



終末期における「臨床的真実」

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2013-08-27 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 森下, 直貴 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10271/2170

終末期における「臨床的真実」

--<思いやり>と<決まり>の根源--

森下 直貴 (浜松医科大学)

終末期医療の場での「生死の選択」に関して、個人レベルであれ社会レベルであれ、これまで二つの語り方があった。一つは親密な二者関係に密着したケアリングの語り方であり、もう一つは自己決定や人間の尊厳といった普遍的規範の語り方である。しかし私見では、いま最も必要とされているのは、「個人への思いやり」と「社会の決まり」、あるいは、ケアの心・ケアリングとガイドライン・制度とにとって共通の根源となるような、第三の語り方である。この語り方において焦点となるのは、終末期という特殊な状況の中での最小限の非対称な関係のうちに成り立つ「臨床的真実」である。最小限の非対称な社会をめぐる原理的・抽象的水準での考察に照らしながら、「臨床的真実」という一種の合意を成り立たせる条件を析出することで、ケアリングと社会的合意にも関わる問題提起としたい。その条件とは、終末期の見極め、安らかなひと時の確保、第三者性の実効的な保証である。

1. 背景--生死をめぐる選択と哲学

今日、本格的な高齢社会の到来とともに、個人レベルであれ社会レベルであれ、終末期（ないしは末期）医療における「生死の選択」という事態に、私たちは直面せざるを得なくなっている。例えば、治療効果が期待できない場合の、生命維持処置の取り扱いや、処置の停止とか積極的安楽死、死にゆく人への関わり方などである。もちろん、それらの問題は実際にはこれまでも潜在していた。しかし現在それらが顕在化し、今後ますます大量化することが予想されている。

選択の方向に関して、世界の先進地域を見渡すと、いくつかの典型的な考え方が浮かび上がる。大まかに言えば、オランダのような自発的安楽死の方向、イギリスのような地域ホスピスの方向、アメリカで目立つ延命処置停止の拡張的方向となろう。それに対して日本社会はどうかと言えば、「安楽死問題」がときおり台風のように吹き荒れることはあるが、それもやがてお決まりのように風化し、忘却されてきた。その意味ではこれまで現実と正面から向き合ってきたとは言えない。ただし、昨今の一連の動きを見るかぎり、どうやら従来のパターンとは違ってきている。人工呼吸器の取り外しをめぐるマスコミ報道をきっかけに、行政側のガイドライン策定や国会議員による尊厳死立法などの動きが慌ただしい。

言うまでもなく、終末期医療における生死の選択では社会的脈絡を省略することはできない。さまざまな処置がそこに関与する中で、とくに「人工呼吸器の取り外し」が取り沙汰されるのは、刑法との関連で全体の象徴となっているからである。しかし刑法以外にも、医療費削減の圧力、家族の介護疲れや金銭問題、家族形態や生活意識の変容、慣習や民法など、多様な力が一人の死を取り巻き交錯している。加えて、医療福祉行政と経済的好不況との関連や、医療専門家集団のプロフェッション倫理の脆弱性、さらには日本における安楽死思想の継承といった問題もある。このように捉えるならば、ひとりの人間（老人や難病患者）の死という出来事に、現代日本の社会と文化の質

が凝縮されていると表現してもけっして過言ではなかろう。

従来、突発的な事件の判決や少数の著作を除けば、終末期での選択が公共の場で論じられることはなかった。仮にあったとしても広がりには欠けていた。その理由の一つは、幾重ものタブーがその選択を取り巻いていたからである。家族と医療者の間の隠し事とか、障害者や難病患者と老人との間のギャップがその一例である。とくに後者は鋭い緊張と対立をもたらしてきた。例えば小児科医・松田道雄に見られる、基本的人権の擁護から障害者への配慮を通して老人の安楽死権の主張にいたる軌跡、その動揺とジレンマには考えさせられるものがある(1)。しかし、異なる利害関係者(ステイクホルダー)がいて相互の立場が違ふのは、近代社会では避け難い事実である。違いに目をつむったり避けたりしては、タブーの濃い霧はいつまでも晴れることはないだろう。なお、この種の公論形成に関して、宗教組織の発言力は欧米やイスラム圏やその他の地域では強いが、日本では常識的な見解に止まり(読売新聞 2006 年 1 月 12 日)、生殖・中絶問題と同様(2)、必ずしも準拠すべき拠り所となっていないのが実情である。

以上のような状況の中で、哲学者の立場から終末期の選択をめぐって語るとすれば、どのようにすべきであろうか。例えば、生命倫理学者の一部のように、依拠する原理(自己決定、人間の尊厳、生命の尊重)から明快な結論を引き出そうか。それよりむしろ、個別性をあくまで重視し、死を迎える当事者の視点に立ってこれを一般化しようか。あるいは、医療専門家のつもりで個々のケースを考慮し、政治や検察や一般社会の介入を拒否してみせようか。それとも、医療倫理学者のように気の利いたフローチャートを作成し、解決の方向を解説してみようか。

そうした語り方が間違いだと言うつもりはない。私自身がたんに、哲学特有の問い方・論じ方・語り方(があるとしてこれ)に照らすかぎり、ここでの選択に関して哲学者らしい語り方が可能な

のかどうか、具体的にどのように語ればそれに相応しいのか、率直なところ戸惑っているだけにすぎない。ただし、少なくとも一つだけはっきりしていることがある。哲学的考察がどのように展開されようとも、現場の多忙な医療者や一般市民の目に触れる機会はほとんどないし、仮にあったとしても理解されるどころか、反発されたり無視されたりするのが落ちだということである。個々の力量にもよるが、せいぜい良くても関心をもつごく少数の医療教育の関係者を通じて間接的にしか、現場の医療者や患者やその家族には届かないだろう。

2.問題-「臨床的眞実」という「合意」

終末期の選択という問題の根本は、あえて直裁な物言いをするなら、じつは単純である（ように見える）。終末期医療の専門家がおらず、時間も施設も予算も乏しい現状の結果として、治療効果が期待できないのにもかかわらず、治療の延長上で何とかしようと必死になっている。あるいは、辛うじて存在する緩和医療の視野がかなり狭い範囲に限定され、ターミナルケアの試みもキリスト教や仏教などの宗教団体に限られている。要するに、高齢社会をみすえた終末期医療の総合的な取り組みが我が国にはほとんどないことが問題の根本にある。

もちろん、この問題は医療技術（延命処置）の進歩に伴って引き起こされ、21世紀の高齢化社会（老齢だけではなく難病もあるが）にとって重大な課題であるとしても、先進医療と比較的平和な社会に限定された主要関心事にすぎない。この偏りには留意しておく必要がある。グローバルに世界を見渡すなら、先進医療も平和もない地域が大半を占めているからである。とはいえ、そうした社会もいつの日か同じ問題に直面すると予想されるから、我々の議論は彼らにとっては問題の先

取りとなり、教訓となるにちがいない。

さて、自明なことだが、哲学者の考察が取り組み不在の現実（人員・時間・空間・予算・政策・制度）を直接的に動かすことはできない。できるのはその前提に関わって、個人的な関心から接近するだけのことである。私の個人的な関心は、終末期の選択を導くような精神の拠り所、あるいはターミナルケアに臨むための根本的な構えにある。例えば、末期の患者や家族・友人からこう問われたとする。「私は治らないのか」、「もうだめなのね」、「死んでしまいたい」等々。その場合、どのように対応し、どう接すればよいのか。個々の生死にいかに向き合うのか。社会としての約束事はどのようにあるべきか。同じことは自分が終末期にある場合でも言える。おそらく私のみならず多くの人々が、そうした場合における対応のしかたを支える拠り所なり、進むべき方向を指示してくれる道標なりを求め、そこに関心を寄せているのではないかと想像される。

ここで、いささか誇張を交えて描くとすれば、実際の医療現場には典型的に二つの対応があろう。一方には駆け出しの若い医師の「医学的真実」がある。「厳しいですね。あなたのステージのがんですと、統計的数値に照らすなら、よくても3ヶ月の余命でしょう」。他方にベテラン看護師のいわば「看護的真実」がある。「何を言うのですか、病は気からですよ。元気を出して」。これらが狭い意味での（嘘と混じり合った）人間的な真実の一面であることは認める。だが、それは私たちが求めている根本的な構えと言えるのだろうか。ちなみに、厚労省の最近の調査によれば（2004年10-11月）、中小規模の病院（50〜300床）の半数近くで本人への告知がなされていない。

そうした現場で目指されているものをここでは「臨床的真実」と名づけよう（3）。これは、末期の患者を中心にしてその家族や医療者の間で成り立つ「合意」である。私見では、その合意の収斂点は関係者のもつ「後悔の気持ち」を少しでも和らげることにある（4）。とすれば、どのような条

件によって「後悔の気持ち」を少しでも和らげることができるのだろうか。このような意味での終末期における「臨床的真実」の成り立ちを支える条件の探求が、以下の考察の対象である。

「臨床的真実」の条件という問題設定には倫理的にみて重要な含みがある。臨床現場とは複数の非対称な個々人で構成される最小限の社会である。そこでの合意の前景には死に行く人をめぐる情念的結びつきがあり、またその背景には病院の方針・水準・姿勢をはじめ、地域の医療水準、法律や慣習、家計、社会全体の経済状況・医療費などがある。その社会は、一方では対面する個々人の人格的な個別性・直接性の次元とも異なるし、他方では全体社会の一般性・公共性の次元とも異なる。むしろ、個人の思いやり・寄り添いと社会としての決まり・制度とがともに生成してくる共通の根源である。とすれば、それに照明をあてた考察を通じて、個別性と普遍性あるいはケアとルールとを同時に視野に収めつつ、「倫理の生成」の姿を具体的に捉えることができるのではないかと期待される(5)。

3.現状-「ガイドライン」と「ケアの心」

まずは「臨床的真実」の現状を概観しておこう。端的に言えば、従来の対応は「ケースバイケース」と「あうんの呼吸」であった。お互いの信頼関係を強調し、あえて文書にしなくても分かり合えるという態度である。例えば、事件の渦中にあった富山射水病院の元外科部長の手記(『文藝春秋』2006年8月号)には、従来の慣習が臆面もなくさらけ出されている。しかしそうした慣習は、内部告発とトップの判断によって時代遅れとして明るみにされ、事件として扱われた。最近の傾向はこのように大きく様変わりしている。「ガイドライン」(標準指針)の標榜・遵守と、患者様への

「ケアの心」(思いやり・優しさ) とが、一対のセットとして強調されているのである。

一方で、今日は何でも「ガイドライン」の時代である。事件の報道を受けた各医療機関の対応は、人工呼吸の取り外しに関する方針がすでにある施設、それがない施設、慌てて作成した施設、目下検討中の施設など、まちまちであった(例えば富山県や共同通信による調査)。ただし、慣例として持っていた方針を新たにガイドラインとして明記した施設では、その明記という点とともに、チームでの対応、書面、第三者の関与という点が目立つ(浜松医大の例)。また、目下検討中の厚労省のガイドライン案も、じつはそれらとほぼ同様の内容であるにもかかわらず、国レベルのガイドライン待ちの姿勢が各施設に共通して見られる。他方の「ケアの心」に目を向けると、「傾聴と共感」という態度・対応が学生や研修生向けの臨床(倫理) 教育の柱になっていて、とくに看護領域ではケアリング(caring for)という言葉が用いられている。例えば、学生には次のように指導される。「相手と同じ目の高さで、相手の目を真っ直ぐに見つめながら、耳を傾けて、『大変な思いをしているのですね』、『苦しいのですね』と言葉を繰り返し、最後には『治るといいですね』と希望を残すようにして下さい』。

一見するとたしかに、最近の「ガイドライン」(標準指針) と「ケアの心」(優しさ) という対応のセットのほうが、従来の「ケースバイケース」と「あうんの呼吸」のセットよりは前進しているように映る。しかし、それは「またか」という既視感をかき立てざるを得ないものでもある。一定の距離をとって現状を批判的に眺めてみよう。

一方のガイドラインを取り巻いているのは、いわゆる「世間並」という外部の権威に準拠する権威主義と横並びの発想である。技術倫理の領域で指摘されるように、日本の他職種の技術者・専門家集団に劣らず、医療専門家の場合も「プロフェッション」としての(特権意識とは別の) 自律意

識に乏しい。そこから生じてくるのは、よく言えば常識的だが、論理的に事柄を突き詰めようとせず、矛盾があっても平気な姿勢である。例えば、患者の自己決定の権利を尊重すると謳いながら、同時に、人工呼吸器は決して外さないとか、自発的安楽死の希望は認めないといったルールがそうである。事柄の是非は後述するとして、そこに含まれる矛盾が矛盾として認識されていない。これは明らかに知的怠惰というほかない。そしてさらに、日本のガイドラインが準拠しているのは欧州やとくにアメリカ流のガイドラインであり、その理論的支柱としての「バイオエシックス」なのである。ここには世間的発想のいわば入れ子構造が見られる。

周知のように、北米の市民運動と消費者主権を背景にした「患者の自己決定権」や「インフォームド・コンセント」は、権利の普遍主義を標榜する。この考え方が日本に（一部では正当な疑問や反発を呼びながらも）いち早く導入され、90年代半ば以降には急速に一般市民の間にも浸透した。しかし、大半は表面的な受け売りに止まっていたため、次第に教条化・マニュアル化し、タテマエになっていった。最近では逆襲すら起こり始めており、バイオエシックス批判が声高に唱えられ、日本的な生命倫理への雪崩現象が生じている。その一例がエホバの証人の無輸血手術である。当初は患者の自己決定権によって正当なものと受けとられ、それが判決で強化され、少なからぬ医療機関でそれに沿った方針が作られたが、現在では麻酔医の慎重な判断に妨げられて後退を余儀なくされている。あるいは、当初の勧告から裁可の審査へと形式化して来ている倫理委員会の活動にも、同様のことが指摘できるだろう。

他方の「ケアの心」に関しては、マニュアル化や上辺滑りの危惧が感じられる。本来なら個々の患者に対応できる臨機応変さが求められ、状況によっては黙って傍らに座って一緒に窓の外を眺めているだけでも相応しい場合もある。しかし、臨機応変さを生み出すような根本的構えが必要であ

るのにもかかわらず、一部の試みを除けば、そこまで論点が掘り下げられていないのが現状である。

重要な論点としては例えば、他者の理解の可能性と不可能性（柳原和子の「土鳩の視点」）や、医学的真実の本質とその限界（不確実性・グレーゾーン、社会的真実とのギャップ、科学者の誠実イコール市民の不信という悲劇、等々）があるが、これらが臨床教育とほとんど結びつけられることなく、「ケア」という掛け声ばかりが強調されている。

そのケアという言葉もガイドラインに劣らず大流行し、誰もが疑問を持たずに口の端に載せているだが、この言葉の歴史的由来はどうか。『生命倫理百科事典』（Encyclopedia of Bioethics, 3rd）によれば、「メディカルケア」（medical care）の初出は 1920 年代のアメリカであり、近代生物医学のサイエンス（science）をふまえた治療（taking care of）を意味した。そして程なくして、患者に対する愛としてのケアリング（caring for）も強調される。その事情はこうである。それまで医術・医療は伝統的に「アート」（medical art）とされ、その中で知・理論と情・愛とが一体視されてきた。そして愛や慈愛・共感などの伝統的徳目は長らくキリスト教会の専売特許であった。ところがとくに 19 世紀以降、近代社会の成立につれて教会の権威が失墜し、それとともに伝統的徳目も影が薄くなっていった。しかし、個々の患者に対する愛や共感は不可欠である。そこで医科学の進展を受けて医療が「ケア」になったことと連動して、伝統的徳目の穴を埋めるべく要請されたのがケアリングだったのである。ケアリングはその後、看護領域で職業的アイデンティティの拠り所とされ、看護倫理の支柱になっていく。ちなみに、その「ケア」が看護の領域を超えて一般化したのは、1982 年のギリガン著『もう一つの声』によるところが大きい。これをきっかけにして、フェミニズムとの関連で倫理学の内部に「ケアの倫理」旋風が起こり、それが逆に看護領域や医療に反響しつつあることは、周知のところである。

以上のように跡づけるならば、ガイドラインやバイオエシックスに劣らず、ケアの心すなわちケアリングの背後にも、「普遍主義」の精神が控えていることが分かる。すなわち、普遍的正義を相補的に支える普遍的愛の理念である。普遍性・公平性の根拠は神から理性へ、理性から情念・欲望へ、さらに利害・利益へと変容してきたが、その利害を異にする市民社会の正義を裏から支えるものとして個別を背後から包み込むような普遍的愛の存在が了解されている。ところが、そうした暗黙の共通了解のない日本人には、普遍性・公平性という観点が見えず、ケアの心はもっぱら弱者への（普遍性の裏打ちのない）思いやり・優しさの方向で受け止められている。情感的な共同性に包み込まれそこに解消していく「ケア」とは、あたかも上意下達の掟のごとく受け止められる「ガイドライン」と相補的な関係にある。ここに旧知のパターンを認めることはあながち飛躍とも言えないだろう。すなわち、近代の日本に限定すれば、普遍主義的なキリスト教やマルクス主義や民主主義が辿った軌跡、つまりタテマ工化・骨抜き・換骨奪胎の運命のことである。

4.理論-生命・相互行為・第三者性

終末期の臨床における人間関係とは、生死の選択という特殊な状況の中で複数の非対称的な個人(主人公である患者、その家族、それに医療関係者)から成り立つ最小限の社会である。しかし、そこに成り立つ社会の「臨床的現実」を明らかにすることは、上述のとおり現状の水準に留まっていれば不可能である。そこで、現状から一定の距離をとるべく、一般的・理論的水準で複数の非対称的な個人からなる社会の成り立ちの解明を試み、こうした解明と臨床現場での経験とを往復・照応させることで、事柄に接近するやり方を探ってみよう。そのような理論的水準での考察に向けて、

まずは既存の考え方を（論点を絞った理念的構成の範囲内で）検討しておきたい。

一方にあるのが原則・原理を立てる考え方である。この考え方では、カントの義務倫理学や功利主義理論が典型とされるが、立場の違いを越えて必然性やとくに「普遍性」「公平性」が共通して強調される。普遍性・公平性とは不偏不党であること、誰かの特殊な利益・立場を優先させないこと、例外視しないこと等を意味するが、この観点によっておよそ（いわゆる共同体・身分制社会と市民社会・階級社会とを問わず）別個の人々の関係としての「社会」が維持されるのである。したがって、この考え方の立脚点はすでに成立している社会であって、そこには社会の原初的な成り立ちをめぐる生成の視点はない。そこから二つの問題点を指摘できる。一つは公平性の観点そのものである。原則（義務・権利ほか）の見地が一人ひとりの個別性に届かないのは、公平性の観点からの帰結にすぎないが、そもそも純粋な公平性の観点は生身の個々人にとって実現可能なのだろうか。もう一つは原則（規範）の内容の由来である。「謎」とか「究極」として前提にされるが（理性の事実、要素としての快苦）はたしてそれ以上遡求できないのだろうか。結局、この考え方の背後にあって問われていないもの、すなわち社会の原初的な成り立ちを問い直すことは、個々人に可能な公平性の形態を問い直し、規範の根源を探ることに通じると考えられる。

他方に、個別性にこだわる対面倫理的な考え方がある（例えば、ブーバーや、レヴィナス、西田幾多郎、久重忠夫『非対称の倫理』）。この考え方では、「この人」の個別性、その苦しみ・辛さ・悲しみ・嘆き・呻き、あるいは、死に直面したときの恐怖・不安に向き合って、それにどこまでも寄り添い・同行し、共なる存在としてかわり続けることが強調される。そこでは善悪とか正不正の基準をもって個別性を裁くような発想は斥けられ、すべてのものが配慮され、包み込まれ、赦される。この考え方が立脚しているのは別個の他者からなる社会（共同体・市民社会を問わず）以前

の、親密な「我と汝」の関係である。ここでの問題点として挙げられるのは、濃密な二者関係は瞬間的には出現してもその関係じたいの持続性や日常性が保証されないこと、また、その内部からは第三者によって担われる一定の距離や客観性をもった評価・批評が生じてこないこと、である。事実、対面倫理的な考え方には何らかの超越的な支え（絶対的な他者）が影のように控えており、その種の支えなしには持続も規範もありえないことが暗示されている。

そのほか、両者の中間に位置していて、人々の間から規範を発生・維持させる考え方がある。例えば、アリストテレスの中庸の徳や、ヒュームの反復習慣の自生的論理、A・スミスの共感的立場交換の論理がそれに相当しよう。この考え方が立っているのは、別個ではあるが特定のほぼ同質的な個々人からなる社会という想定である。しかし、異なり・非対称性が最初から省略・除外されている点は脇におくとしても、この考え方では規範の必然性・強制的性格がうまく説明できないように思われる。もしもその論理で規範と社会が成立するとすれば、物体のスムーズな流れに模することのできる交通法規のようなルールと違って、社会の根本規範に関するかぎり、「秩序・ロゴス」や「常識」などがそこにあらかじめ織り込まれていたからにちがいない。

要するに、以上の既存の考え方では、社会の成り立ちが生成として捉えられておらず、規範の本質も不明なままに留まっている。とくに、権利や利益の根源、普遍性・公平性の人間的な可能性、必然性の根拠について問い深める作業が求められている。以下人々の相互行為からいかにして規範が成立するのかについて、暫定的ながら私見を粗描してみよう。

*

1 「殺してはいけない」、突き詰めると「傷つけてはいけない」という命法は、どの社会やどの時代であれ、例外規定があるにせよ、根本規範として掲げられてきた。しかし、なぜ傷つけては

いけないのだろうか。例えば、複数の考え方が交錯しているだけに興味深い J.S.ミルの答えはこうである（『自由論』および『功利主義論』）。近代社会は唯一、「他者危害の原理」という規制根拠に支えられる。その「危害」の基礎には人の生命・身体への安全への傷害がある。人生の柱は生命の安全、行動の自由、個性の実現（幸福）の三層から構成されるが、生命・身体への安全はその最も基礎にある。「絶対的功利」すなわち正義とは、生命・身体への傷害の回避であり、傷害からの回復である。したがって同じ危害でも、自由への妨害は生命・身体への傷害の次に位置する。快苦や利害を「幸福」や「ウェルビーイング」の方向で考えてしまうと曖昧になるが、生命・身体への傷害の回避・安全として消極的に受け止めるかぎり、事柄は明確になるにちがいない。

2 ミルやさらにフォイエールバッハ（『唯心論と唯物論』、「幸福主義」）を持ち出すまでもなく、権利や義務の根源にあるのは生命・身体に対する傷害の回避である。この点は日常的にも確認できる。被災・被害であろうと病気・怪我であろうと、人々が願うのは原状への復帰であり、平凡だが平穏で平和な日常である。これは普段は意識されないが、喪失して初めてその価値が実感される。その日常性の瞬間的な核心をとり出すなら「ひと時の安らかな気分」になり、この気分が生命（生きていること）の本質への通路を開示する。私見では生命とは、（環境の中で外部とやりとりしつつ）避けがたく解体の危機に陥りながらも、そこから不断に回復へと向かう自己循環運動である。危機の状態が病気（disease）であり、これに不快・苦しみが伴う。回復された状態が（消極的な）健康であり、ここに＜安らぎ＞（ease）の感覚が伴う。循環運動全体を駆動するのは＜回復への欲動＞である。この自己回復力がいわゆる「自己治癒力」の正体である。しかしこれが弱まりさらに止まるとき、循環運動としての生命個体は終末期をへて死に至る。医療の原点は自己回復力をサポートし、不調・回復をくり返す循環運動を維持するところにある（6）。

3 <安らぎ>は生命個体(生きていること)の底点であり、これを底点としなければ個人(エゴ)の領域とその欲望の世界はそもそも成り立たない。しかし他面で、それだけではエゴ同士の相互行為の内部に「傷つけない」という約束事の必然性が生じないし、したがって社会が成り立たない。エゴ同士の相互行為を貫いているのは、(恩には恩を、害には害をという)お返し心理である(モース、マリノフスキー)。その心理の内部では恩の過剰・負い目からでも傷つけ合いが起こる。傷つけ合い、引いては殺し合うという現実を前にして、ルールを権威づける何らかの媒体・装置が必要となる。それが個々人の自然感情(幸福の実現に対する無力さの意識とここに発する何らかの威力の加護への祈り)を利用した宗教の原初的な共同的形態、すなわち集団の一体性をもたらす超越なものの設立である。イメージとしては超越者を頂点とし人々を底面とする円錐になるが、この頂点の本性を<超越的絶対的第三者性>と名づけるなら、それはプラトン(『ノモイ』)にも、ホッブズ(『リヴァイアサン』)や、ヘーゲル(『法の哲学』)、さらにフロイト(「トーテムとタブー」)にも見られる。こうした超越的威力に媒介されて始めて、ルールは必然性をもって意識され、実践的な効力をもつに至るだろう(7)。

4 <超越的絶対的第三者性>は多様な解釈を受け、多彩な象徴形態を身に帯びる。しかし人間的表象としては避けられないとしても、哲学的には、カミガミ、ディーバ、ゴッド、ロゴスや理性、祖先や天、「無」などの歴史的形態に固執する必要はない。むしろ、それらを貫いている根源的な意味要素、つまり次の二つの契機に着目することが重要である。その一つは<根底的絶対的第三者性>である。これは例えば病気や死といった無力さの極限で気づかれるものである。その核心にあるのは、自分の生命とその<安らぎ>(やその上での自由)が多次元の諸制約(リアリティ)・無数のものたちの力によって辛うじて支えられてきたこと、さらにその支えとは実質的には無数のもの

のたちの（安らぎの）犠牲に他ならないこと、しかもその無数のものたちの犠牲に対するお返しは（すでに過ぎ去っており）絶対的に不可能であることである。おそらくこの絶対的なお返しの不可能性こそが、エゴをして相互に向き合わせ、過去の未済分を未来の返済行為へと動機づけることになるだろう。そのイメージを描けば、安らぎを頂点（むしろ底点か）として下方（むしろ上方）に広がる円錐になる。

もう一つの契機は＜平面的相対的第三者性＞である。これは一定の限られた距離を保った第三者の視点・立場を意味する。こうした視点を転換・交換する相互評価のやりとりの中で、規範が規範として維持され、さらに成熟することだろう。ただし、この場合の第三者性・公平性とは、A・スミスらの立場交換の論理を活かしつつも、公平な観察者の一般的視点を断念したものである。一般的視点の手前にあえて留まる第三者性・公平性という捉え方が、日本社会では実践的にみて決定的に重要であると思われる。もしも世間的な評判の論理を内側から徐々に変容させるものがあるとなれば、この種の第三者性の無数の動的な重なり合い以外には考えられない。このイメージを描けば、おびただしい相互行為の平面上に描かれた不等辺三角形の絡まり合い・響き合いになる。

以上、相互行為における規範の生成の論理について私見の枠組を暫定的に粗描してみた。＜安らぎ＞と＜根底的絶対的第三者性＞と＜平面的相対的第三者性＞のセットに媒介されることで、「傷つけてはいけない」という根本規範が支えられ、この規範を遵守する相互行為の積み重ねを通じて沈殿・定着し、その上にさまざまなルールが堆積して不透明な厚みをもった慣習となる。一方の原則・ガイドラインも、他方の思いやり・ケアリングも、そうした相互行為の連続体からの一定の抽象にほかならず、絶えずそのような生成に立ち戻ってそこから生命力を汲み取ってくる必要がある。

5. 提案-「臨床的真実」の成立要件

以上の抽象的水準での論理に照らし合わせながら、終末期における「臨床的真実」を可能にする条件を多少とも具体化してみたい。結論を言えば、「後悔の念を少しでも和らげる」という合意を実現するには次の三条件が必要である。第一は、死を左右する自己治癒力の有無・程度の見極めである。またこれと併せて医学の不確実性認識の共有もある。第二は、「安らかなひと時」を一日でも一時間でも長く保つという目標の共有である。この最小限状態が確保されてこそ、その上で生死をめぐる個々人の選択の自由も成り立つ。また、最期のときまで側にいて支え続けるというメッセージの伝達を通じて、安心を保証することも欠かせない。第三は、当事者だけの二者関係的な密室状態を第三者性が織り込まれた社会へと切り替えるしくみである(8)。これらの条件を以下で順番に説明しよう。

第一の条件は、「終末期」(ターミナル)の定義にかかわる。それは通常、「医学上の合理的な判断により、助かる見込みがなく、死期が切迫していると認められる状態」とされる。そのとき、延命処置は死期に至る時間を延長するだけであり、(広義には医療であるが)回復をもたらす狭義の「治療」ではない。ここで問題となるのは、「助かる見込み」のない「不治」と「死期の切迫」つまりは「死期」との区別である。かつてビンディングとホッヘは『「生きるに値しない命」を終わらせる措置の解禁』(9)の中で、「助かる見込み」基準を採用し、これに「本人の意志」を付加した。そして知的障害者には「本人の生存意志」はないと見なし、前者の基準だけで判断してよいと考えた。しかし、「不治」とは人為とのかかわりで相対的であるが、「死期」のほうは自己回復力、

つまりいわゆる「自己治癒力」にかかわっていて、生命の本質の問題である。

私見では前述のように、終末期とは生命の自己回復力が喪失した状態を意味する。この喪失状態には一定の幅があろうが、病態の違いをふまえてその見極めは医師の判断に委ねられる。ここに關連して二つの場合・対応を区別すべきである。その一つは自己回復力を喪失した場合の看取り方・作法であり、もう一つは自己回復力が（たとえ低いレベルでも）維持されているのに、適切なサポートを受けることなしに終末期に移行することへの対策である。膨大な数の寝たきりの痴呆老人が静かに終末期に移行している現実が我が国にはある。そしてこれらの二つの場合を区別しないことから混乱した議論が生じる。

第二の条件は、＜安らぎ＞という最小限の共通目標である。平穩・平和な日常の大切さ・価値は失われたときに初めて実感される。その核心が「ひと時の安らかな気分」であった。医療の原点はその維持にある。そのとき僥倖のごとく贈られてくる「ゆとり」が、自分を見つめ直し、季節を感じたり、周囲の人々に優しく接したりする態度を生み出す。最期まで寄り添うというメッセージがそれに輪をかけて「安心感」をもたらすことだろう。どのような死に方を選ぶかはその上での話であり、一定の制限の中ではあるが複数の選択が可能である。ただし、そのさい＜根底的絶対的第三者性＞が土台となって、選択をめぐる関係者の間の対話を方向づけることが望ましいと考える（なお、安らぎ・選択・対話の方向づけの三面の区別と連関については、最後に再論する）。患者の＜安らぎ＞とその上での選択は、付き添う家族や医療スタッフの＜安らぎ＞を左右する。＜安らぎ＞の共有が「後悔の念を少しでも和らげる」という合意の要なのである。

ここで先述のような「医学的眞実」や「看護的眞実」とは異なる対応のしかたを描いてみよう。例えばこう言ってみてはどうか。「今のところ、治るかどうかは私たちには確実には言えません。

ただし、これまでの例から判断する限り、かなり厳しい状況にあることは確かです。しかし、医学は進歩していますから、そのうち効果的な治療法が見つかるかもしれません。それまではともかく、痛みや辛さをできるだけ取って『安らかな気持ちで』一日一日を過ごせるようにしましょう。そのために私たちができることは何でもします。そしてどういう事態になろうと、いつまでもあなたの側にいて支え続けるつもりです。どうかご安心下さい。』

第三の条件は、昨今流行の「外部的・中立的・第三者的視点」にかかわる。どの施設の「ガイドライン」にも判で押したように、事前の意思確認、医療スタッフ同士の話し合いの量と質、第三者的医療専門家の関与、施設内部での評価・検討のしくみ、外部の市民・識者の参加、等が掲げられている。それらはたしかにいずれも必要な項目ばかりである。それはまた、厚生労働省で検討中のガイドラインでも同様である。さらに、医療プロフェッションによる内発的・自律的な取り組み、組織の倫理的マネジメント（責任者の指導力、構成員による目標の共有）を加えるなら、リストとしてはほぼ完璧になることだろう。しかし、問題は実効性である。現状は観念的なお題目の羅列にすぎない。実効的に第三者的視点を貫徹させるためには、前述のように、特殊な利害を離れた「普遍主義」という観念を放棄し、その代わりに公平性を＜平面的相対的第三者性＞として捉え返し、これを地域・現場の実情に合わせて定着させる必要があろう。ただし、内外の評価三角形が絡み合い照応し合うような組織倫理の展開は、ここでは残念ながら今後の課題であると言わざるを得ない。

要するに、以上の三要件から「臨床的真実」は成り立つというのが不十分ながら現時点での私の見方である。最後に、この「臨床的真実」を根源とする個人への思いやり（ケアの心）と社会の決まり（ガイドライン）に言及して、共同討議のための問題提起を締めくくりたい。

既述のように「ケア」には技術（taking care of）と心配り（caring for）の両面があるが、両者は

技術を通じた配慮の実現、具体的な行為や動作に織り込まれた細やかな心遣いという形で一体となっている。その上で、医療・看護、介護、福祉、地域・家庭などの領域ごとに独自の特徴が付加される。例えば看護の仕事とは、「患者」の身の世話をどの程度まで細やかに配慮できるかに掛かっており（10）、その意味では身体の不自由さとこれに起因する身の回りの不自由さへの世話が中軸になる（11）。このとき＜安らぎ＞の視点が看護ケアの目標となるだろう。しかし、看護ケアは身体の不自由さだけに限定されるものではない。いわゆるトータルケアやスピリチュアルケアに関しては、＜安らぎ＞とともに、おそらく＜根底的絶対的第三者性＞の視点が鍵を握るのではないと思われる。

第二の要件では特定の最小限社会が想定されていたが、そこに導入された区別と連関の考え方は、日本社会という全体社会の次元でも成り立つと考えられる。すなわち、(a) 全体社会にとって最小限共有されるべき基礎、その上で、(b) 一定の厳格な条件下で成り立つ個々人の選択の自由の部分と(c) 社会としての基本的方針・制約にかかわる部分との両立という捉え方である。具体的には、末期の患者に対して自己回復力と安らぎとをふまえた細やかな配慮を示しつつ、その上で、厳格な条件の範囲内で一人ひとりの死に行く過程の選択の自由（例えば人工呼吸器の取り外しとか積極的安楽死）を許容しながらも、しかし社会としては原則として「積極的安楽死」や「自殺帮助」を支持も助長もしないという方針を設定することである。このような区分と連関は、例えば厚労省で検討中のガイドラインでは明示的には位置づけられていない。末期でもなければ病人ですらないこの私は、現時点で「積極的安楽死」を選択するつもりは毛頭ない。しかしたとえそうだとすると、異なる他者がかかわり合う社会で、共通の基礎条件と一定の厳格な特殊条件が守られるとすれば、原則からみて例外的なその種の選択肢を最初から排除するやり方は、事柄が一人ひとりの運命にかか

わるものである以上、賢明ではないと思う。

脚註

(1) 大谷いづみ「「安楽死・尊厳死」論における老い・病・障害の接合と分節」第24回日本医学哲学・倫理学会、研究発表、2005年10月29日。

(2) ラフルーア著、森下ほか訳『水子—日本文化の底流』青木書店、2006年。

(3) 真理という言葉は多次元的な意味をもつが、ここではとくに人間的観点を強調して「真実」という言葉を用いる。「真実」とは図式的に言えば<事実プラス解釈>であって、一方の解釈が視点・関心によって多様であるのと同様、他方の事実もまた世界（物事のあるがままの成り行き）からの一定の抽象であり、関心や理論と一体化している。それゆえ、真実は最初から「一つ」のではなく、関係者の合意・一致に基づいて当面「一つ」になるのである。例えば、科学的真実の場合、科学者共同体（あるいはむしろ「ジャーナル共同体」）による妥当性の承認によって成り立つ（藤垣裕子編『科学技術社会論の技法』東京大学出版会、2005年）。事情は、公共的問題をめぐる「社会的真実」でも、また私的な関係での「人情的真実」でも同様であろう。つまり、共有された真実とは関係者の間の合意であり、したがって、多様な場面に応じたさまざまな真実がありうることになる。

(4) 拙著『死の選択』（窓社、1999年）第6章。

(5) ルールと言え、たいていは一足飛びに、「社会的意思決定」「社会的合理性」「社会的合意」へと話が向けられる。たしかに「脳死と臓器移植」での失敗をふまえるならば、他の生殖医療なども含めて社会的合理性とその合意に関心を向ける必要はある。実際、科学技術とくに医療技術問題

に関するいくつかの注目すべき試みもあるし、ES 細胞研究やクローニング技術など、先端医療技術に関する審議会も活動している。しかし、「合意」について安易に語ることは禁物であろう。個人の自由と社会の規制、規制する範囲の最小限と最大限、共通の土俵の有無など、難問が山積している。しかも、個々人の決定と社会の決定とは次元の差がある。しばしば別個に論じられていて、両者が関連づけられていない。全体の社会的合意については最後尾で言及する。

(6) 詳しくは拙著『健康への欲望と<安らぎ>』(青木書店、2003年)を見られたい。また、「健康と生命倫理」(『生命倫理』15、2004年)でも概略的に解説している。

(7) 権力と権威の関係とか異集団間の支配と服従の関係を含めると、もとより事態はもっと複雑になるが、ここでは省略する。

(8) なお、以上の条件では、患者本人への「真実告知」したがつて「意志」が前提されている。医療倫理の話ではたいてい意志の有無ならびに意識の有無が決定的なメルクマールとされる。しかし、生き物の営み全体からみれば、意志・意識のレベルは表面・表層である。意志・意識から出発して減点方式で意識なき生命にいたるのではなく、むしろその逆に、生命に加点する方式で意識・意志を位置づける必要がある。

(9) 森下直貴・佐野誠著・訳『「生きるに値しない命」とは誰のことか』(窓社、2001年)に訳出・所収されている。

(10) 永田まなみ「看護におけるケアをどう考えるか」第25回日本医学哲学・倫理学会、研究発表、2006年10月28日。

(11) ちなみに、行為の選択の幅を制限する「リアリティ」については一考を要する。行為選択の自由度を支えるのは、身体の自由度および熟慮の自由度である。一方の身体の自由を妨げるのは生

命・生物的な限界・状態であり、他方の熟慮のプロセスを方向づける内的条件には、思考の習慣(気質、性格、社会規範、時代精神、思想空間、観念レパートリー)、無意識・衝動や脳の状態などがある。また、熟慮の終結として意志された行為・実行を左右する制約としては、身体的条件に加えて、物理的環境、社会的環境、他者の行動などがある。肝心な点は、自由とはリアリティ(必然性)によって制約された選択の幅のことであり、その幅の中で人は主観的に自由を感じるのである。以上をふまえるなら、身体的制約に支えられた自由の側面から行為の選択・実行にかかわるのが、ケアと言える。

On the “Clinical Truth” in the Terminal Care

--A Basis of ‘Caring for’ and ‘Social rules’--

Naoki MORISHITA

There have been two ways of discourse, individually or socially, regarding “choices of life and death” in terminally medical practices. The one is ‘caring for-discourse’ which typically fits to intimate relationships between you and I. The other is ‘general normative-discourse’ based on principles such as ‘self-determination’ or ‘dignity of humanity’ and so on. In my view, however, what we now need is the third, more fundamental discourse, from which could be commonly produced

both 'caring for' and 'social rules'. This way of discourse focuses on "clinical truth" as a social consensus, which consists in non-symmetrically minimal relationships among dying patients, their families and their medical stuffs. Referring to theoretical considerations on the formation of minimal society, I analyze conditions of "clinical truth", and try to pose following points for our discussions: definition of terminal, keeping ease-periods and effective assurance of a certain objectivity, as well as a view of care and social consensus.