

現代医療と生活世界

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2015-07-07 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 栗岡, 幹英 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.14945/00008919

現代医療と生活世界

栗岡幹英

序論：問題の所在

現代医療は、心臓移植や胎児治療、体外受精、遺伝子治療などの華々しい新技術の成果をもって、この社会の成員に対し深い印象を与えている。しかし、それは共感や賛辞を呼んでいるばかりではない。むしろ、人々は、一面では現代医療の抱えるさまざまな問題に直面して、その矛盾に気付き、懐疑の眼を向けているように見える。この印象は、議論が沸騰している臓器移植や、増加が顕著な医療過誤訴訟を考察することで確かめることができるだろう。高度先端医療の時代とは、同時に医療に対する信頼回復の必要が叫ばれる時代でもある。このような事態には、医療と現代社会との関係にかかわる構造的問題が伏在していると思われる。

本稿の目的は、システムと生活世界という方法的視角から、現代医学における高度医療の進展と医師―患者関係の変質の意味を考察することにある。

一 パーソنزの医師—患者關係論

一節 パーソنزの病人役割の概念

医療社会学の分野では、医師と患者との信頼關係の問題は、どのように扱われてきたのであろうか。この点を考察する際に好便な出発点となるのはT・パーソنزの議論である。というのは、パーソنزは、自ら自負しているようにこの分野の開拓者であり、その考え方は現在でも医療社会学の基本的な共有財産となっているからである。その医療社会学においてとりわけ注目され、その後の議論の準拠点を提供したのは、「病人役割 *sick role*」の概念であった。パーソنزは、行為者が動機づけの中心的な側面の一つとして自他の役割期待の実現をめざす一群の欲求性向をもつことを指摘する (Parsons, 1951: p. 32, 訳三八)。行為者は、この期待を通して社会システムと関係づけられるのである。パーソنزによれば、病氣は「人間個人の生物学的体系としての有機体の状態と、かれの個人的・社会的な調整の状態の双方を含む、全体としての人間個人の『正常な』機能作用の霍乱状態」(Ibid., p. 431, 訳四二七)と定義される。個人の意志にかかわる動機づけの諸要因が病氣の要因に含まれることを指摘してその社会的側面に注目しつつ、病人を社会的役割として把握した点で、パーソنزの功績を強調しすぎることはない。

パーソنزによれば、患者が取得する病人役割にかかわる制度化された期待としては、(1) 正常な社会的役割の責務の免除、(2) 看護されなければならない状態にあること、(3) 「回復」しようとする義務、(4) 専門家に効果ある援助を求め、医師と協力する義務、の4つがある (Ibid., pp. 436-7, 訳四二七)。こう考えることによって、パーソنزは、現代社会においては患者がその義務として病氣から回復しなければならぬこと、その際医師による援助の対象となるべきこと、を主張するのである。⁽¹⁾

二節 社会の統合の危機と医師プロフェッション

それでは、医師の役割とは何か。パーソンズによれば、「医師の役割の核心は、医師の力のおよぶかぎり、患者が病気から回復するのを促進するという意味での患者の福祉に対する責務にある」(Parsons, 1951: p. 447, 訳四四二)。医師が患者を援助する義務は、病気の逸脱としての意味から生ずる。すなわち、病気とは「社会的役割を遂行するうえで欠くことのできない身体のはたらきを実行する能力がそなわれた状態」であり、患者は正常な期待にそって社会的役割を遂行することができない存在である⁽²⁾。したがって、パーソンズにとつて病気は成員の適切な役割の遂行によつて維持されている社会システムの統合に脅威をもたらす事態なのであり、社会的統制の対象となる。この統制のための専門化されたシステム領域として医療が成立する。医療は、社会成員の逸脱を統制するシステムの一つとして、全体社会の維持に貢献するのである。

しかし、パーソンズにとつて医療が社会統合という課題に関してもつ意義は、分化した社会システムのもつこの一般的な機能にとどまるものではない。当時のアメリカ社会が直面した次の問題への実践的な解答をも提供するものであった。つまり、道具主義的活動主義、合理化、構造化という社会の変化要因が「伝統的な社会構造を解体せしめ旧来の社会的連帯性を著しく弱める方向に作用する可能性を含むとともに、……新たな統合問題を提起」(高山、一九八六、一六八)したことが、それである。この認識のもとで、パーソンズは、アメリカ社会における新たな統合に資する要素を探求し、その可能性を発見する。医師や弁護士などのプロフェッションがそれである。

三節 医師―患者関係と相互信頼モデル

パーソンズの理論において、医師プロフェッションの統合的意義とは、患者と医者双方が病気の克服を至上の目的として共有することにある。つまり、プロフェッションとそのクライアントとは、おなじ目的に献身することで相互信頼関係を

作つてゐるとされる (Parsons, 1951: 464, 訳四五七)。この共同体において、医者は自己利害への無関心によつて特徴づけられる (*Ibid.*, 1951: pp. 463-4, 訳四五六―七)。その関心は患者の病気を治すという患者と共通の目的にあり、それゆゑ医師は個人志向でなく集合体志向の傾向をもつ。

この相互信頼モデルは、プロフェッション・クライアント関係一般に適合するモデルである。高山によれば、パーソンズは市場の経済原理とは異なるプロフェッション・クライアントの信頼関係のモデルの浸透が旧来の社会統合に代わる新しい統合の可能性をもたらすと、楽観主義的に考へている。すなわち、医師―患者や弁護士―依頼人の関係には「新しい形の社会的連帯性の原型を確認しうる」のであり、これによつて危機に瀕した社会的連帯性の形成・維持という社会統合の問題を解決できるのである (前掲書、一六九)。こうして、「パーソンズの現代社会論において『プロフェッション』が歴史的危機を克服すべき重要な課題を担うトレーガーとして措定され」(前掲書、一七七)ることになった。

しかし、医療の現実には、このようなパーソンズ流の考え方では理解できない。この点を、私たちは、パーソンズの医師―患者関係論が論理的にも実態的にも妥当しない状況が生じていることから説明したい。

二 相互信頼モデルの妥当性問題

一節 相互信頼モデルの内在的弱点

たとえば、ターナーは、パーソンズの病人役割の考へについての批判の一論点として、相互の闘争や葛藤のない理想的な医師―患者像を提起していることを挙げている (Turner, 1987: p. 45)。実際、医師と患者との間には、さまざまなレベルで葛藤が生ずる可能性がある。⁽¹⁾

第一に、病気を治すという仮定された共通の目的は、患者と医師の双方の別々の目的に対する共通の手段となつてゐる

可能性がある。患者は身体侵襲的な手段を避け、日常生活に支障がない範囲で相対的な回復を望み、医師は医学的な関心から完璧な治療をめざすかもしれない。あるいは、医師は、収入、名誉、達成感などのために病気を治療するべく動機づけられているかもしれないのである。⁽⁴⁾この可能性は、患者の医師への信頼を弱めるであろう。パーソンズの医師—患者関係論における相互信頼は、二種の当事者がそれぞれに抱いている目的—手段連鎖のあるレベルで、今日の時点で見れば恣意的に、共通項をくり出すことによって成立したのである。

第二に、そもそも病気は治療されるべきかどうかについてすら、医師と患者の考え方が異なる可能性がある。たとえば、病気は時に利用可能な資源となることがある。フォスターとアンダーソンは、パーソンズの病人役割の概念について、「患者のよくなるうとする欲求を大前提としている」ことに疑問を提出し、病が積極的な適応機能をもつことを指摘して、次の六点を挙げてゐる。すなわち、(1)耐えがたい圧力からの解放を可能にする、(2)個人的失敗を説明するのを助ける、(3)配慮を得るために用いられる、(4)入院を休暇として利用する、(5)社会統制の道具として用いる、(6)罪の感情を償うための装置となる、という六点である。こうして、病が戦略として用いられることがあると主張するのである (Foster, G.M. & B. G. Anderson, 訳一七一一—一八二二)。それゆえ、彼らによれば、

病行動と病気の役割と患者の役割を研究する行動科学者は、……いかに潜在意識的であろうと、患者が自分の状態を操縦のための装置として用いていることがあること、そして病が患者にとって負の価値だけでなく正の価値すら有していることにも注意しなければならない。(前掲書、一八三三)

要するに、患者役割論を採るならば、役割理論においてパーソンズ批判が展開されているように⁽⁵⁾、患者自身の主体的な役割選択の可能性に考慮を払う必要がある。つまり、医師を前にして、患者は当然、医師が患者の病気に適切に対処するであろうと期待する。しかし、「適切」とは、単に医療技術を駆使して速やかに健康を回復することとは限らずに、患者自

身の役割取得に依じてさまざまな内容を含む可能性があるだろう。同様に、医師もいつも患者の期待に値する医師の役割を採るわけではない。両当事者が、既成の役割期待にしたがつて自動的に相互信頼関係を形成するわけではないのである。

第三に、パーソナルの医師―患者関係論においては、逸脱者としての患者とその統合をめざす社会の側にたつ医師とが対比される。患者は病気から回復することを義務とされており、そのために医者への援助の客体となる。このことは、医者―患者の役割関係のなかでは、実は医師が主導的役割を担いがちであることを意味している。こうして、患者役割の概念を見るかぎり、病気を治療すべきだという主張の自明性、そして医療がそのための唯一の効果ある方法だとの判断を背景に、患者の医師に対する原理的な劣等性・従属性が帰結せざるをえない。プロフェッションのなかでもとりわけ医師の倫理性が強調されるのは、この非対等の関係に対する代償としてだと考えることができる。

医師も患者の治療によって「患者の福祉に貢献する」ことが期待され、また専門職としての資格付与のプロセスを通してその技術を保証されているのだから、医師が信頼に値することはこの役割関係に内包されているとの反論もありうる。しかし、一般的にいつて患者は、医師の倫理性や技術的能力について十分な情報を得ることがなく、医師を選択する可能性が限られているなかで、自己の不調・苦痛を癒すことを迫られて来院する。他方、医師は、その収入の源泉として特定の患者に大きく依存することはない。患者は医師を確たる根拠がなくとも信頼し、依存せざるをえないのに対し、医師の方に患者との信頼関係を維持するように促す事情は比較的乏しいのである。こうして、パーソナルの患者役割論においては、患者の医師に対する信頼、むしろ依存が関係の継続に重要な位置を占めている。^⑤以下第二節では、医療の実態から相互信頼関係の基盤の喪失を論じてみたい。

二節 高度医療の進展にともなう信頼関係の毀損

患者の医療に対する信頼は、現代医学のこれまでの歴史においては、医師の倫理性と医療の有効性の二つの条件のもと

で確保されてきた。第一に、近代において医師は確固とした職業倫理をもつ典型的な専門職だと考えられてきた。この職業倫理の中心は、患者の利益に奉仕することであった。ヒポクラテスによる「医の誓い」や日本における「医は仁術」という言葉などに示されるように、医者は患者への奉仕という観点から人間的に信頼しうることを求められ、かつ認められてきたのである。第二に、個別の医師に対してはともかく、現代医療の有効性については、多くの人びとが基本的に信頼を寄せてきた。現代医療の苦手とする慢性疾患などについて民間療法に頼る傾向はあるものの、この社会の大部分の成員にとって現代医療が罹患した場合の主要な選択肢であることは確かであろう。医師は、この現代医療にかかわる専門家として信頼されているのである。しかし、この二つの意味での信頼は、最近では揺らいでいるのではないか。この事情は、近年の医療過誤訴訟の増加という事態と脳死・臓器移植問題に対する世論の対応によって、ある程度裏づけられるように思われる。

臓器移植と脳死の問題

数年来、この国では「脳死」をめぐる議論が新聞や週刊誌などの一般向けの報道をも巻き込んで行なわれてきた。いうまでもなく、「脳死」による死の判定の是非という問題が生じてきたのは、主に心臓や肝臓などの臓器移植がその承認を前提としていたからである。そして、この脳死についての合意の不在がこの国で臓器移植が進まない理由だと考えられている。確かに、脳死を認めようとの提案は、患者の人権をどう保証するかという問題が十分に解決されていないために、この社会の大多数の成員が承認するには至っていないといえよう。だが、この社会的合意の問題にはかわりなく、臨床の現場ではすでに脳死を死と認め、脳死状態からの臓器摘出を行なうという例がかなり出現している。日本全国の移植施設を対象に行なわれたあるアンケートで、一九八〇年一月から三月までに脳死の状態で腎臓を摘出したケースが一〇六例ありとされている（加藤・竹内・太田・新美、三四）。また、施設の数でいえば、九二の移植施設のうち四六施設で死体腎移

植が行なわれ、内二三施設が脳死移植を行なったことがあるとされている(前掲書、三八)。さらに、この二三施設のうち、一六施設ではレスピレーター(人工呼吸器)を着けたまま摘出しているという(前掲書、四八)。つまり、家族ないし本人の意志で脳死を死と認めるということは実際に行なわれているし、「だんだん増えている」(前掲書、三〇)のである。したがって、脳死に関する合意の不在ということは、日本において心臓ないし肝臓移植が行なわれない決定的な理由ではない。

もちろん、医学ないし医療の側は、臓器移植を有力な、すでに実績のある治療法として提案している。一九八六年にアメリカ合衆国では一三六八例の心臓移植と九二四例の肝臓移植、オランダ・西ドイツ・ベルギー・ルクセンブルク・オーストリアの五つの国で構成する臓器移植システム、ユーロトランスプラントでは二五二例の心臓移植、二〇四例の肝臓移植が行なわれているという実態(日本人工臓器学会編、一九八八、五二)を背景に、これらの移植を進めたいという意志を、ある移植医は次のように語っている。

……欧米では重い心臓や肝臓の病気にかかっても、半数以上の人が五年以上生存できるのに、わが国ではなすすべもなく短期間で亡くなっているという現状は、私ども医者として、あるいは移植医としては耐えがたいことでございます。(前掲書、三九)

医療の側には、これらの臓器移植を推進する強い意志が存在している。したがって、その推進が阻害されている理由は、脳死という前提条件の未解決によるのみではなく、人びとがこの技術を治療の手段として認めることに慎重なことにもあると考えられる。つまり、治療法としての臓器移植そのものに社会的合意が得られていないのである。

それはまた、この国で脳死でなく死体からの提供で行なうことのできる腎臓や角膜の移植も、極めて少ないことから推測できる。たとえば腎臓移植の例で見ると、ユーロトランスプラントとアメリカ合衆国、および日本はそれぞれ腎臓移植

を希望して登録待機中の患者を約一万人抱えているが、アメリカ合衆国で一九八七年度に一万例（内約七五％が死体腎移植）、ユーロトランスプラントで一九八六年度に約二五〇〇例（同じく約九〇％が死体腎移植）の移植が行なわれている。これに対し、日本では一九八七年までの統計では、「死体腎移植の最高数は、一九八三年、アメリカから送られてきた腎臓（『US腎』という）も加えて一九〇例。その後は減少傾向にあ」という。また、生体腎もふくむ移植の最高数は、一九八六年の六三二例となっている（前掲書、五一―一二）。

このように医療の側が有力な選択枝として提案している臓器移植について、この国の人びとはその採用にきわめて慎重な態度を示している。それは、人びとの間に現代の高度医療の技術的な有効性はともかく、その社会的有効性について懸念と懐疑が存在することを示している可能性はないであろうか。つまり、日本人は、その生死観や身体観などから臓器移植を治療手段とみなすことをためらっているのではないか。少なくとも人びとは、医療技術の高度化を無条件に受け入れているわけではない。

医療過誤訴訟の状況

次に医療過誤訴訟に関してであるが、一審裁判所で係争中の医療過誤関係の事件数の推移を見ると、「ここ一〇年間で一般事件は約一・一一倍、公害事件も一・一三倍しか増えていないのに、医療関係は一・七六倍にもなっていることがわかる（医療過誤弁護士グループ・石川寛俊編著、一九八六、三八）。そもそも、この国では、訴訟が紛争解決の手段として好まれないのであるが、わけても医療は本来訴訟の対象となりにくい領域であったと考えられる。その主な理由は、訴訟の困難さと信頼関係の存在という二点であろう。最初の点については、医療過誤関係の訴訟には高度の学問的専門性という特殊性があり、「患者としては医療事件における過失と因果関係の存否を判断することが困難になることが指摘されている（前掲書、五六）。患者は通常、症状の原因や治療法、あるいは疾患そのものの存否に関してまで、医師の判断に依

存せざるをえない。このことは、次のいわば「強制された」信頼という問題ともかかわる。あるアンケートで「医療事故に対する責任追及ということに対して人々がどのような態度、考え方をもっているかということ」についての調査が行なわれているが、そこでは「医療事故に対する責任追及ということが一般的に困難である、そういうことが責任追及の意欲を減じている」ことが指摘されている（六本、一九八六、七六）。医療の場合には患者は医師を信頼するよう強制されており、患者はそのことを知っているのである。このような（疑似）信頼関係の存在は、医療にかかわる問題が訴訟なりにくいもう一つの理由であると考えられる。

この条件にもかかわらず医療過誤訴訟が増大しているとすれば、そこにはどんな事情があるのだろうか。この点について、先の著者たちは、医療側が「患者の人権意識の増大と、それによつて医師との信頼関係が崩れていること」を指摘しているのに対し、「公害事件が殆ど横ばいなのに医療過誤事件が依然増加の一途をたどるのは、公害の場合に企業が努力した防止処置に見合うものを、医療紛争において医療側からなされていないこと一因ではない」と指摘する（医療過誤弁護士グループ・石川寛俊編著、一九八六、一六）。いずれにしてもこの増加の意味するのは、患者が医師の処置に対して懸念と懐疑を抱くことが多くなつたという事態である。かつては医療におけるパターナリズムの背景のもとで医師に信頼を寄せていた患者たちのなかに、医療と医師とに懐疑的に接触したり、あるいは治療の結果として医療不信に陥る人びとが登場しつづつあるのだといえよう。

この懸念と懐疑の性格を見るには、彼らが訴訟という手段に何を期待しているのかに注目する必要がある。医療過誤訴訟の原告たちが訴訟という手段を通して獲得しようとするのは、必ずしも金銭の類ではない。たとえば、先に言及したアンケートで、医療過誤訴訟における責任追及の意味を問うた質問について、「医師に心から謝ってもらい、こちらの気持ちや死者の霊を慰めてもらう」ことだとする回答が一七八名、六八%、次いで「罰を与える」が三八名、一五%であり、

「民事的な損害賠償を求めることだ」と理解する人は二一名、八％にすぎないと報告されている（六本、一九八六、七六）。そして、「医療事故に対する医師の責任を追及するという行動には、道徳的な意味が強く賦与されていることが推測される……」。ここでは純粹に世俗的な、あるいは民事法的な部分ではうまくとらえきれない精神的な、道徳的な要素が大きな比重を占めている」と分析されるのである。⁽¹⁰⁾要するに、医療過誤訴訟は基本的に医師の道徳性を問う次元で行なわれることが多く、その増加は医師の倫理性に対する疑念の増大を意味するものと評価できよう。

三 現代医療の高度化とその生活からの乖離

一節 患者の操作対象化

前章で私たちは、パーソナルの医師—患者関係論が論理的にも実態的にも成立基盤を失っていることを見てきた。このことは、どこから生じているのであろうか。

近代医学の歴史において、医師は、医療の倫理的側面が医の技術的側面とは必ずしも離反するのではなく、むしろ当然に一致するものと考えてきた。たとえば、ある論者は、医療を支えているのは医の愛であると論ずる文脈でこれを人間愛と技術愛とに区別し、人間愛が技術愛につながり、技術愛は人間愛を前提とするという認識を述べている（吉松、一九八七、九五）。だが、このように人間愛と技術愛とが当然に一致するという認識は、医療と日常的生活世界が共通の価値観をもつことが前提される社会状況でいえることなのである。むしろ「幸福な一致」が現代社会では脅かされていることを、医師自身も気づいている。同じ著者は、「この技術愛の方はそれ単独で独走する危険があらう」と指摘するのである（前掲書、九六）。しかし、問題は医師の自覚や医療の理念のレベルにあるわけではない。むしろ、医療の状況の変化がこの理念の妥当性を失わしめたのである。その変化とは、現代医療がますます科学・技術的合理性に支配され、高度化するという様相

を呈していることであろう。そのことは、患者が医療技術による操作の対象となつてゆくことに現れる。

パーソンズは、医師―患者関係における相互信頼の問題に関連して、麻酔で意識のない状態で行なわれる外科手術はその極限ケースであることを指摘している(Parsons, 1964, 訳四四三)。その発言の根拠について彼は言及していないけれども、おそらく麻酔下の外科手術においては、患者はほとんど身体に還元され、操作の対象と化していることにあるだろう。⁽¹⁾他方で医師は、操作の主体として科学・技術的合理性を体现する。医療の領域における科学的・技術的合理性の支配は、この合理性を自らの精神として内面化した専門家がこの領域の主要な人格類型となつたことと結び付いているのである。パーソンズが自己利害への無関心に導かれていると見た専門家は、実は患者でなく科学・技術的合理性に奉仕する存在でもあつたのではないだろうか。たとえば、先端医療の一分野とされる人工心臓の研究は、実際には地味で「文句もいわずによく働く日本人(や他の外国人)にしか勤まらないような仕事」だといわれるが、これに従事するある日本人研究者は、次のように述べたといわれる。

手術のときに、心臓をすっぽり切り取るでしょ。ゾクゾクしますね。傷んだところを何とか修繕するのではなく、全部取れるわけです。心臓外科医にとつてこれ以上の手術はないですからね。後藤、一九八七、二一七

そして、このように科学・技術的合理性に献身する傾向は、現代医療の最先端と考えられている領域に顕著に見られるであろうことが、当然に予測される。この観点からすれば、現在問題になつている先端医療のかなりの部分は、外科手術と同種のものであり、あるいはさらにその度を強めた治療法であるといえるのではないか。たとえば、心臓、肝臓などの臓器移植は、基本的に人間の体を部品の集合体とみなす機械論的な観点を背景にもつた技術であろう。患者にとつて、移植に伴う拒絶反応の統制など、結果の成否が自らの関与できない条件で決定されており、治療される主体は単なる操作の対象となりがちなのである。もちろん、定期的な免疫抑制剤の服用や食事管理、体調維持の諸方策など、患者自身の関与

が期待されることも多い。しかし、それは医師の指示を守るといふ性格をもつ行動であり、主体的な意志の発現とはなりにくい。¹²⁾

二節 患者の生活世界における病氣への対処

医療技術の進歩が患者の主体的な役割取得をますます困難にする一方で、患者は、別の手段で彼の病氣に対処しようとする可能性がある。もともと、仮に近代医療の有効性がある範囲で認めたとしても、それが病氣に対する唯一の対処の方法だとはいえないとの認識がある。¹³⁾近代医療の有効性は急性疾患の治療に限定されており、病人を「癒す」ことにはそれほど有効でないという議論は、医師自身からも聞くことができるのである。¹⁴⁾治療技術として可能だとしても、過度の延命治療や入院を長期的にしいる治療法、あるいは病院での死を患者は望んでいないとの議論は有力である。このような観点から近代西欧の医学・医療に疑問を呈するのは、実はすでによく知られた論点である。イリイチは、その著『脱病院化社会』で「医療機構そのものが健康に対する主要な脅威になりつつある」(Michl, 1976, 訳一一)という認識にたつて、現代医療の問題点を専門家による支配に求めるとともに、患者自身が自らの身体への統制力を回復すべきことを主張する。この主張は、医療人類学の調査で西洋医学に代わる多くの医療法の実践記録が集められているのを見ても、充分根拠を有している。

パーソンズは患者が非合理的行動に走る傾向を指摘している (Parsons, 1951: p. 446, 訳四四一) が、この立場からすれば、近代医学以外の治療法を実践することは患者の陥りやすい非合理的な行動となるだろう。しかし、各々の文化に独自の医療体系が発達し、人びとは実際それによって癒されていた、という事実は、パーソンズが顧みないことである。¹⁵⁾通常患者は、病氣であり続けるという選択の可能性をも含めて、自らの身体を統制しようとの意欲をもつ。単純に治療を唯一の選択すべき行動と考えると限らないし、その手段として近代的な医療を選択するとも限らない。現代医療の知識とは

合致しないさまざまな自己流の健康法を日常的に実践しているのみならず、病気の際にも往々にして独自の治療法を考案し、実践する。要するに、人々は、健康と病気について独自の意味づけや対処法をもつのである。¹⁵⁾

このことは、患者が医療への接触をできる限り回避して、自らの生活のうちに止まろうとする試みのなかに現れる。患者にとって病気はもともと生活の中に生じた新たな事態であり、それはそれ自体が問題というばかりでなく、家族や社会などとの関係に影響を与えるゆえに問題となることがあるのだ。だから、「病気の役割は対処の機制として、すなわち個人の生活戦略全体の中の一つの有効な要素として理解することができる」(フォスター・アンダーソン、1978、訳一七八)。健康価値の絶対性を前提に疾患の治療の必要をのみ強調する現代医療の態度は、病気を患う患者の生活の全体を矮小化することになる可能性があるであろう。このような恐れを抱けば、患者は医療への世界に容易に接近しようとはしない。

三節 医療の世界と日常世界

私たちが現代医療に診断と治療を求めることをためらうのは、医療のシステムに接触することが非日常的な行為であり、そこに流布する論理を受け入れるには一種の飛躍が必要だからであろう。つまり、患者を人格としてでなく、操作の対象として扱う医療のシステムは、私たちの日常生活には通常組み込まれていない別の世界なのである。したがって、シュッツが彼の多元的現実論である現実から他のそれに移行する際にショックが生ずることを指摘している (Schutz, 1962: pp. 231-2、訳四〇) ように、日常世界から病院にはいることには多かれ少なかれある種のショックが存在する。¹⁶⁾ このように病院は「それ自身の文化を持った小社会」(フォスター・アンダーソン、訳一八七)であるので、患者にとって入院は重大な問題である。というのは、それが通常の社会から全く切り離されて医療の世界に完全に入り込むことを意味するからである。そして、この移行は、患者自身にとっては耐え難い役割期待をとまなうのである。このことは、医師―患者関係における相互信頼モデルをパーソンズほど楽観的に理念的モデルにできないことを示している。

そもそもパーソンズの医師―患者関係論には操作する主体と操作される客体という役割分化が内包されていた。現代医療の技術的高度化によって患者の客体としての性格が極限まで純化された結果、現代医療において患者に要求される医師への信頼はいっそう抽象度を高めている。患者は、医師の措置の技術的な意味や時にはその内容さえ理解できないまま、ただ受け入れることを求められるのである。¹⁷⁾そのため、患者の医療に対する根本的な不安が増大することになった。他方、高度化する技術をそのものとして追求する医師にとって、病氣は個別的だが患者は匿名の存在となる。彼は、患者の日常世界への関心を失うために、自らの技術の治療としての価値を相対化し、疑う機会を相対的に失ってゆくのである。

医療がまさにとめどもない専門分化を進行させている分野であることは、決して偶然ではない。ユルゲン・ハバーマスは、専門家のもつこのような傾向に認知的・道徳的な態度として言及しながら、次のように指摘する。

専門人の生活態度は自他に對する認知的・道具的な態度によって支配される。勤務に對する道具的な態度には、職業に對する倫理的な義務感はない。仕事は収入や生計を得る機会であつて、個人的な救済あるいは世俗化された自己実現を確証する機会ではもはやない。Habermas, 1981: S. 478, 下三二四

医療における科学・技術的合理性の支配は、医療の世界の内部では人間愛と技術愛の分裂と後者の優位として現れ、医療と日常生活との接点においては患者の医療不信による両者の乖離として現象するのである。こうして、パーソンズの医師―患者関係論は、現代医療を理解するための枠組みとしてはもはや機能していかないといえる。

四 ハバーマスの生活世界論

一節 生活世界と社会システムの区別

私たちは、パーソンズの医師―患者関係論の吟味から出発して、日常世界と医療の世界の分裂という論点にまで到達し

た。この論点を理論的に追及する社会学の試みの一つとして、ユルゲン・ハバーマスと彼に影響をうけた一連の業績がある。この章ではそれらの業績を簡単に検討しよう。

私たちがハバーマスの理論に注目するのは、彼が社会システムと生活世界とを系統的に区別する社会理論を構想する点である。すなわち、ハバーマスは、「当事者たちの行為志向を相互に調和させる行為調整の機制と、行為帰結を機能的に連結して、非意図的な行為連関を安定させる機制とを」区別する文脈において次のように指摘して、この二重の社会概念を区別する。ハバーマスによれば、生活世界は「いつもすでに」そこにおいてコミュニケーション的行為がなされる地平である。すなわち、行為者が互いに了解を求めて行為する地平である。そこでは、相互行為の枠組がコミュニケーションの過程を通して維持されており、個人の自己同一性もこの過程によって支えられている。このような了解の過程は、生活世界が各々の行為者に共通する背景として、「文化的に伝承され言語的に組織化された解釈範型のストック」を用意することから可能になる。

こうした知のストックは、共通に保証されているとみなされる問題なき背景的確信を、成員たちに供給する。またこの背景的確信にもとづいて、了解過程の脈絡がそのつど形成されるのであり、当事者たちはこの了解過程において、確証済みの状況定義を使用したり、新たな状況定義をつくり出していく(Habermas, 1981: Bd. 2, S. 191, 訳下二六)。つまり、生活世界とは「ある状況にまなざしを向けた視座のもとで、コミュニケーション参加者が協同の解釈過程のために利用するさまざまな自明性ないし不動的确信の貯蔵庫」なのである(*Ibid.*, Bd. 2, S. 189, 訳下二五)。

さて、ハバーマスによれば、社会の進化にしたがって生活世界の合理化が進展するが、この合理化は、次のような過程を経て社会システムの領域を生み出す。

経済と国家というサブシステムが、貨幣と権力というメディアによって生活世界の地平に埋め込まれている制度的シ

ステムから分化し、形式的に組織された行為領域が生まれてくる。それは、もはや了解のメカニズムによっては統合されず、生活世界的なコンテクストからは突き放され、規範から自由なある種の社会性を獲得するのである。(Ibid., Bd. 2, S. 455、訳下二九三訳文変更)

すなわち行為システムは、了解過程によって調整されるとは限らない。その統合は、「行為者たちの意識を越えたしかたで、個人の意志決定を非規範的に規制することによって生み出される」ことがある(Ibid., Bd. 2, S. 189、訳下二二五)。この観察者の視座から見た行為システムをハバーマスは社会システムと呼ぶ。ここでは行為の調整が了解の媒体としての言語ではなく、貨幣ないし権力という制御媒体によって行なわれ、相互行為は生活世界の文脈一般から切り離される(Ibid., Bd. 2, S. 394、訳下二二七)。こうして、生活世界から独立し、形式的に組織化されたシステムが存立する。

二節 形式化されたシステムとしての医療

さて、生活世界から分離し、形式的に組織化された社会システムとして、ハバーマスは政治的国家と市場経済とを挙げ、そこでは行為過程が権力や貨幣の自律的な運動として現象し、行為者の意志決定は意味をもたないかに見える。医療の場合についていえば、こうである。治療が至上の目的として与えられるならば、医療の科学・技術的合理性は、それ自身の論理にしたがって世界を意味づけ、構築しようとする。患者は、医師の処方にしたがって、病気の治療と克服を目的として自己の生活を統制することを期待される。日常生活においては、患者にとって治療より重要な問題が存在しうるけれども、治療を絶対的な目的とする医師は基本的にその点を考慮することがない。むしろ医療の側は、患者の日常的な配慮を断ち切つてその全生活を統制のもとにおこうとする。これによって、独自の論理をもち、患者の日常生活とは切り離された医療の世界が形作られるのである。

こう考えれば、医療は明らかにサブシステムの一つとして確立されている。そこで医者と患者との間に言語的コミュニ

ケーションが存在しないわけではないが、このコミュニケーションは疾患の治療という限られた目的のために用いられる手段に過ぎない。つまり、コミュニケーションによる合意が追及されているわけではないのである。医者と患者との言語によるコミュニケーションによる合意の形成は、前者による後者の操作対象化にとって代わられている。したがって、それは、ハバーマスが指摘する形式的組織のなかでの「条件付きのコミュニケーション」(*Ibid.*, Bd. 2, S. 459. 訳二九七訳語変更)の一例とみなされる。

この医療システムが典型的に実現される場所の一つは、ICUすなわち集中治療室であろう。それは、ある意味で、最も純粹に現代医療の論理、ハバーマスの指摘する目的合理性、が貫徹する空間である。ここでは、疾患の治療という一義的な目的に沿うように、客観的世界が人為的に構築され、社会的世界が単純化され、主観的世界の広がりが増限される。患者の生活世界は体系的に無視され、抑圧される。患者は、生活世界において他者との交通のなかで保持していた人格の要素を根底的に剝奪され、操作される身体として物化されるのである。このような条件の下では、パーソンズという医師と患者の相互信頼関係は、ほとんど戯画でしかないといえよう。

三節 医療の世界による生活世界の浸食

システムは、生活世界から分化してそれとして確立されるにつれ、逆に生活世界を変質させる。すなわち、「合理化の進んだ生活世界は、たとえば経済や国家行政といった、次第に複雑さを増す、形式的に組織された行為領域から分断されると同時に、他方でますますそれに依存するようになってくる……」(*Ibid.*, Bd. 2, S. 452, 下二八九)のである。そして、この依存関係は、「生活世界の内的植民地化という社会病理学的な形態」をとって現れることになる。このような領域においては、組織された行為システムと人格構造との分離という意味での非人格化とイデオロギーから切り離されるという意味での組織の中性化が生ずる。これは、ハバーマスによれば「非人間化」にほかならない。

さらに、次第に複雑化する社会システムは生活世界を従属させ、後者は前者に依存せざるを得ない。コミュニケーションによる合意の形成は放棄され、行為者はシステムの下す命令にしたがわざるをえない。医療における医師―患者関係についても、了解過程としての性格が排除され、中性化されるにつれて、科学・技術的合理性がこの領域に浸透してゆく。医者と患者との了解可能性は、前者による後者の操作対象化にとって代わられるのである。パーソンの医師―患者関係が存立根拠を奪われる過程は、ハバーマスの議論ではこのように説明されるだろう。

また、ハバーマスによれば、このサブシステムの確立は職業倫理的態度の風化をもたらず。私たちが医療においてみてきた医の倫理の崩壊という現象は、まさにこの一般的傾向の一ケースであると解釈できる。脳死と臓器移植をめぐる議論は、ハバーマスの指摘する「専門家文化がコミュニケーション的な日常行為の連関からエリート的に引き裂かれている」(Ibid., Bd. 2, S. 488, 訳下三二四)という事態を示しているのである。

四節 接点としての医療現場

現代においては、とりわけ大規模病院に代表される医療の世界が生活世界から自立しているが、この両者がまったく遮断されているわけではない。医療組織の内部でコミュニケーションが残存するという問題はさておいて、生活世界的背景において病人役割を引き受けた個人が医療の世界に出会う場のひとつは、医者による外来患者の診断の場である。私たちは、身体に不調を覚えて病院に行くとき、普段は知ることのない医療の世界をかいま見る。この出会いの場において、医師と患者のあいだに葛藤が生ずることになる。すなわち、私たちは、日常生活において状況を及ぶ限り統制しようとする。しかし、病人が自己の身体の統制を失っていることは、医者の側からは改めて指摘するまでもない当然の事態なので、病人は自己の身体を医師に委ねることになる。⁽²⁰⁾病人として医者の前に立つことは、このような統制力の喪失を明確に認めるよう迫られることである。後に見るように、スキャンプラーは、妊婦に対して医者がこのような見方をしているこ

とを指摘する。これは、私たちにとって耐え難いことの一つであり、私たちの足を病院からとどぎける要素の一つであると思われる。多くの場合、患者は、自己の身体状況を自己の力で統制しようとする試みの後で、力及ばずして、時にはためらいながら、時には他者に促されて、やむなく医師の下に足を運ぶのであろう。

しかし、この葛藤のより根源的な問題が医療のシステムと患者の生活世界との分裂という事態にあるので、提唱されているインフォームド・コンセントの考え方も十分には機能していない。というのは、通常、患者にとって医学的な思考方法そのものが異質な論理であり、知識内容にも疎遠であるので、医学的価値観や思考法を前提にした説明では納得することが困難なのである。

このような葛藤は、多くの場合医者、あるいは医療の論理の、勝利に終わる。⁽²⁾ このような事態は、ハバーマスのいう社会システムによる生活世界の植民地化として理解できるだろう。すなわち、それは、現代における科学・技術的合理性の優位の一ケースであり、ハバーマスの指摘するように一つの社会病理にほかならない。以下に私たちは、この観点を実証的に跡づける二つの研究を検討してみることにしよう。

五 二つの医療研究

一節 医療システムによる世界の植民地化

ミシュラーの問診分析

かつて筆者は、ミシュラーの『医療の言述——問診の弁証法』(Mischer, 1984)を取り上げ、医者と患者の関係が医療における「問題」の一つとなっている事態をハバーマスの社会理論を援用しながら解明しようとする試みとして紹介した(栗岡、一九九〇)。ミシュラーは、会話分析の方法を用い、問診過程における相互行為を分析するその試みにおいて、単に生活世

界の住人としての患者と医療の世界の住人としての医師の相克が指摘されるのみならず、この葛藤が医者側の勝利にいたる構造、および患者の生活世界を尊重したヒューマンな診療の可能性が、具体的な問診過程のデータを素材に論じたのである。

ミシユラーによれば、問診の過程においては、通常は専門家としての医師が質問を投げかけ、回答を強制するという形で、会話の経過を支配する。すなわち、典型的な問診の過程には、医者—患者の質問—患者の回答—医者の評価/次の質問という、会話の典型的で普遍的な構造的ユニットがある。このユニットの継起としての問診において、医師は、(1)患者への要請/質問による会話の各サイクルの開始、(2)患者の反応の適切性の評価、(3)終了表示として評価を用いた各サイクルの終結、(4)別の要請/質問による新たなサイクルの開始 (*Ibid.*, pp. 68-9) という四つの要素を自己の意志に従って操作する。このサイクルの主要な要素は患者の返答に対する医者の評価的発言であり、先行するサイクルを終了し、次の質問によって新しいサイクルを開始するという二重の機能をもつ (*Ibid.*, p. 68)。この過程において医師は、会話の順番取り過程と話される内容とを統制し、患者の反応に対する選択的・部分的な注目によって評価を与え、新しい話題を任意に開始することで、明らかに「問診の内容と展開を強力にかつ一貫して統制する」 (*Ibid.*, p. 69) のである。

また、医師は、第二に患者の発言を妨害することによって患者の生活世界の声を抑圧する。医師の用いる「間」は、(1) サイクルの終了を表示し、(2) 患者のその返答の適切性やさらなる返答の必要性を知らせ、(3) 患者に新しい質問の存在をあらかじめ予告して準備させる、という機能をもつ (*Ibid.*, p. 72)。他方、返答の前におかれる患者の側の長い間は、順番取りの空白を避けるという一般的な会話規則に違反しているので不自然である。この場合、患者が医師の質問に対して適切な返答を搜し出すのに時間を要しているのだが、それは患者に対する抑圧の存在を表示するのである。

第三に、医師は質問の統語論的構造、つまり形態によっても、問診を統制する。典型的な問診においては、彼の質問に

は、「何What」で始まる比較的自由な解答を許すものがほとんどなく、はい／いいえで答えられる質問か、客観的に答えられ、答えの制限された、「どんなWh-」ではじまる質問が多いのである (*Ibid.*, p. 75)。

こうして問診の過程は医師が統制することになる。医師は、最初および最後の話し手であることで、この順番取りシステムと契機的な組織化とを統制し、また患者の返答の個別性を無視してその評価と質問の内容設定を行うことでこの統制を強化する。この統制は、患者の解答の範囲を制限する閉じられた質問が使用されることによっても表現される。また、問診のどのレベルにおいても、意味の適切性の焦点は医療にかかわる専門的内容におかれ、医者によって決定されるのである。要するに、医療の声による支配は、患者の問題を生活世界の文脈から切り離すことで患者を「客体化」する。「このような会話の形式は、ヒューマンな医療実践の可能性を……きびしく制限してしまう。」(*Ibid.*, p. 128)。これが、通常行なわれる問診に対するミシュラーの結論的な評価である。

生活世界注目的な問診

しかし、ミシュラーによれば、患者の生活世界の声を尊重する問診も十分可能である。ミシュラーは、より人間的な診療実践の一例として、医師が患者の生活世界の声に注目的であるような問診を検討する。分析の素材は、男性医師と「衰弱を感じて」初めて彼に診療を求めた七六歳の婦人との間の会話である。この分析の際に、ミシュラーは、テキスト的 *textual* 機能、間人格的 *interpersonal* 機能および表象的 *ideational* 機能を区別する。M・A・K・ハリデイの言語機能分析の枠組を取り入れる (*Ibid.*, p. 140)。ミシュラーは、この生活世界注目的な問診と以前に分析した典型的な問診とを比較しながら、三つの機能について順次検討する。

まず言述の連続性と統合性が維持されるやり方にかかわるテキスト的機能についてであるが、典型的な問診では、構造と内容を統制する応答強制的な質問が普通であるが、この医師が採用するのはそれは、「さて、どうしてこの病院に来

たんですか」とか、「精密検査をうけたのは、どうですか」というような、結果の開かれた質問 open-ended question である。加えて、この医師は、患者が質問に対して完全かつ熟慮された返答ができるように、返答を妨害しないよう努める。典型的な問診では、同じ話題についての医師の継起的な質問は次第に特定の・制限的になるというパターンがあるが、この医師の場合はそうでない。彼は、いつその明確さや話題の限定を求めて患者の説明を妨害することをせず、患者がある程度の長さでその筋書きを語ることを許すのである (*Ibid.*, p. 145)。

第二に、ミシュラーは、この医師が患者の生活世界の声に反応することで、会話における構造的連続性と関連の一貫性を維持すると指摘する。医師はしばしば患者の返答を直接に承認し、時には彼女の報告の行為に肯定的な評価を与えている。また、この医師は患者に問診の次の段階を予測させ、問診の異なる部分を相互に結びつける。さらに、この問診は、当初の話題にたち戻りながら個人的なコメントと患者を安心させる言明で終わるが、それは問診の経過の中で展開してきた診断の基本線と一致するものである (*Ibid.*, p. 160)。

ミシュラーは次のようにいう。

この問診の結果は、医療の声のみにでなく、両方の声の間の相互交換に基づく、統合のより複雑な形態である。このタイプの統合性は、患者と医者との連係の産物である。……この問診の構造は、一貫した、かつ共有された意味の発展に基づいているのである (*Ibid.*, p. 162)。

二節 医師と患者の人格的な関係の可能性

次にミシュラーは、話し手としての医師と患者の関係にかかわる間人格的機能を取りあげ、会話を通して社会的かつ人格的な関係が整序される仕方を検討する。ミシュラーが分析する医師は、リビアから来ているという患者の言明に対し、その時期を客観的に特定する質問に替えて、「滞在するのは大変でしょうね」というコメントを与える。このコメントは、

処置を計画する際の有効性にかかわり、従つて医療に関連するのである(*Ibid.*, p. 166)。またこの医師は、患者が自らの年齢を危惧すると、「とても67歳には見えませんよ。あなたはまだ素敵です」と述べる。ミシュラーの見地では、この発言によつて「彼は医療の声から脱出し、患者と生活世界の声で語り合っている」のである。同様に別の発言で、この医師は、もし自身が患者と同じ状況にいれば同じ問題を抱えるだろうと指摘して、両者の相違を強調せずに通ずる人間性を肯定する。こうして彼は、専門職とその依頼人との関係を特徴づける「社会的距離」を縮小するのである(*Ibid.*, p. 168)。

このような「非規範的な」やり方にもかかわらず、ここで示した会話は、問診の一例としての資格を失わないばかりか、生活世界の声と医療の声とが相補的に語ることで適切で規範的な診療作業が前進しうることを明確に示している。ミシュラーによれば、「生活世界の声への注目」は、患者が彼らの統一性と人間性を維持すること、および医者が彼らの患者を「単純化する」ことに依存しない職務遂行からの満足を得ること、の両方を可能にする」のである(*Ibid.*, p. 170)。

三節 出産における医師の支配

産婦と医師の葛藤

スキャンプラーは、ハバーマスの生活世界とシステムの概念を医療に適用した上で、生活世界の医療による植民地化を指摘し、これを出産の場面で検証する。すなわち、彼の指摘するところでは、イギリスにおいて一九二七年に一五%だった院内出産は、一九五〇年代半ばには三分の二に達し、一九七二年に九九%となつている。彼によれば、この増加の理由は、第一に産科医の増大であり、第二に病院出産が安全だと考えられたことであつた。産科医は、医療専門職のなかの出産に影響力のあるグループとして、病院が誕生のための最も安全な場所であると主張し、院内出産を強力に推奨したのである。しかし、「イギリスや他の地域において生じた出産の本質的な医療化を、安全性の見地から正当化することはできない。その基準は、母子の死亡率を低下させるといふ見地から、いつも産科医によつて特記され、彼らによつて狭く定義さ

れるのである」(Scambler, 1987: p. 179)。院内出産は、危険性の少ない産婦には何の利点もないばかりか、帝王切開などの積極的操作の増大を招いている。ここには、出産を危険な行為とみなして過剰な技術を適用している可能性がある。

このように理解した上で、スキャンプラーは、院内出産にかかわる問題点を明らかにするために、グラハムとオークレーの研究を引用して、産科医と妊婦の間に次のような点で医者と患者の準拠枠組の葛藤が存在することを述べる。

(1) 女性は普通、妊娠と出産を通常の過程と見るのに対し、医者はそれらを病理ないしその可能性を含むものとして扱う。

(2) ほとんどの女性がその身体と生活について知識と意見とを自分自身でもっていると考えているが、医者は、妊娠と出産に関する全ての有用な知識は医学的なそれだと信じている。

(3) 女性はとりわけ出産の間起こりうることについて自分の統制の下におこうと望んでいるが、医者はしばしば、全ての重要な決定を彼らがなすべきであるかのように行動する。

(4) 女性は、しばしば不十分なコミュニケーションについての不満を訴える。医者は女性の質問を情報への要求というより不安の表明として認め、答えない。(Ibid., p. 183)

このような葛藤は、院内出産という条件の下では、医者側の勝利に終わるのが普通である。出産は、多くの産婦によって、アッセンブリー・ラインにおける処理に対比せられるような機械的過程として体験されるのである。

医療による生活世界の植民地化

しかし、この産婦の声は、医者とのコミュニケーションにおいて抑圧され、その結果、コミュニケーションは系統的に歪められる。それは、医者によるこの過程の支配を意味している。スキャンプラーは、先に述べたミシュラーの「声」の概念に依拠しながらいう。

医者—母親のコミュニケーションに関するシステム合理化のもつとも深い含蓄は、明示的なあるいは暗黙の戦略的行爲を通しての医療の声による生活世界の声の支配である。(Ibid., p. 184)

スキャンプラーは、この事態を、ハバーマスにならつて、医療による生活世界の植民地化として説明する。

……医者の患者とのコミュニケーションを支配もしくは統制しようという試みは、典型的には自分自身の問題への患者の自己理解を目的合理的行為の体系(すなわち、技術的医療の枠組)に吸収し、解消する効果をもつのである。(Ibid., p. 180)

彼は、イギリスとアメリカ合衆国とを例に、その最近の状況において「健康と病気の領域におけるシステム合理化が正に生活世界の医療的植民地化を引き起こしてきた」こと、フリードソンによれば「それが近代科学の急速な勃興と科学的方法の技術的・社会的問題への適用に伴っている」こと、またそれは決して回避できない歴史的必然なのではなく、偶然の結果であること、を指摘する(Ibid., p. 173)。そして、このような近代医学の帰結に、はっきりとした評価的な観点から批判の目を向けるのである。

……誕生にかかわる重要な決定が形式的知識の専門家としての医者によつて技術的なものと再定義され、侵害されるのは不適當である。誕生に関する限り、システム合理化と生活世界のコミュニケーションの合理化との間の「適切なバランス」が今後に達成されるべきことであるのは、はっきりしている。(Ibid., p. 179)

医者による系統的に歪められたコミュニケーションと操作とは医療の合理化過程の諸側面であり、システムの合理化は生活世界のそれによつてバランスを回復されなければならないのである。スキャンプラーは、ハバーマスにならつて、この回復の主体として「生活世界の植民地化傾向に抗議する」新しい社会運動を挙げる。ハバーマスによれば、それは新しい中流階級、青年、および高等教育をうけた人々からなり、平和運動や反核・環境保護運動、少数民族解放運動などとし

て現れているのである(*Ibid.*, p. 187)。スキャンプラーは、出産という彼のテーマにかかわって、妊婦保護団体の要求が、院内出産の権利の保証から、病院での誕生を批判し家庭での出産の権利を守ることへと変化したことを指摘している。そして、妊婦の側に誕生の経験を医療——そして多くは男性——によって支配されることへの抵抗が生じていることに注目するのである(*Ibid.*, p. 188)。

医療に関するシステム合理化は、望ましい結果よりもそうでない結果をもたらしてきた。もっとも明らかなのは、それが生活世界の植民地化をもたらしたことである。システムによって歪められたコミュニケーションと医者による操作とは、この合理化の側面である。システム合理化は、生活世界の急速な合理化によって均衡をとられる必要がある。それは、その都度の、しかし収斂する圧力団体のバイオニア的な抗議活動によって引金を引かれるものであろう。

(*Ibid.*, p. 190)

こうしてスキャンプラーは、ハバーマスの批判理論が、権力ないし支配の目につかないあるいは隠された実践を暴露する機能をもつばかりでなく、実際にそれがどう遂行されるべきかをも示していると評価するのである。

六 終わりに——医療の変容と生活世界

一節 生活世界の合理性

医療の世界と生活世界とが接触する外来診療の場は、同時に医療の依拠する科学・技術的合理性が生活世界の中に浸透する場でもある。医師は、会話の了解達成機能を放棄して、結果的には自らの依拠する医療の声によって患者の生活世界の声を統制するのである。

他方、患者はこの医療の声を受け入れることによって、背後の病気に関する生物医学的モデルをも受け入れることにな

る。患者は、病氣をもつばら克服すべき対象として、生活における障害として、認識する。そこでは、病のもたらす社会的、精神的なさまざまな体験を享受するそれなりに合理的な態度は捨てられることになる。こうして、患者の生活世界のもつ合理性が、医療のもつ科学的・技術的合理性によつて侵蝕されるのである。

しかし、医療がこのように生活世界に対して支配的にふるまうことは、近年にいたつて次第に困難になりつつあると思われる。欧米では確立した治療法として受け入れられている心臓や肝臓などの臓器移植が、医療や行政の側の意欲にもかかわらず、この国で遅々として進まないのは、それを証拠づけるものであろう。それは、医療の合理性が生活世界を侵蝕し尽くすことができないことを示している。ここでこの侵蝕を阻んでいるのは、死や遺体の尊厳を守ろうとする生活世界の合理性なのである。

二節 医療における了解達成の必要性

このような点に注目するならば、医療の世界による生活世界の支配関係は、いくつかの理由から変化しつつあるし、これからも変化していくであろうと思われる。その理由として、次のことを挙げておきたい。

まず、胎児の診断・治療や体外受精、遺伝子治療、臓器移植などの高度先端医療技術が、医療的な措置の幅をかつてないほど拡大したことが重要である。これまで、自然の経過にまかされてきた症状を、現代医療は操作の対象として取り込んでいる。また、医療は、非治療的な分野に進出している。たとえば、他者の精子や卵子による体外受精や、あるいはその技術を用いての代理母による出産などは、不妊治療の境界線にあるといふべきだろう。身体組織の機能のみならず外界の修復をもめざす整形外科ないし形成外科の分野も旧来の治療の概念には収まりきれない処置が現れうる分野である。最後に、完治するということが期待できないような慢性病の場合にも同様の事態が生じ、狭い意味での治療ではなく、より一歩でも快適な生活に近づけるために努力が払われることになる。このようなケースにおいては、医師は、治療が可能

であるが治療すべきかどうかは明らかでないという事態に遭遇する。つまり医療は、その正統性をア・プリオリに主張することができないのである。治療すべきかどうか、という問いは、生活世界の価値体系にふれるからである。

次に、患者の権利意識の高まりにみられる、主体性の回復への要求という要素がある。「患者の権利章典」を見れば、ここで患者が求めているのは、自らの直面している事態を正しく理解し、かつ自分でこの事態に対処する決定をしたいということである。それは、ある意味で、病を主体的に生きたいという要求である。そのなかには、癌末期において苦痛に満ちた延命よりは、人間としての威厳に満ちた安らかな死を迎えたいという要求のように、医師の治療を拒否する要素が含まれることもある。多くの場合、この種の要求は、患者の身体や生活に対する医者⁽²⁾の統制を緩和したいというかたちで現れてくるだろう。

これにともなって、臓器移植における脳死問題に見られるように、医療活動が社会的な注目のもとにおかれ、外部からの統制の対象となってくる。つまり、医療技術が進展したために、これまでのように医療が専門家の権威を楯に社会からの相対的な独立を謳歌することは許容されにくくなったのである。もはや医者⁽²⁾と患者が治療を唯一絶対の価値として共有することはできず、何を目的としてどのような手段を採るかについて、両者の間に、さらには医療と社会との間に、了解を達成することが不可欠になる。医師は、患者の生活世界の声を理解することなしには、治療行為の正当性を確信できないのである。

このような状況のもとで、医療の側も患者への説明や家族への配慮など、その生活世界的背景への関心を深めていることは確かである。その現れが、治療から生活の質の追及へ、および、闘病から快適性の追及へ、医療資源の合理的な配分へ、という変化である。しかしながら、これらはいずれも生活世界の声との十分な対話と了解を経てのみ達成されることを忘れるべきではないであろう。

註

- (1) 病人役割論とそれをめぐる議論の簡潔で要を得た整理については、進藤二二〇頁以下を参照されたい。
- (2) Parsons, 1964, 訳一五九頁を参照。なお、パーソンズの病人役割論が、主に急性疾患患者を想定しているとの批判は、十分に根拠をもつ。Freidson, 訳二二頁を参照。
- (3) もちろん、この葛藤は、必ずしも医者と患者の間で現実化するとは限らず、患者の内部の葛藤として抑圧されることもあるだろう。
- (4) 確かに、相手の利益・福祉優先の理念からの大幅な逸脱が社会的制裁の可能性をもたらす可能性が存在する(高山、一五三頁)。しかし、高度な技術的専門化が進んだ医療の内部には社会的制裁は及びにくいばかりでなく、プロフェッションの職能団体がこの可能性に対して障壁として機能することがある。
- (5) パーソンズの役割論については、栗岡、一九九三、第一章を参照されたい。
- (6) 吉松は、医師の立場から「その本質からして、もともと医者と患者の関係は対等ではあり得ない」と断言する(吉松、一九八七、二九頁)。
- (7) もちろん、パーソンズはこの非対称性を認識しており、無力なゆえに搾取されやすい客体としての患者をいかに保護するかという問題を周到に論じている(Parsons, 1951, p. 445, 訳四四一頁, 1964, 訳四三八頁)。しかし、この問題は、基本的にはプロフェッションのクライアントの福祉を優先する役割期待を仮定することによって解消されているといえる。
- (8) 萩原、一九九二、九九頁以下を参照。
- (9) このような分裂は、医者と同様プロフェッションの典型とされる弁護士の場合にはそれほど顕著ではないと思われる。日本弁護士連合会と日本医師会とを比較すれば、前者が人権擁護委員会などを通して冤罪裁判などの活動を展開している点に強い印象をうける。後者が設置する医事紛争処理委員会が「医師サイドの統制」と評価されて公平性に疑問が投げかけられている(石川、三五頁)ことは対照的であろう。弁護士の団体は、医師のそれよりもより高い道徳的ないし職業倫理的内容を保持しているかに見える。いずれ、比較検討する機会をもちたい。
- (10) また、同様のことは、実際に医療過誤訴訟にかかわっている弁護士によっても、証言されている。すなわち、
 「もともと、医療過誤を訴える人々の気持は、きわめて道徳的なものに根ざしており、医療専門家としての医師に対する好意的評価を前提に、それにふさわしい内容を備えてほしいとするものです。したがって何でも人権とか金取り主義とかとは随分違った心境を患者がもっていることになりました。」(医療過誤弁護士グループ・石川寛俊編著、一九八六、一七)

(11) この事態が如実に発現してくるのは、高度の外科手術に不可欠な存在となったICUの場合である。ここでは、患者はベッドに固定され、さまざまな管を各部分に挿入され、測定器からのコードをつけた状態で常時管理される。人格の重要な要素であるプライバシーはほぼ完全に剝奪されており、心身の機能喪失によって、ときにはICU症候群と呼ばれる一時的な精神障害によって、意志決定の能力を失っている。つまり、ここでは患者は限りなく単なる身体に還元され、物に近い性格をもつことになるのである。そして、体外受精や遺伝子治療のような、生命の操作として社会的な注目を浴びた技術の場合にも事情は同様であろう。

(12) 技術の高度化によって医療がより有効なものになったとはいえないことの主張をする文献がある。それらの文献は、おおよそ次のように主張する。すなわち、近代医療は考えられているほど疾患の克服に有効でなかったばかりでなく、医療技術や制度の発達によって新しい重大な疾患が増大している、と(Milich, 1976, 訳二頁以下)。しかし、この論点については、ここでは触れない。

(13) 澤木、一九八七、第五節「医療に関連する患者の行動」で紹介されている調査結果を参照のこと。

(14) この点についての自覚と反省とは、現代医学の側にも存在する(たとえばCasey, 1976, 石川、一九八八など)。

(15) 野田正彰は、『喪の途上にて』において、大事故の被害者遺族に対する「急性の悲哀を慰める手続き」の重要性を指摘する。この観点は、病人の癒しについても示唆的である(野田、一九九二、二四六頁)。

(16) フォスターとアンダーソンは、先行する諸研究を参照しながら、入院がカルチャー・ショックに類似した過程であり、患者に対する剝奪過程の始まりであることを指摘する。すなわち、それは非人格化の試練であり、自己同一性の喪失であり、身体と物理的環境に対する統制力の喪失なのである(フォスター・アンダーソン、訳一九八七、二〇二頁)。フォスターとアンダーソンによれば、このような「患者の地位と患者ケアは、官僚性の効率という、現実の、あるいは想像された必要の結果」である。ここでは、医療の音が患者の全生活を統制するのである。

(17) 安芸は、医師と患者の信頼関係を築く上でのインフォームド・コンセントの限界を説きつつ、生死にかかわる場面での「患者側の覚悟」の必要を強調する。安芸、一九九三、第四章第四、五節を参照されたい。

(18) ハバーマスによれば、社会システムから了解過程は駆逐されえない。

「形式的に組織された行為領域の内部においても、相互行為は了解のメカニズムを通して自らをネットする。もしすべての真正の了解過程が組織の内部から一掃されるなら、形式的に規制された社会的連関は維持され得ないばかりか、組織目標も実現され得ないだろう。」(Habermas, 1981: Bd. 2, S. 459, 訳一九七頁(訳文変更))

(19) Habermas, 1981: Bd. 2, S. 182, 訳一九七頁以下を参照されたい。

- (20) キャットセルは、病気のもたらす最も重要な事態をコントロールの喪失だとする (Cassell, 訳三六頁)。
 (21) 吉松は、病院医療とのかかわりで、「医者・患者関係はいかんともし難く医者中心に回ってしまう傾向がある」と指摘する。吉松、一九八七、三二頁を参照。
 (22) 荻原、一九九二は、日本をキリスト教世界と比較してこの問題を論じている。
 (23) 文献は多数あるが、たとえば唄孝一編、一九八七、とくに第三、四章を見られたい。
 (24) 第三に、高度医療の進展が、患者ないし社会の経済的な負担能力を越えつつあるということを挙げるべきであろう。この観点からも、社会は医療活動について統制すべき理由をもつ。しかし、ここでは医療経済の問題を捨象している。

文献

- 安芸都司雄、1993、『医学の危機——脳死移植と医療倫理』、世界書院。
 唄孝一編、1987、『講座21世紀へ向ひての医学と医療 第一巻 医の倫理』、日本評論社。
 Cassell, Eric J., 1976, *The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship*, J. B. Lippincott Company, 大橋秀夫訳、1981, 『医者と患者——新しい治療学のために』、新曜社。
 Foster, G.M. & B.G. Anderson, 1978, *Medical Anthropology*, John Wiley & Sons, Inc. 中川米造譯、1987, 『医療人類学』、リッポボート。
 Freidson, Eliot, 1970, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press, Inc., 進藤雄三・宝月誠訳、1992, 『医療と専門家支配』、恒星社厚生閣。
 後藤正治、1987, 『人工心臓に挑む』、中央公論社
 Habermas, Jürgen 1981, *Theorie der kommunikative Handeln*, Bd. 1-2 Suhrkamp Verlag, 丸山・丸山・厚東・森田・馬場・脇訳、1987, 『コミュニケーション的行為の理論』下巻、未来社。
 Illich, Ivan, 1976, *LIMITS TO MEDICINE*, 金子嗣郎訳、1979, 『脱病院化社会』、晶文社。
 医療過誤弁護士グループ・石川寛俊編著、1986, 『医療過誤 Q&A事例相談集』、三一書房。
 石川憲彦、1988, 『治療という幻想』、現代書館。
 加藤・竹内・太田・新美著、一九八六, 『脳死・臓器移植と人権』、有斐閣。

- 栗原彬・樺山紘一・山本哲士監修、Hitch, et. al, 1984, 『専門家時代の幻想』、新評論。
- 栗岡 幹英、1990, 「問診分析と社会理論」、日本社会病理学会編、『現代の社会病理Ⅴ』、垣内出版。
- 1993, 『役割行為の社会学』、世界思想社。
- Mishler, Elliot G., 1984, *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interview*, Ablex Publishing Corporation.
- 六本佳平、1986, 「医療事故紛争の社会学的背景について」、日本医事法学会編、『医事法学叢書第3巻 医事紛争・医療禍誤』、日本評論社所収。
- 日本人工臓器学会編、1988, 『パネル討論 臓器置換と意識変革』、朝日新聞社。
- 野田正彰、1992, 『喪の途上にて』、岩波書店。
- 萩原真、1992, 『日本人はなぜ脳死・臓器移植を拒むのか』、新曜社。
- Parsons, Talcott, 1951, *Social Systems*, Free Press. 佐藤勉訳、1974, 『社会体系論』、青木書店。
- 1964, *Social Structure and Personality*, The Free Press. 武田良三監訳、1973, 『社会構造とパーソナリティ』、新泉社。
- 澤木修二、1987, 「望ましい患者像と望ましい医師像」、辻村明編、1987, 『講座21世紀へ向けての医学と医療 第5巻 医療と社会』、日本評論社所収。
- Scambler, Graham, 1987, Habermas and the power of medical expertise, in Scambler ed. *Sociological Theory & Medical Sociology*, Tavistock Publications.
- Schutz, Alfred, 1962, *Collected Papers I: The Problem of Social Reality*, Martinus Nijhoff. 渡部光・那須壽・西原和久訳、1985, 『マルブツ・シムツ著作集第2巻 社会的現実の問題』、マルジュ社。
- 進藤雄三、1990, 『医療の社会学』、世界思想社。
- 高山巖、1986, 「現代政治理論における人間像 タルコット・パーソンズ研究序説」、法政大学出版局。
- Turner, Bryan S., 1988, *Medical Power and Social Knowledge*, Sage Publications.
- 吉松和哉、1987, 『医者vs患者』、岩波書店。