



Title	看護師の専門職倫理 : ヘーゲル哲学における「知」と思考
Author(s)	石川, 洋子
Citation	北海道大学. 博士(文学) 乙第7193号
Issue Date	2023-12-25
DOI	10.14943/doctoral.r7193
Doc URL	http://hdl.handle.net/2115/91198
Type	theses (doctoral)
File Information	Hiroko_Ishikawa.pdf



[Instructions for use](#)

看護師の専門職倫理
—ヘーゲル哲学における「知」と思考—

石川 洋子

凡例

1. ヘーゲルの著作からの引用は以下による。
Hegel, G.W.F., *Werke in zwanzig Bänden*. Theorie Werkausgabe Redaktion Eva Moldenhauer und Karl Markus Michel Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 1969ff.
Bd. 1: Frühe Schriften (=Fr)
Bd. 3: Phänomenologie des Geistes (=Ph)
Bd. 7: Grundlinien der Philosophie des Rechts (=Gr)
2. テキストを引用する際は上記の略号とページ数を括弧内に記す。その際、原著のページ数と共に、第1巻 Frühe Schriften については、伴博訳『キリスト教の精神と運命』のページ数、または寄川条路訳『初期ヘーゲル哲学の軌跡 断片・講義・書評』のページ数を記す。第3巻 Phänomenologie des Geistes については、金子武蔵訳『精神の現象学』のページ数を記す。第7巻 Grundlinien der Philosophie des Rechts については藤野訳渉訳『法の哲学』のページ数を記す。つまり、(Gr, 00, 00) というかたちで表記する。ただし訳文は適宜筆者が変更を加えている。

目次

序	1
1. 問題の所在と本論文の主題.....	1
2. 各章の概要.....	5
3. 初出一覧.....	8
第1章 医療におけるケアの双方向性.....	9
はじめに	9
1. 一般的なケア	9
2. 医療におけるケア	12
2.1 対人援助技術としてのケア.....	13
2.2 医療におけるケア関係.....	14
2.3 help ではなく support としてのケア.....	15
3. 不適切なケア	16
3.1 一方向性.....	16
3.2 相手を尊重しない	17
3.3 強いパターナリズム.....	18
3.4 自己目的化.....	20
小括.....	22
第2章 相手を理解するための共感	23
はじめに	23
1. 共感の訳語について	23
2. ヒュームの共感.....	24
3. シェーラーの共感.....	28
4. ヘーゲルの愛の限界	30
小括.....	32
第3章 共同知を目指す「良心」論	34
はじめに	34
1. 「a 道徳的世界観」における「道徳性」と「b ずらかし」	35
2. 「良心」の登場.....	36
3. 「行動する良心」と「信念」「承認」「絶対自主性の至上権」	37
4. 「良心」の抱える矛盾と「断言の言葉」	39
5. 「美しい魂」と「良心」の対立	41
小括.....	43

第4章 「感受性」の意味と涵養	44
はじめに	44
1. 「第二性質」としての道徳的事実.....	44
2. 「第二の自然」と「陶冶」	47
3. 「感受性」の涵養	49
4. 「感受性」と「良心」論による倫理的実践	51
小括.....	56
第5章 看護職の専門性と自律性——ナースィング・アドボカシーをめぐって	57
はじめに	57
1. アドボカシーの概念と背景.....	58
2. アドボカシーモデルの分析.....	60
2.1 フライのアドボカシーモデル	60
2.2 ガドウとカーティンのアドボカシーモデル	62
2.3 看護におけるアドボカシーの意味.....	64
2.4 アドボカシーの実践に伴う問題	65
3. 専門職論における自律性と看護職の位置付け	67
小括.....	73
第6章 共同性の基盤 ヘーゲル「事そのもの」と看護職の自律	75
はじめに	75
1. 行為的理性の諸段階	75
2. 個性から「事そのもの」へ.....	77
3. 「事そのもの」から「精神的な実在」へ.....	80
4. 「事そのもの」としての看護ケア.....	83
5. 看護師の職業的自律	85
5.1 カントの自律概念	86
5.2 ヘーゲル的な自律としての共同性.....	87
小括.....	89
総括と今後の課題	91
1. 総括.....	91
2. 今後の課題.....	95
参考文献一覧	97

序

1. 問題の所在と本論文の主題

本論文は、看護師の専門職倫理についてヘーゲル（Hegel, Georg Wilhelm Friedrich, 1770-1831）の哲学から論究することを目的としている。専門職倫理は専門職業人が持つべき行動規範であるため、その職業人と職業団体が社会的責任を果たす上での価値観の遵守や徳性を表現し、その職業の道徳的な正しさを追求するという特徴を持つ。看護師の専門職倫理は、1988年に行動指針として「看護師の倫理規定」を公益財団法人日本看護協会が作成、以後改訂を繰り返し、2021年から「看護職の倫理綱領」として公表されている。

「看護職は、免許によって看護を実践する権限を与えられた者である。看護の実践にあたっては、人々の生きる権利、尊厳を保持される権利、敬意のこもった看護を受ける権利、平等な看護を受ける権利などの人権を尊重することが求められる。同時に、専門職としての誇りと自覚をもって看護を実践する。」（公益社団法人日本看護協会, 2021）

上記の引用は看護者の倫理綱領の前文の一部であり、看護師は看護実践における専門職であることが公言されている。日本の看護師は国家資格であり、資格取得後も独占的な職務内容、大学院教育、認定看護師や専門看護師といった職能集団による資格認定制度がある。詳細は本論にて述べるが、看護職は最初から専門職という位置付けにあったのではない。看護実践・教育・研究による専門性を追求し、看護学という学問が確立し発展してきた。

ところが、世間一般には未だに、看護師は医師のお手伝いという認識が根強く残っている。筆者は、住込みの家政婦を雇っているような高齢の方ならともかく、同世代の女性から「看護師さんはお医者のお手伝いさんだ。」と言われた経験がある。この発言は彼女の勘違いだとか、看護師の何たるかをわかっていないなどと片付けてはいけない。看護師は、社会一般には、医師の診療の補助を担うという意味での専門職であり、看護職が自負している看護ケアの専門職という認識には至っていないということである。つまり、看護師は人々に対して何を、どのような社会的価値を提供するのか、未だ理解されていないのである。

先取りする形になるが、本論文の構成は、まず看護師が提供する医療ケアのあり方（第1章）、医療ケアの提供に不可欠な態度としての共感（第2章）を論じる。次にヘーゲルの「良心」論が目指す倫理的精神と感受性の陶冶（第3章と第4章）、看護の専門性と自律性の獲得過程としてのナーシング・アドボカシー（第5章）、看護師の職業的アイデンティティの成熟とヘーゲルの「事そのもの」（第6章）について論じる。看護師の専門職倫理は、看護職が社会に対して果たすべき責任と使命、徳性を公表するものであり、行動規範という特性上、看護師はそれを遵守すべきものとして認識している。しかし本来、看護師の専門職倫理とは、職業人としての看護師のあり方について看護職の道徳的な正しさよりも倫理性を追

求しなければならない。本論文は、看護師の専門職倫理が、社会の中で職業的アイデンティティを刷新し成熟するプロセスにより形成されるものであることについて、ヘーゲル哲学から論究することが最終的な課題である。第5章と第6章で述べる看護の自律性とは単に他者から干渉されない、他者に従属しないというだけではない、創造的で共同的なものに結論付く。

ヘーゲルの晩年の著作である『法の哲学』の序文に「ミネルヴァの梟は黄昏がやって来るとはじめて飛び立つ。」(Gr, 28, 30)という有名な文言がある。ミネルヴァ (Minerva) はローマ神話に登場する知恵を司る女神であり、梟はミネルヴァの聖なる動物とされている。この文言においてはミネルヴァの梟は哲学を意味し、ヘーゲルはこの言葉を序文に記すことで、哲学とは何であるかについて語っている。ヘーゲルは、「哲学は、理性的なものの根本を究めることであり、それだからこそ、現代的かつ現実的なものを把握することであって、彼岸的なものを打ち立てることではないということである。」(Gr, 24, 23)と語っている。つまり、「理性的なもの」の根本を究めるということは、現実と向き合い、対峙しなければならない、現実とかけ離れたところに「理性的なもの」を求めてはならない。哲学とは「現実的なもの」の本質を考えることを意味している。そして哲学が、現実が出来上がった後からやって来ることを「黄昏がやって来るとはじめて飛び立つ」と表現している。哲学は「現実的なもの」の本質を考える営みだからこそ、現実が出来上がってから現れ、未来に向かって飛び立つのである。ヘーゲル哲学は、現実の真にあるべき姿を創り上げていく実践哲学である。

本論文の目的をより平易に表現するならば、専門職としての看護師のあり方についてその本質をヘーゲルの著作から哲学することである。看護師のあり方や看護について批判(反省)することで、看護師とはそもそもどのような職業であり、看護とは何をするものであるのかについて明らかにし、さらにより良い看護を社会と共に刷新する。看護師の専門職倫理とは、より良い看護を創造するものである。本論文の特徴はヘーゲルの倫理思想の特徴でもあるが、カント (Kant, I, 1724-1804) の道徳への批判が根底にある。

カントは、伝統的な形而上学の解体と革命、「定言命法」に象徴される道徳哲学の樹立という哲学史上大きな功績を残した。カント哲学の代名詞とも言える「定言命法」の論点は、理性は何が善であるかについて必ず判断でき、自律的な意志の力によって判断された善を行うことができること、人間は普遍的な正しさを求める理性と快を求める感情の間で葛藤する存在であるが、理性的な善の判断により感情を抑止できること、善は普遍的な正しさと幸福を調和するために「最高善」と「神の存在」が要請されることである。カント哲学は、人間という存在は理想的な状態を理性によって思い描き、そして自律的な意志の力が理想状態を目指し行為すべきであるとする。すべきという命令は、道徳法則だからである。

しかしヘーゲルは、快を求める感情を抑制するのではなく、その感情のありようや欲望＝感性を社会や人々を通して普遍的なものに高めるという陶冶にこそ、倫理の本質があるとする。ヘーゲルのカント批判は、カントの道徳は、人間は正しく善であるべきという理想と

その理想への意志、当為にすぎないという点である。むしろヘーゲルは感情や感性を教養により高めながら理想と現実の克服、客観的にも普遍的にも妥当する倫理（人倫）を目指す。このように、本論文がヘーゲル哲学から専門職倫理を論じる試みは、看護師のあり方や看護を批判的に検討することで看護の本質を顕にし、より良い看護を社会と共に刷新するためである。そして先に述べた、看護師の専門職倫理としてより良い看護を創造することの含意は、規則や規範を守るだけでなく、理想を掲げるだけでなく、社会と共に創り上げる志向性の倫理である。

社会というものは、私たち個人にとっては、「自己」であるような社会であり、個々人の存在根拠となる実体である。同時に、私たち個人は、社会にとっては自覚的に社会を作り出す主体である。であれば、人間が社会を認識するということが、社会という対象となった人間のありようを私たち自身が認識するということである。もし社会が理性的に成熟しているならば、自己と社会は一体となっているはずである。しかし現実の社会は、自己以外の諸々の他者の力によって私たちのコントロールが及ばない状態になっており、時に対立関係を生じることもある。そのような社会は、私たち個人にとっては「他者」であり、この「他者」としての社会に私たちが対峙する際には、私たちは社会から切り離された「個」であることを自覚する。倫理を創り上げるという意味には、他者として現前する社会を私たち人間が自己のものとして、よそよそしくある社会を他者として認識することを超え、自己として取り戻すことでもある。そうでなければ、私たち人間は何の目的も持たず、水面に浮かぶ浮き草のように他人任せに生きるか、自己の利益や損得勘定に従い自分のためだけに生きるか、神や宗教に救いを求めて生きるしかない。

さて、本論文はなぜヘーゲルの『精神現象学』を扱うのか。ヘーゲルはドイツの哲学者で、『精神現象学』は今から 200 年以上も前の 1807 年に書かれた著作である。しかしヘーゲルは『精神現象学』において、人間に突きつけられた現実において現実的に問題を解決するための、対象を知ることが同時に自己を知るという方法論を提示している。『精神現象学』では、人間の意識は徹底的に自己と他者を対象化する。『精神現象学』の「精神」(Geist)とは、人間の意識的な対象を形成する運動である。ヘーゲルの表現では、「みずから動くもの、それが精神である。精神は運動の主体であり、精神は同時に運動それ自身である。または精神は、それを通じて主体が貫いていく実体である」(Ph, 572, 下 379)。ヘーゲルの「精神」概念は、人間の内面の心の動きという一般的な意味では使われないためわかりにくいだが、武士道精神、民族精神など、人々や社会の間で育まれる意味で使われる精神が『精神現象学』の「精神」であり、単純化の誹りを恐れずに言うならば、絶えず進展する自己形成、自己顕現である。以上のように、本論文では、看護師のあり方や看護を批判し、看護の本質を顕にするために、『精神現象学』における対象を知ることが同時に自己を知るという哲学的方法論と自己顕現という「精神」概念が活用可能であること、また、より良い看護を社会と共に刷新するという創造的な専門職倫理が、看護職と社会に突きつけられた現実的問題を現実的に解決する強力な武器になることを示したい。

最後に筆者の個人的な経験を述べる。看護に携わろうとする者は誰でも、その教育課程の最初の段階において人間を疾病論的な見方や機械論的な見方ではなく、統合的で生物心理社会的存在としてとらえるための有益な理論を学んでいる。ところが残念なことに、実際の臨床での看護師は、医療ケアの提供そのものが目的化し、患者がどのような苦痛を抱え、苦悩し、彼らが何を望んでいるのかさえ理解しないことは少なくない。以下は筆者の臨床での経験のひとつである。

場面はある病棟での申し送り直後、看護師 A は、患者 B が不眠のため睡眠剤を希望しているという申し送りの情報から、主治医 C に睡眠剤の処方依頼を依頼した。主治医 C は「何を出したらいいの？」と看護師 A に尋ねたため、看護師 A はその日の業務リーダーである看護師 D に次のように報告した。「患者 B さんの睡眠剤の件ですが、先生が何を処方したらいいのかと言っています。」

看護師 A はまるで伝書鳩である。患者 B がなぜ睡眠剤を希望するのか、なぜ眠れないのかなどについて患者 B から何も聴かずに主治医 C に処方を依頼している。主治医 C もまた、患者 B の不眠症状を確認せず、睡眠剤処方の要否について検討すらしていない。看護師 A、主治医 C の医療ケアの目的は、患者 B の抱える不眠症状の緩和ではなく、睡眠剤の処方になっている。このまま何かの睡眠剤が処方されれば、恐らく患者 B のカルテには「○月○日睡眠剤○○○処方」と記載され、看護記録にも「睡眠剤○○○が処方されたため、服用の有無と睡眠状態観察」などと記録されるのかもしれない。患者 B の不眠症状の特徴、眠れない理由が身体的なものか、環境的なものか、心理的なものか、そして不眠によって患者 B にもたらされる日常生活上の支障、本人の苦痛がまったくわからないまま、ただ適当な薬剤が処方されようとしている。

看護師は、患者にとって一番身近な存在であるとか、患者の代弁者であるなどとよく耳にする。しかしたった一人の患者でさえ、その人が何に悩み、困っているのかについて、本当の意味で知ることは難しい。相手の立場になって考えること、傾聴、共感的姿勢、思いやりなどによってそれは可能になるのだろうか。患者を理解し、知るためには、繊細で敏感なアンテナのような感受性を備えることが必要だろうか。看護師 A、主治医 C に限らず医療者にまず必要な態度は、自分の眼で患者を見つめ、自分の耳で患者の声を聴くこと、一人の人間としての患者の前に、同じ一人の人間として立ち、出会うことである。患者は何らかの病気やその症状により苦しんでいる人である。そのためにその人本来の暮らし方やあり方が変化してしまい、自由を失っている状態にある。ここで言う自由は、自分の思う自分であること、自分の望むようにいられることを意味する。看護師は患者とともに自由を回復し、実現できるようサポートする存在である。そのためにはまず、患者と看護師が対等な人間として同じ地平で出会う必要がある。筆者のこの経験は、筆者自身が看護師として突きつけられた厳しい現実である。患者 B のように、看護師や医師が目の前にいるにもかかわらず、自

分に関心を寄せずに素通りされるといった経験を患者にさせてはならない。そして患者に関心を寄せることのできる看護師を育成する重大さを痛感したことが本論文執筆の強い動機となっている。

2. 各章の概要

第1章は、第2章以後のすべての章の土台となる医療におけるケアについて論じる。ケアという言葉は、その肯定的な側面——成長、自己実現、あるいは共感、配慮といったケア提供者の心情や態度——が強調されやすい。そして教育、医療、介護、福祉などの対人関係を主とした多様な領域で扱われる。第1章はケアが論じられる様々な実践領域のうち、医療におけるケアについて考察するために一般的なケアについてその言葉の語源に遡って人間存在の根源とされる所以を確認し、ケアすることについての哲学的な考察を行ったメイヤーロフ (Mayeroff, M, 1925-1979) のケア論を概観する。ここでの課題は医療におけるケアとの相違を明らかにすることである。そして次に、医療におけるケアが専門職による対人援助技術であることを踏まえ、医療におけるケア関係と不適切なケアの危険性について考察する。患者と医療者の関係は医療者の専門性が高いため非対称的である。そのため医療ケアは双方向性である必要性について論じる。

第2章は、看護師が医療ケアを提供するために患者の抱える苦痛や苦悩を理解する姿勢や態度としての共感について、ヒューム (Hume, D., 1711-1776) とシェーラー (Scherler, M., 1874-1928) の共感の概念について考察し、共感とはどのような現象なのかを検討する。ヒュームは感情を倫理的判断の根拠とする。感情は利己的で自己中心的な傾向が強いが、ヒュームは自愛や私益に囚われない共感を心理現象として述べている。シェーラーは共感を人間における愛という現象を基礎付ける作用として位置付け、自己と他者との関係を一体感、追感得、狭義の共感、愛の順に段階的に区分する。シェーラーの人間愛の対象は、すべての人間である。人間愛が生じるためには狭義の共感が前提である。人間は狭義の共感を通して自己とは異なる他者を知ることが可能であり、他者を知ることが共感者と他者との存在関係である。そしてその根拠は愛である。

しかし共感、愛ともに感情である以上は不変性に乏しい。また実践的な原理としても弱い。このことを示すために、ヘーゲルの『キリスト教の精神とその運命』における愛の限界について確認する。

第3章は、ヘーゲル『精神現象学』の「VI 精神」、「C 自己確信的な精神 道徳性」の「c 良心、美しい魂、悪とその赦し」における「良心」論について共同知として解釈する。「良心」は、他者を自分と同じような存在として認めること、他者のうちに自分との同一性を認識することにより、共に知る (Ge-Wissen) という共同知を意味する。ヘーゲルの「良心」は自分と同様に他者との関係を尊重する。自分を人間関係の中でとらえ、お互いの信念、感情、立場が異なる他者との相互承認を目指す。「良心」論は、私たちが直面する現実の諸問題に

対して知の力の強さを主張する。現実問題として他者から承認を得ることは決して容易ではない。しかし何度挫折しようとも、自分の経験を通して、他者との相互承認を獲得するための努力をし続ける「良心」は、絶えず現実を乗り越えようとする知の運動であることを論じる。

第4章は、「正しい/不正である」や「善い/悪い」に対する道徳的判断とは、感覚や感情のはたらきではなく、道徳的な価値を認知することで可能となること、そして道徳的な価値はそれを感じ取る感受性によって涵養されることについて、マクダウェル(MacDowell, J.H., 1942-)の「第二性質」、「感受性」に関する議論を確認する。そして「良心」論と「感受性」理論を統合することで、道徳法則や規則に盲目的に従うのではなく、自分の道徳的な行動の根拠を自らの信念を通して獲得する重要性を提示する。さらに「良心」論と「感受性」理論による倫理的実践と倫理教育は知と思考の積み重ねであり、「実践的思慮」を獲得するプロセスであることを論じる。

第5章は、1970年代のアメリカにおいて登場して以降、看護師の役割やその専門性を示す概念として注目され、位置付けられるようになったアドボカシーについて考察する。アドボカシーという用語は本来法律用語であり、安易に看護に適用することは、患者の意思決定などの場面において混乱や困難を生じやすいばかりか、患者にとって不利益になりかねない。アドボカシーとは看護に独自の役割ではなく、医療者すべての役割である。そして次に、社会学における専門職論からアドボカシーをめぐる看護師の活動について、専門職としての専門性と自律性を獲得する社会運動であることを考察する。またアドボカシーをめぐる運動は、看護師自身が看護とは何かという看護の本質を問い、看護ケアの価値を探求する活動であることを示す。

第6章は、看護師の職業的活動である看護師個々のケア行為を通して、現実的な社会関係を形成することが専門職としての看護師の自律であることを論じる。まず『精神現象学』の「V 理性」における「B 理性的な自己意識の自己自身による現実化」「C 即自且つ対自的に実在的であることを自覚している個性性」を読み解く。ここで登場する理性は行為的理性であり、自分の才や能力を活かし自己実現を目指して現実社会に埋もれている普遍性を現実化し、個性性と普遍性が統一された共同社会を形成する。そして理性はこの共同社会が自分を支えるものであることを自覚する。本章では、この理性の経験について看護師の内的な価値の表現である看護ケアを限定して解釈することにより、看護ケアは社会から孤立したところで成立しない、共同性に基盤があることを示す。最終的に看護の本質を探求し、真の看護ケアを目指すことのうちに「精神的な本質」があることを論じる。

このようにヘーゲル哲学を直接考察する章は、第3章と第6章である。本論文の基本的なスタンスは、看護師の専門職倫理が専門的知識と判断に基づくものであることを示す点にある。前節において本論文の目的は、専門職としての看護師のあり方についてその本質をヘーゲルの著作から哲学することであると述べた。本論文の副題——ヘーゲル哲学の「知」と思考——は、主体による能動的な「知ること」と思考の力の意義を示す狙いがある。「知る

こと」が自分自身と現実世界に思考を働かせるあり方であることを際立たせるために、論文の構成として前半にメイヤロフのケア論、ヒューム、シェーラーの共感を対照的に扱うかたちになっている。

3. 初出一覧

本論文は以下の拙論に基づき、加筆・修正を加えている。

第1章：石川洋子(2011). 「医療におけるケアの双方向性と support というあり方について——メイヤロフのケア概念から」『応用倫理』, 5, pp.64-74.

第2章：石川洋子(2015). 「相手を理解するための共感」『哲学年報』, 61, pp.21-29.

第3・4章：石川洋子(2011). 「倫理的感受性の意味と解釈——ヘーゲル「良心」論をもとに——」『生命倫理』, 21, pp.76-84.

第5章：石川洋子(2010). 「アドボカシーは看護師の役割か？」『医学哲学医学倫理』, 28, pp.1-9.

第1章 医療におけるケアの双方向性

はじめに

医療におけるケアは人間関係を基盤にした対人援助技術である。ケアされる人のニーズは、ケアする人が必要であると考えたケアの内容と一致するとは限らない。だからこそ、ケアする人とケアされる人との関係は双方向性でなければそのケアは不適切なものとなる。また、医療におけるケアは無条件に善い行為ではない。なぜなら専門職によるケアを媒介とする関係性は非対称的だからである。ケアする人がケアされる人を配慮しないことはケアの強行になる。ケアされる人を配慮するということは、患者を一人の人として尊重することを意味する。看護師はケアのこのような側面を理解し、ケアされる人の弱さ、傷つきやすさ、ケアされるその人を配慮することによってはじめて、ケアという営みが成立することを理解しなければならない。医療におけるケアは、ケアする人がケアされる人に何かをしてあげるのでもなく、ケアされる人に代わって何かをするのでもない、ケアされる人の援助(support)である。

ケアは人間という存在について不可欠であり、根源的な概念である。そのためケアという言葉が語られる時、その肯定的な側面——成長、自己実現、あるいは共感、配慮といったケア提供者の心情や態度——が強調され、美化されやすい。本章では医療におけるケアについて、一般的に広義の意味で語られるケアとの差異を明らかにする。まず、ケアについてその言葉の語源に遡り、人間存在の根源とされる所以を確認したうえで、ケアすることについて哲学的な説明を行ったメイヤロフのケア論の概略を確認する。次に、医療におけるケアが広義の意味でのケアと異なり、対人援助技術であることをふまえ、医療におけるケアが抱える危険性と求められる倫理性について述べる形で論を進める。

1. 一般的なケア

『生命倫理百科事典』によると、ケアという言葉はラテン語の“cura”に由来し、誰かのことを「心配に思う」「思い煩う」という意味と、誰かを「思いやる」「配慮する」という二つの意味を持つ。ケアという言葉が二重の意味を持つことは、伝統的にヒュギーヌス (Hyginus, G.I., BCE64?) のギリシア神話集におけるクーラ神話による。

ある川を渡っているとき、クーラは粘土状の泥をみつけ、思いに耽りつつそれを取りあげ、こねて人間を作り始めた。自分は一体何を作ったのかと彼女が考えていると、ユピテル〔ローマ神話の主神。ゼウスに対応〕があらわれた。像に生命を与えるよう、クーラが願うと、ユピテルはすぐにその願いをかなえた。[中略]「クーラははじめて彼を作ったのだから、クーラは彼が生きているあいだは彼を所有するように。しかし彼の名前をめぐる論争

があるのであるから、彼をホモ〔人間、homo〕とよべばよい。何となれば彼はフムス〔土、humus〕から作られたと思われるからである。」（ヒュギーヌス, 2005, pp.277）

クーラ神話では、人間が活着している間はクーラ（＝ケア）が人間を支配するとされ、これによりケアが人間の根源的なあり方に関わる概念であると言われている。ケアの「心配に思う」または「配慮する」のどちらの意味にしても、人間はケアなくして存在することができず、またケアによって人間は全体として完成する¹。

この神話が示す人間にとってのケアの意味は、メイヤロフの *On Caring*（『ケアの本質——生きることの意味』）²において確認できる。一般的に、彼がケアについて本格的に取りあげた最初の人であり、特に医療の領域において注目された（森村, 2000）・（竹山, 1998）とされる。メイヤロフは、「一人の人格をケアすることは、最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することをたすける（help）ことである。」（pp.1, 13 頁）と述べる。続いて父親がわが子をケアする例を挙げ、ケアとは、子どもが成長し自己実現することを父親がたすける過程の中で、父親と子どもの相互信頼が深まり、成熟した関係へと共に成長する関係のあり方であると述べている。また、ケアの対象は他者だけでなく自己にも向いており、「相手をケアすることにおいて、その成長に対して援助することにおいて、私は自己を実現する結果になるのである。」（pp.40, 69 頁）という。また、「ケアの相手が成長するのをたすけることとしてのケアの中で、私はケアする対象（一人の人格であったり、理想であったり、思いつきであったりする）を、私の延長のように身に感じとる。」（pp.7, 18 頁）と述べ、「私は他者の成長が持つ方向に導かれて、肯定的に、そして他者の必要に応じて専心的に（with devotion）応答する」（pp.12, 26 頁）とする。このようにメイヤロフのケアは、ケアの対象が目の前の特定の人である場合³、ケアする人とケアされる人の密接で相互的な人間関係を述べる概念として理解できる。

ところが、メイヤロフは『ケアの本質』の主題について、「ケアすることを一般的に記述すること」と「ケアすることがどのようにして全人格的な意義を持つかを説明すること」と述べている。メイヤロフは「"ケアすること"（caring）と"自分の落ち着く場所にいる"（being in-place）という概念が、「私たち自身の生を自分たちがもっとよく理解するのに役立つ」（pp.3, 16 頁）という。メイヤロフのケアの特徴は、人間にとってケアすることの意味、そ

¹ ライヒ, W. T.は『生命倫理百科事典』において「ケアの根本的な役割は、誰かを大切に思いながら人間を全体性としてまとめること」（ライヒ, 2007, pp.863）と述べている。

² この著作からの本文中への引用は（pp.〇〇, 邦訳〇〇頁）のように、原著の頁の後に邦訳を記す。訳は一部、筆者による修正を加えている。

³ 西田はメイヤロフのケアについてその対象を人に限定することは、ケアが看護や医療のものであるという先入観によって彼のケア論の本質を見誤る危険性があることについて述べている。（西田, 2015）

してケアする人その人にとっての、人生におけるケアすることの意義を述べている点である。ケアは時と共に友情が成熟するように、「相手が成長し、自己実現することをたすけることとしてのケアは、ひとつの過程であり、展開をうちにはらみつつ人に関与するあり方」(pp.1-2, 14 頁)と述べられる。このことが意味することは、ケアが何か設定された目標を到達するためのものではなく、「ケアすること」(caring)が人間の本性、または生きることそのものであると理解できる⁴。

次に、「自分の落ち着く場所にいる」(being in-place)という概念について確認する。

「自分の落ち着く場所にいる」ということは、私と補充関係にある対象への私のケアによって中心化され、全人格的に統合された生を生きること」(pp.73, 126 頁)と述べられている。「自分の落ち着く場所」は、実体化されるような場所や固定した場所である必要性はないが、例えばベッドの上のような安定した場所であり、メイヤロフは「世界に根を下ろした状態」(pp. 84, 142 頁)と述べている。そしてこのような場所は、「自らを“発見する”人が、自らを“創造する”ことについても大いに力をつくしたと同様なやり方で、私たちは自分たちの場所を発見し、創り出していく」(pp.68, 115-116 頁)という。さらに、「自己の生の意味を生きる」という節において、「私と補充関係にある対象を見出し、その成長を助けていくことをとおして、私は自己の生の意味を発見し創造していく。そして補充関係にある対象をケアすることにおいて、“自分の落ち着く場所にいる”ことにおいて、私は私の生の意味を十全に生きるのである。」(pp.76, 132 頁)と述べている。つまり、「自分の落ち着く場所」とは、生きる意味を感じ、見出す場所⁵を指している。

ここまでのメイヤロフのケアについて整理する。まず、「ケアすること」は看護、子育て、教育のような具体的なケア行為や場面に限定されない。「ケアすること」は人間が生きるということ自体に関わっている。人間とは「ケアすること」そのものであり、「ケアすること」により生きる意味を見出す存在である。つまり、メイヤロフのケアは看護師による対人援助技術としての個別的・具体的なケアに直接結びつくような概念ではなく、人間として生きる上で不可欠な存在論的次元のケア論である。

メイヤロフのケアは、看護にとってケアが主要な概念であるということに大きな影響を与

⁴ この点について朝倉は「その意味でケアは人間の本質的活動である。」(朝倉, 2001, pp.99)と述べている。

⁵ 高橋は、メイヤロフが *On Caring* の 1971 年刊行に先駆けて公表した、1965 年の同名論文 (*International Philosophical Quarterly*, 5(3), pp.462-474.) の内容と 1971 年の著作との差異について次のように説明している。高橋によると、1965 年論文は具体的・個別的な行為(看護、子育て、教育など)として現れるケアについて考察した現象学のスタイルであり、ハイデッガーが『存在と時間』において明らかにした人間存在に特有の存在様式である *Sorge*(concern, care)のように、人間の本質や存在的次元に関わるケアについてではない。1971 年の著作はケアの意識や活動の現象を記述する域を超えて、人間本来のあり方や人間の生の意味が明確に述べられている。(高橋, 2013)

えた。日本看護協会は、看護職の行為である看護ケアは看護の本質であり、看護実践の中核として位置付け、ケアとケアリングについて次のように説明している。

「ケア： 従来身体的な世話を言い表す用語として主に使われてきた、身体的な世話により、対象者との相互作用が促進されたり、対象者の心身が楽になったりすることから、「療養上の世話」もしくは「生活の支援」としてのケアに看護の独自性を見出そうとしてきた歴史も長く、看護職にとって重要なキーワードである。また、医療の中では、キュアに対して看護の特徴を際立たせるために、キュア対ケアという構図で用いられる場合もある。

ケアリング：①対象者との相互的な関係性、関わり合い、②対象者の尊厳を守り大切にしようとする看護職の理想・理念・倫理的態度、③気づかいや配慮、が看護職の援助行為に示され、対象者に伝わり、それが対象者にとって何らかの意味（安らかさ、癒し、内省の促し、成長発達、危険の回避、健康状態の改善等）をもつという意味合いを含む。また、ケアされる人とケアする人の双方の人的成長をもたらすことが強調されている用語である。」（日本看護協会, 2007, pp.14）

看護にとって、ケア/ケアリングが重要な概念であり、看護実践の中核的な部分をなすことに異論はない。ケアされる人を一人の人として尊重し、配慮することは看護師に求められる極めて重要な倫理的な姿勢・態度である。しかし、ケアリングにおける相互的な関係性やケアされる人とケアする人の成長を強調することは、密接な人間関係を望ましいあり方とすることである。そのような関係性は理想的なのかもしれないが、患者と看護師の関係性はいつも密接で濃厚である必要性はない。むしろそのような関係性は現実的に実現困難である。また、メイヤロフが述べる専心的な応答を求めることは、ときには、看護師に感情的で恣意的な態度を生じさせ、専門職としての普遍的なケア実践を困難にする危険がある。専心的な応答の強調は、看護師の献身的で自己犠牲的な態度を、過剰な思いやりや愛情を前提にしかねない。この点は、看護ケアが感情に基づく倫理的な実践ではなく、専門的知識と技術、看護職の役割と責務に基づくことを確認するために非常に重要である。

2. 医療におけるケア

メイヤロフのケアは、人間が生きるということ自体に関わる人間の本質的な活動である。メイヤロフにとって人間とは「ケアすること」そのものであり、「ケアすること」により生きる意味を見出す存在である。つまり、メイヤロフのケアは看護師による対人援助技術としての個別的・具体的なケアに直接結びつくような概念ではない。しかし、メイヤロフ流に医療におけるケアを言い表すならば、医療におけるケアとは患者という人間を「ケアすること」である。医療におけるケアがメイヤロフのケア論から学ぶ点は、患者を一人の人としてみること、患者と医療者の双方向性の関係性の構築にある。なぜならケアの対象である患者

は、疾病やそれに伴う諸症状によって身体的、心理的、社会的、そしてスピリチュアルな次元での苦痛や苦悩により傷つきやすい。ただし、医療におけるケアは、医療専門職によるケアであり、その意味で患者と医療者はまったく対等ではない。本節での医療におけるケアは、看護実践である看護ケアと同義で用いる。

2.1 対人援助技術としてのケア

医療におけるケアはメイヤロフのケアと異なり、対人援助技術としての実践的な概念である。対人援助技術としてのケアは、人間関係を基盤に、人々の健康問題に関して専門的知識と技術によって対象者を援助することである。ケア提供者である医療者の専門的知識と技術は、患者の健康問題に関する目標を設定し、その目標に向かって行為し、成果を出すために必要かつ重要な要素である。医療におけるケアが対人援助技術であるためには、患者のニーズに応答した専門的技術でなければならない。患者のニーズには「病気を治してほしい」「痛みをとってほしい」という身体的ニーズ、「話を聴いてほしい」「辛さをわかってほしい」などの患者自身に関心を向けてほしいという心理的ニーズ、病気によってその人の人となりをつくり上げている自分自身に対する認識に変化が生じ、社会的に期待される役割が果たせないといった社会的ニーズなどが存在する。ただし、このような患者のニーズに単に技術的に応えることが医療におけるケアではない。患者と医療者の適切な人間関係が基盤にあった上での専門的なケア提供が重要である。メイヤロフのケアは人間にとってケアすることの意味、ケアする人その人にとっての、人生におけるケアすることの意味を述べる広義のケア概念であった。メイヤロフの広義のケアと医療におけるケアとの決定的な違いは、医療におけるケアが医療という場面に限定し、対象が人（患者）であること、ケアの目標を設定すること、そして患者と医療者が非対称的な関係性にあることである。メイヤロフの「ケアすること」の記述には誰かをケアするためには以下の要素があると述べている。

- ・ その人がどんな人であるか、その人の力や限界はどの程度か、その人が求めていることは何かなどについて知る：「知識」(Knowing)
- ・ 単に習慣的に行うのではなく、自分の行動のもたらす結果に照らし、次の行動を修正すること：「リズムを変えること」(Alternating Rhythms)
- ・ 相手の状況やペースに応じて相手の成長をたすけること：「忍耐」(Patience)
- ・ 自分自身に正直に向き合うこと：「正直」(Honesty)
- ・ 相手の成長と自分自身を信頼すること：「信頼」(Trust)
- ・ 他者について学び続けること、他者にケアすることがまだあることを理解すること：「謙遜」(Humility)

これらは、医療者がケア提供者として備えるべき姿勢や態度としてとらえることができるだろう。特に、医療におけるケアにケアされる人とケアする人との相互関係を活かすことには意義がある。人間関係を基盤としたケアの相互性を重視することは、患者を、病を患う人、病を抱える人として統合的に理解すること、そしてその過程において一方向性では

ない医療者と患者の関係を築くことへとつながる。ただし、患者と医療者は互いに一人の人であるという意味では対等であるが、医療を受ける立場とそれを提供する立場という関係においては専門的知識に著しいギャップがあるため対等ではない。その意味で医療における患者と医療者の関係は非対称的であり、ケアを媒介とした双方向性の関係を構築しなければならない。

医療の中でも特に看護の分野では、ケアという言葉は日常的に専門的術語として、看護＝ケアとして了解されている。近代以前の看護師は医師に従属的な立場にあり、診療の補助と患者の世話をすることを役割としていた。それが医療の視点が疾患に対する医学的対処から患者という一人の人のクオリティ・オブ・ライフ（Quality of Life, QOL）⁶を尊重する動向と重なるように、患者の治療の側面は医師の専門領域として、ケアの側面は看護師の専門領域として了解されるようになり、ケアは看護に特徴的なものとなった。しかし医療技術が高度化し、それぞれの領域が専門分化することは、医師が治療を、看護師が世話を、理学療法士がリハビリテーションを、薬剤師が服薬管理を、といった作業分担を意味するのではない。単純な作業分担は治療とケアを分断してしまう。医療は患者という一人の人間のニーズに応じたケアを提供することであるから、医療者はそれぞれの専門領域、医師ならば医学の視点、看護師ならば看護学の視点から患者のニーズを把握し、互いに協働しながら患者の健康問題の解決に臨まなければならない。医療におけるケアは、ケアの対象となる人を医療場面に限って「ケアすること」である。そしてそのケアは、専門職としての知識と技術に基づき、その役割と責務により提供される対人援助技術である。

2.2 医療におけるケア関係

一般的に、医療を受ける患者は弱者の立場にある。患者は医療者と同等の医療に関する知識を持っていない。さらに診療の初期段階においては、患者は、初対面の他人である医療者から医療を受ける。その意味において患者は弱者であると言える。けれども、患者と医療者は立場と役割が異なるだけであり、上下関係や服従関係にはない。また、医療者は患者に施しとして医療を提供するのでもない。他者に施しを与える関係は強者から弱者への一方向性関係である。医療者は患者の健康問題において患者をたすけるのであり、このような医療は双方向性関係でなければ成立しない。

患者は体調の悪化や苦痛を伴う症状を自覚することによって医療機関を受診する。医師は患者を診察し、患者にとって何が必要なかを医学的に判断する。また医師だけでなく様々な専門領域の医療者が協働し、患者にとって最善の治療とケアを検討する。そうして患者に

⁶ クオリティ・オブ・ライフは、ライフ（Life）が生命、生活、人生、生存など多義的な意味を持つことから、人間の生そのものについての包括的な要素を含んだ概念である。

提示された治療とケアは、患者の同意を得て行われる。通常、医療はこのように進められ、その過程においてコミュニケーションを必要とし、医療者から患者への一方的な関わりでは成立しない。ところが、医療者は患者にとって最善と思われるものを目指し、医療ケアを提供するが、医療者が最善と思うものは医学的価値観に基づいている。患者にとっての最善は、医学的価値観ではなく患者個人の価値観に基づいて決定される必要がある。だから医療者は患者の意思、希望を確認しなければならない。同様に患者も、医療者が自分の体験する症状や苦痛を理解しているか、自分が希望するケアを提供してもらえるかについてコミュニケーションを通して確認する。こうして、ケアされる人とケアする人との間には、互いに関係を持とうとする自由な意思が存在する必要がある。このケア関係には対人援助者として、一人の人の人生に関わるという真摯な態度と責任が伴っている。

医療者は医師、看護師、薬剤師、放射線技師、臨床検査技師、ソーシャルワーカーなど、それぞれの専門領域に特化した専門職集団である。ケアする人が集団ならば、ケアされる人とケアする人の関係は、お互いが正面から対峙する構図のみと決めつける必要はない。ケアする人がケアされる人の側面や後面からたすける構図やケアされる人に伴走するような構図も考えられよう。むしろ医療現場のように複数の専門職者が協働する場合は、ケアする人は、ケアされる人を多方面からたすける（support）という立ち位置の方が柔軟性に富んだケアを提供できる。

2.3 help ではなく support としてのケア

メイヤロフのケアの概念において、他人を「たすける」と表現する単語は”help”である。一方、筆者が考える対人援助技術としてのケアを表現する単語は”support”である。筆者が医療におけるケアにおいて述べてきた「たすける」ことは、「援助する」と同義であり、「ささえる」ことでもある。なぜ対人援助技術としてのケアが”support”なのか。倫理学研究者である土屋は「ささえる」ことの根底にある原則的な考え方について次のように説明する。「ささえる」ことの根底として、①事実と直面しそれを受け容れなければならないのはその人自身なのであって、他の人が代わってやることは決してできない、②相手（本人）の「能力」を信じる、③相手にかかわっていこうとする（土屋, 1994）、以上3つの原則的な考え方を挙げている。土屋は「ささえる」ことの第二の原則は、その人が心身の危機状態から立ち直る回復力、判断や同意を与えることができるようになる潜在的能力、成熟した人間になっていくという成長力など、広い意味での「可能性」を信じることでであると述べる。医療者は、患者の「能力」を信じないことによって、患者のできないことを代わりにすること（to help）をケアとして提供してしまうことがある。これについては後に詳述するが、患者の「能力」や意思を尊重しないケアは一方的なケアの提供につながりかねない。”help”という語は積極的な助力を意味する。もちろん緊急性の高い救急治療や重症度が高い場合など、医療において積極的な助力を必要とする場面は多い。しかし患者の「能力」を信じるという原則に依拠し、医療者のケアに臨む姿勢を含めた援助について表現する語は、”help”より”support”

が適切である。

医療者は医療を実践する専門家であり、医療の非専門家である患者に対して医療の内容を説明・提供するという役割を担っている。だがそれは、医療者が医療という特定の分野における専門家にすぎないということに他ならない。同じ疾患を持つ人であっても、患者に生じる症状や程度、その感じ方は様々であり、それぞれの患者はまったく別の人生を歩んでいる。そしてその人生はその人だけの人生である。医療者は人の人生については非専門家である。医療者が患者にとって最善と考え、推奨する医療は医学的判断・適応に基づいて判断され、医療者自身の価値が少なからず反映されている。その医療を受けるか否か、また推奨された医療が患者の人生においてどのような意味や価値を持つかを決めるのは、患者その人自身である。医療者が専門的知識の範疇を謙虚に理解し、病を持った一人の人である患者へ向けられたケアは、“support”である。

3. 不適切なケア

医療におけるケアは「ケアすること」の関係性に基づいて提供されるものであり、医療者は患者を一人の人として尊重しなければならない。だが医療者と患者というケア関係は非対称性を免れえない。そのためにケアが双方向性であること、“support”という援助のあり方が重要である。本節はケアの双方向性と“support”という態勢が失われることによって医療におけるケアが不適切なケアになることを中心に述べる。

3.1 一方向性

繰り返すが、医療におけるケアは対人援助技術という専門技術である。専門技術としてのケアは、教育機関において高度な学習に基づき習得された技能でなければならない。医療者はケアを必要とする社会の要請に応えるために、自ら継続学習や研究を行い、ケアを提供する能力の向上に努める。そうして人々は、医療者が専門技術を身につけているという信頼のもとに、医療者が提供するケアを専門的知識と判断に基づき保証されたものとして受け入れることができる。だがその一方、ケアの専門化によって惹起される問題もある。ケアする人が専門職であることによって、ケアされる人は受動的な立場に置かれやすくなる。医療者が専門職であることが、却って双方向性によるケアの成立を難しくさせるのである。特に専門職という権威によるケアの提供は、ケアされる人との関係が上下関係となり、双方向性の人間関係の構築を難しくする。

双方向性に基づかない医療ケアは、強者から弱者への一方向性のケアである。医療ケアが双方向性に基づいている限り、仮にケアする人が相手の望むケアを提供できなかったとしても、ケアする人は自らが提供したケアの結果をケアされる人の反応として受け取ることができる。ケアされる人の反応は、ケアする人に提供したケアの評価・反省を行うこと、適切なケアの提供について再検討することを要求する。しかし双方向性関係に

基づかない一方向性の関係によるケアの提供は、ケアされる人の反応を無視する。一方向性のケアをキャッチボールに譬えてみると、ボールの方向、速度、強度などを考慮しない、あるいは相手を見ずにボールを投げるようなものになる。相手を見ないキャッチボールはキャッチボールとして成立しないように、一方向性のケアはケアとは言えない。一方向性のケアは、ケアされる人にとって迷惑やお節介、時には暴力となる可能性が考えられる。たとえば吐き気のある人にとって、背中を擦ってもらうことは必ずしも効果的なケアではない。気分が落ち込んでいる人は、誰でも励ましの言葉をかけられることを望んでいるとは限らない。ケアする人は、ケアされる人が何を必要としているか、どのようなケアを望んでいるかについて十分に配慮しなければならない。なぜなら、ケアとは相手のニーズに応答するものであり、土屋の「ささえる」ことの第三の原則である「相手にかかわっていこうとする」特性を持つからである。

3.2 相手を尊重しない

相手のニーズに応答しないケアは相手を尊重していないことになる。医療ケアは患者の健康上の問題を解決するための行為である。ただ、患者の中にはたとえ自分の健康上の利益を損ねるとしても、貫きたい信念や価値を持つ人がいることも事実である。原は、がんの終末期において痛み治療の準ルーチン化によって患者の意思が尊重されないことがある（原, 2003）ことを論じている。痛み治療は患者の主観的評価に基づいて行われ⁷、通常、安静時でも痛みを感じないことが治療の目標とされる。しかし原が提示する事例によれば、夜中に目覚めたときにズシンと感じる痛みを残してほしいと希望する終末期がん患者がいるという。その理由は、痛みのない快適な生活によって自分は長生きできるかもしれない、と期待してしまうためであるという。この患者は時折感じる痛みは不快であるが、痛みを感じることで死を遠ざけず、意識することを望んでいる。医学的価値に基づくならば、痛みなどない方が患者は快適なはずと考える。けれどもこの患者にとっては、痛みを感じることは、近い将来避けられない自分の死を受容しようとする意思なのである。

ところで、メイヤロフが述べるケアはその人が成長すること、自己実現をたすけることであった。メイヤロフのケアにはどんな状況でも成長し続ける存在としての人間が前提となっている。先の終末期がん患者のように、次第に身体機能が蝕まれて死にゆく人々に直面する医療者の現実、人間は絶えず成長し続ける存在という前提と一見馴染まないように思

⁷ International Association Study of Pain: IASP（国際疼痛学会）による痛みの定義は、「実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ情動の不快な体験」（IASP, 2020, <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475>）である。痛みは主観的な感覚であり、その人が「痛い」と言う時は組織的損傷のあるなしに関わらず存在するものである。

える。人は死にゆく過程において、大切な人との関係を喪うことや今までできていたことができなくなるなど、大切な人、もの、能力などを喪失する感覚に襲われる。久野は、死にゆく過程にあるがん患者には、「生き長らえたい」「家族とのつながりの中で生きたい」「思うように生きたい」「自分が存在しない将来への願い」「思うような最後でありたい」といった希望があり、これらは生きるための心の糧である（久野, 2002）という報告をしている。このような死にゆく過程にある人の希望は、思うような生きざま、死にざまを望む表現から、自己実現のための希望として考えることができる。原の提示する事例の終末期がん患者が望む「痛みを残してほしい」という希望もまた自己実現の希望であり、残された時間を生きるための心の糧である。そしてそれらをささえることは、単に相手の意思を尊重するにとどまらない、その人の人生の本質に関与したケアと言える。メイヤロフが述べる成長という語には、その人の全人格的な統合 (integration) という意味が含まれることがわかる。しかし、このことは医療におけるケアが患者の全人格的な成長を目標とすることを意味しない。医療という限られた状況、時間などの制約がある中で患者の人格的な成長を目標とすることは非現実的である。上記事例のがん患者のケアは、患者の主観的評価に基づいた疼痛緩和がケアの目標になる。そして患者は、痛みは時折感じる程度にしてほしいというニーズを持っている。このニーズを無視することは相手を尊重しないケアである。つまりこの患者に医療者が提供できるケアは、患者が痛みを感じることに価値を持っていることを理解した上で、そのニーズに応答したケアを提供することである。

3.3 強いパターナリズム

パターナリズムとは、権威・知識・力などによってその人のために保護的な干渉・介入をすることである。ケアは「本人のための（応答的）措置・扱いを含むが故にパターナリズムとの関連は密接である」（中村, 2001, pp.106）。しかし、医療におけるケアからパターナリズムを排除することは不可能である。医療におけるケアが患者にとっての最善を目指す以上、医療倫理の四原則である善行の原則に基づいており、パターナリズムはそのすべてが批判の対象になるものではない。問題となるのは、患者の自己決定が侵害されるような強いパターナリズムである。強いパターナリズムは患者の意思を尊重しないケアの強行であり、“support”というケアのあり方から逸脱する。以下に強いパターナリズムについて検討するために仮想事例を提示する。

Aさん、30歳女性は右乳がんの手術を受けた。Aさんの母は42歳の時に右乳がん、55歳の時に左乳がんを発病、叔母は48歳の時に卵巣がんで亡くなっており、Aさんは遺伝性乳がん⁸が疑われる。Aさんは自分の遺伝子に変異があるかどうかを知りたいと思い、遺伝子

⁸ 家系の中に乳がんの人が複数いる場合、家族性乳がんという。家族は食生活や生活習慣を共有するため、遺伝的な要因以外にも遺伝子に同じようなダメージを受けることで家系内に同じ

検査⁹を希望している。検査の結果、遺伝子に異常がなければ安心できる。逆に異常があれば、再発に対する不安を抱えることにはなるが、予防的治療¹⁰を行うことも可能である。

がんは生命に関わる重要な疾患である。Aさんの意向が医学的に著しく妥当性を欠くような場合や極めて生命の危険性が高いような場合、たとえば希死念慮がある、一切の検査、治療を拒否するといった場合は、強いパターンリズムもやむをえないと考えられる。Aさんは乳がんの手術を受けたことや将来についての不安を抱えている。Aさんに判断能力があるならば、その不安がどれほど大きくても最終的に遺伝子検査を受けることを決めるのはAさんである。そして遺伝情報はAさん個人の情報であるとともに、家族の遺伝情報でもある。診断結果は家族関係に影響を与える。Aさんに兄弟姉妹、子どもがいる場合は、同じ遺伝子異常が見つかる可能性が高くなる。また家族に遺伝子異常が見つかったとしても、発症についてのリスクが判ただけで、いつ、どのように発症するかは判らない。Aさんには自分の遺伝子検査の結果について知る権利がある。一方、家族には遺伝子検査の結果を知らないでいる権利がある。遺伝子異常が見つかったとしても必ずしも乳がんを発病するわけではないが、検査結果は家族の将来に対する不安をもたらし、精神的衝撃を与える。医療者はAさんが遺伝子検査を受けるかどうかを決断する前に、検査による利益と不利益について情報提供を行うことや遺伝カウンセリングへの相談・紹介が必要である。このような情報提供やカウンセリングは、Aさんの遺伝子検査を受けたいという意思に影響を与え、好ましくないという意見があるかもしれない。確かに、検査による利益と不利益について知ることによってAさんの意思は揺らぐかもしれない。ただ、この情報提供やカウンセリングはAさんの自律的な意思決定を尊重し促進するためであり、遺伝子検査をめぐるAさんと家族の意見の不一致や後悔を避けるための介入であり、このAさんにとっての最善を目指す医療ケアである。

Aさん、そして母、叔母の乳がんの発症状況から、Aさんが遺伝性乳がんである可能性は低くない。医療者がAさんとその家族を新たながん発症と死亡リスクから救いたい一心で、

病気が発病する。家族性乳がんの中でも、遺伝子に異常が認められるものを遺伝性乳がんという。乳がんの発病に強く関連する遺伝子は *BRCA1* と *BRCA2* であることがわかっている。*BRCA1* と *BRCA2* は DNA 二重らせん構造の修復に重要な役割を果たすがん抑制遺伝子である。これらの遺伝子に変異がある人の血縁者で、同じ変異を受け継いだ人はそうでない人に比べて乳がん、卵巣がんになるリスクが高い。ただし同じ変異を受け継いでいても、必ずしも乳がん、卵巣がんを発症するわけではない。

⁹ 乳がんの遺伝子検査は一定の条件を満たしている場合に特定の医療機関において保険診療で受けられる。

¹⁰ 遺伝性乳がんの特徴は若くして発症する、発症後に切除しても残存する乳腺や反対側の乳房に癌が発症する可能性が高い。そのため遺伝性乳癌卵巣癌診療ガイドラインでは、がんが発症する前に乳腺や乳房を切除する予防的治療が推奨される。Aさんの場合は左乳房切除になる。

本人の意思と関係なく遺伝子検査やリスク低減乳房切除術を勧めることは、強いパターンリズムである。この場合の医療者は、がんの発症リスクという一面的な医学的価値に基づいて判断していると言える。医療者がどれほど A さんのために思っていたとしても、A さんの意思を尊重しないことは一方的なケアの押しつけであり、“support”というケアのあり方ではない。だが、医療者の A さんへの検査、手術の説明や説得が、A さんとともに悩み、相談し、最終的に A さん自身が手術を受ける決断をするための医療的介入であるならば、一連の過程は“support”というケアになる。医療者が手術によって得られる身体的利益やリスクだけでなく、がんと共に生きる A さんの全人的苦痛¹¹を理解し、手術後起こりうる複雑な問題について A さんとよく話し合うことは、A さん本人と A さんの意思決定の過程を尊重している。これもまた、A さんにとっての最善を目指す医療ケアである。

3.4 自己目的化

最後に医療者が医療ケアを提供することを自らの目的とした場合、そのケアは不適切なケアとなることを述べる。たとえば看護師は、その教育課程において看護診断や看護過程を学習し、看護計画を立案する。学生たちは試験対策としてテキストに紹介されている標準看護計画を暗記する。標準看護計画とは、診断群（胃潰瘍など）、治療群（胃切除術など）や問題点（高体温、痛みなど）ごとの全体的な計画であるが、学生は「このような状態にある患者にはこんな援助が必要である」と理解してしまう。学生や経験の浅い看護師には、テキストや紙面上で説明される病態知識や標準看護計画と、実際の患者に起こっている現象を統合して理解することが難しい。そこで彼（彼女）らは、患者が援助してもらいたいと思っていると思い込む。また、われわれ日本人は「相手の気持ちを察する」ことを尊重する文化をもち、看護師は「かゆい所に手が届く」「気が利く」ことを求められる。それが逆に仇となり、看護師の判断のみによって患者の意思にそぐわないケア提供が行われることがある。これは一方向性のケアであり、ケアという行為がケアする人の目的になっている。もちろん看護師は患者を慮って親切な行為をするのだろう。ただ実際には、医療者は患者の要求や要請を自らで勝手に考え出してしまう危険がある。そして自分が考え出した患者の要求や要請を、まるで患者自身から出された要求や要請のように思い込む傾向がある。

このようなケアはただのお節介、あるいは押し付けにすぎず、ケアする人がどれほど優れたケアだと判断し、ケアを提供したとしても、ケアされる人にそれを受け入れる準備を与えていない。そればかりか、ケアされる人を自分の思うようにコントロールしようとさえして

¹¹ 全人的苦痛（total pain）という言葉は、シシリー・ソンドース（Saunders, Dame Cicely Mary Strode, 1915-2005）が、がんのターミナル期にある患者のケアの実践経験に基づき、患者の苦痛を患者が経験している様々で複雑な苦痛（physical pain, psychological pain, social pain, spiritual pain）として表現した。がんに伴う苦痛をケアする上で全人的苦痛という考え方の理解は重要である。

いる。あるいは、ケアする人にとって都合のよい解釈やケアをしているとも言える。そしてこのような不適切なケアを提供してしまう原因は、テキストに説明されていることを、現実の患者に無理矢理当てはめてしまうことにある。このようなケアは専門的知識と技術に基づいた対人援助技術ではない。対人援助技術としてのケアは、患者の「今」のニーズに応答する。医療者は「今、ここにいる人間」としての患者に関心を持たなければならない。

本論文の序において筆者が直面した不眠症状を抱えた患者に対する医師と看護師の行動を思い出してほしい。彼らのとった行動はまさに医療ケアが自己目的化した例であり、目の前の患者に対して関心を持っていない。「ささえる」ことの第3の原則である、患者に「かわっていきこう」としていない。

ケアする人である医療者の関心は患者に向いていなければならない。だが、ケアされる人である患者の関心は医療者ではない。患者の関心は、自分の疾病やそれに伴って生じている苦しみや悩みであり、自分自身である。ケアされる人とケアする人の関心の方向性、向き合う対象が違うことで、双方向性のケアは困難となりやすい。看護師はよく、「寄り添う」「見守る」という言葉を使用し、看護の内容を表現することがある。「寄り添う」場所は患者の傍らであり、「見守る」対象は患者本人である。「寄り添う」ことにおいては、ケアする人とケアされる人が向いている方向性は一緒である。ケアする人は、ケアされる人の傍らにいて同じ方を見ているのである。では「見守る」ことはどうであろう。「見守る」ことは観察することとどのように異なるのか。ケアする人が看護師である以上、ケアする対象を怜悯に観察したりはしないだろう。おそらくケアしようとする看護師は、ケアの対象である患者の行為のたどる結果を見届けようとして「見守って」いる。しかしケアされる患者は、ケアしようとする看護師のそのような視線を援助と感ずることができるだろうか。「寄り添う」ことも同様、ケアされる患者は寄り添ってもらいたいことを望んでいるのだろうか。「寄り添う」「見守る」といった表現は看護師のケアの内容を表現してはいるが、ケアの方向性がケアする側の方に重点が置かれており、ケアされる人には十分な注意が向けられていないようにみえる。「見守る」「寄り添う」ことに限らず、人をささえるという援助 (support) は、相互関係というケアの本質を見落してしまうと、自らのケアを目的化・理想化し、ケアする人の優位性を強調する結果になる。

医療者が提供するケアは善行の原則に基づいているものの、無条件に善い行為ではない。強者・弱者という上下の力関係が顕在化しないまでも、専門技術であるケアを媒介とする関係性は非対称性である。ケアされる人を配慮しないことは、ケアの押し付けである。ケアされる人を配慮するということは、ケアされる患者その人の人間性を尊重することを意味し、だからこそケアという行為は倫理的なのである。医療者はケアのこのような側面を理解し、ケアされる人の弱さ、傷つきやすさ、ケアされるその人を配慮することによってはじめて、医療におけるケアという営みが成立することを理解しなければならない。また医療におけるケアは、ケアする人がケアされる人に何かをしてあげるのでもなく、ケアされる人に代わって何かをするのでもない。ケアされる人を援助 (support) するのである。

小括

メイヤロフのケアは、人間にとってケアすることの意味、ケアする人その人にとっての、人生におけるケアすることの意味を述べる存在論的次元のケア概念である。医療におけるケアは、対人援助技術としての実践的な概念であり、人間関係を基盤にして、人々の健康問題に関して専門的知識と技術によって患者という人を援助することである。メイヤロフのケア概念をそのまま医療におけるケアに演繹することは、現実的に適さないばかりか、医療におけるケアが感情や恣意性に傾倒し、専門的知識に基づく判断によって提供されるケアの質を保証できない。ただし、メイヤロフの「ケアすること」に記述される要素としての姿勢や態度は、患者と医療者の適切な相互関係を目指す上で有意義である。特に医療におけるケアは、ケアの双方向性と”support”という援助のあり方が重要である。これを欠くことにより、患者のニーズに応答しない一方向性のケア、強行的なケアといった不適切なケアを提供し、患者にとって不利益な結果につながる。

医療におけるケアが人間関係に基づくということは、患者が求めるケアの内容は患者と医療者の関係性如何によって変化するということでもある。医療者の役割がそれぞれ高度に専門分化する中で、医療者が患者の「今」のニーズを読み解き、応答するためには、患者との関係性が双方向性であること、患者を、病を抱えた一人の人として、その人の抱える苦痛や苦悩を理解し、援助する（support）という姿勢を欠くことはできない。

第2章 相手を理解するための共感

はじめに

前章において、医療におけるケアはケアの双方向性と”support”という援助のあり方が重要であり、これを欠くことにより患者のニーズにตอบสนองしない一方向性のケア、強行的なケアといった不適切なケアを提供し、患者にとって不利益な結果につながることを論じた。医療者が患者の「今」のニーズを読み解き、応答するためには、患者を、病を抱えた一人の人として、その人の抱える苦痛や苦悩を理解しなければならない。質の高いケアを提供するためには、患者を理解するためのコミュニケーションスキルは重要な課題である。医療者は患者の訴えをよく聴き、その訴えがどのような意味を持つのかについて判断しなければならない。患者に対して共感的態度を示すことは、援助関係における効果的なコミュニケーションの基本的な要素であり、医療者に求められる能力である。そのため、医療者教育では共感を態度とコミュニケーションスキルとして、患者の気持ちの理解とコミュニケーションの訓練のためにロールプレイやグループディスカッションを取り入れ、患者の立場に立った態度を学習する。患者は、医療者に対して自分が抱える健康問題を解決するために必要な知識を持っていることと同時に、健康問題によって引き起こされた自分自身の生活上の変化に敏感であることを期待している。医療者は患者の人間としての変化に対して、人間的に対応することが期待されている。このような意味で、援助関係には患者の訴えをよく聴き、ケアする態度を示す共感が不可欠である。

悪い知らせを伝えられる時、今後の治療方針の決定に迫られる時、痛みや苦しみが避けられない状況にある時など、患者は強い感情を表出する。極端な例としては、死に直面した患者とその家族に対して、表面的に繕ったコミュニケーションスキルではとても対処できない。逆に、医療は単なる善意のみでも導かれない。医療者は自分が提供する医療と重要な関係にある共感という概念について定義付け、研究を行い、実践に応用する必要がある。共感の概念は医療において1950年代には影響を与え始め、多くの研究者によって様々な研究がなされてきた（マッケイ, R.C., 1991, pp.36）が、結論として定義には至っていない。

本章の目的は、ヒュームとシェーラーの共感の概念、ヘーゲルの愛の概念を通して共感とはどのような現象なのかを検討し整理する。結論を先に述べると、医療における共感とは患者を理解するための手段であり、目的ではない。医療専門職である看護師のケア実践において感情を重視し過度な思いやりを求めることは、専門的知識に基づく判断の軽視になり得る。看護師のケア実践は専門的知識に基づく判断とその訓練によってこそ質が高められる。

1. 共感の訳語について

共感という現象について検討する前にまず共感という言葉について整理することからは

じめる。共感という言葉は哲学以外の領域においても分析、検討されてきた概念である。哲学領域においても論者によって共感に関連、類似した現象と言葉の使用が多様である。

臨床心理学において共感は empathy の訳語として用いられており、sympathy は同情と訳されている。empathy という語は、心理学者のティッチェナー (Titchener, E., 1867-1927) により、1909年にリップス (Lipps, T., 1851-1914) の Einfühlung (感情移入) の訳語として英語に導入された (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2008)。臨床心理学は心の問題を抱える人を理解し、カウンセリングや心理療法によって心の回復を図る実践的な学問である。臨床心理学において Einfühlung (感情移入) の訳語が共感 empathy と訳されたことは、クライアントの心の世界をカウンセラーがあたかも自分自身のことであるかのように感じ取る感情移入的理解 (empathic understanding) の影響が大きい。感情移入的理解は、クライアント中心療法の創始者であるロジャース (Rogers, C., 1902-1987) がクライアントの会話を傾聴するうえで重要な要素のひとつとされている。

しかしながら臨床心理学における empathy の意味合いとヒュームの sympathy は異なっている。仮に sympathy を同情と訳したとして、日本語の同情は「あなたの喜びに同情する」とは言わないように、他者の悲しみ、苦痛や苦悩などの否定的な感情や不幸な境遇に対して憐れみ、共感する現象であり、日本語としてずれが生じる。後に述べるが、ヒュームは道徳的な是認 (approval) と否認 (disapproval) の感情が共感 (sympathy) によって引き起こされると述べており、共感を感情 (feeling) ではなく、感情をコミュニケーションによって受け取れることを可能にする心理的メカニズムと位置付けている。日本語の同情に相当する語はヒュームにおいては compassion である。

そのため本論文では sympathy の訳語として共感を用いる。ただし sympathy のギリシア語源は、sun (共に) +pathos (感情) =ia であり、pathos は古代ギリシア語において哀しみや苦しみを意味している。語源に基づくならば sympathy は日本語の憐れみ、同情の意味になる。繰り返すが、ヒュームの sympathy は共に苦しむといった否定的な感情ではない。日本語のニュアンスとしては共同感情、または同感の方が近いと思われるが、本論文では臨床心理学、哲学・倫理学領域において sympathy という語が、意味やニュアンスの異なる日本語に翻訳されていることを前提に議論をすすめる。

2. ヒュームの共感

ヒュームにおける共感は、『人間本性論』第二巻・第一部・第十一節「名声愛について」において説明されている。ヒュームは共感のメカニズムについて次のように述べる。

「他人のある情感 (affection) が心に注ぎ込まれるとき、それは、最初はただその結果によってのみ、つまり、表情や会話における外的表徴によってのみ知られ、その表徴が情感の観念を伝える。この観念は即座に印象へと転換する。換言すれば、著しい程度の力と活気を

獲得して情念そのものとなり、他人のオリジナルな情感と等しい情動 (emotion) を生む。」

(THN., 2.1.11.3) ¹²

まず、共感者は他者の情念の存在を観念として推理する。共感者は他者の外的表徴を見て、その原因である情念の存在を推理するか、または他者の置かれた状況を見て、それが他者に引き起こす情念の存在を推理する。次に、情念の観念が生気を獲得して情念そのものに転換する。この段階では、自我 (self) の印象が関与することによって、他者に属していた観念が生気を帯びて自分自身の情念となる。

ヒュームにとって心に現れる一切のものが、観念と印象からなる知覚 (perception) である。印象は「感覚的印象」と「内省的印象」があり、「感覚的印象」は未知の原因から感官を通し最初に心に生じる印象である。「内省的印象」は観念より生じるとされる。観念は心に現れる勢いが強く生気に富んでおり、恣意や記憶において知覚される印象の模写である。この観念から印象への転換について、ヒュームは類似、接近、因果性の関係によって説明する。私たち人間は一人一人多様で異なる存在である一方、類似している部分も多い。顔や身体各部の個体差はあっても身体の構造や組成はほぼ同じである。他者に生じている情念は、私のうちにもある程度認められるものである。このような類似性は、共感者とその相手との関係性が強いことを意味し、共感を促進する。なぜなら共感のメカニズムにおいて、共感者が相手の感情についてその相手の表情や言葉などの外的表徴から推論する際、共感者自身の場合に生じる感情とその現れ方の関係を相手の場合に重ね合わせるからである。同様に、接近と因果性についてもその関係性が強いほど共感は大きくなる。他者の感情は遠くの見知らぬ人より、親交のある人や近親者の方が想像しやすい。外国人よりも日本人、同じ職業の人、教育背景や習慣が似通った人についても同様である。類似、接近、因果性は観念に生気を与え印象に転換する源泉である。つまりヒュームの共感とは、共感者とその相手の関係が近ければ近いほど、似ている程度に応じて生じるものである。

このように情念の観念が生気を獲得し、情念そのものになる。その際、自我の印象が関与するのだが、ヒュームは自我について、知覚なしには捉えることができないと述べる。

「私に関する限り、私が「私自身 (私の自我) (myself)」と呼ぶものに深く分け入る時、私が見つめるものは、常に、熱や冷、明や暗、愛や憎、苦や快など、あれやこれらの個々の知覚である。私は、いかなるときにも、知覚なしに自我を捉えることが決してできない、ま

¹² Hume, D, (2001). *A Treatise of Human Nature*, edited by Norton, D.F, and Norton, M.J, Oxford University Press からの引用については、略号 THN、巻・号・節・段落の順に記す。訳出には『人間本性論第1巻：知性について』『人間本性論第2巻：情念について』(石川徹, 中釜浩一, 伊勢俊彦訳. 法政大学出版局, 2011年)を参照した。

た、知覚以外のものを観察することも決してできない。」(THN., 1.4.6.3)

そして自我について以下のように定義する。

「想像を絶する速さで互いに継起し、絶え間のない変化と動きのただ中にある、様々な諸知覚の束あるいは集まり (a bundle or collection of different perceptions) に他ならない。」
(THN., 1.4.6.4)

私たちの知覚のほとんどは記憶として保存されている。ヒュームは、記憶は過去の知覚の像を呼び起こす機能であると述べる。

「記憶とは、それによって我々が過去の知覚の像を呼び起こすところの能力以外の、何であろうか。そして像は必然的にその対象に似るのであるから、これらの類似した諸知覚をしばしば思考の連鎖のうちに置くことは、必ず、想像力を一つの環から別の環へとより容易に運び、思考の連鎖の全体を単一の対象の連続のように見えさせるのではないだろうか。すると、この点で、記憶は、単に同一性 (identity) の及ぶ範囲をを顕わにする (discover) ばかりでなく、諸知覚の間に類似性の関係を生み出す (produce) ことによって同一性を生み出すことにも寄与するのである。この事情は、我々が、我々自身を考察しようと、他人を考察しようと、同じである。」(THN., 1.4.6.18)

またヒュームは共感について、『人間本性論』第三卷・第三部・第一節「自然な徳と悪徳の根源について」では、二つの弦を等しく張ると、一方の弦の運動がもう一方の弦に伝達されるように、すべての情感はある人から他者へと容易に移り、対応的な運動を生むことを述べている。

「等しい仕方で巻き上げて張った弦で、一本の弦の動きが他の弦に伝わる、ちょうどそのように、感情は一人の人から他の人へと容易に移り、あらゆる人間のうちに対応する動きを生む。ちょうど身振りに、私が情念の結果を見てとる時、私の精神は直ちにこれらの結果からその原因へと移り原因となる情念の観念を形成するが、この観念は非常に生き生きとしてるので、即座に情念そのものに転化する。」(THN., 3.3.1.7)

ヒュームによれば、私たちはある人の身振りから情念の結果を知覚すると、すぐにその原因に移り、生き生きとした情念の観念を作り、その生气ゆえに観念は情念に転化する。同様に情念の原因を知覚すると、結果に伝わり、似たような情念が湧き起こる。このような他者の情念の原因または結果を感知することで他者の情念を推論し、共感が生じる。

このように、ヒュームの共感は、観察可能な感情の原因・結果から推察して得られた観念

が、知覚の束ないしは集まりである自分の心にある同様の感情または印象に転換して感じとるコミュニケーション能力であり、人と人との関係における基本的な人間の性質である。このようなヒュームの間人性としての共感の役割は、他者から受ける賞賛による快が、感情のコミュニケーションから生じ、「この同じ原理が美的感情を産むのみならず、多くの場合、道徳感情を産む」(THN., 3.3.1.8) という。ヒュームは是認される対象を徳として、否認される対象を悪徳とし、この評価の根拠は快・不快の感情であるとする。徳がもたらす感情は快適 (agreeable) であり、悪徳がもたらす感情は不快 (uneasy) である。そして道徳的判断は快・不快の感情を生じるだけでなく、快・不快の感情が他者に伝播しなければならず、ここに共感というコミュニケーション原理が必要となっている。ヒュームは道徳的区別の源泉として、①「我々自身にとって直接快適な (immediately agreeable) 性質」、②「我々自身にとって有用な (useful) 性質」、③「他人にとって直接快適な性質」、④「他人にとって有用な性質」を挙げている。①②の場合には、観察者が、①②の性質を持つ人またはその快楽に共感し、そのことを通して伝達される快適な感情に基づき是認の判断を下す。③④の場合には、観察者がこの性質によって影響を受ける人またはその快楽に共感することで是非の判断を下す。ヒュームにおいて道徳的判断は、徳・悪徳の性質を持つ人自身やその人と直接関係する人ではなく、その性質が人々に快・不快の感情をもたらすという事態を客観的に見て取る観察者が下すとされる。

例えば、がんによる痛みを抱える患者を想定する。この患者は非オピオイド鎮痛薬を使用しているが、痛みが緩和されず医師はオピオイド鎮痛薬の使用¹³を薦めている。しかし患者はオピオイド鎮痛薬について麻薬中毒のイメージからその使用を拒否し、痛みを我慢し十分な睡眠を得られていない。ひとつには、痛みを我慢し、オピオイド鎮痛薬を使用しないという患者のニーズに基づき効果的な疼痛緩和を行わないことである。この行為、または行為を動機付ける情念や性格特性は、ヒュームにおける仁愛 (benevolence) にあたる。この行為の道徳的評価は、観察者が、この行為の影響を受ける患者の快・不快の感情に共感することによって下される。患者がオピオイド鎮痛薬を使用することなく痛みと不眠に耐え、満足しているのであれば、この行為は是認される。もうひとつには、患者を説得し、オピオイド鎮痛薬を導入することで痛みの緩和を図ることである。この行為はパターナリスティックな行為ではあるが、苦痛緩和の効果が高く、不眠が解消され、長期的には患者の快楽を生み出すと考えられる。今日の医療ではがん疼痛治療は痛みのない日常生活を目標とする。その

¹³ がんの痛み治療には薬物療法が中心となる。1906年WHOから公表された「WHO方式がん疼痛治療法」における薬物療法では、アスピリンやアセトアミノフェンに代表される非オピオイドから弱オピオイド（鎮痛効果に上限がある麻薬性鎮痛薬）、強オピオイド（鎮痛作用に有効限界がない麻薬性鎮痛薬）へと鎮痛薬の段階的な使用法を提唱していた。2018年にガイドラインが改訂され、患者ごとに詳細な疼痛マネジメントを行い、それに基づいて鎮痛薬を選択することが重要視されている。

ため医療者はパターンナリステイックな行為ではあるが、痛みのない快適な生活を目指した後者の行為を適切だと判断するだろう。その意味で、ヒュームの共感と道徳的判断の説明には限界があると言える。

ヒュームは人間の理性の能力に限界を認める経験論者であり、人間の精神や社会に関する知識は経験に基づき、確率的・蓋然的な知識であると考え。だから人間同士のコミュニケーションは個人の経験の基礎である情念を通して行われると考える。共感とは「他人の心的傾向性や感情が私たち自身のそれとどれほど異なっているか、反対であったとしても、それら他人の心的傾向性や感情をコミュニケーションによって受け取る傾向(propensity)」(THN., 2.1.11.2)である。この引用から言えることは、共感とは、例えば仁愛を導くかもしれないが、その逆を導く可能性もあるということである。そしてヒュームの共感とは、「感情ないしは情念のコミュニケーション」(THN., 3.3.2.2)であり、観念が印象に転換するプロセスから、情念よりも一時的な感情反応である情動(emotion)を伝達する機械的で中立的な原理と言える。

しかし医療においては、ヒュームの他者の感情を機械的に認知する原理としての共感では不十分であると考え。共感とは、他者の考えや言葉を介して、そのような考えを持ち、言葉を発する他者に対して共感する。他者に対して共感するということは、共感者すなわち医療者は、共感によって他者である患者の感情や行為の理解をしつつ、援助者として援助行為の動機付けが促されるのではないだろうか。患者と医療者は立場と役割が異なるが、何かを共有しているからこそ両者の間に共感が成立する。類似性や近接性とは違った意味で、この何かの輪郭をもう少し明確にするために、次節でシェーラーの共感概念について検討する。

3. シェーラーの共感

18世紀以後に提唱された理性主義に対立する感情主義は、前節で扱ったヒューム、スミス(Smith, A, 1723-1790)に代表される。スミスは経済学の開祖として知られるが、ヒュームと同様に是認と否認の感情を道徳的判断とみなし、共感に基づく道徳哲学を提唱した。シェーラーは、スミスの共感論を同情倫理(Sympathieethik)と批判し、彼自身の共感(Mitgefühl)と異なることを主張する。シェーラーの共感とは人間にとって生得的な感情機能であり、広義の共感(Sympathie)は感情伝播(Gefühlsansteckung)、一体感(Einfühlung)、追感得(Nachfühlen)、そして狭義の共感(Mitgefühl)に区分される。

感情伝播とは、他者の苦悩や喜びを感得しようとする志向(intention)を持たなくても成立する。例としてもらい泣きや笑いの伝染が挙げられる。

「他人の喜びや苦しみへの感情志向も、他人の体験への何らの思いやりも成り立たない。むしろ伝播にとって特徴的なことは、それがもつばら感情状態相互の間にのみ生じること、他

者の喜びに関する知をそもそも前提しない点である。」(Sympathie, 26) ¹⁴

感情伝播において伝播する感情は、他者の感情として伝わるのではなく、原因が他者の体験に由来するだけで、不随意的にまたは無意識に自分の感情として与えられる。

一体感も他者への志向はなく、集団ヒステリーや催眠のように、他者の自我が自分の自我と同一化された際に生じる。

追感得は、感情伝播や一体感と異なり、他者を志向する広義の共感であるが、「他者の感情の質を感得しながら把握するが、その際他者の感情が入り込んだり、同じ実在的感情が我々の中に生み出されたりするのではない。」(Sympathie., 20) というように、他者の感情の性質を捉えるための他者の体験を認識する態度だけが求められる。これは、追感得が他者という存在に対する関心がないことを意味する。

狭義の共感 (Mitgefühl) は、追感得とは明確に異なり、他者との共歓・共苦を共同感得することを必要とする。

「共感はそれ自体で感得 (Fühlen) として次のような方向に向けられている。すなわち、それは「他人が苦しみを感得している」という判断や、そうした表象によって初めて可能になるのではなく、——むしろ、それは他者の苦しみを目の当たりにして生起するのみならず、またその苦しみを「思念し」(meinen)、そしてそれは他者の苦しみを感得する機能そのものとして思念するように方向付けられている。」(Sympathie., 24)

この共感を他者の体験についての認識以上の感得とするものは、参与 (Teilnahm) である。他者の感情に参与するとは、他者の感情について関心を持って他者の喜びに喜び、他者の苦しみに苦しむことを意味する。つまり狭義の共感、他者の体験についての認識と参与によって成り立っている。

シェラーにとって共感、愛 (Liebe) に基底付けられている。両者の関係について以下のように述べている。

「愛は決して「感得」すること (すなわち機能) ではなく、一つの作用であり、「運動」である。すべて感得するはたらきは受容すること、諸価値や状態 (例えば「苦しむ」、「耐える」、「忍ぶ」) を感じることである。それゆえ我々はこれを「機能」と呼ぶ。しかし愛は心情の運動であり、一つの精神的作用である。」(Sympathie., 146-147)

¹⁴ Scheler, M. (1973). *Wesen und Formen der Sympathie*, GW. Bd.7, Franke Verlag Bern und München からの引用については、略号 Sympathie., ページ数の順に記す。訳出には「シェラー著作集 第八巻」(青木茂, 小林茂訳. 白水社, 2017 年) を参照した。

共感に愛が関係することで、共感是他者の喜びや苦しみなどの感情状態とその価値に対して志向する。シェーラーの愛は価値の低い方から高い方へと向かう運動である。共感が対象とする価値は感性的価値以外の、より高い価値である生命的価値、精神的・文化的価値、そして最も高い価値である人格的価値へと向かう。そして共感是他者の本性と他者の実存性及び個性を対象の中に引き込み、他者の喜びや苦しみがまるで自分自身の喜びや苦しみのようになる。

シェーラーの愛の対象は、「すべての人間であり、動物と神から区別された特別な意味での人間」(Sympathie., 107) であり、人間愛 (Humanitas) である。人間愛が生じるためには狭義の共感が前提である。なぜなら、人間愛の対象である人間、すなわち他者の実在性は狭義の共感によって与えられるからである。シェーラーによれば、人間は狭義の共感を通して自己とは異なる他者を知ることが可能であり、他者を知ることが共感者と他者との存在関係である。そしてその根拠は愛であるという。

「あらゆる共感の働き一般はある種の愛に基底付けられており、一切の愛なしには共感も消失するが、この関係は終始逆にはならない。こうして共感の働きが関わっていく対象(人格の周辺の状態あるいは深部、すなわち感覚的、生命的、および精神的な諸感情)の中心層は、共感の働きを基底付けている愛によってあらかじめ与えられた対象へと全面的に指向する。つまり当の層へと向けられたこの愛の指示する方向に従う。」(Sympathie., 147)

シェーラーの共感は無愛には生じない。そして共感のない愛もあり得ない。愛の程度と深さによって私たち人間は共感する。つまりシェーラーによれば、患者と医療者は立場と役割が異なっているとしても、人間愛に基づき共感が成立することになる。果たしてシェーラーが述べるような愛は、医療における援助関係の根拠となり得るのか。この点について、次節で青年期ヘーゲルの愛についての考察から、愛の実践的限界を確認する。

4. ヘーゲルの愛の限界

青年期ヘーゲルの宗教論に関する草稿群である『キリスト教の精神とその運命』では、ユダヤ教の精神の叙述から始まりイエス死後のキリスト教団の運命までが描かれている。青年期とはヘーゲルが神学校に在学している時期から神学校を卒業し、家庭教師を務めている30歳までの時期を指す。『キリスト教の精神とその運命』は『精神現象学』以前に書かれたものであり、イエスの宗教を生 (Leben)、その教えを愛と解釈し、愛を調和の感情として考察している。

ヘーゲルはイエスの愛の宗教に対立させる形でユダヤ教の精神を描いている。ユダヤ教の精神は人間に対して厳しく対立する精神である。ヘーゲルはユダヤ精神の始祖がアブラハムとみなす。

「アブラハムによって持つてある国民の始祖となった最初の行為は、共同生活と愛の紐帯を、彼がこれまで人間及び自然と結んで生きてきた関係の全体を破砕してしまう分離断絶」(Fr, 277,20)

アブラハムは超越的な神に従い、祖国と家族から離れ、異邦人として生き、息子を生贄に捧げようとした。彼にとっては神こそ絶対的であり、共同体や自然と断絶している。このような生は人間らしい「生」から離反している。そこでヘーゲルはユダヤ教に対してイエスを「人間の全体性を再建しようとする」(Fr, 324, 72) 愛の人として登場させる。

ヘーゲルは『キリスト教の精神とその運命』と同時期に執筆した「道徳性・愛・宗教」という断片の中で、「愛において人は客体と一つになり、客体は支配することも支配されることもない。」(Fr, 242, 15/寄川, 2006) と述べている。青年時代のヘーゲルにとって愛は対立を排除するものと捉えられている。しかし人間の生には運命 (Schicksal) という必然性があり、分離や対立から逃れられない。罪も一つの運命である。

『キリスト教の精神とその運命』では、ヘーゲルは罪を犯した者の運命との和解について記述している。罪とは個人の生が別の個人の生を侵害する行為である。罪を犯した個人は他者の生を傷つけたと思っているが、実は自分の生を傷つけている。

「罪を犯した者にしてみれば、他人の生を破壊したつもりなのだが、しかし実は彼は自身自身の生を破壊したにすぎない。なぜなら生は本来全一な神性においてあるため、生が生自身から分かれるということはない。」(Fr, 342,109)

罪を犯した者は他者の生を傷つけることで自分の生を傷つけ、結局自分の生と敵対している。傷つけられた者の生も罪を犯した者と同じ生であるが、傷つけられたことにより罪を犯した者に対して敵対している。罪を犯した者に対する全体的な生からの反作用が「運命としての罰」(ibid., 同) である。運命は刑罰ではなく、「敵対的な形をとっている自己自身」(Fr, 346,115) の意識である。だから「生から背き出たものとしての罪は、この全体を——ただし分立した相においてではあるが——表出しており、そして互いに敵意あるものとして化していたこれらの分立者は、再び全体へと合一する」(Fr, 346, 114) ことができる。このように罪を犯した者は運命において和解する。これが愛による運命の和解である。

ではイエスの場合はどのように運命と和解したのか。イエスは罪を犯していない。しかしユダヤ社会から迫害され十字架に架けられた。イエスの場合は、美しい魂 (die schöne Seele) と呼ばれる愛によって、自らに与えられた過酷な運命の中に自分自身を見出す。イエスは愛を保持することによって彼の目的である「人間の全体性を再建しようとする」(Fr, 324, 72) ことを断念し、死を受け入れる。

イエスの教えは生にもとづく愛である。愛による和解は個人の内面での変化が強調されて

おり、これによって人間社会に変革は起きなかった。イエスの死後、イエスの教えを守った者たちは社会から離れ、秘境的な信仰に生きた。一方、教えを放棄した者たちは世俗宗教の中に生き、教会権力の拡大を図った。結局愛の教えを守った者も放棄した者のどちらも、イエスの目的である地上に神の国を実現することはできなかった。

以上より『キリスト教の精神とその運命』におけるヘーゲルの愛について以下のことが言える。①ヘーゲルの愛は人間関係における個別的な感情ではないにしろ、感情である。そのため不変性に乏しい。②愛は個人に観念的な変化をもたらすものの、社会を根本的に変革するまでの力は持たない。だから実践的な原理としては弱い。

ヘーゲルは愛によって生における対立や分裂を同じ生自身の中で克服し、全体性を回復しようとした。しかしヘーゲルの結論から、そしてヘーゲル自身も愛は対立を克服できないと考えた。これはヘーゲル自身も認識しているはずである。だから青年期以降は、感情ではなく思考（＝理性）という哲学で対立を乗り越えようとしたのである。

小括

双方向性の医療ケアが成立するためには、看護師は患者の抱える苦痛や苦悩を理解しなければならない。看護師は患者の訴えをよく聴き、その訴えがどのような意味を持つのかについて判断しなければならない。患者に対して共感的態度を示すことは、援助関係における効果的なコミュニケーションの基本的な要素であり、看護師だけでなく全ての医療者に求められる能力である。患者は、医療者に対して自分が抱える健康問題を解決するために必要な知識を持っていることと同時に、健康問題によって引き起こされた自分自身の生活上の変化に敏感であることを期待している。医療者は患者の人間としての変化に対して、人間的に対応することが期待されている。このような意味で、援助関係には患者の訴えをよく聴き、ケアする態度を示す共感が不可欠である。

本章では上記のような医療における共感がどのような現象であるかについて明らかにするために、まずヒュームの共感について確認した。ヒュームの共感は心理現象として説明されている。まず共感者は、他者の表情や言葉から他者の感情を認知する。次に認知された感情が観念となり、印象に転換され共感者と他者との類似や接近の關係に依存しながら情念となる。そのため他者との関係性が近い場合、家族や友人である場合は強い共感が生じる。ヒュームの心理現象としての共感共感者の意識とは独立している。意図的に他者の立場に立つことなく自然と発生する現象である。

シェラーの共感には様々な形式があり、感情伝播、一体感、追感得、狭義の共感がある。狭義の共感他者の苦しみや悲しみを共に感得するものであり、認識以上のものである。他者の感情を共に感得するためには、他者の感情に能動的に、関心を持つことである。つまり狭義の共感他者の感情を認識するのではなく感情的な関与が必要である。また共感人間愛に基づく。人間愛が生じるためには狭義の共感が前提とされる。その理由は人間愛の対

象である人間、つまり他者の実在性は狭義の共感によって与えられるからである。シェーラーは、人間は狭義の共感を通して自己とは異なる他者を知ることが可能であり、他者を知ることが共感者と他者との存在関係である。そしてその根拠が愛である。

しかし崇高な人間愛と言えども、感情を医療における共感の根拠とすることには限界がある。ヘーゲルは青年期において愛を個人的な感情に止まらない、人間や社会の対立を超える調和、和解の感情として考察した。しかし結局、愛は感情であるために個人の内面が強調され、対立を克服することができなかった。

以上のようにシェーラー、ヘーゲルにおいても愛は人間関係における個別的な感情ではないが普遍的な原理として、医療ケアのための共感として愛という感情を根拠にするには無理がある。また看護師に過度の感情や愛情を要求し、専門的知識と判断を退ける。一方のヒュームは共感を心理現象として一般化しているため、患者の苦痛や苦悩を理解する共感者の積極的な意志や関心を認めない。冒頭にも述べているが、患者の苦痛や苦悩を理解しなければ医療ケアは実現しない。患者の苦痛や苦悩は認知するだけでなく、理解が必要である。理解のためには情報としての専門的知識と「知る」という能動性が不可欠である。次章では本論文の主張である「知ること」と思考の力について考察し、看護師のケアが専門的知識に基づく知識と判断、およびその訓練によって高められることを論述する。

第3章 共同知を目指す「良心」論

はじめに

本章の考察の対象はヘーゲル『精神現象学』の「VI 精神」、「C 自己確信的 精神 道徳性」の結論である「良心」論である。本論文はこれまで、第1章において医療におけるケア、第2章において相手を理解するための共感について考察してきた。本章でヘーゲル『精神現象学』の「良心」論を扱うには、本論文における本章の位置付けとともにその説明が必要であろう。

筆者は、看護師の専門職倫理は規則を守るだけ、あるいは看護師の理想的なあり方を追求するといった道徳では不十分であると考え。また医療専門職である看護師は、患者を対象とした援助を行うため、相手を慮る気持ちや相手を理解しようとする態度が求められるが、それは同時に看護師自身の感情に強く依存する。筆者は、専門職における倫理は、他者を思いやる心情よりも専門的な知識と判断に優位性があると考えた立場である。もちろん思いやりは不要なのではなく、感情に支配されないという意味で理性より下位に位置付く。ヘーゲルという哲学者は人間の論理的に思考する働きである理性に全幅の信頼をおき、自分の感情にとらわれず冷静に、客観的に、現実世界を知と思考によって捉えようとした。それが『精神現象学』という大著である。そして「良心」論は、主観的で個別的な道徳の弱点を克服した倫理的な精神が登場する箇所なのである。

『精神現象学』は「意識の経験の学」とも言われ、「意識」が何度となく挫折を繰り返しながら教養形成していく「意識の経験」の歩みが書かれた哲学書である。『精神現象学』の構成は、大きく分けると「学的認識について（前書き）」、「緒論（はじめに）」があり、そして本論として「A. 意識」「B. 自己意識」「C. 理性」「(BB)精神」「(CC)宗教」「(DD)絶対知」となっており、「意識」が「精神」に上昇していくさまが読み取れる。他に意識について論じたものには、ヘーゲルと真逆の方向性としてフロイトの精神分析理論が挙げられる。フロイトは意識の基底に「前意識」や「無意識」という領域を設け、人間の本性を理性以外に求めている。しかしヘーゲルは理性主義であるので、『精神現象学』では「意識」はより高次の「精神」へと高まり、知の共同性と普遍性に到達する道筋が叙述されている。

それでは、本章の考察の対象に戻る。私たちが日常生活で使用する良心という言葉は、「良心が咎める」「あの人には良心がない」「良心的な教師」といった用例に見るように、道徳とほぼ同じ意味合いで用いられている。しかし、本章で扱うヘーゲルの「良心」という概念はそれとはかなり異なり、道徳とはっきり区別される。

「良心」とは、「自らを直接絶対的真理であり存在であると、確信している精神」(Ph, 465, 下 951) であるため、「良心」が自ら「これが正しい」と直接的に確信すること自体が、絶対的な本質である。また、「良心」は共に知る (Ge-wissen) という意味が示すように、個別的な「自己確信」に固執する知のあり方ではなく、他人によって「承認」されるという契機

が含まれている。ここでいう知とは、情報としての知識ではなく、「知ること」の意味で用いられる。自分の内面にのみ心を向けるのでもなく、自分の生きるこの現実から目を背けるのでもなく、自分自身と現実世界に思考を働かせる知なのである。

「C 自己確信的な精神 道徳性」は、「a 道徳的世界観」、「b ずらかし」、「c 良心、美しい魂、悪とその赦し」という三つの節から構成される。本章ではまず、カントの道徳思想の批判が展開されている「a 道徳的世界観」と「b ずらかし」の節の要点を整理し、c 節の「良心」論を検討するかたちで論を進める。筆者は「良心」論に自身の問題意識である看護師の倫理を関連付けて解釈する。つまり「意識」の歩む知の道を、「看護師の意識」の知的態度として解釈する。

1. 「a 道徳的世界観」における「道徳性」と「b ずらかし」

「C 自己確信的な精神 道徳性」の「道徳性」とは、自己の内面にある普遍意志が自己の実体であり、自分の個別意志をその普遍意志に従わせる意識のあり方である。個別意志が従う普遍意志は他人の普遍意志ではなく、自分の普遍意志であるから、「道徳性」は「他律」ではなく、カントの「自律」の意味も含む。「道徳性」を持った道徳的な意識は、「人倫的な目的を純粹義務とする意識」(Ph, 459, 下 940)であり、道徳的な意識にとって純粹義務とする共同体の普遍意志以外は、重要でない対象であり別世界の存在である。ヘーゲルはそれを「自己完結的な世界、固有な諸法則からなる自立的な全体」(Ph, 443, 下 916)であるとし、自己意識と統一されていない、道徳とは異なる経済法則、利得や欲望などが支配する世界すべてを指すものとして「自然」(Natur)と規定する。「道徳的世界観」における対象は「普遍的な義務」と「個別的な自然」の二つの世界である。道徳的な意識は「自然と道徳的な諸目的及び活動とが相互に没交渉で各自に自立的である」(Ph, 443, 916)とする一方で、「義務のみが本質的であって自然は全く非自立的であり非本質である」(Ph, 443, 下 917)とする。ここに道徳的な意識は矛盾を抱えている。つまり、道徳的な意識が本質とする道徳法則は自然とは異なる別世界のものであるにもかかわらず、道徳的な意識は道徳法則を「自然」において実現させようとしている。ゆえに純粹義務は現実化することがなく、「要請」(postulieren)されており、「そうあってほしい」という願望にとどまっている。ヘーゲルは、この「要請」に伴って生じる「道徳的世界観」の矛盾を隠す道徳的な意識の行動を「ずらかし」(Verstellen)と呼ぶ。「要請」には「道徳と自然あるいは幸福との調和」、「理性と感性の調和」、「聖なる立法者」があり、順に簡潔に要点を述べる。

まず「道徳と自然あるいは幸福との調和」の要請について。道徳的な意識は純粹義務を現実世界に実現しようとする意志である。しかし現実世界は道徳とは無関係な諸法則が支配する自然の世界であるため、義務が実現するかどうかは偶然性に委ねられる。義務の実現が偶然ということは、義務とは軽佻で不真面目なものになってしまう。また、もしも道徳と自然が調和したとするなら、その世界は道徳的に完成した状態であり、道徳的な意識も行動も

不要になってしまう。すると道徳的な意識は、道徳的に行動することが真の目的であり、道徳と現実世界の調和は本来の目的ではないと、自分の主張をずらすことになる。

次に「理性と感性の調和」の要請について。この要請は、人間の欲望や自己利益を追求する感性は自然としての「衝動」や「傾向性」であり、人間が道徳的な存在であるならばこの感性を抑えて、正しさを判断できる理性に従わせることを求める。道徳的な意識は何が正しいかについて判断する際、自分の「衝動」や「傾向性」に抗いながら道徳的な存在になろうとする意志と努力を本質とする。理性と感性が調和し一致することは、道徳的な意識にとって完全に一致しては都合の悪い状態である。道徳的な意識は、理性と感性は調和してほしいが完全には調和しないでほしいという、完全な調和を無限の彼方におき、未完成の道徳、つまり道徳的でない状態の維持を願っている。

最後に「聖なる立法者」の要請について。道徳的な意識が現実に行動する場合には、個別的で具体的な「数多の義務」を抱える。その際に道徳的な意識は、「数多の義務」が純粹義務である保証を自分とは別の神という存在として要請する。道徳とはそもそも理性の力で善悪の判断を行うものであり、その判断が純粹義務である。だから聖なる立法者という神の存在を要請すること自体が「ずらかし」になる。神とは全知全能の存在である。神には人間のような感性と理性の対立など生じ得ない。現実世界に道徳というものが存在する理由はひとえに、人間に欲望や衝動と理性の間の対立と葛藤があり、それを克服し自己を陶冶することができるからである。その意味で神という存在は道徳とは全く無関係であり、その存在を要請することは、道徳を彼岸に追いやり永遠に到達し得ないものとすることになる。

2. 「良心」の登場

ヘーゲルは、道徳的な意識は感覚的な表象から思考の段階に高まってはいるが、思考するだけで概念把握に至っていない自己意識とする。

「道徳的な意識にとっては自分自身の現実も、またあらゆる対象的現実も妥当するのは、たしかに非本質的なものとしてではある。しかし、この意識の自由とは純粹思考の自由であるから、この自由に対しては同時に自然も同様に自由なものとして発生してきている。両者、すなわち存在の自由とこの存在が意識のうちに取り込まれて存在していることが同じようにこの意識のうちにあるのだから、その対象は存在する対象として生じてきてはいても、この対象は同時に思考された対象であるにすぎない。この意識の直感の最後の部分においては、内容は、この意識の存在とするものは表象された存在であるというように本質的に措定されている。そして存在することと思考することとのこのような結合は、それが実際にそうであるところのものとして、すなわち表象することとして言明されているのである。」(Ph, 451, 下 928-929)

道徳的な意識において真の實在の本質であるものは純粹義務である。だからこの意識によって現実的なものは全て「非本質的なもの」になる。しかし道徳的な意識の自由は純粹な思考の自由であるから、対象としての現実はこの意識に対して純粹な思考の自由から自立した「自然」として現象している。道徳的な意識は、対象としての現実の存在の自立性とその自立性が自己意識によって思考されていることを概念の本質的な運動を媒介せず自己のうちに直接結び付けている。そのため「思考された対象」は自己にとってよそよそしい自然的なものとして現象する。ヘーゲルはこのような対象を「表象された存在」と呼ぶ。つまり、「道徳性」の実現が理想として思考され、理想とその存在が直接結び付いているため、道徳的に正しく善いことは、ただ表面的にイメージされているにすぎず、理想と現実が分離しているのである。

では表象が概念把握となるために何が必要か。「道徳的世界観」と「ずらかし」の矛盾を乗り越えるためにヘーゲルが出した答えは、道徳的な意識自身が「聖なる立法者」であることに気付き、自らが普遍意志となることである。そうして道徳的な意識は自己があらゆる實在の存在根拠であると確信し、「良心」という境地に達する。ここから「良心」に対象として現象するのは「他の自己意識」であり、自己意識間の相互承認によって道徳的な理想が現実化する。そうすることで自己意識は個別的でありながら、自己のうちに道徳性と自然、純粹義務と個別義務、道徳性と聖なる立法者を統一する意識となる。「良心」とは、「自分自身のうちにおいて自分を全的に知り確信している単一な精神であってかの諸表象の媒介なしに無媒介に全的に知りつつ確信を持って行動 (gewissenhaft) し、こうして無媒介状態において自分の真実態を持っている」(Ph, 464, 下 969)。確信とは自分が自分自身に立ち戻り、自分で自分に確かめる個の営みであり、「知ること」「考えること」の徹底により確信はさらに強固になる。このような知の力が『精神現象学』の意識における本質である。

3. 「行動する良心」と「信念」「承認」「絶対自主性の至上権」

「良心」は「自らが無媒介に絶対的真理であるとともに存在でもあることを知り、確信している精神」(Ph, 465, 下 951) であり、その本質は自己確信である。「良心」は道徳的な絶対的な實在が自分自身であり、自分が義務として納得し、確信しているものを義務とする。「良心」による行動 (Handlung) は「道徳的な意識」と異なり、複数の義務があったとしてもそのことで葛藤し行動できないという状態には陥らず、「そのまま具体的な道徳的形態」(Ph, 466, 953) となる。たとえその行動が衝動や感性によってなされたものであっても、「良心」の直接的な自己確信という形式、つまり「信念」(Ueberzeugung) であるならその行動は道徳的な行動になる。

「行動することの一つの(具体的な)「場合」が現に在りとする。それは知る意識にとっては対象的な現実である。この意識が良心であるとき、その「場合」を無媒介な具体的な仕方

で知っており、その「場合」は、同時に、意識が知っているような在り方でのみ存在している。[中略]つまり、存在する「場合」としての現実を、行われた現実のうちへとただ変換することであるにすぎない。言い換えれば、ただ単に対象的に知るといふことの在り方を、意識によってつくり出されたものとしての、現実について知ることという、仕方に換換することであるにすぎない。」(Ph, 466, 下 953)

私たちは対象である現実を意識し、その知に対する確信は行動を引き起こし、現実を変化させる。そのとき、これまでの知が新しい知となる。「良心」は信念と行動が一致した自己確信であるため、純粋義務を実在とする抽象的な「道徳的な意識」とは異なり、具体的な場面で行動できるのである。また、自分自身をそのまま、無媒介に直接、具体的に確信している主体である。「道徳的な意識」と「良心」の違いにおいて重要な点は、「道徳的な意識」は自分がなすべきことについて理解しているが行動が伴わないことである。「道徳的な意識」にとってなすべきことは個別の理想である。一方、「良心」は自分がなすべきこととそのなすべきことが普遍的であることについて確信している。

「良心は、純粋義務を、言い換えると、抽象的自体を捨ててしまったのではなく、逆に純粋義務は普遍態の立場において他の人々との間柄に立つという本質的な不可欠の契機である。この契機は諸々の自己意識にとって共同の場であり、この場は、行われたことがその場において存立し現実とする実体であり、他の人々によって承認されるという契機である。」(Ph, 470, 下 959)

「良心」は純粋義務を保持しながら、他者に承認されてその存在が確信される。「良心」は自分の内にとどまることなく、行動によって他者に承認されることで、自身に普遍性があるという確信をもつ。そしてそのこと自体が自らの存在を確信させるのである。この点は重要であるので繰り返すが、「道徳的な意識」は自分の理想と現実の対立に直面し、「～すべき」という当為によってこの対立を乗り越えようとする。「良心」は自分が確信する善が普遍的であることを確信しているが、他者（他の自己意識）の確信との間の対立が生じている。だからこの「良心」は、他者による承認を得ようとする契機を本質的に持っているのである。こうして「良心」は自己確信を信念とし、その信念を行動において普遍的な義務という自体と、個別的な確信である対自、そして対他が統一される。この「良心」は「行動する良心」と呼ばれる。

「行動する良心」は、他者からの承認を得ることで「絶対的自主性の至上権」(die absolute Autarkie)を持つ。

「個人的な信念というこの形式は純粋義務が空虚であることについての意識がもたれていることに他ならず、また純粋義務がただ他者に対するものである契機にすぎないことに

ついで、すなわちこの契機の「実体性」が実は述語であり、この述語はその主語を個人においてもっていることについての意識に他ならない。そこで個人の恣意が純粹義務に内容を与え、しかもどんな内容であってもこの形式に結び付けることができ、自分の良心性をどんな内容にでも貼り付けることができる。」(Ph, 473, 下 964-965)

ヘーゲルは上記に続いて次のような例を挙げている。ある人が家族を養うために働き財産を増やすことは義務であり善いことである。また援助を必要とする人に慈悲を施すことも善いことである。「良心」はこれを承知した上でどちらかを優先する。けれども他者はその行為を欺瞞的だとか、臆病、不正と非難するかもしれない。この非難に対して「良心」はこれが自己確信であると主張するならば、他者は「良心」の行動を一つの道徳的行動であると認めざるを得ない。「良心」は何を義務とするのかについて、それがどんな内容であっても義務とすることができるのである。そして同時に、「良心」は「自分自身だという確信に具わる力のうちに、いかなる限定的な義務をも結び付け、また解放するという絶対自主性の至上権」(Ph, 476, 下 969)を持つ。

このように、「信念」「承認」「絶対自主性の至上権」を契機に持つ「行動する良心」の本質は、あくまで自分自身の確信にある。ここでの「承認」は、「良心」の「自分はこれが道徳的であると確信している」という「自己確信」であり、行動の内容や結果に対するものではない。そして「行動する良心」は個別性と普遍性という対立に直面することになる。

4. 「良心」の抱える矛盾と「断言の言葉」

前節に続き本節では、「良心」が「自己確信」であるゆえの矛盾、個別性と普遍性の対立の克服について、そのプロセスをヘーゲルの叙述を追って確認する。

まず、前節の「承認」の契機についても一度確認しよう。「良心」は「自分はこれが道徳的であると確信している」という「自己確信」に従い、現実に行動する。これは自らの「感性」(Sinnlichkeit)に基づいて行動している。ヘーゲルは「ある内容を自分自身だという無媒介の確信から得ようとするときには、手元にあるものといえば、感性以外の何ものもない。」(Ph, 473, 下 964)と言っている。「良心」は何をなすかということについて自ら決断するのだが、そこに欲求や傾向に基づいた「感性」が関与する。「感性」は道徳性にとって悪ではなく、義務を果たそうとする意志を現実的にするものではあるが、恣意的であるという批判をまぬがれない。「これが道徳的である」という自己確信だけでは、誰にとっても道徳的であるという普遍性は得られない。

そこで感性的な「良心」は、自分の義務が衝動や傾向ではなく、確信がなければならないこと、他者の承認が必要であることを知る。「良心」の本質は、誰もが道徳的であると一般的に分かりきったことに従うことではなく、なぜ道徳的であるのかについて自分の判断とそれに基づく行動にある。世の中の現実には様々な事情が複雑にからみあっている。何が道徳

的であるかについての正解は一つとは限らない。特に、社会的な正しさを求めようとする際には際立ってくる課題である。もしかしたらこの判断や行動は正しいかもしれないし、正しくないかもしれない。それでも「自分はこれが正しい」と判断できる知の力が求められている。だから「良心」は何が正しいのかについて、自分の感性や傾向性というフィルターを通すことで確信を持つ。個の感性や傾向性を通すことは何ら悪いことではない。

ヘーゲルは、対象的に存在し、かつ「自己確信」を表現することが可能なもの、自分自身も他者もその対象のうちに自己を確認することが可能なものを「断言」(Versicherung)の言葉とする。「断言」の言葉は自分の正しきの根拠であり、「承認」の対象である。

「こうして「我々」は言葉が再び精神の「そこ」にある存在であることを見る。言葉は他の人々に対して存在している自己意識であり、この自己意識は自己意識でありながら、直ちに現にあるのであり、また「この」自己意識でありながら普遍的な自己意識でもある。言葉は自分を自分から分離するところの自己でありながら、この自己は純粋な「自我は自我である」として自分に対象的となり、しかもこの対象性においても「この」自己であることを失わないと同時に、また、無媒介に他の諸々の自己と合流して彼らの自己意識でもある。この自己は自分を聞きとると同時に他の諸々の自己によっても聞きとられるのであり、そうして聞きとることはまさに自己となった「そこ」の存在のこと、「そこ」の存在が自己となったことである。」(Ph, 478-479, 下 973)

言葉は、発した自分のものとしては個別的なものであるが、同時に、自分から発せられたことで他の人々に聞きとられ、共有される。言葉は自己と他者を結ぶ媒辞である。ヘーゲルにとって「良心」の行動は、「自己確信」という知を「断言」の言葉にすることにある。一般的な理解では、「良心」の行動の内容やその結果、そして行動によって現実がどのように変化したのかについて注目する。しかしヘーゲルはそのような実践的な個々の行動やその結果は媒辞とはなり得ないとする。次の引用がその主張である。

「自己は自己として、「そこ」の存在に歩み入る。自己を確信する精神がこの精神として他の人々に対して現れる。その直接的な行為が、妥当して現実的であるものなのではない。承認されたものは限定されたものでも、自体的に存在するものでもなく、逆にただ自分を知っている自己だけである。存立する場は、普遍的な自己意識である。この場に入り込むものは、行動の結果ではあり得ない。」(Ph, 478, 下 972)

こうして「断言」の言葉により、「良心」は「自分はこれが正しい」という確信を個別性という形式から普遍性という形式にした。この段階で得られた普遍性とは、言葉を媒介とした共同的な自己意識であり、承認されたものは言葉で表明された義務の普遍性である。ヘーゲルは、結局、言葉によって形成された共同体の「良心」を、自分の内面の善良さをお互いに

確認し合う「美しい魂」(die schöne Seele)と呼ぶ。

5. 「美しい魂」と「良心」の対立

「美しい魂」という表現は、シラー (Schiller, F, 1759-1805) の『カリアス書簡』(1793年) やゲーテ (Goete, J.W, 1749-1832) の『美しき魂の告白』において使用された言葉である。ヘーゲルは「美しい魂」について、「道徳上の天才であって、自分の無媒介な知という内なる声が、神の声であると心得て」(Ph, 481, 下 977) いる「良心」と呼ぶ。この「良心」は、「絶対自主性の至上権」と自己の内面に神を持ち、いかなる内容の義務でも断言することができる「良心」であり、そのことを確信している。そして言葉にされた信念について、共同的精神が「教団」(Gemeinde) を形成し、その内部で「良心」が互いの内面の美しさ、神性について讃えあう。「実在が自分のうちに直接的に現在しているということが実在と自分の自己との統一であることを知り、したがって自分の自己が生ける自体である」(Ph, 482, 下 979) ことを知る。このように、この「良心」は、個別の自己にとって普遍的な存在根拠こそ自分たちが作り出した共同性であり、それを体現しているのは自分自身であることを知る。「良心」はこの自覚が宗教であるとするが、ここでの普遍性は、ただ共同体内部の承認の形式、語り (Rede) によって保っているにすぎない。だからこの「良心」はこの共同体内部の承認の形式によって普遍性の契機を失う。

「この自己に欠けているのは、外化の力である。つまり、自分を物として存在に耐え忍ぶ力である。この自己は、自分の内面の「主」のごとき輝かしさを、行動と「そこ」の存在によって汚しはしないかという不安のなかに生きており、自らの心胸の純粋な姿を保とうとして、現実との馴れ合いから逃れており、[中略] 意識は、その契機は透明になり純粋になって、不幸ないわゆる美しい魂となるが、これは自らのなかで光を失い、空中に失せる形の定かでない霧のように、消え去ってしまう。」(Ph, 484, 下 981)

「美しい魂」は現実と向き合わずに逃避し、自分の内面の純粋さに拘泥する。それゆえ現実との矛盾に苦悩し、その内面の美しさも喪失してしまう。そしてヘーゲルは、「良心」を「行動する良心」と、「美しい魂」を「批評する良心」として対立させる。「行動する良心」は、「自己確信」に基づいて実際に行動することが重要であると考え。一方の「批評する良心」は実際の行動そのものではなく、行動の普遍性を確保することが重要であると考え。「批評する良心」にとって「行動する良心」は、普遍性を軽んじ、「自己確信」に固執しているだけにみえる。「良心」とは本来、「自己確信」だけでなく他者からの「承認」を求め態度を持つものだから、「行動する良心」が「自己確信」に従っていることを主張しても、それは自らを正当化しているため「悪」(Böse) であり、普遍性と個別性が分離していることを誤魔化している「偽善」(Heuchelei) にすぎない。このように、「批評する良心」は「行

動する良心」を批判する。

しかし「批評する良心」にも「悪」はある。「批評する良心」は現実から逃避し、個別的に行動せず、普遍性に従って判断するのみである。「批評する良心」の判断基準が「行動する良心」に対置するものとしてある以上は普遍的ではない。「批評する良心」にとっても「行動する良心」の承認が得られない限り、個別的な意識のままである。「批評する良心」は普遍的な義務について何であるかを判断し、語ろうとも、それが実際の行動にならない限り義務は実現しない。「批評する良心」のこのような振る舞いも普遍性と個別性とを分離させる「悪」である。

「この批評する良心は、純粋な姿のなかに自分を保っているが、それは、行動しないからのことである。この良心は、判断することを現実の実行として受け取ってもらいたいという、そうして行動による代わりに、卓越した心情を言い表すことによって、正義にかなっていることを証明しようという、偽善である。」(Ph, 487, 下 988)

「行動する良心」は「批評する良心」も自らも同じく「偽善」であることに気付き、自分の「悪」を「批評する良心」に告白する。そうすることで「批評する良心」も応答することを期待する。ところが「批評する良心」は「行動する良心」の期待とは正反対に、「このような共同を突き離して自分だけで存在して他者との連続を拒否する頑なな心胸の持ち主」(Ph, 489-490, 991) である。そうして「行動する良心」は、「悪」であるのは「批評する良心」であることを知る。それは、「批評する良心」が「行動する良心」の「自己確信」への固執を指摘し批判したにもかかわらず、「批評する良心」自身は自分が抱える「悪」を自覚せず、「美しい魂」であることに固執し、相変わらず相手を非難しているからである。

この時点で「行動する良心」は、自分の矛盾に向き合い、対自的な存在としての自分から普遍的な実在に高まっている。そのため「批評する良心」は普遍的な意識に高まった「行動する良心」を認めることができる。「批評する良心」は、「善悪を分別する思想とこの思想に固執している対自存在の頑なさを断念」(Ph, 492, 下 995) する。その結果、「行動する良心」に「赦し」(Verzeihung) を与える。

「行動する良心」は、「批評する良心」の普遍性に固執する態度のうちに、「自己確信」に固執していた自分自身を見出し、「自分にとって絶対に正反対であるものにおいて、自分自身を遍く普遍的に知る」(Ph, 494, 下 998) ことになる。ついに「良心」は、一人の人間の自己意識のうちにある個別性と普遍性との対立と、「行動する良心」と「批評する良心」という二人の人間の間での個別性と普遍性の対立を克服するという二重の課題を克服するに至ったのである。

二つの「良心」にとって、相手を赦すことは、相手のうちにある自分を知ることである。それは新しい自分であると同時に、新しい自分たちの共同性の獲得である。「赦し」とは、相手の「悪」や「偽善」を許すことを意味しない。相手を「偽善」と非難した自分自身の判

断を否定し、あるいは吟味し、自分のこだわりを手放すことであって、相手のうちに自分の本質を見出すことである。この「赦し」によって、今までの自分を超越、自分と相反する他者との同一性の境地に到達する可能性が開ける。これが「良心」の知の力から創出される新しい共同の在り方である。

小括

「良心」は、規則や義務だからという理由でそれに従うものではない。自分が、直接「これが正しい」と確信すること自体が「良心」の絶対的な本質である。正しさについての理想を持ち、自分だけでなく他者もそれに従うべきだと暗黙のうちに考える「道徳的な意識」は、自分の感受性を失い、切り離されてしまっており、「私が行った」とは言えない。「私が行った」と言えるためには、個別的な行動でなければならない。義務は「この私」によって遂行されてこそ空しいものでなく、現実的なものになる。

人間と社会について理想像を描き、これを実現しようとする意志、これが「道徳的な意識」である。「良心」は道徳に対抗するものではなく、道徳の持つ矛盾を克服するために登場した倫理的精神である。人間や社会について理想とする善は一つに限らない。個々人の信念や価値観によって複数存在する。ある人は人間の生命の神聖さに重きを置き、ある人は人間としての尊厳を保つことに、ある人は自由な自己決定に、またある人は平等という価値を重んじるかもしれない。個々人が求める理想や大事にする価値は様々であり、それぞれ許容されるべきものである。ヘーゲルの「良心」は、現実社会には理想や価値は多数あって、これらの理想や価値のうち、どれが正しいものであるかはわからないことを踏まえた上で、相互承認によって取りなす可能性を示している。「良心」は、他者を自分と同じような存在として認めること、他者のうちに自分との同一性を認識することにより、共に知る (Ge-Wissen) という共同知を意味する。他者は自分を自分たらしめる存在でもある。自分も他者もそれぞれ自立した存在である。つまり、自分が自分であるためには、他者を自分と同様に自立的な存在として認めることが必要である。このことは他者の立場にあっても同様である。

またヘーゲルは、欲望や感情といった感性を抑えるという仕方ではなく、教養形成という仕方によって感性を社会的なものとして陶冶することに倫理の本質をみる。常に自分が自分自身に立ち戻り、自分で自分に確かめ、「知ること」「考えること」を徹底的に行う知の働きは専門職としての看護師の倫理に必要不可欠な態度である。

第4章 「感受性」の意味と涵養

はじめに

前章において「良心」は、規則や義務だからという理由のみでそれに従わず、自分が、直接「これが正しい」と確信すること自体が絶対的な本質であることを確認した。看護師の倫理に即して言い換えるなら、倫理綱領、倫理原則は遵守すべきものだからという理由のみで盲目的に従うのではなく、「倫理綱領、倫理原則に従うこの私」という意識と判断がなければならない。

日本の臨床倫理の第一人者である白浜は、「倫理的な問題を認識し、分析し、対応していく能力」(白浜, 2000, pp.260)を倫理的感受性と表現し、まず何が倫理的問題であるかを認識し、その問題の背景にある情報を整理しながら、問題の本質を見極め、解決のための分析と対応を検討するという倫理的活動と教育を行った。倫理的感受性に関する白浜の定義が妥当ならば、「正しい/不正である」や「善い/悪い」に対する道徳的判断は、感覚や感情のはたらきではなく、道徳的な価値を認知することで可能となること、そして道徳的な価値はそれを感じ取る感受性によって涵養されると考えられる。本章はこれらの問題について考察するために、メタ倫理学における道徳実在論の議論についてマクダウェルの価値の「第二性質」に関する議論を概括する。最終的に道徳的判断は「感受性」という能力が不可欠であること、最後にその涵養と前章の「良心」論との接合が看護師の倫理教育に有益であることを示す。

1. 「第二性質」としての道徳的事実

マクダウェルのメタ倫理学上の立場は、マッキー (Mackie, J.L., 1917-1981) らの投影主義 (projectionism) の批判から始まるため、マッキーの主張から概説する。

マッキーは「道徳的判断を下す大部分の人々は、とりわけ、客観的に規範的なものを指し示していると暗黙に示しているが、その主張はすべて偽である。」(Mackie, 1977, pp.35)と述べ、規範的なもの、つまり道徳的基準を導く道徳的事実の客観的な存在を否定する。では、なぜ多くの人々は客観的に道徳的事実があるかのように議論するのか。その理由は、まるで存在するかのように錯誤 (error) してしまうというものである。マッキーによれば、道徳的事実は、私たち人間が世界に自分の感情や欲求を投影 (projection) したものである。この立場が投影主義である。投影主義では、色、音、匂いなどの「第二性質」は事実と価値を区別できない。そのため、形や重さなど客観的に存在が認められる「第一性質」とは異なり、「第二性質」は私たちの欲求や感情を経由して世界の側に投影されると主張する。道徳的事実は「第二性質」と同様に、世界への投影であり、道徳的判断は私たちの感情の表明にすぎないということになる。

マクダウェルは、この投影主義の「第一性質」と「第二性質」の規定に対し、以下のような反論を行っている。

- ① 赤という色は物質が持つ性質（「第一性質」）であり、その物質が赤いと認識できるのは人間の視覚のはたらきによる。客観的に赤い色という物質が存在するのではない。
- ② 投影主義は、道徳的事実について人間の知覚や心理のはたらきにより「第二性質」という性質を持つと考えている。この考えは道徳的事実を「第二性質」のように客観的に存在する性質として考えていることになる。投影主義はこの点が間違っている。
- ③ 世界の側には道徳的事実が存在する。この道徳的事実に対し、私たちの「感受性」(sensibility) が反応し、私たちは道徳的判断をしている。「感受性」から道徳的判断に至る間には、そうした判断に「値する (merit) もの」であるかどうかの熟慮がある。

では、①のマクダウェルの反論についてもう少し詳しく確認する。色・音・匂いなどの「第二性質」は対象の「本質的な特徴」(intrinsic feature) ではなく、対象に帰属しない主観的性質である。例えば「林檎が赤い」と言う場合、私たちは常識的に、対象としての林檎が赤いと考える。ところが投影主義では、赤い色は林檎の「第一性質」が私たちの心にはたらきかけ、色という「第二性質」を作り上げているという。「第二性質」は世界に存在しないが、日常的な思考や言語においては前提とされているため、「第二性質」である色の存在は「錯誤」であるという。マッキーは「第一性質」が対象の「本質的な特徴」であるとする。確かに私たちは、形や重さといった特徴を視覚や触覚によって確かめることができる。しかしマクダウェルは、その認識された対象の観念が対象と「類似」(resemblance) しているために、私たちは認識において、知覚経験と実在する対象との間に、ありのままの観念を映し出しているという。林檎の形＝丸いという「第一性質」は、視覚と触覚、複数の感覚によって確かめられるからこそ、私たちは得られたその知覚経験に無意識に解釈能力をはたらかせ、対象の「本質的な特徴」として捉えることができる。一方「第二性質」である赤い色は、視覚という単独の感覚により確かめられるために、「第二性質」の知覚経験のように解釈能力は機能しない。

また、「第一性質」も「第二性質」も私たちの認識を通して把握される。その意味でマクダウェルは、適切な条件の下においては、「第一性質」「第二性質」ともに客観的であると主張している。

次に、②③の主張について確認する。これについてマクダウェルは、「正しい/不正である」や「善い/悪い」といった抽象的な価値ではなく、「恐怖」を例に挙げて説明している。「恐ろしい」という私たちの反応を理解するためには、私たちの認識とともに「恐れるに値する状況」について説明できなければならない。なぜなら、私たちは何らかの刺激や事態に対する単なる反応として「恐ろしい」という態度を表出しているのではなく、当該の事物や事態が私たちの「恐ろしい」という態度に値する、または「恐ろしい」という態度が当該の事物や事態において適切であるという判断をしているからである。投影主義の立場では、「恐ろしい」という私たちの反応について、私たちの恐怖の性向 (propensity) や私たちの感情の

機械的メカニズムによって、事物や事態に恐怖を生み出す性質が存在しないことを説明しようとする。では具体的に、私たちが「恐ろしい」と反応する状況を考えてみる。

「私は見知らぬ男に刃物を突き付けられたことを思い出すと恐ろしい。」

上記の文章は、「私」の認識と「私」が「恐れるに値する状況」について「見知らぬ男に刃物を突き付けられた」という説明がなされ、「私」が「恐れる」という反応を理解することができる。「見知らぬ男に刃物を突き付けられたこと」は、「恐ろしい」事態であり、「恐ろしい」対象である。つまり「私」の認識とそれを判断する対象の関係は相互依存的である。また、「見知らぬ男に刃物を突き付けられた」という事態は、「私」の恣意的な想像によって変更不可能である。この点において価値判断には客観性がある、とマクダウェルは主張すると考えられる。

投影主義の立場では、「私は見知らぬ男に刃物を突き付けられたことを思い出すと恐ろしい。」という判断がされた経緯をどのように説明するのか。投影主義ならば、「私」の心の中の態度や反応が「見知らぬ男に刃物を突き付けられたこと」へ投影された結果として説明する。つまり「恐ろしい」という判断は、「見知らぬ男に刃物を突き付けられたこと」に帰属する客観的な性質が「私」の「恐ろしさ」についての感受性に作用した結果となる。しかしマクダウェルによると、この説明では「私」の「恐ろしさ」の感受性の説明として不適切であるという。投影主義による説明では、感受性について「恐ろしい」という判断をする「私」の観点が見逃されている。「見知らぬ男に刃物を突き付けられたこと」を「恐ろしい」と反応した「私」の感受性について適切に理解するためには、「見知らぬ男に刃物を突き付けられたこと」が「恐れる」に値する状況であるかどうかについて、「私」の観点から評価できる必要がある。投影主義の説明では、感受性は、世界にある事物や事態に特定の性質を投影する、あるいは私たちの感情や態度の表出という限定的な役割しか持たない。マクダウェルは、私たちの「感受性」は、特定の反応や態度を妥当とするような性質に対する認知も含んでいると主張する。そして価値を伴う道徳的判断について、これまでの「第二性質」に関する判断と類比させる。つまり道徳的判断は、事物や事態が私たちの特定の反応や態度に値するものであるかどうかについての判断であり、「感受性」の作用と切り離すことのできない認知的な判断である。この点が「第二性質」と私たちの道徳的判断に関するマクダウェルの主要な主張である。

以上、マクダウェルによる投影主義の「第一性質」「第二性質」の規定に対する批判と、私たちの道徳的事実の認識、及びその判断についての主張の概略を確認できた。次節では、道徳的判断について、マクダウェルの「第二の自然」概念と「陶冶」に関する議論を検討する。

2. 「第二の自然」と「陶冶」

投影主義の世界観は、出来事が因果関係で成り立つような自然科学の法則で説明できる世界を想定している。マクダウェルはこのような世界を「法則の領界」(realm of law) (マクダウェル, 1994, pp.71, 邦訳 126 頁) と呼ぶ。投影主義では、形や重さなどの「第一性質」は、「法則の領界」に属すると考え、客観的な存在とみなしている。しかしマクダウェルは、私たちは自然言語を習得し、概念能力を持ち、この概念能力によって世界を捉えているという。例えば、「ここに白いテーブルがある」という信念 (= 「私はここに白いテーブルがあることを信じている」) を形成するためには、「私」が、「白いとは何か」「テーブルとは何か」「白いテーブル」についての知識を持っていることが前提にある。私たちの五感による知覚経験とそれに伴って信念を形成することは別である。信念を形成するためには知識=概念能力が不可欠である。このように、マクダウェルは、概念能力によって形成された「それ独自」の世界を、「法則の領界」と区別する形で、「理由の空間」(space of reasons) (ibid., pp.71, 邦訳 126 頁) に位置付ける。

前節で「恐ろしい」という私たちの反応を理解するために例として挙げた文章において、「私」の認識とそれを判断する対象の関係は相互依存的であることを確認した。このことは、「私」が「恐ろしい」と判断する対象の「世界」が、人間の認識と外部世界が相互依存的につながっていることを意味する。「私」が判断する対象の「世界」は、プラトンの言うイデア界とは異なり、私たちが日常的に使用する言語のなかで自然に獲得されている。私たちが使用する言語と外部の対象との間には相互依存的に作りあげる世界がある。これがマクダウェルの「第二の自然」(second nature) (ibid., pp.84, 邦訳 144 頁) であり、マクダウェルのアリストテレス解釈によると「実践的思慮」(practical wisdom) (ibid., pp.84, 邦訳 144 頁) である。

「アリストテレスが倫理的性格の成型を考える仕方を一般化することで手にできるのは、第二の自然の獲得によって自分の眼を理由一般へと開かせるという観念である。これにふさわしい簡潔な英語表現が私には思いつかないが、それはドイツ哲学において「陶冶」(Bildung) として登場するものに相当するだろう。」(ibid., pp.84, 邦訳 145 頁)

上記の引用から読み取れる内容は次のとおりである。私たちは様々な状況を把握し、信念を形成する。そして具体的な実践を通して「今、自分は何をすべきか」について自問し、概念に意味を与える思考を繰り返す。こうして倫理的な行為を自分のものとすることができるようになる。マクダウェルは、この「実践的思慮」を会得するプロセスが「陶冶」であると述べている。

「第二の自然」とは、対象をその概念に即して把握する人間の概念能力である。私たちは様々な状況において共通する概念をどのように見出し、適用しているのか。再び「赤い」色を例に考えてみる。私たちは「林檎が赤い」と言うように、ある事物・事態に「赤い」とい

う「第二性質」の概念を適用する。他の「赤い」事物を考えてみる。「サラダのトマト」「郵便ポスト」「夏の夕焼け」「滴る血液」などがある。これらについても、「林檎」と同様に「赤い」「第二性質」を適用している。マクダウェルは「第二性質」や価値は、私たちが同じ事柄にある概念を適用するという点で共通であるという。では何が同じ事柄と言えるのか。

「見知らぬ男に刃物を突き付けられた」「山で熊に出会った」「連休の観光地の人出」「凄惨な交通事故」などは、筆者にとって予測不可能という点で「恐ろしい」ことである。また、「見知らぬ男に刃物を突き付けられた」ときと「山で熊に出会った」ときは、心拍数や血圧値は著しく上昇しているかもしれない。「凄惨な交通事故」や「連休の観光地の人出」のニュースを見聞きしたとき、明日は我が身を案じて「恐ろしい」と感じる。しかし「連休の観光地の人出」は、この数年流行の感染症予防の観点からは「恐ろしい」かもしれないが、観光産業の回復を期待する人にとっては喜ばしいことであり、旅行や行楽で楽しみたい人には羨ましいことであろう。本節の前半の繰り返しになるが、誰が「恐ろしい」と認識するのか、対象となる世界の事物・事態は相互依存関係にある。だから「恐ろしい」と判断する対象とともに、「恐ろしい」と判断する主体の説明が必要なのである。私たちは「恐ろしい」という言葉を理解するために、「見知らぬ男に刃物を突き付けられたから恐ろしい」「山で熊に出会ったから恐ろしい」「連休の観光地の人出を見て恐ろしい」「凄惨な交通事故を知って恐ろしい」など、「恐ろしい」と判断した主体の判断の理由および、理由を取り巻く全体論的な数多くの命題を獲得しなければならない。このように私たちが、数多くの命題とある概念を適用し続けることが「実践的思慮」になり、「陶冶」になる。

上記の「恐ろしい」の例から、道徳的判断に主題を移そう。私たちがいる状況を把握し、その場面で求められる適切な行為の基となるものは、前節の後半で述べた「感受性」である。「感受性」は「さまざまな状況が、ある人の振る舞いに突き付けてくる要求を識別する能力」(MacDowell, 1997, pp.53, 邦訳 6 頁)であり、「我々が道徳的な見方を教え込もうとするとき、植え付けようとしているのは、この種の単一で複雑な感受性なのである」(ibid., 同)。道徳的判断は、私たちがその要求に従って行為する欲求を持たなくても、行為の理由や動機づけを私たちに与える。例えば、ある人が私に「看護師としてあなたは親切でなければならない。」と指導した場面を想定しよう。私はなぜ自分が親切でなければならないかについてある人にその理由を尋ねる。そのときある人は「あなたは看護師だからとにかく親切でなければならない。」と答え、私は親切でなければならない理由が明らかでないため納得できず、ある人の言う「親切でなければならない」という要求に従わない。このように、私が「親切でなければならない」というような道徳的行為を受け入れる場合、自分が親切である理由も同時に受け入れている。しかし、この理由を理解するためには、自分の立場や置かれている状況、その状況で自分が親切であることによってもたらされる事態への影響や変化など、私が置かれている状況において、親切であること、その背景にある具体的な内容が明らかでなければならない。マクダウェルとしては、ある道徳的価値を受け入れている行為者が、当該の道徳的要求に従って行為する理由や動機づけを持つかどうかを考える際には、行為する

欲求を持つかどうかよりも、行為がなされるべき状況に関する事柄が、行為者本人に十分に理解されているかどうかを重要としている。そしてやはり、行為者が行為の理由を形成するためには、「実践的思慮」の学習と習得が不可欠なのである。

3. 「感受性」の涵養

それでは、道徳的判断における「陶冶」、「感受性」の涵養は、どのようなプロセスで進むのか。私が道徳的判断を行う際、「感受性」は条件反射的に反応し、道徳的価値の評価や判断を行っているのではない。私が何らかの事態を感受するということは、私の眼前に自然と「せり出してくる」道徳的事実について、私がどのように振る舞うかを熟慮することである。この熟慮は「反省的自己精査」を含み、「この状況で何をどうすることが善いのか」について、ある概念に意味を与える思考であり、「知性の形成」である。この熟慮の繰り返しが「感受性」の涵養に他ならない。さらにマクダウェルは、この「感受性」の涵養なくして道徳的判断に一般原則を求めることはできないという態度をとる。また「感受性」が「知性の形成」ならば、言葉を理解し、概念能力と論理的思考が可能な人ならば、誰でも適切な道徳的判断が可能になるという考えを否定する。「感受性」は自然勝手に、自動的に涵養されるものではないということである。だから「感受性」は涵養しなければならない。例えば、医療倫理の四原則「自律尊重」「善行」「無危害」「正義」に関して、共通・類似する特徴を整理し明示したとしても、現実にはその例外となる事例が生じる。そして条件や留保事項を追加したりする必要性が生じる。結局のところ、原則の適用は一般的な言明の限界にぶつかる。もちろん医療倫理の四原則は、「感受性」の涵養に際し、無用ということではなく、ガイドやツールとして有用である。

またマクダウェルは、「感受性が形成する知」と徳を同一視する。有徳な人は、自分が置かれた状況において「どのような行為が善いのか」の理由が自ずと見えている。ただし、その見え方は有徳な人当人の側からしか見えない。ということは、有徳な人と有徳な人のその内部を共有できる人のみが、「感受性」の共有ができるのである。これでは有徳な人々をエリートとして特別視していることになる。「感受性が形成する知」が徳と同様であるならば、「感受性」による知を形成するためには、意識的に「反省的自己精査」をするしかない。

「反省的自己精査」は、ヘーゲルが『精神現象学』で展開した徹底的な意識の自他における展開と類似している。マクダウェルはヘーゲル主義者ではないが、認識と真理という哲学の問題について大きな影響を受けていることは間違いない。以下は『精神現象学』の緒論であり、ヘーゲルにとって、人間の意識が主体である自己と対象から成り立っていることを確認できる箇所である。

「意識はあるものを自分から区別すると同時に、このものに関係しもするが、この「関係する」ことをよく用いられる表現で、あるものが意識に対してあると言ってもよく、そうして

この関係ないしあるものの意識に対する存在のひとつの特定の側面が知ることである。しかし我々は、この対他存在 (Sein für ein anderes) から自体存在 (または即自存在) (das Ansichsein) を区別する。知に關係付けられるものは關係付けられると同時にまた知から区別されて、この關係の外に存在するものとして定立させられる。この自体という側面が真 (Wahlheit) と呼ばれるものである。」(Ph,76, 上 85)

意識は自己を出発点として何らかの対象に關係し、対象の構造を意識化することで自己と關係させる。これが知るといふ意識の働きである。この側面では、意識と対象は他者の關係にあるため、「対他存在」と呼ばれている。一方、意識は対象がそれ自体として自立して存在することを前提にしている。それ自体として存在するということは、意識にとって対象が当然知られているものとして存在するのであり、知るものとは区別され、知るものの外部に存在すると想定されている。このことは意識が、対象を意識との關係から区別しているということである。意識にとっての対象とは、意識によって知られたものであり、同時に意識との關係の外に自体的に存在する。しかし、その「自体存在」が意識の外にあるという区別は意識自身による区別である。

マクダウエルもまた、私たちの認識と対象世界を区別・分離せず、相互依存的關係を主張している。よって、存在と認識が分離不可能な心と世界の構図を作り上げている。世界は私たちの心 (=思考) とは独立して存在しない。この意味でマクダウエルにおける心は、ヘーゲルの「精神」と同義であると解釈できる。このようにヘーゲルとマクダウエルは、認識と存在に関する哲学的構図への取り組み方が一致している。単純に言ってしまうと、マクダウエルは明らかに「理由の空間」と「法則の領域」を区別する経験主義を否定しているのだから。おそらく、マクダウエルは「理由の空間」に関して、ヘーゲルの概念把握を参考にしている。松岡は、「マクダウエルの場合、ヘーゲルは、人間が判断や推論を行う際の諸々の理由からなっているネットワークを表す「第二の自然」という概念に結び付けられている」(松岡, 2017, pp.96) とマクダウエルとヘーゲルの関連を述べている。

そして何より、「第二の自然」の概念を獲得する学習プロセスに「陶冶」を用い、さらにその説明においてドイツ語の Bildung を加えている。先に引用したマクダウエルの文章をもう一度示す。

「アリストテレスが倫理的性格の成型を考える仕方を一般化することで手にできるのは、第二の自然の獲得によって自分の眼を理由一般へと開かせるという観念である。これにふさわしい簡潔な英語表現が私には思いつかないが、それはドイツ哲学において「陶冶」(Bildung) として登場するものに相当するだろう。」(マクダウエル, 1994, pp.84, 邦訳 145 頁)

ただし、ヘーゲルの「陶冶」は社会的なものとの関連が重要だが、マクダウエルにおいては

その記述が読み取れないためヘーゲルと全く同じではない。

では、道徳的判断における熟慮に戻る。前節で看護師と親切の例を挙げたが、「親切にする」という倫理的な行為は、親切にするべき多数の状況に対して、同じように親切な振る舞いを行い、それが「親切」の経験的事実として認知される。この事実が、「感受性」が多数の状況において、自然に「せり出してくる」道徳的事実に類似性や共通性を見出し、どのように「親切」に振る舞うかについて熟慮するものである。だから、状況が突き付けてくる要求に応えるということは、原理・原則をその状況にそのまま適用するものでもないし、その場限りの単発の応答でもない。経験的事実として蓄積されなければならない。

そして熟慮は、他者から批判される可能性に対して開かれていなければならない。そうでなければ、意見の異なる人々からの学びもなく、自らの認識や判断を改善し、更新する可能性も失ってしまう。「反省的自己精査」は個人の内部でとどめておかず、社会的客観的な視点からの思考を強化する必要がある。

次節では具体的な状況に対して、「何をどのように行為すべきか」について判断する能力としての「感受性」と「反省的自己精査」に、現実世界の多様で複雑な道徳的事実について個別かつ普遍的な認識を統合する「良心」論をつなぎ合わせ、看護師の倫理教育における「実践的思慮」の学習と習得について検討する。近年、看護師の倫理教育において倫理的感受性¹⁵をテーマにした研究が増えている。医学中央雑誌 Web 版で「倫理的感受性/AL and 看護/TH or 看護/AL」をキーワードとして「PT=原著論文」で検索すると 90 件あり、年代別では 1980-1990 年代 2 件、2000 年代 18 件、2010 年代 45 件、2020 年代 25 件であった。このうち「倫理的感受性」または “ethical sensitivity” をタイトルに含むものは 23 件であり、そのうちのほとんどが倫理的感受性を高めるための実際の取り組みや関連要因の分析、看護師の倫理的感受性の実態調査であった。このことから看護領域における倫理的感受性への関心の高さと問題意識が推察できる。

4. 「感受性」と「良心」論による倫理的実践

一般的に、倫理的問題を認識し分析するためには倫理学理論を学習し、係る倫理的問題の状況と倫理学理論上の問題のどこが一致するのかについて理解する知識と訓練は必要である。なぜなら、倫理的知識がなければ、倫理理論と倫理原則の関係や何をどのように分

¹⁵ 他に道徳的感受性、道徳的感性、moral sensitivity などの類似表現がある。Lützén, K は 1994 年に *International Journal of Methods in Psychiatric Research* において Conceptualization and instrumentation of nurse's moral sensitivity psychiatric practice において尺度開発を行っている。その後、2006 年の Developing the concept the moral sensitivity in healthcare practice. (*Nursing Ethics*) では、“moral sensitivity” という概念には認知力以上の側面があると述べている。

析するののかという方法論がわからないからである。その意味では、主要な倫理学理論、倫理原則を活用した事例分析、倫理綱領や看護実践における倫理概念を学習することは必要である。その場合課題となるのは、机上の学習に頼った推論的思考は機械的で、リアリティを欠いた、自分には関係のない問題として扱われる懸念がある点である。現実には起こっている倫理的問題は、試験問題のように事前に設計されてはおらず、倫理という言葉が示すように、人々の間で起こっている生々しい問題である。問題を理論や原則に照らし合わせ、分析し、対応策を検討することは合理的である。また、倫理学理論や原則に則ることは倫理的であり、複数の人々によって問題分析を行うことは倫理的である。ただ、その倫理的問題を、複数の人々によって分析されるプロセスを、個々人が自らの問題として感受しているか、筆者はそれを問題としている。だから「自己確信」を本質とする「良心」論の重要性を主張するのである。

倫理綱領を学習し看護師の責務を理解することは重要なことである。倫理原則に基づいて看護実践を行うことも重要である。ただそれは看護師の倫理教育においては基本であって、初歩でしかない。複雑な倫理的問題への対応能力まで養うことを目標にするならば、看護師の責務を果たすことが自分にとって何を意味するのか、なぜ倫理原則に従うのか、自分自身が納得して倫理原則に従っているのかなどについて考え深め、看護師としての自分のありようを見つめる態度まで身につけることが必要である。それが「実践的思慮」を身に纏った看護師である。

看護師が体験する倫理的問題は、「あれをとるか/これをとるか」という単純な二項対立の図式の問題ではない。何が正しく、何が善い行為であるかを判断できるという問題でもない。個人の信念・価値が周囲の人々との関係の中に巻き込まれ、絡み取られる中で、個人と周囲の人々との調和が問題になる。そこで次のような仮想事例を挙げる。

高橋由美（仮名）氏： 30代後半、女性、悪性リンパ腫で入院。5歳の娘と二人暮らしであったが、入院後は高橋氏の両親にあずけている。化学療法を受け、一時は治療効果を認めたものの、病勢が強く、急速に病状が悪化している。高橋氏は何度となく繰り返された化学療法の副作用で毛髪、眉毛、睫毛は抜けおち、全身の皮膚には転移である潰瘍が多数出現しており、肺への転移と胸水貯留による呼吸困難のため酸素マスクを着用している。高橋氏は娘が自分の容貌の変化に驚き、怖がって泣いた出来事があって以来、娘との面会を拒んでいた。主治医の佐々木（仮名）は高橋氏の余命が数週間しかないことを予測していた。佐々木医師は高橋氏本人にもう治療手段がなく、数週間の余命であるという悪い知らせを伝えるかどうかについて、高橋氏の両親と話し合った。高橋氏の両親は、以前高橋氏本人が「娘を残して死ねない。最後まで娘のためにも治療を頑張る。」と言っていたことを佐々木医師に話し、悪い知らせは伝えないでほしいことを希望した。佐々木医師は悩み、担当の看護師池田（仮名）に相談した。

高橋氏とその家族を支援するための方法は幾通りかあるだろう。その支援の方法が倫理的な手段によって至った結論ならば、幾通りあったとしても、いずれも間違いであるとは言えない。高橋氏に真実を伝えるべきであるという意見、両親の希望に沿って悪い知らせを伝えるべきではないという意見、高橋氏の今の希望を確認するべきという意見、高橋氏と娘に残された少ない時間を一緒に過ごしてほしい、高橋氏の生きる希望を失わせたくないなど、人それぞれに様々な意見があるだろう。その意見には、「自律の尊重」、「善行」、「無危害」、「正義」、「誠実」や「忠実」といった倫理原則、個人の心情、経験、信念などが背景にあるかもしれない。または、医療者自身が望ましいと考える患者の死にゆく姿を高橋氏に重ねてしまう意見もあるかもしれない。あるいは、自分がよい医療者であると評価してもらいたいために理想的なことを言う人がいるかもしれない。ただ、どのような意見にも、意見を提示した本人の何らかの信念や価値が含まれている。

まず私たちは、この仮想事例に起きている問題の状況と事実認識ができることを必要とする。次に、その問題をめぐる患者とその家族、医療チームの交錯する意見、およびそれぞれの意見の背景にある信念・価値を知ることが必要になる。そして、私たち自身においては、自らに内在している信念・価値と向き合うことが必要である。医療者として自分は高橋氏をどう支援するのか、そしてなぜそう考えるのか。このことは、人によっては向き合うこと自体が難しい場合があるかもしれない。「良心」も「感受性」も個人の欲求や感覚や感情ではない。行為の理由の正当化を要求するものである。だからこそ、自分の持っている信念・価値が何かということ認識しなければならない。そうすることにより外界の刺激や印象を心に受けとめ、反応する能力としての「感受性」が刺激される。

看護師に限らず医療者の倫理教育や研修では、上記のような仮想事例の分析や検討を医療倫理の四原則を用いて行うことが多い。この四原則を倫理分析に活用しようとする、筆者の教育経験では、学生たちは途端に抽象的な思考に陥り、自分たちが取るべき具体的な言動、態度、行動などが言語化できなくなる。ではなぜ彼らは抽象的な思考になってしまうのか。それは、これら原則を理想として打ち立て、現実化するための条件を考慮しないことが考えられるだろう。しかし専門職である看護師は患者の健康上の利益のために、実際に行動しなければならない。まず、義務や理想が現実になるために何を克服すればいいのか、どんな困難があるかについて模索しなければならない。

本論文第3章の「良心」では、「行動する良心」は「自分が正しい」と感じたことを行動する「自己確信」であった。それは自分の行動によって目の前の現実がよくなってほしいという意志である。「行動する良心」は自分の確信と倫理原則を一致させるのではなく、倫理原則を自分の判断、信念、決断という篩いにかけて行動する。つまり、倫理原則をただ義務とするのではなく、原則に従うかどうかについて、それ自体を判断の対象にする。

仮想事例の池田看護師が、高橋氏のために何らかの行動をとるとしよう。その行動の結果が、高橋氏に対してではなく高橋氏の両親のためになることもある。あるいは病院や公共利益になるということもあり得る。池田看護師がとる行動によって結果的に、患者個人に対す

る行動と社会に対する行動、つまり個別性と普遍性の対立が生じる可能性もある。しかし自分の行動を倫理原則に無理に合わせるのではなく、自分の確信によって何が正しい行動なのかについて決断することが「良心」的行動である。倫理原則は絶対的な正しさではなく、医療場面で経験されることが多い倫理的問題に対する共通の原則であり、ある種の枠組みにすぎない。だから自分自身の信念・価値はその枠組みを通し、自律を尊重するということは具体的にどのような行動なのか、自分がとろうとする行動はどの倫理原則に相当するのかについての考えることが重要である。そうすることが自分の「良心」性を豊かにすることであり、「良心」的な行動である。

ところが往々にして、自分の行動が正しいと他者から評価を得られないときがある。そうすると、正しいという信念の下にあった行動は自己満足や自分勝手な行動になってしまう。なぜなら他者は様々な視点でその行動を評価するからである。そして行動した自分も自分を何とでも正当化できる。ここは前章の「行動する良心」と「批評する良心」の対立を思い出してほしい。「行動する良心」は自分の信念と行動の普遍性、妥当性について他者からの承認を得るために言葉でそれを表明した。「良心」論に依拠し、この場面では池田看護師は自分が正しいと判断する行動について、佐々木医師に、また他の看護師に言葉で伝えなければならない。そうしてはじめて池田看護師の判断は他者の前にさらされ、承認の機会を得ることになる。

池田看護師が周囲の人に対して自分の信念・価値を言い表すことは、「良心」論において「行動する良心」が「自己確信」を表明した段階に相当する。まず言葉にするという行動ではあるものの、現実場面で看護師としてこのような行動を起こすことには勇気が必要かもしれない。けれどもこの段階にこそ、「良心」論の決定的な重要性がある。看護実践における自分の信念や価値観は数回程度の看護実践で獲得できるものではない。おそらく何十回も繰り返してようやくつかみ取るものである。まして単に経験を積みばいいのではなく、倫理原則や概念の抽象性を克服して自分の正しさとしての知に到達するものであろう。そのうえ、自分の正しさとしての知を周囲に表明できるほど確信を持てるまでになるにはある程度の失敗も経験しなければならない。看護師が臨床でふと「何か変」、「何かおかしい」、「もやもやする」という言葉にできない感覚を持つことは、やはり重要なのである。この感覚を違和感と表現するなら、それは自分の感性のアンテナに何か確実に引っかかっているから「何か変」と感じるができるのである。この感性への引っかかりを見過ごさず、何が引っかかったのか、なぜ引っかかったのかについて考え続ける。「もやもやする」といった感覚は、初めは混沌としていても、考え続けることで顕になるように自らが努力するしかない。道徳判断に関する「感受性」を養うというためには、なぜ自分はそう思うか、自分だったらどうするか、なぜそうするのかという問いを徹底的に繰り返すほかはない。

例えば、池田看護師が自分の信念に基づいて、高橋氏に残された時間がわずかしかないと知らせた方がいいと判断し、佐々木医師や医療チームメンバーに伝えたでしょう。そして佐々木医師は、高橋氏の両親の希望に応えることを決断していたでしょう。当然、二人が

判断し選択する行動は正反対であるため二人は対立する。池田看護師は高橋氏に事実を伝えることが正しいと考えている。池田看護師は、人それぞれ多様な信念や価値観があり、いずれの信念や価値観においても絶対的に正しいものはないことは理解している。それでも池田看護師が自分の正しさを押し通そうと主張するならば、自分の考えを強弁するだけの、独善的な人になる。池田看護師は自分自身の信念・価値を他者の意見から相対化し、自分の信念・価値が当たり前で正しいものではないことを認識する経験が必要である。なぜなら「良心」とは「自己確信」に固執するのではない、普遍的なものを目指す倫理的精神であるからである。池田看護師が「良心」的行動をとるためには、佐々木医師や医療チームメンバーからの承認を得なければならない。他方、佐々木医師は家族の希望に背いてまで高橋氏に余命を伝えることに反対であるため、池田看護師の信念の表明を自分勝手であると批判する。佐々木医師もまた、池田看護師を批判しただけでは自分の確信に従っているだけである。佐々木医師の確信も同様に多様な信念や価値観のうちの一つでしかない。高橋氏は病状が急速に悪化している。慌ただしい臨床の、限られた時間で決断が迫られている状況において、それぞれの対立が解消された円満な結論を得ることは容易ではない。このような対立は看護師と医師の正義感の違いでもあり、互いの正義と正義の衝突であると言える。

「良心」論の展開は最終的に、対立する両者それぞれにおいて相手のうちに自分との同一性を直観し、互いに相手を赦すに至る。この顛末は現実的に少々楽観的かもしれない。しかし、医療者は基本的に患者の最善を目指すことを共通の使命としている以上、医療チームとしての共同性の基盤がなければならない。共同性の基盤とは、私が他者を認め、他者も私を認める関係である。そもそもこの基盤がなくしてチーム医療は成立せず、私は他者に自分の信念をさらけ出し、承認に身を投じることができない。

このように自分の正しさという知から、本来の共同-知（Ge-wissen）である「良心」を目指すためには、対話や対立は必要不可欠なプロセスである。筆者はこの仮想事例を、①臨床で医療者が直面しやすい医療者間の対立場面で、②看護師が患者にとっての最善は何かについて考え、③その考えを自分以外の他者に認めてもらう関係性の構築を意図して作成した。誰かの信念や価値の主張が一方的に正しい、あるいはその批判に重きを置くのではなく、自分自身で普段は覆い隠れている自分の信念・価値を自覚し、そのうえで自分と異なる信念を持つ他者との承認関係のために何ができるかを具体的に考えることを重視している。

自分の正しさとしての知である個の対立は、決して絶対的に妥当するような規範や制度に到達することはない。「良心」論が目指す倫理的精神は、医療チームメンバーが自発的に行動し、規範や制度に取り込まれることなく、創りあげる共同性である。倫理というものは時代、地域、文化や人々によって生き物のように変化する。倫理的精神とは共同性の中であって、私たちそのものである。私たちは他者との関係性を通してしか自分の正しさという道徳性を見出せない。そして開かれた関係性、共同性が最初から確保された理想的な共同体など存在しない。だから私たちはそのような共同体を自らで創りあげ、維持するための構成契機として、他者と対話・対立を繰り返すのである。マクダウエルの「感受性」は、私の眼前に

自然と「せり出してくる」道徳的事実について、私がどのように振る舞うかを熟慮することであった。この熟慮が「反省的自己精査」を含み、「この状況で何をどうすることが善いか」について、ある概念に意味を与える思考であり、「知性の形成」であり、この熟慮の繰り返しが「感受性」の涵養に他ならない。ありきたりだが、道徳的事実が自然に「せり出してくる」ようになるまで繰り返し、繰り返し、現実を自分の目で見つめ、考え続け、行動することである。誰か信頼できそうな人の意見に迎合したり、もっともらしい理論に判断を当てはめたりすることを意味しない。最終的には「私」自身が判断し行動するしかない。「実践的思慮」は、様々な状況の社会的普遍的な文脈においてのみ会得できるものである。

小括

第3章で確認した「良心」とは規則や義務だからという理由のみでそれに従わず、自分が、直接「これが正しい」と確信すること自体を本質とする。医療倫理が問われる場面では、倫理綱領、倫理原則は遵守すべきものだからという理由のみで盲目的に従うのではなく、「倫理綱領、倫理原則に従うこの私」という意識がなければならない。「良心」論に依拠すると、私たちは自分の確信において正しいと判断する道徳性をつかみ取り、それを実際の行動に移す。しかし、実際の行動は自分を通してしか見えないうえ、時間、場所が限定した状況にさまざまな軋轢が加わり、私の確信のとおりに行動は妥当性をもたない。だから私は他者から認められる必要があり、自分の一面的な道徳性への固執を解放し、相手からの承認を求める。これは私たちが他者との共同性、倫理性を創りあげていくという開かれた態度・行動である。

本章では、ヘーゲルの世界観とマクダウエルの世界観の共通性を理解するために遠回りながらマクダウエルの「第二性質」に関する議論を確認した。そして私が道徳性をつかみ取る過程に「感受性」を、「良心」の承認という契機に「反省的自己精査」を重ね合わせて解釈した。規則に盲目的に従うのではなく、自分の道徳的な行動の根拠を自らの信念を通して獲得し、倫理的精神を体現した看護師の育成のためには、「感受性」を磨き続ける教育が必要である。自分自身と眼前の道徳的価値から目を逸らさず、「知」と「真」のアップデートと経験を地道に積み重ね、「実践的思慮」を会得する。このような教育方法は直ちに顕著な効果を認め難いかもしれない。しかし理性による自己の反省は、看護師のみならず全ての医療専門職の倫理教育に有益な方法論である。

第5章 看護職の専門性と自律性——ナースィング・アドボカシーをめぐる

はじめに

本論文のこれまでの歩みを振り返ると、第1章と第2章において、看護師は医療ケアを提供する専門職であり、医療ケアは専門職による善意の押付けや患者への配慮を欠くものであってはならず、看護師は患者が経験している苦痛や苦悩を理解するために共感という姿勢が不可欠であることを確認した。第3章と第4章では、看護師は盲目的に規則を遵守するのではなく、自分の道徳的な行動の根拠を自らの信念を通して獲得し、倫理的精神を体現する職業人であるとした。そしてそのような看護師を育成するために、『精神現象学』「良心」論と「感受性」の涵養による自己の形成＝陶冶が有益であることを確認した。また第1章と第2章は患者－看護師の二者関係に対応し、第3章と第4章はチーム医療における看護師のあり方に対応している。本章以降は社会における職業人としての看護師のあり方について考察する。

看護師は1860年、ナイチンゲール (Nightingale, F., 1820-1910) による看護婦訓練学校の開設から職業として成り立ち、以降、時代や社会の要請によって影響を受けながら発展してきた職業である。この職業的発展の過程には社会的評価や社会的地位の向上を目指し、専門職として確立することと看護師独自の業務や権限、役割拡大の取り組みがあった。本章では看護職の専門性と自律性について、患者の権利擁護としてのアドボカシーをめぐる議論を俯瞰する。そしてアドボカシーを職業における権限としての視角からみること、看護におけるアドボカシーを専門性と業務上の支配権の獲得によって社会的地位を得ようとした社会運動であることを理解する。

アドボカシーという概念は、1970年代のアメリカにおいて登場して以来、看護師の新しい役割として注目を集め、日本においては1990年代になってからその言葉が紹介されるようになった。それ以前はケアリングという概念が看護の中心的概念として注目され、多くの看護理論家が看護の基本的な役割として位置付けていた。しかし、ケアリングは看護に特有のものではなく看護職の専門性であるとも言えないとして、アドボカシーが看護の専門性を支える価値となるのではないかと注目された。そして今日では、アドボカシーは看護師の役割として定着し、看護師国家試験に出題されている。アドボカシーという用語はもともと法律用語であり、その用語をそのまま看護に適用することは、アドボカシーを実践するにあたって混乱や困難を生じやすい。アドボカシーは看護実践において特に、患者の意思決定にかかわる事柄について、なくてはならないものと言われている。本章では、まずアドボカシーの概念とその背景を確認し、看護師にとってアドボカシーとは何かを考察する。次にアドボカシーモデルの分析を通して、看護師がアドボカシーを行う理論性や必要性について考察する。そして看護におけるアドボカシーは、看護の専門職化に不可欠な専門性と自律性の獲得のための活動であり、同時に職業的アイデンティティの模索であることを述べる。

1. アドボカシーの概念と背景

アドボカシーの概念を考えると、やはりその一般的な意味から議論を始めるのが妥当である。アドボカシー (advocacy) の語源はラテン語で"advocare"であり、"vocare"は to call を意味するため、アドボカシーとは「誰かの下に呼ばれること」になる。Merriam-Webster (<https://www.merriam-webster.com/>) では、動詞としての"advocate"は次のように説明されている。他動詞としては、"to support or argue for (a cause, policy, etc.): to plead in favor of"とあり、主張や方針などを支持するまたは主張すること：賛成を訴えることと説明している。例として「彼らは伝統的な教育方法への回帰を提唱した」とある。自動詞としては、"to act as advocate for someone or something"とあり、誰かまたは何かを擁護するために行動することと説明している。一般的な意味でのアドボカシーをまとめると、誰かまたは何らかの主張を支持するために主張する、弁明する、擁護することであるとまとめられる。看護師はこのアドボカシーの概念を、患者に代わって患者の権利を主張し、代弁し、擁護するナーシング・アドボカシーと解釈して、その役割を引き受けている。

ところが、医療におけるアドボカシーは看護師が中心となって発展したのではない。医療におけるアドボカシーは、「ボランティア」(volunteer) と「専門的なアドボケイト」(professional advocate) という異なる二つの役割によって発展していった。「ボランティア」によるアドボカシーは、精神や身体に障がいを持つ人々のような社会的に弱い立場にある人々を支えるために発展し、今日では高齢者や民族的マイノリティなど市民権を奪われた人々もアドボカシーの対象とされている。「ボランティア」によるアドボカシーは、医療においては特定の領域、社会的には自らの権利を主張できない人々の医療サービスへの不十分さや不満が根底にあった (Sang & O'Brien, 1982) ・ (Butler, K.C.S & Sullivan, F, 1988) という。「ボランティア」によるアドボカシーは、心身に病を抱え、医学的知識の少ない弱者であるしかなかった人々が、脅かされている主体性や権利を守り、自分らしく生活できるように支援することを目的として自発的に発展してきたのである。「専門的なアドボケイト」は、病院内の専門的な役割として「患者の代理人」(patient representative) をおくことで普及 (Mailick, 1984) していった。「患者の代理人」は独立したプロの擁護者の活動と異なり病院内に限って機能するため、患者の個別的な問題に対応し、消費者問題へ向かう傾向が強くみられた。ここに米国の公民権運動や消費者運動による影響があり、患者は権利の主体者であり、患者の自律は尊重されなければならないととらえられるようになった。「専門的なアドボケイト」の役割は、患者の自己決定への支援を通じた自律の尊重として発展していったと言える。

「ボランティア」と「専門的なアドボケイト」の役割と発展の流れをみると、医療におけるアドボカシーは精神に障がいを持つ人々や高齢者の人権を守るための支援、また、患者の自己決定への支援として扱われてきたことがわかった。ナーシング・アドボカシー発生

の背景には、「professional advocate」（専門的なアドボケイト）を誰が担うのかという議論の延長ともうひとつ、看護職が自律した専門職として地位を確立したいという主張があったのである。アナス（Annas, G.J., 1945-）は1975年に『患者の権利』を著しているが、その前年である1974年、*Journal of Nursing Administration* に、The Patient rights advocate—can nurses effectively fill the role?（患者の権利擁護者—看護師は事実上この役割を果たせるか?）と題する論文を載せている。当時の看護師は、医師に従属的な立場、医師の助手としてのイメージが強かった。看護教育が大学教育となってもなお、看護職が独立した専門職であるという意識は低かった。アナスは、看護師が医師のお手伝いとしてのイメージにより、アドボケイトとしての役割が十分に果たせないのではないかという疑問を投げているが、医師に従属的な立場から脱却できれば患者の直接的なケアにあたる医師のパートナーとしてふるまえる可能性について述べている。看護師が患者をアドボケイトするためには、まず看護師自身が医師に従属的な立場ではなく、看護師独自の専門領域を確立することが必要となる。看護師たちはアドボカシーという新しい役割を担い、看護独自の専門性の確立につなげようとした。そして国際看護師協会（International Council of Nurses: 以下 ICN）も看護職が自律するための体制を整備することに取り組んだ。1973年、ICNによって看護師の倫理についての国際的な綱領が初めて採択されているが、その後数回の改定がされ、2000年、前文に患者の権利を尊重することが明記された。以下は、さらに見直しと改定を行った ICN 看護師の倫理綱領（2021年版）の前文の一部である。

「看護には、生存と選択の権利、自ら選択し生きる権利、尊厳を保つ権利、そして敬意のこもった対応を受ける権利などの人権を尊重することが、その本質として備わっている」（ICN, 2021, pp.4）

上述の ICN 看護師の倫理綱領の責任編集にも携わっている米国の看護倫理学者であるフライ（Fry, S.T.）は、『看護実践の倫理——倫理的意思決定のためのガイド』において、看護実践上の倫理的概念のひとつとしてアドボカシーモデルを説明している。ナーシング・アドボカシーの理論モデルについては様々な看護理論家が提唱しているが、フライのアドボカシーモデルは ICN 看護師の倫理綱領の目指す内容と一致しており、上述の著書は日本の看護基礎教育の標準的なテキストとしてよく知られている。

- ① 権利擁護モデル：看護者は患者の権利の擁護者である
- ② 価値による決定モデル：看護者は患者がニーズ、関心、選択を話せるように援助する
- ③ 人として尊重するモデル：看護者は患者の人間としての基本的特性（尊厳、プライバシー、福利）を尊重する（フライ, 1998, pp.40）

権利擁護モデルでは、看護師は患者の権利を守る人としてとらえられており、患者の権利

を保障するように看護を提供する。価値による決定モデルでは、看護師は患者の価値観を尊重する人であり、患者の価値観や信念に従った自己決定ができるよう看護を提供する。人として尊重するモデルは、看護師は患者の尊厳を守る人として看護を提供する。患者が自分の意思を表現できないときには、看護師が患者または家族の福利を代弁する。患者の福利を代表する人がいないときには、看護師が患者にとっての最善を目指して援助する。また看護師は患者が人としての価値が尊重されるように援助する。

ここまでアドボカシー、ならびにナーシング・アドボカシーの概念について概観し、アドボカシーの概念がその意味をどのように解釈するかによって実践内容が変わり、多様な行為を示すということがわかった。しかし筆者は、アドボカシーの概念がいかに多様な行為を示すとしても、看護実践において患者の権利擁護、患者の価値、基本的特性の尊重それぞれが、別個に行われるものではないと考える。次節では具体的な臨床場面における看護を想定し、フライのアドボカシーモデルについて分析する。またフライ以外のアドボカシーモデルを概説しながら、筆者の考えるアドボカシーは看護師に固有の役割ではないことを述べていく。

2. アドボカシーモデルの分析

2.1 フライのアドボカシーモデル

患者の苦痛の緩和、安静度拡大などについて看護師から医師に指示を求めることや看護師が提案をすることは、臨床においてよくあることである。だが、チーム医療の重要性が当然のように語られる今日においても、このような看護師の行動が立場を弁えない態度として捉え、快く思わない医師も少なからず存在する。しかし、そんな医師も結果的には看護師の提案した内容と同じ決定をすることが多い。例えば、次のような例を挙げる。

がん化学療法中の B さんは週末を自宅で過ごしたいと外泊希望を看護師に伝えた。B さんは治療薬の副作用として好中球減少が著しいときには、自分の希望がかなわないことを承知していた。看護師は B さんの希望を医師に伝え、事前の外泊対策として好中球減少を最小限に抑える薬剤投与をしたらどうか、という意見を述べた。医師は看護師と B さんの好中球減少症の状態や予防的薬剤投与の保険適応について検討したが「薬剤投与の決定や外泊許可は医師が決めることだ。」と断言し、その場での医師—看護師間の調整は中断された。だが、医師は B さんと話し合い、外泊希望をかなえる形で好中球減少症に対する予防的薬剤投与を行った。

看護師は患者の希望、心配事や悩み、あるいは看護師自身が気になることを医師に伝える。そして患者が安心して療養できるように環境を整える。これは看護師の調整的役割として、今日のようにナーシング・アドボカシーが語られる以前から、看護実践の日常の中にすでに

あり、経験的に培われてきたものである。この場合の調整の内容は、患者の治療環境の整備を目的とした医師との情報共有である。このような看護師の医師への調整的行動は、患者との仲介、または「代弁」にあたると考えられ、フライのアドボカシーモデルとしては「人として尊重するモデル」になるだろう。ところが看護師による「代弁」は、看護師の情熱が加速するとパターンリスティックになりやすい一面も抱えている。例に挙げた B さんは外泊を希望しているが、外泊することのリスクをどこまで理解しているのか。B さんはそのリスクを理解したうえで外泊するという意思決定をしているのだろうか。看護師もまた、外泊のリスクを認識したうえで B さんの治療に対する信念、価値、意思を尊重し、B さんの意見を「代弁」しているのだろうか。B さんの希望の真意を確認しないことは看護師の勝手な思い込みにつながるのではないだろうか。看護師は B さんのように化学療法を行う患者に対し、長期にわたる治療の困難や心身への負担を理解している。そのため長期入院患者の外泊は、残された時間の有意義な過ごし方として肯定的に理解しており、外泊は当然調整されるものとして看護師に刷り込まれているかもしれない。この例の場合、看護師は B さんの外泊希望について医師と情報共有する前に、まずは B さん自身が医師に自分の要望を主張できるよう援助することの方が望ましいと考える。看護師は B さんの外泊希望を確認する際、B さんが「外泊したい」という希望を看護師に伝えたという意思決定を尊重すべきである。そして化学療法中の B さんの日々の過ごし方、治療に期待することや治療によって得たいものなど治療への姿勢や希望を尊重するように、B さんにとっての最善の療養環境の提供を行うことが、看護師が行う B さんへの看護実践になる。この事例の医師は、今回外泊することが B さんにとって最善の治療（療養）であると判断し、感染症のリスクを最小限にする薬剤投与と外泊許可を行っている。ゆえにこの事例における看護師のアドボカシーモデルは「人として尊重するモデル」単独ではなく、「人として尊重するモデル」と「価値による決定モデル」の両方の役割を同時に、または連続的に行われていると考えることができる。

では、この看護師は「権利擁護モデル」の役割はとっておらず、患者の権利を保障していないのかという疑問が生じる。アナスは『患者の権利』において、①法的な権利、②適法と思われる権利、③人権という権利の 3 つの意味について述べている。この 3 つの権利のうち、看護師が保障する患者の権利は、③人権である。人権とは、人として尊重されるうえで重要な権利であり、年齢、性別、職業などにかかわらず平等な扱いを受ける権利、自己決定の権利、プライバシーを守る権利、健康を保持・増進する権利などがある。事例の看護師は患者のこれらの権利を保障していないのだろうか。看護師は医療者の中でも特に患者の日常生活を中心とした援助を行う職種であり、看護師の専門性はその点にあるだろう。看護師が患者の最も身近な立場にあると言われる根拠は患者の日常生活に関わるためであり、看護師自身も患者にとって身近な立場にあることに自負がある。実際、看護師が患者にとって最も身近な立場であるかどうかは別として、看護師は日々の看護援助を通して患者との信頼関係を築くよう努めている。そして患者－看護師関係を築く中で患者の人間性を尊重し、

患者の権利を擁護するようなかかわりをしているのである。

患者の人間性を尊重する行為、患者の権利を擁護する行為を、日々の看護援助の中からひとつひとつ区分することに大した意味はない。むしろ逆に、援助行為としてはっきりと確認できることだけをアドボカシーとみなすことによって、ナーシング・アドボカシーの範囲を狭くしてしまうことに繋がるだろう。また、日々の看護援助行為を構成するものは何もアドボカシーだけではない。先の事例で言えば、看護師は患者の外泊希望、治療や療養上の疑問について医師との仲介をすることになるだろうし、治療の見通しや外泊についての患者の疑問の解消や不安の緩和を図るだろう。患者は医師の薦める治療を暗黙裡に受け入れるのではない。様々な不安、葛藤、周囲の状況や自分の価値観などをあわせて、医師の薦める治療を受け入れるかどうかを決定しているはずである。医師を信頼して全面的にその判断に任せることを決定する場合もあるかもしれない。一見すると外泊は些細な出来事のようにも、患者が外泊をする、しないを決定する過程には複雑で多様な面があり、その中で患者の気持ちは揺れ動き、自ら決定した結果について様々な感情や考えを抱えている。患者が自分で決めたことだからといって患者にすべての責任があり、医療者の責任や義務が軽減するということはありえない。患者の自己決定に関して必要な情報提供を行うことも援助行為のひとつではあるが、アドボカシーは機能的な内容だけに限定されない。医療者には患者が可能な限り自らが決定したという実感を持ち、自分に起こっている現実を受け止め、問題の解決に取り組める環境を整えることが求められている。その中でも特に看護師は、患者が自分に起こっている現実の意味を見出すという日常的で内省的な思考過程に関与しているのである。

フライのアドボカシーモデルの分析を通して、アドボカシーが多様な行為を示していること、看護援助の内容においては、患者の権利を擁護すること、価値観や基本的特性を尊重することはそれぞれ単独に行われているのではなく、同時にあるいは連続的に行われていることが示唆された。さらには、ナーシング・アドボカシーが患者の日常的で内省的な思考過程に関与しているならば、アドボカシーの実践には権利擁護以外にも倫理的な行為が含まれることを意味する。筆者は臨床に身を置いた経験から、患者の人間性を尊重するというアドボカシーは患者－看護師関係に基づいていると考える。そこでナーシング・アドボカシーの理論モデルのうち、ナーシング・アドボカシーに哲学的倫理的基盤を与えたと評価されているガドウ（Gadow, S）とカーティン（Curtin, L）のアドボカシーモデルを概説する。

2.2 ガドウとカーティンのアドボカシーモデル

ガドウは、Existential Advocacy: Philosophical Foundations of Nursing（実存的アドボカシー：看護の哲学的基盤）において、「アドボカシーとは患者が自己決定の自由を真に（authentically）行使できるように、看護が支援を行うこと」（Gadow, 1990, pp.40）であると述べている。また、「ある状況において患者は自分が何をしたいと思っているのか、患者がはっきりと意識できるように、あるいは患者が自分の価値観と統合的な決定に到達する

ように支援すること」(ibid., pp.44)であると述べている。ガドウの主張する、患者がある状況において自分が何をしたいと思っているのか、そしてそのことを患者が意識するのを手助けすることを看護師の役割とすることに異論はない。しかし、真に (authentically) に自己決定の自由を行使できるように支援することなど、あまりに高い理想として懐疑的である。その理由は、ガドウのアドボカシーモデルは自分の考えをはっきりと主張できる患者には適応可能であるものの、逆に、自分の希望や考えを他者に伝えられない患者に対しては適応が難しいからである。例えば患者に意識障がいがある場合、精神に障がいがある場合、高齢である場合や小児である場合などがそうである。そして何よりこのモデルの難しさは自分の希望や考えを他者に伝えられる患者であっても、真の自己決定とは、患者の唯一無二の複雑な価値全体において決定することを意味しているということである。つまり患者による意思決定が他者によって誘導や規定されたものであってはならないということである。看護師は初対面の外来患者、入院間もない患者に対してインフォームド・コンセントの場に同席する場面がある。このような場面では、看護師は患者が何をどうしたいのかを見極めることが難しいばかりか、医師からの説明内容によっては、患者自身が何も考えられない状況に陥っていることも珍しくない。性急に結果を出そうとすれば、アドボカシーの方向性を誤る、または効果的なアドボカシーができなくなるかもしれない。そもそも、患者の価値観や人生観を明らかにすることは決して容易ではない。加えて複雑で様々な影響を受けやすい臨床の只中での価値観の明確化など、より一層困難を伴うに違いない。また、患者という一人の人間の生き方を客観的に整理、推測すること、その人が最も大切にしていることや人生の望みについて、看護師が明確にできるという前提は、ずいぶんと傲慢な態度であり、危険な考え方である。ガドウ自身は自分が提唱するアドボカシーはパターンリズムとは正反対であると主張するが、パターンリズムや独善に繋がりがねない危険性を孕んでいることは否めない。

上記のようなガドウのアドボカシーに比してカーティンは、患者－看護師関係は同じ人間であるという共通理解に基づき、医療者が専門職者であるゆえに素人である患者の自己決定という価値観の領域に入ることに疑問を呈している。カーティンの主張するアドボカシーとは、患者と患者のニーズに配慮することであり、患者が生活の中で大事にしていることを尊重することがその人を尊重することであり、この意味で看護師はすべて患者のアドボケイトであると述べている。患者と患者のニーズに配慮し、患者その人を尊重することを看護師が患者のアドボケイトである理由とするならば、筆者は、医療者はすべて患者のアドボケイトであると考え。ガドウのアドボカシーモデルは、患者が自己決定の自由を真に (authentically) 行使できるように看護師が支援を行うという点において、理想として素晴らしいと評価できる。だがそのようなアドボカシーを看護師の拠って立つ基盤とすることは、実現困難な精神的理想として掲げることになりはしないだろうか。一方、カーティンのアドボカシーモデルは看護師が患者という一人の人間を尊重し、その患者のニーズに応えることであると主張する点に賛同できる。看護職が専門職である以上、看護師が提供するそ

の技術は患者のニーズに応答した技術でなければならないからである。

クーゼ (Kuhse, H.) は『ケアリング——看護婦・女性・倫理』において、看護師は患者の代弁者であると述べる。また、「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」(クーゼ, 1984, pp.257)とも述べている。一般的には、どの医療者よりも看護師の方が患者の健康上のニーズを察知する能力が養われやすい。そのため看護師が患者のアドボケイトとして自らが最適な立場にあるという主張をすることは理解しやすい。また患者の多くは看護師より担当医師との信頼関係を優先して築くものである。筆者は、医療者のうち、どの職種が患者のアドボケイトに最適であるとか、アドボカシーが看護師独自の役割であるかどうかを議論することにあまり意味はないと考える。クーゼがアドボカシーについて「医療従事者はすべて」と言うように、アドボカシーが医療者の役割であるなら、アドボカシーの概念を理解した上で医療の場面においてその概念をどのように実践するかという問題の方が極めて重要性が高い。

2.3 看護におけるアドボカシーの意味

クーゼは、ケアを提供する者には患者の個別性に注意を向けて敏感に反応するという「気質をそなえたケア」(dispositional care) が求められており、相手を思いやり、相手の心情を理解しようと努めることが重要であるという。看護師は日々の援助活動のなかで患者の権利に注意を払い、権利の訴えを敏感に感じるとる能力を養わなければならないだろう。患者をアドボケイトするとは、患者という人を尊重することから始まる。これはもちろん形式的なものでも精神的なものでもなく、専門職者として患者のニーズに応えることである。患者が何かについて決定する際には、患者に対してそのとき行われている検査、治療、投与されている薬剤、システムなどについて必要な情報が提供されていなければならない。そして看護師は自分たちが最も患者を理解しているという過剰な自意識は持たず、謙虚な姿勢で患者を理解しようとするのが重要である。患者にとって何が最善であるかを判断するためには、医師や看護師だけではなく、他の職種と協働して患者の健康問題の改善に取り組まなければならない場合が往々にしてある。誰かにとっての都合ではなく、そのときの患者にとっての最善を目指して心身の安全・安寧を提供するよう支援することは、アドボカシーの実践内容である。アドボカシーとは人間としての患者のニーズに応答することであり、アドボカシーが日々の援助行為と人間関係に基づくものであるならば、人と人との相互作用やその関係性如何によって変化するということになる。つまり、看護師の持つ知識・技術、周囲の環境、人間関係のすべてがアドボカシーの実践に影響を与える。

ヘンダーソン (Henderson, V.A., 1927-1996) は 1960 年『看護の基本となるもの』において、14 項目からなる基本的看護の構成要素を記している。その項目の 10 番目に、「患者が他者に意思を伝達し、自分の欲求や気持ちを表現するのを助ける」こと、そして 11 番目には、「患者が自分の信仰を実践する、あるいは自分の善悪の考え方に従って行動するのを助ける」ことを挙げている。ヘンダーソンの説明の中には、自己決定や患者の権利擁護という

表現はない。だが、患者が自分の欲求や気持ちを表現できるよう、自分の信仰あるいは善悪の考え方に従って行動できるよう支援するということは、すなわち患者の価値観を尊重し守ることであり、それが看護師の基本的な役割であることを意味している。看護者の倫理規定にしろ、看護理論にしろ、患者の価値観や尊厳を守ることは看護者の役割であることを述べている。また看護師自身も、看護にとってアドボカシーが重要な概念であることを認めてきたからこそ、アドボカシーを看護理論や看護倫理の中心的な概念として語ってきたのである。しかしこれまで述べてきたように、ヘンダーソンの基本的看護の構成要素についての説明も、アドボカシーの役割に看護師が最適の立場にあることを意味しない。アドボカシーは看護師の役割の一部でしかない。

看護職が専門職である以上、自らその業務の責任を引き受けるのは当然である。看護職はその専門性によって、医療を受ける人々の様々なニーズに応えなければならない。そして、専門職としての独自の役割を果たすうえで、看護は何に対して責任を持つのかという問いに応えなければならない。フライは看護実践における倫理的概念を4つ挙げ、看護行為はこの4つの概念が統合されて提供されるものであり、これらの概念は専門職としての基準や規範の基盤になると述べている。その概念とは、①「advocacy」（アドボカシー）、②「accountability」（責務と責任）、③「cooperation」（協力）、④「caring」（ケアリング）である。①「advocacy」（アドボカシー）についてはここでさらに説明はしない。②「accountability」（責務と責任）とは、「健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和」という看護師の責任を、看護師自身がどのように果たしたかを説明することである。③「cooperation」（協力）とは、患者に質の高いケアを提供するために、他の看護師との共同や他の専門職と協力して積極的に物事に取り組むことである。④「caring」（ケアリング）とは、患者－看護師関係の特徴を示す道徳的概念として、最も広く受け入れられている。フライはこれらの倫理的概念が看護師の倫理的意思決定の基盤になると述べているが、概念間の関係については説明していない。ただ、「advocacy」（アドボカシー）が4つの倫理的概念の筆頭として最初に説明されている。アドボカシーを患者の権利擁護、人として尊重することや基本的人権の保護として理解するならば、アドボカシーは他の3つの倫理的概念より上位の倫理的概念に位置付き、看護師はもとより医療専門職に共通の理念として理解することができる。

2.4 アドボカシーの実践に伴う問題

患者を人として尊重する姿勢は、フライ、ガドウ、カーティンのいずれのアドボカシーモデルにおいても確認できる。そしてアドボカシーを医療者、看護師が理解し実践しようと努力することは、患者を尊重した援助を行ううえで必須である。だが、その実践において問題として言われていることがある。それはアドボカシーの意味する内容がその解釈によって多様な行為を示すために混乱が生じやすいということと、看護師が患者の権利侵害をもたらす組織やシステムなどに対立する危険があるということである。前者については、アドボ

カシーモデルの分析をすることでその内容は整理されたため、本項では後者について考えていく。

例として、患者に適切な情報が提供されずに不適切な治療が行われる可能性がある場合、看護師は患者をどのようにアドボケイトできるだろうか。患者の知る権利、十分な情報を得て治療を選択する権利、適切で安全な治療を受ける権利が損なわれないよう患者をアドボケイトするために、看護師は、医師、看護管理者あるいは病院という組織と意見が合わずに衝突する可能性も考えられる。否むしろ、看護師が医師の説明が患者にとって不十分であると考え、最善の治療が行われない可能性があるかと判断しても、そのことを医師に指摘できない、伝えられない、黙認しなければならないことが考えられる。後者の方が日本の看護師が置かれている労働環境から想定しやすい状況である。また、同僚や上司に状況を伝えても賛同や支援を得られないということもあるかもしれない。チャンプリスが、「プロフェッショナルリズムよりも、そしておそらくケアリングよりも、地位の従属性のほうが、病院看護の構成要素として大きな部分を占めている」(チャンプリス, 2002, pp.106) と指摘するように、看護師は医師や病院組織の意向を無視することはできない。看護師は医師や他の医療者、組織と対立する危険を覚悟してまで、患者の権利を擁護しなければならないのだろうか。筆者は、看護師は他の医療者や組織と闘って英雄になる必要はないと考える。看護師は患者の権利擁護という役割について、看護の範疇において責任をもって成し遂げようとするところこそ必要なのである。先にフライのアドボカシーモデルにおいて、看護師の行う患者の権利擁護とは、患者の法的な権利や適法と思われる権利を保障するのではなく、人権を保障するのであることを確認した。もし、看護師が患者の法的な権利や適法と思われる権利を保障するのであれば、看護師はアドボケイトとしての位置付けと権限を持つことが必須条件となる。そのためには病院管理者のマネジメントやアドボカシー強化のためのシステム改革も必要になってくる。そしてこのような権利擁護者としてのアドボケイトの立場を確立するために重要なことは、医療者だけでなく患者からの支持がなければならない。アナスは、病院に患者の権利擁護のシステムがある場合、患者が自分の権利擁護者として誰を選ぶかという選択権が必要であると述べている。アドボカシーの語源に忠実な意味は、誰かの下に呼ばれることでもあり、患者が自分の権利擁護者を自ら選ぶことは当然である。しかし、現行の医療システムや臨床現場の状況からは、患者は看護師を選択することができない。まして、看護師は法的に患者の権利を擁護する資格を有していない。日本の精神保健福祉法においては、公的なアドボカシー機関として「精神医療審査会」がある。そこでは医療者は患者のアドボケイトにはなっていない。患者の権利を擁護する者は医療ケアを受ける者でも医療ケアを提供する者でもない、医療関係者以外の第三者である必要がある。アナスも患者の権利擁護者とは、州または病院の患者の権利章典に示された権利を行使できるよう助けることを任務とする人を示しており、医療者は通常この任務には就いていない。仮に患者が自らのアドボケイトを看護師に望むならば、看護師は患者の法的な権利、適法と思われる権利、人権のうちどの権利を守るのかを明らかにしなければならない。そしてそれを実現しよう

とするならば、法制度や医療システムなどの諸条件を整備する必要があるだろう。

上記のような患者の権利を守るアドボケイトとしての役割を看護師が担うとしたら、看護師はその実践において強い決意、覚悟や勇気を必要とするだろう。看護師の決して恵まれていない労働条件や看護の仕事の価値が社会的に認められにくい状況、重い責任と不釣り合いな権限という現状から、看護師が患者の権利侵害を引き起こす相手と闘うことになれば周囲から英雄的に称賛されるかもしれない。英雄的という表現をするのは、標準的なスタッフレベルの看護師が患者の法的権利を守るなどということは並大抵ではない難しさがあるからである。

筆者には、このような患者のアドボケイトとして闘う看護師の姿が、自らの専門性と職業的発展を獲得しようと闘う姿と重なり合う。看護師は自らの専門領域を確立しようとするあまり、看護の独自性を強調するあまり、看護の本質を見失い、他職種との協働を困難にしている。確かに、看護師は患者の権利と尊厳を守らなければならない。しかし、それは看護師だけでなく他の医療者も同様に担っている役割であり、医療者の専門職としての使命である。フライのいう看護実践の倫理的概念である「cooperation（協力）」を軽視した看護実践は患者の利益につながらない。患者の法的な権利を守ることは看護師個人が果たせる役割ではない。患者の権利擁護というアドボカシーが必要な状況を認識した場合、看護師は個別的に解決しようとするのではなく、医療チームの構成メンバーとして、医療チームと連携・協力し、患者という人間を尊重することについて働きかけることこそ患者に求められている。そしてそれが患者にとっての利益である。このような看護師の行動には、アドボカシーの意味と価値を深く考え、看護実践へと体现されるプロセスが含まれている。

患者に対し適切な情報が提供されず、万が一にも不適切な治療が行われる場合、看護の範疇におけるアドボカシーの実践は、患者の知る権利、十分な情報を得て治療を選択する権利、適切で安全な治療を受ける権利が損なわれないよう、医師をはじめとした医療チームメンバーと調整することである。患者は治療に対する情報が不足しているために不安を抱えている。その不安を緩和するために、患者に必要な情報提供と安全な治療遂行について医師と問題を共有することである。このように患者、医師、看護師の治療に対する認識のずれを修正し、均衡を図り、医療チームが共通の目標に向かって進めるよう調整することが、看護の範疇におけるアドボカシーであると考えられる。筆者の考えるアドボカシーは、患者の法的な権利を守ることではない。アドボカシーは患者－看護師関係に限定されない、患者とすべての医療者の関係性の根底にあって、その役割は看護師独自のものではなく医療者すべての役割である。患者の側にいるのは看護師だけではない。すべての医療者が患者の側に在る。

3. 専門職論における自律性と看護職の位置付け

本章第1節において、看護師はアドボカシーという新しい役割を担い、看護独自の専門性の確立につなげようとしたことを述べた。看護職が職業としての専門職化において要求さ

れていることは、第一に専門性の確立である。そして前節においてアドボカシーの実践に伴う困難について確認されたことはこれから本節で述べる、看護職が半専門職という特徴を強く反映していることに他ならない。本節はこの点について、社会学研究における専門職論における自律性を略観し、専門職としての看護職の位置付けについて理解する。

自律性は専門職における中核的な概念であり、専門職性 (professionalism) を規定するものである。専門職性はその職業の専門性 (specialty) と専門職の自律性 (professional autonomy) を中心的な要素としている。看護師の自律性に関する議論では、看護職組織の自律性を表す集団の専門性についての「職業的自律」 (professional autonomy) と個々の看護師の看護実践における「臨床上の自律」 (clinical autonomy) に二分されている (Wade, 1999)。「臨床上の自律」は、患者にとって最善であることに関心を寄せて行為することであり、看護実践においては独自の臨床判断を行い、相互依存的に意思決定する (Kramer, 2008) ことであると述べられている。相互依存的とは、看護実践の内容が医学や他の医療専門職と重複することが多く、互いに関係しながら患者の目的達成に向かっていているためである。例として患者が処方薬の量、時間、回数を正しく管理する服薬管理を挙げてみる。薬学や薬物治療に関する専門職は薬剤師である。チーム医療の中で薬剤師に期待されることは医師と協働して患者の薬学的管理を行うことである。薬剤師がすべての患者の服薬に関して関わることはマンパワーの問題から不可能であり、実際は看護師と協働して服薬管理を行っている。看護師は薬剤の副作用の兆候について観察を行い、その兆候を情報として薬剤師と医師につないで患者の安全な治療を支援する。医療の役割分担と連携はその局面において柔軟な対応が必要であり、現実的に各医療専門職間に絶対的な境界線を引くことは困難である。

看護師の自律性はその時代の趨勢や影響によって都度、求められる役割、権限、責任の範囲が変化していった。その変化の過程を把握するうえで米国と日本における看護師の職業的自律の変遷を大まかに確認する。まず米国では、1950年代後半から1960年代初めにかけて公民権運動、女性の権利運動、消費者運動、囚人や精神疾患を持つ患者の権利運動から医療をめぐる権利への人々の関心が高まっていった。また、1950年代から1970年代は臨床研究における研究対象者への虐待、人体実験、医療過誤裁判の影響が医師に対する信頼性に決定的な疑いを持たせることになり、インフォームド・コンセントの概念が米国の医療の中心的な概念へと発展していった時期でもある。医師は従来、患者のためによかれと思いつく善意の嘘や情報の非開示ができなくなったこと、自覚症状のない疾患を持つ患者などに対し、真実を告げないといったことができなくなったこと、現代的な医療の侵襲性が高くなったこと、臨床疫学の発達による治療法の効果、副作用や危険性に関して定量的な予測が可能になったこと、さらに医学が進歩するという考え方がインフォームド・コンセントの背景にある (香川, 2000, pp.94-96)。人々は、患者の利益より自分自身の利益を優先する医師も存在することを認識し、日々進化を遂げる医療技術は不適切な使用によっては自分たちが医療の犠牲者になり得ることに気が付きはじめた。そこで看護師は、医学的専門知識や権力の無さから医療の犠牲者となる危険性から患者を守ることに、患者の利益を最優先するこ

とを自らの職業の専門性と主張し始めたのである。1972年、米国のベス・イスラエル病院で「患者の権利宣言」が掲げられたことを機に、米国病院協会で「患者の権利章典」が採択された。この「患者の権利」という考え方が全米に広がり、1981年の世界医師会でリスボン宣言として採択され国際的な標準となった。1973年ICNは看護師の第一義的な責任について、看護を必要とする人々に対して存在するものとし、看護師の責務の対象を医師の命令に従うことから患者に意識変更した(Mallick, 1997)。看護師は患者の権利を守り、医師との葛藤に向き合い、看護実践におけるイニシアティブを発揮することこそ看護師の自律であると主張していったのである。「患者の権利法」が全米で州法として立法化された1970年代後半から1980年代にかけては、看護管理や看護教育の側面から看護師の自律性に関する研究も急増している。このような経緯に加え、医療技術の発展に伴って医療費が高騰した。当時の病院は医療費抑制政策の下でコストを削減し、質の高い医療ケアの提供に迫られていた。

米国の看護師は患者への質の高い直接的なケアと病院看護の質の改善・向上に貢献することで専門性を発揮した。さらに合わせて、AAU (the Association of American Universities 米国大学協議会)により、1935年に修士号が研究学位、専門職学位、教職学位、教養学位に分類され、専門職化運動と連動した結果、専門職学位の地位が高まり、看護師は専門職としての地位を確立していった(Bledstein, 1976)。そして今日、米国では看護師は最も信頼される職業として選ばれている(Gallup, 2022)。米国ギャラップ社(the Gallup Organization)は1976年から定期的に職業別の誠実度と倫理観に関する世論調査を行っており、通称最も信頼される職業調査と呼ばれている。質問は「以下の様々な職種の人々について誠実さと倫理的水準の高さを評価してください」(対象となったのは21職種で、「非常に高い」から「非常に低い」の5段階で回答する。)というものである。

では、日本の看護師の自律をめぐる状況についてはどうであろうか。日本の看護師の特徴はその業務内容と範囲の煩雑さにある。本来の看護師の業務は、患者の人間としての基本的なニーズを満たし、健康の回復・維持・増進のために食事、排泄、体位、睡眠、休息などの総合的な日常生活上の援助行為を行うことが中心である。ところが実際の看護業務は、医師が行う診療活動、疾病の診断、治療、処置を主とした医師の職権内にある業務の介助と病院管理上の事務や雑用が混在し、業務の大半を占有している状況でもある。米国ではこのような看護師の業務は細かく他の職種に委譲している。食事介助、検査などの移送、車椅子への移乗、ベッドメイキングなどは看護助手が行い、採血は採血士が行い、診療や治療の介助を看護師が行うことはない。病院管理上の事務的な業務は医療クラークが行う。しかし日本では病棟勤務の看護師であっても病棟を離れ、検査室や治療室に出向くことが日常的である。もし診療の介助において医師の指示下にあっても、看護師の専門性つまり独自の業務領域が確立しているならば、患者の日常生活上の支援は看護独自の不可侵な領域として認められているかもしれない。ただし今日、ほとんどの病院において診療技術部門と看護部門は分離し、対等に組織されている。とはいえ現状の看護業務の特性からは、日常生活の支援とい

う看護本来の業務においても医師の診断と治療に関する指示から完全に独立することは不可能である。

次に教育についてだが、日本の看護師は高校卒業後修学年限が3年以上の（正）看護師と中学卒業後修学年限が2年ないし3年の准看護師があり、資格免許制度も二元化されている。にもかかわらず、看護師と准看護師の業務内容に明確な区分はなく、決して高い教育水準とは言えない速成可能な准看護師の養成は未だに温存されている。一方、「大学における看護系人材養成の在り方に関する報告書」によると、平成3年までは看護系大学は11校であったが2019年度の看護系大学は272校（大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会, 2020）に至っている。それ以前は看護師養成機関の大部分は正規の学校体系外の高等専門学校であったことを踏まえると、近年になってようやく大学での教育が増加してきた状況である。しかし現在でも看護師養成期間には、大学、短期大学、高等学校（5年一貫教育）、文部科学指定専修学校、厚生労働省指定専修学校があり、准看護師養成の高等学校衛生看護学科3年のコースと准看護師学校2年のコースを含めると、日本の看護師教育は多様で複雑である。

日本で最初の看護師養成機関の設立は1885年、慈恵看護専門学校の前身である有志共立東京病院看護婦養成所であり、次いで同志社病院・京都看病婦学校、日本赤十字社救護看護婦養成所などが開設された。日本赤十字社では陸軍の医師による戦時救護の看護婦養成が教育方針であり、軍医に対する絶対服従、忍耐が強要されていたようである。有志共立東京病院と同志社病院・京都看病婦学校における初代教育者は、ナイチンゲール精神を継いだ外国人教師であったが、彼らの離任後は医師による看護教育が行われた。当時の看護師には、教師であり、目上の男性である医師に敬意を示し、その指示に忠実に従うという価値観が当然のことであったろう。そのような時代がしばらく続き、1980年ANA（American Nurses Association 米国看護師協会）による「看護の社会的役割に関する声明書」が翻訳されて以降、自律という概念が専門職の概念とともに検討された（志自岐, 1985）。この頃の日本はまだ奉仕や献身の精神が強調されていた時代である。看護師の業務範囲の広さと特徴、医師との従属的な関係から看護師の「職業的自律」と「臨床上の自律」の双方ともにその実現が困難な状況であった。

ここまで日米の看護師の自律をめぐる動向についてその職務状況や特徴、教育について概観した。米国においては病院看護の質の改善と患者の権利意識の向上に応じた患者中心の看護ケアを発展させ、教育水準も高いレベルである。日本では米国に遅れながらも高等教育化が進んでいるが、米国のように職務内容が細分化しておらず、看護師としての専門性が顕在化されにくい状況にあると言える。ここで社会学における専門職論を確認し、看護におけるアドボカシーの主張が専門職としての自律を獲得する活動であることを論証したい。

フリードソン（Freidson, E, 1923-）は、専門職（profession）について professional status（専門的地位）を獲得した職業（occupation）である（Freidson, 1988）と述べている。専門職には一般の職業にはない専門的な知識体系と技術の必要性があり、その専門性ゆえに一般

の人々との間に知識の不均衡が生じるため、倫理性が要求される。そして専門職が仕事をを行う上で自らが行動を規制する自律性が求められる。この自律性という特性によって専門職は社会から信用と裁量権を与えられる。専門職の自律性には、教育内容や資格を付与する試験制度の決定といった専門性に関するものから、職務、禁止事項、職業上の役割や態度、価値といった倫理性に関するものまで多岐にわたる。自律性は専門職にとって必要要件でもある。

エチオーニ (Etzioni, A, 1929-) は、医師や法律家などの「完全専門職」(full-fledged profession) に対し、専門職としての完成度が低く、専門職化の途上にある職業を「半専門職」(semi-profession) として、看護師をその代表のひとつに挙げている (Etzioni, 1969)。ウィレンスキー (Wilensky, H.L, 1923-2011) もまた「確立された専門職」(established profession) に対し「形成途上ないしは境界上にある専門職」の典型として看護師を挙げている (Wilensky, 1964)。国内では、天野が半専門職の視点から職業としての看護師を分析し、看護師の専門職化の困難さについて論究している (天野, 1972)。天野によると半専門職には次のような特性があり、看護師に典型的であるという。

- ① 非雇用者である
- ② 女性に多く専有される
- ③ 感性的な志向によるサービス提供
- ④ 教育期間が短い
- ⑤ 半専門職が結成する職業団体の労働組合的な機能

上記の天野の指摘から約 50 年経過した現在、看護師の多くは主に病院という組織において医師を頂点にしたヒエラルキーの下、被雇用者として医療に従事している。完全専門職である医師や弁護士も非雇用者として勤務することが増えているものの、組織内において主要な権限は保たれている。一方、看護師は上司や雇用者からの支配や管理がない専門職的権限の獲得には至っていない。一般に複数の診療科を持つ病院に勤務する看護師は、診療各区分に基づく各種外来や病棟に配属させられる。診療科によって看護師に必要とされる知識や特殊な技術は大きく異なる。内科、心療内科、精神科、循環器科、小児科、整形外科、皮膚科、眼科、泌尿器科、耳鼻科、婦人科、脳神経外科など診療科は数多あるにもかかわらず、看護師は数年単位でこれらの部署を異動することが多い。天野の指摘のとおり、看護職は①について典型的な半専門職である。②については、2020 年就業看護師 1,280,911 人のうち、男性は 104,365 人、女性は 1,176,546 人 (厚生労働省, 2020) であり、圧倒的に女性が多い。③に関して、近年、臨床医学の Evidence-Based という考え方にに基づき、科学的根拠を活用した最適な看護実践が重要視され浸透してきている。しかし、臨床で働く看護師が行う看護研究が学術論文として公表されることは現状としてかなり少ない。また医療職は営利目的ではなく利他的な特性を持つとはいえ、社会が抱いている優しさや思いやり、白衣の天使像といったメンタリティ偏重のイメージを看護師自身も引き受けている。④の教育については 1994 年「看護師等の人材確保の促進に関する法律」以降、

看護系大学の設置が進み、1991年には11校であった看護系大学は2019年には272校(文部科学省, 2019)に至っている。看護系大学には看護師教育と同時に保健師教育、助産師教育を受けることが可能な大学もある。医師や薬剤師が6年間の大学教育により養成されていることと比較しても、看護師教育が専門教育と臨床実習が充実しているとは言い難い。さらに、高校を卒業する女性が圧倒的に少なかった時代に学歴要件を緩和した准看護師養成は未だ存続しており、教育期間の短さ以外にも専門職としての資格取得の要件が一定でない現状がある。

半専門職として看護職の職業的特徴をみると、専門職としての地位獲得を目指す上で、専門性と自律性の確立が不可欠であることがわかる。総務省による日本の標準職業分類では、看護師は専門的・技術的職業従事者に分類されており、看護師は一定程度の専門職の特徴を備え、社会から認知されているように思える。しかし完全専門職のような専門的な知識体系と技術、職務における自律性と比するとその達成水準は低く、看護職が専門職であるという確信と地位の確立は不十分である。

ところで、専門職に関するこうした知見は社会学の研究成果である。専門職に関する研究は、専門性や自律性といった特性からその特性の獲得レベルによって専門職化の評価をする議論がある。これに対して文化や社会構造の特徴に着目し、専門職の権力に着目する議論がある。つまり専門職化を一種のパワーゲームとみなしている。先述したフリードソンは、医師が医療という階層システムのなかで看護師、理学療法士、放射線技師など同領域の専門職を統制する立場をとり、自律性を保持している(フリードソン, 1992)と述べている。自律性は一度獲得すると、専門領域内であるならば自らの判断で行動できる。他者からの指示は不要であり、逆に指示を与えることが可能となる意味で権力の存在を必要としない。言わば専門職の特性である自律性は疑似権力として機能し、他者を支配する手段になる。またアボット(Abbott, A, 1948-)は、半専門職のような職業が段階的に発達しながら専門職化するプロセスを辿ることを否定し、「管轄権」(jurisdiction)という概念を用いる。アボットによれば、専門職は地位向上と管轄権¹⁶をめぐる自らの周辺専門職とせめぎ合う。専門職の専門性の源泉である理論的知識は、自らの管轄業務を規定するために用い、管轄権をめぐるせめぎ合いを有利にするため戦略的に獲得する(Abbot, 1988, pp.190)ものである。ゴードン(Gordon, S)とネルソン(Nelson, S)は、「看護における美徳の強調を超えて——看護は知識を要する仕事であるという認識を作る」において、専門職間のパワーゲームとして、英国の医師¹⁷とナイチンゲールとその同僚の間で起きた論

¹⁶ アボットはある専門職が管轄権を要求する場合、先行する専門職がすでに管轄権を有しており、この管轄権は永久的に存続しない。そのため隣接する専門職間は相互作用のシステムを構築する(Abbot, 1988)とも述べている。

¹⁷ ゴードンとネルソンは、医師が20世紀に入るまで医学の専門職と認知されておらず、科学、麻酔学、外科医学の急速な発展によりその地位を獲得したこと、当時の女性解放運動に脅

争を紹介している。その内容は、ナイチンゲールたちは看護師が独自に看護管理を行うことを提案したが、医師は看護師を自分たちに従属する立場であると主張し妨害したというものである。当時の医師は自分たちが治療に全責任があり、看護師はその監督下で働く存在であると主張している（ゴードン，ネルソン，2007，pp.27）。

このように専門職に関する研究を略観することで、ナーシング・アドボカシーという問題意識が生じてきた背景をあらためて理解できる。ナーシング・アドボカシーとはすなわち、患者の権利保護と最善の利益の擁護について看護職の役割と責任を認めようとする専門職化の運動という側面があったのである。米国では1960年代における公民権運動や消費者運動によって患者の権利意識は高まり発展した。そして患者の意思決定における自律の尊重が主張されはじめ、従来の医療におけるパターナリズムではなく、意思決定の主体者としての患者を尊重するパートナーシップ型の医療者のあり方が求められるようになった。看護職もまた、医師に服従する立場から、看護職そのものの自律性に目覚めることでナーシング・アドボカシーの概念が登場した。看護職は専門職の特性上大きな課題であった専門性についてアドボカシーモデルという理論構築を確立し、アドボカシーを実践する権利と責任を担うことで自律性の獲得を目指したのである。

看護職の専門職化の根幹は、自らの専門領域をどのように規定するかということである。看護職は医療の雑多な業務を担い、母親的役割としての親身なお世話を期待され、誰にでもできると思われるような、家事手伝いのような仕事をしていると理解されている。看護師は患者その人と日常生活に全体的に関わるため、専門領域の境界が不明瞭であり、看護職が提供するケアは具体的にどのような行為を指すのか、そしてそのケアの成果はケアそのものによるものなのかについて、非常にわかりにくいという特徴を持つ。アドボカシーの実践もまたどの行為がアドボカシーに相当するのか区別し難い。またアドボカシーは看護師に独自の役割ではなくすべての医療者の役割であるから、ここでも看護師の専門性や独自性は境界が明瞭に示されないままである。おそらく今後も看護師は、医師と職業的に対等であろうとして直接的看護実践としてのケアと権限の確立、組織的職業的自律を求め続けていく。

小括

言葉として法律に起源を持つアドボカシーは、1970年代以降看護師の役割や専門性を示す中核的な概念として登場した。ナーシング・アドボカシーの理論モデルには、患者の権利を守ること、患者が自分の価値やニーズに沿った意思決定ができること、人として尊重することがある。ナーシング・アドボカシーは、患者の法的な権利を守ることではない。人間としての患者のニーズに応答することに含まれ、患者－看護師関係に限定されない、患者とすべての医療者の関係性の上に成り立っている。その意味でアドボカシーの役割は看護師独

威を感じていた（ゴードン，ネルソン，2007）ことを指摘している。

自のものではなく医療者すべての役割である。

また、専門職論の視角からみると、ナーシング・アドボカシーの主張は半専門職としての特性を克服しようとする、専門性と自律性の獲得を狙ったパワーゲームである側面を持つ。看護の専門性が社会に認められるために、看護の本質やその理論化に取り組むことは必要なことである。しかしそれと同様に、それ以上に、患者という一人の人間を尊重するとはどういうことを意味しているのか、そのうえで看護職はなぜ専門職なのか、看護とは何であるかについて看護師自身が問わなければならないだろう。そしてその問いの答えを看護実践で示し、社会に伝えていかなければ看護師が唱える価値などスローガンや理想論に尽きてしまう。

看護師は患者とその日常生活に全体的に関わり、他の医療専門職と専門領域の境界が不明瞭である。看護職が提供するケアは具体的にどのような行為を指し、ケアの成果の視覚化・数量化が困難な場合も多い。だから看護職はこれまでケアリングやアドボカシーを看護に固有の役割として主張し、現在も医師の権限の大きさにより看護師の判断が制限されないよう、看護職の裁量権の拡大を主張している。このような看護師の看護ケアの向上や自らの専門性を確立しようとする活動は、看護の本質を求めるものである。換言すると、看護師の専門職化は看護ケアの自体、本質を実現しようとしている活動である。次章では看護の本質を求めると、他者から支配されない自律を超えて社会と共に看護職のアイデンティティの確立を目指すプロセスに自律があることを論述する。

第6章 共同性の基盤 ヘーゲル「事そのもの」と看護職の自律

はじめに

前章では看護職の専門性と自律性について、患者の権利擁護としてのナーシング・アドボカシーをめぐる議論を確認した。そしてアドボカシーを職業における権限としての視角からみること、アドボカシーをめぐる看護師の活動は専門性と業務上の支配権の獲得によって社会的地位を得ようとした社会運動であることを理解した。筆者は、看護師自身が看護とは何かという看護の本質を問い続け、看護ケアの価値を人々と共有しながら創り上げる道程に看護師の職業的な自律があると考えた。

したがって本章の課題は、看護師の職業的活動である看護師個々のケア行為を通して、現実的な社会関係を形成することにこそ専門職としての看護職の自律があると主張することにある。現実的な社会関係とは、本論文において何度も述べている「精神」に他ならない。

「精神」が顕現し、実体化するためには、看護師は理性的に「精神」とは何かについて自覚する必要がある。筆者はここで看護師個人を『精神現象学』における「理性」の意識形態と同一視することで、ヘーゲルが行為的理性の経験として論述する、個別的自己意識が他の自己意識や世間的意識との間に共同性を築くプロセスとして読み解く。

行為的理性は『精神現象学』の「V 理性」において登場する。「理性」章は、「A 観察する理性」「B 理性的な自己意識の自己自身による現実化」「C 即自且つ対自的に実在であることを自覚している個性」という構成になっている。理性とは「あらゆる実在であるという確信」(Ph, 181, 上 236)であり、端的に言うなら「対象が自己である」という確信を現実的に実現しようとする意識形態である。この理性には段階があり、章の構成に対応している。「A 観察する理性」は、自然の世界を観察し、そのなかに自己を見出そうとする理論的な態度の理性である。「B 理性的な自己意識の自己自身による現実化」は、理論的な態度から実践的な態度に転ずる行為的理性の段階が描かれている。「C 即自且つ対自的に実在であることを自覚している個性」は、行為による意識経験の成果として人倫の実体が現実化し、自覚化する。本章で扱う箇所は「B 理性的な自己意識の自己自身による現実化」と「C 即自且つ対自的に実在であることを自覚している個性」「a. 精神的な動物の国と欺瞞、或いは事そのもの」である。

1. 行為的理性の諸段階

「B 理性的な自己意識の自己自身による現実化」では、個人の内面に社会的共同性が形成される行為的理性の必然的なプロセスとして「快楽と必然性」「心情の法則と自負の錯乱」「徳と世路」が段階的に記述されている。本節ではその流れを大まかに辿り、「C 即自且つ対自的に実在であることを自覚している個性」へのつながりを確認する。

まず、行為的理性の第一段階として「快樂と必然性」が登場する。ここでは、男女の恋愛体験における一方的な欲望の充足が典型として描かれている。

「だから快樂を享受しつつある自己意識にとって自分の本質として対象となるものが何であるかと言えば、かのもろもろの空虚な本質態即ち純粋な統一と純粋な区別と両者の関係との展開であって、個性が自分の本質として経験するところの対象はこれ以上何らの内容をもってはいないが、この対象こそ必然性と呼ばれるところのものである。」(Ph, 273, 上 366)

恋愛は空虚な本質態であり、純粋な統一であり、純粋な区別である。そして両者の関係というのは、恋する二人は一体化するものというロマン的な情熱が、結局二人は別々の人間であるという自覚に至る。そして現実的に、必然的にそのような恋愛感情は挫折する。行為的理性は相手のうちに自己を直接的な対象とするが、このような直接的な同一化は相手を自分のものにするという一方的な欲望の充足である。ヘーゲルはこれを「快樂」を享受すると表現している。もちろん恋愛という経験は一人ではできない。「快樂」は自分だけでなく、お互いが相手を「快樂」として認め合う。ただし恋愛は二者間の関係のみの承認関係に限られており、二人のそれぞれの親族との関係、世間の評判、子どもが生まれる、などの様々な必然性に直面し、没落する。

こうして経験した必然性は、実は自分にとって疎遠なものではなく、自分と相手をつなぐ普遍的な関係であり、自分の本質であると認識した行為的理性は、第二段階である「心情の法則と自負の錯乱」に移行する。この段階は、「快樂と必然性」での二者間の関係からより広い、社会的普遍性に向かう。「心情の法則」とは「私は正しい」という個人の内面的規範である。ただそれは個人の「心情」のうちに直接あるだけである。この意識形態は自分の規範をそのまま自己と他者の同一性（法則）として結び付けようとする。ところが、実際自分の規範が現実社会で実現されると、自分とは疎遠な非理性的なものとして認めず嫌悪する。ここに「自分こそが正しい」という思い込みがある。現実化した「心情」が非理性的なものであるならば、自分自身の「心情」が非理性的であり、他者から嫌悪される対象であることになる。意識はこのような自己矛盾に陥り、この段階の行為的理性は崩壊する。結局、「心情の法則」とは、社会についての自分自身の理想に過ぎない。

自分自身が自負の錯乱に陥っていることを自覚した行為的理性は、次に、普遍的になろうとして「徳」(Tugend)を備える。ただし、ここでの「徳」は「心情」から出たばかりの段階のため、主観的な「徳」である。行為的理性の第三段階である「徳と世路」では、道徳的に善くあろうとする意識の「徳」と「世路」が対立する。「世路」とは、現実社会における普遍的な秩序が、まだ諸個人の心情によって成立しているため、その秩序は私利私欲の追求という個性として現象しており、普遍性は内的な本質にある。「徳」は、「世路」の内的な本質は「世路」自体のうちに存在しているはずであり、個性性を撤廃することでその本質を

出現させようとする。

「世路における普遍的なものは自分の真実の現実性を、顛倒の、逆さまの原理である個性を徳が撤廃することを介して、徳から受け取るべきである。したがって徳の目的とするところは逆さまになっている世路をもう一度ひっくり返してその真実の本態を顕現させることである。」(Ph, 285, 上 385)

ところが、現実社会は個性を原理として成立している。「徳」もまた個性であるから、個性を撤廃することは「徳」の現実性も消失する。なぜなら個性こそ、「即自的に存在するものを現実化する」(Ph, 290, 上 393) からである。こうして「徳」も「世路」もそれ自体が普遍性と個別性を区別しつつ、統一していることについて双方が同じであることを自覚する。このように意識は、「世路」が顛倒した非理性的な社会ではなく、個々人が天賦の才や能力を発揮しながら形成される共同的社会であることを知る。ここに至ったとき、自己に対立する現実社会が自己のなす行為によって形成されていることを知っている新しい自己意識が登場する。これが「C 即自且つ対自的に実在的であることを自覚している個性」である。

2. 個性から「事そのもの」へ

前節では、「心情の法則と自負の錯乱」と「徳と世路」は、ともに社会についての自分自身の理想であり、社会的正義の実現を求める意識であることを確認した。結果として個人の抱く理想や正義は実現しなかった。なぜならそれは、個人が自分の理想に固執していること、そして実際に社会的評価と承認がないからである。この挫折経験は最終的に「目的であり即自存在であるものが他者に対する存在、前に見出された現実と同一である」(Ph, 292, 上 397) という理解に到達する。「C 即自且つ対自的に実在的であることを自覚している個性」では、これまで個人が対峙していた現実社会が、実は個人の内面的な本質が実現した社会であったことを知った理性である。ここで行為的理性は、現実社会を否定することをやめ、自分自身に与えられた才や能力を活かし自己実現を目指すことが現実社会に埋もれている普遍性を現実化することであるとして、個性と普遍性が統一された共同社会を形成しようとする。こうして理性は「あらゆる実在であるという確信」(Ph, 181, 上 236) である概念を実現し、「即自且つ対自的に実在的であることを自覚している個性」になる。

この個性は、「根源的に限定された自然」(Ph, 294, 上 399-400) である生まれつき備わった素質を発揮し行為する。行為の結果であるものは、自然物や知覚対象としての「物」(Ding) ではなく、「仕事」(Werk)¹⁸であり、芸術や学問などの表現活動が想定される。行

¹⁸ ヘーゲルは行為の目的について「個性を表現すること、ないし言い表すこと」(Ph, 292,

為には、目的・手段・結果という三つの契機があり、どの契機においても個性性と存在が同一でなければならない。しかし、行為がなされようとする段階ではこの三契機に偶然性が伴う。ある人が自分の才能に見合った行為をするかどうか、つまり自分にふさわしい目的を持つかどうか、またその目的に沿った手段をとるかどうか、その手段によって実際に素晴らしい「仕事」となるかどうか。このように目的・手段・結果、いずれの契機においても偶然性が入り込む余地がある。そうすると「仕事」が個性性に備わった素質として真に表現されたことにはならない。

個性性の表現としての「仕事」が「仕事」として成立すると、「仕事」の行為者である個人から自立する。自立した「仕事」は他の個人に対して存在するようになる。このことは「仕事」の行為者である個人の「根源的に限定された自然」が、他の個人の「根源的に限定された自然」に対して主張することを意味する。同じく、他の「根源的に限定された自然」もその「仕事」を通して、個人の「根源的に限定された自然」の結果である「仕事」に対抗する。こうして「仕事」は、存在することで個人にとって疎遠なものになり、「仕事」は「過ぎ行く」ものとなる。

「だから、このようにして意識は自分の過ぎ行く仕事から己れのうちに帰還して自分の概念と確信とをもって、行為することの偶然性に関する経験に対抗して存在するものであり持続するものであると主張する。そこで意識が経験しているのは、実際には自分の概念であり、そうしてこの概念において現実はまだひとつの契機であるにすぎず、意識にとっては自分に対して存在するものであるにすぎないのであって、即自且つ対自的に存在するものではない。かく意識は現実が消失する契機であることを経験するのであるから、現実意識にとってはただの存在一般としての意識しかもたず、そうしてこの存在は遍く行為することと同一のものであり、遍く存在は行為と同一である。かかる統一が真実の仕事であり、そうして真実の仕事が事そのもの (die Sache selbst) である。」(Ph, 303-304, 上 413)

諸個人の「仕事」は生まれては消え行き、個々の行為も消え行く。たとえ「仕事」が偶然的なものであったとしても、行為こそ自己と普遍(現実)を統一するものである。意識は「行為することと存在との、意欲と遂行とのかの統一」(Ph, 303, 上 412) が行為の本質であることに気づき、行為に関する偶然性を止揚し、目的、手段、結果という一連の契機が貫徹された統一をなす。これが「事そのもの」である。こうして「事そのもの」は「個性性と対象

上 397) と述べている。現代医学の父であるウィリアム・オスラーが「医療は Art である」

(Osler, 1932, pp.35) と述べているように、医療を広範囲の芸術と理解するなら Werk の訳語として「作品」を採用した方が個人の内的価値の現実化という意味を理解しやすいかもしれない。しかし、本章では最終的に看護師の仕事と関連させて解釈するため、Werk の訳語は「仕事」とする。

性そのものとの相互浸透の対象」(Ph, 304, 上 414) となり、「事そのもの」において「自己意識が自己の実体を意識する」という理性の本質的な形態に至る。つまり個人は「事そのもの」において、自己の本質と自己の表現であった行為の普遍的な意義を見出すことができるようになる。

「事そのもの」は諸個人の内面的な理想や正義としてではなく、社会的に評価され、承認された行為の結果である。ヘーゲルの行為の本質は「真実の仕事」である「事そのもの」である。そして筆者は、個性の表現行為としての「仕事」と社会的な同一性の自覚の対象としての「事そのもの」について注目している。さらにヘーゲルが、行為を能動的で普遍的な媒辞として機能させることが重要であると考えため、これまでの内容と重複するかたちになるが、再び行為と「仕事」の関係について述べる。

個人の内面や人間性は、一見しただけでは確認しようがない。私たちは個人の内面や人間性が外に現れるような実践、つまり行為することによってのみそれを見ることが可能となる。また、私たちは何かを理解し、感じ、考える主体であるが、主体そのものは見られ考えられることはできない。主体の内面や人間性はその行為によってはじめて存在するようになり、だからこそ行為を問題とし、それを通して個人の内面を認識しようとする。このように対象として自分自身を見出すことは、ヘーゲルにおいては、他の存在において自分自身が再発見され、そのことが自分自身に還ってくることを意味する。こうして自らが他となり、他となりながら自らが自分自身をつなぐ媒介となる運動が繰り返される。この成果が真であり、真の生成は自己に還ってくる反省である。そしてこの反省のうちに自分自身を実現するものが「主体」(Subjekt) である。

「自分が即自的に何であるかが意識に対してあるようになるには、意識は行動しなくてはならない。言い換えると、行動するということこそは精神を意識として生成させる所以である。それで意識は自分が即自的に何であるかを自分の現実から知るのであるから、個体は行為によって己れを現実にもたらした後でないと、己れの何であるかを知り得ないことになる。」(Ph, 297, 上 403)

自己意識にとっての自己は、「我思う、ゆえに我あり」の我であり、「考えている自分」という自分にとっての自己像である。一方で、社会における自己は、自分がどのような考えを持つ人間なのかについて自己表現によって顕現させなければならない。それは一方的な情報伝達ではなく、人々に現し示すという行為でなければならない。そして人々がその行為をどのように受け取ったかについては、自己に、自分自身に還ってくる。実際に行為がもたらした結果なくして「自らが何であるかを知る」ことはできない。

そうして自己表現という行為が「仕事」として、個人の行為から離れ、人々からその良し悪しや優劣の評価を受ける。このことは、「仕事」は個人の内的価値の表現や顕現であるものの、他者にとっては数多ある「仕事」の一つであり、評価と批評の対象として相対化され

るということである。この相対化は、「仕事」が個人から自立することを意味し、自立することで個人の内的価値は消失してしまう。しかし個人から分離した「仕事」は、誰の目にも明らかに見えるようになり、個人もそれを批評でき、反省的な視点を持つことができるようになる。その意味では、「仕事」をするということは開かれた社会関係のなかで自己価値を晒すことである。だから「事そのもの」は自分自身の実現と、社会との共同的な普遍性をなしたという意義を持つのである。なぜなら「事そのもの」は、自己意識が、自分自身あるいは自分のものとして生み出した対象であり、しかも客観的に現実的に存在する対象であるため、社会にとっても普遍的な意義を持つのである。

本章において、理性とは対象が自己であることを見出す意識形態であることは繰り返し述べている。理性が対象とするものは物だけでなく、現実的な対象世界である。理性は対象を自己と同一であると捉えることができる意識形態、すなわち思考であるから、現実の中に自己を見出すことができる。理性にとって対象世界は自己の実体であり、存在根拠である。だから理性は自ら能動的に対象世界、つまり実体としての社会を形成することが可能なのである。この実体としての社会こそ「精神」である。ただし、自己意識が直接的に実体としての社会＝「精神」を形成できるわけではないため、ここに媒介が必要になる。それは対象のあり方として、個々人が形成する、もしくは形成過程にある共同性である。また自己意識のあり方としては、共同性・社会性を獲得する、もしくは獲得過程にある意識である。実体としての社会は個々人に対して自己を現象させる。それは個々人にとって精神が何であるかを認識させることである。このような個々人と精神の関係運動によって「精神的な実在」が完成する。

3. 「事そのもの」から「精神的な実在」へ

ヘーゲルは「事そのもの」を意識と対象を統一する究極の「精神的な実在」に高める。前節までで明らかになったことは、自己と対象を統一するものは「根源的に限定された自然」ではなく、行為の諸契機を貫徹した同一性であり、「事そのもの」であった。しかしこの段階では、「事そのもの」は行為の本質ではあっても「形式的な普遍性」(Ph, 305, 上 415)にとどまっている。それは行為の契機である目的、手段、結果のもとで「事そのもの」が見出される述語であるという意味で主語(主体)ではないからである。そこでヘーゲルは「事そのもの」が諸契機を生み出す「主語」(Subjekt)となることを目指す。

「事そのもの」を目指す自己意識は「誠実」(ehrlich)であるとされる。しかしこの誠実な意識は見かけほど誠実ではなく、自分も他人も欺く。この意識は、自分の目的を実現できなかった場合、目的を実現しようとしただけでよいと満足したり、失敗した場合は「なすことはなした」と自らを慰めたり、自分の実行が伴わずに生じた結果について自分が関心を抱いただけで自らが「事そのもの」に関わったとする。このように、誠実な意識は目的・手段・結果のいずれかの契機に「事そのもの」を述語として結び付けているだけである。これらは

「この意識が事そのものについて抱く自分のいろんな思想を統合しない」(Ph, 306, 上 417) という欺瞞である。

上記は「事そのもの」の内容についての欺瞞であるが、ヘーゲルは形式についての欺瞞も挙げている。形式についての欺瞞は、場面に応じて目的・手段・結果のいずれかの契機を取り出す。これは自体存在と対他存在を統一しない欺瞞である。例えば、ある研究者が論文を公表し酷評された際、その研究者は酷評された結果が「事そのもの」であることを理解してはいるが、「結果が伴わなくても目的は正しい」として満足する態度をとり、目的のみで「事そのもの」であるとする。その研究者は、ある研究者が何らかの研究に取り組む際、研究者にとってその研究こそが重要であり、誰がその研究に取り組むかということは大して問題ではないと考えている。しかし他の研究者が自分たちも協力すると言って共同して研究に取り組もうとすると、自分がこの研究に取り組んでいるのだから介入しないでほしいと拒否する。他の研究者の介入を断ったその研究者は、研究の成就ではなく、自分が研究することが「事そのもの」であることに気が付く。他の研究者も同様に、研究の成就ではなく、彼ら自身がその研究に携わることが「事そのもの」になっている。こうして誰もが自分も他者をも欺いている。この場合、研究者たる者は自分にとっての個別的な研究(=事)をしているのではなく、すべての人々にとって普遍的なものとしての研究(=事)に取り組んでいることが重要なのである。もしもこの研究者が自分のために研究をしていると主張しても、研究成果を公表することによって社会の人々に対して成果を提示していることになるため、自分以外の他者の批評や評価という介入は避けられない。また研究者自身も他の研究者の研究成果を批判・評価し、それを自分の行為とみなすことで、他の研究者の研究において自分自身を享受するかもしれない。本来は、「現実化するということは、むしろ自分のものを普遍的な場面のうちに提出することであるが、これによって自分のものもすべての人々の事(Sache)となり、またそうなるべきはずである」(Ph, 309, 上 422)。上記の例は対他存在と対自存在を統一しない欺瞞である。

このような欺瞞を乗り越え、目的・手段・結果の契機が統一されるとき、「普遍的な事そのもの」(Ph, 310, 上 423)になる。このとき「事そのもの」がまさに自分=主体になり、自分の行動は他の人々と関係することになり、その関係によって社会に受け入れられる行動に変化していく。また「事そのもの」は自分が対象化された「仕事」として存在するのだから、他の人々の前に出て社会的な評価と承認を得るようになる。

「意識の経験するのは、事そのものが本質的な実在であり、そうしてこの実在の存在は個別的な個体の、またすべての個体の行為することであり、またこの本質的な実在の行為することも直ちに他の人々に対するものであり、言い換えると、事であり、しかも事であるのは、ただすべての人々の、また各々の人の行為することとしてであるということ、要するに事そのものがすべての人々の実在(das Wesen aller Wesen)であり精神的な本質(das geistige Wesen)であり、実在である。」(ibid., 同)

こうして意識は、「事そのもの」が個人の行為であると同時にすべての人々の行為によって作り出された共同性であることを自覚する。この共同性が意識と対象との同一性であり、これが媒介となって自分の「事」はすべての人々の「事」として本質的な実在となる。このように「精神的な本質」としての実在に到達した「事そのもの」は、諸契機に結び付けられる述語としてではなく、諸契機を述語とする主語（主体）となる。

「これによって事そのものは述語という関係と生命のない抽象的な普遍性という限定を喪失する。事そのものはむしろ個性によって浸透された実体である。したがって主体であるがこの主体のうちでは、個性がまさに個性自身として、言い換えると「この」個体としてあると同時にすべての個体としてある。そうして事そのものはまた普遍的なものであるが、この普遍的なものは各すべての人々の、また各々の人々の行為することとしてのみ一つの存在である。さらに事そのものは現実であるが、この意識が現実であるのは、「この」意識が自分の個別的な現実であり、またすべての人々の現実であると知っているという意味においてである。」(Ph, 310-311, 上 423-424)

主体としての「事そのもの」は、行為を介した自分と社会との共同主観的な場となっている。「真実の仕事」、行為の結果としての「仕事」の真実性は、この共同主観的な場、もしくは環境という基盤がなければ、人々による相互批評や評価など不可能である。この共同主観的な基盤にこそ、「仕事」の真実性が育まれる土壌がある。ただし、ここでの共同主観的な場とは現実の共同体のことではなく、自己意識と他者の自己意識間の共同性である。ヘーゲルが行為的理性の経験の叙述において示したものは、自己意識が他の自己意識または世間の意識と共同性を形成するプロセスである。つまり「理性」の「行為」は、この共同性が前提にあった上で、それを自己の本質として社会性を陶冶する知の運動である。行為的理性の活動である「仕事」(Werk)は、現実的な労働ではない。ヘーゲルの意図は、自己と他者、世間との共同的な意識が「精神」となり、この「精神」が個々の意識の自体存在となることである。

「精神的な実在」は、「その単一な存在において純粋な意識であるとともにこの自己意識である」(Ph, 311, 上 424)。「純粋な意識」とは普遍的共同的な意識であり、自己意識それぞれの存在根拠を意味する。「この自己意識」は自己意識それぞれが「純粋な意識」を意識し、意識することに現実的な個別性の契機が含まれることを意味している。自己意識それぞれにとっては、個々人は「精神的な実在」が自分の実体であり、「精神的な実在」の中において生きている。実体にとっては、個々人がなす行為によって目的・手段・結果、対自存在・対他存在という区別が実在化することで現実性を得ている。この「精神的な実在」とは、「B 理性的な自己意識の自己自身による現実化」の冒頭で自己意識的な理性の目標が述べられている「人倫的な実体」(die sittliche Substanz) (Ph, 264, 上 353) である。

「人倫とは、諸々の個体が各自に自立的な現実性を持ちながら、それでいて自分たちの本質が絶対的な精神的統一を得ていることに他ならない。言い換えると、人倫とは即自的に普遍的な自己意識が他の意識のうちにおいて自分が現実的であることを自覚していることに他ならないのであるが、この際「現実的」であるというのは、他の意識が完全な自立性を持っていながら、すなわち自己意識に対して物でありながら、まさにそうであることにおいて自己意識が他の意識との統一を自覚しており、そうして物であるこの対象的な実在とのかかる統一において初めて自己意識であることを意味している。」(ibid., 同)

こうして最終的に、自己意識は自己の個別性から脱却し、現実「人倫的な実体」を体現する意識となるに至った。したがって「精神的な実在」は「純粋な意識」と個の自己意識の統一なのである。

4. 「事そのもの」としての看護ケア

ヘーゲルの叙述に従い、自己意識が他の自己意識や世間の意識と共同性を形成するプロセスと行為的理性が「人倫的な実体」を体現する意識となった経験を確認した。本節ではこのプロセスについて「仕事」を看護ケアに適用し、看護の本質について考察する。看護とは何かについては、看護師ならば誰しもが考え悩む問題であり、看護師にとって永遠の主題である。その理由は、一つには看護業務の範囲の広さと煩雑さにある。もう一つは看護という営みが人間とその生老病死に関わるからであり、人間存在にとって普遍的な、誰にとっても重要な主題を含んでいるからである。繰り返すが、主体となった「事そのもの」は個人の「仕事」と相互批評・評価としての共同主観的な基盤である。そしてこの共同性は「人倫的な」意識である。

ではまず、「事そのもの」の成立について行為的理性の段階から今一度振り返ることからはじめる。「事そのもの」は個人の内面やそのありようと、社会との相互浸透であった。個人は自分の内面やありようを現実社会に対立するものとし、あるときは自分の内的価値に固執し（「心情の法則と自負の錯乱」）、あるいは個人の思う普遍的善の実現を目指すものの、挫折しながら、社会性を獲得する。そして個人は自分の内的価値やありよう、人間性などについて行為を通して表現し、さらに自分の行った「仕事」が、社会に承認される普遍性を持つことを確信する。ただしこの「仕事」は、社会において人々の目に晒されることにより、自分の個別性と「仕事」が分離することを経験する。この時点ではまだ「仕事」の自己動機の私益性と社会的普遍性が一致していず、お互いに欺き合う関係にある。この相互に欺き合う関係の先に、個性性と社会的普遍性が一致し、「事そのもの」になる。「事そのもの」の「事」(Sache)は「物」(Ding)のレベルではなく、自分の個別性と対象性が相互に浸透して現実性を持つ「仕事」であり、だからこそ社会的普遍的に通用するものになる。一般的に、職業と仕事が一致している場合、誠実さが求められる。まして医療に携わる者、看護師であれ

ば尚更にその側面が強調される。看護師ならば自分自身のことを考えるのではなく、人々の苦痛の緩和や健康の促進を実現するために誠心誠意、仕事にあたる。そのような仕事を介して人々は看護師を職業人として承認する。ところがこの誠実さにも欺瞞が潜んでいる。

例えば、看護師 A が勤務中に、終末期にある患者 C に対して入浴の介助を行ったとする。ところが看護師 A は昨日も患者 C の入浴介助を行っていた。別の看護師 B は、患者 C が連日入浴することの身体的負担と入浴介助の優先性について疑問を持ち、看護師 A に確認する。看護師 A は言う。「今日も C さんは入浴をしたい様子で、私も時間がありましたから。それに私は、C さんとお話ししながら入浴介助することが好きですから。」

ここに欺瞞があることは明らかである。患者 C にとって入浴の効用は、心地よさ、痛みの緩和、尊厳の保持などである。もちろん看護師 A は入浴の効用のために C さんの入浴介助を行なったのだが、そこには自分が「入浴介助をしたい」、「C さんと過ごしたい」、C さんに「看護師 A は毎日お風呂に入れてくれる良い看護師」と思われたいという自分中心の、個人的動機があり、ここに欺瞞があるのである。

では、患者 C の立場にも欺瞞があるだろうか。患者 C にとって、入浴介助という看護援助は必要な患者のために行われるものであり、何らひいきがあるわけではない。ところがもし、患者 C は病院長の親族で病院スタッフや他の患者に対して優越意識があるとしたらどうだろう。あるいは政治家、企業の経営者でもかまわない。すると患者 C には自分のような社会的立場のある患者ならば、自分が希望すれば多少の無理はあっても大抵のことはやってもらえるだろうという期待が生じる。そして他の患者は数日おきに入浴することが通常の病院において、患者 C は自分だけが特別扱いされることの満足感を得る。このように患者 C にも個人的動機と欺瞞があることが明らかである。

欺瞞は誰でも陥るものである。それは「事そのもの」が個別的であり、社会的であるという対立する矛盾を自らのうちに含んでいるからである。しかし誰もが逃れられない欺瞞は、自分の個性性と社会的普遍性のどちらも切り離すことなく、相互の対立を越え、共同性に至るために不可欠なプロセスである。欺瞞はただ非難されるだけの悪にとどまらない、積極的な意義を持ち合わせている。

「個体が己れの欲求のためにする労働 (Arbeit) は己れ自身の欲求を満足するためのものであると全く同様に、他の人々の欲求を満足するためのものでもあり、そうして個体が己れの欲求を満足することに達するのは、ただ他の人々の労働を介してのみ成り立つことである。——個別者が己れの個別的な労働において既に普遍的な労働を無意識のうちに成就しているのと同じように、個別者はまた普遍的な労働を己れの意識的な対象としても成就している。そこで全体は個別者からなる全体として個別者の仕事であり事業となり、個別者はこの事業のために自分を犠牲にして、そうしてまさに犠牲にすることにおいて却って全体から己れ自身を支えられている。」(Ph, 265, 上 355)

上記で述べられている労働は、ヘーゲルの生きた 19 世紀の分業について、個別者と他の人々との相互浸透の具体例として挙げられているだけである。上記の引用文だけを単独で取り出すならば、個別者が全体に吸収されるかのように読み取ることが可能である。しかしここでのヘーゲルの真意は、「人倫」が備えている共同性の側面における個別者の自由なありようを示すことである。そしてこれまで「理性」の経験を確認してきたように、個別者である私たちとその存在根拠である「精神」の直接的な形態としての「人倫的な実体」は、私たち自身が創り上げることなのである。だから理性的行為の対象は、「物」ではなく個別者の自己意識間の関係であり、理性的行為は「物」を対象とする労働ではなく、「人倫」へと上昇する意識の運動として展開されている。

「人倫」(Sittlichkeit) の語源である *sitte* は、習俗や慣習を意味しており、私たちの生の営みを支える基盤という意味がある。そのような基盤には人々の生命、生活、健康といった人々が生きる上で切り離せないような価値や意味が、誰にでも見えるかたちではなく、見えないかたちで幾重にも重なり潜んでいる。つまり「人倫」とは私たちに無関係な人々によって形成されたものではなく、私たち自身が形成したもの、形成するものでもある。だから真の看護ケアとしての「事そのもの」はどこかに在るのではない。真の看護ケアとしての「事そのもの」を創り出す主体としての「事そのもの」があることで、看護師それぞれのケアが意味をなし、看護ケアとは何かについて批判的に語られ、看護ケアを提供する看護師だけでなくすべての人々が求める看護ケアの理想やありようが創られていく。

看護ケアは看護師の行為であり、看護師の内面的価値や本質を実現するものである。看護師の内面的価値や本質は、共同性という基盤から孤立したところでは意味をなさない。「真実の仕事」としての看護ケアは、主体としての「真実の看護ケア」に支えられ、その生成運動は繰り返し続けられる。看護ケアの否定的評価も看護師個人と看護ケアそのものに還り、反省されることで「真実の看護ケア」の実現に向かう。さらに付言すると、「理性」は個別の自己意識と普遍的共同的な自己意識の統一であるが、この統一は意識と対象を結合する思考という媒介運動、そしてこの媒介運動によって統一されたものの存在のことである。この媒介運動は自己意識の活動であり、思考そのものである。この思考は自体・対自・対他の分離と対立から統一をなす活動であり、自己を超えるという目的性と方向性を持っている。筆者はこの点に陶冶の核心があると考えている。

5. 看護師の職業的自律

看護師のケアやその専門性は、自己表現と相互批評という自他の相互行為によって成立しなければならない。本節は看護師の職業的自律は「真実の看護ケア」を実現するプロセスにあることを論じる。第5章において看護師の専門職化と自律をめぐる動向を概観したが、看護師の看護ケアの向上や自らの専門性を確立しようとする活動は、看護の(絶対的な)本質を求めるものである。自律をめぐる看護師の専門職化は看護ケアの自体、本質を実現しよう

としている活動である。筆者は、看護ケアの本質を実現しようとするのがヘーゲル的な意味での自律としての自由の獲得であると考えている。一般的に自律の意味は外部の影響を受けず自分で自分の行動を規制することであり、自分が自らに規則を課し、それに従って行動することである。ここでヘーゲル的な自律について述べる前に、まずカントの道徳法則としての原理である自律概念と生命倫理学における自律概念について確認する。

5.1 カントの自律概念

カントの自律は行為の道徳性の基準である。カントはこの基準を行為の場面ではなく、行為の方針として提示した。それが格率（Maxime）である。

「あなたの格率が普遍的法則となることをあなたが同時にその格率によって意志しうる場合にのみ、その格率にしたがって行為しなさい。」（Kant, 1999, S.45）

普遍的法則になるとは、その法則がいつでもどこでも誰にでも妥当し、矛盾が生じないということの意味する。例えば看護師には「誠実であるべき」という義務があると考えてみる。カントによると、個々の看護師は「誠実であるべき」という格率を上記のテストにおいて吟味し、矛盾が生じないことを確認できた場合、この格率は普遍的道徳法則になりうる義務であることがわかるという。カントの自律とは、自分で普遍的道徳法則を想定し、それに従って自分の行動や生き方を決定することである。普遍的法則が自分の理性を介さずに尊敬する人、権威ある人によって与えられたものならば、それは他律である。また、自分の行動や生き方は自分で決めさえすればよいというものではなく、自分の欲求や傾向性によるものであればそれも他律である。

「もし健康でありたいなら暴飲暴食をするな」という道徳法則は、前半の「もし健康でありたいなら」という条件文を受け入れる場合、後半の「暴飲暴食をするな」という命令文に従わなくてはならない。「健康である」ことは人間一般にとって普遍的に妥当する。しかし誰でも暴飲暴食することで健康を害するため、この法則は単純に暴飲暴食と健康の因果関係を言い換えたものである。カントはこのような法則を仮言命法として道徳法則とはみなさない。道徳法則は「誠実であれ」「嘘をつくな」などの端的な命令であり、この命令によって何らかの利益が得られるというものではない。そしてこの命令は人間だけでなくすべての理性的存在者に妥当するため、経験的なものを超越している。だから人間は自らの欲求や傾向性を排除し、理性に忠実でなければならない。

カントにとっては理性こそが、経験的なものや感性的なものにとらわれず、自分自身によって自分を規定することを可能にする。したがって定言命法を上記の引用のように表現している。

道徳法則が命令形である理由は、人間が完全な理性的存在者ではなく感性的なものから逃れられない存在だからである。だから人間は感性的なものを抑制し、理性の声にのみ従わな

くてはならない。カントは道徳法則の完全な遵守を人間のなしうる「最上の善」と呼ぶ。道徳法則を遵守することは正しく行為することであり、人間は正しく行為することにより幸福を得られる。カントはこれを「最高善」と呼ぶが、人間には到達し得ない地点であるため神の存在が要請される。ヘーゲルはカントと同様に理性至上主義であるが、人間の内面に正しさを求めたカントの道徳を批判した。この辺りは本論文第3章第1節における「道徳的世界観」におけるヘーゲルの批判が重なる部分である。

カントの自律概念は限定的にはあるが生命倫理学に影響を与えている。ビーチャム (Beauchamp, T.L., 1939-) は「現代のバイオエシックスの中心をなす原則は自律の尊重である」(Beauchamp, 2003, pp.22) と述べ、バイオエシックスの標準的テキストであるビーチャムとチルドレス (Childless, J.F., 1941-1977) の『生命医学倫理』では、基本的原則の第一として「自律の尊重」を挙げている。そこでは、自律とは「他者による支配的介入と、不十分な理解のような意味ある選択を阻む個人的限界とから自由な、自己の個人的支配である。自律的人間は、自由に自己選択し、かつ、情報を得たうえでの計画に従って行為する。あたかも真に独立した政府が、その領土と政策を自律的に支配すべく、行為するのと同じである。」(Beauchamp, Childless, 1979, pp.56) と述べ、「自律」が患者個人の自律的な決定や選択という行為であると言及している。

このようにカント倫理学と生命倫理学における自律の意味は異なっている。カント倫理学における自律は「個人の自律」ではなく、「意志の自律」である。欲求や外的な力といった自分以外のものから独立して自らの法則となる意志による自己立法を意味する。ゆえに定言命法の形式で表現された「道徳性の最上の原理」なのである。カントの自律は、誰からの命令でもなく、欲求のままに行動するのでもなく、言われたからではなく、道徳的に望ましいルールを自ら自発的に守ることである。一方の「自律の尊重」における自律は、基本的には患者個人の自律的な行為を尊重することであり、道徳的には中立であり、一応の義務である。つまり自己決定、自己選択としての患者の自律は、その決定、選択がいかなる内容であっても、他者に危害を加えない限りは道徳的に批判されることなく尊重される。

5.2 ヘーゲル的な自律としての共同性

さてカントと生命倫理学における自律概念の要点を確認したところで、本項ではヘーゲル的な自律は理性が歩み辿り着いた共同性の「精神」にあると解釈する。しかしヘーゲルは自律という語を用いてもいなければ、カントの定言命法のような自己立法を明示する記述もない。ただしヘーゲルはカントと同様に人間の理性に全幅の信頼を寄せている。カントもヘーゲルも自分の力で立ち、自らが己を律する個人を、自分の内面に立ち還る個人を前提にしている。

本論文が『精神現象学』においてみてきた個人は、欲望、快樂や利害の追求など自分の思うように生きるようになると、他者や社会の人々の間に対立や矛盾に直面した。ヘーゲルは対立や矛盾を完全に否定せず必要な契機としているが、対立や矛盾ばかりでは人々の社会

生活は混乱する。そこで対立と矛盾を克服し統一するもの、これがヘーゲルの共同的な「精神」であり、個人が個人として共同性を獲得するプロセスが陶冶であった。陶冶とは個人が自分の内面に還り、思考の力で徹底的に自分を鍛えるものである。ヘーゲルはこの陶冶により人間は社会性を獲得できると考えたのである。私が社会性を獲得するためには他者や社会の動向をしっかりと見極め、その中に自分と他の人々が快適に生活することを可能にする立ち位置を決める必要がある。自他の立ち位置を決めるためには内省する力が必要であり、これこそがヘーゲルの述べてきた「理性」である。感情や欲望に基づくものに社会性を獲得する力は到底ない。「理性」は他者から強制されない。自らの力で自分自身に立ち還り、感情や欲望を克服して統合する。このようにヘーゲルの描く個人は自律的である。

カントの自律概念は道徳法則としての原理であった。これに対し、ヘーゲルは個人と社会関係の中で自律を捉えている。自律は強制による行動でも自分の独断的行動でもない。このような意味において、ヘーゲルはカントの自律概念を引き継いでいる。しかしヘーゲルが強調することは、自分と自分以外の他者との関係があるからこそ自律が可能であるということである。そしてそこには自己理解を前提とする。自分は自分のことを自覚していなければならない。しかし、自分のことは自分自身のなかであって自分一人で見出せるものではなく、行為という自己表現を通し、他の人々との関わりの中に見出せるものである。社会や他者と断絶した個人というものは存在し得ない。

ヘーゲルは「事そのもの」において自己意識の内面的な困難と挫折の経験を描いている。重要な点は、「真実の仕事」、人間の自己表現活動である行為の結果としての「仕事」の真実性、およびその真実性を共同的な場において創り出すことである。この場において「仕事」をなす私たちは自由で自律的なのである。ヘーゲルの理路に従うならば、私たちは、はじめは自分の動機から発した行為であっても、社会の人々による批評や評価を通して「真実の仕事」を目指すうちに、行為によって自分自身を、自分の人間性という価値を表現できるようになる。そうして、私たちは自己実現ができることを知るに至る。つまり、私たちの自由と自律の実現は陶冶のうちにある。しかしながら「理性」章で展開された理性的行為は、行為とは言うものの、自己意識の経験である。主体としての「事そのもの」もまた、自己意識が他の自己意識、または世間の人々の自己意識との共同的な意識である。ただし、「仕事」が私たち人間の内的価値の表現として、多数の他者からの批評や評価を得るということは、私たちも他者も開かれた関係にあるということである。この開かれた関係の共同的な場において、私たちは「真実の仕事」をめぐる切磋琢磨することができる。ある人は、他者から承認されたいという欲求が優り、顕著な欺瞞に陥るかもしれない。その一方で他者との相互関係によって、その人は自己を反省的に捉え直し、さらに高いレベルでの内的価値や自己実現を目指すようになり、そのうちに社会的普遍的な価値や形成するようになる。だからこの開かれた関係の共同的な場は、普遍的に意義のある「真実の仕事」を創り出すことを可能にする。誰にとっても普遍的で価値ある「真実の仕事」は、私たち個人個人の表現と相互批評という共同的な活動による以外には、その妥当性や確証性は得られないはずである。

以上、ヘーゲルは自律が実現する境位を個人の自己意識ではなく、「精神的な本質」である「人倫的な実体」に定めた。看護師の専門職化をめぐる自律は不断に続き、今後も多くの挫折経験を経て普遍的な看護ケアとその価値の実現に向かって、その都度目標を高めていくに違いない。このことは看護師の内的価値の表現である「仕事」としてのケアが、人々からの批評と評価を反省的に受け入れ、看護師としての社会的アイデンティティの把握と刷新するプロセスであることを意味する。看護ケアとは何か、看護師の存在根拠についての普遍的な価値や意義が見出されるのは、看護職だけの閉じた関係ではなく、より広く開かれた社会の人々との共同の場、すなわち「精神」においてである。看護師としての自らのありようはこの「精神」によって支えられていることを知るとき、看護師はこの「精神」を「主体」として、「精神」自体を自覚的に刷新し、磨きあげていく。看護師の自律は自律という状態に達することではなく、不断に続く共同性の確立にある。

小括

本章では、看護師が個々のケア行為を通して現実的な社会関係を形成するという専門職としての自律、そして同時に看護師が「自体」として前提していなければならない「精神的な実在」(=「人倫的な実体」)とは何かを自覚することについて、ヘーゲルが行為的理性の経験重ね合わせて解釈した。行為的理性の経験とは、個別的自己意識が他の自己意識や世間的意識との間に共同主観性を築くプロセスである。

行為的理性の経験は理論的な態度から実践的な態度に転ずる段階が描かれていた。しかしこの段階の理性には、自分の理想に固執して実際の社会からの承認がなかった。だからこの行為的理性は最終的に自分の理想も社会正義の実現には至らず挫折した。そしてこの挫折経験により、これまで自分が対峙していた現実社会が、実は自分の内面的な本質が実現した社会であったことを知った理性になった。

そして行為的理性は、現実社会を否定することをやめ、自分自身に与えられた才や能力を活かし自己実現を目指して現実社会に埋もれている普遍性を現実化し、個性性と普遍性が統一された共同社会を形成しようとする。こうして行為の諸契機を貫徹した同一性である「事そのもの」が生成するものの、未だそれは行為の本質ではあるが「形式的な普遍性」(Ph, 305, 上 415)にとどまっているため、次に「事そのもの」が「主体」として行為の契機である目的・手段・結果を生み出すことを目指し、「精神的な本質」としての実在に到達する。主体としての「事そのもの」は、行為を介した自分と社会との共同主観的な場である。「真実の仕事」、行為の結果としての「仕事」の真実性は、この共同主観的な場という基盤によってこそ育まれる。

この行為的理性の「仕事」を看護師のケアとして解釈すると次のようになる。看護師のケアは看護師の「行為」であり、看護師の内面的価値や本質を実現するものであり、これらは共同性や社会から孤立したところでは意味をなさない。「真実の仕事」としての看護ケアは、

主体としての真実の看護ケアに支えられ、絶えることなく生成運動を続けていく。看護ケアの否定的評価も看護師個人と看護ケアそのものに還り、反省されることで真実の看護ケアの実現に向かう。

看護ケアとは何か、看護の本質を問い続ける看護師の自律は、カント倫理学における意志の自律ではなく普遍的な看護ケアとその価値の実現を目指す活動にある。自律が実現する境位は「精神的な本質」である「人倫的な実体」である。だから看護師は自身の内的価値の表現であるケアについて、人々からの批評と評価を反省的に受け入れ、看護師としての社会的アイデンティティを刷新し磨き上げる。換言するとこれは専門職としての研鑽であり、責務でもある。

総括と今後の課題

1. 総括

本論文は看護師のあり方や看護を批判し、看護の本質を顕にするために、『精神現象学』における対象を知ることが同時に自己を知るという哲学的方法論と自己顕現という「精神」概念が活用可能であること、また、よりよい看護を社会と共に刷新するという創造的な専門職倫理が、看護職と社会に突きつけられた課題を現実的に解決する強力な武器になることを示す挑戦的な試みであった。各章において得られた成果を以下に要約する。

第1章では、医療におけるケアは人間関係を基盤にした対人援助技術であることを確認した。ケアされる人のニーズは、ケアする人が必要であると考えたケアの内容と一致するとは限らない。だからケアする人とケアされる人との関係は双方向性でなければそのケアは不適切なものになる。また、医療におけるケアは無条件に善い行為ではない。なぜなら医療においては、患者と専門職である医療者の関係性が非対称的だからである。

しかしケアという言葉が語られる時、その肯定的な側面——成長、自己実現、あるいは共感、配慮といったケア提供者の心情や態度——が強調され、美化されやすい。本章では日本のケア論に大きな影響を与えたメイヤロフのケア論を概観し、医療におけるケアとの差異を明らかにした。メイヤロフのケアは人間にとってケアすることの意味、ケアする人その人にとっての、人生におけるケアすることの意味を述べる存在論的次元のケア概念である。一方、医療におけるケアは対人援助技術としての実践的な概念であり、人間関係を基盤にして、人々の健康問題に関して専門的知識と技術によって患者という人を援助することである。そのためメイヤロフのケア概念をそのまま医療におけるケアに演繹することは、現実的に適さないばかりか、医療におけるケアが感情や恣意性に傾倒し、専門的知識に基づく判断によって提供されるケアの質を保証できない。医療におけるケアは医療者が専門的知識と判断に基づき提供するものである。

ただし、メイヤロフの「ケアすること」に記述される要素としての姿勢や態度は、患者と医療者の適切な相互関係を目指す上で有意義である。特に医療におけるケアは、専門職によるケアだからこそ、その双方向性と”support”という援助のあり方が重要である。これを欠くことにより、患者のニーズに応答しない一方向性のケア、強行的なケアといった不適切なケアを提供することになり、患者にとって不利益な結果につながる。医療ケアを提供する看護師は、患者の「今」のニーズを読み解き、応答しなければならない。そしてそのためには、患者との関係性が双方向性であること、患者を、病を抱えた一人の人として、その人の抱える苦痛や苦悩を理解し、援助する（support）姿勢が重要であることを明らかにした。

第2章では共感概念について代表的なヒュームとシェーラーについて確認した。ヒュームの共感心理現象として説明されている。共感者は、他者の表情や言葉から他者の感情を認知する。次に認知された感情が観念となり、印象に転換され共感者と他者との類似や接近の

関係に依存しながら情念となる。そのため他者との関係性が近い場合、家族や友人である場合は強い共感が生じる。ヒュームの心理現象としての共感共感者の意識とは独立している。意図的に他者の立場に立つことなく自然と発生する現象である。

シェーラーの共感には様々な形式があり、感情伝播、一体感、追感得、狭義の共感がある。狭義の共感共感他者の苦しみや悲しみを共に感得するものであり、認識以上のものである。他者の感情を共に感得するためには、他者の感情に能動的に、関心を持つことである。つまり狭義の共感共感他者の感情を認識するのではなく感情的な関与が必要である。また共感共感人間愛に基づく。人間愛が生じるためには狭義の共感が前提とされる。その理由は人間愛の対象である人間、つまり他者の実在性は狭義の共感によって与えられるからである。シェーラーは、人間は狭義の共感を通して自己とは異なる他者を知ることが可能であり、他者を知ることが共感者と他者との存在関係である。そしてその根拠が愛である。

ヘーゲルは青年期において愛を個人的な感情に止まらない、人間や社会の対立を超える調和、和解の感情として考察した。しかし結局愛は感情であるために個人の内面が強調され、対立を克服することができなかった。

以上のようにシェーラー、ヘーゲルにおいても愛は人間関係における個別的な感情ではないが、愛を普遍的な原理とすること、愛という感情を医療ケアのための共感の根拠とするには無理がある。またそれは看護師に過度の感情や愛情を要求し、専門的知識と判断を退ける。一方のヒュームは共感を心理現象として一般化しているため、患者の苦痛や苦悩を理解する共感者の積極的な意志や関心を認めない。患者の苦痛や苦悩を理解しない医療ケアは一方的なケアで不適切なケアである。患者の苦痛や苦悩を理解するためには情報としての専門的知識と判断、そして「知る」という能動性が不可欠である。

第3章では、『精神現象学』「良心」論が、規則や義務だからという理由でそれに従うものではなく、自分が、直接「これが正しい」と確信すること自体が「良心」の絶対的な本質であることを確認した。「良心」の前段階にある「道徳的な意識」は、正しさについての理想を持ち、自分だけでなく他者もそれに従うべきだと暗黙のうちに考える。そのため「道徳的な意識」は自分の感受性を失い、切り離されてしまっており、たとえ何か道徳的行為をしたとしても「私が行った」とは言えない。「私が行った」と言えるためには、個別的な行動でなければならない。義務は「この私」によって遂行されてこそ空しいものでなく、現実的なものになる。

「道徳的な意識」は人間と社会について理想像を描き、これを実現しようとする意志である。「良心」は道徳に対抗するものではなく、道徳の持つ矛盾を克服するために登場した倫理的精神である。人間や社会について理想とする善は一つに限らず、個々人の信念や価値観によって複数存在する。ある人は人間の生命の神聖さに重きを置き、ある人は人間としての尊厳を保つことに、ある人は自由な自己決定に、またある人は平等という価値を重んじる。個々人が求める理想や大事にする価値は様々であり、それぞれ許容されるべきものである。ヘーゲルの「良心」は、現実社会には理想や価値は多数あって、これらの理想や価値のうち、

どれが正しいものであるかはわからないことを踏まえた上で、相互承認によって取りなす可能性を示している。「良心」とは、他者を自分と同じような存在として認めること、他者のうちに自分との同一性を認識することにより、共に知る（Ge-Wissen）という共同知を意味する。自分が自分であるためには、他者を自分と同様に自立的な存在として認めることが必要であり、これは他者の立場にあっても同様である。

またヘーゲル哲学は、欲望や感情といった感性を抑えるという仕方ではなく、教養形成という仕方によって感性を社会的なものとして陶冶することに倫理の本質をみている。常に自分が自分自身に立ち戻り、自分で自分に確かめ、「知ること」「考えること」を徹底的に行う知の働きは、専門職としての看護師の倫理に必要不可欠な態度である。

第4章では、「正しい/不正である」や「善い/悪い」に対する道徳的判断は、感覚や感情のはたらきではなく、道徳的な価値を認知することで可能となること、そして道徳的な価値はそれを感じ取る感受性によって涵養されることについて、マクダウェルの「第二性質」、「感受性」に関する議論を確認した。

医療倫理が問われる場面では、倫理綱領や倫理原則は遵守すべきものだからという理由のみで盲目的に従うのではなく、「倫理綱領、倫理原則に従うこの私」という意識がなければならぬ。第3章で確認した「良心」論に基づくと、私たちは自分の確信において正しいと判断する道徳性をつかみ取り、それを実際の行動に移す。しかし、実際の行動は自分を通してしか見えないうえ、時間、場所が限定した状況に様々な軋轢が加わり、私の確信のとおりに行動は妥当性を持たない。だから私は他者から認められる必要があり、自分の一面的な道徳性への固執を解放し、相手からの承認を求める。これは私たちが他者との共同性、倫理性を創りあげていくという開かれた態度・行動である。この「私」が道徳性をつかみ取る過程にマクダウェルの「感受性」を、「良心」の承認という契機に「反省的自己精査」を重ね合わせて解釈することで規則に盲目的に従うのではなく、自分の道徳的な行動の根拠を自らの信念を通して獲得し、倫理的精神を体現する看護師教育の可能性を見出すことができた。倫理的な看護師の育成のためには、「感受性」を磨き続ける教育が必要である。また自分自身と眼前の道徳的な価値から目を逸らさず、「知」と「真」のアップデートと経験を地道に積み重ね、「実践的思慮」を会得できる看護師の育成には、本章で提示した理性による自己の反省が有益である。

第5章では、看護職の専門性と自律性について患者の権利擁護としてのアドボカシーをめぐる議論を確認した。看護師という職業は1860年、ナイチンゲールによる看護婦訓練学校の開設から職業として成り立って以降、時代や社会の要請によって影響を受けながら発展してきた。この職業的発展の過程には社会的評価や社会的地位の向上を目指し、専門職として確立することと看護師独自の業務や権限、役割拡大の取り組みがあり、アドボカシーはそのうちのひとつである。

アドボカシーという概念は、1970年代のアメリカにおいて登場して以来、看護師の新しい役割として注目を集め、日本においては1990年代になってからその言葉が紹介されるよう

になった。それ以前はケアリングという概念が看護の中心的概念として注目され、多くの看護理論家が看護の基本的な役割として位置付けていた。しかし、ケアリングは看護に特有のものではなく看護職の専門性であるとも言えないとして、アドボカシーが看護の専門性を支える価値となるのではないかと注目され、今日ではアドボカシーは看護師の役割として定着している。

ナーシング・アドボカシーの理論モデルには、患者の権利を守ること、患者が自分の価値やニーズに沿った意思決定ができること、人として尊重することがある。ナーシング・アドボカシーは、患者の法的な権利を守ることではない。人間としての患者のニーズに応答することに含まれ、患者－看護師関係に限定されない、患者とすべての医療者の関係性の上に成り立っている。その意味でアドボカシーの役割は看護師独自のものではなく医療者すべての役割である。

ナーシング・アドボカシーを専門職論の視角からみると、看護師の主張は半専門職としての特性を克服しようとする、専門性と自律性の獲得を狙ったパワーゲームである側面を持つ。看護の専門性が社会に認められるために、看護の本質やその理論化に取り組むことは必要なことである。しかしそれと同様に、それ以上に、患者という一人の人間を尊重するとはどういうことを意味しているのか、そのうえで看護職はなぜ専門職なのか、看護とは何であるかについて看護師自身が問わなければならない。そしてその問いの答えを看護実践で示し、社会に伝え評価を得る必要がある。看護師は患者とその日常生活に全体的に関わり、他の医療専門職と専門領域の境界が不明瞭である。看護職が提供するケアは具体的にどのような行為を指し、ケアの成果の視覚化・数量化が困難な場合も多い。しかしこのような看護師の看護ケアの向上や自らの専門性を確立しようとする活動により看護ケアの本質は実現可能になる。

第6章では、看護師が個々のケア行為を通して現実的な社会関係を形成するという専門職としての自律について、『精神現象学』「理性」章における、個別的自己意識が他の自己意識や世間的意識との間に共同主観性を築くプロセスと重ね合わせて解釈した。

行為的理性は理論的な態度から実践的な態度に転ずる段階であり、自分の理想に固執して実際の社会からの承認がなかった。だからこの行為的理性は最終的に自分の理想も社会正義の実現には至らず挫折した。そしてこの挫折経験により、これまで自分が対峙していた現実社会が、実は自分の内面的な本質が実現した社会であったことを知った理性になる。ここで行為的理性は、現実社会を否定することをやめ、自分自身に与えられた才や能力を活かし自己実現を目指して現実社会に埋もれている普遍性を現実化し、個性性と普遍性が統一された共同社会を形成しようとする。こうして行為の諸契機を貫徹した同一性である「事そのもの」が生成する。最終的には「事そのもの」が「主体」として行為の契機である目的・手段・結果を生み出すことを目指し、「精神的な本質」としての實在に到達する。主体としての「事そのもの」は、行為を介した自分と社会との共同主観的な場である。「真実の仕事」、行為の結果としての「仕事」の真実性は、この共同主観的な場によって育まれる。

この行為的理性の「仕事」を看護師のケアとして解釈すると、看護師のケアは看護師の内的価値や本質を実現するものである。同時に看護師のケアは共同性や社会から孤立したところでは「仕事」として意味を持たない。「真実の仕事」としての看護ケアは、主体としての真実の看護ケアに支えられ、絶えることなく生成運動を続けていく。看護ケアの否定的評価も看護師個人と看護ケアそのものに還り、反省されることで真実の看護ケアの実現に向かう。

看護ケアとは何か、看護の本質を問い続けることは、普遍的な看護ケアとその価値の実現を目指す活動である。そして看護師の自律が実現する境位は「精神的な本質」であり「人倫的な実体」である。だから看護師は自身の内的価値の表現であるケアについて、人々からの批評と評価を反省的に受け入れ、看護師としての社会的アイデンティティを刷新し磨き上げるのである。

2. 今後の課題

以上の総括によって本論文の主張を集約する。

- ① 看護師は専門的知識と判断によって患者の日常生活を援助する (support) ために看護ケアを提供する専門職である。
- ② ヘーゲルの「知」と対象に対して自己として関わる意識の媒介運動、すなわち思考による「陶冶」、「感受性」の涵養は看護師の倫理的実践と教育への有効性を期待できる。
- ③ 看護師の専門職倫理は、行動規範の領域を超えた社会との共同性の形成＝「精神」という創造的・志向的な倫理である。

このように本論文は看護師の専門職倫理についてヘーゲル哲学の「陶冶」と「精神」概念からアプローチした。本論文によって看護師が半専門職の特徴を保ってはいるものの、自らが専門性を指示できる専門職であること、知と思考による看護の本質を実現する方途を示すことができたように思う。

『精神現象学』に関する研究は国内外の研究者が積み上げた多くの成果があり、解釈上の論争も数限りない。しかし本論文のように、主題を医療倫理や職業倫理に限定し、筆者の問題意識と重ねた解釈はないと思われる。その意味で本論文は挑戦的な論文である。筆者は決して新しい解釈を提案しているのではなく、ヘーゲルが一貫して主張していること——社会や制度、思想や倫理などは人が自ら創り出したものであり、それらの持つ意味について、自己意識の視点から理解し直す——このことを筆者の問題関心である看護師の専門職倫理に適用しただけである。ヘーゲルのこの考え方は極めて重要であって、現代の私たちが直面する社会問題に対しても正直で適切なアプローチであると考えられる。ヘーゲルは非常に現実主義であり、現実から切り離された世界は空虚であると批判する。そのために現実が生じている様々な問題を現実に立脚して解決しようとする。自分自身と現実世界に思考をはたらかせる。これこそ私たちの「知」と思考という武器である。

しかしながらヘーゲル哲学に限らず、哲学の対象は万物であるから非常に抽象度が高い表現となり、理解を難しくさせている。さらに哲学はより高い視点とより広い視野で万物を捉えようとするため、ますます現実から遠ざかる。『精神現象学』は意識がいかに関真理を認識するかという問題意識のもとに書かれているが、抽象度の高い記述の中に現実の問題が随所に登場し、抽象と具体の往復が激しい。この傾向と特徴は本論文にも当てはまる。しかしながら看護師の倫理的実践やその教育は医療関係者をはじめ、看護系大学で教育に携わる教育者・研究者にとって喫緊の課題である。この課題に切り込むためには、抽象性と具体性が表裏一体となった「陶冶」と「精神」概念の活用が必要不可欠である。

『精神現象学』では「精神」は「理性」の成果として生じる。「理性」は「あらゆる実在性であるという確信が真理にまで高められ、そうして理性が自分自身を自分の世界として、また世界を自己自身として意識している」(Ph, 324, 下 731) こと、そして「精神が現実的な意識の自己である」(Ph, 325, 下 732) ことにより「精神」となる。本論文は構成上、専門職論を後半に位置付けているため、「精神」章の「良心」が「理性」章の「事そのもの」に先行している。第3章の「良心」論では、対象である他者のうちに自己を見出すことで自己の矛盾を洞察し、自分の正しさに対する固執を手放すプロセスについて論じることを主眼にしているため、本章の構成と専門職としての自律のプロセスとは連動していない。二点目の今後の課題には、看護師の自律のプロセスと連動した「精神」の形成について考察する必要があるだろう。

参考文献一覧

ヘーゲルの著作

Hegel, G.W.F., *Werke in zwanzig Bänden. Theorie Werkausgabe* Redaktion Eva Moldenhauer und Karl Markus Michel Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 1969ff.

Bd. 1: *Frühe Schriften*

Bd. 3: *Phänomenologie des Geistes*

Bd. 7: *Grundlinien der Philosophie des Rechts*

———(1910). *The Phenomenology of Mind*. (translated by Baillie, J.B.). Dover Publications.

———(1971, 1979). 『精神の現象学 (上・下)』(金子武蔵訳). 『ヘーゲル全集』, 第4, 5巻, 岩波書店.

———(1997). 『精神現象学 (上・下)』(檜山欽四郎訳). 平凡社ライブラリー.

———(1997). 『キリスト教の精神と運命』(伴博訳). 平凡社ライブラリー.

———(2006). 『初期ヘーゲル哲学の軌跡——断片・講義・書評』(寄川条路監訳). ナカニシヤ出版.

———(2001). 『法の哲学』(藤野渉, 赤沢正敏訳). 中公クラシックス.

カントの著作

Kant, Immanuel. (1999). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Mit einer Einl. hrsg. von Bernd Kraft und Dieter Schönecker. Meiner.

———(1979). 『人倫の形而上学の基礎づけ』(野田又夫訳). 『カント 世界の名著 39』(野田又夫責任編集). 中央公論社.

———(2004). 『道徳形而上学の基礎づけ 新装版』(宇都宮芳明訳). 以文社.

マクダウエルの著作

McDowell, John. (1994). *Mind and world*. Harvard University Press.

———(1997). *Mind, value, reality*. Harvard University Press.

———(2012). 『心と世界』(神崎繁, 河田健太郎, 荒畑康宏, 村井忠康訳). 勁草書房.

———(2016). 『徳と理性 マクダウエル倫理学論文集』(大庭健編). 勁草書房.

シェーラーの著作

Scheler, M. (1973). *Wesen und Formen der Sympathie*, GW. Bd.7, Franke Verlag Bern und München.

———(1977). 『シェーラー著作集 第八巻』(青木茂, 小林茂訳). 白水社.

ヒュームの著作

Hume, D. (2001). *A Treatise of Human Nature* (edited by Norton, D.F., Norton, M.J.). Oxford University Press.

———(2011). 『人間本性論第 1, 2 巻：知性について, 情念について』(石川徹, 中釜浩一, 伊勢俊彦訳). 法政大学出版局.

欧文文献 (アルファベット順)

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.
- Beauchamp, T.L. (2003). Ethical theory and bioethics., in Beauchamp, Tom L., Walters, Leroy(eds.), *Contemporary issues in bioethics, sixth edition*. Wadsworth.
- Bledstein, B.J. (1976). *The culture of professionalism: The middle class and development of higher education in America*. New York Norton.
- Butler, K.C.S., Sullivan, F. (1988). Citizen Advocacy: A powerful partnership—A handbook on setting up and running citizen advocacy schemes. *National Citizen Advocacy*.
- Curtin, L.L. (1979). The nurse as advocate: A philosophical foundation for nursing. *Advances in Nursing Science*, 1, pp.1-10.
- Darwall, S. (1998). Empathy, sympathy, care. *Philosophical Studies*, 89, pp.261-282.
- *Dictionary by Merriam-Webster*. <https://www.merriam-webster.com>. (参照 2023-03-01) .
- Etzioni, A. (1969). *The Semi-Professions and their organization: teachers, nurses, social workers*. New York: Free Press.
- Foley, B.J., Minick, M.P., Kee, C.C. (2002). How nurses learn advocacy. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(2), pp.181-186.
- Freidson, E. (1988). *Profession of Medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. The University of Chicago Press.
- Greenwood, E. (1957). Attributes of a Profession. *Social Work*, 11, pp.45-55.
- GALLUP. *Honesty/Ethics in Professions*. <https://news.gallup.com/poll/1654/honesty-ethics-professions.aspx>. (参照 2023-03-01) .
- Gadow, S. (1990). Existential advocacy: Philosophical foundations of nursing. *National League for Nursing publications*, pp.41-51.
- Hamric, A.B. (2000). What Is happening to advocacy? *Nursing Outlook*, 48(3), pp.103-104.

- Hewitt, J. (2002). A critical review of the arguments debating the role of the nurse advocate, *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), pp.439-445.
- Hyland, D. (2002). An exploration of the relationship between patient autonomy and patient advocacy: Implications for nursing practice. *Nursing Ethics*, 9(5), pp.472-482.
- International Association Study of Pain. 2020. *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475>. (参照 2023-03-01) .
- Keenan, J. (1999). A concept analysis of autonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), pp.556-562.
- Kramer, M., Schmalenberg, C., Maguire, P., et al. (2008). Structure and practices enabling staff nurses to control their practice. *Western Journal of Nursing Research*, 30(5), pp.539-559.
- Lützén, K., Nordin, C., Brolin, G. (1994). Conceptualization and instrumentation of nurse's moral sensitivity psychiatric practice. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 4(4), pp.241-248.
- Lützén, K., Dahlqvist, V, Ericson S. (2006). Developing the concept the moral sensitivity in healthcare practice. *Nursing Ethics*, 3(2), pp.187-196.
- Machie, J.L. (1977). *Ethics: Inventing Right and Wrong*. Penguin Books.
- Mailick, M.D. (1984). Steps to professionalization: patient representatives. *Journal of Allied Health*, 13(4), pp.263-271.
- Mallik, M.D. (1997). Advocacy in nursing — a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, Jan, 25(1), pp.130-138.
- Mallik, M.D., Raffer, A.M. (2000). Diffusion of the concept of patient advocacy. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), pp.399-404.
- Mayeroff, M. (1971). *On Caring*. New York: Harper & Row. (メイヤロフ, M (1993). 『ケアの本質』 (田村真也訳) . ゆみる出版.)
- Osler W. (1932). Teacher and student. in Osler W. *Aequanimitas*. Blakiston.
- Sang, Bob. & O'Brien, John., (1984). *Advocacy : the UK and American experiences*. King Edward's Hospital Fund for London.
- Sanguinetti, F, Abath A.J. (2018). *MacDowell and Hegel: Perceptual experience, thought and action (studies in German Idealism, 20)*. Springer.
- Slote, M. (2007). *The Ethics of Care and Empathy*. Routledge. (スロート, M.(2021). 『ケアの倫理と共感』 (早川正祐, 松田一郎訳) . 勁草書房.)
- Smith, A. (1976). *The theory of moral sentiments* (edited by Raphael, D.D., MacFie, A.L.). Oxford University Press on Demand. (スミス, A. (2013) . 『道徳感情論』 (高哲男訳) . 講談社学術文庫.)

- Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2008). *Empathy*.
https://plato.stanford.edu/entries/empathy/. (参照 2023-03-01).
- Wade G.H. (1999). Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), pp.310-318.
- Wilensky. H.L. (1964). The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology S. vol LXX no.2, Sept*, pp.137-158.
- Willard C. (1996). The nurse's role as patient advocate-obligation or imposition? *Journal of Advanced Nursing*, Jul, 24(1), pp.60-66.

邦文文献（五十音順）

- 朝倉輝一(2001). 「正義とケアについて—討議倫理学とケア倫理学の架橋のために」『東洋大学大学院紀要』第 38 集, pp.90-102.
- 天野正子(1972). 「看護婦の労働と意識——半専門職の専門職化に関する事例研究——」『社会学評論』22 卷, 3 号, pp.30-49.
- アナス, G.J.(1992). 『患者の権利』(上原鳴夫, 赤津晴子訳). 日本評論社.
- 有江大介(2010). 「'sympathy'は公共性を導けるか——効用・共感・科学」『哲学雑誌』125 卷, 797 号, pp.1-16.
- 飯島佑介(2015). 「ヘーゲルの理性概念と「実在性の全体」」『論集』34 号, pp.150-163.
- 石本傳江(2003). 「看護アドボカシーに関する海外研究の動向」『インターナショナルナーシングレビュー』26 卷, 5 号, pp.62-69.
- 池田喬, 八重樫徹(2014). 「「共感の現象学」序説」『行為論研究』3 号, pp.11-35.
- 伊勢田哲治(2014). 「技術者の自立と自律——専門職研究の観点から——」『電気学会研究会資料. FIE, 教育フロンティア研究会 2014』, pp.21-26.
- 伊藤克彦(2008). 「ジョン・マクダウエルの「理由の空間」とメタ法価値論の問題」『法哲学年報』2007 卷, pp.181-190.
- 伊藤克彦(2002). 「価値判断の主体・対象相互依存モデル——メタ倫理学における J.マクダウエルの J. L.マッキー批判と志向性の概念——」『一橋法学』1 卷, 1 号, pp.265-315.
- 井上治子(2010). 「情念の生成過程における共感の役割——ヒューム『人間本性論』第二巻において」『哲学雑誌』125 卷, 797 号, pp.17-35.
- イポリット, J.(1972). 『ヘーゲル精神現象学の生成と構造 (上・下巻)』. 岩波書店.
- 井部俊子監修, 服部健司, 伊東隆雄著(2004). 『医療倫理学の ABC』. メヂカルフレンド社.
- 岩崎武雄(2004). 『カント 新装版』. 勁草書房.
- 鶴沢由美子(2012). 「専門職(profession)をめぐる研究の動向と今後の課題」『明星大学

社会学研究紀要』32 卷, pp.27-42.

- ・ 大河内泰樹(2017). 「プラグマティズム・自然主義・ヘーゲル」『哲学の探究』44 号, pp.193-207.
- ・ 岡本裕一郎(2009). 『ヘーゲルと現代思想の臨界——ポストモダンのフクロウたち——』. ナカニシヤ出版.
- ・ 荻原理(2019). 『マクダウエルの倫理学——『徳と理性』を読む』. 勁草書房.
- ・ 香川知晶(2000). 『生命倫理の成立』. 勁草書房.
- ・ 加藤尚武(1980). 『ヘーゲル哲学の形成と原理』. 未来社.
- ・ 加藤尚武編(1983). 『ヘーゲル「精神現象学」入門 新版』. 有斐閣選書.
- ・ 加藤尚武(1987). 『ヘーゲル読本』. 法政大学出版会.
- ・ 加藤尚武, 安井邦夫, 中岡成文(1988), 『ヘーゲル哲学の現在』. 世界思想社.
- ・ 加藤尚武, 久保陽一, 幸津国生, 滝口清栄, 山口誠一編(1992). 『ヘーゲル事典』. 引文堂.
- ・ 加藤尚武(2001). 『ヘーゲルを学ぶ人のために』. 世界思想社.
- ・ 金子武蔵(1989). 『精神の現象学への道』. 岩波書店.
- ・ 川瀬和也(2018). 「自然的かつ「独特」な概念能力——マクダウエルの「第二の自然」の批判的検討——」『宮崎公立大学人文学部紀要』25 卷, 1 号, pp.37-49.
- ・ 川瀬和也(2012). 「ヘーゲルにおける概念の客観性と「所与の神話」」『東京大学大学院人文社会系研究科文学部哲学研究室論集』31 卷, pp.141-154.
- ・ 河本英夫(2007). 「精神問題学」『現代思想七月臨時増刊号』35 卷, 9 号, pp.118-128.
- ・ 厚生労働省(2020). 「令和 2 年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/20/dl/kekka1.pdf>, (参照 2022-12-07).
- ・ クーゼ, H.(2000). 『ケアリング——看護婦・女性・倫理』(竹内徹・村上弥生監訳) メディカ出版. (“Caring: Nurses, Women and Ethics”, Blackwell, Oxford, 1997).
- ・ 久保田顕二(2011). 「ヒュームの共感概念について」. 『思想』1052 卷, pp.260-280.
- ・ 小井沼広嗣(2021). 『ヘーゲルの実践哲学構想』. 法政大学出版局.
- ・ 小井沼広嗣(2010). 「公共性としての「事そのもの」——ヘーゲル行為論の社会哲学的意味——」『アジア太平洋レビュー』7 卷, pp.41-53.
- ・ 古賀勝次郎(1999). 「D・ヒュームの経験論的人間学の研究（十九）——ヒュームの共感論（一）——」. 『早稲田大学社会科学研究』59 号, pp.37-67.
- ・ 国際看護師協会（2021）. 「ICN 看護師の倫理綱領 2021 年版」. <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/icncodejapanese.pdf>. （参照 2023-03-01）.
- ・ ゴードン, S., ネルソン, S.(2007). 「看護における美德の強調を超えて—看護は知識を要する仕事であるという認識を作る」ゴードン, S, ネルソン, S 編『ケアの複雑性 看護を再考する』（井部俊子監修, 阿部里美訳）. エルゼビア・ジャパン. pp.22-43.

- ・ 佐山圭司(2012). 「愛はこの世の対立を和解しうるか：青年ヘーゲルの「愛の倫理」」『北海道教育大学紀要 人文科学社会科学編』63巻, 1号, pp.77-85.
- ・ 澤田愛子(2001). 「ナーシング・アドボカシー——新しい看護倫理を考える——」『富山医科薬科大学看護学会誌』第4号, pp.7-11.
- ・ 志自岐康子(1985). 「看護職の専門職的自律性；その意義と研究」『インターナショナル・ナーシング・レビュー』18巻, 1号, pp.23-28.
- ・ 島内明文(2009). 「シンポジウム提言者報告要旨 スミスの道徳感情説における共同性の問題： ヒュームとの比較を軸にして [関西倫理学会 2008 年度大会シンポジウム感情と共同性]」『倫理学研究』39巻, pp.3-13.
- ・ 白浜雅司(2000). 「医療職を目指す学生の倫理的感受性をいかに育てるか——医学生への臨床倫理教育の経験から——」『看護教育』41巻, 4号, pp.260-266.
- ・ 総務省(2009). 「日本標準職業分類（平成 21 年 12 月統計基準設定）分類項目名」. https://www.soumu.go.jp/toukei_toukatsu/index/seido/shokgyou/kou_h21.htm#grp_b, (参照 2022-12-05).
- ・ 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会(2019). 「大学における看護系人材養成のあり方に関する検討会第一次報告」. https://www.mext.go.jp/content/20200616-mxt_igaku-000003663_1.pdf. (参照 2022-11-22) .
- ・ 高崎絹子, 山本則子(2009). 『看護ケアの倫理学』. 放送大学教育振興会.
- ・ 高田早苗(2003). 「看護実践におけるアドボカシーの意味」『インターナショナルナーシングレビュー』26巻, 5号, pp.26-33.
- ・ 滝口清栄(2007). 「「誕生の時代」という歴史意識<事そのもの>、良心、<自己意識の外化>を通して」『現代思想七月臨時増刊号』35巻, 9号, pp.194-202.
- ・ 竹島あゆみ「承認の先駆形態としての愛若きヘーゲルの宗教思想」『岡山大学文学部紀要』44巻, 19号, pp.19-29.
- ・ 竹島あゆみ(2013). 「承認と和解：ヘーゲル社会哲学の二つの原理」『近世哲学研究』17巻, pp.1-13.
- ・ 竹田青嗣(2004). 『人間的自由の条件 ヘーゲルとポストモダン思想』. 講談社.
- ・ 田中マキ子(1997). 「看護プロフェッション」『社会分析』25号, pp.73-86.
- ・ 高田純. (1997). 『実践と相互人格性——ドイツ観念論における承認論の展開』. 北海道大学図書刊公会.
- ・ 高田望, 朝倉京子, 杉山祥子(2016). 「看護師の専門職意識を構成する概念の検討」『東北大学医学部保健学科紀要』25巻, 1号, pp.47-57.
- ・ 高橋隆雄(2013). 「メイヤロフ——ケア論への道」『先端倫理研究』7巻, pp.111-126.
- ・ 竹村節子(2006). 「看護におけるアドボカシー——文献レビュー——」『人間看護学研究』4号, pp.1-11.

- ・ 竹山重光(1998). 「ケアの倫理」加藤尚武編『生命倫理学を学ぶ人のために』. 世界思想社. pp.221-233.
- ・ チャンブリス, D.F.(2002). 『ケアの向こう側: 看護職が直面する道徳的・倫理的矛盾』(浅野祐子訳). 日本看護協会出版会.
- ・ 土屋貴志(1994). 「「ささえ」とはどういうことか」森岡正博編著『「ささえあい」の人間学』. 法蔵館. pp.47-63.
- ・ 中島秀憲(1993). 『若きヘーゲルの思想展開——道徳、愛、宗教、哲学——』. 北樹出版.
- ・ 仲島陽一(2006). 『共感の思想史』. 創風社.
- ・ 中村直美(2001). 「ケア、正義、自律とパターナリズム」中山将・高橋隆雄編『熊本大学生命倫理研究会論集 2 ケア論の射程』. 九州大学出版会. pp.89-116.
- ・ 西田絵美 (2015). 「メイヤロフのケア論の本質と構造」『佛教大学大学院紀要 教育学研究科篇』 43 号, pp.35-51.
- ・ 西野真由美(2021). 「現代徳倫理学における徳の一性——実践的知性と徳の多様性をめぐって——」『倫理学年報』 71 集, pp.203-217.
- ・ 日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療制度機構 (2021). 『遺伝性乳癌卵巣癌 (HBOC) 診療ガイドライン 2021 年度版』. 金原出版.
- ・ 日本看護協会監修(2006). 『新版 看護者の基本的責務——定義・概念／基本法／倫理——』. 日本看護協会出版会.
- ・ 日本看護協会(2007). 『看護にかかわる主要な用語の解説——概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈——第 1 版』. 日本看護協会出版会.
- ・ 日本看護協会 (2021). 「看護職の倫理綱領」. https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf. (参照 2023-03-01) .
- ・ ピピン, R.B. (2013) . 『ヘーゲルの実践哲学: 人倫としての理性的行為者』(星野勉監訳) . 法政大学出版局.
- ・ マッケイ, R.C., Hughes, J.R., Carver, E.J.(1991). 『共感的理解と看護』. 医学書院.
- ・ 松本幸子(2000). 「看護におけるアドボカシー——サリー・ガドウの「実存的アドボカシー」論について——」『県立長崎シーボルト大学看護栄養学部紀要』創刊号, pp.35-48.
- ・ 丸山和昭(2008). 「Andrew Abbott の専門職論——カウンセラーを中心に——」『社会学年報』 37 巻, pp.71-81.
- ・ 水谷千鶴子(2004). 「ヘーゲル『精神現象学』と自由の概念——ミルの「自由論」とヘーゲルの「良心論」——」『星陵論苑』 33 巻, pp.1-16.
- ・ 文部科学省(2019). 「大学における看護系人材養成のあり方に関する検討会第一次報告」. https://www.mext.go.jp/content/20200616-mxt_igaku-000003663_1.pdf. (参照 2022-12-06).

- ・ 長谷川宏(1999). 『ヘーゲル「精神現象学」入門』. 講談社.
- ・ 林誓雄「共感と倫理マイケル・スロートのエンパシー論の検討」『福岡大学人文論叢』49 卷, 3 号, pp.713-736.
- ・ ピーパー, A.(1997). 『ヴァリエ叢書 5 倫理学入門』(越部良一, 中山剛史, 御子柴善之訳). 文化書房博文社.
- ・ ピピン, R.B.(2013). 『ヘーゲルの実践哲学 人倫としての理性的行為者性』(星野勉監訳). 法政大学出版局.
- ・ ヒュギーヌス(2005). 「クーラ」『ギリシア神話集』(松田治・青山照男訳). 講談社学術文庫. pp.277-278.
- ・ フライ, S.T.(1998). 『看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド』(片田範子・山本あい子訳). 日本看護協会出版会.
- ・ フリードソン, E.(1992). 『医療と専門家支配』(進藤雄三, 宝月誠訳). 恒星社厚生閣.
- ・ ヘンダーソン, V.A.(2008). 『看護の基本となるもの』(湯楨ます, 小玉香津子訳). 日本看護協会出版会.
- ・ 森村修(2000). 『ケアの倫理』. 大修館書店.
- ・ 原敬(2003). 「がん終末期医療の身体的疼痛への治療的介入」『医学哲学医学倫理』第 21 号, pp.71-81.
- ・ 久野裕子(2002). 「終末期がん患者の希望」『高知女子大学看護学会誌』27 卷, 1 号, pp.59-67.
- ・ 安井絢子(2010). 「ケアとは何か——メイヤロフ、ギリガン、ノディングスにとってのケア」『哲学論叢』37 卷, pp.119-130.
- ・ 山下耕司(2017). 「専門家支配の問題分析と求められる仕組み——医師を例とした高度専門職のコントロール——」『経済社会学会年報』39 卷, pp.187-200.
- ・ 吉川孝(2014). 「共感の道徳的価値をめぐって——M. シェーラーにおける「ケアの倫理」の可能性——」. 『行為論研究』3 号, pp.37-50.
- ・ 寄川条路(2017). 『ヘーゲルと現代思想』. 晃洋書房.
- ・ ライヒ, W.T.(1995). 「ケア CARE I. ケア概念の歴史」(森岡崇訳) ポスト, S.G. 著 生命倫理百科事典翻訳刊行委員会編『生命倫理百科事典』. 丸善出版株式会社. pp.862-875.