

医師－患者関係における医療的交換について

村 岡 潔

〔抄 録〕

贈与交換などの交換理論に基づき、医師－患者関係における医療的相互行為を〈交換〉の側面に焦点をあて分析を試みた。

一般に、患者側は、医師側から治療をうける立場にあるため、医師－患者関係は、まず医療知識や医療技術からみて非対称な関係にあるとみなされている。そのため、患者側は治療費などを医師に支払い、医療経済的には対価交換が成立するとされている。しかし、患者側は、多くの場合、医師に「診てもらった」「治してもらった」という「恩義」の意識があるために、治療費を支払っただけでは、負債は返済できず、互酬性が成立したとは認識していない。そこで、場合によっては医師側に、治療費以外に金品を贈与するという贈与交換の形態まで出現することがある。

しかし、医療行為の総体を見るとき、医師側は、個々の患者の診断・治療に由来する、各種の知見や情報を仕入れたり、医療技術の研鑽の機会などといった様々な供給なしには成り立たない。言い換えれば、患者由来の知見や技量は、直接、間接を問わず医師側の利得となり、次に自分の価値を高める元手（資本）を増加させる働きをなす。医療的交換という視点からは、医療行為の展開は治療費や贈与を通した明示的な交換ではなく、水面下に隠蔽されるか、あるいは意識下の交換の形態に多くを依存していることが示唆される。この視点は医学体系の形成や、医師－患者関係のヒエラルキーを支える基盤を考察する際に看過されてはならない。

キーワード 医師－患者関係、交換、贈与、医学体系、ヒエラルキー

1. はじめに～医療的交換という見方

医療行為の基本的構成単位は患者と医師の間の対面的な相互行為が行なわれる医師－患者関係に求められる。一般に医師は、専門的知識・技術を使って病気や怪我を患い手当てを必要としている患者に救助に必要とされる処置を施す立場にある。そのため、この単位における医師

－患者関係は一方的で非対称な関係とされている。しかし、医師職⁽¹⁾が患者からの報酬を生計の手段とする存在であることは、原則的に医療行為が対価交換を前提とした行為であることを示している⁽²⁾。しかし、一般には、医療行為は、こうした互酬性を備えたものとはみなされにくい。むしろ、それは人間の生命をあつかう人道主義的なものであり、生業というよりは「医療＝聖職」観が優勢であることも否めない。仮に、治療費という対価を支払ったとしても、医師－患者関係の非対称は解消されず、医師職に何らかの「恩義」を感じざるをえないような特質を備えている。たとえば、この相互行為には「治療してもらったお礼」として患者側が金品を医師側に贈る例のように、贈与的交換に類する側面を観ることができる⁽³⁾。

本稿では、このような現象に見られる医師－患者関係の非対称性を文化社会的な交換という視点から再考することが目的である。従来の見方⁽⁴⁾にしる、医師職が治療費などを受け取ることで医療行為が対価交換となるような医療経済的な見方⁽⁵⁾にしる、いずれも、医療者側に対して患者側は治療を受けるということで負債があるという前提に立っている。筆者は、それだけでは不十分であり、逆に、医療者側が患者側に負っている側面があると想定し、こうした側面から医療における交換の問題を考察する必要があると考える。とくに医療という相互行為を通じて、医師側と患者側が、相互にどのような利得を得ているかについて検討する。このように本稿でいう「医療的交換」とは、医療経済ではなく医師－患者間の相互行為に含まれる文化社会的側面にもつばら焦点をあてた概念である。

2. 交換の定義

ここで、本稿であつかう「交換」の概念を整理しておこう。久慈利武によれば、経済的かどうかに限らず、「交換とは他者にとって価値あるものを他者に供与することを通して、その他者から自己にとって価値あるものを獲得する自己と他者の間の相互行為（相互供与・相互獲得）」と定義される。さらに、社会交換理論では、物やサービスの相互授受だけが交換でないこと、物やサービスの流れは一方的でも象徴的な何かは逆方向に授受されているという意味で贈与も交換に含まれるとする⁽⁶⁾。このサービスとは、物品のように当事者が相互に認識可能な行為、配慮、労働を供与することであり、それを通じて社会的に必要される便宜が供給されることを指す。たとえば、水道・ガスあるいは医療の供給などの有益な専門的活動がそれに相当する⁽⁷⁾。

久慈は、さらに、交換では「双方とも失ったものや放棄したものより、獲得したものの価値・効用が上まわっているという感覚をもち、交換に入らない場合よりは、多くの利益を受け持っているという感覚をもつことが前提とされる（相互利益・相互有利化）」とみなしている⁽⁸⁾。言い換えれば、双方が自分の獲得した財が、相手の得た財と同等かそれ以上の使用価値を有すると同時に見なして、はじめて交換が成立し、それによって、2つの財が、等価性を獲得するのである。本稿で扱う「等価交換」とは、この場合をさす。また、この「交換して得をした」

と納得させる感覚を「利得感覚」と呼ぶことにする⁽⁹⁾。

また、社会的交換である贈与交換の類型には、「直接的交換」と「間接的交換」がある。直接的交換とは、個人（または集団）Aと個人（または集団）Bとが財xと財yを互換する場合である。間接的交換は、少なくとも3人以上（または3組以上の集団）の間における交換形態で、例えば、AがxをBに与えると、BがyをCに、CがzをAに与えることによって完結するような交換形式をいう⁽¹⁰⁾。

なお、こうした次元とは別に、「共時的交換」と「通時的交換」の区別がある。たとえば、結納とその返礼の場合、それが、ある婚礼に限定して比較的短期間に決済される共時的交換がある。それに対し、通時的交換とは、先の婚礼に招待されたものが、今度は、自分の側の婚礼に招待することで完了するような、相対的に長期の間に決済される時差的交換をいう。義理による道徳的義務は、こうした贈与交換を特徴づける互酬性の規範として位置づけられる⁽¹¹⁾。つぎに、医療行為における交換的性格を見てみよう。

前述のように医師－患者関係を契約に基づいた対価交換の関係とみなすことは、治療行為と診療報酬とがあたかも等価交換されており、医療行為が不正なく実施されるならば医師－患者間には貸し借りはないかような錯覚を両者に与えかねない。

したがって、医療行為をこうした経済的交換としてだけみるのでは不十分である。患者は、処方されたり注射されたりして受け取る医薬品、創傷治療後の包帯などの医療品（物品）を買うという経済活動のために病院に行ったわけではないからだ。また、患者の中には、治療効果の有無に関わらず、医師側に金品や物品を贈る必要があると考えたり、それを実行する者も存在する。彼らにとっては、請求された医療費の支払い（お金）だけでは済ませられない何か象徴的な「借り」（不足分）があり、利得感覚のバランスが等価になってはいないと言えよう。彼らは、自分が受けた医療行為に対して恩義のようなものを医師または医療に感じており、医療費に何がしかの分を上乗せし補完することで、不足分の義理を返済していることになる⁽¹²⁾。

次節から、患者側と医師側とに分けつつ、医師－患者間の交換行為の結果、得られる交換財（利得）としてどのような財やサービスがあるかなど、医療的交換の様相を考察してみよう。それによって、医師－患者間での利得や負債を比較してみたい。

3. 患者側からみた「医療的交換」

A) 患者から見た利得の諸相

自らが病気や怪我に際し医師から受ける「医療行為」の全般が、患者側にとっては代表的な利得である。患者は、病院などの医療施設で医師と出会い、医師－患者関係を形成する。その相互行為を通じて、患者は、診断（診察・検査）され、何々の病気というラベルをもらい、治療を受ける。この一連の過程は、「医者に見てもらおう」「薬をもらおう」「注射してもらおう」「手術してもらおう」あるいは「治してもらおう」などと表現され、文字どおり、利益を受けとるという

意味としても、単なる儀礼的表現としても慣習的に使われている。

このように患者から見た第一義的な利得は、投薬、注射、手術などの医療行為を受けることである。この治療行為以外にも、X線撮影や血液検査などによる診断があり、健康診断など、それによって身体の状態が評価されることも「診てもらう」こととして利得となる。こうした受療行動に付随し、物的要素として患者が医師から受け取るものには、薬やそれに相当する処方箋、あるいは、診断書・証明書などの医師が発行する書類がある。これらの受益に対して、通常、患者は、請求される医療費を支払うことで、医師との相互行為を対等な交換として無事に完結できるはずである。

この場合、患者が利得感を得ない（交換が不等価交換に終わる）とされるのは、医師が提供した医療の質（診断・治療の内容と結果）が患者の期待に副わなかった場合である。「誤診」や「医療過誤」という判断は、それが顕在化した場合である。もちろん、「誤診」や「医療過誤」の証明には、当事者としての医療者が、それを誤謬・過誤として認知する必要があるが、医療者側が患者側に、その事実判断を隠蔽しようとすることもある。

ただし、「誤診」や「医療過誤」の判断には、患者側の利得感覚の感度が関わっており、同様の「診断の不正解」や「治療の不成功」が、常に、そう見なされるとは限らない。例えば、医師－患者間の信頼関係が強く、かつ、医師が誠心誠意努力した（と患者や家族から認められた）場合、結果として治療が不成功に終わっても、患者側（患者本人または家族）が、「よくやってくれた」と、その努力を評価したり、それだけしてもらったのに病気が重症すぎた（つまり不可抗力であった）などと判断したりすることもある。前者では、医師の努力点が結果に加算され、後者では、治癒の目標レベルを降格させることによって、交換された利得間のバランスが修正されるとみなすことができよう。

B) 患者からみた象徴的利得

このように、治療の際の相互の利得の評価は、当事者である患者や医師の利得感覚にかかっている。たとえば、患者が医師から受けとる利得の一つである「病名」ないしは「診断名」には、その評価を修飾する象徴的意味がある。ここでは、それを「象徴的利得」としておこう。むしろ、病名それ自体は、患者に治療に直接的に作用するわけではない。しかし、それは、患者が病気の保持者であることを周囲の人々に公認させ、患者の休養を正当化する機能を果たしている。たとえば、身体がだるくて仕事がつとまらず欠勤状態が続く場合でも、「肝機能障害」や「慢性疲労症候群」などと診断され、その病名の診断書をもらうことで、患者の状態が決してサボタージュではなく病気による不可抗力なものであることが周囲の家族・友人や会社の同僚に対して証明されることになる。

また、処方される薬は、実際、治療行為の一環をなすが、同時に、その患者が病気であることの指標となる。それは、病院にいなくても、患者本人に自分が病気であることを再認識させ

ると同時に、家族や第三者に対しても、病名と同様の象徴的機能を果たしてくれる。この他、食事療法や運動療法などの生活指導も、薬と同様の象徴的役割をになう。

このように医師との相互行為から得られた診断書、薬、生活指導などは治療行為の諸相で手にする明示的なものであるが、それには、象徴的な意味も加味されている。また、担当医が治療行為に伴って患者に与える誠実さ、親切さ、信頼感などの度合いも、医師－患者間の相互行為に対する評価を修飾する象徴的要素となりうる⁽¹³⁾。

C) 患者による医学知識の獲得

また、患者は、医師－患者間の相互行為における利得として、主に自分の病気に関してだが、治療経験を積み重ねて医学知識を獲得していく。これは、医学生が受ける系統的な医学教育とは違って断片的なものだが、マスメディアや伝聞・口コミによる間接的なものより、医療者から受ける直接的なものである点で価値をもつ。こうして患者は、「正統的」医学的知識に基づいて自己の病気を評価するようになる。実際、慢性疾患である糖尿病、高血圧症、あるいは気管支喘息の患者は、その日の症状にあわせて、どの薬をどの程度を使えば良いかを（自己の病気に限ってだが）熟知していくのである。このように患者は医師のもつ近代医学的な病観を身につけていることになる。

近年、医療倫理において強調されるインフォームド・コンセントの考え方は、こうした傾向を強化し、患者側が、自分の病気に関する医療情報（病名、検査結果、治療法の選択肢、予後や結果の予測など）を獲得することで自律的に治療に参画するという意識を高めているようだ。インフォームド・コンセントには、医師の治療実践に対する患者の「自律的権限付託」の意味があり、その「決定的要素は、権限を付託する人が、他人〔医師〕に行為の権利を渡す状況の中で、自分もつすべての権力、力、支配力を行使すること」だからである⁽¹⁴⁾。

また、自分が医学的言説に支持された立場にあると自覚することは、患者自身を安堵させたり、流行の言葉である「癒し」をもたらしたりするといった、象徴的效果をもたらすこともある。一方、患者が病気を、医学的な言葉で解釈しなおすことは、医師にとっても治療をおこなうのに好都合であろう。

米国の患者満足度の一調査は、医師の提供する医療の評価が社会的象徴的文脈でなされることを示唆している。その結果は、医師からの理解し易い効果的なコミュニケーションが治療へのコンプライアンス（従順さ）を高めること、逆に、コミュニケーションや対人扱いが悪いと最終的には医事訴訟にもつながること、つまり、医師－患者関係に関する患者の社会的感情的な認知と医療の満足度には重要な結びつきがあることを示した⁽¹⁵⁾。

一方このことは、医師のコミュニケーション技術が上手な場合、医師が選好する医療技術を喧伝して、患者の同意を誘導してしまう可能性も含んでいる。例えば、そうした状況下で、医師に特定の薬の注射や処方を求める「投薬要求」の形態もよく見られる⁽¹⁶⁾。それは一見、患

者の自律的形態を示しているため、その意思決定の過程に含まれる被誘導性を明示することはむずかしい。しかし、それまでに利得として得た医学知識が誘因であることは想像に難くない。

以上、医師－患者関係を交換関係とした場合、患者側から見た利得の諸相について述べた。次節では、医師側から見た利得を中心に医師－患者関係を検討して見よう。

4. 医師からみた医療的交換

A) 医師側から見た利得の諸相

医師が、医療的交換を仮定した際に具体的に受け取る利得としては、患者に提供した診療行為（労働）に対する診療報酬が挙げられるが、本稿では、それ以外の贈与的交換あるいは象徴的交換における交換財（利得）に当たると思われる諸相を中心に考察したい。

診療報酬以外の例としては、「患者から得られる感謝（その具体的表出としての信頼感や社会的評判）」の表出や、時に、それに伴う「謝礼や贈りもの」などの目に見える形の外的なもの、医療という人命に関わる業務をおこなっているという「自負心」や行為の達成に基づく「満足感」などの内発的なものがあげられよう。

例えば、医師－患者関係の中で、医学的適用がないにもかかわらず、経営的関心から患者側の「薬がほしいという希望（投薬要求）」に応じて処方することは、自らの治療原則を放棄したことになり、それは医師本人に不満をもたらすこと（マイナスの利得）になろう。逆に、それを断れば、薬の適切な使用に関して、患者側に医学教育を行なうことになるし、また「自分の原則通りにしたという個人的満足」も味わうことにもなろう¹⁷⁾。これらは、経済的対価に換算しえない象徴的な利得に分類される性質のものである。

さらに、診断・治療という患者との相互行為を通じて、医師側に（個人あるいは学会などの集団とを含む）に蓄積される性質のものに、医学的知識と経験（技術習得）がある。この中には、治療の技術向上だけでなく、前節で述べたインフォームド・コンセントに関連して、患者に自らの診断や治療法の執行を同意させるための合意形成の技術も含まれよう。特に、これらは、医師－患者関係において、日々の診療を通じて医師側が患者側から徐々に獲得していく重要な利得にも関わらず、通常、医師側（あるいは患者側も）、これを患者から得た利得の一種とは考えていないようだ。むしろ、医療者側が医師－患者間の相互行為とは独立に獲得し治療用（商売用）に加工されたテクノロジーや知識であるかのように見なされている。

B) 患者からの謝礼と贈り物

つぎに患者から医師への謝礼と贈り物について考えてみよう。これは明らかに利得とみなせる。医師への謝礼については、池上直己は、その機会は、もっぱら手術後や退院時、あるいは、差額ベッド利用時であり、その額を病院の差額ベッドを10万から30万、一般病棟からの退院時には3万と推定し、日本の医療費の1.5%（約4000億円）と試算している。もっとも一般病棟

の患者からの謝礼は、盆暮れのあいさつ程度の金額の品物が通常であるという⁽¹⁸⁾。一般に、患者からの謝礼は、このように経済的利得のカテゴリーに入るものと理解されている。医師側にしても同様で、患者から得る「正規の」利得である診療報酬の「付け足し」として位置づけられていると推察される。

一方、謝礼や贈り物は、治療してくれた医師や看護師など医療スタッフへの感謝の気持ちが、規定の診療報酬の支払では返しきれないと感じた時に、患者側が、その不足分の返済の象徴として当該の医療者に渡す性質のものと言えよう。患者が、そうした医療者への〈恩義〉を返すための謝礼や贈り物は様々である。看護婦詰め所に差し入れられるお茶菓子やかんジュース、医師あてに贈られるタバコやウイスキーのようなものから、商品券や現金にいたるまでバラエティに富んでいる。その〈恩義〉の大きさを、謝礼や贈り物に外在的に付与された値段（経済的価値）に比例して推定することはできない。

この点、医療保険点数表を介して、どの患者に対しても、同じく一律に、定められる医療費の利得とは異なっている。先述の池上のように、それを医療費の一部として概算し、マクロの医療経済学的分析に利用することは可能だが、それは、医療の文化社会的交換の側面を論ずる場合には、医師－患者関係の相互行為のもつ文化的意味の誤読につながる。

C) 医師－患者間の互酬性について

上述した文化的意味付けにもかかわらず、これらの財の授受を経済的交換の一部をみなし、「患者様からの謝礼や贈り物は一切受け取らない」という禁止通達を出す医療機関は少なくない。この場合、医療者側は、正規の医療費を受け取る以上、そうした財は過剰な経済的利得なので受け取る理由はないと考えている。さらに、それを受け取るのは道徳的あるいは倫理的規範にもとるので、医療者にあるまじき問題行動とも見なされる。しかし、医療者がそれを厳格に拒否することは、逆に、医師－患者関係を疎遠なものにし、わだかまりを残す可能性もある。患者のちょっとした感謝の気持ちも、受けてもらえないということになるからである。

その背景について見てみよう。田中久文によれば、日本では古来の贈答制度と近代の資本主義制度とが分かち難く結びついているため、デパートから送付してもらう「商品」が御中元・御歳暮の贈答品になるし、一般的交換価値である「貨幣」までもが「のし袋」に入れることにより贈答品に変身する。しかも、伝統的に「形なき精神的贈答」[という交換的相互行為]が倫理観の根底をなしている。私たちは、一般に、人から何かをしてもらった時、それを「無償の愛」とは思わず、精神的な贈り物なので、そうである限り、必ず返礼しなければならない性質のもの考えるのである⁽¹⁹⁾。

贈与交換の場合、この互酬性ということが重要なポイントになる。患者が、この種の贈与を医療者側に行う意味は、これまでに医療者側から受けた（贈与されたと感じた）〈恩義〉を清算するためのものが多いように思われる。しかし、近代医学の医療者側の解釈と対応は、患者

の思惑とは多分に異なっている。先述のように、医療者側は、通常、この互酬性の規則を知らないか、知っていても無視するのである。自分が患者におこなった治療に患者自身が、いかに感謝しようとして、医療者側としては医療者としての使命を全うしただけであって、そうした患者の感じる〈恩義〉は、むしろ過剰な反応とみなされやすい。

また、標準以上の医療を期待して贈与が行なわれる場合もあろうが、その場合も、患者に特別な配慮が施される可能性は少ない。あるとしても、病室の訪問回数が増えて愛想がよくなるといった、医療以外の場面での待遇が変わる範囲のものがほとんどだ。贈与があったので、新しい点滴に換えようとか、最新式の人工呼吸器と交換しようなどという発想はまずない。医師は、通常、自分が最善と思われる治療を実施しており、治療の質に上下の差をつけて、どちらかを選びながら医療業務を行うことに慣れていないからでもある。

一方、医療者側には、人命を救う「医学の使命感」という社会的意識が働いている。この使命感は「医は仁術」といった道徳律を世間に惹起するだけでなく、命を扱う重大な仕事をする者と自らを位置づけ、日常診療で患者の治療に成功することによって、こうした自己の使命をはたした満足感・達成感を得ることができる。これは、必ずしも治療費、謝礼、贈り物に交換できない性質の精神的な利得なのである。もし、変換されれば、それは不純のものになってしまう。ここに、「医は仁術であり、医師は私利私欲を捨てて患者のために奉仕すべきもの」という医師像を理想化する「赤ひげ」神話⁽²⁰⁾が恒常的に再生産される基本構造があるように思われる。

このように医師－患者関係の場では、贈与交換を成立させるはずの互酬性の規則は、医療者側によって無視される傾向がある。このことは、患者からその〈恩義〉を精神的に医師に返す機会を奪ってしまうことにもなりかねない。

D) 医師－患者間の非対称性の縁起

ところで、医師－患者関係の非対称性は、一般には、互酬性とは別の側面から説明される。佐藤純一によれば、医師／患者の非対称性は、「観察・解読する存在／観察・解読される存在、職業としての属性／個人の状態としての属性、職業的営為としての日常性・反復性／人生での出来事としての非日常性・一回性、侵襲する身体（技術）／侵襲される身体（対象）、支配／非支配…」といった二項対立に表象される。そして医師－患者関係を「教える－学ぶ関係」と同様、「対話」の関係であり、かつ「対置される相互が非対称的で共約不可能な他者同士であること」によってはじめて成立する「交換関係」と規定し、医師－患者関係ではその非対称性の落差が「治癒力の源泉」だとしている⁽²¹⁾。

確かに、患者にとって「お医者様」の存在が重要なのは、治療によって自らの病苦を解決し、病んだ心身を「癒して」くれる治癒力が期待されるからである。しかし、この信頼の根拠となる治癒力の基礎に、患者自身が及ばない「医学知識」や「医療経験」を保持しているはずだと

する通念があることは否定できない。こうした通念は、どの社会でも、病気体験・治療体験による社会化や文化化を通じて人々に形成される性質のものであろう。

見過ごせないのは、この非対称性がもたらすヒエラルキーは、医療者側を恒常的な売り手とすると同時に、患者側を恒常的な買い手、すなわち「受益者」であり医療の負債者として固定化することに大きく寄与していると思われる。

5. 患者からの利得としての医学知識・医療経験

前述のように医師－患者関係の非対称性を患者に意識させる起源としては医学知識や医療経験があるが、その素材の提供者は患者である点を看過すべきではない。つまり、患者の観察、診察、検査ならびに治療という個々の医学的介入（病死者の解剖をふくむ）と、病気の診断法、治療法として形成される医学体系総体（知識と技術）は非常に密接な関係にある⁽²²⁾。個々の医師の腕前（能力）も、医師としての技術習得に際しても、医師は、患者を、いわば「実験台・練習台」（実際は、患者にこうは説明しないが）にして、注射から心臓移植といった大手術にいたるまで腕を磨いて行くことになる。これも、患者からの利得であると意識されることは少ない。

また、技術習得の過程は、段階的に進展する。虫垂炎の手術のように、比較的やさしいとされる手術でも、研修医のようにその手術に不慣れであれば、虫垂炎の患者の治療から学習することは多い（利得は大きい）が、その手術方法を習得した医師にとっては、新たな虫垂炎の患者からの利得よりも、更に難度の高い手術（たとえば、胃の切除）が必要な患者からの利得の方が大きいものになる。

さらに、実験的治療では、患者は、文字通り「実験台」となり、その身体を提供する。新たな外科的な手術法の開拓は、臓器移植の歴史にみられるように、動物実験を経るにしても、手術手技が定まれば、そのまま、患者（人間）に実施されるのが普通である。薬物のように二重盲検を行なって手術方法の良し悪しを検討することがむずかしいからである。この意味でも、外科医にとって「新しい外科の大手術はすべて1つの実験であり賭けであることは避けられない。しかし、このような実験が治療を進歩させ、外科医に経験と知識をもたらす⁽²³⁾と理解され納得されることになる。

かつて国立大学医学部の中には「学用患者」の制度があった。学用患者とは、医学歯学の教育・研究用に供する目的で、本人または家族の了承のもと、診療費のもっぱら全額負担を条件に、大学附属病院に入院させる患者をいう。医療費が免除された「学用患者」にとっては、形式上、患者側の「実験治療」＝医師側の「新知見」という交換が成立している。この制度では、医師－患者間の相互行為における医療的交換が、医療者側の利得を第一として設定されていることは明らかであろう（将来的には、患者のためであるという言い分は成立しうるが）。

5. 結語

以上、医師－患者関係における相互行為を交換という側面から様々に検討した。

医療行為の総体を見ると、医師側は、患者側から得られる、各種の知見や情報を仕入れたら、医療技術の研鑽の機会などといった多種多様な供給なしにはやっていけない。言い換えれば、患者由来の知見や技量は、直接、間接を問わず医師側の利得となり、次に自分の価値を高める元手（資本）を増大させる働きをなす。医療的交換という視点にたてば、それは治療費（経済的側面）や贈与といった明示的な利得ではなく、つねに水面下に隠蔽されるか、あるいは意識下の利得なのである。このことは医学体系の形成や、医師－患者関係のヒエラルキーを支える基盤の考察の際に看過できない側面であろう⁽²⁴⁾。

〔注〕

- (1) ここでいう医師職または医師側は、医師だけでなく、看護師・薬剤師・検査技師など医療チームを形成する広義の医療（従事）者スタッフを意味している。同じく、患者側には家族を含めることも可能である。
- (2) 進藤雄三：「医師」、進藤雄三・黒田浩一郎編『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社、1999年、53－54頁。進藤によれば、医療行為が対価交換を前提とした行為だという「当然の事態」の意識化を妨げ、医療＝ヒューマニズムという観念にリアリティを与える条件は2つある。1つは医師が人間の生命をあつかうことによる「医療＝聖職」観を生む母体となった医療業務の特質ともうひとつは医療の希少性だとする。需要に対して供給が希少である「売り手市場」の時代には「サービスを受けられる」こと自体が「感謝」の感情を喚起するので、医師－患者関係を契約に基づいた対価交換関係と捉えることは困難だとしている。
- (3) 例えば、個人Aが、個人Bに「便宜」を図り、特別な「配慮」をしてくれたとする。Bが、その「感謝の気持ち」の代わりとして、相手Aに「お礼の品（財）」を贈ることは社会的交換である。その「お礼の品」は、「感謝の気持ち」を代弁（象徴）する交換財である。後日、BからAに同等の便宜や配慮が返されても交換は成立する。これをしないBは、Aに対して義理を欠いた（贈与交換における「負債」を抱えた）状態となる。この状態から脱却して、返礼し義理を果たさせる社会的機能を互酬性と言い、贈与交換に代表される社会的交換では、交換の主要な動機付けとなっている。
- (4) 日常生活では、文化社会的交換である贈与交換のような様々な相互行為に遭遇する。例えば、バレンタインデー（2月14日）に贈られたプレゼントのチョコレート（給付）に対し、約1ヶ月後のホワイトデーには、同等の財のお返し（反対給付、対価）がなされて交換が成立する。これには、上司や教師に贈られる「義理チョコ」の場合もあるが、それは、日頃、世話を受けた人からその行為に恩義を感じて、盆・暮れに贈る「お中元」・「御歳暮」の性格に近いものとなる。
- (5) 一般に、経済的交換とは、財（金品と物品）が相互にやりとりされる経済市場での商品売買をさすが、本稿では、医療上の経済的交換を、「医師側が、診療行為を行ない、その行為に対する診療報酬として、患者側が請求された医療費を支払う相互行為」に限定する。医療費とは、実際には、保険診療における診療報酬点数表に従ったものに加え、保険適用外の室料差額や自由診療によって請求された診療費など、医療者側が請求した費用の全体を指す（岡本悦司『医療費の秘密』三一書房、1991年、24－28頁）。
- (6) 久慈利武『交換理論と社会学の方法』新泉社、1984年、7－17頁。

- (7) 中川米造『サービスとしての医療』農山漁村文化協会、1987年、74頁。
- (8) 久慈利武、前掲書、7-17頁。
筆者(村岡)はこれを次のように数学的に解釈できるとする。たとえば、Aが財 m をもち、Bが財 n をもつとき、Aの価値観では n が m 以上の価値があり($n \geq m$)、Bにとっては m が n 以上の価値がある($m \geq n$)と考えている。この価値の落差が、AとB間に交換という相互行為を惹起させる契機となる。従って、交換という行為は、この二つの不等式をAとBの出会いの場では同時に成立させていることになる。この不等式の解は $m = n$ となり、第三者からは見かけ上、 m と n は同等の対価として交換されたことになる。
- (9) 象徴的で内在的意義をもつ交換財の場合、金額(外在的価格)による比較はむずかしいが、当事者間では、久慈の指摘通りのやり方で、交換財の価値のバランスが検討されている。この判断基準となるのが、相互がもつ利得感覚である。それは、個人の基準だけでなく、帰属する集団・社会の慣習によっても支配されている。
- (10) 伊藤幹治『贈与と交換の人類学』筑摩書房、1995年、98-103頁。
- (11) 伊藤幹治、前掲書、103-106頁。
- (12) 富永健一によれば、社会的交換と経済的交換の違いは、後者が貨幣を媒介とする交換なのに対し、前者では貨幣が使用されない点にある。社会的交換は、社会財、すなわち「非物的・精神的価値の交換」であるから、そのままでは「経済的価値を体化した貨幣」とは交換不可能なのである。一方、両者の共通点は、ともにその相互行為の性質が、交換のバランスが問題となるゲゼルシャフト[利益社会的]行為である点にある。この共通性のゆえに経済的交換は、通常、社会的交換を伴っている。経済的交換も、単なる物品の売買ではなく、そこに買い手と売り手の相互信頼という一つの社会関係を前提としている。経済的交換はいわば社会的交換の特殊なケースなのである。(富永健一『社会学講義』中公新書、1995年、120-125頁)
- (13) 人間の生理・病理に与える薬の影響は、文化社会的要因が総合された結果(総合的薬物効果)に因っている。つまり、A)「薬の持つ化学的薬理作用」に加え、
B) 味・形・色・商品名などの薬自体の性状(同一成分でも錠剤の色が変わると患者によっては効き目も変わる。有名な薬が効く)。
C) 投薬を受ける患者の個性、経験、文化・社会的背景などの特質(治療に対する感じ方・訴え方は、患者の性格、病気や治療に対する知識や経験、民族差などが左右)。
D) 処方者・調合者の年齢・外見・マナーなどの個性、または専門性や権威の度合い(病院薬か市販薬か、処方者は大学教授か中堅の医師か新米の助手か)。
E) 投薬が行われるセッティング(医者-患者関係が理解と信頼に基づいているか)などの要因が相互に影響しあってはじめて薬の効果が発現するといえよう。(村岡 潔「民間医療のアナトミー」、佐藤純一編『文化現象としての癒し』メディカ出版、2000年、68-69頁)
- (14) R・フェイドン、T・ビーチャム『インフォームド・コンセント～患者の選択』酒井忠昭、秦洋一訳、みすず書房、1994年、219-225頁。
- (15) CB・インランダー、LS・レヴィン、E・ワイナー『アメリカの医療告発』佐久間充監訳、勁草書房、1997年、207-208頁。
- (16) 村岡潔「医者に対する患者の〈強い投薬要求〉」『日本保健医療行動科学会年報』第5巻、1990年、134-146頁。村岡潔「投薬要求」、医療人類学研究会編『文化現象としての医療』メディカ出版、1992年、344-347頁。
- (17) H・プロディ『医の倫理～医師・看護婦・患者のためのケース・スタディ』館野之男・榎本勝之訳、東京大学出版会、1985年、24-28頁。
- (18) 池上直己『ベーシック 医療問題』日本経済新聞社、1998年、59頁。
- (19) 田中久文「贈答」、『マイクロ・エシックス』昭和堂、1993年、106-109頁。
- (20) 黒田浩一郎「赤ひげ」、佐藤純一・黒田浩一郎編『医療神話の社会学』世界思想社、1998年、161-196頁。

医師－患者関係における医療的交換について（村岡 潔）

- (21) 佐藤純一「臨床空間における自己と他者」、池上哲治、永井均、斎藤慶典、品川哲彦編『自己と他者』昭和堂、1994年、260－264頁。そして、医師－患者関係の非対称性は、伝統的医療〔非近代西洋医療〕にも前近代的〔西洋〕医療にも見られるから、近代社会における知の近代的（権力的）在り方にも規定されたものでも、「人権意識や医学的知識」の欠如や不足によるものでもなく、それは「人の患いからの解放を他人が助ける」という治療関係に「本質的」ものだとしている。
- (22) 医師・研究者同士で、あるいは、自分自身で新しい方法を試すこともある。また、ヒト以外の動物や健康な被験者を使った実験から得られるものもあるが、これらの知見を人間に応用するには、実験治療の段階で患者に対する臨床試験（松山圭子「製薬産業」、黒田浩一郎編『現代医療の社会学』世界思想社、1995年、130－135頁）を踏まえることが不可欠となる。
- (23) L・ゴールドマン『医師が意見を異にするとき』中川米造訳、時事通信社、1975年、122頁。
- (24) 医療体系におけるヒエラルキーの問題については、村岡潔「多元的医療体系再考」『医学哲学・医学倫理』第22巻、2003年に別個論じたので参照されたし。

（むらおか きよし 仏教学科）

2003年10月15日受理