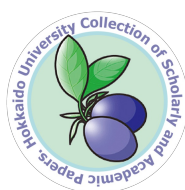




HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	患者にとっての利益と危害とは何か : 善行原則と無危害原則
Author(s)	吉澤, 日芙美
Citation	研究論集, 23, 25 (左) -44 (左)
Issue Date	2024-01-25
DOI	https://doi.org/10.14943/rjgshhs.23.l25
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/91083
Type	departmental bulletin paper
File Information	04_rjgshhs_23_p025-044_l.pdf



患者にとっての利益と危害とは何か

—— 善行原則と無危害原則 ——

吉 澤 日芙美

要 旨

医療倫理の四原則は Beauchamp と Childress が“*Principles of Biomedical Ethics*”において提唱している原則であり、「自律尊重原則」、「善行原則」、「無危害原則」、「正義原則」からなる。中でも、善行原則と無危害原則はその成立の経緯からして似ており、端的に言えば、前者は「善を為せ」と要求し、後者は「危害を加えるな」と要求する。医療倫理に関連した事例検討をする場や論文中などで、両者の原則がどれくらい明瞭に理解され用いられているのかは定かでない。

本稿では、善行原則と無危害原則との相違、および無危害原則それ自体の研究に関する今後の課題を素描する。善行原則と無危害原則の相違を把握し、無危害原則が果たす原則としての役割を明らかにすることで、医療倫理に関連した事例検討をする際の原則の特定化や、法やガイドライン等の文章が適切な内容か否かの批判をする際に有効だろうと考えるからである。考察の過程では、いくつかの問いを提示した。これらに解答するには、行為や因果に関わる哲学的議論や、利益や危害について蓄積された見解を参照することが要求されるだろう。

はじめに

医療倫理の四原則は Beauchamp と Childress が“*Principles of Biomedical Ethics*”（邦訳『生命医学倫理』）において提唱している原則であり、「自律尊重原則」、「善行原則」、「無危害原則」、「正義原則」からなる。本稿では、善行原則と無危害原則に着目する。端的に言えば、前者は「善を為せ」と要求し、後者は「危害を加えるな」と要求する原則である。両者の原則はその成立の経緯からして混同されやすい。医療の倫理的課題を検討する場や論文中などでは、一見すると、それぞれの原則の区別はなされているようであるが、中には、両者の原則を「与益&無危

害」と説明している資料もある¹。善行原則と無危害原則によって要求される内容を参照すると、両者の原則に厳密な区別をつけることは困難であるようにもみえるため、医療の倫理的課題を検討する場や論文中などで両者の原則がどれくらい明確に区別されているのかは定かでない。

本稿では、善行原則と無危害原則に注目し、善行原則と無危害原則との相違、および無危害原則それ自体の研究に関する今後の課題を示す。医療倫理において重要な原則として認識されている善行原則と無危害原則について、なぜ今改めて考える必要があるのかと言えば、混同されやすい善行原則と無危害原則の相違を把握し、無危害原則が果たす原則としての役割を明らかにすることで、日本の事例検討をする際の原則の特定化や、法やガイドライン等の文章が適切な内容か否かの判断をする際に有効だろうと考えるからだ。

第一章では、医療倫理の四原則を提示した Beauchamp と Childress の主張をもとに、善行原則と無危害原則について説明する。第二章では、それらの原則が日本の重要な文章や倫理的課題の事例検討などにおいて、どのように解釈されて用いられているかを確認し、現時点で得られるいくつかの問いを提示する。第三章では、利益と危害、無危害原則に関する見解から、第二章で提示した問いに解答するための方向性を素描する。

筆者の目論見

筆者が最終的に想定する批判対象は、終末期医療の意思決定について厚労省が定めた『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』である。後述するように、医療従事者をはじめとする患者を支援する人たちが、患者にとっての危害とは何なのかを考慮し、それを患者に与えないようにすることは、終末期患者の意思決定支援における重要なプロセスのひとつであるはずである。だが、そのガイドライン内では、無危害原則を反映した記載がほとんど見受けられない。ガイドラインのみならず、医療における倫理的課題の事例検討や医療従事者向けの書籍においても、無危害原則の説明は不十分である印象を受ける。特に、冒頭でも述べたように、善行原則との区別が不明瞭である。

そこで、このガイドラインを批判し、修正する方向を示すには、まず、善行原則と無危害原則について再考し、現時点で得られる問いを素描する必要があると考える。本論に入る前に、以下では、厚労省によるガイドラインの内容を簡単に説明する。

現在の日本には終末期医療における意思決定および治療方針について定めた法律は存在しない。他方で、厚生労働省が策定した『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』²が存在する。このガイドラインは、治療の中止、特に患者に装着された人

¹ 厚生労働省, 2021, p.39

工呼吸器を取り外す行為を実施した医師が逮捕される事態が相次いだことを契機に策定された。

1990年～2000年代にかけて、マスコミにより「治療の中止」が安楽死であるとたびたび報道され、実際に逮捕者がでたことで、「一度始めた治療は中止できない」という医療現場の硬直的な態度を招いたとされる。しかし、ある治療が患者にとって有効なのか否かを評価するためには、治療を一度開始し、その上で今後の方針を検討する手続きが、医学的な判断には必要となる。したがって、上述したような現場の硬直的な態度は、真摯な医学的实践と矛盾する。そこで、厚生労働省は、当ガイドラインを策定し、終末期医療における意思決定のプロセスを示した。

ガイドラインの策定に携わった樋口によれば、ガイドライン策定後は、治療の中止や治療の差し控えの実施によって医師が逮捕される事件は確認されていないという³。法的な拘束力はもたないものの、このガイドラインによって、終末期医療において患者をサポートする医療従事者や施設等の職員らが踏むべきプロセスが示されたと言えるため、日本の終末期医療の歴史において重要な文章であると言える。

このガイドラインは、(1) 患者の意思が確認できる場合と、(2) 患者の意思が確認できない場合、という区分によって、「医療・ケアの方針の決定手続」の記載内容を分けている⁴。それぞれの場合分けの特徴を一言で表すならば、(1) 患者の意思が確認できる場合には、「本人による意思決定を基本」とし、(2) 患者の意思が確認できない場合には、「本人にとっての最善の方針をとることを基本」とすることが挙げられるだろう。

ところで、終末期医療に関わらず、臨床における倫理的課題に取り組む際には、BeauchampとChildressによって提示された四原則が用いられている。この原則は、「自律尊重原則」、「善行原則」、「無危害原則」、「正義原則」からなる。それぞれの概要を以下に示す⁵。

自律尊重原則：「自律的な患者の意思決定を尊重せよ」

医療従事者が患者の身体に介入する前に患者へのインフォームドコンセントを要求するものである。患者の状態に合わせた治療方法に関する情報を提示すること、患者の理解を促すと、患者自身で決定を下すことによって、患者自身の価値観や選好を反映できる。

² 厚生労働省、2018a

³ 樋口、2015、p.22

⁴ 正確には、ガイドライン内では三通りの場合分けが示されている。ここでは本稿に直接関係のある(1)と(2)の二通りを紹介する。

⁵ それぞれの原則の概要は、水野、2017、p.57。ならびに、Ainslie、2014、pp.2486。を参考にした。

無危害原則：「患者に危害を及ぼすのを避けよ」

行為の禁止を要求する、消極的な原則である。医療従事者は意図的に患者に危害を加えてはならないことを要求する。危害として想定されるものは様々であるため、「患者を意図的に殺してはならない」、「患者に意図的に不必要な痛みや苦しみを与えてはならない」などの規則を支持する。この原則は、患者の負担が重い時には、たとえ患者の死を早めるとしても、患者を死に至らしめる治療を要求することもできる。

善行原則：「患者に利益をもたせよ」

無危害原則と比較したときに積極的な原則である。医療従事者に対し、患者の利益（benefit）になる行為や、患者が適切な治療を受けることができるように、患者らの利益を擁護することを要求する。ただし、患者が、年齢や障害、疾患によって自律的な選択ができない時には、医療従事者による善行の介入はパターンリズムになりうる。

正義原則：「利益と負担を公平に分配せよ」

正義の概念に基づいている。この原則はすべての市民に特定のレベルのヘルスケアを提供することを要求する。また、不足している医療資源の分配に関する倫理的な側面を評価する重要な役割も果たす。

以上の医療倫理の四原則からすると、厚生労働省のガイドラインに「本人による意思決定を基本」、「本人にとっての最善の方針をとることを基本」と明記されていることは、それぞれ「自律尊重原則」と「善行原則」を踏襲していると言えるだろう。

また、厚労省ガイドラインには解説編が存在する⁶。（2）の場合の解説には、「本人が何を望むかを基本とし、それがどうしてもわからない場合には、本人の最善の利益が何であるかについて、家族等と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要」と記載がある。つまり、（2）患者の意思が確認できない場合に、「本人にとっての最善の方針をとることを基本」とするとは、「本人の最善の利益が何であるかについて話し合い、合意を形成すること」と言い換えることができるだろう。

さて、厚労省のガイドラインの記載からは、無危害原則と正義原則に則った内容が乏しい印象を受ける。正義原則に関しては、その規則の内容上、それぞれの患者を公平に扱うことを要請するため、医療資源の分配に関わる文脈や公衆衛生の議論で用いられる傾向があると思われる。そのため、終末期医療の意思決定のプロセスを示すときに、正義原則に則った記載が少ないことは想定範囲内といえる。しかし、無危害原則は、医療従事者による患者への直接的な

⁶ 厚生労働省、2018b

行為について述べた原則の一つである。確かに、無危害原則ばかりが強調されてしまえば、患者に少しでも危害を与える行為は禁止されかねず、そうすると医療行為は成立しないだろう。実際、樋口は、日本の医療の在り方を「実践的には、無危害原則に固執した考えが残存したままである」と批判している⁷。

だからといって、無危害原則の効力を弱めることは許容できないように思われる。なぜなら、あらゆる医療行為が危害になりうること、および、患者にとっての危害を特定しないことには具体的な議論が進まないことからすると、無危害原則とは、医療従事者が患者に対峙する上で踏まえるべき基本的な態度や行為について述べた重要な原則であると想定できるからだ。そのため、無危害原則が厚労省ガイドラインに含まれていないようにみえることは、文章として不十分であるように思われる。ガイドラインへの批判を検討する足掛かりとして、善行原則と無危害原則についてまとめたい。

第一章 善行原則と無危害原則の説明

本章では、Beauchamp と Childress による善行原則と無危害原則に基づいて、簡単に説明する。

1. 善行原則について⁸

この節の記載は、Beauchamp and Childress による説明の概略である。善行原則は、端的に言えば「善を為せ」と要求するものであり、一見すると功利主義のように見受けられる。しかし、功利主義とは違い、効用を絶対的なものとしておらず、他の道德原則が優先されることもある。そこで、善行がいつ任意であり、いつ義務であるかをできる限り明確にする必要が生じてくる。多くの善行的な行為は、義務ではなく理想的な行為であり、善行の義務と善行の道德的理想との間にはしばしば不明瞭な境界がある。

無危害原則は対象者を皆公平に扱うのに対して、善行原則は行為の対象が行為者の家族や友人だった場合、行為者の個人的な偏り（*partiality*）に基づいて行為することは、道德的に許容される。そこで、契約関係や、家族や友情などの密接な道德的關係とは別に、次の条件がすべて満たされる場合に、X が Y に対して善行原則に基づく善行の義務、つまり救助の義務をもつとする。

条件 1. Y は生命、健康、またはその他の基本的な利益の重大な損失または損傷のリスクにさらされている。

⁷ 樋口, 2015, pp.21-34

⁸ Beauchamp and Childress, 2019, pp.217-266.

条件2. Xの行為は、この損失または損傷を防ぐために（他の人と協力して、あるいは単独で）必要である。

条件3. Xの行為（他の人と協力して、あるいは単独で）は、おそらくこの損失または損傷を防ぐことが想定される。

条件4. Xの行為は、Xにとって重大なリスク、費用、または負担をもたらさない。

条件5. Yが期待できる利益は、Xが被る可能性のあるいかなる害、費用、または負担を上回る。

2. 無危害原則について⁹

この節の記載は、Beauchamp and Childress による説明の概略である。無危害原則とは、端的に言って「危害を加えるな」と要求する原則である。この原則は、一般的に以下のような強さをもつと考えられている。すなわち、「無危害原則の義務は通常、善行原則の義務よりも厳格であり、利益を与えることによって功利主義的な帰結が得られる場合であっても、無危害原則が優先される」というものである。例えば、外科医が死刑囚を殺し、その死刑囚の臓器を移植することで2人の無実の人間を救える場合、この帰結はその状況下で最も高い純粋な効用を持つかもしれない。しかし、直観的には、外科医の行動は無危害原則に照らせば正当化できないだろう。このように、無危害原則に関する強さの定式化は、初めは妥当に思われる。

しかし、優先順位を構築する際には注意が必要となる。倫理的原則の重みづけは異なる状況において変化する。したがって、あらゆる状況において害を避けることが利益を与えることよりも優先されるという倫理的規則は存在しない。

無危害原則における具体的な規則の例として、以下を挙げている。

- ・殺さないこと。
- ・痛みや苦しみを引き起こさないこと。
- ・能力を奪わないこと。
- ・気分を害するもの（offense）を引き起こさないこと。
- ・他人から人生における善（the goods of life）を奪わないこと。

無危害の義務には、単に害を与えない義務だけでなく、危害のリスクを負わせない（impose）義務も含まれる。また、悪意や有害な意図をもつことなしに、他人に危害を加えたり、危害のリスクを負わせたりすることがある。

⁹ Beauchamp and Childress, 2019, pp.155-216.

Beauchamp と Childress は善行原則と無危害原則は絶対的な規則とは言えず、また、どの原則がどの原則に優先するというような優先順位を与えられるものではないとする。

その上で、Beauchamp と Childress は、倫理的に問題が生じたときには、議論の対象となっている患者や周囲の環境から得られる情報を具体的に整理し、その事例における原則を「特定化」することを提示する。さらに原則同士の対立が生じたときには、その患者の状況に即して原則の重みづけを比較し検討するという、「比較考量」を実施することを提案している。

第二章

本章では、善行原則と無危害原則がどのように用いられているのかを確認する。その前段階として、善行原則と無危害原則の関係性を確認する。

1. 善行原則と無危害原則の関係

善行原則は利益を促進することのみを要請する原則ではない。Beauchamp と Childress は、Frankena による 4 つの規則からなる善行原則を基に、善行原則と無危害原則を提示した。

(無危害原則)

1. 害悪 (Evil) や危害 (Harm) を加えてはならない。

(善行原則)

2. 害悪や危害を予防しなければならない。

3. 害悪や危害を除去しなければならない。

4. 善を実行するか、あるいは促進しなければならない。

Frankena による善行原則は、上記 1 から 4 の順で優先される。しかし、Beauchamp と Childress は、1 から 4 の要素を道徳的に区別することは困難であると述べている。彼らによれば、死という危害は、人を殺すことによってもたらされるし、人工呼吸器を装着し損ねることによってもたらされる。この二つの例の相違、つまり、死という危害の生起において、危害を加えているか、あるいは、援助を差し控えているかということに関しては、道徳的に意味のある相違は存在しない。そのため、1 から 4 の原則に優先順位を与えることはしていない。

それにもかかわらず、Beauchamp と Childress は、1 から 4 の原則を上述したように無危害原則と善行原則に区別する。なぜなら、善行原則には援助する行為を要求する一方で、無危害原則は危害をもたらす行為の意図的な拒否を要求するからである。Schöne-Seifert¹⁰ は、彼らによ

¹⁰ Schöne-Seifert, 2004, p.1383

る善行原則と無危害原則の区別を、それぞれ、「積極的」義務と「消極的」義務の区別、すなわち、作為の義務と不作為の義務の対立であると説明している。また、因果性（causality）が関与するとも述べているが、詳細な記述はない。

ただし、Beauchamp と Childress は、何かを控える道徳的義務と何かを援助する道徳的理想との間に明確な相違が認められないという哲学的な立場があることも認識しており、具体的な行為をどのように1から4に区分するのかについての困難さも述べている¹¹。Beauchamp と Childress は血液疾患患者への骨髄移植に関する実際の裁判の事例を引用して、行為を1から4の要素に分類する困難さを例示している。本稿では架空の事例を以下に示す¹²。

2. 治療への協力を拒否した架空事例

Aさんは血液疾患患者である。諸々の検査の結果、Aさんの主治医は、いわゆる「骨髄移植」を受けることが、Aさんにとって最も完治の可能性が高い標準的治療であると判断した。Aさんのドナーは、血液の型が一致するドナーの数が少なかったり、連絡がつかなかったりして、なかなか見つからなかった。しかし、幸いなことに、Aさんのドナーとしての条件を満たすBさんに連絡をとることができた。Bさんは連絡を受け、病院や移植コーディネーターとの調整を経た後、Aさんの治療に協力することに同意した。

Bさんは自身の身体から細胞を採取するために、病院に入院した。Aさんには、放射線療法と抗がん剤治療からなる、移植治療の“前処置”と呼ばれる治療が開始された。この前処置は、ドナーからの細胞が移植されることを前提としているため、細胞の提供によって新たな白血球の定着が見込めなければ、患者に大変重い（致死的な）有害事象を生じさせることが知られている。

Bさんは細胞採取のための薬剤投与の直前になって、「やっぱり薬剤投与による将来の有害事象が怖いので、血液採取を中止したい」と表出した。薬物投与による長期的なリスクを考えると、Aさんの治療のためとはいえ、考えを改めたいという。しかし、Aさんに対してはすでに前処置が実施されているため、Aさんは、このままでは重大な有害事象に苦しむばかりか、完治のための治療方法を剥奪されたことになる。

この事例におけるBさんの行為は、AさんにとってAさん自身の生命や健康を損なう性質をもつように映る。このときBさんは、無危害原則に反しているといえるのだろうか、それと

¹¹ Beauchamp and Childress, 2019, pp.157-158

¹² 引用されている事例は1970年代当時の医療を反映しており、現在の医療からすると医療情報として古い記述が見受けられるため、筆者による改変事例を提示した。

も、善行原則に反しているといえるのだろうか¹³。

Bさんの細胞の提供を断る行為を、Aさんの生命や健康を直接脅かす危害とみなせば、無危害原則「1. 害悪や危害を加えてはならない」に反していると解釈することができる。医学的な判断からすると、AさんにとってBさんからの細胞の提供は、完治のため唯一の可能性であるため、その可能性を潰すことはAさんの死を意味するかもしれない。また、Aさんにはすでに前処置が実施されており、ドナーから細胞の提供を受けなければ、致命的な有害事象が生じてしまう。これを、危害のリスクを負わせていると解釈すれば、無危害原則に反しているとみなすことができる。

Aさんへの治療を援助するために、Bさんの行為によってもたらされるAさんへの危害を防ぐ必要があるとみなせば、善行原則「2. 害悪や危害を予防しなければならない」に反していることになるだろう。他方で、Bさんは善行原則に反していないと応答することもできる。前章における善行原則の説明でみたように、善行原則の義務が生じる条件は複数ある。Bさんは「薬剤投与による将来の有害事象が怖いので、血液採取を中止したい」と考えて自身への処置をためらっているため、善行の義務が生じる条件のうち条件4を満たしていないと捉えることができる。そうすると、Bさんは善行原則に従わなければならない状況にはないだろう。したがって、Bさんの行為を善行原則の枠組み内で考えた場合には、Bさんには善行原則に従う義務があるとは言えないのであれば、善行原則に反しているとまでは言えないだろう。

以上から、一見すると、Bさんは善行原則に反しているとは言えないものの、無危害原則に反していると結論できるように思われる。しかし、無危害原則に反していると想定する場合には、危害を与える行為とは何かについて、さらに考察する必要がある。なぜなら、Bさんの行為は「医師が患者にメスを入れる」のような積極的で作為的な行為ではなく、むしろ不作為にみえるにもかかわらず、Aさんへの生命や健康の維持に因果的に関係した行為であるように思われるからである。だが、Aさんの生命や健康の維持がBさんの行為によって因果的に決定されるとまで主張することはできないだろう。なぜなら、AさんはBさんの行為に関係なく、別の要因による有害事象によって死亡する可能性があり、その他にも、移植治療を受けたとしても死亡する可能性、また、移植治療を受けることができなくても何らかの方法で回復する可能性があるからだ。

¹³ 日本の移植治療において、このような事例が実際にどれほど発生しているのかは調べていない。現実的には、移植コーディネーターらがドナーに対して、治療の効果やドナー自身へのリスクなどに関する詳細な説明を何段階かに渡って実施するため、このような事例が生じることは極めて稀であると思われる。

3. 「自律尊重原則 対 善行原則・無危害原則」の架空事例

恋水（2021）は下肢切断に関する架空事例を設定し、無危害原則と善行原則が患者の自律尊重原則と対立する場合について考察している¹⁴。

恋水が設定する患者は、下肢切断を実施する治療方針に対して、「足を残したい」と表明している。恋水は、保存的治療や血流の悪い部位で切断する場合のリスクを説明し、より治療が確実な部位での切断に同意を得る努力を行うべきであるとしたうえで、それでもなお、患者が治療に同意しない場合には、患者の自律尊重原則と他二つの原則が衝突すると述べている。

恋水によれば、この事例における医療従事者が無危害原則に反する理由は、感染を起こすリスクのある壊死組織を放置することが、患者に危害のリスクを残すことになるためである。善行原則に反する理由は、治療が確実な部位で足を切断し、早期に治療を終えることが、危害のリスクを能動的に避けることになるためである。保存的治療や治療が不確実な部位で切断する場合に、複数回の手術やそれに伴う痛み、長い治療による社会生活の中断、医療費の自己負担の増加などが生じることを鑑みることによって、帰結される。

恋水は無危害原則を「患者に危害のリスクを負わせることを避けよ」、善行原則を「患者の負担を予防せよ」と解釈していると言える。この恋水によるそれぞれの原則の分析は、Beauchamp と Childress の説明からしても、矛盾していないように思われる。

しかし、危害のリスクを負わせないことと、患者の危害を予防することとに、相違があるのか疑問が生じる。将来の「感染」という危害が生じる可能性が現時点で存在し、その可能性を危害のリスクと呼ぶのであれば、危害のリスクを負わせないことは、将来の「感染」という危害が生じることを負わせないこと、すなわち、「感染」という危害を予防することであると言えるように思われる。

これを言葉の綾だとして考察しないことは、無危害原則と善行原則の相違を重視しないことを意味する。無危害原則が要求する内容は、善行原則が要求する行為に還元されてしまうという意味で、両原則の間に重大な相違がないと結論できるのだろうか。後述するように、無危害原則における危害の考慮も、善行原則の枠組み内部における危害と利益の考慮に還元されてしまう可能性がある。そうすると、無危害原則が果たす原則としての役割は、善行原則に吸収されてしまうようにもみえる。つまり、恋水の事例は、自律尊重原則と善行原則のみの対立であると解釈することができてしまうかもしれない。

4. 治療の中止は「善行原則」に反するのか

伊藤（2021）は、「生命維持装置中止に関する倫理的誤解」の一つとして、「生命維持装置中止は“善行（beneficence）”の原則に反する」という誤解を挙げている¹⁵。伊藤はこの誤解を解く

¹⁴ 恋水, 2021, pp.133-140

ことで、治療の中止は善行原則に反しないため正当化されると説明する。

伊藤は、「認知症などの状態は、患者にとって、時に死よりも悪い状態であると考えられている」という事実、ならびに、「病院側は、患者の選好を無視して、暗黙的または明示的に、死はどのような代替手段があっても避けるべきアウトカムであると想定している」という考察を示した研究¹⁵を引用しながら、

（中略）重症患者においては、生命維持装置中止は、患者が「そんな状況になるなら死んだ方がましだ」と思うような状況で延命させるよりも、患者の価値観や嗜好に沿った過ごし方を選択してもらうという点で、「善行」にあたると考えることができる。一般的に、「命をながえ死を防ぐ」ことが自分の使命であると信じきっている医療者には、生命維持装置中止は「非善行」と受け取られるかもしれないが、医療者は医療に限界があること、そして、患者が望まない延命治療を継続することは「そんな状況になるなら死んだほうがましだ」と思うくらいの苦痛を与えていることを認識すべきである。（伊藤，2021，p.166）

と説明している。

上記、伊藤の文章のみでは、「生命維持装置中止は“善行 (beneficence)”の原則に反するという誤解」という表現がどのような事態を意味しているのか分かりにくい。おそらく、伊藤が意図しているのは、以下のようなことだろう。すなわち、医療従事者は、死はどのような代替手段があっても避けるべきアウトカムであると想定しており、死を危害や害悪であるとみなせば、患者に死をもたらす生命維持治療の中止は、善行原則のうち「2. 害悪や危害を予防しなければならない」に反するという理解がえられるため、「生命維持装置中止は“善行 (beneficence)”の原則に反する」と考えている。しかし、これは誤解である、と。

さらに、伊藤は引用中で治療の中止が「善行」にあたるとも述べている。このことから、生命維持治療の中止を選択しないことが、ときに、患者を死よりも悪い状態にさせていると考えることができる。生命維持治療の中止は、患者の価値観や嗜好という、患者にとっての善に沿った過ごし方を選択してもらうという点で、善行原則のうち「4. 善を実行するか、あるいは促進しなければならない」に則っていると考えることができる。もしくは、「患者にとって、現在の自身の状況が危害や害悪でしかなく、今後もその状況が変化しないのであれば、「3. 悪や危害を除去しなければならない」と「2. 害悪や危害を予防しなければならない」の原則に従わなければならない」とも提示できる。

¹⁵ 伊藤，2021，p.166

¹⁶ Rubin, 2016, pp.1557-9

伊藤の善行原則の解釈からすると、「患者を死よりも悪い状態にさせている」ことは患者への危害であると見なされており、その患者に死をもたらし治療の中止は善を促進する行為であるとみなされている。伊藤の説明には無危害原則は介入してこない。もし、危害と善の比較考量が、善行原則の枠組み内で取り組まれる事柄であるという前提があるのなら、善行原則同様に危害を扱っているはずの無危害原則の役割とは一体何であるのかという疑問が生じる。また、患者にとっての善や危害とは何であるのかという疑問も残る。

以上の1節から4節より、善行原則と無危害原則について、以下AからDの問いを提案する。

- A) 無危害原則に反する行為は、作為的で、因果的に危害を患者に与える行為である。しかし、作為的でない行為や、因果的でもないような行為が患者の危害になるように思える事例を想定できる。無危害原則に反する行為とは、誰による誰に対するどのような行為であるのか。
- B) 無危害原則が要求する行為の禁止は、善行原則が要求する行為に還元されてしまうのか。
- C) 無危害原則における危害の考慮も、善行原則の枠組み内部における危害と善の考慮に還元できてしまうのか。もしそうであれば、無危害原則と善行原則が対立することはありえないかもしれない。
- D) BとCの問いへの回答次第では、無危害原則の立場は善行原則によって危ぶまれてしまう。では、無危害原則が果たす原則としての役割とは一体何なのか。

すなわち、行為に関する問い(A・B)、危害と善の考慮に関する問い(C)、原則の役割についての問い(D)である。

Schöne-Seifertは、「無危害の義務はあらゆる記述のもとで不確定的である。なぜなら、危害の評価を再導入するだけでなく、許容される〔危害の〕限度と〔危害と利益の〕相殺性についても、何も示していないからである」と述べている¹⁷。無危害原則について詳細に考察するためには、哲学的に広範な議論を援用することが求められる。本稿のみで、無危害原則が禁止する行為や原則そのものの役割について、新規性のあることを述べることはできない。しかし、その突破口となるようないくつかのポイントを提示することはできる。次章では、今後の無危害原則の考察につなげていくための見解を素描したい。

第三章

前章では、善行原則と無危害原則の架空事例や説明から、行為に関する問い、危害と善の考

¹⁷ Schöne-Seifert, 2004, p.1383. ただし、〔 〕内は引用者による補足である。

慮に関する問い、原則の役割についての問いが生じることを確認した。本章では、この問いに解答するための考察の手だてとなるようなトピックである、利益と危害について、ならびに、一般的な無危害原則の解釈についてみていく。

1. 利益についての見解

利益についての見解では、心理状態説、欲求実現説、客観的利益のリスト説があるとされる。どれも利益の重要な側面を捉えているが、すべての側面を捉えておらず、多くの論者は複合的な理論を採用していると説明される。さらに、利益の種類に関しても、経済的利益、宗教的利益などの複数の利益があり、医療に関わる利益についても、延命、健康増進、苦痛の除去、病気の治癒など異なった種類の利益が考えられるという¹⁸。

また、Dworkin は、「批判的利益」と「経験的利益」の概念から、患者の利益を考察している。それぞれの利益について簡単に紹介する¹⁹。

経験的利益：

一人一人によって判断され、経験的に楽しいとか、刺激的だと感じる事実に依存しているもの。スポーツをすること、おいしい料理を食べること、散歩をしたりすることなどが含まれる。

批判的利益：

単なる経験的好みではなく、よく吟味された上での批判的な判断を示すもの。善いものであり、かつそれを欲することが望ましいものであると考えるもの。人々の人生を真により満足なものにする利益であり、仮に人々がそれを理解しないならば、彼らは誤りを犯し、真により悪い人生を送ることになるものである。例えば、子どもと親密な関係をもつことと、仕事で何らかの成功を収めることを天秤にかけたときに、後者を選択することは悲惨だと考えるだろう。それは、単に子どもと親密な関係をもつ経験を望んでいるのではなく、子どもとの親密な関係を望まない人生は、はるかにひどいものになるだろうという考えがあるからである。

Dworkin によれば、批判的利益を考慮できることがその人の人生にとって重要だとされる。さらに、認知症になる前の人が抱いていた批判的利益は、認知症になった後の同一人物にも有

¹⁸ 水野，2017，pp.60-61

¹⁹ Dworkin に関する記載は、水谷ら翻訳（1998）『ライフズ・ドミニオン 中絶と尊厳死そして個人の自由』に依った。

効だと論じている。というのも、認知症の場合には、現在の（認知症患者がもつ）経験的利益と過去の（認知症を発症する前の人がもつ）批判的利益の間には衝突は存在せず²⁰、過去の批判的利益を考慮した判断と過去の自律性の権利が優先されるとしているからである。したがって、Dworkin の考えに従えば、意識の消失や認知症などによって患者に意思決定能力がない場合に、事前に残したりビング・ウィルや事前指示書の効力が正当化される。

当然、この議論には批判がある。盛永は、認知症患者には、過去・現在・未来の通時的・統合的な「私」という物語を継続して紡ぐことはできないかもしれないが、「認知症である私」に生存権がないとはいえないとし、その上で、Dworkin の議論において生存権を持つのは、通時的・統合的な「私」、理性、すなわち判断能力のある私、という論点先取の誤りをみることができると述べている²¹。

並行して、利益の担い手は患者だけを想定してよいのかという疑問もある。厚労省のガイドラインでは、患者にとっての利益を追求するよう記載があるが、意思決定支援には、患者の家族や友人も含まれることがある。その際、利益の担い手として想定される者として、患者のみならず、家族や友人を含むこともできるだろう。つまり、判断能力のある一個人がもつ利益を想定するのみでは、終末期医療における患者の利益の考察として不十分である。

したがって、利益についての見解や種類から患者の利益を考えると、いつの時点の患者が残した意思なのか、現在の患者にとっての利益とは何か、患者の家族や友人の利益は考慮しなくてよいのか、という問いは残る。

他方で、患者にとっての最善の利益が医師による最善の医学的利益の評価と混同されることが指摘されている²²。要するに、治療の中止などの何らかの治療方針に対して同意が得られないことが予測される患者に対し、医療側は患者に同意能力がないことを示すことができれば、医療従事者が患者の代わりに、患者の利益を考慮できる事態が生じてしまうことへの懸念である。患者の利益として提案されるものが、医師の判断による医学的利益であり、かつ、その利益をもとに治療方針が決定されるならば、その患者への実践はパターンリズムだと言えるだろう。この指摘からは、患者の利益と医療従事者の考える利益を特定化できたとしても、手続き上で両者が混同されるリスクがあることが分かる。

²⁰ 認知症患者は経験的利益をもちえないという記述も存在するが（Jennings, 2015, p.446）、認知症患者はあらゆることを忘れてしまうために経験的な楽しさや刺激を感じることができないという想定は、実際の認知症患者の状態が多様多様である事実と矛盾する。そのため、筆者は、認知症患者は経験的利益をもつことができると考える。

²¹ 盛永, 2020, p.46.

²² Taylor, 2016, 176-205.

2. 危害 (Harm) についての見解

次に、Schöne-Seifert による危害についての議論を以下にまとめる²³。

Schöne-Seifert は危害の一般的な特徴を 3 つ示している。

1. 危害とは、誰かへ否定的な影響をもたらす持続的な出来事や状態のことである。
Joel Feinberg の定義によれば、危害とは「利益の妨げ (setbacks to interest)」である。しかし、何が利益なのかという問いが残り続けているのと同様に、危害の概念も様々な倫理的立場に対して中立的である。
2. 倫理は、その焦点を何らかの行為や行為に関連させることで、危害の事例を制限する。不可避的な悪は、それが悲惨なものであったとしても〔危害として〕意味をなさないかもしれない。むしろ危害は、行為者の帰結として発生したり持続したりするときのみ、倫理的に関係するとされる。ここで問題になるのは、作為と不作為、注意と過失などであり、避けられない無知は関係しない。したがって、倫理に関連した危害とは、文脈相対的である。すなわち、専門知や医療技術の進歩に偶発的に付随する。
3. 生命倫理では通常、危害と便益の欠如ないし損失とを区別する。危害は単に便益を概念的に補うもの（利益の十分さ）ではなく、危害による犠牲への酷い仕打ちを表現するものでもある。利益を満たす尺度に沿うと、危害と呼ぶには不正確に思われるような副次的な満足（不便益）としての、さまざまな立場が生じる。したがって、危害はウェルビーイング²⁴の基礎へ独占的に関連すると言う意味において、危害と便益の間には非対称性が存在する。例えば、贅沢品の入手を防ぐことは間違っているかもしれないが、そのことは危害には分類されないだろう。

Schöne-Seifert によれば、危害を利益の妨げであると理解することは、危害は避けられるべきであることをすでに含意している。この意味での危害は、消極性による評価の想定を用いており、弱い規範的概念である。また、危害を与えることや危害を防がないことのすべてが、必然的に間違っているわけではない。例えば、トリアージの状況下にある患者に治療しないことは倫理的に正当化され、同様に、同意能力のある患者が自律的に決定したことに従って救命処置

²³ Schöne-Seifert, 2004, pp.1381-1386. ただし〔 〕内は引用者による。

²⁴ ここでのウェルビーイングの意味について詳細な説明はないが、ひとまず世界保健機関による健康の定義を想定すればよいと思われる。

を控えることは、間違っているとは言わない。つまり危害を加えることは常に間違っていることを意味するのではない。

危害になりうる例として、「身体的・精神的疾患による深刻な機能不全、持続する痛み、実存的苦悩、外見を醜く損なうこと、早すぎる死」を列举できる。これらの状態や出来事のすべてが、基本的なウェルビーイングにおける個人的利益の欠如であり、一義的に危害だと考えられる。倫理的に関連した危害は、作為と不作為、個別的な行為と全体に共通する行為、患者自身の決定やその他の人物による決定のいずれによってももたらされる。

3. 提示した問いへの解答の素描

本節では、今までの議論を参考に、第二章で提示した問いとして、現時点で考えられる解答を述べる。

問いC) 無危害原則における危害の考慮も、善行原則の枠組み内部における危害と善の考慮に還元できてしまうのか。

危害を「利益の妨げ」とする定義を採用するならば、善行原則と無危害原則における危害は、利益の概念に還元されと言えるかもしれない。何が患者の個人的利益になるのかを特定することから始めることで、その利益の妨げになることを特定することが可能となり、個人的危害も明らかにできると考えられる。

ただし、Schöne-Seifert が示したように、危害とは個人のウェルビーイングに独占的に関連する要素でもある。危害を「利益の妨げ」とみなしたとき、善行原則の枠組みにおける危害と善の考慮は、「利益の妨げ」と「利益」の考慮に置き換えることができるだろう。このとき、「妨げ」とは、利益のスケールを十分に満たさないという量的な意味と、それが含まれていることが利益を損なうという質的な意味の、両方の意味を想定することができる。両方の意味がありうることを想定しつつ、個人のウェルビーイングに独占的に寄与する要素を保つのであれば、結局、「危害」の概念と同様に、「妨げ」とは一体何かという問いが生じてしまう。

また、彼女は、「死にゆくあり方や時間を決定することは、高度に個人的な批判的利益と関係しているように思われる」ことから、「危害は、より高レベルな『批判的利益』の妨げとして生じるかもしれない」と述べている。第三章でみたように、Dworkin によれば、認知症患者の現在の経験的利益と過去の批判的利益の間には衝突は存在せず、過去の批判的利益を考慮した判断と、過去の自律性の権利が優先される。そのため、事前に残したりビング・ウィルや事前指示書の効力が正当化されるのであった。しかし、だからといって「批判的利益」を反映した事前指示書の内容に従わないことが、「批判的利益」の妨げ、すなわち、危害であると結論できるとは思えない。なぜなら、現在の認知症患者にとっての経験的利益や、医師による医学的な判断が考慮された上で、事前指示書に従わない選択をすることは十分に想定でき、このとき、患

者に危害が加えられているとは直観的には思えないからである。

問い

A) 無危害原則に反する行為とは、誰による誰に対するどのような行為であるのか。

B) 無危害原則が要求する行為の禁止は、善行原則が要求する行為に還元されてしまうのか。

Schöne-Seifert によれば、危害的な影響が予見される行為を禁止することで無危害原則を明確にする意見がある一方で、行為の禁止の要請には善行の義務も一部含んでいるという²⁵。確かに、第二章でみたように、危害を加えることを禁止することと危害を予防することの差異は明らかでない。

また、彼女によれば、行為の禁止とは、誰かに対する本物の危害を引き起こすこと（生命を救うための銃撃を危害であるとはみなさない立場）を禁止するものとして構成された義務なのか、あるいは、それ自身で危害をもたらすこと（たとえ正当化されたとしても、銃撃は危害であるとする立場）を禁止するものとして構成された義務なのかという問題が生じており、これはすなわち、述語学的かつ分類学的な選好の問題であるという。

この問題へは、言語、行為、因果などを扱った哲学的分野からアプローチする必要があるだろう。

問い D) 無危害原則が果たす原則としての役割とは一体何なのか。

医療行為は基本的に他者への侵襲によって成立していると言えるだろう。伝統的な医療倫理の標語である「*Primum non nocere*」（「まず害を与えるな」）は、優先される原則とみなすことはできないが、それでも医学史の教科書に記録されるべきフレーズだろうという意見がある²⁶。だが、樋口が批判したように、無危害原則に固執してしまえば、患者の価値観や選好を反映した治療を選択することが困難になるだろう。ここには無危害原則と自律尊重原則との対立がある。今後、両原則を比較考量するうえでの無危害原則の役割を考察する余地はあるだろう。

また、患者に意識がなかったり、身寄りがいなかったりするなどの理由によって、患者の利益が何かを特定できない場合、「危害」と「害悪」のみから構成される無危害原則が優先性を持った原則として特定化されるといえるかもしれない。つまり、患者の状態をこれ以上マイナス（負）の状態に向かわせないための原則となる。この方針で問題になるのは、危害を「利益の妨げ」とする場合だろう。患者の利益が特定できないため、医師の判断をもとに医学的な利益を採用するのならば、「医学的な利益を妨げることを患者にもたらさない」という無危害原則の解釈が可能となる。だが、このときにも、善行が患者にとってパターンリスティックな介入にな

²⁵ Schöne-Seifert, 2004, p.1383

²⁶ Gillon, 1985, pp.130-131

りうるように、医学的な利益を妨げることを禁止する不作為が、患者にとって消極的なパターンリズムとならないか考える必要がある。

まとめ

筆者の目的は、混同されやすい善行原則と無危害原則の相違を把握し、無危害原則が果たす原則としての役割を明らかにすることである。

善行原則と無危害原則の相違を把握する過程において、無危害原則に反する行為とは一体どのような行為であるのか、無危害原則が要求する行為の禁止は善行原則が要求する行為に還元されてしまうのか、無危害原則における危害の考慮も善行原則の枠組み内部における危害と善の考慮に還元できてしまうのか、といった問いが生じた。これらに解答するには、行為や因果に関わる哲学的議論や、利益や危害について蓄積された見解を参照することが要求されるだろう。

これらの議論を追うことで、無危害原則が禁止する行為と、害悪や危害とは何かを検討できると考える。それらを検討することで、原則同士の対立が起きたときなどに、無危害原則が果たす原則としての役割への理解が今までよりも明瞭になるだろう。現時点では、患者の利益が何かを特定できない場合、「危害」と「害悪」から構成される無危害原則が優先性をもった原則として特定化されることが主張できる可能性がある。今後の課題としたい。

(よしざわ ひふみ・哲学倫理学研究室)

参考文献

- 伊藤香 (2021) 「生命維持治療の中止とその後に行うべき緩和ケア」木澤義之編『救急・集中治療領域における緩和ケア』医学書院
- 恋水諄源 (2021) 「足病治療における倫理的葛藤とその解決に向けた方策」『創傷』Vol.12, No.3, pp. 133-140
- 厚生労働省 (2018a) 『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』
[<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>] 最終閲覧日 2023年8月31日 (厚生労働省ホームページ「「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について」)
- 厚生労働省 (2018b) 『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編』[<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>] 最終閲覧日 8月31日 (厚生労働省ホームページ「「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について」)
- 厚生労働省 (2021) 『令和3年度厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療体制整備事業 本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会』[<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/>]

000936790.pdf] 最終閲覧日 8 月 31 日 (厚生労働省ホームページ「令和 3 年度人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」)

白浜雅司・児玉聡 (2006) 「第 1 章医学的介入の適応」『臨床倫理学第 5 版 臨床医学のための実践的なアプローチ』赤林朗ら監訳, 新興医学出版社

樋口範雄 (2015) 「終末期医療と法」『医療と社会』Vol.25, No.1, pp.21-35

水野俊誠 (2017) 「第三章 医療倫理の四原則」赤林朗編『入門・医療倫理 I 改訂版』勁草書房

盛永審一郎 (2020) 『認知症患者安楽死裁判 事前意思表示書か「いま」の意思か』丸善出版

ロナルド・ドゥオーキン (1998) 『ライフズ・ドミニオン：中絶と尊厳死そして個人の自由』(水谷英夫ら訳) 信山社.

Ainslie, Donald C. 2014, “Principlism” *Encyclopedia of Bioethics*, 4th ed., ed. Bruce Jennings, vol. 3, pp. 2485-89.

Beauchamp, Tom L. and Childress, James F. 2019, *Principles of Biomedical Ethics*, 8th ed., Oxford university press.

Bettina Schöne-Seifert. 2004, “Harm,” *Encyclopedia of Bioethics*, 4th ed., ed. Bruce Jennings, vol. 3, pp. 1381-86.

Gillon, R. 1985, “‘Primum non nocere’ and the principle of non-maleficence”, *British Medical Journal*, Vol. 291, pp.130-31.

Jennings, B. 2015, “Alzheimer’s Disease: Quality of Life and the Goals of Care”, *The Routledge Companion to Bioethics*, pp.437-48.

Rubin, Emily B., and Buehler, Anna E., and Halpern, Scott D. 2016, “States Worse Than Death Among Hospitalized Patients with Serious Illnesses”, *JAMA Internal Medicine*, Vol. 176, pp.1557-59.

Taylor, Helen J., 2016, “What are ‘Best Interests’? A Critical Evaluation of ‘Best Interests’ Decision-Making in Clinical Practice” *Medical Law Review*, Vol. 24, Issue 2, pp.176-205.

