

〔論 説〕

医療契約法の再構築（5）

北 山 修 悟

はじめに

序 章 課題と方法論の提示

第1節 残されている課題の確認

第2節 1つの事例から学ぶ——新しいリハビリテーション医学

第1章 エビデンス・ベイスト・メディスン（EBM）

第1節 EBMとは何か

第2節 EBMに対する日本の医学界内での評価

第3節 EBMに基づく診療ガイドライン

[第1章の小括] (以上第67号)

第2章 ナラティブ・ベイスト・メディスン（NBM）

第1節 NBM登場の背景

第2節 NBMとは何か

第3節 EBMとNBMの統合 (以上第70号)

第3章 EBM・NBMと医師・患者関係

第1節 医療行為のプロセス

1. 医療面接

2. 身体診察と検査

3. 診断の確定の過程 (以上72号)

4. 治療方法の決定過程

(1) 治療選択肢の決定過程

(2) 医療行為の不確実性

（3）不確実性と価値観の多様性への対応（以上75号）

第2節 医療行為の目的——キュアとケア

1. 疾患のキュアと患者のケア

（1）医学史からの示唆

（2）医学と臨床医療の間

① 医学の範囲と本質

② 臨床医療とは何か

③ 医学と医療のあり方

（3）ケアの必要性とその内容

① ケアとは何か

② 医療におけるケアの必要性

2. 「病苦」の軽減としてのケア

（1）疾患か病者か——医療行為の対象〈1〉

① 疾患と病気

② 症状について

③ 2つの文化

（2）「病苦」とは何か——医療行為の対象〈2〉

① 「病苦」の定義

② 慢性の病気の場合

③ 統合性の喪失

（3）キュアかケアか

① キュアとケアの関係

② 個人化の方法

（4）キュアとケアを結びつけるもの——価値観と「意味」

① 患者の価値観

② 「意味」による媒介

③ 意味と経験

（5）ケア（病苦の軽減）の方法

① 患者について知ること

② 聴くこと

③ 癒しの力

④ 媒介としての医師

（6）小 括

（以上本号）

## 第3節 EBM・NBMに基づいた医師と患者の協働

## 第4章 新しい医療契約法の理念と構造

おわりに

## 第3章 EBM・NBMと医師 - 患者関係

## 第2節 医療行為の目的——キュアとケア

医療の目的について、それが何であるかを正面から論じた文献は以外に少ない。本節では、まずはキュアとケアという切り口からこの問題を検討し（1.）、次いで、医療の目的を綿密で現実的な考察に基づいてまとめているエリック・キャッセルの主張を要約して紹介する（2.）。なお、筆者はキャッセルの見解にはほぼ全面的に賛同する。

## 1. 疾患のキュアと患者のケア

## (1) 医学史からの示唆

## ① ヒポクラテス派

古代ギリシアにおけるヒポクラテス派医師の主要な関心は、診断ではなく予後と治療にあった。医師の最初の関心は患者の現す病気ではなく、患者そのものにあった。彼らは身体の一部の障害よりも、むしろ身体の全体に関心をもった。これは、彼らの知識が、正確に診断して巧妙に特定の治療を施すためには、余りにも限定されていたためである。また、予後が強調されるのは、ギリシア人医師の社会的地位が独特な無保証の状態にあったということからも説明できる。彼らは遍歴の職人であり、適確な予後によって、早急に民衆の信頼を得ねばならなかった。彼らには失敗が許されないで、患者の治療を引き受けるべきか否か、そして時にはその町を退去すべきか否か、退去すべきであれば何時にすべきかなどを知ることは、彼らにとって最も重大であった（アッカークネヒト1983: 67-68）。

ヒポクラテスも遍歴医だった、という点で史家は一致している。1ヵ所に定住する医者はその頃は稀だった。多くは渡り職人のように、御用聞きをして患者を探す。ある場所で患者がたくさんいると、臨時に「診療所」を仮設した。ヒポクラテスもそういう医者 of 1人だったのである。しかし、ヒポクラテスが、予後を診断（ディアグノーシス）以上に重んじたのは、遍歴医という業態のためだけではない。ヒポクラテス医学は診断の語彙を

持たない「病名のない病理学」だったのである（梶田2003: 60-61）。

ヒポクラテス派の医師の治療法は、彼らの基本的な研究態度を反映している。それは病気そのものの治療ではなく病める個人の治療であり、身体の部分ではなく全体の治療であった。フィジス（自然）はそれ自体強力な治癒力をもっていて、医師の仕事はこの「自然」のもつ治癒力を助けることであり、勝手にこの力を導くことはできないという基本概念の上に成り立っていた。健康とは体液の調和した混合状態（ユークラジア）であり、病気は不完全な混合状態（ディスクラジア）である。乱れた体液はアペプシス（不調理）の状態である。「自然」はいわゆる生来の熱を用いてペプシス（調理）を行い、失われたバランスを回復しようとする。調理とは簡単にいえば料理をするという意味であるが、これはクリシス（分利）を以て終わる。医師がこの経過中で「自然」の力を助けるために役立つのは、主として食餌療法であった。排出のための乱暴な手段となる下剤を与えたり、吐剤を用いたりすること、あるいは瀉血などは、ヒポクラテス派の医師は滅多に行わなかった。食餌療法が失敗したときにだけ薬剤が用いられ、外科的療法は最後の手段であった（アッカークネヒト1983: 68-69）。

たしかにヒポクラテス派は病名を知らなかった。しかし、そのために、かえって病名を越え、病む人そのものに肉薄することができた。それが「一般病理学」の精神として、長く引き継がれ、医学史の根底を流れ、伝えられてきたのである（梶田2003: 67）。

## ② 中世

中世の医学史は、2期に分けることができる。最初の時期、いわゆる暗黒時代を、修道院医学時代と呼ぶ。この期間には、医療の実践や医学書の編集に修道士が重要な役割を果たした。イタリアやガウルには平信徒の医師もいた。多くのユダヤ人が、古代のギリシア人に代わって君主や枢機卿の官廷医となった。彼らはもちろん聖職者ではなかった。ビザンチンの皇帝ユスチャーヌスの治世にヨーロッパで猛威を振ったペストの大流行の後、イタリアの半蛮族のロンバルディア人が、全くの蛮族のゴート人にとって代わられた（568年）。その後は修道院が次第に広い範囲にわたって学問の最後の避難所として残った。医学は次第に聖職者の手中に帰した。全般的な文明の破壊で、時代は一千年前の状態に戻った（アッカークネヒト1983: 88-89）。

医療に奉仕する多数の修道士の努力はあったが、キリスト教自体は、全

一般的に医療を重視しなかった。このことは、6世紀の後期、ローマ法王クレゴリーおよびツールスの聖グレゴリーの著述によって明示されている。彼らは、肉体的病気に対する関心よりも、魂に対する興味をもつように強調しているのである。キリスト教は本来、独自の疾病論をもっていた。病気は罪に対する罰であり、悪魔に魅入られたりあるいは妖術の結果として生じるものであった。そして、これに対する治療法も持っていた。たとえば祈り、懺悔、および聖者の援助などである。そして、このようにして癒されれば、それは基本的には神癒とされた（アッカークネヒト1983: 89-90）。

ヨーロッパ医学の方向を転換させる新しい力は、西方世界に与えたアラブ科学の衝撃である。この衝撃は、医学以外の多くの分野でも感受された。アラビア数字やアルコール、アルゼブラ（代数学）などのアラビア語の導入は、この影響が広範だったことを示している。この時期にアラブの著作家が西方の医学に圧倒的な影響を及ぼしたのであるから、この時代をアラブ医学時代といってもよいわけであるが、一般にはスコラ（学校）医学時代と呼ばれる。医学が修道院を離れ、スコラすなわち新しく設立された大学で教授されることになったからである（アッカークネヒト1983: 91）。

### ③ 近代以降

解剖学は16世紀頃から、まず芸術家の手によって、次いで解剖学者のメスによって盛んになった。この解剖学が、16～19世紀にかけて、ユーラシア大陸のギリシア・アラブの伝統医学を近代西洋医学へと変貌させた。「慰めと癒し」に由来した伝統医学は、解剖学と結びつくことで様相を変え、「近代」のものになったのである（梶田2003: 82-83）。

19世紀の初めには、フランス、とくにその首都パリの医学が輝いていた。パリはヨーロッパ諸国から学生や研究者を集めていた。すなわち、中世の文献医学（library medicine）、16～18世紀のライデンを中心とするベッドサイド医学（bed-side medicine）に対して、19世紀のパリに開花した医学は「病院医学」（hospital medicine）と特徴づけられる。これは、19世紀後半以降には研究室医学（laboratory medicine）にバトンを渡すが、その主な担い手はドイツ人であった（梶田2003: 228）。

19世紀初期の臨床観察は、3つの点で古典的なヒポクラテ斯的観察とは違っていた。まず、それは大規模であった。パリ臨床学派の指導者の1人ブイヨーは、5年間に2万5千の症例を診たことを誇っている。次に、19

世紀の臨床観察は、もはやヒポクラテスからシデナムやベルハーヴェまでの医師たちが行ったような消極的な技法ではなかった。それは新しい復活した物理的診断法の大規模な応用で、臨床観察は積極的な「検査」へと変貌したのであった。そして、その観察は、説明できない病状に関心をもつのではなく、検屍台で発見された病変に照らして考えられる症状に関心が寄せられた（アッカークネヒト1983: 157-158）<sup>(1)</sup>。

組織学、病理学、生理学および薬理学の目ざましい発展は、19世紀後半の新しいタイプの臨床医学の発展へと通じた。この新しい臨床医学が現代の医学である。早期に医学発展の主役を演じたクロード・ベルナルは「実験室は医学の聖域である」と断言している。この新時代の医学は「実験室医学」と呼ばれるに相応しい。実験室医学は、直接的な感覚印象を数字に置き換えるのであり、以前の医学と比較すれば「抽象医学」となる傾向がある。この新しい医学の発展には、ドイツが指導的な役割を演じた。それは、全日制の科学者が育ったのはドイツだけであったからである。ドイツでは多数の専門職の生理学者がいたし、生理学研究所があった（アッカークネヒト1983: 187）。

南北戦争後のアメリカにおける19世紀後半の数十年間における医学の復興は、ドイツで教育されたり、あるいはドイツの影響を受けた人々の指導力で実現した。そして彼らによって実験室医学が導入され、基礎科学の教育が充実された。復興の先頭に立ったのはホプキンス大学のグループとその四大指導者、ウィリアム・オスラー（1847-1919）、ウィリアム・シュワート・ハルステッド（1852-1922）、ウィリアム・ヘンリー・ウェルチ（1850-1934）とハーワード・アトウッド・キーリー（1858-1943）らであった。ジョンズ・ホプキンス医学校は1893年に各学部の揃った大学の一学部として、バルチモアに開設された。そしてアメリカの医学教育に深大な影響を及ぼした。その指導的人物の1人であるポブジイ（恋人）と愛称されたウィリアム・ウェルチは、ドイツでコーンハイムやルドヴィッヒの下で研究し、ホプキンス大学ではドイツ医学の特色である研究方法と研究室の完備を推進した。ウェルチはまた、1901年に設立されたロックフェラー基金の運営方針の確立に力を注いだ。ロックフェラー基金は、アメリカでの

---

(1) 西欧医学における大きな切れ目は、まさに臨床医学の経験が、解剖=臨床医学的まなざしと化した時から始まる（フーコー1969: 202）。

研究の発展ならびに研究の助成に大きな役割を演じた（アッカークネヒト1983: 252-253）。

第一次大戦後、アメリカの医学生は、卒業後の訓練のためにヨーロッパへ行く必要はもはやなくなった。代わりにヨーロッパの医学研究者が、ますますアメリカに集中するようになった（アッカークネヒト1983: 255）。

1950年代以降、精神身体医学が勢力を伸ばしてきた。精神身体医学は、主として身体的疾患あるいは病訴の心理的要因を取り扱う。ただし、精神身体医学の発見は実は単なる再発見に過ぎないのであって、奇抜な名称で呼んでみても内容は昔と少しも変わっていない。身体的疾患あるいは症候は、心理作用に深く影響される。しばしばそれが疾患の一部の原因となる事実は、ヒポクラテスからシャルコーに至る偉大な臨床医にはよく知られていたのである。過去の医学文献には、精神身体的医学の項目が豊富である。1950年代以降の新傾向は、この種の病気の発生率が著しく増加したことによるものとは思われない。そこで起こった事態は実は、19世紀後半から20世紀の前半にかけて、めまぐるしい客観的発見とこれに付随した過度の機械化と過度の専門化のざわめきの中で、伝統的洞察が失われたということである。医師は実験室志向性を示し、科学的となり、非人間的となり、患者が人であることを忘れた。あるいは人たることを無視してよいと感じた。患者を人として取り扱うことは、あらゆる時代を通じての医学の基本的な態度である。それを現代になって新たに導入した精神身体医学として専門分科とするとは、何と現代は奇妙な時代であろう（アッカークネヒト1983: 267-268）。

#### ④ 明治維新時の日本

日本人が西欧の学術を取り入れた歴史は、日欧通交の開始から幕末開港以後に及ぶが、仮にこれを3期に分けることができる。第1期は、ポルトガル・スペイン系学術の時代、第2期は、オランダ系学術（蘭学）を主とする時代、第3期は、幕末の開港以後、イギリス・フランス系の学術が加わった洋学の時代である。各時代を通じて、学術のうちに医術が占めた比重はかなり大きかった。医術は支配者も民衆もともに、もっとも期待を寄せた異国文明の要素だったからである。明治政府がドイツ医学の採用を正式に決めると、以後は、オランダやイギリス系の医学はすたれた（梶田2003: 280）。

イギリスの歴史家ワーボイスは、こう書いている。日本の支配者に対し

て、西欧医学の2つの大潮流が選択を迫っていた。1つは英国の、病院に基礎を置く臨床指向の医学であり、これはお雇い医師ウィリスの名声と、英国の外交上の立場を頼みにしていた。もう1つはドイツの、大学に基礎を置くシステムで、これは科学的訓練と研究室の仕事には絶好であり、そのころ世界を牛耳る位置にあると思われていた。そして、後者が選ばれた（梶田2003: 307）。

しかし、医療・医学の原点にはいろいろな観方があるにせよ、「研究室医学」にその原点があるとは言い難い。19世紀後半の細菌学が伝染病の撲滅に大きく寄与したので、「研究室医学」の比重が大きかったことは否めないが、医学全体からみれば、疾病をみるのではなくて病者をみるという立場で、「病院医学」に原点をおくことは正鵠を射ているといえよう。それなのに、わが国は不幸にも、エディンバラ学派と対立する立場でできたドイツ学派を選択してしまい、戦後もその過ちに気づかず、時の推移するままに任せていたということを、われわれは反省しなければならない（井口1999: 145）。

昨今の「研究室医学」といえば、分子生物学のように考えられ、これは近代科学の寵児である。これは要素還元主義（リダクシオニズム）の手法をとる。すなわち、物を構成要素に細分して、その要素の性質を分析することによって全体を理解しようとする手法である。しかし、部分を集めたらもとの全体になるかということ、そうはならない。全体は部分の総和以上のものである。リダクシオニズム的研究の究極に全体の解明があるとはとても期待できない。そもそも生命体の特徴は、(a) 構成が極めて複雑多岐にわたっていること、(b) それにもかかわらず全体として調和を保っていることである。このような生命体の本質を解明するのに、リダクシオニズムの手法は有効なのだろうか。効果的な面も確かにあるであろうが、生命体を物としてとらえ、これをばらばらに分析しても、生命体そのものをどれだけ把握できるかはわからない。1970年代後半から1980年代初めにかけて、「リダクシオニズムの科学」とは反対の考え、すなわち「ホーリズムの科学」に眼を向けるべきとの雰囲気が起こったが、全体としてこの傾向は抽象論であり、論理としての具体性に欠けていた。また何がしかの神秘性を含んでいたので、東洋神秘主義的な、あるいはニューサイエンス的なものとして受け取られる面もあった。このような経緯の中で1980年代後半になって、それまでのホーリズムの概念ではなくて、「新しい科学と



しての複雑系」を確立しようとする動きがアメリカで起こった。このような新しい科学の概念に立ち向かうのが21世紀であろう（井口1999: 152-153）。

#### ⑤ 診断技術の変遷

医学のなかでも、診断技術の変遷が、医師—患者関係のあり方と医療の方法論に大きな影響を与えたことが指摘されている。以下は、その診断技術の変遷についてである。

伝統的に、診断の過程は医師と病人が顔を合わせるところから始まる。病人（自分の病状を言葉で表現できない幼児や精神障害者などの場合は第三者）は、自分の症状の性質や経過を説明する。このときの内容が、患者から申告された病歴である。これに医療従事者が患者を診察して得た情報を加え、その全体を分析して解釈すると、「正式の」あるいは「本物の」病歴となる（クルッシン2008: 218）。

17世紀の医師の世界は、現代とはまったく様子を異にしていた。どういう性質の病気をかを決める際に、医師は主として3つの手法を用いることができた。患者が自分の病状を訴える言葉、患者の肉体的外観や態度を観察して医師が感じ取る病気の徴候、そしてずっと稀だが、医師の手による患者の身体の観察である（ライザー1995: 7）。

19世紀に入っても、医師たちは先人と同じようなやりかたで、病気の診断を続けていた。1805年に、ある医師が典型的な診断の仕方を述べている。それによると、かかりつけの医師はまず「患者が最も強く感じていることをよく知る。患者の脈や皮膚に触れ、舌を見る。顔の表情を調べる」（ライザー1995: 14）。

聴診器の出現によって、医師たちは新種の徴候——欠陥のある臓器から出る体内音——に注意を集中するようになった。これらの音と解剖で発見される多種の病変から推論される病気が、患者の主観的な印象と医師自身の観察から推論されるものにとって代わった。医師が人間そのものに目を向けなくなる傾向は、聴診のため、患者には聞こえない音の世界に閉じこもることで強まった（ライザー1995: 60）。

検眼鏡と喉頭鏡が発明されるまでは、身体を外科手術で切り開かないかぎり、患者の体内の異常は眼に見えなかった。いまや、視覚は聴覚と並んで、人体内部をさぐる主要な感覚的な手がかりとなった。いずれも患者の外観や証言にたよらずに、病気を突き止めることができた。これによって、病気を、人間そのものよりもその肉体の一部の障害として、具体的に像を

思い描ける個別の病変とみなそうとする医師たちの傾向が、促進されることになった（ライザー1995: 74）。

人間の病気と死の主な原因を突き止めるのに、顕微鏡がきわめて重要な意味をもつようになり、20世紀初頭には、大勢の医師によって、医学における卓越した診断手段と見なされるようになった。聴診器と同じように、顕微鏡はふつうの感覚では捉えられない体内の変化という宇宙へ医師を引き寄せた。聴診器による診察では患者が目前にいる必要があるのと異なり、顕微鏡検査では、患者の体内生成物さえ採取してあれば、患者がいなくても検査を進めることができた。X線と同じく、顕微鏡は医師が病気を診断するときの患者との肉体的な接触を減らす方向に作用した（ライザー1995: 114）。

コンピュータX線断層撮影（CTスキャン）の急増にも懸念の声があがっている。これは1972年に開発された技術で、患者の身体をあらゆる角度からX線走査して、得られたデータをコンピュータでブラウン管上に再構成するものである。この方法で得られる一連のX線断層写真によって、他の診断技術では見つけにくく、患者に苦痛と害を与えるおそれのある、体内の軟組織の疾患を突き止められるようになった。しかし、その恩恵に狂喜した医師は、出回っている装置の技術的な質を十分に評価せずに購入して、医学的にそれを使う意味が疑わしい状態にも使い、しかもそれを使うときには通例の診察すら省略するようになった（ライザー1995: 198）。

どう方向づけるかという明確な考えもなく日常的に技術的検査を指示することは、1920年代には「好奇心過多症」、1950年代には「ショットガン検査」というレッテルを貼られていたが、1960年代には一部の医師から「無脳医療」と呼ばれるようになった（ライザー1995: 199）。患者たちの態度もまた、診断の決定に科学技術を頼みにしすぎる傾向を助長した。多くの患者が医学の技術的な手段に魅せられた（ライザー1995: 200）。

このように、問診が重視されなくなったのは、聴診や打診などの技法が使われるようになり、医師が自分の感覚によってデータを集めることができるようになってからだった。19世紀後半には、患者やその縁者の語るまわりくどい話は、身体の診察で明らかになるデータと比べて、退屈で無益なものと思なされるようになっていた。20世紀になって、複雑な診断技術が発達すると、患者の言葉はますます無視されるようになったのである（ライザー1995: 209）。

20世紀のあいだずっと、医師たちは、患者の苦しんでいる病気について、本人の主観的な症状はどんな情報よりも無視されると書いてきた。だが、なかには、患者の大多数については問診だけで正しい診断が下せると断言する医師もいる。問診を重視すべきだとする医師の基本的な言い分は、機器や感覚による診察で病気の原因は明らかになるかもしれないが、病気がどんな影響を及ぼしているかを表現できるのは、患者本人だけだという点であった。技術的な検査によっては適切に評価できない病気の患者はどうなるのか、という懸念も表明されてきた（ライザー1995: 209-210）。

こうしてみると、現代の多くの医師は、医学的証拠の価値に序列をつけている。つまり、患者の説明によって明らかになる事実よりも、医師が自分の感覚で見つけた事実のほうが価値がある。さらにそれよりは、複雑な科学的手段によって得られる、より正確で診断に密接な関係があると思われる事実のほうが高い価値をもつ、というわけである（ライザー1995: 210）。19世紀以来、医師たちは一連の段階を進んできた。言葉による情報収集法にもとづいて患者から直接に話を聞く段階から、診察という技法で患者の身体と直接にかかわる段階へ、次いで機器と専門技術家を通じて患者の経験と身体に間接的にかかわる段階へと移ってきたのである。新しい段階、新しい技法へと進むたびに、古い技法を使いこなす腕は落ち、その結果、古い技法から得られるかけがえのない洞察が犠牲にされた（ライザー1995: 275）。

以上の経過を詳説したうえで、ライザーは以下のようにまとめている。

すなわち、体温計にあらわれる数値、心電計の描くグラフ、X線装置の示す画像、顕微鏡が捉えるかたち、コンピュータが生み出す診断——これらすべては、人間が天性の感覚を使った場合にありがちな欠陥や先入観の入る余地がなく、事実が歪められないですむと考えられており、それゆえに、こうした証拠は病気の診断と治療に最も価値があるとまで考えられている。しかし、こうした考えはいずれも正しくはない。そのような機器の生み出す証拠の価値が高いことは確かだが、それら进行操作する人間の手や、結果を評価する人間の頭脳の影響をこうむらないわけではないのである。さらにいうと、人間という存在には、計測不可能で機器の立ち入りを拒むような事実が山ほどあって、それは医師の知覚——問いかけ、観察して判断を下す——によってしか入手できないのである。機器は否応なく医師と患者双方の注意を病気の計測可能な面に引きつけ、少なくとも同程度に重要

な意味をもつ「人間的な」面から注意をそらせてしまう。テクノロジーが生み出す証拠が医師と患者双方の時間を占有し、彼らにとって第一の関心事であるかぎり、両者のあいだに密接な個人的な関係が育つ可能性は小さくなる一方である。医師が診断用のテクノロジーを多用すればするほど、ますます間接的に、機器や専門家というフィルターを通して患者を診るようになっていく。それはまた、診断の過程をコントロールする力をますます失っていくことにもつながる。このような状況にあって、医師はしだいに患者から遠ざかり、そして自分で判断することが少なくなっていくのである（ライザー1995: 277-278）。

#### ⑥ 時代と医療

医学史（及び診断技術史）を顧みることによって、医科学の発展が、いかに医師（あるいは医学者）と患者との距離を拡げていったかが分かる。それと同時に、医学史は、現在の医学ではしばしば忘れられていることを教えてくれる。それは、医学とは何であるか、医学がすべきことは何か、それをどのように行うかという認識は、完全にその時代の意見の流れに左右されるということである。その時期の一般的思想から完全に独立した自主性はもっていなかったのである。医学の動きによって引き起こされた現在の明らかな現象は、医療はそれを取り巻く文化に伴って大きく変化するということである。医学の目的と対象は、時と場所に依って変化する（ローズ1990: 32）。

この点に関して、I・イリッチは、彼独自の管理社会批判の視座から、現代の医療につき、以下のような指摘をしている。

今日では、自分自身の死の段階にたどりつこうとしている状態から最もよく保護されているのは、危機の段階の患者である。社会が、医療システムを通して、いつ、そしていかなる侮辱的待遇、虐待を課してから患者を死なせるかを決定する。社会の医療化は自然死に終焉をもたらしたのである。西欧の人は、死ぬという自らの行為において主体的である権利を失ってしまった。健康すなわち病気と闘う自律的な力は、最後の息の根まで奪われてしまっている。技術的な死は、死ぬことにおいて勝利を収めた。機械的な死がすべての他の死を征服し、破滅させたのである（イリッチ1998: 162）。人々は障害や苦痛とともに生活するという能力を失ってしまい、それぞれ専門化したサービスを業とする人々によって、すべての不快を処理してもらおうと依存的になってしまっている。健康ケア産業の過度の拡張

が累積した結果、人々は身体内部や環境内部の変化に挑戦し、反応し、それと闘う力を歪められてしまったのである（イリッチ1998: 174-175）。

健康は適応の過程を示している。それは本能の結果ではなく、社会によってつくり出された現実に対する自律的ではあるが、文化的に形成された反応なのである。それは変化していく環境に適応し、成長し、年をとり、損傷を受けたとき治癒し、苦しみ、死を平和のうちに待つという能力である。健康は未来をも包含し、それゆえにともに生活しなければならない苦悩と内的な慰みとを含んでいるのである。健康は各人が責任をもち、他人に対して部分的にのみ責任をもつ過程を示している（イリッチ1998: 218-219）。

医療の介入が最低限しか行われぬ世界が、健康が最もよい状態で広く行きわたっている世界である。人間によって意識的に生きられている脆弱さ、個性、関連性は、痛み、病気、死の経験を人生の不可欠の部分にする。この三者と自律的に闘う能力は、彼の健康に対して基本的なものである。彼が自分の内奥のものを管理にまかせるとき、彼は自律性を手放し、彼の健康は衰えざるをえない（イリッチ1998: 220）。

また、ルネ・デュボスは、生物進化という観点から、もう少し穏当な考察を行っている。

すなわち、19世紀のスローガンである「適者生存」は、何が適しているのかを述べていない点で問題になると、よく指摘されてきたが、同じように、人間が何に適していくべきか、換言すれば、人間の到達点はどうかあるべきかという倫理的価値を含んだ決定をあらかじめ下さないことには、人間の未来は計画できない。新しいものが必ずよいとは限らないし、見たところいけば望ましい変化であっても、変化というものは、すべて常に予測できない結果を含んでいる（デュボス1977: 203）。そして、人類が自由な意志をもつ独立した個人から成っている限り、静止した社会状態はない。人間は新しい熱望を伸ばし、また新しい解決法がある新しい問題をおこす。人生は冒険を意味するものであり、苦闘と危険を伴わない冒険はない（デュボス1977: 208）。

したがって、人間が健康と幸福を切望するのは当然であるが、しかしながら、いく人か、そしてたぶん全員にとって、健康や幸福は、通常の生物的概念を超えた意味を持っている。人間がいけば望む種類の健康は、必ずしも身体的活力と健康感にあふれた状態ではないし、長寿を与えるものでもない。それは、各個人が自分のためにつくった目標に到達するのにい

ちばん適した状態のことである。通常、それらの目標は生物的必要と関係を持たないばかりか、時には、生物的有用性に相反することもある。健康と幸福の追及が、生物的よりもむしろ社会的な渴望によって導かれることが、かなりある。そして、人間がいちばん熱望する満足と、その生活に最も深い傷をつける苦悩は、肉体と理性的な能力を超えた、科学法則では完全に割り切れない決定因子を持っている（デュボス1977: 208-209）。

いずれにしても、次のような指摘は正しいであろう。「医師は、自分たちが属する分野の限界を定めなければならないだろう。何が病気とされるのかについて（精神医学の分野では、この疑問はきわめて重大である）、自分たちはどこまで手がけるのかについて、明確な答えを用意しなければならない。遠い昔から投げかけられてきた疑問をしっかりと把握し、病気がない世界が可能なのか、あるいは少なくとも望ましいものなのか、それとも、死と病気は避けられないものであり、医師にできるのは苦しみを最小限にして、われわれの重荷を背負いやすく、より人間的に耐えていけるようにすることだけなのかを、決定しなければならない」（クルッシー2008: 293）。

## （2）医学と臨床医療の間

医学の歴史をたどることから見えてきた点の1つとして、医学（医科学）と臨床医学とが、当初は一体であったが、科学としての医学の発展によって、次第に離れていったということがある。そこで、次に、現代において医学と臨床医療との関係がどのようなものであるのかを検討する。

### ① 医学の範囲と本質

わが国で最初に医学部（大阪大学医学部）において「医学概論」の講座を担当した澤瀉久敬（おもだか・ひさゆき）は、以下のように述べている。

医学概論の主要課題は3つである。科学論、生命論、医学論がそれである。ただ、ここで1つの疑問が出されるかも知れない。それは、医学概論は医学論だけで十分ではないか、生命論や科学論は不要ではないかという意見である。しかしながら、医学概論とは、医学の立場から生命や医療を論ずるものではなく、人生一般の立場から医学を論ずるものである。とするならば、まず、人生に対する広い見解、深い考察が必要なのである。それなくしては、医学論は偏狭な理論や単なる医学随想になりかねない。それを避けるためには、まず、生そのものについての哲学的な全般的理解が

必要である。従来の多くの医学論の欠点は、そのような根底を欠いて、医師や医学者の単なる感想的医学観にとどまっているところにあるのではないかと思う。それを避けるためには、どうしても、まず、確固たる生命の哲学が必要なのである（澤瀉1981: 22）。

医学とは単なる理論ではなく技術であり、しかも単に技術であるだけではなく、同時に仁術でもある<sup>(2)</sup>。医学は学、術、道の3つを備えることによって始めて完全な医学となる。というよりも、その3つを備えないものは、正しくは医学とは呼び得ないのである。その点、医学はまず医療の理論と実践であって、それにあとから医道が加わるのであると考えてはならない。医学を単なる自然科学と考える場合には、いま述べたような誤った考えに陥りやすい（澤瀉1981: 37）。医師というのは単なる職業、あるいはいわゆる職業ではない。この世に生きる限り、人間は誰しも人間として立派な生活を求めている。悠久の時の流れの中であって、人の一生は小さい輪を形作っては瞬時に消えてゆく雨だれの描く波紋にも等しい。その生をいかに生きるか。どのような生き方が人間として最も尊い生き方であるか。このように思索する時、ひとの心に輝き出るのが医師という仕事の尊さである。人間が生を生きるかぎり、人間にとって最も尊いものは生である。したがって、その生を守り、生をよりよく成長させ発展させることほど尊いことは他にないはずである。それが医師と医学者の仕事である。それはもはや単なる職業ではない。この人生をどう生きるかの問題である（澤瀉1981: 71-72）。

---

(2) 最近では、医療経済についての関心が急速に高まっている。無駄をなくす立場からは、大変必要なことであろう。このような医療の趨勢にあるが、従来からいわれてきた医師をはじめ医療従事者の臨床における基本的な心構えとしては、疾病を担っている患者とその家族を対象とし、仁愛の心を基本に、その苦悩を救い幸いをもたらすことで、「医は仁術なり」に変わりはない。医の心は仁術にあることはいうまでもないことで、このことが医師や医療従事者の気持ちの基本になければならない。「医は仁術」とは、よくいわれることであるが、わが国では、いつごろからいわれ出したのか、明確な時期ははっきりしていないとされている。有名な貝原益軒の『養生訓』には、医は仁術という言葉がみられる。疾病に苦しむ人を救う心が医の本質で、自分の利益を追求するためのものであってはならない。そのためにも、品位があり、常識が必要なことが説かれている。こうした考え方、思想はヒポクラテスの時代にもあり、また中国にもあり、医師の心得とされている（祖父江2001: 104-105）。

単なる生理学と医学とはただちに同一であるとは言えない。生理学や生物学など、生命の科学と医学とを世人は、いや多くの学者さえも、あまりにもしばしば混同しすぎてはいないであろうか。生理学や生物学は認識の学であるのに対して、医学は医療という実践の学である。これらは学としてのカテゴリーが異なるのである。生命現象の法則をたずねる学と、病気を治療しようとする実践の学は、概念的にはっきり区別されねばならない（澤瀉1981: 41）。

病気の治療と病気の治癒は必ずしも平行するものではなく、治癒は病者の治癒力、生命力をまって初めて可能となるのであって、極端に言えば、医師の役割はただその治癒力に対していかに善処するかということにある。と言うことは、もちろん、医師の仕事を軽視するというではない。良医を得なければ、病者の治癒力は十分に発揮されない。ただ、このように眺めるなら、医師にとって大切なことは、その患者の治癒力をいかに助け、さらに強化するかということなのであって、その意味において、病者の生命力の能動性を高めることにこそ、病気治療の方法の重点をおかねばならないのである。その点、いままでの医学は病人にとって受動的な面が少し強すぎたのではなからうか。無論、その責任の半ばは患者自身にある。病気は医師に治してもらおうものとする受動的、依存的態度が患者にも強すぎたのである。その点、患者も考えなおさなければならない。病気に対してもっと積極的にならねばならない（澤瀉1981: 56-57）。

現代人は「科学化」という言葉を神秘化し、それを無批判に絶対的に価値あるものと考えている。しかし、科学なるものは本来生命を知るにはふさわしくないものである。デカルトが確立した自然科学は、生命のない物質を解明し利用するためにはまことにすばらしい道具である。しかし、それは生命の理解には適しないのである。そうはいっても、われわれは生物物理化学の価値と意義を否定するのでは決していない。動きを微分方程式であらわそうとする試みはどこまでも続けられねばならない。そのことを十二分に承認したうえで、しかし、生命そのものの把握はその方法では原理的に不可能であることも認めるべきである。網に魚はかかっても水は流れ去ることを認めるなら、西洋医学にも短所のあることを認めねばならない（澤瀉1981: 207）。

多くの人は医学の哲学と生命の哲学を混同し、この2つの哲学を区別することさえできないようである。しかし私は生命の哲学と医学の哲学は全



く別のものであるということを強く訴えたいのである。医学概論とは、医学の立場から生命を論ずるものではなく、生（生命・生活）の立場から医学を論ずるものであるということをはっきり認識しなければならない（澤瀉1981: 255）。

以上に見たように、医学は医療という実践の学である、とする澤瀉においては、医学と臨床医療は同じもの（もしくは連続するもの）と捉えられているように思われる。これがしばらく前までの一般的な捉え方であったのかもしれない。

これに対して、医学をいくつかのカテゴリーに分けるという考えが、次のように主張されている。

すなわち、現代の医学は、重大な存在論の問題を抱えている。たしかに我々は、外界とは果たしてあるのかないのか、といった、〈一般の〉存在論の問いに苦しむことはないが、〈特殊な〉〔各論的な〕存在論の問いとなると、全力で取り組んでよいものがいくつかある。病気のような抽象的な実体 (entities) が存在する、と言明するのは、どのくらい正当なことか？ 精神疾患の真の本性とは？ 人間〔ヒト〕はたんなる生物学的な有機体なのか、あるいはそれ以上のものか？ 道徳上の価値というのは、世界の構成の一部という意味で存在するのか、それともたんなる個人の意見にすぎないのか？ 精神状態は、物質的な対象=過程とは本質において違うのか、それとも神経生理学的な状態に還元されうるものか？ 我々が選ぶ研究方法にせよ、臨床上の問題に対する我々の態度にせよ、かなりの程度までは、こういった問いにどう答えるかに関わる（ウルフほか1996: 35-36）。

また、医学とテクノロジーの関係は複雑であり、テクノロジーをたんに科学の応用とみなすことは、真実から遠い。大洋を渡る船を作ったヴァイキングは物理学をまったく知らなかったし、現代の飛行機は、その働きを物理学の法則から演繹することはまったく不可能であり、風洞その他多くの方法でテストされなくてはならない。もちろん科学の新知識が新しいテクノロジーを導くこともあるが、テクノロジーの進歩もしばしば科学の問題を提起する。1つの学問として見るとき、医学はユニークであって、こういった人間活動の全範囲を含んでいる。言葉を本来の意味で用いるなら、医学という職業（プロフェッション）のメンバーは、科学（例えば、ラボラトリーにおける基礎研究）、テクノロジー（例えば、新しい薬剤の試験）、

技術（例えば、個々の患者についての検査と治療）に従事しているといえよう。しかし日常の用語法では、テクノロジーと技術は、複雑な装置の開発と使用を意味するから、誤解を避けるためには違う用語を用いた方がよい。したがって、この議論のためには、以下の区別をするべきである。まず①〈生物学的医学〉（科学レベル）にかかわる〈医生物学者〉、②〈臨床医学〉（テクノロジー・レベル）の発展にかかわる臨床研究者、③〈実地診療〉（技術レベル）に従事する〈臨床医〉である（ウルフほか1996: 73-74）。

我々は、機械モデルが病気の観念の重要な〈一部〉であることを受け入れる。ただそれが病気の〈完全な〉記述を提供する、という主張に反対する。病気は単に生物学的な実在物ではない。病むのは生物学的な有機体ではなく人間なのであり、はっきりと生物学的故障を示す十二指腸潰瘍や癌といった病気でも、その原因、その表現、その結果は、生物学の範囲をはるかに越えている。つまり、臨床医学は応用生物学以上のものである。臨床医は、患者の痛みの経験、悩み、自尊心、人生における目標などを考慮すべきであり、そういう非生物学的な現象を合理的な方法で扱うことを学ばなければならない。それはたぶん、現代の医学によってなされるべき最大の挑戦である（ウルフほか1996: 102）。

## ② 臨床医療とは何か

ここで、少なくとも医科学と臨床医療とが区別されるとして、それでは臨床医療とはどのような性質のものであるのか。それは医科学とどのような点で異なっているのか。この点につきもっとも明解な説明モデルを提供してくれるのが、中村雄二郎による臨床の知についての考察である。

近代科学の3つの原理、つまり〈普遍性〉と〈論理性〉と〈客観性〉が無視し排除した〈現実〉の側面を捉えなおす重要な原理として、ここに得られるのは、〈コスモロジー〉と〈シンボリズム〉と〈パフォーマンス〉の3つである。わかりやすく言いなおせば、〈固有世界〉〈事物の多義性〉〈身体性をそなえた行為〉の3つである。そして、これらをあわせて体現しているのが、〈臨床の知〉としてモデル化したものである（中村1992: 9-10）。

これほどまでに科学の知とそれにもとづく技術文明が輝かしい成果を収め、人々の篤い信頼をかちえたのはなにゆえであろうか。結論を先にいえば、それは大局的に言って、科学の知が、(a) 普遍主義、(b) 論理主義、

(c) 客観主義という3つの顕著な特性あるいは原理をもっているからにはほかならない(中村1992: 128-129)。

第1に、普遍主義であるが、これはデカルトの幾何学的な〈無限空間〉やニュートンの物理学的な〈絶対空間〉に典型的に見られるように、事物や自然を基本的に等質的なものと見なす立場であり、それによれば、事物や自然はすべて量的なものに還元されることになる。したがって、地域的、文化的、歴史的な特殊性は簡単に乗り越えられて、同じものがどこにでも通用することになるのである。第2に、論理主義についていえば、これは、たとえば分子生物学のDNA二重螺旋説による生命体の解明のように、基本的にあるいは出発点として、事物や自然のうちに生ずる出来事をすべて論理的な一義的因果関係によって成り立っているとする立場であり、それによれば、すべての出来事はこのような一義的因果関係によって捉え、認識できる、ということになる。したがって、もしも事物や自然のうちに或るメカニズムが見出されれば、その技術的な再現が、さらには制作が、可能になるのである。第3に、客観主義であるが、これは、たとえば脳科学によって脳の高度な活動を諸々の連合野の働きから成る客観的なメカニズムとして解明し、また治療に役立て得るように、事物や自然を扱う際に、扱う者の主観性をまったく排除して、それらを対象化して捉える立場であり、それによれば、事物や自然は扱う者の気分や感情に左右されずに、ありのままに捉えられ、扱われる、ということになる。したがって、そのようにして捉えられた客観的なメカニズムは、他の何ものにも依存することなく、自立的に存在しうることになるのである。まことに、普遍主義・論理主義・客観主義という機械論のもつ3つの特性あるいは原理は、どの1つをとってみても科学の知にとって強力な論拠となる。しかも実際には、これらの3つは密接に結びついて働くので、論拠としていっそう強力になる(中村1992: 129-130)。

これに対して、〈臨床の知〉は、科学の知の3つの構成原理を先のように端的に、(a) 普遍主義、(b) 論理主義、(c) 客観主義と呼ぶとき、そのそれぞれに対して、(a) コスモロジー、(b) シンボリズム、(c) パフォーマンスと呼ぶものを構成原理としている。第1に、コスモロジーであるが、これはなによりも、場所や空間を——普遍主義の場合のように——無性格で均質的な拡がりとしてではなくて、1つ1つが有機的な秩序をもち、意味をもった領界と見なす立場である。したがってまた、ここにおいては、

個々の場合や場所（トポス）が重要になる。何かの出来事が起こるとき、それが自然現象であるときでさえ、実際にはこのような場のなかで起こっている。その出来事が人間に関したことであれば、そのような場で活動するにせよ、生活するにせよ、あるいは他人と関係するにせよ、空間の質や様相や意味が、そこにいっそう深くかかわってくるわけである。第2に、ここでシンボリズムというのは、抽象記号にではなくて言葉によるように、物事をそのもつさまざまな側面から、一義的にではなく、多義的に捉え、表わす立場である。たとえば、腕時計の在り様について考えてみると、多くの時計は、概念としては同じく腕時計であっても、互いにずいぶんその在り様がちがう。シンボリズムとは、物事には多くの側面と意味があることを自覚的に捉え、表現する立場である。第3に、パフォーマンスであるが、ここでパフォーマンスとは、工学的な意味での〈性能〉のことではないのはもちろんのこと、しばしば誤って考えられているように、ただ体を使い、体を動かして何かをやるだけのことでもない。体を使っての全身的な表現である場合もあるけれども、パフォーマンスであるためには、なによりも、行為する人と、それを見る相手や、そこに立ち会う相手との間に相互作用、インタラクションが成立していなければならない。しかも、そのような相互作用が成立するのは、何かの特別な挑発がなされているからではない。そうではなくて、人間が身体性を帯びて行為し、行動するからであり、そのときひとは、おのずと、わが身に相手や自己を取り巻く環境からの働きかけを受けつつ、つまり自己のうちにパトス的（受動的、受苦的）な在り様を含みつつ、行為し、行動することになるからである。したがって、コスモロジーとシンボリズムとパフォーマンスの3つを特性あるいは構成原理とする〈臨床の知〉は、近代的な〈科学の知〉と対比して、次のようにまとめられることになる。すなわち、科学の知は、抽象的な普遍性によって、分析的に因果律に従う現実にかかわり、それを操作的に対象化するが、それに対して、臨床の知は、個々の場合や場所を重視して深層の現実にかかわり、世界や他者がわれわれに示す隠された意味を相互行為のうちに読み取り、捉える働きをする、と。ことばを換えて言えば、科学の知が冷ややかなまなざしの知、視覚独走の知であるのに対して、臨床の知は、諸感覚の協働にもとづく共通感覚的な知であることになる。というのも、臨床の知においては、視覚が働くときでも、単独にではなく他の諸感覚ときには触覚までも含む体性感覚と結びついて働くので、その働きは共

通感覚的であることになるのである。このような臨床の知は、科学の知が主として仮説と演繹の推理と実験の反復から成り立っているのに対して、直観と経験と類推の積み重ねから成り立っているのもので、そこにおいては特に、経験が大きな働きをし、また大きな意味をもっている（中村1992: 133-136）。

医療における診療の成り立つ基本的な条件には、具体的な人間同士の相互作用ということがある。そのことがいままでの科学では、まったく考慮されていなかった。リアリティのそのような側面を考慮すると、近代科学とは違った方法原理が考えられなければならない。「普遍性」「論理性」「客観性」という3つのものが近代科学の方法原理だとすれば、それとは違った方法原理が考えられねばならない（中村1999: 9）。

医療の大きな落とし穴の1つは、医学や医療に百パーセントの正しさを患者が期待し、それに対して医師側が、その期待をししばし安易に自己の権威づけに利用していることである。これは、基本的には、〈医師一患者〉という特殊な人間関係、つまり、治療する者と治療される者、救う者と救われる者、強い立場と弱い立場の違いと、合わせ鏡のようなデリケートな関係に由来するが、そのようなあり方は、今日、医療における医師と患者との相互関係を著しく混乱させ、その成熟を妨げている。少なくとも生身の体を扱う臨床の場では、医療はもとより医学も到底〈厳密科学〉（精密科学）ではありえないから、百パーセント正しいなどということはいえぬし、望みえないことは、少し考えれば患者にもわかるはずである。ところが、そのような正しさを望むのは、俗にいう《薬をも掴みたい》という気持ちのあらわれである。しかし、それに応えるべきは、医師の人間性（人柄）と技能（アート）であって、科学の名のもとでの医学の権威ではない。逆に医師の側について言うと、善意からであるにせよ、ただ単に科学的に百パーセント正しくあろうとすると、まさに〈科学的知〉の特徴であった普遍性・論理性・客観性のもとに、医療における自己の責任を回避することになるのである。いま、医療において患者は弱い立場にあると言ったが、それはとりもなおさず、患者が人間のバトス（受動、受苦、痛み、病い）という性質をもっともよく体現している、ということである。しかし、われわれ人間は身体をそなえている以上、精神＝身体的存在である以上、どうしてもバトス性を帯びざるをえず、その点では医師にしても例外ではない。そしてむしろ、医師一患者関係も人間同士

の関係であるかぎり、パトス性を帯びた者同士の相互関係なのである。ところが、現代の医療では、そのような事実に目をつぶり、現実を背を向けるかのように、パトスを軽視し、とくに〈痛み〉の抹殺をおこなっている。これが今日の医療のもう1つの大きな落とし穴である（中村1992: 166-168）。

すなわち、人間の振舞いの仕方としては、いままでの科学的な考え方からすると、いかにも主体のほうは自分の姿を見せないで、純粹にものを見ている。そういう主体を想定すると、姿を見せないため、それだけに相互性のなかにコミットしていないことになる。コミットしていないということが、実はそれは非常に一面的で不十分なことである。患者も人間であり、医師も人間である。そのなかでなされるべき本当の意味でのコミュニケーションが成立しないと、いい医療行為ができない。そうすると、人間のとらえ方として、単に能動的であればいいということではなくなる。むしろまず大事なことは、相手の気持ちがわかるということ、つまりは痛みがわかるということである（中村1999: 14）。このように、人間をとらえる場合には、痛みを感じる事が出発点になる。それは、患者が実際にどこかが悪いから痛いということだけではなくて、患者もそういうパト斯的（受苦的）な存在であるし、医師もそういうパト斯的な存在だからである（中村1999: 15）。

「パトスの知」というのは、一言でいえば、つねに身体的な相互行為が成り立っているなかでの知である。そういうことを考えた場合には、患者と医師の関係は、いままでより複雑になるともいえるが、逆にいえば、はるかに具体的になる。具体的になるから、（ちょうど機械の工場部品を直すようなかたちで、医師が患者のどこかを治す、という側面もないとはいえないが、それはあったとしても非常に末端のことであり）医療という行為の本質をとらえるには、人間観とか、科学観とか、学問観とかまでしっかり視野のなかに収めておかないと不十分になる。そのような「知」とか「学」とかというレベルの問題と、狭い限られた「科学観」のなかで見失ってきた人間の姿といったことを、いまや真っ向から考えねばならなくなったのである。言い換えれば、患者の姿というか、人間をどうとらえるかということがはっきりしないと、医療という行為が相手の生の切実なところまでなかなか届かない。いままでの医療がまどろっこしく、あるいは間接的だったことは、理由がないことではない（中村1999: 15-16）。

一番重要なことは、医療行為のなかにあるいろいろなリアリティを大切

にすることであろう。そこで、リアリティから離れないようにするにはどうしたらよいかということになるが、それには学問も大事であるが、それよりも、リアリティに即した学問なり知でなければならない。そこには、開かれた感受性が要求されることになる。だからこそ、科学の精緻さや、学問の方法論だけに頼るのではなく、人間や現実をどうとらえるかということと密接にかかわってくる。それを押さえておかないと空回りしてしまうことになる（中村1999: 21）。

### ③ 医学と医療のあり方

今後の医学と医療のあり方については、臨床医療がその基礎とする医科学の特質をわきまえて現場に臨むことが大切だとする考え方と、医科学と臨床医療がそれぞれ独自に発展を続けていくべきだとする考え方の、2つがあるように思われる。以下に、これらそれぞれを表明している2人の論者の見解を示す。

#### (a) 村上陽一郎の見解

科学化された医学においては、病気は身体の機構に生じた部分的故障であり、したがって医療とはその故障した部品の修理であることになる。そして、もしその修理が不可能な場合には、故障を起こしている部品を取り替えたり、あるいはその部品の機能を代行できる人工的な機構と取り替えることも必要であることになる。しかしながら、医療がこうして科学化された医学だけで成り立ってはいけない、という主張は、依然として決定的に重要である。その原点はやはり、患者が「苦しみを受けている」人間であるということにあると考えられる。「苦しみ」はデカルト流に言えば「心」に属する。それは、第三者にはどんなことをしても明かされない性格のものである。その「苦しみ」を抱え込んだ「心的」人間としての患者を相手にしたときに、もし医療が、科学化された医学だけを武器にして臨んだとすれば、それは人間の半面しか問題にしていないことを意味するし、そこに生まれてくる齟齬の大きさは想像を越えるものとなるであろう。実際、現実には起っている現在の医療問題の核心は、そこに生じる齟齬の大きさを、医療の側が想像し切ることができないところにあると言っても過言ではあるまい（村上1996: 37）。

末期がんでもはや現代の医学で採りうる治療の方法がなくなってしまうとき、担当の医師が患者のベッドサイドを訪れなくなることがある。実際、自分に何もできないのに、患者を訪れることは医師としては苦痛に違

いないだろうし、もっと合理的に考えれば、もう自分に何もすることがない以上、患者を診ることは時間とエネルギーの無駄だ、ということにもなるだろう。しかし間違っただけとはいけないのは、ここで「何もできない」ということの意味である。それは科学化された医学の立場から見ての話でしかない。科学化された医学者としての医師のすることがなくなったとしても、言い換えれば、患者の身体的な故障を修理するという目的の下ではもはや採るべき手段がなくなったとしても、「苦しみ」を受けている「心的」人間としての患者に、医師として「何もすることがない」ということには断じてならない<sup>(3)</sup>。できることは無限にあるはずである。その無限にできることを捜し当て、それを自らの課題として初めて、医師は医学者ではなくなるのである（村上1996: 37-38）。

「こころ」ある存在としての患者の立場に、第三者たる医師が全面的に立つことの不可能性は、しばしば言われる「良き医師は患者になったことのある医師である」という格言が示している。患者の「こころ」を体験した医師と、そうでない医師とは、どこかで根本的に違う。この事実は、医療が科学の世界ではどうしても完結しないことを示している。言い換えれば、患者の「こころ」を問題にしなければ、医療は完結しないのである。当たり前ではないか。もちろん当たり前である。しかし、科学という概念が内容的にも制度的にも確立され、その方法が普及し、医学もまたそのなかにほとんど完全に取り込まれた今日、常識的に当たり前のことが、必ずしも実際には当たり前になっていない、という現実があることは、医療に携わる者が肝に銘じておくべきである（村上2003: 39-40）。

(b) 広井良典の見解

分子生物学の革新などを背景に医療技術革新は新しい段階を迎えつつあり、費用削減型のブレークスルー技術がさまざまなかたちで登場してくる

---

(3) 他者の「こころ」は、どんなに手段を尽くしても、把握することはできない。したがって、その側に立つことは、科学の立場からすれば、意味がない。「手の施しようがない」というときに「施すべき手」とは、科学的な「手」である。しかし、他者の「こころ」を把握する手段がなくとも、私たちは、「こころ」ある存在としての人間を否定する立場には、決して立つことができない。他方、「こころ」ある存在としての患者の立場に、全面的に立つことも、原理的にはかなわない。このジレンマのなかに、しかし、医療という現場は、厳然と存在するのである（村上2003: 39）。



ことが予測される。他方、老人退行性疾患などへの疾病構造の変化のなかで、医療モデルに対する意味での「予防・環境モデル」や福祉的な「生活モデル」の重要性が大きく高まっていることもまた確かである。現在は、このように2つの異なるベクトルが拮抗している状況にある、といえよう。こうした問題に私たちはどう対応すればよいのか。まずさしあたり次のことはいえるだろう。それは、基礎研究に代表される「サイエンス」としての医療という方向は今後さらに追求しつつ、同時に、慢性疾患や老人医療中心の時代にはそうした考えだけでは立ちゆかないことを十分認識し、病気や障害を受容しながら生活全体の質を向上させていく「ケア」としての医療という視点や政策を充実していくことである。こうした「サイエンスとしての医療」と「ケアとしての医療」の双方の充実を図っていくことは、決してそれ自体として矛盾するものではなく、むしろこれまでの日本の場合、いずれも中途半端なものにとどまっていた傾向が強く、新たな政策的対応が求められていると思われる（広井1999: 61-63）。

### （3）ケアの必要性とその内容

キュアとケアという言葉について、英語の語感としては、キュアは「治療・救う・治す」、ケアは「看護・世話する・気をつける」であるといえるが、この2つが対立概念として使われる際には、特別の意味が込められるとされる。その対立図式のイメージとしては、キュアには「近代医学の医師主導による臓器主義的・攻撃的な治療」が、これに対してケアには「看護者による、人間主義的・配慮的な援助」が設定されることが多い。またキュアに「特定病因論に立つ生物医学の治療（方法論）」が、対立項としてのケアに「社会文化的視点に立つホリスティック・メディスンの治療（方法論）」が置かれる場合もある。さまざまな内容で措定されても、この「キュア／ケア」概念は、我々が関わる近代医療の治療実践の中に存在している実際の治療行為、また多様な治療の考え方を、それぞれの立場から二項分類したものである。現象的には1つの治療行為も、それを含む一連の治療の考え方の違いや、評価の仕方の違いで、キュアともケアとも措定できるのである。それゆえに、どれがキュアでどれがケアかという些末な議論ではなく、「何をキュアとケアの理念型にしているか」「キュアとケアの関係をどう捉えるか」「それぞれをどう評価し、どうコミットするか」などの視点から論じられなければならない。たとえば、「キュア・ケ

アが対等で、互いに相補的」とも、また「対等だが互いに排他的」とも、あるいは「ケアは全体的包括概念で、キュアはその一部にすぎない」とみなす視点もあり、それぞれの近代医学また医療一般に対する立場がそこには反映されてくる。つまり、キュア／ケアを論じることは、それぞれの〈医療イデオロギー〉を強く反映した議論となる（医療人類学研究会1992: 284-285）。

以下ではまず、ケアとはどのようなものかを（やや抽象論になるが）検討したうえで（①）、その後、医療の場において、ケアはどのようなときに・誰によって提供されるべきか、について検討する（②）。

#### ① ケアとは何か

「ケア」という英語の適切な日本語訳を探すことが難しいことに現れているように、この概念は必ずしも内容が一義的に特定できるものではない。そこで、ここでは、以後の議論の理解に資することを目的として、ケア一般に関する先駆的な業績であるミルトン・メイヤロフの『ケアの本質』（メイヤロフ1987〔原著は1971年刊〕）の要点をみておきたい。

誰かをケアするためには、私は多くのことを知る必要がある。たとえば、その人がどんな人なのか、その人の力や限界はどれくらいなのか、その人の求めていることは何か、その人の成長の助けになることはいったい何か——などを私は知らねばならない。そして、その人の要求にどのようにこたえるか、私自身の力と限界がどのくらいなのかを私は知らねばならない（メイヤロフ1987: 34-35）。

ケアしていく中でいかに多くのことを知り得るかを、私たちが認識しきれない重要な理由のひとつは、おそらく、私たちが知識というものを、言葉に表わし得るものに勝手に限定する性癖が、ときおり頭をもちあげるからである。私たちは、暗黙の知識、あることをどうしたらよいかを知っていること、あることを知る方法としての直接的知識、などというものに十分な考慮を払わないのである。このように知識の意味を狭く限定してしまうと、たとえば伝達可能なものは言葉だけであると考えたり、伝達の意味を言葉に置き換えられるものだけに限定することになってしまうが、それは身勝手なことといわねばならない（メイヤロフ1987: 37-38）。

ケアする中で、対象を忠実に見ようと努力する点において私は正直である。他者をケアする中で、あるがままの相手を見つめなければならないのであって、私がそうあって欲しいとか、そうあらねばならないと感じる気

持ちで相手を見つめることではないのである。もし私とその人の成長を援助しようとするならば、私は、時々刻々変わりゆくその要求にこたえねばならない。もし私がある1つのやり方だけでその人を見つめなければならないならば、また、もし自分が見たいと思うものしか見ることができないならば、私は本当の相手の姿を見つめることはできないであろう。また、あるがままの相手を見つめる一方、私は、あるがままの自分をも見つめなければならない。つまり私は、自分が行っていることを見つめ、自分がしていることがその人の成長の助けになっているか、妨げになっているかを確認せねばならない(メイヤロフ1987: 46-47)<sup>(4)</sup>。

自分以外の人格をケアするには、私はその人とその人の世界を、まるで自分がその人になったように理解できなければならない。私は、その人の世界がその人にとってどのようなものであるか、その人は自分自身に関してどのような見方をしているかを、いわば、その人の目でもって見てとることができなければならない。外から冷ややかに、あたかも相手が標本であるかのように見るのではなく、相手の世界で相手の気持ちになることができなければならない。その人にとって人生とは何なのか、その人は何になろうと努力しているのか、成長するためにその人は何を必要としているのかなどを、その人の“内面”から感じとるために、その人の世界へ“入り込んで”いくわけである。しかし、私は成長したいという私自身の心からの欲求をよく理解し、それにこたえることができはじめて、相手に関

---

(4) 「人は誰でも自分を中心に、自分のまわりを観るので、観る人自身の観察能力に左右される。すなわち、観察される患者の生命現象は、それを観る看護者が観ることのできる限界のなかにしかあらわれないのであり、観る看護者の背景、能力、訓練などが観る範囲や内容を決定づけてしまうのである。また、対象(患者)のある特定の生命現象は、客観的な事実なのか、観る看護者の主観的な解釈なのか迷うことがある。現実には、観る看護者と観られる対象者とは、相互に交流し、変化しあう。看護者は、このような交流の中で、患者の反応のなかに自己の姿を再発見したり、対象者をかけがえのない一人の人間として統合的に観てゆくことを学び、人間理解を深化させていくのではないだろうか。看護者の対象を観る視点や認識が、対象の客観的な客体と一致し、看護の実践によって好ましい変化が見られたとき、看護者は、自己の観点の充実とともに、その人をよりその人らしく生かすための看護に従事する喜びを味わうのである。このとき、対象を「それ以上分割することのできない全体」として観る看護の視点と、その人をよりその人らしくケアすることが一致するのである」(樋口2003: 218)。

しても、その成長したいという欲求や努力が理解できるのである。言い換えれば、他者の中に私が理解できるものは、私が自分自身の中で理解できるものだけなのである。相手の気持ちになるといっても、私は自分自身を見失うわけではない。私は自分のアイデンティティを保っており、相手と相手の世界に対する自分自身の反応をよく意識している。相手の目に映るようにその人の世界を見るといっても、その人の世界に対するその人の反応と同じ反応を私も持つ、ということではない。だからこそ相手の世界の中で、私は当人を援助することができるのである。たとえば、その人ができない何かを行うことである（メイヤロフ1987: 93-94）。

彼の成長が彼をケアする人の中に、賞讃、驚き、心からの喜びをひき起こすのに気づくほど、彼にとって励ましとなることは多分そう多くないであろう。彼は私の賞讃を身に感じ、それでもって自分は孤独ではないことを確認し、私が現実には彼のためにいることがわかり、心を安んじるのである。彼の成長しようとする努力が私にひき起こす心からの喜びに彼本人が気づくこと、これが、その人をその人本来の姿に立ち返らせる一助となっている。すなわち、彼が行ったことに気づき、その意味を味わうように、私は彼を助けるのである（メイヤロフ1987: 97-98）。

だれからも、あるいは何物からも必要とされていない人は、帰属感も持ち得ないし、あたかも風に吹かれる木の葉のように生きているのである。私には他者から必要とされていることが必要であり、他者が私を必要としていることと、私にとってそういう他者が必要であることとは密接に関係している。この意味において、帰属感とは自己実現とともに成長するのであり、それは私自身の全人格的統一性を私が失ってしまうような、一方的な病的依存状態とは全く異なったものである（メイヤロフ1987: 143-144）<sup>(5)</sup>。

私はケアをとおして、またケアされることをとおして、自分の世界をよく理解できるようになる。換言すれば、私は他者の成長と自己実現とに応答し得るものになるのである。了解性が、この世界の中で心を安んじている状態（being at home）を示すという意味において、私たちは物事を支配したり、説明したり、評価したりすることによってではなく、まさにケアすることとケアされることをとおして、はじめて究極的に心を安んじる（at home）ことができるのである。こうした了解性は、人生における驚きを減らしたり、無くしたりはしない。それどころか、了解性は、私を自分自身や世界に対し開いてくれるものであるから、驚きに敏感になる。驚

きとともに物事を経験する、その深さにおいて、私たちはしばしば対象を真に知覚していると感じとっている。人間が成長し、創造的な生き方をしていく限り、驚きというものは必ずからその人の生に出現する。しかし、もし人間の成長というものがはなはだしく阻害されると、人生に対し殻を閉じてしまい、驚きを感じることはほとんどできなくなる（メイヤロフ 1987: 156-157)<sup>(6)</sup>。

人は自分の場を発見することによって自分自身を発見する。その人のケアを必要とし、また、その人がケアする必要があるような補充関係にある対象を発見することによって、その人は自分の場というものを発見する。ケアすること、ケアされることを通じて、人は自分が存在全体（自然）の一部であると感じるのである。ある人やある考えが成長するのを助けているときこそ、私たちは、その人やその考えの最も近くにいたのである。自

(5) 「生徒のいない教師はいい。患者のいない医師や看護婦はいい。教師としての、あるいは医師、看護婦としての同一性は、たとえそれが一方的な関係であっても、やはり相互補完的なものである。その意味で、いかなる人間関係であれ、そこには他者による自己の、自己による他者の「定義づけ」が含まれている。問題なのはそういう役柄の同一性でなく、端的に「だれ」としてのこの自己の同一性である。このときに他者であるのは教師でも医者でもなく、別の「だれ」という単独的な存在である。そういう意味での他者のいずれに対しても、じぶんの存在はなんらの意味をもっていないのではないかという思いにとらわれたとき、ひとはひどく落ち込む。……求められるということ、見つめられるということ、語りかけられるということ、ときには愛情ではなくて憎しみの対象、排除の対象となっているのでもいい、他人のなんらかの関心の宛て先になっているということが、他人の意識のなかで無視しえないある場所を占めているという実感が、ひとの存在証明となる」（鷲田1999: 96-97）。

(6) 「だれかに触れられていること、だれかに見つめられていること、だれかからことばを向けられていること、これらのまぎれもなく現実的なものの体験のなかで、その他者のはたらきかけの対象として自己を感じるなかではじめて、いいかえると「他者の他者」としてじぶんを体験するなかではじめて、その存在をあたえられるような次元というものが、〈わたし〉にはある。〈わたし〉の固有性は、ここではみずからあたえるものではなく、他者によって見いだされるものとしてある。「だれか」として他者によって呼びかけられるとき、それに応えるものとして〈わたし〉の特異性があたえられる。他者のはたらきかけの宛て先として、ここに〈わたし〉が生まれるのだ」（鷲田 1999: 129-130）。

己の生の意味を生きるということの根底的な性質は、くしくも、生の尽くせぬ深みを限りなく知ることに通じている（メイヤロフ1987: 180-181）<sup>(7)</sup>。

## ② 医療におけるケアの必要性

次に、医療におけるケアについて見ていこう。

(a) ケアはまず、ターミナル・ケアとして必要になる。

医師は、死にゆく患者に対しては、延命のための最善の努力を払う。たとえ無駄だと思っていなくても、心肺蘇生術をすることがしばしばある。そして、その延命効果で、その癌の患者の命が1～2時間延ばされるかもしれないが、延ばされた時間の間、患者の家族は患者から離され、病室外に押しやられて不安な気持ちで待たされていたのである。この患者と家族との別離状態は、延ばされた命の延長を全く虚しいものにしてしまったことに医師は気づかなければならない。延ばされた有限の命、残り少ない砂時計の砂の落ちるのを、医師は、ただ時間的に延ばそうとする医学に頼って、それで延命効果を上げたと思診しているのではないだろうか<sup>(8)</sup>。癌の患者の末期に、命をただ時間的に、生物学的に延ばすことよりも、その患者にその生涯の最後のステージをどれだけ心豊かにもたせることができるか、むしろそのほうがより大切だと考えること、すなわち生物学的延命処置よりも、本当の生命のケアのほうが人間的にもっと大切ではないかと考えられる。そのような場面の中で、医師やナースは、患者やその家族に対する言葉や行動の選択に十分な配慮を払わねばならない（日野原1983: 12-13）。

病む臓器を対象とすることよりも、人間としての患者へのケア、すなわち死にゆく患者およびその周囲を考えた上での全人的ケア（holistic care）をすることが、末期患者や臨死患者にはとくに大切である。その意味では、サイエンスの領域を超えた領域での人間関係や、患者や家族と医師、看護師との人間関係、すなわち患者や家族と医師、看護師との間に作り出される全人的なアプローチの技が、医師や看護師のアートとして重要視される。しかし、残念なことに、医学の近代化とともにアートに重点を置く医学や

---

(7) 「ある効果を求めてなされるのではなく、「なんのために？」という問いが失効するところで、ケアはなされる。こういうひとだから、あるいはこういう目的や必要があって、といった条件つきで世話をしてもらうのではなくて、条件なしに、あなたがいるからという、ただそれだけの理由で享ける世話、それがケアなのではないだろうか」（鷲田1999: 201）。

看護が疎んじられ、医学や看護は冷たいものになりつつある（日野原1983: 21）。

末期患者は、ICU・CCUに入れられて気管内挿管をされたり、心電図をモニターされたり、実にさまざまなことをされるが、そのようなことを行う近代病院での患者の末期ほど、患者やその家族へのケアが疎んじられているという実情がみられる。そこには治療はあるであろうが、ケアがないことが多い。ほとんどの研修病院では、末期の患者は、家族から遮断され、心臓穿刺や腹腔鏡検査や腎臓の生検などがなされている。そこでは末期患者に対し、新しく購入されたレスピレーターの試運転が行われていないとも限らない。医師は、患者の残り少ない生涯とその平和とを、その患者から奪い取ってはいないかということを反省する必要がある（日野原1983: 67-68）。

また、病人のケアをすることなしに医学が存在しないということを考えると、ケアすなわち看護であると言い切ってしまうのは問題である。医師も看護師も医療に従事する者としてともに目指すところは人々のケアであって、人々に病名をつけたり、人々に酸素吸入をさせたり、そういった処置をすることに止まらず、もっと命に直結したようなケアを科学的にすすめ

- 
- (8) 現在でもほとんどは正されていないのは、「パターン化された医療」である。いわゆる近代的な病院で行われている医療行為は、検査、診断、治療、延命である。患者をさまざまな検査にかけ、病名を診断し、それに基づいて治療（キュア）して治癒を目指し、治癒が困難だと分かると少しでも延命させようと手段をつくす。これが現代医学のパターンである。医学教育でも卒後教育でも治療学、診断学が中心となるキュア学が主流になっている。キュア学が陥りやすい傾向の1つは、病気を診て病人を診ないことである。病んでいる臓器は診ても、その病気を持っている人全体に目もくれないことが往々にしてある。キュア学のもう1つの問題は、個を無視した医学の適用である。人は誰でも、その人固有の価値観や人生観を持っている。ところが、キュア学は異なる考え方を持つ個人を無視し、キュア優先プロセスのパターンに巻き込んでしまう危険性をはらんでいる。たとえば一般病棟では、末期患者が食事をとれなくなると高カロリー輸液を、貧血を起こしたら輸血をするといったキュアへのパターンを適用する。そうしたパターン医療を受けて亡くなった末期がんの患者の身体は、過剰な輸液によって溺死状態になるそうである。またキュア学は、医師にすべてを任せる「お任せ医療」とあいまって、医師と患者の関係を強者と弱者のパターンにはめこみ、それがパターン化された医療の“普及”を推し進めるという悪循環を形成してきた（柏木2006: 280-281）。

ていくことが必要である。医学や看護はサイエンスであり、アート（art）であると言われてきたが、アートというものを医師は日常の働きの中に具現しなくてはならない（日野原1983: 75-76）。

死期が近づく時に医師は持続点滴静注を行い、レスピレーターをセットし、酸素のメーターを上げ、ペースメーカーまでセットする。看護師は点滴注射のスピードを上げたり、脈拍数、血圧を測るために頻りに病室を訪れる。しかし、察するところ、看護師の多くは、患者のフィーリングをいちばん示す表情や呼吸は十分にみていない。必要なのは、頻回の注射ではなく、医師や看護師が頻回に自分の時間を注射すること、そう、時間を注射することである。いよいよターミナルになった患者に対しては、医師や看護師はそうしたことを十分にしなければならない。科学が敗れ、人の命をもう救うことができない。いかなる強心剤、あるいは化学療法剤でもどうしようもない。そうした時にできるケアは何か。それは看護師の訪れのケアである。静かに病者のそばに座る、手を握ってあげてもよい。そう考えると、患者のターミナル・ケアを、今後基本的に考え直さなくてはならない（日野原1983: 133-134）<sup>(9)</sup>。

大切なことは、生命を延ばすことばかりに心を奪われるのではなく、病者に死が訪れるまでにまだ少し時間のある間に、どうすればその人になにか本当の生命を与えるようなこと、またはそのための手伝いでもすることが、医師・看護師にできるかである<sup>(10)</sup>。そういう意味において、医師・看護師はその人の人生の最後の幕切れ前のドラマの脇役になる光栄をもっと感性をもって感じとり、患者に仕える思いで臨死の患者とともにあるべきではないであろうか。そのような思いでどんなに忙しく働いても、もし

---

(9) 疾病の性質から考えると対症療法以外の科学的な武器が使えない時点にも、医療人や家族は、死に行く患者を支える手を考えなくてはならない。その場合、ケアの手は僅かで大部分はケアという言葉での愛の行為の提供でなければならない。その場合、病気がいよいよ致命的になった時機に、ケアがケアに取って代わるのではなく、ケアの段階ではたとえ初めの段階でも、いつでも死が前方にあることを覚えて、ケアの中にケアが入り込んで動かねばならないと思う（日野原1996: 61）。

(10) 20世紀の医学は、疾病（disease）中心に傾きすぎ、病気（illness）をもって病む人間をないがしろにした観がある。病む人格体を医学や看護では、科学以外のディメンションで見直さなければならない。それは、いのちには長さのほかに価値があり、意味があるということである（日野原1996: 66）。



て疲れて倒れても、医師・看護師は本望ではないであろうか（日野原1983: 137）。

病んでいるということは、人間が病んでいるということである。心臓が病んで心臓が痛がっているのではない。腹が痛がっているのではない。人間が悩んでいるということ、それ故、医師・看護師は目を、病む人間に向けなくてはならない。この人間全体に対して、知識や技術で病人にタッチするだけでなく、同時に、特別に用意された態度をもって患者にタッチしなくてはならない。臨床医や臨床看護師の患者へのタッチには、知識とテクノロジーによるタッチだけでなく、ダイレクトにスキンシップでタッチをする、それを態度という言葉で表現したが、それは人間性の個人的理解なしには果たされない（日野原1983: 144）<sup>(11)</sup>。

看護師のゴールはケアであるといわれてきたが、これに対して医師のゴールは診断である、手術であるとされてきたのは、過去の医学である。医師も看護師も、共にそのゴールはケアでなくてはならない。なぜならば、ケアはサイエンスとしての医学が力尽きてからも、なお最後まで存在するからである。医師も看護師も、もっともっと科学と共に自分たちの心を、病む人間に集中しなければならないということを、とくに申し上げたい（日野原1983: 147）<sup>(12)</sup>。

人間的関係は医療技術で病気を克服できる時よりもできない時（終末期、治療法がない疾患など）に、特に大きな問題となる。患者との関係では、身体的な苦痛のみでなく精神的苦痛、社会的な苦痛にも医師は思いをめぐらせる必要がある。しかし、現実には、技術を提供できない患者に興味をもち続ける医師は少ない。患者の立場に立って考えない医師が問題を増悪させている。患者の不満も医師の人間としての態度に起因することが少なくない。医師の行う癒しの少なさを臨床の現場では看護師が補足している

---

(11) キュアの医学が救命や延命の医学であるのに対して、今の患者の齢にいのちを与え、生き甲斐を与え、自己実現によりいのちの実存が具現されるのがケアの本質なのである。このケアは、医師によってもナースによっても、また福祉士によっても、ヘルパーによっても与えられなければならない（日野原1996: 64-65）。

(12) 臨床医は、看護師同様に、ケアの中にあっても強くケアに参加すべきであることはいうまでもない。「初めにケアがあり、その中にケアが生まれた」。それにもかかわらず、ケアの心を忘れてケアが科学の旗印のみを高く掲げて独立したのが20世紀の近代医学ではないかと思う（日野原1996: 66）。

場合も多い。癒しを看護師や精神科などの医師の仕事と考えず、患者の人体のみでなく、その心の問題も医師が自分の仕事であると認識することにより、医師―患者関係は良好となる（山内2006: 49-50）。

積極的治療をしなくても患者の悩みにきちんと対応することは医師の大切な仕事であり、その方法が「医療の質」に直結する。薬物療法や手術療法・放射線療法などが有効でない場合の医師の治療における役割は緩和療法・癒しにつながるものであり、その場合は、言葉や態度の問題が大きな役割を果たす。「医療の中の医師のことは掛けは、患者や家族の情緒に安定を与えるものであり、患者自身が自分の力で（自発的に）その病気に挑戦し、あるいは病気があるがままに受け入れて自分で対処するためのものでなければならない」（川上武『現代医療論』（勁草書房、1972）113-115頁）という考え方が、現在の医師には大きく欠けているのではなからうか（山内2006: 58）。

緩和医療に関してはどうであろうか。

延命を重視し、症状コントロールにあまり関心を示さなかった一般の医師も、ここ十数年の間に、がん末期患者の苦痛緩和に関心を持つようになった。そのきっかけはWHO（世界保健機関）が中心になってまとめた、モルヒネを主体とするペインコントロールの方法が知られ始めたためである。日本緩和医療学会による「がん疼痛治療ガイドライン」は、各方面で用いられるようになった。また、「がん緩和医療における全身倦怠感、食欲不振に対するステロイドの有用性の研究」も進んでいる（柏木2006: 224-225）。

末期癌など治癒不可能な状態になった患者に対して、単なる時間的延命のみをはかるのではなく、不快な症状を緩和し、少しでもQOLの高い状態で、その人らしい人生を全うできるように援助するのが「緩和医療」の目的である（柏木1999: 227）<sup>(13)</sup>。

ホスピスやターミナルケアはこれまで、かなりの部分、考え方や心を中心に発展してきた。それはそれでよかったと思うが、世界の動きを見てみると、もう一つの中心に対する私たちの取り組みの不足を感じる。それはしっかりとした研究に裏打ちされた知識や技術の確立である。それを目指す新しいパラダイム（知的枠組）として今世界的に注目されているのが緩和医療（palliative medicine）である（柏木1999: 231）。

緩和医療を効果的に進めていくためには、研究という中心と、臨床という中心が必要になる。前者は知識や技術に通じ、後者は心や考え方に通じ

る。緩和医療の源泉はホスピスである。ホスピスの基本は考え方であり、ケアの心であって、決して研究ではなかった。しかし、ホスピスケアを進めていくうちに、しっかりと研究をしないと、患者の症状のコントロールができないことがわかるようになり、緩和医療の重要性が認識されるようになってきた（柏木1999: 234）<sup>(14)</sup>。

患者の衰弱が進むと言語的コミュニケーションが困難になる。そのような時期には、手を握る、髪をなでる、じっとそばにいる、といった非言語的コミュニケーションが重要になる。つとめて明るく振舞い、笑顔でやさしく接することも大切である。ゆううつそうで、口数も少なく、誰とも話をしたくなさそうな患者でも、なんらかのコミュニケーションを求めているのだということを、医療者は知っておかなければならない。何かをすることではなく、そこに存在すること（Not doing, but being）が大切なのである。「どんな状態になっても最も良い方法をとります」と情を込めて伝えることが重要になる（柏木1999: 239-240）。

今までの医学は非常に客観的で、数字その他で表すことができるような面はしっかりみてきた。医学は、生命現象、つまり客観的にみることがで

(13) なお、QOL概念について、ここで一言しておきたい。清水哲郎は、「医療行為の目的は、患者の健康状態を可能な限りよくすること、言い換えれば、行為の時点以降死に至るまでの身体環境に関するQOLの総和を可能な限り大にすることである」とする（清水1997: 46）。また、「一般にQOL評価は、評価の対象となる環境が、その環境に置かれた人の人生のチャンスないし可能性（選択の幅）をどれほど拡げているか（言い換えれば、どれほど自由に行っているか）、を基準とする」としている（清水1997: 33）。しかし、このようなQOLを使った定義は、その抽象度の高さから、いかなる場合にいかなる行為をなすべきかという、実践的な行為指針を提示する役割を果たし得るものではない（いかなる行為をなすべきでないかを提示するだけに終わってしまう）。したがって、本稿では、QOL評価という観点からの医療行為の目的の解明という問題には触れないことにした。ただし、次の点は重要であろう。すなわち、QOLを評価するのは医師ではなく、患者自身であるという基本だけは忘れないようにしたいものである（柏木2006: 279）、という点である。

(14) ただし、柏木は、ホスピスケアの原点である思想を忘れて「科学的」研究を進めている緩和医療につき、次のような警鐘を鳴らしている。「分析的な研究が進んでくると、研究のための研究といった側面が出てきて、患者のより良いケアのための研究という基本線が忘れられることがある。患者に良い緩和医療を提供するためには、どのような考え方で医療を進めるのが良いのか、どんな研究をするのが良いのかを考えていく必要がある」（柏木1999: 234）。

きる「生命」にはしっかりと目をとめてきた。しかし、そういう病気を持っている人間、つまり病気の人が自分の存在をどのようにみているか、その人が持っている価値観はどうなのか、などについてはあまり注意を払ってこなかった。もちろん客観的に「生命」をみていくことはとても大切なことであるが、それと同時に、これからの医療は「いのち」をみていかなければならない。その人のいのちをみることは、患者が持っている価値観、その人の持っている考え方を尊重することも含めて患者の全体をみることである。生命だけでなく、その人のいのちにこだわることを忘れてはならない（柏木2006: 273-274）。

医療や看護の原点は、苦痛の緩和である。しかし、現代医学は治癒と延命に偏ってきたため、苦痛の緩和や人間らしい生を最期まで支えるという重要な役割を顧みなくなってしまった。ホスピスは「その人がその人らしい生を全うするのを援助する」ことを目的としている。すなわち、医療の原点への回帰である。それは、人間とは、人生とは、世界とは本当は何なのかという生の本源に対する問いかけを行う営みにほかならない。ホスピスケアにおける原点への回帰とは、現代社会が失いつつある何かを医療の場から問い直す営みではないだろうか（柏木2006: 293）。

医学や医療の分野にケア学がないのは大きな問題であると常々考えてきた。緩和医療は医学と医療の両側面がうまくバランスをとらないと、その真価を発揮できない分野である。そのバランスの「かなめ」になるのがケア学であると考えられる。この意味で、医療科学の中にケア学という分野が是非必要である（柏木1999: 242）。

(b) ケアをするのは誰か。ケアは、医師の職務でもあるのか。

ドクターの任務はキュア（cure）にあって、ナースのそれはケア（care）にある、という意見をしばしば耳にするが、たしかにある意味ではそうだとすると、その月並みな考え方に全面的には同意できない。ケア抜きのキュアというものは、不可解であるし、キュアの何たるかを弁えず、それに自覚をもって関与しないケアは、今日すぐれたケアではありえない（川喜田1990: 5）。

現在慣行のいわゆる臨床病名は、例えばインフルエンザ、胃癌、脳梗塞、糖尿病、バセドウ病、川崎病、水俣病、イタイイタイ病、SLE、AIDSと思いつくままに並べてみても、その底に系統だった学理的思考は見当たらず、いかにも行き当たりばったりのきらいが強い。そこにはまた、見方に

よる命名の相違や経過による病名変更もしばしばある。ここでその臨床病名それぞれの歴史的背景や、もしかしたらそれが医術という「技術」の本質と深くかかっているのではあるまいか、というようなこみいった議論は省くが、いずれにしても単なる臨床病名は、「診断」の真義に照らせば、いわばインデックスまたは符牒のようなものにすぎないとみるのが正しい(川喜田1990: 217)<sup>(15)</sup>。診断は、次に述べる治療と一つながりの臨床的手続きであって、その意義は、それ自体学問的に大きな問題を孕んだ「病名」を言い当てるクイズ解きでなくして、「その患者」の病気の実相と理法とをできるだけ「ことを分けて知る」ことにある(川喜田1990: 218)。

医者への任務はキュア(cure)にあつてナースのそれはケア(care)にあるとよく言われるのは俗見で、病気は医者・科学技術者が「治せる」ものではなく、患者がみずから「治る」ことの手伝いをするにとどまっている。つまり、医療全体が本質的にケアなのである(川喜田1990: 218-219)。

たしかに20世紀の初めには、外因の判明しない病気には、症状を和らげるほかには、つまり対症療法以外にはこれといった打つ手がなかったかもしれない。しかし、生物学と病理学とのその後の目覚ましい発展は、病因論と並んで、発病病理、つまり病気の進展と推移の理法について多くのことをわれわれに教えた。その過程のどこかに有効に介入して、異常な事態の進行をくいとめる薬剤がみつければ、それは新しい、現代的に拡張された意味での病因療法とみることができであろう。そのあとは、自然治癒力が発動して全快に導くか、残念ながら大小の後遺症が定着するかの二途に分かれることになる。こうみえてくると、さきに、臨床診断が単に病名を定めることにとどまらず、当の患者の病態の真相にできるだけ正確にアプローチすることにあるのを強調した理由も納得していただだけよう。診断は治療に直結しなければならないのである。しかもその病態は病気によって

---

(15) 診断とは、その徴候や症状から病気を同定し、ほかの病気から区別する技術と定義される。もちろん、このことは、「病気」という言葉の意味について同意が成り立っていることを前提としている。われわれの日常では、それについての疑問はない。しかし歴史的には、病気の概念は決してきちりと定義されたものでも、不変のものでもなかった。病気とは、どれも独立不変の存在ではなく、大部分は社会の構成要素である。観察された事実は病理学的な体系に、基準となる概念の枠組みに、きちんとあてはまらなければならない。病気とは既定の事実ではなく、目の前にあるものの解釈、つまり概念化なのである(クルッソ2008: 190)。

は刻々激しく動くので、その意味での診断も、またそれに基づく対応のしかたも敏速でなければならないことは、例えばあのCCUの24時間態勢にみる通りである。こうした意味での現代的な病因療法が、かつて不当に眨められたいわゆる対症療法の復権の場合によって強く求める（川喜田1990: 226）。

ここで何度強調されてもいいのは次の点である。「はじめに言葉ありき」という聖書の句をもじて言えば、「はじめに病人ありき」であって、学問上の単なる枠組みとしての「医学」と「看護学」がそれに先行するものではない、という点である。医学も看護学も、同じく患者の治癒という共通な目的に仕える広義の技術学（テクノロジー）であって、近代科学の本性と社会・制度の変貌とが、医師とナースという2つの独立した専門職をうんだのは歴史的な必然として、それは本質的に1つの技術（アート、テクネー）とみるのが妥当であるというのは、譲ることのできない見解である（川喜田1990: 237）<sup>(16)</sup>。

もし「キュア」というのが、常識がしばしばそう考えがちな近代科学技術的方法による諸処置のみを意味するならば、それは今日きわめて強力なものになったにはしても、一定の限界があることは言うまでもないことで、そこにあのヒポクラテスの炯眼がつとに見抜いた自然治癒力の出動が期待されるわけである。その自然治癒力のフルの発動は決してほったらかしにしておけばいい、というような無責任な姿勢を人に許すものでなく、十分な科学的知識に支えられたきめこまかい配慮（care）が求められる、とすれば医師の職分がいわゆるキュアにあるのは当然として、それに尽きると考えるのは大きな誤解とみななければならない。彼は患者にとって「治療者」であると同時に「配慮者」でもなければならず——現実に今日の医師たちがどこまでその自覚に支えられて行動しているかはここではしばらく不問にして——しかもそれはいわゆる治療が頭打ちになったところにやむをえ

---

(16) 「医者も看護婦も同じ出発点にたち、その途中で、あるものは看護婦の職業につき、さらに勉強をつづけたものは医者になるという形の教育制度が必要であろう。そもそも医学を歴史的に見れば、最初は看護することが医療だったのであり、日本の古いことわざにも、「薬より看病」というものがあるほどだ。つまり、医療の基本は看護にあったのだ。それからさらに発展して、その上に治療の技術が加えられたのだから、それが当然の教育のあり方ではなかるうかと思う」（なだ1970: 146-147）。

ず始まるのでなく、医師と患者との遭遇の時点から始まらなければならない（川喜田1990: 238）。

病気とは、生物機械の故障であると同時に、そうした人格をもつ人体の「病んでいる」状態、彼自身の生涯における1つの意味にみちた「できごと」（event）である。それはヒポクラテスの表現を借りて言えば「パテーマ」（pathēma、「悩み」もしくは「傷み」とでも訳せようか）である。したがって、「医療」という営みは、機械の故障の修理と、「病む人」に直面する「癒やす人」の助力、望むらくは医師と患者の両者が手を組んで健康の回復をめざす協力（例えばあのリハビリの場の両者の真剣な姿を考えていただきたい）との2つの面を同時にもっているのである。別の言葉で言えば、「癒やしの術」は、狭義の技術（art）であると同時に、いつも1つの対等な人間関係を構成する。そして、もし人と人との正しい関係をしばらく倫理とよぶことが許されるならば、医療における医師の行動は「技術的・倫理的」とも言うべき独特の性格をもつものでなければなるまいと考えられる。すなわち、技術と倫理の2つは癒やしの術の楯の両面である（川喜田1990: 248-249）。

慢性病患者の場合、医師と患者との交渉の続く期間は、当然はなほ長いものとなる。しかもそこにおける治療の効果は、概してはかばかしくない、場合によっては残念ながら不治とみるべき事態も多いからには、おのずからそこにさまざまなむずかしい人間関係が発生するのも免れがたい。医師は職務がら、とかくいちずに回復への方途を探ることに専心しがちであるが、患者の方は、慢性の病気に罹って幸いに全治に至ったとしても、その日まで、病んだ状態のまま身体的にも精神的にもできるだけ快適に生き続けなければならない。患者は回復に向かってみずからも努力しながら、同時にその間、いかにして病気と上手に「付き合う」かを学ばねばならず、その「学習」に助力するのをもまた広義の医療の一部とみるべきであろう（川喜田1990: 259）。

巷間伝えられる「患者のニーズに答えるのが医師の任務である」といった安易な科白によってすべての責任を依頼者の側に転嫁する姿勢は、プロフェッションという社会学概念に対する自覚の欠如と、一時的にもせよ自己の意志の所在を齒痒くもあいまいにしている点で、強い不満を覚えざるをえない（川喜田1990: 290-291）。

たしかにバイオエシックスという概念の医学的・哲学的・社会科学的意

義は重く、また現実にバイオエシカルな問題性を孕んだ事例を前にしたときのわれわれの困惑なり苦悩なりはしばしばきわめて深いが、その一方、われわれ医療・看護に携わる者一般にとって、いわゆる先端医療の問題もさることながら、われわれの日常対面する多くの病気——癌、さまざまな難題をはらんだ老人病、諸種の慢性疾患、さては小児疾患（それはしばしば精神の平衡を失った母親とペアになる）等——における「日常倫理」の意義がいささかも薄れたわけではないことをあらためて注意しておきたい。科学の研究はいつも新天地、新展開を求めてやまないが、癒しの術においては、ことの軽重は新旧にかかわることがないのである（川喜田1990: 301）。

それでは、看護学の観点からは、ケアとその提供者について、どのように考えられているのであろうか。

看護学によって立つ人間観は、看護が対象とする人間を、それ以上分割できない全体として捉える。その人の身体、精神、心、感情など、すべてに同時に対応するものとして考える。この点について、医学では、身体と精神を分割して取り扱い、その人の病気を部分ごとの問題として、あるいは部分と部分の総和として対応している。このような医学とは対照的に、看護学は看護の対象となる人とその環境に対して多次的・全体論的アプローチをとる（樋口2003: 213）。

看護の対象者に対する基本的な姿勢は、その人をより人間らしく、その人らしく生きることができるようにケアすることである。ここで「より人間らしく生きる」という問いかけは倫理学の課題であって、長い間その道で研究されてきた。しかし、看護の専門職では、そこにいる患者一人ひとりについて、「その人がその人らしく生きる」ということを課題とするのであって、倫理学のように人間全体や人間一般について考えるのではない。看護の現象は、すでに看護の実践の場において長い間繰り広げられている実践科学の立場から、生活者としての人間がもつ個性を究明していくことが必要なのである（樋口2003: 215）。看護を学問として体系化するためには、全体として変化し続けながら生きている人間の一生を対象として、ケア行為の影響度を探究し、そこに何らかの法則性が存在していないかを究明する作業が要請される（樋口2003: 219）。

看護を定義するならば、〈その対象とする人が個人であれ集団であれ、人の受胎から死にいたる変化の過程を通して、その人を全体論的にとらえ



ながら、その人がより健康的なBeingになることを目指して、あるいは、その人ができるだけ自分で自分の生き方を決定していけるように、看護方法を用いて関与することとなる（樋口2003: 220）。

この記述だけから判断するのは早計に過ぎるであろうが、しかし、ここには、看護学の独自の発展の可能性という明るい面とともに、それが独立した「科学」となることを追求するあまり、実践的な価値を失ってしまうような懸念も感じられる。看護（ケア）と医療（ケア）の密接な連携が望まれる。

## 2. 「病苦」の軽減としてのケア

よりよいヘルスケアのためには、医師は、病気の人または健康な人に対して、彼らの人生の文脈の中で適切なサービスを提供するための技術と知識を有している、癒し人（healers）になれなければならない。必要なことは、医師が、科学や技術の奴隷ではなく、それらの主人になるための、積極的な訓練を受けることである（Cassell, 2004: xv）。

伝統的に、医療実践は、疾患にかかわるその科学（science）と、患者の実際のケアにかかわるその技術（art）とに区別されてきた（Cassell, 2004: 200）。しかし、医療の科学と医療の技術は、そのいずれもそれぞれ単独では不完全なものである<sup>(17)</sup>。すなわち、病者を疾患のメカニズムに基づいて治療したいときには、科学は医療にとって必須のものとなるが、一方で、病者をそのあるがままの人間として扱いたいときには、技術が医療に

---

(17) 前著（キャッセル1991）におけるキャッセルの問題意識は、本文以下の記述とは若干異なり、次のようなものであった。「病気（illness）と疾患（disease）は、実際にはまったく別のもの（entity）である。病気と疾患を区別することは、患者を理解し、医者役割を理解する上できわめて有用でありうる。その後、私は癒し（healing）と治療（curing）の間にも同様の区別があるに違いないと気がついた。もし病者（sick person）が自らの病（sickness）のはっきりとした二側面——病気とその原因となる疾患——を呈するとすれば、それらがいかに密接に結合しようとするか、あるいはまた治療の働き（curing function）が癒しの働き（healing function）をいかに隠蔽しようとするか、医者は二つの別個の働きをもって、病者に応じなければならない」（キャッセル1991: 4-5）。ここではキャッセルは、治療と癒しの区別を重視していたが、本文で紹介している新著（Cassell, 2004）では、むしろ両者の融合に関心を向けている、という違いがある。

とって必須のものとなる（Cassell, 2004: 201）。ところが、現代においては、疾患パターンの深刻な変化（急性疾患から慢性疾患へ）と、世界史の中でかつてなかったほど強力な疾患治療の可能性（医療テクノロジーの進歩）が、病気と疾患とを分離するに至っている。その結果として、医者は自らの役割を疾患の治療者と見なし、病者の癒し人としての役割を“忘れてきている”（キャッセル1991: 44-45）。

### （1）疾患か病者か——医療行為の対象〈1〉

#### ① 疾患と病気

臨床実践と医科学理論との関係は、常に大きな問題であり続けている。科学的理論は診断と疾患の理解をもたらすが、しかし、病者や彼らの行動、病者と医師間のコミュニケーションといったことについては、何も語らない。臨床的努力というものが、ある患者のために何が正しくて良いことであるかを判断することであるとするならば、伝統的な医学理論には大きな欠陥がある（Cassell, 2004: 6）。現代医学の偉大なる成功は、疾患理論と科学との融合に基づいている。そして、医師は、疾患とその治療について知ることが病気とその病者の扱いを知ることであると信じるようになり、病者をケアするものは、疾患と医療科学に関する医師の「知識」であるという考えを強めるようになった。かくして、身体と疾患についてのシステムティックな基礎知識は提供されたが、しかし、残りの半分、すなわち病者をどう扱うかは、個人的なスキルにその基礎を置く技術（art）のままに残されている（Cassell, 2004: 19）。現代医学のもっとも基本的な誤りは、患者が疾患から治癒する——癌が取り除かれ、冠動脈が拡張され、感染症が解消され、再び歩けるようになり、再び話せるようになり、再び家へ帰る——ならば、患者は癒され、その全体性を回復したと信じられているところにある（Cassell, 2004: 65）。

しかしながら、例えば、慢性の病気と慢性の疾患とは異なるものである。疾患（disease）は、身体の何らかの部分や臓器やシステムの構造または機能の障害によって特徴づけされる特定の現象である。他方で、病気（illness）は、全体として人間を苦しめ、諸機能の障害の集まりであり、身体感覚であり、人間が自身でよくないと感じる諸感覚である。疾患は、科学的医学において定義されるように、身体の部分（臓器でも分子でもありうる）に生じるプロセスの特質である。疾患は、身体とその部分につい

て認識されるが、その人の拡張されたシステム——例えば、同僚や家族やさらにはコミュニティ——における障害を伴うこともある (Cassell, 2004: 47)。

テクノロジー (科学ではない) の一定の成果によって、医師は、その関心をテクノロジーの目的物 (例えば心臓) や、その技術の価値——技術的な意味でどこが良くてどこが悪いのか——に向けるようになり、その心臓が問題となっているその人やその人の価値には関心を向けなくなってきた。新たな診断と治療の技術は、その有効性のゆえに、医師が基本的にはその質問と手で診断を下していた時代と異なり、医師 (及び素人) の関心を、病苦 (suffering) から引き離してしまった (Cassell, 2004: 86-87)。

医療実践においては、患者と医師との関係が重要であることが、今では広く認められているが、しかし、病者と病気との関係については見過ごされてきた。厳密に存在論的な観点からは、疾患が1つの実体である場合には、患者はせいぜい病気の不幸な運搬人であり、患者がどのような人物であるかは問題ではなく、疾患の効果も同じである。しかし、存在論的な概念はその基盤を失いつつあり、病気はその患者の生活と環境が統合された産物であると認識されるようになってきた (Cassell, 2004: 87)。

## ② 症状について

例えば、症状 (symptom) について、患者と医師はあたかも同じものについて語っているかのように語り合うが、それは真実からはほど遠い (Cassell, 2004: 88)。すなわち、症状は、客観的なものではなく純粋に主観的な徴候だと捉えられるようになってきた。さらに、「客観的」という言葉は現実を意味し、対照的に主観的なことは「単に精神的」なものであり非現実的なものとされるようになってきた。これも、医学が科学的であることを理想とすることの結果である (Cassell, 2004: 90)。最近では、症状が何らかの重大な疾患を示唆している場合には、さらなる診断的検査が施される。最近の診断技術の進歩は、疾患への直接の接近を可能とした。X線やMR画像、PETスキャン、超音波検査、内視鏡検査、生体組織検査やその他の方法によって、かつては不可能だった方法での疾患への接近が可能となった。それゆえ、医師は症状を本質的には信頼できない (なぜならそれらは主観的で「ソフト」なものであるから) 情報源として見て、症状は、疾患を直接的に表すものとは考えなくなった (Cassell, 2004: 91)。医師にとっては、患者が訴える症状は、疾患の実体への次善の接近法であ

り、最善の方法は、X線や組織検査や心電図といった「直接的な」所見である。このような観点からすれば、病者は、感覚や情動や価値や信念といった「ソフトな」データの集まりであり、したがってその疾患ほどには現実的なものではなくなる（Cassell, 2004: 98）。

症状についての医学的な捉え方は、他の全ての科学と同様に、医学が普遍性に関心を抱いているという事実由来する。しかしながら、患者は普遍的な存在ではない。患者は必然的に個人であり、そして個人についての科学というものはあり得ない。医学の観点からは、症状は、本質的に普遍的であらねばならないが、ある患者の苦痛やその他の症状の訴えは、不可避的に特異的であり個人的である（Cassell, 2004: 91）。しかし、患者と医師は同じ「症状」という言葉を用いているため、患者が身体的な症状を覚え、それまでの経験から何か異常であると感じているにもかかわらず、それが医師によって非現実的であるとされて困惑する、といった事態が生じるのである（Cassell, 2004: 92）。

### ③ 2つの文化

医師は、患者とその疾患とを切り離し、あたかも患者は生じた疾患の単なる包装材料であり、別の人間がその包装材料であったとしても変わりはないように振舞う。治療は疾患に対して行われ、誰が医師のもとへその疾患を持ち込んだかは何ら問題とはされず、治療内容も同一である（Cassell, 2004: 92）。

しかし、疾患が存在するとしても、疾患の表出は決してそれ自体としては観察され得ない。疾患は独立した存在ではない。疾患は肺や肝臓のような物体ではない。乳癌はそれ独自で確固とした存在ではなく、肺炎双球菌性肺炎や間質性肺疾患もそうではない。それらは一般化された抽出物であり、その数多くの特徴の総計に基づいた、抽象的な事実を表すカテゴリーである。組織構造や機能障害といったその個々の表出のみが、現実の自然界に存在し、現実手に触れることのできるものである（Cassell, 2004: 98）。

科学的方法は、肝臓——良好なものであれ疾患のあるものであれ——の理解のためには驚くほど適しているが、しかし、特定の病者のケアにはそもそも適していない。科学の目的は普遍的なもの（例えば疾患）についての知識の追求である。科学は、この病者やあの病者といった個人、すなわち特異的なものには適用され得ないのである（Cassell, 2004: 99）。

C. P. スノーは、「自然科学」と「人文科学」というまったく異なる世界について、これらを西洋文明における2つの文化と呼んでいる<sup>(18)</sup>。医療においても、我々は小規模だが同様の2つの文化の問題を抱えている。すなわち、疾患のハードな事実を扱うものとしての医療の「科学」と、「人間」と個々の患者の不確実にみえソフトなものとして知覚されるものを扱う（科学とは認められない）医療とである（Cassell, 2004: 99）。

医師——医科学ではない——は病気のハードな事実を扱う。我々は皆、医科学はこの特定の人やあの特定の人（例えば）心臓発作に対処するものだと誤解している。医師も患者もこれを本当だと信じている。しかし現実には、医療における2つの文化の間のギャップは、医師によって橋渡しされる。医師は統合者であり、医科学を学び、それを個々の患者に適用する。例えば、心筋は医師という人を必要とする。血圧や、腎臓の血流の支援や、その他すべての医科学が向けられた技術的な側面も、医師という人を必要とする。これは、医科学が心筋（あるいは血圧や腎臓の血流）一般についてのみ扱っており、そして、この特定の人あるいはあの特定の人（心筋は、心筋一般とは異なった働きをするからであって、医師が、医科学における心筋の一般性を、「この」特定の心筋に関連づけるのである（Cassell, 2004: 99）。

医師はまた、医科学が特定の患者について機能するように、医科学に価値を加える必要がある。医科学の伝統的な考え方は、科学の世界と同様に、価値を排除している。したがって、医師が個々の患者に医科学を適用するときには、医師は、科学的事実の適用の可否を検討するだけでなく、その特定の患者の価値観や性質についても考慮することができなければならない（Cassell, 2004: 100）。このように、医師が、肺炎や間質性肺疾患といった抽象的かつ科学的に記述された知識と、その疾患の当該症例における生物学的事実との間のギャップを橋渡しするのであり、医師は、価値や性質から自由な抽象的な疾患カテゴリーを、肺炎や間質性肺疾患にかかった人（人は価値や性質を離れては決して病むことはない）に適用する、いわば「橋」である（Cassell, 2004: 101）。医師の探求の目的物である疾患は、確固たる現実としては存在せず、単なる抽象物としてしか存在しない。

---

(18) C.P.スノー（松井卷之助訳）『二つの文化と科学革命』（みすず書房、1967年）を参照。

医師が働きかけることができる唯一のものは、「この」病人である（Cassell, 2004: 102）<sup>(19)</sup>。

伝統的には、医師はそれぞれの疾患の特定の原因を探究し、疾患の原因となっているものを取り除き、それにより疾患を取り除こうとした。しかし、抗生物質が治療方法として登場したその後も、最初に考えられたほどには物事は単純には進まなかった。患者が抗生物質に対するアレルギーを持っていたり、糖尿病を患っていたり、治療を拒否したり、連鎖球菌性の肺炎が癌で死ぬ間際の最後の段階で生じたといった場合、こうした状況は「最善の治療」の内容を違ったものへと変えるが、しかしそれは疾患によってではない。治療が、教科書に書かれた治療選択が示しているような単純なものであることは稀である。そうでなければ、必要なことは疾患を調べ、その治療法を見つけ出し、それを適用することだけになってしまう（Cassell, 2004: 108）。

また、臨床医療では、医科学は常に、進行中のプロセスの一部としてその文脈の中で適用されねばならない。予後の診断について言えば、「この」患者についての予後が問題となっている場合には、その患者の予後は、決してその特別な物語の進展から離れて見出されるものではない（Cassell, 2004: 126）。診断のために必要となる疾患分類から疾患の特性についての分子的な説明にまでいたる医科学のツールは、理想的な予告告知を行うための多大な能力を医師に付与するが、しかし、そういった医科学の知識に劣らず、その病者についての医師の知識が、正確な予後判断を可能にする（Cassell, 2004: 127）。優れた予後の予測のためには、医科学が特定の文脈でどのように修正されねばならないかを学ぶことも必要になる。「この病者は誰であるか」に関連して、疾患カテゴリーの限界の認識、医師自身の知識・経験・神経・関与の限界、医師の身体的状況（疲労等）をも考慮に入れねばならない。こうした技能を身につけて、医師は臨床家になる（Cassell, 2004: 128）。

---

(19) 医師は疾患を治療するのではなく、疾患を持った患者を治療するのである。この区別は明白であり、あまりにも明白であるがためにしばしば口にするだけで、疾患を治療することと疾患を持った患者を治療することとの間にある差異が一体何であるかを問うことをしない。患者は病気と疾患をともに持つ人間であり、病気と疾患の双方が良くなる限りにおいて、患者は良くなるのである（キャッセル1991: 70）。

臨床医の4つの仕事、すなわち、診断、原因の探求、治療、予後告知は、疾患と病者との両方についての知識なしでは達成できない。疾患についての知識はここ150年の間医療の中心的関心であったが、一方で、病者と医師についての知識は無視され、直観とまとまりのない経験に任されてきた(Cassell, 2004: 129)。病者は、肝臓や酵素とは異なり、科学の客体としての規準を満たさない。病者を完全に知ることはできないし、知る者の存在を離れて知ることはできないのであって、科学の客観的な用語のみによっては計測不可能である。病者は究極的には個人であり、一人ひとりが不可避免的に異なっている(Cassell, 2004: 201)<sup>(20)</sup>。

医師はなぜ同じ疾患の症例については同じような行動をとるのだろうか？いくつかの理由がある。第1に、医師は、疾患の類似点を中心に記憶するように教育されており、その相違点についてではない。第2に、診断の方法は、ある疾患のそれぞれの症例における同じところを診るように構成されている。たとえば疾患が個々の症例で不可避免的な相違を示していてもである。かくして、冠動脈が他のそれと少し違っていても、また、間質性肺炎の患者の胸部X線写真が他の症例と違っていても、診断基準はそれらの違いを重要ではないとする。さらに、新しい医学知識において非常に重要となった統計学的方法は、違いを強調するよりもむしろ違いを平坦化する。最近では、治療ガイドラインが非常に一般的となり、そこでは統計学的手法によって同じ疾患の患者は同一とみなされる。最後に、何度も述べたように、医師の教育、その専門用語、診断と治療の道具といったこれらすべてが、患者にではなく疾患に焦点を置いている(Cassell, 2004: 260-261)。

## (2) 「病苦」とは何か——医療行為の対象〈2〉

### ① 「病苦」の定義

病者のケアは、科学によってもたらされるコントロールされた精密な調査と訓練された思考の類いなしでは行われ得ないが、それと合わせて、医療の目的についてのより深い理解なしにも行われ得ない。後者は、病苦

---

(20) 患者についての医師の個人的な知識——その言葉、振舞い、感情、価値観——は、その個人についての理解をもたらす。このことから、医師の患者についての知識はしばしば（それが特異的であるという意味を含めて）「主観的」と呼ばれ、検査や測定によって得られる「客観的」知識とは区別される(Cassell, 2004: 161)。

(suffering)の本質と、その軽減のために要求されるものについての知識であり、人間の環境についての理解である（Cassell, 2004: 27-28）。病苦（suffering）とは、もっとも広義には、人の完全性（intactness）を脅かす出来事を伴った激しい苦痛（distress）の状態と定義することができる（Cassell, 2004: 32）。痛み（pain）と病苦（suffering）は症状ではないが、身体的痛みは人間の病苦の主要な原因である。ただし、痛みは人間の病苦の多くの源泉の1つにすぎない（Cassell, 2004: 31）。

病苦とは何か、そして、医師がいかにしてその病苦に対して真に献身できるかを理解するためには、医療と医療批評家が精神と身体、主観性と客観性、人と物に関する伝統的な二分法を克服することが必要となる（Cassell, 2004: 31）。

苦痛に苛まれている人々はしばしば、苦痛がコントロールの効かないものであるとき、苦痛が圧倒的であるとき、苦痛の理由が不明であるとき、苦痛の意味が恐ろしいものであるとき、苦痛が終わりのないものに思えるときに、苦痛による病苦を訴える。これらの状況においては、人々は、苦痛を、自分の存在の継続を脅かすもの、自分の生命のみならず人間としての統合性（integrity）を脅かすものとして知覚する。これが苦痛と病苦との関係である。このことは、苦痛の原因が解明されること、苦痛の意味が変化すること、苦痛がコントロールできること、苦痛の終わりが見えてくることによって、苦痛が続いているときであっても病苦が取り除かれるという事実から、強く示唆される（Cassell, 2004: 35）<sup>(21)</sup>。また、人々は、物事や出来事や社会的関係において自分が失ったものによって苦しむことがある。そのような苦しみは、我々の人間としての完全性や我々の一貫性と統合性が、身体の完全性のみならず自己と他者との関係の網（web）の完全性にも由来することから生じる（Cassell, 2004: 38）。

損傷が充分であるとき、人は病む。病苦が存在しているかどうかを確認する唯一の方法は、病んでいる人に尋ねることである。我々は、ほとんど不可避的に病苦をもたらす一定の損傷があることを知っている。すなわち、

---

(21) キャッセルは、前著では、苦痛のコントロール可能性を重視していた。すなわち「病者を健康者から区別する他の諸特徴の中に、われわれは世界をコントロールすることの喪失を加えねばならない。もし私が病者にとって最も破壊的な病気の側面を一つ取り上げねばならないとしたら、私はコントロールの喪失を選ぶだろう」（キャッセル1991: 36）。



愛する者の死や病苦であり、無力さであり、救いのなさであり、希望のなさであり、苦悩、生涯の仕事の喪失であり、深い裏切りであり、精神的な苦悩・孤立・所在なさ・記憶の誤り、絶え間のない恐怖である。それぞれが普遍的でありかつ個人的である。それぞれは我々全てに共通な性質を持つが、しかし、それぞれは、ある特定の人のある特定の時に関連させて定義されなければならない (Cassell, 2004: 42)。

## ② 慢性の病気の場合

病苦は、慢性の病気の場合には、身体への要求と身体の制約、そして、社会と集団生活への要求によって生じる個人の内面での葛藤のために生じる。こうした葛藤が内面化され、個人の統合性がその葛藤に脅かされることによって、病苦が生じるのである (Cassell, 2004: 61)。

慢性の病気による変化の1つは、世界についての知覚が変化することである。あらゆる感覚・知覚・経験が、病気の経過に基づいて解釈されるようになる。その結果、知覚される現実が、慢性の病気を病む人にとって変わり始める。慢性疾患の診断を受け入れた瞬間から、その人は自分自身を「病人」と捉える (Cassell, 2004: 49)<sup>(22)</sup>。

社会的基準や規範や期待は、現実には病人の外部にはなく内部にあるものなので、社会の中で生きていきたいという希望と後退する必要との葛藤は、その病人の思考の中で継続する。これら2つの相反する必要性が妥協不可能であればあるほど、その葛藤は病人を2つに引き裂こうとし、継続的な解決不能の不幸を生じさせて、病苦の原因となる。「他の人たちと同じようになるように努力せよ」との励ましこそが、病苦を引き起こす原因となる。なぜならば、病者にとって、他の人々と同じになることは不可能だからである。その代わりに必要なことは、障害のある人に可能な限り自分自身であるための方法、すなわち、自分の能力と他人からの期待に応じて行動の規準と規範を書き換えることを教えることである (Cassell,

(22) 健康な時には、われわれは世界への繋がりによって生きていることを知っている。われわれが繋がりを完全に失う時、われわれは死んでいる。われわれは多数の物理的現象——触覚、視覚、平衡感覚、臭覚、聴覚——により世界に繋がっているが、事物や他者への関心、人びとへの感情、われわれが何をなし、いかにわれわれが必要とされるか、あるいは社会組織の中のわれわれの位置等によってもまた繋がっている。病気においては、しかしながら、こうした繋がりのいくつかが失われる (キャッセル1991: 16)。

2004: 52)。

慢性の病者には、他のあらゆる人々と同様に、その社会的自己のあり方に応じて、内面的な必要性・目標・希望・信念があるが、しかし、それらを表明する機会は疾患によって減じられる。かくして、個人の社会的側面と内面的側面との葛藤が明確化してくる。それは個人を引き裂くかのような大きな脅威や葛藤となりうる。慢性の病者の多くの「抑うつ」はこのような性質のものであり、それは現実には抑うつではなく病苦であり、解決しがたく思える内心の闘争によって個人の統合性 (integrity) が脅かされ、長く続くものである (Cassell, 2004: 60)。

### ③ 統合性の喪失

病苦は、病人の統合性が失われ、それが回復され得ないときに生じる。このことを心に留め、急性の病気の病苦と慢性の病気の病苦とを区別しなければならない (Cassell, 2004: 56)。

たとえそれがどんなに激しいものであっても、症状は本当の敵ではないのであり、差し迫った死への恐怖が病苦の根幹なのであって、本当の敵は恐怖であることを、病者は理解しておかねばならない (Cassell, 2004: 56)。問題は、なぜ苦痛があるのかではなく、なぜ病苦があるのかであり、なぜ他人よりも多くの病苦を抱える病人がいるのかである。多くの人は、自分の苦痛との戦いを止めることができない。苦痛がより大きいとき、人はより多く戦う。苦痛との戦いを続ける間 (そして苦痛が続く間)、その戦いによってさらに疲弊することになる。疲弊してくると、苦痛が自分を圧倒するであろうことを確信し、そして人は病み始める。苦痛以外の他の症状についても同様である (Cassell, 2004: 58)。

病苦を引き起こす無傷性 (intactness) への脅威は、個人のいかなる側面についても起こり得る。しかし、脅威に晒され破壊されたその人の部分が他の側面によって置き換えられるならば、病苦は軽減される (Cassell, 2004: 58)。また、未来についての言明も、例えば癌による苦痛は耐え難いという思い込みによって、脅威として具現化される。脅威が大きいとき、病者はその人間としての無傷性が危険に晒されていると感じる。病苦はその時に発生する。病苦は、病苦の原因へと個人の全注意が向けられることによって知覚に影響し、全器官の知覚が病苦によって影響されるようになる。こうなると、病者は脅威に対して適応しようとし始め、病者の人格が変化し始める (Cassell, 2004: 98)。

医師の主たる関心が疾患の診断と治療だけにある場合には、医師は病苦を適切に防止し処理することに失敗し、治療の結果として病苦を生じさせるであろうことは明らかである（Cassell, 2004: 61）。

医療の世界では、ホスピスと緩和ケアにおいては、病苦についての議論が高まっている。それでは、何故それがより頻繁に診断され治療されないのだろうか？ その大きな理由として、痛みと同様に、病苦は主観的なものであり測定できないという点がある。20世紀のほとんどにおいて医学を従わせた科学における規範は、病苦という現象を扱う余地を持っていなかった。科学の規範は患者全般の評価を要求し、個々に異なりうる事実については扱えなかった。それに加えて、診断のための道具は、ケア提供者の主観性に基づくものであった。さらに不幸なことに、医師やその他のケア提供者は、病苦の中にある患者を探るために必要となる自分たち自身の主観性——感覚、直観、自分の知覚の活用さえも——から次第に距離を置くようになった。これは、医師たちがかつては有していたさまざまな技術（skills）の重要性を減じることとなった洗練された現代的な診断と治療のテクノロジーへの依存度の増加に、その原因の一端がある。しかし、より重要なことは、多くの医師が、それが必然的に伴う患者への責任のゆえに、積極的に自分たちの主観性を否認した。そして、患者の状態についての理解を促すであろうような医師と患者の関係は、きわめてしばしば簡単に退けられた（Cassell, 2004: 276）。

病苦は人格的で個人的なことであり、自己葛藤と孤独によって特徴づけられる。それは身体的な病気と症状から生じるが、いったんそれが始まると、病苦自体が中心的な苦痛となる。病苦は、個人の統合性（integrity）を失わせるに至るあらゆる身体的・社会的・情動的なプロセスないし出来事から生じる。人が病気になると疾患の発現は、その最初期の症状から最終的な障害すなわち病苦まで、追跡することができる。したがって、その人の全体を理解することなしには、その病気の本当の評価とその治療は不可能であり、そこには、患者が病気とその経過に付与する意味の理解も含まれていなければならない（Cassell, 2004: 276-277）。

### （3）キュアかケアか

#### ①キュアとケアの関係

たとえある治療方法が無作為比較臨床試験によってある特定の疾患につ

いて適切（または不適切）と示された場合であっても、その疾患を有する「特定の」患者への治療方法は、疾患の種類だけによっては決められない。不可避的かつ必然的に、医師は治療方法の一部である。医師が治療を管理するということではない、そうではなく、医師という人が治療の中心的部分であるということである。これは医師という役割について本質的なことであり、診断を下し医学の「一般的」内容を「この」特定の患者に適用するという点で、医師は必要な橋渡しを行うのである（Cassell, 2004: 111-112）。

個々の医師の治療における態度は、治療結果に対してプラシーボ効果に似た影響をもたらす。医師の熱意は患者の熱意を引き出し、医師の悲観的態度は患者の疑いを引き起こす。（プラシーボ効果に関する）この事実は、無作為臨床試験の治療効果の評価においては、コントロールされねばならないバイアスとして処理される。しかし、本当はそうではないのであって、医師の患者に対する影響（そしてその逆も）は、常に存在する。病人だ人のケアにおいて、それは必然的なことである（Cassell, 2004: 113）。

次々と生じる困難を切り抜けるための新しい方法を絶えず探し出すことは、適切な薬剤を知ることと同様に、医師の治療行為の一部である。これが「もう何もできないことがない」という言葉が破壊的であることの理由である。さらに、それは通常は真実ではなく、いかに取るに足らぬものであっても、実際には常に患者の状況を改善するための何らかの方法が存在しているものである。また、たとえ身体に対しては何もすることがなくなったとしても、それは病者のために何もすることがなくなったことは意味しないということは、明確に理解されるべきことである（Cassell, 2004: 118）<sup>(23)</sup>。

急性の病気でも、慢性の病気でも、終末期の病気でも、医師の積極的な存在は、治療の一部である。より正確には、「医師は治療である」。抗生物質や、他の可能性のある薬剤や、現代テクノロジーや、さらには医療設備

---

(23) 死にゆく患者に、あるいはいかなる患者にでも、助力を何ら為し得ないということはごくごく稀である。自らの役割を、疾患の治療者、あるいは死と戦う戦士としてのみみならず医師は、しばしば無力である。自らの働きは、力の及ぶ限り病者を助けることだと知っている医師は、ほとんどいつも何かすることができる。彼のケアにおいて、病者は死よりも悪い無力さや恐怖、孤独や苦悩から保護されるのである（キャッセル1991: 213）。

の中での管理は、医師のツールであるが、しかし、医師が治療なのである。看護師が独立した専門職であり、ソーシャルワーカーが専門職化し、その他の多くが医療に携わっている「医療ケアチーム」というこの平等主義の時代に、医師が治療であると言うことは挑発的であるかもしれない。確かに、他の専門職は医師の代役を勤め得るし、治療の一環となることができるとは、しかし、それは医師の本来的な役割についてである。医師と患者と彼らの関係が治療へと結びつく過程の全てを理解せずに、疾患の治療や患者について理解することは不可能である (Cassell, 2004: 119)。

個々の医師は「橋」であり、患者各人のためになる抽象的な知識を備えたパートナーである。医師のこの機能は、医科学が不完全だからではなく、科学的知識の「理想」が「この」医師の援助なしには「この」病者に対して意味をなさないから、病者のケアのために必要となるのである。個々の医師の判断が、医科学によって提供される没個性的な知識を個々の患者について個人化 (personalize) するのである (Cassell, 2004: 125)。

ところで、もし患者の人格が重要視されるべきだとするならば、医師の人格もまた重要視されねばならない。質問用紙でもなく、コンピュータでもなく、診断マシンでもなく、ただ人間だけが、他の人間を複雑な存在として扱うことができる。医師のもっとも重要な技術は、疾患理論からは導き出せない (Cassell, 2004: 130-131)<sup>(24)</sup>。

医療とは規範的な職業であり、それは理想と価値によって導かれる。健康と病気の定義は、何が許容可能な障害であり、苦痛であり、醜貌であるかについての社会と諸個人による価値判断を常に含んでいる。そのような規範的な要素は不可避的なものであるが、病気の定義には常に客観的で非規範的なものが存在しているであろうことも重要である。病気が身体的なものであろうと精神的なものであろうと、人のあらゆる病気には、人のあらゆる次元における症状が生じる。他のいかなる部分にも影響を及ぼすことなく人のある部分に生じるものなど存在しない。しかし、病人であっても健康者であっても、どんな人についても、その全体を知ることはできな

---

(24) 医師は個人の幸福を直接扱うがゆえに、医学は道徳的職業として認められねばならず、その手段は部分的には技術的である。全部ではなく一部が技術的だというのは、医学の最も重要な手段の1つは医師自身の人柄だからである。医学は簡単にいえば人間による人間の世話 (care) に関係があるのである (キャッセル1991: 113)。

い。現実には常に、我々の考えが及ぶ範囲を超えている。ただし、個々の病者は、我々の目下の関心の的であり、我々の直接の観察の下にある。疾患を検討するために病者の諸側面を抽象化する必要はない。その人について医師が見ることは、医師によるケアに直接に関係するのであり、ケアをする人によってしか見出されないことがたくさんある（Cassell, 2004: 145-146）。

診断のための質問は、今の時点で何がこの人の機能を脅かしているかであり、それが何か（すなわち疾患）で終わるならば、答えは不完全である。最終目標は、何が体の中で起きているか（病理学）と、この患者はどういう人かを明らかにすることである。すなわち、何がその患者を脅かしているのか、なぜ今の時点でそうなのかを明らかにすることである。これを実行するためには、異なる種類の情報を追求し、そしてその結果をより一般的なかたち——何がこの患者の機能をこの時点で脅かしているのか——に統合することが必要である。そのうえで初めて適切な治療プランが生み出される。そして、臨床医は、患者が問題をどのように定義づけているかを知り、必要な場合には、それを訂正しなければならない。これらすべてが遂行されて、医師は何が問題であり、なぜそれが患者を脅かしており、なぜそれがその時に生じたかを理解する。こうしたアプローチによって、医師は問題を自分自身の（医学的）言葉と患者の言葉の両方で定義し、その患者に適した疾患の治療計画を、その患者に理解可能なかたちで立てることができる（Cassell, 2004: 146-147）<sup>(25)</sup>。

診断に際しては、疾患プロセスに対するその個人の身体的・精神的・社会的な反応が考慮されねばならない。また、病気を負っての対人関係も、診断に加えられねばならない。いかなる人も絶対的な孤独の中で病気になることはない。些細な病気を除いて、種々の関係が病気についての意味を有している。その人の家族状況はどのようなものか。その人が子どもである場合には、両親との関係はどうか。その人は独身か、他人と住んでいるのか、家族とは近い関係か遠い関係か、社会的支援を受けているか、結婚しているか、家庭は円満か崩壊しているか、子どもはいるか、配偶者は生

---

(25) 疾患は病気の一部にすぎず、科学はそれだけでは、患者の役に立たない。それが役立つのは、医師—患者関係の中においてのことである（キャッセル 1991: 79-80）。

きているか、離婚しているか、他の堅固な関係が存在しているか、医師やケア提供者との関係はどうか、病気の状態はどうか、身体的環境はどうか、都会在住か地方在住か、仕事上の環境はどうか、病気はどのくらい続いているか。要するに、診断、治療、予後予測、原因探求のためには、その人についての知識が必要となる。医師は、疾患の名前とその病理学を知るだけではなく、病人と病気について、より多く知らねばならない<sup>(26)</sup>。病者を中心とすることで、この問題は解決される (Cassell, 2004: 147)。

科学的な観点からは、足の骨を折った男性や化学療法で髪を失った女性が病苦の中にあるかどうかは、実証不可能なものであるがゆえに、確実に回答することはできない。誰かが病苦の中にあるかどうかは科学的知識によって解明されない場合には、医療の基本的な目的である病苦の軽減は、純粋に科学的な医学によっては達成され得ない。医療がその目標を達成するためには、医療の中に存在する2つの種類の知識、すなわち科学的な (scientific) 知識と個人的な (personal) 知識とを併用しなければならない (Cassell, 2004: 164)。

科学は、特定の状況や特定の時間が意図的に排除された一般性を扱う。したがって、何がある特定の個人を抽象物としてではなく明確な個人とするのかが問われねばならない。そして、医師がどうやって一般性ないし普遍性を特定の個人に対して適用するのかが問われねばならない。鬱血性心不全一般についての知識は、今日鬱血性心不全を患っているこの特定の患者に、どのように関係しているのであろうか。その答えは、部分的には、医師がその特定の個人を見出す方法の中に存在している。もし私が肺炎に関する一般的な知識を私が診ている特定の患者としてのあなたに適用しようとしたら、私があなたを「肺炎を患った特定の個人」として知れば知るほど、私はそれだけ成功するであろう。もし肺炎を患った特定の個人であることが肺炎を何らかのかたちで変形する——肺炎を「この人の」肺炎とする (そして他の人の肺炎とは異なったものとする) ——のであれば、臨床医の仕事は、科学者のそれとは対照的に、肺炎そのもの (それは科学の真の対象である) ではなく、その特定の個人における肺炎について検討すること

(26) 客観的データを現在尊重するのと同じように、患者から得られる主観的情報も尊重しなければならない。医学において主観的なものは、その現実性や重要性がより少なかったりするのではなく、ただ別種の現実なのである (キャッセル1991: 120)。

である。一般的なものを特殊なケースにあてはめるといふ問題の解決策は、一般的なものを特殊化することである（Cassell, 2004: 167）。その特定の患者が疾患をどのように変形させているかを臨床医が理解したときや、疾患の存在証拠の詳しい探索の過程でともすれば見逃されていた典型例に当てはまらない点を認めたときに、その個人について個人化がなされる（Cassell, 2004: 168）。

## ② 個人化の方法

診断における課題は、病者が示している現象群をもっとも適切に説明するであろう診断X（例えば肺炎）という分類項を選択することである。分類基準が知られていればいるほど、分類基準はより正確であり、Xと非Xの区別は明確になる。診断のための基準群がより正確になればなるほど、それはより普遍的となり、非典型的または不正確な特性は、診断を混乱させたり診断を重複させるものとして排除される（Cassell, 2004: 168）。

患者が多くの疾患の証拠を示しており、その一部はある疾患カテゴリーに適合的であるが、残りはそうではないという場合はどうであろうか。まず、特定の診断を支持しない証拠を排除し、その診断を支持する証拠を追求して、いったん診断が下される。次に、診断プロセスは反対の方向に向かい、何がその患者のその疾患を変形させているのかが追求される。このプロセスは弁証法的であり、その病者を取り囲んで存在する種々の情報の中から、ある疾患カテゴリー（診断）が選択され、そして、その診断に関する抽象的な知識と「この」病者についての知識とが統合され、個人化され、その特定の病者のケアに適用できるように疾患が全体的に解釈される。これは足し算の過程ではない。統合は足し算ではない。非常にしばしば欠けるものが、この最後の統合のステップである。医師が患者は肺炎だと判断するやいなや、医師はこの患者の中に自分が肺炎に関して知っているものを見つけようとし、肺炎にかかった「この」患者について発見し得ることについては関心を払わず、唯一の必要な知識は科学的な知識であると信じているような場合、事態は悪化する（Cassell, 2004: 169）。

事実はそれだけで存在するものではない。事実は、それとともに全体を構成する他の事実との関係からその意味を引き出すのであり、また、それが離れているところの全体からその意味を引き出すのである。これは何かということは、部分的には、それが何でないかによる。他の事実から成る背景とは区別された事実は、その背景を含意する。現在における腎臓の機



能という事実は、この瞬間あるいは過ぎた瞬間における腎臓（あるいはさらに肝臓まで）において起きている他のことから独立ではない。我々は理解する必要から医学的事実を引き出すが、我々が理解したいことは、孤立した事実ではなく、全体——腎臓全体、身体全体、人間全体、そしてコミュニティ全体——についてである（Cassell, 2004: 170）。

医療における技術（art）対科学（science）の問題を解決するためには、本当に有能な臨床医は、それら両方の側面を尊重する。また、知識自体は患者に対して何も行わないのであり、医師がこれを行うのである。このことは、医師は疾患を扱うのではなく、患者を扱うのだという自明の理から導き出される（Cassell, 2004: 201）。

#### （4）キュアとケアを結びつけるもの——価値観と「意味」

##### ① 患者の価値観

医学のその科学としての地位は、20世紀になってその語彙から積極的に価値の概念を消去することによって確立された。そして、医学が科学に遇されるようになったとき、科学は価値から自由であるので、科学に基づく医学もまた価値から自由であるという立場が採用された。20世紀の科学の支柱を提供した哲学者たちは、経験的な事実は何らかの真実を表し、価値的な言説は何ら経験的な意味を持たないので真実の言明ではないということに賛同した。彼らは、価値的な言説は、せいぜいのところ話者の感覚を表現するものにすぎないとした（Cassell, 2004: 172-173）。

しかしながら、価値は、少なくとも5つの異なった方法で、医療に入り込んでいる。（i）社会的な価値は、医学的ケアの重要な決定要因である。健康への欲求はそれ自体が1つの価値であり、あるグループ（例えば子ども）の健康は、他のグループ（例えば老人）の健康よりも大きく価値づけされる。（ii）医療ケアは、病人と健常者の両方の目的の達成のために機能する。目的は価値の表明であり、最善の医療活動のあり方を決めるに際しては、そのどちらかが優先されねばならない。（iii）医師は、個人的にも職業的にも、その提供するケアに影響を及ぼす価値観を有している。医師は、何らかの症状や疾患やその取るべき行動について、優先順位が存在すると信じている。また、医師は、何が正常で何が異常であるかについての確立した考え方を持っており、それら自体が価値を含んだものである。さらに、医師は、何が良い医療であり良い医療行為であって、何が悪い医

療であり悪い医療行為であるかについての、明確な考えを持っている。  
(iv) 人は、病気であれ健康であれ、自分の価値観から離れて存在することはできず、人が価値から自由な事実によって認識されたり描写されたりすることが不可能であることは明らかである。(v) 全部分 (wholes) と全体性 (wholeness) を理解することは、不可避的に価値に結びついている。全部分は単なる物ではなく、それらはさまざまな程度の完結性を伴う目的によって形成されている。以上のことから、価値は、科学的事実と同様に、医師が病者を理解するために不可欠のものである (Cassell, 2004: 173)。

また、近年、医学的事実の確率的性格が明らかになってきた。心電図がある一定の異常を示しているときでも、紙の上のその曲線の異常性は心臓疾患の絶対的な証拠とはみなされない。心電図で異常がなくても心臓疾患があることがあるし、心電図で異常があっても心臓疾患がないこともある。このようなことからすると、患者の価値観についての情報は、より大きな意味をもつ。症状についての患者の訴えを主観的なもの（そして無用のもの）として片づけることはもはや正しいことではなく、患者の価値観についての情報は、一定の確率の下で実際の価値を反映していると、客観的に判断することができる。価値に関する情報とそれらが患者個人について示すものと、病気の症状や徴候とそれらが身体について示すものとの間には、重大な相違がある (Cassell, 2004: 173-174)。

決定的な事実は、患者の価値観は、医師によって発見されるのを待ってそこにあるということである。医師は、患者の価値観を表す事実について注意深くなるよう訓練されなければならない。ある人の価値観を知ることはその人の重要性について知ることであり、医師が患者の価値観を発見しないならば、それは、医師がその患者がどんな人であるかを知らないことと同義であると理解されねばならない。患者の価値観についての医師の関心は、医学を個人化し、「この」患者をケアするために、この患者が有する疾患についての考えを復権させたいという要求から生じる (Cassell, 2004: 178-179)。

患者の話とその話しぶりや態度を注意深く観察すると、患者が自己の身体をどのように捉え、医療ケアや医師や病院や家族や薬物療法についてどのように考えているかを知ることができる。何がもっとも重要であるか、何がもっとも脅威であるか、すなわち、問題となっている対象や出来事が、

患者自身の中でどのように価値づけされているかを知ることができる。こうした患者の価値観に関する事実が明らかになればなるほど、医師は患者の観点からみて患者のために最善のことを、より多く行うことができるようになる (Cassell, 2004: 179)。

医師は、患者の全体を、部分——分子や細胞小器官や細胞や組織——についての知識に基づいて扱う。しかし不幸なことに、部分を見て全体を理解するためのシステムティックな方法は存在しない。さらには、患者の全体を理解するためにすら充分ではない。人はさまざまな関係の中で生きており、そうした関係は、健康なときでも病んでいるときでも、その人に影響を及ぼす。人は家族の中で生きており、家族の性格は病者に対して影響を及ぼす。家族とその成員はコミュニティの中で生きており、コミュニティもまた病者とそのケアに影響を及ぼす。これらの事柄が患者の人生に及ぼす影響と、それらがどのように相互作用しているかを理解することは、病者のケアをする際に重要である (Cassell, 2004: 192)。

医療の対象である個々の病者は、今の時点でここにいる・特別に枠づけられた客体ではない。病苦の全体性や個人性は、身体の範囲を超えて広がる。我々はある人をその人について収集した全ての情報によって理解しようとする。しかし、ある人の自分自身に関する考えは、自分が他者に対して何ができ、そして自分が他者に対して何者であり得るかを知らうとするので、他者を含まねばならない。我々は、自分自身と比べることのできる他者が存在するので、この知識を獲得できる。また、自分自身についての知識は、他者の自分に対する反応によっても形成される。かくして、他者がどのように病んでいるかを知るためには、何がその病者をその病者たらしめているかを知る必要がある。彼はどのようなときに自分の全体性を感じるのか、どのようなときにそれを脅かされ、あるいは解体されるのか、その将来の見通しはどうか、過去は、他者は、環境は、目標や目的は、といった類である (Cassell, 2004: 198)。

## ②「意味」による媒介<sup>(27)</sup>

意味 (meanings) は、人が行うあらゆることについて不可欠である。意味——人、物体、出来事、関係、状況についての経験の解釈とラベリング——は、あらゆる思考 (考察、理由付け、黙考、想像、空想、価値づけ、感情の表出) のための不可欠の要素である。身体における諸要素は、さまざまな意味 (例えば、多くの言葉の生来的な身体性、感覚的な知覚、生来

的な生理学的付随事情、超越性、不確実性）の一部である。人の身体に生じること——皮膚や筋肉や関節や腸や心臓の鼓動や神経システムの活動を通じて知覚されること——は、身体による経験である。それらは経験として意味を生み出す。身体による経験は、意味を生み出す考えや概念を顕在化させる。意味は、身体的な効果をその内に含んでいる。かくして、人において、意味は、それを通して思考が身体に流れ込み、身体が思考に流れ込むための媒介である（Cassell, 2004: 222-223）。

意味は、常に2つの要素を持っている。意義（significance）と重要性（importance）である。意義とは、あるものが何であるかであり、重要性とは、意味の価値的要素である。重要性は常に、誰かにとっての重要性である。意味がどのようにして思考と生理学的プロセスとの間の相互作用の媒介物となるかを理解するに際しては、「意味」という言葉自体が多くの意味を持っているので、そのような単純化は役に立たない。したがって、次に必要なことは、それら無数の意味を検討し、思考の生理学的帰結についての我々の議論に役立つものへとそれを限定することである（Cassell, 2004: 232）。

言葉やその他の象徴（symbols）や徴候（signs）や経験の意味の認知

---

(27) 以下でのキャッセルの意味に関わる独特の考察の前提には、心身一元論の主張が存在している。キャッセル自身は心身二元論と心身一元論との対照につき、簡単にしか述べていないが、その部分を抽出すると、以下のとおりである。「その呼び名を除いて、身体（body）というものは存在しないし、その呼び名を除いて、心（mind）は存在しない。人（the person）が存在するだけである。「心」という言葉は、考えることや理由付けすることや意味を認めることや夢を見ることや想像することや創造することや、とりわけ感情といった、人の特徴である活動の束の全体に対するラベルとして役立つものである。重要なのは、ラベルではなく活動である。人はまた、歩き、話し、血液やその他の部分に細胞を形成し、食物を摂取し、排出物を排泄し、呼吸することができるが、これらのプロセスは身体に関連している」（Cassell, 2004: 227）。また、「本章〔Chapter 13: Mind and Bodyのことであり、本文の以下の部分に示したキャッセルの意味論が展開されている章である〕は、心と身体は、それがあり得ないがゆえに、分離不可能だという信念に基づいている。我々は部分から成り立っており、そのいずれかの部分に生じたことは全体に影響し、全体に影響することはすべての部分に影響する。すべての部分は相互に関係しており、1つの作用が残りの部分から完全に切り離されることはない」（Cassell, 2004: 241）。

的及び感覚的な側面については、感覚 (feeling) をも付け加えねばならない。事実上、あらゆる意味は感覚を含んでいる。感覚を意味の一部と考えるならば、意味の個人的で特異的な性質が明らかになる。ある言葉や経験に対してあなたが感じることに私が感じることは、大きく異なることがある。そして、たとえ私たちが同じこと——恐怖、喜び、悲しみ、その他の感情——を感じるとしても、その強さが違っていることがある。経験に意味を付与するとき、人々はその意味の大部分を共有するが、それぞれの意味は、その特異的な側面を含んでいる。これは理解しておくべき重要なことである。なぜなら、それは、各個人における疾患を、その個人において独自のものとする要因だからである (Cassell, 2004: 235)。

感覚は、身体の中で共鳴する。感情や雰囲気や情動をあたかも思考の産物であるかのように語ることが一般的であるが、それらはすべて身体的に経験される。恐怖は誰かを捉える。不安はつかまえ、喜びは心臓を元気づけ、悲しみは重くのしかかり、悲嘆は胸の中の石のようであり、切望は筋肉を硬くし、言葉は精神を浮き上がらせる、等である。意味は吐き気をもよおさせることができ、化学療法について話すことだけで患者が吐き気をもよおすことがある (Cassell, 2004: 236)。

身体的現象は、情動を含んだ意味の一部である。意味は、経験が情動や感覚へと転換される際の媒介物である。情動や情動がその一部となっている意味が身体現象を引き起こすわけではない。すなわち、生理学的反応が、情動や意味の一部なのである。我々は情動が症状を引き起こすという考え方にあまりに慣れていたので、このことを理解することは難しい。身体的感覚も情動も、意味全体の一部なのである。逆に言えば、身体内に経験するもの (症状、病気、痛み、混乱、困惑) は、人がそれを意識するかまたは無意識の内容物となるような意味を含んでいる。意味は、身体の中で経験されたことを意識的または無意識的な考えに変換する媒介物である (Cassell, 2004: 236)。

身体上の反応は、情動的な状態から生じるものではなく、身体上の反応は、情動的な状態の一部である。そして、我々は断片から成っており、その一部に生じることはその全部に生じる (Cassell, 2004: 239)。我々は部分から成り立っており、そのいずれかの部分に生じたことは全体に影響し、全体に影響することはすべての部分に影響する。すべての部分は相互に関係しており、1つの作用が残りの部分から完全に切り離されることはない。

意味は、思考と生理学が一方から他方へ流れ込む際の媒介物である。しかし、意味は、思考それ自体ほどには神秘的なものではない。例えば、共有された意味は、我々を文化集団や家族として結びつけ、特定の意味は、我々すべてを個人・特別・異なった・特異的な存在とする（Cassell, 2004: 241）。

意味はまた、目や耳やその他の特別の感覚のみによってではなく、身体とその部分の内部から生じる感覚的な情報によっても構成されている。意味は身体を含んでいる。意味は、身体と呼ばれる物に影響を与えるのではなく、物事の意味の本質的で不可分な部分として、身体的な状態を含んでいるのである（Cassell, 2004: 241）。

意味が生じたり思考の中で与えられたりすると、意味は、その身体的次元での経験を必然的に伴う。一方で、ある人の身体の中で起きること（皮膚や筋肉や関節や腸や心拍や神経系統の活動を通じて知覚されること）は、身体的な経験である。さまざまな経験と同様に、それら身体的経験もまた意味をもたらす。意味は、身体的状態を含んでいる。人間の中では、意味は、思考が身体に流れ込み、身体が思考に流れ込む際の媒介なのである（Cassell, 2004: 242）<sup>(28)</sup>。

---

(28) 以上と類似したことが、わが国でもすでに指摘されていた。すなわち、「われわれとして触れずにはおれない問題がある。それは、精神身体医学において言われる精神とは一体何を意味するのであるか。私はそれは『意味』ではないかと思う。『意味』とは理性的および感情的の存在者としての人間がその中に生きる世界である。それは、それ自体非物質であって、しかも人間を行動せしめ、さらに身体そのものの機能と機構に変化を起こさしめる——とするのが精神身体医学である——ものである。それは観念と言われ、ある場合には理念とも言われるが、行動心理学的な意味をも含めて『価値』とよぶ方がいいであろう。なぜなら、それは単に理論的、認識論的なものであるだけでなく、感情的なものでもあり得るからである。……人間に行動を促すすべての表現は言葉であり意味である。その意味において感情は理論的、概念的な言葉よりも一層意味的なのである。言語はその理性化として成立するのである。そうして人間が理性的存在者であるかぎり、言葉が条件反射の一つの重要な条件となるのであるが、言語以前の感情的意味も身体的変化を生起せしめうるのである。以上のように考えることが許されるとすれば、その『意味』が身体に変化を起こさせる過程が条件反射によるものか、ストレスラーとしてであるか、それとも精神身体医学的なものであるかは別として、ともかく、『意味』としての心が現代の医学において大きな役割を果たしているのである」（澤瀉1981: 164-166）。

### ③ 意味と経験

医療においては、言葉は単なる言葉ではなく、現場での医療的ケアの経験は単に患者の身に起きる出来事ではない。言葉と経験は患者の身体に直接的な影響を及ぼし、病気を改善させたり悪化させたりする可能性を有する。病気の経験や、ケアの経験や、医師やその他のケア提供者の言葉は、単なる親切でもなく、主たる関心対象である疾患の周辺にある情報の運び手でもない。意味は、単なる付帯現象ではなく、病者あるいは健常者の身体への直接的な接近を可能にする。それは学習するに値するものである(Cassell, 2004: 242)。

症状は、精神的なものを除き、身体の感覚であり、それらに関連した意味を持っている。意味はあらゆる経験に付着しており、症状が(たとえそれがだしぬけに生じたものであっても)経験であることから、このように言えるであろう。このことから、症状は単なる自然の粗暴な事実ではなく、症状は、それが生じた人がその前に持っていた意味によって影響される。このことを明らかにするためには、意味が、その言葉の2つの意味において、固定された静的なものではなく動的なものであることを理解しなければならない。第1に、意味を構成する概念の内容は、物事がどこからきてそれが何になるのかについての考えを含んでいる。冠動脈心疾患を意味する胸の痛みについて言えば、それは、なぜ冠動脈心疾患が起きたのか、そしてそれがどうなるのか(例えば心臓発作)という考えをその人に引き起こす。このように、意味は予測を含んでおり、予測は経験の前兆につながる。意味が動的であることの第2の意味は、学習が意味を変える点にある。何かが経験されたとき、その経験は意味を変化させる。それゆえ、意味とその結果としての予測は、単に感覚の結果であるだけではなく、瞬間瞬間に継続している感覚を変化させ、それを強化したり拡張したりし、また、その他の感覚を増大させたり減少させたりする(Cassell, 2004: 264)。

例えば、呼吸困難は、経験から得た知識や意識下での知識に基づいた、機能不全が起きるであろうという予測(機能不全そのものではない)の結果として生じ得る。呼吸困難は呼吸器の生理学または病理学からのみ生じると説明することが一般的であるが、人の要素——意味と経験——がそこに入り得るのである。このことは、単純な急性症状の場合を除き、意味と予測と解釈が症状の病理学的な表現を変えるという結論を導き出す。換言すると、急性の場合を除き、そのような症状は、部分的にはその人の表現

なのであり、単なる非人格化された疾患や身体表現ではない。また、症状の変化は、意識的なレベルでも生じる。人はその症状を回避するために行動を変更し、仕事や運動計画を変更するが、それらが何らかの成功を収めると、そのこと自体が意味の一部を変える（Cassell, 2004: 266）。かくして、患者を脅かしていた出来事の意味を変えることによって、何らかの効果を生じさせることができる。そこで起きていることは、意味の変化である（Cassell, 2004: 267）。

痛みも、単なる感覚ではない。それは原因と疾患とその結果（例えば癌や慢性関節リウマチ）についての信念の中に埋め込まれた経験でもある。痛みは人格化され、痛みの経験のあらゆる側面——痛みそのものを含む——は、身体的な感覚（この瞬間の痛み）だけではなく、情動を喚起し、意味を生成する。意味が生成されてゆくに従い、それは分子レベルから共同体レベルまでのあらゆるレベルの経験を変化させ始める（Cassell, 2004: 267-268）。

不安とその相関物が痛みの増大をもたらすわけではないということを理解することは重要である。すなわち、増大した痛みや変化した痛みは、不安がその一部となっている意味の一環である。患者は、痛みを軽減するためにその行動を変える。すなわち、痛みを悪化させるような物事（行動や姿勢）を回避したり、不快感を減らすように立ち方や歩き方や座り方を変える。患者はまた、薬を飲んだり、医師を訪ねたり、職業を変えたり、自分の疾患や痛みについての情報を探したり、運動計画を始めたたり止めたりもする。こうしたことの効果はさまざまであり、それらの結果は意味の一環となる。一方で、恐怖は、意味や予測や回避や対抗手段や悪化要因を通じて、痛みをさらに悪化させるような身体行動——防御、筋肉の硬直、姿勢の変化等——につながり、これらも痛みのプロセスの一部である。経験されたものとしての痛みは、それ自体が解釈である（Cassell, 2004: 268）。

我々は心と身体を切り離すこと——いわゆる心身二元論——にあまりに慣れていて、身体的な現象については、機械的な思考を自動的に適用してしまう。これは、身体とそのメカニズムをその他のあらゆる人間的な側面から切り離すことができるとする現代医科学の方法論の産物である。しかし、個々の患者とその痛みを検討するならば、すべての患者の痛みは異なっており、患者はそれに異なった意味を付与している可能性があるのであって、少なくとも各人の痛みは異なっているということを想起することが重



要である (Cassell, 2004: 269)。

以上にみたように、痛みには——そして病苦にも——意味がある。その意味を変えることで、痛みや病苦を軽減することが考えられる。

#### (5) ケア (病苦の軽減) の方法

##### ① 患者について知ること

医師やその他のケア提供者の行動によってよりよいケアや患者やその家族の病苦を大幅に軽減する結果をもたらすことを約束する3つの目標がある。第1の目標は、すべての診断計画や治療計画を、疾患に関してではなく病者に関して立てることである。第2は、患者の余命を最大化するのではなく、患者の機能を最大化することである。第3の目標は、患者とその家族の病苦を最小化することである。これらの目標は、医師やその他のケア提供者は疾患の治療ではなく病者の利益の最大化にその基本的な焦点を当てるべきだという、より基本的な考え方から生じるものである (Cassell, 2004: 282)。そして、この際に重要なことは、医科学の抽象的な知識と医療の技術的な知識が、どのように結合され、患者の病気に対して適用されるかである (Cassell, 2004: 202)。

臨床医が患者のケアにおいて援用する知識は、患者をケアした実際の経験と共に統合的に形成される。臨床医は、理論的知識に加えて、経験から生まれた知識を有していなければならないだけでなく、それに加えて、ある特定の患者をケアする際の知識が、「この」患者について適切でなければならない。これは、患者の経験を真に知っているのであれば、臨床医は患者やその病気やその環境について知ることはできない、ということの意味する。これは、患者の身体的・超越的・感情的・認知的な状態をその患者の病気の経験として医師の知識へ注入するという意味での「共感」という言葉の意味の1つである (Cassell, 2004: 202-203)。経験は、強いものであれ弱いものであれ、感情(感覚)を呼び起こし、これが意味と価値の付与をもたらす。経験によって惹起された感情は、その経験の評価の一部である。感覚が引き起こされずに経験をすることはありえない。惹起された感情は、経験の評価である (Cassell, 2004, 205)。また、抽象的な知識は、その医師が自分の患者との経験を通してその人物と病気について知るにいたった程度において、適切に適用(再具体化)されねばならない (Cassell, 2004: 206)<sup>(29)</sup>。知識と経験は常に相互的な関係にある。医

師は、患者の経験について、世界に関するその一般的な知識や、病気に関するその知識や、自分自身に関する知識にいたるまでを、知っていなければならない（Cassell, 2004: 211-212）。

医療においては、経験の主体は患者と医師である。個人としての医師のみが、病者の経験を共感的に経験することができる。それゆえ、人間としての医師の代わりをなし得るものはない（Cassell, 2004: 213）。

知識や理論が正しく適用される最善の状況とは、臨床像がそのあらゆる細部にわたって十分に知られているという状況である。臨床医学においては、これは、患者と患者の病気に関係する細部のすべてを知ることを意味する。全ての細部を知ることは明らかに不可能であるが、しかし、経験と知識の相互関係が、次第に細部を探ることを可能とし、それらが時間を追って拡張するプロセスにおいて、互いの知識を合致させる。これが新しくより高度なレベルでの全体を生産するための知識の弁証法的な統合の部分である（Cassell, 2004: 214）。

可能な時には常に、患者が自分に関することについて明確に表現できるような時点で、患者との議論がなされるべきである。患者の中には、こうした会話にいやいや引き出されねばならない者もいる。にもかかわらず、医師にはその患者の目標を理解するという絶対的で不断の責任——どれだけの時間とどれだけの努力が要求されるかを問わず——がある。治療についての決断が疾患についての事実と患者の目標との両方に基つかねばならない場合には、患者には決断ができるように十分な情報が必要なのであり、患者がそれが自己の最善の利益を反映しているものと考えるような決断がなされねばならない（Cassell, 2004: 283）。

なお、医療ケアは、特定の患者の特定のニーズと、特定の疾患と、特定の状況の下で調整される。その際に、これから何が起きようとしているかの予告——予後告知——は常に必要であり、それは精密に調整された技術でなければならない。患者とその家族は、もし何らかの緊急事態が起きた

---

(29) 経験がナマのままでも何のものにも媒介されていないということは、例外的である。経験と知識の間には相互関係が存在するのであり、知識は我々の経験を解釈し、経験は我々の知識を豊富にする。我々は究極的には、我々の経験の範囲内で、それらの目的に奉仕するような我々の職業や技術や知識によって導かれるからである。かくして、目的もまた、経験や知識と相互作用する（Cassell, 2004: 207-208）。

ら何をしてよいのか分からないのではないかとことを常に心配しているので、次に起きることに対する準備をしておかねばならない。良質の予後告知には、継続的な情報と詳細への注意が要求される。医師による継続的で強力なサポートの存在は、病苦の軽減において中心的な位置を占める (Cassell, 2004: 285-286)。

患者に自分自身のケアについて協力させるためには、医師の側の説得力が必要になる。説得力を持たない医師は、ほとんど語義矛盾である。問題となっている事実とその適切な治療は、話術に長けた医師の口を通してしか、何ごとをも語ることはない。説得的に話す技術という意味での話術は、医療の科学とテクノロジーを患者のために機能させるために医師が持たねばならない技術に加えられねばならない (Cassell, 2004: 138)<sup>(30)</sup>。

## ② 聴くこと

患者の死が近いときには、より快適な方法、時間、場所を提供することが、適切な治療の目標になる。そのような行動計画は、患者と共に作成されるべきものである。医師の知識と助言を利用して、患者がどんなゴールが（どんな治療がではない）自分の関心や目的にもっとも合致しているか——患者本人以外の誰もそれを知ることはできない——を決めねばならない。患者が自分の目標が何であるかを提示し、医師が何をどのようにできるかについての知識を提示する (Cassell, 2004: 283)。

聴くこと、本当に聴くことが、話すことと同様に重要であるということは、強調しすぎることはない。聴くことは、患者の面前で完全に開放的に

---

(30) 「医者の説明の重要さはいくら強調してもしすぎることはない。重要なのは単に、診断学的観点から彼のどこが悪いかという説明ではなく、診断学的用語の意味の説明である。医師が患者に話すときは、文法が変化する、とってよいかもしれない。「あなたには横隔膜ヘルニアがある」というのは英語で完全な文だが、医者の仕事では、いうならば不完全である。その目的にとって完全であるためには文は次のようであればならない。「あなたには横隔膜ヘルニアがあるが、その意味は、胃の一部が押し上げられて、胃に通じる食道が通っている横隔膜の穴の中に入り込んでいるということです。それで具合が悪いのだが、処置はやさしく、別に苦痛はないでしょう」。以上の“文”は三つの部分からなっている。すなわち、問題となっているのは何か（診断）、身体の中でどうなっているのか（解剖学的、あるいは生理学的説明）、および人間の観点から何を意味するか（それに関して何をなしうるか、および結果はどうか）、である」（キャッセル1991: 130）。

なることを意味する。それはあたかも、医師の内部——心と呼んでも魂と呼んでもよい——に扉があり、その扉を開けて患者が自分の中へ入ってくるかのようなものである。そこに「直接の触れ合いによる」「新たな時代の」音がするならば、それを消してはいけない<sup>(31)</sup>。よい医師は不思議な道具である。これはしばしば共感的傾聴とか感情移入コミュニケーションとか感情移入的な注意と呼ばれているものであり、学習可能なものである。この態度は、何かを「する」のではなく、何か「である」というものである。これが適切になされると、ほかならぬ医師が、たとえ患者には分からなくても、何が起きるかを正確に知ることができる。そして患者は、医師が信頼できる存在であり、ケアをしており、理解していることを経験する（Cassell, 2004: 290）。

また、患者の語りの中でのその症状を説明するために用いる言葉を注意深く聴くと、症状がどのようなものであるかだけでなく、患者が症状をどのように感じているかも伝わってくる。言い方を換えると、何かを描写するために選ばれる言葉は、その何かについて伝えるだけでなく、その話し手についても伝えてくれる。話の中の非言語的な部分——間、早さ、話す分量、強さ——でさえ、話し手の信念や態度についての知識をもたらしてくれる（Cassell, 2004, 157-158）。

患者、とりわけ重篤な患者は、自分の病気とその帰結について語ることを必要としている。彼らには、その主治医と2人だけになって、自分の話に耳を傾けていてもらう必要がある。医師はしばしば、このような会話では落ち着かない気持ちになる。医師は、時間を費やすことと、その内容が自分の感情を乱したり、自分の専門知識が何ら役に立たない内容であるような会話を強いられることを恐れる。そのような尻ごみは当然であるが、しかし、ほかにどんな選択肢があるだろうか。患者の話を聞くという作業を精神科医やソーシャルワーカーに任せることには別の効用があるであろうが、しかしそれは主治医と話をしたいという患者の要望に置き換えられるものではない。病者は通常、自分の病苦の原因について精神的なもの身体的なものとを区別していない。患者が癌でありその腹部が膨張してい

---

(31) 「話を聞くことは症状が何かというだけでなく、それらが患者にとって何を意味しているかを聞くことであり、理解するとは言葉の理解だけでなく、共感するという意味で、言葉の背後にある価値を理解することをも意味する」（キャッセル1991: 92-93）。

るとき、その正常からの逸脱は直接的な脅威である。患者にとっては、癌と社会的な孤立とは一体化している (Cassell, 2004: 288)。

### ③ 癒しの力

医師において、魔術は治療的な力の敵である。なぜならば、医師の癒す力は、医師と患者の関係から生じるが、それはテクノロジーから離れて医師の内部から生じて機能するものだからである (Cassell, 2004: 219)<sup>(32)</sup>。

癒しの条件は、病人がいて、癒し人がいて、彼らの間に関係があることである。しかし、結果的には、医師が癒し人として意識的に行動しなくても、癒しの効果は生じ得る。そのため、医師が癒しの現象を認識しておらず、それについて知らず、それを意識的または無意識的に用いたりしなくても、それでも患者にとって不可解に思える事態は起きるであろう。現代の医師は、現代医科学の力を与えられているので、単にその個人的な癒しの力に頼る必要はない。医師の癒しの力について言えば、その治療への力は、システムティックな訓練と自己管理を要求する。そして、医師がその知識を維持することを怠り、知識の獲得や知識への責任を失う限りにおいて、医師はその治療上の力を失う (Cassell, 2004: 219-220)。

医師における診断と治療の力は、不確実性に耐える能力と直接的に比例する。不確実性は、診断と治療に内在するものである。不確実性を減らすためには、より多くを知らねばならない。より多くを知るということは、異なる情報源から異なる種類の情報を得ることを意味する。このことは、患者による経験、及び、患者たちの経験——医学の経験と知識——に入り込むことを意味する。しかし、確実性そのものを求めることは、究極的には、患者を見捨てることである。そして、存在するはずのない確実性を求めることは、魔術へと後退することである。(Cassell, 2004: 220)。

痛みの経験を変えることは、痛みのプロセスのいずれの時点においても試みることができる。痛みの原因は除去または軽減され得る。不安にさいなまれ、痛みが軽減され得ないと信じている患者は、痛みがコントロール

---

(32) 「医者 of 全能感 is 癒し人としての機能の重要な一部であり、彼の否認できぬあるものである。しかし全能はすべての魔術的な贈り物と同じく、諸刃の剣で危険である。それはその所持者と受け手の双方を強めることもできるし、傷つけることもできる。医者 of 全能感 is 依存心を助長し、医者を暴君に患者を子どもにすることが可能だが、それはまた患者にコントロールを学び恐怖から自由になる勇気を与えることもできるのである」(キャッセル1991: 169)。

可能だと示されることによって、しばしば同じ激しい痛みに不平を言うことなく耐えることができる。痛みに対応する行動は変えることができる。患者は、脅威を変化させ無傷性（intactness）を回復するような方法で変化することを助けられる。いかなる程度や原因や器官の痛みについても、中心的な原理は、痛みや病苦のいずれの段階においても介入が可能である、というものである。この基本的事実により、痛みや病苦の軽減の可能性は大きく拡張される（Cassell, 2004: 286）。その他の症状も、同様にコントロール可能である。病苦につながる身体的症状を管理するためには、医師は単に「病理学的に」そして「身体を考える」だけでは足りない。医師は「人を考える」こともしなければならない。このことにより、疾患の当初の症状から病苦を起こしている病人の性格と症状との関係までを追跡することが、医師にとって可能となるであろう（Cassell, 2004, 286-287）。

ただし、痛みが軽減され得ない患者も存在し、症状がコントロール不可能な病気も存在し、最高の医師でも無力となる疾患が存在する。そのような状況においては、たとえ痛みやその他の症状が軽減され得なくても、病苦は軽減されねばならない。基本的な原理は、その人の無傷性（intactness）または統合性（integrity）が回復されねばならないということである。病苦は、非常に孤独な状態である。それゆえ、無傷性を回復するための第1のステップは、病苦にある人に手を差し伸べてその人を我々残りの人間のもとに引き戻すことである。何が起きようと、どれだけ困難であろうと、その人とコミュニケーションし、そこにいて助けなければならない（Cassell, 2004: 287）。

それでも医師がもはや疾患とその症状をコントロールできなくなった状況において、どうやったら身体へのコントロールが証明され、患者が再び力を持つことができるであろうか？ できることが何もないという状況は、決してないのである。その主治医までが希望を捨ててしまった希望のない患者は、絶望的な患者であり、それは破滅的な状況である。薬剤が変えられ、新しい種類の包帯が使われ、治療の間隔が変えられたとき、患者は、医師が何らかの解決策を見出そうとしていることを知る。患者と医師は効果的な力へと一体化し、そのような事実そのものが、患者をその周囲の集団と再び結びつける。自分が死のうとしていることを知っている患者は、それでもなお、自分自身をコントロールしていると感じることによって救われる。医師は患者の病苦を再認識し、自分が知っており、また、他者が

知っているあらゆる可能な救済方法を試みなければならない (Cassell, 2004: 288-289)。

#### ④ 媒介としての医師

医師と患者の関係は、それを通じて病苦の軽減が達成される媒介物である。患者に「巻き込まれる」ことを避けながら同時に病苦を効果的に扱うことは不可能である。患者が何を感じていて、さらには患者がどのような身体感覚を経験しているかを医師に伝える情報は、患者とのつながりを通じて流れる。その同じ絆を通じて、医師は、病苦の中にある病者が病苦の孤独から帰還するための橋を架けることができる。危険に晒され衰弱した病者は、医師が信頼し得る者であることを知る。病者は完全性を取り戻し、関係を通じて世界と再び接続される。病気とそれを客観化する医師を含めた新しい現実を患者が受け入れることができるのは、この関係のおかげでもある。ただし、このことは、患者との親密さという危険を冒すことによって医師が得られるものの治療的利点を示しているが、情動的なストレスへの正当な恐怖から医師を保護するものが何であるかを示してはいない。死にゆく人をケアする経験を積んだ医師や他の人々は、経験が何かを教えてくださいと言っただけである (Cassell, 2004: 290-291)<sup>(33)</sup>。

このように、医師と患者の関係における重大なパラドックスは、患者のケアに際して医師—患者関係が十分に機能するためには、患者に対する最大限の開放性が必要となるが、患者に対して開放的であることによって、医師が身体的にも感情的にも危険に晒されるということである。一方で、医師が患者に対して心を閉ざすと、医師は患者を失望させ、そして自分についても失望する (Cassell, 2004: 70)。しかし、熟練した医師は、医師—患者関係において、患者の側の信頼と誠実さを高めるだけでなく、親密

(33) この問題について、キャッセルは、前者では、医師自身の人生経験の積み重ねによる解決を示唆していた。すなわち、「医師は社会的因習の下に人生とは一体どんなものかをおる仕方で学んでいる。彼は人生と人間をその最悪の下で経験する——痛みと悲しみの中で、また、尊厳を奪われた状態で。しかし彼はまた患者の中に、勇気、受容、断念、および決意を見る特権と、男女の性格と魂を試す人間的状況に内在する人生の危機に参与する特権を許されている」(キャッセル1991: 93-94)。また、「医師は、常に患者と協力して倫理的決定を行っているが、医師も患者もこのことに気づいていないようだ。医師がこの仕事をするのに必要な素養の多くは、特別な訓練よりもむしろ人生経験によって出来てくるのである」(キャッセル1991: 119)。

## 医療契約法の再構築（5）

さと独立性との間、同情と客観性との間のバランスをとる。患者への接近は、治療の成功のために必要である。親密さがそれを可能にする。優れた医師の技術の1つは、倫理的に可能な限り患者との親密性を保ちながら、行動の独立性を維持することにある。そこに患者のための最大限の治療的能力の源泉がある（Cassell, 2004: 75）。

### （6）小 括

疾患ではなく病者を中心にして判断を下すこと、延命よりもむしろ機能を最大化させること、病苦を積極的に最小化させることが、病苦の予防と軽減につながる。病苦の軽減について考えるとき、医科学に期待される確実な知識は問題とはならない。医療は、その歴史を通じて常に、病気と死から生じる新しい謎を解明してきた。1つの問題を解決すると、次の問題が現れる。それゆえ、新たなジレンマに直面して現代医療のテクノロジーが不適切であり医師というものの概念が充分なものでないことは、不可避なことである。しかしながら、病者は常に呼んでいるのであり、医療は手を休めることはできない。たとえ不確実性の海の中の不完全な方法によってであっても、病者をケアすることは、医師の責任である。かくして、いつの時代においてもしたがって現在においても、病苦の軽減が医療の根本的な目的である（Cassell, 2004: 291）。

### 【第3章第2節 引用文献一覧】

（外国語文献）

Cassell, 2004 : Eric J. Cassell, *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine, Second Edition* (Oxford University Press, 2004)

（邦語文献）

アッカークネヒト1983：エルウィン・H・アッカークネヒト（井上清恒=田中満智子訳）『世界医療史——魔法医学から科学的医学へ——』（内田老鶴圃、1983年）  
[Erwin H. Ackerknecht, *A Short History of Medicine (Revised Printing)*, (The Ronald Press Company, 1968)]

井口1999：井口 潔「原点から考え直す医学と医療——わが国の医学の温故知新と病院医学」西村昭男編『医療科学——原点から問いなおす』（医療文化社、1999年）137-162頁

イリッチ1998：イヴァン・イリッチ（金子嗣郎訳）『脱病院化社会——医療の限界』（晶文社、1998年）[Ivan Illich, *Limits to Medicine—Medical Nemesis: The*



- Expropriation of Health* (Calder & Boyars Ltd., 1976 )
- 医療人類学研究会編1992：医療人類学研究会編『文化現象としての医療——「医と時代」を読み解くキーワード集』（メディカ出版、1992年）
- ウルフほか1996：ウルフ=アンドゥル・ペデルセン=ローゼンベルク（梶田昭訳）『人間と医学』（博品社、1996年）[Henrik R. Wulff, Stig Andur Pedersen & Raben Rosenberg, *Philosophy of Medicine: An Introduction (Second Edition)*, (Blackwell Scientific Publications, 1990)]
- 澤瀉1981：澤瀉久敬（おもだか・ひさゆき）『医学の哲学〔増補〕』（誠信書房、1981年）
- 梶田2003：梶田 昭『医学の歴史』（講談社学術文庫、2003年）
- 柏木1999：柏木哲夫「緩和医療と医療科学——ホスピスケアも視点に入れて」西村昭男編『医療科学——原点から問いなおす』（医療文化社、1999年）223-242頁
- 柏木2006：柏木哲夫『定本ホスピス・緩和ケア』（青海社、2006年）
- 川喜田1990：川喜田愛郎『医学への招待——生命・病気・医療』（日本看護協会出版会、1990年）
- キャッセル1991：エリック・J・キャッセル（土居健郎=大橋秀夫訳）『癒し人のわざ——医療の新しいあり方を求めて』（新曜社、1991年）[Eric J. Cassell, *The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship* (J.B. Lippincott Company, 1976)]
- クルッシ2008：フランク・ゴンザレス・クルッシ（堤 理華訳）『医学があゆんだ道』（ランダムハウス講談社、2008年）[Frank González-Crussi, *A Short History of Medicine* (Random House, 2007)]
- 清水1997：清水哲郎『医療現場に臨む哲学』（勁草書房、1997年）
- 祖父江2001：祖父江逸郎『臨床の心得』（医歯薬出版、2001年）
- デュボス1977：ルネ・デュボス（田多井吉之助訳）『健康という幻想——医学の生物学的変化』（紀伊國屋書、1977年）[Rene Dubos, *Mirage of Health: Utopias, Progress and Biological Change* (Harper & Brothers Publishers, 1959)]
- 中村1992：中村雄二郎『臨床の知とは何か』（岩波新書、1992年）
- 中村1999：中村雄二郎「医療の原点とは何か」西村昭男編『医療科学——原点から問いなおす』（医療文化社、1999年）3-21頁
- なだ1970：なだいなだ『お医者さん——医者と医療のあいだ』（中公新書、1970年）
- 樋口2003：樋口康子「看護とは」森岡恭彦=村上陽一郎=養老孟司編著『新医学概論』（産業図書、2003年）209-221頁
- 日野原1983：日野原重明『延命の医学から生命を与えるケアへ』（医学書院、1983年）
- 日野原1996：日野原重明「キュアとケア」大井玄ほか編『医療原論——医の人間学——』（弘文堂、1996年）52-67頁
- 広井1999：広井良典「医学・科学・環境——医療技術の新しいモデルに向けて」西村昭男編『医療科学——原点から問いなおす』（医療文化社、1999年）53-68頁
- フーコー1969：ミッシェル・フーコー（神谷美恵子訳）『臨床医学の誕生——医学的

## 医療契約法の再構築（5）

- まなざしの考古学』(みすず書房、1969年) [Michel Foucault, *Naissance de la clinique: Une archéologie du regard médical* (P. U. F., 1963)]
- 村上1996: 村上陽一郎「科学史と医療」大井玄ほか編『医療原論——医の人間学——』(弘文堂、1996年) 23-38頁
- 村上2003: 村上陽一郎「医療と科学」森岡恭彦=村上陽一郎=養老孟司編著『新医学概論』(産業図書、2003年) 33-41頁
- メイヤロフ1987: ミルトン・メイヤロフ (田村真=向野宣之訳)『ケアの本質——生きることの意味』(ゆみる出版、1987年) [Milton Mayereoff, *On Caring* (Harper & Row, 1971)]
- ライザー1995: S・J・ライザー (春日倫子訳)『診断術の歴史——医療とテクノロジー支配』(平凡社、1995年) [Stanley Joel Reiser, *Medicine and the Reign of Technology* (Cambridge University Press, 1978)]
- ローズ1990: P. ローズ (丸井英二訳)『医学と社会のあゆみ——医学・社会・哲学——』(朝倉書店、1990年) [Philip Rhodes, *An Outline History of Medicine* (Butterworths, 1985)]
- 山内2006: 山内常男「臨床現場の医師——「医療の質」と患者—医師関係」川上 武=藤井博之=梅谷 薫=山内常男『日本の「医療の質」を問い直す』(医学書院、2006年) 45-70頁
- 鷺田1999: 鷺田清一『「聴く」こと之力——臨床哲学試論』(阪急コミュニケーションズ、1999年)