

段階の健康管理は保健行動である。幼児期のしつけ、学校での保健教育、社会人になってからの健康教育を通じて、そこには健康な生活を導いていくという課題がある。それは保健行動を仲立ちとした個体環境システムの形成と考えられる。

保健行動は単に自分自身のためのものではなく、たとえば母親が子供に対して払っている健康上の注意のように、身近な人についての健康の見守りや必要な注意、あるいは助言として広く日常生活のなかにみとめられる。それはいわば、家族全体としての保健行動というような集団としてのものであり、個体群のシステムとして把握できるものである。さらに、家族よりも広い個体群として近隣組織、地区組織ないしはコミュニティという社会システムがある。

この社会システムを第三段階の健康管理と考えるならば、そこでは個人間の協力ないし社会としてのまとまりが重要な意味をもってくる。そしてさらに、専門技術をもつ人々、すなわちそこで保健専門職種にある人々の果たす役割が重要になる。

V 生存資源としての医療資源

いま先進諸国では平均寿命（零歳平均余命）が

いちじるしく伸びているが、それによって示されるような人間生存の拡大が、人類の長い歴史を通じて培われてきた人間活動によるものであることはいままでもない。この人間活動は、医療をはじめとして食料その他の人間の生存条件を整えてきたが、医療を含めた意味での包括的な個体環境システムは社会システムによって支持されてきたのである。食料ならびに各種の工業製品の生産・流通・消費にかかわる人間活動が、経済活動として詳細に研究されてきたことは改めて述べるまでもない。

同様に、個体環境システムにかかわる医療に対しても、いまそのような視点からの解明が求められている。そしてさらに、医療を現代におけるヒトのハビタートの要件としてとらえ、個体環境システムにおいて、人間の生存の本質と医療という視点からの解明をおこなうことが必要となるに至った。医療資源を生命資源としてとらえ、生命活動全般の中でのその資源の果たす役割を明らかにすることがいま切実に求められている。

（こいずみ・あきら 東京大学医学部教授）

医 療 コ ン プ レ ッ ク ス

中 川 米 造

コンプレックスというのは〈入り組んだ、複雑な〉という意味もあるし、〈複合体〉という意味もある。アイゼンハワー大統領が、産業と軍とが結託しているということを示すのに使った言葉は、産軍複合体という字であった。それと、精神分析でエディプス・コンプレックスとかインフェリオリティ・コンプレックスなどと、意識にのぼ

らない心のしこりのようなものを意味する場合もある。

そのすべての意味をこめて、医療の問題のかなり重要な側面を記述しようというのが、医療コンプレックスというタイトルを思いつかせた理由である。もうすこし気どってギリシャの医神の名前をとってアスクレピオス・コンプレックスとか、

中国の医神の名前をいただいて神農コンプレックスとでもしようかと思ったが、そこまで格好をつけると精神分析的な意味ばかり強くなりすぎるので、平易なタイトルを選んだ。したがって、この言葉は筆者の造語である。

I 医学モデル

10年ほど前から、アメリカの医学や医療を扱った論文に、医学モデル (medical model) という言葉が散見されるようになった。医学や医療が単に生物科学的な概念を基礎に動いているのではなく、社会科学的に扱われなければならない側面があること、しかもそれが生物科学的な事象であるかのような仮面をかぶっていることのあることを表わそうとしてつくられた言葉である。

モデルとは、現実のある局面を見たり、解釈するのに用いられる認知的な枠組みをいう。自然科学でも、分子モデルとか、生態系モデルなどと、モデルが提出され、観察された現象をできるだけ広く包括できるようモデル化し、それにあわない事象が発見されるとモデルを修正することで、しだいに本質的な理解・説明に近づけようというのである。社会科学でも、同様である。ただ法則性といわずにモデルというのは、本質的理解にはまだ遠いことを自覚しているように思えるが、さらには本質という言葉のもつ堅苦しさを避けようという意識もあるようである。

医学モデルという言葉有谁が最初に使ったのか知らないが、よく引用されるのはベッチ (R.M. Veatch) の論文である。彼は1969年、ニューヨークのヘイスティングス・オン・ハドソンに創設された「社会・倫理および生命科学研究所」の所長をしていた関係もあって、影響力も大きかったためであろう。

彼はモデルを“社会学的用語の1つで、現実をみたり、解釈したり、理解するために用いられる、複合的整合的な意味体系”だと定義したうえで、この医学モデルとは、社会の中に深く根をおろし、広く人間の行動に関連して、われわれの態度を方向づけているものであるという。内容的には、医

学モデルはつぎの4つの特性によって構成されているとした。

1. 非自発性
2. 器質性
3. 専門家としての医師の介入
4. 認容しうる社会的最低基準

非自発性とは、その状態が自らの意志によって招いたものではないということである。このゆえに、病人はその状態に対して道徳的責任を追及されないだけでなく、救助をうけるべきものという役割を得ることになる。大酒飲みや麻薬耽溺者は、道徳的に非難されるが、それがアルコール中毒症であり、麻薬依存症などと病気の名前をもてば、これは治療の対象になる。

第二の器質性というのは、基本的には、身体の中の組織に目で確認できる変化があるということであるが、この肉眼的可視性を論理的可視性にまで拡大して、組織された決定論の形をとるものであってもよい。そうなれば、非自発性の根拠になれる。もっと具体的にいえば、①症状があること、②治療によって反応すること、③近因を認めうること、④本質的原因を明らかにしうることなどで組み立てられたものをいう。麻薬耽溺は、それを中断すると大多数が悪心、嘔吐、散瞳、下痢、心悸亢進、血圧上昇などの症状をおこす。それぞれは対症的とはいえ治療によって軽減させることができる。近因としては、麻薬を摂ったことであろうが、これに医学者が関与して、麻薬依存症患者の中枢神経系にコード化された分子機構に、モルヒネ分子が影響を与えると推定できるような証拠を発見すれば、説得力が急に強くなる。これを本質的原因という。同性愛といった逸脱行動も、性ホルモン機構に何か異常を発見すれば、たちまち医学モデルに入れられる資格ができる。

そして、これらの基準を実際に適用し、判定するのは医師である。彼は現代社会ではもっとも信頼されている科学によって構築されていると思われる医学によって訓練され、国が保証した資格をもつがゆえに、すべての判断を全面的に彼に委託する。

第四の認容しうる社会的最低基準というのは、

医学モデルに入れるかどうかの基準は最高水準の理想的健康よりは低い健康、それも最も低い基準が採用されるが、それは社会的な常識によっているということである（オリンピック選手のようなレベルの健康を病人に約束する社会はない）。ここでも、その基準を形にして判断にむすびつけるのは医師であり、彼は器質性を支えとして、あたかもそれが実在するかのようにふるまう。それで、レベルやジャンルの異なる局面をカバーしあうことで、医療の正当性あるいは有効性を信じさせる構図をつくっているのである。

II 医療における不確実性

本当のところは、医療はそれほどの確実性もっていない。また本質的にもてない条件がある。1つには、医療をやるのが医師や看護者で、人間であるということに由来する不確実性がある。気のゆるみ、思いちがいが絶対にはないとはいえない。しかも後述する理由で、それを表に出したがいけないために、組織的に、そのような危険性を減少せせるとりくみが困難だという事実がある。安全性工学の原則は、事故をつねに表に出して、組織的に分析し対策を講ずることなのである。

第二に、たとえこのような危険を100%回避できたとしても、医学にはまだまだ未知の領域が多く、不十分な理論的基礎のうえで実際の診療をやらなければならないということがある。進歩したように見えても、不明の領域は多い。それが証拠に世界中で医学者たちは日夜研究に励んでいる。すべてが判明しておれば、研究の必要はないはずである。わからないことには、不確実性は避けがたい。

さらに、たとえ医学が完全な段階に達しても、まだ不確実性の重大な要因が残されている。それは医療の対象としているのが生きもの、とくに人間であるということに由来する。生き物の特徴として目立っている個体差は人間においては、それが人間の特徴といえるほどはっきりしてくる。生物科学的な研究には、このごろできるだけ個体差を減らすために、純系動物を使うのが原則になっ

てきた。何度も血族結婚をくりかえさせて、個体差を減らした動物を純系動物というのである。これで得た法則性が人間に適用できる範囲は自ら限定されざるをえない。つまりは不確実性は残ることになる。

このような各種の不確実性を内蔵しながらも、つい最近まではそれを隠してきた。医療者側が自らの弱点をさらけだすのは不利であるということもあるが、表面的には、病気に苦しむ病人にいたずらに不安を与えてはならないという配慮によると医療者たちは信じ、かつ言明してきた。これを医療における父権主義^{パターナリズム}というが、知らしむべからず依らしむべし、という態度はむしろ封建領主主義といったほうがよいかもしれない。パターソン (T. T. Paterson) は、「アスクレピオスの権威」ともいう。医師の権威主義を、知的権威、道徳的権威、カリスマ的権威の三つにまとめて、古代ギリシャの医神アスクレピオスの名でよんだのである。そのような父権主義、封建領主主義、アスクレピオスの権威は、医療の核心をなすものと考えられていたがゆえに、不確実性の存在は触れてはならない聖域であったのである。もちろん、患者もそのような依存的関係をむしろ望んだと見てよい。ただし、かつての医療状況では、かなり重症の、しかも急性の症状が大部分であったため、そのような関係のほうがむしろ普通だったといえよう。

しかしながら、最近では状況が変わった。健康が社会権として承認されたということが、もっとも基本的な理由であろうが、医療利用のための障壁が低くなって、軽症や慢性症状をもつものがむしろ医療の場に多くなってきた。彼らは、自ら判断する余裕ももてる。さらにマス・メディアによる医学知識の普及も強化された。それまでのように、確実性を装うことは困難になった。知る権利は医療の場でも行使されることを正当とされるようになったのである。

このような変化は医事訴訟の件数増加となって現れるが、ここでさらに大きな問題がおこる。医療の結果が望ましくないときに、患者側が提訴する形式が、不法行為から契約不履行に変わったのである。前者ならば患者側が医療側の過誤を立証

する必要があったが、後者になると、医療側が契約を破っていないことを立証しなければならない。この場合、施療前に確実性を信じさせるような言辞を吐いていたなら、不利になる。したがって、不確実性はそのまま伝達するのが得策となる。さらには、実際よりさらに不確実であることを示しておけば、たとえそのような結果になれば、言通りであり、それより良い結果になると医療側の功績と認められることになる。とくに医事訴訟の多いアメリカでは、このような傾向がたかまっている。薬の副作用に関する報告でも、疑わしきものは片っぱしから件数に入れるようになったので、日本での報告よりたいてい1桁多い。

こうなると、医学モデルにしたがっている医療の効果について疑念がおこり、信頼性が揺らいでくる。これまで近代医学は、かくかくの病気を征服したと、成果がしばしば大きく宣伝されてきた。なるほど減少した病気はある。しかし、全体としての病人の数は一向に減少しない。当初は、それは潜在的な疾病が医療の社会化がおこなわれるようになったために顕在化したものと、むしろ好意的に受けとられていたのがいつになっても上昇が止まないのに気づかれだした。とくに国民総医療費の額面が、GNPの7%や8%という数字に達するようになると、それが社会的支出であるだけに注目を浴びるようになる。加えて、経済成長の停滞・鈍化と国家財政の硬直化がおこってくると、“人間一人の生命の値は地球より重い”などという理想主義を振りまわすことも困難になる。

医師まかせであった医療を、外から点検して、その構造や機能について納得のいく説明が求められるようになる。医学モデルがとりあげられるのもそのためであり、つまりは医療コンプレックスから解放されようということでもある。

この場合のコンプレックスは、医療へ全面的に依存しようという心理的な意味であるが、同時にそれを基盤にして、医療が医療産業と結びつき（あるいは医療産業に医療が支配されている）状態から脱却させようということでもある。すくなくとも、費用-効用関係は明らかにされるべきであるとして外部からの介入、分析に抵抗していた壁

に穴をあける契機となる。

どのような医療形態が最も有効であるのかを、経済合理性のみで追求するのは問題があるが、医療を“聖なる”密室に閉じこめておくことでは、科学性すら勝手な歪曲をほしいままにされるのである。科学社会学の開拓者の一人ロバート・マーソンは、科学者のエトスとして、公開性と組織的懐疑主義と利害関係からの超越をあげたが、医療においてはプライバシーの保護を理由に、秘密主義が患者の不安を増強させないために、依存的信頼関係が強調されてきた。不確実性を承認することになれば、プライバシーを守りながらも、総体としては公開の原則を貫かなければならないし、不安についても、それを隠すことで安心させるよりも、不確実性を患者と医療者が分けもつことで、不安そのものの緩解には別のアプローチをとらなければならないのである。

III 病気の新しい理解

それによって、非自発性、器質性、医師への判断依存という関係が新しいパラダイムを要求していることに大きな意味がある。ここまで書いてきて、毎日新聞を見ていたら、いま好評連載中の浜田晋氏の「こころ医者」の中の文章が、これまでここに述べてきた内容のかんりの部分をうまく例示していることを発見した。6月22日号にのったのは、母親が分裂病だという診断を受けた子供（といっても23歳）を連れて診察室に現れ、あまり母親ばかりが話すので、彼女を別室にやって本人と話そうとするが、本人はものを言わない。そこで、“自分で考えて、こちらにかかるならそうしなさい”という意味のことを告げたら、母親はおこり、“あの子は分裂病で自分では決められないのに、自分で考えよとはなにごとか”という。

そこで、この医師は母親のこの言葉が従来の精神医療のあり方を象徴するものだと結論する。“病人—自分では何もきめられない—病識がない—すべておかしい—だから、まわりが本人のために何かしてやらねばならない—ときには鍵の中へ”となるのだという。精神病でなくても同じで

ある。

生物学的に考えると、病気も、そして死さえ、生物個体に備えられた機能なのである。死から先に述べれば、それが寿命である場合は、種族的生命を保持するための世代の交替が死である。個体は死ぬが、種族的生命はそれによって、一層の活性を回復する。それが事故死であれば、事故に耐えられなかったのであるから淘汰されることで、種族は一層強くなる。

死がそうであるならば、病気はもっと直接的に適応だと考えなければならない。環境と個体の間に新しい事態が生じたとき、個体が積極的に対処できないときには、活動性の範囲と強度を縮小して凌ぎながら個体の温存をはかる。あるいは環境が個体の組織に損傷を与えたときは、この活動性の縮小期に修復をする反応をおこす。この反応を病気というなら（自然治癒力という別称もある）、それは適応反応であるといわざるをえない。修復ができなければ、それはまた淘汰の条件となり、種族の形質を変化させ、また生活様式の変化へ道を拓くことになる。

このような場合、個体を実際にも、認識のうえでも環境から切り離して、個体内の機能低下を回復させる操作を工夫することは可能であるが、それはその条件下で可能なものであって、もとの環境に戻すとその環境を変化できない限り、また同様な状態になると考えるのが常識であろう。医療モデルが成功し、治癒にいたることがあるにしても、それはむしろ偶然でしかない。

そのことは、個々の診断が治療技術の「発展」にもかかわらず、総体としての病人の数は減少し

ないという事実を1つ見るだけでもよい。宣伝されてきた近代医学の成果といわれるのは、個々の病気に対する事態であって、それすらはたして近代医学にのみ負うのかどうかは疑問視されだしているところである。

医学的な統計は、小集団の集計と大集団の集計が不一致の結果を示すことが多い。それぞれに、標本採取の直接性・間接性、主観性・客観性に差があって、いずれを信頼すべきか困難なことが多い。その場合に、医療コンプレックスが働き、医療は複雑なものであるから、専門家の判断にまかせきりにしようという心情が前面にでる。まかせられた専門家も医療世界、あるいはそれとの利害関係において親密である医療産業とのネットワークのなかに、論理をからめた判断や行動様式にしたがうのが、あらゆる点で快適であり、そこから離れて別の観点から、健康や病気の問題をみることに不安、あるいは嫌悪をさえ感ずるという事態になったのである。

本当に病気や健康の問題を科学的にあつかうには、個体と環境の相互作用についての観点を主軸にした、生物科学のおよび人間科学的な（ということは当然社会科学を含めた）理解が不可欠なのである。いま21世紀の保健医療のシステムとして世界的に注目され、すでに推進されはじめているプライマリ・ヘルス・ケアというのは、そのような認識に立ったものであり、これにともなって医学は保健科学と名称を拡張するとともに、人間科学や社会科学の寄与がしだいに大きくなりつつある。

（なかがわ・よねぞう 大阪大学医学部教授）