



Title	自己生成のプロセスにおけるインフォームド ・ コンセント
Author(s)	服部, 佐和子; 會澤, 久仁子; 松井, 健志
Citation	臨床哲学. 2016, 17, p. 37-52
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/57570
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

自己生成のプロセスにおけるインフォームド・コンセント

服部 佐和子¹・會澤 久仁子²・松井 健志³

はじめに

本論では、病を生きる人と病との関係から、個人の人生の各体験を通じてなされる自己創造について、患者および臨床研究被験者のインフォームド・コンセント（知らされたうえの同意⁴、説明と同意⁵：以下ICと略す）⁶を契機として考察したい。本論は、ICにおける個人の選択を、病む人のそれまでの生の集約、あるいは、本人が後の治療や研究過程の責任を、自分自身、および医療者との関係、法的背景において担うためのもの、とみなすだけではなく、むしろ生における一つのプロセスとして扱うことを基本的立場とする。個人の生が、最後の一息まで展開し得るという視点から見れば、ある時点における選択は、その決定に従って個人の、以後一切の自己創造を制限するものではなく、むしろ自己創造の糧となると考えられる。

第1節で取り上げるが、フェイドンとビーチャムによれば、実際の医療および研究の現場における患者、被験者の自律性を尊重するということは、その時点での患者や被験者の選択を尊重する、自律的行動の尊重であり、ICはそれを表現する機会である。現場における実際問題として、このようなICの意味づけを否定することは極めて困難だろう。本論での筆者たちの意図は、自律的行動の尊重に異を唱えることではなく、病む人が選択する、ということの背景に視線を投げることである。従って、患者や被験者が自律的な選択が出来るようにするために、医療関係者や研究者がどのような情報を、どのような説明方法で伝達すべきか、ということは本論の関心とはならない。むしろ、ここでの関心は、ICにおける患者の行動、意思表示の前提となる、自己創造する動的存在としての人間に改めて焦点を当てることである。そうすることによって、患者や被験者のそれぞれの生の段階、状況に応じたICの捉え方の可能性を探りたい。

本論全体の流れは次のようになる。第1節では、フェイドン、ビーチャムによる共著『インフォームド・コンセント』から、彼らの患者および研究被験者の自律性尊重の考え方を概観した上で、実際に患者や被験者が、治療過程や研究参加の際に選択に臨むということ

について考えたい。第2節では、病む人と、患者や被験者にICという選択および決断を迫る契機となる病との関係について取り上げ、実際に個人が病を生きるということを巡って、病む人の実存についての考察を試みる。ここでは、病をただ取り除かれるべき対象としてではなく、それを生きる人の生の一部として捉えたい。特に罹患期間が長引く場合、病は本人の生き方に影響を与えるものであり、病む人をその人生全体から捉えるとき、病はその人を構成する重要な要素でもあると考えられるのではないだろうか。これを踏まえて、第3節では、自己創造する存在としての患者および被験者を、病を含め、その人生全体から捉えるとき、ICが個人の自己生成に対して果たしうる役割と、ICを複数回求めることの必要性について考察を試みる。

1. 自律的行動と自己

1-1. インフォームド・コンセント（IC）と自律的行動の尊重——R. フェイドン、T. ビーチャム『インフォームド・コンセント』から

まず私たちは、ルース・フェイドンとトム・ビーチャムがその著書『インフォームド・コンセント』で論じている、ICにおいて表明される人間の自律性についての基本的な考え方を概観することから取りかかりたい。

ICにおいて重視される、患者及び被験者の自律性尊重について、この著書の中では、「自律的人間」ではなく、「自律的行動」に主眼を置いて論じられている。自律的人間とは、自律的に選択し、行動することが出来るとみなされる人のことであるが、フェイドンとビーチャムによれば、自律的人間であっても、状況によって、例えば、病気で入院しているときなど、「新しい情報に圧倒されたり、不案内であったり、データを巧みに操作されたりして」自律的に行動できるとは言い難い場合があるという⁷。従って、このような状況下で、当人が単に「自律的人間」として規定されるならば、実際には自律性の伴わない選択であっても、自律的行動とみなされ、本来の自律性に基づいたICを与え損なうという懸念がある。元々、医療現場および研究において同意の要請が生まれた理由は、「患者や被験者になると、ふつうよりも自律的に行動しにくい」⁸というものである。これを考慮すると、医療、研究現場において、「自律的人間」から患者や被験者の自律性を捉えることは明らかに不適当であろう。他方、「非自律的人間」とみなされる人の場合も、常にではないとしても、自律的行動が可能であるという⁹。

フェイドンとビーチャムによれば、ある人が次の三つの条件、を満たして行動したときにのみ、その行動は自律的なものとみなされるという。即ち、個人が「1」意図をもって、2) 理解して、3) 何かの影響下になく」¹⁰¹⁾ 決定した場合である。しかし、これらに条件付けられた自律的行動は、「実質的な (substantial)」ものであり、二人は、IC において、選択の根拠としての、当人の価値観の熟考による自律性の真正性 (authenticity) は自律的行動の条件には含めていない¹²⁾。その理由は、彼らが人格自律の尊重を重視しないからではない、という。もし選択に臨んで、個々人の価値観について熟考する必要があるとすると、個人の同意や拒否などの選択が自律的とはみなされない事態に陥り、道徳的な問題が生じる可能性があるというのである。例えば、彼らはエホバの証人の輸血拒否について言及している。この患者が、輸血は受けない、という自分の信念について、それまで熟慮したことがなければ、自律的とはみなされないことになる。そして、「この人の好みは、そこに尊重さるべき自律性がないゆえに当然のごとく変更を強いられ」¹³⁾、本人の選択は尊重されない。尤もこの場合、個々人の価値観の再検討や熟慮の程度及びその仕方を、つまりそれが確かに「真正」であるということを、一体誰がいかなる方法で見極められるのか、という問題が生じるだろうことも想像に難くない。その際、患者の扱いは、恐らく他者の判断に委ねられることになり、患者は「真正の意思決定」に変更するよう強いられることになり得る¹⁴⁾。これは、患者に輸血をして生命を維持することが、その患者にとっての利益である、と考える「善行モデル」として捉えられるが、患者の生命の危機は回避されても、他者の支配的な干渉によって、患者の自律性は損なわれることになる。

このような理由から、フェイドンとビーチャムは、行動自律に留まり、実際に選択する人とその他の人々との間に距離を保っており、確かに、二人の主張する行動自律尊重という見解には、肯んずることの出来る点が多い。例えば医療現場において IC を与えることは出来るものの、早期の処置を必要とする患者で、本人のそれまでの人生を吟味する時間的余裕が無い状況であれば、IC を得る際、行動自律の尊重は、対応する医療関係者にとって重要な指針となり得る。当然ながら、実際に個人の信念を他者が推し量るには限界がある。私たちが、どのように他者の人格を尊重し、本人が自ら選択し、人生を創造できるようにと望んだとしても、その他者の人生および価値観に厳密性を求めるならば、これはいわば自律性の「強要」であり、結果として当人の人格の自律性を否定することになるだろう。従って、行動自律の尊重は、これまでの人生を担う人間としての当人への信頼とも呼べるかも知れない。

ところで、この問題について考える上で、フェイドンとビーチャムも折に触れて述べているように、この自律の真正性、人格と行動をめぐる困難の理由はひとえに、人間の自己というものの、一面的な規定を許さない性質によるものだろう。本書では、人間の自律性の発揮及びその障がいの問題を巡って、様々な関係性からアプローチが試みられている。確かに、自己の諸側面は容易に描き出せるだろうし、ある一側面を自己の正体として仮定して話を進めることもできる。しかし、それは、いわば恣意的に取り上げられた一面に過ぎないのであり、結局のところ自己なるものが何であるか、そしてどこに在るのか、などということを概念として捉えることは出来ないし、ここで、この哲学的に重大な問いを解決して初めてICの話が進められる、という考え方も現実的ではない。いずれにせよ、私たちは、この問いについての考察を、自己そのものの定義を保留にしたまま、つまり、自己から出発するのではなく、自己へ向かって進めなければならないのである。

1-2. ICとその主体

前述したように、患者や被験者の行動自律の尊重は、現場の実践的状况に適している上に、ICの発端の一つは、患者側が起こした医療訴訟——旧来の、医療者・患者間のパートナーリスティックな関係からの脱却——、そして、医療者を保護する必要性によるものであるため、個人の自律的行動を尊重するという考え方は、その事情をよく補っていると言えるだろう。そして、自律的行動の尊重、つまり自主的な同意を可能にするためには、患者や被験者には、専門家から適切な情報と説明とが与えられ、それらを理解する必要がある。そして、医療関係者や研究者は、患者や被験者の自主的な同意を支援することが求められる。

しかし実際には、ICの前提となる、情報提供や説明、理解の段階において、医療者および研究者と、患者・被験者との間に、意思疎通の困難が生じる。医療関係者や研究者にとっては、患者・被験者にICを求める際に、いつ、何の情報を与え、どのように説明するべきであるか、などということが実際の課題となる。しかしながら、その説明内容が、必ずしも医師や研究者が意図した通りに、患者・被験者に伝わるわけではない。¹⁵ この困難の要因には、専門性や言葉遣いの相違などが挙げられる。このとき、両者間のコミュニケーションが重要であることは言うまでもないが、もしもそのやり取りの中で客観的な情報の伝達のみが主役を演じ、患者・被験者の側がそれに対して受身であるならば、それはやはりコミュニケーションとは呼び難く、伝達困難が生じてても不思議は無いだろう。ICに関

する「誤解」としては、例えば患者が「手術が成功しなくても医療訴訟を起こさない、という契約書にサインをすること」であるとみなしている場合がある¹⁶。この考え方に基けば、患者にとって、ICはある意味で、自分自身に対する主体性そのものを、他者である医療関係者に明け渡すための覚悟表明のようなものとして解されることとなる。¹⁷

本来、ICの主体は、ICを与える側である患者および被験者である。ICを与える側にとっては、ただ知らされた情報を受け入れるだけではなく、その情報を、自らの心身と人生とに、どのように関連付けてゆくのか、また自分の人生の中でICにどのような意味を付与してゆくのか、ということが要点となるだろう。つまり、ICの主体である患者や被験者自身もまた、自らの心身、人生に対して積極的に関与することが求められるのである。医療関係者や研究者のみならず、医療を受ける患者や、研究に参加する被験者、そして、その立場に立つ可能性のある個々人においても、ICを与える、あるいは与えない（informed refusal）ということについて検討されることが必要であろう。そして、それは同時に、個々人において、自らの心身に対する関係を顧慮する機会の一つともなるはずである。

1-3. 選択すること

さて、私たちは、何かを選択する際に、実際には何を選んでいるのだろうか。恐らく、自分の好みや、状況、その選択の目的、必要性などが明確であればあるほど、選択は容易になるだろう。つまり、何らかの人間が選択肢の中からあるものを選ぶとき、単に選択肢の一つを選ぶというよりも、むしろそれを選ぶ動機を選択していると言えるのではないだろうか。

これを、フェイドンとビーチャムが「説得」について論じている箇所¹⁸に関連付けて考えてみよう。彼らによれば、説得者は、被説得者に対して、単に自分がその提案をする理由を示すだけではなく、相手から、それを選択する理由を引き出さなければならないというのである。もちろん、このときの説得内容は真であるか、真であるという客観的な証拠に基づいていなければならない¹⁹。また、説得者によって被説得者は自分の選択に影響を与えられ得るが、これは支配ではなく、飽くまでも動機付けであり、実際にそれを選ぶか否かは、当人の行動の自律性に委ねられるという²⁰。

個人の動機を扱う際、困難な点は、説得者が示す理由がいかに「正当」であっても、実際の選択の決定打になるとは限らない、ということである。そこには、説得者の立場や人柄、話し方など、被説得者に影響を及ぼしうる要素は多く見られる。つまり、同じ事柄を説く

のでも、何を説くかではなく、誰がどのように説得するのかによっても、被説得者の反応は変化し得るのである。この要素の選別は、その要因を自らに対して影響を与えるものとみなす、当人の価値観、現状、実存などに因るところが大きいのは確かであろう。フェイドンとピーチャムは、「多くの同意とりつけて、医師がもち出した議論ではなく、患者や被験者の個人的な心のなかの対話の新しい論点が結局のところ、決定力をもつ」ものを、「自己説得」と呼んでいる²¹。従って、個人に委ねられた自律性とは、本人が何かを選択する際に、選択するという行為として表現されながら、同時に、何をその動機となすか、ということに関係している。

これと同時に、私たちは、上で触れた、個人が「選択する、という行為自体を選択する動機」にも目を向けなければならないだろう。実際の病気の治療方針や、研究参加における選択とは本来、治療法の可能性や、当人の心理状態など様々な要因によって限られた選択肢の中での選択なのであり、しかもこの選択は本人自身の生を左右するものとなり得る。これは、本人にとっては、好みや馴染みの価値観に従って、複数の可能性の中から任意に一つの対象を選び出す、ということとは明らかに異なるニュアンスを持つものである。この選択における「動機」とは、選択者自身の生に根差したものであり、当人の生に対する態度に関わるものである。

しかし、傷病や思いがけず困難に見舞われた際、本人がその状況を即座に受け入れ、諸々の選択を完全に主体的に行うということが容易ではないことも想像に難くない。そのような場合、いわば行為の主体に揺らぎが生じているといえる。この揺らいでいる主体は、もはや病の現出以前の主体ではなく、病との関係によって新しく構築されつつあるものである、と言うことが出来よう。例えば、本人が自分の病の事実を未だ受け入れられない時に、今後の治療についての説明がいかに正確であったとしても、果たしてそれに対する同意がどれほど「自主的」であり得るだろうか。²² このような状況においては、病む人の可能性は急激に、著しく制限されている。ここでは、選択の幅が限られているというよりも、選択するということの動機、あるいはその根拠を欠いているという方が適当である。そのため、本人には全く混乱なしに自ら選択することが出来る、などと断言することは楽観的に過ぎるだろう。従って、この時、病む本人が主体として選択するのではなく、選択という行為自体が、主体の生成の一過程となる場合が考えられる。ある時点での選択が、常に本人の、病と自分自身の状態の受容や、最終決定を意味するわけではない。病む人は、各々の自らの選択や、様々な出会いによって、自らの病と現状とを拒絶したり、受け取ったり

しながら、自らを創造し、選択する主体へと成り行くのである。このことについては、第3節で再び取り上げる。

2. 人と病

2-1. 人か病か

本節では、医療および研究の対象となる患者や被験者の実存について、病む人と病との関係から考察すること主な目的とする。このことに関連して、病む人にとって直接的な体験としての病と、病因や診断名など、抽象的なものとしての病との関係性が、病む人自身の自己生成に及ぼす作用について考察したい。

ところで、「病む人」とはどのような存在なのであろうか。病は、診断され病名が与えられれば治療対象として定められ、治療が開始される。罹患した人は「患者」になる。もちろん、この一連の過程は、患者の回復のためには重要なことである。しかも、私たちが、自分の不調について不安を抱いているとき、診断を受け、病因を知ることによって何かしら心の荷が下りるように感じることもある²³。もちろん、病状の深刻さや、罹患期間などを考慮すれば、このような枠組だけで捉えることは浅薄であるが、混沌とした自分の状態の理由が明らかになれば、不調が喚起する不安や、病に伴うある種の罪責感情の帰属先を見出すことが出来、今後の対応を客観的に捉えて秩序付けるための手助けになる。困難や苦悩に遭った時、私たちがその理由と意味とを求めることは極めて自然なことであり、診断はこの意味でもその必要を満たしてくれると言えるだろう。

しかし、もちろん、病名や病因は、病む人本人を規定するものではない。私たちがしばしば批判的な意見を耳にするところでは、病の治療過程における病む人への対応として、「ある人が病んでいるのならば、それは疾患（disease）のためである」²⁴という姿勢がある。この批判の理由は、治療においては、主要対象である疾患を扱うことに重点が置かれるため、病気が「病む人」から分離され、その病を生きている当の人間がなおざりにされる、という点にある。

病む人と病との間の分離に関連して、医師の河野博臣は、『病氣と自己実現』の中で、「病氣の原因は病氣自体の現象と混同されてしまう」²⁵と書いている。一旦、病名とその原因とが明らかになれば、それ以外のもの、つまり病の症状として患者が直接的に感じる苦痛などは、その病の規定の下に、「当然であり、科学的に『処理』」²⁶され、別段関心を向け

るべきものではない、という風に扱われるというのである。

苦痛とは、病む人自身において生じるものであり、本人の身体、感覚からの声であり、それは本人にしか感得されない、病の具体的、直接的な体験である。従って、診断名としての病の規定の仕方と、それによる扱いは、病む人に居心地の悪さを与えることがある。それは、当人の個別的、絶対的経験の各瞬間における現実が、一つの概念によって包括され、結局は無に帰されるような感覚によるのだろう。私たちが病むとき、私たちは一般的なものとしての病、あるいは抽象概念としての病を体験するのではない。まず何らかの不調や苦痛を具体的に体験するのであり、これが病む本人にとっての病の現実である。

病因への固執は、その理解を人間に適応させると、目の前の人間を抽象的な、非人格的なものに変えてしまうのではないだろうか。そこでは、病は治療対象、除去対象としてしか扱われず、患者は、取り除くべきものを身の内に持つ存在となる。時折、私たちは、病む人が不意に漏らす彼らの罪悪感、あるいはある種の劣等感に触れることがある。病を持つということが病む本人に喚起するこのような感情には、上記のような事情が関与していると考えられる。

また、病と人との分離は、実際に病んでいる人自身においても、自らの存在把握の仕方に影響を及ぼす。河野は、患者が自分自身について、「私は病気をしました。それは肺炎でした」²⁷と病名を口にする傾向に違和感を覚えたことを記している。ここでも、患者が自分のことでありながら、体調不良や苦痛といった自らの心身の状態というよりも、先ずその原因に焦点が当てられており、これが病と病む自分自身との分離を表しているというのである。つまり、その人の病の体験は、病因や病名によって取って代わられ、その人自身から奇妙に抜け出ているのである。そして、病む人が除去対象を内包した存在として自分自身を見るとき、自己は自己自身から引き離され、客体化される²⁸。これは同時に、病む人における心身の分離を示唆しているように思われる。

2-2. 病の規定と病の体験

病の科学的抽象性と、病の体験という具体性について更に考察してみよう。仮に、ある患者が、単にある病因のために、苦痛が生じている、と捉え、その病因を取り除くために躍起になっているとする。この人は自分自身を苛む「病因」という抽象性と格闘するが、この抽象性は当人の具体的な体験を包括し、体験者自身に対して、その直接性を覆い隠す働きをする。しかし、たとえ病を人から切り離して捉えたとしても、実際の病の直接的体

験を本人から切り離すことはできない。当然ながら、病の直接的体験は、当の体験者においてこそ実現するものであるが、病の概念は体験を先取りし、病む人はその規定下で自分の体験を創造することとなる。

実際に、病因及び病名の判定自体は、現時点の心身に関する一つの報告に過ぎない。しかし、診断名を与えられる側にとって、この事実が適用されるということは、本人自身の解釈にも繋がる。もっとも、私たちは日常的に何らかの仕方で互いに解釈し合って生きているが、自分自身について他者からの一方的な解釈の試みに出合うとき、実際にそれを受け入れるか否かは別としても、自分の柔軟性が固定されるような、居心地の悪さを覚えるのではないだろうか。病む人本人にとって何らかの病名を診断されることは、不調や苦痛など、本人には解釈できないが、他ならぬ自分自身の状態に対して外部から解釈が与えられることを意味する。提示された医学的事実はある「権威」²⁹ となり、病む人はそこで自らを「患者」と規定する。ICにおいて用いられる「告知」という言葉について、星野一正は、医師・患者関係におけるパターンリスティックな含意を批判し、これを「説明」と改めるよう提言しているが³⁰、この言葉が患者側に与える印象について更に考えてみると、何か自分が知らない、自分にとっての重要事項を、自分以外の者が知っているということ、そしてその「秘密」を「告知される」ことが、程度の差はあれ、本人の自己規定に影響を与え得ることが窺える。ここで問題となるのは、自分にとって曖昧模糊としたものを秩序付ける、他者による解釈が先行することによって、人はその解釈が指し示すもの以外のものが見えにくくなり、自分で自分を意味づけ、創造することが止められる、ということであろう。

しかし、誤解を避けるために付言しなければならないが、筆者たちの意図は、患者に病名という事実を適応することが、患者本人の自己規定に影響するという傾向を示すことであり、病名や病因の特定それ自体を否定することではない。診断するということは確かに治療にとって必要な過程であり、患者が治療者のもとで治療に取り組む限り、程度の差はあれ、このような傾向はその構造上不可避である。しかし、個人を自己創造的存在として見るとき、既述の、病む人と病との分離を再統合する可能性は常に開かれているのである。この場合の再統合とは、単なる復元という消極的なものではなく、病む人自身の生について新たな価値を与える契機ともなり得るものである。いわば、人格的なものが非人格的なものを身の内に孕むときこそ、人格的なものが自己自身を知り、自らを新しく創造する契機となるのである。

2-3. 病を生きるということ——自己否定から運命愛へ——

一口に病とは言っても、もちろん、各々の症状や罹患期間によって捉え方は異なる。私たちはこれまで、病の解釈と規定とが、病む人自身の自己規定に及ぼす影響について論じてきたが、病が慢性のものである場合には、その影響はより大きく複雑なものとなり得るだろう。病を身の内に孕みながら、これを除去しようと躍起になればなるほど、病む人は同時に、恐らく殆ど無自覚的にはあるかも知れないが、自分自身を攻撃しなければならなくなる。前述したように、病は、病む人において起こっているものであり、人と病とは本来不可分のものであることを考えると、病を否定することで自分自身を否定的に規定するという状況に陥るのである。病む人は現状を引き起こした原因を探し出すことで解決しようとしたり、他者に責任を問うてみたりもする。それにも拘らず、やはりこの場合も病む人は同時に自分自身を責め苛むことになるだろう。原因の特定によって、本人において病が現れているという事実が無かったことにはならない。病が、病む人自身の体験の内ではなく、何かしら当人の外部から来るものとして捉えられて格闘しているとき、病む人は一方で病の支配下において自己規定をしつつも、他方でそれに対して抵抗しているのである。

しかし、筆者（服部）の個人的な体験から語るならば、病をめぐる葛藤が何年、何十年と続くうちに、少しずつではあるが、病との関係性、ひいては自分自身の捉え方が変化するように思われる。それは、病を取り除こうという欲求を放棄した時、つまり、その病がまさに自分自身において起こっているために、単なる対象として除去することが出来ない、ということに気付くことから始まる。これは病む人が自分の現状を操作しようとすることなく自己自身に留まることを意味する。ここで、ヴァイツゼッカーの「運命愛 (amour fati)」を取り上げてみよう。この運命愛とは、ニーチェから引かれたものであるが、個人が、人生における如何ともしがたい困難をも含めて、人生全体を肯定する姿勢を意味する。むしろ、その困難を内包するからこそ、自分の人生に独自の価値を与え得るのである。

私の不運、痛み、弱さ、めまい、恥、欠乏、病氣、死、喪失を、だれにも渡すまいとする熱意をこめて mit Eifersucht、私自身のもの、私の一部として体験する、誇りをもって mit Stolz、私の所有として、財産として体験する、見下すような気持ちで mit Verachtung、私の能力や主張への試練として体験する、といったものだ。敬虔な人ならそういったことを神の意志や恩寵として経験するし、そうでない人はみずからの大いなる情熱として経験する。どちらにしても、それは昇進であり、勲章なのだ³¹。

その前提は、それらの災いとの出会いを自分自身の出会いとして、実際は内部に由来するものが誤って外部に出されたにすぎないような出会いとして経験するということだ。(中略) 私以外の外部から来たように見え、抗議で迎えられたものが、実は私自身の一部だったというわけだ。(中略) 私は自分の運命を自分で作ったので、外部環境の意のままにはなっていない、という気持ち、それが運命愛である³²。

この運命愛においては、病む人と病とが一体化している様子が窺える。当初は取り除くべきものであった病や災難が、自己によっていわば吸収され、自己は、自らの範囲を拡大してゆくのである。もちろん、その過程は、個人の自己自身における和解や調和などという穏やかな言葉のみで表現されるものではなく、病とそれを持つ自己自身との苦い格闘の末に至るものも少なくないだろう。運命愛において、もはや病む人は病によって規定されているのではない。今や、病は病む人において——自己の地平の上に生じるものとして——捉えられているのである。

3. 自己生成のプロセスにおける IC

前節で私たちは、病む人と病との間の分離し難い関係性について考察したが、これを踏まえて、IC に立ち戻り、病む人の実存を背景とする IC のあり方について考えてみたい。

第1節でも触れたように、IC の定義づけにおいて最も困難な点の一つは、人間の自己の不定性にある。また第2節で取り上げられたように、病は一義的に定義できるものではなく、主体である病む人の実存に深く根差しているため、病む人の自己規定を変容させる契機となるとともに、病の意味付け自体も変化する。更に、IC に際して、患者や被験者が選択し、同意する動機自体もまた、当人の病と自己自身の捉え方、つまり、自己自身に対する姿勢によって変化し得る。従って、この意味でもフェイドンとビーチャムの説く、個人の自律的行動の尊重に基づいた IC は、患者や被験者の自己生成のプロセスに対して親和的であると言えるだろう。当然ながら、現実問題として、実際に治療や研究に臨むならば、当事者は、ある時点においてある一定の道を選ばなければならない。

しかし、ある時点における選択および同意については、第1節でも触れたが、IC を与える際に、患者や被験者が必ずしも常に主体的に選択するとは限らず、その主体は IC の

後にも持続的に形成されると考えられる。

更に付言すれば、傷病に限らず、困難な状況というものは往々にして、個人のそれまでの価値観に何か新しいものを単に付け加えたり減じたりするというだけではなく、まず出会い頭に、既存の価値観、人生観そのものを突き崩し、構成し直すように、本人に迫るものとなる。そこでは、「これまでの自分」は危機に晒されることになる。ある困難に伴う苦悩は、これまでの自分の価値観がもはや役立たないことを本人に告知知らせる役割を果たす。従って、困難な状況にある人の価値観を検討する場合、第1節において「自律の真正性」で触れたような、その価値観が本人にとって真か偽か、あるいは何か提示されたものが本人の既存の価値観に適合するか否か、という消極的なものだけではなく――即ち、過去に根拠を置いて既存の価値観に留まるのではなく――価値を新たに創り出す、現在から未来を志向する積極的な作業でもある。このような文脈においてICを考えるならば、ICは、自己創造の途上にある生成それ自体として位置づけられるであろう。

おわりに

本稿では、ICを、人間の自己生成の段階の一つとして捉えて考察を試みた。患者や被験者において、自己は、当人の病や状況の捉え方の変化とともに変化する。確かにICは、ある時点における決断によって、患者および被験者のこれまでの人生と今後の人生とを統括し、制限する役割を持つ。しかし、それだけではなく、人間の生成発展する自己において捉えるならば、当人のIC後の人生を創造して行くための要素となり得るものである。

それでは、このようにICを捉え直すことによって、IC実施の可能性についてどのような提言が出来るだろうか。筆者たちは、ICは、治療や研究の過程において複数回求められる必要があると考える。もちろん、個人における自己の変化は、それが本人によって何らかの形で伝達されない限り他者が判別することは容易ではなく、たとえ気付かれたとしても見過ごされることもあるだろう。ICの機会が増すことは、このような自己の変化を、患者や被験者と医療者や研究者の間で確認する機会を増やすと考えられる。更にこのことは、患者や被験者自身にとってその都度自分が選択してきたものを確認し、医師や研究者の説明や自らの現状の理解を深める助けにもなり得る。

文献

赤林朗編『入門・医療倫理 I』勁草書房, 2005 年

ヴァイツゼッカー, V.v., 木村敏訳『生命と主体——ゲシュタルトと時間／アノニューマ』人文書院, 1995 年
キューブラー・ロス, E., 川口正吉訳『死ぬ瞬間——死にゆく人々との対話』読売新聞社, 1971 年 (1992 年)
(Original: On Death and Dying)

グリッソ, トマス／アップルボーム, ポール, S., 北村總子・北村俊則訳『治療に同意する能力を測定する』
日本評論者社, 2000 年

河野博臣『病氣と自己実現』創元社, 1984 年

砂原茂一『臨床医学研究所説——方法論と倫理——』医学書院, 1988 年

日本医師会生命倫理懇談会『「説明と同意」についての報告』日本医師会, 1990 年 1 月 9 日

伏木信次・榎則章・霜田求編『生命倫理と医療倫理』金芳堂, 2004 年

星野一正『インフォームド・コンセント——日本に馴染む六つの提言——』丸善株式会社, 1997 年

レフラー, R. 著, 樋口範雄訳「日本とアメリカのインフォームド・コンセント——レトリック、現実、そして政治」, 所収: 石井紫郎・樋口範雄訳『外から見た日本法』東京大学出版会, 1995 年

Beauchamp, T.L., Childress, J.F., *Principles of Biomedical Ethics*, 7th Ed., New York: Oxford University Press, 2013

Faden, R. R., Beauchamp, T. L., *A History and Theory of Informed Consent*, New York: Oxford University Press, 1986 (邦訳: フェイドン, R.・ピーチャム, T., 酒井忠昭・秦洋一訳『インフォームド・コンセント』みすず書房, 2007 年 (1994 年))

Cassell, E.J.: The person in medicine, In: *International Journal of Integrated Care* 10 (2010), p. 50-52, <http://www.ijic.org/articles/489/> (アクセス: 2015 年 9 月 18 日)

What patients misunderstand about their right of informed consent, <http://www.jdsupra.com/legalnews/what-patients-misunderstand-about-their-90724/> (アクセス: 2015 年 11 月 5 日)

朝日新聞デジタル (2015 年 7 月 23 日), 「病名判明、『安心』の声 遺伝子解析、拠点の慶応大病院」:
<http://www.asahi.com/articles/DA3S11875092.html> (アクセス: 2015 年 12 月 28 日)

注

- 1 国立循環器病研究センター，研究開発基盤センター医学倫理研究室，非常勤研究員
- 2 同，上級研究員
- 3 同，室長
- 4 砂原茂一，1988 年，p. 158
- 5 日本医師会生命倫理懇談会，1990 年 1 月 9 日
- 6 IC の起源には、医療と人を対象とした研究の二側面がある。医療においては、1960 年代の合衆国で、医療者側に対して、患者たちが自らの権利を勝ち取り、医療訴訟の裁判基準として成立したという背景を持っており、ここで求められる IC は、治療者は、被治療者に対し、治療についての十分な説明をし、同意を得なければならないという法的要請である。他方、人を対象とする医学研究における IC は、第二次世界大戦中、ナチスの残虐行為に対する反省によって示されたニュルンベルク綱領（1947）、ヘルシンキ宣言（1964）に基づき、被験者を人間として尊重すること、研究参加に対する同意など倫理的配慮の必要性が強調されている。研究においては、判断能力のある被験者はその研究内容はもちろん、それによって予想されるリスクなどを十分に説明された上で、自発的同意を与えることが不可欠であるとされる。フェイドン、ビーチャムも取り上げているように、IC は、法、道徳の両面から語られる。本稿は特に後者の、倫理的要請に関心を向けている。
- 7 Faden & Beauchamp, p. 237（邦訳：p. 185）.
- 8 *ibid.*, p. 240（p. 189）.
- 9 *ibid.*, p. 235-237（p. 183-185）.
- 10 *ibid.*, p. 238（p. 186）.
- 11 グリッソとアッペルボームは治療同意判断能力の構成要素として、次の四つを挙げている。すなわち、①選択の表明（Expressing a choice）、②理解（Understanding）、③認識（Appreciation）、④論理的思考、である（グリッソ、アッペルボーム，2000，p. 33-62）。本論における筆者の意図は、フェイドンとビーチャムの説く、行動自律の尊重を支持するものであるが、この行動自律における同意能力（1）および 2）について、上のグリッソとアッペルボームのモデルに照らせば、①，②，③が妥当と考えられる。
- 12 Faden & Beauchamp, p. 213, p. 264.
- 13 *ibid.*, p. 215, p. 265.
- 14 *ibid.*

- 15 砂原茂一, 1988 年, p. 168 f.
- 16 cf. What patients misunderstand about their right of informed consent, <http://www.jdsupra.com/legalnews/what-patients-misunderstand-about-their-90724/> (アクセス: 2015 年 11 月 5 日)
- 17 cf. レフラーは、このような「契約」としての IC、および医師－患者関係が「契約関係」であるとする理解を批判している。彼によれば、医療過誤によって訴訟が提起された場合、医療過誤は「契約違反ではなく、専門家としての注意義務に反したという点に基づく」のであって、IC を得ていないというこののみが取り沙汰されることは稀であるという。また、医師が同意文書を得ていたとしても、裁判所は、それを患者に医療過誤のリスクを負わせるために有効とはみなさない。(レフラー, R., 1995 年, p. 220 f.)
- 18 Faden & Beauchamp, p. 282 f.
- 19 *ibid.*, p. 286.
- 20 *ibid.*, p. 284.
- 21 *ibid.*, p. 289.
- 22 cf. 「IC は「覚悟するための対話」と言われることもあるが、覚悟なんてできないと私は思う。」「同意書にサインすることと「覚悟」することは、まったく別の次元にあるように思う。」「(看護学生が患者としてインフォームド・コンセントを体験した素直な感想」<http://mlabo.net/2014/12/6084/>)(アクセス: 2016 年 12 月 28 日)
- 23 cf. 朝日新聞デジタル (2015 年 7 月 23 日), 「病名判明、『安心』の声 遺伝子解析、拠点の慶応大病院」: <http://www.asahi.com/articles/DA3S11875092.html> (アクセス: 2015 年 12 月 28 日)
- 24 Cassell, E.J., 2010. <http://www.ijic.org/articles/489/> (アクセス: 2015 年 9 月 18 日)
- 25 河野博臣, 1984 年, p. 54.
- 26 *ibid.*
- 27 *ibid.*
- 28 このような自己自身の客体化は死についても同様のことが言える。例えば、キューブラー・ロスの死の受容の五段階における、第一段階「死の否認」を取り上げてみよう。死はまさに個人において起こるが、否認においては死が本人に対して客体として捉えられていると考えられる。
- 29 河野博臣, p.54. この「権威」に関しては、医療者が患者側に対して有するものとして一方的に語られるべきではないだろう。この権威は、人間の関係性によって生み出され、更に、そのように生み出された権威を巡ってまた関係性が展開していくのである。河野博臣は、患者と医療者の間で生ずるパターンリスティックな相互規定が、医療者に及ぼす弊害についても警告している。すなわち、「弱々し

い患者」に対して医師は常に「健康な医者」像を要求されることになり、そのように自らを規定することによって、医師自身が「自分の心の中の患者」、すなわち自分の痛みや傷など、自分の直接的な体験に目を向けなくなるといふ。本稿では紙幅の関係上、特に病む人の実存をテーマとして限定しているため、一面的に語らざるを得ないのであるが、「役割」による枠組みが各人にもたらす影響も考慮されなければならない。

30 星野一正, 1997 年, p. 96

31 ヴァイツゼッカー, 1995 年, p. 143 f.

32 ibid.

謝辞

本研究は、循環器病研究開発費（課題番号 H25-5-1）の支援により行われたものである。

* 本稿執筆にあたり、執筆者全員でテーマを設定し、必要資料の収集と内容の検討を行った。草稿は服部が担当し、それを執筆者全員が検討し、本誌への投稿を承諾したものである。