

# 超義務 (Supererogation) と医の職業倫理 (Professional Medical Ethics)

浅井篤 板井孝吉郎 大西基喜

## Abstract

Many of today's guidelines for professional medical ethics pertain to the prioritization of patients' benefits. At face value, this prioritizing is considered to be a physician's professional duty. In this paper, we argue that supererogation, a morally valued action that transcends a physician's professional obligations, exists and should be properly distinguished from professional duty. We maintain that, in the long run, an advantageous result will be achieved by distinguishing the two. It is also claimed that supererogatory acts are fundamentally good when conducted thereafter fulfilling one's basic professional duties and social obligations as an individual in society.

## 1 はじめに

「48時間以上眠らずに救急救命センターで働く」、「休日に出勤して患者の治療を行う」、「勤務時間が終わってからも何時間も仕事を続ける」などの医師の行為は、日常診療においてしばしば行われている。これらの行為は、少なくとも我々の知る限り、わが国では一般的である。また、他の国でも共通しているようである(1)。これらの行為は一般的に患者の利益のために行なわれている。文学の世界ではカミュの「ペスト」において、自分の生命を危険に曝して患者を助ける医師が描かれている(2)。また歴史を振り返ると、ナチスの占領下で生命の危険に曝されながらも患者の診療を続けた医師たちがいたことが記録されている(3)。これらの例は、紛れもなく患者や社会のためになる行為であろう。

また、様々な医の職業倫理綱領が患者の利益の最優先を謳っている。1994年に修正された世界医師会(WMA)ジュネーブ宣言では、「私は、人類への奉仕に自分の人生を捧げることを厳粛に誓う」、「私の患者の健康を私の第一の関心事とする」と宣言している(4)。日本医師会の「医の倫理綱領」でも、医師は人類愛を基にすべての人に奉仕し、医療を通じて社会の発展に尽くさなければならぬとしている(5)。他の幾つかのコードも原則的に患者の利益第一主義と言えるだろう。常に患者の利益と福利を促進するように行動するべきだという規範は、看護師の行動規範にも同様に認められる(6)。

これらの職業倫理コードを額面通りに取り、いかなる場合も患者や社会の利益を優先することを医師の職業的義務とするならば、冒頭の諸行為は、医師の職業倫理が指示する義務と解釈されるだろう。そして、職業倫理は「奉仕への献身(commitment to service)」、「社会奉仕(commitment to the public)」を中心的規範としており、その職業に従事する者に、彼らのクライアントのために一定の個人的犠牲を要求することが一般的である(7)。つまり、医師は、患者の利益のために一定の

状況で一定の犠牲やリスクを受け入れる義務があると主張されている。

しかし、どのような状況で、どの程度の自己犠牲が要求され、その要求が倫理的に正当化され得るかは明らかでない。我々は本論で、冒頭で挙げたような諸行為が医師の職業的義務に含まれるか否かを考えたい。医師が患者や社会のために行う行為をすべて職業的義務の範疇に入れてしまっただろうか。医師が職業上行うことは、それを行うことによって払われる犠牲に関係なく、すべて義務のカテゴリーに含まれるとすべきであろうか。さらに、臨床教育や倫理教育を含む医学教育において、「患者のためになる行為はすべて義務である」と学習者に教育すべきだろうか。それとも一定の限度を設けるべきだろうか。本論では、このような医師の職業的義務の問題を超義務 (supererogation) の概念に基づいて考えたい。

## 2 超義務 (Supererogation)

超義務は元来「要求される以上に支払う (to pay out more than is required)」を意味するラテン語から生じており、義務を超えた行為 (supererogatory actions) は道徳的に推奨 (encourage, recommend) されるが要求 (require) はされない、または称賛に値する (commendable) 行為と定義される (8)。Heyd は義務を超えた行為を、「義務的でも禁止されるものでもなく、行為者によって他者のために自発的に行なわれる称賛に値する行為であり、意図された結果が善いもので、また行為が義務を越えているという点で道徳的に善く、それを行なわなくても制裁や非難を浴びない行為」としている (8)。

Urmson は 1958 年の古典的論文 Saints and heroes (「聖人と英雄」) において、従来行為の三分割法 すべき (obligatory) 許容される (permissible) すべきでない (ought not to do) は不備のある分割方法であり、義務ではないが道徳的価値がある行為を認めるべきだと論じた。Urmson は自分を犠牲にして手榴弾の上に身を投げ出し仲間を救う英雄的な兵士や、鳥たちに福音を説いたアッシシの聖人フランシスを例にあげ、一般倫理 (common morality) において義務を超えた行為が存在することを示した (9)。

我々は、冒頭に挙げたような行為も含め、医師の職業的義務を越えた道徳的価値のある医療行為 (以下、職業的超義務行為 (professional supererogatory actions) と表現する) が存在していると考え。そして、職業的超義務行為を医師の職業的義務とは明確に区別すべきだと主張する。その上、職業的義務と職業的超義務行為を区別した方が、倫理的また教育的観点から見て全体的長期的に好ましい結果を生じると論じる。最終的に、医師としての基本的な職業的義務、個人としての多種多様な社会的役割から派生する義務を果たした上で、職業的超義務行為を行うことは、基本的に好ましいことだと結論し、そのように教育すべきだと論じる。

## 3 職業的義務の境界についての考察

義務とは定義上、ある人がその立場上当然しなくてはならない行為、または当然してはならない行為と考えることができる。医師の職業的義務は、医師が職業上当然しなくてはならない行為、または当然してはならない行為と定義することができるだろう。しかし、職業的義務と職業的超義務

行為の境界は必ずしも明確ではない。境界は曖昧であり、かなりの幅のある灰色の領域もある（10）。たとえば、医師が診療受け付け時間を10分過ぎて来院した患者を診療するのは、彼または彼女の職業上義務なのか否かは非常に曖昧である。一概に行為自体では判断できない。医師と患者が置かれた状況によって異なろう。医師がひとりしかおらず、患者が急性腹症であれば患者を診療するのは義務と考えられるかもしれない。他方、医師が病棟に診察しなければならない入院患者が大勢おり、患者がウイルス性の上気道炎だった場合どうであろうか。意見は分かれるであろう。

Urmson の論文では、ペストが蔓延する町で患者の世話を続ける医師は自己保存欲や恐怖に打ち勝って医師としての義務を果たしているという意味で英雄的ではあるが、基本的には医師の義務を果たしているに過ぎないと論じられている（9）。しかし高い感染率の致死性感染症が蔓延する地区に留まって、不十分な感染対策のまま診療行為を行うことは、医師への危険性の大きさ故に、医師の職業的超義務行為だという主張もあるだろう。また、ある論文では「思いやり・同情 (compassion)」は医師の義務か否かについての議論が展開され、二人の論者のダイアローグは最後まで平行線のままである（11）。

これらの見解・態度の違いは、どこまでが医師の職業倫理が要求する義務でどこからがそうではないのかという具体的個別的な「線引き」の問題にかかってくる。医師の職業的超義務行為の存在を認める人々の中でも、どこで線を引くのかについては意見が分かれるだろう。さらに、ある行為は、ある人にとっては絶対的禁止事項に区分され、他の人には称賛すべきことと見なされる場合もある。たとえば、患者の自殺補助を助けるという行為や患者を安楽死させる行為は職業倫理上決して許されない禁止事項とされるかもしれないし、許容される行為と見なされるかもしれない。一方、医師の職業的超義務行為とされるかもしれない。末期がん患者が医師に対して藁にも縋る気持ちで医学的に有害無益と判断される化学療法や放射線療法を要求した場合、患者の希望に応じるのは医師の義務だろうか、許容されることだろうか、禁止されるべきことだろうか、それとも職業的義務を超えた賞賛されるべき行為だろうか。しかし、医療においてどのような行為が義務の範疇に入り、どのような行為が職業的超義務行為なのかを確定するのが本論の目的ではない。この問題は非常に重要だが、個別的な議論が必要であろう。また、どのような行為が倫理的に禁止され、許され、または行うべきかを考えるのも我々の主旨ではない。本論の主目的は現代の医療には、医師の職業的超義務行為が存在することを認識する重要性と医学教育における意義を述べることである。

にもかかわらず、本論での我々の議論を基礎付けるためには、医師の職業的義務はどのようなものかについて、我々の立場を表明しておく必要がある。我々の意見では、職業的義務とは、その職業が持つ目的を果たすために、行うべきまたは行うべきでない行為である。そして職業倫理は、一般倫理にその職業の目的を達成のための義務項目を追加した合目的な倫理体系であり義務の体系である。医療は患者の利益と福利を促進するという一義的な目的をもっている。苦痛を軽減・除去し、治癒しえない疾患を持つ患者に対しては十分なケアを行い、可能な限り健康でいられる寿命を延長し、死に臨んでは平和な死を実現することが医療の目的であろう（12）。一言で言えば、医師の職業義務は、患者の利益になるための行為を行い利益に反する行為は行わないということであろう。そして、自ら医師になるということは、患者や社会に対して「私は患者の利益のためになる

よう行動する」と約束をしたといってもよいだろう。この意味で医師が患者のために行う義務は「約束を守る (promise-keeping)」と同じレベルの極めて厳格な義務であろう。

一般道徳では義務を超えた行為と見なされる行為でも、職業倫理の体系においては完全な義務になる例が幾つもある。たとえば、ある医療機関の待合室の中で患者のひとりが突然吐血して倒れたとしよう。待合室で待つ他の患者には、その人を助ける義務はないと言える。拠って立つ立場によって議論が分かれるかもしれないが、少なくとも「他人を殺してはならない」という義務と同程度の義務は持っていると言えよう。一方、患者が吐血した時に、最寄りの診察室で診療をしていた医師や通りかかった医師、そこにいた他の医療従事者は、疑問の余地なく、すぐにその患者を助ける義務がある。なぜなら、医療は患者の利益と福利を促進するという一義的な目的をもっているからである。この「患者の利益になる行動を取る」という約束を常に最大限に患者の利益を促進すると解釈するならば、上記の様々な医の職業倫理綱領に謳われているように、医師は他の何もかも投げ打って患者のために生きることが義務となろう。また、患者の利益をどのように解釈するかも、医師の義務内容が大きく左右されるであろう。

しかし、ここで忘れてはならないのは、義務を遂行する者やその関係者への害の大きさと、ある行為を義務とした場合の長期的結果、そして、義務の普遍性についての考察である。これらのことを考慮に入れると、医師の職業的義務は、予備的ではあるが、次のように説明されてもよいのではないだろうか。

- 1 患者の利益のために行うべき行為、または行ってはならない行為で、かつ、
- 2 行為者および行為者の家族、他の医療従事者に大きな害を与えない行為で、かつ、
- 3 長期的な結果を考慮された行為であり、かつ、
- 4 良心的に生きる医師ならば誰でも義務として受け入れられる行為で、かつ、
- 5 一旦義務と認定されたなら、義務として確立しつづけることができる行為である。

前節で紹介した Heyd の義務を超えた行為の定義は「義務的でも禁止されるものでもなく、行為者によって他者のために自発的に行なわれる称賛に値する行為であり、意図された結果が善いもので、また行為が義務を越えているという点で道徳的に善く、それを行なわなくても制裁や非難を浴びない行為」であった。これを参考にして医師の職業的超義務行為を仮に定義すれば、「医師として行うべきことでも行ってならないことでもない、かつ行わなくても批判や制裁を受けない、かつ医師は誰からもその行為を要求されない、かつ医師によって患者のために自発的に行なわれる。かつ医師の職業倫理が要求するレベルを超えている道徳的価値の高い行為」とすることができるかもしれない。

以上の2つを我々の職業的義務と職業的超義務行為のとりあえずの「定義」として、これら2つのレベルの行為を区別すべきだという議論を以下に行いたい。我々のこの2つの「定義」の具体的内容に関して様々な異議や反対意見が想定されるが、今回は個別的内容には踏み込まず、義務と義務を超えた行為の区別の意義に論を進めたい。

#### 4 医療における超義務的行為の存在の認識

ここでは医師の職業的義務と職業的超義務行為を区別することがなぜ重要なのかを論じたい。Urmson は5つの理由を挙げ、義務と義務を超えた行為を区別することが結果論的に重要であり、人と人が共に生きていくためのルールとしての義務を遵守させるためには必須だと説いた。5つの理由を以下に列挙する。1) 基本的な義務を徹底させるため、2) 義務は一般的な人々が履行可能なものでなければならない、3) 道德規範は定式化できなくてはならない、4) 義務は、他者に自分の権利として要求できるものでなければならない、そして、5) 道德的価値があることを行うことに対して圧力はない方がよい。奨励と推奨の方が、要求と不履行に対する制裁よりよい、の5つである(9)。

我々が本論で問題にしているのは言うまでもなく医師の職業的義務であり、たとえ Urmson の5つの正当化が正しいと仮定しても、一般倫理に関する義務を超えた行為の議論をそのまま持ち込むことはできない。なぜなら、職業倫理の要求する義務は、一般道徳が要求する義務に、職業的に課される役割に付随した責務 (profession-imposed, role-obligations) または自分で自ら課す責務 (self-imposed obligations) を加えたものだからである(10)。職業規範が要求する義務がいかに決定され、その内容がなんであれ、職業倫理は一般倫理に目的達成のための義務項目を追加した合目的な倫理体系であり義務の体系である。反対に、一般倫理において義務と見なされるものは、当然職業人も尊重しなくてはならないだろう。たとえば、医師は医師という専門職についていることを理由に約束を破ってもよいという議論は成立しない。

以下に、職業倫理が要求する義務は一般道徳が要求するそれよりも基本的に高いことを認識しつつ、医師の合目的職業倫理体系においても、職業的超義務行為を認めるべきだという議論を行いたい。そして、行為者および行為者の家族や同僚に大きな害を与え、患者や社会にとって長期的な利益をもたらさず、多くの医師にとって受け入れ難い、長期間義務として持ちこたえられない行為は義務としてはならないと述べる。少なくとも以下の幾つかの理由を示すことができるだろう。

##### 1 医師の個人的義務

患者の利益になるあらゆる医療行為を医師の義務とした場合、医師は他の個人としての義務を物理的・精神的に果たすことができず、他の人々に害を及ぼす可能性が高いということである。医師も職場を離れれば一人の人間である。家族もあれば友人も居る。換言すれば、医師は他の専門職同様に職業的義務を持っていると同時に、ひとりの人間として一個人として義務を持っているのである。このことを考えるならば、医師個人に一定以上の犠牲を要求する行為を職業的義務と見なすことには問題がある。

ある医師が、病原体を含んだ空気に暴露することによって90%以上の人が感染・発症し、致死率90%の感染症が流行している地区に、不十分な感染防護準備しかない状態で救命活動のために出向くとしよう。このような致命的感染症に感染し命を落とす可能性が極めて高い医療行為に携わることを、医師の職業倫理が命ずる義務としたらどうなるだろうか。もしこのような行為を医師が行うべき義務とするならば、多くの医師が義務として死地に向かうことになり、彼または彼女の家

族は肉親を失うことになる。我々はこのような行為を義務として、誰かに、たとえ医療職を自発的に選んだ者に対しても要求することができるだろうか。我々はできないと考える。家族の一員を失う医師の家族の心情を勘案した上で、このような行為を医師の義務と呼ぶべきだという者は、その論拠を示さなくてはならないだろう。愛情で結ばれた人間関係は最も重要なものであり、全人類の幸福の基本である。したがって、たとえ例に挙げた行為が患者の福利に大きく貢献するとしても、そのような行為は職業的超義務行為と考えたほうがよいと思われる。

我々は医師の捨て身の献身的行為を評価するのにやぶさかではない。聖人的または英雄的行為は尊い。しかし、聖人や英雄の家族は辛い思いをするかもしれない。なぜなら彼らは命を落とす可能性が高いからである。一方、我々はH I V感染症のように、致死的是であるが、感染のリスクが小さく感染経路もほぼ明らかで、標準的予防策 (standard precaution) で感染予防ができる疾患の診療にあたるのは医師の義務だと考えている。我々が例に挙げた感染症とH I V感染症では、医師に対する危険度が全く異なる。したがって、行為者と行為者と個人的関係がある家族などに大きな害を来す可能性が極めて高い行為は、そのリスク故に義務の範疇に入れてはならないと考える。

また、医師の心理状態に対する配慮から言っても、過剰な義務要求は避けるべきであろう。たとえば、指導医が深夜になっても「当然のこととして」病棟で仕事を続けたとしよう。彼に指導される研修医やレジデントは、そのような行為を医師がしなくてはならない義務として受け取るようになるだろう。その医師が盆も正月も関係なく出勤するような人物であれば、一年365日働くのが医師の義務として若い医師に刷り込まれるだろう。そして、たまの休みにのんびりしようとした時、彼らの良心は「自分は医師としての義務を果たしていない」と叫ぶであろう。このような状況は好ましいだろうか。このように不安定的で、プライベートな生活やファミリーライフをのんびり過ごすことに罪悪感を持つような親や配偶者と、共に暮らしている家族は幸福になれるだろうか。したがって、そのような罪悪感を生みかねない職業義務の設定は避けるべきであろう。

## 2 基本的義務の徹底

基本的義務を徹底するためには職業的義務のリストは適切な長さで明快な方がよい。医師に対して、医療において行なわれるあらゆる行為が義務だと説明したとしよう。すると、多くの医師は倫理に嫌気がさし倫理的な事柄に興味を失うだろう。もちろん、そうなるという証拠はない。しかし、人間の心理を考えるならば、ありそうなことではないだろうか。「あれをしろ、これはするな」だけでは倫理は嫌われるだけである。たとえば、多くの医師が「感染症の猖獗地での医療行為を経験すべきだ」、「一日24時間一年365日、いつでも呼ばれたら病院に駆けつけるべきだ」と主張するのが倫理だと解釈したとしたら、誰が倫理に真剣に取り組むだろうか。高邁だが実行不可能な規範は使い物にならない道具と変わらない。そして、その結果、最低限守るべき倫理的ルールには配慮することをやめてしまうかもしれない。つまり、倫理的に振舞おうとする努力の放棄に結びついてしまう。多くの医師は、当然ながら、聖人でも英雄でもないのだ。

我々がこのように主張する理由は、最低限の義務すら果たしていない医師たちが少なからずいるということである。現実に信じがたいことが起きている。ある医師は神経難病で体の自由の利かな

い若い女性に対して、度重なる性的ハラスメントを行った。ある医師たちは、心臓手術中に起きた医療ミスを隠蔽しカルテを改竄した。H I Vに感染しているというだけで患者の診療を拒否する医師も後を絶たない。患者に謝礼を「強要」する医師もいる。これらの行為は、患者に害を与え、患者に嘘をつき、患者を不当に差別し、自己利益を優先するという倫理的禁止事項である。職業倫理を持ち出すまでもなく一般倫理がすべての人に禁ずることである。我々はこれらのことが決して起きないように倫理を徹底するべきだと考える。

同時に、その職業ゆえに義務として要求されること、たとえば、患者の心理状態に配慮した真実告知をすることや、わかりやすい言葉で医療情報を説明しインフォームド・コンセントを取ることなど、そして、適切に患者の苦痛を取ることができていない医師もかなりいる。Downie は「医師の基本的な義務は何か。それは患者の最善の利益に応じて彼らを治療することである。これは善行・与益の道徳的原則ではない。それは単に医師の仕事を描写したものに過ぎない」と述べている(13)。そして、これらの患者の利益を保障するためにはなくてはならない一定の規範、医師の義務は、専門職の誰に対しても「借金を取り立てるように」要求できるものでなければならない。そして、これらを徹底的に教育する必要がある。

### 3 患者や組織、社会への長期的な不利益

医師の職業的超義務行為を義務から区別せず、患者の利益のために行なわれる全ての行為を義務とするならば、長期的に見て患者や社会のためにならない結果になる可能性がある。たとえば、1日24時間1年365日、いつでも呼ばれたら病院に駆けつけることを、医師の職業倫理が要求する義務としたとしよう。多くの医師が、精神的身体的にバーンアウトや過労死することになる。この現象は日本の救命救急医不足に著明に現れている。この結果、社会は医師不足に見舞われ救命救急センターは立ち行かなくなり、医療の質や医療事故、医療過誤が頻発することになる。いくら使命感を抱いて自発的に医師になったとしても、負担過剰な日常業務が続いては誰も使命感を持ってその職業を続けられないだろう。1日24時間1年365日いつでも必要なときに働くような生活を長期にわたって続けることができるのは超人だけであろう。

また患者ケアを提供している他の医療従事者や組織全体へ影響も考える必要がある。国や施設によって異なるであろうが、医師が他の医療従事者に大きな権限を持っている場合、医師の職業的超義務行為は大きな問題を引き起こす。たとえば、職務時間をはるかに越えても働き続ける医師がいたとしよう。医師は自発的良心的に患者の利益のために、連日のように午後3時までの予約外来を夜の7時、8時まで続ける。このようなことは日本ではよくあることである。そして、医師を頂点とした「階級制度」が存在する場合、この医師の自発的な行為は、医師の指示に従うことになっている他の医療従事者に多大な負担を強いることになる。医師の自発的な行いは他の医療従事者には命令となり、彼らもその医師の外来が終わるまで仕事を終えることができない。多くの医療従事者がこのような環境で働くことに困難を感じ、職場を変えようと悩む人も少なくないだろう。したがって、他の医療従事者の個人生活や他の職務を勘案した場合、医師の職業的超義務行為は組織全体を揺るがし、組織の存続まで脅かす可能性もある。ここでも医師の他の義務への配慮が問題となっ

ている。

継続性の問題も忘れてはならない。医師の職業倫理のひとつ、正義の原則は医師に、倫理的に有意な差異がない患者はすべて等しく扱わなければならないと要求する。聖人や英雄、または超人的な医師にしかできない行為は、一般の医師には連続して行えるものではない。一度はできるかもしれない。ここに不公平の可能性が出てくる。同じ状態にある患者の最初の10名の患者には、呼ばれれば主治医としていつでも駆けつけたが、同じ状態でも11人目から病院に行くことをしなくなるとしよう。これは見方によっては不公平な患者の扱い方ではないだろうか。また、病院では主治医交代がしばしば起こるが、夜間・休日を問わず24時間駆けつける主治医のあとで、休日は特別なことがない限り当直にまかせる主治医に替われば、その患者は新しい主治医に失望するかもしれない。ここにもある種の継続性の阻害がある。さらに、医師は致命的感染症に感染し命を落とす可能性が極めて高い行為に携わることを義務として要求されると知ったら、どれだけの人々が医師になろうとするだろうか。皆無ではないかもしれないが、現状よりも志願者の数は減少するであろう。その結果、社会は医師不足に陥るかもしれない。このように義務は義務としていろいろな点で survive できるものでなければならない。

#### 4 医学教育

医師を含む医療専門職に対する倫理教育は実践的でなければならない。結果として望ましい変化をもたらすものでなければならない。医療に携わり生身の患者をケアする者にとって倫理は単なる教養ではない。そして、倫理教育が効果的であるためには、適切な要求水準と適切な項目数を持つことが大切である。具体的、個別的、現実的な職業倫理教育が必要であろう。周知の通り医療倫理で扱うべき問題は数多い。そして、多くの医師が倫理的に見て必ずしも適切に行動していないという現実を鑑みれば、職業人としての基本的な義務教育が高邁な理想の「教育」より大切である。また、医学の進歩に伴い医学部において教育されなければならない知識は膨大なものになっている。

このような状況では、倫理教育に十分な時間を確保するのは難しい。無制限に時間をとって倫理について教育しているわけにはいかない。医師に倫理の教育ばかりしては肝心の医学や医療の教育をする時間がなくなるであろう。優先順位をつけて「医師が守るべき度合い、つまり職業的義務性が高い」事項から教育していくべきだろう。時間がなければ絶対的禁止事項を個人的社会奉仕などの「行えば誉められる」行為に優先して論ずるべきだろう。たとえば、「患者に黙って実験薬を飲ませてはならない」と教育する重要性は、「感染症の猖獗地での医療行為を経験すべきだ」と教育するよりも重要ではないだろうか。

#### 5 反論に対する反論

今まで職業義務の定義を提示し、職業的超義務行為を認めることが重要と述べた。医学教育においても医師の職業的義務を優先して教育するべきだと主張した。そして、医師の職業的義務と職業的超義務行為を区別した方が、そうしない場合と比較して医師にとっても患者にとっても社会にとっても好ましい結果がもたらされると論じた。しかし、我々の主張には多くの反論があるだろう。



我々が想定できる主な反論に言及し、それぞれについてその正当性を検討する。

第一に、職業倫理が要求する最低限の倫理以上のものを医師に要求すると、多くの医師は倫理的要求に従う意欲を失うという主張は疑わしいという心理学的な主張である。より高い理想的な要求をしても、倫理的観点から見て、より善い結果になる可能性も同程度にある、という反論が可能である。これは Urmson の一般倫理における義務に関する主張に対してなされた反論と同じ種類のものであろう(14)。しかし、これは単に疑わしい心理学的な主張に過ぎないであろうか。簡単に比較検討してみよう。ある医師に10人の入院患者を一度に担当しろと要求した場合と20人の入院患者の担当医になれと要求した場合と、どちらの場合が、ひとりひとりの患者に対して細やかで心のかもったケアができるだろうか。若いレジデントに週140時間勤務を義務として要求した場合と、週100時間の勤務を要求した場合、どちらの勤務体制でそのレジデントは情熱的でミスのない医療行為ができるだろうか。残念ながら両例とも実際にわが国では行なわれていることである。繰り返しになるが、多くの医師はひとりの人間であり、聖人でも英雄でもいわんや超人でもない。高い道徳的要求は医師の士気を高め職業的誇りを持たせるだろう。しかし、継続することは困難になるだろう。そして、前述した通り継続性のない義務には問題がある。

第二に、我々の主張は医師の職業倫理の品位を貶めるものだという反論もある。医は聖職であり医師には高邁な理想が必要という意見もあるだろう。我々も目指すべき理想はあった方がよいと考える。しかし現実を見ると、高邁な理想だけでは医師の倫理性や倫理的行為を保証することができなかった。したがって、結果を生むためには、絵空事でない倫理指針が必要であると考え。職業倫理は医療現場における人間間のルールであり、身体的精神的に脆弱な立場にある患者を守り、権能を与えるための保障である。我々の主張は現実的に患者の利益を促進するためのものである。綺麗な絵に描いた餅より、少々不恰好でも食べられる餅がよい。同様に我々の主張は、医療を受ける人々や社会の、医療や医師に対する信頼を損ねるものだという人もいるかもしれない。しかし、現状でも医師は患者や社会から十分な信頼を得ていないのではないだろうか。

第三に、我々の議論は個人としての医師の職務について述べているに過ぎない、医師集団の義務として考えた場合、我々の主張は説得力を失う、と反論し得るだろう。全くその通りである。個人としての医師に対してではなく、医療全体のシステムとして患者の利益の最大化を図るのは重要なことである。しかし、そのためには社会がそれなりの代償を払う必要がある。救急医がバーンアウトで足りなくなるのであれば、個人の負担を増やすのではなく、ひとりの救急医の勤務時間を減らし、交代制とし、勤務意欲を持たせるようにすべきである。そのためには、救急医の人数を増やし、また報酬も良くしなくてはならないだろう。無医村問題も同様であろう。負担を負うべきは個人の医師ではなく、医療を必要とする社会全体である。医師の職業的超義務行為がある社会で義務と認識されるならば、それを担い遂行し維持するのは個々人の責任でなく、社会全体の責任と「痛み」においてなされなくてはならないだろう。

第四に、職業人は個人的生活よりも職業人としての生活を優先すべきだと考える人もいるだろう。しかし、このような主張は、前述したように、人間が人と人との間で生きている、いろいろな役割を持っている存在であることを忘れてはならない。もし医師としての生活を最優先するならば、繰り返し

になるが、それは周囲の人々の犠牲の上に成り立つことになる。また、医師になるものは特定宗教の聖職者のように家族を持つてはならないとした場合、どれだけの若者が医師になろうとするだろうか。また、他の生活をすべて犠牲にして「献身的」に働くべきだと他の医師に命じようとする医師の中には、利他的な動機だけでなく、「それが楽しい」、「それが自分の生きがい」、「病院しか居るところがない」、そして「個人的生活から喜びが得られない」などというような理由があることも指摘しておきたい。また、そのような医師は自分が他の個人的社会的役割をないがしろにしていることも忘れていないのだろうか。

第五に、できるだけ多数の患者の健康促進を目指すのが医師の基本的な義務であるという主張もあろう。最大多数の患者の最大幸福を目指すのが医師の義務であり、倫理的に賞賛される行為の余地を認めない立場である。これについてもすでに述べたように、長期的な結果を勘案し、社会の政策として医療システムを改善し、個人に過負荷にならないようにするべきだと回答しておく。

第六に、我々の議論は医師に対して防衛的 (protective) なものであり、非生産的消極的なものだという反論があろう。この反論は部分的には正しい。我々は医師や医師の家族、そして他の医療従事者を守ろうとしている。しかし、我々は彼らを社会や患者の権利擁護者、医療訴訟から守ろうとしているのではない。もし我々の主張が正しければ、我々の提案は結果的に患者ケアの質を上げ患者の権利や人権を擁護することになる。医師に対する職業的義務の徹底によって、医師がインフォームド・コンセントをないがしろにしたり、患者の希望を無視したり、自分の犯したミスを隠そうとすることを減らすことができるのではないだろうか。ここで確認したいことは、我々は「眠らずに働くことが当然だ」「医師は家に帰らないのが当たり前だ」というような古い医療現場の考え方や自己満足的医師の悪影響から、教育過程にある医学生や研修医、レジデントを守ろうとしているのである。また同時に、「主治医は呼んだらいつ何時でも来てくれる」、「医師は常に患者（私）のことを考えているべきである」などの、ごく一部の人々が抱く過剰で非現実的な期待から彼らを守ろうとしているのである。

## 6 結論と医学教育における職業的超義務行為の扱い

本論では、医師の職業的義務と職業的超義務をあくまでも予備的に定義した上で、それらが正当化できることを願いつつ、医師の職業的超義務行為（職業的義務を越えた道徳的価値のある医療行為）の存在を認識すべきだと論じた。職業倫理や医学教育が実践的で効果的であるためには、適切な要求水準と適切な項目数の内容を持つことが大切であるとも述べた。また医学教育においても、未だ完全に遵守されていない、それなくしては患者の利益や福利が保証されないような職業義務を優先して教育すべきであると論じた。職業人として必須の義務は徹底的に教育すべきだろう。

では医学教育上、医師の職業的超義務行為を実際にどのように扱えばよいかを考えてみたい。我々は、医師の職業的超義務行為について、医師の職業倫理教育で一切触れるべきではないと主張するつもりはない。前にも述べたが、医師として目指すべき理想、医の倫理綱領で謳われている高邁な医師像を示すことは重要だと考える。そして、学習者に医師の職業的超義務行為の善さを認識させることは、自分の職務や人生の意義を実感させる上でも大きな意味がある。そして、それによ

って自発的に人のためになろうという気質が培われる可能性もある。患者の利益のために行動しようという気質を持つことは、継続的に医師の義務を遂行する上でも、医師自身が幸福に仕事を続ける上でも重要であろう。

にもかかわらず、社会的存在である自分を自覚し、自分の多様な役割に付随する様々な個人的職業的そして社会的義務を認識することも極めて重要である。医師としての基本的な職業的義務と個人としての多種多様な社会的役割から派生する義務を果たした上で、職業的超義務行為を行うことは基本的に好ましいことだと学習者に語り、また実践する姿を見せることは好ましいことだと考える。たとえば、家族にも他の医療従事者にもけっして害や苦痛、迷惑をかけない状況で、かつ、自らへの過負荷にならない範囲で休日に患者の状態を見に行くことは善いことだろう。そして、そのような自分の姿を教育の過程にある若い医師に見せるときには、「このような行為は義務ではないが患者の利益になる善いことだ。しかし、これによって自分の他の義務を蔑ろにしてはいけない。医師として生きるという理由で、他の義務や配慮を怠ることは正当化されない」と明確に教育すべきである。職業的超義務行為をすべての義務を果たした上で行うことは善いことである。そして、善意に基づいた自発的な利他的な行為が適切に行われれば、世の中はより住みやすいものになるだろう。

最後に2006年のHasting Center Report 7 - 8月号に掲載されたケース・スタディー「学部長はどうすべきか(What Should the dean Do?)」を簡単に紹介したい(15)。舞台は重症急性呼吸症候群(Severe acute respiratory syndrome, SARS)が爆発的に流行している2003年の台湾である。SARSは飛沫感染で容易に人から人に広がる致死率10%の恐ろしい疾患である。医療機関における感染率は高く、感染者の30 - 40%は医療従事者である。医学部長は、このような状況で医学生に関連病院における臨床実習をどのように進めるべきか決定しなくてはならない。学生の保護者は実習を一時中止すべきだと言う。さて医学部長はどうすべきだろうか。

このケース・スタディーでは3つのコメントリーが掲載され、学生を「原則的にSARS患者には接触させない」、「原則的にSARS患者のケアに参加させるが強制はしない」、「学生の話合いで決める」などの見解が提示されていた。医学教育の目的、医師の使命と専門職意識、医学生の社会的義務と責任、医学生の自らを感染から守る能力、そして医師と医学生の差異などが見解の根拠となる重要な概念として言及されていた。さて医学生が臨床教育の一環としてSARS患者のケアにあたるのは彼らの義務なのだろうか、禁止されるべきことなのだろうか。それとも医学生の義務を超えた行為なのだろうか。

我々はSARS患者のケアにあたることは、医師の職業的義務ではあるが医学生の義務ではないと考える。彼らの医療施設における役割にもよるが、医学生がSARS患者のケアにあたることは決して要求されることではない。彼らはまだ医師ではない。その責務も義務も能力も異なる。したがって「原則は患者とのコンタクトはなし、希望者のみ例外的にケアにあたる」という形が望ましいと考える。危険を十分承知の上で自主的にSARS患者ケアに参加する学生の行動はほめられるべきことであろう。

## 参考文献

- 1 McKay A. Supererogation and the profession of medicine. *J Med Ethics* 2002; 28:70-73.
- 2 Camus A. *La peste*. Paris: Editions Gallimard, 1947.
- 3 Keneally T. *Schindler 's List*. New York: Penguin Books, 1983: 176-80.
- 4 The World Medical Association. *Declaration of Geneva*. Sweden. World Medical Association, 1994.
- 5 医の倫理綱領、日本医師会 会員の倫理向上に関する検討委員会 平成12年2月
- 6 Edward S. What are the limits to the obligations of the nurse? *J Med Ethics* 1996; 22: 90-94.
- 7 Ozar D. Profession and professional ethics. In Reich W, ed. *Encyclopedia of Bioethics* [revised edition]. New York: Simon and Schuster Macmillan, 1995: 2103-2112.
- 8 Heyd D. Obligation and supererogation. In Reich W, ed. *Encyclopedia of Bioethics* [revised edition]. New York: Simon and Schuster Macmillan, 1995: 1833-1838.
- 9 Urmson J. Saints and heros. In: Melden A, ed. *Essay in Moral Philosophy*. Seattle: University of Washington Press, 1958: 198-216. Reprinted in: Kuhse H, Singer P, ed. *Bioethics An Anthology*. Oxford: Blackwell Publishers, 1999: 704-712.
- 10 Beauchamp T, Childress J. *Principle of Bioethical Ethics*. New York: Oxford University Press, 1994: 39-56.
- 11 Thomasma D, Kushner T. A dialogue on compassion and supererogation in medicine. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 1995; 4: 415-425.
- 12 International Group Leaders (Daniel Callahan, Project Director). The Goals of Medicine. Setting new priorities. *Hasting Center Report* 1996; 26: S1-S26.
- 13 Downie R. Supererogation and altruism: a comment. *J Med Ethics* 2002; 28: 75-76.
- 14 Baron M. Supererogation. In Becker L, ed. *Encyclopedia of Ethics*, New York: Garland Publishing , Inc.,1992: 1219-1222.
- 15 Eastwood GL, Fu-Chang D, Chen DS, Dwyer J. What Should the dean Do? *Hasting Center Report* 2006;36:14-16.