

医療倫理における倫理原則と徳

松田 純

はじめに

医療倫理の分野で近年、医療倫理の四原則を用いた検討がケースカンファレンスや研修会などで用いられるようになってきた。医療倫理の四原則とは、ビーチャム・チルドレスが『生物医学倫理の諸原則』のなかで定式化した原則、自律、無危害、善行、正義のことである。具体的なケースをこれに照らして、四分劃表や臨床検討シートなどに書き込みながら検討する試みが広がりつつある。米国発の四原則アプローチには批判もある。米国の医療社会学者レナー・フォックスは四原則を、米国的な個人主義の権利主張があまりにも強調され自己決定の原則が圧倒的な重要性を持っていると、批判した。個人の自己決定権を絶対視し、社会的・文化的文脈を無視または軽視するのが、米国流生命倫理学の特徴だととらえ、これに批判的な態度をとった(レナー・フォックス『生命倫理学をみつめて』みすず書房、二〇〇三年)。ドイツでは、四原則が優劣なく並列され、ケースごとに比較衡量されるならば、人権や尊厳への重大な侵害に対して歯止めがなくなるのではないか、という懸念が強い。ナチスの医師たちによる残虐な人権侵害や障がい者安楽死作戦(T4計画)を経験したドイツでは、とりわけ、それへの警戒心が強い。四原則を並置して、選択肢を比較衡量する前に、人間の尊厳と基本的な諸権利の保障が優位に置かれるべきではないかと考えられている(ドイツ連邦議会審議会答申『人間の尊厳と遺伝子情報——現代医療の法と倫理(上)』松田純監訳、知泉書館、二〇〇三年、第1章)。

欧州では、「バルセロナ宣言 生命倫理と生命法における基礎的な倫理的原則」(一九九八年)のなかで、自律尊重、人間の尊厳、心身統合性(integrity不可侵性)、傷つきやすさ(vulnerability)が欧州版生命倫理学の四原則として定式化された(「バルセロナ宣言」村松聡訳、『医療と倫理』日本医学哲学・倫理学会巻頭支部、第7号、二〇〇七年二月、八二―八六頁)。しかし近年では、米国版の四原則も普及してきている。

このように、「基本原則」を上記四つに絞ったこと、並べ方の順番、そもそも四つの並置などに対して、さまざまな批判がなされてきた。しかし、自律、無危害、善行、正義のそれぞれに対しては、誰も反対できないはずである。自律は、とりわけ近代以降に確立された、個々人ひとりひとりの思いを尊重するという道徳規範であり、現代民主主義国家の憲法で保障された権利でもある。他者に危害を加えてはならないというのは古くからある倫理規範である。善行は、例えば医療者は患者の生命・健康のために最善を尽くすという古くからある義務であり、正義は、例えば患者を差別せず、公正に扱うという古くからある規範であり、近年ますます徹底を求められつつある規範であるからだ。

あるべき行為や行為の是非を原則に照らして判断するという立場は「規則主義」と呼ばれる。この規則主義に対して、行為者の心情や動機という内面は問われなくてもよいのかということが「徳倫理学」の立場から提起される。徳倫理学をめぐる議論は近年盛んになりつつある。加藤尚武氏は、『貢献する気持ち HOMO CONTRIBUENS』の著者、滝久雄氏が代表理事を務めるホモコントリビューエンス研究所の所長として、近年、徳の倫理学について取り組み、精力的に研究成果を発表してきている(ホモコントリビューエンス叢

書一〜三巻、コントリビューエンス研究所討論資料など。本稿では、こうした研究成果に学びながら、医療専門職の実践的な倫理教育の視点から、臨床現場で、規則主義倫理学と徳倫理学をどのように活用できるかについて考察する。

まず、動機―行為そのもの―結果という行為の三局面の区別から、行為の評価の重点や、行為者の資質、倫理学のタイプを明らかにする(一)。次に、行為中心の倫理原則論と、行為者中心の徳倫理学をめぐる近年の議論を検討する(二)。さらに、規則主義倫理学の代表格であるピーチャムとチルドレスの『生物医学倫理の諸原則』において、倫理原則と徳がともに位置づけられていることを確認し(三)、倫理原則と徳の教育をどのように展開できるかを検討する(四)、最後に、両者を思慮(プロネーシス)のなかに統合していくことが教育目標となることを確認したい(五)。

一 動機―行為―結果

倫理はひとの行為の善悪や是非を問う。自分のなそうとする行為が「正しく、善い」行為なのかを自身に問いかけ、あるいは、他者の行為の善悪・是非を評価する。その際、行為には三つの局面があり、そのどれに焦点を当てるかによって、行為に対する評価も異なる。すなわち、行為は、動機―行為そのもの―結果という局面を持つ。この三つの関係をどう考えたらよいだろうか。まず、医療者に向かって、こう問うてみる。

表1 みなさんは、次のどの立場に共鳴しますか？

- | |
|--|
| 医療者として患者さんに接するとき最も大切なもの、 |
| 1 それは、なんとと言っても、患者さんへの思いやりです。 |
| 2 医療者の行為が倫理原則や倫理規定にならなくて、ガイドラインや関連法規に反していないことです。 |
| 3 行為(治療等)の結果が、患者さんの治癒や状態改善につながり、患者さんに喜ばれることです。 |

- 1は、行為する人の心のありよう、動機、心情、気持ちに注目し、内面的心情の「よき」を重視している。
- 2は、行為そのものの「正しさ」を追求している。
- 3は、結果がよければよい、患者さんが治ればよいという立場で、行為の結果・アウトカムの「よき」を評価のポイントと考えている。

動機がよく、行為が正しく、結果もよければ、文句はない。けれども、実際には、そうなるとはかぎらない。例えば、患者への思いやりから発した行為が、倫理規定や法規に反したり、逆に患者を傷つける結果になったりすることもある。あるいは、いじわるな気持ちで行ったことが、結果として、相手から感謝されるかも知れない(例えば、底意地の悪い動機から、患者にショックを与えたのに、結果的には、患者を奮起させ、患者の人生をまっとうさせたという例が、ミヒヤエル・フックス編著『科学技術研究の倫理入門』松田純監訳、知泉書館、二〇一三年、二二―二三頁にあがっている)。動機―行為―結果はつながっている

が、三つの局面は区別可能で、それぞれに評価の対象となりうる。行為のどの局面に着目するかで、評価の重点が変わる。行為者の資質や倫理教育の目標、倫理学のタイプもそれぞれ異なり、表2のような対応関係になる。

表2

	行為の局面	重点	行為者の資質	倫理教育の目標	倫理学のタイプ
1	動機	思いやり・共感 信頼	性格、徳	人間性と徳の涵養	徳倫理学
2	行為	倫理原則・規則 法規	義務感	倫理原則、倫理綱領、 関係法規を学ぶ	義務論 規則主義
3	結果	アウトカム	知識、技能、 判断力	専門的知識・技能に 習熟する	目的論 帰結主義

1は、行為する人の心のありよう、すなわち医療職の内面的心情の「善さ」を重視する徳倫理学の立場である。医療職の徳として、思いやり (compassion) や慈愛 (benevolence)、ケアの態度 (caring)、信頼に値する (trustworthiness)、誠実 (integrity)、良心的 (conscientiousness) などがあげられる。倫理教育の目標は、人との共感的態度を身につけ、信頼関係を醸成し、さらに生涯にわたってそれらを向上させる習慣を身につけることとなる。例えば、日本医師会の医の倫理綱領には、「医師は、…：教養を深め、人格を高めるように心掛ける。…：医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める」とある。また、国際看護師協会 (ICN) の看護師の倫理綱領では、「看護師は、尊敬の念をもって人々に応え、思いやりや信頼性、誠実を示し、専門職としての価値を自ら体現する」と謳われている。

この立場に対して、ときに厳しい決断が求められる臨床現場で、このような「情操教育で足りるのか？」といった疑問や批判が予想される。

そこで、患者や患者家族への同情とか共感に流されるのではなく、「医療倫理の原則などにそって行動すべし」という2の立場が現れる。これは、行為が規則や法規にそっているかという視点から、行為の「正しさ」を追求する規則主義 (例えば、義務論) の立場である。医療倫理の四原則 (自律尊重、無危害、善行、正義) やプライバシー保護などの諸規則や、職種に関するガイドラインや法規の遵守などが重視される。

3は、結果がよければよい、患者さんが治ればよいと考え、行為の結果を重視する帰結主義 (例えば、功利主義) の立場である。よい結果を出すには、専門的知識や技能、判断力などが重要と考えられる。

1と2との関係をまず考察してみる。規則や法律を忠実に守っていれば問題ないという「極端な規則主義」に対しては、患者さんへの「思いやり」とかは、どうでもよいのかという思いから、心情重視派は納得いかないだろう。例えば、A看護師が「同僚Bさんの仕事は非の打ちどころがない。倫理原則にもかない、法規や規則を遵守している。でも、あの人、どこか気持ちが悪くもっていない感じがする」と思っていたという光景を思い浮かべてみよう。病者は病苦を背負い、大きな不安やさまざまな悩みをかかえている。医療者には、これに寄りそうケアの精神が求められる。病者はその「温かい心」に癒され、それによって心身状態が好転することもしばしばありうる。医療職の性格の良さ、人柄、徳が重視される所以である。

3は、結果が良ければよいという立場だ。例えば、「結果が良ければよい。プロセスは問わない。説明すると患者が嫌がるので、だまって、あるいは、だまして治療する。それでも、患者の病気が治れば、よいじゃないか」と考えている主治医を想定してみよう。患者ははたして結果だけを喜ぶのだろうか？ 病気が治ったことについては、たしかに主治医に感謝しているが、そのプロセスでちゃんとした説明がなされなかったことに不信感がめげえ、わだかまりを持ったまま退院するということもありうるだろう。実際にそうした事例を聞いたことがある。

このように、動機、行為、結果のどこに焦点を置くかで、行為の選択や、行為に対する評価は異なってくる。この点に無自覚な次のような光景を思いうかべてみよう。

ある病院のケースカンファレンスで、例えば次のようにやりとりがなされた。

主治医は「患者の状態が良くなったから、よかったじゃないか！」と、成果重視で結果を評価する。

薬剤師は、「ちゃんと服薬指導もしないうちに薬を飲ませてしまい、規則に反することをしてしまった」と悔いている。

看護師は、心のなかで、「主治医は病状の好転という結果だけを、薬剤師は規則のことだけを考えているようで、患者自身への思いやりがまったく感じられない」と批判的につぶやいている。

医療チームのカンファレンスで検討しているとき、ある人は医療者の動機（思いやりなど）を重視し、ある人は医療者として原則にかなった行為をとろうとする。またある人は結果の良さを追求し、患者に喜ばれることをしようとする。三者がそれぞれに、動機、行為、結果という異なる構成要素に着目して、自らの評価の論拠にしている。このことを自覚しないまま議論を続けると、話がかみ合わない。同じ事柄を議論していないのに、それに気づかないまま、全体の評価をめぐって争っているからだ（これはミヒヤエル・フックス編著『科学技術研究の倫理入門』前掲、二三頁で指摘されている）。議論はすれ違い、対立が深まり、スタッフ間に亀裂が走る。職場の雰囲気も悪くなり、バーンアウトや離職の原因にもなりかねない。医療チームで検討するとき、自分たちの判断が3つの局面のどれに焦点を当てているのかを自覚した上で議論することが必要である。それぞれの医療職は、担当分野を異にすることから、評価の視点が異なることがありうる。そのため、多職種の医療チームで協力し連携を促進する上でも、このことはとても重要である。（ただし、上記のケースカンファレンスは筆者による想定であって、各職種の特徴というわけではない。）

二 倫理原則と徳

ここでは、第一章で述べた内容を徳倫理学をめぐる近年の議論の文脈のなかで検討してみる。

徳倫理学は、行為の正しさをではなく、行為する者の善さを追求する立場である。ロザリンド・ハーストハウス (Rosalind Hursthouse) は、徳倫理学の理念を次のように定式化している。

行為は、もし有徳の行為者が当該状況にあるならなすであろう、有徳な人らしい（つまり、その人柄にふさわしい）行為である時、またその場合に限り、正しい (Hursthouse, *On Virtue Ethics*, Oxford,

これに対して、「このような状況下で、有徳な人、つまり正しく正直で慈悲深い性格の人がなすであろうことをなせ」と言われても、わたし自身が有徳な行為者でなければ、何の指針にもならない(前掲書、五二頁)という不満が義務論や功利主義の陣営からなされてきた。こうした批判に対して、ハーストハウスは『徳倫理学について』などで詳細に反論し、徳倫理学を擁護している(この反論と、そこに秘められたハーストハウスの戦略について、河谷淳「徳倫理と規範性——ハーストハウスによる徳倫理擁護論の検討」(ホモコントリビューエンス研究所討論資料、二〇一三年一〇月掲載)がきわめて明快にまとめている)。

ハーストハウスは詳細な反論のまとめのなかで、「徳倫理学は一方で自ら規則を作り出しながら、他方で義務論者が用いるよく知られた規則をけつして除外したりもしない」と述べている(前掲書、五八頁)。徳倫理学は義務論者の規則を否定するどころか、その有用性を認めている。ただし、その正当化の論拠が義務論とはまったく異なることを彼女は強調する。義務論者は、「嘘をつく」ことが道徳規則に反するから「嘘をついてはいけない」という。「カントであれば、「嘘をつく」という行動方針を普遍化した場合どうなるかという普遍化可能性に照らして、「嘘をつく」は道徳規則になりえず、「誠実であれ」が道徳命法でなければならないと説明するだろう」。これに対して、ハーストハウスは、「嘘をつく」ことは「不正直なこと」であり、例えば友人を裏切る「悪徳」だから不正だという(前掲書、五八頁)。

このような説明を受け、「有徳の行為者がなすであろうように行為しなさい」と言われても、「具体的に何をどうしてよいのか、さっぱりわからない」という状況は変わらない。ただし、ハーストハウスも指摘しているように、義務論が示す倫理原則や規則も、具体的な行動を示していない。規則ないしは原則は、いかなる具体的な場面においても、何が正しい行為であるかをそのつど特定できる決定手続きだとする「強いコード化可能テーゼ」は不可能だと彼女はいう(前掲書、五九頁)。

例えば、自律、無危害、善行、正義という四原則から直ちに医療者の具体的な行動が導かれるわけではない。倫理原則から行動を導くには、具体的な事態と原則・規則をすり合せた解釈を必要とする。その解釈は、臨床では、しばしば緊張感に満ちたプロセスであり、ときに患者の生死にも直結する。それゆえ、こうしたプロセスに習熟することが倫理トレーニングの要諦となる。

「規則にそつて行動していれば間違いない」というのは甘い幻想であることをハーストハウスは鮮明にした。こうした徳倫理学の問題提起の意義について加藤尚武氏は明快に解説し、徳倫理学復権の歴史的意義を次のように鮮明にしている。

「アリストテレス的な徳の倫理学」に代つて登場したのが、アンスコムが「法律もどきの倫理」と呼んで嫌悪感をたたきつけたカント主義と功利主義である。最終的に法律だけが拘束力をもつ文化では、徳は不必要である。現代の応用倫理学は、法律にしてもいい行為規範を、立法とは独立に審議・共有化する営みである(加藤尚武「私の同時代人アリストテレス」『アリストテレス全集 月報3』岩波書店、二〇一四年)。

規則主義は道徳を「適法主義」のレベルに還元した。その結果、個人の徳性は不要とされた。困難な選択に直面したら「徳のある人に尋ねてみよ」という(人の支配)から、実定法による支配への移行である。「人

の支配から法による支配へ」は今日の法治国家の基本ではあるが、それは同時に、倫理のマニユアル化をもたらし、という洞察である（加藤尚武「倫理」、『シリーズ生命倫理学 第2巻 生命倫理学の基本概念』丸善出版、二〇一二年、一一―一八頁）。

職能団体の倫理綱領やガイドラインは法そのものではないが、「ソフトロー」と称され、実定法と連携して柔軟な規制メカニズムを構成するものと評価されている。倫理規定への背反に対しては、ときに懲戒規定も定められていて、倫理はきわめて法に近いものとなっている。倫理が「法律もどき」になっていると言われるゆえんである。

たしかに、倫理がマニユアル化し徳が不要とされる時代の弊害は理解できるが、「有徳の行為者がなすであろうように行為しなさい」ということのわかりにくさはなかなか解消しない。ハーストハウスも義務論の規則の有用性を認めていたことを念頭において、次に、規則主義の側での徳のとらえ直しを見てみよう。

三 『生物医学倫理の諸原則』における徳の位置

ここでは、医療倫理学の四原則を定式化し規則主義倫理学の代表格とみなされるビーチャムとチルドレスの『生物医学倫理の諸原則』（邦訳『生命医学倫理』立木教夫・足立智孝監訳、麗澤大学出版会、二〇〇九年）において、倫理原則と徳がどのように位置づけられているかを見てみる。

まず本書において、初版（一九七九年）から徳は無視されていなかったことを確認したい。初版では、四つの倫理原則と、医療専門職の規則（正直、機密保持）をすっかり論じつくしたのちに、最終章（第8章）で「[道徳的]理想、徳、誠実(integrity)」が論じられる。章の題目が、第2版で「[道徳的]理想、徳、良心的行動」、第3版で「道徳的」理想、徳、良心的であること」、第4版で「専門職の生活における徳と理想」と微妙に変化していくが、最終章で「徳」を論じるという構成は第4版まで変わらない。ところが、第5版（二〇〇〇年）で、第8章の内容が突然、第2章へ繰り上げられ、本書の中核をなす倫理原則論よりも先に「道徳的性格」という題目で、徳と道徳的理想が論じられる。これは編集上の大幅な変更である。この背景には、徳倫理学者からの批判があったと考えられる。一例として、スタンリー・ハワーワス(Stanley Hauerwas, 1940)の批判を取り上げてみる。ハワーワスは*Encyclopedia of Bioethics* (生命倫理学百科事典)第2版（一九九五年）の「徳と性格」という項目で『生命倫理学百科事典』丸善出版、Ⅳ巻、二三〇―二二三七頁）、『生物医学倫理の諸原則』第2版（一九八三年）をこう批判した。

生物医学倫理に関するビーチャムとチルドレスの説明は、規範としては、……自律、無危害、善行、正義の原則を中軸としている。これらの基本諸原則のおおのには、自律の尊重、悪意のなさ、慈愛、正義といった主要な徳が対応するが、これらの諸徳はなんら中心的な役割を果たさない。かれらは「行為についての判断から独立して人格についての判断をすること、あるいは、徳を道徳的生活にとって主要で十分なものにする」との十分な論拠は存在しないと述べることによって、徳の説明を最終章に置き去りにしたことを正当化している(Ⅳ巻、二三二頁。強調は引用者)。

ハワーワスは、ビーチャムらが徳論を最終章に配置したことを徳の軽視の表れとみなして、非難している。

ところが、この批判の後に刊行された第5版(二〇〇一年)で、徳論は「第2章 道徳的性格」へ移動する(表3参照)。ビーチャムとチルドレスの『生物医学倫理学の諸原則』は幾度も版を重ね、現在は第七版(二〇一二年)にまで達している。彼らはさまざまな批判に精神的に対応し、批判的な論点や問題提起をどんどん取り込み、大幅な改訂を重ねてきた(香川千晶「バイオエシックスにおける原則主義の帰趨」、小松美彦・香川知晶編『メタバイオエシックスの構築へー生命倫理を問いなおす』NTT出版、二〇一〇年、一六三―一八三頁)。批判者は次の版では、もう標的(批判対象)を見失うという状況である。ハワースによる批判とそれへのビーチャムらの対応がまさにそのことを示している。第5版の第1章が全般的な序論に該当するとすれば、第2章は実質的に最初の章にあたる。ここでまず先に「道徳的人格・徳を論じたのだから、「徳の説明を最終章に置き去りにした」という批判は無効だと言わんばかりの変更である。

表3 (別ファイル) 参照

しかし、これを表面をとりつづつた修正とみなすことは必ずしもできない。徳論は初版からすでにあり、第3版(一九八九年)から、徳についての記述がいつそう充実してきているからだ。第3版の第8章のなかで米国医師会(AMA)の倫理綱領が一九五七年から一九八〇年まで維持してきた下記を改め、徳に関する痕跡をほぼ全面的に削除したことが批判的に言及されている(Tom L. Beauchamp & James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 3rd ed. 1989, p.382 『生命医学倫理』第3版、永安幸正ほか訳、成文堂、一九九七年、四五九頁)。

医療専門職の第一の目標は、人類への奉仕(service to humanity)を提供することである。医師はそれぞれの患者に対して、全力で奉仕と貢献(a full measure of service and devotion)を提供することにより、みずからのケアに委ねられた患者の信頼に値しなければならない。

奉仕、貢献、信頼という徳に関わる語は、一九八〇年の改定で、米国医師会の倫理綱領から削除され、徳についての記述は消えた。ビーチャムらはこれを批判し、医療職には「共感(compassion)とともに距離をおく」(detachment)の教育が求められ、「道徳的判断は原則、規則、理想を必要とする」と述べている(ibid. p.383 前掲訳書、四六〇―四六一頁)。それゆえ、単に原則のみで足りるとするのは、かれらの立場ではない。最初は徳の位置づけは弱かったが、「原則とともに徳が必要であり、かつ、徳や性格は重要だが、それだけでは不十分だ」というのが、彼らの立場だった。徳を扱った章の第1版から第7版までの変遷を表3で眺めてみると、たえず新しい内容が加わり、編成はたえず変化しているが、主要項目は意外と安定していることがわかる。伝統的な医の倫理で強調されてきた「医療専門職の徳、性格」(第4版までの第8章と、第5版以降の第2章の主題)は、現代の生物医学倫理の諸原則・諸規則を「支持し豊かにする」という点で一貫している。

医療者に求められる徳として、第3版では「善意(benevolence)・ケア、思いやり(compassion)の徳が重要」(ibid. p.381 前掲訳書、四五九頁)とされたが、第4版以降「焦点となる徳」として「思いやり、識別力(discernment)・信頼に値する(trustworthiness)・誠実(integrity)・良心的でもある(conscientiousness)の「5つの中心的な徳」があげられ、最新版に継承されている(ibid. 7th ed. 2012, p.37-44)。

第5版の第2章「道徳的性格」の冒頭では、こう述べられている。

道徳生活で最も重要なことは、原則や規則に忠実なことではなく、信頼される性格とか、善き道徳的なセンスとか感情的な敏感さであることが多い。特定化された原則や規則でさえ、……医師や看護師が患者や家族との出会いのなかで共感したり、耐え忍んだり、敏感になったりするときを生じることや伝えられない。われわれの感情や他者への関心は、規則追隨的な手続きに還元しえない行動へとわれわれを導く。そして、原則や規則を超えて手を差し伸べるさまざまな感情的反応や心に響く理想なしには、道徳は冷たく退屈な実践となってしまう(*ibid.* 5th ed., p.26 『生命医学倫理』第5版、足立智孝ほか訳、麗澤大学出版会、二〇〇九年、三三頁)。

原則や規則よりも大事なものは、それは信頼される性格であり、善き道徳的な感受性である。規則追隨的な手続きではなく、感情的反応や心に響く理想こそが重要だと述べている。これは、まさしく徳倫理学の言説にはかならない。

徳倫理学が主張する内容は、医療倫理では、とくに伝統的な医の倫理とよく整合する。伝統的な医の倫理では、ヒポクラテスの誓いや日本の「大慈惻隱の心^{だいじそくいん}」や「医は仁術」という言葉に見られるように、患者を治療するために可能なかぎり努力し貢献するという徳のみでよかった。ところが、患者の自律の尊重という新しい要素が加わった現代の医療では、複雑なモラルディレンマに直面することがしばしばある(松田純ほか編著『薬剤師のモラルディレンマ』南山堂、二〇一〇年、第一部3参照)。そこで、四原則のようなわかりやすい基準が重宝されるという面がある。

例えば、米国の看護倫理では、初めのころは、徳の倫理が原則の倫理を包含していたという。一九六〇年代から生命倫理学の影響を受け、一九六八年版の倫理綱領は、「原則の倫理を基盤とし、それまで看護倫理を支配していた徳の倫理の伝統から離れた」。その後も生命倫理学の影響が強まり、一九七六年の綱領は「技術的に倫理的」なままでになった。二〇〇一年の綱領改定から、「看護師の自己」への義務に特化した条文¹も入り、原則主義にとらわれずに他の倫理的アプローチも取り入れられるようになったという(*Marsha Fowler & Verena Tschudin* 「看護における倫理 歴史的展望」、アン・J・データベース編『看護倫理を教える・学ぶ』小西恵美子監訳、日本看護協会出版、二〇〇九年、一四―一九頁)。

日本看護協会はホームページ上に、看護倫理の「自己学習テキスト」を掲載しているが、そこでは、原則に基づく倫理と看護師の徳を重視した看護倫理との関係をこう述べている。

看護倫理の理論であり実践法でもあるケアリングの倫理は、原則に基づく倫理に対抗するものとして発展したが、近年では、原則に基づく倫理に反するものではなく、むしろ相補うものであり、看護実践においてはこの両方が必要であると考えられている(日本看護協会「ケアリングの倫理 看護における倫理の特性」 <http://www.nurse.or.jp/rimribasis/caring/index.html> 二〇一五年一月閲覧)。

このように、近年の看護倫理学では、原則の倫理学と徳の倫理学が相互補完的な関係でとらえられている(堀井泰明「看護倫理とケアリング——看護倫理の基底をめぐる一考察」、『天使大学紀要』一〇巻、二〇一〇年、五七―六五頁、アン・J・データベースほか『看護倫理』医学映像教育センター、二〇〇七年、八―四三頁)。

看護におけるケアリングの倫理は、「患者の身近にいる看護師が患者に関心を寄せ、気遣いをもってかわ

ること、このかわることに伴う責任を引き受けること」と定義される（日本看護協会「患者―看護師関係を重視するケアリングの倫理」同上URL）。これは看護師の義務であると同時に「徳」でもある。さらに、ケアリングの倫理と原則の倫理の統合が必要だと認識されている。身近な人への関心や気遣いを中心とするだけだと、時に視野が狭くなり、公平性にかける判断になりかねない。原則に基づく倫理に照らしてバランスをとる必要がある（同上）。倫理原則にそった行動と「思いやり」という徳を兼ね備えた看護師像がめざされている。

規則を守っていれば心情や動機はどうでもよいという規則主義が、倫理を「法律もどきのもの」にしたという徳倫理学の指摘はもつともである。しかし、徳倫理学は単独で可能だとするアンスコムなどの「過激」で「急進的な」徳倫理学（ジエームズ・レイチェルズ『現実をみつめる道徳哲学―安楽死からフェミニズムまで』古牧徳生ほか訳、晃洋書房、二〇一〇年、一七六、一八九頁）も不可能だ。行為の指針を示すならかの基準（原則や規則）は必要である。行為者の「善さ」と行為の「正しさ」が「人格」の「思慮（ブローネーシス）」のなかに統合されたあり方をめざすべきであろう。それが専門職の倫理教育の目標となる。

四 倫理教育の目標

そもそも徳（性格、人柄）は教育できるのかというソクラテスの問いをここでは問わない。もう少し限定して、専門職の資格を取得しすでに一定のキャリアを持つ医療者にいまさら「徳の教育」は可能なのかを考えてみたい。病者は病苦をかかえ、さまざまな不安や悩みを抱いている。医療者として、これに寄りそうケアのところが求められる。病める人を思いやり、その苦しみから目をそらさず、一人の人間としてその存在を理解し尊重しようとする態度は医療者には不可欠である。思いやりや共感的態度の形成は幼児期からの家庭教育の影響なども大きいと考えられる。その時期に重大な欠落があった場合には、成人後にその修正は困難をきわめるかもしれない。しかし一定の素地を前提とした場合、専門職としての教育・研修・訓練のなかで、道徳的感受性や、道徳的知覚の感受性を高める教育は可能はずである。

医療分野での徳の涵養には二つのアプローチがあげられる（Louise de Raeye, 「徳の論理的教育」、アン・J・デービス編『看護倫理を教える・学ぶ』前掲、一九九―二二三頁、Ann Gallagher, 「看護倫理的教育 倫理的能力の促進」、同書、一八八―二〇六頁参照）。

1 範例モデルによって学ぶ

これは、立派な先輩を見倣うことであり、先輩から後進への指導である。

「子は親の背中を見て育つ」と言われるように、「医師は先輩医師の背中を見て育つ」「看護学生は看護教員の背中を見て育つ」ということが言えるであろう。指導者自身がモデルになる必要がある。ハーストハウスも「私が正しいことをしたい」と思っているが見通しがつかない場合には、自分が尊敬し賞賛する人たち、すなわち、私自身よりも親切で正直で正しく知恵があると私がみなす人たちのところへ行って、私の状況で彼らなら何をするだろうかと尋ねてみることを推奨している（ハーストハウス「規範的な徳倫理」(Normative Virtue Ethics)、河谷淳訳、ホモコントリビューエンス研究所討論資料）。

2 人間性について理解を深め、道徳的感受性を高める学習

一般的な共感力だけではなく、専門職として遭遇する事態を想定した訓練が求められる。例えば、ロールプレイングなどには有効である。医療者を対象としたある研修会で、神経内科医が主治医役と患者役を割り振られ、ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者に「ALSである」との診断結果を伝える場面に同席したことがある。ロールプレイング後に、患者役をやった医師に「どうでしたか？」とファシリテーターが尋ねたところ、その神経内科医は「これまで何回もALSの告知を行ってきたが、その時の患者さんの気持ちが始めてはつきりわかった気がする」と答えていた。こうした学習と訓練は道徳的感受性を高める上で有効だと言える。

3 臨床スーパービジョン（観察、指導、助言）を通して振り返り、ケアの態度を高める教育

看護実習などでは、実習であった実際のケースを、看護学生にプロセスレコードなどの用紙に記入させながら、振り返りを促す教育が行われている。教員が「あなたはあのとき患者さんにこうゆうことを言ったけれども、患者さんはそのときどう思ったでしょうね？」などと問いかけ、自分の行動と相手の反応を振り返らせるのである。こうした振り返りと、管理的ではない支持的なスーパービジョン（先輩の観察、指導、助言）によって、相手の心に敏感になり、患者に対する観察能力が向上する。

これらの手法を用いて、専門職に必要な「徳の涵養」は可能だという展望を持って、専門職の資質の向上に努める必要があるであろう。専門職の生涯研修には、単に専門的知識や技術の修得だけではなく、倫理的な対応力についての学習と訓練も含まれる。

五 思慮——実践知

ハーストハウスは、「有徳の行為者がなすであろう、有徳な人らしい行為」と言っても、そこからは何の指針も出てこないとの批判に反論するなかで、義務論が提示する規則についても同様だと切り返した。まったくその通りである。医療倫理の四原則は万能の基準どころか、それだけでは、何の指示も与えない。それは医療において配慮すべきチェック項目にすぎない。これに照らして実際の事例を検討するなかで、適切な方向性を見いだしていくことが求められる。さまざまな具体的な事例のなかで経験を積みながら、識別力・判断力を鍛えて行くしかない。その積み重ねが、参照されるべき「有徳な人」を形成するのである。それはアリストテレスの言う思慮（プロネーシス）の徳を身につけることであろう。アリストテレスは思慮について、次のように述べていた。

たとえば健康に向けて、あるいは壮健に向けてどのようなことが善いかを思案するのではなく、全般にわたってよく生きることに向けて、どのようなことがよいかを思案することができる。——これが思慮ある人の特徴である（アリストテレス『ニコマコス倫理学』第6巻第5章、神崎繁訳、岩波書店、二〇一四年、1140a）。

思慮は個別的な事柄にも関わり、その個別的な事柄は経験によって知られることになる(前掲書 第6巻第8章、1142a)。

われわれの人としての働きは、思慮と性格における徳とに基づいて成し遂げられるのである。なぜなら、徳が目標を正しいものにするのであり、思慮はその目標に至る事柄を正しいものにするからである(前掲書、第6巻第12章、1144a)。

規則主義の倫理学と徳の倫理学の関係は、「規則があれば、徳はいらない」とか、「徳があれば、規則はいらない」というように極端化すれば、対立するが、倫理原則も徳もともに必要なのではないだろうか。行為者と行為は不可分であるはずだ。表2の「行為者の資質」欄の、1、2、3をすべて包括したものが本来の「職能」と言えよう。そのようにとらえると、医療職の教育目標、とりわけ倫理教育の目標が明確になるであろう。それをまとめるところとなる。

1 医療倫理の原則と規則に照らした検討に習熟する

多職種チームで検討し、熟慮判断力を鍛える。マニュアルではなく、倫理的思考力を鍛えることが肝要。実臨床では多職種でのケースカンファレンス、研修では、模擬事例を用いたグループディスカッションが有効である。

2 専門職としての徳の形成に努める

スーパーヴィジョン(先輩の指導)、ロールプレイング、プロセスレコードを活用した振り返りなどで、道徳的感受性を高める。

3 具体的なケースにおいて、徳にかなない倫理原則にも適合した適切な対応を見いだすことのできる思慮(フロネーシス)を身につけること

養成機関や臨床現場では、そのために、倫理教育・倫理研修はどうかあるべきかという観点からの工夫が求められるであろう。