって、病気にたいして行う予測、といった痛烈な諷刺が医師にむかってはなたれている。そこには、医師と患者の本来的な信頼関係が喪われ商業主義―取引のようなたちに追いこまれている状況をしめしている。点数単価支払方式のしくみが医師と患者の関係をA・ビアスの諷刺をどこかで承認せざるをえない事態に医師を追いこんでいる。A・ベヴァンは「個人的な商業主義の主張が、社会的価値の高級な観念と正面衝突をするのは医療の方面である」とのべたが、このことはわが国の医療問題の根本的な欠陥として考えねばならない。治療中心の医師と患者との「人間関係」―これこそが個人開業医制度の基礎として強調されている。しかし医療の社会化―公共化の必然性に対して、むしろ医師の孤立化がつよまり、現実の支払方式―営利性への傾斜と

ともに、医師の関心や活動が、予防措置もふくむ総合保健へとむけられることはきわめて困難だといわざるをえない。

すでにのべたように総合保健活動について、明確なヴィジョンはない。しかし、これらの論点からみても、わが国の医療保障、ひろく医療制度の全面にわたって、さまざまなゆきづまりと矛盾が露呈している。この諸矛盾はどうしても打開しなくてはならないが、その局面を打開する基本的な方策として＜総合保健活動＞に明確な内容を付与しなくてはならない。このことは非常に困難であるが、公衆衛生学会のシンポジュムの主題となったように、いろんな視点からの検討が要請されている。この検討は、狭隘な医療関係者の都合や、ある場合には、官僚統制につらなる合理化のための調整策として総合保健への構想をとらえることを意味するのではない。あくまでも、国民の健康を守ること。貧しさと病気の悪循環にくるしみ、現在の〃さかだち医療保険〃の被害者であり、予防やアフター・ケアーの不在によって、疾病の惨苦に沈澱している国民の医療要求への対応として＜総合化への構図＞をとらえていく必要がある。

Ⅱ　総合保健活動の条件

A―英国の場合

総合保健活動を考えるとき、一つの指標～原型として、英国の National Health Service の検討がつねに提起される。(前掲「日本の医療問題」所収・嶋田啓一郎・「医療制度改革の方向」小倉襄二・「綜合保健事業の指標」公衆衛生・Vol. 29. 10. 所収参照)

「わが国の医療報酬の支払方法の不合理性を打破するためには、たとえ医療制度の歴史的拘束や経済事情の日本的制約が、英国制度へのいかに大きな反対を喚び起させるにもせよ、資本主義体制のなかでのわが国医療制度の将来の発展方向は、イギリス式のサービス・システムにあることを、私は確信せしめられた」(前掲・嶋田啓一郎・「医療制度改革の方向」・二八九頁)、こうした英国の National Health Service へのつよい関心は、制度の具体的な内容についてのみで

はなく、National Health Service を支える理念―価値観についての問題でもあった。

H・エクスタインは National Health Service は、戦後の労働党政府によって創始されたがすべての社会的変革のうち、保健サービスのみが古典的あるいは、フェビアン的な純粋社会主義（pure socialism, classical or Fabian）の一環として考えている。「医療サービスの分野においてのみ、サービスを求める必要性の存在と、サービスの無料提供によるその必要性の充足との間を厳密に掛け値のない等式をもって結ぶことが決定された」(Harry Eckstein: The English Health Service 1958. p. 1. 高須裕三・医療保障・三頁参照)。この社会主義的形式（socialist formulas）という表現は注目されねばならない。この点に関して、英国の National Health Service を実際に保健相として施行した、A・ベヴァンの考え方にしたがって整理しておきたい。

この社会主義的形式というのは、英国社会主義のカテゴリーとして重要な「共同の価値」、あるいは、「集団消費体制」と関連する。A・ベヴァンは、資本主義社会がなぜ永続しないかという理由は、それが個人的価値だけを蓄積するにとどまって、社会の生存にとって不可欠の条件である共同の価値をとりあげなかったからだという。この視点から、無料の医療、National Health Service を支える考え方をとりあげている。要約すると、(1)個人的な〃もうけ主義〃(Commercialism) の主張が社会的価値の高度の観念と激突するのは、まさに医療の方面である。(2)現代社会は、公共的手段で健康を守るための社会的組織を形成するが、この面で共同の価値にもとづく主張が、勝利を収めつつある。(3)医療の方面は、衛生監督官や保健関係の医官の活動で枠をはめられた習慣によって改善されてきた。そういう人々は社会主義哲学を心に抱いて仕事をしているわけではない。しかし、個人の貪欲をどれだけ叩きのめしたかを問わず、個人の要求を、社会福祉を目的とする社会的なカテゴリーに従わしめた点への貢献が大きい。(4)医師の技術と治療資材とは患者の必要に応じて、無料で利用さるべきであり、治療と看護とは社会の責任である。この便宜は貧富をとわず、本人に与えらるべきで、患者の必要という以外のものさしを使ってはならない。(5)こうした包括的なシステムのためには保険制度は不

適当であるこの医療制度の創設のためには、国家財政の歳入のうち、承認された一部分をその創設と維持にあてるべきだ、一人のこらず、保険に入っていると一応仮定されるのに、なぜ一人残らず掛金をしなければならないか、不当な行政コストの出費、行政上の迷路をつくりだす点でも保険は不適当である。近代国家のもっている正常な課税制度によるべきである。(6)無料の制度（サービス体系）の濫用にたいする危惧がつねに表明されているが、人間の行為をあれこれいう前にまず行為させてみることが大切で、医療制度の濫用の危険は私的な〃もうけ主義〃が公共的サービスとふれあうところにおこってきており、公共的サービスと両立しがたい私的もうけ主義をむりにむすびつけようとするところに問題がある。(7)もっともさけなくてはならないのは、一方は平均水準よりも上、一方はそれ以下というように医療措置の標準が分裂することだ。(8)医師の学問的生活の内容に影響する一切の問題については、医療自身の自治以外に良い方法はない。経済のことを考えると医師に医療資材を提供するのは共同社会の責務だ。それを専門家としての標準とその良心的な要求にもとづいて自由に使うのは医師の仕事だ。(9)医療の無料給付は純然たる社会主義であり、それは資本主義の快楽主義とは反対のものである。National Health Service には、多くの欠陥があるが、英国のこの制度が文明社会の装備に対して行なった巨大な貢献こそその総決算であり、英国民の国民生活を織りなしている材料の一部である。いかなる政党もこれを破壊して生き永らえることはできない。（A. Bevan : In place of Fear 1952）

以上のA・ベヴァンの見解のなかに、ほぼH・エクスタインが社会主義的方式とよんだものの姿がうかびあがっているように思う。こうした原則的な考え方に別達するまでには一九世紀以降の医療をめぐる歴史的な複雑な経過が前提となっている。（この点については、前掲・公衆衛生・所収・小倉・「綜合保健事業の指標」、伊部英男・「社会計画」・H・エクスタイン医療保障・1部・第二章参照）救貧法による救療、その費用増大に対する経費節約の欲望＝「節約の論理」を媒介とする公衆衛生関係の予防的措置との結合の問題も重要である。一八三八年の救貧法委員会の「年次報告」においても、非衛生的状態に起因する疾病および流行性の疾患が救貧税の大なる増加を結果し、長期的に、非衛生状態を改善することが、それによって

惹起される「疾病貧民」の救助よりもかえって安価であることに注意を喚起したといわれる。さらに一九〇五年より一九〇九年にいたる「王立救貧委員会」の成果としての「少数派報告」(The Minority Report) の提起した「保健委員会」(The Health Commitee) の問題にたって、救貧法的な考え方 (the poor law principle) ―物的資力の欠如を条件としてはじめて措置が行なわれる―のではなくして、公衆衛生的考え方 (the public health principle) ―権力の介入のないときは、公共の福祉に有害な結果の生ずる状態が、疾病をふくんで現存するときにはつねに展開される―立場に立って対策を講ずべきことを提起している。その後の一九一一年に制定された National Health Insurance の経過をふくめて、医療に関する保険原理への批判とともに英国での総合医療・保健サービスへのつよい傾斜があり、結局は以下のような制度に内在する論点がしぼられてきた。(1)保険は予防的措置をともなわない。(2)強制保険システムは保険料の拠出に対する反対給付としての権利性が重点であり、保健的習慣の維持を附加することは制度的に困難である。(3)保険料拠出によって心理的効果として、給付のかたちで、支払済みの保険料に見合う分を取り戻そうとする傾向がみられる。(伊部英男・前掲書、参照) これらの歴史的過程からでてきた制度そのものに即した問題点はさきのA・ベヴァンの指摘した理念を現実の施策として具体化するときの指針となったとみてよい。

英国の歴史的過程と National Health Service の関連は一九三八年の戦時緊急医療事業 (Emergency Hospital Scheme) によって、平常時には必ずしも役立たない体制であるかも知れないが、従来にはなかった新しいもの、病院が関連ある体系に入って活動するという貴重な経験をのこしたといわれている。さらにビヴァリッジ報告において、Comprehensive Health and Rehabilitation Services という項目で、児童手当、雇用の維持とともに、社会保険計画を中核とする所得保障の主要前提として、包括的・総合的な社会サービスとして提案されている。包括的=総合的 (Comprehensive) の内容としては、全国民に対して医療を必要とする場合には、居宅治療 (domiciliary)、入院治療 (institutional)、全科医 (general)、専門医 (specialist)、顧問医 (cosultant)、いずれにしても、利用でき、さらに、歯科、

眼科、外科手術、看護、助産、および、リハビリテーション・サービスも利用できる。このサービスは、社会保険の省ではなく、国民の保健および、治療とともに積極的および予防的措置について責任をになっている行政機関によって組織され、所管されなくてはならない。さらにいかなる個別的事情があっても、拠出条件なしでなければならないという二つの基本原則を有している。ビヴァリッジは、一九四六年の National Health Service Act の審議にあたって、法案の主要点を支持するとのべ、(1)この法案は、健康の増進に必要な一切のことをするわけではないが、二つの全く本質的なことを達成した。その第一は、病人と best public treatment の間の経済的障害を完全に除去したこと。第二には、法案は初めて真の意味の、保健省、国家的敵たる疾病を攻撃する義務と権限を有する国家行政機関を生みだしたのであると強調している。(伊部英男・「社会計画」・一五三頁参照)

さらにビヴァリッジは、拠出条件なしでなければならない点につけくわえて、病人が健康を回復することは国および病人自身にとって先ず第一の義務であり、社会サービスの体系にとって、疾病、傷病による労働不能を減少させるために国によって決定的努力のなされる必然性は、当然に高額の所得保障をふくめての給付を支払うところからも当然のことである。そのように、高い給付をうけとるのであるから、各人が健康に留意し、予防的な観点をふくめて、疾病の早期治療への義務をになっていることを要請している。(Social Insurance and Allied Services 1942. para 426-427)

一九四四年二月に議会に提出された、National Health Service についての白書は、ビヴァリッジ報告以後、戦後再建についての重要文書といわれ、さらに具体的に、国民保健サービスの条件をあきらかにしている。(1)改革の方向として、個人の健康の保護の基礎は、公的に組織されたサービスとして、何人にも利用できるものでなくてはならない。水道、道路の利用—提供とおなじく、公的組織として使用を望むすべての人に利用されねばならない。(2)必要とする医療または医学的助言を受けられるか否かは、いぜんとして、環境、どこで働き、どこに住んでいるか、いかなるグループ、年齢、職業であるか、とくに金が払えるかどうかは、医療をうけられるかどうかのけじめである。(3)要するに、

国民全部をカバーする保健事業はまだないのであって、たとえば、すべての人々の健康を守る第一線に健康および病気のことを相談できる家庭医すなわち全科医（General practioner）が利用されなくてはならない。⑷問題は、たとえば、ある人が、全科医と連繋を保ちうるにしても次の段階（病院、専門医）は、その全科医が病院などとの連繋をもっているかどうかにかかっている。⑷待機患者と空床、病院機能の専門化—分化がはげしい。病院事業が全体として体系化され、患者は手近かな病院に紹介されるべきではなく、真に個々のケースに見合う病院に回されなくてはならない。⑸多くの有用な事業が地方自治体および、ボランティア団体によって行なわれているが、これも、ばらばらに発達してきたため、相互に何の連絡もなく、全科医、専門医との関係もわるい。⑹それぞれの医療担当者、施設、家庭に対するサービス、それらはすべて関連あるものである。この観点からみて、現行体系には欠陥があるので、政府は、総合的保健事業を確立しようとした。（伊部英男・前掲書・一五五—一五六頁参照）

英国の National Hcealth Service の全体系については、すでに多くの紹介もなされているので、総合化への志向にとって重要な側面について集約的な検討を行っておきたい。

B　General Practioner の役割

A・ベヴァンは「家庭医（family doctor）は「共同社会の成員と最も直接的な、また継続的な接触を保つものである。同時にまた彼は National Health Service の他のあらゆる部門への入口でもある」という。英国の家庭医の伝統を前提として、全科医は、国民保健サービスに重要な役割を果すことになる。全科医は専門医的な知識、技能が有効に適用できる段階において、病気を発見し、処理する機会を誰よりも多くもっている。「全科医は患者と直接に接触を保って、心身を冒す疾病や傷害に対して予防と治療を含む一般的な医療を与えたり、調整したりする責任を中断することなくもちつづけている医師である」（Dr. Hunt）ここにいう予防とは、たんに personal health Service に含まれている予防接種とか母子の検診を分担するといった狭いものではない。疾病の早期診断とその事後処置とくに secondary

prevention といわれるものに重点がおかれている。これには、全科医が、それぞれの患者を、それぞれの患者のもっている背景の全体を考慮に入れて観察できるからである。さきの「白書」が指摘し、A・ベヴァンが〃他のあらゆる部門の入口〃であるとのべたように、患者に病院の検査サービスをうけさすべきか、後述の地方自治体のさまざまな訪問・家庭サービスを要請すべきか、あるいは自分の手で診療をつづけさすべきかについて適切な判断を下していく役割がある。医学、医療において急激な専門化が進行しているが、全科医の制度が、National Health Service の中に法制的に確立していることは、医学の専門、分化の起ることが避け得られないことを充分にみとめたうえで、患者が専門の対象の病気をもつものとしてしか観察されず、患者のもつ背景全体のなかで観察され得ないという欠陥を避けるための努力のあらわれと考えられている。（西尾雅七・「英国の医療制度下の医師」・公衆衛生・第二巻・一一号所収参照）

登録患者数による人頭割の収入が全科医の所得源であり、全科医がよい治療をしかねるほど登録患者をたくさんもたなくても、相当の生活ができるように配慮され、全科医も、登録患者数を制限して、時間的余裕をつくって、工場医、非常勤の病院勤務、生命保険の医師などになって勤務することもできる。あるいは、増加傾向にあるものとしては、Group practice がある。これは、成果のあがらなかった地域の Health Center—ここで、地方自治体の保健サービスと全科医の Groupe practice とを総合的に提供しようとしたのとは異った機能をもっものである。全科医がグループくんで同一の建物のなかで共同して、全科医サービスを行うのである。共同利用体制による経済負担の軽減、グループ討議によるサービスの水準の向上、地方自治体サービスとの協力体制の充実、余暇、研修時間の確保などに有効であるとされている。

前述のように全科医は人頭割によって収入を確保し、病院の勤務医、専門医はサラリーによって収入を得ている。病院のサービスも全科医と同じく、一切、国民保健サービスによってまかなわれているから、全科医と病院（専門医サービス）の間には、患者の診断、治療措置についてのチーム・ワークがあるのみで、わが国の開業医と病院間の〃競争〃

〃競合〃はありえない、病院間についても、全科医間においてもありえない。全科医の開業については restricted area（医師過剰地帯で新規開業を許さない地域）intermediate area（状況によっては検討ののちに許可、不許可をきめる地域）designated area（無条件に許可される地域）に区別して、適正配置、登録患者の均等化—収入安定へのプランが導入されている。

全科医の役割についてはまだ多くの分野、機能があるが、すでにふれたように、地方自治体の提供するサービスのと連繫がとくに注目されねばならない。H・エクスタインも、長い歴史的背景をもつ地方自治体のサービスの再編成、不均等さの多い地方当局の諸サービスを一つの国民的保健サービスとしてのユニティとしてまとめあげることを National Health Service 創設の理由として重視している。統一立法のもとに、病院・専門医サービス、全科医サービス、歯科・薬剤サービスとともに、地方当局の行うサービスは、母子福祉サービス—妊産婦、乳幼児に対して保健措述の責任をもつ特別の訓練をうけた医師、看護婦、助産婦が母子福祉センターに配置され、センターの巡回看護婦は各地区の家庭を訪問して母親を指導する。幼児は五歳までに身体検査をうけ助産についても、地方当局が助産婦を雇いいれて、家庭に適当な期間配置する。その他の Health Visitor のサービス、この設置は地方公共団体の義務であって、さまざまのニードをもつ地方住民の保健指導、予防措置に従事する。Home Nurse としての看護婦を雇うが、関係団体との協定によって、在宅の病人を看護することは地方自治体の義務であり、さらに妊産婦、乳幼児のために、家事を行いえない家庭のために、Home Helper を派遣する事業を行う権限がある。ただ、Health Center への大きな期待と構想が結実せず、ここにNational Health Service を真に地域住民の生活に密着して、総合的なものに転換させる鍵であった点が挫折している。中央集権化と地方自治体の権限の縮少、広域化による住民要求への疎隔化への関連も欠陥への批判としてつよく指摘されている。（小倉襄二・前掲、公衆衛生・九一—一〇頁参照）

これらの総合的システムの機能を実質的に支えるものとして、市民生活の「型」からくる状況も無視できない、渡辺華子氏の指摘するように、病院の〃待ち時間〃にしても、日本では、患者が病軀をおして二〜三時間も外来で待つ。

〃待時間三時間、診察三分〃という批判もうまれている。このことはやむをえないことであり、医療保障の社会性とは全く関係のないことだとあきらめている。英国では、前述のように、全科医のアレンジメントなしに直接に病院の外来を訪れることはできないし、〃時間〃についても、専任のアポイントメント係（時間節約係り）が、その判断できぱきと処置し、慢性疾患で、定期的に通院する患者たちには別の日を優先的に取ってその日は帰宅をすすめ、急を要する患者だけを重点的にその日に残して、その時々の緊急事態に即応する診察体制を責任をもって編成する。患者の時間利用の無駄をはぶき、全体の公共の福祉と立場から、医師の負担力と重症の患者に重点をおいて応急の措置をとることになる。（渡辺華子・「福祉国家」、J・I L文庫八六頁参照）

渡辺華子氏は、とくに人間の小さな要求を一つ一つ大切にとりあげ、ていねいに対処しているという点を注目して、わが国の場合の考え方―構想力の貧弱さを指摘する。National Health Service の全体系にはさまざまな欠陥はあるとしても、医療の問題を〃コンマーシャリズム〃で〃優勝劣敗〃の無惨な領域から解放しようとし、解放しつつあることにもっとも重要な意味があるのであり、このことが、われわれの医療をめぐる状況に伏在する〃金を支配すべき、肝心の人間の動機や努力そのものを見落してしまう認識の貧困さ〃のきびしい批判基準を提供しているように思われる。

Ⅲ　結　論

―総合保健事業の条件は存在するか―

第二二回の公衆衛生学会において、石垣純二氏は、わが国には〃総合保健の条件は存在しない〃というかなりショッキングな問題提起を行なった。石垣氏は、その条件として、(1)医学教育が総合的でない。（英国にはすぐれた general practioner 養成の伝統がある―小倉）医科大学において、研究者と教育者をわけ、カリキュラム総合化にむかって再編成する。(2)健康保険制度が総合医療を阻んでいる、健康保険といっているが、疾病治療保険にすぎない、医療保険を細分化し、

保健指導点数などの劣悪さ、保健婦、保健所の機能の問題—流感ワクチンの予防注射に「おれたちの商売を妨害するのか（カゼが減るとドル箱がなくなるから）」と反対しているという開業医のエピソードが象徴的である。(3)〃健康人〃の医学の未熟さ—性生活、睡眠、レクリェーション、人間関係などの原理や技術において、信頼できるデータが非常にすくない。(4)国民の知識や意識の欠陥とくにマスコミによる歪み、たとえば、「疲労」という複雑で多因子の生活現象を強肝薬なりビタミン剤なりの服用という単純な行為によって解消するという全く総合性のない考えを伝播させている。総合性のイメージがこんなことでつくられるはずがない。ここから、国民教育における医療についての総合的な対処の不在や愚民化がおこなわれていることなどを列挙している。これに対して、若月俊一氏（長野県佐久総合病院長）が農村医療の立場から、具体的な地域実践として総合保健事業成立の可能性の発言を提起された。とくに、農村医療という視点から、総合的な〃村〃の健康管理への道をとり、ただ空疎な衛生のお題目をとなえるだけではなく、農民の生活環境を把握し、健康台帳、健康手帳という設定のなかで、生活環境の実体、その調査要因、要目への社会科学的な検討を展開された。〃患者が集って病院が繁昌するよりも、村から病気がなくなることを望ましいとする庶民の感覚〃と若月院長はいう。農協病院が組合病院として発足し、無医地区解消運動をともないながら、総合的な村の健康管理への志向はあったが、その活動の主体としては、年一回ていどの巡回診療が目立つのみである。わが国の医療保険、とくに、国民健康保険が、予防給付をみとめていないため、低医療費政策の下で、結局は、特定の病院で医師をふくむ、医療従事者の自己犠牲と労働強化のうえに総合保健活動への努力が辛うじて維持されているのである。若月氏の佐久病院においても、氏の強い個性と指導力と病院医療スタッフの大きな犠牲の上に地域の健康管理や出張診療がなされている。農村病院の経営は苦るしく、近代化、設備資金にも独立採算制のもとに苦しむ病院経営の悪条件が背景として存在する。地域化（regionalization）（若月氏）をすすめるとき、地方の医師会との緊密な提携がもっとも待望され、臨床病理についての学術交流や、「佐久医療懇話会」という組織をとおして、地区内の病院長、医師会長、保健所長をふくんで会合を催し、

従組の出張診療班の活動（昭和39年度）

1. 健康手帳と台帳による集団健康管理		
地域　八千穂村（冬期）	40回	2,159名
職域　南北佐久農協役職員（6月，9月）	15回	1,004名
2. 一般検診・予防接種		
臼田営林署その他（夏秋にかけて）	13回	601名
内山部落成人病検診その他（夏秋冬にかけて）	23回	1,024名
予防接種（6月より）	28回	5,495名
従業員検診（6月より）	4回	200名
3. 出張診療		
小海町稲子部落（5月より）	18回	414名
臼田町馬坂・広川原部落（5月より）	13回	143名
4. 予防宣伝教育活動		
八千穂村検診報告会（3月）	22回	357名
病院まつり（5月）	2回	9,035名
内山部落衛生講話（9月）	4回	299名
5. 調査研究活動		
農家婦人の疲労調査（6月より）	19回	1,155名
高血圧者の環境要因・農薬中毒・耕うん機による災害疲労調査など（8月より）		

註：医長，医長等による衛生講話などはこの中に含まれない。
公衆衛生・Vol. 29. 10号 p. 29.

地域の保健と医療についてのチーム・ワーク体制強化に役立たせることなどがあげられる。八千穂村という村財政よりの協力もあるが、健康管理に支出した七〇万円の費用は、年間約二〇〇万円とプラスとなってかえってきたし、一人で二〇万円～三〇万円もかかる重篤入院者が減少し、国保の入院患者が激減したり、生活保護の医療扶助が減少するといった効果も確認されたという。人口流出や、母ちゃん農業にからむ農村婦人の健康管理、人口老齢化にともなう成人病、とくに脳卒中の後遺症に対するリハビリテーションへのとりくみなどがある。年間の佐久病院の活動については表示したとおりである。この主動力は、若月院長が再三にわたって指摘されるように病院の医師、看護婦をふくむ従業員の医療に対する姿勢と能動性にあることはいうまでもない。

公衆衛生学会のシンポジウムにおいてもこのように先進的な総合保健活動を行なっている佐久病院の実践が、わが国の総合保健活動のモデル—今後の条件を考えるうえで参考になるかどうかで討議が分れた。石垣純二氏は、先にあげ

たような根拠から、佐久病院は特別の事例であって、とうてい、国家的レベルからとらえた総合保健事業の指標とはなりにくいという見解であった。京大の西尾雅七教授はたしかに、小地域―とくに農村における実験的なとりくみではあるが、わが国の医療保障、医療問題のもつ矛盾に対して、総合的な医療保健のアクティヴィティが結実している点をとらえて、一つの原型―原点として、佐久病院の実践を高く評価された。

総合保健事業への志向は、わが国の現実においては一つの運動であり、レフ夫妻のいう〝新しい思想〟のテーマである。私も、佐久病院の実践はたしかに〝実験〟ではあるが、今後の国民的なレベルで、医療と保健の総合的な活動条件をとらえるうえで重要な先駆的な仕事を開拓していると考える。とくに、若月氏の医療の現況と通念的な考え方に対する鋭い〈抵抗論〉は、総合保健への途がいかなる主体的な姿勢でとりくまねばならないかという点を明確にしめしているといえよう。

総合保健活動―ひいては、総合保健事業成立の条件は存在するし、国民の医療要求に沿ってその条件をさらに明確にする必要がある。公衆衛生学会のシンポジュウムにおいて提起した論点を結論にかえてあげておきたい。英国の **National Health Service** や、わが国の医療問題の現況からの問題点である。

(1) 医療保険の格差―分断の是正、統合化を積極的に推進する必要がある。拠出条件、給付条件、被保険者の生活構造いずれをとってみても、総合化とは全く逆進的な補修措置のつみかさねとなっている。危険な受益者意識にも国民を追いこんでいる。きわめて障害は大きいが、この統合化をすすめていくという方向なくして、総合保健に対する設計は困難である。

(2) 「国民医療への責任体制」(西尾雅七教授)をあきらかにすることによって、予防―治療―アフター・ケアー、さまざまなニードに即応する専門サービスの提供の連繫を徹底的に編成替えとする。石垣純二氏も、即効的な小乗策であるという前提で保健所の強化、とくに公衆衛生医の充実、第一線の保健婦の重視を総合医療への方策として提案してい

る。保健所の在り方を地域性のなかで、病院、開業医との関連を系統的に追及する。英国においても National Health Service に関連して、C・A・R・クロスランドのいう「無視されている特殊ケースと新しい方向づけの必要性」として、心身障害者とその家族、重大な精神病のケース、家族崩解、放任された老人、児童の心身のハンディキャップ、慢性の傷病者の取扱い、これらのニードに対する専門的ワーカーによるサービスがますます重視されている。総合化―体系化とはこのような領域をも機能的に包含するものでなくてはならないのである。

(3) 政府の社会資本充実政策の歪みを国民の生活基盤形成への重点化へと推進させなくてはならない。病院、保健所、専門的ワーカーの養成、確保、地域住民の福祉（well being）の充足が要件である。さいきんのわが国の疾病構造と地域差の拡大、地域開発のシワヨセとしての公害、労働災害、職業病、事故死などをあげても、資本の投資戦略を主導力とする地域開発政策をヌキにして、総合保健事業の設定は成立しないのである。

(4) 小川喜一氏は、シンポジウムの指定討論のなかで、論点の(1)にもかかわるが、今日の組合管掌の健康保険の多くにあっては、本来的な国家的な健保事業と企業の労務管理が定着していないとなまれているが、この両者を何らかのかたちで分離することでなければならないと指摘する。総合保健事業への志向が、新しい視点に立つかぎり、一つの運動として、セクト的な受益者意識を排除して、ひろい国民諸階層の要求に沿った医療保障のとりくみを確立することが必要である。英国において、労働組合会議（TUC）の果した役割の大きいことなどとともに、労働組合運動としての総合保健への途を綱領化しなくてはならない。

(5) 点数単価方式への根本的な対策が要請されるが、開業医の総合医療保健計画への積極的参加―医療制度の改革提起と関連して検討をすすめること。

(6) 地方自治体の財政基盤を確立して、地域における住民要求に沿った公的・行政サービスを飛躍的に増大させること、とくに、専門的な Visitng Service の働きについての強化と Volunteer Action との系統だった関連を考えるこ

と、ボランティア・ビューローと公的責任との連繋も必要である。

「独占の体系の成立と、きわだって対比的に生活上の体系みたいなものがほとんど組まれていないということ」(山田宗睦氏)という場合、医療の保障体系において、もっとも、そのコトバは妥当する。さきの六項目の設定はどれをとってもきわめて困難であるが、国民の健康をまもり、疾病に対する保障のかたちを総合的にとらえるという〃生活上の体系〃を創出するためという原点をみうしなうことなく、総合保健への政策体系の構図をかためていくべき段階にきているのである。

附記　小稿は第22回日本公衆衛生学会シンポジウムに参加することによって多くの示唆をうけた。西尾雅七(京大教授)朝倉新太郎(阪大教授)石原純二(医事評論家)若月俊一(佐久病院長)・橋本正己(厚生省公衆衛生院部長)・小川喜一(大阪市大教授)・本田良寛(今宮診療所長)の各氏に感謝したい。
なおこの論文は、昭和四十年度文部省総合研究助成による研究の一部である。