

研究ノート

医療と社会—医療社会学序説（4）

中野 秀一郎

第8章 医療と政治

第1節 肥大した行政国家

第2節 厚生行政とは何か：厚生省と医師会

第3節 医師の政治的態度

第9章 医療と文化

第1節 「状況の定義」としての文化

第2節 技術の進歩と医の倫理

第3節 バイオエシックスの最前線

第8章 医療と政治

第1節 肥大した行政国家

本章では、「医療と政治」というテーマをかかげ、医療を取りまく重要な「環境」のひとつである〈政治〉（広義の polity）について考え、現代社会において「医療がそれによってどのように拘束され、またそれとどのような関係を保ちながら作動しているか」を眺めようとするものである。いうまでもなく、今日、政治（権力）はわれわれの日常生活のあらゆる側面に浸透しており、そのためにかえって政治の存在がわれわれの意識から抜け落ちてしまうほどであるが、ひるがえって毎日の生活（職業生活しかり）をちょっと振り返ってみれば、そこには具体的な法規制の形をとりながら、国家権力が遍在していることを容易にみとることができる。こうして、保健・医療・衛生に直接関わるもののみを拾ってみても、医師の免許やそのための試験、さらには業務の内容に至るまで細かく規定している医師法をはじめとして、医療機関の制度的あり方を定めている医療法、その他薬に関わる薬剤師の免許、試験、業務の規定を含む薬剤師法、公衆衛生の保持に努力すべく設置される保健所に関する保健所法、さらに伝染病

予防法、結核予防法、性病予防法、予防接種法、優生保護法、精神衛生法など枚挙にいとまがないということになるわけである。

日常生活場面に対する国家権力（＝政府）のこのような介入は、政治システム発展論の見地からいえば、このシステムの機能（または能力）が著しく多元化し、増大したことと無関係でない。たとえば、政治システムの output を（1）抽出的、（2）規制的、（3）分配的、および（4）象徴的の4つの能力に分けた比較政治社会学者のアーモンド（G. Almond）は政治システムが発展するにつれてこうした能力の複合体としてより複雑なものへと転換してゆく（多機能化）点を指摘しているが、この仮説によれば初期には徴税や賦役の形でもっぱら物質的・人的資源の抽出（搾取）に専念していた政治権力も、発展するにつれてさまざまな個人・集団の行動、および関係を規制するようになるし、また諸価値（財・サービス・名誉・地位など）を必要に応じて（もっともこれは価値判断の問題であるが）社会に配与・分配するようになるわけである。さらに、象徴（シンボル）を効果的に操作して、権力の正当性、共同目標の適合性・必要性、その他社会秩序の維持のために巧妙なイデオロギー操作をさえ行うようになるというのである。こうして今日発展した政治システムは、あらゆる意味で、社会生活の基本的土台を構成しているが、その活動（影響力）の特質を一言で述べるとすれば、それは次に述べるトピックスである「職能国家化」の問題ということになるであろう。

政治の機能が外敵に対する国家の防衛や国内秩序の維持、また時には単なる支配階級の「搾取の道具」でしかなかった時代には、民衆がどのような生活を営んでいようと、それは政治の関与する

ところではなかった。人々は単に生産をする「道具」であったり、せいぜいのところ賦役や戦役に駆りだされる「人材」でしかなかったのである。ラディカルに言えば、彼らは政治的に「非存在」であったともいえる。それにしても、労働者は強靱であるにこしたことはなく、兵士は勇敢であることが望ましかったから、人民の暮らしを全く無視した政治的統治は技術的にも不可能か、あるいは不能率で望ましくないものであったことは理解できる。近代国民国家の形成（仏革命後のナポレオン時代を連想せよ）以来、市民階級の積極的な政治参加の要求も手伝って、政治の関心は必然的に国民全体に広がらざるをえなかった。医療に関しても、公衆衛生上の諸問題や社会的病因の疫学的研究の成果が蓄積されるにつれて疾病に対する社会的関心が拡大するが、これは医療の「第1次的社会化」と呼ばれるものである。より社会的には、「金持ちのための医療」と「貧しいものための医療」との間の許し難い伝統的差別を抑えるため、ドイツでは、1883年にビスマルクによって健康保険組合の設立が決められているのがこれである。基本的には、社会生活への国家（権力）の著しい干渉の増大は、現代国民国家の重要な特徴のひとつであって、そこでは各種の行政サービスを当然享受すべき国民の「権利」であるとする国民大衆側の要請もあるが、同時にそこでは供給すべきサービスの社会的・公共財的性格の故に、こうしたサービスを個人主義的・自由主義的市場に委ねるのがきわめて不適切であるという事情もある。医療サービスや教育サービスは、いずれもこのような性格を持つものであり、こうしたサービスの公的供給機構が大規模化するにつれて、これに携わる官僚組織がある種の自己運動を展開するようになり、ここに現代政治の顕著な特質ともいべき「行政（権）の肥大」という現象が生まれ出たのである。身近な例でいえば、最近でも、日本では総理大臣が不在であったり、議会の大部分が解散状態であったりしたが、日常的な政治（行政）の活動はこれによって決して妨げられることはなかった。そして、これは現代日本社会が優れた意味で「行政機能国家」であることを如実に示すものである。さて、こうして国家権力は行政を通してわれわれの健康と保健をとりまく各種

の領域できわめて専門的な規制・指導・監視の活動を展開しているが、それにはすでに取りあげた保健・医療従事者（医師、歯科医師、歯科衛生師、歯科技工士、助産婦、看護婦、按摩・マッサージ・指圧師、鍼灸師、柔道整復師、理学療法師、作業療法師、機能訓練士など）に関する様々な規制—これらはすべて一定以上の質のよいサービスを国家の干渉によって確保することがねらいである—にはじまり、毒物や劇薬の管理、麻薬（あへん・大麻・覚醒剤）の取締り、採血、及び供血に関する規制、角膜の移植に関する規制、それに食品衛生、環境衛生（理容師、美容師、クリーニング業、旅行業、公衆浴場など）、さらには、屠殺場、墓地・埋葬、死体解剖・保存などの諸規制に及ぶのである。このような各種の領域での規制や指導を適切に行うとなれば、当然それにはそれぞれの領域での知識や技術に充分習熟した専門家が必要になることは言うまでもない。そこで、こうした活動を司る機関は（1）内側に保健・医療の専門家（プロフェッショナル—たとえば医師）を行政官僚として抱えるか、（2）何らかの補助組織（たとえば、審議会のようなもの）を設置して外部の専門家を集めてその協力を求めるか、いずれかの形をとることになる。

問題はそれでは、国民大衆はそれにどのように関わればよいのかということである。後に、地域社会における保健・医療計画と住民参加という問題を通してやや詳しく考えておきたいと思っているが、要はここに現代民主主義社会の抱えているむずかしい問題のひとつが隠されているということである。事柄が複雑で専門的であるからといって、自分の生命や健康に直接関わる問題（や決定）で住民が「蚊帳の外」に置かれているのであれば困ったことであるし、かといって住民はそれぞれ自分の職業生活を抱えており、時間の点でも専門知識の点でも、必ずしもこうした専門的問題を扱うだけの十分な余裕をもってはいないのが普通であるとすれば、どのような解決策が考えられうるのであろうか。すでに触れたように、かつての日本人は医師（の権力）に対して絶対的といってもよいような信頼をおいていた。それが最近では知識の普及や権利意識の高揚に伴って医師（伝統的権威）に対する不信が増大しつつあり、そ

のことが医療における「危機」の重要な側面であるというのが筆者の理解である。だとすれば、どのような建設的な処方箋を書くことが目下の課題ということになるのであろうか。具体的には、以下に(1)厚生行政と(2)地域保健計画について考えてみるが、その作業に取りかかる前に、やや抽象的な形でいくつかのモデルを提示しておくことにしたい。

保健・医療の問題(他の問題でも基本構造にはそれほど違いがあるとも思われないが)を考えてみると、これに関与する当事者(関係者)は、すでに示唆した通り3者ある。すなわち「住民」(潜在的・顕在的クライアント)、「専門家」(プロフェッション)、および「行政」(具体的にはその活動を担っている各種行政官僚)である。A型のように、これら3者が相互にチェック・アンド・バランスの関係にあって、保健・医療の諸問題が解決されてゆくのがいちばん望ましい姿であるが、実際問題としてはこのような3者の勢力が均衡的であるというのは稀であって、制度的な構造のバリエーションとしてもいろいろの変形が考えられる。

もし、地域の医師会などが住民の保健・医療の問題に積極的な関心を示し、住民と協力して様々な活動を展開しつつ、地方自治体や国を動かしてその協力を獲得していくという場合、そしてもしここに住民主体側の強い動機付けが中心であれば、きわめて望ましい活動システムが実現する可能性があるが、これがB型である。

けれども、実際問題として、一般に地域ぐるみの医療計画などの場合には、とくに啓蒙的な保健所活動を中心としたプログラムが生まれ、これに専門家(医師など)の協力を要請するという形をとることが多い。この場合、もし住民の方が「計画」の単なる享受者にしかすぎないとすれば、活動そのものはきわめて理想的に組織されていても、いろいろな問題を残すことが多いのであるが、これをC型と呼んでおくことにしたい。行政機関それ自身の中へ専門家を吸収して(医師の公務員化)、それが専門家組織と区別できぬようになってしまうケースは、「社会化」が進展すれば早晚現れる現象であるが、こうした場合には、より広義な「政治」の中での住民対行政の問題が浮か

びあがってこよう。この場合も、基本的には、保健・医療の本来の主体たる住民のあり方と位置づけの問題が生起してくると思われる。(D型)

いずれにしろ、最も重要な問題は、こうした「政治状況」の中での住民の主体性の問題であって、それは(Ⅰ)医師-患者関係の診察室的レベル(マイクロ)から、(Ⅱ)コミュニティ・レベル、さらに(Ⅲ)ナショナル・レベルへと空間的な拡がりをみせているのである。社会学的に言えば、どのような役割配分のネットワークが、最も効率的に保健・医療の問題を解決するために最適であるか-すなわち誰が、どの側面で(領域)、どのような権力や権限をもつことがよいか、という広義の「政治」の問題がそれである。この点に関して、筆者は試論的に、(Ⅰ)住民における「当事者権限」、(Ⅱ)専門家における「専門家権限」、そして(Ⅲ)行政における「行政権限」の3種の権限を措定し、これらの具体的内実の定義とその組み合わせによる保健・医療システムの展開を示唆しておきたい。容易に想像されるように、これら3種の「権限」はそれぞれ異なった基盤(価値-規範)の上に成立しているが、いずれもが他をもって代替できない性質のものであるため、原理的には昨今政治学理論の中で支配的な位置を占め始めているいわゆる「多元主義的民主主義」のやり方を採用することが望ましい。それというのも、従来、民主主義というのは<頭数=あたまかず>の

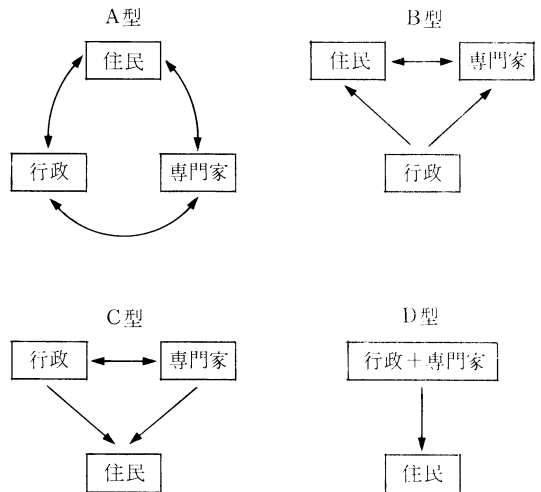


図1 住民・専門家・行政の関係モデル

政治と考えられてきたし、そのルールにのっとって、たとえば<多数決主義>というような集団意志決定の方法が採用されてきた。しかし、今日の如き多元的利害やイデオロギーをもつ複数のサブグループが存在する政治社会の秩序維持=意志決定原理としては、こうしたやり方は決して望ましいものではなく、たとえば「多数の暴力」によって沈黙を余儀なくされたマイノリティの激しい抵抗運動が、多くの民主主義的システムのあり方を不安定にしている現実をわれわれは知らないわけではない。そこで、むしろ複数の当事者間での「積極的な妥協」を目指す政治的解決のシステムが模索されているという訳なのである。

第2節 厚生行政とは何か：厚生省と医師会

政治学の中にいわゆる「圧力団体」(Pressure group)という専門用語がある。それは、ある社会集団が、その追求する特定利益の達成のために、政策決定機関(政党)、ないし政策執行機関(行政官僚制)に何らかの働きかけをし、圧力を行使する場合、この集団を圧力団体と呼ぶわけである。そして、周知のようにわが国ではこの話があると、経団連、日経連、総評、同盟、日教組、各種宗教団体、農協などと並んで「医師会」が必ず顔を出した。

すでにみてきたように、職能国家と化した現代の国家は、その行政の細部に亘って「社会」のさまざまな問題に干渉するようになったし、保健・医療の問題に関していえば、その活動の機構(官僚制)が「厚生省」である。厚生省は、政治権力の行使として上にみたような様々な法律をタテに医療のあり方を指導・規制するのがその仕事である。したがって、必然的に保健・医療の当事者たる医師集団(医師会)といろいろの問題で衝突することも多い。医師会は、そもそも医師の職能集団(professional association)としてその会員の利益を擁護するために形成された。もっとも、理念的には、こうした職能集団の原形は、ヨーロッパ中世のギルドやツunft(Zunft)にみられ、ここではこの集団が同業者の利益を守ったばかりではなく、成員資格を厳格に規定し、教育と訓練によって質の高いサービスの保持を心掛け、職業倫理規約をつくって、これに違反するものには制裁

を加えるというように、厳しい性格の社会集団であった。そのため、こうした専門家の職能集団は今日でもたとえば「自分たちの利益以外」には何の考慮も払わない(と理念的には考えられる)いわゆる「労働組合」とは一線を画すものだとされているのである。しかし、不幸なことに、現実問題として、人々が集団(徒党)を組んで自分たちの「言い分」を政治の中に反映させようとする時代にあっては、医師会もまたそうした「ラウド・スピーカー」の役割を演じなければならなくなってしまったように思われる。したがって、人々の中には厚生行政というのは政府の「医師会対策」だと考えるものさえいる有様である。実際、新しい厚生大臣が決まると、まず何よりもどんな形で「日本医師会会長」(これは、かつては、固有名詞武見太郎と同じであった時代があった)に大臣が会見するかということが、それもどのような「手みやげ」を持参していくかということが厚生省記者の話題をさらった。ここでは厚生行政一般を取り扱う余裕がないので、昨今焦点のひとつになっている医療費をめぐる問題に絞って、政治と医療の関係を考えておきたい。

厚生行政がそれに手を焼き、また医師会がこれとの対決の中で必死に闘争を展開してきたものに「診療費」の問題がある。周知の通り、現在の日本の医療は、国民皆保険の実現の下に、医師と患者の間の集団的・制度的な「やりとり=交換」として診療費が支払われることになっている。ところで、この2当事者の間に法律をタテに(いつものことだが)干渉に入っているのが行政(厚生省)である。常識的にいえば、厚生行政の立場は、この場合も第3者の立場から両者の間を調停し、法の威力をもってこれを実行に移すことであることはいうまでもない。しかし、支払側の(政管保険を除く)健康保険組合連合会からも、診療側の日本医師会からも共に厚生省に対して自己の立場を有利にすべく様々な圧力工作が働きかけられるのである。

完全自由競争を前提とする「自由市場」では、商品やサービスの価格はその供給と需要の均衡点で決まるというわけであるが、ひとたびそれが人為的な操作に委ねられると—そして医療サービスは人々の購買力の関数として消費されるべきもの

ではないと考えられているし、その上それは「公共財」的な性質（たとえば、伝染病は特定の患者Aさんの問題ではなく、コミュニティ全体の負の公共財と考えてよい）をさえ具備しているし、また購買力そのものも国民皆保険という形で「社会化」されてしまった—「適正価格の決定」は至難の問題（政治問題化）とならざるをえない。極端に言えば、力の強いものが「ライオンの分け前」を得るといのが政治という実相に則した問題解決の方法であるといっても過言ではないし、今日的民主主義の時代では、「声が大きい」とか、「説得力」（それも感性的反応に優れている大衆に対してである）とかが、自己に有利に状況を展開するためには必要なことなのである。こうした環境条件の中では、厚生省としても妙案があるわけではなく、したがって、診療費を決めるために政府の諮問機関として「中医協」（中央社会保険医療協議会）なるものをつくり出したが、これが結局、利害関係者の自己主張の場でしかなかったということは、歴史的事実が示しているところである。そして、これとの関連でいえば、かの〈悪名高い〉「医師優遇税制」に関しても政府の「税制調査会」がたびたび遺憾の意を表明していたわけである。

「適切な」診療報酬の決定ひとつにしても、こうした複雑で権媒術数に充ち溢れた政治過程が展開しているのであり、圧力団体としての医師会がその力を存分に行使して事態を自己に有利に展開せんとしているのは当然といえば当然である。

ちなみに、平成4年12月1日現在、日本医師会の会員は128,404。いわゆる「医療議員」が院内活動を展開すると同時に、政治団体としての日本医師連盟を通じて政治資金を集め、これによって特定の議員候補者を選挙のたびに応援するというわけである。

もっとも、政治権力の側が圧倒的に強力で行政が一方的な「上意下達」であっては困る。しかし、現在までのところ厚生省と医師会との診療費をめぐる政治的やりとりは、基本的には国民大衆を「蚊帳の外」においた「頂上会談」式のものが多く、しかもどちらの側にも「医の倫理」をベースにしたたかな倫理観が欠如していることが大きな問題であると思われる。政治的イシューが今日きわめて高度に技術化・専門化していること

は否定できないにしろ、したがって、どのような医療保険政策や医療費の適正化が望ましいものであるかどうかは「素人」には容易に解答の見出せないものであるにしろ、たとえば、長者番付の上位に医師や病院が並んでいるのをみると、民衆はその生理的な感受性でことの善悪を感じとっているのだということを、行政の側も専門家の側も決して忘れるべきではなからう。

さて、政治的民主主義が問題になるとき、自由や平等のスローガンと共に常に話題になるのが「参加」（participation）の問題である。どんなに政治が効率的に運営されていようとも、もし住民大衆がまったくの受け身の「享受者」でしかなかったならば、かれらは果して政治的に「生き、存在している」といえるのであろうか。保健・医療の真の「主体」は患者自身、住民自身であるというのであれば、どんなにそれが立派な料理であろうとも、「据膳」をいただくだけというのは問題である。「参加」のない民主主義的政治は、すでにそれ自体で一種の言語矛盾を含んでいるように思われるが、加えて「参加」という行為によって人間ははじめて自分の運命を「生きる」ということができるのであろう。自転車が「足」を奪うのも、学校制度が「独学」を奪うのも、実は基本的には、それらが人間の「参加」を拒絶するからだと考えればどうであろうか。過日、保健・医療社会学研究会のシンポジウム（1980年6月28日 於東京大学医学部）が「保健・福祉と住民参加」の問題をとりあげたとき、筆者は上のような感想をもちながら議論を聴いていたのである。

地域保健計画とは、いうまでもなく中範囲（middle-range）の地域医療システムの一部であって、主として日常的な活動によって予防医学的に住民の健康保持に資する活動のシステムを指す。しかし、このような活動には、すでにみてきたように、住民、専門家、行政の三者の組み合わせ（役割、リーダーシップなど）によって様々なバリエーションが存在した。通常、専門家（医師）の側には、こうした専門的知識や技術が不可欠の領域では、「素人」（住民側）の参加（能力）には限界があると考えがちであって、そこから住民に対する権威主義的な態度（これは、診察室の中の医師—患者関係においても、国全体のレベルにお

ける診療側対患者側の関係においても、同様に出現する可能性をもっているわけである)がチラチラと見えることが多い。もちろん、専門家の協力なしにこのような活動システムが作動するわけではないのであるが、問題は誰が「主体者」かということである。そこで、東京大学の宮坂忠夫教授(当時)は、「住民の自己責任と連帯の上に、行政側、専門家側、住民側の3者によって、健康の保持・増進を図ること」と地域保健計画を定義したのである。もちろん、住民の参加とひとことであっても、理論的には、少なくとも、(1)政策(問題)の決定レベル、(2)具体的・戦術的事業決定のレベル、それに(3)実施計画から実施・評価のレベルといくつかの段階があり、そのそれぞれで必要な技術的・専門的知識も異なってくる。参加をめぐる実際的な問題としても、結局それ自身が「特定住民」の参加でしかないという意見から、市民一般にはまだ充分な自治意識が育っておらず、かれらはえてして依存心が強く、自己責任に欠けるという批判までがとび出す始末であった。

ただ今度のシンポジウムでも、末端レベル(長野県下伊那郡松川町事例・久常節子氏発表)で、農業被害から住民(それも婦人達)が自主的に保健・医療問題に関心をもち始め、因習的な村落の雰囲気をはねのけて、逐次専門家(農業普及員、生活改良普及員、保健婦、生活指導員、公民館主事、医師など)を取り込むことによって、地域ぐるみの保健活動を軌道にのせたというケースが報告され、注目された。

これに対して、横浜市鶴見区の事例(時任直人氏発表)は、住民組織(町内会)と保健所が共同して保健計画事業に取り組んだケースであったが、タテマエとしては住民が計画を立て、経費を負担して事業を行い、これに必要なに応じて保健所、医師会、歯科医師会が指導・援助するということになっているにしても、結果的には、「引き金」の引き手は専門家(とくに、保健所)にあるという印象が否めなかった。もちろん、自ら計画し(その献立表は保健所が用意するとしても)、その経費を負担するのであるから、住民の疾病・衛生に関する知識や意識は当然高揚することが期待され、現にこの地区では過去10年間にこうした事業活動(成人病検診、乳幼児検診、胃の検診、子

宮ガンの検診、インフルエンザ予防接種、乳幼児歯科検診、3歳児検診、老人検診、日脳予防接種、眼底検査、貧血検査、赤ちゃん体操、映画フォーラム、栄養講習会、救急法講習会、講演会、研修会、座談会、犬を正しく飼う運動・献血など)は22.4倍に達し、参加人員も15.3倍に増加したと報告されている。

いうまでもなく、地域保健計画事業は予防医学的措置をコミュニティ全体としての疾病的、公衆衛生的な見地から実施するものであるから、そこに住民のニーズによく対応した施策が必要なことはいうまでもないが、ここでもその基本点に、住民の意識的な「主体性」の確立の問題が横たわっているように思われるのである。それから、これもまた少々「上からのメニュー」という趣もあるが、1993年1月に厚生省が設置した「地域保健基本問題研究会」が、同年7月に「地域保健の基本的在り方について」という報告を厚生大臣に提出したという。(『厚生』1993年10月号)そこでは、サービスの受け手(生活者)の立場に立つとか、保健・医療・福祉の連携など、戦後伝染病や結核対策等を目的として確立された保健所中心の公衆衛生の基本枠組みを現在の状況に適合するように改めるといふわけだが、たとえばボランティア活動などを含む住民側の参加をどのように組織的に包摂してゆくのか(住民参加)という視点が必ずしも明確ではないという印象はぬぐえない。

第3節 医師の政治的態度

医療と政治をめぐる最後のトピックスとして、医師の政治的態度(ここでは行動の方向づけを意味する orientation という述語を用いておく)について簡単に考察しておこう。いうまでもなく医師もまたひとりの市民として政治に関わっている。しかし、一般的にはかれらが享受する高い威信のゆえに、またかれらの仕事もつ社会的重要性のゆえに、医師たちがどのような政治行動を行うかは社会全体にとっても無関心ではおられない事柄である。生命をいわば「特権的に」扱う医師に一般市民が強い社会的「正義感」を期待したとしてもそれは不思議ではないであろうし、最高度の教育を受けたものとしての優れた「見識」を医師に期待することも自然であろう。

表1は、いずれも筆者自身が行った調査に基づく政党支持の傾向を、医師、大学教師、および一般市民（いずれも具体名は伏せておく）について比較したものである。資料はやや古いが、一般的にいて大学教師に比べてみれば、医師の政党支持のパターンはむしろ一般市民と近似しているが、それでも民社党支持の高さが大学教授と共にかねらの改良主義的進歩主義の片鱗を垣間見させてくれるようにも思われる。一般に医師の出身社会階層は高く、また医師自身の職業威信尺度上の位置も通常（たとえば、旧ソ連のような国を除けば）きわめて高いのであるから、こうした現状に満足してこれを擁護するという姿勢が強ければ、当然彼らは政治的保守主義の傾向を強く示すようになることが予想される。しかし、同時に彼らは一種の職業下位文化の中で社会的正義感や弱者に対する思いやり、また権力に屈することのない普遍主義的な価値志向（たとえば、人類愛やヒューマニズム）を身につける機会を多くもっているわけである。そこから、世俗的な関心を越えて、理想主義的、利他主義的な行動様式を身につける場合も少なしとはしない。医師が直接政治的活動にコミットする可能性についていえば、当然、彼らは高等教育を修めた（したがって、近代合理主義的な思考方法のトレーニングを受けた）人材として、時には政治エリートとして人々の支持を強く受ける場合もある。こうして、近代化エリートの幾人かは（たとえば、フィリピン建国の父リサ

表1 医師・大学教師・一般市民の政党支持の傾向 (%)

支持政党	大学教授(a)	医師(b)	一般人(c) (全体平均)
自民党	11.6	30.2	34.4
社会党	26.7	13.5	21.4
公明党	0.6	0.7	3.8
民社党	20.7	15.4	2.7
共産党	7.8	8.3	5.1
特になし	29.8	29.6	25.9
その他	2.9	2.3	0.1
			(D.K 6.6)
計	100	100	100

(a) 1973年に筆者の実施した性格の異なる三つの大学の教師に関する調査結果の平均。

(b) 1972年に筆者の実施した二つの都市における医師に関する調査結果の平均。

(c) 1973年5月6日付読売新聞。

ールのように)、医師の出身であった。しかし、軍人、弁護士、経営者、大学教授などと比べてみると、医師の下位文化、技術・知識の応用性、統制力などの点で、彼らが専門的職業を棄てて全面的に行政（政治）に入ってゆくことはきわめて稀であるというのがグレーザー（米国の社会学者、W. A. Glaser）の観察である。それは、この職業が、(1) 病人を治療することへの興味、(2) 医療行為による十分な満足感、(3) 行政的な仕事と無関係な技術、(4) 医師という職業への強いコミットメント、を特徴としているからだと彼は説明している。

結論的にいえば、現代日本の医師個人は、よく教育された知的な社会階層であって、やや改良主義的な傾向を具備する「保守主義者」と考えてよい。それに強大な力を有する圧力団体日本医師会にしても、特定の政治的イシュー、すなわち医療問題（とくに、診療報酬の決定）にのみ鋭く反応する利害団体であって、決して日本の政治（一般）に強い影響力をもっているわけではないのである。危険な問題はむしろ逆の方向にある。すなわち政府が医療を国家の体制の中へ組み込んで「翼賛化」という危険である。医師側が政治に圧力をかけて、すべての国民（なかんずく、恵まれない国民）に最良の医療サービスを提供するために政治的であることはむしろ国民にとって歓迎すべき事柄である。国家に対して医師の社会的地位を相対的に高める努力は、こうした、より崇高な目的と平行して展開してきた。イギリス医師会（The British Medical Association）が1911年に国民健康保険法（National Health Insurance Act）を国に対して闘い取ったのはまさにこうした文脈においてであったわけである。

もっとも社会主義的な政治体制を選択したソ連はもちろんであるが、イギリスの場合も第二次世界大戦後いわゆるNHS（The National Health Service）が発足して、医療の社会化は画期的な段階へと進行した。こうした状況では、医療そのものがすでに政治（行政）として行われるという意味で「医療と政治」という問題設定そのものが不透明なものになってしまっている。こうしたシステムに関してもそのメリット、デメリットが数多く論じられているが、それらを詳細に検討するこ

とは他日を期したいと思う。

第9章 医療と文化

第1節 「状況の定義」(a definition of the situation)としての文化

文化(culture)の定義は、文化人類学者や社会学者の間でも完全な合意があるわけではないから、ここで定義論争を展開することは本稿の主旨にも反するし、また決して生産的なものではない。したがって、ここでは筆者が構想する「情報-行動図式」(the information-behavior scheme)をベースに、「文化」の概念を略述しておくことにしよう。

一般的に言えば、人間の社会行動(もちろんこれには保健・医療に関する行動も含まれることはいうまでもない)は、他の多くの「目的的生命システム」(goal-oriented living systems)の場合と同様に、一定の状況(環境)に関する知識に基づいた、その環境に対する狭義・広義における「適応」であるということが出来る。この環境に関する知識はより広く「情報」と名付けることができるが、これは行動個体の感覚器官による原初的な「知覚」にはじまり、われわれ文明社会が共有している膨大な「文化遺産」に及ぶ。もちろん、この文化遺産は、具体的には、現在、様々な形の「情報システム」、たとえば、(1)科学・技術、(2)宗教・道徳・法律、(3)芸術、さらには(4)イデオロギーや神話、(5)慣習的な諸々の観念形態(民話や諺など)と実に多様な形で存在しているのではあるが、しかし、もしこうした観念形態の機能と種類を抜本的に検討してみると、われわれはつぎのような結論に到達することができるのである。

まず、こうした観念の諸形態は、各々の社会の中で内的・外的要因によって発展し蓄積された成果であって(その伝播・蓄積のために利用されるシンボル、とくに言語が人間社会の場合きわめて重要である)、通常、その特定の社会に生まれた個人によって学習されるわけだが、人々はこの「情報」に基づいて自己の行動を具体化する(誘導する)という意味において、行為の「構造化」——その結果としての社会の構造化——に対して決定

的な重要さをもっているという点である。

このように考えると、文化を人間の「行動の結果」(そのようにして作られ、存在する文物は枚挙にいとまがない)や「行動そのもの」(あるいは行動様式。これに対してはしばしば、「行動文化」という用語が用いられる。もっとも、一回性のパフォーマンス・アートのような場合には、この言の真の意味においてそれは“行動文化”と呼ぶべきであろう)として考えるよりは、これらの基礎になっている「情報」と考えるわれわれの立場が、より有効なものであることが理解されるであろう。

ところで、行動を誘導する「情報」とは、基本的には、行動主体がその中で生き、それに「適応」すべき「状況」(環境)に関する知識であるが、こうした知識は、とくに人間の場合、単なる個人的経験の蓄積ではないことはいうまでもない。かくして、シンボルによって媒介された様々な情報の蓄積が実に複雑な「知識の体系」を構成することになるわけであるが、しかしこの「環境」に関する「知識」とは、人間が行動の諸局面で獲得したり創造したりする環境に関する「定義」、あるいは「解釈」として捉えるのがよい。基本的には、「世界の意味付け」の体系として存在するこのような観念体系は、当該社会の中で「正当化され」多くの人々(成員)によって行動の準則として採用されるときには、社会的にきわめて安定したものとなるが、この状態を「制度化」と呼びうるのである。その内容については、みかけの複雑さにもかかわらず、われわれは「情報理論」の知見に基づいて、これらを(1)認知的なもの、(2)評価的なもの、それに(3)行動的なものと三分することができるのであり、これらは「目的的行动システム」の行動プロセス(したがって、この場合、行動は、認知的→評価的→行動的という時間系列における情報変換過程と考えられている)としても理解されているのである。

さて、個人的にみても、集合的にみても、疾病(すなわち、健康状態の喪失)は行動主体に対して一種の危機的状況として現れるが、これに適切に対応することは生命システムにとってきわめて大切なことである。適切な対応を誤れば、場合によっては、個体や集合体の生命そのものを危うくす

ることも決して稀なことではない。しかし、いうまでもなく、そのためには事態の理解（定義）が第1に必要な。こうして、「腹が痛い」という状況が、ある社会では呪術師によって「悪霊」が入り込んだ結果であると定義されるし、また別の社会では、腸の一部の炎症による「盲腸炎」だと定義されるのである。いずれの定義（解釈）も、それが当該社会で普遍的に受け入れられている（制度化されている）程度に応じて、人々を納得させ、それに基づいて対応策が示されるわけである。

周知のように、生物科学に基礎をおく現代医学の飛躍的な進歩にもかかわらず、ひとびとの保健・医療行動は合理性の観点からみてそれほど一貫性があるというわけのものではない。漢方（擬似）宗教的方法に頼って、現代の医学的処方拒否する人は後を断たないし、医学思想（健康観や保健観）そのものさえ、時代によって目まぐるしく変化するといっても過言ではない。特定の疾患に対する治療法ひとつを例にとってみても、心理的治療法、化学的治療法、免疫的治療法、手術的治療法、物理的治療法など様々な方法がそのときそのときの疾病観に基づいて採用され、ときには「教祖的人物」（カリスマ）が現れて一定の治療法を説くと、それが一種の流行ようになって医学界を支配することさえ稀ではないのである。

危機状況に対する対応としての医療行為をみると、それは診断に始まり、治療を経て、治癒に至るまでのすべてのプロセスであり、ひとつの緊張処理過程であることがわかる。その内容がいかなるものであれ、「野性の思考」もまたひとびとの「意味の問題」に解決を与える一手段であり、その機能的側面では、現代の科学（医学）と全くひけをとることのない社会的実体であるといえることができる。問題になっているのは、真理ではなく、「説得力」なのである。

だから、基本的にいえば、医学がどのように「がん」の発生メカニズム（もっとも、今日これに対する知識は驚くほど貧弱であるといわなければならない）を適切に説明しえたとしても、特定の個体（個人）が特定の時期にがんに冒される理由を問うことは、医学の領域をはるかに越えた問題である。かつて、宗教社会学者であるオーデ

（Thomas F. O' dea）は、宗教（広義）の社会的機能をこの「意味の問題」に対する人間社会の解決策（工夫）であるとして、なかんずく人間の条件に固有な（1）偶然性（contingency）（2）無力感（powerlessness）、および（3）稀少性（scarcity）に対する意味付けの問題を論じた（T. F. O' dea, *The Sociology of Religion*, Prentice-Hall, 1966）。

病気の原因やその治療法がある程度わかっていると、特定の個人に特定の時期、その疾病が襲いかかってくる理由は医学の領域をはるかに越えた問題であるということはずで示唆しておいたが、これは「偶然性」の問題である。胃潰瘍や十二指腸潰瘍、さらにはある種の肝機能障害は、たとえばアルコール類の飲みすぎであるという場合もあろうから、こうした経験を過去にもつひとびとは、自分の不節制を自覚して、罹患に対しても一種の諦観をもつかもしれない。しかし、このような疾患でさえ、アルコール類の常用と無関係に起こることも稀ではないし、ましてや原因不明の病気が突然特定の個人を襲うようなことがあれば、これを受け入れ納得することは至難の業であり、したがって、しばしば宗教的な「工夫」が精神安定のためにも導入されるわけである。「事故」（accident）や「災難」というのは、まったくの偶然のことであって、しばしば合理的・科学的に理由のつけようがないことが多い。すなわち、「意味的解釈」は理性や科学では不可能なものなのである。

その到来が確実にわかっているが、なおかつそれに対して人間が何らの対応策も持ちえないものに「死」がある。もちろん、天寿をまっとうしない夭折の場合には、ますますもって人間の無力が痛感されるわけであるが、こうした無力感の「克服」に関しても宗教的役割が一役を買うことになるのである。

「稀少性」の問題は、通常は「経済学」の扱ってきたものであるが、医療の領域でも、きわめて深刻な問題を提供している。たとえば、1970年初頭の米国においては約3万2千人もの人が、1,000億円を費やして人工腎臓で生きており、世界全体では約10万人を越える人々が透析センターの恩恵を受けていたと思われるが、いうまでもなく、これはすべての透析必要者をカバーしていたわけで

は決してない。近代医療施設から遠く離れて住んでいるためにこうした機器を利用できずに死んでゆく人も多かっただろうし、もっと極端な場合には「お金」がないためにこのような機会をもてずに死んでいった人も少なくなかったであろう。限られた医療資源の適切な配分ということはきわめて社会的な問題であり、場合によっては「政治問題」でさえあることはすでに前章でもみた通りである。そして、政治の中ではこうした問題は「正当性・正統性信念論」の形で扱われてきたのであるが、それがかつての「王権神授説」などの場合のように、しばしば宗教的観念形態と結びついてきたことは、今日でも「政治」のことを「祭事＝まつりごと」と呼ぶことにもあらわれているわけである。

現代医療がいかなる「説得力」を用いるにしろ、それがクライアントの側で強い信頼感をもって受けとめられれば、治療効果にもまた重要な貢献が期待できるかもしれない。その意味で、「プラセボ効果」(偽薬効果)はその衣装を変えて、現代の医療の舞台にも登場する重要な役柄であるといえよう。そして、それが見事な演技を披露しうるためには、全体社会で支配的な「文化のシステム」との適合的関係を無視しないことが肝要であろうかと思われる。

第2節 技術の進歩と医の倫理

さて、次に生物学的「医学」の進歩が医療にどのような影響を与えることになるのかをみておくことにしよう。

人間の存在形態は、これをもっとも簡単にレベル分けしてみると；

- (1) 生命現象レベル
- (2) 人格現象レベル
- (3) 社会現象レベル

と区別することができるであろう。

人間存在の最も基底にある「生命現象レベル」とは、最近の自然科学の知見を借りていえば、生理的・化学的(高分子レベルから電子レベルまで)現象の世界であって、そこではまだ「科学的解明」が仮説の段階を越えないものであっても、ノウハウとしては有効に利用可能な技術として定着しているものも少なくない。このレベ

ルでは、いうまでもなく、人間もまた一種の「生物有機体」であって、とくに人間とく種の関係で近接している「動物」に利用されている様々なノウハウ(技術)は、その社会的・道徳的・倫理的配慮を完全の無視するというのであれば、人間に適用することも充分可能なわけである。こうして、生物科学の進歩によって蓄積された技術が、人間の病気の治療に時としては安易に適用されかねない状況が生み出されつつあるというのが今日の問題なのである。

一例を「置換医療」、とくにかつて新聞紙上を賑わせた「人工心臓」の場合を考えてみよう。周知のように、心臓そのものの機能やその構造と作動については相当詳しいことがわかっているが、他人の心臓を「移植」する場合はもちろんのこと、これを人工心臓でとり替える場合、そのために発生する多様で複雑な問題についてはこれらを解決する方途はまだ暗中模索の段階であるといつてよい。今仮に、自分の心臓(これは他の臓器の場合でも全く問題の構造は同じである)が駄目になったときに、他人の、または人工の心臓を用いて延命を図るということに完全な社会的合意が成立しているとして(もちろん、これはひとつの仮定であって、この問題については資料1参照)、なおかつたまたまヤギが“長寿”記録(プラスチック製で223日-朝日新聞、1980年5月28日夕刊)を達成したからといって、「人間への応用」を軽々しく論じるべきではないことはいうまでもない。しかし、外科医の間では、少なくとも「すぐにも死ぬ運命」にある患者を前にした場合、「抵抗感」は少ないであろうという。

実際には、この東大グループの場合、ヤギが人工心臓で生存世界記録を樹立した3日前に、この装置を取り付けた患者が1人死んでいた。こうした「臨床応用」に対する考え方として、「すぐにも死ぬ運命にあった患者を2日間生き延びさせたとみるか、人工心臓で2日間しか生かせなかったとみるか」(朝日新聞、1980年5月30日付)は、まだ意見のわかれるところであることはいうまでもない。

すでに述べたように、人間の生物学的・生命的現象は「人間存在」のほんの一部を構成するものにすぎない。それを、いわば非常識に拡大して人

開発が伴って、臨床医学の領域へ大きなインパクトを与えつつある。医療の実際の場面でも、したがって、すでにみたような問題が日常化し始めているのである。

医事評論家の水野肇は今後実現が予想され、その結果が社会に重大な影響を及ぼすであろう17の技術リストを挙げている。すなわち；

- (1) 臓器移植の範囲の拡大
- (2) 臨床死を延期させる広範な手段
- (3) 精神治療薬
- (4) 欲望の制御
- (5) 記憶の抹殺
- (6) 人工ウイルス
- (7) 知識の増強
- (8) 記憶注入と記憶の編集
- (9) 生命の複製
- (10) 遺伝子の組み替え
- (11) 冬眠と長期の昏睡状態
- (12) 人間と動物のキメラ
- (13) 老化のコントロール
- (14) からだから分離された脳
- (15) 遺伝子の挿入と削除
- (16) 脳と脳の結合
- (17) 脳と機械のキメラ

〔現代の医学と人間性〕、『現代のエスプリ』147号所収 昭和54年10月)

どの問題を取り上げても、社会学者としては、その社会的インパクトを想像力豊かに、そしてまた戦慄をもって思い起こすことができる。そのうえ、いくつかはすでに現実の問題でもあるのだ(たとえば、(4) との関係でのロボットミの手術)。科学・技術の進歩が人類にとっては「両刃の剣」であることは、すでに過去の歴史が証明していることであるから、今さらここで蝶々する必要もあるまいかと思われるが、生物学的医学の進歩もまた医療にとってこうした「逆説」(ジレンマ)を内包していることは明らかである。同時に、文化システムの一部である「認知的下位システム」としての「科学」が、たとえば「道徳」や「規範」のような「価値的下位システム」とどのように整合的な関係を成立させることができるか、現実問題としてこれを換言すれば、後者が前者をいかにコントロールすることができるか、それがわれわれ

が直面し、かつまた何らかの解決を迫られている問題であることはまちがいない。そこで、最後にこうした問題に真正面から挑戦を開始している「バイオエシックス」(bioethics) のフロンティアを紹介して、この章を終わりたいと思う。

第3節 バイオエシックスの最前線

本来、自然科学にかぎらず「科学」(もっとも近代社会科学はその方法とモデルを自然科学に求めてきたのだが)の領域では、「認識(知識)」の「客観性」を確保するために、「価値判断」を排除する(Wertfreiheit)という規範を確立してきた。だが、いつやっても同じ結果を得ることができる厳密な「実験的方法」は、したがって、科学研究の基礎であり、こうして、「いつでも、どこでも、だれでも」が納得しうる「真理」の発見、普遍的知識の蓄積が科学の目的と考えられてきたのである。その結果、今日、認知的システムと価値-規範的システムという「文化」のふたつのサブカテゴリーの間に一種の「亀裂」が生まれてしまった。いわば「科学の論理」のみが幅をきかせて、本来そうした「合理性」だけでは解決しえない問題にも大手を振って干渉してくるようになったのである。

医学・生物科学の飛躍的の進展が人間や社会のあり方に大きなインパクトを与え始めるにつれて、こうした科学のひとり歩きをチェックする必要がますます強く痛感されるようになり、ここに「生命倫理学」とも翻訳すべき「バイオエシックス」の誕生が実現したわけである。その基本的問題意識は、最新の生物科学・医学は「人間」を生物として扱うあまり、これを人間(人格的・社会的存在)として扱うことをないがしろにしているのではないかという反省である。

一般的には、科学技術の急激かつ高度の発展が、公害や人間疎外(非人間化)を生み出し、とくに生物学・医学の研究では、技術化・専門化・自動化の傾向が、人間の生命の尊厳や生命権を軽蔑する風潮を発生させつつあるという現状認識に立って、「人間」の基本的な権利を考えなおし、それをこうした巨大科学の応用の手から守るための具体的な行動基準(倫理綱領)を模索していこうとするのがバイオエシックスの基本的な発想であ

る。その特徴は、すでに上の目的から想像されるように、科学と倫理（価値判断）とを積極的に結び合わせること、そのために広く生物学、医学、法学、神学、倫理学、社会学、哲学、心理学、その他もろもろの諸科学の「共同戦線」（学際的アプローチ＝interdisciplinary approach）を形成するところにある。

この運動の強力な推進者である早稲田大学教授の木村利人によれば、バイオエシックスは、さしあたり次のような3つの主要な研究領域をもっていう。

（1）生物・医学実験、及び人間生命の始期に関連する倫理問題：たとえば、遺伝子操作、人工受精、体外受精、胎児実験、胎児の保護、妊娠中絶、優性計画、遺伝相談、人口政策の倫理問題など。

（2）人間生命の質の向上に関する倫理的問題：たとえば、自然・社会環境と生命、生命権、健康権、医療・保健と財政・政治・経済の構造、治療と看護、人工臓器、臓器移植、ライフ・サイエンス研究者、医療従事者、患者被験者などに関連する倫理問題。さらに、伝統的エトス、宗教、文化に関する倫理の問題。

（3）人間生命の終期に関する倫理的問題：たとえば、死の定義、死期の看護（ホスピス運動）、植物状態人間、諸種の延命装置の使用、安楽死、医療辞退、医療拒否などをめぐる倫理的問題など。

いうまでもなく、われわれがしばしば指摘してきたように、こうした難問を解決してゆくためには人類の英知が総動員されることはもちろんであるが、同時にまた「価値」の問題に通常ありがちな宿命、すなわち完全な解答を用意することが多分不可能であろうという覚悟も忘れるべきではあるまい。しかしながら、それにもかかわらず、「行動」を導く最低限度の指針、それも社会的合意の上に成立したものが存在しなければ、状況はいたずらに混乱を繰り返すばかりであることは目に見えている。そこで問題になるのが、いかなる基本原理に立ってこの運動（学問）を押し進めてゆくべきかということになる。

さて、近代社会、すなわちルネッサンス以降の社会、あるいは啓蒙思想（Enlightenment）の生

み出した人間観・価値観のなかでもっとも基本的で、かつまた現在でもこれを真っ向から否定することがはばかれるものに、いわゆる「ヒューマニズム」（人間中心主義）がある。この思想は、世界の中心に人間を置いたという点では「人間は万物の尺度である」と喝破したギリシャの哲学者の再来であったが、同時に、すべての個々の人間に、「犯すべからざる尊厳」（基本的人権などと実定法化されている）を認めたことで、画期的な人間観であった。それ以前に、あるいはそれ以降のもろもろの社会で、われわれは個々の人間よりは「民族共同体」（あるいは、国家といわれる怪物）や特定の「神々」がより優越的な存在であった事例を数多く知っているし、ごく最近でも女性、少数民族、心身障害者などが、こうした人間としての基本的な権利の点で差別され、無視されている事実にと欠かない。したがって、科学の進歩にもかかわらず、このような意味でのヒューマニズムが完全に実現されているとは到底いえないのが現実である。けれども、国際アムネスティの運動から地域の人権擁護委員会に至るまで、われわれの社会がこの価値観をベースにしていることもまた事実である。バイオエシックスの運動もまたこの「価値」を共有していると思われる。

個々の人間そのものに、なにびとによっても「犯すべからざる尊厳」があるということの意味は、「人間の主体性」として概念化することができる。主体性とは、自己の運命に関与するあらゆる決定に参画（参加）する権利があるということであるが、もちろんこの権利は「自己決定権」として最大の意味をもつ。「参加」の問題は、政治的民主主義の基礎であったし、また医療民主主義（医療の主体は患者自身である）を語る場合にも、重要な問題であった。そして、もしこうした主体性が社会を構成するすべての人間に認められるのであれば、そこから必然的に「自由と平等」の原則が導き出されるであろう。しかも、こうしたことが「社会的」に存在しなければならないという要請から「公正の原理」が指定されなければならない。そうして、こうした原則が医療の中で結晶化したものとも読取れる例が「死ぬ権利」（資料2参照）である。それは、従来その全存在をかけて疾病の治療と延命に邁進してきた近代医療の

日医、尊厳死を容認

生命倫理懇が報告書

延命治療見直し

自然死法の制定提唱

日本医師会の生命倫理懇談会（座長・加藤一郎成城学園長）は十八日、がん患者などに対する末期医療のあり方について、「患者の尊厳死の意思を尊重して、患者が望む場合は積極的な延命処置を停止してもよい」とし、尊厳死を求める患者のための「自然死法」制定を打ち出す報告書をまとめ、公表した。高齢化社会や人工呼吸器など医療技術の進歩に伴い、医師の延命努力を見直す内容になっており、現場で直面している尊厳死への対応に方向を示したものとみられる。同報告書は日本医師会理事会で十七日に了承されている。脳死調達の答申が出た直後だけに論議を呼びそぞろだ。（2面に解説）

頭で自分の意思を表明して「不明のときでも家族などの積極的な延命処置を打ち切らねえ」といってよい、とされている。さらに、家族が本人の意向を聞いていないときは、

報告書は、「末期医療に臨む医師の在り方」との表題。末期医療について、患者が近いうちに死ぬことが避けられない病状や外傷で、おおむね六カ月以内の期間」と定義したうえで、延命そのものが目的とされがちな医療現場に対して「患者本人の意思や利益・幸福の観点から総合的に判断しなおす」ことを目的にまとめた、としている。患者の自己決定権（リビング・ウィル）について一生前にその意思が何らかの形で表明されている場合は、医師はその意思を十分に尊重する」とし、その場合、生命維持装置をはずしても、「医師は法的責任を問われないものと考え」と述べ、日本でも自然死法を制定すべきだとの考え方を示している。

意思の確認方法として、患者が生前に署名した文書がない場合でも、本人が口

「本人の意思に準ずるもの」と考へるが、家庭裁判所の審判によって判定する制度の設置を提言している。医師や医療機関のあり方としては、患者の意思を尊重するための「医療意を確定するための一医療意を決定組織を設けて、その経過を詳しく記録して保存することを提案している。さらに、末期医療の処置方法の基盤についての制限なく最大の治療をする治療方法を選択する③生命維持のクラスに分ける④の三つの治療を止める」と、医療チームが本人や家族と協議して最良の選択をする」としている。

末期医療で苦痛を訴える患者に対して注射をうつなどして死なせる「安楽死」については世界中でも安楽死を合法化した法律は見当たらず、安楽死の基盤などを示す、乱用される恐れもあるため、「現状では安楽死を立法化することは不適当」と結論づけている。

日本医師会の村瀬敏郎会長は、記者会見で、「今後尊厳死を求める患者や状況に応じて、客観的な基準作りに応じて、客観的な報告書は、医療現場の参考になると思う」と話した。

最高の発展段階において、皮肉にもその結果として現われた「医療の逆説」であるが、同時にそれは自然を支配（コントロール）しようと全力投球してきた人間の営み（医療もその一部）に謙虚さと反省の機会を与えるものではあろう。

私事に亘って恐縮だが、かつて米国から交換留学生としてきていた3人の女子学生が週に一度筆者のところで勉強していたが、かれらはそれぞれ、やや不熱心な（世俗化した）プロテスタント、敬虔なカトリック、それにクリスチャン・サイエンスの熱心な信者であった。あるとき相手の立場を批判し合わないという前提で、それぞれの疾病観、医療観を語ってもらったことがあったが、いつもはいかなる問題に関してももっとも優秀な答えを返してくるS女（クリスチャン・サイエンスの信者）は、きわめて静かな物腰で、病気は（または病気も）神の御心の現れであり、仮に苦痛が伴ったとしてもただ祈るだけ—もちろん薬も飲まないし病院（医師のところ）へも行かない。いままでも行ったことはない。もっとも、そんな大病を患ったことはないが—、それも病気を治して欲しいと神様に頼むというような祈りではなく、こうした苦しみ（試練）の意味を自分がよりよく理解できるように神様にお祈りするのだと、たんとんと話したのである。思い起こしてみると、アルコール類はもちろんのこと、お茶の時間にさえこのS女は「お湯」を飲むだけであった。その信仰の個人的由来を尋ねたところ、たまたま自分がそういう家族の中で育ったからだといひ、父や母もそうしてきたのだという答えが返ってきた。「エレクトロニクスと摩天楼の国」からやってきたひとりの聡明な女性の中にこのような考え方が秘められていることにややとまどいを感じると同時に、こうした多種多様な価値観を寛容に共存させているアメリカ社会の柔軟な構造に改めて思いを馳せたことであった。

最後に、蛇足を少し付け加えることをお許し願いたい。「医療」がまぎれもないひとつの社会現象であるという認識を、とくに、日頃職業的ななりわい（生業）としてこれに従事しているひとびとに理解していただければと思う。

いわゆる近代化（modernization）—この中心理念に近代合理主義、その具体的体現に科学・技

術の飛躍的展開を置いておくことにしよう—の成功によって、日本社会が受けたインパクトは、医療の世界にも例外なく浸透したが、それがもたらしたデメリットもまた現代の医療の諸問題を考える場合に無視できない重要性をもっているというのが筆者の一貫した問題意識である。それは、単に大衆社会の工業化に成功した後に、当初の予想とは似ても似つかぬマイナス現象が生じたから、時計の針を後向きにまわすべきだと主張するものではない。そうではなくて、現代の文明（医療のあり方もそのひとつ）の中に欠落しているなものかをもう一度「呼びもどす」（calling back!）という提案である。

その「なにものか」がなにであるかは、すでに示唆したが、そうした点を考える手掛かりとして、いわゆる工業化社会から脱工業化社会（the post-industrial society）への移行の自覚の上に、アメリカの名門ハーバード大学で行われたカリキュラム・プログラムの変革についてお伝えしておきたい。

アメリカは、いうまでもなく、大衆社会化と工業化に成功（それも世界で類のないほどに）した国であることは申すまでもないが、気がついてみると核兵器、環境破壊、青少年非行及び犯罪、家族の崩壊（離婚率の飛躍的増大）、不平等（あるいは差別問題）、人口の老齢化など、医療の面でも、アル中患者の増加、糖尿病・心臓疾患の増加、精神障害、社会的ストレスの増大など、科学・技術の発展とウラハラに多くの新しい問題を抱えていることが明らかになった。ハーバード・カレッジでは、こうした現状を科学・工学中心主義の教育が「伝統的ヒューマニズム」を破壊したことに起因するという反省的認識に立って、もっともサイエンスに関する教育は継続するものの、比較文明論や芸術（芸術はとくに強調されているように見える）、それに歴史、道徳、倫理などのプログラムもこれに加えるというのである。科学と道徳を結びつけるという発想—とくに、医学・医療との関わり—については、すでにバイオエシックスという運動を紹介したが、より広い領域を踏まえて、たとえば、R. ガスティル（R. D. Gastil, *Social Humanities*, 1977）は、（社会）科学だけでは適切に（社会）諸問題を解決できないという認識から、

価値と認識とを結びつけた新しい学問として「社会人文学」(Social Humanities)を提唱し、結婚、アメリカ・インディアン、国家的意志決定、企業の社会的責任など幅広い問題に関する新しい展望を提起している。

広くは科学と工学が、そして狭くは生物学と医学が、共にそれが手段として奉仕すべき価値や目的を忘れて、自ら主人の座についてしまったところに問題状況の真の深刻さがあることに気付き、その方向を是正して、正しい軌道に現代文明をのせることが今日のわれわれの重大任務であるとするならば、医療においてわれわれが留意し、実行しなければならぬこともまた明白であろうかと思われる。すでに用いた概念を引用するなら、それは状況の「人間化」(Humanization)以外の何物でもないが、この言葉の真の意味をすべての医療従事者(もちろん、医療の真の当事者であるわれわれもまた)がもう一度考え直すべき時が来ているように思われるのである。(完)