

く、それゆえその成果の利用も、日本社会各界が自身の対中政策や対中事業に利用する立場にある。にもかかわらず、その日本社会自体は原則的に中国研究の直接の対象ではあり得ない⁴⁹。

この点にこそ現代中国研究の最大の陥穽が存在する。以下、中国研究の具体的問題を論じる前に、もう少し方法上の原理的問題を整理しておこう。

(7) 「情報開示」「アカンタビリティ」「対話」の 手続きの科学方法論上の意義

実は研究対象者による「情報開示」「アカンタビリティ」「対話」の社会的要請は、社会科学や人文科学の分野に先行して医療・医学の世界でまずなされるようになっていた。1964年世界医師会のヘルシンキ宣言が初めて提唱し、日本でも90年代以後定着し始めた「インフォームド・コンセント」がそれである。

医学研究者と医療従事者は、常に一次的な情報資料提供者である患者に対し「情報開示」と「説明責任＝アカンタビリティ」を基本とする「同意＝コンセント」を得ることを求められている。それが医学と医療の妥当性を検証する「手続き」にもなっているのである⁵⁰。

今日では、これと同様の「検証手続き」が他の自然科学、社会科学、人文科学の各分野にも方法論的に求められるようになってきた⁵¹。

つまり研究者が研究対象者あるいは対象社会に対し、「情報開示」「アカンタビリティ」「対話」の三つの原則を遵守する「検証手続き」にはかならない。

開示される情報資料は、必ずしも研究対象者にとって歓迎し得るものばかりとは限らず、当然歓迎されざる情報資料も含まれる可能性があり、またそうであるがゆえにむしろ「アカンタビリティ」と「対話」の手続きが不可欠になるのである。

さらにいっそう重要なのは、この「検証手続き」が、研究者の目的論的価値判断と因果論的価値判断の混同を克服する上で有効な方法の一つになる

という点である。

医療・医学のケースに即して言えば、医師は元来、患者に対する診療検査を通じて一次情報資料を得たのち、それに基づいて診断（因果論的判断）を下し治療方針を決め患者の身体に治療の手を加える。他方医療・医学の対象である患者自身も元来、病気の治癒を願う目的を持つ意志的存在であることを忘れてはならない。重大なことは、患者の身体的個性のバラツキが無限大と言えるほどに大きく、このバラツキのゆえに病状の進行にも緩慢な症例から急変する症例まで大きな差が現れるという点にある。つまり医師は治療の全過程を通じて、本来、特定の治療術が患者の身体的個性を媒介として病状にもたらす不確定な変化、すなわち病状の「揺らぎ＝不確定性」に常に目を配り、診断と治療方針を不断に再検討する必要に迫られる。

患者の揺れ動く病状の変化は、まずは患者の治癒を願う目的意志から、患者自身によって直感的に察知されることが多い。そして医師の診断や治療術に対する患者のリアクション（疑問や信頼）もこの病状変化の如何に左右される。しかし従来は、診断や治療術に対する患者側のリアクションとくに不安や疑問などマイナス・リアクションに関しては、医師の患者に対する優越的地位によって医師側がこれを無視し得る遮断性が働いてきた。この遮断性が働く限り、医師は自身の診断と治療術が、患者にどんな病状変化をもたらしているかを、患者の直接のリアクションによっては知り得ない。このためやはり医師側からの一方的な働きかけである「検査」にのみ頼って診断と治療術の有効性が測られる結果になる。実際の病状の揺らぎは、加療対象となっている部位とは離れた部位に突如移動したり、急激な合併症の発生などを含み、病理「検査」のみでは「揺らぎ」の詳細は適時に補足し得ない場合が圧倒的に多い。それゆえ病状の「揺らぎ」は医師が診断と治療術の妥当性について常に患者との対話を欠かさず、患者

の医師に対する躊躇ない自由かつ対等の発言を認めることによってこそ、早期の発見を可能にするのである。

医療過誤の大半は、患者に対する一方的な病理「検査」によって得た一次情報資料(診療検査結果)を基にした診断と治療方針が、一人一人の医師の個人的裁量に任されていることから発している⁵²。

たとえば、近年発生した医療過誤のケースで、抗癌剤の投与を週1回にすべきところを、1週間連日投与して、患者を死なせたケースがあった。このケースでは医師の技術的未熟も要因の一つだったが、それ以上に治療術としての抗癌剤投与に関して、医師が診療検査結果と診断内容、治療方針について患者に対する「情報開示」「説明責任」「対話」の「検証手続き」を誠実に踏んでいれば、過誤を早期に発見修正した可能性が高い。「検証手続き」を通して、たとえば医師は抗癌剤投与量について事前に患者に合理的な「説明」を行う必要があり、その際過誤が発見され得るからである。こうして医師の個人的裁量が再検証される確率が高まり、新たな治療術を採用し直すなど診断、治療方針を改める柔軟性が開けただろう。

むろん抗癌剤投与後も、患者との「対話」を欠かしていなければ、病状の変化(揺らぎ)に応じて治療術(抗癌剤投与量)が再検証されることで、過誤はより確実かつ早期に発見修正され得たはずである。この「検証手続き」の過程で患者には主治医以外の他の医師からの「セカンド・オピニオン」を求めることが権利として認められていれば、過誤を発見修正する可能性はいっそう高まったはずである。

このほか、医療過誤はしばしば医師が特定の診断、治療術に関する自身の経験不足を補うため臨床を重ねたいとする主観的願望(目的)や、または開発されて間もない新薬や新治療術を臨床的に試みたいという願望を持つことから生じる場合がある。その際、医師は診察検査資料をその目的願

望にそって判断し、診断(因果論分析)と治療方針を決定する偏向に陥りやすく、それが医療過誤を誘発する可能性を高める。これこそが医療医学における典型的な目的論と因果論の混同による錯誤にほかならない。

この場合にも医師の患者に対する「情報開示」「アカウンタビリティ」「対話」の三つの「検証手続き」が実行され、必要な場合に「セカンド・オピニオン」が求められ得るならば、過誤を免れるか最小限に押さえる可能性が飛躍的に高まる。

このように医学・医療に限らず、人間を対象とする諸科学の場合、研究者と研究対象間に働く相互的な目的追求作用による状況の「不確定性」が普遍的に見られる。すなわち研究者・研究対象相互間の「共同主観性」が、状況の「不確定性」をもたらすということである。

「情報開示」「アカウンタビリティ」「対話」による「検証手続き」こそ、この相互「共同主観性」の「不確定性=揺らぎ」から生じる研究者の判断の過誤を克服し、「認識の客観性」を高める有効な「方法」と言えるのである。

(8) 発展途上諸国研究の別名、「地域研究」の方法的問題

前述のように近年の日本の現代中国の研究は、日中間の学術交流を通じて実践性を高めた結果、一部は助言の形で中国当局の政策立案にかかわるほか、日本の政官財各界の対中政策の立案、修正、実施にかかわるなどの現実的目的を持つ場合が多く見られるようになった。

現実的目的を持つということは、研究対象である現代中国からフィールドワーク(調査)、インタビュー、文献収集などを通じて得た情報資料を基に、中国の現状について診断(因果論分析)を下し、その上で中国の政策当局に対する助言あるいは日本社会各界に対して政策上の具体的処方箋(医学の治療術にあたる)を提示することを意味する。