

ピーター・シンガーの 医療過誤論と隠れたカリキュラム —原理に基づく倫理学と性格倫理学—

松浦 明宏*

序

ピーター・シンガーは「医療倫理における最近の進歩」¹ という短編論文の中で、九十年代後半の医療倫理の各分野におけるさまざまな発展を総括している。この論文は、「医療倫理における最近のさまざまな発展を、かくも小さなスペースに正確に要約

しているという点で、驚嘆すべき仕事」² と評されるなど、比較的良い反応を得た論文と言える。この論文においてシンガーは、近年いくつかの主要雑誌で特集記事として取り上げられた話題を選び、種々の論文の引用回数を調べて重要文献を同定するなど

* 東北大学大学院文学研究科助手

¹ Singer, P.A., 'Recent Advances in Medical ethics,' *BMJ (British Medical Journal)*, 2000(29 July); 321: 282-285.

² Ashcroft, R.E., 'Shift from medical ethics to bioethics,' *BMJ*, 2000, "a remarkable job in accurately compressing recent developments in medical ethics into such a small space."

³ Singer, *op.cit.* (2000)

⁴ 終末期ケアについては、米国医師会 (American Medical Association (AMA)) の EPEC プロジェクト (the "education for physicians on end of life care" (EPEC) project (<http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2743.html> (accessed 26 Aug 2001)) や、終末期ケアを測定するために Brown 大学で開発されたツールキット 'TIME' (<http://www.chcr.brown.edu/pcoc/toolkit.htm> (accessed 26 Aug 2001)) 等が挙げられている (アクセスの日時は私が最後に確認をとった時のものである)。シンガーによれば EPEC の革新は、緩和ケアの専門家を養成することから、すべての医師の臨床技術を向上させて、彼等が普通に終末期患者をケアできるようにすることへと強調点を移した点にある。

⁵ 優先権設定に関する状況は、まず、「合法的なさまざまな決定を生み出すであろう合理的な一つの優先権設定システムを案出することは可能である」という前提に立った従来の「単純な解決」は放棄されて、優先権設定の「プロセス」に焦点が当てられるようになってきた (Holms, S. 'Goodbye to simple solution: the second phase of priority setting in health care,' *BMJ*, 1998; 317: 1000-1007)。Daniels と Sabin はこの優先権設定のプロセスのための枠組みとして「合理的説明義務」(accountability for reasonableness) をつくり、組織が合法的で公平な決定を行うための四条件、(1) 公開すること (Publicity)、(2) 適切であること (Relevance)、(3) 上訴できること (Appeals)、(4) 強制執行できること (Enforcement) を提案した (Daniels N, Sabin J. 'Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers,' *Philos Public Aff*, 1997; 26: 303-350. Daniels N, Sabin J. 'The ethics of accountability in managed care reform,' *Health Aff* 1998; 17: 50-64.)。

⁶ バイオテクノロジーについては、幹細胞研究 (stem cell research) の同意が得られつつあることが紹介されている。幹細胞は「無限に、もしくは長期にわたって、自己再生する能力を持つ細胞であり、この細胞は、高度に分化した子孫の少なくとも一つの類型を生み出すことができる」(Watt F.M., Hogan B.L.M., 'Out of Eden: stem cells and their niches,' *Science*, 2000; 287 (25 Feb.): 1427) ので、臓器移植やニューロン修復等、臨床上大きな潜在能力を持っている。従来、幹細胞は人の胎児から得られると見られていたため、道徳的・法的観点からその研究が棚上げされる傾向にあったが、最近、大人の幹細胞もさまざまな細胞類型に分化することがわかったので、研究凍結が解除されつつある (Watt, Hogan, *op.cit.*, *ibid.*)。

⁷ 医療倫理教育については、次のことが指摘されている。すなわち、まず英国医事委員会 (GMC) の出した要求に見られるように、医療倫理は医学教育課程の中核的要素・正式科目とみなされるようになった。しかし、正式科目として教えられる医療倫理は現場から遊離した理論的要素が強いこともあって、より実践に即した倫理教育が必要と考えられるようになってきた。この現象は、表面的には医療倫理教育に対する医学生や医師たちの憤怒として現れているが、より深刻なのは次の側面である。すなわち、正式科目として教えられる倫理学は、倫理上の諸問題や倫理的推論技術など、倫理学における知識・技術を与えることはできるが、この種の教育は学生の人格形成とはほとんど関係がない (Hafferty FW, Franks R, 'The hidden curriculum: ethics teaching and the structure of medical education,' *Academic Medicine*, 1994; 69: 861-87)。したがって、医療倫理教育をより実質的に改善するに

の方法を用いて³、(1) 終末期ケア⁴、(2) 医療過誤、(3) 優先権設定 (setting priorities)⁵、(4) バイオテクノロジー⁶、(5) 医療倫理教育⁷の各分野における主要な業績を紹介している。そして論文末では、将来の諸問題として、インターネットによる医療 (eHealth) と地球規模の生命倫理という二つの問題に言及している⁸。

この論文を発表した後、シンガーは、ペルグリーノ、シーグラールと共に、「臨床倫理再訪」を発表し、先の論文にくらべてさらに包括的な仕方、ここでは、臨床倫理に関する (1) 研究、(2) 教育、(3) 倫理委員会と諮問、(4) 将来の方向づけ、という四つの視点から、各々について、十年前の状況、それ以降の主要な発展、残された課題を総覧している⁹。例えば、教育上の進歩・課題についていくつか見てみると、アメリカ、カナダ、イギリスにおいて、医学部やレジデントの教育におけるカリキュラムや奨学金制度等の点で充実しつつあり¹⁰、倫理が試験科目に採用されたこともあって、学生たちがこの科目を真剣に受け止めるようになりつつある¹¹など

は、正式科目とは別の「隠れたカリキュラム」に注目し (Hafferty, Franks, *op.cit.*)、たとえば、医療実践を訓練する際のレジデントの性格評価の割合をもっと増やすなどの方策を立てる必要がある (cf. Singer, Pellegrino, Siegler, 'Clinical ethics revisited,' *BMC Medical ethics*, 26 April 2001 (<http://www.biomedcentral.com/1472-6939/2/1>))。

⁸ 'eHealth'の倫理的問題としては、「電子化された医療記録の機密性、臨床記録が種々のヘルスシステムの研究・経営に対して持つ関係」が指摘され、医師が学習し文献にアクセスする方法においても劇的な変化が予想されている。これらの問題に対処するために、インターネット・ヘルスケア連合 (Intrenet Healthcare Coalition) によって、eHealthのための倫理綱領 (<http://www.ihealthcoalition.org/community/ethics.html>) が作られた。また、地球規模の生命倫理に関する業績としては、Kung, H. (*A global ethics for global politics and economics*. Oxford UP, 1988) と Sen, A. (*Inequality reexamined*, Harvard University Press, 1995) の仕事の評価されている。

⁹ Singer et al., *op.cit.*, 26 April 2001 (cf. Singer, Pellegrino, Siegler, 'Clinical medical ethics,' *Journal of Clinical Ethics*, 1990,1:5-9, 'Research in clinical ethics,' *op.cit.*, 1990, 1:95-8, 'Teaching clinical ethics,' *op.cit.*, 1990,1:175-80, 'Ethics committees and consultants,' *op.cit.*, 1990,1:263-7, 'Future direction in clinical ethics,' *op.cit.*, 1991, 2:5-9)。ここでは、本文中で取り上げなかった、研究、委員会・諮問制度についての進歩・課題について、かいつまんで見てみることにする。

まず、研究に関する進歩・課題について見ると、欧州共同体 (EC) がそのメンバー国家間の倫理プロジェクトに資金を提供するなど、確実に研究基盤が強化されてきている点、また、医療関係の雑誌の中で倫理関係論文の数が増えてきている点などが進歩としてあげられている。しかし、臨床倫理研究を主目的とした研究は少なく、他の医療計画の一部として行われる研究が多いので、倫理問題研究のための国家的補助金の額が相対的に少ないという問題が挙げられている。また、論文の数は増えたがオリジナルより注釈の方が多く、また、医療者に読まれていないこと、仲間うちでの審査 (peer review) の質、などの問題が挙げられている。

次に、倫理委員会と諮問の主な展開としては、the American Society for Bioethics and Humanities の「ヘルスケア倫理諮問のいくつかの核心的能力」(Core Competencies for Health Care Ethics Consultation) にもとづく報告書等が挙げられている。この報告書では、ヘルスケアにおける倫理諮問が持つべき能力が述べられ、個人・団体・倫理諮問プログラムには、その能力があまりないとされる。残された課題としては、医療組織が倫理的にすぐれた組織なのかどうかの基準がないこと等が挙げられている。

¹⁰ (一) 英国医事委員会 (GMC) が英国の医学学校に倫理教育を指示したこと (注7をも参照)、(二) カナダ内科外科医師会 (the Canadian Royal College of Physicians and Surgeons) がすべてのレジデントプログラムの中で倫理学を認定条件として教えるように要求したこと、(三) リンダ・エマニュエルの Education of Physicians in End-of-Life Care Project という国家的規模の生涯教育プログラム、(四) ロールプレイやインターネットに基づく症例など、さまざまな臨床倫理教育法が用いられるようになってきたこと、などの進歩があったとされている。その他、臨床倫理教育の評価法に関する進歩として、「倫理に関する客観的につくられた臨床試験」(the ethics objective structured clinical exam) や、Johns Hopkins におけるレジデントのための臨床倫理コース、また、臨床倫理を教える能力の強化に関する進歩として、(一) ジョージタウン大学の生命倫理ショートコース、(二) 臨床生命倫理のためのジョージタウンセンターの臨床奨学金プログラム (生命倫理におけるより進んだ仕事をしたいと思っている医師たちのための奨学金)、(三) シカゴ大学のマククリーン臨床倫理センターの倫理関係の奨学金 (この奨学金による訓練生の多くが北米全域で臨床倫理の指導的な地位を占めている)、などが挙げられている。

¹¹ たとえば、米国医療試験官評議会 (the National Board of Medical Examiners) は、一つの専門委員会を作って、終末期医療に関する試験問題の質と量を再検討した (Singer et al, *op.cit.*, 26 April 2001,3)。

¹² Singer et al, *op.cit.*, 26 April 2001,4. 臨床家の性格の問題については、注7及び本文第3節に報告したハフェルティーらの「隠れたカリキュラム」との関連で次のことが報告されている。「影響力のある立場にいて、かつ患者に敬意を払わない臨床家たちは、どんな倫理教育プログラムも打ち勝つことのできない仕方、医学生を教育を損なう。われわれは、患者と家族に払われる倫理的配慮に敏感な一つの文化を、われわれの学問的プログラムと臨床教育ユニットの中で作り出さなければならない。結局、このことは、われわれが倫理の訓練を行うのに適切な人々をリクルートして、その人々の成功にたよる場合に、実現するであろう。」

の進歩があった。しかしその一方で、現在の医学教育制度においては、学生やレジデントの性格を評価する尺度が欠けており、性格的に問題のあるレジデントが事実上放置されているという課題が指摘されている。また、学生やレジデントだけでなく、「影響力のある立場にいて、かつ患者に敬意を払わない臨床家たち」の存在も指摘されている¹²。

さて、以上のように、これら二つの論文は、最近の医療倫理の広範な領域にわたる実践史である。したがってまた、その話題の豊富さゆえに、そこでとりあげられている話題のすべてを本稿で検討することはできない。そこで、以下では、中心となる話題を「医療過誤」と定めた上で、(1) シンガーが特に医療過誤との関連で高く評価している「タヴィストック原理」を紹介し、次に、(2) この原理に関するシンガーの評価を批判的に検討し、最後に (3) タヴィストック原理を医療過誤の問題により適切に生かすには、上記ペルグリーノ、シーグラール、そしてシンガー自身もまたその重要性を認めている、ハフェルティーとフランクスの「隠れたカリキュラム」

(hidden curriculum) に着目することが重要であることを指摘することにする。このことのねらいは、いわゆる「原理に基づく倫理学」(principle-based

ethics) の手続きを再考し、「性格倫理学」(character ethics)¹³ に目を向けることの重要性を再確認することにある。

第1節 タヴィストック原理

述べたように、本節では、シンガーが医療過誤との関連で評価している「タヴィストック原理」(Tavistock Principles) について、その概要を見ておくことにする。まず、「タヴィストック原理」という名称について言えば、この名称は、例えばシンガー等が「臨床倫理再訪」(既出)においてこの原理に言及する際などに用いられている略称であり¹⁴、正確には、一九九九年に『英国医師会会報』(British Medical Journal) に発表された「ヘルスケアにおけるすべての人のためのさまざまな共同倫理原則：タヴィストック・グループからの調査草稿」(‘Shared ethical principles for everybody in health care: a working draft from the Tavistock Group’)と題された草稿文書において、‘さまざまな倫理原則’(Ethical Principles)として起草されている五つの原理(原則)とその細目のことである。

この草稿文書には、この共有原理が提案されるに至った経緯が次のように述べられている。まず、医療社会学者エリオット・フライドソンによれば、専門職(profession)とは「自分の仕事の質を判断する権威を自分自身に確保している職業集団」のことであり、この集団は、「部分的には、自らが奉仕する人々との信頼関係を通じてそうした権利を獲得する。」したがって、専門職のアイデンティティーと、専門職がそれによって人々から信頼を得る自己規制規則との間には密接なつながりがあり、専門職、倫理、アイデンティティーは互いに不可分のものとなっている。そのため、たとえば、医師には医師としてのアイデンティティーと倫理があり、看護婦には看護婦としてのアイデンティティーと倫理があ

る、という仕方では、各専門職のアイデンティティーと各々に固有の倫理綱領が同時的に成立し、この状況が長く続いてきた。ところが、そうした各種倫理綱領は、それぞれの専門職に属する人々の向上心を促すなどの良い側面を持つ反面、統一が必要なヘルスケアの世界を分断するという側面をも持っている。そこで、この消極的な側面を改善して、医療に携わるすべての人々の間で共有できる間職業的(inter-professional)倫理原則を審議する必要性が宣言され¹⁵、英国医師会会報編集者リチャード・スミス、IHI 研究所所長ドナルド・バーウィック、ケンブリッジ大学トリニティ・コレッジ学長アマーティア・セン、マサチューセッツ州最高裁判所長官マーガレット・マーシャル、世界保健機構(WHO)理事ジュリオ・フレンク等、世界各国からロンドンのタヴィストック地区に集まった学際的グループによって、いわゆる「タヴィストック原理」が提唱されることになった。

そこで、その原理の具体的内容だが、全文を掲げることは紙幅の都合により困難なので、ここではその五つの大綱のみを記すことにする。

タヴィストック・グループによる倫理原則¹⁶

- 一 ヘルスケアは人権である。
- 二 個々人のケアはヘルスケア配給の中心にあるけれども、それは、ヘルスケア配給がさまざまな集団や住民のために最大限可能な健康状態を獲得するために職務を続けているという、全体的文脈の中で考えられ実行されなければならない。

¹³ cf. Hafferty, et. al., *op. cit.*, Pellegrino, E.D., Thomasma, D.C., *The Virtues in Medical Practice*, Oxford, 1993, Pellegrino, E.D., ‘Philosophy of Medicine: Should it be Teleological or Socially Construed?’, *Kennedy Institute of Ethics Journal* Vol.11, No.2, 2001, 169-180, Beauchamp, T.L., Childress, J.F., *Principles of Biomedical Ethics* (5th ed.), Oxford, 2001, 26-56.

¹⁴ 2001年9月に出された改訂版草稿(註16参照)においては、草稿著者たちによっても「タヴィストック原理」(Tavistock Principles)という名称が用いられるようになった。

¹⁵ Berwick D., Hiatt H., Janeway P., Smith R., ‘An ethical code for everybody in health care,’ *BMJ*, 1997; 315: 1633-1634.

¹⁶ 本文中で紹介したタヴィストック原理は、本稿の主要部分を東北大学倫理学研究会『モラリア』に投稿した時期(2001年9月)にその改訂版が公表された(Berwick D., Davidoff F., Hiatt H., Smith R., ‘Refining and implementing the Tavistock principles for everybody in health care,’ *BMJ*, 2001(15 Sept); 323: 616-619)。この改訂版においては、本文中で紹介した五つの原理の各々が簡素化された他、新たに二つの原理(安全性と開放性)が加えられ、合計七つの原理として提案されている。本稿末のAppendixにおいて、その改訂版草稿の「要点」(Summary points)として提示されている部分と、「Box 1」として七つの原理がまとめられている部分を訳出しておいたので、そちらをも参照のこと。

- 三 ヘルスケア配給システムの持つさまざまな責任のうちには、病気の予防と障害の軽減が含まれる。
- 四 ヘルスケア配給システム内部で働く人々にとって、お互いに協力することならびにサービスを受ける人々と協力することは、命令である。
- 五 ヘルスケアにかかわるすべての個人ならび

にすべての団体は、ヘルスケアへのアクセスを提供するにせよヘルスケアのサービスを提供するにせよ、その質を改善するのを助ける継続的責任を持っている。

シンガーはこのうち特に四と五が医療過誤の問題にとって重要であると述べている。そこで、次節では、まずこの点についてシンガーの考えを見とけた上で、その考えを批判的に検討することにする。

第2節 医療過誤に関するシンガーの見解とその限界

2-1 医療過誤に関するシンガーの見解

シンガーが特に医療過誤との関連でタヴィストック原理を評価していることは、序に紹介した「医療倫理における最近の進歩」という短編論文において、医療過誤に関する主要な進歩としてこの原理を挙げていることや、「倫理的ジレンマ 医療過誤と医療文化」¹⁷において、匿名医師による医療過誤の告白に対するコメントを述べる際にもこの原理に訴えていることから明らかである。そこで、まず本項では、これら二つの文献に基づいてシンガーの考えをまとめ、次項(2-2)においてシンガーの見解の限界を指摘することにする。

まず、「医療倫理における最近の進歩」におけるシンガーの発言によれば、医療過誤に関する従来の倫理分析は、医療過誤が起こった時にそれを公開・報告する義務に焦点を当てていて、それはそれで大切なだけけれども、そうした倫理分析は、医療における安全性の文化が発展していくための確固とした倫理的基盤を与えない。これに対して、タヴィストック原理はそのための確固とした倫理的基盤を与えている。従って、タヴィストック原理は医療過誤削減のために重要である、ということである¹⁸。この論旨が「倫理的ジレンマ 医療過誤と医療文化」においては、匿名医師の告白による次の事例に基づいてより具体化されている。

自分(匿名医師)がまだ下級医だった十五年前、コミュニケーションのほとんど全くとれない高齢女性が上腹部の激痛と吐き気(嘔吐)

をうたえて急患で運ばれてきた。常用検査や内視鏡検査等、いろいろ手を尽くしてみたが原因がわからず、疼痛緩和をすべきか否か躊躇しているうちに亡くなってしまった(入院五日目)。その後、この件で報告書を書くためにレントゲン写真の包みの中を漁っていると、そこから入院当日に常用検査として命じたまま結果をチェックし忘れていた心電図が出てきた。その心電図からは患者が急性心筋梗塞だったことがはっきりと読み取れた。つまり、心電図を読み忘れたために心筋梗塞であることがわからず、患者に適切な処置をしないまま死なせてしまったのである。このミスについて、心電図を持って上級医のところへ相談しにいくと、上級医は「このことについて騒ぎ立てても患者は戻ってこない。」と言って、心電図の日付を切り取ってその時の日付を書き込み、「彼女は急性心筋梗塞で死んだ。だが、これはわれわれすべての教訓にしておこう」と言って、過誤をもみ消した¹⁹。

この事例の要点は、下級医が心電図を読み忘れたことと上級医がそのミスをもみ消したことというこの二点をどう考えるかということだが、そのうち特に上級医の行為についてシンガーは次の趣旨のコメントを付している。すなわち、この上級医の行為は「上級医の自己保身にせよ下級医や患者の家族に対する配慮にせよ」「個人的責任の倫理」(an ethics of personal responsibility)に基づいている。この個人的責任の倫理は、全面的に悪いものだという

¹⁷ Singer et al., 'An ethical dilemma Medical errors and medical culture,' *BMJ*, 2001(19 May); 322:1236-1240.

¹⁸ Singer, *op. cit.*, 2000, 283

¹⁹ 本文中に述べたものは要約である。原文ではこの後、匿名医の反省が述べられ、「初めて起きた過誤は訴訟の機会と見るよりは教育の機会と見るのが最もよい」と、全体的には肯定的に受け止めている。

わけではないが、医療においてはそうした個人的倫理は必ずしも適切ではない。なぜなら、個人的倫理は、医師を、自らがその中で働いているチーム、組織、システムから孤立させるからである。むしろ、タヴィストック原理の一つ「五ヘルスケアにかかわるすべての個人ならびにすべての団体は、(中略)その質を改善するのを助ける継続的責任を持っている。」から導かれる次の考えに従うのがよい。すなわち、「我々はそれぞれの過誤を改善の機会として大切に」し、「個人的責任の倫理から患者の安全と〔医療の〕質改善をも重く見る倫理へと変化」すべきである。この意味で、上級医は「これはわれわれすべてにとっての教訓にしておこう」という自らの言葉によって、個人的倫理〔の消極的側面〕を離れることを要求される²⁰。

要するに、個人的責任の倫理に目を向けた場合、たしかに、医師が責任をもって自分の関わる患者・家族・下級医に配慮するという、積極的な側面はある。しかし、その一方で、良く悪くもすべて自分だけで処理しようとしてしまうために、過誤などの経験が医療全体に反映されにくい。したがって、こうした消極的側面を改善するために、間職業的倫理をも視野に入れていく必要がある、ということである。

ところで、医療過誤の「削減」に関するシンガーの見解の重要なポイントは、そこに患者・家族へ過誤を公開することが必ずしも含まれていないということである。すなわち、シンガーは、確かに過誤を公開することには「患者・家族との信頼関係を維持することや、訴訟の記録される数を減らすことができるという十分な理由がある」けれども、「過誤を避ける義務はこれらのいずれよりも強い」、という仕方、過誤を患者・家族に公開して彼等から信用を得ること、医療の質を改善して実際に医療の安全性を高めることを、区別して考えているということである²¹。これはつまり、過誤を医療者の外部に公開する場面で働く倫理（医療従事者と外部の人々との信頼関係）と、過誤を医療の安全性向上に役立てる場面で働く倫理（間職業的倫理）とが別の種類の倫理性であることを指摘しているという

ことであり、この点でシンガーは従来の医療過誤論と異なっている。実際、過誤を医療者の外部に公開する場面で働く信頼性は、医療者に対する「信用」(trust)であり、これは医療者とそれ以外の人々との関係の中で成立する「思い」であるのに対して、医療の「安全性」(safety)という意味での信頼性は、人々の「思い」ではなくて、医療技術やシステムが「事実」として備えているべき性質である。この二種類の信頼性の区別とそれに関わる倫理性を意識している点で、シンガーの過誤論は特徴的であるように思われる。

2-2 医療過誤に関するシンガーの見解の難点

さて、以上に紹介したシンガーの医療過誤論について、その難点をこれから見ていくことにするが、ここでは二つの難点を指摘しておくことにする。

- (1) 「過誤を公開することには、患者・家族との信頼関係維持や訴訟の記録される数を減らすというもっともな理由 (good reasons) がある。しかしながら、過誤を避ける義務はこれらのいずれよりも強い」、というシンガーの発言について。

この発言の前半部でシンガーは、過誤公開には患者・家族との信頼関係維持というもっともな理由があると述べている。しかし、前項で紹介した過誤の場合、家族に過誤を公開すれば信頼関係はむしろ破綻するのではなかろうか。実際、当該過誤事例の報告者である匿名医師は別の箇所でも次のことを述べている。「この事例においては、開示の持つ害の中には、患者の家族を訴訟に巻き込むことによってさらに悲しい思いをさせることが含まれるだろう。」²²したがって、少なくともこの過誤事例に関しては、過誤公開によって患者・家族との信頼関係が破綻することも十分考えられる以上、シンガーのように患者・家族との信頼関係維持を過誤公開の「もっともな理由」(good reasons) とみなすことはできないように思われる。言い換えれば、シンガーには、「こ

²⁰ Singer, et al., *op. cit.*, 2001 (19 May), 1238. 尚、[] 内の語句は私が補ったものである。

²¹ Singer, et al., *op. cit.*, 2001 (19 May), *ibid.*

²² Singer, et al., *op. cit.*, 2001 (19 May), *ibid.*, “In this case, the harm of disclosure might include adding to the family’s grief by involving them in a court case.” 匿名医は、この発言に引き続き、本文中で紹介した事例における上級医の発言をも踏まえて、何をして患者は戻ってこないし、患者・家族の苦しみを取り消すことはできない以上、開示の持つ益を計るのは難しいとも述べている (“The benefit of disclosure is harder to quantify: nothing will bring a dead patient back to life or undo their suffering or the suffering of their family.”)

の事例について（家族に公開すべきか否か）」という視点が欠けているということである。

そこで、仮にシンガーが次のように主張を変更したとしよう。「医療従事者は当該過誤事例については過誤を患者の家族に公開しない方がよい。なぜなら、この場合に過誤を公開すれば患者の家族の悲しみが増えるだけだからである。しかし、患者の家族に公開しない方がよいからといって、医療従事者に対しても報告する必要がないということにはならない。なぜなら、当該過誤事例についても、内部報告には医療の質改善というメリットがあるからである。したがって、この後者の観点において、当該過誤事例における上級医は個人的責任の倫理を離れることを要求される。」シンガーがこのように主張を変更した場合でも、以下の問題点は依然として残されている²³。

すなわち、医療過誤問題の根本的な部分には、人間が自分の過ち・失敗を他人に知られたくないという気持ちを持っていて、その気持ちをどのような仕方でもコントロールするかという問題があるということである。このコントロールを自分自身で行うことのできる者に対してはタヴィストック原理等の倫理原理を外部から強要する必要はないけれども、そのコントロールを自ら行うことができない者に対しては外部からそうした倫理原理を強要することでその人の振る舞いをコントロールする必要が出てくるのだろう。ところが、シンガーの過誤論は、仮に先に述べたように修正された場合でも、人間が自分の欲望をどのようにコントロールするかという問題を十分考慮に入れていたとは言えず、タヴィストック原理を過誤事例に適用すればそれでよいというやや単純な仕方では考えているように思われる。そこで、以下の(2)では、この問題についてより立ち入って論じることにする。

(2) シンガーが「原理に基づく倫理学」を踏襲し

²³ これは、仮にシンガーが件の「もっともな理由」(good reasons)をアイロニカルな意味で用いていて、シンガー自身、もともと過誤公開によって患者・家族との信頼関係を維持したり訴訟の数を減らしたりできるとは考えていなかった場合でも、同様である。もちろん、シンガーが「もっともな理由」をアイロニカルな意味で用いていた場合には、本文中の(1)はシンガーに対する批判にはならない。しかし、シンガーは、「タヴィストック原理を適用すれば、医療の質は改善される」という方向で論じているのに対して、本文中の(2)はシンガーの論の前提と後件とのつながりを断ち切ることを試みている。この意味で、シンガーが「もっともな理由」をアイロニカルな意味にとっているといえなくとも、(2)がシンガーに対する批判になっていることに変わりはない。

²⁴ Beauchamp, T.L. & Childress, J.F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, 2001 (5th. Ed. (この書の第三版には邦訳がある(トム・L・ビーチャム / ジェイムス・F・チルドレス 『生命医学倫理』 永安・立木監訳、成文堂、一九九七年)。但し、第五版では、著作冒頭の第一部において Moral Norms の項と並んで Moral Character の項が設けられるなど、原理に基づく倫理学と並んで性格倫理(徳倫理)が強調されるようになってきているように思われる。))

²⁵ Hafferty, F.W., Franks, R., 'The Hidden Curriculum, Ethics Teaching, and the Structure of Medical Education,' *Academic Medicine*, 1994, vol.69, No.11, 862 "...., ethical principles may be picked up or put down, used or discarded, depending upon the situation or circumstances involved."

²⁶ Hafferty, F.W., Franks, R., *op.cit.*, 863

ていることについて

シンガーが医療過誤の倫理的問題を扱う時には、タヴィストック原理を引き合いに出し、いわゆる「原理に基づく倫理学」(principle-based ethics)の手法を踏襲している。原理に基づく倫理学とは、たとえばビーチャムとチルドレスの『生命医学倫理』(*Principles of Biomedical Ethics*)²⁴に典型的に見られるように、自律性尊重 (Respect for Autonomy)、無危害 (Nonmaleficence)、善行 (Beneficence)、正義 (Justice) といった種々の倫理原理・原則を個々の事例に適用することによって、医療現場で生じる倫理問題の解決をはかろうとする倫理学である。シンガーの場合には、先に紹介した医療過誤の事例にタヴィストック原理を適用して過誤問題の解決に寄与しようとしているので、この意味においてシンガーは原理に基づく倫理学の手法を踏襲しているように思われるわけである。

だが、この種の倫理学の難点として、ハフェルティとフランクスによって指摘されているように²⁵、状況に応じて採用する原理が変わることがある。つまり、この事例にはこの原理を採用し、別の或る事例には、別の原理を採用する、という仕方では、採用される原理が次々に変わることである。とすれば、これと同様の仕方では、この過誤の場合にはタヴィストック原理を採用して過誤を報告し、この過誤の場合にはタヴィストック原理を採用せず過誤を報告しない、という仕方では、場合により、また、人により、報告したりしなかったりするという事態が予想される。

この点についてもう少し踏み込んで見てみると、こうした「原理に基づく倫理学」が普及した原因は、ハフェルティとフランクスによれば、一九六〇年代に、哲学・倫理が医療の世界に進出する時に、医療の世界での正当性を確保するために、その世界で流通している科学的な考え方に即した仕方では哲学・倫理学を移入したためである²⁶。すなわち、たと

えば、この現象を説明するにはこの法則を用いればよいが、あの現象を説明するにはあの法則を用いた方がよいとか、この症状にはこの薬が効くけれどもあの症状にはあの薬が効く、というのと同様の仕方で、この倫理的問題を解くにはこの倫理原理を適用すればよいが、あの倫理的問題にはあの倫理原理を適用したほうがいい、という仕方で、倫理原理を科学法則や薬と本質的に同じ仕方で扱うということである。だが、このような仕方で扱われるとき、倫理原理は医療現場で生じる問題の一種を解決するための「道具」(tool)と化し、そうした「道具」は、科学法則や薬の性質が医師の性格とは無関係であるのと同様に、倫理問題を考える人の性格とは無関係であることが当たり前になってしまう。

第3節 隠れたカリキュラム

ハフェルティとフランクスが言う「隠れたカリキュラム」の具体的内容を見る前に、彼等の問題意識を確認しておく必要がある。彼等は、医学教育・文化の中で普及している次の考えを問題にしている。すなわち、医学教育の中で正式科目として教えられている倫理学は、倫理学の言葉や概念についての新しい理解や、医療現場で倫理的な問題が生じた時にそれを倫理的に推論する技術を教えることはできる。しかし、そうした倫理教育は、学生のパーソナリティにほとんど影響せず、学生が倫理的に振舞うことを保証しない、という考えである。

このことの原因の一端は、前節で既に述べた、原理に基づく倫理学の背景となっている科学的思考にあるわけだが、私の見るところでは、単にそれだけなら学生がとりたてて反倫理的な振舞いをするにはならないはずである。というのも、たとえ科学が何らかの仕方で価値に依存して成立しているとしても、そうした価値が直ちに反倫理性を持っているわけではないからである。したがって、もし医学生が入学後に反倫理的に振舞うようになるのだとすれば、そこには、科学の性格とは別の要因が医学

したがってまた、仮にシンガーが既述の過誤事例にタヴィストック原理を適用することでそのメリットを示したとしても、上述の流儀で倫理分析を行う人たちには、それは他の医学上の道具と同じで、事例が変われば採用されなくなる可能性が高い。この意味で、シンガーのタヴィストック原理を扱う手続きには難があるように思われる。

さて、そうなる医療従事者が自らの過誤をどう処理するかという問題は、外から与えられた倫理原理の内容というよりはむしろ医療者の持つ性格に依存することになるが、この種の問題については、先に言及した、ハフェルティらの「隠れたカリキュラム」が参考になるので、次にこれを一瞥しておくことにしよう。

教育の中に隠れているはずである。それが、おそらくは、ハフェルティらの言う「隠れたカリキュラム」であるように思われる。

すなわち、ハフェルティらによれば、医学部に入ってきた時点での学生の性格にも問題がないわけではないが、特に入学後、学部や研修期間中のさまざまな苦しい訓練や学習において、人によっては「罵倒」されるような仕方で教えられたり²⁷、教室内で教師や仲間の学生が口にする「冗談」や「個人的逸話」など²⁸、要するに、医学教育の学科内容ではなくて、それが教えられる反倫理的環境・文化が、学生の性格を変えるということである。したがってまた、件の隠れたカリキュラムとは、「知識や技術を教えることよりは」、反倫理的「医療文化のレプリカを作ること」にいつそう多く関わっている²⁹ものだとも言えるのである。こうした隠れたカリキュラムのもとで形成された性格を持つ者に、「倫理学」が教科として教えられた場合にどうなるかといえば、「冷笑」の感情が生じることになる³⁰。なぜなら、倫理学の科目内容と、隠れたカリキュラムの中で教えられることが正反対の性質

²⁷ Hafferty, Franks, *op. cit.*, 865 “Combined with the pressure of a burdensome, stressful, and (for some) abusive training environment, patients may not be held as objects of fiduciary responsibility. Instead, they can be transformed into objects of work and sources of frustration and antagonism...”

²⁸ Hafferty, Franks, *op. cit.*, *ibid.* “Stories, joke, and personal anecdotes, whether told by faculty or fellow students, all function as a part of the oral culture of medical training and thus as an influential part of the educational process.”

²⁹ Hafferty, Franks, *op. cit.*, *ibid.*

³⁰ Hafferty, Franks, *op. cit.*, 866.

³¹ Hafferty, Franks, *op. cit.*, *ibid.* “In short, many of the “messages” transmitted via the hidden curriculum may be in direct conflict with what is being touted in formal courses on medical ethics or with what are formally heralded by the institution as desirable standards of ethical conduct.”

を持っているからである³¹。

さて、もちろん、ハフェルティールらがここで指摘していることが医療教育のすべての現場にそのままあてはまるわけではないだろう。むしろ、一つの極端な例かもしれない。だが、仮に何かこうした「隠れたカリキュラム」の要素が医療機関内にあったとすれば、その環境にタヴィストック原理のように、ある種理想主義的とも言える間職業的倫理を導入し

ても、おそらくは冷笑の感情を以って眺められることになるだろう。

したがって、もし医療者が過誤を報告して、それが過誤削減へとつながることを期待するならば、シンガーのように原理に基づく倫理に訴えるよりむしろ、まずハフェルティールらの指摘する隠れたカリキュラムの要素がないかどうか目に向けることが先決であるように思われる。

結語—私見の提出

最後に、医療過誤に関する以上の論述について、幾つか私見を加えて結びとしたい。まず、ごく素朴に考えて、人が何か間違いを犯したときに、それを素直に認めるかどうかという問題は、語弊を覚悟の上で言うなら、第一義的にはその人自身の問題であって他人の問題ではないということである。つまり、患者であれ誰であれ、他人のために自分の間違いを認めるというよりはむしろ、自分自身のために自分の間違いを認めるのだ、ということである。このことを取り違えて、患者の安全のために、とか、医療全体の安全のために、という、そのこと自体はもちろんよいことであるにせよ、少なくとも過誤を犯した当事者（達）にとっては外的な、二次的な存在のために過誤を報告せよと要求するところに、シンガーをはじめとする従来の医療過誤論の一つの大きな難点があるように思われる。

たとえば、第2節で述べたように、シンガーは、医師—患者関係にかかわる信頼性と医療の安全性という意味での信頼性とは別であり、これら二つの場面で問題となる倫理性もまた異なる、という仕方でも倫理性を区別し、後者の信頼性を確保するためには間職業的倫理を普及させなければならない、という趣旨の考えを提示している。しかし、このような枠組みで過誤問題を考えた場合、患者には医療者に対する不信感を抱かせないようにと過誤を報告せず、医療の安全性より自分の身の安全の方が大切なので間職業倫理の場面でも過誤は報告しない、という事態が容易に予想される。これは要するにシンガーが

いずれの倫理性の場面においても「自分（医療者個人）」と「自分以外の存在」という対照でものを考えているためであり、このような対照を提示されれば、医療者がどちらの場面でも自己利益のために過誤を報告しないということになっても不思議はないのである。

むしろ、われわれが医療者たちに向かって言わなければならないのは、過誤の報告というものは、本来、自分の外部の存在のためにするのではなくて、自分の内面（自分の心）のためにするのだ、ということである。このことを医療者一人一人が十分に理解すれば、取り立ててタヴィストック原理などの倫理規則を外側から押し付けなくても、自ら過誤を報告するようになるのではなからうか³²。そして、このように自分の誤りを認めるかどうかという問題は、特に医療者に固有の問題なのではなくて、あらゆる人間に共通する問題である。だからこそ、医療者各人の「性格」の問題が本質的に重要なのであり、ハフェルティールらの指摘している「隠れたカリキュラム」の改善が求められるのである。この意味で、原理に基づく倫理学よりはむしろ性格倫理学に目を向けることが重要であるように思われるのである。

ただし、もちろん、性格倫理学に目を向けるといっても、「隠れたカリキュラム」等の問題を具体的にどう解決していったらよいのかという課題が残されている。この課題についてわれわれは、いずれ稿を改めて考察しなければならないだろう。

³² もちろん、自分の内面生活と自分の物質的生活とをはかりにかけて、物質的生活の方を選択し、過誤を報告しない人もいるだろう。だが、そうした選択を行わない人を増やすためにも、性格の問題に目を向ける必要があるのである（それだけですべてが解決するとは思わないが、それなしには何も解決しないだろう）。

Appendix: タヴィストック原理 (改訂版) 抄訳

本文第1節で紹介したタヴィストック原理は、本稿の主要部分を東北大学倫理学研究会『モラリア』(2001年)に投稿した時期に改訂された(脚注16をも参照)。そこで、本稿では、その改訂版草稿において「要点」(Summary points)が示されている部分と、「Box1」として改訂版タヴィストック原理が示されている部分とを訳出し、Appendixとして付しておくことにする。

要点 (Summary points)

ヘルスシステムの抱えるさまざまな問題は、最終的な分析においては倫理的な問題である。誰が生き残っていて、誰が死にたがっていて、誰がどのように意思決定したか？

個々の専門職の倫理綱領は、役に立つというよりはむしろ分裂を生じさせる (divisive) と言ってかまわない。

タヴィストック原理は、患者やヘルスシステムの所有者をも含む、ヘルスケアに関わるすべての人々に、一つの倫理的な羅針盤 (an ethical compass) を提供しようとするものである。

タヴィストック原理が扱うのは、権利 (rights)、バランス (balance)、包括性 (comprehensiveness)、協同 (cooperation)、質改善 (improvement)、安全性 (safety)、開放性 (openness) である。

タヴィストック原理が使用された経験は限られており、必ずしも奨励されるとは限らない。どのようにしてタヴィストック原理を完成し“有効”にしたらよいかについて、調査は継続中である。

Box 1: タヴィストック原理

権利 (rights) 人々は健康とヘルスケアへの権利を持っている。

バランス (balance) 個々の患者のケアが中心だが、住民全体の健康もまたわれわれの関心事である。

包括性 (comprehensiveness) われわれは、疾患を治療することに加えて、苦しみを和らげ、障害を最小限にし、病気を防ぎ、健康を促進する義務を持っている。

協同 (cooperation) われわれがわれわれの奉仕する人々とお互いに協同し、また、他のさまざまな領域にいる人々と協同する場合にのみ、ヘルスケアは成功する。

質改善 (improvement) ヘルスケアを改善することは、重大で継続的な責任である。

安全性 (Safety) 害を加えてはならない。

開放性 (openness) 開放的であり、誠実であり、信用できること (trustworthy) が、ヘルスケアにおける生命線 (vital) である。

Jos V.M.Welie, *In the Face of Suffering*
 — *The Philosophical-Anthropological Foundations of Clinical Ethics*,
 Creighton U.P., 1998

松浦 明宏*

著者 Jos V.M. ウェリー¹ は、オランダのマーストリヒト大学で医学と法学を学び、同じくオランダのナイメーヘン・カトリック大学で哲学と医療倫理を学んだ後、フルブライト奨学金を得て、アメリカのシカゴ・ロヨラ大学で臨床倫理を学んだ。現在は、ネブラスカ州オマハにあるクライトン大学で准教授の地位にある。D.C. トマスマ等の編集による E.D. ペルグリーノへの二冊目の献呈論集² に寄稿するなど、徳倫理に定位するペルグリーノの医療哲学思想の影響下にある生命倫理学者の一人である。

本書全体の目的意識として、医療者は、現在普及している生命倫理が考えているような、単に倫理綱領や契約に基づく「職務上の義務」(a professional obligation) として患者の利益をはかるのではなく、もっと別種の有意味な義務感に促されて患者に向かうものである、という仕方で、医療者-患者関係のあるべき姿が述べられる(第一章)。この目的意識の下で、まず、近年、生命倫理の分野において普及しているエンゲルハートやヴィーチ流の《道徳的異邦人》(moral stranger) という考え方と、この考えが前提している《ブラックボックス仮説》(black-box hypothesis) が批判される(第二章と第三章)。そし

て、その代案となる考え方を提案するために、主に近・現代の欧米諸国における現象学・実存主義哲学者たちの諸概念が検討される。たとえば、マックス・シェーラーの共同感情論(第四章)、レヴィナスの他者論(第五章)、サルトル、ハイデガーの本来性概念とマルセルの希望論(第六章)、ハイデガーの「気遣い」(第七章)、ドイツの医師・哲学者ヴィクトル・フォン・ゲブザッテル(Viktor von Gebtsattel (1883-1976))の医療者-患者関係論³(第八章)である。

以上の諸検討を総括して、ウェリーは次の趣旨のことを述べている。「医療科学的観点」は「患者個人の善についての問題を患者一般の善の問題へと翻訳」してしまう。ところが、医療がうまくいくのは臨床医が医療科学的観点と患者個人の善の問題との「バランスをとること」(balancing) ができた場合である。そして、こうした「バランスをとること」は、ヘルスケア・チーム、保険会社、法律家、ソフトウェア・プログラマーといった第三者に肩代わりしてもらうことはできない。むしろ、その「バランスをとるためには、臨床医が患者に「一人の人として関わること」(personal engagement) が必要にな

* 東北大学大学院文学研究科助手

¹ 本書は邦訳準備中である。仮題：Jos V.M. ウェリー著『苦しみに直面して—臨床倫理の哲学的-人間学的基礎』

² *The Health Care Professional as Friend and Healer - Building on the Work of Edmund D. Pellegrino*, Georgetown U.P., 2000. 因みに、ペルグリーノへの一冊目の献呈論集は、*The Influence of Edmund D. Pellegrino's Philosophy of Medicine*, ed. by D.C.Thomasma, Kluwer Academic Publishers, 1997 である。

³ ウェリーの紹介によれば、ゲブザッテルの医療哲学においては、次のような医療者-患者関係論が提示されている。すなわち、医療者-患者関係には三つの段階があり、(1) 助けを必要としている人と助ける人との間の信頼によって成立する《基礎的-共同感情的段階》、(2) 医師が医学上の思考・計画・行動等により診断・治療を行う《[科学的] 疎外の段階》、(3) 人格的共同 (personal partnership) の段階である。この第三段階においては、夫々唯一の個人同士の能動的なコミュニケーションが行われる (cf. p.231ff.) (尚、[] 内の語句は松浦の補足である)。

る。その際、医療者は、「善意の導き」(benevolent guidance)を行うわけだが、しかし、その場合でも、(エンゲルハート-ヴィーチ流の自由意志論的な意味での自由ではなくて)「本来的」(authentic)⁴ という意味における「患者の自由な選択」を侵害するわけではない。この意味で、ウェリーは「パターンナリズムモデルと自律性モデルとの一種の《混合》(blend)」を結論として主張することになる (p.75, p.274)。

本書への応答としては幾つかありうるだろう。一つは、パターンナリズムの復権という論点への批判である。つまり、近年の医療現場ではパターンナリズム克服へ向けて努力がなされ、そのための方法としてエンゲルハート-ヴィーチ流の自律性モデルが普及しつつあるのに、そこへパターンナリズムを復活させようとするのはアナクロニズムに他ならない、という反応である。だが、私の見るところでは、以下に述べるように、この種の批判はおそらく的外れである。

パターンナリズムが非難される最も大きな理由は、私見によれば、それが患者の「自由」・「自律性」を侵害するという点にある。この点を改善するために自由意志論的な自律性に基づく医療が普及してきたのであろう。ところが、ウェリーはこの種の自律性概念を批判した上で、これとは異なる自律性概念を見出し、この後者の自律性概念がパターンナリズム(善意)と両立することを示している。したがって、パターンナリズムは患者の自律性を侵害するという理由でパターンナリズムを排除し、これに基づいてウェリーの主張をアナクロニズムだと非難するのであれば、それはウェリーに対する批判にはならない。パターンナリズムが患者の自律性を侵害しないのであれば、そのパターンナリズムを批判する理由はなくなるからである。

このウェリー擁護をより説得的に示すには、ウェリーがエンゲルハート-ヴィーチ流の自律性概念をどのように批判しているかを見る必要がある。そこで、まず、先に示した《道徳的異邦人》・《ブラックボックス仮説》というエンゲルハート・ヴィーチ流の自由意志論的な考え方を、本書第二章・第三章に従ってまとめておくことにする。

エンゲルハート-ヴィーチによれば、人間はいわば《ブラックボックス》のようなものであり、根本

的には他者の考えを知ることはできない。したがってまた、医療者と患者とが互いに十分に具体的な道徳性を共有することはありえない。これはいわば、医療者と患者とは道徳的な場面においては見知らぬ人同士であるということであり、この意味で両者は《道徳的異邦人》なのである。となれば、この状況下でさまざまな道徳上の争いを解決するためには、契約、倫理綱領、法律などを定めてこれを規範とし、医療者がこの規範に従って患者への職業的な義務を果たすという、いわゆる「手続き倫理」(procedural ethics)を採用するしかない。こうした事情もあって、現在の医療現場では、各種倫理綱領、倫理原理・原則等に照らして種々の倫理的ジレンマを解決しようとする傾向が主流となっている。

しかし、ウェリーの見るところでは、こうした手続き倫理が前提している自由意志論的な自律性概念は、後述するように、人と人との相互不信を前提にして成り立っており、この点でこの種の自律性概念や手続き倫理は医療現場にはふさわしくない。すなわち、たとえばビーチャムとチルドレスの説明にも見られるように、もともと「自律性」という概念は、国家と国家との間の争いを調停する場面で用いられた概念であり、たとえば、「最低限これこれのことを守ってくれればあなたがたの国へは侵入しません。後はあなたがたの自由にしてもらって結構です」という意味での「自由(自治)」を意味していた。この自律性概念が国家間の争いの場面から個人間の争いの場面へと転用されて成立したのが自由意志論的な自律性であり、この自律性概念に基づいて「契約」(contract)が成立しているわけである。つまり、自由意志論的な自律性概念は、もともと信用できない相手とどのように交渉してどう同意を相手から引き出すかという、「交渉された同意」(negotiated agreement(p.34ff.))に基づく自律性概念なのである。とすれば、こうした「交渉された同意」が、例えばインフォームド・コンセントというかたちで医療現場において成立する際には、国家間の争いを調停する場合に国家と国家が互いに相手のことを信用していないのと同じで、医療者も患者も互いに相手のことを信用していないことを前提していることになる (p.43, p.257)。したがってまた、こうした相互的な不信感に基づいた方策を用いていくら患者の自己決定権を保証し、自律性を尊

⁴ ウェリーは authenticity をハイデッガーにおける Eigentlichkeit (本来性)の意味に理解しているので、ここでは authentic の訳語として「本来的」という言葉を採用した。

重したところで、そのような尊重によって医療者と患者との信頼関係が回復するはずがない、ということにもなる。ウェリーによれば、こうした自由意志論的な自律性概念は、単に人と人との間の相互不信を前提しているだけでなく、人間の根本的な生のあり方をあまり適切に反映してもおらず、むしろ、サルトル、ハイデガー、マルセルといった実存主義哲学における本来性としての自律性概念の方がより適切に人間の生のあり方を反映している。すなわち、自由意志論的な自律性概念においては、「ただ能動的に支配する力だけが肯定的に評価され、どんな場合でもものごとを受動的に、なすがままにしたり、人の生に強制を加えたりすることを否定的に受け止める」のに対して、実存主義的な本来性概念においては、人の生は部分的には既に《決定されている》という受動的要素が人間の生の根本的特徴の一つと考えられているということである (p.167)。

たとえば、ハイデガーにおいては、一方で人間は、常に自分の現在のあり方の外側に踏み出し、さまざまな新しいあり方へと向かって、未来へと向かって、自分自身を投げ出していくことができる(企投性 *Entwurf*, *project*)。しかし、他方でまた人間は、受胎の瞬間から生の中に《投げ出されている (*thrown*)》。たとえば、人間は生まれてこようと思って生まれてくることはできない。人間は自分自身の生をかたちづくる自由とその能力を持っているけれども、この《投げ出されていること》つまり《被投性》(*Geworfenheit*) という側面は、自分自身の生をかたちづくる能力にとって、超えることのできない限界として存在し続けているのである (p.171)。

また、サルトルやカミュと同時代のフランス人マルセルにおいては、「共同は、人間が他人に対して心を開くことで自分のアイデンティティーを確立するというこのことの中だけにあるのだから、そうした共同こそまさに生の理念」である。したがってまた、自由意志論的な意味での自律的な個人が「他者から自分自身を閉ざすことによってアイデンティティーを見出そうとする」のに対して、マルセル的な意味での本来的な個人は、「他者に向かう開放性を通じて自分のアイデンティティーを確立する」、ということになる (p.168)。

ウェリー自身認めているように、ここでハイデガーとマルセルとを折衷することの是非はともか

くとして、もしこのように、自分以外の他の存在によって自分のあり方が規定されており、しかも、そうした他者との共同によってこそ自分のアイデンティティーが確立されるというのが人間の本来的なあり方であるとすれば、医療者-患者関係において“個々の患者に固有の善とは何か”を考えようとする場合には、自由意志論的な自律性概念に基づく共同よりはむしろ実存主義的な本来性概念に基づく共同の方がより適切であろう。なぜなら、自由意志論的な自律性に基づく共同すなわち「契約」(*contract*) は、名ばかりの共同、表面的な協力関係であり、心の奥底では個々人を「孤独」(*solitariness*) に追い込むからである。第二章「道徳的異邦人」の冒頭に引用されているカミュの言葉

「友人、と私は言ったが、それは慣例に従ってそう言っただけだ。私にはもう友人などいない。……提携者 (*accomplices*) がいるだけだ。」⁵

はこのことを適切に表している。したがって、以上の意味においてウェリーがパターナリズム(善意 *Benevolence*) と自律性モデル(本来性 *Eigentlichkeit*, *authenticity*) との「混合」を説く以上、先述のようなパターナリズム批判はウェリーへの批判としては当たらないことになる。

ところで、ウェリーの自由意志論批判の持つ射程は、単にパターナリズムの復権という問題だけにとどまらない。ウェリーの自由意志論批判はいわゆる「正義対ケアの論争」にも影響し、たとえば川本隆史の哲学に内在する不整合を指摘することにもつながるように思われる。というのも、ウェリーが自由意志論的な自律性概念を批判する時には、その自律性概念を上述のようにハイデガー等の本来性概念と差異化しているだけでなく、カントの自律性概念とも差異化しているからである。すなわち、ウェリーによれば、

「カントの自律性概念は、何か外的な目的に関わっている法というよりはむしろ定言的に自らを定める法としての自律性であるが、この自律性概念が、人間の自己決定権、外部からのさまざまな制約から自由でいる権利を正当化するために曲解され (*interpreted*)、その結果、自律性は『干渉されない権利』 (*a right*

⁵ カミュ著『転落』(新潮文庫版 p.65)。ただし、新潮文庫版では“*accomplices*”は「共犯者」と訳されているのを、ウェリーの論述内容に即して「提携者」とした。

of noninterference)・・・になってしまった」
(p.164)。

つまり、カントの自律性概念と自由意志論的な自律性概念とは本来異なるはずなのに、現代の生命倫理においてはカントの自律性概念が曲解されて自由意志論的な自律性概念へと吸収されてしまった。その上で、既述のように、自由意志論的な「契約」すなわち「交渉された同意」に基づいて、患者の「自律性尊重」「自己決定権」の問題が論じられている、ということである。

ウェリーの見るところでは、カントの「自律性 (autonomy)」は、自由意志論的な自律性概念よりは、むしろレヴィナスのいう「他律性 (heteronomy)」に近い。このレヴィナスの「他律性」についてウェリーはたとえば次のように紹介している。

「他者の顔が目の前にあることは他律を含意している。私はもはや私自身の規範（〔自由意志論的〕自律性）を課することはできず、むしろ他の規範があることを受け入れるよう強いられる。」(p.127、〔 〕は松浦の補足)。

そしてウェリーはこの箇所の註として、次のことを述べている。

「明らかにレヴィナスの他律性は、自由意志論的な自律性と対立しているのもあって、自律性に関するカントの見解と対立しているわけではない。もしわれわれが、自らを課す法としての定言命法というカントの根本定式を、各々の人格は常にそれ自身において一つの目的とみなされねばならず、決して何か他の目的のための手段とみなされてはならないという同じ定言命法の第二下位定式と合わせて考えるならば、かなりレヴィナス的な命法が浮上するだろうに。つまり、あらゆる個々の人格が象徴している『法』である」(p.154 註12)。

こうして、ウェリーにおいては、自由意志論的な自律性概念と、カント的自律性-レヴィナス的他律性とは差異化されているわけである。ところで、ウェ

リーの考えをここまで見たところで、ここで川本隆史の発言に目を向けてみよう。この発言は、川本がそれまで行ってきたカント研究からロールズ研究へと関心を移した時のことを川本自身が回顧する際のものである。

「私の関心は、同年夏から閲読を開始したジョン・ロールズ『正義論』(一九七一年)に傾いていった。カントをロック、ルソーと続く社会契約思想の頂点に位置づけ、定言命法に社会正義の原理という実質をこめて読み破る姿勢にいたく共鳴したからだ。」⁶

もしウェリーが川本のこの発言を読んだなら、おそらくウェリーは、「川本は当時の⁷ロールズのカント解釈に影響されたのだ」と言うだろう。もちろん、ロールズの正義論は「平等主義的立場から自由意志論者に挑戦した」ものである以上、ロールズの正義論が自由意志論と同じものであるというわけではない。しかし、ロールズの正義論が少なくとも「仮説的社会契約モデル」を用いた理論であり、「平等は、すべての当事者間の自由な交渉という形で、その仮説的状态に組み込まれている」⁸という特徴を持っているのであれば、たとえロールズの正義論が自由意志論と異なっていたとしても、あるいはさらに言えば、たとえロールズがカントをどのように解釈していたとしても、少なくともロールズの正義論そのものに関する限り、自由意志論の持つ難点と同じ難点を引き受けることになるはずである。たとえば、ロールズの正義論は、自由意志論同様、人間同士の相互不信を基盤にして成り立っている理論である等の難点である。この意味で、川本はロールズのカント解釈をいわば「触媒」にしてカントからロールズへと「乗り換えた」がために、ロールズのカント解釈というよりはむしろその正義論と共に、ウェリーの自由意志論批判にさらされることになるだろう。

とはいえ、これはつまり、川本がロールズの正義論から本来のカントへ戻ればウェリーの批判を受けずにすむということでもある。たとえば、川本は、別稿において、「自己決定権と内発的義務」との対

⁶ 『カント全集』月報8、岩波書店、2000年10月(東北大学倫理学研究室『モラリア』第8号(2001年)、113頁に再録)。

⁷ ビーチャムとチルドレスによれば、ロールズは後の著作(“The Priority of Right and Ideas of the Good,” *Philosophy & Public Affairs* 17(1988), 252, “Justice as Fairness: Political not Metaphysical,” *Philosophy & Public Affairs* 14(1985), 223-51, esp. 224-25)において、自説とカントとの関係について、「類比であって同一ではない」(‘analogy not identity’)と断っている(Beauchamp & Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (5th.ed.), Oxford, 2001, 352, 並びに note 26(p.379))。

⁸ ビーチャムとチルドレス『生命医学倫理』第三版、安永、立木訳、成文堂、322頁。

⁹ 「均衡・義務・介護 - 現代正義論の方法と課題」、日本哲学会『哲学』52号(2001年)、1頁-13頁、「ケアを促す『内発的義務』 - 最首悟の探求」、『月間福祉』2001年8月号(『モラリア』(既出)、117頁-119頁に再録)。

立、あるいは、「正義とケアの統合」を、自らの「宿題」として課しているが⁹、もしここで言う「内発的義務」が、カント本来の自律性概念に近いものであるとすれば、ということはつまり、ウェリー解釈に従って言えば、レヴィナス流の他律性概念と密接な関わりにあるとすれば、川本がロールズの正義論から距離をとって内発的義務へと集中することによって、川本自身が宿題として抱え込んでいる「対立」だけは解消するということである（これを「解

消」というべきか否かはさておき）。

以上見てきたように、本書におけるウェリーの自由意志論批判の射程はかなり大きく、単にパターンリズムの復権という問題だけでなく、正義対ケアの論争にまで波及する可能性を持っているように思われる。この意味で、ウェリーの解釈は医療と哲学との双方の現場に影響しうる、考察に値する解釈であると私には思われる。