

綜 説

## 生命倫理学への招待

玉 井 真理子

信州大学医療技術短期大学部心理学研究室

### Introduction to Bioethics

Mariko TAMAI

*Department of Psychology, Shinshu University School of Allied Medical Sciences*

---

**Key words :** bioethics, informed consent, autonomy

生命倫理学, インフォームドコンセント, 自律

---

#### I 生命倫理学はいかにして誕生したか

わが国では、「生命倫理学」と言うといコール「医の倫理」と考える向きが多い。多少勉強している人であれば、「新しい医の倫理」ととらえているかもしれない。このとらえかたは、あながち間違いとは言えないが、生命倫理学の成立過程を見る限り正確な理解とは言えない。

では、生命倫理学とは、どのようにして成立した学問領域なのだろうか。

生命倫理学は、bioethics の日本語訳として定着している。この bioethics という言葉をはじめて使ったのは、米国のポッター (Potter VR) である<sup>1)2)</sup>。bioethics は彼の造語で、これはギリシャ語で生命を意味する *bios*<sup>ビオス</sup> と英語の *ethics* を組み合わせたものである。しかし、ポッターが提唱した bioethics は、今で言うところの環境倫理学であり、医療倫理学ではなかった。

彼は、資源の浪費や人口増加などによって人類の生存が危機に瀕していると警告し、これを回避するための「新しい英知」が必要であると主張した。この主張は、彼の論文のタイトル「生存の科学 (Science of survival)」にもよく表れている。そして、そのためには、自然科学者だけでなく人文科学や社会科学の研究者も動員して、学際的な取り組みをする必要があると考えた。こうした「学際的な英知」を、彼は

bioethics と名づけたのである。

しかし、そもそもの提唱者ポッターの思惑をよそに、環境問題よりも医療問題のほうが身近で切迫した問題であった当時の米国では、bioethics は、環境倫理学よりも医療倫理学として定着していった<sup>3)</sup>。1950年代の黒人公民権運動に端を発する様々な人権運動が、障害者運動、女性運動、消費者運動、そして医療消費者運動 (medical consumer movements) として発展し、一定の成果を得ていった時代でもあった。患者の権利に対する一般市民の意識も高まっており、医療における専門家支配に対する拒否感も一般市民の間に浸透していたと思われる。

#### II 生命倫理学は特定の倫理規範ではない

Bioethics の体系的学問としての基礎が築かれたのは、1978年の、生命倫理学百科事典 (Encyclopedia of Bioethics) の編纂によるところが大きいと言われている。この百科事典は、米国ワシントン DC にあるジョージタウン大学ケネディ研究所の研究者が中心となり、世界中から260人もの学者を動員して、1972年から6年かけてつくられた。

Bioethics が日本で紹介されたのは、1980年代である。一般には、「生命倫理学」と訳されるが、決して倫理学の一分野ではなく、また倫理学の単なる応用編でもない。学際的な領域であることを明確にするために、あくまでもカタカナのまま、「バイオエシックス」という呼称で通すべきとの主張もある。

さて、バイオエシックスは特定の倫理規範ではない

---

別刷請求先: 玉井真理子 〒390-8621

松本市旭 3-1-1 信州大学医療技術短期大学部

ということ、ここで述べておきたい。これに関しては、土屋<sup>4)</sup>が倫理学について述べている次のような解説が参考になる。

倫理学とは、規範の根拠を考える学問です。すなわち、どうして「～はわるい」のか、「～はよい」のか、「～してはいけない」のか、「～してもよい」のか、「～すべき」なのか、「～すべきではない」のか、といった理由を、他の人にも理解できるように、筋道を立てて考えるのが倫理学です（中略）。

ところで、規範の根拠について考えることは、必ずしも、何らかの規範を示すこと自体を含んではいません。「どうして『～すべき』といえるのか」を考えることは、実際に「～すべきだ」と指示することとは異なります。（中略）

しかしながら、私たちは具体的な現実に対して、実際に「～すべきだ」とか「～はよい」とか「～はわるい」とか「～してはならない」とか「～してもよい」という判断（倫理的判断、規範的判断）を下さざるを得ません。ですが、この判断は、学問としての倫理学が下すのではなく、あくまでも私たち自身が下すのです。たしかに、学問としての倫理学は、私たちが具体的な現実に対して「いま、ここで」倫理的判断を下す際に、参考になる筋道を知らせてくれます。しかし、実際に「～すべきだ」といった倫理的判断を下すのは、あくまでも私たち自身なのです。この私たち一人ひとりに課せられた責務を、倫理学という学問に転嫁してはなりません。倫理学に「～すべきだ」という結論まで期待するのは、自分の頭で考え判断する責任を放棄し、学問の権威によりかかることでしかないのです。

生命倫理学は、命や健康をめぐる問題に関しての特定の倫理規範ではなく、規範の根拠について考える学問であり、しかもそれを学際的に行う領域であるところに大きな特徴がある。生命倫理学百科事典の改訂版（1995年）によれば、「学際的環境においてさまざまな倫理的方法論を用いながら行う、生命諸科学とヘルスケアの（道徳的展望・意思決定・行為・政策を含む）道徳的諸次元に関する体系的学問」と定義されている<sup>5)</sup>。

### III 一般的倫理原則—仁恵・無危害・自律・正義

医療における倫理原則は、仁恵 (beneficence) ・無危害 (non-maleficence) ・自律 (autonomy) ・正義

(justice) の四つである<sup>6)</sup>。これらは、生命倫理学の代表的な教科書であるビーチャムとチルドレスの「生命医学倫理」のなかで提唱された。

仁恵 (beneficence) の原則は、その行為を成すことによって引き起こされる利益を最大にするとともに、予想される不利益を最小限度にとどめることを求めている。この仁恵の原則と表裏一体をなすのが、無危害 (non-maleficence) の原則であり、他者（ときには自分自身）に対して意図的に危害を加えることを禁じている。「害をなすなかれ (Do not harm)」という、ヒポクラテス以来の古典的医療倫理に通ずるものである。

自律 (autonomy) の原則は、生命倫理学の登場以来最も強調されていると言ってもいい原則である。患者を独立した人格として尊重し、従来医師の裁量範囲とされてきた治療法の選択についても、患者の意向を取り入れていこうとするものである。患者を自律的に意思決定する権利主体とみなし、医師—患者関係を再構成することを試みたのである。このことは一方で、判断能力のある成人であれば、その決定が標準的な医療から逸脱したものであっても、他者に危害が及ばない限り尊重されることを意味する。

もともと、この autonomy を「自律」と訳すことに関しては、「個々人の意志に関係なく動くもの」としての「自律神経」を連想させるので違和感があるとして、これを退け「自主」あるいは「自己決定」という訳語を好む傾向も日本の医療関係者のなかにはある。

正義 (justice) の原則は、配分における公正 (distributive justice) の原則としても理解されている。適正な医療資源の配分や、研究成果の医療応用がもたらす利益が特定の個人に偏らないようにするための配慮などが、これにあたる。とくに、自ら権利主張をすることが困難な、いわゆる社会的弱者の保護が課題となる。

### IV インフォームドコンセント—二つの起源

近年、医療行為、とりわけ身体への侵襲を伴う医療行為の場合にインフォームドコンセント (informed consent) が必要であることは、わが国においても広く認識されるようになってきている。インフォームドコンセントとは、適切かつ十分な情報 (information) を与えられた上での consent (同意あるいは承諾) という意味である。

まず、インフォームドコンセントの歴史からみてみよう。

インフォームドコンセントには、二つの起源があると言われている<sup>78)</sup>。一つは、欧米の医療過誤訴訟の中から生まれたものである。1894年にドイツのライヒ裁判所において、医師の治療行為には患者の同意が必要であり同意のない治療は違法である、という同意原則が確認されたことが発端である<sup>9)</sup>。しかし、この時代は、もっぱら同意の有無が注目されており、説明に関しては医師の裁量に任されていた。その後アメリカにおいて、「インフォームドコンセント」という言葉がはじめて使われ（カリフォルニア州控訴裁判所判決）、医師の説明義務に関する法的責任が明確になったのは1957年のことである<sup>10)</sup>。

インフォームドコンセントのもう一つの起源は、人体実験である。その歴史はしばしば、第二次世界大戦後のニュルンベルク国際軍事裁判の判決から説き起こされる<sup>11)</sup>。非人道的な人体実験を行ったナチスの医師を裁いた判決の中で、人体実験を行う際の遵守事項が明文化された。これが「ニュルンベルク綱領」（1947年）と呼ばれるものである。インフォームドコンセントの歴史を語る際に必ず引用される古典であり、この冒頭には「被験者の自発的同意 (voluntary consent) は絶対に欠かすことができない」とある。また、世界医師会による「ヘルシンキ宣言」は、1964年に発表されて以来5回の改訂（1975, 1983, 1989, 1996, 2000）を経て現在に至っており、「ニュルンベルク綱領」とともに頻りに引き合いに出される。この宣言には「ヒトを対象とする生物医学研究の倫理的原則」という副題がつけられており、医学研究に関する様々なルールの原型になっている。

## V インフォームドコンセントの要件

次に、インフォームドコンセントの要件、すなわちどのような条件が満たされればインフォームドコンセントと言えるか、について考えてみる。

説明の内容として必要なのは、アナス (Annas GJ) によれば以下のとおりである<sup>12)</sup>。

- ① 医師がすすめる治療または処置に関する概要の説明
- ② すすめる治療・処置の、リスクと便益の説明、とくに、死亡や重大な身体傷害のリスクについての説明
- ③ 別の治療法や処置を含め、すすめる治療・処置以外にどんな選択があるかの説明、およびそれらについてのリスクと便益の説明

- ④ 治療を行わない場合に想定される結果
- ⑤ 成功する確率、および何をもって成功と考えるか
- ⑥ 回復時に予想される主要な問題点と、患者が正常な日常活動を再開できるようになるまでの期間
- ⑦ 信頼にたる医師たちが同じ状況のもとで通常提供している、上記以外の情報

こうした説明を受けた上で、患者が特定の医療行為の実施に対して与える同意に基づき、医師はその医療行為を行う権限 (authority) をもつ。

インフォームドコンセントなしに医療行為が行われた場合、丸山<sup>13)</sup>によれば、それは不法行為または債務不履行となり、その医療行為を行った医師には損害賠償責任が課されることになる。また、インフォームドコンセントは、本来民法上の要件を表す概念であったが、危険を伴う外科的治療などにおいては、ことと次第では傷害罪（場合によっては殺人罪）を構成し得る。インフォームドコンセントは、「民法上の要件であるだけでなく、刑罰を課されないために満たすことが求められる刑法上の要件」<sup>13)</sup>でもある。

さらに昨今では、インフォームドコンセントは、法理としての概念であると同時に、倫理上の概念として提起されることも多い。先に述べた自律の原則によって再構成された医師－患者関係の象徴が、インフォームドコンセントである。

インフォームドコンセントは、医師－患者間のコミュニケーションプロセスを前提としており、単に医療行為について説明をすれば良いというものではなく、書面にサインする行為のみを指すものでもない<sup>14)</sup>。また説明も、医師が当該疾患や治療に関して持っている医学知識を詳細に披露すればよいというものではない。説明は、患者に理解されなければ意味がないからである。

アメリカ病院協会による「患者の権利章典」（1972年）でも、「患者は、自分の診断、治療、予後について完全な新しい情報を自分に十分理解できる言葉で伝えられる権利がある」と述べられている<sup>15)</sup>。70年代までの生命倫理的諸問題に一定の見取り図を与えることになった「アメリカ大統領委員会生命倫理包括報告書」（1983年）<sup>16)17)</sup>においては、「ヘルス・ケアの提供者が単に患者の同意を求めただけでなく、医療を行う側と患者との間で、医療の内容を明らかにした上で、十分な討議をするプロセスを通じて、十分な説明を受

け理解した上で患者の同意を得るようにすること」と説明されている。

より簡潔には「患者が自己の病状、医療行為の目的、方法、危険性、代替治療法等につき正しい説明を受け理解した上で、自主的に選択、同意、拒否できるという原則」(1995年11月6日「患者の権利の確立に関する宣言」日弁連第35回人権大会)である。この場合の「説明」とは、単なる「ていねいな説明」とは異なり、患者が自己決定するための「説明」である。その際の自己決定には治療しないことも含まれ、代替治療に関する説明も不可欠である。

したがって、倫理的に有効な同意とは、相互(医療者と患者)の尊重と参加による意思決定を行う過程であると言えることができる。また、一部の知識階級の患者にのみ当てはめられるものではなく、すべての患者について、いかなる医療の場面でも適応されるべき概念であることも認識しておかなければならない(表1)。

## VI 結 び

古代において専門家(professional)と呼ばれたのは、医師、法律家、聖職者だけだったという。多くの専門知識と高度な技能を要求される職業はこの三つだけだったわけではないと思われるが、宣誓(profess)が求められていたのはこれらだけだった。これらの職業は、独自の倫理規範をもっているのが一つの

特徴であった。

医師という職能集団における独自の倫理は、患者にとって最善の利益になるように、身につけた専門知識と高度な技能を使うということである。また、なにが患者にとって最善の利益になるのかを考えることも、医師の重要な役割として認識されてきた。そこでは、患者にとっての最善の利益を患者と一緒に考え、最終的な判断は患者に委ねる、そのために必要な情報を患者が理解できるようにわかりやすく伝える、などという発想はなかった。むしろ「知らしむべからず、由らしむべし」という通念に代表されるように、患者の自律性は顧みられることなく、むしろ積極的に否定されていたと言っても過言ではない。

その後、先に述べた生命倫理学の登場などによって、医師のパターナリズム(paternalism)<sup>4)</sup>は批判されることになった。患者の自律的意思決定が尊重されるようになり、宗教上の理由によるいわゆる輸血拒否(当事者から見れば無輸血治療の選択)に代表されるように、医療の常識においてあるいは社会通念上、それが「当然」とされる治療を患者が選択しなくても、その決を無視することはできなくなった。

しかし、誤解してはいけないのは、患者にとって何が最善の利益になるのかを考える医療者の倫理的義務が否定されたわけではないということである。問題は、「患者にとっての利益」というものに対する見方・考え方である。医療者側の常識や社会通念を押し付ける

### <注>

父権の温情主義、温情的干渉主義などと訳され、医療においては父親が子どもを扱うように医療者が患者を扱うことを指す。語源は、父親を意味するラテン語のpater。代表的なものとして、ドゥオーキン(Dworkin G)による次のような定義と例がある。

定義：

強制される(being coerced)人の福祉、利益、幸福、必要、利害または価値ともつばら関係しているという理由によって正当化される、その人の行為の自由への干渉

例：

- (1) オートバイ運転者が運転中ヘルメットをかぶることを要求する法律。
- (2) 水難監視員が非番のときには、公共海水浴場で泳ぐことを禁止する法律。
- (3) 自殺を犯罪とする法律。
- (4) 女性や子供がある種の職業に就くことを違法とする法律。
- (5) ある種の性行為、たとえば同意に基づく成人間での私的な同性愛行為を規制する法律。
- (6) 服用者に有害な結果をもたらすことはあっても反社会的行為を誘引することにはならないような、ある種の薬物の服用を規制する法律。
- (7) ある種の職業に従事するのにライセンスを要求し、そのライセンスを受けずに従事した者には罰金刑や懲役刑を科す法律。
- (8) 人々に退職年金のために収入の一定部分を充当するよう強制する法律。
- (9) さまざまな形態のギャンブルを禁止する法律。
- (10) 金銭貸借の最大利率を規制する法律。
- (11) 決闘を禁止する法律。

Dworkin G: Paternalism. Sartorius R(ed), Paternalism, University of Minnesota Press, pp 19-34, 1983より。訳は、江崎一郎：パターナリズム一概念の説明。加藤尚武、加茂直樹(編)、生命倫理学を学ぶ人のために、pp 65-75, 世界思想社、東京、1998のpp 65-66より引用。

表1 医療における意思決定 (Making Health Care Decisions)

委員会は、自ら行った調査研究の結果も含めて、臨床の場の現実を踏まえて、医療関係者が従来から負うべきだとされている倫理的および法律的な責務について検討を加えた。報告書ではまた、理想と現実を近づけるようにするいくつかの方策も検討した。それは現実的にも理論的にも妥当と思われるような患者と専門家との間のコミュニケーションおよび意思決定の革新的アプローチに注意を喚起したものである。教育や研修によって養われる専門的な態度と行動とともに、法律による取決めは、患者が意思決定に参加することを促す有効な基盤となる可能性があり、検討が加えられた。最後に、自分自身で意思決定をまったく、あるいは部分的にできない人のために、委員会は意思決定の能力を欠いている患者について第三者が代行する場合のヘルス・ケアに関する意思決定の原則と手続を発表した。

委員会のこの主題に関しての調査結果と結論は、以下のようによまとめることができる。

- 1 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。
- 2 倫理的に有効な同意とは、相互の尊重と参加に基づいた意思決定を協力して行う過程であって、治療の危険性を詳細に書いた書式の内容を暗誦するに等しい儀式ではない。
- 3 インフォームドコンセントに関する文献は、知的で、自分の考えを明瞭に発表できる自意識を持っている個人に、そもそもふさわしい極めて合理的なプロセスであるとししばしば説明されている。しかし、委員会はあらゆるヘルス・ケアの場面において、すべての患者に対して意思決定に関する情報、選択、および個人を尊重したコミュニケーションが与えられることが普遍的な理想であると考えます。
- 4 インフォームドコンセントは、意思決定を行う能力のある個人が自らの個人的な価値観に基づき、また自らの個人の目標を達成するためにヘルス・ケアの決定を行う権利を持つという原則に基づいている。しかし患者の選択は絶対的なものではなく、以下の制限が加えられることがある。
  - a 医師が、患者の選択に応じることは、認められた医療行為の枠を破るとか、医療の専門家として自らが固く信じている道徳的信念を侵害する場合、あるいは患者が第三者に強制力をおよぼす権利がないような限られた資源に頼らなければならない恐れがある場合、患者は、医療関係者に対して、医療サービスの提供を主張する権限は与えられていない。
  - b 自己決定と患者の福利を増すためには、あらゆる個人が意思決定の能力をもっているということを前提として論議が進められるべきである。ただ極めて稀なケースでは、患者の能力の欠如のためにヘルス・ケアに関する意思決定の能力はないとされるべきである。
  - c 自らの意思決定をする実質的能力を欠く個人に代って、意思決定を行う際の取決めが作成されなければならない。しかし、意思決定の能力は1つ1つの意思決定ごとに見直されるべきである。
  - d 意思決定能力を欠く人は、可能な範囲で、個人としての彼らに対する敬意という観点から、彼ら自身の選択についての意見がきかれるべきである。
- 5 医療関係者は、ただ単にその情報が患者にとって望ましいものではないという理由だけで、情報を提供せずに済ませるべきではない。
- 6 相互の尊敬に基づき、意思決定にあたって適切な責任分担を行うという目的を達成することは、窮極的には個々の医療関係者の責任である。さらに、病院といった保健医療施設は、その過程を促進する重要な役割を持っている。
- 7 患者は自らの状態を理解し、治療の決定を行う助けとなる情報を得ることができるようになれるべきである。
- 8 医療関係者と患者との間の関係の改善は、本来法律によってもたらされねばならない性格のものではなく、医療関係者の教育、試験、研修を改善することによって達成されなければならない。
- 9 家族は、しばしば患者が自分の病状に関する情報を理解したり、治療についての意思決定を行う際、大きな助けとなる。家族の関与は個々の患者のプライバシーと自律性に矛盾しない範囲で奨励されるべきである。
- 10 意思決定を患者とともに行うというプロセスに、より多くの時間をかけるためには、すべての内科的および外科的処置に対する医療費に、患者と話し合うのに必要な時間も加算すべきである。
- 11 意思決定の能力を欠く患者の利益を保護するために次の諸点に留意する。
  - a 第三者による決定は、可能な場合には、患者が能力があるとするれば、患者がそうするであろう決定を忠実に反映したものとすべきである。それが不可能な場合は、代理人による決定は患者の最善の利益を保護しようとするものである。
  - b 保健医療施設は、決定能力を欠く患者のための意思決定に関して検討し、協議するための倫理委員会のような機構を活用することを考慮しなければならない。
  - c 州裁判所と州議会は人々が意思決定能力を失った場合、患者に代ってヘルス・ケアに関する意思決定を行う者を指名し、かつ（もしくは）自らの意思決定能力を喪失した後のケアについて指示を与えることができる事前指示の特別法規を作ることも考慮すべきである。

アメリカ大統領委員会：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）、牛場大蔵（訳）、pp 24-27、篠原出版、東京、1984より引用

ことが、患者の利益につながるわけではない。むしろ、それら（常識や通念）に反していてもその人の望むような医療的対応をすることこそが、その人の希望をかなえるという意味において患者の最善の利益を守ることになる場合もあるのだ、という発想の転換が必要である。その人が何を望んでいるのかを、対話によって把握するという地道な努力が求められていると言える。

## 文 献

- 1) Potter VR: Bioethics, science of survival. *Perspect Biol Med* 14: 127-153, 1970
- 2) Potter VR: Bioethics—bridge to the future. Prentice-Hall, New York, 1971
- 3) Reich WT: The word 'bioethics', the struggle over its earliest meanings. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 5: 19-34, 1995
- 4) 土屋貴志: なぜ「人体実験の倫理学」なのか. インターネット講座: 人体実験の倫理学第1回, <http://www.lit.osaka-cu.ac.jp/~tsuchiya/vuniv99/exp-lec1.html>, 2/12/2001
- 5) Reich WT: *Encyclopedia of Bioethics, Revised ed*, Reich WT(ed), xxi, Schuster Macmillan, New York, 1995
- 6) ビーチャム TL, チルドレス JF: 生命医学倫理. 永安幸正, 立木教夫 (監訳). 成文堂, 東京, 1997
- 7) 江口 聡: インフォームドコンセント. 加藤久武, 加茂直樹 (編), 生命倫理学を学ぶ人のために, pp 30-40, 世界思想社, 東京, 1998
- 8) 土屋貴志: 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, pp 217-241, 世界思想社, 東京, 2000
- 9) 鈴木恒夫: インフォームドコンセント. 今井道夫, 香川知晶 (編), バイオエシックス入門, 第二版, pp 173-188, 東信堂, 東京, 1995
- 10) フェイドン RR, ビーチャム TT: インフォームドコンセント. 酒井忠昭, 秦 洋一 (訳), p 77, みすず書房, 東京, 1994
- 11) 池永 満: 患者の権利. p 77, 九州大学出版会, 福岡, 1994
- 12) アナス GJ: 患者の権利. 上原鳴夫, 赤塚晴子 (訳), pp 35-36, 日本評論社, 東京, 1992
- 13) 丸山英二: 遺伝子診断・遺伝子検査をめぐる法律問題. 瘍宇都宮讓二 (監修), 樋野興夫, 湯浅保仁, 恒松由記子 (編), 家族性腫, pp 158-162, 中山書店, 東京, 1998
- 14) アッペルバウム PS, リッツ CW, マイセル A: インフォームドコンセント. 杉山弘之 (訳), pp 169-176, 文光堂, 東京, 1994
- 15) 水野 肇: インフォームド・コンセント—医療現場における説明と同意. pp 30-33, 中央公論社, 東京, 1990
- 16) アメリカ大統領委員会: 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), 牛場大蔵 (訳), 篠原出版, 東京, 1984
- 17) 水野 肇: インフォームド・コンセント—医療現場における説明と同意. p 51, 中央公論社, 東京, 1990

(H 13. 9. 28 受稿)