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

Title	生命倫理の哲学についての覚書
Sub Title	A remark on philosophy's contribution to bioethics
Author	樽井, 正義(Tarui, Masayoshi)
Publisher	三田哲學會
Publication year	2015
Jtitle	哲學 No.134 (2015. 3) ,p.135- 148
JaLC DOI	
Abstract	Bioethics is an interdisciplinary science. What is the role that philosophy should and could play in this field? This paper addresses these questions. By accepting the rule of informed consent, bioethics is distinguished from traditional medical ethics. This rule is justified by a general ethical principle, i.e., respect for autonomy. The primary task of philosophy is to propose such basic principles that people involved can use as a common ground for their discussions. Though people agree on respecting individuals' self decision making, there is no agreement on decisions associated with human being without competence, i.e., embryo, brain-dead, etc. To such issues with conflicting positions, philosophers provide positive or negative arguments based on their own normative theories. This is philosophy's second task. Bioethics deals with diverse issues, from patient-health provider relationship and usage of new medical technologies to distribution of health resources. Studying even a single case study requires us to consider its complex context. The third task of philosophy is to apply ethical principle and rules in order to put various elements in order and identify the key points of consideration. In these tasks, a normative theory of philosophy is not simply applied to a biomedical judgment. Both theory and judgment examine one another so that they reach a reflexive equilibrium.
Notes	特集：西脇与作君・ 樽井正義君退職記念 寄稿論文
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00150430-00000134-0135

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.

生命倫理の哲学についての覚書

樽　井　正　義*

A Remark on Philosophy's Contribution to Bioethics

Masayoshi Tarui

Bioethics is an interdisciplinary science. What is the role that philosophy should and could play in this field? This paper addresses these questions.

By accepting the rule of informed consent, bioethics is distinguished from traditional medical ethics. This rule is justified by a general ethical principle, i.e., respect for autonomy. The primary task of philosophy is to propose such basic principles that people involved can use as a common ground for their discussions.

Though people agree on respecting individuals' self decision making, there is no agreement on decisions associated with human being without competence, i.e., embryo, brain-dead, etc. To such issues with conflicting positions, philosophers provide positive or negative arguments based on their own normative theories. This is philosophy's second task.

Bioethics deals with diverse issues, from patient-health provider relationship and usage of new medical technologies to distribution of health resources. Studying even a single case study requires us to consider its complex context. The third task of philosophy is to apply ethical principle and rules in order to put various elements in order and identify the key points of consideration.

In these tasks, a normative theory of philosophy is not simply applied to a biomedical judgment. Both theory and judgment examine one another so that they reach a reflexive equilibrium.

* 慶應義塾大学名誉教授

生命倫理という日本語は，1970年頃にギリシャ語のbiosとethikeとを合成してつくられた英語bioethicsの翻訳語である[1)]．「生命」とは，その主体である「生命体」とそれを取り巻く「環境」との間の，物質の交換を含む関わりによって成立する事態である．ヒトないし人間という生命体について，その環境に注目するなら，環境あるいは「自然」とのどのような関わり方（人の生活，環境の開発あるいは保全）が，人間（の生存）にとってよいのか，そのために人は何をしたらよいのか，という問題が立てられる．生命体である人間の生命活動に注目するなら，とくに直接にその生と死，健康や疾病に関わる活動である広義の医学と医療をめぐって，人は，医療者，患者，そして社会は何をどうすべきか，それが問題とされる．そこで哲学あるいはより限定すればその一分野としての倫理学では，生命倫理のもとに環境倫理と医療倫理という二つの領域が包摂されてきた．

しかし哲学の外では一般に，生命倫理は医療倫理とほぼ同じ意味に使われており，生命科学と医療に関連する領域において私たちが直面する，多様な倫理問題を検討する学際的な試みを指している．ライクは生命倫理を，「学際的な舞台においてさまざまな倫理学的方法論を使用して，生命科学と医療について，道徳的な構想，決定，行為および政策を含む道徳上の問題を扱う体系的研究」と定義している[2)]．この覚書の目的は，この定義で使われている「学際的」領域である生命倫理に，規範を考察する「倫理学」はどのように関わるのかを検討し，いくつかの視点を提示することにある．

1　学際研究としての生命倫理

生命倫理（学）は，倫理（学）という言葉を含んではいるが，言うまでもなく倫理学の一分野ではない．生命倫理を自分の倫理学研究の一部としている倫理学者は無論いるが，生命倫理自体は学際的領域であり，そこに

は多くの学問ないし科学が関与している．1988年に発足した日本生命倫理学会には，4分野に1,200名の会員がおり，哲学者，倫理学者は思想史の研究者等とともに，その1つを構成しているにすぎない．

学際領域であることを，移植医療を例に見てみる．私たちの社会でこれまでに（とくに1980年代から2000年代にかけて），生命倫理のなかでも最も多くの議論がなされた主題だ．人工呼吸器が第二次大戦後に民間に普及し，これによって脳死状態が維持され，それが1960年代末以降，心臓移植の前提として注目されるようになった．医学者にはその状態を記述し判定基準を策定すること（医学）が求められるとともに，医療者として（看護師や他の医療職とともに）その状態にある人への対応の仕方（倫理）が問われることになった．この対応の仕方については，人の生死をめぐる思想，生者と死者に対する規範に関わってきた哲学者，宗教学者，そして法学者にも発言が求められた．社会学者，人類学者，心理学者には，この状態を人びとがどう理解しているか，どういう対処が考えられるかが問われた．また制度としての移植医療についての検討が，経済学者や政治学者に求められた．さらに学者にかぎらず多くの市民が関心をもち，議論に加わった．こうした議論を経て，ともかくも（論点が整理され，合意に近づけたのかはさておき）「臓器の移植に関する法律」が1997年に制定され，2009年に改正された．議論は言うまでもなくいまも続けられている．

医学者もまた，医学においてはともかく生命倫理という学際領域においては，議論への参加者として他の参加者以上の特権を持つわけではない．ただし医学者は，倫理を検討する上で前提とされるべき基本的な医学的知見を，他の参加者に提供することができるし，また理解されるかたちで提示することが求められる．医学者のこの役割を認め，提供される基本的情報を踏まえることが，倫理学者を含めて議論への参加者には求められる．他の参加者にもそれぞれに固有の役割があるだろうが，そのなかで倫理学者には，この学際領域での議論において何が求められ，何ができるのか．

倫理学者の関与の可能性を明らかにするには，まずは生命倫理という学際領域が形成された社会的背景を歴史的に振り返ることが有効だろう．

2　生命倫理の成立

第二次大戦後，それも 1960 年代前後にとくに顕著になった，医学を含む科学技術をめぐる重要な社会的動向として挙げるべきは，科学技術評価（technology assessment）と人権運動（human rights movement）の二つである．

科学技術が急速な発展を見せ，人の生活の便宜が大いにはかられる一方で，看過し得ぬ危害ももたらされるようになった．そこで，科学技術を利用する仕方の，さらには科学技術そのものの善し悪しが問われることとなった．この問が衝撃をもって広範に発せられた最初の契機は，広島と長崎への原子爆弾の投下だっただろう．これに DDT など化学物質による環境の汚染，自動車など工業製品の安全性への疑問等々が続いた．問われたのは科学そのものの真偽ではなく，それが人と社会に及ぼす影響の善悪であり，これが科学技術評価と呼ばれる．

ここで肝要なのは，評価を行うのは誰かということだ．科学に関して真偽を判断するのはその専門家だが，人の生活にもたらされる益と害，安全性と危険性を評価すべきは，技術を開発する専門家や利用する企業ではない．評価するのは，科学技術の素人ではあるが，その影響をまともに受ける市民や消費者だ．第五福竜丸乗組員の被曝を自分たちと子どもたちにとっての脅威と受けとめて真っ先に，パグウォシュの科学者たちに先んじて，反核兵器の運動を草の根で始めたのは杉並の主婦たちであり，自動車事故が誤操作ではなく車両の欠陥によって起こることを，運転者とともに法廷で企業に対して立証しようとした弁護士は，法律の専門家ではあっても自動車工学についてはまったくの素人だった．

つまり，科学技術がもたらす利害について発言し，科学技術に関する決

定に参与する権利を求めたのは，決定を現に下している人ではなく，決定には与らないがその影響がしわ寄せされる人たちだった．わけても米国では，戦争遂行を決める政治家に対して戦場に送られる若者（ベトナム反戦），白人に対して黒人（市民権要求），男性に対して女性（女性解放）等に担われた広範な人権運動が先鋭化したが，自分たちに影響する決定に参与する権利を求める科学技術評価の運動は，それに連なるものだった．

医療技術も科学技術に含まれる．前述の心臓移植が試みられたのは1967年，1971年には遺伝子組み換え実験が行われ，1978年には体外受精により女児が誕生する等の技術開発が相次いだ．こうした医学，生命科学の新しい技術，いわゆる先端医療技術によって人と社会にもたらされる益と害との評価，提起される倫理問題の検討，これを行う場として形成されたのが生命倫理という学際領域であり，検討の作業を引き受けたのは，技術の影響が自分たちに及ぶと受け止めた医学以外の研究者であり市民だった[3)]．

3　インフォームド・コンセントという規則

決定には与らないがその影響を受ける人による権利運動は，医療において，それも診察室や手術室で日常起こる問題をめぐっても展開された．しかし運動の場は診察室ではなく，法廷だった．患者や家族の訴えを受けて医師の瑕疵を裁く医療過誤訴訟の法廷において，医師が一方的に治療を決定し実施してはならないこと，患者には治療に同意あるいは拒否する権利が，そのために疾患，治療法，予後について理解できるように説明を受ける権利があることを認める判例が積み重ねられた．

治療の前提として，それについて医師は患者に説明し同意を得ること，すなわちインフォームド・コンセントは，こうしてまずは「法理」として形成され，医療行為の第三の要件として要請されることになった．しかしほどなく，専門職中の専門職として自己規制と倫理を重視する医師たち

は，それを外からの要請にとどめず，自分たちの「職業倫理」のなかに取り入れた．世界医師会は，1980 年には患者の権利を列記したリスボン宣言を，それに先だって 1964 年には被験者の権利を保障するヘルシンキ宣言を採択した．

インフォームド・コンセントが医療の場の規則にされたのは，社会が法廷を通じて要請したばかりでなく，医療自体が必要としたからでもある．一つには，医療が進歩して先端技術が導入されるということは，実験的治療が行われるということだが，未確立の治療では，期待されるメリットと共に想定されるデメリットも，患者に十分に知ってもらう必要がある．いま一つには，社会の疾病構造が変化し，感染症等の急性疾患に代わって，成人病，生活習慣病という慢性疾患が疾病の主流になった．その治療は医療機関においてもっぱら医療者によって行われるのではなく，患者が生活の場おいて自身で行うのが基本になる．医療者の説明を受け，患者が納得して自ら担わないかぎり，つまりインフォームド・コンセントなしには，治療は成り立たない．また，疾患が慢性となるのは根治療法がないからであり，代わりに複数の治療法が併存していることが少なくない．その選択は，患者が各治療の長短を知り，自分の諸事情を勘案して行うことになる．

治療は本来，医療者と患者の共同作業にほかならない．情報を提供するのは医療者だけではなく，そもそも患者の主訴と診療情報がなければ診断は下せない．治療はその方針が共有された上で患者と医療者の双方によって担われる．とすればインフォームド・コンセントには，医療者の職業倫理にとどまらず，治療の基盤となる「患者と医療者の間の倫理」という性格も認められることになる．

4　共有される倫理原則

医師という職能集団は伝統的に自らの倫理規範を保持してきた．ヒポク

ラテスの誓いも，医は仁術という標語も，それを示している．そこでは，医師は患者を庇護して，病気の忌まわし情報も，治療の専門的な情報も伝えない，患者は医師を信頼して治療を委ねる，ということが慣習とされていた．そうした医（師）の倫理に対置され，新たな生命倫理を特徴付けるのが，インフォームド・コンセントという規則だ．この新しい規則は，司法の場を経由して医療の場に導入されたことから分かるように，その受容は摩擦なく行われたわけではない[4]．規則の定着を促すために，より一般的に受け入れられている規範的原則によって正当化することが試みられたが，それを主導したのは倫理学者だった．

私たちの社会では，人の生き方は本人自身が決めることがよいと認められている．何を学び，何を職業にし，どこに住み，どのような思想をもつのか，それらを自ら決めることは基本的人権とされている．この自己決定すなわち自律を尊重することは肝要な倫理原則であり，この原則によって，医療の場での患者や被験者の自己決定であるインフォームド・コンセントの規則は正当化される．

医療の場における倫理的問題を検討する際の共通の基盤，正しいことと不正なことを判断する基準として，倫理学者はいくつかの原則（principle, 原理）を提示している．これを倫理学者による生命倫理への第一の課題と言うことができる．ビーチャムとチルドレスは，自律の尊重（respect for autonomy）と並んで無危害（nonmaleficence），与益（beneficence, 仁恵，善行），公正（justice, 正義）の四原則を挙げ，エンゲルハートは，自律の尊重と与益とが倫理的問題すなわち葛藤の根底にあるとして，原則を二つに絞っている．こうした議論を踏まえて，看護という実践的臨床的な場面で直面する倫理問題に対処するために，原則を増やすことも試みられている．フライは無危害を省いて誠実（veracity, 嘘をつかない）と忠実（fidelity, 約束を守る）を加えて五つ，ハステッド等は（原則を行為規範 standard と呼び代えているが）さらに自由（freedom）とプライバシーを

加え，正義を外して六つを挙げている[5)]．

このようにいくつかの倫理原則が倫理学者によって提示されているが，それらはいずれかの倫理学的立場から体系的に導出されているわけではない．それは特定の立場に固有の原則でも，その究極の原理でもない．しかし，立場を異にする倫理学者たちの間で共有され共用され得る規範であり，異なる立場の間で実際に展開される議論のなかに共通に見いだされる．倫理学の理論が現に複数存在しているという多元主義が，そこには前提されている．この意味で倫理原則は，体系的ではないが，かといって恣意的でもなく，倫理学者たちの暫定的な共有財と言うことができる．

倫理原則が特定の立場に限定されない共有財であることは，倫理学者にとってのみならず，学際領域である生命倫理の議論に参加する多様な研究者と市民にとってもまた，大きな意義をもつ．それぞれが下す倫理判断の妥当性を吟味するのに，自らの信念や価値観を持ち出すのではなく，立場を超えて共有されている倫理原則を参照し，指摘すればよいからだ．広義の医学医療の場における主役は，共有しているところも無論あるが，基本的には立場を異にし相反する利害をもつ人たち，つまり医療者と患者，生命科学研究者と研究参加者だ．双方の間の検討においても，共有される原則は，共有できる倫理判断を下す際の手がかりとすることができる．

生命倫理において，原則を重視しようとする主張に対しては，原理が抽象的一般的に過ぎるという批判が向けられている．とくに症例検討のような場合には，まずは複雑なその状況ないし文脈を整理することが勧められている．この批判と勧告にはもっともなところが確かにあるが，整理を経て取り出された倫理問題について判断を下すには，やはりいずれかの原則を引き合いに出さざるをえないだろう[6)]．

5　規範理論による原則の根拠づけ

これらの倫理原則は，生命倫理の議論に使われる規則を正当化し，概念

を明確化するが，これらの倫理原則自体を根拠づけることが，倫理学者にとって第二の課題となり，生命倫理への寄与となる．人の行為や行為規則，さらには社会の制度やその運営について，それを倫理的に正しいとする根拠，あるいは逆に正しくないとする根拠を論証することは，規範倫理学の中心的な課題にほかならない．規範倫理学の代表的な理論は，ミルの功利論とカントの義務論だろう．倫理原則に基づく行為の正しさの論証は，ミルの理論では功利主義の「最大幸福の原理」によって，カントの理論では行為基準（格律）の普遍妥当性を求める「定言命法」によって行われる．理論自体は互いに異なっているが，いずれの理論によっても，生命倫理の議論において共有される原則は正当化される．

生命倫理で議論されるべき問題はきわめて多岐にわたるが，敢えて大別すれば，医療者と患者，研究者と被験者の関係をめぐる問題，先端医療技術が提起する事態に関わる問題，新たな感染症や生活習慣病という地域と世界とで多様な対応が求められる問題，医療資源の配分や医療政策に関わる問題，といった問題群を挙げることができるかもしれない．人工妊娠中絶や安楽死のように，生命倫理が形成されるはるか以前から議論されてきた問題も少なくないが，それらについても，出生前・着床前診断や人工呼吸・栄養補給といった新たな技術によって，改めて検討する必要が生じている．

これらの問題をすべて遺漏なく適切に体系づけることは不可能に近いが，倫理の諸原則とそれに基づく諸規則を用いて，それぞれの問題に含まれる論点を整理し，いくつかの問題を関連づけて論じることはできるだろう．これが倫理学の第三の課題となる．医学医療においては専門分野が細分化されて，一分野の倫理問題をそれを超える広い視野のもとに置くことは，よく行われているわけでも，容易でもない．しかし一つの社会の中では，いくつかの問題を包括する視点もまた必要になるだろう．

6　個人の意思と社会の意思

医療における人間関係や先端医療技術が提起する諸問題においては，倫理的に対応されるべき人びとが，自律の尊重の原則とインフォームド・コンセントの規則によって，大きく二つに分けられることになる．インフォームド・コンセントは，説明を理解し，それを踏まえて決定を下し，それを他の人に伝えるという知的な能力を，つまり対応能力（competence）と呼ばれるものを前提している．その能力を持つ人の場合には，その当事者に問題の解決をおおむね委ねることができる．しかしこの能力を欠く人もまた，医療の場には大勢登場する．生まれる前の胎児と生まれたばかりの新生児から幼児はこの能力を欠き，小児のうちはまだ十全とは言えない．反対に年老いると認知症になり，やがて死亡する．成人であっても，意識障害や精神障害をもつことがある．この人たちにどう対応することが倫理的に適切なのか．これをめぐっては異なる対応が，倫理規範を異にする立場から主張されている．

移植医療において，対応能力を失った脳死状態の人から他の人のために臓器を摘出する要件を，本人の文書で残された同意，あるいは家族の同意とする制度が，現在の日米英仏独では共有されている．しかしそこに至る歴史的経緯は異なっている．仏以外では初めは本人の同意が不可欠だったが，それが不明な場合には家族の意思に委ねられ，摘出の範囲が拡げられた．しかし仏では，以前は法により，本人の意思を問わずに摘出が許容されていたが，本人と家族の拒否が認められ，摘出の範囲は狭められた．

判断をもっぱら個人の意思に委ねて（自由），社会の意思（法律）は介入しないという立場と，社会の意思と個人の意思とを調停しようとする立場とが対峙していることは，生殖医療をめぐっても見られる．そこでは，これから生まれてくる，したがって対応能力をまだ欠いている子どもへの配慮が求められる．生殖補助医療の利用は，仏のみならず英，独でも，生殖年齢の男女の不妊のカップルに限定され，配偶子提供は無償匿名が条件

とされている．代理懐胎は独仏では禁止，英では条件が厳しい．しかし米にはそうした規制はなく，独身女性が生殖補助技術を利用し，配偶子は売買されている．米はできるだけ個人の意思に委ね，社会は干渉しないようにするのに対し，英独仏の社会の意思は，生まれてくる子どもの利益を保護するために，個人の意思に一定の規制を設けている．

生命倫理の議論における米国と欧州とのこうした違いは，胎児や胚，身体の一部や産物，遺伝子を扱う先端医療において先鋭化するが[7]，基本的な医療政策についても見られる．米では健康と病気をもっぱら個人の問題と見て，保険は個人が任意に加入するものとされるが，欧州も，そして日本も，社会の問題でもあると考えて，国民皆保険制度が導入されている．

ちなみに米と欧との間のこの違いに対応する倫理理論として，バーリンの言う自由のネガティヴな観念とポジティヴな観念を挙げることができる．ミルは自由を，人が干渉を受けないことと考え，カントは人が自己立法を行う，すなわち普遍的な法則を自ら定め自らそれに従うことと見ている．

7　反照的均衡

生命倫理における倫理学の課題ないし寄与として，第一に，倫理原則を提示すること，第二に，その根拠を規範倫理学の理論により示すこと，第三に，倫理の諸原則とそれに基づく諸規則を用いて諸問題に含まれる論点を整理すること，この三つを挙げた．このうち，第一と第二の課題は，もっぱら倫理学者が引き受けるものだが，第三は生命倫理学の議論に参加するすべての人，研究者，医療者，市民と一緒に担うべき課題だろう．

生命倫理の議論には，一定の具体的な結論に到達することを目指す実際的な考察が含まれる．その一つは，移植医療や生殖医療といった特定の問題に関して，学会，専門職集団，行政等によるさまざまな指針の策定や，立法による法律の制定につながる考察である．倫理学者を含めて生命倫理

の議論への参加者がみなそれを目指すというわけではなく，それには関わらない議論，もっと基礎的な議論も勿論ある．しかし社会が一定の枠組みを必要としている問題もあり，生命倫理の議論にはそれに応えることが求められている．

もう一つ，具体的な結論に至る実際的な考察が行われるのは，医学研究と医療が遂行される現場である．倫理的問題に直面した研究者と被験者，医療者と患者は，その都度いすれかの判断を下し，行為をしなくてはならない．そのとき，患者や被験者は生命倫理の議論とは無関係に，まったく異なる根拠に基づいて判断することも当然ありうるだろうが，医療者と研究者には，指針を含む生命倫理の議論を参照することが課される．

以上のことを図式化すると，図１のようになる．この覚書は哲学者の立場から書かれており，倫理原則を提供するのは倫理学としたが，規範を扱う学問である法学や宗教学にも同様の役割が帰されるだろう．また１で述べたように，生命倫理の議論には多様な科学が専門的な寄与をしており，言うまでもなく医学や看護学のように医療に関わる諸科学は，倫理的問題の所在を指摘し，専門的知見を提示すると共に，議論の検証を行っている．生命倫理は学際領域である．

生命倫理と倫理学との関係について，最後にもう一つ付言しておく．生命倫理は「応用倫理学（applied ethics)」である，つまり倫理学の原理や

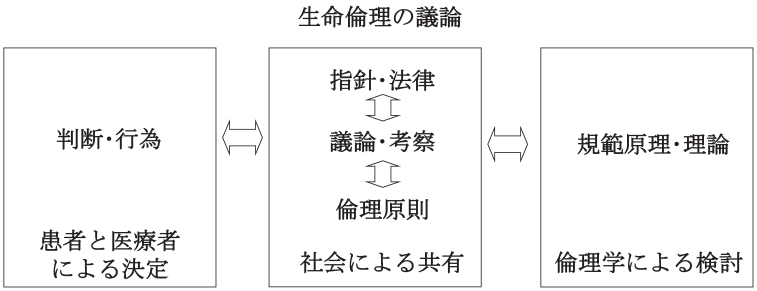

図１

理論が適用される場だとする見方がある．しかし，この見方は一面的である．倫理学者は確かに適用を試みるが，適用される原則や理論は，生命倫理の議論の中でその妥当性を検証されることになり，修正が必要になる場合もある．倫理学と生命倫理との突き合わせは双方向で繰り返し行われ，修正は双方に求められる．したがって，ロールズの言う「反照的均衡（reflexive equilibrium）」[9] を目指す作業と見る方が適切と思われる．同じ作業は，医療の場で倫理問題に直面して一人一人が下す判断と生命倫理との間でも，また生命倫理の内部でも行われることになる．

注

[1] bioethics という言葉が初めて使われたのは，Van Rensselaer Potter が 1971 年に発表した論文の表題と言われている．著者は腫瘍学者だが，この論文で論じているのは，The Science of Survival という副題が示すように，環境倫理と見ることができる．翌年にはこの論文を収めた論集が，同じ表題で出版された．その邦訳は，今堀和友，小泉仰，斎藤信彦訳，バイオエシックス―生存の科学．ダイヤモンド社，1974.

[2] Reich, W. T., ed., The Encyclopedia of Bioethics. rev. ed. 1995（1st ed. 1978），The Free Press. p.xxi.

[3] 生命倫理が「人間の尊厳の主張に根ざした人権運動であり公共政策づくり」であることを指摘しているのは，木村利人，いのちを考える―バイオエシックスのすすめ．日本評論社，1987, p11.

[4] 1980 年リスボンでの世界医師会総会では，患者の権利に関する宣言の採択に際して，日本医師会は態度を保留した．現在はホームページにこの宣言を掲げている．

[5] Beauchamp, T. L., Childress, J. F., Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, 1979（立木教夫，足立智孝監訳，生命医学倫理．成文堂，2009. 5rd ed.. 2001 の訳 ），Engelhardt, H. T., Jr., The Foundation of Bioethics. Oxford University Press, 1986（加藤尚武，飯田亘之監訳，バイオエシックスの基礎づけ．朝日出版社，1989），Fry, S. T., Ethics in Nursing Practice―A Guide to Ethical Decision Making. International Council of Nurses, 1994.（片田範子，山本あい子，看護実践の倫理―倫理的意思決定のためのガイド．日本看護協会出版会，1998），Husted, G. L., Husted, J. H., Ethical Decision Making

in Nursing. Mosby-Year Book, 1991（藤村龍子，樽井正義監訳，臨床実践のための看護倫理．医学書院，2009. 2nd ed. 1995 の訳）.

6) Jonsen, A. R., Siegler, M., Winslade, W. I., Clinical Ethics - A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. McGraw-Hill, 1982（赤林朗，蔵田伸雄，児玉聡監訳，臨床倫理学―臨床医学における倫理的決定のための実践的アプローチ．新興医学出版社 2006, 5th ed. 2002 の訳）は，症例の検討に際して，まずはそれを構成する複雑な要素を，医学的適用，患者の意向，QOL, 周囲の状況の四項目に分けて整理することを提案している（四分割表）.

7) 欧州委員会の生命医学プロジェクトによる 1998 年の報告書では倫理原則として，自律，尊厳（dignity），統合（integrity），脆弱（vulnerability）の四つが挙げられている．1980 年代，90 年代には，胚性幹細胞の樹立，ヒトゲノム計画，体細胞クローンといった技術が開発されたが，それにともない，Beauchamp & Childress の四原則では主体の行為の仕方が，この四原則では対象のあり方が注目されている．The Barcelona Declaration. Policy Proposals to the European Commission, November 1998, by Partners in the BIOMED-II Project Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw.（村松聡訳，バルセロナ宣言，生命倫理と生命法における基礎的な倫理的原理，生命医学第 2 プロジェクトのパートナーによるヨーロッパ委員会に対する政策提言，1998 年 11 月．医療と倫理，7, 2007.）

8) Berlin, I., Two Concepts of Liberty（1958）in his Four Essays on Liberty. Oxford University Press, 1969（二つの自由概念．生松敬三他訳，自由論．みすず書房，1971 所収）.

9) ロールズは，彼が提唱する「公正としての正義」の二原理は，一方では「原初状態」（社会契約論の自然状態にあたる）という理論装置（社会契約論の自然状態にあたる）の諸条件と，他方では一人一人が持つ「道徳感覚」と突き合わされることによって，その妥当性が検証されるとして，その作業を「反照的均衡（reflexive equilibrium）」と呼んだ．Rawls, J., A Theory of Justice. rev. ed., Belknap Press, 1999, 1st ed., 1971, p18, p42–p43（川本隆史，福間聡，神島裕子訳，正義論．紀伊國屋書店，2010, rev. ed. の訳 p28–p30, p68–p69.）