

医学・医療における不確実性の検討 —「正しい判断」から「正しいと確信する判断」へ—

行 岡 哲 男

【キーワード】 真理、不確実性、内在体験、正しい判断、正しいと確信する判断

1 はじめに

溶液の温度を低温から急激に上げると、溶液の小さな部分（セルと呼ばれる）が一定の秩序を保ち溶液の中を動く。この現象を非平衡状態での散逸構造の現出と捉えたのがイアン・プリゴジンで、彼はこの研究で1977年にノーベル化学賞を受賞しました。

社会に大きな変革が起こるとき、秩序が崩れ社会には混沌と不安が広がります。比喩的には、これが社会の非平衡状態です。唐沢先生は、一連の著作（「カオス時代のマネジメント」、「創発型組織モデルの構築」、「複雑性の科学の原理」）を通じ、社会の非平衡状態は、良いとは言えないまでも、必ずしも恐れる事態ではなく、状況を把握すれば対応する手立てがあると、説かれていると（私は）思っています。

私は唐沢先生の著作をいくつか拝読したのみで、学術のご指導を受けたことはありません。東京医科大学の会議で一緒することが多かったのですが、先生が東京医科大学の理事に就任されたころ、大学は大きな渦に巻き込まれ、いわば非平衡状態というべき状態でした。この状況から、唐沢先生は一定の秩序を創り出すことに貢献されたことを私は知っています。唐沢先生の理論だけでなく、現実社会での対応の両面を垣間見る機会に恵まれました。また唐沢先生は東京医科大学のその後の創発性の発揮に大きく関わられたことも知っています。

退職記念号の拙稿は、唐沢先生のこれまでの東京医科大学へのご尽力とご支援に対し、そのことを知る大学の職員の一人として感謝の気持ちをこめて、お引き受けさせていただきました。私が専門とする救急医学をご紹介しますつ、不確実性についての拙論をご紹介しますことで、感謝の気持ちを少しでもお伝えすることができればと願っています。

2 救急医学：不確実性の科学

救急医学の特徴を一言で述べれば、「不確実性の科学」です。救急医学は、20世紀の後半

になって、その全体像が曖昧なまま各論を先に医学界に現れました。19世紀末以降の近代・現代医学は、医療現場から不確実性を取り除く努力を続けてきました。医療における不確実性そのものと向き合う救急医学は、医学の周辺領域に留まる時期が長くありました。

この救急医学を論じる前に、まずは19世紀から20世紀の医学と医療の展開を概観しておきたいと思います。医学は科学の一分野で、他の学問領域と同じく体系化された知識です。一方、医療は社会实践の一つです。人類の歴史をみれば、医療は科学以外、例えば、呪術により支えられる時期が遥かに長く続きました。しかし、過去200年に限れば、医療は科学（医学）に基づき行うことを目指してきました。近代から現代の医療の歴史は、科学的医療の展開の歴史ということになります。

そこで、現代の医療現場の診療過程（プロセス）をのぞいてみましょう。それは、経営状況の悪いと感じている企業に、経営コンサルタントが関わる場合に重ねることが可能かもしれません。

診療過程は、多く分けて診断→治療という流れで進みます。まずは診断からですが、例えば、癌であれば、癌腫（tumor）の位置・大きさを確定します。次いでリンパ節（lymph node）への転移の程度を判定し、さらに遠隔部位（distant metastasis）への転移の有無を確認します。この診断は、計画（診断計画）を立て、これに基づき系統的に行われます。得られた情報を総合し、癌の部位（肺がん、胃がん、子宮がん等）の違いによらず、病期分類を確定（診断）します。これはTNM分類（Tはtumor、Nはlymph node、Mはdistant metastasis）と言われ、IからIV期までであり、癌の種類によらず数字が大なるほど病気は進行しています。

診断の大事なポイントは、単に病名を付けることなく、診断（先の癌の説明なら診断した病期）に応じた治療法との組合せが念頭に置かれていることにあります。TNM分類で病期。ならどのような治療法の選択が適切か、また病期、なら何が良いかが示される、ということです。（診断が治療との関係で意義を持つことは、経営改善を目指す場合でも同じではないでしょうか？）

「病院では検査ばかりで中々治療してくれない」という患者の不満を耳にすることがあります。これは上記のような計画的な診断の重要性を医師が患者と情報共有していない結果とされますが、それはともかく、診断が付けば次は治療です。

この治療もまずは計画（治療計画）です。治療手段は、例えば、癌なら薬物、手術、放射線、免疫療法等いくつかの選択肢があるだけでなく、それらを組み合わせて治療が行われます。この計画は、医学の進歩とともに、より緻密になり洗練されてゆきます。

診断、治療の違いを問わず、その実相は情報収集→分析・総合→計画立案という基本枠組みからなっています。すなわち、診療過程とは、このような枠組みを持ち医学的知識がその各部分で利用されているということです。

（会計学・経営学の知識の活用も、企業経営の改善では同じような意義をもつのではない

でしょうか?)

さて、この計画→実行の枠組みには、極めて大事な、暗黙の前提があります。すなわち、計画の十全性は、予期される結果に必然的に繋がるという暗黙の前提です。「暗黙の前提」という表現しましたが、この「暗黙」に象徴される曖昧さが、20世紀末から21世紀にかけての医療現場の混乱につながっています。それだけではなく、3.11以降、露わとなった科学技術そのものの不確実性にも深くつながっていると私は思っています。

この「暗黙の前提」は真理という概念に深く繋がるのですが、次節では真理に関わる「暗黙の前提」を検討することとにします。

3 真理、「正しい判断」の前提

マラン・メルセンヌ (1588-1648) はマルチタレントな学者です。「音響学の父」であり、また $2^n - 1$ の表される自然数が素数 (メルセンヌ素数) の場合には n も素数となることの研究も行いました。メルセンヌ素数で 45、46 番目に発見された数字は 1000 万桁を超える最初の素数で、2008 年に電子フロンティア財団から発見者 (UCLA・数学部) に賞金、50,000 ドルが贈られています。メルセンヌ素数はコンピュータの性能評価だけでなく、最新の暗号研究にも関係します。また、1993 年発見の小惑星 (メルセンヌ小惑星) は彼にちなんでその名が命名されました。

このメルセンヌは 8 歳年下のルネ・デカルトと生涯変わらぬ友情と交流を持ちました。1639 年デカルトは 4 通の手紙をメルセンヌに送っていますが、4 通目は 10 月 16 日に書かれています。その手紙には、メルセンヌから送られた書籍へのお礼とコメントがありますが、そこでデカルトは真理とは「主観と客観」の一致であると記しています。これはその後に発展する科学に決定的な影響を与える真理観の象徴的な記述です。

目の前の対象を「リングだ」と思い、それが実際のリングであれば主観と客観 (社客) は一致し、我々は「正しい判断」をしたことになります。運動方程式で惑星の動きを計算し予測したとして (主観)、これが観測された惑星の動き (客観) と一致すれば、主客の一致が確認され運動方程式は人に「正しい判断」をもたらす真理であるということになります。このように真理は、人に「正しい判断」をもたらします。そして、我々の判断が「正しい判断」であることは主客の一致により確かめることが可能だということになります。

では、主客の一致の確認はどのように行えばよいのでしょうか？デカルトは「方法序説」(1637 年) という著作で、これを詳しく説明しています。この方法論が、後世、要素還元主義的方法と言われるもので、全体をそのままではなく構成要素に区分して分析する方法です。例えば、伝統的に医学部では、身体の構造を、骨、筋肉、血管、神経と分けて系統的に学ぶことから始まります。これも要素還元的なアプローチで、系統解剖学と称されます。

デカルトは理性（「方法序説」では良識；bon sens と表現）は、この世で人に最も公平に分配されていると切り出しますが、この理性を適切に使うことで対象を適正に観察することができると考えました。

単に対象を要素に切り分け分析するだけでなく、切り分け分析した要素をくみ上げること（総合）により、全体像の把握も可能となります。これが分析と総合なのですが、単に認識（主客の一致の確認）の方策だけでなく、人の営み（活動）の捉え方にも大きな影響を与えることになる。

人の活動は、その要素として行為、操作へと分けが可能です。例えば、手術では、切る・剥がす・縫い合わせ（切離・剥離・縫合）という「操作」の組み合わせから、例えば、胃切除という「行為」が形成され、他のいくつかの「行為」（開腹、閉腹、リンパ節廓清、胃腸吻合等々）を計画的に組み合わせることで、胃癌の手術治療という「活動」が成り立つことになる。すなわち、要素還元主義的方法で人の活動を区分けして、これを「正しい判断」に基づき組み上げることで、適切な活動を構成することが可能だということになります。

先に紹介した、診断と治療の計画が、要素還元的な分析と総合がその鋳型となっていることや、この同じ鋳型が人の活動の計画にも大きな影響を及ぼしています。このことだけでもデカルトは近代を切り拓いた人物だと評価できます。

そしてデカルトは、彼以降の科学者の多くが見落としたことにも深い洞察を持っていました。すなわち、要素還元的で分析的な方法で得られた結果が主観と一致することの確認は人には不可能性であることに、彼は自覚的でした。

議論を少し戻します。「正しい判断」とは自分が考えた事（主観）と、観察された事実（客観）が一致する判断です。ではこの主観と客観の一致（主客の一致）はどうすれば確認可能でしょうか？デカルトは、要素還元的方法により事実の観察が必要と考えたのですが、ここで立ち止まって、少し掘り下げて考えてみましょう。

学生が試験で問題を解いている状況を例とします。学生は、答案を書きあげ提出しました。試験官が黙って、「模範解答書」と書かれた紙を渡してくれました。学生はその「模範解答書」なるものを観て、自分の解答が正しかったか否かを判定できるでしょうか？この時、デカルトは「悪しき霊で、しかも最高の力と狡知を持った霊が、あらゆる努力を傾注して私を欺こうとしている、と想定してみよう」（省察・第一省察）と、想定外の全てをも取り込んで徹底的な思索を試みています。

「模範解答書」が学生自身の解答と同じであったとしても、試験官が「悪しき霊」にたぶらかされて、不正解が書かれている書類を渡した可能性は否定できません。すなわち、主観（学生が考えた答え＝解答の内容）と客観（学生に渡された「模範解答書」）が一致していても、学生自身には自分の解答が正解か否かは判定できません。なぜなら、「悪しき霊」が偽の「模範解答書」を渡したかもしれないからです。

もし学生が正解知っていれば試験を受ける必要もないし、そもそも試験は試験としての意味を成さないことになります。（対象が何であるかが既知であれば、これを認識しようとする動機そのものがなくなります。）正解は試験官にしか判定できず、試験官は審判者であり学生にとっては神のような存在です。すなわち、試験官による「正解です」という判定以外に、学生自身は自らは解答の正しさを判定できないことになります。そこで学生を医師に、学生の解答を医師が立案した診療計画に置き換えてみて下さい。または、学生を経営コンサルタント、学生の解答を経営改善計画書に置き換えるのでも結構です。デカルト的な徹底的な懐疑を導入すれば、解答の正しさは学生にも医師にも、そして経営コンサルタントにもできないことになります。

ここで良くある反論は以下のようなものです。例えば、運動方程式で惑星の位置を予測して、観察事実がこれと一致した場合は主観と客観の一致は確認できるではないか、という反論です。

「最高の力と狡知を持った霊が、あらゆる努力を傾注して私を欺こうとしている」場合、今回の観測結果が予測と一致したとしても、我々が欺かれた偽の観測結果かもしれません。また1年後、10年後または1010年後は、結果がことなる可能性は排除できません。「偏執的懐疑主義者の妄言」と切り捨てられそうですが、このデカルトの徹底的な疑い（方法的懐疑）は、21世紀初頭の閉塞感と先行きの不安を払しょくする原動力になり得ます。が、そのことは、先に譲るとして、デカルトが想定した「悪しき霊」を念頭におけば、学生の試験の場合、学生が正解か否かを知るには、審判者である試験官が「正解」を保証する必要があります。

もし試験官が全知全能の神であるとするなら、試験官は「悪しき霊」を超えた存在であり（騙されることはあり得ず）、その「正解」の保証は確実です。デカルトの考えはこうです。神は人に理性を与えてくれた。その理性の適正な使用方法是「方法序説」に書いたとおりである。理性を適正に使い対象の認識を目指せば、すなわち、方法が適正であれば、主客の一致は神が保証してくれる。これは神が善なる存在であるからであり、これ故に人は真理を得ることができる、ということになります。

デカルトより130年ほど後のカントは、人が認識できるのは感覚（感性）とその感覚データを整理する能力（悟性）により把握できる範囲だけで、認識対象の本体は物自体（Ding an sich）として人の認識の対象外に置いています。科学的な認識対象を限定したとも理解できます。カントの認識論の意義はともかく、科学者はデカルトの方法論を採用し、その認識論的な前提である神の存在は、最初は淡いベールで、やがては「暗黙」というシートで覆います。

デカルトの対象認識の方法論は神抜きには成り立ちえません。しかし、やがて科学者は、“方法が適正（科学的）であれば、真理を得ることができる”、すなわち、科学的方法に拠れば、主客が一致する「正しい判断」が可能である、という通俗化したデカルトもどきの認識論に到達します。その結果、“病期。の胃癌はリンパ節廓清を伴う胃切除術で治療可能であ

る”は、「正しい判断」だということになります。しかし、この判断は、“何重もの安全システムを装備した原子炉は安全である”が神話と言わざるを得なかったように、「正しい判断」ではあり得ません。

全知全能で善なる神の存在を前提としないかぎり、主客の一致を確認する術は人にはなく、「正しい判断」は不可能と言わざるを得ません。そのことを、突き詰めて考えなかった医学者や臨床医は20世紀末には医療現場の混乱に巻き込まれ、また、科学者たちは3.11の過酷な現実遭遇して改めて科学の不確実性を突きつけられることになります。

世紀末から21世紀の10年余りの時期の、(医学を含む)科学の不確実性の顕在への医学者・臨床医や科学者の狼狽や、何を反省しているのか分からない反省の弁は、20世紀の先達者たちの物事の本質への思索の欠如の結果だと私は思っています。

同時に私は反科学的な立場に立つものではないし、現代医学の中にいます。また、20世紀の先輩たちが誠実に学問に取り組み、多くの業績と計り知れない福利をもたらしたことも承知しているし、深い尊敬の念を持っています。3.11を経験した我々は、骨太い哲学に根差した医療が必要であると思っています。これは医療だけの問題ではなく、政治、経済・経営、そして科学研究の分野でも同じであるとも思っています。

4 「省察」から「デカルト的省察」へ

デカルト以降の近代哲学の認識論は、主客の一致の保証を中心に思索を展開します。カントは物自体により、認識論としての主客の一致の議論を封じておき、倫理の問題へと思索を進めていったように私は思っています。いずれにせよ、近代哲学は主客の一致の難問を解けないまま20世紀を迎えます。

フッサール(1859-1938)は、生年が同じであるベルクソン(1859-1941)や30歳年下のハイデッガー(1889-1976)よりは、哲学者としての一般的知名度は低いと思います。その大きな理由は、著作の難解さにあります。主著とされるイデーンの数ページを読んでも、それは難解さとの遭遇と言うよりも、難行苦行の連続です。一般読者である私がかろうじて内容が読み取れそうだと思うのは「危機書」と言われる後期主著の前半部分と、この節の標題にした「デカルト的省察」です。特に、「デカルト的省察」は、デカルトの「方法序説」、「省察」とつなぎ合わせることで、近代哲学の太い骨格を概観することができます。この節も、その概観の素描です。私は、救急医、それも外傷外科領域を専門とするので、この領域の話題を例に説明を試みます。

4.1 肝損傷の分類論争：ジーパァ vs. ナンス

外科専門誌で最も権威がある Annals of Surgery に、フロリダ大学・ジーパァ教授らが肝損

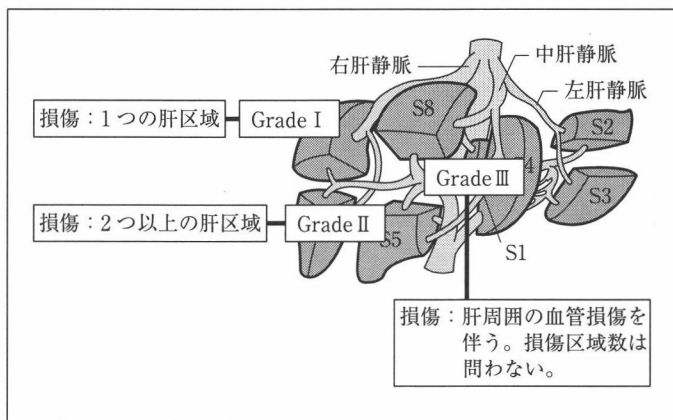
傷分類の論文を載せました（Annals of Surgery 1990；211）。アイデアは簡明で、肝損傷の重症度は破壊された肝実質の容量に比例するというものです。ただし、例外として肝臓の周りの血管、例えば、肝臓の背中側にある下大静脈（肝後面下大静脈と言います）に損傷があれば最重症だとします。そして術中に確認した損傷の広がりから以下のような3分類を示しました。（図1：肝臓は解剖学的に8つの区域；S1～8に分けられています。）

Grade-I：損傷が（8つの肝区域のうちの）1つの肝区域に限定している。

Grade-II：損傷が2つ以上の肝区域に広がる。

Grade-III：損傷の広がりを問わず、周囲の血管、特に、肝後面下大静脈に損傷あり

図1：ジーバア肝損傷分類



この分類を提唱する根拠は、肝損傷95例の手術内容とその結果です。死亡率はGrade-I、II、IIIで、それぞれ1%、46%、69%でした。すなわち、損傷（病巣）の広がりが、死亡率の明確な違いとして捉えられている、したがって、ジーバア分類は適正である、という論旨です。

ジーバア教授らは、病巣の広がりこそが病気の重症度を反映するというアイデアの源泉が癌のTNM分類にあることを論文で示唆しています。また、TNM分類で示される癌の広がり（病期）に応じ治療法の最適化が目指されるように、肝損傷の広がりや周囲の血管損傷の有無により分類だけでなく、手術操作の適正化にも繋がるという論旨を展開します。

筋は通っていますが、何か落ち着きの悪さを感じます。現在ほど画像診断が進歩していなかった1980年代後半であり、損傷の広がりや手術操作が及んだ範囲で判断します。すなわち、手術が終わった時点で、手術操作が肝区域の1つに留まったのならGrade-I、2つ以上に及べばGrade-IIだということです。

TNM分類ではまず病期を決め、これに従い術式を含め治療手段が決定されます。すなわち、癌の場合、診療の流れは既に述べたように、病期（分類）確定→治療計画→治療実施です。

ジーパァ分類は順番が逆で、手術が終了し、手術した範囲がはっきりした時点で、これを根拠に損傷分類を定めること（Grade 確定）になります。あと出しジャンケンのような気がします、如何でしょうか。

この論文は米国南部外科学会での発表がベースで、学会での質疑応答が論文の後に追記されています。ここにナンス教授（1986年・米国外傷外科学会会長）が登場します。批判的なコメントに続き、肝損傷のナンス分類を提案します。このナンス分類のコメントが、外傷外科の手術書「トップナイフ」（原著は2005年米国で出版。それ以前の手術書とは全く異なる姿勢で書かれた革命的と言える手術書）にも引用されています。マイクなしでも会場に響き渡るようなナンス教授のどすの利いた大きな声が聞こえてきそうです。

「ナンスの損傷分類を提案したい。この分類では損傷臓器を診る必要が無く、術者であるレジデントさえ見てれば良い、という利点をもっている。もし彼または彼女が、退屈そうに後輩に術者を交代すれば、心配はいらない。高い生存率が期待される。術者が損傷部を見て涎を垂らしている風情なら、術者は患者の命を救うべく一仕事する。死亡する確率は低く、術者は術後カンファレンスも無難にこなせるだろう。損傷部をみて汗をにじませたら、おおわらわになる。合併症も起こり、術後カンファレンスでも防戦に終始するし、議論は白熱するだろう。術者が叫び声をあげ上級医の助けを求めたら、患者は予後不良と思われる。」

「トップナイフ」20頁 医学書院 2006年

この場合のレジデントとは専門医を目指す外科医です。「術後カンファレンス」とは、手術後の反省会のようなもので「術者は術後カンファレンスも無難にこなせるだろう」とは、同僚・先輩の外科医たちの質問には適切に応えることができるという意味です。術後カンファレンスで「防戦に終始するし、議論は白熱するだろう」とは、厳しい質問への応えに苦労するという意味です。

ナンス教授の発言は、学会コメントとしては、ふざけたような印象を受けます。医療関係以外の方なら、「涎を垂らしている風情」などという表現は不謹慎だと思われるかもしれません。（付記すれば、この感覚は手術対象として損傷した肝臓を、ジョルジュ・パタイユがいう意味でのエロティックな対象とするなら、不謹慎どころか内在体験に関する極めて適切な表現であると思います。）

ナンス教授のコメントは、御ふざけどころか認識論の核心に根差したものと解釈できます。ナンス教授は、レジデントの「退屈そう」、「涎を垂らしている風情」、「汗」、「叫び」と態度や行動を見ているのですが、彼が捉えようとしているのはレジデント自身がその内面で感じていることです。「退屈」さや、「涎」がでるような“ワクワク感”、そして「やばそうだ」

と冷汗がでるような“焦り”、「叫び声」がでるような“恐怖”を、ナンス教授は読み取ろうとします。

血圧・脈拍や出血量、また検査データという客観的指標ではなく、術者が感じたこと（人の内面の主観的な体験＝内在体験）こそが、患者の重症度の評価にもっとも大事だという姿勢です。この姿勢をナンス教授と、このコメントを自著に引用したマツクス教授の二人は共有しています。

術者が感じることは、例えば、癌の手術で開腹し「これなら切除可能だ」という感覚も含まれます。また、最重症の外傷手術なら、「経験を積んだ外傷外科医は、開腹直後に、時にはもっと早い段階で、執刀開始前に既にダメージコントロール手術を決断」するのですが（トッパナイフ 16 頁）、この決断を支えているのも「ダメージコントロール手術が必要だ」という思い（内面の主観的な体験）です。（ダメージコントロール手術に関しては、拙書「医療とはなにか」河出書房 p124～134 をご参照下さい。）

手術における外科医の主観的な体験（内在体験）の重要性は、「省察」・「デカルト的省察」に深く関わります。もう一つ、別の例で、人の内在体験の重要性の説明を試みます。

4.2 莊周の存在事実

デカルトは要素還元的な方法論の他に、極めて重要なことを先の 2 つの著作で述べています。それは「最高の力と狡知を持った霊が、あらゆる努力を傾注して私を欺こうと」しても、絶対に欺けない事実があることです。

デカルトは 17 世紀の人物ですが、まずはそれよりもずっと前、紀元前 3 世紀頃の中国の「莊子」に書かれている「胡蝶の夢」を手掛かりに、話を進めます。ある日、莊周は蝶として舞う夢を見ます。目覚めた莊周は、ある疑問を持ちます。

「知らず、周の夢に胡蝶となれるか、胡蝶の夢に周となれるかを」

「莊子」齊物論より

～莊周である私が夢の中で蝶となったのか、それとも実は自分は蝶で、いま夢を見て莊周となっているのか、いずれが本当か私にはわからない。～

莊子のそばにデカルトが居れば、この疑問に対し以下のようにコメントするでしょう。「人はあらゆることを疑うことができます。だから、あなたのように自分自身が実は蝶かもしれないと疑うこともできるし、この疑問の答えを探りつついろんな議論が可能です。疑問を持つことこそが人の人たる証しです。しかし、一つだけあなた自身が絶対に疑いえない事実があります。それは、自分は蝶かもしれないと考えているあなた自身が今存在しているという事実です。蝶かもしれないと疑っている自分の存在を、あなたが自身に問いかけてみて下さ

い。要するに、内省してみれば、他人はいざ知らず、自分には（蝶かもしれないと）疑っている自分の存在は明らかであり、これに疑いをはさむ余地はないはずです。これが“我思うゆえに、我あり”ということです。

この事実の重要性をはっきりと自覚してその思索の主題に据えたのがフッサールです。主観的な体験（内在体験）、すなわち、「蝶かもしれないと疑問」や、レジデントの「涎」がでるような“ワクワク感”や“焦り”、そして「叫び声」がでるような“恐怖”も全て内在体験であり、この体験そのものはその本人自身には絶対疑い得ないということです。

この内在体験の疑い得ない事実性に、自分自身の存在確信は根拠づけられると考えデカルトは、“我思う故に、我あり”と表現しています。その上で、デカルトはこの“我”が神が人に与えた理性を用い認識を試みれば、その認識が客観と一致することを神が保証してくれる、と考えたことは既に述べました。しかし、フッサールはこれは“我”を世界の末端（隅のはし）に追いやるようなことだと批判します。（「デカルト的省察」岩波文庫 p54）そして、フッサールは哲学的な発想の大転換をします。どうすれば、「正しい判断」は可能か（すなわち、主観と客観は一致するか）ではなく、「どういう条件があれば、人は正しいと確信するか」という発想転換です。次節では、その話にすすみます。

5 現象学的還元、「正しいと確信する判断」

フッサールは現象学の開祖とされます。現象学の定義は学者の数と同じか、それよりも多いかもしれません。しかし、その理解の勘所は現象学的還元にあります。20 世紀の医学は「胃癌の診断はどうか」という問いに応えるように進歩してきました。これは客観としての胃癌を前提に、これは如何にしたら主観（としての医師）が的確に把握できるかという問題設定です。これは客観の的確な把握というデカルトの構想の延長線上にあります。そして、デカルトは客観の的確な把握は善なる神の存在を前提としました。しかし、科学はこれを曖昧な「暗黙の前提」として思索の対象からは外します。この「暗黙の前提」化がどのような副作用を起こしたかはすぐ後で説明しますが、フッサールは主客の一致というデカルトの真理観を使いません。フッサールは人の主観（内面）にのみ留まります。

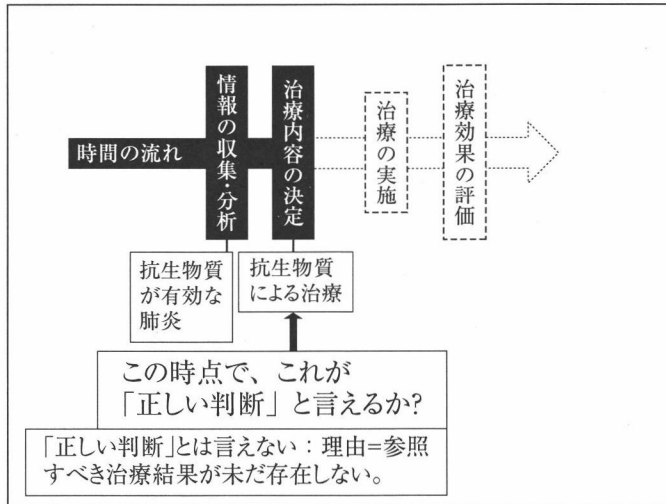
認識論的なあらゆる議論に、客観の存在、すなわち、正解の存在を前提にしないようにします。これが現象学的還元の最も大事な核心であり、これを踏まえて自らの内面での出来事に議論を集中します。ざっくりとした説明をすれば、この人の内面で起こる出来事を現象と表現しこれに厳密な考察を加え現象学を作り上げたということです。

人の内面には、例えば、胃内視鏡で胃壁に盛り上がり（隆起）があり「これは胃がんだ」と医師が感じたとします。これは内在体験です。では、「どういう条件があれば胃癌と確信できるか」これを考えてみます。

経営状況の悪い会社の経理指標を一覧して、「仕入れ値が高すぎる」と感じた場合、どういう条件があれば、「仕入れ値の適正化」が経営改善に必須であると確信できるか、その条件を問うことも全く同じ問題構成となります。

さて、善なる神の存在を考慮せずに「主客の一致」が可能だとすることは問題だと説明しました。これを医療の例で確認します。図2ですが、これは肺炎を抗生物質で治療する場合の診療過程の図式化です。時間は図の向かって左から右へと進み、医師も患者もその時間を共有しています。この図2は、診断確定し治療計画を立て、「説明と同意」により患者も治療に納得した段階（治療開始の直前）を示しています。この段階での、医師・患者の心の中（主観）には、「抗生物質で肺炎は治る」という思いが存在します。これが「正しい判断」であるためには、「抗生物質で肺炎が治る」という事実との照合が必要です。しかし、この時点では、（治療前であり）その事実は存在しません。

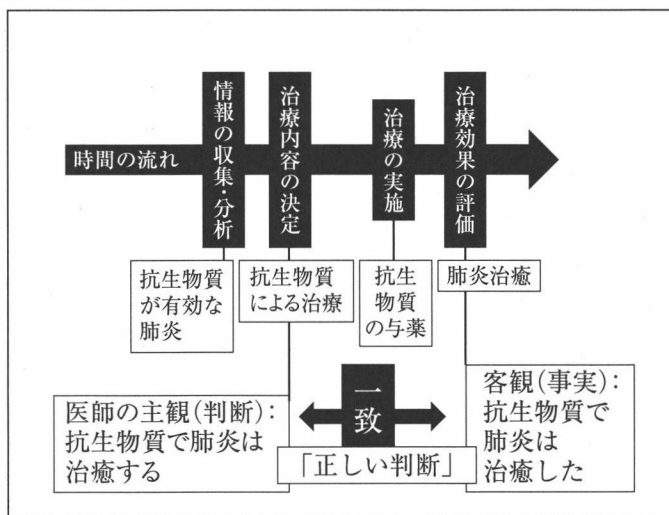
図2



我々は常に時間の中で実践を行っています。「今、考えたこと」が「正しい判断」であることを示す客観は、その「今」よりも「後」に起こることはしばしばあります。だとすれば、「今」の時点では、その判断の正しさは判定不能です。（哲学では、主客の一致の議論には時間の要素を加味しないで行われるようですが、実践はつねに時間の要素の中で生起するので、主客の一致の不可能性はより露わになります。）

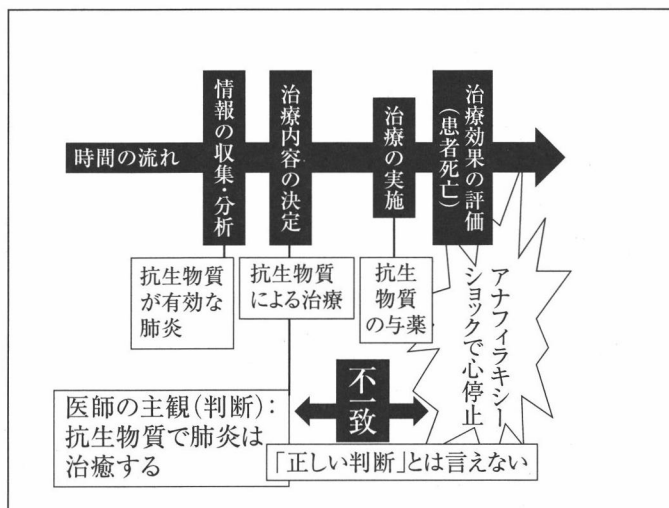
しかし、臨床的事実の蓄積はほとんどの場合、図3のように予想された結果となり、治療内容の決定の時点で医師・患者は「正しい判断」を得ていた、ということになります。

図3



「得ていた」と過去形で書いたことに注目してください。判断の正しさは、診療過程が終了しないと判定できないということです。では、図4のような場合はどうでしょうか。稀なことです、抗生物質の深刻な副作用（アナフィラキシーショック）で心停止となり患者は死亡しています。

図4



この場合、結果は「治療内容の決定」の時点で予測した「抗生物質で肺炎が治る」とは一致しません。従って、原理的に診療過程で「正しい判断」を得ていないということになります。これは医師だけが何かを知り得て、患者やその家族は知らなかったという議論ではありません。医師も患者とその家族も認識論的には同じということ、すなわち、主客の一致は診療過程の最中にあっては確認できないということです。

診療過程で医師が得ることができるのは、「抗生物質でこの患者さんの肺炎は治る」という直観体験をまず挙げることができます。そして、エビデンスとして蓄積された過去の臨床的事実がこの直観と矛盾しないとき、医師には専門家としての確信が成立します。すなわち、一般論的として、内在体験が第3者でも確認可能な事柄により支持されるとき、人は疑う根拠を失い、「正しいと確信する判断」を得ることが可能です。

例えば、路の向こうから来るのは“Aさんだ”という思い（内在体験）、この人物の生年月日がAさんと同じが確認でき、また相手も私の生年月日だけでなく住所等々の事柄を承知し、さらに先日の部内会議でのAさんの発言内容を承知していた等々の（第3者でも確認可能な）事実が加わるとき、この人物は“Aさんだ”という確信が成立します。

如何に確信が成立していても、それはあくまでも「正しいと確信する判断」であり、「正しい判断」（事実や好ましい結果を保証する判断）ではあり得ません。期待しない結果や、とんでもない事態に至る可能性はあります。これを可疑性と表現すれば、「正しいと確信する判断」は常に可疑性は否定できません。そこから、自らの判断を他者と共有しようとする姿勢、すなわち、コミュニケーションの源泉が確保されます。

もし、確信が成立しないとき、「Aさんだ！」という内在体験が不在か、または、これを支持する他者と共有可能な事柄の欠如が考えられます。このように確信が成立しない時も、その理由は自分自身の内面を確認すれば、明晰判明に知ることができます。

フッサールは、デカルト以来の「正しい判断」を「正しいと確信する判断」とすることで、認識論的な大展開を図ったのですが、この意図は十分に理解されているとは思われません。

19～20世紀にかけて医学は、「正しい判断」の呪縛に囚われていました。厳密に緻密に計画し、適正に実行すれば、好ましい結果を得ることができるという「暗黙の前提」を土台に科学による「正しい判断」を試みてきました。しかし、原理的に「正しい判断」は不可能です。この事実は、救急医療の分野で露わになります。

（交通事故でも転落事故のような）突然の重篤な外傷では、血圧も低下し生命への脅威が時々刻々せまります。時間的制約が厳しく、まず計画して診断（何が、問題か）の把握ができません。診断が出来ないのなら、治療計画も立案できず、計画が無ければ実行もできません。したがって、救急医療は医学の埒外存在である、というのが20世紀後半に至るまでの医学界の常識でした。

この常識は、医学により医療実践において「正しい判断」が可能である、という誤解に基づくものでした。「正しい判断」が不可能であるとしても、医学は医療実践における「正しいと確信する判断」を支えるリソースとして極めて重要です。この「正しいと確信する判断」は、「これだ！」という内在体験とこれを支える知識（医学が提供してくれる知識）により

成立するとするなら、時間的制約が厳しい救急医療においても、「正しいと確信する判断」は可能です。その条件を解きほぐすことは、救急医学の重要な課題であり、これは（時間的制約が無い）他の分野でも重要な課題であることは変わらないと思います。

経営展開や政策実現の現場においても、「正しい判断」は原理的に不可能です。そして、医療現場と同じく「正しいと確信する判断」は可能です。この認識論的な転換が、医療や経営でのコミュニケーションを含み実践者の在り方や学びの方策にどのような影響を与えるのか、これは21世紀的な課題だと思っています。

参考図書

- デカルト著、山田弘明訳『省察』ちくま学芸文庫
デカルト著、谷川 多佳子訳『方法序説』岩波文庫
フッサール著 浜渦辰二 訳『デカルトの省察』岩波文庫
ヒルシュバーク、マックス著 行岡哲男訳『トップナイフ』医学書院
行岡哲男著『医療とは何か』河出書房新社
行岡哲男、島崎修次、松田博青：「救急医学とは何か？」『救急医学』. 1990; 14: 1167-1173
行岡哲男：「医学的な基礎知識が救急医療の現場でなぜ必要か？—医療実践における医学知識の現象学的な意義づけ—」『救急医学』. 2001; 25: 1125-1128
行岡哲男：「正しい救急処置に求められる根拠と合理性とは何か—「正しさ」：その確信成立の条件—」『救急医学』. 2006; 30: 1127-1133
“Phenomenology in the Context of Burn Care : “A Correct Judgment” to “A Judgment with Convinced Validity”, ” *Journal of Burn Care & Research* 2006; 1: 14-17

(ゆきおか てつお・東京医科大学救急・災害医学講座主任教授)