

医師と患者の関係

—信頼の倫理学の構築に向けて—

谷本 光男 (龍谷大学)

はじめに：「マクロ・バイオエシックス」と「ミクロ・バイオエシックス」

私がみるところ、二つの「バイオエシックス」があるように思われる。すなわち、「マクロ・バイオエシックス」と「ミクロ・バイオエシックス」である。前者は「次から次へと登場する先端医療技術の、何を・どこまで・どのようにして社会が受け入れるかを定めるための議論の枠組みを作ろうとする試み」と定義することができる。この意味でのバイオエシックスは、医療に関する公共政策を作ることを目標としており、公共政策上の合意を形成するための原理は何かを探求することが、その課題である。一方、後者は、伝統的に「医の倫理」あるいは「医療倫理」と呼ばれてきたものであって、ここでの問題の中心はなんと言っても医師・患者関係である。医療行為が医師と患者とのあいだで行われるものである以上、両者の関係が医療行為の本質的要素であり、医療の根幹に関わるものであることは言うまでもない。本稿で私が取り上げるのは、このうちの後者の「ミクロ・バイオエシックス」に含まれる問題である。

なぜ前者の問題を取り上げないかに関して少しだけ述べておきたい。それは、第一に、脳死・臓器移植、体外受精、選択的中絶、安楽死・尊厳死、遺伝子治療、クローン技術などは、当事者はともかく、少なくとも私にはあまり切実さが感じられないからである。私の周囲に脳死になった人はいないし、臓器移植を希望している人もいない。また、体外受精の該当者も、代理母を必要とする人も私の周囲には存在しない。さらに安楽死や尊厳死を望んでいる人も今のところいない。私にとって切実な関心が持てない問題に対しては、責任を

もって論じることはできない。第二に、どのような問題であれ、それに関係するすべての者を（正確には多くの者を）考慮するなら、何らかの解答を出すことはきわめて困難である。例えば、脳死体からの移植を考える際に、移植によってしか助からない人を思い浮かべるなら、心臓移植や肝臓移植に反対することには戸惑いがある。第三に、次のような意見がある。「先端医療技術をどこまで応用するか、安楽死や尊厳死を認めるかといったことは、なるほど切実ではあるが、あくまでもマージナルな問題にすぎない。医療倫理のもっとも基本的な課題は、そのときどきでもっとも適切な医療サービスを個々の患者に対して保証すること、医療過誤の発生を防ぐこと、そして不適切な医療をおこなった者に対しては然るべき処分をおこなうことである。」(市野川、p.171) 第四に、もし現代社会が究極的に基礎づけることが不可能な価値観 (good life についての見解) が多数存在する社会、いわゆる価値多元的社会であるとするなら、われわれが医療に関する何らかの公共政策を決定しようとする場合、ある特定の価値観を持ち出すことはできないであろう。これに関して、エンゲルハートは、次のように述べている。「悩み苦しみの種を取り除き、健全な生活についての特定のヴィジョンを実現するために、病気や不調、能力障害を受け入れ、そして自分の身体をより一層よくコントロールしたいと思う場合、数えきれないほどの方法がある。そうした方法がお互いに尊重し合うという道徳の範囲内で求められている限り、それはたとえ支持できないことであっても、寛容に取り扱われなければならないだろう。このように種々雑多な道徳的ヴィジョンがあるということから、それらを平和的に結合させる道徳的接合剤 (moral cement) として、非宗教的な多元主義の倫理 (secular pluralist ethic) へのコミットメントが必要であろう。本書は、そうした倫理の一つのヴィジョンを述べてきた。……本書で示した見解は、最も立場がはっきりしているキリスト教徒やユダヤ教徒、ヒンドゥ教徒、仏教徒、力による道徳上の論争解決を望まない共産主義者にとっても知的な問題のレベルでは避けて通ることができないものとして論じられてきた。それは、権威がもつ道徳上の避けられない限界と、そこから生じる道徳的要求としての寛容 (toleration) についての議論である。理性的な議論の結果、自分以外の人をもつ良い生活 (good life) についての見解を、力を

もって破棄させることが正当化されない場合には、寛容と善行 (beneficence) への一般的なコミットメントという抽象的な道徳が残されることになるだろう。そこには、ユダヤ・キリスト教の伝統に培われてきた具体的道徳よりもかなり少ない道徳的な規定や禁止事項が盛り込まれることになるであろう。」(Engelhardt,p.385、邦訳p.472)

ただし、前者の「マクロ・バイオエシックス」に対して、次のようなことは言えるように思われる。すなわち、個人主義的思想、つまり「当事者の自己決定権の尊重」ないし「当事者の同意の尊重」あるいは「他者危害原則を唯一の規制原理とする自己決定論」、このような個人主義ないし自由主義の思想に基づいて新しい医療技術への対応を考えることはできない、ということである。その理由ははっきりしている。現代の医療技術はわれわれの遺伝子を操作する方向に進んでおり、従来の自己決定権論(自己決定権優先の思想)では対応できなくなっている、ということである。加藤尚武は次のように述べている。「病気の中心が、生活習慣病から遺伝病に移れば、治療の対象は、新生児や胎児となり、場合によっては受精卵となる。その場合は主観的自己決定から客観的代理決定へと決定の中心的な性格が変わる。そして血縁者の発言権を認めるという形で、決定の主体が個人から家族に移ってくるだろう。そこでは「自己決定中心主義」という形をとった個人主義的自由主義とは違った倫理が必要となる。」(加藤、p.19) では、先端医療技術の社会への導入の問題をどのような枠組みで考えたらよいのだろうか。誰もがすぐ思い浮かべるのは、「人間の尊厳」という概念であろう。しかし、言うまでもなく、この概念はきわめて多義的なものであり、中身が明確であるかどうかは疑わしい。ある技術の利用に対して、例えばクローン技術のヒトへの応用に関して「人間の尊厳に反する」という非難がよくなされるが、この非難に実質的な意味を見いだすことはおそらく困難であろう。あるいはまた、「功利主義」思想を持ち出す人もいるかもしれない。しかしこの場合も、新しい医療技術の受容に関して功利計算がきちんとできるとはとうてい思えない。というわけで、われわれの社会への新しい医療技術の導入の問題をどのような枠組みで考えたらよいのか、私にはわからないのである。

1. 本稿の課題

今日、医療に対してかなり根強い不信感があるように思われる。最近の医療事故の一例を示してみよう。埼玉医科大学で抗ガン剤を過剰投与され、女子高校生が死亡するという事故が起こった。週一回投与の抗ガン剤を主治医が説明を読み間違えて7日間連続で投与したというものである。しかも、ミスに気づきながら、主治医はその事実を隠蔽した(2001/5/18、毎日新聞)。最近、どういふわけか、このような事故が続出している。インターネットで「医療事故情報センター」にアクセスすると、産婦人科、小児科、外科など医療のあらゆる分野で多くの医療事故が起きていることがわかる。むろん、医療は人間がおこなうものであるから、事故はどうしても避けられないという意見もあるかもしれない。以前から多くあったのに、報道されなかっただけであって、最近とくに事故が多発しているわけではない、ということも言えるかもしれない。しかし、たとえそうであっても、医療事故が医療に対する人々の信頼感を失わせるものであることに変わりないであろう。

医療に対する不信は、なにも医療事故からのみ生じるわけではない。ダニエル・キャラハンは、次のように述べている。「人類の事業として医学はもっともよく組織され、もっとも目的のはっきりしているものの一つである。それは、活動的、野心的で、興奮に満ちたしばしば崇高なドラマの世界である。疾病を征服すること、苦痛を取り除くこと、死の機先を制することなどが、一般に認められている医学の目標である。しかし医学の実態は、そのような見方が与える首尾一貫した統一的努力とはかなりちがう。医学において究極的目的などというものはあまり考えられていない。全体の図柄が統一されたタピストリを作るというよりも、個々の仕事の寄せ集めといった感じなのだ。ここではある研究者がガンの研究をしており、あそこでは関節炎の研究をやっている。むこうのほうではアルツハイマー病をやっている。分子遺伝学をやっている人もいれば、神経中枢の働きを調べている人もいる。研究者は自分の興味のおもむくままに、あるいは研究費がありつけるところに、あるいは研究の成果がもっとも求められているところに、研究のテーマをみつける。このことが長い目で見て

どういう結果を生むのかはつきりしないし、日常の仕事の中でそんなことが大きな関心を引くこともない。さながら、現在ある疾病の悪と戦うだけで今日のところは精一杯、というかのように。」(キャラハン、p.67) キャラハンが言うように、医学は全体として一つの方向性をもっているわけではない。「医学において究極的目的などというものは考えられていない」のである。医学の名の下に危ない技術がたくさん開発されている。遺伝子治療に代表される生命操作の技術もその一つである。次から次へと新しいことが可能になるたびに、しかもそれが社会における公共的な議論を経ることなしに実用化されるたびに、多くの人にとって医師は「得体の知れない者」とみなされ、医師に対する不信感は増大するのである。

もちろん、もっと日常の医療現場においても不信が見られる。というよりも、われわれの不信の主たるものは、「3時間待ちの3分診療」と言われるように、日常の医療現場における医師の説明不足にその根があるように思われる。また、医師が疾患だけを見て、病人を見ないという点も、医師への不信を引き起こすものである。一例を挙げよう。

ローラー夫人：ジョーンズ先生に予約してまいりました。

受付：おかけになって、この用紙に保険のことと現在の健康上の問題を記入してください。

ローラー夫人：(診察室に入ってから) ジョーンズ先生。乾癬をみていただきたくて伺いました。先生が新しい治療をされる専門家であると存じ上げております。

ジョーンズ医師：乾癬にかかってからどのくらいですか。

夫人：15年くらいです。

医師：どこからはじまりましたか。

夫人：大学生のときです。試験のプレッシャーが多かったのです。それに、家族にも皮膚の問題の既往があります。冬で、厚手のウールのセーターを着て、それが皮膚にはよくなかったようです。食事は――

医師：いや、いや！ はじめて紅斑(ブラック)に気がついたのは皮膚のどの部

分だったかという意味です。

夫人：両肩と両膝です。でもときどきは頭皮にも異常がありまして、私は決して――

医師：この2、3年の進み具合はどうですか。

夫人：数年間大変でした。仕事でも個人的な面でもストレスが大きくて、私は――

医師：私がうかがいたいのは、あなたの皮膚の問題がどのように進行したかということです。(クラインマン、pp.167-168)

この例では、医師の関心はもっぱら患者の皮膚に集中している。皮膚に関する情報にだけ医師の関心は向けられている。医師は目の前の患者が何に苦しんでいるのかには関心を向けないのである。

本稿では、「信頼 (trust) とは何か」、とくに「医療における信頼とは何か」を考える。医療の基礎は信頼であるとか、医師・患者関係は信頼関係であるとか、というようなことがしばしば言われている。たしかにその通りであろう。医師に対する信頼がまったく欠如しているなら、あるいはわれわれが医師をまったく信頼していないなら、患者は病院に行くはずがなく、それゆえ医療というものとは成立しないと思われるからである。しかし、よく言われるわりには、とくに日本では、この医療における信頼が何を意味しているのか、あるいは医師・患者関係において信頼とはどういう状態を言うのかについては、十分な考察がなされていないように思える。そして、十分な考察がなされないまま、信頼の回復についていろいろな意見が述べられている。本稿では、あまり取り上げられることのない、医療における信頼の問題を考える。この「信頼」をめぐる考察を通して私が最終的に意図しているのは、まだその輪郭さえも描写できないのだが、信頼の排除不可能性(医療から、正確には医師・患者関係から信頼を取り除くことはできないこと)を認め、これを基盤に医療における信頼の倫理学を構築することである。これは、当然、患者の自律性・自己決定の尊重を中心におく倫理学とは異なる。むしろ、医師の善行を重視する倫理学になるであろう。しかし、このように述べたからと言って、伝統的な「医の倫理」、パートナーリズム

の二つの意味で考えられているように思われる。医療ないし医師が信頼できないと言うとき、医師の「能力」が問題とされている場合がある。例えば、先に述べたような埼玉医科大学の医療ミスは、きわめて単純なミスであって、医師の「能力」を疑わせるのに十分である。しかし、医療へのわれわれの不信は、医師の「能力」の問題に尽きるわけではない。埼玉医科大学の場合でも、ミスを隠し、「患者は感染症で死亡した」と家族にウソをつくとき、医師や病院の「能力」が問題ではなく、医師や病院の「意図」が問題なのである。さらに、私が経験したことを述べよう。私は大学病院で定期的に目の検査を受けているが、数ヶ月まえ、突然、若い医師から遺伝子を調べさせてほしいと言われた。医師はその理由として、遺伝子の検査が私の病気の治療に直接つながるようなことを言っていた。しかし、そんなことはありえないことである。もちろん、虹彩炎の原因がよくわかっていないことは病気との長い付き合いからよく知っている。だから、医学の研究者として、遺伝子のレベルで原因を探りたいという気持ちはよくわかる。しかし、医師はまるで私の治療のために遺伝子の検査をするかのように言う。この場合、医師の研究者としての「能力」が問題ではない。そうではなく、むしろ医師の「意図」が問題なのである。医師が利己的にふるまうことで、例えば、自分の研究のためとか、自分の名誉欲のために、私を利用しひどい目に遭わせるのではないか、ということが問題なのである。近年の医療技術の急速な発展に伴い、現代においては医療における信頼の問題は、「意図に対する期待としての信頼」をどのように築いていくかという問題であるように思われる。

山岸俊男は、さらに重要な指摘をしている。それは、「安心」と「信頼」との区別である。次のように述べている。「信頼が意味をもつ状況は、同時に、用心深さが必要とされる状況である。逆にいえば、他人との関係で安心していられる環境、すなわち他人との関係で用心深くふるまう必要がない環境では、信頼は必要とされない。」(山岸、1998、p.40) 一般に理解されているところでは、「信頼」は家族や友人のような、ごく親しい者とのあいだに成立するとみなされているが、実はそのような関係の中に成立しているのは「信頼」ではなく、むしろ「安心」なのである。親や兄弟が(普通には)自分をダマしてひどい目に遭

わせると考える理由はまったくない。そこではわれわれは「安心」してられる。信頼が必要とされるのは、そのような親密な人間関係においてではなく、自分は利用されひどい目に遭うかもしれないと思われるような人間関係においてである。医療はまさにそのような「信頼」が必要とされる領域である。というのも、昔と違って、とくに都会では、病院に行けば、われわれはまったく身も知らない医師に身を委ねざるをえないし、それに何よりも医療はわれわれの生死に直接かかわるものだからである。

以上の議論ではまだ不十分であるから、とくに本稿のテーマである、医療専門職との関係における信頼の問題がよく見えてこないから、信頼についてもう少し突っ込んで考えてみよう。

言うまでもなく、信頼は人間関係の中から排除することのできないものである。信頼がわれわれの日常生活において非常に重要な役割を果たしていることは、われわれの生活をちょっと振り返ってみるだけでわかる。例えば、朝起きて職場に行くために電車を利用する場合を考えてみよう。この場合、われわれは電車が時刻通り走っているということを信頼している。もしこの信頼がなければ、われわれは駅まで歩いて行くことが不可能である。駅で電車を待っているときには、後ろの人に背中を押されて線路に転落することはないだろうと安心している。電車に乗ったときには、電車の運転手は居眠りをしない、酒を飲んでいない、覚醒剤の常習者ではない、とわれわれは信じている。電車が踏み切りを通るときには、人や自動車は止まってくれるだろう、ということに当てにしている。職場に着いても同じことが言える。大学の教師は、演習の時間には、担当の学生が準備をして来るだろう、と信じて教室に出かけるのである（最近では、この信頼はたいてい裏切られる）。授業が終わり、帰宅の途中のれんをくぐった飲み屋では、店の主人はお酒に毒を入れることはしないだろう、と信じてわれわれはお酒を飲む。毒が入っているかもしれないと思ったら、お酒は飲めない。お酒だけではない。料理にも毒が入っていない、あるいは食中毒になるようなことはない、と信じて食べるのである。帰りにタクシーを利用するのは、運転手が強盗に変貌することはないだろう、とわれわれが信じるからである。安心して家に帰るのは、家内は昼間浮気をしていないとわれわれは信

じているからである。このような例はいくらでも挙げることができる。これらの例からわかるのは、信頼はわれわれの生活の隅々までいきわたっているということ、われわれの日常生活は他人に対する信頼に基づいているということ、われわれは信頼関係に基づいて大半の行動を決定しているということである。

このように「信頼」は人間に関する事柄の至るところに見られるにもかかわらず、不思議なことに、これまで哲学者によってきちんと考えられてきたことはないのである。これが本当であることは、誰か過去の哲学者を思い浮かべてみればわかる。プラトンの信頼論とか、デカルトの信頼論、カントの信頼論など、そういうタイトルの論文が考えられるだろうか。もっとも、ヒュームの信頼論はありうる (Annette C. Baier, *Moral Prejudices: Essays on Ethics*, Harvard University Press, 1994. を参照。アネット・パイアーはヒュームの研究者として有名である。)。ちなみに、事典として定評のある『哲学・思想事典』(岩波書店)を引いてみよう。そこには「信頼」の項目は見当たらない。私の手元にある他の辞典も当たってみたが、見当たらない。例えば、『倫理想辞典』(山川出版社)、『現象学事典』(弘文堂)、『カント事典』(弘文堂)、『フランス哲学・思想事典』(弘文堂)、『命題コレクション・哲学』(筑摩書房)、『ラールス哲学事典』(弘文堂)など、どの事典にも「信頼」に関する記述は見られない。これは実に不思議な現象だと言わざるをえない。なぜこれまで「信頼」は哲学のテーマとして取り上げられなかったのか。

実は、私の手元にある事典のうち、一つだけ信頼について書いてある事典がある。それは『ヘーゲル事典』(弘文堂)である。少し長いが引用しておこう。「私がある他者を信頼するということは、「私の私にとっての存在を、彼が承認しかつその存在が彼にとって目的と本質であるというように、私が彼のうちで認識する」(『精神現象学』3.406)ということである。すなわち、彼が私の存在を承認してくれるということを私自身の確信としているということである。信頼のもっとも素朴な在り方が「信仰」である。信仰する意識は、信仰対象のうちで自分が肯定されていると感じ、それと一体になる。ヘーゲルはまた、「愛国心」(『法哲学』268節)のうちに信頼の典型的な在り方を見ている。すなわち、その心情においては、私は国家において私の利益が守られているとき、国家の利

益がそのまま個別的な私の利益でもあると感じるのである。しかし、信頼は、意識がそこに属する人倫的精神と一体のものであるかぎり生き生きと息づくのであって、意識が孤立化し、単なる個別になったとき人倫的精神の統一は失われ、堅固な信頼は消え失せて単なる建前になりさがる。」(p.258) 私はこれを読んだとき、ヘーゲルは「信頼」についても考えていた、さすがにそらの哲学者とは違い、「偉い！」と思ったわけではなく、むしろ逆に、暗澹たる気持ちがわき起こるのを禁じえなかったのである。

信頼が問題とされるようになったのは、ニクラス・ルーマンの著作『信頼』(1973)とアネット・バイアーの論文「信頼と不信」("Trust and Antitrust"、この論文はEthics Vol.96、No.2、1986に発表され、上記の本に収録されている)の影響が大きいように思われる。ここでは、ごく簡単に述べよう。

ルーマンによれば、「信頼は、もっとも広い意味では、自分が抱いている諸々の(他者あるいは社会への)期待を当てにすることを意味する。この意味では、信頼は社会生活の基本的な事実である。もちろん、人間は様々な状況において、特定の点では信頼を寄せるか・寄せないかということを選択している。しかし、何の信頼も抱きえないならば、人は朝に寝床を離れることさえできない。」(p.1)このような信頼を問題にするやり方には、いくつかの可能性がある。(1)信頼を最初から疑いえない事実とみなしてしまう立場。たしかに日常的には、われわれはこうした自明性において信頼を抱いている。(2)信頼を倫理的に要請する倫理的な立場。「信頼の必然性は、正しい振る舞いの規則を導き出すための、真かつ確実な基盤とみなすこともできる。もし信頼しない場合の選択肢が、混沌と全身を萎縮させる不安だけであるとしたら、人間はその本性に応じて、もちろんなんでも盲目というのではないけれども、何かを信頼しなければならない、ということが導かれよう。」(p.2)(3)限界状況における実存的不安から信頼を導く実存哲学的な立場。ルーマンは言う。「信頼なき実存の不安という限界状況へのまなざしは、心理学者や医師を魅了しているのみならず、現代の重要な思想家をも魅了している。」(p.3)以上の三つの可能性に対して、社会学者として、ルーマンは別のアプローチを採用する。それは「機能分析」である。ルーマンが試みようとしたことは、信頼の社会的な働きを

究明し、信頼の働きを規制する歴史的・社会的条件を考慮に入れて信頼の形成や変容を分析することである。

ルーマンの意見は、信頼は「複雑性の縮減」と結びついている、というものである。もっと正確に言えば、他の人々の自由を通じて世界の中に現れてきた複雑性の縮減と結びついている、ということである (p.53)。信頼することによって、われわれは複雑性の重荷と障害を取り除くのである。ルーマンは、次のように述べている。「信頼は、他者を人格として、つまり行為システムの恣意的ならざる秩序だった中心・意思疎通し合える中心として、みなすことを通じて、まずもって、また他の何にもまして、他者に向けられる。このことはなんら驚くべきことではない。この場合、信頼とは、他者が、その自由すなわち行為可能性の不気味な能力を、人格であるという意味で発揮するであろう、という一般化された期待に他ならない。あるいは、もう少し厳密に言えば、みずからを人格として表出し社会的に観察しうるようにする、そうした人格性という意味で、他者がその自由を発揮するであろう、という一般化された期待である。自覚的に、あるいは無自覚的に、自分自身について伝達し、そして事実その通りにある人が、信頼に値する人である。」(p.70)「信頼は、社会的な複雑性を縮減しており、それゆえリスクを引き受けることを通じて生活態度を単純化している。」(p.131)ルーマンは本の最後に次のように自分の見解をまとめている。「信頼が社会的な複雑性を縮減するのは、信頼が、①情報の不足を、②内的に補償された確かさで補いながら、③手持ちの情報を過剰に利用し、④行動予期を一般化するからである。」(p.176) (注：丸数字は本文にはない。)

信頼の本質(信頼とは何か)への系統だった探求という野心的な仕事を企てたのは、アネット・バイアーである。先に述べたように、これまで「信頼」は、哲学的な議論においては無視されてきた主題である。バイアーが指摘するように、約束と契約に関するヒュームの議論と神学者によって強調された神への信頼を除いて、多くの哲学者は、「信頼」についてはほとんど問題にしてこなかったのである。

バイアーは「信頼」(trust)を「reliance on others' competence and willingness to look after,rather than harm,the things one cares about

which are entrusted to their care」(Baier,p.128) (人が配慮するもの、それは自分で配慮するよう委ねられているものなのだが、他人がそれらを害するのではなく、むしろ自ら喜んで配慮する、そういう他人の能力を当てにすること)と定義する。バイアーによれば、trustはrelianceの一形態である。trustよりもrelianceのほうが広い概念である。前者に特徴的なものは、「自分に対する相手の善意を当てにすること」である。バイアーは、次のように述べている。「私がある人を信頼するとき、私に対するその人の善意を当てにしているのである。」(Baier,p.99)そこで、カントの散歩の時間を当てにして(reliance)時刻を確認していた隣人は、カントが寝過ごしたとき、失望を感じたであろうが、信頼を裏切られたとは思わなかったはずである。カントの散歩は、隣人への善意でなされていたものではないからである(p.99)。

バイアーは異なった種類の信頼関係を明らかにしている。すなわち、約束と契約と信頼の間の違い、および信頼を「道徳にかなったもの」(morally decent)(p.120)にするための条件を明確にしている。バイアーが強調しているのは、他の人間を信頼することのうちに含まれている傷つきやすさ(vulnerability)、信頼される者に与えられる裁量権の不可避性と危険性、さらに信頼する者の傷つきやすさは、たとえ信頼される側がそうする動機をもっているとしても、不当に利用されることはないだろうという確信の必要性などである。このうちの「信頼」に特徴的な「傷つきやすさ」に関して、バイアーは次のように述べている。「Trust is accepted vulnerability to another's possible but not expected ill will(or lack of good-will)toward one.」(p.99) (自分に対して他人が悪意(あるいは善意の欠如)をもっているとは予想しないが、その可能性を否定しきれず、そこから発生しうる傷つきやすさを受け入れる。)他人を信頼するとは、他人の善意を当てにすることであるが、そのことは失望というリスクを引き受けることでもある。信頼する人は、信頼という態度によって、傷つきやすくならざるをえないのである。では、なぜリスクを犯してまで他人を信頼するのかといえば、われわれがもっとも価値があると思っているもの(例えば、われわれの人生、健康、名誉、子孫とその安寧、会話、政治生活などをバイアーは挙げている)を生み出そうとするとき、あるいは人間としてもっとも差し迫った

ニーズを満たそうとするとき、他人の援助をどうしても必要とするからである (pp.100-101)。もちろん、信頼される人は善意をもって対応するよう期待されている。その場合、信頼される人にはある程度の裁量の余地が与えられている。というよりもむしろ、ある場合には、裁量を働かせる責任 (discretionary responsibility) が与えられているのである (p.101)。そこで、信頼関係は次のように述べるができる場合もあることになる。

「AはBに対してCについて何らかの配慮するよう委託され、BはCの配慮について何らかの裁量を働かせる。」 (A has entrusted B with some care of C and B has some discretionary powers in caring for C.) (p.102)

バイアーは医療に関してはほとんど述べていないが、上記のAを「医師」、Bを「患者」、Cを「病気」(病む身体) と考えるなら、これは医師・患者関係にそのまま当てはまるものであろう。言うまでもなく、病人が病院に行くのは、身体のだこかに異常を感じるからである。熱がある、咳が出る、だるい、痛みがある、目が霞んでいる、などといった身体の不調が病人が病院の門をくぐるときの動機である。病人は身体の異常を感じているが、身体のだこが悪いのか、どういう病気なのか、わからない。また、病気はまったくの(とは言えないかもしれないが) 不意打ちの経験であるから、どうして病気になったのかもわからない。当然のことながら、病気にどのように対処したらよいのかもわからない。これはルーマンの言う「情報の不足」に当たるものである。すなわち、信頼が形成される背景には、行為者にとって必要な情報が不足しているという事態がある。一方、医師は、自分の専門的知識に基づいて診断を下し、治療法を決定し、何らかの処置を施す。もちろん、そこには裁量を働かせる余地が大いにある。医師が患者に情報を伝える場合にも、どういう情報をどれだけ伝えるかに関して医師の裁量が大きく働いている。しかし、信頼する患者側からすれば、このような関係は、みずからの傷つきやすさを増大させるものである。上に述べたように、傷つきやすさの原因は、相手の悪意(あるいは善意の欠如)であるが、医師の裁量権を認めるなら、これも上に述べたように「自分は利用されひどい目に遭う」ことも起こりうる。信頼関係をより深めるものとなるはずの医師の裁量が、かえってより大きな危険や不運な結果をもたらすことにもな

りかねないのである (p.103)。

バイアーは、次のようなことも述べている。「私を信頼しなさい」(Trust me!) という命令は、われわれのほとんどにとっては、われわれが自分の意思で受け入れることのできないものである。」(p.110)「一般に、われわれは自分の意思で (at will) 信頼することはできない。」(p.111) 例えば、ある電力会社の組織ぐるみの事故隠しをきっかけに、今や完全に原子力発電所に関する信頼は失われているが、電力会社がもしかりに「われわれを信頼してください」と言っても、それで信頼が生まれるわけではあるまい。また、われわれの側のみずから意識的に信頼することはできない。われわれにできることは信頼の招待 (invitation to trust) を受け入れることだけであり、一方、信頼される側にできるのは、信頼の環境 (climate of trust) (p.111) を作り出すことだけである。

むろん、バイアーの論文以外にも「信頼」に関しては読むべき文献がある。例えば、Eric M. Uslaner, *The Moral Foundations of Trust*, Cambridge University Press, 2002. とくに医療の領域における信頼に関しては、*Encyclopedia of Bioethics*, Vol.5 (pp.2499-2504)、*Encyclopedia of Ethics*, 2nd. Vol.3. (pp.1728-1731)、*Encyclopedia of Applied Ethics*, Vol.4 (pp.413-420) などに注目に値する論究が見られる。しかし、ここでは紹介することができない。

以上の考察から「信頼」の特徴は次のようにまとめることができるであろう。

- (1) 信頼は人間関係において不可欠のものである。信頼がなければ、われわれは一日たりとも生活することができない。
- (2) 信頼はあまりにも日常的な現象であって、まれにしかその存在に気づかない。
- (3) 多くの場合、信頼は無意識に生まれてくる。われわれは信頼しているという意識なしに信頼の態度を取っている。
- (4) 信頼が意識されるのは、それを否定するような証拠が突きつけられたときである。例えば、電力会社の事故隠しという証拠が明らかになることで、信頼がわれわれの意識に浮上してくる。
- (5) 信頼が必要とされるのは、家族や友人のような、親密な人間関係において

ではなく、自分は利用されひどい目に遭うかもしれないと思われるような人間関係においてである。言い換えれば、身も知らぬ者同士、面識のない者同士、stranger同士のあいだで信頼が必要とされる。

- (6) 信頼には「期待」(expectation)が含まれているが、①社会関係や社会制度の中で出会う相手が、役割を遂行する能力をもっているという期待と、②相互作用の相手が、信託された責務と責任を果たすこと、またそのためには、場合によっては自分の利益よりも他者の利益を尊重する義務を果たすことに対する期待、この二つを区別することができるし、また区別すべきである(山岸、1999、p.13)。
- (7) 信頼の核心は、パイアーが指摘するように、「自分に対する相手の善意を当てにすること」である。
- (8) 例えば、部屋を借りる場合のような、契約の場合には、何をおこなうべきかは明示されているが、信頼の場合、信頼される側がどのように行動するかは相手の裁量に任されている。
- (9) そのことから、他人を信頼することは、失望というリスクを引き受けること、あるいは予想していない危害を被る可能性を引き受けることでもある。信頼する人は、信頼という自分の態度によって、傷つきやすくならざるをえない。
- (10) なぜリスクを犯してまで他人を信頼するのかといえば、われわれが価値のあるとみなすものを実現するためには他人の援助が必要だからである。
- (11) その根底にあるのは何か。それは、「自足している人間は誰もいないというソクラテスの真理」(Socratic truth that no person is self-sufficient) (Baier,p.101)であり、また、個人の能力は限られていること、誰しも生きていく上で必要な情報をすべてもっているわけではないということ、そういう人間の有限性である。あるいは、有限な人間の在り方である。例えば、飛行機の運転ができない、電車の運転ができない、法律に関する知識が欠けている、魂の救いに関する知識がない、人間の身体についての、病気についての知識が欠如している、という人間のあり方である。
- (12) 信頼関係は強固なものではなく、予見されない危害が発生する可能性が常

にあり、きわめて不安定なものである。

- (13)信頼は意識的に生み出されるものではなく、われわれはみずからの意志で他人を信頼するようになることはできない。
- (14) 信頼される側にできることは、信頼の環境を作ることだけである。しかし、環境を作ったからといって、それで信頼が生まれるという保証はない。

なお、ペレグリーノとトマスマは、「信頼に応える忠実さ」(Fidelity to Trust)という論文において (Pellegrino/Thomasma,1993、に所収)、信頼を構成する要素として、次の5つを挙げている。すなわち、第一の要素は、信託されたものに対する忠実さ(すなわち、信託されたものはきちんと果たされるということ)への期待は実現されるだろうという確信 (confidence)である。第二の要素は、信頼される側は、明示的にも黙示的にも、信頼する側の利益になるように行為するという約束を結んでいる、という意識 (sense) である。第三の要素は、信頼が応えられるべきものであるなら、信頼される側にある程度の裁量の余地が与えられねばならないという信念 (belief)、さらに信頼される側はその裁量権(裁量権が大きすぎることも小さすぎることもないと仮定して)を上手に用いるであろうという信念である。第四の要素は、信頼する側と信頼される側とのあいだに、上に挙げた三つの要素に関して認識が一致していることである。そして、第五の要素は、これらのすべての点の根底にあるのは、信頼される側の善行 (benevolence)と良き性格 (good character) を信じるという行為 (act) である (p.67)。

3. 医師との関係における信頼

上で述べてきたのは、主として、あらゆる人間関係における一般的な現象としての信頼についてである。すでに述べたように、信頼は人間関係の至るところに見られるものである。しかし、信頼がとりわけ問題となるのは、たいていは、われわれが特別な依存状態に置かれたときであるということもまた言えるように思える。例えば、病気になったときとか、年をとったときとか、幼児のときなどである。あるいは、癒しや権利の保護や精神的な援助や学習などが必

要とされるときである。これは、われわれが専門職と関係を結ぶという場合である。このような依存状態においては、われわれは専門職 (profession) を当てにせざるをえない。そこで、一般的な現象としてではなく、専門職との関係における信頼という現象について改めて考えてみる必要が生じる。

まず、問わねばならないのは、医師を含む一般に専門職 (profession) と呼ばれる職業に共通の特質は何であるかである。カール・サンダースとウィルソンによれば、専門職には四つの特徴が共通して見いだされるという。すなわち、(1) 長期の訓練によって獲得された専門的知識・技術の存在と、この技術と関連した (2) 特別の責任感情 (a special feeling of responsibility) (この表現形態としての倫理綱領) の存在、およびこの専門的知識・技術と倫理綱領の維持と統制をおこなう (3) 結社 (association) の形成、さらに利潤追求型ではなく、(4) 謝礼あるいは給与形態をとる固定報酬制 (a fixed remuneration) の採用であるが、この中でもっとも重要なのは (1) の要素であり、第二に位置するのは、(2) の特質である (進藤雄三, p.135)。ここに述べられている、専門的知識および技術の所有と倫理的要請という専門職の二つの根本的な構成要素は、医師の場合には、とりわけ重要なものであろう。

次に、このような専門職である医師の役割は何であるのか。パーソンズによれば、次のような特質をもつ、という。すなわち、(1) 「業績性」(医師の専門的能力と技術は、才能と努力と訓練によって獲得され達成されたものである)、(2) 「普遍主義」(個人的・社会的属性によって患者を区別しない)、(3) 「機能的限定性」(患者の「医学」的側面のみを扱う)、(4) 「感情中立性」(患者に情緒的に関与してはならない)、(5) 「集会的志向」(医師・患者関係の共通の目標=病気の治癒を志向し、self-interestを超越する)である (進藤, p.121)。そして、進藤は、次のように述べている。「(これらのうちで) 「集会的志向」は患者 (社会構成員) の医師への根本的信頼を可能にするものとして、医師—患者関係全体を規定する根源的前提をなすものであり、それゆえにこそ、この要素は医療倫理の中核を構成する。医師の一切の「権威」の正統化の根拠は、この要素の存在に対する患者の側の信頼ないし信念にある。」(進藤, p.121) これは、言い換えれば、「医師は専門職として、患者の福祉・利益に適うようにみずからの専門的知識と技術およ

びそれらに由来する自律と権威とを行使し、自分たち自身の利益を優先するようになることはしない」ということであろう。

患者は、このような専門的知識および技術と「集約的志向」をもつ医師を信頼する。というよりも、信頼せざるをえない。というのも、患者は失った自律を自分の力で回復することができないからである。先に述べたように、患者は自分がどういう病気なのか、どうして病気になったのか、病気にどのように対処したらよいか、これらがわからない。そうであるからこそ、基本的に医師・患者関係は対等の関係ではありえないのである。例えば、レストランにおける店の主人と客の関係は医療における医師と患者の関係と同じものであるのか否かという問題を考えてみよう。マッキンタイアーは、次のように述べている。「ある種の能力が欠けていれば、私はレストランの客になれない（飲み過ぎたり、金がまったくなければ放り出される）し、弁護士の依頼人にはなれない（知的能力が欠けているか、あるいは訴訟において原告適格が欠けているということがはっきりした場合には、弁護士は私に助言を与えることさえしないだろう）が、一方、医療においては私の能力が欠けているということ、まさにそのことが私を患者にするのである。」(MacIntyre,p.205)。マッキンタイアーがここで述べているのは、医療の場面における人間関係と日常生活における他の人間関係との違いである。レストランの主人と客の関係は、事実上対等の関係である。それぞれがみずからの利益を最大にすることに関心をもっている。これは契約関係だと言ってもよい。しかし、医療における人間関係は、事実上対等の関係ではない。何よりも知識の面で、医師は患者に対して決定的に優位な立場にある。エンゲルハートは、次のように述べている。「医療従事者と患者とのやりとりは、医療の言葉で定義されている。さまざまな痛みや身体障害、そして精神的な不安でさえも、医療専門家の特殊な用語に翻訳される。……患者はこのような事柄のコンテキストの中ではよそ者である。」(Engelhardt,p.256) むしろ、このように医師と患者とが対等な関係ではないからこそ、医療行為は成立すると言ったほうがよいであろう。

医師・患者関係と他の人間関係との違いについてももう少し考えてみよう。パイロットと乗客の関係と医師・患者関係とはどこが違うのだろうか。後者に特

徴的なものは、病気が社会に蔓延し、患者が増えることを望んではならないということである。パイロットはサービスをよくし利用が増えることを願い、そう発言しても、パイロットとして「不謹慎」であるとか、「不道徳」であるとか、言われることはないであろう。ところが、医師が「今月は病人が少ないね。困ったことだね」と言おうものなら、「不道徳」の烙印を押されることになる。(知人から聞いたところでは、お寺では、みんなが寝静まった夜、夫婦のあいだでよくこんな会話が交わされているそうである。「今月は葬式が少ないね。困ったことだね。') また、前者の場合(パイロットと乗客の関係)には、飛行機に乗る・乗らないはわれわれの自由である。ドイツまで飛行機で行こうが、シベリア鉄道を利用しようが、われわれの自由である。船でインド洋を回って行くことも自由である。ところが、われわれが病気になった場合、選択肢としては、病院に行くという選択肢以外にはありえない。「もう患者でいるのはよそう」などというわけにはいかない。病人の自問は次のようなものである。「なぜこの傷が、この器官が、この体のこの部分が、こんなにいつまでも私を苦しめなくてはならないのか、どうして私を? どうしてちょうど今というときに? どうして私は身ぐるみ苦痛の手にあけわたされ、こんなにも無力になり、あらゆる自由を奪われ、考えることも感じることも意思を発動することも、思うようにできなくされてしまったのか。」(神谷、p.158)病院の門をくぐる患者の思いは、このような無力感で一杯である。一方、飛行機に乗るとき、自分が操縦できないことに、このような無力感を抱く人は多分いないであろう。

簡単ではあるが、以上述べたようなことが、医師との関係における信頼を特別のものにしているように思える。医療における人間関係は、社会に見られる他の人間関係とはかなり異なっており、独特の意味合いが込められている。その関係は契約関係ではなく、基本的に信頼関係である。言い換えれば、信頼とその信頼に応える関係である。最近では比較的有力である、医師・患者関係を対等な者同士の間での契約関係とみなす考え方は、私には根本的にまちがっているように思われる。

4. 共感・同情の倫理

医師は患者に対してどのように接するべきか、どのような態度をとるべきかに関して、多くの意見が述べられている。ここでは「共感・同情の倫理」とでも呼べるものを考えてみる。

池辺義教の『医学を哲学する — 医学、この問題なるもの —』から引用しよう。「共感とは、端的に言えば、何よりもまず悲哀に対する共通感情である。病者は病に苦しみ悲哀に耐えて生きている。病者の悲哀は、他の人間存在を根底から揺り動かさずにはいない。そうあってこそ人間である。医学の動機が病者の悲哀に対する共感である理由はここにある。」(p.148)「一筋の光も見えない暗黒を背景にして人生の悲哀を痛切に感じるとき、人ははじめて自己を暖かく包む他者を発見し、他者との共存を感じ、共感と思いやりの情をもつ。医学を動かすものはこうした共感と思いやりの情である。病者は病苦にさいなまれ、死の脅威にさらされている。医学は病者の悲哀に対する共感を動機とし、悲哀の援助を目標とする学問である。」(p.186) これらの文章から、池辺が医師と患者の関係をどのように考えているかをうかがい知ることができよう。

ペレグリーノは、医師・患者関係についてもっとはっきりと述べ、医師の同情 (compassion) を強調している。「医師は患者が感じている病い (illness) の経験のいくらかを感じることができなければならない。医師は患者の苦痛 (pain) のいくらかを患者とともに文字どおり苦しまなければならない。同情ということが意味しているのは、まさにこのことである。しばしば、患者を癒すこと (healing) の中で、医師はみずからを癒す (heal himself)。多くの場合、医師はみずからを癒すまでは患者を癒すことができないのである。」(Pellegrino,1983,p.165)

ペレグリーノによれば、このような態度は信託による責任を最大限に果たそうとするものであり、診療にあたって患者に対する善意を基本としている。先に、信頼される側にできることは信頼の環境を作ることだけであると述べたが、上に述べられていることがもし実際に行われるときには、信頼の環境が最高度に整うことになる(この典型的な事例は、最近評判の漫画、佐藤秀峰『ブラック

ジャックよろしく』第2巻（講談社、2002年）に見られる）。

もちろん、これに対しては反対意見もある。長岡成夫は、次のような批判をおこなっている（長岡「信頼」。本稿は、この論文から大きな刺激と影響を受けていることを記しておきたい）。第一に、医師の態度としてこれがどれだけ現実的かという問題がある。医師は毎日多くの患者を相手にする。その一人一人に対して同じ程度の同情心で接することは、一人の人間としての医師の能力を大きく超えるように思える。また、医師は医療の専門家として医学的知識を利用し、患者の状態を客観的に観察し分析するという責任も負っている。経験豊かな医師はこれらの複雑な仕事を難なくこなすことができるかもしれないが、大半の医師にとってこのような理想を実現することは至難の業であろう（p.82）。

第二に、医師がこのような態度で接するなら、患者もそれに対応して医師を信頼するようになる可能性が高い。例えば、先に挙げた漫画の例が示している通りである。しかし、これも先に述べたように、信頼とはリスクを引き受けることである。具体的にどのようなリスクがあるのか。長岡は、ここで吉松和哉の文章を引いている。

「場合によっては全面的な信頼が病気の結果によい結果をもたらすこともある。一般に医療に対する信頼感は、病気の経過によい結果をもたらす。……（中略）……しかし逆の場合も十分考えられる。例えばあまりにも医者に頼りすぎて、それゆえに患者の闘病心や生命力がいささか損なわれるということもある。あるいは患者が自分を必要以上に弱いものと思ってしまう、それゆえに医者に対する依存心を強める場合もある。そして病気から立ち直ってきたときに、そこまであまりにも医者に依存しすぎてきたため医者との関係を平常化するのに随分苦労するということもある。このような場合には、患者は医者に対してつい一種の恨みがましい気持ちを抱くことさえある。それほどまでに相手に対して自分の感情を傾けさせた医者に対する遺恨の情とでも言うべきものがそこに働くのである。」（吉松、p.126）

吉松が勧める医師の態度は、関与と観察、熱心な関わりと冷静な突き放しを合わせ持つようにというものである。このような二重性が求められるのは、医師・患者関係が「対等な人間同士としての関係」と「病気を診る者と診られる、

あるいは診てもらおう者としての関係」(吉松、pp.124-125.)という二重性の構造をもっているからである。しかし、この態度は吉松も言うように相反する態度であり、同情の理想を実行する以上に実現は難しいであろう、と長岡はいう(p.83)。

長岡はこのように述べて、同情の倫理も、吉松流の「関与と観察」の倫理も実現が困難であるとして、もっと現実的な倫理を提唱する。それは「信頼という理想をいったん脇に置き、契約関係から出発する」というものである。「患者としてのわれわれは、信頼を求めるのではなく、trustと対比されたreliance(信用)を求めるという道がありうる。relianceを中心におくというのは、種々の判断基準を明確にしてそれに従って決定をおこなうことを意味する。医療者との関係という場面では、能力、誠実性など医療者に求められる性質について明示的に基準を作り、それに従って患者は医師の選択をおこなうことになる。これは、一種の契約というドライな関係を結ぶことを意味する。」(p.83)

そして、長岡はこのような契約関係を提案しているロバート・ヴィーチを高く評価する。ヴィーチの四つの医師・患者関係モデル論はよく知られている(Veatch,1991)。すなわち、①「聖職者モデル」②「技術者モデル」③「仲間collegialモデル」④「契約contract or covenantモデル」である。①は、医師が聖職者のように権威をもって医療処置を決定する、というものである。これは伝統的なモデルであって、「パターナリズム」という名のもとに批判されてきたものである。これに対する反動として生まれてきたのが、②の「技術者モデル」である。このモデルでは、患者は消費者とみなされ、医師は患者の求めて応じて、ちょうど機械の故障にあたる技術者のような役割を担う。この場合、医師は事実だけに関わり、いかなる価値判断にも関与しない。医師は事実に関して患者に情報を提供するだけであって、それに基づく判断は患者に委ねられることになる。しかし、医療において道徳的判断は避けられないものであるから、医師が事実のみに関わるということはありえないことであって、それゆえこのモデルは不適當である。以上の二つのモデルの欠陥を補うものとして提出されているのが、第三の「仲間モデル」である。このモデルでは、医師と患者は病気を治し、健康を回復するという共通目標を達成するための仲間として協

力し合う。ヴィーチはこのモデルが実現すれば理想的な関係が生じるということ認めながらも、価値観の多様性や医師と患者の立場の違いを考えれば、このような平等関係が実現するとは思えないという。つまり、治療の必要から他人としての医師と出会うという、医療の現実にはそぐわないと言うのである。最後の「契約モデル」においては、医師と患者は、互いの自律、誠実、正直などを尊重するという前提に立って、治療行為に参加するという契約を(明示的であれ、暗黙的であれ)交わすとされる。ヴィーチはこの「契約モデル」こそがあるべき医師・患者関係をあらわしていると考える。ここでは詳しい説明をする必要はないと思うが、ヴィーチは3段階契約説を提唱している。第1段階の契約は、基本的な社会契約であり、ヴィーチは、ロールズ流の仮説的な原初状態における合意を念頭においている。そこで合意される原理は、義務論的原理(自律、誠実、正直、殺すことを避ける、正義)と帰結主義的原理(善行、危害を加えない)である。この場合、前者が後者に優先する。第2段階の契約は、医療場面に特定化した契約である。基本的な社会契約に加えて、医療者・患者の役割に応じた権利・義務が明確化される。第3段階の契約は、両者が密接になり、価値観を共有するようになった場合の契約である。これはしばしば暗黙の了解という形を取る(以上のヴィーチの紹介は、長岡「文献紹介」、pp.257-258、を参照)。

このヴィーチの見解のメリットは、長岡によれば、(1)医師と患者が他人として出会うという現実を考慮している点、(2)患者がすべて医者と親密な関係を結ぶことを望んでいるわけではなく、親密な関係を避けようとする患者もあり、これを考慮に入れている点、(3)契約モデルでも信頼関係へと発展する余地を残している点にあり、この二つは排他的なものではない、という(長岡「信頼」、p.84)。

長岡はこのようなヴィーチの見解に賛成を表明している。アネット・バイアーによれば、これまで哲学者たちは他人との間での契約の問題にのみ関心を寄せてきて、信頼関係を軽視してきたと述べているが、そのバイアーも契約関係にメリットを見いだしている。第一に、契約が予想される事態に対してどのように対応すべきかをはっきり述べている点である。第二に、契約内容の明示性のおかげで、失望を最小限に抑え、傷つきやすさを最小限にすることができ

る。そこで、長岡は次のように述べている。「現在、いろんな形で医療への不信が表明されているときに、いきなり高邁な信頼という理想（しかもその内容についてははっきりと説明されないままのことが多い）を掲げても、それが有力な解決法になるとは思えない。いわば最低限から出発し直すことが必要なのではないか。」(p.84)

大病院に見られるように、見知らぬ医師との出会いという現代の医療現場を考えたとき、この意見はもつともであるように思われるかもしれない。しかし、これは本当に正しい意見であろうか。私には、長岡の意見もヴィーチの意見も、その根底には医師に対する不信があるように思えてならない。ペレグリーノとトマスは、「契約モデル」に対しておおよそ次のように批判している(Pellegrino/Thomasma,1988,p.52)。第一に、ヴィーチは、医師と患者の双方に利益 (interest) があることを認めるが、医師の利益を技術上の問題に制限しようとしている。これは医師の人間性 (humanity) をあまりにも厳しく制限することである。第二に、契約モデルは、誤った仮定に依拠している。すなわち、医師と患者は実際のところ、ヴィーチのアプローチによって要求されているような明示的な言葉で契約を議論することはめったにない。第三の批判は、権利論そのものに対して向けられるものである。医師・患者関係を契約として考えるということは、医師と患者からの期待を最小限なものにするように思える。すなわち、医師は技術的な価値にかかわり、患者は個人的・社会的な価値にかかわる。しかし実際には、事態はこれよりもはるかに複雑である。こうして、ヴィーチ流の契約モデルにも問題がある。

以上述べた「契約モデル」の基礎にあるのは、言うまでもなく「患者の自律性」を重視する思想である。本稿がコミットしたいと思っている、医療の基礎を信頼におく思想は、当然、この前提にも疑問を投げかけるものである。次にそれについて述べよう。

5. 不信の倫理：患者の自律性の重視

すでに述べたように、医療の基礎に置かれるべきものは、「医師に対する患者の信頼」と「その信頼に応える医師の忠実さ」である。医療から信頼を取り

除くことはできない。もし取り除いてしまうなら、医療そのものが損なわれてしまう、正確には医療のもつ道徳性が崩壊しかねない。この場合の「信頼」は reliance、つまり「医療者も患者も他人同士の接触において当然守られるべき原則に従って行動するという意味での信頼」ではなく、personalな全人的信頼である。例えば、次のように言われる場合の「信頼」である。「患者は自分の病気を治してもらうために、医療を施してくれる医師という職業、あるいは特定の医師の人柄を信頼し、必要となれば物心両面にわたる自己のプライバシーを全面的に医療者に委任しなければならず、場合によっては自己の生死の決断をも医療者におおがねばならない。」(矢次、p.49) このような患者の「信頼」とそれに応える医師の忠実さから医療は成り立っている、というのが、ここで私が主張したいことである。ところが、最近の医療倫理に目を向けると、医療から信頼を排除しようとする傾向が顕著であるように思える。

ジュディス・ウィルソン・ロス は、アメリカのバイオエシックスの歴史を簡単に辿りながら、次のように述べている。「医師・患者関係を敵対的な関係によって特徴づけられるものとして、社会がいったんその方向に向かってしまうと、ある種の事態がそれに継続して起こるように私には思われる。アメリカの医療制度には(特にその財政的な構造には)、患者と医師とを疎遠にさせる要素がたくさんあるが、医師を潜在的な敵対者とみなし、敵対関係にある患者の自律性を強調することで患者を擁護しようとしたバイオエシックスが、両者の関係をいつそう悪化させ、医学を本来の道徳的な職業とみなしてきたわれわれの文化理解を弱めるのに根本的な役割を果たしてしまった。」(pp.163-164) ロスによれば、過去一世紀近くのあいだ、アメリカでは医師と患者は同じことを望んでいると思われていた。患者が医師のところに行って来れば、患者は医師が最善と考えた治療に当然同意したものと思われていた。この医師と患者の意見は一致しているという見方は、この20年の患者の権利運動の中で厳しく問題にされるようになった。患者の権利運動の背景にあるのは、タスキギー事件のような人体実験が明るみになったことと、テクノロジーの発達、とくに延命処置技術の発達によって患者の利益にお構いなく命を長らえさせられるようになったことである。このような状況の下では、患者の権利運動が、患者を医師に支配さ

れる被害者のようにみなしたのは当然のことであり、患者の力を強めて力関係を平等にしようとしたこともうなずけることであり、「患者の権利運動が暗黙のうちに、患者は医師を信用できず、医師は敵であるという主張になってしまうのも驚くことではない。」(p.154) ロスはこのように述べ、患者の自律性を強調した権利運動、およびその理論化としてのバイオエシックスが医師と患者のあいだの不信を増大させてきた、と主張している。

あるいはまた、患者の自律性の強調が医療の現場から乖離している例として、インフォームド・コンセントの問題を取り上げてみよう。インフォームド・コンセントに関する判決の一つとして、「ネイタンソン」判決(1960年)を引用しよう。「英米法は、完全な自己決定権を前提として出発している。したがって、個人は自分の身体の主人公であり、健全な精神をもつ者は、救命手術を含む治療の実施の禁止を表明することができる。医師がたとえ、ある手術ないし治療が望ましく、また必要と信じていても、作為や欺瞞によって、医師の判断を患者の判断に代えることは法的に許されない。」(フェイドン／ビーチャム、p.108) ここに見られるのは、インフォームド・コンセントの基礎には、患者本人の価値観に則っておこなわれる自己決定という考え方が存在する、ということである。すなわち、患者はみずからの価値観に従って、医師が提示するさまざまな選択肢の中から合理的にある一つの選択肢を選び出すことができる、という見解である。しかし、言うまでもなく、これはあまりにも非現実的な見解である。患者が具体的場面でどのように自己決定をおこなっているかをみながら、必ずしもそのようには言えないことがわかる。長岡成夫は、具体的な事例をいくつか取り上げ、それらの検討を通じて、次のように述べている。「次の二点を確認した。一つは、医療処置についての情報を求めながらも、そこであらわになってくるリスク情報にたじろぐ患者の姿であり、それを何らかの形で忘れようとする態度である。二つは、自分の価値観をもとにしていくつかの選択肢の中から一つを選ぶというような公式的説明とは異なり、情報をできる限り集めた後はあきらめと目をつむっての決心という形で、患者の意思決定が外部に表明されるという点である。」(長岡、1999、p.51) 長岡は、われわれが病気にかかる、健康な生活を送っていたときに持っていた価値観に基づいて合理

的な選択をおこなうことなどできないのではないかと問うているのである。これは、入院を経験したことのある者なら誰しもうなずける見解である。もちろん、長岡は、自己決定は一種の幻想であると言っているわけではない。われわれが患者の自己決定を尊重しなければならないのは、自己決定そのものに価値があるからではなく、患者以外に適当な判断を下せる人がいないという「消去法」からである、という。

英米の文化圏における主流のバイオエシックスのように、患者の自律性をあまりにも強調するのは非現実的である。むしろ、患者の脆弱さに目を向けた、もう少し現実的な倫理学が必要ではないのだろうか。残念なことに、本稿ではその「信頼の倫理学」を展開することはできない。医師の善行とパターンリズムとの関係、善行と自律との関係など、明確にすべきことはたくさんある。とくに「患者にとっての善」の概念を明らかにする必要がある。「医療における信頼の倫理学」の構築を考えると、私の念頭にあるのはペレグリーノであるのだが、日本の現実に目を向けることも重要であろう。

[付記:本稿は筆者の本務校の紀要『龍谷哲学論集』第17号(2003年2月20日発刊)に掲載されたものを縮め、また注の付け方を変更したものである。龍谷哲学会の許可を得て、ここに転載するものである。なお、本学会での発表のときのタイトルは、「医療における信頼について」であったが、「医師と患者の関係——信頼の倫理学の構築に向けて——」と変更したこともお断りしておきたい。]

参考文献

- 市野川容孝「医療倫理」『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社、1999年。
 H.T.Engelhardt, Jr., The Foundations of Bioethics, Oxford University Press, 1986. (加藤尚武・飯田亘之監訳『バイオエシックスの基礎づけ』朝日出版社、1989年)
 加藤尚武『脳死・クローン・遺伝子治療』PHP新書、1999年。
 ダニエル・キャラハン『老いの医療——延命主義医療に代わるもの——』早川書房、1990年。
 アーサー・クラインマン『病いの語り』誠信書房、1996年。
 山岸俊男『信頼の構造』東京大学出版会、1998年。
 ニクラス・ルーマン『信頼』勁草書房、1990年。

- Annette C.Baier,Moral Prejudices:Essays on Ethics,Harvard University Press,1994.
- 山岸俊男『安心社会から信頼社会へ』中公新書、1999年。
- Edmund D.Pellegrino/David C.Thomasma,The Virtues in Medical Practice, Oxford University Press,1993.
- 進藤雄三『医療の社会学』世界思想社、1990年。
- Alasdair MacIntyre,"Patients as Agents",in S.F.Spicker and H.T.Engelhardt, Jr.(eds.),Philosophical Medical Ethics:Its Nature and Significance, Philosophy and Medicine,Vol.3,D.Reidel Pub.,1977.
- 池辺義教『医学を哲学する — 医学、この問題なるもの —』世界思想社、1991年。
- Edmund D.Pellegrino,"The Healing Relationship:The Architectonics of Clinical Medicine",in E.E.Shelp(ed.),The Clinical Encounter:The Moral Fabric of the Patient-Physician Relationship, Philosophy and Medicine, Vol.14,D.Reidel,1983.
- 長岡成夫「信頼」『新潟大学教育人間科学部紀要』第5巻第1号、2002年。
- 吉松和哉『医者と患者』岩波現代文庫、2001年。
- 神谷美恵子『こころの旅』みすず書房、1990年。
- Robert M.Veatch,The Patient-Physician Relation:The Patient as Partner, Indiana University Press,1991.
- 長岡成夫「文献紹介、ロバート・M・ヴィーチ「医者患者関係：パートナーとしての患者」」『社会哲学研究資料集I 21世紀日本の重要諸課題の総合的把握を目指す社会哲学的研究』（平成13年度 科学研究費補助金（基盤（B）（1））研究報告書、研究代表者・加茂直樹、2002年3月）
- Edmund D.Pellegrino/David C.Thomasma,For the Patient' s Good,Oxford University Press,1988.
- 矢次正利「医療と人間の疎外」『現代医療の光と影』晃洋書房、1996年。
- ジュディス・ウイルソン・ロス「事前の指示による患者の自律性の拡張 — それは医師・患者間の信頼を高めるのか、それとも不信を増大させるのか —」『医学哲学・医学倫理』第10号、日本医学哲学・倫理学会、1992年。
- フェイドン／ピーチャム『インフォームド・コンセント — 患者の選択 —』みすず書房、1994年。
- 長岡成夫「インフォームド・コンセント — 患者の自己決定の意味 —」『新潟大学教育人間科学部紀要』第2巻第1号、1999年。