

文献紹介

ポール・リクール「医療判断の3つのレベル」

岩 田 浩

Paul Ricoeur, “Three-Level in the Medical Judgment”

Hiroshi IWATA

以下で紹介するのは、ポール・リクール「医療判断の3つのレベル¹⁾」である。本論文はもと、1997年10月ドイツで開催された国際会議「倫理——医学と生物工学におけるコード」で発表された原稿である。周知のように、リクールは、現代フランスを代表する哲学者（2005年5月没）である。その彼が、ここで現代社会の道徳的判断の問題が顕在化する場としての「医療」について哲学的考察を試みたわけだ。医療判断の正当性を実践知的レベル・義務論的レベル・反省的レベルの3つで段階的に把握し、それぞれのレベルに含まれる特徴と問題点を哲学的に問うていく彼の主張は、同じく実践の次元を含む他の学問領域（当然、経営学も含まれよう）でも、参考になる部分が多々見られよう。そういうわけで、以下、この彼の論考の要旨を紹介していくことにしたい。

リクール「医療判断の3つのレベル」

ポール・リクールは、生命倫理の理論的探求をめざす部門とは区別される、治療（臨床）の部門において生起する判断の行為について考察する。知識と学のためであれ、看護と治療をめざすのであれ、これらはいずれも実践の次元を含んでおり、その意味で、両者は人間／人間以外の生命過程への意図的な介入に関係するがゆえに、どちらも倫理的問題を提起する。だが、

¹⁾ Ricoeur, P., *Le Juste 2*, Esprit, 2001. 久米 博・越門勝彦訳『道徳から応用倫理へ』法政大学出版局、2013年、所収。

治療的(臨床的)アプローチに固有なのは、それが以下の3つの異なるレベルに属する判断を引き起こすところにある、と彼は見る。第1のレベルは「実践知」と呼ばれるもので、患者個人が医者個人と人間関係におかれる個別の状況に適用される。ここでの判断は、教育や経験に由来する多少とも直観的な性質の実践的知恵を例証する。第2のレベルは義務論的と呼ばれるものである。なぜなら、ここでの判断は、個別の関係を越えた規範の機能を帯びるからで、それは多くの国で用いられる「医療の義務論的コード」に具有している。第3のレベルは反省的なタイプの判断と関わり、それは第1の実践知的判断と第2の義務論的判断を正当化する試みに適用される。

このようにリクールは、医療判断を3つのレベルに分類したうえで、それぞれのレベルで見出されるテーゼに即して考察を加えていくのである。以下、その内容を概観していこう。

1. 信頼の協定——「広義の生命倫理は本来の倫理的な意味を医療倫理の実践知の次元から借用する」

医療は社会関係に立脚した実践の1つであり、その社会関係にとって苦しみは基本的な動機であって、その目的は治癒する希望である。換言すれば、医療の実践は、身体的・精神的な健康を究極のゴールとする唯一の実践である。したがって、それは実践知のレベルから出発しなければならない。

では、この個々の出会いの倫理的な核とは何か。リクールは、それを「ある患者とある医者に関与させる信頼性の協定」あるいは「信頼に基づいた看護の協定」とであると見なす。この協定は独特の過程を取り決める。最初は溝で、ノウ・ハウをもつ人と病に苦しむ人という著しい非対称性が両当事者を分ける。そして、この関係の両極から出てくる一連の手続き²⁾によって、その溝は埋められ、当初の諸条件はより平等になる。この協定の信頼性は、医者側ではその患者を「注意深く見守る」約束、患者側では治療を受ける当事者として「振る舞う」約束として、なおどちらの側でも試されなければならない。こうして医療協定は、病気という共通の敵に対して2人の間で結ばれた一種の「契約」となる。その合意は、各々の約束を両当事者が忠実に守るために暗黙に交わした約束という意味で、道徳的性格をもつ。そして、この暗黙の約束は、約束するという「言語行為」に含意された道徳的判断の実践知の規約をなすのである。

このように、リクールは、患者・医者間の「信頼の協定」を実践知のレベルでの倫理的な核に据える。と同時に、彼はこの協定の「脆さ」についても言及する。彼によると、そこには、信頼の反対物である警戒心や疑念があらゆる段階で付随しているのである。例えば、患者側からすると、医者による権力乱用に対する警戒心と、医者の治療に対する患者の途方もない期待に応じられないだろうと推定する疑念とが相俟って付きまとう。また、医者の方では、推定される患者の怠慢や惰性に加え、人体を客体化し事物化しがちな生物医学の介入や、一般的な健康現象の集合的な様相に基づく公衆衛生の問題の介入が顕在化したとき、医者の関与に課され

²⁾ 患者は自分の苦しみを訴え、治療や健康(時には不死)を要求する。他方、医者は、彼/彼女を患者として受け入れ、診断書を作成し、処方言い渡す(『同上訳書』241-242頁)。

る限界が現われてくる。こうした信頼協定の脆さが、道徳的判断の実践知のレベルから義務論的レベルに移行する理由の1つとなる。

リクールによると、このように看護協定は内輪の性格を有しているにもかかわらず、一般化できる材料には事欠かない。それは、医療判断のレベルに結びついた実践知・実践的知恵、すなわち教育と実践に由来する「直観的判断」というタームを正当化するのである。症例に応じて実行されるどんなスキルも、まさに教育と実習のお蔭で、規範とは呼べないまでも教えと呼べるようなものを産出するのだ。では、その「教え」とは、いかなるものか。

リクールは、看護の状況（患者自身の状況の個別性を認識すること）を医療の平面で行使されるべき実践的知恵の第1の教えと見なす。この個別性は、ある人を他の人に代替できない性質（人間の多様性）を含意する。第2の教えは、人格の分割不可能性（治療するのは多様な臓器ではなく病人まるごとであること）を強調する。これら2つの教えの上に第3の教えとして、より内省的な自己尊重の観念が加えられる。それがめざすのは、他者からの尊重よりもむしろ、主体自身によって自分自身の価値を認識することにより、自分から他者への尊重の一面的な性格を均衡させることである。つまり、尊重は自分自身へ向かうのだ。だが、看護の状況（特に入院）では、患者側は依存的な振る舞いに、看護者側では患者の尊厳を傷つけるような振る舞いに退行するのを助長するだけである。このような依存に陥るとき、過度の要求と潜在的な不信との有害な混合が強化され、看護協定は台無しになる。ここに、先に見た看護協定の脆さが別の仕方でも強調されるのである。

さて、理想的には、看護協定は両方の当事者の一致可能性を含意している。だが、依存への退行は、重度治療の段階や危篤状況に陥るや、不平等の状況を徐々に蒸し返しがちになる。このような病院で一般化している依存状況によって脅かされるのは、何よりも人格尊重の感情（患者の尊厳）である。リクールは、こうした非礼な振る舞いに対して応戦する唯一の仕方は、看護協定の基本的な要求、すなわち患者が治療の進め方に協力することに立ち返ることだ、と主張する。そのうえで、彼が一際強調するのが「自己評価の概念」である（彼は、それを実践知のレベルに置き、自己尊重の概念を義務論のレベルに置く）。彼によると、それによって、個としての人間は自分の存在を自ら承認し、他者によって存在が承認されることを知る必要を表明するのである。こうして自己評価は自尊心を自分自身との関係に記入する。それこそが通常、尊厳と言われるものの倫理的基礎である、とリクールは考えるのである。

2. 医療契約——「義務論的レベルで形成される判断は多種多様な批判的機能行使する」

では、なぜ臨床医学や治療学を指向する生命倫理の枠組みの中で実践知のレベルから判断の義務論的なレベルに昇らねばならないのか。リクールは、それについて義務論的判断の多様な役割に結びついた幾つかの理由をあげている。

その最初の役割は、患者と医者を拘束する看護協定に属する教えを「普遍化する」ことである。先の信頼の協定とそれを遵守する約束とがある医者と患者とを結ぶ関係の倫理的核をなすとすれば、判断の義務論的契機をなすのは、その信頼の協定を規範のレベルに昇格させることであ

る。ここで確認されるのは、何よりも規範の普遍的性格である。つまり、規範は看護の関係にある誰をも（いかなる医者も患者も）拘束し、さらに根本的には命令の形をとる³⁾。こうして、実践知の平面での問題であった看護協定は今や契約関係の用語で表されうようになる。このような医療実践を規制する判断の義務論的性格は、医師団のメンバー全般にとって、担当する患者だけでなく、偶然遭遇した危険な状態にある病人や負傷者をも救援する義務があるということを確認される。この一般的なレベルで、医療の職業に固有の責務は、「危険にさらされている人を救援せよ」という定言命法と同一視される傾向にある、トリクールは述べている。

義務論的判断の第2の役割は、「連関」の役割である。医療の秘密を律する規範が「医師職の義務論的コード」のような職業的コードに属する限り、それは一定の政治団体の内部にある医師団を統括する他のあらゆる規範と連結していなければならない。このような義務論的コードは、医療倫理の最も広範な領域内の下位システムとして機能する⁴⁾。しかし、義務論的判断の連関の働きは、社会的・職業的集団としての医師団を規定する諸規則に関連するだけにとどまらない。すなわち、範囲の明確に限定されたこの下位システム内での医師団のメンバーの権利と義務は、患者のそれとも連関しているのだ。例えば、医療機密を規定する規範に自分の症状について知らされる患者の権利を定める規範が対応する。義務論的用語で表すなら、職業的機密を漏らすことの禁止も患者の「利害に反する」ことはできない。こうして義務論の中心にある契約の一体性を構成する2つの規範は接近しあうのであり、それと同様に、相互の信頼が看護協定の重要な実践的前提をなすのである。このような職業的機密と真実への権利との間のコードによって明示された関係は、義務論的判断を構成するうえでの極めて特殊な機能を倫理コードに供与する。すなわち、医療判断とその倫理性といった義務論的レベルと実践知的レベルとを交換する機能である。このように、職業的コードが義務論的領域内でその連関の機能を果たすのは、倫理コードの内部でそれぞれの規範が占める位置をコードの意味の一部とすることによってである、トリクールは指摘する。

義務論的判断の第3の役割は、「人道主義的」方向づけの医療実践の境界で発生する多様な衝突を「裁定する」ことである。この衝突の調停は、実際常に義務論というものの批判的部分をなしている。これら「人道主義的」方向づけを脅かす衝突は、2つの戦線の間で生起する。その第1の戦線は、臨床を指向する医療倫理が研究指向の医療倫理と出会うところである。臨床医学と医学研究とは指向するものが異なる——治療を改善する／学問を進歩させる——とはいえ、両者ともそれに沿って衝突が不可避免的に生じる共通の戦線を有している。医療の進歩は実際に生物科学と医学研究の進歩に大きく依存するので、主として実験が介入する様々な方式で人体を観察可能な研究対象として探索するとき、衝突が起こりうる。特に、予測医療の発展

³⁾ 実践知のレベルではまだ信頼性の教えにすぎなかったものは、まだ選択的に2人を結びつける親近性の特徴を有していた。その意味で、それはまだ友愛の徳の範疇にとどまっていた。それに対し、規範は禁止の形をとって、個々の契約をもはや友愛の教えの下ではなく「正義」の規則のもとに置く、トリクールは指摘している（『同上訳書』245頁）。

⁴⁾ 例えば、「フランス医療倫理コード」の第1章は、医師の一般的義務を本来の職業規則と関係づけ、その職業規則に社会的規定を与えている（『同上訳書』246頁）。

は、医療実践に及ぼす客観化する技術の圧力を高めた。ここに「インフォームド・コンセント」の規則（患者は情報を知らされるだけでなく、実験に自発的なパートナーとして協力するということが介入する。その際、この規範を完全に遵守するのを妨げる無数の障害が存在しうる。それに対する妥協的な解決は、次の2つの間、すなわち①医療権力に限界を設ける誠実な試みと、②敵対者となった患者が起こす訴訟に対処するために医師団がとる予防策⁵⁾、の間を揺れ動く。だが、解決困難な衝突の状況でとらざるをえない妥協策がすべて不適当ないし悪いわけではない。例えば、予測医療によって引き起こされる限界状況（いわゆるダブル・ブラインドの状況）において、患者のみならず実験する研究者も情報から排除されている場合、どうすべきなのか。ここにきて、義務論の調停の働きは、法解釈学ではなく決疑論の特質を帯びてくる。さて、リクールが指摘する第2の戦線は、患者個人の健康の懸念と公共衛生の考慮との間の不確かな分割線上にある。そこでの潜在的な衝突は、個人の人格とその尊厳の懸念と社会現象としての健康の配慮とを対立させがちである。このように公共衛生を考慮することは、あらゆる医療規則に影響を及ぼしうる⁶⁾。つまるところ、公共衛生の現場でのこうした衝突は、全く予想外ではないのである。

以上のように言及したうえで、リクールは、医療契約を次のような一連の逆説を含んだ表現で書き直していく。第1の逆説——人格は物ではないが、その身体は観察可能な物理的自然の一部である。第2の逆説——人格は商品ではなく医療も商業ではないが、医療は費用がかかり、それは社会的負担となる。第3の逆説（これは先の2つの逆説と重なる）——苦痛は私的であるが、保健衛生は公的である。医療生物学研究の費用はますます嵩み、人体の検査や外科的処置が高度に精密化してくるために、公共衛生の現場での衝突が深刻化してくるのも当然のことだ。要するに、限度を知らない個人的自由の要求と、連帯の名の下に看護の公的配分で平等を保つこととの間の溝は、深まるばかりなのである。

3. コードに言い落されているもの——「反省的レベルでの道徳的判断は哲学的人間学に根差した倫理的伝統を照合する」

リクールが示す医療判断の第3のレベルは、義務論的判断の「反省的」機能と呼ばれるものであった。この機能に属するのは、医療義務論のコードに記入されうる規範よりも規範のコード化として義務自体の「正当化」に関係する考慮である。その意味で、規範のコード化の企て

⁵⁾ 患者が訴訟を起こすのは、背任が隠蔽された推測するとき、より頻繁には職業的過失と見なされる失敗に直面して直ちに患者が治療の義務（つまり手段）と治癒の義務（つまり結果）とを混同して怒ったときである。その結果、不信の協定が実践知の核をなす信頼協定とすり替わることになる（不信 vs. 信頼）（『同上訳書』248 - 249 頁）。

⁶⁾ それはまず、医療機密の規則に影響を及ぼす（例えば、患者は自分がHIVであるとその性的パートナーに知らせよう医者が要求する義務があるかどうか、さらに組織的な検診はなされるべきでないかどうか——なぜなら、そうした検診は必ずや医療機密を守ることに影響するから）。それはまた、インフォームド・コンセントにも影響を与える（『同上訳書』249 - 250 頁）。

には言い落されている面があるのだ。試しに、前述したような、医術が奉仕すると見なされる利害(人の利害と社会の利害の二元論)に伴って生じる潜在的な争いを取り上げれば、そこには幾つかの哲学の間の争いが隠れており、それが「配慮の全歴史」と呼びうるものを出現させることが理解できる⁷⁾。結局のところ、ここでの争点は、私的であれ公的であれ、健康の概念そのものにある。その概念は、生と死、誕生と苦しみ、性的行動とアイデンティティ、自己自身と他者などの関係について私たちが考える／考えまいと試みることと切り離せない。ここに至り、義務論が哲学的人間学に接木される入口に入っていく、とリクールは捉えるのである。もちろん、哲学的人間学は、民主主義社会では信条が複数存在することを免れない。にもかかわらず、医療義務論のコードがその源泉を明らかにせず、妥協の精神を信頼できるとしたら、それは民主主義社会自体がジョン・ロールズが「重なり合う合意」と呼び、それを彼が「合理的な不一致」の概念で補完するものを土台にするのでなければ、生き延びられないからである。

さて、最後にリクールは、この論考を要約的な2つのコメントで締めくくっている。第1のコメントは、医療倫理の構造には3つのレベルがあり、それをここで一段ずつ経過していくことに関するものである。医療倫理は善く生きる・共に生きるという一般倫理の一領域であるが、リクールは、ここではそれを目的論的・義務論的・実践的知恵という倫理の3つのレベルを逆の順序で辿ってきた。というのも、一般倫理の領域で医療倫理を特別のものにしているのは、医療倫理に特有の構造化を生じさせる最初の状況、つまり人間の苦痛であるからだ。苦痛の現実とそれから解放されたい願望とが治療を伴う基本的医療行為と、その基礎的倫理たる看護契約、それに含意される信頼性とを動機づけるのである。こうして、実践的知恵のレベルから出発して、そこから規範的ないしは義務論的レベルへと遡っていく。後者のレベルはここでは、医療機密、真実を知る患者の権利、およびインフォームド・コンセントの3つの規則によって特徴づけられる。そして、医療倫理のこの義務論的レベルに固有の難題——他者と共に、他者のために、正しい制度で善く生きたいという願望——が、その倫理を目的論的レベルに送り出す省察の動きを生じさせるのである。健康とは、苦痛が道徳的反省に課す制限内で善く生きる本来のあり方であるが、それだけでなく、看護協定は判断の義務論的局面を経て、目的論的レベルでの三つ組構造へと戻るのである。このように、リクールは、医療倫理の考察において、基礎的倫理の段階的レベルを逆に辿る仕方を提案するのである。

第2のコメントは、医療倫理特有の脆弱さに関係する。それは、医療倫理の3つのレベルに収斂する用語によって表現される。実践知の面での脆弱さは、信頼と不信の弁証法で表現され、その弁証法が看護協定とその信頼可能性の教えを脆弱にする。人格のかけがえのなさ、人格の

⁷⁾ 例えば、実践的判断は、ある実践に結びついた徳について最良のギリシア的省察を保持している。ヒポクラテスの誓いは現代の医者をも未だに拘束している。実践知に関するラテン的・中世的な考え方に永続しているのはギリシア悲劇、アリストテレス倫理学のプロネーシスである。次に、私たちがかけがえのない人格という感覚をもつのは、キリスト教やアウグスティヌスのおかげである。そして今度は、啓蒙主義の精神が同じテーマを自律という言葉で再び取り上げる。また、現今の生物医学的科学や神経科学からの圧力は、ペーコン、ホップス、デイドロまで系統を遡る合理主義的・唯物論的アプローチに由来する(『同上訳書』251-252頁)。

不可分性（完全性）、あるいは自己評価、これらの要求のいずれも実践知のレベルでの医療的判断の累積する弱点を明示している。医療倫理はまた、義務論の面で別の類の脆弱さにさらされる。この脆弱さは、医療協定の「人道主義的」実践に課される二重の脅威——①治療計画と生物医学研究に結びついた認識論的計画との衝突の結果としての人体の不可避の客体化の問題、②人格としての病人に向けられた心遣いと公的衛生の保護との間の緊張の問題——で表現される。だが明らかに、医療倫理に固有の脆弱さの最も扱いにくい様相が明確になるのは、反省的な面においてである。例えば、健康と善く生きたい願望とをどのように結びつけようか、苦痛と死ぬべき運命の受容とを幸福に関する考え方とどのように結びつけるか。このように、医療倫理の究極の脆弱さは、共通の道德性の「源泉」の合意し／衝突する構造から出てくる。リクールによると、「重なり合う合意」と「合理的な不一致」という2つの概念の下に位置づけられた妥協策が、この共通の道德性の不均質性に直面した民主主義社会がなしうる唯一の応答なのである。