

いま改めて医療問題を考える

—医療総改悪と診療報酬制度—

西岡 幸泰

1. テンポを速める医療総改悪

医療総改悪のテンポが異常に速まっている。その背景は周知のように、積年の“浪費”政策による国家財政破綻のツケを国民に転嫁すること、また日本資本主義の本格的グローバル展開とアメリカ覇権主義への軍事的・政治的従属の強化、そしてこのいわゆる橋本「行革」路線を支える「翼賛国会」的政治状況である。

第140国会で強行成立をみた健保法等一部改正法の施行は9月1日からであり、国民生活に大きな被害の広がるのが危惧されている。ところが改悪法施行直前の8月7日、厚生省は「与党医療保険制度改革協議会」に新たな医療大改悪案（『21世紀の医療保険制度・案—医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向』、以下「医療保険改革・厚生省案」と略す）を提出した。それは参議院で継続審議中の介護保険法案の成立を大前提とするとともに、「与党」閣僚経験者などを配した財政構造改革会議（この会議は法的根拠を持っていない）の最終報告（97年6月）が示した「医療改革」の重点課題に基づき、具体策を提示したものである。

財政構造改革会議の最終報告は、社会保障を各論のトップに据え、かつその最先頭に医療制度を置いて、次の7項目を提示していた。

- ① 現行薬価基準制度の抜本的見直し。
- ② 診療報酬制度の抜本的改革。
- ③ 老人保健制度の抜本的改革。
- ④ 医療提供体制の合理化。
- ⑤ 保険者機能の強化と保険団体のあり方の見直し。

⑥ 高齢患者の定率負担の制度化およびそれ以外の患者負担の見直し。

⑦ 国立病院・療養所について、その廃止・民間移譲を含む、そのあり方の見直し。

今回の「医療保険改革・厚生省案」については後で検討する。ともかくも、財政構造改革会議・最終報告が並べた7項目とは、戦時下の天皇制軍事独裁政権をもってしても容易には成し得ないような「大改革」ではなかろうか。

2. 「患者と医師の信頼関係」と医療保障制度

およそ「医の原点」が「患者と医師の信頼関係」にあることは、ヒポクラテスの時代から現代に至るまで、また洋の東西を問わず、これに異議をはさむものは誰もいない。現在わが国の医療法制の基本法となっている医療法も、第1条の2、第1項で「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき」行われなければならないとしている。（この条文は、空々しくも、「信頼関係」を直ちに打ち砕くことになるような多数の条文とセットになって、1992年改正医療法に盛り込まれた。）

理念的・原理的には患者と医師との人間的な関係（zwischenmenschlichな関係）が「医の原点」なのだが、しかしこの「信頼関係」を日常的な診療の場で日々現実のものとするためには、これをすべて「倫理」の問題に託すわけにはいかない、大層大きな問題群が存在する。一つは近代医学が依って立つ「方法」と科学技術構造に属する問題群であり、もう一つは「患者と医師との関係」に不可避免的に割り込ん

でくる社会的・経済的状況、そして優れて政治的な状況に属する問題群である。前者の領域についてはひとまずこれを脇におくとして、後者についてのみ、順序立てた議論を一切省略して、単刀直入に踏み込んでみたい。

現代社会では、医療費という観点からみると、医療保険制度が患者と医師との間に介在する。わが国の現状に即していえば「医師－保険者－患者」という構造である。

日本国憲法の理念に即していえば、健康保険制度は国民に受療機会を平等に保障し、かつ最適の医療が提供されるよう保障するものでなければならないということになる。もう一步突っ込んで言えば、患者と医師の「信頼関係」を強める方向で作用すること、あるいはすくなくとも“中立的”であること、つまり「信頼関係」を傷つけ損なうようなことがあってはならないはずである。

しかし、現実はどうだろうか。こうした観点からみると、わが国の健保制度はまことに不備であったし、改善すべき課題が多々残されてきた。それにもまして政府・厚生省が今進めている「医療改革」は、直接・間接に医療における「信頼関係」を根底から破壊するものと評価しなければならない。

3. 診療報酬制度と医療政策

「医療改革」の第2段階の焦点の一つに診療報酬制度が据えられている。診療報酬の問題といえば、一般国民には難解であり、かつ残念なことには、「医師の所得」の問題でしか過ぎないかのように、かなり冷ややかな目で見られてきた。しかし診療報酬制度とは医療サービスの価格を「公共的」に決定するメカニズムそのものにほかならず、かつこの「公共料金」設定は、他の産業経済政策などと同様に、政府が進める医療政策にとって最も強力な手段であり、政府が目指す医療システムに向けて個々の医療機関を、有無を言わず誘導する「武器」となっている。また診療報酬は、ミクロ的にも、医療の現場で日々行われている医師・看護婦の営為に、無意識のうちに、大きな影響を与えてあたえている。つまり診療報酬＝「医療の公共料金」のあり方は「患者と医師との信頼関係」に深く関わる。だからこそ診療報酬

問題について無関心であってはならないのである。

財政構造改革審議会・最終報告や今回の「医療保険改革・厚生省案」は「出来高払いと定額払いの最善の組み合わせを構築する」と述べているのだが、それはいったい何を意図し、具体的にどういうことを提案しているのか。これを検討するに前に、その前提となる基本的なところを整理しておこう。

4. 診療報酬とその決定機構

公的医療保険制度は、保険給付が対象とする医療サービスと医薬品等の種類および価格にたいして、これをコントロールするシステムを備えていなければ「保険」として機能しない。これが診療報酬・薬価基準制度と称されるものであり、それは公的医療保険が国民に提供する医療サービスと医薬品の範囲と内容、量と質を、直接・間接に規定する。

例えば健保法第43条は「療養ノ給付」につき、次のように定める（1994年改正法）。

1. 診察
2. 薬剤又ハ治療材料ノ支給
3. 処置、手術其ノ他ノ治療
4. 居宅ニ於ケル療養上ノ管理及ビ其ノ療養ニ伴フ世話其ノ他ノ看護
5. 病院又ハ診療所ヘノ入院及ビ其ノ療養ニ伴フ世話其ノ他ノ看護

この条文だけではそれぞれの内容は分からない。この具体的な中身を決めるのが、健保法第43条ノ9に根拠を持つ、診療報酬点数表（厚生大臣告示）である。すなわち「診察」については初診料、再診料、指導料という形で、「薬剤、治療材料の支給」は薬価基準、保険医療材料価格基準が、「処置、手術等」は各種処置料、手術料、放射線治療料などが、また「在宅医療」の内容は在宅患者診療・看護・指導・管理料によって、「入院と看護」は入院時医学管理料そして看護料という形で、である。

もちろん個々の診察、処置、手術、看護等の行為には医師や看護婦の裁量が働くのだが、この裁量範囲の大枠は診療報酬によって規定される。

また診療報酬・薬価基準制度は保険給付の範囲をも決める。診療報酬点数表や薬価基準に収載されていない診療行為（例えば心臓移植手術）や薬剤（旧

いま改めて医療問題を考える

間に属するが、丸山ワクチンなど）を保険医療機関が保険診療として患者に提供することは禁止されている。また未収載の技術等を患者に提供する場合、この部分だけでなくこれに付随する他の技術やサービスをも合わせて保険給付とは認められない。いわゆる混合診療禁止の原則である。

ただし、混合診療禁止の例外として特定療養費制度が1984年健保法改正によって導入された。この時から高度先進医療や「アメニティー・サービス」（患者のプライバシーを守るなど、適切な療養環境の整備）などを保険給付の範囲内に組み入れることにブレキがかかり、これを患者自己負担とするなど、高額な「差額」を「合法的」に徴収する傾向が強まってきた。いわゆる「保険診療の空洞化」がこれである。（現在、橋本「行革」の柱である「規制緩和論」も混合診療禁止原則の撤廃ないし大幅緩和を求めている。）

またこの診療報酬を決定するメカニズムが重要である。建前としては、中央社会保険医療協議会（中医協）が、医療経済実態調査と薬価調査に基づいて、2年毎に改定案を審議し、その「建議」をうけて厚生大臣がこれを告示するという手順になっていた。しかし1980年代以降、厚生省が大蔵省と診療報酬改定について折衝し、大蔵省主計局「内示」を中医協に「諮問」するという手順に公然と移行している。つまり医療経済実態調査も薬価調査も形骸化し、中医協の役割も「空洞化」しており、診療報酬の決定権はほぼ完全に大蔵官僚によって掌握されているといっても過言ではない。

診療報酬の大枠が国家財政事情によって規制されるだけでなく、個々の診療行為や医薬品使用も診療報酬によって巧みに操作されている。例えばCTやMRIなど、高額医療機器の市場拡大のために、それらを使用する検査に高い診療報酬を設定する。新薬を売り込むために、その公定価格（薬価基準）を実勢価格よりも遙かに高く設定し、「薬価差益」を餌に、医療機関を新薬採用・大量使用に誘惑する、などである。その結果、看護料や基本診療料が犠牲とされ、「薬漬け・検査漬け」医療が広がってきたのであり、人間不在・老人差別の医療は、診療報酬による政策的誘導がこれをもたらしたのである。

5. 診療報酬支払方式の国際比較

わが国の診療報酬の特徴は「出来高払い制」であると広く理解され、しかも言葉だけがひとり歩きしている。しかし本当にそうなのか。この辺の事情を探るには国際比較が必要だろう。

ホフマイヤー／マッカーシーの、日本を含む先進12ヵ国の医療財政の綿密で膨大な調査研究によれば（“Financing Health Care”, 2.Vols., 1994.）、診療報酬の支払方式は次のように区分される。

- ①個別支払方式（Fee-for-Service）
- ②1件当たり均一払い方式（Case-Payment）
- ③1日当たり均一払い方式（Daily Charge）
- ④サービス当たり均一払い方式（Flat Rate）
- ⑤人頭払い方式（Capitation）
- ⑥俸給方式（Salary）
- ⑦総額予算方式（Global Budgets）
- ⑧請負契約方式（Contracting）
- ⑨公定価格方式（Administered Prices）

これらは単独で、あるいは複数の方式の組み合わせで実施されている。

また診療報酬支払方式は保健医療の財政方式と組み合わせて見なければならない。医療の財政方式は④租税方式、⑥社会保険方式、③任意（民間）保険方式の三つに分類される。そしてこれもまた単独もしくは組み合わせて実施されている。（例えばスウェーデンの場合、外来医療は社会保険、入院医療は租税方式である。）

①個別支払方式は社会保険方式下のプライマリ・ケア（初期診療における総合的な診断と治療。主に診療所の外来医療が担当）で支配的であり、⑦総額予算方式、⑧請負契約方式などは、財政システムにかかわりなく、主として病院の入院医療で広く見られる。

また診療報酬制度については、医療施設・機器等の設置・維持管理にかかわる、いわゆる資本的経費の財源調達方法との関係も極めて重要である。国際的に見て、租税方式や社会保険方式をとる国では、病院施設の整備・改善に国・州政府等が直接間接に責任を負い、診療報酬収入とは別に、国庫・地方財政などが病院の資本的経費を補償する方策がとられ

ている。したがって社会保険の診療報酬収入は主として病院のランニング・コストをカバーするものとなっており、ドイツ、フランスなどで健康保険財政への国庫補助が日本より格段に低率なのは、こうした事情に由来している。(1980年代後半以来、国家財政逼迫の圧力によってドイツ、フランスなどでは、病院の資本的経費にたいする補償の削減、診療報酬への一部転嫁策などが進められているが、基本原則は変わっていない。)

6. わが国の診療報酬支払方法の特徴

国際的に俯瞰すると、わが国の診療報酬制度の特異性が明瞭となる。わが国では病院も診療所も基本的には区別なく、同様の支払い方式で一括されている。また病院の資本的経費も診療報酬の中に「包括」されている。(ごく少数の国立病院や自治体病院には施設整備費等の「補助」があるが、それはほんの僅かであり、最近ではそれさえも厳しく削減されて、すべて診療報酬収入で捻出するよう「合理化」が進められている。)

わが国でいう「出来高払い方式」もまた特異である。前掲の分類によると、わが国のそれは①個別支払い方式と④サービス当り均一払い方式(個々の診療行為毎に全国一律の価格を設定する方式)、および⑨公定価格方式(中医協諮問―厚生大臣告示)の組み合わせということになろうか。

また特に1981年診療報酬改定および1983年老健法=老人特掲診療報酬制度施行を転機として、診療報酬総額の伸びを計画的に抑止する政策が大蔵省主導で強力に進められているから、いうなれば全国的規模での⑦総額予算方式(Globar Budgets)に大接近中ということになる。(厳密に言えば総額予算方式とは、個々の病院別に、事前に、年間診療報酬総額の見込み額を支払う方式である。しかし見方によっては現在、わが国の国立病院や自治体病院も、事後的にはあるが、すでに実質的には総額予算方式だとも言えるわけである。)

7. 「定額制」診療報酬の定着と拡大

さらに加えて、わが国では「出来高払い方式」が支配的だとはいえないような実態が存在する。すな

わち入院医療の根幹である「看護」の診療報酬(看護料)は、入院患者1人1日当たりの「定額制」である。つまり看護婦が行う労働(看護行為)、例えば検温、検脈、身体清拭、病衣交換、摂食・排泄介助など、仕事の量に関係なく、患者1人1日当たり6,850円(685点×10円。ただし30日以内。30日超は673点となる。特3類看護。1997年4月現在)となっている。(この最高レベルの特3類看護料でさえも看護婦の人件費の8割にも満たず、看護婦を増やせば増やす程、赤字が生まれる。)

また1981年以来、「包括化」や「定額支払い方式」が逐次導入・拡大してきている。「包括化」とは、以前は個々に区分され、それぞれ別個に評価(価格付け)されていたものを一つに「包括」して評価することで、例えば点滴注射や検体検査などを「入院時医学管理料」のなかにひとまとめにすることであり、「定額制」への橋渡しにはかならない。

「定額支払い方式」は入院部門、とくに老人の入院医療で広がりつつあるが、1996年4月診療報酬改定からは外来医療にも拡大している。老人慢性疾患外来総合診療料(1回につき、院外処方箋を発行する場合7,350円。発行しない場合8,850円。月2回まで)、および小児科外来診療料(3歳未満乳幼児対象、[初診]院内処方6,400円。院外処方5,300円。[再診]院内処方4,700円。院外処方3,600円)がそれである。

外来医療にかかわるこの二つの「定額制」の採否は、現在のところ医療機関の「選択」に委ねられているが、この制度の導入の意味は極めて大きい。この導入により、わが国の入院・外来を合わせた医科患者総数840万人のうち、老人215万人、乳幼児(3歳未満・外来)30万人、合計245万人(29.2%)が「定額支払い方式」の適用対象群に組み入れられたことになる。これから先、年齢制限をはずして「慢性疾患」に適用対象を拡大すれば、日本の患者総数の約半分が「定額制」の傘の下にはいることになる。(今次健保法改定により導入された「薬代上乘せ負担」は、老人慢性疾患外来総合診療料「選択」医療機関には適用除外とされている。まことに狡猾な「定額制」への「政策的誘導」である。)

このように見てくると、わが国の診療報酬制度を

いま改めて医療問題を考える

「出来高払い制」の一語で総括することは極めて不正確だと言わざるをえない。そうだからこそ、「薬漬け、検査漬け医療」の責任のすべてを一点集中的に「出来高払い制」だけに負わせる論法には、別に何か意図的なものが裏に隠されているとみなければならないのである。

8. 厚生省の診療報酬制度改革案

財政構造改革審議会・最終報告や今回の「抜本改革・厚生省案」は「出来高払いと定額払いの最善の組み合わせを構築する」と述べる。しかし「敵は本能寺にあり」で、「出来高払い制の弊害の是正」を看板に押し立てながら、裏では保険給付の範囲と内容のカット、医療へのアクセス・国民の受療権の制限、そして「健保空洞化」＝「医療の営利市場化」が策されている。これにつき「医療保険改革・厚生省案」（本年8月7日発表、前出）のなかから診療報酬に関わる箇所を逐次抜き出し、簡潔にコメントしておく。

- ㉑ 「一定基準に基づき、診療料等について、一定の範囲内で医師及び歯科医師がその技術や経験に応じて患者から徴収できるような途を開く。」——「名医」を自認する医師（開業医も勤務医も）は患者に「特別料金」を請求できる方途を「合法化」するということだが、保険給付との関係はどうなるのか。「特別料金」が保険給付外となることは目に見えている。
- ㉒ 「医療機関がその療養環境に応じて患者から施設利用料を徴収できる仕組みとする。」——いわゆるホスピタルズ・フィー（俗に言う「ホテル代」）について、この大部分を保険給付外とする意であろう。
- ㉓ 「大病院については、入院機能を重視した評価体系とし、外来については、基本的に専門分野に限定した評価とする。」——「大病院」とはどれほどの規模のものを指すのか、不明。「入院機能を重視した評価体系」とは何か。おそらく「日本型DRG・PPS」（後述）が指向されるのだろう。
- ㉔ 「大病院の外来について、それ以外の医療機関の外来の給付率との差を設けるとともに、入院

医療に重点を置いた措置を講ずる。」——別項「保険給付・A案」では「大病院の外来は5割程度の定率一部負担とする」とある。㉕でいう「専門外来」も5割負担となるのだろうか。また現在、病院は入院部門の「赤字」を外来部門の「黒字」でカバーしているのが実情なのだが、このへんをどうするのか。また大学付属病院での外来診療の教育研修はどうするのか。

- ㉕ 「医療提供体制及び診療報酬両面において、急性疾患を担う病床（急性期病床）と慢性疾患を担う病床（慢性期病床）とを明確に区別する。」——慢性期病床（現・療養型病床群）を介護保険対象施設とする意である。しかし臨床医学上、急性期と慢性期とはこんなに截然と区分できるのだろうか。また患者は慢性期病棟と急性期病棟との間を頻繁に「たらい回し」されるのではないか。
- ㉖ 「（急性疾患）入院医療については、入院当初は出来高払い、一定期間経過後は1日定額払いとすることを原則とする。」——いよいよ厚生省の本音がでてきたようである。つまり診断が確定するまでは「出来高払い」、その後は「診断群別・1日定額払い」（日本型DRG・PPS）というわけである。
- ㉗ 「（急性疾患）外来医療については、出来高払いを原則とする。」——すでに検査・画像診断などの「包括・定額化」が定着している。
- ㉘ 「（慢性疾患）入院医療については、1日定額払いを原則とする。」——慢性疾患をどのようにグループ分けし、それぞれの「料金」をどのように格差づけるのだろうか。
- ㉙ 「（慢性疾患）外来医療については、高血圧症、糖尿病、高脂血症等の定型的な慢性疾患は定額払いとする。」——現在の年齢制限枠（70歳以上）の撤廃である。
- ㉚ 「入院・外来とも、治療期間中に急性疾患を併発した場合、患者の病態に応じて出来高払いを組み合わせる」——当然の措置であるが、医師の裁量権を強烈に制限する仕組みとセットになってでてくるのではないか。
- ㉛ 「医薬品については、薬価基準制度を廃止し、

新たな方式を導入する。」(後述)

診療報酬制度の「抜本改革」案については以上の通り、まだまだ不明瞭で曖昧模糊としている部分が多いが、「患者負担」となると非常に鮮明で具体的である。すなわち、

* 「A案。3割程度の定率一部負担とする。ただし、大病院の外来は5割程度の定率一部負担とする。」

* 「B案。かかった医療費のうち一定額までは自己負担とし、これを上回る部分について保険給付の対象とする。保険給付の対象部分に対しては、定率の一部負担を適用する。」

* 「A案、B案共通。高齢者については、1割又は2割程度の負担とするなど、一部負担率について(一般の保険加入者と)差を設ける。ただし、一定以上の所得ある者については、一般の(保険)加入者と同一の負担とする。」

一般被保険者についてA・B両案併記の形をとっているが、実質は同じである。保険給付の範囲と中身を「診療報酬制度改革」でばっさり削減したうえに(前掲①~⑫参照)、そのスリム化した保険給付に対する給付率をさらに大幅に引き下げようというのである。A案とB案の違いは、卵嫌いな子どもに卵を無理やり食べさせるために「目玉焼きが好きかスクランブル・エッグが好きか」と問うような話である。

再度強調すれば、もはや幻影と化した「出来高払い制」をことさらに「悪玉」に仕立てあげる手法は、さらなる健保給付カット・患者負担増を進めるために、国民に目くらましのつぶてを放つことに他ならない。

9. 日本型DRG/PPSと新薬価方式案

これまでのところ、「日本型DRG/PPS」と薬価基準制度の問題について十分に述べる事がなかったもので、簡潔に補足しておきたい。

DRG/P P S (Diagnosis Related Group / Prospective Payment System. 診断群別・予見定額支払方式)とはアメリカで開発され、メディケア(公的な老人・障害者医療保険)の入院医療などで実施されているものである。その功罪は医療関係者

ならば熟知のところであり、①平均在院日数の極端な短縮、②病院による患者の選別(重症患者の敬遠)、③日帰り手術の増加、④再入院率の増加などが目だっている。肝心の⑤「医療費抑制効果」は、支払者側から見れば抑制効果抜群、患者側からすれば医療費負担激増、病院にとっては良心的な医療を行えば行くほど採算割れと、立場によって大きく別れる。しかも国民経済全体からみたトータルの国民総医療費の抑制効果となると、極めて疑わしい。確実なのは「公的医療保険」にたいする信頼性が大きく揺らいだことだけである。

DRG/PPSの「日本版」はどういう仕組みになるのか。導入のために合理的な疾病分類の確立、支払いのための適切なベースレートの設定、病院特性の評価・調整方法など、気の遠くなるような難問が累積している。しかし橋本「行革」は、介護保険法案のように、前提となる基本的な問題への取り組みを無視したまま、財政対策優先の、しかも極めて強引で杜撰な、そういう意味で「日本的」な、DRG/PPSを見切り発車させる危険性は非常に高いものと読んでおきたい。

財政構造改革会議・最終報告は「薬価差の解消を図るほか、現行の薬価基準制度を廃止のうえ市場取引に委ねる原則に立った新たな方式の採用等薬価基準制度の抜本的見直しを行う」という。

まず注意すべきは、問題の意図的なすり替えであろう。すなわち、先の第140国会での健保論戦で明らかにされたように、国際的に異常な高薬価を生み出す「政・官・業・医」癒着・腐敗の構造こそが医療費膨張・浪費の真因である。しかしここにはメスをいれることなく、国民の目を「出来高払い制」と「薬価差益」にそらせようとの意図が露骨に現れているからである。

薬価基準制度(薬価の公定価格制)を廃止したのちに導入する仕組みについての「医療保険改革・厚生省案」は、すでに意図的にリークされていたように、ドイツの「参照価格制」(“Festbeträge”、直訳すれば「固定額制」、外来患者向けの薬を対象、1989年導入)を模したシステムである。つまり、薬の価格を「市場取引」(独占企業が支配力を持つ市場価格)にまかせた上で、医薬品を成分・薬効ごとにグルー

いま改めて医療問題を考える

ブ化して、それぞれの「価格」（健保が医療機関に支払う限度額）を「医学、薬学等の専門家からなる委員会」が、「市場実勢価格」を基本に、決定する。この「価格」を上回る分は、医療機関がこれを患者に転嫁する、という仕組みである。

しかしこれでは根本的な問題は何か一つ解決しないのではないか。ドイツの先例に照らしても、多国籍企業化した大製薬資本の価格政策にはメスが届かない。また医学的根拠に基づく薬剤選択が厳しく制限される一方で、患者負担だけは確実に重くなる。財政対策にのみ終始した案と言わざるをえない。

10. 「医の原点」から総改悪を問い直す

医療総改悪が急を告げている折から、勢いとして診療報酬制度をめぐる問題に力点をおかざるをえなかった。しかし、医療問題の核心となる「患者と医師の信頼関係」については、始めに指摘しておいたように、経済的・社会的システムに属する問題群のほかにもう一つ、近代医学が依って立つ学問的「方法」と科学技術に関わる問題群がある。このあたりに若干でも目配りしておかなければ、大きな手抜きかりとなろう。

医療・医術とは人の病という、単なる生物学的事象の集まりであることを超えた、今を生きる一人一人の人間の「パターマ（悩み）を癒す術」である。そこに形成される患者と医師との1対1の、倫理的で厳粛な人間関係こそが「医の原点」にほかならないのだが、しかし、ことはさほどに簡単にすまされる問題ではない。

近代医学が人間をひとまず精密な機械とみる観点、あるいはヒト（Homo sapiens）としてみる観点に徹することによって確立し、それによって大きな成功を収めてきたことを確認するのは極めて重要である。医学は病気を「正常からの偏倚」とみ立てて、これを解剖学・組織学と生理学・生化学とを両翼として病気の理法（病理）に迫る戦略をとってきた。近代医学の黎明期にはヒトは力学的システムとして、19世紀からは精密な化学システムとして観照されてきた。そして現在では生化学システムとしてである。医学・医術が自然諸科学と高度な科学技術の総合のうえに立っているという、このあたりまえの事実と、

「医の原点」とを日々の営為のなかでどうつなぐかが、大層難しいことなのである。

現代の病院では、患者は「精密検査」のデータの束を携えて初めて医師と正式に対面する。しかも一人の患者にかかわる医師は必ずしも一人とは限らない。また現代薬理学の長足の進歩が生み出した新多剤療法（Neo-polypharmacie）は、患者に多種類の薬剤を与える。現代の医療の場では、患者と医師の1対1の人間関係が希薄化する危険、また得体の知れない副作用の危険が絶えず付きまとっている。

こうした事情の中に、周知のように、近代医学は機械論的であり非人間的だという批判が根強く生まれてくる原因がある。しかしそうだからといって、イワン・イリッチを急先鋒とするように、近代医学は臨床的、社会的、文化的医原病をもたらしたと総括するのもまた性急かつ一面的に過ぎるのではないだろうか。

医療改悪を阻止し、医療をよくする運動が市民レベルでは非常に大きく広がっているが、これに比べて労働組合運動の取り組み方にある種のもどかしさを覚えるのは、神経過敏に過ぎるだろうか。ともあれその要因の一つに、しかもそれほどに明瞭には意識されない要因の一つに、素朴な「医療不信」があるように思える。かつて1970年代初頭、社会党は医療社会化法案を掲げて「医師不信」「薬漬け・検査漬け医療告発」キャンペーンを行ったことがある。社会党の医療社会化運動は線香花火に終わったが、労医分断に一定の役割を果たした。彼等が残したわだちかは私たちには全く無縁のものではあるが、これを反面教師として、労働組合運動も「医の思想」を共有することが望まれるのではないだろうか。

高度な科学技術を人のパターマの癒しのために駆使する——この営為を貫く理念とモラルは、人類社会の未来を拓く労働者階級の歴史的役割と通底していると思われるからである。

（専修大学教授）