

— Invited Review —

哲学することから応答の倫理へ：死を受容すること

松島哲久[※]

From Philosophizing to Ethics of Responsibility: Receiving the Death

Akihisa MATSUSHIMA

*Osaka University of Pharmaceutical Sciences, 4-20-1, Nasahara, Takatsuki, Osaka,
569-1094, Japan*

(Received March 25, 2014)

I was born in the old traditional family of medicine. So I was destined to be a doctor. But I decided to study the philosophy at the third year in high school. I studied principally the existential and phenomenological French philosophy, that of M. Merleau-Ponty, J. P. Sartre, G. Marcel, P. Ricoeur. After that I turned the focus of my study, from the philosophical viewpoint to the ethical one. It is an ethics of responsibility. This standpoint is able to open the possibility of terminal care, that is, to receive the other's death as one of oneself. In this university I have taught and studied the medical and pharmaceutical ethics. Finally I considered the meaning of the death of philosopher, that of Socrates, and that of Jesus, that is, a religious death as substitution, death for others, as Love of Absolute Other.

Key words — French philosophy, ethics of responsibility, terminal care, philosophical death

はじめに：私の哲学の出発点

最終講義にあたりまして、私がどうして哲学を目指すようになったのか、そして、皆様には同じように思えるかもしれませんが、哲学ではなく倫理の探求へと向かう転向をおこなって、やがて医療倫理を専門とするものとして大阪薬科大学に赴任することになったのかを振り返りまして、私の教師として研究者としての人生に一区切りをつけさせていただこうと思っております。思ったよりも少し早く人生の総括を要求されましたので、本来、哲学徒としましては、私の全存在を賭けてこの最終講義に臨むべきだったのですが、世俗のなかで生きている者として、慌ただしい日常性に追われてその十分な時間がありませんでしたことを、まずはじめにお詫びしたいと思います。

私の生まれ育った家は医家の家系で、男は医師になること、女は医家に嫁ぐ以外に許されていま

せんでした。私が高校3年になり、生きるべき道を決定しなければならなかったのですが、それは医家の伝統が生きていたおそらく最後の時期で、私が哲学の勉強をしたいという意思表示をしたとき、その意思決定をおこなうことは私本人だけでは、また家族だけでもできない時代でした。父親と伯父たちの男だけの親族会議が開かれ、哲学を選ぶのであれば勘当、法学の場合は許すという結論でした。まさに男性中心主義的伝統そのままが引き継がれ、その結果が私に押しつけられることになりました。それでも法学部に進むことが許され、少しほっとしながら京都大学の法学部に進むことになりました。私が京都大学を選んだ理由の一つに、いろいろな魅力はあったのですが、転学部がその学部の最低点さえあれば認められる唯一の大学であったことがあります。当時京都は、滝川事件以来の法学部の伝統が強く、法学部の学生は市民に尊敬の念を持って迎えられました。その

※ 大阪薬科大学 環境医療学グループ, e-mail: matusima@gly.oups.ac.jp

なかで、いざ哲学を学ぶために文学部へ転部すべきかどうか迷うことはありましたが、最終的に文学部へ転部して、念願の哲学の道を進むこととなりました。1968年4月のことでした。

1 哲学を勉強する：フランス実存現象学の哲学者たち

当時、世界の思想界は J. P. Sartre を中心軸として展開されていた時代でした。B. Russel, M. Heidegger, K. Jaspers も存命で活躍していて、同時代人として彼らの思想を受け止めていました。翻訳もあつという間に売れる時代で、哲学も思想界で華やかな時代でした。1968年5月はパリで学生蜂起があり、パリは半年近く機能がマヒし、ついにナチス支配からフランスを解放した英雄のドゴールが大統領を辞任するにいたり、学生の蜂起に始まりパリの市民を巻き込んだ運動は5月革命として位置づけられて、フランスは新たな時代に入ることになりました。世界にはベトナム戦争反対の運動が広がって行った時代です。そのような時代背景で哲学するという事は、とりも直さず、同時に世界を生きるということでもありました。

専門の哲学の勉強をする前には、まず翻訳で19世紀のデンマークの実存哲学者キェルケゴールのいくつかの著作『不安の概念』『死にいたる病』『あれかこれか』『キリスト者の修練』『反復』などを読み、また、現代実存哲学者のサルトルの『嘔吐』『存在と無』『弁証法的理性批判』、ハイデガーの『有と時』などを読みあさり、それら実存哲学者たちとマルクスの『資本論』とを対峙させたりしていました。多くの若者たちが実存哲学とマルクス哲学を思想の準拠軸として思考していた時代でした。そのなかで、学部の卒業論文のテーマとして、当時サルトルと並ぶフランスの代表的実存現象学者の M. Merleau-Ponty の哲学を選びました。

当時は、彼の翻訳はほとんどなく、フランス語原文で読む必要がありました。主著は『行動の構造』『知覚の現象学』『見えるものと見えないもの』

』などです。ここでのテーマが、デカルトの心身分離の哲学に対する心身合一の哲学でした。以後、この心身関係についての研究が主要テーマのひとつとなって、現在も医学哲学的研究として展開しているところです。大学院では、H. Bergson『創造的進化』『道徳と宗教の2源泉』、G. Marcel『存在と所有』、P. Ricoeur『意志的なものと無意志的なもの』などを研究し、20世紀フランス哲学を全体的に捉える視点を確立することを目指しました。この大学院時代に私に大きな転機が訪れました。それは研究の中心を哲学から倫理へと転換する必要性に遭遇したことでした。

哲学的研究では、意識とは何か、存在するとは何か、自由とは何か、主体と世界との関係はどうかなど、人間存在に関する基本的問いが先行します。その後に倫理的探求をおこなえばよいというのが、当時の私が相談した倫理の教授の話でした。しかし、倫理的問いかけが哲学的探求の後に来るとするのは、ひとつの立場、ある先行的決定を暗黙の前提にしているのではないかと思うようになったのでした。まず哲学的探求をおこない、しかる後に倫理を問うという思想の態度と、倫理をまず第一のものとして中心テーマに掲げて人間としての生き方を問うということとの間に根本的差異があるのではないか、まさに両者の間には測り知れない深い溝渠があるということを感じたのでした。それは方法論の問題として言い換えれば、現象学的哲学から解釈学への転換でもありました。主体はそれ自身のみで存立しうるのかという問いに、他者を媒介としてしか存立しえないと応答することによって、意識の哲学からの脱却が要請されてくることになりました。まさに他者に責任を負う主体の問題が倫理として浮かび上がってきたということにほかなりません。

2 哲学から応答の倫理へ

哲学的探求のなかに倫理的問いかけは当然含まれています。しかし、そこで前提とされる倫理とは、一般性の倫理、社会性の倫理であり、また、それを主体において取り入れて成立する個人

性の倫理にほかなりません。そして実存哲学者のキェルケゴールは、そのような倫理は宗教性へと乗り越えられるべきものと考えていました。しかし倫理がその本来性において実存的倫理として成立すべきものとするならば、宗教性の内でも廃棄されず、逆にその信仰の主体を構築するものとして考えられる倫理こそが要求されることとなります。まさに哲学的問いにも、宗教性にも解消されることのない、逆に倫理から出発して、哲学的問いかけと宗教性とを同時に成り立たせるものとしての倫理こそが目指されるべきものとなりました。それはまさに他者に向かっての倫理であり、超越が他者への超越であり、他者へと責任を持つということの決定的意味を根幹とする倫理の探求ということでした。自己を徹底的に深めることに徹する哲学的努力、自己が自己へと無限に対話する哲学の営為は、まさに他者からの呼びかけに応える倫理へと自己を超越するのではありませんかということ、倫理的責任＝応答可能性 (responsibility) ということを示しています。このことを強く主張し、宗教性へと乗り越え不可能な他者の倫理をいち早く展開していたフランスの哲学者が E. Levinas でした。そしてこの他者の倫理を根底に置きながらも、同時に生命倫理的視点も取り入れて、倫理の問題を医療倫理として展開するようになったのは、主として本学に赴任してからのことでした。

3 患者中心の医療としての医療倫理

ここで少し話を医療倫理に移します。以下は私が編纂した医療倫理のテキスト、京都の西陣病院、日本薬剤師学会での講演、そして漸く終了しました大学コンソーシアム大阪でのシンポジウムでの報告などで発表したもののエッセンスのようなものです。現代医療に求められている患者中心の医療とは何かということ、そしてそのような医療を可能にする倫理は如何に成り立つのかということに関するものです。

現代医療が先進医療として展開されるにつれて、インフォームド・コンセントの法理をはじめ

として、自己決定権、リビング・ウィルなど患者の権利に根差した医療が患者中心の医療として定着してきています。医療倫理の展開としては、それは医師中心のパターナリズムの倫理から患者の人格の尊厳と権利とを尊重する生命倫理へのパラダイム転換として示すことができます。それはもともと医療の歴史において、その根底に横たわっている医療の不確実性に関わっているのですが、その不確実性が医療の進展と共に主題化され明示化されてきたことによります。すなわち、どの医療であれ、そこには一定のリスクがあると同時にベネフィットがあります。これをどのように評価し、実際の治療の選択をおこなうべきであるのかが問われてきています。それを患者の QOL の改善ということの評価の準拠軸とするならば、患者の価値観・ライフスタイル・人生の目標等と無関係に何を最良の医療とするかを決定することはできません。しかも、生命そのものを危険に晒す可能性の高い治療選択が要求されるのが先端医療です。その中で患者中心の医療が必然的に要請されてきていると考えられます。

このような患者中心の医療の一環として EBM (Evidence-Based-Medicine: エビデンスすなわち根拠に基づいた医療) の推進が提唱されているのですが、それは臨床研究を通して統計学的・確率論的方法によって得られる疾病の予防法・診断法・治療法についてのエビデンスに立脚した情報提供と説明、選択肢を医師が患者に対して提示することを必要不可欠とする医療を意味します。患者はそのようなエビデンスに基づいた情報提供を医療者から受けてはじめて、自己の疾病を理解することができ、その得られたエビデンスを自己の価値観・ライフスタイルと照合しながら、自己自身にとって最善と判断される治療選択を主体的に行うことが可能となるのです。すなわち、患者は自己の自律性の能力に基づいて自己決断し、自己決定権を患者の権利として行使できる可能性が開かれてきます。

このように、EBM は医師の経験とそれに基づく判断に一方的に依存する医師中心のパターナリズムを脱却して、患者の自己決定権を重視する患

者中心の医療を可能にするものであり、またエビデンスが患者にも医療者全体にも開かれているという意味で、EBMはチーム医療の中心に位置づけられることになります。チーム医療においては、エビデンスは医療チーム構成員全体に開かれていて、そのエビデンスの評価に関してそれぞれがその専門性において責任を持って判断し議論することを通して、責任意識が共有化されることが可能となります。それぞれの専門性に基づく共働的議論を通して医療の標準化が促されることになります。それによって医療の効率性と安全性を高めることの可能性が開かれてきます。この意味でも、臨床研究を通してさまざまな分野でエビデンスが獲得されることは、患者中心の医療の確立にとって重要課題であると言えるべきです。医学・薬学分野だけでなく、さまざまな医療分野でエビデンスに基づく医療の考え方が推進されることは、患者中心の医療の確立にとって重要な課題であると考えられています。そのなかで医療を根本から制約し方向づける理念として、患者の人格の尊厳と権利の尊重の問題が提示されてきています。患者の権利の根底に患者の人格の絶対的な尊厳があって、これを尊重することの上に患者の諸権利が存立します。このことがチーム医療を構成するときに共通に理解されていなければならない中心的事柄あって、これによって初めて医療は人間性(humanity)に根拠を持つものとなります。(この人間性の理解には再び哲学を必要とすることになります。医療においてそれを成り立たせている根本原理と概念を問う学問領域が医療哲学となります。医療哲学において医学哲学、看護哲学と並ぶ薬学哲学・原論を確立することが、学として薬学を成立せしめるには不可欠の課題となります。この課題は本学でもそうですが、私が会長を務めたことのある日本医学哲学・倫理学会でも、また日本生命倫理学会等でも引き続き取り組まれるべきものと考えています。)

(補遺として医療倫理に関する要点をもとめたものを準備しておきましたので、参照してください。)

4 他者への応答性の倫理：死を受け入れることの可能性として

医療倫理に関する総括は一応終えて、今日本当には主題的に話ししたかったこと、ソクラテスがかつてそうしたように、哲学者が自らの死を引き受ける、すなわち、自らに死を与えるとは何かということを知りたいと思います。そして、この哲学者の死の不十分性を他者への応答性の倫理の欠如として示したいと思います。そこから、この他者への応答性の倫理をターミナルケアの可能性を開くものとして考えてみることにします。最後に死を看取るということと関連して、キリスト教的信仰の問題に触れて私の話を終えたいと思います。

ソクラテスはアテネの権力者たちから死刑を宣告されました。ソクラテスは日頃、哲学することとは「死の修練をすること」、すなわち、「よく死ぬこと」であると教えていました。弟子たちの計らいで、ソクラテスは死を避けて牢獄から逃亡することもできました。しかし彼は哲学者としてそうすることはできませんでした。自らに死を与えたのです。これが哲学者の死の意味です。しかし、そのようなソクラテスが実行してみせた哲学的死は、それだけでは完成するものではないこと、すなわち、他者の死を私の死として自らに引き受けることを通してしか、その哲学的死の意味は成就することができないということを申し上げたいと思います。哲学者が自らに固執している限り、そしてソクラテスも哲学者としての限りにおいてそうであったと私は思いますが、決して自己の死を死に切ることができないということを言いたいと思います。それはなぜでしょうか。

ソクラテスは自らに死を与えることによって、死の哲学的意味を自己のものとして死んでいったとすることができます。すなわち、永遠の生へと飛翔して行ったとすることもできるでしょう。しかし、そこに残り残された者たちの悲しみを、ソクラテスその人は慰めることができませんでした。死に限界づけられた人間の運命は、ソクラテスによって永遠の生命へと委ねられえたかも知れ

ません。しかし、その場合でさえ、哲学者ひとりが救われていると言えるだけにすぎません。ソクラテスの弟子たちの苦しみがその後続くからです。その苦しみから脱却することは、若き弟子であったプラトンにとってさえ容易ではありませんでした。プラトンはその苦悩・悲しみから、イデアへと向かう人間の永遠の生命への参与を主張することによって、ようやく解放されえたようにも思われます。しかし本当にそうだったのでしょうか。哲学は本当に、死をその自己に対する哲学的洞察のみによって乗り越えて、永遠の生命へと私たちを導くことができるのでしょうか。プラトン哲学は宗教に代わりうるものとなるのかどうかということです。

哲学は、それが自己の死のみに関わっている限りにおいては、繰り返し自らに死を与えることを、私たち一人一人に要求することにならないでしょうか。もしそうであるとするならば、絶えず人は死へと自らを差し出し続けなければなりません。死の修練は果てしないということになります。そこに救いを見出すことが可能でしょうか。哲学者は相変わらず自己の死に固執したままではないか、あるいは、自己の死から免れようとして絶望的に死の修練をおこなっているのではないかと、言い換えてもよいと思います。そして私たちすべての人間もまた、そのように自己の死に執着しているということを否定することは難しいと思われます。この死の執着から脱却する道があるのでしょうか。それを人は多くの場合、短絡的に宗教に求めるのですが、そこに欠落しているものこそ、他者の死を看取り、その死を自らに引き受けられることができる他者への応答性の倫理だということを申し上げたいと思います。すなわち、宗教へと逃れるのではなく、他者に面前し、他者に応答する倫理に立脚し、それに徹することが重要なのではないかとということです。

ここで医療とは何かということに思いを馳せていただきたいと思います。死に行くものを看取りということ、これを医療者は避けることができません。死すべき存在としての人間の苛酷な運命に最後まで添い切ることを要求されている専門職こ

そ医療職にほかなりません。ターミナルケアはそれを要求しています。ここで心身の根源的相互性と一体性という哲学的観点を導入して考えるとしますと、私の心と身体がその相互性において一体的であることを通して、そのような心身合一的な私の身体と他者の身体もまた一体的に相互的關係性の内にあります。ということは、私と他者とは根源的に一体的存在であるということの意味しています。他者の死を看取る私は、同時にその他者の死を私の死として引き受けているということの意味しています。そうでなければ、それは看取りとはならないでしょう。あなたは死んで行く者、私は生き残る者というのでは、その死は外的な死、私とは無関係な死と言うほかありません。そこにターミナルケアは成り立つはずがないのです。他者の死を自己の死として自らに与えることができることが、最後の最後まで立ち会わなければならない医療者の有すべき資格であると言うべきではないでしょうか。この「自己の死として自らに死を与える」という先に考察した哲学的死が、構造的に他者の死を看取るという行為のうちに含みこまれてきているということは、哲学的死がどの方向性において乗り越えられるべきかを示唆していると思います。

ターミナルケアにおいては、他者と私は死を同時に与えあっている、それが根源的に死に立ち会う関係性だということを言いたいと思います。そこに医療の根源があるということと同時に言いたいと思います。医療から人間本来の死が隠され、忘れ去られてしまったとき、医療は暴走を始めることとなります。先進医療は人間の生の可能性を広げるものではありませんが、同時にその生と死の意味を人間から剥奪してしまう可能性を秘めている医療でもあるということを忘れるわけにはいきません。医療の技術が人間の生と死の意味を凌駕してはならないということを示しています。

ではあらためて、人の死はどのように受けとめるべきことなのでしょう。死が外的でなくなることは、先に述べましたように、他者の死を自己の死として受け止めて、他者の死を看取るというこ

とを意味しています。それは、ターミナルケアのその根底において、ケアする者とケアされる者との間で、その根源的な相互身体的関係性においてすでに常になされているとすることができます。しかし、そうは言いますが、人は絶えず他者の死を自らに引き受けることができるということは難しいと思います。ターミナルケアの難しさがそこにあります。他者の死を看取ることに徹すれば、他者の死を引き受けている自分があると言うことはできても、そのまま、その関係性の中に居続けることは不可能ではないでしょうか。そこで、これが最後になりますが、ソクラテスの死に対して引き合いに出されるイエスの死について言及したいと思います。これは私の信仰に関することになります。すなわち、死と復活のテーマについて触れたいと思います。

イエスはユダヤの宗教的権力者に死刑を言い渡され、十字架上で死にます。それから3日後、イエスは復活したということです。その意味は何なのでしょう。復活とは魂と身体とが一体になって蘇ることを意味します。この復活の希望がキリスト教を支えています。復活したイエス＝キリスト（救い主）と共にあること、これがキリスト教の言う救いであり、永遠の生命へと参与することを意味します。そしてこの永遠の生命へと参与することは愛によるということがキリスト教の根幹となります。そこでは愛という主体的で内面性に関わる行為が生命の永遠性を成就するということが言われています。そしてイエスの死は決して自己の死ではなく、他者のための死であったということが、徹底してソクラテスの死と違います。ここに哲学的死と他者のための死との決定的違いがあります。イエスは一方で、自己の死を死に切ったということも言えますが、しかし同時にそれは、他者のための死、他者に代わっての身代わりの死、愛のための死であったことが、新約聖書に言明されています。他者のために死ぬことができる、それも愛において。これがキリスト教のすべてを語っていると思います。だから、私はそう信じていますが、死んで行った私の愛する人、私が看取った人は、イエス＝キリストにおいて永遠の

生命へと参与しているということ、そこに神の愛が、私の目に見えない形で、しっかりと働いているということ、このことの内に、人間の苛酷な運命をその根底から慰めてくれる絶対的存在者の、私たち人間との根源的関わりを想定しても、多くの宗教が総じて指し示していることに反しないと考えています。このようにしてしか私は哲学者の死を慰めることができないのです。私の内で哲学者が語ることをやめて、絶対的他者が私に語りかけてくる、その瞬間を謙虚な気持ちで待ちたいと思っています。それはおそらく、私に死が訪れるときであろうと思いますが、まさにそのときこそ、気持ち良くこの世界とこの世界を生きている人たちに向かって、さようならとすることができるように、他者と共に、お互いの生と、そして同時に死をもいたわりながら、今日以後もこの世界を生きて行こうと思っています。これで私の話を終えますが、このような生と死に関わる、普段は触れたくもない話を我慢強くご静聴いただきましたこと、本当に有り難うございました。皆様は今日このようなお話しができて、一つの区切りができたように思います。このような機会をお与えくださいまして重ねて御礼申し上げます。

【医療倫理に関する補遺】

【補遺1：患者中心の医療】

1. 患者中心の医療 (Patient-centered-Medicine/Healthcare: PCM/PCHC) とは
 - 医師中心の医療 DCM (パターナリズム Paternalism) から PCHC (患者の権利尊重) へ：患者中心の医療とは、良質の医療を受ける権利、患者の自己決定権 (Right to Self-determination) (このなかにインフォームド・コンセント／チョイス [Informed Consent. / Choice, IC] の権利も含まれる) をはじめとする患者のさまざまな権利を尊重することを行為原則の基底において、その患者の意思決定に基づいて、患者の QOL の改善を目指して医療を行うことであり、また、患者の抱えている問題が何であるかを発見し、その問題解決を患者と

共に、患者に寄り添いつつ志向する医療である。

- ・人間の尊厳 (Dignity)：患者の権利を尊重するという考え方の根底には、人間を人格 (Person) としてその絶対性において認めるという尊厳概念がある。したがって、患者の人格としての尊厳を尊重するということがあってはじめて、患者の権利を尊重するという考え方が医療の中で絶対的根拠を持ちうるのである。
- ・患者アドボカシー (Advocacy)：患者の意思決定を支える医療スタッフ→医療行為は「患者のための」医療であり、患者の価値観、患者のライフスタイルにおけるその自己実現のなかでの医療であることを自覚的に捉える姿勢が医療者には問われている。

[補遺 2：患者の権利の歴史敵変遷]

2. 患者の権利確立の歴史敵変遷：

- (1) ニュールンベルク綱領 (1947年：医学研究における被験者の人権を尊重する倫理規範：ナチス医師団の非人道的人体実験に対する反省のもとに成立：被験者の自発的同意が絶対的に不可欠)
- (2) ジュネーブ宣言 (1948年 WMA [World Medical Association：世界医師会] 第2回総会), WMA 医の国際倫理綱領 (1949年) →専門職 (profession) としての医師のための倫理綱領 [[ヒポクラテスの誓い] の現代版] →専門職：単なる職業倫理よりもいっそう高い倫理的態度を自らに課す自律的集団であり、その固有の倫理規定を持つ→人を助けるという行為は一般人には不完全義務 (実行すれば功績となる義務で実行しなくても許される義務) であっても、医療者にとっては完全義務 (しなければ責めを負う義務) であり、自律的にそのような義務を自ら引き受けるプロフェッションとしての職業団体である。
- (3) ヘルシンキ宣言 (1964年 WMA 第18回総会, 現在 2013年フォルタレザ版) →WMA による「人間を被験者とする医学研究のための倫理原則 (Ethical Principles for Medical Research

Involving Human Subjects)：個々の研究被験者の福祉が他のすべての利益よりも優先されなければならないことが宣言されていて、研究者としての倫理・義務よりも医療者としての倫理・義務が優先されること (→将来の患者<現在の患者) が明示される；対応能力のない (incompetent) 研究被験者の場合に代理同意を認めて、そういう人たちを対象とする医学研究への取り組みに道を開いている。

- (4) 患者の権利章典 (1973年, 現在 1992年版：アメリカ病院協会 AHA)：患者の権利としてインフォームド・コンセントの概念が明示される (「患者は診断, 治療, 予後に関する現在の情報を分かりやすい言葉で聞く権利」とそうした必要な情報を理解した上で同意を与える権利としての IC の権利)。
- (5) 患者の権利に関するリスボン宣言 (WMA 第34回総会)：良質の医療を受ける権利から始まり, 選択の自由の権利, 自己決定権, 情報に対する権利, 守秘性の権利, 健康教育の権利, 尊厳の権利, 宗教的支援の権利などが明確に規定される。
- (6) 患者の自己決定権法 (アメリカ合衆国：1991年), WHO ヨーロッパ会議「ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣言」
- (7) ヒトゲノムと人権に関する世界宣言 (1997年ユネスコ)：ヒト組織を使用した医学研究の発達に伴い, 人権の適用範囲が人間の身体, 身体組織にまで適用されるようになる。

[補遺 3：医療倫理の4原則]

3. 医療倫理の4原則 (1979年 T. L. ビーチャム, J. F. チルドレス提唱)：ベルモント・レポート (アメリカ国家委員会報告「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倫理原則と指針」)における3原則 (自律尊重原則, 善行原則, 正義原則) に無危害原則を加えて, 4原則が提示され, これが医療倫理問題の解決のための原則として世界的に取り入れられ, 生命倫理的議論を展開するための準拠軸としての役割をなしている。

- (1) 自律尊重 (respect for autonomy) 原則：自律的な患者の意思決定を尊重する→患者に真実を語る事、プライバシーの尊重 (自己に関する情報に関する知る権利, 知られない権利), 守秘情報の保護, 侵襲のための同意を得ること (IC), 患者の自律的選択への援助 (患者アドボカシー)
- (2) 善行 (beneficence) 原則：患者に利益をもたらす→患者にとってのベネフィット/リスクを比較し, 最善の結果をもたらすことを要求する; 害悪や危害の未然防止, 除去も含む.
- (3) 無危害 (non-maleficence/non-harm) 原則：患者に危害を及ぼすのを避ける→苦痛, 苦悩, 不快を引き起こさない (苦痛の緩和としてのターミナルケア); 殺さない (積極的安楽死への反対の根拠)
- (4) 正義 (justice) 原則：利益と負担を公平に配分する (配分の正義) →被験者をどのように選ぶか, 被験者の研究成果へのアクセス権, 医療資源の公正な配分 (限られた臓器の移植の優先順位など)
- 原則対立事例の解決手段：原則の適用を限定して対立する原則の両立を図るか, どちらの原則を優先させるかを原則間のバランスを取りながら判断する.
- [補遺 4：医療の目的と医療システム]
4. 患者中心の医療とシステム論的アプローチ
- (1) 医療の目的：医療を人間的行為のひとつとしてとらえるならば, その行為の目的は何かということが問われなければならない→医療行為=「臨床 (Clinical)」行為：「死の床に臨む」行為→「死という人間にとって避けられない事実性から出発して, 医学研究全体を体系づけ, 医療を統括的にとらえるのが臨床医学である」→生老病死を人間の四苦とすれば, 医療はそのすべてに関わる行為であり, 人間的行為の本来性に関わる：人間の根源的苦しみ (suffering) を癒すこと (healing) としての医療の実存的理解から医療の目的を考えることの必要性が問われる.
- (2) 医療の2つの方向性：科学的医療とケア行為としての医療
- 疾病 (disease) の治療 (curing) ⇔ 病 (illness) をケアする行為 (caring)
 - EBM (evidence-based-medicine エビデンスに基づいた医療) ⇔ NBM (narrative-based-medicine：語りに基づいた医療)
 - EBM →エビデンスの獲得は, 臨床試験における統計学的・確率論的方法による無作為対照試験 (RCT) による場合が多い→生理学的・統計学的な科学的方法による医療のみの観点の限界と狭さ：医療は人間の病気を対象としていることから, 医療者には患者の内面的苦痛・苦悩に答えなければならない使命が課せられている.
 - NBM →患者の内面において体験され生きられた病気の意味が病として感得される：病の体験の意味は患者の主体性を通して語り出されることによって, 筋書きをもつひとつの物語となり, 病の意味が患者の語りを通して患者と医療者両方に同時に開示され, その病の意味を解釈することを通してケアがなされる.
 - 医療は単に科学的医療だけではなく, 病気の内面性の次元を病の解釈学を通して回復することによって, 十全な意味で患者の苦しみを癒すというその本来の使命を果たすことができる.
 - ケアする者の倫理：患者の苦しみを共に受け止めて, 病において開示される本来的な人間の実存的意味を患者と共に発見するよう努めるケアの倫理が, 生命倫理的見方と同時に必要とされている.
- (3) 医療システムの転換：DOS (doctor-oriented-system) から POS (patient-oriented-system) へ：
- ①医療の高度化と専門化によって科学的・客観的に何が最適の治療法かを決定する際に, 医師のみでなく他の多くの医療専門職が関わる必要性が生じていること,
 - ②患者自身から見た QOL の改善にとって, 価値観の多様性とともにもその選択肢が多様化してきていること,
 - ③先

端医療あるいは臨床試験で有効性・有害性が不確実であることから、治療方針の選択に最終的に責任を負う者は、決断の主体者である患者自身である他はない→患者の自己決定権を中心とする社会へと開いた医療システムの構築が生命倫理的観点からする中心的課題となる。

[補遺 5：チーム医療とその倫理]

5. 相互主観性の倫理：共同的相互関係性の中かでの医療行為
- (1) チーム医療：複数の医療専門職間および医療者と患者・家族間の双方向的コミュニケーションとそれによる情報の共有化→患者自らが自己自身の病に関してチーム医療の一員として関与する：患者自身にとって何が最善の医療かが患者自身を含めたチーム医療の構成員全員に共有され、医師が患者に代わって最善の治療方法を決める医師のパターンリズムが決定的に乗り越えられる→自律性の原則、善行の原則が対立せず共に満たされる。
- (2) チーム医療の構成員：医師・薬剤師・看護師・臨床検査技師・放射線技師・栄養士・理学療法士・作業療法士・臨床工学士・臨床心理士・医療倫理コンサルタント・宗教専門職など
- (3) チーム医療の規模・範囲：医療機関内の1部署・専門病院・総合病院全体などによるチーム医療の構成；さらにはひとつの地域コミュニティ全体が医療チームを構成すると考えることも可能である（→この場合、さまざまな医療機関－介護・福祉施設－かかりつけ薬局など機関組織が構成単位となって医療システムが構成される）
- (4) チーム医療で必要とされる課題：①チーム全体を統括する代表者による統一した意思決定のプロセスの規則化 ②構成員全員による情報の共有化・治療方針などの共通認識 ③チームとしての守秘義務の遵守 ④定期的カンファレンスなどによる恒常的情報交換と異業種間の認識のずれの調整 ⑤チームとしての連帯感と共通の目標設定およびその実現のためのプロセスの共通認識 ⑥クリニカルパス（治療やケ

アについての医療スタッフ共通のスケジュールをチャート様式にまとめたもの）などの活用によって、医療への共通の参加意識と責任の共有化、医療の標準化を促す。またそれによって医療の効率性と安全性を高めることができる ⑦構成員全員間の双方向的コミュニケーションの重要性とそれに基づく信頼関係の確立

- (5) チーム医療の倫理：自己自身の専門職としての役割と他の専門職との関係性を絶えず意識しながらチーム医療を遂行する必要がある。要求される倫理は、相互関係性を自覚した共同体的な相互主観性（intersubjectivity）の倫理である。医療専門職としての自己の決定について責任をもつと同時に、他の医療専門職に対する理解を深めて、双方向的コミュニケーションを通して相互に尊敬し協力しながら、患者中心の医療をチームとして実現しようと努めることが要求される。

研究業績

著書

- 1987年 西洋思想の展開，学術出版社
 1993年 日本社会と生命倫理，以文社
 1994年 環境思想を学ぶ人のために，世界思想社
 1996年 現代医療の光と影，晃洋書房
 1998年 生命倫理を学ぶ人のために，世界思想社
 1999年 メディカ・メンテ－望ましい医療を求めて，晃洋書房
 2004年 ケアの生命倫理，日本評論社
 2014年 薬剤学実験法必携マニュアル，南江堂

編著

- 2010年 薬学生のための医療倫理，丸善
 2012年 医学生のための生命倫理，丸善
 2012年 第9章 薬学教育における医療倫理，『医療倫理教育』丸善，180-200

原著

- 1972年 Merleau-Ponty における知覚の問題（学士論文・京都大学文学部）

- 1974年 H. Bergson における道徳と宗教の問題 (修士論文・同志社大学)
- 1978年 象徴と思惟 - Paul Ricoeur における《意志の現象学》と《言語の解釈》 (修士論文・京都大学)
- 1981年 死と超越, 『実践哲学研究』第3・4号合併号8 京都大学倫理学教室) 43-64
- 1982年 P. リクールの倫理学の課題と方法, 『倫理学研究』第12号 (関西倫理学会) 76-86
- 1983年 経験と解釈, 『倫理学年報』第32集 (日本倫理学会) 145-159
- 1984年 信と言語, 『実践哲学研究』第7号, 1-16
- 1986年 ベルクソンにおけるメカニックとミスティックの問題について, 『倫理学研究』第16号, 61-73
- 1989年 時性と内的実在性, 『中部哲学会紀要』第21号, 42-55
- 1989年 医の倫理研究 (1), 『浜松衛生短期大学紀要』第12号, 20-33
- 1991年 医の倫理研究 (2), 『浜松衛生短期大学紀要』第14号, 29-40
- 1992年 危機に立つ現代医療と倫理, 『ぱいでいあ』Vol. 16 (大阪薬科大学教養論叢) 1-25
- 1992年 生命倫理の両義性と環境倫理, 『医学哲学医学倫理』第10号 (日本医学哲学・倫理学会) 46-56
- 1994年 日本のターミナルケアにおける生と死, 『セミナー医療と社会』第6号, 46-51
- 1996年 現代社会と環境倫理の必然性, 『倫理学研究』第26号, 126-133
- 1998年 医療と哲学をつなぐもの, 『ぱいでいあ』Vol. 22, 33-44
- 2000年 現代医療における患者の身体, 『医学哲学医学倫理』第18号, 182-188
- 2002年 現代医療と家族, 『ぱいでいあ』Vol. 26 (大阪薬科大学教養論叢) 37-51
- 2002年 現代医療におけるケアの倫理とその優位性, 『文部科学省研究成果公開講座資料集』(日本医学哲学・倫理学会) 32-47
- 2003年 日本的差別意識と医療の構造, 『ぱいでいあ』Vol. 27, 3-21
- 2003年 ケアの倫理と現代医療, 『医療と倫理』第4号 (日本医学哲学・倫理学会関東支部会) 37-46
- 2005年 臨床医学とケアの倫理, 『理想』675号, 59-69
- 2006年 治験の倫理について, 『日本医学哲学・倫理学会資料集』53-63
- 2007年 性と人権, 『大阪薬科大学紀要』創刊号, 65-73
- 2009年 現代フランス哲学における感情と共働性の問題, 『倫理学研究』第39号, 25-36
- 2012年 ロボットの思考と生きた人間身体: 脳神経倫理的アプローチ, 『大阪薬科大学紀要』Vol/6, 11-17
- 翻訳**
- 1982年 キェルケゴールと悪 (P. リクール著), 『キェルケゴールと悪』(大谷長監修), 東方出版社, 131-155
- 1982年 キェルケゴールを哲学することはいかに可能であるか (P. リクール著), 『キェルケゴールと悪』(大谷長監修), 東方出版社, 156-186
- 1986年 存在するのとは違って, あるいは存在することを超えて (E. レヴィナス著, 大町公と共訳), 『エマニュエル・レヴィナス 第2次エピステーマーII』3号, 朝日出版社, 78-109
- 1988年 『労働の現象学』(J. プティ著, 今村仁司と共訳), 法政大学出版局
- 1991年 ユーモアから信仰へ (M. ペロ著), 『キェルケゴール研究』第21号 (キェルケゴール協会), 59 ユーモアから信仰へ (M. ペロ著), 『キェルケゴール研究』第21号 65

- 1993年 第4章 空虚な主体性と失われた生, 『精神分析の系譜』(M. アンリ著), 法政大学出版局, 155-194
- 1993年 10. ケルケゴールの自己論 (D. ハンプトン著), 『ケルケゴール』(榊形公也監修), 昭和堂, 220-244
- 1994年 ケルケゴールとロマン主義 (J. ヴァール著), 『ケルケゴール研究』第24号, 55-60
- 1995年 第1章 看護婦とクライアント, 第3章 看護婦間の倫理的ディレンマ, 『臨床看護のディレンマII』(M. ベンジャミン, J. カーティス著), 時空出版, 1-53; 114-155
- 1998年 第1部 3. 倫理と言語 (P. ケンプ著), 『宗教と倫理』(榊形公也編), ナカニシヤ出版, 42-72
- 2001年 第11章 十度の知的障害をもつ人間と大型類人猿 (C. アンシュテッツ著), 『大型類人猿の権利宣言』, 昭和堂, 177-198
- 2003年 第3章 健康の全体論的理論に向けて, 『健康の本質』(L. ノルデンフェルト著), 時空出版, 63-96
- 雑考・報告・事典項目**
- 1990年 H. ロルストン: 野性化の価値; H. ロルストン: 環境に適合した企業活動, 『生命と環境の倫理研究資料集』(千葉大学), 144-145; 206-209
- 2002年 薬, 責任, 責任能力, 法と倫理, 無危害原則, 人権と生物医学条約, 出生前診断, 着床前診断, 胎児診断, 母体血清トリプルマーカースクリーニング, 羊水穿刺, 遺伝死特許, 『生命倫理事典』, 太陽出版
- 学会発表 国際学会**
- 1994年 Life and Death in the Terminal Care in Japan: as the Place of Apparition of the Japanese Religiousness. International Society for the Philosophy of Medicine and Health Care, at the University of Paris, France
- 2011年 The Thinking of Robot and the Living Human Body: Neuroethical Approach, at the University of Toulouse, France
- 学会発表 国内学会**
- 1978年 リクルールにおける悪の問題, 第29回関西倫理学会
- 1981年 P. リクルールの解釈学とその倫理的意味, 第32回日本倫理学会
- 1981年 経験と解釈, 京都倫理学会
- 1983年 信と言語, 第148回フランス哲学会
- 1984年 ベルクソンにおけるメカニクとミスティックの問題, 第35回関西倫理学会
- 1988年 時性と内的実在性-G. マルセルの場合, 第21回中部哲学会
- 1991年 生命倫理の両義性と環境倫理, 第10回日本医学哲学・倫理学会
- 1995年 現代社会と環境倫理の必然性, 第46回関西倫理学会
- 1999年 現代医療における患者の身体, 第18回日本医学哲学・倫理学会
- 2008年 現代フランス哲学における感情と共同性の問題, 第59回関西倫理学会
- 2013年 臨床・疫学研究の倫理, 第46回日本薬剤師学術大会

履歴



松島 哲久
(まつしま あきひさ)
大阪薬科大学 教授

1948年7月 鳥取県生まれ
1972年3月 京都大学文学部哲学科卒業
1974年3月 同志社大学大学院文学研究科哲学専攻修士課程修了
1976年3月 京都大学大学院文学研究科哲学（倫理学）専攻修士課程修了
1981年3月 京都大学大学院文学研究科哲学（倫理学）専攻博士後期課程修学
1981年4月 大阪教育大学非常勤講師（至1985年3月）
1981年9月 同志社大学非常勤講師（至1985年9月）
1982年10月 神戸商科大学非常勤講師（至1987年9月）
1987年4月 大阪教育大学非常勤講師（至1990年3月）
1988年4月 聖隷学園浜松衛生短期大学助教授（至1991年3月）

1991年4月 大阪薬科大学薬学部助教授

2006年4月 大阪薬科大学薬学部教授

所属学会および役職

2014年3月現在 日本医学哲学・倫理学会（理事）、
日本生命倫理学会、関西倫理学会、
京都倫理学会、日本倫理学会、
関西哲学会、キッエルケゴール協会

学会活動

1982年5月 キェルケゴール協会理事「1995. 11まで」
1994年9月 日本医学哲学・倫理学会評議員「至現在」
1997年10月 日本医学哲学・倫理学会監事「1999. 10まで」
1999年10月 日本医学哲学・倫理学会理事「至現在」
2002年10月 第21回日本医学哲学・倫理学会大会長
2003年5月 キェルケゴール協会理事「2008. 5まで」
2004年10月 日本医学哲学・倫理学会副会長「2006. 10まで」
2006年10月 日本医学哲学倫理学会会長「2008. 10まで」