

〈エッセイ〉

## 医学・医療と人文社会学の接点

池尻 達紀

本誌1号に掲載された、奈須野文槻「(書評) 人文学は医療・医学に貢献できるのか」<sup>1</sup>を興味深く拝読致しました。論文の締めくくりを示されている「人文学と医学・医療の協働に対する期待」に、臨床医学に身を置く立場としても、大変共感するものです。拙稿では、医学・医療は(とりたいところですが、医療を代表する立場としては力不足であるという点で、少なくとも一臨床医としては)人文社会学の助けを切に求めている、という私見を、最近の話題にも触れながら述べたいと思います。

はじめに、COVID-19感染拡大に伴って私個人が臨床現場で思い悩んだ具体例を述べ、次に、医療者がそのような臨床的(倫理・社会的)課題に悩まされる背景事情を説明します。また、そのような事情も鑑みて、私が今後の医療者に必要とされると考える医療者の役割論をご紹介します。最後に締めくくりとして、人文社会学は、医療者個人の判断にアドバイスを与えること、あるいは医療にまつわる社会的議論に参加すること、これら2つの方法で医学・医療に貢献してもらえないかという個人的見解を述べます。

なお、拙稿のタイトルや以下の本文においては「医学・医療」、「人文社会学」という表現を、これら2つの領域を示す用語として使用することとします。<sup>2</sup>

---

【参考文献及び注釈】(URL 最終閲覧: 2022年2月28日)

- 1 奈須野文槻「(書評) 人文学は医療・医学に貢献できるのか」、『人文×社会』第1号, 575-585頁, 2021
- 2 実臨床の現場では「医療」と「医学」の言葉の違いにはそこまで関心は払われていないように思います。私自身は「医学」という science に立脚し、それを実社会に応用した仕組みを「医療」と考えているため、「医学・医療」という順に並べます。本稿ではできる限り多

## COVID-19 が提示した臨床現場での様々な課題

私が本稿執筆の着想を得たのは、COVID-19 が一つの契機となっています。COVID-19 は社会において（過去に類似する経験はあったとしても）個別具体的なことについては初めての経験で、医療者にとってもそれは同じことであり、今もなお、そうです。病院は手探りながら、様々な対策を取り、私自身もその影響を少しばかり受けました。そのような経験の中で、いくつか思い悩んだことがあり、それらについて以下の2点にまとめました。

### ①どのような場合に面会制限を実施すべきか、あるいは解除すべきか

COVID-19 感染拡大に伴い、多くの病院で面会が原則禁止となりました。その実際を定量的に調査はしていませんが、例えば悪性腫瘍（癌）等が進んだ状態の「終末期」とされる患者さんであれば主治医の権限で親族に限り短時間の面会を許可するなど、条件付きの面会許可を行う場合が多いようです。しかし、「終末期」というのは明日亡くなるかもしれないし、1ヶ月後かもしれない、実際問題としてクリアカットに「終末期」を定義することはそれなりに難しいです。現代の医療では、亡くなるタイミングを正確に予測することはほとんどの場合不可能なのです。

また、いざ面会許可を出すにしても誰に面会許可を出すのか、という問題も残ります。例えば配偶者のみなのか、親族全員なのか、といったことです。さらに、時間は15分までと決められるのか、無制限なのか、といった問題も発生します。これらのことは、院内ルールで決めている場合もあれば、柔軟性をもってある程度は各主治医に任されている場合もあるようです。

「病院」という限られた空間の中で入院患者を集団として守るために、院内での感染リスクを医学的に見積もり、最終的な判断を下す必要があるという点で、面会制限は妥当な選択であるように思えます。一方で、「最期のときまで家族が会えないのはあんまりだ」という判断があるからこそ、条件付き面会許可が出されるものと思われます。そうであるならば、どのような場合に面会を許可することにどのような人間的意味があるのか、考える必要があると思います。また、「病院」とはどのような場所なのか、ということを今一度考え直す必要があるように思います。（ちなみに、私自身は、1ヶ月以内に亡くなることが予想される患者さんについては、二親等を目安に

---

様々な方々の医療への協力を求めるという点で、「人文 (humanities)」ではなく、そこに「社会科学 (social science)」の意味も含めた「人文社会学」という表現をあえて用いることとします。

面会を許可しておりましたが、その判断は極めて感覚的なものであり、厳密な根拠を説明することは困難です。)

## ② COVID-19 感染者に対する差別

現在、COVID-19 があまりにも感染拡大したために感染者を社会的にバッシングする風潮はかなり薄くなりましたが、2年前のCOVID-19の感染拡大初期においては、残念ながら感染者に対する差別や心ない批判が散見されていました。

医療者の中にもそのような風潮は時々みられたものと思います。特に、県外移動に伴って感染した場合、「みんな自粛しているのに、自業自得」という視線が一部あったように感じています。しかし、県外移動の理由には様々なものがありますし、差別的意識が治療結果にも影響するのではないかという仮説を私は持っています。医療行為は非常に曖昧で、やはり全体としては自動化されえない、様々な人間的判断を含むものだからです。例えば、「自業自得」と医療者が判断した患者には、投薬などの必要な医療的行為が通常よりも控えられる可能性があるかもしれません。

医療では、ある病いを患うに至った原因にアプローチし、除去可能なものであればそれを除去することが非常に有効である場合がありますが、その原因に対する医療者の感情的な面についてはあまり議論されません。ここにおいても、人文社会的な議論が必要とされるように思います。

これら以外にも、ワクチン接種をすすめたい人たちとワクチン接種をしたくない人たちの間でのせめぎ合いなど、医学的というより倫理的・社会的な問題に医療者が悩まされる場面は少なくありません。次の項目では、このような倫理的・社会的問題はなぜ私たち医療者にとって特に判断が難しいのか、その背景事情を説明します。

### 人文社会学の専門的知識を持たない医療者が悩まされる 多様な倫理的・社会的問題

ここでは、医療者の一つとしての医師の卒前教育に注目します。医師は医学部に6年間通い、各大学が卒業資格に責任を持ちます。そして、医学部を卒業した後、各大学とは独立した母体が運営する医師国家試験に合格することで医師の資格が付与されます。各大学の医学部で学ぶ内容や授業形態は様々ではありますが、学修到達目標の目安として、全国的なブループリントである「モデル・コア・カリキュラム」が存在します。これは定期的に改訂されており、直近の平成28年の医学部モデル・コア・

カリキュラム改訂においては「B 社会と医学・医療」の内容が拡充されました。<sup>3</sup>

このことから医学部教育での倫理的観点や社会的観点の重要性がますます重要視されてきていることが分かりますが、現状、十分な教育にはほど遠いのが実情と考えています。（それどころか、一医学部卒業生として、ほとんどそのような内容は扱われていないような印象さえ持っています。）

医学とは何か、ということ扱う分野としては、「医学概論」という分野がおそらく該当します。この教育にまつわる調査や研究は少なく、最近になって発表された「医学概論」の卒前教育について扱った論文<sup>4</sup>では、授業時間としてはそれなりの時間が「医学概論」教育に割かれていることが分かります。しかし、医学部では、「医学部で何かを学ぶこと」以上に「医師になること」が目的となっている場合があります。医師になることを最終的に担保するのは教養を含めた豊かな学びではなく、全てがマークシート式の医師国家試験のみです。そのような中で、「医学概論」の内容は時間的には扱われていても、内容として受け取り手である学生に重要視はされてはいないかもしれません。ほぼ全ての医療関係職種の国家資格が同様の構造となっています。私たち医療者は、人格や教養をほぼ保証されずに資格を得るのです。

医療者の大半は実際的な人文社会学の訓練をほとんど受けていないにも関わらず、臨床現場では、例えば「主治医判断」として個々の判断に、倫理的・社会的判断も含めて任されている場合が多いです。場合によっては、たった一人の判断で多くの患者の人生を大きく左右することですら有り得ます。経験年数を経るにつれて、これらの倫理的・社会的判断についてのバランスのとれた肌感覚が身についていくものだと思いますが、医療が社会に組み込まれた一つの仕組みである以上、また、倫理的・社会的判断の妥当性が時代と共に変化していくことを考慮すると、医療における望ましい対応もまた少しずつ変化していくものと思います。言い換えれば、先達の意見をそのまま再利用すれば良いという訳ではなく、倫理的・社会的判断においては、医療者一人一人が常に再考し続けなければならない性質のものであるということです。私たち医療者の立場として、より具体的には、経験豊富な上司の倫理的、社会的判断が必ず

3 医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成 28 年度改訂版

URL : [https://www.mext.go.jp/component/b\\_menu/shingi/toushin/\\_/icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961\\_01.pdf](https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_/icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf)

P.10 の B-4 では「行動科学・社会科学」についての言及がありますが、「人文学」についてはまだ十分にカリキュラムには反映されていません。

4 外山尚吾他, 「医学とは何か」を問う教育の実態調査: 中川米造の医学概論の観点から, 医学教育, 51(4): 379~388, 2020

しも今日に即したものでない可能性について十分に考慮する必要があるとも言えます。(経験豊富な上司の医学的判断についてはほとんどの場合正しいために、この点を誤解してしまう恐れは十分にあります。)

私は、そのような医療の倫理的、社会的営みには、人文社会学の観点が必要だと思います。すなわち、「人間とは何か」という問いについての、医学的(科学的)視点のみではなく、一人一人の医療者の人生観や人間観が問われているように思います。COVID-19 感染拡大に伴い私が経験した先述の問題以外にも、認知症患者の意思決定、終末期の問題、自己責任論など、科学知識のみでは扱いきれない問題が医療には山積しています。

医療にまつわる「医学的問題」のみに医療者が裁量を与えられているのであれば、医療者は医学知識(科学的知識)のみに基づいて臨床実践を行えば良いという議論もできますが、医学・医療が社会における人対人の営みである以上、医療者の判断は倫理的・社会的内容に踏み込むことが避けられません。このような背景も踏まえて、医療者に求められる役割についての極めて個人的な見解を次に述べます。

### 医療者の役割四要素

私は、医療者に必要とされる役割を「翻訳者」「研究者」「構築者」「哲学者」の四要素と考えています。医学知識の総体から適切な情報を選び出し、その情報に基づく医療行為を説明し、提供する「翻訳者」としての立場は、これまでに十分に教育されてきたことです。医療者の中の一部の人間は、医学知識の総体にさらに知識を加える「研究者」として活躍し、また別の人間はそれらをどのように運用するのかルールを作る「構築者」として社会に貢献します。これらの要素を代表する職種として、「翻訳者」=総合診療医などの臨床医など、「研究者」=臨床医学研究者、基礎医学研究者など、「構築者」=厚生労働省や行政における技官などが想起されます。実際には、個人が医療者として複数の役割を兼ねている場合もあります。

ところで、「哲学者」は、例えば「健康とはなにか」「病とはなにか」「病院とはなにか」などの医学・医療の根本的なあり方を考える、医療現場において答えのないテーマに取り組む役割要素です。これはそれぞれの医療者の「翻訳者」、「研究者」、「構築者」としてのあり方にも大きく影響し、全ての土台にあるものと考えます。前者3つの要素がより具体的、実際的な役割を指すのに対し、それらの要素をどのように社会に適用していくのか、適用していくべきなのかを考える、より抽象的な役割なのです。

「医療者」としてはこれらの四要素を組み合わせた多様なキャリアパスや活躍の仕

方がありますが、「臨床現場の医療者」としてはやはり医学知識（科学的知識）に知悉して、それを投薬や手術等の技術として個々の人々に対して実践する「翻訳者」としての役割が大前提であり、様々な職能が社会に存在する中での専門性と言えると思います。そのような中で、人文社会学の知識全般にも長けた者となることは非常に困難であると思います。

しかし、医療における「哲学者」は、多様化し、複雑化する社会においてこれまでに以上に重要性が増しているように思えます。医療者一人一人においても「哲学者」の要素が少なからず求められています。医学・医療という総体をみた時にも、やはり「哲学者」の要素をもっと重要視した方が良いのではないかと思います。

次の項では、「哲学者」の内容について、医療の本質に迫るモデルを援用しながら、社会全体という俯瞰的な立場からみて補足します。

### 納得を確かめ合う言語ゲーム

行岡哲男はその著作<sup>5</sup>の中で、医療を「納得を確かめ合う言語ゲーム」と述べています。「納得を確かめ合う言語ゲーム」とは、医療が確率論に基づいており、不確実であるために、臨床判断や治療方針など、医療者が「正しいと確信する判断」について患者との間で「納得」を常に確かめ合うプロセスが必要であるということを描いています。医療では、個体差や生物が根源的に持つ複雑性、予測不能性など様々な理由で、「正しい判断」を行うことができず、どうしても不確実にならざるを得ないのです。（医療固有の不確実性については、中川米造による「医学の不確実性」<sup>6</sup>が参考になります。）

「納得を確かめ合う言語ゲーム」は書籍では主に患者 - 医師の関係性に関して議論が進められていますが、このことは社会 - 医療の関係性においても適用できるものだと思います。すなわち、医療が社会や人間に提供できるものはいつでも不確実で予測のできないものではありませんが、実際には具体的、暫定的な「答え」を出す必要がある場合が多いように思います。ここで、社会と医療の間で（その時代において）「正しいと確信する判断」について「納得」を確かめ合う必要が生じてくるのではないのでしょうか。この「正しいと確信する判断」の生成と合意形成にあたって、「哲学者」の存在は非常に重要であると思います。

5 行岡哲男「医療とは何か」、河出書房新社、2012

6 中川米造「医学の不確実性」、日本評論社、1996

中川米造は医学概論研究において非常に重要な研究者であり、参考文献 [4] でも中川による医学概論に立脚した研究が行われています。

## まとめ：未来の医学・医療と人文社会学の協働に対する期待

ここまで、一臨床医として考えることを順に述べてきました。人文社会の知見は行政や大学などの高次のレベルではどんどん取り入れられているのかもしれませんが、ここまでの内容で特にお伝えしたかったことは、実際の臨床現場では、個別具体的な患者さんと医療者の一対一の関係性（及びそれを取り巻く人間関係を含む）の中で、人文社会学の知識を持たない私たちが判断に迷う場面は非常に多い、ということです。

マルクス・ガブリエルは、企業は「企業内哲学者（in-house philosopher）」を雇い、自社の製品が与える社会的・倫理的影響を検証すべきと提唱しており<sup>7</sup>、実際にすでにそれを実践している海外企業も少なくないようです。少し飛躍はしますが、哲学者（や人文社会学をバックグラウンドとする研究者）が病院に常駐する時代も、今の時代背景を考えればあながち不思議なことではないように思われます。医療における「哲学者」の存在は、企業内哲学者とは意味合いが異なるかもしれませんが、「病院哲学者（hospital philosopher）」なるものが登場し、医療者個人が悩む個別具体的な事例にアドバイスを行ったり、病院全体の指針の決定に関与したりするなど、そのような仕組みが実現すれば、と愚考したりもしています。

総じて、現在の医学・医療と人文社会学はもっと融和を図るべきだと感じます。それは、医療現場の人間が人文社会学の手助けを必要としているという意味で有意義であるのみならず、医療は全ての間人がどこかの段階で関わるものであるという点で、親や兄弟、友人に受けさせたいと思うような医療が実現するように人文社会学をバックグラウンドにする人々が力を尽くすことは、それらの人々自身の益にも繋がることだと思っからです。「翻訳者」「研究者」「構築者」「哲学者」いずれにも医療を専門とする医療者にしか担うことができない部分も含まれますが、特に「哲学者」として、医療のあり方を考える場面では、全ての人々が関与すべきものと思います。

人文社会学のバックグラウンドを持つ人々が、様々な角度や深さで医学・医療に関わってもらえる未来を切に願っています。<sup>8</sup>

7 マルクス・ガブリエル（著）、大野和基（訳）「世界史の針が巻き戻るとき - 「新しい実存論」は世界をどう見ているか」、PHP 研究所、2020

8 私たちは、人と医療の研究室（通称：ひとけん）として、様々な分野の医師や医療系学部学生、基礎医学研究者などで集まり、医療の社会的話題についての様々なテーマを扱っています。人文社会学の見地から活動にご協力、ご指導いただける研究者や学生の方々がいらっしゃいましたら是非ご連絡をお待ちしております。