

## 自己決定「権」と関係性 —「エホバの証人」輸血拒否事件を手がかりに—

平 田 常 子

### The Right to Self-Determination and Relationship —Some Reflections on the Case of Jehovah's Witness—

Tsuneko HIRATA

The right to self-determination was the subject for discussion in the case of Jehovah's Witness. The right to self-determination presupposes those who satisfy the criteria of rational thought and independence(autonomy). The others who fail to satisfy the precondition are treated as "different". There is a possibility that this distinction makes a fixed discrimination between the normal group and the abnormal, autonomous individuals and those in relationships of dependency.

But according to Feminist Martha Minow(Professor at Harvard University), there is not a fixed discrimination. She argued that the whole concept of a boundary depends on relationships, although law's usual boundaries distinguish the self from others. Boundaries, whether social, psychological, or legal, do not exist naturally. The autonomous rights-bearing individual presupposes a community—a community willing to recognize and enforce individual rights. Minow considers rights as tools of communal dialogue.

**Key words :** the right to self-determination, autonomy, relationship

自己決定権, 自律, 関係性

#### はじめに

今日、多くのところで自己決定権に関する議論が見受けられる。その背景の一端としては、人々の権利意識の高揚や、先進技術、特に医療技術の発達により従来決定不可能であった生死の領域についてまでも決定ができるようになるといった、決定領域の広がり等が考えられる。かかる自己決定権は、近代法が想定する自らの意思で理性的判断のできる自律した個人主体を前提としている。そこでは自己決定能力の不十分な者は厳密に区別された上で、その補完方法が模索される。その一例として、自己決定権の尊重を基本理念の1つ

に掲げた2000年4月から実施されている成年後見制度は、自己決定能力が不十分な高齢者の能力補完制度として評価されよう。

しかし、自己決定権のこの前提から同時に様々な問題が生じている。たとえば、自己決定能力の有無での区別は、人々をそれぞれの枠内に境界づけることを意味し、決定能力の不十分な者は、基準から外れた者として区分された上で差別を受ける可能性、ないし不利な立場に置かれるという可能性が考えられる。あるいは、自己決定を切り札とすることで、他者を跳ね返す可能性やその逆に決定結果に対する他者の責任逃れという可能性も考えられる。

受付 平成13年10月28日, 受理 平成13年11月27日

近畿福祉大学 〒679-2217 兵庫県神崎郡福崎町高岡1966-5

最近、最高裁の判決が出た「エホバの証人」輸血拒否事件は、患者の自己決定権と医師の裁量権との関係をどのように考えるのが問われた事件である。本稿では、この事件を手がかりにして自己決定権とは何かについて考察していきたいが、その際、上述の問題意識を共有しながら、特に自己決定権の前提とされる自己という主体を念頭に置くことにする。

## I 「エホバの証人」輸血拒否事件

### 1. 事件の概要

昭和4年生まれの主婦Aは、昭和38年からエホバの証人の信者となり、信仰上の理由から輸血をしないという信念を有していた。平成4年3月頃から、Aは下痢や便秘が続き腹部が硬くなっているように感じ、B病院で受診したが、医師から、悪性の肝臓血管腫であり、輸血なしでは手術ができないことを伝えられたため、同年7月、無輸血で手術をしてくれる可能性があるとの情報を得た東京大学医科学研究所付属病院に、エホバの信者という理由から輸血ができない旨話した上で、転医した。Aは同年9月に手術を受けたが、手術前にY医師およびYが率いる治療チームの医師らに「死んでも輸血をしてもらいたくない」との意思表示をしており、無輸血による手術の一切の結果について医師の責任を免除する旨の免責証書をYらに手渡した。

Yらは、「輸血以外に救命手段がない事態になれば輸血する」旨の治療方針を採っていたが、Aに対してその旨を明確に説明しなかった。手術に際し、Aの腫瘍が後腹膜に発生し他の組織にも浸潤していたため、腫瘍のほか肝右葉の一部及び右腎等を摘出し、救命のためには輸血が必要と考えたYらは輸血を行った。手術自体は成功し、そのまま放置すれば余命1年と見られるものであったが、Aはその後5年間延命した。

輸血の事実は患者や家族には隠されていたが、10月に週刊誌の知るところとなり、Y医師からAの家族に事実が告げられた。Aは、Yら及びその使用者である国を相手に、(1)輸血をしないとの約束に反した債務不履行、(2)患者の自己決定権及び信教の自由が侵害されたとして、慰謝料1000万円、弁護士費用200万円の賠償を求めて訴えた。以下では本稿の関心事項である争点(2)のうち、特に患者の自己決定権についての各判決結果に注目して見ていきたい。

### 2. 第1審判決<sup>1)</sup>

1997年、第1審の東京地裁はAの訴えを、いかなる場合にも輸血をしないとの約束は「公序良俗に反して

無効」であるとして棄却した。

患者の自己決定権に関しては、その行使の前提となる医師の説明と関連して、「手術は患者の身体を傷害するものであるから、治療を受けようとする患者は、当該手術を受けるかどうかを自分で決定することができる」と解される。……患者に対し手術をしようとする医師は、当該手術の内容・効果、身体に対する影響・危険及び当該手術を受けない場合の予後の予想等を患者に対し説明する義務を負うものと解される」と述べた。しかし「この説明義務に基づく説明は、医学的な観点からされるものであり、手術の際の輸血について述べるとしても、輸血の種類・方法及び危険性等の説明に限られ、いかなる事態になっても患者に輸血をしないかどうかの点は含まれないものである。一般的に、医師は、患者に対し可能な限りの救命措置をとる義務があり、手術中に輸血以外に救命方法がない事態になれば患者に輸血をする義務がある」とする考えを示し、「患者の救命を最優先し、手術中に輸血以外に救命方法がない事態になれば輸血をするとは明言しない対応をすることも考えられる」とし、このような対応をとっても「医師の前記救命義務の存在からして、直ちに違法性があるとは解せられない」と判断した。

Aは控訴したが控訴審係属中に死亡したので、相続人であるAの夫等が訴訟を継承した。

### 3. 控訴審判決<sup>2)</sup>

翌1998年、控訴審である東京高等裁判所は第1審の判決を覆し患者側の訴えを認め、国及びYらに対し慰謝料として50万円、弁護士費用として5万円を支払うべきであるとの判決を下した。

患者の自己決定権と医師の説明との関係については、「本件のような手術を行うについては、患者の同意が必要であり、医師がその同意を得るについては、患者がその判断をする上で必要な情報を開示して患者に説明すべきものである。……この同意は、各個人が有する自己の人生のあり方（ライフスタイル）は自らが決定することができるという自己決定権に由来するものである。……すなわち、人はいずれは死すべきものであり、その死に至るまでの生きざまは自ら決定できるといわなければならない。……そして、相当の説明に基づき自己決定権を行使した患者は、その結果を自己の責任として甘受すべきであり、これを医師の責任に転嫁することは許されない」とした。

また、輸血の場合は、「手術等に内在する可能性として同意が推定される場合も多く、一般的にそのような説明をした上での同意を得べきものとまではいえない

い」とその限界を示しつつ、「しかし本件は事情が異なる」と個別に本件の事情を考察する必要性を指摘した。すなわち、Aが「絶対的無輸血に固執していることを認識した以上」、治療内容が固執していることと一致しなければそのことをAに説明して「なお医科研における入院治療を継続するか否か特に本件手術を受けるかどうかの選択の機会を与えるべきであった」と述べる。そして、「輸血がどの程度必要であるのか、輸血をしなければどうなるかについて説明すれば」、手術を拒否すると考えて、「あえて説明をしなかった」という医師の主張は、「いかなる場合であっても医師が救命（本件ではむしろ延命）のため手術を必要と判断すれば、患者が拒否しても手術をしてよいことに成り兼ねないものであり、これを是認することはできない」として退け、医師が説明を怠ったことによりAは「絶対的無輸血の意思を維持して医科研での診察を受けないこととするのか、あるいは絶対的無輸血の意思を放棄して医科研での診察を受けることとするかの選択の機会（自己決定権行使の機会）を奪われ、その権利を侵害された」と、本件における患者の自己決定権を医師の裁量による救命義務より優位に置いた。

この判決を受け、国及びYら医師は、生命の喪失に結果する選択につき患者の自己決定権の限界を主張して直ちに上告した。Aを継承していた夫等も付帯上告した。

#### 4. 最高裁判決<sup>3)</sup>

2000年、最高裁は双方の上告を棄却したが、その理由は次のようなものであった。

「本件においてY医師らが、Aの肝臓の腫瘍を摘出するために、医療水準に従った相当な手術をしようとすることは、人の生命及び健康を管理すべき業務に従事する者として当然のことであると言えることができる。しかし、患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない。そして、Aが、宗教上の信念からいかなる場合にも輸血を受けることは拒否するとの硬い意思を有しており、輸血を伴わない手術を受けることができると期待して医科研に入院したことをYらが知っていたなど本件の実事関係の下では、Yらは、手術の際に輸血以外には救命手段がない事態が生ずる可能性を否定し難いと判断した場合には、Aに対し、医科研としてはそのような事態に至ったときには輸血するとの方針を採っていることを説明して、医科研への

入院を継続した上、Yらの下で本件手術を受けるか否かをA自身の意思決定にゆだねるべきであったと解するのが相当である。ところが、Yらは、本件手術に至るまでの約一か月の間に、手術の際に輸血を必要とする事態が生ずる可能性があることを認識したにもかかわらず、Aに対して医科研が採用していた右方針を説明せず、同人及び被上告人らに対して輸血する可能性があることを告げないまま本件手術を施行し、右方針に従って輸血をしたのである。そうすると、本件においては、Yらは、右説明を怠ったことにより、Aが輸血を伴う可能性のあった本件手術を受けるか否かについて意思決定をする権利を奪ったものといわざるを得ず、この点において同人の人格権を侵害したのとして、同人がこれによって被った精神的苦痛を慰謝すべき責任を負うものというべきである」。

## II 二つの価値

### 1 生命の量

本件ではわれわれ人間として共に基本的だと思われる二つの価値の対立が問題になっている。そのうちの一つは生命それ自体の価値である。人間の命が尊いものであることは、この世に存在しているわれわれの根幹に関わることとして誰しも認めるところであろう。憲法第13条には「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求権に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」と規定されている。ここでの「生命に対する権利」は、「人の生物的生存それ自体を保障」<sup>4)</sup>したものとも考えることができる。実際、竹中勲によれば、13条後段の「生命に対する権利」に「生命を享受する自由ないし殺されない権利」が含まれると解されることについて憲法学説上異論はみられないとされている<sup>5)</sup>。とすれば、人間の生命の尊さは根源的なものであるという考え方が、この条項の前提に存することは明らかであるように思われる。

この価値に職業として直接関わるのが医師である。医師は、生命そのものに価値を認めその維持を図ることを使命とする。ヒポクラテスの「誓い」は医師の行動規範の根源ともされるが、それは次のようなものである。「……養生治療を施すにあたっては、能力と判断の及ぶかぎり患者の利益になることを考え、危害を加えたり不正を行う目的で治療することはいたしません。また求められても、致死薬を与えることはせず、そういう助言も致しません。……」<sup>6)</sup>。あるいは脳神経外科医として塚本泰司は、「生命をまもることは医

師の倫理、道徳の基本であると私は考えている。自分が手術を行い、必要な輸血を行わず、患者を死亡させるという事態は、医の倫理に反すると思うのであるが、患者の自己決定権はこの医師の倫理をも超越し強制されることが許されるものなのであろうか」と医師の倫理観と患者の自己決定の間で生じる戸惑いを吐露している<sup>7)</sup>。

生命それ自体の存続を「生命の量」<sup>8)</sup>と言い換えることができるならば、この生命そのものに価値を置くという考え方は「生命の量」を問題とするといえよう。判例におけるこれまでの考え方、あるいは世間一般の考え方は、何よりも「何とか命を助けられないか」という、生命を重視するものである場合が多いようである<sup>9)</sup>。本件において生命救助という使命に忠実であろうとした医師の主張する価値観がこれである<sup>10)</sup>。第1審判決はこの「生命の量」により重い価値を置いたものであった。第1審判決では、自己決定の意義は認められたが、いかなる場合でも輸血をしないと約束そのものが「生命の量」の価値に反するものであり、これを「公序良俗に反して無効」という判断をしたのであった。

## 2 「生命の質」

もう一つは、いかに生きるか（「生命の質」）ということに価値を認める考え方である。「エホバの証人」の信者である患者は、「生命の量」の価値を否定しているのではない。実際に治療して生きたいと思っているからこそ、入院し手術を受けたのである。しかし、「生命の量」よりも、自分の信仰する宗教に反する輸血をされてまで生きていたくないという生き方（「生命の質」）のほうにより重い価値を見出したということである。

「生命の質」に価値を置く考え方は、第一審判決に対する判例評釈にはっきりと示されている。たとえば、自己決定権の問題を日本で最初に包括的に論じたと言われる山田卓生<sup>11)</sup>は、インフォームド・コンセントの原理を取り上げ、「生命の質」の価値を主張して次のようにいう。

「生命こそ第一の価値ということをいえば、判決のいう通りかもしれない。しかし医療は、必ずしもいかなる手段をとっても患者を助ければよいというものではない。患者には、健康になる義務があるわけではない（一般的、特定の治療拒否権がある）、人為的な救命措置を拒否することもできる。それであるからこそ、インフォームド・コンセントがなければ、医師は患者への医療処置はできないとされるのである。し

たがって、いかなる場合にも輸血をしないでほしいということは、患者本人の真摯な意思に出たものである限りは、尊重されるべきものである。判決のいうように、危機的状況に至れば、患者の意思を無視してよいことになるのであれば、同意のない専断的医療処置になるのである」<sup>12)</sup>。

「生命の質」に価値を認め、これらの評釈と基本的に同じ立場にたち、「自分のライフスタイルについての患者の『自己決定権』及びこれに基づく治療拒否権と、人の生命という『対抗価値』の間で衡量をおこない、自殺・緊急治療といった特段の事情ある場合を除いて前者に優位性を認め」<sup>13)</sup>て出されたのが控訴審の判決である。樋口範雄は、控訴審判決を「患者の自己決定権を前面に押し出して損害賠償を認める初めての判決」であるとして、「画期的」と評している<sup>14)</sup>。手術に際し輸血を拒否することは、その意思において自殺とは明確に区別されるものの、人間の生命に直接結びついた究極の決定である点においては共通している<sup>15)</sup>。人間の生命という根源的価値と対抗する、あるいはその価値を結果的に否定しかねないこの究極の自己決定のほうを「初めて」積極的に認めたという意味で控訴審の判決は「画期的」なのであった。

続いて最高裁判決も「生命の質」の価値を重視し、控訴審判決を維持した。「患者の人格権侵害による不法行為責任」を全員一致で認めたのである。最高裁判決は、患者の自己決定権を「意思決定をする権利」と言い直し、それを「人格権の一内容として尊重されなければならない」とした。その上で、医師が説明を怠ったため、患者の「意思決定をする権利を奪」い、そのことによって患者の「人格権を侵害」したと結論づけたのであった。

なお、本件は宗教的理由による自己決定権に関する判決であるが、自己決定権については、宗教とは関係のない患者についても同様に認められるのかどうか問題となりえよう。これについて樋口範雄は、「医療に関する決定は自己決定権の中核をなすものであり、それが宗教者にだけ認められるとは考えにくい」と指摘している<sup>16)</sup>。その点で、控訴審判決で「人はいずれは死すべきものであり、その死に至るまでの生きざまは自ら決定できるといわなければならない」と自己決定権について述べられているのは特に注目される<sup>17)</sup>。

このようにもっとも論争的な生死の領域で<sup>18)</sup>自己決定権が、控訴審・最高裁によって法的な権利義務関係における実質的な権利として認められた意義は大きい。根源的な価値とも考えられる人間の生命そのものよりも、本人のどのように生きるか、という決定のほ



うに優位性が置かれたのである。この重要性はどんなに強調しても、し過ぎることはないように思われる。

しかしながら、そもそも何故二つの共に基本的だと思われる価値についての紛争が生じたのか。どちらも根本的な価値ではあるが、何故、患者側も医師側も自分たちの信じる価値に固執し、その価値を一方的に主張するだけなのか。結果的にどちらかの価値を選択することが唯一の解決策なのか。両方の価値を包含するような、より高次の価値ないし構想は存在しないのか。この困難な問いに答えようとするためには、まず最初にそれぞれの価値を正確に理解しておく必要がある。とりわけ、異なった領域でそれぞれ議論はされているものの、まだ明確な定義がなされているとはいえない自己決定権についての理解が必要であると思われる。

理解の仕方のアプローチとしては幾通りかの方法が考えられようが、以下では、自己について異なった理解が存在すること、どのような自己を想定するかによって自己決定権の理解にも大きな相違が生じると思われることから、「自己決定権」のうちの「自己」に注目し、まず法的権利義務関係における「自己」といわれる権利主体がどのような人間像を前提としているのか、この点を確認しておくことから始めたい。

### Ⅲ 自己決定権と権利主体

#### 1 前提とされる人間像

自己決定権のルーツの1つともされているのは、『自由論』で展開されたJ.S.ミルの考え方である<sup>19)</sup>。『自由論』において、ヨーロッパ近代市民法の基本原理である私的自治の原則の思想を背景に、ミルは個人の自由に対する社会的な統制には限界がある<sup>20)</sup>という主張のもとに次のように述べている。

「……文明社会の成員に対し、彼の意思に反して、正当に権力を行使しうる唯一の目的は、他人にたいする危害の防止である。彼自身の幸福は、物質的なものであれ道徳的なものであれ、十分な正当化となるものではない。そうするほうが彼のためによいだろうとか、彼をもっと幸せにするだろうとか、他の人々の意見によれば、そうすることが賢明であり、正しくさえあるからといって、彼に何らかの行動や抑制を強制することは、正当ではありえない」<sup>21)</sup>。

ベンサム功利主義的立場を継承するミルは、自らの利益は自らが最もよく知っており、自らの最良の判定者は自己であるとして、自己による自らに不利益な行為に介入しようとするパターンリズムを否定する。ミルは、「各人は、身体的であれ、精神的、霊的であれ、彼自身の健康の本来の守護者である。人類は、各

人が自分でよいと思う生き方をお互いに許し合うことによって、彼以外の他の人々がよいと思う生き方を彼に強いることによってよりも、ずっと大きな利益を勝ちうる」<sup>22)</sup>と述べるのである。

『自由論』でミルによって展開される思想（危害原理 (harm principle)）を担う主体は、自らの最良の判定者たる自由で独立した人間であり、「成熟した諸能力をもつ」<sup>23)</sup> 近代的人間である。近代的人間はヨーロッパ近代市民法の法主体とされたが、その人間像について、I.カントは次のように述べている。

「人間は、ましてや理性的存在者は誰であろうと、それ自身が目的自体として実存するのであり、ただあれこれの意志が任意に使用する手段としてだけ実存するのではなく、むしろ自分のすべての行為において、その行為が自分自身に向けられる場合も他の理性的存在者に向けられる場合も、いつでも同時に目的として見なされなければならない」<sup>24)</sup>。

カントによれば、他者の自由や所有権を侵害する者は、「他者が理性的存在者であって、いつでも同時に目的として、すなわち、同一の行為については自身もまた同一の目的をもつことができなければならない理性的存在者として、尊重されるべきこと」<sup>25)</sup>を考慮していないのである。このように近代的個人は理性的存在者であるが故に、各々尊厳を持った、理にかなった判断が可能な自律的な人格であると見なされている。

この近代的自律的個人像は、18世紀の人権観念に基礎されているといわれる日本国憲法の人権思想<sup>26)</sup>を理解するためにも有用である。すでに本稿で挙げた憲法第13条では、佐藤幸治によれば、「幸福追求権」は、「人格的自律の存在として自己を主張し、そのような存在であり続ける上で必要不可欠な権利自由を包摂する包括的な主観的権利」<sup>27)</sup>とされるが、さらに、幸福追求権の一部を構成する自己決定権は、「人格的自律権」<sup>28)</sup>と名づけられている。このように自己決定権の法主体として想定されているのは、人格<sup>29)</sup>として自律的に生きる人間である。また樋口陽一は、歴史的経緯から人権理念に前提されている人間像について次のように述べている。「……人権は自立して自律する個人をその担い手として想定している。身分的共同体の拘束から解放されたと同時にその保護からも放り出され——その意味で『二重に自由な』(doppelfrei) 諸個人が、それぞれに自己決定をする主体であり、自己決定の結果を自分自身に引き受けるという、強い個人を、想定している」<sup>30)</sup>。

法体系内で自己決定権といわれる場合、決定を行う人間とは各々自律した存在であり、理性的で合理的な

判断力のある強い個人が予定されているのである。しかし、実際に自己決定を行おうとする人間は、そのように自律した強い個人なのだろうか。このことをもう少し立ち入って考察するため、本件における患者の自己決定についてもう一度見ていきたい。

## 2 本件における患者の自己決定

まず、患者である本人は「正常な判断能力を有する成人であることは明らかである」<sup>31)</sup> から自己決定権を行使するについての支障は何もない。次に、本件の患者の自己決定において、もっとも関心を引かれる本人の意思決定の経過については残念ながら知ることはできない。事実経過で知り得るのは、患者および患者の周囲にいる人たちによる病院関係者に対する患者の決定した意思の表示である。

意思表示に関し患者本人は、常日頃輸血を拒否する旨のカードを携帯しており、当該病院に入院中も医師に輸血ができないことを述べている。本人の意思は終始一貫して明確で揺らぎがないようである。その上で、この意思表示過程で注意を引かれるのは、患者の家族と患者の属していた宗教団体の果たした役割についてである。進行事実を挙げてみれば、以下の通りである。

患者の長男は「エホバの証人」の信者であり、夫は信者ではないがその信仰を理解し意思を尊重していた。従来入院していた病院では輸血なしでの手術はできないといわれたため、東京大学医科学研究所附属病院に転医したが、その際「エホバの証人」の医療機関連絡委員会の委員にこの病院を紹介されている。この病院に転医の際、患者に付き添った長男が「母は30年間エホバの証人の信者で、輸血はできない」と述べている。また手術の前の説明会の際、長男は、輸血なしの手術結果について医師の責任を追及しないという免責証明書（本人とその夫の連署のある）を医師に差し出した。

これら一連の患者の意思表示の事実経過を通じて、本人の身近で本人が決定した事柄を実現するために協力者が果たした役割は本人にとっても大きいと思われる。また、本人の決定は「エホバの証人」の教えに根ざした本人の信念であり、当然に本人の強い意思があったことは推定できるが、しかしそもそも本人の意思決定にあたって、教団の思想が本人に影響を与えたであろうと考えることができる。このように考えれば、事態は必ずしも本人のみの強い意思だけで進行していたとも見えないようである。だが、本人の協力者としての他者の影は本件だけに見られるものでもない。

この他者の影は、やはり輸血拒否に関する1985年に

生じた、交通事故に遭った10歳の少年の事件にも確認できる。その少年の両親が「エホバの証人」の信者であることから、両親は信仰上の理由のために少年の輸血を拒否し、少年は事故の4時間後に死亡した。この事件を論じている山田卓生は、「エホバの証人」による「輸血拒否の根拠は、理をつくした、ある意味では説得的なものであり、決して、狂信的なものではない」<sup>32)</sup> として、両親の意思決定について考察する。山田によれば、まず、子供の意思が明確でないところから、もし子供も信仰を持ち、自らも輸血を拒否していたならば、親の拒否は正しかったことになる。次に、親による輸血拒否が子の意思を顧慮するものでない場合、たとえば子に輸血されることにより自らの信仰が侵害されるものと考えた場合、子の信仰も親の信仰に合致するものであってほしいと願うこともあり得るとする。さらに、信仰を同じくする人に対し、自分の子に対してさえ輸血を拒否することで、自らの信仰を貫いたという証を示した可能性もあるとする。山田によれば、親は医師団の説得により、「一時輸血をするつもりになったが、信者の説得により、やはり拒否したと伝えられる。また、死亡した子の葬儀においては、両親をたたえる拍手さえなされたという」<sup>33)</sup>。

この事件に医師として直接かかわった聖マリアンナ医科大学の三好邦達は、輸血の必要性を強調して総勢30人余りの医師が処置と説得にあたり、さらに警察官まで説得に加わったが、納得が得られなかった、と述べる。三好はその理由として、「家族以外の他人」の存在を挙げる。「両親に説明し、何とか納得してもらえそうになっても、両親は仲間の信者と相談のうえ、また拒否となる繰り返しがあった」からである。結局、「説得と拒否の繰り返しが数時間に及び、異様な雰囲気となった」<sup>34)</sup> とされる。この事例において、両親の子に対する輸血拒否の決定は、他の信者との関係の中で下されたようにさえ思われる。

意思決定に際し、この他者との関係にも触れているのは、アメリカにおける「エホバの証人」の輸血拒否事件を考察した矢崎光圀である。矢崎は次のように述べている。「彼女（患者）はある信仰団体に所属していた。夫もそうである。夫は……その団体に電話した上で、最終的に輸血をことわっている。このことは何を意味するだろうか。私人、個人といっても、実際にはたえず他人と、または家族を含めて何らかの社会集団とかかわっているのではないかということ、個人の対社会的関係についてはいうまでもないが、私人が自分でキメる、自己決定をするといわれる——ある意味ではプライバシーの——範囲内にも、時に、右のよ

うな影響関係があるのではないかということ、であろう（（ ）内は平田）」<sup>35)</sup>。矢崎が述べるように、本人の死に直接かかわる最も私的な領域の自己決定といえども、意思を決定する過程で周囲の人々との関係に大きな影響を受ける場合はあり得ると思われる。

これらは宗教上の信念に基づく意思決定であるが、広く自己決定全般に目を向けると、他者の影響を考慮に入れたものとして、パターンリズム研究でわが国でも高い評価を受けているジェラルド・ドゥオーキンの自律（自己決定）論<sup>36)</sup>がある。ドゥオーキンは、自律を「第一次的な選好、欲求、願望等を批判的に反省する人間の第二次的能力、より高次の選好や価値の観点からこれらを受け入れる、ないし変更しようとする能力」<sup>37)</sup>と考えるが、この第二次的な反省は手続き的独立性（procedural independence）を必要とする。つまり、ある評価がその人自身のものであると見られないようなやり方での（催眠術下での暗示、操作、強制的説き伏せ、サブリミナルな影響等による）影響を受けてはならないのである<sup>38)</sup>。しかしドゥオーキンによれば、これらの要請が侵害されないなら、たとえ他者の言うことを受け入れたとしても、自律的なのである<sup>39)</sup>。

自己決定と他者との関係をめぐって哲学者鷺田清一は、さらに一歩進め次のように論じている。すなわち、自己決定とは自律した主体を前提にするが、それを形式的にとらえと、自己完結し、自己制御し、自己対象化するといった、人間の自己を閉じたシステムとして考えることになる。人間の自己とはそういうものではあり得ないということこそ、考えなければならない。自己決定とは他者との関係において考えなければならない、と<sup>40)</sup>。ドゥオーキン及び鷺田に依拠して人間の自己を孤立した閉じたシステムではなく、他者に向かって開かれていると考えるならば、自己決定は他者に向かって開かれた決定でなければならないだろう。このように自己決定を考えるなら、その場合の人間像は他者との関係の中にある存在と見ることもできよう。

しかし、法体系内における自己決定「権」がその基礎に置いている人間像は、独立し自律した存在である。自己決定が権利となった途端、その権利主体である人間像を別様に想定するのは整合的ではないように思われる。では、この場合、自己決定における自己と自己決定「権」における権利主体としての自己をどのように捉え直す可能性があるのだろうか？

近年、法的体系が予定している自律的な強い人間像を批判する立場から、社会的つながりや他者との関係を法律論に取り入れる試みがなされている。その試

みには、共同体論やフェミニズム法学などからの流れがあるようであるが<sup>41)</sup>、本稿ではその中でフェミニズム法学の理論的基礎付けの1つである、発達心理学の領域で提唱されたキャロル・ギリガンの「ケアの倫理（ethic of care）」<sup>42)</sup>をまず取り上げ、次にフェミニズム法学者マルタ・ミノウの論じる「関係性」についてその構想をみていきたい。

### 3 ケアの倫理

従来の人間の倫理的発達の支配モデルは、個人の自律性と、万人の権利を平等公正に尊重する普遍主義との確立を、倫理的発達の頂点と見なす<sup>43)</sup> コールバークなどの理論に依拠してきた。しかしギリガンは、コールバークの発達モデルは男性を中心にした理論であり、女性には男性とは異なった発達段階があるとする。ギリガンは、その著書『もうひとつの声』<sup>44)</sup>の中でコールバークの支配モデルに対し、道徳上の諸問題をめぐる語り方や、他者と自己との関係を述べる様式に2種類の様式がある<sup>45)</sup>ことを主張したのである。すなわち、従来の支配モデル「正義の倫理（ethic of justice）」と「ケアの倫理（ethic of care）」である。

ギリガンは、いわゆる「ハインツのジレンマ（自分で買うことのできない高価な薬を、妻の命を救うために盗むべきか否か）」という道徳的ジレンマから二つの倫理の違いを明らかにする。まず、このジレンマの解決を求められた少年ジェイクは、薬屋の「財産」より妻の「生命」のほうが価値において論理的な優越性を持っていることから、ハインツは薬を盗むべきであるとの結論に達する。ジェイクにとって道徳的ジレンマとは合理的に導き出され、誰が考えても同じ結論になる「人間に関する数学問題のような類のもの」である<sup>46)</sup>。

ジェイクの思考方法に表れた、形式的・抽象的な思考で権利の優先順位を定める「正義の倫理」に対し、少女エイミーはこのジレンマに人間関係の物語を見る。エイミーの思考過程は次の通りである。ハインツは盗んではいけないが、そうすると妻が死んでしまう。しかしハインツが薬を盗み、監獄に行くことになれば、妻の心労が重なりさらに病気が重くなるかもしれない。その結果、エイミーは、ハインツは薬を盗むのではなくて、皆に相談して薬を買う金を工面する方法を考えるべきだと答える。エイミーは、この社会を独立した人々によって構成された規則から成る社会というよりむしろ、人々のつながりから成る社会と考えているのである<sup>47)</sup>。

エイミーの思考に特徴づけられる「ケアの倫理」と

は、互いに依存しあう人間関係についての心理的な論理である<sup>48)</sup>。たとえば、個人が他者と関係を結ぶ場合、その関係は形式的で抽象的なものではなく、そこには互いを思いやるという具体的な人間関係へのケアが存在するはずである。「ケアの倫理」を支える基盤は、コミュニケーションを手段として人々の関係性や結びつきを認識することである。「正義の倫理」が、自己を他者から分離した自律の主体として捉える人間観の上にたって<sup>49)</sup>、具体的状況における人間関係への依存を捨象し、平等の権利を尊重し、競合する諸権利を不偏公正に調整することを可能にするのに対し、「ケアの倫理」は人々の相互関係の絆を強めることを可能にする<sup>50)</sup>。「ケアの倫理」<sup>51)</sup>は、他者との関係の世界に自己を組み入れることであり、その時々具体的な文脈の中で他者との相互関係を重視することであって、そのためにはコミュニケーションに支えられた相互のネットワークを活性化することが必要となるからである。

#### 4 ミノウの関係性の論理

ギリガンによって提唱された発達心理学における「ケアの倫理」は、法学領域でも大きな影響を与えたが、上述したように特にフェミニズム法学理論の基礎部分を構成することとなる。ハーバード大学教授のマルタ・ミノウはフェミニズム法学理論の特徴として、(1)研究者の物質的歴史的見方が、どのように見られるもの・理解されるものを感化し作り上げるのか、という意味で知る者と知られる者との間の関係を研究、表現する、(2)独立した部分ではなく全体と関係性を追及する、(3)自律した人々よりも人々間の関係性を熟考する、(4)文脈から離れた抽象的一般的規則への疑念を表明し、文脈と特殊性の重要性を考慮する、という四つを挙げる。そしてミノウによれば、ギリガンの研究は「これら四つの関心事をすべて例証している」<sup>52)</sup>のである。

では、ミノウ自身は自己決定権を有する自律した権利主体についてどう考えるのか。まずミノウは、「伝統的な法的規則は、各個人と他者との間には明白で認められ得る境界が存在することを前提とする」<sup>53)</sup>ことに注意を促す。たとえば、司法システムにおいては、当事者は互いに境界づけられた対立する論拠を主張して争い、判事は公平の観点から教義が適用されるかどうか、事例が法令や規則の範囲内にあるかどうか、事例と先例が一致するかどうかを決定するというように、システム化された法的社会では、それぞれの領域で諸個人間ないし個人対社会の境界づけが親和的なのである。その結果、この法的な一般的な境界づけが自

己と他者、正常なグループと異常なグループとの区分化を生むことになる<sup>54)</sup>。

しかしながらミノウは、区分化を生むこの境界という概念は、実は境界線によって分けられた二つの面の関係や、境界を認識する人々間の関係に依存していると考える。境界の前提条件は人々の関係性であるし、人々の間で境界づけられた法的規則も社会的同意や共同体の意識を拠りどころにしているのである。そこでなされるべきは、境界と関係性との間の選択ではなく、どのような種類の境界や関係性を構成し実施するのかという問いなのである<sup>55)</sup>。

ミノウは自律についても境界と関係性から考えようとする。すなわち、諸権利を担う自律的な個人（法的権利主体）が成立する前提とは、個人と社会との境界を定義し、あるいは定義し直すことに共同体が応じることだと述べて、自律も文化的言語的共同体の創造物であることを導き出す。というのも、社会的境界であれ心理的境界であれ法的な境界であれ、境界は自然には存在せず、人々によって作り上げられ、作り直されるからである。その意味で、自律は相互関係によって成り立つのである<sup>56)</sup>。

以上のように、ミノウは「自律の前提としての関係性」<sup>57)</sup>を述べるが、しかしそのために権利を否定するわけではない。そうではなく、権利を関係性の中に内包するものとして位置づけるのである。というのも、自律を前提にする権利概念は、自律がそうであるように、人々間の境界の社会的共同的構成を頼りにする。権利を行使することは、個人の権利を認めそれを実施する周囲の人々や共同体を前提とするのである。たとえば、法廷を個人の権利を求める争いの場としてではなく、権利についてのその時々で変化する境界づけの場と考えるのである。境界は人々の関係性から形成されるものであって、固定されたものではない。法廷は、境界をその都度変更可能にする場なのである。そこでは、権利はそれぞれの状況の文脈の中で境界を再定義する契機として働く。文脈に沿った「意味を表現する言語としての権利 (rights as a language for expressing meaning)」<sup>58)</sup>ないし「共有する対話の道具としての権利 (rights as tools of communal dialogue)」<sup>59)</sup>という考え方である。ミノウは権利を関係性との関連で再構成しようとするのである<sup>60)</sup>。

ミノウに依拠すれば、本件における第1審と控訴審との判決の相違は、それぞれの権利についての境界づけの相違から生じたものと考えることができよう。また、権利を人々の対話の道具と考えれば、自己決定権を行使する自律的な権利主体も自己完結した枠組みで

はなく、社会的共同体的な関係性の枠組みの中で捉えられるし、他者に向かって開かれていることになる。

### おわりに

ギリガンとミノウの所論によって足早に関係性の論理を見てきたが、近代法の構成要素たる抽象的自律的個人という「部分」に注目するのではなく、社会「全体」に目を向け、周囲との関係の中にある具体的な人間という観点で法的権利義務関係を見直せば、自己決定権が前提にする自己決定能力のあるなしでの固定した境界線の必要性は、なくなるであろう。その結果、自己決定権を行使する主体は、固定した境界内で自己を制御しつつ権利を主張する強い個人（人格）である必要はなく、他者との連帯関係によって互いに支え合う、弱くてもよい存在として捉え直され得よう。その意味では、自己決定権の理解のための出発点は確認できたと思われる。

本件においても、患者対医師という相対する二つの立場ではなく、患者を含む周囲の関わりとして一つの共同体と考え<sup>61)</sup>、患者の自己決定と生命の価値とをどのように考えるか、互いに対話を繰り返しながら皆で考えていこうとする、そうあってこそ患者・医師間の信頼関係も築かれることになろう。そのためにも、インフォームド・コンセントを医師の説明義務と見なすのではなく、関係者によるコミュニケーションの一過程と捉えるべきであろう<sup>62)</sup>。障害者や高齢者まで射程に入れた常に「強い」とはいえない多くの人々が法主体として自律するという意味は、他者の援助を含めた相互関係のなかで生きるということに他ならないからである。

### 註

- 1) 東京地判平成九年三月一二日判タ九六四号八二頁
- 2) 東京高判平成一〇年二月九日判時一六二九号三四頁、判タ九六五号八三頁
- 3) 最判平成一二年二月二九日民集五四卷二号五八二頁、判時一七一〇号九七頁、判タ一〇三一号一五八頁
- 4) 土井真一：「生命に対する権利」と「自己決定」の観念。公法研究，No.58, 92, 1996。土井は「生命に対する権利」の根源性について、「もし何らかの意味で「権利」なるものを人に認めるとするならば、およそ「生命に対する権利」を否定することはできない。なぜなら、「生命に対する権利」が人の生物的生存それ自体を保障する権利である以上、その否定の上に他の権利の保障を説いたとしても、それは

空中に楼阁を築くに等しいからである。日本国憲法もまた、「生命に対する権利」のかかる根源性を承認しているように思われる」と述べる。

- 5) 竹中勲：安楽死と憲法上の自己決定権。法学教室，No 199, 83, 1997。ただし、竹中によれば、「生命に対する権利」には「生命を享受する自由」のみを意味するのか、それとも「生命を享受しない自由」をも包摂するのかについては慎重な検討を要するとされる。この点について参照：土井真一：「生命に対する権利」と「自己決定」の観念。(前掲注(4)), 92 - 102
- 6) 大槻真一郎編・翻訳責任：ヒポクラテス全集。第1巻，581，エンタプライズ，東京，1985
- 7) 塚本泰司：医療と法—臨床医のみた法規範—。20，尚学社，東京，1999。この書は医師の立場から、インフォームド・コンセント並びに自己決定権あるいはパターナリズムについて考察したものであるが、その中で塚本は次のように述べる。「例えば片肺の患者に全身麻酔を行うその場面で患者に『麻酔は絶対大丈夫ですか』と質問されたとする。手術場で緊張する患者に『あなたには10分の1の生命の危険があります』と言えるであろうか。医師には患者の安寧を維持する義務もある。ここで『大丈夫だから安心して眠ってください』と返事する麻酔医をだれが非難できようか。このようなときに患者の安寧を考え、嘘をつくことも一つのパターナリズムであろう」(12)。
- 8) 矢崎光圀「医療をめぐる法と倫理」では、アメリカにおけるエホバの証人輸血拒否裁判に関し、本稿での「生命の質」をgood lifeあるいはquality of lifeと、「生命の量」をactual lifeまたはquantity of lifeと表現する。矢崎光圀：医療をめぐる法と倫理。唄孝一編，医療と法と倫理，67-68，岩波書店，東京，1983
- 9) 山田卓生によれば、交通事故を起こした子供の両親が「エホバの証人」の信者で子供の輸血を拒否したため、子供が死亡した事件（1985年）で、新聞読者の意見のほとんどすべての論調が前提するのは、「何とか助けられなかったかという、生命尊重の考え方」であったという。山田卓生：信仰上の輸血拒否と医療。ジュリスト，No 843, 87, 1985
- 10) 新美育文は、「医師側は、生命の尊厳を主たる根拠に、そのような自己決定権の行使は自殺の意思決定と同様、公序良俗に反するとした。この主張は、生命に至上の価値を認めるという、おそらくはわが国社会の多数者が持つ価値観を公序良俗という民法上の概念の下に患者に押しつけようとするものであり、パターナリスティックなものである」と述べる。



- 新美育文：《「エホバの証人」輸血拒否事件》生命か信仰か。法学教室，No 248，14，2001
- 11) 山田卓生：私事と自己決定。日本評論社，東京，1987
- 12) 山田卓生：輸血拒否患者への無断輸血と不法行為責任。法学教室，No 202，123，1997。また、第一審判決の判例評釈のうち新潟大学の西野喜一の「生命の質」についての言及は以下の通りである。「どんなことをしてでも長く生きたいと思う人がある反面、例えば、四肢を失ってまで、他人の臓器を移植してまで、危険性の高い手術をしてまで、いわゆる植物状態になってまで、いわゆるスパゲティ状態になってまで、生きていたくはない、と考える人はいくらでもいるであろうし、そう実践してきた人もいくらでもいるであろう。重要なことは生命それ自体ではなく、生き方或いは生命の質である、ということ、即ち、自分の望むような生き方ができない場合には、もはや生命ということだけ、或いはその単純な延長ということに最高の価値を置くことはできないということは既に多数の市民の認識になっている……。そして、どのような生命の質に高い価値を認めるかということ、換言すれば、どのような生き方に生きがいを見いだすか、ということは本人しか決められないことであり、法はそれぞれの選択を尊重すべきものではなかろうか。……即ち、ここでの問題はあくまでも生き方なのであって、生を終えることそれ自体に意味や目的があるのではないということである」。西野喜一：宗教的理由による輸血拒否と専断的輸血。判例タイムズ，No 955，103-104，1998
- 13) 潮見佳男：「エホバの証人」信者輸血拒否訴訟事件。ジュリスト'00重要判例解説，No 1202，68，2001
- 14) 樋口範雄：輸血拒否患者への無断輸血と自己決定権の侵害。法学教室，No 215，108-109，1998。駒村圭吾は、「生命の損失にかかわる自己決定権に明確に言及し同権利を積極的に承認したのは本判決が初めてと思われ、その意味で本判決は極めて注目すべきものである」と述べる。他方、手嶋豊はイギリスやカナダ・アメリカなど多くの国で宗教的理由により輸血拒否をすることを基本的に認めていることから、「わが国でもこうした世界の流れと結論的には同様のものが出されたということになろう」と世界におけるわが国の位置づけを行っている。駒村圭吾：自己決定権と輸血拒否。別冊ジュリスト平成10年度重要判例解説，11，1999。手嶋豊：判例評論。判例時報，No 1649，220，1998
- 15) たとえば、山田卓生は1985年の事件に関し、「出血のため死の瀬戸際にある場合には輸血は、残されたほとんど唯一の手段であろう。その輸血を信仰上の理由で拒否するというのは、医師にとっては手足をもがれたのに等しい衝撃であろう」と、死に直接結びつく輸血拒否にも言及する。山田卓生：信仰上の輸血拒否と医療，（前掲注（9）），89-90
- 16) 樋口範雄：「エホバの証人」最高裁判決。法学教室，No 239，44，2000。なお、最近のアメリカの判例では輸血拒否権の根拠に信教の自由を掲げず、患者に対して認められる治療についての自己決定権、そしてそこから引き出される治療拒否権に求めるようである。丸山英二：宗教上の理由による輸血拒否とアメリカ法。法学セミナー，No 446，11，1992
- 17) 控訴審判決について手嶋豊は「…判決では宗教的理由に基づいて輸血を拒否する場合と、自己の信念に基づいて行動することとが同様に扱われている。これは信教の自由の観点からではなく自己決定権という見地で眺める近時の傾向に沿うものではあるが、そのため、拒否の理由が宗教上のものであるかどうかにかかわらず、本人自身の選択の結果としての最終的な自己決定があったかどうか問題にされているとも理解できる」と述べている。手嶋豊：判例評論。前掲注(14)，221
- 18) 駒村圭吾：自己決定権と輸血拒否。前掲注(14)，11
- 19) 平田常子：任意後見制と法。近畿福祉大学紀要，Vol. 1，16，2000
- 20) J. S. ミル 早坂忠訳：自由論。世界の名著38 ベンサム/ミル，215・219，中央公論社，東京，1973
- 21) 同上224-225
- 22) 同上228
- 23) 同上225
- 24) Kant, I.: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. 78, Philipp Reclam, 1970 (平田俊博訳：人倫の形而上学の基礎づけ。カント全集7, 64, 岩波書店，東京，2000)
- 25) Ibid. 80 (同上 66-67)
- 26) 樋口陽一、佐藤幸治、中村睦男、浦部法穂：注釈日本国憲法上巻，223・246(佐藤幸治執筆)，青林書院新社，東京，1984。また、佐藤は日本国憲法の基本的人権を論じて、ミルの『自由論』に言及し、ミルの危害原理は「人権の制約を考える際の出発点をなすものと解される」と述べる。佐藤幸治：憲法〔第三版〕。400，青林書院，東京，1997
- 27) 佐藤幸治：憲法〔第三版〕，（前掲注(26)）445
- 28) 同上459
- 29) 「人格」(person)とは何であるのか、について佐藤幸治は、神学者ボエチウスの定義、「ペルソナ(persona)とは、理性的本性を持つ個的(自立的)実体である」を



- 引いて、「理性的本性ということと個的(自立的)実体ということの2つが含まれていることに注目しておきたい」と述べている。樋口陽一、佐藤幸治、中村睦男、浦部法穂：注釈日本国憲法上巻(前掲注(26)), 259
- 30) 樋口陽一：人権, 50, 三省堂, 東京, 1996。このことについて樋口は、(1)強い個人になれるのか、(2)本当に強い個人でよいのか、(3)弱者の人権はどうなるのか、と疑問を投げかける(50-64)。
- 31) 西野喜一：判例タイムズ(前掲注(12)), 99
- 32) 山田卓生：信仰上の輸血拒否と医療, (前掲注(9)), 89
- 33) 同上89
- 34) 三好邦達：輸血拒否—医学の立場から—。法学教室, No 136, 46, 1992
- 35) 矢崎光圀：医療をめぐる法と倫理。(前掲注(8)), 63
- 36) ドゥオーキンは、自律の本質を自己決定と見なしている。Dworkin, J.: The Theory and Practice of Autonomy. 9-10, Cambridge University Press, Cambridge, 1988 ドゥオーキンの自律論については、服部高宏：「自律」概念とパターナリズム—ジェラルド・ドゥオーキンの見解を手がかりに—。岡山大学法学会雑誌, 49(3/4), 345-389, 2000
- 37) Dworkin, J., op.cit., 20
- 38) Dworkin, J., op.cit., 18
- 39) Dworkin, J., op.cit., 21
- 40) 鷺田清一、浜田寿美男：自己の余白に。現代思想, 26(8), 249-250, 1998
- 41) たとえば、田中成明：転換期の日本法。46-47, 206-209, 岩波書店, 東京, 2000。共同体論の諸相について、井上達夫：現代の貧困。124-129, 岩波書店, 東京, 2001。フェミニズム法学について、高井裕之：関係性志向の権利論・序説(三・完)。民商, 99(5), 41-45, 1989
- 42) ケアの倫理については、さしあたり、川本隆史：現代倫理学の冒険。第5章, 創文社, 東京, 1997。森村修：ケアの倫理。第2章(特に95-116), 大修館書店, 東京, 2000。服部高宏：法システムと「思い遣りの倫理」。人間の尊厳と現代法理論(ホセ・ヨンバルト教授古希祝賀), 589-596, 成文堂, 東京, 2000
- 43) 井上達夫：現代の貧困, (前掲注(41)), 130
- 44) Gilligan, C.: In a Different Voice—Psychological Theory and Women's Development. Harvard University Press, Cambridge, 1996(岩男寿美子監訳：もうひとつの声—男女の道徳観の違いと女性のアイデンティティー。川島書店, 東京, 1986)
- 45) Gilligan, C., op.cit., 1(邦訳xi)
- 46) Gilligan, C., op.cit., 25-27(邦訳39-44)
- 47) Gilligan, C., op.cit., 27-29(邦訳44-48)
- 48) Gilligan, C., op.cit., 30(邦訳49)
- 49) 川本隆史：現代倫理学の冒険。68, 創文社, 東京, 1997
- 50) 井上達夫：現代の貧困, 前掲注(41)), 131
- 51) なお、「ケアの倫理」は男女の役割の固定化に導きかねないと批判される場合もあるが、ギリガン自身は「ケアの倫理」は女性に特有の倫理観であるというように、性差に固定化することに対し、注意を促している。Gilligan, C., op. cit. 2(邦訳xii-xiii)
- 52) Minow, M.: Making All the Difference, Inclusion, Exclusion, and American Law, 193-198, Cornell University Press, New York, 1991 ミノウによれば、フェミニスト法学理論はさらに「その特徴として男女間の過去の関係における衝突・権力・支配・抑圧に焦点を合わせる」傾向がある(198)。ミノウの本書の紹介としては、大江洋：権利と関係性。立教法学, Vol.53, 149-178, 1999
- 53) Minow, M., op.cit., 7
- 54) Minow, M., op.cit., 7-9
- 55) Minow, M., op.cit., 10-11
- 56) Minow, M., op.cit., 299-301
- 57) Minow, M., op.cit., 300
- 58) Minow, M., op.cit., 308
- 59) Minow, M., op.cit., 302
- 60) Minow, M., op.cit., 299-311
- 61) 唄孝一は、医師と患者の家族の果たす役割について次のように述べる。医療という職業は「生命の再生産に直接に貢献するという意味では、職業的秩序の外にある家族による再生産と共通のものがある。……その共通点の1として、両者ともに限りある弱い存在である人間を少なくとも一方当事者としているという点がある。つまり、心についても肉体的についても配慮し、ケアし、手当てするというところにこそ、人間の交わりを見るならば、家族と、そして非日常的な医療は、人間の交わりの双壁である」。唄孝一：家族と医療・序説。唄孝一・石川稔編、家族と医療—その法学的考察—, 3。弘文堂, 東京, 1995
- 62) 日本医師会生命倫理懇談会による「『説明と同意』についての報告」(平成2年1月9日)は、「説明と同意」の本質を「医師と患者の信頼関係の基礎を築く上で必要な原則」であること、と述べる。日本医師会生命倫理懇談会：「説明と同意」についての報告。ジュリスト, No 950, 149, 1990