

専門家とリベラリズム

野崎亜紀子

1 はじめに

現代社会における専門家のあり方、が問われている。専門家とは何であるのか、専門家は何する者であるのか、専門家の知見を社会はどのように扱えばよいのか。このことは今、いわゆる〈専門家不信〉の問題として顕在化し、それはまた〈専門知不信〉とともに問われている。2020年、現下のコロナ禍における感染拡大の中で専門家会議の活動に対して――真摯な活動に敬意を表しつつも――様々な角度で専門家内外から少なからぬ不満や不信が示された¹⁾。また本年10月に明らかになった日本学術会議会員任命拒否の問題においては、政府の姿勢に対する学術界内外からの不信と共に、学術研究者集団に対する不信もまた示されている²⁾。日本法とリベラリズムというテーマの下、こうした状況を体感しながら、上述の問いに取り組むことになる。

現代は、皆が共有する何かを持たない、持ちにくい時代であることは否めない。専門家・専門知に対する信頼が損なわれた時に、個人の尊重を基盤とする秩序的思考は、どのように存続し得るのか／し得ないのか。いささか大きな問いではあるが、本テーマの背景にはこうした問題意識が通底しているように思われる。

2 専門知の特性

筆者はこれまで、生命医学研究と規律の制度構築及びその運用の局面に着目し、近代法の基盤である個人の尊重の観点から、それら制度及び運用の正当性／正統性について検討をしてきた。例えば、生命医学研究の実施の可否を判断する研究倫理審査委員会という制度は、高度の専門知に基づいた生命医学研究をいかにして社会の秩序内に正しく位置付けるか、という課題への取り組みであった。

まずは議論の契機として、研究倫理審査委員会の成り立ちと経緯を振り返ってみよう。

今日我が国でも広く実施される、生命医学研究の研究計画を審査する研究倫理審査委員会の始まりは、1960年代の米国国立衛生研究所National Institute of Health/NIHに見ることができる。第二次世界大戦の戦後裁判の中で策定されたニュルンベルグ綱領(1947)³⁾の後、専門家集団自らが、人を対象とする医学研究に対する倫理的態度・手続きの基礎を策定した(ヘルシンキ宣言(人間を対象とする医学研究の倫理的原則)(1964))。しかしその後、被験者保護の不十分さ、また米国に於いて非倫理的臨床研究の実施が明るみに出たこと⁴⁾等から、人を対象とする研究については、研究を実

1) 内閣に設置の「新型コロナウイルス感染症対策」の下、2020年2月14日に設置された「新型コロナウイルス感染症対策専門家会議」が本事案において最初に専門家としての知見に基づいた明示的活動であったと言える。専門家としての活動のあり方に対する問題点の指摘として、米村滋人「感染症対策の法的ガバナンスと専門家の役割」法律時報92巻7号(2020年)1-3頁。

2) 任命拒否問題と学術会議への批判とは各々独立の問題であるとは言え、学術会議への批判を踏まえたものとして、「学術会議は特権なのか 広田照幸さん『批判という使命』」朝日新聞DIGITAL2020年11月5日<https://digital.asahi.com/articles/ASNC47R32NBVUCVL016.html> (2020年11月15日)

3) 第二次大戦後のニュルンベルグ裁判の一環として行われた人体実験についての医師らを被告人とする裁判において、人体実験は医学の名の下に行われた殺人とされ、その結果〈許容されうる医学実験Permissible Medical Experiments〉として10要点を含むニュルンベルグ綱領は策定された。

施する個々の専門家の手にのみ委ねるのではなく、その専門性を理解し評価することのできる同僚による審査（ピアレビュー）を要する、とNIHは声明を発した（1966）。このことは、社会における専門家不信にともない、研究という専門知を背景とする専門家らの活動についても、〈社会的承認〉の獲得を必要とすることを意味した。すなわちそれは、インフォームドコンセントを始めとする（しかしそれに止まらない）被験者保護を核心とする当該研究の倫理的妥当性について判断しこれを認めること（社会的承認（狭義））、及び同僚研究者等により当該研究の科学的合理性について判断しこれを認めること（生命科学の専門家集団内部の承認）、という二つの承認要件を充たすことで、〈社会的承認（広義）〉が得られることを示したのである。これは、専門家の活動の社会的位置づけを明確化しようとする手法の採用でもある。

これら二つの承認要件を充たすことによる科学的専門性への社会的承認（広義）の具体的導入のあり方については、各国によりその枠組みが異なるが、その後、この研究倫理審査委員会のかたちは変遷を遂げ、委員会構成員には生命医学・科学の専門家に止まらず、人文学・社会科学の専門家、また一般市民、さらには被験者・患者といった臨床研究の対象となる患者・被験者らの参画（Patient and Public Involvement/PPI）といった動向も見られる⁵⁾。我が国においてもこの二つの承認を得ることによって生命医学研究の実践の承認を得る為の仕組みとして、研究倫理審査委員会の制度が構築され、各研究機関に実装されている⁶⁾。

この制度設計にどのような形で立法、行政等が関わるかについては、各国の状況に依存するところだが、我が国では立法による関与は少なく、行政ガイドライン等によるところが多い。この点は我が国の特徴として検討すべき課題である⁷⁾。ここで専門家の実践に対する規律問題を検討する上で、専門知によって支えられる専門家の特性をまとめておこう。

専門家は、専門家集団によって支えられている。研究を実践する主体は（共同研究であるとしても）研究者個人であり、その実践は個人の知識・創発に基づいている。しかしその個人の知識は研究者個人に完結するものではなく、専門家らによる個々の知識・実践の蓄積を背景とすることはもとより、将来の研究者らへと（批判的に）継承されていく。専門家が専門家たり得るか、そこで生み出され実践されるものが専門知に基づくものであるか否かの判断は、民主主義や政治的判断ではなく、専門家集団に委ねられる。その判断は、伝統的には、専門家集団内の高度な自律に委ねられてきたが、上述の研究倫理審査委員会の動向からも明らかなように今日、かつてのギルドに代表される前近代的団体との違いを、自ら組織体制のあり方によって示すことが、専門家集団には求められている。専門家らは、専門知を有し自らこれを適切に用いるために、専門家集団として自律性をもって活動することを自ら等に課し、且つ社会から求められているのである。こうした条件下で専門知は、主として各専門領域において真理の探究を目指す知的営為を実践する専門家たちによ

4) タスキギー梅毒研究事件：1932年～1972年の間米国公衆衛生局U.S. Public Health Service/PHSの資金提供を受けて、梅毒罹患に対し治療を実施しなかった場合の梅毒の症状の経過の調査研究が実施された。被験者への研究に関する説明がない、研究期間中に治療可能な医薬品（ペニシリン）の臨床使用が可能になった後も治療を実施せず自然経過を観察し続けた点など、非倫理的な臨床研究であることがマスメディアにより暴露され、これを契機に米国では被験者保護の重要性について世論が喚起された。

5) 米国は、本文中に示したNIH声明（同僚審査）の後、同僚に加えてoutsiderによる審査を含めるとする改訂を行い、さらには連邦助成を受けた研究については、実施機関内における事前審査を要する事を内容とする全米研究法（1974）の制定、これを受けて「生物医学的・行動学的研究活動の基礎となるべき基本的倫理原理の提示」に向けて実施された会議に基づくベルモントレポート等を踏まえて、Common Ruleが策定され、これを中心とした倫理審査委員会等の規律が実施されている。欧州はEU臨床試験指令（2001）の下、英国では1990年代以降、地域毎に研究倫理審査委員会が設置された。多数の審査委員会が稼働し、その質保障等への疑念も生じていたところ、英国研究倫理局National Research Ethics Serviceが設置（2007）され（この活動を管理する組織として、保健研究機構Health Research Authority（HRA）（2011設置））、事後審査委員会の集中化が実現すると共に、研究倫理審査委員会の質保障・評価等による管理が行われている。またフランスではEU指令発出前に被験者保護法（Loi Huriet-Serusclat（1988））が制定されており、生命倫理法（1994）等の立法措置が進み、人を対象とする研究に関する法律（ジャルデ法Loi Jardé2012年制定2016年修正の上施行）において、介入研究については人保護委員会（Comité de Protection des Personnes（CPP））による承認を要する等といったかたちで審査委員会は規律されている。

6) 我が国の研究倫理審査委員会制度のあり方については、多数の検討が行われているところであるが、特に制度上、公共政策上の問題については2017年度日本法哲学会年度学術大会統一テーマ企画「生命医学研究と法」において取り組まれた。その成果として、日本法哲学会編『生命医学研究と法 法哲学年報2017』（有斐閣、2018年）を参照。

7) 青木清・町野朔編『ライフサイエンスと法政策 医学研究の自由と規制——研究倫理指針のあり方』（SUP上智大学出版／発行、ぎょうせい／刊行、2011年）所収の各論文を参照。

て生み出される。

専門知の典型である学術研究によって生み出される知は、集団的な真理探究の営みとして、(その制度化は歴史的条件により各国で異なるが) 学問の自由academic freedomにより特に保護が図られるのであり、それは公権力と市民社会の民主主義双方からの独立を主たる意味内容としている。このことは、学術研究の過程を経て生みだされる知が、他の情報とは異なる〈質量〉を持った知として社会的に承認され、流通することを確保されていることを意味している。

ここから、専門家とリベラリズムの関係を問う視角が獲得される。

リベラリズムの基盤には、個人の尊重respect of individualsがある。その捉え方についてはいくらかの異なる理解があるとしても、個人の自由な意思決定を尊重することが重要な位置を占めることは言うまでもない。そうであればこそ、リベラリズムは、その機能条件として、社会における情報の自由な流通を要請するのである。リベラリズムにおける、〈個人〉を基盤とする観念の下で、社会における〈情報の自由な流通〉は、個人の自由な意思を形作る価値観の醸成を可能にする環境の形成・維持にとって必須の条件である。これを指して〈社会の〉自由と称するかはともかくとして⁸⁾、〈情報の自由な流通〉下において、一定の〈質量〉を持った知(情報)を流通させることのできる専門家の役割と意義とはどのようなものであるか、が問われるべきである。専門家は集団性を背景とし、専門性を適切に発揮することができるように特権的地位に立つと想定されるが、そこで個人を基盤とし個人は等しく尊重されるべきことをその核心とするリベラリズムと、社会の中で独特に存在する専門家との関係が、ここでの検討対象となる。急いで付け加えるべきは、専門知は、必ずしも現状の専門知の更新それ自体を目的とする学術研究に限定されて生み出されるわけではない。直接には現状の専門知を前提としつつも、各々の領域におけるミクロな〈真理〉の探究に向けた実践活動が行われるところで、新たな専門知は集団的に育まれ、生み出され、社会に発出され

るのである。

環境が個人に与える影響については法哲学領域に限らず、様々な角度から議論・検討されてきたところだが、本稿では、現代社会における個人の尊重のあり方として、個人の自己決定に何らかの影響を及ぼすものとしての専門家集団の位置づけ、という視角を設定する。

3 パターナリズムから話し合いへ

——終末期医療行政ガイドラインから考える

例えば、個人の自己決定を支援する仕組みを導入した現行法上の典型例と考えられる消費者保護法制下では、事業者には、消費者に対して重要な情報を提供する情報提供義務が課されている。これはいわゆる情報格差の解消に向けた消費者の意思決定(真の自己決定)支援制度として理解される。この場合の事業者・消費者間の関係は、様々な時代的背景に基づく価値観の変容、消費行動の変化に伴って新たに必要とされる消費者の支援及び救済を目的としている。したがってこの制度は、消費者の選好とは独立した規範的価値評価に基づくパターナリズム的弱者保護の一環として理解され得る⁹⁾。この様にパターナリズム的に個人の尊重を図ることによってリベラリズムとの整合性を維持しようとする考え方は、専門家と非専門家(個人)との間に想定される情報強者と情報弱者という二項対立図式に基づく保護する者と保護される者という関係性が前提とされる。

しかしながらこうした二項対立的関係性は、様々な領域で変貌を遂げている。それは専門性の多様化、多角化、また社会における膨大な情報の流通等に伴い、誰が専門家であり、何が専門知であるのか、が一律一様にはわからなくなってきていることに起因しているように見える。例えば、専門家不信の強い現代社会で、なお専門性への信頼の認められやすい医療においてさえも、医療者と患者との関係における専門家の役割、専門知の意義は大きく変化している。

具体的実践の問題を取り上げよう。

リベラリズムの根幹としての、他の何者でもな

8) 野崎亜紀子「規範的關係論・序説」千葉大学法学論集29巻1・2号(2014年)149-174頁。特に150頁。

9) 専門家を支援する側、非専門家を支援される側として、専門家の側にその専門性の故に支援する義務を課すべきである、との観点から事業者による説明義務を解することを端的に示す理解として、「事業者の説明義務は、専門家責任の側面からは、自由な意思決定あるいは自己決定基盤の確保にとどまらず、顧客の目的や資力に適合的な取引の選択を助け、あるいは適合しない取引の不合理性を説明し、場合によっては、当該取引をしないよう勧告する義務を含むもの」。横山美夏「説明義務と専門性」判例タイムズ1178号(2005年)21-22頁。

い個人を個人として尊重することを基点とし、且つ専門家との接点が見いだせる局面の例として、人間の生の両端領域（生と死）がある。我が国では現在、ほとんどの人が医療機関で出生し、（近年若干減少傾向にあるとは言え）八割程度が医療機関で死亡する。医療機関における生死となれば当然、そこに医療が介在することになる。特に生死に関わる問題としては昨今、生殖補助技術利用に関わる問題、終末期医療に関わる問題が体制整備のあり方についての議論を含め大きく社会的課題となっているが、両問題に関する規律の多くは立法によるものではない。このこと自体、生死という極めて私的であり且つ高度に公的な問題への専門家のかかわりを法的に規律することの難しさを表しているとも言える。具体的実践の問題として、終末期医療における規律の問題に着目すると、この点はより明らかになる。

終末期医療のあり方については、1970年代以降、医療技術、医療機器上の進展、及び特に1990年代以降の医療における医療者パターナリズムの改善・解消に向けた動向、これらと並行して我が国における高齢化に伴う問題とが連関して各種取り組みが行われてきた。特に個人と専門家との関係の規律問題という点の検討という意味では、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン（2007）」¹⁰⁾を取り上げるべきであろう。

本ガイドラインは、前年の2006年に発覚した富山県射水市立射水市民病院における患者の人工呼吸器取り外し事件を機に、厚生労働省に検討会が立ち上げられ、そこでの議論に基づいて策定・公表された¹¹⁾。終末期医療における治療の差し控え・中止をめぐるってはそれまでに幾らかの事案

が発生しており、終末期の医療現場においては、治療の差し控え・中止の実施の局面における医師の免責の必要性を認め、その内容を盛り込んだ立法の要請も見られた¹²⁾が、結果的に行政ガイドラインという形式が採用された。その内容はガイドラインの名称からも明らかなように、終末期医療の決定に至るまでの手続き（決め方）を示すガイドラインである。本ガイドラインの方針は、患者本人の意思決定を基本とした上で、また医学的妥当性と適切性を基に、医療者と当事者との間で話し合いを重ねることによって、医療の差し控え・中止を含む医療の内容を決定する、ということである¹³⁾。その目的は、関係当事者間における信頼関係の醸成と、それに基づく決定についての当事者間の納得の調達はもとより、そうした話し合いのもとで当事者が納得を得た上でなされた決定に対する社会的な承認の構造を制度化しようとするものといえる。したがって、このガイドラインに沿って行われた終末期医療についての実践は、それは医療の範疇の問題として位置づけを得ることが、（通常は）想定される。しかし医師ら専門家及び当該医療機関が法的責任を問われ得るのではないか、との懸念めぐり、終末期医療現場の医療者と法学者との間に違い——特に医療者は責任を問われ得ることへの懸念が強い——が生じている点があることもまた否めない¹⁴⁾。両者の認識の異なりは、ここでの決定が、死に直結し得る決定であることにも起因すると考えられる。ガイドライン冒頭に示されるように、本ガイドラインは「生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死」を対象としない。そうであるとしても、医療者による患者の身体への介入行為のすべてが、患者の意

10) 同ガイドラインは2015年に人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインに名称変更がなされ、2018年に改訂が加えられている。厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>（2020年11月13日）

11) 終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_127318.html（2020年11月13日）なお本ガイドライン策定の経緯については、樋口範雄『続・医療と法を考える』（有斐閣、2008年）83頁以下を参照。

12) 射水市民病院の事件を受けて日本尊厳死協会は、厚生労働省に尊厳死法制化を要望した（2006年3月）。また超党派の「尊厳死法制化を考える議員連盟」（会長：参議院議員増子輝彦氏）は2012年3月及び6月に「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）」として、2案を公表した。樋口範雄「終末期医療と法」医療と社会25巻1号（2015年）21-34頁。

13) ガイドライン冒頭に、以下4点が示される。

①医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。

②終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

③医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。

④生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

14) 樋口・前掲注12) 参照。

思のみによって正当化され得るのではない。にもかかわらず専門知を背景とする医療者による情報提供及び話し合いによる関与が伴うことによって——それが死に直結し得る決定であるとしても——社会的承認を得ることが期待されるのか。なぜそれが、行政ガイドラインという公的規律でなされ得るのか。ここに、個人と専門家集団との関係性を問う鍵があると言えよう。

4 専門家とリベラリズム

私たちの社会は専門家集団という個人でも公権力でもない特権集団を内包してきた。リベラリズムとの関係において期待されるその持つ重要な機能は、多種多様な情報の流通する社会に、専門知に基づく情報を発出することによって、この社会を構成する個人の自由な意思を形作る価値観の醸成を可能とする社会環境を形成・維持することにある。この社会を構成する個人は、多種多様な情報の流通する社会の中で、様々な情報を受け取りながら自身の価値観を形成していく。当然、個人個人によってアクセスできる情報に異なりはあり、求める情報、必要な情報も様々である。しかしそうした中であって、専門知に基づいた情報——そしてそれ故に情報の内容に一定の信頼が認められる——がそれとわかる形で一定量継続的に社会に流通し続けることは、個人の意思を形づくる価値観の醸成にとって必要な環境である。我々人間は時間も能力も限られており、あらゆる情報の真理値を検証するには時間と能力が不足し、またあらゆる情報をそのままに受容することの不用意さも認識している。時に確度の高い、内容に関しては信用に足るであろう情報に接し得る環境は、自由な意思を形づくる価値観の醸成にとって必要な条件であり、すなわちそれは個人の尊重にとって必要な条件というべきであろう。こうした環境の整備は、リベラリズムという国家の構想の下で、国家が担うべき責務——構成員である個人個人の生命・身体を安全を保護するとともに、個

人個人が他の何者でもない個人として、自らの生を追求することへの支援のための個人の尊重——の一環とみるべきである。このことは、近代法制度を導入した明治期において、専門家集団をその内部に位置づけていたことから推察される。

明治期の早い段階より我が国では専門家集団の存在——代表的には当時専門家として社会的認知度の高かった職種としての法曹や医療者等といった職能集団——を認め、これを規律してきた¹⁵⁾。これらの規律は、高度の専門性の確保、及び公共性・公益性の維持継続の要請等によるものである。専門家の言動に個別に接した個人にとって、当該の言動はその内容について信用に値する確度の高い情報と認識され得る。繰り返しになるが個人には個別の文脈があり、当該の情報以外にも様々な情報を有し、接するであろう。その中で、確度の高い情報とそれとは異なる各種の情報とが流通する社会の中で醸成される自身の価値観とともに、これらを組み合わせ、個別の問題についての自身の意思を形成していくことになる。こうした個々の経験が社会に蓄積されていく中で、個人の自由な意思形成を支える自由な社会環境は維持されさらに醸成されていくことになる。

この時、個人の尊重を基盤とするリベラリズムと専門家集団との間には、個人の意思を焦点として、緊張関係が生じていることに留意しなければならない。

指摘されてきたように、医療の領域における医師のパターナリズム問題は、個人の尊重というリベラリズムを基盤とする社会において、自由な意思形成の重要性よりも、専門知を背景とする専門家集団への過度の依存と、それに伴う結果への信頼によるものであったといえよう。この点について、欧州諸国においても、また米国においても少なくとも1970年代頃までは、医師のパターナリズムは強固なものであったことが指摘される。我が国においては、1990年に医師会内部からこの問題の改善に向けた動きが生じ、医療の実施にあたって患者のインフォームド・コンセントが、理念的

15) 明治5(1872)年太政官無号達「司法省職制並ニ事務章程(司法職務定制)」に「第十章 証書人、代書人、代言人職制」が規定され、弁護士に関しては、明治9(1876)年には免許制度が始まり、その後明治26年に弁護士法(旧々法)の制定および試験制度の新設とともに、これ等の制度の下で、弁護士会は強制加入制度として開始される。大野正男『職業史としての弁護士および弁護士団体の歴史』(日本評論社、2013年)(初出『講座 現代の弁護士2』[日本評論社、1970年])。医師に関しては、明治期冒頭より、政府の西欧化政策の下、医療における和漢方と蘭方(洋方)との対立等もある中、医師の体制整備に向けた動きが見られた。明治23(1890)年には和漢方医等を中心とする帝国医会の結成、同26(1893)年には蘭方(洋方)医を中心とする大日本医会の創立があった後、明治39(1906)年には医師法、歯科医師法が制定されるに至る。高木武「医師・歯科医師の法規の沿革と判例・判示の研究」東洋法学38巻1号(1994年)203-307頁。

にも実践的にも導入されようとしてきた¹⁶⁾。生の両端領域である生と死の局面において(さても)、個人の意思の尊重(いわゆる死ぬ権利)が論点化される状況に至る中で、医師のパターナリズムは後退し、患者の意思、患者の同意に焦点が当てられるようになった。チーム医療、患者参加型医療への移行は、医療における患者の生の問題を患者の治療の問題とする伝統的な捉え方から、個人の人生のあり方の問題とする捉え方への変化ということもできよう¹⁷⁾。このことは、医療に関する専門知の位置づけと役割の変容とも言える。個人自らの治療についての決定をする局面に於いて、医療者によって提供される個々の専門的知見は必ずしも決定的な影響力を持たない場合があり得るのだ、というようにである。

患者の治療における専門知の優位から、患者・医療者の協働へという変化とともに、医療界における専門家集団の役割は変化を遂げているとみえる。それを象徴するものが、患者が医療チームとともに話し合いというプロセスを経て治療方針を決定する、という手法であろう。患者の医療について、患者を含むチームとして、話し合いというプロセスの中で決定するというこの手法は、医療者等に専門知の提供に止まらない役割を求めている。すなわちそれは、患者を含むチームとしての、当該の医療についての当事者間の納得の調達(承認)である。物事を決めるための話し合いというプロセスは、自らの生のあり方に結論を出さなければならない患者個人にとっては、自分の生についての決定を促進するための方法であり、且つ医療者にとっては、一人一人の専門性の範疇にとどまらない情報を共有することで、この患者の治療についての最善を追求し正解を得ることで納得を調達しようと志向することになる。話し合いのガイドラインは、患者/医療者各々の納得を合意達成に結びつける道筋を示すものであり、このことは、個々の患者の具体的な意思決定へのパターンナリズム的な影響(介入)のあり方とは異なっ

た専門家等による影響力の与え方の手法を示すと共に、専門知の捉え方の変化とそれに伴う専門家の役割の変化を踏まえた行政による専門性への規律の姿勢を示していると言えよう。それは謂わば(話し合うというアナログな方法によって)「個人の自己決定性を促進するようなコーディネート」¹⁸⁾の役割を担わせようとしている、と言うべきかもしれない。

5 おわりに

冒頭で述べた通り、現代は専門家不信・専門知不信が著しい。このことは、不信を招来するに至る具体的な事案¹⁹⁾はもとより、これまでも指摘されてきた専門性の細分化、更に今日、流通する情報量は爆発的に増加する一方、各人が獲得する情報内容は、カスタマイズされた同質性の高い情報に偏ってしまっていることにも一因があるのだろう。その結果、専門知を専門知として認知することが難しくなっている。さらにはAIによる新しい知の作り出され方を前に、この社会のどこに専門家(集団)があり、何が専門知であるのかがわかりにくい状況になっていることは否めない。

この状況下で、どのようにして個人が他の何者でもない個人として自らの生を追求すること、すなわちリベリズムが基盤とする個人の尊重がなされ得るのか。悲観的な捉え方もあり得るところだが差し当たり筆者には、個人の自由な意思の形成を支える価値観を醸成し得る環境を持続させることの意義は、依然として大きいように思われる。そのために専門知がなお質量を持ってこの社会に流通することは可能なのか、可能であるならばそれはどのように成し得るのか。大きな問いを残してしまっているのだが、これは次なる課題として引き受けたい。

(のぞき・あきこ 京都薬科大学教授)

16) 日本医師会は、1980年代に医師以外の有識者を委員を含む生命倫理想談会を内部に設置し、その第Ⅱ次生命倫理想談会において、「説明と同意」を課題とする検討を行い、医師会としての見解を公表した。日本医師会第Ⅱ次生命倫理想談会『説明と同意についての報告』(1990年)。

17) 患者のクオリティ・オブ・ライフ(生活と人生の質)、治療(cure)からケア(care)へ、「患者は病者であると同時に一人の生活者である」といった表現も1990年代に広く見られるようになったことを指摘しておきたい。文部科学省『21世紀の命と健康を守る医療人の育成を目指して(21世紀医学・医療懇談会第1次報告)平成8年』(1996年)。

18) 『NHK出版新書を探せ!』第2回『自由と幸福の天秤』をどう考えればよいか——大屋雄裕さん(法哲学者)の場合〔後編〕
<https://nhkbook-hiraku.com/n/n0f5aa970577a> (2020年11月10日)

19) 2011年3月11日の東日本大震災に伴う原子力災害及びその対応と経緯は、我が国における専門家・専門知に対する社会的不信を決定的なものにしてしまったように見える。