

Regular Article

医療実践における実在論からみた診断のあり方 —複数の実在の取りまとめと患者・医師の対話の促進—

田淵綾*

Abstract

診断は医療実践において重要であるが、高齢者の終末期医療や救命医療等の分野で医師から終末期の診断を下すのが難しいという声が上がっている。本論文は、現代日本の医療において診断の主流である根拠に基づく医療(EBM)とその批判からうまれた物語に基づく医療(NBM)を検討し、共に主観/客観という二元的な認識区分を前提にしていることが、客観的エビデンスに優位性を与え、診断の難しさを生み出していると述べる。そこで、二元的な認識区分を克服したアネマリー・モルの議論から、医療実践における実在について検討し、診断を複数の実行される実在が重なり合ったものの表象の一つと捉える。ここでは、診断はEBMの時のように客観的なものとは考えられないため、診断を下す医師は患者よりも優位性を持たず、患者と医師の関係はより対等なものになる。さらに、実在に注目することは、患者と医師が相互の自己利益によって医療実践について話すのではないため、患者にとって最善の診断を導くための対話が形成されると期待される。

キーワード：診断、医療実践における実在論、患者・医師の対話、根拠に基づく医療（EBM）、
物語に基づく医療（NBM）

Diagnosis is crucial in medical practice, but doctors in some fields, such as Geriatric Palliative Care and critical care, face difficulty making a diagnosis. This paper examines the existing discourse on evidence-based medicine and narrative based medicine approaches, the prevailing means of diagnosis, including criticism of these in modern Japanese medicine. In particular, the concepts of evidence-based medicine and narrative based medicine make diagnosis difficult by premising an epistemological dichotomy between subject and object, with a prioritization of objective evidence. We explore the ontology in medical practice that Annemarie Mol has discussed as a way to overcome this; it entails regarding a diagnosis as one of the representations of multiple enacted realities. Given that, unlike in evidence-based medicine, diagnosis is not considered objective, physicians are not positioned as dominant over patients, thus fostering more egalitarian doctor-patient relationships. Moreover, focusing on reality may encourage dialogue about the best treatment for the patient because medical practices are not discussed in terms of patient's and doctor's personal interests.

* 活水女子大学

Keywords: Diagnosis, Ontology in medical practice, Dialogue between patient and doctor, Evidence-based medicine (EBM), Narrative based medicine (NBM)

1. 序論

「面接・診察・検査などによって得られる所見に基づいてなされる疾病・病勢・予後などに関する医学的結論」〔今中 2009: 1444〕と定義される診断は、治療方針を決定したり、健康保険、介護保険等を受給したり、医療を実践していく上で重要なものである。本論文で取り上げる終末期の診断には明確な定義がない〔樋口 2018: 10-12; 荒幡 2018: 1272〕ものの、ガイドラインや提言などをもとに荒幡は、終末期の基準をおおよそ「①患者に対して回復のための最善の医療が尽くされている（最大限の治療）、②治療を継続しても予後不良で死が間近に迫っていると予想される（不可逆的）、③複数の医療者と家族が終末期状態であることを認めること（共通認識）」〔荒幡 2018: 1272-1273〕にまとめている。がんの予後予測についてはエビデンスが蓄積され、PaP スコア（Palliative Prognosis Score）や PPI（Palliative Prognostic Index）などの開発が進み〔森田 2020: 151-162〕、がん疾患の終末期は比較的容易に診断が下せると一般的には言われている〔木村 2018: 54-55; 荒幡 2018: 1273〕。その

一方で、例えば、非がん疾患である認知症は生命予後を予測する方法が確立されていない〔日本神経学会 2017: 168〕。2007 年から厚生労働省をはじめ各種団体が、終末期において治療やケアの方針を医師が決定できるようガイドラインや提言¹を出し始め、診断の精度を上げるために AI の活用も進められている〔森田 2020: 162-164〕。しかし、これらのガイドラインや提言には、医師が終末期という診断を下すための基準ではなく、終末期を迎える患者と家族、医療者らが最善の医療とケアを作り上げるための手順しか記載されていないため、医師からこれらのガイドラインや提言をもとに終末期の診断は下せないと批判の声が上がっている〔荒幡 2018: 1272〕²。

筆者は、ここには医師からの指摘にとどまらない問題が含まれていると考えている。その問題とは、患者と医師が立場の違いを超えて対話し、患者にとって最善の治療を進めていくために、診断はどうあるべきかというものである。本論文は実在（reality）を、複数の実行される実在³が重なり合ったものと捉えるオランダの医師で人類学者、

¹ 日本医師会、日本学術会議、全日本病院協会、日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本循環器学会、日本老年医学会も、終末期における治療、ケアの方針決定に関するガイドラインや提言を出している。

² 医療ケアのコスト上の問題から診断に関する研究が近年進み、アメリカで行われた観察研究では 5%程度、剖検による研究では 10~20%程度が誤診だったと報告されている〔綿貫 2023: 56-57〕。また、患者に悪影響をおよぼさない病変を診断してしまう過剰診断〔Welch and Black 2010: 605〕も話題になっている。これらの問題についても検討すべき診断の課題であるが、紙幅の都合上、別稿に譲りたい。

³ 実在は、客観的あるいは主観的な視点とは関係なく、実行によって示される物(人)である。浜田と田口によれば、モルの言う「実在が実行される（reality is enacted）」という言葉は、特定の時間と場所で、何らかの形で存在が確認されることや、特定の性質を持った物(人)として扱われたり振舞われたりすることを意味する〔浜田、田口 2016: 278〕。

哲学者のアネマリー・モル (Annemarie Mol) の議論を取り上げ、实在に焦点を当てた診断のあり方を示す。そうすることで、自分だけの見方で対象を認識する主観(subject)と、個人の認識から離れ、一般的、普遍的に認識する客観(object)という認識区分が克服され、患者と医師がより対等な関係の中で対話し、患者にとって最善の治療を導くための診断が下されるのではないかと述べる。

病理医の海堂尊が「診断の本質、理念について語られた書籍はほとんどなく、すべては実用的な専門書である」〔海堂 2012: 19〕と述べていることから分かるように、これまで医学の中でも特に身体疾患を扱う分野では、診断の分類に関する研究ばかりが行われ、診断のあり方を問い直したものはほとんどない。彼は著書の中で、現代科学の限界から解剖をしたとしても死因を特定できないことが多々あるため、診断を下す際に社会的なコンセンサスをより重視することを訴えている。また、医療現場を社会学・現象学的観点から研究している医師の行岡哲夫は、不確実性の多い医療現場で「正しい判断」を下すことは不可能であるため、診断過程を患者と医師の「納得を確かめ合う言語ゲーム」と見立てて「正しいと確信する判断」の形成を目指すことを主張している〔行岡 2012: 173-176〕。同じく医師の岩田健太郎も「感染症という病気＝現象」と「病原体＝もの」を分け、医師が病気を病気と認識するのは、そこに病気の原因となる質量をもつ物体である「もの」が存在しているからではなく、立ち現れた現象を病気と認識しているからだとし、診断を患者と医師のコンセン

サスの問題と捉えることを提案している〔岩田 2020: 17-25〕。確かに彼らの議論のように診断をコンセンサスの問題と考えれば、医師は明確な診断基準がなくても診断を下すことができ、患者と医師はより対等な関係を築いて診断のための対話は促進されるように思われる。しかし、彼らの議論が「現象」(=感染症という病気)と「もの」(=病原体)を分け、現象のみを問題とする点に筆者は賛成し難い。なぜなら現象に関する議論は世界を解釈する視点を巡る論争であり、実際の医療現場では医師は医学知識に基づいて「もの」を客観的に語ると見なされており、そのような知識をあまり持たない患者は例えば「痛み」など「もの」を主観的にしか語ることができず、患者と医師の関係は対等とは言い難いからだ。根拠に基づく医療 (Evidence-Based Medicine) [以下、EBM と略す]⁴が普及し、科学的なエビデンスが重視される現代日本の医療において、医師は患者よりも優位な立場に立ちやすく、患者と医師の関係はパターンリスティックなものに陥り、両者が協働してコンセンサスを形成することは難しいと思われる。

そこで、本論文は医療現場の診断について考える際に問題となる主観と客観という認識区分について検討するために、以下の方法で議論する。最初の節では、現代日本の医療において医師が診断を下すとき、最も一般的な考え方である EBM について論じる。そして、EBM の普及とともに生じた誤解と課題について示し、その背景には主観と客観という二つの認識区分があることを指摘する。次節では、EBM への批判から生まれた物語に基づ

⁴ 板井によれば、Evidence-Based Medicine は、解釈の違いによって「客観的事実に基づいた医学」や「科学的根拠に基づく医療」と訳されることがある〔板井 2005: 236〕。本論文では「根拠に基づく医療」という定訳を用いる。

く医療 (Narrative Based Medicine) [以下、NBM と略す]⁵を取り上げる。主観的な患者の物語が不確実な出来事に意味を与え、必然的なものへと変える点に意義を認めつつも、診断における意義は明瞭でないために、実際には客観的な根拠をもとに診断が行われていると述べる。最後の節では、EBM と NBM の統合を試みたナラティブ・エビデンス・ベースト・メディスン (Narrative Evidence Based Medicine) [以下、NEBM と略す] について検討するが、NEBM もまた現象のみに焦点を当てるために EBM と NBM の課題をそのまま残してしまう。そこで、本論文は、モルの医療実践における実在論を取り上げ、実在に注目することで二元的な認識区分そのものを変える。そこから、EBM と NBM の課題を克服し、患者にとって最善の治療を導くことが期待される診断のあり方を示す。さらに、このような診断のあり方が患者と医師の立場をより対等なものに変え、コンセンサスの形成に重要な患者と医師の対話を促進する可能性がある⁵と述べる。

2. 根拠に基づく医療 (Evidence-Based Medicine: EBM)

EBM は、1991 年に臨床疫学者のゴードン・ガイアット (Gordon Guyatt) によって作られた用語である。彼の指導を行なったデイビット・サケット (David Sackett) は EBM を「個々の患者の臨床判断の決定に、最新で最善の根拠を、良心的かつ明確に、思慮深く利用することである」〔Sackett et al. 1996: 71〕と定義し、その実践を「個人の臨床的専

門技能と、体系研究から現在利用可能な、外部の臨床的根拠とを統合すること」〔Sackett et al. 1996: 71〕とした。それまで医師の臨床的直感や権威ある医師の意見から導かれる、時代遅れで、患者にとって害になるような根拠が診断や治療の前提になることがあったが、臨床現場に EBM が導入されたことで、最新、最善の根拠に基づいて医師が患者に治療を提供することが可能になり、その治療成果を研究にフィードバックすることで、医学、医療が進歩した〔Guyatt 1991: A-16〕。

EBM はランダム化比較試験から導かれたデータのみならず、症例報告や専門家の意見なども診断の最新、最善の根拠になり得ると想定している。しかし、臨床研究論文を検索するためのシステム開発や、論文中の患者集団の結果を個々の患者に適応するための方法が進歩したことで、EBM が医療の現場に急速に普及するとともに、EBM に対する誤解が生じた。その誤解とは、研究から導かれて数量的に表現された、客観的で、普遍的な情報を絶対的なものとし、患者の訴えや医師の主観的な意見などは価値のないものと捉えて、医療実践をすることと解釈したのである〔Straus et al. 2018: 9-10; 板井 2005: 236〕。実際に医療現場に広がった EBM はこのような誤解されたものであった。

統計データは、医師が患者に治療の効果や副作用だけでなく、「この治療の 5 年生存率は 70% です」とそれらが起こりうる可能性まで説明できるようにした。それは、あたかも医師が病気や治療の不確実性を統制できているかのように思わせ、患者と医師は医療技術の進歩を示すデータにそれ

⁵ 齋藤清二らは Narrative Based Medicine の実践的側面である「対話」を示すために、Narrative Based Medicine を「物語りと対話に基づく医療」と訳している〔齋藤、山本、岸本 2001: 289; 齋藤、岸本 2003: 13〕。しかし、本論文では NBM の課題を示すために「物語に基づく医療」と訳した。

ぞれ異なる期待を懸けて医療実践を進めていった。しかし、統計データが示しているのは平均値や中央値など集団の傾向や性質に過ぎず、患者一人一人の最善の医療実践を示しているわけでも、不確実な出来事が起こらないわけでもない。そのために、特に患者の期待通りに治療が進まなかった場合や、医師が最善を尽くして治療を行ったとしても患者の病状が悪化した場合、医師が患者からクレームや医療訴訟を受けるおそれがあり、医師が患者と信頼関係を築くことが難しくなっている。さらに、医学研究の中でも、ランダム化比較試験が、治療が害以上の良い結果をもたらすかどうかを判定するための「黄金律」になっている。しかし、救命医療や終末期医療などの分野では、この手法で研究を行うことが難しく、診断に利用できる十分な統計データを収集できないために、医師が「終末期」を正確に診断できないという問題も生み出している。

EBM の提唱によって医療現場に科学的視点が取り込まれ、医学、医療が発展した一方で、統計データを絶対視するかのような誤解が生まれた。それは、人間性に乏しい医療を形作ると共に、医療の有する不確実な出来事そのものには対応できず、診断がつけられないという問題をも引き起こした。このような EBM の成功と誤解の背景には、主観と客観を分ける二元的な思考枠組みがあるとされている。

こうした思考は、多くの場合、常に、二元論の一方を他方よりも優先するように構成されている。これにより、例えば、生物医学研究の客観的な「事実」(the objective “facts” of biomedical research) と臨床実践の主観的な「単なる知識」(the subjective “mere knowledge” of clinical practice) の

階層的区分が可能になった。ここでは、分析的で実態から離れた(科学的)知識の構造は、より暗黙的で状況に応じた経験よりも優先される。

〔Wood et al. 1998: 1730〕

EBM が、主観的なものと客観的なものを二分し、価値の優劣をつけることができる構造を持つために、診断の根拠として客観的な統計データを主張し、医師の臨床的直感や権威ある医師の意見に対抗できるようになった。その一方で、医療実践における根拠の客観性が強調されたために、患者の声や身体的状況とは関係なく検査や治療が行われたり、中断されたりした。このような課題を克服するために、医療実践の根拠としての統計データの位置付けを相対化するために提唱されたのが、患者の主観的な物語を重視する NBM である。

3. 物語に基づく医療 (Narrative Based Medicine: NBM)

NBM は、1998 年に EBM の研究者であったトリシャ・グリーンハル (Trisha Greenhalgh) らによって提唱された。彼らは、臨床現場において物語に注目する意義について、次のように述べている。

私達[医師や科学者：引用者注]は、使い慣れた科学的な道具によって「意味」を解明することはできない。私達が認識する「意味」とは、^{ナラティブ}物語りによって出来事の連鎖に付与されるものであり、原因とその結果起こる出来事を、通常分かりやすく関連づけるものであり、象徴的にであれ、個人史的にであれ、生物学的にであれ、特定の人間にとって何が重要であるかを声高に主張するものである。〔Greenhalgh and Hurwitz 1997: 10= 2001: 12〕

NBM は、患者の語りを診断のための情報ではなく患者の病い体験という物語とみなす。そうすることで、科学的な道具では解明できなかった、患者個人の体験の意味と一連の出来事の因果関係を明らかにする。それはある出来事を偶然生じた現象ではなく、起こるべくして起こった必然的な現象へと変化させ、患者に医療の不確実性を受容することを促した。また、NBM では、医師や心理療法家は患者自身にとって意味を持つ新たな物語への書き換えを促進することを役割に持つと考える〔Greenhalgh and Hurwitz 1997: 6=2001: 7〕。ここでは、患者は一人ひとり異なる病い体験を語る主体となり、普遍的で客観的なデータを真理とする思い込みや偏見など確実性によって形作られた物語は相対化される。NBM では、EBM で失われた人間性を医療現場に取り戻すことも目指された。

EBM が十分に対応しきれなかった医療の不確実性の受容と豊かな人間性の創造を補完することが期待された NBM だったが、ドイツの医療人類学者であるベラ・カリツクス (Vera Kalitzkus) とピーター・マシーセン (Peter Matthiessen)、および当時医学生であった藤田真弥によって次のように批判された。NBM は、①医療者が聴くことによる侵襲性や患者の物語が科学的に解釈される可能性を考慮していない、②障害や死といった事実や医学知識の価値を下げている、③物語れない者や物語りたくない者が存在する可能性、あるいは良くない物語が創造される可能性を検討していない〔Kalitzkus and Matthiessen 2009: 84; 藤田 2012: 60〕。医療者が患者の物語にどのような影響を与えるか、客観的な事実やものをいかに扱うか、物語として語られる範囲をどう考えるかといった検討を NBM がこれまで十分にしていなかった背景には、NBM が二元的な認識区分を前提として、自己

完結的な物語、つまり主観的な物語への注目があると考えられる。

物語の特性について、心理学者のケネス・J・ガーゲン (Kenneth J. Gergen) とジョン・ケイ (John Kaye) の議論が参考になる。ガーゲンとケイによれば、正しい物語を出来事が起こったとおりに表象することと考えるモダニズムとは異なり、ポストモダンの転回を果たした人々の多くは、一人ひとり異なる真実の説明があると考え、物語を人生の見方を決定する内的レンズか、行為の導き役となる内的モデルとみなした。それらの人生の見方はモダニズム特有の個人主義的傾向をもち、それらの比喩は物語の単一性を志向し、それらの概念は物語への信仰、あるいは、物語との一体化を志向するという欠点がある〔Gergen and Kaye 1992: 175-181=1997: 200-211〕。このような物語のあり方は、物語が流動的で、統合される可能性があることを十分考慮できていないために、患者の物語を書き換えるよう医師や心理療法家が促進することを難しくしている可能性がある。さらに、主観的な物語は EBM と NBM の協働を困難にし、客観的で普遍性の高いデータのみを診断の根拠にする誤解された EBM を医療実践の中心に置く要因の一つになっているのではないだろうか。ひいては、統計学による研究が困難で、診断の根拠となるデータが不足している終末期医療において、医師が「終末期」という診断を下せないという問題を残したままにしていると考えられる。

そこで、次節では、統計データを重視する EBM と物語を重視する NBM を統合させる試みの一つである NEBM を取り上げる。NEBM もまた主観と客観という二元的な認識区分を前提にし続けているために統合はうまくいっていないことを指摘す

る。その代わりに、モルの医療実践における実在論を取り上げることで主観と客観という二元的な認識区分を克服した診断のあり方について検討する。

4. 医療実践における実在論

NEBM を提唱したアメリカの医師であるジェイムズ P. メザ (James P. Meza) とダニエル S. パッサーマン (Daniel S. Passerman) は、EBM と NBM の統合が困難な理由を次のように述べている。EBM は、疾患は観察可能で、臓器の異常という形をとり、剖検で見つけることができると思う経験主義 (empiricism)、もしくは、その後に登場した、たった一つの真実があり、科学はその真実を発見するのだと考える実証主義 (positivism) の立場をとる。一方で、NBM は、全ての真実はそれが受け止められた形において真実である、あるいは見方によって多くの真実が存在すると思う相対主義 (relativism) の立場をとる。このような認識論上の違いが EBM と NBM の統合を難しくしている [Meza and Passerman 2011: xiv-xv= 2013: xv-xvi]。そこで、彼らが認識論上の違いを克服するために NEBM の立場として採用したのが、一つの真理は存在するが私たちがそれを完全に理解することはできないと考える現実主義 (realism) である。それは特定の文脈には説得力のある視点があり、そこに「真実」と主張する基礎構造があると考えて、診察する医師のために医学知識を「括弧付きの、立ち現れる、ある社会の条件次第で、文脈依存的な (contingent, emergent, and situated within a social context) 知識」 [Meza and Passerman 2011: xii= 2013: viii] と捉える。NEBM では、根拠となる医学知識は可変的なものであるため、EBM の時のように絶対的なものとして扱われることはなく、患者の物

語などとの共存可能性を残しており、EBM と NBM の統合が期待された。

しかし、メザとパッサーマンの著書の中で、患者の物語が医学知識よりも医学実践の根拠として価値がないものとして扱われるという EBM の課題も、物語が主観的でその他の物語と統合される可能性を無視しているという NBM の課題も、十分検討されているとは思われない。さらに、岸本によれば、NEBM の方法論において、患者の語りは「臨床的に適切な質問」に変換、定式化するように求められ、医療者の言動が患者に与える影響を無視している [岸本 2018: 22-23]。客観的な統計データと主観的な患者の物語という二元的な認識区分を前提にして議論が続けられる限り、どちらか一方だけが強調あるいは軽視され、医療現場で両者が協働することは難しいと思われる。そこで、ここからは、主観と客観の二元的な認識区分を克服するために、医療現場の実在に注目したモルの議論を取り上げ、終末期の診断のあり方について検討したい。

すでに与えられた外的なものである自然と人間のみから構成される社会の区分から逃れるために、科学活動を枠組みや類型に入れて説明するのではなく、丁寧に記述するよう勧めたブルーノ・ラトゥール (Bruno Latour) から多くの教訓を得たモルは、実在に焦点を当てて一連の医療実践を観察した。そこから、単一のものと思われていた疾病は、実行される複数の実在が取りまとめられ、重なり合ったものだけであることを明らかにする [Mol 2002: 83-85= 2016: 128-129]。彼女の医療実践における実在論の特徴は、複数の実在が対立し、論争を生むラトゥールの科学の実在論とは違い、複数の実在はそれぞれ独立していても互いに依存し合っていると考えられた点にある。例えば、「動

脈硬化」は検査室では顕微鏡下の内膜の肥厚という実在であるが、診察室では歩行時の痛みと捉えられる別の実在である。しかし、それらは全て「動脈硬化」という言葉でつながり、医療は滞りなく実践されている。医療現場において実在は、時間や場所、治療の可能性など諸条件によって分配されているにも関わらず、一つの言葉でそれぞれが架橋され取りまとめられている〔Mol 2002: 114-117=2016: 168-170〕。そして、これら複数の実在を取りまとめるための一つの手段として、モルは「包み込みであり、他者であるものの一部として生きることであり、自己の内側に他者であるものを抱え込んでいること」〔Mol 2002: 143=2016: 192〕を意味する「包含」(inclusion)を提案している。具体的には、「母集団の動脈硬化は、それが**包含する**個々人の動脈硬化の変数に依存しているということだ。しかし、……個々人に起こる出来事は、彼らが逆に**包含する**『母集団』に依存し、変化する。個人の疾病が実行される方法は、疫学に依存している(筆者翻訳)〔Mol 2002: 130〕と説明される。別の言い方をすれば、包含は、一方が大きく、他方が小さいというような比較されたり順序付けられたりするのではなく、一方が他方よりも大きくなったり小さくなったりする相互依存的な関係である。

では、EBM、NBM、NEBM、そして、モルの提案した複数の実在の包含は、それぞれいかに診断を導くのだろうか。これらを比較検討することで、二元的な認識区分を克服した診断の特徴を示したい。例えば、終末期医療の現場で患者の体験の中で語られた痛みや腫瘍、検査室で示された血液検査の結果やレントゲンの陰影、医師の直感から生じた治療が難しい病気といった複数の実在が分散している状況を仮定してみよう。

実際に医療現場に普及している EBM の場合、患

者の物語など主観的な根拠よりも客観的な根拠が重視され、特に医師は統計データに基づいて診断を下さなければならないと考えるだろう。そのため、データに含まれない患者が語った痛みや医師の直感から生じた治療が難しい病気は診断の根拠になり得ず、患者の個別の状況とは無関係に医療が実践されたり、診断の根拠を明確にするために必要以上の検査が行われたりする可能性がある。また、終末期という診断は診断指標を持たないために、医師は診断を下せないと考えるだろう。一方で、NBM の場合、痛みや腫瘍といった患者の語りを医師は丁寧に聞き取り、診断に活かそうとする。ところが、NBM では、診断には患者の語りに加えて血液検査や統計データなど客観的な情報が必要とされるため、患者の語りは客観的な情報よりも価値がないものと見なされるだろう。そこでは、患者の語った痛みが医師の直感や考えを変えたり、検査結果を補完したりすることは難しく、EBM と同じように、客観的な情報のみを根拠にして医師は診断をつけると思われる。そして、NEBM の場合、EBM の枠組みで利用できるよう、患者が語った痛みや腫瘍はスケール表示などで書き換えられ、統計データなどの客観的根拠とともに診断が下されることになる。この時、患者の物語が有する意味や因果関係は考慮されず、患者の個別状況は無視されるだろう。NEBM は科学性を重視する EBM と物語を重視する NBM の統合に失敗し、EBM の問題を抱え続けていると思われる。

モルの議論を参考にして医療実践における実在の観点から診断を検討するとどうなるだろうか。患者の腫瘍や痛み、レントゲンの陰影、血液検査の結果はそれぞれが別の実在として分配されていて、EBM や NBM における客観と主観の関係のように、実在同士が比較されたり、順序付けられた

りすることはない。レントゲンの陰影は患者が体験した痛みをレントゲンの陰影から生じた症状に変え、患者の体験した痛みはレントゲン写真の一部である陰影を痛みの原因に変える。すなわち、患者が語る痛みとレントゲンの陰影は治療が難しい病気という医師の直感を統計データに基づいて判断される病気、つまり科学的エビデンスに基づく緩和治療の対象へと変える。そして、たとえ客観的な診断基準がなくても、医師は痛み、腫瘍、血液検査の結果、レントゲンの陰影を取りまとめ、患者にとって最善の医療を実践するために保険制度の活用も見据えて、「終末期」と診断を付ける。医療実践における実在に注目すると、主観と客観の優劣関係はなくなる。複数の実在がそれぞれ別なものとして分配されていながら、相互依存関係を保ち、取りまとめられたものの表象の一つとして、診断は下される。

科学的エビデンスを重視する EBM と物語を重視する NBM には、確かに世界に対する視点の違い、すなわちパラダイムの違いがあり、相容れないもののように思われる。しかし、NBM を提唱したグリーンハルが「現実には、医師も患者もひとつの臨床問題を扱う時でさえ、異なったパラダイムの間を簡単に行き来するのである」〔Greenhalgh 1997: 262= 2001: 266〕と指摘しているように、実際には患者にとって最善の医療を行うために、医師も患者も異なるパラダイムの間を行き来している。医療実践における実在についてのモルの議論は、医師と患者のパラダイム間の移動をより詳細に説明することを可能にし、EBM の観点だけでは失われた人間性を医療現場に取り戻し、NBM の観点だけでは見落とされていた医学知識の価値を見出し、物語れない者、物語りたくない者を含む全ての実在に注意を向けることを可能にした。

モルの議論から導かれた診断のあり方は、複数の実在が重なり合い、取りまとめられたものの表象の一つであり、医療現場で異なるパラダイムを持つ EBM と NBM が緊張感を保ちながらも協働するための場であると筆者は考える。さらに、医師が診断を下すことは、患者にとって最善の医療を提供するために、EBM や NBM といった認識上の違いを超えて実在が相互依存関係を保つ創造的な実践だと言えるのではないだろうか。

5. 結論

モルの議論によれば、複数の実行される実在が取りまとめられ、重なり合ったのが疾病であり、その表象の一つが診断である。本論文では、このような診断のあり方が EBM と NBM が有する課題を克服する可能性がある」と述べた。結論では、この診断のあり方が患者と医師の関係、そして両者の対話をいかに促進するかについて検討したい。

診断が複数の実行される実在が重なり合ったものの表象の一つと見なされるとき、診断の根拠として科学的エビデンスのような確実なものがあると想定されている訳ではない。モルは「もはや『この知識は客体に対して真であるか』と問うことによって確実性を得られないのだとしたら、『この実践は、そこに関わる主体(人間であれそれ以外であれ)にとってよいか?』と問うことが、より重要になるだろう」〔Mol 2002: 165= 2016: 230-231〕と述べている。このことから、最善の医療実践について患者と医師が対話を繰り返し、コンセンサスを形成することが、診断を下すために益々重要になると思われる。患者と医師のコンセンサスの形成について、筆者は序論で、ものに関する客観的な医学知識を医師が持つことがコンセンサスの形成を難しくしていると指摘した。モルとともに多元的な人類学を展開しているマリリン・ストラザー

ン (Marilyn Strathern) は、「パースペクティブの切り替えが可能なのは、世界が本質的に複数の存在^{エンティティ}—多様な個体や集合や関係性—から構成されているという自然観があるからである」〔Strathern 2004: xiv= 2015: 22〕と述べている。すなわち、患者や医師によって診断が異なるものとして捉えられるのは、単一の診断を異なる視点から見ているからではなく、診断そのものが複数の実在からなる多重的なものだからだ。医療実践における実在論では、医師が有する医学知識は患者が語る痛みや腫瘍と同じく、診断の一部でしかないために、医学知識は医師に優位性を与えず、患者と医師の関係は立場の違いを保ちながらもより協働しやすいものへと変化していくことが期待される。

さらに、客観的なものや主観的なものではなく、実在に注目することは、患者と医師が最善の医療実践について議論することにもつながる。ラトゥールは科学者や政治家が実在ではなく自分自身について語り始めると「前者の場合、自然は失われ、人間どうしの論争へと後退する。後者の場合、自然状態へと逆戻りし、『万人の万人に対する闘争』の状態が再び出現する」〔Latour 1993: 143= 2008: 240〕と述べる。科学者や政治家同様、医療現場で医師と患者が実在ではなく自分自身について語り始めると、単なる人間同士の論争となってしまう。医師が患者の訴える痛みではなく、自分が行っている疼痛研究について話し始めれば、患者は被験者の権利を主張して論争となり、患者と医師の対話が患者にとって最善の医療実践につながることはないだろう。実在に焦点を当て二元的な認識区分を克服するような診断のあり方は、患者にとって最善の治療を実践するための対話内容を規定し、患者と医師が立場の違いを超えてより対等な関係の中で対話することを可能にすると筆者は考

える。

本論文の限界として、不確実性の問題を十分に議論することができなかった。医療現場では医師が予測した結果とは異なる、不確実な出来事が生じることがある。これまで医療の不確実性は、医師による結果やリスク予測の問題として捉えられ、予測の精度を上げることで対応できると考えられてきた。しかし、モルの議論によれば、結果予測の根拠となる知識そのものが不確実性を有しているため、実践結果を予測するためのエビデンスを作ったり探したりするだけでは、不確実性の問題に対処できないと筆者は考える。医療現場において、無くなることのない不確実性を患者や医師がどのように受け入れていくかについては、別稿に譲りたい。

謝辞

この論文を執筆するにあたって、九州大学大学院比較社会文化研究院教授鍋木政彦先生よりご指導を賜りました。心より感謝申し上げます。

引用文献

- Bruno Latour (1993). *We have never been modern*, Harvard University Press (川村久美子訳 (2008) 『虚構の「近代」—科学人類学は警告する』新評論)
- Gergen, J. Kenneth and John Kaye (1992) "Beyond Narrative in the Negotiation of Therapeutic Meaning" in Sheila McNamee and Kenneth J. Gergen (eds.), *Therapy as Social Construction*, Sage Publications, pp. 166-185 (野口裕二・野村直樹訳 (1997) 「ナラティブ・モデルを越えて」『ナラティブ・セラピー—社会構成主義の実践』金剛出版、pp. 183-218)

- Greenhalgh, Trisha (1997) “Narrative based medicine in an evidence based world” in Trisha Greenhalgh and Brian Hurwitz(eds.), *Narrative based medicine; Dialogue and discourse in clinical practice*, BMJ Books, pp. 247-265 (斎藤清二、山本和利、岸本寛史訳 (2001)「根拠に基づく世界における物語りに基づく世界」『ナラティブ・ベイスト・メディスン—臨床における物語りと対話』金剛出版、pp. 252-269)
- Greenhalgh, Trisha and Brian Hurwitz (1997) “Why study narrative?” in Trisha Greenhalgh and Brian Hurwitz(eds.), *Narrative based medicine; Dialogue and discourse in clinical practice*, BMJ Books, pp. 3-16 (斎藤清二、山本和利、岸本寛史訳 (2001)「なぜ物語りを学のか？」『ナラティブ・ベイスト・メディスン—臨床における物語りと対話』金剛出版、pp. 3-17)
- Guyatt, Gordon H. (1991) “Evidence-based Medicine,” *ACP Journal Club*, A-16
- Kalitzkus, Vera and Peter F Matthiessen (2009) “Narrative-Based Medicine: Potential, Pitfalls, and Practice,” *The Permanente Journal*, 13(1), pp. 80-86
- Meza, P. James and Daniel S. Passerman (2011). *Integrating Narrative Medicine and Evidence-based Medicine: The Everyday Social Practice of Healing*, Radcliffe Publishing (岩田健太郎訳 (2013)『ナラティブとエビデンスの間—括弧付きの、立ち現れる、条件次第の、文脈依存的な医療』メディカル・サイエンス・インターナショナル)
- Mol, Annemarie (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Duke University Press (浜田明範、田口陽子訳 (2016)『多としての身体—医療実践における存在論』水声社)
- Sackett, David L., William M. Rosenberg, J. A. Gray, R. Brian Haynes, and W. Scott Richardson (1996) “Evidence based medicine: what it is and what it isn't,” *BMJ*, 312, pp. 71-72
- Strathern, Marilyn (2004). *Partial Connections Updated Edition*, Altamira Press (大杉高司、浜田明範、田口陽子、丹羽充、里見龍樹訳 (2015)『部分的つながり』水声社)
- Straus, Sharon E., Paul Glasziou, W. Scott Richardson, and R. Brian Haynes (2018). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM 5th Edition*, Elsevier
- Welch, H. Gilbert and William C. Black (2010) “Overdiagnosis in Cancer,” *Journal of the National Cancer Institute*, 102(9), pp. 605-613
- Wood, Martin, Ewan Ferlie and Louise Fitzgerald (1998) “Achieving clinical behaviour change: a case of becoming indeterminate,” *Social Science & Medicine*, 47(11), pp. 1729-1738
- 荒幡昌久 (2018)「終末期診断の難しさ」『治療』100(11)、pp. 1272-1276
- 板井孝壱郎 (2005)「臨床決断と医療情報—EBMとバイオエシックス—」越智頁、板井孝壱郎編『生命倫理コロキウム③ 医療情報と生命倫理』太陽出版、pp. 233-249
- 今中俊爾 (2009)「診断」伊藤正男、井村裕夫、高久史麿編『医学書院医学大辞典 第二版』医学書院、p. 1444
- 岩田健太郎 (2020)『感染症は実在しない』集英社インターナショナル
- 海堂尊 (2012)『ほんとうの診断学—「死因不明社会」を許さない』新潮社
- 岸本寛史 (2018)『迷走する緩和ケア—エビデンス

に潜む罫』誠信書房

- 木村衣里 (2018) 「なぜ疾患別に考えるのか？」岡村友直、柏木秀行、宮崎万友子編『G ノート増刊 終末期を考える 今、わかっていること & 医師ができること—すべての終末期患者と家族に必要な医療・ケア』5(6), pp. 54-59 (2023 年 6月 12日受理/2023 年 10月 5日採択)
- 齋藤清二、岸本寛史 (2003) 『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』金剛出版
- 齋藤清二、山本和利、岸本寛史 (2001) 「監訳者あとがき」『ナラティブ・ベイスト・メディスン—臨床における物語りと対話』金剛出版、pp. 285-289
- 日本神経学会監修 (2017) 『認知症疾患診療ガイドライン 2017』医学書院
- 浜田明範、田口陽子 (2016) 「訳者あとがき」アネマリー・モル著『多としての身体—医療実践における存在論』水声社、pp. 277-286
- 樋口雅也 (2018) 「終末期とは何か？」岡村友直、柏木秀行、宮崎万友子編『G ノート増刊終末期を考える 今、わかっていること & 医師ができること—すべての終末期患者と家族に必要な医療・ケア』5(6), pp. 10-17
- 藤田真弥 (2012) 「ナラティブ・ベイスト・メディスン再考」『生命倫理』22 (1)、pp. 59-66
- 森田達也 (2020) 「予後予測×ACP」森雅紀、森田達也著『Advance Care Planning のエビデンス—何がどこまでわかっているのか?』医学書院、pp. 150-165
- 行岡哲男 (2012) 『医療とは何か 現場で根本問題を解きほぐす』河出書房新社
- 綿貫聡 (2023) 「診断の質の向上と医療安全 : 診断エラーを回避するために知っておくと良いこと」『日本整形外科学会雑誌』97 (1) 、pp. 56-59