

て起こってしまったと考えられている。パイロットになった人たちのグループは、今でも正しいと思っているそうである。見える範囲が違う、見ているものが違う、価値観が違う。

この価値観の衝突を起こさないためには何が大事であるか。現在欧米では、イスラム経典とキリスト経典は相容れないことを認識している。そこで、標準化したり、取引をしたり、コミュニケーションをしなければいけない時に、全部を標準化対象にしない。必ず対象外の部分を残すようにしている。したがって、標準化では共通部分だけを議論し、価値観が違う部分は残しておくのである。

一方、我が国で話し合う時は、全て対象にしてしまう。そうすると、ほとんど合意していても、わずかな違いだけで、使い物にならない、という結果になりがちである。

国際標準に関する欧米の人たちの考え方では、わずかな（頻度の低い）違いを無理やり標準化しないことが成功の秘訣であると考えられている。欧米では、共通点を見つけた時に賞賛される。日本では、違うことを見つけた時に賞賛される傾向にある。違いの発見が研究対象である。近年の言葉で言う、恐竜のロングテールが医学における研究対象である。頻度の高いボディとヘッドは研究対象ではなく、頻度が高くても風邪を研究している人はいない。珍しい難病を研究することに価値がある、ロングテールが医学であると教わった。しかし、現実の医療は難病よりも、むしろ頻度の高い疾患が重要である。その医師の興味の対象で価値観も衝突する。当然、かかりつけ医と大学病院の医師では価値観が違ってくる。したがって、大学病院で作ったシステムは開業医が使えないのは当たり前である。

（2）意識改革

もう1点、日米欧違いを感じるのは印鑑についてである。宅配便が荷物を届けてくれると息子が私の印鑑を押すが誰も文句は言わない。恐らく企業においても、我が国で代表印を代表取締役が押している企業はほとんどないであろう。しかしアメリカでは、署名する人が自分の署名をするだけで、社長の署名を代わりにする人はいない。代理で署名したと書くだけで必ず誰が署名したか残る。これに対し日本では誰が印鑑を押したかわからない。誰が押したかわからなくても信じることになっている。ひとつ屋根の下の同じ釜の飯の人は疑わないというルールである。日本では子供部屋に鍵を付けないことが多いが、アメリカでは鍵を付けるのが当たり前である。個人主義で自己責任の国である。自己責任の国がアメリカやヨーロッパである。我が国は、Public Key Infrastructure (PKI) 導入が遅いが、名字認証でないと抵抗を感じる人も多いのではないかと、名前認証では日本の文化と衝突するように感じる。実際、夫婦のどちらかに管理を任せ、他方は実印がどこにあるかわからない場合も多いと思う。アメリカでは当然そのようなことはあり得ない。そのあり得ないアメリカの価値観をそのまま持ち込んでも不便と感じるだろう。おそらく、名字認証の方が生産効率は高い。日本では質の高い、教育のある従業員がいるので、日本でIT化する場合は、名字認証、組織認証をベースにしたユビキタスシステムを作った方が良いかもしれない。ITを使う条件について、タフツ大学附属病院の最高執行責任者(Chief Operating Officer)であるクルツ先生による

と、最初はなかなか成果のでない時期があるが、幹部が方針を曲げず我慢強く改革を進めることが重要である。その際、徹底した意識改革が必要であるということである。意識改革なので幹部がグラつくと全て失敗するということであった。アメリカでも相当大きな意識改革が必要であるということである。

10. 患者中心の医療を行うためのIT化

(1) 失敗を前提としたシステム化

最後に、医療崩壊で述べられている「立ち去り型サボタージュ」がなぜ起こるかについてひとつ紹介する。2003年度の国際医療センターの損益計算によって8つの群別化を行った。一番損益の高い群は、89%程度が救急患者であった。それを除いた2番目に収益の悪い第7群と、最も収益性の高い第1群間で、赤字の第7群と黒字の第1群を分ける最も大きな因子は何であったか。それは医師の給料である。医師の給料が高い1群ほど収益率が高い(図4)。今、世間で言われていることと全く逆である。研修医を多く雇った方が病院は儲かると思われているが、実は逆であった。その理由として、市販されている電子カルテでは失敗したデータは記録されない。医事会計に繋げており、失敗したものは医事請求できないからである。失敗したデータを全て管理するためには、1本単位にシリアル符号で管理しなければならないがそれはできない。私が国際医療センターのシステムは1本単位で全てシリアル番号を付けているので管理でき、誰が失敗したか紐付けできるようになっている。それによると研修医が一番無駄遣いしていることがわかる。教育曲線を見ると、6月から3月まではほぼ右肩上がり生産性があがっていくことがわかる。3年目以上の医師は季節変動だけで、生産性はあまり変わらない結果であった(図5)。

医療事故は必ず起こるもので、事故を起こしながらうまくっていく。事故というかどうかはあるが、例えば点滴がうまく入らないのも患者にとってみれば事故である。必ず失敗している。そこで失敗したりキャンセルしたりすることを前提としたシステムとしてマネジメントしていかなければ、医療のITとしては役に立たないのではないか。それが昔の技術ではできなかったのであるが、今のユビキタス技術を使えばできる。

(2) コミュニケーションツールとしてのIT

患者中心の医療を行う上で大事なことは、やはりアカウントビリティ (Accountability) である。単なる説明責任ではなく、納得させる説明ができるかどうかである。アカウントビリティはアカウントィング (Accounting: 会計、価格) とレスポンスビリティ (Responsibility: 自己責任) の合成語で、日本では責任ばかりが問われている。しかし、価格をもう少し考えて話をしないとイケないだろう。それには事実がどうか、医事会計としてどういうものを請求したかではなく、本当は何回注射したのか、3回針を入れて1回成功したのか1回で成功したのが重要になる。そうしたことに基づいて評価、判断しないと現場の感覚とマネジメントの感覚がずれてしまう。今は不正が起き易い状態で、管理者と管理される側に相互不信

感がある。これを縮めるのがコミュニケーションツールとしてのITの役目である。チーム医療をやるためには医師、看護師、薬剤師の3者がバラバラではだめで、不信感を払拭するような仕組みが必要である。しかしながら先、完全に一致する一つの輪にしてみてもいけない。同じにならないところを残してこそ、信頼感が得られるのではないかと考えている。医師は時間軸でモノを考える。看護師はエリアでモノを考える。ある時間帯に医師が指示を出して実行するのは看護師である。医師はその時間帯に他の医師がどんな指示を出したか興味はない。それで皆10時に指示を出し、ここで事故が起こりやすい。今の看護支援システムはエリアのことしか考えず、医師のシステムは時間軸のことしか考えない。それ故、テーブルとして統合するのが難しく、それぞれが別のシステムになっている。解決策として、1個1個の医療行為をデータとして捉えれば、価値観が違っても理解しあえるのではないかと、それはWeb2.0のユビキタス技術を使えば可能ではないか。

(3) 患者本位の医療とは

医療従事者と患者や家族達が一体となり病気と戦うような姿勢が、本当の患者本位の医療である。世間では、医師、看護師、薬剤師だけでなく、患者市民、第三者評価が必要であると言われている。これからの医療ITに必要なのは、正確な記録であろう。それこそが、相互の不信感を払拭するツールではないかと考えている。当然、そこで必要なのは相互の信頼関係である。患者から信頼を得るために、診療記録は、再評価（自己評価、客観評価）が可能でなければならない。医師が行った診療行為に関わる記録を、自己および第三者が追跡、検証が可能なようにするため、診療に関わる行為を発生順に参照、出力できる手段を有すること、すなわち医療のプロセスが分かるように時系列表示機能が必須である。医師による指示の記録だけではなく、他の医療従事者が作成した記録、それらの記録の参照履歴(Audit trail)についても蓄積できるシステムであることが望ましい。さらに、蓄積された診療に関わる実績情報を患者、疾病、医療従事者、診療行為単位に抽出し、各々のグループの中で比較、分析を行うことにより、医療のパフォーマンスの数値化や治療結果の評価が可能なシステムであることも求められる。

病院から見ると、経営に資する情報を含んだ記録も作成され、十分な経営管理を可能にする。その要件として、病院情報システムの記録は正確な実施記録に基づき、医療実施記録、医事会計、物流等から得られる情報と関連づけを可能として、病院の経営状況を把握し、改善のための情報を提供可能なシステムであることが必要である。

最後に、国際医療センターのシステムは、多くの医師や看護師、スタッフの助言により完成した。実現するまでは、エンジニアも含め皆意見が違っていた。その過程で、合意を得るために、誰もが納得できる魔法の言葉が存在した。それは、「もし、あなたの子供（最も大切な人）が患者であったら、どちらが良いと思うか」であった。

参考文献

- 1) 小松秀樹. 医療崩壊―「立ち去り型サボタージュ」とは何か, 朝日新聞社, 東京, 2006.
- 2) Akiyama M. Risk Management and Measuring Productivity with POAS - Point of Act System -, 14: pp321-324, International Federation for Medical and Biological Engineering (IFMBE) Proceedings ISSN: 1727-1983, ISBN:3-540-36839-6 Springer, Berlin Heidelberg New York. 2006.
- 3) Akiyama M., Migration of the Japanese healthcare enterprise from a financial to integrated management: strategy and architecture. J Am Med Inform Assoc suppl. : 949, 2000.
- 4) Akiyama M., Izumo K., Kashida M., Furuta S. and Wakamura T., Waveform Interchange Study for Medical Image Database, J Am Med Inform Assoc suppl. : 787, 2001.
- 5) Akiyama M, Migration of the Japanese healthcare enterprise from a financial to integrated management: strategy and architecture. Medinfo. 2001;10(Pt 1):715-718, 2001.
- 6) 秋山昌範. IT で可能になる患者中心の医療, 秋山昌範編, 日本医事新報社, 東京, 2003.
- 7) 秋山昌範. リスクマネジメントのための情報技術. 医療情報管理者講座テキスト【第1版】136-146, 2005
- 8) 秋山昌範. 医療行為発生時点管理システム (POAS:Point of Act System) を用いた医療機能評価―正確な原価計算に基づく費用算定―. 日本皮膚科白書第 103 回日本皮膚科学会総会記念改訂版、日本皮膚科学会、東京 1-14, 2005.
- 9) 秋山昌範: 医療情報(第2版)-医療情報システム編-, 電子カルテと地域医療ネットワーク、日本医療情報学会、篠原出版新社、東京、p138-142、2005.
- 10) 秋山昌範. 医療機能評価と IT (Information Technology : 情報技術) ~医療の質と費用の測定~. 月刊基金 46(1), : 5-7, 2005.
- 11) 秋山昌範. BRP の必要性和 ERP への展開~少子化・高齢化社会へのアプローチ~. 病院設備 47(1), : 19-25, : 2005.
- 12) 秋山昌範. 医療におけるトレーサビリティについて―バーコード・電子タグ・リアルタイム (前). クリニカルプラクティス 24(5)、587-590、2005.
- 13) 秋山昌範. 医療におけるトレーサビリティについて―バーコード・電子タグ・リアルタイム (後). クリニカルプラクティス 24(6)、692-695、2005.
- 14) 秋山昌範. 不正行為を調査するデジタル・フォレンジック 医療分野における重要性. COMPUTER&NETWORK LAN23(3), : 27-32、2005.
- 15) 秋山昌範. 総特集 物品・物流管理システムの最新動向 トレーサビリティと物品・物流管理システム. 新医療 32(7), : 120-124、2005.
- 16) 秋山昌範: クリニカルリスクマネジメント ナーシングプラクティス、IT を駆使した事故防止策、東京

文光堂本郷、東京、p106-111、2004.

- 17) 秋山昌範：医療安全用語事典、POAS(医療行為の発生時点管理システム)、ライン管理、エルゼビア・ジャパン、東京、p85、104、2004.
- 18) 秋山昌範：看護情報管理論、医療事故を防ぐための情報技術、日本看護協会出版会、東京、p110-121、2004.
- 19) 秋山昌範：医薬品・医療材料情報識別ガイド、医療分野における情報識別の必要性ートレーザビリティと事故防止ー、(財)流通システム開発センター、流通コードセンター、東京、p13-28、2004.
- 20) 秋山昌範：医療と経営の質を上げるための物品・物流管理. IT Vision No.5 : 24-27、2004.
- 21) 秋山昌範. 電子化時代の診療記録ーPOS と電子カルテ、高久史麿、尾形悦郎、黒川清、矢崎義雄監修、新臨床内科学第8版、医学書院、東京、p16-20、2002
- 22) 秋山昌範. リスクマネジメントと情報システム、医療安全管理の進め方、医療安全ハンドブック編集委員会、メヂカルフレンド社、東京、p148-154、2002.
- 23) 秋山昌範. 地域医療連携システム～1地域・1患者・1カルテの実現～、医療マネジメント学会監修、新たな医療連携の実践～その現状と方策、じほう、東京、p147-153、2001.
- 24) 秋山昌範. 国立国際医療センターにおける医療情報システム. 医療資材商品コード・UCC/EAN-128バーコード標準化運用基準マニュアル改訂版、日本医療機器関係団体協議会、(財)流通システム開発センター、東京、p111-120、2002.

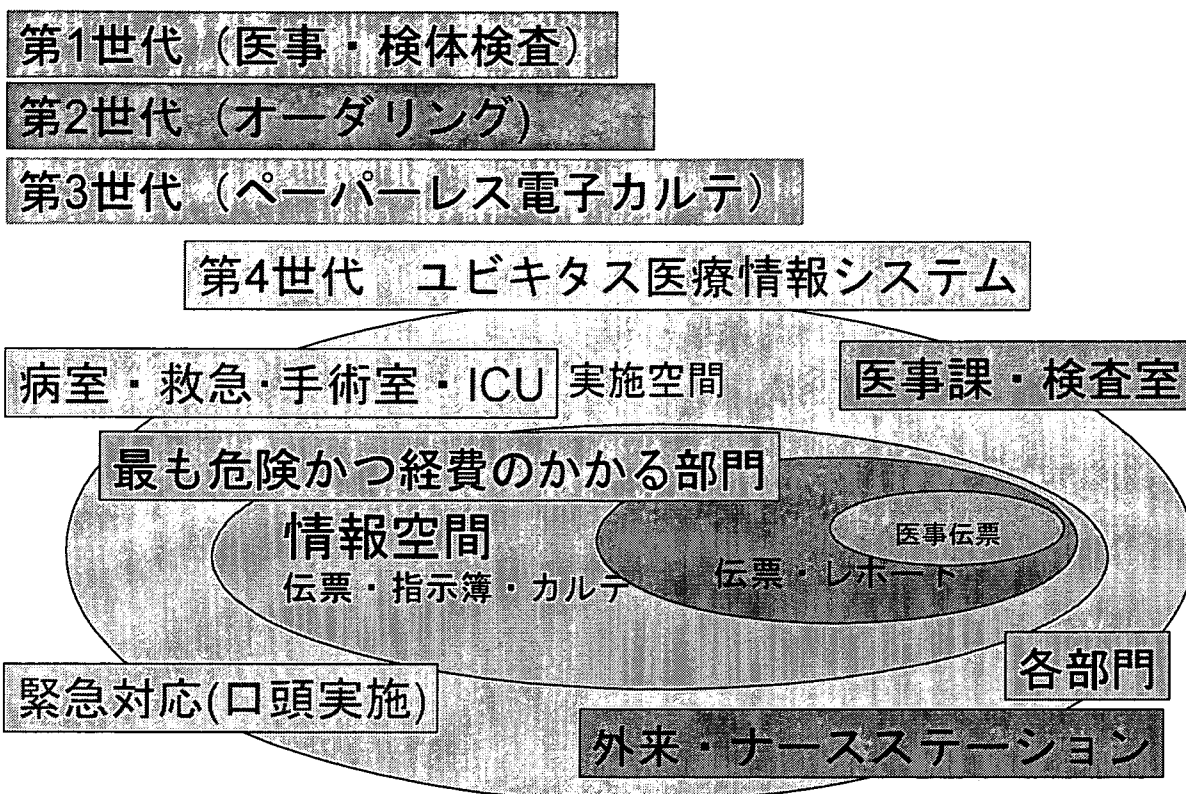


図1 病院情報システムの発展

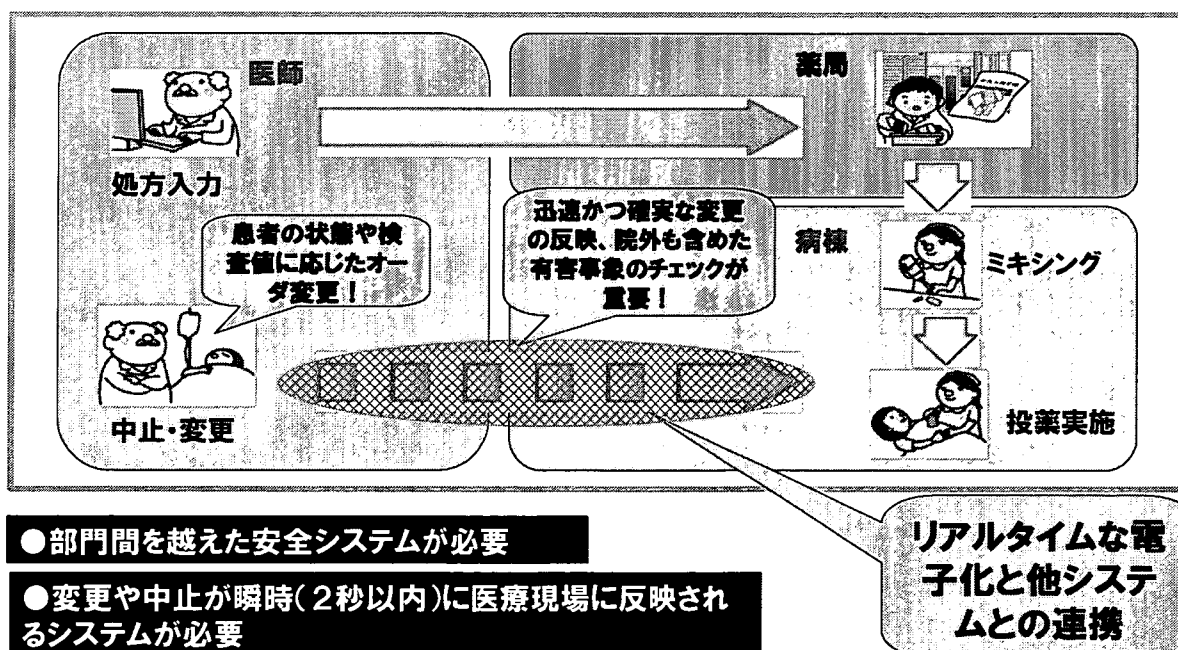


図2 医療安全から見たオーダエントリ・薬剤・看護システム連携

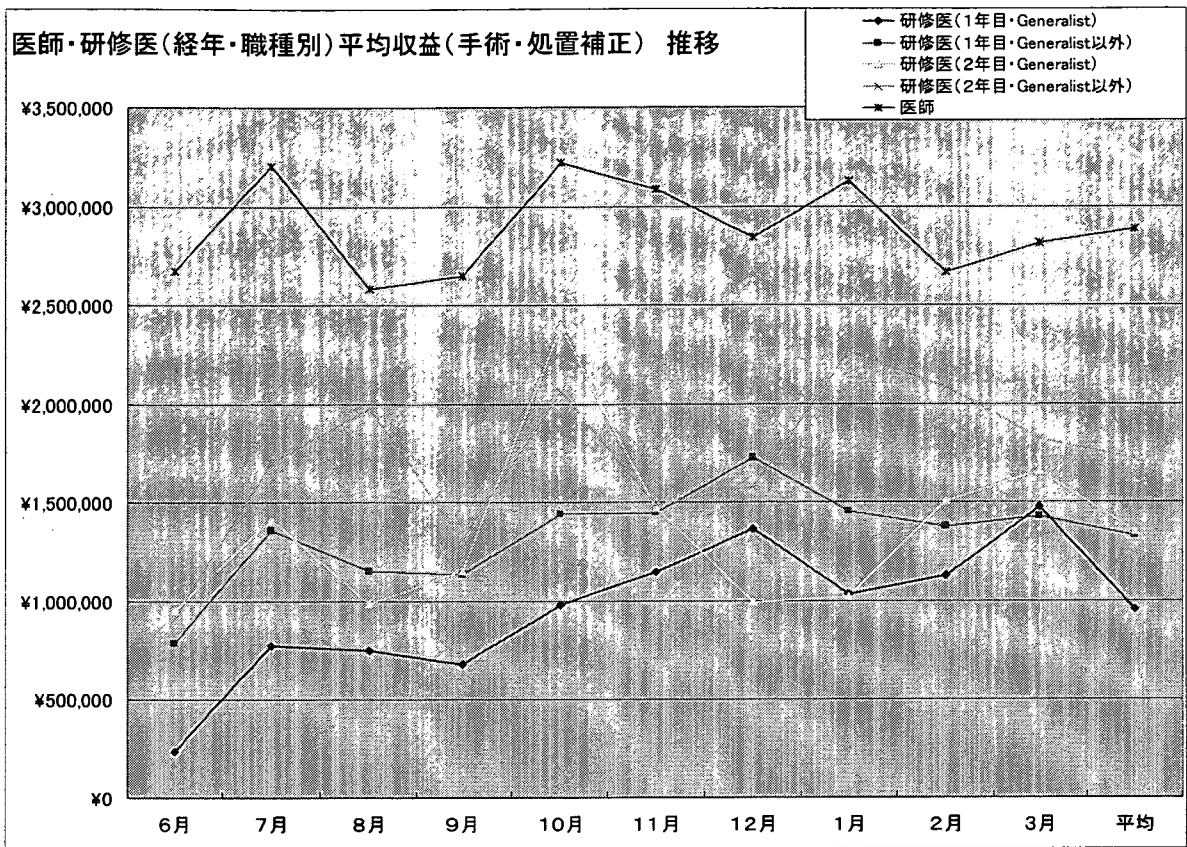


図5 教育研修グラフ：医師・研修医（経年・職種別）生産性の上昇（金額）

高齢者医療の現場から見た倫理問題

佐藤伸彦

1. はじめに

2006年3月に射水市民病院での人工呼吸器の取りはずしが社会問題になった。これを契機に厚生労働省は、がんなどで回復の見込みがない終末期の患者に対する治療を中止する際のガイドライン（指針）原案を2006年9月に発表した。終末期医療を考える上で大きな役割を果たしたことは間違いない。しかし、これですべての臨床上的問題が解決されたわけではない。かえって「人工呼吸器」という一つの象徴的な言葉・出来事に焦点があたりその他の問題が隠遁された可能性は否定できない。

血圧を上げる昇圧剤、貧血を改善する輸血、腎臓の機能が低下した時の血液透析など人工呼吸器以外にもその選択に迷うものはいくつもある。人工呼吸器をつけたままでも、状態に対して最適になるように呼吸器の設定を変えないという選択も理論上は問題となりうるのである。例えば、いよいよ呼吸機能が落ちてきた時に、一回に呼吸する量（一回換気量）と回数の設定や、流れる酸素の量や濃度の設定をあえて変えないということも行われていないとは断言できない。

一方、老人福祉施設（以下特別養護老人ホーム、特養）や老人保健施設（以下老健）、グループホーム（以下GH）などの施設や療養型病院等で何らかの疾病や後遺症にて長期にわたって療養中の方には、人工呼吸器をつけるか差し控えるかというようないわゆる「尊厳死」実際にはほとんど問題にならない。施設で脳死判定が行われたという話も知る限りではない。こうした現場では呼吸器問題は実は大きな倫理的な問題としては表面化してこない。

では、倫理的な問題が何もおきていないか、というとそうではない。「呼吸器」以上（以前？）の多くの問題が山積している。それが倫理的な問題となるのかどうかという議論もまだきちんと行われていないのが現状ではないだろうか。しかし、少なくとも臨床の現場では気づく気づかないに関わらず、コンフリクトが起きているのは間違いない。

ここでは、その点について問題点を抽出することを目的とする。その内容の更なる吟味は今後の検討課題としたい。

まずは箇条書きで問題点を挙げる。

(1) 人工栄養の問題

(ア) 胃瘻をはじめとする経腸栄養を全員にするのが適応なのか

- (イ) 中心静脈栄養 (TPN) の適応は
- (ウ) 末梢静脈栄養 (PPN) のみで看取することに問題はないのか
- (2) 治療の問題
 - (エ) 血圧低下時の昇圧剤や強心剤、心不全治療薬等の使用
 - (オ) 肺炎に対する高価な抗生剤使用
 - (カ) 貧血にたいする輸血
 - (キ) 腎機能低下時の透析の導入
 - (ク) 寝たきりの患者のペースメーカー
 - (ケ) 寝たきりの患者の手術
- (3) 検査の問題
 - (コ) どこまでの検査を行うか (特に療養型病院、施設など検査設備のない場合)
- (4) 治療方針決定などの問題
 - (サ) 自己判断できない人の決定は、家族なのか。
 - (シ) 「歳だから」「高齢だから」という言い方に根拠はあるのか

など多彩である。これらの問題は個々で、その医療行為そのものの医学的な適応の是非を当然のことながら押さえておかねばならない。しかし、今回はもう少し大きな視点からこれらの問題が発生しているその背景を考えてみたい。

2. 今何処にいるのか

その人がどのような療養環境におかれているのか、ということが実は大きく影響していることはあまり指摘されていない。しかしその問題が、で発生しているのかは大きな要因となっていることは大変重要である。

在宅なのか、特別養護老人ホームなのか、総合病院の救急室なのか、その人が置かれている環境がいろいろな医療行為を制限している。

在宅や施設では当然のことであるが、「病院」と名のつく療養型病院でも、その多くは人工呼吸器を装備していない。一般病院では「通常の」治療と考えられていることがそこでは、「通常以上」の医療行為となっている。「当院で出来るだけのことを行います」といった際の「出来るだけ」という中に治療や診断の差し控えが多く含まれている可能性がある。

肺炎などの感染症の場合、基本的には原因菌の確定のための細菌検査が行われ抗生剤が投与されることが教科書的である。細菌検査も痰培養から血液培養まで適宜おきなうべきであるが、どこまで行うかはその病院・施設で異なる。抗生剤の種類も多彩であり、安価なものから高価なものまでである。何を使用するのかは医師の裁量権に任されており、家族がその内容まで立ち入って説明を受け決定することはない。

一つ例を挙げよう。95歳の誤嚥性肺炎の患者さんが抗生剤に対する反応も芳しくなく、呼吸状態も悪く、意識もない患者さんの血圧が徐々に低下してきたときのことを考えた時、

このような患者さんに昇圧剤まで使用することは必要な「通常の」医療なのだろうか。昇圧剤を使用したとしても、ほとんど一時しのぎにしかならないと多くの医師は考えるだろうが絶対に助からないと断言は出来ない。また施設ではその昇圧剤が用意されていない。そういう状況で、昇圧剤の使用を差し控えること、使用する物自体がないことなどは多くの場合、患者さんや家族には説明されていない。

「当院で」という、その置かれた環境で医療が制限されてしまうことは倫理的に問題とならないのだろうか。当然すべての場所において最先端の医療が行われることはありえない。しかし、そこに問題がないとは一概にいえず、考えておく必要がある。

在宅療養支援は国の政策の後押しもあって最近では少しずつ整備されつつあるが、やはり在宅での医療行為には限界がある。持続点滴をしながらモニターを装着し24時間の生体反応を監視するというようなことは当然ながらできない。在宅医療は言い方を変えれば密室でも医療行為に近いところもある。多くの医師が関与していることは少ない。一人の在宅支援診療所の医師のみが決定するという危険際は孕んでいる。訪問看護ステーションとの協力関係がそれを補完するものであると考えるが、今後は在宅医療の倫理的な側面も在宅医療の推進と平行して検討していかなければならない。

さらに、「環境」をもうすこし大きくとらえれば、その国の文化を反映しているものでもある。日本では問題にならないことが、別の国で大きな倫理的な問題となることもある。明治七年に「医制」が制定されるまで、人の死を確認することは医師の仕事ではなかった。そういう日本の文化という視点から、再度医療を考えてみる必要性もあるのではないだろうか。

3. 「いつ死なせるか -ハーマン病院倫理委員会の六ヶ月」

リサ・ベルギンの書いたこの本の訳本が出たのが1994年である。これはテキサス州ヒューストンの全米最大のメディカルセンターで現実に繰り広げられたノンフィクションである。

「いつ死なせるか」

そう言ってしまうと実も蓋もないのだが、まさにそういう場面が臨床にはあることは否定できない。今すぐに亡くなるのではないが、そう長くは生きられないだろうという状態がある。死期を早めることはないにしても、むやみに死期を延ばすこともしたくない。

渡辺淳一の小説の中で、一度始めた心臓マッサージをいつやめるのか、悩んだ医者が、救急室にたまたまいた虫の鳴き声を聞き、次に泣いたら心臓マッサージをやめようとする場面がある。いつ死なせるか、虫の鳴き声が次ぎ聞こえたら、そんな答えでいいのかと思う反面、納得できてしまう所もあるのが現実である。

現場で医師はこうした問題に直面し、決断を早急に求められるという状況に置かれる。そのときの思考過程はまさしく倫理的な問題を含んでいる。こうした内面の問題も掘り下げて吟味する必要がある。

4. 出来高制と包括制

どのような環境に置かれているのか、という問いは、実ほどのような経済的・制度的な範疇にいるのかという問いでもある。

アメリカの保険制度では、保険者が大きな権限を持ち、制度が治療に対して影響力をもつというところまで制度が力を持ってきている。

日本ではどうか。1970年代は、どこの病院でも出来高制という保険制度であり、使用した薬剤、行った検査すべてが病院の収入になっていた。しかし、これは次第に「検査漬け」「薬漬け」という社会問題になった。このため、1983年、一部の老人病院を対象に、入院時の注射や検査をひとくくりにして報酬を決めた。これが、定額払い通称包括制、マルメといわれるものの原点となった。入院に関しては、高齢者の慢性期医療で包括化の範囲を拡大し、看護料、投薬を含めた診療報酬が1990年に作られ、包括制の流れが定着した経過がある。

1980年の老人病院では毎週の血液検査、レントゲン検査は当たり前であった。定期検査といって、特に医師が指示しなくても、指示したかのような依頼書のもと自動的に行われていた。慢性期の患者さんに定期検査は意味がない。当時は医療費が無料であったために現在の医療費負担感はなかった。それをいいことに、心無い医療関係者は、やればやるだけ金がもらえるのであるから、その方向に走る人も少なからずいた。

倫理学以前の問題かもしれないが、制度が、経済的な動機が医師を別の方向に向かわせてしまった事もまた事実である。

その反省から、現在では慢性期医療の世界では、さらには急性期医療でも包括制度が導入されつつある。小遣い制度が変わったようなものである。今までは使えば使っただけお金がもらえたものが、ある日を境に定額の小遣い制度になった。子供でも小遣いの月額が定額制になれば、お金をためるには、出来るだけ使わないように努力する。そうすると今度は必要なものまで買わずに済ませてしまうということがおきてくる。現在の医療、特に療養型病院ではそういうことが起きている。

経管栄養は食事に分類されている。食費としてきちんと請求できる。しかし、中心静脈栄養などの点滴はもちろん医療行為であるために入院費に包括されている。点滴は医療に入るからお小遣いの中で、経管栄養は食事だから別に出しましょうということになれば、どちらをとるのか。経営ということだけを考えるのなら経管栄養の食事を取るの間違いはない。これが1990年から急激に日本で経管栄養が増加した一つの背景である。

これは倫理的な問題に入るのか否かは別にして、明らかに医療行為を根底から誘導している。その誘惑に負けず、バランスの取れた医療を行っている医師は多い。しかし、悩んでいる。

尊厳死という問題等を、形而上的に議論することも必要であるが、現場のこうした、毎日

の業務の中で起きている葛藤、コンフリクトをきちんと問題点として取り上げていくことが今後の高齢者医療を考える上で重要なことであると感じている。今回は敢えて問題提起という形でとりあげた。今後具体的に掘り下げた議論をしていく必要性をここでは強調しておきたい。

〈異なりの身体¹⁾〉に関する哲学的考察のために

—障害／老い／病いを中心にして

野崎 泰伸

はじめに

障害／老い／病いの身体を生きるとは、どのようなことであろうか。従来、こうした身体や精神を有する者たちは、医療や福祉の対象としてのみ扱われてきた。しかしこのような理解は、実際に当事者たちの生をないがしろにするものでもあった。これは、こうした身体や精神をもつ当事者たちによって告発されてきたからであり、また近年ようやく学問においても研究が端緒につきつつあるところである。支援が必要であるとしても、彼らの生は——それ以上でもそれ以下でもなく——肯定されてよいはずである。支援にかかるコストの問題と、コストのかかる生は価値があるかないかという問題とは、ひとまずは切り離して考えられるべきである。

文化人類学や社会学は、実証的なフィールドワークを行いながら、彼らの生に寄り添い、記述してきた。そこにはもちろん「当事者性」や権力関係をめぐりきびしい批判もあるが、それらの批判を概ね受け入れつつも、記述すること、描いていくことの重要さは肯定できよう。しかしながら、これらの研究において不十分だと思えることは、そこから「相対化」という道をたどってしまうことにあると私は考える。すなわち、障害／老い／病いという〈異なりの身体〉の〈異なり〉を／から照射する／照射されるものは、必然的にこの社会の「価値」を問うことになるかと私は考えるのである。そして、それは〈倫理〉なるものを問うということでもある。

本稿は、〈異なりの身体〉を、主に障害／老いに照準しながら²⁾、そこから立ち現われる、あるいは立ち現われるべき〈倫理〉の姿を描き出すことになるだろう。本稿では、障害と老いとは同様に扱うことができると考える。なぜなら、彼らにおける変化した／変化しつつある身体というものに、共通性があるからだ。それは端的に言って、二つの位相からなる。そのうち一方は、身体の機能の低下であり、能力の低下に伴う「独力でできること」の減少である。もう一方は、身体的美醜に関わる問題である。すなわち、機能低下とは直接には関係がないが、骨の変形、眼球の突出あるいは窪み、抜毛・白髪化、肌に皺が増える、加齢臭などの現象である。これらの現象が起こっても、直接に機能にはさしあたりは異変はない。だが、これらの身体の変化も、障害／老いをめぐって特徴的な現象である。それらには、一般的な美醜感覚からは忌避すべきものであるという共通性がある。

本稿の内容構成のアウトラインを示しておこう。まず第一章では、〈異なりの身体〉と能力との関係を扱う。私たちは、〈異なりの身体〉を生きる者が、「能力が低いから」排除されがちであると考え。しかし、これは事態の面的な理解であるようにも思える。私たちが「価値があると考え」能力に欠如があったり、また衰えてきたりするからこそ、「価値なき生命」と言われたりするのではなからうか。だとすれば、「能力とは何か」ではなく、「何の能力か」が問われるべき主題となるのではないか。

私たちが「価値があると考え」能力を独力では持ちにくい〈異なりの身体〉を生きる者への支援に関して考える。生きることが肯定されるならば、その上では「価値があると考えられる」能力を持つのが持つまいが、その生自体は肯定されるはずだ。このことは同語反復であり、当たり前である。しかしながら、それには「価値があると考えられる」能力を持つ者よりも多大なコストがかかる。このときに生起する課題をまず整理する。そして、あるべき支援の倫理を模索する。だが、いくら倫理を説こうが、現場の人材不足・経済的困窮はなくなるわけではない。その中でとらざるをえない決定——妥協や調停の産物——にたいして、私たちはどのような態度を取るべきなのか、いわば「現場の調停主義」という政治経済に対して何が言えるのか、についての考察がなされる。これが第二章である。

第三章では、いったん趣を変えて、〈異なりの身体〉をめぐって分配や権利では語れないもの、語れないことにこそ意味があるようなものたちの存在について考察する。それらをひとことと言えば、〈異なりの身体〉の異形性であり、「能力」とは論理的には別の位相である生存の「様式」であろう。それが異なっていたとしても、ひとまずは生きて暮らすことはできる。しかしながら、現実の社会においては忌み嫌われる対象が立ち現われ、それによって生きる気力を失ってしまうかもしれない。この問題をどう考えるか。

最後の第四章において、〈異なりの身体〉の「当事者性」が議論される。これまでも私自身は「当事者性」について考察を行ってきたが³⁾、本稿の以上の記述を踏まえつつ、さらなる思考が展開されるだろう。

障害／古い／病いの身体は、程度の差はあれ誰でも経験するものであるという「普遍性」と、だが、その「程度の差」こそが重要であるという「政治性／権力性」とが表裏一体のものである。どちらも見逃すわけにはいかない。その二面性をしっかりと踏まえつつ、さっそく議論に入っていこう。

1. 〈障害／古いの身体〉と能力

〈障害／古いの身体〉がなぜ議論されなければならないのか、あるいは、なぜ議論にならざるを得ないのか。それはひとつに、端的に〈身体〉の独力での動作の制約があるからである。歩けない、着替えられない、料理が作れない／食べられない、(所定の場所で) 排便ができない、うまく記憶できない、うまく気持ちがコントロールできない、などである。

まさに彼らは、このような「能力の劣った」〈ままならぬ身体〉を生きざるを得ないところに問題の端を発するのだ。

急いでつけくわえる。上記の私の叙述は明らかに恣意的である。動作の制約において、どうして100メートルを9秒台で走れないことが問題にならないのか。あるいは、どうして最先端の量子力学が理解できないことが問題にならないのか。つまりは、私が挙げた恣意的な「できなさ」は、〈障害／老いの身体〉を論じるうえで、あたかもそうした恣意性を抹消させようとする力が働いていて、そのうえにあるのだ。その証拠に、私が「問題が発するのだ」とやや断定的に論じたところで、納得しかけてしまったあなたがいるのではなからうか。言い換えれば、「できなさ」を焦点化しようとするときに、すでに「何のできなさか」ということも込みで問うてしまっている、すなわち、「何の」という部分に関しては、社会構築的な要素があらかじめ前提されてしまっていることをまずは確認したいのである。

そうしたつけくわえを確認したうえで、〈障害／老いの身体〉と能力の問題を考えるということは、次のような三点に細分されるであろう。まず一点目は、「何の能力か」になぜ私たちがすでに答えてしまっているのか、すなわち、「何の」の部分がいかなる社会構築性を帯びているのかを明らかにすることである。そのうえで二点目として、それが〈障害／老いの身体〉の生活／生存とどのようにかかわってくるのかについての説明を行なう。これは、第二章で考察される〈障害／老いの身体〉からはじまる倫理／政治経済の問題への橋渡しの考察になる。最後に三点目として、「独力では生活／生存が困難である」という能力（の低さ）のただなかを生きざるを得ない〈障害／老いの身体〉からすれば、それがいくら社会構築的であろうとも、そうした身体で生きるよりほかないわけである。誰も代わりの身体を生きられるわけではない。だとすれば、社会構築を言うだけでも限界があるはずで、あえてナイーブさを承知の上で言えば誰もが「生身の身体」を生きざるを得ないわけである。そこにふりかかる現実的な葛藤・逡巡などをめぐりさまざまな困難がある。それらは社会構築を指摘するだけでは解決しない。ではどうすればよいか。それらの問いの検討は第三章以下で展開される。

(1) 「何の能力」が劣っているのか、という主題

「〈障害／老いの身体〉は能力が劣っている」とよく言われる。ある面においてはそれは正しい。だが、これは事態を半分しかとらえきれていない。なぜなら、たとえば老化ゆえに、あるいは障害を得て、手が動かなくなったとき、往々にして問題にされることとは、けん玉ができるかどうかではなく、食事が一人でできるかであるからである。このように、「能力が劣っている」と言うとき、「能力とは何か」を問う前に、私たちは「何の能力か」ということを暗黙裡に前提してしまっていることに注意したい。それは多分に社会構築的な所産である。

端的に言ってしまえば、私たちは「独力で生活／生存できる」ための能力をこそ「もつべき能力」とし、それを身につけることこそ正しいという価値観のもとに置かれている。

〈ままならぬ身体〉の〈ままならなさ〉とは、それがその人の生活／生存と切り離すことができないものことなのである⁴⁾。

(2) 「能力の衰え」を誰かが補って生きるという技法

そうであるとするならば、その人の生活／生存に支障をきたす〈ままならぬ身体〉の〈ままならなさ〉をどのようにかする手立てを講じることが考えられる。「ともに生きる」という価値観の上に立つならば、そのような〈ままならなさ〉を個人の努力で減じるべきだということにはならない。障害学が提起してきた「医療モデルと社会モデルの有意な違い」は、〈ままならなさ〉への手立てのための負担を、個人が背負うか社会が背負うかにある⁵⁾。確かに、〈ままならなさ〉は個人の経験へと回収されるし、〈ままならなさ〉があって見えてくるものも経験的にはあるし、逆に社会が背負うことのできない、だからこそその〈ままならなさ〉もあるだろう。しかしそれらのことと、〈ままならなさ〉があって生活／生存が困難になるとき、そのことに対して社会的な支援がなされるべきだということは、また別のことであるし、かつ論理的にも矛盾しない。

「能力の衰え」とは、ひとことで言えば〈ままならぬ身体〉への移行であり、〈ままならぬ身体〉であるからこそ困難にさらされる生活／生存のただなかを生きるということである。だとすれば、本人の能力の衰えを本人以外が肩代わりすることによって、本人が〈ままならぬ身体〉とつつがなくやっけていく、という方向が目指すべき解になるだろう。もちろん、そこには「治療・克服」といった手段も用意されてもよいが、それが一意に正しい手段といったことにはならない。社会的な支援は、医療的なケアのみに限定されるべきでもない。必要な手段は、医療と医療以外のものとの合わせ技で模索されていくことになる。

(3) 「能力のなさ」を称揚すべきでもない

しかしながらそのことは、「能力のなさ」、あるいは「無能力」を称揚することとも違う。正確に言えば、〈ままならぬ身体〉が経験せざるを得ない「能力のなさ」による生活／生存の困難さが、「本人の能力」によって解消される必要は全くない、ということである。これは「能力のなさ」を称揚しているのではない。ただ、そのことによる不利益や生存への脅威が、個人的な問題とされるべきではない、ということである。

独力で何もできないことが、現状の社会においてつらいことはあるだろうし、いくら社会のほうを改善しても、そのような思いに苛まれるかもしれない。「そう思う必要がない」とまでは言えても、あるいは、「そう思わないように社会を変えるべきだ」とは言えても、「そう思わないのが正しい」とは言えない。事実、そんなふうになってしまうことがあるなら、それは当人にとっては残念なことではあるし、そう思う必要がないように社会は変えられるべきであろう。ただ、そんな思いを持ってしまうのが当人である以上、周りは「もうそんな思いで苦しまないようにするための手立て」を講じるよりない。残念ながら、「思うな」と言っても、「思う必要はない」と言っても、それを言い続けることは必要ではある

うが、「思ってしまう当人」を周りが突然変えることはできない。周りは、「思う必要がない」というメッセージを発し続け、そのためにやるべきことをやって、当人に心から「そう思わなくてよい」と思ってもらうよりほかない。にしても、周りが責任を果たしていくことが重要なことであるの言うまでもない。

だがそのときに、「能力がなくてもよい」という言い方では、少なくとも当人は救いを得られないのではないか。能力のなさが、当人がうまく暮らしていけない状況を作り出しているのなら、そこに適切な補いを付与することにより、うまく暮らしていけるようになればよい。能力の有無よりも、うまく暮らしていけるような能力の使い方の分配こそが重要なのだ。能力のある人を妬む必要もない。能力がないなら、能力のある人にさせればよいだけで、基本的に、原理的な話はそこで終わるはずである。

2. 〈障害／老いの身体〉への支援の倫理／政治経済

障害や老いの身体という〈異なりの身体〉が惹起する問いの一つに、彼らの生を支援する倫理問題がある。だが、いくら倫理を説こうが、現場の人材不足・経済的困窮はなくなるわけではない。本報告では、その中でとらざるをえない決定——妥協や調停の産物——にたいして、私たちはどのような態度を取るべきなのか、いわば「現場の調停主義」という政治経済に対して何が言えるのか、についての考察を行なう。

〈異なりの身体〉として恣意的に障害や老いの身体を取り上げる理由は、まずは端的に彼らが生存するためにはより多くの身体的・精神的支援を必要とするからである。〈異なりの身体〉たちは、それとしては論理的には等価であるとは言いようがなく、したがって彼らが感受／感得するあり方の複数性も、必然的に論理的には等価である。しかしながら、「生存するためにより多くの身体的・精神的支援が必要である」ということは、そうした支援や必要に対して、現実的に人的・経済的な財をあてがわれるということでもある。論理的な「等価性」と、現実的な「非等価性」との齟齬は、そこに起因するものである。これらの提起は、思弁的だというだけではけっしてなく、現場での困難さと社会政策における立法とを基本的な部分で考えるということでもある。

さて、〈異なりの身体〉たちと共存しようとする現場——作業所・デイケアセンター・地域での自立生活を支える事業所など——の人材不足は、現実において深刻な問題である。それに加え、あるいはそれに関連しながら、人材を十全に活用するためのあらゆるインフラ整備もまた、きわめて深刻なものである。つまり、現状においては、〈異なりの身体〉たちを支援するための人材も、人材を有効に活用するための経済基盤も、どちらも脆弱であることは認めざるを得ない。より平たく言うならば、老人や障害者が生きて、彼らが世界を感受することと、その他の人びとが生きて、彼らが世界を感受することとは、論理的にはどちらが価値があるとは言えない。それにもかかわらず、前者を支える人的・経済的基盤が整備されていないために、結果として現実には前者のほうがあたかも価値がないよう

に思われてしまう、そういうことである。

そのような現実のなかにあつて、支援する現場は困難・葛藤のただなかに置かれることになる。つまり、「あと一人誰かがいたらこの人の支援に手が回る」「あとこのくらい予算があれば人一人を雇える経費が出せる」という状況の中にあるのだ。そして、そのようなときにおいてさえ、〈異なりの身体〉たちは生きているがゆえに、何らかの応急的な支援をせずにはおれないのである。ひとまずは、現場でそうした状況がある。

現場では、人材不足・経済的困窮を嘆く前に、先に厳しい現実が押し寄せてきてしまう。支援者がひとときも目を離してはいけなような状況が、別に支援が必要な者の支援を滞らせてしまう。現実には、そうした場面において妥協したり調停したりしながらやりくりせざるを得ない。

そのような現場を分析する者は、良心的であればあるほど、それは不正であるというだろう。この社会の規則が不正なのであり、そのことで現場の機能を、ひいては〈異なりの身体〉たちの生活を十全なものにしていけない、そのように分析するだろう。その通りである。けれども、現実が不正であろうとも、不正なまま現実には回ってしまうのであり、その中では「調停主義」でやっていくしかない。現場において、それでよいとは思わないが、やらないよりやったほうがまだ悪くはないようなことがある。こうした現場をめぐる決定に関する力学、政治経済について私たちはどのように思考すべきなのか。

ひとつ例を挙げよう。24時間介助が必要な障害者に、行政から20時間分しか介助料がおりないことがままある。そんな不正な現場において、私たちができることは、せいぜい次の3つのどれかを基本とせざるを得ないであろう。

- 1) 4時間分はボランティア、つまり無料で介助者に我慢してもらう。
- 2) 20時間分の介助料を24時間に換算して均等に分配する。つまり介助者各々が6分の1ずつ我慢する。
- 3) 4時間分は介助をつけずに障害者が我慢する。

私が経験上よく知るのは2)であるが、これは2)が正しいからという理由でそうしているのではない。そもそもこれらの選択肢のなかに、誰かが我慢するというもの以外がない以上、どれも選択の正当性を主張できない。2)が選ばれるのは、ただ誰かが集中して我慢することを避けるためであり、正しい選択肢だからそうなされるのではない。誰かが我慢することが不可避な状況にあつては、そうせざるを得ないだけである。

こういう状況を前にして、倫理的な思考は無力である。不正な状況にあつては、その状況における判断の正当性は問い得ない。倫理的な思考が真に問題にすべきは、不正な状況そのものであり、かつそれをなくしていく方向へと進むことなのだ。上の例で言えば、倫理的な思考が問題にすべきは、いかに20時間ではなく24時間の介助保障を実現させるかにあり、20時間しか保障されない現実を目の前にして、そこで取り得る行為の倫理性は問い得ないのである。倫理的な思考は、不正な現実のただなかにある人たちの行為を問題にしないのではなく、そもそも倫理的思考とはそうした行為を問題にし得ないのである。そ

うした行為は、倫理的な行為としてではなく、生存の技法として位置づけられるべきものでもある。

いささか禁欲した感を受けると言われるかもしれないが、それでも、このようには言い得るはずだ。つまり、〈異なりの身体〉たちが支援を受けながら暮らしていくことができない社会など、滅びてもよい、住むに値しない社会だと。〈異なりの身体〉であるだけで生きるのが困難な社会など、不正であるから、存続するに値しない社会だと、ひとまずはこのように言えるのではないだろうか。これは、「テロリズムの論理」であると批判されるかもしれない。確かにそうである。これが「テロリズムの論理」であることを、私は認めよう。しかしながら、その何が悪いのか、と私は反論したい。この社会が不正な規則で成り立っているなら、そうした社会は少なくとも住むに値しない社会ではあるだろう。

ひとまずはこのように言えるはずである。現場の調停主義をめぐっては、最善の調停はあり得るであろうし、そこに利害がからむなら、議論によって妥協なり調停するのがよいだろう。しかしながら倫理的な思考は、現場で妥協や調停しなければならない現実それ自体こそを問題にすべきなのである。そこに不正があること自体を問題にすべきなのである。現場における調停という政治経済を少しでも改善すべく、倫理的な思考はなされるべきなのである。そして、現場にだけ調停ということを求めるような偏った社会それ自体が、倫理的には問題にされるべきなのであり、そうした力学が働かざるを得ない社会は、存続する価値がないのである。

3. 〈障害／老いの身体〉と異形性——技術の限界

〈異なりの身体〉の「異なり具合」は、能力だけが特徴なのではない。能力という異なりの位相においては、広義の分配的正義が要請される。それは、単なる社会福祉の充実というだけではなく、資本や労働の分配まで含まれる。

そのうえで、〈異なりの身体〉においては、分配問題には回収し得ないものが存在するのは明白である。〈異なりの身体〉の経験における「広義のスティグマ」問題である。それは、身体そのものが有する外見の特徴もあるが、むしろ感情の問題に還元され得る問題と言えるだろう。老いに伴う加齢臭、身体系の障害にみられる骨の変形や動きの特徴、脱毛症状、記憶・トラウマ・PTSDの問題などである。これらは、現在を生きる〈異なりの身体〉たちには、どうしようもなく引きはがすことが困難なものである。

ここでは、一点のみ考察する。それは、これらが薬によって副作用なく消失したとすれば、それで異形性の問題は解決されたことになるのか、という問いである。もちろん、科学的にそんなことはあり得ないという批判や、もし開発されたとして、その薬をめぐる特許（知的所有権）や薬の分配問題が残るといった批判はどちらも正しい。ここでは、それらがすべてクリアされたとして、という思考実験的問いである。

ひとつに、それらは社会構築的でもあり得ることは指摘されるべきことだ。「そんなこと気にしなければよい」とは言えるだろうし、「気にすることを最小限にすべく、社会的な制