



Title	臨床倫理における4分割法の活用と課題
Author(s)	木村, 禎
Citation	研究論集, 22, 101 (左) -120 (左)
Issue Date	2023-01-31
DOI	10.14943/rjgshhs.22.1101
Doc URL	<a href="http://hdl.handle.net/2115/87863">http://hdl.handle.net/2115/87863</a>
Type	bulletin (article)
File Information	09_rjgshhs_22_p101-120_l.pdf



[Instructions for use](#)

# 臨床倫理における4分割法の活用と課題

木村 禎

## 要旨

医療倫理の分野において、ビーチャムとチルドレスの四原則主義に対して、ジョンセンが臨床倫理として、倫理的問題に関する検討方法を提示した。日本では、ジョンセンの臨床倫理の検討方法が、四分割の症例検討シートとなって広く知られている。現在日本において、四分割表は臨床の倫理問題を検討するうえで、様々な医療職種の間で共通のフォーマットとして活用されている。しかしながら、世界に目を向ければ、日本に広く流布している四分割表が必ずしも一般的なわけではない。

昨今医療の場で、個々のケースにおいて、対話を通して倫理的問題にかかわる人々の中で、合意を形成していくプロセスが必要不可欠となっている。このプロセスにおいて、四分割表は非常に有用であると筆者は考えている。しかし、活用しやすく、汎用性が高いものであるからこそ、四分割表の空欄を埋めることで、倫理的問題の解決策が見出させるという誤認や使用方法の誤用も数多くあるのではないかと考える。

本稿では、ジョンセンの臨床倫理の検討方法と四分割表について概要を述べたうえで、四分割表の活用と、活用における問題点を考察し、さらに、四分割表を活用するうえで筆者が必要と考える、医療に求められる感受性について考察する。

## はじめに

医療倫理の分野において、ビーチャムとチルドレスの四原則主義に対して、ジョンセンが臨床倫理として、倫理的問題に関する検討方法を提示した。ジョンセンらが『臨床倫理学』の初版を刊行したのは1982年である。

日本では、ジョンセンの臨床倫理の検討方法が、四分割の症例検討シート（以下、四分割表とする）となって広く知られている。日本でジョンセンの臨床倫理の検討方法が導入されるようになったのは1990年代後半になってからである<sup>1)</sup>。その後、活用しやすい方法として、四分

割表が考案され、現在日本において、四分割表は臨床の倫理問題を検討するうえで、様々な医療職種の間で共通のフォーマットとして活用されている。しかしながら、世界に目を向ければ、日本に広く流布している四分割表が必ずしも一般的なわけではない<sup>2)</sup>。さらに、ジョンセンの臨床倫理検討方法が、日本では四分割表として、広く流布されているが、世界をみると四分割表として活用しているのは日本のみである。

ジョンセンの臨床倫理の検討方法が、四分割表として日本で広く流布され、活用されるようになったこと背景に、ジョンセンらが刊行した『臨床倫理学』を邦訳した訳者らの尽力がある<sup>3)</sup>。ジョンセンの考えをもとに邦訳者らが、活用しやすい方法として、四分割表を提唱したことが、日本におけるジョンセンの方法が広く流布、または活用されるようになったことのきっかけになったと容易に推察される。

医療の場において、古くから、功利主義や義務論、倫理原則をもとにしたアプローチや、決疑論的なアプローチで倫理的問題の解決策が考えられてきた。しかしながら、脳死に関する問題、胎児の人権、認知症患者の意思決定、重症患者の終末期を含む治療の中止や差し控えといったさまざまな倫理的問題が臨床では生じている。また、医療の中で、インフォームド・コンセントの概念が定着し、医師主導のパターナリズムにもとづく治療方針の決定から、医療が提供される環境は患者の人生や価値観などにもとづく意思決定、患者中心の医療の提供へと変化して久しい。このような状況で、これまでの方法では、結論が出ないようなケースが、臨床では散見されている。個々のケースにおいて、対話を通して倫理的問題にかかわる人々の中で、合意を形成していくプロセスが、臨床倫理における倫理的問題の解決には必要不可欠であると考えられる。このプロセスにおいて、四分割表は非常に有用であると筆者は考えている。しかし、活用しやすく、汎用性が高いものであるからこそ、四分割表の空欄を埋めることで、倫理的問題の解決策が見出させるという誤認や使用方法の誤用も数多くあるのではないかと考える。

本稿では、ジョンセンの臨床倫理の検討方法と四分割表について概要を述べたうえで、四分割表の活用と、活用における問題点について考察していく。さらに、四分割表を活用するうえで筆者が必要と考える、医療に求められる感受性について考察をしていく。

## 1. ジョンセンの臨床倫理の検討方法について

臨床倫理学は、臨床現場の個々のケースに見いだされる倫理問題を個別の諸事情に即して暫定的かつ蓋然的に解消することをめざし、そのための具体的な方法を模索する（服部 2018：117）。ジョンセンらが『臨床倫理学』を出版した当時、臨床倫理学といえばジョンセンを示していたが、1990年前後からジョンセンの方法が唯一絶対の方法とみる必然性はないと考え、諸々の方法ないしは流派が編み出されるようになった<sup>4)</sup>。1990年代後半からジョンセンの臨床倫理の検討方法は日本で活用されるようになり、かつその方法は四分割表として広く流布され

るようになった。日本における医療倫理学、看護倫理学、生命倫理学の成書において、臨床倫理学の方法として最も高率で紹介されているのは四分割表である<sup>5)</sup>とされる。しかしながら、世界に目を向けると、必ずしもジョンセンの臨床倫理の検討方法や四分割法が一般的ではない。邦訳の訳者を代表して赤林は、第5版邦訳のあとがきの中で、1997年に原書の第3版が邦訳された際には、四分割表は、原書の中には掲載されていなかったが、第3版の翻訳時に、訳者らがジョンセンの方法を四分割に区分した「四分割表症例検討シート」として付した方がわかりやすいと考え、邦訳の解説で紹介し、その後、ジョンセンへ翻訳本を送付したのち、ジョンセンが原書でも採用したという経緯について述べている。このことからわかるように、四分割表は、ジョンセンらの考えをもとに日本で考案され、アメリカへ逆輸入されたものであることがよくわかる。また、このことを踏まえると、『臨床倫理学』の本論の中で、四分割表が提示されていず、序文の最後で提示され、また、本論とは別に、項目索引の後に「症例検討の進め方」として提示されている点も納得ができることである<sup>6)</sup>。

ここで、まずはジョンセンの臨床倫理の検討法について、その概要を示していく。ジョンセンらは1992年に刊行した“*Clinical Ethics*”の中で、決疑論をもとにした症例検討の方法として、【医学的適応】【患者の意向】【QOL】【周囲の状況】という四つの項目について、必要な情報や問題点を整理して、分析をする方法を提案した。これら4つの項目には、それぞれ関連する倫理原則がある。【医学的適応】は「善行・無危害の原則」、【患者の意向】は「自律尊重の原則」、【QOL】は「善行・無危害の原則」と「自律尊重の原則」、【周囲の状況】は「正義の原則」である。ここでいうところの倫理原則とは、ビーチャムとチルドレスが示した、生命倫理の四原則に対応するものであり、善行の原則とは「仁恵や恩恵の原則ともいい、患者（もしくは第三者）にとって恩恵となることは行うべきだという原則」、無危害の原則とは「患者（もしくは第三者）にとって危害となるようなことは行うべきではないという原則」、自律尊重の原則とは「自己決定権の尊重、患者が自分で考えて判断する自律性を尊重しなければならないという原則」、正義の原則とは「公平と公正のという意味があり、公平な資源の分配、資源を分配する際の公正（決め方のルール）さにかかわる原則」である。

ジョンセン（A.R. ジョンセン et al. 2006：9）は、臨床倫理の検討方法について以下のように述べている。

「これらの原則や規則を用いて分析を始める他の多くの倫理学の論文と違って、われわれの方法ではまず症例に関する事実面での特徴を取り上げる。原則や規則は、項目を議論する中でそれらが関連するときに言及する。この方法を用いれば、原則に関する抽象的な議論を避けることができるし、自律性や善行などの単一の原則を症例検討の唯一の道しるべとする傾向も避けることができる。」

このことから、ジョンセンの臨床倫理の検討方法は、決疑論をもとにして症例に関連する事実について情報を整理し、各4つの項目について検討する際に、関連する場合のみ原則や規則

を用いて検討をすすめるという方法で症例検討を進め、必ずしも倫理原則を用いない、原則論をもとにした症例検討アプローチをとらない方法で検討をしていることが理解できる。また、このような方法をとることで、いずれかの原則を拠り所とした結論を見出すのではなく、症例の個別的な事実を目を向けた結論を導き出そうとしていることが推察される。

ジョンセン(1991)は“*Casistry as Methodology in Clinical Ethics*”の中で、決疑論が臨床倫理学者や倫理コンサルタントにとって、どのように実践的な推論の手法として役立つかに焦点を当てて、自身の考えを述べている。その中で、決疑論の定義を形態学、分類学、動力学という3つの用語を用いて説明し、その中の、形態学の中で、どのような症例であっても不変の構成要素として、症例の医学的適応、患者の意向、患者のQOL、患者の外部にあるが症例に影響される社会的・経済的要因である周囲の状況の4つを挙げている<sup>7)</sup>。また、ジョンセンは自らが決疑論者である立ち位置から、決疑論において、症例の分類が非常に重要であり、症例を道徳的な文脈の中に置くことで、善悪の推定に対抗しうる議論の重みを明らかにするとし、それぞれの症例と典型的な事例との間の差異が、道徳的な妥当性についての判断を左右すること、その判断は、原則や理論ではなく、症例自体の形態や類似の症例との比較において、状況や最大公約数がどのように現れるかに基づいているとしている。これらのことから、ジョンセンの臨床倫理の検討方法が決疑論をもとに倫理的問題の解決を図ろうとしていることが理解できる。

## 2. 四分割表について

前述までは、ジョンセンの臨床倫理の検討方法の概要について述べたうえで、その方法が、決疑論をもとにしたアプローチ方法であることを述べてきた。先にも述べたように、四分割表はジョンセンの原書の中では、「ジョンセンの四分割表」としては、紹介されていない。あくまでもジョンセンによる臨床倫理の検討方法を、四分割表というツールに落とし込んだのは、日本語版の訳者らである。そこでここからは、日本において四分割表として発展してきた経緯や日本における四分割表の使用法、症例検討の進め方といった四分割表の概要について、以下に述べていく。

四分割表を使用した症例検討の進め方として、邦訳者たちは以下のように概要をまとめている。第一に、「倫理的問題で判断に困っているその症例について、できるかぎり情報を収集する」。この時点では、まだ四分割表は使用しない。次の第二段階で、四分割表を使用して、「【医学的適応】、【患者の意向】、【QOL】、【周囲の状況】のすべてについて、考えられる問題点を列挙する」。項目を埋める順序に決まりはないが、ジョンセン(A.R. ジョンセン et al. 2006)の書籍内では、「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」の順にすすめられている。また、この段階で項目欄を埋めることが目的にならないように、ある一つの情報や問題が複数の項目に当てはまる場合は、いずれの項目にも記載し、どこにいれたらいいか迷うような情報や問題

<p><b>●医学的適応</b>                      善行と無危害の原則                      1.患者の医学的問題は何か？病歴は？診断は？予後は？                      2.急性か、慢性か、重体か、救急か、可逆的か？                      3.治療の目的は何か？                      4.治療が成功する確率は？                      5.治療が奏功しない場合の計画は何？                      6.要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからどのくらい利益を得られるか？また、どのように害を避けることができるか？</p>	<p><b>●患者の意向</b>                      自律性尊重の原則                      1.患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？能力がないという証拠はあるか？                      2.対応能力がある場合、患者は治療への意向についてどう言っているか？                      3.患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか？                      4.対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？その代理人は意思決定に関して適切な基準を用いているか？                      5.患者は以前に意向を示したことがあるか？事前指示はあるか？                      6.患者は治療に非協力的か、または協力できない状態か？その場合、なぜか？                      7.要約すると、患者の選択権は倫理・法律上、最大限に尊重されているか？</p>
<p><b>●QOL</b>                      善行と無危害と自律性尊重の原則                      1.治療した場合、あるいはしなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？                      2.治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か？                      3.医療者による患者の QOL 評価に偏見を抱かせる要因はあるか？                      4.患者の現在の状態と予測される将来像は延命が望ましくないと判断されるかもしれない状態か？                      5.治療をやめる計画やその理論的根拠はあるか？                      6.緩和ケアの計画はあるか？</p>	<p><b>●周囲の状況</b>                      忠実義務と公正の原則                      1.治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？                      2.治療に関する決定に影響する医療者側（医師・看護師）の要因はあるか？                      3.財政的・経済的要因はあるか？                      4.宗教的・文化的要因はあるか？                      5.守秘義務を制限する要因はあるか？                      6.資源配分の問題はあるか？                      7.治療に関する決定に法律はどのように影響するか？                      8.臨床研究や教育は関係しているのか？                      9.医療者や施設側で利害対立はあるか？</p>

図1 ジョンセンの四分分割表

Jonsen, A.R., Siegler, M., & Winslade, W.L. (2002)/赤林, 蔵田, 児玉. (2006). 臨床倫理学, 臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ (第5版). pp.13. 新興医学出版社.

についても、暫定的にどこかに記入するようにする。その後、第三段階として、「すべての項目を網羅し全体が見えたところで、『臨床倫理学』の中で紹介されている議論や症例などを参考に、何を優先すべきか、何がもっとも適切かについて判断を行う」。ここで、それぞれの項目の中でわかっていること、わかっていないことを整理し、必要がある場合、そして時間的に余裕がある場合にはさらに情報を追加していく。そうしたうえで、全体をみて各項目ごとの対処の仕方を検討し、その対処の仕方が対立するような場合には、ジョンセンの書籍内で紹介されている議論や症例を参考にして、何を優先すべきかを考えていく。ジョンセンは、【医学的適応】、【患者の意向】、【QOL】、【周囲の状況】の4つの項目に、それぞれどのような内容が記載されるべきかを、その著書の中で示している（図1参照）。

以上が四分分割表を使用した症例検討の進め方であるが、先の第二段階でも述べているように、

4つの枠を埋めることが目的ではないため、必要以上に問題点をどの枠の中に入れるかで悩む必要はないと、邦訳『第五版 臨床倫理学』の中で示されている<sup>8)</sup>。しかしながら、4つの枠の中で【QOL】は、「善行・無危害の原則」と「自律尊重の原則」の二つの倫理原則について、情報や問題点が記載される項目である。このほか、【医学的適応】の中では「善行・無危害の原則」について、【患者の意向】の中では、「自律尊重の原則」について、情報や問題点が記載されるため、どちらの項目に記載すべきかで悩むケースも、実際の臨床では少なくはない。

この四分割表を使用することのメリットとは、4つの項目に必要な情報や問題点を整理することで、純粋に医学的な判断が困難な事例であるのか、それとも医学とは別に心理的側面や社会的側面などの影響により問題が生じているのかを整理できることである<sup>9)</sup>。このことからわかるように、【医学的適応】、【患者の意向】、【QOL】、【周囲の状況】の項目を埋める順序に決まりはないが、ジョンセンが症例検討の進め方として、「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」の順にすすめている理由を窺い知ることができる。ジョンセン (A.R. ジョンセン et al. 2006: 15) は、たいていの場合、医学的適応に基づいて行われる治療上の決定は単純明快であり、明らかな倫理的問題は一つも生じないと述べている。ジョンセンが、症例検討の進め方として、最初に「医学的適応」を検討することで、目の前の問題が、倫理的問題なのか否かを判断することができ、医学的適応があるにも関わらず、それを無視すること自体が、倫理的問題であると考えていることが推察される。

### 3. 臨床倫理における四分割表を活用することの有用性

このようにジョンセンらの考えのもとに、日本において四分割法という活用しやすい方法が見出され、汎用度が高まってきた。ジョンセンの臨床倫理の検討方法をもとに、考案された四分割表は、医師のみならず、多職種で共有されるツールとして、日本で広く用いられている。しかしながら、筆者は「四分割表」というツールのみが、倫理的問題を考える場面で一人歩きしているのではないかと考える。ここでは、四分割表がどのような考えのもとに現在までの形に至ったのかについて、詳らかにしたうえで、倫理的問題の解決にあたって四分割表を活用することの有用性について考察を述べていく。

ジョンセンは自らをカズイストであり、医療倫理の実践で常にカズイストリーを行っているとしている<sup>10)</sup>。カズイストリーとは、中世からカトリック神学の中で用いられてきた道徳判断の方法であり、決疑論と訳される。前述のジョンセンの臨床倫理の検討のすすめ方で、まずは、症例に関する事実焦点を当て検討していることから、決疑論をもとにした考え方であることが窺える。

岡本 (岡本 1998: 35-36) は、『カズイストリーの濫用』を引用し、ジョンセンとトールミンの主張を以下のように示している。

「二人は西洋思想史上でアリストテレスやキケロからはじまるカズイストリーの歴史をたどり、カズイストリーは中世から近世とくに1550年から1560年にかけてのイエズス会士たちの決議論（注：原文ママ）の論争がその最盛期であったが、ジャンセニストのPascalの痛烈な批判で急速に後退した。二十世紀の中ごろまで倫理学は実践的問題を取り上げなかったが、複雑な倫理問題の解消のために具体的事例と状況に顧慮するアプローチが生まれた。これはカズイストリーの復活なのだ、という歴史的因果関係の主張を行う。一方では、事例主義こそが正しい倫理学の方法なのであり、「原理主義」に抗して主流になるべきであるから、正しいカズイストリーの方法が復活されるべきである、という倫理理論の主張もしている。中・近世カズイストリーと現代事例中心主義の間に事実関係を認め、事例中心アプローチとしてのカズイストリーの「原理主義」に対する優位性の主張となっている。」

ジョンセンらが“*Clinical Ethics*”を刊行したのは1992年であり、このような倫理学の中での流れを汲んでいると考える。ジョンセンは、近來事例中心アプローチが主流になりつつあるのはカズイストリーの復活であること、事例主義こそが正しい倫理学の方法であり、「原理主義」に抗して主流になるべきであるから、正しいカズイストリーの方法が復活されるべきであるという二つの主張をしている<sup>11)</sup>。しかしながら、岡本（岡本 1998:43）は、最近のジョンセンがカズイストリーに対する批判を受けながら、カズイストリーは古典のも近代のも原理を拒否しないと主張しているとし、以下のように述べている。

「最近のJonsenはカズイストリーは古典のも近代のも原理を拒否しないと主張し、その点で状況主義 *situationism* や前後関係主義 *contextualism* とは一線を画しているという。ある場合には原理が文句なく適応されるが、倫理理論を最初に構築して事例の状況に応用することに抵抗するのだから、「応用倫理」というレッテルだけはいただけない、という。理論を拒否しないといても単一理論ではなく、多種の理論のいいところを選んで採用するのだから、無理理論派 *theory free* なのではなく、理論穏健派 *theory modest* なのであると主張している。」

先にも述べたように、ジョンセンは臨床倫理の検討の進め方において、まずは、症例に関する事実に焦点を当て、ジョンセンの各項目を議論する中でそれらが関連する時に、原則や規則に言及するとしている。ジョンセンの元来の立ち位置である、カズイストとして決疑論に重きを置きながらも、必要な場合には、原則などを用いて検討をしていくというアプローチをとっていることが、これまで述べてきたことから理解をできる。

『臨床倫理学』の邦訳者である、赤林と白浜は、「『臨床倫理学』を臨床現場や教育の現場で用いられる方々へ」と題し、ジョンセンの臨床倫理の検討方法を活用することで、有用であると思われる点を整理している<sup>12)</sup>。整理された複数の論点の中の一つとして、医療従事者にとって、何となくすっきりしないと思われる症例の倫理的問題点を明らかにすることができることを示している。なぜ、何となくすっきりしないと思われる症例の倫理的問題点を明らかにすることができるかということの概要は以下の4点<sup>13)</sup>である。



1. 四つの枠を埋めようとする手続きの中で、それまで気づかなかった問題点を発見することができるかもしれないこと
2. 対処可能な問題を一つ一つ解決する過程で、新たな方策が見出されるかもしれないこと
3. 症例の倫理的問題をもれなく把握し、その対処の方法を考えるための道具であること
4. この方法が、ある特定の時点の判断の際の手助けになると同時に、各枠の問題点を一つ一つ解決しながらさらにその先の時点で再検討するというように、経時的・連続的に用いられるべきものであること

これら4点から、四分割表が倫理的問題に対応する医療者の気付きのためのツールとして非常に有用であると言える。顕在化している問題点のみならず、見えていないものは何であるのかという、潜在化している問題点も気付くことができるものであると考える。また、四分割表の使用にあたっては、必ずしも複数名で使用することを必須としていない。実際の臨床の間では、症例検討やカンファレンスといった場で、四分割表が使用される機会が多い。しかしながら、必ずしも、複数名での使用を必須としていないことが、先述のことから言える。四分割表は、ある時点で、個人の中で思考を整理することに使用できるという点でも有用性があるといえる。これらのことから、ただ四分割表を埋めるのではなく、四分割表を利用することで、自らの思考を整理するということが、四分割表を利用するにあたっての本質であると考えられる。

ジョンセンは、四分割表が、症例に関する事実を順序正しく記録することに役立つことを述べている<sup>14)</sup>。そのうえで、それ以上に、四分割表を使用することの重要な目的は、以下のように、四分割表が症例の倫理的検討のガイドとして使用できることであると述べている<sup>15)</sup>。

「症例に関する数多くの事実はそれぞれの項目で残りの項目とは無関係に存在するわけではない。むしろ、それらが出そろって、相互関係を評価し原則に照らして検討するという倫理的作業が始まるのである。症例によっては、事実関係が明らかになれば簡単に問題解決ができると思われる場合もあるだろう。それは、事実関係の混乱やコミュニケーション不足のために、ある原則の明らかな優位が見落とされていたような場合である。また、複数の原則の反照的な均衡をとりながら、最終的にはどの原則が優位であるかを明らかにすることが必要になる場合もあるだろう。最後に、事実関係や原則が明らかでも本当の倫理的ジレンマが解決されない場合もある。臨床現場にはこのようなジレンマがあることはわかっているが、多くの倫理的問題は適切に解決できると確信している。価値の衝突がある場合は、道理をわきまえた (reasonable) 人がその状況の倫理的側面と事実関係を慎重かつ誠実に考慮したあとで、選択すべきである。本書はそのような立場の人に役立つものと期待される (A.R. ジョンセン et al. 2006: 11-12)。」<sup>16)</sup>

四分割表は、ジョンセンの考えのもとに日本において発展し、さらに逆輸入的な形でジョンセンのもとに提示され、ジョンセン自身がその有用性を認めるツールとなった。四分割表は症例に焦点をあてた、事例中心のアプローチでありながらも、必要な場合には検討する際に、原理、原則を用いるといった方法をとっており、具体的事例と倫理原則の両方を重視したアプロー

チをとっている点で、倫理的問題の解決を考えるうえで、非常に有用性が高いツールであると考えられる。

#### 4. 臨床現場での4分割表に対する誤認

ここまで、ジョンセンの臨床倫理の検討方法と、4分割表にかかわる背景的な側面や、有用性について述べてきた。しかしながら、実際に活用する臨床現場では、4分割表について、四つの項目、四つの欄を埋めることで、倫理的問題に対する解決策が見出されると思われるのではないだろうか。四つの項目が、それぞれどのような倫理原則に対応しているのかを理解して活用されているのであろうか。4分割表がある一時点での情報を整理し、顕在化されている倫理的問題に、または潜在化している倫理的問題を考える上でのツールであることを考えると、4分割表を用いた後、どのように分析をするのか、その分析方法についての理解が必要ではないのだろうか。以下に臨床の場で4分割表が使用されるにあたって誤認されている点について整理をしていく。

看護の分野でフライの倫理的意思決定のプロセスは、広く認知されている。フライ（S.T. フライ，M.J. ジョンストン，2010：80）は自身の書籍の中で、以下のように述べている。

「価値は一時たりとも止まってははいない。時間の経過によって異なり、重要な人間の事項や関係に関連して流動的である。」

このことから考えられることは、倫理的問題とは時間経過に伴って変化していくということである。ある時点で情報を整理し検討をしたとしても、時間が経過すれば、それはすでに過去のことであり、臨床の場面では、必要な時に、タイムリーに事例の分析・検討をすることが求められる。4分割表は、倫理的問題に関わる人々の中で情報を整理し、どの価値に重きを置いて問題を解決するかを考えるためのツールとして非常に有用である。しかし、それは時間経過の中での「ある一時点」での情報を整理したものである。フライが述べるように、「価値は一時たりとも止まっていない」ことを考えると、4分割表は、ある時点での事例の情報を整理し検討した以上に、時間経過によって変化する可能性がある価値にまでは言及ができない。

実際に臨床で活用されている場面ではどうであろうか。関係者が集まって、4分割表に情報や問題を整理しながら、検討・分析をする頻度はどの程度あるのであろうか。4分割表は、本邦においては各種の倫理に関わるセミナーや書籍の中で、数多く紹介をされるツールではあるが、実際の臨床場面では、ある一人の医療者の中での情報の整理や事例検討に活用されたり、または、すでに過ぎた事例について、後方視的に分析する際に活用されることも少なくないのではないかと考える<sup>17)</sup>。ある医療者が個人で、事例検討や分析に活用する際は、4分割表をタイムリーに使用できると考えられるが、フライが述べるような、「重要な人間の事項や関係に関連して流動的である。」という点から考えると、検討や分析の結果が、個人の見解に偏ってしま

う可能性がある。また、四分活表を後方視的に活用するという点では、すでに過ぎた事例に対するアプローチであり、問題が生じた時点でのタイムリーな検討にはならない。すでに過去のことになっているという点で、反省や学びを得る機会とはなるが、問題が生じている時点での、解決策を導き出すことにはならない。また、四分活表を臨床で使用する場合には、しっかりと四分活表を作りこんで、事例検討やカンファレンスをしているのではないだろうか。この点においても、フライの、「価値は一時たりとも止まってははいない。時間の経過によって異なり、重要な人間の事項や関係に関連して流動的である。」ということから考えると、作りこんだ時点で、それはすでに過去の情報であり、検討する時には、すでに関係者の中での価値は変化している可能性が生じている。四分活表とは、あくまでも情報を整理・分析するためのメモのようなツールであり、きれいに項目を埋めて作りこむようなものではないと筆者は考える。この点について、『臨床倫理学』の邦訳者である、赤林と白浜が、「『臨床倫理学』を臨床現場や教育の現場で用いられる方々へ」の中で述べられている4点のうちの一つで、以下のように述べている。

「4. この方法が、ある特定の時点の判断の際の手助けになると同時に、各々の問題点を一つ一つ解決しながらさらにその先の時点で再検討するというように、経時的・連続的に用いられるべきものであること」

このことからわかるように、四分活表が倫理的問題を検討するうえで、経時的に、かつ、連続的に用いられるものであることが理解できる。そのため四分活表は、関係者がいる場で、四分活表に情報や問題を整理しながら、タイムリーに活用をし、必要があれば、経時的・連続的に用いるということが、本来の活用方法であると考えられる。

またフライの主張をもとに考えると、四分活表に必要な情報を埋めることができれば、倫理的問題に対する解決策を見出されるかと問えば、答えは否である。あくまでも、四分活表は、その時点での問題・情報を整理するためのツールであり、使用することで解決策が必ずしも見いだされるというものではない。この点について、ジョンセン (A.R. ジョンセン et al. 2006 : 11-12) が、「最後に、事実関係や原則が明らかでも本当の倫理的ジレンマが解決されない場合もある。臨床現場にはこのようなジレンマがあることはわかっているが、多くの倫理的問題は適切に解決できると確信している。価値の衝突がある場合は、道理 (reasonable) をわきまえた人がその状況の倫理的側面と事実関係を慎重かつ誠実に考慮したあとで、選択すべきである。」と記している。このように、四分活表をツールとして活用したうえで、個別の症例でどのような解決策や対応があるのかを、誠実に考慮し、検討していくことが重要となる。ここでいうところの、「道理 (reasonable) をわきまえた人」とは、どのような人であるのかという点については、現在の筆者の考えは後述することにする。

ジョンセンは、『医療倫理学』の邦訳第5版が出版されるにあたり、日本語版序文の中で以下のように述べている<sup>18)</sup>。

「医療倫理の領域では研究する人々は、自分の文化や宗教の価値観を他者に押しつけないようにと、しばしば警告を受ける。生命倫理の起源や、その古典的の原則—自律性の尊重、善行、無危害、正義—は、米国の思想や哲学を強く反映していると指摘される。また、異なる文化の生命倫理学者は、独自の問題理解の仕方を作り出している。」

このことからわかるように、ビーチャムとチルドレスが述べる生命倫理の四原則は、その発展してきた過程から考えると、米国の思想や文化の影響を強く受けていると考えられる。このことを踏まえて考えると、倫理的問題について、倫理原則をもとに分析しようとするならば、その分析結果から導き出された解決策には、米国の思想や文化が影響するのではなからうか。さらに、「異なる文化の生命倫理学者は、独自の問題解決の仕方を作り出している」ということから、倫理的問題の解決には、特定の国や地域、または特定の集団などの中に根付く文化が、多分に影響を及ぼすと考えられる。しかしながら、臨床倫理における問題解決では、自らの文化や宗教、重きを置いている価値を、他者に押し付けず、関わる人々の間で合意を形成し、倫理的問題を解決することが求められる。ジョンセン<sup>19)</sup>は、以下のように述べている。

『『臨床倫理学』の翻訳、とりわけそれが再び翻訳されるということは、医療倫理に対する国際的な関心の高さを示している。しかし、このことはまた次のことも示している。すなわち、価値観や伝統の大きな違いを認めたとしても、道徳的規準には、医師と患者が医療の現場で出会う場所ならどこでもあてはまる核心的部分があるかもしれないということである。「医療倫理学」の中に見出される考え方を自分の文化の自分の経験に当てはめようとする人は、気付いていようといまいと、その核心を見つけようとしているのである。」

では、その「医師と患者が医療の現場で出会う場所ならどこでもあてはまる核心的部分」とは、いったいどのようなことであるのか。ジョンセンが、『臨床倫理学』で示している、【医学的適応】【患者の意向】【QOL】【周囲の状況】という四つの項目が、国が異なる、また文化が異なる中でも、医療という場においては、普遍的なものであると考えていることが推察される。しかしこの4つが本当に普遍的なものであるのか、それはさらに検討を重ねていく必要がある<sup>20)</sup>。

フライ (S.T. フライ, M.J. ジョンストン, 2010:76) は、倫理的問題に対するプロセスについて、以下のように述べている。

「正しい決定に到達するための間違いのない公式を提供するわけではない。看護実践に、倫理的決断のレシピはない。それぞれの看護師が倫理的決断に至るまでの過程に看護師自身の倫理的知識、価値観や人生経験、認知能力、道徳的感受性、論理的能力、道徳的直観を用い、それに従って行動するのである。」

このことより、倫理的意思決定のプロセスや、倫理的問題を検討するツールを使用したとしても、必ずしも間違いのない答えを見出させるということではなく、問題を分析し解決策を見出すためには、倫理的問題に対峙する個々人の能力が必要であると考えられる。

ジョンセンは、ピーチャムとチルドレスの四原則主義に対して、臨床倫理として、倫理的問題に関する検討方法を提示した。臨床の状況は、広い範囲の医学的事実と幾多の事情、多くの価値がかかわって複雑であり、迅速に決定を下さなければならないことが往々にしてある。このような状況で、関連する事実と価値を秩序だったパターンに整理し、議論と倫理的問題の解決が促進されるような、倫理原則と倫理的問題が生じている状況を結び付け、分析を促進するための手法として、ジョンセンは『臨床倫理学』で示す方法を提示した<sup>21)</sup>。また、あくまでもツールはツールであり、倫理的問題に対する解決策を見出すためには、分析手法を使いこなすだけでは不足である。この点について、ジョンセンは、「臨床倫理で高い能力を発揮するには、信頼できる分析手法を使いこなせるだけでなく、医療倫理学の文献に精通している必要がある」(A.R. ジョンセン et al. 2006 : 9) と述べている。また、ジョンセンは自身の著書である、『臨床倫理学』の中では、ほとんど論文を挙げていないが、そのかわりに、生命倫理学でもっとも広く使われている、ピーチャムとチルドレスの『生命医学倫理』を適宜引用している<sup>22)</sup>。臨床における倫理的問題に関わる際には、分析ツールのみに精通しているのみならず、基本的な倫理に関する知識、生命倫理学や医療倫理、臨床倫理に関連する基本的な知識を備えることが、求められると考える。このことが即ち、ジョンセンが述べる「道理 (reasonable) をわきまえた人」であることを示しているのではないかと筆者は考える。四分割表を活用できるのみならず、倫理における基本的な理論、原則や規則に関する知識を備えていることが、「道理 (reasonable) をわきまえた人」に求められることであると考えられる。しかし、ジョンセンは著書の中で「道理 (reasonable)」がいかなるものかまでは言及していない。「道理 (reasonable) をわきまえる」ということの範囲が、倫理理論や原則、規則といった基本的なものに限定されるのか、それとも、生命倫理や医療倫理、臨床倫理といった応用倫理学の分野に関して精通する必要があるのか明言されていない。具体的な例で表すならば、楽器の演奏で考えてみる。楽器演奏をするためには、楽器をどのように操作したら音が出るのかといった楽器演奏の仕方についての知識が必要となる。これは口伝で教えてもらうことや、自ら楽器を演奏していく中で経験から学ぶことができる知識である。このことに対し、楽譜の読み方や演奏方法に関わる理論、さらには音楽に関する理論といった知識は、必要な知識ではあるが、楽器を演奏することには直接的に関与はしないと考える。ギターや弦の抑え方やリコーダーの運指などは、楽譜が読めなくても、他者から教わることや、自らの経験の中で学ぶことができる知識である。臨床倫理の検討方法や四分割表の活用においても同様のことがいえるのではないかと考える。ジョンセンが、「臨床倫理で高い能力を発揮するには、信頼できる分析手法を使いこなせるだけでなく、医療倫理学の文献に精通している必要がある」(A.R. ジョンセン et al. 2006 : 9) としているが、何をもって「医療倫理学の文献に精通」しているということが言えるのかは、今後さらに検討をしていく余地があると考えられる。

## 5. 四分割表を活用するうえでの課題

ジョンセンは、『臨床倫理学』の中の序文で、執筆するにあたっての目的を二つ述べている（A. R. ジョンセン et al. 2006：1）。一つは、臨床医が現実と直面する問題の複雑さについて思考を深めるためのアプローチを提供することと、医療の現場でおきる典型的な倫理的問題について簡潔で代表的な意見を集めることである。ジョンセンの臨床倫理の検討方法をもとに考えられた四分割表を使用した症例検討は、決疑論的アプローチで医療者の臨床のジレンマ解消のガイドラインを与える試みである<sup>23)</sup>。しかしながら、実際の臨床での活用はどうであろうか。四分割表だけが独り歩きし、決議論的アプローチを蔑ろにしているのではないだろうかと筆者は考える<sup>24)</sup>。ジョンセンが述べる、『臨床倫理学』を執筆するにあたっての目的にも、「医療の現場でおきる典型的な倫理的問題について簡潔で代表的な意見を集めることである。」とあるように、ジョンセンの臨床倫理の検討方法を活用することで、また、日本で開発され、逆輸入的に日本に広まった四分割表を活用して臨床の事例を検討していくことで、臨床で問題となる倫理的問題を整理し、典型的な倫理的問題について、代表的な考え方を整理していくこと、典型的な事例と個別的事例を照らし合わせて、どこに倫理的問題がありどのような解決策が妥当であるのかを検証することが必要なのではないかと考える。

また、四分割表を使用した症例検討の進め方の倫理的考慮の順位付け、病気に焦点（医学的適応）を当てるのが患者の願望（患者の意向）の尊重に先行する<sup>25)</sup>ことから、ジョンセンの臨床倫理の検討方法は、倫理的解決法を探ろうとする医療者に向けられており、ジョンセンの考えをもとに考案された四分割表においても、本来同様のことがいえると考えられる。ジョンセンは『臨床倫理学』が、もともと内科専門医に向けて書かれたものであることを述べたうえで、以下のように示している（A.R. ジョンセン et al. 2006：4）。

「本書はもともと内科専門医向けに書かれ、臨床で患者のための決定をする医師が遭遇する倫理的問題に焦点をあてていた。後の版では成人医療一般に領域を拡大し、さらに小児医療も含めた。小児科の倫理的問題に特に関連するセクションには、セクション番号のところにPと付した。本書の四項目法は看護師、ソーシャルワーカー、医療技師、チャプレンや病院管理者など医師以外の医療従事者にとっても有用であることが明らかになった。この第五版では、医師による臨床的決定についての当初からの重視は残っているものの、他の医療従事者はそれぞれの専門に特有の懸念や価値を本書の各項目に当てはめることができると考えている。」

この中で、ジョンセンは「医師による臨床的決定についての当初からの重視は残っている」と述べているように、ジョンセンの臨床倫理の検討法は、医師による臨床的決定を支援するツールであることが窺える。またこのことから考えると、ジョンセンの臨床倫理の検討法にもとづき、四分割表においても同様のことが言えるのではないかと考える。すなわちこのことは、必ずしも倫理的問題に関わるすべての人々<sup>26)</sup>に焦点をあてて臨床の倫理的問題を検討している

とは言えないということを示していると考え。昨今は患者中心の医療において、医療者と患者が医学的な情報のほかに、患者の価値観や生活、人生において大切にしていることなどの情報も共有した上で治療方針を話し合い、最終的な意思決定を医療者、または患者のいずれかに任せるのではなく、医療者と患者が共に意思決定を行っていく過程として、共同意思決定(Shared Decision Making: SDM)の考え方がある。しかし、ジョンセンの臨床倫理の検討法、その考えにもとづく四分割表では、このような共同意思決定が考慮された方法にはなっていないと考える。この点において、四分割表の活用や、その活用後の意思決定に至るまでの検討方法を十分に顧慮することが必要であると考え。

また、先にも述べたように、ジョンセンの臨床倫理の検討方法は、最初に【医学的適応】について事実や問題を整理する。これは単純に医学的適応が不確実なことで生じている問題であるのか、それとも他の要因による影響で生じている倫理的問題であるのかを整理するためである。しかしながら、「医師による臨床的決定についての当初からの重視」と、ジョンセンが述べるように、ジョンセンの臨床倫理の検討方法は、根本的には、医師の臨床的決定を支援する方法であることが考えられる。そのため、「本書の四項目法は看護師、ソーシャルワーカー、医療技師、チャプレンや病院管理者など医師以外の医療従事者にとっても有用であることが明らかになった。」と、ジョンセンは述べているが、必ずしも、どの医療者にとっても活用できる方法、どのような倫理的問題でも活用できる方法とは言い難い面はあると考える。このことを踏襲して、以下の仮想事例で考えてみることにする。

「A氏は、末期のがんで入院中であつた。A氏はがんに伴う疼痛から持続的に麻薬を使用した疼痛管理がなされていた。終末期であるA氏は、せん妄も呈しており、夜間は眠らずに過ごしていた。そのため、せん妄の改善のために、また夜間眠れるように、精神科が介入し薬剤の調整がなされていた。入院する前、A氏は、好んで入浴をしており、温泉などにも出かける機会が多かつた。看護師Bは、A氏の入眠を促すことを目的として、就寝前に足浴を実施した。実施した日は、A氏は良く眠ることができ、普段であれば眠れないときに使用していた薬剤の使用量も減少していた。しかし、A氏が入院している病棟は、終末期の患者のみならず、手術後の患者も多く、夜間の臨時入院も多い病棟であつた。毎日、A氏が穏やかに眠ることができるよう足浴を実施することは、困難な状態であつた。A氏のことを考えれば、毎日、就寝前に足浴を実施することは重要なケアであるが、それらが叶わない状況に看護師Bはジレンマ感じていた。」

このような事例で、看護師Bが抱えるジレンマを解決するために、ジョンセンの臨床倫理の検討法や四分割表を活用することはどうであろうか。この事例において、A氏に対する足浴の医学的適応を主張することは困難であろう。A氏のQOLを改善することに足浴は非常に有効なケアであると言える。しかし、A氏に足浴を行うためには、時間やマンパワーが必要となる。そのような状況下でA氏に対して、足浴を行うことは、他の手術後の患者のケアや臨時入院と

なった緊急の患者へのケアや処置が滞ってしまうことにつながりかねない。そして、終末期でせん妄を呈しているA氏に対して、足浴をしてほしいという明確な希望を確認することは困難な状態である。ジョンセンの臨床倫理の検討法や四分割表では、このようなケアに関する事例、看護師が感じるジレンマについては、結論を出しにくいと考えられる。また、A氏の事例では、時間やマンパワーが確保できれば、解決ができるかもしれないが、現実として、限られた時間や人的資源の中では、A氏にとっての最善となるような解決策は見出しにくい。ジョンセンが想定していたような、「医師による臨床的決定」とは異なる問題が、医療の中では往々にして存在している。個別の症例に焦点を当てるジョンセンの臨床倫理の検討法、またはその考えに基づく四分割表では、対応しきれない倫理的問題が臨床の場には存在していると考えられる。

ジョンセンは、『臨床倫理学』の中で、四分割表について紹介をしている箇所以下のように述べている（A.R. ジョンセン et al. 2006：11-12.）。

「複数の原則の反照的な均衡をとりながら、最終的にどの原則が優位であるかを明らかにすることが必要になる場合もあるだろう。事実関係や原則が明らかでも本当の倫理的ジレンマが解決されない場合もある。価値の衝突がある場合は、道理（reasonable）をわきまえた人がその状況の倫理的側面と事実関係を慎重かつ誠実に考慮したあとで、選択すべきである。本書はそのような立場の人に役立つものと期待される。」

ジョンセンの臨床倫理の検討方法や四分割表は、倫理的問題に関連する情報の整理、また顕在化している問題のみならず、潜在化している問題を認識するための気づきを与えるツールとして有用である。さらに、ジョンセンが述べているように、このツールを活用することで、対立している価値が何であるのかを検討することができる。しかしながら実際の臨床の場で、どの価値がもっとも尊重されるべきであるのか、またその価値が尊重できないような状況の場合に、いずれの価値に重きを置いて解決を図っていけばよいのかということまでの示唆を得ることはできないと考える。ジョンセンが、「価値の衝突がある場合は、道理（reasonable）をわきまえた人がその状況の倫理的側面と事実関係を慎重かつ誠実に考慮したあとで、選択すべきである。本書はそのような立場の人に役立つものと期待される。」と述べている。このことから、ツールを活用して価値の対立が生じている場合には、「道理（reasonable）をわきまえた人」の慎重かつ誠実な考慮が必要になる。では、この「道理（reasonable）をわきまえる」とは何を意味しているのか。先述したように、ジョンセンは「道理（reasonable）をわきまえた人」の「道理（reasonable）」ということには、著書の中では言及はしていない。しかし、筆者はこの「道理（reasonable）」ということが、信頼できる分析手法を使いこなすことに加え、ある程度の倫理の知識を備えているということを表しているのではないかと考える。以下にその考えの根拠となる「倫理的感受性」について、昨今の医療倫理の分野における考えを概観したうえで考察を述べていく。



## 6. 現在の医療の状況で求められる倫理的感受性について

現在の医療を取り巻く状況で、倫理的問題に対応する能力として、医療や看護の場において、倫理的感受性を育成することの重要性が数多くの文献や書籍で示されている。医療職に必要な倫理観や倫理的感受性について、白浜（2000）は、「日常の臨床の現場で生じている倫理的な問題を認識し、分析し、対応していく能力」としている。また、太田（2016）は、「倫理的感受性とは、理論と原則の知識をもとに価値や価値の対立を認識する能力、および、道徳的、倫理的な問題を同定する能力を言う」としている。フライ（S.T. フライ、・M.J. ジョンストン、2010）は、「看護師にとって倫理を学ぶことは、看護師が道徳的であるための能力を養うためのものでもある」と述べており、「医療職、中でも患者や家族のそばで、最も身近な医療職である看護師には、倫理的感受性を養っていくことが求められる」と述べている。しかしながら、倫理的感受性を養うということは、簡単なものではない。「感受性の育成には、一人一人の性格特性、意識や理解力などが影響すると考えられ、机上教育や演習などを積み重ねても、もともと苦手な人はなかなか身につけることが難しい（太田 2016）」ものである。

倫理的感受性について、概念分析から倫理的感受性とは何かを明らかにしようとする試み（青柳 2016）や臨床の看護師を対象として質的帰納的に倫理的感受性を明らかにしようとする試みなど、看護学の領域を中心に多くの研究が認められる。この他、「2011年以降、道徳的感受性の尺度開発や尺度を使って看護師の倫理的能力を測定するという動きが高まり、多くの研究がされてきた」（神徳・池田 2017）。現在に至るまで、道徳的感受性や倫理的感受性を評価しようと様々な尺度が開発されている（Lützen 1994；大出 2014）。しかしながら、これらの能力を客観的に測定する有用な尺度は、現在のところ存在していない<sup>27)</sup>。

医療者には、患者にとっての最善とは何であるのかを、医学的適応のみならず、患者の意向や選好、人生経験や価値観、QOL、関係する人々や周囲の状況など、患者に関わる様々なことを考慮し、患者をはじめとする関係する人々の間で合意を形成することが求められる。医療者に求められる倫理観や倫理的感受性が、日常の臨床の現場で生じている倫理的な問題を認識し、分析し、対応していく能力であるとするならば、倫理的感受性には、倫理的問題か否かを識別する、ある種の知覚能力が含まれていると考えられる。以下にこの考えに依拠して、医療における道徳的感受性・倫理的感受性について概観していく。

## 7. 医療における倫理的感受性についての概観

倫理的感受性を育成することの重要性が数多くの文献や書籍で示され、これら書籍や文献の中では、道徳的感受性や倫理的感受性を区別して定義しているものもあれば、道徳と倫理を同義として、道徳的感受性と倫理的感受性を区別せずに定義しているものもある。神徳らは（神

徳・池田(2017)は、「今後の看護倫理教育は、職業人としての自律である道徳的感受性の育成だけでなく、事象を客観的に認識し、冷静に対話することのできる倫理的感受性の育成、両側面から検討していくべきではないだろうか」と述べている。神徳らは、道徳的感受性と倫理的感受性が異なる概念であるとしているが、しかしながら、各種書籍や文献の中では、これら道徳的感受性と倫理的感受性の相違について、明確に区別していないものも多数存在する。道徳的感受性と倫理的感受性の相違を考える上では、道徳と倫理の違いについて詳らかにする必要がある。また、道徳と倫理の相違については、時代やそれぞれの研究者の考えや捉え方、道徳や倫理という言葉が用いられる文脈によっても相違が生じていることである。

医療従事者の倫理的感受性について、Rogersの概念分析アプローチ法を用いた研究がある(青柳 2016)。この研究では、【倫理的状況に反応して感情が表れる】【対象者中心の医療における自己の役割への責任感】【倫理的問題に気づく能力】【倫理的問題を明確にする能力】【倫理的問題に立ち向かう能力】という5つのカテゴリーが抽出され、医療従事者の倫理的感受性は、「倫理的問題の解決において意味をもち、問題を抽出するだけでなく立ち向かおうとすることを含む総合的な能力である」とされている(青柳 2016)。

感受性ということに関して、哲学者のマクダウェルによれば<sup>28)</sup>、徳倫理を背景として、ある事象や問題に対して、人間の特定の反応や態度が、その事象や問題に値するものであるかどうかについて認知的判断をする能力であるとされる。このことから考えるならば、倫理的問題、またそれらに関連する事象に対して、どのような反応や行動をすべきか認知的判断をする能力が倫理的感受性であると考えられる。この認知的判断には、判断後の反応や行動が含まれていると考えられる。このことと、昨今の医療における倫理的感受性についての捉え方から考えるならば、倫理的感受性という概念の中には、単に倫理的問題に気づくのみならず、倫理的問題を認識し、その後どのように対応するのかを考え、実際に行動することまでの意味が含まれていると考えられる。しかしながら、倫理的問題を知覚、認識し、識別することまでを倫理的感受性と捉えるか、その後の倫理的問題の解決に向けた行動までを含む概念と捉えるかは、倫理的感受性が、哲学・倫理学で示されているような、感受性理論にもとづくものであるか、さらに検討を重ねていくことが必要であり、この点においては、今後の筆者の研究の中でさらに検討をしていきたいと考える。

## おわりに

ここまでジョンセンの臨床倫理の検討方法から、それらをもとにして考案した四分割表とその活用、それらの臨床における誤用や課題についての見解を述べた。そのうえで、ジョンセンが述べる「道理(reasonable)をわきまえた人」は、信頼できる分析手法を使いこなすことに加え、ある程度の倫理の知識を備えていると筆者は考え、その考えが依拠する倫理的感受性につ

いて筆者の見解を述べてきた。しかしこの倫理的感受性については、紙幅の都合、考察を深めるに至らなかった。今後の研究、考察においては、医療における倫理的感受性とはどのようなものであるのか、その内容について考察を深めていくとともに、医療における倫理的問題の解決、臨床における倫理的問題に対応するための、必要な知識や技術、ツールといったものが何であるのかということを追求していきたいと考える。

(きむら ただし・人文学専攻)

### 〈注〉

- 1) この点については、服部 [2018: 116-125] を参照。
- 2) 同上。
- 3) この考えは、『臨床倫理学』の第5版邦訳あとがきに示されている内容をもとに筆者の考えを示している。
- 4) この点については、服部 [2018: 116-125] を参照。
- 5) 服部健司・伊東隆雄編著。(2015). 医療倫理学のABC, 第3版, メヂカルフレンド社. で述べられていることに基づく。
- 6) 四分割表は『臨床倫理学』の邦訳者らが開発し、ジョンセンに紹介されたものであり、ジョンセンが開発したものではないことは注意しておくべきである。
- 7) ここにおける記述は、Jonsen, AR [1991: 295-307] をもとに述べている。
- 8) A.R. ジョンセン et al. [2002: 261] を参照。
- 9) この考えは、川口篤也 (2014) が、週刊医学界新聞の中で連載をした、「モヤモヤよさらば！臨床倫理4分割カンファレンス」の第一回「臨床倫理4分割表とは？」の中で示された考え方を参考としている。
- 10) ここでの筆者の記述は、岡本 [1998: 35-45] で記述されていることを参考にして述べている。
- 11) ここでの筆者の記述は、岡本 [1998: 35-36] で記述されていることを参考にして述べている。
- 12) A.R. ジョンセン et al. [2002: 255-260] を参照。
- 13) A.R. ジョンセン et al. [2002: 255-260] を参照。
- 14) この場合、「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」の順に、症例検討を進めていくことを述べている。
- 15) ここで記述されていることは、日本語版の『第5版 臨床倫理学』の序文の中で、ジョンセンが記述していることにもとづく。
- 16) この箇所は、白浜雅司による訳に基づく。
- 17) この点については、筆者の臨床経験にもとづく主張であり、今後、四分割表が実際の臨床場面においてどのように活用されているのかを、調査し検証をしていく予定である。
- 18) A.R. ジョンセン et al. [2002: i - ii] を参照。
- 19) 同上。
- 20) この点については、筆者が今後の研究の中でさらに検討を重ねていきたいと考えている。
- 21) A.R. ジョンセン et al. [2002: 1-13] を参照。

- 22) A.R. ジョンセン et al. [2002: 9] を参照。
- 23) ここで述べる考えは、岡本 [1998: 40] に基づく。
- 24) この点については、筆者の臨床経験にもとづく主張であり、今後、四分割表が実際の臨床場面においてどのように活用されているのかを、調査し検証をしていく予定である。
- 25) ここで述べる考えは、岡本 [1998: 40] に基づく。
- 26) ここで述べるところの「すべての人々」とは、医療者のみならず、患者自身や患者の家族、患者にとっての重要な存在となるキーパーソンを含む。
- 27) 道徳的感受性を測定する尺度として、Lützen ら (1994) は *moral sensitivity test* という尺度を作成し、中村ら (2000) が日本語訳し、看護師や看護学生を対象とした調査に用いられている。しかしながら、大出 (2014) は、この尺度は価値が対立している状況における道徳的な価値に対する配慮と自分の役割と責任の自覚 (道徳的感受性) を測定するための尺度として位置づけられており、質問項目を見ても実際の倫理的行動を測定するような内容とはなっていないと指摘している。また、大出は (2014)、倫理的な行動をとるためには道徳的感受性は不可欠であり、倫理的感受性を育むことで倫理的な行動を選択する能力を身につけるが、そのような具体的な倫理的行動に移すまでには様々な道徳的葛藤があるとしたうえで、生命倫理の4原則に依拠した看護師の倫理的行動尺度を開発した。しかし、大出 (2014) は開発した尺度の妥当性の限界について、とくに公正尺度の質問項目の構成においては、妥当性はまだ十分とは言えず改善の余地があるとしている。
- 28) ここで述べているマクダウエルの考え方については、以下の文献を参考にして述べている。
- ・ジョン・マクダウエル 2016: 『徳と理性 マクダウエル倫理学論文集 第1章 徳と理性』(大庭健(編・監訳)、勁草書房)。
  - ・林芳紀 2018: 「第10章 メタ倫理学の現在」, 赤林朗・児玉聡編 『入門・倫理学』, 勁草書房, 195-231 頁。
  - ・佐藤岳詩 2017: 『メタ倫理学入門 道徳のそもそもを考える』, 勁草書房, 159-198 頁。

## 〈文献〉

- 青柳優子 2016: 「医療従事者の倫理的感受性の概念分析」, 『日本看護科学会誌』, 36 巻, 2016 年, 27-33 頁。
- A.R. ジョンセン et al. 2002: 『臨床倫理学 (第5版)』(赤林朗・蔵田伸雄・児玉聡監訳), 新興医学出版社。
- 江川幸二・山勢博彰(編) 2013: 『看護のためのクリティカルケア場面の問題解決ガイド 基礎からわかる臨床に活かす倫理調整』, 三輪書店。
- 服部健司 2015: 「臨床倫理学における対話の意味」『生命倫理』25 巻1号, 22-29 頁。
- 服部健司・伊東隆雄編 2015: 『医療倫理学のABC 第3版』, メヂカルフレンド社。
- 服部健司 2018: 「臨床倫理学における解釈学的アプローチ」『生命倫理』28 巻1号, 116-125 頁。
- 林芳紀 2018: 「第10章 メタ倫理学の現在」, 赤林朗・児玉聡編 『入門・倫理学』, 勁草書房, 195-231 頁。
- ジョン・マクダウエル 2016: 『徳と理性 マクダウエル倫理学論文集 第1章 徳と理性』(大庭健(編・監訳)), 勁草書房, 1-42 頁。

- ジョン・マクダウェル 2016:『徳と理性 マクダウェル倫理学論文集 第1章 徳と理性』(大庭健(編・監訳)), 勁草書房, 43-72頁。
- Jonsen, AR. 1991: "Casuistry as Methodology in Clinical Ethics," *Theoretical Medicine* 12, pp. 295-307.
- 神徳和子・池田清子 2017:「看護倫理学における道徳的感受性と倫理的感受性の意味」『日本看護倫理学会誌』9巻1号, 53-56頁。
- Lützen, K.・Nordin, C.・Brolin, G. 1994: "Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice," *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 4(4), pp. 241-248.
- 中村美和子 et al 2000:「Moral Sensitivity Test (日本語版)の信頼性・妥当性の検討(その1)」『山梨医科大学紀要』17巻, 52-57頁。
- 岡本珠代 1998:「現代カズイストリーの問題点」『医学哲学医学倫理学会誌』16巻, 35-45頁。
- 大出順 2014:「看護師の倫理的行動尺度の開発」『日本看護倫理学会誌』6巻1号, 3-11頁。
- 太田勝正 2016:「道具としての倫理的感受性「もどき」」『日本看護倫理学会誌』8巻1号, 1-2頁。
- 佐藤岳詩 2017:『メタ倫理学入門 道徳のそもそもを考える』, 勁草書房, 159-198頁。
- 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, 260-266頁。
- S.T. フライ・M.J. ジョンストン. 2010:『看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド(第3版)』(片田範子・山本あい子訳), 日本看護協会出版会。
- T.L. ビーチャム・J.F. チルドレス. 2009:『生命医学倫理(第5版)』(立木教夫・足立智孝監訳), 麗澤大学出版会。