

博士論文

意思決定における自律と最善の利益

東北大学大学院文学研究科文化科学専攻

日笠 晴香

目 次

はじめに

第一部 自律の概念と自律的意思決定の尊重

第一章 G・ドゥオーキンにおける自律の概念

- 第一節 自律の能力
- 第二節 特定の内容を持たない弱い概念としての自律の役割
- 第三節 自律の価値
- 第四節 自律能力の発揮
- 第五節 想定しうる批判への応答
- 第六節 医療の文脈における自律の役割
- 第七節 G・ドゥオーキンの自律理論の問題の考察

第二章 T・L・ビーチャムにおける自律的行為の尊重

- 第一節 自律尊重原理と自律的行為
- 第二節 自律的行為の三条件と実質的な自律
 - 意図的であるという条件
 - 理解しているという条件
 - 統制的影響がないという条件
 - 実質的な自律の程度
- 第三節 G・ドゥオーキン等の自律理論に対する批判
 - 第一次的欲求からの独立の問題
 - 反省的要件の問題
 - 拒否されない受容の問題
- 第四節 ビーチャムの自律理論の含意の考察
 - 価値の一貫性と反省の要件
 - 価値の変化と自律的選択
 - 一貫した価値を前提としない自律の尊重

第三章 A・ヤヴォフスカにおける関心と自律的意思決定

- 第一節 安定した価値と尊重される意思決定
- 第二節 価値を基礎とする自律的決定
 - 自由主義における自律尊重
 - ラザロフの事例における価値と矛盾する選択
 - 自律の表現としての価値を反映する選択
- 第三節 最小限の自律的決定
 - 主体を表現する態度
 - 自己による統治
 - 精神的な自由
- 第四節 関心に基づく自律的決定
 - 自由主義の限界に対する含意
 - ラザロフの事例の解釈
- 第五節 ヤヴォフスカの主張に対する考察
 - 自律的意思決定の基礎となる価値と関心
 - ヤヴォフスカの主張の困難と限界

小括

第二部 代理決定における事前指示の有効性と患者の利益

第四章 代理決定の一般的枠組み

- 第一節 代理決定の基準と基礎
- 第二節 代理判断
- 第三節 純粹自律あるいは事前指示
 - 事前指示とは何か
 - 事前指示に特徴的な問題
 - 純粹自律基準
 - 事前指示原理
- 第四節 最善の利益
- 第五節 代理決定基準の含意と残される問題
 - 例外とされる困難な場合
 - 従来代理決定基準の含意と限界

第五章 R・ドゥオーキンにおける生の不可侵性と生死に関する決定

- 第一節 生死に関する決定問題の根底にあるもの
- 第二節 生の不可侵性
- 第三節 生の不可侵性と批判的利害関心
- 第四節 R・ドゥオーキンの主張についての批判的考察

第六章 一つの人生か別の人格か——事前指示の有効性をめぐる考察

- 第一節 R・ドゥオーキンにおける事前指示尊重
 - 経験的利害関心と批判的利害関心
 - 事前指示が問題となる場面
 - 自律の権利
 - 受益の権利
- 第二節 ドゥオーキン理論に対するドレッサーの主張
 - 事前指示と「先行する自律」
 - 批判的利害関心の尊重
 - マーゴの生についての州の利害関心
- 第三節 事前指示に関するクヴァンテの主張
 - 事前指示履行の問題
 - 「害をなすな」という問題
 - 同一性がないという想定
- 第四節 事前指示の有効性をめぐる考察
 - 事前指示をめぐる主張の相違点と「人格性」
 - 「人格性」と「一つの人生」

第七章 認知症患者の意思決定における価値評価能力と利益

- 第一節 自律の尊重と価値評価能力——ヤヴォフスカの主張
 - 批判的利害関心と価値評価能力
 - 自律の基礎と認知症患者の自律尊重
- 第二節 主観的な経験的利害関心の尊重——ドレッサーらの主張
- 第三節 認知症患者の意思決定と現在の利益

おわりに

文献表

初出一覧

はじめに

適切な意思決定の要件を提示することは、今日の生命倫理学、あるいは医療倫理学においても依然として中心的課題である。本稿の目的は、医療倫理における自律の概念を検討し、尊重されるべき自律的意思決定と、患者にとって最善の意思決定の在り方を明らかにすることにある。

現在の医療倫理においては、患者の自律尊重あるいは自己決定尊重は主要な原理のひとつである。一方で、この原理によれば、医療的な選択において、患者が自律的である、あるいは対応能力を有する(**competent**)場合には、原則的に患者の自律的意思決定は尊重される。また他方で、患者が自律的でない、あるいは対応能力を欠くと判断される場合には、代理決定によって治療選択がなされる。このような自己決定と代理決定の区分のみを見たならば、それぞれが全く独立した基準を有するかのようと思われる。しかし、一般的な代理決定の枠組みに従うなら、代理決定において、ある程度は、患者が自律的であった時点での見解や意向が尊重される。つまり、一般的な見解によれば、自己決定においても代理決定においても、患者の自律は意思決定の重要な基礎のひとつであると考えられている。

このように、ある面では医療的な意思決定全般において主要な基礎となるものでありながら、自律の尊重において前提とされる自律の概念として、ひとつの明確な共有された概念が存在するわけではない。これを、例えば、**T・L・ビーチャム**と**J・F・チルドレス**は、「明らかに、自律は、通常の英語においても、現代哲学においても、一義的な概念ではないので、特定の対象に照らして洗練される必要がある」(**Beauchamp, Childress.5:58**)と述べ、また、「人の自律的選択の尊重の原理は、他の原理と同様に、一般的な道徳に深く広がるが、その本性、領域、あるいは強さを規定するには注意深い分析が必要である」(**Beauchamp, Childress.7:101**)と指摘する。自律の概念が様々な文脈で用いられるものであり、様々な意味で解釈されるものであるなら、医療の意思決定における自律尊重を考察するためには、医療の文脈に即した自律概念に集中して検討する必要がある。近年、実践的な場面を念頭に置いた自律の概念に関する議論は蓄積されてきている。例えば、**J・S・テイラー**の編著は、近年の実践的自律理論を広範に見渡すものである(**Taylor 2005**)。しかし、その中でも、対応能力を有する患者の自律的意思決定の問題を対象とした自律の考察は多くはない。このような状況の中で、医療的な選択において尊重されるべき自律的意思決定の概念を明確にすることは、意思決定問題を考える上で避けられない課題であろう。

また、意思決定において尊重される自律あるいは自律的決定を明らかにすることは、自己決定における自律尊重の意味だけでなく、代理決定における自律尊重の有効性と限界とを考察する起点になると言える。すなわち、自己決定における自律尊重の含意の考察を踏まえることで、これを代理決定の場面に拡張することがどのような意味を持ち、どのような問題を生じさせるのか、そして、自律の拡張がどの程度妥当であるかを検討し得ること

になると考えられる。

対応能力を有する人の自律の尊重を、対応能力を欠く将来の状態にまで拡張することは、ある程度は一般的に承認されている。しかし、この自律尊重が、対応能力を欠く状態においてどの程度の範囲で効力を持つかに関しては、十分な議論が尽くされているとは言えない。例えば、生命倫理学成立の初期から意思決定問題に取り組む A・M・キャブロンは、自律が喪失する可能性のある将来にまで自律を拡張することが、臨床的に有益であり概念的に健全であるかは明確ではないと述べる(Capron:269)。この問題に対して、対応能力を欠く人の意思決定においては、いかなる場合にもかつての自律を尊重すべきだという主張もあれば、かつての自律の尊重には明確な制限が設けられるべきだという主張もある。これらの見解の相違は、一方で、対応能力を欠く人の意思決定に影響する自律概念の捉え方の相違に依拠し、また他方で、対応能力を欠く人にとっての利益に関する見解の相違に基づくと考えられる。そうであるならば、代理決定における適切な意思決定の要件を明らかにするには、自律の概念と、最善の利益の概念に関する議論を考察することが重要になる。この考察を通して、対応能力を欠く人の意思決定において自律尊重が何を意味するのか、その人にとって適切な意思決定の要件は何であることを明らかにすることができよう。

本稿では、以上のような視座に立って、二部構成という形式で問題を検討したい。まず、第一部では、医療の文脈に即した主要な自律理論を追い、それらの対立点を踏まえることで、医療倫理における自律の概念と、尊重される自律的意思決定の要件を検討する。そこで、第一章では、明確に生命倫理学の文脈を念頭に置いた、G・ドウオーキン(Gerald Dworkin)の自律概念を確認する。これにより、自律の能力を有する自律的人格に関するドウオーキン理論を把握し、意思決定における自律概念としての問題点に言及する。第二章では、T・L・ビーチャムの自律的行為の概念を検討し、意思決定において尊重されるべき自律的意思決定の要件を検討する。その上で、ビーチャムの主張の限界を明らかにする。第三章では、自律的意思決定に関する従来の枠組みを再考する A・ヤヴォフスカの主張を取りあげ、この主張の意義と限界を考察する。これらを通して、第一部では、他から介入されずに尊重される自律的意思決定の要件を明らかにしたい。当然、意思決定において、自律的意思決定を尊重することは、その人の利益と思われるものと対立したり、その人を害することになると判断されたり、社会制度の中で妥当とは言えなかったりするかもしれない。これらの観点から意思決定の問題を考察することは重要であるが、本稿では、いわば意思決定の重要な基礎となる、対応能力を有する人の自律尊重に集中する。とはいえ、自律的意思決定の要件を満たすことは、他の原理よりも優先して単純にそのみが尊重される必要があるということの意味しない。そうではなく、それを無視したりそれに介入したりすることにきわめて慎重になる必要があると考えられる限りでのその人の自律的意思決定に集中して考察する。

次に、第二部では、自律尊重の妥当性が問題となる具体的な場面として、対応能力を欠

く人の治療選択において何が尊重される必要があるかを考察する。とりわけ、対応能力を欠くが意識や他の諸能力を保持している人の代理決定の場に集中する。そこで、第四章では、一般的な代理決定の枠組みにおいて、患者の自律尊重と利益保護とがどのように位置づけられるかを把握する。第五章では、R・ドゥオーキン(Ronald Dworkin)の、生死に関する個人の意思決定尊重理論を確認する。ドゥオーキンは、対応能力を欠く患者に関しては、かつての自律に従った治療選択をすべきだという立場の主要論者である。また、第六章では、R・ドゥオーキンのかつての自律尊重理論を中心に、その自律の効力に関する議論を検討し、対応能力を欠く人の治療選択におけるかつての自律と現在の利益の位置づけを明らかにする。さらに、第七章では、対応能力を欠く人の現在の利益を異なる観点から考察する、A・ヤヴォフスカの主張と R・ドレッサーらの主張とを比較検討し、治療選択に反映すべき要素を明らかにする。これらの考察によって、第二部では、対応能力を欠くが意識や他の諸能力を保持する人の意思決定において、自律と現在の利益とがどのように尊重される必要があるかを提示する。こうして、本稿全体を通して、医療の文脈での自律概念を検討し、尊重される自律的決定の要件と、意思決定における自律と最善の利益の位置づけを明らかにしたい。

なお、T・L・ビーチャムと J・F・チルドレスによれば、「対応能力を有する」とは本来、「課題遂行能力」を有することを意味する(Beauchamp, Childress.7:115)。この能力の有無は課題内容によって変化し一概には決定できない。B・C・ホワイトが論じるように、対応能力を有することは、その文脈、基準、適切な能力、結果の役割を明確にすることによって定義されなければならない(White:74)。しかし、本稿の目的のためには、結果を引き受ける用意のある仕方意思決定し得ると判断される場合を「対応能力を有する」と考えることにする。また、本来、自律的であることと対応能力を有することとは別の事柄であるが、意思決定において対応能力を有するということは、自律的意思決定と密接に関係すること(Beauchamp, Childress.7:114)、対応能力を有する人格だけが自律的選択をなしうること(White:18)、さらに、非自律的であることと対応能力を欠くこととが互換的に用いられることから(Beauchamp:24)、本稿では、特に言及しない限り、ある意思決定において自律的であることと対応能力を有することとを互換的に用いることにする。

第一部 自律の概念と自律的意思決定の尊重

第一部では、医療における意思決定の問題を、自律の尊重という観点から考察したい。一般に、医療的な選択をする際に、自律あるいは自己決定の尊重という観点から、原則として、患者本人の意思決定は尊重される。ただしこのことは、普通は、本人が表明する意向や選択がどのようなものであっても従う必要があるということの意味しない。あくまで、本人の自律的な意思決定が尊重されるべきだと通常は考えられる。おおよその自律尊重の概略として、患者が自身の価値を持ち、それに照らして選択する能力を尊重するという理解が提示されることはある¹。しかし、このような概略が具体的な意思決定に関して何を意味するか、自律尊重の基礎となる能力はより詳細にはどのようなものであるか、どの程度の能力を必要とするかなど、医療の文脈を念頭に置いた自律の概念や、自律的行為の概念に関して、必ずしも明確な規定が存在するわけではない。

自律の概念に関する共通の理解は確立されておらず、議論の主題となっていることは様々な論者によっても指摘される。元々は自律という語は、古くは独自の法をもって統治する都市国家のことを指すために用いられたが、その後、個人に拡張されて用いられるようになったとされる²。個人の自律の概念に関する共通の要件が確立されているとは言えない点に関して、例えば T・L・ビーチャムと J・F・チルドレスは、自律という語が個人に拡張されるようになった際に、その語の明確な意味は論争となったのだと述べる。そして、現代の自律概念には共通するひとつの明確な理解があるわけではないことを次のように指摘する。

実質的に、自律に関する全ての理論は、ふたつの条件を自律に本質的であると見なす。それは、自由(統制的影響からの独立)と、主体性(行為者性)(意図的行為の能力)である。しかしながら、それらふたつの条件の意味と付加的な条件が必要かどうかについては論争が存在する(Beauchamp, Childress.7:102)。

つまり、現在の諸理論において、他からの統制されるような影響を受けていないことと、意図的な行為の主体であることとはおよそ共通する自律の要件であると理解されるが、これらの要件の解釈やさらなる条件に関しては様々な主張が存在するということである。このような状況の中で、本稿で医療の文脈を踏まえた自律の概念を明確にするためには、その出発点となる理論を定める必要があろう。

生命倫理学や医療倫理学における自律概念の由来として、しばしばカントや J・S・ミルの思想が挙げられることがある³。医療倫理の分野における主要な自律論者のひとりである O・オニールによれば、自律という概念には様々な説明が存在するが、現代の説明ではおよそ自律は独立(independence)の一樣態であるとみなされ、生命倫理学において多くの自

律論者がその道徳的根拠を J・S・ミルあるいはカントに由来すると主張する(O'Neill:23)⁴。ただし、オニールは、続けて次のようにも述べる。独立としての自律の一般的な見解は、道徳哲学の古典的な伝統と同じかより多くの程度、20世紀の性格・個人心理学の概念や道徳性発達研究に由来する。このように、現代の生命倫理学、医療倫理学における自律の概念は、必ずしも全面的にミルやカントの思想を基盤としているわけではないことも、オニールは指摘しているのである。また、本稿のはじめに触れた J・S・テイラーは、自律概念が道徳哲学にとって重要であり、カントや現代のカント主義者の道徳理論の中心であると述べる。その上で、しかしながら、個人の自律についての近年の関心が、カント主義者の自律概念にではなく、より個人主義的な自律概念に焦点を当てているのだと指摘する⁵。そして、そのような個人主義的な自律概念は、H・フランクファートと G・ドゥオーキンと W・ニーリーの自律に関する「階層的(hierarchical)」説明によって促進されてきたものであるとテイラーは論じるのである(Taylor 2005:1)。さらに、R・ヤングや T・L・ビーチャムもまた、臨床場面を念頭に置いて自律を論じる際に、G・ドゥオーキンの自律概念を参照する⁶。これらのことから、本稿では、G・ドゥオーキンの自律理論を検討することから考察をはじめたい。

本稿において自律の概念を考察する際には、臨床の文脈を見据える必要性を重視する。というのも、自律的であることの要件を単に理論的に規定するだけであれば、自律的な人や、自律的意思決定として尊重される範囲は過剰に狭くなってしまふおそれがあるからである⁷。このことから、医療において尊重される意思決定の範囲を明確にし、適切な治療選択がなされるようにするためには、臨床の文脈に即した自律の概念を明らかにする必要があると考えられる。

こうした研究動向を踏まえつつ医療の文脈に即した自律の概念を考察するために、本稿の第一章では、G・ドゥオーキン(Gerald Dworkin)の自律理論を確認する。ドゥオーキンによれば、自律的であることは第二次的能力を有することであり、また、自律は特定の内容を持たない概念であるゆえに道徳理論の基礎となる。この主張は、ある面では意思決定における我々の一般的な見解から遠いものではなく、この理論において自律的であると判断される人は過剰に少なくなるわけでもないと考えられる。この自律理論を検討した上で、この理論が実際の意思決定の場に適用される場合に、不明確な点や問題となる点を明らかにする。

第二章では、T・L・ビーチャムの自律的行為の概念を把握する。ビーチャムは、医療における自律尊重原理との一貫性を保つという観点から、自律的行為の要件を論じる。ビーチャムによれば、G・ドゥオーキンが主張するような自律概念は実際の意思決定の場面では妥当ではなく、ある行為が自律的であるためには三つの条件を満たせばよい。ドゥオーキン理論に反論するビーチャムの自律理論の検討を通して、ビーチャムの自律理論の基礎となる重要な視座は、強く固定した価値や高次の認知的な反省を必要としない点にあるこ

とが明らかになろう。ただし、ビーチャムはこの点を明示的に論じないゆえに、この観点から自律的行為の理論をさらに展開する必要があることも示される。

これを踏まえて、第三章では、ビーチャムの自律理論を補うであろう、A・ヤヴォフスカにおける自律的意思決定の理論を考察する。ヤヴォフスカによれば、患者の選択が明言された価値と矛盾する場合であっても、それが関心に基づく選択であれば、自律的決定として尊重されうる。この主張は、自律的決定であるための条件を最小限のものに捉え直すことで展開される。ヤヴォフスカの主張を検討することで、関心を基礎とする意思決定尊重の意義と限界を考察し、自律的意思決定における価値と反省の要件を明らかにする。

¹ このような一般的な理解は、例えば、(White:17)の、自律尊重原理は、患者が自身の価値構造を組み立て、それらに照らして選択する能力から生じるという言及や、本稿の第三章で考察するヤヴォフスカの主張の前提概念にも見られる。

² これに関しては、例えば、(Beauchamp, Childress.7:101)と(O'Neill:29)を参照した。

³ また、自律概念に関する議論の中で、(Berlin)もしばしば引用される。例えば(Young)は、自律的人格あるいは自己規定的人格を、人生の計画を他人に押しつけられたり、環境に決定づけられるままにしたりするのではなく、計画を自ら選択あるいは考案し、それに一致して生きる人であると述べ、自律の擁護者たちが道徳的主体にとって基礎的であると考えている仕方を明確に伝えるものとして、(Berlin:178)を引用する(Young:441)。しかし、(Berlin)で論じられるのは直接的には自由の概念であることから、本稿では詳しくは検討しない。

⁴ (O'Neill)では、このようなJ・S・ミルとカントの思想を起源とする考察を検討した自律に関する論が展開される。

⁵ このとき、カント主義者の自律概念は、意志が個人的な利害関心(interests)を全く持たない場合にその人格は自律的であるとするもの、より個人主義的な自律概念は、自身の動機づけに由来する限りでの欲求や行為や性格に関して人格は自律的であるというものと説明される(Taylor 2005:1)。

⁶ (Young)や(Beauchamp)は、生命倫理学・医療倫理学の文脈で自律を論じる際、G・ドゥオーキンの自律概念を参照する。このことから、G・ドゥオーキンの主張は、医療倫理の文脈における数少ない自律理論のひとつであると考えられる。

⁷ この点に関して、例えば(Beauchamp, Childress.7:101)は、自律尊重は、個人の社会的な側面や他人への影響を無視するような過剰な個人主義的でも、感情を無視するような過剰な理性主義でも、社会的習慣や社会的責任を軽視するような過度な法律尊重主義でもないとする。この主張は、臨床に即した自律概念を検討する際に非常に重要な観点だと考えられる。

第一章 G・ドゥオーキンにおける自律の概念

現在の生命倫理学、医療倫理学において、患者(あるいは被験者)の自律尊重は主要な原理のひとつである。しかし、自律の概念は、生命倫理学以外の様々な文脈で様々な含意で用いられるために、全ての文脈で共通するひとつの概念として確立していない。患者の自律を尊重するためには、生命倫理学の文脈における自律尊重が何を意味するかを明確にする必要がある。

G・ドゥオーキン(Gerald Dworkin)は、明確に生命倫理学の文脈を念頭に置いて、自律の概念を、特に自律的であることに必要な能力として論じる。ドゥオーキンの自律理論は、医療における個人の意思決定を尊重するための基礎的役割を説明しうるものであり、この点で特に重要であると考えられる。しかし同時に、この自律理論は、具体的な場面に適用する際に不明確な点や問題が残る。本章では、生命倫理学における自律の概念と、自律尊重の意義に関して、ドゥオーキンの自律理論を考察したうえで、その問題点を明らかにしたい。

そこで、まず、第一節では、ドゥオーキン理論における自律の概念を、第二節では、その道徳理論における役割を確認する。また、第三節では、自律がなぜ尊重される価値を持つかに関するドゥオーキンの主張を、第四節では、人が自律の能力をいかにして発揮しうるかについての理論を検討する。さらに、第五節では、自身の自律理論への想定される批判に反論するドゥオーキンの主張を考察し、その自律概念をさらに詳細に把握する。第六節では、医療の文脈において自律が特別な役割を担うというドゥオーキンの指摘を確認する。その上で、第七節では、それまでに考察した理論の問題を明らかにする。

第一節 自律の能力

ドゥオーキンは、自律が他の諸概念とは区別される概念であることを、オデュッセウスの古典的な例を用いて論じる。この例において、特に自由の概念と自律の概念とが明確に区別される。

オデュッセウスは、美しい歌声で船員達を誘惑して船を海に沈めようとする海の精セイレンから身を守るために、事前に部下に自身の体を帆柱に縛り付けさせ、セイレンの誘惑によってオデュッセウス自身はその縄をほどけと要求してもそれを無視するよう命じる。そうしてオデュッセウスはセイレンの誘惑から逃れ、船員たちと無事に生還する。

ドゥオーキンによれば、オデュッセウスは、セイレンの誘惑から生き延びるために彼の自由が制限されることを望んだ。そのように彼の自由が制限されたことによって、自身の生の輪郭(contours of life)を規定する彼の努力は促進されたことになる。このとき、オデュッセウスは自身の選好についての選好を持ち、セイレンに船を近づけようとする欲求を彼

自身の一部ではなく、彼にとって異質な何ものかを見なした。このように、第一次的欲求、選好、希望、意図(intention)などに対する態度を反省したり採用したりする能力が存在する。例えば、人は嫉妬や怒りに動機づけられるかもしれないだけでなく、自身の動機付けがそのようであることを欲求したり、反対に、自身の動機付けが違ったものであることを欲求したりするかもしれない。つまり、人は、自身を動機づける影響と自身を同化させる、あるいは、自身を特定の仕方でも動機づけられるのを望む種の人格とみなすかもしれない。または、自身を動機づける影響を遠ざける、あるいは、自身が違った仕方でも動機づけられる種の人格でありたいと思うかもしれないのである。このような、自らの第一次的な欲求や選好を、反省や採用の対象とするような第二次的な態度が存在し、そこで「私は私が今行為する理由と同一化しようか、それを拒否しようかどうかという、問いを引き起こす能力」(TPA:15)こそが、人格に特有の能力であり、自律的であることにとって重要であるとドゥオーキン¹は主張する。そして、「自律の観念は、単に評価的あるいは反省的概念であるだけでなく、人の選好を変えると同時に、行為において選好を効果的にするある能力と、人が選好を反省しそれを自身のものとして採用するゆえにそれを効果的にするある能力とを含みもする」(TPA:17)。このようなドゥオーキン理論において、自律は、第二次的反省能力、人がそうなりたいと望む種の人についての選択と言い換えられ、次のように特徴付けられる。

自律とは、自身の第一次的な選好や欲求や希望などを批判的に反省する、人格の第二次的能力(second-order capacity)と考えられ、また、それらの第一次的な選好などをより高次の選好や価値に照らして、受容したり変化させようとしたりする能力と考えられる。そのような能力を発揮することによって、人格は自身の本性を規定し、自身の生に意味と一貫性を与え、自身がそうであるような種の人格に対する責任を負う(TPA:20)。

このドゥオーキンの自律理論に従えば、ある第一次的欲求や選好を、高次の選好や価値に照らして反省したり評価したりして、それらを動機づけの理由として採用したり拒否したり変化させたりするような第二次的能力が、自律的であることに必要である。この第二次的能力は、第一次的欲求や選好を反省の対象として持つものであり、その反省を経て、その欲求や選好が自身の行為に影響するものとなることを受容するか拒否するか、あるいはそれを変化させるかどうかについての、第二次的な欲求や選好を形成するものである。そして、そのような能力を発揮することによって、人は、自身がどのような人でありたいかを選択することになり、そうすることで自身の生の意味を構成することになる。このように特徴付けられるドゥオーキンの自律概念は、大きく二つの部分から構成される。一つは、自律の能力は第二次的能力であるという部分であり、もう一つは、そのような自律の

能力によって、人は自身の本性や生を規定し、同じような人格に対して責任を負うという部分である。

自律が第二次的能力であるという点に関して、ドゥオーキン¹は手続き上の独立性(procedural independence)という概念を導入する。なぜなら、単に第二次的反省であるというだけでは、それらの評価(evaluation)をその人自身のものと見なすことができないような仕方で、その評価が他人や環境によって影響されたものである可能性を排除できないからである。ドゥオーキンが意図するのは、このような可能性が、手続き上の独立性が確保されることで排除されることである。ドゥオーキンによれば、手続き上の独立性の条件を詳細に説明するには、人々の反省的で批判的な諸能力を破壊するような、それらの能力に影響を与える仕方と、それらを促進し改善するような、それらの能力に影響を与える仕方とを区別する必要があり、また、催眠暗示、操作、強制的説得、意識にのぼらない影響などのような影響を区別する必要がある (TPA:18)。

このようにドゥオーキンは、反省の過程における手続き上の独立性を確保することで、他人から無意識に操作されたような第二次的な選好や反省が自律的であることになる可能性を排除しようとしているように思われる。しかし、ドゥオーキンによる手続き上の独立性の説明は、これ以上は詳細に述べられていない。それゆえ、ここでは、第一次的な欲求や選好に対する第二次的な批判や反省の過程が、操作や強制などによって他人の影響下にあるのではなく、その人自身のものと見なすことができるということを必要としていると理解することしかできない²。このような手続き上の独立性が確保された第二次的反省能力は、ドゥオーキンの自律概念の中核となる。

第二節 特定の内容を持たない弱い概念としての自律の役割

第二次的能力を中核概念とするドゥオーキンの自律理論は、「特定の内容を持たない弱い概念」である。ドゥオーキンによれば、この性質のゆえに、自律は道徳理論において基礎的な役割を担いうる(TPA:29-33)。

一般に、個人をその人であるところの特定の人格にするのは、その人の人生設計や投企であると想定される。この想定に対して、ドゥオーキンは、まさに自律の遂行(pursuit of autonomy)によってその人は自身の生の意味を構築し、その人であるところの人格となるのだと考察する。そして、人々は、彼ら自身の生の創造者(creators)であり、彼ら自身の価値の形成者(shapers)であり、投企や計画の創設者(originators)であるということに基づいてのみ、それぞれ独立した道徳的主体として平等に尊重され考慮されなければならない。というのも、人が自身の生に意味を与える仕方は様々に異なり、特定の仕方は存在しない。そのため、道徳理論の基礎となりうる特徴は人々が共有する特徴でなければならないが、その特徴を特定の仕方に規定することはできず、人々は自身を規定する能力を有するという

ことによって道徳的尊重を帰せられることになるからである(TPA:31, 110-111)。つまり、ここで人々が共有する自律の実質的概念は何も規定されない。この意味で、ドゥオーキンの自律概念は、特定の内容を持たない弱い自律概念なのである。ドゥオーキンは、特定の内容を持たない弱い自律の概念が、道徳的主体の重要な特徴であり、道徳理論の基礎となることを次のように述べる。

我々が誰であるかについての、すなわち、我々の自己アイデンティティーについての理念は、我々自身を見出し洗練する能力と結びつけられる。自律の能力の発揮は、私の生を私自身のものとするものである。そして、もし私が他人も同等の人格であると承認するなら、どのように私が行為すべきかを決めるときに、他人が世界を定義し価値づける仕方を私が重視するという要求が存在する(TPA:111)³。

こうして、ドゥオーキンによれば、自律の価値は、我々が我々の世界観に深く根ざした人格の概念を持つということと、この概念は尊重の価値があるということによって、ひとつには示されることになる。このような役割のゆえに、自律の発展や保持や増進は望まれるものであるとされる。

このようなドゥオーキン理論は、自律の概念によって、道徳理論の基礎となるような人格の特徴を説明し、それによって道徳的主体間の平等な尊重の必要性も説明するものである。この説明のためには、自律の概念は特定の内容を持つことはできない。人々が自律の能力を発揮することによってそれぞれの仕方で自身の生を形成し、自己のアイデンティティーを形づくるということに意味があり、このことが、他人のその仕方を尊重するという相互尊重の基礎となると考えられるからである。つまり、単に各々が自律の発揮によって各々の生に自身の意味を与えるという点でのみ規定されるような、ある意味で弱い概念である必要がある。そして、ドゥオーキンによれば、我々が一般に重視する人格の特徴は自律の概念を核とするために、自律は尊重の価値があり、その保持や促進が望まれるものだと考えられるのである。

このような考えは、ある面では我々の一般的な考えに即したものである。我々は、自律的な人格であることをある程度重視するし、ドゥオーキンが主張するような自律の能力によって自身の生を形成することを相互に承認すべきだと考える。特に、医療の意思決定においては、何らかの基準によって一律によいとされる選択をするのではなく、それぞれの人が自身の生を自身の仕方で形成するゆえにその人の意思決定が重要になると一般に考えられる。特定の内容を要求しないドゥオーキンの自律概念は、各々の様々な価値や考えに基づいて人が行為したり選択したりする際に最大限に尊重される点で、有益だと考えられる。

しかし、これまでに考察したドゥオーキンの自律理論は、自律的であるために非常に厳

しい要件を示すものであると解釈することも可能である。というのも、自律の能力を発揮することは、その人がなりたいと望む種の人格についての選択であり、また、それによって自身を見出し洗練し、自身の生の意味を構成すると考えられるゆえに、自律の能力を発揮するためには、自身の価値や望む種の人格や生の意味について高度な認識と自覚的な反省過程が必要であるようにも思われるからである。しかしながら、この点に関しては、後で考察するようにドゥオーキンが、必ずしも高度な自覚的な反省は必要ないと主張するのである。

第三節 自律の価値

自律概念が道徳理論の基礎となることを明らかにしたドゥオーキンは、さらに、なぜ自律の能力が尊重に値する価値を持つのかについての多少の解説を加えている。ドゥオーキンは、自律の価値を、手段的価値(*instrumental value*)と内在的価値(*intrinsic value*)とに区別する。あるものが、他の何かよいものに至るゆえに、それがよい(*good*)という場合、それは手段的価値を持つ。これとは異なり、あるものがそれ自体の目的のために(*for its own sake*)よいという場合、それは内在的価値を持つ(TPA:111)。

手段的価値に関してドゥオーキンが挙げるのは、ひとつは、自らの選択や価値を形成することができるということは、他人が形成するときよりも、その人自身の生がより満足したものとなるという点である。これは、人は自身の利害関心(*interests*)⁴についての一番の判断者であるという見解に基づくものであり、詳細な議論が存在する見解であるが、この見解は一般的には蓋然性を持つものであるとドゥオーキンは述べる。もうひとつは、自身の生を規定する結果として生じるものとは全く独立に、人は、自身の生を規定すること自体から満足を得たり、選好について考えたり、反省したり、それらの間で選択したりするプロセス自体によって、満足を得たりすることがあるという点である。ここでドゥオーキンが分析する自律の能力の手段的価値は、自己規定の結果としての生においてであれ、自己規定の過程そのものにおいてであれ、自律の能力を発揮することの結果として、人が満足や喜びを得ることができるゆえによりよいというものである。

これらとは異なり、よい結果やプロセス自体の喜びが問題ではないような価値を、ドゥオーキンは、「自己決定(*self-determination*)の能力の発揮についての内在的に望ましいもの(*intrinsic desirability*)」と言う(TPA:112)。これに関してドゥオーキンが挙げるのは、ひとつは、我々は我々自身の運命を規定することができるような存在であると他人から承認されたいと思うものであり、他人からの尊重と自己尊重の感覚とは緊密に結びついているという点である。もうひとつは、よい生の望ましい特徴であるような、創造性、リスクを負うこと(*risk-taking*)、原理の順守(*adherence to principle*)、責任の概念は、全て自律的行為の可能性に概念的に結びつけられており、自律的でない存在には不可能である点である。つま

り、自律は、人間の能力の特徴であるような意識のより高次の形態に結びつけられるとドゥオーキン⁴は述べる。内在的価値についてのこれ以上の解説はなされないゆえに、ここでドゥオーキンが述べる内在的価値に関しては、自己規定的な存在だと他人から承認されることや自己尊重やよい生の特徴のように、我々が一般に望ましいと考えるものの根拠となるゆえに自律は価値を持つと理解できる。

このような自律の価値についてのドゥオーキンの考察においては、自律が価値を持つときになぜ価値を持つかが検討されており、より多くの程度の自律がより少ない程度の自律よりも常によいということは主張されない。

これまで見てきたように、ドゥオーキンは、自律の概念を明確にするが、しかし、自律の概念が諸概念のうちで最高のものであるとは主張しない。ドゥオーキンによれば、自律は規範的に重要であり、概念的にも基礎的であるが、しかし、同時に、他の諸概念(例えば、福利、合理性、自由、尊厳、健康、安全など)も重要であり基礎的であることに変わりはない(TPA:32, 115)。このように、自律の概念のみが重要であるとしない点で、ドゥオーキンの自律概念は生命倫理学の一般的な理解とも一致する⁵。つまり、自律尊重原理は他の原理に優先するものではなく、他の原理も同様に重要だと理解することと矛盾しない。この点においても、ドゥオーキンの自律概念は、一般的な感覚に即したものだと考えられる。

第四節 自律能力の発揮

前に言及したように、ドゥオーキンの自律理論においては、自律の能力は、一見すると、高次の意識的な反省能力を必要とするゆえに、それを実際に発揮することができる人や機会は限られるようにも思われる。しかし、ドゥオーキンによれば、第一に、反省や同一化の過程は必ずしも十分に明確化された過程であったり、その人にとって十分に意識化された過程であったりする必要はない。例えば、孤立した集落に住み、最低限の教育しか受けていない人のように、日常的にあまり反省的ではない人でも、自覚することなく自律の能力を発揮しているかもしれない。というのも、その人は、それとは気づかずに反省的手続きに従って自身の生を形成してきたことを示すような仕方で、自身の生を導いているかもしれないからである。そして、そのことは、彼が自分の考えについて言ったことによって示される必要もない。自身の生において彼が変えようとしたもの、彼が他人について批判したもの、自身の仕事や家族やコミュニティーに関して彼が表明した満足において示される(TPA:17)。このように説明することで、ドゥオーキンの自律理論は、過剰に知性主義的であることを防ぎ、人々が実際に様々な仕方で自律を行使する可能性を確保する。また、第二に、全ての普通の人々が平等な自律の能力を持つ必要もない。自律の能力も他の能力と同じように、人の生物学的特性や環境的状況の産物であるので、それぞれの人の能力が同じ程度であるべきだと言うのは不適切である。人格とは、自律の能力をある特定のレベル

を超えて保持する存在である(TPA:31)。こうして、ドゥオーキンの理論では、全ての人が同等の自律の能力を持つ必要はなく、各々がある重要な閾値を超えて自律の能力を保持すればよいことになる。

自律の能力に関するドゥオーキンのこの主張は、高次の意識的な反省過程を伴う場合のみを自律的であるとするのではない点から、自律的であることの間口をより広げているといえる。自律の能力を発揮するのに、必ずしも自覚された認識的な過程を必要としないゆえに、自律は普通の人が普通に発揮できるような能力であることになる。また、そのように自律の能力を発揮して自身の生を形成し導いていることは、その人がそのことを意識的に表明しなくても、承認されることになる。本人が明言し得なくても、その人の生を取り巻く様々な状況におけるその人の態度によって示されるということから、その人の仕方で生を構成していると承認される範囲には、ほとんどの一般的な人が含まれることになると思われる。これらのことから、ドゥオーキンの自律理論は、医療の文脈に即してみたときにも、自律的であると見なされる範囲を狭めるものではないと理解できる。

第五節 想定しうる批判への応答

ドゥオーキンはまた、自らの主張する自律理論に対して示されるであろう二つの批判を想定し、それらに対して考察を加えてもいる。

第一の反論は、第二次的反省のレベルを導入することに対するものである。これによれば、ドゥオーキンの主張する手続き上の独立性の重要性に関して、結局、人の批判的反省に対する様々な影響の仕方のうちで、その独立性が確保される仕方とそうでないものとを区別する原則を見つけなければならない。そうであれば、強制された行為と自由な行為、操作された欲求と真正な欲求などを我々が区別することができるように、直接それを第一次的レベルで見つければよいのではないか。このように反論されうる。

この反論に対して、ドゥオーキンは次のように主張する。単に第一次的レベルで区別をするなら、単に強制された人と行為する人とを区別することはできる。しかし、規範的で概念的な理論のためには、ふたりの強制された人の間の区別もする必要があり、それには第一次的なものと第二次的なものとのレベル間の区別が必要となる。例えば、強制によって動機づけられるのを恨む人と、この仕方で動機づけられることを歓迎する人との区別や、本人の希望に反して医師にだまされる患者と、もしガンだと診断されたら自分に嘘をついてくれと医師に要求したゆえにだまされる患者との区別のように、人間的主体についての重要な区別は、レベル間の区別がなければ不可能だとドゥオーキンは主張するのである。

ここでドゥオーキンの示す例では、前者は自律を侵害されているが、後者はむしろ自律を尊重されていることになる。第一の反論に対するドゥオーキンのこの主張は、ドゥオーキンの自律理論の出発点となるものであり、オデュッセウスの例と同様に、レベル間の区

別は人格に特有の特徴を説明するための重要なものとなる。しかし、ドゥオーキン理論においては、前にも言及したように、手続き上の独立性に関する考察が十分でないために、ここでの反論に対して明確に反対できているとは言えない点も残る。

第二の反論は、第二次的レベルで止まることや無限後退の可能性に関するものである。ドゥオーキンは、この反論を構成する要素を二つの部分に分解し、それぞれに応答する。このうち第一部分は、第二次的レベルより高次のレベルの可能性に関連する。「私の行為において私が十分に寛大ではなかったという事実を私は歓迎するという事実を私は悔やむことができないだろうか」(TPA:19)というように、我々は我々の第二次的選好についての選好を持たないのだろうか、という反論である。

ドゥオーキンはこの反論を原則的には受け入れ、ある主体やある動機付けに関して、より高次の反省が存在するように見えることを認める。そのような場合には、「自律は、最も高次の承認(approval)と統合(integration)と考えられることになるだろう」(TPA:19)。しかしまた、「付随的な事実の問題として、人間は十二分なそのような反復をし続けられないだろうし、できないだろう」(TPA:19)とドゥオーキンは主張する。つまり、ドゥオーキンによれば、ある場合には、第二次的反省で止まるのではなく、より高次の反省が存在しうる。しかし、その場合には、自律とは最も高次の承認であると理解されればよく、また、実際に高次の反省を無限に繰り返すことはほとんどありそうにないのである。

ドゥオーキンのこの応答は、確かに、私たちの実際の態度と合致していると思われる。私たちは、ある時点での自身の態度についての反省を後になって繰り返すことはあり得る。しかし、ある時点で選択をする際には、それほどの無限後退を繰り返すことはないし、実際にそれが可能な機会もほとんどないと思われるからである。

第二の反論の第二部分は、ドゥオーキンによれば、批判的反省の行為自体に関連する。批判的反省の行為は、それ自体が自律的であるか自律的でないかであるが、前者の場合には、それを規定するためにより高次の反省に進まなければならないという無限後退に陥ることになり、後者の場合には、非自律的な過程自体によって評価された第一次的動機付けが自律的になるのではないか、という反論である。

この反論に対して、ドゥオーキンは、ここで分析しようとしているのはある能力を持ちそれを発揮するという自律的な人格の概念であり、自律的な行為の概念を分析しようとしているのではないのだと応える。そのため、ある場合にはより高次の反省が可能であるかもしれないが、第二次的な価値や選好が、それら自体でより高次に価値づけられたり選好されたりするかどうかについて問う概念的な必要性は存在しないとドゥオーキンは主張する(TPA:20)。

このようにして、ドゥオーキンの自律理論においては、自律は第二次的能力であり、その能力によって人は自らの仕方で自らの生に意味を与えることになるのである。

ドゥオーキンは、これまでに考察してきた自律理論に言及しながら、生命倫理の実践的

な問題にも取り組んでいる。その中でも特に、本稿と最も関連がある、インフォームド・コンセント(以下では、IC と表記する)と自律について論じられるドゥオーキンの主張に言及しておきたい。IC と自律に関するドゥオーキンの考察は、その自律理論を発展させるものではないが、自律と他の概念との区別や、ヘルスケアにおける自律の重要性に言及するものである。ここでは、特にそれらの点を中心にドゥオーキンの主張を考察する。

第六節 医療の文脈における自律の役割

一般に、医療の文脈では、IC を正当化するための概念として、プライバシー、自己決定、自律、自由、統合性、尊厳などに言及される。この中でも、ドゥオーキンは特に、プライバシーと自由を取りあげ、それらが自律と区別される概念であることを示す。

まず、ドゥオーキンによれば、プライバシーとは、「自分自身についての他人が手にすることができる情報の統制を保持する能力で成り立つ」(TPA:103)と定義される。多くの場面でプライバシーと自律は関係づけられ得るが、それらは異なる概念である。例えば、ある人の自律を妨害する(*interfere*)仕方の一つに、だますことがあるが、その場合、「統制されるものはその人の手元に届く情報であり、その人から発信される情報ではない」(TPA:104)ゆえに、プライバシーではなく自律が低減される(*diminish*)。反対に、電話の会話を盗聴されたら、プライバシーは侵害されるが、人は依然として決定や行為や価値に関して自己規定的であるゆえに、自律は損なわれない。これらの区別をふまえるなら、IC 理論で問題となるのは、当該の患者にそそぐ情報であり、患者自身についての情報に及ぶ統制ではないことから、IC の基礎はプライバシーの概念ではないことになる。

次に、自由と自律の概念を区別するために、ドゥオーキンは、J・ロックの用いる囚人の例を取りあげる⁶。独房に入れられた囚人は、そこの全ての鍵がかけられていると信じさせられていたが、実際には鍵の一つは開いていて、彼が出ようと思えば出られる状況にあった。しかし、その囚人は、それを知らなかったゆえに、全く合理的に独房に留まった。この例では、囚人の自由は制限されていなかったが、可能な選択肢についての彼の見解は、彼が独房を離れることを選ばないであろうような仕方によって操作されていたゆえに、彼の自律は制限されていた。この例によって、自己決定は、自由を制限すること無しに制限されることが示される。また、反対に、先に取りあげたオデュッセウスの例は、彼の希望に従って彼の自由が制限されることにより、彼の自律が促進されることが示される。これらの例から、自由と自律とは区別されるのであり、ドゥオーキンによれば、自由とは、望むことを行ったり、他の主体の行為や社会制度の働きによって制限されないで重要な選択肢を持ったりできることである。これは、行為のレベルで出来事特定の状態に対して人が持つ欲求や選好に適用される概念である。すなわち、自由の概念には、人格の重要な特徴である、欲求や希望や価値に対する態度を反省したり採用したりする能力や、

欲求や選好が獲得される仕方は含まれない(TPA:105-106)。自己決定を説明するには、そのような過程やより高次の選好についての認識が必要になり、それは自律の概念についての認識であるとドゥオーキンが主張するのである。

IC理論の基礎の中心が自律であることは、ICの必要性を否定するパターナリズムの議論を考察することで明確になるとドゥオーキンは考察する。パターナリズムの議論は、「たとえ同意に必要な情報をその患者に与えないことを伴うとしても、我々は患者の福利(welfare)を促進すべきである」という考えに基づく(TPA:106)。もしパターナリズムを自由の否定と見なすならば、例えば、医師が情報を間違えて伝えてもいないし情報を提供し損なってもいないが、患者が欲しい情報以上のものを医師自身のために伝えたとした場合、それはパターナリスティックな行為ではないということになってしまう。なぜなら、この場合には患者の行為や情報の自由を妨害していないからだ。しかし、そのような医師の行為は、明らかにパターナリスティックなものである。あるいは、例えば、夫が、妻の自殺癖を恐れて自分の睡眠薬を隠す場合でも、自由の妨害も情報の妨害も存在しないが、やはりパターナリスティックな行為である。これらの例から、パターナリズムは自由の否定ではなく、自律の否定であるとドゥオーキンは指摘する。すなわち、これらの医師や夫の行為がパターナリスティックであるのは、当人(患者や妻)の判断を他人(医師や夫)のものに置き換えるという、意思決定の侵害(usurpation of decision making)であり自律の否定が生じているからであると考察するのである。これによって、IC理論の基礎は自律の概念であることが明らかになる。

さらに、ドゥオーキンは、人格は身体化された存在(embodied creature)であるゆえに医療の文脈において自律が重要な役割を担うと主張する。というのも、医師は身体をケアするという自明の理と、単に我々が身体を持つというのではなく、我々は身体であるという自明の理から、次のことが言えるからである。

我々の身体のケアは人格としての我々のアイデンティティーと結びつけられる。我々が持つ目的や価値が何であれ、我々の身体の運命ときつく結びつけられる(TPA:113)。

つまり、我々の人格としてのアイデンティティーや価値や目的は、身体と密接に関連しており、その身体に関するケアとも密接に関連するのである。そのため、どのような治療を受けるかについての決定、治癒の可能性や副作用の可能性、最後の日々を病院で過ごすか自宅で過ごすかなどの、医学的判断の対象ではないような問題について、私の身体に関する私の希望を尊重せずに専門家が決定することは、特に有害な自律の否定であるとドゥオーキンは述べる。また、反対に、その人の身体の利益を促進するという点から自律の否定が正当化される場合には、パターナリズムは強力な主張となることになる。

このように、ICの基礎が自律の概念であり、ヘルスケアにおいて自律が重要であること

をドゥオーキンが主張する。そのうえで、ドゥオーキンは、患者の自律尊重の例外を考察するが⁷、その考察においては、自律理論自体ではなく、むしろ道徳理論の枠組み、すなわち、関係者が合意できる基準が重要な役割を担う。そのため、本稿ではこの点にこれ以上立ち入って考察しない。

第七節 G・ドゥオーキンの自律理論に対する考察

これまでに考察してきたドゥオーキンの自律理論は、第二次的な反省の能力を中核概念とするものである。その能力の発揮は、意識化された明確な過程を伴わなくてもよいことから、ドゥオーキンの自律概念は、過剰な知性主義的な傾向を持つものではなく、一般的な人の能力を念頭に置いたものだと言える。また、自律の能力によってなりたいたいと望むような人を選択し、自らの生を形成し、自身のアイデンティティを形づくるという主張は、自律的な選択や行為によって自身の望む生を送るという意味で、ある程度は、一般的な日常的な感覚から遠いものではないと考えられる。ドゥオーキン自身も IC と自律の関係において言及していたように、この意味での自律は自己決定尊重において重要である。さらに、自身の価値に基づいて生を形成したり、生に意味を与えたりする仕方は人によって異なるという理論は、医療の意思決定においても重要な意味を持つといえる。というのも、ある一定の価値に基づいて他人の選択に介入するのではなく、相互に異なる仕方を承認するという視座に立って、他人の選択や行為に介入する際にきわめて慎重になる必要性を明らかにするからである。

しかし、その自律理論が、具体的な生命倫理の問題にどのような影響を持ちうるかについては、十分に示されていないように思われる⁸。そのため、さらに詳細な考察をしなければ、実際の問題において自律尊重が何を意味し、どのような結果を導くのかを明らかにすることはできない。例えば、ドゥオーキンの自律理論においては、自律の能力を発揮することで、人は自身の生に意味と一貫性を与えるが、このとき、一貫性はどの程度の強固さを必要とするものなのか、一貫性を保たなければ自律的であると承認されないのかなどは、医療における具体的な問題を考えるためには、議論の余地がある。また、自律能力の発揮を本人が自覚していなかったり、それに関して明確に考えを述べることができなかつたりしても、その能力を発揮するという点に関しては、特に医療の意思決定の場面では、ある決定が自律的であるか否かをいかに判断するかという問題が残ると思われる。これらを踏まえるなら、より具体的に自律の概念を考察する必要がある。

そこで、次章では、実際の医療の場面を明確に念頭に置いて自律的行為の概念を考察する、T・L・ビーチャムの自律理論を考察する。ビーチャムは自身の自律理論を確立する際、ドゥオーキンの自律理論を批判的に検討する。ビーチャムの自律理論を理解することで、ドゥオーキンの自律理論との重要な相違を明らかにし、それを踏まえて医療の意思決定に

において尊重される自律の概念をさらに考察したい。

¹ ドゥオーキンは、以前は、人格の第二次的同一化がその人の第一次的動機と一致すべきだということを自律の必要条件であるとし、それを「真正性(authenticity)」と呼んだが、ここでは、それを間違いだったと述べる(TPA:15)。

² この点に関しては、(Mele:148)において、ドゥオーキンは手続き上の独立について何の分析も提供せず、ただスケッチのみを描いていると指摘されるが、この指摘は妥当だと考えられる。

³ 同様の言及は(TPA:32)にもある。

⁴ interests はさまざまな意味を含む語であるが、本稿では文脈に応じて「利害関心」、「利益」という訳語をあてることにする。

⁵ 例えば、(Beauchamp, Childress.7:101)は、自律尊重原理が他の原理よりも優位であるのではないと主張する。また、(Engelhardt)は、「自律原理(principle of autonomy)」を「許諾原理(principle of permission)」と言い換えて、許諾と与益(beneficence)の根深い対立を論じる。これらからも、生命倫理学において自律は他の概念よりも絶対的優位にあるわけではなく、他の原理と対立する場合に困難な問題が生じると考えられていると言える。

⁶ ロックの例を用いた自由の概念の説明は、(TPA:14)にも見られる。

⁷ ドゥオーキンが考察するのは、緊急事態(emergency)、対応能力を欠くこと(incompetence)、権利放棄(waiver)、治療上の特権(therapeutic privilege)がICの例外としてどのように位置づけられるかという問題である。これらのうち治療上の特権は最も直接的に自律を侵害するものであり、ICの例外として正当化が困難であるが、他のものはそれぞれに許容される程度の差が存在するものの理論上はICの例外として承認しようとドゥオーキンは主張する。このようなICの例外の理解に関しては、(Young:449-451)や(Wear:20-24)も参照した。

⁸ ドゥオーキンは、自身の自律理論を生命倫理の実践問題に適用しようとするが、その際には、自律理論自体ではなく、むしろ、自律理論に基づく相互承認の道徳理論を適用しているように見える。この点を(Beauchamp:241)は、ドゥオーキンは著書の後半で生命倫理における問題を扱う際に、著書の前半で展開させた理論にほとんど言及しないし、その理論を参照して生命倫理学の重要な問題を解決しようとはしないと指摘する。これは、ドゥオーキン理論の実践的な影響が不明瞭なままであることに対しては、妥当な指摘だと考えられる。

第二章 T・L・ビーチャムにおける自律的行為の尊重

T・L・ビーチャムは、医療倫理の文脈において、普通の人の普通の行為が自律的であると見なされるような、自律的行為の理論を構築する¹。ビーチャムの自律理論では、行為が自律的であるための三条件が提示される。そして、その条件が自律理論にとって適切であることが、G・ドゥオーキンらの自律理論を批判的に考察することを通して検討される。ビーチャムによれば、ドゥオーキンの自律理論は一般的に自律的だと考えられる人や行為と矛盾しうるゆえに、尊重されるべき自律的行為を説明するのに適切ではないことになる。

ビーチャムの自律理論は、実践的視座に立つ考察としてきわめて有益だと考えられるが、しかし、ビーチャムの自律理論だけでは、医療倫理における自律尊重の基礎を十分に説明しきれない部分もまた明らかになるといえる。本章では、医療の文脈を常に強く意識するビーチャムの自律的行為の概念を考察し、G・ドゥオーキンの理論との相違を検討する。これを通して、ビーチャムの自律理論の基礎となる重要な視座と、この理論の限界を明らかにし、ビーチャムの自律理論からさらに自律的意思決定の考察を展開するための観点を把握したい。

そこで、まず第一節では、ビーチャムの自律理論の前提を確認する。第二節では、ビーチャムの主張する自律的行為の三条件と、それを実質的に満たす基準を考察する。さらに、第三節では、G・ドゥオーキンらの自律理論に対するビーチャムの批判的考察を検討する。これを踏まえて、第四節では、ビーチャムの自律理論の特徴を把握し、価値の変化という観点からこの理論を考察した上で、その限界を明らかにしたい。

第一節 自律尊重原理と自律的行為

ビーチャムの自律理論は、道徳的基礎原理との一貫性を保つために、自律尊重原理の実質的想定と両立する必要性を前提として論じられる。このときの自律尊重の意味は次のように説明される。

自律的主体の尊重とは、正当な評価をもって、その人の価値や信念に基づいてその人の事柄を統制したり、選択したり、行為したりする権利を含むような、その人の能力や観点を承認することである。自律的主体は、自らの運命を規定する資格を与えられており、その尊重とは、その人々の行為に介入しないことを必要とする。尊重に含まれるのは意思決定の権利を承認することと、人が行為できるようにすることであり、反対に、尊重しないこととは、他人の自律の権利を無視したり、侮辱したり (insult)、おとしめたり (demean) するような態度や行為を含む (Beauchamp:80-81)。

そしてこのとき、道徳的によい意図や行為でなくとも尊重されうる。このように、ビーチャムが示す自律尊重は、自身の価値や信念に基づいてその人が自身に関する事柄を自身の仕方で行うことを承認するだけでなく、そのような行為に他人が介入しないことが含まれる。

しかし、自律的に行為しうる自律的人格であっても、例えば、理解せずに書類に署名するように、自律的でない行為をすることがある。また、反対に、自律的人格の条件を満たさないゆえに自律的ではないと判断される人であっても、例えば、ナースコールで看護師を呼んだり、食事の選好を伝えたりするように、ある種の自律的行為をしうる (Beauchamp:80)。そのため、ビーチャムは次のように考察の対象を述べる。

私の自律の分析は、人格のそのような諸特性(traits)にではなく、行為に集中する。私の関心は、統治(governance)の一般的な能力よりもむしろ、選択(choice)にある (Beauchamp:80)。

こうして、ビーチャムの自律理論は、自律的行為、特に自律的選択の特性に集中して論じられる。そして、自律尊重原理に注意を払わないような自律の理論の問題を次のように論じる。

この問題がまずもって重要なのは、非自律的行為を自律的行為から区別する理論が、我々が尊重すべきものは何であるかを我々に教え、さらに、非自律的であるということによって、主体にとって非常に重要なある「選択」が尊重されない可能性を開くからである (Beauchamp:81)。

この点に特に注意を払い、ビーチャムは、あくまで普通的人格の普通の行為が尊重される観点から、自律尊重原理の前提として適切である自律理論を考察する。

このような観点に立つにあたって、ビーチャムは典型的な例として、信仰による輸血拒否の選択に言及する。そのような信仰をもち輸血を拒否するような人でありたいかどうかを反省的に決して問うたことがない場合に、その人の信念が反省的でない思い込みであるゆえに、その輸血拒否は自律的ではないと一般に主張されうる。この主張に対して、ビーチャムは次のように反論する。制度的権威の形態に由来するような信念や原理を採用したとしても、そのことはそれらがその人の信念や原理であることを妨げるものではない。個人は、様々な形態の文化的伝統や制度的権威に由来する道徳概念を自律的に受容するのであり、そのため、輸血拒否の決定が非自律的な行為だとして無効にされうるなら、多くの制度的に導かれた選択も同様に無効とされるかもしれない。そのような自律理論は受容できないし道徳的に問題があるとビーチャムは指摘する (Beauchamp :82)。

このようなビーチャムの主張から、その理論においては、自律的行為とある種の権威とが両立するという立場が取られていることがわかる。ここでは詳細に論じられていないが、自覚的な反省をしていなくても、少なくともそのような権威を個人が自身で選択する可能性が保たれている限り、そのような権威に由来する価値や信念はその人自身のものであり、それらに基づく選択は自律的であり得ることになる。

このような前提に立って、ビーチャムは自律的行為の条件を提示する。この条件に関するビーチャムの主張を次に考察する。

第二節 自律的行為の三条件と実質的な自律

前節で確認した前提に立って、ビーチャムはある行為が自律的であるときの条件を分析する。それによれば、ある行為が自律的であるのは、(1)意図的で(intentionally)、(2)理解を伴い(with understanding)、(3)統制的な影響がない(without controlling influences)、という三つの条件を満たす場合である(Beauchamp:83)。

意図的であるという条件

自律的行為の条件の第一のものは、意図的であることである。ある行為が意図的であることの意味を、ビーチャムは次のように主張する。

意図的な行為は、行為を実行するために企てられる一連の出来事を表象するという形式での(in the form of representation)計画を必要とする。行為が意図的であるためには、行為は、計画された結果は投企されたとおりに現実化されないかもしれないけれども、当の行為について行為者が抱く概念と一致しなければならない(Beauchamp:83)。

このように、意図的な行為は、計画を必要とし、その行為について行為者が抱く概念と、予測通りの結果がもたらされるかどうかには関わらず、一致する行為である。このような計画という必要条件を、ビーチャムは次のような例で説明する。X教授は有毒化学物質Aについて書いた研究論文を口頭発表することを意図し、それによって大会で最優秀賞を取ることを意図する。X教授の計画は一連の行為の実行を必要とする。その最重要のものは、聴衆に受け入れられるだろうと彼が信じているAについての議論である。しかし、大会の準備中に、X教授は図らずも(accidentally)有毒化学物質Bについて書かれた論文を用意してしまい、不注意にそれと気づかずにBについての論文を大会で発表する。この間違いにもかかわらず、彼は大会で最優秀賞を受賞する。この場合、X教授は意図して有毒化学物質についての論文を発表し受賞したけれども、その行為がなされる仕方においては、彼は

意図的にそうしたわけではなかったことになる。というのも、聴衆によって受け入れられたことや受賞したことは、結局のところ、彼の行為の計画に従ってもたらされたわけではないからである(Beauchamp:83)。このビーチャムの例に従えば、行為の一部や結果ではなく、行為の一連の過程についてその行為の主体が抱く計画と、実際の行為とが一致するときに、ある行為は意図的だと言えることになるかと理解できる。ビーチャムによれば、意図された行為とは反対に、意図されない行為は非自律的であるが、例えば、小児科医が新生児を運んでいる途中で落としてしまうことのように、生じたことに対する責任はありうる。

このように、意図的な行為と計画の関係が明らかになったところで、自律の理論において、特定の種の欲望(want)や欲求(desire)が意図的行為の必要条件であるかどうか考察される。ビーチャムの主張においては、この考察は特に IC 理論にも影響するものである。この問題に関して、「それをなすことを行為者が望んだり欲求したりしていないような、予見された行為(foreseen act)は意図的ではない」という見解が妥当であるかどうか検討される。ビーチャムは、A・ゴールドマンの次のような例を用いて考察を進める。運転試験を受ける G 氏は、右折が必要な交差点に来て、外は雨が降っていて、手を濡らすだろうということを知っていながら、曲がる合図を出すために窓の外に腕を伸ばす。ゴールドマンによれば、G 氏の右折の合図は意図的な行為であるが、濡れた手は手信号の意図していない結果、あるいは、「付随的産物(incidental by-product)」である。しかし、ビーチャムによれば、手を濡らすことは意図的な行為の一部である。というのも、それは、計画に従って意志された(willed)ものであり、思いがけない(accidental)ものでも偶然の(inadvertent)ものでも習慣によるものでもないからである。手を濡らすことが不本意であったとしても、それを望んでいなかったとしても、それをもって手を濡らすという行為が全く意図的でない、あるいは、全く自律的でないということにはならないとビーチャムは主張する。この主張のために、望んだのでない行為が意図的であることの説明が展開される。

ビーチャムによれば、確かに、ある意図的な行為は、他の何かのためでなく、それ自体のために望まれたり欲求されたりする。例えば、泳ぐことが好きな人は、日焼けをしたり体を調整したりするためでなく、水泳という目的のために泳ぐことを望むかもしれない。ビーチャムは、それ自体のために行為をなす欲求を内在的欲求(intrinsic wanting)と呼び、これに対して、他の何かのために行為をなす欲求を手段的欲求(instrumental wanting)と呼ぶ。例えば、外科医が患者の身体にメスを入れるとき、患者はメスを入れられることに同意しており、メスを入れることは計画の一部であるが、しかし、それはよりよい機能や健康のためである。そのようなケースでは、行為者は、行為を第一義的に望まれる目標のための手段であると思う。ビーチャムは、このように行為をなす欲求の二つの形態を説明したうえで、ゴールドマンがある行為を意図的であるとみなすのは、これらの形態の少なくとも一つが含まれる場合であろうと述べる。

しかし、ビーチャムによれば、これら二つの他に、他の条件が同じなら、行為者がそれ

らの行為を望ましくない(*undesirable or unwanted*)と見なすかもしれないような意図的な行為が存在する。それらの行為がなされるのは、それらが他の望まれる行為を行うときに必要とされるという理由によってのみである。それらをなさないと思望の上回って、行為者がそれらを為すことを望んだという意味において、それらの行為は予見されたものであり望まれたものである(*Beauchamp:84*)。このような場合には、「欲望(*wanting*)」という言葉ではなく、予見されているが欲求されていない結果が「容認される(*tolerated*)」と言う方がふさわしいとビーチャムは述べる。行為者は、それらの望ましくないが容認される結果を、意図的な行為の計画の一部と捉えるのである。

これまでの考察から、ビーチャムの理論では、意図的であることのモデルは、望まれる(*wanted*)ものよりも、意志される(*willed*)ものに基づくことになる。そのため、次のように解釈される。

意図的な行為は、計画に従って明確に意志されたどのような行為もどのような結果も含むのであり、それは単に容認された影響も含む(*Beauchamp:84*)。

これによれば、人が、あることをしたがらないばかりか、それをするのを嫌悪さえするが、しかし、それをするのをいとわないでいられるというのと同様に、医師はそうしようと意図してすることをしないように欲求することができる。つまり、望まないが意図的にそれを行うことができる。ビーチャムによれば、このことは次の例に当てはまる。X氏は、顔の外科手術を受けつつその傷を避けようとするような有意義な仕方は存在しないと確信するようになり、外科手術を拒否するという選択肢を考慮した後に、意図的に外科手術に同意し、そうすることで、意図的に外科手術によって傷をつけられることに同意する。顔の傷に対する彼の同意は、傷をつけられることの容認であってそれを欲求するのではないが、傷をつけられることへの同意という意図的な行為は、外科手術に対する同意に劣らず、X氏自身のものである。ゆえに、X氏は外科手術によって傷をつけられることに意図的に同意したことになる(*Beauchamp:84*)。

ビーチャムが挙げるこの例は、まさに治療選択において重要であるとわかる。望まない結果が予測されるような治療への同意は、まさに予測されるその結果を伴うことへの意図的な同意でなければ、自律的な意思決定と見なされないことになってしまうからである。ビーチャムは、容認される結果を含むような計画によって、意図的な行為を説明する。これによって、一般的な患者の治療選択が自律的な意思決定として見なされることになる。どれほどの具体的な予見が必要であるかはここでは詳しく考察されないが、少なくとも、一般的な程度に把握されていなかったり、全く予見されていなかったり、容認されていなかったりするような影響や結果を含む場合には、その決定は意図的な行為と見なされないとも言える。

ビーチャムの提示する意図的であることの条件においては、主体が意図的に行うことと、計画された行為において単に主体が予見することとの区別はできないことになる。ここで、主体が意図するものと、意図的な行為との区別の導入が考案されるかもしれないことにビーチャムは言及する。しかし、ここでの目的は、行為が意図的であるということの意味の分析であり、特に、意図的な行為と自律的選択との関係の分析であることから、ビーチャムはその区別の利点をさらに考察することはしない。

理解しているという条件

自律的行為の第二の条件は、理解していることである。行為者が行為を適切に理解していない場合、その行為は自律的ではない。では、理解しているとはどのような状態であるかを、ビーチャムは完全な理解の解釈から始める。人が「行為の性質と、その行為を行う、あるいは行わない結果として生じるであろうような予知できる結果、あるいは、可能的な結末を、正確に記述するような全ての命題を正確に理解する」(Beauchamp:85)場合に、その人は行為を完全に理解している。ビーチャムによれば、この完全な理解は、単に予知可能性(foreseeability)を必要とするだけなので、全知者であることを要求しているわけではない。このような完全な理解から全く理解されないことまで、程度の差が存在する。熟慮した選択や同意の過程で十分な理解が妨げられる理由には、患者や被験者が神経質であったり取り乱していたりすること、病気や非合理性や未熟などの条件、コミュニケーション過程の不足などがあり、また、情報を十分理解したとしてもそれを真実として受容する能力が破綻している(breakdown)ことによって意思決定が侵害される(compromise)場合もあると、ビーチャムは分析する。そのうえで、必要とされる一般的な理解を次のような例を挙げて説明する。私が哲学者になると決めたときに、私は哲学者の職業についてよく理解していなかった。しかし、哲学者の書物や哲学の大学院生をいくらか知っていて、哲学の学生としての自分の能力をそれなりによくわかっていたとしたら、私が職業についての重要な情報を知らなかったゆえに哲学者になるという決定は非自律的であったと言うことは、不的確である。この例のように、自律的行為に必要なのは行為についての基礎的な理解だけであって、完全な理解は必要ないとビーチャムは主張するのである(Beauchamp:86)。

ビーチャムは、行為についての基礎的な理解を、ここではこれ以上詳しく説明していない。そのため、例から理解できるような、ある種の専門家が知っているというような程度ではなく、一般の人がそれについて理解している程度でよいと主張していると考えられる。実際に行わなければわからないことや、その可能性の理解についても、程度の高い理解を必要としていないといえる。しかし、そのような基礎的な理解も、行為によって必要とされるものが変化すると思われる。例えば、例と同じ程度の理解は、外科手術の選択の場合には基礎的程度が満たされているとは言えないかもしれない。この点に関しては、ビーチ

チャムは後に、実質的な自律の程度の問題において言及する。

統制的影響がないという条件

自律的行為の第三の条件は、人が自身を導くこと(self-directedness)を妨げるような外的原因(external source)あるいは内的状態(internal state)による統制から自由でなければならないということである。この条件を、影響という概念を基礎としてビーチャムは分析する。その際、統制的影響がないことと自発的であることは同じ状態を意味する。統制的影響が存在することで、自発性が奪われることになる(Beauchamp:86)。影響の範疇には、愛、恐怖、教育、嘘、操作的提案、感情的訴え(emotional appeal)などの行為が含まれるが、全ての影響が統制的である訳ではなく、それに抵抗しようとするものや、自律への衝撃が取るに足らないものも存在する。このことからビーチャムは、説得、強制、操作という三つの範疇に集中して自律的であることの条件を分析する。これらは全て、ある人が他の人に影響を与えようとするような、外的な統制的影響であるとされる²。

ビーチャムによれば、まず、説得(ここでは合理的説得に限定される)とは、他人に提案された理由の利点を通して、人が何かを信じるようになることである。説得は、非統制的でありかつ是認されるような範疇の影響である³(Beauchamp:86)。

次に、強制は、信憑性のある深刻な害や威力の脅威を、ある人が他人を支配するために意図的に用いるときにのみ生じる。強制が生じるのは、信憑性のある意図的な脅威が、人が自ら導く一連の行為を妨げて組み換える場合だけである。信憑性のあるものである必要は、強制される側がそれを脅威として認識しなければ影響力を持たないゆえに生じる。ビーチャムによれば、ある種の脅威は、事実上全ての人を強制するが(例えば、投獄されるといふ信憑性のある脅威のように)、他のものは、ごく少数の人のみを強制する(例えば、大学生の息子に、家族に腎臓の一つを提供しなければ財政支援を打ち切るといふ両親の脅威のように)。そしてこのような強制の条件下では、意図的で十分に情報を有した上での行為であっても、非自発的であり得るといふことになる。しかし、強制されるということは、人が脅威に従うときに自発的な意思決定能力を欠くということや、人が行為を為すことを選択する能力を持たないということを含意しないし、強制は常に同意を無効にするということを含意しない。ここで重要なのは、ただ行為が自発的ではないという点だけであるとビーチャムは主張する(Beauchamp:87)。

さらに、操作とは、説得でも強制でもない形態の影響である。これには、その人の状況についての理解を変えたり、操作する側が意図することをするように動機づけたりするような、説得ではない手段によって、操作をする側が望むことを人に行わせることが含まれる。このような操作のうちで、医療や研究において最もよく起こるのは、情報の操作であるとビーチャムは言及する。例えば、利益の過剰な誇張をしつつリスクについての重要な

情報を差し控えたり、ヘルスケアや報酬を過度に魅力的にみせたりするような、説得ではない仕方で人の理解を変えたりすることである。しかし、我々は一般に、家族の束縛、報酬の提供、制度的圧力のように、競合する影響の下で意思決定をするものであるが、それらの影響は、道徳的に問題となるほどには我々の決定を統制しない。この点を指摘するビーチャムは、生命医療倫理において、統制的影響と非統制的影響とを明確に区別することはできないと認識しつつも、自律的選択を脅かす影響の基準を明確にすることが必要となると述べる。

実質的な自律の程度

これまでみてきたように、自律的行為の三条件を提示するビーチャムは、それらが満たされる基準に言及する。それによれば、第一の意図的であるという条件が満たされるかどうかは程度の問題ではなく、意図的行為と意図的でない行為しか存在しない。これに対して、第二の理解と、第三の統制的影響がないという条件が満たされるかどうかには、完全に満たされるものから全く満たされないものまで連続する程度の差が存在する。それは、例えば、異なる年齢の子どもが様々な程度 of 理解を表したり、影響に抵抗する様々な程度の能力を表したりするようにであるとビーチャムは説明する。そのため、必然的に、それらの条件が満たされる程度に従って、行為は次第に自律的であるということになる。つまり、ここでのビーチャムの主張に従えば、自律的であるための条件を満たすか否かには程度の差という連続性が存在するために、自律的行為と自律的でない行為とは連続性をもつものとなり、それをある規準によって一律に区分することはできないことになる。

しかし、そのような連続性のうちのある地点でもって、行為を自律的であるか自律的でないかに分類する必要がある。前に考察したように、尊重されるべき行為と、そうでない行為とを区別する必要があるからである。その地点を確定するには、自律の条件を完全に満たすことが必要なのではなく、その条件を実質的に満たすことのみが必要となる。ビーチャムによれば、その実質的と非実質的との線引きは任意のものであると思われるかもしれないが、しかし、実質的な自律的決定の閾値は、例えば、外科手術についての決定や家の購入や従業員の新たな雇用のように、意思決定の特定の対象に照らして注意深く確定される(Beauchamp:88)。

このようなビーチャムの主張に従えば、何に関する意思決定かによって、必要とされる理解の程度や、統制的影響を受けていないかの程度には差があり、その意思決定に関するそれらの程度を満たせば、自律的な意思決定であることになる。ここでビーチャムはこれ以上詳細に言及していないが、例えば、先に挙げられたナースコールをすることに関して必要な程度よりも、職業選択や外科手術の選択に関して必要な程度の方が高いということになると考えられる。つまり、意思決定の対象や内容の複雑さに従って、必要とされる程

度は高くなると考えられる。また、ビーチャムの自律の概念は、理解の内容に関する明確な説明を含まないが、そこに含意されるものを明らかにすることで、ビーチャムの自律理論の意義と限界が明確になると考えられる。これに関しては後に改めて考察したい。

第三節 G・ドゥオーキン等の自律理論に対する批判

これまで考察したような三つの条件から分析される自律理論は、哲学の他の文脈においては、自由意思あるいは自由な主体の理論に還元されるように見えるかもしれない。この点にビーチャムは言及する。この自由な主体とは、次の二点から分析されるものである。すなわち、(1)意図的な行為が意志されるような人格についての条件(これは、例えば、夢や意図的でない言い間違いの場合には該当しない条件である)、(2) 強制や制限などの、行為の選択を規定するような内的統制と外的統制がないことである(Beauchamp:88-89)。しかし、これまで考察した自律理論がこのような理論に還元されてしまうなら、自律そのものについて捉えられないことになってしまう。そこでビーチャムは、自らの自律理論とは異なる条件を提示する自律理論を批判的に検討することで、自らの自律理論を擁護するのである。

第一次的欲求からの独立の問題

ビーチャムが取りあげて検討するのは、G・ドゥオーキンとH・G・フランクファートの自律理論である。その際、これらの理論はまとめて「分割レベル理論(split-level theories)」と呼ばれる。本稿では、ドゥオーキン理論を中心にビーチャムの議論を考察したい⁴。

ビーチャムは、まず、ドゥオーキンらの自律理論を次のように解釈して自らの考察を加える。その解釈によれば、自律的人格とは、その人の選好構造を変えたり維持したりする能力を示しながら、低次の欲求あるいは選好を受容したり、それと同一化したり、それを拒否したりする能力を有する者である。また、自律的人格は、そのような「一定の距離をとった自己反省(distanced self-reflection)」を有する。そこでは、第二次的精神状態が第一次的精神状態をそれらの志向的な対象として持ち、第一次的選好や信念についての熟考された選好が形成される。第二次的意志に承認され(endorsed)ないような第一次的欲求からの行為は自律的ではなく、動物の振る舞いの典型である。

このように解釈する際、ビーチャムは、ドゥオーキンの自律理論が自律的人格の理論であって、自律的行為の理論でないことを踏まえている(Beauchamp:89)。ただし、ドゥオーキンの理論に対して批判する際、ビーチャムは、第二次的欲求に基づく行為が自律的であるとの解釈を基礎として考察する⁵。

ドゥオーキンらの理論の問題を、ビーチャムは二点指摘する。第一にビーチャムが挙げ

るのは、第二次的レベルでの反省的受容あるいは選好が、第一次的欲求の強さによって引き起こされたり確実にされたりしたものではないということを確認する要件が何も示されていない点である (Beauchamp:90)⁶。第一次的欲求の受容やそれとの同一化は、単に第一次的選好の強さによって支配されたものであり、それとは独立した同一化によるものではないかもしれない。つまり、ここで指摘されるのは、第二次的欲求が、第一次的欲求を対象とするような、それと距離をとった反省によって新たに形成されたものではなく、単に第一次的欲求の強さに影響されて単にそれを受容するように形成されたものに過ぎない可能性があるということだと理解できる。ビーチャムは、これを説明するために、赤ワインを熱望し、飲酒と同一化するアルコール依存症の人の例を挙げる。アルコール依存症の人が、第一次的欲求の強さによって、それを満たすために第二次的意志を形成する場合、赤ワインを飲むというその人の第二次的欲求が第一次的欲求の強さによって因果的に規定されるなら、その人は自律的でないように見える。このように、もし全てのレベルでの同一化が最初の欲求によって因果的に規定されるなら、そのアルコール依存症の人は自律的であることなしに、より低次のレベルでの欲求をより高次のレベルで反省しうるように見えることになる。また、この点に関する考察は、ドゥオーキン理論だけを対象として次のようにも論じられる。例えば、私はそうすることを熱望しているゆえに、私はチーズバーガーを食べ続けることを選好するということを私が決定する場合、この選択は私の最初の欲求によって規定されていると思われる。つまり、最初に私はチーズバーガーを欲し、そして、チーズバーガーについての欲求を欲求するのを私は発見し、また、その第二次的欲求が統制的欲求となることを望むということを私は発見する (Beauchamp:240)。この例のように、第一次的欲求の受容が、すでに形成された選好構造の因果的結果(causal result)にすぎず、選好の新たな構造化によるものでない場合でも、第一次的欲求を第二次的に受容するという要件を満たす限りで、ドゥオーキン理論では自律的であると見なされることになってしまう。このような単純なケースに対してでさえ、自律理論を保護するための十分な条件をドゥオーキン理論は持たない (Beauchamp:240)。つまり、「第二次的欲求は、第二次的であるという他に、第一次的欲求から明確に区別されるものではない、あるいは、第一次的欲求から因果的に独立したものではないかもしれない」 (Beauchamp:251)。そのため、ビーチャムによれば、ドゥオーキンらの自律理論を妥当なものにするためには、自律と両立するような影響や欲求と、そうでないものとを区別するための補足理論が付加されなければならないことになる。

この問題に対して、フランクファートは、真に自律的な選択は特定の欲求を満たす必要があり、前から存在する安定した意志の傾向を持つ必要があるという要件を示して取り組んでいるように見える。ビーチャムはこの主張を取りあげた上で、その問題点を次のように論じる。

行為者の経験において先例のないような周囲の出来事の結果として、人が変わったような選択に由来する異例の行為をすることはあり得る。その行為は十分計画されたものであり、意図的なものであり、他人の統制を受けていないものであるかもしれない。行為者は、行為の基礎となり行為を促す動機付けや条件付けの経歴を自覚していないかもしれないし、行為の起源との反省的な同一化をしていないかもしれない。この事実は、それらの行為を、非自発的あるいは非自律的であるとみなすのに十分な理由とはならない(Beauchamp:90)。

このように、フランクファートの主張では、それまでとは一貫していないかのように見える行為が、一貫していないという理由だけで非自律的だと見なされることから、その主張にビーチャムは反対するのである。

先に考察したドゥオーキンの自律理論においては、第一次的欲求や選好の強さからは独立して、それらを反省するような第二次的な能力が想定されていると考えられる。それは、第一次的欲求や選好を、高次の価値や選好に照らすという過程によって確保されると想定しうる。自律的であると見なされるためには、人は第一次的欲求を反省する能力を持ち、それらの欲求を変えるか維持するかどうかについての第二次的欲求や選好を形成しなければならないという要件によって、第一次的欲求に直接とらわれたり統制されたりしないことを想定するように見える。また、一旦より高次の選好や価値に照らすことで、ある第一次的欲求に規定されず、それを同一化するか拒否するか受容するかを選択肢に開かれた反省を想定するように思われる。しかし、第一次的欲求や選好の統制下にないような第二次的な欲求や選好であることを確保するための十分な条件がドゥオーキン理論においては示されていないゆえに、ビーチャムが指摘する通り、第一次的欲求の強さに規定されているにもかかわらず、形式的には第二次的であるような欲求が存在することになってしまうと言える。

ここで重要なのは、この点に関する指摘から明らかになるように、ビーチャムの自律理論においても、ある行為が第一次的欲求や選好に統制されたり強く影響されたりしている場合には自律的だとみなされないということである。したがって、少なくとも自律的であるためには、第一次的欲求から独立しているという意味において、「反省的」と言われるような過程を経ることが必要になりうる。しかし、第一次的欲求に統制されている場合とそうでない場合とを区別するために、一定の反省的な過程を経たというだけでは不十分である。ここで、もしその反省を強い要件として捉えるなら、ビーチャムが第二に指摘する問題に関連することになる。また、安定した意志の傾向というフランクファートの主張に反論するビーチャムの主張は、後に考察するように、ビーチャムの自律理論とドゥオーキンの理論との重要な相違を説明すると考えられる。

反省的要件の問題

第二にビーチャムが指摘するのは、ドゥオーキンらの自律理論に従って、反省的な同一化が自律的行為の必要条件であるとするなら、その反省がどう解釈されるかによって、広く一般に自律的だと考えられる多くの普通の行為が非自律的だとみなされうるといふ点である。ビーチャムによれば、しばしば行為の主体は高次の反省に従事しなかったり、行為の基礎となる動機付けの構造を受容したりそれと同一化したりすることを希望するかどうかを反省しないかもしれない。あるいは、動機づけや条件付けの経歴を自覚せず、反省的同一化を行わないかもしれない⁷。例えば、そのような人でありたくないとは本当に望みながらも配偶者をだます人であること、スナック食品に対する欲求を決して反省することなく食料品の買い物でスナック食品を選択することなどは、ドゥオーキンらの自律理論では自律的な行為ではないことになる。そのため、「反省的同一化や安定した意志の諸様式(patterns)を必要とすることは、自律尊重原理によって保護される行為の範囲を過度に狭くする」(Beauchamp:91)。こう指摘して、反省や意志を必要とする理論の問題をビーチャムは次のように論じる。

この理論において払われる道徳的代償は、より高次のレベルで自身の欲求と選好を反省してこなかった個人は、その人の最奥の専心(most deep-seated commitment)⁸や欲求や選好に由来する行為が尊重に値しないとされるということである(Beauchamp:91)。

すなわち、高次の反省過程を経ることを自律的行為の条件とするならば、そのような反省を伴わない行為は、たとえその人にとってきわめて重要な欲求や専心に基づく行為であったとしても自律的ではないと見なされることになってしまう。そのため、ドゥオーキンらの自律理論は問題があり、自律尊重原理と衝突することになるとビーチャムは主張するのである。

これまでに考察したようなドゥオーキンらの自律理論における反省の要件を、高度の自覚的なものでなければならぬと解釈するなら、自律的であるゆえに尊重される行為の幅を過度に狭めてしまう危険性があるという点で、ビーチャムの主張は医療の文脈で特に重要であると考えられる。しかし、先に考察したドゥオーキンの自律理論(あくまで、自律的人格であって、自律的行為の理論ではないが)では、人の反省的能力は、本人がその過程を自覚して意識的に発揮するものである必要はなかった。例えば、それと気づかずにそのような能力を発揮して、自身の生を形成する人も自律的人格と見なされる。そのため、ビーチャムのここでの指摘は、ドゥオーキン理論における反省の要件を高次の自覚的なものと解釈するゆえのものであり、ドゥオーキンの自律理論に対する根本的な批判とはならないと考えられる。むしろ、ビーチャムが第一に指摘する点と関連してここでの指摘を理解す

るなら、単に第一次的欲求や選好に統制されただけの、反省過程を全く伴わない選好に由来する行為は自律的ではないことになるが、しかし、自律的行為であるためには、高度な意識的な反省を伴わなくてもよいと主張されることになる。このような、第一次的欲求に統制されないが、高いレベルの反省を必要としないという程度こそが、ビーチャムの自律理論において、前に考察した三つの条件に含意されるといえる。そして、どの程度の「反省」が自律的行為の条件となるかは、医療の意思決定における自律尊重の含意を理解する基礎となると考えられる。というのも、まさにビーチャムの自律理論では、高度な反省を伴わないような、自身の最も深く根ざした専心や欲求や選好に基づくような行為が尊重されることが重要になる。この点は次節で改めて考察する。

拒否されない受容の問題

ビーチャムはさらに、分割レベル理論の支持者が、自律的行為の条件を、反省的受容ではなく、「拒否されない受容(nonrepudiated acceptance)」に移行させる理論の妥当性を考察する。この理論は、主体がそれらを反省的に拒否したり放棄したりしないならば、価値や動機や行為は自律的であるとするものである(Beauchamp:91-92)。この理論に従えば、意志の弱さによる行為は非自律的だと分類される。例えば、薬物を服用する行為や背信行為のように、人が強烈な欲求や価値を否定しながらも、それにもかかわらずそれに従って行為するような場合は、非自律的であるということになる。ビーチャムは、この理論に一定の有益さを認める。なぜなら、この理論では、意図的で情報を有した上での普通の行為の多くが非自律的であるとみなされることにはならず、高次の反省などを必要条件とする場合よりも、非自律的であると分類される行為はより限定されるからである。また、例えば、強迫観念によって手を洗う人のように、それを拒否しつつも恐怖性の強迫観念による振り舞いをなす場合に関しては、この理論は有意義であるからである。

しかし、この理論が十分なものではないような事例も存在する。例えば、自らの強欲さを心から拒否し、自身の欲求において物欲的でないようになろうとしつつも成功せず、そうでありたくないと思うような経営者であり続ける人の行為の場合には、行為の基礎となる動機や価値が拒否されていることは、それに基づいた行為を非自律的であるとみなすのに十分な理由とはならない。そのような場合には、拒否されない受容という理論では十分でなく、もしそのような行為が自律的でないと考えられるならば、それは、例えば統制できない欲求のような、非自発性(involutariness)の形態に由来するものであるとビーチャムは主張する。さらに、関連する問題として、価値や動機が拒否されない時に人の行為は自律的であるとする理論では、人が自身の欲求や動機を決して反省的に熟考しないときにも、その行為が自律的であるとされかねない点をビーチャムは指摘する。例えば、強迫観念によって手を洗う人は、手を洗う欲求や選択を拒否する代わりに、それらの欲求や動機を決

して反省的に熟考しないかもしれない。このような強迫観念による行為を自律的であると記述するのは妥当ではない。そのため、ビーチャムによれば、問題となるのは、拒否されないという内的なものではなく、外的な統制がないことである。

これまでにみたように、分割レベル理論の諸問題を考察するビーチャムは、自律的行為や自律的人格の理論にとって有益なのは、第二次的同一化や拒否されない受容ではなく、統制されていないという条件であるとして、自らの主張する自律的行為の条件こそが自律理論に必要であると主張するのである(Beauchamp:92)。

第四節 ビーチャムの自律理論の含意の考察

価値の一貫性と反省の要件

これまでに考察してきたビーチャムの自律的行為の理論は、普通の人の普通の行為が尊重され、それへの介入が差し控えられるという自律尊重原理と一貫することを強く念頭に置いたものである。そのため、ある行為が自律的であるために、第一次的欲求や選好に統制されていないという意味での最小限の反省は必要であるが、しかし、自覚的になされるような高次の反省は必要ではないと主張される。そして、このことから、特にドゥオーキンやフランクファートの理論に対するビーチャムの批判的考察において示されたように、ビーチャムの自律理論においては、厳密に自分がどのような人でありたいかを反省しないような行為であっても自律的であり、それまでのその人の全般的な振る舞いと一貫しないような行為であっても自律的であるとして尊重されることになる。ビーチャムの主張に従えば、ドゥオーキン理論においては、その人の価値に照らして第一次的欲求を同一化するか拒否するかを反省しなければならないために、本当はそうでありたくないという価値を持ちつつも同一化してしまった場合には、自律的ではないということになってしまう。これに対してビーチャムは、そうでありたくないと思いつつ配偶者をだます人の例を挙げて考察し、この場合にもその人の行為は自律的であると主張するのである。

ビーチャムは、自律的主体の尊重に関して、その人の価値や信念に基づいて選択したり行為したりする能力や観点を承認することだと説明している。自身の価値や信念に基づく行為や能力を尊重する重要性を指摘する点で、この主張は、ドゥオーキンの自律理論と同じ観点を持つように見える。しかし、ビーチャムは、自律的行為の説明においては、その人の価値や信念に照らして選択したり行為したりする必要性に言及しない。その理論においても必要とされるであろう最小限の反省は、意図的であることや理解していることの条件に含まれると考えられるが、それらの条件に関しても、主体の価値や信念に照らすという要件は示されない。

このように理解するならば、ビーチャムの理論とドゥオーキンの理論の重要な相違は、自

律的であるために、その人の価値との一致やその参照を強く必要とするかどうかの違いであると考えられる。そして、前にも言及したように、これに関してビーチャムは、ドゥオーキン理論において人が反省する際に参照する価値を、強固な一貫性と安定性を持ち、過去から将来まである程度の固定性を持つようなものと捉え、これを明確に意識した自覚的な反省によって、自らの生を一貫したものとすると捉えていると理解できる。これに対してビーチャムの自律理論が示すのは、意図的であることと理解していることに含まれるような、これから生じるであろう行為の計画や行為の理解である。これらは、主として現在から将来に関連するものであり、過去から将来において一貫している必要性が含まれない。この点で、それまでとは人が変わったような選択であっても、本当はそうでありたくないと思いつながら行う選択であっても、自律的選択として尊重されるという柔軟性を持つ。

このような、意図的であることと理解していることと条件において、その行為が自身の生にどのような影響を持つかを、自身の価値に照らして明確に完全に把握する必要性はビーチャムによっては示されない。しかし、ある種の医療的意思決定を考える際に、その選択が自分の生にどの程度の影響を持つか、どのような影響を持つかを、最小限の程度は把握する必要があるといえる。少なくとも、その人の生にある程度の影響を与えるであろう医療的選択をする際には、その選択の影響をある程度把握する必要があり、そのためには、自身の価値や目的などに照らす必要があると言える。一般的にも、患者が、その選択が自身の価値や目的にとってどのような意味を持つかを全く把握していないように思われる選択は、それを医療従事者や家族が尊重すべきかどうかで悩むという問題を生む。この意味で、自身の価値や目的を踏まえるという最小限の過程は必要になると考えられる。この問題は、特に次章で考察することになる。

ドゥオーキンの自律理論における価値や目的を、その人の生を通して強固に一貫するような安定性を持ったものでなければならぬと捉え、これまでその人が持ってきたものでなければならぬと捉えるなら、まさにビーチャムが指摘するような問題が生じることとなる。ビーチャムは、価値の変化の可能性を明示的に論じてはいないが、ビーチャムが念頭に置くように、その変化の可能性は、特に医療的な意思決定が必要となる場面では少なからず生じるものである。このような人の価値の変化の可能性をさらに考察するために、B・C・ホワイトの主張が手がかりとなる。

価値の変化と自律的選択

B・C・ホワイトは、意思決定に必要な対応能力の概念の考察において、患者が生命や健康を脅かすような深刻な病気に直面するとき、その人のそれまで保持してきた価値や目的や利害関心は変化しうることを考察する⁹。

ホワイトによれば、人の価値構造が全く改訂されないと考えることは、人の福利を危う

くすることになる。というのも、目的や価値を改訂することが許容されないとすれば、ある目的にもはや利害関心を持たなくなったあとや、その目的に到達する能力を持ったあとでもずっとその目的のために努力をし続けなければならなくなる。人はかつての目的や価値に固着するものだと考えることは、人の自律と益(beneficence)を促進したり保護したりすることにならない。このことから、ホワイトは、自身の価値構造を見直すことは人の生の一部であり、「道徳的観点からすると、人々は自身の価値構造を変更する自由度(latitude)を持たなければならない」(White:189)と考察する。

しかし、そのような価値構造の改訂が、いかなる場合にも許容されると考えることもまた、人の福利を危うくするものである。ホワイトによれば、行為を真剣に熟考することなく自身の価値や目的や利害関心を放棄することもまた、自律と益を促進したり保護したりし損なうことになる。例えば、オリンピックの有望な選手が交通事故でくるぶしを骨折した際に、酔っていたために真剣に考えることなく外科手術を拒否したら、この要求は患者の福利を促進するとは思われまいだろう。この例から、ホワイトは価値構造が改訂される場合を限定して考察する。

それによれば、自律的な意思決定者の価値構造が正当に改訂されるのは、以前の価値や目的が不可能になったか、もはや自身を引きつけなくなったという理由による。例えば、損傷によって競技できなくなったオリンピック選手は、新たな目的を設定するための理由を有する。このように価値構造は改訂されうるが、ホワイトによれば、それは、過去、現在、将来において連結性(connection)を持つ。これらの連結性が全くなければ、関係者は、どのような行為が患者の福利を促進するかを知る術を持たないことになる。患者がヘルスケアの条件によって価値や目的や信念や利害関心を見直すよう動機づけられることは珍しいことではない。患者は、しばしば病気や障害や損傷を通して利害関心や能力を失うし、病気や障害や損傷が治らない時に、自身の目的のための適切な手段や自身にとって重要なものを再考するよう迫られるかもしれない。このように、ホワイトは、患者の価値構造が変化しうる状況を考察する。そして、その変化の中にも連結性があることに関連して、次のように主張する。

自身のもともとの価値構造を出発点と受け止め、変えられた状況に照らしてもともとの価値構造を改訂する患者は、自身の真正性を保持する(White:190)。

このようなホワイトの主張は、患者の価値が変化する可能性を許容し、さらに、その変化を関係者が理解する根拠を説明する点から、本稿の考察にとって重要なものである。医療の意思決定において、患者は、自身のそれまでの価値や目的が通用しないような状況で選択せざるを得ないことも少なくない。病気などの進行に伴い、それまでの価値が自身にとって重要ではなくなり、変化していくこともあり得る。また、価値の変化、価値構造の

改訂は、単純にその人の価値がその時点で分断されることを意味するのではない。そのような価値構造の変化も、過去から将来において、何らかの連結性をみることができると考えられる。それは、患者自身が意識しうるような変化の過程において説明しうるものかもしれないし、関係者が一連の変化の過程を観察することで理解しうるものかもしれない。さらに、ホワイトが主張するように、最小限、かつての価値を出発点としてそれを改訂する限り、価値が変化したとしても、その患者は他ならぬその人としての一貫性とも考えられる真正性を保持できる。したがって、このように説明しうる限り、価値の変化は、その人の連続性を揺るがすものではなく、その人の生の一部として、特に重大な医療的選択を迫られるような状況においては、十分起こりうることだと言える。

一貫した価値を前提としない自律の尊重

これまでの考察から、価値は変わりうるものだと捉えると、一貫した価値に照らした反省を前提とする自律理論によって、自律的行為と自律的でない行為とを区別することは困難になる。したがって、ここでは、強く一貫した価値に照らし、それに基づくような選択のみが尊重されるのではなく、その時点でのその人の価値や目的や専心などに基づく選択も尊重される必要があると考えられる。この意味で、強く一貫した価値を前提とせず、ビーチャムの提示する三条件を満たす場合には、自律的行為として尊重され、他人の介入から最大限保護される必要がある。

しかしながら、先にも言及したように、ビーチャムは、患者の価値の変化の可能性や、どのような選好や専心にに基づく選択を尊重するかという問題を主題的に論じてはいない。医療的な意思決定において、ある選択が自身の生に(少なくともその時点でのその人にとって重要なものに)どのように影響するかを全く考えていないような、あるいは、自身にとって重要なものを全く考慮していないような選択を患者が行う場合、医療従事者や家族は、それを尊重するかどうか迷うことがある。このことから、ある行為が伴うような予測される結果が、自分の生や現在の価値や目的や選好にどのような影響を持つかを、最小限に把握したり意識したりすることが全く必要ないとは言えない。これまでに考察したように、ビーチャムの示す条件では、明確に自分の生の全体を意識して、一貫した価値や目的に照らすという意味での行為の理解は必ずしも必要とされないが、それがどのように最小限必要とされるかにも言及されない。言い換えれば、ビーチャムは、その人の専心や選好に由来する選択も尊重される必要があると論じるが、その際に、その専心や選好がその人にとってどのような意味を持ち、それが意図的であることや理解していることにどのように関連するかを論じていない。この点において、ビーチャムの自律理論には問題が残る。

ただし、ビーチャムはチルドレスとの共著において、本稿で考察したのと同様に分割レベル理論を批判的に考察した後で、「たとえその人自身の明言された(professed)固定した

(fixed)一連の価値と矛盾する選択であっても、自身の安定した(stable)、あるいは受容された(accepted)価値に反して選択することが、自律の放棄となる必要はない」というヤヴオフスカの主張に言及して、自身の結論の代わりとしている(Beauchamp, Childress:103)。そこで、自律の基礎となる価値や選好や専心とはどのような性質を持つものであり、それに基づく選択がどのような場合に尊重されるかについて、次章でさらに考察を進めたい。

¹ ビーチャムは多数の著書や共著において、医療倫理学における自律理論を提示する。これらは同様の内容を持つ考察であるが、(Beauchamp, Childress:3-7)では、G・ドゥオーキン等の理論に対する考察が限定されており、また(Faden, Beauchamp)では、G・ドゥオーキンの自律理論が「真正性」の条件を提示していた時点での批判的考察となっている。これらのことをふまえ、本稿では、特に、現在のところ最も詳細に検討が加えられている(Beauchamp)に即して自律理論を考察する。なお、(Beauchamp)の中でも本稿で主として扱う箇所は、(Taylor 2005)が初出であるが、これが大幅に増補されている。

² これらの外的な統制的影響の他に、病気によって引き起こされるような内的影響もまた存在する。両者とも、自発性を奪うことでありうるとビーチャムは述べる。しかし、内的影響はここでは考察されず、自発性の十分な理論は内的な統制的影響と外的な統制的影響の両方を考慮しなければならないと主張されるにとどまる(Beauchamp:88)。

³ ただし、医療の文脈では、ある患者を合理的に説得しようとする情報提供の場合に、恐怖やパニックによって理性的でなくなるような人を打ちのめしてしまうこともある。このように、感情と認知のどちらが主要な要因になっているかを区別するのは困難であるという問題があることにも、ビーチャムは言及している。

⁴ ビーチャムも指摘するように、フランクファートの理論は人格の概念に関するものであって、明確に自律の理論であるわけではないことから、本稿ではドゥオーキン理論に特に集中する。

⁵ これは、ドゥオーキン理論とフランクファート理論をまとめて考察対象にしていることと、ビーチャムの目的が自律的行為の概念を明確化することであることが理由となっていると考えられる。あくまでビーチャムが、フランクファート理論だけでなくドゥオーキン理論を批判的考察の対象としていることや、ドゥオーキン理論だけを考察対象とした箇所でも同様の主張をしていることから、ここでは、ドゥオーキン理論とフランクファート理論の違いや、自律的人格と自律的行為の違いを主題的に考察することはしない。

⁶ 同様の主張は(Beauchamp:251)にも見られ、また、(Beauchamp:240)では、明確にドゥオーキン理論だけを対象として同様の批判的考察を行っている。

⁷ フランクファートの理論においては、人の欲求が全く反省的でない限りにおいて、その人は全く真正に人格なのではなく、単にウォントン(wanton)であり、動物と変わらないとされる。この主張に対して、人が選好をより高次のレベルで反省しなかったり、他のものよりもある種の欲求と同一化するのをためらったりするときでさえ、普通の選択を自律的であるとするような仕方が、その理論には必要になるとビーチャムは述べる(Beauchamp:91)。

⁸ 本稿では、commitmentを文脈に応じて「専心」、「深い関わり」と訳すことにする。

⁹ 本稿のここでの考察の主題は「自律」であるため、深く立ち入らないが、ホワイトの主張の本題は、意思決定の対応能力にとって認知的側面と同時に感情的側面が重要な役割を担うというものである。

第三章 A・ヤヴォフスカにおける関心と自律的意思決定

前章で考察したように、自律的行為は、必ずしも一貫した価値を前提とする必要はない。しかし、自律の基礎となる価値や選好や専心とは、どのような性質を持つものであり、それに基づく選択がどのような場合に尊重されるかに関しては、さらに考察する余地がある。前章で考察の手がかりとしたホワイトの論述では、価値の変化はある程度の熟考を伴うような性質のものであった。これに対して、ビーチャムが言及するような、その人の専心や選好などは、必ずしも熟考を経て獲得されるようなものではない。また、それらを明確に把握して反省するような過程を経ないで行為することもあり得る。これに関して、本章では、患者のある意思決定が、患者の価値と矛盾すると判断されるような場合に、自律的選択として尊重されるか否かという問いに集中して考察したい。この問題が重要なのは、一般に、患者の価値や全般的な振る舞いに矛盾するような患者の意思決定は尊重されず、ある種の介入が必要であると考えられる場合があるからである。

前章で言及したように、ビーチャムらが自身の結論の代わりとする A・ヤヴォフスカの主張においては、患者の価値と矛盾するような決定を患者が行ったとしても、ある場合には他人の介入から保護され尊重される必要がある。この主張は、自律的選択の最小限の条件に関する検討に基づく。本章では、ヤヴォフスカの主張を考察することで、自律的選択の基礎となるような主体にとって重要なものと、それに基づく自律的選択をどう理解するかをさらに明確にしたい。

そこで、第一節では、ヤヴォフスカの主張を考察する前提として、患者の価値に基づく意思決定を尊重する見解を、D・W・ブロックの議論に従って把握する。これにより、価値に基づく決定のみを尊重することの問題点を検討する。第二節では、ヤヴォフスカの自律理論の起点となる、価値に照らした選択のみを自律の発揮と見なす見解を確認する。第三節では、ヤヴォフスカが提示する自律的決定の最小限の条件を詳細に追い、第四節では、価値と矛盾する決定であっても、関心(caring)に基づく決定であれば自律的でありうるというヤヴォフスカ理論を考察する。さらに、第五節では、ヤヴォフスカの主張が、尊重される意思決定の規定にどのように影響するかを明確にした上で、関心に基づく決定を尊重することの困難と問題を考察したい。

第一節 安定した価値と尊重される意思決定

患者のある意思決定が、一般的に判断されるような患者の利益と対立する場合に、その意思決定が患者の価値や信念に基づくものであれば、原則的には一般に尊重される。その際、その選択が患者の価値や信念に基づくものであるかどうかは、患者のそれまでの安定した価値や全般的な態度に合致するか否かに依拠して判断されることも少なくない。

例えば、D・W・ブロックは、対応能力を有する患者の選択が非合理的(irrational)に見えるときに、医療従事者(特に医師)はどのように対応する必要があるかを考察する。この考察において、患者の非合理的にみえる選択は、医師が変えさせようとするかもしれないような非合理的選択と、尊重されるべきであるような単に普通でない(unusual)選択とに区別される。

ブロックは、非合理的意思決定とそれに対する医師の対応を考察する場として、医師と患者の両方が能動的な本質的な寄与をなす共有意思決定(shared decision making)の場を前提している。この共有意思決定とは、次のように考えられる。

・・・〔共有意思決定においては〕医師と患者の両方が能動的で本質的な寄与をなす。医師は、彼らの医学訓練、知識、専門的能力——利用可能な治療の選択肢の理解を含む——を、患者の状態の診断と管理にもたらす。患者は、様々な治療の選択肢のリスクと利益がそれを通して評価されうるような、彼ら自身の主観的目的や価値をもたらす。このアプローチでは、特定の患者にとっての最善の治療の選定は、両者の寄与を必要とする(Brock:81)。

つまり、共有意思決定の場である患者にとって最善の選択をするためには、医療従事者が医学的に判断するだけでなく、患者自身の目的や価値を反映する必要がある。ゆえに、医療従事者と患者の両方が意思決定に共同で参与する必要がある。ブロックのこの説明だけでは、共有意思決定に関して不明な点も残る。例えば、患者にとっての最善の選択に至るために、医療従事者と患者の役割は単に分担され区分されるものであるか、あるいは、両者がある範囲で共有される役割を担うのか、両者のどのような相互作用が必要であるかなどの理解に関してはさらに議論を進める必要はあるだろう。しかし、原則的には、この共有意思決定は、患者にとっての最善の選択に至るために、単に医療従事者が決定をするだけでは十分でない点を重視するものであり、適切な意思決定のために必要なものだと考えられる。

ブロックによれば、このような共有意思決定において、しばしば、患者の自律と自己決定を適切に尊重することは、患者の治療の選好がどのようなものであってもそれを受容することを意味すると結論づけられることがある。しかし、この結論は意思決定において対立しうる価値の間の矛盾を認識していないゆえに妥当でない。この価値とは、患者の福利(well-being)と、自身の生についての決定をなす患者の権利とを尊重することである。対応能力を有する患者が、自身の福利に反するような非合理的な治療選択をしているように見えるときには、これらの価値は対立する。患者の非合理的選択が、結果として患者に有害であるような場合、医師が強制的・操作的でない仕方で患者を説得して選択を変えさせようとすることは、患者の自己決定の権利を侵害しないし、患者の福利についての適切な責

任と気遣い(concern)を反映することになる。このような考えに基づいて、ブロックは、非合理的治療選択の様々な形式や、本当に非合理的選択と単に普通でない選択とを区別することに含まれる理論的・実践的困難を考察するのである。

ブロックの主張においては、合理的選択とは、患者が自身の価値に照らした有用性を最大化する選択であり、「非合理的選択とは、他の利用可能な選択よりもより不完全に患者自身の目的や価値を満たす選択である」(Brock:83)。これを前提として、非合理的意思決定の様々な形態が挙げられ、非合理的選択と普通でない選択とを区別する理論的・実践的困難が検討される。ブロックによれば、「単に異なる態度、価値、信念を表現する選好と、非合理的な選好を区別することは、理論においても実践においても困難であり得る」(Brock:91)。これを踏まえた上で、具体的な区別の根拠としては、例えば、次のように論じられる。

リスクに対する患者の全般的な態度や、おそらくは患者の過去の振る舞いによって証明されるような患者がリスクを避けたがる程度について、医師はしばしばある程度理解する必要がある(Brock:86)。

どんなに普通でないとしても、その選好が患者の生において重要な深く根ざした持続的な価値(deeply held, enduring value)を反映しているように見えればみえるほど、無益で医療的に受容できない治療に医師が参与するのを必要としない限り、その選好を尊重する根拠がいつそう強くなる(Brock:87)。

このように、患者の選択が非合理的なものであるか、価値や目的に基づくものであるかどうかの判断は、それが患者の深く持続的な価値を反映しているかや、患者の過去の全般的な振る舞いに一致するか否かの理解にしばしば依拠するとブロックによって主張される。例えば、リスクの可能性を非合理に否定して選択する患者の場合には、医師は、「患者がリスクをより明確に認識し、リスクを患者の生と関連づけるのを助けることができる」(Brock:86)ように、患者の価値や目的に基づく選択が可能になるような対応をする必要があるとブロックは論じる。そして、そのような根拠によって明確にならないような選択は、非合理的であるか否かの判断が難しいことになる。

ブロックが主張するように、患者の価値を反映する選択であるか否かを理解するために、過去の全般的な傾向から患者の性格や価値に基づく選択であるかどうかを判断する側面を完全に否定することはできない。しかし、本稿でのこれまでの考察からも、単に過去から持続する価値や全般的態度に依拠するだけでは、尊重される選択であるか否かを判断するのに十分ではないということになる。このとき、ブロックが指摘するように、熟考された安定的な価値に基づかないような選択を、尊重するか否かを何によって決めればよいか

問題として残るのである。

ブロックの主張を踏まえるなら、自律的な患者の行う選択は、全てが直ちに尊重されるわけではない。しばしば患者の決定は、患者にふさわしくないように思われるかもしれない。例えば、患者は、これまで表明してきた価値とは一致しないような治療選択をするかもしれない。この場合、医療従事者や家族は、患者の選択を尊重し受け入れることを躊躇するかもしれない。場合によっては、それを尊重しないのがよいと判断することさえあるかもしれない。自律的であると判断される人が、その人のそれまでの価値に反すると思われる選択をした場合、まわりは介入することが必要であると考えられるかもしれない。しかし、このような場合に、選択が尊重されえない根拠を明確にすることが必要である。なぜなら、その人の自律的な選択に過剰に介入するようなパターンリズムを許容しかねないことになるかもしれないからである。

A・ヤヴォフスカは、自律的選択の尊重という観点から、他から介入されないで尊重される意思決定の要件を考察する。患者のある選択と、明言された価値とが矛盾するような場合、その選択は自律的でないとしばしば判断されるゆえに、パターンリスティックな介入が正当化されうると一般に考えられる。しかし、ヤヴォフスカによれば、そのような選択は必ずしもその人の自律からかけ離れているわけではなく、パターンリスティックな介入から保護される必要があるかもしれない。この主張は、関心(caring)の態度の重要性を考察することによって展開される。次節からは、ヤヴォフスカの主張を考察する。

第二節 価値を基礎とする自律的決定

自由主義における自律尊重

ヤヴォフスカは、自由主義における自律尊重の範囲を明確にすることから考察を始める。これによれば、患者が医師に、間違った考えに深く基づくように見える選択や処置に手を貸すように要求する場合、医師の拒否を正当化する理由の一つは、第三者に有害な影響を与えたり社会的正義を弱めたりすることにある。これとは異なり、第三者に危害を与えない場合には、たとえその選択が患者自身の福利にとって有害であったり、浅はかな価値に動機づけられているように見えたりしても、自由主義に従えば、その選択は尊重される。

「標準的な自由主義アプローチでは、各個人の自律の能力は、価値の基礎であり、尊重の最も基礎的な座(locus)である」(Jaworska 2009:83)。自律の能力の発揮の仕方やそうするかどうかは個人に委ねられる。それゆえ、我々は、原則として、全ての自律の能力の発現(manifestation)において、自律の能力を尊重する必要があるということになる。その際、ただ無条件に患者の決定を受け入れるのではなく、よりよい決定をなすように説得したり意思決定の背景となる条件を改善したりするような、非侵襲的な援助は許容される。しかし、

それらによっても患者が選択を変えなかった場合には、我々は患者の決定を尊重しなければならないことになる。第三者への危害が問題でない場合に、賢明でないような選択を自由主義が尊重しないのは、選択者が自律の能力を欠く、あるいは、自律の能力を十分に発揮するのにその人の統制を超えた障害が存在すると、正当に決定されうるときのみである。

しかしながら、ヤヴォフスカによれば、このような自由主義の立場にもかかわらず、対応能力を有する患者が自身にとって悪い選択をするようなとき、自由主義に非常に共感的な医師でさえ、何らかの介入をすべきだという考えに傾くことがある。それは、決定が単に無分別であるからではなく、決定がその人自身の価値を反映しないからである。このような傾向をヤヴォフスカは次のように指摘する。

患者の決定が、患者が自分自身であると理解しているような、自身の最深の利害関心と価値とに矛盾するように思われるケースでは、パターナリズムの要請(appeal)は最も強い(Jaworska 2009:84)。

実際に自律的な選択は十全な敬意をもって扱われるべきだということは相対的に議論にならない。反対に、人の決定がその人の自律的意志を本当に反映していると思われないとき——つまり、自律的意思決定の能力を持つにもかかわらず、自律の適切な発揮(exercise)の産物とは思われないような決定を人が行うとき——には、強い自由主義傾向の人でさえ、介入する気になるかもしれない(Jaworska 2009:85)。

つまり、ヤヴォフスカの分析に従うなら、患者自身の最深の価値や利害関心に反するような決定を患者が行ったと判断される場合には、その決定は他から介入される可能性が生じることになる。これは、非合理的選択か否かを患者の安定した価値に基づくものか否かで判断するような、先に触れたブロックの主張とも一致する。このように自身の価値を真に反映する選択を実際に自律的選択であるとして、これを尊重するアプローチを、ヤヴォフスカは「自由主義的な完全主義(liberal perfectionism)」と呼び(Jaworska 2009:85)、その限界を考察していくのである。実際に自律的でないと判断されるような患者の決定が問題となるケースとして、ヤヴォフスカは、医師のガワンデが報告するラザロフという患者の事例を取りあげる。ヤヴォフスカが省略した箇所もあわせて、以下に紹介しておく。

ラザロフの事例における価値と矛盾する選択

ガワンデは、ラザロフという患者の事例を次のように記述する。

当時の私は外科の研修医の一年目であり、脳神経外科チームの一員として働いていた。

ラザロフには体中に広がったガンがあり、脊椎から腫瘍を除去する手術の予定があった。研修医の先輩が私をよこして彼から「同意」をとってくるように言ったのである。——つまり、ラザロフの署名が入った手術のための最終的な同意書を手に入れるように命じたのである。問題ありません、と私は言ってしまった。しかし今や、この衰弱してひからびた男を見ながら、彼に外科手術を施すのが正しいかどうか迷わざるを得なかった。……

ラザロフはまだ六十代前半で、長年、市役所に務め、わずかながら糖尿病を患い、ときおり狭心症を発症することがあり、数年前に妻を亡くして一人で生活するようになった男が持つ硬化した物腰の持ち主であった。容態は急速に悪化した。……痛みと衰弱によって最終的に彼は働きつづけることができなくなった。三十代の息子が看護のために引っ越してきた。ラザロフは痛みをコントロールするためにモルヒネを二十四時間投与された。担当の医師たちは、二週間しか生きられないかもしれないと彼に告げた。しかしラザロフにはそれを聞く準備ができていなかった。彼は依然として仕事にもどる日のことを話していたのである。……

彼には二つの選択肢が残されていた。脊椎の外科手術を受けることはできる。それでも治癒はできないであろう——外科手術をするしないにかかわらず、せいぜい数ヶ月しか彼には残されていない——しかし、脊椎損傷の進行をくい止めて足と括約筋にある程度の強度を回復させる最後のチャンスを手術は提供していたのである。とはいえ、リスクはかなりのものであった。われわれとしては、脊椎に到達するために、胸部を貫通して肺を台無しにしなければならなかった。彼は長く困難で痛みをともなう回復に直面することになるであろう。そしてその衰弱した状態を考えると——心臓病歴についてはいうまでもなく——術後に生きのびて自宅に帰る確率は低かった。

もうひとつの選択肢は、何もしないことであった。自宅に戻ってホスピスケアを続けければ、快適にすごしてある程度は自分の生を統制しつづける支えになるであろう。動くことができないことと失禁は確実に悪化するであろう。しかしそれは自分のベッドで安らかに死んで、愛する人たちにさよならを言うことができる最善のチャンスであった(Gawande:208-210)。

脳神経外科医は、ラザロフと息子に対して、外科手術のリスクがいかに恐ろしく、可能性としてある益(potential benefit)がどれほど限定的であるかを特にはっきりと詳細に忠告した。それは、肺機能が低下しているので、人工呼吸器で身動きはとれないこと、脳卒中でもあれば死ぬことなどである。しかし、ラザロフは外科手術を断念するよう説得されることはなく、外科手術を望んだ(Gawande:212)。

ガワンデは、外科手術の同意書を作成するためにラザロフを訪ねた。同意を得るにあたり、ガワンデは、能力を維持するための外科手術であるが、手術の失敗、麻痺、脳卒中、

心臓発作、死のリスクが伴うことをラザロフに伝える。これを聞いたラザロフは、次のように答える。

「誰もこれで私が死ぬとは言わなかった」と震えながら彼は言った。「これは私の最後の希望(hope)なのです。あなたは私が死ぬと言っているのですか」(Gawande:213)。

ガワンデによれば、息子のデイヴィッドが訪ねてきたときのラザロフの様子は、次のようなものである。

父親の雰囲気は突然変わった。私はそこでカルテに書かれたメモから、デイヴィッドが最近、思い切った手段がまだ適切であるのかどうかという疑問を持っている、ということ思い出した。「私を見捨てないでくれ」とラザロフはガラガラ声で息子に向かって叫んだ。「おまえは私のつかんだチャンスをすべてくれればいいのだ」と言うなり、私の手から用紙とペンをむしり取った。……

部屋の外で、デイヴィッドは私に、これが正しい手だてだという確信がもてないと言った。母親は肺気腫で亡くなるまで人工呼吸装置を装着して集中治療を受けて長い時間を過ごしていたし、それ以来、父親はそのようなことが自分に起こることを望まないとしばしば言っていた。しかし、今や、「全てのこと」をすゝめとして譲らなかったのである。デイヴィッドは、彼とあえて議論するつもりもなかった。

ラザロフは翌日に手術を受けた(Gawande:213)。

外科手術は技術的には成功したが、ラザロフはすぐに多くの深刻な合併症になり、状態は急速に悪化した。ガワンデは、外科手術後のラザロフについて次のように述べる。

彼を生きながらえさせるために払われた努力と犠牲は莫大なものであったが、結果は落胆させるものであった。われわれの努力が無益なものであることが明らかになった。それはまさにラザロフがそのように死にたくはなかった仕方であった——ひもで固定されて、セデーションを施され、すべてのもともあった穴という穴に管が挿入され、いくつかの新たにあけられた穴にも挿入され、人工呼吸器をつけられていた。デイヴィッドは、われわれはやめるべきだと脳神経外科医に告げた。……呼吸器を取り除いてから十三分後に、私は看護師にジョセフ・ラザロフが死んだことを告げた(Gawande:214-215)。

ガワンデは、ラザロフは悪い選択をしたのだと述べる。

私が考えるに、ラザロフは悪い選択をした。しかしながら、彼が非業のぞっとさせるような死を遂げたからではない。よい決定が悪い結果になりうる……ラザロフが悪い選択をしたのは、彼の選択が、彼の最深の利害関心——私あるいは他の誰かが抱くものとしてでなく、彼が抱くものとしての利害関心——と衝突したからだ。結局、彼が生存を望んだことは明らかだ。彼はいかなるリスクも、たとえ死でも、生存のためにとっただろう。しかし、我々が彼に説明したように、生は我々が提供しなければならないものではない。我々は、短期間、最低限の下半身機能を保持するチャンスのみを提供し得た。それは、彼への深刻な害(violence)を代償にして、そして、惨めな死の極度の可能性を背景としてである。しかし、彼は我々の言うことを聞かなかった。麻痺をかりうじて免れる場合に、彼は死を免れるかもしれないと信じているように見えた。そのような可能性を明瞭に見つめ、外科手術に用心するであろう人々はいらるだろう。しかし、彼の妻と同じ仕方で死ぬことをラザロフがどれほど恐れていたかを知っているのです、私は彼がそうした人々の一人であるとは思わない(Gawande:215-216)。

ガワンデは、このように、ラザロフの選択が最深の利害関心と対立するものであったゆえに、悪い選択であったと考えるのである。

ヤヴォフスカによれば、ガワンデは「よい医師は、患者が自滅的な決定——患者自身の最深の目的に反する決定——をするとき単に傍観することはできない」として、この種の選択に医師が介入することが許されるかもしれないと示唆する(Jaworska 2009:81,85)。決定が患者自身の最深の目的や価値に矛盾すると判断されるとき、その決定は患者の自律を真に表現しておらず、この意味で自滅的(self-defeating)に見える。それゆえ、パターンナリストティックな介入に対する要請が非常に強くなるのである。

自律の表現としての価値を反映する選択

ラザロフの事例におけるガワンデの反応にみられるように、患者の決定に対して暗に次のような重要な区別がなされていることをヤヴォフスカは指摘する。すなわち、実際に自律的であり、それゆえ真に主体自身のものである選択と、自律的意思決定の能力を有する主体がなしたにもかかわらず、自律の適切な発揮の産物とは見なせないような選択との区別である。前者の場合、完全にそれに従うことが原則的に受け入れられているが、後者の場合、自由主義傾向の人によってさえ介入される傾向があるのかもしれない。ヤヴォフスカの主張に従えば、この区別は、その選択がその人自身のものであると見なされるかどうかの違いに依拠する。その人自身のものであると見なされるためには、その選択がその人の現在の公言する価値を十分に反映している必要がある。このとき、少なくとも最小限に自律的選択と見なされるためには、理想的に完全に自律的である必要はない。浅はかな価

値を反映する決定のように、依然として合理的批判の余地があるかもしれない。そのような評価的な間違いをしているかもしれないときでさえ、その選択がその人自身の価値を反映していれば、その人自身のものであると見なされ、それに従うことが原則的に受け入れられるのである。このような区別にみられる自律の能力の重要な側面を、ヤヴォフスカは次のように述べる。

患者の自律の能力のいくつかの重要側面は、この[患者の現在の明言された価値を十分に反映する]選択に含まれてきた。彼は、評価的観点(evaluative perspective)を形式化し、この観点に照らして特定の選択をなし、外的あるいは内的障害なくその選択を行為に移すことができる(Jaworska 2009:86)。

これによれば、自律の能力にとって重要なのは、評価の基礎となる自身の価値を明確に形成し、それに照らして選択をし、外的あるいは内的妨害なくそれを行為に移すことができる能力であるということになる。このような自律能力の側面は、第一章で考察した G・ドゥオーキンの自律理論にも合致する。このような能力を発揮して価値を反映する選択をした場合に、その選択は自律的であるとして、他から介入されずに全面的に尊重されることになる。

これとは反対に、対応能力を有する人が自身の公言した価値に反して選択するとき、その選択は自律の能力から分離されていると想定されるかもしれない。ヤヴォフスカによれば、このような自律の能力から分離された選択には、二通りの解釈の可能性がある。第一に、その人は、何をなすのが最善かを理解していたにもかかわらず、意志の弱さに屈した、あるいは、強い感情や欲求に抵抗できなかったために、自身の最も深い価値に反して選択したと解釈されるかもしれない。この解釈では、ラザロフの選択は、よい死のために専心した(commit)が、死の恐怖が彼の最深の信念に反して付加的処置の要求をさせたと理解されうる。第二に、その人は、どのような結果が最善であるかを十分理解していたにもかかわらず、その結果を達成しようとする際に適切に推論することができなかった、あるいは、感情状態によって判断をゆがめられたゆえに、その人の専心を反映し損なう選択をしたと解釈されるかもしれない。これによれば、ラザロフの選択の場合、彼はよい死に専心したが、死の恐怖が彼の思考をゆがめ、付加的外科手術が生存のための最善の機会を与える、あるいは、彼にとって最も深く重要であるものと一致した死となるようにすると彼に信じさせるようになったと理解されうる。ヤヴォフスカによれば、ガワンデは強くこの解釈を採用している。

これらどちらの解釈でも、その選択は自律的でないことになる。なぜなら、自律的意思決定の適切な出発点となる、その人にとって最深の重要なものを反映していない選択であるからである。しかし、これら二つの解釈に対して、ヤヴォフスカは別の観点を提示する。

それは、次のものである。

人が自身の価値に対立するような何かに関心を持つ(care about)とき、その人は自身の関心(caring)に一致して、そしてゆえに自身の価値に反して選択するかもしれないが、しかし自律的に選択する(Jaworska 2009:87)。

ヤヴォフスカの提示するこの観点は、自身の価値に基づかないものであっても、関心に基づくことで、自律的選択であり得るというものである。つまり、自律的意思決定の基礎となるその人にとっての最深の価値に反する選択の場合でも、自律の能力を発揮した自律的選択でありうるというものだと言える。この観点を論証するために、ヤヴォフスカは、自律的決定の最小限の条件を提示することから始め、その条件を発展させ、関心に基づく選択が自律的選択であることを明らかにする。

第三節 最小限の自律的決定

ヤヴォフスカによれば、自律的決定であるためには次の三つの条件が存在する。

(1)決定を導く(guide)態度(attitude)は、主体の自己を適切に表現し(represent)なければならない；(2)この態度が命じるものを追求する理由をわかっている状態で(by way of seeing reason to pursue what this attitude prescribes)、主体は自己統治する；(3)主体は、新たな理由の知覚(perception)¹に自身を開かれた状態におくような、反省をすることができる(Jaworska 2009:88)。

つまり、ヤヴォフスカに従えば、自律的決定のために主体は、第一に、自己を適切に表す態度に由来する決定をしなければならない。また、第二に、その態度によって求めることになるものを追求する理由をわかっている状態で自己統治する。そして、第三に、それとは違う新たな理由を、単純にわかることができる状態であるという意味での反省をすることができる。これら三つの条件が提示され、結局、これらは関心に基づく決定の場合に満たされうることを、ヤヴォフスカは考察するのである。

主体を表現する態度

決定を導く態度が主体の自己を適切に表現するという条件を考察する際、ヤヴォフスカは、自律と自己統治(self-governance)とを言い換えながら自律を説明する。これによれば、態度を本当にその人自身のものにするものは、自己統治の適切な基礎である。このように、

ある態度が真に主体自身のものであることは、フランクファートの術語に従って、「態度の内在性(attitude's internality)」と呼ばれる。これは、主体がある態度から自分自身を遠ざけることができず、それを自身の心理における単なる偶然事とみなすことができないことを意味する。行為が自律的であり、自己統治的であるためには、行為は、適切に自己を表現するような態度に由来するものでなければならない。

ヤヴォフスカによれば、内在性、そして結局は自律の能力についての哲学的概念は、およそ、評価的判断をなす能力と、自分自身の精神状態を反省する能力の、いずれかまたは両方を必要とすると理解されている。例えば、内的であるためには、ある第一次的動機は、原初の動機を評価して是認するような動機の正しい階層に埋め込まなければならないなどと理解されている。このような一般的な理解は、これまでに考察した G・ドゥオーキンの自律理論でも主張されるものであった。しかし、このことを踏まえてヤヴォフスカが論じるのは、誰かや何かに関心を持つことのが、内的であるにもかかわらず、非階層的で非評価的な態度であるということである。

このことを主張するために、ヤヴォフスカは、ある対象 P(人格や、動物、観念)に関心を持つということを、次のように説明する。

P——人や動物や観念——についての関心(caring about P)とは、様々な複合的でない諸感情(emotions)、感情的傾向(emotional predisposition)、Pに向けられた欲求から成り立つような、複合的な感情的態度である。感情的態度というのは、P が成功して豊かになることを喜んだり、P の失敗や挫折に失望したり、P に降りかかりうる危険を案じて恐れたり、P がそのような危険から逃れたときに安堵したり、P の喪失に悲しむ傾向に陥ったりすることなどを指す。関心を構成するこれらの要素のほとんどは感情であり、この感情それ自体は相互に関係し合うようなより単純な要素——例えば P の喪失の悲しみの事例におけるような感情的エピソード——から成っている。例えば、P と P の喪失を導いた出来事とになんらかの仕方で結びつけられている対象に詳細に注意を向けながら、P に関する記憶と P が亡くなった状況とを胸中で(in one's thoughts) 思案する(dwell)傾向や、どのようにしたらそうした状況が別様になり得たかについて胸中で思いをめぐらす傾向などのことである。P についての関心とは、最初の例では、P に対する感情的影響されやすさ(emotional vulnerability)の問題であり、これは多大なる感情的統合と洗練(emotional integration and sophistication)を必要とする。構成している感情の全てが、P を、感情的影響されやすさを要求するような重要な源泉として受け取っている(construe)。あるいは、言い換えるならば、P の運命の起伏に感情的に安定して同調することで、関心の主体は P に重要性を吹き込ませる(imbues)。さらに、関心を持つということは、外的な観察者であれば関連していると見なすであろう様々な感情の単なる連合ではない。第一人称的観点から真に P について関心を持つために

は、関心の主体は、少なくとも暗示的に、Pの重要性を理解して(comprehend)いなければならない。さもなければ、その主体が能動的に自らの態度によってPに重要性を吹き込むというよりは、その主体の知らないうちに単にPに重要性が吹き込まれているだろう。ここで留意すべきは、理解というこの要件が主体にかなりの認知的洗練と複合性をもたらすということである。関心を持つ主体は、少なくとも暗示的に、重要性の概念を把握するのに十分に認知的に洗練されていなければならない。そして、Pの重要性の理解は、通常は、さらなる認知的活動——例えば、対象についてのさらなる探求心や、あるいは、相応の能力をもった主体(a suitably endowed subject)においては、対象に関する安定した志向(intention)や計画や方策の形成——を惹起する(inspire)だろう(Jaworska 2009:89-90)。

ヤヴォフスカによってこのように説明される関心とは、あるものPについての複合的な感情から成る態度であり、Pに関連する事柄に思いをめぐらす傾向である。関心の主体は、Pの重要さをわかっており、Pに関連する事柄に感情的に敏感であり、Pに関する様々なより単純な感情を複合的に持っている。そして、このような関心は、複合的な感情的な態度であるゆえに、Pに対する一時的な感情とは異なり、ある程度の時間の幅を持ってPのことを気にかけ続け、Pのことを重要だと見なし、Pに関連する事柄で感情的に動かされるものだと理解できる。また、この関心とは、熟考によって獲得されるようなものではなく、Pに対する感情を抱くことで形成される態度であるといえる。そして、ヤヴォフスカの主張においては、価値、最深の利害関心、専心、評価的観点(evaluative perspective)は、感情的な態度とは異なるものと捉えられる。

また、このような関心は肯定的な承認(positive affirmation)を含まなければならないという訳ではなく、嫌悪のような否定的なものも含むものである。自律的統治の基礎としての評価は、肯定的なものも否定的なものも含むものであり、関心についても同様であるとヤヴォフスカは説明する(Jaworska2009:90n.7)。

ヤヴォフスカは、このような種の関心は、動機付けの階層も評価も前提しないと論じる。これを証明するために、二、三歳の幼い子どもの例が取りあげられる。彼らは、関心のような感情的反応の持続した様式を示しうるし、重要性の概念を把握しうる。しかし、彼らは欲望(wanting)のように、世界に向けての態度を有することをかろうじて発見し始めているところであり、それを対象とするような動機付けの階層を形成しそうにない。また、発達心理学で十分に実証されてきたように、彼らは、彼らの評価が正しいという観念や、評価の認識を欠くことが間違っているかもしれないという観念を心に抱くことができないゆえに、評価的判断を形成し得ない。したがって、ヤヴォフスカによれば、関心は動機付けの階層も評価も前提しないと結論することができる。

加えて、関心の態度は主体にとって常に内的である。単なる欲求や、怒りや恐れのように

な感情的反応であれば、それらを異質のものとして退けようとすることや、それらに対して単なる受動的傍観者であることは、通常あり得ることである。しかし、関心の場合はそれらとは異なる。

単なる欲求、あるいは、怒りや恐怖のような個別の感情的反応の場合とは異なり、人の関心の態度から自身を十分な距離に置くということ、関心の態度を異質な(alien)あるいは異物な(foreign)ものとみなすこと、自身が単に関心の態度によって支配される(take over)と感ずることは、非常に困難で逆説的であるとさえ思われる(Jaworska 2009:91)。

つまり、個別の感情であれば、それは自身のものではないとして退けることができるが、関心の態度は他ならぬ自分自身のものであり、それを自分とは異質なものと見なしたりそれから距離を置いたりすることはできず、それによって統制されることもまたできない。このように、ヤヴォフスカが主張する関心は、単なる感情的反応や欲求とは区別され、主体自身のものであることが示されることになる。

また、ヤヴォフスカによれば、このことは、自分自身の関心の態度が、自身にとって悪かったり間違っていたりすると考えるときでさえ言えることであり、そのように関心の態度から距離を置くことができないというのは、評価的に距離を置くことが困難であるということの意味しない。このことから、主体が自身の関心を内的なものとして認識するか否かにかかわらず、関心は内的な態度である。そして、主体が関心を内的なものとして認識する必要は必ずしもないゆえに、ヤヴォフスカのこの主張は、自身の態度を反省の対象とすることができない主体に対しても適用しうることになる。

さらに、関心は、いくらかの心理的要素の束(convergence)が、一貫した一群(coherent cluster)になることを見込みながら、様々な個別的な感情を複合的構造に結合させることによって、人の心的生の相違する要素を合成し編成する(Jaworska 2009:92)。この意味で、関心は主体の時間を越えたアイデンティティと結合(cohesion)を支える。関心は、他の態度よりもより緊密に、我々の自己の感覚ときつく結びつけられるのである。

これまでの考察から、ヤヴォフスカは次のように述べる。

我々は今や、ある人自身の精神的状態——それがその人自身の動機づけであれ、その人自身の信念の正しさであれ——についての反省的理解(reflexive understanding)を必要としないほど十分認知的に単純な、しかし、単なる心理的偶然事の混沌の中から、明確な(distinct)自己を築き上げるのに十分複合的で感情的な種類の態度の余地を、道徳心理学に与えたことになる(Jaworska 2009:93)。

すなわち、ヤヴォフスカによれば、関心の態度は、ある人のある精神的状態を反省的に考察することを必要としないが、しかし、単なる心理的な出来事から区別されるような自己を形成するものである。そして、このような関心の態度は内的であるゆえに、自律的自己統治の構成要素であるといえるとヤヴォフスカは主張する。

これまでのヤヴォフスカの考察に従えば、関心は、感情によって構成されるものであるが、単なる一時的な感情や欲求とは区別されるような複合的な感情的態度であり、ある程度の時間の幅と一貫性をもつものである。このことから、関心は個人のアイデンティティを支える要素となりうるものである。このような主張は、感情とは区別されるような理性的な認知的な能力によって、ある程度の一貫性や個人のアイデンティティや時間を越えたつながりを支える理論とは異なる。意思決定において、感情の影響を重視する議論は少なくないが²、単なる一時的な感情の問題に集中せず、ある程度の一貫性をもつ関心の態度に集中することで、単なる感情でも単なる認知的能力でもない側面を提示するヤヴォフスカの主張は、主体の構成要素である感情を意思決定においてどのように反映させるかを考察する上でも重要になると考えられる。

自己による統治

関心の態度が自律的自己統治の基礎となりうることを明らかにしたヤヴォフスカは、さらに、真正な自律のための自己統治の要件を考察する。ヤヴォフスカによれば、自己統治のためには、自己が因果的に行為を引き起こすだけでは十分でなく、自己は自身を規範的に統治しなければならない。これを前提として、ヤヴォフスカは、関心の主体が、動機付けの階層や評価的判断を必要とすることなく、自己統治しうることを明らかにする。

そのためにまず、よいもの(good)や価値という名の下に一連の行為を理解することと、理由のために行為することとが区別される。例えば、いたずらや大騒ぎをする十代の若者は、それらをするを悪ふざけに携わる理由と見なすが、必ずしもいたずらや悪ふざけをよいものと判断しているわけではない。また、幼い子どもは、母親の痛みを癒しを提供する理由と見なすかもしれないが、痛みの緩和がよいものであると理解したり考察したりすることなくそうする(Jaworska 2009:93-94)。これらの例から、ヤヴォフスカによれば、何かに対する配慮(consideration)を行為の理由と見なすことは、配慮を、行為を支持して推奨することと見なすことであると理解される。この主張において、配慮が私の理由であることと、その配慮を理由として私が扱うことの違いはないとされる(Jaworska 2009:95n.14)。そして、そのように配慮が主体にとって意味をなすときに、主体は、この配慮に導かれることを正しいあるいは間違っていると見なす必要はない。つまり、何かを行為の理由として扱うことは、それをよいものと判断することから独立しうる。このことから、ヤヴォフスカは次のように主張する。

自己統治は、本当にその人自身のものであるような態度による規範的統治を含まなければならないが、このことは、人が理由として扱うものの源泉であるような内的態度に十分に存するかもしれない。こうしたことは、必ずしも内的態度の対象をよいものと判断することを必要としない(Jaworska 2009:94)。

すなわち、ヤヴォフスカの考察では、自律の自己統治という側面を満たすためには、自身に関心を持つものを追求する理由を有することができ、その理由のために行為する能力を持つことができれば十分であり、よいものの評価や判断は含まれる必要がないことになるのである。

さらに、このような自己統治にとって、動機付けの階層も必要ないことが検討される。ヤヴォフスカによれば、自己統治の主体が、自身に関心を持つものを理由として扱うということは、関心の態度自体を理由の源泉として承認しなければならないということを含意しない。つまり、ある第一次的態度を対象と見なすような、ある種の第二次的態度を必要としない。そればかりか、主体は自身がそのような関心の態度を持つということを理解する必要さえない。このことは、ヤヴォフスカの主張する関心の態度の性質ゆえに言えることになる。これは次のように説明される。

その人の **P** についての関心は、**P** の促進や繁栄を理由として扱わせるようにその人を誘導する、あるいは、さらに言うなら、その人の **P** についての関心は、**P** の促進や繁栄を理由として扱うことのうちに部分的に存する (Jaworska 2009:94)。

この説明に従えば、**P** に関心を持つことは、必然的に **P** の促進や繁栄を理由として扱うようになることであり、まさに、**P** に関心を持つこと自体が、**P** の促進や繁栄を理由として扱うことによって成り立つ部分があるということになる。ヤヴォフスカによれば、このように説明することができるので、その際に第二次的態度が形成される必要はなく、主体の内的態度は、たとえ主体がそれを意識していなかったとしても、その内容を通して規範的指示(guidance)を発揮しうる。

しかし、このとき、配慮を行為の理由として扱うには、ある種の自己反省と考えられ得るような、自身の行為についての注意(attention)は必要であるとヤヴォフスカは述べる。すなわち、主体は、どのように自分が行為するのを望むのか、あるいは望まないのかについての自身の態度を表現する。つまり、ここでは、自身の行為を自覚して、行為するのを望むのか否かについての自身の態度を表現する必要はあることになるといえる。しかし、ヤヴォフスカによれば、そのようなある種の自己反省は、動機付けの階層よりも条件がずっと緩やかなものである。

このようなヤヴォフスカの考察においては、規範的自己統治のために価値評価が必要とされないゆえに、ある配慮によって行為が導かれることを正しいか間違っているかを主体が判断しなくても、配慮が主体にとって意味をなすことで、規範的自己統治の十分な基礎となることになる。これは、自己統治のために、主体にとって意味をなす理由を持ち、その理由のために行為することができればよいというような、最小限の意味で規範的自己統治を考察するものだと考えられる。

これまでの考察から、ヤヴォフスカは、関心の主体は、最小限の自律要件の最初の二つを満たすと述べる。つまり、「関心の主体は、自己の適切な感覚を持ち、それに応じて彼の行為を統治することができる」(Jaworska 2009:95)のである。

精神的な自由

これまでに考察したような、理由に従って行為することは、真正な自己統治のために十分でないような場合がありうる。この点をヤヴォフスカはさらに考察する。例えば、ある強い感情によって、適切な事実の知覚や将来に対する予期が変えられてしまい、それを振り払えなくなってしまうことがしばしば起こる。この場合、人は、柔軟でないような感情に決定づけられた見解に固執することによって、適切な証拠を集めたりそれを査定したりする認知的過程から分離させられる。これと同じ懸念が、感情的態度が理由の源泉である場合に生じることになる。すなわち、理由をわかる(see)ことが単に理由に束縛されていること(in the grip of the reason)にあたるという可能性が懸念される。単に理由に束縛されている人は、自律を発揮できないと考えられるので、それを免れるための条件が明確にされる必要があることになる(Jaworska 2009:96)。

知覚された理由(perceived reason)³に束縛されていないということを確保するために、なぜある特定の配慮を理由として扱うかを主体が反省する必要性や、その理由の知覚が正しいと主体が見なす必要性が主張されるかもしれない。つまり、ここでも再び、動機付けの階層や評価的判断の必要性が主張されうる。これに対してヤヴォフスカは、それらは必要ではなく、他の理由を認める可能性に開かれていれば十分であると主張する。

知覚された理由に束縛されていることを避けるために本当に必要なものは、事柄を違ったように見ることの可能性に対するある開放性(openness)である。より親しみのある言葉で言えば、主体は、反省の可能性を背景にして(against the background of the possibility of reflection)、特定の配慮を理由として認めなければならない——我々が、とても広く反省を構成するものを解釈し、反省と人の動機付けの状態の査定とを混同しないのであれば(Jaworska 2009:96)。

この主張に従えば、知覚された理由に従って行為する際に、別の理由に従って行為する可能性を持っていれば、その知覚された理由に束縛されていることにはならないことになる。そして、このことは、ある意味では、知覚された理由を反省することであるとも言えるが、このとき、反省は最小限の意味しか持たず、反省を動機付けの状態を査定するようなものと捉えることはできないのである。

この点について、ヤヴォフスカによれば、感情的な枠組みの自然な移行が可能な限り、理由の新たな知覚に対する可能性に開かれていることになりうるし、理由の知覚が反省過程の直接の結果でなくとも、反省の可能性を背景として何かを理由として認めるのでよい。これは、反省によって代替の視座が生じなかったり、反省が実際には無意味であったりしてもよい。ここでは、「反省の能力をもつ人格は、状況が別の代替的な視座を見込む限り、自分の現在の理由についての見解を問う準備ができており、潜在的にはそれを変更する準備ができてい」(Jaworska 2009:98)ということこそ重要なのである。

つまり、反省によって何かを理由として知覚する必要はなく、理由が別のものに移行する可能性を持っていればよく、必要となればその理由を持つことを問うことができればよいということになる。そしてそのためには、ある程度の代替的視座をもつ能力が必要とされる。この理解は、何かに束縛されたり統制されたりしていたら自律的ではないという一般的な自律の理解とも合致するものであると考えられる。

ヤヴォフスカが取りあげる例では、幼い子どもは、最小限の自律のための最初の二つの要件を満たし得たが、第三の要件は満たしえないことになる。というのも、幼い子どもは、代替的視座を獲得するのに十分な反省に携わることができないゆえに、理由に束縛されていることになるからである。

これまでの考察から、ヤヴォフスカは、自律的意思決定の最小限の要件を次のような中核的要素に解釈する。(1)主体は特定の対象 P に関心を持つ。これにより、意思決定を導く態度が内的であるということが確保される。また、統治が帰せられうるのは自己であるということが確保される。(2)主体は、自身に関心を持つものを追求する理由を認めることに照らして行為する。これにより、統治の要素自体が導入される。(3)第一次的反省の可能性を背景にして、行為のための理由が選定される。これによって、主体が、関心に基づく配慮を理由として扱うことに単に束縛されているのではないということが確保される。これらの要件にとって、評価的判断あるいは態度についての態度の階層の要請はどこにも生じないことになるのである。

第四節 関心に基づく自律的決定

自由主義の限界に対する含意

自律的意思決定の最小限の要件が明らかになったことによって、一見、自律の能力を有すると判断される人の範囲が広がると思われる。しかし、そうでないことをヤヴォフスカは明確に述べる。確かに、最小限の自律的意思決定の要件によって、人が自律を発揮することは、伝統的に考えられてきたよりも容易になるし、ある形式の自律を発揮する能力を有することも、原則的には、標準的に想定されるよりも容易になる。しかし、そのことは、自由主義の下で、不干渉に値すると見なされるのに十分な程度に、人が自律の能力を保持することが容易になることを直ちに含意するのではない(Jaworska 2009:99-100)。つまり、これまでの考察から、その人の最深の価値を反映していない選択であっても、関心に基づく選択であれば、自律の能力が発揮されたものであるとみなされ、自律的意思決定として保護されることになる。この意味で、自律の発揮も、発揮する能力を有することも、範囲が広がることになる。しかし、自律の能力を保持していると考えられる人の範囲が広がるわけではない。なぜなら、自律の能力を表現するためには、自律の基礎的要件に加えて、決定を行為に転換するための心理的能力などのきわめて重要な補足的諸力(vital supplemental powers)が必要であるからだと言ヴォフスカは説明する。それらは、その人が行為する具体的な状況において関心を持つものを促進するような、手段と目的の理由付けができる能力や、依存症や極端な衝動のような意志の混乱からの自由であることのような、人の決定を行為に転換するための心理的能力を含む。ヤヴォフスカによれば、これらの諸能力を持つために、最小限の自律の基礎的要素に必要とされるより高い程度の認知的洗練を必要とするなら、非介入に値するような能力を有するかどうかの基準には何の変化ももたらさないかもしれない。しかし、自律の基礎的要件が明らかになったことによって、あくまで、ある人の自律を発揮していると思なされるものの要件が変化するゆえに、これまで理解されてきたよりも多くの選択が自律的であると見なされることになる。ヤヴォフスカのこのことを次のように述べる。

もし、自律の全ての前提要件を有すると推定される普通の成人が、彼の関心の態度に基づく決定をしたら、彼が関心に束縛されているのでない限り、それが彼の福利や尊厳、あるいはふるまいの合理的な観念に反するときだけでなく、それが彼自身のより高い次元の欲求あるいは長く変わらない価値(long-standing value)に矛盾するときでさえ、彼の選択は自律の欠陥のない表現であるかもしれない(Jaworska 2009:100)。

このように、自律的であると判断される人が、関心に基づく意思決定をした場合に、それがその人自身の価値に矛盾する場合であっても、自律的決定であるとみなされ、他からの介入から保護されることが、ヤヴォフスカの考察によって明らかになったのである。

ラザロフの事例の解釈

このような考察の結果、ヤヴォフスカによれば、ラザロフの事例の場合には、弱く意志された選択や誤算による選択である可能性ではなく、別の可能性として次のように解釈できることになる。

ラザロフは、よい死を価値評価するけれども、彼は今や彼自身が単純に生存することに深く関心を持っていることに気づく。

第一に、自身が死を免れないと強烈に意識したとき、希望、恐怖、怒り、失望などのラザロフの感情的反応は、どんなコストを払ってでも生存という目標に強く集中する。息子がラザロフに「見切りをつける」ことに対するラザロフの怒りが、この部分的証拠となる。ラザロフは今や、自身が単純に生存に深く関心を持っていることに気づく。

第二に、最も重要なこととして、死を先回りして防ぐことへの関心を知覚することで、彼は合理的に、病気の進行を止めて生を延長するどんな小さな可能性の機会でも外科手術を受ける理由と見るように導かれる。

第三に、ラザロフは自身の状況と理由を他の仕方で見ると精神的自由を持つかに関しては、ガワンドはこれを問うていないが、少なくとも、ラザロフのような立場の患者が、行為の理由として、生存のための全てのチャンスの知覚に固着しているのではないと言うことは可能である。例えば、患者は、彼の現在の感覚が、よい死を確実にすべきだという熟考された信念に反するというをよく意識できるかもしれない。彼は、この対立する観点を通して考えることができ得るゆえに、批判的反省の可能性を持っている。

つまり、ラザロフの状況で外科手術をうけるという決定が、患者が関心に束縛されているということなしに、患者の生存についての関心の表現であることは可能である。もしこれが該当するならば、たとえラザロフの価値に矛盾するとしても、ラザロフの決定は自律の真正な発揮と見なされる(Jaworska 2009:100-101)。

ヤヴォフスカによれば、これと類似した解釈は他の事例でも適用できる。この例として、容姿の重視を非とする価値を持ってきた女性が、乳ガン治療の二つの選択肢に直面したとき、より安全性が高いとされる乳房切除術よりも、危険性は上がるが胸部の容姿が保存できる乳腺腫瘍摘出術を選択する事例が取りあげられる。さらに、関心に基づく選択が、主体自身の熟考された判断と対立するだけでなく、そのような判断に照らして全く有害であるような事例が考察される。例えば、夫からの虐待を受ける女性は、感情的に夫から自身を引き離すことができないゆえに、自身のそのような反応は不適切であると認識しており、それを変えたいと思っているときでさえ、夫の元に戻り、やり直すという選択をするかもしれない。このとき、彼女の選択が関心に由来し、彼女が反対の評価的判断をわかっている、問題を批判的に反省することができるならば、彼女の選択は最小限の自律を体現するものであり、尊重される必要があることになる。これらの例においても、選択は非介入と基本的尊重に値すると承認される必要があることになる。

その場合に、ヤヴォフスカは、それらの選択が無条件に尊重されるべきだと述べるわけではない。自律の最小限の基準を満たす選択は、自律の理想的な十全な表現から大きく隔たっているかもしれないゆえに、許容できる説得や支援などの余地があることをヤヴォフスカは認める。また、主体が最小限のレベルを超えて十全な自律の観念に近づくことがよりよいということが否定されるべきではないと述べる。それにもかかわらず、外科手術を選択するラザロフや、乳腺腫瘍摘出術を選択する女性や、虐待する夫の元に戻る女性の事例では、選択において人格が実際に自律を発揮しているので、それらの選択はパターンナリスティックな介入に対して特に高いレベルで保護される必要があるのである。

医療においては、患者が自身の価値に反するような決定をする際、ガワンドによって述べられた所感のように、パターンリズムに向かう傾向は特に強い。それゆえ、介入を考慮する際には、患者が最小限の自律を発揮しており、自己の基礎を危うくしている訳ではないという可能性に、特に注意深くなるべきだと、ヤヴォフスカは主張するのである⁴。

こうして、ヤヴォフスカの考察では、自由主義のアプローチの基礎が危うくされるのではなく、自由主義の観点から、患者が自律の能力を十分に発揮していると見なされ、パターンナリスティックな介入から保護されるべきだと見なされる事例の範囲が非常に拡張されることになる。

第五節 ヤヴォフスカの主張に対する考察

自律的意思決定の基礎となる価値と関心

ヤヴォフスカの主張に従えば、意思決定において、患者の関心に基づく決定は、たとえそれがその人の明言された価値に矛盾するものであっても、自律の発揮であるゆえに、他から介入されないで尊重されることになる。

このようなヤヴォフスカの主張においては、患者の価値がどのような性質のものかは明確には特徴付けられていない。ヤヴォフスカは、患者の最深の利害関心、明言された価値、熟考された信念という言葉をもとに同等に扱う。このことから、ここで扱われる価値とは、その人によって熟考されたものであり、認知的に価値評価されたものであり、過去から持続する堅固なものであると考えられる。この理解を踏まえるなら、関心とは、何かに対する感情が主たる構成要素となるものである点から、熟考して形成されたような価値や利害関心とは異なる性質のものである。しかし、関心も、単純な感情とは異なり、何かに向かうその人の複合的な態度であり、ある程度の持続性を持つものであり、場合によっては、主体にとって価値よりも強く全面に出てくるものである。

第二章の第四節で考察したホワイトの主張によれば、人は価値や目的や利害関心を改訂しうるが、その際には何らかの熟考を伴うと考えられた。また、価値などが改訂されるの

は、それまでの価値が不可能になったり、それが自分を引きつけるものではなくなったりする場合であった。しかし、例えば、ラザロフの場合には、現在の生存に対する関心は、それまで持ってきた明言された価値を何らかの熟考によって変化させたものには見えない。また、積極的な治療を拒否して安らかな死を迎えるという、持続的に持ってきた価値が不可能になったわけではなく、依然として、その価値に基づく選択も彼にとって可能である。しかし、治療選択を迫られる場面で、自身の死を強く意識して様々な感情が複雑に絡み合っていて結合したときに、安らかな死という価値は、治療選択に際した現在のその人にとって前面に出るものではなく、単純に生存の可能性に賭けるという関心が優位になって前面に出ている。これらの点から、変化した価値に基づく選択と、関心に基づく選択とは異なると理解できる。ラザロフの事例や乳ガンの治療選択の事例のように、医療的な意思決定が問題になる場合に、選択の主体が、それまで感じたり考えたりしたことのないような状況に立たされ、これまで考えたこともなかったような思いもよらないようなことを強く気にして、その関心はその人の前面に出てくることは、珍しいことではないだろう。実際、先に触れたピーチャムらは、ヤヴォフスカの主張を取りあげる箇所で、「ヤヴォフスカの挙げる事例は、医療の文脈で珍しいことではない」と述べている (Beauchamp, Childress.7:104)。

第一章の第六節で考察した G・ドゥオーキンの主張に従って、我々が身体化された存在であるゆえに自律が重要であるとすれば、主体にとって認知的側面と同様に感情的側面も重要である。ヤヴォフスカの主張は、意思決定において、単に認知的に熟考された価値だけが基礎となる選択のみならず、感情的な複合的な態度である関心が基礎となる選択も、最小限に自律的選択であることを明らかにする点で、重要だと考えられる。また、そのような関心に基づく選択を、全く無視すべきだとは我々は考えない。

意思決定において、患者は、必ずしも認知的な熟考を経たものに基づいて選択するだけでなく、むしろ、それでないもののほうがよいとある意味でわかりながらも、どうしても関心があるというものに基づいて選択することはあり得る。言い換えれば、その状況におかれないうり表出できないような、関心や、認知されないその人にとって重要なものもあり得る。これを、熟考された価値に基づかないという理由だけで尊重しないことは、意思決定の主体にとって重要なものを意思決定に反映し損なうことになりかねない。単なる一時的な感情に基づいてなされた意思決定を尊重することは、主体にとってより重要なものを意思決定に反映し損なうことになってしまうと考えられるが、ヤヴォフスカの主張する関心は、ある程度の安定性を持つものであり、主体のアイデンティティを構成するものでもあることから、それに基づく選択は、主体にとってその時点で前面に出る重要なものを反映する選択となりうると考えられる。

このように、ある選択に際して主体にとって重要なものが、それまで持ってきた価値や最深の利害関心ではなく、関心となるということは、ヤヴォフスカが考察する三つ目の条件を踏まえることで理解できるだろう。ヤヴォフスカは、ラザロフと同様の立場の患者が、

関心に基づく選択が自身の熟考された信念と矛盾するという意識できるかもしれないと述べている。このように、対立する観点からも自分の選択の意味がわかるということは、現在の自分にとって重要なものを最小限度には意識できることだと考えられる。前に考察したビーチャムの自律理論においては、意図的であることと理解していることとの条件に関して、価値や目的などの自身にとって重要なものに照らしたりそれに基づいたりするといった要素は提示されない。この点に関して、ヤヴォフスカの理論では、ある関心に基づいてそれを理由とするときに、別の可能性に開かれている必要がある、その意味で、最小限に反省して、他の選択の可能性をわかったうえで優先することができる。そして、この条件を確保することで、ヤヴォフスカの主張は、単なる一時的な感情や依存症などによる選択とは区別され、意思決定の際にその人にとって重要なものに基づく選択であることが確保されるといえる。このことから、ビーチャムの提示する条件におけるのとは異なり、ヤヴォフスカの主張する自律の条件の場合には、その選択が現在の自身にとってある意味で優先的なものであることを主体は(そしてそれに基づいてある程度は関係者も)ある程度わかることが可能となり、必要となる。ヤヴォフスカが主張するように、別の選択の可能性を最小限に反省しうることで、自身にとって重要なものをある意味で認識すると考えられるのである。

このことから、ヤヴォフスカが主張するように、関心に基づく意思決定も、自律の条件を満たす限り、自律的選択として、他から介入されずに尊重される必要がある。また、ラザロフに対するガワンデの所感とは異なり、我々は、自律的だと判断される人の表明された価値だけでなく、その時点での意思表示や選択を無視できないものとする側面を持っている。このような我々の態度を説明する上でも、ヤヴォフスカの主張は有効であろう。ヤヴォフスカの考察によって、本章の第一節で取りあげたブロックの主張に対しては、患者自身の深く持続的な価値を反映している選択でなくとも、患者自身の関心に基づく選択であるなら、単なる非合理的選択であるとは判断されないことになるだろう。また、関心がある程度の持続性を持って主体にとって重要なものであるなら、それに基づく選択を尊重することは、「患者の自律や自己決定の尊重のためには、患者の治療の選好がどのようなものであっても尊重する」こととは区別される。

ヤヴォフスカの主張の困難と限界

しかし、患者の意思決定を尊重する上で、ヤヴォフスカの主張では不十分な面があると考えられる。ヤヴォフスカが主張するように、関心に基づく選択は、しばしばその人のこれまでに明言された持続する価値に矛盾する。関心は熟考によって得られるようなものではないとすると、ある選択が単なる一時的感情ではなく関心に基づくものであると医療従事者や家族が理解することは、明言された価値に基づく場合よりも困難となりうる。この

点に関しては、関心に基づく選択が保護されるためには、より密なコミュニケーションや観察が必要とされるであろうが、熟考された価値などとは異なり、関心は感情的態度であるゆえに、患者によって合理的に説明されたり、医療従事者などによって理解されたりするのが難しいかもしれない。実際、ガワンデは、ラザロフの意思決定を悪いものと見なし、理解しがたいと感じている。この点に注意深くならなければ、「患者の自律や自己決定の尊重のためには、患者の治療の選好がどのようなものであっても尊重する」こととの区別はできなくなりうる。このような困難は、次の例からも理解できよう。例えば、ビーチャムらは、時間経過の中で患者の行う選択が矛盾する場合の例を挙げる (Beauchamp, Childress.7:113-114)。この例によれば、患者は自らの生活様式や家族への負担を考慮して慢性腎臓透析を止める決定をし、後に痛みや身体的変化によって透析を再開するよう言ったとしても、それを拒否するよう要請しており、これに家族や医療従事者も合意していた。その後、患者は死に直面しながら痛みを訴え、透析再開を要請する。ビーチャムらを取りあげるこの例では、患者の透析再開の要請は、患者のこれまでの明言された価値と矛盾する。しかし、この要請が、関心に基づくような自律的選択であり、透析を再開すべきであるのか、あるいは、自律的選択であるとは言えず、単なる痛みの緩和処置を提供すべきであるのかを判断するのはきわめて困難であろう。ヤヴォフスカが取りあげるラザロフの事例では、家族や医療従事者は、ラザロフの生存に対する関心がある程度の安定性を持つことを観察して知ることができるだろう。それとは異なり、ビーチャムらが挙げる透析の例では、患者の要請がどの程度安定したものであるかを知るのには難しいだろう。このような困難は、次に述べるヤヴォフスカの主張の限界とも関連すると考えられる。

我々は選択において、それが熟考によって形成されたものであるか否か、あるいは、浅はかなものであるか否かに関わらず、やはり最小限の程度には、その人にとっての深い価値が選択に反映されることをより重要視する傾向を持ち合わせている。また、自律尊重に関して、自律的意思決定は他から介入されないで保護されるという側面だけでなく、患者の価値や目的を達成しようとする自律的意思決定を促進したり保護したりすることが医療従事者の義務であるとする観点も存在する⁵。これらを踏まえるなら、関心は、価値のようにその人自身がある意味で認知的に承認するようなものとは異なるゆえに、関心に基づく選択を尊重することに対して慎重になる必要もある。例えば、ラザロフが、残された時間が少ないことに対する絶望や、死に対する恐怖や残りの時間が短いことへの焦りや不安などから、一般的に見込まれる利益の少ない外科手術を希望するなら⁶、単純にその選択に従うのではなく、その選択の理由となるものを考察し、関心を構成するより単純な感情を(例えば、残された時間で目的を見つけることで、不安感が和らぐように)変化させることで、ラザロフにとっての安らかな死のように、その人のその時点での価値に一致する選択を患者が行うことが可能となるかもしれない。ヤヴォフスカのここでの主張は、関心に基づく選択でさえ自律的意思決定として、他人から介入されずに保護される必要があると

いうものであるが、むしろ、関心に基づく選択を無視しないで尊重することを確保した上で、その選択の理由となるものを考察し、患者のその時点での価値や目的に一致するような選択をするよう働きかける観点が必要であるといえる。

これまでの考察を踏まえるなら、ヤヴォフスカが主張するように、たとえその人の価値に矛盾するような選択であったとしても、関心に基づく選択は自律的決定として介入されずに保護される必要がある。実際にはこれが困難なことであっても、最大限に尊重しうるように対話や観察をすることが求められるだろう。しかし、単に関心に基づく選択を保護するだけでなく、同時に、その人の価値に一致するような選択に至る可能性を探り働きかける必要もあると考えられる。

¹ perception は、ヤヴォフスカの自律理論においては、結局は、高次の認知的な反省を伴わないような仕方では「捉える」ことを意味することになると考えられるため、本稿では、「認識」や「認知」ではなく、「知覚」という訳語を当てることにする。

² 例えば、前に取りあげた(Beauchamp)や(Brock)も治療選択における感情の影響に言及している。

³ ヤヴォフスカの主張においては、理由を扱う場合にも「わかる(see)」のであり、「受け取られる(perceived)」のであり、これらは高次の反省を伴わずに単純に捉えられるものだと理解できる。このことから、perceived も「知覚された」と訳すことにする。

⁴ 本稿では立ち入って考察しないが、ヤヴォフスカは、最小限の自律の概念が、患者の要求に対する、良心の拒絶 (conscientious objection) と見なされるものに影響する点にも言及する。医師などがなす良心の拒絶が、原則的には承認されうると仮定して、それを行うことが許容される場合が考察される。ヤヴォフスカによれば、通常、良心の拒絶に値するには、その選択はその人の自律を真正に体现していなければならないと考えられる。つまり、この見解では、もし問題となっている医療的処置が医師の評価的信念に反するなら、良心の拒絶のための基礎が存在することになり、状況が許すなら、医師がそれに関与しないことが合理的であると考えられる。しかし、例えば、終末期の患者への思い切った手段をとらないのが最善であると医師は信じているが、しかし、それにもかかわらず、医師はその患者に本当に関心を持っていて、ゆえに、自身のよりよい判断に反して、患者を生存させたいと望むとき、この医師は患者を死ぬに任せる過程に関与することに対して、良心の拒絶の基礎を有するだろうか。この問題に対してヤヴォフスカは、もし医師の選択が関心に基づくなら、それが自身のよりよい判断に矛盾する時でさえ、それは最小限に自律的であるという資格を得るのであり、その選択が医師の自律の真正な表現であるゆえに、良心の拒絶を打ち立て得る、と主張するのである。

⁵ 自律尊重のこの側面は、IC 理論に関連する議論で顕著となる。IC と自律尊重との関係について、例えば、IC の要件のために提起された第一義的な正当化理由は、自律的な選択の保護であった(Beauchamp, Childress.7:121)と主張されたり、自律の本性についての分析は、IC の本性についての我々の分析の本質的基礎を提供する(Faden, Beauchamp:235)と指摘されたりする。このような、IC 理論の基礎としての自律尊重を、J・S・テイラーは、自律の配慮(concern for autonomy)と言い換えて、その意味を考察する。テイラーの議論によって、医療従事者が不注意に(negligently)、つまり、意図的ではなく(unintentionally)重要な情報を提供し損なった場合、結局は、患者の自律自体は侵害されず、自律の手段的価値(instrumental value)のみが侵害されることが明らかになる。つまり、その場合、「目的を達成するだろう仕方でもその人が自律を発揮するのを妨げた」(Taylor 2009:6)ことになる。テイラーによれば、医療従事者は、その職業的立場によって道徳的に要求されるような仕方でも患者の自律の手段的価値を高めるよう積極的に働きかける必要があるため、不注意によって重要な情報を提供し損なった医療従事者は、適切

に患者の自律を尊重しなかったことになり、道徳的にとがめられることになる。この考察から、テイラーは、ICの基礎となるのは自律自体の尊重ではなく、自律の手段的価値の尊重であると主張するのである(Taylor 2009:139-140)。ここでテイラーが指摘する自律の手段的価値は、本稿の第一章で考察したG・ドゥオーキンにおける自律の手段的価値と同じ内容を持つと言える。このようなテイラーの議論からも明らかになるように、意思決定における自律の尊重には、その人の価値や目的を達成するように自律を発揮するよう積極的に働きかける必要性も含まれる。ヤヴォフスカが述べるように、関心に基づく選択に対する説得も、このような問題を念頭に置くものだと言える。しかし、このような自律尊重の側面は、本稿のここでの主題ではない。⁶ 例えば、若くして末期のガンに罹り、不安や絶望や恐怖などから、医療的処置によって持続的に眠らせて欲しいと要請する患者は、関心に基づいてそのような要請をするのかもしれない。また、死が迫る中で、まだ生きていたいという希望を持っている患者は、残りの時間の中での目標設定を契機に、不安が落ち着くかもしれない。患者が終末期に何かに強く関心を持つこのような例は、(奥野:184-188)にも見られる。

小括

これまで行ってきた考察から、医療の意思決定において、強固に安定した一貫した価値を前提とし、それを高次の認知的な能力によって反省する過程を経た行為のみが、自律的行為であるとされるのは適切ではないということが明らかになる。意思決定において尊重される自律的行為は、一貫した価値や高いレベルの反省を必ずしも前提としない。ビーチヤムが主張するように、ある行為が自律的であるためには、それを意図して、ある程度の理解を持って、ある程度他からの統制的影響を受けないで、行為すればよいことになる。このとき、何らかの仕方で、行為の主体にとっての重要なものに照らして、行為を意図したり理解したりする必要はあるだろう。このように、ある意味で価値といわれるようなものに照らして意思決定するのが重要となる面はあるが、その際の価値とは、必ずしも長く一貫しているような強固な価値である必要はなく、意思決定が必要とされる場面で再構成されるものであるかもしれない。それゆえ、自律的意思決定の基礎となるのは、あくまで、その時点でのその人自身の価値や目的や利害関心である。また、ヤヴォフスカが主張するように、ある程度の時間の幅を持つような関心も、その人にとって重要なものであり、自律的意思決定の基礎となりうる。このような意思決定は、尊重され、他から介入されないで保護される必要がある。そして、尊重される自律的選択がこのように説明されるなら、自律尊重の基礎となるのは、強く一貫した価値に基づいて自身の生を形成することだけではなく、ある程度の安定性を持つような価値や目的や関心など、その時点でのその人にとって重要なものに基づく選択をしながら、その人の仕方で、自身の生を形成することでもありとえられる。

このように、患者のある意思決定が自律的なものであるかどうかを判断するには、その意思決定が患者の価値や患者にとって重要なものに基づく選択であるか否かや、患者がその選択を適切な程度に意図して理解しているか否かなどを知る必要性が少なからず生じる。それを知るためには、患者と関係者との対話や、患者の価値の変化やある事柄への関心を生じさせるような状況の観察など、患者と関係者との関係性や、ある種の我々が共有するような合理性に頼る必要があるだろう。

意思決定の時点で患者との対話が難しく、患者の価値や患者にとって重要なものを知る手段がより限定される代理決定の場面に移って、自律の問題をさらに詳しく考察しなければならない。

第二部 代理決定における事前指示の有効性と患者の利益

第一部では、自律的である、あるいは対応能力を有していると判断される人の意思決定の問題に関して、特に、自律的意思決定の尊重という観点から考察を行った。第二部では、自律的意思決定に関連する具体的な場面として、代理決定の問題を取りあげて考察する。

一般に、自律を欠く、あるいは対応能力を欠くと判断される人に関する治療選択のためには、代理決定が必要とされる。例えば、幼い子ども、病気の末期にあり意識が朦朧としている状態の人、遷延性意識障害状態、認知的機能に影響する慢性的抑鬱症、精神疾患、認知症などの人の場合には、その人は対応能力を欠くと判断される。単に対応能力を欠くという理由のみによって、その人に関する治療選択を他人が一律に決めることは適切ではないと一般にも考えられるが、しかし、その人自身にとって何が意味ある選択であるか、どれがよい選択なのかをその人自身が判断し表明することは困難である。対応能力を欠く人に関する治療選択の際には、その人自身の現在の自律的選択に依拠した意思決定はできないため、代理決定を行う人が、治療をするか否か、するとしたらどのような治療をするのか、現在行われている治療を継続するのか停止するのかなどを決定する必要がある。しかし、なかでも、認知的機能は弱まっているが、意識や他の諸能力は保持している患者の場合には、代理決定に関して解決されていない問題は多い。そこで、本稿では、認知的機能が弱まり、一般には自律や対応能力を欠くが、意識や他の諸能力を有していると考えられるような、認知症¹患者を主として念頭に置き、代理決定の際に何を尊重する必要があるか、言い換えれば、何に基づいた代理決定が必要であるかを明確にしたい²。

一般に、代理決定においては、患者が以前は自律的であった場合、あるいは、以前は対応能力を有していた場合には、患者の以前の自律的意思決定に基づいた治療選択をすることが第一に優先されることが、広く受け容れられているように見える。しかし、特に、認知症患者の意思決定においては、患者が対応能力を有した時点での自律的意思決定と、患者の現在の利益とが対立しうる。この対立が生じる場合に、どちらを優先させるべきかに関する論争が行われてきた。その主要論者のひとりである R・ドゥオーキン(Ronald Dworkin)は、マーゴという認知症患者の事例を取りあげる。このマーゴの事例は、本稿で扱う議論の軸となるものである。そこでまず、この事例を取りあげておきたい。マーゴとは、医学生ファールリックが出会った認知症患者であり、ファールリックは、マーゴとの出来事を次のように報告している。

……アパートでは、マーゴのジャマイカ人介護者ルイーズが、私を笑顔で迎えてくれる。おそらく私の訪問は、彼女が仕事から解放される合図なのだろう。ルイーズがドアを開けるには数分かかる。なぜなら、マーゴが夜中に徘徊しないように、アパートのドアにたくさんの鍵やチェーンがつけられているからだ。これらの鍵が取り付け

られる前には、しばしばマーゴは、自分自身で街を探索するという無理からぬ欲求を満たしたものであった。……マーゴは、彼女自身の安全のために部屋に閉じ込められているということを理解しているのだろうか。

時々、私がマーゴを訪ねるとき、彼女は昼寝から目を覚ましていた。もしくは、彼女はベッド付近の床の上で静かに読書をしていた。ミステリー小説を読んでいると彼女は言うが、彼女の読んでいる本のページが毎日あちこちに飛んでいることに私は気づいていた。……おそらくマーゴは、ただ座って、ハミングしながら前後にゆっくり椅子を揺らし、気ままに居眠りをし、ときどき本の新しい頁をめくることが気持ちよかったのだろう。ある日には、マーゴがほとんど裸同然で服の山のなかに立って、化粧品を試しながらメイクをしているのに出くわした。彼女は私に気付くと、働きに行く準備をしている、と真剣に説明したのである。そこで私は、ある意味では、彼女の心の文脈においては、実際にそうだったと思っている。

……マーゴは、同じ曲を何度でも同じように夢中になって聴くことができた。「エブリタイム・ウィ・セイ・グッバイ」という曲を聴くときはいつでも、微笑みながら亡くなった夫を思い出すと私に教えてくれたものである彼女は、自分が健康だったときにどのようなであったかを覚えているのであろうか。

マーゴは私のことを名前で呼んだことがない。彼女が単に次の日には忘れていいのか、全く私のことを覚えていないのか、などといったことを考えたこともなかった。もし私が彼女にたずねれば、私が誰か知っていると答えるだろう。しかしそれは彼女の気遣いからだろう。おそらく私は「私を覚えて欲しい」という風に見えるのだろう。

しかし彼女が実際に私のことを知らないのだとしても、私に会うことをいつも喜んでくれていた。私が良い話をもってくるか悪い話をもってくるかどうか、あるいは私が話す価値があるかそれともつまらないのかどうか、といった一般的な感覚を少なくとも持ち合わせているかのように、上品に丁寧に私を迎えてくれたのである。……

……マーゴは病気にもかかわらず、あるいはおそらくある程度は病気のゆえに、私が知っている人の中でも間違いなく最も幸福な人の一人である。彼女の心は変性しつつあって、そこになにか美しいものがあって、それによって彼女の心は自由でいつも元気なのである。……マーゴはどのようにして自己についての感覚を持ち続けているのだろうか。古い記憶が急速に薄れるにつれて、人がもはや新しい記憶を蓄積できない場合に、何が残るといえるのだろうか。マーゴは誰なのか。

ある日、マーゴは一緒に学校に行くよう私に言った。学校だって？ルーズが私に、マーゴは病気になってからの数年、学校に参加しているのだと説明し、次の朝一緒に行くよう提案してくれた。「学校」というのは、Yという所で、アルツハイマー症患者のための絵画療法グループであることがわかった。そのクラスは、参加者が描きたいと思うものを何でも描くという、単純なものだった。

皮肉なことに、それらのアルツハイマー症の人々は、あらゆる経験をそのつど新たにしておし、きまって同じ絵を毎日描くのであった。記憶が消失することで、自分の名前を書いたりどこに自分がいるのかを述べたりする能力がしばしばなくなったとしても、彼らは絵を描くことで自分の環境において依然として、ある一貫性(a constancy)を表現することができるのである。事態が変化し始める病気の最終段階になるまで、つまり、ちょうど死の直前まで、できあがる作品はほとんど変わることはない。……

そのクラスの教師は、……何年にもわたって自分のクラスから集めた作品群を見せてくれた。その中の一つが私にはとても興味深かった。なんとなく親しみのあるもので、一つの円のなかに別の円が書き込まれるという仕方で、〔全部で〕四つの円がやわらかい色彩で描かれていた。すぐに思わず言ってしまった。「これはマーゴの絵ではないか」と。私にはその絵にマーゴが見えた。彼女の平和な認知症の状態で、素朴な、満足そうな、微笑んでいるマーゴが。私は全てがはっきりわかった気がしたのだ。彼女が書くとすればまさにこの絵がそれであろう。……マーゴは彼女のアイデンティティを持ち続けていた。彼女の心はその絵の中にある。マーゴは他人を自分の内側に引き込む仕方を持っている。私にはわかった。誰がそんな彼女に見切りをつけられようか。

講師は、私が突然叫んだことに全く驚くことなく次のように答えた。「そう、これは私たちがマーゴのロゴと呼んでいるものだ。——彼女はそれを熱心に毎日描くのだ、ここ五年間、まったく同じ仕方で。」 (Firlik:201)

ファールリックの観察からわかるように、マーゴは、認知的機能が弱まり、記憶を保持することが困難になっており、ひとりで生活することも難しい。しかし、苦痛を感じているようには見えず、満足そうで幸福そうであり、時折、かつての記憶と一貫した記憶を保持しているのではないかと思わせる言動が見られる。

このマーゴが生命に関わる病気を発症した場合に、どのようにして治療決定をするかが議論の焦点となる。すなわち、マーゴの以前の自律的意思決定に従うことが、現在のマーゴの利益と考えられるものと矛盾する場合に、どちらを尊重すればよいか問題となるのである。

この議論の前提となっている一般的な見解は、従来の代理決定基準を理解することでより明確になると考えられる。そこで、第四章では、代理決定の一般的な枠組みを考察する。この目的のために、T・L・ビーチャムとJ・F・チルドレスの提示する代理決定基準と、A・E・ブキャナンとD・W・ブロックの提示するものを取りあげる。これらの代理決定の枠組みにおいては、患者が対応能力を有する時点での自律的選択や見解が代理決定の基準として優先されるが、同時に、対応能力を欠く患者の現在の利益も一定程度保護する観点が含まれていることが明らかになる。さらに、このような代理決定の一般的な枠組みにおい

ては、マーゴのような患者に関して、患者が対応能力を有する時点での意向と、現在の患者の利益と判断されるものとが対立しうる場合に、どちらを優先して尊重するかという問題は解決されないで残ることが明らかになる。

これを踏まえて、第五章からは、マーゴのような場合の意思決定に関する議論に立ち入って考察する。先にも言及したように、この議論の主要論者のひとりとして R・ドゥオーキンが挙げられる。ドゥオーキンは、マーゴの意思決定においては、対応能力を有する時点での意向が優先されるべきだと主張する。この主張は、生死に関する個人の意思決定は尊重される必要があるという考察に基づく。一般に、たとえその人自身にとってその生を長引かせないで終わらせることがよいと考えられる場合であっても、延長可能な生を終了させることに抵抗が示されることがある。これは、生の不可侵性に関する見解に基づくものであるとドゥオーキンは分析し、生の不可侵性と個人の意思決定の考察を通して、結局両者は対立し得ないと論じる。第五章では、このようなドゥオーキンの理論の意味と問題を検討する。

さらに、第六章では、マーゴのような認知症患者に関する意思決定において、患者の以前の自律に基づく事前指示に従った治療選択がなされなければならないとする R・ドゥオーキンの理論を考察する。その上で、この問題に関してドゥオーキンとは異なる立場をとる、M・クヴァンテと R・ドレッサーの主張を主に取りあげて考察する。これにより、事前指示の有効性に関する主張の相違が、患者の人格性の捉え方の違いに依拠していることが示される。そして、マーゴのような認知症患者の場合には、事前指示のみに従った治療決定をすることは適切ではなく、患者の現在の利益を尊重する必要があることを論じる。

最後に、第七章では、マーゴのような認知症患者の現在の利益をどう捉えるかをさらに考察する。A・ヤヴォフスカは、認知症患者は自律の基礎的能力を保持しており、それを尊重すべきだと主張する。この主張を、認知症患者の主観的な利益を尊重すべきだと言う R・ドレッサーと P・J・ホワイトハウスの主張と比較検討する。これを通して、患者の現在の価値と経験的利害関心とを尊重する意思決定の在り方を明らかにする。

¹ dementia の訳語として、従来の「痴呆症」にかわって、2004 年から日本では「認知症」が公的に用いられることになった。これは「心 (mind) がなくなった・心の正常な状態を外れた」という dementia の本来の意味からすると不十分な面もあるが、社会的な流れに従い本稿では「認知症」という語を使用する。なお本稿で認知症の状態として念頭に置くのは、対応能力を欠くまで進行している状態である。

² 誰が代理決定を行うべきかということも重要な問題である。しかし、何に基づく決定をする必要があるかが明らかになることで、誰がそれを行うか、あるいは行いうるかも明らかになると考えられるので、本稿では、代理決定の際にどのような決定をする必要があるかに集中して考察する。

第四章 代理決定の一般的枠組み

治療選択において、一般に、自律的であり、対応能力を有する患者に関しては、患者の自律的決定が尊重される。これに対して、自律的であることが疑わしい、あるいは、非自律的であり、対応能力を欠く患者に関しては、代理決定によって治療選択がなされることになる。対応能力を欠くと判断される状態には、マーゴのような認知症の状態、遷延性意識障害状態、意識が朦朧としている状態、幼い子ども、精神疾患などの場合が含まれる。代理決定の際に、何に基づいた決定がなされるべきなのかを明確にする必要がある。

本章では、従来一般的な代理決定の枠組み理論を考察することで、代理決定の際の基準を把握し、代理決定の一般的な枠組みの限界と問題を明らかにする。代理決定の基準となる枠組みを体系的に論じるものの代表としては、T・L・ビーチャムとJ・F・チルドレス¹や、A・E・ブキャナンとD・W・ブロックの主張がある。両者とも、現在広く一般に受け容れられている見解から代理決定基準の考察を始め、それぞれの枠組みを提示している。ここでは特に、両者が提示する枠組みの検討を通して、代理決定基準の一般的な見解を確認するとともに、従来代理決定の枠組みでは解決されずに残る問題を明確にする。

そこで、ビーチャムらとブキャナンらの主張の相違を踏まえつつ、第一節では、代理決定の一般的枠組みの基礎となる見解を確認する。そして、従来三つの基準のうち、第二節では、代理判断基準を、第三節では、純粹自律あるいは事前指示基準を、第四節では、最善の利益基準を検討する。これにより、各基準の規定を明確にした上で、第五節では、それらの基準に含意される制限と、その枠組みでは解消されない問題を明らかにしたい。

第一節 代理決定の基準と基礎

ビーチャムらは、代理決定基準として、「代理判断(substituted judgment)」、「純粹自律(pure autonomy)」、「最善の利益(best interests)」を順に提示する²。これに対して、ブキャナンらは、「事前指示(advance directive)」、「代理判断」、「最善の利益」の原理を順に提示する。代理判断と最善の利益は、両者においてほぼ重なり合うものであるが、特に、純粹自律と事前指示においては、両者の主張は多少の相違を含む。これは、三つの基準が示される順番とも関係する。ビーチャムらは、代理判断、純粹自律、最善の利益の順に提示するのに対し、ブキャナンらは、事前指示、代理判断、最善の利益の順に提示する。しかし、本稿の目的のためには、代理決定基準それ自体を評価することではなく、基準の含意を把握することが重要である。そこで、両者の主張の相違を踏まえながらも、一般的な代理判断の枠組みの確認に集中したい。

代理決定の基準において前提とされるのは、自律、あるいは対応能力を欠く人を処遇する際には、その人が自律を発揮し得た時点、あるいは、対応能力を有していた時点での決

定の権利を出発点とすることである。ビーチャムらによれば、治療についての決定は、自律とプライバシーの権利によって、対応能力を欠く、あるいは、非自律的な患者に属するものであると一般に考えられる。これによれば、患者がもはやそれらの権利を発揮する能力を欠くとしても、決定の権利と、自身の価値や選好を真剣に受け止められる権利を患者は持っている。そのため、もはや自律的でないという理由だけで、対応能力を欠く患者から意思決定の権利を奪うのは不当であることになる(Beauchamp, Childress.7:227)。また、ブキャナンらは次のように述べる。

最近の法理論と生命倫理学文献の両方において、優勢な傾向は、対応能力を欠く個人の権利を、対応能力を有する個人の権利の拡張と見なしてきたが、これは、それによって対応能力を欠く人のためにこれらの権利が他人によって発揮されるような手筈(arrangement)によって拡張されるものである(Buchanan, Brock:90)。

すなわち、対応能力を欠く、あるいは、非自律的な患者に関する決定は、第一には、その人が対応能力を有した、あるいは自律的であった時点でのその人の権利を拡張してなされる必要があり、それは、その権利を発揮する術を他人が整えることによってなされるということが、一般的に前提されるのである。そのため、代理決定基準においては、かつては自律的であった、あるいは対応能力を有した人の権利が出発点となるが、これまで決して自律的であったり対応能力を有したりしてこなかった人に関しては、この前提は適用できないことになる。このような前提に基づいて、患者に関する決定を代理決定者が行う際の、三つの基準が考察される。

第二節 代理判断

第一に、代理判断基準によれば、代理決定者は、いまや対応能力を欠く患者が、もし対応能力を有していたなら行ったであろう決定をする必要がある。そのためには、代理決定者は、単に患者の個人的な価値について一般に何かを知っているだけでは不十分であり、患者の見解や価値を反映するような特定の判断ができるほどに患者のことを深く熟知していなければならない。代理判断に必要とされるこの要件をビーチャムらは次のように説明する。

代理決定者が「この状況であれば患者は何を望むであろうか」という問いに確実に(reliably)答えられる場合には、代理判断は、第一人称的(first-person)同意に近似する(approximate)ような適切な基準である(Beauchamp, Childress.7:227)。

また、ブキャナンらは、代理判断基準を次のように説明する。代理決定者は、もし患者が対応能力を有し、医療的選択肢と、自分が対応能力を欠くという事実を含む自分の状態についての事実を自覚したなら、患者が選択するであろうように選択する必要がある(Buchanan, Brock:94)。

このように、代理判断のためには、代理決定者は、その特定の状況でその患者が何を望むかについての十分な知識を持っていなければならない、それがかなう場合には、代理判断は患者本人がする同意に最大限に近づきうると考えられるのである。

したがって、次の場合にはこの基準は適用できない。第一に、これまで決して対応能力を有したことの無い患者の場合には、その患者が自律的であったとしたらどのような決定をするかについての証拠となるものが過去にも決して存在しないために、代理判断基準は適用できない。第二に、以前は対応能力を有しており、当該の治療についての意思決定をし得た患者であっても、現在その人が対応能力を有していたら何を選択するであろうかに関する十分な証拠がない場合には、代理判断基準に依拠することはできない。つまり、特定の状況下での患者自身の選択に関する十分な根拠が存在しない場合には、代理判断は不可能となる。

ブキャナンらは、代理判断の基礎となる、患者自身が望むであろうことの証拠が明確であればあるほど、一般に判断されるようなその人の基礎的な利害関心よりも、代理判断が重視されると主張する(Buchanan, Brock:117-120)。証拠の明確さや強さは、例えば、ある治療選択に関連して、対応能力を有する時点でのその人が表現した選好の具体性や直接性、その証拠についての証言、証拠の信憑性、選好の表現の回数や期間などによって判断される。

このように、特にブキャナンらの主張において示されるように、特定の状況下で患者自身であったら行うであろう選択と、一般に判断されるような患者の基礎的な利害関心とが対立する場合には、単純に前者のみに従うことはできないと考えられていることがわかる。そのような場合には、前者の根拠がどの程度明確で強いものであるかによって、優先される程度が変化する。さらに、優先される程度の差はあるものの、ブキャナンらのこの主張においては、対応能力を欠く患者の基礎的な利害関心を確保することは前提とされることが考えられる。というのも、次に考察するように、代理判断よりも、事前指示の方が、より明確な患者の選択であると主張されるが、その場合においても、対応能力を欠く患者の現時点での利害関心は原則的には確保されるからである。

第三節 純粹自律あるいは事前指示

第二に、患者が対応能力を有していた時点での意向を基礎としながらも、代理判断とは区別される基準を、ビーチャムらは純粹自律基準、ブキャナンらは事前指示原理と呼ぶ。

前者は、治療に関する意向の表明全般を対象とする基準であり、後者は、明確に形式化された事前指示のみを対象とするものである点で、両者は異なる。これらの基準に関連して、まず、事前指示とは何であるかと、それに特徴的な問題を明らかにしておこう。

事前指示とは何か

事前指示とは、将来意思決定し得ない状態になった場合に、特定の状況下でのある形態の治療の希望・拒否を、対応能力を有する時点で意思表示しておくことである³。これには、次の二つの形態が含まれる。第一のものは、内容指示的(instructional)なものであり、リビング・ウィルと(living will)呼ばれる。これは、自分が対応能力を欠く状態になった場合に、特定の状況下で自分が希望する、あるいは希望しない治療の形態を具体的に指示するものである。第二のものは、自分が対応能力を欠く状態になった場合に、自分に代わって医療的な決定を行う代理決定者(surrogate)を指示するものであり、持続的委任状(durable power of attorney) や代理人(proxy)指示と呼ばれる。

これら二つの形態は、一般には併用されることがあり、また、併用することが意思決定において有効であると考えられている。例えば、遷延性意識障害状態になった場合には延命治療を拒否するというリビング・ウィルと、対応能力を欠くようになった場合の治療選択に関しては配偶者を代理人として指示するという併用を行うかもしれない。すなわち、特定の状況下で希望する治療を指示し、これに該当しないような状況に関しては、代理人に決定を委ねるのである。また、例えば、代理人として配偶者を指名し、かつ、治療に関する決定の裁量に関する制限を置く指示をもするかもしれない。つまり、対応能力を欠く状態になった場合の治療選択を配偶者に委ねると代理人指示し、さらに、代理人が決定する範囲を限定するのである。

このような事前指示によって、原則的には、事前指示の主体は、望まない耐え難いと考ええるような、対応能力を欠く状態になった場合の治療を回避でき、また代理決定者は、代理判断の明確な根拠を得ることができると言える。しかし、事前指示に特有の倫理的な問題も指摘される⁴。次にこれを挙げておこう。

事前指示に特徴的な問題

対応能力を有する人の現在的な(contemporaneous)選択とは異なるような、事前指示に特有の倫理的問題としては、およそ次の四点が挙げられよう。ここでは特に、ブキャナンらの主張に沿って考察する(Buchanan, Brock:103-106)⁵。

第一に、事前指示をする時点で、事前指示の主体は、将来生じるであろう特定の病気についての利用可能な選択肢についてよく情報を有しているかもしれないが、事前指示をし

た時点と、実際に指示が履行される時点との間に、治療の選択肢や診断は変化しうる。例えば、治療方法が劇的に変わったり、治癒が不可能であったものが治癒可能になったりするかもしれないのである。対応能力を有する人が、現在の治療選択をする場合にも、治療選択肢などの全範囲を十分に理解しているという保証はないが、事前指示の場合には、明らかに問題は大きくなると言える。

第二に、事前指示が暗に想定している状況と、患者に実際に生じる状況とが実質的に異なりうる。例えば、心肺蘇生を拒否する事前指示は、病気の末期であり蘇生が益になるかが非常に疑わしいような状況を想定したものであるかもしれないが、実際には、一時的な不整脈を起こす薬による心停止のために心肺蘇生が必要になることがあれば、その場合には、蘇生に見込まれる利益は大きくなりうる。その際、現実のある状況において事前指示に従った選択が必要となる際に、代理決定者はただちに指示の内容を適切に解釈することができないかもしれない。つまり、指示の想定と実際の状況との一致や、指示の含意を、代理決定者は適切に解釈できないこともありうるのである。

第三に、対応能力を有する間に、治療の選好を変えた場合でも、事前指示にそれを反映させないこともありうる。また、事前指示に従うことが、対応能力を欠く患者の利益にならないと考えられることもあるかもしれない。つまり、現在の選択に比べて将来に関する選択の場合には、利害関心が根本的に予見できない仕方でも変わらざるを得るのであって、自身の利害関心についての最善の判断者であるという想定は弱くなる。その人にとってよいものに寄与するのは、その人の活動、喜び、享受などに依拠する。しかし、対応能力を失わせたり低減させたりする深刻な病気やトラウマは、しばしば人の他の能力を根本的に変えもする。例えば、現在の利害関心に基ついてある状態での生は価値がないと判断することと、将来の変化した利害関心の下でその生を受け容れがたいと感じることとは異なる。対応能力を有する時点では、前者の判断は正しいが、後者は間違っていることになる。また、代理人として指示された人が、対応能力を欠く状態の患者の利益と考えられるものと矛盾するような選択をする場合もある。このように、事前指示に従うことが、患者の現在の利益に矛盾しうるという問題は、本稿の主題と深く関連する。

第四に、対応能力を有する人の現在の選択が信頼できなかつたり理にかなわなかつたりする場合には、それを抑制しようとする傾向にあるような重要な非公式な安全策(safeguard)が、事前指示の場合には効果的に現れそうにない、という点である。つまり、もし対応能力を有する患者が生命維持治療を拒否したら、その治療に責任がある周囲の人々は、しばしば患者に再考を促すかもしれず、それによって患者が早くにあきらめるのを防ぐかもしれない。しかし、この安全策が、事前指示策定の過程で強く作用することは難しい。

このような問題は、事前指示の内容を定期的に見直すことや、事前指示では特定の病気に言及しないようにすることで、多少は緩和されるかもしれない。また、事前指示の内容

に制限や例外を設けることも多少は有効かもしれない。しかし、それでも十分に問題を解決できるわけではない。事前指示を実際に履行する際に生起する問題は、結局は、代理判断において、患者のどのような見解や価値に基づいて選択を導けばよいか不明な場合があるということと、連続性を持つ問題であると考えられる。このような問題が生じるゆえに、一般的には、事前指示は、対応能力を有する患者の現在の選択と同等の権威として扱えないと考えられる。例えば、ブキャナンらは、対応能力を有する患者の現在の選択よりも、事前指示の場合には、治療決定における権威はより弱くなると論じる(Buchanan, Brock:107-108)。

しかしながら、先にも言及したような利点のゆえに、原則的には、事前指示、あるいは、事前指示に準ずるような、治療に関連する選好の表明は、一般には、代理決定において第一に尊重される基準とされるのである。

純粹自律基準

ビーチャムらによれば、代理判断基準に含まれるような曖昧な(dubious)自律を除外するのは、純粹自律基準である。これは、以前自律的であったときに、関連する自律的な治療選好を表現した患者にだけ適用される。口頭あるいは書面の事前指示で明白な選好を自律的に表現した患者には、一般には、この基準が適用されるが、代理判断と純粹自律の基準は、本質的には同一のものである。自律尊重原理によって、患者がもはや自身のために選好を表現し得なくても、以前の関連する自律的な治療選好は尊重されることになる。この基準によれば、公式な事前指示の有無にかかわらず、代理決定者は、しばしば「先行する自律(precedent autonomy)」と呼ばれる、患者の以前の自律的判断(prior autonomous judgment)に従って行為する必要がある。このようなビーチャムらの説明に従えば、患者が自律的であった時点での見解や価値を推論しうるだけでなく、当人が明確に自律的な治療選好を表現していた場合は、純粹自律基準が適用される。患者が治療選好に関する表現をしていたか否かで、代理判断と純粹自律の基準の適用が区別されると理解できる。

しかしながら、ビーチャムらによれば、この基準の下で、それに従って行為するために十分な証拠の規準については、議論が生じる。例えば、明確な指示がない場合には、代理決定者は、自分の価値と一致する価値を患者の生の歴史から選択して、決定にいたる際にそのような価値だけを用いるかもしれない。また、例えば、患者が病院嫌いを表現していたというような、現在の決定にほとんど関連しないような患者の価値に基づいて、代理決定者は判定をするかもしれない。そこで、代理決定者が、患者のそれまでの振る舞いから正当に推論しうるものを問うことが合理的であるとビーチャムらは主張する。それは、例えば、患者が医師を恐れたり避けたりするといったことや、以前に医師の勧告に同意するのを拒否したことなどの条件から推論しうるものである。このように、ビーチャムらは、

患者の以前の自律的治療選好に従って行為することの問題点を踏まえて、次のように主張する。

患者が口頭あるいは書面での事前指示を与える場合でさえ、それが直接に目前の決定に関連する自律的選好を表示するかどうかを、代理決定者は注意深く規定する必要がある (Beauchamp, Childress.7:228)。

つまり、このようなビーチャムらの考察に従えば、自律的患者の治療に関する選好の表現があることで、部分的には、それが無い場合よりも明確に患者の治療に関する選好を知り得ることになるが、しかし、表現された治療選好が、現在の決定に関連するという明確な指示がない限り、適切な証拠となるかどうかを代理決定者は慎重に判断しなければならないことになる。そして、その判断が必要とされる限りにおいて、ビーチャムらは、明確な事前指示と事前の治療選好の表明とを包括的に扱っていると考えられる。また、この際、純粹自律基準とは、代理判断に含まれるような曖昧さを除外するものであることから、純粹自律基準の基礎となる自律的治療選好とは、治療に関連するより具体的な選好であり、代理判断の根拠となるようなより一般的な患者の見解や価値とは異なることが念頭に置かれていると理解できる。しかし、純粹自律基準に従って行為するのに十分な証拠の規準については議論の余地があると主張されるように、例えば、病院嫌いという選好も、自律的選好表明に含まれると考えられている。このように、純粹自律基準に従う際の根拠が、明確な事前指示に限定されず、より一般的な治療選好の表明を含むものとされているために、ビーチャムらの主張する純粹自律基準は、代理判断基準との区別が曖昧であり、代理判断と同様に判断の困難さを伴うものであると考えられる。

事前指示原理

これに対して、ブキャナンらは、より厳密に代理判断と区別されるような、事前指示原理を提示する。事前指示原理によれば、明白であり真正な(bona fide)事前指示が利用可能であれば、代理判断や最善の利益よりもこれに従う必要がある⁶。事前指示は、対応能力を有する人の自己決定の権利を、対応能力を欠く状態の意思決定に単純に拡張するものである。事前指示のこの性質は、ブキャナンらによれば、代理判断とは明確に区別され、事前指示を、個人が選択するだろうものに関するひとつの特に重要な証拠と位置づけるのは間違っていることになる。なぜなら、代理判断の基礎となるのは、その人の選好に関する証拠であるが、これは選択にいたる前の段階に存在するものに過ぎない。これに対して、事前指示は、対応能力を有する人の現在の選好と同様に、意志の行為(act of will)であり、行為遂行的(performative)であり道徳的力を持つものであるからである (Buchanan,

Brock:115-117)。このようにして、ブキャナンらの主張においては、熟考された上での選択としての事前指示と、代理判断の証拠となる選好とが明確に区別される。先に考察したビーチャムらの主張においては、純粹自律が依拠するのは患者の自律的選好の表現であることから、代理判断と本質的に同一であるとされる。しかし、ブキャナンらの主張においては、代理判断と事前指示とは、代理判断における選択を導くために、患者の選好の証拠に依拠するか、患者の選択自体に基づくかの違いによって、より明確に区別されることになるといえる。ブキャナンらは、こうして、事前指示を代理判断よりもより明確に優位に置く。

ただし、対応能力を有する人の現在のな選択と、将来の決定を取り仕切る(govern)ための事前指示との間には、前の節で考察したような、重要な相違が存在する⁷。それゆえ、対応能力を有する人の現在のな選択と事前指示とを単純に同一に扱うことはできず、対応能力を有する患者の現在のな選択よりも、事前指示の場合には意思決定におけるその権威が弱くなる。

このように、ビーチャムらとブキャナンらとの主張では、自律的選好の表明全般を含むか、明確な事前指示に限定するかという違いはあるものの、両者とも、代理判断とは区別して、より明確に患者のかつての自律的選好や対応能力を有する時点での選択を根拠とする、純粹自律や事前指示を提示する。そして、これらの基準を適用しうる場合には、この基準を原則的には優先するのである。しかし、ビーチャムらも、ブキャナンらも、これらの基準を適用する際の問題点に言及する。この問題は、本章の第五節で改めて取りあげる。

第四節 最善の利益

第三に、最善の利益基準は、以前は対応能力を有した患者の関連する自律的選好を知ることができない場合や、患者がこれまで決して対応能力を有してこなかった場合に適用される。ビーチャムらによれば、この基準の下では、代理決定者は、各選択肢における患者が持つ利害関心や、リスクや負担やコストの様々な重要性を考慮したうえで、可能な選択肢の中から、患者にとっての最大の蓋然的正味利益(highest probable net benefit)を規定しなければならない。代理決定者は、最大の蓋然的正味利益を位置づけるような比較による査定を通して利益を最大化するように行為する義務がある。最善の利益基準は、様々な治療と治療に代わるもののリスクと蓋然的利益とを査定するよう代理決定者に要求することで、対応能力を欠く人の福利的利害関心(welfare interest)を保護するものであり、それゆえ、不可避免的に、生の質(quality-of-life)規準であるとビーチャムらは主張する。すなわち、ビーチャムらの主張によれば、患者の以前の見解や価値や自律的選好を知ることができず、それを参照して決定をすることができない場合に、最善の利益基準が適用される。この基準の下では、患者にとっての最善の決定をするためには、可能な選択肢のそれぞれにおける患

者の利益と負担などを比較考慮し、現在の患者にとっての見込まれる生の質を評価しなければならぬのである (Beauchamp, Childress.7:228)。

このように、最善の利益原理においては、患者の正味の利益が最大になるような選択がなされる必要があり、それは、患者の QOL を考慮するものであるということに関しては、ブキャナンらも同様の考察をする。ただし、ブキャナンらの次の主張において、最善の利益基準の性質はより明確になる。

最善の利益原理は、明らかに患者中心(patient-centered)である。なぜなら、この原理は、第一に、対応能力を欠く個人の現在と将来の利害関心に焦点を合わせるからだ (Buchanan, Brock:123)。

つまり、最善の利益は、現在から将来にかけての患者の QOL 評価に依拠するものであり、過去の対応能力を有していた時点での選択や見解など依拠する事前指示や代理判断の原理とは異なる性質を持つことがわかる。さらに、QOL 評価は次のように論じられる。

QOL 判断が不可避であるのは、その生が患者にとって生きる価値のあるものであるかどうか、生が延長されるであろう時間の長さだけでなく、患者にとってのその期間の生の性格にも依拠するからである。考慮されなければならない要因は、個人の身体的、認知的能力に依拠して変わる。認知的能力が深刻に減じられた人々にとって、苦痛や不快を上回る単純な喜びあるいは満足の均衡がとれていれば、生は生きる価値があるかもしれない (Buchanan, Brock:124)。

すなわち、最善の利益判断の基礎となる QOL 評価は、あくまで対応能力を欠く状態のその患者にとってのその生の質を判断する必要があるのである。

ビーチャムらやブキャナンらが主張する最善の利益基準に対して、一般には、より客観的な評価の側面を提示する主張も存在する。それは、最善の利益基準に従えば、代理決定者は、苦痛の緩和、機能の回復、QOL の維持などのように、合理的な人であれば同様の状況下で選択するであろう選択をして、患者の福利を促進する必要があるというものである⁸。この主張によれば、つまり、苦痛があるよりはないう方がよく、機能を失うよりは維持したり促進したりする方がよいといったような、一般的な合理的な人であれば選択するであろう選択を基準として、患者にとっての福利を促進する選択をする必要があるということになる。このような、より客観的な評価の側面は、確かに QOL 評価に含まれる側面であると言える。ただし、ビーチャムらやブキャナンらの主張は、このような客観的な評価の側面よりも、患者自身にとっての利益という観点からの評価を必要とする主張だと考えられる。

ビーチャムらは、この最善の利益基準によって事前指示が無効にされうることに言及す

る(Beauchamp, Childress.7:228)。最善の利益基準によって、ある状況下では、未成年や他の対応能力を欠く患者によってなされた同意あるいは拒否と同様に、以前の自律的患者によって作成された事前指示は正当に(validly)無効にされうる。それが無効にされるのは、例えば、事前指示によって指名された代理人が、自分の利益のために治療選択する代理決定者を指名する場合や、指名された代理決定者が、患者の最善の利益を脅かすような決定をする場合である。このような場合には、代理決定者の決定を明確に支持するような明文化された文書を、対応能力を有する時点で患者が作成していない限り、決定は道徳的に無効にされうるし、されるべきだとビーチャムらは主張する。

現在の患者の最善の利益を保護することは、現在から将来にかけての患者の利益を守ることに集中するために、患者のかつての自律的選択を尊重することと対立しうる。ビーチャムらの主張は、患者の過去の自律的選択や見解よりも、現在の最善の利益をある程度保護するものである。しかし、対応能力を有する時点での患者の明確な指示が存在し、それが現在の患者の最善の利益に反する場合に、どちらを優先させるかについては、次に考察するように、依然として困難な問題のまま残されることになる。

また、ブキャナンらは、事前指示原理の考察において、妥当な事前指示であれば常に優先的に扱われるわけではなく、事前指示の尊重にある限定を想定していると考えられる。ブキャナンらは、原則として権威を有する場合の事前指示を、次のように述べる。

ほとんどの場合には、事前指示を発する個人の表現された意図(intention)は、利益(benefit)に不釣り合いな負担を含むであろう生の延長を避けることであり、明らかに個人の最善の利益にかなうであろう治療あるいはケアを拒否することではない(Buchanan, Brock:109)。

つまり、無効にされないで、道徳的権威を保つような事前指示とは、ある程度は一般的に判断しうるような、生の延長による利益が小さく負担が大きい場合を想定するものであり、一般的に評価されうるような個人の最善の利益に反さないものであることが前提されている。こうして、ブキャナンらによっても、事前指示に従うことが患者の現在の最善の利益と矛盾するような場合には、どの原理を優先するのかについての考察はなされない。

このように、ビーチャムらとブキャナンらの体系的な代理決定基準に関する考察において、残される困難な問題が明らかになるのである。両者とも、この困難な問題に言及はするが、詳細な考察は加えていない。この問題を次に取りあげる。

第五節 代理決定基準の含意と残される問題

例外とされる困難な場合

ビーチャムらは、事前指示に依拠することの問題に関する議論に言及する。これは、マーゴのような満足そうで、苦痛を感じていないように見える、対応能力を欠く患者の場合に関する議論である⁹。この議論は、本稿で後に詳しく考察するものであるが、もしマーゴが事前に、認知症が進行した場合には一切の延命治療を拒否するという旨の事前指示を作成していたなら、マーゴが肺炎になった場合に、治療のための抗生物質を投与するか否かという問題を扱うものである。ビーチャムらは、この議論における次の二つの立場に言及する。ひとつは、R・ドウオーキンの主張であり、これによれば、結局、マーゴは治療されるべきではないことになる。もうひとつは、生命倫理学に関する大統領諮問委員会の見解であり、これによれば、マーゴが幸福そうに見えることによって、この特定の場合には、リビング・ウィルを無効にするのは、道徳的に抗しがたいことであるとされる。しかしながら、ビーチャムらは、マーゴのような患者の事前指示が関連する場合の代理決定基準を明確にしない。

マーゴのような普通でない場合におけるのを除いて、我々は、決定した人の自律の尊重原理の持続的力のゆえに、今や非自律的な人が前もって表現した自律的希望を尊重する義務がある。しかしながら、事前指示は、複合的問題を提起するものであり、しばしば無効にされるべきだ(Beauchamp, Childress:229)。

このように、マーゴのような場合を除外し、さらに、事前指示が無効にされる場合があることを示すのみで、具体的に事前指示尊重にどのような制限があるかを論じないのである。こうして、マーゴのような場合の代理決定基準の根拠は、考察されないで残される。

また、ブキャナンらは、事前指示に絶対的な権威を与えるのが最も問題をはらむと考えられる場合に言及する。これは次のような場合である。明らかに妥当な事前指示に、もし認知的機能の深刻な喪失を被った場合には、抗生物質を含む全ての生命維持治療を拒否するということが明記されている。その患者は、脳神経的損傷の結果、認知的機能の深刻な喪失を被っており、現在、中程度に精神的に障害がある。しかしながら、その患者は、他の点では健康であり、見たところ全く幸福そうである。この患者が生命を脅かす肺炎に罹る。事前指示に従えば、結果として、精神的に障害があるが、幸福そうで健康な個人に簡単に避けうる死をもたらすことになる(Buchanan, Brock:108)。

ブキャナンが言及するこの場合は、まさに、ビーチャムらが言及するマーゴの事前指示の場合と同様のものである。しかし、ブキャナンらもまた、このような場合に代理決定のどの原理が優先されるかを考察しない。その理由は、このような場合がきわめて珍しく、終末期のガンやアルツハイマー症などの人は、認知的機能の喪失の他は健康であるということはなく、また、精神的な障害を持つ人のほとんどでなくともその多くは、身体的不快

と同様に混乱や見当識障害によって、怒りや恐怖を感じており、幸福そうには見えないからであると述べられる。

従来の代理決定基準の含意と限界

これまで考察してきたように、ビーチャムらやブキャナンらによって提示されるような、従来の代理決定の枠組みでは、対応能力を欠く患者に関する決定をするために、第一に、患者の以前の自律、すなわち、事前指示や対応能力を有した時点での治療選好が尊重される。第二に、これらの明確な意思表示が存在しない場合には、より一般的な見解や価値に関する知識に基づいて、患者であれば行うであろう選択が推測される。そして、第三に、それが不可能な場合にだけ、現在と将来の患者の QOL 評価を軸とする最善の利益が尊重される。このような枠組みは、対応能力を欠く患者に関する選択は、可能な限り、対応能力を有する時点での選択を基礎とするのが適切であるという見解に基づくものであるといえる。

このような代理決定の枠組みに対して、確かに、単に対応能力を欠くという理由だけで、他人から一方的に治療の決定をなされるよりは、当人がかつて対応能力を有していた時点での自律的選好に依拠して決定される方が、その人自身の生に関する決定として適切であると考えられる面は存在すると考えられる。例えば、遷延性意識障害状態や、病気の末期であり不可逆的に意識を失ったような状態の場合には、他人が一方的に決定するよりは、患者自身の事前指示やかつての価値に基づいて処遇する方が、適切であると考えられる側面はあるだろう。この意味では、事前指示や純粋自律、代理判断の基準は重要である。しかし、単にかつての対応能力を有する時点での選択や選好や価値などに基づく決定は、代理決定の基準として十分ではない。前に言及したように、ビーチャムらやブキャナンらの主張においても、その際に、ある程度は現在の患者の利益を保護する観点が含まれていた。この観点は、ある面では一般的な観点から評価されるような(例えば、苦痛があるよりはないう方がよいといったような)患者の利益が小さくない場合に、より重要になると考えられる。ビーチャムらは、代理決定の枠組みを考察するにあたり、「我々の基礎となる道徳的議論は、患者の以前の自律と現在の最善の利益の両方をいかに保護するかに関連する」(Beauchamp, Childress.7:226-227)と述べている。しかし、これまで考察してきたように、両方を保護することが困難な場合、すなわち、両者が対立するという問題が最も顕著に現れる場合は結局は考察されていない。これが、マーゴのように、対応能力を欠くが意識はあり、他の諸能力を保持しているような場合である。つまり、患者の以前の見解や価値や表現した自律的選好と、患者の現在の利益と判断されるものや選好とが対立する場合、前者と後者のどちらを優先させるべきかという困難な問題が残るのである。

事前指示に従って治療選択をすることが、現在の対応能力を欠く患者の利益と判断され

るものと対立する場合、どちらを優先させることが適切な意思決定とみなされるのかを考察する必要がある。ビーチャムらも言及していたように、この問題に関して、主要論者の一人として知られる R・ドゥオーキン¹は、患者が対応能力を欠く以前に表明した希望を優先すべきであると主張する。ドゥオーキンのこの主張は、生死に関する決定において本人の意思決定を尊重すべきだという考察を基盤としている。そこで、次章では、ドゥオーキン理論において、個人の意思決定が、他の価値と対立しうる場合に、どのように優先的に尊重されるのかを考察する。

¹ ここでは、特に言及しない限り (Beauchamp, Childress.7)に依拠するが、この著書は現在に至るまで改訂を重ねられており、具体的な問題に対する著者らの主張の変化も見る事ができる。そのため、必要に応じて(Beauchamp, Childress.3-6)にも言及する。

² (Beauchamp, Childress.3)では、「代理判断」と「最善の利益」の二つの基準が提示されていた。これが、(Beauchamp, Childress.4)から「純粹自律」が追加され、三つの基準となる。また、代理決定の枠組みを論じる項目は、例えば、(Beauchamp, Childress.4-6)では「自律尊重原理」、(Beauchamp, Childress.3)では「無危害(nonmaleficence)原理」、(Beauchamp, Childress.7)では「与益(beneficence)原理」を扱う章に組み込まれる。このことから、代理決定基準が自律尊重だけでなく、無危害や与益の原理とも深く関連する複合的な問題であると理解できよう。

³ 事前指示の一般的定義に関しては、(Capron)、(Fischer)、(Sass)なども参照した。

⁴ 事前指示を作成する人が少ないこと、代理人指示された人が代理決定者として十分に役割を果たせないこと、多くの公式な事前指示書は病気の末期で死が切迫している場合に効力を限定していることなどの問題も指摘される。しかし、本稿ではこれらの問題には立ち入らず、特に倫理的問題点を挙げる。

⁵ 事前指示の倫理的問題点の理解に関しては、(Beauchamp, Childress.7:188-189)、(Capron)、(Fischer)、(Sass)も参照した。

⁶ 事前指示に依拠することで促進される価値を、ブキャナンらは三点指摘する。第一に、事前指示は自己決定を尊重するものであり、自己決定はそれ自体の目的のために価値がある。第二に、事前指示は、人を望まない事実上無益な医療的介入から保護することによって、その人の福利にかなう。第三に、事前指示によって人は、他人の肩にかかるであろう感情的負担や財政的負担を和らげることが可能となる。この第三の点については、事前指示の主体にとっての利益はさらに二点に分けられる。一点目は、事前指示の主体は、その指示を発することで、愛する人が困難な決定において経験するだろう苦悩を減らしたり、それらの人が重い無駄な財政的コストを被らないだろうことを確実にしたりすることができ、それらは対応能力を有する間の主体の利益となることである。二点目は、事前指示は、主体が自身の「存続する利害関心(surviving interests)」が満たされるのを確実にする助けとなりうる (Buchanan, Brock:100)。ブキャナンらがここで指摘するような、存続する利害関心という考え方は、本稿の第六章で考察するように、R・ドゥオーキンの主張する利害関心の性質と同様のものであると言える。

⁷ このような一般的な事前指示の問題点と、代理決定における手がかりとしての事前指示の重要性に関しては、(日笠 2007)や(日笠 2009)で考察した。また、本稿で導かれる結論とは必ずしも一致しないが、現在の治療選択のための話し合いの要件を踏まえ、適切な事前指示のための話し合いの要件を考察するものには、例えば(King)がある。

⁸ このような主張としては、例えば(Jonsen:90)がある。この主張は(Beauchamp, Childress.6)などを参照して提示されているが、本章で扱うようなビーチャムらの主張よりも、客観的に判断される側面を明示するものだと言える。

⁹ (Beauchamp, Childress.6)で初めてマーゴに関するこの議論が明示的に取りあげられる。

第五章 R・ドゥオーキンにおける生の不可侵性と生死に関する決定

R・ドゥオーキンは、医療において、生死に関する本人の意思決定を尊重すべきだと主張する。一般に、生死に関する本人の意思決定に従うことによって、延命可能な生を終了することになる場合がある。このとき、本人の意思決定を尊重することと、延命可能な生の終了を悪とすることとの間には、しばしば対立が起こると考えられる。しかしながらドゥオーキンは、生の不可侵性について考察し、「生の喪失」が悪なのではなく、「生の挫折」が悪なのだと述べ、生死に関する本人の意思決定を尊重することが、生の不可侵性を尊重することになるのだと主張する。

本章では、生の不可侵性の尊重と生死に関する決定との関係について、ドゥオーキンの理論を考察した上で、その理論の問題点を明確にしたい。そこで、第一節では、生死に関する決定問題における見解の相異の根底にある、生の不可侵性についての理解を、第二節では、生の不可侵性を、第三節では、生の不可侵性と批判的利害関心との関係を考察する。その上で第四節では、それまでに考察したドゥオーキンの主張の問題点を明らかにする。

第一節 生死に関する決定問題の根底にあるもの

ドゥオーキンは、中絶と安楽死は共に生を意図的に終わらせることであり、これら生死に関する決定の根底には共通の問題があると指摘する。そして生死に関する決定問題の核心を明確にすることで、それに対する様々な見解が共存し得る仕方を提案しようとする。

生死に関する決定問題の核心を明らかにするために、ドゥオーキンはまず、中絶反対論を次の二つに区別する。第一のものは、生の持続についての利害関心を含むそれ自身の権利に関する利害関心を、胎児は妊娠開始時から有するのであり、それゆえ胎児の利害関心や権利を侵害する中絶は許容されない、という反対論である。これによれば、成人を殺すことがその人の殺されない権利を侵害するのと同様、胎児を中絶することは胎児の権利を侵害することになる。これは、胎児を含む全ての人間が有する権利を前提とし、そこから派生するものであるため、派生的(*derivative*)理由に基づく反対論と呼ばれる。第二のものは、人間の生は、自身の感覚や利害関心や権利を有するに至る前であっても、開始された瞬間から内在的(*intrinsic*)生来の(*innate*)価値を有しており、それ自身神聖なものである。中絶はこの内在的価値と神聖さを尊重しないものであるから許容されない、という反対論である。これは、人間が有する利害関心や権利を胎児が有するか否かという事柄からは独立したものであるため、独立的(*detached*)理由に基づく反対論と呼ばれる(LD:11)。

一般に中絶反対論者は、胎児は妊娠開始時から人である、あるいは、胎児は潜在的な人であるという理由で、中絶は殺人と同じであると主張したり、中絶は生の神聖さを尊重しないものであるから許容されないと主張したりする。しかしこれらの主張は非常に多義的

だと言われることも多い。そのためドゥオーキンは、胎児の利害関心と生の神聖さに焦点を当てて、派生的理由と独立的理由とを区別し、様々な中絶反対論をこれら二つの理由のどちらかに基づいた主張とみなす。その上で、派生的理由に基づく反論が有効ではないことを次のように論じる。

あるものが何らかの意識の形態——身体的であるばかりでなく精神的でもあるような何らかの生——を有していないか、あるいは有したことがなかった場合に、そのものが——たまたまそのものに起こる出来事の重要性とは区別されるような——それ自身の利害関心を有していると考えすることは、意味のないことである(LD: 16)。

つまり、何らかの意識形態を有することが、それ自身の利害関心を有する前提条件になる。苦痛を感じ得るものはその回避についての利害関心を有するが(LD: 16)、胎児は母体外で生存可能となる時点まではそうした感覚を持たないといえる(LD:17)。そのため妊娠初期の胎児はそれ自身の利害関心を持たない。さらに、苦痛を感じる能力を有するとしても、それだけでは生の持続についての利害関心を有することにはならない。例えば、著作の悪評を書くという行為のように、肉体的苦痛を与えなくともある人の利害関心に反する行為は存在する。苦痛を与えることなく殺すことも、生の持続についての利害関心に反する。このように、生の持続についての利害関心を有するというときには、苦痛を感じる能力よりも複合的な能力を有することを前提としている。この複合的能力とは、楽しんだり楽しめなかったり、愛情や感情をもったり、期待したり挫折したりするような能力のことである。この能力が、生の持続についての利害関心を根拠づけている(LD: 17)。このことから、生の持続についての利害関心を胎児は持っていないということになる。そのため、生の持続についての利害関心と権利を胎児は有するので中絶は許容されない、という反対論は有効ではない。妊娠初期であっても中絶に反対する主張は、派生的理由に基づいては成り立たず、独立的理由に基づくしかないことになる。

ドゥオーキンによれば、独立的理由は、安楽死¹の問題においても重要である。ある人々は独立的理由を支持するゆえに、次のように考えることがあり得るからである。すなわち、遷延性意識障害患者の生命維持装置を撤去することが、本人の利害関心に反さないと考えられる場合もあり得るが、その場合もその生は内在的価値を有し、神聖なものなので、生命維持装置の撤去は許容されない、と考え得る。しかしドゥオーキンは、人間の生の内在的価値や神聖さについて考察を進め、ある場合には生命維持装置の撤去は許容されると主張するのである。

第二節 生の不可侵性

人間の生が一旦開始されたら、たとえある特定の個人にとっては早死(premature death)が悪いことではないとされる(その人の利害関心に反さない)場合であっても、早死それ自体が悪いことである(人間の生の内在的価値や神聖さを尊重しないことなので許容されない)と考えられることがある。これが生死に関する決定問題の根底にある、人々の確信である。このことを明らかにしたドゥオーキン¹は、生の神聖さ(sanctity)を、不可侵性(invulnerability)と互換的なものとして捉え、人間の生の内在的価値、あるいは不可侵性という観念を明確にしようと試みる(LD:24,73)。

初めに、あるものが価値を有する、という場合の価値が三つに区別され、人間の生が内在的価値を有するという意味が考察される(LD: 71)。第一に、あるものの価値が、人々の欲するものを得ることに役立つという、そのものの有用性や能力に依存している場合、それは手段的に(instrumentally)価値あるものである。第二に、あるものの価値が、たまたまそれを欲する人々にとってのみ価値がある場合、それは主観的に(subjectively)価値あるものである。第三に、あるものの価値が、人々がたまたま享受したり、欲したり、必要としたり、その人にとってよいものであることとは独立したものであるならば、そのものは内在的に(intrinsically)価値あるものである。

この第二の主観的価値と、第三の内在的価値との区別は、この先の理論を理解する上で重要だと思われる。ここでの区別として強調されるべき点は、ドゥオーキンが説明している次の点である。すなわち、主観的価値とは、あるものがたまたまある人にとって有する価値であり、それを価値あるものとみなさない人が間違っているとか、真に価値あるものを適切に尊重していないとは考えられないものである。これに対して内在的価値とは、ある人にとって価値あるものとされることとは独立して、あるものがもともと有する価値であり、尊重し保護されるべきだと考えられるものである²。

ドゥオーキンによれば、人間の生に関して、ある人がどれくらい生き続けることを望んでいるか、あるいはどれくらい生き続けることがその人にとってよいことなのかという観点から、ある人の生の人に対する価値を考えると、その生を主観的価値を有するものとして扱っている(LD: 72-73)。これに対応するように内在的価値を説明するなら、ある人の生がその人に対してどのような価値を持つかということから独立して、人間の生はそれ自体価値があるという観点からある人の生の価値を考えると、その生を内在的価値を有するものとして扱っているといえる。ドゥオーキンの主張においては、ある生の主体がその生に関してもつ利害関心は、ある程度その生に関する主観的価値に依拠していると考えられる³。そしてそのような利害関心や主観的価値とは独立したものとして、生の内在的価値や不可侵性が捉えられている。

ドゥオーキンは、ある生の主体にとってのその生が有する主観的な価値を、個人的価値と呼ぶ。彼によれば、妊娠初期の胎児は自身の利害関心も権利も有していないため、胎児の生の個人的価値は存在しないことになる。しかし胎児を含むいかなる人間の生も、生の

個人的価値だけでなく内在的価値も有すると考えるなら、中絶や安楽死は依然として複雑な問題となるのである(LD:73)。

ドゥオーキンとは、より多くあればあるほどよいという増加志向的に価値ある(incrementally valuable)ことと区別して、人間の生が有する内在的価値を、一旦存在したからにはその限りで価値があるという、神聖あるいは不可侵な価値(sacred or inviolable value)だと指摘する(LD: 70-73)。増加志向的に価値あるものは、より多く存在する方がよいと考えられるものである。これに対して不可侵な価値を有するものは、より多く存在するほうがよいのではなく、それが存在するからにはそれを尊重しなくてはならないと考えられるものである。そしてこの不可侵性は、次のように定義される。

あるものが神聖もしくは不可侵であるのは、その意図的な破壊(deliberate destruction)が、尊重されるべきものを侮辱することになる場合である(LD:74)。

ドゥオーキンによれば、我々は人間の生を不可侵なものと考え、人間の生は一旦開始されたなら破壊されずに成長することが重要であると考えているのである。

では、あるものが不可侵なものとされるのは何によってであろうか。ドゥオーキンによれば、あるものが不可侵なものとされるに至る過程は、次の二つに区別される(LD: 74)。第一に、「関連や指示」によるものである。つまり、あるものは神聖なものに関連づけられるために不可侵なものとされる。例えば、国のシンボルとしての国旗は、国家の権威に関連づけられるために、人々は旗を不可侵なものみなす。第二に、「それ自身の歴史」によるものである。例えば、芸術が不可侵なものみなされるのは、それが価値があり尊重すべきものとみなされている人間の創造の過程を体現しているためであり、動物の種が不可侵なものとされるのは、種の発展をもたらした進化の過程を体現しているためである。人々が生み出した芸術や文化に対して示す尊重と、自然が生み出した動物の種の保存に関して示す尊重とから、不可侵性の基礎をなすものには人間が産出したものと自然が産出したものがあることが明らかになる。このようなドゥオーキンの考察においては、あるものが不可侵なものとされるのは、それが生み出される過程において、価値あると考えられるものが投入されたことによる。この価値あると考えられるものは、自然や人間によって投入されるものであり、ドゥオーキンはこれらを自然的資源投入(investment)と人間的資源投入と言いつつ。ドゥオーキンによれば、例えば成熟した女性は、自然的創造の産物というだけでなく、同時に人間の創造的知性の産物であり、また両親や他の人々の産物であり、彼女の属する文化の産物であり、彼女自身の選択を通して彼女自身が創造した産物でもある(LD:82)。この自然と人間の様々な資源投入のゆえに、個々の人間の生は尊重と保護を要求する。

しかし、資源投入の産物の不可侵性に対する人々の確信には、程度や選択がある。例え

ば、ある種の毒ヘビよりもある種の鳥が絶滅する方が悪とされたり、人間的資源投入の産物であっても自動車は不可侵なものとはされなかったりする。つまり、不可侵性を根拠づけるのは自然や人間の資源投入であるが、それらによって産出された全てのものが同等に不可侵なものなのではなく、その中のあるものが不可侵なものとなる。その際、人間や自然が創造する過程に対する人々の畏敬や、その産物に対する人々の畏敬との相互関係は、感覚や直観の複雑なネットワークであるとドゥオーキンは説明する(LD:81)。このように、不可侵性の根拠を資源投入だとしながら、資源投入の産物の不可侵性には程度の差があるという考察は、ドゥオーキンの洞察の重要な点であると考えられる⁴。

ドゥオーキンの主張によれば、さらに人々は、人間の生の破壊(waste)に関して、ある場合の方が他の場合よりも一層悪いことだと考えている。生の破壊が悪いことであるという場合の程度、あるいは生の不可侵性を尊重しないことの程度が、どのように考えられているのかを説明するために、ドゥオーキンは、生の喪失(loss)ではなく、生の挫折(frustration)という観点を提示する。

生の喪失という観点は、早死によって短縮された生が、早死しなければどれほど長く維持されることになったかという、将来の可能性に焦点を当てるものである(LD:86)。この観点を採用するならば、妊娠初期の中絶の方が妊娠後期中絶よりもいっそう生の不可侵性を尊重しないものだということになる。しかしながら、多くの人は妊娠後期中絶の方がいっそう悪だと考えている。そこで、生の破壊の悪さ、生の不可侵性を尊重しないことの程度を比較するために、ドゥオーキンは生の挫折という観点を採用するのである。生の挫折という観点は、将来の可能性のみに焦点を当てるのではなく、過去に起こったその生への資源投入に焦点を当てるものである(LD:87)。この生の挫折という観点は次のように説明される。

我々はすでに述べたように、人間の成功した生にはある種の自然の道筋があると考えている。それは単なる生物学的成長——妊娠、胎児の成長、そして幼児——に始まるが、しかしそれから、単に生物学的形成によるだけでなく、社会的・個人的訓練と選択によって決定され、様々な種類の人間関係や功績を満たすことで頂点に達するような仕方で、幼年期、青年期、そして成年期の生に及ぶ。そして通常の生存期間の後、自然死によって終了する。この通常の生の過程が早死やその他の方法によって挫折させられる時、通常の生の物語を作りあげている自然と人間の創造的な資源投入が破壊されるのである。しかし、このことがどれほど悪なのだろうか——どれほど挫折が重大なことなのか——ということは、それが生のどの段階に起こるかという事に依拠している。というのも、人が自分自身の生に対して重要な個人的資源投入をした後に起こる場合の方が、その前に起こる場合よりもその挫折はより大きく、その資源投入が実質的に満たされた後や、あるいはほぼ満たされた後に起こる場合の方が、その挫折

はより小さいからである(LD:88)。

人間の生は不可侵なものであり、生の破壊はそれ自体悪いことであった。しかし、すべての生が同一の不可侵性を有しているわけでも、あらゆる場合の生の破壊が同等に悪であるというわけでもない。生の不可侵性の程度は、生の挫折という観点によって個別にはかられることになる。

ドゥオーキンによれば、生の挫折を引き起こす仕方は二つある。第一のものは、早死である。自然的資源投入もしくは人間的資源投入は、早死によって活かされない(unrealized)ままとなる。第二のものは、その人が強く望むものを獲得したり、十分に繁栄した生を送ったりするための機会を台無しにするような、身体的障害や貧困や取り返しのつかない失敗などである(LD:89-90)。この二つの挫折の仕方について、「早死の選択は、少なくともある場合には生の挫折を最小限に抑えるものであり、それは生の不可侵性を尊重しないものではなく、それを最も尊重するものである」という考えと、「他のいかなる挫折のコストがあるとしても、早死は常に生の最も深刻な挫折である」という考えとで、実際は人々の見解は相異している。これをドゥオーキンは、人間的資源投入をより重要視すべきだという信念と、自然的資源投入が常に最重要視されるべきだという信念との対立として考察する。人々は、生の不可侵性を尊重するという点では一致していながら、自然的資源投入と人間的資源投入との相対的な重要性について、異なった立場をとり得るのである。

生に対する自然的資源投入が最優先されるという考えを否定し、生に対する人間的資源投入も同様に重要であり、破壊されるべきでないと捉えるなら、中絶や安楽死はときには生の不可侵性という価値を擁護することがある、とドゥオーキンは主張する。例えば、出産によってその女性自身の生に対する人間的資源投入が挫折させられる場合、胎児の生に対する自然的資源投入の挫折よりも深刻だとして、この場合の中絶は許容されるとも考え得る。またある場合には、自身の早死の選択は自然的資源投入が挫折させられることではあるが、人間的資源投入が著しく挫折させられた状態で生き続ける選択よりも、生の不可侵性をより尊重するものであると考えることも可能なのである。ドゥオーキンは、生の不可侵性についてのこのような見解の相違を踏まえた上で、各人が自らの信念に従って熟慮し、生の不可侵性を最も尊重するような選択をすることこそを承認すべきだと主張する⁵。

第三節 生の不可侵性と批判的利害関心

これまで主として中絶問題に沿って、生の個人的価値から独立した、生の不可侵性についてのドゥオーキンの考えを明らかにした。通常、安楽死に関しては、本人が自らの生についてどのように考えるかという、生の個人的価値が問題になると考えられている。これに対してドゥオーキンは、批判的利害関心(critical interests)という観点によって、生死に関

する本人の決定の尊重と、生の不可侵性の尊重とが対立しないと主張する。

一方で人は、遷延性意識障害状態で生き続けるよりは死ぬことを希望し、他方では、激しい苦痛やほとんど無意識の状態が続く中でも生き続けることを希望しもある。ドゥオーキンによれば、このように人が生死に関する決定を重視するのは、全体としての生がどのようなものであるかに対して生の最終段階が影響を与えていると考えているからである。この「どのように死ぬか」についての気がかりを理解するために、「どのように生きるか」についての気がかりを理解しなければならない。ドゥオーキンはこのように捉え、人々が一方よりも他方のやり方で生を送ることを望む際、そこには二種類の利害関心がかかわっていると主張する。そのうちの一方は、経験的利害関心(experiential interests)であり、他方は、批判的利害関心である。そして、後者の方が前者よりも重要な利害関心だとドゥオーキンは論じる。

経験的利害関心とは、映画を観たりおいしいものを食べることが好きであったり、歯科医院に行くことや苦痛を嫌がるというような、欲求や嗜好やそれを経験するのが快か不快かといった利害関心である。また、これらの経験が有する価値は、各人によって判断されるものであり、ある経験を好まない人が間違っているわけではなく、好まない経験をしたとしてもその人の生全体が悪いものになるというわけでもない(LD:200)。

批判的利害関心とは、単なる経験的な好みではなく、自らの生を全体として考えた時に、親密な友人関係の享受はよいことだと考えたり、仕事上の成功を重視したりするような、自らのよしとする生に関する利害関心である。これらは、単にたまたまそのような経験を欲するのではなく、それを欲すべきだと考えられ、それを欲しない生は悪いものになるであろうと考えられるものである。生を全体としてよいものにするのに役立つ事柄に関する確信は、この批判的利害関心に関する確信である(LD:201-202)。

ドゥオーキンによれば、全ての人が自身の生を常に全体として意識しているわけではない。しかし、我々が意識的にそうするかしないかに関わらず、我々は自らの生にふさわしいと考える様々な選択や決定をしており(LD: 202)、生を全体として、統合性のある創造的物語(integral creative narrative)にすることが重要だと考えている(LD: 205)。すなわち、人々は自らの生の統合性について配慮するがために、生の全体としての価値に大きく影響すると考えられる、生死に関する決定を重視する。そしてこの統合性(integrity)という観念が、以下に挙げられる批判的利害関心の二つの側面を結びつけるものである(LD:205-206)。

ドゥオーキンによれば、一方で批判的利害関心はその人の人格性に依拠している。しかし他方で、ある人がその人にとって正しい選択をしたと考えていても、生に関する本当に重要なものについてのその人の判断が間違っているかもしれない(LD:206)。すなわち、批判的利害関心は単に個人的なものでもなく、その人がどう感じるかという主観的なものでもない。しかし、批判的利害関心は誰にとっても同じものであるというわけでもない(LD: 206)。批判的利害関心についてこれらの極端な見解は適切ではなく、ドゥオーキンの考え

では、むしろ次のようなものだといえよう。生の主体がその生をどう感じるかということとは独立して、生に関して本当に重要なものについての確信がある。その主体がこの確信を自らの生に適用する場合に、どのように受け止めるのがもっとも適切かを考えることが、批判的利害関心である。ドゥオーキンの主張においては、批判的利害関心が単に主観的価値ではないという点が重要なのである。

ところで本章の第二節で考察したように、生の不可侵性についての人々の確信は、人間の生が一旦開始された以上はその生がよく進むこと、つまり生に対する資源投入が活かされることが内在的に重要であるという確信であった。ドゥオーキンは、生の不可侵性についての確信と、ある人の批判的利害関心との関係を次のように述べる。

自身の批判的利害関心についてのある人の確信は、彼自身の人間の生がよく進むということが、どのようなことを意味するのかについての見解であり、それゆえこのような確信は、生の神聖さに対する彼の総括的な深い関わり (**general commitment**) の特別な適用として、最もよく理解し得る。彼は単に自身の生を享受するだけでなく、自身の生を熱心に価値あるもの (**something**) にしようとしているのであり、彼は彼自身の生を、彼が責任をもつ神聖なもの、彼が破壊してはならないものとして扱うのである (LD:215)。

人々は、単に自身の生を個人的にどう感じるかが重要だと考えるのではなく、生をその人が責任を持つべき不可侵なものとして、その人が破壊してはならない価値あるものとして考えている。批判的利害関心についてのドゥオーキンの主張は、人間の生が有する個人的価値と、これから独立した生の不可侵性とを関係付けるものだと考えられる。その主張においては、批判的利害関心は、主観的価値から独立した、生の不可侵性についての確信を基礎としている。言い換えれば、生の不可侵性についての確信を自らの生に適用したものが批判的利害関心である。このようにみれば、ドゥオーキンの考察においては、個人的価値から独立した生の不可侵性を尊重することと、批判的利害関心に基づいた本人の決定を尊重することとが互いに矛盾しないものとなる。例えば、ある状態で生き長らえることは自らの生をより悪いものにすると考える人は、それを回避することこそ、自らの生の不可侵性に対してより多くの尊重を示すことになる。このようにドゥオーキンは述べ、良識ある社会 (**decent society**) は、集団的判断を個人に強制すべきではなく、個人の責任として生についての決定を認めるべきだと主張するのである。

第四節 R・ドゥオーキンの主張についての批判的考察

これまで考察してきたように、ドゥオーキンによれば、生死に関する決定に際して、人々

は生の不可侵性を最も尊重するための決定をするのであり、自らの生の内在的価値を最も尊重するために、自らの批判的利害関心に基づいて決定をするのである。

生の不可侵性の尊重と、生死に関する本人の決定の尊重とを両立可能なものと主張するドゥオーキンの理論は、ある面では生に対する我々の考えからそれほど隔たったものではないと言える。例えば、妊娠初期の中絶に関する考えや、病気などによって今にも死を迎えようとしている人に対して、さらなる延命処置は行わない方がよい、あるいは本人の残した意思表示次第だ、という考えにはある程度納得できる。というのも、確かに、我々は、ある面では、単に生きているだけでなく、その人自身の仕方ですを送ることを、生の重要な側面であると考えよう。J・レイチェルズとW・ラディックが論じるように⁶、我々は生物学的な意味で生きている(*being alive*)だけでなく、伝記的な意味で生を有している(*having a life*)とも考える。その人自身の仕方ですを送ることの一部として、ある範囲では、生死に関する決定に関して本人の意向が重視される必要があると思われる。

しかし、それにもかかわらず、ドゥオーキンの主張は次の二つの点で議論の余地があると言える。第一に、生の不可侵性を相対化する点である。ドゥオーキン理論においては、生の不可侵性は、その存在自体を破壊してはならないということを要求するものではなく、その存在自体を破壊することはある場合には許容され得るものであった。これに対して、F・M・カムは、通常考えられているような、ある実体の破壊についての強力な不許可を含意する不可侵性と、ドゥオーキンの主張する不可侵性とは異なることを、次のように主張する。

不可侵性についてのドゥオーキンの観念は、単に、何か死んだり破壊されたりした時、何か悪いことが起こったのだというものであり、このような死についての禁止を道徳的に無効にすることは——たとえ絶対的に不可能でなくても——極端に困難だというものではない。しかし、通常理解されるような不可侵性の基準は、後者である(Kamm :221)。

カムが述べるように、ドゥオーキンの主張する生の不可侵性は、生の破壊を悪とするものではあるが、生の終了を禁止するものではない。生の不可侵性とは、生に対する資源投入を基盤とするものであり、生を終了させることが不可侵性に対する侵害なのではなく、生を破壊すること、つまり資源投入が挫折することが不可侵性に対する侵害だと考えられているからである。ここでのドゥオーキンの主張は、第二節でみたように、生の破壊の悪さの程度が比較可能な構造になっている。このため、より悪い破壊を防ぐためのより悪くない破壊は許容されることになり、通常生を終了させることを禁止するものと考えられる不可侵性が、生を終了させることを許容するものになっているのである。

ドゥオーキンの主張の背景には、ある生に対する資源投入が活かされた後では、生の終

了はより悪くないことだという考えがあった。しかし、ある生に対する資源投入は、どのような状態で活かされたことになるのかは明確に述べられていない。確かに一方では、様々な努力や選択を通してある人が目標を達成し、その後、年老いて死を迎える時、その生の終了は悪いことではないと考えられ得る。この場合、ある計画が様々な努力によって成功したのと同様に、資源投入が活かされたと考えられるのは理解できる。しかし他方では、重度の障害をもつ子どもの養育や、遷延性意識障害患者や終末期の人のケアを考えると、それらの人に対する資源投入が活かされるとはどのようなことを指すのだろうか。また、自然的資源投入は、どのようにすれば活かされるのだろうか。また、生に対する本人の資源投入だけでなく、常に他の資源投入もその生に加えられているはずである。ドゥオーキンの理論では、批判的利害関心を有する人は、自らの生の不可侵性を尊重する仕方を決定することができた。しかしこれまで述べたように様々な人の場合を考えるなら、本人の批判的利害関心のみによってその生の資源投入や挫折の程度を比較することは困難であろう。また、批判的利害関心を過去にも将来にも有さない人の生の不可侵性について、誰がどのように判断しうるのかも明確ではないのである。

第二に、批判的利害関心と経験的利害関心との明確な区別を前提し、批判的利害関心を常に優位におく点である。この点においても、ドゥオーキンの主張は議論の余地がある。批判的利害関心は、経験的利害関心と必ずしも明確に独立したものとは言い切れない。さらに、主体にとって、常に批判的利害関心が重要であるとも言い切れない。前に述べたように、我々は確かに、その人の考えに基づいて自身の生を送るという側面を重要だと考えるが、しかし、同時に、その人が生きているという側面も重要であると考えうる。言い換えれば、経験的利害関心と批判的利害関心とは共にある人を構成する重要な要素であり、両者が相互に関連しあっていると考えられる。人間の生についてのこれらの側面を考えるなら、批判的利害関心を有する生の主体のみがその生について判断しうるというのは、ある一面だけ強調して人間の生を捉えるものであると考えられる。このことから、少なくとも、常に経験的利害関心よりも批判的利害関心が重要だとする観点から人間の生を捉えるドゥオーキンの理論は、問題を含むものだと考えられる。

本章では、生死に関する個人の意思決定を尊重するというドゥオーキンの主張を考察した。この主張は、ある面では、意思決定において本人の生の送り方や見解を尊重するという、重要な側面を提示するものである。しかし、同時に、常に批判的利害関心を優位に置くこの主張は、人間の生を一面的に捉えるという問題を含むものでもある。経験的利害関心と批判的利害関心との区別の難しさや、生の主体をどのようなものと捉え、その生についての決定において「誰の意思が」尊重されるべきかについても、議論の余地があると思われる。次章では、この問題が特に顕著に現れる、事前指示の有効性をめぐる議論を考察する。

¹ 現在では、生命維持装置の撤去がもたらす死は、安楽死とはみなさないのが国際的に主流となっているように思われる。しかし、ドゥオーキンはこの安楽死と区別して論じていないようなので、ここでは彼の用語法に従って、この問題を安楽死問題として扱うことにする。

² (Kamm:218) は、ドゥオーキンの述べる内在的価値を、「ある人がそれに関心をもつかどうかから独立して存在する、客観的価値でもある」と説明する。つまり、ドゥオーキンにおける内在的価値とは、内在しつつも客観的な価値だと考えられる。

³ (Shiffrin:195)はこの点について、ドゥオーキンの主張を次のように要約する。人間の生が有する主観的価値は、生の主体がその生に関してもつ利害関心という機能(function)であり、また、生の主体がその生に関する利害関心をもたないときでさえ、人間の生は内在的価値を有するという確信を、我々は共有しているのである。

⁴ ここでドゥオーキンが自然的資源投入と人間的資源投入との区別をどのように考えているかは明確ではない。また、資源投入の程度と、その産物の価値との相互関係についても、議論の余地があると考えられるが、本稿では言及しない。資源投入の程度とその産物の価値の比較についてのドゥオーキンの主張には、(Kamm:222-224)が反論している。

⁵ 生の不可侵性に関する信念は宗教的な信念であり、憲法上の信教の自由によって保障されるという主張については、本稿では割愛する。

⁶ ドゥオーキンは、(Rachels, Ruddick)の主張を基に、自らの論を構築している(LD:248n.7)。

第六章 一つの人生か別の人格か——事前指示の有効性をめぐる考察

第四章で考察したように、事前指示とは、将来意思決定し得ない状態になった場合についての治療の希望・拒否を、対応能力を有する時点で意思表示しておくことであり、代理決定が必要な際に本人の意思を知るための有力な手がかりとなる。これにより、事前指示作成者は、望まない耐え難い治療を将来受けるのを回避でき、また代理決定者は、代理判断の明確な根拠を得ることができる。しかしその一方で、事前指示に従うことが、周囲の判断する現在の本人の利益と対立する場合も生じ得る。例えば、寝たきり状態になった場合には一切の治療を拒否する旨の事前指示と、肺炎治療のための抗生物質投与が本人の利益になるだろうという周囲の判断とが対立するかもしれない。また、積極的治療を希望する旨の事前指示と、緩和ケアのみをすることが本人の利益になるだろうという周囲の判断とが対立するかもしれない。このような事前指示の問題を、特に認知症の場合に限定して考察する。

これまでも言及したように、R・ドゥオーキンは、認知症患者が生を享受していると思われる場合であっても、事前指示に従った治療の差し控えは承認されると主張する。そこで本章の第一節では、ドゥオーキンの事前指示尊重論を確認する。第二節では、ドゥオーキンに対するR・ドレッサーの主張を、第三節では、M・クヴァンテの主張を考察し、事前指示をめぐる議論を把握する。その上で、第四節では、これら三者の見解の相違が、認知症患者の人格性の捉え方の相違に由来することを明らかにし、さらに事前指示の有効性について一つの方向を提案したい。

第一節 R・ドゥオーキンにおける事前指示尊重

経験的利害関心と批判的利害関心

ドゥオーキンの事前指示尊重論は、生死に関する個人の意思決定が尊重されるという主張に基づく。そこでは、生の最終段階がその人の生全体の性質に与える影響が強調される。これは前章でも考察したが、本章での議論と関連する限りで、改めて確認しておこう。

ドゥオーキンによれば、人は「よい生」に関して様々な考えを持ち、これらはたとえ表面化せずとも、生を成功したものにする要因と関係している(LD:200)。人が一方より他方の生を送ることを望む際の根拠は、経験的利害関心と批判的利害関心とに分けられる。前者は、映画鑑賞を好み、苦痛を嫌うというように、欲求や嗜好やそれを経験するのが快か不快かといった利害関心である。これに対して後者は、親密な友人関係や仕事上の成功を重視することのように、自らの生全体をよいものにするのに役立つと考えられる事柄についての利害関心である。つまり、単なる現在の快苦や経験や感情ではなく、それらを反

省的に判断し、よい生との関連のもとで理性的に識別された価値あるものへと向かうものである。それゆえドゥオーキンはこれを「批判的」と呼ぶのだと考えられる。後者は前者よりも重要な利害関心とされる。

ドゥオーキンによれば、我々は、生を全体として統合性のある創造的物語(integral creative narrative)にすることが重要だと考えるゆえに(LD:205)、終末期の生死決定が自らの生全体の性質に与える影響を気にかける。この連関の基礎には、生全体についての批判的利害関心があると考えられよう。

ドゥオーキンによれば、人間の生は、不可侵性(invulnerability)という価値を有する。不可侵性とは、あるものが一旦存在したからには意図的に破壊してはならず、尊重し保護しなければならないとされる場合に、そのものに帰される価値のことである。通常この価値は、生死に関する個人の意思決定と対立し得ると考えられるかもしれないが、ドゥオーキン理論において両者は対立しない。というのも、不可侵なものであるその人自身の生を破壊せずに尊重するということがどのようなことであるかは、結局、他ならぬその人の批判的利害関心によって決まるからである。それゆえ、生の不可侵性を尊重するためには、批判的利害関心に基づく個人の意思決定を尊重すべきなのである。この考察から、さらに次のようにドゥオーキンは事前指示尊重論を展開する。

事前指示が問題となる場面

実際に生死の決定が問題となる状況を、ドゥオーキンは三つに分類するが¹、その中でも、本章では、意識はあるが対応能力を欠くという状況に集中する。以前は対応能力を有したが、現在はこれを欠く認知症患者は、この場合に含まれる。前に取りあげたように、マーゴの場合には、症状にもかかわらず、苦痛を感じておらず、幸福そうにみえる。ドゥオーキンは、マーゴの事例を取りあげ(LD:220-221)、もしマーゴが対応能力を有する時点で、認知症が進行した際には一切の治療を拒否するという旨の事前指示を作成していたなら、苦痛回避目的以外の目的の治療を差し控えることは承認されるべきだと主張するのである。この事前指示尊重論は、自律、受益(beneficence)²、尊厳の考察に基づく。しかし、尊厳については本稿では割愛し、以下では特に、自律と受益についての考察を確認していく。

自律の権利

医療においては、自律尊重原則を基礎として、一般に自己決定が重視される。第四章で確認したように、対応能力を有する時点での自己決定を、現在の状況だけでなく将来の状況にまで拡張しようとするのが事前指示である。

ドゥオーキンはまず、対応能力を有する人の自律の権利(right to autonomy)を考察し、こ

れに基づいて対応能力を欠く人に対する決定の仕方を論じる。この自律の権利とは、自らの生について誰からも支配されず自分で決定する権利と定義される。

自律の権利の尊重は、次のように説明されることがある。すなわち、通常、選択の主体の福利は、自己選択によって保護されるがゆえに自律が尊重される、と。ドゥオーキンはこの説明を、「根拠的見解(evidentiary view)」と呼ぶ。しかし一般に、自らの益にならないと認識している場合の決定も尊重されるため、根拠的見解は自律尊重の説明として妥当とはいえない。したがって、自律尊重の説明は、ある程度、自らの最善の利益を認識しているという理由から独立していなければならないことになる(LD:223)。そこで、ドゥオーキンが自律尊重のための妥当な説明とみなすのは、選択の主体の福利ではなく、統合性(integrity)を強調する、「統合性見解(integrity view)」である。統合性見解とは、それぞれの人格性に従った生の形成に各人が責任を負っていることが承認されるために自律が尊重される³、というものである(LD:224)。ドゥオーキンのこの見解によって、自律の尊重は批判的利害関心の尊重を根拠とする、ということがさらに示されているといつてよい。

ところでドゥオーキンは、自律の権利の前提となる対応能力を、自分の信念や選好や価値に基づいて行為する能力としている(LD:225)。確かにこの意味では、認知症患者や遷延性意識障害患者は自律の権利を持たないことになる。しかしそこで問題となるのが、認知症患者の「先行する自律」、つまり対応能力を有する時点で発揮された自律であり、これによって、ドゥオーキン理論においては結局のところ認知症患者は自律の権利を持つことになるのである(LD:224, 226)。

ドゥオーキンは、自律に関する統合性見解が承認されるがゆえに、この先行する自律が尊重されると主張する。つまり、対応能力を有する時点での事前指示は、その人が望む生全体に関する判断であり、これは自律によって尊重される種類の決定だと考えられる。それゆえ自律を発揮し得る人が新たな決定によって以前の決定を更新しない限り、現在も先行する自律が尊重される。この主張に従えば、認知症患者は自律の権利を発揮し得ないが、それでもなお自律の権利を保持していることになる。

このように自律の権利の考察から導かれる結論では、先行する自律は事前指示を通して尊重される。しかしその場合、本章の冒頭でも触れたように、先行する自律と、周囲が判断する現在の認知症患者の利益との対立が生じうると考えられる。この対立が生じる場合に関して、ドゥオーキンの主張においては、受益の権利の考察を通して解決が図られる。

受益の権利

受益の権利とは、ケアを受ける側の権利であり、これは、ケアを提供する側に、受ける側の最善の利益を目指した決定を要求する(LD:229)。対応能力を欠く人もこの権利を有するが、この場合の最善の利益とは何であるかが考察される。これにより、ドゥオーキンの

主張における最善の利益は、第四章で考察した代理決定の一般的な枠組みにおけるのとは異なるものとして提示されることになる。

ドゥオーキンによれば、認知症患者は自らの批判的利害関心について現在は意見を持たない。そのため、認知症患者のその時点から将来に向かっての生のみを考えた場合、批判的利害関心を考慮する必要はほとんど無くなる。しかし、前に確認したように、あくまで生全体を考慮することが重要である。対応能力を有する時点での批判的利害関心は、これを意識し得ない認知症状態をも含む、その人の生全体に関するものである。ドゥオーキンの主張に従えば、批判的利害関心のこの性質によって、現在批判的利害関心を意識し得ない認知症患者についても、かつて有した「批判的利害関心が持続している」⁴と考えられる。それゆえ、生全体を考慮する場合、もはや批判的利害関心を意識し得ない人にとっても、かつての批判的利害関心を尊重するのが「最善の利益」となるのである。

こうして、自律の権利によっても受益の権利によっても、認知症患者の事前指示尊重が承認されることになる。また、事前指示をしなかった人に関して、その批判的利害関心をよく知っているであろう親族や親しい人に決定が委ねられるべきであるともドゥオーキンは述べる。

対応能力を欠く人にも、対応能力を有する時点での批判的利害関心が持続しており、それを尊重する必要があるというドゥオーキンの主張は、ある範囲においては、際立って特徴的なものではないと思われる。というのも、対応能力を欠く人に関する事柄の決定において、対応能力を有する時点での本人の意向を尊重することは、ある文脈では、日常的に一般に受け容れられている。例えば、対応能力を有する時点での本人の意向は、遺言という形式で、その人の死後にも尊重されうる。また、ドゥオーキンが主張する批判的利害関心の持続と同様の事柄を、ブキャナンらは、「存続する利害関心(surviving interests)」と説明する⁵(Buchanan, Brock:100)。この存続する利害関心とは、例えば、自分の死後に家族がどのように暮らすかについての利害関心であり、その利害関心が満たされるか否かは、その人の死後に生じる出来事に依拠する。つまり、その利害関心が満たされるかどうかは、その人がその時点で利害関心を持つことができない状態になった後に生じる出来事に依拠するという意味で、「存続する」ものである。事前指示を尊重することは、存続する利害関心が満たされるのを保証する助けとなり得るので、重要であるとブキャナンらは主張する。また、ブキャナンらによれば、遷延性意識障害状態の人にとっての最善の利益を判断するには、その時点でその人が持つ経験的利害関心だけでなく、存続する利害関心を考慮しなければならない(Buchanan, Brock:162-164)。このようにブキャナンらの提示する存続する利害関心は、対応能力を欠く状態に持続する批判的利害関心と同じ性質を持つものだと考えられる。これらのことからみても、対応能力を有する時点での批判的利害関心が、対応能力を欠く状態において重視されること自体は、我々の一般的な考え方と遠くない。しかし、ブキャナンらの主張は、特に、遷延性意識障害状態などの場合を想定するものであり、こ

の場合、当人には意識がなく、苦痛などの経験的利害関心の評価が困難であることが前提である。これに対して、マーゴのように未だに意識や他の諸能力を有する人にも、持続する批判的利害関心に依拠した意思決定をする必要があるとする点において、ドゥオーキンの主張は特徴的だと言える。

これと関連して、ドゥオーキンの最善の利益の考察は、第四章で確認した一般的な基準とは異なる。一般的な基準においては、最善の利益は、患者の現在と将来における QOL 評価を基礎とするような患者にとっての正味利益であった。これに対して、ドゥオーキン理論における最善の利益は、過去の対応能力を有する時点での批判的利害関心にかなう選択をすることである。一般的な最善の利益基準が、現在の患者を中心とする視座に立つのに対して、ドゥオーキン理論における最善の利益は、過去の対応能力を有する時点での批判的利害関心を中心とする視座に立つのが特徴であると言える。そして、この主張は、代理決定において何を患者の最善の利益と見なすべきかという問題に対して⁶、ひとつの方向を明確に提示するものでもあると考えられる。

これまで確認してきたドゥオーキンの主張は、生死の決定に関する我々の実感からそれほど遠いものではないとも思われる。しかしマーゴのような人についての事前指示尊重の主張は、直ちに承認できるものとは言い難い。そこで次に、これまでのドゥオーキンの主張の含意と、これに関する議論をより明確にするために、認知症患者の事前指示の有効性を論じる他の主張を考察する。認知症患者の事前指示の扱いをめぐっては多くの議論があるが、ここでは特にドレッサーとクヴァンテの主張を取り上げることにしたい。

第二節 ドゥオーキンに対するドレッサーの主張

ドゥオーキンの事前指示尊重論に対して、ドレッサーは、先行する自律、批判的利害関心の尊重、州の利害関心という 3 つの観点から次のように反論している。

事前指示と先行する自律

ドレッサーは、事前指示によって先行する自律を尊重することについて、様々な問題点を指摘する。この中には、もともと意思決定プロセスの持つ問題点も含まれるが、事前指示に特有の問題で、事前指示の克服できない欠点としてドレッサーが挙げるのは次の三点である。

第一に、事前指示作成者は、その作成から履行までの期間に、治療やそれに関連する新たな情報を得られず、また、関係者に対して自らの選択を説明・擁護することができない点である。これは、医療における通常的意思決定(たとえば外科手術の同意など)も有する問題であるが、事前指示においては、大抵は指示作成時(意思決定時)と指示履行時との時

間的隔たりが大きく、事前指示履行が検討される時点で意思を再確認できないという点で、特に困難な問題になると考えられる。

第二に、ドゥオーキンが支持する事前指示の厳密な固守は、対応能力を有する人が享受する「心変わりによる決定変更の自由」を、対応能力を欠く人には承認しないことを意味するという点である。この指摘は、次の第三の点とも深く関わると思われる。

第三に、ある人格同一性理論に基づけば、先行する自律の有効性は疑わしいという点である。ドレッサーによれば、ドゥオーキン理論における先行する自律の尊重は、徹底的な心理学的変化にもかかわらず、認知症のマーゴを事前指示作成者と同じ人格であると前提する。しかし、ドレッサーは次のように考察する。

記憶の実質的喪失と他の心理学的変化は、実際、以前の人格との結びつきが、あなたと私との結びつきより強くはないような『新しい人格』を生み出すだろう(Dresser:35)。

この見解を支持すれば、マーゴの事前指示は、認知症の彼女に関する事柄を取り仕切るのに有効ではなくなる。ドレッサーのこの主張は、ある人が別の誰かについて決定したことは尊重されない、というのと同様である。このようにして、先行する自律は、現在の自律ほど尊重されるものではないとドレッサーは主張する。

ここでドレッサーが指摘する点は、本稿の第四章で考察した、事前指示の問題点と重なり合うものであると言える。また、これらの問題点のゆえに、先行する自律は現在の自律ほど尊重されるものではないという見解も、ブキャナンらの考察と共通するものであると考えられる。ただし、ドレッサーは、事前指示の効力が制限される場合をより明確に主張する。この点は後に考察することになる。

ドレッサーはさらに、「苦痛回避目的以外の目的の治療を拒否する」旨の事前指示が尊重されるとドゥオーキンが述べる箇所を根拠として、ドゥオーキンもまた先行する自律の尊重に制限を設けていると主張する。しかしドゥオーキンがこの制限を設けているのだとしても、ドレッサーと同じ結論が導かれるわけではない。これについては第三節で詳しく考察する。

批判的利害関心の尊重

ドゥオーキンによれば、第一節で考察したように、マーゴが事前指示をしていなかった場合、代理決定者は認知症の彼女の最善の利益のために、かつての批判的利害関心に合致する決定をしなければならない。この主張は、「人々は自らの生が物語的一貫性を持つことを望んでいる」という前提に依拠している。

しかしドレッサーによれば、この前提は多くの人々が共有するものではないし、経験的利

害関心と批判的利害関心とは明確に区別し得るものでもない。また、マーゴが事前指示をしておらず、彼女の親しい人々が「現在の状態で生きることよりも死を選択することがマーゴの批判的利害関心に合致する」と考える場合、現在の満足そうなマーゴは、彼女がもはや意識しない批判的利害関心を尊重した決定によって、明白な害を経験するであろう。ドレッサーのこの指摘は、「認知症状態では批判的利害関心は重要でなくなり、経験的利害関心が重要になるので、受託者は当然前者を無視して後者に集中してもよい」という立場からのものであるといえる。ドレッサーは、ドゥオーキンもこの立場の議論を取り上げているが(LD:232)、十分検討してはいないと述べる(Dresser:36)。

しかし、ドゥオーキン理論においては、第一節でも確認したように、かつての批判的利害関心が認知症状態にも持続していると考えられるため、それを無視することは承認されない。それゆえ、ここでのドレッサーの主張は、ドゥオーキンの主張に反論し得るものとは言い難い。しかしこの主張の背景については第三節で言及したい。

マーゴの生についての州の利害関心

事前指示尊重に関するドゥオーキンの主張は、第五章で検討した考察に基づくが、その部分でドゥオーキンは、意識のある個人だけが、破壊されない、あるいは危害を加えられないことについての利害関心を持ち得るという見解を支持し、自身の利害関心を持ち得るものを保護するという州の役割について述べる。ドレッサーは、この主張が、意識のある認知症患者の利害関心を保護する州の方策を支持するものだと考える。そのため、ドレッサーによれば、認知症患者に関する事前指示や家族の選択は常に無効となるわけではないが、その決定に際して、意識はあるが対応能力を欠く患者の「主観的な現実」に中心が置かれるべきである。つまり、臨床医や患者のケアにかかわる他の人々によって、生の維持による経験的負担と益とを体系的に評価し、最小限の侵襲的生命維持介入が、マーゴのように満足し活動的であるような人の生を維持すると判断される場合には、事前指示や家族の決定に対して州が制限することは正当化されるというのである。

しかし、ドレッサーのこの主張は、次の二点から、ドゥオーキンに対する根本的な反論とは言い難い。第一に、苦痛を感じる能力を有するものは、それを回避することについての利害関心をもつ。しかし、より複雑な能力を持たなければ、生の持続に関する利害関心を持つとはいえない⁷。この主張によると、進行した認知症患者は苦痛を回避する利害関心はもつが、生の持続についての利害関心は有していない。ドゥオーキンの主張の中心は、自らの生に関する権利と利害関心、また、生の不可侵性についての自らの信念を実現することに関する人々の権利と利害関心の保護が州の役割である、というものである⁸。つまり、認知症患者はより複雑な能力をもたないために生の持続についての利害関心をもたず、そのため州は、認知症患者の生を持続させるための役割を持たないのである。

第二に、経験的利害関心よりも、批判的利害関心の方が重要な利害関心である。進行した認知症患者は経験的利害関心を保持していても、自らの批判的利害関心に基づいて生死に関する決定をすることはもはやできない。そのためドゥオーキンの主張では、本人の批判的利害関心に基づいて作成された事前指示に従って、生死に関する決定をしなければならず、事前指示尊重がその人の生の不可侵性の尊重にもなるのだと考えられる。

これらの点から、ドゥオーキンの理論では、進行した認知症患者が苦痛を感じずに生を享受していると判断される場合であっても、本人の事前指示に従った治療の差し控えが承認されるべきなのであり、これは生の不可侵性と個人の利害関心についての考察から導かれる結論なのである。そのため、この点についてのドレッサーの反論は、苦痛を回避する利害関心を保護するための事前指示の方法を要求するものではあっても、ドゥオーキンの事前指示尊重の主張に対する反論としては成功していない。ドゥオーキンの主張では、認知症患者にも批判的利害関心は持続しているのであるから、結局、州の役割は、批判的利害関心に基づく事前指示の尊重を承認することにあると考えられるからである。

次に、これまでみてきたドゥオーキンとドレッサーの相違点や、ドレッサーの主張の展開の余地を、クヴァンテの主張の考察によってより明確にしていく。

第三節 事前指示に関するクヴァンテの主張

クヴァンテは認知症や精神病の場合の事前指示について論じる際、人格同一性に関して、持続(persistence)と、人格性あるいは伝記的同一性(personality or biographical identity)という二つの意味の区別を重視する。前者は、時間を通じて同一の個人が持続するという、誕生や死に関連する意味である。後者は、ある人の伝記の間に人格性の同一(sameness)がある、あるいは、少なくとも連続性があるという意味である。クヴァンテによれば、人格性とは、その人が誰でありどのようになりたいかを明らかにするような、価値や選好や信念の複合的な型であり、その人の将来の計画の際に気かけられるものを指す。この人格性と伝記的同一性は自律尊重原理と関連している(Quante:366)。

クヴァンテは、事前指示が問題となる四つの場合を区別するが、本稿では、人が対応能力と人格性を不可逆的に喪失した場合⁹を論じる。これまで考察してきた認知症のケースは、この場合に含まれるからである。クヴァンテは、この場合の事前指示尊重に反対する議論を考察し、妥当な方法に基づいた事前指示尊重を主張する。反対する議論とは、以下で考察する、事前指示履行の問題、「害をなすな(Doing No Harm)」という問題、同一性がないという想定(Non-Identity Assumption)である。

事前指示履行の問題

クヴァンテによれば、生死に関する実際の現象は複雑なため、全てを指示する事前指示は不可能である。そこで、事前指示に不可避免的に含まれる曖昧さや解釈のリスクについての患者の理解や、代理決定者の指名、本人・家族・医師の理解と証拠書類が必要である。またその履行が患者にとって深刻な害や苦痛の原因となる場合には、それを無効にしてほしいという声明を事前指示には含むべきである。クヴァンテのこの主張は、前節でみたドレッサーの指摘を解決する方法だといえる。また、これは、第四章で考察したような一般的な基準が対立しうるさいに、患者の現在の利益が保護される範囲を明示的に規定するものと考えられる。

このような方法を取りながら事前指示を用いることと同様に、事前指示を用いない自由も全ての人に保証される必要がある。クヴァンテは、この自由を保障するために、次の場合にのみ、批判的利害関心や事前指示が尊重されるべきであると論じる。つまり、事前指示にその人の持つ価値が明らかに表現されているか、あるいは、批判的利害関心の尊重が本人の希望を反映しているという十分な証拠を代理決定者が持つ場合である。これは前節でみたドレッサーの指摘を重視するものであり、ドゥオーキンの主張と比較して、より限定された事前指示尊重論とすることができる。

「害をなすな」という問題

対応能力を欠く人が苦痛などを感じないでいる状態を保ちながら、事前指示を履行することが可能な場合もある。この場合、事前指示履行と経験的利害関心との対立は生じない。その一方で、これまでも言及したように、事前指示の履行が、対応能力を欠く人の経験的利害関心と対立する場合もある。クヴァンテはこのような対立を生じさせないために、事前指示は、除外条項(opting out clause)を含むべきだと述べる。つまり、対立が生じる場合には、それに関する事前指示を履行しないという条項を、作成時に含む必要があるというのである。この点に関して、対応能力を欠くがいまだ経験的利害関心を有する場合と、もはやいかなる利害関心も持たない場合とは区別される(Quante:372)。すなわち、後者の場合には経験的利害関心に反することがないので、前者の場合より事前指示が重視されるのである。

この主張は、あくまで認知症患者の経験的利害関心と対立しない限りでの事前指示尊重の立場だといえる。クヴァンテによれば、自律を欠く人については、伝記的同一性に基づく自律概念に依拠して、過去の人格性と一貫するような仕方で処遇するのが適切である。つまり、伝記的同一性の中心的構成要素である人格性が喪失しても、伝記的同一性は存続する。それゆえいまや自律を欠く人については、かつての自律が有効となり、これに基づく決定が適切であると考えられているといえよう。クヴァンテによれば、かつての自律が有効となる点で、認知症患者と遷延性意識障害患者は区別されないが、経験的利害関心の

有無という点で両者は区別され、認知症患者の事前指示には制限が設けられるのである。

同一性がないという想定

同一性がないという想定は、「心理学的な連結の程度を人格同一性の基準として用い、ひとたび心理学的連結がある閾を越えてしまうと、『以前の人』と『現実の患者』という二つの区別される個人が存在することになる」という見解である。これに従えば、もはや以前の自己を思い出したり以前の自己と同一視したりできないアルツハイマー症患者は、まるでその人が以前に事前指示を作成したことがなかったかのように遇されるべきだということになる。というのも、「ある人の自律的決定が尊重される必要のない最も明白なケースは、その決定がこの人ではなく、他の誰かを目標としているケースである」(Quante:373)からである。前節で確認したドレッサーの主張は、この見解に含まれると言える。

クヴァンテは、この想定は「伝記的同一性」と「存在の持続」とを一つにまとめ、「人格性の喪失」を「存在をやめること」と受け取っていると反論する。実際には、人格性の喪失や変化がある場合でも人間は存在することをやめないで、以前の人 A の決定が後の患者 B の生を扱っているとは記述されない(Quante:373-374)。それゆえ、存在の持続という観点からは、同一性がないという想定に基づいた反論は成功しないことになる。

そこで、事前指示に記された批判的利害関心と、認知症患者の経験的利害関心との両立が不可能な場合、どちらを尊重すべきかという問題を、伝記的同一性の観点から考察することになる。クヴァンテによれば、人がその生を送るということは、将来の経験的利害関心についての熟考をも含む、自分自身の生の価値を評価することを意味する。つまり、クヴァンテはドゥオーキンと同様に、かつて有した「生についての投企」の内に現在の認知症状態での生も含まれると考えていると言ってよい。クヴァンテによれば、人格であること (being a person) は我々の文化において重要な価値なので、これまでに述べた制限条項と共に受け取られるなら、たとえ全てのケースではないにしても、一般に事前指示が承認されるのである(Quante:374)¹⁰。

これまでみてきたクヴァンテの提案を採用することで、ドゥオーキンの事前指示尊重論の問題点は、ある程度は解決すると思われる。しかしながら、ドゥオーキンの主張に対するドレッサーの反論の全てが解決されるわけではい。以下では、事前指示をめぐる議論について、これまでみてきた三者の主張の相違点について改めて確認した上で、事前指示の有効性についてさらに考察を加えたい。

第四節 事前指示の有効性をめぐる考察

事前指示をめぐる主張の相違点と人格性

マーゴが、認知症が進行した場合に一切の治療を拒否する旨の事前指示を作成していたとする。この場合、ドゥオーキンによれば、認知症のマーゴについて、苦痛回避目的以外の目的の治療の差し控えは承認される。またクヴァンテによれば、事前指示には制限が設けられ、認知症患者の経験的利害関心に反さない限りで治療の差し控えは承認される。しかし、ドレッサーによれば、認知症患者に対してある治療がもたらすであろう経験的な負担が軽く利益の大きい限り、(その治療の差し控えが経験的利害関心に反さないものであっても)事前指示を無効にすることは承認される。この三者の主張の相違は、認知症患者についての決定の際に考慮の中心となる、生の主体に関する見解の相違に依拠すると考えられる。

ドゥオーキンは人の生を一つの全体として捉える。そのため、いまや批判的利害関心を意識しない認知症患者についての決定においては、対応能力を有する時点でのその人の批判的利害関心を中心に置く。クヴァンテは認知症の状況を、その人が対応能力と人格性を不可逆的に失っているものと捉える。そのため、認知症患者についての決定においては、伝記的同一性にに基づき、かつての人格性と自律を中心に置くのである。クヴァンテの主張は、事前指示の履行に一定の制限を加えるものではあるが、人格性や批判的利害関心を重視し、認知症患者はこれらを欠くとみなす点で、ドゥオーキンの主張と大きく重なる。

これに対してドレッサーは、認知症患者を事前指示作成者とは別の人格と捉える。すなわち、人格の喪失ではなくその変化を主張する。そのためドレッサーは、認知症患者についての決定をする際、その時点での本人の「主観的な現実」を中心に置くのである。

こうした人格性や人格をめぐる見解の相違は、その構成要素に関する解釈の相違として理解できよう。人生設計や自己認識をもつ能力だけをその構成要素とするなら、もはやこれらの能力を保持し得ない認知症患者は人格性を欠くことになるだろう。しかしながら、欲求や選好や経験なども人格性の構成要素とするなら、これらを保持し得る認知症患者は人格性を有することになる。

ドゥオーキンによる批判的利害関心と経験的利害関心という区別は、ドレッサーの指摘にもあるように、実際には明確なものではない。また、ある人がほかでもないその人自身として成立するためには、もちろんその人が理性的に選択したものは重要である。しかしその人が理性的な判断なしに選択したのも同様に、その人自身を表現する重要な要素である。さらに、ある人を他でもないその人として形成したり、アイデンティティーを維持したりする要素には、他人との関係性において成立する要素が含まれる¹¹。ドゥオーキンはマーゴの事例を取りあげる際に言及しないが、本稿の第二部の冒頭で確認したように、マーゴの生を報告するファールリックは、最後に「マーゴは自身のアイデンティティーをもち続けていた」と実感する。これは、その人自身であることやアイデンティティーを維持していることが、その人の認知的能力だけに依拠していないことを表しているといえる。

これらのことから、身体的欲求や選好や経験をもつ能力も人格性の構成要素となり、それゆえ認知症患者にも人格性を認めることが十分可能となる。

そうであるとすれば、かつての批判的利害関心や事前指示について現在は関心を持たない認知症患者に、人格を認めることはできる。それゆえドレッサーが主張するように、事前指示よりも認知症患者の「主観的な現実」が重視され、これを反映する決定が必要となるのである。

これに加えて、ドゥオーキンが主張する自律の権利は、統合性の見解によって尊重されるものであった。これは、その人自身の生が全体として統合性を持つようになることを前提とするものであり、この意味で、一貫した価値を基礎とする自律の尊重であると考えられる。しかし、第一部で考察したように、人は、自身にとって重要な価値や見解を変化させることがあり得る。それは、単にその人が自身の見解を変えようとして変えるだけでなく、その人が置かれた環境や関係性に影響されて変化しうるものだと考えられる。自律の尊重の基礎となるのは、強く一貫した価値だけでなく、その時点でのその人にとって重要な価値であった。これと同様に、ドゥオーキンが主張する人の批判的利害関心も、その人の周囲の環境や関係性に影響されて規定されたり、変化したりしうるものだと考えられよう。どのような生をよいと考えるか、どのように生きていきたいと考えるかは、常にその人の周囲の状況によって影響され変化する可能性を持つものであろう¹²。とするならば、生の一貫性を強く前提とする批判的利害関心や、生の統合性を基礎とする自律の権利は、ドゥオーキンが主張するほど強い効力を持ち得ないことになるといえる。このことと、認知症患者にも人格性を認めることができることを併せて考えるなら、認知症の人に関する決定において、かつての批判的利害関心や事前指示の効力を強く主張することは、必ずしもドゥオーキンが主張するほど容易ではなくなる。

「人格性」と「一つの人生」

意思決定においては、認知症の人にとっての主観的な現実が重視される必要がある。しかし、ドレッサーの主張もまた十分なものではなく、さらに考慮しなければならないことがある。それは、実際は、それまで存在していた人が消滅し、新たに別の人が出現したとは考えられないという点である。そこにはクヴァンテが主張する「持続」のような連続性が存在するといえる。この連続性は、認知症患者と周囲との相互関係や、認知症患者の身体的連続性などからも、私たちの実感に反したものではないだろう。このような連続性の重視は、以下でみるように E・R・コッペルマンの主張にもみることができる。

コッペルマンは認知症患者についての決定を考察する際、対応能力と批判的利害関心を有する時点でのその人を、「かつての自己(then self)」、経験的利害関心は有するがもはや批判的利害関心については意識し得ない時点でのその人を、「現在の自己(now self)」と表す

(Koppelman:67)。コッペルマンによれば、認知症患者についての決定をめぐる議論において、かつての自己を尊重する見解と、現在の自己を尊重する見解とが対立している。本稿で確認してきたドゥオーキンとクヴァンテの主張は前者の見解に、ドレッサーの主張は後者の見解に含まれるといえる。

コッペルマンによれば、かつての自己のみを重視する場合、過去の批判的利害関心に基づいた決定が尊重され、認知症患者が有する経験的利害関心は決定に反映されない。しかし、経験的利害関心も批判的利害関心と同様に、自己の重要な側面である。認知症患者は経験的利害関心を有するのであるから、これを反映しない決定は十全な決定とはいえない。また、ある状況において、その状況とは全く異なる状況に置かれた時のことを想像して重要な決定することは困難である。認知症の状況は、この「全く異なる状況」だといえる。一方、現在の自己のみを重視する場合、人間一般にとって何がよく、何が悪いか、といった客観的基準に基づいて認知症患者の経験的利害関心を評価し、その評価が決定に反映される。こうした決定では、他ならぬその人を反映する決定ではなくなってしまう。そのため、現在の自己のみを重視する決定も適切な決定とはいえない。したがって、かつての自己か現在の自己の一方だけを尊重する決定は適切なものとはいえず、全体としての自己(whole self)を考慮する必要があるというのである。

全体としての自己とは、かつての自己が有した性格と、現在の自己の有する欲求や選好とが統合された自己である(Koppelman:81)。この全体としての自己に集中するために、かつての自己と現在の自己とが実際には完全に分裂していないことをコッペルマンは指摘する。これは認知症が進行したとしても批判的利害関心の表明能力がすぐには失われないことなどによって示される。コッペルマンによれば、分裂が完全ではないゆえに、ある人のかつての自己の性格やよい生についての確信に生じた、ある種の変化の形跡をたどることはできる。病気の進行につれて、あるいは現在のその人において、選好や欲求や反応に関する変化が、その人のそれまで有した人生設計や目標における変化に、どのように影響しているかを理解することが必要なのである。

コッペルマンのこの主張は、ドレッサーの不十分な点を補うために重要である。というのも、認知症患者は、かつてのその人と全くの別人なのではなく、過去から何らかの連続性を有する人として捉えられるからである。全体としての自己を重視するこの主張は、現在の認知症患者を決定に反映し、連続性を切り捨てないという点で賛成できる。

しかしコッペルマンの主張もまた、次の点で問題をはらんでいる。すなわち、認知症患者についての決定の際に、過去に立脚点を置いて現在までの変化を捉える、という視座に立つ点において、ドゥオーキンやクヴァンテと同様、過去偏重に陥る可能性をまぬがれ得ないのである。なぜならコッペルマンによれば、かつての自己から現在の自己へとどのように変化したかを理解することが重要なのであり、現在の認知症患者を理解するために、あくまで、かつての自己が有した特徴を考慮することからはじめることになるからである。

この視点に立つとき、かつての自己をよく知る人たちは、現在の認知症患者の表明する欲求や選好や経験を、その人のかつての価値観や目標にあてはめて考慮してしまい、現在の欲求や選好や経験を偏った読み取り方、受け取り方をしてしまうこともあり得る。そのため Coppelman の主張もまた十分ではない。その人の過去を考慮しつつも、あくまで現在の認知症患者を決定の際中心に置く視座に立つ必要があるのである。

これまでの考察から、ドゥオーキンをはじめとしてクヴァンテや Coppelman のように、以前のその人の批判的利害関心や事前指示を、現在のその人の状態に読み込んでしまい、現在のその人の利益が的確に評価されないという事態は避けなければならない、その一方で、ドレッサーのように、現在のその人のみが評価され、その人に固有な連続的人生が全く考慮されないという事態も避けなければならないと考える。

事前指示についてもはや気かけない現在の認知症患者は、いわば新たな価値観をもつ人、ある面で以前とは変化した人として、現在生きていると捉えられる。それゆえ、対応能力を有した時点での事前指示のみに基づいて現在のその人についての決定を差配すべきではなく、認知症状態にある現在のその人にとって何が利益かを考えて選択すべきである。つまり、現在その人が保持する経験的利害関心や選好や身体的環境や、本人にとって重要であると思われるものを決定の際の中心に置き、体系的に評価して、これらを保護・促進するための選択をしなければならない。しかしこのとき、その人の現在の生を適切に評価するには、その人に固有な連続的人生についての認識が不可欠なのである。

というのも、過去の人格性を重視するクヴァンテの伝記的同一性尊重論とは異なり、現在の認知症患者を重視しなければならないが、事前指示作成者と現在の認知症患者とは、一つの人生を送るひとりの人だと考えられるからである。この連続性は、例えば、認知症になった人をこれまでと同様に父母、兄弟・姉妹、あるいは親しい人として見続ける周囲の視点のように、認知症患者と周囲の人との間で理解されるものであろう。また例えば、認知症患者の行為や言動の中にかつてのその人と同じ表現をみる瞬間に、周囲の人が感じるものであるかもしれない。現在を立脚点にしてその人の利益を評価することが確保されるなら、かつての批判的利害関心や事前指示に表明された価値観が現在に至るまでどのように変化したか、またその変化に病気や環境がどのように影響したかについての認識は、現在のその人が生きる現実を知るための重大な手がかりになるといえる。またこのように、これまでの人生の積み重ねとあわせて現在のその人を捉えるなら、単に一般的基準のみに従うのではなく、個別のその人にとっての利益を判断することになると考えられるのである。

認知症患者についての決定の際、中心に置くべきなのは、現在のその人にとって重要なもの、経験的利害関心、選好、身体的環境であり、現在のその人が表出するこれらのものを通じて、その人の人生全体にとっての利益を評価すべきである。そのためには、これま

での人生についての認識も重要であり、現在のその人とかつてのその人との断絶と一貫性の双方をあわせて考慮する必要がある。このとき、かつての批判的利害関心や事前指示は、現在のその人にとっての利益を含めた、現在のその人が生きる現実を知るための、重要な手がかりとして用いるべきであり、このような役割を果たす事前指示の使用と発展こそ求められるのである。

本章では、ドゥオーキンの事前指示尊重の主張を出発点として、事前指示の有効性をめぐる議論を考察してきた。これを通して、認知症患者に関する意思決定においては、かつての批判的利害関心や事前指示のみに従った決定は適切ではなく、患者の現在の利益を尊重する必要があることが明らかになった。次章では、認知症患者の現在の利益、すなわち、現在の患者にとって重要なものと、それを反映する意思決定をどのように捉えるかに関して、さらに考察を進めたい。

¹ 意識と対応能力がある場合、意識がない場合、意識はあるが対応能力がない場合、である。
² *beneficence* は、通常はケアを提供する側がケアを受ける側の益になるよう働きかけなければならないことを意味し、「与益」という訳語が適当であると考えられる。しかしドゥオーキンの主張においては、ケアを受ける側が持つ権利として理解されているため、「受益」と訳すことにする。

³ (Shiffrin:216n.19)は、自律は人が自身の性格によって自身の生を送る能力を促進し保護するという Ronald Dworkin 理論が、Gerald Dworkin の自律理論と類似すると指摘する。確かに、自律の発揮によって、自身の生に意味を与え、自身の生を形成するという点で、両者の自律概念は共通する要素を持つと考えられる。

⁴ (Dresser:33)には、「批判的利害関心を認識することが現在できないにも関わらず、マーゴの批判的利害関心は持続している(Margo's critical interests persist)」とある。本稿ではこれを参照して、「批判的利害関心が持続している」と表現する。

⁵ ブキャナンらが持続する利害関心に言及するのは、事前指示に依拠することで促進される倫理的価値に関する考察においてである。ブキャナンらは、この倫理的価値を三点指摘する。すなわち、第一に、自己決定を尊重するものである点、第二に、人を望まない事実上無益な医療的介入から保護することによって、その人の福利(*well-being*)にかなう(*serve*)点、第三に、人は、他人の肩にかかるであろう感情的負担や財政的負担を和らげることが可能となる点である。この第三の点については、事前指示の主体にとっての利益はさらに2点に分けられる。一点目は、事前指示の主体は、その指示を発することで、愛する人が困難な決定において経験するであろう苦悩を減らしたり、それらの人が重い無駄な財政的コストを被らないだろうことを確実にしたりすることができ、それら是对応能力を有する間の主体の利益となることである。二点目が、事前指示は、主体が自身の存続する利害関心が満たされるのを確実にする助けとなりうることである。

⁶ 例えば(Hope)は、認知症患者の最善の利益にかなう治療選択や支援を目指すという *Mental Capacity Act* に対して、結局、最善の利益をどう捉えるかが明確に示されていないことが問題であると論じる。ドゥオーキンの主張は、最善の利益の捉え方の明確なひとつの方向性を示すものであると言える。

⁷ 生の持続に関する利害関心を有するものと、その利害関心を保護される権利についてのドゥオーキンの主張は、(Tooley)にはじまるとされるパーソン論の主張に類似する。

⁸ この読みに関しては、(Shiffrin:195-196)を参照。

⁹ このケースでクヴァンテは、ドゥオーキンにならって、個人の伝記の本質的部分であり自律

と人格性を表現する「批判的利害関心」(価値や信念)と、単なる「経験的利害関心」(喜びや苦痛のような)とを区別する。さらに、患者が①批判的利害関心を持つ段階、②経験的利害関心のみを持つ段階、③意識も利害関心も永続的に喪失している段階、これらを区別し、②における、事前指示に従った医療的処置の差し控えが重大な問題であるとする(Quante:368)。クヴァンテの区別に従うなら、本稿のここで論じるのは②の段階である。

¹⁰ (Kuhse)はクヴァンテと同様に、認知症患者の保持する利害関心を妨げない限りでの、生命維持治療を拒否する旨の事前指示尊重を主張する。これは、進行した認知症患者はもはや自身の生の持続についての利害関心を持たないという考察に基づく。

¹¹ (Radden, Fordyce:81-83)は、ある人のアイデンティティーは、その人と他人との共同作業によって形成されていて、とりわけ認知症の人のケアの場面では、そもそも変化し(evolving)うるアイデンティティーを維持し支えることによって、その人の自律を支えることになる論じる。

¹² 例えば、(Nelson:228)は、批判的利害関心が、我々の頭の外にある、自然的かつ社会的な世界の特性によって規定されうるものであると指摘する。そして、そのような外的な特性は、人が対応能力を欠く状態になった後に変化するかもしれないので、批判的利害関心の内容は変わるかもしれないし、それを尊重する仕方も変わるかもしれないと論じる。この主張は、本稿の第七章で考察するヤヴォフスカの主張と同じ観点を有するものであり、本稿の考察にとっても重要だと思われる。

第七章 認知症患者の意思決定における価値評価能力と利益

本稿の第二部ではこれまで、認知症患者の意思決定の問題を、特に事前指示の有効性という観点から考察してきた。これまでに明らかになったように、認知症患者の意思決定においては、患者の現在の利益を尊重する必要がある。そこで、さらに、患者の現在の利益をどう捉えるかに関して考察を進めたい。

認知症については、近年の脳神経科学からもまた多角的にアプローチされている¹。この中で、脳神経科学の知見に基づいて、従来意思決定の前提とされてきた主体性や人格性について検討する議論がみられるようになった²。本稿の第四章で特に取りあげたように、従来の意思決定の枠組みでは、認知症患者は現在において自律の能力を欠くと判断される。しかし、例えば、医療倫理学者である A・ヤヴォフスカは、脳神経科学の知見に基づいて、認知症患者に自律を認め、意思決定において患者の現在の自律を尊重すべきであると主張する。これに対して、R・ドレッサーと P・J・ホワイトハウスは、意思決定において現在の患者を中心におく必要性を、異なる観点から主張する。両者の主張を比較検討することで、意思決定におけるそれぞれの含意が明確になる。

本章では、脳神経科学の知見に基づき認知症患者の自律を捉え直すことの利点と問題点を明らかにすることを通して、認知症患者の意思決定において何が尊重されなければならないのかを考察したい。そこで、第一節では、意思決定において認知症患者の現在の自律尊重を論じるヤヴォフスカの主張を確認する。第二節では、患者の現在の利益尊重の代表的論者である、ドレッサーらの主張を取りあげる。そのうえで第三節では、ヤヴォフスカとドレッサーらの主張とを比較検討することで、認知症患者の意思決定において尊重される必要があるものを明らかにしたい。

第一節 自律の尊重と価値評価能力——ヤヴォフスカの主張

第四章で考察したように、一般的な代理決定の枠組みにおいては、対応能力を欠くが意識はあり、他の諸能力を保持しているような認知症患者に関して、かつて表明した希望や選択と、現在の利益と判断されるものや選好とが対立する場合、前者と後者のどちらを優先させるべきかという問題が生じる。この問題について、第六章では、かつての希望や選好のみに従った決定は適切ではなく、患者の現在の利益を尊重する必要があることを論じた。すでに考察したように、R・ドゥオーキン³は、患者が認知症を発症する以前に表明した希望を優先すべきであると主張する。これに対して、ヤヴォフスカは、「倫理的な概念分析と脳神経科学的な知見」(Jaworska 2005:87)に基づけば、認知症患者は未だに自律しているので、それを尊重すべきだと主張する。そこで、まず、ドゥオーキン理論に対して、第六章で考察したのとは異なる観点から反論する、ヤヴォフスカの主張を考察する。

ヤヴォフスカは、主としてドゥオーキン理論の枠組みを援用しつつその妥当性を検討することを通して、認知症患者の現在の利益を重視する主張を展開する。そこでまず、関連するドゥオーキン理論を簡単に再確認したうえで、ヤヴォフスカの主張について考察したい。

批判的利害関心と価値評価能力

ドゥオーキンによれば、人の利害関心は、経験的利害関心と批判的利害関心とに区別される。これらの利害関心のうち、ある人にとって何が最善かを決めるときには、批判的利害関心が優先される。批判的利害関心をもつには、全体としての生についての感覚が必要である。そうであれば、この感覚を欠く認知症患者は、経験的利害関心はもつが、批判的利害関心をもつことはできないことになる。それでも、批判的利害関心をもたない患者には、かつての批判的利害関心が現在も持続している。そのため認知症患者は、現在の経験的利害関心とかつての批判的利害関心を行使できることになる(LD:200-205)。このように、ドゥオーキン理論においては、認知症患者の意思決定における対立は、現在の経験的利害関心とかつての批判的利害関心との対立と解釈され、後者が優先されることになる。

この主張に対して、ヤヴォフスカは、認知症患者は現在も批判的利害関心をもちうるとし、それゆえ、かつての希望ではなく、患者の現在の利益を尊重する必要があるというのである。一般に、意思決定能力のある人については、批判的利益関心と経験的利益関心とが対立したとき、前者が優先され、結局それがその人にとって最善であると判断される。先に述べたようにドゥオーキンの理論において、認知症患者の意思決定問題は、患者の現在の経験的利害関心とかつての批判的利害関心との対立と解釈される。しかし、もし患者が現在も批判的利害関心をもつことが明らかになれば、その問題は、患者の現在の批判的利害関心と、かつての批判的利害関心との対立と理解されることになる。このようにヤヴォフスカは、ドゥオーキン理論の前提を拓げることで、ドゥオーキンの結論とは異なる結論を導く。

認知症患者が批判的利害関心をもつということは、ヤヴォフスカによれば、この利害関心が全体としての生についての感覚を前提しないということによって明らかにされる。ドゥオーキンによれば、「自らの批判的利害関心についての意見」は「自らにとってよいものについての意見」である。これは価値についての意見であり、また、批判的利益関心をもつ能力は、価値評価能力とともにあらわれる(LD:201-2)。ドゥオーキン理論において批判的利害関心がこう解釈されることにヤヴォフスカは注目する。ある人があるものの価値を全体としての生の観念に照らすことなく、価値評価することもありうる。ヤヴォフスカは、批判的利害関心は全体としての生の把握を前提とするものではなく、単に自らにとってよいものについての確信(言い換えれば、その人の価値)に由来する、と解釈し直すのである。

(Jaworska 2005:91)。ヤヴォフスカによれば、価値とは、単なる欲求とは異なり、それを失うことが誤りだとみなされるものである。人は、自らの価値は正しい、あるいは少なくとも自らにとって正しいと考える。また、人は、どれくらい自分の価値に合致するように生きているかという見地から自身を価値評価するため、価値は自己尊重の感覚と絡んでいる。何かを価値評価すると同時に、その反対の評価をするなら、その葛藤を解決しようという重圧にさらされることになるので、価値評価には最低限の一貫性が必要である。しかし、その際に必要とされる最低限の一貫性は、生を全体として把握する能力を必要としない。つまり、価値評価は全体としての生についての感覚を必ずしも前提としないのである。

またヤヴォフスカは、認知症患者は価値評価能力を保持しているという主張を、脳神経科学の知見によっても裏付ける。神経生理学やアルツハイマー病の神経病理学によれば、アルツハイマー病に特徴的な神経的損傷は、生を全体として捉える感覚を維持する脳の領域——事実や出来事についての長期間の記憶の習得とその処理について極めて重要な部分である海馬——には最も深刻に影響するが、価値評価能力に関する領域には特に重大な影響はない。したがって、批判的利害関心をもつ能力を価値評価能力と理解するなら、海馬の損傷によって、批判的利害関心をもつ能力はなくなることになる。また、腹側正中の前前頭皮質(ventromedial prefrontal cortices)に局所的な脳の損傷をもつ患者の例によれば、認知的能力を有していても、感情的反応が麻痺していれば価値評価できず選択できない。このことから、何かを価値評価するには、何よりもまず、感情的なかかわり(emotional engagement)が必要であることがわかる。価値評価の対象は、それ相応の感情的な態度や反応を伴うことで、自分にとって重要だと単純に「感じ」られるのである(Jaworska 2005:94-95)。このように脳神経科学的知見を用いて、批判的利害関心を持つために必要な能力を認知症患者が有しているということを、ヤヴォフスカは示す。

では、これまで確認した主張に従えば、本稿で扱う「かつての希望と現在の利益との対立」は、認知症患者がかつての批判的利害関心とは違う全く新しい批判的利害関心をもつゆえに生じるのであろうか。ヤヴォフスカによれば、その対立は「価値が真新しくなる」からではなく「価値が抜け落ちる」ゆえに生じうる。認知症患者が批判的利害関心をもつということは、患者が真新しい批判的利害関心をもち得ることを含意する必要はない。重要なのは「患者は未だに批判的利害関心に対して、継続する関わりをもつかどうか」である(Jaworska 2005:90)。では、患者がかつての価値のいくらかを保持するなら、発症以前と発症後の価値に食い違いが生じるのはなぜか。これは、ひとたび以前の価値のいくらかが抜け落ちれば、残存する価値の正確な内容と重要性が再構成されるためである。このように再構成された現在の価値こそ尊重する必要がある。ゆえにドウオーキンの主張に反対し、認知症患者が未だ価値をもつ能力を保持する限り、その価値を無視する理由はないとヤヴォフスカは主張するのである(Jaworska 2005:95-96)。

残存する価値が再構成されるというヤヴォフスカの理論は、患者が未だ価値評価者

(valuer)であり続けながらも、かつての希望と現在の利害関心や選好とが齟齬をきたす理由を説明する点で、従来の議論とは異なる視点に立つものである。この理論に従えば、認知症患者の現在の価値が決定に反映される可能性があり、他ならぬその患者自身の観点に基づく決定をしようという利点を持つことになるだろう。しかし、残存する価値がかつての価値とどの程度重なり一貫性をもつものなのか、あるいは再構成されるゆえに一貫しないのか、残存する価値はどの程度の安定性をもつものなのか、またそれらはどのようにして具体的に確認されるのか、などについては、ヤヴォフスカの主張では自明とは言い難い。この問題点については第三節でも考察したい。

自律の基礎と認知症患者の自律尊重

医療においては一般に、患者の自律が尊重される。ヤヴォフスカは自律の能力を解釈し直すことで、認知症患者にも自律の能力があると論じて、ドゥオーキンに反対する。

ドゥオーキンによれば、自律の能力とは「その人が送る生において自身の性格——価値、深い関わり (commitment)、確信、批判的・経験的利害関心——を表現する能力」である (LD:224)。この意味では、状況把握の能力を欠くゆえに価値を適切な行為に移しえないような認知症患者は自律の能力を欠くと判断される。そのため、患者の自律を尊重する唯一の方法は、かつての自律的選択を尊重することだとドゥオーキンは主張する。

これに対してヤヴォフスカは、自律の能力の本質は、その行動を取り仕切り、その人自身の生を送るための原理を定める能力にあると述べる。たとえ原理を適切に行動に移す能力を持っていたとしても、もし人が自らの生を送るための原理や方針を持っていないならば、自律的とはいえない。この原理とは、本人によって「自らにとって正しい」とみなされるものでなければならない。それゆえ、まさに価値評価能力が自律を発揮する起点となり、認知症患者は自律の基礎的で本質的な能力を有する (Jaworska 2005:97-98)。したがって、自律を尊重すべきケア提供者は、患者の現時点の自律を尊重しなければならないことになる。つまり、ヤヴォフスカによれば、ドゥオーキンの結論とは異なり、自律に基づいて現時点の利害関心を見捨てることはできないことになるのである。

ただし、価値評価能力を保持するだけで、人が十全な自律の能力をもつわけではない。認知症患者は最低限度の自律の能力しか持たないので、患者の自律を尊重するには、ケア提供者の積極的な参加が必要になる。これには、十分に現実を理解できない人の価値を最もよく擁護する仕方を理解したり、これらの価値をその人が実行に移す手助けをしたりすることが含まれる (Jaworska 2005:98-9)³。

これまで確認してきたヤヴォフスカの主張は、かつての意向ではなく患者の現在の利益を尊重するものである。それは批判的利害関心や自律に必要な要素を最低限度の本質に解釈し直すことで、認知症患者に価値評価や自律の能力を承認することによって論じられる。

この主張は、従来の意思決定の枠組みでは考慮されないような患者の自律に着目し、主体性や自らの価値を欠く存在としてではなく、価値評価や最低限度の自律の能力を保持する存在として、認知症患者を理解する視点に立っている。これは意思決定能力などが損なわれても「未だに何らかの価値をもっているように見える認知症患者」についての我々の実感に即したものだといえよう。また、ドゥオーキンが主張するような批判的利害関心が、単に知的能力のみによって形成されるものではなく、その人が置かれる環境や状態に影響されて形成されるものだとすれば、環境や状態が変化することで批判的利害関心の内容は変化するだろう。ヤヴォフスカが主張するように、認知症患者は最小限に批判的利害関心を形成する能力を保持するなら、自身の状態や周囲の環境や関係性の変化に伴って、批判的利害関心を変化させることは十分にあり得ることだと考えられる。本稿の第二章で考察したように、価値は変化しうるものであり、現時点での価値を基礎とする意思決定が重要である。とすれば、認知症患者の意思決定においても、かつての自律を尊重するのではなく、現在の価値を尊重する必要があると考えられる。

しかしながら、ヤヴォフスカもある程度言及しているように、認知症患者の自律を尊重するには課題が残る。患者の自律が十全なものでないならば、どの程度、どの範囲で尊重すべきなのか。ヤヴォフスカの主張は、あくまで「ケア提供者」の視点に立つものであり、暗黙に前提されている条件があると思われる。認知症患者の現在の利益を捉えるときに、ヤヴォフスカの主張はどのような利点を持ち、同時に、どのような問題点が残るのかを、さらに考察する必要がある。これらをより明確にするために、ドレッサーらの主張をとりあげて比較考察してみたい。というのも、ヤヴォフスカは自身を、「ドレッサーのように認知症患者の現在の利益を真剣に考える」立場であるが、その根拠は全く違うと述べるからである(Jaworska 2005:89)。本稿では、認知症患者の現在の利益を重視するドレッサーの主張の中でも、これをどのように評価するかについて具体的に論じる、ドレッサーと脳神経学者ホワイトハウスの主張を取りあげたい。

第二節 主観的な経験的利害関心の尊重——ドレッサーらの主張

ドレッサーらによれば、本稿の第四章で取りあげたような代理決定の一般的枠組みは、対応能力を有する時点で表明した希望を優先する傾向にあるゆえに、次のような問題点をはらんでいる。すなわち、第一に、対応能力を失うことで精神状態が変化し、それに伴って利害関心もまた変化する可能性を見落としている。第二に、健康な人が健康でない人について評価する際、健康な人の価値を押しつける可能性がある。また、第三に、自らの経験を普通の仕方では語りきれない患者の主観的な状態を、観察者が正確に判断するのは困難である(Dresser, Whitehouse:6)。これらの問題があるにもかかわらず、最善の利益基準については十分に議論されていない。認知症患者は自身の思考・知覚・感情・観点を持っ

た主体であり、自らになされる治療決定の結果を主観的に経験する。それゆえ、ドレッサーらは、患者の主観的な経験的利害関心を重視するような最善の利益基準を考察して提示するのである。第一節で確認したヤヴォフスカの主張は、認知症患者に残存する自律や価値評価の能力を尊重することで、患者の現在の利益を尊重するものであった。これに対してドレッサーらの主張は、患者に残存する経験的利害関心に集中して、患者の現在の利益を尊重するものである。つまり、ドレッサーらは、現在の患者にとって重要なのは、患者が保持する経験的利害関心であるという前提にたっており、この意味で患者の批判的利害関心には言及しない。

本稿の第四章で確認したように、最善の利益基準は、QOL 評価に依拠するものであり、人の福利に影響するような意識的な経験の基本的な特徴についての評価に基づいている。この基準は、患者の現在の状態に焦点をあてて、ある特定の患者にとって治療を施すこと、あるいは差し控えることがもたらす利益と負担の評価を必要とする。そして、ある面では、客観的な評価基準を含むものだと一般に考えられている。

ドレッサーらによれば、患者の経験的福利を尊重するには、客観的アプローチに主観的構成要素が不可欠である。これを含むような客観的治療基準を考察する必要がある。一般的な最善の利益基準については、人間一般にとってどのような経験がよいかといった、客観的基準に基づく面が強調される際には、「他ならぬその人」という個人を尊重する決定ではなくなってしまうとの批判が生じる⁴。これに対してドレッサーらの基準は、個別の患者の主観的な経験的利害関心を評価する重要性を強調する点で、そのような批判を乗り越える要素を持っていると考えられる。また、第四章で確認したブキャナンらの最善の利益基準においては、対応能力を有する人が判断するものではなく、対応能力を欠く状態でのその人にとっての利益を評価する必要があったが、ドレッサーらの主張は、まさにこれを具体的に論じるものである。

ドレッサーらは、客観的治療基準は次の三つの要素を含んでいると述べる。第一に、利益と負担のどちらが決定に関連するかを把握すること、第二に、個々の患者が経験するであろう負担と利益を評価すること、第三に、負担と利益がどのようなバランスであれば、継続された生が利益となり生命維持治療をすべきなのかを決めることである⁵(Dresser, Whitehouse:7)。このとき、負担としては、困惑・抑うつ・無力感・激怒・他の情緒的な苦痛など、利益としては、身体的な快楽・情緒的な楽しみ・知的満足・安心・喜び・満足などがあげられる。これに加えて、人間の生を構成する豊かで多様な意識経験をわれわれに持たせるゆえに生には価値があると一般的に考えられることが前提として提示される。このような立場から、ドレッサーらは、患者の主観的な経験的利害関心を評価し、ほとんど意識が無い患者については次のように述べる。すなわち、そのような患者は感覚能力を保持するので、苦痛の除去や緩和処置をすることは正当化される。しかし、他の人々や世界と相互に関わり合う能力が失われたとき、「身体的感覚の容器」としての生命を維持するこ

とは、患者の利益を保護することにならない、と(Dresser, Whitehouse:10-11)。

生の継続が本人の利益となるか否かについて、「過去から未来への自らの生の継続を意識し得ない人にとって、継続された生は利益とはなり得ない」と、一般に主張されることがある。これまでにみたドレッサーらの主張は、豊かで多様な意識経験をその人に持たせるゆえに生には価値があるとする点で、そのような主張とは異なる立場にたっている。また、いかなる状況においてもできる限り生を引き延ばす方向へと傾くような立場とも異なるものである。

このような客観的治療基準を形成するには、患者に関係する利益や負担の要因を観察者が評価する必要がある。そのため、他人の意識についての解釈の問題や困難さから、客観的アプローチの正当性に疑念を呈する論者もいる。しかし、患者が直接的に害や利益を与えられ得る存在であることを認めるなら、それらの人の主観的経験を可能な限り理解しようと努める必要がある。また、相手の精神状態を理解しようとする働きかけは、社会的な日常生活の中で行われていることであり、客観的な福利評価が全く不可能だというわけではない。理解の仕方を洗練させる必要があるのだとドレッサーらは述べる。できる限り患者の経験的利害関心の評価を豊かにし体系化するためには、認知症や精神障害をもつ個人に認知過程や性格を評価するための既存のテストを応用することもできる。認知症患者は主観的経験を他人に伝える能力が衰えるので、それを評価するのは難しいが、不可能なわけではない。認知症患者が時折みせる「正気なしっかりした」面や、表に出る表現や振る舞いから、患者が何を体験しているのかを知る術を得られる。このような詳細な個々の査定によって、対応能力を欠く患者にとってその生が有している利益と負担の全体的な様子を知ることができる。このように、ドレッサーらは、患者の主観的な経験を外側から観察し理解する必要性と可能性を強調するのである。

では、患者が体験する利益と負担の均衡がどのようなものであれば、生命維持治療を施すことを肯定するほどの利益を患者に与えると言えるのか。この評価には、患者の現在の状況に加えて、治療を行った場合と行わなかった場合の患者の主観的経験を評価する必要がある(Dresser, Whitehouse:9-10)。その際、何を優先すべきかの対立に直面することもあるが、ある程度の合理的な合意もあり得る。最も明らかな合意は、苦痛にまさるような生が存続されうる生である、というものであろう。ドレッサーらは、認知症患者の負担評価に関して、次のように具体的な言及をする。ある形態の生命維持治療は、おそらく、進行した認知症患者に深刻な苦痛を負わせる。その苦痛とは、例えば、心肺蘇生を行うのに必要な胸部の圧迫・外科処置の重大な影響・ガン治療に伴う副作用や合併症や、認知症患者が輸液管を取り外すのを阻止するための拘束などである。ドレッサーらは、この負担に対する評価を次のように論じる。

輸液管に対する患者の身体的な抵抗は、これらの患者が不快な経験をし、身体的な自

由を奪われていることにパニックになっていることを示すかもしれない。けれども、その振る舞いはもっと原始的で、あまり意識的でない反射反応であるということもありうるだろう。これらの患者であれば、興奮を減らすために鎮静されてもよい。しかしながら、この処置がもたらす利益を問わなければならない。というのも、実質的にはこの処置は、患者が有する残存する意識を減少させるからである。このような患者の身体的抵抗が経験的にどのくらい重要かについては、もっと調査を要する問題である(Dresser, Whitehouse:10)。

このようなドレッサーらの主張においては、患者の主観的な負担を評価する際には、単に患者が苦痛を感じるか否かだけでなく、患者が保持する能力を保護する観点が含まれることがわかる。ドレッサーらによれば、認知症患者の多くは、恐怖やパニックといった感情を経験する能力を持つが、治療の負担をかけられている理由を理解する能力を欠く。そのため、生命維持治療のために動きを制限したり、長時間拘束したり、痛みやストレス、あるいは他の負担にさらすことになるなら、そのような治療の正当化は注意深く検討されねばならない。このようにドレッサーらは、認知症患者が自分になされる治療や処置の意味や理由を理解し得ないために、治療や処置が大きな負担となりうることを指摘するのである。これは、前節で考察したヤヴォフスカの主張の問題を明らかにする観点を含むものだと考えられる。しかしながら、ドレッサーらの主張では、主観的な経験的利害関心のみに集中するゆえに、患者にとっての利益を理解する際の限界や困難もあると思われる。この点に関して、次に、これまで確認してきたヤヴォフスカとドレッサーらの主張を比較検討し、これらがどのように異なるのかを考察する。

第三節 認知症患者の意思決定と現在の利益

ヤヴォフスカ自身も述べるように、現在の患者に注意を集中し、現在の患者にとっての利益を重視する点で、ヤヴォフスカとドレッサーらの主張は同じ視座をもっている。その前提には、患者本人の発症以前とは異なる価値や利害関心を、いかに決定に反映させうるかを探求する姿勢があるだろう。しかし、両者の主張は、患者に残存する能力の捉え方と、患者にとっての利益を考える際に重視する対象が異なっている。ヤヴォフスカは、認知症患者が依然として批判的利害関心をもつ能力とある程度の自律を保持することから、これらを尊重する。ドレッサーらは、認知症患者にとって経験的利害関心が重要であることから、これを重視するのである。

両者の主張の相違は、認知症患者の意思決定に次のように影響すると思われる。例えば、主観的な経験的利害関心のみを評価する場合、経験的な利益と負担とがほぼ同じだとみなされる場合がありうる。また、患者の振る舞いや選好と、周囲が判断する患者の利益とが

対立する場合もありうるだろう。これらの場合には、患者の最善の利益を判断するのは困難である。このとき、ヤヴォフスカの主張に従えば、認知症患者の価値を理解することが、治療方針を決定する根拠となりうる。患者の現在の価値がどのようなものかを判断するのは容易ではないかもしれないが、患者の現在の価値はおそらくある程度は一貫しているので、それを尊重することが決定の際に重要な根拠のひとつになるだろう。また、経験的な利益-負担評価の観点からみれば比較検討しづらいような選択肢であっても、患者本人の価値に合致すれば尊重される可能性もあるだろう。あるいは、患者への介入の仕方が変わるかもしれない。つまり、対応能力を有する人については、周囲の評価よりも本人の意思決定が重視されるのと同様の理由で、認知症患者の価値が重視される場合もあるだろう。例えば、患者の価値を尊重し、多少の体力の消耗を伴う入浴や外出を行う、という選択も肯定されうる。あるいは、患者が台所に立つことや、周囲の人と何らかのコミュニケーションをとることに価値を持つなら、それを確保するような方向での治療選択が必要とされる。この点において、脳神経科学の知見によって裏付けられたヤヴォフスカの主張は、経験的利害関心の評価だけからは尊重されないような、他ならぬその患者にとって重要なものや価値のあるものを尊重する根拠を提供するものである⁶。

ただし、ヤヴォフスカ自身も言及しているように、認知症患者に自律を認めるとしても、その自律を、対応能力を有する人と同じ程度に尊重することはできない。というのも、一般に、対応能力を有する人に比べて、認知症患者は、自らの選択の結果を理解し、引き受けるのが難しいかもしれないからである。ヤヴォフスカは、自らの価値評価に基づいて臨床試験に参加する患者の事例に言及するが、これらの患者が参加する臨床試験は、簡単な質問に答えるといった種類のものである。このような臨床試験への参加は、場合によって患者の価値評価に任せることもできよう。しかし、もしこれが侵襲的な臨床試験であれば、同じように患者の価値評価に任せることは難しい。一般に、意思決定において本人の選択をどの程度尊重するかは、認知症患者に限らず、子どもや高齢者や精神疾患などに関しても同様に考えられる。つまり、意思決定の対象となる事柄の重要性や複雑さによって、十全に自律しているとは言い難い人の意思決定にどの程度の重きを置くかが変わるのである。このことを踏まえて考察するなら、認知症患者の現在の自律を尊重すべきだというヤヴォフスカの主張は、あくまで「ケアの目標として」患者の利益を周囲が保護する観点が前提とされている。この観点は、ドレッサーらが主張する経験的利害関心の評価を多分に含むものだと考えられる。

ドレッサーらが考察するように、患者は自分になされることの意味や理由がわからないことが多い。たとえ自らの価値に基づいてある選択をしたとしても、その選択をしたという記憶を保持できないかもしれず、自らの選択の結果としてもたらされる経験を引き受けることができないかもしれない。自分になされる処置の理由を理解できる人に比べて、それが理解できない患者にとっては、経験的利害関心の重要性が増すと考えてもよいだろう。

それゆえ、患者の自律を尊重するというヤヴォフスカの主張には限界があり、ドレッサーらが主張するように、患者の主観的な経験的利害関心を尊重することが重要になる。それゆえ、患者の価値観を尊重するだけでなく、その時その時の経験的利害関心を尊重することが重要になる。ある程度の時間的な幅の中で患者の利益を保護するという観点からも、患者本人の自律的決定に全面的に従うことは難しいだろう。しかしそれでもなお、個別の患者にとって何が利益となるかを判断するためには、患者の価値を理解し、現在の患者にとって何が重要なのかを理解することは不可欠なのである。

これまでの考察から、認知症患者の現在の利益を尊重するためには、患者の現在の自律尊重に加えて、主観的な経験的利害関心の尊重も含む必要があると考える。第一節でみたように、ヤヴォフスカは、その人のいくらかの価値が抜け落ちたときに、残存する価値が再構成されると主張する。しかし、認知症患者が保持する諸能力全体の中で、価値や経験的利害関心の相対的な重要性が再構成される可能性には言及していない。ドレッサーらの主張の前提のように、認知症患者の保持する能力の中で、患者の価値と同じように経験的利害関心の重要性が増すとしても不思議ではないだろう。したがって、認知症患者の意思決定においては、患者の価値を尊重すると同時に、主観的な経験的利害関心を保護する方向を探る必要がある。

前章と本章の考察から、認知症患者の意思決定においては、単にかつての自律や事前指示に基づくだけの治療決定は適切ではなく、患者の現在の利益を尊重する観点が必要であることが明らかになった。患者の現在の利益を尊重するためには、患者の主観的経験的利害関心を体系的に評価して、これらを保護する選択をする必要がある。ただし、同時に、患者の現在の価値を考慮して、意思決定に反映することも重要になる。このように、患者の現在の利益を中心とする視座に立つ限りで、患者のかつての見解や価値や事前指示などは、それを出発点として現在までどのように変化したかを知り、現在の患者にとって重要なものを理解するための手がかりとなりうる。

¹ この理解については(ガーランド)を参照した。

² これに関しては(Illes)を参照した。

³ このような積極的な支援は、本稿の第三章でも言及した、価値や目的を達成するために自律を発揮する支援と同じ視座を持つと言える。

⁴ これについては例えば(Koppelman)を参照した。

⁵ ドレッサーらは、第四に、生の継続によって患者が得るであろう利益と、それによって家族や社会に課せられるであろう負担との釣り合いについても言及している。これは重要な問題であるが、本稿では立ち入って検討しない。

⁶ 認知症患者がもはや価値評価能力を持たなくなった場合にも、患者がある種の統一性(unity)を保持するという考察は、(Radden, Fordyce)に見られる。本稿では詳細な議論は行わないが、価値評価能力が弱まった後にも、患者が主体としての何らかの統一性を保持し、その統一性を

基に医療や介護を行うという観点は、現在の患者を中心とする意思決定を検討する上で重要な観点になると思われる。

おわりに

本稿では、医療における自律の概念を検討し、尊重される自律的意思決定の要件と、対応能力を欠く患者の意思決定に反映すべき要素を明らかにするという目的の下に考察を行った。

ここで全体を振り返ると、第一部では、明確に医療の文脈に即した主要な自律理論を追うことで、自律的意思決定の要件を検討した。第一章では、G・ドゥオーキン(Gerald Dworkin)の自律理論において、自律的であることは第二次的能力を有することであり、また、自律は特定の内容を持たない概念であるゆえに道徳理論の基礎となりうるということを確認した。ドゥオーキンによれば、自律の能力を発揮することは、必ずしも自覚的で高次の反省的な過程を経なくてもよい。それとは気づかずに自律を発揮する場合にも、人はそれによって自身の生に意味と一貫性を与え、自身の仕方ですべてを形成することになる。そして、このことが相互尊重の基礎となるのである。このようなドゥオーキンの理論は、ある面では、過剰な知性主義的傾向を退け、一般的な人の能力を念頭に置いた自律概念を規定するものであり、医療における本人の意思決定を尊重する根拠として、一般的な感覚に即したものであると考えられる。しかし、このように規定された自律の能力が、具体的な意思決定にどのように影響するかは不明瞭であることもまた示された。この問題を検討するために、第二章では、G・ドゥオーキンの自律概念を批判的に考察するT・L・ビーチャムの自律的行為の概念を確認した。ビーチャムが提示する自律的行為の三条件と、ドゥオーキン理論に対する批判的考察を追うことで、ある行為が自律的であるとして尊重されるためには、強く固定した価値や高次の認知的な反省を前提としなくてもよいという、ビーチャムの自律理論の基礎的視座が明らかになった。この視座は、環境や状態に依拠して人の価値が変化する可能性を踏まえるならば、意思決定における自律概念の重要な側面となる。しかしながら、ビーチャムの自律理論においては、この点は明示的に論じられないゆえに、自律的行為の基礎となる価値や反省に関しては、さらに考察を展開する必要があった。そこで、第三章では、自律的行為の基礎を詳細に論じるA・ヤヴォフスカの自律的意思決定の理論を追った。ヤヴォフスカによれば、明言された一貫した価値と矛盾する場合であっても、ある選択が関心に基づくものであり最低限の反省を伴うものであるならば、最小限の自律的決定の条件を満たし、介入されずに保護される必要がある。この主張によって、自律的意思決定が、ある場合には、感情的要素を基礎としうる点や、高次の認知的な熟考を伴わない点が示された。このことは、意思決定に際して、患者は必ずしも理性的に一貫性を持った選択をするわけではなく、そのような選択を保護する観点から重要な意義を持つものであった。しかしまた、ヤヴォフスカの主張には限界があり、実際の意思決定の様々な場面を念頭に置くなら、関心に基づく選択を尊重する観点と同時に、その時点での患者にとっての価値や目的にかなう選択となるよう目指す観点も必要であることが明らかにされた。

第二部では、自律尊重に関連する具体的な場面として、代理決定の問題を取りあげ、特に、認知症のような場合に、治療選択において自律尊重と最善の利益がどう位置づけられる必要があるかを考察した。第四章では、T・L・ビーチャムらやA・E・ブキャナンらの理論を取りあげ、その共通点と相違を踏まえながら、一般的な代理決定の枠組みを検討した。これを通じて明らかにしたのは、次の二点である。まず、対応能力を欠く患者の意思決定においては、一般に、対応能力を有する時点での自律的選択や意向が重視されるが、これは患者の現在の利益を保護しうる限りでのものであり、一定の制限が前提されていることである。さらに、認知症患者の治療選択のように、自律尊重と現在の利益との顕著な対立が生じうる場合は、従来代理決定の枠組み適用の例外とされ、明確な基準が示されていないことである。そこで、従来代理決定の枠組みでは取り残される認知症患者の意思決定の問題に関して、第五章からは、特に、主要論者であるR・ドゥオーキン(Ronald Dworkin)とR・ドレッサーの立場を中心に、論争を追う形で検討した。第五章では、R・ドゥオーキンの、生死に関する個人の意思決定尊重理論を確認した。この理論において、生死に関する本人の意思決定尊重は、その人自身の生の送り方や見解を尊重するという重要な側面を提示するものであったが、同時に、常に経験的利害関心よりも批判的利害関心を優位に置くことにより、人間の生を一面的に捉えるという問題を含むものであった。この理論を踏まえた上で、第六章では、R・ドゥオーキンの自律尊重論を中心に、M・クヴァンテとR・ドレッサーの主張を比較検討した。これにより、認知症患者の治療選択において、常にかつての自律や事前指示に従った選択をすることは適切ではなく、患者の経験的利害や選好など現在の利益を選択に反映する必要があることを示した。さらに第七章では、患者の現在の利益をどう捉えるかに関して、さらに考察を展開させた。認知症患者の現在の利益の尊重を異なる観点から論じるA・ヤヴォフスカとR・ドレッサーらの主張を比較検討することで、他ならぬその人にとって重要なものを治療選択に反映するために、患者が保持する現在の価値を尊重する必要があるが、しかしこれでは十分ではなく、患者の主観的な経験的利害関心を保護する必要があることを明らかにした。

こうして、本稿の考察から、医療において尊重されるべき自律的意思決定は、一貫した強固な価値や高次の認知的反省能力を必ずしも必要とせず、常に感情的要素から完全に分離されたものでもないことが明らかになった。すなわち、意思決定において尊重される自律的選択とは、ビーチャムが論じるように、それを意図して、ある程度の理解を持って、他からの統制的影響を受けていないものであればよい。ただし、最小限の意味では、行為の主体にとっての重要なものに照らして、意図したり理解したりする必要はある。ここでいう重要なものとは、価値、利害関心、専心、目的のようなものであり、これらは意思決定に際して、その時点でのその人の環境や状態によって変化し再構成されうる。したがって、自律的意思決定の基礎となるのは、意思決定の時点でのその人自身の価値や目的や利害関心である。また、ヤヴォフスカが提示するように、明言された価値でなくとも、ある

程度の安定性と時間の幅を持つような感情的態度を基礎として、最小限の反省を経た選択も、自律的意思決定であるといえる。これまでに考察してきたような自律的意思決定は、少なくとも原則的には、医療において他から介入されないで尊重される必要があるのである。G・ドゥオーキンの主張を踏まえるなら、その時点でのその人にとって重要なものに基づく決定を行いながら自身の仕方ですべてを形成することが、自律尊重の基礎となると考えられる。

医療における自律の概念の検討を通して、自律的意思決定の尊重がこのように理解されるなら、代理決定の場面に移行したとき、対応能力を有する時点での自律を、対応能力を欠く将来の状態にまで拡張することは、R・ドゥオーキンが主張するほど強い基盤を持たないと考えられる。R・ドゥオーキンは、自律の基礎となる批判的利害関心を生において一貫したものと捉え、これに依拠して生が全体として統合性を持つことを重視する。しかし、自律の尊重は、単に強く一貫した価値ではなく、その時点でのその人にとって重要なものを前提とするものであり、これを基礎とした生の形成を尊重するものである。また、自律的意思決定の基礎となる価値や目的や関心を持つことに、環境や身体的状態や他人との関係性や感情が影響し関連するならば、対応能力を欠くが意識や感情や経験など他の諸能力を有する認知症患者は、ある程度は自身にとって重要なものを変化させる可能性を有するだろう。未だに経験や感情や選好などを有する認知症患者を、人格性を喪失した存在と捉えるのではなく、未だに人格性を有する存在であると考えれば、意思決定においては、単にかつての自律的決定に従うのではなく、現在の患者にとって重要なものや利益を尊重する必要がある。

認知症の人にとっての現在の利益を尊重するには、ヤヴォフスカが主張するようなその人の現在の価値を意思決定に反映する必要がある。この現在の価値を理解するためには、現在に至る価値の変化やつながりを捉える要素として、その人が対応能力を有する時点で表明された価値や見解が手がかりとなるかもしれない。ただし、それらは現在に至るまでに環境や状態などの変化によって再構成されるため、あくまで現在の価値や利益を理解するという視座に立たなければならない。さらに、認知症の人の現在の価値を直ちに治療選択に反映することは、その人が理解できないような身体的負担を強いることになる可能性がある。ゆえに、現在の価値のみを尊重することは、適切な意思決定のために十分ではないと考えられる。そのため、ドレッサーが主張するように、他でもないその患者の主観的な経験的利害関心を注意深く評価し、これを保護することも不可欠の要素になるのである。

本稿では、尊重される自律的意思決定の概念を検討し、代理決定における自律尊重と患者の利益の位置づけを考察してきた。しかし、対応能力を有する人の自律的意思決定に従うことが患者の利益と矛盾するような場合に、この対立をどのように捉えるべきかに関しては言及しなかった。G・ドゥオーキンやビーチャムが述べるように、自律尊重は常に優

先的な原理というわけではない。そのため、たとえ自律的意思決定の要件を満たしたとしても、その決定が患者の利益と対立する、あるいは、患者の害になると判断される場合には、直ちにそれに従うことはできないと一般にも考えられるだろう。本稿の考察を踏まえ、代理決定の場面から再び自己決定の場面に立ち返って、適切な意思決定の要件を考察することは、今後の課題となる。

一般に、我々の社会の中でも、医療倫理においても、生物学的な意味で生きているだけでなく、その人が自身の生を形成するという伝記的な意味で生を送ることは重視される。医療の意思決定においては、特に、単に生きているという側面だけでなく、意味のある生を送るという側面が重要だと考えられることも少なくない。単にこれらの側面の一方のみを重視する観点から、意思決定における自律や最善の利益の位置づけを提示することは、難しいものではないかもしれない。しかし、両方の側面を慎重に考察するならば、適切な意思決定の要件を明らかにすることは困難な課題となりうる。例えば、C・エリオットによれば、我々は、一方で、対応能力を欠く状態の生を尊重に値すると思ひ、同時に、他方で、それらは我々が自身の生を意味のあるものと見なす基準を満たさないと思うことがある。そのため、我々は、対応能力を欠く患者の意思決定においては倫理的に曖昧になってしまう(Elliott:460)。エリオットが指摘するように、確かに我々は、これら二つの考えを併せ持ち、それゆえ、医療の意思決定は曖昧な困難な問題となって生じるのである。この問題を検討するには、人が生を生きる側面と生を送る側面とが単純に分断されうるものではなく、これらの側面を構成する要素は連続性を持つということを洞察する必要があるだろう。本稿では、これを、自律的意思決定の基礎と、対応能力を欠く人の意思決定における自律と利益の位置づけという観点から示したのである。

文献表

原則として(著者名:原書頁数)の形式で文中に表記する。同一著者に複数の文献がある場合は、(著者 年号:頁数)とし、それ以外については以下に注記する。

Beauchamp, Tom L. 2010: *Standing On Principles*, Oxford University Press.

Beauchamp, Tom L., and Childress, James F. 1989: *Principles of Biomedical Ethics*. 3rd ed., New York, Oxford University Press. (『生命医学倫理』永安幸正・立木教夫監訳、成文堂、一九九七年。)

—————1994: *Principles of Biomedical Ethics*. 4th ed., Oxford University Press.

—————2001: *Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed., Oxford University Press. (『生命医学倫理』立木教夫・足立智孝監訳、麗澤大学出版会、二〇〇九年。)

—————2009: *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed., Oxford University Press.

—————2013: *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed., Oxford University Press.

(以上の三版から七版までを表記上で区別するために、例えば三版であれば(Beauchamp, Childress.3:220)のように記載する。)

Berlin, Isaiah 2002. *Liberty*(ed. Henry Hardy), Oxford University Press.

Brock, Dan, W. 1993: “When Competent Patients Make Irrational Choices”(Coauthored by Steven A. Wartman), in: *Life And Death*, Cambridge University Press, pp.80-92.

Buchanan, Allen E. and Brock, Dan W. 1990: *Deciding For Others*, Cambridge University Press.

Capron, Alexander Morgan 1998: “Advance Directives”, in: *A Companion to Bioethics* (ed. Helga Kuhse and Peter Singer), Oxford, pp.261-271.

Dresser, Rebecca and Whitehouse, Peter J. 1994: “The incompetent patient on the slippery slope”, in: *Hastings Center Report*, Vol.24, No.4, pp.6-12.

Dresser, Rebecca 1995: “Dworkin on Dementia. Elegant Theory, Questionable Policy”, in: *Hastings Center Report*, Vol.25, No.6, pp.32-38.

Dworkin, Gerald 1988: *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge University Press.(これに関しては、例えば(TPA:220)のように表記する。)

Dworkin, Ronald 1994: *Life's Dominion*, Random House.(『ライフズ・ドミニオン』水谷英夫・小島妙子訳、信山社、一九九八年。)(これに関しては、例えば(LD:220)のように表記する。)

Elliott, Carl 1998: “Patients Doubtfully Capable or Incapable of Consent”, in: *A Companion to Bioethics* (ed. Helga Kuhse and Peter Singer), Oxford, pp.452-462.

Engelhardt, Tristram H. 1996: *The Foundations of Bioethics*.2nd ed., Oxford University Press.

Faden, Ruth R. and Beauchamp, Tom L. 1986: *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press.(『インフォームド・コンセント』酒井忠昭・秦洋一訳、みすず書房、一九九四年。)

Firlik, Andrew D. 1991: “Margo’s Logo”, in: *The Journal of the American Medical Association*, Vol.265, No.2, p.201.

Fischer, Gary S., Tulsky, James A., and Arnord, Robert M. 2004: “Advance Directives and

- Advance Care Planning”, in: *Encyclopedia of Bioethics*. 3rd ed., Vol.1, MacMillan Reference Books, pp.74-79.(これに関しては例えば(Fisher:75)と略記する。)
- Frankfurt, Harry G. 1998: “Freedom of the Will and the Concept of a Person”, in: *The Importance of What We Care About*, Cambridge University Press, pp.11-25.
- Gawande, Atul 2002: *Complications:A Surgeon’s Notes on Imperfect Science*, Henry Holt, New York.
- ガーランド、ブレント 2007: 『脳科学と倫理と法』、古谷和仁・久村典子訳、みすず書房。
- 日笠晴香 2007: 「予め決めておく——事前指示をどう考えるか」、清水哲郎編『高齢社会を生きる』、東信堂、四七～六八頁。
- 2009: 「最期の選択」、清水哲郎監修、岡部健・竹之内裕文編『どう生きどう死ぬか』、弓箭書院、四九～六九頁。
- Hope T., Slowther A. and Eccels J. 2009: “Best Interests, Dementia and the Mental Capacity Act”, in: *Journal of Medical Ethics*, Vol.35, pp.733-738.
- Illes, Judy 2005: “Preface”, in: *Neuroethics:Defining the Issues in Theory, Practice And Policy* (ed. Judy Illes), Oxford University Press, pp. ix - x vi .
- Jaworska, Agnieszka. 2005: “Ethical Dilemmas in Neurodegenerative Disease:Respecting Patients at the Twilight of Agency”, in: *Neuroethics:Defining the Issues in Theory, Practice And Policy* (ed. Judy Illes), Oxford University Press, pp.87-101.
- 2009: “Caring, Minimal Autonomy, and the Limits of Liberalism”, in: *Naturalized Bioethics:Toward Responsible Knowing and Practice* (ed. Hilde Lindemann, Maria Verkerk and Margaret Urban Walker), Cambridge University Press, pp.80-105.
- Jonsen, Albert R., Siegler, Mark and Winslade, William J. 2010: *Clinical Ethics:A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 7th ed. , McGraw-Hill Medical Publishing.
- Kamm, F. M. 2004: “Ronald Dworkin’s Views on Abortion and Assisted Suicide”, in: *Dworkin and His Critics with Replies by Dworkin* (ed. Justine Burley), Blackwell Publishing, pp.218-240.
- King, Nancy M. P. 1996: *Making Sense of Advance Directives* (Revised Edition.), Georgetown University Press.
- Koppelman, Elysa R. 2002: “Dementia and Dignity : Toward a New Method of Surrogate Decision Making”, in: *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 27, No. 1, pp. 65-85.
- Kuhse, Helga 1999: “Some Reflections on the Problem of Advance Directives, Personhood, and Personal Identity”, in: *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Vol.9, No.4, pp.347-364.
- Mele, Alfred R. 1995: *Autonomous Agents:From Self-control to Autonomy*, Oxford University Press.
- Nelson, James Lindemann 2010: “Alzheimer’s Disease and Socially Extended Mentation”, in: *Cognitive Disability and its Challenge to Moral Philosophy* (ed. Eva Feder Kitty and Licia Carlson), Wiley-Blackwell, pp.225-236
- 奥野修司 2013: 『看取り先生の遺言』、文藝春秋。
- O’Neill, Onora 2002: *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge University Press.
- 小澤勲 2005: 『認知症とは何か』、岩波書店。
- Quante, Michael 1999: “Precedent Autonomy and Personal Identity”, in: *Kennedy Institute of*

- Ethics Journal*, Vol.9, No.4, pp.365-381.
- Rachels, James and Ruddick, William 1989: “Lives And Liberty”, in: *The Inner Citadel* (ed. John Christman), Oxford University Press, pp.221-233.
- Radden, Jennifer and Fordyce, Joan M. 2006: ”Into the Darkness: Losing Identity with Dementia”, in: *Dementia: Mind Meaning, and the Person* (ed. Julian C. Huges, Stephen J. Louw and Steven R. Sabat), Oxford University Press, pp.71-88.
- Sass, Hans-Martin 1998: “Advance Directives”, in: *Encyclopedia of Applied Ethics*, Vol.1, Academia Press, pp.41-49.
- Shiffrin, Seana Valentine 2004: “Autonomy, Beneficence, and the Permanently Demented”, in: *Dworkin and His Critics with Replies by Dworkin* (ed. Justine Burley), Blackwell Publishing, pp.195-217.
- Taylor, James Stacy (ed.) 2005: *Personal Autonomy: New Essays on Personal Autonomy and Its Role in Contemporary Moral Philosophy*, Cambridge University Press.
- 2009: *Practical Autonomy and Bioethics*, Routledge.
- Tooley, Michael 1972: “Abortion and Infanticide”, in: *Philosophy and Public Affair*, Vol.2, No.1, pp.37-65. (森岡正博訳「嬰兒は人格を持つか」『バイオエシックスの基礎』加藤尚武他編、東海大学出版会、一九八八年、九四～一一〇頁。)
- Young, Robert 1998: “Informed Consent and Patient Autonomy”, in: *A Companion to Bioethics* (ed. Helga Kuhse and Peter Singer), Oxford, pp.441-451.
- Wear, Stephen 1998: *Informed Consent: Patient Autonomy and Clinician Beneficence within Health Care* 2nd ed., Georgetown University Press.
- White, Becky Cox 1994: *Competence to Consent*, Georgetown University Press.

初出一覧

- 日笠晴香「R・ドゥオーキンにおける生の不可侵性と生死に関する決定」『思索』（東北大学哲学研究会）第 39 号、2006 年。（本稿第五章）
- 「一つの人生か別の人格か——事前指示の有効性をめぐって」『医学哲学 医学倫理』第 25 号、2007 年、41-50 頁。（本稿第六章）
- 「認知症患者の意思決定と脳神経科学」『MORALIA』（東北大学倫理学研究会）第 15 号、2008 年、53-71 頁。（本稿第七章）