

研究ノート

医療と社会－医療社会学序説（1）

中 野 秀 一 郎

まえがき

第1章 医療社会学の基礎

第1節 社会学的な視点

第2節 医療と社会の関連図式

第3節 変貌する医療システム

第2章 医療の需要と供給

第1節 病気の社会学

第2節 〈社会〉の現代化と〈疾病〉の現代化

第3章 医師サービスの需給関係

（以下次号）

まえがき

今日、医療システムがさまざまな問題を抱えて、いわば一種の「機能不全」におちいつているという診断は決して的外れではあるまい。大都市には医師がひしめいているというのに、地方には無医地区といわれる「医師不在」の地域も少なくない。救急医療体制や夜間診療体制の不備を訴える住民の声は各地で沸きあがっている。しばしば、脱税のトップランクを飾る医師たちの姿に、かれらが「仁術」を忘れて「算術」に走るようになったと患者側が医師不信をぶつければ、医師のいうことをきかず「権利」ばかりを主張するマナーの悪い患者が増えたと医師の側でも患者不信を隠さない。やれ「薬づけ」だ、「検査づけ」だと、不必要な医療行為が多すぎるとする批判のただ中で、国民医療費は今や20兆円の大台に乗り（1990年度）、その後も着実に伸び続けている。（資料1）病院は老人で満員になって「老人ホーム化」の一

途をたどり、医原性の疾患が健康人の身体をむしばんでいる。「適正な」医療費の決定をめぐる、診療側と支払側が激しい論争を展開している。こうして、だれもが現在の医療体制に満足しているわけではないのである。

このような「病んでいる医療体制」の病因を明確に探り出し、これに対して適切な「処方箋」を書くことが今日焦眉の急であり、強く求められているのである。

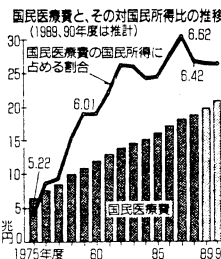
しかし、適切な問題解決策を提示しうるためには、「問題のあり方」自体を正確に把握することが必須の要件である。単なる「利害状況」に身をまかせて、いや「厚生省が悪い！」「医師会が傲慢だ！」「患者が身勝手すぎる！」などと当事者たちが相互に非難を繰り返してみても、なんの問題解決にもならないことは火をみるより明らかである。

そこで、本稿では、医療のありようを「社会」の中へ位置付け、現代医療の抱えているさまざまな問題をシステムティックに考察しつつ、できれ

資料1

国民医療費

八八年度一帯に国民が使った医療費は、十八兆七千五百五十四億円だった。この数年、一年に二兆円づつ増えていたペースがやや緩んで、前年度比で約七億円、三・八%の伸びにとどまった。しかし二十一世紀に向けて医療費がじりじりと膨らむことは避けられない。医療費の抑制ばかりに目を向けている「安かろう、悪かろう」の医療から脱皮して、医療費の適正な増加を前提に、効率的・質の良い医療を目指すとともに、その費用を国民全体で公平に負担しようとする。制度の見直しを急ぐべきである。(有間 二郎記者)



避けられない負担増

質向上へ制度見直しを

厚生省は、一年に一回、国民医療費の伸びに合わせた医療費を公表する。一つは、今回のもので、二年盛り込まれた数字などをとて、前の一年間に使われた医療費は、出てくる。国民医療費の予算の確定額、各健保組合や市町村とも異なる。今年三月発表された九〇年度の推計は、二十兆九千億円だった。医療費の法算だ。

もう一つは、毎三ヶ月、んなを大きく儲けはない。推計に比べて、決算の方が膨らむ傾向理由について、厚生省は重要

質向上へ制度見直しを
 八八年度一帯に国民が使った医療費は、十八兆七千五百五十四億円だった。この数年、一年に二兆円づつ増えていたペースがやや緩んで、前年度比で約七億円、三・八%の伸びにとどまった。しかし二十一世紀に向けて医療費がじりじりと膨らむことは避けられない。医療費の抑制ばかりに目を向けている「安かろう、悪かろう」の医療から脱皮して、医療費の適正な増加を前提に、効率的・質の良い医療を目指すとともに、その費用を国民全体で公平に負担しようとする。制度の見直しを急ぐべきである。(有間 二郎記者)

人院を離らすために診療報酬を再仕組む九折近。これから組む替えたりと、医療費抑制策。二十一世紀前半にかけて、人口を進めてきた。そうした効果が一時的に出たこと考えられる。ただ、速報による、八九年度は伸びが再び上向きそう。八八年度の鈍化は二時的な現象」云々のそう。長い目で見れば、国民医療費は、クラブで見るように、増えている。八八年度は十八兆円、八七年度は十七兆円、八六年度は十六兆円と増えてきた。すでに発

朝日新聞 (1990. 6. 26)

ばいささかなりとも建設的な提案を試みたいと思う。

第1章 医療社会学の基礎

第1節 社会学的な視点

通常、医療や保健の問題を社会学がとり扱う場合、いわゆる「医療社会学」(Medical Sociology 又は Sociology of Medicine) といわれる学問分野が成立するといわれているが、この学問の体系

化に関してすでに十分な合意が形成されているとは思えない。しかし、それが「医療」という社会現象に対して「社会学の方法」をもってアプローチする学問であることは自明のことである。そこで最初に、「社会学的なものの見方」(a sociological perspective) について簡単に触れておくことにしよう。

大雑把に言えば、社会学という学問の特徴は、他の社会諸科学、たとえば経済学や政治学の場合とは異なって、社会現象の一部だけを独立の研究

対象領域として設定しないという点にある。それは換言すれば、「社会学者が分析の対象としない社会現象はない」ということを意味する。したがって、社会学は「対象」の独自性においてその学問の性格を決定することが不可能な学問のひとつなのである。強いていえば、社会学の分析対象は「社会」そのものであるという外はない。そこで、社会学という学問の性格を確定するためには、「対象」(object)ではなく、むしろその「方法」(method)によるべきではないかという見解が生まれる。すなわち社会学は、経済社会学とか、政治社会学とか、宗教社会学とか、教育社会学とかいわれるように、「経済」、「政治」、「宗教」、「教育」というようにさまざまな社会現象をとり扱っても、その時の「分析視角」にこの学問の性格を決める重要な手掛りが存在するのだという考え方である。医療社会学という場合にも、当然このような考え方が適用されることになる。それでは、社会学に独自の「分析方法」(ものの見方)というのはどのような特徴をもつものであろうか。この点に関しては、とりあえず、次の2点を強調しておくことにしよう。

まず、第1に、社会学的視角は、ある社会現象(医療なら医療でもよい)をその他の社会現象(場合によっては、社会全体というコンテキスト)との関連において把えるという点である。もちろん、経済も政治も社会全体の中で作動しているわけけれども、経済学や政治学では、これらをあたかもひとつの独立した領域であるかの如くに扱い、そうした領域における固有の法則性の探求を問題にする。これに対して、社会学(たとえば、経済社会学や政治社会学のような)の視角はむしろこうした現象を社会全体の中に位置付け、それとの関連で分析しようとする。したがって、医療を例にとれば、たとえば「医師の世界」ひとつにしても決してそれは他のもろもろの社会事象と無関係に考察するというわけにはいかないのである。それが、地域社会や政治・経済諸団体や文化のあり方とも密接に関連して存在していることは後ほど詳しく説明しておきたいと思う。

第2に、社会学的分析のもうひとつの特徴は、社会を人間の「行為」(action)レベルにおいて問題にするという点である。いうまでもなく、社会

は多様な「制度」(institution)の複合体として存在する。そこで、現代日本には、ある種の政治制度や経済制度や教育制度と並んで、固有の医療制度が存在しているのである。ところで、社会学で、「制度」というのは、「その社会の構成員の大多数が正当だと認め、したがって自らもそうしたやり方を採用しているところの一定の行為様式のことである」と定義することができる。通常は、さまざまな法律体系がこうした行為様式を規定し、場合によっては、これから逸脱することを強く禁止し、また逸脱に対してはこれに制裁を加えるような規則さえもうけており、ひとつとは一定の仕方ですべてを産み、一定の仕方でものを作り売買し、また一定の仕方ですべてを選び集团的意志決定を行なうのである。同様にひとつとは「一定の仕方」で病気になり、治療を受け、治癒したり、死んでいったりするのである。ひとつとは「一定の行為の様式」を遵守する程度に応じて、社会はそれぞれの領域において安定した「相」を実現し、いわゆる「秩序」が形成される。「制度」としての「医療」もまた、この例外ではない。そこでこうした観点に立てば、社会現象を分析する場合の重要な方法のひとつは、制度を制度たらしめている人間の「態度や行動」に注目するという視点が浮かびあがる。もっとも注意しておかなければならないのは、この立場は決して社会現象を個人現象に「還元」して説明するものでもなければ、社会現象を「心理学」で説明しようとするものでもない。ひとつの行為の全体はひとつの独自の集合現象として出現し、そこに社会現象固有の特性が表れるのである。こうした方法論上の立場は、通常、「方法論的個人主義」と呼ばれているが、いわゆる「行動科学」(Behavioral Science)の一翼を荷う現代社会学の分析視角の大切な特徴のひとつである。

第2節 医療と社会の関連図式

そこで次に、やや具体的に、「医療」と「社会」との関連を定義しておくことにしよう。

医療と社会とのもっとも重要な関係は、いうまでもなく医療の側が専門的なアウトプットとしての「医療サービス」を供給し、クライアントとしての社会(個人、集団、またはコミュニティ)が

これを受け取る替りに、一定の「反対給付」（報酬や社会的尊敬など）を医療の側に与えるという、一種の相互交換過程として定義しうるのである。しかし、この関係の全体像は思いのほか複雑なダイナミズムをもち、また多様な「環境」によってとり囲まれているのである。

まず、医療サービスの供給側であるが、こうしたサービスの「生産」に直接関わるものだけを考えてとしても、(1)生産の規模や経営形態、すなわち大病院から個人開業まで、また公的部門と私的部門別の供給体制など、(2)医師とそれを取巻く多様なパラメディカルワーカーとの間の協同あるいは敵対の関係、さらに(3)現代医学に基づく医療サービス以外のさまざまな医療サービス（たとえば漢方）との競合や補完の関係などの多くの問題点があって、これらの要因が医療サービスの「量や質」また「配分」のあり方にも大きな影響をもっているのである。さらに、このような医療サービスの「生産」に関するいわば医療の「内的関係」として、(1)医学教育と(2)医学研究をつけ加えておかなければならない。前者は、換言すると医療における「リクルートメントと社会化」の問題であって、その中心的な問題点としては、「だれが、どのようにして、どのような医師になるか」ということを解明することが重要になる。「だれが」というのは決してA君やBさんの話ではなく、どのような家族、地域、社会階層から医療従事者が輩出しているのかというサービス供給者の社会的背景を明らかにすることが中心的課題であり、同様に「どのようにして」というのは医療専門家としての訓練（職業的社会的）の内実や諸制度、諸機関、さらにはそうした教育の基礎に存在する「イデオロギー」までが問題になるわけである。他方、教育と呼応しつつ、さまざまな医学研究が平行して行なわれており、その成果は教育の場や臨床の場へ不断に反映されていく。いわゆる医療技術（Medical Technology）の進歩が急ピッチで展開する今日、これによって医療サービスの「量や質」が大きく変わっていくのを、われわれは眼のあたりに行っているのである。同時に、こうした医学研究の「動機付け」の問題—どのような動因（原因）が一定方向の医学研究を推進する力となっているのか—、あるいはどのような研究機関がどのよう

な研究費を使って、どのような研究を行なっているのかなど、これに関する問題点もまた決して少なくないのである。

ひるがえって、医療サービスを受けるクライアントの側に目を転じてみると、ここでも状況は複雑をきわめている。（再びA君やBさんの話ではなく）「だれが、どのようにして、どのような疾患に侵されるのか」という問題は、広く「社会病因論」（Social Epidemiology）として疫学的関心を呼んでいるし、いわゆる医療社会学者の第一の関心もまたここに存するといっても過言ではない。それに、医療保険制度が完備したため「医療サービス」に対する潜在需要が大量に「顕在化」したといわれるように、医療サービス需要はクライアントの側の「医療行動」（あるいは保健行動—日常的な健康管理から疾病に対する態度や対応の仕方まで）によって大きく影響されるのである。疾病の「構造」が時代、地域、社会階層によって異なることもよく知られているし、その上、ひとつの共同体全体が要求する予防医学的な医療サービスの需要も決して軽視することはできないはずである。こうして、家族や地域社会、あるいは人口や社会階層などの構造変化によって、医療需要の構造は著しく変貌するわけである。核家族化、高齢人口の増加、都市化（環境汚染やストレスの増大）、各種薬物の普及、新しい労働災害、交通事故の増加など、どれをとっても医療需要の構造に大きな変化を与え続けていることは、今日明々白々の事実である。

このように医療サービスの需要パターンに焦点を当ててみただけでも、社会全体との関連で分析すべき問題点は無数に存在するわけだけでも、さらにこれを全体社会のコンテクストの中に位置付けるときには、「医療と社会」の関係はさらに複雑な社会的ダイナミズムを包摂することになる。次に、こうしたマクロな社会的場面に目を転じてみることにしよう。

第3節 変貌する医療システム

社会全体をひとつの「システム」（system）として考えてみると、通常この社会システムはさまざまな環境に適応しつつその「諸問題」を解決し、その存在を維持していくために最低限いくつかの

「機能的要件」を充たさなければならない。こうして、お米を作るひと必要であれば、自動車を作るひと必要。政治をするひと必要だし、病気や障害を専門的に治療するひと必要になることとなる。これが「社会的分業」(social division of labor)と呼ばれているものである。社会が発展するにつれて、通常、このような「分業体制」はますます複雑になり、個々の分業領域ではますます専門化が進んでいく。こうなると、もはやひとびとは自分とは別の「仕事」をする他者の存在なしには社会生活を維持していくことが困難になり、こうして専門分化したそれぞれの活動がそれなりに相互補完的なネットワークを構成しながら社会全体が動いていくということになる。

さて、広義における「医療」をとりまわっている「外環境」(社会的コンテクスト)は大別して次の4つに分けることができるようである。(もちろん、さらに広く考えてみれば、このような「社会全体」もまた他の「社会」や「自然」に取り囲まれているわけだから、この点の考察も必要であるが、これは後に、たとえば病気の発生との関連でみた生命-生態系の問題や「医療の国際化」の問題として論じてみたい。)

その第1は、「経済的活動領域」(以下「経済」と呼ぶ)である。この領域は広く人間(労働)が「自然」に働きかけて「諸資源」を生産する活動を基礎に成立するが、テクノロジーの発達や活動組織の多様化によってさまざまな経済システムが存在することになる。しかし、基本的には「目的合理的な価値」が優越しており、効率や手段の適合性が常に第一義的に問題になる領域である。周知の通り、これが近代資本主義と結びつくと、利潤動機や「資本の論理」を生み出し、一定の人間行動のパターンを導くのである。

医療に対する(特に資本主義的)経済の関わりで今日最も問題とされているものは、医療サービスが貨幣的手段で売買される商品として登場するという状況の中で、医療の必要とするさまざまな「生産手段」(土地、建物、医療機器類、医薬品、労働力-医師、看護婦、その他医療関係機関で働く多様な職種のひとつと……)の「取り引き」としての経済行為もまた、いわゆる「利潤を求めて徘徊する資本」の論理にかきまわされはしないか

という心配である。いうまでもなく、近代社会のダイナミックな発展は、自由で競争的な資本主義的経済をひとつのエネルギーとしてきたわけけれども、それがまた諸々の「社会悪」(帝国主義的植民地戦争から人間疎外まで)を生み出した元凶であることも今日明白な事実である。

経済もまた、人間が直接自然に働きかけるチャンネルであるから、そのため自然に対し人為的な影響を及ぼし、それが「生物としての人間」の生活環境を乱すということもありうる。自然を「搾取」という経済行為が、今日、大気汚染や水質汚濁という環境破壊を惹き起し、その結果人間の健康がむしばまれるという皮肉なめぐり合わせが社会問題となっていることは、ここで蝶々と論ずる必要もあるまい。

医療をとり囲む第2の社会的環境は、「政治的活動領域」(以下「政治」と呼ぶ)である。ここでは、通常、「正当化された権力」が社会全体の意思決定、共同目標の達成、秩序の維持や外敵に対する防衛など、さまざまな機能を遂行しているのであるが、この活動の対処する当の「相手」は(しばしば非合理的な性質を示す)人間や人間社会であるから、経済の場合のように「合理主義」で万事を割り切るというわけにはいかない。日常用語でもそういうニュアンスで使われるように、「政治的」という言葉はたとえば「政治的決着」などといわれるように、通常の「合理的な論理」を越えたある種の論理を指す場合が多いが、ここでは一定の個別的な価値判断に支えられた決断が常に要請されているのである。

政治の医療に対する関連で重要な点は、今日「あらゆる社会生活の政治化」が進行する中で、医療サービスの「生産、流通、分配、消費」の過程に政治権力が意図的に介入してきているという問題がある。人間社会を自然状態に放置するかわりに、これを計画し管理し、一定の「価値ある社会(秩序)」を形成しようという発想は、人間が最初に「社会」を作ったときから存在したと思われるが(政治を意味する Politics という言葉はギリシャの都市国家 Polis の管理を意味した)、今日「行政権の肥大」と悪口をいわれるほど、政治はわれわれの社会生活のすみずみにまで浸透しているのである。これを医療との関連でみると、たとえば、

日本の政治は明治維新以降漢方を排して西洋医学による医師養成およびその資格認定（免許証の交付）を行なうが、これは一定の質をもつ医療サービスの供給に政治権力が介入したものである。政治はまた医療保健（国民皆保険の実施は昭和34年）の制度を導入して、経済的に弱者であるためそれまで「医療サービス」の購入を手控えざるをえなかったひとびとを大量に「市場」へ参入させた。いうまでもなくこうした施策は、ある種の価値判断（一定の質の医療サービスが一定量供給されなければならない。貧乏なひとでも医療サービスが受けられなければならない、など）に基づく政治的实践であった。

問題は、こうした政治的価値判断（とその実践）が医療に貫徹すると、それがたとえば「専門性原理」などどのように調和しうるかという点であろう。保険制度の導入によって大量に顕在化した医療サービス需要を満たそうと思えば、「神風診療」といわれるような「流れ作業」で患者を処理しなければならないが、これでは医師も患者もじっくりと納得のいく診療や治療を期待するわけにはいかず、結局両者の間の不信感が悪循環の形で増巾したというケースは、この問題のほんの「氷山の一角」に過ぎないのではないだろうか。しばしば顕在化する厚生省と日本医師会の対立にしても、その一部には医師の利害を擁護しようとするエゴイズムや政府の面子を守るという非合理的動機が存在するにしろ、その基底には政治的要請と専門性の葛藤が横たわっていると理解したい。

医療をとりまく第3の環境は、「文化的活動領域」（以下「文化」と呼ぶ）である。この領域の活動は、広く人間の観念形態を創造したり操作したりするものである。古来、この部門の「柱」は「真善美」といわれる3つのサブカテゴリーに区分されるのが習わしであるが、これを現代風に別の表現でいい直すと、「科学」と「道徳＝倫理」と「芸術」の世界ということになる。いうまでもなく、医療と直接関わってくるものは前2者、すなわち科学と道徳である。

人間の知的好奇心や社会の必要（ナイル河の洪水が幾何学を生んだという）が科学を進歩させたのであろうが、それにしても近代以降のこの分野での発見とその蓄積には目をみはるものがあり、

その応用としての「テクノロジー」が今日人間社会の様相を往時とは比べものにはならないくらいに変貌させてしまったことはわれわれの常識である。科学のインパクトは医療技術に対しても例外ではなく、こうして現代の医療システムはハードウェア（主として医療機器）とソフトウェア（医学知識やその他技術的ノウハウ）の両面でその大きな影響に不断に曝されているわけである。しかし、人間の寿命が延びる反面で老人問題や安楽死が語られ始めているように、あるいは医療技術の高度化が医原性の疾患を生み出しているように、ここでも展望は手放して喜べるほど明るくない。抗生物質の開発が細菌性・伝染性の病気を大きく克服したり、分子生物学の遺伝子研究が不治と考えられた遺伝子性疾患を治す可能性を開いた反面、耐性菌の発生や生態系の均衡を壊すような新生物の出現が夢物語ではなくしてしまうなど、ここでも「逆説」の事例は枚挙にいとまがないのである。

他方、道徳と医療との関係は、ヒポクラテス派の医療倫理と共に古い。医療が必然的に「他人の生死」に関わる営みであるから、そこに医師のエゴイズムや「患者の搾取」が混入することは厳に避けなければならないことはいうまでもないが、それ以上に医療をとりまく今日の状況は複雑になっている。たとえば、臓器移植が（技術的に）可能になったことに伴って臓器をやりとりする者同志の関係が問題になりはじめている。精子のやりとりも親子関係や家族のあり方に影響を与えるばかりか、人間の誕生に関わる秘密（それが個人の自己アイデンティティを不確かなものにする）の扱いという厄介な問題を生み出している。濃厚治療、植物人間、癌末期の極度の苦痛と安楽死の問題、診断・治療・処置における医師の「法的」（刑事的、民事的）責任の問題、どれを取りあげても医療の中だけで解決できるような問題ではなく、社会の中で変化する価値－規範の体系がこれとの関連で考察の中に導き入れられなければならないわけである。いうまでもなく、道徳の問題は、単なる法律上の問題よりも根が深いから、法律を整備したら片がつくというものでは決してないことが留意されなければならない。

文化はこのようにして、医療と社会のあり方に

不断に介入しているが、こうした文脈の中で「宗教」（的諸観念—人間のもっている観念形態の中核を構成するもの）の役割もまた見過すことができないものである。

医療をとりまく第4番目の環境は、「コミュニティ的活動領域」（以下「コミュニティ」と呼ぶ）である。ここでのひとびとの活動は、いわば「生活そのもの」とでも呼ぶべきもので、「生活者」、「消費者」としての日常的な営為がこれである。こうした世界を構成する重要な制度的カテゴリーは家族と地域共同体であるが、これにひとびとの生活様式を大きく左右する「社会階層」をつけ加えておきたい。

いうまでもなく、個人生活、家族生活、それにコミュニティ生活の三者は密接な連関をなしており、そのいずれかが崩壊しても残りの「生活」の完全な展開は期待できないものであるが、これが医療と関わる関係は、一方では医療へのサービスの人材供給源として、他方では潜在的なサービスの受給者（クライアント）としてである。特に今日の問題との関連でいえば、地域共同体全体としての予防的・予後的医療システムの整備が「医療の社会化」の一環として重要視されているわけだけでも、この点では地域コミュニティのニーズと医師会などサービス供給側とのコミュニケーションは必ずしも完全なものであるとはいえない。

疾病の発生が「地域」や「階層」によって異なることは社会病原論の疫学的研究が進むにつれて明らかになたところであるが、こうした特殊性をもつ具体的なサービス需要の構造に対応して適切な供給体制がシステムティックに展開されなければならないということも今日疑問の余地はない。その他、ひとびとが保健、医療の諸場面で示ささまざまな態度や行動が充分研究され理解されることによって、適切な医療システム（Medical Care System）の構築が可能になることはいうまでもない。

以上、医療をとり囲む「社会的コンテクスト」（環境）について若干の問題領域を示唆しつつ略述した。もちろん、医療と社会との関係がこれで盡されているわけでは決してないけれども、医療のもつ社会との「深い結がり」の一部なりともご理解いただけたと思う。つけ加えておけば、こう

した社会そのものが、今度は「他の諸社会」や「自然環境」によってとり囲まれ、これらとなんらかの相互作用を行ないながら存在しているというわけである。

このような問題についても適宜コメントを加えたいと考える。

第2章 医療の需要と供給

第1節 だれがどのようにして病気になるのか—病気の社会学—

奇妙な発想と思われるかもしれないけれど、だれも病気にならず、あるいは仮に病気になったとしても特に「専門家」の援助を求めないとすれば、医師は「開店休業」状態で即刻「店を畳たんで」転職を考えなければなるまい。このような単純な仮定が示唆していることは医師の存在意義は、かれらの提供する「専門的サービス」を求める「患者」が存在するという事実によって裏付けられているのであり、同時にこうしたサービスが潜在的患者にとって接近可能（available）なものとして供給されているという条件を前提にしているのである。「だれが、どのようにして、どのような病気に罹るのか」という問題は、通常、マクロ社会的（疾病的）にみれば社会病原論（Social Etiology or Social Epidemiology）として社会医学（Social Medicine）的研究の重要なテーマであり続けたわけであるが、しかし、「病気」が明晰に確定されて、その結果「専門家」の援助を求めるという行動（help-seeking behavior）が発動するためには、実は複雑な社会的・文化的媒介過程が存在するのである。「頭が痛い、お腹が痛い」というだけでひとは単純に医師の門をたたくとは限らないからである。この問題は項を改めて詳論する予定でいるけれども、この際留意すべきは、現在の如き医療需要が存在する背景は、（そしてこのことは結局いつの時代や社会にあってもそうなのだけれど）、ひとびとが「病気」に反応する一定の行為様式（それを支えている観念形態）を抜きにしては分析が不可能だという点である。

くどいようだけれども、「お金がもったいないから」という理由で医師を訪れない人がいるかもしれないし、ある種の「宗教的」（呪術的）な理由

で近代医学の治療を受けない、受けることができないという人がいるかもしれない。そして大事なことは、こうした「ネガティブな」行動をも含めた広いパースペクティブの中でひとびとが「病気に反応する」(医師の専門的サービスを求めるのもそのひとつ) 行為様式を分析してみなければならないという点である。もちろん、それは社会学では集約的な社会現象として分析されなければならないということはいうまでもない。

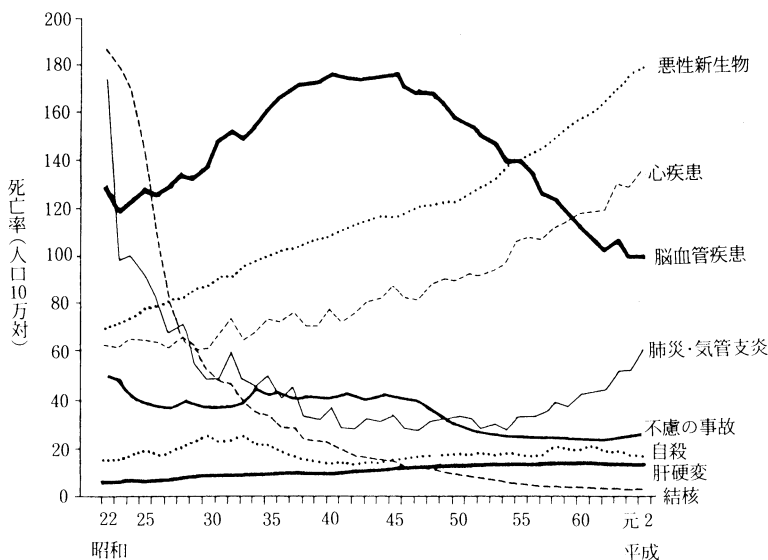
さて、マクロ現象に目を転じると、近代医学の発展(なかならず診断学の進歩)に伴って疾病の社会生態学的な構造が順次明らかにされるようになり、加えて近代国家が国民の健康(したがって病気もまた)を社会的な関心事として把えるようになって、近代医学に基づく「近代医療」が政策管理(Medizinischpolizei)の技術として定着してくる。単純な歴史的・統計的資料を一瞥しても、病気の社会生態学的構造は一目瞭然である。歴史的にみると、一定の疾病がエピソード的な性格をもって特定の社会を席卷した例は枚挙にいとまがないし、現在でも社会や地域によって、また同一社会内ではその人口の特性(性・年令・社会階層・職業など)に応じてある種の疾病が優位に表出している事実が観察されるのである。社会学の観点よりすれば、こうした疾病の構造配置をな

んらかの「社会的変数」によって説明する努力が試みられなければならないけれども、さらに言えば、こうした病気に対処するさまざまな行動の社会的変数を明確にすることが必要になる。近代の社会医学が「産業主義」(Industrialism)のもたらす労働者の健康破壊(疾病)に対処するために起こった思想であるといわれるように、当初社会病原論の関心は「富国強兵」の国家的関心と無関係ではなかった。しかし、平和時といえども国民医療費の総額が鰻のぼりに増え続けている中で、この問題はひととき現実性を帯びたものとなった。

第2節 〈社会〉の現代化と〈疾病〉の現代化

いわゆる社会の近代化(Modernization)が進展して、病気の構造もまた変化したといわれるが、たとえば、死亡の原因を戦後日本に限って眺めてみても、昭和30年以来首位が脳卒中、第2位がガン、第3位が心臓病とこの順位はきわめて安定しているのに対して、戦前から昭和25年まで首位を占めていた結核は減少し続け、昭和52年には10大死因から姿を消してしまった。細菌感染に基づく疾患による死亡が著しく現象したのと対照的に、中高年齢層に多い慢性的な病気(いわゆる成人病)による死亡が年々増加の傾向にあり、これ

資料2 主要死因別にみた死亡率の年次推移



による死亡は昭和52年には遂に全死亡の69%にまで達したのである。さらに最近では、日本においても死因の順序が入れ替わって、第1位が悪性腫瘍(ガン)、第2位に心臓疾患が続き、それまで首位を占めていた脳疾患が第3位に後退した。このことは、日本の社会が高齢化現象による健康障害ばかりではなく、複雑な社会的要因に基づく健康障害にも悩まされはじめたことを示している。(資料2)

さて、社会の近代化とは、通常、(1)経済活動領域における第一次産業の相対的縮小と大規模な工業生産を内容とする工業化、(2)行政・産業その他あらゆる組織にみられる合理的・物的資源の配置を意味する官僚制化、(3)毎日の生活が自然を離れて人工的に構造化されている都市型環境を中心に展開するようになる都市化、それに(4)あらゆる社会的活動により多くの人々が参加するようになる大衆化として総括することが出来るが、こうした点を生活環境・社会環境の変化として捉え、これによって疾病の構造分析にアプローチすることも可能であろう。より一般的には衛生環境の全般的改善(上下水道の完備や滅菌法の改良)、新薬や新しい医療技術などの開発・普及によって粗死亡率の低下が見られるが、なかんずく乳幼児や結核死亡の低下は注目に値すると言わねばならない。しかし上にみたような社会環境の変化に伴って新しい疾患の出現もまた否定し難いところである。その原因は用意には特定出来ないにしろ、食生活や生活習慣の変化により、いわゆる成人病に典型的な「文明病」が増加している傾向がみられるし、ある種の事故による不慮の死の多くは文明的環境の所産であるとも考えられるが、後者は現在死亡因の第4~5位に陣取っている始末である。

都市化や工業化との関連でいえば、最近における「心療内科」や「精神身体医学」の発達が示唆しているように、環境的刺激や人間関係に由来するさまざまなストレスが多く現代の疾患と深い繋がりがある。同時に、薬物中毒やアルコール中毒に見られるような「逸脱行動」もこうした社会的環境と関連していることが検討されなければならないのである。

たとえば、「高齢人口」について考えてみよう。総じて「幼齢人口」と「高齢人口」は病気に対し

て抵抗力が弱いと考えられるが、もしそうなら、高齢人口の増加は病気の増加を意味することになる。いわゆる発展途上国では、衛生環境の一般的水準の低さに加えて、栄養不良や伝染病のため幼児死亡率が高く、老齢期まで生きのびる人が少ないから、高齢人口の医療問題は深刻ではないが、寿命が延びて高齢人口が増加しつつある先進工業諸国では、この問題は医療問題の大きな部分を占めるようになってきている。日本では、1956年まで、総人口の4.9%であった高齢人口が1977年には8.4%と倍増し、1990年には、遂に12%に達したのである。もっとも、この割合は一部のヨーロッパ先進諸国と比べるとまだまだ小さいけれども、その増加の割合が大きいので注目されるのである。すなわち、人口問題研究所の推計によれば、2025年には高齢者が4人にひとりとして諸外国が経験したことのないような超高齢化社会になるといえる。ところで、高齢人口の健康状態は、予想されるように、はなはだかんばしくない。米国におけるペロットの調査によると、「就労不能の原因となる急性、慢性の疾患は、とく65歳以上のものは全体の平均より3倍も多い」のである。

病気の起こり方がある種の生活習慣や社会的環境と不可分であるという見解はさまざまなデータによって支持されている。たとえば日本人男性においては胃ガンで死亡するものが高割合を示すが、この現象はフィンランド、オーストリア、ポーランドなどにも共通して観察される。他方、この割合が低いのは英国、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、米国の白人においてであり、その原因は明らかではないが、多分英国系の文化要素のなかにそのカギがあるのではないかと推定される。それというのも同じ日本人の血をひくものでも、胃ガンで死亡するものの割合は、ハワイ在住のものでは若干低下するし、米国の西海岸に在住するものではいっそう低下するからである。日本人が社会的・文化的に「アメリカナイズ」される度合に応じて、このように定期的に胃ガンによる死亡の割合が減少するのと対照的に、この逆の現象が冠状心臓疾患に現れる。すなわち合衆国に在住する日本人では、ハワイ在住の日本人より心臓疾患で死亡するものが多く、これを日本に住む日本人と比較すると、その割合はきわめて大

資料3

肺・乳がん 大幅に増加

10年ぶり厚生省全国調査

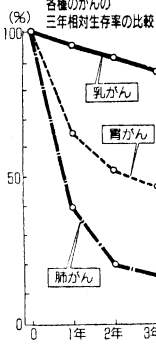
日本人が、肺がんを乳がんが、十年前の一九七九年度調査よりも三割から六割まで大幅に増加していることが、厚生省が昨年行った全国調査で明らかになった。調査が六日、発表したもので、反対に胃がんも子宮がんは減少傾向を示すが、がんの発症は欧米程大きく近づいた増加しているがんのうち、乳がんは生存率も上げてきたが、肺がんは三年後の生存率が二割以下と目撃され、今後のがん対策の大きな課題として浮上ってきた。

「胃」と「子宮」は減る

検診・喫煙

見直し急務

各種のがんの三年相対生存率の比較



調査によると、人口1万人当り九・八を大きく上回った。十年前の何人が発がんかあると、乳がんの患者は、胃がんが四六・〇(前回比九・四倍)で一位、肺がんが二・〇・七・七増と続き、子宮がんは七・〇・六・八倍だった。四種類のがん全体の、の患率は前の二〇七・八から二〇四・二へとわずかに下がっている。この中で、乳がんは肺がんが最大で増えたと、厚生省は「日本のがんの発病割合が、きりと変わってきた現れ」と分析している。

肺がんについてみると、男性の患率は四四・二と、女性の

調査によると、人口1万人当り九・八を大きく上回った。十年前の何人が発がんかあると、乳がんの患者は、胃がんが四六・〇(前回比九・四倍)で一位、肺がんが二・〇・七・七増と続き、子宮がんは七・〇・六・八倍だった。四種類のがん全体の、の患率は前の二〇七・八から二〇四・二へとわずかに下がっている。この中で、乳がんは肺がんが最大で増えたと、厚生省は「日本のがんの発病割合が、きりと変わってきた現れ」と分析している。

肺がんについてみると、男性の患率は四四・二と、女性の

ど比べ、極めて低かった。胃がは高かった。初期に発見すると生存率も高いが、肺がんは初期に発見しても、死亡する割合が高かった。

肺がんの治療としては、三割の患者が手術を受けているけれども、六割の患者はがん剤を使った化学療法を採用。治療の難しさを繰り返した。

これに対して、十年前に比べて六割近い、の患率の増加と比べると乳がんは、治療費がずっと高く、初期の段階で発見した際は、九七・四%の生存率で、初期段階での発見の重要性が強調されている。

がんと闘う。正式な検査は第五回がん調査。十歳検診は二市で、一九八五年五月から七月までにがんにかかった患者(胃がんは六割まで)計一万九千八百八十八人について、三年間追跡し、その内容を昨年度の時点でまとめた。同時に全国の市町村を対象に検診の実施内容などを調べた。

肺がんは、検診で見つけた人の九五%が初期段階で、検診の有効性を示した。

ところが、乳がんの場合は病状がすすんでいくなかで発見された場合も増えつつあった。肺がんも、とくに大きな増えは、肺がんでも検診が効果的であるにもかかわらず、七割から八割が転移段階に進んでいて、早期発見が難しいと指摘された。

厚生省は今回の調査結果に基づいて「乳がんも子宮がんは、受診に遅らなければ何れも有効な手立を打てることを見られた。胃がんなども進むとより良くなる。肺がん、肝がんなども、今後の取り組みが必要だ」としている。

《解説》厚生省が六日発表したがん全国調査の結果は、これまで国が進めてきたがん対策を、抜本的に見直す大きなきっかけとならざるを得ない。がんは「がんの発病理由のトッピンを維持し続けている。政府はがん対策が、健康増進化社会の基礎になるとして、一九八三年度から、四十歳以上の男女を対象に胃がん検診を、三十歳以上の女性に子宮がんの検診を奨励している。

しかし、乳がんも肺がんに関した取り組みは、八七年から始めたばかり。しかも今回の調査で、検診による肺がん発見者数が七割まで転移段階に

資料 4

いずれにしろ、異なった社会や民族で、「苦痛」や「発熱」のような病気の兆候に対して、階級・性・年齢などの変数と同様に、さまざまな病氣一保健行動の社会・文化的変数が考察されなければならないと思われるのである。(資料3、4)

第3節 医師サービスの需給関係

今日問題化している日本医療の混迷を招致した重要な原因のひとつは、急激に顕在化した医療需要の増加である。粗死亡率は減少し国民の平均寿命は大幅に延びたにもかかわらず、病氣そのものはかえって増加しているという皮肉な現象が存在するのである。確かに、社会保障制度の拡大によって、これまで経済的な理由でいわば医療需要を顕在化しえなかったひとびとが、今までよりずっと容易に医師にかかることができるようになったのだし、また、医療技術の発達によってこれまで看過されていた病気が正確に発見されるようになったということもあろう。けれども、有病者率、罹患率などの統計資料によれば、高度経済成長政策が始まった1955年頃から疾病の増加が着実に観察できるのである。総数でみると、(人口千人当たり)有病者率は1955年で37.9、1970年で93.6、1986年には実に287.8と増加している。もっとも、受療率もこの間着実に増加して、1955年で33.01、1970年で69.77、1983年には74.27とピークを迎えるが、その後1986年には64.03と横パイを続けている。しかし、日本人は近年、よりたくさん病気に罹り、より頻繁に病院へ通うようになったとはいえそうである。問題の悪化に拍車をかけたのは、医師の偏在である。需要と供給が基本的には相対的なものであるのは、とくに日本の場合のように医師の数が必ずしもその絶対数において決定的に不足しているのではないというケースでは当然のことである。日本における医師数は年々増加しており、1976年には約13万4900人を数え、人口10万当りでも119(人)となる。医師数はその後もコンスタントに増加し、1986年には総数が20万人の大台に近づき(191,546人)、人口10万当りでも157.3人と長年の念願であった人口10万当り150人の目標を達成したのである。もちろんこの数字はヨーロッパの医療先進国のそれと比べると未だ見劣りはするが、後進諸国のような極度の絶対的欠

心臓病患者240万人

日本心臓病調査 過去20年で5倍に

全国的心臓病患者は、百四十万人を上り、過去二十年で五倍に増加している。現在の救急体制に、心臓病対策を盛り込む必要が、心臓病の心臓病予防研究委員会(心臓病)の調査で明らかになった。家庭で発作を起こし救急車を運ばされる人も、年間十六万人以上に急増していることが判明。委員

会には、交通事故を主な対象とし、中では最も多い、一九七〇年の患者数は約五十万に達した。推定され、五倍近い増え方だ。

厚生省の「患者調査」では、全国の医療機関で治療を受ける患者急増の原因として、委員会は「食事のかたまり」「運動不足」「ストレス過剰」がある。と指摘。特に高脂血症は、高血圧、高コレステロール、高脂血症を伴った心臓病の増加が問題となっている。なかでも、二歳以下の青少年層で、高脂血症を以下に、三分以内に救急車が現場に到着した場合は、わずか二割、全国の二割の病院の中で、一割が、心臓を動かすための電気ショック装置を備えている。と警告している。

またに注目されたのは、家庭で発作を起こす人が増えていると見られる点。救急車にのりこめ、心臓病対策を含めたものに拡充することが不可欠だとしている。

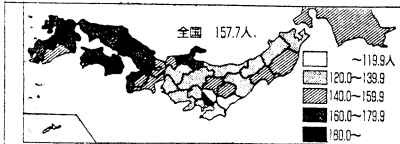
委員 六十万人であり、三成人病のはほとんどなく、「急増している」と判明。委員

病患者は現在約二百四十万人、がんは約六十万人、脳卒中約百六十万人であり、三成人病のはほとんどなく、「急増している」と判明。委員

朝日新聞 (1990. 11. 14)

きいといわなければならない。この点に関しては、食習慣などの社会・経済的変数が問題にされているけれども、未だ明確な結論を得るには至っていない。Y・松本氏は、日本では企業の家父長主義的経営のため団体の団結心が強く、加えて企業ぐるみの慰安会や仕事の後の「赤のれん」的「緊急処理メカニズム」があって、個人に荷重される近代社会型の生活のテンションが和らげられているからではないか、という仮説を提起している。

資料5



医師20万人突破

88年末調査

全国の医師の数が、昨年末時は、同数が「目標」とした百五十万保健所への届け出数で、初の十人を超えて百六十四万二千人を突破。二千人(前回調査時五十七万五千八百八十八人)に達したことが、厚生省が十一日まとめた「医師・歯科医師・薬剤師調査」でわかった。一九八八年末の前回調査に比べ、一万三千二百二十人の増加(人口十万人あたり)である。

届け出た医師のうち病診を医療と診断現場で実際に働いているのは、十九万三千六百八十八人(内訳は、大病院診を含めた病診勤務者が前回の約一万人増えた一十一万七千四百八十八人、内訳は六万一千五百八十八人、この二年前に百人ほど減った。小児科が約三万四千七百八十八人、外科が約三万二千八百八十八人などだ

べ。このほか、胃腸科などを扱う消化器科、心臓科、高血圧など循環器科、リハビリを行う理学療法科など、医師数が年間に各千余りの増えを認める。都道府県ごとの人口百千人当たりの医師数は、東京都百四十四人(最も多く、徳島二百二十人の順)これに対し、埼玉が九十五人、千葉が百五人など、ベトナムとして人口が急増している地域では、平均約を大きく下回っている。

一方、歯科医師数は前回調査より三万七千七百八十八人増えて七万五千七百七十八人、人口十万人あたりで五十七・五人(前回調査時五十四・九人)。薬剤師の数は十四万三千四百三十九人で、前回より七千四百八十八人増えている。

百八十八人に対し、女性一万三千二百八十八人、十三年前の調査では、女性の割合は十人に一人に達していたが、今回は九人に一人に達している。

終業特別重傷では、内科が八万三千五百八十八人も多く、小児科が約三万四千七百八十八人、外科が約三万二千八百八十八人などだ

東京都の206.6人が最も高く、次いで徳島県の204.4人、京都府の195.5人に対して、沖縄県の110.6人、千葉県99.4人、埼玉県94.6人などがきわめて低い数値として目につく。実際、厚生省の調べでも、(一寸、数字は古い)昭和46年1月現在で無医地区(医療機関のない地域で、その中心地区から半径4キロの区域内に50人以上が居住している地区)をもつ市町村は全国で1,054、無医地区の数は2,473ヶ所にのぼるといふ。また、都市部と町村部でも医師の偏在が顕著に現れている。すなわち、同じく昭和46年でみると大都市部では人口10万当たりの医師数は166.7とほぼ先進国の水準を上回る値を示しているのに、町村部ではこれが65.4と都市部の半分にも満たないのである。その原因は多様であるが、こうした地域的偏在の問題が一部における医療サービスの需給関係をアンバランスなものにしていることは否定すべくもない。この点(供給の側)については項を改めて論じることにしたい。(資料5)

さて、上にマクロに眺めてみた医療サービスの需要の問題を、今少し「社会的行為論」の次元から考え直してみようというのが次の作業である。病気を一種の社会的逸脱 (social deviance) として把え、これに対する治療を一種の社会的統制 (social control) であると考えたパーソンズ (Talcott Parsons 1902~1979年) の理論には、若干専門的な説明をつけ加えなければなるまいと思われるが、それにしても「病氣」そのものを当該社会のもつならんかの「判断基準」(あるいは診断基準)と無関係に定義することは不可能である。実際、一部の社会では、特定の精神的疾患(と現代医学では考えるもの)が特殊な才能として評価され、特殊な社会的役割の担い手として重要視されることも稀ではないし、逆に「病氣」を名目にして社会的に隔離されたり、政治的に抹殺されたりすることもありうることはよく知られた事実だからである。いうまでもなく、ひとびとが、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(信じている)医師の援助を求めべきだと決心し、それを行動に移すとき、そこに「医師サービス」の需要が発生する。もちろんこれは本人が「自分は病氣であり」(他人によってそうだと説得されることもある)、それも「専門家

朝日新聞 (1989. 12. 13)

乏状態と比べれば一応の水準にあるとあって差しかかえなからう。このことは病床数についてもいえるのであり、ここでも人口10万当りの数で比べると医療先進諸国に対しても決してひけをとるものではない。しかし、今人口10万当たりの医療施設従事医師数を府県別に眺めてみると(1986年)、

資料 6

**軽い病気 「すぐ、医者」減り
売薬頼み増える**

健康運調へ 忙しさのせい？

<p>かぜ、腹痛などの軽い病気に かかった時、すぐ医者に行く 人は四人に一人しかおらず、残 りの人は売薬を飲んだり、安 静にするなど自力で治している 人が、健康保険組合連合会の調 査で分かった。一月、八割以上 の人が、かかりつけの医者が必 要だと思っている。仕事の忙 しさをから、なかなか医者に かかれぬが、いざという時は 法まった医者で、と思っている 人が多いのではと、同会はみ ている。</p> <p>この調査は、今年八月、全国 の二十歳以上の男女三千人を対 象に行い、一千三百六十一人か ら回答を得た。まず、健康づく りについて。「自分は健康だ (一九〇%)」、「たしかにそう と健康だ」(二七%)を合わせて 九割近い人が、健康に自信 をもっている。また七割近い人 が、今以上に健康づくりに心が ける必要があると考えていた。 この一年間で、健康診断が ん検診などの検診を受けたこ とがある人は七七%。このうち</p>	<p>「職場での検診」が八六%、復 数回受けて圧倒的に多かった が「成人病検診」(二四%)も 「がん検診」(二四%)も過去 二年に比べると増えている。た だ、男性(八一%)に比べて 一と女性(七四%)の受診率が 低く、「職場など受ける機会 のない専業主婦」などの検診を 受けるのが課題」といふ。</p> <p>次に、医療や医療機関につ いての質問。軽、病気ににかっ た時は、「売薬を飲む」が三九 %、「安静にする」が二 四%、「すぐに医者に行く」が二 四%の順だった。この三年間で 比べると、「医者に行く」が三 少しており、逆に「売薬を飲 む」が増加している。「医者に かかる暇もない、現代人の忙し さがうかがえる」といふ。</p> <p>現在かかりつけの医者をもっ ている人は二四%しかない が、八〇%の人が、今後かかり つけの医者が必要だと思ってい る。また医師の診療に対して は、二%の人がほかの職種 や職問を持っていた。</p>
---	--

朝日新聞 (1989. 11. 29)

の診断や治療が必要な程度のものである」と判断する（周囲のものがそうすることもある）場合である。病気がひとつの「状況の定義」（a definition of the situation）であるという見解は、社会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ることはできない。医師は、多分、専門的な知識を基盤にして、きわめて説得力のある定義を行うことのできるひとであるが、だからといって、素人である患者が医師の門を叩く前にある種の病気の定義を行っていることを否定する根拠にはならないのである。また、あらゆる社会現象の定義の場合と同様、病気の定義の場合も、そこに自他の定義とその異同の問題がある。今仮に、さまざまな病的兆候群があって（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、兆候そのものに可視性 visibility の高いものとそうでないものが混在しているわけだけでも）、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4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、(4)自他共に病気でないと判断する場合がそれである。ここで自他共に素人とし、これに専門家が(a)病気であると判断を下す場合と、(b)病気ではないと判断を下す場合を想定すると、ケースの数は一挙に倍増して8通りの状況が生まれることになるわけである。議

論を複雑にしないために最初の4つの場合のみについて考えてみると、(1)と(4)については、医師サービスを求める行動に関する結論は明確であるが、(2)と(3)についてはそれがいささか複雑になることは容易に想像されよう。したがって、その病気の程度が、専門家の診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かれをとりまく「重要な他者」たち（これが十分拡大されると準拠集団から社会そのもの、あるいは日本語でいう〈世間〉になる）の判断が無視されてはならないということになる。(2)や(3)の場合についていえば精神疾患の患者や定期検診の制度化などもこれと関わってこよう。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問題が始まるという点に留意したい。(資料6)

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俗差があるといわれているように、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、体温の上昇などに対する集合的な反応形式が存在するわけである。よく知られた例では、E. クーが行った、社会階層により「医療サービス」への接近がどう異なるか、という研究がある (Koo, E. L. *The Health of Regionville*. N. Y.

Columbia Univ. Press 1954)。一般的に言えば、上層、中層、下層の3つの社会経済階層を比べてみると、上層では、一定の病的兆候群に対して、医師にみせるべきだとする割合がきわめて高いのに対して、社会経済階層を下に降りる程、こうした病気の兆候に対する「感受性」は低くなっているのである。もちろん、ここには経済的な要因が介在している可能性がきわめて高いと想像されるが、たとえば、上層では100%「医師にみせる必要がある」とする血尿の場合ですら、下層ではこの割合は69%である。興味ある事実は、下層で「医師にみせるべきだ」とする割合が50%を超している病的兆候は調査に使われた17項目中3つで、それらはいずれも「原因不明の出血」（すなわち腔、尿、大便における過度の出血）と結びついている。

病的兆候群の可能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ろう。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、とくに病気を「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する病気に対する主体的な態度の育成が、たとえば社会的・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ず指摘されるのである。

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医師サービスにたいする需要が発生する。患者（病者）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。極度の情緒不安からその判断は必ずしも理性的な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行動のパターンとして分かっており、それが特定の医師サービスの需要と結びつく。

(a)接近可能性：医療サービスに対する接近可能性と関連するものは、主として「財政」と「地理的条件」の2つである。急病や事故もあるので、患者がサービスの価格を合理的に考慮して医師に接近するものではないと思われるが、事実は逆で、保険制度の導入などによって医療費負担の割合（医療費）が増大することが発見されている。一般に経済学では需要は価格、所得、選好の3変数の関数であるとされるが、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が50%に

も達するという報告もある。また患者が、もし必要とする診療科目を自分の近隣社会で発見できる場合、「最寄りの」医療機関を訪れる可能性は比較的高い。医師の側からみればそこに地理的・空間的に限定されたひとつの「診療圏」が存在するということになるわけである。

(b)他者の影響と評価システム：社会階級や家族が医師選好に強い影響力をもっていることは古くから知られているが、なかんずく特定の家族が特定の医師をいわゆる「家族医」（かかりつけの医者）としてもっていることがしばしばある。さらに、医師の「名声」に関しては複雑な「素人たちの評価システム」があってクチコミで伝えられる。親しい友人や経験をもっている仲間の「忠告」も日常的には医師選択の重要な情報であることはいうまでもない。

(c)代替の援助選択：近代医学に基づく医療が今日もっとも広く制度化されたものであることはまちがいないが、他方、漢方や特殊な宗教団体でこれを代替するひともし決して皆無ではない。もっとも、かれらのすべてが近代的医療を完全に放棄するわけではないだろうが、いずれにしても、こうした代替選択は医療サービスの需要量に大きな影響を与えることはまちがいないのである。

以上医療サービスの需給に関する若干の要因を考察した。(以下次号)