

医療の「現場」をめぐる価値とまなざし：組織倫理学を考える理由

服部 俊子・榎本 直樹

Citation	人権問題研究, Vol.17, pp.21-49
Issue Date	2020-03-31
Textversion	Publisher

© 2020 大阪市立大学人権問題研究センター. All rights reserved.

<https://dlisv03.media.osaka-cu.ac.jp/contents/osakacu/html/ej/1346454x/top.html>

医療の「現場」をめぐる価値とまなざし

—組織倫理学を考える理由—

服部 俊子*・榎本 直樹**

キーワード：バイオエシックス／価値／場所

Keywords: bioethics / values / place

要旨

近年、医療現場の倫理を支援する取り組みが多く、多くの病院で展開されるようになってきた。そうした流れの中で、倫理学研究者が医療現場に赴き、支援を試みる際、その頭の中にあるのはバイオエシックスの考え方である。生命をめぐる倫理的問題群への応答を試みる応用倫理学の一分野として、20世紀後半に登場したバイオエシックスは、現場の問題群に倫理学はいかに応答できるのかという問いを抱えながら、医療現場の倫理を支援するアプローチとして検討され、そのアプローチは実際の対策として採用されている。しかし、そもそも、このアプローチは、医療現場の倫理—現場に現れる価値や規範—を見定めたものだったのだろうか。その研究には、何か見落としてきた視点があるのではないか。この疑問は、そのアプローチを試みようとした倫理学研究者（筆者）が実際の現場にふれ、その場所に立ち現れていた価値や規範を目の当たりにしたことで浮かび上がった。本稿は、実際の現場に触れた体験を反省し医療現場の倫理を描き出すことを通して、倫理学研究で見落とされがちな視点を明らかにする。

はじめに

「これまで考えていた倫理（学）のアプローチでは、医療現場に届かない……」。これは、応用倫理学applied ethicsの一分野である「バイオエシックスbioethics」研究に携わっていた服部が、医療現場に赴くようになり生じた思いである。バイオエシックスとは、20世紀半ばの米国、マイノリティによる人権運動を背景に社会に提起

された生命医科学をめぐる倫理的問題群——医学実験、遺伝子の診断や操作、人工的生命維持装置（主に人工透析器、人工呼吸器、人工補助心臓）、臓器移植などの「先端医療」に生じる倫理的問題——に応答する研究分野として形作られた。日本では1970年代末からバイオエシックス研究が紹介され、現在は「生命倫理学」という名称で定着している¹⁾。

*大阪市立大学

**産業医科大学

服部が複数の病院に赴くようになった2000年代後半、日本のバイオエシックス研究者の一部は、バイオエシックスで一定の理解が得られた取り組みを始めており、服部はその取り組みが示唆する「倫理（学）のアプローチ」を用いれば医療現場を倫理に関して支援できると考えていた。しかし、赴いた医療現場で驚きを隠せなかった。というのも、「医療現場の倫理を支援する」アプローチは医療現場の倫理を支援する方法として、米国でも日本でもどの医療現場にも必要な取り組みとして、採用されている（あるいは、されようとしている）。それゆえ、この医療現場においても採用されるべきである、と判断していた。だが、目の前の医療現場には、自身が想定していなかった多様な価値や規範が現れており、前提にしていた「医療現場の倫理」が、現状とあまりに異なる倫理であることを認識し、服部の判断自体が成立しなくなったからである。そして、医療現場の外（この場面では大学）から、研究で了解されたアプローチに取り組めば医療現場の倫理は支援できる、という姿勢自体が問題ではないか、と考えるようにもなった。服部が医療現場に赴き、その現場に触れたことで、研究者自身の姿勢が照らし出されたからだと思われる。

本稿は、倫理学研究者である服部が医療現場に赴いたことで見えた医療現場の倫理を描き出すことを目的とする。その目的に達するために、その体験を反省し（reflect）、実際の現場にどのような価値の問題が現れていたのか、そこに立ち現れている価値や規範を記述する。また、そうした記述を通して透かし見えてきた、医療現場の倫理をみる倫理学研究者のまなざしを明らかにしたい。ここでの反省は、認識の源泉としての服部の体験がどのようなものであったかを言

語で整理し、その記述を批判的に検討する営みである。この営みは、「医療現場の倫理」の典型やモデルを示そうとするものではなく、また理論や原理を根拠にした演繹的方法でもない。しかしながら、服部が想定できなかった現場に立ち現れる価値や規範を示し、病院における医療現場の倫理を描き出すことで、これまでのバイオエシックス研究で見落とされてきたかもしれない倫理の視点を提示することが可能となる。これは医療現場の倫理をめぐるバイオエシックス研究を批判的に考察する営みにほかならない。

そこで本稿は、まず最初に、服部の姿勢を形づくった一つである「これまで考えていた倫理（学）のアプローチ」とはどのようなものなのかを明らかにするために、倫理学の概略と応用倫理学としてのバイオエシックスについての言説を紹介する（1）。続いて、医療現場に赴いた服部の体験の記述を、同じく倫理学研究者である榎本と検討し、医療現場にはどのような価値や規範が現れていたかを整理する（2）。そして最後に、医療現場に触れたことによって見えてきた、医療の当事者ではない倫理学研究者のまなざしと、医療現場の倫理にアプローチする際に見落としがちな視点を明らかにしたい。

1 応用倫理学としてのバイオエシックス

倫理学は、哲学において「私は何をなすべきか」という問いに応答する道徳の学（道徳哲学moral philosophy）である。道徳は社会を構成する人々が共存するために遵守すべき規範であり、倫理はその規範を守ることで、共同体の人々の「善く生きる」構想を推し進める規範である。通常、共同体のような「一体化した集団のなかでは、倫理は誰にもわかる自明な常識だと宣言され、

そのために、倫理を守る理由を問う問いは封じられ、それを問う者は集団から排除され」てしまう。「倫理学は倫理が帯びているこの権威が正当なものかどうかを問」い、「あたりまえと思われていることをあらためて根底から問いなおす営み」である²⁾。すなわち、倫理学は「いわば、倫理のなかに内包されている毒を防ぐ解毒剤³⁾」として古代から、道徳的判断の根拠や条件を考察し、共同体を超えたわれわれの行為を導いたり、判断を下したりする際に用いられる原理や規準を探究してきた。だが、20世紀前半、英語圏の倫理学研究では、実質的な倫理学ないし道徳哲学を根底から問い直す研究が主流になっていった。この研究は、概念や言明の間の関係を解明する分析哲学の方法を用いて、道徳的判断に用いられる場合の「～すべき」とそうでない場合の「～すべき」とは何が違うのか、なぜ道徳（倫理）に従うべきなのかなど、そもそも道徳（倫理）とはなにか／道徳（倫理）的判断の性質とはどのようなものかを分析する⁴⁾。このメタ的な倫理学研究は、「倫理学が自らの課題を道徳性の本質についてや道徳的命題の意味についての研究に言及するようになって、実践的問題への関心を薄れさせ⁵⁾」る傾向にあった。つまりその傾向により、時間的継続の中で「あたりまえと思われていることをあらためて根底から問いなおす⁶⁾」営みという、倫理学が本来もっていた動的なものを失わせ、静的な（無時間的な）ものになったと言える。

20世紀半ばになると、社会（特に米国）では、マイノリティの人権運動を背景に、生命、環境、ビジネス等をめぐる具体的な問題が報道を通して提起されるようになり、倫理学や自然科学、法学、神学、社会学など多くの学問は、そうした具体的な問題に回答することを要請された。

そして、生命、環境、ビジネスをめぐる具体的な倫理的問題群に取り組む「バイオエシックス」、「エンバイロンメンタル・エシックス (environmental ethics)」、「ビジネス・エシックス (business ethics)」という学際的研究領域が立ち上がった。倫理学では、その領域の倫理学研究を「応用倫理学」と呼び慣らすようになり、「実践的問題から切り離されて、純粋な理論へと切り縮められたことに対する反省の上に立」ち、「応用倫理学と呼ばれる分野での研究成果が欧米のアカデミズムにおいて顕著にみられるようにな」った⁷⁾。

応用倫理学研究は当初、これまでの倫理学の議論で正当化された理論や原理を事例に当てはめる方法を採用した。例えば、倫理学には「その利害が問題となる人々の幸福を増加させる見込みがあるか、もしくは減少させる見込みがあるかどうかに基づき、(…)すべての行為を是認ないし否認する原理⁸⁾」として「功利性の原理 the principle of utility」がある。この原理を使って、かりに、臓器移植問題、すなわち、臓器移植を必要とする2人（2人が異なる臓器を必要としている）とそれらの臓器を提供できる1人がいる場合に臓器移植をすべきか、という問題を考える。そうすると、臓器移植をしなければ1人の生と2人の死があるが、臓器移植をすると1人の死と2人の生となる。両者（臓器移植の結果）を比較すると、前者より後者の方が、利害が問題となる人々の幸福を増大させるのでこの臓器移植をすべきだ、という解答が可能になる。これは、初期の応用倫理学者が臓器移植という具体的な問題に回答する議論として提示した思考実験（1975年⁹⁾）を、あくまでも簡明のために示したものである。そうした方法は、問題に回答するための道徳推論モデルの1つであるが、

人々の直観からはずれた極端な解答を引き出す可能性もある。それゆえ、1990年代以降、倫理学は、理論や原理を事例に当てはめる方法に批判的検討を加えるとともに、そもそも具体的な倫理的問題に回答できるものなのか、できるならそれはいかにして可能か、倫理学を専門にする研究者は現場（ないし当事者）にどのように関わるべきか／関わることができるのか、倫理学研究者は具体的な倫理的問題に回答する専門家と言えるのか、など、学問の存立理由を問うような本質的な問題にも取り組んでいる。

応用倫理学では、生命をめぐる具体的な問題に取り組んできたバイオエシックスが先駆的な領域とされ、こうしたバイオエシックスの研究成果が、医療現場に赴く以前に服部が「これまで考えていた倫理（学）のアプローチ」の基礎にあった。まずは、そのアプローチとはどのようなものだったのかを明らかにしたい。社会にいかなる生命をめぐる問題が生じ（1.1）、それにどのように応答しバイオエシックス研究が立ち上がってきたのか（1.2）、そして、具体的な問題が生じる医療現場の倫理にどのように応答してきたのか（1.3）を整理する。本章の最後に、バイオエシックスが、応用倫理学として具体的な問題にどのような仕方であ答し、倫理的判断を下そうとしてきたのかを示し（1.4）、医療現場に赴く前の服部の姿勢を見定めておく。

1-1 生命医科学をめぐる具体的な問題

土屋によれば¹⁰、「バイオエシックス」という用語が登場したのは、人口増加や天然資源の浪費などによって地球の生態系が破壊されており、このままでは人類は滅亡しかねないとの強い危機意識を抱いていた研究者が、地球環境の危機を克服して人類が「生き残るための科学（the

science of survival)』」を提唱し、その科学を「バイオエシックス」と呼んだのが最初とされる。一方で当時、医学研究や先端医療技術の実施に伴う医療をめぐる倫理的問題群が社会に提起されており、この問題に取り組むための複数の研究機関が設立され、その研究活動も「バイオエシックス」と呼ばれた。後者がマスメディアなどを通して一般化したため、医学研究や先端医療技術の実施に伴う問題を扱う研究領域が「バイオエシックス」とされるようになった。こうして今日ではバイオエシックスは一般に、生き残るための科学というより、医学研究や先端技術を用いる医療をめぐる問題群を扱う研究領域と認識されている¹¹。

医学研究をめぐる倫理的問題¹²

医学実験はその名のごとく、医学における実験である。生理学の古典的テキストであるベルナル『実験医学研究序説¹³』（1865年）によれば、医学研究は生理学、病理学、治療学に分けられ、自然な生命現象を研究する生理学は病理学、治療学の基礎である。また、医学研究の方法は観察と実験であり、生理学の実験には生きている動物や人間を対象とする。医学研究の方法としての実験は、動物や人間が未来の治療のための実験台になることで成立するのであり、研究対象に不確実な危険を負わせるという倫理的問題を孕む行為である。

医療実験に倫理的問題があることが露呈したのは、ナチス・ドイツの医学者が捕虜を強制的に研究対象（被験者）にした医学実験（人体実験）が裁かれた「ニュルンベルグ医療裁判」（1946-47年）だった。被告側となった医学者たちは、医学実験が社会全体の利益に寄与したと主張したが、判決は社会全体のために個人の尊厳を否定

することは認められないとした。判決文中に書き込まれた「許容できる」医学実験の基準がのちに「ニュルンベルグ綱領」と呼ばれるようになり、現在の臨床研究規制の基礎となっている。ニュルンベルグ綱領は「被験者の自発的な同意が絶対に必要である」ことを第1に掲げた10項目からなるもので、研究に関する「インフォームド・コンセント」の礎になった。

土屋によれば¹⁴⁾、米国では、ニュルンベルグ綱領が公になった第二次世界大戦後も、本人の同意がない医学実験（人体実験）は行われていた。1960年代に米国の連邦政府は、薬害と倫理的に問題のある医学実験への対応として医学研究規制を始めたが、1970年代に入るとさらに大規模な医学研究スキャンダルがスクープされ、連邦議会は公聴会を開いて、大学や研究機関に所属する生命医科学の研究者を呼び、研究の実態や研究が孕む倫理的問題を明らかにした。1974年、全米研究法（National Research Act）が制定され、「生物医学および行動科学研究における被験者保護のための全米委員会」（以下、被験者保護全米委員会）が創設された。この委員会は、哲学・倫理学者、神学者、法学者、そして医学者や神経行動学などの生命医科学者など、さまざまな学問を専門にする委員から構成され、生命医科学研究に対する連邦政府の規制や人体実験の基準をめぐる議論を行った。全米に及ぶ臨床研究（人を対象とする研究）の規制を成立させ、その議論はバイオエシックスの柱の一つとなった。

先端医療技術を用いる医療をめぐる倫理的問題

生命医科学をめぐる問題には、先端医療技術を用いる医療をめぐる倫理的問題も含まれる。20世紀半ば、遺伝子診断・操作、人工的生命維持装置（人工透析器・人工呼吸器、人工補助心臓）、

臓器移植などの先端医療技術が用いられるようになった。先端医療技術を用いた治療は予測できない危険性も高く、医学実験の色合いが濃い。しかし当時は、医師が医学の専門家であるという理由で専断的に決定する状況があり、医師たちは先端医療技術がそれまでの医学の専門家としての職業倫理だけでは対応できない領域を生み出していると感じ、従来の価値観から遠ざかっているのではないかと危惧し始めていた。その1つの文脈に「インフォームド・コンセント」がある¹⁵⁾。

「インフォームド・コンセント」は、1957年の医療裁判における連邦裁判所判決（サルゴ対スタンフォード事件判決）で「医師には、提案した治療への患者の知的な同意のために必要なあらゆる事実を開示する義務がある」として、判事が造語した言葉である。この判決は、インフォームド・コンセントの概念を媒介に、すでに判決として出されていた「患者の同意」原則——患者の同意を治療の正当化条件とした原則——から、同意するために不可欠な「情報取得」を患者の権利とした。ここから、「患者という立場で基本的人権を享受するためにはいかなる条件が必要か」についての模索、すなわち「患者の権利」の模索が始まった、重要な判決だった¹⁶⁾。判決の背景には、米国において18世紀から続く人権運動がある。19世紀からの奴隷制廃止をめぐる南北戦争や法廷闘争、20世紀初頭からの公民権運動、女性の権利運動、消費者運動（消費者の権利を認識させる運動）などの、マイノリティによる権利運動である¹⁷⁾。患者—医師の関係において、患者の人権、すなわち患者という立場にある人の尊厳が守られていなかったことが、患者の権利運動を形成した。

一方、医師たちは、ギリシャ時代の「ヒポクラテスの誓い」から続いていた医師の職業倫理

である「医の倫理」(medical ethics)での対応が困難になり、戸惑った。神学者としてバイオエシックス研究の初期から関わったジョンセンは、自著でその様子を描いている¹⁸⁾。彼によれば、医学者が1960年代には先端医療技術が孕む倫理的問題を感じとっていたのか、医学界の複数の会議で「良心にかかわる問題」として医療技術の進歩に潜む社会的・倫理的問題を議論するようになった。議論を開始した当初は、この会議を医学者以外には閉じていたが、徐々に、医学以外の専門家(神学者や倫理学者などの専門家)に開き、ともに議論するようになっていった。このことは、医学や科学の進歩が純然たる利益だけでなく不利益、不便、損害も生むことを医学の専門家が他の専門分野に公表し、医学者が人文学などの他の専門家や一般市民と対話を始め、互いの言葉を理解し始めたことを意味した。医学界は、それまで独占していた医学情報を、2つの圧力で外部に開示せざるを得なくなった。1つ目の圧力は患者の権利運動や法廷闘争の結果(医療裁判の判決)という外圧、2つ目の圧力は医師の職業倫理——医師は専門職として患者のためになるよい治療を決定すべき——では対応できないと感じる、医学者個人の良心の声という内圧である。1973年に全米病院協会は「患者の権利章典」を策定し、医療者は患者の権利を擁護すべき立場にあることを宣言した。1976年に医療消費者センター(Center for Medical Consumers)が設立され、医学の専門ジャーナルを評価したニューズレターを発行し、患者に医療情報を届けるようになった¹⁹⁾。こうして20世紀後半、医師は適切な医療情報を提供する義務を負うようになり、患者はその医療情報を理解して治療を選択する権利を獲得した。治療決定の主体が医師から患者へと移ったのである。

以上のように患者—医師の関係が大きく変化した1960年代、米国の社会には、人の生・死とは何か、人の尊厳とは何か、といった哲学的な問いが根底に横たわるような倫理的問題も浮上した。例えば²⁰⁾、人工的生命維持装置である人工呼吸器を用いた治療は、自発呼吸がなくても生存を可能にし、不可逆的昏睡状態という「生の状態」を生みだした。人々はメディアを通じて、人工呼吸器を装着し意識がなくベッドに寝たまの重度意識障害患者の存在を知り、重度意識障害の状態が「非人格的な生」ではないか、その状態で生きることには人間としての尊厳がないのではないか、その状態は人工的に生命が延長させられてしまっているだけではないか、と疑問を抱くようになった。その生を「非人格的な生」とみなす人々は、尊厳ある生および死を求めた「死ぬ権利」(治療を拒否する権利、死に方を選ぶ権利など)を主張し、リビング・ウィル(生前発効遺言)や代理人指定も条件とするアドバンス・ディレクティブ(事前指示)という手続きを、医学側に提案するようになっていった。また、1930年代に始まった臓器移植は、免疫抑制剤が開発された1960年代後半から一般に普及し始め、医学界は、生命維持装置により生まれた不可逆的昏睡状態に「脳死」という用語をあて、臓器提供者の確保に動いた。その動きに米国の各州政府が呼応して「脳死=人の死」とする法整備を行い、脳死臓器移植を推進させていくことになる。さらに、遺伝子診断技術は、胎児の羊水等や生殖補助医療(不妊治療)として体外受精で作製した受精卵に、遺伝学的な検査を行い、ある種の先天異常を発見できる出生前診断を可能にした。出生前診断は、特定の先天異常がある胎児の中絶や受精卵の廃棄を可能にしたが、「障害」が胎児や受精卵の選別基準で

あることの倫理的問題が社会に提起され、「劣悪」な生命を排除するという優生思想の問題が新たな様相を帯びて再浮上した。

このように、20世紀半ばから提起された、先端医療技術を用いる治療をめぐる倫理的問題は、あらためて、人の生とは何か、人の尊厳とは何かという問いを浮上させた。また、「生命操作」の技術と呼ばれるようになった先端医療技術は、生命を序列化する優生思想を個人で実現できる医療を発展させている。先端医療技術の進歩は、これまでなら正面から取り組む必要のなかった問題を、人々に突きつけたとも言える。

こうした生命医科学をめぐる具体的な問題群に、研究者たちはどのように応答し、バイオエシックスを形成していったのか。

1-2 生命医科学をめぐる具体的な問題への応答

米国社会に提起されてきた生命医科学をめぐる倫理的問題に、各学問分野の研究者らが1960年代ごろから議論を始めた。ジョンセンによると²¹⁾、専門家たちの一部は、生物医学が孕むこれらの論争的な倫理的問題群を、一時的にはなく、恒久的・真剣かつ体系的に研究する必要があると感じ、研究機関や学会を設立した。1970年に「社会・倫理・生命科学研究所」(通称・ヘイスティングス・センター)、1971年にジョージタウン大学の「人の生殖とバイオエシックス研究のためのジョゼフ&ローズ・ケネディ研究所」(現・ケネディ倫理学研究所)、聖職者・医師・心理学者で構成された「医学教育・神学委員会」を前身とする「健康・人間価値学会」(現・米国バイオエシックス・人間価値学会)が1970年に設立された。いずれの研究機関や学会も財政的援助が受けられ恒常的な議論の場を設けられたことが、バイオエシックスの成立に大きく寄与

した。研究者が中心となり巨額の資金を集め、ヘイスティングス・センターもケネディ倫理学研究所も、生物学、哲学・倫理学、神学、医科学など多様な専門の研究者などが集結した。ヘイスティングス・センターは、死と死に行くこと、行動制御、遺伝子工学と遺伝カウンセリング、人口制御の4つの活動班や特別チームを形成して学際的議論を促進した。一方、ケネディ研究所は、『バイオエシックス書誌』の出版、『バイオエシックス百科事典』の編纂、「バイオエシックス図書館」など、研究情報の収集・発信拠点を構築した。医療従事者や研究者向けの「bioethics 集中講座」も1974年から毎年行い、そこから教科書として定評のある『Principles of Biomedical Ethics』(Tom L. Beauchamp and James F. Childress, 1979²²⁾) が生まれた。これらの研究所に所属する研究者たちは被験者保護全米委員会など政府の諮問委員会に召集され、政策立案にも参画した。

2つの研究機関は「自然科学と道徳科学の領域から学者を呼び集め・・・ともに〈具体的な〉問題に焦点を絞²³⁾」り、理論と実践の両方に目を配り、研究者と当事者や市民たちと議論を通して研究を促進させ、バイオエシックスという研究領域を形作っていった。『バイオエシックス百科事典』で「バイオエシックス」は「生命諸科学とヘルスケアの領域における人間の行為を、道徳的諸価値や諸原理に照らして吟味する体系的な研究」²⁴⁾と定義された。2つの研究機関に所属する研究者たちは、連邦政府で公共政策立案プロセスにも参画し、社会に提起された事例を分類し問題と特定・問題の応答として、報告書および勧告の作成に寄与した。

こうした研究成果は、社会に提起された問題がどのような倫理的問題群なのかを整理し、政

策レベルの応答を可能にした。また、医療現場で医学研究や生命医療技術を実施する際に生じる倫理的問題に、現場で応答する仕組みも構築していった。

1-3 医療現場の倫理への応答

バイオエシックス研究機関は、医療現場に生じる倫理的問題に応答するため、倫理委員会や倫理コンサルテーションサービスの体制や、バイオエシックス研究者「バイオエシシスト (bioethicist)」の養成を可能にする体制を整備した。また、医療現場で倫理的問題に直面する医療者を支援するクリニカル・エシックスという研究分野が登場した。

医療現場の倫理的問題に応答する仕組み：倫理委員会・倫理コンサルテーション

20世紀後半、研究機関で養成されたバイオエシシスト（主に大学院生や研究者）は、倫理的問題が発生する医療現場の事態に対応するため、臨床家を取りまとめながら病院内で倫理的問題を検討する倫理委員会や、臨床家から相談を受けつける倫理コンサルテーションサービスの体制整備を行ったとされる。これは、医療者が患者や家族に対応する、まさにその現場で生じる倫理的問題に応答する試みである。

米国で先端医療技術をめぐる最初の倫理委員会は、1961年、シアトルの病院で行われた「人工腎臓センター管理政策委員会」といわれる。この委員会は、血液透析を世界で初めて臨床応用に成功した病院が設置した会議で、医師の責任を軽くする目的もあったといわれる。委員会の任務は、血液透析の治療を実施するにあたって、多くの患者候補から5名を選択することであった。前例のない任務を負うことになった「人

工腎臓センター管理政策委員会」の委員は、弁護士、主婦、牧師、州政府吏員、労働組1合幹部、銀行家、外科医で、みな腎臓病について素人だった。人工透析技術を臨床応用に至るまで発展させてきた医師は、医学研究は私益のために行なわれるべきではないという信念のもと人工腎臓センターを非営利の組織とする一方、研究資金を集めるためにメディアの協力を仰いだので、この委員会活動は1962年に記事になった。委員会で選ばれた患者は血液透析で生を維持する可能性が開けるが、選ばれなかった患者は死ぬことを意味していたので、記者は「生と死の委員会」と表現した。それがいつしか「神の委員会」と呼ばれるようになった²⁵⁾。どの人が死ぬに値するのか、どの人が生き残るのに値するのか。「神の委員会」報道は希少医療資源配分問題に関する議論の発端となった。

その後、医学研究を審査する倫理委員会制度は、1974年の全米研究法が、施設内の研究で適切に被験者が保護されているかを審査する「施設内委員会 (Institutional Review Board, IRB)」の設置を義務付けたことで整備されていった。他方、先端医療技術が提起する倫理的問題を検討する委員会制度は、カトリック系病院で1970年代にすでに行われていた「医療道徳委員会」で始まったとされる²⁶⁾。1976年、医療裁判 (カレン事件)²⁷⁾ のニュージャージー州最高裁判決は、医療をめぐる倫理的問題は法廷で争うものではなく病院で解決すべきとしながら、技術の進歩によって医師がバランスのとれた見方をしにくくなっていることを指摘した。そして、治療決定に関する医師の裁量を認めながらも、判断をくだす責任を分散させ、訴追への懸念の減らし、医師や病院を守るためのひとつのテクニックとして、医師、ソーシャルワーカー、弁護士、神

学者から構成される委員会を、病院内倫理委員会 (Hospital Ethics Committee, HEC) として設置することを推奨した²⁸⁾。政府の諮問委員会「医療および生物医学・行動科学研究における倫理的諸問題研究のための大統領委員会」(以下、大統領委員会)が1983年に出した報告書には、病院内倫理委員会の設置は1%程度の病院にしかなく、それらで扱われた事例も年に1件程度だったことが示された²⁹⁾。米国医事法学会によるHECの役割と構成に関するモデル法案も掲載され、大統領委員会は医療現場の倫理的問題を解決する助言役としてHEC設置を促した。1980年代には米国病院協会や米国医師会、小児科学学会などもHECに関する独自のガイドラインを発表し、委員会やコンサルテーションの制度化を推奨した。1992年、医療施設の監査機関である保健医療組織認定合同委員会 (JCAHO, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) が、患者のケアに関する倫理的問題に効果的な仕方で行き届く構造の一つとしてHECに言及したことで、規模の大小に拘らずほとんどの病院は、HECを設置し倫理コンサルテーション機能を設けた³⁰⁾。こうして、医学研究や医療機関に2つの倫理委員会——医学研究に対応するIRB、医療に対応するHEC——が整備された。

日本の倫理委員会には、人を対象とする医学研究 (臨床研究) を扱う2種類の審査委員会 (治験審査委員会と研究倫理審査委員会) と、HECに相当する臨床倫理の委員会という3種類がある。臨床研究に対応する委員会が2種類あるのは、1990年旧厚生省が「医薬品の臨床試験の実施に関する省令」(Good Clinical Practice、以下GCP) を施行し、治験の審査を行う治験審査委員会 (これを日本ではIRBと呼びならわしている)

の設置を勧告し、治験を実施している施設では治験だけを対象にした審査委員会が先に作られたことに由来するが、その他の臨床研究については2001年以降に順次研究内容に応じた倫理指針が策定されたことに由来する。病院監査事業³¹⁾ (病院機能評価) は、2005年の監査項目に、臨床研究、治験、臨床倫理の3つを設定し、それぞれの倫理委員会 (治験審査委員会・研究倫理審査委員会・臨床倫理の委員会) で審査・検討する評価項目を示した。臨床倫理の委員会の設置推進には、日本看護協会の活動が大きな役割を果たしたと思われる。日本看護協会は、1994年に発足させた専門看護師認定制度で、専門看護師に「個人、家族及び集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決をはかる」役割 (倫理調整) を与え、専門看護師は所属する病院で全看護師を対象にした (HEC機能の) 倫理コンサルテーションや倫理教育を行うのが責務とされた。さらに日本看護協会は2006年に「臨床倫理委員会の設置と活用に関する指針」を作成し、病院の看護部に臨床倫理委員会を設置し運用するよう促した。一方、医学系学会は、2000年代後半から診療指針において、臨床倫理委員会の運用と利用を推奨するようになった。1990年代後半から看護や医学の臨床家に臨床倫理が周知されるようになったのは、医学、看護学、哲学、法学などの専門家が協同して臨床現場で活動したことの結果と言えるだろう。

医療者を支援する倫理：クリニカル・エシックス

さて、「臨床倫理clinical ethics」は、バイオエシックス研究に携わっていたシカゴ大学の医師シーグラーが医師の倫理教育をテーマにした論文 (1978年³²⁾) で初めて公に用いていた言葉である。彼は同僚医師と1977年には、大学医学部の9割

で教育されていた医の倫理における指導形式form of instruction を、ベッドサイドで臨床医学教育を受ける学年に、臨床の倫理的な事例clinical-ethical caseや医学的・倫理的な事例medical-ethical caseに対応する技術を、ディスカッションを通して習得する臨床倫理プログラムを初めていた³³⁾。シーグラーにとって、臨床倫理をベッドサイドで教えることの利点は、個人の説明責任を最大化するために実際のケースに対処すること、技術的能力と倫理的意思決定の関係を強化すること、医療チーム全体を巻き込むこと、そして医師の形式的な医の倫理に対する抵抗を減らすことだった³⁴⁾。そして、倫理は臨床医学の外にあるのではなく臨床医学の本質であると考えていたシーグラーは、1982年、ジョンセン、法学者ウインスレードと共に「医師の臨床における倫理」という意味を持つ『クリニカル・エシックス³⁵⁾』を出版し、「クリニカル・エシックス」を、「特定の個人のために特定の状況で最善のケアを決定し実行するという医師の基本的な課題と必然的に連動する倫理」と定義した³⁶⁾。著者たちは、「増大するバイオエシックス文献で形づくられつつあった一般的な倫理的配慮を医師が患者の治療をする場合の意思決定に提供すること [を目的に]、哲学者の思弁よりも臨床家の思考により近いと思われる分析方法³⁷⁾」を採用したという。

『クリニカル・エシックス』は、副題に「臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ」とあるように、医学生あるいは臨床医の実践向けテキストとして白衣のポケットに入るサイズで出版されたが、今日の「クリニカル・エシックス」は、「医師や臨床家が行うものとして、顕在的な倫理的事柄の総体を意味する場合もあれば、臨床家以外の神学者や倫理学者も臨床的決断の倫理的解釈や分析を行うことを意味

することもあり、1970年代以降の倫理学者によるコンサルテーションを示す場合が多」く³⁸⁾、日々生じる臨床の倫理的問題に回答する、バイオエシックスの下位研究領域とされるようになってきている。

『クリニカル・エシックス』は日本では『臨床倫理学』と題され1997年に翻訳された³⁹⁾。日本版の巻末には、ジョンセンが主宰した医療倫理学セミナーに参加した医師の赤林と白浜が、「『臨床倫理学』を臨床現場や教育の場で用いられる方々へ」と題して、「症例検討の進め方」を「症例検討シート」「日本の症例への応用例」等を示しながら説明した⁴⁰⁾。医学教育分野では白浜が臨床倫理「4分割法4 topics method」を用いた症例検討（以降、ジョンセン流）を医学教育に取り入れ普及させた⁴¹⁾。

また、哲学者の清水哲郎は1990年代に「臨床倫理プロジェクト⁴²⁾」を立ち上げ、臨床倫理を「看護師や医師などの臨床家と医学、看護学、倫理学、法学、宗教学などの研究者が、医学研究や医療をめぐる倫理的問題群に対応する研究活動を開始し、臨床倫理を、医療・介護現場の従事者たちが本人・家族と共によりよいケア活動を行っていくために、個別の問題をどう整理し、理解し、対応していったらよいか、考える営み」と定義した。清水は、被験者保護全米委員会の『ベルモント・レポート』を参考に倫理原則（自律、与益、社会的適切さ）を定式化し、その原則に基づいて「臨床倫理検討シート」を開発し、そのシートを用いた事例検討を「臨床倫理セミナー」として全国規模で行っている（以降、「清水流」とする）。倫理委員会や倫理コンサルテーションの制度については、日本医療機能評価機構という病院監査を行う機関が、1997年より倫理的配慮に該当する監査項目を設けたことで、

少しずつ整備されるようになった⁴³⁾。現在、日本語文献検索サイトCiNii Articlesで「臨床倫理」を検索すると⁴⁴⁾、1990年代後半から生命倫理学の学会誌や医学系雑誌で、クリニカル・エシックスを紹介する論文や、それを臨床医学教育として解説する論文が数本登場し、看護系雑誌では臨床倫理の連載が組まれたことがわかる。2000年代前半は、臨床医による臨床倫理での症例検討の連載も組まれていた。日本の臨床倫理は、ジョンセン流のものも清水流のものも、ともに症例検討シートを用いた検討法を中心に医療現場に広がっていったように思われる。なお、会員の多くが臨床家である日本臨床倫理学会は、学会発足当初より倫理コンサルテーション研修会を定期的に行き、2016年から「臨床現場における倫理的問題に気づき、問題点を同定し、分析し、解決するアプローチを理解する」ことができる臨床倫理認定士（臨床倫理アドバイザー）コースを、会員に対して開いている⁴⁵⁾。

1-4 医療現場の倫理的問題に応答する倫理的アプローチ

次に、バイオエシックスが応用倫理学として、具体的な問題にどういう仕方で応答し、倫理的判断を下そうとしてきたのかについて見ておきたい。バイオエシックスでは最初に提示された原則アプローチが、大きな影響をもたらした。というのも、それぞれ異なる倫理学理論を支持する2人、ビーチャムとチルドレスが共著『生命医学倫理Principles of biomedical ethics』で、倫理学理論を直接事例に当てはめる方法ではない「原則アプローチ」を提示したからである。

原則アプローチ

被験者保護全米委員会の議論に参加していた

彼らは、『生命医学倫理』で、バイオエシックス領域の様々な判断の基に存在する諸原則の体系的な分析を行った。そして、生命医学の倫理原則として「自律」「善行」「無危害」「正義」の4つをたて、これらの倫理原則により、個別の倫理的問題に関する判断を根拠付けるというアプローチ（以下、原則アプローチ）を提示した。彼らによると、道徳推論は、倫理学理論 → 倫理原則 → (倫理) 規則 → 判断 (および行為) と、抽象的な言明からより具体的な言明へと結論づけられる。一方、具体的な個別の問題に対する判断は、規則 → 原則 → 倫理学理論と、より抽象的な言明によって正当化 (根拠付け、理由付け) が行われる。ある事例を4原則それぞれの観点から検討すると、混沌としてみえた状況が明確化され (たとえば、自律原則と善行原則が対立していた事例であるというように) 倫理的問題の論点を整理することができるので、バイオエシキストは、原則アプローチを事例検討や倫理コンサルテーション、倫理教育に活用していった。米国の医療現場では一時期、4原則がマントラのように唱えられていたとさえ言われるが⁴⁶⁾、日本でも医療倫理や生命倫理のテキストには必ずといっていいほど4原則が示され、それらが道具的に使われた側面は否めない。いずれにせよ、原則アプローチは応用倫理学としてのバイオエシックスの発展に寄与した。

しかし1990年代になるとこのアプローチは「原則主義principlism」と揶揄され、日常の道徳判断を倫理学理論から演繹的に導き出していることでトップダウン型であり、個別の事例の状況が捨象される、原則どうしが衝突する場合は問題解決できない、個人主義的エートスに支配されている、人間の性格や生活・文化・ジェンダーなどを軽視している、といった批判が向けられる

ようになった。原則アプローチの個人主義的な側面に対し、フェミニズムの立場からはケア・エシックス（ス）／ケアリングが、社会構成主義の立場からはナラティブ・エシックスが提出された⁴⁷⁾。また、『クリニカル・エシックス』の共著者であるジョンセンが、決疑論という倫理的検討の方法を提示した⁴⁸⁾。特にトゥールミンとジョンセンが提唱した「決疑論（カズイストリー）」（の復活⁴⁹⁾）は応用倫理学に大きな影響をもたらした。

決疑論

岡本によれば「決疑論」とは、15世紀から17世紀にカソリックのイエズス会が告解僧のためのマニュアルとして発行した「良心の事例集」に盛り込まれた道德判断の方法で、一般的な道德的原理を特殊な事例に適用する方法である。この「良心の事例集」は教育的意味を認められ範例として用いられた。良心の事例とは、アダムとイブが楽園から追われたときも消えてなくならなかった良心に基づく。良心は自由な選択にかかわるので間違えることもあるが、良心の行いは深慮の行いであり、良心を正しくもつ人は周りを見渡し正しい状況判断をもっとも適切な行為をとることができる。岡本は「現代カズイスト [決疑論者] 用語では良心は裁量、直観、実践知、フロネーシスと類似のものであり、理性が打ち立てる原理と対比する」と説明している⁵⁰⁾。

決疑論における倫理的判断は、まず、ある所与の一般的道德原理が適用されるべき模範事例 (paradigm cases) を設定し、次に、その原理が適用されるべきかがあまり明らかではない事例に対し類推analogyを行う。そして最後に、模範事例と、原理が適用されるべきかがあまり明らか

でない事例とを対比し、道徳的に重要な類似点や相違点を明確にすることを通して判断が下される。決疑論を復活させた立役者の一人であるジョンセンは「イエズス会士だった時代に習熟していた決疑論が、医療の事例を扱う倫理学者の需要に応えるだろうと確信し⁵¹⁾」たという。

服部健司⁵²⁾によると、ジョンセンが示した決疑論の手順には「形態学 (morphology) ・分類学 (taxonomy) ・動態学 (kinetics)」の3段階がある。まず「個別的な物語と格率で成り立つ」事例を「品詞分解 (parse)」し、続いて、「内在している格率の観点から同系とみなされる諸ケースを線形に整列させ、正邪善悪の道徳的評価が明晰な典型的ケース (paradigm case) を選び、両端に配置し」、最後に、この「分類学的図絵の中に問題となっている当のケースをはめこみ、ケースの典型的ケースからの距離でケースをめぐる実践的判断の蓋然性の度を表し」た「図絵をもとに」「類似点と相違点を比量する類比 (analogy) という修辞学的、実践的な推理に」基づき道德判断をください。この段階をたどるために必要な「実践的な推理能力は、人間的な経験や条件について注意深い省察を重ねることで磨かれる」という。ジョンセンが共著者の『クリニカル・エシックス』には、決疑論の手順が実際に例示されてはいないが⁵³⁾、決疑論を用いた臨床医学テキストであるので、ここで確認しておく⁵⁴⁾。このテキストは、事例の倫理的側面を評価する4項目を用いて倫理的に考慮する点を見いだすという検討方法を採用しているが、それは、臨床医は主訴、現病歴、既往歴、診察所見、検査データの順に基づき報告するように訓練され、経験を積みばこの項目を用いて診断と治療計画を立てられるようになるので、この4項目を用いて経験を積みば、倫理的考慮すべき点が見出される

よくなると考えたから、である。4項目には、原則アプローチにおける4原則（自律、善行、無危害、正義）の枠組みを援用し、（1）医学的適応、（2）患者の意向、（3）QOL、（4）社会・経済・法律・行政など患者をめぐる周囲の状況が、また、各項目にはさらに小項目が設定された。臨床医が4つの項目順に事例の医療情報を整理すると、当事者（患者や家族や医療者たち）の細部のデータが整理され、倫理的に考慮する点が見いだされるようになっていく。この方法に対しては、臨床医がデータを整理するとしても、そのあとどうすれば倫理的配慮すべき点が見出されるのかについて明示されていない、また、そもそも「事例検討の大きな枠（4項目）を原則主義的な観点に求めた上で、事例のアプローチの方向がトップダウン型からボトム・アップ型に逆転させられたにすぎないと言えなくもない⁵⁵⁾」という批判もある。

決疑論者は、原則主義のように、普遍的な理論や原理を事例に適用させれば問題が解決されるとする伝統的な道徳理論を批判する。服部健司によれば⁵⁶⁾、原則アプローチに批判的なジョンセンは、「気球と自転車」と題した短い随筆の中で、倫理学理論を気球に、自分の立場を自転車になぞらえて対比させる。空の上からは広大な景観が「幾何学的で論理的明晰さ」をもって得られ、地上からあまりに離れているために人間の生の細部は見えない。気球の旅はそうした煩わしく「多様で雑多なもの」から逃れたいという欲望に駆り出されたものである。他方、自転車のペダルを漕ぎながら見えてくるのは「地上的で現実的」な生の細部であるとした。服部健司は、この比喻が「倫理学理論が現実の世の中の問題に直接的に関与してこなかったことにくわえ、機微に富んだ人間の生の問題を合理的、

理念的に定式化しようとしてきたことに対するジョンセンの強い違和感を伺える」ものだったと指摘した。

以上が、応用倫理学としてのバイオエシックスについての言説の紹介である。そして、これが、服部の「これまで考えていた倫理(学)のアプローチ」である。服部は、このアプローチで現場を支援できると考え医療現場に赴いた。しかし、医療現場に赴き始めるとその考えが一転し、「医療現場に届かない」という思いにかられるようになった。それは、服部が想定していなかった、医療現場の現実、医療スタッフの倫理についての認識など、ミクロレベルに留まらない価値や規範が立ち現れたことによる。

2 医療現場に現れていた価値や規範

服部は複数の病院に赴き医療スタッフと顔見知りになり立ち話や雑談ができるようになったところ、倫理的問題で困っていることはないかを尋ねるようになった。医療スタッフは医学実験や先端医療をめぐる倫理的問題に困っているであろうから、困っていることが共有できれば、服部が考えていた〈倫理学のアプローチ〉で医療現場を支援するきっかけが作れると思っていたからである。

以下では、服部の体験から、医療現場に現れている価値や規範について考察していく。なお、以下に示す事例は、個人が特定できないように一部加工をしている。

2-1 倫理についての医療スタッフの意識

医療スタッフ1 医師

ベテラン医師A氏（外科系）は、病院で外部監査を受審する準備の責任者にもなるほどの上級

管理職だった。彼はこちらの問いかけに対して「倫理で困ることはないよ。医師はプロだから、患者の害になることはしないし、患者の利益になることは医師はわかる、プロだから。当たり前だよ。責任もある。だから常にプロであるように研究も治療も全力でやるしかない」と答えた。そして、鋭い眼で幾度も医師はプロ（フェッショナル）だと繰り返した。A氏の考えは、「プロ（profession、専門職）の条件に倫理がある、医療現場で倫理的問題に対応するのは高い倫理性を備えたプロの責務であり、患者の最善の利益になる判断をできることこそがその条件である」ということだろう。A氏の言葉には経験に裏打ちされた重みと、医師としての気概があった。服部は、A氏の考えるプロの条件とは、「ヒポクラテスの誓い」に示される職業倫理規範と推察した。

ヒポクラテスの誓いとは、医師という専門職に付与された特権に対応する義務を、神や社会に対して宣言する（profess）という、古代ギリシアの医学テキストに示された行動指針である。患者のために自己研鑽を重ねること、医師の義務（守秘・墮胎しない・死に誘導しないなど）を果たすこと、（医師の）能力と判断の限り患者に利益をもたらすことなどが示された、最初の医師の職業倫理綱領であり、医師の専門職集団内部で受け継がれてきた。

ニュルンベルグ綱領が公になった1947年に設立された世界医師会は翌年、第2次世界大戦中に医師が行なった非人道的医学実験への反省から、ヒポクラテスの誓いを現代的に修正して「ジュネーブ宣言」を公表した⁵⁷⁾。ナチスによる障害者抹殺（「安楽死」計画）や強制収容所被収容者に対する非人道的人体実験に医師が関わった反省に立って2項目の職業倫理規範が追加さ

れた⁵⁸⁾一方で、ヒポクラテスの誓いにあった「（医師の）能力と判断によって患者の利益を考慮した治療をする」という項目が削除された。

しかしながらその後、1957年に初めて言葉として公に用いられた「インフォームド・コンセント」は、治療を決定する権利を法的レベルで医師から患者に移したものの、医師が治療を専断的に決定する慣習は変わらなかった。1970年代によくバイオエシックスにおいて、ヒポクラテスの誓いに象徴される「医師は患者の最善の利益を決める権利と責任をもち、自己の専門的判断を行なうべきで患者は医師に委ねればよい」とする考え方が「医療パターナリズム medical paternalism」だと批判されるようになった。インフォームド・コンセントは医療パターナリズムを抑制する装置だったのである⁵⁹⁾。

日本で「インフォームド・コンセント」が語られるようになったのは1980年代の後半である⁶⁰⁾。1990年、日本医師会の生命倫理想談会は「インフォームド・コンセント」を「説明と同意」と訳し、その重要性を示す報告書を提出した。旧厚生省もその普及に乗り出し、1995年の医療法改定で、インフォームド・コンセントは医療担当者の努力義務となった。日本医師会は1951年に制定された「医師の倫理」を2000年「医の倫理綱領」に改定し⁶¹⁾、医師は医療内容についてよく説明し信頼を得るよう努めることを掲げた⁶²⁾。2000年、最高裁判所は、「エホバの証人」裁判において、治療に関し患者に決定する権利があることを認めた判決を下した⁶³⁾。インフォームド・コンセントは現在では医療現場に浸透し、患者は治療方針について説明を受けたのち同意書にサインすることを求められるようになった。ただし、患者が同意書にサインしたからといって、患者が病状と治療を理解した上で選択・決定しているとは限らず、そこか

ら倫理的問題が医療現場に生じる。

A氏の発言は「医師はどうあるべきか」についての価値判断であり、医療パターンリズムに基づいた、「医師は患者の利益がわかるので医師が治療を決定すべき」という主張を容認したまま更新されていないのではないかと。上級管理者でもあるA氏は部下の医師たちの指導的立場にあるのだから、その価値判断は問題ではないか。服部は、A氏の鋭い視線にたじろぎながら、A氏の言葉を心の中で批判(感情的に反発?)していた。だが、医療現場の倫理について考察するなら、「それは医療パターンリズムだ」と医療者の価値判断をただ批判することにも問題はある。A氏が学生および研修医の時期を過ごした1970年後半から1980年代に医学部では、ヒポクラテスの誓いを職業倫理規範として教育しており、60歳代であるA氏もヒポクラテスの誓いを覚えさせられていたのである。21世紀に入った頃、すなわち、「医師は患者が治療決定するための医療説明義務を負う」という職業倫理規範が日本で(ガイドラインや判例などにより)明文化されはじめた時期に、A氏はすでに約20年の経験をもつ医師であった。A氏の医療パターンリスティックな価値判断は、医師としての長いキャリアで形作られたものであり、「医師はどうあるべきか」という医の倫理についてのA氏の意識そのものである。

医療現場の倫理について真摯に考察するなら、医療スタッフの価値判断を頭から批判するのではなく、医療の「現場」の価値判断を、倫理についての意識として、ありのままに捉えることから出発する必要がある。

医療スタッフ2 看護師

看護師のB氏は「専門看護師」(Certified Nurse Specialist)である。専門看護師は日本看護協会

が提供する資格認定制度の一つで、「複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた専門看護師を社会に送り出すことにより、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかることを目的」として創設され、「倫理調整」を役割の一つとして担う。倫理調整とは「個人、家族及び集団の権利を守るために倫理的問題や葛藤の解決をはかる」ことで、5年ごとに資格認定を更新するために勤務場所で行う必要がある⁶⁴⁾。

ある日、服部が病院で倫理研修を担当した際、研修終了後に、運営を担当していたB氏と倫理調整の話になった。B氏は「最近、倫理調整で病棟に回っても、倫理的問題はないというスタッフが多いです。多くの患者さんは治療のことや生活のことで悩んでいると思うんですけど。葛藤を感じないスタッフ(看護師)が多くなっているような気がして」と語った。B氏は約5年間にわたって病棟や外来を定期的に巡回し倫理調整をしてこられた方だった。B氏によると、看護師は医学的状況だけでなく患者の療養生活状況や心理などを把握して看護にあたるので、患者や家族の苦悩に触れることが多いはずだが、最近では苦悩に触れていないように見える看護師が多い。患者の主治医から倫理調整を依頼されると、B氏は病棟に赴き、患者の状態と問題について担当看護師に確認するが、患者の療養生活上の悩み、例えば家族や仕事、療養上の経済的な悩みなどについて知らず、「倫理的問題はない」と返答する担当看護師が多くなった、とのことだった。入院の短期化、残業時間の軽減、労働時間の短縮、患者の個人情報保護等のため、患者の療養生活状況を聞かないようになっているから

かもしれない、とB氏は分析した。「最近、倫理調整に回っても、問題を相談されるより、こちらから何かないかカルテを確認するようにしています。看護を病棟で病棟の看護師と一緒に始めるみたいな……。でもそれって、倫理調整ではない、ですよ？」と苦笑いしていた。

この「看護を病棟で病棟の看護師と一緒に始めるみたいな」というB氏の言葉は、「病院」という制度が19世紀末に看護職の誕生に寄与し近代医学を成立させたことを、服部に想起させた。病院は18世紀頃、施療院の世俗化と、近代医学の登場により始まったと言われる。当時施療院にいた修道女／士は中世の医学に依拠した看護をしていたため、徐々に近代医学の治療を試みる医師と折り合いが悪くなっていった。たとえば、医師から見れば修道女／士は、治療目的で絶食中の人に食事を与えてしまったり、衛生的な知識がなく無駄なことをしたりするが、それらは世の中の最低限の生活保障がない人のための慈悲行為でもあった。近代医学が登場した頃の病院は、修道女らの献身的な看護に信頼を寄せてはいたが、近代医学の診療補助業務と患者の療養生活の世話ができる看護者を必要とするようになっていった。19世紀半ば、ナイチンゲールは看護学校を設立し看護教育を始めたが、次第に病院の医師のもとで働く看護職養成学校や国家資格が制度化されていった。こうして、病院で近代医学の一翼を担う看護職が誕生した。

「ケアリング」を基礎におくナイチンゲールは、国家資格化や病院のスタッフになることに反対し、「病人の看護と健康を守る看護」（1893年）に、「病気」の看護ではなく、「病人」の看護であることに注意するようにと記した⁶⁵⁾。ナイチンゲールの『看護覚え書き（Notes on Nursing）』は、医療を、近代医学的な「人為的な技術として介入

する」方法より、「病気からの回復を『自然治癒』に求め⁶⁶⁾」て書かれた書で、病院や医師、および病院で実施する有資格者の看護職を批判した書である。

B氏の言葉は、19世紀に近代医学が登場し施療院から世俗化された病院へと医療が大きく変化する時代に、看護学の始祖と呼ばれるナイチンゲールが、「病院」で実施される医療について懸念していたことを想起させる。そして、倫理調整という役割が必要になったのは、病院看護という制度の中で、看護に内在する価値が病院では実施困難な価値として現れ、看護師のジレンマが顕在化したからではないか、という着想が生じた。この着想を実証するにはかなり検討が必要だが、病院における医療現場の倫理を考えるには、病院という制度と、「病人」援助を本質とする医療専門職のあり方について、考察しなければならぬように思われる。

医療スタッフ3 薬剤師・臨床検査技師・放射線技師・管理栄養士

「倫理的問題ですか？ 僕たちの部署にはないですよ。医師や看護師さんたちに倫理は必要でしょうね。患者さんと話し合わないといけないから」。これは、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、管理栄養士と会話したときに、薬剤師と臨床検査技師の方からもらった返答である。彼／彼女らは、「自分たちの職種では患者と接することはほとんどない」「検査や治療の決定について対応するのは看護師や医師だから」と話した。病院薬剤師等ほかの医療専門職も「自分たちに倫理は関係ない」とか「倫理ってよくわからないけど」と返答した。医療現場に赴く前は、医療専門職は高い倫理性を条件とされる自律的な職業であり、診療の一部を担うので、たとえ患者に接す

る時間が多くない職種でも、診療に伴い生じる倫理的問題にどう対応すればいいか困ることはあるだろうと思っていた。だが、医師と連携する専門職であるコメディカルの、日常業務に関する何気ない会話を聞いたり、業務風景を見たりするうち、徐々に服部は、病院で診療業務を分業しそれぞれがそれぞれの業務——薬剤業務、放射線機器を扱う業務、検査する業務など——をするのは、「病人ではなく病気」を分担して見ることになったからだと感じるようになり、彼／彼女らの「倫理的問題はない」という返答に納得するようになった。

医療現場で行われる診療は、診察、検査、診断、治療の段階を経るプロセスであり、近代以前ではすべて医師が行っていたが、医科学の細分化された領域が登場すると、各領域の実践を専門とする医療専門職が登場した。現在では、病院の規模により所属する職業の数は異なるものの、法律で定められた複数の医療職が病院で、医療情報システムを介し、連携するようになっている。厚生労働省の職業分類表⁶⁷⁾をみると、医療の専門的・技術的職業として医師・歯科医師・獣医師・薬剤師、看護師・保健師・助産師、その他の医療技術職として診療放射線技師・臨床工学技士・臨床検査技師・理学療法士・作業療法士・視能訓練士・言語聴覚士・視能訓練士・言語聴覚士・歯科衛生士・歯科技工士が挙げられており、医療法の病院⁶⁸⁾人員配置標準には、医師、看護職員、薬剤師、100床以上なら栄養士、ほかの医療職については病院の実情に合わせる、とされている。

医療専門職による病院の診療体制は、まず医師が患者を診ることから始まる。医師は、最初の診察を行うと、診断に向けた検査計画を電子カルテ上に作成する。作成された検査計画に基

づき検査を専門とする医療職に指示が出され、検査を実施するために必要な計画（絶食、検査用薬剤処方など）は電子カルテやオーダーリングシステムで看護師や薬剤師に届けられる。検査結果は電子カルテに掲載され、医師は集約された検査結果を見て診断を行う。診断がなされると、患者に診断名と治療法が説明され、患者は治療法（治療なしも含む）に同意する。治療法が決まると、医師は治療効果を上げるために、具体的な治療・検査・生活管理・環境管理について指示する。そして、その指示のもと、薬剤治療は薬剤師が、栄養管理としての食事療養は管理栄養士が、それぞれの有する専門性を活かし、実行・結果・評価する。各専門職の実行・結果・評価は、医師に主に電子カルテにより報告される。医療専門職は診療全体の部分を担う領域では専門性を発揮できるが、診療全体については医師が各専門職からの評価を参考にしながら指揮することになる。このように各専門職は、医師を頂点あるいは中心とした一元的な指示系統の中で診療の一部を担う⁶⁹⁾。この体制において患者の診療プロセス全体を見渡し決定を下すことができるのは医師だけである。医療専門職が、医療現場の倫理とは患者が治療や診療方法を決定することに伴い生じる問題のことに認識しているなら、患者の診療方法の決定に関わらない医療専門職が、自分たちの職種に倫理は必要ないと認識するのも、「自然」なことである。

以上の体験は、病院という組織が、分業体制の中で各専門性により細分化されており、それによって倫理についての認識に異なる傾向が生まれることを示してくれた。服部が医療現場の倫理を支援しようとした頃には、各医療専

門職の各専門性に注視する視点がなかった。各医療専門職は、職業として登場した背景も、経緯も、病院組織での役割も、それぞれの専門性に内在する価値も、それぞれ異なるのだが、医療現場に赴く前は、「医療専門職」という一括りで見てしまっていた。医療現場の倫理について考察し、支援するなら、体験した場所に現れていた多様な価値や規範を捨象してはならないと反省させられた。

2-2 医療現場に現れた部局や組織の価値問題

複数の病院に赴き、顔見知りになった医療スタッフが増えるにつれ、服部に対して医療スタッフの方から込み入った話をされるようになり、非公式ながらも事例について具体的な相談を受けるようにもなった。医療スタッフが話す内容は服部を驚かせるばかりであり、自身の想定とは大きく異なり、実際の医療現場には、部局や組織における価値の問題が現れていた。

医師が所属する診療科部局

C氏は医師である。担当するがん患者（45歳）には手術と抗がん剤治療を行ってきたが、状態が悪化しPSは3だった。PSとは、米国Eastern Cooperative Oncology Group（ECOG）の設定した規準（ECOG-PS）で、患者の日常生活の制限程度を示す全身状態の指標の1つである「Performance Status」を示し、ECOG-PSの3は、「歩行可能で、自分の身のまわりのことはすべて可能だが、作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす」であり、がん治療の副作用が高度となる可能性が上昇し、リスク（危険性）がベネフィット（利益）を上回るとされる段階とみなされている。C氏は、これ以上の抗がん剤治療は医学的根拠から見ても効果は見込めず、リスクが大きいと判断していた。

また、患者はC氏の説明を聞き、抗がん剤治療ではなく、痛みと吐き気に対する緩和医療を受け退院することを希望した。C氏は、所属する部局の症例カンファレンスで「緩和治療にコンサルトし退院が妥当」という治療方針を説明したが、医師が所属する部局長の医師は「違う抗がん剤治療をすべきだ」とC氏の提案を退けた。「緩和治療にコンサルト」とは、医師が病院に設けられた緩和治療チームのコンサルテーションサービスを利用して緩和治療について相談することである。C氏の上司である2人の上級医も、この患者の状態に該当する疾患の治療ガイドラインでは原則抗がん剤治療はしないと説明し、C氏の上司にあたる別の医師も緩和医療が適切という見解を示したが、部局長の医師は聞き入れなかった。C氏は服部に「病棟に行くと、[この患者を担当する]看護師たちからは治療しないなら早く帰宅させてあげてと言われる。しんどい」と語り、同じ部局の他の医師は「[部局長は]感情的に緩和医療に反対することが多い」と話した。

ビーチャムとチルドレスはインフォームド・コンセント（IC）の7要件——前提条件となる要件として意思能力（Competence）・任意性（Voluntariness）、情報に関する要件として開示（Disclosure）・推奨（Recommendation）・理解（Understanding）、同意に関する要件として決定（Decision）・権限付与（Authorization）——を示しているが⁷⁰⁾、C氏の話聞く限り、C氏と患者の間でICの7要件は満たされているように思えた。もし、インフォームド・コンセントの手続きを完了した後で部局長の見解を採用した場合、患者から権限付与された約束を一方向的に破棄することになり、「契約不履行」になる可能性も発生する。

もちろん、以上の話は、C氏や他の医師から服

部が聞き取った限りのものであり、部局長がなぜ抗がん剤治療をするよう主張するのか、この部局体制はどのような支配類型にあてはまるのか、などは確認できていない。しかしながら少なくとも、C氏が所属する部局、およびその部局が帰属する病院は、組織として価値の問題を抱え、医療現場の倫理に影響を及ぼしているように思われる。

看護師が所属する病棟の看護体制

D氏は病棟の看護師で、病棟に所属する勤務1～3年目の看護師の教育係を務めていた。担当する患者はがん治療のため1年半前に入院した青年である。D氏は、この青年は看護師が訪室すると「嫌だ」と拒否するので、血圧や体温の測定などの必要な看護ができないことを悩んでいた。夜中に突然、ナースコールを押して「今なら血圧を測ってもいい」「点滴してもいい」「身体を拭いて」ということもあった。患者の家族は、診療費の未払いや面会時間を守らず騒ぐ等のトラブルを起こし、病棟師長や病棟医長が随時対応しても改まらなかった。病棟師長は副病院長にも、病院としての対応を求め続けたが放置されていた。D氏は、担当看護師（主治医のように患者に責任をもつ看護師のこと）として自分が未熟なのが原因と考え、病棟の看護師たちにすまない気持ちをもって話した。

D氏に話を聞いた服部は「看護を拒否する患者にどう対応すべきか」という倫理的問題であると考えたが、公式に相談を受ける立場でもなかったため、病院内の人的資源を考え、病棟が設けていた看護検討会でどうすればいいか話し合うことが必要と判断した。そこで、倫理調整を行う専門看護師への相談と、専門看護師や主治医などによる検討会の開催を提案した。D氏はその

案に納得し、実際に看護検討会を開催した。D氏は後日、会議を通していくつか「びっくりした」と語った。患者は看護師全員の看護を拒否していたと思っていたが、実際には新人看護師2人の看護を拒否したことはなく、その看護師たちには家族のことや入院前の様子を話していた。また、検討会に参加した専門看護師が、会議途中に別の専門看護師に相談し、主治医がすぐ別の科の受診を依頼した（D氏にとって、異なる分野の看護師への相談や、主治医もいたのすぐ受診依頼が出せたことは、全く予想しなかった展開だった）。他科を受診した結果、患者に、ある障害があり、病気のことを理解できない状態にあると診断された。さらに、新人看護師と、D氏や他の看護師との間に情報が伝達されにくい要因がいくつもあった。D氏は「検討会をしてよかったです。いろいろ問題はありましたが、あれから『トラブル患者／家族』という見方が変わった気がします。急変だったけど最期は家族と見送れました」と話した。そして、「大切な情報が共有されていなかったの、それを見直します」とも話した。

服部にとってD氏の事例は、D氏が所属する病院では、患者との関係で生じる倫理的問題を解決するためには、病院の公式の制度としての倫理「委員会」よりも、医療者たちがともにどうすべきかを考える機会、すなわち、当事者や当事者以外の人が集まって情報を提供・共有し、患者に医療者として行うべきことを特定する話し合いの機会があることが適切ではないか、と考えるきっかけになった。D氏が抱えていた倫理的問題は、「看護師は看護を拒否する患者にどう対応すべきか」だったが、ミクロレベル（その患者—D看護師の関係）の価値の問題だけに焦点を当てD看護師がどうすべきかを検討しても解決

できない類の問題だった。このことは、医療現場の倫理を検討するには、「それぞれがどうすべきか」という問いだけではなく、医療現場に関わる多様な「集団がどうすべきか」という問いも求められることを示してくれる。

専門チームと患者の主治医体制

病院には「専門チーム」と呼ばれる集団がある。厚労省が公表したチーム医療推進会議の報告書⁷¹⁾には、「質が高く、安心・安全な医療を求める患者・家族の声が高まる一方で、医療の高度化・複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど、医療の在り方が根本的に問われる」状況に対応するため、「1人1人の医療スタッフの専門性を高め、その専門性に委ねつつも、これをチーム医療を通して再統合していく」と記されている。「チームアプローチを実践するためには、様々な業務について特定の職種に実施を限定するのではなく、関係する複数の職種が共有する業務も多く存在することを認識し、患者の状態や医療提供体制などに応じて臨機応変に対応することが重要である」とされた。チーム医療推進のために厚労省は診療報酬に「チーム加算」を設けたので、多くの病院は、感染対策チーム、栄養サポートチーム、褥瘡対策チーム、緩和ケアチーム等を設けている。病院で実践されているチーム医療の事例集⁷²⁾が報告書とともに公表されているが、それを見ると各病院が工夫しながら体制を整備していることがうかがえる。こうした専門チームは、主治医や担当看護師から相談を受けると、当該の事例を検討し、電子カルテや書類を通して主治医に助言する。主治医は助言を参考に治療法を患者に提案する、という流れになっている。なお、事例集には臨床倫理チームや、倫理コンサルテーションを実施

する米国の病院も紹介されている。

ある専門チームの成員であるE氏と会話する機会があった。E氏は薬剤師である。チームに主治医からコンサルテーション依頼が来たので、他のメンバーと共に患者に直接会い、チームで治療法を検討し、助言を電子カルテに記載した。しかしその後、患者の家族がE氏に、チームが提案したはずの「治療をしてやってほしい」と相談に来た。その訴えを聞いてE氏は、患者が症状に苦しんだままであったこと、専門チームの助言が活かされなかったことを知った。E氏はとてもつらくなり、チームの長に相談するが、助言しても従うかどうか決めるのは医師だから仕方ない、と言われたという。

服部はE氏と幾度かコンサルテーションについて会話した。E氏によると、チームで決定した治療を電子カルテに助言として記載したら、後日、主治医から、助言した治療法をそのチームで実施してほしいと言われ、兼任として専門チームに所属しているE氏や看護師たちが、本務とその治療の両方を担わされたこともあった。E氏は、「[自分たちが推奨した治療をこちらでやれと主治医に]「丸投げ」されてしまうこともあるし、無視されることもある。結果的に患者や薬剤部の同僚にも迷惑をかけてしまう。それに、こちらの都合で患者さんの希望に添えないことがつらい」と呟いた。

E氏が語ったことは、「チーム医療の推進」によって生じる、専門チームという集団と病棟で診療に当たる集団との間に生じる軋轢や、それぞれの価値判断の対立を含んでいる。E氏自身「自分はどうすべきか」と苦悩していた。おそらく患者家族も、希望する治療をしてもらいたいがしてもらえないように見える状況で苦悩していただろう。専門チームの専門性と主治医の専門

性、専門職の専門性と他の職種専門性が交錯する医療現場には、服部が想定しえなかった価値や規範があり、集団間における倫理的問題があった。服部が「考えていたアプローチ」の一つであった「倫理コンサルテーション」も、医療とは別の専門性を持ち込むものである以上、E氏が苦悩したような事態に遭遇するのかもしれない。

診療体制と診療を支える体制

F氏は重症患者が入院している病棟の看護師長である。病棟の空調が機能しなくなったため、施設管理を担当する課に電話で修理を依頼すると、電話に出た担当者は「今は昼休みで対応できない。ほかからも依頼が来ていたので、昼休み後でも時間が少しかかる」と返答した。そこでF氏は「患者に悪影響が出る前に対応してもらいたい」と頼んだが、担当者は同じ返答だったので、急いで当該課に出向き、改めて早急な修理を依頼した。窓口には昼休み担当の職員がいたが電話と同じ返答だったため、F氏は当該課の課長に直接電話し、すぐ対応するよう求めた。しかし課長は昼休み担当の職員と同様の返答をしたので、F氏が「重症患者の状態が悪くなったら病院の責任になる」と言ったら、ようやく「修理の順番を早めて対応する」と言ったので、F氏は電話を切った。実際に当該課の職員が病棟に来て修理を開始するまでにさらに30分近くかかったらしく、F氏は服部に「患者の療養環境を管理している気持ちがない」と憤っていた。そして、F氏の説明に耳を傾けることもなく事務的に対応した当該課職員の態度を「倫理観がない」と言った。

F氏との会話は当初、服部にとってそれほど重みのあるものではなかった。なぜなら、病院の

施設管理部局は、病院の施設管理が任務であり、クライアントの施設管理を優先的に対応するはずだからである。これは倫理の問題ではなく、管理の問題であり、ましてや服部自身が「考えるアプローチ」の射程から外れた問題である、と考えていたからだ。だが、病院という場所に足を運んでいるうちに、この出来事が、病院という場所であるからこそ生じる「医療現場の倫理」ではないかと考えるようになった。というのも、この出来事には、施設管理という非医療の専門部署における規範と、看護師という専門職の規範とが現れていたからである。この事例は、病院を構成するそれぞれの医療／非医療の専門職や部局が、医療現場で異なる価値判断をした結果、生じた出来事と捉えられるのである。

ではなぜ、施設管理部局はこのような判断・対応をしたのだろうか。それは、病院の施設管理部局は病院の施設管理が職務であり、病院からの依頼は平等に扱う、それゆえに、依頼された順に対応すべきである。そうした行動規範が部局に形成されていたから、と推察される。では一方のF氏はなぜ、あれほどまでに怒り「倫理観がない」と判断したのだろうか。服部は「30分で修理が開始されたのだから、それほど怒らなくても…」と思ったが、F氏の判断（と憤り）は、看護に内在する価値がそうさせているのではないかと考えるようになった。病める者の自然治癒を促すのを看護の本質としたナイチンゲールは、『看護覚え書き』で自然治癒を促進する環境を強調した。もしそうした考え方がF氏にあるなら、施設管理を担っていた当該課職員の態度はよりよい（倫理的な）看護の営みを阻害するものであり、病める者を害する行為にもなるので、F氏が「倫理観がない」と判断するのも肯ける。

医療現場の倫理を、患者や家族、医療者や非

医療者の、個一個、個一集団、集団一集団のような多様な関係に、それらの価値や規範が現れる現象とするなら、医療現場の倫理は、その現場に現れる価値や規範を見いだすことから始まるのではないだろうか。倫理学は価値や規範をあつかう学問であり、現場に現れる価値や規範を見出すことに、もしかしたら何らかの学問的な意義があるかもしれない。いずれにせよ、応用倫理学が具体的な問題に回答を試みる倫理学分野として、医療現場の倫理を検討するなら、この事例のような出来事を捨象していいとは言えない。医療現場には、そこに現れる制度、さまざまな行動に潜むルールや規範、部局や集団にある特有の文化、専門職や非専門職ごとに異なる状況の価値判断がある。病院とは、多様な価値判断ならびに行為がなされている連続体であり、そのことを踏まえた支援を考えていく必要がある。

3 医療現場を見る研究者のまなざし

「これまで考えていた倫理(学)のアプローチでは、医療現場に届かない」・・・。「これまで考えていたアプローチ」が通用しなかったのは、「研究分野で一定の承認を得た医療現場へのアプローチなのだから、実際の医療現場にそのまま適用できるはずだ」と思い込んでいたからであると思われる。「倫理学研究は普遍性を持つことから、実際の現場にもそのままあてはめれば支援できる」という教条的な姿勢が、浮き彫りになったのではないか。以下では、医療現場での服部の姿勢を榎本とともにあらためて反省したい。

服部が事前に想定していたことを整理すると、①日本の病院は、米国と同様に医学実験(臨床研究)や先端医療技術を実施している、②①に

伴う倫理的問題が日本の医療現場に浮上している、③日本の医療スタッフは倫理的問題の対応に、かつての米国の医療スタッフと同じように困っている、④その対策を潜在的に必要としている、⑤その対策について倫理学(者)が支援できる、となる。以下では、それぞれについて個別に考えていく。

① 日本の病院は、米国と同様に医学実験(臨床研究)や先端医療技術を実施している

服部が赴いた複数の病院では、米国の病院が実施していたような医学実験や先端医療技術が実施されていた。国際的なガイドラインに示された治療法が実施され、インフォームド・コンセントの手続きもそれぞれの病院で実施されていた。しかしながら、医療現場という医療を実施する「場所」は当然違っていた。

「場所」は古代ギリシャ時代から、物事が物事(もの・こと⁷³⁾)として成立する基盤として、哲学的に重要な概念の一つとして議論されてきたが、近代で取り上げられなくなり、現代思想に復活した。中村はその理由を「物理学において場(field)というのは質点(material point)の反対概念で有るが、それに対して、哲学においては、場所というのは主体の反対概念である。かつて場や場所が少しも考慮されずに、もっぱら質点や主体だけが想定されたことがあった。それはなくとも、場や場所が存在しなかったからでもなく、存在しえなかったからでもない。・・・ある特定の立場に立ってそれらが捨象され、無視されてきたから」とする⁷⁴⁾。中村はパラダイムが大きく変わった物理学の「場の量子論」や、西洋・東洋哲学思想を批判的に検討することにより「場所論」を展開した。

第一章で確認したように、バイオエシックス

は、患者という主体の権利を中心に議論し、医療現場の対応を課題としてきたものの、医療が成立する場所を捨象してきたのではないか。医療現場では、患者、多くの医療専門職者、非医療職者、家族、患者や家族、それ以外の者、あるいは、医療機器、医療情報システム、診療報酬制度、部局、部局体制、専門チーム、医療を取り巻く法律やガイドラインなどが関係しあう中で連続して起きる出来事に価値や規範が現れている。医療現場の倫理を支援すると考えていたが、その倫理が立ち上がる場所は見逃していたように思われる。

② ①に伴う倫理的問題が日本の医療現場に浮上している

①のように、場所を見落としていた服部は、バイオエシックスで議論されてきた倫理的問題が、医療現場にそのまま浮上していると想定していた。その倫理的問題とは、重度意識障害患者に人工呼吸器をつける（先端医療技術を用いる）べきか、自分で治療が決定できない患者（新生児、胎児、こども、意思能力がない成人）の決定はどうすべきか、治療をしても回復の見込みがない患者の治療をどう決定すればよいかなど、医療専門職には「ジレンマ問題」として語られる問題でもある。しかし、実際、赴いた病院のスタッフと話してみても、（問題の萌芽のような出来事がなかったわけではないが）そのような問題が、医療スタッフに共有された「～という倫理的問題」として語られることはなかった。つまり、出会ったスタッフの「倫理についての意識」は、価値が衝突するジレンマを倫理的問題とみなす、という図式ではなかったように思われる。なお、「倫理についての意識」は、医療スタッフがどのような倫理教育を受ける機

会があったか、また、その場合の教育が、すべきことを教えこまれる機会ではなく、倫理について学び考える機会をどれほど提供していたか、それまでの専門職教育がどのようなものであったかにも大きく影響される。このことも、医療現場の倫理を考えるためには考慮すべきである。

そもそも服部が想定していた「倫理的問題が医療現場に浮上する」という事態は、「～という倫理的問題がある」と言語化され、当事者間で共有され、語られることで成立する。そのように倫理的問題が当事者間に問題として顕在化するには、長いプロセスを経る必要がある。倫理学は、人々が行為や規則、姿勢の正当性に関して行う価値判断の、判断に至る道徳推論の形式に焦点を当ててしまいがちだが、医療現場の倫理には、価値判断に至る推論だけではなく、判断を可能にするその現場という場所についての考察が、実はとても重要ではないだろうか。

③ 医療スタッフは倫理的問題の対応に困っている

①②の考察からわかるように、医療現場は倫理的問題への対応に困り対策を必要としているという状況にはなかった。実際に赴いた病院の医療スタッフと話してみても、「～という倫理的問題」が語られることはなく、認識もされていなかった。服部が医療現場に赴いて投げかけた「倫理で困っていることはないか」という問いは、そもそも、倫理的問題に困っていることを前提にしていた。その意味で、服部と実際の現場では認識のズレがあったと言えるかもしれない。

④ その対策を潜在的に必要としている

上記③に記したように、医療現場は、倫理的問題への対応に困り対策を必要としているとい

う状況にはなかった。ただ、服部の問いかけに全く意味がなかったのかと言えば、そうではないであろう。

「倫理で困っていることはないか」という服部の問いかけは、問題に困っていない医療スタッフたちの現場に、おそらく何らかの影響をもたらしただろう。その影響を実証的に調べることはできないが、服部が医療スタッフと顔見知りになり、困ったことや悩みなどの込み入った話を聞くようになったことが、医療スタッフ個人の心の中にとどまっていた問題の萌芽を浮かび上がらせる機会になったと思われる。同時にそのことは、服部にとっても反省を促す機会になった。

⑤ その対策について倫理学（者）が支援できる

「医療現場の必要に応じて支援できる」という服部の姿勢は、倫理学を専門に研究してきたことが支援できる条件であるかのようにみなしているところから来ている。しかしながら、そもそも、倫理的問題の対応に困っている医療現場を、バイオエシックス研究の専門的知識があるというだけで支援できるものなのだろうか。バイオエシックスのような応用倫理学は、医療現場での行為や規則、姿勢の正当性に関して下す価値判断を扱うからといって、医療現場で適切な倫理的判断を下せるのだろうか、あるいは、下す資格があるのだろうか⁷⁵⁾。そもそも学問的な知識があるだけで現場を支援できるのかという問題も、ここにはある。

米国は、バイオエシシストの活動や倫理コンサルテーションサービスを、医療現場の医療専門家分業体制の一つとして制度化させたが、それは18世紀の独立宣言によって形成された米国という場所に生じた出来事である。その米国で

機能したバイオエシシストの活動や倫理コンサルテーションサービスを、日本という、医療制度も、病院制度も、専門職制度も、組織に対する考え方も、共同体の思想も異なる場所に、制度化させてうまくいくものなのだろうか。イリイチ⁷⁶⁾は、現代は専門家の支配体制に従い、サービス価値が必要（ニーズ）を独占的に規定し管理し、「人々の能力を奪う」と指摘した。多種にわたる諸専門職の集団でもある病院という制度が支配の一類型を体现しているということも、倫理学は問うべきではないか。服部が医療現場に赴き、そこで感じた驚きは、バイオエシックス研究が見落としてきたものの一つに「組織」があるのではないかという問いを浮かび上がらせた。筆者らは現在、「組織倫理学」研究⁷⁷⁾を行っているが、本稿の反省を通して見定められた医療現場を見る研究者のまなざしが、「組織倫理学」が研究課題になった理由である。

ここまで、服部が医療現場に赴く前に想定していた前提ならびに姿勢について反省してきたが、最後に、考察を通して浮かび上がってきた論点について考えておきたい。それは本稿で頻繁に用いた「医療現場に赴く」という表現にある。服部にとっては実際の医療現場に赴き「現場に触れる」ことが自身の姿勢について反省する機会となったが、「医療現場に赴く」というこの語り口は、倫理学研究者には倫理学を研究する場所があるのに対し、医療現場は医療を提供する場所である、という「区別」が存在することを前提にしている。つまり、「体系化された応用倫理学としてのバイオエシックスを研究する場所である大学等の研究機関から医療現場に出向き、バイオエシックスの中で議論されてきた、医療現場における倫理に関する制度（倫理委員会と

倫理コンサルテーション)や医療現場での倫理的判断方法(原則アプローチや決疑論)についての知識を持ち込めば、医療現場の倫理的課題に対応できる」という、研究者としての発想が見え隠れしている。

これは、別の角度から考えると「現場」という言葉の投げかける根本的な問題とも関係する。ソーシャルワーカーの須藤は「現場という言葉は、二極化している。貶められ、賛美される。その一つは、現場イコール組織・機関の最底辺、またそれゆえ汚い仕事、苦しい仕事、割に合わない仕事が集積している場所というイメージである。現場にいる人は汚れてもいい服装をして、直接的な役割を担う。それは世の中の仕事の仕事を見回してみればよくわかる」と指摘した⁷⁸⁾。そして、その一方で「現場は、現場主義というようなこだわりをもった意味づけもされている。現場を崇高な場に仕立て上げ、そこにこそ一切の価値があるとする立場」が、「現場に飛び込む行為と勇気と決断を付託し美化させている一面」を、「君は大学を卒業して現場にとびこんでいくとき、アナーキーに近いほど一匹狼的な「実践主義者」だった」という別の論文の表現を引用しながら指摘している⁷⁹⁾。この指摘は、「医療現場の倫理」と言いながらも、〈大学から医療現場に〉バイオエシックスという応用倫理学の知を、そのまま持ちこもうとしていた、服部の姿勢へ向けられた指摘ともみなせる。

また、鷺田によれば、「現場」という言葉でしばしば語られる「場所」とは、「複数の主体が共時的な相互接触へとさらされる場所のことである。共時的というのはシンクロニック(synchronic = 同時的・同期的・同調的)、つまりおなじ時間のなかでたがいに絡みあって活動している状態」を意味している。これは、満員電車のように、

たまたま同じ場に居合わせたとしても、「みなが別の時間の呼吸や間合いやリズムを生きていて、それぞれの時間をひとつに繕いよせることはない」ような場ではない。「現場」とは、「他者と時間を繕いあわせながら、あるいはおなじ時間をともに経験しながら、そういう共時的な関係のなかで哲学的思考が『苦しみとともにすること』として活動を開始するところ」である。そうした哲学的活動を鷺田は「臨床哲学」と呼んでいた⁸⁰⁾。

もし、学問としての哲学・倫理学が「医療現場での倫理」に取り組もうとするなら、「倫理」について反省し続けてきた倫理学として、「現場」という〈場所〉に目を向け、「現場から立ち上がる倫理」を支援することが必要である。

そして、「現場の倫理を支援する」とは何をすることなのかという問いに対する答えの核がここにある。医療現場の倫理を考えるということは、「他者と時間を繕いあわせながら、あるいはおなじ時間をともに経験しながら、そういう共時的な関係のなかで哲学的思考が『苦しみとともにすること』として活動を開始するところ」から開かれる。そのことは、「倫理」という名の下に法やガイドラインを策定し、医療現場の研究や診療を「審査」し「規制」する制度を作ることを「倫理支援」とみなしがちな態度に、本来の動的な営みを含みこむ可能性をもたらしうに思われる。

*本研究は平成 31 年度～平成 34 年度科学研究費補助金・基盤研究 (C)「医療組織倫理学の構築に向けて」(課題番号: 19K00014、研究代表者:服部俊子)に基づく研究成果の一部である。

【注】

- 1) 最近、20世紀後半の米国のバイオエシックスおよび日本の生命倫理を振り返る議論がなされるようになってきている。本稿では、「バイオエシックス」は米国での議論を、「生命倫理」は日本における議論を意味する語として使い分ける。
- 2) 品川哲彦『倫理学の話』ナカニシヤ出版、2015年、23頁
- 3) 品川哲彦、2015年、23頁
- 4) ノーマンは、「実質的倫理学とメタ倫理学の相違は、「一次段階」と「二次段階」の議論の相違として要約することもできよう。一次レベル、つまり実質的倫理学レベルにおいては、我々の議論は直接に行為の実践的問題に関わるが、我々は議論を二次レベルへと移して、そこから以前の一次レベルを振り返り、我々があの一次レベルでなしていたことは何であったかと、問題を提起することができるのである」とする。リチャード・ノーマン『道徳の哲学者たち 第二版』塚崎智・他監訳、ナカニシヤ出版、2001年、5頁
- 5) 石崎嘉彦・山内廣隆編『人間論の21世紀的課題』ナカニシヤ出版、2000年、v頁
- 6) 品川哲彦、2015年、23頁
- 7) 石崎嘉彦・山内廣隆、2000年、v頁
- 8) J ジェレミー・ベンサム『道徳および立法の諸原理序説』、山下重一訳『世界の名著38 ベンサム J.S.ミル』中央公論社所収、1967年、11-12頁（原著1789年）
- 9) John Harris, The Survival Lottery, *Philosophy*, Volume 50, Issue 191 January 1975, pp. 81-87
- 10) 土屋貴志「『バイオエシックス』と『生命倫理』の間で——日本における生命倫理学の導入と現状」『人文研究』（大阪市立大学文学部紀要）第46巻第5分冊、1994年12月、51-54頁
- 11) この傾向を、廣野は「バイオエシックスの医療化」と指摘している。廣野喜幸「医の倫理からバイオエシックスへの転回」『メタバイオエシックスの構築』NTT出版、2010年、152頁
- 12) 医学実験をめぐる倫理的問題と米国の歴史的記述については以下の2つの文献を参考している。
 アルバート・R・ジョンセン『生命倫理学の誕生』細見博志訳、勁草書房、2009年、3-40 / 157-207頁
 土屋貴志「1999年度インターネット講座『人体実験の倫理学』、第5回 米国における人体実験と政策」、<http://www.lit.osaka-cu.ac.jp/user/tsuchiya/>（最終アクセス2019年6月9日）
- 13) クロード・ベルナル『実験医学序説 改訳』三浦岱栄訳、岩波文庫、1970年（原著1865年）
- 14) 土屋貴志「米国のbioethics諮問委員会の系譜：大統領委員会まで」『人文研究』（大阪市立大学文学部紀要）第55巻第1分冊、2004年3月、34-39頁
 土屋「『バイオエシックス』と『生命倫理』の間で」参照
- 15) それ以外の文脈に「医学倫理教育」があったようだ。医師の中には、医学倫理教育は古代から続いていたエチケットの職業倫理を教育するだけではなく、適切な道徳哲学を基礎とした医学者倫理教育をすべきとの意見があった。ジョンセン、2009年、3-15頁
- 16) 日本弁護士連合会（第3分科会：患者の権利法の制定を求めて—いのちと人間の尊厳を守る医療のために—）基調報告書『患者の権利』2011年、3頁
- 17) 患者の権利は1960年代以降に消費者運動という告発型運動と接続していったようである。田村久美／水谷節子「医療消費者とは何か 患者運動の根本思想とコンシューマリズムの再興」『川崎医療福祉学会誌』18（2）、2009年、501-509頁
- 18) ジョンセン、2009年、3-28頁
- 19) Center for Medical Consumers, <https://medconsumers.wordpress.com/about/>（最終アクセス2019年12月22日）
- 20) 服部俊子「アドバンス・ディレクティブの倫理問題」医学哲学 医学倫理 22（0）、2004年、27-35頁
- 21) ジョンセン、2009年、28-38頁
- 22) Tom L. Beauchamp and James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 1st edition, Oxford University Press, 1979
- 23) ジョンセン、2009年、35頁
- 24) 「生命倫理」『生命倫理百科事典 第3版』丸善出版、2007年（原著、2003年）
- 25) 李啓充「神の委員会（1）～（4）」〔連載〕続 アメリカ医療の光と影 第20-23回、『週刊医学界新聞』医学書院、2003年
 （1）http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsppr/n2003dir/n2542dir/n2542_05.htm
 （2）http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsppr/n2003dir/n2544dir/n2544_03.htm
 （3）<http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsppr/>

- n2003dir/n2546dir/n2546_05.htm
 (4) http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n2003dir/n2547dir/n2547_06.htm#00
 「神の委員会」は個々の患者の「(人間としての) 社会的価値」に基づき選別基準を作ったことが批判された。
- 26) 医療道徳委員会は、カトリック病院協会が1947年に出した「倫理的・宗教的指示」に準拠した医療がなされているかを、数人の医師、数人の看護師、病院付き司祭で構成して、確認していたようである。ジョンセン、2009年、453頁
- 27) 人工呼吸器を装着した重度意識障害患者カレン・アン・クインランの父親がカレンの「尊厳ある死」を求めて訴えた裁判で、ニュージャージー州最高裁は初めて、生命維持治療を拒否する権利を認める判決を出した。
- 28) 香川知晶『死ぬ権利——カレン・クインラン事件と生命倫理の転回』勁草書房、2006年、207-208頁
- 29) ジョンセン、2009年、454頁
- 30) D・ミカ・ヘスター編『病院倫理委員会と倫理コンサルテーション』前田正一、児玉聡監訳、勁草書房、2009年、5頁
- 31) 1995年に旧厚生省の外郭団体として設立された機構が行う病院監査事業のこと。
- 32) M. Siegler, Legacy of Osler -Teaching clinical ethics at bedside, *JAMA*, Volume239, Issue 10, pp.951-956, 1978
- 33) M. Siegler, AG.Rezler, KJ.Connell, Using simulated case studies to evaluate a clinical ethics course for junior students., *Journal of Medical Education*, 1982, Volume Issue 57, pp.380-382
- 34) M. Siegler, 1978, 951-952
- 35) Albert R. Jonsen, Mark Siegler, William J. Winslade, *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, Macmillan USA, 1982
- 36) ジョンセン、2009年、459頁
- 37) [] は服部が補足。ジョンセン、2009年、458頁
- 38) ジョンセン、2009年、458頁
- 39) アルバート・R・ジョンセン、マーク・シーグラー、ウィリアム・J・ウィンズレイド『臨床倫理学 第3版』赤林朗、大井玄監訳、新興医学出版社、1997年
- 40) ジョンセンほか、1997年、208-221頁
- 41) 川口雅也「モヤモヤよさば! 臨床倫理4分割カンファレンス」医学書院
http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03059_02 (最終アクセス2019年6月9日)
- 42) 東京大学臨床死生学講座「臨床倫理プロジェクト」
<http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/index-j.html>
 (最終アクセス2019年12月22日)
- 43) 長尾式子「日本における病院倫理コンサルテーションの現状に関する調査」『生命倫理』VOL.15、NO.1、2005.9、104頁
- 44) 「CiNii articles」で検索ワードを「臨床倫理」として検索した結果 (最終アクセス2019年6月9日) である。
- 45) 日本臨床倫理学会<http://clinicaethics.ne.jp> (最終アクセス2019年6月9日)
 日本の「臨床倫理」については複数の活動と言説があり、別稿で整理する予定。
- 46) K. Danner Clouser/Bernard Gert, Critique of Principlism, *Journal of Medicine and Philosophy* Volume 15, Issue 2, April 1990, pp.219-236
- 47) ビーチャムらは、『Principles of biomedical ethics』第5版には、ケア・エシックスを記載した。この本は、原則アプローチ批判も採り入れ、2012年の第7版まで内容を更新してきたこともあり、30年以上、生命医学倫理の教科書であり続けている。
- 48) 『スタンフォード・オンライン哲学事典』の「生命倫理」の項では、決疑論やフェミニズム (ケアリング) やナラティブ・エシックスが、バイオエシックスにおける理論や原理・原則で正当化する立場を拒否するアンチ理論anti-theoryを主張する立場として紹介されている。<https://plato.stanford.edu/entries/theory-bioethics/> (最終アクセス2019年6月9日)
- 49) 17世紀にバスカル (数学者・哲学者) がイエズス会を批判してから、倫理学では取り上げられることはあまりなかった。
- 50) 岡本珠代「現代カズイストリーの問題点」『医学哲学医学倫理』16巻、1998年、35-45頁
- 51) ジョンセン、2009年、428頁
- 52) 服部健司「臨床倫理学における決疑論の可能性」『生命倫理』21 (1)、2011年、54-55頁
- 53) 服部健司はその理由を、医師が道徳判断するための第一段階である事例の4項目による「品詞分解」だけをあえて示し、それ以外の段階 (分類学・動態学)、すなわち「典型的ケースと系列の措置および当のケースの配置という作業は、もはや医師らのなしえる事柄ではなく、まさしく臨床倫理学の専門家の仕事」だから「落とされた」のではないかと推察する。服部健司、2011年、33 / 57頁

- 54) ジョンセンほか、1997年、1-11頁
- 55) 香川智晶「バイオエシックスにおける原則主義の帰趨」『メタバイオエシックスの構築』NTT出版、2010年、172-173頁
- 56) 服部健司、2011年、53-54頁
- 57) World Medical Association, <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/Decl-of-Geneva-v1948-1.pdf> (最終アクセス2019年6月9日)
- 58) 2項目は、「私は、人命に対し最大限の尊敬の念を持ち続ける」「脅迫があろうとも人権や国民の自由を犯すために、自分の医学的知識を利用することはしない」である。なお、ヒポクラテスの誓いにあった「男と女・奴隷と自由人の差別をしない」が「私の義務と私の患者の間に、宗教・国籍・人種・政党・社会的地位の介入を許さない」に修正された。
- 59) ルース・R・フェイドン、トム・L・ビーチャム『インフォームド・コンセント 患者の選択』酒井忠昭、秦洋一訳、みすず書房、1994年（原著1986年）を参考にした。
- 60) 日本医師会「医の倫理の基礎知識2018年版」http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/member/kiso/inorinri_kiso2018.pdf (最終アクセス2019年6月9日)
- 61) 森岡恭彦、医の倫理の基礎知識 2018年版【医師の基本的責務】4. 医の倫理—その考え方の変遷、2018 http://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/a04.html (最終アクセス2019年6月9日)
- 62) 日本医師会 会員の倫理向上に関する検討委員会「医の倫理綱領 医の倫理綱領注釈」<http://www.med.or.jp/nichikara/kairin11.pdf>
- 63) 野口勇「エホバの証人無断輸血訴訟最高裁判決の意義とインフォームド・コンセント」『生命倫理』VOL.11 NO.1、2001年、78-84頁
- 64) 日本看護協会は専門看護師制度を1995年に作り、2006年に「臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針」を発表している。
日本看護協会「専門看護師」, <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>
(最終アクセス2019年6月9日)
- 65) 服部俊子「第3章 ケアとケアの倫理」『テキストブック生命倫理』霜田求編、2018年、25-36頁
- 66) 大北全俊「F. ナイチンゲールの『看護覚え書』における「病者」へのまなざしについて」医学哲学 医学倫理 26 (0)、2008年、63-64頁
- 67) 厚生労働省「職業分類表」https://jsite.mhlw.go.jp/tokyoroudoukyoku/var/rev0/0139/0308/kouji96_7.pdf (最終アクセス2019年6月9日)
- 68) 病院は医療法で20床以上の医療施設とされ、病院の類型は、一定の機能を有する原則200床以上の特定機能病院と原則400床以上の地域医療支援病院、精神病院、結核病院、一般病院にある。
- 69) 医療社会学の「医療専門職論」では、近代医学をめぐる社会現象に対する研究の蓄積は多くあり、とても参考になる。
- 70) Tom L. Beauchamp, James F. Childress, Principles of Biomedical Ethics, 5th edition, Oxford University Press, 2001, p.80
- 71) 厚生労働省「チーム医療の推進について」<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf> 平成22年3月19日 (最終アクセス2019年6月9日)
- 72) 厚生労働省「チーム医療の推進について」<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001ehgo.pdf> 平成23年6月 (最終アクセス2019年6月9日)
- 73) 「もの・こと」はここではとりあえず「もの」の文脈が「こと」であるとしておく。廣松はことを「牛であること、動くこと、大きいこと——〈コレハ牛だということ〉〈コレが動くということ〉〈コレは大きいということ〉——それは、牛である当体でもなければ基質「牛」でもなく、動く主体でもなければ能相「動き」でもなく、大きい基対でもなければ性状「大きさ」でもない。それは畢竟するに「もの」ではなく、あくまで統一的な被述定的措置態 als solchesである」とする。廣松渉『もの・こと・ことば』勁草書房、1979年、2頁
- 74) 中村雄二郎『述語の世界と制度』岩波書店、1998年、7頁
- 75) これは応用倫理学やメタ倫理学で議論されている問いの一つであり、それぞれの立場によって答えが異なる。応用倫理学研究に日本で取り組み始めた倫理学研究者が編集したテキスト『応用倫理学講義』シリーズの最終巻は、新しく登場した応用倫理学について何ができるのか、何をすべきかを、4つの座標を元に議論した記録がある。「応用倫理学の有用性」シンポジウムの記録は、新『応用倫理学講義 7 問い』2004年、209-256頁
- 76) イリイチ他『専門家時代の幻想』尾崎浩訳、新評論、1984年、9頁（原著1978年）
- 77) 「病院における倫理サポートシステムの構築—医療組織倫

理からのアプローチ」（平成24-26年度）研究代表者：

服部俊子、挑戦的萌芽研究、研究課題番号：24652004

「現場に根ざした医療組織倫理の構築に向けた基礎的研究」（平成27-30年度）研究代表者服部俊子、基盤研究（C）

研究課題番号：15K02011

78) 須藤八千代「ソーシャルワークの経験」尾崎新編『「現場」のちから』誠信書房、2002年、25頁

79) 須藤八千代、2002年、25-27頁

80) 鷺田清一『聴くことの力』TBSブリタニカ、1999年、56-58頁