

実は〈互いに向き合う〉よりも、〈共に同じものに向かう・与る〉という体位の方が、より〈コミュニケーション〉のより基本的なかたちであると思われる。「コミュニケーション」communication は、「伝達」と訳されることがある。「伝達」というとパケツリレーのように私が持っているものをあなたに渡すというイメージであるが、コミュニケーションは、「伝達」であるとしても、そのようなパケツリレーではない。英語の communication という言葉の起源を辿ると、ラテン語の“communico”という動詞がある。これは「一緒に共にする」つまり英語では share に該当する意味を持っている。“common”（ラテン語では“communis”）という「共通」ということであるが、“communico”は「共通に持つようにする」ということになる。ここから考えてみると、伝達ということも、例えば「あそこに花が咲いてるよ」と私が誰かに向かって言ったとして、それによってその情報が私から離れて誰かに移るのではなく、聞き手が「花が咲いている」という思いを話し手と共通にする、という仕方での「伝達」なのである。あるいは、キリスト教の礼典の一つに、一緒にキリストの身体と血としてのパンと葡萄酒を食べかつ飲むことによって——つまりある意味で「同じ釜の飯を食う」あり方であるが——キリストに信徒たちが与るというものがある、communion と呼ばれ、また、そういう交わりから排除することが破門“excommunicatio”と言われる。このように「コミュニケーション」の語源およびその周辺にある言葉使いをみても、コミュニケーションには「何かを共にする」ということが根底にあるように思われる。情報の伝達とは、情報の共有に他ならないのである。さらに言えば、人間同士が共に向かい、与るもっとも普遍的なものは言葉であり、私たちはまさに〈ことばに共に与る私たち〉であることによって〈私たち〉なのである²。

以上、コミュニケーションの二つのかたちとして、「互いに向き合う」というのと「同じ方向を向く」あるいは「同じものに与る」というものを指摘した。だが、これは当たり前といえど当たり前のことである

う。日本語には「そっぽを向く」という慣用表現がある。「そっぽを向く」とは文字通りには、相手の見ている方向と違う方向を見ることであるが、「そっぽを向く」という慣用表現が意味するのは、まさにコミュニケーションを拒否する態度である。二人の人間の間接性を考えるとして、「そっぽを向く」のではないとするとどうなるかと言うと、「同じ方向を見る」か「向き合う」かの二つになるであろう。人間の身体的な相手との位置関係、姿勢は、コミュニケーションや精神的なあり方を見事に表しているようである。日本語ではそれこそ「向き合う人生」、「寄り添う」、「そっぽを向く」といった表現を備えている（「寄り添う」とは横に並んで一緒に歩いていくことから「同じ方向を見る」ことになろう）。

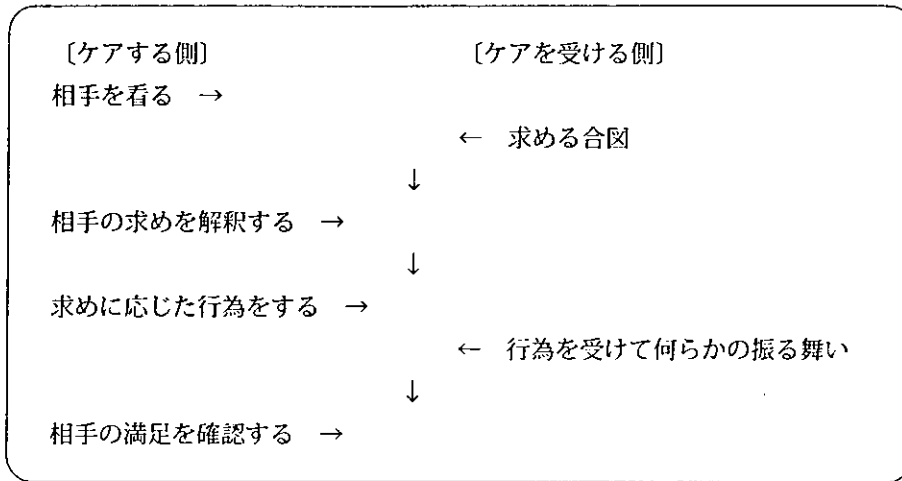
「向き合う」と「同じものに与る／同じ方向を向く」ということが交替しながらコミュニケーションは進んでいくように思われる。そこで、ケアをこのようなコミュニケーションの基本的かたちの中で理解する試みを次にしてみたい。

2 〈ケア〉の文法

まず、〈向き合う〉コミュニケーションの一つのかたちとしての〈ケア〉について考えよう。ケアは「看る」ことであり、「見る」ことの一種である。しかし観察や偵察・見張りのような「見る」ではない。ただ見て事実をつかむのが「観察」であり、相手からの攻撃に備えて見る（つまり何かを仕掛けてきたら、それに応じるべく見る）のが「見張り」だとすると、「ケア・看取り」は、相手からの援助の要求が仕掛けられたらそれに応じようとして、「（要求の仕掛けを）看る」こととして、それらとは区別される。

このように説明する時に、「看る」ということをただそれだけ取り出して、他の類似の見ることから区別しているのではなく、「看る」がそこで起きるひとまとまりのプロセスを記述することによって、区別している。そしてそのことの故に、そのプロセス全体が「看る」ことともなる。そのプロセスは、ケアをする側から見た場合に次のように記述できる。

² 清水哲郎『医療現場に臨む哲学 II ことばに与る私たち』勁草書房 2000



これはコミュニケーションの普通のプロセスであって、対等な関係にある者同士が良好な関係にあるときには、いつでもどこでも成り立っているやりとりにはほかならない。右の一連の言葉と振る舞いのやりとりを、〈ケアの言語ゲーム〉と呼ぼう³。つまり、ケアする側の一連の振る舞いは、このゲームの流れの中で始めて意味を持つものであって、それぞれが独立に意味を持っている各々の振る舞いが組み合わさってゲームができていくということではないのである。例えば、ケアの言語ゲームを開始した場合に「看る」と表現した振る舞いがどういうものであるかは、以下の一連の振る舞いが続くことによってはじめて決まってくる。同様に「応じた行為をする」ということがどういうことかも、この一連の振る舞いのプロセスの中の当該の位置を占める振る舞いであるということによって決まってくるものであって、それに先立って「応じる」ということが何であるかが決まっているわけではない。「看る」は、ただ相手を見ているだけでは「看る」ではないのであり、その相手がある振る舞いを仕掛けてきた時に、ある応じ方をすることが伴うような仕方で見ている時に（またそのような仕方で見ていると期待されて）はじめて、「看る」である。

ケアを習得する人は皆、生まれてからしばらくは養い手（多くの場合母親）によって、このように「看られ」ている。養い手は、幼児の振る舞いのうちあるものを何らかの求めと看做し、それに応じる行為をする。こうしたケアのプロセスは、養い手と幼児の間の基本的なコミュニケーションの場を形成しており、その場を通して子は言語を習得し、泣いたりむずかたりする代わりに、言語で求めることをはじめとして、様々な基本的な行為を習得する。

やがて、子はそれまで母親にやってもらってきたことを（つまり要求に応じるという母親の側の役割を）自らするようになる。養い手にしてもらっていたケアにおいては、求め手であった自分のこれまでの役割と共に、養い手の役割もまた自ら行うという仕方、自ら求め、自ら応じるプロセスを辿るようになる。これがまさに〈セルフケア〉なのであって、つまりセルフケアとは、自らの要求を他者に見つけてもらい、援助してもらおうという、いわば相手がいて成り立つゲームから、相手の役割も自ら兼ねるゲーム（一人遊び）へと移行したものに他ならない。

また、例えば人形遊びにおいて、子は母親の役割を演じつつ自分以外のもののケアをする立場の練習をする。さらに、自分よりも更に幼い仲間やペット

³ 「言語ゲーム」はワイトゲンシュタインの論を念頭に、こゝで名付けているが、そこで念頭においてこの内実をさしあたって以下に書いてあることで尽きている。

を気遣い、助けるように、大人から仕向けられ、ケアする立場を学ぶ。

〈求め〉を理解することは、応じるように誘われることを伴う。ここから、「相手が何かを求めている」と分かることは、それに応じることへの誘いを伴うのはなぜなのかを理解することができる。例えば、「痛い」という語の意味を考えてみよう。例えば、「痛い」という語は、まさにケアの言語ゲームにおいて基礎的用法が決まるような語である。つまり、「痛い」は本来、誰かが痛がっているという事実を誰かに伝えるためにできた語ではない。言い換えれば、他者に向かって「痛い」と言う者は、元来、そういう事実を伝えたいのではない。そうでなく、相手に何とかしてくれと働きかけている。つまり、ケアする側へのされる側からの訴えとしてもともと成り立った語である。

「おかあさん、痛いよう！」

「おおよしよし、ちちんぷいぷい、痛いの痛いのとんでけ！」

「ほーら、痛くなくなったでしょう」

このようなケアの言語ゲームの繰り返しを通して、はじめはただ泣くだけであった子は、やがて泣く代りに「痛い」と語ることを学習したのである（これはウイトゲンシュタインがどこかで言っていたことだが）。そのようにして「痛い」ということばの使い方を、つまりその意味を学習した者は、「痛い！」と発話する際には、相手の言葉と振る舞いによる応対を期待して、そう訴えかけるのであり、逆に、こう語られるのを聞いた者は、聞くことにおいて、応対へと誘われる。このように、「痛い」と聞いて分かる、ということは、そういう誘いの力を受けるということを含んでいる。

同様に、ケアの言語ゲームにおけるケアの受け手が送り手に投げかける合図の位置に起源をもち、あるいは起源をもたないまでもそこで普通に使われるような、言語表現は、その発話に際して、聞き手にケアの送り手の位置に立つようにと誘う働き（Austin に倣って *illocutionary force* と言おうか）を

伴うのである。

応答態勢—*responsible* であること 「見る」が応答する姿勢を伴うことは、ケアの言語ゲームに源をもつ「看る」の文法に含まれている。看るプロセスの中に自分が置かれているということ、自分をまさに相手の求めに応じることができる者として、かつ応じなければならない者として、状況の中で位置づけるということこそ、「私はここで何らかの応答すべき立場にある（= *responsible* である = 責任がある）」と認めることである。

キリスト教の正典に含まれる、イエスが語ったこととして伝えられる有名な話の一つに「よきサマリア人の例話」がある（新約聖書ルカによる福音書 10 章 25～37 節）。——旅人が強盗に襲われ、身包みはがれて、瀕死の状態で道端に倒れている。当時のユダヤにおいて宗教的に高い位置にあると目される人々が通りすがすが、旅人を無視して過ぎ去っていく。そこにやってきたサマリア人（当時、宗教的にも民族的にも不純な民として、ユダヤ人からは蔑視されていた）が旅人を助け、宿に連れて行って介抱してくれるように頼み、金を置いて立ち去る、というものである。

この例話の後でイエスは問う——「誰がこの旅人の隣人となったか？」と。この問いかけは、例話が語られたそもそものきっかけとなったイエスの論争相手の問いかけ——「隣人を愛せ」というが、「隣人とは誰なのか？」、つまりどの範囲の人々を愛すべき隣人と解釈したらよいのか——への答えとして発せられている。つまり、この範囲の人ならケアをすべきだが、それ以外の人についてははしなくていい、というような線引きの発想を弾劾する言葉としてこの問いかけはある。隣人とは所与としてそこに「在る」ものではなく、私たちが行為において「なる」ものである。つまり、助けを必要としている人と真に人対人のコミュニケーション関係に入るべく出会った、つまり「隣人となった」サマリア人と、援助を必要とする人を眺めても、そこで自らがそれに応答する立場になろうとはせず、つまり人対人の関係にならずに通り返した者たちとの対比が、この

一言に込められている。私たちの目下の用語で言い直せば、ケアの言語ゲームを受けて立ち、自らをそこで responsible な者と看做したのはサマリア人だったということである。

ここに私たちはまた、ケアという行為ないし態度は指令として与えられるものではなく、それへと招かれるものである、という思想を読み込むことも可能であろう。援助を必要とする人を私たちが見出すときに、私たちはその「この人は援助を必要としている」と認識すること自体において、応答することへと誘われている。「援助が必要だ」という理解が、ケアの言語ゲームの理解において成り立っていることだからだ。応答することへと誘われるとは、ケアの言語ゲームへと招かれることであり、それを受けて立つ時に、私たちは援助を必要とする人に対して、人対人の関係になる。

「指令ではなく、招きだ」と今述べたことは、人間たちが作っている社会の中での人間同士の倫理に関係してくる。この点は次節で見直したい。

相手にとっての最善を考える ケアの文法から言えることとして、もう一つ、ケアという行為ないし態度を構成する二つの要素——相手の善を目指すこと、相手と向き合いつつなすこと——を指摘したい。

相手を看、その仕草や発話を何かを必要としていることを表す記号と看做して、それに応えるというプロセスは、ただ相手が現に何かを要求・希望しているのに応じるというのとはちょっと違う。「要求に応じる」という行為は、まず相手からなにかを依頼する、お願いする発話によって言語ゲームが仕掛けられてはじまり、それに応じるものである。それに対して、ケアは、ケアする側が相手を看る姿勢をとるところから始まる。そこで相手がいろいろな仕草や語りかけることによって、その必要を表明した場合に、相手が何を必要としており、何をすることが相手にとって最善となるかについて、ケアする側が「解釈する・看做す」という受け取り方をすることになる。したがって、相手がその希望を具体的に発話することによって表明したとして、多くの場合ケ

ア側はその表明された希望を実際に相手にとって必要なことと認めるだろうが、時にそうは認めないということが起き得る。「お母さん、おなかが空いたよう！」と言われて、その子のために思って「我慢なさい」と応じることもある。ケアに際しては、相手が表明する意思にただ唯々諾々と従うというのは本当ではない、ということになるのは、ケアという行為の成り立ちに由来することである。

コミュニケーションのプロセスを通して共同で、合意に基づいて ケアをケアたらしめるもう一つの要は、ケアが相互のやりとりを通して進められるプロセス（言語ゲーム）全体としてあるというまさにその点にある。

だが、〈共同で、合意に基づいて〉という要素、すなわち、コミュニケーションという仕方において、ケアする側とされる側とがケアのプロセスを共同作業として進めるべきだという倫理もまた、ケアがケアとしてかたちをもつことになったそもそもの由来から導出されるということは、必ずしも自明ではない。

母親が幼児を看て世話をする時、母親は確かに言葉語り掛けつつそれをしている。確かにその際に母は子に対してする働きかけのいちいちについて、その都度子の承認を求めているようには思われないうし、子もまた少なくとも初めのうちは承認をするという能力をもっているとも思われないう。だが、そういう状況にあっても、今行われていること、これから行おうとしていることを語りつつ行うということは、絶えず自らの働きかけについて相手の理解と承認を求めつつ行うことではないか。実際母は子に対して自ら行ったことを相手が承認したかどうかを、子の反応を見ることによって確認してはいる（泣いていた子に母乳を与えたところ、泣き止んでおだやかな表情になったなど）。

やがて、そのようなプロセスを繰り返す中で言語を習得した幼児は、時に母親のしていること、しようとしていることを退けようとする発言を行う（「おなかが空いたよう」—「ほら、このパンを食べなさい」—「こんなのじゃあ、いやだい。もっと何かない

の?)。子の反発に直面して、母親は時に子の要求を受け入れ、時に子を説得しようとするだろう。このようにして、コミュニケーションを伴いつつ進められるケアにおいては、その場に与かる者たち(ケアする母、される子)が、そこで行われつつあること、行われようとしていることについて、共通のことばで把握し(共通理解を持ち)、かつ合意することが目指されているという事態が確認できよう。

このことは、ケアする側はそもそも相手の必要・求めに応じるプロセスを辿ろうとしているということと呼応している。すなわち、相手の満足が結果するのでなければケアのプロセスは終わらないのであり、そうである以上、相手が拒否していることをするということはケアの文法に反することなのである。こうして、「共同で進める」「合意に基づいてすすめる」というケアのあり方にまつわる倫理は、ケアはそもそもどのような営みであったかということから出てくる。

ただし、相手の求めに応じるすべての働きかけについて、ケアする側は予め相手の承認を得るべきだということにはならない。働きかけがことばによるものであるような場合は、通常ケアする側が相手にとってよかれと思うところを直接始める。例えば、「私はあなたの悲しみに応えて、今から慰めることば掛けをしようと思いますが、いいですか?」などと相手の同意を得ようとはしない(もちろん慰めることば掛けを始めたところで、相手からやめてくれと拒否される場合はいくらでもあるが)。「予め相手の同意を得た上で」という条件は、相手の生の支配域に立ち入るような働きかけについてのことだろう。医療において「侵襲的」と形容されることについて、インフォームド・コンセントが必要だとされる所以である。もちろん、侵襲的でなくとも、相手の身体に触れるような行為に際して、医療者は患者の許可を求めながらそれを行っているのである(「ちょっと脈を見させてください」、「包帯の交換をしますよ」等々)。

ケアの歪んだかたち：パターナリズム このように理解すると、いわゆるパターナリズムとは、上述

の第一の要素——相手からのサインを解釈し、相手にとって何が本当に必要であるかを判断しつつ、その判断にしたがった応対を相手に向かってする——は備えながらも、第二の要素——相手との共通理解をもち、合意しつつ進める——を欠いてしまうという方向で、ケア本来の姿が歪んでしまった形態だといえることができるだろう。確かに相手がことばを未だ持たない子、未だ自立していない幼児であったり、ペットであったりする時に、ケアをする側は相手の承認を得ようとせずに勝手にことを進めていると言えるかもしれない。しかし、そのような場合でも、言葉を語りかけ、説明し、相手の協力を求めつつ、ことを進めてはいる。ということは、相手に対して、同意し、あるいは異論を唱える可能性を認める姿勢をとっていることになる。そうであれば、これとパターナリズムとは似て非なるものである。というのは、後者は、相手が言語を語るそれなりに自立した人間であるにもかかわらず、当該の事柄について知識のない、したがって適切に判断できない者と見、それに比べてよく分かっている自分が何をするかを決めて実行するのが適当であり、相手はそれに従うべきだとする姿勢なのだから。つまり、そこにおいて人対人のコミュニケーションを通して、ケアを進めようとはしていないのだから。

〈共に同じものに向かう〉体位におけるケア 以上、〈向き合う〉コミュニケーションにおける〈ケア〉について見てきた。ここで、〈共に同じものを見る・同じものに与る〉コミュニケーションにおける〈ケア〉について簡単に触れておくこととする。たとえば患者が苦痛を訴えたり、症状が出たりすると、それに対して「こういうことをした方が良い、ああいうことをした方が良い」と〈向き合う〉体位におけるケアがされるであろう。だが、それと並行して、たとえば死に直面している人が死を見つめて、精神的苦痛の中にあるという場合に、その患者が見ているそのものに医療者も注目する——「患者を見る」というよりも、「患者が見ているものを見る・見ようとする」——ということが考えられる。そういう状

況で、患者は「この人は私の思いを分かってくれている」という風に思うことにつながることもあるようだ。

また「寄り添う」と表現されるあり方におけるケアがある。患者が自分がしたいことを自力でしようとしている時に、それを傍らで支えて、患者が成し遂げられるようにする支援がこれにあたる。母が子の着替えを手伝うというような場面で見られるものであり、リハビリテーション、厳しい状況における患者・家族の意思決定といった場面で、医療者が患者・家族を支えるあり方において、傍らにあって (standing by the patient)、患者と〈同じものへと向かう〉ケアがみられよう。

〈向き合う〉ケアのかたちからケアの文法から「相手の善を目指す」と「相手と共同で、合意に基づいてなす」とが出てきたが、〈同じものに向かう〉ケアのあり方からは、何が出てくるだろうか。これについては別の機会に改めて論じることにして、本論の限りでは次の諸点を指摘するにとどめたい。

まず、「相手が見ているものを見ようとする」態度を挙げることができよう。これは具体的に何かをすることではなく、医療の場であれば、医療者が患者・家族に対してとる意志的姿勢に他ならない。相手への共感的態度 (こう言ったところで何を説明したことにもならず、「共感的態度」とはどういうことなのかを言わなければ仕方がないが、それは別の機会に行う)、ありのままの相手を受容すること (前項と同じく説明を要する) といった〈姿勢〉に関わる倫理がここに由来する。

「寄り添い」「支援する」というケアのあり方は、何を善として実現しようとするのかはケアの相手が主導権をもって決めることであり、ケアする者はそれを受容した上で、その実現に手を貸すという理解を伴う。「相手の善を目指す」には違いなく、それを「コミュニケーションのプロセスを通して」遂行しようとするにも違いない。しかし、あくまでもケアの相手の働きが中心にあり、ケアする者はそれを側面から援助するという立場にある。

以上、〈共に同じものに向かう〉あり方のケアにつ

いての基本的考察から導出されるであろう倫理的な諸要素に言及したが、本論の限りではこれらは次節以下の倫理的考察に十分に反映されてはならず、別の機会の課題とすることを予めお断りしておく。

3 ケアの倫理を一般倫理に組み込むこと

ギリガン以来、正義の倫理とケアの倫理という対比がさかんに論われてきている。しかし、両者は対立するというよりは、人間社会にどちらも必要なものとして位置づけられるであろう。ことにケアが社会的になされる現場において、両者を併せふくむ倫理のシステムが公認される必要があるだろう。ここでは、前項で指摘したケアの文法を踏まえつつ、それを公的倫理の中で言語化することを試みる。

他者危害の禁止 人間が社会の中で人々と交流しながら生きていく際に、課せられている倫理原則として、公共的に認められているものは、突き詰めると、

・「お互い様」を越えた他者危害の禁止

に還元されるように思われる。つまり私たちは何をすることも自由だが、他人に害を及ぼすようなことをすることだけは許されない、ということである。ただし、私たちは他人に害を全く及ぼすことなく生活することはできない。例えば、マンションなどにおいて生活騒音は相当他者にうるさく感じられるかもしれないが、それを全く出さないように生活することは困難である。このようなことについて私たちは、絶対的に他者危害禁止を解するわけではなく、「不当な他者への害」「度を越えた他者への害」は禁止されたと考えている。

では、「不当」かどうか、「度を越えた」かどうかはどう区別するのであろうか。「迷惑をかける」ということにしばしば伴って、それを許容する際の句として「お互い様」 (つまりは reciprocity) がある。例えば生活騒音についていえば、各自は出す側であると

共に受ける側でもある。私が出す音は他人にうるさいと感じられるであろうが、私もまたしばしば「うるさい」と感じている。自分も出している程度の騒音だから、他者が出すことも仕方ないと認めようというわけである。これに対して、全ての人が出すわけではない音（ピアノの練習など）がしばしば問題となる。また、ピアノの音は必ずしも生活するために必要な音ではない。しかし、だからといって他人に音が聞こえる場所でのピアノの練習は不当だとしてしまったら、ピアノは適当な場所を確保できる階層の者にしか許されないことになってしまう。ではどのようにして譲歩しあってバランスがとれた共通理解にたっするか・・・このようにして、私たちの社会においては、できる限り共に自由であるようにしつつ、害の及ぼし方が「お互い様」だと認められ、かつ、生活のために、また各自の自己実現のために必要な限りにおいて、それを互いに許容するというような線を出している。

人間同士の間における、「お互い様」である範囲で互いに迷惑を許容し、不釣り合いな迷惑は禁止するという態度は、人間社会の中での公平さを求める「正義」観につながる。そもそも「お互い様」という基準が、私中心に人間関係を見る態度から脱して、私と他人とを等しく見比べる立場に立って人間関係をみる態度から出てくるものである。私が他者に迷惑をかけるのは構わないが、他者から私が迷惑を被るのは許せないという考えはなぜいけないのか——そのように考える時に立っている立場が私中心だからではないか。そこで「お互い様」と言う際には、私は自分の立場からことを見ると共に、迷惑をかけ、あるいはかけられる相手の立場に立って見もする。

さらに、ある範囲で人々を等しく見比べられる立場に立ってその範囲を見渡したとき、私たちは社会を見ている。「お互い様」ということをその立場で語る時に、私たちは「公平」「平等」ないしは「相互性」ということを、ある仕方で語っていることになる。

ここでは、「では何をもって平等とするのか」と

いった論に立ち入る余地はない。ただ「お互い様」と「他者危害の禁止」というルールが、社会を眺める視点からは、正義の問題となることを指摘しておくに止まらざるを得ない。

援助を必要とする者への応答の奨励 では、倫理原則は、個人に対する「相互性を越えた他者危害の禁止」—社会的場面での「正義の要請」に尽きているだろうか。ここで、もう一つ付加したい。すなわち個人に対する

・援助を必要とする者への応答の奨励

である。これはまさに〈他者ケアの奨励〉に他ならない。

困っている他者を見て、援助する人は、賞賛される。ここでもまた、「お互い様」という句がしばしば登場し、「助け合い」「支えあい」といったことを、「良いこと」と評価する社会的合意が成り立っており、社会はこうしたあり方を奨励する。ただし、一般に、援助しないからといって非難されるわけではない。たとえば、アフリカで餓えている子供たちのための援助を呼びかける募金運動に応じないからといって、ただちに「悪い」と評価されはしない。しなくても非難されないが、すれば「良いことをした」と賞讃される。つまり、他者危害禁止は社会的強制力がともなう〈指令〉であるのに対し、他者援助はより緩い力しか通常伴わない〈奨励〉である。この差異はカントにおける完全義務と不完全義務の区別に対応していると思われ、区別が成り立つ由来を言語ゲームの差に求めることができるであろう（ここではこれ以上立ち入らない）⁴。

奨励に伴う「緩い力」の程度については、人々の間で相当見解の相違があると思われる。また、人間同士の関係の程度に応じて、奨励する力は強くなったり弱くなったりする。近しい関係にある者たち（例えば家族）の間では、奨励する力は相当強くなる。さらに、他者援助は時として指令ともなる。例えば、援

⁴ 完全義務、不完全義務についての現代的問題提起は、加藤尚武「合意形成とルールの倫理学—応用倫理学のすすめ(3)」。(丸善 2002年)においてされており、本論の目下の論は、これに応えるものでもある。

助を必要とする度合いがはなはだしく高く（死に直面しているなど）、かつ援助を期待される側が、十分援助ができる状況にある場合である。池の縁に立って、落ちそうになっている幼児を見て、危険だと思い、かつ傍に行くことが大人としては危険なくできるのに、援助をしなかった人は非難されるだろう。このようなケースにおいては、期待される援助をしないことが、相手の害を結果するため、「しない」ことが「しないことをする」という加害行為と見られているように思われる。つまり、不作為が他者危害を結果するような振る舞いについては、「不作為をするな」という禁止、つまり「援助せよ」という指令になると看做すことができる。

ここでは「お互い様」ということが、その範囲内では助け合うべきだと考えるグループ内で語られつつ、奨励する力を強める契機となる。「困っている人を助けるのは、助ける側もいつか助けを必要とする側になるかもしれないからだ」という理由付けは、単に相互性の確認であって、いわば保険のような（今助けておけば、私が困った時に皆が助けてくれるだろうという）取引なのではない。一つには、「お互い様ですから」ということによって、援助する側は、される側が感じる負い目を軽くしようとしている。つまり、この理由付けは、援助する側とされる側とが、共に支え合って生きる仲間＝共同体の成員であることの確認として言われる。その共同体の内部では、ある者はいつも一方的に援助する側であって、される側にはならない、あるいはその逆といった、事実上の一方的関係になることもある。そうであっても、それを「お互い様だ」として認めることが、共同体を成立させている基本的意識となる。また、共同体がどのようなものであるかに応じて、どの程度立ち入った援助をするか、あるいは奨励する力がどの程度の強さになるかが決まってくる。

ここからまた、ケアの奨励について考える際には、社会的視点に立つことが不可避となる。以上の限りでは、共同体の成員同士の間における〈ケアの奨励〉の倫理を考えたことになるが、さらには、福祉を社会が担うべきこととして社会が引き受けるという、

ケアの社会化について考える場が拓けてくる。そして、ケアが元来指令としてではなく奨励としてあったことに応じて、どれほどの福祉を社会的に行うかといったことは、社会の力と社会的合意に基づいて決められることとなろう。とにかく、正義とならなくて、ケアないし福祉が社会倫理の中に位置づけられるということだけは確認したい。

本論の限りでは、他者危害の禁止（指令）と他者援助の奨励として、勤める力に差を認め、かつ「お互い様」という両場面に共通する句をそれぞれの場毎に解釈することによって、私たちの間で成り立っている一般倫理がこの二つから形成されていることを主張した。が、あるいは「お互い様」についてさらに突き詰めると、ネガティブな危害禁止と、ポジティブな援助奨励の差は消去されることになるかもしれない——この点は別の機会に委ねたい。

責任概念の見直し ケアを一般倫理に組み込む試みの最後に、〈責任 = responsibility〉ということについて見直したい。〈ケア〉ということが〈責任〉という概念と結びついて論じられる際に、「責任」とはどのようなことだろうか。問題は responsible に「責任ある」という日本語を充てることによって起きていることかもしれない。責任という語は、指令のコンテキストに埋め込まれやすい語感をもっており、そのことがケアのケアらしい性格にそぐわないように思われる。だが、前節で見たように、誰か困っている人を見たときに、それをケアの文脈において把握する私は、「私に何かできることがあるのではないか」「何ができるだろう」と考えることへと誘われている。それは私をその人の求めに応答し得るものとして、自己理解することである。「私は responsible である」ということは、上述の「奨励」という力に対応して生じている自己理解に他ならない。

以上の考察を通して、ケアを共に生きるネットワーク全体のなかで成り立つこととして理解したからには、私が〈応答し得るもの〉であるのは、ケアをせよと指令を受けた者としてではなく、むしろ共に生きるネットワークに参加するように招かれてい

る者としてであると言えるだろう。私は共に生きようと常に呼びかけられている——それに「応答し得、また（私も）応答され得る responsible」ということが、私の人間としての証である。そういうこととして responsible ということを理解することができる。

そうであれば、共同で生きるということに参与すること、そのように呼びかける声に応えることが responsible な私のとるべき対応であろう。したがって、このことを「私にはこの人をケアする責任がある」と表現することがあるとして、それは、全体（皆で共同で生きること）についての共同の合意、共同の責任（＝共に呼びかけられ得る者としてあること）を基礎にした上での、各自のその時々に応じた分担についての表現である限りで、認められるのである。

4 医療現場のケアの倫理

援助する職務を引き受けた者の倫理 以上で述べたように、援助することは確かに奨励であって指令ではないのだが、社会ないしある種の共同体には、特定のかたちの援助をすることを職務として引き受けた人たちがおり、彼らは援助する役割を専ら果たすことによって、その生活を成り立たせている。医療従事者はまさにケアをするという仕方では他者援助をする立場を自ら引き受けた者であり、患者に対して医療・介護により益をもたらそうとする活動は、「援助を必要とする者への応答」にほかならない。

このような専門職従事者が専門的知識・技術をもって援助することは、ある状況においては、職務についている間のみならず職務を離れている状況にあっても、相当強い奨励となる。例えば、飛行機内で病人が出た時に、同乗している医師、ナースの援助が求められる場合などがこれである。ここで「ある状況」とは、その当の医療者が援助しなければ、他に援助できる者がおらず、病人等の援助を必要とする者が相当の害を受けることが予想されている場合である。つまり、街中に病人がいたからといって、それだけでは職務を離れた医療者に援助が求められるわけではない。——その人には援助ができる、か

つ他の人にはできない、また援助することがその人の益をはなはだしく損なうわけではない、というような条件が、強い奨励が結果する場合であろう。

以上を前置きとして、医療における倫理を、ケアの観点から組み立ててみる。

医療活動はケアの一種 看護がケアに属する活動であることには異論はないだろう。だが、医療もまたケアの営みに属するものであることについては、改めて確認する必要があるかもしれない。——ある症状を訴えて、援助を求めてやってきた人（患者）を「診て」、その人にどういう問題があり、何を必要としているかを医学的に判断し、どのような治療が可能かを説明し、相手の理解と同意を得た上で、治療にあたるという、医療のプロセスは、まさにケアのプロセスのかたちをなしている。患者の生命を保つ、苦痛を軽減する、健康を回復する等々の、医療において目指されているとされることは、皆、相手にとって何がよいことであるかについての、一般的理解、それも医師がその知識と技術を活かしてできることという観点で抽出された理解である。その観点で、患者の訴えや状態を診て、何が必要かを判断するという営み——看ること——がされる。そうであれば、ケアとしての医療のあり方について考える時に、すでにケア一般について言及した二つの要素——相手の最善を目指すことと、相手とのコミュニケーションを通してケアを進めること——に沿って考えることが有効であろう。

相手の最善を目指す まず第一の要について、一般的見解としてよいこととされること——例えば「生命を保つ」——は、あくまでもケアの文脈に支えられて価値あるものなのであって、何かそれ自体に価値があるものであるかのように考えられてはならないということになる。しかし、ケアの文脈の中で、人が人を援助することの一つとして医療を理解することを忘れ、医学が何か独立して価値あるものであるかのように思われるということがしばしば起きている。「相手の生命をできる限り保つ」ということが、それ自体で独立した指令であるかのように理解

される時に、延命の努力が患者の苦しみを徒に長引かせるという結果にしかならない場合にも、「延命の方途があるのにそれをしないことは、医師としてどうか」と思い続ける状況を生む。患者にとって快復することがよいことである以上それを目指すのが医師の務めだ、と思っていると、「まだこの抗癌剤を投与することができる」と言って、それが「患者にどれほどの利益をもたらすか」を検討することなく、投与することを選択しようとする医師になる。

ケアの文脈の中で、医療の中で相手にとって何がよいことかを考える姿勢を回復するためには、次の二段階の考察が有益であろう。

第一段階：一般論としての利害のアセスメント

まずなされるのは、患者を診察し、検査をして、その患者の問題（疾患）についての医学情報を得た場合、医療者が得ているのは、その患者がどのようなタイプの疾患・病態に属しているかである。そして、医療者はそのタイプの患者にとって一般に何がもっともよいことかについてまずは検討する。それは、治療の候補のそれぞれについて、それが患者にもたらす利害を明確にすることによってなされる。医師は臨床的知識として、「かくかくの疾患のしかじかの期であれば、これこれの治療が適用だ」という知識を持っている。だが、「適用」というのは結論であって、理由があってはじめて言えることだ。その理由はまさに患者にもたらされると予想される利害のアセスメントに基づいているはずである。

利害のアセスメントは、一般に人間にとってどういことが良いことであり、どういことが悪いことであるかについての考え——一定の価値観——を前提にして成り立つ。医療の場では、一般に生命がより長く保持されること、心身の機能が保たれている（いろいろなことができる）こと、痛みをはじめとする苦痛がないこと、等々を「良いこと」として前提した上で、どのような治療であれば、これらの全体あるいは一部の改善を結果するかと考える。だが、一般的な物差しとしては、これらに加えて、治療することが患者に及ぼす害等も考慮に入れる必要がある。輸液をすることはその間患者の動きを制限する、集

中治療室は患者の家族や友人との交流のチャンスを狭める、といった要素は、回復後にいくらでもそうしたことによる不利益を取り戻すことができる患者にとっては無視できるものであるが、死が迫っていて、残された時間は僅かである者にとっては重要な害となり得る。

こうしたアセスメントは個別のタイプの病状とそれに対応する治療についてなされることになるが、そこで次のような一般的な結論も可能である——治療の可能性のある疾患については、治癒を目指す治療をすることが、一般に患者にとって必要かつ最も利益をもたらす。——回復の見込みがなく、遠からず死に到ることが避けられない患者にとっては、残された時間をもっとも充実して生きる可能性を拓くことがよいので、緩和を目指す対応（疼痛コントロールなど）をすることが、一般にもっとも利益となる、等々。

第二段階：利害のアセスメントの個別化 次に、以上のアセスメントはあくまでも患者をタイプ分けした上で、そのタイプごとに一般に評価されたものである以上、その評価を前提にしながらも、「この或る患者にとって何がもっとも善いことか」を考える必要がある。そのためにはその当の患者（および場合によっては家族）の生活や人生についての自己理解、価値観などを知る必要がある。

こうしたことはことに生死が関わってくるような状況において重要となる。一般的によりよいと評価される治療方針が、患者の個別事情を考慮することによって捨てられるというような結論になるかもしれないからだ。反対に、短期間の療養で回復し、その後疾患とは関係ない生活を送る見込みがあるような場合には、この段階の考察は、一般的アセスメントで得たことが当該患者についてもとくに問題なく当て嵌まることの確認であったり、特に個別のオプションを付ける必要があるかどうかのチェック程度で済むだろう。そういう場合であっても、医療者は一般論で済ませるのではなく、個別化した判断をするということを意識して行う必要がある。医療者が対峙しているのは患者一般や疾患のタイプなのでは

なく、個別の患者であるからだ。

相手とのコミュニケーションを通して 次にケアの第二の要である、相手とのコミュニケーションを通して進めるという点を、医療現場に即して言い直そう。ここでは、本論のケア理解からすると、どの治療方針を選ぶかは、患者の選好だけでは決まらない、ということを目指したい。確かに治療において患者の自律や自己決定が尊重されるべきことは、少なくとも建前上は確立している共通理解であろう。だが、もしこれを「治療方針は患者が決定する」と言ってしまうと、それはケアの言語ゲームではなく、要請-対応のゲームのパターンになってしまう。そうすると、医療者はそれが相手にとって良いことだからと思いつつ行うのではなく、相手にそれを要請されたからする、という無責任な立場に立つことになる。もちろん、要請されるという立場であっても、自らやるべきではないと思うような要請には応じないという対応も可能であるが、「要請に応じる」という従属的な対応はケアのあり方とは異質なものである。もちろん、先に触れたように、だからといって医療者が勝手に相手にとっての最善を決めて、治療を選択するというパターンリズムもまた、ケアの頹廃したあり方である。

そうした頹廃したあり方に陥ることなく、ケアの姿勢を貫こうとするならば、治療方針の決定は、当事者の合意によること、つまり共同決定であるべきことになる。医療者の側から見れば、合意を目指すプロセスは、患者の現実の選好・現実の希望だけではなく、基本的価値観や人生観を理解して、それとの整合性をみつつ、何が相手にとってもっともよいかを判断するものとなる。さらに言えば、患者のうちには一つではなく複数の価値が並存しており、それらが両立できない状況になった時に、どれを優先させるか、またそれに応じてどの選択を希望するかを選ばなければならないという場合がある。医療者はそうした患者側の選択を支えつつ、それをそれなりに理に適ったものとして認めることができるかどうか吟味し、それに同意するか、あるいはなおお

らかの働きかけを通して、医療者側が考える患者にとっての最善との擦り合わせをするかを判断し、双方が納得できる合意に至るよう努めるのである。

このようにケアとしての医療を把握すると、欧米から輸入された医療の倫理原則に関する有力な主張（患者の利益になるように、害にならないように、患者の自律尊重、そして正義ないし公平という4つからなる）は、十分ではないことを指摘しなければならない。だがこれについてはここで論じることは割愛せざるを得ない。

5 ケアする側-される側の差別化に抗して

終わりに、〈ケア〉という活動に伴って生じる問題に言及したい。問題の根は、ケアを〈する側〉と〈される側〉とが分化する——不均衡になる——ことにある。〈される側〉には「援助」を要する状況が生じている、つまりできるのが「普通である」ことができず、してもらう必要があるということによって、その不均衡は出来している。

ここで、ケアを〈する側〉が〈される側〉を「助ける」、「援助の手を差し出す」という意識で行われるときに、〈する側〉による〈される側〉の「差別」が生じ、「助ける」ことが、上から下に対する行為であるかのように把握される。すなわち、羊飼いと羊の関係の譬えが適用できそうな関係である。逆に召し使いが主人に仕えるようなケアもあり得よう。この場合は、〈する側〉が主体的意志・選択を放棄して、ただひたすら〈される側〉の意向を実現するように動く。それは結局、ケアという活動における主導権を誰が持つのか、つまりは選択・決定の主体はどこにあるかという問題に根差している。以上のところでは、ケアという営みを、する側からされる側への働きかけとしてではなく、両者のコミュニケーションのプロセス、つまりは両者の共同の活動として提示することによって、〈する-される〉の差別化を防ごうとした。

だが、〈する側〉と〈される側〉という二者の間の共同行為としてケアを考えるのでは、まだ不十分である。つまり、現にある二者間の共同作業として立ち現れているケア活動を、より広い人間の〈共に生きる〉共同体のネットワークの中でなされていることの一角として把握するという理解がなお必要である。というのは、〈する側〉と〈される側〉の共同行為として現れている限りにおいては、相互性・互恵性は決して完全なものとはならないであろうからである。たしかに、「ケアをしてあげるのではなく、ケアをさせてもらっているのです」とか「ケアをすることに自分の生きる意味を見出せたのです」というようなことを〈する側〉は言って、自らが優位にあるわけではないとするかもしれない。そして、確かにケアする者は、ケアすることを通して自らの存在を肯定できるという意味においては、ケアされる側によって自己を支えられている。しかし、こうしたケア理解は〈する側〉であるからこそ持てるものであって、決して〈する側〉と〈される側〉に共通のものではない。しかし、職業的なケアの専門家、家族の状況によりケアする立場になった人、そしてケアを受ける人を含めて、〈する側〉・〈される側〉が共にそこに属しているネットワーク全体の中で自らを位置づけるときに、もはや自らが〈する側〉なのか〈される側〉なのかという差異は消え、人の繋がりなのかで〈共に生きている〉ということが、あるいはそのようなネットワークに、あなたも私も参与しているのだ、ということが見えてくる。そのようなネットワークの中でこそ完全な相互性が現れる。

このような理解からすれば、ある個人に集中して負担がかかるような体制から、共同体全体が責任をおうような体制への移行は、理論的には当然である。また、ケアされる側もこのようなネットワークに

与っているという理解によって、今ケアされる立場にあることに「負い目」を感じる必要はないことが認められよう。

ただし、ネットワークに与るということは、全体の中に埋没することではない。かえって、それぞれの個性が発揮され、各自が自分らしくあることこそが、ケアの中で目指されることである。「する—される」ではなく「共に—ある」という把握がそのためにも基礎となる。

さらに、次の点を付け加えたい。すなわち、ケアとは、〈する側〉が〈される側〉に直接何かをすることではない、ということである。そうではなく、〈する側〉は〈される側〉と合意の上で、〈される側〉自身ではなく、その環境に働きかけ、これを整備しようとする。〈される側〉がすることをそれに代わってやるのではない。〈される側〉がすることができるように働きかける(自立・自律を援助する)、ということである。医療者は確かに患者のインフォームド・コンセントを得た上で、患者の身体に侵襲的な働きかけを行うが、それも患者の身体環境への働きかけであって、患者の生命の活動を支援しているのではあっても、人間としての患者に直接何かをしているわけではないのである。

* * * * *

以上、〈ケア〉についての言語的分析からはじめて、一般倫理にケアという視点を取り込み、さらに医療倫理の基礎に適用する途を探った。私たちの共同体における人間が互いに支えあうあり方が、私たち誰でもが養育される過程で受け、かつ必要とする者に出会うときにするように招かれるケアという姿勢・行為に基礎を持っているということを特に繰り返して確認しておこう。

倫理原則をどう捉えるか ——二重結果論 vs 相応性論——^{*1}

清水 哲郎^{*2}

医療に関する倫理原則のセットとして、次の四原則が日本の医療現場に受容され、流布している。

- 患者の自律を尊重せよ (respect for autonomy 「自律原則」と呼ぶことにする)
- 患者の利益になるようにせよ (beneficence 「与益原則」)
- 患者の害にならないようにせよ (non maleficence 「無加害原則」)
- 正義ないし公平を保て (justice and/or equality 「正義原則」)

この原則セットについての筆者の見解は次の通りである——最初の自律原則については、これが欧米文化のもつ人間像を前提としており、これに代えて、より上位の(より普遍的な)原則を立てるべきである。すなわち、

- 相手を人間として尊重せよ (respect for human being 「人間尊重原則」)

第2、第3の与益・無加害原則は基本的には認め

るが、現場で実用的なものとするためには内容をより具体的に提示する必要がある。第4の正義原則については基本的に受容しつつ、この原則に照らしてなされる判断は社会のあり方をめぐる見解に相対的であり、この見解をめぐって私たちの社会がどういう選択をするかが肝要である。以上についてはすでに繰り返し論じているのでここでは繰り返さない。

本論においては、倫理原則をどう捉えるかを考察するに際して、それを与益原則—無加害原則をどう捉えるかという問題を手がかりにして行うことにする²。そこで、以下ではこの2原則を前提した上で、検討をはじめめる。ただし、これらを前提にするといっても、二者間の関係についての議論、とくにこれらは1つの原則に還元できるのではないかという点についてまで、一定の結論を前提してはいない。

^{*1} 本論は次の拙論に改訂を加えたものである： 清水哲郎、二重結果原則か均衡性原則か——終末期の鎮静をめぐる論争から、東北大学倫理学研究会 MORALIA, 2003; 10: 1-20.

^{*2} 東北大学大学院文学研究科

¹ 清水 1997: 第4章、清水 2000: 第7章。なお、従来筆者は4原則を与益・無加害・自律・正義の順で挙げて来た。それにはそれなりの理由があったのだが(臨床倫理的検討のプロセスに沿うと言う意味で)、ことに自律原則を本文で述べるようにより上位の人間尊重原則に置き換えると、こちらのほうに priority を置くことが明確になるような順序が適切であると考えようになった。そこで、ここでは自律(むしろ人間尊重)を第一におく順序を採用している。

² この点について、筆者は以前から本論以下でとりあげる二重結果論および意図を排除する結果論について触れてきたが(清水 1997: 第7章、清水 2000: 第4章)、不十分であったので、ここで改めて論じる。

1 原則間の衝突の可能性とそれを回避するルールないし解釈の必要性

「患者の益になるようにし、害にならないようにせよ」ということを2つの原則として立てる場合には、ここでいわゆる倫理的衝突が起きる可能性が生じる。ある治療が、患者に良い結果（益）をもたらすであろうと予想されるとともに、悪い結果（害）をもたらすかもしれないと予想される場合、これを実行することは、「益をもたらせ」にはしたがっているが、「害を与えるな」には反するからである。

例えば、多くの抗癌剤は、それが癌を叩くことによって、患者の延命やQOLの向上に資するという良い効果を持つと共に、患者に様々な苦痛という《副作用》をもたらすかもしれない（たぶんもたらすであろう）と予想されてもいる。しかし、副作用があるからといって抗癌剤を投与しなければ、患者に益をもたらすであろう治療をし損なうこと、すなわち「益をもたらせ」の不履行になる。また、母体の生命を救うためにやむをえず人工妊娠中絶をするという場合、それは母体の生命を救うという益とともに、胎児の生命が終わるといって害をとまなっている。しかし、だからといって妊娠中絶をしなかったならば、母体の生命が救えない（ここでさらに、結果として胎児の生命をも救えない場合と、母の生命か胎児の生命かの二者択一になる場合とがある）。

そこで目下の2原則を立てるだけで何の補正もしないならば、これは完全に従うことは不可能な原則のセットとなってしまふ。原則セットを適切なものとするためには、こうした衝突・ディレンマが起きないように、原則間の調整をする規則ないし両原則の適用法についての解釈を添付しておく必要がある。「二重結果の原則」と呼ばれるものは、こうした役割を果たすものとして導入された。

³ 清水 2000 : 146~8.

⁴ Garcia 1995; 山本芳久 2003.

付言すれば、原則間の衝突は4原則のほかの組み合わせを見ても起こり得る。与益ないし無加害原則と、自律原則の間で衝突が起こるのは、例えば、患者に益になると判断される治療を患者が拒む場合である。この場合には例えば、自律原則を優先させる規則ないし解釈が付加される。あるいは、適切な治療と思われるものであっても、それに対する患者側の拒否をオーバーライドすることはできないが、患者側の不適切な治療要求を拒否することはできるといった解釈（これは、与益<自律<無加害といった優先順位をつけることにほぼ等しいだろう）が欧米では認められている³。

自律と正義・公平間の衝突は、「感染力の高い重篤な疾患については罹患者を隔離することが社会的害を防ぐために必要だが、本人の意に反する」というような場合に起こるが、これについては全体の害を防ぐことのほうが、個人の意思に優先するという理解がされている。これは自律原則よりも正義原則のほうが優先されるという解釈に他ならない。

与益・無加害原則と正義原則との間では、ある個人について最善と判断される治療が、第三者に著しい不利益をもたらす、といった場合に起き、両者を調整するルールや解釈を定めることによって、衝突を回避している。提供された臓器を誰が受けるかについて公平な配分をするために、コーディネーターが置かれ、配分の仕方についてのルールが定められるのは、この原則間調整に他ならない。

2 二重結果論 (theory of double effects)

さて、与益原則と無加害原則の間でおきる衝突という目下の問題に答えるものとして第一に挙げられるべきは、二重結果原則と呼ばれるものであって、カトリック系の思想伝統において保持されてきたが⁴、医療現場において実践的に広く受け入れられてきている。

二重結果原則は、よい結果を目的とした行為であるが悪い結果を伴う可能性が予想されてもいる場合に、次のような条件の下で、これを倫理的に適切であり得ると認めるものである⁵（「あり得る」というのは、以下の全てを満たしてもなお、患者本人の意思に適っているかといった自律原則によるチェックをしなければ、「適切である」とは言えないからである）。

- ① 行為自体が倫理的に不適切であってはならない。
- ② 良い結果のみが意図されており、悪い結果の可能性はただ予想され、許容されているのみでなければならない。
- ③ 悪い結果を介して良い結果をもたらすものであってはならない。
- ④ 悪い結果が予想されるにもかかわらず、行為を行うことを選択するに足るだけの理由（良い結果の見込み）がなければならない。

例えば、副作用が予想されるような抗癌剤を投与するという治療を選択する場合、①抗癌剤を投与するという行為自体は、特に倫理的に不適切ではない。また②医療者は、癌をたたくことによって、延命やQOLの向上といった良い結果をもたらすことを意図しているのであって、倦怠感、吐き気といった患者の苦痛となる副作用をもたらすことを意図しているわけではなく、そうした結果は予想し、仕方ないこととして許容しているに過ぎない。③倦怠感等々の苦痛はあくまでも副作用であり、こうした苦痛を介して癌を叩くことが結果するわけではない。④副作用という悪い結果が予想されるが、これを投与すれば延命やQOLの向上が、つまり将来のよい生活が期待できる一方、しなければそうした利益は得られない以上、副作用にもかかわらずこれを投与するに足る理由がある⁶。

他方、死期が近づいた患者の耐え難い苦痛がコン

トロールできないといった理由で、患者の意思に基づいて、積極的安楽死を選択するという場合、①患者を死なせるという行為「殺人」は倫理的に不適切である。②死という悪い結果を単に予想しているのではなく、意図している。③死という悪い結果を介して、患者の苦痛からの解放という良い結果を得ようとしている。したがって、④今後短期間とはいえ耐え難い苦痛の中で過ごすことは患者の人生に何の益ももたらさず、かえって、生を終わらせるという仕方では苦痛から解放することのほうが、患者にとっての益となる、という理由がたとえ認められるとしても、他の三要件に反するので、積極的安楽死は倫理的に認められないということになる。

上の例から分かるように、二重結果論は、ある結果の良し悪しを固定的に評価した上で、それらの組み合わせについて考えるという傾向をもっている——「死をもたらすこと」は状況にかかわらず悪く、「延命」は状況にかかわらず良い。つまり、この論を主張する立場は、「汝殺すなかれ」というような形で与えられる道徳律・倫理規範を前提ないし背景にかかえていることが推定される。実際、「二重結果論はカトリック教会が主張するもの」という指摘が（二重結果論者の反論にもかかわらず）繰り返される⁷。倫理規範を「神の指令」というような形で与えられたものと看做す立場からすると、複数の規範が人に与えられている時に、それらの間で衝突がおこり、守ろうとする人がディレンマに陥るといったことはあってはならないのであり、あらゆる状況において必ず正しい選択の道が拓けていなければならない。「イエス・キリストがこの場に居合わせたら、正しい選択ができたに違いない」からである。したがって、二重結果論の上述の4条件は、複数の規範が衝突しないように、その間を調整する規則として必要なものとなる。そうであれば、個々の規範が何を指令しているかは明確であること、ただ、放置すればそれ

⁵ この定式化はさまざまであるが、ここでは、Garcia 1995 をはじめとし、以下で言及する二重結果論についての諸論考を参考にした。なお、山本 2003 には、カトリック系の精確な表現が紹介されている。

⁶ 副作用の例が二重結果論を理解するには最も分かりやすい。Anscombe 1982 は、自らの専門である intention 論と絡めて論じながら、これを“principle of side-effects”と呼んでいる。

⁷ Garcia 1995、Boyle 1991、Donagan 1991、Sulmasy 1999 等々。

らの中で衝突が起こるような場合に、それを回避する方途を提示する必要があること、が二重結果論の拠って立つ問題意識であることになる。

これに対して、例えば積極的安楽死が倫理的に許容される可能性を主張する側は、既に述べたように、「耐え難い苦痛の中で過ごすことは患者の人生に何の益ももたらさず、かえって、生を終わらせるという仕方では苦痛から解放することのほうが、患者にとっての益となる」というような考え方をし、死がすべての場合に絶対的に「悪い」結果であるとは限らず、「苦しいだけで、回復の望みもない生」よりは「苦しきからの解放をもたらす死」のほうが《より良い》とする。絶対的な善し悪しの評価ではなく、目下の状況で現実であり得る選択肢の可能性の中での相対的な評価がされる。したがって、この立場からすれば、「汝殺すなかれ」といった指令も絶対的なものではなく、より上位の一般的指令の下で、ある条件下で妥当する指令として「殺すなかれ」を考えるか、「殺す」という語を、単に「人を積極的に死なす」ということとしてではなく、より限定された意味を持つことばとして解釈するといった方針をとるだろう。

現実には二重結果論に投げかけられた挑戦は、後述のように結果論者によるものが表に出てきており、その場合は前者が〈意図〉を云々する点に後者からの批判は集中する。しかし、先に挙げた4条件によって規定される二重結果論の特徴は、上に指摘したような倫理観にこそあると思う。

【可能性の予想ということ】二重結果論が提示する条件に含まれる「悪い結果の可能性が予想される」ということについて注を付けておく。これについては、「確実に悪い結果になると予想される」場合を含めて理解する立場（現実的予想を含める立場）と、これを除外する立場（単なる可能性の予想のみの立場）とがあるようだ。例えば、前者の立場であれば、疼痛緩和のためのある治療が、死期を早める可能性があるという場合、経験からして確実に死期を早めるだ

ろうと予想されても、死期を早めることを意図するのでなければ、例の4条件を満たすと評価する。が、後者の立場であれば、死期を早めることが経験的にほぼ確実な場合、これは単なる「(死期を早めるという)悪い結果の可能性の予想」ではなく、それ以上のものであるとして、条件②に反すると評価し、このような治療を倫理的に妥当とは認めないことになる。

母体を救うための妊娠中絶（あるいは、二重結果論者が挙げる例に従えば子宮切除）については、それが胎児の生命を終わらせることは確実である。したがって、現実的予想を含める立場はこれを認めても、単なる可能性の予想のみを認める立場ではこれを認めないことになる。すると、中絶をしないことによって、母体も胎児も救えないという（中絶実施の場合よりもなお悪い）結果が生じるか、母よりも胎児の生命を優先する結果となるかであろう。この立場では、こうした奇妙な結果を認めなければならないことになる。同様にして副作用が生じることがほぼ確実な抗癌剤投与も、単なる可能性の予想しか認めない立場からは排除されることになる。このように、単なる可能性の予想しか認めない立場からは、私たちの直観にも、また医療現場で広く認められ、患者・家族からも支持されている治療の実態にも反する帰結が出てくるため、この立場は現実的ではない⁸。

にもかかわらず、悪い結果が死である場合に限りていえば、この立場を直観的に支持する医療者が多いのである。筆者はこれまでいろいろな機会に緩和医療の現場の医療者と対話をしてきたが、筆者の問いに答えて、「この疼痛コントロールをすると死期を早めるかもしれない」という限りではそれを選択することに前向きである医療者が、「これをする、まず間違いなく死期が早まる」と予想する状況では、その治療を選択することに躊躇するという答えがかえってくる。ただし、さらに「でも、だからといってその治療をしなければ、患者さんは苦しみながら

⁸ 単なる可能性の予想に限定する立場（「弱いバージョン」）は、許容できる医療上の選択を極端に限定してしまうおそれがあるように思われる。例えば、妊娠中の母体を救うために子宮を切除する例は、二重結果論者がしばしば肯定的に言及するものであるが、この場合は胎児の死亡は、単なる可能性どころか、確実なのである。

最後の時間を送ることになりますけど、それでも仕方ないとお考えですか」と聞くと、「そうなんです。ですから躊躇しつつも、苦痛を和らげる意図で、その治療を結局はするでしょうけれど・・・」という答えとなる。だから、結局は、現実的予想を含める立場に立ったことになるのだが、その思考の過程で、いったんは単なる可能性かどうかとの間に相当大きな線を引いていることが分かる⁹。

【鎮静の評価】ここで、近年終末期の緩和ケアをめぐるって交わされた一つの議論——鎮静 sedation というやり方の是非を巡るもの——をとりあげて、二重結果論の働き方を具体的に明らかにしたい¹⁰。がんの末期において緩和ケアを手厚く行い、疼痛のコントロールをできる限りやっても、終わりに近づくにつれ、一部の患者は耐え難い苦痛に悩まされるようになる。こういう場合に、「痛い、つらい」と感じる意識そのものを低下させること——鎮静——によって、苦痛から解放するというやり方が選択肢となる。意識の低下のさせ方にも程度があって、浅くするか深くするかという区別があり、また、鎮静をずっとし続けるか、間歇的にするかという区別もある。意識を低下させることは、患者を人間的な生から遠ざけることであり、「悪い結果」であるため、苦痛が緩和される限りにおいてできるだけ浅く、また間歇的にしたいと医療者は思う。だが、死にいたるまで持続的に鎮静し続けないと、患者の鎮静から醒めた時の苦痛が耐え難いだろうと思われるような場合、鎮静をし続けることは安楽死と変わらないではないかといった論もあり¹¹、医療者には、これについて倫理的にどう考えたらよいか問題となる。

また、他の疼痛コントロールにおいても、それが死期を早めるという副作用を持つときにどう考える

かという問題があったが、鎮静についても同じことが問題になる。ことに意識を低下させるという治療が死期を早めるとなると、見た目には安楽死とあまり変わらないとも思えるため、躊躇する医療者も多い（ただし、現在得られる医学的知見では、鎮静が死期を早める副作用を持つ場合はごくわずかであると見られている¹²）。

さて、医療現場に身を置きつつ、二重結果論を保持する立場に立つフランシスコ会士 Daniel P. Sulmasy (1999) は、鎮静にこれを精確に適用する——意識の低下はまさに「悪い結果」である。したがって、意識の低下を意図して行う「鎮静」という医療行為は倫理的に不適切である。また、鎮静は、意識の低下という悪い結果を介して、苦痛の緩和という良い結果を得ようとするものである点から言っても、不適切である。ただし、痛みをコントロールを意図して行う治療が、結果として患者の意識を低下させることになる場合は二重結果の要件を満たしており、認められ得る。

他方、二重結果論を採用しつつも、鎮静を認める論もある。例えば Bernat 2001 は、意識の低下は悪い結果に数えず、死のみを悪い結果として考慮の対象とする。このようにすれば確かに鎮静を認めることができようが、二重結果論だけでは鎮静をできれば避けるべきものとする根拠がなくなってしまう。Bernat 自身は「他によりよい選択肢がない場合には、道徳的に許容可能だ」としている (978 頁)。が、そこで「他によりよい選択肢」としてどのようなことを考えており、それはどのような理由によるのであろうか——意識を下げない苦痛緩和を考えており、その理由は、意識を下げることはできれば避けたいからに他ならないではないか。そうであれば、どちらがよりよいかという考慮（以下で指摘するように、こ

⁹ ただし、ここで筆者が念頭においた医療者たちは、必ずしも二重結果論を採用しているとは限らない。ここではあくまでも、「死期が早まるかもしれない」と「まず間違いなく早まる」との間に事実上ある線が引かれていること、かつそれでも結局はその線を消す実践をするという実情を指摘したのである。

¹⁰ 欧米における鎮静をめぐる倫理的論争状況については厚生科学研究「がん医療における緩和医療及び精神腫瘍学のあり方と普及に関する研究」班・苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン作成委員会森田達也氏（聖隷三方原病院）に基本的上方を提供していただいた。ここに謝意を表したい。

¹¹ 星野一正 1996：270-289

¹² 緩和医療の専門家森田達也氏の指摘による。

れは条件④にかかわるものである)においては、意識を下げることをできれば避けたい悪い結果として数えながら、条件①～③の適用においてはそうしないというのは、整合性に欠けるものと言わざるをえない。

【二重結果論批判】以下では、二重結果論に厳密に従う Sulmasy の主張を基準にして、これについて検討したい。彼はモルヒネ等を使う痛みのコントロールによっては耐え難い痛みから解放されない患者にどう対応するのだろうか。考えられる対応は次の二つである。

(1) 「鎮静によるならば、あなたがつらくなくなるようにすることができます。でも倫理的理由によって、私はそれをして差し上げることができません」と言って、患者が耐え難い痛みのうちにあるのを放置する(精神的ケア等は極力するだろうが、そもそもそのようなケアによって痛みが「耐え難く」なくなるのなら、はじめから鎮静など必要でなかったのであるから、この場合、いくらそうした対応をしても、耐え難さは続くに違いない)。

(2) 疼痛コントロールのための投薬量を「これでもまだ緩和できない以上、もう少し増やそう」といってどんどん増やしていった(それで緩和できるのならば、そもそも鎮静は選択肢にならないのだから)、投与の副作用として死期が相当早まる結果となるほうが、鎮静よりはいいと考える。

(1)であれば、彼はみずからの倫理的純潔のために、患者の苦しみを犠牲にするという態度をとっていることになる。二重結果論によれば、さきに安楽死を否定する仕方について見たように、条件④によって、ある治療をしたほうが良いとなっても、条件①から③によって認められないという結論がでるといえる。このとき医療者は、患者に害をもたらすなという指令によってしぼられ、益をもたらせという指令はこの場合適用されない、と看做されている。

つまり、「積極的・意図的に死なせてはいけない」と言われ、安楽死になるからその措置はできませんと医療者は結論したときに、「では患者に耐え難い苦痛を耐えよと言うのですか?」と問われて、「私は目下の状況においては、患者の苦痛を取り除き、患者に益をもたらせという指令からは解放されています」ということに(少なくとも論理的には)なる。なぜなら、そのようにして与益原則と無加害原則との衝突を避けるのが二重結果論の方針だからである。このようなわけで、医療者にあることができないとなったときに、しないことによる患者の苦痛に(少なくとも理論的には)目をつぶっていると、私には思われる。

だが、これはある種の宗教的伝統においては常套手段なのである。新約聖書に含まれる福音書においても、同じようなやりかたを示すユダヤ教指導者の例が指摘されている。すなわち、イエスは律法遵守をする場合の学者たちの解釈に対してこう批判したとされる。

「神は『父と母を敬え』と・・・と言っておられる。それなのに、あなたたちは言っている。『父または母に向かって、「あなたに差し上げるべきものは、神への供え物にする」と言う者は、父を敬わなくてもよい』と。こうしてあなたたちは自分の言い伝えのために、神の言葉を無にしている」(マタイによる福音書 15: 4-6)

ここでは神を敬うことと、父母を敬うことが両立しないと見えるときに、どう両規範の間に線を引くかについての規定が取り沙汰されている。そして、かくかくの条件下では、しかじかするのが正しい、という決疑論は、一方の規範(この場合は「神を礼拝せよ」)を立て、他方(「父母を敬え」)をないがしろにするものなのである。

鎮静について、医療者が「お気の毒ですが、意識を低下させるという意図を持つ行為は私たちにはできないんです」と説明するとすれば、医療者は自分たちの手を汚さないことのほうを、患者の耐え難い苦

痛への思いよりも優先させ、上位においている。しかしその状況においてもなお、「害をもたらすな」だけではなく、「益をもたらせ」という指令も生きていると私は思う。だが、二重結果論は、この状況で「益をもたらせ」から医療者を切り離してしまう。それが、自らの純粋性を守り、患者を苦痛のなかに放置することについて痛みは感じて、できることをしようとしなという態度を結果することになる。

また、二重結果論によって鎮静を拒否した上でどうするかへの答えが(2)(鎮痛薬の投与量を増やして、結果として死期が早まっても仕方ないとする)であれば、「死期が早まる」予想は伴っていないが、「意識の低下」を意図することを伴う方途(=鎮静)よりも、「死期が早まること」の予想を伴っていてもただ痛みの緩和を意図する方途(=強力な鎮痛)のほうがよい(いわば、小悪の意図より、大悪の予想のほうがよい)と考えていることになる。だが、この場合、「死期が早まること」はただ予想しているだけだと強弁できるだろうか。つまり、痛みの緩和という目的を達成するために、「死期が早まる」予想を伴わない他の方途があるにもかかわらず、この予想を伴う方途を選ぶ時、彼は「意識の低下」より「死期の早まり」のほうを選んだと言わざるを得ないのではないだろうか。

意図的に鎮静を行うことを否定する Sulmasy の主張、したがって二重結果論という評価の基準は、現場の医療者の直観と実践に反している。そしてこの場合、現場の医療者の直観と実践のほうが正しいと筆者は考える。そうであれば、二重結果論のどこかに理論的欠点があるに違いない。

3 相応性論 (theory of proportionality)

相応性論は、形式的には二重結果論の第4条件(悪い結果が予想されるにもかかわらず、それを凌駕す

るよい結果がある場合に、その行為は容認され得る)のみを立て、他の条項は無用だとする立場である。したがって、この限りでは行為に伴う〈意図〉を倫理的考慮の対象から切り捨てる立場によって主張される。つまり、いわゆる結果論者 (consequentialist) がこれを主張する。

この立場は、良い結果と悪い結果を天秤にかける、あるいは、結果の良し悪しを比較考量して、差し引きした結果良いほうに傾くか悪いほうに傾くかといった考え方 (net good and bad effects) をしているように見える。例えば、良い結果が悪い結果を凌駕していることが要請される¹³。が、また、患者の状態の悪さ(苦痛の程度等)と許容し得る悪い結果(リスク)間の比例的対応を指すこともある¹⁴。

以上の限りでは、相応性論は二重結果論の第4条件だけを単独で立てる立場であると言って済ませることができるかもしれない。だが、実は他の条件を切り捨てることに伴って、相応性論にあっては第4条件の実質が二重結果論のそれとは大分変わってきていると言うべきである。つまり、相応性論を整合的に主張するためには、単に、治療の選択肢を単独で取り出して、それがこの要件を満たしているかどうかを判定するという手順では済まないのである。二重結果論においては、第4条件に加えて他の3条件によって限定していたところの相当部分を、第4条件の内容を豊かにすることによって補わなければならないからである。

例えば、安楽死について二重結果論の立場にたって否定する際には、第4条件はほとんど効いてこない。死という悪い結果を許容するに足る積極的なよい結果があるかどうか、という点がどうであれ、死なすという行為は不適切で(条件①)、死を意図しており(条件②)死という悪い結果を介して苦痛からの解放を達成するのも不適切である(条件③)、と論じるわけだから、第4条件の吟味はおざなりになる。また、副作用を許容しつつ、抗癌剤を投与するとい

¹³ Quill 1997: 'The good effect must outweigh the bad effect'. Wein 2000: 'the intended good effect must be proportionately much greater than the bad effect'.

¹⁴ Wein 2000: 'The greater the patient's suffering, the greater is the risk...' 等。

う場合でも、その正当化は、「がんを叩いて良い結果を出すために投与するのであり、副作用は予想し、許容はしても意図はしてない」というところで主として行われるわけで、「副作用があっても、QOLや延命という点でよい結果があるのだから」と第4条件はおおまかに扱われてきたと私には見える（実際、ここがおおまかに扱われてきたために、抗癌剤を投与することのメリット・デメリットの査定が不十分なまま、「まだやれるからやる」というような理由での選択が現場に普及してしまっている）。これに対して、相応性条件一本槍で適不適を判別しようという場合には、この第4条件による適不適の判別力を高めないと、なんでもありという結果となってしまう。実際、この立場では、相応性の内容を磨く工夫がされているのである。

終末期医療の現場に即してこの立場を代表するQuillは、良い結果と悪い結果の比例対応を、単にひとつの行為の候補について判断するのではなく、可能な治療の選択肢のすべてについて、それぞれの良い結果と悪い結果の総合（net good and bad effects）を比較して、それらのうちで最も良い結果をもたらすものを選ぶべきではないという指令として、相応性原則を提示している¹⁵。ここからは、同じ益をもたらす諸選択肢のうちでは、害がもっとも少ないものを選ぶべきだというやり方が帰結する¹⁶。したがって、通常の緩和治療によっては耐え難い苦痛が緩和されなくなってはじめて、鎮静の選択が許される等々の帰結が出てくる。

このような考え方の延長線上には、他によりよい手立てがない場合に限って、安楽死を認めるという帰結も理論的には出てくる。「他によりよい手立てがない場合に限って」という条件は第4条件を展開したものであるが、これを付すことによって、二重結果論が「死なす」ことを意図する以上不適切だとしてき

たのに対して、安楽死が認められる可能性を拓きはするが、これを無制限に認めるのではなく、限定しようとしているのである。安楽死や医師に幫助された自殺を現実に認めるかどうかについては、Quillも合衆国における社会的合意ないし法を意識して語っている。

現在考えられる選択肢の中からもっとも良いものを選ぶという相対化する見方で相応性原則を解することは、このように取り返しのつかない害を伴う選択を無制限に許すことに歯止めをかける一方、「死期が早める」ことは一般には不適切な選択だとしても「苦しいだけの生が長引く」よりは良い、というように、結果の良し悪しを相対化するものでもある。そのことによって、「悪い結果を介してよい結果を得るのはまずい」というような二重結果論の条項が無効となる。悪い結果に優る良い結果が得られるかという問いではなく、可能な諸選択肢のうちでどれが比較的よいかということになる。ここから、二重結果論が不適切と認定した治療において、それをしないことによる患者の苦しみを医療者が放置することになったのとは対照的に、やることにはかくかくの害があるとネガティブに考えた場合に、常に「ではやらないとどうなるのか」をも考えなければならず、「やらないよりはやったほうがまだ患者にとってベターなのではないか」と問われることになる。つまり、医療者は「かくかくの場合は無加害原則の下にあり、与益原則は適用されない」などとは言えず、常に「より害がないように、より益になるように」と相対化された「益を求め害を避けよ」という指令（いわば相対化された与益・無加害原則）の下に置かれるのである。

日本において医療者たちはもっとそうである。だが、その点を別にすれば、可能な選択肢の中でもっとも患者にとって益となるものを選ぶという、Quill

¹⁵ Quill 1997: 'The fourth condition requires the agent to compare the net good and bad effects of potentially acceptable actions to determine which course would produce an effect of proportionately greater value. Thus, the agent should choose the action with the most favorable balance of good and bad effects. …' ただし、二重結果論の第四条件の説明としてQuillはこれを書いているのであるが、本論ですでに述べたような理由で、二重結果論の説明としてはあまり適切ではない。Quillはこれだけを取り出して肯定するというやり方をするために、二重結果論の説明の中に自らのやり方を入れ込んで見ると見るべきだ。

¹⁶ Quill 2000の副題 'choosing the least harmful alternative' はまさにこのやり方を指している。