

# 医療における自律原理

五十嵐靖彦

昨今医療の世界においても、医師―患者関係は、パートナーリスティックな上下関係ではなく、話し合いと納得に基づいて治療を進めるべき対等な関係である、という声が次第に強まっている。恩恵原理から自律原理への転換、あるいは、インフォームド・コンセントの重視、とも換言できるこの傾向は、少なくとも歴史的妥当性を持つものであることは認めねばならない。というのは、この背景には、(1)非人道的な人体実験及び、被験者の同意無しの医学実験への厳しい反省、(2)情報民主主義、消費者の権利、児童や婦人の権利、といった人構思想、知る権利の意識の高まりがプロフェッションの牙城であった医療界にも浸透してきたこと、(3)近年の諸科学上のめざましい進歩が医学的診断や治療に大きなインパクトを与えていること(大型精密医療機器の導入、名人芸の退潮、大病院化・チーム医療化、臓器移植や体外受授など従来の常識を越えた新技術の実現)、(4)急性病から慢性病への疾病構造の重点変化(患者の自己管

理、在宅ケアの比重増大)、といった、それ自体は前進的な諸要因が控えているからである。

ところで歴史的趨勢如何は別として、理論的にみて一般的に自律原理が正当とされ、有意味的に機能するためには、小なくとも、当該の関係個人が自己意識的主体として成熟していること、及び、その原理が行われる範囲がゲゼルシャフト化されていること、の二条件が必要である。その意味からしてゲマインシャフト的なしがらみが薄れ自主独立の個人が構成単位となった近代市民社会こそ自律原理の本来の地盤であり、そこでの政治、道徳、特に経済活動を律する原理たり得たのである。

それでは医療を取りまく世界ではこれらの条件からみて自律原理がふさわしいであろうか。我々は医学的知識、技術、医療資源を一定の金銭で買っていることは事実である。従って医師―患者関係は売り手―買い手の利害関係の側面を持つことは確かである。患者たるものの分別を働かせて売り手を厳選し、いい商品を購入しようと用心すべきことは当然である。その意味では自分の症状を仲立ちにして医師と患者は、それについての十分な情報を共有し適切な対処法を共に探って行かねばならない。ここでは双方の自律性が尊重されるべきことは言うまでもあるまい。しかしこれは一面であって商品の瞬間的移転で終わる経

済的な売買と、治療過程とは決定的に異なる他の面があることを忘れてはならない。

(1) 治療は営利対象となり得るが、少なくとも結果としてであつて目的としてであつてはならないということ。人命そのものが商品になり得ない以上、究極的には、無償の治療も時には行われなければならない。(2) 医療界は、生命身体そのものの誕生と病と死にかかわるだけに、ゲゼルシャフトに解消され得ない面を必然的に含むということ。そのことは、病院が僧院や教会、神殿にその発祥地を持っていることから明らかである。(3) 病人が完全な自律性を保ち得るかどうかはきわめて疑問であること。精神病患者、赤子、幼児、精神遅滞者、恍惚老人等は言うまでもなく、いわゆる正常な成人でも病状の進展如何で著しくコンピテンスの度合いの低下や自律性の弱화를来すのが常である。むしろそれがありふれたことと見なければならぬ。(4) 自律性の尊重は、しばしば自己決定権の承認と等置されるが、この二つは似て非なるものである。自己決定権は、その決定内容が他人からみていかに誤っており愚かなものに見えようとも干渉されまいという要求であり、その代わり、それともなう結果や責めは引き受けようとする。いわゆる愚行権と言つてもいいであろう。この権利の尊重が重要な意味を持つこ

とは論を俟たないが、我々は、しかし、この権利を掲げて医療関係に参与するのであるか。そうではあるまい。医師から専門的助言を仰ぎ、最も賢明な選択をしようとするのであり、医師の自律性を媒介としつつ自らの決定を下そうとするのである。つまり自律性とは自分にかかわる、ある種の客観的で絶対的に正しい内容を選択しようと心掛ける点で、他者と無媒介的な自己決定権とは異なるのである。以上のような意味での自律性——これが特に近代のカント倫理学で理念化された人格概念の核心を為している——ですら、こと医療過程でどこまで貫徹できるか、はなはだ疑問であることを指摘しなければならぬ。なぜならば、かような人格概念は、無時間的でアトム的な自己同一的主体を前提として成り立っているものであり、医療の当事者、特に患者にあつてはフィクションでしかないからである。現実の患者は、心身の衰えと共に絶えず決心をぐらつかせる時間的存在であり、また、家族、知人、愛する人に氣遣いを共にされている社会的な重層的存在である。近代的人格概念、市場原理が、最後まで席卷しきれない世界、それが医療界ではなかろうか。

以上のことから我々は次の結論を掲げたい。

(1) T・L・ビーチャムの言うように、パターンリズムにも強

弱があり、強いそれは問題だが抑制された弱いパターンリズムはむしろ望ましい。

(2) 自己決定権と自律性を混同しないようにせねばならない。この混同がしばしば、一方で自己決定を主張し、他方でマターナリズムを期待するという矛盾に気付かせないことになる。

(3) 医師にも医業に携わる者としてのそれなりの自律性があり、患者のそれと折り合う地点を求めなければならない。

(4) このような双務的な自律性を求めるためには、医師の義務、患者の権利、というだけではなく、患者の義務、医師の権利ということにもある意味では配慮しなければならない。

(いがらし やすひこ・弘前大学人文学部教授)