

研究ノート

医療と社会——医療社会学序説 (3)

中野秀一郎

第5章 医師養成の社会学

第1節 医師の補充と社会化

第2節 医学教育

—医学の進歩とこれからの医療—

第6章 医療をめぐる経済問題

第1節 経済社会的分析

第2節 医師の経済、患者の経済

第7章 「病院」の社会学

第1節 組織としての病院

第2節 病院と社会

(以下次号)

第5章 医師養成の社会学

第1節 医師の補充と社会化

社会学では、一般に、既成の社会へ「生れ込んだ」(born into)メンバーが、その社会の成員として適わしい「行動様式」、すなわち有名なフランスの社会学者E. デュルケームの言葉を借りて言えば、行動し、考え、感じる様式 (une manière d'agir, de penser, et de sentir) を身につける (パーソナリティの中へ《内面化》する) 過程を広く「社会化」(socialization) と呼んでいるが、このタームは、さらに具体的に個別化された領域でも近年広く使用されるようになった。たとえば、政治社会学の領域では最近「政治的社会化」(political socialization) というような言葉が使われ始めているが、これは当該社会の成人がどのような形で一定の政治的意見や態度を身につけるようになるのかという社会化過程のことである。同様に、職業社会学の分野でも、個々人がどのような

仕方で特定の職業 (とくに専門職業の場合、この点が重要である) を充分遂行するに足る知識・技術・観念・態度などを身につけるのかという問題を解明することに力が注がれているが、これが職業的社会化 (professional socialization) という研究分野である。概略的にいって、ここでは、(1) いかなる内容が、(2) だれによって、(3) どのようにして、社会化されるのかという3つの問題、すなわち社会化の内容、そのエージェント、そしてその方法という3つの問題がある。しかし、これはまた社会化される側から見れば、一定の職業に対する動機付け (職業選択動機)、社会化機構 (たとえば専門の高等教育機関) への接近可能性 (機会構造)、学習過程における成功と失敗など、さまざまな局面が分析の対象となる。

他方、補充 (recruitment) はこの社会化過程の出発点に誰が並ぶのかという問題である。医師や歯科医師のような高度な専門職業の場合には、今日、制度的に確定した教育機関がフォーマルな形で専門職業教育をほどこすのであるが、こうした教育を受け始める以前に誰がこの機会をものにすることができるかという問題も軽視できない。たとえば、いくつかの職業は、しばしば特定の社会階層によって独占的に補充されていたり、また別の職業では相等的に高い「職業世襲率」(父親の職業と子供の職業が同じである場合) が観察されたりするということがあるからである。

通常、職業的役割への社会成員の配分は、「世襲原理」と「業績原理」というふたつの対照的な原理で説明されてきたが、前者の支配する社会では社会内部の職業階層間移動が小さく社会が固定的であるのに対して、後者の支配する社会では世代内、世代間的に社会移動が活発で、社会の流動性

が大きいと言われてきた。いうまでもなく、封建制社会の桎梏を払拭して誕生した近代産業社会では「業績原理」が優越して、ひとびとは出目や家柄、人種や信仰に関わりなく、その能力に応じて自由に職業的役割を選択・成就することができるようになったと考えられている。

確かに、高度産業社会化と共に、職業構造そのものも大きく変化したため、たとえば、いわゆる専門職業 (professions) についてみても、その相対的割合や絶対数は著しく増大した。そして、大勢としては、米国などでは専門職業への補充の「民主化」が観察されている。

伝統的なプロフェッションのひとつである医師 (歯科医師) の場合も、大勢的傾向は一般的なパターンから大きな逸脱があるとは思えない。しかし、詳細にみると、訓練機関への接近可能性や職業選択の動機付けという両側面において、補充の民主化の実現はそれ程進んでいるようにみえないのである。筆者の調査した事例では、現代日本の医師の職業世襲率は相変わらず高く、まず3割に近いかと思われるし、これが歯科医師となるともう少し値が高くなるようである。その他の医師輩出階層として、商工サービス自営業及び被雇用の専門・管理職が大きな比重を占めている。いうまでもなくこのような社会階層が子弟を医師 (歯科医師) に育てあげるといふ動機付けの点で、単なるホワイトカラーやブルーカラーの階層とは異なった価値観をもっていることが予想されるし、同時に経済的な面でもその子弟をして長い専門訓練期間を過せしめる能力を備えていると考えられるわけである。この点との関連で興味深い調査データは、われわれのサンプルに、「医師になった動機」などを尋ねた質問に対して、「親が医師だったから」とか「人から勧められたりして漠然と」という回答を寄せたものが併せて3割弱となっていることであり (もちろん、現代日本の医師の名誉のためにつけ加えておくと、「やり甲斐のある仕事だから」約3割、「自分に適した仕事だから」約2割と約半分の医師は積極的な職業選択動機をもっている)、これは医師という職業選択の動機付けが、きわめて他律的、外在的な要因によって決定されていることを示している。(上田博子、中野秀一郎「医師と医療の連続と変化」『関西学院大学

社会学部紀要』第49巻 1984年)

ちなみに、このことと関連して、医師がやや中産階級的な職業階層であった (今も多少その特徴は残っていよう) ことに触れておこう。それは、医師輩出階層ではないが、いわばその支持階層ともいべき婚姻による階層的地位の再生産傾向である。このことは、医師本人の父親の職業と配偶者の父親の職業を相関させた結果明らかになった。もっとも、最近では、プライバシーの問題があって、新しい医師調査ではこうした質問項目は削除しているが、やや古いデータでみるかぎり、医師の配偶者もまた医師と同質な社会階層から輩出していることが確認できるのであり、こうした「階層内婚姻」が一定の下位文化 (中産階級文化) を再生産し、その子弟に早い時期からの専門職業への動機付けに成功する可能性を高められると思われる。

医師の補充における「民主化」は確かに少しづつは進んでいると思われるが、フランスの著名な社会学者 P. ブルデュエがいうような「文化資本」の不平等配分によるエリート職業の再生産過程は、その具体的な姿を変えつつも、時代を超えて継続する可能性がある。そして、それは医師という職業が本来的に備えている「利他主義」に対するひとびとの尊敬の念とも不可分に結びついているであろう。

医学教育の内容について言うと、社会学者たちの関心はもっぱら、いわゆる「医師の下位文化」の修得過程とその効果に集中している。言うまでもないことだが、今日のように高度に発達した医学教育では複雑な専門的知識や技術・技能を身につけなければならないことは当然であるから、効果的なカリキュラムやプログラムの改善がどの国でも求められる。とくに、臨床の要求に対応した適切な知識・技術のミニマムな修得は医師として絶対必要不可欠なものである。にも拘らず、こうした専門の分野に限ってみても、現在の医学教育が十分な対応をなしていないと考えるひとは少ない。右の耳が痛くて医師を訪ねた患者に、「自分の専門は左の耳なのでねー!？」といった笑話話が、笑ってすまされなくなれば大変である。この点に関連して現在、(1) 人間と環境との関連についての生態学を基礎にした「予防医学」、「公衆衛

生」の教育の強化、それに(2)基礎医学と臨床医学の統合の問題が、専門家の間で論じられている。やや専門を離れていえば、社会学や語学の教育についても、米国などでは理論、応用、倫理を統合する試みなど積極的な方向で事態が進展している。

社会学者がもっぱら関心をもつ「下位文化」の《内面化》についてはどうか。一般的に、専門職業といわれるものには、ある種の職業意識—たとえば「自主性」(autonomy)、「使命感」(calling)、「自己統制」(self-control)、「公共へのサービス」(services to the public)などの点でとくに明確な態度を保持するものが多い。これは言うまでもなく、職業的社会化の重要な結果である。医師は他人の生死をあずかる仕事に従事するのであるから、当然、いわゆる「医の倫理」というような問題に直面するわけであるが、それは具体的には、かれらの毎日の職業活動を導く価値観やものの考え方として表れるものである。それではこうした意識や態度を医学教育はどのように医学生に修得させているのであろうか。

思うに、現行の日本の医学教育の中に2種類の不適当な「医学生」が混入している可能性がある。そのひとつは、受験技術に長じ、高校の成績がきわめて抜群であるから、「ひとつ、医学部へでも入ってやろうか」という種類、もうひとつはたとえば医業の世襲のために巨額の金に後押しされて(主として私学の)医学部へ入学する種類である。もっとも、崇高な理想主義だけで医師を志すものは決して多くないわけであるから、要は「教育」の問題ということになる。

社会学や文化人類学で「イニシエーション」(initiation)という言葉があるが、これは「秘法を伝授したり」、「儀式を行って入会させる」という意味であり、通常は社会の一人前の成人として「実社会」に仲間入りするための儀式、すなわち「成人式」のことを指している。しかし、広く解釈すれば、当然、「素人の計り知れぬ技術」に満ちた「医師の世界」への仲間入りにもこうした段階(通過儀礼=rite de passage)を通ることが必要である。それは、社会的には、自他共に「社会的役割」の変換を確認するいわゆる人生の「節目」となるわけである。

通常、医学生たちが「医師の世界」への参入を自覚するのは〈解剖学実習〉であるといわれている。それが人体の解剖学的構造を教科書に従って単に確認していただくだけの単純作業に過ぎないとしても、屍体を切り開く行為自体が「世間一般」ではタブーであり犯罪でさえあるのだから、これに特別の感情を経験しないことはむしろ不自然というべきであろう。NHK記者(当時)の藤田真一のレポートによれば、この授業を医学生の「イニシエーション」として効果的に活用しているのが金沢大学医学部の山田致知教授であるという。彼は3年生になって学生が解剖学実習の授業を始めると(毎年9月に始まり、あくる年の3月までの半年間続く)、その真っ最中に献体者組織「しらゆり会」の総会を設定して、学生たちは総会の手伝いをしながら会員たちと個別に話し合う機会を与えられる。学生たちはそこではじめて、自分たちの教育のために献体を申し出ているひとびとに出会い、自分たちが今解剖している屍体の「人間的意義」に気付く。そして、それまで漠然としていた「何のために医師になるのか」というわだかまりが払拭され、「他者への献身」(文字通り、献体者が自分たちにそうしてくれているのだ)を自覚するに至る。「世界が自分のためにあるのだ」という思いあがった、甘えた感覚が霧散する。それは、教科書に書いてある知識を実際にこの目で確かめてみるというだけの単純作業ではない。通俗的な「禁」を犯すことによって特別な職業人としての自覚を確立すると同時に、「献体」の意義を感動的に悟ることによって「他者への献身」という医の倫理の本質に触れる機会ともなっているのである。

解剖学実習については「医学教育規準(昭和29年)」によって、「医学生は2人で一体以上を、歯科学生は4人で一体以上」を解剖することが定められている。それが、「医療および保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上および増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保する」(医師法第1条)医師のトレーニングとして必須不可欠な通過儀礼の役割を果していることは上にみた通りである。実際、われわれの医師調査データによっても(拙稿、前掲論文)、「医学教育における〈人体解剖〉は、人体の構成に関する知識を得るため

資料1

ごまかし所得 5千億円突破

自営業者 56年分

ごまかし所得ワースト15
(56年分申告所得税・単位万円)

順位	業種目	1件当たりの申告漏れ所得	1件当たりの追徴税額	前年の順位
1	院コ館医薬業	1,388	843	1
2	ン旅科売	1,298	583	2
3	子伴婦産土幼	739	272	8
4	地産物	712	416	7
5	種椎	679	238	3
6	園金売	677	300	14
7	地明	671	233	10
8	耳鼻形魚物産造	656	248	5
9	耳整鮮産水製外科	644	386	9
10		643	411	11
11		643	202	12
12		615	135	11
13		611	162	11
14		598	371	15
15		570	145	15

個人病院 8年連続トップ

申告実際の34だけ

国税庁は五日、自営業者の五十六年分申告所得税の税務調査結果を発表した。それによると、脱税と申告漏れを含めた「ごまかし所得」の総額は初めて五千億円台に達し、一件平均の「ごまかし所得」は、サラリーマンの平均年収(二百九万円)を上回る三百三十三万円にのぼった。調査した納税者の九四%から申告漏れが見つかり、しかも実際の所得の四分の三しか申告していない、相違むらぎの乱れがわかった。

この調査は、昨年春に確定申告した事業所得者六百九十四人から意図的な所得の申告した事業所得者六百十七万七千七百円、申告漏れが見つかった人の中から、書面審査も資料情報もその総額は前年より二〇・三%多い五千二百九十九億円のものとみられる十五万四千三百三十七人、追徴税額は二千四百八十三人について行われ、その結果、七億四千万円、所得額、税額とも史上最高を更新した。

てことになる。調査後の総所得額の中に占める「ごまかし所得」の割合は三・四%で、実際の所得の四分の三強しか申告していなかった。

また、申告漏れ割合が高率な業種としては、特定貨物自動車運送業(五二%)、商品販売外交員(四九%)、スタッドパター(四八%)、貸金業(四六%)、畜産業(四五%)などが上位を占めた。

業種別に見ると、一件当たりの「ごまかし所得」が最も多かったのは、二十ベッド以上を持つ個人経営の病院で、千三百八十八万円。四十九年以來、八年連続トップだった。パチンコ店が千九百八十八万円二位、同伴旅館が七百九十九万円三位となっていた。

調査対象となる納税者のうち何人かを税務調査したかという「実地調査率」はわずか四・一%で、前年と同じ。

ばかりではなく、医師としての職業的自覚を高める上でも重要な役割を果たしている」というステートメントに対して、強い賛成の意を表明したものが7割強、これにどちらかといえば賛成であったとした15～16%の回答を加えると、優に8～9割近い医師たちがそのイニシエーション効果を確認していることになるわけである。

このこととの関連でいえば、同じ調査データからわれわれは現在の医学教育に対する医師自身の批判として、それが「医療の倫理性」について十分な教育を行っていないと感じている点を指摘しておきたい。すなわち、「現在の医学教育は医療の社会性・倫理性について充分教えていない」というステートメントに対して、強く賛成あるいはどちらかといえば賛成と答えたものは、合せて75%を超えるのである。この回答の中には、自己の体験を反映した部分と、新しく参入してくる若い医師を観察した印象とが混在しているように思われるが、いずれにしても高度に発達した医療技術の修得に忙殺され、医療をより社会的・人間的な視点から捉えるという教育がないがしろにされている今日の医学教育の現場が垣間みえる気がするのには筆者ひとりではあるまいと思われる。(資料1参照)

第2節 医学教育

一 医学の進歩とこれからの医療一

人間がなぜ「科学的営為」を営み続けるのかという問題に対しては、いまだ明確な答えをだすことは不可能であろう。それが単なる人間の知的好奇心に基礎を置くにしても、今日のように「科学」そのものが制度化・組織化された社会状況の中では、科学的営為は国家的威信の高揚や経済的利益の追求と密接に結びつくこともしばしばありうることである。しかしその原因が何であれ、人間はその科学的探求を中止する用意があるようには思えない。こうして、医学の領域でも、ホルモン、遺伝子、中枢神経、脳、発生、遺伝などの基礎的な研究を踏まえて、さまざまな疾患の原因解明やその治療法の開発が日進月歩の勢いである。そればかりではない。診断や治療に必要な情報の収集や処理、あるいは治療そのものにも多様な機器類が開発され、実用化されるようになった。いずれ

にしても、こうして医療は科学・技術の最新の知見と装置に囲まれて、素人にはとうてい手のとどかない「秘術の城」の中へ閉じこめられようとしているのである。

しかし、こうした医学的知識や技術の発展が医療にもっている意味は、他のさまざまな文明的利器の場合と同様、プラスとマイナスの両面を包摂していることは疑問の余地がない。たとえば、遺伝機構の解明は多様な遺伝性疾患(異常)の原因の解明と治療法への示唆を含むものではあるが、こうした知見の集積が遺伝子の処置や操作を通して予期せぬ結果を発現する可能性もまた憂慮され始めているからである。そこで、このような科学・技術的背景の中で医師を養成する教育(医学教育)の中味がどのようなものでなければならないかという問題が真剣に考えられなければならないことになる。

結論を先取りしていえば、医学教育の中へ「人間を呼び戻すこと」(bringing man back in!)ということになるのだが、その点をやや詳しくみておくことにしよう。

いうまでもないことだが、上にみたような医学・医療の進歩・発展によって、医療体制そのものの合理化・官僚制化はもちろん、医師の役割の専門化・分業化が必然的に要請されるから、技術的な意味で、多様な型の医師が養成されるべきである。そのために、たとえば、専門医、家庭医(かかりつけ医)、公衆衛生医、基礎医学研究者など将来の役割に応じて、それぞれ専門的なトレーニングのカリキュラムが工夫されなければならない。けれども、思い起しておくべきことは、かつてヒポクラテス派の医師たちが患者の信頼と友愛をかち得たのは、その熟練した技術のためだけではなく、「服装の上品さ、品の良い香水、正直で規則的な生活、まじめな態度と思いやり、自制心」、さらには「機知、愛想よさ、沈着な行動、理性と忍耐、好機をとらえた素早い行動、適切な言葉、上品な会話」など、こうした「良き資質」によって世間の評判を得たといわれている点である。もちろん、ここではこうした特質を字義通りに現代の医師に期待するということではない。そうではなくて、医療の技術的合理化の中でえてして失われがちな、医師-患者関係の人間的な側面や「医の倫

理」への配慮、それも人間と社会に関する広い教養と見通しに支えられて「医」を遂行してゆくことができるトレーニングの話をしているのである。

可能性として考えてみると、現代の「好ましくない医師像」について、3つばかりの類型を想像することができるように思われる。その第1は、「医を算術」ととりちがえた「欲張り型」である。『女工と結核』の研究で有名な石原修は、大正末の論文の中で「医療の商品化」を告発し、その原因を「資本主義、私有財産制度の余弊に外なりません」と書いている。その趣旨を付度するに、人間はだれでも自己の肉体的生命を大切に思い、そのためには財産を放り出しても「商品化せる高価なる診療」を買い取りたいと思うが、医師がその弱みにつけ込んで、遂に患者を医師の搾取機関たるに到らしめるといわけである。もっとも、石原は決して医師の相応な経済的生活を無視していたのではなく、資本主義の階級的矛盾（貧民の増大）に問題を絞っていたように思われる。こうして、疾病保険の制度が導入されるわけであるが、「医を私営とする社会の原則」が問題の根本的解決を阻害したまま、今日の中医協の話かと思まちなような、たとえば「疾病金庫と医師との間に於ける医療費に関する協定の困難」などが指摘されているのである。（石原 修「医育の欠陥と社会」東京帝国大学医学部鉄門倶楽部刊『鉄門』第3号大正15年 所収）

それから半世紀余、健康保険の制度が完備した現代の日本で、国民医療費の高騰と平行して、「医療の商品化」が量質ともに深化し、商社や金融機関、製薬産業や医療機器産業が医療供給システムの中へ構造的に定着してしまったといわれている。医療の経済学については項を改めて論ずる必要があるが、いわゆる「適正利潤」を不当に超える金儲け主義医療そのものを経済的利益のための手段とみなすような傾向が存在するとすれば、こうした考え方を勇気をもって拒否できる医師を育てるための医育のプログラムを考えられなければならないであろう。

第2の「好ましくない医師像」は、医学の科学性と不可分に結びつくものである。医学の進歩がますます生物学的研究に基礎を置くようになる

と、患者（疾病に苦しんでいる人間）をみるのに、これを一個の生物としてしまう風潮が強くなる。もちろん、臨床における訓練が不可欠な医学部附属病院で、「教育・研究」のために患者の協力を求めることはある程度やむを得ないことと思われるが、それが患者を「素材」以外の何物ともみず、いわゆるモルモットとして扱うようになれば問題である。真理のために「悪魔」（メフィストフェレス）に魂を売り渡す現在の「ファウスト」は研究熱心な医師の潜在意識の中に巣食っていないとも限らないわけである。こうした医師をつくらないために、たとえば米国あたりでは、入学試験に十分な時間をかけて学生を医師としての適性を調べるとか、あるいは臨床講義に入る前に患者の社会的背景を観察し、レポートさせるような工夫を導入しているところも少なくはないようである。ウェスタン・リザーブ医学校的方式（ここでは、臨床講義に入る前に、附属病院に来院した患者の家を医学生に訪問させ、その家の状態、環境衛生、家庭の経済状態、近所の評判などあらゆる側面を調査させる）は全米の注目を集め、順次、アメリカで実施されるようになったという（水野肇『医学部』三省堂新書57 昭和44年）。患者が一個の有機的生物ではなく「人間」であり、しかも、一定の「社会的存在」であるという認識は医療にとってきわめて重要なことであると思われるが、もう一度石原 修の論文を引けば、「人間の社会性・集団性」を顧慮しつつ、「医学の対象を一個の人類より組織生活の社会人へと改めねばならぬ」ということになる。

「好ましくない医師像」の第3のものは、いわゆる「組織の奴隷」となってしまった医師である。一般に、労働における「疎外」（alienation, Entfremdung）の問題は、労働過程の組織的・技術的合理化の進展と共に労働社会学の中でも実証的に取りあげられるようになったものであるが、医療の組織（化）においてもこのことは例外ではない。医師や歯科医師のような高度な専門職業では、通常、仕事における「自己裁量」、「自己責任」の巾が大きく、したがって、「自己実現」の度合いも大きいから「疎外」とはもっとも縁がない職業として羨ましがられているのであるが、技術的専門化や組織的・官僚制的分業化が高度に進むと、

ここでも「自分はひとつの歯車以外の何物でもない」と「やる気」をなくした医師、組織のノルマだけを終わるとそれ以上には仕事に情熱をもたない医師が現われてくる危険性がある。小は「サラリーマン化」した大病院の勤務医から、大は国家レベルの医療制度（たとえば、イギリスのNHS体制）にからめとられているGP（一般医＝General Practitioner）まで、本来のプロフェッショナルとしての「自立性」と「召命観」を失ってしまうものが現われぬとは限らないのである。

以上の諸点をやや誇張していい直すならば、これからの医師・歯科医師に求められる広い意味での「教養」の問題ということが浮び上がってくる。確固とした「自主性」とギルド的共同体として誕生した中世ヨーロッパの大学が、当初、神学、医学、法学（伝統的なプロフェッショナルとしての牧師、医師、弁護士はこれらの学問を基礎にしていた）の3つの学問を中心としていたことは重要である。そして、これらの学問を勉強する学生に求められたものは単に専門的学識のみならず、後

資料2

温かい医療のために

「この病院では、がんをぞんざん診せることにした。そしてたまたま面白いなあ。いざ年をとった物も自然に引退して、生気な患者などバリバリ——これは、酒の席で若い医師の言葉。あの院長が、著書の中で若い医師への嘆息をよまに引いている。

死が間に追いつく患者に人工呼吸器の管をいっしょに取り付け、家族との心の通い合いを無視して、命を自然に引き延ばすスリパゲイ症候群」も雑居部医での殺伐とした最期に疑問を持つ人々も増えている。

こうした様々な現象は、日本の医学教育や医療制度の中で、長年二つの焦点が凝視されてきたことに無縁ではない。一つは、患者を尊重し、病状などの情報を適切に伝えることの徹底、もう一つは、医療の質の基盤となる「ケア」の大切さである。

「末期医療に関するケアの在り方の検討会」が厚生省への報告書で、この二つの焦点を掘り下げて、日本医師会と協力して作成した「手引書」の中で具体的な提案をしている。とくに「温かい医療」が流れている。

「温かい医療」とは、患者の話を聞くことを勧めて、立つて話す立場は見られるという感じを持つようになり、立ち止まると立ち寄りなないからという。治療の終わりに「何かおなごは何か」と問う。治療の終わりに「何かおなごは何か」と問う。治療の終わりに「何かおなごは何か」と問う。治療の終わりに「何かおなごは何か」と問う。

「眠れせん」といって患者に「これは睡眠薬を増やしてみよう」とは会話ではならなかったという受持を受け止めなければならない、とも記している。

こうした検討が必要なのは、末期患者やがん患者だけでなく、患者と名のつくす人の人が、こうしたことを医師や看護婦に望んでいる。この手引書の精神が日本中の医師に広まれば、患者の信頼は深まり、医療生活は心休まるものになるに違いない。

検討会が提案している「末期患者のためのケア」についても同様である。

「ケア」とは、「日々の食事や身の回りの世話、痛みや便秘、不眠症などの治療、患者や家族への精神的ふれあいなどを指している。報告書は、施設にいる末期患者には「私生活や

習得できるだけの尊重されている」「病状の不安に対する精神でのケアが行える

「心はほろほろと涙がこぼれ、自宅で最期のときを過ごしたい患者には「昼時や夜中にも眠けつらくなるから」「訪問看護の充実、ホームヘルパー制度」などの大切さを語っている。

こうした配慮や制度が、末期患者のために重要なことと認識しない。同時に、脳卒中の後遺症で半身不随になり老人病院を出られない人、精神科病棟に長く入院している人、自宅に居たきり状態の人、難病でじわじわと病状が進んでいく人にも、これらのケアやスタ

「ケア」が不可欠ではないだろうか。

この検討会が厚生省が掲げている「温かい医療」を末期患者への濃厚な延命治療を拒否し「患者を削減する」のが真の志ではないか」との見方を示す人もいた。厚生省が「検討会」の成果を幅広い政策や予算に生かすなら、こうした懐疑は減るであろう。

末期患者の笑われた日々の質の向上を目的に進められている施設やプログラムのことを「ホスピタル」といって、その語源はラテン語の「温かい」である。死が目の人々だけでなく、病んでいくすべてに温かいもてなしを用意する社会をへらしたい。

にリベラル・アーツ (Liberal Arts) と呼ばれるようになる普遍的教養であった。もっとも、医療技術そのものの高度化・専門分化が医師としてのミニマム・リクワイアメントが何かというような議論を生んでいる中で、さらに「教養」と呼ばれるような諸科学 (科目) を勉強している余裕はないという反論が返ってくるかも知れない。けれども、医師と社会 (的人間生活) とのつながりが複雑になってくれば人間社会の理解と離れて医療を施すことが不可能になるし、あるいは逆に意識的、無意識的に、「社会と人間」を避けた医療へ逃げ込む (「好ましくない医師」) という結果にもなる。

自然 (生物としてのヒトという人間の内なる自然もその一部) に対する近代文明の対処の仕方 (自然の征服というイメージは近代医学の場合も例外ではないであろう) や世界の合理化・管理化の「思想」に対して全面的な批判を展開した社会科学者のグループにいわゆる「フランクフルト学派」(1923年ドイツのフランクフルト大学に創設された「社会研究所」を中心に活躍した学者とその後継者たち) といわれるひとびとがいるが、かれらは現代の「技術主義的・道具主義的合理主義」が、人間の自然に対する、そして人間の人間に対する態度を敵対的・搾取的、あるいは操作的なものにしてしまうことにひとびとの注意を喚起した。前者についていえば、われわれは医学の進歩にもかかわらず新しい医療問題が増大してゆく現実を、後者に関していえば、医療の内部におけるさまざまな形の「非人間化」が告発されている現実を、いずれも目のあたりに経験しているわけである。医学と医療の直面している (あるいは今後直面するであろう) 数々の難問に思いを到すとき、これに従事するものに課せられた大きな試練と責任の重さを痛感しないわけにはいかない。医学教育の根底に何を置くべきかについては今日の如き価値観の多様化の時代にその答えを確定することは至難の業であると思われるが、ここで、日本の医学教育 (や医療制度) の中で長年輕視されてきたものは、(1) 患者の尊重、(2) 「ケア」の大切さだと主張する朝日新聞の論説を、こうした問題を考える素材として紹介しておこう。(資料2)

第6章 医療をめぐる経済問題

第1節 経済社会的分析

周知の通り、経済的価値物 (物財とサービス) の価値の尺度として、またそれらの交換の手段として、「経済」の領域で生まれた制度的工夫のひとつが「貨幣」(money) と呼ばれるものであるが、現代社会ではこの貨幣を媒介にして多くの「価値物」が「測られ」、「交換される」ようになった。売春禁止法や選挙に関する法律が存在するにもかかわらず、「女」や「票」が (もちろん非法に) 貨幣と交換される、すなわち売買されることさえ稀ではないというのが現実である。こうして、今日「専門的サービス」の一部である医療サービスもまた半市場的構造の中へ定着して、いわゆる医療の経済問題が生起するに至ったわけである。もちろん、ここで「半市場的」というのは、医療サービスの購買力が個人や個人の家計の経済的能力に完全に委ねられているのではなく、健康保険制度によって購買力がある程度社会的に保障されている (需要の社会化) ことを指しているわけである。疾病が単に個人的な責任問題ではなく、また個人個人の疾病は国や社会の人的能力を著しく疎外するものであることが判明して以来、社会が一種の「社会防衛」として病気に対する対策に力を入れるようになると同時に、国民の側でもまた憲法によって保障された「健康で文化的な生活」を手に入れるために医療サービスを受けることをひとつの「権利」として観念するに至ったことが、医療サービス需要の「完全市場モデル」を成立不可能なものとしてしまったわけである。

しかし、基本的な点は一定量の経済的アウトプット (医療サービスも今日ではその一部) を産出するためには、一定量のインプット (費用) を投入しなければならないということ、そして生産のためにはもっとも「経済的に効率の高い方法」——最小の費用で最大の効用をあげること——が選択されなければならないこと、さらに生産物の分配にできるだけ「公正の原則」が反映されなければならないことなど、普遍的了解事項も少なしとしないのであるから、貨幣的な記述と分析を通じてこうした問題に対する有効な解答を用意する

ことが、実は「医療経済学」の中心的な使命だと思われるのである。もっとも、貨幣的交換はより広い「社会的交換」の一部であるから、非貨幣的交換をも含めた分析も可能であるが、それでは経済学的分析をはるかに超えた広範囲な領域を扱うことになるので、ここでは経済学プロパーの領域に狭く絞ることはしないとしても、そこからの逸脱は最小限に留めたい。これが、表題に「経済社会学的分析」とした所以である。

ところで、話を簡単にしていえば、経済的価値物が問題になるとき、これを分析するのに、①生産、②流通、③消費の3つの側面が存在するとしてまず大過はないであろう。ただ、医療サービスのような生産と消費の場が同一である場合には「流通」の問題はほとんど無視してよいので、以下には「生産」と「消費」に焦点を合わせて議論を進めることにしよう。

さて、医療サービスの生産コストは「労働サービス一般」の場合と同様、主としてこれに従事するひとびとの生活の再生産（家族成員の扶養を含めて）に加えて、それぞれの専門に応じた訓練費用、及びこうした困難な仕事に対して優れた人材を吸引するための「報酬」、それと以上の人的費用を除くさまざまな物的生産手段の費用を含むことになるのは見易い事実である。病院を建てるために土地を借りれば地代を支払わなければならない、資金を運用してもらえば利子を支払わなければならないのは、その他の経済的生産活動の場合と何も変わるところはない。ただし、同様に一定の「費用」はかかるにしろ、国や地方自治体が一定量の医療サービスの確保のために公共的な財を使う場合には、通常ならより高い地代や利子を求めて移動する生産手段を他の経済的活動との競争なしに入手することができるという点で、生産の安定性は著しく増大することがありうる。

もちろん、今日医療費の高騰を招いている原因は決してこれだけではない。医学の発達に伴う医療技術の高度化がきわめて高価な治療法を実用化したことにもよるわけである。

そこで現れてくる問題は、もし生産の費用を政治的配慮でまかなうとすれば、通常なら「資金」の市場で自動的に抑えられる「費用」の上限をどのように抑制するののかという点である。しかもよ

り良い医療サービスを求める国民の側の要求は、要求水準の上昇（むしろ文化的に決まるもの——たとえば、すでにわれわれのみた例では、経済的階層を昇るにつれて医師や病院を訪れる度数は増大する）に伴って際限なく伸びていく可能性があるわけである。

他方、医療サービスの質を判定し、これを選択することは、通常、医師の側の専門的判定（決定）に委ねられており、ここではいわゆる「消費者主権」（consumerism）の原則が働かない。そこで、たとえば、1980年代の初頭、日本では（その性能や有効性に疑問がないとしても）「コンピューター断層撮影装置」（CT）が大量に普及して、1年間に一挙に倍近くふえ、全国の病院、診療所ですでに西ドイツの4倍に達した（朝日新聞、1980年2月19日付）というような事態があり、「頭が痛いといえばすぐCTにかける」といった“検査づけ”の風潮があるとすれば、こうした「無駄」をだれがチェックするのかという問題が起ってくるわけである。

消費の側でも問題は決してすくなくない。すでにみたように、国民医療費の相当部分が老人医療に使われているという場合、高齢化社会の到来によってこの傾向はますます助長されるかと思われるが、それでは、単なる「老化」（Aging）の兆候と「老人性の疾患」とをどうして区別したらよいのかという問題が生じる。出来るだけ元気で長生きしたいという人間の素朴な欲求を「医療」の要求としてどの程度まで受け入れればよいのか。もう少し極端な例を取り上げるなら、置換医療技術の発達によって、自分の臓器が寿命を失ってもなおかつ「他人の臓器」（の移植）によって生き続けることが可能となる場合（明らかに、腎臓などではこの傾向の伸展が観察される）、一体こうした要求をどの程度まで医療に対する正当なサービス要求とみなせばよいのか。そこで、実際問題として、現実では、健康保険でカバーする医療サービスに制限を加えることによって、いわば常識的にみて必要なものとそうでないものを区別しているように思われる。かつて、「体外受精」の実験の許可を受けたさるアメリカの大学医学部に、国内はもとより世界中から電話が殺到して、そのうちのひとは、すでに2,500人からの「ウェイティング

・リスト」があるというのに、「どうしてもその上の方に入れて下さい……。お金はいくらでもありますから」といったという。このような事例は確かに極端なケースであるかもしれない。けれども、拡大し高騰する「国民医療費」の原点にこうしたメカニズムが潜んでいることを充分認識しておくことが、この問題に対する最低限の必要条件であるといえよう。

さて、話が少しマクロ的に飛躍してしまったと思われる読者があるかも知れない。もっと切実で日常的な問題は、医療サービス供給側でいえば、自分の給料や病気、クリニックの経営など、また消費側でいえば実際に掛かる費用、保険の掛け金などであり、「医師は儲け過ぎている」とか、「医師優遇税制を廃止せよ」とかいうことが、医療の経済問題なのだといわれそうである。たしかに、その通りである。そこで、上に述べたようなマクロな問題状況を一応頭に留めておいた上で、やや日常的な技術的問題に目を転じてみよう。

すでに上に述べてきたところとも若干重複するが、医療サービスの生産→消費（供給→需要）の特質と考えられてきたものを整理することから始めておきたい。

H. E. クラーマン (H. E. Klarman, *The Economics of Health*, 1965) によればそれらは次の8つである。

(1) 疾病（医療サービス需要）は、きわめて予測しがたく、また不均等に発生する。

(2) 治療（医療サービス供給）は、「外部効果」（ある人が自己の意志にもとづいてとった行動が他の人びとにもたらす良い、及び悪い結果）を含んでいることが多い。

(3) 医療サービスは、今日、支払能力とは無関係に、これを受け取る権利があると考えられている。

(4) 医療サービスは、通常、消費者の側にその価値を評定する能力が欠如している。

(5) 医療サービスには、大部分の場合、消費的要素と投資的要素が混在している。

(6) 医療サービスは、大抵の場合、人的サービスがその構成要素として占める比率が大きい。

(7) 理念的には、医療サービスの供給を「営利的動機」でのみ説明することはできない。

(8) 医療サービスは、医療教育（ときには、医学研究）とともに、生産される場合が少なくない。若干補足説明を加えておこう。

(1) の問題は、個人のレベルでもっとも問題になるが、アグリゲートなレベルでは確率的な安定性をもつようになる。コミュニティ単位の医療システムの設計や健康保険制度がこれらの事実に対応した制度的工夫であることはいうまでもない。

(2) についても、個人レベルとかれをとりまく集合体レベルの関係が扱われていることが分かる。

(5) は、労働生産力の再生（回復）という意味が込められている。もちろん、人間をこれ以外の視点から捉えることはまったく可能であり、さまなければ「人道上の理由で医療を提供する」ということも起りえまい。これは、経済の問題を超えた、社会倫理的問題である。

(6) の意味するところは、生産性の上昇を通して成長することが困難であるという点、また (7) は、主として、医療サービス生産過程での能率の問題との関連で指摘されている。

いずれにしても、この種のサービスの需給関係の分析には、市場メカニズムを利用することが不適切であること（当事者が独立に合理的に取り引きを行なう条件にはないし、公共的利益の観点からの介入があるし、その上サービスの量的測定がむずかしく、これを貨幣単位に換算することによっていろいろ問題が生じる、など）から、上にみたように「資源配分の効率性」をどのような形で確保すべきかというような問題が発生するのである。以下では、医療の経済問題をやや具体的に、今日の資本主義経済という文脈の中で考えておきたいと思う。

第2節 医師の経済、患者の経済

通常、「数字」は人間の使用するシンボルのなかでは、もっとも一般的で客観的なもののひとつであると考えられている。したがって、日常的なやりとりの中でも、「 $1+1=2$ 」というのはどうしようもなく明確な事実、誰も異論を唱えることのできない明証性 (Evidenz) の例証と思われていることが多いし、ましてや明証性と客観性を中心価値とする科学の領域では、いわゆる数学的表現

(及び計算)が広く使用され、社会科学の分野でも「統計」や「数理」の手法がますます広く導入されるようになったわけである。

しかし、とくに社会現象の記述や推論の場合に、「数学」がどのような不確かさや陥牢を秘めているかは、この分野で一寸作業をした経験のある人なら容易に気が付くことである。かくして、ある大衆運動の「集会」に集合した参加人員の数は、主催者側の発表では3万人、警察当局の発表では1万人などというとてもない差異となって現われることが少なくないのである。思うに、これは「集会に対する参加者」をどのように定義するかという問題が「数の勘定」以前に存在していることはもちろん、集会の盛大ならんことを強く希望する主催者側が、とにもかくにも高い数値に必然的に惹かれる傾向があるという事実とも密接に結びついているかと思われるのである。

同じことは、社会現象としての医療費や医師の収入、患者の負担などについてもまったく同様な確かさで現われてくる。比較的容易に定義の問題だけで片付く国民総医療費はともかく、「医師は儲け過ぎているか」というような問題になれば、適正利潤というような経済学的な概念の外に、より基本的な問題として不定形な「医療サービス」をどのような仕方では貨幣化(数量化)するのかわという問題を避けて通ることができないからである。もちろん、マクロ・レベルでも「適正な規模」の医療費をどのようにして決定するかということについては、絶対的な基準がないということはすでに前回に述べておいた通りである。こうした問題は丁度、昨今我が国でよく議論される「防衛費」の大きさ(たとえば、GNPのx%)に関する問題と似ている。「防衛」観や国際状況の認識の相違で、「いや、これでは少なすぎる」、「いや充分だ」と意見が分裂してしまうことは目にみえてるし、そうかといって、「客観的に」その適正規模をはじき出すことが至難の業(あるいは不可能事)であることは誰の目にも明らかである。

このような問題では、まず第1に、国民経済全体の規模や能力が上限をきめたり、適正規模をきめたりする時の材料になるが、それでもある一定の「健全さ」をもった国民経済が、たとえばGNPの何%の医療費や国防費をもつことが最適である

かという問題は、それ自身の中からは解答の見出し難い性質のものである。同程度の経済の発展段階にある諸社会の平均値などもひとつの目安とはなりえても、各国民社会の固有な問題状況を勘案すれば、これとても決して確固たる規準にはなりえないであろう。

周知の通り、マクロ・レベルでみると、わが国の国民総医療費はその絶対量においても、また対GNP比においても、ここ30年来位の間に著しい伸びをみせた。すなわち、1960年度に4,095億円であった国民医療費は、1970年度には24,962億円、1980年度には119,805億円、1986年には170,690億円となり(最近の数字は第1章で示しておいた)、対GNP比でも同上年で2.53%、3.32%、4.89%、5.10%と着実に上昇した。もちろん、この数字が示す傾向は国民1人当りの医療費の場合も同じであって、1986年度のそれは、1960年度に比べて実に31.9倍に躍ね上がっている。

逆に、これを支払う側から眺めてみると、現代日本の国家財政における「赤字御三家」(俗に3K、すなわち国鉄、コメ、および健康保険。もっとも、国鉄はその後分割民営化された)のひとつに健康保険が登場しているように、この天上知らずで伸びてゆく医療費の支払い、(現在その7割強は医療保険負担分である)が、政府管掌健康保険や国民健康保険を中心に巨額の赤字を生じさせていることは広く知られているところである。これは明らかに、医療サービスの購買が現在、赤字覚悟の非合理的な行動になっていることを示しているが、すでにみたように、医療サービスの購入の場合、基本的には個人の「サイフの中味」を問題にしない(必要に応じて、医療サービスを享受させるように制度を社会化したこと、さらに権利意識の定着がこれに拍車をかけた)ということが建前になっていて、実際問題としての「サイフの中味」をどうするかという問題がなござりにされたことが大きな原因になっている。

その伝でいけば、実は国民医療費そのものについても、その中味の適切さが同時に問題にされ始めたのも当然のことである。医療サービス需要の増大する傾向(患者が医師の門をたたくこと)についてはすでに早い時期に検討しておいたが、それではこうした場合患者に施された処置はどの程

資料3

1人に19の病名

中野診療所

ケタ外れの乱療ぶり

不要投薬 330日分も

毎月、40項目の検査

傷病名	① 胃不全 ② 肝臓 ③ 腎臓 ④ 心不全 ⑤ 心不全 ⑥ 心不全 ⑦ 心不全 ⑧ 心不全 ⑨ 心不全 ⑩ 心不全 ⑪ 心不全 ⑫ 心不全 ⑬ 心不全 ⑭ 心不全 ⑮ 心不全 ⑯ 心不全 ⑰ 心不全 ⑱ 心不全 ⑲ 心不全 ⑳ 心不全 ㉑ 心不全 ㉒ 心不全 ㉓ 心不全 ㉔ 心不全 ㉕ 心不全 ㉖ 心不全 ㉗ 心不全 ㉘ 心不全 ㉙ 心不全 ㉚ 心不全 ㉛ 心不全 ㉜ 心不全 ㉝ 心不全 ㉞ 心不全 ㉟ 心不全 ㊱ 心不全 ㊲ 心不全 ㊳ 心不全 ㊴ 心不全 ㊵ 心不全 ㊶ 心不全 ㊷ 心不全 ㊸ 心不全 ㊹ 心不全 ㊺ 心不全 ㊻ 心不全 ㊼ 心不全 ㊽ 心不全 ㊾ 心不全 ㊿ 心不全	診病群 姓 日 (57. 10. 14) (57. 4. 11) (57. 2. 6) (57. 1. 2)
-----	--	--

一件当たりの平均病名が八つ、一番多い人は何と十九も。「不当」と判定された診療費は千六百円―大阪市旭区の中野診療所(中野恵明医師)の過剰診療に、大阪府は三日、「保険医取の消し」を決めた。健康保険組合大阪連合会が「投薬、注射が多すぎる」と改善を要望してから四年ぶりの厳しい処分。治療を受けた患者や健康組合などからは「やっぱり」「当然」の措置の声が上がっている。大阪府医師会は「厳しすぎる」と不満の表情だが、検査し、薬の医療には大きな過剰である。

ここに一枚の診療報酬明細書―九十円。血液検査と尿検査をそれぞれ一回ずつ計四回受け、中野診療所が五十五年二月、患者B子さんの病名は四十九年五月の初診時は「冠不全、心不全」。その六日後は「肝臓」、翌月は「胃炎」、翌年春には「低血圧症」……結局、五十年十一月までの一年半の通院期間中に計十九の病名がつけられている。医療費は―百間で計十八万六千九百

つづられた病名が五つ以下だ

なくとも二十五人は医学常識からみて免投不全ではなかった。「反復性感染症」の三十五人のうち、不要にもかわらず初診以来、千日分以上の抗生物質投与を受けた患者が十九人。中でも、ある女性患者は十二年間に三千三百―千三百分の内服薬を投与され、七百四十回の内服注射を受けた。

医師検査では七人中六十一

人に四十項目の検査を毎月繰り返して受けさせた。二十二人が特定の検査項目で異常値を示したが経過観察などせず、漫然と同じ検査を繰り返すだけだった。

度適切で合理的なものであるのか。医療サービスに関しては消費者（患者）の側にサービスの適切さや価値を評定する能力が欠如しているのが普通であるから、ここではいわゆる医師の「自由裁量性」が重大な意味を持つてくる。検査、治療、処置、投薬の必要・不必要の判断、さらにはその内容や質についてこれを決定する権限は専門家としての医師の側にあることが、「押し売り」を招くことになりはしないか。実際、今日、医療技術の高度化や新薬の開発によって、処置に「万全に期す」ということになれば、ある意味での過剰サービスもやむをえぬということがあるかもしれないが、しかし、それにもかかわらず全体状況から判断すれば、高騰する医療費にムダが入り込んでいるのではないかという懸念が強く残る。

たとえば、国民医療費の内容分析を行った田村真理子によれば（川上・二木編著『日本医療の経済学』大月書店 1987年収録論文）、日本の国民医療費増大の原因は、「主として一日当りの診療費（①診療費、②投薬・注射費、③検査費、④処置・手術費、⑤入院関係費）の急増にあり、その中でも薬剤費の増大によるものであることが、明らかである」という。すなわち、1975年には投薬・注射費だけで1日当りの診療費の約44%が占められており、こうした国際的にも最高の数値と思われる薬剤費の占める割合が、素人感覚としての「薬漬け医療」の印象を裏付けたわけである。

個々の医師の医療行為からこの点をみ直してみると、わが国では、医療サービスの供給価格を決定しているのは、いわゆる「点数単価・出来高払い制」であって、医師の総水揚げは診療行為のひとつひとつに定められている点数の上昇、及びより高い点数の医療をより多く行なうことに比例して増大する仕組みになっている。医療行為は本来営利的行為ではないとしても、診療所を建て、医療機器をそろえ、看護婦を雇うとなれば、自己の生活を維持するための収入はもとより、病院経営者や「中小企業経営者」の性格をもつ開業医はそれ相応の水揚げを確保しなければならないことは当然である。かくして、一部の医師たちがこの制度の中で抜きさしならぬ「経済的合理性」状況の犠牲者となっていくわけである。開業時の資金を金融機関の融資に頼ったり、高価な医療機器を買

い入れたりすれば、それだけで「経済」と縁が切れなくなってしまうだろうし、その結果、手っとり早く問題（借金）を片付けてしまいたいと思えば、無理を承知で多くの患者を診療し、医薬品を（しかも高価な）多量に投入して、病名をたくさん列挙するというような誘惑を避けえなくなるかも知れない。いずれも、こうした状況は医師の良心とは無関係に、現在の医療を取り囲む「環境」として「構造化」されていることが特徴であって、金融機関、製薬産業、医療機器産業などが「利潤」を求めて医療に浸透してきている状況の中では、「医の倫理」だけでこうした問題を乗り切るとは至難の業であると思われる。その意味で、できれば患者との人間的な触れ合いの中で医療行為を行ないたいと考えている医師は、このような現代的医療構造の「犠牲者」であるといっても過言ではないのである。（資料3参照）

医療従事者の中で最も中心的で責任のある位置を占めるべき医師が、そしてある意味では「医の倫理性」を武器に「医の経済性」を否定すべき立場にある医師が、まさに「経済の論理」そのものにからめとられている姿をみるのは悲しいことである。けれども、「脱税」などの不正で新聞紙などで告発されるときは、結局、全体としての国民の医師（医療）に対する信頼を著しく破壊することになるのであって、現在の医療問題（経済問題を含めて）をますます解決困難なものにしているのである。（資料1参照）この年の国税庁による自営業者を対象にした税務調査によると、「ごまかし所得」（脱税）ワースト10の第1位に病院が掲っており、この成績は前年度から連続しているのである。また、10位以内でみると、第4位に産婦人科医、第9位に耳鼻咽喉科医、そして第10位に整形外科医といささか不名誉な記録が並んでいるというわけだ。もし、これが事実であるとすれば、「医師は儲け過ぎているか」というような質問は無意味だと多くの国民が考えてしまうだろう。それは決して理性的な判断ではないかも知れない。しかし、そうだからこそむしろ恐ろしいのである。

確かに、医師の側からの点数単価改定に対するもっともな要求もあろう。技術や知識に対する日本人の一般的な態度が、技術料に対する点数単価

を不当に低くしているのだといったような——。いうまでもなく、実際の医療費がこうしたソフト分野のサービス（たとえば、医療コンサルティングのようなものも含めて）に支払われなければならない。薬や医療機器の産業、地代、設備投資に国民医療費の大半が流用されるようでは、問題があり過ぎるといわざるをえない。しかし、こうした無形のサービスに関しては、とくに国民的な合意形成の中で「適正な」費用が算定されなければならないのであって、その際、患者（潜在患者としての国民一般）の医師に対する信頼や尊敬の念が重要な役割を演ずることは、いくら強調しても強調し過ぎることはないと思われる。

本稿では、医師優遇税制や医師の収入を含めて具体的な技術問題を避けた。ひとつにはすでにこれらの問題については多くの検討がなされているからである。けれども、基本的な認識は、医療と保健の経済問題は決して小手先の経済的処置では解決しないという点である。医師の側でも患者の側でも、それぞれ自己のありようを反省して見る必要があるのではなかろうか。

第7章 「病院」の社会学

第1節 組織としての病院

ドイツの著名な社会学者 M. ウェーバー (Max Weber, 1864-1920) が、近代合理主義的な「官僚制」(Bureaucracy) を大規模な人間組織 (organization) の典型として定式化してすでに久しいが、一定の目的 (目標) を実現するためのこうした「人間と物財」の動員体制 (mobilization system) は、今日、行政府、企業、組合、病院、大学、教会など人間活動のあらゆる分野において顕著な展開を示すに至っている。

ウェーバーによれば、官僚制とは大規模組織 (large scale organization) に共通する管理・運営の技術的構造の一様式であって、それは、たとえば、(1) 権限の原則—組織の目的遂行に必要な活動が職務として固定化され、それに命令権力と手段とが分配されている、(2) 規則主義—職務上のヒエラルキーは規則によって固定され、確立されている、(3) 公・私分離—生活の場と職務遂行の場、行政職員と行政手段などの分離、(4) 文

書主義—文書による事務の処理、(5) 専門主義—専門的知識や能力に基づく勤務者の選択と階層的昇進制の採用など、いくつかの基本的特徴によって性格付けることが可能とされている。

近代的な病院 (the modern hospital) もまた、今日、疾病に対処するための複雑な構造をもった大組織であり、そこでは大企業や行政官僚制にみられるような特徴と同時に、新しい形の組織問題を抱えたきわめて興味深い人間集団を形成しているのである。

通常、日本では、病床19床以下を診療所と呼び、20床以上を病院と呼んでいるが、もちろん、病床数が増え、機能的複合化 (総合病院化) が進めば進むほど内部構造も複雑になり、官僚制的な要素もまた増大することが予想される。本来、「合理性」(rationality) の徹底的な貫徹を「構造化」したものがこうした官僚制組織の特徴であって、ここでは人間的「生命」(疾病や死) もまた日常的平面で能率的に処理されるという危険性が存在するが、この点への留意がすなわち「病院の人間化」(Humanization of the Hospital) の問題である。官僚制組織が一方ではその普遍性、客観性の故に大きな能率をあげることができるようになった反面、人間的要素を無視したり、これを画一的に取り扱うことから組織の「非人間化」が生じ、これに反発する形で、組織論の分野でも、いわゆる「人間関係論的アプローチ」が台頭してインフォーマルな人間関係の重要さが新たな関心を引き起こすことになった。

さて組織社会学者のブラウとスコット (P. Blau & R. Scott, *Formal Organization: A Sociological Approach*, 1962) は、ウェーバーの官僚制概念をさらに前進させて、一体こうした大組織が誰のために、あるいは何のためにつくられているのかという観点 (Cui Bono? = Who benefits?) から、大組織のタイプを次のような4つの類型に区別した。

(1) 組織の受益者がそのメンバーであるもの——たとえば、ある種の自発的な結社の場合のように、これを構成するメンバーが各自の特殊な欲求実現のために結成したような組織——

(2) 組織の受益者がその所有者であるもの——たとえば、典型的には企業や株式会社のように、

その所有者の固有の目的、経済的利益の獲得のために組織がつくられ、そこに働くひとびとは必ずしもその利益を分有しない——

(3) 組織の受益者がそのクライアントであるもの——ある種の福祉団体や組織の場合のように、その組織の目的がこうしたクライアントに対する一定のサービスや便益の提供である——

(4) 組織の受益者が社会そのものであるもの——これは大抵の場合、国や地方の行政組織（官僚制）に代表されるが、ここでは組織活動のアウトプットは社会そのものに広く還元される「公共財」的性格をもっている——

こうした類型でみると、今日、大規模な形で個々人の個別的な欲求——しかも、そうした欲求充足＝サービス提供のためには高度に専門化された職業的知識・技術が要求される——を満足させるためにつくられる大組織、たとえば病院、大学、宗教集団などは明らかに第3番目の類型に属することが分かる。そして、このことは次のような示唆を含んでいるのである。すなわち、このような組織では、その分析の中にある種の仕方クライアント自身をも包摂しなければならないのではないか——この問題提起は、病院の「人間化」のテーマとも密接に関連するので、以下に詳しくみておくことにしよう。

従来、大学や病院の組織論的研究の中では、前者の場合には「学生」を、後者の場合には「患者」を、組織の重要な構成要素（variable）として分析する視点は決して強くはなかったと思われる。学生や患者は、いわば「お客様」、通り過ぎてゆくものとして、組織そのものの構成要素として第二義的なものと考えられるのが普通であった。しかし、「学生のいない大学」や「患者のいない病院」を想定することはできないという自明の現実のほかに、教育や医療の「主体」の問題が昨今大きくクローズアップされるにおよんで、「病院の社会学」においても、患者の組織論上の位置付けがもう一度考えなおされるという状況が生まれてきた。

いうまでもなく、今日の近代的な大病院は、単に患者に対する医療サービスの提供のみならず、医学研究や医学教育に関しても相応の貢献が期待されているし、そのため医科大学附属の病院はも

ちろんのこと、たとえば成人病（がんや心臓病の場合のように）や精神病のための専門病院はいうに及ばず、相当規模の総合病院ではこうした役割期待に対応するためにも物財や人員の動員システムが組織されていなければならない。そして、こうした複合的目標群を能率的に実現してゆくためには、一方では管理事務部門（administration）の整備・展開、他方では専門職の体系化（professionalization）が必須不可欠なことはいうまでもない。けれども、基本的には、組織の受益者が医療の全文脈の中で「主体者」であるところの患者というクライアントである病院の場合、組織分析の焦点をどこに定めるかという問題について誤った解答を出してはいけない。

すでに述べたように、大病院の組織論的分析の中に恒常的な変数として「患者」を導入することに対しては、未だ多くの反論がありうる。専門職能組織の充実な活動（の確保）にこそ病院分析の焦点が置かれなければならないとする立場に立てば、医師を中心としてその囲りに働く多数のコメディカル・ワーカーの分業と協業、権限の集中と分散、意志決定、命令系統（命令階統）などが、そのアウトプットの極大化を目的関数にして分析されなければならないということになろう。そして、このような専門職能組織の能率の確保との関連で管理事務組織の在り方が問題となり、そこから「専門原理」と「管理原理」という二つの「能率」の基準を異にする原理の葛藤が病院分析の中心的な関心事となってきた。「患者」がこれに加えられる場合、多分「患者原理」（仮称）というようなものがここに新たに概念化され、先の二つの「原理」との間にさまざまな問題（葛藤）を提起することになるであろう。患者が長期的に入院する結核療養所のような所で日本における「患者運動」が生じた歴史を考えて見ると、これが「患者原理」と「管理原理」とのコンフリクトとして現われたことに納得がゆくであろう。同様な事例は、精神科の専門病院などでも問題になりうるであろう。しかし、ここでは、今日、医学テクノロジーのセンターと化した大病院における「専門原理」と「患者原理」の問題に限定して、以下若干の考察を行っておきたい。

「患者原理」というような不可解な新造語を

資料4

カルテ閲覧、拒否権も明記

日本病院会「患者の権利章典」制定へ

国内最大の病院団体である日本病院会（「鶴橋芳夫会長」は、インフォームド・コンセント（十分な説明と同意）やカルテの閲覧権などを明記し、「医療は患者と医師や病院職員との共同作業」であること等をうたった「患者の権利章典」を制定することを決めた。現在、内容の最終的な詰めを行っており、来月までに決定し日常の医療に生かすよう加盟病院の協力を求める。これまで日本生協連などが「患者の権利章典」を定めているが、大規模病院が加盟する団体としては初めてのケースとなる。

大規模病院加盟団体で初めて

日本病院会は、全国の病院の四分の一にあたる国立や私立の約二千五百病院が会員で、医療制度の改善や病院職員の研修などを進めている。制定される患者の権利章典は前文と約二十の条文から成る。前文では「当病院の医療が患者であるあなたと医師や病院職員とのパートナーシップの関係での共同作業であることを確認してほしい」と呼びかけている。

さらに、人種・宗教・性別などで差別されないことや

患者の自己決定権を明記し「基本的事項」▽検査や処置について、分かる言葉で説明を受けたり、カルテが閲覧できたりする「知る権利」▽特定の薬や治療法などを「拒否する権利」▽プライバシー尊重などを求めることができる「要請する権利」について、各条文で細かく説明している。日本病院会は昨年六月、「患者の権利 被験者の「自発的同意」を医学的実験の絶対条件と定めたニュールンベルク綱領（一九四七年）を出発点とし、戦後、欧米を中心に様々な形で「患者の権利」が明文化されてきた。七〇年代初めには米

エイズ対策委員会を設けて検査の推進などを検討したが、検査の同意を得るにあたってインフォームド・コンセントや患者の権利をどう確立するかが問題となり、医療制度委員会（委員長、伊賀六一・済生会中央病院長）で集中的に検討し、権利章典を答申する運びになった。

同委委員で「章典」の原案を作った岩崎栄・日本医科大教授（医療管理学は「臓器移植など先端医療との関係で患者の権利の問題がクローズアップされているが、本来は日常の医療の中で実現していかなければならない。日本は余りにも遅れている」と指摘する。伊賀委員長は「できるだけやさしい表現にするよ、文章を練っている。すべてをすぐに実施するには、解決しなければならぬ問題も多い。病院の玄関に張り出したり、患者に手渡したりして広く理解を得ていきたい」と話している。

米を中心に様々な形で「患者の権利」が明文化されてきた。七〇年代初めには米国病院協会が消費者運動の高まりを受け、人権尊重の立場からの「患者の権利章典」を制定した。日本では患者よりの医師を上位とする医療界の体質が強く、インフォームド・コンセントも定着していない。しかし最近、日本生活協同組合連合会や全国保険医団体連合会などが患者の権利を明文化した「章典」や「宣言」を出すなど、意識が高まっている。

提起した根拠は次のような事情である。最近、「賢い消費者」ということがいわれ、企業や流通の専門家に操作されて「物を買う」ことを止めようという運動が生まれている。それは、たとえば食品などの場合のように、悪質な商品はそのまま食べたひとの健康をむしばむというような危険な要素が混入している可能性があるからである。

こうした状況の中で「自分の身は自分で守れ」という運動として「コンシューマリズム (consumerism)」という述語が定着したが、この日本語訳は「消費者主権」である。医療の場面においても、まったく同じような動機と考え方に基づいて、同じような運動が展開され始めた。医師に領収書を要求する運動やカルテの公開を迫る等(の措置)は、すべて「医療の主体が患者にある」という思想から生まれてきたものである。日本では長い間、患者は医師に「診てもらおう」もので、時にはいさぎよく「生命さえあずけた」ものである。医師はそれなりに高い権威と威信を享受しており、したがって、医療の中心には常に医師がおり、患者の立場は常に(その意識においても)「従」であった。その日本で、たとえば、医事紛争の発生件数がうなぎのぼりに増大しているのである。牧歌的な形の医師-患者関係が崩壊して、これを従来のような形で復元することが不可能であるということになれば、新しい処方箋を模索しなければならないわけだが、その手始めに提案したいのがこの「患者原理」である。

今日、大病院が医学工学の粋を集めたテクノロジーの城であることは万人が認める現実である。そして、そこで働く医師がこうした機器に通曉したテクニシャンでよいというのであれば、水野肇もいうように(増刊『中央公論』昭和54年40頁)「医学部」は不必要で、「工学部医学科」でコトたりる、ということになる。しかし、実際問題として、患者たちが病院に求めているものは、(相も変わらずといわれそうだが)信頼できる医師との人間的な関係なのである。それが、「裏切られている」と思い込むことから、今度は医師や医療に対する激しい(時には常軌を逸した)告発が生まれてくるのである。

アメリカの医療社会学者の指摘をまっまでもなく、病院サービスは患者の福祉を支援する方向に

あるべきものとされながらも、病院の諸規則そのものは病院のスタッフに便利なようにつくられていることが稀ではない。これは、多数の患者を平等に能率よく扱うためのいわば「官僚制的要請」であるわけだ。加えて、入院してくる患者は、老いていたり、病気があったり、あるいは何らかの仕方です「欠損状態」(defective)であるから、そのことだけの理由で人間的に低く評価される(devaluated)という危険性がある。病院の非人間化の最も基本的なところに、こうした人間のもつ「弱さ」(差別意識)が存在することが、そしてこのことの明確な自覚が病院内の専門職(professionals)の間に欠如していることが、実はこの問題の大きな陥穽であるということ、を、とり急ぎまず第一に強調しておきたいと思うのである。

第2節 病院と社会

前節では、近代的病院を念頭に置きつつ大規模官僚制的組織としての「病院」を取りあげ、病院の「人間化」に関する手掛かりを考えてみた。ここでは、病院をもっと広い社会的空間の中において、病院と社会の関係について考察を進め、併せて医療と社会との関係を文化人類学的な視点から考えてみたい。

一般論としていえば、現代社会の抱えている様々な問題(医療におけるそれを含めて)が発生する原因のひとつは、近代を推しすすめてきた「理性」(あるいは近代的合理性)に対する「不信」であると思われるが、こうした状況を反映して、現代の(生物学的医学を基礎にした)医療についても批判的な〈まなざし〉が注がれ始めている。そして、たまたま「近代的大病院」は、現代医療の至高のシンボルとして、良きにつけ悪きにつけ、人びとの印象に強く焼き付いているので、病院をこうした角度から眺めてみることは、ある種の文明論的視点とも関わって極めて興味深いことなのである。

やや、象徴的な話から始めてみよう。もう30年近く前の経験だけれども、日本の田舎とフィリピンの田舎を廻り歩いて、筆者は次の事に強く印象づけられた。すなわち前者では村で一番立派な建物(その大部分は新築の、しかも村でも唯一の鉄筋コンクリートの建物であった)は「小学校」で

あったが、後者では、それは（周りの貧しい家屋と比較すれば極めてゴージャスな）「教会堂」であった。もちろん、この一事をもって日本とフィリピンの「近代化過程」の比較をしようなどとは毛頭考えていないが、それでもこの事から、少なくとも、この2つの社会でどのような「価値」がもっとも大切にされ、またどの様な方向へ社会がorientirenされているかを垣間見ることができたわけである。

病院は元々ヨーロッパの伝統の中では、病気の治療とは何の関係もない「客をもてなす場所(hospitals)」であり、「巡礼をもてなす場所(hospitalia)」であったのだが、16世紀になると徐々に「慈善的公共施設」としての性格を示すようになる。その主要な仕事は、(ピストリアの(Espedale del Ceppoの場合)「死者の埋葬」、「裸者への衣類の贈与」、「寡婦とみなしごの援助」、「巡礼の宿泊」、「病める者への奉仕」、「囚人への訪問」、それに「渴えたるものに飲食を与える」ことであった(R. デュボス、木原訳『人間と適応』みすず書房、320~321頁)。こうした施設を支配していた考え方は、「病気への医学的介入」(その様な技術はほとんど皆無に近かった)ではなく、「神への修道土的観念」であったという。いずれにしても、精神と肉体を分離する思想はなく、栄養と休息が疾病への重要な対抗手段であり、したがって患者は全人格的に取り扱われたのである。病院が「隔離」の場所として機能し始めるのはずっと後の事であるが、とくに18世紀になって感染症についての意識が高まると、病気が社会に拡がるのを防ぐという目的で患者の隔離が行われるようになった。

容易に想像されるように、癩患者、盲人、老人、孤児などを収容する施設の場合と同じように、病人を隔離する病院もまた極めてネガティブな評価に甘んじなければならず、通常、「市民階級の上層のもの」(金持)は病院に入る替りに、自宅で看護を受けることが多かったのである。一見、顕著で華々しくみえる近代病院制度の成功にもかかわらず、病院に対する告発が、とくに近年厳しくなっている事の基底には、医学への信頼の崩壊の他にこのような歴史的感情をも考慮に入れておかねばならないかも知れない。

『臨床医学の誕生』の著者であるM. フーコーは、「施療院」の欠陥を指摘しつつ次のように書いている。

「病気の自然な環境とは、生活の自然な環境なのである——すなわち家庭である。つまり、自発的な世話のやさしさ。愛情の表現。治癒への共通な願い。これらすべてが病と闘っている自然を助けるために共謀し、病気そのものが、その真実においてあらわれる様にされる。ところが病院の医師は、あいまいな、変質した病気、病理的事象のテラトロジー(奇形学)ともいべきものばかりを見る。これに反し、家庭で看護するものは、(少しの間に、あらゆる種類の病気の、自然現象に基づいた真の経験を身につける。)この家庭医学は、必然的に、敬意をもつ態度を使命とする。」(同上訳書 37頁)

しかし、19世紀後半から20世紀前半にかけて、科学的・唯物論的医学が病気の治癒に決定的に重要な役割を演ずるようになると、病院の地位はしだいに上昇しはじめた。第2次大戦後には、医療の機械化と臨床検査の進歩が病院の重要性をますます大きなものにした。その結果、今日、近代的大病院は大都市や地方都市の中心に「城」の如くそびえ立つことになったわけである。

ところで、その病院であるが、1986年10月1日現在、日本では9,699の病院があって、前年に比べて91施設、すなわち0.91%増加している。病院数は1955年以来一貫して増加しており、1986年の数は1955年の約1.9倍であった。

このうち、8,613施設(88.8%)が一般病院(一般病床のみか、または2種以上の病床を有するもの)で、次で精神病院1,035(10.7%)、結核病養所22(0.2%)などとなっている。

開設者別では、医療法人と個人が両者合せて71.6%を占めており、この構成比は年々に増加の傾向にある。これに対して国立の病院は僅かに10.6%であり、特に病院病床数でみた場合、精神病床の77.1%が個人と医療法人の病院であることは特徴的である。なお、一病院当りの平均病床数は158床であった。

人口10万当りの病床数の推移でみると、一般病床では1955年の222.9が1986年には918.6となり、約4倍になっているが、これを精神病床でみると

表1 病院の種類別にみた病院数の年次推移

	昭30年 (1955)	35 (’60)	40 (’65)	45 (’70)	50 (’75)	55 (’80)	60 (’85)	61 (’86)
総 数	5,199	6,094	7,047	7,974	8,294	9,055	9,608	9,699
精神病院	260	506	725	896	929	977	1,026	1,035
伝染病院	73	58	46	35	27	20	12	13
結核療養所	676	595	340	160	87	39	27	22
らい療養所	14	14	14	14	16	16	16	16
一般病院	4,096	4,922	5,922	6,869	7,235	8,003	8,527	8,613

注 1) 昭和30年から昭和55年までは年末現在である。

2) 昭和60年以降は10月1日現在である。

資料 厚生省「医療施設調査」

5.64倍、また結核病床では0.16倍となっており、疾病の構造変化に対応した病床数需要の変化を垣間みることができるのである。

さて、病院の「中味」は、現代の医学技術の粋を集めた「専門病院」の場合、財政的にも技術的にも、きわめて密度の高いものになることはいうまでもない。こうして国立のある循環器病センターの場合には640床の病院で（昭和50年当時）総工費約100億円、但しここでは特殊病棟に、ICU床、SICU床、無菌病床、機能訓練床等が完備しているうえに、外来部門での患者を振り分けるための自動検査システム、救急患者受け入れのための循環器緊急部門、その他集中治療、機能訓練（リハビリテーション）部門、更には患者の心理・社会的諸問題の解決のために臨床心理部門さえ備えているのである。

ところが、皮肉なことに、こうして大病院がいたれりつくせりの医療を供給し始めた事と裏腹に「イアトロジェニック」（iatrogenic：医原性疾患）を告発する運動が広がったのである。確かに、ニューヨークにおける結核による死亡率は19世紀の初頭人口1万人に対して700であったのが、第2次大戦後、抗生物質の使用が当たり前になる以前にすでに1万対48と下落し、こうした事情は、コレラ、赤痢、チフス、猩紅熱、ジフテリア、百日咳、麻疹などについても同様であったが、イリッチが強調するところによれば、この様な成果の重要な原因は、現代医療の技術的進歩というよりはむしろ、「ひとつには微生物の毒性の減退、あるいは住宅の改善などによっても説明されようが、最も重要な要因は栄養が改善されたために宿主（人間）の抵抗力が高まったためと考えられる」（I. イリッチ、金子訳『脱病院化社会』）というので

ある。それよりも何よりも、社会的医原性の問題点は「専門家の自律性が退廃して完全な独占に転化し、人々が環境と闘う力を失う時」最も大きくなる。丁度、自動車が人間の足の価値を奪い、学校が独学の価値を奪った様に、大病院が本来の人間の生と死の価値を奪ってしまったという文明批判がここには強く脈打っているのである。

病院の機能と密接に関わっている問題で、今日批判的な視点から再考の必要があると思われるものに「死」がある。たとえば、アメリカでこの25年間に病院で死ぬ人の数は30%余ほど増加しており、その費用に至っては1200%増である。これは「医療を受けない死に対する恐怖」が一般化した為でもあるが、すでにこのことに関連して「自分の手で死を把むという自律性」を回復したいとする多くの人びとの運動が展開し始めている。「濃厚治療」を拒否したり、死期を「家庭」の中で迎えたいとするひとびとの漸増は、いく人かの医師の同意や支持を獲得しはじめている。病院が「死に場所」になってしまうことは、医療が病気を中心に組織化されていることと無関係ではないが、これに対する新しい発想は医療を健康（保健）を中心に再組織化することである。

日本でも、近代的大病院ではなしに、地方の小さな診療所の中でこの新しい発想が実践されているところも少なくない。こうした所では、木造の質素な診療所でも、（保健活動と健康管理の中心として）村人の眼には「生命の灯」として映るのである。住居と食生活、生活環境の全体が活動の視野に入っており、そこではひとびとがもう一度全人格的に扱われる医療が病院のイメージと重ね合わされるのである。

このこととの関連でいえば、現在医療の場を

「病院中心から在宅重視」へと軌道修正しようという動きも出てきている。あるいはまた、エイズや末期患者を扱う施設では、病院そのものが「家庭化」する、すなわち患者を取り囲む環境を「普通の生活」のそれにしてしまうという試みもある（例えば、看護婦も、あの白衣ではなく平服を着用しているといった具合に——）。家族や生活を大切にしつつ病氣と闘うときの治療効果を高く評価し、その積極的な推進を求めた「在宅医療環境整備に関する検討会」（座長・高久史麿東大教授）の報告書が厚生省に提出されたと新聞が伝えている（朝日新聞 1989.7. 4）。医学が進歩したお陰で、今までは病院でしかできなかったような医療が自宅で可能になる。他方、住み慣れた家（族）から切り離された病院生活のマイナス面が、とくに高齢者などでは顕著に現われる。もっとも、こうした在宅医療の条件整備が公的機関によって充全に行なわれていなければならないことはいうまでもない。

いずれにしても、今日のごとく大病院志向の強い日本（3時間待ち3分治療でもひとびとは大病院に殺到する）であるからこそ、「医療にとって、患者にとって、病院とは何か」という問いがもう一度真剣に考え直されるべきなのである。

（以下次号）