

趣旨説明：「リスクの医学」と公衆衛生」

美馬達哉

(立命館大学大学院先端総合学術研究科)

本日は現地およびリモートでの御参加ありがとうございます。

これは、立命館大学の先端総合学術研究科で、札幌医科大学・医療人育成センターの佐々木香織先生に、ヘルステクニクに関わる社会科学技術論（STS）を非常勤集中講義として行ってもらっているタイミングで、最近『窓の環境史』（青土社）を上梓された西川純司先生（神戸松蔭女子学院大学・文学部）もお招きして、公衆衛生をSTSから考えてみましょうという企画です。

最初に、仕掛け人の私から、このミニシンポジウムの導入として、公衆衛生とリスク論の話をししたいと思います。続く前半はお二人の講演、後半は関連分野の大学院生の発表を交えて議論していく予定です。よろしくお祈りします。

人文社会学的な視点から医学や公衆衛生を考える場合、ミシェル・フーコーというフランスの哲学者の思想が手がかりとなります。今回は、「シン公衆衛生」としてカタカナを入っていますが、公衆衛生の歴史では、新旧というか、いくつかのターニングポイントが過去にありました。そこから、お話を始めます。

もっとも大きい枠組みは数世紀単位です。最も初期だと、たとえば上下水道をつくるとか、ごみが散らからないように処理をどう管理するかというインフラの話が中心となりました。都市衛生といってもいいでしょう。それが、20世紀の中頃になると、人びとに対する健康教育とか健康増進が主題になっていきます。この間で何が起きて、何が継続し、何が変化したのでしょうか。

また、人文社会学的な批判的視点という場合には、その「健康増進」で人間が健康になるために努力するのは、本当に自分の意志ですか？それとも社会的な力によって誘導されているのではないですか？という問いがベースになります。

これをフーコーの議論を使って見通しを立てるには、「個人の身体を対象とする医学」つまり臨床医学と、もう一つ「集団の身体としての人口を対象とする医学」つまり公衆衛生学の二つが、車の両輪のように走っているのが、身体をめぐる医療技術であるということに着目して

いきます。

医学や医療について、ふつうはその前者、臨床医学のほうに目が行きがちですね。「病院に行ったら薬をもらったから治りました」とか「ワクチンを打ったら病気が予防できます」などがその例です。いっぽうで、公衆衛生学、あるいは人口を対象としている医学は少し見えにくいですが、ただ、コロナ以降では、たとえば「感染者数が何万人です」とかマスメディアで毎日のように報道されたりしているので、集団や人口を対象とする医学の存在感は増えています。

今日のミニシンポジウムでは、その後者の集団を対象とする医療技術や学問の歴史をさまざまな視点から考えてみたいというのが狙いです。

もう一点、人文社会学を公衆衛生学とつなげるための補助線を引いておきます。公衆衛生学のスタート地点には、人口つまりたくさんの人を対象とするとき、その目的は何かという問いを避けることはできません。当然ですが、単に支配者が威張りたいとかいう理由では、集団に対する医学は成り立ちません。建前かもしれませんが、「人びとの幸福を増大させる」ためというのが目的になります。その目的にプラスして、使われる手法として、少なくとも近代社会では、「皆で神に祈りましょう」という「非科学的」手法は認められません。人びとの幸福を増大させるには、科学やエビデンスに基づいた合理的な計画で社会を統治して、秩序付けなければならないと考えるからです。こうした人びとの生命や健康に配慮する政治のあり方は、フーコーが「生政治」と呼んだものの基本です。この視点からは、社会の秩序と、健康なるものと、医学・医療技術がひとつながりに見えてくるわけです。

これでもまだ長いタイムスパンの一つの図式にすぎません。「シン公衆衛生」を考えるには、これを押さえた上で、次のステップとして、より短いタイムスパンで、20世紀の後半からの変化をどう見るかという問いがあります。

臨床医学の場合は、「病気の人がいて、その人が病院や

クリニックを受診して治療を受けます」という話だったわけですが、けれども、現代での医学・医療と人びとの関わりは、それだけではありません。「病気でない人が病気になるかもしれないから予防するため頑張らしましょう」という話になってきています。これを別の側面から言うと、「正常」と「異常」とがはっきり区別できるという常識が1970年代、つまり今から半世紀ぐらい前に崩れてきているとも表現できます。

「病気になりたくないから、病院に行く」という人が増え始めたことの背景にある考え方の変化は、正常と異常というのは連続的で、本人が気付かないうちに移行してしまうかもしれないという不安です。そして、正常から異常にならないようにするには、血圧などリスク（リスクファクター）を重視してコントロールするということになります。

高血圧はリスクではなく病気だと思う方もいるかもしれませんが、たしかに、高血圧は、「病気」ですが、実際には重症の高血圧でない限りは無症状で、血圧測定しない限り診断できません。つまり、従来の意味での、痛いとか苦しいとかの症状のある「病気」とは大きく異なります。むしろ、高血圧が続くリスクが、動脈硬化を生じさせ、心臓や脳の血管が詰まったり破れたりする病気（心筋梗塞や脳卒中）になることが問題視されています。また、コロナの場合でも、リスクという視点で言うと、人びとが接触することがリスクファクターだから、それを減らしたり、マスクで距離を取ったりすることが行われました。病気とそれに対する入院治療よりも、こうしたリスク予防の措置のほうが社会的に大きなインパクトを持っていました。

この考え方を突き詰めると、入院をして治療を受けるのはむしろ特殊なことで、クリニックなどに通院しながら予防するほうが医学や医療の中心となってきているのが、1970年代以降のトレンドだということが見えてきます。そのなかでは、健康か病気か、あるいは正常か異常かを白黒付けるのではなく、病気に将来的になる確率つまりリスクということが医学の中心になります。これを理論的に見直せば、たくさんの人びとを調べた結果出てくる確率という「集団の身体としての人口を対象とする医学」の知識が、「個人の身体を対象とする医学」に使われていくのが現状と分かります。つまり、集団と個人をリスクという仕掛けで繋いでいるともいえます。これを私は、臨床医学と少し違うものとして「リスクの医学」と呼んでいます。

この「リスクの医学」でのリスクという仕掛けには、大

きく分けて三つあります。

一つ目は、病気ではなくリスクを扱うことで健康人まで対象として含む点です。病気の人を対象とする臨床医学とは違って、正常な健康人でも将来は病気になるかもしれないということで、医療技術の対象になるのです。二つ目は、時間軸での変化です。将来病気になるかもしれない確率が問題になるので、病気になる前の段階——病気になる前ということは病気でないので健康なのですが——であっても、医療技術の対象になるということです。時間的な前倒しですね。それで三つ目は、医療技術の範囲の拡大です。病気かどうかは、基本的に個人の身体を検査して調べます。しかし、その病気を予防する事に目を向けると、ライフスタイルとか、食生活とか、運動習慣とかまでもが、医学的な監視の対象になります。つまり個人の身体だけではなく、その外にも医学の扱う領域が拡大していきます。フィットネスもそうした側面があるでしょう。以上をまとめると、「リスク」を中心にして見ていくと、従来の公衆衛生から新しい健康増進までが、一つの流れとして理解できるのです。

さて、ここで少し別の視点を提示しておきます。

このリスクへの注目とか、公衆衛生を重視する考え方はどこからやってきたのでしょうか。私は、これを理解するには、帝国主義とか植民地に着眼して、帝国医療や植民地医療を歴史的に探ることが必要だと考えています。

なぜ植民地かの理由はいくつかありますが、一つは、植民地という場所は、西洋文化と他の社会の伝統文化という二つの文化の接触する場所だったことです。たとえば、日本は軍事的に植民地化されていませんが、文化的には、かなりの程度まで西洋化されています。ある意味では、文化的な植民地化といってもよいくらいです。

日本で伝統的な医学は、もともとは江戸時代まで中医学です。中国の医学、漢方を使っています。西洋と日本とが会おうときには、近代医学がオランダの蘭学として入ってきます。合理的な科学としての医学だから、世界で普遍的に当てはまる医学だということにはなっていますが、実際には西欧の文化に由来するので、日本社会にうまくなじまない点もありました。それでも、明治政府は、西洋由来の近代医学を中心にして日本の医療制度を組み立てると決断するわけですが、ここで、個別的な臨床での医者・患者関係とは異なる、国家としての「生政治」の組み立てをどうするかという問題が重要となるわけで

す。

このあたりの経緯をどう見るかは、今日はお話する時間的余裕がないので、ご興味のある方は『生を治める術としての近代医療』（2015、現代書館）を参照してください。

ここでは、帝国医療とか植民地医療の持っている特色に絞って紹介して、それが「リスクの医学」にどう継承されているかを考えてみます。繰り返しになりますが、日本は植民地にはされていませんが、医学や医療のあり方や考え方については、西洋由来の近代医学に完全に支配されているので、帝国医療とか植民地医療に似た状況と考えられます。

帝国医療や植民地医療の特徴の一つは、「個人の治療の軽視」ですね。

つまり植民地なので、本国から見たときに住民の福利は直接的には問題にならず、言葉も通じないので、まとめて集団としてあつかうこととなります。そうすると、臨床医学的な個人の身体への治療というよりもむしろ効率的な植民地の管理という意味での公衆衛生学が前面に立ってきます。明治政府の場合も、対外的な威信を重視して、伝染病対策やハンセン病対策を中心とした集団に対する医学として、医学や医療の西洋化を推し進めました。この視点から言えば、挑発的に表現すると、西洋の公衆衛生史は研究してもツマラナイとさえ思えます。日本でも、東アジアでも、アフリカ、ラテンアメリカでもいいので、非西洋諸国での公衆衛生史を見ることで初めて公衆衛生学とは何かが見えてくると考えています。邦訳もあるデヴィッド・アーノルドのインドでの医学史・公衆衛生史の研究などをみると、本当にそう思います。

もう一つは、医療者ではなくて、役人が担う医療の重要性です。

「集団の身体としての人口を対象とする医学」は、医者・患者関係とか、病院とか診療所とかクリニックから始まるものではなくて、役所から始まって役所で終わる医療行政という側面を持っています。もちろん医師が末端で働くことはあるかもしれませんが、行政機構の一部に過ぎないということです。これは、伝染病などの疾病統計や死亡統計や出生統計などを指しています。コロナでも、患者数をカウントすることは当初、政府は非常に重視していました。公衆衛生学は、統計データとして蓄積される医療と言い換えることもできます。これは、個人の身体に介入する臨床医学とはちがうかたちでの医療

技術のあり方の特徴です。

三つ目が、単純化して言うと、帝国医療や植民地医療が行われる場所は、病院ではない、少なくとも病院が中心ではないということですね。

病院というのは、もともとは病人を集めて囲い込む施設という側面があります。とくに、その性質が強いのは伝染病院やハンセン病の人びとの収容施設や精神科病院でした。しかし、植民地では、囲い込まれる、一か所に集められるのは健康で優良な人々のほうです。たとえば、プランテーションや鉱山で働いてもらうとか、工場で働いてもらうとか、になります。もちろん、強制によってですが。

西洋諸国の医学史を見ていくと、病院や施療院は、17-18世紀に、病気の人やうまく社会で生きていけない人を集めて閉じ込めるところとして始まったように書かれています。が、それはたまたま西洋社会がそうだっただけではないでしょうか。ほとんどの人を放置しておいて、有用で健康な人びとだけを囲い込むというパターンこそ、地球上ないし世界的には多数派の（集団に対する）医療のあり方かもしれないです。

こうした場合の医療では、その囲い込まれた人、つまり入院した人、施設に入っている人を治療するという側面よりも、誰を囲い込むかをチェックして選別する働きが中心となっています。つまり、個人の身体を対象とする臨床医学のように、個人の治療ということは主たる目的ではないということです。チェックして選別して振り分けるといふ医学のあり方は、コロナというヘルスケアの危機のなかで、はっきりと見えてきた医学の姿の一つです。

この帝国医療や植民地医療の三つの特徴は、実は1970年ごろから生まれてきた「リスクの医学」と共通しています。

一つは、個人ではなくていろんなデータを見る点です。現在では、個人としての病人よりも、医療・看護・介護・ソーシャルワークなどの視点からファイル化された病人に関する情報が重視されます。もう一つは、健康な人、病院の外にいる人を対象として、病気になる前に、予防を目標として、検査でチェックする仕組みです。現時点では、コロナで、社会全体が、その方向に進んでいます。病院よりも保健所が重要という考え方も、こうした「リスクの医学」の特徴ですね。

こうしたリスクを管理して健康増進するべきだという

価値観を相対化する、あるいはリスク管理によって起きる健康増進以外の社会的な影響に目を向けるのが今回の集まりの基本的な視点です。

そうすると、21世紀において、どういう視座から、いま説明したような広い意味での公衆衛生にアプローチするかという問題になります。

一つ目は、個人の身体でも集合的な人口でもない何かへの着目です。具体的に言えば、デジタル化のなかで、個人情報とかデータが医療の中心になりつつあることです。大量のデータが蓄積され、データベースとして検索可能になることが何を生み出すのか、という問いが出現しています。これが、佐々木先生のお話のテーマです。

二つ目は、リスクという観点を、人間という観点だけではなく、環境という観点を導入して、病原体や建築や自然といった人間以外の要素から見直したときに、つまり脱人間中心主義的に見直したときに、どういう公衆衛生が見えてくるかという問いです。これが、西川先生のお話の中心です。

今回は、フーコーと公衆衛生というテーマを、リスクという概念を中心に紹介しました。私のは前菜でして、あとのお二人のご講演こそメインディッシュ二つということですのでよろしくお願いします。