

パーソンズから現代医療へ
—その医療社会学研究への註釈—

庄 司 俊 之

Fron Parsons to Current Medocine : notes on Talcott
Parsons's theory of Medical Sociology

Toshiyuki Shoji

Abstract

This paper will try to get a basic viewpoint for understanding both the modern medical system and recent condition, examining Talcott Parsons's theory of Medical Sociology critically. Parsons's theory was formed under special historical and social background, and lost its persuasiveness through the changes of those conditions. This paper will make its historical position clear, and grasp the present day as its difference.

Chapter1 and 2 will confirm the connection between Medical Sociology and Parsons, and his academic significance. Chapter3 and 4 will discuss the premises of Parsons's the doctor-patient relationship model which is drawn characteristicll by him. Also he argued that the medical system was formed as a unique field distinguished from other systems such as a religion and an economic. But these chapeters will mention the modern medical system is filled its inside with very strained relationship between treatment, education and learning. Finally, chapter5 will confirm that current situation does not fit Parson's theory, and will argue his utopian idea "Collegal Association".

Key Words: T. Parsons, Medical Sociology, Sick Role
the Modern Medical system

本稿では、タルコット・パーソンズの医療社会学研究を批判的に吟味しながら、近代医療システムと現代の状況とを理解するための基本的視座を入手しようと試みる。本論で述べるように、パーソンズの理論は、歴史のなかである条件が整ったがゆえに成立し、その条件が変更されたがゆえに説得力を失った。本稿では、その歴史的な位置を明らかにして、そこからの偏差として現在を捉えようと思うのだ。そのいみで本稿は、いわばパーソンズを鏡にした現代医療論でもある。

紙幅の都合で十分に議論するのは難しいが、以下ではつぎの手順で論じていく。まず第1節と第2節では、医療社会学とパーソンズの関連を一瞥して、そのうえでパーソンズの学史的な意義を確認する。そして本論となる第3節と第4節では、彼特有の「医師－患者関係モデル」が成立するための諸前提を論じ、また、宗教や経済などの外部の諸システムから区別された独自の領域として描き出された近代医療システムが、その内部では「治療・教育・学問」のあいだに強い緊張関係を孕んでいることを述べようと思う。最終的に第5節では、現代の状況がパーソンズの枠組みを離れていることを確認し、そして合議制アソシエーションというユートピア構想に触れることになるだろう。

【1】戦後アメリカとパーソンズ

はじめに医療社会学の成立過程での「戦後アメリカ」と「パーソンズ理論」という要素の重要性に触れておこう。そもそも医療社会学には社会医学や公衆衛生へと連なる古い伝統があるとはいえ、医療社会学という学問分野が飛躍的な成長を遂げたのは戦後アメリカにおいてであった。このいみで医療社会学は新しい学問である。医療社会学者・進藤雄三も、すでに古典となった教科書¹⁾のなかで、西欧の学史研究を行なったクラウスの言葉を引用しながら、この学問領域の成立事情に注意を促している。

「医療社会学」、あるいは少なくとも今日「医療社会学」と見なされている学問領域は主に第二次世界大戦後の発展の産物である。この意味における現代医療社会学の起源はアメリカ合衆国にある。²⁾

医療社会学は1960年代にアメリカ社会学会最大の専門部会となり、70年代にはイギリス社会学会でも最大となった。その余波をうけて1973年には、日本医師会が医療社会学研究を行う特別分科会を設置、これに呼応するかたちで日本社会学会でも保健医療部会が設けられている。

この「戦後アメリカが起源」という指摘は、さらにいくつかのことを示唆するだろう。第1に想起したいのは、医療史家・ロスマン³⁾が指摘するように、ちょうどこの時期のアメリカ医療が「黄金時代」を迎えていたことである。それは急速な医療技術革新に支えられながら、つぎつぎと目に見える成果があげられた時代であった。そして「治療はすべて、われわれ医師に任せておけばいい」というくらいの絶対的な威信を、医療みずからが誇示するほどのものだった。パーソンズの医師－患者関係モデルは、まさにこの時期のアメリカ

カ医療に対応した議論である。また、E.フリードソンの専門家支配論⁴⁾などの場合はより明らかに、民主党政権下で巨大化したアメリカ医療をこそ批判の対象としていたのだった。つまり、われわれはよく「日本vsアメリカ」という二分法だけで考えがちだけれども、アメリカじたいにも黄金期や停滞期などがあるのであって、そうした様々な文化的・歴史的条件のなかから、パーソンズのような「普遍理論」と称するものが生まれてきたことに留意せねばならない。

また第2に、当時のアメリカ社会学におけるパーソンズの影響力を想起しなければならないだろう。今日からみれば不思議なことに、社会学を創始した巨人たち——ジンメル・ウェーバー・デュルケームなど——は、そろって医療には関心を示さなかった。そのため後続世代の研究者にとって、「巨人たち」はインスピレーションを与えてくれる存在ではあっても、直接に言及しなければならない巨人は（やや誇張をまじえていえば）パーソンズただ1人となったのである。ここには医療社会学が社会学本体の伝統からは切断されて理解されがちな事情と、医療社会学が今日なお、よしにつけ悪しにつけ、パーソンズを抜きには語れない理由がある。

こうして、戦後アメリカ医療の成長期～黄金期という歴史的条件のなかで医療社会学が深化してゆき、そのなかでパーソンズの業績が重要な位置を占めているとすれば、パーソンズとどのような距離をもつかということは今日の研究者にとって大きな課題となるはずだ。では、つぎにパーソンズ医療社会学の内容を概観しておくことにしよう。

【2】医師—患者関係モデル

理論社会学者・パーソンズは、主著『社会体系論』⁵⁾の1章をさいて近代医療を論じているが、そこには彼の理論的営為にとっての必然性があった。というのも、パーソンズは「構成員の健康」を社会の重要な機能的要件と見なしており、であればこそ、自らの中核的な課題である「秩序問題」を論じ切るためには健康の理論が必要不可欠な前提となったのである。

こうしたパーソンズ自身の理論構築上の要請は、医療社会学のサイドからすれば僥倖でもあったろう。社会医学の系譜に属する研究では、あくまで医療に関連する範囲でのみ、社会的領域を部分的に論じたにすぎなかった。あるいは特定の社会的目標に従属したかたちで医療が論じられたのだった。そこでは全体社会を見わたす社会理論は不在であり、医療行為とは何かを不問にふしたまま「社会のなかでの医療」を問う視座も皆無だった。これに対してパーソンズの議論は、全体社会とそのなかでの医療の独自性とを同時に論じる視座をもたらしたのだった。「医療社会学は学際的分野か専門領域か？」という問いに悩まされた医療社会学にとって、パーソンズ理論は、みずからが「ただの寄せ集めの学問」ではなく確固たる専門領域であると主張するのに恰好の資源となったのである。「言語論的転回」以降、パーソンズのような一般理論への志向は著しく弱体化したが、それでも仮想敵としてのパーソンズの存在は依然として巨大に見える。

その近代医療論によれば、医療の世界とは、病人役割と医師役割、その2つからなる医師－患者関係という、きわめて特殊な社会的約束ごとから成立する世界である。生物医学的な知見がそのままオートマティックに医師や患者の役割を決定するのではなく、そこには特殊な了解関係が介在する。たとえば病の自覚症状のない場合には、医師－患者関係がひどくフィクショナルに見えてきたりすることがあるだろう。こうしたフィクショナルな、言い換えれば社会的な側面は、じつはあらゆる臨床場面に遍在している。それをパーソンズは役割理論の言語によって可視化したのである。

周知のように、パーソンズの病人役割は2つの権利と2つの義務からなる。まず第1に、通常の社会的役割を遂行する義務を免除されるという特権、そして第2に、自力で回復する義務からも免除される権利である。第3に、病気を望ましくない状態と認めてそこから回復しようと努める義務を負い、第4に、専門家に援助をもとめ、専門家と協力して治療にあたる義務が与えられるという。

ポイントだけ述べれば、パーソンズは病人のなかに——生物医学的事実とは独立に存在する——病気への動機づけを見たのであった。病人は、病気を理由にすれば社会的役割遂行の義務を免除され、なおかつ同情を集めることすらできる。それならばいっそのこと病人のほうがいいと、取って病気になるとうとする動機づけがあるうらというのだ。それに対して残り2つの義務とは、病気を能力主義上の不適応として互いに了解しあい、それをつうじて病人が医師との協力関係に入ることによって医療システムは統合状態を達成するという。つまり、病人を役割の視点から眺めた場合、そこにはとめどない逸脱可能性があるにもかかわらず、義務の「制度化」によって逸脱への志向性は水路づけられ、病人の社会的世界への復帰の回路が整えられることになるのである。

他方、医師役割は、他の多くの近代的職務がそうであるように、普遍主義－業績主義を基本原理とする。ここで病人は、知識量の圧倒的な格差のために医師によって好きなようにされ搾取されうる立場にあるのだが、だからこそ医師には、個々の利潤動機や関心を離れ、医師と患者からなる集合体レベルにおける公正さを志向しなければならないという義務が負わされることになる。この点は第4節でもう1度触れるだろう。

医師役割は、こうした集合性を指向する義務に加えて、専門的な知識や技能をつねに更新する義務を負い、そのかわりに病人のプライバシーを聴取する権利と病人に自らへの信頼を要求する権利とを与えられる。この2つの権利によってこそ、医師の専門的職務は十分に執行されることができるといえる。

パーソンズの医師－患者関係モデルは、こうした2つの役割から構成される。そして、医師と病人とが相互に以上のような役割を想定しあうとき、このモデルは明文化されざる「制度」として機動し始めるだろう。この制度のもと、医師は病人に規律を与え、自らの職務の範囲を限定しながら首尾よく医療の世界をコントロールできるようになる。これがパーソンズの議論の骨子である。

たしかに、これに対する批判は容易だろう。たとえば、そもそもパーソンズの枠組みは

急性疾患には妥当するかも知れないが、慢性疾患には適当ではない。あるいは、医師による統制的側面を強調しすぎるのは70年代以降の実情に即していないなどといった批判は可能で、それらは十分意味のある批判だろう。

こうした種類の批判の系譜上に、医師-患者関係モデルのバリエーションを増やすといった仕事が見えてくる。たとえばサス&ホランダールは、能動-受動モデル、指導-協力モデル、相互参加モデルの区別を提唱し、ヴィーチは牧師型・工学型・契約型モデルなどの類型論を展開した。⁶⁾ だが、それらはパーソンズが1つしか示さなかった医師-患者関係モデルをさらに精緻化しているとはいえ、パーソンズにおける「パターン変数」のような理論的背景をもたないぶん、体系的なきモデルの羅列に終わっているともいえるかも知れない。控えめにいっても、それらはパーソンズと土俵を共有していた。

他方、パーソンズが呈示するモデルは「事実なのか規範なのか?」といった点でも疑問が投げられた。こうした批判においてパーソンズのモデルは、医師が優位にたつ状況を追認するイデオロギー的な議論であると断じられ、とくに医師が「対面的な場面で」病人を統制的に処遇する点、および医療が病気という「存在」そのものを社会的統制の対象として取り扱う点が批判されたりした。こうした批判は今日さらに説得力を増していよう。

総じて「医療における社会学」の立場をとる者は、前者のようにモデルの有用性を重視してパーソンズを発展的に継承しようとし、後者のように「医療を対象とする批判的社会学」の立場をとる者は、そこにある統制的機能を問題化しようと努めたように見える。だが、パーソンズのモデルがすでに古くなっているとしたら、そこに新しいものを接木したり批判して棄却するだけでなく、そのモデルが説得力をもった歴史的条件を考慮し、より内在的に何を捨て何を生かすべきかを考えるべきではないか。

【3】 Sick Role の2つの起源

じつは、パーソンズがある箇所⁷⁾で不思議なことを書いている。病人役割は治療する者が近代的な専門職でなくても可能であり、「病人役割」と「(近代的な)患者役割」とを識別することができる、と。だが、パーソンズ自身はそれ以上、「患者役割」について述べていない。

素朴にみて、パーソンズの病人役割論は、病人一般というよりも医師のまえに立つ「患者」のほうに相応しいだろう。じっさい「Sick Role」を患者役割と言い換えて使用している研究者もいるほどだ。しかし、だとすれば、パーソンズは病人役割を論じていながら病人と患者とを同一視しており、自ら「識別できる」と言いつつそれをしていないことになるのではないか。逆にいえば、あらゆる病人が「患者として」医師にまえに立たねばならないという「病院化」の時代にこそ、パーソンズの病人役割論は説得力をもったのではないか。

このとき「病院」という装置が決定的に重要だと思われるのだが、それは第4節で触れるとして、以下では「パーソンズ的な患者」と「病人」とがそれぞれ別の起源をもつことを指摘したいと思う。

まず、市野川容孝がパーソンズのモデルを歴史的に相対化した議論⁸⁾を参照しよう。市野川によれば、医師が患者に対して優位にたつ関係モデルは、必ずしも医師そのひとの能力や資質によって規定されているわけではない。つまり、医療行為に従事することが神聖な業務で、医師が高い専門的能力をもつことが自動的に医師の優位性を帰結するのではない。そうではなく、対面的な医師－患者の2者関係の外部にたつ「ほかの医師たち」とその医師とのあいだのある関係こそが、その優位性をもたらしているというのだ。

ジャクソニアン・デモクラシー期のアメリカでは、医師の営業活動の自由を推し進め、専門家と一般人の対等性を確立しようとする狙いから、医師免許が廃止された。この状況下で患者たちは、消費者としての力を強め、値切ったり支払いを滞らせたり、よりよい医師を選ぼうとしたりした。その結果、医師たちは互いに患者獲得のために競争しなければならず、そのぶん立場的には守勢にまわらざるをえなかった。この時点での医師－患者の力関係は、パーソンズ・モデルとは正反対であり、こういった事情は欧州各国でもかわりなかったという。

これに対処するために、医師たちは団結した。「医療倫理」を綱領として策定し、やがて全米組織であるアメリカ医師会を1847年に結成するに到る。こうして組織的な品質保証をつうじて医師の権威が高められ、そのことによって医師相互の競合関係が抑止されることとなる。パーソンズ・モデルが出現するのはこのときだ。

パーソンズによれば、医師は患者に信頼を要求でき、医師をかえることは信頼を損なうがために制度の根幹にかかわるとされていた。だが、パーソンズの病人役割論の片面の内実である「患者」とは、このような「医師－患者－他の医師」という3者関係のなかでの「対他関係」の力学的変動のもとに成立していたのである。

ついで「病人」について、エルズリッシュ&ピエレによる『<病人>の誕生』⁹⁾から引いておこう。彼らはずぎのように書いている。

伝染病が支配した数世紀ものあいだ、瀕死の病人や死者がたくさん出た。しかし、今日われわれが「病人」と呼んでいる人たちがすでにいたかどうかは、確かではない。…今日「病人」といわれている人が出現するためには、少なくとも3つの条件が必要であるように思われる。まず、病気が集団現象でなくなること。次に、病気が致命的ではなくなり、病気が死の一形態であると同様、生の一形態でもあること。第3に、さまざまな苦痛が、統一的なまなざしによって減少することが、おそらく必要である。そしてこのまなざしこそ、まさに臨床医学のまなざしなのである。その時、身体の病気の多様性から、すべての病人に共通する状況とアイデンティティーが生まれることになるだろう。

語弊をおそれず簡単にいえばこういうことだ。前近代において、たとえばベストは「死の舞踏図」で骸骨の表象が与えられているように、病いというよりも「死そのもの」だった。また、梅毒は「死そのもの」ではなかったが、宗教的な意味に彩られ、今日でいう罪

や犯罪と未分化なままで捉えられていた。こうして今日でいう「病人一般」は、前近代には統一的なアイデンティティを獲得しておらず、病気ごとに特殊な意味づけを与えられていたのである。

ところが、宗教的で複雑な規則のもとに秩序づけられていた死や病いの意味論が解体すると——つまり、死や病いからの意味剥奪が生起して——、それにかわって近代医学のまなざしが登場する。近代医学のまなざしでは、形而上学的な意味づけを排し、ひたすら死(=屍体)を見つめることで「死」の反対側にある「生」を明るみに出そうとする。この操作によって、死は「骸骨の表象」のごとき特権的な立場から引きずり落とされ、生と死とはそれぞれを両極とする1つのグラデーションを形成するのである。そしてこのとき「病氣一般」が、はじめて生-死の連続体のうゑに自身の位置を確立するのだ。

そうすると、こうした病氣一般の成立と相即的に、今日のように病人>と呼べる存在が現れてくることになるだろう。このいみで、<病人>が誕生した日付は新しく、このまなざしが不在の場所では、われわれが<病人>と呼ぶ存在がに一義的に指し示されることは(おそらく)なかったのである。

ミシェル・フーコーの影響下で書かれたこの著作は、フーコーが示した学問上の認識論的変容を、じっさいの人々の事例に即して捉え返している。その論述では、幾多の事例を追いかけて、工業化の過程で「病氣になる権利」(まさにパーソンズが問題視した等のもの)が抵抗の一形態となったエピソードを差し挟みながら、やがてパーソンズ的な意味での一般化された「健康の義務」(回復する義務)を負った「病人=患者」が登場してくる経緯を述べている。

以上のように「病人」とは、ある新しいまなざしのもとに現れてくる「存在論的」な謂いであり、それに対して「患者」とは「対他関係」のなかで地位を定められるものだった。その2つをパーソンズはほとんど同一視してしまっていたのだが、しかし現在の医療では2つがふたたび分裂し、病院を訪れ医師のまえに立つ「患者」と、「病人」という存在とを、必ずしもイコールで結べない地点まで乖離がすすんでいるのではないだろうか？

【4】<治療—教育—実験>複合体

つぎに、医師役割および近代医療システムの性格規定について触れていく。この主題では、経済と宗教というウェーバー以来の問題意識が、パーソンズのなかで、医療を結節点にして変奏されている。つぎの2つの引用は、彼の近代医療論を端的に示している。

近代の科学的に合理化された医療は、かくて「生という贈り物」を守るための手段と手続きの特別の集合と見なされよう。このような医療は…生命力が失われていたり、変調や危機の状況にある場合、神から与えられた神聖なる生という素材に働きかけるものであると信じられている。…この特定の型の責任(医師の信託責任)は、宗教的前提と世俗的秩序が接合しあう状況において、主要な規範構造を成している。¹⁰⁾

医師の役割は、明らかにわれわれの職業体系ではつよく集合体指向を主張している「少数派」に属している。その専門家の「イデオロギー」は、かれの個人的な関心よりも「患者の福祉」を重視するという医師の義務をきわめて強調しており、それが対抗しなければならぬもっとも重大な、かつもっとも油断のならない害悪であると商業主義をみなしている。…この態度は、もちろん、その他の専門職と分有されてはいるが、おそらく聖職者を除くどの1つの専門職のばあいよりも、医療のばあい、より明確に述べられている。¹¹⁾

ここで述べられているのは第1に、医療倫理の中核としての生命尊重主義（SOL）が宗教的な起源をもつことである。パーソンズはユダヤ教からプロテスタントまでが生と死をどのように意味づけたかを追ひ、その線上に近代医療を置く。宗教と医療、聖職者と医師は機能的に等価だというのだ。

しかし第2に、かつての宗教がひとびとの生活のすみずみまで意味づけようとしたのに対して、部分システムとしての近代医療はそうではない。このいみで、前近代的な宗教と近代医療とは切れてもいる。また、現代では文化や政治といった領域は、社会的分化のなかで独自のシステムとして区別されるものであるが、たとえば自由という文化的・政治的信念が、ときには死をも厭わず、死にも何らかの意味を与えようとするのに比して、医療は死の意味づけを徹底的に排除し、場合によっては「医療の敗北」と見なすほどに忌避する。ここで医療システムが追求する価値は部分的なものであって、医療は自らの価値の全域性を主張しない。だからこそ、商業主義との価値の棲み分けも厳密になされねばならないのが近代医療であるとパーソンズはいうのだ。

つまりパーソンズの近代医療論は、第1の「前近代／近代」の区別のうえに、第2の「医療／非医療」という区別＝分化が設定されることによって、近代医療システムがくっきり浮かび上がる論述になっているわけだ。この近代的な社会分業のもとでの独立性——宗教や経済からの区別——を支えるものが、パーソンズにとっては医師役割の集合体指向であり、実質的には医療の専門家集団であった。

しかしながらパーソンズの議論はその後、近代医療はその独立性ゆえに他の社会的領域との価値的な衝突を招かざるをえず、それゆえ医療内部には「合議制アソシエーション」へと転じていく契機が孕まれている、という方向へ転じていく。こうした認識は、パーソンズが「先端医療革命」¹²⁾のはじまりを目撃していたことに対応しており、こうした指摘があることをみても、パーソンズの医師役割が統制的だというのは一面的すぎるだろう。¹³⁾

とはいえ、一足飛びに医師と患者とその外部からなる合議的な組織への変容をいうまえに、「集合体指向」の内実をもう少し吟味する必要がある。

ここに、すでに触れた「病院」という変数を入れてみよう。近代医療にとって「集合体」とは、それに従事する専門家と患者たち、およびそれら成員間のコミュニケーションの総体を指すわけだが、開業医が中心の社会において「集合体」は非情に抽象的にならざるを

えず、専門医・勤務医が中心のばあいには「集合体」と病院はほとんど見分けがつかないように思われる。なぜそうなるかといえば、病院でこそ複数の専門医たちによる分業関係が先鋭的に意識され、したがって分業の体系としての「集合体」が問題となるからであり、また、無数の患者が同じ場所（＝病院）にいることによって、物理的に「集合体」がその場所に現前するからである。

じつは、近代以前の衛生学的な発想が導入されていない病院は、むしろ細菌がそこに集約されるために「病院があるから病気になる」という事態さえ招く存在だった。それゆえ革命期のフランスでは、病気を根絶すると称して病院を解体しようとする運動もあったほどだ。¹⁴⁾しかし、専門家集団の発生と並んで病院改革も進んでいく。いや、むしろ病院改革こそ専門家集団成立の条件であった。そこには明確な利点が2つあったからだ。

第1に、教育の問題がある。近代医学のまなごしは、宗教的な意味論をそのまま身体にあてはめるようなものではなく、身体そのものの記述をつうじて、そこから病いの徴候を汲みとろうと努力する。この訓練を十分に積むためには、多くの病人を実地で観察しなければならないだろう。それには病人が居並ぶ（大）病院が機能的ということになる。

注意しなければならないのは、この時点の「病人」には、まだ必ずしも「患者役割」が期待されていないということだ。むしろ「集合体」には、準メンバーとして医学生が含まれている。医師の再生産は「集合体」にとって不可欠だからである。近代的な意味での＜病人＞が誕生しつつあるなか、近代医学のまなごしのもと、大量の＜病人＞を観察することが医学教育そのものとなる。そうした教育の必要性からも、病院は重要な意味を担うようになっていく。こうした教育機能は「患者の福祉」とは独立に——むろん同時にも成り立つだろうが——、病院で行なわれる「集合体」を指向した実践の1つとなるだろう。

第2に、実験の問題である。近代医学がその黎明期に、屍体解剖をつうじて生を明るみにだすという技法によって「生－死－病い」を連続的なものへと変えたということはずでに触れた。この屍体解剖の重要性ゆえに、黎明期には墓場での盗掘が問題になるほどであった¹⁵⁾。とすれば、正当な手続きによって屍体を入手しうる、屍体が集積する場である病院が、そのいみで重要となったのは言うまでもないだろう。この時期に、その後近代医学が飛躍的に発展を遂げるための知的な蓄積がなされたことは大きい。

そして医学の基礎研究としての屍体解剖だけでなく、現代医療の高度化にともなう実験的な治療——臓器移植や遺伝子治療を想起せよ——は、まさに学問の府と連携した研究病院こそが主要な舞台となっていく。大病院は都市化や工業化の対応物というだけでなく、近代医療にとって決定的な装置でもあった。

近代医療システムは、治療行為かならなるヘルスケアシステム（すなわち「医療」）と、学問的真理を追究する認識システム（すなわち「医学」）との2つを大きな両輪として成り立っている。この実験という文脈において「集合体」とは、医療・医学の連続体のなかで後者にウェイトをおいて理解されることになるだろう。そして、恩恵をうけるべき対象は当面の患者だけでなく、将来に現れるであろう病人たちを含むことになるのだ。

このように「病院」という装置の機能性——教育と実験——に注目してみると、パーソンズのいう「集合体」が医師の個人的な動機づけを排しただけの、いかに平面的なものかということがよくわかる。医師－患者関係モデルは、治療という文脈だけには閉じていない。医師－患者関係では同時に、患者が医学教育や実験の対象でありうる可能性へと構造的に開かれており、したがって「集合体」は医学生という準メンバーや実験の成果を享受するはずの未来世代までも含むうのだ。

すでに述べたように、パーソンズは集合体指向の結果として、経済行為などの他の社会的行為と医療行為とを峻別することが近代医療システムの独立性を確保することにつながると考えた。だが、そうした「医療とその外部」の緊張関係だけでなく、内部にも「治療－教育－実験」の緊張関係をもっていると見なすべきであろう。医師が信頼を要求する権利があるというのは、パーソンズの意図とはべつのいみで、医療に内在する「治療目的／治療外目的」の緊張関係を吸収しなければならないからこそ要請されたものと見なすことができる。そして、その信頼が失墜したとき、近代医学にとって本質的な実験医学を規制する——コントロールしたうえで実行する——ための条項、すなわちインフォームド・コンセントが主題化されるのである。

【5】現代医療とパーソンズ以後

以上、第3節と第4節では、パーソンズが患者役割と病人役割をイコールで結んだうえで、経済や文化などの他の部分システムと医療システムとを峻別し、医療倫理を基礎づける集合体指向という特性を抽出したけれども、患者と病人とは起源が異なっており、医療という集合体内部にも、外部に劣らず緊張関係が孕まれていた、ということ述べた。そして、このような議論が成り立ったのは、第1節で触れたように、戦後アメリカ医療が黄金期だったからにはほかならない¹⁶⁾。

そもそも戦時体制下のアメリカでは、医療技術の開発こそが戦局をにぎるカギの1つとされ、抗生物質や輸血技術の確立が急がれていた。だが、敗戦を経験せずに戦勝国となったアメリカは、戦時下の医療増産体制をそのまま戦後にも継続していくのである。アメリカには、戦時医療への警告を発したニュールンベルグ綱領が自身にも該当するという自覚はなかった。そして、この引き伸ばされた医療増産体制こそが、戦後の世界的な経済復興のあと押しをうけながら、医療黄金時代を出現させるのだ。もちろんこの時期は、ニューディール以来の福祉国家建設の延長上にある。戦後は幸福にも、医学がつつぎと新たな発見を達成し、それがつつぎに技術化されていった。医療はどんどん高度になって、シロウトたる患者の手から離れていった。だがそれが富を生み出し、また、ひとびとを幸福にするという、そうした信憑をうらづける実例が、ひとびとのまえに差し出されたのも黄金期であったのだ。医療保険改革は不発に終わったとはいえ、「世界最高の医療」（「最善の医療」でなく）は、必ずや医療水準の底上げをもたらすだろう…。

こうした時代背景、あるいは社会的条件のもとでは、専門家の優位性は疑いもなく信憑されるに違いない。そして、治療行為と実験・教育の緊張関係は緩んでいく。むしろ、経

済行為と見紛うばかりの医療の成長性ゆえに、経済と医療の緊張関係のほうが前景化されることになる。パーソンズが注意を払ったのはこうした事態であったろう。そして医療の拡大期にあって、病人が医師のまえに立つことが普通になっていけば、病人と患者の区別をそれほどやかましく論じる必要もなくなる。これがパーソンズの時代的制約だと考えられる。

だが、そうした条件は、アメリカだけでなく現代の様々な場面において消失しつつあるのではないか。たしかに現在でも、パーソンズの枠組みが通用する範囲は小さくない。けれども、明らかに「パーソンズ的なもの」から離れつつある状況があると思われる。それを以下の3つの局面で概観してみよう。

第1に、医療に内在する「治療－教育－実験」の緊張関係が顕在化する局面がある。ここではまず、「新しい医療倫理」を生み出すきっかけとなったタスキギー事件を想起したい。タスキギー事件とは、治療と称して黒人梅毒患者に人体実験をしていたことが明らかになったスキャンダルである。そして、これと同様の医学実験が「黄金期」の裏側で頻繁に行なわれていたことがつぎつぎに暴露された結果、「患者の権利」としてのインフォームド・コンセントが要求されることになったのである。しかも、インフォームド・コンセントという制度は、実験性の高い治療に限定された部分的なものではなく、消費者運動・女性解放運動・死の権利運動などと連動しながら、普遍的な要求として定式化されていく。

そこには服従のイメージが濃厚な「パーソンズの患者」の姿はない。そしてこれこそが、治療がつねに実験と重なりあう可能性をもつことが露呈したことへの（ナチズム批判を除けば）最初の対応であった。医学研究が高度化する現在にあっては、インフォームド・コンセントはいっそう強調されるものになっている。医学実験への要求はむしろ高まってきているのだ。インフォームド・コンセントとは、「パーソンズ的な」医師への無条件な信頼が失墜したときに要請される、それとは別種の信頼調達の様式である。

また、最近のマス・メディアによる報道のように、インターネットによる診療が問題化する事態のなかにも「治療と教育」の緊張関係は見てとれるだろう。

第2に「同一視された患者と病人」が乖離していく過程がある。まず、高齢化が進行した結果、短期的に治療が終わる患者でなく、全快することなく緩やかに朽ちていく慢性疾患の患者がメインになると、パーソンズ的なみで「社会的役割遂行の免除」を完全に期待するのは難しくなる。治療が続行されるにせよ、慢性疾患のひとつひとつにも何らかの社会的役割が期待されるようになるのは自然の流れだろう。このとき、たとえ患者が病人であっても、専門家には責任のある治療は期待できなくなり、また、病人であり続けるにせよ、パーソンズ的なみでの「患者らしい」従順さとはべつの行為パターンが必要となってくる。

こうして「患者＝病人」図式が揺らぐなかで、たとえば「延命至上主義への批判」とは、最後の瞬間まで患者＝病人役割を遂行することへの異議申し立てと位置づけることができ

よう。そしてまた「社会的入院」とは、まさに病人でない者にまで患者役割を強いる行為であって、そこにあるのは空洞化した患者役割そのものといっている。

このうえに、さらに2つの力が同じ方向で作用する。1つは「暈のうえで死にたい」という素朴な感情を背景とする脱病院化の運動である。それは「在宅ケア」を1つの理想として掲げ、患者役割を（部分的に）放棄しつつ、しかし病人としての役割を自ら構築しようと試みるだろう。だが、他方の1つは「医療費削減の圧力」である。この力は、コスト問題の観点から在宅ケアを支持するだろう。あるいは露骨な経済的理由には還元されないにしても、治療の見込みがほとんどなくなった難病患者を、病院の側が見捨てるといった「患者追放」¹⁷⁾ という局面はたしかに存在する。

いずれにせよ、医師をまえにした対他関係のないみでの患者役割は、ここでは収縮する。少なくとも収縮の方向性が現れており、病人と患者の同一視は過去のものとなりつつあるのだ。

第3に、患者役割の収縮という方向性とは反対に、＜病人＞の拡大という現象が観察できるだろう。たとえば「不妊治療」¹⁸⁾ では、生物医学的な病因が特定できなくても「妊娠が一定期間、成功しない」という消極的状态によって病気を定義することができる。つまり、因果関係という視点からの、そのひとに生殖能力があるとかないといった判定は保留したまま、生物学的な基礎づけなしに、病名の告知ができるのである。しかも、そこでは女性が失った受胎能力を回復するのではなく、出産能力をもった女性の「理想型」を健康と呼び、それに女性の身体のほうを近づけていこうとするのである。

この営みにおいて＜病人＞は、個体の生物学的な失調という基礎を離れて「社会的な」失調という視角から枠づけられている。同じような社会的定義へのシフトは、たとえば「生活習慣病」などでも顕著に見ることができるだろう。ここで指摘したいのは「それは病気ではない」ということではない。そうではなく、ただでさえ検査技術の向上によって病気が飛躍的に発見されやすくなっている（つまり＜病人＞はより多く「発見」される）のに加え、こうした新しい恣意性の高い基準の導入は、さらに＜病人＞を拡大するだろうということだけだ。

こうしてみると、パーソンズの議論が非情に興味深い特異な位置にあることが見えてくるように思える。まず、パーソンズ理論は、なによりもアメリカ医療、あるいは近代医療の成長過程（それを「医療化」「病院化」¹⁹⁾²⁰⁾ と呼んでもいい）の1つの頂点において形成された歴史的産物だった。だが、だからといって、ただ過去に葬り去ればよいわけではない。彼が問わなかった諸前提を吟味することによって、近代医療の成り立ちの一段面が切り取れるという性質をも、パーソンズの議論はもっていたのだ。そして、パーソンズとの偏差から現在（いわば「脱病院化」の時代？）を位置づけることもできるという、そうした典型性さえあわせもっていたのである。こうした議論が可能だったのは、パーソンズの時代が医療の成長の1つの頂点であると同時に転換期でもあったからではないだろうか。

では、現在の医療が、医療システムの内的な緊張関係を露呈し、患者役割の収縮とく病人>の拡大がすすむ状況にあるとしたら、さらにパーソンズから何か引き出せるだろうか。状況理解として大切なのは第1に、今日の様々なトレンドが、そう名指ししていない場合でもパーソンズ批判の意味あいをもつということである。だとすれば第2に、パーソンズが医療倫理の基礎と見なした集合体指向や生命尊重主義が、パーソンズもろとも押し流される恐れも同時にあるだろう。今日の、患者本位のはずの自己決定型医療が、パーソンズ的なみでの集合体指向をなし崩しにしながら、それでいて自由意思にもとづく実験の拡大によって新たな、もしかしたら「悪質な」と呼ぶほかない集合性の構築に貢献するだけに終わる可能性はないとはいえない。こうした両面を押さえねばならないだろう。

そのうえで、パーソンズがそうしたように、医療の現在を理論的に把握する営為があつてよい。そして、パーソンズが提唱する、医師と患者の「合議的アソシエーション」という構想についていえば、それが「情報を与えたうえでの同意」という2者関係の問題に縮約されてしまえば、やはり集合的な倫理的基礎を消し去ってしまうという可能性があるだろう。むしろ集合体指向には、患者のためではなく医学のために実験や教育を優先するといった危険性がつきまとっていた。だが、だとすれば、この合議制アソシエーションにおいて問われているものは、自己決定に還元されない指向すべき集合性とそこで実現されるべき共同性とは何か、ということにならないだろうか？

おそらくパーソンズの最良の部分はこちらにあると私は考えているのだが、それはつぎの課題となる。本稿はそれを指摘したところで閉じることにしたい。

文 献

- 1) 進藤雄三 (1990) 『医療の社会学』世界思想社：4
- 2) Claus,L.M.(1983)'The Development of Medical Sociology in Europe' Social Science and Medicine 17-21:1591-1597
- 3) Rothman, David J. (1991) Strangers at the bedside : a history of how law and bioethics transformed medical decision making, Basic Books = デイヴィッド・ロスマン (2000) 『医療倫理の夜明け—臓器移植・延命治療・死ぬ権利をめぐる』(酒井忠昭監訳) 晶文社
- 4) Freidson, Eliot (1970) Professional dominance : the social structure of medical care, Atherton Press = エリオット・フリードソン (1992) 『医療と専門家支配』(進藤雄三, 宝月誠訳) 恒星社厚生閣
- 5) Parsons, Talcott (1951) The Social System, The Free Press = タルコット・パーソンズ (1974) 『社会体系論』(佐藤勉訳) 青木書店
- 6) 奥山敏雄 (1994) 「医療システムの中核としての医師—患者関係—社会システム論的アプローチ」社会学ジャーナル 19:72-99
- 7) 前掲、パーソンズ 邦訳 467-468
- 8) 市野川容孝 (1996) 「医療倫理の歴史社会的考察」岩波講座・現代社会学 病と医療の社会学14(井上俊[ほか] 編)：1-26
- 9) Claudine Herzlich & Janine Pierret (1991) Malades d'hier, malades d'aujourd'hui, Paypt = C. エルズリッシュ, J. ビエレ(1992) 『<病人>の誕生』(小倉孝誠訳) 藤原書店 邦訳 48
- 10) Parsons, Talcott (1978) Action theory and the human condition : Sociology of religion, The free

- Press = タルコット・パーソンズ (2002) 『宗教の社会学：行為理論と人間の条件第三部』(徳安彰 [ほか] 訳) 勁草書房：201-227
- 11) 前掲、パーソンズ『社会体系論』邦訳430-431
 - 12) 米本昌平 (1988) 『先端医療革命—その技術・思想・制度』中公新書
 - 13) 高城和義 (2002) 『パーソンズ—医療社会学の構想』岩波書店
 - 14) Foucault, Michel (1963) *Naissance de la clinique : une archeologie du regard medical*, Presses Universitaires de France = ミッシェル・フーコー (1968) 『臨床医学の誕生』(神谷美恵子訳) みすず書房 邦訳63-82
 - 15) Richardson, Ruth (1996) 'Fearfull Symmetry : Corpses for Anatomy, Organ Transplantation' Youngner, S.J, Fox, R.C, O'Connell, L.O. (eds.) *Organ Transplantation : Meanings, and Reality*, The University of Wisconsin Press : 66-100
 - 16) 庄司俊之 (2000) 「アメリカ社会と生命倫理政策の形成」現代社会理論研究 10:235-252
 - 17) 向井承子 (2003) 『患者追放—行き場を失う老人たち』筑摩書房
 - 18) 柘植あゆみ (1999) 『文化としての生殖技術—不妊治療にたずさわる医師の語り』松籟社
 - 19) Illich, I.D. (1975) *Medical Nemesis : the expropriation of Health*, Marion Boyars = イヴァン・イリッチ (1979) 『脱病院化社会：医療の限界』(金子嗣郎訳) 晶文社
 - 20) Fox, Renee, C. (1977) 'The Medicalization and Demedicalization of American Society' *Deadalus* 106-1 : 9-22

付記：本研究は、独立行政法人日本学術振興会・平成16年度特別研究員奨励費の助成によるものである。
(JZM04216@nifty.com)