

死の帝国

——アメリカ合衆国、イギリスそして日本においていかに文化的・経済的側面がインフォームド・コンセントに影響しているか——

ジョージ・J・アナス Ⅱ フランシス・H・ミラー

訳 新城純子・桶舎典哲 監修 手嶋 豊

I 序説

アメリカの文化は、死が避け難いということを論ずれば論ずるほど、これを拒み先送りするために巨費を投じるといふパラドクス構造を持つ。Sherwin Nuland著『いかに死ぬか (HOW WE DIE・一九九三)』は、ニューヨーク・タイムズ誌一九九四年春期ベストセラーとなり、同じ頃、医師 Jack Kevorjianは、医師が末期患者の自殺を助けることについて立法すべきかが論じられているさなかに、自殺幫助を禁止するミシガン州法に違反して無罪となった。死についてのオーブンな議論としてインフォームド・コンセント(以下IC)

法理の拡大にも拘わらず、アメリカが末期医療に投じる費用は、天文学的に高い状態を保っている。

J. G. Ballard著『太陽の帝国 (EMPIRE OF THE SUN・一九八四)』では、第二次世界大戦中に中国大陸で日本軍に収容されていたイギリス人少年の目を通して、アメリカ、イギリスそして日本の文化が比較対照される。Ballardは「特殊アメリカ的

G. J. Annas and F. H. Miller, "The Empire of Death: How Culture and Economics Affect Informed Consent in the U. S., the U. K., and Japan," *American Journal of Law & Medicine*, XX, no. 4 (1994): 357-94.

The original article has been reprinted with the permission of the American Society of Law, medicine & Ethics and the Boston University School of Law.

な世界は、二つの主要な社会的權威の伝統的枠組が崩れたところから姿を現す」と記すが、イギリス社会は厳格な社会階級構造に従つて、日本社会は天皇崇拜に立脚して、それぞれ規律されていた。ところが、戦争が進むにつれ、日本ならびにイギリスは、その伝統的な権力関係が蝕まれていることが明らかになる。他方、アメリカは、原子力技術の使用により、世界的優位を獲得した。例のイギリス人少年は、権力が恣意的なものであることと共に、自分が生き残るためには「権力に絶対服従せねばならない」ということを学ぶのである。

三つの文化のいずれにおいても死と科学技術は切り離すことができないが、いまやその中心は、冷戦時代の軍事の分野から医療の分野へと移っている。すなわち、今日のアメリカでの学術研究の中心は、死を産出する科学技術＝軍事にではなく、死に挑む技術＝医療にある。

イギリスや日本では、延命医療をアメリカほど頻繁には用いない。イギリスや日本では、死の觀念が一般に論じられることは文化的にあまりないが、アメリカ人ほどは死を恐れているようには見えない。いかに死ぬかについての関心、そして常に進歩する医療技術を死を先送りするためにいかに用いるかということは、国により一義的ではない。そのため、医療費はアメリカでは高騰し続けているのに対して、イギリスと日本では比較的安定し、しかもアメリカの半分以下である。

ところでアメリカの患者たちは、もはや自分たちの生存が、医師の權威と医学の力への服従に関わつてゐるとは、認めていない。IC法理は、死ならびに医療の介入を個人の意思と即ち折り返いをつけるかを模索する。アメリカ人は伝統的に、医療を市場により価格が決められる商品として見てきたため、情報の開示に重点が置かれてきた。医療のオプションを選択する権限という個人の自律は、アメリカの法制度の下で最も厚く保護されている。アメリカのICに関する通説は、患者すなわち消費者の自律という基本方針に基づいており、これがまた市場での選択を可能とする。ところが現在、団体主義 (collectivism) がアメリカの公共医療政策に関する議論を揺るがしている。クリントン大統領は、アメリカ人全部に健康保険を付すと公約して当選したが、現在までのところこれはほぼ断念されている。医療財政の抜本的な改善のない限り、保険医療には制限がつきまとう。アメリカ社会のIC法理の中心である患者主体は、こうした団体主義に重大な障害となる。他方、公的医療による諸国では、医療の情報開示の要請は顕著ではなく、それらの国の法は医師に対して診断、予後そして代替となる治療法の情報を開示させることにつき消極的である。本稿では、医療情報を告げる際の内容および方法が、その国の医療費全体と大いに関連することを理論化する。他の文化的な影響と同様、死に対して臨むその社会の

一般的な態度によって、個々の患者が受ける情報の種類や量が具体化するものであろうと考えるからである。さらに現在の医療状況に関して、そして患者を助けることができるかもしれない、しかし同時に危害を及ぼしかねない治療について、医師が患者に真実を告げることの文化的役割ならびに経済的インパクトについて検証する。生命が脅かされる病気だと診断されたとき、予後につき真実を告げること特に注目するが、これはこうしたドラマティックなケースに、社会の文化的価値が最も端的に現れるからである。その検証は、イギリスや日本のIC法理との比較対照というかたちをとりつつ、アメリカに焦点をあてる。

II 文化と医学

何が望ましい医療とされるかは、国によって大きく異なる。例えば、ドイツやフランスの医師が公的保険により認められて処方する「温泉療法 (Spa cures)」は、アメリカでは評価されず、保険給付の対象ともならない。医学の国際学会では、何が適切な診断や治療なのか、さらに溯って何が病気なのか、重大な見解の相違があり、外国の発見に対して関心を払わないことも多い。アメリカで治療を要するとされる身体状態の多く、例えば加齢による高血圧などは他国では治療不要

と考えられ、逆にドイツでは低血圧が疾患として治療されるのに対して、英米ではこれは歓迎されている。結局、診断や治療の原理は、国の歴史や文化が深く関わり、科学的に一義的に決まらない。

医師は、それぞれの社会から文化的にも評価される。その評価は、医療の業務に影響を与え、さらに、治療法を受け入れるかどうかの患者の態度にまで影響する。また、エホバの証人の事例などは、人工妊娠中絶と同様に、宗教が与える強い影響力に注目する。同様に文化は、患者の医学的な危険や利益の理解に強い影響を与える。Lyn Payer 著『医学と文化 (MEDICINE & CULTURE・一九八八)』は、医学への積極的アプローチを、その開拓者精神と関連づけている。アメリカでは、医学的に必要があれば過剰な医療サーヴィスにも寛容であった。しかし、医療費の高騰、経済の停滞、医療の介入の危険性に気づき、最新の延命技術の成果に疑問をもつ患者が増加したことが、これまでの医学へのアプローチに何らかの再評価を促した。

医学的必要性は、科学的な所見や医療費に関する誘因、文化の違いにより現実的には流動的であり、費用抑制と密接に関連する。費用の抑制は、医療費支払の限界を設けることなくしては実現できないが、各々の文化からはこうした制限に批判がある。

III 文化とインフォームド・コンセント

本章は、アメリカ、イギリスそして日本という三つの大きく異なる国の文化を通して、医師がその患者／消費者に与える情報量と医療資源の配分との影響関係を説明するためにIC法理を分析するが、この分析は他の先進諸国にも当てはまるであろう。ここでは代替療法の選択に焦点をあてるが、医療の選択は既にそれより前の二つの段階において生じている。その第一は、患者によってあるいは患者のために健康「保険プラン」が選択されるということ、第二は、患者がそのプランに従って医師のなかから主治医を選ぶということである。これらの決定はいずれも文化の影響を受け、利用しうる代替療法の範囲を決定づける。医療財源が単独の制度(single-payer system)を採る諸国では、政府が保険行政の予算総額をコントロールし、全国民に供給しうる保険サーヴィスに上限を設ける。イギリスのNHS (国家保健制度・National Health Service) のもとでは、患者にプライマリー・ケアを施す医師は専門医のいわばフィルタートとしての機能を期待されており、患者は通常、ここを経ないと専門医の治療を受けられない。これに対して、アメリカや日本のような保険ペーシスの国々では、患者は普通、自分が選択した医師のもとに直

接赴くことができる。しかしながら、アメリカでは、患者が加入した管理された医療保険契約によりその選択の範囲に制限がある。いかなるシステムでも、治療を拒否するということも含めて、ある特定の治療に関する決断は、医師と患者の個々の関係においてなされる。

A アメリカ合衆国

あるイギリス人医師は、アメリカを「自由、民主主義、自立心に富む、市場競争の国」と描写したが¹⁾、これは現代のアメリカのICの見解にも当てはまる。一九〇六年、イリノイ州裁判所は、いかなる市民も最も重要な人格不可侵性の権利が普遍的に認められ、医師であつても患者の許可なくその身体の完全性を冒すことは禁じられると述べた。当初判例は、故意の不法行為である暴行 (battery) を回避するためには治療に同意が必要としたが、一九七〇年代までには、医師の情報提供義務は医師と患者の関係における信託的性質 (fiduciary nature) からネグリジエンス概念として再構成されるようになった。それまで医師は患者にわずかな情報しか提供していなかったが、「共同の意思決定 (shared decision-making)」を推進するために必要なものとしてICは認められるようになった。その後ICは、自己決定を促進する法理としてだけでなく、倫理的原則の核ともなり、「成人の患者は、

自己の価値観に基づき、医療の介入を受け入れられるか否かにつき、決定する権利がある」という基本原則が確立した。

カリフォルニア州最高裁判所は、アメリカのIC法理の形成に最大の影響を与え、一九六〇年代の消費者・公民権・女性運動の台頭を背景に、Cobbs対Grant事件⁽⁵⁾において、医師は患者に対してある特定の情報を明らかにする積極的義務を負っているというネグリジェンスを認めた。当時、潰瘍手術の危険に関する情報を患者に開示する外科医はほとんどいなかったが、裁判所は、医師と患者の信託的關係に医師固有の義務を見出した。Cobbs事件の準則では、代替的治療法を選択するのは他の市場価格決定と同じく患者すなわち消費者ということになる。例えば銀行が預金者等に年利率を開示し、中古車のセールスマンが走行距離を顧客に説明する義務があるように、医師も患者に当該医療行為の危険性や代替方法を開示しなければならぬ。市場では、個々の決定が消費者への情報提供に基づいてなされることを前提とする。IC法理は、医師が、患者への情報提供に適切な人物であることを基礎に、患者が医療の結果につき見識ある消費者となりうるような情報提供を要求している。

ごく最近、同州最高裁は、Arato対Avedon事件⁽⁶⁾において、従来の立場を踏襲した。腎摘出手術中に膀胱癌が発見された患者に対して、手術を執刀した外科医は、患者とその妻に腫

瘍を摘出した旨を伝えて腫瘍専門医(oncologist)を紹介したが、膀胱癌患者の五年生存率は5%しかないことや余命の見込みについては説明しなかった。腫瘍専門医は患者に、再発の可能性が高く、再発は不治を意味すると説明したが、同時に治療効果がない可能性を認めながら実験的な化学療法および放射線療法を勧め、予後については説明しなかった。実験的療法の実施中に癌は再発し、医師はその段階で患者の余命は数カ月と判断したが、それを説明しないまま患者は死亡した。遺族は、患者に化学療法の同意を求める前に、カリフォルニア州のIC法理上は膀胱癌患者の九五%が五年以内に死亡するという統計上の予後を知らせる義務があったとして、外科医と腫瘍専門医に対して提訴した。同州最高裁は、IC法理の発展における絶対的な患者主権と医療のパターナリズムとの「平衡状態」を解決の糸口とせず、カリフォルニア州の陪審説示は死亡率等で予測される患者の余命につき明確に開示するという要件に改められるべきかという点だけを検討した。裁判所は医師・患者関係を全体の医療の流れを通して判断すべき枠組には親しまない関係と判断し、統計上の生存率という情報は個々の患者に対して殆ど役に立たないとして医師側勝訴とした。

ICを得るためのプロセスとして、重大な病気の患者へ余命統計値を開示する法的義務を医師が常に負うかが唯一の争

点のときには裁判所の結論は相当だが、これはIC法理を再検証するには余りに狭すぎる。統計上の生存率が、実際個々の患者に意味を持たないことは当然だが、特定の患者がどの程度生存するのかわを示す場合や、その治療の有無により当該患者の生活の質を予測する場合には、こうした統計も重要となる。それゆえICの争点は、特定の個人の生存率と生活の質の双方から、提案された治療の成功率の開示に向けられる。

この種の情報こそがCobbs事件の準則において患者が有するとされた知る権利にあたる。Arato事件の原告は、治療の成功率を説明する必要性について主張しなかった。Cobbs事件で同州最高裁は、医師は専門家として自らの処置に内在する危険、治療の成功する可能性を正しく評価するが、患者の主観的な恐怖や希望を考慮することはその職務ではなく、その決定権は患者のみに留保されている、としている。これは医師に対しその提示した治療法が成功する可能性を説明し、さらに「成功」とは何を意味するのかわをも患者に伝えることを要求する。そうすると、Arato事件で裁判所が、膀胱癌患者の余命統計値を開示すること自体は要求されていなかった、としたことは正当である。しかし、このような余命データの情報は、医師が患者のケースを典型例と見るかについての説明と相まって、非常に貴重なものとなりうる。統計データは、治療法の勧めと、生じうる危険や利益についての開示を含め、

個々の事例も予測の基礎となる。したがって、同州最高裁は合理人であれば治療法の成功の可能性だけでなく成功とは何を意味するのかわをも重要と考えるはずだ、という立場を明確に採るべきであった。現実には医師は上記のような情報を与えることなく、患者ではなく医師が治療法を決定している。この結果は、IC法理が何を予防しようとしているのかわからなくしている。

ところで、アメリカの医療政策費用統制がより重要になってくるであろうということから、終末期医療への精査がより行われるようになるであろう。現在、メディケア予算の約三〇%が患者の死亡一年前の治療に用いられており、その期間の医療費の削減は予算の大幅な節約となる。一九九〇年の患者の自己決定に関する法律は、メディケア・メディケイドの支払いを受ける医療機関に対して患者に治療拒否の権利があることを書面で情報提供することを求めている。死ぬ直前に費用がかかり望みもしない治療を人々に受けさせることは経済的に意味がなく、患者主権 (patient sovereignty) を害するものである。末期患者の治療に関する予後と副作用を開示すべきという要請は、上記の理由だけでも十分である。臓器移植に関する政策は、高価な医療介入を伴う際に患者の自律性を高め、医療費節約についてのICの可能性を示す。マサチューセッツ州臓器移植対策委員会 (The Massachusetts

Organ Transplantation Task Force) は一九八四年の報告書で、臓器不足問題が解決されない限り、移植待機者リスト掲載の患者の待機中死亡を減らすには(一) 移植可能臓器の資源増、(二) 移植適応のより厳格な設定、(三) リストに登録しない旨の説得、という方法しかないと述べる。そして対策委員会は、(三)の方法だけが資源維持と個人の自律の促進を裏付けうるものであり、移植により生涯にわたって免疫抑制剤を飲み続け、拒絶反応に対する定期検査が必要と知った場合にはこれを望まない患者もいるゆえに、医師に移植の危険や副作用の公表、治療の慎重な説明を要求することが政策的意義を持つとする。患者が医療を差し控える選択をするために正確な情報を提供するという戦略は、人工妊娠中絶に先立って開示するICの要件についての立法でも採用されている。これらは医師に対し、中絶の同意を得る前に患者と胎児の発育ならびに関連する事項を話し合うように求めているが、この開示義務は明らかに中絶を減らすことを意図している。¹⁰⁾

アメリカでICは理論上十分定着しているが、実際には多くの理由により患者の自律性が確立しているかは不明確な状態である。第一に特に重い疾病の患者は、医師に非常に依存しており、医師と患者間の情報の不均衡により医師が殆どの選択を患者に代わってなしている。Reimanは、アメリカの私

費治療費用の七〇%以上が医師の決定による結果であるという。¹¹⁾ さらに医師の情報提供の方法も、患者の選択に影響を及ぼしており、例えば患者は情報が生存率から与えられれば医師の勧めに従うが、死亡率から与えられた場合には治療を拒絶する傾向にある。第二にアメリカは、医療も市場経済による私的財と見られているが、実際には一九九五年の医療費予想額の約一兆ドルのうち公費負担が四〇%以上を占める。したがって今後二・三年以内にアメリカでは公費が医療費負担の最大の割合を占めるであろう。最後に、アメリカのシテムにおける経済的インセンティブは、患者に適切な情報を提供せよという法的圧力に過剰に期待している。Grubbsは、アメリカで現在なされている心臓血管造影の半分は不要であり、心臓病専門医が患者と共に診断や治療の選択をなす困難さを指摘した。¹²⁾

B イギリス

イギリスでは、伝統的に医療は政府が供給するものとみられており、政府が医療サーヴィスに投じた総予算に依りて、医療の選択の範囲が決まる。それゆえ、イギリスのIC法理は、アメリカに比べて患者自身の選択をそれほど重要視しない。イギリスのICのリーディングケースであるSidaway事件は、手術に伴う一%〜二%の麻痺の危険についての説明

義務が争点となつたが、判決は担当医に上記のような手術上の危険について開示する法律上の義務はないと判断した。アメリカと同様、イギリスでは、医師が「その専門分野について研鑽を積んだ医師により構成される組織によって適切であると評価される」ところにしたがつて医療を行えば、ネグリジェンスに問われることはない」というルールに立脚する。アメリカではもはやこの医師中心の準則を採っていないが、イギリスの最高裁判所としての貴族院では、今なおこれを採用する。実際にこのSidaway事件でも情報開示につき医師中心の基準を容認した。

イギリスの消費者保護運動家もSidaway事件の結果に沈黙したり、医師のみが情報開示のルールを打ち立てるべきと主張していたわけでもない。例えばBostonらは、乳癌の診断がなされた場合は全ての情報が患者に開示されるべきであると説き、医療における信頼とは双方方向の関係であり相互の尊重に基づくもので、より多くの情報を得た患者は、もはやこれまでのようにパターナリスティックな方法で治療されえないと主張する。癌はイギリスの医療現場で、しばしば口ににくいものであり、「イギリス社会では、癌は禁句とされ、殊に医師が直接患者に話をするようなときは、この語は避けられる。現実を把握するために、患者自らがこの語をはつきりと告げられることを強く求めることもしばしばある」とはい

え、医療上のパターナリズムが続くことに対する患者―消費者の不满により、一定の効果がもたらされた。例えばNHSは一九九〇年九月に加盟医師に『検査・治療に関する患者の同意 (PATIENT CONSENT TO EXAMINATION OR TREATMENT)』¹⁶⁾な¹⁷⁾『検査・治療についての同意に関するガイド (GUIDE TO CONSENT FOR EXAMINATION OR TREATMENT)』¹⁸⁾を発した。NHSはこれらの文書によりNHSの実務を制御しよう¹⁹⁾と意図しており、そこには「治療に実質上の危険が伴うときは、同意が十分に情報を得たうえでなされたものとされるために、患者にはその危険について、医師から助言がなされなければならない」とする記述も含まれていたのである。これに対しては医師からの批判もあるが、近時の研究によれば、イギリスでは告知する情報により不要に引き起こされる患者の不安を危惧するのは、患者自身ではなく医師であるとされている。患者にとつて必要な治療としての医師の見解は、患者がその人生のコンテキストに必要なと考えるものとはおそらく一致しない。

C 日本

誰もが合理的費用で医療へアクセスでき、同じ人種で構成される島国という点で、日本はイギリスと似ている。ただ日本は、西洋文化の多くを模倣してはいるが、文化のアイデン

ティティイーは保持している。例えば、日本の健康保険は、職業ごとに組織化されたドイツをモデルとしているが、他の局面では模倣していない。また、日本人は、アメリカ人と同様に日常生活では死を否定しているように見えるが、死の必然性を表現する『暁の寺 (TEMPLE OF DAWN)』(三島由紀夫著)のような文学作品もある。

日本はまだIC法理を受け入れていないが、唄孝一教授が、一九七〇年に日本の学会に西ドイツのIC法理を発表して以来、医師のIC義務違反を主張する医療過誤訴訟の数は増加している。それでもなお、医療の意思決定過程に参加する患者の権利は、無視されている。日本のICのリーディングケースは、癌患者に開示された情報を問題としたものである。一九八三年一月に胃痛を主訴として来院した患者に対して、医師は胆嚢癌と仮診断し、それは通院の間にも再確認されたが、患者には一度も知らされなかった。医師は、確定診断のためには生検が必要と考えたが、その理由は示さず、そうしなければ胆嚢の状態が悪化するだけ説明した。当初患者は医師の指示に従って入院する予定であったが、後に状態が好転したとして入院を取りやめた。しかしその年の六月に患者は倒れ、別の病院で末期癌の治療を受けた後、一二月に死亡した。遺族は訴訟を提起し、病院は癌の仮診断を患者かその夫に告げざるべきであったのに、それがなされなかったため、患者に誤つ

た判断をなさしめたと主張した。名古屋地方裁判所は、患者は治療法に自己決定権を有しており、医師は適切な診断・治療を施し、患者あるいはその家族に、病気の種類、治療法、治療結果につき告げる義務があるが、ただ情報の提供方法に限っては、患者の自己決定権が侵害されない範囲で医師の裁量に委ねられる、と判示した。家族が関わる点を除き、これはアメリカの裁判所の見解とも一致している。しかしここで宣言された権利はすぐに曲解され、本件は医師に広範囲の裁量を認めた判決と解された。同地裁は、医師は生検による胆嚢癌の確定診断を行っていないのであるから疑いのある疾患を開示する義務はないとし、また仮に確定診断があつても、事実上不治の診断であることの開示を求めることは合理的でない可能性があるとした。結局、このような診断は患者にはなくその家族に開示される。同地裁は、被告が患者の入院後に——その入院は結局取りやめられたのであるが——診断の説明を予定したのは合理的であり、医師には責任がないとした。樋口範雄教授は、従来の判例が情報を提供すべきか否かは医師の裁量に委ねられるとしていたのに対し、医師の裁量に委ねられるのは情報の提供方法に限定されるとした点で本件は意義があると指摘した。樋口教授は確定診断がなければ、裁判所は開示義務や自己決定権を認めないという結論は単純すぎるとしつつ、本件を医師には情報提供義務はあつ

たが提供方法につき適切な裁量を行使したものととらえるのである。

欧米人は、医師の裁量（特に一九七〇年代以前のアメリカ法や、今日のイギリス法）よりも、患者への情報提供と家族へのそれが同価値であるという概念が受け入れられていることに衝撃を受けた。日本の相互依存概念が、ICの欠如を最もよく説明する⁽²¹⁾。木村利人教授は、これを「日本の文化では、利己的な自己は抑制されるべきであるが、自立的、独立的であることも利己的とされるため、日本では個人が、家族や、他の共同体に依存する」と説明する⁽²²⁾。Salzbergは、日本の精神保健法の研究で、日本社会でいう自律性は、特に家族によって与えられるいたりや安心には劣後し、患者が癌などの生命に危険な状況を知らされていない場合には家族から同意を得るのが一般的と記している⁽²³⁾。別の日本の論者も、患者に同意をなす能力があつても家族が近親者から代替的同意を得るのは患者の感情をかき乱さないためであると述べ、Salzbergの見解を承認している⁽²⁴⁾。

欧米でいうIC概念の採用が日本で失敗したのは、個人が軽視され、高費用・低水準の医療も放置されている医療制度内の利用可能な代替療法に反映されている。厚生省は、日本のどこでも医療が受けられることや安価な医療を強調するが、日本の一般的な治療の質は、西欧の標準よりも劣ってい

る。医学教育は不十分で、専門医の認定も少ない。医師は、外来患者一人につき平均五分以下しか診療せず、医師の経験やトレーニングに関わりなく同額の診察料が支払われる。医師は、患者を頻回に診察し、薬を患者に売って収入を増加させ、特に薬剤収入は医師の収入の四〇%にのぼる。日本で医療費に占める薬剤の割合三二〇%が、外国（アメリカは五%）より大きい理由は治療の事業としての側面から説明される。しかし日本の医師が処方する薬剤の多くが、科学的にみて効果はない。例えば、日本で最も一般的に使用される制癌剤Kresinは、その効能が証明されたことはない。ただ医師は、Kresinを処方する際、強い副作用がないため、患者に癌を告げないことにつき罪悪感が薄められると感じている。近年、日本の医療制度も、医師に情報の開示を要求するようになり、特に照会先の病院ではさらに強く要求するようになったが、患者はその際に提供された情報を利用すべきである。癌告知訴訟が示すように、医師が勧める治療に患者の承諾を確保するためにも、診断や治療につきより率直な開示は必要である。現在日本は、脳死基準（Brain death criteria）を受け入れておらず、脳死段階での心臓移植は不可能である。その根拠を死の意味についての日本独特の宗教観や社会観の帰結とする者がいるが、日本の医師は、脳死基準の実施のためにも、患者の家族に対し、現在よりもはるかに詳細な説明や開示を

しなければならぬ。

IV 文化、選択、医療資源の配分

患者の知識は、個人の自律性を促進する。ところが上述のように、真実の告知、そして完全に情報が開示されたうえでの個人の選択能力は、すべての文化圏において、等価値におかれているわけではなく、死に対する恐怖観もまた同じものではない。IC法理は、医療の選択に関する社会的価値を反映するものであつて、その価値は国によつても時代によつても異なるものである。さらに医療への総支出も、国によりかなり異なり、アメリカは国民の約四割が医療保険を付保されていなくてもかかわらず、世界中のどの国よりも医療に巨費を投じている。一九九一年、アメリカが国民一人当たり投じた医療費は、日本の一・三倍、イギリスの二倍である。しかしながら乳児死亡率、周産期死亡率を以て男性の平均寿命等の基本的な医療結果評価指標をみると、アメリカは、イギリス、日本そしてその他の先進諸国よりも劣後する。

医療の市場は、競争原理からかなり外れている。その最大の原因は情報の問題と経済的助成である。医療情報は患者が理解するには難しく、時として精神的苦痛、害悪にさえなる。経済的助成は選択における医療費の問題を不明瞭ならしめ、

防衛的医療 (defensive medicine) は、医療市場を不要なサービスへと歪曲する。文化が異なれば、医療資源配分に関するアプローチも異なり、医療技術の輸入や病院・医師の費用償還率のすべてについて価格・支出の管理の主要部分を政府に依存する国もある。イギリスで実施されている医療に対する嚴重な管理統制状況では、一般医は治療上の必要性をフィリターに掛けねばならず、これは必然的に個人の選択を狭める。医療の選択が、医療の供給制限により拘束されるとき、患者に、治療効果が高いが経済的に提供することのできない療法が存在を告げるといふ、非人間的な事態が生ずる。しかしこうした開示は社会の価値と異なる資源配分に関する意見形成となつて現れる可能性もある。イギリスでは、医師免許を附与する General Medical Council が専門医の行動について、一般医の紹介がなければ専門医は患者を引き受けてはならないという基本方針を発することでこのフィリター機能を明確に補強し、この職能集団における倫理上のルールに違反すると免許に係わる制裁を受ける恐れがある。イギリスのように医療の選択が医師の判断に依存する国では、IC法理は患者主体よりは専門家主体である。最も突出するアメリカを始めとするその他の文化では、医療の分野への資金投下に関して、より市場経済的な基本的局面に任せることに好意的である。アメリカのIC法理は一般に市場の配分機能を反映し、

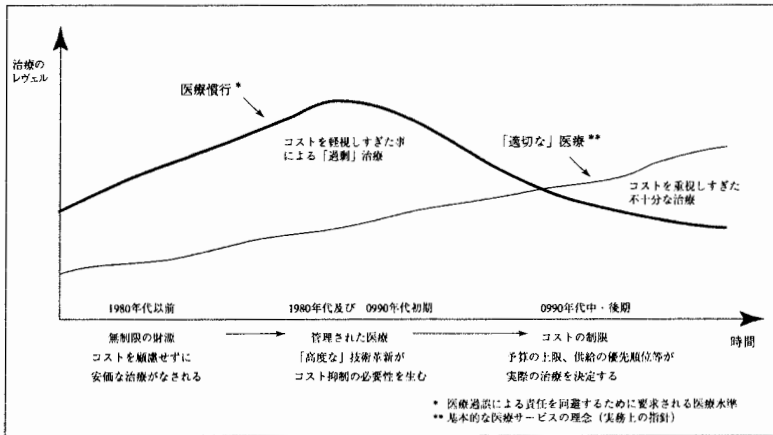
患者の選択肢の可能性はより入念なICへの要件整備を通じて拡大する傾向にある。しかし商人のような医師、民間により運営される病院、患者が生命に関わる疾病について一切知らされないままであることを裁判所が支持する日本は、どのように位置づけることができるか。日本では一九八五年に医師の診療報酬や病床数の上限を厳格に規制されたが、イギリスのような医療支出総計の上限を画す予算枠はない。日本文化には個人が集団の要求や理念に従属することを美德とする、という共通の評価がある。その結果として、患者のあるべき役割とは、患者の疾病とその重大性を知る医師の指示に従わねばならないもの、ということになる。

医療資源配分に関する政策は、公式見解は別として、どの社会でも柔軟に運用される。この柔軟性は、死に対する文化的姿勢に、また患者・医療政策担当者・財政担当者が医療の利用可能性および効用について何を実際に信じているかに強く影響される。医療が政府による公共財と考えられている大多数の先進諸国では、診療報酬や医療費の総額は中央政府の政策による。しかしこうした伝統は大きく変わりつつある。社会医療のモデルとして長期間これが成功してきたイギリスでも、医療の効率性を確保するために一九九一年に競争原理が導入された。政府の医療提供者の機能を医療購入者の役割から分離させることにより、NHSは、医療機関に政府の予

算をめぐって競争させている。他方、医療を私的財のように扱い、主たる配分手段として医療分野での競争原理を元来採用するアメリカでは、診療報酬や医療費の総額について団体的主義的理念を掲げた大統領が選出された。

いかなる社会でも、医療分野での完璧な有効性と公平は、実現することのできない目標ではない。科学的真実も人の状態も不変ではなく、そして経済的資源も決して無尽蔵ではない。医療費に上限を設けるということは、死についてのそれぞれの社会の見方と関連するよう思われるが、これはそもそも限界があるという認識から出発するものである。いかなる国の医療政策も、経済上の問題と科学的・政治的・文化的変革に取組まねばならない。他国のシステムの首尾・不首尾は十分参考とはなるが、他国から導入した改革を異なる環境で役立てたいと思うのであれば、医療情報そしてさらにその他の医療上の問題に対するその国の文化の取組み方から理解されなければならない。まして社会として医師が、治療の標準を設定するにあたって、医療過誤訴訟の役割を把握せねばならないことは言うまでもない。

慣行的医療行為 (customary medical practice) は、各々の文化圏の患者一人に対する資源配分方法を反映している。というのは、患者が診療に関する医師の勧めを拒むことはまずなく、医師による治療の選択は社会の総医療資源の配分方

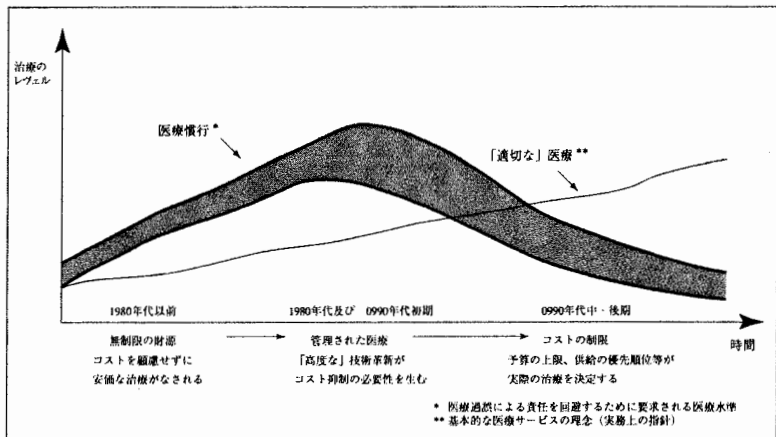


【図1】医療慣行の推移

法に強く影響するからである。ところがこの慣行的医療行為の概念は厳密な定義に馴染まない。医師が実際に実施することとは、科学的な進歩、経済的合理性、より普遍化された法律的・文化的インセンティブ、殊に社会の死に対する取組み方などにより時間を経て徐々に発展していく。後掲「図一」にはほとんどの国におけるここ数十年の慣行的医療の変遷が表されており、一般的に右上がりのグラフからは、医療がより集中的・高価なものとなってきたことが明らかに。アメリカでのここ十年間の管理された医療 (managed care) のイニシアティブは、グラフの曲線上に何らかの相乗的に融合された上昇曲線を映し出す。しかしながらより総合的な医療保険は、より過酷なコスト抑止を誘導するのではないかという危惧があり、単に不必要な治療を削るということに留まらず、必要な医療をも控え始める恐れがある。実際のところ慣行的医療行為は、図一の一本の線に抽象的に示された概念には親しまない。Wernbergは、医師の治療方法の選択は広い範囲にわたり様々であること、しばしば科学的根拠よりも個人の経験に影響を受けることを論証した。また医師が診療上の方法や治療上の勧めをなすだけで別に収入を得るとき、その利用は劇的に増加すると示す文献もある。従って同じ医師が様々な理由から同一状況にある患者に全く異なる治療を行う事があるのである。慣行的行為は、前記のグラフで示し

た一本の線よりもその外側の線が一人々々の医師の実践の傾向の極限を反映するものであり、実際は広い範囲の専門家の行為を構成する。いつでも多様な治療法と技術を同一の状況に駆使する医師は、法律的観点からはネグリジェンスを問われることなく医療を施していることになるかもしれない。しかし科学的に論証可能な安全性と効能の見地から、医師たちは過剰なあるいは不十分な医療を施している可能性がある。慣行的医療行為の概念は、同時に不必要な医療と危険な義務の放棄とを包含する。というのは、この慣行的医療は通常、医師がなすべきことからではなく、医師が実際にすることに起因するからである。この現実には、最初のグラフを修正した以下に掲げるグラフに示されている（後掲「図二」）。

治療方法のヴァリエーションにいかにか結果の保証されていないものが多いかという調査は、アメリカの医療実施ガイドラインと総合的な質の向上への動きを生んだ。慣行的医療と根本的に異なるアプローチが、アメリカ独自のヴァリエーションとほとんど同一のあるいはむしろよい結果をもたらすことがある。人口差を調節した外科手術率は、この点を示す。一九八〇年にアメリカでは日本の六倍以上、イギリスの二倍の子宮摘出術を実施し、イギリスの十倍、日本の六十倍の冠動脈バイパス手術を実施した。他方、日本では同じ年にアメリカやイギリスのほぼ二倍の虫垂切除手術が行われている。



〔図2〕医療慣行範囲の推移

環境上、人口学上の要素から上記のようなヴァリエーションのいくつかは説明されるが、各国の文化的期待と償還様式は、外科医療の頻度で中心的な役割を果たす。先進諸国における慣行的医療行為を前記のグラフに表すとすれば、「慣行的」という語で表現することの意味は失われるほど慣行的とされる幅は相当広いものとなる。

V 文化と死

イギリスや日本で自律性が尊重されるようになり、アメリカで自律性の限界に新たな評価が加えられている中で、この三国のIC法理の相違はいかに説明されるか。これらの国々は法理論もそれに対する文化的期待も異なっているが、医師の開示慣行は酷似している。日本では、一九八九年に十二指腸部の腺癌のため崩御した昭和天皇が開示されなかった事例として最も著名であり、アメリカでは、一九九一年の民主党の大統領指名の有力候補であったTsongasの例がある。Tsongasは、癌を克服したことを掲げてキャンペーンを展開したが、彼の病氣は二度再発していたことが選挙後明らかになった。これについては、Tsongasの医師が重病情報を開示しなかったことにより、選挙自体が影響を受けたとする指摘もある。

昭和天皇やTsongasの例は、少なくとも癌または生命を脅かす病気を扱う際に医師が患者に率直に語るかどうかはどの文化にも見られるわけではないことを指摘している。アメリカの医師への調査から、医師は、患者に診断や治療の危険性につき情報を与える法的義務を認めているが、予後について明らかにすることはほとんどないと推測される。例えば、アメリカ人や医師に対する一九八二年の医学および生物医学・行動科学研究における倫理問題検討のための大統領委員会 (President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research) による調査では、八五%のアメリカ人が一年以内に死ぬ可能性の高い癌にかかった際には余命についての「実際的な推定値」を知りたい、と考えていることが明らかになった。一方で、アメリカの半数以上の医師が「進行癌段階の肺癌と確定診断された」患者でも、余命期間を明言することを拒絶するか、実質的な余命期間が存在しうることを強調はするが、患者の余命期間については「予測できない」と言うかのどちらかを選んでいる。また、専門医に対するインタビュー調査から同様の実態が明らかになったとしたうえで、患者の治療選択権を前提として診断を開示する一方で、予後についてははっきり告げないということは、患者中心の倫理規範と情報量のコントロールとが共存する現状を理解するための鍵

になるとする指摘もある。⁽²⁶⁾ こうした研究とArato事件の事実から、アメリカの医師は、患者が癌を死とらえて不要に憂鬱になると考え、病名を告げない日本の医師と同じように行動することが裏付けられる。また彼らは、イギリスの医師のように、患者との対話を避けうる限りは、複雑な治療法を癌患者に提供できない経済的限界を正当化する。その点で、死への自然な移行を目指すホスピス運動がイギリスで最初に開花したのは当然の動きであった。

医師が患者にどのような予後の情報を提供するか、医師・患者双方が合理的な医療の介入をどのように考察するのかに、死に対する文化的な姿勢が反映すると推測される。文化が一樣な日本やイギリスでは、治療の勧告に対する文化的な合意が存在しえ、その結果予後開示の重要性は小さくなる。さらに、経済的あるいは文化的に医師と患者の距離が近くなるほど、明確な開示が必要あるいは適切と考えられることも少なくなる。他方、文化が多様なアメリカでは、患者と医師の経済的、精神的信頼に深い溝があつて、医師を「信頼」できないため、法により開示を強制することが必要である。しかし法的な制裁ですら、現実の率直な開示には不十分である。結局、一つの文化の死の考え方、延命医療の役割は、不快なまたは不確実な医学的事実が患者に告げられない際に作用するものである。例えばアメリカでは延命を医療の最終目標と

考えている。それゆえ延命治療は費用あるいは生活の質さえも無視して導入・使用されている。ある医師たちは、アメリカの専門医はアメリカ社会が死を人生の一部として受け入れること、すなわち、現在の医療がどれほど無益で技術偏重的かを認めることに乗り気ではないと指摘する。

延命医療技術の使用は、治療を拒絶する法的権利の規定を發展させ、アメリカの裁判所はこの患者の特権を肯定している。医療にアクセスする権利がいまなお存在せず、多くのアメリカ人が病院外の救急局で医療を受けている現状でこの様な権利が發展するのは注目すべきことである。アメリカの医療倫理のスローガンは、医療に対する権利よりも、「死ぬ権利」に集中し、したがって適切な最低限の利益よりも、医師による自殺幇助や安楽死について議論されてきた。アメリカ人が、治療拒絶や適切な薬物療法の希望を医師に無視されることを恐れるのは、医師への調査がこのような希望を無視し死を専門家の敗北ととらえていることを指摘したからである。J. Katzは『医師と患者の沈黙の世界 (THE SILENT WORLD OF DOCTOR AND PATIENT・一九八四)』で、アメリカの医師が患者以上に死を恐れ、その恐れから自己を護り、治療の不確かさにつき患者との対話を避けるために沈黙という手段を使用すると指摘した。しかし、こうした沈黙は死に際して孤独や疎外感を抱いている患者を實質上見捨てることに

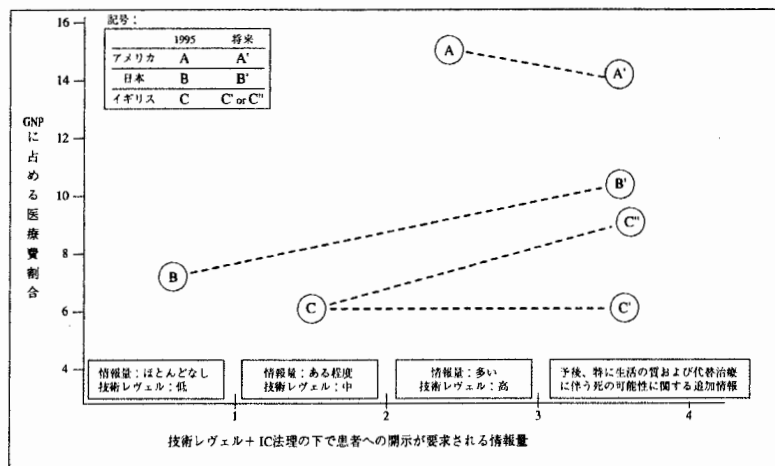
なる。これに対してKatzは、患者の死が迫っているときほど医師は患者と情報を共有せねばならず、多くの選択可能な治療法、その各治療法についての利益と危険を率直に開示することが医療費の節約にもつながると指摘する。Callahanが、アメリカの医療制度は結局、人間の死すべき運命に対抗する試みに動かされていると断定するのは、病気を不可避な死を導くものとしてではなく克服への挑戦ととらえている点で正鵠を得たものである。Callahanは医療の進歩を宇宙探索になぞらえて、どんなに先へ進んだとしても進むことのできるさならなる先が存在するとし、アメリカ社会は人間が自身の死すべき運命を受け入れて初めて医療費あるいは個人の自律性の限界を受け入れることになると指摘した。Michはあらゆる社会の死に対する支配的なイメージが健康の概念を決定し、その社会の人々の独立心や個人的な関係、活気のレヴェルを明らかにすると主張する。西洋文明で死は最終的に「医師によって認定された特定の病気の結果」と考えられるようになり、その病気を統制することへの望みが、医師は死を圧倒する力を有するという神話を生み、死の克服に対する患者の望みもおおることになったとMichは言う。そしてまた医師が生産者で患者が消費者であるような市場経済を採る社会において、人々が死を許されるのは、治療が生産者だけでなく消費者にとつても無益な場合に限られており、特に集中治療室（IC

U）の治療モデルでは、死が消費者の究極の抵抗であると主張するが、これもまた医療財源と無関係ではない。

今一度癌の例を引き合いに出そう。アメリカでも殆どの癌に効果があるという治療法は存在しない。例えば一九九〇年の調査は癌患者に使用される全薬剤の三分の一が安全性や効果が証明されていないことを指摘する。Moertalはこの状況を、ビジネスの利害関係が医療倫理及び患者の利益に取って代わり、いかさま治療（quackery）を正当化するものと批判する⁽²¹⁾。終末期医療に多額の費用はかけない日本やイギリスでは、死が専門家の敗北と考えられていないため、予後を告げないことは社会的にも受け入れられている。この様に均質な社会では、終末期医療の介入につき共通の理解を分かち合うため、医師と患者が対話する必要性は小さくなる。しかし多元的なアメリカ社会は、終末期医療の役割についての社会的合意が少なく、積極的な治療に傾倒する医師の偏重は多くのアメリカ人の価値観とは異なるものである。この様な人々は存命拒否文書（living wills）を行使したり、裁判所に訴えたり、自殺を図るという手段を通して延命措置を拒絶する。また、医師が末期患者に積極治療を施す理由には、そうしなければ民事訴訟（あるいは刑事訴訟さえ）起こされるといふ誤った恐れも含まれる。しかし医師の冒險的な試みはしばしば、患者の残されている生活の質を犠牲にすることにもなる。医師

が予後を率直に開示すれば、患者は終末期治療について選択権を行使できる。この状況では治療を拒絶する権利は、治療を求める権利・治療を選択する権利以上に患者の自己決定権にとって重要である。それゆえ予後についての正確な情報提供は、患者の自律性を促進させ、さらに患者が拒絶する類の治療の莫大な医療費を節約しうる。この仮説が正しければ、一国の医療費の総額は、率直な予後の情報が患者にどれだけ与えられているかに強い影響を受けることになる。複雑で高価な医療技術が利用可能であると仮定して、後掲「[図3]」は予後の情報と医療費の関係を印象に基づいて簡潔に示したものである。アメリカは現在このグラフのAの位置にあるが、この仮説に従えば率直な予後の情報提供によって、Aの位置まで減少し、医療技術、治療の代替性について重要性が増加している日本ではBからB'へ増加するはずである。現在Cにあるイギリスでは予算総額が決まっているため、予後や治療の代替性について情報をより多く与えても同じくCにとどまるはずであるが、医療サービスの提供、特に高度な医療技術についてさらに投資要求が高まった場合は曲線がC'へと上昇するであろう。

治療結果が、科学的に分析される限り、アメリカでは患者に更なる情報提供と医療費の節約を生じさせる。無益な治療や、それに対する保険助成金は医療から排除されるべきである。



【図3】 各国医療費・IC・医療技術の利用可能性

る。Wainbergは、生命の長さや生活の質のため使用される結果評価や予後データを基礎として、最終的な治療の選択をなすべき者は患者である、とした。彼の初期の研究は、前立腺手術における治療の危険、特に手術による性的不能や死亡率につき患者の評価は医師とは異なっていたというものであり、彼は医療の多様性を縮小するための鍵は結果評価や臨床試験にあるのではなく、患者の望みは何かであり、それは患者に問うことによつてのみ見出されるとする。治療の危険と利益を完全に開示されて、医師の勧めた手術を実際²²に選択したのは重症患者五人のうち一人だけであつた。

VI 結語

本稿の主題は、自律性である。アメリカは、世界中で最も進んだ医療システムを有しているといわれているが、裕福で十分に保険が付保された者以外は最新の医療にアクセスできない。アメリカのシステムは費用がかかりすぎ、諸外国で導入しうるものではない。医療に関する費用の支払システムならびに死に対する態度は、日本やイギリスにおいても同様に医療のシステムを動かしているが、これら二国はアメリカとは別の方向へと動いている。

死に関するある社会の文化的な態度は医療資源の配分に影

響し、その国のICに関する法に反映される。個人主義が重視され、なおかつ医療が市場の商品のように眺められるとき、法は患者つまり消費者の選択を促す情報の開示に大きな価値を認める。他方、医療に関してアメリカより団体主義的であり、国民が政府に身を委ねる傾向にあるイギリスや日本などの国では、医療の選択ということはあまり関心事とならないであろうし、完全な情報開示や真実の告知を強調する傾向はさほど強くないであろう。むしろ開示の内容は医師の自由裁量となる。

ICは注目されるが、それでもなお医師は患者と共にではなく、患者のために独自に決断する。必然的に与えられる情報には不均衡を生じ、患者は医師に依存的になる。裁判所が医師と患者のある種の信託関係を明示しているアメリカとて例外ではない。医師はその行為に自ら標準を設けるものであり、ほとんどの疾病に関する治療の選択は、情報が患者に伝達しているかどうかによる。医師が情報を隠す能力は、ややもすれば情報の内容を開示するのと同等あるいはより一層、重要となるかもしれない。したがつて患者はいくつかある代替療法を選択することは実際上は殆どない。

選択、少なくとも全く治療をせずに済ませることの選択は、人生の最期を迎えるときに最も重要であることのように思われる。アメリカでは、Quinlan²³やCruzan²⁴のような場合、治療を

拒絶する権利が自己決定権の議論の中心をなし、将来は資源配分の議論も支配的なものとなる可能性がある。このことを含めて、予後に関するICを真剣に考えることにより、医療システムにおいて、患者各自の真実の選択がより一層可能になると考える。患者の望まない、高価なそして無用な治療を、その最期に強いることを正当化する根拠はない。そしてまた、ひとたび患者が治療の結果について情報の開示を受ければ、殆どの患者はこうした治療を望まない。したがって、人生の最後に、アメリカで文化的に期待されている、患者主権と矛盾しないような治療——患者の望まない治療の制限——がなされるためには、IC、殊に予後について真実を告げることが、唯一の方法である。これはまた、新たに莫大な出費を回避でき、全国規模の健康保険を可能とする、わずかな手段のうちのひとつであらう。

注

- (一) John Fay, *The Mouse and the Elephant: Can Primary Care Save the U. S. Health System?*, 340 LANCET 594 (1992).
 (二) Pratt v. Davis, 118. App. 161, 166 (1905), aff'd, 244 Ill. 30, 79 N. E. 562 (1906).
 (三) PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, MARKING HEALTH CARE DECISIONS, 2-3 (1982).
- (4) GEORGE J. ANNAS, THE RIGHTS OF PATIENTS 83-85 (2ed. 1989).
 (5) 502 P. 2d 1 (Cal. 1972).
 (6) 858 P. 2d 598 (Cal. 1993).
 (7) Patient Self-Determination Act, 42 U. S. C. 1395cc (f) (1) (A) (i) (Supp. V 1993).
 (8) George J. Annas, *The Health Care Proxy and the Living Will*, 324 New Eng. J. Med. 1210 (1991).
 (9) DEPT. OF PUBLIC HEALTH, COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS, REPORT OF THE MASSACHUSETTS TASK FORCE ON ORGAN TRANSPLANTATION 83 (1984).
 (10) Pub. Act 81-1078, §3.5 (2), 1979 Ill. Laws 4108, 4115 (repealed 1984).
 (11) Arnold Reiman, *The New Medical-Industrial Complex*, 303 NEW ENG. J. MED. 963, 966 (1980).
 (12) Thomas Graboys et. al., *Results of a Second Opinion Trial Among Patients Recommended for Coronary Angiography*, 268 JAMA 2537, 2537 (1992).
 (13) Sidaway v. Bethlem Royal Hosp. Governors, 1 ALL E. R. 643, 646 (1985).
 (14) S & R Bolumick & Co. Bolum v. Friem Hosp. Management Comm., 1 W. L. R. 582 (1957).
 (15) SARAH BOSTON & JILL LOUW, DISORDERLY BREASTS 31 (1987).
 (16) BOSTON & LOUW, at 32.
 (17) Christopher Heneghan, *Medicine and the Law: Consent to*

- Medical Treatment*, 337 LANCET 421 (1991)
- (2) D. D. Kerrigan et al., *Who's Afraid of Informed Consent?*, 306 BRIT. MED. J. 298 (1993)
- (2) Hiroyuki Hattori et al., *The Patient's Right to Information in Japan—Legal Rules and Doctor's opinions*, 32 SCI. MED. 1007, 1009 (1991).
- (2) 昭和・名古屋裁判平成元年五月二十九日判例時報一三二五号一〇三頁。Annasは樋口範雄教授の論文31 WASHBURN L. J. 455 (1992) 以下に依拠して以下の論述を進めよう。なおこの事件はその後、名古屋高判平成二年十月三十一日判例タイムズ七四四号一八二頁、最判平成七年四月二十五日判例タイムズ八七七号一七一頁と上級審でも医師の責任が否定されたこと。
- (2) RUTH BENEDICT, *THE CHRYSANTHEMUM AND THE SWORD* (1946); TAKEO DOI, *THE ANATOMY OF DEPENDENCE* (1971).
- (2) Rihito Kimura, *In Japan, Patients Participate but Doctors Decide*, HASTINGS CTR. REP., Aug. 1986, 22, 23.
- (2) Stephan M. Salzberg, *Japan's New Mental Health Law: More Light Shed on Dark Places?*, 14 INT'L J. L & PSYCHIATRY 137, 153 (1991).
- (2) Noritoshi Tanida, *Patients' Rights in Japan*, 357 LANCET 242, 1014 (1991).
- (2) Lawrence K. Altman, *Tsongas's Health: Privacy and the Public's Right*, N. Y. TIMES, Jan. 17, 1993, at 26.
- (2) Naoko T. Miyaji, *The Power of Compassion: Truth-Telling Among American Doctors in the Care of Dying Patients*, 36 SOC. SCI. MED. 249, 257 (1993).
- (2) Daniel Callahan, *Living Within Limits: The Future of Health Care*, 7 TRENDS HEALTH CARE L & ETHICS 15, 16 (1992).
- (2) IVAN ILLICH, *MEDICAL NEMESIS*, 122 (1975).
- (2) ILLICH, at 149.
- (2) Thomas Laetz & George Silberman, *Reimbursement Policies Constrain the Practice of Oncology*, 266 JAMA 2996 (1991).
- (2) Charles G. Moertel, *Off-Label Drug Use for Cancer Therapy and National Health Care Priorities*, 266 JAMA 3031 (1991)
- (2) John A. Wennberg, *AHCPR and the Strategy for Health Care Reform*, HEALTH AFF., Winter 1992, 67, 68.
- (2) In re Quinlan, 355 A. 2d 647 (N. J. 1984).
- (2) Cruzan v. Director, Mo. Dept. Health, 497 U. S. 490 (1989).
- (監修者あとかき)
- 本稿は、George J. Annas = Frances H. Miller, *Empire of Death: How Culture and Economics Affect Informed Consent in the U. S., the U. K., and Japan*, 20 Am. J. of Law & Med. 357-394 (1994) の抄訳である。新城がII・III A・C・Vを「挿入がI・III序論、B・IV・VIを担当し、全文にわたって手翰が校閲したが、紙幅の関係で本報告書掲載にあたり大幅な圧縮をし、原注も特に重要と思われるもの以外は割愛せざるをえなかった。可能な限り原文の意図を曲げないように努力したが、それが成功しているかどうかは読者の判断をまづりほかない。本論文は日本でもようやく一般に定着してきた感のあるインフォームドコンセントについて(厚生省健康政策局・インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会報告書(平成七年六月))、米・英・日の医療の背景に存在する文化状況が、I・Cの法理論に関係し

ているかを論じるもので九四年当時と現在とは多少変化があるとはいえ、日本の状況が海外でどのように眺められているかを知る意味でも興味深いものがある。改めて記すまでもないが、アナス教授はボストン大学ロースクール教授であり、生命倫理・医事法学の世界的権威であって、*The Rights of Patients* (2nd ed., So. Ill. Univ. Press, 1989) (邦訳『患者の権利』上原鳴夫・赤津晴子訳)、*American Health Law* (Little Brown, 1990, Law = Rosenblatt = Wing & 共著)、*Standard of Care* (Oxford Univ. Press, 1994) を始めとする多くの著書・論文があるほか、*American Journal of Law and Medicine* の編者の一人である。ミラー教授もボストン大学ロースクール教授であり、イギリスの医療制度に関する論文など、多くの業績がある。本論文の翻訳に対して、御快諾下さったジョージ・アナス教授及びフランシス・ミラー教授両教授 (American Society of Law, Medicine & Ethics, ボストン大学ロースクール (Boston University School of Law)) に対し、深く感謝申し上げます。