

人びとの“生”に埋め込まれた “公共的なるもの”を志向する倫理

好井 裕明*

■要 旨

社会調査倫理には、「～すべきでない」という否定型メッセージが並んでいる。しかし、倫理がよりよき調査を進めるための指針であるならば、「～すべき」「～できる」という肯定型メッセージがいかなるものかを考えるべきではないだろうか。本稿は、差別問題や薬害という社会問題で聞き取りを進めてきた私の経験をもとにして、肯定型メッセージの可能性を探る。具体的には、薬害 HIV 感染被害問題における血友病治療医師への聞き取りがいかに困難であったかの原因を、1) 調査者である私が囚われていた医師をめぐる“常識的”前提、2) 対象者である医師が考える医療という専門世界と治療対象である患者のプライバシーのなかにある“常識的”前提の問題点を読み解くことから、ある倫理の可能性を提示する。それは、人びとの“生”に埋め込まれた“公共的なるもの”を志向する倫理であり、“公共的なるもの”を私的と考えられる語りから読み解こうとする調査の姿勢である。

キーワード：ライフヒストリー、社会問題、プライバシー、常識

1 はじめに

世の中を調べようとするとき、私が基本的な前提としていることがある。社会学の研究者が、どのような理屈をたてようとも、他者の生活世界に入り込もうとしたり、その詳細を聞き取ろうとしたりして、調べる営みは、そこで生きている他者にとって「余計なこと」だ、ということである。

*筑波大学

「余計なこと」だから、やめたほうがいいのか。そうかもしれない。しかし、仮に調べるという営みをやめてしまうと、経験的な事象を手がかりとして世の中を考える社会学という実践は成立しなくなるかもしれない。とすれば、やはり「余計なこと」を認識しつつ調べるという営みのさまざまな限界を感じ取りながらも、可能性を模索し試行錯誤しつつ前に進んでいくことになる。

ところで、「社会調査=余計なこと」という認識を確認させる指針が「調査倫理」だとすれば、そこには「～すべきでない」「～はしないように注意する」など、否定形の倫理メッセージが並ぶのみではないだろうか。

実際に、日本社会学会が先ごろ決めた調査倫理にしても、「社会の信頼を損なわないよう努めなければならない」「研究目的と研究手法の倫理的妥当性を考慮しなければならない」「調査対象者のプライバシーの保護と人権の尊重に最大限留意しなければならない」「差別的な取り扱いをしてはならない」「ハラスメントにあたる行為をしてはならない」等々のメッセージが並んでいる。

否定形メッセージは、そこに盛られている内容について認識できていない研究者が存在する限り、そうしたメッセージを形にしておくことは意義がある。実際に「倫理的妥当性」が欠落した調査目的や調査手法があってはならないし、差別的な行為、ハラスメントが平然と行われるような調査はしてはいけないことは確かである。

ただ、今回この論考で私が考えたいのは、否定形ではないメッセージ、「～すべきである」「～するように考えることが好ましい」など、肯定形のメッセージで語る調査倫理ははたして可能なのだろうか、ということであり、可能だとすれば、たとえば、どのような内容の倫理となるのだろうか、という問いである。

2 聞き取る営み：私秘的な世界に積極的に向き合おうとする

世の中を調べようとするとき、「余計なこと」性を解消する手立てとし

て、できるだけ調べる対象が生きているプライバシーや具体的な暮らしを侵害しないようにする方向がある。たとえば、調べる対象を一般的なカテゴリーでくくり、そのカテゴリーのくくりからのみ具体的な対象が生きている現実を考察するという仕方がある。これは、質問紙票を用いた市民意識調査などで一般的に用いられているものだ。

私は、いま、茨城県つくば市に住んでいる。この街に移り住んで4年目を迎えている。たとえば、市民意識を調べるとき、対象者を「つくば市民」として市在住何年かを分けて、在住年数の違いから市民としての意識の違いを比較対照していく仕方がある。

市民意識をさまざまに問う項目に私は答えるだろう。そして調査データを分析する作業のなかで、私がつくば市にもつさまざまな固有の考えや意識、感情が、「在住何年」の市民として一般化され、私の生活世界から離れていくのである。

無限に存在する複雑かつ固有の情報を区分けしていくときに「一般的」で「普遍的」だと思われるカテゴリーで整理し、何かを物語る縮減された情報へと加工していく仕方。それは、いわば固有の情報を対象一人一人から吸い上げるかたちになるが、誰から、どのような状況で、いつ吸い上げたのかという“情報がどのような形で具体的に、私の中で生きているのか”をめぐる詳細は、消去される。その意味で、私の生活世界やプライバシーは吸い取られることはなく、「余計なこと」性は、希薄な印象となっていく可能性が生じるといえるかもしれない。

しかし、「余計なこと」性を、調査する過程で、なんらかの形で消去したり、希薄化するのではなく、それと向き合うことから回避できないし、それと向き合うことをとおして調べるといふ営みがより豊かな可能性をおびたものになる場合もある。

たとえば、差別問題や薬害などの社会問題を調べようとするとき、“調べる「わたし」が対象者や彼らが生きている現実とどのように向き合うのか”、“情報がどのような形で対象者のなかで生きているのか”などという問いは、調べるうえで回避できない重要なものとなる。

差別問題をめぐり、差別を受けてきた当事者に生活史を聞き取る場合がある。人権啓発の研修やそれに関連するかたちで、多様な人に差別問題をめぐる経験や知識のありようを聞き取る場合がある。

差別的な知識がある人がどのようなかたちで知り、いまその人の暮らしにとって“意味あるもの”として生きているのか。こうしたことは、たとえば聞き取りをするとき、どうしても聞き込んでみたい項目となる。誰か親しい人から聞いたのか。具体的には親しい誰で、どのような機会、どのような場で、どのような語りのなかで、そうした知識と出会ったのか。さらに、ただ聞いただけではなく、その知識が暮していくうえで不必要なものとして受け流されるのではなく、重要なものとして、なぜ知識の在庫にしまわれていたのか。それが、なぜ「いま、ここ」で自らの行為を左右する力をもったものとして生きているのだろうか、等々。聞き取りのなかで、可能であれば、相手に対して問いかけていこう。

しかし、こうした問いかけは、まさに相手の生きてきた歴史の詳細や私的なできごとの奥深いところに触れる可能性に満ちたものであり、個人的な体験、思いなどをできるだけ参照しながら、個人そして個人の暮らしという次元において、差別的なるものがいかに生きているのかを読み解こうとするものである。そしてそれは、相手の私的な世界に入りこみ、本人が気づきもしなかった世界の問題性を暴き出し、本人に提示する可能性をもつものである。その意味で、聞き取るという営みは、プライバシーと言われる領域に深く入り込んでいく可能性があるのである。

そうした営みを単にプライバシーの侵害として批判するのか。個人的な体験や生に入り込んでいるが、そこから得たものは、個人の生活世界を超えて、差別を考えるうえで、意義あるものである、という観点から、侵害ではなく、調査の営みとして解釈できるか。それは実際に聞き取りする調査者自身がいかなる立場で、相手と向き合っているのか。その立場を相手にどのように伝え、相手に理解してもらっているのかに大きく左右されるだろう。いずれにしても、調べたいと考えるテーマや対象により、プライバシーさらには対象者の人権が侵害されてしまうという状態ぎりぎりにまで、調べる営み

がせめぎあう可能性があるのである。

このとき「余計なこと」性は、調べるという営みの中で何を調べるのかという次元での重要な項目となるとともに、どのように調べるのかという次元でも何らかの形で解決すべき課題となる。

言い換えれば、プライバシーであると常識的に考える領域に深く踏み込んでしまうのではないだろうか。と調査者自身が感じるような調査場面はいくらでも起こり得るし、それをあらかじめ回避するような調査プランを立てるとして、それは、結局のところ、調べたいと考えていることをそのとおりに調べることにはならないのである。

ある体験がプライバシーに属するのか、そうではないのか。こういった問いの立て方は一般的には成立するかもしれない。しかし、差別問題やさまざまな排除などを含み込んでいる社会問題を問題に関与し生きている人々の生活次元から調べようとするとき、単純な二分法的な問いかけはほとんど意味をもたないのである。

3 医師を聞き取ることの困難から考える

では対象者のプライバシーや人権を配慮し、それらの侵害を禁止するという倫理的な要請に抵触しないようなかたちで、問いを立てることができるのだろうか。

以下では、私自身が関わっている聞き取り調査から得た経験や思いなどを手がかりとしながら、考えていきたい。

ここ数年、他の研究仲間とともに、輸入非加熱血液製剤による HIV 感染被害問題、いわゆる薬害 HIV 感染被害という問題で血友病治療医師の聞き取りを行ってきている。当時医師たちはどのような情報を持ち、患者に対してどのように語り、HIV という問題をめぐりどのような経験をしたのか。裁判や被害者救済運動の文脈で語られる「真相究明」ではなく、当時の事実や医師たちが感じ取り構築された経験のありようを解明したいと考え、医師から語りを聞き取ろうとしたのである。

調査に関わる時間は流れているものの、私の個人的な思いを言えば、まだまだ調べたいと思っていることを十分調べられていないし、調査の入り口にたったあたりかもしれないという実感がある。

なぜそう感じてしまうのだろうか。端的に言えば、それは医師の聞き取りがなかなか難しいということである。私たちの調査意図や目的をなんとか理解しようと努力され、当時の経験や現在からの思いを真摯に語ってくれる医師がいる。しかし医師の多くは、私たちと会うことを拒否し、HIVをめぐる問題経験を語ろうとしない。なぜ語ろうとしないのか。今では、「語ろうとしない」という意志の背後に当時の経験が医師たちに与えた影響の大きさや深さがあることに対して、少しは思いがいたることができかな、と思っている。しかし、聞き取りを始めた当初、なぜここまで抵抗があるのだろうか、と苛立ちも含めて、その理由を考えていたことは確かだった。

ここでは、医師への聞き取りの困難について、二つの次元から考えてみたい。

一つは、調査する私の“常識的な”医師理解、医師イメージへの囚われという次元である。つまり、調査する私が医師に対してどのような前提や思いをもっており、そうした前提や思い、イメージから逃れようとしているにもかかわらず、それがいかに難しいのかということである。

今一つは、医師の聞き取りをする場合、個人的で私秘的だと思われるような経験を聞き取るように見えるとしても、それは、ある問題を考察していくうえで意味ある“公共的なもの”を取り出そうとしている営みであり、聞き取るという営みもつ意義をいかに医師である相手に理解してもらえるように語ることができるのか、ということである。いわば、聞き取りの対象である医師がもっている「公-私」の実感的な区別や常識的なプライバシー理解を、いかに聞き取りという営みのなかで相対化できるのかということである。

聞き取る私が囚われている“常識的な”医師イメージ

まずは、調査する私がつ問題性から考えてみたい。

医師を聞き取り対象とするときに、私たちが囚われてしまう“常識的”前提がある。それはすでに医療社会学者がさまざまに論証してきた医師－患者間にある非対称的な関係性であり、権力をもつ存在として患者の前に登場する医師という前提である。

もちろん、このような前提に囚われていることをまったく自覚しないで聞き取りを進めるほど、私は素朴ではない。こうした前提は、個別の問題状況において医師－患者関係を考察し、医師が患者に行う治療という営みを考えるうえで基本であり、重要であることはわかっている。しかし同時に、この前提を不変で確固たるものとして分析に用いたり、聞き取り内容を解釈する枠として使用するのではないことを医師に対して明確に語らないと、聞き取りが進まないであろうこともわかっているのである。

私は、HIV という問題が生じてくる当時の医療行為の実際を調べたいと思いつつ、同時に血友病治療医師がどのようなかたちで「医師であること」を日常、患者との関係や医療という世界のなかで作りあげていたのかを知りたいと考えていた。だからこそ、できるだけこうした前提を相対化し、聞き取りする私は、相手であるあなたの語りをそれ自体のものとして向き合いたいと考えていることを、なんとかまずは伝えようとしたのである。

しかし、やはり私は「医師であるあなたは、こうすることが当然であり、私は、そうした理解をもとにして、いまあなたから経験をききとろうとしている」というような構えに囚われていたと言えよう。

薬害 HIV 問題で血友病治療医師に聞き取りをする場合、まず第一に取り除いておかねばならない障壁があった。それは、訴訟報道をする過程で、マスコミの言説が中心に作り上げた加害図式である。国家－製薬会社－医師がそれぞれ癒着して薬害をつくりあげたという加害図式。私たちは、当時、こうした図式をなかば承認しながら、たとえば安部英医師がテレビカメラに抵抗する映像などを興味深く見ていたはずである。図式は、誰が被害者で誰が加害者であり、問題の責任を背負わせるべき敵はどこにいるのかを私たちにはっきりと伝えようとする。問題を傍観する場にいる多くの人びとは、この図式に乗ることで、自らを問題からは無関係の「対岸」におき、敵を批評

し、被害者に同情することができたのである。

しかし、医師の聞き取りをするうえで、この図式は邪魔であった。なぜなら、そこには己の利害追及にのみ邁進する医師イメージがはりついていたのであり、この図式に強い怒りを覚え、強い抵抗を示しながらも、イメージを振り払う努力を重ね、消耗するよりも、口を閉ざし、当時の経験や思いを語りだす機会を失った医師は多くいたはずである。また、当時の医療水準から医師の立場で HIV 感染被害の問題を解説しようとする試みもまた、こうした図式が私たちに与えた影響力のもとで、封じ込められていったのである。

聞き取りの冒頭で、私は医師に対して、聞き取り調査がこうした図式に影響を受けていないこと、そして聞き取る私が、図式に囚われていないことを、できるだけ鮮明にかつ私なりの思いをこめて語ろうとした。おそらくは、聞き取りに応じていただいた医師には、その思いを理解していただけたと思う。

しかし、こうした語りを冒頭にするとしても、私は、先にあげた構えをもっていたのであり、私利私欲を追及するという医師=悪というイメージではないものの、ある“常識的”なイメージからは、聞き取りという営み自体は解き放たれることはなかったのである。

多分、私は、こう思っていたのだろう。目の前にいるあなたは、加害図式にあるような医師ではないだろう。そのことをまず相手に伝えたい。そうすれば、私の聞き取りの意図も理解してもらえ、医師から多様な語りを聞くことができるだろう。なぜなら、自分が治療していた患者が製剤の処方により HIV に感染してしまったとして、その営みについては、医師としてなんらかのかたちで語る責任があるはずだからだと。

患者を治療する以上、その営みについて医師は語る責任があるのではないかという“常識的な”医師イメージの囚われ。具体的に相手に語らないとしても、そうした前提のあることが聞き手の醸し出す雰囲気全体からなんとなく伝わっていくとすれば、それは、医師とはこのような存在だと恣意的に決めつけていく力であり、それが相手に伝わることで、相手は語ろうとはしないだろうし、語るとしてもその内容にある傾向がいたり、制限がかかった

りするのではないだろうか。

マスコミの図式を無効にすることだけでは、私の中にある“常識的な”医師イメージまでも相対化することはできなかつたのである。

「医師であること」「医師をすること」を聞き取ろうとする困難

また、私は、医師からどのような内容の語りを聞き取りたいと考えていたのだろうか。聞き取りの場で私は、そのことについてできるだけ平易に語ったつもりであった。しかし、私の説明は、多くの医師にとって「なぜそのようなことを聞こうとするのかがなかなか腑に落ちない」ものであったのである。

聞き取りを進める前に、私たちは医師から何を聞き取ろうとするのかをある程度想定した。血友病治療という医療行為という次元にのみ限定して聞き取りを行うのか。そうではなく、病院の日常、診療の日常、患者との相互のやりとりなどを中心として、聞き取り対象者が、周囲の人びとや状況との関連で「医師であること」「医師をすること」をどのように作りあげていたのかまでも聞き取ろうとするのか。たとえば、何を聞き取ろうとするのかで、対象者からの抵抗や違和感は大きく異なってくるのである。

もちろん、患者の聞き取りをするときにも同じような問題が生じる。医療行為の結果として被害の被害者になってしまった次元に限定して調べるのか、血友病患者として生きてきた日常、医師と患者の日常的な関係性を中心として「血友病患者であること」「患者であること」「患者をすること」までも含みこんで聞き取ろうとするのか。

先にも述べたように、私は当初、血友病治療の次元だけでなく、「医師であること」「医師をすること」がいかに日常的につくりあげられてきたのかについても聞き取りたいと考え、そのような語りをなんとか誘い出そうと努力していたのである。当時の血友病治療の一般的なあり方だけでなく、相手の医師自身が行ってきた治療の実際、診療場面での患者とのやりとりなど、個別の経験をめぐる語りを聞きだそうとするのだが、医師はなかなかそうした経験を語ろうとはしなかつた。あるいはそうした経験を語ることに、

どのような意義があるのかについて、なかなか理解しようとはしなかった。なぜそのような経験をいま社会学研究者であるあなたに語る必要があるのか、という形での抵抗があったり、違和感が表明されたのである。

なぜ、そのようなことを医師に語らせようと考えているのだろうか。そこには、血友病患者と医師とがどのようなかたちで関係を築いてきたのかを詳細に読み解きたい、という意志がある。いわば医師と患者の信頼関係とでもいえるものが、どのように維持され、HIVの問題を経験することで、それまで築かれてきた両者の関係にどのような変動が生じたのかを考えたいのである。たとえば患者へのHIVの抗体検査は説明して行われたのか、それとも説明しないで行われたのか。検査の結果、HIVに感染していたとして、患者にどのようなかたちで告知を行ったのか。単に検査結果を報告するのではなく、告知するという営みがどのようになされ、また回避され、あるいは、引き伸ばされたのか、等々。薬害HIVという問題を社会的に考察するうえで、医師と患者がつくりあげてきた関係のありようや「医師であること」の日常を詳細に聞き取る作業は、極めて重要だと私たちは考えている。

しかし、聞き取りの場で、医師からの抵抗や違和感の表明があったとしても、社会的な考察のすべてを医師に対して説明することはない。なんらかの説明はするだろうが、おそらく、その説明は、医師にとって抵抗や違和感を消し去るほどのものではない。医師なりに、聞き取り調査を受けることの意義を自分で創造し、なかば納得し、なかば首をかしげながら、聞き取りに応じているのではないだろうか。

実際問題として、「医師であること」の日常や患者との診療場面のやりとりやそれ以外の場での交流、関係性などの語りを聞きだすことは、難しかったのである。

そこで私は、まず「医師であること」の日常、医師－患者関係の普段のやりとりなどではなく、当時の医療行為そのものをできるだけ詳細に聞き取ろうとした。しかしそれは、医学的な専門知識がどれくらい聞き手の側で用意され、理解されているかが問題となり、医師は、自らにとってあまりにも自

明な知識やできごとに関しては、ことさら語ろうとしないだろうし、また医学的専門知識がないことを相手が表明したとき、なぜそうでありながら、医療行為の詳細を聞き取ろうとするのか、疑問に思うだろう。

具体的には、当時の血友病者の包括医療のシステムや実践について、聞き取ろうとした。しかし、そのような聞き取りをする私の背後には、包括医療で、どのような医学的な検査や治療が行われるのかを知ろうとするだけではなく、医療場面で医師と患者がどのような言語的なやりとりをするのか、何を語り、治療という場面をつくりあげているのか、を知りたいという思いが依然として生きているのである。

ところで、医師は、社会学的調査研究、とくに聞き取りをするという営みについて、なぜそのようなことをするのか、説明を求めてきた。私も、そのつど、その場で考え、説明をしてきたのであるが、医師が必ずしも、私の説明に納得したとは思えないのである。

「なぜ私個人に聞き取りをするのですか」「他にどのような医師を聞かれましたか」「全体で何名の医師の聞き取りをされるのですか」という問いの背後には、数量的な分析・把握という科学的営みへの信奉があった。

「昔のこと、当時のことを、いま語っても正確には思い出せませんが、それでいいのですか」「私の話を聞くより、当時の文書など記録を見たほうが正確なのではありませんか」という意見の背後には、カレンダー的時間の流れに基づく、資料としての記憶の曖昧さや過去のできごとは文書から調べるべきという実証的な歴史観への信奉があった。

私たちは、聞き取るという営みに対する、こうした医師の疑問へ、常に納得がいく説明を用意し、開陳すべきだろうか。確かにそれは必要かもしれない。しかし現実の場面では、医師の語りを聞き取ることの社会学的な意味を完全に説明し、納得してもらったうえで、聞き取りが始まっているのだろうか。そうではないだろう。そこには医師が準拠して仕事をしている医学という「科学的」な見方があり、聞き取りという営みを、その「科学的」な見方に適合するような形で説明するのは難しいし、仮に説明したとしても、医師の側で納得する可能性がなかなか低いという現実がたえず、そこにはあるの

である。

医師の日常世界へ寄り添う、あるいは入り込む可能性へ

さて、医師の聞き取りが困難である、という事実から、私自身が、囚われていた常識的な医師イメージを解体させていくと、そこには、もう一人の被害者としての医師が垣間見えてくるのである。

なぜ医師は HIV をめぐる問題経験や感じた情緒を語ろうとしないのか。治療すべき責任をもった存在、医療行為の責任と権力を持った存在、患者の治療に関しては、なんらかのかたちで語るべき存在として医師を考えるだけでなく、HIV をめぐる問題に遭遇し、さまざまに苦悩し、当時の日常を生きてきた「もう一人の被害を受けた人間」として、その被害経験を聞き取るという姿勢が必要になってくるのである。

であるならば、聞き取りという営みに限定して、問題経験をとりだそうとする調査には限界があることになろう。ある人が「医師」を個別の状況のなかでどのように生きているのか。たとえば病院へなんらかのかたちで入り込み、病院の日常を見たり聞いたり感じたりすることや、そこに一定居続けることから、なんらかの信頼を作り出し、「医師であること」の日常がどのように達成されているのかを想像できるように、調べる存在は、自らを変えていく必要があるのだろう。

これは、いわば調べる側が、医師の日常世界へ寄り添っていくかたちで医師が「生きられている」ありように接近しようとする方向だろう。そして、こうした方向性は必要である。現在、この方向性で、共同調査は調べる営みを修正しつつあるのである。

4 医師が語ることを回避できることから

いま一つの次元に移ることにしよう。

医師の聞き取りを行う場合、できるかぎり、医師の日常世界、正確には、医師が日常仕事をする医療空間へ寄り添っていく必要があろう。そのことを

十分に認め、今進めている共同調査でも、その方向性を模索しているのであるが、しかし、同時に一つの疑問が浮かんでくる。

なぜ「医師」の問題経験を調べよう、聞き取ろうとするとき、調べる存在は「医師」が生きている日常に寄り添っていかないとだめなのだろうかという疑問である。医師からの誤解を招かないことを願うが、言い方を変えれば、自分が生きている土俵に、なんらかのかたちで社会学研究者が上がってこないかぎり、あなたたちに自分の経験を語る必要もないし、語る意味を感じないと「医師」が思ってしまうとすれば、それはなぜだろうかという疑問である。

まだ明瞭に、その理由を説明できないのだが、これまで聞き取りをしてきた感触から、医師の語りは、他の生活空間、歴史を生きてきた人々から聞き取る時の語りとは、かなり異質である印象を受けている。医師の語りにある、ある“空洞”が気になるのである。

“空洞”とは、医学的な専門知識で説明される自らの行為や一般的な治療水準などの語り聞き取りでは展開するものの、「医師であること」や「医師をすること」のより日常的で常識的な営みをめぐる語りほとんどないことを意味している。

確かに、私たちが医師に対して聞き取りをしていくなかで、直接医療行為に関連しないと感じられるようなトピックも展開することがある。しかし、少なくとも私は、私の恣意的な関心から、医師である相手の個人的な嗜好や家庭での普段の暮らしぶりを聞くことはしないし、するつもりもない。

あくまで「医師」として病院などで行っている相互行為の詳細であったり、他のスタッフとの日常的な関係や具体的な言葉のやりとり、診療場面の患者との相互行為、そのとき得た経験や感情などを医師の語りから調べようとしているのである。

しかし、医師は、私のこうした問いかけには、なかなか応じてくれようとはしないのである。病院などの「場所」で「医師であること」や「医師をすること」は、医学、医療、臨床という専門的な世界へすべて回収されてしまう営みののだろうか。それとも医師と個別患者との関係性にあるプライバ

シーという世界に回収されてしまう営みのだろうか。

もちろん、どちらもそこには存在するだろう。しかし、医療や臨床の専門的な世界と患者のプライバシーのどちらにも回収されない現実や医師の営み、相互行為での語りなどが確実に存在するのではないだろうか。そして、それらは日常的な「医師であること」や「医師をすること」をめぐる経験の重要な部分を構成し、薬害などの社会問題を、生活空間としての医療場面という視角から考察していくとき、医師－患者関係を反省的に捉えることができる情報がいっぱい詰まった“公共的な営み”に属するものではないだろうか。

ところで、治療という相互行為は、きわめて特異な側面をもつ。ここで詳細に論じようとは考えないが、治療という相互行為の核には、他者にたいする自らの身体のゆだねがあるのだ。自分にとって具合がよくない部分を他者である医師にゆだねてしまう。良くしてほしい、治してほしいと願い、自らの身体を医師にゆだねてしまうのである。そこには当然ながら、ゆだねたとしても治らないというリスクを私たちは負うことになる。では、仮にリスクが実際のものになるとして、患者である私たちは、必ず医師に対して怒りや裏切りの情緒を抱き、それまであった信頼感までも一切失ってしまうのだろうか。

ゆだねるという営みやその背後にある患者の思いとはどのようなものなのだろうか。私は常にどんな場合でも、一気に信頼が消滅するとは考えないのである。

丁寧に、そして真摯に診てもらっていた医師に対しては、明らかに故意であったり、人為的なミスがないかぎり、この先生にまかせたのだから、それでよくならなかつたら仕方がない、という医師に対する感覚。これはどこかでみんなもっているのではないだろうか。「この先生にまかせると思いこめるのは、なぜで、どのようにして可能なのだろうか。

以前、私は左胸膜炎で20日間ほど入院したことがあった。その兆候は、数か月ほど前から、左腹の側部の軽い痛みや違和感としてあった。当時かかりつけで、何か具合が悪ければすぐ診察を受けに行った医者がいた。当然、

そこでレントゲン撮影などしてもらい、診断をもらっていた。しかし、それは胸膜に炎症があり水がたまっているというのではなく、いわば誤診といえる内容だった。あるとき高熱が続き、何日も熱がとれず、別の総合病院で検査してもらった結果、その日即入院ということだった。

かかりつけの医師は、退院後、私に「わからなくて、もうしわけなかった」という旨の話をしてくれたように思う。そのとき、私は別に誤診に対する怒りはわかず、まあいつもよく診てもらっているし、先生の専門でもなさそうだし、いいかげんな診療でもないだろうし、仕方がないかな、と考えていたことを思い出す。

なぜ、そのとき怒りがわかかなかったのだろうか。おそらくは、それまでに私や家族が診てもらいにいったときに、医師とつくりあげてきた診療の場における日常的な関係のありようが、そのように感じさせたのだろう。その医師は、丁寧すぎると思うほどに、診察の結果を説明し、処方する薬について説明してくれた。検査をするときも、その結果については、やはりわかりやすく説明してくれていたのだ。おかげで、私は、自らの気管支喘息や花粉症に関する薬について、だいたいのところを知ることができた。もちろん医学的な専門的な説明はできない。ただどのような症状のときには、どの薬が処方されるのか。それにはどのような副作用があるのか、飲む時に、どのような注意が必要なのか。そのような次元の理解である。

こうした診療の場における医師と患者がつくりあげる信頼関係、あるいは、とりあえず自分の身体の異常な部分については、目の前にいる医師の診療や処方、治療などにゆだねることへの違和感がとくに生じないという意味での「信頼」関係は、「医師であること」や「医師をすること」に含まれている“公共的なるもの”を考えていくうえで、重要な手がかりと言えるのではないだろうか。

さらに、生命にかかわる疾患の場合や疾患と人生をともにしなければならぬ慢性疾患の場合、こうした医師との日常的な関係性は、はるかに重要性を増すのではないだろうか。

血友病の場合、患者は成長するにつれ、疾患について良く知るようにな

る。同時に、血友病のように幼少時から治療が必要で持続されていく場合、医師への「信頼」がどのように形作られていくのかは、社会学が読み解くべき重要な問題となる。

また、HIV という問題が登場する 80 年代は、まだ「インフォームド・コンセント」や「患者の QOL」のような言葉もなかったし、どのように、血友病治療医師が個別患者と対面し、診療し、検査結果を告知していたのかという詳細に解説すべき重要な問題があるのである。現在のように、身体のゆだねを自覚し、できるだけ、そのことを患者自身もコントロールし、医師とのコミュニケーションのなかで自らの身体をとりもどそうとする動きがなかった当時、いかにして患者は医師を「信頼」し、医師は患者と関係を築きながら、治療をしていたのだろうか。ここには、先に述べたように、医学的、医療的な専門知識では語り尽くすことができない、社会的な相互行為が存在するし、相互行為が維持されていくうえでの固有の秩序や価値が埋め込まれているのである。

たとえば、パターンリズムという概念がある。幼少の頃から血友病患者は特定の医師の治療を受け続け、単に医療場面の行為に限らず、保育園、小学校での日常をどのように暮らすのかをめぐる医師のアドバイスを受ける。子どもを病院につれてくるのがほとんどは母親であり、子ども－母親－医師の関係のなかで、あたかも医師が擬似父親のような感じで関係がつくられていく。あたかも父親のように患者を包み込み、患者へのさまざまな責任を引き受けたいうで、治療にあたるという関係性をこの概念は象徴する。

しかし、私はこの概念使用については、極力慎重であるべきだと考えている。患者と医師の関係が、子どもと父親の関係のごとくだと言うとき、すでにそこには私密的なるものを包み込む親密性が生きている関係の束としての家族というアナロジーが張り付いており、それをはがすことはなかなか困難であるからだ。

仮に血友病患者と母親と医師との関係が、治療という限られた行為や診療場面という空間だけでなく、より広い生活の位相で密度が高くなってくるとすれば、それは家族的とか擬似父親的という言葉で説明するのではなく、あ

くまでも医師－患者関係の質の問題として解読すべきではないだろうか。

たとえば、小学校がさまざまな理由を示し、血友病の児童受け入れに難色を示したり、受け入れたとしても通学の条件を限定したり、修学旅行などに疾患を理由に参加を拒否することがある。そのつど小学校へ電話をして、あるいは小学校へ直接出向き、難色や条件の限定、参加拒否に理由がないことを説明したと語る医師がいた。こうした行為を、自らの治療行為の延長上にあるものとするか、血友病の児童が疾患であるがゆえに、排除されていくことへの人間的な怒りから出た行為と考えるか、それは多様であろう。しかし、こうした行為をするという関係であるからこそ、医師－患者関係は、あたかも父親－子どものように親密である、と説明するには、明らかに非連続な論理の飛躍があるといえよう。

確かに、患者の私密的なところに医療行為はなかば必然的に関わることになる。しかしそれは、患者の立場や思いを、だからこそ理解したことにはならないだろうし、患者と家族のような関係を医師がつくりあげているとはいえないだろう。それは、他方で医師と患者が生きている位相や立場が大きく異なることを確認することにはならないだろうか。

患者の立場に立ちたいと本気で願う医師もいるし、立場に立っていると納得し、普段の仕事をこなしている医師もいるだろう。

患者と医師の関係性にある“公共的なるもの”を考え、そのありようを反省的に考察しようとするとき、医師が患者との親密性を大切だと考えることや、医師が患者に示す親密性と患者からの医師への信頼が相互に影響をあたえあうのだと素朴に信奉することは、それ自体、詳細に解剖し、そこになにがあるのかを解読するトピックとなるだろう。そして、こうした側面をめぐる経験を「医師」が語る必要がないとして、もし仮に医師たちがそう思い込んでいるとすれば、それは問題ではないだろうか。

「語ろうとしない医師」にいかにもアクセスしていくのか、という営みは必須であろう。ただ同時に、「語ろうとしない医師」がいかにも「医師であること」を考えていくうえで問題であるのかを考えていく作業もまた、必須なのではないか。

5 人びとの“生”に埋め込まれた“公共的なもの”へ

医師の聞き取りがなぜ困難なのか。これまでの経験をもとに、あれこれ考えてみた。そこで明らかになるのは、聞き手である私の側であろうが、語りを求められる医師の側であろうが、相手に向かうときに、いかに“常識的な”というか“世俗的な”理解やイメージに囚われているのか、ということである。詳しくは書かないが、社会的な聞き取りやトランスクリプトの扱いに関して、「三流週刊誌的な興味」から書かれていると私たちを批判した医師もいたのである。社会学に対するそうした理解が適切かどうかは、ここでは基本的には関係ないだろう。社会学という名称を使い、「三流週刊誌的な興味」を満たすことを目的としたテレビ番組のコーナーもあるし、夕刊紙やスポーツ紙にも、「〇〇の社会学」というコラムで芸能人のプライベートネタを、俗情を満たすように語ることもあるのだから。

私も、やはり医師とはかくあるべき、というようなイメージに囚われていたことは事実だろう。こうした囚われを調査倫理のコンテキストで語るとすれば、どうなるだろうか。社会学研究者は、調査研究対象をめぐる“常識的な”理解やイメージを、そのまま無批判的に調査する営みに持ち込むべきではない。こんな感じだろうか。でもこの言い方だと、やはり「～すべきではない」という否定形になってしまう。

そうではない。やはり肯定のメッセージが必要だろう。社会学研究者は、調査をする営みのなかで、研究対象となる現実や問題をめぐる“常識的な”理解やイメージを相対化できるような工夫をすべきである。こんな感じだろうか。

さらに言えば、単に調査者自身が囚われているさまざまな“常識的な”前提を調査する過程で見直す営みは、自己反省的な次元にはとどまらないのである。

人びとの生活がなんらかのかたちで脅かされるような社会問題を、当該問題に関連する人びとへの聞き取りなどを通して調べようとするとき、調べる営みは、なかば必然的に、問題を生きる人びとの“生”と向き合うことにな

る。つまり、問題を調べるのではなく、“問題がいかに生きられているのか”を調べるのである。

そして、“生きること”を調べることは、単に調べる対象の個人的で私秘的な領域にまで、一定の信頼関係をつくりながら踏み込んでいく営みにとどまらないのである。たとえば聞き取りをしていて、相手を「被害者」「被差別当事者」とだけしか見ないで、そうした硬直したカテゴリーからのみ、相手の語りに向き合っているとすれば、それは“生きること”を調べているのではないだろう。

おそらくは、私たちは聞き取りの過程をとおして、自らが囚われているさまざまな“常識的な”前提に気づき、相手にあてはめようとする理解や言葉、情緒が揺らいでいくのである。そして、この“揺らぎ”のなかで初めて、相手の個人的で私秘的な領域にある、多様なそして多元的な“公共的なるもの”への嗅覚とでもいえるものが、調査者のなかで、ゆっくりと沸き起こってくるのだらう。

こうした“揺らぎ”への覚醒は、調査者が“生きること”を調べようと努力し、なんらかの石に躓いたとき、そして調査者が“調べること”を生きようと努力し、薄ぼんやりとした、かすかな光が相手の“生”から差し込んでいることを感受した瞬間、起こってくるのかもしれない。

それは、相手が、固有の問題を目の前にして生きているなかで、どこまでが“私秘的”で“語る必要もないし隠しておくべき”ことなのか、プライバシーという言葉に隠れて、語るべきでありながら、語らずにすまされている“公共的な意味をもつ経験”であるのかを、固有の問題ごとにより詳細に峻別し調べていく意義を直感できる瞬間といえるのかもしれない。

社会学の調査は、なんからのかたちで“常識的な”次元にある知識やカテゴリーを採用し、どこかで、そして確実に、その“常識”性に囚われている。だからこそ、“常識”性を調査する過程で反省的に考察することをおして初めて、たとえば相手の語りに埋め込まれた“歪み”も感受する可能性が開けてくるだろうし、“生きること”のなかにある“公共的なるもの”をいかに取り出せるのかという問題に調査する者は、向き合うことができるの

である。

社会調査とは“常識的な”前提を相対化する営みを含みこむものであり、調査者は緻密かつ徹底した相対化の営みを自覚的に行い、さまざまな問題や現実を生きる人びとの“生”に埋め込まれた“公共的なもの”を常に明らかにしようとする志向をもつべきである。

On the focus in social research ethics on the “public” embedded in one’s private and everyday life worlds

Hiroaki Yoshii*

■Abstract

In the field of social research ethics, there is a long list of negative messages: The researcher must not.... However, if there is to be policy that allows ethics to progress with better research, we believe it is important to consider positive messages, in terms of what we should, and can, do. This paper considers the possible positive messages in terms of the experiences I have garnered in addressing social issues such as discrimination and harm from medicines. In practical terms, we present the ethical possibilities in light of the difficulties in active interviewing doctors treating hemophilia with regard to cases where HIV is spread through drug use, the need to break through 1) the assumptions of *common sense* with regard to the doctors I, as a researcher, interrogate and 2) the assumptions of *common sense* with regard to the specialized world of treatment and the privacy of patients undergoing that treatment as considered by the doctors, my research targets. This is research that seeks to break through what is considered public, embedded in people’s private and everyday lives, as a focus in ethics where public aspects are incorporated within our individual human lives.

Key words: life history, social problems, privacy, common sense

*University of Tsukuba

