慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	自律は「尊重の対象」なのか：生命倫理における自律概念の再検討
Sub Title	Autonomy as an object of "respect": Re-examining the concept in the context of biomedical ethics
Author	圓増, 文(Enzo, Aya)
Publisher	慶應義塾大学倫理学研究会
Publication year	2014
Jtitle	エティカ (Ethica). Vol.7, (2014.) ,p.101- 126
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AA12362999-20140000-0101

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

自律は「尊重の対象」なのか

生命倫理における自律概念の再検討

圓 増　文

はじめに

本稿の目的は、治療方針決定の望ましいあり方に関し近年、医療現場で提示されている見解に照らして、生命倫理における自律の概念を再吟味することである。規範倫理学で近年展開されている自律をめぐる議論は、大きく二つの傾向に分けることができる。一つは、カントの自律概念に依拠して自律を論じる傾向であり、もう一つは、「個人的な自律 personal／individual autonomy」と呼ばれる自律に注目する傾向である。本稿では、まず、生命倫理における自律の見解を整理した上で、規範倫理学の二つの傾向のうち、生命倫理の領域での議論が大きな影響を受けてきたのが、後者の「個人的な自律」に注目する議論であることを指摘する（第一節）。次に、生命倫理において今日主流の自律の見解に依拠して医療における決定プロセスのあり方を検討しようとする場合に生じる問題点を指摘する（第二節）。そして、前者の流れに分類されるオニールの「原理としての自律 principled autonomy」に関する議論を取り上げた上で、第一に、このような見解に依拠するならいかなる決定プロセスが望ましいものとして導かれ得るのか、第二に、そのようなプロセスのあり方は、医療現場で提示されている見解に適うか否かを検討する（第三節）。こうした検討を通じて示されるのは、自律を「尊重の対象」として、すなわち道徳的行為の客体としての患者の側にあるものとして捉えるよりも、むしろ行為の主体とし

ての患者と医療者（必要に応じて家族）の側にあるものとして、すなわち「当事者が主体的に引き受ける行為の制約」として捉える見解の方が、少なくとも私たちの社会における医療の考え方により親和的だということである。

1．自律をめぐる規範倫理学および生命倫理の議論

(1) プロセスに関する原則として自律尊重

まずは自律をめぐって、生命倫理の領域においていかなる議論があるのかを整理していくことにしよう。1970 年代にビーチャムとチルドレスが生命倫理の主要な倫理原則の一つを「自律尊重 respect for autonomy」という形で定式化して以来、この概念は、生命倫理の中核をなす概念として位置づけられてきた[1]。

一般に「患者に益を与えること」を求める与益が、行為の目的に関する原則とされるのに対し、「患者の自律を尊重すること」を求める自律尊重は、行為のプロセスに関する原則と説明される[2]。すなわち、医療行為の目的は伝統的に「患者に利益を与えること」に置かれてきたのであり、与益原則は、そうした医療の基本的な目的を言い表す原則として、従ってまた、「どのような治療がいいか」を判断する上での規準を与える原則として、位置づけられる。これに対し、自律尊重原則は、「どのような治療がいいのかを誰がどのようなプロセスで判断するのがいいのか」を考える上での規準を与える原則として、理解される。治療の実施に先立って患者本人に対し、その病状やそれに対する治療の選択肢、そして各選択肢の影響についての情報を提供して、治療の実施に関する同意を患者から得るという、治療方針決定のプロセスは、今日医療の場では一般に「インフォームド・コンセント」という言葉によって広く知られているものだが、自律尊重原則は、そのようなプロセスに対し根拠の一つを与える原則として、通常、位置づけられている。すなわち、「自律尊重」のうちの「自律」と

は、患者本人による自己決定を指すものとして、あるいはそうした決定を行うのに必要とされる患者の能力を指すものとして理解されるのであり、そうした決定を「尊重する」とは、患者自身が治療に関する決定を行うのを認め、少なくとも患者の意志に反したりそれを無視して医療を行ってはならないこととして、さらに、その前提として、そうした決定を患者が行えるよう、必要な情報を提供し、患者を操作したり騙したりしてはならないこととして、一般に理解される[3]。

ただし、生命倫理における自律概念を、ひとまずこのように理解できるにしても、例えば「より正確にいかなる場合に自律は成立するのか」という点、そして「尊重するとはいかなることか」という点をめぐって、必ずしも生命倫理の領域での見解は一様ではない。

例えば第一の点をめぐって、自律尊重原則の提唱者であるビーチャムとチルドレスは、能力としての自律に注目する見解を退けて、行為としての自律に注目することの重要性を指摘する。彼らによると、能力という点では「自律的な人」が、特定の場面において「自律的な選択」をし損ねるという場合があり得るし、逆に、通常はそうした能力をもちえないと判断される人間でも、ときとして自律的と見なされるような選択をすることがあり得る[4]。医療において大事なのは、個々の決定に関して、尊重に値するのか否かを、状況毎に判断していくことだという。「何が尊重に値する自律なのか」を検討することを通じて、ビーチャムとチルドレスは、行為としての自律が成立するための必要条件として三つの条件を挙げる。すなわち、自律的な行為とは、(1) 意図的に、(2) 理解のもとで、(3) 支配的影響のない状況で行為する通常の選択者という観点から分析される、という。ビーチャムとチルドレスによるなら、このうち条件 (2) と (3) に関しては、程度の違いがあるため、ある決定が自律的かどうかは、程度の問題となる。どの程度自律的であればある患者の決定は尊重の対象となるかの線引きは、患者のもつ能力だけでなく、決定の内容が何であるのか（例えば、手術の実施についてか、日々の食事の内容についてなのか）に応じ

ても変わってくるという[5]。こうした行為としての自律に注目する見解に対し、近年、「関係依存的自律 relational autonomy」を提唱するフェミニズムの立場から、行為に注目するだけでは不十分だという指摘が出されている。例えば S.ドッズは「自律の尊重は、ある種の選択を尊重することに限定されず、さらに、自律的な自己の発達を促進させること」を、すなわち、自律のための能力の発達を促すことを、求めるのだと主張している。というのも、彼女によるなら、たとえビーチャムとチルドレスが示すような条件が満たされていたとしても、患者は、社会的抑圧や経済状況、その人に開かれている選択肢など、様々な背景的な要因によって、自律的な決定に必要な諸能力の発達や発揮を妨げられる場合があるからだという[6]。

また第二の点、すなわち自律を尊重するとはいかなることかをめぐっても、生命倫理の領域では、異なる見解が見られる。例えば自律尊重原則から求められる行為として通常、第一に挙げられることとして、例えば「患者に強制しないこと」や「患者を騙さないこと、嘘をつかないこと、操作しないこと」、そしてさらには「患者に十分な情報を提供すること」、「治療実施の際には必ず患者から承諾を得ること」などが挙げられる。先に挙げたビーチャムとチルドレスは、主著『生命医学倫理 *Principles of Biomedical Ethics*』の初期の版（第 4 版まで）において、こうしたことを、患者の自律的な決定を妨げないために必要なこととして強調している[7]。それに対し、フェミニストからは、自律尊重には、単に「決定を妨げない」という消極的な行為だけが含まれるのではなく、さらに「自律を高める enhance autonomy」とか「自律を促す promote autonomy」、「自律的な決定を助成する foster autonomous decision-making」、「自律に達する attain autonomy」といった表現で表されるような、より積極的な行為をも含むとする見解が出されている。こうしたより積極的なことを実行するために、より具体的にどのような行為が必要とされるのかについては、論者によって多少説明に違いがある。しばしば挙げられる例としては「患者が決断できるよう十分な対話の時間を設ける」とか「カウンセリングを行う」など

がある[8]。

このように、自律に関しいくつかの点で生命倫理の議論には違いが見られるが、しかしながら、ここまで見てきた見解は、規範倫理学の議論の動向と照らし合わせて見るなら、結局いずれも一つの同じ傾向に属していると言える。そのことを示すために、次節では、まず、規範倫理学における自律をめぐる議論の傾向を整理していきたい。

(2) 規範倫理学における自律の議論とその生命倫理への影響

近年、規範倫理学において展開される自律の議論は、大きく二つの傾向に分けることができる[9]。一つは、G.ドゥオーキンや H.フランクファートに代表される、いわゆる「個人的な自律 personal／individual autonomy」に注目する議論である。もう一つは、カント倫理学における自律概念に注目する議論であり、例えば T.ヒルや C.コースガード、O.オニールが、代表的な論者として挙げられる。こうした二つの傾向は、少なくとも二つの点で異なっている。

第一に、「個人的な自律」に注目する傾向にあって自律と言った場合、それは基本的に「個人のもの」であり、その個人が自己自身の欲求や選好に基づいて決定することを指す。そうした議論にあって問題となるのは、「ある人が、特定の決定や行為に関して、自律的であるとはいかなることか」である。例えば「階層説 hierarchical accounts of personal autonomy」と呼ばれる G.ドゥオーキンの議論によるなら、自律とは「自らの動機上の構造を反省し、さらに、そうした構造を変える能力」を指すという[10]。ここで言う「動機上の構造」とは、ある行為がいかなる類の欲求や選好、願望を動機としているのかを表している。例えばドゥオーキンによると、タバコを吸うという行為について考えるなら、それは単に「タバコを吸いたい」という単純な欲求を動機としている場合もあれば、「たとえ健康に害があったとしても《タバコを吸い続けたい》という欲求を自らの生き方を特徴づけるものとして受け入れたい」という、より高階の欲求を動機とし

ている場合もありうる。自律とは、ドゥオーキンによるなら、単に「タバコを吸いたい」とか「お酒を飲みたい」といった、より低階の欲求や選好に基づいて自分の行為のあり方を決める能力を指すのではなく、それらを批判的に吟味し、必要に応じてそれを変えていこうとする、より高階の能力を指す[11]。こうしたドゥオーキンの議論における「能力」が、基本的に個人の有する能力を意味しているのは明らかだろう。これに対し、カント倫理学にあって自律は、「個人の」自律というよりも、基本的には「意志の」自律を指す。例えば『道徳形而上学の基礎づけ』での議論によるなら、自律とは、意志が自分以外のもの――すなわち欲求や外的な力――から独立して自らの法則となるという意志の「自己立法」を指すのであり、ここで言う「法」とは、私たちに対しては「あなたの格律が普遍的法則となることを、その格律を通じてあなたが同時に意欲することができるような、そうした格律に従ってのみ行為しなさい」という定言命法の形で表れるような、普遍的な法則のことを指している[12]。こうしたカントの議論に注目する現代の倫理学の議論において問題となるのは、「カントの自律を私たちの日常に文脈に当てはめた場合、それはいかなる含意をもちうるのか」だと言えるだろう。例えばヒルは、カントの自律の構想を、人間の能力を記述する上での概念としてではなく、「自分はいかに行為すべきか」という問題を私たちが熟考する上で意味をもつ概念と説明することで、「カントの自律の構想を厳密には私たちはもちえない」とする批判に応えようと試みている[13]。カントの自律概念に注目するこうした議論において、自律は必ずしも「個人のもの」と見なされるわけではない。

さらに、こうした二つの傾向は、第二に、自律と道徳の関係をどのように捉えるのかという点においても、違いを指摘できる。カントの倫理学にあって自律は、「道徳性の最上の原理」として、従ってまた、私たちが有する諸義務の究極的な根拠として、引き合いに出される[14]。こうしたカントの議論に注目する現代の倫理学の議論において自律は、道徳的な振る舞いの制約・条件として、引き合いに出される傾向にある。他方、「個人

的な自律」に注目する議論にあって、自律は、必ずしもそのような仕方で道徳的な諸概念と結びつけて論じられるわけではない。むしろ、ときに自律は、道徳的には中立的なものとして論じられる場合もある。例えば、G.ドゥオーキンによるなら、先に見たように、自律は「自らの動機上の構造を反省し、さらに、そうした構造を変える能力」だとされるが、そのような反省を経た上で、患者がある生き方を選択するなら、それはいかなるものであれ、すなわち、たとえ他者からすると「道徳的に望ましいものではない」と評価されるものであれ、「自律的なもの」と見なされ得る[15]。ドゥオーキンは、こうした意味での自律を、私たちは互いの権利として尊重しなくてはならないとするが、それは、彼によると、そのような意味での自律が人格の本質を為すからだという。すなわち、自分の欲求や目的、生き方について反省し、何らかの態度を取ることができるということ、さらには、それを通じて自分自身の人生を形作ることができるということは、ドゥオーキンによると、ある存在を人格たらしめる不可欠な特徴なのであり、そのような人のあり方は、私たちが相手の権利を尊重し、相手の計画を評価する上での理由となり得るのだという[16]。

自律をめぐるこうした規範倫理学の二つの傾向のうち、生命倫理の領域での議論が大きく影響を受けてきたのは、前者の傾向の議論、すなわち「個人的な自律」に注目する議論であるだろう。例えばフェイドンとビーチャムは、自分たちの自律に関する見解が G.ドゥオーキンのものと違いがあることを強調しつつも、他方で、彼の自律の議論を参考にして展開したものであることを認めている[17]。また、エンゲルハートは、規範倫理学における自律の議論を、一方で、カントに由来する「法志向型あるいは原理志向型の自律 law-directed or principle-directed autonomy」に注目する傾向と、他方で、「自己志向型あるいは意欲志向型の自律 self-directed or volitionally-directed autonomy」に注目する傾向との二つに分けた上で、生命倫理における自律の議論に大きく影響を及ぼしてきた議論として、後者の議論を挙げている。彼の言う「自己志向型あるいは意欲志向型の自律」

とは、本論で言う「個人的な自律」に注目する議論の傾向に一致するものと見ることができるだろう。

実際、生命倫理に見出される自律に関する見解は、次の二点において、「個人的な自律」に注目する傾向に合致している。第一に、先に見たように、生命倫理の議論にあって自律概念は、「自律尊重原則」の形で、つまり治療方針決定のあり方を考える上での基本的な規準を与える概念として、引き合いに出されるが、そこで言う「自律」とは、基本的には、「患者個人の」自律を、すなわち患者による自己決定としての自律を、指している。例えば、先に挙げた、行為としての自律に注目するビーチャムとチルドレスの議論において基本的に自律といった場合、それは「患者の」自律という意味で理解できる。また、「関係依存的自律」を提唱するフェミニズムにあっては、他者との関係なしには自律は発揮し得ないということが強調されるが、ただそこで言う自律が「患者個人の」自律を指していることには、変わりないように思われる。

さらに第二に、患者による自己決定としての自律それ自体は、生命倫理にあって、基本的には道徳的な評価の対象とは見なされない。すなわち、自律尊重原則が表すように、患者による自己決定としての自律は、基本的に「尊重の対象」として、つまり医療者など周囲の人間によって尊重されるべきものとして、引き合いに出されるのであり、例えば他者に危害を及ぼさないといった最低限の要件を満たす限りにおいて、そうした自律によって導かれる治療方針は基本的に、道徳的なよしあしの評価の対象とは見なされない。むしろ、自律尊重原則によって強調されているのは、患者の自律によって導かれた治療方針がいかなる内容を含んでいるにせよ――例えば医療者からすると「道徳的に望ましくない生き方を前提としている」とか「患者の利益に合致しない」とか思われるものであるにせよ――最低限の要件を満たす限りにおいて、尊重されることなのである。

エンゲルハートは、「個人的な自律」に対応する「自己志向型あるいは意欲志向型の自律」の見解が生命倫理において採用される理由を、「道徳

的な多元主義」に求めている。彼によると、現代の社会においては、何がよくて何が悪いのかを定める原理の序列に関して、深刻な不一致があるだけでなく、さらに、そうした不一致を解消するための唯一の基礎を、道徳は提供することができない。その意味で、現代社会は道徳的な多元主義の社会なのである。そうした社会にあって、人々が共通の営みに携わる際に見解の不一致が生じた場合、それを調停するための道徳的権威の唯一の源は、エンゲルハートによると、当事者の合意に求めるよりほかはない。そして、このことは医療の営みにもあてはまる。すなわち、医療の文脈にあてはめるなら、そこにおいて重要なのは、治療方針に関していかなる内容が選ばれたのかということよりも、選んだのは患者あるいは医療者なのかどうかということなのである。「自己志向型あるいは意欲志向型の自律」は、いかなる内容の決定が道徳的によいか／悪いかという評価を含まないという点で、そのような医療の状況に適うものなのである[18]。

このように、二つの特徴を共有しているという点において、自律をめぐる生命倫理の議論が影響を受けてきたのは、「個人的な自律」に注目する議論であると言える。しかしながら、少なくとも私たちの社会における医療に関して、またとりわけ高齢者の医療に関して言うなら、このように「個人的な自律」に依拠して医療における意志決定プロセスのあり方を考えることには、限界があるように思われる。次節ではこのことを指摘していきたい。

2.「個人的な自律」に依拠することから生じる問題

まずは、「個人的な自律」に依拠するなら、医療の望ましい決定に関していかなる考え方が導かれることになるのかを整理しておこう。

「個人的な自律」に基づく検討は、結果として治療方針の決定の主体を、患者の状況に応じて場合分けして考えようとする傾向を導くように思われる。すなわち、一つは、患者（あるいはその決定）が自律的であり得ると

判断される場合であり、もう一つは、患者が自律的ではあり得ないと判断される場合である。前者の場合、患者の決定は尊重の対象と見なされる、つまり自律尊重原則が当てはめられることになる。前節でみたように、自律尊重原則における「尊重」の対象となるのは、基本的には患者の自律なのであり、例えば医療者の自律や患者の家族の自律、あるいはそうした当事者たちの自律ではない。むしろ、医療者は、ときとして患者の自律を妨げ得る存在として捉えられる。従って、「個人的な自律」に依拠するなら、患者が自律的であり得ると判断される場合に、決定の主体として注目されるのは、もっぱら患者個人に限定されることになる。確かに「関係依存的自律」を提唱するフェミニストの議論に見られるように、患者の自律を「高め」たり「促進し」たりするという、医療者の積極的な役割を強調する議論もある。しかし、そうした議論で問題となる自律も、やはり「患者の」自律なのであり、医療者はそこにおいて決定の主体とは位置づけられていない。これに対し、後者の場合には、患者あるいはその決定は自律的ではあり得ないため、そうした患者に対しては、自律尊重原則は当てはめられない、つまりその決定は必ずしも尊重の対象とはされない。そのため、そのような場合には、しばしば患者以外の誰かが――通常は、患者の意志の代弁者あるいはその利益を擁護する者としての家族や医療者が――患者に代わって、決定の主体と見なされることになる。

決定の主体を場合分けして考えようとする、こうした傾向は、確かに法的な文脈に即して考えるなら、当然のこととして擁護できるかもしれない。なぜなら、そうした文脈にあっては、医療者と患者、あるいはその家族との間での対立の場面を念頭において検討が行われるからである。「決定の権限が誰にあって誰にないのか」を明確化することは、そうした当事者間の対立を回避したり、すでに起きてしまった対立を調停したりする上で必要とされることだと言える[19]。しかしながら、倫理の文脈にあっては、医療者と患者、その家族の間での信頼関係の構築が重視されるのであり、そうした文脈に即して考えるなら、患者の決定や能力が自律的であり得る

かどうかによって決定の主体を区別して考えようとすることには、問題があるように思われる。というのも、そのような考え方に依拠して実際の治療方針決定のプロセスを考えようとするなら、まず問題とされるのは、「特定の患者の自律を尊重するためにはいかなるプロセスが求められるのか」ではなく、「その患者の決定は尊重に値するのか否か」であるからである。しかしながら、決定プロセスの検討に先だつ、そのような患者の能力や決定に対する検討は、患者の「自律」を侵害してはいないのかもしれないが、それ以外の重要な「患者の何か」を侵害しているように思われる。

このことは、例えば高齢者の医療、とくに認知症患者を対象とした医療の文脈に即して考えると、より分かりやすくなるかもしれない。そうした医療の文脈にあって患者は、例えば他人の説明を聞き取る能力、説明を理解する能力、情報を収集する能力、自分の利益不利益を見分け重み付けする能力といった、決定に関わる諸能力を、一度にすべて失うのではなく、病気の進行や加齢によって徐々に、そして部分的に、失っていく。さらに、日によって、時間によって、また事柄によって、患者のそうした能力は低下したり回復したりという変化を見せることがあり得る。そのような状況におかれている患者の視点からすると、自分が決定の主体と認められるかどうかということが、自分の判断とは別に、周囲の人間の判断によって定められることになるのであり、認められないと判断された場合には、自分のことに関する決定であるにもかかわらず、自分が決定の主体とは扱われないかもしれない、つまり決定プロセスから除外されてしまうかもしれないのである。治療方針の決定プロセスに先立って患者に対して行われる、このような患者の自律性についての検討は、少なくともある程度の判断力が残されている患者からすると、自尊心を大きく傷つけられることであるだろうし、医療者や家族への信頼を損なうことであるかもしれない。またときに患者本人からすると、「尊厳を損なう」という言い方すらあてはまるかもしれない。

さらにまた、このように、治療方針の決定の主体を場合分けして考え

ようとすることは、少なくとも私たちの社会において、近年医療現場で提示されている見解とも合致しないように思われる。すなわち、近年私たちの社会における医療現場の議論を見るなら、そこではむしろ、患者の能力や状況に関わらず、患者に加えて医療従事者、そして必要に応じて患者の家族を決定の主体に含めようとする見解が、倫理的に望ましい決定プロセスとして、より広く支持・採用されているように思われる。例えば、日本老年医学会が 2012 年に発表した『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン』では、基本的な決定のあり方として「医療・介護・福祉従事者は、患者本人およびその家族や代理人とのコミュニケーションを通して、皆が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す」とされており、さらに解説 19 においては、「[患者] 本人の意思確認ができるかどうかで、[医療者が] 本人と話し合うか、家族と話し合うかを確然と区別するのではなく、両者が可能な限り一緒に意思決定プロセスのための話し合いの席につく」ことの重要性が指摘されている[20]。また、日本小児科学会ワーキング・グループが 2012 年に作成した『重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン』では、話し合いの基本方針として次のことが挙げられている。「小児医療の現場では、治療方針の決定にあたり、子ども・父母（保護者）と関係する多くの医療スタッフが、子どもの最善の利益について真摯に話し合い、それぞれの価値観や思いを共有して支え合い、パートナーシップを確立していくプロセスが最も重視されるべきであること（強調は引用者による）」[21]。ここでは、患者である子供が、その判断能力の程度に関わらず、基本的に決定の主体と位置づけられているのに加え、患者の家族と医療者も、決定の主体のうちに含められている。

以上見てきたように、「個人的な自律」に依拠して医療における意志決定プロセスのあり方を考えることには、第一に、「患者の（自律とは別の重要な）何か」を侵害し得るような決定プロセスを望ましいものと見る考

え方を導くという点において、そしてまた第二に、少なくとも私たちの社会の医療現場で近年、提示されている見解とも合致しないという点において、限界があるように思われる。しかしそうだとすると、自律の概念は、生命倫理の領域において長年位置づけられてきたのに反して、結局、医療の決定プロセスのあり方に関し、有効な手引きを提供し得る概念ではないのだろうか。確かに清水のように、自律とは別の概念に依拠して医療の決定プロセスの倫理原則を定式化しようとする論者もいる[22]。しかし本稿では、「個人的な自律」に注目する議論とは別の傾向に属する議論として、O.オニールの「原理としての自律 principled autonomy」に関する議論に注目して、このような自律の見解から、医療の決定プロセスに関し何らかの有効な手引きを提供し得るのかどうかを検討していきたい。

3．オニールの「原理としての自律」

(1)「原理としての自律」とは

第一節で見たように、「個人的な自律」に注目する傾向にあって自律と言った場合、それは基本的に個人が自己自身の欲求や選好に基づいて決定することを指すが、これに対し、カントの議論に注目する現代の倫理学の議論において自律は、必ずしもそのような個人の決定や行為のうちに見出されるものと捉えられるわけではない。さらにまた、「個人的な自律」に注目する議論にあって、自律は、どちらかというと道徳的には中立的なものとして、すなわちそれによって導かれる決定は道徳的評価の対象外のものとして、論じられる傾向があるのに対し、カントの議論に注目する現代の倫理学の議論においてしばしば自律は、道徳的な振る舞いの制約・条件として、引き合いに出される。オニールの提唱する「原理としての自律」は、こうした二つの傾向のうち、後者に属していると言える。以下ではまず、このことを確認することから始めたい。

第一に、オニールによると、「原理としての自律」は必ずしも他者にコ

ントロールを受けることのない個人の行為のうちに現れるわけではないという。すなわち、彼女によると、カント倫理学にあって自律と言った場合、それは「個々の行為主体が他者に依存せずに自ら決めること」というよりは、むしろ「基本的な倫理原理を、他の原理から派生的に引き出すことなく、それ自体として打ち立てること」を意味している。ここで言う「基本的な倫理原理」として、オニールが具体的に挙げているのは、カントにあって定言命法の形で表現されるような、「他の全ての人によって受け入れられることが可能な諸原理に基づいて行為する」という原理である。このような倫理原理に適う諸原理として具体的には、例えば強制を行わない、危害を加えない、欺いたり操作したりしないといったことの他、弱い立場にある他者を助けるといったことを、オニールは挙げている。彼女によると、ある行為を理由づけることができる――つまり正当化できる――ためには、最低限満たされるべき基本的要件として、その行為が、他の全ての人によって受け入れられ得る理由に基づくことが求められるのであり、自律は、行為の理由づけにおけるこのような基本的な要件を表しているという[23]。従って、このような意味での自律は、他者のコントロールを受けることのない個人の行為において現れるものというよりも、むしろ他者によって受け入れられうる理由に基づく行為のうちに現れるのだという[24]。

第二に、オニールによると、従来の解釈において自律は、おもに「権利」の観点からその重要性が説明されるのに対し、「原理としての自律」理解にあって自律の重要性は、「義務」の観点から説明されるという。確かに、従来型の自律が「権利」と深く結び付いていることは、例えば第一節で見た G.ドゥオーキンの議論のうちにはっきり見て取れるだろう。すなわち、彼の議論にあって自律は、ある存在が人格と言えるために（あるいはある人が人間的な生活を実現するために）不可欠な要素と位置づけられている。私たちが誰かの自律を尊重することは、その相手を人格として尊重するために（あるいは相手の人間性を尊重するために）求められることなのであり、この点で、「相手の権利」として自律を認めることは、道

徳上重要なことと説明される。これに対し、先に見たように、「原理としての自律」によるなら、自律とは、ある行為が正当化されるために満たされなくてはならない基本的な要件を表しているのであり、従って、私たちが「自律に依拠して行為すること」は、私たちが道徳的に振舞おうとする上で、まず求められることだとされる。その意味で、「私たちが自律的であること」は、行為主体としての私たちの義務だと言えるだろう[25]。もちろん誰かに権利があるということは、別の誰かに義務があることを通常、意味するのであり、義務なしには権利は成立し得ない。その意味で、権利と義務とは切り離すことのできない関係にあると言える。しかし、オニールによると、権利のみを強調する議論は、結果として、厳密には実現不可能な権利や他のより基本的な権利と両立しない権利を主張する動きへと進む傾向をもっていたり、また対応する義務が誰かにあることを見落としてしまったり、さらには、個人主義的な傾向を導いたりという傾向があるという。こうした理由から、オニールは、権利を強調する従来型の自律概念を退け、義務に基づいて主張される「原理としての自律」を擁護する。彼女によると、自律は、行為主体としての私たちが果たすべき基本的な義務とは何であるのかを示す概念なのである[26]。

以上、オニールの「原理としての自律」がいかなるものかを整理してきた。こうした彼女の見解を、カントの議論から直接引き出すことが可能かどうかについては、議論の余地があるかもしれない。しかしそうした問題は脇に置き、以下では、〈果たして「原理としての自律」を医療の文脈に当てはめた場合に、いかなる決定プロセスが導かれ得るのか〉、そして〈そのような決定のあり方は、医療現場の考え方に適うのかどうか〉という問題を検討することにしたい。

(2) 医療の文脈への適用可能性

前項で見た説明からすると、「原理としての自律」は、一見すると、医療の文脈に当てはめることが困難であるように思われる。というのも、こ

うした自律の見解を医療に当てはめるなら、到底実現不可能な、過度な要求が医療現場に突き付けられるように思われるからである。すなわち、先に見たように、「原理としての自律」の見解に依拠するなら、他の全ての人によって受け入れられることが可能な諸原理に基づいて行為することが、そうした行為を正当化する上で、最低限求められることだとされる。しかしながら、第一に、医療における個々の決定は、必ずしもその都度正当化できることが求められるわけではない。また、第二に、現実の医療における決定を見てみるなら、多くの場合、「原理」の形で言い表されるような、確固としたルールに基づいて導かれることはないように思われる。そこで以下では、この二点を検討することを通じて、〈いかなる決定プロセスが導かれ得るのか〉を検討していきたい。

まず、第二の点から検討していこう。オニールが「原理」という言葉を用いる場合、それは実際に原理原則としてどこかに明記された特定のルールを指すというよりも、どちらかというと私たちが日常で「理由」という言葉で意味するものを指していると理解できる。実際、彼女は「他の人が従い得る原理に基づいて行為する」という表現のうちの「原理 principles」にあたる部分を、別の箇所では、「基準 standards」や「理由 reasons」といった表現に置き換えたりしている[27]。確かに私たちの日常を振り返ってみると、ある行為が「何らかの理由に基づいて行われた」と言えるためには、その行為の理由とされていることが、他の人にも理由として受け入れられ得るような形で――つまり原理の形で――提示できなくてはならないだろう。第一に、理由とされていることが、その場限りのもので、後から説明することができないという場合、それは通常「理由に基づく行為」とは言えない。さらに第二に、理由として説明されたことが、単に行為者本人にしか受け入れられないものである場合、「それは理由にはならないよ」といった応答が他者から返されることになるだろう。オニールは、「何かが理由づけられたと見なされるためには、それが、理由づけの受け手となるはずの他者にとって理解し得るもの accessible でなくて

はならない」と述べているが[28]、確かに何かが「理由」と見なされるためには、それが他者と共有された価値に基づいて、他者に理解可能な形で提示される必要があるだろう。こう考えてみると、「他者に受け入れ可能な原理に基づいて行為すること」は、まさに「他者に受け入れ可能な理由に基づいて行為すること」に他ならない。

では、第一の点については、どのように考えることができるだろうか。確かに医療における決定の全てが、常に正当化できることが求められているわけではないように思われる。例えば必要な薬を飲まないとか、病気であるにもかかわらずタバコをやめないといった患者の決定は、たとえ患者自身や周囲の人間に対し正当化できないものであったとしても、そのことが理由で周囲の人間から、道徳的な非難の対象として見なされるわけではない。また、これまでの生命倫理の領域では、むしろ、患者の行為や決定を「正当化できるかどうか」という観点から周囲の人間が評価することを戒めるものとして、自律の概念が引き合いに出されてきたのである。

しかしながら、「原理としての自律」に照らして考えるなら、医療において問題となる自律とは、必ずしも「患者個人の自律」に留まらない。そしてこの点を踏まえるなら、この見解によって求められる決定の正当化は、決して過度な要求ではないように思われる。すなわち、「原理としての自律」における自律とは、先に見たように、行為の客体としての患者の自律を表すというよりは、むしろ行為主体としての私たちに課せられる制約を示している。実際、自律に依拠したオニールの医療に関する議論を見てみるなら、そこにおいて扱われている自律は、「患者の」自律ではなく、行為主体としての「私たち［社会や専門家］の」自律である[29]。この点を医療の場面に当てはめるなら、次のように考えることができるだろう。すなわち、医療行為の主体には、患者はもちろんのこと、医療者や、場合によって患者の家族が含まれるのであり、この点で、「原理としての自律」にあって問題となるのは、「患者個人の自律」というよりも、むしろそうした「複数の当事者間での自律」である、と。立場の異なるそうした複数の

当事者たちが、協力して医療を進めていくためには、それに先立って、医療の決定とその決定に至った理由とが当事者の間で共有されることが、不可欠だと言えるだろう。さらにまた、医療の提供は、少なくとも私たちの社会では、公的な制度を通じて行われていることを踏まえるなら、医療の決定は、単に当事者によって共有されるだけでなく、社会の他の人によっても共有され得るものである必要がある。「原理としての自律」において求められる「正当化」とは、そうした当事者間での決定の共有に、さらには社会全体での共有に不可欠なものとして理解できる。

以上の点を踏まえるなら、「原理としての自律」を医療の文脈に当てはめることは、必ずしも難しいことではないように思われる。また実際、この概念に照らして導かれる決定プロセスのあり方は、治療方針決定プロセスをめぐり今日医療の場で受けいれられている見解にも適うものだと言えるだろう。以下ではこのことを示していきたい。

(3) いかなる決定プロセスが望ましいか

まずは、前項の議論を踏まえて〈「原理としての自律」を医療の文脈に当てはめた場合に、いかなる決定プロセスが導かれうるのか〉を整理しておこう。

前項で見たように、「原理としての自律」に依拠するなら、医療において問題となる自律とは、患者の自律ではなく、患者に加えて、医療者や、場合によって患者の家族など、医療の主体となり得る当事者の間の自律だと言える。その点で、この見解に依拠するなら、決定の主体はそうした当事者たちであると言えるだろう。さらにまた、第一節で見たように、この見解に依拠するなら、治療は、決定の主体である患者や医療従事者、家族において共有された理由に基づいて導かれることが求められるだけでなく、さらにそうした理由は、他のあらゆる人によっても――つまり社会全体においても――受け入れられ得るものであることが求められることになる。そして、このことは、周囲の人間から見て、意志確認が困難と思われ

る患者にも、同様に当てはめて考えることができる。すなわち、治療方針が、決定の当事者だけでなく社会によっても受け入れられ得る理由に基づいて定められなくてはならないということは、患者の状況に関係なく、どの場合にも言えることだろう。むろん、例えば年齢や病気等が原因で、およそ理由に基づいて決定すること自体が、患者にとって困難あるいは不可能な場合はあり得る。そのような場合には、患者によって、そして社会全体によって受け入れられ得る理由を、患者以外の人間が見つけ出していくより他はない。ただ、いずれにせよ、「原理としての自律」に依拠するなら、「治療方針決定の理由を患者と共有し得るかどうか」の判断は、決定プロセスを経て初めて下され得るものであり、決定プロセスに先んじて、決定の主体を定めるために行うものとはされないだろう。さらにまた、患者ぬきに周囲の人間だけで判断していかざるを得ない場合でも、患者本人がその時表明している意向や感情、好み、関心、そして過去に本人が表明した意向等に基づいて、「患者が受け入れ得る理由とはどのようなものか」を周囲の人間が検討していくことは重要であるだろう。

「原理としての自律」に依拠して導かれ得る、こうした決定のあり方は、一見すると、実現困難なもののように見えるかもしれない。しかし少なくとも二つの点で、治療方針決定プロセスをめぐり今日医療の場で受けいれられている見解に適うものと見ることができる。

第一は、当事者だけでなく社会全体によって受け入れられる理由に基づいて治療方針が定められなくてはならないとされる点である。このような決定は、少なくとも今日の私たちの社会においては、実現可能だと言えるだろう。すなわち、私たちの社会では、「医療の目的は患者にとって最善を目指すことにある」という考え方が、与益原則の形で現に広く共有されているのであり、さらに、「何をもって患者の最善とするのか」についても一定の判断が共有されている。例えば「痛みがあるよりはないほうがよい」とか「病気や治療によって日常の活動が妨げられることがない方が、そうであるよりもよりよい」とか言った判断が挙げられる。むろん、個々

の患者について、具体的にどのような判断をその人の最善に関する判断として優先させるのかということは、その患者本人の考え方によって大きく変わり得るのであり、どのような判断を、治療方針決定の理由として採用するのかを定めるには、当の患者自身の判断を無視するわけにはいかない。しかし、それは、社会に共通の理由を見つけることはできない、ということではなく、理由になり得る（つまり「患者の最善」であり得る）と公的に認められた一定の枠内の判断のうち、特にいずれの判断を実際に治療の理由として採用するのかが患者ごとに異なる、という意味なのである。

さらに第二に、社会に受け入れられ得る理由に基づき当事者が決定を導いていくという、そのような決定のあり方は、単に可能であるというだけでなく、実際、望ましいものとして、私たちの社会において受け入れられているように思われる。第二節でみたように、治療方針決定の主体は、患者だけでなく、医療者や家族が含まれるとする見解は、例えば高齢者や小児を対象とした医療における決定プロセスのガイドラインのうちに見出すことができるのであり、さらに、そうした複数の当事者が決定する上での共通の理由が「そうすることが患者の最善である」に求められるという点は、いずれのガイドラインにおいてもはっきり見出すことができるだろう[30]。

4．決定プロセスに関わる倫理原則の再定式化

ここまで、〈「原理としての自律」を医療の文脈に当てはめた場合に、いかなる決定プロセスが導かれ得るのか〉、そして〈そのような決定のあり方は、医療現場に見出される決定に関する考え方に適うのかどうか〉を検討してきた。まとめると、従来の自律解釈に依拠した場合とは異なり、「原理としての自律」に依拠する場合、意志決定の主体は必ずしも患者個人に限定されないのであり、またそのことは、患者の状況に応じて変わることはないだろう。すなわち、患者の意志確認が可能かどうかに関わらず、

決定の主体には、患者だけでなく、医療者、そして必要に応じて患者の家族が含められ得るのであり、そうした当事者が、社会によって共有可能な理由に基づいて治療方針を導くことが必要とされることになる。こうした決定のあり方は、少なくとも私たちの社会では、「患者の最善」が基本的な治療目標として共有されていることを考えると、決して実現不可能なものではないだろう。むしろ、望ましい決定のあり方として、近年医療現場で提案されている考え方にも適うものと見ることができる。

「原理としての自律」概念によって導かれる決定のあり方を、このように解釈するなら、医療において自律は、「尊重の対象」として、すなわち道徳的行為の客体としての患者の側にあるものとして捉えるよりも、むしろ行為の主体としての患者と医療者（必要に応じて家族）の側にあるものとして、すなわち「当事者が主体的に引き受ける行為の制約」として捉える方が、望ましい治療方針の決定プロセスとして今日私たちの社会において提示されている考え方により適っていると言える。

そしてこのことを踏まえるなら、決定プロセスに関する倫理原則は、再定式を求められることになるだろう。先に見たように、今日生命倫理の領域では、決定プロセスに関する倫理原則は通常、「自律尊重」の形で定式化される。しかし、「原理としての自律」概念に見られるように、決定に至るまでの判断に課せられる制約として自律を捉えた場合、自律は「尊重されるもの」というよりは、「それに従って決定を行っていくもの」、あるいは「決定の当事者の間で共有するもの」だと言えるだろう。しかしながら、かりに倫理原則を、「原理としての自律」が制約を表すという点に注目して、「自律の受容」や「自律の遵守」、「自律の共有」という形で定式化するなら、この原則からいかなる意志決定プロセスが求められるのかが分かりにくくなるようにも思われる。分かりやすさという観点から考えると、従来の定式である「自律尊重」のうちの「尊重」という表現を残して、「理由の尊重」という表現がより適当であるかもしれない。ただし、この場合の「尊重」は、単に「患者の決定に従う」ということを意味しな

い。すなわち、医療従事者や患者の家族も治療方針決定プロセスに主体的に参加し、患者の決定の背景にある理由を共有していくということが、この「尊重」には含まれることになる。あるいは、もはや従来の定式のうちにある「自律」も「尊重」も残さず、「理由の共有」とするのが分かりやすいかもしれない。いずれにせよ、ここまでの考察に照らすなら、「自律」の概念そのものが今日の生命倫理の議論において核を成す考え方であることを認めるにしても、しかし決定プロセスに関わる倫理原則の定式のうちにこの言葉を盛り込もうとすることは、少なくとも、分かりにくく誤解を招きやすいという点で、問題があるように思われる。

参考文献

Beauchamp, T.L. 2005. “Who Deserves Autonomy, and Whose Autonomy Deserve Respect?”, in Taylor J. S.(ed.), 2005, *Personal Autonomy*, Cambridge UP., pp.310-29.

Beauchamp, T.L. and Childress, J. 1989. *Principles of Biomedical Ethics 3rd edition*, Oxford UP.（永安幸正・立木教夫監訳『生命医学倫理』成文堂、1997 年）

Beauchamp, T.L. and Childress, J. 2001. *Principles of Biomedical Ethics 5th edition*, Oxford UP.（立木教夫・足立智孝監訳『生命医学倫理』麗澤大学出版会、2009 年）

Beauchamp, T.L. and Childress, J. 2013. *Principles of Biomedical Ethics 7th edition*, Oxford UP.

Christman, J. (ed.) 1989. *The Inner Citadel*, Oxford UP.

Dodds, S. 2000. “Choice and Control in Feminist Bioethics”, in MacKenzie, C. and Stoljar, N. (eds.), *Relational Autonomy*, Oxford UP., 2000.

Dworkin, G. 1988. *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge University Press.

Engelhardt, H.T. 2001. “The Many Faces of Autonomy”, *Health Care Analysis*, vol.9, pp.283-97.

Faden, R.R. and Beauchamp, T.L. 1986. *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford UP.（酒井忠昭・泰洋一訳『インフォームド・コンセント』みすず書房、1995 年）

Feinberg J. 1989. “Autonomy”, in Christman, J.(ed.), *The Inner Citadel,* Oxford UP., pp.27-53.

Kant, I. 1785. *Grundlegung zur Metaphyk der Sitten*.（宇都宮芳明訳『道徳形而上学

の基礎づけ』以文社、2004 年）
Miller, B. 1995. “Autonomy”, in Post, S.G. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics 3rd edition,* Macmillan, pp.246-50.
O’Neill, O. 2002. *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge UP.
Pellegrino, E. and Thomasma, D.C. 1988. *For the Patient’s Good*, Oxford UP.
Savulescu, J. 1994. “Rational Desires and the Limitation of Life-Sustaining Treatment”, *Bioethics*, vol.8, pp.191-222.
Sherwin, S. 1998. “A Relational Approach to Autonomy in Health Care”, in Sherwin, S. and Feminist Health Care Ethics Research Network (eds.) , *The Politics of Women’s Health: Exploring Agency and Autonomy*, Temple UP., 1998.
Taylor, J. S. 2010. *Practical Autonomy*, Routledge
Taylor, J. S. (ed.), 2008. *Personal Autonomy*, Cambridge UP.
Hill, T.E. Jr. 1989. “The Kantian Conception of Autonomy,” in Christman, J. (ed.), *The Inner Citadel,* Oxford UP., pp.91-105.
赤林朗編集 2005.『入門・医療倫理Ⅱ』勁草書房
厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）高齢者に対する適切な医療提供に関する研究（H22-長寿-指定-009）研究班 2013.『高齢者に対する適切な医療提供の方針』（http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/geriatric_care_GL.pdf）
樫　則章 2012.「自律」、『シリーズ生命倫理学 第 2 巻 生命倫理の基本概念』（香川知晶・樫則章責任編集、丸善出版）、pp.158-173.
清水哲郎・伊坂青司 2005.『生命と人生の倫理』放送大学教育振興会
フェイドン,R.／ビーチャム,T. 1995.『インフォームド・コンセント』酒井忠昭・泰洋一訳、みすず書房
フランケナ, W. 1989.『倫理学』杖下隆英訳、培風館
日本老年医学会編集 2012.『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン』医学と看護社
日本小児科学会 2012.『重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン』（http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin_120808.pdf）

（えんぞう・あや　東京大学大学院人文社会系研究科特任研究員）

1　医療の中心的な規範として自律を位置づけることに対する批判としては、例えば［Pellegrino and Thomasma 1988: 51-8］がある。

2　ここでは、beneficence を「与益」と訳すことにする。beneficence に対するより一般的な訳語としては「善行」がある。例えば［フランケナ 1989］や［フェイドン／ビーチャム 1995］、［赤林 2005］においてこの訳語が用いられている。しかし日本語で「善行」というと、一般に「道徳的によい行い」や「善意からの行い」を意味するのに対し、ここで言う beneficence は、「特定の他者にとってよい（相手の利益となる）行い」を指しているのであり、それは、必ずしも善意からの行いに限定されない。そこで、本論文では、「特定の相手に対し益を与える」という意味での「与益」を、beneficence の訳語として充てることにした。この「与益」という訳語は、もともとは清水が提唱したものである［清水・伊坂 2005］。

3　例えばミラーは、自律概念や自律尊重原則に関して生命倫理の領域では様々な理解があることを指摘するが、他方で、自律の概念が認めているのは、自己決定に関する人間の能力であること、そして、自律尊重原則に最低限含まれる内容として「人が強制や他の似たような介入から自由であること」を指摘している［Miller 1995］。またビーチャムとチルドレスは、自律尊重原則から求められる消極的義務として、「自律的行為が、他者による支配的制約を被らないこと」を、また積極的な義務として、「情報開示に際して尊敬の念をもって相手を遇し、自律的決定を促進する行為を行うこと」を挙げている［Beauchamp and Childress 2013 :107］。

4　この点を理由として、ミラーは、人の能力としての自律は、行為や決定の特性としての自律と区別しなくてはならないと述べている［Miller 1995］。

5　［Beauchamp and Childress 2013: 104-5］

6　［Dodds 2000］

7　［Beauchamp and Childress 1994:125-6］

8　［Sherwin 1998:84-5, Dodds 2000:231-2, Beauchamp and Childress 2001:63-4］

9　規範倫理学の議論の動向に関するこのような分析は、［Engelhardt 2001］、［O'Neill 2002］、［Taylor 2008］を参考にしている。例えば J.テイラーは、今日道徳哲学において主流を成す自律の見解を「個人的な自律 personal autonomy」と呼んだ上で、このような見解が、カント倫理学に依拠する見解とは異なるものであることを指摘している［Taylor 2008］。

10　［Dworkin 1988: 20,108］

11　［Dworkin 1988: 108］

12　（Ⅳ, 440: 一六〇～一六一）。カントの著作からの引用は、アカデミー版全集の巻数をローマ数字で、頁数を算用数字で、訳書の頁数を漢数字で示した。

13　［Hill 1989］

14 （Ⅳ, 440: 一六〇～一六一）
15 ［Dworkin 1988: 21,118,129］
16 ［Dworkin 1988: 109-12］
17 ［Faden and Beauchamp1986: 238、一八六］
18 ［Engelhardt 2001］
19 実際、例えば先のビーチャムらの議論は、そもそも「いかなる場合に患者の決定は尊重に値しないのか」、つまり「患者の決定に反することが許されるのはいかなる条件下においてか」の問題を念頭において展開されたものなのであり、彼らが提唱する自律の成立するため三条件は、まさにそうした判断を患者以外の人間が行う際の規準となるものとして理解できる［Beauchamp 2005］。
20 ［日本老年医学会 2012］を参照のこと。さらに、昨年（2013 年）「厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）高齢者に対する適切な医療提供に関する研究（H22-長寿-指定-009）研究班」によって作成された『高齢者に対する適切な医療提供の方針』においても、治療方針決定に関する同様の考えを見て取ることができる。そこでは「患者本人と家族の価値観を尊重しつつ目標に関して合意形成を行う事が重要である」（5.1）とされており、患者だけでなく、家族や医療者が決定の主体と位置づけられている。さらにまた、「終末期や認知機能障害等により患者本人から意思、価値観を確認することが困難な場合であっても、患者本人の価値観を家族や医療チームが想定し、合意形成を目指す」（5.2）とあり、患者本人の意思が周囲の人間にとって確認困難な場合でも、確認が可能な場合と同様に、それに沿う形で決定を行うことが重要であることが指摘されている［厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）高齢者に対する適切な医療提供に関する研究（H22-長寿-指定-009）研究班 2013］。
21 ［日本小児科学会 2012］
22 ［清水・伊坂 2005］
23 ［O’Neill 2002: 92-5］
24 ［O’Neill 2002: 85］
25 オニール自身は「自律的である autonomous」といった表現を用いておらず、代わりに「原理としての自律に一致して行為すること acting with principles autonomy」［O’Neill 2002: 96］や「原理としての自律に依拠する be committed to principled autonomy」［O’Neill 2002: 96-7］といった表現を用いている。「個人的な自律」の見解では、自律は個人の能力や状態を指す言葉として用いられており、「自律的 autonomous」という語がそうした特性や能力を備えた個人を形容するためによく使われるが、これに対し、オニールの「原理としての自律」は、行為の要件を表しており、そうした自律の意味の違いが、語の用法の違いにも

反映されていると見ることができる。

26 ［O’Neill 2002: 73-95］

27 ［O’Neill 2002: 92］

28 ［O’Neill 2002: 91］

29 もっともオニールは、誰かのものとして自律を表現しておらず、「原理としての自律にコミットすることにより私たちに求められること」といった表現を用いている。このように表現されるのは、彼女の考える自律が、尊重の対象というよりも、行為主体が自ら引き受けるものだからだと思われる［O’Neill 2002:96-117］。

30 例えば『重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン』では「治療方針の決定は子どもの最善の利益に基づくものとする」とされている［日本小児科学会 2012］。他方、『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン』では、「あくまでも本人にとっての最善を核としつつ、これに加えて、家族の負担や本人に対する思いなども考慮に入れる」とされており、「家族の負担」への配慮が決定に際して求められることが指摘されている。ただここにおいても、核とされているのはやはり「患者の最善」である［日本老年医学会 2012: 17］。