

医療現場における意思決定のプロセス

——生死に関わる方針選択をめぐって

清水 哲郎

私たちが何らかの病に罹り、治療を受けるというプロセスで、どのような治療を受けるかを決める場面がある。医師をはじめとして、医療者には、日々多くの患者と出会い、治療を依頼され、診察し、適切な治療をするというプロセスで、個別に治療を選択する場面がある。このような、患者側の「決める」場面と医療者側の「決める」場面とが重なって、医療現場における治療方針についての意思決定という場面が形成される。ここでは、単に個人が自らの今後歩む道を決めるという意思決定のあり方を考えれば、それで話が済むというわけにはいかない。患者側が「こうしてもらうことにした」といくら言っても、実際にそれを行う医療側がそれをするに同意しなければ、患者側の意思決定なり選択なりは実効性のないものに終わるし、また、医療側が「これが患者にとって最善なので、これでいこう」といくら決めても、患者側がそれを受け入れなければ実行してはならないとされている。つまり、ここでは《複数の立場にある複数の個人が一つのことを一緒に決める》という類の意思決定が問題になる。

医療現場において、ことに意思決定が問題になるのは、治療方針の候補が患者に有益な結果をもたらすと見込まれるだけでなく、同時に有害な結果を伴う虞がある場合であろう。しかも、ここで益や害が見込まれるという場合、必ずかくかくの結果となると言えない不確定さが、多かれ少なかれある。ことに、見込まれる害が余命の短縮（極端な場合は直近の死）である場合、そのような害が伴うにもかかわらず、何らかの益の故にその治療方針を選ぶとすれば、それはどのような論理によってかが問題となる。

医療現場における意思決定の問題を、以上のように捉えて、本論の前半では複数の人間（当事者）が共同で行う意思決定について考える。まず、(1)「インフォームド・コンセント」をキーワードとしつつ日本の医療現場に流布しているプロセス理解を批判した上で、(2)それに代わる《情報共有から合意へ》というプロセス理解を提示する。続いて、本論の後半では、益と害を伴う治療方針の候補をどう評価するかをテーマとして、(3)相応性プラス意図という考え方を提示し、最後に(4)死が早まるという結果を伴うような問題（その最たるものは安楽死だが）について再考したい。

1 《インフォームド・コンセント》を越えて

現在、日本の医療現場では、〈インフォームド・コンセント〉をキーワードとしつつ医療方針決定のプロセスが理解されている。これは従来のパターナリスティックなプロセスに比べれば一歩前進であるには違いないが、この理解で止まっているは、患者中心の医療にはならない、ということをまず指摘したい。

日本に informed consent が導入された時に、それは「説明と同意」のことだと説明さ

れた¹⁾。医師は患者の病状と治療方針の候補について、適切かつ十分に患者に説明しなければならず、患者はそれを聞いて理解した上で、どうするかを自己決定する、というような決定へのプロセスが提示されたのであった。こうして「説明と同意」という意味をもつ和製英語（ルビ：ジャパニーズ・イングリッシュ）「インフォームド・コンセント」が成立した（以下、これを〈インフォームド・コンセント〉と〈 〉付きで記すことにする）。これがどのように和製英語かということ、例えば多くの病院でしばしば「医師は〈インフォームド・コンセント〉をきちんとしなくてはならない」「〈インフォームド・コンセント〉の際には看護師も同席したほうがいい」といった発言が聞かれるのである。この例のうち、前者は「説明」のことであり、後者は説明がなされる「面談」のことを指している。だが、本来の **informed consent** は決してこのようには使われない——これはあくまでも患者が状況を理解した上で、ある治療を実行することに許諾を与えるという、患者の行為のみを指す語だからだ。「説明と同意のことです」と説明したのは、分かり易さのためであったのだろう。が、それがもたらした影響は、決して無視できない。

「説明と同意」という説明がもたらしたもの 〈インフォームド・コンセント〉 = 「説明と同意」という理解の結果、相当な捩れが生じてしまっている。**informed consent** は、医療方針の決定には、患者が、意思決定のために必要な情報を持った上で、同意を与えることが必要だ、ということを示す用語であった。したがって、ここでは

- ①あくまでも患者が主体である、
- ②確かに患者が **informed** という状態になるためには、医師からの説明が必要であろう。しかし、問題はあくまでも結果として **informed** となったかどうかである。
- ③医師による説明は医学的な内容が中心であるが、それは患者が **informed** となるための諸要素の内の一つとして位置づけ得る。

これに対して〈インフォームド・コンセント〉においては、

- ①' 医療者が半分主体である（なぜなら「説明と同意」の前半は医師が行うことなのだから）
- ②' 「患者が **informed** という状態になる」ことより、「医師が適切な説明をする」ことのほうに焦点が合わせられている。そこで説明以外の、患者が **informed consent** できるようになるための支援が度外視されてしまう。
- ③' 「説明と同意」というプロセスの大枠把握によって、「説明」される医学的情報が、あたかも意思決定の要となる情報のすべてであるような誤解が生じている。

決定の分担論 以上は日本への輸入に伴って生じた問題であるが、加えて、オリジナルの **informed consent** 自体に伴う《決定の分担論》も、問題である。私が「決定の分担論」と呼ぶのは、医師の裁量権の範囲と患者の自己決定権の範囲を定め、両者の間に境界設定をして、「ここまでは医師が決める（裁量する）こと、ここからは患者が決めること」というように主権が及ぶ領域を分けることによって、両者の衝突を避ける理論のことである。この考え方によれば、決定は両者で分担して行われることになる。輸入当初しばしばされた説明は、医師は方針として可能な選択肢を、いわばメニューとして提示し、患者はその中から選ぶ、というようなことであった。

だが、これは人間同士が信頼関係、支え合う関係において一緒に意思決定をするモデル

とは言い難い。一緒に考え、一緒に決めるというよりは、別々に考え、別々に決めているのである。また、放置すれば対立しかねない複数の立場の間を調停するモデルに則った理論というべきであろう²。

2 情報共有から合意へ

共同決定論 以前から私は、意思決定プロセスの大枠を《情報共有から合意へ》として把握すべきだと主張してきた。これは、医療側から患者側への説明（これは医学的情報中心のものとなろう）と患者側から医療側への説明（これは患者の人生や考え方についての情報中心のものとなろう）という双方向の流れを通して、決定の基礎となる情報を共有した上で、一方が他方に同意するというより、双方（当事者）の合意を目指す、というプロセス理解である。したがって、この枠組みは、決定の分担論に対していえば、《共同決定論》というべきものとなる。一般に私たちがこれからどの道を行くか、どう行為するかを決定する際には、《状況をどう把握するか》と《状況に対してどういう姿勢で臨むか》の二項が要になる。そしてこの二項はばらばらに成立するのではなく、対になって成立する。状況をどう把握しているかに、状況に対する姿勢も反映しているということもできる。そこで、複数の人間が共同で決定する（合意に至る）ためには、状況について共通の把握をしていることがまず必要となる。それが《情報の共有》ということ目指されることに他ならない。

さて、このようなプロセス把握は、説明と同意という把握に比していえば、

①患者と医療者が共同の主体となる。

②合意である以上は、当然患者が納得して一定の医療方針を選択することが含まれている。それ故、医療者は必要に応じて、単に説明するだけでなく、患者が自己決定できるようにいかにして支えるかを考えることになる。

③医療方針の決定は患者の人生の中でなされるというあり方が認められることになり（決定の基礎になる情報として、単に医学情報のみならず、患者の人生についての情報が公認されているので）、人生の物語りを創り出し、語りつつ生きる患者中心の医療を指し示している³。

なお、このようなプロセス把握において informed consent は、まず合意が成立した上で、これに基づき患者が医療者に合意された治療をすることの許諾を与えることとして位置づけられる。また、以上では、医療者－患者間の共同決定について言及したが、この共同性は患者とその家族の間にも成立している。治療選択はただ患者にとって《自己決定》の問題なのではない。当事者（あるいはその候補）たち（本人、家族、医師、看護師・・・）にとっても多かれ少なかれ自己のことについての決定である。当事者性が高ければ高いほど、本人の自己決定に加えて、他の当事者たちにとって自分の問題となる。例えば、患者と支え合って暮らしている家族にとって、患者の病が重篤であればあるほど、それは自分の生活、人生設計に影響する。したがって、家族の当事者性が高ければ、どのような療養生活をするかについて、患者と家族の共同の決定が必要となる（この点については後に再度言及する）。

立岩氏による批判をめぐって (1) この最後の点については、立岩真也氏から、かねてより批判を受けているので、ここで答えておく。同氏による清水批判の骨子は、清水は患者と家族が共同で決定するというが、重要な問題であればこそ、家族を決定から排除して患者が決定するというべきだ、というものである（なお、同氏からはもう一点批判を受けているが、それについては後述）⁴、というものであった。確かに、立岩氏が言及する東札幌病院インフォームド・コンセント・ガイドラインも、また私も、医療方針決定は、一般に

- ・ 当事者による共同の決定が望ましい
- ・ 家族も当事者になる（ことがある）
- ・ 当事者性が強まれば、それだけ配慮が必要となる

と考えている⁵。つまり、患者一家族間の共同決定論に他ならない。

立岩氏は、ことに ALS 患者の呼吸器装着をめぐって、上記の考え方を批判して次のような基本的考え方を提示した。

- ・ t1 家族に関係する (st1) からこそ、決定は本人がする。

つまり、本人自身は実は生きていたいとおもっているのに、家族の負担が大きいといった理由で、生を放棄せざるを得ないような状況に追い込まれるというようなことがあってはならないが、清水のように共同決定などと言っていると、そうなる恐れがあるというのである。ただし、では本人が決定するとすればいいかということ、本人が家族の負担を慮らざるをえないとしたら、結局本人の自由な意思が発動できないので、そこをなんとかしなければならぬ。すなわち、

- ・ t2 家族の負担を気にしないですむ状況 (st2) を提示するのでなければ、本人の自由な意思が発動できない（そしてそういう状況はすでにある）。

これに対して、私は次のように応える。

- ・ st2 が存在する状況であれば、家族の当事者性は低くなるので、私の論からしても患者本人の決定が決定的になる → t1 の代わりに、「共同で決定する」といっても結論は変わらない。
- ・ st2 が成り立たない状況ではどうしようというのだろうか。

立岩氏は st2 を欠いた t1 の状況でどうするかは語っていない。語っているとすれば、t2 であり、つまり st2 が成り立っていない状況では、「決定は本人がせよ」と言っておきながら、「本人の自由な意思は発動できない」とも言っていることになる。そうであれば、「共同で決定する」のとどう違うというのだろうか。かつ、現実の ALS をめぐる状況は、st2 はまだまだ現実的ではない。

東札幌病院インフォームドコンセントガイドラインおよび清水の提示する《患者一家族共同決定論》は、生死に関わる選択だけでなく、いろいろな状況を想定している。在宅で

過ごすこと一つとってみても、家族との合意なしには、居心地のいい環境はできないだろう。家族を決定から外して、患者本人がどうすればいいか勝手に決めてよい、ということは現実的ではないし、かえって家族の支え合うあり方を破壊しかねない。家族を当事者としてカウントした上で、患者の意思ができるだけ実現するように、かつそれが家族の負担を過度に増やさないように配慮することは当然である（ケアの社会化という論点がここから出てくるが、本論では割愛せざるを得ない）。そのような配慮の過程で、st2（家族の負担を気にしないで済む環境）が実現したならば、そして、その時なお家族が患者の意向に反対するようであれば、医療者としては、患者の《傍らへと呼び出された者 advocate》（代弁者）として家族を説得する側にまわることになるだろう。

おそらく立岩氏は、st2を欠く状況においてもt1を主張し、かつそこでは「患者の自由な意思は発動」し難いが、それでもなお「発動せよ」というだろう。そこで想定される状況は、家族や周囲との一致を保ちつつ、可能な道はどれかと考えるというような「甘い」状況ではない。「家族の負担を考えると、私はもうこれ以上延命しないでいいです」というような選択が仮想敵としてあり、「でも、本当は生きていのだろ？ そうなら生きればいいではないか」「生きることをまず選んでしまえ！ そうしたら、後はどうにかなるもんだ」と言いたいのだろう。私はこのことを否定しているのではない。患者と家族のコミュニケーションがどうにもならなくなった時点で、立岩氏が示す道は一つの選択肢となる。しかし、「はじめからそう喧嘩腰にならなくてもいいのではないか？」

事前指示 共同決定論の視点からすると、「自律」、「自己決定」といったキーワードで語られる、本人の意思が決定的だという言説を無条件に是認することはできない。医療者は、本人の意向を理解して「なるほど、そのような人生計画・価値観を持っているのなら、確かにこの道を選ぶのがベストだ」と納得しつつ、合意することが、共同決定には必要だからだ。ここからすると、患者が将来自ら意思を表明できなくなるなどの事情で、方針決定に参加できなくなった場合のために、予めどうして欲しいか意思を表明しておくリビングウィルや事前指示書は、書かれた時点で結果として本人が何を望んだかが書かれているが、どのようなプロセスを通してそう書かれることになったのかは分からないことが多い。だが、そのプロセスが分からなければ、それを見せられた医療者は、有無を言わせない結論として、それを受け取るしかない。

もしそこに本人が対話の相手としているならば、本人が家族に気兼ねをしてそう言っているのではないか、間違った理解に基づいてそう言っているのではないか、といったことを、話し合う中で確認することもできよう。また、医療者側として不適當だと思われる本人の希望に対して、それを考え直すよう働きかけることもできよう。絶望して「もうあらゆる治療を中止して欲しい」と語る患者の生活や人間とのつながりをサポートすることによって、その気持ちを和らげ、生きる希望をもつように働きかけることもできよう。だから、本人の「こうして欲しい」という申し出は決して最終的な決断とはならない。だが、本人の対応能力がなくなった時点で「これが本人の意思です」と言われた場合、こうしたコミュニケーションはできず、最終結論として、それが押し付けられることになる。そうならないように、共同決定論に相応しい事前指示のあり方を考える必要がある（どう考えるかは、ここでは割愛せざるを得ないが）。

3 最善の選択肢を見出すこと

先に触れたように、方針選択において状況把握と状況への姿勢が対になって生じるものであれば、状況をどう把握するかによって、方針選択の要点が見えてくる。そして状況の把握の中でも「この患者にとってどうすることが最善か」についての判断が要である。そこで、この点について、次に考えておこう。

どれが最善かのアセスメント 治療には、益とともに害も伴っていることが多い。多くの抗がん剤は、ガンを叩くことによって患者に益をもたらすかもしれないが、同時に副作用をももたらす。あるいは、ある鎮痛薬は、患者の痛みを軽減するが同時に活動力を低下させる、といったことがあり得る。生死が問題になるような選択は、「痛みを緩和する鎮痛薬が、余命を縮めるおそれがある」「苦しみから解放するために死をもたらす」というように、緩和という益と余命の短縮という害とが伴っている場合だと見ることができる。

益や害を比較することが難しいのは、それらが一つの尺度で計れない、多次元的なあり方をしているからである。痛みの多少と余命の長短とは、生命の質と量の関係であって、別の尺度、別の次元のものである。また、同じく生命の質つまり QOL (Quality of Life) のカテゴリーに属するといっても、痛みの多少と活動力の有無もまた別次元のものであって、単純に比較することはできない。

ここで益や害の比較というのは、単に一つの治療の候補について、それがもたらす可能性のある益や害を比較考量するのではなく、ある状況で候補となるあらゆる選択肢（治療方針の諸候補）間の比較であり、少なくともある治療をする場合としない場合との比較でもある。「この抗がん剤を投与すると、延命が見込まれるが、副作用も強い」—だが、「この抗がん剤を投与しなければ、がんの進行を抑えられず、投与した場合にくらべて、余命は相当短くなるが、副作用の害はない」というように。

治療がもたらす益と害は、すでに挙げた例からも分かるように、余命の量（長さ）と質という要素から成っていると一般に見ることができる。そこで、質と量という次元を異にするものを総合的に考えることができるようにする試みとして、QALY (quality adjusted life year) と呼ばれる考え方がある。これは何らかの方法により、質を数的に比較できるようにし、例えば、

治療 A だと、質の程度 2 で 10 年の余命になる : $10 \text{ (年)} \times 2 \text{ (Q)} = 20$

治療 B だと、質の程度 0.5 で 15 年の余命になる : $15 \times 0.5 = 7.5$

これにさらに、治療 A の場合、質 2 で余命 10 年になる確率はいくら、質 1 で 15 年になる確率はいくら・・・と、確率の考え方を入れ込めば、さらに計算は複雑になるが、それなりの計算が可能だろう。

例えば質の程度 2 で余命 10 年になる確率は 70%、程度 1 で 5 年しか余命がない確率 20%、治療がかえって害を及ぼしてすぐ死にいたってしまう確率 10% という場合、次のような計算が考えられる。

$$0.7 \times 10 \text{ 年} \times 2 + 0.2 \times 5 \text{ 年} \times 1 + 0.1 \times 0 \text{ 年} \times 0 = 15$$

だが、個人の治療の選択という場面で、これは一体どういう意味を持つだろうか。右の例の場合、患者は、A だと QALY が 20、B だと 7.5 だから、A のほうがよりよいと言われ

て納得するだろうか。むしろ、「質の程度は2」という数値ではなく、具体的にどういう生活が可能なのか一寝たきりなのか、少しは仕事もできるのか、痛みなどの不快さはあるのか等々を知り、その上で、余命の長さを優先するのか、生活内容（質）を優先するのかを選ぶのではないだろうか。

不確定さ（確率）についても同様であって、重篤な病の中にいる人は、「この抗がん剤はこれまでの実績では効く確率は10%で、大半の場合はつらいだけで、効果はできません」と言われて、計算によってやるかどうかを決めるだろうか。引き合いに出す例としては相応しくないと言われそうだが、もしそのような計算が人の行動に単純に反映するのであれば、宝くじという事業は成り立たないはずである。だが、宝くじを買う人は多い。どんなに益になる確率が低くても、うまく行けば自分にとって重要な益が得られるとなれば、それを験す選択があり得る。

質と量の、あるいはそれらと確率との積として、ある選択肢がもたらすと見込まれる益や害を計算し、それに基づいて行動するという事は、たとえば行政における政策レベルなどでは有効な方法であろう。肺がんになった人を個別に治療するより、肺がんになる人口を減らすべく、禁煙キャンペーンをしたほうが、かかる総経費が少なくて済むというような計算において、QALYは有効であると思われる。あるいは個人レベルでも、治療Aと治療Bについて、患者の事情や意思をカッコに入れて考えた場合、医師としてはどちらをベターとするかという場面でも有効かもしれない。しかし、個別の患者と医療者とが合意を目指して考える場面では、そのような計算ではなく、患者がどういう人生観、価値観を持ち、残りの人生を、現状を考慮した上でどう生きたいのかということが、AかBかの選択にとって肝要な点であるというべきだろう。

以上のことは、質と量の積の定量的比較を否定しているのであって、その定性的比較を否定しているわけではない。医療はそもそもQOLをできるだけ高く、かつ長く保つことを目指す活動にほかならない。したがってある治療がQOLも高めるし、余命を長くもするのであれば、それに越したことはない。だが、すでに言及したように、選択肢AだとQOLは高まるが余命は（他の選択肢を選んだ場合に比べて）短くなる、というようなことが、またQOLのある面は高めるが、別の面は低くしてしまう、というようなことが起きる。その場合、そうした諸要素に起きることの予想を適切に把握した上で、当事者の人生観・価値観に基づく選択に待つという状況になる。

相応性という観点 こうしたことを巡って《相応性 proportionality》を問題にする論（以下、相応性論）⁶があるが、これも、多次元的なあり方（質と量のように）をしている諸価値の定性的比較をする立場の一つである。これは、「益と害のバランスを見る」とか、「状態が厳しければ厳しいほど、強い対応（益もあるが、害も大きい）が相応となる」などと説明されてきた。

相応性原則は、インターネットで検索すると、国際紛争などでの対応の文脈で使われていることがわかる。それは、「相手の状況に対して必要最低限の強い対応が許され、それ以上のことはやりすぎとして許されない」というように定式化できるだろう。例えば「相手国は大量破壊兵器を隠し持っている以上、これに対抗するに先制攻撃をすることが許される」とか、「大量破壊兵器を隠し持っていないことが明らかになった以上、あの先制攻撃は正

当化されない」というような言論は、相応性原則を使っているのである。医療においても、このような考え方が使われる。この場合「強い対応」というのは、強い薬の使用や、侵襲性の強い手術というようなことであり、「強い」は、問題を解決する力が強いというだけでなく、副作用などの害も相当伴っていると、うまくいかなかった場合の害が大きいといったリスクの大きさを示している。まったく副作用やリスクなしに、がんを叩く、あるいは細菌を確実に殺す力をもった薬剤ができたとしたら、厳しい状況になるまで使わずにとっておく「強い薬」とは位置づけられないだろうからである。

だが、目下の状況に対して、どのような対応が「相応である」かを、どう判別できるだろうか。それは、例えば「大量破壊兵器を持っている」という想定された状況と「先制攻撃をしかける」という対応という一対の選択肢を単独で検討しても判別できるものではない。そうではなく、可能な選択肢をすべて枚挙し、比較して、「丁度良い」ものを見出すという、相対的な方法をとらざるを得ない（実際に、いろいろな場で私たちはそのように思考している）。そこで、その点を明らかにする相応性論の洗練された説明として、可能な候補すべてを比較して「与益原則と無加害原則の間の均衡点を目指す」とすることができる。つまり、益を与えようと介入し過ぎると、害が大きくなってしまいが、だからといって、やりなさ過ぎると、益を与え損ねるので、その間の丁度良いところをねらう、ということである⁷。また、相応性は「必要な益を得ることができる選択肢の中でもっとも害の少ないものを選ぶ⁸」と説明することもできる。例えば、苦痛の緩和が必要な益だとして、通常の疼痛コントロールが有効である間はそれを行う。ここにおいては、当該の益の他に、目立った害の可能性はない。だが、コントロールをすると死期を早めるおそれがあるというような状況になったとしたら、どうするか。痛みの緩和を是非達成したい目標とする限りは、そうなっても他により害の少ない方途がない場合は、これを選択するのである。また、通常の疼痛コントロールでは耐え難いつらさがとれないようになった場合、意識を下げるといふ仕方でつらさを感じないようにするという方途（鎮静）が選択肢として考慮の対象となる・・・というようにして、可能な選択肢の間でどれが最もよいかを考えることになる。

予想される結果の評価+意図 相応性論は、倫理学上の結果論者によって主張され、行為の評価に意図を持ち込む立場への批判を伴っていることが多い。だが、私は、以上の相応論に与した上で、意図はなお倫理的評価に必要な要素であり続けていると考える。ある選択肢を相応論によって最善とした場合、そこで選んだ行為を自らが為す際に、それをどういう行為として把握しているかを、あるいはどういう結果を目指す行為であるかを表す記述によって《意図》が示されるからである。例えば、見た目には同じ結果をもたらす鎮静をするにしても「患者の苦痛を緩和するために意識を下げよう」としているか、「周囲のものが見ているのがつらいから、痛がる振る舞いをなくすために意識を下げよう」としているかは倫理的に大いに異なる。この異なりは、「意識が低下した」という結果ではなく、意図に注目してはじめて見えるものである⁹。

4 安楽死と緩和目的の治療

《相応性》という考え方で、病状に対する治療方針を見出すということは、治療が伴う害ないし害の可能性（リスク）が、「余命を縮める」というものである時にも、実際に使わ

れている。そして、その延長線上には、「他に苦痛を和らげる、よりマイルドな手段がもはやなくなっており、苦痛を和らげるためには、死をもたらすしかないという場合には、それを選ぶ」という、安楽死を肯定する論が見えてくる。

例えば 1990 年の時点で、WHO の緩和ケア（疾患自体を治そうとするのではなく、疼痛をはじめとする、精神的なものも含めたさまざまな苦痛を緩和することによって、患者・家族がよりよく日々を過ごせるようになることを目指すケア）の報告書¹⁰は、安楽死を明確に拒否している。が、他方で、他によりよい手段がない場合には、苦痛を緩和する治療が死期を早める虞があるとしても、それをすべきであると、また、ある治療が徒に延命をしているに過ぎず、延びた命がただつらいだけのものであるというような場合に、それを中止することがあり得る、としている（もちろん、これらを選択する際には患者の意思を尊重するという要素が当然加わるのだが）。

また、東海大付属病院事件の横浜地裁の判決中で言及された、安楽死が許される 4 要件がよく引き合いにだされる。

1. 耐えがたい肉体的苦痛がある
2. 患者の死が避けられず死期が迫っている
3. 患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に代替手段がない。
4. 患者本人が安楽死を望む意思を明らかにしている

つまり、状況とそれに相応する応対という観点では、他に耐え難い苦痛を和らげる方法がないという場合にはじめて「積極的に死なせる」という安楽死が《相応》となるのである。以上のように、相応性論は、こうした局面でも実際に使われている。

さて、こうした場面を考えるに際して、まず、私がこれまでもしばしば挙げてきた区分を少し改訂して示しておこう。つまり、緩和を目指す治療ないし不治療が余命を縮める結果（これを以下では「縮命」と仮に称することにす）を伴う場合について分類すると、それは「死を意図しているかどうか」「治療をすることか、あるいは、治療をしないないし中止することか」の組み合わせによって、別図のように 4 通りに分類できる。

別図 苦痛の緩和と死・縮命が連動する働きかけ

- 1 縮命（ないし延命しないこと）を意図している
 - 1-1 積極的に死をもたらす介入： 安楽死 旧・積極的安楽死
 - 1-2 徒な延命・生命維持等の治療停止・不開始（QOL 向上は伴わない）： 旧・消極的安楽死／時に尊厳死とも
- 2 縮命（ないし延命しないこと）を意図してはいない
 - 2-1 縮命（＝死期が早まる）を伴う、積極的な緩和治療
 - 2-2 縮命を伴う、QOL 向上を目指す治療停止・不開始

この区分は、状況がどのようなか度外視して、対応の仕方だけに注目して、それがどのような結果を伴うかによって区分したものである。すなわち、対応が患者の死を早め

る・延ばさないことを意図しているかどうかはまず区別される（1と2）。次に、それぞれについて、何らかの働きかけをすることなのか、それともしないこと・中止することなのかによって X-1 と X-2 が区別される。

安楽死をどう位置づけるか—立岩氏による批判をめぐって(2) さて、立岩氏はその論文一本を投入して、安楽死に関する私の立場を批判している¹²。その結論は、私からすると「私が言っていることと変わらないではないか」と思われるところが大半である。しかし、立場の違いが垣間見えるような部分もあり、目下の問題を明らかにするために有効とも思われるので、ここで取り上げたい。氏の批判の骨子は次のようなものである——清水は QOL を高める治療が余命を短縮する場合は容認するが、意図的に死なせることは認めないと言っているようで（ここまでは同意できるが）、結局は安楽死を容認する立場になってしまっている。

確かに私がかつて提示したこと（1997、2000）は、考えが展開していることもあって解り難いところがあるので、まずまとめてみる¹³。私が提示したかったことは次のようなことであった。

第1段階（基本的立場）： 緩和目的の治療・治療中止に縮命が伴うことを許容する

- a. （別図の）2-1 を推奨する： QOL を高めるないし保持する医療行為が、副作用として死期を早める結果になる（と予想される）場合であっても、外によりよい選択肢がない限りそれを実行する。
- b. 2-2 を推奨する： 治療が、患者にとって利益を上回る QOL の低下をもたらす場合には、中止が死を早める結果となると予想されるとしても、中止する。
- c. 1-1 および 1-2 を認めない： 意図的に死を目指すものである安楽死は、積極的なものであれ消極的なものであれ、認めない。

これは、緩和ケアに関する国際的標準的見解（先に言及した WHO 報告書）を援用し、基本的にこれに同意しつつ提示した線である。ただし、標準的見解は、安楽死ということで 1-1 つまり積極的なもののみを視野に入れており、1-2 は、徒な延命治療の中止ないし不選択として許容されると考えていると思われる。この点で、c は、諸外国の標準的見解よりも厳しい線を出している。とはいえ、私は 1-2 と 2-2 の区別についてこれまで曖昧なところを残してきた（したがってこの面での b によって推奨されることと、c によって否定されることの区別の曖昧さに手をつけなかった）ので、本論で後ほど吟味し直したい。

第2段階（未解決の問題）： 上記の基本的立場では、非意図的縮命と意図的に死なせる安楽死との境界線が必ずしも明確でない点を、a により推奨される 2-1（縮命を伴う緩和治療）と、c により否認される 1-1（安楽死）の間の連続性を示すことによって突き詰める¹⁴。

- d. 問い： 緩和を意図する医療行為の結果としての（あるいは予想された限りでの）縮命（=2-1）なのか、意図的な縮命（=1-1）なのか、外から見る限り判別できない場合にどうするか（e. g. 苦痛を和らげる治療が極端に死期を早め、意図的に死なせる措

置と、結果として起こっていることに差がない、というような状況)。

答え：緩和を意図したと解釈できる場合と、死を意図したとしか解釈できない場合との間で線引きをし、前者を容認する。

- e. 問い：緩和のためにできることが、意図的に死なせる (=1-1) 以外にない場合はどうするか。

答え：a の精神は、たとえ余命が縮まるとしても、苦痛の緩和をするというものだった。今問われている状況で、意図的に死なせるか、苦痛を耐えよと言うかといえ、前者のほうが、a に適っているといえよう。ただし、それは「端的に〈死なせること〉を意図する」とではなく、あくまでも「〈苦痛の緩和のために死なせること〉を意図する」というべきである¹⁵。

私の公的な主張はあくまでも第1段階の基本的諸条項 a~c であり、この限りでは緩和ケアの専門家の間での標準的見解を支持するものである。だが、ここで終わらずに第2段階を付け加えているのは、a~c にこのままでは曖昧なところが残っているからに他ならない。それを「残された問題」として提示している。つまり d、e の論点は、a によって推奨される行為と c によって否認される行為との間の線引きをより精確にする作業、あるいは、両者の連続性の故に論理的には c に該当する行為を a によって排除しきれないということを確認する作業、にほかならなかった。

つまり、縮命をとまなう緩和治療と安楽死の間は、差し当たって「緩和を意図」したのか「死を意図」したのかという点で差異化されているように見える。だが、両者間の線引きは明確になされたわけではない。「緩和を意図している」としつつ副作用として余命が縮まる緩和治療をする際に、その余命の縮まり方はさまざまであるが、例えば、鎮痛剤を投与すると、痛みはなるほど軽減されるが、余命は1時間くらいになってしまう、というようなことでもいいのか、ということである。これが d の問題である。そして、これについて「緩和を意図していると解釈できる」と「死を意図しているとしか解釈できない」との間で線引きをしているが、これは、a と c の間の線引きをより明確にしようしつつ、a が安楽死に限りなく近い行為をも許容・推奨するものであることを示すことにほかならない。

このように論じた時に、私は実践の現場で考え込む医師・ナースを念頭においていた。「これを投与すると、呼吸抑制が起こってしまう可能性があるんですよ」と躊躇することばをしばしば聞いてきた。だが、だからといって投与しなければ、患者の苦しみは軽減できない。その葛藤はどう論じても消えようがないし、また、消す必要もないだろう。「緩和意図だからやっ払いんだ」と妙に納得して、縮命のおそれがある治療を躊躇なくする医療者になって欲しいわけではない。ただ「これで仕方ないんだ」という理解は必要だと思った。

さて、こういう状況の延長線上に e の問いが想定する状況がある。つまり d において排除された「死を意図しているとしか解釈できない」=「死を意図していないとは言えない」場合について、それしか緩和の手段がないとしたらどうするかという問いである。これに対して、「そのような行為は容認できない」とする立場をとることは、そのような状況におかれた患者に「耐え難い苦痛を耐えよ」ということになる。私はそうは言えなかったので

ある。

確かに e は、先に立てた c を取り消すものと見えるかもしれない。両者を並列におけば、そうなるだろう。だが、以上のような文脈においては、単に c を取り消しているわけではない。むしろ、こう見ていただきたい。論理的に整理すれば、第 1 段階では、まず「余命を縮める結果を伴う、緩和意図の行為」を一般に認め（これは a そのものではない）、次に、その認める行為の範囲から「死を直接意図する行為」を排除した (=c) ののである（a は、この結果残った行為を認めるもの）。だが、ここでの排除はどういう排除だったのか？緩和医療の専門家による c（安楽死は許容しないこと）の主張は、自分たちがあくまでも患者の苦痛の緩和を意図するのであって、決して死なそうと意図しはしないという宣言であり、心構えだったと見るべきである。そしてそれに私は賛同する。

だが、可能性として論理的に言えば、「苦痛の緩和のための手段が死なせるほかにない」という仮想状況においては、「死なそうと意図する」のでなければ「苦痛の緩和を意図する」こともできなくなってしまう、というのが e の場面である。つまり e の場面では、c にしたがって、「死なそうと意図しない」とすることは、a の「苦痛の緩和という意図」も放棄することを意味するのであり、ここでも a を保とうとするなら、「死を意図する」ことも許容せざるを得ないことになる。そして、私は、a を c に優先するものとして選んだということなのである。

安楽死とは、そもそも「耐え難い苦痛からの解放」を目的とし、それを達成する手段が「死なせる」以外にないという場合に、死なせる行為をすることによって結果するものである。そういう意味では、はじめから安楽死は「緩和目的」でなされることに違いはない。ただ、苦しんでいる生からその苦しみを取り去った後には、生そのものもなくなってしまうということが問題なのだが、その点では d も実質的に変わらない。だから、a の内部に d を認めるという方向にもう一歩進めば、e もまた a のバリエーションの一つということになるだろう、と、あえて指摘したのである。

要するに、a と b を一貫して保とうとした上で、c を医療者が実践する者として状況に臨む際の姿勢を示すものとし、論理的には a の解釈として、d ~ e を立てるという主張をしたことになる。つまり、論理的には安楽死の可能性をぎりぎりのところで認めつつ、実践的にはこれを限りなく 0 に近づけたい、ということ、c と e によって表わしていることになる。

そこで、もし私が e を認める点を批判する場合には、批判者は（例えば立岩は）「では、e が問われる状況において、あなたは患者に耐え難い苦痛を耐えよというのか」という問いに自ら答えた上で批判するものでなければならない。

(1) これに対して「そうは言わない——むしろできる限りのケアをする、またはそういうケアをする体制を整えることを考えよ」と答えるとしたら、私は再度「もし、できる限りのケアをして、耐え難い苦痛が耐えられる程度にまで軽減されるようであれば、それははじめから e の場面のことではなかったのだ——e の場面ということでああなたが答えなければならない状況は、他に緩和の手立てがないときに、どうするかなのだ」というだろう。

また「耐え難い苦痛をなんとかできるケアの体制を整えよ」という応答に対しても、「ケアの体制を整えることによって、耐え難い苦痛が緩和され得るケースは e の場面ではない——また今後のケア体制のあるべき姿について語っているのなら、今現に苦しんでいる患

者には耐え難い苦痛を耐えよと言っていると解しているのか」と問い返すだろう。

(2)また、もし、「eのような状況は現実にはない」と答えるなら、「現実にはないかどうかは別問題である、『現実にはない』というのは、eに対する批判ではなく、むしろeを理論的には認めたいうえで、現実にはa～c(せいぜいd)の対応で済むという主張に他ならないのではないかと(そして、そういう主張は緩和医療の専門家がcを主張する時の思いでもある)」と答えるだろう。

そもそも、1990年の時点におけるWHO報告書の見解「安楽死は認めないが、緩和治療が命を縮めることがあっても仕方ない」は、安楽死を選択する必要がほとんどなくなっているという事態を反映している。当時の緩和ケアの専門家は、「他に耐え難い苦痛を緩和する方途がなくても、死なせるということをしてはいけない(つまり、その場合は、耐え難い苦痛を耐えよと患者にいうしかない)」と思っていたわけではなかったはずだ。そういうケースにはまず出会わないと、つまり、緩和ケアの範囲で耐え難い苦痛は緩和できると思っていればこそその見解だったと思われる。

そうであれば、やがて、「命を縮めるような緩和治療はだめである」(つまり2-1の否定)と、緩和ケアの専門家が宣言する日が来てもおかしくない。それは、命が縮まるようであれば、緩和医療をしてはいけない、という意味ではなく、そういう選択肢を選ぶ必要はなくなっているという宣言である。実際、私は緩和ケアの場で、aを説明する際に、以前はとくに但し書きを付けなくても納得されたのだが、最近は「これはあくまでも、緩和目的の治療が余命を縮める副作用をもっている、という仮想状況についての話でして、実際には、こういうことは現在ではごく少ないようですね」などと付言しないと、すんなりと受け入れてもらえないと感じるようになっていく。

考えてみると、a～cは緩和医療の専門家たちが1990年という時点で出した線であり、単に倫理的理論からの帰結ではない。それに対して私は論理的に、d～eを提示したが、その際にeのような状況が現実にあるかどうかと、実際に起こり得る状況を提示しようとして論じたことが、混乱を惹き起こした原因となったのかもしれない。私自身は「理論的には安楽死が許される場合を認めたいうえで、実践的には安楽死を0にすることを目指す」と言って、e状況の論理的検討と、実際の可能性とを区別しようとしてはいたのであるが。

では、eは現実の医療現場では起こり得ない状況になっているだろうか。立岩氏は例えばALSにおける人工呼吸器着脱を巡る問題について、社会的ケア体制の充実により、起こり得ない状況になっている、あるいは起こり得ない状況を作るべきだと主張している。起こり得ない状況を作るべきだという主張には、私も以前から与している。ではそういう状況になっているか、あるいは将来そうなるかということ、そうは言い切れないと考える。ただし、この点が目下の主要な問題なのではない。ケア体制が整っているという状況になっている(あるいはなった)としても、私の以上の主張(a～e)が変わるわけではないからである。私は、ALSだけ、日本の状況だけを念頭においているのではなく、例えば次のような仮想的な状況においても有効であるように考えている。

ALSと非常によく似た疾患が出現し、治療法はない。発病率は非常に高く、24時間ケアを必要とするようにやがてなるであろう。患者すべてに適切なケアをするよう人員を配置

することは全く不可能である（もしそれをあえてしたならば、働ける人全員が今の仕事を放棄して、ケアに携わることになり、ただちに生活者全員が衣食住に事欠くようになってしまうだろう）。このような事情においても、なお、「呼吸器を着けたほうがよく、着けたなら外してはいけない」と言い続けられるだろうか。私はできないと思う。ただし、それでも個々人が可能な限り生きる方途を考えるとしたら、「呼吸器さえ着ければ、まだ自分でいろいろなことができるような人は着け、生き続け、そして動けなくなったら外す」という社会的合意をすることが、「できるだけ多くの人、できるだけ長く、尊厳と権利を保障されながら生きる」ことを実現することが可能な——他の選択肢（「着けないことは選べるが、着けたら外せない」というような社会的合意）よりはベターな——選択肢となることだろう。

以上を要するに、倫理的問題についての論理的議論の組み立てと、現実の状況をどう把握し、その中でどう提言し、社会的合意をどう作っていくかという論点とは区別して考えねばならない。

5 治療不開始・中止と意図の問題

最後に「徒な延命治療をしない・やめる」ことについて、また、ことに「人工呼吸器を外す」ことを例としてとりあげて、そのような行為ないし選択のあり方の分析および倫理的評価について考える。

緩和を意図する中止か、延命しないことを意図する中止か まず、治療の中止についても、前節で検討したような、緩和意図か死の意図かの間に対応する連続性がある（＝1-2と2-2の区分にも曖昧さがある）などの曖昧な点を吟味する必要がある。確かに、ある治療の不開始・中止が、治療をし始める・続行する場合に比べて、患者のQOLを高める・保持する場合は、「緩和を意図して不開始・中止した」（＝2-2）と言える。だが、そうではなく、「この治療をしても、徒に苦しい生を延ばすだけだ」という理由で、不開始・中止する場合、それは「苦しいだけの生を徒に延ばさない」という意図によってなされることになる。それは「苦しさをもたらさない」という意味では、「緩和を意図している」と言えようが、それを「生を延ばさない」という仕方を実現しようとしている。では、これは、「死なせることを意図している」（＝1-2）ということになるのではないか（「苦しいだけの生」より「死」のほうがQOLが高いと言えるなら別であるが、そういう比較がそもそも成り立たないだろう）。否、「延命をしない」という消極的な表現をされる意図を「死なせる」と積極的な表現にしてしまっはまずいだろう。

以前私は1-2を「死を意図する」区分の下においていたが、考えてみれば、延命目的の治療をしないことは「徒な延命はしない」という消極的な意図を伴うとはいっても、そこから「死を意図する」と積極的な表現にしてしまうことは論理的にまずい。つまり1-2は、死を意図するものではなく、あくまでも延命をしないという意図であり、ここまでは許容するという線引きが可能ではないか。つまり、1-2は先には、cによって否定されるものとしたが、これをbによって許容されるものと解し直すということになる。ただし、これは、cの主張自体（死を意図する選択は否定する）を改変するものではない。

さて「苦しい生を徒に延ばす」ことをやめる場合、それは多くの場合何らか QOL の低下を伴う。例えば、呼吸器を外すということをやただそれだけやるならば、意識のある患者にとって大変な苦しみをもたらすであろう。栄養補給の中止が飢餓感をもたらす場合もあるだろう。そのような中止に伴う QOL のマイナスを生じさせないために、緩和的な方途が併用されるとしても、「中止するほうが QOL は高い」(=2-2) とは言い難いことになる。

栄養補給をしない、あるいは中止する場合のように緩慢な経過を辿る場合、「苦しい生を徒に延ばすことはしない」ということは「自然の経過に委ねる」というように説明され、それが事態をうまく説明していると思われる。「延命をしない」と考えたからといって、「死なせよう」と考えたことにはならない、と言えそうである。不開始ないし中止は、「余計な介入を人工的にすることをせず、自然の経過に委ねる」ことであり、死を予想してはいるが、それを早めようというようには意図していない、というわけである。そして、このことには、人工的な介入が本人にもたらす不便・不快さ（つまり QOL の低下）をまぬかれるという面もあると見れば、これは 2-2 に分類できそうである。だが、生き続けるためには人工呼吸器が必要な人から呼吸器を取り去ることは、直近の死を結果する。それでも「延命しない」と考えたが「死なせよう」とは意図しなかった、と言えるだろうか。

不開始と中止 もう一つ注目しておく必要があるのは、日本では不開始と中止の区別が実践的に生きている場があるという点である。呼吸器を着けないと生きて行けない状況になりつつある時に、本人の意思によってはじめから呼吸器を着けないという選択はできるが、一旦着けた呼吸器を外すことはできない、と日本の医療者の多くは言う。だが、安楽死を認めない多くの文化において、呼吸器の中止は特に倫理的に問題になるようなことではない、と考えられている。呼吸器をはじめから着けないことと一旦着けたものを外すこととは随分違うことなのだろうか。あるいは倫理的には区別ない（つまり、不開始が認められる状況では、中止も認められ、中止が認められない状況では不開始も認められない）のだろうか。

不開始に還元される中止かどうか 以上のような問題を検討するために、いくつかのことを順不同に挙げておく。まず、同じく中止といっても、栄養補給をやめるのと、呼吸器を外すのとは大分違う、ということである。中止してから死に至るまでの時間の違いということもあるが、栄養補給をやめるということは、新たな栄養パックを補給しないということ、つまり具体的な行為としては不開始（=しないこと）なのである。これに対して、呼吸器を外すという行為は、スイッチを切るとか、管を抜くというように、何かをすることであって、何かをしないことではない。呼吸器を外すということは、実践的には 1-1 に分類されそうである。

呼吸器を外すことの積極性 以上の最後の点について、以前私は、生命維持の中止は一般に、それがなければ死に至ってしまう人をこれまで支えてきたその支えをやめることであり、支えがなくなれば死に至るであろうが、それは積極的に死をもたらす行為（=安楽死）とは違うと考えていた。このことは栄養補給というような例については妥当すると、現在でも考えている。が、呼吸器の例にはあてはまらないのではないかと思いはじめている。例えば呼吸器を着けることによって、ある安定した空気の身体からの出し入れが成り立って

いる人の場合、身体+呼吸器が一つの全体的な統合を形成しているということになるのではないだろうか。そうだと、言ってしまうと、そこで呼吸器を外すことは、この全体的統合を積極的に崩すことに他ならず、つまりは積極的に死なせる行為(=1-1)となる。それは、たとえば肺を移植することによって生き延びた人が、その肺を除去するというに近いところがあり、「生命維持の中止」という言葉でくくることは不適切な内容を持ったものだということである。

これに対して呼吸器を装着しないことは、統合を崩す行為ではなく、崩れつつある統合を補修しないことであり、生命維持を始めないことであり、確かに1-2になるだろう。このように見るならば、呼吸器を装着しないことと、外すこととの間には、1-2と1-1との差がある。なお、私は、そもそも安楽死(1-1)が倫理的に許容される場合が論理的にはあることを認めているのであるから、呼吸器を外すことを1-1に分類したからといって、だから「そういうことは如何なる場合にもやってはいけない」と主張するわけではない。

おわりに 社会的なルールとして公認することのもつ問題

人工呼吸器を外す選択は、いかなる場合にも絶対的に許されないこととは断定できない。論理的には、このような選択が倫理的に許される場合があることは否定できない。しかし、だからといってそこから、「かくかくの条件を整えば、直近の死がもたらされるとしても、呼吸器を外してよい」というルールを社会的に公認すべきだ(例えば法制化によって)ということに、直ちになるわけでもない。

こうしたルールを社会的に公認することは、確かに一方で、耐え難い苦痛(身体的なものに限らず、精神的なものも含めて)のうちにあり、他にそれを緩和する方途もないような状況におかれた患者に、その苦痛から逃れる最終的方途を提供するであろう。が、他方で、このようなルールが公認されることにより、それまでは「一旦装着した呼吸器は外せない」という医療者の主張によって、自らの生を守られてきた患者に、周囲の圧力がかかるという結果をもたらす。つまり、患者に対して「周囲の人にこれだけ負担をかけているというのに、あなたはなぜまだ生きるほうを選ぶのか」と語りかける、無言の圧力である。そこで、たとえ倫理的に呼吸器を外す可能性が認められたとしても、それを社会的な合意とするプロセスでは、ケアの社会化により、患者が具体的に家族に対して負い目を感じないで済むような療養環境をつくっておく必要がある。

では、そういう環境が実現するまでは、事実上存在している「一旦着けた呼吸器は外せない」というルールを追認するのだろうか。そして、他の方途では緩和されない耐え難い苦痛——自分の意思を他者にまったく伝えることができない状態に置かれるという——を予想して、「そうなったら呼吸器を外して欲しい」と願っている患者に、「耐え難い苦痛を耐えよ」というのだろうか。あるいは「耐え難いほどではないだろう」などと言って済ますのだろうか。

どのように考えるか、選択は難しい。だが、だからといって選択しないわけにはいかない。何もしないということもまた選択だからである。

-
- 1 日本医師会生命倫理懇談会 説明と同意に関する報告書。なお、同時期の一般向け啓蒙書に水野肇『』もある。
 - 2 決定の分担論批判は、清水 1977・・・
 - 3 私は現在《情報共有から合意へ》というプロセス把握に基づく臨床倫理検討システムを開発しつつある。これは、医療者たちが医療現場の個別事例を具体的に倫理的に検討する営みを、支援するものであって、倫理原則、検討シートを核とするツール類と、その医療システムへの組み込み方等からなっている。ここでは詳しく紹介する余裕がないので、URLを紹介するに止めておく。<http://www.sal.tohoku.ac.jp/phil/CESDP/index.html>
 - 4 立岩真也, 『ALS 不動の身体 息する機械』(医学書院 2004年)
 - 5 ガイドラインについては次の URL で参照できる。
<http://www.hsh.or.jp/guideline/guideline1.pdf> このガイドライン作成には私も参加している。清水哲郎・・・(家族も当事者だと言っている文献)
 - 6 従来は二重結果論が有力であったが、最近では結果論者(consequentialist)による相応性論が提示されている。
 - 7 Cf. Jose Pereira & Eduardo Bruera, *The Edmonton Aid to Palliative Care*, Edmonton AB, 1997: pp.3-5 —— (石谷邦彦監訳: エドモントン緩和ケアマニュアル. 先端医学社 1999: 3-5)。
 - 8 Quill TE, Lee BC, Nunn S: Palliative Treatments of last resort: choosing the least harmful alternative, *Ann Intern Med.* 2000; 132: 488—93.
 - 9 二重結果論も、益と害が相伴う行為の倫理的評価をめぐって、相応性原則に加えて、意図のあり方をめぐりいくつかの規定を主張している。それについての筆者の評価については、次の拙論参照。清水「倫理原則をどう捉えるか---二重結果論 vs 相応性論」『臨床倫理学』3, 2004: 70~79 (<http://www.sal.tohoku.ac.jp/phil/CESDP/cleth-3/index.html>)
 - 10 WHO, *Cancer pain relief and palliative care* (WHO Technical Report Series 804), 1990; 世界保健機関編武田訳『がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア』(金原出版 1993)
 - 12 立岩真也, より苦痛な生／苦痛な生／安楽な死, 『現代思想』32-14 (2004年11月号)
 - 13 清水『医療現場に臨む哲学』勁草書房 1997:169~187頁、及び清水哲郎『医療現場に臨む哲学 II ことばに与る私たち』勁草書房 2000:77~97頁参照
 - 14 詳しい検討は清水 1997:186,190~197、同 2000:83~86 参照
 - 15 「AのためにBを意図する」から「端的にBを意図する」とはならないことについては、清水 2000: 参照。