

【論 説】

専門性と公共性：社会的認識論の観点から¹⁾

木 原 英 逸

目 次

1. デモクラシー／コントロール／リテラシー
2. 専門性を誤解する：社会的共同としての専門的合理性
3. 「民主的コントロール」を誤解する：社会的共同としての自由
4. 「民主的コントロール」を誤解する：リテラシー論という迷路
5. 目的を合わせるということ：共同性という権力

科学技術活動とそれが引き起こす諸問題，それに関する社会的意思決定を，誰が，いかに行うかを考えてみたい。それは科学技術者・専門家なのか，非専門家・市民なのか，それとも，そうした立論自体が的を外しているのか。問題は錯綜している。しかし，この複雑なものを複雑なものとしてよく理解するためには，分析のための概念・言葉は，かえって単純でなければならない。言葉が複雑であれば，そもそも複雑なのは，問題なのか，言葉なのか，区別がつかなくなるからである。

科学と技術と社会の間の複雑な相互関係を扱う科学技術社会論研究（STS）において，この点はとくに留意されなければならない。本稿は，そうした方向へ歩を進めようという試みである。

1. デモクラシー／コントロール／リテラシー

今日，我々の間には，科学技術者・専門家と非専門家・素人の関係がどうあるべきかを巡って，異なる2つの考え方が見られるように思われる。

専門性と公共性：社会的認識論の観点から（木原）

一方には、社会がその知的労働の分業を進め、そのそれぞれが自律した多様な専門知識にいたるにつれて、人びとが自らの力で考えるということのもつ合理性が減少するとの議論がある。つまり、「自らの力で考えるよりも、関係する専門家の権威に従うことが合理的だ」と言うもので、いまこれを、「知識の権威主義理論」と呼んでおこう。

しかしまた、他方には、まさにこうして科学技術者を含む専門家に従うことが、人びとの自己決定権を骨抜きにして、民主政治を危うくしているとの議論がある。それは、それゆえ、「社会が民主的であるためには、人びとが自らの力で考え、その自己決定権・自由を回復し、専門家の権威に従うことをやめなければならない」と主張する。これを、「知識の自由主義理論」と呼ぶことにする。

おそらく今日、多くの人々は、「知識の自由主義理論」に賛成し、それを理由に、「知識の権威主義理論」に反対するだろう。

しかし、「知識の権威主義理論」も「知識の自由主義理論」も、それに賛成するにしろ反対するにしろ、実は、どちらもそれ自体の理解に大きな誤解をはらんでいる。したがって、科学技術に支配される前に、科学技術を支配し、コントロールしなければならない、つまり、科学技術を民主的にコントロールする道を探ることが、科学技術社会論研究（STS）の課題であるならば、我々は、これらの理論の間で二者択一を論じるのではなく、第三の道を行かねばならないだろう。

以下では、まず、「知識の権威主義理論」と「知識の自由主義理論」が、その賛否の議論の中で、それぞれどのような誤解に曝されているかを検討する。その上で、そうした誤解を引き剥がし、人と人との、そして社会の共同性こそが、専門家の知識を合理的なものとすると同時に、非専門家の自己決定権・自由を保証するものであることを論じる。さらに、そうした社会の共同のあり方は多様であり、それに応じて、実は、それが支える専門知識の「社会的合理性」も、また、それが支える人々の「自己決定・自由の実質」も多様であることを示唆する。

その際、主に、医療における医療者と患者間の関係場面で考えを進めることにする。これは、専門家・非専門家関係を、ほとんど個人間関係として考察するということである。それはもちろん、科学技術の民主的コントロールという課題が、社会の中での科学技術を、すなわち、そこでの専門家システム・制度を集合体間・組織間の関係として、また、それらと個人間の関係として考察しなければならないものである以上、直接それと重なるものではない²⁾。しかし、これを最初の手がかりにしようと言うのである³⁾。

2. 専門性を誤解する：社会的共同としての専門的合理性

「専門家に従うことが合理的だ」という知識の権威主義理論が説得的に見えるのはなぜだろうか。知的分業の進んだ社会では、専門家の主張を利用したほうが、個人、社会いずれのレベルでもその目的達成の確度は高まる。つまり、専門家は非専門家・素人の持たない、そうした目的合理的な知識・証拠を、事実、持っている。だから、専門家に従うことは合理的である、そう考えるからである。

しかし、この議論の前提は疑わしい。つまり、専門家の持つ証拠、知識が、個人や社会の目的達成にとって適切なもの、いつでも役に立つものかどうかは自明ではない。にもかかわらず、この議論は、専門家と素人それぞれの知識追求の目的が十分似ており、したがって、例えば素人個人が自らの目的達成のために必要な知識追求をする際、専門家の集めた知識を難なく援用できるとあっさりと認めてしまっている⁴⁾。確かにそれぞれの知識追求の目的が同じなら、専門家の「意味」からして、専門家の知識は個人や社会の目的達成にとっていつでも適切、有効なものになるだろう。では、専門家と素人の知識追求の目的は同じなのだろうか。

同じではないだろう。少なくとも、両者の間には、（合わせても）絶えず「ずれ」が生じているだろう。それはどういうことだろうか。

いま、体調が悪いので診てもらいたいとの目的で、患者・素人が医者・専門

家を訪ねたとする。医者は、入院検査を勧め治療方針を説明するだろう。つまり、病気を同定し、治療するという与えられた目的の下で、自らの持っている（目的）合理的な手段、証拠を提供しようとするだろう。そのためにまず、入院検査をして病状を知る必要があると言う。その限りで、医者知識追求の目的は、（それだけと固定して言う必要はないが）病状についての知識自体の獲得（診断）と、それに基づく治療にある。

しかし、患者の知識追求の目的はこれと同じではないだろう。たしかに、患者は体調が悪いので、病気を同定し、治療したいとの目的をもって医者を訪ねてきた。しかし、検査のために長期の入院となれば、金もかかるし、したいこと、しなければならない事もままならない。また、検査自体にもかなりの苦痛、危険が伴うかもしれないとなれば、自らの病状を知ろうとするその知識追求も、それに伴うこうした金銭的、時間的などの費用を考慮し、その費用／効果バランスを評価してゆくなかで、医者知識追求の目的とは、ずれてくるだろう⁵⁾。

その結果、医者判断を押さえて、検査・治療を抑制することを、また、時には、その中止を自ら判断することも合理的となるだろう。専門家の知識追求活動の目的が素人のそれと同じでないならば、そうした専門家に従うことは、素人にとって、自ら定めた目的に従わないという意味で非合理であるからである。

では翻って、なぜ、専門家と素人の知識追求の目的の間に「ずれ」が生じるのだろうか⁶⁾。患者の持つ資金に限りがなく、使える時間も無限にあって、しかもそうした条件の下でなら、（例えば、時間をかけて検査できるなら危険が少ないというように）苦痛や危険を避ける手段がいくらでもあるのならば、患者の知識追求の目的を医者知識追求と同じく、病状についての知識自体の獲得に置きつつけることもできよう。しかし、知識追求活動は有限な資源の下でしかなしえない。ここに「ずれ」の原因がある。

つまり、知識の追求、知識へのアクセスには、そのための諸資源の消費を必ず伴う。しかも、そうした資源はつねに有限である。そのため、ある知識へのアクセスのために、限りある時間空間的、そして物質的資源の一部を消費すれば、経済学で言う機会費用、つまり、そのために他のことを諦める、機会を失

うという費用が必ず発生するし（金銭的、時間的などの費用についての患者の考慮がその例となる）、また、そうした消費の結果、そこに思わぬ副産物・随伴的結果が生じれば、外部費用が発生する（検査に伴うかも知れない苦痛や危険についての考慮がその例となる）。要するに、知識へのアクセス、追求には必ず費用が伴う。したがって、費用と効果のバランスを評価する中でしか、そもそもなし得ないのである。もちろんそれは、専門家も素人も同じである。しかし、社会成員の間で、保有している時間空間的、そして人的、物質的資源の偏在が避けられない以上（財の希少性）、また、それに起因する知識の偏在も避けられない以上、費用／効果バランスの評価は異なる。その結果、あたかも、貧しき者は生きるために消費するが、豊かな者は自己実現のために消費するように、知識追求の目的の成員間での「ずれ」、偏在も避けられない⁷⁾。

こうして、偏在する有限の諸資源に基づく知識活動、それに起因する知識の分散・偏在は避けられない。それゆえまさに、知識追求の目的の分散、ずれも避けられない⁸⁾。専門家と素人の（そして専門家、専門家集団間でも）知識追求の目的の間には、こうして絶えず「ずれ」が生じている。

そして、専門家の知識追求の目的が素人のそれと同じでないのならば、専門家の知識は、非専門家・素人にとって目的合理的とは言えず、したがって、専門家に従うことは、合理的ではないことになるだろう。つまり、「知識の権威主義理論」が説得的に見えたとすれば、それは、我々が、専門家と素人の知識追求の目的が同じだと、えてして誤解するからなのである。したがって、「知識の権威主義理論」への賛成が、こうした誤解の産物である限り、誤りであることは明らかである。

しかしだからと言って、今度は、専門家と素人の間で知識追求の目的が同じではないことを理由に「知識の権威主義理論」に反対することも、そうした誤解の裏返しの産物である以上、誤りだろう。なぜならば、もし専門家と素人の知識追求の目的を一致させることができるならば、その限りで、専門家の権威に従うことは合理的である。以上の検討は、このことを示してもいるからである。専門家と素人の知識追求の目的が「同じであるか同じでないか」と静的に

専門性と公共性：社会的認識論の観点から（木原）

問うのではなく、それを「一致させられるか否か」が動的に問われなければならない。

したがって問題はこうなるだろう。財の希少性ゆえに、社会成員間での諸資源、諸知識、知識追求諸目的が、絶えず分散しずれてゆく、それは不可避である。にもかかわらず、そうしてずれようと動くものを絶えず合わせてゆく、しかし、合わせてもまたずれてゆく、そうした運動過程として、その中で、知識追求目的を一致させることが、果たして可能なのだろうか。つまり、専門家と素人の間で、知識追求の目的についてのそのような形での合意形成が可能かどうかである。

いかなる意味でも、そうした合意形成が不可能ならば、「知識の権威主義理論」を受け入れる余地は全くない。しかし、何らかの意味で、それが可能ならば、「知識の権威主義理論」にもその限りで受け入れの余地が残る。

実際、以下で我々は、専門家と素人の間に（そして一般的には、専門家間、専門家集団間、そして素人間にも）絶えず生じる「ずれ」、それをまた常に小さくし調整してゆくよう、様々な社会的なメカニズムが働くのを見ることになるだろう。そして、そうしたメカニズムとは、そう言ってよければ、社会の「共同性」の実質を担うものだろう。だとすれば、我々の間での何らかの「共同性（ミクロ／マクロ共同性）」が、専門家の権威そしてそれに伴う権力に我々が従うことの合理性を支えることにもなるだろう⁹⁾。

しかし考察をそこへと進める前に、これと密接に関連する点なので、「知識の自由主義理論」のはらむ誤解について、次に検討することにしよう。

3. 「民主的コントロール」を誤解する：社会的共同としての自由

「社会が民主的であるためには、人びとが自らの力で考え、専門家の権威に従うことをやめなければならない」と言う「知識の自由主義理論」が多くの人を説得しているように見えるのはなぜだろうか。それは、この理論のある解釈に因るように思われる。

いま、とりわけ、専門家に従うことをやめるには、科学技術者との間の専門知識のギャップを少しでも小さくすることが必要だと考えるなら、それを、「知識の自由至上主義（リバタリアン）理論」と呼ぶことにする。というのは、知識の平等な配分が、人びとの自由の実質を確保すると考える点で、それは、市場参加者の間に価格情報が完全情報として平等に配分されることが、市場での自由な取引の実質を支えるとする、経済自由主義と同根だからである。

今日、多くの人が支持しているのは、「知識の自由主義理論」のこうした「リバタリアン」的解釈であるように見える。それは、「科学技術を民主的にコントロールするには、科学技術にもインフォームド・コンセントが必要だ」という主張が、しばしば、この「自由至上主義（リバタリアン）」的解釈の下で言われていることにも現れている¹⁰⁾。

専門家の持つ科学技術情報が公開されればされるほど、また、それを理解する非専門家である人びとの科学技術リテラシーが高まれば高まるほど、つまり、専門知識のギャップが小さくなればなるほど、専門家の権威に従うことが少なくなり、科学技術についての人々の自己決定が保証されて、それだけ科学技術の民主的コントロールも実現する。これが、「リバタリアン」的解釈の核心である。言葉を変えれば、インフォームド・コンセントのあるべき姿を、全ての情報が開示され、それを理解した上での自己決定に見るのである。

しかし、こうしたインフォームド・コンセントの「リバタリアン」的解釈、そしてその基にある「知識の自由至上主義理論」には重大な誤解がある。この意味でのインフォームド・コンセントを求めるだけでは、民主的にコントロールすること、つまり、科学技術についての人々の自己決定を真に保証することには何らならないのである。なぜなら、結局のところ、次節以下で見るように、科学技術の民主的コントロールにとって重要なのは、専門家と非専門家の間にある「知識のギャップ・勾配」をならすことではなく、（無論それと全く無関係ではないが）むしろ、両者間にある「知識追求目的のずれ」を合わせることだからである。

しかし、この点を理解するためにも、まず、インフォームド・コンセントを

こうしたリバタリアンの解釈の下で求めつづけ、その理念を徹底してゆこうとすれば、そもそもそこに、資源の有限性に由来する避け得ぬ限界があることを見なければならぬ。そして、インフォームド・コンセントのこの限界づけられたあり方を直視することが、民主的コントロールにとって重要なもうひとつの側面、つまり、人々の自己決定の実質を保証するのは社会の共同性なのだということを明らかにするだろう。以下では、医療場面を手掛かりに、まずこの点を見てゆくことにする。なお、本節では、特に断りのない限り、インフォームド・コンセントと言うのは、「リバタリアン」的に解釈されたそれのことである。

さて、医療場面においては、「開示」、「理解」、「自発性」、「能力」、「同意」が、インフォームド・コンセントに不可欠であるとされる¹¹⁾。そこでは、患者が受ける医療処置に関連して、次の事が前提されている。

(1) 現に在るすべての関連する情報が患者に「開示」されるべきであり、開示される情報が多ければ多いほど、すなわちそこに開かれる医療の選択肢が多ければ多いほど、(2) そして、そうした選択肢のそれぞれについて、その結果をも含めて患者が「理解」すればするほど、(3) さらにはその上で、患者が、どの選択肢を選ぶか判断・評価するにあたって、医者を含む他人の判断に影響されない高い「自発性」を持てば持つほど、
患者のインフォームド・コンセントつまり自己決定は保証される。つまり、すべての情報が開示され、それをすべて理解した上で、全く自発的になされる自己決定こそ、そのあるべき姿だということである。これを、「インフォームド・コンセントのリバタリアン理念」と言うことにする。

いま、いくつか留保条件を付ければ、このインフォームド・コンセントのリバタリアン理念は、合理的選択理論における「合理性の理念」と同型であると見なせる¹²⁾。合理的選択理論では、「合理的な意思決定・選択」とは、行動する主体が、

(1) 起こりうる〈すべての〉代替的選択肢を列挙し、(2) これらの選択肢の各々から生じる一連の結果の〈すべてを〉確定して、(3) この一連の結果の

〈すべてを〉比較評価し、その上で、最も好ましい一連の結果が生ずるような選択肢の一つを選択することである。

ここでは、〈すべて〉が強調されているが、それは、これが合理的選択理論における合理性の「理念」だからである。

しかし周知のように、明らかにせねばならぬ情報があまりに膨大であるため、それに必要な、時間を含む諸資源を有限に持つに過ぎない個人にとって、この意味での合理性への接近は、考えることすら困難である。したがって、実際の行動は、それが「合理的」と通常考えられている場合でも、じつは合理性の理念に、少なくとも以下の点で及ばない。

(1) 起こりうるすべての代替的選択肢の中で選択することなどできず、実際には、代替的選択肢の範囲は、狭められ限られて在らざるを得ない。(2) 各選択に続いて起こる諸結果のすべてを確定すること、つまり、それについて完全な予測と知識を得ることなどできず、実際には、結果についての知識は、部分に限られて在らざるを得ない。(3) 諸結果のすべてを確定することができない以上、それら諸結果のすべてを比較評価することなどできず、実際には、比較評価は、予想された結果の範囲に限られてなされざるを得ない。しかも、各選択に続いて予測できない諸結果（随伴的結果）が起こり知識が変化することで、評価基準自体にも変化が起こるが、それがどう起こるかについても完全な予測を得ることなどできない。

結局、合理的選択理論における合理性は「有限合理性 bounded rationality」としてしかありえない¹³⁾。

インフォームド・コンセントのリバタリアン理念を、合理性の理念と同型であると見るなら、「理念」としてのインフォームド・コンセントへの接近も、同じ理由で、それを考えることすら困難である。実際のインフォームド・コンセントは、「開示」、「理解」、「自発性」などいずれにおいても、極めて限界づけられたあり方をしている。以下では、「開示」の限界に絞って、この点を具体的に見てみよう。

「インフォームド・コンセントのリバタリアン理念」は、まず、時の医学知

識の制約のもと、可能なすべての医療サービスが、患者に情報として開示され知らされることを求めている。すなわち、そうしたサービスが、患者にとって利用可能な選択肢の集合、つまり機会集合に含まれることを求めている。つまり、すべての説明に加えて、すべての実行可能性が担保されることを求めている。しかし、この二つは当然ながら別であり、しかも、いずれも不可能であって、医療場面において、個々の担当医（医師団）の提供できる医療サービスは、その説明においても実行においても、限られており、二重にずれている。事実、いわゆる「名医探し」に疲れ、不本意な医療選択を余儀なくされている例は、日常茶飯の事だろう。それゆえ、医療現場は、インフォームド・コンセントの理念から遠く、したがって、患者の自己決定の保証からも遠い。限られ偏った選択肢の下での決定は、自己決定の実質を欠くからである。

もちろん「事実」がそうだからこそ、この二重のずれを防ごうとして、インフォームド・コンセントの「理念」が追求されるのであり、それへ向けて、患者の自己決定を実質的に保証するための試みが様々になされる。

例えば、外科という同一専門分野内でも、医者ごとに提供する医療が、その説明においても実行においても、違うというそのずれを放置すれば、患者自らがその自己決定を実質的に保証するために、時間を含む費用を払って、外科医探しをしなければならない。が、患者が費やせる資源は無限でなく、等しくもない以上、あくまでもそうした資源制約の内で行われた機会集合、選択肢の間での選択を余儀なくされる。だがそれでは、患者の自己決定が実質的に保証されたとは言うには程遠い。機会集合のずれを放置すれば、患者の自己決定は空洞化してしまう。したがって、これを防ぎ、ずれを合わせて、自己決定の実質をより保証するには、例えば医療サービスの「標準化」というような、社会的メカニズム、制度づくりが欠かせない。同一専門分野内では、同じ病気に対しては、どの医者も提供する説明・医療の諸選択肢も、大きく変わらないようにする¹⁴⁾。結果として、患者がそれらの選択肢を得るために費やす費用は下がり、患者の機会集合は拡大して、選択利用できる医療サービスの機会は増す。そしてそれは、患者の自己決定がより豊かな実質を持つことである。

しかし、そうした医療サービスの標準化を実現するには、例えば、医療者の職能集団における医療知識や技能の品質管理・標準化作業に止まらず、医療の地域格差も解消しなければならず、当然のことながら、様々な費用がかかる。しかしそれを社会で負担して、制度を張ることで、初めて、個人の自己決定の実質は保証されるのである。また、こうした制度は、それを欠けば、患者が選択の結果引き受けるリスクは高まる。ゆえに、それはセイフティー・ネットなのである。

このように、インフォームド・コンセントのリバタリアンの解釈を徹底してゆこうとすれば、たんに医療者と患者間の個々の専門知識ギャップに止まらず、医療者間の知識ギャップ、そして、患者間に開かれる機会集合のギャップを直ちに問題にせざるを得ない。

そして実際、医療者においても、知識・情報へのアクセスには必ず費用がかかる。また、得た知識の患者への開示・伝達にも費用はかかる。しかも、そうした費用に充てるべく各医療者が持つ諸資源は有限であり、異なっている。それゆえ、同じ外科の専門医にあっても、医者ごとに患者に説明し開示できる医療情報のずれが避けられないことになる。例えば、遠隔の地にいる医療者にとって、新たな医療知識や技量を得るために必要な時間的・金銭的費用は大きなものだろう。また、どの大学で教育されたかによって、医師の持つ医療知識が異なるというのが今日の日本の現状であるが、これも、知識へのアクセスには、つまり、ある大学の医学部で教育を受けるためには、それ相応の諸費用を要するからである。さらに、時間・コストの制約ゆえに、「3分間診療」が行われ、患者への説明が不十分であるという現状は、知識の伝達に費用がかかることを端的に示している。我々は、前節で、財の希少性ゆえに、専門家と素人の間で、知識やその追求目的にずれが避けられないことを見たが、今ここで見ているのは、同じ専門家間でもそのずれが避けられないということである。

さらに、たとえ医療情報が患者に開示されたからといって、それらが、利用可能な選択肢から成る機会集合として現に患者個人に開かれるとは限らない。機会集合を開くにはさらに費用がかかるからである。そして、その費用の支払

専門性と公共性：社会的認識論の観点から（木原）

いを患者に委ねるならば、先に見たように、患者各人が持つ諸資源が有限であり異なっている以上、そこに開かれる機会集合のずれも避けられない。

こうして、医療者・専門家が知識を習得・獲得する過程で、また、その知識を患者・素人へ開示・伝達する過程で、さらには、そうした知識に基づいて患者・素人に機会集合を開いていく過程でと、二重三重にずれが生じる。そして、こうした知識や健康の追求活動が、あくまでも、偏在する有限の諸資源に基づいてなされなければならない以上、そうしたずれは不可避である。

しかしだからこそ、その中で、患者・素人の自己決定の実質をより保証するには、社会が費用を負担し、教育や医療の標準化という制度を張って、こうしたずれを少しでも合わせていくことが必要なのであった。だが、そうしたインフォームド・コンセント理念の追求も、再びどこまでも、有限な諸資源の下でしかなし得ない。これもまた不可避である。そしてこれこそが、標準化の試みにもかかわらず依然としてずれは残ることの、そして、個人の自己決定の実質を保証するのは実に社会の共同性だということの、真の理由なのである。

なぜなら、社会の持つ資金に限りがなく、使える時間も無限にあって、その中で、こうした諸々のずれ・ギャップを埋めようというインフォームド・コンセントの理念が追求できるのなら、たしかに、そのときに限り、すべてのずれは解消し、個人の自己決定の実質を保証するために、社会成員が共同することも不要となろう。社会資源が無限であれば、個人は自己決定の実質を自ら保証することができようからである¹⁵⁾。しかし、社会資源は無限ではない。従って、個人の自己決定の実質を保証するためには、社会の共同が不可欠となるからである。

以上は、医療場面におけるインフォームド・コンセントの、しかも「開示」について検討したに過ぎない。しかし、インフォームド・コンセントが限界付けられてあり、それゆえに、個人の自己決定の実質を保証するには、この場合、自己決定に伴うリスクを社会で受け止める制度の構築が不可欠であることが理解されたと思う。そう言ってよいなら、社会の「共同性（マクロ共同性）」こそが、個人の「自己決定の自由」を可能にしているのである。自己決定権とし

ての個人の自由とは、社会がコミットし作り出しているものであり、決して、社会から離れることによって確保されるものではないのである。こうして、合理性が限定されている（H. サイモン）、正にそれゆえに、我々の自由が社会的コミットメントの産物となっていること（A. セン）、が明らかになる¹⁶⁾。

かくして、確かに、インフォームド・コンセントの理念は、公開された情報の下、あくまで自らの責任で自己決定する個人たちという、「リバタリアン」的な見掛けをもっている。しかし見てきたように、それが、きわめて限界付けられたあり方の中でしか現に追求され得ないものである以上、その結果として現れる実際のインフォームド・コンセントは、そもそもが「リバタリアン・自由至上主義」的ではありえない。そこでの自己決定を実質的なものにするのは、社会の共同性だからである。にもかかわらず、インフォームド・コンセントが、市場をモデルとしての、情報公開とその上での個人の自己決定、そうした個人主義・自由至上主義（経済自由主義）とシンクロし、「リバタリアン」的に理解されているのはなぜなのか。

それは、「開示」の点に限ってみても、インフォームド・コンセントをそのリバタリアン理念に副って徹底しようとするならば、医療者間・専門家間での知識ギャップや、患者間・素人間に開かれる機会集合のギャップを問題にせざるを得ない。にもかかわらず、その事実を十分見ずに、もっぱら、医療者・専門家と患者・素人との間の専門知識ギャップばかりを問題にしているからである。結果として、そうした諸々のずれ・ギャップを合わせて機会集合を開こうというインフォームド・コンセント理念の追求もやはり限界づけられてある事、それゆえ、自己決定の実質を保証するのは社会の共同性なのだという事は見えず、見えるのは、もっぱら機会集合が開かれた後、それを前提にしてしまった上で、個人が各選択肢をどう「理解」するか、そこから「自発性」をもってどう選択するかだけとなる。これがインフォームド・コンセントを「リバタリアン」的にみせているのである。

その意味で、もっぱら専門家と非専門家間関係に注目し、しかも、そこでの専門知識ギャップに焦点を合わせて、それが小さくなればなるほど、科学技術に

専門性と公共性：社会的認識論の観点から（木原）

ついでの人々の自己決定が保証されて、それだけ科学技術の民主的コントロールも実現すると考えるインフォームド・コンセントの「リバタリアン」解釈は、そしてまたその基にある「知識のリバタリアン理論」は、視野狭窄の誤解に陥っていると言わねばならない。たとえ仮に、知識ギャップが問題なのだとしても、問題にすべきは、たんに専門家と非専門家間のそれだけではないからである。

また仮に、「リバタリアン」解釈が言うように、専門家と非専門家間関係がもっぱら問題なのだとしても、非専門家の自己決定の実質を保証するためにそこで問題にすべきは、むしろ知識ギャップではない。にもかかわらず、知識ギャップばかりを見る。その意味でも、「リバタリアン」解釈は二重に視野狭窄の誤解に陥っていると思われる。

次節で、この点をさらに考えてみたい。

4. 「民主的コントロール」を誤解する：リテラシー論という迷路

いま、特定の専門家と非専門家の関係に注目した上で、その専門家の持つ知識が全て開示され、それを非専門家・素人が全て理解できたとしてみよう。これは、この特定の関係の中で、「リバタリアン」解釈の前提部分が、少なくともその開示と理解の点では、最大限実現したとする仮定である。では、果たしてこのとき、「リバタリアン」解釈が言うように、当の非専門家の自己決定の実質は保証されるのだろうか。

すでに見たように、人々の自己決定の実質は、まずもって、人々の前に機会集合がどのように開かれているかに拠る。従って、この場合も、当の専門家の持つ知識を全て理解したことが、自己決定の実質を非専門家に保証していると言うのであれば、その専門家の持つ全知識を理解したことによって、非専門家の前に機会集合がどうさらに開かれたのかが、まず問われねばならず、次いで、開かれたその機会集合が、当の非専門家の自己決定の実質を果たして保証しているのかが問われねばならない。そして、この問いに答えるためには、まず、以下の三つの点を理解しなければならない。

第一に、一般に、非専門家の前に機会集合がさらに開かれるには、そこに含まれてくる各選択肢について、そこからの帰結の違いなどを含め、その間の相違を非専門家自身が理解し、各選択肢を同定していることが当然ながら前提となる。従って、それに必要な限りで、専門家の持つ知識を理解すること（そうしたリテラシーを持つこと）は必要である。しかし、因果関係であれ相関関係であれ、そうした選択肢とそこからの帰結との諸関係を、当の専門家が理解するのと同じように理解する必要はない（もちろん、自身の持つ資源制約の下、専門家もこの間の関係の連鎖の全てを知るわけではない）。そこまで理解したからといって、非専門家の機会集合を広げることにはならないからである。従って、いまの場合も、非専門家が自らの機会集合をさらに開くのに、当の専門家が持つ知識を全て理解する必要などないのである¹⁷⁾。その意味で、専門知識のギャップを見境なく埋めることを求める「リバタリアン」解釈は、自己決定・自由の実質には無関係であり、と言うより、無関係なことに資源を浪費させるから有害であり、誤りである。

第二に、こうして、機会集合が開かれ、自己決定の実質が確保されるためには、それらの機会集合を開くのに必要な限りでの専門知識の理解が必要だとしても、そうした専門知識は、依然として必要条件に止まり、それを理解したからといって、必ずしも機会集合が開かれるわけではない。極端な場合には、それによっては何ら機会集合が開かれない場合すらある。例えばいま、担当の医師（団）が、患者の医療機会を開くのに必要な、持てる医療知識のすべてを多くの費用をかけて説明し、患者の側も多くの費用をかけそれらを理解できたのだとしてみよう。しかしそれだけでは、つまり、医療スタッフ、機器、費用など、その実行を担保する諸資源を全く欠けば、患者にそうした機会集合は開かれず、従って、その自己決定が空疎であることは明らかだろう。

要するに、知識の獲得と機会の獲得の間には、さらにもう一段の「フィージビリティ・実行可能性」の問題があるのであり、その意味で、知識の問題と、自己決定・自由の問題は区別されなければならない。にもかかわらず、「リバタリアン」解釈は、知識ギャップの解消がすなわち自己決定の実質を確保する

専門性と公共性：社会的認識論の観点から（木原）

として、この間の違いを等閑視する誤りに陥っている。つまり、必要条件を必要十分条件と見誤っている。これもひとえに、「リバタリアン」解釈が、知識の獲得や機会の獲得にかかる費用を見ないからなのである。「知識のリバタリアン理論」は、こうした費用を考慮しなくても済むかと思わせる、「豊かな時代」の幻想なのである。

第三に、機会集合を開くのに必要な限りでの専門知識を理解し、それを開くのに必要なある諸資源も得て、そこに何らかの機会集合が開かれてもなお、それが自己決定の実質を非専門家に保証するとは限らない。例えば、ある患者の前に、以上の事の結果として、いくつかの医療の選択肢、つまり機会集合が現に開かれているとしてみよう。しかしこれは、一般的には、豊かな知識を持つ医療者（団）が貧しい医療資源の下に置かれるとか、豊かな医療資源の下に貧しい知識を持った医療者（団）がいるとか、そういうある特定の状況の下で起こることである。そしてその時、そこに開かれている機会集合は、前者においては、医療資源の貧しさゆえに、そして後者にあっては、医療知識の貧しさゆえに、偏り、限られている。つまり、それらが患者の自己決定の実質を保証するとは限らないのである。

以上三点を要するに、仮に、専門家と非専門家間関係が問題なのだとしても、「リバタリアン」解釈の言うように、その間の知識ギャップをどこまでも埋めることが必要かと言え、必要なのは、その「全ての」知識ギャップを埋めること、つまり、その意味での科学技術リテラシーを持つことではない。さらに、たとえ、そうした限定された意味での知識ギャップを埋め得たとしても、なおそれだけでは、非専門家の前に機会集合は開かれず、また、たとえ開かれたとしても、その機会集合が、当の非専門家の自己決定の実質を保証するとは限らない。結局、「リバタリアン」解釈が強調する、専門家と非専門家間の知識ギャップが、非専門家の自己決定の実質を保証する上で果たす役割は、限られたものである。にもかかわらず、その知識ギャップばかりを言う。その意味で、「リバタリアン」解釈は、ここでも視野狭窄の誤解に陥っている。

むしろ、先の第三の考察例が示唆するように、患者・素人の自己決定の実質

を確保するためには、ここでも、医療者・専門家と患者・素人との間の知識のずれ・ギャップだけでなく、広く、医療者間・専門家間での知識や諸資源のずれ、患者間・素人間での知識や諸資源のずれを、そして再び、それらをどう合わせていくのか、その標準化のあり方を問題にせざるを得ない。その意味で、問題を専門家と非専門家間関係に限定してしまう「リバタリアン」解釈の、もうひとつの視野狭窄の誤りが、再度、問題にされなければならない。

5. 目的を合わせるということ：共同性という権力

これまで繰り返し見てきたように、人々の自己決定の実質は、まずもって、人々の前に機会集合がどのように開かれているかに拠るのであり、それはまた、社会がそのために共同して張る様々な「標準化」が、どのようなものであるかに拠るのである。そして、そのあり方が、それを支える社会の共同性のあり方に拠る以上、結局は、ここに言う社会の共同性とは何か、そのあり方こそを問わなければならない。

振り返ってみれば、専門家間で、専門家と素人間で、素人間でと、様々な生じる諸資源や知識のずれ、それらを放置しておけば、それぞれの前に開かれる機会集合はずれ、また、そうした機会集合に含まれる各選択肢に対する費用／効果バランスの評価もずれる。結果として、非専門家・素人における機会集合のずれは放置され、自己決定の実質は空洞化してしまう。しかし、だからこそ、こうしたずれを少しでも合わせていくために、社会が費用を負担し、教育や医療の標準化というように様々な、（機会集合や選択肢の）「標準化」を制度として張ることが必要なのであった。しかしこの時、問題は、こうして互いにずれてあるものを、では、どこへと合わせ標準化するかである。

いま、政府や医療者の職能集団が、資源や知識のずれを合わせて、医療教育・サービスの「標準化」に取り組み、同一専門分野内では、同じ病気に対しては、どの医者提供の説明も、また、そこで実行可能な医療の諸選択肢も、大きく変わらないようになったとしてみよう。しかし、こうした医療の標準化

専門性と公共性：社会的認識論の観点から（木原）

が、例えば、医療費削減の目的をもってもっぱらその方向でなされるなら、結果として等しく開かれた患者の機会集合も、その自己決定の実質を保証するとは限らない。そうした機会集合に、患者の目的に相応しい諸選択肢が含まれているとは限らず、目的に合わない選択肢からの選択は、自己決定の実質を欠くからである。

つまり、人々の自己決定・自由の実質を保証するには、たんに、その機会集合を標準化するに止まらず、人々の目的に相応しい諸選択肢が含まれる方向で、つまり、そうした目的に副って様々なずれを合わせる方向で、人々の機会集合を標準化することが何より必要なのである。そのためには、そうした素人である人々の目的に副う方向での機会集合の標準化が、専門家間で、専門家と素人間で、素人間でと、多様になされなければならない。そしてそれは、偏在する有限の諸資源に基づくゆえにずれることを避けられない専門家間での、そして、専門家と素人間での知識や健康追求の目的を、非専門家・素人の目的の方向へと合わせることに他ならない¹⁸⁾。

では、人々の目的に副う方向でのそうした標準化は、いかにして可能なのか。すでに見てきたように、いかなる標準化の試みも有限な資源の下でしかなし得ないゆえに、また、そもそもが目的を合わせるというその事柄からして、それは社会の共同に拠るしかない。従って、問題は、専門家間での目的のずれを、そして、専門家と素人間での目的のずれを、素人である人々の目的に合わせていく社会的メカニズム、そうした社会共同のメカニズムはいかにして可能か、ということになる。

しかも、こうした社会共同のメカニズムの下では、人々の自己決定・自由の実質が確保されるばかりでなく、専門家と素人の目的が合わされているその限りで、専門家の知識の合理性も確保されることになるだろう¹⁹⁾。つまり、そこにおいて初めて、専門家に従うことは合理的ともなり、民主的ともなるだろう。だとすれば、科学技術を民主的にコントロールする道を探って、科学技術社会論研究（STS）が行くべき第三の道、誤解をはらんだ「知識の権威主義理論」でも「知識の自由主義理論」でもない第三の道とは、正に、こうした社会的共

同のメカニズムの可能性にかかっているのである。

そして、ここで言う社会的共同のメカニズムの別の名は、権力のメカニズムである。社会成員間でずれる目的や機会を合わせるとは、広義の、そして勝義の、政治と権力の働きである。だとすれば、標準化とそれによる人々の自己決定・自由の実質を保証するのは、そして、その中で専門知識の合理性を保証するのは、正に、この意味での「権力」だからである²⁰⁾。従って、問われるべきは、人々の目的に副う方向で標準化を行う権力＝社会的共同のメカニズムに他ならない。

しかし、周知のように、この問いは、それに直接答えようとするなら、混乱をもたらすだけである。権力現象は多様な形で存在しているからである。それは、例えば、商取引にも医者・患者関係にもと広く遍在している「交渉力」のような、個人間／集合間での意思決定におけるある種の非対称性という事実である（主体間に働く相互的権力現象）。また、家族、村落共同体、組織などの集合体の、その成員個人に対する優位という事実であったり（制度的権力現象）、さらには、個人・主体が社会的に形成されているという事実であったり（行為選択の前提である選好構造そのものが社会的に形作られたものだということろに行動の制約を見る、観念図式権力現象）と、実に様々であって、これら多様な権力現象に共通する性質を想定することは、不可能だろう²¹⁾。「権力」という同じ言葉で様々に異なる社会諸現象が指示されてきたのである。従って、人々の目的に副う方向で働く権力＝社会的共同のメカニズム、そのあり方を問おうとするなら、少なくとも、こうした権力現象間の相違と関連を考慮した考察が必要となる。

そこで、以下では第一近似として、問題を主体間に働く相互的権力関係に限定し、しかも、その一例として、専門家と素人の間で、ずれゆく知識追求目的を一致させること、そのような共同、合意形成のメカニズムはいかにして可能かを考えてみる。そして、この問題を手がかりにして、目的のずれを合わせるそうしたメカニズムが多様であり、そこでの「権力＝共同性」の多様さに応じて、実は、それが支える専門知識の「社会的合理性」も、また、それが支える

専門性と公共性：社会的認識論の観点から（木原）

人々の「自己決定・自由の実質」も多様であろうことを示唆しておきたい²²⁾。

再び、医療場面を考えてみよう。医療者が患者に対し、可能な限り全ての治療の選択肢とその帰結を提示した上で、あとは患者の判断にその選択を委ねること、「インフォームド・コンセント」がもしそう理解され実行されているなら、それは「医療のカフェテリア」とでも言うべき誤解である²³⁾。確かに、それは一見、患者の主権を保証しているかに見える。しかし、そこで提示される選択肢が、もっぱら医療者の目的に副って用意されがちであることは不問にされている。つまり、医療者の目的と患者の目的は、ほうっておけば食い違う。それゆえ、たとえ医療者が、可能な限り全ての治療の選択肢とそこからの帰結を提示したとしても、患者の目的に適う選択肢がその中にあるとは限らない。むしろ、その中に患者の目的に適う選択肢がないということこそが常態だろう。従って、それは、医療者と患者の知識追求目的を、患者主権に副って合わせることではないのである。

そこで、両者の目的を合わせるために市場メカニズムを働かせる。すると、ある医療サービスに対する患者の要求・需要が高まれば、価格（や保険点数）を指標として、それに応える医療者のサービス供給が増えるだろう。そこでは、医療者が、患者の目的に適う選択肢を求めて、自らが提示可能な治療の範囲を拡大したり変更したりと努めることになる。イタリア料理を求める客が増えればそれらをメニューに加えるカフェテリアも増えるようにである。

その意味で、確かに、市場メカニズムは、医療者と患者の間でずれゆく知識追求の目的を、合わせるための社会的メカニズムのひとつである。しかもそこでは、治療の「手段」としての選択肢だけでなく、治療の「目的」をも選択する自由・権利が、患者・素人の側にある。専門サービス市場では、サービスの消費者としての素人に「消費者主権」がある。そう考えられているからである。そして、「消費者主権」とは、何よりも、消費者の欲求・目的は、消費者自身の全く自由な選択によるものであり、また、そうした消費者の欲求を満たすこと、つまり、消費こそがすべての経済過程の「目的」だと見ることなのである²⁴⁾。

しかし、周知のとおり、市場メカニズムによるそうした働きは一面的で、限

定されたものでもある。

第一に、市場メカニズムではうまく合わせることでない目的が少なからずある。例えば、極めてまれな難病の治療を患者・消費者が求めても、その治療法や薬剤の開発に莫大な費用がかかり価格がつかないようなら、市場メカニズムでは、医療者・生産者の目的をそこへと向かわせることはできない²⁵⁾。事実、事情はいささか異なるが、市場は、南部アフリカのHIV患者へのワクチン供給にも失敗しているのである。また、その他にも、経済学で「市場の失敗」といわれる諸事例に同様の例が見られる。

第二に、知識追求の目的を、専門家と非専門家・素人の間で合わせようとする時、実は、市場の中での「組織」が考慮されなければならない。今日、専門知識・サービスの生産の場は、ほとんどが、例えば、政府、企業、大学というような組織である。しかし、そうした組織自体の持つ知識追求目的と、その成員である専門家個人の知識追求目的は常にずれる。そして、この両者の目的を合わせていく上で、市場・価格メカニズムはほとんど機能しない。したがって、仮に、民間の企業、病院、研究機関などのように、そうした組織自体の目的については、市場メカニズムが、それを非専門家・消費者の目的に合わせるよう働くと言われる場合でも、その成員である個々の専門家の持つ目的を非専門家の目的に合わせることは、市場メカニズムでは難しい。経営上も、乳癌の患者にはできるだけ患者の望む温存療法をとという方針の病院にあっても、外科の医師は切除療法に傾くかも知れないのである。

市場メカニズムは、少なくともこの2つの意味で、専門家と素人の目的を合わせることに失敗する。そこには明らかに限界がある。しかし、両者の知識追求の目的を合わせるための社会的メカニズムは、たとえ「消費者主権」の考え方に立つとしても、市場だけではない。

例えば、周知のように、市場メカニズムの限界を前にして、我々の社会は、政府にそれを補正し、回復させる役割を求める。法という権力によって、専門家と素人の目的を合わせようとするのである。政府は、難病患者の医療費の自己負担分を公費補助する法制度によって市場メカニズムに介入し、患者・消費

専門性と公共性：社会的認識論の観点から（木原）

者の求めに応じて、医療者・生産者が治療法の開発に向かうようそれを動かしているのである。

また、市場の中での組織は、それぞれが職業倫理規範を持つことで、市場を支え、またその不備を補っている。例えば、専門家職能集団・共同体は、「素人の目的に、専門的助言者として応える」社会的役割と責任（職業倫理）を自らに課している²⁶⁾。市場の論理が難病治療の開発を難しくしていたとしても、医療者・専門家には、市場の論理に逆らっても、患者・素人の求めに応えようと努める、職業的責任がある。また、外科医には、自らの利に反しても、市場の論理に従って、患者の求めに応えようと努める、職業的責任がある。こうして、社会として、専門家の目的を素人のそれにさらに合わせようとするのである。

このように、医療の場面で、しかも、医療者と患者の間に、知識追求の目的を合わせる社会的メカニズムに限って見ても、そのメカニズムは多様であり、しかもそれらは現実の医療者と患者の関係の中で重なり合っている。事態は複雑なのである。

加えて、以上の検討では、もっぱら「消費者主権」の考え方に立って、医療者・専門家の目的の方を患者・素人のそれに合わせるための社会的メカニズムを問い、その多様さの一端を見た。しかしその逆、つまり、素人の目的の方を専門家のそれに合わせるための社会的メカニズムも、もちろんのこと存在し、それもまた多様なのである。しかも、厄介なのは、市場にしろ、法にしろ、職業倫理にしろ、同じひとつのメカニズムが方向を変えて両用されていることである。もちろん両者は異なる。しかし、その境は判然としない。

こうして、一方の軸に、市場、法、職業倫理などの社会的メカニズム・構造をとり、他方の軸に、それぞれのメカニズムがどの方向で用いられるか、その機能、つまり、自由至上主義・リベタリアニズムをひとつの極とし、パターナリズムをもうひとつの極とする連続スペクトルをとれば、医療者と患者の間での、そして一般には、専門家と素人の間での目的合わせのメカニズムの現実は、これらの要素の組合せとして描けるだろう。

しかし、これはいまだひとつの整理にすぎない。目的合わせのメカニズムとして相互に重なり合う、市場、法、職業倫理などの構造は、それぞれ、どの点で異なりどの点で似るのか。また、完全なりバタリアニズム、完全なパターンリズムは虚構として退けなければならないが、目的合わせのメカニズムのそれぞれが機能するのは、その中間どの領域どの範囲でなのか。例えば、同じ市場メカニズムを、より専門家の目的に合わせる方向で用いることも、より素人の目的に合わせる方向で用いることも、ある範囲の中では可能だが、それはどの範囲なのか。さらに、そうした方向づけをする権力現象をどう理解するか。機能と構造間の相互影響をそこにどう繰り込むか。こうして、整理・分析の枠組み自体がさらに問われなければならない。と同時に、そうした分析枠組みが許容する範囲内で可能な諸要素の組合せの中に、現実の事例を位置付けて、その理解をさらに進めなければならない。

これらについては、改めて検討の機会を考えたい。ここでは、以上の検討を踏まえて、差し当たり、専門家と素人の間でずれゆく知識追求目的を合わせる社会的メカニズムは多様であり、従って、そこでの「共同性」も多様であって、それゆえ、それに応じて、それが支える専門知識の「社会的合理性」も、また、それが支える人々の「自己決定・自由の実質」も多様であることを示唆するにとどめたい。いささか単純化して言えば、それは、共同体空間での社会的合理性／自由と、市場空間での社会的合理性／自由、公共空間での社会的合理性／自由は異なるという至極当然のことに他ならない。

しかし、専門家と素人の目的を合わせる社会的メカニズムを新たに加えて工夫する必要が言われている今日、そうした制度・メカニズムの設計はより広い文脈を考慮してなされる必要がある。そして、以上の我々の検討は、そうしたより広い文脈を与える試みだったのである。

注

- 1) 本稿は、平成 11-13 年度科学研究費補助金「科学技術知識の生産・流通・消費過程の総合的分析枠組に関する「社会的認識論」的研究」（研究代表・木原英

逸)を受けて、準備されたものである。

- 2) 専門家個人とは区別された専門家システムへの信頼が、近代社会にとって持つ意味を以下が論じている。Giddens (1990) III部。筆者はかつて、そうした専門家システムを確立することこそが、科学技術の民主化への道であると論じたことがある（木原, 1997）。
- 3) 科学技術の民主的コントロールという課題はもちろん具体的に解かねばならないが、そのためにも、一見迂遠なようだが、STSの基本的な枠組みの再検討が大切だというのが本稿の立場である。したがって、以下の立論も様々な仮定の下で進められるが、基本的な枠組みの検討という本稿の作業にとって、それは避けられない。仮定を設けること自体は責められることではなく、立てた仮定が我々の課題の核心を捉えているかだけが問われるべきである。つまり、基本的な枠組みを掘り下げ明確にすることが、具体的問題へのその適用範囲を広げ有効にしているかどうかである。
- 4) 「知識の権威主義理論」 authoritarian theory of knowledge の名称とともに、ここまでの論点は、Fuller (1988) 12章による。なお、「知識の権威主義理論」は、我々が、専門家と素人の知識追求の目的が十分似ているとして疑わないゆえにいまなお生き延びているのだが、それは、我々の社会がメリトクラシーであることと深く関わりと考える。
- 5) ここで議論されている費用／効果の概念は、もちろん、経済学で言う「効用」に限るものではない。Winner (1986) 8章を参照。
- 6) こうしたずれを、医者・専門家側が持つ近代医学パラダイムに帰責する議論は多い (Dixon, 1978)。しかし、本稿で論じたのは、たとえ、医者、患者ともに近代医学パラダイムの下にあっても、なお、ずれは生じつづけるということである。
- 7) 例えば、Maslow (1954) の欲求理論を参照。
- 8) この点の洞察は、社会的認識論のひとつの展開である。この洞察に依拠して、筆者はかつて、一般的・普遍的知識ではなく、むしろ限定的・専門的知識こそが、知識の祖型であると論じたことがある (Kihara, 1999)。
- 9) 人びとは様々な理由によって、その権力空間を自ら支えているという側面がある。マルクスは、『資本論』の注の中で、この点を次のように述べている (Marx, 1867, 国民文庫, 1972, 111頁)。「この人が王であるのは、ただ、他の人びとが彼に対して臣下としてふるまうからでしかない。ところが、彼らは、反対に、かれが王だから自分たちは臣下なのだとおもうのである」。このように、権力空間が成立するには、そこに必ず服従者の自発性と協力がいることが指摘されてきた。ここでは、その自発性が、社会という「共同性」に由来することに注目した。つまり、「一緒に生きよう」ということが、権力を支えるの

である。

- 10) こうした解釈が流行する背景には、社会の「規制緩和」がある。官僚による規制を緩めたら誰がコントロールするのか。ここに、市場をモデルとしての、情報公開とその上での個人の自己決定、そうした個人主義・自由主義が今日強調されている理由がある。社会構造を動かすために思想が動員されているのである。しかし、市場モデルが一種の虚構であるように、科学技術に「インフォームド・コンセント」を求めることも、本節以下で示す意味で、ある種の虚構である。
- 11) 例えば、Faden and Beauchamp (1986)。
- 12) 前者の場合、患者の前に選択肢が開かれるに当たって、医療者の果たす役割が最初から視野に入れられた構成になっている。他方、後者の場合、その方法論的個人主義によって、そうした他者との社会関係は、後からの付加条件となってくる。
- 13) Simon (1945)。
- 14) 患者の自己決定の実質を保証する手段として、医療サービスを「標準化」する必要を、日本における不妊治療の現状批判として指摘したものに、市野川 (2001) がある。なお、医療サービス「標準化」に関する本稿での主張と、EBM (evidence-based-medicine) の主張は区別して考えなければならない。標準化された選択肢があくまで複数あることが、本稿の論点だからである。
- 15) あえて言えば、この点の論理はこうなる。各自が有限の諸資源を持つにすぎない、有限数の社会成員からなる社会の持つ全資源は、有限の有限倍は有限である以上、有限である。従って、もし、社会の持つ資源が無限なら、それは、社会内部から何らかの形の共同によって調達されたものではあり得ない。つまり、その無限の社会資源は、社会成員間の共同なくして得られ、使用できるものだということになる。
- 16) Senn (1990)。
- 17) 非専門家が、自らの機会集合をさらに開くために、選択肢とそこからの帰結を、その間の諸関係に立ち入って理解する必要がある場合もある。
- 18) 非専門家間においても目的のずれがある以上、ここには、では、どの非専門家（集団）の目的に合わせるのかという問題がさらに残る。それは、民主的意思決定とは何かを、さらに問う事を求めるが、ここでは、そこまで立ち入れない。ここでは、ある非専門家（集団）を特定した上での議論をしている。
- 19) 目的を合わせる方向で標準化していく上で必要となる、様々なコミュニケーション過程の特質を考慮に入れなければ、ここでの議論は平板のそしりを免れない。しかしそれについては、機会を改めて検討したい。
- 20) ここで定義されている政治（権力）とは、19世紀の知識枠組みの中で作られ現

専門性と公共性：社会的認識論の観点から（木原）

在へと引き継がれている，経済と区別される概念としてのそれではない。本節で後述するように，市場メカニズムもまた，「目的を合わせる」社会的メカニズムのひとつだからである。Wallerstein (1991) 18章を参照。

- 21) 盛山和夫 (2000)。
- 22) 専門家と素人の間での目的のずれを合わせる，共同，合意形成のメカニズムは，例えば，コンセンサス会議を含む参加型テクノロジーアセスメントなどの具体場面でもさらに検討する必要がある。本稿で示した理論的諸視点は，そうした具体的手法を批判的に役立てて行く上で有用と考える。専門家／非専門家図式の視野狭窄を指摘し，社会的共同を権力につないだ本稿の論述の含意もそこにある。注3を参照。
- 23) この命名の出典は，Meisel, A. and Kuczewski, M. (1996)。
- 24) 消費者主権とは，消費者が「主権」者である以上それよりも上位者はもはやいないことを意味する。つまり，あくまでも消費者の欲求が独立変数であり，生産者・市場はその従属変数だということである。（最終）消費者の欲求自体は，経済過程から創り出されるものではなく，消費者自身の全く自由な選択・決定によるものであって，経済過程にとっては完全に「外的な所与」として与えられるものだと考える。自由至上主義・リバタリアニズムの主張だと言われる所以である。生産，交換，分配という経済過程はすべて「手段」であり，消費者の欲求を満たすこと，つまり，消費こそがすべての経済過程の「目的」だと見るのである（猪木武徳 1987，132 頁）。近代のイデオロギーである経済的個人主義・自由主義（リバタリアニズム）の中にある今日の経済学は，こうした消費者主権の考え方の上に立てられている。
- 25) 所謂「孤児薬」と言われる問題がそれである。この点を含め，薬が市場メカニズムの下にあることの問題については，廣野（2002）を参照。
- 26) 市場の失敗・限界がある場合，これまではもっぱら政府にそれを矯正する役割を与えてきた。しかし，規制緩和の動きの中で，そうした役割を職能集団にも拡大しようとする傾向が出てきている。「科学技術倫理」への昨今の関心の高まりには，そうした面もあるだろう。この点は，小林信一氏の教示による。

文 献

- Dixon, B. (1978) *Beyond the Magic Bullet*, 奥地幹雄，西俣総平（訳）『近代医学の壁』岩波書店，1981.
- Faden, R. R. and Beauchamp, T. L. (1986) *A HISTORY AND THEORY OF INFORMED CONSENT*, 酒井忠昭，秦洋一（訳）『インフォームド・コンセント—患者の選択』みすず書房，1994.

- Fuller, S. (1988) *Social Epistemology*, Indiana U.P.
- Giddens, A. (1990) *The Consequences of Modernity*, Polity Press, 松尾精文, 小幡正敏（訳）『近代とはいかなる時代か？』而立書房, 1993.
- 廣野喜幸（2002）「薬・市場・いのち」『アソシエ』No. 9.
- 市野川容孝（2001）「日本における不妊治療の現状と問題点」『保健医療社会学論集』12 卷 2 号.
- 猪木武徳（1987）『経済思想』岩波書店。
- 木原英逸（1997）「専門性の擁護—科学技術の民主化のために」『国士舘大学政経論叢』102 号.
- Kihara, H. (1999) In defense of expertise; on its location in social epistemology, *SOCIAL EPISTEMOLOGY*, Vol. 13, Nos. 3/4, pp. 269–272.
- Maslow, A. H. (1954) *Motivation and Personality*, 2nd Edition, 小川忠彦（訳）『人間性の心理学』産業能率大学出版部, 1987.
- Marx, K. (1867) 『資本論 1』国民文庫, 1972.
- Meisel, A. and Kuczewski, M. (1996) Legal and Ethical Myths About Informed Consent, *ARCH INTERN MED*, Vol. 156, p. 2521–2526.
- 盛山和夫（2000）『権力』東京大学出版会.
- Senn, A. (1990) Individual Freedom as a Social Commitment, *The New York Review of Books*, June 14 pp. 49–54. 川本隆史（訳）「社会的コミットメントとしての個人の自由」『みすず』1999. 1 月。
- Simon, H.A. (1945) *Administrative Behavior*, The Free Press, 松田武彦, 高柳暁, 二村敏子（訳）『経営行動』ダイヤモンド社, 1965.
- Wallerstein, I. (1991) *UNTHINKING SOCIAL SCIENCE, The Limits of Nineteenth-Century Paradigm*, Polity Press, 本多健吉・高橋章（監訳）『脱＝社会科学』藤原書店, 1993.
- Winner, L. (1986) *The Whale and the Reactor*, Univ. of Chicago Press, 吉岡斉, 若松征男（訳）『鯨と原子炉』紀伊国屋書店, 2000.