

論文

ベッドサイドの統治性

柏 崎 郁 子*

I はじめに

終末期においては、何らかの意思決定が必要であり、そのための「支援」が必要であると言われる。その理由について、一般には以下のように説明されるだろう。

第一に、現代の終末期医療においては、医療技術の高度化もあって複数の治療についての選択問題が生じる。とくに、有益とは言えない治療が施されたり継続されたりする事態が起こりうるので、その治療を選択するか否かという問題が生じる。ところが、有益性や無益性の患者自身の判断はその価値観によって異なってくるため、医学的な判断とずれる問題が生じる。したがって、第二に、終末期には、そのような問題が生じうることを医療者だけではなく患者自身もあらかじめ知って備えておく必要がある。かねてより、「延命医療」の中止や差し控えについても、死をもたらす行為の正当性や方法の適切性についても、それを考量するにあたっては何よりも自己決定を尊重する必要があると議論されてきたが、それが誰よりも患者自身の選択問題であるからには、医療者の側は、Advance Care Planning（以下、ACP）¹などの技法を用いて、患者が自らあらかじめ意思決定できるように「支援」することが必要である。

このような説明を認めるなら、「支援」の技法が正しく運用されるよう議論されるべきであることになるし、実際、そのような議論はそれなりに多くなされてきた。そして、ACPは、1990年代後半から英米を中心に提唱されはじめ、2010年代に入って、ACPの介入による終末期ケアの質、患者や家族の満足度、経済効果等についての研究が蓄積され、その「良さ」が日本の臨床の場にも受容されてきた。

しかし、ACPについての議論では、「支援」することが医療者の責務であることが当然であるかのように前提されており、終末期の医療について、どのように決めることが正しいのか、どのように「支援」することが正しいのかと問うのみであって、どのようにして決めることが要請されその「支援」を要請される次第になっているのか、ましてや、そもそも「支援」することが正しいのかと突き詰めて問われることもない。ここでも英米由来の技法が無批判に導入されてきただけのように見えるのである。かつて、バイオエシックスを日本に紹介した加藤尚武らは、以下のように書いたことがある。

日本のアカデミズムが、これまで対応してきた欧米思想とは本質的に異質のものがバイオエシックスには含まれており、その体質を手触りで理解するという仕方を経ない紹介では、一見分かりやすいものの陰に密かに差し込まれた深い裂け目が見えなくなってしまう。（加藤・飯田編 1988: vi）

終末期の医療についても、「支援」の正しさは「一見分かりやすい」が、それだけでは「深い裂け目」を見逃すことになっているかもしれない。そこで、本稿では、医療者、ことに看護師が、どのようにして、終末期の医療について、患者が過ごす場所について、ひいては患者の死に方について、患者が決めることを「支援」するように要請されるにいったのかと問うてみることにする。

キーワード：統治性、ACP、看護、終末期、功利主義

* 立命館大学大学院先端総合学術研究科 2018年度3年次転入学 生命領域
東京女子医科大学看護学部助教

そして、このように問うことは、ミシェル・フーコーの言う「統治性」²の観点から、終末期の意思決定「支援」について捉えなおすことにもなるだろう。すなわち、「統治性」論は、誰かの行動を導く別の誰かの行動を分析することを通して統治や支配や権力の作用を分析するものであるが、終末期における自らのあり方を患者自らが導くように医療者が導く次第を考察することを通して、終末期の意思決定「支援」の位置と機能を反省的に捉えなおすことに寄与するだろう。その際には、マクロの観点から医療分配の統治性を捉える視点と、ミクロの観点からベッドサイドにおける終末期の統治性を捉える視点の両者が必要になる。そのうえで、どのようにして両者が「接続」するのかを考察する必要がある。そのためにまず、ベッドサイドに着目し、看護師の仕事が「責任」と「御節介」の二重性をもつことを示し、これにより終末期の意思決定を導く「支援」とはいかなる営為であるのかを検討する。次に、その「支援」を行うよう専門職を動機づけて導くものとして、医療に関するマクロレベルの需要と供給の関係がどのように議論されるのか、米国の例をもとに検討する。そして、マクロレベルの功利主義的議論を終末期のベッドサイドに直接的に「接続」する例としてヘルガ・クーゼの主張を取り上げ、さらにその議論を看護師の職業倫理に適合させようとするクーゼの主張を批判的に検討する。これらを通して、ベッドサイドで終末期の医療について決めることを要請する統治性においては、医療・福祉に関わる専門職による「支援」に重大な役割が賦与されていることを示していく。そして、最後に、看護師の仕事において「深い裂け目」を取り出し、「一見分かりやすい」主張への反論を提示していく。

Ⅱ 「責任」と「御節介」の二重性——ナイチンゲールの覚え書から

1859年、フローレンス・ナイチンゲールは、年端のいかない娘たちや使用人が病人や嬰兒の世話をしていた当時の英国において、彼女たちが看護を実践するための手引きとして『看護覚え書 (Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not)』を著した³。この本は素人のために書かれた看護の手引であったが、だからこそとすべきか、看護の本質が書かれていると評され、今も看護の初學者たちに読み継がれている。この本でナイチンゲールは、「小管理 (Petty Management)」という章において、不慮のできごとや事故などについて、看護するものが責任をもつよう論じている。

これこれの人間が構われずに放っておかれたとか、これこれのことが行われずに疎かにされたとかいう場合には、「自分は席をはずしてしまいましたので……」と弁解するようなことは、看護師としても管理者としてもお粗末であることを示す動かぬ証拠である。それは何を意味しているであろうか。それは、患者を放っておくようなことは、絶対にあってはならないということの意味しているのである。(Nightingale 1860= [1968] 2011: 75)

ナイチンゲールは、患者を放っておかないこと、そしてその場に居ないときにも適切に患者が管理されることについて、看護する者に責任があると論じていたのである。

しかし、ナイチンゲールはその一方で、「御節介な励ましと忠告 (Chattering Hopes and Advices)」という章において、見舞客の「善意 (well-meaning)」の「陰謀 (conspiracy)」とでも言うべき「御節介 (chattering)」によって患者が被害をこうむっていることを看護師は察知するべきであるとしている (Nightingale 1860= [1968] 2011: 164-77)⁴。たしかに、ナイチンゲールが御節介と呼ぶのは患者のもとを訪れる「友人や知人たち」のことであって看護師のことではなく、御節介な素人と責任ある専門職に線引きを行ったことになるが、実際のところ、看護師が善意を抱いて御節介をすることは、しかもそれを管理責任の一部と見なすことは、むしろよくあることと言ってもよいだろう。

たとえば、患者の身体を拘束したり常に見守ることは、患者の安全を守るという責任の遂行でありながら、自由を制限したり監視するという御節介な側面ももつだろう。また、自宅への訪問看護や地域での保健活動などにおいては、患者が自ら病院へ赴く場合と異なり、善意の御節介がなければ活動が始まらないという側面もあるだろう。したがって、看護師は、患者を放っておかない（責任を遂行する）ことと、患者を主体として尊重する（御節介を忌避して、患者を放っておく）ことを両立させなければならない。そのことは、医療が病院の外や治療可能性の外

へと広がろうとするとき、とりわけ看護師などの専門職に課せられる課題となるだろう。このようにして、看護がもつ御節介な側面は、患者の意思を尊重することを名目とする支援とみなされ、それはさらに、そもそも看護師はパターンリズムが批判されがちな医師と違って患者の「代弁者」であるとの従来の看護倫理に適合的であるとみなされ、看護師の責任ともみなされるようになる。この事態は、終末期の意思決定を支援するという営為に顕著にあらわれているように思われる。

日本老年医学会が公表する『ACP 推進に関する提言』には、次のように書かれている。「ACP は将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスである」（日本老年医学会 2019: 2）。この定義によるならば、ACP とは「意思決定のプロセス」でも「意思決定の実現」でもなく、「意思決定の実現を支援するプロセス」である。しかも、ACP は「将来の」医療・ケアについての「意思決定」の「支援」である。通常、患者がわざわざ自発的に将来の医療・ケアに関わる管理について決めておく動機はないだろうし、仮に将来自己決定できない状態になったときのために備えておきたい人が居るとしても、そういう人は自ら文書を作成したり親族を集めて決意表明したりするなどの行動をすれば済むことであって、支援が強調される謂れはないだろう。ところが、ACP は、ことさらに、患者の視界を将来へと拡張するように支援して導こうとする。そして、「御節介な励ましと忠告」が、「本人を人として尊重する」との名目で、専門職の責任とされるのである。看護においては責任と御節介は重なることがあるにせよ、ことさらに終末期に関してそこへと導く要請が出されているのである。

その支援へと専門職を導いているのは学会・専門職団体であり、後者を導いているのは厚生労働省であるとひとまずは言うことができる。厚生労働省の提唱の名宛人は主として中間団体であり、学会等の提言の名宛人は個々の支援者である。日本においては、2018 年に改訂された厚生労働省の終末期に関するガイドラインに ACP の概念が盛り込まれ、同時に、厚生労働省主導のもと、モデル事業や ACP 相談員の研修プログラムが全国各地で展開されるなど、いわば国を挙げてプロモーションが行われている。それに加え、同時期、いくつかのカテゴリーで診療報酬、介護報酬の加算要件に ACP が加えられた。こうして、各種中間団体から複数の専門職が参加する「多職種チーム」が構成され、そこに「ファシリテーター」が設定される。このようにして、看護師等の支援者が「人生会議」のイニシアチブをとり、患者は支援者によって終末期における自らのあり方を自ら導くように導かれる次第になっている⁵。

そのような制度化を導いてきたのは、政府においては「医療提供体制の効率化」⁶という目標である。また、職能団体としての医学会は、入院日数の短縮と地域での「看取り」の推進を目標として、現場の支援者が ACP を励行するように導いている。しかし、政府による医療に関するマクロレベルの需要と供給に関する見方、中間団体による経営単位のマネジメントに関する見方、そして、専門職による支援の責任に関する見方は、直ちに直接的に滑らかに接続するものでもないだろう。そこには「深い裂け目」があるかもしれない。しかし、ここでも「一見分かりやすい」倫理的な議論がそれを見えなくさせている。その点について分析するためにも、ときに極論を述べるものとして受けとめられるだけで俎上に載りにくい功利主義者の議論を参照してみよう。

Ⅲ マクロレベルとベッドサイドの接続——シンガーとクーゼの功利主義

米国で医療保険制度改革法（オバマケア法）案が議論された時期、有名な功利主義者であるピーター・シンガーが、“Why we must ration health care” という論考を発表した。単に「割り当て」や「配置」という意味あいの allocation に対し、rationing は医療を公的に分配する制度そのものを意味し、とくに米国においては少なからず倫理性や社会性が問われるようなニュアンスをもつ言葉のようである。この rationing がもたらす論点について、シンガーは次のように書いている。

治療費が 100 万ドルかかったとしよう。その価値があるだろうか？ 1,000 万ドルでは？ 誰かの人生に 6 ヶ月を追加する薬のために保険会社に支払う金額に上限はあるか？ 「いいえ、6 ヶ月の延長はそれほどの価値はない」と言う時点で、あなたは医療が分配されるべきだ (should be rationed) と考えている。(Singer 2009)

国家レベルで医療の分配が問題になる際に議論される rationing では、効率と公平を旨とする功利主義の立場からの主張が説得力をもつと受けとめられてきたと言えるだろう。シンガー自身、人命にかかわる問題を金銭の問題として語ることは不道徳であると認めながらも、医療資源には限度があり、コストが生じているという事実をたたみかけていく。その際、米国で公的な医療保険の施行に反対する人々がその根拠として取り上げる英国の事例⁷を取り上げ、それはむしろ rationing の必要性を示す事例であると指摘している。National Health Service (NHS) を有する英国でその高額さゆえに特定の薬品を使用できない場合があることは事実であるが、NHS のような公的医療保険に反対する人々もそれを支持する人々でさえも、健康保険に加入していないために救急治療室で亡くなった人には関心をもっていないと批判を進めるのである。したがって、シンガーは功利主義の論理に基づき以下のように書くことになる。「せいぜい数か月しか生きられない人々の高価な治療に費やした費用が少なければ、より多くの人々が必要な治療を受けて命を救われ、さらに数十年生きるかもしれない」(Singer 2009)。このような問題設定は、いまや通念となっているとも言えよう。

日本政府が「医療資源の効率化」を掲げるときにも、たんに特定部門の医療費を削減することだけを狙っているというよりは、部門間での医療資源の効率的で公平な分配を考量している。ここで注意すべきは、その分配の主体は、一見したところ、個人ではなく政府と中間諸団体であるとみなされていることである。安藤馨(2007)の言い方を借りるなら、マクロレベルの統治の理論としての功利主義の名宛人はあくまで国や公務員であるから、個別のベッドサイドの統治性とは峻別されるはずである⁸。実際、政府によって「医療提供体制の効率化」が記載される章のタイトルは「経済再生と財政健全化の好循環」であって、国家レベルの方針としての記述にとどまっている。ベッドサイドへの言及は欠けているのである。

ところが、安藤が理論的にいかに厳格に峻別しようとも、このマクロレベルの議論をベッドサイドの問題と明瞭に峻別することは事実上困難であると指摘されるべきである。政府が「医療提供体制の効率化」の方針として掲げるとき、その推進の主体が存在することを予定している。また、日本老年医学会がACPを提唱するとき、その支援の主体が存在することを予定している。すなわち、マクロレベルの統治は中間団体を介して、支援に置換されベッドサイドの統治性へ滑らかに接続することが予定されているのに、そこをシンガーも安藤も見ようとしてはいないのである。

その一方で、たしかに、rationing が個別のベッドサイドで行われること(ベッドサイドラショニング)はおおむね望ましくないこととして論じられることが多いので、二つの統治性の間には「深い裂け目」が残されたままであると言われるかもしれない。しかし、ベッドサイドラショニングを擁護する議論も影響力を強めてきており、そこで好んで持ち出される概念が医学的無益性(medical futility)である。医学的無益性については、1980年代後半からさかんに医学界で議論されてきたが、医療分配の問題の解決のために医学的無益性という概念が用いられることについては多くの論者が一応の懸念を示してきた(Helft et al. 2000)。ところが、事情はそれほど簡単ではない。医学的無益性の分類としては、Quality of Life(以下、QOL)を無益性判断に組み込むことを拒否し生理学的効果がもたらされないことのみを根拠にする「生理学的無益性」と、QOLに基いて判断される「質的無益性」の違いが重要であるが、QOLなどの質的な価値こそが治療のアウトカムであるという考え方は医療専門職に深く根付いており、ここでは詳述しないが、医療受益者よりも医療専門職の方が質的な価値を重視していることを示す事例を複数挙げることができる。事情がこのようであるため、終末期をめぐる議論は、マクロレベルとベッドサイドの接続をめぐるでも、ベッドサイド固有の分配問題をめぐっても複雑な様相を呈していると言えるが、この点について、ベッドサイドの側からマクロレベルへ接続する議論をとりわけ看護倫理を媒介として打ち出そうとしているのがヘルガ・クーゼである。

クーゼは、QOLの判断に基いて積極的安楽死を擁護する功利主義者である。クーゼによるなら、実際にはQOLの判断に基いて治療の不開始や中止が行われ、患者を「死ぬにまかせている」のに、生命の神聖性原理(Sanctity-of-Life Principle: 以下、SLP)によって積極的安楽死が許容されないことは無慈悲で不適切である。「生命の神聖性」説では、「意図的に患者を殺すことは、絶対に禁止される」(Kuhse 1987=2006: 12)。とくに、「意図的に患者を殺すか、意図的に患者を死ぬにまかせること、そして、人の生命の延長あるいは短縮に関する決定を下すに当たりその質や種類を考慮に入れることは絶対に禁止される」(Kuhse 1987=2006: 16)。ところが、SLPを支持する多くの医師が、

質的無益性などを理由として、「患者によっては死ぬにまかせることは許されうる」としている (Kuhse 1987=2006: 51)。クーゼはこれを「条件付き SLP」と批判する (Kuhse 1987=2006: 31)。

末期がんに苦しみ、大きな苦痛あるいは不快感を味わい、肺炎を併発している患者……一般的には、SLPの支持者たちは、このようなケースでは、抗生物質による治療は通常でない、そして義務的でないと主張する。しかし、治療すれば肺炎を退け、患者はさらなる人生の期間を期待できるという信念を前提にするなら、いったいどうしてこうなるだろうか。……従って、このような場合、なぜ治療を差し控えることが許容されると思われるのか。十分に明確なことは、このような場合、単に一定量の注射をするということが「通常でない」と見なされるのは、患者の生命の質あるいは種類が、治療後に、延長されるべきではないものになると信じられるからである。(Kuhse 1987=2006: 229-30)

このようにクーゼは、SLPを支持する人々が、実際にはQOLによって消極的安楽死を選択していることを暴露し、そうであればSLPではなくQOLをこそ問題にするべきだと主張していく。

たしかに、もはやQOLを抜きに臨床の「倫理的」判断はできないようにも思われる。そして、SLP支持者たちが、QOLを理由に、現に「死ぬにまかせる」ことをしているのは「道徳的ごまかし」であるとするクーゼの指摘にも同意せざるをえないだろう。他方、QOLの前提に基いてその患者は「死んだほうがよい」場合があり、その場合は患者を死なせること、あるいは殺すことの方が患者の利益になると言うのであれば、積極的安楽死を堂々と合法的に実施すべきだと言うクーゼの主張にも同意せざるをえないかもしれない。むしろ、積極的安楽死賛成論が「尊厳(dignity)」を名目としているからには、また、患者自身がSLPを否定することに尊厳があると自己決定するのだとするなら、SLP支持者がそれに反対することは難しくなるだろう。そのとき、QOLを基準とするベッドサイドの医療分配、ひいては生と死の分配は、マクロレベルの効率的で公正な医療分配とまさに滑らかに接続することになるだろう。しかし、クーゼでさえも、そこに何らかの「一見分かりやすい」媒介を入れざるをえなくなっている。それが看護倫理である⁹。

IV 看護倫理の争い——セネカを死なせるか

以上でみてきたクーゼの主張に沿うなら、オーストラリアの一部の州がそうであるように¹⁰、法制度のマクロレベルにおいて安楽死や自殺補助を擁護することになり、ベッドサイドにおける専門職の支援がその実現を後押しすることになるだろう。実際に、クーゼは、看護師が「蘇生禁止」の指示を書き、緩和処置や生命維持処置の要、不要、さらには積極的安楽死や自殺補助についても責任をもつことができるよう、看護師自身が法改正のために活動すべきであると提言し (Kuhse 1997=2000: 274)、以下のように書いている。

看護師は看護師である以上、どのような意味においてであれ常に自らを患者の代弁者 (advocates) として認識していなければいけない。なぜなら、看護師は医療従事者であり、医療従事者はすべて、職業上、ケアを提供される人のために発言し行動しなければならないからである。¹¹ (Kuhse 1997=2000: 257)

クーゼによると、医師よりも看護師のほうが「末期の患者と向き合い、細部にまでわたってその希望を敏感に察知する能力」に富んでいる (Kuhse 1997=2000: 271)。そのため、看護師は患者の「代弁者」という意識を持ち、「ガイドライン、政策、法律」の変更や、医師と看護師の分業のあり方の再検討に尽力すべきだと言う (Kuhse 1997=2000: 262)。そして、近年では、患者の自己決定権に基いて治療の差し控えや中止が行われるようになったが、積極的安楽死や自殺補助を禁止することは「きわめて差別的で不公平」なので、「看護団体がこうした現状を支持することは許されない」(Kuhse 1997=2000: 264)。なぜなら、患者が自己決定できるようにするということが看護の責務であるからだと主張する。

看護師の患者に対するケアは、患者が自己決定できるように気づかうという意味でのケアでなければならず、また、終末期においても平等や正義の原則が守られるように配慮するという意味でのケアでなければならない。(Kuhse 1997=2000: 264)

マクロレベルでもベッドサイドでも「平等や正義の原則」を守るべく、患者に死をもたらすキーパーソンとして看護師を指名するクーゼの主張について検討する前に、クーゼによる SLP 批判において、以下の二点については片を付けておく必要がある。

第一に、その治療が通常であるか否かは、常に QOL によって判断されていると言うクーゼの主張については、部分的に同意するが、反論の余地があるだろう。がん、肺炎、二分脊椎、ダウン症、パーキンソン病などの、クーゼが挙げた例では、実際に、患者の QOL によってその治療が通常であるか否かが判断されているように見える。クーゼの主張によるなら、SLP 支持者たちが治療の差し控えや中止が許されうると言うとき、かれらは例外なく質的無益性に基いて判断していることになる。

しかし、質的無益性を排除しても、生理学的に無益と判断される場合は実際にあるだろう。特定の病態においてある治療が推奨されないのは、クーゼの言うように延命によって得られる患者の QOL の判断によるのではなく、特定の既往症によって合併症のリスクが高まるため、相対的に治療によって得られる延命効果が低く見積もられるからである場合が多い。クーゼが示した例のように、その治療が通常であるか否かは、QOL によって判断されることはたしかにあるが、常にそうならざるをえないわけではない。したがって、臨床の場で患者の利益や負担を考慮することは避けがたいとしても、プライオリティの問題として、条件付き SLP 論とは違って、常に生命のほうが質より尊重されることを前提とすることは可能である。言うまでもなく、個人が何を優先するかは多様であるが、少なくとも、医学においてはそのように考えることが可能である。すなわち、個人と医学の目標、ひいてはベッドサイドの目標とマクロレベルや中間団体レベルの目標とが一致するとは限らないし、必ずしも一致させる義務があるわけではない。そこに「深い裂け目」があって一向に構わないのである。したがって、医学が質的無益性の判断を拒否することは可能であり、そうすれば、QOL に基づく消極的安楽死という「道徳のごまかし」を回避することも可能になるだろう。

第二に、クーゼは、ある状態において、延命のほうがその質より尊重されることを「残酷 (cruel)」「無情 (callous)」「無慈悲 (inhumanity)」とみなし、それを前提としているが、この自明性を先ず疑う必要がある。クーゼは次のように書いている。

生命が耐えがたい負担を患者に与えるとしても延命しなければならないとする考え方は明らかに残酷なので、その立場を述べるやいなや、納得のいく倫理原則としては受け入れられないだろう。医学は、熱心であるだけでなく無情な学問となろう。(Kuhse 1987=2006: 266)

クーゼが「残酷」で「無慈悲」と言う対象は、二分脊椎で生まれた児、シャム双生児、ダウン症児、カレン・アン・クインランなどであるが、かれらにとって生きることが「耐えがたい負担」で、延命することが「残酷」で「無慈悲」であるとは、本当に自明のことなのだろうか。ごく一般的に考えても、まったくそうではないだろう。コロンビア大学の外科医で教授の加藤友朗は、Covid-19 による肺炎が悪化し、約 1 か月間 Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) を使用して昏睡状態で過ごしたが、その間、夢と現実を行き来していた経験から、昏睡状態の患者に対する考えが変わったと言う。加藤は回復後の取材で以下のように話している。

恐怖の中で闘っている患者さんは意識がそんなに混沌としているわけじゃない。はっきりものがしゃべれないからといって考えてないわけじゃない。そこをどうわかってあげるかというのがすごい大事なんだなと思いましたね。(TBS テレビ 2020)

移植の現場で働く医師でさえ驚きをもって体験したように、昏睡状態の患者が経験する意識がどのようなもので

あるかは定かではないのだから、カレンは悪夢ならざる夢を見ていなかったと誰にも断言できないだろうし、シャム双生児は二人一組のユニークな人生を独特の親密感をもって楽しめるかもしれない（実際多くの双生児がそうである）。いずれにせよ、これらの肯定的な解釈も含め、かれらの QOL について云々することは、常に恣意的になるだろう。したがって、QOL の前提に基いてその患者は「死んだほうがよい」場合があり、その場合は患者を殺すことのほうが患者の利益になるという主張は正当性をもたない。

こうして主たる論点は、患者自身が無慈悲さを明白に訴える場合はどうだろうかということに絞られてくる。クーゼは、古代の哲学者たちが安楽死や自殺を肯定していた証拠として、ストア派の哲学者セネカが友人ルキリウスへ宛てた書簡を引用している（Kuhse 1987=2006: 23）。同じ箇所を少し長く参照してみよう。

もし自分自身を完全に、「完全に」である、維持できるならば、わたしは老年をみずから放棄するつもりはまったくない。自分の存在の最良の部分をそのまま維持できるならばだ。しかし精神がもろくなり、知性がぬげ落ちたり、自分の人生ではなく、動物のように身体のために生きようになってしまったら、わたしは残骸となってしまった身体から一息に脱出するつもりである。／もし回復可能で、魂に損傷をあたえる心配がないのなら、わたしは死によって自分を病気から救い出すようなことはしない。苦しいからという理由で、自分に暴力的に手をかけるつもりはない。こういう死には敗北である。／しかし苦痛が永続的だと自分で判断した場合は、すみやかな退去を実行するつもりだ。それは苦痛を避けるのではなく、その状態のなかに生きる根拠を阻害するものがあるからである。苦しいという理由で死ぬひとは弱く臆病だ。また苦しむためにだけ生きるひとは愚か者である。（Seneca 2005: 186-7）

この手紙が哲学者の「リビング・ウィル」であるとするならば、死の条件は身体的な苦痛だけではなく、「精神がもろくなり、知性がぬげ落ちたり」「動物のように身体のために生きる」ようになることである。クーゼが言うところの「快適な意識状態の価値」と「自律あるいは自己決定の価値」が欠落することである（Kuhse 1987=2006: 282）。そして、「以前に表明された要望がある場合には、他の事情が同じならば、その要望に従うべき」（Kuhse 1987=2006: 284）ならば、セネカがもし意識障害をきたすような病態になったなら、「すみやかな退去を実行」すべきということになる。ところが、事前指示書の問題点として何度も指摘されてきたように、セネカがルキリウスに宛てた手紙の内容を現在のセネカの状態にそのまま当てはめることが妥当かどうかは不明である。実際、セネカの手紙はその一部分だけ取り出して「自己決定」とみなすことは適切ではないだけではなく、別の書簡では、ルキリウスの体調不良の訴えに対して「自分の苦痛を深刻に考えてはならない。大げさに嘆くことで苦痛の重荷を増大することは意味のないことだ」（Seneca 2005: 290）と論ずることもあった。つまり、セネカの言う「苦痛が永続的だと自分で判断した場合」がいかなるときなのかは不明だし、もし実際に「知性がぬげ落ち」てしまったなら、どのようにそれを自分で判断するのだろうか。むしろ、「死によって自分を病気から救い出す」ことが「敗北」「臆病」になる場合すらあるだろう。

ところが、クーゼは看護師たちに言うだろう。看護師の義務は患者個々人の利益を目指すことである、そしてセネカの利益は「快適な意識状態の価値」と「自律あるいは自己決定の価値」の保持にある。したがって、看護師がセネカを「代弁する」なら死を選択するのは「当然の責務である」。そのうえ、看護師は医療従事者の誰よりも患者に近い立場にあるために、その要求を細やかに察する「ケアリング」の気質を備えているのだから、医師の指示なしに、自律的に決定できなければならない。したがって、看護師は自律的にセネカのために「生命を終わらせる決定」をするべきである。つまり、クーゼの論理では、患者の自己決定が不明確な場合にも、「察する」ことによって看護師が安楽死の決定を下すことができることになる。

クーゼは、死にたい患者は医療を離れて勝手に自殺すればよい、とは決して言わない。なぜなら、あくまで医療の範疇において殺すことが道徳的であると考えからだ。しかし、多くの人はそれを極論と受けとめるだろう。ところが、多くの人は、（死ぬことへ）自己決定するのを看護師が支援することについては実質的に認めているのである。端的に言って、クーゼが医師ではなく看護師に安楽死の責務を課す理由は、セネカが「快適な意識状態の価値」と「自律あるいは自己決定の価値」をもっとも重要と考えているとしても、それと医学の目標は同じではないことを見越

しているからである。看護師であれば、患者が自己決定できるように導くこと、さらには生命や健康を逸脱する個人の利益であってもそれを代弁することが職務であり道徳的であるから、セネカを死なせる支援ができると考えるのである。そのことの制度化がACPなのに、多くの人はそれを容認しているのである。だが、次節で述べる理由により、看護師はセネカを死なせることはできない。

V おわりに——ふたたびナイチンゲール

シンガーが主張したのは、より多くの人々の医療を保障し生命を救うためには、少数の高価な治療を制限して医療を分配し直すということである。また、日本政府が「医療資源の効率化」を掲げて目指しているのも、マクロレベルの医療資源を分配し直すことである。ここまではマクロレベルの議論であるが、中間団体が種々の名目で個々の支援者を支援へと導いている。そしてクーゼにいたっては、そのことを看護倫理として位置づけるのである。こうして、ACPにおいては、個別のベッドサイドで、患者の代弁者としてクーゼに指名された看護師が、終末期の意思決定を支援するとして、患者に何度もあれこれ尋ね、皆で相談し、さまざまなお膳立てをすることになる。看護師は支援をするよう導かれ、患者は終末期における自らのあり方を自ら導くように導かれる。つまり、マクロレベルの統治性とベッドサイドの統治性を接続するのが、看護師の支援となっているのである。

少し歴史的に回顧するなら、以下のように言うことができるだろう。1970年代に、医療の過干渉についてイヴァン・イリイチが「医療化 (medicalization)」と批判し (Illich 1976= [1979] 1998)、ミシェル・フーコーは「われわれが望みもしないのに、科学的にも技術的にも最新の方法で、われわれを生かしておく」(Foucault & 渡辺 1978: 165)と揶揄した。しかしこれらはもはや約半世紀前のことであり、今や「終末期」に施される治療が「過剰」で「無駄」であるとのイメージは一般化した。むしろ現代では、「医療資源の効率化」が押し立てられ、これが rationing を正当化し、医療の過干渉やパターンリズムを避けるという名目のもと、あくまで本人の意思決定を支援するという統治の技法が押し出されてきた。そのため、医療の「過剰」を心配する捉え方は、現代ではもはや牧歌的すぎると捉えるべきである。したがって、今となっては、終末期の「本人を人として尊重する意思決定」についても、それを支援すべきであるということの自明性も問われて然るべきだろう。「本人を人として尊重する意思決定」という措辞が医療を受けないことや中止することの自己決定を意味していることは少し考えればわかることであり、逆に、医療を受けるという自己決定であれば、わざわざ「本人を人として尊重する意思決定」などという陳腐な言葉はいらないはずだからである。ナイチンゲールは、終末期の患者にかかる陳腐な言葉について以下のように書いていた。

こうしたおよそ陳腐な忠告の言葉は、これら病に苦しむ人びとの人生の終焉近くによくみられる、あの自己の務めに対する健気でひたむきな専念 (cheerful, single-hearted, constant devotion to duty) に対して、汚点をつけるようなものであり、それは、陽光に燦く南面の果樹園の塀に残された蝸牛の粘液の跡を思い起こさせる。(Nightingale 1860= [1968] 2011: 171)

ナイチンゲールは、終末期患者の生命力を「自己の務めに対する健気でひたむきな専念」と見ていた。そして看護とは、「患者の生命力 (vital power) の消耗を最小にするよう」生活過程を整えることだと書いている (Nightingale 1860= [1968] 2011: 14-5)。終末期医療の諸問題が語られる現代にあっても、看護師がこの逆の役割を担う者として自己を統治し患者を統治すること、患者を導くように自己が導かれ自己をも導くことは、ナイチンゲールに言わせると「蝸牛の粘液」だということになるだろう。であれば、セネカを死なせることも、放っておかずにそこへ導くことも看護師の仕事ではないということになるだろう。

終末期の「本人を人として尊重する意思決定」を支援するという「一見分かりやすい」陳腐な言葉と、患者の生命力の消耗を最小にするためのこまごました仕事 (little things)¹²の正しさとの間にも「深い裂け目」がある。すなわち、ベッドサイドの看護の目標とマクロレベルや中間団体レベルの目標とが一致するとは限らないし、必ずしも一致させる義務があるわけではない。そこに「深い裂け目」があって一向に構わないのである。したがって、看護師が陳腐な御節介を拒否することは可能であり、そうすれば、「深い裂け目」をそのままにすることも可能になる

だろう。看護師は、こまごました仕事だけで十分すぎるほどに多忙なのである。

注

- 1 ACPとは、将来のヘルスケアについての当事者と医療従事者、家族等との協議のプロセスのことをいう。人が意思決定能力を失った場合の治療に関する意向を表明するための書式である「事前指示書」の欠点を克服し、医学によるパターナリスティックな決定や、個人の強い自律を前提とした自己決定のどちらにも偏ることのない共同意思決定（Shared Decision Making）の考え方をベースにしている。
- 2 ミシェル・フーコーが近代における知と権力の諸関係についての考察を経て古代ギリシア・ローマ時代まで遡り主体へと関心を移行させたことには、一貫した〈統治〉への思索があったとの見方がある。箱田徹は、1970年代半ば以降（『監獄の誕生』（1975年）以降）のフーコーの思索を貫くテーマは〈統治〉であると書いている（箱田 2013: 3）。古代の哲学者たちが自己と他者の〈統治〉によって、あるいはその構成要素としての自由を見出していたことについては、あきらかに肯定的なまなざしが認められるが（Foucault 1984=2006: 292-336）、本稿で参照するのは「分析格子」としての「統治性」概念である。「私が統治性と呼ぼうとしたもの、つまり人間の操行を導く方法（la manière dont on conduit la conduite des hommes）は、権力のそうした諸関係を分析するために提案した分析格子に他なりません」（Foucault 2004=2008: 230）。なお、翻訳書からの引用は原書も参照して部分的に独自に訳出し必要時括弧内に原語を示す。
- 3 *Notes on Nursing* にはいくつかのバージョンが存在し、しかも版を重ねるたびに著者自身がかかなりの加筆・訂正を行っているが、本稿で引用したのは1860年の版の翻訳である。
- 4 “chattering”を「御節介」としているのは翻訳者による。『新英和大辞典第六版』（2002）によると、“chatter”は「べらべら [べちゃくちゃ] シャべる、くだらない [余計な] ことをしゃべる」とあり、『LONGMAN 英英辞典第五版』（2009）では“informal talk, especially about things that are not serious or important.”とある。ナイチンゲールは素人による [余計な] 励ましや忠告について chattering と呼んだわけだが、専門職のおしゃべりや行為も [余計な] 側面をもつ場合は chattering であり、「御節介」という訳は適当と考え採用した。
- 5 日本老年医学会の『ACP 推進に関する提言』には、「支援」の事例集が併記されている。事例 10 件の ACP ファシリテーターは、看護師 3 件、ケアマネジャー 3 件、かかりつけ医 1 件、薬剤師 1 件、病院移行期ケアチーム 1 件、ケアマネジャーと医療ソーシャルワーカーの連名 1 件である。
- 6 『経済財政運営と改革の基本方針 2019』の「(ii) 医療提供体制の効率化」に以下の記載がある。「人生の最終段階における医療・ケアの在り方等について、人生会議などの取組を推進するとともに、在宅看取りの好事例の横展開を行う」（内閣府 2019: 61）。「人生会議」は厚生労働省が ACP につけた「愛称」。
- 7 がんの治療に用いられる内服薬ステント。約 49,000 ドル/年は日本でも同等。日本でステントは保険適用になっており、毎月約 47 万～95 万円のうち 3 割が自己負担で、特定の条件下では払い戻し（高額療養費）の対象になることがある。（GIST 研究会 <https://gist.jp/point/point0206>）
- 8 安藤は、統治理論としての功利主義と個人道徳の理論としての功利主義を明確に峻別したうえで、統治功利主義を擁護する論を展開している。注意すべきは、ここで安藤が「統治」と言うとき、「統治者を名宛人としつつ」「如何なる法・国家制度が望ましいか」という議論、すなわちマクロレベルの統治を検討対象とすることに厳しく限定していることである（安藤 2007: 3-15）。しかし、実情はそうならない。そこを分析すべきである。
- 9 1991年にクーゼは同僚のピーター・シンガーと、オーストラリアの看護師 943 人を対象に、積極的または消極的安楽死を支援することについて看護師の態度と実践に関する調査を行っている（Kuhse & Singer 1993）。日本の看護学におけるクーゼの受容について、advocate 機能の解釈において影響がみられることは石本傳江（2000）を参照。日本看護協会の『看護者の倫理綱領』にも、「必要に応じて代弁者として機能するなど、これらの権利の擁護者として行動する」（日本看護協会 2003）とある。
- 10 オーストラリアでは、北部準州において 1995 年に世界で初めての医師による患者の積極的安楽死並びに自殺補助を認める安楽死法「終末期患者の権利法（Rights of the Terminally Ill Act 1995）」が成立したが、施行後 9 か月で無効となった。現在、ビクトリア州では、「自発的補助自死法（Voluntary Assisted Dying Bill 2017）」が 2019 年 6 月から施行されており、西オーストラリア州は、2021 年 7 月から施行予定。クーゼは 1985 年からオーストラリアの Dying with Dignity に関する議会調査委員会を立ち上げ、ビクトリア州の立法に寄与し、1995 年の立法議会では特別委員であった（Dying with Dignity Victoria; House of Lords）。
- 11 翻訳書において「看護婦」と記載のある部分は、表記の統一のため「看護師」とした。
- 12 ナイチンゲールは次のように書いていた。「ところで、看護については『神秘』などはまったく存在しない。良い看護というものは、あらゆる病気に共通するこまごましたこと、および一人ひとりの病人に固有のこまごましたことを観察すること、ただこれだけで成り立っているのである」（Nightingale 1860= [1968] 2011: 197）。

文献

- 安藤馨, 2007, 『統治と功利——功利主義リベラリズムの擁護』 勁草書房.
- Dying with Dignity Victoria (2020年12月6日取得, <https://www.dwdv.org.au/about-us/history>).
- Foucault, M., 1984, "L'éthique de souci de soi comme pratique de la liberté" *Concordia*, 6: 99-116. (= 2006, 廣瀬浩司訳, 「自由の実践としての自己への配慮」『フーコーコレクション5 性・真理』 筑摩書房, 292-336).
- Foucault, M. & 渡辺守章, 1978, 『哲学の舞台』 朝日出版社.
- Foucault, M., 2004, "*Naissance de la biopolitique*" *Cour au Collège de France 1978-1979*. (= 2008, 慎改康之訳, 『生政治の誕生』 コレージュ・ド・フランス講義 1978-1979 年度 ミシェル・フーコー講義集成Ⅷ, 筑摩書房).
- 箱田徹, 2013, 『フーコーの闘争——〈統治する主体〉の誕生』 慶應義塾大学出版会.
- Helft, P. R., Siegler, M. & Lantos, J., 2000, "The rise and fall of the futility movement". *New England Journal of Medicine*, 343: 293-296.
- House of Lords, Memorandum by Dr Helga Kuhse (2020年12月6日取得, <https://publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldselect/ldasdy/86/86we15.htm>).
- Illich, I., 1976. *Limits to Medicine: Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. (= [1979] 1998, 金子嗣郎訳, 『脱病院化社会——医療の限界』 晶文社).
- 石本傳江, 2000, 「患者の利益擁護者としての看護」 *Quality Nursing*, 6 (4), 67-71.
- 加藤尚武・飯田亘之編, 1988, 『バイオエシックスの基礎——欧米の「生命倫理」論』 東海大学出版会.
- Kuhse, H., 1987, *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine: A Critique*, Oxford: Clarendon Press. (= 2006, 飯田亘之ほか訳, 『生命の神聖性説批判』 東信堂).
- Kuhse, H., 1997, *Caring: Nurses, Women and Ethics*. (= 2000, 竹内徹・村上弥生訳, 『ケアリング——看護婦・女性・倫理』 メディカ出版).
- Kuhse, H. & Singer, P., 1993, "Voluntary euthanasia and the nurse: an Australian survey." *International Journal of Nursing Studies*, 30 (4): 311-322.
- 内閣府, 2019, 『経済財政運営と改革の基本方針 2019』 (2020年12月6日取得, https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2019/2019_basicpolicies_ja.pdf).
- Nightingale, F., 1860, *Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not*, New edition, revised and enlarged. London: Harrison, 59, Pall Mall, Bookseller to the Queen. (= [1968] 2011, 湯楨ます, 薄井坦子, 小玉香津子, 田村眞, 小南吉彦訳, 『看護覚え書——看護であること 看護でないこと』 改訳第7版, 現代社).
- 日本看護協会, 2003, 「看護者の倫理綱領」 (2020年12月1日取得, <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html#p4>).
- 日本老年医学会, 2019, 『ACP 推進に関する提言』 (2020年12月6日取得, <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp.html>).
- Seneca, L. A., *Ad Lucilium epistulae morales*. (= 2005, 塚谷肇訳, 『ルキリウスへの手紙——モラル通信』 近代文芸社).
- Singer, P., 2009, "Why we must ration health care." *The New York Times Magazine*, July 15.
- TBS テレビ『報道特集』, 「生還の医師語る 新型コロナウイルスの後遺症 2020. 7. 25」, (2020年8月15日取得, <https://www.youtube.com/watch?v=oLPdVo-lHow>).

Bedside Governmentality

KASHIWAZAKI Ikuko

Abstract:

Conventional discussions about end-of-life decision-making have generally focused on the methods of support that should be adopted and how to provide suitable support from ethical perspectives. This paper aims to reconsider reflectively the decision-making support for end-of-life situations from the viewpoint of governmentality, which requires arranging the art of end-of-life. Nursing norms as per the F. Nightingale (1860) literature, macro-level utilitarianism by P. Singer (2009), et al., and bedside utilitarianism by H. Kuhse (1987, 1997) are reviewed in order to analyze how they correlate to end-of-life governmentality. Findings from the analysis reveal that end-of-life decision-making support by professionals, especially nurses, plays an important role between the macro-level and bedside governmentality. In conclusion, governmentality of bedside decisions about end-of-life involve nurses' support. However, it is not the nursing role as defined by Nightingale.

Keywords: Governmentality, advance care planning, nursing, end-of-life, utilitarianism

ベッドサイドの統治性

柏崎 郁子

要旨:

終末期の意思決定「支援」に関する従来の一般的な議論では、支援の方法やその運用方法が問われてきた。本稿では、「統治性」の観点から、終末期の意思決定「支援」の位置と機能を反省的に捉えなおすことを目的とした。方法として、F. ナイチンゲール (1860) の文献を参考に看護の責任の二重性について検討したうえで、P. シンガー (2009) らのマクロレベルの功利主義と、それが看護倫理を介してベッドサイドに接続するような H. クーゼ (1987, 1997) の議論を検討した。結果、ベッドサイドで終末期の医療について決めることを要請する統治性においては、専門職、ことに看護師による「支援」に重大な役割が賦与されている次第が示された。結論として、本稿で示されたベッドサイドの統治性にみられる「支援」は、ナイチンゲールが定義する看護の仕事ではないことを指摘した。

