

スライド1：

これから14回にわたって行われる公開講座の最初のテーマとして、今日は「なぜ、いま、EBMとNBMの出会いか？」というタイトルのお話をするわけですが、第4回目に村上陽一郎さんと一緒にお話しする対論も「NBMとEBMの歴史をたどる」というタイトルになっておりまして、ふたつのテーマは重なり合う部分も多いと思われます。そこで、今日は両者の関係を対比して歴史的に辿ることは次の機会にまわし、どちらかと言えばNBMのほうに重点をおいたお話をするにしたいと思います。

スライド2：

今から15年ほど前に亡くなられた中川米造さんという方がいらっしゃいます。京大の医学部を卒業され、初めは耳鼻科を専攻していらしたようですが、その後阪大で医学概論を教え、医学哲学、医療社会学など幅広い領域で多くの仕事をなさった方です。臓器移植や森永ヒ素ミルク事件など、そのときどきに医療や医学に関わる事件に際してもきちんとした視点を示された方でした。今日の講義を準備している最中に、たまたまその中川さんが30年前に書かれた「医学の進歩と生命観」というエッセイを読み、その内容が未だに新鮮で含蓄の深いことに驚き、また今日のテーマとも深く関わると思いましたので、まずそのエッセイを基盤にお話をしてみたいと思います。

スライド3： その中で中川さんは次のように述べていらっしゃいます。「進歩という考え方が・・・」

スライド4：

科学技術の発展と社会の関係を、時代を追って眺めてみると、

近世：ルネサンスや宗教改革、大航海の時代は、「進歩」と「社会」の間には、いわば蜜月の時があったわけです。

近代に入ると、産業革命の時代、技術は進歩しますが、そこに幾ばくかの翳りが、あらわれ始めます。

現代にはいると、進歩の速度は一気にたかまりますが、矛盾もまた増大し、顕在化してきます。

スライド5：

しかし、医学・医療に関しては、その矛盾に気づくのが、むしろ少し遅かったようです。医学の場合は、それが直接生命に貢献するものだというスローガンを常に背にしていたため、「進歩」を肯定する立場から、医学は否定的な評価をうけるはずがないという信念をもっている人が多かったからです。否定的な評価をうけるとすれば、その評価者が誤っているのであり、進歩を妨害することで、彼らは救える生命を救えなくしたという批判すら招いたのです。

スライド6：

しかしここでは、生命を救うといいながら、その「生命」という概念が、救われるべ

き本人にとっての「生命」とは、ずれていることに気づいていません。救っているつもりが救われていないこと、時にはかえって迷惑であったり、主体性を犯されたり、さらには個性を無視されたと患者を感じる場合もあることに医師たちの多くは気づいていなかったのです。

スライド7：

しかし医学がまだ進んでいない時代には、このズレはあまり目立ちませんでした。個々の医師が持つ価値観・倫理観と人間性に依拠することで、その矛盾を覆い隠すことができたからです。

スライド8：

厄介なことに、進歩の最前線に入りこんでしまうと、このズレが真実であり、重大なものだということが、実感としてつかめなくなるのです。実際 専門家と称されるひとほどそのことを理解していません。自分の世界観や価値観を信じ切っていますから、現実が見えないのかもしれない。

もともとはAさん、Bさんといった個々の人に対する医療を提供するための知識であった医学が、ヒトの生物学、さらには、生物一般の科学へと、抽象性を高め普遍性をひろげて行く過程で、医師や医学研究者は、次第に肝心の対象を見失い、仮説や証拠（Evidence）が独り歩きし始めるのです。

スライド9：中川さんは、そのような科学技術の進展を、たとえば古典的なメンデル遺伝学から遺伝子工学が誕生するまでの過程を例に、それによって社会がどのように変わっていったかを示しています。メンデルがエンドウ豆の交配から遺伝の法則を発見した段階では、まだ確率論や蓋然性の話で済んでいたわけですが、1953年にワトソン・クリックが概念上の存在であった遺伝子をDNAを構成する4種の塩基配列によって解き明かし、物質としての手がかりを提示し、やがてそれがコーエンとボイヤーによる遺伝子組み換えという技術にまで発展してくると、状況はかわってきます。

スライド10：

こうした遺伝科学の進歩は、たとえばジャック・モノーの「偶然と必然」という本にみられるように、人々の生命観や世界観までも変えてしまう強い影響を与えました。また、それだけでなく、具体的な介入手段を得たことで、現実社会もまた変化し、あらたな問題がうまれてきます。

スライド11：

遺伝子工学のような徹底した機械論的な生命観が、単なる理論や認識にとどまらず、現実的・具体的な技術として登場してくると、これはもはや医療における擬制（フィクション）としてとどまることはできず、技術自体が独立した実態として独り歩きを始めることになります。

スライド 12：

先端技術を応用したさまざまな介入が試みられ、事業としての成功を夢見る企業家、難治疾患への挑戦を試みる医師や研究者、苦痛からの解放を願う患者あるいはその家族、より効率的な社会福祉政策を立案実施したいと目論む政治家など、それぞれに異なる期待を抱いて、その技術の適用を求めて群がってきます。

さまざまな利害が対立し、競合し、増幅しあう中で、適正な検証のないままに走り出し、医療の本質が置き去りにされるような状態も生じることになります。

スライド 13：

このような事態は、なにも遺伝子工学に限ったことではありません。ここでは、先端的な医療技術の 1 例として遺伝子工学を取り上げたわけですが、人工臓器、臓器移植、医薬品開発、あるいは終末医療など、ごく日常的な医療行為の中にも同様な問題が横たわっています。たとえば、皆様のお手元に配った文藝春秋に発表した抗がん剤イレッサの薬害事件も先端的な医療が生み出した一つの事例です。ここでは詳しく触れる時間がないので、のちほどお読み頂ければと思いますが、科学の進歩が検証も不十分なままに走り出した結果、生み出した事件だったと言えます。

スライド 14：

中川さんは、そのエッセイの中で、このようにも記しています。

医療は、いつの時代も治療の要請によって始まり、それを満たすところで終る。要請するのはまず、病む人間である。病む人間は、苦痛を自らに対する脅威と感じ、専門家としての医療者に頼ろうとする。

医師は、その苦痛の物質化、客体化を図りますが、彼らが機械論的生命観を採用するのは、課題の遂行上、都合がよいからです。客体化することで、操作が可能になるからなのです。

しかし、機械は苦痛を訴えませんが、眼の前に横たわる患者の苦痛は、いかに機械論的に客体化を図っても軽減はしません。

スライド 15：

医師と患者の間に横たわるギャップを埋めるのに、かつてのように、医師の人間性に依拠することはできません。医師自身が、技術支配の世界にどっぷり浸かってしまっているからです。

調和ある医学の進歩をはかるとすれば、これまでの医療の中に不鮮明な形で存在していた“人間性”に立ち戻って、そこに意識的に照明をあてることで、その中味を積極的に明らかにすることが必要になります。

スライド 16：

医療や保健に関連した、医療人類学などの社会科学・人文科学的な研究や教育を取り入れて、これらを医学・医療の中に制度として積極的に位置づける必要があります。

1970 年代の中ごろから、欧米の医学を中心に、とくにその教育機構のなかに、この

ような視点 (*narrative-based medicine*) が急速に育ち、制度化が進められてきたのは、自然科学的な医学を一極とし、社会科学や人文科学を他極として、均衡のとれた進歩が求められたからにほかなりません。

スライド 17:

このような必要性を真っ先に感じ取り、先駆的な役割を果たした何人かの人々がいます。アーサー・クラインマンは、もともとは精神科医ですが、27 才のときに NIH リサーチフェローとして台湾において主として精神疾患に関する比較文化的な調査研究を行い、その後ハーバード大の科学史講座に籍をおいて、「文化・医学・精神医学」という雑誌を創刊し、サバティカル（研究のための長期休暇）の期間を利用して、1986 年から 1987 年の間に、この分野の記念碑的著作と言われる *The Illness Narratives* を書き上げます。（日本では「病いの語り：慢性の病いをめぐる臨床人類学」という題名で江口先生らが翻訳版をだしており、是非読んで頂きたい本ですの一つです）。

スライド 18:

これはその本の序文として書かれた文章の要約ですが、クラインマンは医学部の 2、3 年の頃に、ある強烈な体験をします。

全身に重篤な火傷を受けた 7 才の娘のデブリドマン（壊死に陥った皮膚を剥ぎ取る処置）に毎日立ち会わなければならなくなるのです。浴槽の中で、うめき、泣き叫び、やめて欲しいと懇願する子供の治療の補助を行わなければなりません。泣き叫ぶ患児の前に、なすすべもなく立ち尽くします。子供の気持ちをそらそうと、語りかけますが、何の役にも立ちません。そんな自分に腹をたてながら、浴槽の中の少女の手を握って、思わず尋ねてしまいます。「毎日、こんな激痛に耐えて処置を受ける気持ち話してもらえないか」と問いかけると、その子は驚いた表情を示したけれど、話し始めます。話す間中、うめき声は止まり、率直な言葉で語り続けます。その言葉に耳を傾けることが治療的な意味をもつことを偶然に知るわけです。この体験が、その後のクラインマンの医師としての方向を決定づけました。

とても感動的な文章で、とてもこんな要約ではその深い味わいをお伝えできないのが残念ですが、機会があれば是非、原文を読んでください。

スライド 19:

この物語を読んでいるうちに、私はもう一つのそっくりな体験をしたある人物の話思い出しました。アーチボルド・コクラン、愛称でアーチャー・コクランというイギリスの臨床疫学者です。EBM と関連してコクラン・ライブラリーという名前をお聞きになった方も大勢いらっしゃると思います。カーディフ大学で地域住民の塵肺、呼吸器疾患について一連の疫学的研究を行い、ランダム化比較試験のパイオニア的業績を通じて、今日の EBM の基礎を築いた人です。

スライド 20:

若い頃には、スペイン戦争に義勇兵として参加するなどの熱血漢だったようですが、

第二次世界大戦で従軍中に、コ克蘭自身が捕虜としてとらえられ、キャンプで同じく捕虜になった同僚の兵士たちの健康管理を任せられ、診療にあたっていました。ある日、そのキャンプにソヴィエト兵士が入所してきた。言葉は何一つ通じず、一晩中大きな悲鳴をあげて騒ぎ、皆困惑していました。診察すると右肺に空洞があり、胸膜摩擦音が聴取され、その痛みによる悲鳴と判断しましたが、手元にはモルヒネもなく、あるのはアスピリンだけでした。もちろんそんなものが効くはずもありません。何一つ効果的な治療ができないまま、思わずその兵士を腕の中に抱きかかえました。すると、それまで何をやっても止まらなかった悲鳴が消え、数時間後にはコ克蘭医師の腕の中で、安らかに息をひきとります。

捕虜収容所という場所は、ろくな薬も器具もない環境です。そんな中で医療をおこない、いままで自分が頼りにしていた知識や技術が何一つ使えない中で、本当に効く治療とは何だろうと疑問をもったこと、それがEBMの基本だったのです。

この二つのエピソードの共通性に驚かされます。

スライド 21：

このスライドに示した言葉は、いずれもクラインマンの“病いの語り”の中からの引用です。

- ・ 病いの経験の研究には何か根本的なものがあり、それがわれわれ一人ひとりに、人間のありかたについて、その普遍的な患うことや死をも含めて、何かを教えるのである。
- ・ 経験を凝縮し、生きていることの中核となる状況を際立たせるものとしては、深刻な病いにまさるものはない。
- ・ われわれは、患うことや、能力低下や、つらい喪失や、死の脅威といったものが生み出す差し迫った人生の状況に対処しなければならないが、病いの中に意味が作り出されてゆく過程を研究することによって、各自のこのような日常的現実を目を開くことになる。

スライド 22：

病いの語りに関する著作で、知られてもう一人の人物にアーサー・フランクがいます。クラインマンが医師として働く中から「語り」 narrative の意義に気づいたわけですが、アーサー・フランクの場合は、社会学者としての立場から「病い」の世界に目を向けて、The Wounded Storyteller「傷ついた物語の語り手」という本を書き上げました。

スライド 23：

この文章は、その本の序文からとったものです。

「私は、病いについての支配的な文化的観念が、受動的なもの——病む人を病気の「犠牲者」、ケアの受け手としてとらえる見方——から能動的なものへと移行することを願っている。病む人は、病いを物語へと転じることによって、運命を経験へと変換する。

言葉の合間の沈黙において、身体組織が言葉を発する。本書は病む人の発する言葉の中に身体を聴き取ろうとするものである。」