

医療サービスの生産と分配

——医師サービスの場合——

中野 秀一 郎

I まえがき

いわゆる〈医療問題〉が顕在化し、これらに対して各方面から鋭い〈告発〉の火の手があがって既に久しい。そうして、こうした状況に対応するかのよう、ここ数年間をとりあげてみただけでも、一種の〈医療問題関係書出版ブーム〉が出現したかのような感さえ禁じえないのである。¹⁾さらに、1975年4月には日本医学総会を〈告発〉する〈反医学総会〉が前者と平行して開催され、多くの若手医師や患者（医療被害者）がこれに参加した。某新聞社（医療班）は、こうした今日の日本の医療をレポートして、そのタイトルに『医＝その驕りと退廃』²⁾と記したものである。かくして、様々な問題点が論じられることになった。医療制度が批判されることもあれば、医師個人のモラルが攻撃されることもあった。医学教育が告発されるかと思うと、医師会が槍玉にあげられることもあった。臓器移植も、投薬過剰の問題も、医師不足やその大都市偏在傾向も、すべて現在の〈不完全な〉医療体制を病根にして吹き出した〈徴候群〉として十把一からげに批難の矢を浴びることになった。そして、事態は改善の方向に軌道修正を完了したかという、そのような兆しは今のところまったく見えないといっても過言ではあるまい。それでは、一体、問題の根はどこに、どのように拮がっているのであろうか。

本論文のねらいは、医師サービスの生産と分配という現象に焦点を絞り、これに行動科学的な分析のメスを加えることによって、上に列挙した今日の医療の諸問題に経験科学的にアプローチする視角を提示しようとするものである。

われわれの第一命題は次の通りである。「医療をめぐる様々な人間行動もまた、一定の文化的、社会的基盤によって与えられ、現象化する社会成

員の態度や行動の複合体として解明、理解することが可能である。」そこから、われわれは、一社会で多かれ少なかれ定形的な〈医療〉をめぐる諸過程への様々な参加者とそれらの間に生起する諸関係の構造とを想定することができるであろう。試論的に、その図式化を考えてみよう。

一社会における医療の全体構造は、断るまでもなく、非常に複雑な諸要素の動的連関によってなる一つのシステム（体系）と考えることができ、それは換言すれば、医療サービスの生産・分配・消費に関わる全過程のダイナミズムであると理解することができるが、これを行為者のレベルでいくつかの分析次元に整理すると、(1)医学・医療技術の開発・蓄積に貢献しつつ、同時にまたそれを伝承し、かつその後継者と実践家とを教育してゆく役割を荷なっている人々（医学研究者・医学教育者など）、(2)医学・医療の実践家として教育・訓練を受けている人々（医学生など）、(3)実際に、社会の中で医療サービスの提供を行なっている人々（医師など）、そして(4)医療サービスを受けている人々（個々の患者やコミュニティなど）を区別することができる。さらに、こうした行為者の諸活動（諸々の相互作用）の展開の場として、一定の社会・文化的コンテクストを想定しておくこともきわめて大切であるが、現代社会の特性に鑑み、諸行為の制度的枠組を課する「政府」（公的権力）の存在をこれにつけ加えておく必要があるであろう。要するに、医療の全体的構造は、こうした様々な行為者の態度や行動の複合体として理解できると考えるのである。いうまでもなく、人々の態度や行動にはきわめて集合的で「制度化」の度合いが強いものから、個別的で「制度化」の度合いが弱いものまで連続的である。

以下にわれわれは医師サービスの需要と供給（すなわち、上の諸行為者のうち主として医師と患

者)について論ずるが、その射程は、いわゆる医療制度(例えば、医療保険制度)そのものといった集合的に「制度化」の度合いの強い側面をカバーするものではなく、個々の行為者の行為レベルに照準を合わせたものである。しよせん、ある定形的な集合的社会行動としての「制度」といえども、個々の行為の確率論的規則性にその存立の基盤を置いているからである。制度が病んでいるときには、その原因を求めるに、制度が依って立つ基底に還る必要もまた強調されなければならないと思われる。

Ⅱ 需要の特性分析

今日問題化している日本医療の混迷を招致した一つの重要な原因として医療需要の(異常なともいふべき)増加が指摘される。そしてこれとまったくうらはらにワンセットで問題になるのが医師不足(無医村、3時間待ち3分診療、救急医療体制の不備など)と俗にいわれるものである。実際問題として、昭和47年現在12万5,302人の医師がいて、人口10万人に対する比率で比較しても、西ドイツやアメリカには劣るとはいえ、一応西洋先進国なみの水準にある日本の場合、単純に医師の過不足の問題に結論を出すことは難かしいが、しかし実感としては<医師不足>が認められているといつてよいから、現実にこの点をめぐって問題がないわけではないというのが否めないところである。

確かに、基底的には、業績主義型の競争社会の実現で「健康」の価値が飛躍的に増大し、また基本的人権の思想が定着して、権利として医療サービスを求めることが常識化したこと、また現実的には、国民皆保険(1959年 昭和34年)の実施(いわゆる医療需要の社会化)によって、それまで主として経済的購買力の弱さのゆえに医療サービスへの接近を阻まれていた人々の潜在需要が顕在化したこと、老令人口の増大と疾病構造の変化など、様々な要因が昨今の医療サービス需要の増加を招いたことは否定できない。けれども、突発的な事故や急病の場合は別として、医師サービスを求める行動には多様な媒介変数と諸過程があり、現実の医療需要量を規定している。従って、今仮りに上に述べた医療需要増加の一般的原因が認め

られるとしても、なおかつその基底に立ち返つて、それを詳しく検討しておくことが、現実的な問題への実践的処方箋を書くにしても意義のあることだと考えられる。以下に、こうした作業をもって、医療需要の特性分析としたい。

(1)病気の定義

いうまでもなく、人々が、専門的な訓練を受け、その知識・技術において卓越した存在である(と考える)医師の援助を求めるべきだと決心し、それを行動に移すとき、医師サービスの需要が発生するが、それは自分が病気であり(他人によってそうだと説得されることもある)、それも専門的な診断や治療が必要な程度のものだと判断する(周囲の者がそうすることもある)場合である。病気が一つの「状況の定義」(a definition of the situation)であるという見解は、社会学的にはきわめて妥当なものであって、こうした意味では、医師のみがその定義の独占権を握っていると考えすることはできない。医師は、多分、きわめて説得力のある定義を、専門的な知識を基盤にして行なうことのできる人であつて、だからといって、素人である患者が医師の門をたたく前にある種の病気の定義を行なっていることを否定する根拠にはならない。また、あらゆる社会現象の定義の場合と同様、病気の定義にあつても、そこに自他の定義とその異同の問題がある。今仮りに、様々な病的徴候群があつて(もちろん、この場合にも、自他に対して、また専門家と素人に対して、徴候そのものに可視性の高いものとそうでないものが混在している。)、これらをめぐる判断で病気が定義されるものだとすると次のような四つの場合を想定することができる。すなわち(1)自他共に病気であると判断する場合、(2)自分は病気だとするが他人がそれを認めない場合、(3)他人は病気だとするが自分はそれを認めない場合、そして(4)自他共に病気ではないと判断する場合、がそれである。(1)、(4)の場合には、医師サービスを求める行動(help-seeking behavior)に関していえば、その結論は明確であるが、(2)、(3)の場合には、それがやや複雑になることは容易に想像されよう。従つて、その病気の程度が専門家の判断と治療を必要とする程度に重いかどうかという判断を含めて、医療需要が決まるためには潜在患者自身と彼

をとりまく「重要な他者」たちの判断が無視されてはならないということになる。例えば、(2)のケースは精神疾患の患者に認められるところであるし、(3)のケースについていえば、定期検診の制度化などがこれと関わってしよう。いずれにしても、通常は、病気の当事者による定義の問題から需要の誕生が始まるという点に留意したい。

(2) 社会慣習

次いで、社会慣習が問題になる。一定の定義ができて、それが需要に変換されるときは弾力性である。肉体的苦痛に対する忍耐力に民族差があるといわれている³⁾ように、通常、一定の社会は疾患の軽重に関する判断基準を備えていて、その判断によって「専門家の援助の必要」があるかどうかを決める。もちろん、この判断基準は社会化を通じて社会成員によって学習されているから、苦痛・体温などに対する集合的な反応形式が存在することがあるわけである。⁴⁾

(3) 教育と知識

病的徴候群の可視性やその意味の解釈に関しては、医学的な知識や教育が重要な役割を果たすことになる。この点で留意すべきは、各文化における「保健教育」の重大性であって、特に病気を「自分の問題」として受けとめ、これを治す主体もまた自己自身であるというような、病気に対する主体的な態度の育成が、例えば宗教的・文化的風土との関係もあって、わが国では著しく弱いというようなことがまづ指摘されるのである。

(4) 患者の行動様式

患者というものは、通常、医師の専門的援助が必要であると判断してその門を叩くときに誕生する。かれは、病的困難の渦中にある当事者であるから、精神的に不安定で、感情的にも動揺の激しい状態にある。その判断は必ずしも理性的に行なわれたものではないかもしれない。しかし、次のようなことが集合的行動のパターンとして分っており、それが特定の医師サービスの需要と結びつくのである。

(a) 接近可能性

医師サービスの接近可能性に関わる第一の要因は「財政」である。もちろん、急病や事故もあるから、患者はサービスの価格を合理的に考慮してから医師に接近するわけではないと通常は考えら

れるが、事実は逆で、保険制度などによる医療費負担の割合(給付率)が大きくなると医療需要(=医療費)が増大することが発見されている。⁵⁾一般に経済学では、需要は価格、所得、選好という三つの変数の函数であるとされるが、別の研究では、所得水準の上昇が医療サービスの需要増加に貢献する割合は50%にも達するという結果が報告されている。⁶⁾

第二の要因は「地理的条件」である。人間の基本的な生活空間が地理的に制約されていることは、今日ほど交通・通信メディアが発達した状況にあっても、真である。人々は例外的な場合を除けば、もよりの医師を尋ねる。医師の側からみれば、そこに地理的空間によって限定された一つの診療圏が存在するということになる。

第三の要因は「診療科目」である。自分の欲する診療科目が近くにない場合には、どうしても医師サービスへの接近度は減少する。

(b) 他者の影響

患者が特定の医師を訪問するについては、様々な他者の影響があるが、その第一は「社会階級」である。ギリシアには、自由民を診る医者と奴隷を診る医者が分化していたというが、⁷⁾現在でも社会層による医師の選好がありうる。

第二に「家族」がある。特定の家族が特定の医師をいわゆる「家庭医」(かかりつけの医者)としてもっていることはしばしばあることだし、また医師の選好についても家族内の有力メンバー(例えば、家長)が強い権限をもっていることがある。

(c) 医師選択

特定の医師が選択される第一の基準は「名声」である。これには、複雑な「素人たちの評価システム」(lay referral system)があって「口コミ」で語り伝えられる。

第二は、親しい友人などの「忠告」がある。人々は、一般に、経験をもっている親しい仲間からのアドバイスをもっとも受け入れ易い。特に、特殊な専門科目で、日常的に近隣社会で接触しないようなものについては、こうした情報が有力である(例えば、歯科や美容整形外科などを思い起こせばよい)。

(d) 代替的援助選択

近代医学に基づく医療が今日もっとも制度化されたものであるから、通常、人々は医師サービスを求めるが、これをいわゆる漢方や特殊な宗教集団で代替する人々も決して皆無ではない。その場合、近代医療を完全に放棄するものから、これを補助手段として、非近代医学的療法を併用するものまで連続的であるが、いずれも医師サービスの需要量に影響を与えることはまちがいない。

以上、医師サービスの需要に関係があると思われる若干の因子について語ってきた。この外にも、現在の医療問題との関連でいうと、医師側の行動に基づく「需要」（医師の創る需要）が問題になることもある。上記諸要因の具体的な検討は先に譲るとして、次に医師サービスの供給の特性分析を行っておきたい。

Ⅲ 供給の特性分析

医師サービスは、今日、経済学的にみれば一定の資格者集団によって市場の独占的占拠が貫徹している特殊なサービス部門であって、しかも医師になるためには長い訓練期間が必要であるから、その供給量は需要や価格に対する弾力性がきわめて小さいというべきである。教育費も高くつくから、その供給の主たる機関は国公立であり（現在医学生生の7割弱を抱えている）、受験競争でみ限りその合格者の知的能力は決して低くはない。競争者とはいえば、いわゆる漢方など非近代医学の治療者たち——もっとも、昨今では僻地に外国人医師を導入したり、歯の治療に台湾ヘツアアが組織されるともいうが——であるが、それでいて内部的には、開業医と病院、開業医と開業医などの間で葛藤があるという。一般的には、＜医師不足＞が声高く叫ばれているが、供給の側面にはどのような問題がからんでいるのであろうか。以下にその若干を列挙してみよう。

(1) 補充

医師生産の総枠は、医学教育機関の定員によって決まる（卒業生がすべて国家試験に合格して医師になるとして）。従って、医師サービスの総量を増加させようと思えば、この制度的側面で調整するより仕方がないと思われるかも知れない。しかし、医師会は医大新設に反対するし、地区医師会では「適正配置委員会」を設けて新規開業を制

限するところもあるという。内部的にいろいろ問題がありそうである。

(a) 国公立と私立

昭和48年現在、医学を学ぶ学生総数は19,760名で、うち私学の学生は6,996名と全体の35.4%である。また、同年度の医学進学課程への新規入学者数は6,398名（この数値は昭和30年の2.76倍にもなる）で、うち私学の学生は3,123名（48.8%）であった。⁸⁾（一時期、新規の私立医大の設置が大巾に認められたことがこの数字に反映していよう。すなわち、昭和23年の医学校数は46校、昭和47年には53校と7校増加したが、そのうち国公立の増加は1校にとどまっていた。）これで見ると、日本における平均的な医師生産量は年間3,000余名、また4～5年のうちにはそれが倍増して6,000余名となることが知られる。

(b) 外国人医師

外国人の医師を導入することも、医師不足に対処する一つの方法である。医師の国際移動は欧米ならびにいくつかの後進国では重大問題であり、例えばアメリカは、この点で外国依存型の典型である。⁹⁾ 1963—65年の3年間に、インターンかレジデントであった医師の1/4は外国で医学教育を受けたものであったし、アメリカの医師（と外科医）のうち、その15%（男性の場合14.2%、女性の場合27.4%）が外国生れであった。同様な傾向は、イギリス、カナダ、ドイツ、フランスなどでも観察され、有名なイギリスの「医療の社会化」にしても海外出身の医師や看護婦の流入がなかったら不可能だったろうといわれている。¹⁰⁾ エレンによると、アメリカは毎年必要とする医師の21%を外国からの受け入れに頼っているというし、カナダでも24,000名の医師のうち外国で教育を受けたものが1,500名にのぼるといふ。しかし、こうした吸引力は流出先で深刻な問題を提起することになる。同じくエレンは、1962—66年の4年間にイランで医師の10%、トルコで医師の15.2%、フィリピンでは医師の19.3%が海外に仕事を求め、またアフリカのカメルーンでは、医師として教育を受けた150人のうち100人までがフランスで働いているという。日本では、無医村地域への台湾や韓国の医師の流入が若干問題になっている程度で、医師市場の国際化はまだ萌芽的ではあるが、

これは南北問題と結びついて複雑な様相を呈する現象である。

(c)地域性

補充との関連でもう一つ考えておかなければならないポイントは、「地域性」である。医師数の対人口比（例えば、人口10万人に対する医師数、1973年現在116.2）が欧米なみであるといっても、京都府の176.2から沖縄の35.6までその地域の格差は著しく大きい。後に述べるように、医師という職業が都市中間層土着型であって、その活動領域が出生地や養成学校の所在地と比較的密接な関係をもっていることから、医師の適切な供給体制を整備するためには、「地域的補充と地域的養成」がきわめて重要なことになろう。

(2)分業と協業

次に、医師分化、およびパラメディカルとの協同体制の問題がある。病床利用率がここ十数年来平均して75～76%前後であるにもかかわらず医師一人当たりの患者数は昭和30年の31.1から漸増して昭和41年には57.4にもなっている。¹¹⁾ 保健所に至っては、全国832ヶ所で地域住民の公衆衛生の中心としてその活躍が期待されているにもかかわらず、その医師充足率は年々減少し、勤務する医師数は定員の50%にも達していない。「医師が忙しい」という事実は否定できないにしろ、これを作業内容から再検討する——すなわち、医師とは何かということ問い直してみる——必要はないかという問題である。Health-Service-Workersが、今日の日本の場合のように、同一資格の医師中心であるのは、一つの文化的・歴史的所産である。医師自身の内部に分業体制を組み入れたり、パラメディカルとの間に医療チームとして効率的な協同体制を組むことにより、医師自身の職務内容を再定義し、そのことによって、同一供給量でより能率的な医師サービスの供給を行ないえないかという問題は充分検討の余地がある。一部に実現し始めているグループ診療 (Group Practice) はそうした可能性を開拓する一つの試みではあるが、医師の中には、単なる診療科目や技術上の専門以外にも、新まいもいればベテランもいるという具合に、内容的には決して「同一資格者」の集まりではない以上、ある種の分業は必然的であるように思われる。「準医師」や「医師助手」の制

度化については 医師の質が低下するという理由で医師会などから強い反対があるというが、中国の「はだしの医者」はさておくとしても、ソ連でも看護婦経験者の多くに医師への道を開き、医師の80%を女性が占めるという状態を作り出すことによって、686,000人の医師を抱える医療王国を実現したのである。¹²⁾

看護婦をどの程度医療チームの中で責任あるパートナーとして利用するかということも医師の作業内容や作業量と関係してこよう。人口10万人当りの看護婦数でみると、わが国は1964年現在で253.0で、先進国の中では低い方に属する。この点も後に具体的に考えてみたい。

(3)供給セクターと配分

医療の問題が、単に病気に羅った個人の問題ではなく、コミュニティや国家の問題であるという自覚が高まると、医療サービスの生産や分配に国家権力が介入することになる。今日、医師サービスの供給は、国公立の医学教育機関を運営することで、またその質の確保は医師国家試験を掌握することで、部分的には「社会化」されているといっているが、診療段階では、基本的には、「自由診療制度」をたてまえとする限り、診療科目別、地域別、社会階層別など、様々な医師サービスの配分パターンに国家権力が介入することはできない状態である。その結果、公衆衛生や基礎医学を専攻する医学生数が漸減の傾向をみせており、地域的分布は、既にみたように、偏在化の傾向が著しい。この点では、個々の医師の医療行為を動機づけている要因が何かということ进行分析して必要があり、このことは、間接的に「医学教育」の問題とも関わってこよう。単に、例えば地域的な適正配置という観点から医療施設を設置しても、医師や看護婦がそこへ行って働かなければ、実際に「偏在」の問題を解決することにはならないのである。

供給セクターについていうと、日本の場合、医師サービスの供給を荷う診療所や病院が営利的な性格をもっていて、例えば、ここ十数年来医師全体の約50%はいわゆる中小企業的な経営基盤しかもたぬ「診療所の開設者」、つまり開業医であり、また病院の75.6% (昭和46年) が私的な病院である。このため、個々の医療施設の運営を動機付け

ているのは経済的衝動であり、こうした状況では全体的な医療供給体系の調整がきわめて困難であることが想像できる。

(4) 質と価格

専門的職業サービスの特徴の一つは、クライアントがその質や価格の適否を判断する能力がないという点である。従って、この問題はプロフェッションの特性の一つ、すなわち「倫理綱領」の自発的な形成と遵守にその解決が託されてきた。逆にいうと、病人の役割 (sick-role) としては、グループを形成してこの問題について要求を提出することは妥当だとは考えられなかった。¹³⁾ 医師の側における「広告の禁止」と患者の側における「医者めぐり」(shopping around) の禁止は、このことの具体的例証である。患者とは、病気という不幸の中で、無力で、専門家の援助を求める、感情的に不安定な存在でしかなく、正常な社会的役割の遂行から免除され、専門家に病気に対する責任を転嫁しうるかわりに、回復への努力と技術的援助を求める義務が期待されているというわけである。¹⁴⁾

しかし、このような自由専門職業 (the free profession) に個有な条件は既に存在しなくなった。「患者の無力と医者への権威」という関係は、教育の普及や患者同盟の結成で崩壊してしまった。それに、日本では、医師会 (医師の professional association) がメンバーの行為を職業倫理の観点から統制するという事はなかった。医学的知識・技術が「技能から技術へ」と変化するに伴い、医学教育はフォーマルな制度として確立し、国家権力の課する「試験」が医師免許証の唯一のベースとなった。こうして、技術的にも、あるいは倫理的にも、医師サービスの質をきめ細かくチェックする方途は消滅した。さらに、技術発展の著しい昨今、医師サービスの質を一定に維持するための卒後教育もこれと関連する大きな問題の一つとなっている。

他方、価格の方は、医療保険制度の導入で機械化・点数化され、診療内容についてさえ一定の枠がはめられるという。いわゆる <fee-for-services の原則> からは想像もできない程の乖離を示すに至った。こうした制度の枠を逆にうまく利用して「稼ぎまくる」医師も皆無ではないが、そのため

に医師集団そのものが階層分化の傾向を示すようになり、供給セクターへの医師の適切な配置を著しく阻害する要因になっている。例えば、昭和43年4月現在で医師の年間総収入を計算した結果によると、医療職公務員143万円、民間勤務医214万円、一般開業医598万円となり、この比率は100.0:151.5:418.2である。¹⁵⁾ もし医師が経済的利益に強く志向するものであれば、開業医への移動は自然のことであるが、この点予想される事態が起りつつあるとみてよい。

診療費は、周知のように、現在、診療側委員、支払側委員、公益委員の三者よりなる中医協 (中央社会保険医療協議会) で算定され、審議されるが、この組織自体が土屋清が指摘するように、¹⁶⁾ 支払側と診療側の利益を衝突させ合うだけの場所ではしかなく、従って、結果的には診療側の強硬な圧力が医療インフレをますます大きくしているという事実がある。診療側の大勢を牛耳っているのは日本医師会であり、医師会は開業医の任意同業団体 (利益団体) であるから、そこへ反映される意見や利害は、貧弱な中小企業的性格の経営基盤にそって「生業」(なりわい) を営んでいる「生活者」のそれであるという可能性が大きい。この点も後に具体的に考えてみよう。

(5) 所得介入

最後に、医師によってつくられる需要、すなわち「不必要な供給」について述べておこう。医師サービスでは、供給者が需要者を管理・支配しているから、「適切な供給量」は供給者の一方的判断によって決まる。診療、入院日数、処置、検査、投薬など様々なサービスは医師が必要と認める量だけ与えられる。医師が、真に患者の側に立って、しかも確固たる科学的認識の上にその判断を下すものだと前提できれば、そこに問題が生じようはずはない。実際には、「乱診乱療」(特に、投薬過剰は、総医療費の約40%が薬代であるという異常な状況によって説明されている) の傾向が指摘され、人間的で質の良い医師サービスが犠牲にされているとみるむきが多い。

以上、供給の特性としては、量の問題よりも質や配分の問題がより重要な比重を占めているわけだが、この場合も、基本的には、どのような医師が、どのようにして生産され、どのような動機付

けで職業行為を遂行するかという点から具体的に分析してみたいと思う。

IV 需給特性の具体的分析

医師サービスの需要と供給の特性を、実際的な調査データに基いて検討し、合せて若干の政策的提言を考えてみようというのが次の課題である。ここでは、既に上で明らかにした需給の分析ポイントを、個々別々にとりあげるのではなく、なるべく需給の対応において考察し、具体的な問題点を明らかにしてゆくという方法をとりたい。従って、一応は上に展開した項目を追うことになるが、データの制約もあって、そのすべてを系統的に扱おうことは困難である。

さて、E. A. サッチマンによると、¹⁷⁾ 医療行為 (illness behavior) は、通常、①徴候認知段階 (The Symptom Experience Stage)、②疾病確認段階 (The Assumption of the Sick Role Stage)、③医療接触段階 (The Medical Care Contact Stage)、④医師依存段階 (The Dependent Patient Role Stage)、そして、⑤回復—復帰段階 (The Recovery or Rehabilitation Stage) の五段階を経過するという。これらは、いずれも行為者の意志決定過程 (the decision) に関わっているという意味できわめて行為論的発想に立つ概念化であるが、ここではその内容を検討するのではなく、われわれの分析を進めてゆくための一つの枠組として利用したい。

認知段階では、肉体的異常の経験、その意味の解釈、それに感情的反応などが検討されなければならない。アメリカの研究では、¹⁸⁾ 例えば、上流階級のもは下層階級のものより病気の自覚が大で、より頻繁に医師の診断を求める傾向があるとか、アングロ系の人々はスペイン系の人々より近代医学により依存し、病院をより頻繁に利用するとか、メキシコ系アメリカ人は医師が無視するような状況や徴候群をきわめて重要な健康上の問題と考えるとか、階級や人種による医療行為の差異を実証的に明らかにしている。その原因は、少なくとも、文化的・社会的条件がこうした行為に何らかの影響をもっているからだろうと考えられる。

日本人の場合、48年調査¹⁹⁾ によると、身体の

調子がおかしくなった時の反応として、①「安静にして様子を見る」とか、②「売薬をのんで様子を見る」というのが合計71% (前者33%・後者38%) で、特に①は、東京都区など大都市、および老年層で大きい割合である。こうした慎重型の優位は、医者を忙しすぎると判断している人口 (全体で59%) が、その理由に「ちょっとした病気でも来る患者が多い」(57%) と患者の軽率さを批判的に捉えていることと対応していよう。ところが、「子供の原因不明の微熱」という場合には、NHK調査²⁰⁾ によると、「すぐ医者にみせる」が日本では60%に達し、これはアメリカの20%、イギリスの33%、スウェーデンの5%に較べてきわめて高い割合である。医師の側でも、患者の長い待ち時間に関する質問で、「患者が多すぎるから」(26.0%) に次いで、「軽症患者が多すぎるから」と「患者の負担が少なく、必要以上に医師にかかるから」(共に、16.9%) という意見である。²¹⁾ そして、これを解決するためには、「病院や医師の数をふやす」というものは10.4%にすぎず、61.0%の医師が「現在のままで仕組みを変える」(予約制の導入、病院・開業医間の機能分化、患者の診療費一部負担など) を提唱している。

患者の側で問題となるもう一つの点は、保健教育である。子供の発熱におびえる母親が感情的な反応から医師に走るのは、「不安」が来診の重要な動機であることの一つの証左ではあるが、教育がこれをどこまで合理化できるかが問題である。

「学校で受けた医療に関する知識が日常生活に役に立っているかどうか」という質問では、²²⁾ ①「非常に役立っている」と②「まあまあ役立っている」で30% (前者3%、後者27%) であるが、「あまり、あるいは全く役立っていない」としたものは57%もあった。これには、高学歴のものほど「役に立っている」と回答する者が多く、旧高専・大・新大卒では①+②で40.4%に達している。なだいなだは、患者の病気に対する主体性を強調しつつ、病気や治療について知る権利(勉強)を主張する。「初診は患者がする」、「すべての人間は患者であり、医者である」という。²³⁾ 適切な保健教育が無駄な診療を大巾に引き下げる可能性は充分あると思われるが、こうした教育の必要性を認めている者は、48年調査の結果では72%に

及ぶのである。

医療への接触段階に入ると、第一の問題は接近可能性である。既に前節で示唆したように、医療需要が国民皆保険制度によって著しく増加し、またそれが給付率の函数であるという事実がある。しかし、このことは逆にいうと、すべての人が充分金持ではないということをも意味する。なぜなら、すべての人が充分金持ちなら、給付率の上下によって医療需要に差が出ようはずがないからである。同時に、給付率が高いことで安易に医師にかかるという習慣が発生するのも、既に医師の意見の中に現われていた通りである。

患者の側にすれば、しかしながら、医師側の判断とくいちがっているところも少しとしない。長い待ち時間に関する質問で、医師不足と答えた者は24.1% (医師3.9%) もいるし、「患者の負担が少なく、必要以上に医師にかかるから」とした者は2.9% (医師16.9%) にすぎない。従って、その解決策として「医師、病院の数をふやす」とする者が60.9% (医師10.4%) とするわけである。²⁴⁾ 患者側の意識としては、現在のままでは「充分な」医療を受けているとは考えていないのである。医師需要の欲求水準は既に相当上昇してしまっていると考えなければならないであろう。

特定の医療機関を選ぶのはどのようにしてかという質問に対しては、「自分の判断」というものが約7割強を占め、「知人、家族」・「医者を紹介」などは僅かに2割にすぎない。その理由では、「近くて便利」が35%を占め、次いで「診療が上手」が15%、「評判」が12%、「親切」が8%などとなっている。また、51%の者がいわゆる「かかりつけの医者」をきめている。²⁵⁾ (朝日調査²⁶⁾ ではこの値は63.3%)。この結果から、日本では、いわゆる、lay referral system は充分発達しておらず、「近い」とか「便利」とかいう理由で身近の医師が選択されていることがわかるが、これは医師一般に対する国民の信頼感を物語るもので、この点米国などとは様子が異なるようである。実際、48年調査の結果をみるかぎり、昨今の<医師不信>の風潮にもかかわらず、医師に対する信頼感はきわめて高く、全体で9割近い人々が「非常に、あるいはまあまあ信頼している」(前者21%、後者68%) と答えているのである。

近代医学以外の「医学」に頼る人々も決して少なくない。漢方(薬物とハリ・キュウなど)はいうにおよばず、各種の宗教団体が行なう「病気なおし」(faith healing)で、近代医学に見棄てられた病人が救われたというような話は、われわれの周辺で日常的に見聞きするところである。医師の場合でも、筆者の調査²⁷⁾ によれば、6~7割の医師はいわゆる漢方をなんらかの程度において肯定的に評価しているというのが現実である。

東大精神医学教室が行なった調査²⁸⁾ によると、「病気なおし」は病人の「不安」の解消、自信の回復、信頼感、社交機会などの点で現代医学が「切り棄てているもの」を治療に持ち込むことによって、ある種の疾患に対しては現実的な効果をあげうることを示している。例えば、<生長の家>の一週間の練成会の場合(平均年齢34才、義務教育以下29%、300名。うち病気を治す目的の者70名を調査)、治療効果があって病状に改善の兆がみえたものは、神経病の17ケースや分裂病の4ケースなどであるが、特に神経質、心気症、ヒステリーなどでは成績がよい。身体疾患についても19ケース中3ケースに改善の判定が可能であったという。

概して、日本人は医師を信頼している(医師自身の判定では、6割前後の者が自分たちの威信は落ちたと考えている)。²⁹⁾ しかし、病状や薬についてよく説明してくれないなど、心理的な不満や不安から「もの足りなさ」を訴える者が多い。医師自身は、患者に対して「同情的」だとする者が6割前後あるのだが、実際には忙しすぎて、十分に患者のめんどろをみれないということなのだろうか。

ハンレイとグレンベルグは、³⁰⁾ 医師と患者を各々に三類型に分けてその組み合わせから、医師-患者関係を九つの型に分類しているが、医師では①権威型(omnipotent) ②同情型(anxious) ③客観型(detached)、患者では、①反抗型(hostile)、②依存型(passive-dependent) ③誘惑型(manipulative-seductive)の各々三類型である。日本人の場合、医師に同情型が、患者に依存型が多いということになるわけだが、この組み合わせは、かれらの説明によれば、「一定の動的な均衡を保ち易いが、場合によっては、患者がより権威

的な医者を求めるとか、医者が患者を頼りなく思うなどして、要領のえない形で壊れる可能性がある」という。実際、日本の患者は医師に対して「説明不足」でもの足りなさを感じる者もいるが(34%)、また反面28%の者が「不満はない」と答えているのである。³¹⁾ 同じ調査で、医師や病院に対して不信をもったことがないとしたものも56%で半数以上であるが、逆に「治療が適切でなかった」、「誤診」、「救急の場合、診療に応じてくれない」、「薬などによる副作用」などで不信をもったことのある者が約3割となっている。

こうしたことから、現在の日本では、患者が医師不信を増増するにつれて、むしろある程度権威をもって科学的に納得のゆく説明を与えるタイプの医師が要求されることになろう。患者と医師との完全なコミュニケーションを求める声は、医療に対する期待の第一位として「なんでもよく相談できる医師」(患者の側で32.1%、医師が患者の要求を想定して答えた場合39.0%)が群を抜いていることが如実に語っている。³²⁾ なお、この期待の質問で、患者側は第2位に「専門にすぐれた医師」(28.8%)を期待しているのに対して、この同じ項目を医師側は低く考えている(10.4%)。また、医師は患者側が「安い医療費」や「身近な医師」を求めていると考えているが、患者の方では、こうした期待は医師の予想の半分(各々、7.3%、7.5%)であった。一般市民は、「なんでも相談できる、しかし、しっかりした医学的知識・技術を身につけた医師」を求めているのであって、これが医師への高い信頼感と結びついている。医師は科学者としての自信を取り戻し、自己卑下の気持を棄てて、国民の信頼に応えるべきであろう。

さて、視角を変えて、医師の行動や意識に焦点を合せてみよう。

現代日本の医師は、一体どのような社会階層を輩出母体とし、どのような動機づけによって、またどのような教育機関を経て「生産」されることになるのだろうか。既に別の場所で³³⁾ 明らかにしておいた通り、医師は主として「管理的・専門的職業」(この職業階層から6割強)と「商工自営」(この職業階層から2割弱)という二つの職業階層を中心に輩出されており、われわれの調査では、³⁴⁾ その約半分において出生地と現在地

が同一県(地域)であり、そのうち市街地に長く在住するものの割合が高い。日本の都市が、短い歴史しかもたず、その規模拡大が主に産業労働者として流入してきた地方出身者の増大によるところ大であることを思えば、医師層の「地域土着性」の強さを否定することはできない。

また、その職業選択動機をみると、「親が医師だった(家業を継ぐため)」とか「人(家族、知人、恩師など)から勧められて」³⁵⁾ というのが合計して3割を超え(日経調査では約4割)、職業選択の他律的傾向を示している。もちろん、われわれの調査でも、「やり甲斐」や「適性」を動機づけとするものが多く(この二つを合わせると約5割)、こうした動機づけが軽視されているというわけではないが、医師の社会的責任や仕事の重要さからみれば、先の数値は相当に高いものと思われるのである。

ちなみに、パワーズによれば、³⁶⁾ 「ソ連と東欧を除いて世界中どこでも同じことで、優秀な学生が医進コースを目指す傾向も高まっている」が、かれが米国の若い医師を対象に実施した調査で、人生を再びやり直しても医師を選ぶとするものが95%もあり、これに較べると日本の医学研究生の50%足らずという数値は、「日本の医師は、職業選択の動機づけがあいまい、もしくは弱い」ということになるという。

E・ヒューズがいきいきと描いているように、³⁷⁾ 米国では四年制大学を終えた段階で、医学部志願の学生のすべてが受験しなければならない「標準テスト」で優秀な成績を納めた若者たちが、キャンパスの衣服を背広に着替えて、医学校の入試面接に臨むのである。当然、学生たちの問題意識も明確で、面接者の方でも「医師」としての適性を重要視するであろう。アダムスの調査³⁸⁾ によれば、最近のアメリカの医師の「職業世襲率」は10%前後にすぎないが、それでいて、一定の「医師下位文化」の継承が適切に行なわれているとすれば、それは医学教育そのもののメリットも当然だが、しかしそれ以前に行なわれる入学者選考方式に相当な工夫がなされているからだとも推測できるのである。³⁹⁾

ひるがえって、現代日本の医師をみれば、医師の職業世襲率はアメリカの約3倍(3割強)、こ

れが私学の医学生の場合、6割～7割に達するといわれている。⁴⁰⁾そして、最近の医学教育における私学のシェアはきわめて高く（昭和48年の医学進学課程入学者についてみると約5割）、日本の医師教育が社会性を欠き、医学校の私的経営が医師の体質に影響を与えていないかと憂慮されているのである。

K市医師の場合、国公立と私立の出身者の割合は3対1で、その他外国で教育を受けた者などは1%以下と無視しうる程度である。そこで前二者について、父親の職業を指標にその出身社会階層を探ってみることにした。

表1 国公立・私立別父親の職業 K市医師

父親の職業	出身校		
	国公立	私立	全体平均
1. 医師	31.9	36.1	32.8
2. 歯科医師・薬剤師	3.7	6.6	4.5
3. 農林漁業	6.4	3.8	6.0
4. 商工・サービス自営	18.0	21.3	18.8
5. 専門・自由職自営 (1, 2を除く)	9.8	12.0	10.4
6. 被雇用管理・専門職 (1, 2を除く)	20.1	10.9	17.7
7. 被雇用事務販売 サービス職	1.6	1.6	1.6
8. 被雇用労務職	1.6	1.1	1.5
9. 無職	6.9	6.6	6.8

K市のサンプルでは、特に私学出身者で医師世襲率がずば抜けて高いということはない。ただ、いわゆる「サラリーマン専門・管理職」の出身者は私立の場合、国公立の約半分であることが目立つ。歯科医師・薬剤師など医療の下位文化を分有している階層から、私学を媒介にして医師へ昇進してゆく（世代間上昇移動）の傾向もいささか観察しうるように思われる。

医師になった動機を尋ねても、やはり「親が医師だったから」という回答（平均17.7%）は私立の場合20.1%、国公立の場合16.9%とやや、私学出に世襲化の圧力が感じられる。

ただし、われわれのデータでは、この二種類の医師の間に、「現在の仕事観」、「現在の収入に対する満足感」、「医師における倫理観」などで特に有意差のあるような回答の分布は存在しなかった。私学出身の医師の問題は、現在の制度から卒業生が出てくるに何らかの展開をみせるか

もしれない。

外国人医師についていえば、昭和42年現在その数は556人であり、これは日本の医師全体の0.5%にすぎないから、アメリカやイギリスのような状態ではないとされるが、無医地区などがそれだけでなく医師の少ない韓国や台湾から医師を高給で引き抜くとなれば、問題は南北格差の拡大として深刻にならざるをえないであろう。

次に、医師サービス供給体制における分業と協業の問題をとりあげてみよう。

医療サービスの専門分化が進み、医師の間でも専門分化の傾向が強くなるに従って、いわゆるグループ診療の方向も進展し始めているが、さらに医療サービスの供給体制が「組織化」の方向にあるから、こうしたチームワークの中での医師の役割の問題が、＜医師不足＞の問題と関わらしてもう一度検討される必要があるのではないかという意見も現われてくる。

いうまでもなく、医療サービスの開始は羅病以前の予防、公衆衛生にはじまり、リハビリテーションからアフターケアにまでおよばなければならないが、こうしたいわゆる「包括医療」(comprehensive medicine)の全体系における医師とパラメディカルとの協同体制の問題はさておいても、少なくとも治療過程にあっても、なんらかの効果的な協同システムが考えられるべきである。例えば、ソ連では、医療マンパワーのこうしたシステム化が計画的に進行しており、1969年現在で人口10万当り医師266人という数に加えて、パラメディカル843人を数える。そして、興味深いことには、そこに副医師（1968年現在、人口10万当り182人）、副医師一助産婦（同じく34人）などがみられることである。

医師自身の技術や専門が適正に評価される仕組みのない日本の医療保健制度のもとでは、医師はいわば他律的に「格一化」されているのであり、こうしたシステムの硬直化は医師とパラメディカルを含む医療サービス体制そのものについても当てはまる。看護婦やMSWの仕事がどの程度専門職としての「自立性」をもっているかどうかは、よく議論されるところであるが、医師の側におけるパラメディカルとの協同の姿勢は漸次前向きに進んできていると思われる。

看護婦を診療の助手と考えるか対等な協力者と考えるかをK市の医師に尋ねたところ、年令階層別に次のような結果が現われた(次表)。

表2 年令階層別看護婦観⁴¹⁾ K市医師

	25-34	35-44	45-54	55-64	65-	全体平均
診療の助手	42.1	50.0	56.4	57.9	74.2	56.9
診療の協力者	5.26	42.8	40.1	35.5	22.7	38.0

若い医師ほど看護婦を対等な診療の協力者と考える割合は増加している。同様に、看護婦の「専門性」を認めるかどうかという質問に対しては、「積極的に認めている」と「認めている」を合わせると8割強となり(前者15.3%, 後者66.0%), この点でも希望はもてる。ただ、看護婦と医師の間に、あまりにも大きな格差(教育, 収入, 社会的威信など)があることが問題であろう。

医師の省力化の観点からも、また医療サービス供給体制の効率化の観点からも、従来の医師一本槍のシステムが再考されてよいと思われるが、医師の側でもこうした発想から医師の多様化を予見するものが多い。「医療技術の進歩に伴って医師の役割が変化してゆく方向」を若干の選択肢によって選んでもらった結果、約5割の医師が「診療科目はもちろんのこと、医療の中で機能的分化が進み、多様な形の医師が生まれることになるだろう」とした(K市, N市でもほぼ同じ値であった)。そして第二位には、「かえって人間的要素が重視されるので、パーソナルサービスの専門家になってゆくだろう」(K市31%, N市24%)であった。

収入については、世間の「医者は儲けすぎ」の評定とはうらはらに、われわれの調査で約3割、朝日調査では4割強の医師が現在の収入に不満を表明している。他の職業に較べると、仕事そのものについては満足度は高く、不満足の値はK市・N市調査で2割程度であった。

所得介入の問題については、昭和41年の有名な松下電器の事件があるが、この時の松下電器健康保険組合の調査結果では、一年以上の通院治療を受けていた従業員900余人のうちから188人を抽出して専門医によって検査させたところ、107人(56.9%)は全く通院治療を必要としないことがわかったというものである。もっとも、こうした医師

サービス需要を一方的に医師側の責任に帰することも問題である。アメリカの調査では、⁴²⁾ある病的徴候に対する医師サービスの必要を感じずる割合が社会階級によって異なることが指摘されており(例えば、体重の減少、慢性的疲労感、なかなか治りにくい頭痛などの症状に対して、医師を訪ねるべきだと考える者の割合は、上流階級で約8割、中流階級で5割、下層階級では約2割であった)、これは所得の上昇のみならず、ある種の生活様式が医師の援助を求める行動と関係があることを示唆している。実際、医師の方でも、「一番困る患者」として「薬や注射を必要以上に要求する者」(39.8%朝日調査)を第一位にあげているのであり、「稼ぎまくる医者」というイメージは、ある意味で、生活を守る中小企業経営者としての現代開業医の一面を肥大化させたものであろう。われわれのK市の調査でも、現在の仕事観に関して、開業医の方が「生活のため」(35.3%, 勤務医25.6%)と答えた者が多く、逆に「社会奉仕」というような理想的なイメージは勤務医の方が開業医よりも多い割合で表われているのである(前者31.6%, 後者25.1%)。

結論的にいえば、現在の日本の医療制度が満足に作動していると考えている者は少ない。NHK調査では、医師の8割が(早急に、かなり早く、やや早く)今の仕組みを変えなければならないと考えており、朝日調査では「日本の医療が悪いとすれば、その責任は」という質問に「保険制度」をあげたものももっとも多く(43.8%, 次いで「政治全般」22.2%, 「厚生官僚」13.4%など)、さらにわれわれの調査でも「保健所などの医師が少ない理由」を選択肢で選択させたところ(複数回答可)、第1位に「医療制度全体に問題がある」とした者が一番多く(K市43%, N市52%), 次いで「医療行政に問題がある」(K市40%, N市40%)がきて、医師個人や医学教育を批判する声は決して大きくはなかった。

いうまでもなく、各々の社会には各々異った医療制度がある。どの社会も健康で優秀な社会成員を望んでいるし、その為に国民を病気から守るシステムが構築される。しかし、こうした目的をどのような「構造」で達成してゆくかという点では多種多様である。医療文化というものが全体社会

文化システムの一部として作動しているものである以上、こうしたコンテクストから切り離して医療制度を論ずることはできないであろう。

しかし、現在の医療を考える場合、次の2点が基本的なベースとなる。一つは、現在の医療が現代医学(科学)を基礎にした営みとして成立していること、第二に、それが医療民主主義(市民的自由, 平等, 権利の医療領域への浸透形態)を基底価値として持っていること、という2点がこれである。もしそうなら、現在医療が抱えている諸問題の解決も、人々の科学的思考態度の形成と政治的民主主義を実現しうる訓練の度合に大きく依存するということになる。人間行為が社会化や学習の成果であることを思えば、広い意味における「教育」(国民に対しても、医師に対しても、官僚に対しても)の役割は大きいというべきである。

注

- 1) 例えば、朝日新聞社編、『日本の医療』朝日新聞社全7巻 昭和48年～川上武・中川米造編、『講座・現代の医療』日本評論社 全5巻 1972年～季刊誌『医療と人間と』勁草書房創刊 1973年～『ジュリスト』特集号「医療と人権」有斐閣 1973年11月25日号 #548
- 2) 朝日新聞社編、『医=その驕りと退廃』朝日新聞社 昭和47年
- 3) M. Zborowski, "Cultural Components in Responses to Pain," *J. of Soc. Issues*, 8, (1962), PP. 16~30
- 4) D. Mechanic, "Response Factors in Illness: the Study of Illness Behavior", *Social Psychiatry*, vol. 1. (1966), PP. 11~20
- 5) 有名なのは長瀬式 $Y = 1 - 1.6x + 0.8x^2$ x : 医療費負担の割合, Y : x に対応する医療費の割合。これによると、自己負担ゼロ(給付率100%)のときの医療費を1とすれば、全額自己負担の場合、医療需要が控えられ、医療費は0.20となる。
- 6) 都村敦子, 「医師不足の経済分析」社会保障研究所・所内資料 #6902 昭和42年
- 7) P. L. エントラゴ, 『医者と患者』昭和48年 平凡社 41~50頁
- 8) 総理府統計局編、『日本統計年鑑』昭和50年 557頁
- 9) A. E. Bayer, "The Effect of International Interchange of High-Level Manpower on the U. S.," *Social Forces*, vol. 46, #4, (1968), PP. 465~477
- 10) N. エレン, 「供給と需要と頭脳流出」, 『日本フォーラム』(1970年2月号) 45~53頁
- 11) 地主重美, 『医療と経済』読売新聞社 昭和45年 188頁
- 12) NHK取材班, 『世界の医療』日本放送協会 昭和47年 97~116頁
- 13) T. Parsons, *The Social System*, (1951), P. 477
- 14) T. Parsons, op cit, PP. 436~37, P. 439~
- 15) 地主重美, 前掲書 138~239頁
- 16) 土屋清, 「医療の痛を扶る」『中央公論』昭和49年12月号
- 17) E. A. Suchman, "Stages of Illness & Medical Care", *J. of Health & Human Behavior*, vol. 6 (Fall, 1965), PP. 114~128
- 18) D. Mechanic, op, cit, からの引用
- 19) 内閣総理大臣官房広報室, 『医療に関する世論調査』昭和48年10月。以下この調査を48年調査と呼ぶことにする。
- 20) NHK海外取材班, 『世界の医療』収録。以下これをNHK調査と呼ぶ。
- 21) NHK調査
- 22) 48年調査
- 23) なだいなだ, 「患者は自分自身の治療者です」朝日新聞社編, 『日本の医学』第3巻, 昭和48年221~257頁
- 24) NHK調査
- 25) 以上48年調査
- 26) 朝日新聞社編, 『医=その驕りと退廃』に収録。以下この調査を朝日調査と呼ぶ。
- 27) K市およびN市における医師調査, 昭和47年。この調査の詳細については、中野秀一郎, 中村邦子, 「現代日本の医師」『社会学評論』97号(1974)。以下、K市調査, N市調査と呼ぶ。
- 28) 藤沢敏雄, 「「心」をどう位置づけるか」朝日新聞社編, 『日本の医療』第2巻収録。昭和48年
- 29) K市, N市調査
- 30) F. W. Hanley & F. Grunberg, "Reflections on the Doctor-Patient Relationship", *Canadian Medical Association Journal*, 86. (1992), PP. 1022~1024
- 31) 48年調査
- 32) NHK調査
- 33) 拙稿, 「Professions における<補充>の問題」『関西学院大学社会学部紀要』第26号 昭和48年 39~54頁参照
- 34) K市調査
- 35) () の用語は日経調査, 『日経メディカル』日本経済新聞社, 1975年6月号, 108頁
- 36) J. Z. パワーズ, 「医学教育—その現況と改革への探求」第19回日本医学総会シンポジウム講演
- 37) E. C. Hughes et als, *Boys in White*, The Univ. of Chicago Press, (1961)
- 38) S. Adams, "Trends in Occupational Origins of Physicians," *American Sociological Review*, vol. 18, (1953), PP. 404~409
- 39) アメリカにおける医科大学試験制度については、朝倉稔生, 「アメリカでの医者をつくられ方」『中央公論』昭和50年4月号340~354頁に詳しい。
- 40) 朝日調査では全体で34.6% (開業医のみでは37.7%)であった。
- 41) 「その他」の項目があるので年令階層別の%の合計は100にならない。
- 42) E. L. Koos, *The Health of Regionville*, Columbia Univ. Press, (1954), P. 33

付記: この研究の一部は、日本経済研究奨励財団の助成による。