

【研究ノート】

医療的世界 —その人間像の探求—

Construction of Objects in Medical World

岩佐光広、工藤由美、武井秀夫

IWASA Mitsuhiro, KUDO Yumi and TAKEI Hideo

要旨 医療的世界とは、医療に関わる様々な専門的学問分野における理論、方法論、認識論、価値観と、それに基礎をおく職業的実践を通して構築される複雑な世界である。とくに本稿で注目する制度的医療としての生物医療は、それぞれの専門家集団が役割を分業することで成り立っている近代的システムであり、医師、看護師等から、人文社会科学系の医療研究者までも含み込んだ世界である。この世界は、時間的に私たちの全人生を覆っているだけでなく、現在の在宅医療重視の潮流の中で、空間的にもますます医療施設の外側へ拡大しつつあり、人々との接触の機会もますます増大しつつある。それにもかかわらず、この世界のありようについての探求はいまだ不十分である。その理由の一つは、総合的分析を可能とする分析概念を欠いてきたことにあり、本稿で試みたのは、まさにそうした分析概念として人間像を設定し、その可能性を探ることであった。

1. 医療的世界と人間像

私たちは今、医療と関わらずに生きるのがおよそ不可能な時代を生きている。日常生活それ自体が、医療との間の歴史上かつてない密接な関係の上に成り立っているからである。医療過疎と呼ばれる地域が今も存在することは事実だが、ある程度以上の人口規模のあるところには、必ず医療機関が存在する。千葉のような地方の中核都市ともなれば、二次医療、三次医療を担う大規模病院から、一次医療を担う中小病院があちこちに点在している。そして、私たちの健康状態は、妊娠の成立が確認されて以降、出生前から定期的に医学的なチェックを受けている。死もまた、医学的なチェックを受けてはじめて死として社会的に承認され、埋葬が許される。受精から死までの全人生が医療の管理を受けているのである。医者や看護師の診察を受けたくても、そう簡単には受けられない貧しさの存在した、国民皆保険以前の時代を知る者にとっては、ある意味で、夢の時代なのかもしれない。

しかし、医療と関わる機会の増大は、必ずしも医療との親密さをも保証してはくれなかったといえる。患者として経験する医療の空間は決して居心地のよいものではないからである。この居心地の悪さは、自身が病気である、あるいは、病気かもしれないという不安から来るだけではない。医療職者として自分が勤務する病院で、健康に勤務している間は、その空間にそれほどの違和を感じることはないかもしれない。また、いったん健康を損ねたときに、同じその空間に違和を感じることも少なくない。だが、同じ違和を、友人や家族が入院する病院を訪ねたときにも感じるとしたら、それは病気であるがゆえに感じるものではなさそうだと感じるであろう。そうした違和、居心地の悪さは医療の空間自体が持つ特性から来るものと考えられる。

医療の空間はさまざまな職種の人々が織りなす世界である。だがそこには、医師、看

護師、放射線技師、介護士といった、目に見えやすい人々もいれば、倫理委員会の委員を務める生命倫理学者や、地下に多い霊安室で働く職員のように、見えにくい人々もいる。医療の空間は、しかし、見えやすい人々も見えにくい人々も、すべての人々が関わり合うことによって現出している空間であり、医療施設内からはみ出す部分をも持った空間である。この空間を、本論では「医療的世界」と呼ぶことにする。

さて、人がこの医療的世界に入っていくときに感じる違和を、一つの言葉を手がかりに考えてみよう。それは「患者様」という言葉である。この言葉が、医療的世界の中でいつのまにかふつうの言葉として流通するようになってきており、現在進行形で増殖中である。しかも、この言葉に違和を感じるのは、この言葉を使う当の医療者の中にさえ少なくないと思われる。その違和は何に由来するのだろうか。

まず考えられることは、「患者」という言葉と「様」という言葉によって明示的に、あるいは暗黙裏に表象される人間像の間の差異がある。患者という言葉で、これまでの医療的世界の中での用法に含まれていたあらゆる否定的含意を無視して、もっとも中立的に解釈して、単に病気にかかっている人を意味するものとしても、病気にかかっているという属性ゆえになぜ「様」と呼ばれなければならないのか、という疑問が浮かんでくる。病院によっては、職員の接客研修で「患者様は、大切なお客様である」と説かれることもあると聞く。長らく「医は仁術」と謳われてきた社会に生きてきた私たちにとって、医療が商行為になったと感じることは一つの衝撃になるであろう。

そうはいつても、病気の時に医療者から敬意を持って接してもらえるのであれば、それはそれでよいことに違いない。患者の人間としての尊厳が尊重されているのだと受け取れないこともない。しかし、そうした言葉のサービスも、一歩診察室の中にはいると、効果は消え失せていくように感じられる。患者が座らされる椅子は、相変わらず安定の悪い丸椅子である。付き添っている家族用の椅子はないか、あっても同じタイプの丸椅子である。つまり、ここでは途端に診察されるべき生物学的身体としての患者が前面化し、診察のための機能が優先されることによって、患者側のアメニティは無視されるか、最低限に押さえ込まれるのである。つまり、どんなに「様」という言葉で遇されようと、そこに存在しているのは、社会性をはぎ取られた一個の生物学的身体なのである。

「患者様」という言葉のもたらす違和についての簡単な考察から、少なくとも二つの点が明らかになったといえる。第一は、患者としての私たちが、職業的対象としてどのように医療職者から関わられるか、という関係性との齟齬がある。そこでは、しばしば機能が優先され、敬意は後回しにされるのである。反対にする余裕がある場合にさえである。第二は、医療職者の職業的対象としてどのように対象化されるか、という問題である。現代の生物医療においては、私たちは主として生物学的身体として等しく対象化される。それゆえ、「様」という呼称とはここでも齟齬を生むのである。

武井 [1997] は、病院における医療実践のスケッチを試みた小論で、一人の患者が入院手続きを経る過程でどのようにその社会的、個人的属性をはぎ取られていくのかを記述した。また、B.J.Good [1994] は、生物医学による対象（病気）の構成は、分子レベルから細胞、組織、器官、身体へと至る、生物学的身体の自然の階層秩序に即して行われ、医学教育とは、そうした対象構成法を身につけさせるトレーニングなのであると指摘している。上記の二つの問題は、この二つの指摘に直接関わっており、それは、医学的人間像の

二つの側面を表しているといえる。

ここで、本研究の対象としての、医療的世界の構成について確認しておこう。医療的世界とは、そこに関わってくる専門性に着目すれば、医療に関わる様々な専門的学問分野における理論、方法論、認識論、価値観と、それに基礎をおく職業的実践を通して構築される。本論が注目するのは、私たちの社会での、公的、制度的医療として成立している生物医療である。生物医療は、それぞれの専門家集団が役割を分業することで成り立っている近代的なシステムであり、それは医師、看護師、検査技師などの専門スタッフ、ソーシャルワーカー、さらには社会科学や人文学の医療研究の専門家（医療社会学、医療経済学、生命倫理学）までをも含みこんでいる。生物医療の医療的世界は、こうした医療に関わる多種多様な専門領域が絡み合いながら構成している複雑な世界である。しかも、入院から在宅医療へのシフトが推進されている現在、医療的世界は医療施設の外部へとますます拡大し、人々との接触の機会もますます増大していくものと予想される。

この複雑な世界のありようを解明することは、これまで医療社会学や医療人類学のメインテーマの一つであった。それは、上記の患者側の視点からすれば、医療的世界の居心地の悪さを解剖することともいえる。しかし、この作業は医師や看護師といったメインのアクターに注目し、狭い視野から全体を捉えようとするか、個々の専門領域に注目しながら、医療的世界の一部分を詳細に検討するに留まることがほとんどであった。いずれも重要な試みではあるが、部分的な議論であることは否めない。その原因の一つとして、それぞれの研究が共通の分析概念を持たず、個別の研究を展開していることがあげられる。今求められているのは、両者のアプローチを有機的につなぎ、患者側の経験をも整合的に接合することのできるような分析概念の設定なのである。

こうした分析概念として、本稿が設定することを試みるのが「人間像」であり、その二つの側面である。医療に関わるさまざまな専門領域は、それぞれが固有の理論、方法論、認識論を有しており、そこからそれぞれの専門的職業実践の対象となる人間＝対象の「見方」が設定され、それを当然の前提として対象との関係が形作られることになる。それぞれの実践は、この関係を基盤にして、対象（＝固有の人間像）へと収斂し、構成されていくのである。そして、実践の有効性は、固有の人間像とそれに基づく関係性の妥当性を保障するものとなり、理論の有効性が確認、強化されていく。それぞれの専門領域が有する人間像は、それぞれの領域における理論と実践をつなぐハブとなっているのである。

特定の専門領域が有する人間像を探るというアプローチは、伝統的に用いられてきた批判手法である。M. Sahlins [1976] は、それまでの人類学が経済的に行動する主体を分析の中心においてきたことを批判し、その人間像を「経済的人間」と表した。また A. Young [1981] は、医療人類学の多くの議論において、合理的に判断し実践する人間像を暗黙のうちに前提としていることを批判し、その人間像を「合理的人間」と呼んだ。医療的世界を探求していくに当たり、各専門領域に固有の人間像を軸としながら比較を積み重ねることで、それぞれの専門領域の特徴を明らかにすると共に、批判的なスタンスから医療的世界の全体像を探求することが可能となるであろう。

しかし、医療的世界の探求はそこでは終わらない。医療的世界は、患者や家族をも呑み込んで、一つのほとんど完結した世界を形作っているとはいえ、患者や家族の側から見れば、それは彼らの世界の一部を形作っているにすぎない。それゆえ、人間像をキーワー

ドとして、医療的世界のさまざまな専門領域を、患者や家族の世界の一部として定位し直すという作業が必要である。それによつてはじめて、私たちは、医療的世界に求めるべき変化を的確に知ることができるはずだからである。

本稿ではこの企図の出発点として、看護学と生命倫理学という二つの専門領域を取り上げ、試論を展開してみたい。(担当：武井)

2. パッチワークの人間：看護における人間像

工藤 [2007] は、修士課程での研究開始当初、看護という領域の中でも近年注目されている「家族看護」という分野に焦点を当てて研究を進めていた。この領域は、「家族も患者とともに病む存在であり、看護の対象である」といった考え方から形成されてきたものであり、患者の家族に対して行われる看護実践のことである。そのとき意識化されていた問題は、1990年代以降、アメリカをはじめとする看護先進国といわれる国々で、また日本でも1990年代後半から急速に研究が蓄積されてきているにもかかわらず、実践の領域ではそれに相応した成果が上げられていないのはなぜか、というものであった。この問題を一つの文化的な問題として把握できるのではないかという展望のもと、看護テキストと看護基礎教育課程の分析、医療現場の看護師へのインタビューを中心に、看護という領域に内在する「看護文化」とでも呼びうるものの探求を進めていった。その中で、看護実践は患者に対して「全人的 (holistic)」なものであることが当然の目標であるかのように語られていながら、看護領域における「全人的」という捉え方自体が、非常に独特なものであることに気づくことになった。そうした人間像がどのようにして形成され、維持されていくのかについて、以下概略を素描していく。

看護師が独特な人間像＝看護対象を形成していく過程は、「人はどのように看護師になるか」という看護師の文化化のプロセスとして見ることができる。看護師になるためには、看護専門学校、看護系短期大学・4年制大学で基礎教育を受け、そのなかで病院や地域に出向いて長期的に行われる臨床実習を経て、看護師国家資格を取得する。この過程を「看護基礎教育」・臨床実習・現場という3つの段階に分け、それぞれの段階で何が起こるのかを見てみよう。「看護基礎教育」は講義、演習、臨床実習で構成されているが、講義と演習は学内で教えられる。そこで、ここでは基礎教育のうち学内で行われる部分を「看護基礎教育」とし、臨床実習とは分けて見ていこうと思う。「看護基礎教育」によって形成される人間像が、その後の臨床実習で実際の患者を相手に検証され、さらに病院や地域で看護師として働くなかで、維持、再生産、強化されるというプロセスが進行するからである。

第1段階である看護基礎教育のどの講義でも繰り返し教えられることは、「看護とは～である」から、「看護師は～しなければならない」といった「看護の定義」であり、ある種の行動規範である。ある看護学概論テキストには「看護とは全人的な人間に対して、健康の保持増進、疾病の予防、回復、社会復帰に至るまでの身体的・精神的・社会的・経済的・心理的・宗教的のあらゆる側面からの援助であ」[吉田 1991:24]り、「看護師はその個人が援助を要するニードとして体験しているニードを満たそうとつとめるのである」[波多野 2001:5]と書かれている。常識的にこの文章を読めば、それ自体は素晴らしいことが書かれていると理解されるだろう。しかし、重要なのは、このテキストには、看護が「なぜ全人的でなければならないか」についてのこれ以上の説明はないということである。また、

「全人的な人間」のニーズというものがどのようなものであるかの説明もなく、「社会的」、「経済的」、「文化的」等の言葉が具体的にはどういうことを指しているのかも説明されていない。これらの言葉の中身はほとんどブラックボックスとなっていて、実践的には何の指針にもならないのである。

ニーズについてみれば、一つ一つのニードが、他のニードとどのように関連しているのかということも、十分には説明されない。それゆえ、ニーズは相互の関連性がわからないままの点の集合にとどまってしまう。そして、一般的な傾向として、看護の理念や義務が常識的に考えてもっともであるがゆえに、そこから具体的な方法論へ直結する論理が展開されることが多い。そうした記述は、テキストのあらゆる技術や援助の説明の前後に埋め込まれている。また、こうした思考は、教師の講義でも繰り返し語られ、それが学生の講義ノートからも見て取ることができる。現場の看護師もこれと軌を一にしている。看護師たちは自己の役割として「患者のニーズの同定」と「それに応える援助の提供」という2点を実践の中心に据える。それが「多様なニーズに応えるために実践も多様である」という主張の実践である。しかし、これは実践の多様性というよりもむしろ、人間のニーズが統合的に捉えられていないことに対応した、点の援助のつぎはぎにすぎないのである。

演習で強く教え込まれることは、「患者の身体を重視すること」と「患者という対象の構成の仕方」である。まず、患者の身体に関しては、学内で行われる「看護技術」と呼ばれる脈拍・血圧などのバイタルサインの測定や、患者の体を拭く「清拭」などの実技訓練が繰り返され、病気をもった人の身体の生理的反応を正確に計測し、認識するための技術教育が重視される。身体に対する実践は、現場ではさらに頻繁に繰り返されるため、看護師は、患者の身体的側面をその人間像の中心に置き、その周りに精神・社会的側面を位置づけるような同心円状の人間像を構築していく。しかも、身体・精神・社会的側面の各々の関係性は説明できない。

現場の看護師Aさん（24歳女性）の語りを見てみよう。Aさんは講義や演習で学んだことから、臨床実習の際には「技術をしっかり身につけたい」と思ったという。しかし、看護師になって現場で働くなかで、「そこでのルーチンが統一されていないから技術が身につかない」とこぼす。ここでは「技術」というものは統一されているはずのものと考えられている。この考えの背景には、演習で「身体へのアプローチは間違えてはいけない」と強く教え込まれてきたことがある。また、看護師Hさん（37歳女性）は、患者の心理的側面を捉える技術として、「患者さんの不安は身体症状で記録します」という。不安という心理面を「眠れない」とか「食欲不振」といった心理状態に影響する身体症状に置き換えて記録するというのである。看護師の語る「技術」とは、なによりも「患者の身体に対する関わり方」のことなのである。

「患者という対象を構成する仕方」は「看護過程」という方法論を用いて看護を展開する教育の中で繰り返される。看護過程は、「アセスメント・看護診断・計画・実施・評価」の5段階から成っている。アセスメントでは、患者や家族の情報を集める項目があらかじめ設定されており、その項目に沿って情報を聞き出し分析する。それによって、看護を必要とする状態を特定することを「診断」と呼ぶ。つまり、この二つの段階で、看護を必要としているニーズの諸項目として、いわゆる「患者像」を構成するのである。しかし、集められた情報相互がどのように関連しているかという分析が十分行われないため、患者は、

情報＝ニーズが寄せ集められただけのパッチワークとして構成されることになる。イギリスで看護師の感情労働について研究しているパム・スミスも、看護過程という方法には「生活行動（ADL）と、患者の状態やニーズ」が、「どのように結びついているのかについては、明確に示されていない」[2000/1992:60]ないと指摘している。その理由は、スミスによれば、看護過程そのものが「考え方」と「方法」を「“結びつける”」という点で「遅れてい」るからである。諸ニーズ間の関連性が明らかにできないまますべてのニーズに対応しようとするならば、方法としては、一つ一つのニーズに個別に対応していく他はない。こうして、パッチワークとして構成された人間＝患者に対して、技術のパッチワークとして看護援助を展開するという実践が自明化していく。看護師自身にとって「ケアができてい」という現実がこうして構築されていくことになる。実際の演習では、こうした5段階のトレーニングが、ペーパー・ペイシエントと言われる紙面上の模擬患者を使って何度も行われるのである。

看護師の文化化の第2段階は臨床実習である。この段階では、講義や演習で学んだ知識をもとに看護実践が展開できるようになることが目標とされる。つまり、ここまでに準備された知識と技術が実際の現場で身体化されていくプロセスの、いわば導入の段階になる。ここでは、実際の患者をみるときに、講義や演習で学んだ知識に立ち戻り、適当な理論やツールに当てはめて実践を展開することを繰り返し教えられる。そして、こうした作業を学生自ら進められるようになると、教員から「あなたも成長したわね」と肯定的に評価されることがある。こうした教員の関わり方が、講義や演習で学んだことに立ち戻り、それを当てはめて看護実践を構成することの有効性、妥当性を肯定し、強化していく。

ここで注意しておかねばならないことは、立ち戻っていく先の知識が、つねにパッチワークとして患者を構成するための知識であるということである。

文化化の第3段階として現場で学ぶことは、臨床実習のときと同様に「基本に立ち戻る」ことと、個々の患者に対して「ケース・バイ・ケース」で対応することである。こうした状況は看護師のLさんの語りにはっきりと示されている。

現場の患者をどう理解していいかわからないとき理論を探すのね。で、あった！
と思ったら100パーセント学ばないうちに使ってみて、その理論が怪しかったら
次の理論へって切り捨てられるの。(Lさん 52歳女性)

こうした看護師の行動を、看護学者のジークラーは「看護師は実際に観察した状況を理論に当てはめてみる」「当てはまるまで探す」[2002/1993:4]と述べている。看護師は、現場でどうしていいかわからないケースに出会ったとき、その問題を解決するための理論やツールを探すために、知識を教えてもらった先の看護基礎教育に立ち戻る。そして、そこから引っ張り出した適当と思える理論やツールを当てはめて、実践を試みるのである。ここでも、講義や演習を経験した看護基礎教育こそが、「立ち戻るべき先の基本」とされるわけである。「ケース・バイ・ケース」という言葉で表現されているのは、状況に応じた柔軟な看護実践が行われたというよりは、むしろ、理論やツールが実際の患者に当てはまるまで選択が繰り返されたということを示しているにすぎないのである。

「基本に立ち戻る」ということも、個々の患者に対する「ケース・バイ・ケース」の

実践も、結局は看護基礎教育・看護学を基本としていることになる。ということは、「基本に立ち戻る」、「ケース・バイ・ケース」のいずれの実践においても、現実を解釈する際に看護学を参照するということであり、結局のところ、患者の抱えるどんな社会文化的背景もブラックボックスに入れてしまう実践なのである。

さて、看護師の文化化プロセスの全段階を経るなかで、看護師が教えられ、身につけていくのはどのようなことなのかをまとめておこう。

文化化の第1段階において、看護学生は、まず、看護とは患者のいかなるニーズにも応えていくことであると教えられる。その患者は「全人的な人間」であるとされるが、その具体的な把握の方法は空白である。それを補う、というよりも、実際にはその方法と見なされているのが、患者の構成の方法論としての看護過程であるが、それによって構成される患者像＝人間像はパッチワークでしかない。同時に身体的援助の技術が「間違えてはいけないもの」として教え込まれる。そして、第2段階の臨床実習においては、パッチワークとして構成された実際の患者に、技術のパッチワークで対応することを学ぶのである。第3段階では、「基本に立ち戻る」、「ケース・バイ・ケース」という表現こそ異なれ、つねに看護基礎教育に立ち戻り、そこに現場の問題を解決するツールを探し求め、みつけた理論やツールでうまくいくまで探し続けることを奨励される。つまり、「看護師になること」とは、実際の患者を目の前にした際に、その患者がどの理論に当てはまるのかという選択を通して援助する（対処していく）ことを、自然なこととして身につけていくことなのである。その結果として、患者像のパッチワーク性は再生産され続けることになる。

「基本に立ち戻る」ことに表れている構造は、現場の実践と看護基礎教育との間だけでなく、看護学と関連する諸学問の間にも存在していると考えられる。看護学はこれまで、独自の学問体系を構築することを目的に、生理学・心理学・社会学などといった諸学問の理論やツールを積極的に借用してきた。しかし、そうした借用は、「看護学独自の理論を形成するため」というより、むしろ、現場の看護実践から出された「ニーズや課題」に応えるために、諸学問の理論やツールを選択的に導入し、そのまま実践での利用に提供していったほうが適切な状況にある。研究の初期に問題意識化された、「家族看護領域においては、研究の蓄積にもかかわらず実践では相応の成果が上がらない」という状況、患者や家族のニーズに、実際のところ応えられていないことの原因は、看護師が現場で生じている問題を現場で解決する力（能力）をもたないように教育されることにあるといえる。そして、それは看護学自体の問題でもあるといえるだろう。問題の解決策を諸学問に頼っているままなら、この問題がこれまで通りに再生産され続けることは間違いがない。この状態を克服できるとすれば、それには、学問実践としての看護学がパッチワークではない、統合的でより適切な人間像を提供するか、あるいは、臨床実践に基づく理論化が学問的理論に反映されるような回路が開かれるか、そのいずれかが必要であろう。（担当：工藤）

3. 自律的人間：生命倫理学における人間像

生命倫理学は、医療技術の進展に伴い生じた「医療における新しい倫理的問題群」をめぐる、その規範原則を西洋哲学の立場から体系的・論理的に議論する学問・実践領域として、1970年代以降、北米やイギリスといった英語圏を中心に展開してきた。この生命倫理学は、生物医療が世界規模で、そしてそれぞれの地域において制度的医療としての地

位を確立していくなかで、重要な役割を演じてきた領域の一つに挙げることができる。その影響は、明確には同定しにくいだが、日本においても確実に及んでいる。日本では、1980年代に活発化した脳死と臓器移植の議論との関わりで生命倫理学が導入されてきたが〔土屋 1998:19-24〕、より身近な例として、先述した「患者様」という表現が医療者側（患者側ではない！）に浸透してきたことを挙げることができる。

生命倫理学が提起した重要なテーマとは「インフォームド・コンセント」である。この概念を端的にまとめるならば、「患者に対して十分な情報を提供し、その同意に基づいて医療実践を行う」となる。生命倫理学以前の医療倫理では、医師が患者の最善の利益と治療法を決定し、患者はその決定に従うことが強いられた。「パートナーリズム」と呼ばれるこの医師-患者関係に対し疑問が呈された背景には大きく二つの流れがある〔江口 1998:31-33〕。一つは、治療的・非治療的臨床実験に関わる医療の中での流れである。その契機となったのは、被験者の承諾なしに実施された人体実験に代表される「医療ゴシップ」である。それまで「患者の利害」は医師の倫理観に委ねられていたが、医師任せでは保障されないことが明らかになったのである。この事件は従来の医療倫理を大きく揺さぶることになり、医療実践全般は医師側の「独断」ではなく、患者側の「意思決定」が重視されるようになったのである。もう一つの流れは、アメリカ公民権運動や消費者運動などに関わる社会的な流れである。この社会的な意識の変化は医療の場にも波及し、患者は医療サービスを受ける「消費者」であり、より良いサービスを選んで受ける「権利」を有すると考えらようになったのである。こうした流れの中で生成してきたインフォームド・コンセントは、現在の医療実践において不可欠のものであり、日本もその例外ではなく「説明と同意」と一般に訳され、医療に関する議論の中で頻繁に取り上げられている。医療者にとって患者は、医療における意思決定者であり、サービスを受ける消費者と見るようになった。その結果が、まさに「患者様」という表現に現れているのである。（こうした医療者の意識の変化がアメリカからの「輸入」によってもたらされたために、医療者側と患者側で普及のタイムラグがある。結果、患者側には違和感のある「患者様」という表現が医療者側に浸透していくという日本の状況が生まれていると考える。この点についての詳細は別稿で検討したい）。

こうした医療と社会の変化を受けて、生命倫理学は「インフォームド・コンセント」という概念を積極的に議論するようになったのであるが、では、その背景にある「人間像」とはどのようなものであろうか。この概念を深めていく中で、生命倫理学者が注目したのは「自律性」と「自己決定権」である。生命倫理学の大御所の一人、ビーチャムの説明を江口〔1998:33-34〕は次のようにまとめている。「すべての人には価値があり、自分の運命を定め、それに従う能力、すなわち「自律」(autonomie)の能力」があり、「ひとの自律を侵害することは、その人を他の目的のために使うということであり、つまりは、その人を単なる手段として用いること」となり、このことは「道徳的に許されることではない」ので、「各人の自律は、尊重される「権利」とされるべき」である。ここから、「自律の尊重」という考え方が生まれ、そこから「自己決定権」が導出されるのである。江口は、カントの現代的アレンジであるこうした考え方は、「必ずしもクリアで説得力のあるものではないが、私たちの直感では確かに重要な意義を持っているように思われる」〔江口 1998:34〕と述べる。このコメントは、多くの生命倫理学者が共有するものであるだろう。それゆえ、

肯定的にであれ批判的にであれ、多くの議論が蓄積されてきたのである。

しかし、生命倫理学が対象とする問題群の当事者である患者は、異なる違和感を抱いていた。彼らは、生命倫理学の「自律」の議論が理論的で整合性があり、一定程度の説得力を持つことは認めるが、自分たちの実感にそぐわないという違和感を提示してきた。つまり、「説得力はあるが、経験的には違和を感じる」のである。生命倫理学は、先述したように医療の倫理的問題の規範原則を、宗教や慣習に依らず、西洋哲学を援用しながら体系的に構築することを目指してきた。その議論は、論理的に緻密で、極めて体系的なものである。だが、中島みち『見えない死：脳死と臓器移植』[1985]やフィンレーの会『レポート不妊』[1994]などの医療ルポルタージュに描かれているように、問題当事者は、この高度に抽象化された議論に対し「理解」はできても、経験的に「同意」できなかったのである。

文化人類学（医療人類学）は、こうした患者側の違和感を理論的に整理し、生命倫理学に対して批判を展開してきた。その論点の一つとなったのが、まさに生命倫理学が想定する人間像である。医療人類学者である A. Kleinman [1995] は、生命倫理学が特徴的に有する「中心主義」として、以下の3点を指摘している。つまり、① 欧米（先進国）の現象のみを西洋哲学を特化した形で論じる「西洋中心主義」、② 人々の多様な実践に目を向けず理念的で抽象的な議論に終始する「理念中心主義」、③ 日常生活において構築される価値観を軽視し、生物医療というセッティングに固執する「医療中心主義」である。この3つの中心主義に共通する点として、「個人主義 individualism」を挙げることができる。西洋哲学の伝統を引き継ぐ形で成立した生命倫理学は、その伝統において構築されてきた自己像も同時に引き継いだ。それは、「独立的で、不変的で、自己定義的な個別化された自己を前提としており、集団から切り離して考える」[Kleinman 1997:46] というものである。そしてそこから措定される「自律性」や「合理性」は、広く西洋哲学全般において正統化されており、生命倫理学者も直感的に引き受けてしまうのは先述の通りである。クラインマンは、こうした概念の重視は「通文化的視点から見ると、西洋的伝統である主観主義によって強調されるこれらの学問的関心は問題を孕むものである」[Kleinman 1997:46-47] と指摘する。

非西洋的社会 — 中国、インド、日本、そして東南アジアやアフリカなどの諸社会 — の人々（の間で）は...、倫理的原理のヒエラルキーにおいて、個人の自律性よりもむしろ、社会的義務や家族的責任に重きを置く社会的コンセンサスが一般的に存在している。個人とは、とくに個別的な状況と見なされる場においてでさえ、間主観的なプロセスが重大な決定要因となる社会的ネットワークや個人的連帯のなかに位置づけられるものと見なされるのである。[Kleinman 1997:47]（括弧内は筆者が補足した）

だが実際は、社会関係の中に個人を位置付ける見方は、西洋社会においても遍在しているのである。日本でも「西洋化」が進行しつつあり、個人主義的な人間像が浸透している。だが、それでもこうした社会的な個人観は、形は変わりながらも、日常的な社会関係において重要性を維持している。患者の多くは、一方ではこうした関係に助けられ、一方では

苦しめられる。良くも悪くも社会的ネットワークの中を「生きている」のである。この患者の生きている世界に生成する人間像と、生命倫理学が想定する人間像とのズレこそが、患者が生命倫理学に対して抱く違和感の根なのである。生命倫理学は、西洋哲学に伝統的な「自律的な個人」という人間像を無意識的に重視してしまうために、患者たちの「倫理的生活における社会的要素や文化的要素の役割に同じほど真剣な注意を向けることには消極的」[フォックス 2003:97]になるのである。

医療社会学者であるレネー・フォックスは、こうした生命倫理学者の「社会-文化的な視野の狭さ」が決定的な問題となる理由として、「生命倫理学はたんに生命倫理学だけではない」からであると述べる。つまり、「生物学と医学を比喩的言語や象徴的メディアとして使いながら、生命倫理学が扱っているのは、パブリックな領域においても、よりプライベートな領域においても心情や価値観や規範というわれわれの社会、その文化的伝統や共同体的な良心の基本に他ならない」からであり、そうであるならば「生命倫理学者が自分たちの社会的・文化的なマトリクスを無視したり誤解することに懸念を抱かなくてはならなくなるからである」[フォックス 2003:102]。まさに生命倫理学は、医療的世界の医療施設内からはみ出す部分とも密接に関わっており、それゆえにそこで想定される人間像と患者や私たちとの人間像のズレが、深刻な問題となりうるのである。こうした批判を踏まえ、Kleinman は、ローカルな社会-文化的背景に根ざして構築される人々の経験に根幹を据えた生命倫理学へのパラダイム・シフトの必要性を提唱し、それを「生命倫理学の人類学的転回」と呼んだ。そして、そのための基礎として Kleinman [1999] は、既存の生命倫理学とは異なる人類学的立場から計画された、様々な地域や文化における生命倫理の民族誌的調査の必要性を主張している。こうした試みを通して医療的世界とその人間像を解明していくことは、決定的重要な企図となるのである。(担当：岩佐)

4. 医療的世界の探求に向けて

医療的世界の「見えやすい人々」である看護師と、「見えにくい人々」である生命倫理学者の人間像を概観することで明らかになってきたこととは、それぞれの専門家に特有の人間像の構築には、それぞれに特有の「知識」が深く関係しているという点である。専門的な知識とは、対象の全体像に対して、理論を用いて条件を設定することで部分を切り取る形で構築される。看護師、生命倫理学者両方に見られるように、自分の属する学問領域が提供する理論によって条件を設定する。そして人間という対象の一部分を抽象化し、それ以外の部分は捨象してしまう。その結果として看護学では生物学的身体に特化した人間像が、生命倫理学では社会関係から切り離された自律的な個人としての人間像が、それぞれ構成されるのである。そうした知識と人間像を設定することによって、より厳密な議論やデータの蓄積が可能となり、それこそが「専門性」を保障するものとなるのである。

だが一方で、本稿で試みた2つの専門領域の分析からは、そうした人間像が患者が抱く違和感の原因ともなるという点も見えてくる。私たちは、医療と関わることなく生きることは不可能であったとしても、普段の生活を「医療的世界」としてではなく「日常的生活世界」として生きている。生活世界を生きる私たちが用いる知識とは、専門的知識のような部分を切り出して厳密化するものではなく、断片的な知識をつなぎ合わせながら総合的に蓄積された「生活知」であり、状況に応じてその一部を活用しながら生きている [cf.

シュッツ 1980; バーガー&ルックマン 2003]。専門知は、注目する部分を抽象し、それ以外の部分を捨象することによって、部分を厳密化する形で成立するのに対し、生活知とは、漠然とではあるが部分を捨象することなく捉えることで、部分を全体の中に位置付けることで成立する。こうした知識の性質のズレが人間像のズレを生み、その集積として生成する世界のズレを生みだしていく。この知識、人間像、世界像と続くズレの連鎖が、患者に違和感を抱かせるのである。

医療者と患者の間で生起するこのズレの連鎖は、構造的には、医療的世界を日常的に生きる医療専門家の間にも見出すことができる。それぞれの専門家は、教育の過程において専門的な知識、人間像、世界像を身につけ、現場において日々の業務をこなすことで、それらをより深く内面化していく（その過程は第2節における看護師の文化化のプロセスに見られる通りである）。その結果、それぞれの専門家は医療的世界にドメステイトされていく。そして各専門家は、医療的世界を構成するそれぞれの専門領域が生活世界のように、専門知が生活知であるかのように生きることになる。そのため各専門家の間には、先述の医療者と患者の間に生じると構造的に似たズレの連鎖が生じることになる。つまり、ある専門家からすれば、自分の専門領域が生活世界と生活知で構築されているように感じる一方で、別の専門領域は医療的世界と専門知で構築されているように映るのである。しかし、医療者患者間に生起するズレの連鎖とは異なり、そこにはインターフェイスを構築することが出来る。それは、それぞれの領域が医療的世界を背景として成立しているからであり、ズレがありながらも共通する部分を有してもいるからである。

こうした医療者と患者、そして医療専門家間で生起する知識、人間像、世界像でのズレを明らかにし、それらが連なることで生じるズレの連鎖を検討することによって、専門知を生活知と接合させるように再構築していくことこそが、医療的世界の探求という企図において、今後検討していくべき中核的なテーマとなるであろう。（担当：岩佐）

（いわさ・みつひろ 社会文化科学研究科博士後期課程）

（くどう・ゆみ 本研究科博士後期課程）

（たけい・ひでお 本研究科教授）

引用・参考文献

江口 聡

1998 「インフォームド・コンセント:概念の説明」、加藤尚武・加茂直樹編『生命倫理学を学ぶ人のために』、京都：世界思想社、30-51。

工藤 由美

2007 『看護という文化 一 家族看護から見えてくるその問題性一』、千葉大学大学院文学研究科修士論文。

小池 明子

1997 『新版看護学全書：基礎看護学1 看護学概論』、東京：メヂカルフレンド社。

シュッツ、アルフレッド

1980 『現象学的社会学』、森川眞規雄・浜 日出夫訳、東京：紀伊國屋書店。

武井 秀夫

- 1997 「病と儀礼—病院の探検—」青木保編『岩波講座文化人類学：第9巻儀礼とパフォーマンス』、東京：岩波書店、51-78。

土屋 貴志

- 1998 「「bioethics」から「生命倫理学」へ：欧米における bioethics の成立と日本への導入」、加藤尚武・加茂直樹編『生命倫理学を学ぶ人のために』、京都：世界思想社、14-27。

中島 みち

- 1985 『見えない死：脳死と臓器移植』、東京：文藝春秋。

波多野 梗子 他

- 2001 『系統看護学講座：基礎看護学1 看護学概論』東京：医学書院

フィンレージの会編

- 1994 『フィンレージの会活動報告書 レポート不妊』、フィンレージの会。

フォックス、レネー・C

- 2003 『生命倫理を見つめて：医療社会学者の半世紀』、東京：みすず書房。

吉田 時子 他

- 1991 『標準看護学講座：基礎看護学1 看護学概論』東京：金原出版

Berger, Peter L., and Thomas Luckmann

- 2003 [1966] *The Social Constitution of Reality*. New York: Doubleday (『現実の社会的構成 — 知識社会学論考』山口 節訳. 東京：新曜社)

Good, Byron J.

- 1994[2001] *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. New York: Cambridge University Press. (『医療・合理性・経験』江口重幸他訳. 東京：誠信書房)

Kleinman, Arthur

- 1997 *Anthropology of Bioethics, Writing at the Margin*, University of California Press, 41-67.
1999 Moral Experience and Ethical Reflection: Can Ethnography Reconcile Them? A Quandary for “The New Bioethics”, *Daedalus* 128, 69-97

Sahlins, Marshall

- 1976 *Culture and Practical Reason*. Chicago: University of Chicago Press.

Smith, Pam

- 2000 [1992] *The Emotional Labour of Nursing*, London: Macmillan Press. (『感情労働としての看護』武井麻子・前田泰樹監訳. 東京：ゆみる社)

Young, Allan

- 1981 *When Rational Men Fall Sick: An Inquiry into Some Assumptions Made by Medical Anthropologists*, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5(4).

Ziegler, Shirley Melat

- 2002 [1993] *Theory-Directed Nursing Practice*. Springer Publishing Company. (『理論にもとづく看護実践』竹尾恵子訳. 東京：医学書院)