

〔ドイツ人から見た〕日本における「インフォームド・コンセント」

——文化比較を超えて

ラジ・クリスティアン・シュタイネック

小椋 宗一郎／松田 純 共訳

概要

日本の臨床医療におけるインフォームド・コンセントに関する議論は、日本国内においても国際的にも、久しく文化比較というパラダイムに縛られてきた。そこでは「インフォームド・コンセント」が西洋の概念として特徴付けられ、日本におけるその適用は不可能または不適切、あるいは少なくとも困難であり、根本的な順応が必要だとされた。日本国内の議論において、こうした対立はしだいに非生産的なものとみなされ、ある程度は乗り越えられた。この過程で、実のある批判が取り込まれ、インフォームド・コンセント概念とその手続きを精緻化し改良することに役立てられた。その中心的な諸要素は、インフォームド・コンセントを過程^{プロセス}として理解すること、そして医師と患者の間のコミュニケーションの仲立ちとして看護師や家族を参加させることである。この意味で、日本の議論に関する知見は、インフォームド・コンセントの諸問題をテーマとする議論にとって教訓に富むとともに、生命倫理におけるグローバルな協調の可能性という、より一般の問題にとっても有益である。日本は、倫理的文化が相容れないことの典型のように思われてきたが、そうした例としては相応しくない。

キーワード：インフォームド・コンセント (Informierte Zustimmung/*informed*)

consent)、医師-患者関係、医学教育、日本、文化主義 (Kulturalismus)

本論が試みるのは、医師による治療的介入の際のインフォームド・コンセントをめぐる日本の議論について明らかにし、その最も重要な^{ザッハリヒ}実質的成果を描き出すことである。日本が、高度に発達した経済的・技術的・科学的インフラストラクチャーをもち、世界を主導する産業先進国のひとつであることは疑いない。このインフラには包括的な医療供給システムと診療科ごとのそれが含まれ、またそうしたシステムの監視と分析と評価のための数多くの公的および私的機関が含まれる。これに対応して、30年以上にわたって発展してきた生命倫理学の議論があり、関連する問題が¹特定され考察されてきた。この議論においては、国際的議論によって提起された諸問題が常に取り上げられ、日本の事情に照らして批判的に評価され、さらに展開¹されている。

これとは対照的に、日本の議論は欧米諸国で見聞されることがほとんどない。これには言葉の障壁もあるが、日本の生命倫理がひとたび話題になると、日本側からも欧米側からも持ち出される文化比較というパラダイムのせいもあるだろう²。このモデルは、日本の諸論文を日本文化の代表として位置づけるという構造をもつ。そうした認識は、日本の外で日本文化に関する知識を増やすことになる以外に、せいぜいその時々²の言説や価値判断を、日本の文化から区別された〔欧米の〕「独自文化」の視点から一般化して査定するのに役立つのみである。そのためには、「〔日本文化〕なるものについての」大雑把な全体像の受容で十分であり、個々の立場や根拠付けに関する議論は切り捨てることが可能である。じっさいそれらは切り捨てられているのだ。これとは反対に、異文化に属するとされた議論の方は、たちまち理論的な鋭さを失い、他の文化とも結合する要素が検討される機会³はほとんどない。こうした議論ではもはや批判的かつ生産的なものは生まれ³ない。

文化比較的アプローチは、以上のような意味で理論的に不毛であるばかりではなく、また疑わしい諸前提に立っ⁴てもいる。文化比較的アプローチは、たいていは民族的な境界や宗教的な境界もしくは国の境界によって互いに明瞭に区別される諸文化がすでに与えられているという前提から出発する。そ

の際、地域的な文化領域や国家、民族や宗教にもとづく区分は完全だとみなされる。または、確かに文化を区別するため別の要素は他にもあるが、既存の区別が基本的には決定的であるとされる、あるいは〔その文化的要素と区別の基準とすることに〕疑いの余地がある場合にも、やはり決定的なものだとされる。前者の類を国家-宗教的文化決定論 (national-religiöser Kulturlismus) と呼ぶことができるだろう。これは一般の人にとって分かりやすいであろうが、やはり時代遅れである。そのような見方は、国家や宗教が決定的要因とはならない自然科学や技術もしくは経済といった、文化を規定する重要な諸要素を隠蔽してしまう。第二の種類のもの、すなわち国家-宗教的文化本質主義 (national-religiöser Kulturessentialismus) もやはり問題を含んでいる。なぜなら、どのように設定された比較基準であろうと、なんらかの差異が国家的ないし宗教的伝統に基づいているのか、あるいはどの程度それらに基づいているのかが、個々の場合においてまず示されなければならないからである。いずれにせよそうした文化的言説が、社会内部における文化的差異を過小評価し消し去ろうとする傾向をもっていることは、規範的事象に限ったことではない。

上述のような文化比較パラダイムの欠点をみれば、たとえそれが日本の議論そのものの中で看過できない役割を果たしているとしても、その議論を解明する上では文化比較的手法を用いないことが賢明だろう。次節では、もろもろの議論の中から日本における「インフォームド・コンセント」に関する最も重要な文化比較的言説を取り上げ、その問題点を挙げるとともに、さらに解説を加える。つぎに、インフォームド・コンセントをめぐる論争の社会的コンテクストを明らかにする医師-患者関係に関するいくつかの記述を取り上げるとともに、日本における「インフォームド・コンセント」に関する歴史を短く概観する。これらの予備的論述に続いて、この実施原則を実行に移すにあたっての促進要因と阻害要素について分析する。そして最後の節は、臨床場面におけるインフォームド・コンセントに関連した諸問題とその解決の道筋についての議論の内容に充てられる。これは日本における議論の実質的成果を要覧することに行き着く。

1. 文化比較における「インフォームド・コンセント」

それをめぐるさまざまな言説と問題

「インフォームド・コンセント」とは、医師による治療的介入は、通常は患者に対する詳細な情報提供の後、それに基づいた患者本人による同意があつて始めて実施することが許されるという原則である。この原則は、国を問わず、現代医療倫理の核心的要素として、また近代民主的社会的な基本的価値が医療分野において具体化されたものとして認められている⁵。それにもかかわらず、この原則が実行されるようになったのは、医学研究だけでなく診療においても世界的に見て最近のことであり、ようやく2、30年前に始まったにすぎない。これは近代化の再検討の成果と見なされるべきであり、近代初期の職業倫理に対抗して、どこでも達成されなければならないものである。インフォームド・コンセントの実行は、医師の決断の自由を制約し、ときには患者の福祉を優先するために医学的適応のある処置が妨げられる場合もあるという点で、近代初期の職業倫理とのあいだに矛盾をきたす。またインフォームド・コンセントの実行は患者に負担もかける。患者は、主体的な決断能力（Souveränität）を制約された状況において、厳格に形式化された手続きにおける決定主体としての役割を果たさなければならないのだ。そのためインフォームド・コンセントの原則と実践の導入は、常に障害にぶつかる⁶。この点に関して、日本の状況はドイツや米国の状況と異なるものではない。にもかかわらず、比較文化論的言説のなかで、ここに「インフォームド・コンセント」を実現するに当たっての特殊な（つまり他の諸国においては見られない）文化的障害が立ちはだかつていると主張された。

たとえば星野一正は日本の生命倫理のパイオニアの一人であるが、人間どうしの関係を形式的に規制することに対する日本に特有な反感と、自分の見解や関心に固執することが道徳的に低く見なされる慣習⁷を、そうした障害として挙げている。後者に関しては哲学者の中村雄二郎も言及しており、日本人には一般に周囲の環境と融合する傾向があり、意識的な個別的自我を持たない⁸とまで想定している。坂本百大は「日本生命倫理学会」創設時の会長で

あるが、同様の意味で、日本の（のちにはまたアジアに普遍的な）社会的調和のエートスを指摘している。彼の考えによると、それは西洋における抗争の倫理（Konfliktethik）を克服するものである⁹。その他の要因としては、集団、とりわけ家族の役割の大きさが挙げられ、その意向が個人の願望に対して伝統的に優位に立っていたとされる。またしばしば主張される見解によれば、インフォームド・コンセントという原則は、ヨーロッパやアメリカにおいては習俗や法における歴史的基礎をもつものであるが、日本においてはこれが欠けているのだとされる。ある論者はこれに関して、1996年においてもなお日本の司法はインフォームド・コンセントに何の根拠も用意していないと述べている¹¹。

以上に挙げた「インフォームド・コンセント」に対する日本に特有な文化的障害に関する想定は、すべて経験的なレベルで反駁されている。インフォームド・コンセントに関する日本の法学者たちの論争は、1996年の時点ですでに四半世紀の歴史をもっている¹²。法学者の竹中勲が述べるように、日本の憲法学者の多くが日本国憲法第13条2項のうちに個人の自己決定権の保障を認めている。しかもこの権利は「具体的権利」として分類される。つまり法廷において直接この権利に訴えることができるのだ。インフォームド・コンセントという原則は、医療の分野における自己決定権の具体化として認められる¹³。1971年に最初の判例があり、1998年までにさらに150件が続いている¹⁴。じっさい倫理学者の加藤尚武も、インフォームド・コンセントの形式的手続きはすでに日本の法文化に統合された一部分であり、そのことが多くの生命倫理学者によって見過ごされているだけだと1999年に述べている¹⁵。米国と比較して医師に対する訴訟数が実際に少ないことには、最近の研究が示しているように、法廷外における調停へと誘導する構造的原因がある¹⁶。これを説明するために、法的な紛争を回避する伝統を引き合いに出すのはふさわしくない。そうした伝統なるものは実際には現代につくられた虚構（eine moderne Fiktion）である¹⁷。同様に、日本の文化的特殊性に関するその他の主張も経験的な内実乏しい。患者と医師との間で治療方針をめぐる決定過程について日米比較を行ったある研究は、次のことを明らかにしてい

¹⁸る。たしかに日本では家族に比較的大きな比重が置かれるものの、¹⁹多数意見は、家族や医師が患者の意思に反して決断することは許されないと考えている。さらにこの研究は、病気の際における自己責任の回避や閉じこもり傾向、安心感を得たいという願望に関して、日本の患者たちには特殊な文化的特徴はなにもないことを示唆している。²⁰このことは他の調査によっても確認される。²¹患者の態度というものはとかく分裂したものであり、また人によって異なるだけでなく各人においても状況や時間的経過によって変化する。²²つまり責任を委ねたいという願望には、情報と自己決定に対する同じように強い願望が対立している。たとえば癌患者の場合、ショックと感情的落ち込みの時期の後には、しばしば情報と自己決定への願望が再び優位を占める。²³浅井篤は上記で言及した〔個人よりも家族の意思が優位に立つという日本に特有の伝統を指摘する〕著者の一人であるが、彼自身も、インフォームド・コンセントの問題と危機的な状況における決定の権限に対して日本人の高関心をもっていることを裏づけるアンケート調査に言及している。²⁴価値観や態度に関するアンケート調査からも、日本人の多数派がリベラルで個人主義的な傾向をもつことが読み取られるが、浅井が言及するアンケート調査結果はこれとも一致する。²⁵これら全てのことは、日本で最初の生命倫理審議会のひとつによる調査結果でも確かめられる。つまり日本人の価値観や姿勢に関する医師たちの見解および人文社会学者たちの理論偏重的主張は、この点において現実と乖離しているということである。²⁶こうした傾向に抗して、インフォームド・コンセントに関する言説を現実的に評価するために、次節において、日本における医師-患者関係とインフォームド・コンセントの臨床への導入の歴史を素描しなければならない。

2. 文脈化 (Kontextualisierung)

日本における医師-患者関係とその評価

1984年にまとめられた現代日本における病気と文化に関する民俗学的研究において、大貫恵美子 (E. Ohnuki-Tierney) は、医師-患者関係に関して、

日本の医療システムがもつ重要な特徴を次のようにまとめている。これらの特徴は、近年の新しい資料も裏づけているように、いまでも変わっていないように見える。

1. 医師として診療を行うためには、医師国家試験に合格することが前提となる。これに加えて、2003年の医療法改正に基づき、独立して医療行為を行なうためには、病院内での2年間の研修を経なければならない。専門医になるための必須の試験は長い間存在しなかったが、2002年にようやく設けられた²⁷。医師の生涯学習は日本医師会の指針〔医の倫理綱領〕に医師の義務として定められているが、チェックされておらず、これを欠いても制裁を受けない。

2. こうした前提の下で、診療所や病院もしくは大学病院には、医学的研究に関する義務の度合いによって定義される3つの等級がある。医師の多くは、小規模医院の経営者として開業するか、あるいは私立病院の勤務医として働いている。これらの場合には医学的研究に関する制度的な縛りはない。こうした医師たちが一般的な職業的名声を得ることはどちらかといえば少ないにもかかわらず、一部では個人的に厚い信頼が寄せられている。したがって人々は「医師たち」を信頼するのではなく、ふつうは自らの主治医（かかりつけ医）を信頼する。より高い職業的名声を得ているのは大学病院、とりわけ大きな国立大学の病院における医師たちである。最高の威信を与えられているのは、国立がんセンターなどの国立医療機関の医師たちであり、研究の分野だけでなく設備の点においても第一線にある²⁹。

3. 通常、医師との接触が行われるのは、私立の診療所や病院のレベルにおいてである³⁰。そこでの外来診療の範囲においては予約というシステムがない。ふつう医師たちは診察時間内に来た患者たちを来訪順に全員診察するが、そのためには診察時間を大幅に超過することがある。特筆すべきは一日に診察される患者の多さであり、その数は200人に及ぶこともある³¹。大貫は、近代初期にはすでに一日当たり同じように多くの患者数が記録されていることに言及している。ひょっとするとこれは伝統的な医の倫理と関係があるのかもしれない。伝統的な医の倫理は、身分や貧富の別なく病人を治療するこ

とを命じ、苦しむ者を追い払うことを禁じている。³³ そのようなわけで、長い待ち時間にもかかわらず、医師と患者が実際に接触するのはわずか数分である。今日では有名になった言い方に、「3時間待ち、3分診療」というものがある。多少誇張されているにせよ、程度においてはおよそ正しい。³⁴ これに加えて、日本の健康保険による報酬体系が、医師による相談の実施には何の対価も定めていないことが挙げられる。外来診療において支払われるのは診断と治療の処置に対してだけである。さらに医師たちは（現在においてもなお）³⁵ 病院内で直接販売される医薬品処方によって儲けている。

4. 伝統的に患者は自らの健康福利の全てに関わる責任を医師に委ねる。医学的見地から身体を治療することだけではなく、患者の福利全体に目を向けることが医師たちに期待される。³⁶ 大貫も、来院規則の柔軟さや自分の寝間着や寝具を持ち込むことなど、日本の病院におけるさまざまな慣習を紹介している。医師たちは、狭義の医学的視点からは有害であると判断される可能性のあることであっても、患者の一般的な福利という観点から、それらを許容する。³⁷

もっともこの点に関しては、大貫はどちらかといえば伝統的な医師-患者関係の調和的な姿を描いているということに注意すべきである。すでに80年代以降の日本の文献では、その影の側面が率直に指摘されている。人々の間には不満や不信が生じており、より多くの情報を提供する努力や患者の自己決定能力の強化が促されていた。ある著者は次のように述べている。しばしば患者たちは（情報伝達による）害のない場合にも診断の告知を受けないどころか、検査の結果さえ説明されない。多くの医師は、所見についてただ「心臓があまり良くありませんね」といった漠然とした言い方をし、医薬品を投与する際も、薬の名称や効果の仕組みを説明せず、服薬方法のみを指導するだけである。³⁸ 患者が質問すると、職業的専門能力に疑念がもたれていると解釈され、不機嫌に対応された。診断に関して患者が自分の意見を述べることでさえ、医師の権限への介入だと受け取られた。³⁹ そのような態度も、医師と患者との間の長期的で個人的な結びつきのなかで信頼に支えられていることができたが、水平移動頻度（horizontale Mobilität：受診する医師を変える頻度）

の増加や医療の技術化の進行といった諸要素はそうした結びつきを減少させている。⁴⁰ さらに、医療過誤訴訟が毎年数百件にのぼり、日本のメディアがたえず注目するテーマになった。⁴¹ こうした背景のもとで、人々のあいだに上述のような「インフォームド・コンセント」への関心が生じたことは、なんら不思議ではない。前近代的または初期近代的なパターナリスティックな価値モデルに訴えても、こうした関心の発露を妨げることはできなかった。これらの価値モデル自体が日本の人々の多数派にはもはや共有されていないためである。⁴³

3. 日本における「インフォームド・コンセント」の歴史

医師による治療的介入には患者の同意が必要であるという考えは、ドイツや米国⁴⁵と同様に、日本においても20世紀初頭に初めて義務として定式化された。1906年、日本でこれを行なったのは憲法学者の市村光恵である。京都帝国大学教授で大隈重信首相の友人でもあった市村は、医師の権利と義務を基礎づける著作を著している。⁴⁸ ただし、こうした初期の段階で包括的な情報提供義務が認められていたわけではない。処置に関する明示的な同意を得ることが義務とされるのは、通常の処置を逸脱する場合に限定されていた。予防接種やそれと類似した日常的な診療処置に関しては、医師のもとを訪れることによって同意が与えられたとみなされた。こうした見解は、松田が関連する判例を引き合いに出して論証しているように、70年代後半まで保持されている。⁴⁹

他方、とりわけ20世紀の医学的研究においては、伝統的医療倫理とともに近代的医療倫理を明らかに軽視している例が見出される。軍事的な領土拡大政策の下で、1930年代と40年代前半に、731部隊やその他の組織における多数の医師が、戦争捕虜に対して残酷で致死的な実験を行なっている。これらのなかには大学病院から派遣された多くの若手医師たちが含まれていたが、彼らは終戦後も何の支障もなく研究経歴を続けている。⁵⁰ 学問的な医療のエリートたちのこうした状況をみれば、戦後10年のあいだ、かれらがイン

フォームド・コンセントに向けた自発的姿勢をほとんど示さなかったことも驚くに値しない。⁵¹

1946年の新憲法によって、人権および市民権の保護が国家の義務となった。しかし個人の自己決定原則が医師-患者関係に関する法解釈において重視されるようになるには、優に25年の歳月を要した。医療分野では1951年に日本医師会の倫理指針〔「医師の倫理」〕が作られたが、そこではパターナリスティックな配慮が優先され、診断結果を「親切に説明指導すること」、および「予後を告げるには最も慎重になすこと」が推奨されている。⁵²

医師が患者に情報を提供する義務と、治療処置において患者の意向を尊重する義務に関する議論を押し進めたのは、法律家の側である。なかでもドイツ法の関連規定に関する唄孝一の諸研究が挙げられる。⁵³ これらの研究が日本の法律家たちにおける活発な議論を呼び起こした。その過程で「インフォームド・コンセント」原則が憲法上保障された個人の自己決定権の医療分野における具体化とみなされたことは、上述のとおりである。

1971年、東京地方裁判所は、本人による委任のない乳房切除に関する事件において、患者の同意のないそうした手術は許されないと判断し、患者への損害賠償を命じた。⁵⁴ これに続いて2000年までに150件を超える同様の判決が、すべて民事訴訟において出されている。インフォームド・コンセント原則の違反による刑事事件には今のところ法的根拠がない。これに対応する法律案が政府によって作られたが、医師会による激しい抵抗によって取り下げられている。日本のメディアにおける報道や解説が示すように、これはロビー活動の成功の証とはみなされても、日本社会に内在する諸価値の表れとは見なされていない。⁵⁵

1995年の最高裁判所判決は、「インフォームド・コンセント」の履行が、裁判所の側からは単に控えめに促されているにすぎないことを明らかにした。同法廷は、1985年の或る事件について、思わしくない予後を伏せておくことは、患者の福祉のために秘匿される限り、その時点においてはまだ医学的に許容された標準であったと述べた。⁵⁶

これに対して患者の権利を強化する動きを起したのは、伝統的に人権と

市民権を行動原則にしてきた日本弁護士連合会である。同会は全国的活動グループを組織し、1984年には「患者の権利宣言案」を公表している。

四（知る権利） 1. 患者は自らの状況を理解するために必要なすべての情報を得る権利を有します。2. 患者は、これから行われようとする検査および治療の目的・方法・内容・危険性・予後およびこれに代わりうる他の手段、すでに実施された検査・診察・診断・治療の内容およびその結果、病状経過などについて、十分に理解できるまで医療従事者から説明を受ける権利を有します。……（中略）……

五（自己決定権） 患者は、前項の情報と医療従事者の誠意ある助言・協力を得たうえで、自己の自由な意思に基づいて、検査・治療その他の医療行為を受け、選択しあるいは拒否する権利を有します。⁵⁷

1980年代以降、「インフォームド・コンセント」原則は、しだいに多くの日本の生命倫理学者からも主張されるようになった。かれらはとりわけ米国の議論を引き合いに出したが、他の学問的立場ないし学問分野の既存の展開や議論を知らなかった。⁵⁸ これらの議論は、ある点では、外国の概念としての「インフォームド・コンセント」に関する自覚を促したが、その分だけ日本の文化との適合性に関するイデオロギー的な議論を助長した。

また1980年代の半ばには、厚生省の最初の生命倫理審議会が、「インフォームド・コンセント」手続きの導入と実施にすでに取り組んでいる。これ以降、行政は繰り返しこのテーマを取り上げ、臨床医療におけるこの原則の実行を勧告した。1990年代の或る審議会報告書は、「元気が出るインフォームド・コンセント」という意味深長な表題を冠している。⁵⁹ 2001年の医療法は、適切な説明を行い、治療を受ける者の理解を得るよう努めることを医療従事者に義務づけている。⁶⁰ しかしその文言には、治療を受ける者の明示的な同意がない場合の医師の決断にも一定の余地が残されている。

またインフォームド・コンセント原則のさらなる発展と実行へ向けた国立医療施設の努力も、ある意味では国家によって主導された部分に数え入れる

べきである。たとえば 1996 年、国立がんセンターが再発可能性のあるガン診断の告知に関する手引きを発行したことが挙げられる。⁶¹

最も強力な抵抗勢力は、上記においてもすでに示唆したように医師の職業団体そのものであり、特にその代表組織である日本医師会は政治的にも非常に活発である。⁶² 医師たちが抵抗を示す主な理由には、治療に当たる個々の医師たちが決定する権限や立場を失うことや、また万一の場合に賠償請求されることへの恐れがあったし、いまもある。これに関して、上述のように日本の医師たちには生涯学習（継続研修）の義務がないことも想起すべきである。多くの医師たちは、現行の報酬体系と平均診察時間を考えれば、これ以上に丹念な相談を義務づけることは非現実的だとみなしている。⁶³ それでも日本医師会は、90 年代以降、患者の意思の尊重という課題に取り組んではいる。日本医師会の新しい「医の倫理綱領」や「職業倫理指針」は、医師が患者の人格を尊重し、診断と治療について十分に情報提供し、患者の希望を尊重することを明示的に定めている。⁶⁴ ところが「インフォームド・コンセント」という不吉な用語は回避され、例外的な場合においては、例えば、思わしくない予後を隠しておくことが、患者の幸福のためになされる限りで、容認されている。⁶⁵ このほか関連文献においては、日本医師会は一方で職業身分上の自己規律と自己管理の原則を強調するにもかかわらず、他方では会員の倫理的継続研修に自ら努めることなく、会員の逸脱行為に対する制裁や監督のための独自制度も持たないことが指摘されている。⁶⁶

概括すれば、遅くとも 21 世紀の初頭からは、インフォームド・コンセントという倫理原則は臨床診療において有効に実施されていると言うことができる。もろもろの抵抗にもかかわらず、しだいに義務的なものとしても規定されるようになった。次節では、日常的医療においてインフォームド・コンセントという原則を実行に移すことを促進する要因と阻害する要因について検討する。

4. 「インフォームド・コンセント」の発展における 阻害要因と促進要因

4.1 構造的諸要因

構造的観点において、日本の医療システムのなかで「インフォームド・コンセント」の実現を妨げる要因は以下のとおりである。

1. 医師が一日に接する患者数が多く、個々の患者に割くことのできる時間が少ないため、詳しい情報提供のための対話が非現実的なもの思われる。⁶⁷
2. 診療報酬体系では、患者との医療上の相談に対価が支払われないことになっているため、患者への〔丁寧な〕説明を経済的に魅力のないものにして⁶⁸いる。1996年以降、入退院時における患者への説明には〔診療報酬の〕適用が可能となった。しかしこれに関しては、医師と患者との間で比較的長めの個別相談が行なわれたことの裏づけは必要とされ⁶⁹ない。
3. 相談とは対照的に、検査や治療措置の実施および医薬品の処方には経営面の魅力がある。いまだに医師または病院は医薬品の販売によって少なからぬ利益をあげて⁷⁰いる。そのため、医薬品の処方を含む全ての処置に「インフォームド・コンセント」に伴う説明を義務づけることは、医師たちの経済的利益という点で、潜在的な障害とみなされざるをえ⁷¹ない。
4. 生涯研修を義務づけるための点検や、場合によっては制裁などの制度が欠如しているため、それが医療過誤の発生を助長し、診断や検査方法や治療の内容を患者に開示することを厭う傾向を強める。またこれはインフォームド・コンセント取得の適切な方法についての医師の無知を助長⁷²する。さらに、専門医になるための試験の必須化が長い間なされず、上述のように2002年によく始まったことも上記の事情に影響⁷³している。

5. そもそも医師と患者との間に医学的な基礎知識に関して格差があることが、インフォームド・コンセントのプロセスを困難にしている。日本の医師たちのきわめて科学中心主義的な職業教育が、この障壁を強化している。医学的事柄について一般的に分かりやすい言葉でコミュニケーションする訓練が職業教育のなかでなされていない。⁷⁴

これらの阻害要因に対して、「インフォームド・コンセント」手続きの実行へと促す構造的要因は以下のとおりである。

1. 国民皆保険制度の導入の効果によって、医師と患者との個人的関係が非個人的で制度的な一般的枠組のなかに置かれるようになり、医療を受ける者の範囲が拡大したということはすでに早くから指摘されている。このことは、医師-患者関係の形式を整え、契約を介した関係にすること（Kontraktualisierung）への助けになると言われている。⁷⁵
2. 医療における専門化と分業の進展も、同じ方向へと作用する。つまり治療方法が多様になり、高価な技術的検査方法が普及すれば、患者の協力も部分的に必要な。⁷⁶
3. さらに、病因論の変化が医師と患者の意思疎通を促すということが文献のなかで指摘されている。つまり、慢性病の増加によって、患者が治療により深く継続的に関与することが求められるようになり、多くの場合、医師と患者の協力モデルが望ましいと考えられるようになった。慢性病は、生活習慣の諸要因によって引き起こされ、治療のなかでは生活習慣の長期にわたる変更が勧められるからである。⁷⁷
4. さらに、メディア・情報社会への転換という社会の全般的な構造的変化がある。メディア・情報社会への転換は、もろもろの医源性リスクに関する知識を普及し、患者たちにより多くの予備知識をもたらす。ドイツや米国と同様、日本においても、よくある病気の多くについてさまざまな質の助言が、メディア上で入手可能である。医学情報に医師のみが特権的にアクセスできるという状況は、これによって打ち破られている。⁷⁸

- 最後に、情報社会へと移行する過程で、1970年代以降、日本においても個人の市民的諸権利の実現に向けた公衆の圧力が強まっていることが挙げられる。この動きは、「インフォームド・コンセント」を憲法上保障された個人の権利として捉える法学者たちによっても支持されている。⁷⁹

4.2 思想的要因

前項の5で言及した点に関連して、医療におけるインフォームド・コンセントの実現を促進するような思想的要因が認められる。それは個人が自らの人生ために決断し、それを実行していく権限 (Kompetenz) を重んじる価値観である。これは日本社会においてもいっそう重さを増している。⁸⁰

この傾向は、生命倫理に関する議論においても次第に認められてきている。1990年代までは、「インフォームド・コンセント」に対立する日本社会における諸価値について、さまざまな想定が言い広められた。しかしこれらは、経験的検証に耐えるものではなかった (上記第1節参照のこと)。患者たちの伝統的な価値志向と称するものに関する主張は、しばしばむしろ発言者が期待する態度を当事者の実際の考え方として表現したものであるという事実は、すでに指摘したとおりである。とはいえ伝統的役割モデルの維持という点で、日本の医師たちの一部に、疑いなく受け容れられるべき権威が与えられていることも確かである。⁸¹ その限りで、伝統的かつ前近代的なパターンリズムが、インフォームド・コンセントの実行を妨げる思想的要因となっている。

4.3 心理的要因

上記の思想的要因には一部心理的要因も混在しており、こちらもインフォームド・コンセントの受容を左右している。患者たちが様々なアンビヴァレントな態度を示すことはすでに言及した。〔インフォームド・コンセントの心理的阻害要因として以下のものがある。〕

1. 不安を募らせるような症状に直面した患者たちは、しばしば脅威を感

- じるような情報を欲しなかったり、その全てに耳を閉ざしたりする。⁸²
2. 深刻な診断結果による重圧のもとで、もろもろの情報を受容する能力は、さしあたり低下する。⁸³
 3. 保護されたいという願望は、危機的状況に対する典型的な反応である。そうした願望は、信頼して決断を委ねる傾向と深く関わっている。⁸⁴
 4. 治療のリスクと副作用に関する情報は、診断結果に加えて更なる重圧として感じられることがあり、治癒への希望を減少させることがある。⁸⁵
 5. 以上のような条件のもとでは、とりわけ多くの「技術的」情報を伴う形式的に整えられた「インフォームド・コンセント」の手続きは、患者への過重な心理的負担を意味する。そのため患者の利益を擁護することの妨げにさえなることがある。⁸⁶

しかし他方で、インフォームド・コンセントの履行にプラスになるような心理的諸要因が存在することも、文献中ですでに早くから指摘されている。

1. 情報、とりわけ好ましくない予後を伏せておくことは、真実の全てが伝えられていないと察している患者に不安感を呼び起こす可能性がある。⁸⁷
2. 逆に、予測される症状や副作用に関する情報は、それらによって引き起こされる負担を減らす可能性がある。⁸⁸
3. 説明についての患者の不満は、必ずしも説明の量（範囲）に関するものではなく、しばしば情報の性質に関わるものである。国立がんセンター（NCC）の「がん告知マニュアル」も言及しているように、患者たちは過度に技術的で一般的すぎる情報に関してたびたび苦情を述べており、かれら自身の状態への関連が実感できるような関連性を示してほしいと希望している。⁸⁹ 北村が引き合いに出す諸研究も同様の傾向を示している。⁹⁰

日本の日常的臨床における「インフォームド・コンセント」の実施をめぐる促進要因と阻害要因に関する以上の分析は、その実施が経済的な利害や立

場に結びついた利害によって遅らされただけでなく、発想から見直しを求められるような実質的な問題にも直面していたことを示している。次節ではこのテーマに取り組む。

5. 文化比較を超えて

諸問題と解決へのアプローチ

医療実践におけるインフォームド・コンセントの履行の義務づけを実質的に妨げていたものに関して、経験的に反駁されたもろもろの考えを取り除いたあとに、なお一連の実質的な懸念が残される。それらは日本の議論のなかで、発想の改善という意味において本質的なものと受けとめられてきた。

5.1 ショックや絶望の回避

医師の側からおそらく最も執拗に持ち出された議論は次のものである。重篤な診断結果——日本の議論において特別な意義をもったのは、がんの診断である——および好ましくない予後の告知が、極端な場合には患者にショックを引き起こす可能性があり、また少なくとも患者の一般的症状を悪化させるのに十分である。したがって医学的見地からは勧められないとされる。同様に、計画された治療のリスクや副作用を説明することは、治療への信頼を損なうとされる⁹²。これに対しては、既に早くから次のように反駁されている。つまり、多くの形態の治療は患者の協力を要し、そのつどの処置の意図と目的を知っているという土台の上でのみ可能である。さらに、たとえばがん治療のように侵襲的性格をもつ治療は、患者に重篤ではないと伝えられた診断が、真実ではないと推測させる可能性がある。その結果生じる不安は、やはり一般的症状に対してマイナスに働く⁹³と指摘されている。そのため国立がんセンター（NCC）の「がん告知マニュアル」は、診断に関して全て説明することを原則としている⁹⁴。しかしその際、医師と患者との信頼関係を築き、出来る限り時間を取ることによってショックを与えるリスクを減らすような告知の方法に重点が置かれている。同マニュアルは、がんの疑いがある場合

には、すでに個々の検査の意義と目的を事前に説明することを勧めている。このようにして、患者は万一の悪い知らせに対する心の準備を行い、よりよく対処することが可能になるとされる。したがって「インフォームド・コンセント」は、一回限りの事象ではなく、段階的なプロセス、場合によっては反復的なプロセスとして構想されている⁹⁵。結局のところ、説明は、患者が想定可能な諸問題に対して心の準備ができることによって患者を元気づけ、患者の状態を改善するチャンスだとみなされている⁹⁶。

5.2 コミュニケーションの諸問題

医師と患者との間の知識の格差も依然として大きな作用を及ぼしており、病気と治療についての十分なコミュニケーションを妨げている⁹⁷。知識の格差は、多くの場合、患者にとって不利な社会的立場の違い〔患者が医師に遠慮して質問しづらいことなど〕によって増幅される⁹⁸。加えて、技術的に定型化された文書を用いて行われる「インフォームド・コンセント」の手続きを形式的に処理する可能性が出てくる。これはドイツでは通常おこなわれていることである。

こうした問題点に対処するため、その医学的知識を日常的な言葉に翻訳するための教育が医師たちには必要であることが強調された¹⁰⁰。また国立がんセンターの上記のマニュアルは、患者が十分に感情を表出できるような環境で、時間をかけて口頭説明を行なうことが望ましいと述べている。さらに、医師は看護師と協力することが勧告されている。看護師は、患者とより近しく、より厚い信頼関係をもつことも多いため、患者にとっても話しやすい存在である¹⁰¹。このような考えは——そうでなくとも負担の大きい——看護師に、医師が患者への説明の責任を転嫁するという懸念を多くの人に抱かせる¹⁰²。しかしこのマニュアルではそうしたことが意図されているのではなく、むしろ医師の責任が強調されている。この勧告は、インフォームド・コンセントの過程の一部として、病気と治療に関するコミュニケーションに看護師を参加させ、特に患者のそのつどの疑問や懸念や要求に関して看護の中で知りえたことを、医師として顧慮すべきだとも述べている¹⁰³。

5.3 過度の感情的負担

さきほど挙げた問題と実際にはほとんど切り離せないのが、患者にのしかかる過度の感情的負担という問題である。これに関しては、自らの健康への不安に加え、孤独感が挙げられることが多い。健康な者たちの世界から突然に締め出されたと感じる患者は、孤独感に襲われる¹⁰⁴。ここで繰り返し強調されるのが家族の役割である。そのため患者の希望に反しない場合には、インフォームド・コンセントのプロセスに家族が引き入れられる。家族はしばしば患者の正統な代弁者とみなされる。今日においても日本医師会の指針は、過度の感情的負担を避けるために、例外的状況においては診断に関する全ての情報を伝えないことも出来るとしている。ただし担当医は、第三者の意見を聞いたうえでのみそうした決断をすべきであり、またいずれにしても家族には全ての情報を伝えるべきだとしている¹⁰⁵。これに対して、国立がんセンターのマニュアルは、重圧となる診断結果と予後は、場合によっては家族にとっても手に負えないことがあるという問題に言及している。こうした状況においては、総じて、インフォームド・コンセントは一回の出来事としてではなく、プロセスとして形成されなければならないということが再び強調される。さらに、家族や心理相談や〔患者会などの〕自助グループによって患者の気持ちを支えてゆくさまざまな可能性も視野に入ってくる¹⁰⁶。

またこうした状況では、知りたくないという態度が患者に認められる場合、「知る権利」と等価なものとして「知らない権利」がある、またはなければならぬのかという問題が議論された。これに関しては意見が分かれている¹⁰⁷。いずれにせよこれらの議論の中では、患者個人が直接的でないコミュニケーションを望んでいると認められる場合には、必ずしも明示的に伝えることに固執しないことが重視される場合が多い。ただし、以前しばしば見られたように、患者が知りたくないと思んでいるということを、周囲の者がもはや勝手に推定すべきではない。結局のところ、日本人の多数派は、病気になったときには自分の状態と治療の選択肢について知らせてもらうことを望んでいることを、もろもろの調査研究は示している¹⁰⁸。加藤尚武は、上記の例外的状

況に対して、患者が医師に対してあらかじめ診断と治療に関する全ての決断を委ねる「包括的同意」の可能性を提示している。¹¹² いずれにせよそうした提案では、各々の患者の意思と個別的状況に配慮することが中心に置かれている。それらの提案は、インフォームド・コンセントが本来患者の自己決定を保護すべきものであるのに、その形式的な手続きが患者の意に反するものになることを防止することを意図している。

5.4 自己決定の困難さ

知識と立場の差異および感情的負担に関する上記の諸問題と密接に結びついているのが、臨床場面における自己決定の困難という問題である。患者の決断能力が低下し、上述のような力の差異が存在する状況では、定型化された「インフォームド・コンセント」の手続きが、患者が自らの要求を表明し自らの利益を守ることを困難にしているということが、様々な形で指摘される。¹¹³ 生殖医療との関連では、とりわけフェミニスト側の議論において、強制された自己決定という言葉も用いられる。¹¹⁴ こうした批判は、本質的に、インフォームド・コンセントという手段による正当化を過剰評価することに対して向けられており、問題のある手続の改良に向けた提案へと結びついていることはまれである。しかしこうした批判は、必要な警告という性格を越えて、既に述べたような「インフォームド・コンセント」の修正を後押しするものでもある。つまり、一回きりで終わる定型化された医師と患者の間の手続きから、場合によっては家族や看護師を引き入れたコミュニケーション・プロセスへの修正である。

とはいえ、日本においてこのような修正が実現されるには、医療システム上の抜本的な構造改革が必要であるということは、上記第2章および3章の説明からも明らかである。ここで日本の議論の成果として提示したものを、日常的医療の現実を描写したものと取り違えてはならない。

6. 結論

インフォームド・コンセントという実施原則は、日本においても憲法によって保障された民主的基本価値の医療分野への具体的適用であると概ね認められている。1970年代初め以降、この原則は、日本社会の構造変化に支えられ、しだいに臨床医療に浸透してきた。〔しかし〕この過程には抵抗もあった。保険や医療システムの構造的諸要素と、それらに結びついた特に医師たちの利害、また近代初期のパターナリスティックな諸構造と考え方、そして「インフォームド・コンセント」の手続きにおける具体的な諸問題が、そうした抵抗を生んでいたのである。この間、日本における学問的議論および臨床実践的議論において、イデオロギー的な異議は臨床に即した疑問から区別され、後者が「インフォームド・コンセント」概念の精緻化と修正へのきっかけとして受け入れられた。これに対応して、中央の国立病院等も、医師以外の医療職や家族の参加のもと、時間をかけた、場合によっては反復的な手続きの普及に努めている。その焦点は——ともかく理想的には——各々の患者の個人的な事情にまで歩み入ることによって、患者の立場を強めることに置かれている。これは経験的に確かめられた日本社会の価値志向に合致している。

もろもろの文化的理由から、インフォームド・コンセントの原則は日本には適用不可能であるとししばしば主張された。しかし基礎資料の詳細な検討結果は、そうした想定誤りを示している。また逆に日本で議論された「インフォームド・コンセント」手続きの修正についても同じことが言える。つまりそうした修正は、日本の特殊な状況に照らしてのみ理解でき有効であるという意味で、日本文化に特有なものではない。それどころか、患者という医学の素人が、精神的負担が強くかかる状況において、定型化されたインフォームド・コンセントの手続きに直面する場面では、国や宗教に関係なく現れるもろもろの困難に対応したものなのだ。まさにそれゆえに、著者の見解によれば、このテーマに関する日本の議論は、もっと注目に値する。

■ 付記

本論は次の論文の翻訳である。Raji Christian Steineck, *Informed consent in Japan: Jenseits des Kulturvergleichs*. In: L. Honnefelder/D. Sturma (Hrsg.), *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*. Bd.13, Berlin: Germany, 2008, 5-28.

■ 凡例

きっこう括弧〔 〕内は訳者による追加。

■ 文献目録 (和文)

- 朝日新聞、2000年6月22日、「インフォームド・コンセント」
- 石原明(2000)『法と生命倫理 20 講』(第二版)、日本評論社
- 市村光恵(1906)『醫師之權利義務』、寶文館
- 茨城県薬剤師会(年次記載なし)「医薬分業」 <http://www.ipa.or.jp/bungyo/bungyou.html>
(2008年3月確認) [2012年1月現在、翻訳者によっては確認できない]
- 江口聡(1998)「インフォームド・コンセント」、加藤尚武/加茂直樹(編)『生命倫理学を学ぶ人のために』、世界思想社、30-40頁
- 岡本晃明(2007)「医療現場でもがく患者の思いを伝える」、『新聞研究』667、26-30頁
- 加藤尚武(1999)『脳死・クローン・遺伝子治療——バイオエシックスの練習問題』、P
HP研究所
- 金井淑子(2002)「身体・差異・共感をめぐるポリティクス」、金井淑子/細谷実(編)
『身体のエシックス/ポリティクス』、ナカニシヤ出版、3-35頁
- 金川琢雄(1998)「インフォームド・コンセント——法と判例理論からの検証」、神山有史
(編)『生命倫理学講義』、日本評論社、53-70頁
- 加茂直樹(1991)『生命倫理と現代社会』、世界思想社
- 患者の権利宣言全国起草委員会(1984)「患者の権利宣言案」(印刷資料)
- 厚生省健康政策局医事課(編)(1985)『生命と倫理について考える』、医学書院
- 国立がんセンター(1996)「がん告知マニュアル」(印刷資料)
- 近藤均(ほか編)(2002)『生命倫理事典』、太陽出版
- 坂本百大(1994)「日本思想の底流と生命倫理」、日本文化会議「文化会議」4月号、
1994年
- 品川由美(年次記載なし)「映画「大病人」を見て」、<http://www.c.do-up.com/home/>

- kanwakea/momiji/m32.html (2009年10月確認)
- 資料集生命倫理と法編集委員会(編)(2004)『資料集生命倫理と法』(ダイジェスト版)、太陽出版
- 関根透(1998)『日本の医の倫理』、学建書院
- 竹中勲(1998)「医療におけるパターナリズムと憲法学・倫理学」、加藤尚武・加茂直樹(編)『生命倫理学を学ぶ人のために』、世界思想社、1998、76-85頁
- 田村公江(2002)「自己決定する自己」と身体」、金井淑子/細谷実(編)『身体のエシックス/ポリティクス』、ナカニシヤ出版、36-58
- 常石敬一(1994)『医学者たちの組織犯罪』、朝日新聞社
- 東京地方裁判所(1971)「乳腺症判決」(昭和46年5月19日)
- 長岡成夫(2004)「診療情報開示への動き」、新潟大学教育人間科学部紀要 人文・社会科学編」7(1)、29-49頁
- 中村雄二郎(1992)『臨床の知とは何か』、岩波新書
- 中山愈(1995)『生命倫理』、弘文堂
- 日本医師会(2004)「医師の職業倫理指針」、資料集生命倫理と法編集委員会(編)『資料集生命倫理と法』(ダイジェスト版)、太陽出版、47-60頁
- 唄孝一(1970)『医事法学への歩み』、岩波書店
- 星野一正(1991)『医療の倫理』、岩波書店
- 松出道雄(1986)「患者の自己決定権はなぜ必要か」、『世界』1986(8)、198-210頁
- 水野肇(1990)『インフォームド・コンセント』、中央公論社
- (2003)『誰も書かなかった日本医師会』、草思社
- 宮地尚子(1998)「文化と生命倫理」、加藤尚武/加茂直樹(編)『生命倫理学を学ぶ人のために』、世界思想社、289-302頁
- 柳田邦男(編)(1996)『元気が出るインフォームド・コンセント』、中央法規出版
- 山内桂子/山内隆久(2005)『医療事故——なぜ起こるのか、どうすれば防げるのか』、朝日新聞社

■ 文献目録 (欧文)

- AKABAYASHI, A., FETTERS, M. (2000): *Paying for informed consent*, in: *Journal of Medical Ethics* 26, 212-214.
- AKABAYASHI, A., SLINGBY, B.T. (2006): *Informed Consent Revisited: Japan and U.S.*, in:

- American Journal of Bioethics 6 (1), 9-14.
- ASAI, A. (1996): *Barriers to Informed Consent in Japan*, in: Eubios Journal of Asian and International Bioethics 6, 91-93.
- CORRIGAN, O. (2003): *Empty ethics: The problem with informed consent*, in: Sociology of Health & Illness 25 (3), 768-792.
- DOUTRICH, D., WROS, P., IZUMI, S. (2001): *Relief of suffering and regard for personhood: nurses' ethical concerns in Japan and the USA*, in: Nursing Ethics 8 (5), 449-458.
- HARRIS, S.H. (1994): *Factories of Death: Japanese Biological Warfare, 1932-45, and the American Cover-Up*, London.
- HATTORI, H., SALZBERG, S.M., KIANG, W.P., FUJIMIYA, T., TEJIMA, Y., FURUNO, J. (1991): *The patient's right to information in Japan - Legal rules and doctor's opinions*, in: Social Science and Medicine 32 (9), 1007-1016.
- HOSHINO, K. (1992): *Bioethics in Japan: 1989-1991*, in: LUSTIG, B.A. (ed.): Regional Developments in Bioethics 1989-1991 (Bioethics Yearbook, Vol. 2), Dordrecht, 379-387.
- (ed.) (1997): *Japanese and Western Bioethics: Studies in Moral Diversity*, the Journal of Philosophy and Medicine, Vol. 54, Dordrecht.
- IKLÉ, F. (1965): *Japanese-German Peace Negotiations during World War I*, in: American Historical Review 71 (1), 62-76.
- KIMURA, R. (1994): *Bioethics and Japanese health care*, in: Washington-Japan Journal 1994 (3), 2-4.
- KITAMURA, T. (2005): *Stress-reductive effects of information disclosure to medical and psychiatric patients*, in: Psychiatry and Clinical Neurosciences 59, 627-633.
- KLEIN, A. (2006): *Das politische System Japans*, Bonn.
- KOZU, T. (2006): *Medical Education in Japan*, in: Academic Medicine 81 (12), 1069-1075.
- MÖHWALD, U. (2004): *Values and social mentality*, in: KREINER, J., MÖHWALD, U., ÖLSCHLIEGER, H.D. (eds.): Modern Japanese Society. Handbuch der Orientalistik V (9), Leiden, 387-415.
- MOUER, R., SUGIMOTO, Y. (1990): *Images of Japanese Society: A Study in the Social Construction of Reality*, London.
- MURAOKA, A. (2005): *Renovation of postgraduate clinical training system for MDs in Japan*, Drucksache (24. Januar 2005), <http://www.ircme.u-tokyo.ac.jp/afghanistan/pdf12/6-4-2-1>.

pdf (Stand: März 2008).

- NAKAJIMA, K., KEYES, C., KUROYANAGI, T., TATARA, K. (2001): *Medical Malpractice and Legal Resolution Systems in Japan*, in: journal of the American Medical Association 285 (12), 1632-1640.
- NESSEL, R., BOSCHMANN, J., FOITZIK, T., KLAR, E. (2006): *Professionelles Handeln: Qualität und Mangel der Patientenaufklärung*, <http://www.egms.de/en/meetings/dgch2006/06dgch558.shtml> (Stand: März 2008).
- NISHIMURA, T. (2005): *The present state and problems of "The code of medical ethics" in Japan*, in: Journal international de bioéthique 16 (1-2), 41-50.
- OHNUKI-TIERNEY, E. (1984): *Illness and culture in contemporary Japan: An anthropological view*, Cambridge. (大貫恵美子 (1985) 『日本人の病気観：象徴人類学的考察』、岩波書店)
- PARZELLER, M., WENK, M., ZEDLER, B., ROTHSCHILD, M. (2007): *Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen*, in: Deutsches Ärzteblatt 104 (9), 576-586.
- QIU, R. (ed.) (2004): *Bioethics: Asian perspectives. A quest for moral diversity*, Philosophy and Medicine, Vol. 80, Dordrecht.
- RUHNKE, G.W., WILSON, S., AKAMATSU, T., KINOUE, T., TAKASHIMA, Y., GOLDSTEIN, M., KOENIG, B., HORNBERGER, J., RAFFIN, T. (2000): *Ethical Decision Making and Patient Autonomy: A Comparison of Physicians and Patients in Japan and the United States*, in: Chest 118, 1172-1182.
- SAKAMOTO H. (2002): *A new possibility of global bioethics as an intercultural social tuning technology*, in: TAO, J. (ed.): *Cross-cultural perspectives on the (im) possibility of global bioethics*, Dordrecht, 359-367.
- (2004): *The foundations of a possible Asian bioethics*, in: QIU, R. (ed.): *Bioethics: Asian perspectives. A quest for moral diversity* (Philosophy and Medicine, Vol. 80, Dordrecht, 45-48.
- SASS, H.-M. (2002): *Medical technologies and universal ethics in transcultural perspective*, in: ENGELHARDT, H.T. JR., RASMUSSEN, L.M. (eds.): *Bioethics and moral content: National traditions of health care morality*, Dordrecht, 49-75.
- SEKIMOTO, M., ASAI, A., OHNISHI, M., NISHIGAKI, E., FUKUI, T., SHIMBO, T., IMANAKA, Y. (2004): *Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan*, in: BMC Family practice 5 (1), <http://www.biomedcentral.com/14712296/5/1>

(Stand: März 2008).

- STEINECK, C. (2005): *Japanese Discussions on the Concept of "Person" and its Function*, in *Bioethics*, in: *Journal international de bioéthique/International Journal of Bioethics* 16 (1-2), 29-40.
- (2007): *Bioethische Regelungen und Diskussionen in Japan: Einüberblick*, in: *Japan Aktuell* 3, 3-33.
- STESLICHE, W.E. (1972): *The Political Lift of the Japan Medical Association*, in: *Journal of Asian Studies* 31 (4), 841-862.
- TAKAHASHI, T. (ed.) (2005): *Taking Life and Death Seriously: Bioethics from Japan*, *Advances in Bioethics*, Vol. 8, Amsterdam.
- TEO, A. (2007): *The current state of medical education in Japan: A System under reform*, in: *Medical Education* 41, 302-308.
- TSUCHIYA, T. (2000): *Why Japanese doctors performed human experiments in China 1933-1945*, in: *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 10, 179-180.
- (2003): *In the shadow of the past atrocities: research ethics with human subjects in contemporary Japan*, in: *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 13, 100-102.
- UPHAM, F.K. (1998): *Weak Legal Consciousness as Invented Tradition*, in: VLASTOS, S. (ed.): *Mirror of Modernity. Invented Traditions of Modern Japan*, Berkeley, Los Angeles, 48-64.
- VEATCH, R.M. (2000): *Transplantation Ethics*, Washington (D.C.).
- VIEFHUES, H. (1989): *Medizinische Ethik in einer offenen Gesellschaft*, in: SASS, H.-M. (Hg.): *Medizin und Ethik*, Stuttgart, 17-39.
- WOLFF, H.P. (1989): *Art und Patient*, in: SASS, H.-M. (Hg.): *Medizin und Ethik*, Stuttgart, 184-211.

■ 註

- 1 TAKAHASHI (2005); STEINECK (2005); STEINECK (2007)
- 2 たとえば星野 (1991); SASS (2002); QIU (2004) を参照
- 3 日本の脳死論争に対するヴィーチの言及を参照。VEATCH (2000, 5,15)
- 4 宮地 (1998); 詳しくは MOUER/SUGIMOTO (1990)
- 5 松田 (1986: 202-204); 竹中 (1998); PARZELLER et al.(2007: 576-)
- 6 VIEFHUES (1989, 17-21), WOLFF (1989, 127-); 水野 (1990, 127-); CORRIGAN (2003, 771, 786-)

- 7 星野 (1991, 97); HOSHINO (1992, 380)
- 8 中村 (1992, 206-208)
- 9 坂本 (1994); SAKAMOTO (2002); SAKAMOTO (2004) 坂本によって提唱されたアジア的調和の例証には——彼自身によって引き合いに出されるところによれば——1989年、天安門広場のデモンストレーションにおける血の粛清などもある。cf. SAKAMOTO (2002, 362)
- 10 ASAI (1996, 92)
- 11 Ibid., 91.
- 12 主要論文は、唄 (1970)に集められている。cf. 金川 (1998)
- 13 竹中 (1998, 77-)
- 14 金川 (1998, 58)。金川が明確に言及している事案は、患者本人への個別的な情報提供と同意に関するものである。
- 15 加藤 (1992, 172)。HATTORI et al. (1991) は、全医療過誤訴訟の10%以上が、情報提供義務違反を焦点としたものであるという調査に言及している。
- 16 NAKAJIMA et al. (2001)
- 17 UPHAM (1998).
- 18 RUHNKE et al. (2000, 1180)
- 19 Ibid., 1177.
- 20 Ibid., 1180.
- 21 KITAMURA (2005, 627-) および同所に参照されている文献を参照のこと。
- 22 AKABAYASHI, SLINGBY (2006, 12-)
- 23 国立がんセンター (1996, 69-)
- 24 ASAI (1996)
- 25 MÖHWALD (2004, 399, 403-405)
- 26 厚生省健康政策局医事課 (1985, 162, 168-)
- 27 KOZU (2006) は、新しい教育システムについて述べている。専門医試験は、それぞれの専門医師会によって作成および実施されている。
- 28 日本医師会 (2004)
- 29 Ohnuki-Tierney 1984, 171-. (=大貫 1985, 246 以下)
- 30 現在の〔病院〕数については MURAOKA (2005) を参照のこと。
- 31 Ohnuki-Tierney 1984, 171-. (=大貫 1985, 246 以下)

- 32 Ibid. 172. (=大貫 1985, 246-247)
- 33 関根 (1998, 89 ほか随所)
- 34 KIMURA (1994).
- 35 松田 (1986, 210)。この権利〔医薬品販売の権利〕は戦後になって疑問視されてきたが、日本医師会が全力で守ってきた (cf. STESLICHE (1972, 850-))。茨城県薬剤師協会によれば、医師の診療と医薬品の調合を分離する傾向は年々高まっている。いまのところ医薬品の約半分が医師の処方に基づいて薬局で販売されている (茨城県薬剤師会 [年次記載なし])。〔この点には近年改善が見られることについて、訳者解説を参照のこと〕
- 36 Ohnuki-Tierney 1984, 177, 207. (=大貫 1985, 256, 303); HATTORI et al. (1991, 1007)
- 37 Ohnuki-Tierney 1984, 194-197, 207-. (=大貫 1985, 282-287, 303 以下)
- 38 松田 (1986, 203)
- 39 Ibid., 200.
- 40 HATTORI et al. (1991, 1007)
- 41 山内／山内 (2005, 54-)によれば、1970年代には年間 200 件超であった新事例が、1998 年には 629 件にまで増加している。
- 42 雑誌「新聞研究」における最近の号〔2007 年 2 月号 (No.667)〕において、医療、とりわけ技術的過誤や医療事故について特集が組まれているのも偶然ではない。cf. 岡本 (2007)
- 43 MÖHWALD (2004, 399)
- 44 Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen, Bd. 25 (1894), 375.
- 45 Supreme Court of Minnesota (1905): *Mobr v. Williams*, 95 Minn. 261, 104 N.W. 12.
- 46 松田 (1986, 203)
- 47 IKLE (1965, 74)
- 48 市村 (1906, 82)。金川 (1998, 58)に引用あり。
- 49 松田 (1986, 203)
- 50 TSUCHIYA (2000)。詳しくは常石 (1994)および HARRIS (1994)
- 51 これに関しては TSUCHIYA (2000) も参照のこと。
- 52 近藤ほか (2002, 800)
- 53 唄 (1970)
- 54 東京地方裁判所 (1971)

- 55 朝日新聞 (2000)。こうした歪んだ状況を助長する政治的構造について、詳しくは KLEIN (2006) を参照のこと。
- 56 石原 (2000, 127)
- 57 患者の権利宣言全国起草委員会 (1984)
- 58 たとえば江口 (1998)。また上記の、星野 (1991); 中村 (1992); ASAI (1996) と比較参照のこと。
- 59 柳田 (1996)。また石原 (2000, 124) を参照のこと。
- 60 医療法第 1 条の 4、第 2 項。資料集生命倫理と法編集委員会 (2004, 116) による。
- 61 国立がんセンター (1996)
- 62 STESLICHE (1972); 水野 (2003)
- 63 松田 (1986, 203)
- 64 日本医師会 (2004)。資料集生命倫理と法編集委員会 (2004) による。また同書 47、49 頁を参照のこと。
- 65 日本医師会 (2004)。資料集生命倫理と法編集委員会 (2004, 49) による。
- 66 NISHIMURA (2005, 45-)
- 67 Ohnuki-Tierney (1984, 171-) (=大貫 1985, 246 以下)
- 68 松田 (1986, 203)
- 69 AKABAYASHI, FETTERS (2000, 212-)
- 70 茨城県薬剤師会 (年次記載なし)
- 71 Ohnuki-Tierney (1984, 172-) (=大貫 1985, 248 以下)
- 72 ASAI (1996)
- 73 KOZU (2006)
- 74 TEO (2007, 303)
- 75 HOSHINO (1992, 379)
- 76 厚生省健康政策局医事課 (1985)
- 77 長岡 (2004, 29-) における柳田邦夫 [の引用]
- 78 厚生省健康政策局医事課 (1985)
- 79 竹中 (1998)
- 80 加茂 (1991, 166-171); MÖHWALD (2004, 397-400)
- 81 ただし著者 [シュタイネック] の体験から言えば、大きな大学病院などでは患者の関心事を口にする余地は少ないが、比較的小規模の病院では情報提供や患者との対話に

積極的に取り組んでいる医師も少なくない。

- 82 KITAMURA (2005, 627-); 国立がんセンター (1996, 69)
- 83 星野 (1991, 97-)
- 84 KITAMURA (2005, 628)
- 85 国立がんセンター (1996, 69)
- 86 中山 (1995, 56-58)
- 87 厚生省健康政策局医事課 (1985, 171)。この問題は1993年の伊丹十三監督の映画「大病人」にも描かれており、医療現場でも現実的問題として受け取られている。cf. 品川 (年次記載なし)
- 88 KITAMURA (2005, 628)
- 89 国立がんセンター (1996, 69)
- 90 KITAMURA (2005, 629)
- 91 たとえば中山 (1992, 56)
- 92 HOSHINO (1992, 379-)
- 93 厚生省健康政策局医事課 (1985, 170f)
- 94 国立がんセンター (1996)
- 95 Ibid., 66-68.
- 96 KITAMURA (2005)
- 97 中山 (1995, 56)
- 98 国立がんセンター (1996, 67)
- 99 NESSEL et al. (2006). 研究者たちは、経験的調査に基づいて、この手続きが多くの場合に十分なものとして感じられていると結論付けている。しかし日本の健康福祉行政は、手続きがそのように形式化されることの危険性を、「インフォームド・コンセント」の法的義務化に反対する根拠として挙げている。cf. 中山 (1995, 58)
- 100 中村 (1992, 208-)
- 101 国立がんセンター (1996, 67)
- 102 AKABAYASHI, FETTERS (2000, 213). ただしこれは国立がんセンターのマニュアルに対して直接的に言及したものではない。
- 103 国立がんセンター (1996, 67)
- 104 これ【孤独感】に関して、社会学者の中根千枝は、日本社会における同質性への圧力に特殊な問題性を認めている。厚生省健康政策局医事課 (1985, 169)

- 105 国立がんセンター (1996, 67-); 日本医師会 (2004, 49)
- 106 日本医師会 (2004, 49)
- 107 国立がんセンター (1996, 67-)
- 108 こうした自助グループの活動およびその患者への意義については、広島「もみじの会」のホームページが好例を示している。http://www004.upp.so-net.ne.jp/momiji/〔小椋により 2011 年 11 月確認〕
- 109 〔「知らない権利」の確立について〕賛成意見としては、中山 (1995, 57); 反対意見としては加茂 (1991, 171-)がある。
- 110 厚生省健康政策局医事課 (1985, 169)
- 111 SEKIMOTO et al. (2004)
- 112 加藤 (1999, 173)
- 113 中村 (1992, 198-206); 中山 (1995, 56-)。具体的事例の解説として DOUTRICH, WROS, IZUMI (2001)を参照のこと。
- 114 金井 (2002, 13); 田村 (2002, 39-)

訳者による解説と論評

小椋 宗一郎

2012 年現在、ラジ・クリスティアン・シュタイネックは、スイスのチューリッヒ大学で日本学教授を務めている。彼の論文「日本におけるインフォームド・コンセント」(以下「本論」と呼ぶ)は、ドイツのボンに拠点を置く「科学と倫理のための研究所 (Institut für Wissenschaft und Ethik: IWE)」の 2008 年研究年誌に掲載されたものである。IWE は、同じくボンに設置されている「生命環境倫理ドイツ情報センター (Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften: DRZE)」と並んで、科学技術および医療をめぐる倫理的諸問題を扱う代表的な研究機関である。後者が主にバイオテクノロジー

ジーと医療をめぐる情報収集と議論集約に特化しているのに対し、IWEは、より広く「医療と自然科学および技術の進歩に関する倫理的考察」を目的とする。2010年にIWEから出版されたフックス（ほか著）『研究倫理²』では、ヒト由来研究試料の扱いから脳研究やナノテクノロジー研究等をめぐる倫理的問題が網羅されている。

本論では、「文化比較」という名の下で日本の文化的特殊性を強調してきた議論が批判されている。日本人たちによる従来の議論において、米国由来の「インフォームド・コンセント」は、日本の文化的・社会的風土になじまないと主張されてきた。しかし日本語や日本事情に精通したドイツ人であるシュタイネックの目からは、これらはとても奇妙に映る。文化的特性はあるにせよ、一般の日本人たちは、それらの議論において強調されるほど人間関係のうちに埋没しているわけではないし、個人としての主体性を欠くわけでもない。このことは各種アンケート調査によって実証的に確認することもできる。また権利意識という点においても、医療における患者の権利を確立しようとする努力が営々と積み重ねられてきた。

シュタイネックは、日本において「インフォームド・コンセント」が定着し発展するに当たって、マイナスになる要因とプラスになる要因とを丹念に検証している。そのなかで特に注目に値すると思われるのは、次のような指摘である。日本では伝統的に患者一人当たりには割かれる診療時間が極めて短いという背景があるが、現在においても「診療報酬体系では、患者との医療上の相談に対価が支払われない」ために、丁寧な相談に取り組もうとする医師たちにとって経済的な足かせになっている。さらに、医師たちに対する生涯研修が名ばかりのものになってしまっているという指摘も、関係者にとっては耳の痛いものであろう。しかし医療や社会の変化にしたがって、専門知識の習得だけでなく、人間的な対話としての相談の技術を磨くことがさらに重要性を増している。そうした要請に応じることが、今後の医療制度改革においても喫緊の課題となるであろう。

さらに注目に値するのは、シュタイネックが「インフォームド・コンセント」をめぐる日本の議論に普遍的意義を見出していることである。国や宗教

に関係なく、医学の素人である患者が定型化されたインフォームド・コンセントに直面する場面では、どこでも同様の困難が生じる。医師と患者だけでなく看護師や家族との協力関係のもとで、段階的または反復的な「プロセス」として構想されていることは、世界的な意義を持ちうる。このように高く評価されていることは、日本における医療体制の改善への努力にとっても大きなモチベーションとなるだろう。

さて下記では、シュタイネック論文の翻訳にあたって必要な注記事項を挙げるとともに、翻訳者（小椋）による若干の論評を加える。

ドイツ語においても「インフォームド・コンセント」は英語から取り入れられた表現であり、そのまま英語で表記される場合も時折見られる。しかし本論原文においても用いられるように、informierte Zustimmung（情報提供を受けたうえでの同意）、Aufklärung und Einwilligung（説明と承諾）などの表記も一般的であり、日本語ほど外来語というニュアンスは強くない。ただし本翻訳では、これらを訳し分けると同じ概念であることが分かりにくくなるので、便宜上、(かぎ括弧なしの)インフォームド・コンセントという語に統一した。これとは別に、本論原文中には(イタリック体の英語で) *informed consent* という言葉もしばしば見られる。これは日本において外来語としてカタカナ表記される表現を示しているため、本翻訳では(かぎ括弧付きの)「インフォームド・コンセント」と表記している。なおドイツの『生命環境倫理事典』では、「説明 (Aufklärung)」と「同意 (Einwilligung)」の項目がそれぞれ別に設けられており、事項索引に英語の “informed consent” が見られる。

「インフォームド・コンセント」がドイツへと取り入れられる過程には、日本における過程とのもろもろの類似点とともに、やはり大きく異なった文脈を見出すこともできる。上記で「職業倫理」と訳した “Standesethik” は、直訳すれば「身分の倫理」となる。ドイツでは伝統的に、医師という職業身分の団体が、国家とは一線を画した自律的組織としてのルールをもち、その成員を規律する。ドイツ各州の医師会は、勧告や警告だけでなく、罰金から医師資格剥奪に至るまでの制裁を課す権限を持つ。こうした職業団体として

の自律性が、十分なチェック機能を果たしていない日本の医師会への指摘につながっている。ただし米国流の「自己決定」を基調とした「インフォームド・コンセント」に、患者の治療と福利を目的として構築されてきた伝統的な「医の倫理」が部分的に対立するという点は、日本における議論対立の図式と類似している。患者の自己決定と自己責任によって片付けられる問題としてではなく、患者の「自律 (Autonomie)」を尊重すると同時に医療の本分と責任を果たすために展開されてきた議論には、日独双方にとって学びあえる点が多い。

さて次に、日本における近年の変化と関連して、本論中の次の記述について指摘しておくべきである。「医師たちは (現在においてもなお) 病院内で直接販売される医薬品処方によって儲けている」(第2章)。「いまだに医師または病院は医薬品の販売によって少なからぬ利益をあげている」(第4章2節)。しかし、およそ1990年代以降の薬価差益の切り下げや医薬分業への取り組みなどにより、現時点(2012年)では大きく改善されたと見るべきである。

第1章では、「インフォームド・コンセント」の手続きにおいて日本の文化的風土になじまない諸要素を持つとされる言説が列挙されている。およそ1970年代から90年代前半にかけて、こうした論調が大きな影響力を持っていたことは明らかであろう。ただし個々の記述には、短く要約されることによって文脈的理解が妨げられる部分も散見される。たとえば星野一正『医療の倫理』には、たしかに「人権意識や契約観念の薄いわれわれ日本人」という記述が見られ、「法的な権利・義務の冷たい契約関係」や「利害を考えた単なる医療契約者同士の関係」に対する違和感が指摘されている。しかし星野は、「患者の訴えを聞き上手に聞いてあげ……説明するという気持ちからではなく日常の話のように話をして……心から分かってもらおうと努めれば、患者も固くならず、分からなくて気になることを気軽に医師に尋ねられるようになる」等と述べ、患者とのコミュニケーションに関して医師に必要な心構えを説いている。ここにはインフォームド・コンセントの過程において家族や看護師の参加が重要であることもすでに述べられており、シュタ

イネックが高く評価する国立がんセンターの「がん告知マニュアル」の記述に近い内容を多く含んでいる。このほか、中村雄二郎は、確かに日本社会において「自己決定に際して要請される人格的主体が、十分に〈理性的で自己意識を有する行為者〉ではない」と述べてはいる⁶。しかし続けて、「日本人の場合、その人格的主体は、フロイトのいうエゴ（自我）ではなくてユングのいうセルフ（自己）、つまり意識的なエゴだけではなくその周囲に広がる無意識を含んで成立するセルフである」と書いている。これを文脈に即して解するならば、本論にあるように日本人は「意識的な個別的自我を持たない」と言われているわけではなく、個人主体の究極的な核であるような「自我」よりも、家族や共同体のあいだに拡がりをもつ「無意識」が関与する程度が高いとされているにすぎない。これらに関するシュタイネックの記述については、図式的整理の必要、あるいは多少の揶揄を含むドイツ語独特の表現を差し引くとしても、ここで指摘しておく必要があると思われる。とはいえ「インフォームド・コンセント」をめぐる内外の議論において、日本の文化的特殊性が過剰なまでに強調される傾向があったことはシュタイネックが指摘するとおりであり、客観的に整理された歴史的な文脈として、全体としては極めて的確な記述であるといえよう。

管見の限り、日本における論争の特徴を最も良く示す資料は、シュタイネックが「意味深長な (vielsagend)」題名と評する『元気が出るインフォームド・コンセント』（1996年）であろう。当時の厚生省担当課が「監修」し、柳田邦男が「編集」した同書には、インフォームド・コンセントの法制化が見送られた経緯と、その結論への賛否両論が簡潔にまとめられている。本論でも日本医師会の政治的活発さに触れられているが、この時の法制化回避への動向にも特に強い影響力を及ぼしたと思われる。同書において日本医師会副会長は次のように述べている。「ヒポクラテスの誓いにある『患者に不安を与えることは言わないほうが良い。ベストを尽くせ』という考え方は、患者の悩みを共感し、いたわりの行為が自然に行われるという日本の感覚に通じるものがあり、患者の自己決定権を尊重する欧米の考え方（徹底した個人主義）はなじまない。……法制化が避けられたことは医療担当者の保身医

療化への流れに歯止めをかけられたものであり、その意義は大きい⁷。他方、ドイツの『生命環境倫理事典』にも、ヒポクラテスの誓いが引き合いに出された記述が見られるが、それは次のような批判的文脈においてである。「およそ1960年代までは、『無危害 (nil nocere)』という古いヒポクラテスの原則が、医師の最上の行動指針として次のように解釈された。つまり患者に不安を与えることは差し控えなければならず、疑惑を生むことを避けなければならない⁸。回復への意欲をそがないように、このころまでは重篤なリスクや致命的診断を伏せておくことも一般的であったという。ところが「70年代以降、こうした考え方ややり方が全ての先進諸国において根本的な変化を被ったことは、多数の研究において明らかにされている⁹」。つまり本論にも触れられているように、ヨーロッパにおいても患者への情報開示が広く行われるべきことが認められたのは最近20～30年のことである。これを「日本の感覚」にはなじまない「欧米の考え方（徹底した個人主義）」に基づくものだと断じることには無理があると言わざるを得ないだろう。

ところが、こうした異論に触発された激しい意見対立が、結果として部分的には実りある議論をも生み出した。これがシュタイネック論文の要諦である。本論には挙げられていないが、柳田邦男は『元気になるインフォームド・コンセント』において、この用語に含まれる難点を次のように指摘している。

インフォームド・コンセントというと、まず「説明」から始まるというイメージがあるため、医療者が先に情報をもって先導していくという枠組みを暗黙のうちに設定しがちである。それでは医療者が権威者・管理者・支配者になりがちである。実は、医療者は「説明」するまえに、あるいは医療のプロセスのあらゆる場面で、まず「聞く」という姿勢をもち、狭義と広義の「聞く」作業に熱心でなければならないはずである。そうしてこそ、医療者は闘病者のよき伴走者・支援者になれるのだと思う¹⁰。

柳田によれば、狭義の「聞く」作業とは、病気や症状に直結する内容を聞き取ることである。そして広義の「聞く」作業とは、「患者の生活・仕事・人生・価値観などを捉えて、そのなかでの病気の位置づけを明確にしようとする作業である」。いっぽう、ドイツにおいても柳田の考え方に対応するような取り組みが見られることについて、次の2点にわたり指摘しておきたい。

近年ドイツでは、医療における「心理社会的相談 (psychosoziale Beratung)」の重要性が強く認識されており、とりわけ妊娠中絶や生殖医療の分野における制度的取り組みに注目されるべきである。ドイツ各地に1500ヶ所以上存在する「妊娠相談所」は、医師などの医療関係者ではなく専門の心理師や社会教育者が相談に当たる点に特色がある。これらは組織的にも病院とは切り離されており、医療システムとは一線を画している。とりわけ医療システムにおいては常に「治療」が目的として置かれるのに対し、「相談」においては「結果に対して開かれた (ergebnisoffen)」、自由で率直な対話そのものが追求されるという原則論的な差異がある。シュタイネックが指摘するインフォームド・コンセント過程への看護師の関与と負担という点に関しても、専門の相談員が患者の社会生活に密着した相談に応ずることによって、医療関係者の負担軽減へと結びつく可能性がある。

第二に、医療倫理に関するドイツの議論の中でしばしば見られる「付き添い (Begleitung)」という概念を挙げておきたい。「死への付き添い (Sterbebegleitung)」が代表的用例であるが、もはや治療上有効な手段を見出せない場合においても、医療には患者の死への過程に寄り添うという重大な使命があることを示している。これは柳田のいう「伴走者・支援者」としての医療者の役割と重なる。上述の相談や医療全般において、当事者の主体性を尊重しながら援助するという心構えを含んだ表現である。

このように、言語や社会的状況などの相違にもかかわらず、共通の問題点を探し求め、互いに重なり合う思索を学びあうことは、安易な意味での「文化比較」によって刺激的な言説を編み出すことよりも、はるかに大切なことだと私には思われる。その際、まさに本論においてシュタイネックが取り組んでいるように、歴史的ないし社会的な「文脈」を丹念に跡付けることが重

要であるといえよう。今後、とりわけ日本の医療について海外で報告する論者は、シュタイネックによる上記の研究が発表されているということを常に念頭に置くべきである。

■ 註

- 1 IWE ホームページ (<http://www.iwe.uni-bonn.de>) 2012 年 1 月参照
- 2 Michael Fuchs u.a., *Forschungsethik*, Metzler, 2010.
- 3 たとえば次を参照のこと。平成 17 年 7 月 29 日「第 17 回社会保障審議会医療保険部会 資料 3」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0729-9e.html>
- 4 星野 (1991, 97)
- 5 星野 (1991, 95)
- 6 中村 (1992, 206)
- 7 厚生省健康政策局医事課 (1985, 31-32)
- 8 Wilhelm Korff (Hrsg.), *Lexikon der Bioethik*, Gütersloh, 1998, S. 284.
- 9 Ibid.
- 10 厚生省健康政策局医事課 (1985, 47)
- 11 ドイツにおける妊娠中絶に関する相談については、小椋宗一郎「ドイツにおける「妊娠葛藤相談」について」、2007 年、日本生命倫理学会「生命倫理」vol. 18、207-215 頁。また不妊相談について、小椋宗一郎「代理出産と不妊相談——ドイツにおける法と社会実践」、2011 年 3 月、東京大学大学院人社会系研究科「死生学研究」15 号、289-311 頁。

(Raji Christian Steineck チューリッヒ大学日本語学教授)

(おぐら・そういちろう 東京大学大学院人社会系研究科死生学・応用倫理センター研究員)

(まつだ・じゅん 静岡大学人文社会科学部教授)