The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	医学の目指すものと臨床知の本質 : 医学理論の人間学による基礎づけに向けて
Author(s)	西村, 敏樹
Citation	臨床哲学. 2013, 15(1), p. 2-20
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/26325
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

医学の目指すものと臨床知の本質
――医学理論の人間学による基礎づけに向けて

西村敏樹

はじめに

「臨床医学の対象とすべきは、病気ではなしに、病人である（ “Mit Kranken, nicht mit Krankheiten, hat es die Klinik zu tun”）」とは、オーストリアの内科医ノートナゲール（Hermann Nothnagel, 1841 ～ 1905）による 1882 年におけるヴィーン大学教授就任時の言葉である。彼が若き日に学んだ 19 世紀後半のドイツ医学は、病人から科学的に病気を抽出することによって、病気の治療法の発見への道筋を形成していったが、臨床医のまなざしは、次第に個別的・具体的な病人から、普遍的・抽象的な病気へと重心移動していったのであり、彼の炯眼には、病人と病気との乖離という現代医学の問題点が早くも察知されていたものと思われる[1]。

本稿の目的は、この現代医学の課題を解決することを念頭に、「医学の対象とすべきは、病人の抱える、病み苦しむ〈悩み（suffering）〉である」とする認識を中心にすえた医学理論を構築することにある。

この認識はすでに、ヒポクラテス（Hippokrates, B.C.460 ～ ?）に見出されるものだが、現代医学におけるその再発見と理論的発展の過程を、医学者の冲中重雄（1902 ～ 1992）にその端緒を認め、川喜田愛郎（1909 ～ 1996）、土居健郎（1920 ～ 2009）、エリック・キャッセル（Eric J. Cassell, 1928 ～）らの業績に跡づけ、それらから「医学とは、〈わずらう（suffering）〉人を見立て癒す、倫理的・技術的な営みである」とする医学理論を抽出する。

つぎにこの医学理論と、哲学者のポール・リクール（Paul Ricoeur, 1913 ～ 2005）の〈行為し受苦する人間 l’homme agissant et souffrant の自己了解〉を主題とする哲学的人間学（anthropologie philosophique）との対話により、人間学的に基礎づけられた、より堅牢な医学理論の構築を図る。

１．医学の目指すもの

冲中重雄は、「内科臨床と剖検による批判」[2]と題する最終講義において、患者に生前になされた臨床診断と死後の病理解剖の所見とを詳細に比較検討し、誤診率が 14.2％であったことを示し、臨床の経験を診断と治療に役立つものにするためには、科学的検証の批判を経ることが重要であるとの、Evidence-based Medicine の先駆的視点をのべ、しかしまた、科学的方法をもってしても、医学には本質的に不確実性が存することへの謙虚な認識が必要であることを説き、つぎのような言葉で結んだ。

> 最後に一言、学生諸君に、申し上げておきたい言葉がございます。これは私自身が作ったものではありませんが、私がこれは非常にいい言葉だと思って、何かのときにメモしておった先覚者の言われた言葉だと思います。…それは〝書かれた医学は過去の医学であり、目前に悩む患者の中に明日の医学の教科書の中身がある〟というのです。…少しオーバーな言い方かもしれませんが、しかし、私はそういうことを諸君に述べまして、この私の最後の、820 回目の講義を終わりたいと思います。

冲中は、医学が「目前に悩む患者」から学びつつ前進していくものであることを伝え、また、この医学の基本理念ともいうべき言葉を、先覚者から受け継ぎ、そして次世代に引き継ぐという、継承のスタイルをも意図して提示しているように思われる。

その翌年、川喜田愛郎は、冲中との対談[3]において、「医学の最終目的が疾病、病人を治療し、疾病から予防することにある」ことを確認し、「医学がそこに始まって、またそこに終わるのは臨床医学である」とし、自らの専門であるウイルス学を含め「基礎医学という学問は、普通に言われている意味では存在しない」、つまりそれは単なるヒトの生物学ではなく、先の医学の最終目的に連なるべきものであるとした。

以後、川喜田は、冲中のいう「目前に悩む患者」を中心にすえた医学理念を継承し、基礎医学の知見をも包摂した医学の体系化の作業へと向かった。その試みはまず、『病気とはなにか―医学序説』[4]に結実し、歴史的・実証的研究としての『近代医学の史的基盤』[5]を経て、『医学概論』[6]、そして『医学への招待－生命・病気・医療』[7]へと発展的に展開されていった。

川喜田は医学史を遡及し、「目前に悩む患者」を中心にすえた医学の祖形を、ヒポクラ

テスに見いだす。古代ギリシャは、他の文明より早い段階で、呪術的・宗教的要素から決別し、合理的・経験的な医学を育み、ヒポクラテスはそれをすでに古き良き伝統として継承する立場にあった。「古い医術について」という論文は、自己の立場の正当性を、当時新興しつつあった恣意的・思弁的原理を立て病気を説明しようとする流派に対し論述したものである。彼は、医術が人の病気というきわめて重大な実践にかかわる技術（テクネー）であり、実地にその真偽をためすことができるのであり、病気に由来するいろいろな悩み（パテーマ）は万人が経験するものであるから、その成り立ちの原因や進行のしくみは誰にもわかり、納得のできるものでなければならず、ゆえに思弁的原理を設定することは不要であるとした。この悩み（パテーマ）の言及されている箇所を川喜田はつぎのように訳出する[8]。

> この技術（テクネー）〔医術〕を論ずるに当って人は、人々の身近に心得ていることがらについて語らなければならない。なぜならば、彼の扱う対象は、ほかでもないそれらの人々が病み、また苦しんでいるところの悩み（περὶ τῶν παθημάτων）以外の何ものでもないからである。

この παθήματα という言葉は、Adams 訳、Littré 訳、小川訳ではそれぞれ diseases、maladies、病気[9]と訳されているが、Jones 訳では sufferings と訳されており[10]、ヒポクラテスがストレートに病気と言うときには、慣用通りに νοῦσος（νόσος）という言葉を用いていることを指摘し、川喜田もまたこれを悩みと解釈する。医師の診る対象を、単に病気とするか、病み苦しむ悩みとするかによって、医学の目指すところは本質的に大きく異なってくることに注意を促す。

ヒポクラテスは、悩み（パテーマ）に対し、環境の諸条件を整え、温和な手当てによってその自然治癒力を助長することを治療の本旨とし、病因や病態についても、誰にでもわかり納得できる言葉で語り、「人への愛の存するところには、またいつも学術（テクネー）への愛がある」[11]との言葉を彫琢した。川喜田は、このヒポクラテスにおいて、倫理と術と学とが融合すべき医学が一応の完成をみたとする[12]。

その学統を受け継ぎ、さらに 17 世紀ヨーロッパに成立した近代科学の成果を受け継ぐ現代医学の目指すべきすがたを、つぎのように定式化する[13]。

> 経験的の事実としては、それ〔病気〕は何よりもまず人の悩み（suffering）の 1 つ、

仏教的な用語をかりて言えば、苦の世界の中の病苦である。ところでそれが人の悩みであるからには、たとえば一家の生計を担う責任をもった結核症患者の悩みは、単に結核菌感染に由来する身体的（ソマティック）な苦痛だけではなしに、それをめぐるその人の生活史と存在の全体にかかわっている。ひっくるめてその悩みをカヴァーし、それを除くために適切な助力を提供することこそ、医療という技術の究極的に目指すところである。

すなわち、患者にとって病とは、生物学的現象（biological phenomenon）であるだけでなく、その個々人にとって軽重さまざまな意味をもった生活史的（biographical）なできごとであり、また死の不安感や生の無意味感といった人間存在全体にかかわる人間学的（anthropological）なできごとである[14]ため、医学の目標は、この３つの次元にまたがる〈わずらい（suffering）〉を癒すことにある。

ここで川喜田のいう人間学とは、「人間とは何かという誰にもにわかに答えられない問い」[15]を扱う学問であり、「医学という人間学（アントロポロギー）の一つの局面が、医学者だけのものであることはできないし、また、あってはならない」[16]という。そして人間とは、死すべき運命を知っている存在、生の意味を問う存在、社会の中で善くも悪しくも生きうる自由を得た存在であり、これを人間の「メタ自然」[17]性と呼ぶ。

川喜田が患者の悩み（suffering）について「今ではやや古めかしい言葉になったが、それを患い（わずらい）というではないか」[18]と指摘しているように、古来日本人は、〈わずらう〉という言葉に、精神的に苦しむという意味での思いわずらう（煩う）ことと、病むという意味でのわずらう（患う）こととの双方の意味を含ませてきた。同様に英語・仏語・独語の suffer・souffer・leiden という語にも、双方の意味が含まれている。本稿では、思わぬ病気を患うことと、その病の経験によって悩み煩うことの総体を、〈わずらい〉あるいは〈わずらう〉と表記することとする。

この〈わずらい〉に対し、呪術的・宗教的医学では、呪術・悪霊・タブーの侵犯・神への反抗などにより説明し、対抗呪術・祓魔術・懺悔などにより対処してきた[19,20,21]。また、非宗教的・体系的・非近代医学的という性格でまとめられる諸文化の伝統医学や民間療法も、〈わずらう〉人の癒しに重要な役割を担ってきた[22,23,24,25]。これに対し現代医学は、治癒に結びつき得る科学的な説明と治療法を提供することによって、典型的には「病原菌による感染症」という科学的説明と、完治を期待できる「抗生剤の治療」とによって、〈わずらい〉の原因そのものを解消することに成功してきた。しかし、現代医学は、疾患の病

態を科学的に説明することはできても、ではなぜ私が今ここでこの病を得たのか、という問いへの答えの用意はなく、それはただ不条理としか言いようのない事態としてある。精神科医の中井久夫（1934 ～）の「神の行方がはっきりしない今、医師は納得して病気になり、納得して死を迎えるための助け手であることを求められている」[26] との言葉は、川喜田のいう死の不安や生の虚無といった人間学的〈わずらい〉に対する医師の役割への期待について述べているのである。

米国の生命・医療倫理専門のシンクタンクであるヘイスティングス・センターでは、1979 年に suffering に関する学際的研究プロジェクトが組まれ、その研究成果のひとつとして、内科医エリック・キャッセルが、論文「〈わずらい〉の本質と医学の目指すもの」[27] を発表した。

その中でキャッセルは、〈わずらい〉を和らげるという医師の職責は古代にまで遡りうるのに、現代の医学教育・研究・診療において系統立てて省みられないことを指摘した。

そして、同名の著書『〈わずらい〉の本質と医学の目指すもの』では、同じ症状を呈する疾患によっても、どのように〈わずらう〉かは、個々の人格（person）によって異なるため、医学の課題は、19 世紀と 20 世紀がおもに身体とは何かにあったように、21 世紀のそれは人格とは何かにあるとし、〈わずらい〉との連関においてその解明に向けて考究し、〈わずらい〉をつぎのように定義している [28]。

> 〈わずらい〉とは、急性の疼痛や呼吸苦といった身体症状の出現とともにしばしば引き起こされるものだが、身体的な次元を超え出たレベルの事態であるといえる。高度に一般化すれば、〈わずらい〉とは、人格の統一性が脅威にさらされるようなできごとに伴う深い苦悩の状態と定義されうる。

このように、医学の目指すものは〈わずらう〉人を癒すことにあり、そのためには疾患に対する治療とともに、病の経験に対する精神療法が求められている。

土居健郎が、1950 年に内科から精神科に転じ、精神療法の実践とその学問的根拠となる人間理解の方法を探究していった [29] 背景には、内科的治療にも精神療法の意識的な施行が必要であるとする問題意識があった [30]。土居が、キャッセルの『癒し人のわざ―医師患者関係への新しい接近法』[31] をいち早く日本に紹介したことは、その生涯の問題関心の所在からして必然的であったと言える。

土居は「治療学序論」において、「精神療法的関係は、このような症状の蔭に隠れて悩んでいるはずの当の本人に眼を留め、その本人に語りかけることができて初めて成立するということができる」（傍点は引用者による）[32] とし、キャッセルの立論にふれて次のように述べている [33]。

> 治療者が病気をなおすのではなく、病人をなおすという立場に立つ時は、たとい身体病を対象とする場合も、そこには狭義の精神療法的過程が含まれることになる。たとえばエリック・キャッセルという内科医は、身体的苦痛とは別にそれに随伴して起こる精神的苦しみも医療の対象であると主張する。病気ゆえに自分の身体をままならぬ異物のように感じ、果ては身体の中で起きていることに恐怖を抱く場合、また病気ゆえに人間関係が分断され、それに歪みを来たす場合など、これらすべては病人の精神的苦しみに数えられる。ところでキャッセルは、医者はすべからくこれらの点に注意し、単に症状についての訴えをきくだけではなく、それが患者の生活にとってどういう意味があるかを探りだし、それに対処すべく必要な情報を患者に提供せねばならぬというのだが、ここまでくればこれはもう立派な精神療法といわねばならぬのである。（キャッセルは「癒し」という古い言葉をもって説明している。）

ここに〈わずらう〉人を癒すという医学の目標を念頭においた、身体医学と精神医学とに共通する精神療法の在り方が定式化されている。

また土居は、『方法としての面接』で提示した「患者の話を、あたかもストーリーを読むごとく聞かねばならぬ」[34]、「ストーリーが読めないと、見立ては立たない」[35] という Narrative-based Medicine の先駆的視点を敷衍して、「治療学序論」で精神療法の目的をつぎのように定義づける [36]。

> 精神療法の成否は、結局のところ患者が治療者の協力のもとに、自分の現状についてパースペクティブを持つことができるか否かにかかっている。このことは言い換えれば、患者がそこで真の意味で主人公であるストーリーを紡ぎ出すことであるといってよいであろう。実際、精神的な意味で病んでいるということは自らのストーリーを見失っているというふうに言い換えられる。そのように考えると精神療法の目的は見失われているストーリーを恢復するということであると定義することができる。

このように〈わずらう〉人を癒すためには、疾患に対する治療と病の経験に対する精神療法の双方が求められる。そのための診断には、キャッセルが新たな診断概念を定式化しているように[37]、単に疾患の病態の把握のみならず、生活史的な背景と疾患によるそれへの影響、本人が病に対してどのような感情や考えを抱いているのかといった、〈わずらい〉の生物学的・生活史的・人間学的診断が必要である。土居はこのような包括的診断に〈見立て〉という日本語をあて、それを “clinical judgment” と英訳している[38]。

> 一般に「あの医者は見立てがよい」というと、その医者の診断がたしかなことをさすのであるが、治療も同時に上手であることを暗示している…。…患者の病状を正しく把握し、患者と環境の相互関係を理解し、どの程度まで病気が生活の支障となっているかを読み取り、また患者およびその家族の治療に対する態度ないし期待がどのような性質のものであるかという動機づけについても吟味されねばならない。そこまで理解できれば、当然医者としてその患者のためにどれだけのことができるかということもおのずから明らかとなるであろう[39]。

以上のように、「医師の扱う対象は、病み苦しむ悩み（パテーマ）である」とするヒポクラテスの認識を共有する、冲中・川喜田・土居・キャッセルらの立論から、「医学の目指すものは〈わずらう〉人を見立て癒すことである」とする医学理論を抽出することができる。

2．臨床知の本質

キャッセルは、この見立て（clinical judgment）について、アリストテレス（Aristoteles、B.C.384 ～ 322）の賢慮（フロネーシス）（practical wisdom）の概念と関連づけて、『医師たること―プライマリケア医学の本質』において、つぎのように述べている[40]。

> 医学の実践（プラクティス）というのは、一般に倫理的・技術的営みであるといえる。なぜなら医師が行為するときの眼差しは、その患者にとってのよき生に向けられているのであって、疾患にだけ向けられているのではないからである。…短期的・長期的視点にたって、患者にとってもっとも益となることとは何かを念頭に、どのように行動すべきか

を身につけていくこと、つまり臨床知（clinical wisdom）の熟練こそ、臨床医の職能を特徴づけることがらなのである。アリストテレスは 2500 年もまえに、彼の父は医師であったのだが、ある種の意志決定の能力を賢慮（フロネーシス）と呼んだ。すなわち、その人にとってのよき生を目指して行動するために、分別ある熟慮によって普遍的な知を個別的な人間の課題に適用する能力のことである。

アリストテレスは『ニコマコス倫理学』において、人生にはもっとも包括的なひとつの最終目標があり、我々の行為のすべてがこの目標の構成要素になっているという[41]。その目標は何かといえば、我々の達しうるあらゆる善のうち最上（トップ・アリストン）のもの、万人が一致して希求するものであり、それを幸福（エウダイモニア）と呼ぶ。つまり「よく生きていること（エウ・ゼーン）、よくやっている（エウ・プラッティン）」ということである[42]。そして、このよく生きるという最終目的のために、様々な行為の可能性の中から、最適の手段となるものを、分別をもって選ぼうと熟慮する能力を賢慮（フロネーシス）とした[43]。

キャッセルは、このアリストテレスの賢慮（フロネーシス）（practical wisdom）に模して、医師が見立てにおいて、目前の〈わずらう〉人にとってのよき生のために、最適の手段となるものを、分別をもって選ぼうと熟慮する臨床能力を臨床知（clinical wisdom）と呼び、それは本質的に倫理的・技術的営みであるとしたのである。

一方、川喜田は、医学が他ならぬ人間を相手にする本性上、医師の技術的行動は必然的に一つの人間関係を形成し、正しい人間関係こそ倫理にほかならず、医学は本質的に倫理的・技術的営みであるとした[44]。それはよく言われる「医師の倫理」ないし徳目の羅列の観のある倫理学の一面である義務論的なそれでなくして、医術そのものが言葉の深い意味での倫理の世界のものと解されるということである。しかし医師もまた、善くも悪しくも生きうる自由を得た存在であり、医師が悪へと傾かないための自己規制と監視としての義務論的道徳の必要性も説いている[45]。

以上のキャッセルと川喜田の立論から、「医学の実践に求められる臨床知は、〈わずらう〉人にとってのよき生を目指すという点と、〈わずらう〉人と医師との正しい人間関係が要請されるという点から、倫理的・技術的な営みである」とする医学理論を抽出することができる。

ここに抽出した医学理論は、〈わずらい〉を鍵語（キーターム）として、人間とはなにか（川喜田）、人間理解の方法とはなにか（土居）、人格とは何か（キャッセル）という人間学的問いとと

もに探求されている。そこにはどのような人間観が共有されているのか、それを人間学的に基礎づけることはできないであろうか。また、その人間学的な基礎づけによって、臨床知の倫理的本質を倫理学的に基礎づけられないであろうか。さらに、そのような臨床知に基づく見立ての根拠とは、どこに求められるのであろうか。以下、これらの課題に、ポール・リクールの哲学的人間学との対話を通して取り組むこととする。

3．ポール・リクールの哲学的人間学との対話

リクールの哲学は、そのほとんどの著書が邦訳され、かつ、さまざまな観点から研究がなされているが、本稿の問題関心である、〈わずらう〉人を見立て癒す、倫理的・技術的な医学を、人間学的な基礎づけようとするとき、リクールの〈行為し受苦する人間の自己了解〉を主題とする哲学的人間学から、そしてその観点によりリクール哲学を考究した杉村靖彦（1965 ～）の『ポール・リクールの思想―意味の探索』[46] から、多くの有益な示唆を得ることができる。

リクールの哲学的人間学は、行為者である人間が、自覚的に自己を反省し始めるのは、自らが犯す罪であれ、他から被る苦であれ、この説明不可能な悪の謎にぶつかった〈受苦（souffrance）〉の経験からであるとし、この不条理な経験の呻（うめ）きのただ中で、いかに人間は自己を了解することが可能であるかを主題とする [47,48]。

この哲学的人間学の鍵語（キータム）である〈受苦〉を、本稿の鍵語（キータム）である〈わずらい〉に相即させるならば、「病の経験という不条理に直面して呻（うめ）きのただ中にある〈わずらう〉人が、治療者の協力のもとに、いかに自己を了解することが可能であるか」という問いとなる。

これは、「死すべき運命を知っている存在、生の意味を問う存在」（川喜田）である人間が、不条理な病の経験にあって、「自らのストーリーを見失い」ながらも、「治療者の協力のもとに、自分の現状についてパースペクティブを持つことができるか否か」（土居）という、病の経験に対する精神療法の課題を人間学的に定式化したものといえる。

このような医学理論の人間学的な基礎づけに立脚して、以下、彼の哲学的人間学のうえに構想された小倫理学（petite éthique）[49] の議論の筋道を、上述の医学理論の成果と課題との対話とともに辿り、もって医学理論の倫理学的基礎づけと見立ての根拠の性格づけを得ようとする。

3．1．倫理的目標（visée éthique）

リクールは、倫理（éthique）という語を、よき生を送りたいという人生全体の目標にあて、道徳（morale）という語は、その目標を規範によって明瞭にすることにあて、倫理をその目的論的観点から性格づけるアリストテレスの伝統と、道徳を規範の義務論的性格から定義するイマニュエル・カント（Immanuel Kant、1724 ～ 1804）の伝統とのあいだに、彼の人間学に根差した関係性を確立しようとする[50]。

アリストテレスは、よき生を送りたいという希求は万人にあり、それはすべての行為の目指す最終目標であるとしたが、リクールは、これをよき生を、他者とともに他者のために、正しい諸制度のなかで送りたいという目標へと拡充し、倫理的目標と呼ぶ[51]。

この倫理的目標は、〈受苦〉する他者との対面にあって、自然な思いやり（spontanéité bienveillante）としての心づかい（sollicitude）を促がされ、自己から他者へと開かれた次元を獲得するに至る。この儒教の惻隠や仁に通底する事態にあって、リクールは〈受苦〉をつぎのように定義する[52]。

> 〈受苦〉とは、単に肉体的な苦痛によってのみ、また心的苦痛によってさえも定義されるものではなく、自己の統一性に対する侵害と感じられるような、行動能力、行動可能性の縮小やさらには廃棄によって定義される。

〈受苦〉と〈わずらい〉の定義において、リクールの「自己の統一性に対する侵害（une atteinte à l'intégrité du soi）」と、キャッセルの上述の「人格の統一性への脅威（a threat to the integrity of the person）」[53] とは、おそらく深く通底している。

リクールは、私とは、〈受苦〉する他者にとってのかけがえのない存在であり、その意味で心づかいは他者の私自身への信頼に応答するものといえるとし、しかしもしこの応答が、多少なりとも自発的でないとしたら、心づかいは味気ない義務へと変わってしまうだろうという。また、〈受苦〉する他者は、単に心づかいを受け取るだけの存在ではなく、彼の弱さそのものにより、私にかけがえのなさと心づかいとを与える存在でもあるという[54]。

この議論から照らし出される、医師が〈わずらう〉人との対面にあって、かけがえのない医師としての存在理由を与えられ、自然な思いやりとしての心づかいを促されるという消息に、川喜田のいう、医術が義務論的だけではない、言葉の深い意味での倫理的であることの機微を伺い知ることができる。

３．２．道徳的規範（norme morale）

しかしながらリクールは、義務論的規範もまた必要性があるとし、自らの倫理学にしかるべく位置づける。

カントは『道徳形而上学の基礎づけ』(1785 年)[55] において、正しい行為の根拠となる道徳的規範は、万人に当てはめても矛盾が生じないような普遍的なものであり、また、万人がそれを採用することを欲することができるものであるとし、正しい行為とは、そのような規範に従ってのみ行為することであるという。

> それが普遍的法則となることを、それによって君が同時に欲しうるような準則に従ってのみ行為しなさい [56]。

リクールは、カントのいう、自ら普遍的規範を定立し、それに従って行為するという、徹底的に純化された意志の在り方を道徳の義務論的考え方の至宝とし、これを自律の原則と呼び、よき生を送りたいという倫理的目標の、道徳の次元における真の応答と位置づける [57]。

また、他者への心づかいの道徳的次元における対応物も、カントの道徳論のなかに探求される。カントは、万人の人格に存する人間性こそ、絶対的な価値があり、それ自体が究極の目的として存在するとした。つまり、自他の人間性を、単に手段とせず、それ自体を目的として尊重する義務があるとする。

> きみは、きみの人格ならびにあらゆる他人の人格における人間性をつねに同時に目的として使用し、けっしてたんに手段としてのみ使用しないように、行為しなさい [58]。

リクールはこの規範を人格にもとづく尊敬とする。人間性を単に手段としてのみ使用するということは、他者の意志を凌駕する仕方で、暴力や拷問を含むさまざまな形態の力を行使することである。その時人格にもとづく尊敬の規範は切実に要請されるのであるのであり、「汝殺すなかれ」「嘘をつくなかれ」という禁止の命令によって具体的に表現される [59]。

医学においても、患者が手段としてのみ使用されるという事態が、古来跡をたたず、そのつど医の倫理が叫ばれてきた歴史がある [60]。

道徳は、義務を強(し)い拘束する特徴を有するが、倫理が道徳のこうした特徴を受け入れなければならぬ必要性が生じてくるのは、まさにこの世界に悪があるからではないだろうか、悪があるからよき生への目標は、道徳的責務の吟味を受け入れなければならず、そこに倫理的目標が、規範の篩(ふるい)を通らなければならない必要性があるとリクールはいう[61]。倫理は道徳を従属させ、道徳は倫理を補完する[62]。

すなわち、リクール倫理学の根幹には、人間において、倫理は悪より根源的であり、道徳は悪のゆえに必然的である[63]とする、かれの哲学的人間学が据えられている。そこでは、川喜田の捉えた善くも悪しくも生き得る自由を得た人間存在における、善と悪との関係性が、より精緻に規定されているといえる。

さらにリクールは、正しい制度における倫理と道徳のあり方をも周到に議論しており[64]、医の倫理においても極めて重要な領域であるものの、残念ながら本稿の言及できる範囲を超えている。

3．3．実践知（sagesse pratique）

ここまでリクールの（1）倫理の道徳に対する優位性（2）倫理的目標が規範の篩(ふるい)を通らなければならないという必要性をみてきたが、つぎに（3）規範が実践上のさまざまな袋小路へと導くとき倫理的目標を頼みとすることの正当性[65]を見たい。

その意味するところを、リクールが事例としてあげている、死期の迫った人へ真実を告知すべきかどうかという状況[66]において考えてみたい。

こうした状況では、「嘘をついてはならない」という規範のどんな例外も許さない普遍性の要求と、死期の迫ったその人がそれを受容する能力があるかどうかを考慮すべきであるという人格にもとづく尊敬とのあいだで葛藤が生じる。このように、道徳的規範自体が葛藤の原因となる場合は、倫理的目標に問い合わせることに正当性があるというのである。

それはこの場合、目前の〈わずらう〉人にとっての現実に望みうるよき生を問うことであり、〈わずらい〉を緩和しながら、よき生を全うすることの手立てを熟慮することである。精神的にも身体的にも弱ってしまって、もはや真実を受け入れることのできないような人には、思いやりをもって接するべきである。また、そうでない人には、真実をどのように伝えるかを熟慮すべきである。病名を告げることと、病状の程度や残された生について明かすこととは別であり、医学的真実を死刑宣告のように言い渡すこととも違うのである。

リクールは、このように倫理と道徳との往還を経て、心づかいが求める例外を最も満足

させ、同時に規範を裏切ることの最も少ない行動を考え出す知のあり方を実践知と呼ぶ[67]。それは、アリストテレスの素朴な賢慮（フロネーシス）が、カント的規範の篩（ふるい）にかけられた、いわば批判的賢慮（フロネーシス）である[68]として、実践知の概念を特徴づける。すなわち、道徳の葛藤に面してあらためて参照される倫理は、道徳による吟味を経験し今後もそれを求め続ける倫理、いわば批判後の倫理なのである[69]。

ここに、キャッセルの定式化したアリストテレス的倫理に模した臨床知、リクールの言葉を借りれば素朴な臨床知は、カント的規範との往還をとおして批判的臨床知として、川喜田の概念規定をも包摂して、より堅牢で動的な構造を得ることができる。

また、リクールは、実践知に基づいて行う判断は、観察に基づく科学から期待できるような根拠（エビデンス）とは相いれないという。アリストテレスが賢慮（フロネーシス）を感覚（アイステーシス）になぞらえているように、その判断がうまくいけば、少なくとも他者からみるとほんとうらしさ（plausibilité）という感じを与える確かさが得られ、また行為者からみれば経験に基づく根拠（エビデンス）と言ったものに近い。そのとき、よく生きることに、一時的に暫定的に近づいて、よく判断し、よくふるまった、という確信（conviction）が生まれるという[70]。

このことは、医師の見立ての確からしさの本質を言い当てているのではないか。土居は、人間理解の方法を探求する中で、リクールの『解釈について―フロイト試論』[71]から大きな影響を受け、ストーリーを読むという行為がほかならぬ解釈という行為であり、その解釈の信頼性と妥当性において、解釈それ自体にまとわりつく不確かさを、事柄の性質上やむを得ないという認識にいたる[72]。つまり、冲中は科学的方法における、土居は人間理解の方法における、それぞれ確からしさの限界線を堅く踏まえた臨床実践を説くのである。このことと関連して、中井は土居から学んだほんとうらしさの感覚についてつぎのように述べている[73]。

〔土居から受けた臨床教育において〕ほぼ確からしいと思える仮説であるためには、７つ８つあるいはそれ以上の事実が同じ１点を指している必要があるということを痛感した。１つだけの証拠でものを言わないということが重要であると私は思った。「ほんとうらしさ」の感覚をも私は重視した。土居が「ストーリー」を読む時、このほんとうらしさの感覚に頼っている点が大きいと思う。精神科医が到達しうる限界線は、ほんとうらしさ vraisemblance の範囲内であって、決して無条件の真実ではありえない。

この指摘は臨床知一般に当てはまることであり、臨床知に習熟するとは、このほんとうらしさの感覚、すなわち経験に基づく根拠（エビデンス）を、確からしさの限界線の自覚とともに養い育てることにある。

人間は、行動するとともに受苦する存在として、人生における偶然性に翻弄され、自己の物語の断絶に出合うものであるが、リクールは、人間がそれをも人生の必然性へと転換するような物語を想像し得て、これを現実に生きることをとおして得られるものを、物語的自己同一性（identité narrative）と呼ぶ[74]。土居のいう、〈わずらう〉人が見失われているストーリーを恢復することと、リクールのいう、受苦する人間が物語的自己同一性を獲得することとは、おそらく同じ事態を指し示している。

このように、リクールの哲学的人間学をとおして、より堅牢な基盤を得た医学理論にあって、〈わずらう〉人を見立て癒すとは、患者が医師の倫理的・技術的臨床知の助けをかりながら、病の経験によって見失われた物語的自己同一性を新たに再獲得する共同作業であるといえる。見出された物語を、現実に生きることが順調にすべり出した時、よく生きることに、一時的に暫定的に近づいて、よく判断し、よくふるまったという確信が、患者と医師との双方に共有されることになる。そこにこそ医学の目指すところがある。

おわりに

本稿の目的は、ここに提案した医学理論の全体の構成を記述することにあり、本稿の扱った諸概念を、先行研究の総覧にうちにしかるべく位置付ける作業は他の機会に譲りたい。

臨床と哲学が、それぞれの立場から、人間とは何か、という問いを探求するなかで、豊かな土壌としての人間学を相互に耕す営みの一環として、〈わずらい〉を主題とする医学理論から、対話を求めて〈受苦〉を主題とするリクールの哲学的人間学へと敢えて越境し、そこで人間学的な基礎づけを新たに得られた医学理論は、以下のように要約される。

1）人が〈わずらう〉とは、単に生物学的現象であるだけでなく、さまざまな意味をもった生活史的なできごとであり、死の不安や生の虚無といった存在全体にかかわる人間学的な出来事である。したがって、医学の目標は、疾患に対する治療と病の経験に対する精神療法とによって、〈わずらう〉人を見立て癒すことにある。この病の経験に対する精神療法の目標は、不条理な病の経験によって人生の物語を見失った〈わずら

う〉人が、治療者の協力のもとに、自らの物語を再び獲得することを通して自己の了解にいたることにある。

2）医学の実践（プラクティス）は、患者にとってのよき生を目指すという観点と、患者と医師との正しい人間関係が要請されるという観点から、倫理的・技術的な営みであるといえる。臨床知とは、〈わずらう〉人にとってのよき生に向けて行動するために、普遍的な知を、個別的な〈わずらい〉に対処すべく、分別ある熟慮によって適用する判断能力と定義しうる。

3）医師は、カントの義務論的道徳に従う以前に、〈わずらう〉人との対面からアリストテレスの目的論的倫理に基礎づけられる自然な思いやりとしての心づかいを促され（目的論的倫理の義務論的道徳への優位性）、また自ら悪へ傾く可能性のゆえに義務を課す道徳的規範に従う必要性がある。しかし道徳的規範が相互に矛盾する状況では、〈わずらう〉人にとってのよき生とは何かを問う目的論的倫理へと立ち帰り、これを根拠とすることに正当性がある。このような目的論的倫理と義務論的道徳との往還を経る臨床知は、目的論的倫理による心づかいが求める例外的な個別性を最も満足させ、かつ義務論的道徳の規範が要請する普遍性を裏切ることの最も少ない行動を考え出すという本質を有する。

4）臨床知に基づいて行う見立ての妥当性と信頼性は、科学的な根拠に基づく性質のものではなく、熟練により養われるほんとうらしさの感覚、換言すれば経験に基づく根拠というものに近く、よく生きることに、一時的に暫定的に近づいて、よく判断し、よくふるまった、という確信が、〈わずらう〉人と医師との双方に共有されることに根拠を見出す性質のものである。

注

1　川喜田愛郎．1986．歴史のなかの医の倫理．1989.『生命・医学・信仰』所収．新地書房，東京；p.243-244.

2　冲中重雄. 1963. 内科臨床と剖検による批判―東京大学における最終講義―. 1971.『医者と患者』所収. 東京，東京大学出版会；p.11-44.

3　冲中重雄．1964．現代医学論―臨床医学と基礎医学の協力をめぐって川喜田愛郎博士との対談―.

1971.『医者と患者』所収．東京，東京大学出版会；p.67-89.

4　川喜田愛郎．1970．病気とは何か．東京，筑摩書房.

5　川喜田愛郎．1977．近代医学の史的基盤〈上・下〉．東京，岩波書店.

6　川喜田愛郎．1982．医学概論．東京，真興交易医書出版 .（同）.2012．東京，筑摩書房.

7　川喜田愛郎．1990．医学への招待―生命・病気・医療 , *op. cit*.

8　川喜田愛郎．1977．近代医学の史的基盤〈上〉, *op. cit*.,；註 p.1.

9　ヒポクラテス（小川政恭訳）．1963．古い医術について．東京，岩波書店；p.60.

10　*Hippocrates Works*, with an English translation by W. H. S. Jones. volume 1. Loeb Classical Library, London, Harvard University Press ; p.14-17.

11　川喜田愛郎．1977．近代医学の史的基盤〈上〉．東京，岩波書店；p.66. *Hippocrates Works*, with an English translation by W. H. S. Jones. volume 1. Loeb Classical Library, London, Harvard University Press ; p.318-319.

12　川喜田愛郎．1977．近代医学の史的基盤〈上〉, *op. cit*.,；p.74.

13　川喜田愛郎．1970．病気とは何か．東京，筑摩書房；p.155.

14　川喜田愛郎．2012．医学概論．東京，筑摩書房；p.395.

15　川喜田愛郎．1977．近代医学の史的基盤〈下〉, *op. cit*.,；p.1216.

16　川喜田愛郎．1977．近代医学の史的基盤〈下〉, *op. cit*.,；p.1219.

17　川喜田愛郎．1990．医学への招待―生命・病気・医療 , *op. cit*.,；p.141-146.

18　川喜田愛郎．1970．病気とは何か , *op. cit*.,；p.6.

19　川喜田愛郎．1977．近代医学の史的基盤〈上〉, *op. cit*.,；p.26-41.

20　アンリ・エレンベルガー（木村敏・中井久夫監訳）．1980．無意識の発見〈上〉．東京，弘文堂；p.1-59.

21　新村拓．1985．日本医療社会史の研究．東京，法政大学出版局；p.147-211.

22　Arthur Kleinman. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology*, Medicine, and Psychiatry. Berkeley, University of California Press.（大橋英寿・作道信介・遠山宜哉・川村邦光訳）. 1992．臨床人類学―文化のなかの病者と治療者 . 東京，弘文堂 .

23　波平恵美子 . 1984. 病気と治療の文化人類学 . 東京，海鳴社 .

24　大貫恵美子 . 1985. 日本人の病気観―象徴人類学的考察― . 東京，岩波書店 .

25　中井久夫 . 2001. 治療文化論―精神医学的再構築の試み― . 東京，岩波書店 .

26 中井久夫 . 1999.『最終講義』補論．2000.『分裂病の回復と養生』所収．東京，星和書店；p.55.

27 Eric J. Cassell. 1982. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *N Engl J Med*. 306：p.639-645.

28 Eric J. Cassell. 2004. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. (2 sub). New York, Oxford University Press; p.32.

29 土居健郎．1987．精神分析の方法論について．2000.『土居健郎選集 3 精神分析について』所収．東京，岩波書店；p.211-212.

30 熊倉伸宏・伊藤正裕. 1984.「甘え」理論の研究―精神分析的精神病理学の方法論の問題. 東京, 星和書店；p.6-9.

31 Eric J. Cassell. 1976. *The Healer's Art. A New Approach to the Doctor-Patient Relationship.* New York, J. B. Lippincott Company.（大橋秀夫訳）．1981．医者と患者―新しい治療学のために．東京，新曜社.（土居健郎, 大橋秀夫訳）．1991．癒し人のわざ―医療の新しいあり方を求めて．改訂版．東京，新曜社.

32 土居健郎．1989．治療学序論．2000.『土居健郎選集 5 人間理解の方法』所収．東京，岩波書店；p.267.

33 土居健郎．1989．治療学序論 , *op. cit*.,；p.265-266.

34 土居健郎．1977．方法としての面接．2000.『土居健郎選集 5 人間理解の方法』所収．東京, 岩波書店；p.123.

35 土居健郎．1977．方法としての面接 , *op. cit*.,；p.137.

36 土居健郎．1989．治療学序論 , *op. cit*.,；p.269-270.

37 Eric J. Cassell. 2004. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. (2 sub) , *op. cit*.,；p.146-147.

38 土居健郎．1996.「見立て」の問題性．2000.『土居健郎選集 5 人間理解の方法』所収．東京, 岩波書店；p.280.

39 土居健郎．1996.「見立て」の問題性 , *op. cit*.,；p.274-275.

40 Eric J. Cassell. 1997. *Doctoring: The Nature of Primary Care Medicine*. New York, Oxford University Press ; p.100.

41 アリストテレス（高田三郎訳）．1971．ニコマコス倫理学〈上〉．東京，岩波書店；p.17-18.

42 アリストテレス（高田三郎訳）．1971．ニコマコス倫理学〈上〉, *op. cit.*,；p.23-24.

43 アリストテレス（高田三郎訳）．1971．ニコマコス倫理学〈上〉, *op. cit.*,；p.286-294.

44 川喜田愛郎．1986．歴史のなかの医の倫理．1989.『生命・医学・信仰』所収．新地書房，東京；

p.240-244.

45 川喜田愛郎．2012．医学概論 , *op. cit*.,；p.387-391.

46 杉村靖彦．1998．ポール・リクールの思想―意味の探索．東京，創文社.

47 Paul Ricoeur. 1960. *Philosophie de la volonté. Tome II: Finitude et culpabilité I, L'homme faillible*. Paris, Aubier ; p.9-17.（久重忠夫訳）．1978．人間　この過ちやすきもの―有限性と有罪性．東京，以文社；p.7-18.

48 杉村靖彦．1998．ポール・リクールの思想―意味の探索 , *op. cit*.,；p.21-68.

49 Paul Ricoeur. 1990. *Soi-même comme un autre*. Paris, Seuil ; p.199-344.（久米博訳）．1996．他者のような自己自身．東京，法政大学出版局；p.219-366.

50 *Ibid*., p.200-201．邦訳；p.221.

51 *Ibid*., p.202．邦訳；p.223.

52 *Ibid*., p.223．邦訳；p.244.

53 Eric J. Cassell. 2004. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. (2 sub) , *op. cit*.,; p.32.

54 Paul Ricoeur, *op. cit.* ; p. 225-226．邦訳；p.247.

55 Immanuel Kant. 1999 (1785). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Hamburg, Felix Meiner Verlag.

56 Immanuel Kant. 1999 (1785). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, *op. cit*.,; p.45. 坂部恵．2001．カント．東京，講談社学術文庫；p.312.

57 Paul Ricoeur, *op. cit*. ; p.250-254．邦訳；p.270-272.

58 Immanuel Kant. 1999 (1785). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. *op. cit.*,; p.54-55. 坂　部　恵．2001．カント , *op. cit.*,；p.314.

59 Paul Ricoeur, *op. cit*. ; p.255-263．邦訳；p.275-283.

60 川喜田愛郎．1986．歴史のなかの医の倫理 , *op. cit*.,；p.229-269.

61 Paul Ricoeur, *op. cit*. ; p.254．邦訳；p.273.

62 *Ibid*., p. 201．邦訳；p.221.

63 杉村靖彦．1998．ポール・リクールの思想―意味の探索 , *op. cit*.,；p.156.

64 Paul Ricoeur, *op. cit*., p.227-236，264-278，291-304．邦訳；p.248-258，284-298，313-328.

65 *Ibid*., p. 200-201．邦訳；p.221.

66 *Ibid*., p. 312-314．邦訳；p.334-336.

67 *Ibid*., p. 312．邦訳；p.335.

68 *Ibid*., p. 337．邦訳；p.359.

69　杉村靖彦．1998．ポール・リクールの思想―意味の探索 , *op. cit*.,；p.159.

70　*Ibid*., p. 211．邦訳；p.232.

71　Paul Ricoeur. 1965. *De l'interprétation. Essai sur Sigmund Freud. Paris, Seuil*. 同．（久米博訳）．1982．フロイトを読む―解釈学試論．東京，新曜社.

72　土居健郎．1987．精神分析の方法論について , *op. cit*.,；p.211-217.

73　中井久夫．1989．統合失調症の精神療法―個人的な回顧と展望．2004．『兆候・記憶・外傷』所収．東京，みすず書房；p.261.

74　Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, *op. cit*., p.209-210. 邦訳；p.230.