

# AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

医学哲学 医学倫理 (2006.10) 24号:55～63.

バイオエシックスにおける「個別」と「普遍」という問題 文化人類学からの  
一試論

松岡悦子

# バイオエシックスにおける「個別」と「普遍」という問題

## ——文化人類学からの一試論——

The Issue of Particulars and Universals in Bioethics :

Some Ideas from Cultural Anthropology

旭川医科大学 松岡 悦子

Asahikawa Medical College MATSUOKA Etsuko

### *Abstract:*

How philosophy and social sciences are reconcilable in the field of bioethics has long been a disputed theme. The former tries to find universal values among different human beings, believing there should be, whereas the latter presupposes diversity of values and morals among the different people of the world. The notions of informed consent and autonomy in bioethics, originating in the US, have now been disseminated to other parts of the world. But are they to be applied universally to every moral situation and to all people who have notions of family, community, illness etc quite apart from those in the west?

This paper provides criticisms from social scientists toward traditional bioethics, saying that it fails to provide social and cultural contexts surrounding ethical dilemmas. If bioethics is to be seen as providing health care ethics based on “universal” human values, it should also accommodate the particular values and needs of those who have been underrepresented up until now. One way to mediate between a particular human culture and a universal ethical framework would be to employ ethnography as a means to reflect upon its own cultural assumptions and eventually fill in the gaps between cultural particulars and universal human values.

### I. 個別と普遍のせめぎ合い

普遍的なものをめざす哲学や倫理学と、相対性を前提とする文化人類学や社会学とは、バイオエシックスの分野でどのように折り合いをつけられるのだろうか<sup>1)</sup>。人類共通の普遍的な原理や価値があると考える哲学や倫理学に対して、文化人類学や社会学は人々の考え方や価値観、社会のルールは文化によって異なるものだと考えている。たとえば、現在のバイオエシックスで重要な概念とされているイン

フォームド・コンセントやオートノミーは、アメリカ生まれの概念と言われながら、あたかも普遍性があるかのようにどの社会や文化にも適用可能であるとされることは望ましいことなのだろうか。バイオエシックスという学問の熟成と普及に伴って、これらの概念はアメリカや西欧以外の地域にも紹介されることになるが、それらの地域のローカルな現実とこのアメリカ生まれの概念との間には齟齬が生じることになるだろう。そしてそれらが重要な概念や倫理的な行為とされればされるほど、人類に普遍的に

適用される方向性を持つことになるが、果たしてそこで指向される普遍性は、人類全体を視野においた普遍性を意味するのだろうか。人間は自分の行動に普遍性があると思いがちだが、普遍と見えるのは、自らが属する文化の個別性が見えていないからにすぎないことを文化人類学は明らかにしてきた。人類が、文化だけでなく年齢、性別、人種などさまざまな差異をもって生きる以上、この普遍と個別の問題は、人類にとって常にジレンマとなる課題であったと言える (Fernandez [1990]; Renteln [1998]; Shweder [1990])。バイオエシックスが発展するにつれて、普遍と個別のぶつかり合いとその解消という課題は、現実のさまざまな局面で今後ますます問題性を帯びてくるであろう。

本論は、インフォームド・コンセントやオートノミーを例にとり、それが多様な文化に適用される際の問題点を記述し、バイオエシックスにおける「普遍」と個別の文化との橋渡しの方法を模索する。そして結論として、ある概念を普遍的なものとして個別の文化に優越させることには十分に慎重でなければならないが、その一方で個別と普遍の両方を視野に入れて、個別から普遍をめざす方向性が重要であることを述べる。

## II. ローカルな場におけるインフォームド・コンセント

まず、筆者が文化人類学的な調査をする際に出会った体験から始めたい。筆者は病院で参与観察をさせてもらうために、病院のスタッフや患者から調査許可をもらわねばならない場面が何度かあった。その時に交わされた多様な対応について以下に紹介する。

まず、イギリスのロンドンの病院で、出産に立ち会わせてもらいたいと頼んだときに、その場のスタッフは、私に産婦のところへ直接行って、自分で説明をして立ち会いの許可を得るようと言った。私は産婦と直接交渉して、入室を許可されることもあれば、そうでないこともあった。同じような場合に、日本の病院では産科の看護師長が私の依頼に応じて個々の産婦に説明し、それで許可が得られれば私の立ち会いが認められた。日本では私自身が産婦に説明したり、許可を取ることはなかった。インド

ネシアのジャワ島の施設では、私はあたかも医療スタッフと同じであるかのように、助産師や医師といっしょに部屋に入って行き、患者から事前の許可をとることはなかった。患者に対して、私が何者で、どういう目的で見学しているのかの説明はとくになされなかったが、私と通訳は患者の部屋に入ってから、自己紹介をして目的を告げた。また中国の病院で、産婦に面接調査をする計画を立てているときに、医師に助言を求めたところ、医師は次のように述べた。「中国の患者に対して、これは調査だからと説明して同意をもらい、さらにわずかであっても謝礼を手渡すと言うと、患者は不信感をもつ。だから調査だということは言わずに、病院のルーチンの作業だと言って、質問に答えてもらった方がいい。」

以上は、四つの国で調査許可を得ようとしたときのやりとりについて、倫理的判断を抜きに記述したものである。このような多様なやりとりをめぐって、文化人類学では相対主義的な態度をとり、それぞれの対応は個別の文化に根ざしたもので優劣や善悪の判断の対象としないのが通常であった。それぞれの国や地域にはローカルなモラルやローカルなインフォームド・コンセントの取り方があり、その間に優劣をつけられないと考えるのである。だが、果たして普遍性を持つべく考えられたインフォームド・コンセントに関しても、そのように相対主義的な態度で臨むのが適切なのであろうか。少なくとも従来のバイオエシックスにおいては、インフォームド・コンセントやオートノミーを、地域によってやり方が異なる相対的な概念だとは見なしてこなかったはずである。ここで述べた4カ国のインフォームド・コンセントのやり方を、どれもインフォームド・コンセントが成立し、患者のオートノミーが尊重されたものと見なしてよいのだろうか。もしこの4つのどれかは、バイオエシックスの観点からは、インフォームド・コンセントが成立したとは言えないとするのならば、文化人類学がそのいずれをも個別のインフォームド・コンセントとして許容することは、インフォームド・コンセントのあるべき姿や、オートノミーを根幹と考えるバイオエシックスのあり方を大きく揺るがすことになる。

しかし近年アメリカにおいても、社会科学的な参

と観察を用いた調査によって、現実の臨床の意志決定場面において、インフォームド・コンセントやオートノミーを重視するのは白人の中産階級の人たちであり、他の人々はそれほどオートノミーを重視していないことが言われるようになってきている。つまり、白人中産階級の考え方がバイオエシックスの学問に大きく反映されており、彼らの考え方がこれまでのバイオエシックスを作り上げてきたというのである。この見方に従えば、バイオエシックスはアメリカの中でも一部の人々の考えを代表したものであり、白人中産階級に属さない人々の考え方は無視されてきたことになる。なおのこと、インフォームド・コンセントやオートノミーを普遍的な概念や手続きと見なすことの妥当性が問題としてとりあげられることになる (Jennings [1998])。次節では、従来のバイオエシックスに対する社会科学からの批判のいくつかを例としてあげたい。

### Ⅲ. バイオエシックスへの社会科学からの批判

これまでのバイオエシックスは、哲学者や倫理学者を中心に形成され、普遍的と思われる原理を見いだすことに重点が置かれてきた (Marshall [1992])。そこではあたかも自然の法則を見いだすかのように倫理の法則を見だし、それに基づいてあるべき意志決定がなされるべきだとされていた (ビーチャム & チルドレス [1997])。それに対して社会科学者は、エスノグラフィーや参与観察の手法を用いて、現実の意志決定の場面を観察し、それがどのように行われているかを記述して、バイオエシックスの理論では見えてこない意志決定の側面を照らし出している (Jeralemon [1999])。

例えば、社会学者の DeVries は、医療場面における意志決定を観察したエスノグラフィーから、意志決定はそれが行われるときのコンテキストに依存していると述べている。彼は、Anspach が NICU で行った調査を紹介し、医療スタッフが患者から同意を得る際には二つのモデルが用いられていると述べている。一つは、インフォームド・コンセントモデルで、それは新生児の親が意志決定に積極的に参加するタイプであり、もう一つはアセント (提案に同意する) モデルで、医療スタッフが結論を決めた

上で親から同意を得るタイプである。このモデルでは結論はそれしかないかのように筋書きが作られ、説明の際の「医学的な事実」もそれに応じて語られる。そして現実には、アセントモデルが用いられることの方が多かった。新生児の両親が自己決定できる度合いは、医療スタッフが親の能力をどう見ているか、また結果にどれほど自信をもっているかに依存していると DeVries らは述べている (DeVries & Conrad [1998])。

また臨床倫理相談を行っている Marshall は、臓器移植を行うかどうかの選択に、患者の病状だけでなく、医師の価値観が作用していると述べている。Marshall によれば、臓器移植を受けるのは白人男性が最も多く、次いで白人女性であり、有色人種や貧しい人々は移植に回されないことが多い。つまり医療者は、純粹に医学的データのみから移植の適切性を判断しているのではなく、患者の社会的な差異一人種、性別、階級などを考慮に入れて判断を下しているというのである。そこには、医療者側のジェンダーや人種、階級意識が陰に陽に臨床の意志決定に働いていることがうかがわれるとしている (Marshall [1996])。

さらに、社会学者の Fox は、これまでのバイオエシックスはオートノミーを重視するあまり、医学を取りまく社会・文化的な問題から目をそらしてしまっていると述べる。例えばバイオエシックスでは、NICU にいる重症の赤ん坊の治療を取りやめるかどうか議論的になるが、そのような赤ん坊の多くが十代の貧しい非白人の女性から生まれていることについては話題に上らない。NICU に入るような未熟児がどういう状況で誕生しているかをバイオエシックスが問題にしないのは、それが社会的な問題であって、倫理的な問題ではないと考えられているからだろうが、果たしてそれは倫理的問題ではないのだろうかと Fox は疑問を投げかけている (Fox [1990])。

また、Gervais は、多文化共生を謳う社会でのヘルスケア倫理はどうあるべきかについて、ラオス難民の Hmong の人々を例に論じている。Gervais は、西洋とはまったく異なる自己、家族、地域社会、時間、病因概念を持つ人々にうまく通用するヘルスケア倫理を編み出す必要があると同時に、世界

中の人々に通用するヘルスケア倫理も考える必要があると述べる。だが、それは一体どんな倫理を採用すれば実現されることになるのだろうか。例えば、あらゆる人々に共通の手続きを採用することで公正さを実現するという考え方がある。この考えに従えば、どの人にも同じ原則を適用し、どの人々にも等しい取り扱いを行うことが公正だということになる。しかし一見中立に見える原則が、往々にして社会の多数派の考えをベースにしているために、少数派の人々の考え方が無視されている可能性がある。例えば Gervais は、剖検という手続きが一見誰にでも中立的に見えるながら、死後の世界でも生きていたときと同じ身体を使って生活するという世界観を持つ Hmong にとってとはとんでもない暴力になる例をあげている。同様にインフォームド・コンセントについても、自己決定の考え方は、Hmong にとって自分だけ孤立することを意味している。なぜならば、彼らは意志決定を家族、親族、先祖をも含めたつながりの中で行うからで、彼らにとっての自己は共同体を含み混んだ概念だからである<sup>2)</sup>。このように、個別の文化を尊重したヘルスケア倫理と、すべての人々に通用するヘルスケア倫理の接点を見いだすのは至難の技である。その問題を解決する一つの試みとして、Gervais はミネソタ州で Hmong の人々を講師に招いて、彼らの文化的信念や意志決定の仕方を学ぶ集まりを持ったことを紹介している。このように、マイノリティーの人々から多数派の人々が学ぶ機会を多く持つことで、ヘルスケアを文化の異なる人々のニーズにあったものへと変革していけると Gervais は考えている (Gervais [1998])。

以上のように社会科学の側は、現実の意志決定が必ずしも原理原則に従って行われていないこと、実際には医療者や患者をとりまくコンテキストが大きな力を持つこと、にもかかわらずそのコンテキストの存在が認識されていないことを指摘し、原理主義的アプローチの難点を指摘するに至っている。

#### IV. 個別と普遍をつなぐ道筋

前節では、社会科学の立場から原理原則を重視する従来のバイオエシックスのあり方を批判的にみてきた。この節では、文化人類学が依って立つ文化相対主義や、違いを多様性として横並びでとらえる視

点を、バイオエシックスの視点から逆にとらえ返すことで、両者の視点を折り合わせる道筋を考えたい。ここで再び、インドネシアで調査許可をとるときの経験を例にあげたい。

インドネシアで調査を行うに際しては、許可を上(中央)から下(末端)へと順に取得していかねばならない。まず、インドネシア科学省に書類を提出し、許可されれば約1万円のお金を支払い、地方の役所に持参する書類を手渡される。その書類を持って、次に中部ジャワ州、さらに県の保健所、そして実際に滞在する村の村長を訪ねて許可を得る。それを終えて初めて、聞き取りや質問調査に答えてもらうインフォーマントの女性たちへのアプローチが可能になる。この女性たちに集まってもらうのは比較的簡単で、村の有力者が町内会単位で指定場所に集まるように声をかけてくれると、その時刻に人々がやって来てくれる。そして有力者が「この調査は、健康のために行うものなので、みなさん記入してください」と説明を行うと、女性たちがわいわいと相談しながら、記入してくれることになる。ここでは、インフォームド・コンセントは上から順にとっていくものとされ、インフォーマントになる村の女性の同意は最も軽いものとして扱われている。本来、個々の女性たちが個別に自己決定するべきものである調査への同意が、集団としての女性たちに上から半強制され、個々の女性たちの意志が問われることはない。ただ、集合場所に現れないという形で、女性たちは消極的に意思表示をすることができる。そして、調査の中身についての情報は、「健康のためのもの」と説明されたが、ここでは「健康」という誰もが否定しようのない価値や目標を前面に出すことで、拒否できない状況を作り出している。なぜなら、記入しないことは、あたかも「健康」に協力しないかのように見えてしまうからである。調査内容が広い意味での健康に関することであるのに間違いはないものの、「健康」という言葉を持ち出すことで、人々に有無を言わず同意させるだけの力を発揮することになるのである(松岡 [2004])。

さて、このようなインフォームド・コンセントのやり方が、個人のオートノミーを基調にしたインフォームド・コンセントでないことははっきりしている。このようなやり方がインドネシアのローカル

な手続きだとするならば、これはその文化のインフォームド・コンセントのやり方として認められるべきものなのか、それともバイオエシックスで主張されるような個人のオートノミーに基づくやり方をインドネシアでも行うべきなのだろうか。もし、オートノミーに基づくインフォームド・コンセントをインドネシアでも要求するのなら、それはアメリカ的な基準を個別の文化にも当てはめようとする道徳帝国主義 (moral imperialism) になるのだろうか (Macklin [1999])。このような議論はどこまで行っても答えのない袋小路に思われる。だが、たとえ議論が堂々巡りであろうとも、このような場面で調査許可をとろうと思う研究者は、何らかの態度決定を迫られることになる。個別のローカルなやり方でよしとする相対主義に立つのか、それとも「普遍」とされるインフォームド・コンセントをどんなところでも求めるのかは、人類学者にとっては議論ではなく現実の自分の身の処し方なのである。

さて、このような袋小路の状況をめぐって、医師でありかつ医療人類学者の Kleinman は、まさにそのような状況に立たされることの中に、このジレンマを抜け出す希望を見いだしている。彼は、ローカルな文化と普遍的な基準とのジレンマを巡る文章の中で次のような議論を展開している。Kleinman は、人々が生きるローカルな場での価値をめぐる行動を道徳的経験 (moral experience) と呼び、それは倫理的語り (ethical discourse) とは異なると述べる。道徳的経験とは、人々が生きる現実を支配する状況や価値観のもとでの経験であり、そこには不条理や不公平、不平等がつきものである。もしその人の生きる現実が暴力や内戦、飢餓、貧困などから逃れられないものであるならば、そのような状況の中で、オートノミーや合理的な選択、正義、公正などの倫理を主張したところで、それらはほとんど意味を持たないであろう。正義とはほど遠い現実を前にして、抽象的な知識の体系としての倫理的語りにはユートピアでしかない (Kleinman [1999])。従って、彼は日常のローカルな場でのモラル (moral) と、善についての抽象的な知識の体系としてのエシックス (ethics) とを区別する (Kleinman [1995]; [1998]; [1999])。彼は次のように述べている。インフォームド・コンセントはどこでも通用

する倫理的状況とされているが、仮にアフリカの村で人々に HIV のワクチンの試験を行うとして、一体何人の村人が文字を読み、RCT の考え方を理解し、オートノミーの概念を理解するというのだろうか。またコソボやルワンダにおける虐殺や、グローバル経済の非情さと言ったローカルなコンテクストを考慮に入れてバイオエシックスの倫理が作られているだろうか。ローカルな場を離れての自律的、合理的な意志決定など理想でしかないとするならば、そういうローカルな状況を考慮に入っていない倫理には意味がないと Kleinman は述べて、ローカルな倫理 (ethno-ethics) と地球全体を視野に入れたグローバルな枠組みとをつなぐバイオエシックスが必要だと述べている (Kleinman [1999])。ここでもやはり、個別の社会や文化をいかに普遍的なものに反映させるかがテーマとなっている。

そこで Kleinman が提唱するのがエスノグラフィーである。彼によれば、エスノグラフィーを書く人 (エスノグラファー) は多様な人々の生活に入り込み、文化のギャップに悩みつつ、彼らの文化や行動を書き留める作業を通して、その溝を埋める論理を探すからである。つまり、両方の文化の狭間に立たされた文化人類学者が、その間を行き来し、何とか両者の折り合いをつけたいと悩むその過程の中に、両者を統合する道を探ろうというのである。この個別を普遍に翻訳する作業を繰り返すことで、人間にとって重大な局面におけるモラルと倫理を統合する道が開け、個別と普遍をつなぐことが可能になるだろうと Kleinman は述べている (Kleinman [1999])。

さてそのような視点から、文化人類学者の依って立つ文化の多様性の考え方を再検討し、個別から普遍への道筋が描けないかを振り返ってみよう。文化人類学にとって文化相対主義は学問の根幹をなす概念であり、文化の違いを優劣としてではなく多様性として認めることは学問の出発点である<sup>3)</sup>。例えば、Shweder は次のような例をあげている。インドのオリヤブラーマンは、夫の許可を得ずに映画に行った妻を殴るのは悪いとは思えないが、寝ている犬を殴るのは悪いと言う。また、息子に娘より多くの財産を相続させることを悪いとは思えないが、列に割り込みをするのは悪いと考える (Shweder [1990])。

このように、異文化の考える道徳的な判断には多様性があり、その間に共通の道徳を見いだすのはむずかしいというのである。この考え方に対して2つの点を指摘して、個別を普遍へと近づける道筋を見いだすことができるだろう。

1つは、たしかに文化人類学者が観察した事例は事実であり、そのような振る舞いが一般に見られるのかも知れない。だが現実の社会はどれ1つとして静止し、固定してはおらず、全ての社会は日々変動のただ中にある。文化人類学者が報告する事例は動的な現実を切り取った一局面であり、社会の全体像をとらえられるわけではない。また同じオリヤブラーマンの社会でも皆が同じように行動するわけではなく、一つの社会の中にも多様な行動が見られるのだが、それらをすべて記述し報告できるわけではない。その意味で、文化人類学が文字で記述した社会とは、動いている社会の一側面を切り取った静止画像であり、時間軸や多層性が組み込まれていないために、社会の動きが捨象されてしまっている。そのように考えると、個別の社会はいずれも普遍の影響を受けながら刻々と変化しているのであり、個別と普遍は対立するというよりは、連続的な変化の線上に位置すると見なすことができよう。

2つめに、文化人類学が文化の問題として扱うことから、政治や経済の文脈で読み替えることによって、異なる問題へと置き換えることが可能になる。オリヤブラーマンの妻が夫に殴られたり、娘が息子より少なく相続することは、彼らの文化であると同時に、ダウリーに基づく婚姻制度や夫方居住、男児選好などの社会制度や歴史の産物でもある。文化という文脈では価値中立に受け取られる現象が、男女間の平等や民主主義などの文脈に置き換えられたとたん、ある価値を帯びた事象になる。文脈の置き換えは、物事を横並びの多様性から価値を含んだ選択しうるものへと変えるのであり、ある事象にどんな文脈を用意するかによって、そのもつ意味づけは大きく変化する。したがって、個別の文化や伝統という文脈から政治や経済、国際的な動向という文脈へと変化させることで、個別の事象を普遍の視点からとらえ直すことが可能になる。Kleinmanが提唱するエスノグラフィーの方法とは、ある事象を複数の文脈において読みかえる作業をすることで、そ

の事象の持つ意味を変化させ、個別を普遍に近づけて行こうとするものと言える。

文化の多様性という相対主義の考え方は、決してそこでとどまるものではなく、複数の文脈を行き来することで、やがて普遍的なものへと至る動きを秘めたものと言えよう。文化の違いを認識することは、違いをそのままにして互いを理解不能の状態に据え置くためのものではなく、両者を共に理解できる共通の場所までエスノグラファーの視線を引き上げようとする方向性をもつものなのである(浜本[1996])。自分と異なるものを理解したいという欲求は、とりもなおさず違いを共通の視線のもとにとらえたいという欲求に根ざしているからだ。

## V. まとめ—個別から普遍をめざして

ローカルな場で「普遍的な」倫理とのギャップに悩みつつ、その場での行動を迫られる人類学の立場から、普遍をめざす方向性が重要であることをまとめたい。

まず、文化として他と対比される形でとらえられている事象を固定的本質的なものと見るのではなく、変わりゆくものととらえることができる。なぜなら、文化としてとらえられている人々の営みの多くがその人々を取りまく政治・経済的な状況とも関連しているからであり、それらの状況は常に変化の途上にあるからである。例えば、インドやバングラデシュなどの東南アジアの一部では牛糞を燃料に用いている。しかし、バングラデシュの村においても、豊かな人々はしだいに牛糞を用いなくなり、代わって薪を買って燃料にしている。都会では、もちろんガスや電気が燃料に用いられる。もし生活が豊になれば牛糞の使用を止めてしまうのならば、牛糞は貧困の別名であるかもしれず、文化に名を借りた貧困の一形態と言えるかもしれない。そのように考えれば、個別の文化は固定的なものではなく、変化しうるものとしてとらえることができる。

二つ目に、現代のグローバル化の状況を考えたときに、個別にとどまることは不可能である。なぜならば、地球上で生じている出来事がもはやどれ一つとして局地的できごとではすまされず、地域を越えた人々の共感や反発、協力や争いを呼び起こすからである。一つの社会の災害、事故、暴力、人権侵

害、紛争が必ず世界規模の反応を引き起こすとするならば、我々は個々の文化やモラルを越えて通用する基準、倫理観を持つことを余儀なくされる。それなくして人類は、協力することも、合意に達することも不可能であり、虐殺や人権侵害を批判することも不可能である。このようにグローバル化がもたらす情報の共有によって、人々の感情や道徳意識も次第に共有の度合いを高めていくと思われる。また、バイオエシックスの問題に限っても、生殖補助医療や臓器移植の領域では、人々は手に入れたい技術やサービス、臓器を求めて国境を越えて移動している(粟屋 [1999])。人体が貴重な資源と化している今日、豊かな国が経済格差を利用して貧しい国の臓器や人体パーツを手に入れる構図は、倫理基準が個別にとどまっていることから生じている。もはや倫理的な枠組みを一部の国で作るのでは意味を持たず、地球全体を視野に入れた倫理基準を考えなければならなくなっている。文化の個別性や独自性を主張して、普遍的なやり方からの例外を求めることが、弱い立場にある患者や人々をより搾取する結果にならないように、普遍的な概念を用いることで、弱者の力を強めるようにしなければならないと思われる。

三つ目に、個別と普遍を行き来することで、現在のバイオエシックスの視野を広げることができるであろう。地球全体で見れば、80%の人々がアメリカ合衆国やヨーロッパ以外に住み、その80%の人々にとってオートノミーの概念は小さな意味しか持たないにもかかわらず (Kleinman [1995])、現在のバイオエシックスの理論がオートノミー中心に組み立てられていることは大きな偏りだと言われている (Fox & Swazey [1984]; Fox [1990]; Marshall [1992]; Sherwin [1998]; Jennings [1998])。Fox & Swazey は、これをさらに押し進めて、バイオエシックスはアメリカ合衆国の基本的な信念、価値観、規範を生物学や医学の言葉で語ったものであり、アメリカ社会の価値観の表明だと述べる (Fox & Swazey [1984])。いわばそれは、アメリカの ethno-ethics だと言うのである。にもかかわらず、バイオエシックスの考え方が文化を超越した普遍性をもつかのようと言われるのは、バイオエシックスの限定性に気づいていないからだ。Fox らは批判している。Fox & Swazey は、バイオエシックスの

この狭さを克服するためには、社会学者との連携を密にして、個々の事例に決まった原則を適用するのではなく、一つ一つの事例の個別性を重視することが大切だと述べている。こうして現在のバイオエシックスを相対化することで、より広汎で柔軟なバイオエシックスを作り上げることができるだろう。バイオエシックスが人類の20%に役立つものから、より普遍性を備えたものへと変容していく過程において、人類の80%を占める人々の文化や価値観が取り込まれることが重要であろう。

#### 〈注〉

- 1) これまで医療人類学が、バイオエシックスの分野に入っていかなかったのは、以下のような理由からだと思われる。まず、医療人類学やその上位概念である文化人類学の依って立つ文化相対主義の考え方が、バイオエシックスでは受け入れられなかったこと。二つ目に、医療人類学は、バイオメディスンよりも、非西欧社会の病気治療や民間治療に関心があったが、バイオエシックスはバイオメディスンのみを対象としていることがあげられている (Marshall [1992]; Muller [1994])。
- 2) 自己決定というときの、自己の概念の中身が文化によって異なるだろう。ジャワ島での例をあげると、筆者があげた質問項目の「出産の場所を誰が決めましたか」という問いに、村の女性のはほぼ全員が「自分が決めた」と回答した。村では、ほとんどの女性がその地域に住むドクンという伝統的産婆を家に呼んで出産する。このやり方は、自分たちの親の代以前から続いてきたことで、周りの女性たちもほぼそのようにして産んでいるし、夫や姑も、彼女がそのようにして産むのを当然と思っている。そういう状況の中で、自宅で産むと決めたのを、「自分で決めた」と言うことは自己決定なのだろうか。あるいは共同体の意志決定なのだろうか。その時の自己は、共同体の一部としての自己であり、自己と共同体との間に乖離がない。

翻って日本では、99%の人が病院で出産している。その人たちになぜ病院で産んだのかと尋ねると、多くの人は病院以外の産み場所があるとは思わなかったと答える。実際には、病院以外にも自宅や助産所という選択肢があるが、そのような情報はほとんど伝わっておらず、また伝えられていたとしても、病院で産むのが最も安全だと考えられている。つまり、明らかに病院に大きな力が配分されており、他の場所は病院より劣る場所として位置づけられて



いる。そういう状況の中で、病院で産むものだと考えるのは、十分な情報を与えられた上での決定と言えるのだろうか。自己決定をする時の情報に、その社会の支配的な価値観が入り込んでおり、人々はその影響を受けて意志決定をしている。このように考えると、自己決定の前提となる情報にすでに社会の価値観が入り込んでいるわけで、社会や文化の影響を受けない自己決定はあり得ないことになる。

- 3) だが文化の多様性を認めることが、即ちそれぞれの文化で異なる道徳の多様性をも認めることになるのか、あるいは道徳の中には人類に普遍的に見られるものがあるのかは常に議論になってきた (Spiro [1986]; Renteln [1988]; Shweder [1990]; Fernandez [1990])。だが人類学者の多くは、人類に共通のモラルがあるだろうと述べる (Spiro [1986]; Renteln [1988]; Shweder [1990])。たとえば、人間が進化してきた長い歴史を考えれば、その間に人類が共通の性質をはぐくんできたはずだとして、人間の欲求、生物学的ニーズ、人間の潜在的可能性などに共通の部分が見られるはずだとしている。例えば、痛みを避けたり、近親相姦を嫌悪したり、規範を破ったときに恥や罪の意識を感じるなどのことは、人間の性質としてどの文化にも共通するはずであり、すべての文化が互いに約分できず、理解できないことはないはずだと述べる。もし、人類の文化が約分できないとすれば、人間は他の文化に属する人を理解できず、他者がどう感じているかを想像できないことになるだろう。人類学者が調査地から戻ってきて、「あの文化はあまりに違いが大きすぎて、理解不能だ」と言った試しはない。他者の経験が理解可能だと言うことが、何よりも共通のモラルが存在する証拠であると、Spiro は述べている (Spiro [1986])。

## 〈文 献〉

- DeVries, R. & P. Conrad 1998: "Why Bioethics Needs Sociology", in: DeVries, R. & J. Subedi, *Bioethics and Society*, Prentice Hall.
- Fernandez, J. 1990: "Tolerance in a Repugnant World and Other Dilemmas in the Cultural Relativism of Melville J. Herskovits", *Ethos* 18(2), 140-164.
- Fox, R. & J. Swazey 1984: "Medical Morality is not Bioethics: Medical Ethics in China and the United States," *Perspectives in Biology and Medicine* 27(3), 336-360.
- Fox, R. 1990: "The Evolution of American Bioethics: A Sociological Perspective" in: G. Weisz, *Social Science Perspectives on Medical Ethics*, University of Pennsylvania.
- Gervais, K. 1998: "Changing Society, Changing Medicine, Changing Bioethics", in: DeVries, R. & J. Subedi, *Bioethics and Society*, Prentice Hall.
- Jaralemon, D. 1999: *Exploring Medical Anthropology*, Allyn & Bacon.
- Jennings, B. 1998: "Autonomy and Difference: The Travails of Liberalism in Bioethics", in: DeVries, R. & J. Subedi, *Bioethics and Society*, Prentice Hall.
- Kleinman, A. 1995: *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*, University of California Press.
- Kleinman, A. 1998: "Experience and Its Moral Modes: Culture, Human Conditions, and Disorder," *The Tanner Lectures on Human Values*, Vol. 20, University of Utah Press, 357-420.
- Kleinman, A. 1999: "Moral Experience and Ethical Reflection": Can Ethnography Reconcile Them? A Quandary for "The New Bioethics", *Daedalus* 28(4), 59-97.
- Macklin, R. 1999: *Against Relativism*, Oxford UP.
- Marshall, P. 1992: "Anthropology and Bioethics", *Medical Anthropology Quarterly* 6(1), 49-73.
- Marshall, P. 1996: "Boundary Crossings: Gender and Power in Clinical Ethics Consultations", in: Sargent, C. & C. Brettell, *Gender and Health*, Prentice Hall.
- Muller, J. 1994: "Anthropology, Bioethics and Medicine: A Provocative Trilogy", *Medical Anthropology Quarterly*, 8(4), 448-467.
- Renteln, A. 1988: "Relativism and the Search for Human Rights", *American Anthropologist* 90, 56-72.
- Shweder, R. 1990: "Ethical Relativism: Is There a Defensible Version?", *Ethos* 18(2), 205-213.
- Spiro, M. 1986: "Cultural Relativism and the Future of Anthropology", *Cultural Anthropology*, Vol. 1, 259-286.
- 栗屋 剛 1999: 『人体部品ビジネス』、講談社メチエ
- シャーウィン、S. 1998: 『もう患者でいるのはよそう』(岡田雅勝、松岡悦子、服部健司訳)、勁草書房
- 浜本 満 1996: 「差異のとらえ方—相対主義と普遍主義—」『岩波講座文化人類学 第12巻 思想化される周辺世界』(青木保他 編)、岩波書店
- ビーチャム、T. & チルドレス、J. 1997: 『生命医学倫理』、成文堂
- 松岡悦子 2004: 「女性の身体をめぐるポリティクス—

ワのモラルと普遍的な原理をめぐって」、坂井昭宏・松岡  
悦子編『バイオエシックスの展望』、東信堂