

現行の医療に関する覚え書き 序章における序

島 本 篤

1.

医療における治療行為とは、基本的に、人の身体を壊す行為である。少なくとも現代においては、そのほとんどがそうである。投薬にしても、医師の直接的かつ身体的な行為を伴うものにしても。ただ、壊す対象というのが、患者の身体の中でより有害と認められるものであり、そのまま放置していればなおのこと有害となる恐れがあり、また治療行為による破壊がより一時的、あるいはより害が少ないと考えられる：そのために、その有害となっている対象を壊すことが許されている、あるいは有害となっている対象を壊すために他の身体も含めて壊すことが許されている——これが医療における基本的な治療行為である。すなわち、治すことは既に同時に、壊すことである。

侵襲性が高い行為、例えば切開を必然的に含む大がかりな外科的手術はもちろんであるが、そこまでものを想定する必要はない。耳鼻科で耳垢ひとつを除去するのも、一種の破壊である——耳垢もまた身体に留まる限り、身体の一部であるのだから。実際、耳垢の除去で痛みがある場合は少なくない。

あるいは、その人の身体の中で「悪さ」をしているウイルスを壊すために、薬を投与する。これに関しては、例えばウイルスとは外部のもので、その人の身体を壊すことには当たらないと言う者があるかもしれない。しかし、その人の外部であるならば、その人の身体に影響を与えることはないのである。仮に外部から侵入した異常だとしても、影響を身体に及ぼしている時点で、何らかの形で身体の一部と結合し、身体の一部となっている。だからこそ、「苦しい」「痛い」「辛い」といった負を被っているのはその本人なのである。これを、「自己における外部（自己における他者性）」「異常な自己」というように表現することも可能であろう、その意味で、あくまで治療行為によって破壊されるのが外部・異常であり、その「本人本来の身体」ではないと述べるこ

とも、二十世紀以前であれば可能であったろう。バウマンやアガンベンを経た現代では、これを中間物的身体、あるいは例外的身体とでも言いたくなる——少なくとも、身体と無縁な外部の異常ではない。

つまり、医療によって治すことには、原初的に壊すことが含まれている。この意味で、薬と毒とは常に互いにとって代わりうるもの——分量と適用が違えば薬はすぐさま毒になる——というだけではなく、薬であることは、既に同時に毒であるということなのである（デリダを思い出しても良いが、必ずしもその必要はない）。

一般人を相手に傷つけることを許されている、それが医師の医師たる所以であり、治療行為や医療用医薬品の処方判断が認可性となっている所以である。

もちろん、当てはまらない例はある。リハビリテーションといった理学療法、（栄養剤といった）一部の投薬、心理-精神療法等。すなわち身体機能の回復補助（身体の回復能力自体に対する補助）及び対話による患者の認知認識・情緒・行動変化の促進。あるいは、将来的には破壊を全く含まない再生治療という在り方があるかもしれない。

それらも含め、よりフラット、かつ正確な表現をすれば、「治療行為とは人の身体に変化を与える行為」となる。しかし、そもそも変化がなければ「治療」とはなり得ないのだから、そのように言い換えることはより広い概念を割り当てただけのことに過ぎない。

ここで問題が発生する。つまり、壊し方を間違えてしまうことが起こりうる。

2.

厳密な論を行おうとするのなら、為されなければならないのは「壊す/壊れる」「治す/治る」、そして「行為そのもの」の概念的探求であろう。しかし、このエッセイではそれらをひとまず緩やかな枠

組みで捉えることとして、その問題は置いておきましょう。

ところで、そうした治療行為とは、そもそもいかんとして為されるのか。

医学というものは、その実、人間の身体に関しても、薬に関しても、十全な理解に至るには、いまだはるか遠くの位置に立ると言わざるを得ない。とりわけ、脳や神経に絡むことに関しては。でなければ、日本における指定難病が三百を超える（厚生労働省ホームページより）ような事態にはならない。あるいは例えば、アメリカにおいて数千万の人が経験し、数百万の人が慢性的に苦しんでいるとされる耳鳴り（American Tinnitus Association ホームページより）に関しては、機序がまるでわかっていないというのが実情である。こうした例は挙げればキリがない。

医学でさえ、そうなのである。これが臨床の医師となるとどうなるか。

医師が現代の医学の最先端（海外の研究結果も含む）まで十分に情報を取り入れることができているなどということはおよそ望むことができない。それに加え、医療の領域は細分化し、隣の芝のことはまるでわかっていないのが実情である。薬についても、副作用についてすべからず把握しているということはない——医師が薬について学ぶのはあくまで総合的な学である（ゆえに、薬剤師という職業が存在する。とは言え、薬剤師が確率の低い副作用を把握し切っているとは限らない）。何より、そもそも患者は一人一人、まったく同じ構成の要素を持つことはないのだから、一見、同じ症状に見えて、いつでも異なりうる。

そのため、患者の状況や症状に対し、セオリーの解釈があり、それに対するセオリーの方法があり、セオリーに基づいて治療行為を行う（それを標準治療と呼ぶ）。

しかし臨床である以上、常に「例外」を扱う。何事も、「起こらない」とは限らない。もちろん蓋然性の問題はある。現代医学の範疇では起こりがたい症状例——例えば頭痛と足の痛みが同時的、かつ再現性をもって発生するなど——と、胴体から完全に切断された腕が、ひとりでに胴体と繋がり、傷跡一つ残らないという「奇跡」。いずれも「起こらない」とは限らないにしても、両者の蓋然性を同等と捉えるのはまた話が異なってくる。ともあれ、臨床にお

いては、従来の医学では「起こらない例外」が、いつも起こりうる。あるいは起こっている。

それにも関わらず、様々な事情ゆえ、大抵の場合、目の前の患者自身を十分に「みる」には至らない。例えば耳の症状を抱えた患者の耳や、耳周辺の状況を知るために、耳や周辺を解剖するわけにはいかないのである。せいぜい為しうるのが、臨床レベルでの「精密検査」——これもまた、基本的には画像検査、すなわちCT、MRIの検査精度レベルということになり、そこに映らない単位の異常は「存在しない」ことになる。当然、そうした技術上の限界に及ばない問題、診察における効率性・経済性・政治性という問題があり、患者の症状や状況の理解、及び対処の計画は常に不十分とならざるを得ない¹。その結果、例えば治療によって被害が、医師の見立てより長期に渡る、あるいは薬の副作用が想定より多大になるといった、壊し方を間違えるということが起こりうる（逆に、医師の見立てに沿った程度と期間の身体の壊れ方を伴い、医師の見立ての通りに「治った」場合、それは正しい壊し方と言えよう）。

こうして、「治すため」であるからこそ「壊すこと」が許されているのにもかかわらず、常々壊し方を間違えうる——それは単に、人間であるからミスをすることもある、という程度の話ではない。医療そのものの構造的な問題なのである。

いつでも例外が起こりうる個別性を持った臨床において、セオリーをもって臨む他ない医療。そのため、「例外」が露見した際、たいていの医師はセオリーを押しつけるか、次の四つの反応をするしかない——「わからない」「様子を見るしかない」「そんなことは起こらない」「別の科へ」。裏を返せば、「例外」に対し、医療・医師がなし得ることはほとんどないということでもある。少なくとも、現行の状況では。

が、「例外」が原則を規定するというアガンベンの指摘が正しいのであれば——そしてそれは正しいように思われるのだが——医学が学問としての探求と解明を行うには、「例外」を汲み取ることができなければならない。そもそも「当たり前」が「当たり前」でありうるのは「例外」あつてのことである。「当たり前」がすべてを覆う世界に、「当たり前」は存在しない。「当たり前」で完結した静の世界に変化はない。ゆえに、「例外」こそが「当たり前」の境界を更新し、原則を規定する。その境界線におい

て内部でありかつ外部である「例外」——完全に外部であれば、それは「例外」ではない——があって原則は更新の余地を生む。「例外」を汲み取ることができない限り、臨床から離れることのない医学に探求はなく、それはすなわち、科学でないどころか学問の名に値しない。学問云々についてはまだ述べることもあるが、ひとまず、壊し方を間違えることについてもう少し言うておこう。

医師が壊し方を間違えたことで、「壊した」ものの「治らなかった」その時、それはすなわち、「例外」状況である。現行の医療が「例外」をまともに取り扱えない以上、その状況において患者は複層的な困難に置かれることになる。

それを避けるためにも、あるいは仮にそうした状況が起こった際に可能な限り解決を探るためにも、重要となってくるのが「壊す」に至る状況の詳細な記述と記録——つまりは患者の状況・症状説明、さらに言い換えれば問診とその記録、それに伴い必要とされる検査、そして治療の記録、カルテである。

ところで、患者の状況・症状説明とは、すなわち「事実」の特定である。

ここまでは医療に内在的な問題であった。

ここで、より根本的、かつ一般的な問題が生じる。「事実そのもの」に関する問題である。

3.

医師は、基本的に患者の報告から出発する他ない。ひとまずは患者の報告を「事実」とするしかない。それが臨床の第一歩である。他方で痛みや異常、違和感、それら自身が身に受けている通りに患者が説明し切れることは、現行ではおよそ不可能である。またそれを的確に共有するために、外部の何がしかへ落とし込むことも望めない。しかし、事実に関する問題はそれに留まらない。

事実に関する議論は、従来、哲学で多くの議論がなされてきた。それをここで云々するだけの余地はない。この筆の中では、以下、いずれ書くであろう論の導入部だけを扱うこととしよう。

少なくとも言えるのが、そもそもあらゆる事実が、ある特定の視点、観点、文脈によって切り取られたものという枠組みから逃れられないことである。「真なる事実」なるものがあったとして、一人の人間がそれに迫ることは不可能である。必ず、特

定の視点、観点を介した「事実」とならざるを得ない。それをモノ自体と呼んでも構わない。

既に述べたように、医療が壊すことを必然的に含む以上、「壊す」過程の「事実」を「事実」として残すことが重要となる。すると、その「事実」と、いわゆる世間的な（世間や医師が好む）「科学的事実」「客観的事実」なるものとの関係が次に問題となってくる——その中で、「間主観的事実」もまた、問題となるだろう。他方で、「事実」を「事実」として残すことが重要であるということは、すなわち、「事実」を「事実」として残すべきであるという規範（あるいは価値や権利）に関わる問題ともなる。「である (is)」と「べき (ought)」の関係、事実命題と規範命題、ヒュームの法則に関わる問題である。より医療、あるいは患者に関わるところでいえば、事実と権利の問題ということになる。「である」から「べき」は導けない、事実命題から規範命題は導けない、これがヒュームの法則であるが——確かに、「人は人を殺している」という事実から「人は人を殺しても良い」、あるいは「人は人を殺すべきである」という規範命題を導くことができるのであれば、そこには誤謬がある——一方、次のように論じることでもある。

「権利」概念が許可（「～してもよい」）と、その保障を含むのならば²、権利は一種の価値・規範概念である。が、同時に、権利概念は「権利は……である」という事実概念、あるいはその対象となっている事実に関する命題を含みうる。仮に「生きる権利」を想定としたとして、「私は生きている」という事実がないと、それが保障されることもない。保障されることが永遠にない権利は満たされることのない器である。事実なき権利は空虚である。

であれば、「事実」から規範命題を導くことができない、というヒュームの法則はどの程度まで妥当でありうるのか——「事実」なき世界では、規範命題は生まれ得ない可能性がある。

同時に、「事実……である」と主張しうるのは、それが価値・規範的側面を含むためである。事実は「切り取られた事実」という側面と不可分だからである。

そこで探求しなければならないのは、「事実」と「権利・規範・価値」とが曖昧になる領域である。それについては、アガンベンによる法と事実との領域が曖昧になる「例外」に関する議論を類比的に論

じることになるだろう。

もう一つ探求しなければならないのは、「権利」概念そのものに関する議論である。例えば「生きる権利」「幸福追求の権利」といったものは、人間概念に依存する「権利」——「人権」である。人間という概念が揺らぐ時にあって、そのまま妥当する保障はない。

よって、権利が権利として在るための条件を探る必要がある。おそらく、その論を進めることで、「権利」は「事実」との接合点において基礎づけられることが見い出され、その結果として「『事実』を「事実」として可能な限り世界に遺す」、「『事実』を「事実」として可能な限り世界、及び人に伝える」権利こそ、権利として措定できる唯一の権利である」という結論が導かれるだろう（他の諸権利はその基礎から演繹的に導出されることになる）。

その際、学問についても触れることになる。すなわち、学問は遺されるまで学問たりえない。学問とはそも、「追究」と「遺すこと」が要素であるが、その「追究」も何らかの形で遺されない限り、存在しないに等しい。媒体を介さずに、口頭や振る舞いを通して誰かに伝える、あるいは伝わる遺し方はいくらある。その伝達の片鱗でも、何がしか遺る結果につながれば——例えば追究過程にある追究者の振る舞いを確認した別の人物が、追究者の振る舞いに自覚なく影響され、書き遺したものに間接的な影響が認められるような場合でさえ、そこにおいて学問は遺されている。しかし、そのように伝えられた側もまた、それを媒介の形で遺さないまま死を迎えれば、結局、何も遺らない。

以上を踏まえて、再度、医療-医学へ戻ることになる。現行では、医師が壊し方を間違えた場合に、その記録は少なくとも公には、学問と無縁な要求から「 病院の 医師の処置により……」と記載されることになる。医学が学問たりえる上で、その是非が問われることになろう。そして、医療-医学と、「事実」「壊し方を間違えうること」にまつわる問題に可能な限り対処するために、方策を検討することになる。その際、患者-医師間の知識・情報の非対称性とそれに基づく関係の不均衡性、医療現場の密室・閉鎖性、臨床において時に優先される効率性・経済性・政治性といった事項が考慮される必要がある。具体的の方策に関し、現時点で例示を行うとすれば、「患者と医師との相互録音」「患者が

望む場合におけるカルテの即時・無料開示、患者によるカルテへの常時アクセス可能化」「医療行為の適切性を判断する第三者機関の設立」といった策が検討されることになるだろう。

註

- 1 これに関して私は（稿あつしという筆名で）「砂海の音」『恐るべき大人たち 第二輯』2024年にて、より詳しく執筆した。臨床をめぐる問題の詳細はそちらも参照されたい。なお、「砂海の音」はある種の記録でもある。よっていずれこのエッセイは、「砂海の音」で書き遺したものと接続されることになるだろう。
- 2 例えばHohfeldによる権利の四要素は「特権（the privilege）」「請求（the claim）」「権能（the power）」「義務の免除（the immunity）」である。