The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	インフォームド・コンセント再考 : 専門家システムと現実の再構築
Author(s)	時安, 邦治
Citation	年報人間科学. 2002, 23-1, p. 21-39
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/5459
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

インフォームド・コンセント再考

――専門家システムと現実の再構築――

時安　邦治

〈要旨〉

インフォームド・コンセントをめぐる議論は生命倫理ないし医療倫理の発展において中心的役割を果たしてきた。現在では、医療や人体実験においてインフォームド・コンセントが必要であることが医療現場ではほぼ常識となっている。しかし、従来のインフォームド・コンセント肯定論は患者の自己決定権の保障という観点から基礎づけられてきた。けれども、この立場は実際の医療過誤裁判の中で「どのような存在が人格であるか」という議論に収斂しがちである。また、生医学研究者の側からは、研究の自由を守るための妥協として、とりあえずインフォームド・コンセントを得ているにすぎないということもありうる。このように、インフォームド・コンセントが直面している限界を克服するために、私は社会学者のギデンズのモダニティ論における「専門家システム」という概念から、新たなインフォームド・コンセント肯定論を構想する。医療というシステムは専門家システムであり、「アクセス・ポイント」である医師は、専門家システムに対する信頼を確保するためにインフォームド・コンセントを得なければならない。また、患者が「治癒のイメージ」を獲得し、現実を再構築し、自己アイデンティティを回復して病気の治療に専念できるようにするためにも、適切なインフォームド・コンセントは不可欠である。私はこの立論が倫理学をさらに発展させる契機となることを期待する。

キーワード

インフォームド・コンセント、生命倫理、アンソニー・ギデンズ、専門家システム、アイデンティティ

医療技術が飛躍的な進歩を遂げ続けている現在、時として新しい医療技術はわれわれの倫理の枠組みで処理できない問題を引き起こす。医療領域にまつわる問題について考える倫理学は、これまで「医療倫理（学）」ないしはもう少し幅広い事柄を対象とするものとして「生命倫理（学）」と呼ばれてきた。bioethicsという言葉の最初の用例としてたびたび挙げられる一九七一年のファン・レンセラー・ポッターの著作を生命倫理の出発点とするなら、すでに生命倫理には三〇年にわたる歴史があることになる。グレゴリー・E・ペンスによれば、医療倫理の誕生は一九六二年、シアトルの「神の委員会」がまだ実験段階にあった血液透析治療を受ける患者を選択することになった時点であり、生命倫理の歴史はさらに約一〇年長くなることになる。この間に生命倫理がなしとげた成果を決して安く見積もるべきではない。とはいえ、この期間に生命倫理が果たした機能を覚めた目で眺めることもまた必要であろう。

インフォームド・コンセント（説明と同意）をめぐる議論は、生命倫理の発展に中心的な貢献を果たしたと述べても過言ではない。いわゆるインフォームド・コンセントとは、生医学的（バイオメディカル）研究および臨床医療行為を行う場合に、患者が医師からその医療行為について、効果、リスクや副作用、費用、他の治療法の可能性、治療を行わなかった場合のリスクなどの正確かつ十分な説明を受けた上で、強制なしにどのような医療行為を行うかを選択・決定することを意味する。身体の不可侵は人権の大きな要素であるが、医療行為が身体への介入を必然的に伴う以上、それは人権侵害と紙一重の行為である。したがって、医療行為（あるいは科学）という名のもとに行われる人権侵害を防ぐためには、インフォームド・コンセントが不可欠だという認識は、日本でもほぼ医療現場の常識になりつつある。

私は自分の個人的な経験から始めることにしたい。以前、私がとある疾患で公立の大病院に掛かっていた時のことである。血液検査の結果から尿酸値が高いことがわかり、私は内科の診断を受けるように指示され、予約をとって受診することにした。内科はどこの病院も混雑するものなので、予約日は朝早くから病院に行って待合室で順番を待ち、一時間ほどしてからようやく診察室に通された。私の体格を見るなり、医師は「太りすぎだな」とこぼし、大きな音でパソコンのキーを叩いたりしながら（それは文字通り叩くといった感じだったのだが）、「君はこのままではちゃんとした生活ができない。今の段階では何とも言えないので、とりあえずひと月くらい減量してからまた来るように」と言った。私が「どのくらいですか」と私が質問すると、「まずは一〇キロくらい、それからもう一度血液検査をして変化を見るから」と医師は答えた。そうして、医師は私に会計のための書類を渡し、「じゃ、また」と言った。私は訝しい感じをもったまま診察室を出た。時間にしてほんの二、三分であろうか、その間医師は一度も笑わなかった。その日、私は（健康保険を使った上で）八〇円という診察料を払って家に帰った。わざわざ朝から自分が何をしに病院に行ったのか、まるでわからなかった。一ヶ月で一〇キロもの減量をするなら、せめて食餌や運動についてのアドバイスくらいはして欲しかった。もちろん私は二度と診察室を

訪れなかった（それでも今のところ「ちゃんと」生活しているつもりである）。

それ以来、私の医者嫌いはいっそうひどくなった。もちろん私はああいう医師はほとんどおらず、大多数の医師は「いい人」であるということを知っている。彼にしても、たまたまその日、その時に機嫌が悪かっただけかもしれない。私は朝から何とはなく不安だったし、待合室でも決して落ち着かなかった。診察室で医師にきつくやられてからは、しばらく気分が落ち込んだ。そして、どうにも腹が立った。私の何が悪かっただろうか。けれども、この記述はフェアなものではないだろう。私がことさらに医師を悪く書いている可能性は大いにある。しかし、問題は私がなぜこのように悪い印象をもってしまい、医者嫌いになってしまったのか、ということである。ある特定の医師のパーソナリティを医師全体に拡大投影するのは飛躍であり、正しくないと言う人もいるであろう。だが、私には、あれは医師個人の問題に還元されるべきことではなく、まさしく医療というシステム全体に関わることであると思われる。あの医師は医療に対する私の不安や引け目を医者嫌いへ方向づけてしまう決定的な役割を果たしたのである[1]。

この研究はインフォームド・コンセントをめぐる問題を扱うのであるが、一人の患者であった（そしてまたいつ何時一人の患者となるかわからない）私というところに立脚点を置いている。私の個人的な経験を出発点とし、社会学と倫理学の概念装置を使って、それをいかに抽象化され客観化された議論にまで発展させることができるかを試みたい。この論文では、まずインフォームド・コンセントをめぐる倫理学的議論を簡単に総括する。その上で、従来は患者の自己決定権という論点からのみ論じられる傾向が強いインフォームド・コンセント肯定論を、社会学の知見に基づいて従来とは別の倫理学的観点から立ててみたい。最後に、インフォームド・コンセント反対論に対する反論を述べることにする。

1. インフォームド・コンセントの理論

まずは紙幅を圧迫しない程度に、通説となっているインフォームド・コンセントの歴史を確認しておくことにしよう。インフォームド・コンセントはもともと医療過誤裁判を闘うための法廷戦術上の概念であったが、一九七〇年代にアメリカで医療現場に浸透し、その後アメリカ国外にも広まった。法廷闘争以外の文脈に目を向ければ、インフォームド・コンセントの出発点は人体実験の規制にあったと見ることができる。第二次大戦におけるナチスの戦争犯罪を裁いたニュルンベルク裁判は、その法廷のひとつでナチスの行った人体実験を集中的に審議した。判決文では、医学研究のある段階では人体実験が必要となる以上、これを道徳的・理性的に行うための基本要件が示された。これが後に「ニュルンベルク綱領」（一九四八）と呼ばれるものである。ここには現在のインフォームド・コンセントに通じる基本的な枠組みがすでに示されている。「ニュルンベルク綱領」が医学会に与えた影響は大きく、世界医師会は、「ジュネーブ

宣言」（一九四八）、「医学倫理の国際綱領」（一九四九）、「研究および実験の原則」（一九五四）を次々と採択し、ついに一九六四年の第一七回世界医師会総会で「ヘルシンキ宣言」を採択した。「ヘルシンキ宣言」は医師倫理のバイブルとも言われ、強い影響力を保ちつづけている。その後、アメリカの公民権運動の影響の中で、医療における患者の人権問題も議論されるようになる。この影響を受けて、「ヘルシンキ宣言」が患者の人権を保証するものとして、医療行為全般へと拡大解釈（再解釈）されていき、一九七三年にアメリカ病院協会によって「患者の権利章典」が出されることになる。「ヘルシンキ宣言」が主として臨床テスト（人体実験）のあり方の枠組みを明示しているのに対し、「患者の権利章典」は、文字どおり患者の権利が前面に押し出されているという違いはある。けれども、患者の人権を保証するためにはインフォームド・コンセントが不可欠であるとする点で両者の認識は一致している。こうして、ついにインフォームド・コンセントは一九八三年のアメリカ大統領委員会による「生命倫理総括レポート」で国家の方針として確認される。これをきっかけに日本でも生命倫理への関心が高まり、インフォームド・コンセントは脳死と臓器移植の問題や生殖技術の問題と並んで、生命倫理の中心的テーマとして扱われるようになった。今や、実際の医療の場面でインフォームド・コンセントがいかに適切に行われているかという点からインフォームド・コンセントの現状を調査し、評価する段階に差し掛かっており、インフォームド・コンセントが必要であるという点についてはわが国でもすでに合意が形成されていると言ってよいだろう。

従来の議論では、インフォームド・コンセントの倫理思想的原理は患者の自己決定権の尊重であり、それはパターナリズムの批判ないし否定として表現される。インフォームド・コンセントが原則として確認される前の医療では、いろいろな意味で患者は医師の指示（という名の強制？）に従わざるを得なかった（その傾向がなくなったとは今なお言い難い）。理由は何よりも医学的知識の不平等な領有にある。患者は自分の身体でありながらその仕組みと症状を理解せず、有効な治療法についての判断能力を有さない者と規定される。それに対し、医師は医療の専門家として、患者の利益についてもっとも正確かつ的確な判断を下す能力を有する者と規定される。ここから知識をもつ者が知識をもたざる者の利益を配慮し手を尽くす義務と権限という発想が生じる。患者は自己決定権を見かけ上は医師に主体的に委譲する形で、実のところは半強制的に自己決定権を放棄させられる形で、医療を受けることとなる。それに対し、患者には自分が受ける医療について自ら決定を下す権利を有し、それに付随して意思決定に必要なだけの十分な説明を受ける権利を認める、さらにはこれらの患者の権利を保障するためにインフォームド・コンセントを医師に義務づけようとする考えが、インフォームド・コンセントを倫理的に基礎づけている。

しかしながら、このような自己決定権を基礎とするインフォームド・コンセント肯定論では、インフォームド・コンセントの手続きを法的に処理しようとした時点で新たな問題が生じてしまう。すな

わち、自己決定権を有する人格の条件をめぐって、誰が人格(person)なのかという問いがさかんに議論されるようになってくるのである。形式的に万人に自己決定権を認めるとしても、実質的には痴呆症の老人、幼児や新生児、精神病患者、重度の身体障害者など、自己決定権が認められるかどうかの境界例が多数出てくることになる[29]。すべての線引きがその内部と外部を作り出してしまう以上、生物学的な意味でのヒトと文化・社会的な意味での人格の区別はどこかで受け入れざるを得ないのが実情である。それはつまり、理念の上ではともかく現実の社会生活においては、自己決定権の認められない人々が存在するという事態を不本意ながらも認めるということを意味する。もちろん「厳密な意味での人格」と「社会的な意味での人格」を区別した上で、実際的な解決法として「厳密な意味での人格」でない人々の場合は代理決定を行うことが(少なくとも法的には)可能である[30]。代理人がインフォームド・コンセントを代行することにすれば表向き問題はないが、ある代理人が患者の利益をもっともよく理解しているがゆえにインフォームド・コンセントを代行できるという想定自体は相変わらず疑わしい。患者の利益を(患者に次いで)もっともよく理解しているのは、医療の専門家ではなく、両親、子ども、配偶者といった近親者であるという根拠は何なのか。この代理人という制度がパターナリズムを超えるものだとすれば、それはいったいどういう原理に基づくのか。インフォームド・コンセントをめぐる議論は、まさに倫理学の根幹を揺さぶる問題にたどり着いてしまう。人格をめぐる問いに対してなるだけ精密な答えを出そうとすればするほど、その努力は人格という概念を空疎化してしまう結果になるだろう。人格概念を厳格に規定すればするほど、それはわれわれが常識的に理解している「人間」の姿から遠のいてしまうのである。

インフォームド・コンセントはそもそも被験者の権利を守るための制度ではなく、生医学研究を可能にするための手続きとして成立したことを忘れてはならない。すでに「ニュルンベルク綱領」において、生医学の発展のためにはどうしても研究のある段階で人体実験を行わなければならないことは認められていた。被験者の権利を侵害しないように人体実験を可能にするにはどうすればよいかという問題設定がインフォームド・コンセントの出発点であり、医学の進歩は疑問の余地のない善として前提されていたのである。この生医学研究を行うための倫理規定が、人権意識の拡大と医療過誤裁判の法廷闘争の中で次第に患者の権利を守る原理として特別の尊重を必要とするものとして理解されるようになってきたわけである。そもそもインフォームド・コンセントにはいくつかの弱点がある。多忙をきわめる医師はますます多くの仕事を抱えることになり、診察や治療に使う時間が短くなるかもしれない。余命や治療上の危険性を話すことで患者がショックを受けるかもしれない。長時間説明を聞かされた患者が衰弱するかもしれない。それでいて、治療についての知識が専門的すぎて、説明しても結局患者は理解できないかもしれない。これらの患者の不利益(の可能性)があるにもかかわらず、従来のインフォームド・コンセント肯定論は、患者の自己決定

権の保障という名目のもとにすべての患者に自己決定を要求する。それは患者の権利と利益を守るという口実によって、法と道徳からの政治的介入から生医学研究および治療行為を守る正当化の機能を果たすことになってしまう危険性を常に孕んでいる。「治療を行うならインフォームド・コンセントを得なければならない」という仮言命法、「生医学研究を進歩させるなら人権を守らなければならない」という仮言命法。これらの倫理的仮象性は今や明らかであろう。

インフォームド・コンセントをめぐる議論においては、患者の人権と科学研究の自由という二つの守るべきものがせめぎあい、人権擁護勢力と科学擁護勢力とが人権を自己決定権へと平板化させることで妥協点を見出してきたのである[4]。ここにわれわれは、人権を守ろうとする思想が社会の現実を潜り抜ける中で、かえって人権の理念を形骸化させてしまうという弁証法を見て取ることができる。患者と人体実験の被験者の自己決定権——近年の議論ではここに実験動物の権利も含められるのであろうか——を最大限に尊重することを医師および生医学研究者の義務とするという従来の生命倫理の原則は、生医学研究のために社会から不可侵の領域を確保するためのマニュアルに過ぎないのだろうか。もちろん、そうではないことを私は願っている。

土屋貴志はインフォームド・コンセントにまつわる議論を、「米国では患者が主人公となっている」や「医師と患者を対等にする」といったインフォームド・コンセントを称揚する「プラスの神話」と、「医師／患者間の信頼関係を損なう」や「日本には日本流のものが必要だ」というようなインフォームド・コンセントを（表面上は肯定的に見えても内容的には）否定する「マイナスの神話」とに分類して、四類型いずれも説得的な議論とはなりえていないことを示している。その上で彼は、プラス神話にもマイナス神話にも共通して「近代医療は人々の幸福に寄与する」という信念が潜んでいること暴き出し、このより根本的な「近代医療の神話」を脱神話化することこそが必要なのだと述べる[5]。私としては、それを「神話」と呼ぶことには抵抗がある。確かに「近代医療は人々の幸福に寄与する」というのは事実判断としては誤りであろう。実際、医療は時に人々を不幸にする。しかし、この信念はたんなる事実判断ではなく、その内に道徳的信念を含んでいるのではないだろうか。たとえば、ペンスは医療倫理における道徳原理として「自律原理」「善行原理」「無危害原理」「正義原理」の四つを挙げている。「近代医療は人々の幸福に寄与する」という信念は明らかに「他人に善をなすこと」という意味での善行原理と結びついている。それが「近代医療は人々の幸福に寄与するべきである」という道徳的信念ないし価値判断であることを認めるならば、それを「神話」と呼ぶのは端的に言って倫理学の放棄であろう。しかし他方、社会の現実はあるべき理念から大なり小なりずれているというシビアな眼差しがなければ、批判的な言説それ自体が成り立たなくなってしまう。イデオロギー批判は重要な社会科学の仕事であるがイデオロギー批判がイデオロギーに潜む理念を焼き尽くしてしまえば、その時点でイデオロギー批判自体の正当性も失われてしまうのである。

インフォームド・コンセントが不可欠だという点で人権擁護勢力と科学擁護勢力が妥協したことが問題なのは、インフォームド・コンセントをめぐる倫理的論点が消滅してしまうからである。インフォームド・コンセントがもつ弱点は、今後、技術的な検討を重ねていくことによって解決できることも多い。私が主張したいのは、中途半端なインフォームド・コンセントはやめたほうがいいということでは決してない。もはやインフォームド・コンセントという制度なしで医療を進めていくことはできない。インフォームド・コンセントをめぐる生命倫理の議論の中で人格の概念や人権の理念が形骸化したとして、生命倫理をこの方向へ進展させた責任は、（私を含めて）何よりも生命倫理を議論してきた倫理学の専門家にある。私は人格の概念をめぐる議論が無駄だとは思わない。法的判断を下す場合にこの議論は避けて通れないからである。ただ、私はそれが倫理学を発展させるような議論にはなりにくいと思う。倫理学的課題が増えることと倫理学が発展することとは別のことである。私は法的な議論の枠組みを超えて、たとえ上述のような弱点があるとしてもインフォームド・コンセントを行うべき理由を倫理学的論点として提出したい。

2. インフォームド・コンセントの倫理的意義

ここで、イギリスの社会学者、アンソニー・ギデンズが提示した「専門家システム（expert systems）」という概念について論じることには意義がある。ギデンズは現代の社会システムの特性を示す概念として「脱埋め込み（disembedding）」を使用している。脱埋め込みとは「社会の諸関係を相互行為の文脈から『切り離し』て、時空間の無限の広がりへと移し変えてそれらを再構築すること」[6]を意味する。脱埋め込みの一つの類型が専門家システムの確立である。専門家システムとは「われわれが今日暮らしている物質的および社会的環境の広範な領域を組織化する技術的（テクニカル）な業績または職業上の専門知識の体系」[7]のことである。彼は専門家システムについて次のように記述している。

「……専門家たちの知識が統合された体系はわれわれが『絶え間なく』行うことの多くの側面に影響を及ぼしている。ただ自宅に座っているだけで、私は専門家システム、あるいはそのようなシステムの連関に取り込まれており、このシステムないしシステム連関に私は信頼感（reliance）を寄せている。私は住居の階段を上るときに、たとえ原理的には建物が崩れるかもしれないとわかっていても、これといって恐怖を感じるわけではない。家の設計や建築に際して建築家や施工業者が用いる知識のきまり（コード）を私はまったくと言っていいほど知らないが、それでも私は彼／彼女らがしたことに対して『信仰（faith）』を抱いている。私の『信仰』は、彼／彼女らの力量は信頼しなければならないとはいえ、彼／彼女らに対して向けられているというよりも、彼／彼女らが利用している専門家の知識――それは普通私には徹底的にチェックし

たりできないものである――の信憑性（authenticity）に対して向けられている。」[8]

専門家システムは脱埋め込みの結果として社会的相互作用の現場（ロカール）から隔てられ、空白化された時空間へと移し変えられた社会関係であり、「いま・ここ」に限定されない時空間の広がりにおいて期待されていることを実現することによって、脱埋め込みメカニズムとして機能する。たとえば、最新の自動車はペダルを踏むだけで油圧式のアンチロック・ブレーキ・システム（ABS）が作動して雪道でさえ比較的安全に停車できるようになっている。この制動システムは誰が、いつ、どこで車を走らせても作動することが期待されており、実際に（これもまた専門家に依頼することになるが）整備を怠らないかぎり、つねにこの期待は満たされることになっている。ABSはきわめて複雑な専門知識に基づいて設計され、動作している。設計者がどこの誰であるかは問題ではなく、知識の妥当性こそが問題なのである。誤解を怖れずに私の解釈を述べれば、専門家システムはそのような専門知識をブラック・ボックス化し、「ブレーキを踏むだけで安全に止まる」という行為のショートカットを提供するのである。

それゆえ、「信仰」と呼ばれているものを非合理な信念として過小評価するべきではない。というのも、脱埋め込みメカニズムとしての専門家システムは、社会関係を直接的なものの文脈から切り離すために、必然的に信頼（trust）を基盤として成立することになり、この信頼という社会学的概念で表される事柄は「信仰」という性質をもたざるをえないからである[9]。自分で設計し、組み立て、整備をしたわけではない自動車であっても――いや、むしろそうだからこそ――われわれは安心してドライブに出かける。そこに専門家システムへの信頼が読み取られることは明らかであろう。少なくとも現代のわれわれが暮らす社会では、誰一人として専門家システムと隔絶した生活を送ることはできない。現代社会に生きるわれわれは、世界を構成する意味のユニットの多くを専門家システムによるショートカットで埋め合わせなくてはならない。このショートカットはたんなる便利な部品を超えて、まさにわれわれの生活環境を（再）編成していく要因としても作用する。

「素人の行為者が専門家システムによせる信頼感は――前近代世界においてはたいていそうであったが――〔主体から〕独立した所与の出来事の宇宙について安心の感覚を生み出すということだけが問題なのではない。それは次のような状況で利益とリスクを計算するという問題なのである。この状況においては、専門家の知識がたんに計算法を提供するだけでなく、その専門家の知識をたえず再帰的に実際に用いる結果として、出来事の世界をまさに『創出する』（あるいは再生産する）ことにもなるのである。」[10]

このことは、たとえばクローン技術に対する人々の警戒心を説明するのに役立つ。ギデンズも言うとおり、素人である普通の生活者は、

科学やテクノロジーなどの専門的な知識に対して両義的な意識をもつものである。彼／彼女らは専門的知識に対して、一方では敬意と信頼感を抱き、他方で無知であるがゆえに懐疑心や不信感を表明する。

それゆえに、専門家システムが人々の信頼を確保するためには、やはり人々が専門家システムとどのような出会い方をするかが大きな意味をもつのである。専門家システムへの信頼は専門家との面識をもたないまま成り立つことも多いが、大半の場合には、素人である生活者たちは専門家と対面するようになっている。（専門家システムの代表としての）専門家と人々の対面（＝接点）をギデンズは専門家システムの「アクセス・ポイント」と呼んでいる[11]。もちろん掛かりつけのホームドクターの場合のように、専門家との長期にわたる面識によって専門家システムへの信頼が維持される場合もある。しかし、多くの場合、専門家との対面は持続的であるよりもむしろ間隔をおいたり一時的であったりする。そのような不定期の対面では「信頼感の証拠となる基準がとりわけ注意深く段取りをして保護されなければならない」[12]のである。

ギデンズ社会学の観点から医療を眺めるならば、医療とは専門家である医師（およびその他の医療従事者）によって担われている専門家システムである。診察室で患者に接する医師は、医療という専門家システムのアクセス・ポイントなのである。患者が医師を通じて医療システムを信頼するようになるには、ギデンズが指摘しているアクセス・ポイントである医師の「物腰（demeanour）」ばかりが問題なのではない。正確かつ理解可能な情報が適切に患者に与えられることがなければ、医療における利益とリスクの計算などできるはずがない。ブラック・ボックスは必然的に不安材料である。だからこそ、患者が医師に求めるものは何よりもコミュニケーションであり、そこから得られる安心である。この安心は患者の自己アイデンティティと結びついている。

患者は必ずしも自分が病気でないと医師に言ってもらいたいわけではない。患者は病気なら病気であると確認したうえで、その「病気のイメージ」を、さらにはそれがどのようにすればどんなふうに治るのかという「治癒のイメージ」[13]を手に入れることを望んでいる。そして、それらのイメージを、病気観を含めた文化的意味構造の中にしっかりと位置づけたいと望んでいる。医師とのコミュニケーションは、患者にとっては現実を構築していく作業である。われわれは他者とのコミュニケーションの中でさまざまな経験の意味づけをまとめあげ、共同の意味秩序へと発展させていく。世界とはある程度のまとまりをもった意味秩序に裏づけされた現実の総体である。ところが、患者は世界を「盗まれてしまっている」。この点について、医療人類学者のバイロン・J・グッドはシュッツの現象学的社会学を引き合いに出しながら、以下のように述べている。

「シュッツの議論では、自然的態度とは現象するものに対する疑念を停止することである。……特にわれわれは、われわれがいずれ死ぬ存在であるという意識を停止し、自らの死の恐怖に由来

する『根本的不安』への意識を停止する。われわれはあたかも現実が無限に広がっているかのように生活している。慢性のあるいは生命を脅かす病いを持つ患者にとって、この『エポケー』つまり疑念の停止は失敗に終わることがしばしばである。身体や自己の脆弱性は、ずっと付きまとって存在するものである。多くの患者は、裏切られたという不合理な感覚を述べる。それは、自らの身体に対する信仰や当然とされた世界が盗まれてしまったという感じである。人間は死すべき存在であるという意識とともに、世界それ自体が信頼の置けないものであるという感覚が生じる。こうして日常の意識や経験の世界は、体系的に転覆されるのである。」[14]

激しい痛みや病いは生活世界を転覆し、解体するような脅威となる。グッドは診断と物語化をこのような生活世界の解体に対抗する取り組みとして理解しようとする。診断は「疾患の源泉を描き出し、原因を局在化し、客体化しようとする」。物語化は「苦悩(suffering)を歴史のなかに位置づけて、出来事を時間のなかで意味のあるように編成する過程」であり、それには「肯定的な結末へと未来を切り開く目的」や「患う者が、逆境を克服するための方法や、人生経験をそれが投影されたストーリーに反映するようないろいろな活動を心に思い描くようにさせるという目的」[15]があるのである。病院の待合室で患者として来院している老人たちが、お互いに自分の病状や症状について、拙いながらも自分自身の表現で語らい合っている光景をよく目にする。彼／彼女らは淋しさや退屈を紛らわすためだけにそうしているのではない。彼／彼女らは物語化によって生活世界の解体と闘っているのであり、待合室は臨時のサファリング・コミュニティが形成される場なのである。けれども、病院においては、患者には決して診断と治療を行う権限も知識も技能もない。これらを行えるのは医師（およびその他の医療の専門家）に限られている。

医療の実践は患者の身体へ介入するだけではなく、場合によっては患者の現実感覚をも変容させてしまう。とりわけ大きな手術が必要な重病を患っている患者の場合などには、病気のみならず治療までもが患者の生活世界を解体してしまう二重の危険性をもっている。自分以外の「先輩」――という言葉が適切かどうかはわからないが――の苦しみの物語に耳を傾けることは、患者が比較的はっきりした治癒のイメージをもつようになるのに効果的であろう。自分の苦しみの物語を家族や友人、患者仲間に語ることも、患者の生活世界の回復にとって大切な方策であろう。そして、何よりもまず専門家から与えられる情報を現実の意味として編み上げていくことが重要になる。それゆえ、患者の意味秩序ないし生活世界の再構築に医療の専門家は責任を負わなければならない。

この責任を果たすために、医師は二つの役割を担わなければならない。第一に、医師は「重要な他者」として、患者が意味の世界を再構築する作業の共同参画者でなくてはならない。患者の意味世界が再構築されるのは、患者とその対話者たる医師との間に共同の意味世界が構築される場合だけだからである。第二に、医師は医学上の専門知識を患者が理解できる概念または観念へと通訳する「翻訳

者」でなくてはならない。いくら医学知識が広く流布している今日であっても、素人である患者が翻訳者の役割を果たすことを対話の前提とするのは不合理である。医療のアクセス・ポイントである医師との対話を交わしてはじめて、患者は一方で医療という専門家システムへの信頼感を抱くようになり、他方で健康な時とは違った患者としてのアイデンティティを確立していくことができる。そのことがひいては専門家システムに対する信頼を確保していくのである。

以上のように考えれば、アクセス・ポイントである医師と患者との対話の重要性、とりわけ医師―患者関係を築く上でのインフォームド・コンセントの重要性はいくら強調しても足りないくらいである。従来、インフォームド・コンセントは主としてプライバシー権としての患者の自己決定権という観点から論じられてきたが、新たに二つの論点が照らし出されるのである。インフォームド・コンセントは自己決定権の尊重へとその意義を切り詰めてしまうべきではない。インフォームド・コンセントは患者のプライバシー権という法的権利による基礎づけだけでなく、医療という専門家システムの存立基盤である信頼を確保するという医師の義務（および責任）と、世界を意味づけ、体系化して、安心できる意味秩序の中に生きるという患者のアイデンティティの権利からも基礎づけられるべきである。専門家システムへの信頼の確保とこれらの新しく付け加えられた義務と権利は法的カテゴリーとしては認められないかもしれないが、少なくとも倫理的カテゴリーとしては認められるべきものである。インフォームド・コンセントをめぐる議論はこのような論点にまで展開されることはほとんどなかった。

アメリカ大統領委員会による「生命倫理総括レポート」のインフォームド・コンセントに関する報告箇所には、「インフォームド・コンセントという理論はその基盤を法においているが、倫理的な性格を有する」[16]と述べられており、この箇所は生命倫理においてしばしば言及されてきた。そして、この「倫理的な性格」をめぐって生命倫理は大いに議論を重ねてきたわけである。しかし、法廷を舞台として展開されてきたインフォームド・コンセントの議論は「倫理的な性格」を法的カテゴリーへといかに読み替えるかという立論に終始し、結局のところ生命倫理は「倫理的な性格」を十分に展開してこなかったと言えよう。

3. インフォームド・コンセント反対論への反批判

私は以上の立場から、予想される反論に答えておかなくてはならないであろう。まず、医師―患者関係に「日本的」と呼びうるような文化的特殊性をどの程度まで認めるかという点について。日本医師会生命倫理懇談会による『説明と同意』についての報告」[17]は、「日本の社会が伝統的に個人のあり方や対人関係がアメリカや西欧諸国の場合とは違った性格を持っているため」[18]に、インフォームド・コンセントについて考える際には「欧米諸国の経験を学ぶとともに、それだけにとどまらずに、あくまで日本独自の医療問題として好ましい方向はどのような方向か、閉鎖的ではなくて開かれた方向、将

来への展望に即した方向とは、いったいどのような方向であるかを見出すこと」が必要だと言う[19]。こうして、この報告書は「アメリカ式の『説明と同意』をそのまま日本に導入せよというのではない」として、「わが国のこれまでの医療の歴史、文化的な背景、国民性、国民感情などを十分に考えながら、わが国に適した『説明と同意』が行われるようにしたい」[20]と述べている。これだけの主張であれば、そこには大きな問題はない。

しかし、たとえば医師の森岡恭彦は、インフォームド・コンセントを肯定する議論の中に「人権の尊重とか権利の行使といっても、患者と医師との間に契約医療という形の冷たい人間関係をつくり出し、しかも医療訴訟の回避といった面が目立つアメリカ社会の状況に対する批判」[21]を読みとり、日本文化特殊論を楯にとって「よき時代の医師と患者の間の温かい人間関係」がないことを「心ある医師」として悩んでみせる[22]。森岡が西欧文化の特徴として挙げる「個人主義」「合理主義」「キリスト教」は過度に単純化された紋切り型であり、それと相違するものとして日本文化もいかにもご都合主義的で説得力がない。これでは、土屋が「医師／患者間の『信頼関係』とは医師の《知らしむべからず、依らしむべし》という権威主義的態度に支えられた見せかけの信頼関係にすぎ」[23]ないと言うのももっともである。「心ある医師」の「心」とは親心のことであり、それはストレートにパターナリズムと結びついている。日本的なもの、東洋的なものを称揚する言説は「従来の権威主義的な医師／患者関係の温存をはかり、現在の日本で実際に生じている患者の被害を覆い隠す機能を果たしている」[24]と見る土屋の指摘は正しいだろう。

森岡はがんの告知に関して、「『がんの告知』はケース・バイ・ケースであるとしても、患者の精神的あるいは心理的反応を考えると、どんなケースに告知すべきか、また告知すべきでないかということを一言で言い尽くすことは難しく、ひとえに医師の経験に基づく能力によるしかない」[25]と述べている。百歩譲って、がんを告知しないという選択はありえるとしても、それが患者の家族との相談や病院内倫理委員会での検討などを条件としないで、ただ医師の経験的な判断に委ねられるとは考えられない。たとえインフォームド・コンセントの重要性を確認したとしても、インフォームド・コンセントを得るべきかどうかの裁量権を医師に与えるならば、インフォームド・コンセント肯定論が提起した倫理的論点は消滅してしまう。インフォームド・コンセントを良好な医師―患者関係と医師の側が意味づけているものを築くことだけに縮減してしまうならば、インフォームド・コンセント肯定論のもつ批判力は無化してしまうだろう。

それ以上に、次のことを考えるべきである。問題はただ医師と患者とのパーソナルな信頼関係を築くことだけではない。それは専門家システムと関わっている。信頼は、専門家システムへの信頼を抜きに語ることはできないのである。この論点を日本医師会報告も、森岡も、そして土屋でさえ見落としている。医療が専門家システムであるならば、専門家システムの定義から、医療はアメリカでも日本でも同じように機能する。それゆえ、医療というシステムがインフォームド・コンセントを必要とする以上、日本では必要でないと

主張することには意味がない。その主張はグローバル化したモダニティの社会状況というものをまったく理解していないのである[26]。個別の文化的背景に気を配るべきだという主張は、それが患者の世界の意味づけの体系に対して配慮をし、患者のアイデンティティを擁護するという主張でなければならない[27]。それは患者ひとりひとりへの個別対応を必要とするということであり、十把一絡げに「日本的インフォームド・コンセント」などと呼びうる事柄ではないはずである。

次に、インフォームド・コンセントを義務づけたところで、患者は素人なので結局のところ説明をちゃんと理解できないのではないかという反論について。この反論はナンセンスである。患者が理解できないことが問題なのではなく、患者に理解できるように説明できないことが問題だからである。説明の責任は専門家である医師の側にあるのであり、患者の理解の責任を追及するのはお門違いもいいところである。繰り返して言うが、専門家システムを維持するための信頼の確保は専門家の責任である。アメリカ大統領委員会によるインタビュー調査の結果によれば、医師の九十八パーセントが通常、患者と診断および予後について話し合うと述べているが、主治医にこれらの説明を受けていると解答した一般の人々は七十八パーセントである。また、現在進めている治療法の長所と問題点についていつも話し合うと答えている医師が八四パーセントであるのに対し、主治医がこれらの説明をしてくれたと思っている人々は六八パーセントとなっている[28]。この調査結果を全面的に信用することはできないが、医師が思っているほど患者への説明は成功していないであろうということは推察できる。大切なことは、患者の「治癒のイメージ」を喚起し、意味ある世界を再び患者が取り戻せるような説明はいかにすれば可能かという経験的な知恵を蓄積することである。インフォームド・コンセントの技法について、専門的な研究も開始されるべきであると思う。

第三に、患者への危害の可能性について。インフォームド・コンセントによって患者は自分の病状について知りたくない事柄まで知らなくてはならなくなるとよく言われる。患者は自分の病状についての情報によって――特にそれが重病であれば――ショックを受けるのではないか、それが結局は患者の不利益になるのではないか、という主張である。このことはとりわけ末期がん患者などへの告知の問題に関わっている。インフォームド・コンセントは原則として行われるべきだが、病状についての情報がかえって患者を不安にさせ、気力を奪ってしまうことがあるということを私は否定できない。無危害の原理は時として自律の原理に優先してよい。したがって、告知を行わないという選択の余地があってもいいと思う。ただし、この選択は担当医師のみの権限で行われるべきではない。最低の条件として告知しないことについて家族の同意を得ること、さらには病院内倫理委員会の承認を得ることが必要であろう。病院内倫理委員会は医師のみで構成されるべきではないであろう。そして、何よりも、病状を告知しないとしても、患者の世界回復の努力はなされなければならない。私個人としては、病状を告知された上で、ホス

ピスによって病気や死の不安と付き合いながら世界の取り戻しを模索していきたいと願う。

第四に、医師は実際に多忙であるため、インフォームド・コンセントのための十分な時間的余裕がないという意見について。医療現場の状況を考えるかぎり、おそらくその通りであろうと思われる。医師はきわめて忙しい。しかし、われわれは現状に甘んじて理念を放棄してはならない。多忙であるがゆえにインフォームド・コンセントを得なかった医師をどう処分するかについては裁判官が考えることであって、倫理的観点からすればインフォームド・コンセントを得なければならないという結論は動かない。倫理的には、インフォームド・コンセントの時間を短縮するよりも、医師を増員するほうがよいに決まっている。[29]

あるいは、医師以外に医療知識をもつインフォームド・コンセント専門家を育成するという手段もある。実際の医療行為は行わず、患者のカウンセリングと治療行為についての説明にのみ携わる専門家がいれば、医師の負担も少なくなるであろう。医療は患者と医師との間のパーソナルな信頼関係によって成り立ち、医師がすべての責任を負うべきであるという想定は、医療が専門家システムであるという観点からはあまり意味をなさない。信頼は、個々の医師よりも医療に関する専門知識の体系へと向けられるべきだからである。治療行為とインフォームド・コンセントという二つのアクセス・ポイントを設けたことによる弊害が起こるとすれば、専門家システム内部でのディスコミュニケーションであろうが、専門知識を共有する専門家同士のコミュニケーションが専門家と普通の生活者とのコミュニケーションよりもはるかに効率的に行われることを考えれば、医師とインフォームド・コンセント専門家を分業することは決して非効率であるとは言えない。近年、治療方針を医療チームによるカンファレンスによって決定する傾向はますます強まっているため、インフォームド・コンセントの専門家もカンファレンスに参加することによって、ディスコミュニケーションの可能性はかなり減らすことができると思われる。

けれども、われわれはここで医療の経済学に直面することになる。倫理的に望ましいことが経済的にも望ましいとはかぎらない。医師を増員すれば、社会の中でますます比重を増している医療関連の経済負担をさらに重くすることになる。インフォームド・コンセント専門家を育成すれば医師の育成の場合に必要な実習の経費が何割か削減できるとはいえ、インフォームド・コンセント専門家も何らかの実習が必要であろうし、医療関連の職員を増員することには変わりがないのである。われわれは医療に関して経済負担と倫理の充実とを比較考量しなければならない。人々は税の負担額が大きくなってもインフォームド・コンセントの充実を望むであろうか。あるいは、教育費や社会保障関係費が減ることになっても、医療費が増加することを望むであろうか。人々ははたしてそれほどまでにインフォームド・コンセントを望んでいるのだろうか。

医療が社会の中に組み込まれており、社会との関係においてその在りようが考えられなければならないのとまったく同じ理由で、医

療倫理や生命倫理もまた社会の中でその意義を問われなくてはならない。どのような倫理原則を社会の中で共通の原則として認めるか、認定された倫理原則を社会の政治状況の中でどこまで徹底するかを最終的に決めるのは専門家ではなく、普通の生活者である。医療倫理もどのような原則をどの程度受け入れるかを決定するのは、医師でも倫理学者でもなく、患者であり、患者になる可能性のある人々である。倫理の決定は人々に対して開かれていなくてはならない。医療や人体実験にはインフォームド・コンセントが必要であるということが医療倫理・生命倫理に携わる者の共通了解事項であるとすれば、インフォームド・コンセントの必要性を人々に説き、倫理の実現を人々に促すこともまたわれわれのなすべき仕事であろう。この点からすると、生命倫理学者は今まで科学研究の規制に眼を向け、関心を注ぐあまり、普通の生活者からのアクセスに背を向けていることが多かったのではないだろうか。われわれは今、普通の生活者に向かって語るということの意義をもう一度確認してみる必要があると思われる。医療が閉鎖的であると批判しているわれわれの言葉が、まさに倫理学の専門家であるわれわれ自身にも突きつけられているのであるから。

(この研究の資料収集のために平成十三年度科学研究費補助金を充当させていただいた。)

【注】

(1) したがって、私はある特定の医師を個人攻撃したいわけではない。

(2) 人格をめぐる議論は多数に上る。良きにつけ悪しきにつけ、議論のたたき台としてよく引き合いに出される代表例としてSinger (1993)を参照。

(3) エンゲルハート(一九八八)を参照。

(4) このような医療倫理をめぐる政治性に関する議論については、米本(一九八八)、香川(二〇〇〇)、櫛島(二〇〇一)などを参照。たとえば、櫛島によれば、「倫理学と臨床研究」(一九六六)という論文で医学研究における人体実験には倫理的に問題を孕んだものが多いことを指摘して論争を呼んだ医学博士ビーチャーは、それでも医学研究者の自覚・責任・良心に固執している。人体実験の被験者の利益の判定は専門家にしかできないからである。他方、良心のある医学研究者には新しい治療手段を用いる自由が保証されなければならない。そのため、「ニュルンベルク綱領」を代表とする法律家による医学への干渉は許されるべきでない。このようなビーチャーの考えに対し、ビーチャーの弟子筋で医学博士でもあるが法学部に所属していたカッツは、医学に対する外部からの規制は避けがたいものと思われた。ここにはすでに自律的な科学の共同体という理想を掲げるビーチャーと、法的および政治的な科学への介入は不可避だとみなすカッツの間に科学観の大きな対立が見られる。米本によれば、一九七六に成立した、遺伝子組み換え実験を規制するガイドラインは科学者の意識を変えた。六〇年代までは、国家による科学の規制は研究の自由をつき崩すものだと信じられていた——ビーチャーもその典型と言えよう——が、遺伝子組み換え問題の出現以後は、生物学の研究自体が何らかの研究規制に従わざるをえないものと科学者たちは考えるようにな

った。しかし、ガイドラインの発効後、連邦政府や（市民が主導する形での）自治体による法的介入が科学に対する現実的脅威となってくると、科学者たちはガイドラインを受け入れ、科学者相互のチェック体制を確立することが、科学研究の独立と自律を守るための妥協策となることを自覚し始めた。櫛島や米本の記述から、科学研究の自由への法的・政治的諸力が介入していき、また科学の側も対抗手段を講じていくという力学が、医療倫理・生命倫理を成立以来動かしてきていることが理解されよう。

(5) 土屋（一九九八）。
(6) Giddens (1990), p. 21.
(7) Ibid., p. 27.
(8) Ibid., pp. 27-28.
(9) Ibid., p. 29. ギデンズはこの「信仰」が、貨幣の分析においてジンメルが述べた「根拠薄弱な帰納的知識」とは違う性質のものであることを何度も強調している。
(10) Ibid., p. 84.
(11) Ibid., pp. 79-83.
(12) Ibid., p. 85.
(13) 「治癒のイメージ」について、医療人類学者の波平恵美子は次のように述べている。「ある困難な手術を患者が承諾するか否かは、その手術の成功率や予後についての医師の示す資料や説明の仕方にもよるであろうが、いまひとつには、患者がその手術についてどのような治療のイメージを持つかにもよるのではないかと考える。例えば、心臓のバイパス手術はその名称からして治癒のイメージを一般の患者に与えやすい。なぜなら『バイパス』という語は一般には『交通渋滞を緩和するために、従来の狭くて曲がりくねり、街内を走る道路とは別に、それと平行して新設された直線道路』という意味で使われているからである。米国では、従来の心臓の血管は『錆びついた、古くてボロボロになったもの』と説明され、バイパス手術を受けると『新しい血管の中を、新しい水道管の中を水がスムーズに流れるように血液が流れる』と説明されるという。医師によるこのような説明は強い治癒のイメージを患者に与えるに違いない。胆石や尿管結石で苦しんだ患者が、その摘出手術を受けたあと執刀医にその石を見せられれば、それもまた治癒のイメージを与えられることになる。」（波平（一九九四）、六〇～六一頁、強調は原著者による）
(14) Good (1994), p. 127.
(15) Ibid., p. 128.
(16) アメリカ大統領委員会（一九八四）、二四頁。
(17) ここでは森岡（一九九四）に付録されている資料（資料3、日本医師会生命倫理懇談会「『説明と同意』についての報告」、一八四～二一〇頁）によっている。
(18) 森岡（一九九四）、一八五頁。
(19) 同書、一八六頁。
(20) 同書、一九二頁。
(21) 同書、二八頁。
(22) 同書、五四頁。
(23) 土屋（一九九八）、二五五頁。
(24) 同書、二二七頁。
(25) 森岡（一九九四）、一三四～一三五頁。
(26) グローバル化に関して言えば、そもそも医師と患者が双方とも（日本文化を背景とするという意味での）日本人であるという保証はもはやない。日本人の社会意識や権利意識だけに基づいたルール作りをすればいいという時代はすでに終わっている。

(27) 金川によれば、インフォームド・コンセントに関する訴訟では、どのような説明であればインフォームド・コンセント取得違反の過失を問われないかという、インフォームド・コンセントの説明義務の基準が議論の焦点になる。大きく分ければ次の三つの立場、すなわち、通常の医師ならば説明すると思われる事項を説明するべきであるとする合理的医師標準説、通常の患者が重要視すると思われる事項を説明すべきであるとする合理的患者標準説、実際にその治療を受ける患者が重要視すると思われる事項を説明すべきであるとする具体的患者標準説がある。金川は、患者の自己決定のためのインフォームド・コンセントである以上、（医師に過度の負担を強いない程度の）具体的患者標準説をよしとする（が、アメリカでは合理的患者標準説が有力だと言う）。私も具体的患者標準説を採らなければならないと考える。合理的患者標準説を採るかぎり、患者それぞれの意味体系は標準化されてしまい、そもそも私が考えたインフォームド・コンセントの目的を達成するどころか、むしろ患者から世界を盗む結果になりかねないからである。「エホバの証人」の信者への輸血はまさにその点が問題になるのである。

(28) アメリカ大統領委員会（一九八四）、二二頁。

(29) ただし、現実問題として、医師をむやみに増員しようとすると、医療システム全体として専門家の知識および技術の水準が低下する可能性が大きくなるため、実際の政策として医師を増員する場合には注意が必要であろう。医療のレベルを低下させずに医師を増員することはいかにして可能かが今後の検討課題となろう。

【引用文献・参照文献】

Berger, Peter L., 1967. *The Sacred Canopy: Elements of a Sociological Theory of Religion*, Anchor Books.

Faden, Ruth R., and Beauchamp, Tom L., 1986. *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press.

Giddens, Anthony, 1990. *The Consequences of Modernity*, Stanford University Press.

——, 1991. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*, Stanford University Press.

Good, Byron J., 1994. Medicine, *Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge University Press.

Pence, Gregory E., 2000. *Classic Cases in Medical Ethics: Accounts of Cases that Have Shaped Medical Ethics, with Philosophical, Legal, and Historical Backgrounds*, Third Edition, The McGraw-Hill Companies, Inc.

Singer, Peter, 1993. *Practical Ethics, Second Edition*, Cambridge University Press.

アッペルバウム（ポール・S）・リッズ（チャールズ・W）・マイセル（アラン）、一九九四年。『インフォームド・コンセント——臨床の現場での法律と倫理』、杉山弘行訳、文光堂。

アメリカ大統領委員会、一九八四年。『アメリカ大統領委員会　生命倫理総括レポート』、厚生省医務局医事課監訳、篠原出版。

エンゲルハート（H・トリストラム）、一九八八年。「医学における人格の概念」。エンゲルハート（H・T）・ヨナス（H）、『バイオエシックスの基礎——欧米の「生命倫理」論』、加藤尚武・飯田亘之編、東海大学出版会、一九八八年、所収。

香川知晶、二〇〇〇年。『生命倫理の成立——人体実験・臓器移植・治療停

止』、勁草書房。
金川琢雄、一九九八年。「インフォームド・コンセント——法と判例理論からの検証」。斉藤隆雄監修、神山有史編集、『生命倫理学講義』、日本評論社、所収。
ギデンズ（アンソニー）、一九九三年。『近代とはいかなる時代か？——モダニティの帰結』、松尾精文・小幡正敏訳、而立書房。
グッド（バイロン・J）、二〇〇一年。『医療・合理性・経験——バイロン・グッドの医療人類学講義』、江口重幸・五木田紳・下地明友・大月康義・三脇康生訳、誠信書房。
シンガー（ピーター）、一九九一年。『実践の倫理』、山内友三郎・塚崎智監訳、昭和堂。
土屋貴志、一九九八年。「インフォームド・コンセント」。佐藤純一・黒田浩一郎編、『医療神話の社会学』、世界思想社、所収。
波平恵美子、一九八四年。『病気と治療の文化人類学』、海鳴社。
——、一九九四年。『医療人類学入門』、朝日新聞社。
日本医師会生命倫理懇談会、一九九〇年。「『説明と同意』についての報告」。森岡（一九九四）、所収。
櫛島次郎、二〇〇一年。『先端医療のルール——人体利用はどこまで許されるのか』、講談社。
バーガー（ピーター・L）、一九七九年。『聖なる天蓋——神聖世界の社会学』、薗田稔訳、新曜社。
フェイドン（ルース・R）・ビーチャム（トム・L）、一九九四年。『インフォームド・コンセント——患者の選択』、酒井忠昭・秦洋一訳、みすず書房。
ペンス（グレゴリー・E）、二〇〇〇年。『医療倫理1——よりよい決定のための事例分析』、宮坂道夫・長岡成夫訳、みすず書房。
——、二〇〇一年。『医療倫理2——よりよい決定のための事例分析』、宮坂道夫・長岡成夫訳、みすず書房。
森岡恭彦、一九九四年。『インフォームド・コンセント』、日本放送出版協会。
米本昌平、一九八八年。『先端医療革命——その技術・思想・制度』、中央公論社。

Informed Consent Reconsidered: an Expert System and the Reconstruction of Realities

TOKIYASU Kuniharu

The discussions about informed consent have played a central role in bioethics or medical ethics. Nowadays the importance of informed consent is widely recognized not only in America but also in other countries including Japan. Most doctors think it necessary to obtain informed consent on medical treatments and in the case of experimentations in a human body. Classic arguments for informed consent are based on the principle of autonomy. But when we discuss autonomy as a legal issue, the definition of a person is always brought in question, and against our wishes, we have to distinguish between those who are persons and those who are not. Moreover, biomedical researchers may sometimes accept informed consent reluctantly in order to defend their freedom of science against the intervention of law and politics. These are the cases where ethics is merely a name. To go beyond these limits of theories of informed consent, I refer to Giddens' concept of 'expert systems'. The system of medicine is an expert system, and doctors, who are 'access points' of the expert system, have the responsibilities to build up and maintain trust in expertise. So doctors should make every effort to communicate with their clients and obtain informed consent. Informed consent with the best communication is also required so that the sick or injured can get the image of 'cure', reconstruct their realities, and recover their self-identities. I hope my argument will be a springboard for the progress of ethics.

Key Words

informed consent, bioethics, Anthony Giddens, expert systems, identity