第1章
医の倫理の主要な特徴

目標

第1章を終えると、以下のことが習得できるはずである。

- **倫理が医療にとってなぜ重要なのかを説明できる。**
- **医の倫理に関わる主な文献を示すことができる。**
- **自分自身のアプローチを含め、倫理的な意思決定に対する多様なアプローチを理解できる。**

あるフランス人家庭医の1日
©Gilles Fonlupt/CORBIS

1 医療に特有なこととは？

有史上のほぼどの時代においても、そして世界中のほぼどこにおいても、医師であることには特別な意味がありました。人々は、肉体や精神の苦痛からの解放や、健康や正常な状態への復帰という、最も緊急の必要性に迫られ、助けを求めて医師のもとへとやって来ます。医師に体の最も恥ずかしい部分を含むあらゆる部位を見せ、触り、動かすことを許します。人々がそうするのは、医師は患者の最善の利益のために行動すると信頼しているからです。

医師の地位は国により異なり、ひとつの国の中でさえ異なることがあります。しかし、全般的にその地位は低下しているようです。多くの医師は、かつてほど自分たちが尊敬されていないと感じています。国によっては、医療の管理が医師から専門の経営者や官僚へと移行し、医師が医療改革のパートナーというより、障害とみなされる傾向さえあります。かつては医師の指示に無条件に従っていた患者も、医師の提案が他の医療従事者やインターネットから得た情報と異なる場合には説明を求めます。今では医療技術者、看護師または救急隊員が、従来は医師だけに許されていた処置のいくつかを行うようになっています。

医師の地位を危ぶむこれらの変化にもかかわらず、医療は専門職として、それを必要とする患者に高く評価されています。医学には、最も才能があり、勤勉で、献身的な多くの学生が相変わらず惹きつけられています。患者と学生双方の期待に応えるためには、医師が医療の中核となる価値、特に共感、能力、自律について知り、自ら示していくことが重要です。これらの価値は、基本的人権の尊重とともに、医の倫理の基盤となっています。

2 医の倫理に特有なこととは？

共感、能力、自律は医療のためだけのものではありませんが、医師には、非常に高い次元でこれらを示すことが期待されています。

共感（compassion）は、他者の苦痛に対する理解と気遣いと定義され、医療の

実践には欠かせないものです。患者が抱える問題を扱うためには、医師は、患者が経験している症状とその原因を突き止め、苦痛を取り除く手助けをしたいと強く願わなければなりません。患者が、医師が病気から来る患者の不安を理解し、病気ではなく患者自身を治療してくれていると感じ取ると、よりよい治療効果が表れるものです。

医師には高度の**能力（competence）**が期待され、要求されます。能力がないと、患者を死や深刻な病状に追いやりかねません。医師は、能力を確実に習得するために、長期の訓練を受けますが、医学的知識の急速な発展を考えれば、医師となった後もその能力の維持が継続的な課題となります。さらに、維持を必要とするのは科学的知識や技術だけではなく、倫理的な知識、技術、態度も同様です。医療の実践や社会的、政治的環境の変化とともに、新たな倫理問題が生じるからです。

自律（autonomy）あるいは自己決定（self-determination）は、年月とともに、最も変化してきた医療の核心的価値です。患者の治療方法を決定するにあたり、医師には伝統的に高度の臨床上の自律性が認められていました。医師（医療専門職）は全体として、医学教育や医療水準を自由に決定していました。本書で明らかになるとおり、医師の自律性を前面に出すこのようなやり方は、多くの国において、政府や、医師に関わるその他の規制当局によって、抑制されつつあります。このような難しい状況にもかかわらず、医師は、臨床家と専門職としての自律性をいっそう重視し、それをできる限り守ろうとしています。同時に、患者に影響を及ぼす事項については、患者自身が最終的な意思決定を行うべきだという、患者の自律性（patient autonomy）を認める動きが、世界中の医師の間で広がりつつあります。本書でも、医師の自律性と患者の自律性を尊重するために起こりうる衝突に関わる事例を扱っています。

これら3つの中心的価値を厳守すること以外にも、医の倫理は、たとえばWMAの**ジュネーブ宣言（Declaration of Geneva）**や綱領のような宣誓の形で、公に発表されている（*professed*）*という点で、万人に適用される一般倫理とは異なっています。宣誓や綱領は、国々の間だけでなく国内でさえも異なるものですが、それらには多くの共通点があります。たとえば、医師は自らの利益よりも患者の利益を優先すること、人種、宗教、その他の人権的見地から患者を差別しないこと、

*：イタリック体の用語は用語解説（付録A）に掲載。

患者の秘密を守ること、必要があれば誰にでも緊急治療を提供することなどの約束が含まれています。

WMAジュネーブ宣言

医師の一人として参加するに際し、

- 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。
- 私は、私の教師に、当然受けるべきである尊敬と感謝の念を捧げる。
- 私は、良心と尊厳をもって私の専門職を実践する。
- 私の患者の健康を私の第一の関心事とする。
- 私は、私への信頼のゆえに知り得た患者の秘密を、たとえその死後においても尊重する。
- 私は、全力を尽くして医師専門職の名誉と高貴なる伝統を保持する。
- 私の同僚は、私の兄弟姉妹である。
- 私は、私の医師としての職責と患者との間に、年齢、疾病もしくは障害、信条、民族的起源、ジェンダー、国籍、所属政治団体、人種、性的指向、社会的地位あるいはその他いかなる要因でも、そのようなことに対する配慮が介在することを容認しない。
- 私は、人命を最大限に尊重し続ける。
- 私は、たとえ脅迫の下であっても、人権や国民の自由を犯すために、自分の医学的知識を利用することはしない。
- 私は、自由と名誉にかけてこれらのことを厳粛に誓う。

3 何が倫理的かを誰が決めるのか？

倫理は多元主義的（*pluralistic*）*です。何が善で何が悪かについての意見は分かれ、合意が得られたときでさえ、その理由は異なることがあります。社会によっては、合意が得られないことが普通とみられ、他人の権利さえ侵害しなければ、望むように行動する自由が大幅に認められています。しかし、より伝統的な社会では、どのように行動すべきかについての倫理的合意や社会的圧力が大きく、ときには法に裏打ちされて存在します。そのような社会では、多くの場合、文化や宗教が倫理的行動を決定する支配的な役割を担っています。

そのため、「一般の人々にとって何が倫理的かを誰が決めるのか」という問いに対する答えは社会によって異なり、同じ社会内でさえも異なります。自由主義社会では、家族や友人、宗教、メディアその他、外部の情報から影響を受けやすいものの、個人には何が倫理的かを決定する自由が広く認められています。より伝統的な社会では、個人よりも家族や部族の長老、宗教的権威、政治的リーダーが、何が倫理的かを決めるうえで大きな役割を担っています。

このような相違があるにもかかわらず、いくつかの基本的な倫理原則についてはほぼ合意ができていると言えます。基本的な倫理原則とは、国連の**世界人権宣言（Universal Declaration of Human Rights）**やその他の広く受け入れられ、正式に承認された文書で宣言されている基本的人権です。医の倫理にとって特に重要とされるこの人権には、生命に対する権利、差別、拷問、および残酷で非人道的または尊厳を傷つけるような扱いからの自由、言論と表現の自由、国内の公的サービスに平等にアクセスする権利や医療を受ける権利が含まれています。

医師にとって「何が倫理的かを誰が決めるのか」という問いに対する答えは、最近まで、一般の人々の場合といくらか違っていました。何世紀もの間、医療専門職は自分たちのとるべき行動基準を作り、倫理綱領や関連する方針文書の形で表現してきました。世界規模で言えば、WMAは、どこに住みどこで診療を行うかにかかわらず、医師に求められるべき行動を明示したさまざまな倫理声明を出してきました。大半とは言えなくとも多くの国の医師会は、適切な倫理基準の制定と実施に責任をもってきました。各国の医療法へのアプローチ次第では、それらの基準が法的効力をもつ場合もあります。

ただし、自らの倫理基準を決定できるという医療専門職の特権は、絶対的なものだったわけではありません。たとえば、以下のような例もあります。

- 医師は常にその国の一般法の下にあり、しばしば法律違反で罰せられてきた。

- 医療組織のなかには、宗教的な教義に強く影響を受けているものがあり、すべての医師に適用される義務以外に、宗教的教義による義務が加わる場合がある。

- 現在では多くの国において、相当数の医師以外の人が医師の行動基準の策定や遵守の監視組織に参加している。

医師会の倫理的指示は一般的な性質のもので、医師が医療の場で直面するすべての状況をうまく扱うことはできません。ほとんどの状況で、医師は何が正しい行動かを自分で決めなければならないのですが、そのような決定をする際にも、同じような状況で他の医師ならどうするのかを知っていると便利です。医の倫理綱領や方針文書には、医師がとるべき行動についての一般的なコンセンサスが反映されているので、別の行動をとる十分な理由がない限り、それらには従ったほうがいいでしょう。

4 医の倫理は変化するのか？

長年の間に、医の倫理のいくつかの側面が変化してきたことはほぼ間違いありません。近年まで、医師には患者をどのように治療するかを決定する権利と義務があり、患者からインフォームド・コンセントを得る義務もありませんでした。それと対照的に、WMAの**患者の権利に関する宣言（リスボン宣言）(Declaration on the Rights of the Patient)** 2005年版は次のような文章で始まっています。「医師、患者およびより広い意味での社会との関係は、近年著しく変化してきた。医師は、常に自らの良心に従い、また常に患者の最善の利益のために行動すべきであると同時に、それと同等の努力を患者の自律性と正義を保証するために払わねばならない」。今では、多くの人々が、自分こそが医療提供者であり、医師は助言者か相談相手だと考えています。このセルフケアの重視はまだ一般的にはなっていないものの、確実に広がっています。そして、患者・医師関係は全体的な変化の兆しを見せており、医師に以前とは異なる倫理的義務が生じようとしています。

最近まで、医師は一般的に、自分が説明責任を負う（*accountable*）*のは、自分自身と同僚の医療専門職、そして信仰をもつ場合には神だけだと考えていました。今では説明責任の対象が増え、患者、病院およびマネージドケア（*managed healthcare*）*組織などの第三者、医師免許の発行や規制を行う当局、ときには裁判所に対しても説明責任を負います。第3章で二重忠誠を論じる際に明らかになるように、これらのさまざまな説明責任は、互いに衝突することがあります。

医の倫理は他の面でも変化してきました。人工妊娠中絶に関与することは、最近

まで医の倫理綱領で禁止されていましたが、現在では、多くの国において、一定の条件下で医療専門職に認められています。伝統的な医の倫理では、医師は患者に対してのみ唯一責任を負っていたのに対し、今では、たとえば希少な医療資源の配分といった、社会の要請をも考慮すべきだと一般に考えられています（**第3章参照**）。

医学や技術の発達により、伝統的な医の倫理では答えられない新たな倫理問題が生じています。生殖補助医療、遺伝学、医療情報学、延命措置などにはすべて医師の関与が必要ですが、患者の利益になる大きな可能性がある一方で、実施方法によっては害をもたらすおそれがあります。これらの動きのそれぞれに医師が関与すべきか、関与する場合はどのような条件の下でそうすべきかを決められるよう、医師会は、既存の倫理綱領に頼るだけでなく、それとは異なる分析手法も用いる必要があります。

医の倫理がこのように著しく変化しているにもかかわらず、医師の間では、医療の基本的価値と倫理原則は変わらないし、少なくとも変わるべきではないとの一致した見解があります。人が疾病を避けられない以上、治療をしてくれ、共感と能力をもち、自己決定のできる医師は、これからも必要とされるでしょう。

5 医の倫理は国により異なるのか？

医の倫理は、時代とともに、社会的価値や医学と技術の発展に応じて変わるもので、実際に変わってきています。同時に、同じ要因によって、医の倫理は国によっても異なります。たとえば、安楽死についての各国医師会の意見はかなり違います。安楽死を非難する医師会もあれば、中立的立場をとる医師会もあり、少なくとも1つの医師会、王立オランダ医師会は、条件付きで認めています。同様に、医療へのアクセスについても、すべての市民の平等を支持する医師会もあれば、大きな不公平を容認する医師会もあります。先進的な医療技術の発展によってもたらされる倫理問題に強い関心を抱く医師会もあれば、そのような技術に触れることのできない国では、こうした倫理問題自体が生じません。医師は政府から非倫理的な行為を強制されることはないと信じている国もあれば、たとえば、警察や軍から「疑わしい」傷害を報告するよう要求され、守秘義務などの倫理的義務

を果たすことが難しい国もあります。

このような違いは大きく見えるかもしれませんが、実は共通点のほうがはるかに多いのです。世界各国の医師に共通する点は多く、WMAのような組織で一堂に会した場合、長時間の議論が必要になることは多いものの、意見の分かれる倫理問題でも通常は合意に至ります。それは、共感、能力、自律という医の倫理の基本的価値が、医療のあらゆる側面における医師の経験や技術とあいまって、医の倫理の問題を分析し、一人ひとりの患者や市民そして国民全体の健康にとって最善の利益を見いだすための確実な土台となっているからです。

6 WMAの役割

WMAは、国籍や専門を問わず、すべての医師を代表することを目指す唯一の国際機関として、世界中に適用できる医の倫理の一般基準を確立する役割を担ってきました。1947年の設立当初から、ナチス・ドイツなどにおいて医師が犯した非倫理的な行為の再発防止に取り組んできました。WMAの最初の任務は、ヒポクラテスの誓いを20世紀に合わせて最新のものにすることでした。その成果が**ジュネーブ宣言**であり、これは1948年の第2回WMA総会で採択されました。その後幾度か修正され、最近では2006年に修正されています。第二の任務は、**医の国際倫理綱領（International Code of Medical Ethics）**を作成することで、こちらは1949年の第3回総会で採択され、1968年、1983年、2006年に修正されています。その次の任務は、被験者を用いた研究のための倫理的指針を策定することでした。これには、先の2つの文書よりもはるかに長い時間がかかり、1964年にやっと、**ヘルシンキ宣言（Declaration of Helsinki）**として採択されました。これも同様に、ときに応じて修正されており、最近では2013年に修正されています。

これらの基本的な倫理規定に加えて、WMAは、これまで100以上の特定の問題に関する文書を採択してきました。それらの大部分は倫理的な内容ですが、医学教育や医療制度を含む社会医学問題を扱ったものも少なくありません。毎年のWMA総会で、既存文書の修正や新規文書の採択を行っています。

7 WMAは何が倫理的かをどのように決めるのか？

医師のような比較的結束力の強いグループ内においても、議論の多い倫理問題について国際的合意に到達することは、簡単なことではありません。毎年の総会で、倫理に関する新規文書や修正案の採択には4分の3以上の賛成を要求することによって、WMAは倫理指針における合意の確保を図っています。この高いレベルの合意に達する前提条件には、草案段階での十分な協議、WMA医の倫理委員会や、その問題のために特別に設置された作業部会に提出されたコメントの慎重な検討、それを受けての草案の改訂とそれに続く協議があります。このプロセスの長短は、問題の複雑さや新しさによって決まります。たとえば、ヘルシンキ宣言のある修正作業は1997年初頭に始まり、2000年10月にようやく終了しました。このときでさえ未解決の問題が残り、それらは医の倫理委員会や継続的な作業部会によって引き続き検討されています。

よいプロセスはよい結論を導くうえで必要ですが、よい結論を保証するものではありません。何が倫理的かを決めるとき、WMAは、すでにあるWMAの倫理規定や関連文書に反映されている医の倫理の長い伝統を参考にします。また、各国組織や国際組織、倫理に詳しい人が、その問題に対してどのような立場をとっているかにも留意します。インフォームド・コンセントなど、WMAが多数派意見と一致する場合もあります。一方、たとえば個人の医療情報の守秘義務などでは、政府や医療制度の管理者、さらに民間の事業者に対して、医師の立場を強調した意見にならざるをえないこともあります。WMAを特徴づける倫理に対するアプローチは、患者個人や被験者の利益を優先する点です。ジュネーブ宣言から引用するなら、医師は「私の患者の健康を私の第一の関心事とする」と約束しています。また、ヘルシンキ宣言では、「医学研究の主な目的は新しい知識を得ることであるが、この目標は個々の被験者の権利および利益に優先することがあってはならない」と述べています。

8 個々人は何が倫理的かをどのように決めるのか？

医師個人や医学生個人にとって、医の倫理は、WMAその他の医療組織の勧告に

単に従っていればよいというものではありません。通常、これらの勧告の内容は一般的で、現在直面している具体的状況に適用すべきかどうかは、各自が決定する必要があります。しかも、医療の場では、医師会の指針がないような倫理的問題が数多く生じます。自らの倫理的決定とその実行に対して、最終的に責任を負うのは個人です。

本書の冒頭で示した倫理問題については、さまざまなアプローチがあります。大まかに言って、それらは合理的でない（non-rational）か、合理的である（*rational*）*かの2つのカテゴリーに分けられます。合理的でないとは、不合理（irrational）という意味ではなく、意思決定に際して、体系的、意識的に合理的理由を並べるようなアプローチとは区別されるという意味なので、この点に留意することが必要です。

1）合理的でないアプローチ：

- **服従（obedience）**は、倫理的決定方法として、特に子どもや、権威的組織（たとえば、軍、警察、ある種の宗教団体、多くの企業）のなかで働く人によって、よくとられる方法です。この場合の道徳性は、権威者のルールや指示に賛成するかどうかではなく、それに従うところにあります。

- **模倣（imitation）**は、正邪に関する判断を自分以外の他人の判断に依存する点で服従に似ています。従うのは自らモデルと定めた対象です。この場合の道徳性とは、モデルにならうことです。おそらく、向上心に燃える医師が医の倫理を学ぶ際に最もよくとる方法で、モデルは先輩医師であり、道徳の修得方法は、そこに描写されている諸々の価値を観察し理解することです。

- **感情（feeling）**や**願望（desire）**は、道徳的意思決定や行為に対する主観的アプローチです。何が正しいかは、何が正しいと感じるかであり、自らの願望を満たすことです。誤りとは、誤っていると感じることであり、願望を満たさないことです。この場合の道徳性の尺度は各個人のなかにあり、もちろん人によって大きく異なり、同一個人でもときによって異なることがあります。

- **直観（intuition）**は、ある状況における正しい方法を直ちに知覚することです。完全に主観的だという点で、願望と似ています。ただし、意志というより心に

位置する点で願望とは異なります。その限りでは、服従、模倣、感情、願望よりも、倫理的意思決定に関する合理的方法に近いと言えます。しかし、直観は体系的でも意識的でもなく、単なる洞察によるひらめきを通じて道徳的決定を導いています。感情や願望のように、人によって大きく異なり、同一個人でもときによって異なることがあります。

- **習慣 (habit)** は、道徳的意思決定を行ううえで非常に効率的な方法です。以前扱った倫理的問題と同じような問題が生じるたびに、体系的な意思決定の過程を繰り返す必要がないからです。ただし、習慣のなかには、よい習慣（例：真実を伝えること）ばかりではなく、悪い習慣（例：嘘をつくこと）もあります。しかも、同じように見える状況でも、大幅に異なる決定が必要な場合もあります。したがって、習慣は有用ではあるものの、これだけに頼ることはできません。

2）合理的アプローチ：

倫理学は道徳性の研究なので、意思決定や行為にこれらの合理的でないアプローチが広くとられていることは認識しています。しかし、倫理学が主として取り組んでいるのは、合理的アプローチのほうです。それには、義務論、結果主義、原則主義、美徳の4つのアプローチがあります。

- **義務論 (deontology)** は、道徳的決定の基礎となりうる根拠の確かなルールを探求します。たとえば、「すべての人は等しく扱われるべきである」があります。その根拠は宗教的だったり（例：神が創造した人はすべて等しいという信仰）、宗教とは無縁だったりします（例：人間はほぼすべて同じ遺伝子を共有している）。ルールはいったん確立されると、特定の状況に適用しなければならないものですが、ルールが求めることについて合意が得られない余地が往々にしてあります（例：他の人間を殺してはならないというルールは、人工妊娠中絶や死刑を禁止できるのか否か）。

- **結果主義 (consequentialism)** は、異なる選択と行動から起こりそうな結果や事態の分析を基盤として倫理的意思決定を行います。正しい行動とは、最善の結果を生む行動です。もちろん、何をよい結果とみなすかについて合意が得られないこともあります。結果主義の典型は、**功利主義 (utilitarianism)** で、それは「効用」を尺度として用い、それを「最大多数の最大幸福」と定義します。医療

に関する意思決定において、結果を測る他の尺度としては、費用対効果とQOL（quality of life、生活の質）があります。後者は、QALYs（quality-adjusted life-years、質の面を計算に入れた生存期間）や、DALYs（disability-adjusted life-years、障害の程度を考慮に入れた生存期間）で評価されます。結果主義の支持者は、一般に原理・原則をあまり使いません。原理・原則はその意義を確定しにくく、相互間に優先順位をつけることや実際に適用することが難しいからです。しかもいかなる場合にも、結果主義にとって、道徳的意思決定の際に重要なはずの結果を考慮に入れないからです。しかし、このように原則を除外したために、結果主義では「結果が手段を正当化する」という非難をかわすことができません。たとえば、重要な社会の目的達成のためには、個人の人権も犠牲にできることになるという非難です。

- **原則主義（principlism）**は、その名が示すように、倫理原則を道徳的決定の基礎とします。ルールと結果の両方を考慮しつつ、正しい行為を決定するために、これらの原則を特定の事例や特定の状況に適用します。特にアメリカ合衆国において、原則主義は近年の倫理的議論のなかで決定的な影響力をもってきました。なかでも、自律性の尊重（respect for autonomy）、善行（*beneficence*）*、無危害（*non-maleficence*）*、正義（*justice*）*の四原則は、医療における倫理的意思決定に最も重要なものとされてきました。確かに、原則は、合理的意思決定に重要な役割を果たします。しかし、この四原則を選択すること、特に自律性の尊重を他の3つの原則よりも優先することは、欧米の自由主義文化を反映しており、必ずしも普遍的ではありません。しかも、状況によっては、これらの四原則が衝突することも多く、そのような衝突を解決するための基準や手順が必要となります。

- **美徳（virtue ethics）**は、意思決定よりも、その行動に表れる決定者の性格を重視します。美徳はひとつの優れた道徳性です。先に述べたように、医師にとって、特に重要な美徳のひとつは共感です。その他には、正直、思慮分別、献身があります。これらの美徳をもつ医師はよい決断をし、うまく行動します。ただし、有徳な人であっても、状況によってはどうすべきか確信をもてないことが多々あり、誤った決定を避けられません。

これら4つのアプローチや、これまでに提案されたそれ以外のアプローチのいずれも、普遍的な賛同を得てはいません。倫理的な意思決定のためにどの合理的ア

プローチを選ぶかは、合理的でないアプローチと同じように、人によって異なります。それぞれのアプローチには一長一短があるのだから当然であるとも言えます。おそらく、この4つを組み合わせ、それぞれの最善の特徴をすべて含んだものが、合理的に倫理的決定を行うための最善の方法ではないでしょうか。つまり、ルール（義務論）や原理・原則（原理主義）を状況に合わせて最大限に利用すれば、それらを十分考慮したことになります。また、代替案ごとに起こりうる結果（結果主義）を検討すれば、どの結果が望ましいかも判断できます。結局、決定に至るまでと、それを実行するまでの行為の両方を正しく行ったことになるでしょう（美徳）。このようなプロセスには、次の段階が含まれます。

1. その問題が倫理的な問題か否かを判断する。
2. 一般的にそのような問題を医師がどう扱うのかを知るために、医師会の倫理綱領や方針、および信頼のおける同僚などの権威ある情報を参考にする。
3. いくつかの解決案について、それぞれが支持する原理・原則と価値、およびそれを選択した場合の結果を考慮して検討する。
4. 選択した解決案を、それにより影響を受ける当事者と話し合う。
5. 影響を受ける当事者に対する思いやりを忘れずに、決定し、実行する。
6. 自分の決定を評価し、将来は別の行動もできるようにしておく。

結 論

第 1 章では、後の章の基礎固めを行った。医の倫理で特定の問題を扱うときには、医師は歴史を通じて同じ問題に数多く直面しているということ、そしてその蓄積された経験と知恵は、今日でも非常に価値があるということを覚えておこう。WMA やその他の医療組織は、この伝統を継続し、医師にとって役立つ多くの倫理指針を提供している。しかし、倫理問題について、医師の間には広くコンセンサスがあるにもかかわらず、個々の事例をどう扱うかについては意見の分かれることがある。さらに、医師の見解が、患者や他の医療従事者の見解と大きく異なることもある。倫理的衝突を解決するためには、まず、倫理的な意思決定にはさまざまなアプローチがあることを理解しよう。そのなかには、自分自身だけでなく、自分が接する人々のアプローチも含まれる。こうしたことを頭に入れておけば、最善の方法を自分で決定でき、しかも他者にその決定を説明できるはずだ。