

= 臨床倫理学の理論 =

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¹。

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ことだが (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、患者に様々の苦痛という《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う害をともなっている。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らう)。

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。

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応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。

³ 清水 2000 : 146~8 .

⁴ Garcia 1995; 山本芳久 2003.

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うような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。

らの間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「苦しさ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、「これをすると、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

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が問題となる。

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ススコ会士 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。

これは条件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。でも倫理的な理由によって、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ふことがある。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」だけでなく、「益をもたらせ」という指令も生きてると私は思う。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仕方がないとする)であれば、「死期が早まる」予想は伴ってないが、「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、あるいは、結果のよ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す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ばねばなら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。

が提示する相応性原則は、医療現場の現実に合っている（私が提唱する臨床倫理の検討システムにおいては、この考え方は要の一つである）。

4 結果プラス意図

では、医療現場では結果論（によって提示された相応性論）単独で事足りるかということ、そうでもなさそうであって、現場の実践者の言説からは、これに意図についての論を加えた理論的裏づけが求められているように思われる。だが、欧米の諸論を見る限りでは、これに適切に応じる言論はまだ出てきておらず、ただ、二重結果論、相応性論を併記して終わるようなものとどまっている（Wein 2000 等）。そこで筆者としては、この論点について次の点を示唆しておく。

「通常的手段では耐え難い苦痛はもはや緩和できない——鎮静によれば、耐え難い苦痛を緩和できるが、意識が低下する」という状況認識は、これから何をするかについての候補と、それがもたらすであろう結果の予想からなっている。そこで鎮静を選択し、実行する際に、医療者は「苦痛を取り去るために意識を低下させる」ということを意図しつつ、これを行っている。つまり、ここで意図とは、自らが為す行為をどういう行為として把握しているかを、あるいはどういう結果を目指す行為であるかを表すものである。つまり、ここで結果について語ることは、意図について語ることと表裏一体なのである。次に、見た目には同じ結果をもたらず鎮静をするにしても「患者の苦痛を緩和するために意識を下げよう」としているか、「周囲のものが見ているのがつらいから、

痛がる振る舞いをなくすために意識を下げよう」としているか（つまりこれらが意図を示す文言であるのだが）は、倫理的に大いに異なる。この異なりは、ただ結果として「意識が低下した」ということに注目しても見えてこないため、意図の差に注目することになる。ただし、二重結果論のように、ここで「苦痛を緩和する」という意図と「意識を下げる」という意図とを切り分けて論じるのではなく、また、「どういう意図であれ、意識が下がったことには違いはないではないか」という結果論者の主張にも与さず、あくまでも「苦痛の緩和のために意識を下げる」という行為の把握つまり意図に定位して考えるのである。

おわりに

以上、本論においては、与益 無加害原則が両立しないと見える場面においてどのような解釈ないし補足的ルールを立てて、問題を解消するかについて、二重結果論と相応性論のやり方を見てきた。両者の差は、単に原則間の衝突の回避ないし調停の仕方の違いにとどまらず、原則というものをどう捉えるかについての違い、ことの良し悪しをどう評価するかについての違いを含むものであることが見てきたと思う。もちろんこの限りでは、倫理原則をどういうものとして捉えるかという問いに十分に答えられたわけではなく、その一面を見たに過ぎない。この他にも原則主義に対するナラティブ・アプローチからの批判等の論点があり¹⁷、そうした点の検討を通して、倫理原則の位置付けについての全体像がみえてくるものと思われるが、それは今後の課題としたい。

¹⁷ 原則主義とナラティブ・アプローチについては、さしあたって、清水 2004 で論じている。なお、Nelson 1997 参照。

参考文献

- Anscombe GEM: Medalist address: Action, intention and 'double effect', *Proceedings of the ACPA*, 1982: 12–25.
- Bernat JL: Ethical and legal issues in palliative care, *Neurol Clin.* 2001; 19: 969–987.
- Boyle, J: Who is entitled to double effect? *The Journal of Medicine and Philosophy* 16: 475–494, 1991.
- Donagan A: Moral absolutism and the double-effect exception: reflections on Joseph Boyle's *Who is entitled to double effect?*, *The Journal of Medicine and Philosophy* 16: 495–509, 1991.
- Garcia JLA: Double Effect, Reich W.T., ed. *Encyclopedia of Bioethics 2nd ed.* New York: Macmillan, 1995.
- Nelson HL, ed.: *Stories and their limits, a narrative approach to bioethics.* Routledge, 1997.
- Sulmasy DP: The rule of double effect: clearing up the double talk. *Arch Intern Med.* 1999; 159: 545–550.
- Quill TE, Dresser R, Brock DW: The rule of double effect: a critique of its role in end-of-life decision making. *N Engl J Med.* 1997; 337: 1768–1771.
- Quill TE, Lo B, Brock DW: Palliative options of last resort: a comparison of voluntary stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia, *JAMA.* 1997; 278: 2099–2104.
- Quill TE, Lee BC, Nunn S: Palliative Treatments of last resort: choosing the least harmful alternative, *Ann Intern Med.* 2000; 132: 488–93.
- Wein S: Sedation in the imminently dying patient. *Oncology.* 2000; 14: 585–592.
- 清水哲郎: 『医療現場に臨む哲学』(勁草書房 1997)
- 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)
- 清水哲郎: サイコオンコロジーと臨床倫理. 『臨床精神医学』2004; 33(5) 印刷中
- 星野一正: 『わたしの生命はだれのもの』(大蔵省印刷局 1996)
- 山本芳久: 「二重結果の原理」の実践哲学的有効性——「安楽死」問題に対する適用可能性——(東京大学大学院人文社会系研究科 『死生学研究』2003 年春号 316(77) ~ 295(98) 頁)