

# 広島大学学術情報リポジトリ

## Hiroshima University Institutional Repository

Title	医学的臨床研究における「治療であるという誤解」をめぐる倫理的考察 <研究論文>
Author(s)	嶋崎, 太一
Citation	HABITUS , 16 : 87 - 102
Issue Date	2012-03-20
DOI	
Self DOI	<a href="https://doi.org/10.15027/39011">10.15027/39011</a>
URL	<a href="https://ir.lib.hiroshima-u.ac.jp/00039011">https://ir.lib.hiroshima-u.ac.jp/00039011</a>
Right	
Relation	



# 医学的臨床研究における 「治療であるという誤解」をめぐる倫理的考察

嶋 崎 太 一

(広島大学大学院)

## はじめに

インフォームド・コンセントには、通常、「(1)情報開示、(2)理解、(3)任意性、(4)能力、(5)同意」という五つの要素があるとされる<sup>1)</sup>。インフォームド・コンセントが成立するのは、「人は医療措置について完全な情報開示を受け、開示された情報を理解し、任意で行動し、行動する能力があり、同意する場合」<sup>2)</sup>である。医療措置上は、医師が情報を開示し、説明した上で、最終的に患者が「同意書」に署名をするという手続きがなされることが多い。この五要素の中でも、「同意」がインフォームド・コンセントの究極的要件であることは言うまでもない。いかに情報が開示され、患者が的確にそれを理解したとしても、五番目の要素たる「同意」を欠いていたならば、その治療行為が、インフォームド・コンセントの原則に抵触するものであることは言うまでもない。ニュルンベルク綱領においても、「被験者の自発的同意は、絶対的に必要不可欠なものである」(N1)<sup>3)</sup>と規定されている。同意を欠くか否かは、比較的外面的に判定されやすい。しかし、その他の要素、とりわけ「理解」という二番目の要素がクリアされているか否かを判定することは、極めて困難である。研究と臨床という二区分を採用するならば、人を被験者とする研究・実験の要素をもった治療という、研究と臨床(治療)という二つの性格をあわせもった臨床研究においては、この問題は特に深刻な様相を呈する。臨床研究が、研究と

いう実験的性格を有している以上、そこでは患者は、被験者として実験に自らを供することになるからである。当然そこには、一定程度のリスクが存在することになる。そこで患者が、「同意」をしていたとしても、その前提にある「理解」に何らかの誤りがあった場合、すなわち、「誤解」をしていた場合には、外面的にはインフォームド・コンセントが実現されているようにみえながら、実際には、「同意」にいたる過程に大きな問題があったことになり、インフォームド・コンセントははじめから成立していなかったことになる。おそらく、そうしたインフォームド・コンセントの水面下での瓦解が顕在化するのには、治療(同時に研究)の結果が何らかの形で出た後になってからであろう。

本稿では、インフォームド・コンセントにおける「誤解」の一つとして挙げられる「治療であるという誤解」(Therapeutic Misconception)を取り上げ、それを倫理的に検討しようと思う。「治療であるという誤解」(以下、TM)問題は、1982年にAppelbaumらによって提起された<sup>4)</sup>、「研究」と「治療」の間に潜む「誤解」現象である。TM問題は特に生命倫理学の文脈で主題とされることは国内ではまだ少ないが、インフォームド・コンセントを原理的に考察する上で検討されなければならない問題の一つであろうと思われる。

## 1 臨床倫理の系譜

TM問題は、「研究」と「治療」という二区分の間に生じる問題であるが、実験的性格を伴った医学的な臨床研究に対する倫理的制約は古くから考えられてきた。

人を対象とする研究についての倫理綱領としては、「ニュルンベルク綱領」と「ヘルシンキ宣言」が良く知られる。ナチス犯罪を裁いたニュルンベルク軍事裁判に端を発するニュルンベルク綱領によれば、「被験者の自発的同意は、絶対に必要不可欠なものである」(N1)とされ、自発性に基づいた同意が「必

要不可欠」の要件とされた。無論、その同意に際しては「理解した上で啓発された決定を行うことができるための、研究に関する問題の諸要素についての十分な知識と理解を有しなければならない」(N1)。ニュルンベルク綱領では、「同意の質を確認する義務と責任は、実験を計画する者、指導する者、実施する者、全てにかかわる」とされているが、ここで「同意の質」とは、どの程度、「知識と理解」を有した上での「啓発された」同意であるかということの意味すると考えられる。ニュルンベルク綱領では、そうした「同意の質」を認め、それを確認する「義務と責任」を研究者が負うことが明確化されたのである。

更に、恐らくニュルンベルク綱領以上に今日強い影響力をもつのがヘルシンキ宣言である。1964年に世界医師会が定め、その後2008年まで数度の修正を受けたヘルシンキ宣言では、「医学の進歩は、最終的にはヒトを対象とする試験に一部依存せざるをえない研究に基づく」(H5)<sup>5)</sup>ことが認められた上で、「医学研究は、全ての人間に対する尊敬を深め、その健康及び権利を擁護する倫理基準に従わなければならない」(H9)という命題が掲げられる。それ故、ヒトを対象とした研究にあっては、「判断能力のある個人」による「自発的」(voluntary)な参加が要件とされる(H22)。具体的には、「目的、方法、資金源、起こり得る利害の衝突、研究者の関連組織との関わり、研究に参加することにより期待される利益及び起こり得る危険、並びに必然的に伴う不快な状態」(H24)が説明されなければならない。ヘルシンキ宣言の特徴は、そこで提起される倫理原則を達成するための手続きを、比較的詳細に示している点にある。ヘルシンキ宣言は、「実験手続の計画及び作業内容は、実験計画書の中に明示されていなければならない」とし、それを「倫理審査委員会」(research ethics committee)に提出することを要求する(H15)。さらには、「自由意志によるインフォームド・コンセントを、望ましくは文書で得なければならない」とする。ヘルシンキ宣言では文書記録が必須とされ、「文書による同意を得ること

ができない場合には、その同意は正式な文書に記録され、証人によって証明される」のでなければならない。

ヘルシンキ宣言では、「治療と結び付いた医学研究のための追加原則」という独立項目が設けられる。例えばそこでは、「医師は治療のどの部分が研究に関連しているかを患者に十分説明しなければならない」(H34)とされる。

このように、ニュルンベルク綱領及びヘルシンキ宣言では、患者に十分説明し、自発的同意を得た上で最善の研究がなされることが要求される。そこでは、「同意の質」を確認する義務が研究者に求められることになる。つまり、インフォームド・コンセントの原則が十分に擁護されることが要求される。ヘルシンキ宣言では、治療(ケア)と結び付いた研究も視野に収められるが、これは、現実には研究と治療が複雑に絡み合っており、純粋にどちらかの要素のみで成り立することは稀であるということが背景にあると考えてよいだろう。

## 2 「治療であるという誤解」とは何か

TM問題の基本的背景は、「研究」と「治療」の間の区別を、特に患者にとっては、しにくいという点にある。Dresserがまとめているところによれば、「多くの人は、研究に参加することと治療を受けることの違いに無意識」<sup>6)</sup>である。TM問題の根源はこの点にある。「臨床研究は、医療ケアと、双方とも医療設備の中で医者によってなされる…という事実を共有している」<sup>7)</sup>が、「研究は、医療ケアと多くの点において異なっている」<sup>8)</sup>。研究においては、それに従事する医師(研究者)も、またそれに協力する形となる患者も、「医療ケアにおいて患者が享受するよりもより多くの予期しえない結果を経験する」<sup>9)</sup>ことが多くなる。研究が研究である以上、「試み(trial)」という性格から逃れることはできないからである。それにもかかわらず、「臨床的試みは、しばしば「治療的研究」と述べられ、研究は「治療という意図」をもっているとみなされる」

10)。臨床研究においては、治療の試みは同時に研究でもあり、それを厳密に区分することは困難である。臨床研究が「治療という意図」をもっていることは言うまでもない(もっていないとすれば、それは、治療を名目とした人体実験に他ならない)。むしろ、治療と研究という二つの性格をもっているからこそ「臨床研究」と呼ばれるのである。

ここで問題となるのは、医師と患者の意識のずれである。医師は、治療者(研究者)として、主体的、意図的に実験的な治療を試みるわけであるが、患者がそうした「研究」としての性格に自覚的ではない場合がある。Appelbaumが、実際に被験者(患者)たちに対するインタビューを行うことによって明らかにしたのは、患者が、医学における治療と研究の違いを十分知った上で、「試みとしての医療」を受けているわけではない、ということである。患者は、それが実験的性格をもつことを意識せず、純粋な治療行為以外の何ものでもないと感じた上で治療を受けることになる。こうした患者の「誤解」が「治療であるという誤解」に他ならない。言うまでもなく、医師は、治療者と研究者という二つの立場をもち、そうした立場に自覚的でありうるが、患者は被治療者という立場のみに自覚的であって、被験者という立場には自覚的でないことが多い、という、臨床研究における非対称性がTM問題の根底にある。

そこには越え難い壁も存在する。患者として来院した者が、白衣を身にまとい、自らの眼前に現れる医師を、「研究者」として意識することは通常は困難であろう。また、患者という医学的素人が、医師から治療方針の説明を受けた際に、それがいかなる点で「試み」的な治療であるのかを理解したり洞察したりすることはまず不可能である。TM問題は、このように患者がもつ「弱者」としての性格から生じるものである。

その他に、TM問題の根底にあるのは、医師の目的あるいは医師の倫理の二重性である。一言で言えば、臨床研究に携わる医師は、医療倫理と研究倫理

という二つの倫理をもつことになる。Millerらによれば、「臨床的医療は、個々の患者に対して最適な医療を施すことを目的とする。倫理的には、臨床的医療は治療による利益(beneficence)と治療による無害という原理によって支配される」<sup>11)</sup>。それは、「能力と判断力の限りをつくして」治療を行い、「加害と不正のためにはしない」<sup>12)</sup>という古典的な「ヒポクラテスの原則」から説明可能である。それに対して臨床研究は、「研究」という側面だけに注目する限り、「患者の個人的ケアにささげられる治療的活動ではない」のであって、「科学的問題に答えるため」<sup>13)</sup>に行われるものである。従って、医師は、研究倫理として同意のない実験を行わないということが求められたり、利益が害よりも大きい研究をしなければならないという義務を負ったりすることはあるだろうが、直接的には、「最適な医療」という目的をもっているわけではない。「臨床的研究の性格と目的からみて、臨床倫理に適用可能な利益と無害の原理は、…治療的意味を欠いている」<sup>14)</sup>。無論、臨床的医療と臨床研究が全く別のものであるとは言われえないかもしれないが、原理的には、その目的の違いからみて、医療倫理と研究倫理はさしあたって区別されなければならないことになる。目的論的に考えれば、「科学的問題に答える」という目的により貢献する研究が賞賛されるべき研究であるからである。Appelbaumによれば、「実際に、研究の倫理学と通常の臨床的ケアの倫理学の間の混同は、臨床的試みの世界にはびこっているように思われる」<sup>15)</sup>。こうした二つの倫理の対立は、むしろ医療倫理と医師の関心の対立とも言うべきかもしれない。Dresserの言葉を借りれば、「知識を獲得し、科学者としての成功をつかみ取るという研究者の関心は、被験者を保護するという義務と葛藤しうる」<sup>16)</sup>。

医師の意図という観点からは、TM問題には、①あえて患者に研究としての性格を伝えずに、あるいは意図的に患者が十分に理解できないような仕方ですらに形式的に伝えて、臨床研究を行う場合と、②医師はそれを伝えようとしたの

にもかかわらず、患者がそれを理解しえなかった場合という二つの要因が考えられる。このうち、患者に意図的に伝えなかった①の場合には、TM問題というよりはむしろ詐欺に近いものとなり、治療行為に対する同意の有効性を問うことは容易である。問題となるのは、②の医師が可能な限り「試み」としての研究であり、一定のリスクが存在することを伝えようとしたにもかかわらず、患者が理解しえなかった場合に生ずるTM問題である。

②のように、医師が可能な限りそれを伝えようとしても、TM問題が完全に拭い去られるわけではない。医療現場におけるコミュニケーションの改善だけでは容易に除去不可能な、「誤解」が生じる土壌が臨床研究には存在しているからである。それは、Dresserも指摘するように、患者の心理的な要求である。「病者、とりわけ、生命を脅かすような病気に直面している人々の心理的必要が、疑いなく、治療であるという誤解〔TM〕を持続させるのに役割を担っている」<sup>17)</sup>。臨床研究に携わる医師にとっては、研究もまた重要な(治療より重要とは言わないまでも)業務でありうるが、病者である患者にとって、治療を受けることが喫緊の問題なのであって、医学上の研究は関心の外に置かれる。そこから帰結することは、患者の治療を受けなければならないという「心理的必要」が、研究という側面について与えられた情報を内的に遮断し、治療という側面のみが心に留められる、ということである。それが「誤解」を助長し、それを持続させる大きな要素であることは言うまでもないだろう。患者は、「研究が自分たちに直接の利益をもたらすように企画され、実行されているだろうという強い期待」<sup>18)</sup>をもつのである。

このように、TMは、患者自身も恐らくは意識していない「心理的必要」によって形成され、継続している可能性が高い。それ故、患者自身が最後まで自らの「誤解」に気付かないことも少なくなかろう。上の②の場合においては、TMが生じていることに、医師も患者も気付かないことになる。誤解が明らかとなる



のは、結果が出た後である。それも、まさに「予期せぬ」、悪い結果が出た時に、患者はそれが「試み」であったことに気付かされる。このように、TMの顕在化は事後的である。運よく「試み」が成功し、治癒した場合(もしくは反省する間もなく死亡した場合)、そこに「誤解」があったことには誰も気づかない。このように、TM問題は、事後的かつ偶然的な要素が極めて強い。

以上から分かるように、「同意」の外的な側面、すなわち、ヘルシンキ宣言で示されているような、書面の同意や計画書の倫理審査委員会への提出等の手続き規定を満たしていながらも、TM問題は生じる。それどころか、満たしている状態にこそ、TM問題の土壌があると言えよう。というのは、こうした外的要件が満たされない場合、ヘルシンキ宣言等の今日の医療現場の倫理指針上、臨床研究の開始は困難だからである。

### 3 TM問題の困難性

生命・医療倫理学におけるTM問題の困難性は既に明らかであろう。情報開示、任意性、同意等の外的条件をすべてクリアしていながらも、隠れて潜んでいる問題であり、また、患者の心理の問題であって、顕在化しにくいからである。一見して倫理的要求を満たしているように思われる臨床研究の中に、患者も医師もそれに気付かぬまま、TMが存在するのである。さらにTM問題の深刻さを増しているのは、医師側にもTMを解くインセンティブが働かないということである<sup>19)</sup>。TMそのものに明白な違法性や非倫理性を見出すことはできないため、研究者でもある医師が、顕在化しにくい誤解をあえて解こうと努めることによって研究の促進を阻害するかもしれないと考えても不思議ではない。先に挙げた①の場合は、医師にとってのこうしたインセンティブの欠如を極端にした形である。

TM問題の困難性は、哲学的には次のように述べられる。TM問題が、患者と

医師の心理という内面的なところに根を張るものであるが故に、それを除去しようという試みは、可能であるとしても、せいぜい漸近線的な「無限の進行」、あるいはフィヒテ的に言えば、「無限の努力」とならざるをえない、と。誤解という純心理的な問題は、古くて新しい次のような哲学的難問に突き当たるからである。すなわち、最も古くはソフィスト、ゴルギアスが述べたような、「何ものも存在しない、存在するとしてもそれを知ることはできない、知ることができるとしても、それを伝えることはできない」<sup>20)</sup>という難問である。何人も、他者が私の発話内容を正確に理解しているのか否かを知ることはできない。また、事実上は誤解があるにしても、私が誤解をしているかは究極的には知りえないし、誤解に気付いたとしてもそれを伝えることは困難である。ここで、伝達可能性をめぐる言語哲学的議論を行うつもりはないが、TM問題が、そしてそれに限らず医療や教育などコミュニケーションを必要とする営みが、こうした迷宮に迷い込む可能性を抱えていることは忘れられてはならない。

TM問題の根底には、先に挙げたヘルシンキ宣言の「同意の質」の確認義務に秘められた問題があるということが、既に明らかだろう。「治療であるとの誤解」がある場合、それに基づいた同意の質的程度が相当程度疑わしいものとなるからである。しかし、先に挙げたように、同意の根底にある相手の心理状態を完全に知ることができない以上、同意の質をめぐる問いは「無限の努力」でしかありえないのである。この場合の質的完全性は、医師と患者の意志が完全に一致した状態であろうが、それはもはや限界(Grenz)の外にある。医師と患者の意志の完全な一致は、そこに向けて「無限の努力」がなされる目標点としてしか考えられない。言い換えればそれは、「統制的理念」(regulative Idee)と呼ばれるにふさわしく、どこまでも超越的(transzendent)にとどまる。

#### 4 TM問題の倫理的検討の方向性

臨床研究において、先に述べたように治療と研究は厳密に区別しうるものではなく、研究は同時に治療である。従って、研究的要素があったとしても、結果として患者に利益が与えられるならば(具体的には、治癒したり、快方に向かったりするならば)、一見して問題はない。しかし、ここで問題となるのは、「試み」としての臨床研究に伴うリスクを患者が十分に理解していなかった場合に、誤解が正されて患者が正確にその方針を理解した上で再度同意するのでなければ、それは単なる「患者の手段化」である、ということである。従って、TM問題の倫理的検討においては、帰結よりも、その研究が始まる際の手続きが本當の意味で正当なものであるかが重要である。従ってそれは、必然的に、功利主義的な議論ではなく、義務論的な議論となる。

Dresserが指摘するように、TMを放置することは「人格の尊重という、長期に渡り広く受け入れられてきた研究倫理の原理」<sup>21)</sup>に抵触する可能性がある。生命倫理学の文脈では、それは、「被験者たる個人が参加への情報を与えられた(informed)、自発的な(voluntary)選択をしている時にのみ、道徳的に許容される研究が成立する」<sup>22)</sup>というものである。この原則は、言うまでもなく、カントの「汝の人格及びあらゆる他者の人格の内の人間性を常に同時に目的として用い、決して単に手段としてのみ用いることのないよう行為せよ」<sup>23)</sup>という定言命法に端を発する。情報を与えられた上での自発的同意(すなわち、インフォームド・コンセント)がない場合、もはや患者は単に手段としてのみ扱われていることになろう。無論、今日語られる「人格の尊重という…原理」も、カントの定言命法も、手段として扱うこと一般を禁じているわけではなく、手段としてのみ扱うことを禁じているだけである。それ故、勿論、臨床研究において人を被験者とすることは、正当な法的・倫理的手続きに則って行われる限り、許容される。しかし、医師(=研究者)と患者(=被験者)の間に誤解が横た

わっているならば、結果的にはその研究は被験者の意志に反していることになり、それが「人格の尊重」原則にかなっていないかどうかには疑問符が付く。もし、臨床研究における手続きにおいて、その外面的正当性のみが求められ、TMの放置が事実上容認されるならば、そこに患者の人格の尊重を見出すことは困難である。Lidzによれば、TMは「有意味な決断の主要な障壁を構成するだろう」<sup>24)</sup>。言い換えれば、TMは、そこで導き出された同意(決断)の有意味性を奪い取る。インフォームド・コンセントの瓦解とはそれを意味する。

ここで、TM問題に対して生命倫理学は二つの方向から応答せねばならないだろう。Dresserは、TMに対して二つの可能な反応が存在すると主張する。一つは、「それを、患者を伴った研究を行うことの不可避的帰結として受け入れること」であり、もう一つは「調整的な行動をとること」である<sup>25)</sup>。しかし、「同意の質」を問題とするヘルシンキ宣言の枠組みからして、TMを放置することは認められないだろう。それ故、「不可避的帰結として受け入れる」際にも、それが「無限の努力」となることを自覚しつつも、「調整的な行動をとること」が必要になる。

従って、むしろTM問題に対する可能な応答の方向は、次のように修正されなければならない。すなわち、一つは、(イ) TMの最大限の回避のために何が求められるべきか、もう一つは、(ロ) TMが介在する臨床研究において、インフォームド・コンセントはいかにあるべきか、という二つの方向である。(イ)は、先に挙げた「無限の努力」をいかに遂行するか、という課題である。これはTM問題に対する正面からの応答である。一方、(ロ)は、TM問題解決が「無限の努力」であることを踏まえ、一定程度のTMが介在することを認めた上で、そのような状況下でのインフォームド・コンセントの在り方を追究するやり方である。

(イ)の方向からの検討においては、医師の義務や医療コミュニケーションの

改善など、個人の当為(Sollen)が問われる。(ロ)の方向からの検討においては、より全体的、包括的な、場合によると医療行政そのものにかかわるような視点で当為が問われる。ここでは、(イ)について検討することがDresserの二つ目の反応にあたり、(ロ)について検討することが一つ目の反応にあたる。すなわち、(イ)は、TMを可能な限りなくすような調整的行動を追究する議論であり、(ロ)は、TMをいったん「不可避的」なものとして承認しながら、TMが介在する医療がいかにあるべきかについての議論となる。私見によれば、それらは、結局のところ、一つの視点から答えを導くことができる。

## 5 TM回避のために

誤解を回避するための一つ的手段としてDresserが挙げているのが、研究における金銭授受を患者に告げることである。医師の行う臨床研究に対して金銭が払われている場合、つまり、何らかの形で予算がつけられている場合には、研究者は患者にその契約を説明するべきであるとする見解である。Dresserによれば、「そのような開示は、…患者の意識を向上させることができるだろう」<sup>26)</sup>。こうしたDresserの見解は、TM問題の根底にある医師と患者の立場の相違に根差したものである。すなわち、医師は、自らを研究者として位置づけ、患者を被験者として考えるのに対し、他方で患者は医師を純粋に治療者として考えるという、立場の非対称性である。Dresserの述べるような、一種の「開示」を行うことによって、確かに、患者はその治療行為が「試み」としての研究という位置付けであることを認識しやすくなることは否定できない。良い悪いは別として、金銭授受がそこにあることは、臨床研究の性格を最も端的に、非専門家である患者に対して示していると言えよう。しかし、そうした方法によるTMの回避は、有効であるかもしれないが、決定的な手段とはなりえない。結局のところそれは、研究者に対する一つの「免罪符」として利用されかねない

ものではなかろうか。つまり、情報開示をすることによってそれ以上の「努力」義務がなくなったと考えられかねないのではなかろうか。Shimmらが指摘しているように<sup>27)</sup>、「医療実践と臨床研究における利害の葛藤」の背景には、「金銭的インセンティブ」が存在することは明らかであり、そうした金銭関係が患者に知らされないことは、矛盾を抱えていると言えよう。「研究的試みに参加するかどうかという患者の決定」<sup>28)</sup>が、臨床研究を成立させる重大要素であるにも関わらず、そうした研究の基盤となる金銭関係を知らせないことは、インフォームド・コンセントの原則に抵触する可能性が高い。また、先のヘルシンキ宣言でも、資金面も含めた同意が求められており、金銭関係の非開示が医療倫理の枠組みにおいて認められる可能性は極めて低い。

だが、この問題は、本来的には、TM問題の解決とは別の文脈で語られるべきものであろう。というのは、情報開示という外的要件をクリアしたところで、なおも医師と患者の非対称性は残り続けるのであり、その限り、TMは回避されないからである。従って、Dresserの見解には不十分な点が残ると言わざるを得ない。

外的要件を満たすことによってTMを回避しようと試みる姿勢は、結果的に、同意という外的要件を満たすことがTMを引き起こしているのと、全く同様のことをしているに過ぎない。

我々は、こうしたある種の形式主義から抜け出さねばならないのである。むしろ、「心」という内的なものに対して常に目を開いていなければならない。いうなれば、医師と患者の関係における「実質」的な部分に注目する可能性を常に残していることが求められる。

先に述べたように、医師と患者の意志の完全な一致は「統制的理念」に他ならない。とはいえ、それを目指して患者の内面に入り込めるよう「無限の努力」を続けること、すなわち、「同意の質」を高めるよう試み続けることが我々に

求められるのである。

ところで、ファイヒンガーの虚構主義に従うならば、こうした「理念」は「かのように(als ob)」と語られるのにふさわしい<sup>29)</sup>。実際の医療手続き上、外的な要求を段階的に満たす作業は必要不可欠であり、その限りで、医師と患者の関係における形式的側面の意義は失われない。しかし、それが絶対視されることで相互の誤解の源泉となりうる。ファイヒンガーによれば「虚構」とは、「実践的目的のための科学的捏造」であり、それは統制的な意味付与作用である。こうした論法を用いてファイヒンガーは、例えば「自由」の概念を、「理論的には矛盾があるが、実践においては高度に生産的であり、有価値的である」という論法で、「虚構」として擁護する<sup>30)</sup>。こうしたファイヒンガーの哲学がプラグマティズムと親和性が強いのは言うまでもないが、ここで重要なのは、ファイヒンガー流のプラグマティズム的解決ではなく、あくまで「統制的理念」を、超越的なものであるとして患者とのコミュニケーション過程の中であきらめるのではなく、「かのように」とみなし、「有価値」であるかのように思考し、それを求め続けることである。

患者の意志は、しばしば非合理でありうる。そうした非合理性に目を向けることができるのは、超越的なものを「有価値」である「かのように」考える態度であろう。

## 註

- 1) *Encyclopedia of Bioethics*, Vol.3. ed. by W. T. Reich, New York, 1995, p. 1239.
- 2) *Encyclopedia of Bioethics*, *ibid.*
- 3) ニュルンベルク綱領からの引用は、略記号をNとし、条番号を記す。典拠は、『生命倫理百科事典』による。  
*Encyclopedia of Bioethics*, Vol.5, p. 2763f.  
引用は、同事典邦訳に従っている。  
『生命倫理百科事典』、翻訳刊行委員会編、2007年、3078頁。

- 4) P. S. Appelbaum, L. H. Roth, C. W. Lidz, The Therapeutic Misconception: Informed consent in Psychiatric Research, in: *International Journal of Law and Psychiatry* Vol. 5, 1982.
- 5) ヘルシンキ宣言からの引用は、略記号をHとし、条番号を記す。典拠は、日本医師会のHPにアップされている英文及び和文による。  
[http://www.med.or.jp/wma/helsinki08\\_j.html](http://www.med.or.jp/wma/helsinki08_j.html)
- 6) R. Dresser, The Ubiquity and Utility of the Therapeutic Misconception, in: *Social Philosophy & Policy Foundation*, 2002, p. 271.
- 7) F. G. Miller, H. Brody, Therapeutic Misconception in the Ethics of Clinical Trials, in: *Hastings Center Report*, 2003, p. 21.
- 8) R. Dresser, *ibid.*, p.272.
- 9) R. Dresser, *ibid.*, p. 273.
- 10) F. G. Miller, H. Brody, *ibid.*, p. 20.
- 11) F. G. Miller, H. Brody, *ibid.*, p. 21.
- 12) ヒポクラテス『古い医術について』(小川政恭訳)、岩波文庫、1963年、191頁。
- 13) F. G. Miller, H. Brody, *ibid.*
- 14) F. G. Miller, H. Brody, *ibid.*
- 15) P. S. Appelbaum, Clarifying the Ethics of Clinical Research: a Path Toward Avoiding the Therapeutic Misconception, in: *American Journal of Bioethics* 2 no. 2 , 2002, p. 22.
- 16) R. Dresser, *ibid.*, p. 285.
- 17) R. Dresser, *ibid.*, p. 276.
- 18) P. S. Appelbaum, L. H. Roth, C. W. Lidz, The Therapeutic Misconception: Informed consent in Psychiatric Research, p. 327f.
- 19) 田代志門『研究倫理とは何か』勁草書房、2011年、119頁参照。
- 20) Cf. H. Diels, *Die Fragmente der Vorsokratiker*, Bd. 2, hrsg. von W. Kranz, Berlin, p. 279f.(82B3).
- 21) R. Dresser, *ibid.*, p.285.
- 22) R. Dresser, *ibid.*
- 23) I. Kant, *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*(1785), Philosophische Bibliothek Bd. 519, Hamburg, 1999, p. 54f.
- 24) C. W. Lidz, The Therapeutic Misconception and Our Models of Competency and Informed Consent, in: *Behavioral Sciences and the Law* 24, 2006, p. 540.
- 25) R. Dresser, *ibid.*, p. 290.
- 26) R. Dresser, *ibid.*, p. 292.
- 27) D. S. Shimm, R. G. Space, Industry Reimbursement for Entering Patients into Clinical Trials: Legal and Ethical Issues, in: *Annals of Internal Medicine*, 1991, p. 148.
- 28) D. S. Shimm, R. G. Space, *ibid.*, p. 150.



- 29) ファイヒンガーの「かのようにの哲学」によって「虚構」とみなされるのは、例えば、カント倫理学における神、魂の不死、さらには物自体などが挙げられる。

Vgl. H. Vaihinger, *Die Philosophie des Als-Ob*, Berlin, 1911.

- 30) H. Vaihinger, *ibid.*, p. 59ff.