

研究ノート

医療と社会——医療社会学序説（2）

中野秀一郎

第3章 医療サービスと社会的環境の変化

第1節 サービス生産の内側

第2節 医療のシステム化

第3節 地域医療システム

第4章 医師—患者関係

第1節 医師への信頼

第2節 医師の役割・患者の役割

第3節 医師—患者コミュニケーション

(以下次号)

第3章 医療サービスと社会的環境の変化

第1節 サービス生産の内側

医療サービス、なかでも医師サービスは、今日、経済学的にみれば一定の有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、その供給において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、供給の主たる機関は、国公立であり（現在医学生の7割弱を抱えている—歯科ではこの事情が逆に私学が歯科医の大部分を供給しているので、そこに歯科医療サービス供給の特殊な問題が存在する）、受験競争でみる限り、その合格者の知的水準は決して低くはない。主たる競争者といえ、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、歯の治療に台湾ツアーが組織されているという噂もあった—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もしう。

一般的には、厚生省の方針や「無医大県解消計

画」（昭和48年の「経済社会基本計画」による）によって医師不足は解消したとされるが、相変わらず救急医療サービスの供給体制や日・祝日の休診には巷に不満の声が絶えないのである。以下に医療サービスの供給の側面にはどのような問題があるかを考えてみたい。

医療サービス従事者の補充：医療サービスの供給に直接関わる変数は、いうまでもなく、こうしたサービスを提供する人材（Health Service Workers）の補充である。1970年代初頭の日本では、患者数と「医療法施行規則」による病院の要員標準から割り出して、医師・歯科医師では必要人員の30%の不足、看護婦・準看護婦では40%の不足という数字がはじき出されている。これを実数で示すと、医師・歯科医師では4万5,000人、看護婦・準看護婦では実に10万9,600人の人材が不足していたということになるのである。しかし、こうした人員不足の事態は、歯科医師や医師では近年著しく改善されたし、看護婦についても1993年を不足のピークとして（需要数1,012,000人に対する不足数は98,000人、充足率は90.3%）漸次改善の方向が確認できる。（三藤和之『看護婦110番』岩波ブックレットNo.298, 1993年）。

さて、医師に限って話を進めるとして、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）。したがって、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しれない。しかし、医師会は医大新設に反対することもあるし、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。内部的にもいろいろ問題がありそうである。

医師養成：医科大学（医学部）は、昭和47年

(1972年)には、国立26校(定員数2,620名)、公立8校(定員580名)、私立25校(定員2,400名)であり、総数は学校数で59校、定員数で5,600名であったが、その内容は1960年代における私立医大新設ブームによる12校の新設校を含んでいる。このことは、かつては(たとえば昭和36年現在)学校数で33対13、学生数でも2040対800(私立の割合28.17%)であった国公立対私立の比が、大きく私立の側へ傾いたことを意味しているのである。

医師養成がこのようにして、「私的機関」に大幅に依存するようになると、費用に見合う利益を医療行為の中で生み出そうとする傾向が現われる危険性がある。他方、政府は、「多少の例外はあるが、医師数が人口10万人当たり100を割っている県は医科大学のないところである」という事情を考慮して、無医大県に順次医科大学を新設し、将来は無医大県を解消したいと考えていた。そこで、たとえば、対人口比医師数が最低であった沖縄県にも昭和54年度から琉球大学に医学部を発足させようとしたのだが、思わぬ「伏兵」がいて、政府の思わくが実現するかどうか心配されていた。それはひとつには、医学教育(なかならず解剖の授業)に必要な屍体の確保が、沖縄県では、いわゆる特殊な血縁集団「門中」を中心とする祖先崇拜のためにきわめて困難ではないかという点に加えて、沖縄の高校生が医学部に合格する可能性は(現在の偏差値とやらいう受験産業の合否判定基準からみて)定員の10~20%であって、残り本土からくる(多分また本土に帰ってゆく)受験生によって占められるであろうという問題であった。

地元で医師を「育成する」という希望は、こうして医学部の受験基盤が(他の学部比べて)著しく「地域性」を欠いている事情によって無残に打ち砕かれるおそれもなしとしなかったのである。

ところで、昭和47年の数字から推定しても医師の生産が急ピッチで伸びているだろうと想像される。その間の事情を少しみておくことにしよう。

昭和54(1979)年5月16日付で厚生省の発表した春の医師国家試験合格者を見ると総数5,467名(国立2,737名、公立532名、私立2,160名、その他38名)であり、合格率は78%であったという。私

立のシェアは39.51%であったが、いずれにしろ年間6,000人に近い医師を生産する体制が定着したことは疑いえないところである。ちなみに、同じ時期の歯科医師の国家試験合格者は、3,080名と3,000人の大台に乗っており、(合格率97.8%)これも47年にピークをみた歯科大ブームの影響が出始めたと思われるが、1979年春の受験者数3,150名というのは史上最高といわれていた。ここでは、医師の場合とはちがって、私立の占める割合がきわめて高く、その値は84.12%であった。

懸念される点は、今日、(歯科医師はいうにおよばず)医師の養成が私学を中心に増強されていることである。実際、医療の社会的性格が充分認識されているのであるから、医師養成がおおむね公的負担によって行われるのは当然であり、それがまた医療を「経営主義」(Commercialism)の陥穽から守っているわけであるが、日本では(たとえば、私立と国公立の学費には約100倍もの格差があるといわれている)こうした世界の「常識」に反する実情が、医師が「仁術を忘れて算術に走りたくないか」という懸念を生み出す温床にもなっているわけである。

医師国家試験の最も新しい結果(1992年春)でみると(資料1)、国・公・私立を合わせて受験者が9,515人に対して合格者は7,988人、合格率が84%であった。女性が合格者の2割を超えたということが話題になっている。学校数では国・公立が51、私立が29で、私立の割合は36.25%であるが、これはほぼそのまま合格者の割合でもあり、7,977人(認定などを除く)の合格者のうち私立出身のものは2,888人、割合にして36.2%となっている。

外国人医師:さて、医師の数を増やすもうひとつの手っ取り早い方法は外国から医師を連れてくるというやり方である。医師の国際移動は、欧米、およびいくつかの後進国では重大な問題であり、たとえば、アメリカはこの点で外国依存型の典型である。1963~1965年の3年間に、インターンカレジデントであった医師の4分の1は外国で医学教育を受けたものであったし、アメリカの医師のうち、その15%(男性の場合14.2%、女性の場合27.4%)が外国生まれであった。同様な傾向は、

資料1 1992年(春) 医師国家試験合格者数

医師国家試験の大学別合格状況		合格者数		合格率
大 学 名	受 験 者	合 格 者	合 格 者	合 格 率
北旭弘東秋	129	110	85.3	3
海川前北大	128	116	90.6	6
道大大大	134	126	94.0	8
山筑群防千	130	118	90.8	8
山形波馬	125	106	84.8	8
山形波馬	147	121	82.3	3
山形波馬	106	102	96.2	3
山形波馬	106	102	96.2	3
山形波馬	121	102	84.3	0
山形波馬	71	66	93.0	0
山形波馬	136	119	87.5	5
山形波馬	112	99	88.4	9
山形波馬	82	68	82.9	9
山形波馬	143	125	87.4	4
山形波馬	101	90	89.1	1
山形波馬	125	108	86.4	4
山形波馬	108	83	76.9	8
山形波馬	107	98	91.6	0
山形波馬	105	87	82.3	2
山形波馬	102	91	89.2	7
山形波馬	108	98	90.7	7
山形波馬	111	97	87.4	5
山形波馬	106	98	92.5	5
山形波馬	119	105	88.2	2
山形波馬	117	102	87.2	2
山形波馬	128	118	92.2	2
山形波馬	145	125	86.2	3
山形波馬	124	112	90.3	3
山形波馬	106	87	82.1	7
山形波馬	130	114	87.7	7
山形波馬	135	113	83.7	7
山形波馬	122	107	87.7	7
山形波馬	126	99	78.6	6
山形波馬	118	102	86.4	4
山形波馬	115	105	91.3	3
山形波馬	116	104	89.7	7
山形波馬	136	111	81.6	6
山形波馬	121	100	82.6	6
山形波馬	124	107	86.3	3
山形波馬	137	115	83.9	9
山形波馬	114	96	84.2	2
山形波馬	100	86	86.0	0
山形波馬	113	101	89.4	4
山形波馬	109	92	84.4	4
国 立 計	5092	4429	87.0	0

大 学 名	受 験 者	合 格 者	合 格 率
札幌医科大学	105	97	92.4
札幌医科大学	95	82	86.3
札幌医科大学	80	68	85.0
札幌医科大学	86	73	84.9
札幌医科大学	108	97	89.8
札幌医科大学	87	77	88.5
札幌医科大学	128	116	90.6
札幌医科大学	65	50	76.9
公 立 計	754	660	87.5
岩手医科大学	98	82	83.7
岩手医科大学	111	105	94.6
岩手医科大学	96	89	92.7
岩手医科大学	134	108	80.6
岩手医科大学	136	108	79.4
岩手医科大学	103	96	93.2
岩手医科大学	105	92	87.6
岩手医科大学	127	113	89.0
岩手医科大学	168	114	67.9
岩手医科大学	145	129	89.0
岩手医科大学	120	108	90.0
岩手医科大学	121	97	80.2
岩手医科大学	113	88	77.9
岩手医科大学	168	133	79.2
岩手医科大学	123	104	84.6
岩手医科大学	115	97	84.3
岩手医科大学	119	85	71.4
岩手医科大学	142	121	85.2
岩手医科大学	132	82	62.1
岩手医科大学	120	79	65.8
岩手医科大学	124	94	75.8
岩手医科大学	125	108	86.4
岩手医科大学	127	100	78.7
岩手医科大学	125	90	72.0
岩手医科大学	121	93	76.9
岩手医科大学	117	97	82.9
岩手医科大学	150	115	76.7
岩手医科大学	132	98	74.2
岩手医科大学	110	99	90.0
私 立 計	3637	2888	79.4
医 定 予 備 計	32	11	34.4
医 定 予 備 計	32	11	34.4
合 計	9515	7988	84.0

女性の合格者
2割を超える

厚生省は十二日、医師国家試験の合格者を発表した。受験者九千五百五十八人で、合格率は七千九百より〇・一低い八四％だった。女性の合格者が占める割合は二割を超え、これまで最高となった。

女性の過去の合格者数は一九九〇年以降の統計しかないが、全合格者に占める割合は九〇年が一・八・五％、九一年が一・九・二％と年々増え、今年は千六百四十五人で二〇・六％だった。合格率も男性の八三・一％に対し、女性は八七・六％と女性受験者の躍進が目立った。

受験者のうち新卒者の合格率は八八％で既卒者は六三％。国立大学出身者の合格率は八七％、公立は八八％、私立は七九％だった。

大学別の合格率で上位五大学は①筑波大九六・二％②自治医大九四・六％③弘前大九四・四％④慶応大九三・二％⑤防衛医大九三・〇％

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」(National Health System) にしても外国出身の医師や看護婦の流入がなければ実現不可能であったろうといわれている。ある推計によると、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2万4,000

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、こうした先進諸国の吸引力は流出先で深刻な問題を生む。とくに、後進諸国の場合、自前で養成した医師がよりよい生活環境を求めて先進国へ流出するのはきわめて残念なことである。筆者がかつて短期間教鞭をとったことのある(1989年秋) フィリピンの名門私学

資料2

いつも笑顔を決やさず島の人たちの治療にあたる
朴貞信さん (山口県光市牛島で)



家庭



病気でなくても遊びに来なさい

日本の難病や辺地の医療は韓国や台湾など外国人医師によつて支えられている。総勢およそ八百人。その中で女医は珍しい。瀬戸内海に浮かぶ孤島、山口県光市牛島の診療所には、昨年十月下旬、病気をめいた韓国人医師のあとに、ソウルで十七年間開業していた朴貞信さん(56)を迎えた。治療はベテランの老練切、老人たちの

「大きい話し相手でもある。朝のうちば、年配の患者が多く、待合室はにぎやか。まるで老人ホームみたい。高齢者所帯のベストラに、多くの医師が名を連ねているが、この女医には全く無縁の話だ。『医は愛である』ことを信じて専任とされる。島の生活が半年を過ぎ、すっかり島になじんだ。」

愛で辺地医療支える老韓国人女医

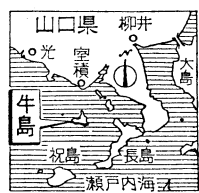
ある日の診察室で。治療を終わった女医「センセイ、薬がみてた。朴先生は滑らかな日本語を話すが、方言にはまだ弱い。治療費がタダのうえ、薬をもらって、もつたないを手を合せる老人もいる。だから「潮がみちた」と同じ意味で「潮が痛む」とい

「薬がいついあると理解しろが正確だった。近ごろはうが反対に「せんない」(うら)という

「脳が走ると飛び込む男がいた。朴先生はつりひ頭にけがをしたと思うが、だが、頭は異常な。あとで大笑い。風邪をひいて「頭が痛い」とい

悩みごと相談 島に溶け込む

「こぼれも覚えた。海がしける」と一日三往復の定期便が出ない。そんな時は、ソウルの孫からの手紙がなかなか届かない。「それがせんない」と朴先生。カルテはドイツ語、処方せんは看護



牛島は光市(舊横(びら)み)港から十八、周回十一の小さな島。人口は約三百七十人。家族の分化が進んで百四世帯もある。若者は少なく、一人暮らしの老人が多い。診療所の患者は八割が老人だ。神経痛、高血圧、関節炎などが主な病気。朴先生はクリスタン。「医は愛である」と信じてい

「金もうけ主義はどうかしている」

「でも痛くなくとも遊びに来なさい。ソウのうが口へせ。わじきを訴える老人の人生相談にも応じる。嫁とせうとのものごとく「若いもんをえと」(えん)と「立てない」とい

「こぼれも覚えた。海がしける」と一日三往復の定期便が出ない。そんな時は、ソウルの孫からの手紙がなかなか届かない。「それがせんない」と朴先生。カルテはドイツ語、処方せんは看護

専門学校(現生の東京女子医科大学)のクラス会へ、約四十人が集まった。朴先生は四十二年ぶりの再会。四日間島を離れたが、無性に島に帰りたいかたがたい。「東京は人車が多いので、頭がぼんやりして……島の車もない。おまけに島の人の人情がいい。深天的な私にひたり」

朝が早い。毎日午前二時半から四時半まで起き、費美歌のじいじを聴きながら読書を読む。夜は八時半には寝る。女学生に返った気が、自炊生活をしているが、新鮮な魚がなにより。刺し身をうへへてくれる患者もいる。診察の暇には二階の自室で、テレビを見て勉強する。医学、健康、婦人ものなど。それと体操。「辺地医療は若い医師

「金もうけ主義はどうかしている」には無理でしょう。いろんな問題がありますが、新しい知識が得られないのがとても痛む。だから、私のようにお年を立つた医師が希望するようになれば……と提言する。

専門は小児科と内科。昭和七年から同十二年、東京女子医学専門で学んだあと外科と産婦人科の夫と三年間いっしょに、夫の病死後三十四年間、ひとりです

腎臓を移植した。ベッド数は七つ。「ソウルも医師の狭き道で競争は激しかった。目の患者は二十人平均。この診療所よりちょっと忙しいくらい。食べるには苦しみなかったが、もえることは考えなかった。いままの日本は現状はどうかわりませんね」

朴先生は三年契約。七年前、白内障で盲目を手術、目が復した。一昨年病院をめた。さびしかつた。何かをやりたくと願って来て、三つの目標があった。一つは医療従事者続けること、二つはクラス会に出席すること、三つはこれから。「お金をためて韓国に帰りたい。私はこれを三つの夢と考えています。妻のタネがやがて芽を出し、園遊を超えた愛が育は、うれい。日本にきたか、があまりです。作家の吉屋信子に似たオウツバ髪が印象的だ。気持ちよ水泳の少女なのかも知れない。」

資料3

文部省高等教育局長殿

厚生省健康政策局長

医科大学（医学部）学生定員の削減措置について（依頼）

21世紀に向けて、ゆるぎない保健医療供給体制を確立するためには、適正な水準の医師数の確保が極めて重要な課題であります。昭和50年代後半に到達した我が国の医師養成数の規模から推定すると、我が国の医師数は平成12年（西暦2000年）には、人口10万対220人、平成37年（西暦2025年）には300人に達し、深刻な医師過剰となることが見込まれます。

このような状況から、昭和61年6月の「将来の医師需給に関する検討委員会最終意見」において、「昭和70年を目途として医師の新規参入を最小限10%削減する必要がある。」旨の提言があり、さらに貴省におかれても、「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議」において、同趣旨の意見が取りまとめられ、国公私立を通じた大学医学部の入学者数の削減、入学定員の厳守等の措置により、医師養成数の削減が開始されたところであります。

医師養成数の削減の実績は、国立大学医学部の学生定員削減を中心に年々増加しており、このような貴省の御尽力について多とするものであります。しかしながら、検討委員会や協力者会議でうたわれた医師養成数の適正化の目標達成のためには、平成元年度までに10%削減を行う必要があるのに対し、同年度までの削減率は5.6%に留まっております。検討委員会の提言は、10%を最小限の目標としたものであり、医師過剰が深刻化した場合には、国民の保健医療の確保にとって種々の弊害が生ずることが懸念されるところから、削減目標の早期達成が急務であります。

以上のような事情を御勘案のうえ、国立大学医学部の学生定員削減につき引き続き所要の措置を講じられますとともに、公私立大学医学部の学生定員の削減につきましても、格段の御指導を願いたく御依頼致します。

『厚生』1989年10月号 69頁

デラサール大学（De La Salle University）の医学部で、毎年その卒業生の8～9割がアメリカへ流出してしまうと聞いた時の驚きは、今でも新鮮である。

日本でも、離島や僻地の医療が韓国や台湾からきた医師によって支えられている事実があった。その数は決して多いとはいえないが（1979年5月の数字で約800名）、無医地区が少なくない反面、毎年高額所得者のベストテンに多く医師が名を連ねている現実の中で、この事実の重みを日本の医療関係者はどうとらえているのであろうか。しかし、その分布の不均衡はともかく、昭和58年（1983年）には人口10万人当たりの医師数が150人

を超え、全国（の医科大学・医学部）80校の入学定員が8,360名となって、医師過剰の心配が出てきたといわれている。すなわち、現状のままでゆけば、西暦2000年（平成12年）には人口10万人当たりの医師数が220人にもなるというのである（厚生省試算）。医師数の適正な規模をどう決定するかはきわめて難しい問題であるが、天井知らずの国民総医療費との関連でいうと、医師数の増加が医療費の高騰と高い相関のあることがアメリカの研究で明らかにされており*、医療サービス生産の効率性の観点からも「適正化」の名の下に医師数をこれ以上増やすべきではないというのが政府の考え方なのである。こうして1989年8月に

*) William, R. "The Supply of Physicians and Expenditures for Health Services with Implications for the Coming Physician Surplus," *Journal of Health and Social Behavior*, 1985, vol. 26, pp. 297-311.

は、厚生省が文部省に対して医学部の入学定員の削減措置について申し入れを行ったというらしいである（資料3）。

供給セクターと配分：医療の問題が、単に病気に罹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、医療サービスの供給に関しては、政府が国公立の医学教育機関を運営することで、またその質の確保については医師国家試験を掌握することで、部分的には「医療の社会化」が実現されているとみてよいが、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、さまざまな医療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、地域的分布はすでにみたように、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を分析してみる必要があり、そのことは間接的に「医学教育」の問題とも関わってこよう。単に、たと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、看護婦がそこへ行って実際に働かなければ、現実的に「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、医療サービスの供給を担う診療所や病院が営利的な性格をもって、たとえば、ここ数年来医師全体の約40%は、いわゆる中小企業的な経営基盤しかもたない「診療所の開設者」、つまり開業医であり、また病院の71.6%（昭和61年）が私的な病院（医療法人、または個人が開設者）である。このため、個々の医療施設の運営は経済的採算を抜きにしては語れないわけであり、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。

その他、医療サービスの供給を分析するとなれば、「質と価格」の問題や「所得介入」（医師が創り出す需要）の問題などが存在する。基本的には、医師-患者関係が権威をもった「専門家」と無力な「素人」の関係であることから、従来理想とされてきたものは、職業的倫理に基づく医師側の供

給体制-アメリカではこの一面が医師における「広告の禁止」として制度化されている-と医師に全幅の信頼をおく患者の態度-同じくアメリカにおける患者の側の「医者あさり」（shopping around）の禁止-であった。しかし、一方では医療保険制度の導入による診療費の点数化、他方、医学的知識の一般的普及や患者運動の興隆など、医療サービスの需要供給をめぐる社会的環境は大きく変化してきている。制度的矛盾の間隙をぬって「乱診乱療」の弊害もなしとはしない。たとえば、医療施設についてみると、わが国の病院数は約37,000（有床診療所を含む）、病床数も172万床で、絶対数でも人口比でも世界一、しかも今でも毎年4万床が増えつづけているという。こうした状況を踏えて、自治医大教授の一条勝夫はいう、「医療供給施設の自由放任と、保険医療の出来高払制度が、世界一の医療供給体制をつくりあげてきたが、同時に受療率を欧米の数倍にもひき上げ、50%もの不必要入院患者をつくりあげもした」と。（石原信吉編「明日の医療⑦ 中央法規、1985年、237頁）。医師と患者の「良き関係」がもう一度模索されるという今日の状況がここに存在するのである。

第2節 医療のシステム化

最近の社会諸科学における「システム」（system）という概念はまさにひとつのマジック・タームといってよい。当初、物理学、生物学、通信理論、自動制御理論（より基礎的には、統計的決定理論、確率論、ゲーム理論など）を基礎にして誕生したシステムの思考が、社会学、経済学、政治学、心理学、精神分析学、社会福祉学、組織論、都市計画、生態学、人口論、その他諸々の領域へ浸透し、はては行政関係者さえもがシステムについて語りだすという始末である。こうした「システム」概念の流行そのものについては、別に知識社会学（sociology of knowledge）の観点から分析が必要ではあるが、御多分にもれず医療の場合にも、「医療システム」（Medical Care System）について多くの議論が行なわれるようになった。

結論的にいえば、現在の支配的な社会システム概念の特徴は、たとえば公文俊平のシステムの定

義「システムとは、主体が現実界を認識、制御、変革することを目的として作るところの、現実界の一部—これを対象と呼ぶ—に対応させられる記号的構成物である」にみられるように、いわば認識と実践とが「計画」や「制御」の概念を媒介にして密接に連繋し合っているところに存するわけであり、その意味で、「問題解決志向」、あるいは「目的達成志向」の強い人間的営為のガイドラインとしてはきわめて有効な概念構成物であるといえるのである。

周知の通り、医療もまた多様な問題を抱え、その解決が焦眉の急であるばかりでなく、さらに一定の「価値観」（たとえば、すべてのひとびとに最高の医療を！）に基づいて、一定の目標達成に志向する営為であるから、いずれにしても「医療システム」について語ることはきわめて妥当なことであるといわなければならない。しかし、複雑な変数群を含む（すでにわれわれは、医療サービスの需要と供給に関して働くいくつかの変数について概観した。）「資源配分システム」である医療システムのモデル化は、技術的な理由だけからしてもすでにこの小論の射程をはるかに超えるものである。そこで、ここではむしろ社会システム論のロジックを踏まえて医療システム構築のための考え方の筋道を述べ、併せてわれわれが医療のあり方をどのように考えてゆけばよいのかという問題への手掛りを模索してみたいと思う。

医療のシステム化というと、普通は、コンピューター・サイエンスの発達に触発されて、こうした技術（ハードウェアとソフトウェアの両者を含む）を医療の場面に導入することが思い起こされる。そして実際、多くの人々はこのような発想に立って、「病院の自動化」や「検診の自動化」について語るのである。確かに、医療へのシステム工学や情報科学の導入は、医療システム化の重要な一側面ではある。しかし、社会学者が「医療」を「システム」、なかんずく社会システムとして概念化するという場合のパースペクティブはもっと広い。すでに示唆したように、「システム」概念の核心は認識と実践の統一にあり、そこではシステムを構成する諸要素の分化（Differentiation）と統合（Integration）がシステム全体の目標達成（Goal-attainment）に志向するように調整され

るわけである。さまざまな資源や人材が目標達成のために動員されなければならないが、その動員過程を制御するのが「情報」（information）である。したがって、こうした目標志向の強い社会システムは、通常、「情報の流通と処理が資源（や人材）の動員と配置を決定するシステム」であると考えられているのである。

「システム」概念はまた、主体（＝行為主体 actor）が認識と実践のために作り出す概念的構築物であるから、その認識・実践のレベルにに応じていくつものモデル化が想定可能なわけである。

こうして医療の場合にしても、小は診察室の中の医師—患者関係というマイクロな社会システムから大は国民国家社会（Nation—State Society）全体の医療システムまでが、理論的には構成可能なわけである。

周知のように、システム工学の中心概念は「サイバネティクス」（cybernetics）と呼ばれる「通信と制御」の科学であって、この言葉は本来ギリシャ語の「航海術」を意味しているといわれている。すなわち、風や波のような人間が制御できない変数を含む状況の中で帆や舵（制御可能な変数）を操って船を目的地に走らせる営みがそれである。そこで、こうした概念は、たとえば計画経済（社会主義社会）にとっては決定的に重要な社会技術（Social Technology）となるのであり、旧ソ連ではサイバネティクスは「キベルネティカ」と呼ばれて、マルクス＝レーニン主義の「第一番頭」として幅をきかせていたわけである。

さて、医療の一部分へコンピューターを導入するというような（たとえば、検診の自動化：血液生化学自動分析装置を用いれば、30数種の検査が一度に、また1時間に50件もの検体が処理できるという）、いわゆる医療の自動化・省力化は、基本的にはエレクトロニクス技術の応用ということであって、これはさまざまな企業や官庁で作業過程の一部、あるいは組織運営の全体へコンピューターを導入して同様な成果を収めているのと全く同じであるから、あえてこの側面をもって「医療のシステム化」を語るのは外的れだと思われるが、それではわれわれは一体何をもって医療のシステム化の核心と考えるべきなのであろうか。

基本的には、医療のシステム化というのは、一

定の目的関数（たとえば、必要に応じて、いつでも、どこでも、だれでも、最も適切な医療を受けることができる）をもつ効率的な医療サービス供給の体制（システム）を組織することであり、そのために資源と人材の動員と配置を制御する医療情報の流通と処理に最新のコンピューター技術が採用されるわけである。この観点からすれば、一定の大きさをもつコミュニティを単位としたいいわゆる「地域医療システム」がきわめて重要なシステム化の舞台になる。もちろん、すでに示唆したように、われわれはもっと大きな（たとえば国民国家社会レベル）、あるいはもっと小さな（診察室の中の医師-患者関係）医療システムを考えることもできる。そしてそうすることはそれなりに、こうしたシステムの作動に関する認識を深め、政策的提言を用意するのにきわめて有効な方法である。けれども、丁度、技術全体の中で「人間の顔をした技術」が見直され、政治の場面でも「地域主義の時代」がキャッチ・フレーズになっているように、医療システムの場合も「中範囲理論」(The Middle-Range Theory) が具体化の中心になってよい。

一般的に、マクロ疫学的にみれば、一定の人口集団に発生する病気の種類と数（したがって、略々医療需要に対応）は比較的規則的なパターンを示すのが普通である。たとえば、ワズワースたちがロンドンで行った調査*（16歳以上の1,000人のサンプルが14日間に示した病的兆候群と受療行動）では、大多数（750-900人）が所与の2週間のうち少なくとも一度は病的兆候群を示すわけだけでも、このうち約200名（3分の1以下）のものが医師を訪問しており、さらに病院の外来患者となったものがそのうちの約28名、結局入院患者は全体の5名であった。もちろん、医師を訪ねたもののうち、実際に医療を必要としたものはさらに数が少なくなるだろうし、逆に、医師を訪ねなかったもののなかにも治療が必要な程に病状が進んでいたというものがいる可能性は否定できない（定期的な検診のもつ意味についてはすでに以前に示唆しておいた）。けれども、このような数値の分布はきわめて普遍的なものであるから、こう

した資料をもとに医療供給体制を組織することは充分意味のあることである。この点をやや専門的に述べると、医療システムとして、「第一級医療」、「第二級医療」、「第三級医療」の適切な組み合わせという問題がある。

第一級医療が必要な疾病とは、一生のうち誰もが一度くらいは罹患する確率の高い病気であって、これに対してはごく普通の医療施設と一般医、それに補助員が職場や家庭に密着しながら治療に当たることができる。第二級医療が必要な疾病とは、一人の個人にとっては罹患率は比較的低いが、一定数の人口（2万5,000～数10万人）があれば、かなり大規模で専門化された医療設備が必要になるようなものである。これにはやや専門的な医師やコメディカルワーカー組織が対応しなければならないであろう。第三級医療が必要な疾病とは、個人の一生では罹患率はきわめて低いが、総人口50～数100万人の社会（人間共同体）では十分予想され、発見されるものである。病気の性質が複雑で、その健康障害程度も大きいため、高度に集中化・専門化された技術が必要であり、いわゆる濃厚治療・集中医療がこれに対処することになる。ここでは、きわめて専門化された医師や技術者、諸設備が必要になる。医療サービス供給システムがこうした需要構造に適切に見合ったものであるかどうか、設備や人材の分布・配置に重複や過度の競合がないかどうか、さらにはまた医師やコメディカルワーカーの養成がこうした需要、とくに未来の需要パターンを予測した上で充分計画されているかどうか、医療のシステム化をめぐる問題はきわめて大きな広がりをもっているわけである。

「広がり」のついでに、地域医療システム化が充分考慮すべき疾病をめぐるふたつの「次元」(dimensions) について言及しておきたい。そのひとつは時間的次元であり、もうひとつは社会空間的次元である。

時間的次元への配慮とは、病気がもつ歴史的・時間的経過への着目を意味する。それは発病以前に位置する予防・衛生の問題から、発病・診断・治療を経て、さらに予後と社会復帰を含む病気の

*) Wadsworth, M. et als, *Health and Sickness : the Choice of Treatment*, London : Tavistock Publications, 1971.

全体過程への適切な対応の問題である。医療資源の配分が問題になるとき（医療のシステム化）、この次元に沿った目配りが充分になされるべきことはいうまでもなからう。

社会空間的次元への配慮とは、病気をもつ社会性の拡がりへの着目を意味する。医学的な意味での病気そのものは一個人の関心事でしかないとしても、それはかれの帰属する家族や職場集団、その他かれを取り巻くさまざまなひとびとに重要な波及効果を及ぼすものである。こうして、適切なメディカル・ケア・システムは広く「社会事業」(Social Work)の一部をもとり込んだ周到に計画されたものでなければならないのである。

大切なことは、医療システムもまた人間＝社会システムであるという認識である。

第3節 地域医療システム

人間の日常生活の場は、一定の空間的境界をもっている。どんなに交通・通信技術が高度化してもひとびとの毎日の生活は主としてある地域的な拡がりの中で展開されている。こうして、たいていのインド人は「インド」に住んでいるし、たいていの日本人は（毎年約1,000万人の日本人が外国に出かけるとしても）「日本」で生活している。もっといえば、多くのひとびとの生活はもっと限定された〈地域（社会）〉で完結している。

ひとびとの生活がほぼその領域内で完結していると思われる地域単位を、社会学ではコミュニティ(Community)と呼んだりした。その具体的な拡がり、交通・通信技術の発展によって異なるが、いわば一つの「生活圏」として日常的なニーズがほぼ充足されるスペースが〈地域社会〉コミュニティである。

ところで、人間社会が直面するさまざまな問題の解決には、大は地球規模の協力が必要なものから、小は市町村レベルの境界内で処理できるようなものまでいろいろである。環境・人口・資源・軍事（平和）というような問題は国際的な枠組の中で考えなければその解決策をみ出すことは困難かと思われる。他方、住民の日常的な生活に根ざした諸問題には直接的な住民参加を含めた地域的な取組みが効果的である。こうして、分権的な国家では地方自治体に大幅な権限の委譲がなされ

て、各地域が独自の仕方でも問題に取り組んでいる。そして、保健・医療・福祉に関連する諸問題はこうした地域的な取組みが有効な領域であると考えられてきたのである。

一般論としていえば、地域的な取組みのメリットは2つある。ひとつは、その地域に固有の具体的な問題に直接対応が可能だという点、もうひとつは住民の直接的参加によって〈民主的〉な施策が実行できるという点である。戦後、アメリカが日本に民主主義を定着させようとしたとき、とくに地方自治（地方分権）を強調したのは、「地方自治は民主主義の学校」だという思いがあったからだといわれている。

医療や保健は、結果としては〈集合現象〉だけれども、それは個人々人を原点として展開するわけだし、その意味ではある種の〈きめのこまかさ〉が求められる。地域医療はこうしたマイクロマクロの中間に位置して、具体的な日常実践の領域として存在するわけだが、それはまた医療の効率的なシステム化を考える際にも、戦略的な重要性をもつ医療単位（unit）だといえるのである。

今日、地域医療が問題になるとき、一方では地域の空間的拡がり、他方では医療の内容の拡がりを併せて考えなければならない。前者については、それは単なる行政上の単位というよりはむしろ、共通の保健・医療問題を共有する人口集団と考えるべきだろう。また後者については、予防から診断・治療、さらには予後からリハビリテーションまでを視野に入れる必要がある。すなわちプライマリ・ケア（初期診療の充実）、総合医療（胎児から死まで）、継続医療（健康の保持・増進・予防・治療・社会復帰に至る一貫したケア）、全人的医療（病気を対象とする医療ではなく病人を全人的に捉えるケア）がそれである。

さて、医療の社会化と平行して、わが国でも住民のニーズに対応した地域医療の組織化が問題になり始めたが、とくに公害問題の顕在化とそれに対する住民の生活防衛、社会保障の拡大を求める運動と共に、1974年には医療審議会が「地域医療計画策定・推進」の必要性を強調した。それは、石油ショックによる経済の不況を背景に医療費を含む社会保障支出の膨張を抑える必要が痛感され

たという財政側の事情も大きかったが、医療費の増加や医療施設の拡大にもかかわらず病人（患者数、受診率など）の数が増加の一途をたどっているという医療の現実もこうした動きをプッシュしていたと思われる。中央政府による官僚主義的統制（それは、住民の自主的な活動・参画を阻害する）や資本による医療の営利的搾取を排除して、真に地域住民のニーズに直接対応した地域医療システムをどう構想するか。このような文脈の中で、住民、行政、医療関係者の全体を巻き込んだ（運動）として地域医療が生れてくることになる。もちろん、地域医療システムの構成にはさまざまなモデル化が可能であり、その詳細をここで論じるいとまはないが、次図で示したのは「保健・医療を人びとの生存を確保するための支援機能の体系（システム）」と考える田中恒男（元東京大学医学部教授）のモデルである。（図1）

システム「目標関数」を入れて、より機能主義的なモデルを作ることも可能であるが、そうした場合とくに重要になるのが分化したサブ機能を担う異なるエージェントの間の調整（co-ordination）の問題である。狭義の「医療システム」をとりあげても、そこには保健所、診療所、病院、中間施設の間、あるいは医師とそれ以外のワーカーとの間などに葛藤の可能性が多く存在するからである。

さて、それでは地域保健医療が具体的な運動として「システム化」していった一つの実例を最後に紹介しておこう。それは熊本県の公立菊地養生園診療所の物語である。（青山英康編、明日の医療②地域医療 中央法規 1984年 341-353頁）

筆者は別のところで（園田恭一編『社会学と医療』 弘文堂、1992年）「医療技術の高度化」を論じた際、主として健康にとって良くない生活習慣を野放しにしておいて、例えば心臓移植のような高度な医療を日常化しようとする「矛盾」を論じた。実際、今は予防医学を中心とした医療が地域の中でもっと強調されてもよいのではないかと思うことが多い。しかし現実には、「砂糖べらし運動をやれば菓子屋さんから、葉の害を説けば乱診乱療をやる一部の医師（や製薬会社←筆者加える）から、近代農業を批判し農薬の害を叫べばその関係者からはねかえりが出始めた」（同上、青山英康編、347頁）という経験をもつ菊地養生園の試みは、モダンなシステム論のイメージとは一寸遠い感じのする医・食・農の総合という視点をベースとして展開した。

1970年（昭和45年）、熊本に「新しい医療を創る会」という住民運動が起こる。多様な個人が組織の活動を足場に、この運動は日常生活（健康）から医療を考えていくという方向で、結局、財団法人熊本県健康管理協会の設立へと発展し、併せて

図1 地域医療のシステム図

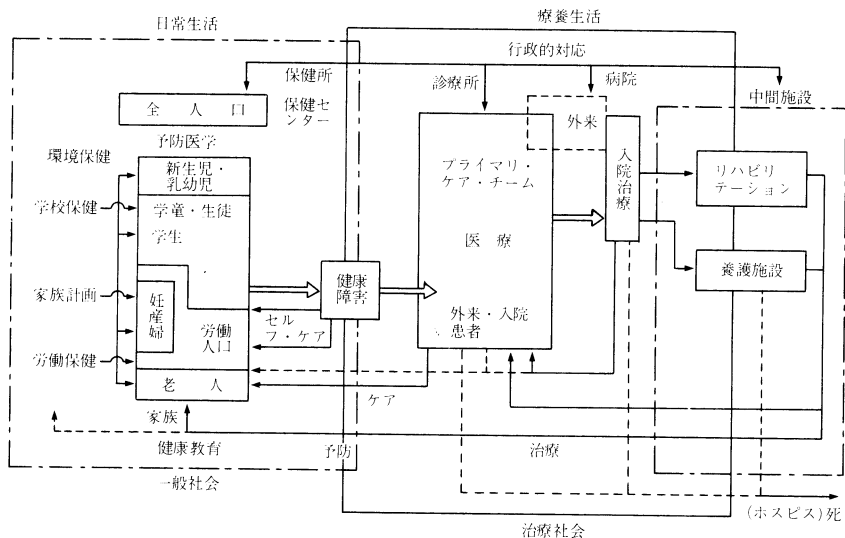
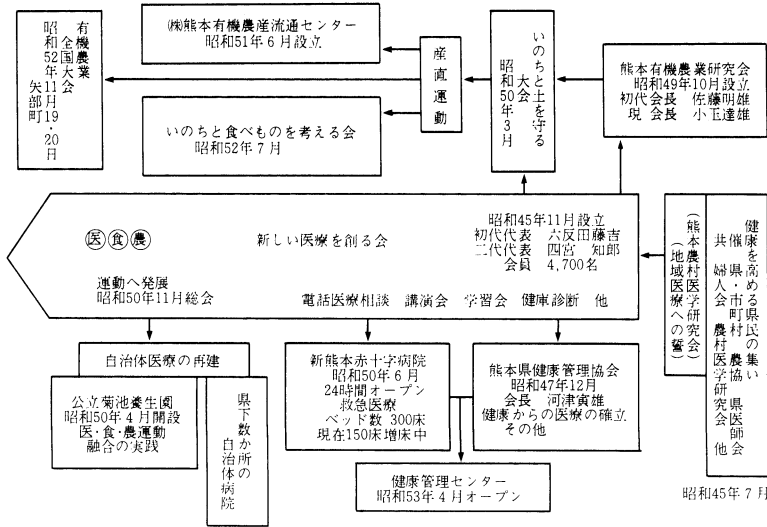


図2 新しい医療を創る会を中心としたシステム



地域医療の中核としての日赤病院を再建する(1975年)。

そのシステムは図2に示されているが、なによりもそれが住民による、住民のニーズに対応した〈運動〉として展開したことである。〈いのち〉を守るという基本から出発して、食品の安全性、さらにその基底にある農業のあり方(熊本県は農業県であり、高齢化率も15.4%と全国11番目=1990年)への関心という具合に運動が深化していくなかで、この精神を貫く実践の場として公立菊池養生園がスタートした。

チーム医療や救急医療体制の確立と並んで健康管理のシステムを強調し、住民の意識改革を通して医療と食事と農業を一体化する実践活動がこの自治体病院によって展開されたが、もっとも「我々の食べものを生み出す土や水のことも考えないで、単なる医学や医療論だけでいのちは守れるだろうか」という問題提起に支えられているこうした地域医療のあり方が、現実の社会環境のなかでどこまで広く拡張していくことができるだろうかという疑問も残る。というのも、高度化した医療機器のメーカ、製薬会社、それに医療者もまた客観的には濃厚〈治療〉中心の医療システムへの圧力となるからである。

地域医療システムは、基本的には予防とプライマリ・ケアを中心に、広い意味での福祉をとり込む形で老人ケアにも力を入れなければならない

が、さらによれば、それ自身が保健・医療・福祉を包摂した総合的なシステムとして構想されなければならないであろう。

第4章 医師-患者関係

第1節 医師への信頼

1960年代、全国で起った大学紛争、それはまたいわゆる高度産業社会化を達成した米国および西欧諸国でも共通にみられた現象であったが、その原因を何に求めるにしろ、そこに例外なく認められた特徴のひとつは、大学あるいは大学人に対する学生の異議申し立て、別の言葉でいうならそれまでの大学人の伝統的な「権威」に対する不信の表明であった。

一般に、伝統的な権威に対する不信の表明は、変化の早い激動の時代、とくに世代間の考え方や価値観に大きな差異が出てくるときに表出し易いと思われるが、この現象は確かに現代という時代のレットルにも似て、大学以外のさまざまな領域にも出現したのである。高等教育の大衆化により知識の普及が著しく進んだことや、精神的にも物質的にも欲求水準の上昇が民衆の間に定着したことによって、「知識財」(知識)における伝統的な不平等の構造が告発されたとも考えられるのである。

知的権威と社会的威信を独占していた医師の場

合にも、患者、大衆の側からの異議申し立てを避けることができず、ここに大規模な医療告発、医師不信の火の手が上がったわけである。

医師-患者関係をひとつの相互的な役割関係と想定すれば、一定の時代と場所に一定の安定的な社会関係を考えてもよいが、そのためにはすでにみたような「役割期待の相補性」が存在していなければならない。

一般に、医師は、(1) 職業に付随する高い社会的威信 (social prestige=職業的威信の測定によれば、大抵の社会において医師のそれは裁判官や大学教授などと共にきわめて高い)、(2) 患者が必要としているもの (高度で専門的な医療サービス) をもっていることによる状況的権威 (situational authority)、それに (3) 患者が自らを治療する能力をもたぬというかれの状況的依存性 (situational dependency) とによって、患者に対してより大きな社会的勢力をもっているのが普通である。そしてこの勢力布置のアンバランスの故に、両者の関係がうまくゆくためには、患者の側に医師の行為の「適切さ」に対する信頼が存在していなければならないのである。

従来までの日本の典型的な医師-患者関係は、万事に絶対的な権威をもつ医師が万事において全面依存型の患者を扱っていたという側面がある。患者は、「病気のことは何も分かりませんから、ひとつよろしくお願い致します」といわば《命預けます!》という調子で俎の鯉よろしく手術の上ののった。そして、もちろん、ここにはそれなりに医師-患者間の安定した社会関係が存在していたといえるわけである。

今仮に、医師に3つのタイプ、患者に同じく3つのタイプを区別して、9つの医師-患者関係の類型を考えると絶対権力型の医師と絶対服従型の患者の組み合わせ (4型-図1参照) は決して悪いものではないのである。しかし、たとえば1

図1 医師-患者関係の類型

医師 患者	権威型	同情型	客観型
反抗型	1	2	3
依存型	4	5	6
誘惑型	7	8	9

型のように患者が敵対型であれば、絶対権力型の医師との関係はますます陰悪なものとならざるをえないであろう。

もっとも、いずれにしても患者の側で医師に対して敵対的な感情を抱くようであれば、治療効果に多くを期待することが難しくなるのは自然のことである。

この点で現代の医療問題の根底に、患者 (大衆) の医師 (専門職) に対する「信頼」の欠如 (あるいは、少なくとも動揺) が存在することはきわめて重要かつ遺憾なことであるといわなければならない。日本の場合についていえば、かつては医師が絶対的な権威をもっていただけに、逆にその権威の喪失がより深刻な社会的インパクトをもたらしたように思われるのである。そして今日医師たちは、「マスコミの医師攻撃」、「患者の権利意識の増大」、「医療過誤訴訟の増加」、「国民の医療不信」に関して一様に大きな不安感をもっているのである。

ややマクロな観点からこれを見ると、まず第1に、日本医療の中に構造化されている「患者運動」について考えてみる必要がある。

およそ、いわゆる社会運動とは、既存の制度化された社会的仕組みの中では、自己の利益や主張を充分表出する手段をもたないひとびとが、それらを実現するためにその主張を訴えるべくいわば制度外的な「運動」を展開する時に生じ、それは強力になるにしたがい一定の正当性 (説得力) を獲得する度合いに応じて、制度の中に定着してゆく可能性をもつものである。その意味では、患者運動もまた、医療制度の中では、患者の利益や主張が充分吸収される機構が存在していたなら決して起らなかったものであるということが出来る。確かに、近代的自我の確立が相対的に遅れていたわが国では、大衆が自らの生命と健康を守るために医療システムの中に参加していくことはなかった。しかし、それでも、もし医療に対する「信頼」が確固たるものであり、また医療の側でも専門職の原理にのっとった「利他主義」、「普遍主義」の姿勢が充分貫かれていたら、こうした運動の発生する土壌はなかったであろうと思われる。

周知のように、日本独特のこの患者運動は不幸な歴史の中で生まれた。戦後の荒廃した社会状況

の中で「役に立たない穀つぶし」として扱われた結核患者を中心に、日本患者同盟が結成されたのがそれである。病院給食の配給食糧を施設管理者が横流しをするというような小さな事件が、「弱い者をこそ助ける」という医の倫理を冒瀆する大罪であることにひとびとは気付いてはいなかった。こうして、自分たちの生存を守るために患者たちが立ち上がったのである。1988年に創立40周年を迎えた日本患者同盟は自己の活動を総括して次のように書いた。

「生命の尊厳と基本的人権の尊重を医の理念として定着させた日患同盟は、給食の改善、医療看護の充実、医師との対話、新薬の早期使用の実現からはじまり、生活周辺の整備、生活保護法、健康保険法、結核予防法、未復員者給与法、障害年金等々と、制度の改善にいたる枚挙にいとまがない無数の業績を歴史に刻みこんで、今日を迎えた。」(日本患者同盟40年史編集委員会編『日本患者同盟 40年の軌跡』法律文化社、1991年、134頁)

ハンセン氏病患者の「人権闘争」もこうした運動の重要な源泉である。かれらは、ハンセン氏病が感染力の弱い病気であり、治療によって治る病気であることが国際的に証明しているにもかかわらず、明治以来の強制隔離政策が改められない現実に直面し、収容所内部で起こるさまざまな人権侵害に対して団結して抵抗の姿勢をとらざるをえなかったのである。

その後、患者の組織的な運動は、難病、公害病、医原性疾患、医療ミスなどを中心として展開することになるが、問題とすべき点は、このように直接的な当事者(患者とその支持者)が運動を組織せざるをえないという状況が示しているように、ここには医療の潜在的クライアントとしての国民が医療システムの中で自らの「主体性」を十分主張しえぬままに事態が動いているという日本の現実がある。ある意味で、一般大衆(かれらもまた潜在的患者である)が「患者」を偏見視し、これとの連帯を忘れていたといえるような状況さえもが存在するのである。

したがって、患者運動が「運動」でなくなるためには、国民大衆が積極的に参加している医療システムの運営が実現しなければならないわけであ

り、患者不在、国民不在で医療政策が決定・実施される限り、個々の犠牲者がゲリラ的な運動を展開し続けなければならないのである。

ひるがえって、医師の側からこの現象を眺め直してみると、患者の側における医師不信や権利意識の増大を、単なる「不安」として語るのはまちがっている。確かに、医師は今やかつて享受していたような絶対君主的な地位を医療の場で確保することは不可能かもしれない。しかし、もし医師が専門職の職業倫理をもって(患者を実験材料や利潤を生み出す素材として決して扱わず)、誠実で合理的な診断・治療を行なうのであれば、失墜した医師への信頼感が回復されることはまちがいないし、またそれ以外に患者の信頼を取り戻す手立ては他になかろうと思われるのである。

医療の構造の中では、基本的には、その中心に位置すべき主役は「患者」自身である。自らの健康や病気の治療に直接的な責任をもつべきものはかれら自身をおいて外にない。医療従事者はかれらを「専門的な技術や知識」をもって手助けする補助的・副次的な存在であるにすぎない。もちろん、患者は不可避免的に自らの努力や意志とは反対に不幸な「役割」を余儀なくされることがある。不注意や怠慢が原因ではなく、がんに侵されたり交通事故にあうという場合もあろう。医療が全力をあげて救済しなければならぬのはこうしたひとびとである。そこに専門職倫理の指し示す「最善の努力」以外のいかなる考慮も入り込んでほならないことは当然である。

確かに、こうした理想論に対しては、「医師も人間だ」という反論が返ってくるかも知れない。休日にはゴルフにも行きたいし、出来たら高級な外車にも乗ってみたいと。しかし、医師の側には少々酷なようだが、この議論は十分な説得力をもたないように思われる。この点に関しては、章を改めて医師の職業選択動機や職業社会化の問題とからめて論じてみるつもりであるが、やはり医師が僧侶と並んで「聖職」(the sacred profession)であると考えられたのは、ひとえに「他者の幸福」への奉仕と献身のゆえであったろうと推察される。他人の不幸に対する鋭い感受性や普遍主義的な人間観、正義を実現することへの強い意志、こうした性格特性は豊かで暖かい人間味と共に医師

に要求されている重要な資質である。

現実には、マクロな医師-患者関係（医師会と患者運動）はより複雑な社会体制の中に組み込まれている。利潤動機でしか行動しない製薬会社や医療機器メーカーがあるかもしれない。政治的駆け引きで頭が一杯の役人たちがいるかもしれない。けれども、結局、医師が与すべき相手はこうしたひとびとでないことは明白である。なによりも、患者不在の医療環境をつくってはならない。患者の権利意識が拡大してゆくのと平行して、医師は権限の一部を患者に「譲渡」し、そうすることによって患者にも十分な責任をもたせるような医療の仕組みを工夫すべきである。相互信頼の回復は地道な長い努力によってしか実現しないであろう。その基本的な第一歩がどこにあるかを見誤ってはならないのである。

第2節 医師の役割・患者の役割

医師の役割はともかくとして、患者の「役割」などという奇妙なものが存在するのかと首をかき上げられる読者も多いと思うので、まず最初に、社会学における「役割」(role) の概念について簡単な復習をしておくことにしよう。

人間社会のさまざまな領域で、複数の人間たちの行為が織りなす相互作用のネットワークが、それなりに一定の秩序や規則性を示しうるのは、行為がまったくランダムな形で展開するのではなく、ある特定のパターンにしたがって行なわれるからであると考えられる。ところで、この特定のパターンとしての行為は通常「役割遂行」(role performance) として概念化され、またこれは複数の役割遂行者が相互に期待する行為の型でもあり、同時にある種の社会的サンクションによって統制、ないし拘束を受けているものである。もっとも、行為の当事者がこうした「他者の期待」(他者がより一般化したときには、これを社会の期待と呼んでもよい) を充分パーソナリティの中に「内面化」(internalization) している場合には、通常こうした統制や拘束を意識することはまったくなく、むしろ自己の意志による自発的な行為だと認識しているのが普通である。特定の社会生活の領域でこうした安定的で構造化された「役割遂行」のネットワークが存在し、それが(われわれ

の社会のように高度に文明化されたところでは) 多くの場合、たとえば、明示的な規範の体系(=法律)によって支えられているとき、われわれはそこに「社会制度」(social institutions) の成立をみるわけである。

医療制度もまたこうした「制度」のひとつではあるが、それは社会的には、単に、日常的な用語法におけるそれ(たとえば、健康保険の制度)を超えて、保健と医療にかかわるひとびとのパターン化された役割行動の総体(一定の価値・規範体系によって支えられて成立している)として理解されなければならない。

そこで、こうした枠組で考察を推しすすめると、医療場における医師-患者関係もすぐれて「制度化された」社会関係であり、当該文化の内包する価値・規範体系(Value-Norm System)に強く拘束されたものであることがわかるのである。いうまでもなく、現代社会における医療サービスの提供者としての医師は医学にもとづく専門的で体系的な知識と長く厳しい訓練によって修得した高度な技術で武装した専門家である。こと病気に関する限り、かれは自他共に認める「専門的能力」によって患者の援助については全面的な権利と責任をもつ立場にあるわけである。こうして、通常社会関係ではタブーとされるような行為(たとえば患者の肉体的、精神的なプライバシー領域に関与すること)もまた、治療上の必要という名目のもとに許されるわけである。

役割は、一般的には、「権利と義務」の束とも考えられるが、規範の側面を中心にみれば、そこには「～すべし」という行為準則が浮びあがる。こうして、現代の医師に期待される「对患者役割遂行」における行為パターンをT・パーソンズ(1902~1979、米国の著名な理論社会学者)は、(1)感情中立性、(2)普遍主義、(3)機能的限定性の3つに要約した。感情中立性は、治療者が患者と感情的に「仲間」になってしまって、患者を客観的に扱うにたる「距離」を保ちえない状態が生起するのを阻止する重要なメカニズムである。医師が患者(やその家族)の動転や悲嘆に共感して感情に溺れてしまったのでは、客観的で適切な治療を行なうことは不可能である。そこで医師には、診断や治療の場にあっては、自己の人間の感

情を少なくともなんらかの形で制御する能力が求められるのである。さらにいえば、こうした能力は、医師がその職業的役割を遂行していくときの自己管理として重要な機能をもっている。たとえば、現代アメリカ社会では一般人が身近な形で「他者の死」を経験するのは20年に1度位（このところ、死は家庭を出て、病院や養老院の奥まった一隅で、なるべく人目につかぬように処理されてきた）の割合になるそうであるが、大病院などで働く医師の場合、死は日々の出来事である。そこで、彼らは無意識にこれをできるだけ「小さく、かつ日常化する」。そうすることによって、逆に自らの感情的トラブルを避けるのである。いうまでもなく、こうした態度の修得は後に述べる「社会化」の過程を経て達成されるのである。

普遍主義は、通常「個別主義」に対して使われる客体に対する主体の認知を特徴付ける概念である。患者を疾患で苦しんでおり、それゆえ専門的援助を必要としているものとして、なんらのわけへだてなく扱う態度がこれである。その際、患者の人種的帰属や国籍、階級、宗教など、通常では異なった社会的カテゴリーを可能にするであろうあらゆる特質が「患者」という「一般的・普遍のカテゴリー」の前に力を失う。金持ちであるとか、貧乏であるとか、あるいは特定の家柄につながるかどうかなど、世俗的な配慮が入る余地はない。医師が医療の場面を離れたときにさえ、しばしば示す人道主義的な態度は、こうした医療の下位文化（医療の場面で優越している価値・規範の体系）と無関係ではあるまいと思われるのである。

機能的限定性とは、医師が関与する他人の領域は厳密な意味での“medical”の分野に限られるということである。現代社会の如く、高度の分業化が現出している社会では、職業遂行は一般に一定の「限定された」領域に限られるのが普通であるが、高い威信を伴う職業には時にひとびとの過剰な期待が集まって、たとえば医師の場合にしても、病気や健康の相談はもとより、広く人生、社会の諸問題に対する英知を求められることも少なしとはしない。わが国では、従来より医師に対する過剰な期待があって、医療の中に限ってすら医師が全面的な権威と指導力を要求されてきたので、コメディカル・スタッフと医師の間に成立し

なければならない均衡のとれた分業と協業の関係がきわめて不完全なままで今日に至っている。医療の場面における技術の高度化や専門分化の伸展は、今後ますますチームワーク的な作業の必要性を大きくするであろう。こうした意味からも医師が「絶対君主」であったが故に、医療の諸問題がすべて医師の責任として告発された過去を反省して、適切な医師の職能分野（医師内部の分業と協業の問題を含めて）を確定することが重要であると思われるのである。

この他にも、たとえば、医師がその社会的勢力（医療の場においては、医師は患者に対してあらゆる意味で優越した立場に立っている）を自己の利益のために利用してはならないという不文律や、専門家としての良心に従って「全力投球」を行なうべきであるという倫理綱領は、集合的にも、しばしば明示的な形で公にされていることは周知のところであり、こうした歴史は古くギリシアのヒポクラテスにまでさかのぼることができるわけである。

ひるがえって、同様な視点から患者の役割について考えてみればどうか。

患者の役割は他の多くの社会的役割と同様（きわめて少数の例外的なケース、たとえば先天性の疾患による）を除けば後天的なものであり、同時に普通は「意図されない結果」として生起するものである。病的兆候群を経験してから患者の役割を受け入れるまでの行動プロセスはいくつかの段階を経るわけであり、これについては「医師の門を叩く」までの問題としてすでに論じておいた。

さて、もし人が罹患の事実を確認して専門家の援助を求めるとなれば、一定の行動様式で行為することが期待されるが、それが患者の役割といわれるものである。T. パーソンズはこの点について4点を要約している。

第1に、病人は「正常な」社会的役割の遂行を免除されるということ。基本的には、病気が逸脱であるという命題は、こうした正常な社会的役割遂行からの逸脱という点に焦点を合わせたものであるが、留意すべきは、これが社会規範として存在しているということである。したがって、患者の役割（この場合正常な社会的役割からの免除）の観点からすれば、ひとは病人に通常の業務を行

なわせてはならないし、逆にひとはまた病気を理由に通常の役割遂行の免除を要求することができるということになる。実際問題としても、あるいは時には方便としても、ひとびとが医師の診断書をもって通常の業務の不履行や責任の回避を願い出たり、事後的に了承を求めたりすることが社会慣行であるのは、患者の役割という規範が存在することを間接的に実証しているのである。

第2に、病人はその状態(に陥ったこと)について責任を追求されない。事態は「やむをえない」ものであり、したがって、外的な援助(治療過程)が許されるわけである。

第3に、病人は良くなるための努力をしなければならない。この意味では、第1、第2の規範はこの第3の規範のための条件となるものである。病気であることは望ましくないし正常な役割遂行の免除も一時的に認められるわけであり、したがって、なによりも患者は良くなる義務をもつわけである。

第4に、病人は技術的に優れた援助を求め、医師に協力すべきであるとされる。第3番目の「良くなる義務」の延長線上でかれに求められる行為パターンは一種の「服従」である。医師や看護婦の行為がかれの健康を回復させるためのものである限り、かれらに協力するのはかれの義務であり、こうしてわれわれは外の社会では一筋縄ではゆかぬ権力者でさえも、病院では童子の如く従順であるという光景に出くわすわけである。

蛇足ながら一言つけ加えておこなら、個々人の社会的役割を一定の社会的状況(たとえば、病院)の中で明示的に認知させるために、しばしばシンボリックで可視性の高い「衣服」が利用される。こうして、大病院の中では、医師、看護婦、職員、そして患者(日本では、未だ寝衣-パジャマや浴衣-が患者の制服であるようだが)がそれぞれの役割を明瞭に示す「制服」に身をつつんでいるのである。人間の社会的相互作用の中では、相手の役割を知るとくに重要であるから、制服の効用はあらゆる社会的場面で利用されるわけである。

第3節 医師-患者コミュニケーション

あらゆる他の社会関係(社会的相互作用)の場

合同じように、医師-患者関係もまたひとつのコミュニケーション過程である。意志疎通のまずさはそのまま社会的相互作用の不完全さ、ひいてはその崩壊を招致しかねない。実際、人間のコミュニケーションがいろいろな問題を抱え、そのため人間関係に誤解、齟齬、葛藤が生じる例は枚挙にいとまがない位である。そうした問題点を医療の場における医師-患者関係について検討しておくことにしよう。

コミュニケーションの一般図式にしたがえば、情報の発信者と受信者の間には伝達手段(シンボルや記号)の「エンコード」(encoding)と「デコード」(decoding)のプロセスが介在する。理論的には、このエンコードとデコードの作業が同一の基準(文法)によって行なわれるのでない限り、完全なコミュニケーションは期待できない。極端な場合、たとえば、発信者と受信者の間で使用される言語が異なるようなときには、意志疎通が不可能になる。外国で病気になったら困るのは、基本的にはこの〈言語〉(言葉)の問題である。それでも、医師は患者の非言語的なサイン(顔面や身体の部位の表情、脈拍や心拍、その他各種の検査結果)によって患者を診断することも可能ではある。けれども、内診を含めた患者との言語的コミュニケーションは、とくに精神科の診断・治療などでは決定的に重要になることは論をまたない。

しかし、今仮に、医師と患者の間で共通の言語が話されるとして、なおかつ多くの問題が生じる可能性がある。その原因の一つは(1)医師の専門性と患者の非専門性であり、もうひとつは(2)前者の日常性と後者の非日常性である。以下に、この2点に絞って医師-患者関係におけるコミュニケーションの難しさ、したがってその対応について考えてみることにしたい。

ギリシャの時代、医師の武器は言葉と植物(薬草)とメスの3つだといわれていたという。ところが、「3分診療」時代の現代では、この武器としての「言葉」が消滅してしまったかの感がある。医師は忙し過ぎて、患者とゆっくり話しているひまはない。もちろん、そんなことをして時間を掛けても診療点数が稼げないという構造がある。だから、〈能率的に〉やろうとすれば、なるべく患者とは話をしない方がよいのである。しかし、巷で

「informed consent」(よく説明を受けた上での合意)について議論がなされ、医療における患者の自己決定権が問題とされる今日、医師-患者コミュニケーションの大切さは以前にもまして実感され始めているのである。一般的には、患者は医師の「説明」を強く求めており、それが不十分な場合にはある種の不安感をもつことは否定できない。医師に対する不満、あるいは信頼の欠如の原因に、「医師がなにも説明してくれない」ということをあげるひとも決して少なくない。

九州地方での医師と患者を対象にした「患者の人権」に関する調査(九州弁護士連合会『患者の人権:シンポジウムの記録』、1992年)のデータを使いながらこの間の事情を少し論じてみたい。

基本的に、専門家としての医師は患者の病気等について、患者に「詳しく丁寧に説明するべきである」(50.3%)、「大切に、重要な事項は説明すべきである」(41.4%)といい、この合計でみると、9割の医師はインフォームドコンセント派である。しかし「患者が自分の病気等について医学的な知識をもつことは治療効果上プラスになると思う」と答えたものは56%で、「どちらともいえない」とするものが4割あり、この点では意見が分れるのである。実際、少数ではあるが、こうした説明をしないという医師では、「患者が(説明を)理解できない」、「患者に不安をいだかせる」と答えるものもいる。医療の現場で、専門性における圧倒的な優越者である医師が、一方では患者の理解力に疑問をもったり、また他方では患者の不安をおもんばかって、説明に消極的になる可能性は大いに起こりうることなのである。少し事情は異なるが、「患者やその家族からカルテの閲覧あるいは謄写を求められたらどうしますか」という質問に対して、「原則として閲覧・謄写に応じる」が23%、「原則として閲覧・謄写とも応じない」が31%という結果であるが、ここにはタテマエとしての「説明義務」を超えた専門家(医師)としてのホンネが垣間みえるような気がする。「がんや難病の告知について、どうするのがよいと考えますか」という質問について、「原則として本人に知らせるのがよい」と回答した医師は僅かに20%弱という数値もこの間の事情を物語っている。

ところが、こうした事実とはウラハラに、患者

は一応は説明を受けたがっているのである。同じ調査で、「あなたは、将来医師の治療を受けるとき、自分の病気やこれから受ける治療の内容についてくわしく説明を受けたいうえで、治療を受けたいと思いますか」という質問に、97.4%のひとびとが「思う」と答えている。そして、その理由としてかれらは「安心して治療が受けられる」、「それによって自分としても治療の努力ができる」などという。

現実的には、しかしながら医師から受けた説明が「いつも十分だと感じている」ものは17%、「不十分だなと感じるときもある」と「いつも不十分だなと感じている」を合計すると8割強になる。

明らかに、ここには医師と患者の間のコミュニケーションにギャップがみとれるのである。あるいは、それは齟齬というよりは、現在の日本人がもっている言語的能力の貧しさと不完全な自我意識を反映しているのかも知れない。

日本人の言語感覚が、西欧の〈雄弁主義〉とは異って、「以心伝心」や「察し」の文化に基づくものだということは広くいわれてきたが、そのことは患者-医師関係にも表れている。医師は、すでにみたように、患者の不安をおもんばかるし、患者は患者で「専門家である医師にしろうとである患者が口を出すべきではないと思った」、「聞くとき医師が気を悪くするのではないかと思った」というような気持ちをもつひともいる。そのことに加えて、実際問題としても、日本人が本当の意味での「医療の主体」でありえるのかという疑問も残る。病状等について完全にすべてを知って、これに責任をもった態度で望むということは、タテマエとしてはいっても、現実のケースでは理性的な判断が吹っ飛んで、ひたすら感性的な対応をするばかりという非日常的な状況が〈病の不幸〉には存在するからである。「説明不足の不安」と「説明されたときの不安」とは、いまだに日本人の心の中では天秤が微妙に揺れ動いているにちがいない。

個人主義が定着して、「がん告知」なども問題がないと思われている欧米でも、専門家が患者の不安(心的動揺)を配慮して「情報」をコントロールすることはまったくありうることなのである。医師、看護婦、患者の3者が相互のコミュニ

ケーションを通していかにかん患者につきまとう不安 (uncertainty) を処理してゆくかを研究した論文もある*。ここでは上の日本の場合でみたとおなじような〈心配〉が医師の側にあつて、医師-患者コミュニケーションを複雑にしているのである。治療的にみれば、患者が病気を克服しようとする意志や予後に関する希望を保持し続けることが決定的に重要なことだと思われるので、医師は専門家として、また状況的優越者として、そのために最大の努力を惜しんではならないということであろう。

(以下次号)

*) McIntosh, J. "The Routine Management of Uncertainty in Communication with Cancer Patients," in Davis, p. ed., *Relationship between Doctors & Patients*, Saxon, 1978.