

# 医療における患者の尊重

## — care と inter-esse の観点から —

白鳥 孝子

---

### Respecting the Humanity and Rights of Patients in Health Care

— A Consideration in Reference to the Notion of Care and Inter-Esse —

SHIRATORI, Takako

---

#### 要旨

本論文の目的は、医療現場における患者の尊重について、ケアの概念の構造的分析およびM・ブーバーの「我－汝」の思想を手がかりに人間存在の基礎構造の考察を行い、患者に定位し患者を尊重した医療に向けての方向性を探究するものである。ケアは、人間存在に本質的に備わっている「ケア」、*「ケア」*の基盤の上に成立する意識的・自覚的な営みである「ケアリング」、*「ケア」*および「ケアリング」の2つの層の上に聳え立つ学問的、専門的、制度的なケア行為の領域である「メディカル・ケア」に分類される。医療者の寛厚な心持や専門職としての技量は、医療者が患者を、この世に唯一の大切な存在として向き合う「我－汝」の関係性のうえで初めて発揮される。医療者は、いかなる状況にあっても、患者と自らが「我－汝」の関係でありうるのか、自らに問い、患者を尊重した医療を提供する必要がある。

#### キーワード

患者の尊重、ケアリング、構造分析、「我－汝」

#### Abstract

In this essay, the author considers in what direction that patient-orientated medical care which really respects the humanity and rights of patients is to be established, by making a structural analysis of what care is, and by establishing the essential quality of “Ich-Du (I and Thou)” relationship by means of Martin Buber’s philosophical thought.

We assume a theoretical fabric consisting of three stories of “care”, “caring” and “medical care”. The lowest story is the ability to “care” which humans are by nature born with. One can find out one’s own existence by the very act of “care” for others, in other words, by taking an interest (a word coming from inter-esse) in others. “Caring” is the middle story based on the floor of “care”. It is the layer of conscious act which is carried on the basis of “care”. Its difference from “care” lies in the fact that it takes stronger interests in the object or other self, and that it tries to understand what the other really needs, and endeavors to satisfy the needs. On the other hand, “medical care”, the highest story, is a scientific, professional and institutional system of acts of care, built on top of the other two. It takes a strong interest in patients and care for their needs, taking definite and determinate responsibility for patients.

That medics relate themselves to patients as Ich to Du is essential for the respect of the humanity and rights of patients; in whatever situation, medics must be always prepared to ask themselves whether they are related to patients in that way and provide what patients themselves as humans really need.

#### Key words

respect the humanity and rights of patients, caring, structural analysis, Ich-Du

## I. 序論

人が疾病や障害を抱えた時、あるいは死を迎える時、他者からどのような存在としてうけとめられ、他者とどのように交流し、他者からどのように支援を受けるかということが、その人の尊厳や人権を守ることに重大な意味をもたらす。医療者は、患者を支える他者として密接な関係にあり、患者の尊厳や人権を守る上において重要な役割を担う。

現在、日本の医療は、疾病構造の変化や高齢化、人権意識の高揚という状況のもとで、従来のパターンリズムの発想に侵食

された医療から患者の自己決定を尊重する医療へと変革しつつある。病名告知やインフォームドコンセントの推進など、患者の人格と立場を中心にすえ、患者の自己決定を尊重した医療を目指している。医の倫理綱領<sup>1)</sup>には、「医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める」と謳われており、看護においても、看護者の倫理綱領<sup>2)</sup>に「看護者は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する」と規定され、患者の人間としての尊厳や権利の尊重が明記されている。

それでは、患者の人格と立場を第一義に考え、患者の尊厳や権利を尊重することを最優先の要請とみなす観点に立つならば、医療者は、自己と患者の関係をどのような方向に切り替えて、どのような基本姿勢でどのように行動すれば良いのであろうか。

患者の尊厳や権利を尊重する医療を正しく方向づける導きの糸となる中心概念として「ケアリング」がある。ケアリングは、1970年代に入って生まれた概念である。21世紀はケアの時代といわれるように、私達の生活の中で、ケアという言葉は日常的に聞かれるようになった。ケアは、医療や看護の分野においては、ナイチンゲール以降（1865年頃から）、「世話をする」、「関心がある」などの意味で使われ<sup>3)</sup>、アメリカの看護学者レイニンガーは「ケアリング」を看護の中核概念として位置づけている<sup>4)</sup>。このようにケアやケアリングは看護や福祉の分野においては早くから注目されていた概念であるが、現在では、医療全体が「キュア」から「ケア」への転換を求められてきており<sup>5) 6)</sup>、医療全体にとっても重要な概念として位置づけられている。

疾病や障害によって、身体の機能が低下したり、心に不安定さを抱えている患者は、重要他者である医療者から、どのような存在としてみなされ医療を提供されるのかに応じて、生きる希望を抱くかもしれないし、絶望の淵に沈むかもしれない。いついかなるときにも医療者が患者を唯一無二の存在として尊重したケアを提供することが、患者にとって重要な意味をなす。そこで、本論文においては、医療者－患者におけるケアについて、ケアする人（医療者）を中心に紐解き、患者を尊重した医療にむけての手がかりを得る。

はじめに、ケアの概念を、ケアする人のケアの対象への関心やかかわりに焦点をあてて3つの次元に分け、構造的分析を行う。更に、人間の存在を自己と他者あるいは自己と他の物との根本的な関係において捕捉しようとするマルティン・ブーバー（1878－1965）の「我－汝」の思想<sup>7)</sup>を手がかりに人間存在の基礎構造の考察を行い、患者に定位し患者の自己決定の権利を尊重した医療に向けての転換の方向を探究する。

## Ⅱ. ケアの構造的分析

ケアリングという語は古い英語とゴシック語の *carian* と *kara/karon* からきており、ケアは *kara* から派生している。*kara* は、悲嘆、嘆き、悲しみなどの意味をもつ。10世紀には、関心があるなどの意味で使われ、14世紀には、保護の意味で使われた<sup>8)</sup>。

ケアの意味については、ヘルガ・クーゼが「心配」「煩い」「不安」「個人的好み」という「感情を伴った反応」と、「他者のために何かをする」という2つの意味がケアの看護倫理を体系化する中核である<sup>9)</sup>と述べている。ゴートは、意味論的・哲学的分析に基づいて、ケアリングに関して、①注意と関心、②相手に関する「責任や提供」、③「敬意、好意、愛着」である3つ

の一般的意味を認めている<sup>10)</sup>。このようにケアは広範な意味を持つが、ケアの意味を構造的な視点で分析しているのは広井である。広井は、①狭くは「看護」や「介護」、②中間的なものとして「世話」といった語義があり、③もっとも広くは「配慮」「関心」「気遣い」というきわめて広範な意味をもつ概念であることを指摘している<sup>11)</sup>。この広井の分析をもとに、ケアの概念を「ケア」と「ケアリング」、「メディカル・ケア（＝医療）」の三層に分類し構造分析を行う。

まず、三層の根底にある「ケア」である。ハイデガーは、現存在の存在を気遣いととらえた<sup>12)</sup>。私たち人間は、常に道具への気遣い、他者への気遣い、自己自身への気遣いの中で生きている。ハイデガーがいうように、人間の世界に対する基本的な関係は、ケアの関係である。「存在するとはケアすること」なのであり、人は何かを、誰かを気遣うことによってその存在を確認できる。人が何ものかに関心を寄せ、「配慮」「気遣い」をすることである。誰かを気遣い、誰かをケアすることによって自己が存在する。このハイデガーの現存在の存在としての気遣いにケアの概念の根源をみることができる。

また、ケアの概念を最初に包括的に取り上げたメイヤロフは、一人の人間の生涯の中で考えた場合、ケアすることは、ケアすることを中心として彼の他の諸価値と諸活動を位置づける働きをしており、他の人々をケアすることをとおして、他の人々に役立つことによって、その人は自身の生の真の意味を生きている<sup>13)</sup>と、人間の存在についてのケアの意味について述べている。このように、「ケア」は、自覚すると否とに関わりなく人間存在に本質的に備わっているものである。

この「ケア」の根底には、「関心」がある。「関心－interest」は、もともと、「inter-esse」である。「間に存在する」「関係する」の意味であり、「他者の存在のなかへ」ということである。このように、「ケア」は、他者との関係性が前提になっている。

「ケアリング」は、「ケア」の基盤の上に成立する意識的、自覚的な営みである。ヘルガ・クーゼのいう「他者のために何かをする」ことであり、広井のいう「世話」である。「ケア」よりもその対象に強く関心を持ち、それは感情を伴う反応に関わるものである。「ケア」との大きな違いは、対象への関心の強さと、対象のニーズの理解に努め、実際にそのニーズを満たすために行動することである。広い意味で、自他の幸福を願って行う行為であり、育児、教育、そして広義の「福祉」、他者の幸福を目指した道徳的・倫理的・社会的行為のレベルである。意識的な行為だが、専門性・学問性は要らない。

「メディカル・ケア」は、「ケア」および「ケアリング」の2つの層の上に聳え立つ、最上層のレベルである。「ケアリング」の基盤にたちながら、学問的、専門的、制度的な領域として成立する。医師や看護師などの医療者たちが医療制度の下で専門的に行うケア行為の領域である。対象に強い関心を持ち対象の

ケアをするが、それは明らかに他者のニーズに応じて何かを提供することであり、また、ケアの対象に対する明確な責任が生じる。

「ケア」を基盤として、その上に「ケアリング」があり、「ケアリング」の関係性の上に行われる専門的なかわりとして「メディカル・ケア」が存在する。

「メディカル・ケア」における他者への関心において、重要な示唆に富むものとして、ハイデガーの顧慮的な気遣いがある。ハイデガーは道具への気遣いを配慮的な気遣い、他者への気遣いを顧慮的な気遣いと名づけ、顧慮的な気遣いの2つの極端な可能性について述べている。1つの顧慮的な気遣いは他者から「気遣い」をいわば奪取して、その他者に代わって配慮的な気遣いのうちに身を置き、その他者のために尽力する。これに対して、もう1つの顧慮的な気遣いは、他者が実存的に存在しうるという点でその他者に手本を示すような顧慮的な気遣いである。これは、その他者から「気遣い」を奪取してやるためではなく、その他者に「気遣い」を気遣いとしてまず本来的に返すためである<sup>14)</sup>。「メディカル・ケア」の場合、この2つの顧慮的な気遣いを十分に意識する必要がある。何故ならば、前者のように、患者から「気遣い」を奪取して、患者に代わって配慮的な気遣いのうちに身を置き、その患者のために尽力した場合、患者は依存して支配を受ける人になることがある。これは、患者の抱える負担を担うことはできるが、同時に患者の存在性を脅かす危険性を孕んでいる。「メディカル・ケア」は高度な専門的ケア行為であるから、医療者と患者の間には医療に関する専門知識の差が大きい。従って、患者から「気遣い」を奪取した場合、従来のパターンリズムに陥る可能性がある。これと比較し、後者は、患者を助けて、患者がおのれの気遣いのうちにあることを見通し、おのれの気遣いに向かって自由になるようにさせるのであるから、その患者は自ら「気遣う」ことができるようになる。患者を尊重した医療を目指すためには、医療者は、このハイデガーの2つの顧慮を十分に意識してケアを行う必要がある。

### Ⅲ. マルティン・ブーバーの「我－汝」

ケアに関連の深い文献としては、前述したメイヤロフの他にも、コールバーグの理論に代表される道徳的思考を「正義の倫理」と命名し、これに對置して「ケアの倫理」を提唱したギリガン<sup>15)</sup>や、ケアリングについて女性的な観点から論じたノディングズ<sup>16)</sup>、そして、人間の存在を問柄に求め、『風土』において人間存在の構造契機としての風土性を明らかにした和辻<sup>17)</sup>などがある。ケアされる人は心身の機能低下から自己の存在が揺らぎやすい状況にある。従って、ケアする人から大切な存在として受けとめられケアされることが自己存在に非常に重要な意味を持つ。心身ともに健康で専門知識をもつ医療者が、疾病や

障害により身体機能が低下し、医療の知識が医療者に比較して少ない患者をどのようにとらえ、どのように対峙するのか、その視点でケアについて考察する必要性がある。そのため、はじめには関係がある<sup>18)</sup>と述べるブーバーの「我－汝」の思想をもとに、ケアする人とケアの対象との根本的な関係から人間の存在を考察することによって、医療現場において医療者が患者とどのように対峙し関係をもつことが患者の尊重に繋がるのかということへの重要な示唆を得られると考えた。

ブーバーは、第二次大戦後の「文化的・共同体的破滅状況」の中で、宗教（精神的革命）と社会主義の結合した共同体建設を模索し、その原理に人間の根源的＜対話＞を掲げた<sup>19)</sup>。

ブーバーは、人間が語り得る根元語として、「我－汝 (Ich-Du)」と「我－それ (Ich-Es)」をあげる。「我－それ」の場合には、それを彼 (Er) あるいは彼女 (Sie) のいずれかに置きかえても、その意味するところには変りがない。このように根元語が2つあるからには、人間の我も二重であり、「我－汝」における我は、「我－それ」における我とは異なる<sup>20)</sup>。

ブーバーは、人間の存在をただ我それ自体、つまり人間一人だけの存在（＝単独の独立存在）はありえないものと捉える。人間が存在する時には、「我－汝」における存在か、あるいは「我－それ」における存在としてそこにある。つまり、人間は「我－汝」の関係性であれ、「我－それ」の関係であれ、常に、自己と他者あるいは他の物と共に存在している。

これは、人間が他者や他の物体と不可分の状態で存在するというわけではない。人間が、「我－汝」の状態にある時には、「汝を語るとき人間は、ものを所有したりしてはいない、およそ何ものをも所有してはいない。だが、彼は関係 (Beziehung) のなかに立っている<sup>21)</sup>。」と述べているように、人間は、何ものをも所有していない、一人の人間として存在する。しかし、「我－汝」の関係性、あるいは「我－それ」の関係の中で存在するのである。

では、人間はどのような関係の中で存在するのであろうか。ブーバーは関係の世界に3つの領域ないし水準・レベルを想定する。第一には、自然との交わりにおける生。ここでは関係はまだ暗闇のなかに揺れ動いて、言語の地平以下のところにある。第二は、人間との交わりにおける生。ここでは関係は開かれていて、言語という「形態」を取っている。そして、第三の精神的実在 (geistige Wesenheiten) との交わりにおける生である<sup>22)</sup>。ブーバーは、この三つの交わりのし方を述べているが、そこで指標となるのは「言語」である。第一の「自然との交わり」は、自然と人間とは互いに交わろうとしているが、言語が敷居となって完全に交わることはできない。第二の「人間との交わり」は、言語という形態の中で開かれた関係であり、われわれは汝をあたえ、また受けとることができる。第三の「精神的実在との交わり」は、人間とその人間の精神的創造行為の

諸産物<sup>23)</sup>との交わりである。「我－汝」の関係性の果ては永遠の汝、つまり神に続いている。「我－汝」の関係性にある時、人間は神に開かれた存在となる。人間が「我－それ」の関係性ではなく、「我－汝」を目指すのは神に向かう存在でありたいからである。ブーバーは、神との連関の中に根元を求めながらも、「我－汝」、「我－それ」という概念において、人間の在りようを述べている。ここに、神と人間との縦の垂直的關係を重視するとともに、人間と人間との横の水平的關係を重視していることがうかがえる。

「人間との交わりにおける生」には言語が介在する。言語と言語のやりとりにより、他の二つの領域とは異なる状況が発生する。「我と汝とはたんに関係のなかに立つだけでなく、一確実な《言葉に責任を負う態度》のなかに立つのである<sup>24)</sup>。」「実にここでのみ、観ることと観られること、識ることと識られること、愛することと愛されることが、見失われることのない現実として存在するのである<sup>25)</sup>」。このように、人間との交わりには言葉が存在するため、その言葉によって結びつけられ、その交わりは現実の中に存在する。三つの領域の中では、完全なる交わりといえる。

ブーバーは、「我－汝」と「我－それ」を明確に区別する。「我－汝」の我と、「我－それ」の我とは全く別の異質な存在である。人間は、他者や他の物と「我－汝」の関係性であることもできるし、「我－それ」の関係になることもある。今、「我－汝」の関係性であったとしても、すぐさま、「我－それ」の関係になることもありうるし、また、その逆もありうる。

では、「我－汝」の関係性と「我－それ」の関係の違いとは何なのであろうか。根元語・「我－汝」における汝は、全体性として存在する。それは、その者（物）を分解し、その者（物）の中のある部分だけを取り出すのではなく、また、その者（物）がなにものかの部分となるものでもない。ただ、独立した具体的な存在の全体であるときにのみ、汝として存在する。そして、我は、汝との交わりにおいてのみ、汝に対してのみ我となることができるのである。ここにケアとの共通点を見出すことができる。我と汝にある時、我は汝に関心をもち、汝の存在のなかにおいて我となる。我と汝は inter-esse の関係性にあるといえる。

それに対して、根元語・「我－それ」における我は、生身の存在として向かいあってはいない。その世界に閉じこめられている存在を、解き放つかわりにかえって押さえつけ、観るかわりに観察し、受け入れるかわりに使用する。「我－それ」における我は、それを自らの経験と利用の対象としかみなさない。ここにあるのは、いわば、実験操作の主体と実験操作の客体であり、両者の機械的、部分的、外面的な、一方通行の関係である。

さらに、ブーバーは、「我－汝」における我と、「我－それ」

における我との違いを、「人格」と「個我」という概念を用いて記述している<sup>26)</sup>。「我－汝」における我は人格であり、ただそれだけで主体的存在である。主体的な人格は他の人格との関係性のなかにある。それに対し、「我－それ」における我は個我であり、他者や他の物を自己から分離し、自己の経験の対象あるいは利用する存在としかみなさない。メイヤロフが、ケアすることは、自分の種々の欲求を満たすために、他人を単に利用するのは正反対のこと<sup>27)</sup>と述べているように、この「我－それ」における個我は、他者をケアすることはできないのである。

もちろん、ブーバーは、「我－汝」の関係性に人間の真の姿を求めている。しかし、人間が常に「我－汝」の関係性を保っていられるわけではなく、また、「我－それ」の関係が常にその状態にあるというわけでもない。「個々の汝は、関係事象が過ぎ去ると、ひとつのそれにならねばならない。個々のそれは、関係事象のなかへ歩みいることによって、ひとつの汝になることができる<sup>28)</sup>。」と述べるように、「我－汝」と「我－それ」は流動的であり、「我－それ」であっても、その関係の中に自らが歩みいることによって「我－汝」になりうるのである。

#### IV. 医療においてケアが困難になりやすい状況

心身が疾病や障害で困難な状況に置かれている患者にとって、医療が「ケア」および「ケアリング」を基盤とした「メディカル・ケア」であること、そして言語を介する「人間との交わりにおける生」において、医療者自身も患者も主体的な存在であり、医療者が患者を全体性をもつ独立した存在として関係性をもつ、つまり、医療者と患者が「我－汝」の関係性にあることは、患者の存在に対する安らぎを支え、健康の回復や安寧な中で迎える死に与える影響も大きい。

しかし、ブーバーが、人間が常に「我－汝」の関係性を保ってられず、「我－それ」の関係に転化することも、また、「我－それ」にあっても「我－汝」に変貌しようと述べているように、医療者と患者は、「我－汝」の関係性と「我－それ」の関係を行き来する。

ここでは、患者及び医療者の置かれている状況において、両者の関わりが「我－それ」に陥りやすい事情を検討する。

##### 1) 患者の状況

医療は、人々の健康な生活の実現への貢献を使命としており、医療の対象は、健康で自律している人から疾病や障害に苦しみ他者の支援を受けなければ生命の維持ができない人まで様々である。

患者が心身の障害から、明確な意思表示ができない、あるいは身体機能が著しく低下している場合、また、患者が自己の状況認識ができず、健康回復から逸脱するような言動をとっている場合、「我－汝」の関係性の維持が困難になりやすい。患者が

らの言語的な意思表示が難しいために、医療者は患者の意思を患者のわずかな反応やそれまでの患者の生活背景、あるいは家族から聞く患者像などから忖度ないし推測・想像することになる。ブーバーがいうところの「人間との交わりにおける生」において重要な言語という形態が危うい状況は、医療者と患者を容易に「我－それ」の関係に貶める可能性がある。医療者が患者の言語以外の表現を受けとめ、患者をこの世に唯一の大切な存在として向かいあうのではなく、みろかわりに観察し、自己の業務を行う「手段」としてみた時、医療者－患者は「我－汝」にはなりえない。

また、言語的な意思表示が可能であっても、患者が自らの意思を表現せず医療者に従順な患者であろうとする場合もまた「我－汝」の関係性の成立を困難にする。

和辻は『風土』において人間存在の構造契機としての風土性を明らかにしており、日本はモンスーンの類型に入る。その上で、「モンスーン域の人間の行動を受容的忍従的として把握することができる<sup>29)</sup>」と述べる。また、神島は、事物の発達を馴質異化の過程と異質馴化の過程から捉え日本社会を分析しているが、日本は「馴成単一社会」であり、この社会においては、先立つものは馴化であり、これを前提として異化が充足される<sup>30)</sup>。馴成単一社会においては、まず馴化が優先される。異化は存在するが、それが表面化せず、異化を主張するよりも馴化が尊ばれる。このような社会の中では、個人の意見を主張するというよりも、いかに他者に合わせることができるか、いかに異質なものに馴化することができるかということが求められる。患者にとって、医療を受けることは非日常である。疾病や障害によって痛みや苦しみを抱えている患者が医療現場という異空間において主体的に存在することは困難になりやすい。心身の苦痛に加えて、初めての環境や体験、あるいは自らが受ける医療に対する知識の少なさが、よりいっそう患者が主体性をもつことを困難にする。患者が受容的忍従的であり、主体性を持ち自己の意思を明確に主張するのではなく医療者に合わせることを優先しようとした時、「我－汝」の関係性の構築を困難にする。

## 2) 医療者の状況

医療は学問的、専門的、制度的な営みであり、より正確な科学的認識に基礎づけられたものでなければならない。科学は、事物の構造や法則を探究する人間の理性的な認識活動およびその所産としての理論的・体系的な知識を意味している<sup>31)</sup>。医療が正確で適正なものでなければならない限り、科学の学問性の要求なり条件を満たさなければならず、その限りにおいて「我－それ」の枠における人間認識は容認される。医療者が患者の心身状況を専門的知識で客観的にみるとき、あるいは失敗の許されない状況で医療処置を行うとき、目の前にいる患者を生物体として認識し相対する状況になりうる。従って、医療者は、医

療が一時的にせよ、医療者と患者が「我－それ」の関係になりうることを認識して患者に向き合い、患者の全体性をみていかなければならない。医療者が、患者の疾病や障害の部分だけに注視し、全体性として存在する患者そのものをみることが困難になった場合、医療者と患者の関係性は「我－汝」の関係性ではなく「我－それ」の関係となる。

また、医療者が患者との十分な意見交換と相互理解によって、患者とともに「患者にとっての最善」を目指すのではなく、自己の専門的知識や経験のみをもとに導き出した「患者にとっての最善」を目指す時、医療者と患者は「我－それ」の関係に陥る。この状況において、医療者は「患者にとっての最善」を目指しているのであるから、自らの行為になんら疑いもたない。この時、医療者は意図せずして、患者を自らの経験と利用の対象としかみなさない状況に陥っており、そこには患者を尊重した医療は存在しえない。

ダニエル・F・チャンプリスは『ケアの向こう側』で看護師から「物として扱われる患者」について述べている。そこでは患者を「慣例化した方法によって処置をされ、生体力学的存在として扱われるべき対象物」と表現し、医療現場においては患者が非人格化されることが慣例となっており、これに対して患者は抵抗し、看護師や医師はこの慣例を打ち破ろうと試みるが、依然として慣例が残っている<sup>32)</sup>。日本の医療者教育は変わりつつあり、特に看護学においては、1990年代後半から看護倫理に関する研究や教育が徐々に活発となり、患者の人権や尊厳を尊重することが重視されてきている<sup>33) 34) 35) 他</sup>。それにもかかわらず患者の尊厳を揺るがすような慣例が残っているとするのであればそれは何故か。一つは、入院期間の短縮化や患者の高齢化により入院患者が重症化していることや医療業務の増加及び複雑さなどが挙げられる。しかし、一番の問題は、尊厳が失われた時にはじめて実感される性質であるために、患者の尊厳が失われたとしても、その状況をつくりだしている医療者などが認識しづらい状況がある<sup>36)</sup>ということである。ましてや、そこに医療を受ける側・提供する側という関係性がある限り、医療者が患者からの負のフィードバックを得ることが難しい状況もある。人を尊重する、尊厳を守ることは医療者自身の倫理観に大きく左右されるものである。従って、医療者は、自らが患者にとっての重要他者であるという認識をもち、自らの振る舞いが患者の存在を脅かす危険性があるということを十分に認識して患者に向き合い医療を提供する必要がある。

## V. 結論 ー医療における患者の尊重にむけてー

医療現場は、社会において特別な場所であり、同時に社会の一部でもある。社会における個人の尊重が重要であるように、心身に疾病や障害を抱え、自己の存在が不安定に陥りやすい患者を対象とする医療現場だからこそ、患者の尊厳や権利の尊重

を最優先にする必要がある。

医療者の寛厚な心持や専門職としての技量は、医療者が患者を、この世に唯一の大切な存在として向き合う「我－汝」の関係性のうえで初めて発揮される。医療者が知識や技術を磨き、患者の健康の回復のために尽力したとしても、それが、ケアやケアリングの土台に立つメディカル・ケアであり、医療者が患者との関係の世界にたつのでなければ、患者を尊重した医療にはなりえない。医療者は、いかなる患者に対しても、自らがいかなる状況にあっても、患者と自らが「我－汝」の関係でありうるのか、自らに問う必要がある。その上で、「我－汝」の関係と「我－それ」の関係をいきつもどりつし、患者を尊重した医療が提供できる自己でいられるように、倫理観を高め、医療を提供する必要がある。

#### [注]

- 1) 日本医師会. 医の倫理綱領. 2000.
- 2) 日本看護協会. 看護者の倫理綱領. 2003.
- 3) 筒井真優美. ケア/ケアリングの概念. 看護研究. 1993, Vol.26, no.1, p.2-13.
- 4) マデリン・M・レイニンガー著. 稲岡文昭監訳. レイニンガー看護論－文化ケアの多様性と普遍性. 医学書院, 1995, p.50-53.
- 5) 浜渦辰二編. <ケアの人間学>入門. 知泉書館, 2005, p.22-24.
- 6) 清水哲郎. ケアとしての医療とその倫理. ケアの社会倫理学. 川本隆史編. 有斐閣選書, 2005, p.105-130.
- 7) 「我－汝」と「我－それ」の問題は、カント、ヘーゲル哲学の観点からも分析可能であるが、ここではブーバーの議論に即して考察する。(カントで言えば、純粹理性批判と実践理性批判との関係として、主観－客観は、基本的に自然認識に関わる枠組みであるが故、「我－それ」に、実践哲学では、目的として道徳主体と目的として主体とが向き合う世界であるが故に「我－汝」の世界に対応する。さらに、道徳哲学の領域でも、道徳的主体が目的として人格に向き合う「我－汝」の道徳性の世界と、主体が相手を単なる手段である物件として扱う「我－それ」の合法性の世界とが、対概念をなす。ヘーゲルについては、『精神現象学』における「意識」(感覚的確信・知覚・悟性)と「自己意識」の問題構造としてである。「意識」の世界は「対象意識」の世界であって、認識主観が対象と向き合う「我－それ」の世界である。「自己意識」の段階に達して、「自己意識は自己意識に対してのみ自己意識である」という「我－汝」の世界が登場する。)
- 8) 筒井真優美 前掲書. p.6.
- 9) ヘルガ・クーゼ著. 竹内徹, 村上弥生訳. ケアリング－看護婦・女性・倫理. メディカ出版, 2000, p.184.
- 10) Gaut, D. Development of a theoretically adequate description of caring. Western Journal of Nursing Research. 1983, Vol.5, no.3, p.313-324.
- 11) 広井良典. ケアを問いなおす－<深層の時間>と高齢化社会. 筑摩書房, 1997, p.9-11.
- 12) ハイデガー著. 原 佑 編. ハイデガー. 中央公論社, 1971, p.226-245.
- 13) ミルトン・メイヤロフ著. 田村真, 向野宣之訳. ケアの本質. ゆみる出版, 1987, p.15-16.
- 14) ハイデガー 前掲書. p.233-234.
- 15) キャロル・ギリガン著. 岩男寿美子監訳. もうひとつの声－男女の道徳観のちがいと女性のアイデンティティ. 川島書店, 1986.
- 16) ネル・ノディングス著. 立山義康他訳. ケアリング－倫理と道徳の教育－女性の観点から. 晃洋書房, 1997.
- 17) 和辻哲郎. 風土. 岩波書店, 1979.
- 18) マルティン・ブーバー著. 田口義弘訳. 我と汝・対話. みすず書房, 1978, p.27.
- 19) 廣松渉 他 編. 岩波哲学・思想事典. 岩波書店, 1998, p.1387.
- 20) マルティン・ブーバー 前掲書. p.5.
- 21) 同上. p.8.
- 22) 同上. p.10.
- 23) 同上. p.262. (訳注) この語(英訳は spiritual beings)についてマルコム・ダイアモンドはそれが「芸術作品, 哲学の体系, またそれに類する

ものなど、人間の創造力のあらゆる産物を指し示している」と言い、ハンス・コーンもこの概念が「芸術作品」を指すものと解しているが、狭義にはブーバー自身の《あとがき》からもうかがわれるように(168頁)、これはむしろ、芸術や思想などの創造的産物を通して感得され、また一方、人間の精神的な創造行為がそれにもとづいているところの精神的存在を示しているようにおもわれる。そして広い意味でこれは精神的な創造行為の所産物を包摂するものだろう。

- 24) 同上. p.137.
- 25) 同上. p.137.
- 26) 同上. p.83-84.
- 27) ミルトン・メイヤロフ 前掲書. p.13.
- 28) マルティン・ブーバー 前掲書. p.47.
- 29) 和辻哲郎 前掲書. p.31.
- 30) 神島二郎. 日本人の発想(講談社現代新書). 講談社, 1975, p.154-155.
- 31) 下中弘編. 哲学事典. 平凡社, 1993, p.222.
- 32) ダニエル・F・チャンプリス著. 浅野祐子訳. ケアの向こう側－看護職が直面する道徳的・倫理的矛盾. 日本看護協会出版会, 2002, p.163-203.
- 33) 稲吉光子. 患者の自立と看護におけるインフォームド・コンセント－看護実践での共同意思決定. 医療CS. 1997, Vol.1, no.2, p.93-98.
- 34) 中西睦子, 片田範子, 南裕子, 志田岐康子, 水流聡子他. インフォームド・コンセントにおける患者の決断の“ゆれ”と看護婦の対応に関する研究. 平成7・8年度科学研究費補助金 基盤研究(B)(1)研究成果報告書. 1997.
- 35) 箕浦とき子. 看護活動の構造. 新体系看護学第16巻基礎看護学①看護学概論. 佐藤登美. メジカルフレンド社, 2003, p.105-158.
- 36) 長谷川奈々子, 太田勝正. 患者尊厳測定尺度日本版の開発と信頼性・妥当性の検討. 日本看護倫理学会誌. 2017, Vol.9, no.1, p.12-21.