

〔大会長講演〕

生命倫理と伝統的文化

——中国における知情同意に関する論争を題材に

池澤 優

一 はじめに——死生学と生命倫理

会員の皆さまにはようこそ東京大学においていただきました。ただ今、紹介に与りました大会長の池澤と申します。ここの文学部の死生学・応用倫理センターでセンター長を務めております。今年には日本生命倫理学会が創設されてから二五周年の記念すべき大会であります。それを死生学・応用倫理センターが招致させていただいたことを光栄に思っております。何分にも不慣れでありますので、ご迷惑をおかけする点多々あると存じますが、実行委員会一同、精一杯務めさせていただきますので、宜しくお願いいたします。

私どもの死生学・応用倫理センターは二〇〇二年以来活動してきたCOEプロジェクト「死生学」の後継組織であります。センターが大会をお引き受けした関係で、テーマを「死生学と生命倫理」とさせていただきました。振り返りますと、生命倫理学と死生学には多くの接点がありました。death studies という領域が自覚

的に設定されたのは、生命倫理学が誕生したのと同じ、一九六〇～七〇年代になります。死生学の開拓者の一人であるエリザベス・キューブラー・ロスは六〇年代のアメリカの病院における終末期の患者のケアのあり方に疑問を持ち、患者自身の言葉に耳を傾ける研究を行いました。現在の死生学の出発点に臨床とのかかわりがあったという点で、生命倫理学と大きな共通性を持つていたと言うことができます。ただ、死生学は生と死をめぐる状況を包括的に問題にするため、自ずから生命倫理学とは異なる志向を持っています。今年の大会が生命倫理学と死生学の間でいかなる協働が可能なのか、考えるきっかけになることを希望しております。

さて、生命倫理学と死生学の協働という点で言うなら、臨床上の諸問題に対する歴史と文化の影響という領域が、大きな問題となると考えます。元来、生命倫理学は現実起こっている医療上の問題に対し、倫理学その他の方法論を適用して応えていくという性格から、普遍的な規範を志向する傾向が強かったと思います。しかし近年、生命倫理の領域において、歴史と文化への関心はこれまでになく高まっているように感じられます。一例を挙げますと、二〇〇九年に発刊された *The Cambridge World History of Medical Ethics* は、西洋中心的な視野を離れて、医療倫理の世界史を包括的に書き直そうとする意図を持って編纂された膨大（八七六頁）な論文集ですが、古今東西の事例が集められています。この歴史と文化への関心は、生命倫理学が成立した当初はアメリカ的な論理を中心とし、それが普遍的なもののように語られていたのが、四・五〇年の発展と拡大の中で多様な論理が提出されるようになり、この多様性を生んでいるものは何なのかという疑問があるのではないかと思えます。ご存じのように、アメリカの生命倫理学は人格の尊重、善行、無危害、公正のうち、人格の自律的決定に最大の価値を賦与する傾向を持っていましたが、そのような傾向に対する批判は地域を問わず既に顕著であり、それと共に、普遍的なもの信じられていたアメリカ型の論理が、実は時代と文化の制約を受けたものであるという認識は広がっていると思います。おそらく、日本の生命倫理においても何が日本独自であり、あ

るいは独自であるべきかという点は、今後の学会において重要な論題になるでありましょう。

但し、伝統的な文化の価値観や死生観が、どのような形で生命倫理の論理や言説となつて現れるのかに関しては、あまり明瞭に論じたものはないようです。しばしば表明される意見は、欧米の個人主義やキリスト教的伝統における心身二元論に対して、日本の文化的特殊性（共同体主義や心身一元論）を対置して論じるものです。実はこのような文化的差異を二元論的に論じる傾向は、日本だけに見られるものではなく、世界のあちこちに表れます。私は中国の専門家であり、中国の生命倫理学における最近の論文を読んでいて、そのような二元論的文化把握が極めて流行していることに気がつきました。そこで、今日の話は、最近の中国におけるインフォームド・コンセントに関する論争を取り上げて、そこで文化的差異がどのように論じられているかを観察することを通して、生命倫理学において文化を論じることの意味について考えたいと思います。

二 范瑞平の「儒教的生命倫理」

香港城市大学教授の生命倫理学者、范瑞平は、アメリカのライス大学でトリストラム・エンゲルハートの指導の下、博士号を取得し、「儒教的生命倫理」を主張する運動を展開していますが、文化的差異に訴えてインフォームド・コンセントをほぼ全否定する論文「医学における告知——儒教の見方」を二〇〇四年に発表しています。その論理をまとめるならば、以下のようになります。

中国では今日でも、患者の最善の利益のために、患者には真実を隠し、必要なら嘘をつくことが実践されています。予後が生命にかかわる場合には、医師は患者の家族に告知し、本人に教えるかどうかは家族に委ねられます。家族が患者に告知しないことを決めたのなら、医師はその決断に従い、家族と協力して患者に嘘をつ

かなければなりません。患者も医師が嘘をつくことを理解し、それを容認していると、范瑞平は言います。

患者への秘密あるいは嘘という慣行がなされる理由は、中国では癌の診断を受けた患者は自殺するか、自殺を試みようとするものだと思われられており、告知は害をもたらすとされていいるからで、いわば善行の原則が嘘を命じるということとなります。この慣行は長い歴史を持ち、中国伝統医学（漢方）の中で確立していました。その原因は儒教にあるとされます。儒教の根本的な道徳である「仁」は何よりも家族間の愛情、気遣いであり、それを家族外にも拡大していくというものでした。西洋の個人主義においては価値の根源は個人であり、個人の自律が評価されますが、儒教は家族主義であり、人間は自律的であるより相互依存的であるべきだと考えるというわけです。儒教の家族主義に則れば、家族が患者のために秘密にしたいと望んでいるなら、医師は患者に嘘をつくことは義務になります。

今日では、実際には患者に事実を隠し通すことは難しく、患者が望むなら、真実を知ることが可能でありましょう。従って、家族主義的な意思決定は、患者自身が家族主義に忠実に、詳細な情報を得ることを自ら差し控える場合にのみ、可能であることとなります。中国人の患者にとつて、重要なのは真実を知ることではなく、家族の愛と相互依存を保つことであるのであって、これが儒教における本当の正直さであると范瑞平は論じます。もちろん「家族主義」的なやり方を客観的・普遍的に正しいとする根拠はありません。しかし、根源的に客観的な根拠がないのは儒教だけではなく、個人主義も同様であるとして、その倫理的立場を相対化した上で、自らが家族主義的生き方を生きることと他者をそこへ誘うというのが、范瑞平の「儒教的生命倫理」になります。

要約するなら、范瑞平は、直接的告知Ⅱ西洋の考え方Ⅱ個人主義、中国Ⅱ儒教Ⅱ家族主義として一元的に規定し、いずれの文化的価値観も正当化する客観的・普遍的な根拠はないとして、両者の立場を相対化した上で、

告知は中国の文化的伝統（儒教）になじまないとして、文化的伝統と合致する家族告知を提示するわけです。そこで家族告知が正当化される根拠は、歴史的に中国では常にそうしてきたこと、現にそのように実践されていること、そして儒教の教義の三つになります。

三 家族同意と保護性医療——法律

范瑞平の論に対しては、多くの疑問があります。が、先ず事実の確認から行いましょう。范瑞平は「中国の医療倫理は……真実を隠し、必要なら嘘をつくことを支持している」と言いますが、これは事実のようであり、特に生命にかかわる診断と予後患者に秘密にすることは「保護性医療」と呼ばれて、確固とした手法になっており、法律によっても公認されています。但し、この点に関する中国の法は大きく変化してきたと言えます。先ず、中華民国の段階では、手術において「患者及びその関係者」の同意と署名が必要であるとされており、人民共和國成立後もそれは継承され、患者への秘密も「保護性医療」も規定されていませんでした。それに続く文化大革命の期間はよく分からないのですが（但し一九七〇年代まで「手術協議書」署名の慣行があつたと伝えられています）、文革終了後の一九八二年の『医院工作制度』で、「手術を行う前に、患者の家族あるいは職場の署名同意を得なければならない」とあり、患者は同意を与える主体から排除されています。この規定が何に由来するのかわかりませんが、少なくともインフォームド・コンセントとは別の文脈から出てきたもの（不測の事態に対する承認、あるいは支払い責任の明確化など）ではないかと思われまふ。というのは、一九九四年の『医療機構管理条例』では「患者の同意」（署名ではない）と「家族あるいは関係者」の署名の両方を求めており、家族署名と口頭のインフォームド・コンセントが融合した結果、この表現に落ち着いたと

いう印象があるからです。また同年の『医療機構管理条例実施細則』では患者の知る権利が規定される一方で、「保護性医療」が明文化され、重篤な診断を患者に隠すことは法的義務となりました。その後もその影響は残り、一九九九年の『執業医師法』では「患者あるいは家族」への告知義務について「患者に不利な結果を生じること避ける」というただし書きが付きまゝ、二〇〇二年の『医療事故処理条例』では告知する対象は「患者」と特定され、カルテ情報開示の規定が盛り込まれましたが、ただし書きは残りました。二〇一〇年に制定された『侵権責任法』では、「保護性医療」は残るものの、患者本人のインフォームド・コンセントは確立していると言えます。¹¹ まとめるなら、八〇、九〇年代の法律では家族同意と「保護性医療」が規定されていましたが、近年の法では患者本人の同意に重点が置かれるようになっていきます。ただ、中国の場合、新しい法が制定されても、直ちに古い法が無効になるわけではないので、法全体としては患者同意と家族同意が混在する矛盾する状態にあると言えます。

中国の医療倫理学者の意見によれば、「保護性医療」は一九五〇年代に旧ソ連の影響で導入されたようです。¹² それはパプロフの心理学説に基づくもので、彼は睡眠には治療効果があり、患者をリラックスさせることで、治療効果が高まると主張しました。この学説に基づいて一九五〇年にはソ連で保護性医療制度が始まり、成立したばかりの中華人民共和国はこの影響を受け、中央人民政府衛生部が一九五四年に編纂した『保護性医療制度』では、ソ連の最新の医療として「保護性医療」を推進することが指示されています。¹³ 該書は多くはロシア語論文の翻訳であり、患者への十分なケアを主張するという内容なのですが、一部分、試験的に「保護性医療」を実施した医療機関の報告が入っており、その中の一つでは検査データを患者に見せないようにしたということが記されています。¹⁴ 「保護性医療」が実践されていく過程で、患者に告知することは患者の利益にならないという通念が形成されていったようです。

四 家族同意と保護性医療——アンケート調査

数多く行われているアンケート調査も、范瑞平の言うように、多くの患者が情報を伝えられていないことを示していますが、同時に彼が「大部分の患者は秘密にされていることを理解し、容認している」というのは全く事実と反することも示しています。例えば、

①一九九五年、香港、一三三八名の家庭に対する電話調査…

たとえ診察の結果が重大でも、知ることを望む九五%、家族のみに告知するのは反対九七%。

②二〇〇一年、広州、三二一名の癌患者に対する調査…

完全に告知されるべき七二・九九%、患者自身の意思による二四・一二%、患者は告知されるべきではない二・八九%。

③二〇〇六年、瀋陽、一九八名の老齢の入院癌患者ならびに三二二名の家族に対する調査…

終末期の病を告知すべき…患者九四%、家族八二・七%。

④二〇〇七年、成都、三八二名の患者と四八二名の家族に対する調査…

患者…診断の後すぐに患者に告知するべき、初期の場合九〇・八%、終末期六〇・五%。

家族…診断の後すぐに患者に告知するべき、初期の場合六九・九%、終末期家族三四・四%。

⑤二〇〇九年、北京、一七五人の患者とその家族二三八人に対する癌の告知に関する調査…

患者…患者に直接四二%、患者と家族の両方三一・四%、家族のみ二六・三%。

家族…患者に直接二二・一%、患者と家族の両方一六・四%。¹⁵⁾

⑥二〇〇三年、癌患者とその家族に対する調査：

患者：真実を告知するべき七七・六％、人による異なる一八・六％、告知するべきでない三・八％。

家族：患者に真実を告知する六六・八％、なるべく教えない四・二％、一切告知しない二七・八％。

⑦二〇〇五年、家族を対象にする調査：

手術または化学療法の前に告知する七％、患者が終末期になってから告知する六八％。

⑧二〇〇六年の癌患者に真実を告知するべきかの調査：

患者：早期癌九〇・八％、末期癌六〇・五％。

家族：早期癌六九・九％、末期癌三四・四％。

医師：早期癌八七・五％、末期癌四〇・五％。¹⁶

⑨一六八四名の一般人に対し、患者に癌を告知すべきかを聞いた意識調査：

告知する五〇・一％、告知しない二九・七％、分からない二〇・二％。学歴が高いほど、本人とする割合が高い。¹⁷

⑩二〇〇八・九年、全国一〇都市四〇〇〇名の入院患者に対するアンケート調査：

・医師の説明は誰になされるべきか：本人に直截に六一・八％、曖昧に二三％、家族に二五・二％。患者の学歴が低いと家族に告知すべきとする者が多い（小学卒以下三二％、大学卒一七・四％）。

・患者の意識が明瞭な場合、誰が署名するべきか：本人三九・五％、家族五二・九％、同僚・友人四・三％、医師三・三％。都市の方が農村より、高学歴の方が低学歴より本人とする割合が多い。¹⁸

河北省遷西県の手術同意書の分析によれば、本人が署名しているもの二・三％、配偶者の署名四七・七％、

親もしくは子二・四%、兄弟三・七%、親族三・二%となっており、署名は四分の三程度は家族が行っているのが現状であることが分かります。¹⁹しかし、上記のアンケート結果から、患者自身は告知をかなり強く望んでいることは明らかで、家族とは対照的であると言えます。家族は患者への告知を躊躇するか、末期になってから告知するというのが多数を占め、全く患者に告知しないとするのも三〇%程度あります。一方、署名に関しては、^⑩が示すように、患者本人であつても要望がそれ程高いとは言えません。これは署名が費用の支払いなどの問題と関係しているためだと推測することができます。

告知を肯定する理由は、正直さや本人の自己決定といった原則論より、死に備えることができるという実際的なものが多数を占めます。一方、告知を否定する理由は、本人にとって良くないとするものが多くなります。²⁰これは「患者は告知されると自殺を試みるとされている」という范瑞平の観察と一致します。実際、医療倫理関係の文献には判で押したかのように、告知は治療と予後に悪影響をもたらすとする意見があふれています。²¹但し、患者本人への告知を肯定する割合は、都市の方が農村より、高学歴の方が低学歴より、若年層の方が高齢者より高いとされている(^⑩)ので、意識が急速に変化していることが分かります。

五 家族同意と保護性医療——歴史的事実

もう一点、范瑞平が中国人は昔から重篤な診断は家族に告知し、患者には秘密にしていたと述べる点ですが、歴史的にその根拠は殆どないことを指摘しておきたいと思えます。彼の根拠は紀元前二世紀の名医、淳于意であり、²²そこでは淳于意は確かに家族に告知しているのですが、それ以外の資料では本人に告知している例も多²³くあります。²⁴中国伝統医学には告知について一定した規範があつたわけではないようです。後に論じる聶精保

は、患者に秘密にするという慣行は、二〇世紀になつて西洋医学と共に輸入された規範ではないかと推測して
います。²⁴

六 二〇〇七年の妊婦死亡事件とインフォームド・コンセントに関する論争

以上のデータが示すように、確かに中国では家族同意と保護性医療という実践がなされていること、しかし、それに対する患者の不満は高く、また意識は急速に変わりつつあると言えます。この問題に関して、現在中国ではかなり盛んに議論がなされているのです。中国には生命倫理・医療倫理の専門誌として『医学与哲学』と『中国医学倫理学』の二つがありますが、最近五年でインフォームド・コンセントにかかわる論文は二〇〇本をこえます。それを調べていく中で、二〇〇七年に起こつた妊婦死亡事件が影響を与えているらしいと気がつきました。

二〇〇七年一月二一日、北京市朝陽医院京西分院の呼吸器科を二二歳の臨産期の妊婦が夫と共に受診しました。妊婦は一〇日間高熱と呼吸困難が続ぎ、近所の診療所を受診した後、当病院に送られました。最初の診断は重症肺炎、心機能不全であり、呼吸器科は妊娠の状態を検査するために、産科に転送し、産科では分娩は可能と判断し、帝王切開を提案し、手術への署名を求めましたが、夫は風邪をなおしにもらいに来たのであつて、出産に来たのではないとしてこれを拒否しました。それに対し病院は帝王切開の準備を進める一方、署名させようと三時間以上も説得を続け、警察に連絡してその身分を確かめ、その精神状態の検査まで行いました。この間、妊婦の意識レベルは更に低下し昏睡に陥り、最終的に死亡しました。

夫が署名を拒絶したのは、この夫婦は実は内縁関係であつたので、署名をして不測の事態が起きた時には責

任を負えず、妻の両親に顔向けできないからではないかとされています。また、夫婦は湖南省出身の出稼ぎ（都市民戸籍を持たない）であつたので、生活は苦しく、帝王切開の治療費は払えないと思つたのかもしれない（背景として、もしもの危険を避けるため、かなり安易に帝王切開が選択されるという事情があるようです）。²⁵ また、夫は検査ばかりで一向に治療しない病院に不信感を抱いたらしく、産科に送られた段階で医師と衝突しています。

この事件は一躍、スキャンダルとなり、家族同意という中国的慣習が患者の死を招いてしまった（のかもしれない）事例として、医療倫理学者にインフォームド・コンセントと家族のあり方に関して再考を迫るものになりました。実は、この事件の前にも後にも、家族の代理同意が問題を引き起こす例は相当あつたようです。²⁶ そのような問題の掘り起こしを含めて、妊婦死亡事件は議論を起動する役割を果たしたようなのです。そのため、二〇〇八年に入るとすぐにこの事件に言及して、インフォームド・コンセントを論じる論文が急増することになります。それらは主張も論旨も多様なのですが、強いて分類するならば、以下のように区分できましよう。

一・患者・家族が医療を理解しない、理性的ではないなどの状況は緊急事態と見なすことができ、緊急避難的に治療を強行できるとするもの。二論文。

二・医療機関に責任があるとするもの。医療紛争（現在の中国では医療制度改革の結果、医療費が急騰し、患者と医療機関の間での紛争が急増している）を恐れて防御的になり、患者の救済という本来の任務をおろそかにしている、患者をモノとして扱い、権利を侵害している、もしくは医療者側のコミュニケーションの方法に問題があるなど。四論文。

三・患者・家族の治療拒否を問題にするもの（患者本人であるか、家族代理であるか、区別しない）。これ

は更に三類に区分できる。

① 自由意思は理性、法、公序良俗の範囲内でのみ認められ、患者の生命を危険さらす治療拒否は、患者本人の意思であつても認められない。あるいは何らかの制限を設ける必要があるとするもの。一論文。

② 患者自身が選択したのなら治療拒否は認められる、あるいは生命の質に基づく治療拒否を肯定するとするもの。三論文。

③ 患者の自主的な決定がその生命と健康に害を与える場合、治療拒否は認められないが、代理決定も危険性があるので、患者の自主権と医師の客観的判断のバランスをとる必要があるとするもの。三論文。

四、保護性医療や家族の代理決定を問題にするもの。その多くは代理は本人の意思に完全に代替することはできず、本人の決定が最も重んじられるべきことを言うが（一三論文）、逆に家族の代理決定が農村部の実情に合致しているとして擁護するもの（一論文）、個人は社会的存在であるから、患者も家族に対し責任ある決定をする責務があるとするものもある（一論文）。

五、医療上の意思決定に家族が参与する状況全体を問題にし、それを中国文化の特徴として理解する。これも四種類に区分できる。

① 家族が決定するのは中国の文化であるので、個人主義的なインフォームド・コンセントは中国にはなじまないとするもの。四論文。

② 家族が決定するのは父権主義的で問題があるので（あるいは遅れているので）、変革していく必要があるとするもの。四論文。

③ 文化的特徴を変えることは不可能であるが、現状の家族決定は問題があるので、中国的なインフォー

ムド・コンセンストを模索する必要があるとするもの。一論文。

④ 家族主義と自律性の欠如、人情とコネを重んじるのが中国文化の特徴であるが、一方では近代化の中で伝統的な道徳は崩壊しており、それが問題の原因であるとするもの。一論文。

文化について論じても、必ずしも判断を示さないものもある。二論文。

六、告知や代理決定の可否を論じるのではなく、何をどこまで告知するのか、代理決定ならいかなる基準に基づいて判断するのかなど、具体的な手法を問題にするもの。五論文。

七、情報を患者に秘密にすることの利点・欠点を総合的に判断し、上手なコミュニケーションが必要であるとするもの。三論文。

八、その他（アンケート調査や個別的領域に関するものなど）。一九論文。

極めて明瞭なように、③患者・家族の自主意思を否定もしくは制限することを主張するもの、⑥代理決定を否定もしくは制限することを主張するもの、⑦文化的背景を論じるもの、この三つが特に顕著です。本発表はこのうち次節で③にかかわるものに特に注目したいのですが、その前に全体に関して議論の傾向をまとめておきたいと思えます。

先ず③ですが、妊婦死亡事件で家族の代理同意が問題であったという点を捨象し、それを患者・家族による治療拒否の問題であると捉えた上で、「生命は神聖である」（この表現は判で押したように繰り返されます）のだから、生命という「患者の最大の利益」のため自己決定する権利は制限を加えるべきだという主張が目立ちます。この議論はしばしば「権利は全体（社会）との関係において規定され、自己決定は無制限には認められない」という、中国の生命倫理の教科書によく出てくる原則と結びつくことによって、患者や家族の権利を制

限することを主張するものになります。²⁸ 興味深いのは二〇〇〇年代初頭までは、この論理は中絶や尊厳死の文脈で生命の尊厳は絶対的ではないことを主張する中で用いられていたのに、²⁹ 今やその論理が生命の尊厳を主張する文脈で用いられていることです。これは妊婦死亡事件により生命の尊厳という価値が再認識されていることを示すのかもしれませんが。また、緊急時における医師の特殊干渉権を患者の治療拒否の場合に適用するという論理も目立ちます。³⁰ ただ言うまでもありませんが、「患者の最大の利益」とは延命であると暗黙裏に前提し、本人の意思に反して延命治療を強制するものになりかねない難点があるので、全ての論者が特殊干渉権を支持するわけではありません。延命と患者の意思のバランスをはかるべきだとする意見も少なからず見えます。³¹

⑥の主張は、妊婦死亡事件の問題は家族の代理同意であったことを明確にした上で、「患者の最大の利益」の内容を問題にして、家族・医師であつても患者の意思を正しく代行することはできないのだから、患者の意思を尊重せざるを得ないと要約することができます。³² ただ、その場合、患者が自発的に治療拒否を選択する場合には、それを否定する論拠はなくなり、自発的安楽死を肯定することになつてしまいます。また、告知は患者に害を与えるという「保護性医療」に関する定説に対する懐疑を表明し、告知するか否かではなく、いかにコミュニケーションするかが重要であるとするものも多いことを指摘できます。³³

以上を要約するなら、「患者の最大の利益」とは延命であるのだから、患者の意思に逆らつても治療を行うべきだという意見と、「患者の最大の利益」は患者にしか分からないのだから、患者の意思に任せるべきであるという意見が、真つ二つに分かれていた状態であると言えます。患者に対する善行とは、延命をはかることなのか、それとも意思を尊重することなのか、コンセンサスがなない状態であると理解できます。

七 二元対立的な文化差異論

既に述べたように、文化について論じるものには、インフォームド・コンセントは文化的に中国にはなじまないから、家族同意を行うべきだとするもの、³⁴ 家族同意は問題だから変えていくべきだとするもの、³⁵ 文化的価値と自己決定のバランスをとるべきだとする立場があります。³⁶ これらの全てに共通しているのは、インフォームド・コンセントは個人主義的であり、それは西洋の文化に基づくのに対し、中国の文化は儒教に基づいており、儒教は家族主義・集団主義的であるとすると、二元対立的な文化観になります。違っているのは、家族同意を肯定する意見では、個人主義と中国の文化は衝突するから、インフォームド・コンセントはうまく行かず、中国文化の特徴を加味した家族同意（もしくは患者と家族の共同決定）が文化的伝統に適合するとされるのに対し、家族同意を否定する意見では、中国の伝統文化が個人の権利を尊重せず、家族の代理決定が患者の利益を損ないかねない点で、反倫理的であり、故に文化を変更すること（啓蒙、教育、キャンペーン）が主張されるといふ点になります。前者が文化的特徴は変え得ないことを前提にする（現にそうであるから仕方がない）のに対し、後者は文化を変えることを求めるのであり、その一点で違ってくるわけです。もう一点違っているのは、家族同意を肯定する側が中国文化と言う時、それは近代以前の伝統に限定されているのに対し、否定する側では近代以降の「伝統」（そのマイナス面を含め）をも見ていることになります。近代以降の中国は個人の自主権と人権を確立するべく努力してきたのであって、それ自体は進歩であるということです。

このように主張の違いを超えて、文化からインフォームド・コンセントを論じる論文は、范瑞平と同じ二元対立的文化観を共有しているのは明らかでして、范瑞平に対するのと同じ疑問、即ち西洋Ⅱ個人主義、中国Ⅱ儒教Ⅱ家族主義と一律に決めつけることができるのかという疑問を提起せざるを得ません。

八 二元対立的文化差異論批判

だから、全ての中国人研究者がそのような文化差異論に賛成するわけではありません。ここでは二つの例だけを挙げておきましょう。一つは朱偉の『生命倫理中のインフォームド・コンセント』³⁷です。朱氏は中国に初めて生命倫理という分野を導入した邱仁宗の弟子で、現在は復旦大学社会科学基礎部副教授です。本書はインフォームド・コンセントに関する中国では初めての専著で、その主張は多岐にわたるので、ここでは文化に関することに限定して述べておきますが、先ず、重篤な診断を本人に伝えないのが文化であるというなら、悪い情報を聞きたがらず、受容する能力がないのが中国文化だということになり、それは明らかにおかしいこと。第二に、儒教⇨家族主義、西洋⇨個人主義と捉えるような見方自体が近代に入ってから成立したものであり、元来の儒教にはかなり強い個人指向性が存在したこと。もともと儒教では道徳の根本は個人の内面的な自覚（修養）にあり、そこで獲得した個人の自律性を以て他者との関係にかかわっていくことが志向されました。そこでは個人が中心ではあるのですが、個人を孤立した存在と捉えず、個人的修養と社会的実践は不可分の連続体を形成していました。そのため価値の中心が個人なのか、社会なのか、曖昧である面があり、近代になり西洋の権利概念が入ってきた時、個人の自律が国家の自律につながると主張され、儒教は権利意識に対する障礙として批判され、儒教 vs 西洋近代という二元的思考枠組みが成立した、と朱氏は主張します。第三に、「文化的」であるとは、ある文化の中では特定の行為の傾向があり、その傾向は変化しないことを意味するはずですが、実際、西洋においては非告知から告知へとという一八〇度の変化が起きました。これは文化の問題ではなく、歴史の発展の問題であることを示しているとします。第四に、文化差異論者は、中国文化では家族が意思決定上の単位だとしますが、家族の中にも意見の違いはあるのは自明で、にもかかわらず個人は家族の決定

に従うべきだと言うのなら、伝統的な社会が女性を生殖の道具と見なしていたのと同じで、単なる個人の抑圧でしかないことになります。中国で家族が医療上の決定に参加するのは、家族には患者をケアし配慮する特別な義務があると考えられているためであり、故に患者の利益と尊重のためであって、患者の利益のためにその意思を尊重するという結論をも導き得ることになります。

文化差異論を批判するもう一つの例は、聶精保の『中国の医療倫理——超文化的解釈』です。⁴⁾ 聶氏は湖南省出身で、中国で医学を、アメリカで医療倫理を修めて中国の「計画生育」(一人っ子政策)に関する分析を行い、現在はニュージーランドのオタゴ大学教授です。本書は「中国の医療倫理」と題するものの、実際には范瑞平を代表とする文化差異論を「文化を両極化する」「心の習慣」に基づくものとして徹底的に批判する比較文化の書となっています。聶氏が「文化を両極化する」ことを批判する理由は以下の通りです。

先ず、西洋vs中国という思考法が採用された段階で、西洋・中国双方における複雑さは全て捨象され、ある立場がその文化を代表するものとされます。この代表はその文化における主流の立場であり、それ以外のマイノリティはその文化には相応しくないものとして退けられ、抑圧されます。第二に、「文化を両極化する」思考法の根源は、ある文化にはそれ特有の心性があり、それは変わらないとする仮定にあります。それは現に行われている慣行を追認するものにしかありません。実際には文化は常に開かれた体系であり、不断に変わり得ます。第三に「文化を両極化する」思考法は、異なる文化が「共約不可能」であると仮定し、実際には文化間に多くの共通点があることを無視し、対話や相互理解を通して共通した人間性や道徳性を獲得する可能性を排除してしまいます。その意味で、それは文明の衝突は必然であるとする敗北主義にしかありません。第四に、より実際的な問題として、それぞれの国の支配者は文化的独自性に訴えて、西洋的な人権は文化的になじまないと主張しているのであり、文化差異論は支配者の権力を支える論理にしかありません。

聶精保は告知の問題について、范瑞平の議論は医療上の指針とそれを正当化する理論を混同しているとし、人格の尊厳と自己決定の権利はインフォームド・コンセントを正当化する重要な論拠であります。それ以外にインフォームド・コンセントの根拠がないわけではありません。他の考え方、例えば儒教の「誠」「信」によって正当化することも可能です。儒教においては個人間の「信」「誠」は人間性の発揮と社会の存立のための不可欠な基盤でありました。非告知もしくは嘘は、患者と医療従事者の間の信頼関係を傷つけ、結果的に社会全体の共通善を損なうのであり、それは儒教の「仁」に明らかに反します。更に、中国では家族が大事で西洋ではそうではないというのは全く恣意的な議論であると聶氏は指摘します。キリスト教の伝統にも「汝の父母を敬え」(モーセの第五戒)とする伝統があること、アメリカ人が現代中国人よりも家族的価値に親和的であるとする調査、中国人よりアメリカ人の方がはるかに家族を大事にしているという中国人社会学者の観察などを引きながら、聶氏は世界のどこでも家族は重要な社会的制度、道徳的価値なのだと言います。最後に、インフォームド・コンセントは医療機関と患者の間の権力構造にかかわるのであり、現に行われている非告知は、医療従事者が終末期の告知という厄介な仕事を患者の家族に押しつけて回避し、あるいはもつと実際のな動機(例えば、香港のある研究は、家族への間接的告知の真の理由は、医療費の支払いを確実にするためとする)のためであるにもかかわらず、文化差異論はそのような深刻な問題を覆い隠すようにしか働かないと主張します。

九 文化的差異の諸レベル——現に存在する差異と作り出される差異

二元対立的文化差異論に対する朱偉と聶精保の批判は、いちいちもつものように思われます。二元対立的

に文化が対置される場合、二つのレベルで単純化が行われます。先ず、ある文化に属する諸要素のうち、主流とされるものだけが恣意的に選択され、第二にそれは固定的であるとされ、近代における変化は無視されます。中国文化から仏教や道教は捨棄され、中国に儒教とされます。本来なら、儒教自体が多様であるため、いつの時代のどの儒教であるのかを明らかにしなければ意味はありません（儒教には二千五百年の歴史があります）。しかし、朱偉と聶精保の批判が、范瑞平に対する的を射た批判になっているかという点、必ずしもそうではないように、私には思えます。というのは、両者で文化的差異と言っているものの中身が、あるいはレベルが少しずれているように思われるからです。

朱偉と聶精保が言っている「文化」は、現実に存在する文化です。「文化」は常に多元的で可変的ですから、それを二元対立的に整理するのは恣意的でしかありません。その意味では朱氏と聶氏は正しいでしょう。それに対し、范氏は一方では確かに現実に行われている家族同意に基づいて中国文化を家族主義的とするのですが、一方では儒教の教義に則って家族主義的な生を生き、グローバル化する個人主義に対抗することを説いているのでして、二元対立的な差異を意図的に作り出す戦略なのです。この点について范瑞平は師匠であるエンゲルハートの図式に依拠していると考えられますので、エンゲルハートの議論を簡単に紹介しておきたいと思えます。

エンゲルハートは二〇〇〇年に公刊された『キリスト教生命倫理の基礎づけ』⁴²において、人格の尊厳を価値の中心に据えるアメリカ的な生命倫理に抗して、初期キリスト教の教義に基づく生命倫理を構築することを論じました。その出発点になるのは西洋近代の哲学に関する認識になります。近代の哲学は理性のみによって万人が共有できる道徳を獲得しようとしてきました。その典型がカントであり、カントは価値の重点を超越的な神から人間に移すことで、理性を有する人格の尊重が道徳の基礎であるとししました。しかし、人格を目的として扱

うとは具体的にどうすることなのか、規定されません。この失敗に鑑みたヘーゲルは、万人に共有される単一の道徳を放棄し、自由の原則により成立する市民社会という場の中で、特定の道徳を奉じる複数の共同体が並存するという構図を考えました。市民社会の前提は、異なる価値観を持つ倫理的異人たちが協働するための自律と同意のみであつて、倫理は其中で平和的に共存する共同体が提供します。これは『生命倫理の基礎づけ』⁴³の中で「内容のない倫理」「空の枠組み」という概念でエンゲルハートが提示した自由至上主義的な枠組みに他なりません。⁴⁴

しかし、問題はこの「空の枠組み」が本当の意味で「空」ではないことです。「空の枠組み」が成立する前提が自由と同意である以上、不可避的に個人の自律的決定を最高の価値として押しつける状況が生まれます。そこでは自分の人生目標を実現すること、自分を満足させることが価値であり、自然と伝統の頸木から人間を解放することこそが道徳的に正しいこととなります。エンゲルハートは、生命倫理学の歴史はキリスト教的な道徳感情が市民社会の約束事としての「内容のない倫理」（自由と同意）に敗北していった過程であつたと見るのでして、それを乗り越えるのが彼の「キリスト教生命倫理」の課題として設定されるわけです。

先ず、道徳性を獲得する第一歩 (Default position) は、生きることに究極的な人格の意味があるか否かを選択することであり、究極の意味がないことを選択するならば、人間に価値の根源を置く道徳が成立し、究極の意味があることを選択するならば、他者（神）に価値を置く道徳が成立するとされます。ここでの「人格」^{パーソナリティ}は、理性的存在という意味での人格ではなく、応答する存在ということです。⁴⁵ 伝統的キリスト教は、自由意思により信仰を選択した者には神は応答すると信じてるのであり、そのような神の応答によつて人間の存在は意義を持つとされます。志向されるのは、そのような人格的な神と合一する（神化 Theosis）という純粹（Noetic）体験であり、倫理性それ自体ではありません。価値の基準を自己から他者に移し、神を体験することで、物事のあり

方に関して新たな認識を得ることができ、キリスト教生命倫理はそれに基づいて構築されるとします。つまり、何らかの信仰を選択することで、信仰に基づく生命倫理が成立するのであり、世俗的な価値観に抗して、信仰に基づく生命倫理の純潔さを生きるというのが、彼の企画した構図になります。

以上の紹介からも、范瑞平の「儒教的生命倫理」がエンゲルハートの構図に基づいて設定されていることは明らかであります。ここでは標準的生命倫理の個人の自由意思という価値に抗するために、それとは対照的なものとして「儒教」が自覚的に設定されているのであり、それに対して無自覚的に現実を歪めていると批判しても、おそらくあまり効果がありません。近代的な価値観に對抗し乗り越えるために、意図的に「文化」に訴えることは、一応、戦略としてアリ、と評するべきではありません。ただ、それは「儒教的生命倫理」が魅力的であるかどうかとは、別問題です。その点について最後に三つ指摘しておきたいと思えます。

まず、文化的差異は、現に何らかの差異があるという意味と、我々が何らかの差異を作り上げていくという意味の、二つのレベルにわたって存在すると言えるのではないのでしょうか。前者の意味での差異は二元対立的な整理を許容するような単純なものではありません。後者の意味での差異は、前者を一定の価値観により解釈した結果であって、事実そのものではありません。我々が文化的差異を認識し、それを論理的に言説化しようとした時点で、既に後者のレベルに移行しているのであって、そこには攝精保の言う「文化を両極化する誤り」は常に付随することになります。それはそのような文化の比較を行うことが許容されないということではなく、そのような「文化的差異」は構築的なものであることを自覚するべきだということです。先に引用した文化を論じる諸論文は、多くこの二つのレベルを混同しているのです。

従って、儒教が家族主義だという断定も事実レベルとしては必ずしも正しくなく、そのように解釈することも可能であると言いうにとどまります。確かに、儒教は子の親に対する孝や夫婦の別のような家族的価値観を強

調しますが、それは家族倫理自体が重要であるためというより、それを拡大敷衍して一般的な倫理（人間一般に対する仁、社会的正義としての義、君主に対する忠など）にする方に主眼があるからです。⁴⁶

第二に、伝統的文化に訴えて意図的に差異を作り出すというエンゲルハートの戦略は、戦略として一つの方法であるとしても、普遍的に有効であるかは疑問です。儒教について言うなら、そもそも儒教は宗教なのかという問題があり、それは厄介な問題なので措いておくとしても、少なくとも教団的な宗教ではなく、何らかの権威により教義が一元化されたことも一度もありません。現代において儒教的価値観が仮に存続しているとしても、多くの人に共有される曖昧な価値観となっており、エンゲルハートが描いたような個人が自覚的に選択するものになっていません。その中でそれに基づいて閉じた共同体を作るようなやり方は得策ではなく、その価値観を明確化して（朱偉がやったように）多くの人が納得できる開かれたものにしていく方がはるかに生産的です。これは日本についても同じことが言えるでありましょう。

第三に、文化的差異が論じられる場合、古い伝統的な文化がアオリに想定され、文化的特殊性とされるものが実は近代の産物であることが無視されることが多くなります。しかし、既に指摘したように、中国の家族同意にせよ保護性医療にせよ、定着したのは意外に新しいのです。中国の場合ですら一〇〇年の近代の歴史があり（日本の場合は一五〇年）、既に近代が「伝統」になっていることは忘れられるべきではありません。^{一編註}

■付記

二〇一三年一月三〇日、二月一日の両日、死生学・応用倫理センターの主催で、日本生命倫理学会第二五回年次大会を開催し、池澤が大会長として大会長講演を行った。本稿は、その読み上げ原稿であり、センターの活動記録として掲載する次第である。但し、大会長講演では時間の制約のため、一部、省略したところがある。また、元の原稿はこの数倍の分量があるので、掲載に当たって註として付加した。

■註

- 1 Robert Baker & Laurence McCullough ed., *The Cambridge World History of Medical Ethics*, Cambridge University Press, 2009.
- 2 Ruiping Fan and Benfu Li, "Truth telling in medicine: the Confucian view," *Journal of Medicine and Philosophy*, 29-2, 2004, pp. 179-193.
- 3 一九二九年の『管理医院規則』では「医療機関は治療において大手術を必要とする場合、患者及びその関係者の同意を得なければならず、署名を得て始めて執行することができる。」とされていた（朱偉『生命倫理的知情同意』、復旦大学出版社、二〇〇九年）。
- 4 一九五一年の『医院診所管理暫行条例』第十七条で「医院・診察機関は患者に大手術を行い、あるいは病状が重篤で特殊な治療を行う必要がある時には、患者及びその関係者が同意署名を行った後に、始めて施行することができる。」とされていた。
- 5 彭紅・李永国「署名とインフォームド・コンセント」、『医学与哲学』29:9A、二〇〇八年。
原文は「机关」（機関）。
- 6 『医療機構管理条例』第三三条「医療機関が手術、特殊検査あるいは特殊治療を行う時は、必ず患者の同意を得、あわせて患者の家族あるいは関係者の同意署名を得なければならぬ。患者の意見を取得することができる。または患者の家族あるいは関係者がその場におらず、あるいはその他の特殊な状況にあった場合は、医師は治療案を提出し、医療機関の責任者あるいは権限を与えられた責任者の許可を得た後、実施することができる。」この「関係者」とい

うのが具体的にいかなる範疇を指すのかは明瞭ではないが、例えば患者の職場の責任者などと推測することはできよう。

8 『医療機構管理条例実施細則』第六一条「医療機関は診療活動において、患者に対し保護性医療措置を行い、ならびに患者家族と関係者の協力を得なければならない。第六二条「医療機関は患者の自己の病状、診断、治療について知る権利を尊重しなければならない。手術、特殊検査、特殊治療を行う時は、必要な説明を行わなければならない。保護性医療措置を行うため、患者に情報を説明するべきではない時は、関係する情報を患者の家族に伝えなければならない。」

9 『執業医師法』第二六条「医師はありのままに患者あるいは家族に病状を伝えなければならないが、患者に不利な結果を生じること避けるように注意しなければならない。医師が実験的な臨床医療を行う時は、医療機関の承認と患者本人あるいはその家族の同意を得なければならない。」

10 『医療事故処理条例』第一条「医療機関とその医療従事者は、患者の病状、治療措置、治療の危険性などをありのままに患者に告知し、その質問に速やかに答えなければならない。但し、患者に不利な結果が生じること避けなければならない。」また、同条例の一〇条では患者が自分のカルテなどの複写を要求する権利が認められている。

11 『侵権責任法』第五五条「医療者は診療活動において、患者に病状と治療措置を説明しなければならない。手術、特殊検査、特殊治療を行う必要がある場合は、医療者は速やかに患者に治療の危険性、代替治療法などの状況を説明し、あわせて書面での同意を得なければならない。患者に対して説明するべきではない場合は、患者の近親に説明し、あわせて書面による同意を得なければならない。」二〇一〇年の『病歴書写基本規範』第一条でもインフォームド・コンセントの例外は、「患者が完全な民事行為能力を持たない時」「患者が病気により署名できない時」に限定されている。

12 張巍琴・馮澤水「保護性医療制度下での患者のインフォームド・コンセント尊重に関する考察」、『医学与哲学』30-7A、二〇〇九年。中国疾病予防控制中心HP (<http://www.phsciencedata.cn/Share/wiki/View?id=00020cfd-535f-4c2d-a03e-48160ba24243>)「パプロフ学派と精神病学」。

- 13 http://book.xuexi365.com/book/detail_11318875.html
- 14 該書所収の鄭州鐵路管理局西安安医院「我々ほどのように保護性医療制度を実行したか」においては「各種の関係する報告、例えば化学検査、X線などは、以前は直接患者に渡され、患者から医師に渡されていたが、患者本人が審査結果を見た後（例えば白血球の増加とか、肺に空洞があるとか）、常に良くない効果を引き起こし、患者自身の健康に対する信頼を失わせた。そこで化学検査室は封をして医師に直接渡し、患者には見せないことに決定した」と述べられている（一四八頁）。
- 15 以上①～⑤『Nie Jing-Bao, *Medical Ethics in China: a Transcultural Interpretation*, Routledge, 2011, p. 120.
- 16 以上⑥～⑧、蘇銀利・李榮之「医患の役割の違いに応じたインフォームド・コンセントに対する態度の研究」、『医学与哲学』29:3A、二〇〇八年。
- 17 王麗・陳理宜「異なる集団の癌の告知に対する態度の社会心理学的調査」、『医学与哲学』31:1A、二〇一〇年。
- 18 王德順ほか「インフォームド・コンセントの若干の問題に関する患者の視点——全国一〇都市四〇〇〇名の入院患者アンケート調査8」、『医学与哲学』32:5A、二〇一一年。
- 19 王福順・盧利芬・朱秀麗・劉春亮「誰が患者の権利を行使しているのか——一〇七七七例の不術患者の署名状況の分析」、『医学与哲学』34:2A、二〇一三年。
- 20 王麗・陳理宜前掲。告知するべきとする理由としては、患者が死に備えることができる四四・四五%、告知するべきでないとする理由としては、告知は残忍である二一・一八%が多数を占めた。
- 21 董方・尹梅「痛患者に診断情報を告知する方法」、『医学与哲学』33:1B、二〇一二年。牛志民・馮玉芝「医療従事者の説明義務における合理的裁量権」、『医学与哲学』33:10A、二〇一二年。張巍琴・馮澤永「保護性医療制度下での患者のインフォームド・コンセント尊重に関する考察」、『医学与哲学』30:7A、二〇〇九年。
- 22 『史記』倉公伝は淳于意の伝記であり、そこには自身の「医家」（カルテ記録）に由来する部分を含んでおり、その中で「家族告知」に相当する部分は次の二つである。

齊の侍御史、成は自ら頭痛を病むと言う。臣意、其の脈を診、告げて曰く、「君の病の悪きこと、言うべから

ず。」即ち出で、独り成の弟の昌に告げて曰く、「此の病は疽（腫れ物）なり、内に腸胃の間に発し、後五日にして当に腫を痒（痒）み、後八日にして膿を嘔（は）きて死せん。」……成は即ち期の如く死せり。

齊の章武里（地名）の曹山附病む。臣意、其の脈を診て曰く、「肺の消痺（肺がしほむ病氣）なり、加うるに寒熱を以てす。」即ち其人（家人）に告げて曰く、「死せん、治らず。其の共養（供え養うこと）を適えよ。此れ当に医治すべからず。」……即ち期の如く死せり。

ここで淳于意が患者に病名を言いながら、死期を近親にのみ語っているのは明らかに意図的であり、致死的な病の診断を患者に語ってはならないとする判断があったことは、確かに推測することができる。但し、淳于意はそれを規則として明言しているわけではないので、それが確立された慣行であったのか、彼個人の判断なのか、確言することはできない。

23 「病寄育に入る」で有名な「左伝」成公十年の話では医綬は晋の景公に死期を率直に伝えている。「史記」扁鵲伝でも扁鵲は斉の桓侯に死の診断を告知する。「三國志」華陀伝では、華陀がたまたま診察した患者の余命を五日と診断した上で、早く故郷に帰って死に備えよと勧められている。告知に関する中国伝統医学の態度は明瞭ではないが、実践としては直接的に告知する方が多かつたように思われる。それはもちろん患者の自律的決定というような原則のためではなく、華陀の例が示すように、実際のな配慮からであったのであろう。

24 Nie Jing Bao, *ibid.*, pp. 107-110. 二つで高精保が論じるのは、中国で最初の医療倫理学の専著である宋国寶「医業倫理学」（一九三三年）である。同書の中で宋国寶は非告知が倫理的に認められるとするのだが、そこでは患者を精神的な苦しみ、身体的な害を不必要なパニックから守るために「医師は真実を隠すことは許される」と述べるつつも、それは医師の正直さと誠実さという原則を犯し、更に患者が葬儀その他の死後の準備をできなくしてしまう故に、最大限の注意深さを求められる問題であるとした。そこで、宋は嘘をつくことと真実を隠すことを区別し、嘘は悪であるが、真実を隠すことは嘘を語ることでないもので、許容されるとする。この点において、医師はあくまでも真実を隠すことが「許される」のであり、同時期のアメリカ医師会の倫理綱領のように「べきである」ではない。この議論における宋の根拠は主に実際のな配慮であり、希望があるかのように偽ったり、重要な情報を告げること

を差し控えることによつて、患者は「死の前に自分にかかわる事柄を身体的、精神的に準備しておく」最後の機会を奪われる。以上から読み取れるのは、宋国賢は西洋医学の教育を受けているので、致命的な診断を患者に伝えてはならないという当時の「グローバル・スタンダード」を教えられ、それを規範としているのだが、「医業倫理学」の当該部分を執筆する時に、彼は明らかに相当悩みながら書いているのであつて、それは彼が内面化していた儒教的な正直さ、実際の配慮と矛盾するものであつたということである。

25

謝華「二つの行動論理の衝突——医患関係緊張に対する社会学的考察」、『医学与哲学』32:4A、二〇一一年。王曉波・張新華「医師-患者関係の不調和と患者の道徳的権利の保護」、『医学与哲学』34:2A、二〇一三年。

26

そのような事例は妊婦死亡事件を扱つた論文に数多く言及されており、その全てを例示することはできないが、目立つた例のみを引用しておく。

一九八〇年代、通常の分娩が不可能な妊婦が帝王切開を頼んだにもかかわらず、夫が女兒の出産を恐れて許可しなかつたため、親族の署名がないという理由で、医師は帝王切開を行わず、母子ともに死亡した（彭紅・李永国「署名とインフォームド・コンセント」、『医学与哲学』29:9A、二〇〇八年）。

場所、時期未詳、ある工員が作業中に重傷を負い、昏睡に陥つた。工員の妻は工場と賠償について合意に達した後、生命維持装置を外すことを求めた（樊輝ほか「李麗雲事件から見た生命健康権、患者の自主権、医師の干渉権」、『医学与哲学』29:10A、二〇〇八年）。

時期、場所不詳、独身の労働者、脳出血で入院したが、その二人の姉が手術同意書に署名することを拒否し、また入院手続きを行うことも拒否した。病院は温存処置をとつたが、結局、男性は死亡した（張娟・董子明「生命健康権」と「インフォームド・コンセント」の衝突」、『医学与哲学』33:4A、二〇一二年）。

場所、時期未詳。二一歳女性、未婚。右下腹部痛で来院、急性虫垂炎と診断、手術になる。手術で虫垂炎ではなく、右卵輸管に妊娠破裂があることが分かり、止血を行った。患者は家族には漏らさないことを繰り返し求めたが、医師は母親に打ち明けた。家族は虫垂炎でないのに手術を行ったのは誤診であるとして、賠償を要求して裁判となつた。本当の理由は子宮外妊娠を速やかに知らされなかつたこと（陳化「中国と西洋の文化的差異から見たインフォー

ムド・コンセント」、『医学与哲学』30:7A、1100(九年)。

場所、時期未詳。二六歳男性、白血病と診断され、医師は入院を勧めたが、両親は在宅を希望し、また患者に告知しないことを求めた。後に重篤となり入院、その時点で患者は病名を知っており、治療を希望していたが、治療費を支払うことができないため、両親が署名を拒否し退院、死亡した(姜蘭妹ほか「自主権の尊重」、『医学与哲学』32:4A、1101(一年))。

二〇〇八年一月一日、浙江省徳清県、二七歳の妊婦、帝王切開の後、出血し緊急手術が必要になったが、夫が同意せず、二〇〇七年妊婦死亡事件の直後であったため、県衛生局が介入、強制的に手術を行い、妊婦は助かる(趙海燕ほか「医師の特殊干渉——患者及び家族の知情不同意に直面した場合の倫理選択」、『医学与哲学』29:9A、1100(八年))。

二〇〇七年二月、新圳、二八歳妊婦が子宮口部妊娠と判明、医師は子宮切除を提案するが、患者は拒否し、また親族に連絡をとることも拒む。医院は親族に連絡し、広州市衛生局に報告、衛生局は救命を最優先にせよと指示する。患者の家族が手術室で患者を再度説得し、最終的に患者は同意した(鍾旋「患者が署名を拒否した緊急手術の説明同意文書の処理対策」、『医学与哲学』29:10A、1100(八年))。

二〇〇八年六月二三日、広東省仏山、三四歳の妊婦の胎児が大きすぎるため、医師は帝王切開を提案したが、妊婦、夫ともに拒否し、死亡(樊柳ほか「李麗雲事件から見た生命健康権、患者の自主権、医師の干渉権」、『医学与哲学』29:10A、1100(八年))。

二〇一〇年二月、天津の肛門閉塞の先天性障害を持つて生まれた女児新生児。親族三〇余人が話し合った結果、治療を諦めることになり、父母によりターミナルケア医院に送られたが、その情報が入ターネットに流れ、ネット上で救済活動が始まり、一部の志願者が嬰兒を奪い取るという騒ぎに発展、大反響を呼び起こした。新生児は手術を受けたが、三月に死亡した(肖健・敬金海・呂群栄「治療の代理放棄の倫理的根拠に関する分析」、『医学与哲学』32:1A、曹陽「治療放棄に関する状況倫理的分析」、『同32:11A、1101(一年))。

これを見ると、二〇〇七年の事件の影響で生命の尊厳の意識が高まり、患者・家族の意思に反してでも救命を優

- 先させる傾向が出てきていることが分かる。また、最後の案件（「小希望」事件と呼ばれる）は、インターネットを介して、無関係の第三者が医療上の意思決定に参与する傾向が出てきているものとして、注目に値する。
- 27 蔡昱「患者の自主決定権の制限を論ず」、『医学与哲学』31-3A、二〇一〇年。曾言「医療告知中の家族の決定権の分析」『医学与哲学』30-3A、二〇〇九年。
- 28 中国の生命倫理の教科書に見られる権利に関する基本的な考え方は、人間は社会の中で生きている存在であるから、天賦の人権（基本的人権）があるわけではなく、権利とは社会が認めたものに他ならないものになる。池澤「中国における生命倫理言説に見る宗教性——人間の尊厳と有徳の共同体」、『宗教研究』三六一号、二〇〇九年、および「中国の生命倫理」、今井道夫・森下直貴編『生命倫理学の基本構図』、丸善、二〇一二年参照。
- 29 例えば、中国で始めて生命倫理を標題とする書を刊行した邱仁宗「生命倫理学」（上海人民出版社、一九八七年）は、生命の価値は全体に貢献するかどうかに決まる相対的なものであることを根拠に、中絶を正当化していた。
- 30 王其林「医患関係における権利衝突について」、『医学与哲学』29-10A、二〇〇八年。
- 31 謝青松・湯建華「患者の同意権と生命健康権の衝突の法学的研究」、『医学与哲学』30-3A、二〇〇九年。樊輝ほか「李麗雲事件から見た生命健康権、患者の自主権、医師の干渉権」、『医学与哲学』29-10A、二〇〇八年。謝青松・湯建華前掲。曾恩泉・陳紅「医師の特殊干渉権の法的分析」、『医学与哲学』30-6A、二〇〇九年。
- 32 邵将「『家族署名』制度に対する法的考察」、『医学与哲学』29-5A、二〇〇八年。張娟・董子明「『生命健康権』と『インフォームド・コンセント』の衝突」、『医学与哲学』33-4A、二〇一二年。薛滿全・趙繼順「臨床医療中のインフォームド・コンセントの実践と考察」、『医学与哲学』29-9A、二〇〇八年。肖健ほか「治療の代理放棄の倫理的根拠に関する分析」、『医学与哲学』32-1A、二〇一一年。
- 33 董方・尹梅「癌患者に診断情報を告知する方法」、『医学与哲学』33-1B、二〇一二年。後者は家族の意向で告知されなかった七七歳の胃がん患者が、胃の全摘を受け、更に五ヶ月苦しんだ後で、臨終の前に病名を知らされて、「自分は旧世代の人間であり、あらゆる辛酸をなめてきた。今更、癌だと知らされたところで卒倒するものか。もし早く癌だと知っていたら、無為にベッドで時間を空費することはなかったものを」と言い残した事例を挙げている。

- 34 陳化「中國と西洋の文化的差異から見たインフォームド・コンセント」、『医学与哲学』30-7A、二〇〇九年。張毓琴・馮澤永「保護性医療制度下での患者のインフォームド・コンセント尊重に関する考察」、『医学与哲学』30-7A、二〇〇九年。牛志民・馮玉芝「医療従事者の説明義務における合理的裁量権」、『医学与哲学』33-10A、二〇一二年。李瑞全「卓越した医学の専門的素質——中国伝統医学の現代的機能」、『医学与哲学』34-4A、二〇一三年。
- 35 陳飛「権利意識の視点から見たインフォームド・コンセントを実施する場合の文化的障壁」、『医学与哲学』29-9A、二〇〇八年。彭紅・李永国「署名とインフォームド・コンセント」、『医学与哲学』29-9A、二〇〇八年。楊賽・蒲川「アメリカにおける未成年患者の同意とその意義」、『医学与哲学』29-9A、二〇〇八年。梁愛華ほか「治療放棄とアドバンス・ディレクティヴ」、『中国医学倫理学』26-3、二〇一三年。
- 36 雷錦程「患者の自主権と家族本位主義の緊張」、『医学与哲学』29-3A、二〇〇八年。柏寧・尹梅「中国・西洋文化の比較の視点から見た医師-患者の矛盾の解釈」、『医学与哲学』33-12A、二〇一二年。
- 37 朱偉「生命倫理中的知情同意」、復旦大学出版社、二〇〇九年。
- 38 元社会科学院哲学研究所研究員。
- 39 朱氏は『孟子』公孫丑上「自ら反りみてなお縮ちぢければ、千万人と雖も、吾は往かん」などの事例を挙げる。
- 40 Nie Jing-Bao, *Medical Ethics in China: a Transcultural Interpretation*, Routledge, 2011.
- 41 Nie Jing-Bao, *Behind the Silence: Chinese Voices on Abortion*, Rowman & Littlefield Publishers, 2005.
- 42 H. Tristram Engelhardt Jr., *The Foundation of Christian Bioethics*, Swets & Zeitlinger Publishers, 2000.
- 43 H. Tristram Engelhardt Jr., *The Foundation of Bioethics*, Oxford University Press, 1st edition:1986, 2nd edition:1996.
- 44 この『生命倫理の基礎づけ』が有名であるため、通常、エンゲルハートは自由至上主義者であると考えられているが、『キリスト教生命倫理の基礎づけ』における議論はそれとは全く異なっている。これには同書で彼自身が言及しているように、一九九一年にカトリックからアンティオケア正教会 (Antiochian Orthodox Church) に改宗したことが関係していると推測され、実際、同書の膨大な脚注は殆ど正教会の文書、教義を引用したものである。だが、『生命倫理の基礎づけ』の中で「内容ある倫理」には普遍性がなく、万人が等しく合意できるのは「内容のない倫理」に過ぎ

ないと執拗に繰り返す時、既にその段階で「内容がない倫理」は倫理ではないと判断していた可能性もある。

45 Robert Baker & Laurence McCullough 編の前掲書所載の論文「正教の医療倫理言説」の中で、エンゲルハートは「真理とは人格的 (personal) であると、即ち三位一体の神 (Trinity) であると正教は認識する」と述べており (p. 211)、彼の「人格 (Person) の基本的イメージは神、及びそのような神の応答を求める人であると言える。

46 言うまでもないことだが、「家族」自体が近代的概念であるので、直接に儒教が「家族」に言及することは殆どない。しかし、儒教の家族主義的要素は、親子関係と夫婦関係の両面で表明されている。

前者は、よく知られているように、「孝」の倫理にかかわるものであり、「孝」は確かに儒教の最も重要な徳目の一つである。儒教の「孝」は多面にわたるので、その詳細は拙著に譲るが(池澤『孝』思想の宗教学的的研究——古代中国における祖先崇拜の思想的発展)、東京大学出版会、二〇〇二年)、次のようにまとめられよう。先ず、儒教は確かに親子関係を重視したが、それは一般的な倫理を確立するための前提としてなのであって、重点は一般倫理(仁・義)の方にあること。第二に、儒教の思想家は概ね「孝」(家族主義)と一般倫理の間に断絶があることを認識していた。だからこそ、論理を用いてその断絶を埋めようとしたのであって、その際に、それぞれの思想家によって相当の主張の違いが生まれてくること。第三に、だから、少なからぬ儒教思想家は、親子関係と一般倫理が矛盾する場面において、親子関係を犠牲にしても一般倫理を促進するべきであると考えていた。この三点のいずれにおいても、儒教は単純に「家族主義」であるとは言えない。

夫婦関係においても、儒教はそれが一般的な人間関係の出発点であると考え(『禮記』昏義では、「夫婦の別」から出発して「父子の親」「君臣の正」が成立するとする)。しかし、この場合に特徴的なのは、家族内関係(内)と家族外関係(外)を対比させ、前者は愛情(仁)を中心とするが、後者では正しき(義)が優越するとして、適応される原則が違ってくることを主張する点である(『禮記』喪服四制、「大戴礼」本命篇、郭店楚簡「六德」)。つまり、家族内の情愛と紐帯(愛・仁)は確かに重要ではあるのだが、それだけで人間社会が成り立つとは考えないのであって、その点からも儒教を家族主義だけで規定するのは無理がある。

■補定

Henk ten Have & Bert Gorduin ed., *Handbook of Global Bioethics* (Springer, 2014)において、范瑞平と同じく香港城市大学公共及社会行政学系に所属する余愷賢 (Erica Yu) が、「Confucianism」の標題の下に、儒教におけるインフォームド・コンセントを論じている。その議論は多く范瑞平と同じなのであるが、「家族同意」ではなく「共同決定」を主張するという、大きな変更を加えている。これは「儒教的生命倫理」のインフォームド・コンセント批判に同調するのは中国の生命倫理学界で少数派であり、特に二〇〇七年の妊婦死亡事件以来、家族の代理決定を批判する論調は増えていることを背景にするのかもしれない。「家族同意」という慣行が明らかに問題を含んでいるという認識から、「家族同意」を「患者・家族・医師の共同決定」にスライドさせることで、「儒教的生命倫理」を現状に適応させると同時に、その中心的な論理（儒教Ⅱ家族的価値観）を擁護しようとしていると判断できる。医療上の意思決定におけるコミュニケーションの重要性は広く指摘されるようになっていたので、この路線変更は評価できるが、余愷賢論文でも「共同決定」を正当化する論理はあくまでも儒教的価値でなければならぬとされているのであって（つまり西洋の個人主義では自己決定だが、儒教は共同決定であるという論理）、何故そのような二元的文化観に基づかなければならないのか、論拠が薄弱であるように思われるし、西洋においても共同決定の主張が現われている現状への認識が不足している。

（いけざわ・まさる 東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター長）