

研究ノート

先端医療の社会学に向けて ——研究ノート——

黒田浩一郎*

Towards a sociology of leading-edge medical knowledge and technology : Research note

Koichiro KURODA*

Since around 1970 up until today, there seem to have emerged new kinds of medical knowledge, technology and practice in several spheres, aspects and dimensions of modern medicine in so-called developed countries including Japan. How should their newness be apprehended? What can be considered to be cases of these new kinds? From what perspectives and with what analytical frames of reference should sociology of health and illness comprehend these new kinds? This paper is intended to tackle these research issues by proposing (1) definition of newness of these kinds of medical knowledge, technology and practice, (2) kinds of medical knowledge, technology and practice that may be new by this definition, and (3) sociological perspectives and frames of reference from/with which to come to grip with these new kinds, based on literature study.

I. はじめに

1970 年前後から今日にかけて、日本を含めた先進社会において、医学研究を含めて、近代医学・医療のいくつかの領域・側面・次元で、それまでにない新しい医学・医療が出現しているのではないか。その新しさはどのように捉えられるのか。どのような医学・医療がこの新しいタイプに含まれると考えられるのか。社会学はそのような医学・医療をどのような視点から、そしてどのような分析枠組みを用いて捉えることができるのか。本稿は、このような研究課題に応えるために、既存文献の研究およびそれに基づく考察の結果を研究ノートの形でまとめたものである¹⁾。

なお、このような新しい医学・医療に関する社会科学・人文学からの研究は、社会学からのものを含めて、あるにはあるけれども、これらの研究は、総じて、こうした医療の「新しさ」をうまく捉えきれていない、という認識が筆者にはある。この認識が、本稿で提起する研究を企図した所以である。

以上の文献研究と考察の結果をまとめるに当たり、次のような構成と順番にした。

①医学知識・医療技術について

* 龍谷大学社会学部

- ②①に対する社会学の視点について
- ③近代医学の知識・技術について
- ④先端医療について—その規定とその候補となる医学・医療
- ⑤④に対する社会学の分析枠組みについて

II. 医学知識・医療技術

医学知識とは、人間の病と、それに関連する限りでの人間の身体と精神についての知識、および病を治療したり病を防いだりする方法に関する知識である。医療技術とは、病の本体、原因、治療法を解明したり、病を診断し、治療し、防いだりする仕方であり、そこでは、人間の身体と精神に対して薬などの物質、聴診器やメスなどの器具、エックス線撮影装置などの装置が用いられる。それだけでなく、実験や調査の結果を解析する統計処理の技法なども技術に含まれる。こうした技術を媒介するにせよ、媒介しないにせよ、医療者が自己の身体を用いて、病者に働きかける仕方も医療技術に含まれる。この場合、医療者の身体には、会話、知覚、認知、判断などの精神の作用を伴うものも含まれる。この意味での医療技術は、実習を通して修得され、伝承される。

医学知識は、人間以外の生物や無生物に関する知識、特にその中でも人間とその社会にとっての有用性／有害性とは関わらない知識と比べて、次のような特徴がある。

- ①人間の身体・精神を対象とし、病気の発見や治療、予防に志向する応用的な知識である。
- ②①の人間の状態のうち、正常な精神を持つ者の意志の力のコントロールの及ばない領域に関する。
- ③②の領域を正常／異常の次元上に位置づけるような評価的な知識であり、この意味で「病理性」の概念を伴う。
- ④③の病理に関して、その原因についての概念を伴う場合もある。その原因は①の人間の内部に帰属されることもあれば、その外部に帰属されることもある。外部の中には、他者から当人に向けられた、意図的あるいは非意図的な行動も含まれる。原因が外部に帰属される場合、その原因（とされたもの）に対する病に対する責任の帰属がなされることもある。
- ⑤③と④、およびそれに関連する限りでの①に関して、性や人種や年齢階梯などの、人間の生物学的な特徴に基づく（とされる）「社会的カテゴリー」間の相違に言及しやすい知識である。この場合、そのような「社会的カテゴリー」に基づく社会的な秩序や支配を正当化するように働くこともある。

医療技術は、上記のような医学知識の応用ともいえるが、用いられているすべての技術が知識によって根拠づけられている訳ではない。ましてや、知識による根拠づけを待って初めて技術が用いられるようになる訳でもない。この意味では、知識と技術はある程度独立に展開・発展しうる。

このような医学知識・医療技術には、特定の社会において、以下のような分化がみられる。

- ①病気の治療についての知識・技術と病気の予防についての知識・技術の間での分化
- ②医療を業とする者としろうとの間での分化

- ③医学知識の探求者と医療の実践者の間での分化
- ④医療を業とする者の中で、正統的とされる者と非正統的とされる者間での分化
- ⑤正統的な医療者の中の、業種や専門科の間での分化

Ⅲ. 医学知識・医療技術に対する社会学の視点

常識的には、以上のような医学知識・医療技術は人間の身体や精神の客観的な実在を写し取っており、その写し取り方の正誤・正確さやその効果の点で、種々の知識・技術に優劣を付けることが可能であるとされている。また、医学知識・医療技術は、近代医学の誕生以来、進歩の方向にあり、より正確な知識、より効果的な技術の方向に発展して来ていると考えられている。

これに対して、社会学は、ある時代、ある社会、そして特定の社会内のある部分においてどのような医学知識・医療技術が用いられているかを記述し、その医学知識・医療技術がなぜ用いられているのかを説明することに関心がある。その場合、正確な知識（とされるもの、つまり今日の医学の支配的な見解）を基準とし、それにどれほど近いのか、あるいは反対にそれからどれほど隔たっているかという形で記述したり、標準的な効果判定法（とされるもの、つまり今日の医学の正当な効果判定法）を基準とし、それに照らして効果的かどうかでもって、特定の医療技術が採用されるようになるか否かを説明することはできない、と考える。

社会学が注目するのは、むしろ時代間、社会間、そして特定の社会の部分間の医学知識・医療技術の差異であり、その差異の間に、上述の意味での優劣を付けることなく、そのような差異を記述しようとする。また、その差異を生み出す要因を探求するが、それを、以下のような、医学知識を持ち、医療技術を用いる者の置かれている社会的な状況（の差異）に求める。

- ①その者の属する時代・社会の世界観・コスモロジー
- ②その者と研究や治療の対象となる者との間の関係
- ③その者の属する職業集団や専門科が有する、人間の身体／精神とその病についての基本的な前提や理念・利害
- ④その者の属する職業集団や専門科の、他の職業集団や他の専門科との関係

このような立場は、知識・技術の誕生や存続を社会的な要因で説明しようということから「社会的構築主義（social constructionism）」と呼ばれる。

なお、医学知識・医療技術には、これとは逆の意味で、「社会構築的」な面がある。つまり、知識・技術によって新たな社会的存在が「構築」されるという面である。たとえば、輸血という医療技術にあっては、それを通常の医療技術とするためには、血液を誰からどのように集め、それをどのように保管・輸送し、どのような人にどのようにして提供するか、という問題を解決し、その社会的な仕組みを確立しなければならない。ここにおいて、血液は人体から切り離され、人体とは別個の存在となり、社会的にその収集、保管・輸送、提供を管理しなければならない「もの」となる。つまり、新しい診断・治療技術の開発・普及によって、医療において利用可能なものとして、その存在が注目され、医療において必要なだけ調達すべきものとなるということである。

このように、医学知識・医療技術の確立・適用によって、それまで医療の世界やそれを含む社会

的世界に存在しなかったものが作り出される仕方としては、その他に、次のようなものがある。

- ①新しい知識・技術が人間の身体に適用される結果として、文字通り、それまでに存在しなかったような身体の状態が作り出される。
- ②特定の存在やその特徴を指示するようなカテゴリーが医学の知識体系の中で作られ、その有無やその特徴の程度を検査・測定する機器やそれを用いた診断・治療技術が開発されることによって、医療において働きかけられる対象となる。
- ③身体のある状態の既知の疾患・障害との因果的な関連が明らかにされ、その状態があらたに治療あるいは予防の対象となる。

社会学が注目するのは、以上のような、医学知識・医療技術と社会との相互規定的な連関である。

IV. 近代医学の知識・技術

「近代医療 (modern medicine)」とは、近代社会における医療の主要な形態を指す言葉である。近代社会と同じく近代医療も、ヨーロッパにおいて歴史上、最初に成立するので、その起源を示すために「近代西洋医療 (modern Western medicine)」と呼ぶこともある。この医療は、医学知識・医療技術の側面での、近代科学の一部門としての「近代医学」、治療者の側面での、専門職としての医師を中心とする医療、治療の場という側面での病院、医療への国家の大規模な関与という4点によって特徴づけられる。このような特徴をすべてそろえた医療が最初に誕生するのは、18世紀末から19世の前半にかけての西ヨーロッパである。

医学知識・医療技術の側面での特徴としての「近代医学」は、①人間の身体／精神およびその病に関する知識を、人間の身体の内部的、直接的あるいは間接的な観察だけによって獲得しようとしたという点と、②人間の身体の内部的に直接的に働きかけることによって病を治療しようとした点で、医学の歴史上、きわめて特異な医学であった。病者の観察とは、当初は、病者の死体を解剖し、その内部を肉眼で直接に観察することであったが、その後、一方で、生きている病者の内部の器具・機械による間接的な観察（聴診器、エックス線、超音波、磁気などを用いる装置）へと発展していく。これは、生きている病者を解剖して肉眼で観察したらえられる像を、そうしないでえるために、肉眼での像にできるだけ近い像をもたらしような器具・機械の開発という方向への発展である。また、他方で、肉眼では観察できない、よりミクロの人体の構造と機能の観察へと発展していく（顕微鏡、生化学的検査、電子顕微鏡など）。このような発展の重要な帰結のひとつは、病者の苦痛や、病者自身が自己の身体や精神の状態をどのように感じ、捉えているかが、医療者による、患者が病気であるか否か、そうだとしたらどのような病気かという診断において、決定的な意義を失うということである。この医学は、今日、ほとんどの国で、唯一のあるいは第一の医学として国家によって公認されている。また、先進国のほとんどの人びとが病気の際に真っ先に頼るべきものとして、その正しさと効果を信じている。

このように、近代医学が近代科学の一部門として制度化され、国家による科学振興の重要部門のひとつとなるに伴い、近代医学の研究者は、科学者として、常に新しい発見と発明を生み出そうと

努めなければならなくなる。医学研究者は、そうした発見・発明によって評価され、理念としては、そうした発見・発明やそれをなしうる力量を基準にして、研究職を志望する者にそのポストや地位が配分されるという仕組みである。また、近代医学は、研究者集団の活動の成果として、医学が日々進歩していることを、自らに、そして、何らかの形で研究を支援する集団や人びとに対して示さなければならない。また、近代医学は人間の病気の予防や病気の診断と治療に志向する知識・技術である。それゆえ、たとえ遠い将来のわずかな可能性であったとしても、既存のものより効果的な病気の予防、病気の診断・治療の実現という観点から、研究を方向づけ、意義づけなければならない。

こうした近代医学の知識と技術は、近代医学の成立の当初を除いて、近代医学独自の知識・技術のみから成り立っているのではなく、他の科学的な知識・技術と交差する部分が大きく、そうした領域の知識・技術を取り入れることで成り立っている。たとえば、医薬品の開発の点では薬学と交差しており、検査装置や手術の器具・装置、人工臓器などの開発の点では工学と交差している。

新しく開発された医薬品、検査装置、手術の器具・装置、人工臓器などが普及していくには、先進社会においては、商品として企業によって生産・販売されなければならないし、商品化に当たっては、事前に国家によってそれが認可される必要がある。認可には臨床試験の結果が不可欠であり、臨床試験を行い、その結果を提供しうるのは、医師の資格を持った者のみである。なお、いうまでもなく、臨床試験には被験者が必要である。また、商品化されたものを利用するか否かは医師の判断に任される。この点で、こうした医療技術は、医学研究者、医師、薬学者、エンジニアなどの専門職および患者、企業、国家の間関係の中で開発され、普及し、それに代わるような新しい医療技術の登場によって廃れていく。

また、近代医学は、その成立の当初、人間の生命およびその健康と病気は、無生物のみならず、他の生物の生命およびその健康と病気とは異なる独自の秩序と原理を持った領域であり、したがって独自の探求を必要とする、という前提を置いていたが、その前提はすぐに捨て去られ、人間と他の生物との共通性を前提に、他の生物あるいは生物一般を探求する科学と探求領域が交差することになる。かくして、生物学は、医学を基礎づける学問となる。また、近年の遺伝子の解析や遺伝子操作、生殖技術の発展においては、医学と農学や畜産学が知識・技術を共有することになる。

V. 先端医療—その規定とその候補となる医学・医療

一般的な意味での「先端医療」とは、医療の特定の領域で、特定の時期に、開発中あるいは開発に成功したばかりの医療技術のことである。換言すれば、ある新しい道具・機器の作製やあたらしい薬品の発明・発見や新しい手技の確立によって、それまで検知できなかったものを検知できるようになるとか、それまでの方法よりも、より速く、あるいはより精確に、より安全に、より安価で検知できるようになるとか、それまで治療できなかったものが治療できるようになるとか、それまでのやり方よりも、より高い成功率で、あるいはより少ない副作用で、身体に対してより侵襲の小さい仕方で治療できるような新しい技術が試みられているか、その開発に成功したばかりということである。したがって、この意味での「先端医療」は、時期や医療の領域に相対的な概念である。たとえば、心臓移植は、それが実験的に試みられたころには、この一般的な意味で「先端医療」であったかもしれないが、今日では、そうとはいえないであろう。というのは、今日では、心臓移植

手術を可能とするような道具・機器や薬品が医療機関に普及し、そのような道具・機器を用いて手術を成功させるのに必要な技能を持った医師がかなりの数いるからである。また、移植される臓器に応じて、臓器移植が「先端医療」であった時期は異なっている。

と同時に、どの領域でも、どの時期でも、新しい医療技術の開発は行われており、この点では、近代医学が制度化されている限りは、特定の領域や時期に限定されない普遍的な概念である。

これに対して、本稿では、次の三つのいずれかの意味で「先端医療」の語を用いていることを提起する。つまり、

- (a) 今日の社会を成り立たせている基本的な前提の変更を必要とするような医療
- (b) 近代医学・医療の基本的な原理や構造の変容を含むと考えられる医療
- (c) 近代医学・医療の基本的な原理や構造の変容をめざすような医療

である。

また、本稿では、「今日の社会を成り立たせている基本的な前提」や「近代医学・医療の基本的な原理や構造」にない新しさを「先端性」と呼ぶことにする。

この意味での「先端医療」であり、あるいはその可能性があり、その「先端性」の有無を考察するに値すると考えられるものには、以下がある。

①脳死と臓器移植

脳死、つまり全脳あるいは脳幹の不可逆的な機能停止という、ひとの死の新しい基準の採用と、それによって可能となる、つまり心臓のようにその段階での死者からの摘出臓器でなければ成功しない、あるいはその方が従来の死の判定基準での死者からの摘出臓器よりも成功率が高い移植手術の普及

②「新しい生殖技術（new reproductive technology）」

体外受精の技術（個々には、卵子の採取、精子と卵子の体外での受精と培養、培養した胚の子宮への挿入と着床の技術）の成功・確立（これによって、性行為や精液の子宮への注入を経ずに、かつ夫以外の精子、妻以外の卵子、妻以外の子宮のいずれかをを用いての生殖が可能となる）および精子・卵子・受精卵の凍結技術の成功・確立（これによって、生殖能力を失った者や、すでに死亡している者も精子提供者あるいは卵子提供者になることが可能となる）。

③出生前診断

受精から出産までの期間に、胚・胎児の先天的な疾患や遺伝的な疾患の有無を診断する技術の成功・確立。着床前の胚の診断は、②の体外授精技術と組み合わせて用いられる。また、遺伝的な疾患の診断は、次の④の遺伝子診断技術と組み合わせて用いられる。これによって、いくつかの技術的に診断可能な先天・遺伝的な疾患・障害をもって生まれてくる、あるいは将来、そのような疾患を発症することが確実かその可能性の高い妊娠・出産を、着床前の胚の場合は子宮に注入しないで破棄することによって、着床後の胚・胎児の場合は人工妊娠中絶手術によって、中断するという

選択肢が作り出される。

④「新遺伝学 (new genetics)」

ウイルスや生物の細胞内のプラスミド・ミトコンドリア・核の遺伝子の分子レベルでの構造と機構の解明と、その発見に基づき、他種の生命由来の特定の遺伝子配列を細胞に挿入し、それを増殖させたり、働かせるようにする技術の開発・確立と、染色体上の特定の位置の遺伝子配列を解読する技術の開発・確立。これによって、ヒトの遺伝性疾患の原因となる、あるいは発症に遺伝の関与が疑われる疾患の、その関与する遺伝子の探求が行われ、いくつかの疾患では、それが発見され、ヒトあるいはヒトの受精卵・胚・胎児がその遺伝子を持っているか否かの診断が可能となっている。また、これらの技術の医療への応用として、遺伝子治療や、治療とくに薬物治療の分野で、患者の遺伝的特性に合わせて効果的な治療法を使い分けるという「オーダーメイド医療」などが試みられているが、そのほとんどはいまだ実験的な段階である。

⑤「確率論的病因論」

今日の先進社会において、ガン、脳出血・梗塞、虚血性心疾患などの死因の上位を占める疾患に関して、それらは、環境から、生活パターン、身体機能作用、遺伝までの多様・多数の要因の複合によって起こり、それぞれの要因がそれぞれある程度の確率で特定疾患の発症に関与するという、新しい疾患の捉え方（「確率論的病因論」）が成立し、この捉え方に基づき、血圧やコレステロールの血液中での濃度など、身体の特定の生理機能あるいはその指標となるような身体の物理的・生化学的な状態がある基準以下あるいは以上の場合に「疾患」として治療の対象となったり、喫煙、脂肪分の多い食事など、発症に大きく関与するとされる生活パターンを控えたり、改善したりするように働きかける公衆衛生活動が登場している。日本では、近年、国家による保健・医療政策のレベルで、このような疾患が、発症に生活パターンが関与していることから「生活習慣病」と総称され、そのような生活習慣（のみならず、特定の生理機能やその指標）の健康診断・検診によるチェックと、行動変容（のみならず、薬物治療）を通しての予防が推進されている。なお、このような展開を可能にしたものとして、きわめて多数の被調査者を長期に観察し、それから得られる、多変数についての大量のデータを多変量解析という研究方法によって解析するという、サーベイ調査法の展開がある。さらに、こうした解析を短時間でを行うことを可能とするようなコンピュータの発達がある。

⑥ホスピス

ターミナルケアの領域で、それまでのように、致命的な疾患であっても医療技術を駆使して可能な限りの延命を図るのではなく、本人にその事実を知らせた上で、苦痛のない、安らかで、家族や友人に惜しまれ見守られながらの死の実現を援助すべきという新しい理念の誕生。日本でも、その理念を実現をめざす場としてのホスピスが作られ、またその理念を制度化した緩和ケア病棟の規定が作られているが、ホスピスや緩和ケア病棟の普及は、英米に比べると格段に進んでいない。しかし同時に、英米の場合のように、こうしたターミナルケアの制度化と普及は、国家の医療費増大抑制政策と密接に関連しており、制度化とそれを通しての普及は、その理念の実現がかえって妨げら

れ、死期を早めない程度に痛み止めを処方するだけのものに堕していく危険性と裏腹の関係にある。

⑦通常の診療における患者の自律の尊重とインフォームド・コンセント

医療とくに治療法の決定に際して、その決定権は医師の側ではなく患者の側にあるという倫理的原理（患者の自律の原理）と、その原理に従った医療を実現するために、医師は患者に、その状態について十分に説明し、可能な治療の選択肢を、それぞれの選択肢につき、予想される効果と副作用についての説明を含めて提案し、患者は、医師から提供されるそのような情報を踏まえて、それらの選択肢の中から、自分の生活状況や価値観に照らして最も適当と思われるものを選択するという治療法決定の仕方（インフォームド・コンセント）の確立と普及。米国では、通常の医療においてこうした治療法決定が一般的になっているといわれているのに対して、日本では、その導入を推進しようとする動きがある一方で、医師会などはこれに消極的であり、現状では、米国でのように、医師集団や医療機関の団体がみずから作成し、公表する倫理綱領や法・判例のレベルでも、これが標準的なものになっているとはいえない。

⑧EBM と診療ガイドライン

無作為割り付け臨床試験（randomized clinical trial, 略して RCT）が治療法の最良の効果判定法とみなされるようになる。この判定法では、実験対象となる治療法を施されるグループと、比較対照となる治療法を施される、あるいは、まったく治療をされないグループに、被験者を無作為に割り付け、その結果の各群の平均の差が、確率を基準として、意義のある差かどうかを判定することで、特定の治療法の効果の有無が判断される。その際、可能であれば、被験者だけでなく、治療者にも、被験者が実験群と対照群のどちらに割り付けられているかがわからないようにする。たとえば薬物治療であれば、両群に処方する薬物の外見をまったく同じにし、被験者だけでなく治療者にもどちらの薬物を処方しているのかを知らせないようにする。また、その他の効果判定法を、RCT とみなしうるには満たさなければならない条件をどの程度満たしているかで、順位付けをし、治療に際して、その段階で得られる最良の効果判定法による臨床試験結果に従って治療法を選択して治療を行うこと（evidence-based medicine, 略して EBM）が唱道される。欧米では、RCT に際して、できるだけ多くの、千を越えるようなケースを集め、効果の指標としては、当該疾患の症状の改善ではなく、当該疾患だけでなくあらゆる原因による、試験開始から数年あるいは 10 年を超える期間の死亡を取るものをよりよい臨床試験とする傾向がある。また、このような臨床試験によって、標準的とされてきた治療法に効果があるのかどうか、あるいはそのようは標準的な治療法が複数ある場合に、効果に差があるのかどうかを検証するような臨床試験が試みられている。さらに、個々の疾患ごとに関連学会が EBM に基づく治療法を、治療法のパッケージとしてまとめて文書化したもの（診療ガイドライン）も作成されている。欧米では、EBM に基づく診療を医師たちが採り入れようとしないうちに、国家が関連学会に「診療ガイドライン」を作らせ、医師たちにそれに従った治療をさせることを通して、効果が実証されないもの、あるいは他に同程度の効果的で、しかも安価な治療法のあるものは、国家が国民に保障する医療の枠から外そうとする動きがある。

⑨研究指針および倫理委員会

実験的な治療法の効果判定のための臨床試験を含めて、また、観察・検査のみで研究対象に対する実験的な働きかけのないもの（調査）も含めて、医学研究機関や医療施設における研究に際しての守るべき倫理的規則をいくつかの箇条にまとめたもの（研究指針）と、それに従った実験の事前審査体制の確立。研究指針の中には、研究対象として、ひとやその身体の一部を含むような研究に当たっては、事前に当人に研究の内容について十分に説明した上で、当人の自発的な同意を得るという倫理的原理（研究における被験者・被調査者のインフォームド・コンセントの原理）と、この原理を含めて、指針に含まれる倫理的規則が守られているかどうかを事前に審査する、研究を行う機関・施設の構成員ではない外部の委員を含むような審査委員会を設置し、そのような事前審査によって了とされた研究しか行うことはできないという条項が含まれている。このような研究指針の確立と、これに従った研究機関・医療施設における倫理委員会の設置とその委員会による研究の事前審査・承認の体制は、先進国ではおおむね整っている。

VI. 先端医療に対する社会学の分析枠組み

前節の①～⑨の医学・医療の展開が、同じく前節の（a）～（c）のいずれかの意味での「先端医療」とみなしえるか、そうだとしたら、どのような意味においてか、を分析するに当たり、次のようなことが、先進社会の前提や近代医学・医療の原理・構造あるいはそれらが関わる医学・医療の領域・側面・次元として関わってくると考えられる。

（α）専門職の典型としての医師の行動原理や行為規範

病気の診断と治療を行う診療家としての医師は「専門職」の典型とされ、「自律（autonomy）」は「業務独占」と並んで、「専門職」を定義づけるような本質的な特徴のひとつとされている。ここでいう「自律」とは、その業務の評価を行う権限が医師集団に与えられているということであり、診断の正しさや治療の適切さを診療を受ける患者は判断できないとされる。この点は、先述の「先端医療」の候補のうち、「⑦通常の診療における患者の自律の尊重とインフォームド・コンセント」に関わる。つまり、この動向は、医師の「自律」の変容を意味しているのか否かが考察の焦点のひとつとなる。

また、医師の「自律」領域のひとつである治療法の選択に関して、個々の医師は、自分が受けた実地トレーニングで学んだやり方や自己の臨床経験から得られた知見に従う傾向があり、そのやり方は、特定の疾患についての診療ガイドラインのように、その疾患を病む患者すべてに適応すべき一般的な指針として文書化して示すことができないものとされている。また、その医師が属するような専門学会も、このようなガイドラインを学会公認の、そしてその学会に所属する専門医が従うべきものとして設定するなどして、学会員の診療を標準化しようとするとはなかった。この点は、「⑧EBMと診療ガイドライン」に関わる。EBMに基づく診療や診療ガイドラインに従った診療は、それまでの医師の診療の仕方を変容させるものなのかどうか考察の焦点のひとつとなる。

(β) 科学研究者としての医学研究者のパラダイム・コスモロジーとそれが要請すると同時に、それに基づく新しい発見や実証を可能とする研究の状況や条件

人間の身体とその健康／病気についての科学としての近代医学は、「パラダイム」や「医学的コスモロジー」と呼ばれるような、その研究対象である身体とその健康／病気についての認識枠組みに基づいて研究が展開されている。この認識枠組みは、それに基づく研究を行うのに必要となる器具・装置、研究対象、分析技術、研究の場を要請すると同時に、反対に、利用可能な器具・装置、研究対象、分析技術、研究の場によって制限される。近代医学における主要な研究の様式は、病院や実験室を研究の場とし、病院に入院している病者や彼らから切り取ったり抜き取ったりした身体の一部を研究対象として、それを種々の器具・装置を用いて観察・測定するというものである。この点は、「④新遺伝学」、および「⑤確率論的病因論」、「⑧EBMと診療ガイドライン」に関わる。それぞれの領域で、新しい認識枠組みが生み出されているか、それが要請する／それを制限するような、新しい研究様式が産み出されているのが考察の焦点のひとつとなる。

また、先述のように、近代医学は人間の病気の予防や病気の診断と治療に志向する知識・技術であり、たとえ遠い将来のわずかな可能性であったとしても、既存のものより効果的な病気の予防、病気の診断・治療の実現という観点から、研究を方向づけ、意義づけなければならない。しかし、その方向づけ・意義づけを行うのは医学研究者集団自身であり、研究課題や研究様式に関して、研究を財政的に支援する国家や財団や企業などの外部の集団や、研究成果の恩恵を受けることになる病者やその団体から干渉されることを嫌う傾向があり、これまでこうした干渉を受けることはそれほどなかった。また、医学研究者集団は、わずかでも意義づけ可能であれば、特定の研究領域における研究の自粛を訴えるということもなかった。この点は、⑨「研究指針および倫理委員会」に関わる。こうした研究指針・倫理委員会には、「先端性」があるのか、あるとしたら、どのような研究領域で（つまり、①～⑧のどの研究領域か、あるいはそれ以外の研究領域か）、研究内容や研究様式のどのような点での規制が、誰によって、どのような基準で行われるようになったのが考察の焦点のひとつになる。

(γ) 研究対象としての人の身体やその一部

このような医学研究は、研究対象として、ひとやその身体の一部を含んでいる。また、予防・診断・治療に関わる研究は、その最終段階で、予防の必要な人びとや病者を被験者とする実験（つまり、人体実験）が不可欠である。近代医学のみならず近代科学の研究とくに実験の原理に従えば、被験者・被調査者が研究の目的や手順を事前に知っていることや、事前の説明を受けて参加に同意した者（やその身体の一部）だけを実験・調査対象にすることができるというような制約は、研究結果を歪ませる要因である。また、被験者・被調査者の生死はいうに及ばず、彼らへの危害を考慮に入れなければならないことも、得られるデータを制限する制約でしかない。治療法がまったくないような疾患を患う者や、病気に気づかず、あるいは病気の末期で、死が目前に迫っている者を除いて、このような医学研究の被験者・被調査者に自ら進んでなりたいたいという者はいない。近代医学は、このような被験者・被調査者調達の制約のもとで、治療費・入院費を無料ですとか、患者に黙って実験・調査をすとかして、被験者・被調査者を確保してきた。この点は、⑨「研究指針および倫理委員会」に関わる。この動きは、医学研究のこれまでの被験者・被調査者の調達の様式に

対して、どのような研究領域で、どのような変更を迫るものなのか、そしてそれが研究内容・様式や被験者・被調査者（となりうる人びと）にどのような影響を及ぼすのかが考察の焦点のひとつとなる。

（δ）生と死の境界設定と出生／出産と死に逝くこと／死者を送ることの選別・様態

いかなる社会であれ、そのメンバーとなる個人が、どの時点でメンバーとなるのか、どの時点でメンバーでなくなるのかを決めている。そのような生と死の「自然な」境界（ここで「自然な」とは、近代医学の知識・技術やそれを用いて診療する医師やその診療の場となる医療施設がないような社会における、の意味）は、母親の子宮から出てきて産声を上げた時点で社会のメンバーとなり、呼吸が止まり、呼びかけにまったく反応しなくなり、そこに至る状況から判断して、もとに戻ることがないと確実に判断される時点で社会のメンバーではなくなる、というものであろう。そのような生と死それぞれの境界の前後には、部分的に社会のメンバーである／部分的に社会のメンバーではないという期間があり、それぞれの期間に対して、社会の他のメンバーはどのように対応するべきかが決められている。未生／生の境界の手前には、妊娠が確実な時点から出産までの期間があるが、「自然に」は、胎児の身体は妊婦の身体と一体化しており、その一体性が破られる状況は、妊婦を殺さずに、妊娠を中絶する知識・技術や妊婦を殺して胎児を救命するような知識・技術が存在し、それを適用するような場合だけである。また、死者の霊魂が永遠にあるいは一時的に住まう「あの世」「来世」などが信仰されている社会では、死んでからしばらくは、そうした世界に完全に逝ききっていないとされる期間があり、死者をそこに送るための儀式が発達している。さらに、いかなる社会であれ、誰がどのようにして社会のメンバーとなることができるのか（つまり、誰が、そしてどのようにして母となり、父となることができるのか）、誰をどのようにして死なせること、誰がどのようにして死ぬことが望ましいのか、あるいは許されるのか、といった生と死の選別・様態の標準がある。

近代医学・医療は、この生と死の境界設定と出生／出産と死に逝くこと／死者を送ることの選別・様態といくつかの点で大きく関わっている。たとえば、近代医学の知識・技術を用いて生と死の境界が定義されたり、その知識・技術を有することを示す資格を持つ者にだけ、特定の出生／出産や死亡を判定・宣告・証明する権限が付与されたり、そうした資格を持つ者によるケアを受けつつ、そうしたケアを受けられる施設で出生／出産することと死に逝くことが圧倒的に支配的なものになっていたり、反対に、妊娠を中絶したり、死を早めたりするのに必要な知識・技術を、そうした資格をもつ者が独占していたりといった関わりである。また、生殖を補助するような知識・技術は、胎児の状態を検査・診断する知識・技術によって胎児を妊婦との身体的一体性から切り離し、妊婦とは別個の存在となし、中絶の知識・技術と組み合わせて、その結果に応じて妊娠を継続するか中断するかという選択肢を提供する。さらには、通常のやり方では子供を作れない夫婦・カップルの一部は、このような知識・技術の適用によって、母となり父となることも可能となっている。

これらの点は、①「脳死と臓器移植」、②「新しい生殖技術」、⑥「ホスピス」に関わる。これらの知識・技術やケアのあり方が、それまでと比べて、こうした生と死の境界設定と出生／出産と死に逝くこと／死者を送ることの選別・様態の点で、どのように「先端的」なのかが考察の焦点のひとつとなる。

たとえば、臓器移植の技術の開発・普及と、「脳死」状態で摘出しなければ成功しないような臓器（心臓や肝臓）の存在は、移植医療を通常の医療として普及させるために、「脳死」状態を「死んでいる」状態と規定するような、生／死の境界の引き直しを不可欠とする。また、子宮の中の胎児の状態を観察、測定、診断する装置の開発・普及や未熟児を生存させる技術・装置の開発・普及および生存可能な未熟児の月齢の短縮や体重の低下によって、未生／生の境界や胎児の道徳的あるいは法的な位置づけが曖昧化する。さらに、体外受精の技術開発の成功によって、母以外の卵子または子宮の利用による生殖が可能になった（それ以前に、人工授精の技術によって父以外の精子の利用はすでに利用可能となっていたし、母以外の卵子かつ子宮の利用も可能になっていた）。また、この技術に精子や卵子、受精卵の凍結技術が加わって、精子、卵子、受精卵を凍結保存しておけば、生殖能力をなくした人のみならず、すでに死んでいる人もチチまたはハハになることが可能となっている。

(ε) 知識・技術による社会的存在の構成

医学知識・医療技術は、その確立・適用によって、それまで医療の世界やそれを含む社会的世界に存在しなかったようなものを作り出す。この点は、①「脳死と臓器移植」、②「新しい生殖技術」、③「出生前診断」、④「新遺伝学」、⑤「確率論的病因論」に関わる。これらの領域で、医療やそれを含む社会にそれまで存在しなかったどのようなものが、どのような意味で、そしてどのようにして新たに作り出されているかが考察の焦点のひとつとなる。

たとえば、子宮の中の胎児の状態を観察、測定、診断する装置の開発・普及があって初めて胎児は、妊婦とは別個の社会的存在になる。また、移植に利用できる臓器もそうである。移植技術の開発・普及によってこれらの臓器は初めて、その臓器を体内に有している、あるいは有していた人とは別個の社会的存在となる。

(ζ) 医療に必要な「もの」としての人体の一部とその調達・配分

このようなもののうち、輸血用のあるいは血液製剤の原料としての血液のように、人体の一部で、その身体である／を持つ者から切り離したり、取り出したりして（不妊治療の一環として他者の子宮を借りるような場合は、当人から切り出しをせずに、というかできずに）、当人以外の疾患の治療に利用されるものがある。このうち血液は、ある程度の量であれば抜き取っても、再生し、提供者の生存を脅かすことはないので、しかも、それと同じものを人工的に作り出すことが現在の医学知識・医療技術の水準では不可能なので、先進国では、輸血用のものは、社会のメンバーから無償で提供を受け、保管し、必要なところに必要なだけ、しかも提供を受ける者には誰から提供されたものかがわからないようにすることによって提供者の「人格」との結びつきを抹消したうえで、配分する仕組みができあがっている。これに対して、①「脳死と臓器移植」と、②「新しい生殖技術」のうち夫婦・カップル以外の精子や卵子、子宮を利用するもでは、他者の身体の一部を医療に利用するものでありながら、輸血用血液のような仕組みを作ることがいくつかの点でむずかしい。では、どういう点でむずかしいのか、そして、こうした難点を克服して、これを調達し、必要とするところに配分するためにどのような仕組みが作られているのか（あるいは、こうした難点ゆえに、それがうまく行かなかったり、法や専門医団体の自己規制などによって認められなかった

表 1 「先端医療」の候補となる医学・医療とその分析枠組みとの関連

	分析枠組み						
	(α) 専門職の典型としての医師の行動原理や行為規範	(β) 科学研究者としての医学研究者のパラダイム・コスモロジーとそれが要請すると同時に、それに基づく新しい発見や実証を可能とする研究の状況や条件	(γ) 研究対象としての人の身体やその一部	(δ) 生と死の境界設定と出生／出産と死に逝くこと／死別を送ることの選別・様態	(ε) 知識・技術による社会的存在の構成	(ζ) 医療に必要な「もの」としての人体の一部とその調達・配分	(η) 遺伝子情報の取り扱いの独自の難しさ
「先端医療」の候補となる医学・医療	① 脳死と臓器移植			○	○	○	
	② 「新しい生殖技術」			○	○	○	
	③ 出生前診断				○		
	④ 「新遺伝学」	○			○		○
	⑤ 「確率論的病因論」	○			○		
	⑥ ホスピス			○			
	⑦ 通常の診療における患者の自律の尊重とインフォームド・コンセント	○					
	⑧ EBM と診療ガイドライン	○					
	⑨ 研究指針および倫理委員会		○				

りするのか)が考察の焦点のひとつとなる。

(η) 遺伝子情報の取り扱いの独自の難しさ

④「新遺伝学」によって、先述の意味で新たに作り出されたひとの遺伝子は、医療においてこれまで検査・計測されたり、自己または他者の疾患の治療の際に働きかけられたり利用されたりしてきたものにはない特徴があり、そこから来る扱い方の難しさがあると思われる。それは、人体を構成している／かつて構成していた細胞の中にあり、医療施設での医師による診療を介さずとも採取可能である。また、人体からはがれ落ちた細胞の場合は、本人の承諾を得ずとも採取可能である。さらに受精卵や胎児からも採取可能である。また、そこから読み取られる情報の中には、遺伝性疾患・遺伝の関与する疾患の将来の発症の可能性があるが、これらの疾患のほとんどには医学知識・医療技術の現状では予防法・治療法がない。このため、受精卵・胎児の場合は結果次第では着床・妊娠の中絶に結びつきやすい。社会のメンバーの場合、その情報は、婚約、私的企業の採用／就職、民間の医療保険や生命保険への加入などに際して、どこまで申告すべきか・申告させることができるのか、それに基づきこのような関係に入ることを拒否することが許されるのかといった、その情報の取り扱いをめぐる新たな問題を生み出す。さらに、そのような情報は、細胞の所有者のみならず、間接的に親、兄弟、子供など血縁者についての情報をもたらす。なおさらに、遺伝子から得られる情報には、遺伝性疾患・遺伝の関与する疾患の将来の発症の可能性だけでなく、本人の同定、親子関係の同定を可能とするものもある。最後に、こうした読み取りの対象となる遺伝子配列とその働きの発見者に特許権が付与されるようになると、医学研究者がエンジニアの性格を帯びてくる。

以上の考察²⁾をまとめると、表 1. のようになる。

VII. おわりに

以上の考察をまとめると、本稿が提起する、先端医療の社会学的研究の目指すべき方向とは、V節の①～⑨の医学・医療の、先進社会とくに日本における展開が、同じくV節の、(a)～(c)のいずれかの意味での「先端医療」とみなしうるか、そうだとしたらどのような意味においてかを、VI節の(α)～(η)の分析枠組みを通して分析することである。また、このようにして「先端医療」とみなせるような医学知識・医療技術の展開を可能とした社会的な背景や条件を解明しなければならない。さらに、このような医学知識・医療技術に対して、近代医療およびそれを含む社会がどのように反応したのかを解明しなければならない。

このような反応の結果として、その知識や技術の適用が無条件で受け入れられたり、あるいは条件つきで受け入れられたり、まったく受け入れられなかったりする。また、無条件にであれ、条件つきであれ、それが受け入れられるに当たって、それまでなかった新しい仕組みや制度が作られ、導入されたりもしている。さらに、このような対応とその結果は、先進国間で異なることもある。医療社会学は、こうした対応とその結果、そしてそれらの先進国間の差異を解明しなければならない。

なお、このような研究に際して、1970年頃から今日にかけての先進社会の医療以外の領域の変容(とされるもの)を捉えるために提出された概念(たとえば「リスク社会」、「マクドナルド化」

など)を安易に借用すべきではない。なぜなら、領域を超えて社会の変容を支配するような傾向を仮定しているのであれば、その仮定の妥当性は疑わしいし、仮説としても、その発見的な価値はきわめて疑わしいからである。

また、先進国間の差異という点では、日本において脳死者からの臓器移植の法的承認とその普及が欧米に比べて遅れたことなど、特定の社会の特異性を説明する際に、その社会独自の文化といったものを持ち出す傾向が見られる。この傾向は医療人類学による非西洋社会における医療の研究で著しいが、社会生活の領域を超えて人びとの行動を規定する文化的な行動原理や行為規範のようなものを仮定しているのであれば、その仮定の妥当性は疑わしいし、仮説としても、その発見的な価値は疑わしい。

さらに、社会の対応については、障害者運動やフェミニズムからの、V節の①～⑨の医学・医療のいくつかの導入に対する疑義や反対が見られる。こうした運動は、障害学や女性学といった新しいディシプリンを伴い、これらのディシプリンからの「先端医療」の批判的な研究がある。こうした研究は、どうしても、そのディシプリンの母胎となった社会運動の政治的主張を正当化するような議論に陥りやすい。

社会の対応の結果については、また、国によっては、生命倫理学というディシプリンの制度化が見られる。そして、このディシプリンは、V節の①～⑨の医学・医療のいくつかの導入の是非やそのあるべき仕方の決定に対して、倫理的な承認を与えることをその仕事のひとつとしている。その際に、近代社会における支配的な倫理原理のいくつかを医療倫理の原理として設定し、それらの原理に従っているか否かで倫理的な可否を判断しようとする、その結果、本稿でいう「先端性」のある医学知識・医療技術の導入に対しては、とくに、今日の社会を成り立たせている基本的な前提の変更を必要とするようなものに対しては、倫理的な是非の判定不能ということになりやすい。

なお、医療社会学の「先端医療」研究には、これらのディシプリンからの研究と区別のつけにくいものも多く、この傾向は日本でいちじるしい。このような、社会学を含めた、社会科学・人文科学からの「先端医療」研究の問題点が、本稿が提起するような方向での「先端医療」研究を企図した所以のひとつでもある。

注

- 1) 本稿は、龍谷大学国際社会文化研究所から助成を受けて行った研究(2005年度個人研究「研究課題:先端医療に関する医療社会学的視座・分析枠組みの構築—「生活習慣病」の成立とその予防活動の普及を事例として—」)の成果の一部を発表するものである。諸般の事情により発表がこの時期になったが、本稿は、研究課題である「先端医療に関する医療社会学的視座・分析枠組みの構築」に向けての、当時の文献研究や考察を文字通り「研究ノート」の形でまとめたものである。参照あるいは参考にした文献は多数にのぼるが、本稿のこのような性格上、それらの挙示は省略している。なお、ここにまとめたことは、以下の文献に、最後のものを除いて発表の順番が逆になってはいるが、取り入れられている。

黒田浩一郎、「先端医療、先端性、社会学」佐藤純一・土屋貴志・黒田浩一郎編『先端医療の社会学』世界思想社、2010年、pp.1-18

黒田浩一郎、「医学知識・医療技術の社会的構築」中川輝彦・黒田浩一郎編『よくわかる医療社会学』ミネルヴァ書房、2010年、pp.52-55

黒田浩一郎、「先端医療」中川輝彦・黒田浩一郎編『よくわかる医療社会学』ミネルヴァ書房、2010年、pp.68-71

黒田浩一郎,「医療」大澤真幸,吉見俊哉,鷺田清一編『現代社会学事典』弘文堂,2012年,pp.76-77

黒田浩一郎,「病」大澤真幸,吉見俊哉,鷺田清一編『現代社会学事典』弘文堂,2012年,pp.1275-1277

黒田浩一郎「健康」中川輝彦,黒田浩一郎編『新版 現代医療の社会学』世界思想社,近刊

- 2) 上記の(α)~(η)の中には,社会学がそれに注目し,それを捉える視点や概念を開発してきたものもあるし,そうでないものもある。そうした既存の視点や概念を取り入れつつ,欠けていると考えられる視点を追加したり,必要と考えられる新しい概念を構成して,社会現象としての今日の病と医療を捉えるのに適した社会理論の構築を,筆者は次の文献で試みている。

黒田浩一郎,「保健医療社会学から社会学へー保健医療社会学のための社会理論の構想」『保健医療社会学論集』14巻2号,2004年,pp.9-18

黒田浩一郎,「病／医療と社会理論」宝月誠・進藤雄三編『社会的コントロール論の現在ー新たな社会的世界の構築をめざしてー』世界思想社,2005年,pp.139-156