

論 文

医者と患者の間にあるもの
—医療問題のシステム論的考察—

Relationship between Doctor and Patient: A Thought on the Medical Issues from the System Theory.

古賀野 卓

1. 問題の所在

新聞・TV等で大きく報道された薬害エイズ問題は、私たちに、医療とは、行政とは何のためにあるのかを改めて考えさせることになった。今後、かりに司法の場において、HIVの感染を防げる立場にあった医者、官僚、企業責任者それぞれの罪の所在が明らかにされたとしても、この思いは変わらないだろう。

なぜなら、この問題が個人というより、システムそのものに起因する問題だからである。マスコミに登場する事件の当事者たちは、執拗に身の潔白を主張しつづけている。彼らの、自らの罪をいさぎよく認めようとしない態度を、「責任逃れ」として批判してもよい。だが、おそらく、その胸の内にあるのは、動き出した回転木馬にあわててのってしまっ、気がついたら自分ではもう降りることができなくなってしまうという心境ではないだろうか（だからといって彼らを擁護しているのではない）。

ここでいう回転木馬は、医療システムであり、業務行政システムであり、市場経済システムである。これらは幾重にも重なり合うことで、お互いがお互いの存在条件となっている。もちろん、それぞれのシステムは、一枚岩ではない。そのなかで、ひとは現実はどう関わっていけばいいのだろうか。

この論考は、直接的に薬害エイズ問題の原因の究明を目的とするものではないし、個別具体的な医療問題について何らかの提言を行うものでもない。システム論という視角から医療問題を検討することを通して、医療の倫理が問われる現代における医者と患者、患者

と医療システムの関係の問いなおすこと、その再構築のための手がかりを探ることにある。

なぜ、システム論なのか。抽象的な表現を許してもらうなら、それは、システム論が、①研究対象そのものを「実体」として捉えずに「関係」として捉えようとしていること、②要素へ分解するとこわれてしまうマクロの性質（創発性）¹⁾を、固有の研究対象としていることと関係している。くわしくはあとで明らかにされるが、医療問題の議論をみていると、問題を医療従事者の知識・技術あるいは個人的な倫理に還元して論じられる場面が多く、医療システムそのものの問題について言及されることがあまりに少ないように思える。私たちは、知識・技術に依存する医者—患者関係を批判する以前に、患者不在と非難されても、そこに依存しなければならない医者の現状について、私たちはもっと理解を深めていく必要がある。そのために、システム論が有効というわけである。

そこで、この論考では、まず医療問題をテーマにして書かれた3つの著作を取り上げながら、これらをシステム論の視角から読み直してみたい。3つは、それぞれ固有の視点を持っているが、いずれも、医者の行動規範と患者（一般の人々）の生活感覚の「ずれ」を理解するうえで、重要な示唆を与えてくれる。「ずれ」は、システム論における「境界」という概念と密接なつながりがある。さらに、この「ずれ」がどうして生じるのかについて、内部観察者の視点からなる新しいシステム論—オートポイエーシス論—から探ってみたいと思う。

2. 医療の現場から

『患者よ、がんと闘うな』 1996年3月に出版されたこの本²⁾は、一般の人々の、がんに対する認識を一変させたとして発売直後から大きな話題を呼んでいる。同書の特徴は、「がんは今後も治るようにならないだろう」という衝撃的な内容に加えて、専門的な知識のない人々にもわかりやすく専門的なことが語られていることにある。著者である近藤誠医師は、様々なデータを交えながら、がんについての次のような3つの仮説を提示している。

①抗がん剤治療に意味のあるがんは、全体の1割にしかすぎない

②手術はほとんど役に立たない

③がん検診は、百害あって一利もない

同氏の主張は、医学界の権威と呼ばれている人を名指しで批判したこともあって、いろんな所で論争を引き起こしている³⁾。しかしながら、正直のところ、専門的知識の乏しい一般の人々にとっては、その科学上の真偽はよくわからない⁴⁾。

実は、この本の大事なところは、これらの論争ではほとんど話題にもなっていない別の部分にある。

それは、「なぜ、医師たちは効果のないとわかっている治療や手術を行おうとするのか」という素朴な疑問に、彼が、医師と患者双方の立場をふまえながら、わかりやすく答えているところにある。

たとえば、抗がん剤治療については、「有効」や「効く」という言葉の捉え方に、医者と患者との間にずれがあると指摘する。

「有効と聞くと、五年後に生きている率が向上するのかな、延命効果があるのかなと考えerはずですが、医師の世界の有効は、『がんの縮小』のことで、いのちとは無関係な指標です。つまり、たとえば直径三センチのがんがあって、それが抗がん剤で二センチに縮小すれば、有効と評価されるきまりになっているのです。しかしそれでは、がん細胞の数は約三分の一にしかなくなっていないうえに、二センチのがんには、まだおよそ八十億個のがん細胞が含まれています。それでは再増大は必至で、治ることは到底期待できません。」⁵⁾

また、同氏は、この「意味のない」抗がん剤治療を支えているもうひとつの要因として、アメリカを例に出して、7500人のメディカル・オンコロジスト（抗がん剤治療医）の生活を支えるためには、年間30万人から40万人の患者が必要なことを指摘している⁶⁾。治療する者の生活のために、治療される者が作り出されるというパラドックスは、わが国にもあてはまるのだろうか。彼は、肺がん検診にふれてこう述べている。

「なぜ、日本でだけ肺がん検診が行なわれているのか。その最大の理由は、役割を終えた肺結核検診体制を肺がん検診に衣替えして、医療従事者の失業対策を図ったことにあるようです。肺がん検診を全国展開したことは科学的な見地からは説明がつかないわけで、厚生省の意図は、健康対策をしているというポーズをとるためか、検診業界を保護するためあたりにあったのでしょうか」⁷⁾

では、「役に立たない」とされる手術はなぜ行われるのか、放射線医は何をしているのだろうか。この疑問については、彼自身の放射線医としての経験から、患者の主治医となる手術医との権力関係についてふれ、放射線医が治療方法に関して発言する機会が乏しいことを指摘している。さらに、こう続ける。

「放射線科には、このように忍従を強いられてきた歴史と現状があるので、負け犬根性がしみこんで、手術医たちにシッポをふったりお追従をいうやからがいます。」⁸⁾

もうひとつ付け加えておこう。興味深いことに、がんをめぐる科学上の議論においては、同氏の主張の信憑性をうたがっている川端医師が、がん治療における手術偏重の問題について、次のような発言を行っているのである。

「かれらにとって手術は、必ずしも科学的評価を必要としていないのかもしれませんが。あたかも伝統芸能のごとく、手術道を追求しているようにみえる。とすれば、しかしその執刀を受ける患者さんは、本当に気の毒です。」⁹⁾

以上の指摘が、私たちに教えてくれるのは、医療システムの内側にいる人間にとっては合理的に思えるこ

とでも、外側にいる一般の人々にとっては不合理なことがいくらでもあるということだ。近藤氏の主張が医療専門家のなかで議論を呼んでいるのも、彼の視点が終始システムの内と外との境界領域にあるからだろう。この境界領域こそ、医者と患者の間にあるものである。

『病院で死ぬということ』 医者の行動規範と一般の人々の生活感覚のずれが医療問題の重要なテーマであることは、この本を読んでも明らかである。著者である山崎章郎医師は、一般病院の医療システムが現実にとどのように動いているのかを、末期がん患者の視点を通してありのままに描き出している。年間30万人とされる末期がん患者のほとんどは、病院で死を迎える。しかしながら、病院とは、このような「多くの死にゆく患者のためでなく、治療改善して社会復帰できる患者のためにととのえられている」¹⁰⁾。末期がん患者は、いわば、治療する医師と治療される患者という役割関係からこぼれ落ちたところにいる人達である。この視点から病院を捉え直してみると、何が見えてくるだろうか。

治療することの絶望的に不可能な患者を前に、治療対象としての関心を失っていく医師の姿。自分の死が近づいていく過程のなかで、自分自身が疎外され、孤独になっていく患者の苦しみ。臨死状態にあるがん患者に対して行われるまったく意味のない蘇生術。そして、死を迎えてからも、「医学の発展」のために、遺族の意に反して傷つけられた身体を提供するという病理解剖。そのような「死にゆく人々に対するやさしさも畏敬の念も哀悼もない」¹¹⁾ 医療システムに、私たちはいま死を依存しているのである。

このような患者不在の医療システムの問題は、いったいどこに由来するのであろうか。ここでは、中川米造氏の意見を参考にして、病院の組織的特性という側面からでなく、近代医学のパラダイムという側面からとらえてみたいと思う¹²⁾。

まず第一に、近代医学のパラダイムの根底には、デカルトの合理主義に象徴されるように、物質の科学と

して医学を構築しようとする考え方がある。そこから導かれる身体と精神の二元論は、病気と病人（患者）を分離し、病気を徹底的に分析していく実践規範を生む。したがって医学が科学的であろうとすればするほど、患者の個性ないし人間性は捨象される仕組みになっている。病理解剖を医者が執拗に遺族に求めようとするのも、彼らがより科学的であろうとすることの証明であろう。

第二に、近代医学のパラダイムは、他の自然科学と同様に、要素還元主義的な方法をとっている。つまり問題をできるだけ多くの、しかも求められる限り細かな小部分に分割し、これらの要素を積み重ねることによって全体を再構成することに主眼をおいている。この結果、病院が解剖学を基礎とした臓器別の診療へと細分化されることになり、患者本人はいついどこで診てもらえばいいのかわからないという状況が生まれるのである。

しかしながら、こうした近代医学の発展にもかかわらず、病人の数、とりわけ慢性疾患に苦しむ人の数は増加の一途を辿っているといわれ、さらに、「そのような現代医学の方法であつたかえり病気の数はせいぜい20%であろうと推測する医師があちこちにあらわれている」¹³⁾。

『犠牲 サクリファイス』 1995年に出版されたこの本¹⁴⁾は、脳死論議に一石を投じた一冊である。脳死論議といっても、著者の柳田邦男氏がこの問題を科学的な合理性のもとに論じたのではない。本の最終章を別にすれば、自死をはかった息子が脳死に陥り、死に至るまでの11日間の病院での出来事を、息子の思い出とともに淡々と語っているだけである。しかし、この本がなぜ脳死論議に一石を投じたのかということ、全体を読み終えてはじめてわかるように、この物語そのものが、最愛の息子の死に直面し、その苛酷な現実を受け入れるまでの彼自身のための「物語」になっていることにある。死が「物語」として捉えられること、それこそ、これまでの科学的な脳死論議に欠落していた「二人称の死」の視点、というわけである。

いったん脳死状態に陥った脳は、絶対に機能を回復することはないという科学的事実がある。それが呼吸停止、心臓停止に至る不可避のプロセスの始まりであることを前提にすると、「脳死は人の死である」という言説はたしかに成り立つ。また、臓器移植に望みを託している患者が世の中にたくさんいることを思えばなおさらだ、という意見の方が強いのかもしれない。

柳田氏自身もこの捉え方に対して、以前まで「現実的な選択としては、脳死を人の死としてもよいのではないか」¹⁵⁾と考えていたという。しかし、彼は、息子の脳死に直面するという現実のなかで、このような「死が始まったところで終点」とするような死の捉え方が「普通の人々の生活感覚では納得できない」¹⁶⁾ものであることに気づく。これは、死を、医師—患者関係の外部からとらえていた視点を、内部に移し変えたとき、死の違った側面が見えてきたということであろう。その内部からの視点を彼は、「二人称の死」という言葉で表現しているわけである。この言葉をもっと理解してもらうために、彼自身が本のなかで引用している心理学者河合隼雄氏の文章を引用しようと思う。

「人間の心はわからないところがある。つまり物語らないとわからないところがある、と私は思うのです。たとえば、途方もない事故が起こった。なぜこんな事故が起こったのか。そのときに自然科学的な説明は非常に簡単です。なぜ私の恋人が死んだのかというときに、自然科学は完全に説明できます。『あれは頭蓋骨の損傷ですね』とかなんとかいって、それで終わりになる。しかしその人はそんなことではなくて、私の恋人がなぜ私の目の前で死んだのか、それを聞きたいのです。それに対しては物語をつくるより仕方がない。つまり腹におさまるようにどう語るか。」¹⁷⁾

科学的な脳死論議のなかでは、「脳が死ねば、その人が死んだのだ。そこにあるのは死体なのだ」ということになろうが、家族にしてみれば、そう簡単に割り切れるものではない。脳死状態に陥った患者の温もりのある体全体、喜びや悲しみを表現してきた体全体に語りかけ、その体全体から最後の何かを読み取ろうとし、受容への物語を創らなければならない。それが納

得のゆく看取りのためにどうしても必要なプロセスなのである。

しかしながら、今日の医療システムでは、死を三人称で捉えることが前提に据えられている。それは、近代医学のパラダイムに内在する死の捉え方とも言えようし、病院という組織自体の機能的合理性への要請から必然的に生まれてくるものなのかもしれない。だが、癒しのための時間と場所を家族に与えることが、はたして医療の範囲を越えた仕事なのだろうか。

3. システム論の視座から

患者には、それぞれの人生の文脈があり、医療者には専門的職業人としての歩みがある。そのせめぎあいのなかで、医療という場が成立する。しかしながら、近代医学の進歩につれて、医者—患者関係そのものが高度化した医療技術に依存せざるをえなくなっている。患者それぞれの人生は、そこに作り出されたコンテキストのなかに切り取られ、医者もまた、いかに「患者不在」と非難されようと、自らあらがうことのできない状況に絡め取られている。

問題は、そのようなコンテキストを生み出している医療システムそのものの「成り立ち」なのだと思う。それは、医療は理念としてでなく現実に何のために存在しているのか、何を目的にどのように機能しているのかを問うことである。

では、そのテーマに接近する場合、どのような視角が必要とされるのか。それは、医療システムの存在理由は、医療システムそのものにあるということではないだろうか。つまり、医療システムの発展や進化は、自分自身を根拠にして引き起こされるということである。この、一種形而上学めいた命題を、ここであえて持ち出そうとする理由は、これを持ち出さなければ現実をうまく説明することができないということと、近年のシステム論の進展によって、そのような現実を捉えるための認識枠組が整えられつつあるからである。つまり、それが、あながち思いつきのアイデアというより、この捉え方のほうが現実をよりリアルに記述することができるようになったということである。

では、この議論を展開するために、少し医療問題から離れて、システム論のはなしからはじめよう。

システムとは あらゆる対象は、システムとして把握することができる。ただし、それをシステムと呼ぶためには、ある一定の条件が必要である。ある集合体において、複数の要素が相互に関連してひとつの全体を成しており、その内的な編成によって生じた集合体の特性（創発性）が、それ以外の事柄とは区別される時、それはシステムとよばれる。

この場合、システムと、それをとりまく外界との間には、相互作用の関係が成り立っているが、システムの状態は外界から因果的に条件づけられて単線的に規定されるわけではない。

システムは、あくまでも内的な固有の論理にしたがって、外界の変化に反応するのである。システムと環境との境界を、このようにシステム自らが認識し、そのシステム固有の状態に準拠しながら、自らの内的な過程を制御するというシステム論は、比較的新しいものである。

それは、1970年代にチリの生物学者であるマトゥラーナとヴァレラによってはじめられたオートポイエーシス（自己創出）理論¹⁸⁾に影響を受けたシステム論である。この理論をもとに、80年代以降の社会科学の分野でも、ドイツの社会学者ルーマンを中心に大きな展開がみられるようになった。

このシステム論のさわだった特徴は、システムを終始内側から眺めるという点にある。このような視点の移行によって、これまでの外部観察者（中枢制御者）の視点を当然の前提としていたシステム論（構造機能主義システム論）の限界もみえてきたのである。

なにが、どう限界なのか。その限界について、以下では、病院組織を例にして、構造機能主義システム論と、このオートポイエーシス論によってみえてくるものの違いを通して明らかにしたい。

構造機能主義システム論からみた病院 パーソンズに代表されるこの立場は、きわめて明快な研究手順を

ふみながら、社会システムの機能分析を行っている¹⁹⁾。

第一に、彼らは研究対象となるシステムの「構造」に着目する。ここでいう構造とは、形式的にはシステムにおける要素間の定常的な（変化しにくい）関係を指す。病院組織でいえば、「患者の病気を治療する」という組織目標のもとに、所属する医療従事者あるいは患者によって自発的に合意された価値あるいは規範の範型（パラダイム）と捉えることができる。

この合意（コンセンサス）が崩れれば、病院は組織として成り立たなくなる。たとえば、治療費が不当に高かったり、医療技術が未熟な医師のいる病院ならば、まず患者は寄りつかないだろう。また、医者側でも、自分のもつ高度な医療技術を発揮する場が与えられなかったり、人手不足で過重労働を強いられるばかりなら、定着することはないだろう。

そこで、この構造を維持するために、充足しなければならない必要条件、すなわち「機能的要件」が何であるかが追求されることになる。これが、第二のプロセスである。機能的要件とは、システムが環境から課せられた諸課題を解決して、その存続を可能にするために、ぜひとも充足しなければならない必要条件のことである。

たとえば、治療行為を効果的に継続的に実現させていくために、医療従事者をいかに動機づけるか、あるいは、その活動をいかに円滑に調整していくかという内的な要件から、医療従事者の人材確保、患者確保、運用資金の調達、あるいは、より高度な医療機器の導入といった外的な要件など実に幅広い。それらを手段—目的図式という機能的連関のなかで体系化を図るわけである。

これにつづく、第三のプロセスが「機能分析」とよばれるものである。これらの機能的要件が、それを支えている下位システムの活動によって、実際にどの程度充足されているのか、あるいは充足されていないのかを明らかにすることである。「全体」に対してなされる「部分」の貢献度を測ることを言い換えることもできよう。これらの研究手順を通じて、病院組織を維持していくうえでの、「客観的」で「実践的」な解が

生み出されるというわけである。

その限界について 構造機能主義システム論の根底にあるものの見方は、社会システムを制御可能な、あるいは制御すべき対象であると見なしていること、その上で、これをいかにすれば効率よく機能させることができるかを問うことにある。これは、病院で言えば、病院経営者の視点からみたシステム論というわけである。

私たちは、システム論といえば、このような社会工学的な発想に立つものと思い込んでしまいがちであるが、実は、そうではない。「システム」とは、あくまでも認識する側のもつ概念の形式のことである。つまり、集合体を構成する要素の集まり方によって、それ以外のものとは区別される特性（創発性）がある、と観察者によって判断されるとき、そこにシステムが生まれるのである。ということは、研究対象である集合体の境界（スケール）をどこで区切るかによって、同じ対象でもいくつものシステムを指定することができるわけだ。また、境界の区切り方しだいでは、観察しようとしている集合体の構成単位を越えて、システムはどこまでも広がり得るということになる。そう考えると、構造機能主義システム論が、一部の視点からの限定されたものの見方にすぎないことがわかる。

病院なら、たとえば看護婦には医者を補助するだけの役割ではない専門職としての独自の領域があるとすれば、そこにシステムの境界を引かねばならないだろう。また、各業種・職種領域のなかに、独特の差異化された世界が存在するならば、そこにまたシステムの境界が生まれるのである。現代のように高度に専門分化した医療のなかでは、その分化した分だけ、独自のシステムが存在すると考えたほうがいいだろう。もちろん、そのシステムはひとつの病院組織という枠を簡単に越えてしまうのである。構造機能主義システム論からみて、いかにも客観的で実体的にみえた病院という組織が、いかに錯綜したシステムの次元の上に成り立っているのかがわかると思う。

加えて、この構造機能主義の認識枠組では、先に述べた3人の主張も見事にすり落ちてしまうことがわか

る。山崎氏の末期がん患者の存在としての苦しみ、柳田氏の二人称の視点からみた死の定義、さらに近藤氏の、がんと闘わない選択肢の提起などは、この枠組では表現することができない。なぜなら、それぞれの主張が、構造機能主義で規定される役割概念²⁰⁾からの余剰概念あるいは残余概念としてしか認知されないからである。

医療システムのオートポイエーシス 新しいシステム論の特徴が、システムを内側から眺めるという、視点の移行にあることはすでに述べた。このことが社会システム研究に与えた影響は、社会システムの「構造」と「機能」に関する捉え方を大きく変えたことにある。

構造機能主義は、システムが均衡状態にあることが前もって想定されており、その「構造」を維持する上で、必要な要件として「機能」が設定された。しかし、ルーマンによれば、現代社会においては、前もって想定されるような価値や規範の統一的な秩序は存在しない²¹⁾という。だから、システムの「構造」とは、前もって与えられているのではなく、環境のなかで自己の存続にとって最適なものを選択しながら形作られるものであるという。つまり、システムの形成がいったんはじまれば、システムはその構成要素を再生産するために、自己の保存に必要なものだけを環境から摂取するというわけである。このことは、社会システムが、もはや、ある特定の価値や規範の範型として定義されないことを示している。ここで重要となるのは「境界」という概念であり、システムはその境界を通じて、内と外との分化（差異化）を行うことになる。つまり「あるものはシステムであるか（あるいはシステムに属するか）、それとも環境であるか（あるいは環境に属するか）のいずれかなのである」²²⁾。

この視点からみると、先述した治療するもののために治療されるものが作り出されるというパラドックスも、次のように理解されることになる。つまり、患者とは、すでにシステムとして構築された医療体制が自己を保存し続けるために環境から摂取された構成要素というわけである。もちろん、患者がそれによって

「医療の恩恵」を受けることはあるが、その恩恵はあくまでもシステムの合理性の範囲のなかに限定されているのである。

ルーマンは、このようなシステムの自己準拠的なプロセスを機能構造主義という立場にたって、「複雑性の縮減」という概念で表現している。「複雑性の縮減」とは、「ありうべき状態や出来事を解体すること、あるいは減少させる」²³⁾ という意味であり、これによってシステムは、つねに環境よりも複雑性の低い領域を持続的に再生産することで定常性を獲得するというわけである。

「複雑性の縮減」は、システムのさまざまな次元においてみられる。再度医療システムの問題に引き寄せて考察してみよう。医学が科学である以上、個別性よりも一般的法則性が求められることは当然のことである。ところが医療という現場は、さまざまな意味において、不確定性や複雑性の支配する世界である。こうした状況のなかで、医師が自己責任において診療を行うことは、はなはだ不安である。そのため、医学的知識や技術と同時に、それを支える社会的な習慣や制度、あるいは儀礼的行為が重視されることになる。たとえば、医師の世界では、閉鎖性、学閥などにみられるように、できるだけ同質のメンバーばかりで内部を固めようとする傾向があるとされる。これは、異質なものを寄せつけないことで不確定性を回避し、システムの社会的承認を得ようとする自己保存の戦略と言えるだろう。さらに、医療を専門化して細分化しようとするのも、局面を限定することによって、少しでも複雑性を少なくしようとするシステムの特性を示したものである²⁴⁾。

しかしながら、こうした傾向が進行すればするほど、システムの境界形成によって生じる内（システム）と外（環境）との落差は大きくなるばかりである。つまり、医者への行動規範と患者の生活感覚のずれは、ますます大きくなるのである。

いま、医学は急速な進歩を遂げている。とくに生命科学や生命工学の分野は驚異的に進化している。そのなかで、医師たちはつねに新しい情報や技術を吸収し

ていかなばならない状況におかれている。

しかし、近年の生命倫理（バイオエシックス）²⁵⁾ という分野への社会的要請が強まってきていることからわかるように、医学的知識や技術ばかりが先行してしまっ、て、医療者の理念がそれに追いつかなくなっているようである。患者の立場にたてない状況は、ますます深刻化してきているのである。

我々はどうしたらよいのか。医療システムの発展というプロセスがオートポエティックなものであり、技術に依存すればするほど、その回帰的關係のなかで、構造がさらに維持強化されるという現状に、我々はどうかあらがうことができるのだろうか。その構造のなかでは、患者は、そして医者は、医療システムの環境の一部にしかすぎないのだろうか。

4. 医者—患者関係の再構築に向けて

これまでの議論を整理することで、基本的な構図をもう一度確認しておこう。従来の医療システムにおいては、患者は、治療される対象としての役割を付与され、専門的な知識と技術をもつ医者が、患者の「最善の利益」を守るべく治療行為を行ってきた。そして患者は、専門性の支配する世界のなかで、当然のごとく医者の指導にしたがってきた。ところが、いまやこの関係が変容をせまられている。その理由は第一に、がんに代表されるような慢性疾患の増加が、現代の最先端の医学でも「治らない」病気がたくさんあるということを教えたためであり、第二に、その「治せない」病気にもかかわらず効果の疑わしい治療がシステムの側の都合で行なわれている現実、に、医療への幻想が揺らぎ始めたためである。

こうした状況のなかで、どのように医者—患者関係を再構築していけばいいのであろうか。構造機能主義システム論は、これまでの役割關係論を前提として成り立つものであり、この枠組からは新しい關係性を模索することができないことがわかった。それではオートポイエーシス論は私たちに何を教えてくれるのだろうか。正直のところ、この問いに対して、オートポイエーシス論が私たちに満足のゆく答えを出してくれて

いるとはいいがたい。ここでは、その方向づけや可能性をさぐるしかないと考えている。そこで、もう一度、ルーマンの主張をふりかえてみよう。

彼によると、社会システムは「継続的にコミュニケーションからコミュニケーションを生産するオートポイエーシスのシステムである」²⁶⁾としている。さらに、人間は「コミュニケーションを意識的にひき起こすことができず、コミュニケーションを因果的に制御したり決定したりすることができない」²⁷⁾としている。もっとも悲観的に読み取れば、人間の＜主体性＞なるものをいっさい排除した冷徹なまでの機能主義ともとれる。しかし、ルーマンの意図を次のように解釈することはできないだろう。

現代は、ひとりの人間の属する社会システムが多様化するなかで、全人格的にそれらのシステムと向き合う機会はほとんどなくなりつつある。かりに向き合ったとしても、簡単にはじき飛ばされそうな気もするし、向き合うのをやめたとしても、システムの側ではその意志と無関係に関わりを持とうとしてくるようが気がする。だからといって、自分の生き方や役割が一方的にシステムの側から与えられるというものでもない。なぜなら、システムとは、自分と他者・出来事との関係性のなかで構成されるものだからである。自分の想像を越えたはるかに大きな力に押しつぶされそうになったとしても、その関わり方を決めるのは、自分である。人は、コミュニケーションを簡単に引き起こしたり、制御したりはできないが、コミュニケーションの奴隷でもない。人は、役割という媒体を通して常に流転するコミュニケーションと結び付いているのである。このこと自体、それがどんなに脆弱なものであったとしても、社会システムを構成するひとつの要素であることに変わりはない。

我々がオートポイエーシス論から得られる示唆は、次の2つである。第一に、何が自らの意識や行動を規定しているのか、すなわち、自分たちを包み込んでいるシステムそのものに関する知識にできるだけ精通するよう努めること、第二に、持続的に自己組織されるシステムの創発性に隷従することなく、つねに内部の

視点から、システムの再定義（捉え直し）をしていく努力をおこたらないこと、であろう。

話が抽象的になりすぎたかもしれない。すでに取り上げた著作のなかに、その手がかりを読み取ることができるので、それを紹介することにしよう。まず、山崎氏の本から、彼と、ある末期がん患者との間に交わされた会話の一場面を取り上げる。苦痛をやわらげるための注射が、意識を低下させることになるかもしれないので、家族との別れの時間をとったあと、再び病室を訪れた際になされた会話である。

「僕は注射をする前に、つまり彼の意識が低下する前に、彼にどうしても言わねばならないことがあった。それはたとえ家族が何も言えなかったとしても、どうしても伝えておきたかったからだ。僕はまず、『それではこれから注射をします。この注射をすればきっと楽になります。ただ深く眠ってしまうかもしれないです。そうすると、もう話をするができなくなってしまうかもしれません。それでもいいですね』と言った。彼は僕の顔を見てうなずいた。僕が次の言葉を口からだそうとしたとき、急激な感情の高ぶりが僕を襲ってきて、しばらくの間、何もいえなかった。何かひと言でも言い出すと、自分の感情を抑えられないような気がしたからだ。だが、いま言わねばいつ言うのだ。僕は、ふるえる声を抑えながら、次のように言った。『Yさん、あなたが眠ってしまう前に、どうしても言っておきたいことがあります。僕は・・・僕はあなたに会えてほんとうによかったと思っています。いつも、いつもあなたを尊敬していました。あなたはすばらしい人でした』

すると、彼は苦しい息づかいの下でほほえみを見せて、『先生、ありがとうございました。私も先生に会えてよかった』と言ってくれた。家族は僕たちとの会話を涙ぐみながら見守っていた。』²⁸⁾

私たちは、ここに医師と患者という役割関係を越えた人間的なつながりをみることができる。ここから、医療システムにおける要素としての役割や拘束条件が、外部から一方的に与えられるのではなく、自律的に創り出されるものであること、いや、創り出せるこ

とが理解できるであろう。

次に、柳田邦男氏の本から、移植コーディネーター（玉置氏）・移植医（富岡医師）と著者との間に交わされた会話を取り上げよう。柳田氏が生前の息子の意志を生かすために献腎を決意したあと、その承諾書にサインをしようとした時から始まる場面である。

「玉置氏が、『腎臓以外に脾臓の提供は如何でしょうか。腎臓病と糖尿病の両方を持つ患者さんには、最近脾臓も移植するという治療が行われるようになってるんです』といった。

私は、突然の脾臓の話に戸惑ったが、せっかく昨夜考えを整理したのだから、ここで問題を複雑にしたいという思いから、『そこまでは考えていなかったのです、腎臓だけにさせてください』と答えた。

賢一郎が玉置氏と富岡医師に要望するようにいった。

『ただ弟の臓器を利用するというのではなく、病気で苦しむ人を助ける医療に弟が参加するのを、医師は専門家として手伝うのだ、というふうに考えてほしいと思うんです。』

私は賢一郎の発言は、移植医療のあり方の重要なポイントを押いていると感じた。玉置氏は、それは大事なことから、移植チームに伝えますとってくれた（後日、富岡医師は『提供者が医療に参加するのを医師が手伝う』という言葉に教えられるものがありました、とってくれた）²⁹⁾

これは、移植という医療行為についての意味づけの相違という単純な話ではない。相違ではなく、共有である。共有されるなかで新しいコミュニケーションが起動する。「臓器提供者が医療に参加するのを医師が手伝う」という理念に、医師が「教えられ」ることで、はじめて医者—患者関係の捉え直しが行われる。これこそが、内部者のまなざし、つまり、普通の人々の生活感覚からのシステムの再定義なのではないだろうか。最後に、これらの例をみてもわかるように、システムの再定義を行うのに、より大きな責任を担うのは、システムに関する知識に精通している側、つまり権力をもつ側であることを改めて強調しておきたい。

注および参考文献

- 1) システムが独自の存在意義をもつのは、要素が相互関連し、個体への還元が不可能な「創発性」を有する場合だけである。つまり、システムそれ自体が、「創発性」の存在と非在の中間に位置する存在形態なのである。（黒石晋『システム社会学 一大キサの知—』ハーベスト社、1991年、8頁。）
- 2) 近藤誠『患者よ、がんと闘うな』文藝春秋、1996年。
- 3) この著書への批判的な論文、あるいはこれが発端となった起きた論争として、以下のものがある。
（川端英孝「近藤誠がん理論を検証する」『文藝春秋』1996年8月号、262～271頁。斎藤建「近藤誠氏『がんもどき理論』全批判」『文藝春秋』1996年9月号、262～274頁。近藤誠、斎藤建、川端英孝「がん治療白熱大論争」『文藝春秋』1996年10月号、270～292頁。）
- 4) もしかすると、科学上の議論でも、その真偽は決着がつかないのかもしれない。たとえば、1996年10月19日の朝日新聞での久道茂氏（東北大学医学部教授）との対論の最後にこんなやりとりがある。
「久道『近藤さんの本からの間違った情報で、国民が救命されるチャンスを逸するのではないかと危くしている。』
近藤『結局、科学的に見て、がん検診で、救命効果があるということは証明されていないことが、きょうの対談ではっきりしたと思う。』
久道『いや、僕はそう考えていない。』」
- 5) 近藤誠、前掲書、28頁。
- 6) 同上書、32頁。
- 7) 同上書（17頁）に同様の趣旨のことが述べられているが、この引用は以下の論文から行った。（「がん検診による早期発見のウソ」『日本の論点 '97』文藝春秋、1996年、465頁。）
- 8) 近藤誠、前掲書、75頁。
- 9) 川端英孝、前掲論文、264頁。（「かれら」とは、ニュースキャスターの逸見政孝氏の手術を行った医師のこと。川端氏によれば、「まったく意味のない」「あまりに無謀な手術」だったという。）
- 10) 山崎章郎『病院で死ぬということ』主婦の友社、1990年、1頁。
- 11) 同上書、2頁。
- 12) 中川米造『医療の原点』岩波書店、1996年、78～92頁。
- 13) 同上書、82頁。
- 14) 柳田邦男『犠牲サクリフェイス—わが息子・脳死の11日—』文藝春秋、1995年。
- 15) 同上書、213頁。
- 16) 同上書、219頁。

- 17) 同上書, 220頁 (河合隼雄ほか『河合隼雄その多様な世界』岩波書店)。
- 18) H.R.マトゥラーナ, F.J.ヴァレラ著, 河本英夫訳『オートポイエーシス—生命システムとはなにか』国文社, 1991年。近年わが国でも, この理論はこの本の訳者河本英夫氏を中心に精力的に紹介されている。(『オートポイエーシス』青土社, 1995年。)
- 19) コント, スペンサー, デュルケームの流れをくむ生物学的アナロジーを用いた考え方であり, 外的な社会的世界を, 観察しうる機能的関係によって支配されている具体的実在にとらえ, 法則定立的な方法によってこれを探求しようとする立場。(バーレル, モーガン著 鐘田伸一ほか訳『組織理論のパラダイム』千倉書房, 1986年, 60頁。)
- 20) これに関連して, パーソンズの示した「患者役割(sick role)」概念を紹介しておこう。彼によると, それは4つの側面から構成されるという。①患者は正規の社会的役割を免除される。②患者は自己のおかれた立場や条件について責任をもたない。③患者は早く回復しようと努力しなければならない。④患者は専門的援助を求め, 医師に協力しなければならない。(パーソンズ著, 佐藤勉訳『社会体系論』青木書店, 1974年, 432~433頁。)
- 21) ゲオルク・クニール, アルミン・ナセヒ著, 館野受男ほか訳『ルーマン社会システム理論』新泉社, 1995年, 44頁。
- 22) 同上書, 44頁。
- 23) 同上書, 47頁。また宮台真司氏は, 複雑性の縮減を「与えられた複雑な環境に対して, 選択できる事柄をシステムの側があらかじめ少数に限定しておくこと」と定義している。(『新社会学辞典』有斐閣, 1993年, 1254頁。)
- 24) 中川米造氏の前掲書(167~169頁)を参考にした。
- 25) わが国でも, 1988年11月には, 医学から哲学, 法学, 社会学, 宗教学などを含む三百名以上の学者が発起人となって「日本生命倫理学会」が発足している。
- 26) ゲオルク・クニール, 前掲書, 95頁。
- 27) 同上書, 105頁。
- 28) 山崎章郎, 前掲書, 202~203頁。
- 29) 柳田邦男, 前掲書, 132~133頁。

(1996年12月2日 受理)