

現象学と救急医学

東京医科大学救急医学講座

行岡 哲男

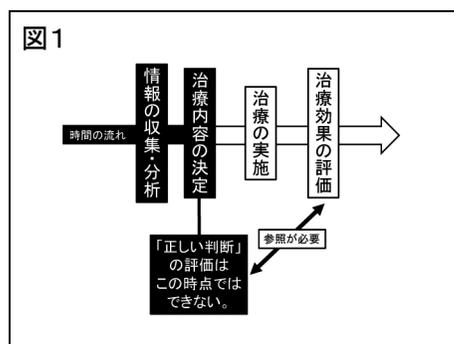


1639年10月16日、オランダ在住のルネ・デカルトは友人で数学者のメルセンヌ神父に手紙を書きます。この手紙にデカルトは「真理という言葉の厳密な意味は、思考したこととその対象の一致である。」と記します。この言葉は現在も大きな影響を持っています。「思考したこと」とは主観であり、「対象」とは客観です。主観と客観の一致（主客の一致）が「正しい判断」の根拠だということです。

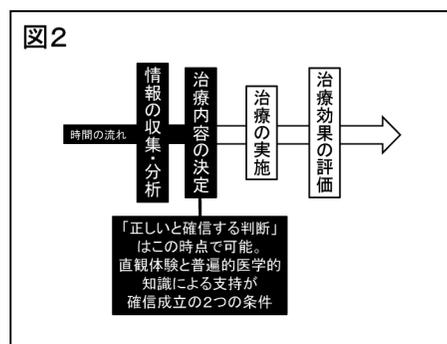
湯川秀樹は、1935年に中間子が存在すると考えます（＝主観）。1947年にパイ中間子（＝対象）が発見され、主客の一致する「正しい判断」を行った湯川秀樹は1949年にノーベル賞を受賞します。小林・益川理論（1973年）はクォークが6個以上ある予想し、1995年までに6個のクォークが確認され両氏は2008年にノーベル賞を受賞します。

では、デカルトが源泉である「正しい判断」は医療の現場で可能でしょうか？MSSAによる肺炎でABCPに感受性があるとし、「この肺炎をABPCで治療する。」という判断をしたとします。この判断は「正しい判断」でしょうか？

この場合、主客の一致判定のための客観に相当するのは治療結果です。ABPCにより、肺炎が治癒し退院となれば、これに照らして「正しい判断」と確認ができます。もしABPCのアナフィラキシーショックで患者が死亡した場合、治療開始前の判断と主客の一致は確認できません。いずれの場合でも、治療前の判断は、治療結果が出てこれが参照できるまで「正しい判断」であるか否かは評価できないこととなります。



「正しい判断」の不可能性



「正しいと確信する判断」の可能性

時の流れの中で治療内容を決定する段階では、その正しさはデカルト的基準に従えば判断できません（図1）。すなわち、救急医はその診療中には、「正しい判断」を得ることはできないということです。私はこの論理展開には現場感覚とのかい離を感じます。しかし、理屈でこれをひっくり返すのは大変難しいことです。事実、哲学は300年かかっています。

さて、外傷外科手術書「トッパナイフ」でマックス教授は「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定している。」と言います。開腹して損傷程度を情報を収集し分析するよりはるか前に、手術方針を決定すると言います。デカルト的発想からは、とんでもない発言です。しかし、このマックス教授の記述を下支えするのが20世紀前半の哲学者フッサールです。

デカルト的発想では客観の存在を前提に、これを思考（主観）が如何に的確に捉えるかが認識論の中心課題となります。だからパイ中間子やクォークという存在（＝客観）を最初に明晰判明に思考した人たちがノーベル賞受賞者になります。

フッサールは発想を変えて主観を中心に考えます。「正しい判断」（＝主客の一致）ではなく、どういう条件があればこの判断が正しいと自分自身が確信できるか、その条件を問いました。「治療内容の決断」の段階で、「どういう条件があれば、医師は正しいと確信できるのか？」、その条件を問うことが医療現場での認識論の中心課題となります。客観を起点とするデカルト的発想から、主観を起点とするコペルニクス的な大転換です。非常に粗い説明ですが、フッサールは、起点となる心の中で起こる現象に焦点をあてた自分の哲学を現象学と表現しています。

救急医は、救急診療の過程で「正しい判断」を得ることは原理的不可能だけど、「正しいと確信する判断」は可能です（図2）。湯川秀樹氏、そして小林・益川両氏も「正しいと確信する判断」を得て、それが事後的に「正しい判断」であることが証明されノーベル賞を受賞しました。

では確信成立の条件とは何でしょうか？それは直観体験と普遍的医学的知識による支持の2つです。この2つの条件にそって書かれた救急医学領域の書籍は、私の知る限り「トッパナイフ」が最初だと思います。救急医療の現場で「正しいと確信する条件」を問い、これを洗練しようとする姿勢は救急医学を実学として瑞々しく色鮮やかで、それでいて現場で活用できるものへと鍛え上げると「確信」しています。