

社会保障領域における自己決定概念に関する一考察 —医療と福祉における議論から—

鎌谷 勇 宏

1980年代以降、医療や福祉に代表される社会保障領域で自己決定が強調されているが、これには専門職規範としての側面と政策的側面という2つの流れがある。前者が専門職－患者関係から発生したパターンリズム問題への対応策であり、後者が社会保障の市場化推進論者による構造改革であった。本稿では、これら多様な立場から主張されている自己決定論を整理し、また現在行われている自己決定に関する議論を批判的に検討することにより、今後の視点を提供することを目的とした。その結果、社会保障を市場化したとしても患者や利用者の自己決定が促進されるとは限らないこと、それらの分岐点が所得や資産といった経済的側面に強く依存していることが明らかとなった。また、患者・利用者の自己決定が阻害されている原因を専門職に求める論調が根強いなかで、自己決定が阻害されている原因を専門職ではなく社会保障制度に求めた。そして、患者・利用者と専門職を敵対視する見方は双方にとって好ましくなく、医師不足や介護職不足を改善していくためにも、患者・利用者と専門職の関係を良好に保つためにも、大きな枠組みである社会保障制度に視点を向ける必要があることを指摘した。

キーワード：自己決定 社会保障 社会福祉 社会福祉基礎構造改革 専門職－患者関係

はじめに

1980年代以降、社会保障の領域において「自己決定」や「自己選択」が強調されているが、その中でも特に社会福祉や医療（生命倫理）に関する議論が多い。例えば、社会福祉援助においては、利用者の自己決定はソーシャルワークの基本とされており、また、生命倫理における議論も手伝って、医療における治療方針の決定主体が、医師のパターンリズムの決定から患者の自己決定へとという流れに変化していることなどをあげることができる。

他方、自己決定が政策的にも取り上げられるようにもなった。2000（平成12）年の社会福祉基礎構造改革においては、利用者の自己決定を促進することが改革の中心的課題として掲げられている。この社会福祉基礎構造改革に理論的根拠を与えているのが新自由主義の考え方であり、この立場は社会保障の市場化を意図した政策を医療や介護の分野で目指している。

このように、社会福祉や生命倫理議論だけでなく、社会保障の市場化を目指す立場からも自己決定の重要性が主張されているのが現状である。しかし、同じように聞こえる自己決定尊重の主張であっても、それぞれが使用する自己決定概念が同じ内容を示しているとは限らない。本論で詳しく検討することになるが、生命倫理議論では自己決定が可能な主体についての線引き問題が長年のテーマとなっており、社会福祉領域においてはソーシャルワークの自己決定論

と、障害者自立生活運動で主張される自己決定論には相違がみられるといった現状である。

これら、多様な立場から主張されている自己決定論を整理することが本稿の第一の目的である。この作業を経ることによって概念の混同と混乱を防ぎ、多様な立場からの議論を同じ土俵の上で検討することが可能になると考える。そのうえで、現在行われている自己決定に関する議論を批判的に検討することにより、今後の視点を提供することを第2の目的としている。

第1章 社会保障の市場化を志向する立場の自己決定論

(1) 市場化とは

ここで、若干の概念規定をする。本稿で使用する市場化とは「市場メカニズムの導入」を意味する。例えば、介護保険や障害者自立支援法は市場メカニズムが導入されている代表的な制度である。これらの制度では、公的セクターで行われていた従来のサービスに市場メカニズムを導入し、供給者側の競争と利用者側の選択の拡大が意図されている。しかし、これらの領域での市場メカニズム導入は限定的であり、公的部分の役割もまだまだ大きいため「擬似市場」(quasi market) と呼ばれる。擬似市場のポイントは、供給者と購入者の分離である。これまでの措置制度の時代では、政府が自身で公的サービスを生産し、自身で購入するシステムであった。しかし、擬似市場においては多様な形態の事業者がサービスを生産することになり、購入者は政府ではなく利用者となり、政府の役割は支出者となる¹⁾。

(2) 社会保障の市場化の歴史の変遷

福祉元年～1980年代

老人医療費の無料化に代表される「福祉元年」が1973（昭和48）年に宣言されたものの、すぐにオイルショックによる景気低迷に陥り低経済成長時代に入ることになる。拡大されようとしていた社会保障・社会福祉も、景気低迷のあおりを受け「福祉見直し」論とともに家族機能の強化が強調されるようになった。これら福祉見直し論や家族機能の強化は日本型福祉社会論の登場によって絶頂を迎えた²⁾。その後、1981（昭和56）年に発足した第2次臨時行政調査会は国鉄、電電公社、専売公社の民営化を提言するなど精力的な活動を行った。この第2次臨時行政調査会の「行政改革に対する第1次答申」では、社会保障のあり方にまで提言が及び、医療・年金・社会福祉についての抑制方針を明確に打ち出したことによって、社会保障費抑制がこの時期の大きな政策目標となった。具体的な政策内容として、生活保護の適正化政策としていわゆる「123号通知」（1981年）が通知されたことや、1983（昭和58）年には1973（昭和48）年から続いていた老人医療費の無料化が廃止されたことをあげることができる。この時期においては、政府企業と言われた国鉄などの民営化が議論されていたものの、社会保障に関する議論は民営化というよりも費用抑制が主な内容であった。

1990年代～小泉政権以前

1990年代に入ると、戦後の社会福祉の基礎構造である措置制度を見直そうとする議論が登場する。措置制度への主な批判内容は、

- ① 措置制度は低所得者等を対象にした選別的制度である。
 - ② 行政が一方的にサービスの提供や内容を決定するため、要援助者（利用者）に選択の自由がない。
 - ③ 要援助者は従属的な立場に置かれており、サービスの請求権や受給権をもちえない。
 - ④ 公的サービスは柔軟性に欠け、多様化する福祉需要に対応しきれない。
- であった³⁾が、特に、要援助者の選択の自由や権利が保障されていなかったことに批判が集中した。

1997（平成9）年になると橋本内閣によって、「6大改革」と呼ばれる行政改革、経済構造改革、金融改革、財政構造改革、社会保障構造改革、教育改革が政策目標として打ち出された。この中の社会保障構造改革によって介護保険法成立（1997年）や、児童福祉法改正（1997年）が行われ措置制度から契約制度への移行がはじまった。社会福祉のターニング・ポイントとなった社会福祉基礎構造改革について、政府内の委員会等から報告書が提出され始めたのも同年である。その後、1998（平成10）年に厚生大臣の諮問機関の中央社会福祉審議会・社会福祉基礎構造改革分科会が「社会福祉基礎構造改革について 中間まとめ」を提出し、この報告をベースにして、2000（平成12）年に社会福祉事業法（改正後は、「社会福祉法」）などの福祉関連法が改正された。「社会福祉基礎構造改革について 中間まとめ」で述べられている社会福祉基礎構造改革の基本的方向は次の通りであり、

- ① サービスの利用者と提供者の対等な関係の確立
 - ② 利用者本位の考え方に基づく利用者の多様な需要への地域での総合的な支援
 - ③ 利用者の幅広い需要に応える多様な主体の参入促進
 - ④ サービスの質と効率性の向上
 - ⑤ 情報公開などによる事業運営の透明性の確保
 - ⑥ 増大する社会福祉の費用の公平かつ公正な負担
 - ⑦ 住民の積極的かつ主体的な参加に根ざした個性ある福祉文化の創造
- の7つとなっている⁴⁾。

小泉政権発足以後

2001年には、構造改革の推進を掲げた小泉内閣が成立した。小泉政権の基本方針は2001年に内閣府の経済財政諮問会議から提出され、閣議決定された「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」（骨太の方針）に示されている。

そこでは、「民営化・規制改革プログラム～民間が自由に経済活動を行える社会」と題し、

- ・ 国民の利益の観点に立った特殊法人等の見直し、民営化を強力に推進し、補助金等を削減する。
- ・ 医療、介護、福祉、教育などの分野に競争原理を導入する。
- ・ 民間の自由な経済活動を阻害する規制を撤廃する。

等が明記されている。この「骨太の方針」のもと、社会保障の公的支出削減がより一層強化され自己負担の増加や、公的役割の減退が問題となった。

(3) 社会保障の市場化の促進要因

市場メカニズムを社会福祉サービス等に導入した擬似市場のメリットとして、「擬似市場は、従来の公的部門に対し、競争的な要素を導入し、配分上の効率も改善することを目的としている。多くの供給主体を導入し、一方需要サイドの交渉力を高め、利用者・クライアントの選択を豊かにすることによって、より高い効率性を達成できる」⁵⁾とされている。

ここでは、サービス利用者側の「選択（自己決定）の拡大、促進」、サービス提供側の「効率化」がメリットとされている。その他にも、社会保障給付費抑制を市場化のメリットとする論調が少なからずある。これら市場化のメリットとされているそれぞれがどのような理論を基礎としているのかを以下でみることにする。

サービス利用者側の選択（自己決定）の拡大・促進

措置制度から契約制度への移行議論において、措置制度の最大の欠点として、サービス利用者側に選択の自由がなかったことに批判が集中した。どのようなサービスを受けるのか、どこへ入所するのが行政によって決定されるため、利用者側が選択できない。したがって、措置制度を解体することによって利用者側の選択の幅を拡大しなければならないとする。これは、市場化を促進することにより、多様な提供主体の参入が可能になるため、そこに、競争が起こりサービスの種類が増加し、なおかつ質が向上することにつながるという主張である。

この主張を行っている一つとして、内閣府総合規制改革会議「中間とりまとめ—経済活性化のために重点的に推進すべき規制改革—」（2002）がある。ここでは、「運営主体の制限を行うなど公的関与の強い市場及び公共サービス分野（いわゆる「官製市場」）において様々な規制改革を推進することが重要である。これにより、当該市場・分野で一層の競争が行われ、社会全体の創意工夫が反映される仕組みが構築されることにより、国民にとっての公共サービスの満足度が高まるものと考えられる」とされている。ここで書かれている「満足が高まる」とは、サービス利用者の「選択が拡大」することや「質が向上」することを指すと言える。

効率化⁶⁾

一般的に、経済学の立場から効率性について述べるときに念頭に置いている基準は「パレート効率性（Pareto efficiency）」である。他の誰かの状況を悪化させることなしには誰の状況も改善することができない資源配分を「パレート効率的（Pareto efficient）」あるいは「パレート最適（Pareto optimal）」と呼ぶ。このパレート効率性と競争市場の関係性を述べたものに「厚生経済学の基本的定理（Fundamental theorems of welfare economics）」がある。

厚生経済学第1定理では「経済が競争的である（そして他の一定の条件を満たしている）ならば、パレート効率的になる」とされている。簡単に言えば、「効率的な資源配分が達成され」⁷⁾ているということになる。

厚生経済学第2定理では、「政府がやるべきことは当初の富の再分配だけである。すなわち、あらゆるパレート効率的な資源配分は、当初の富の再分配をとともなう競争市場過程によって実現される」とされている。つまりここでは、最初に再分配を行うことを認めつつ、その後は市

場競争に任せることで総余剰が極大化され、効率的な資源配分が達成されることを意味する。

公費負担の抑制

例えば、「混合診療には公的医療費の膨張を抑える効果も期待できる」⁸⁾とする意見がある。これは、医療を市場化すると、医療機関間の競争が起こることによって価格が引き下げられ、その結果、医療費が減少するという論理である。公的医療保険の混合診療を解禁することによって、医療費の保険給付部分の増加を防ぎながら、一方では、医療市場を拡大する。そうすることで、多様な医療需要を満たしながらも公的医療費を抑制できるとする主張である。

あるいは、医療費の「財政面での制約が強まるなかで、これを公的医療保険で賄おうとすれば、負担増に基づく診療報酬の拡大につながる。発想を変えて、基礎的な医療サービスは公的医療保険で確保するとともに、選択的な医療サービスは自由診療で行い、両者の自由な組み合わせを行えるような制度に変えることが必要」⁹⁾であるとする主張もある。つまり、混合診療を解禁することによって、公的医療費で対応する部分を縮小し、それ以外は自由診療で行うこととなり、医療費の公的支出の増加を抑制しようとする考えである。

(4) 市場化を志向する立場の自己決定論

ここでは、市場化を志向する立場が自己決定をどのように捉えているのかを整理する。彼らが措置制度の最大の問題点と指摘したことが、サービス利用者側にサービスの決定権がないことであった。そのため、措置制度を解体し、市場メカニズムを導入することでこの問題は解決に向かい、利用者の選択が保障されるという主張がなされていた。つまり、市場メカニズムの導入で利用者の選択の幅が拡大することを市場メカニズムの最大の長所だと捉えていることがわかる。ここで、「選択の幅の拡大」は「自己決定の拡大」と言い換えることが可能である。

市場化メカニズムの導入によって多様なサービス提供主体が参入するため、サービスの種類が増加することによって、選択肢が拡がり利用者が自由にサービスを選択できるようになるとされる。つまり、市場化志向の自己決定論は多様なサービスの中から利用者本人が選択できる「場」を準備・提供することに主な関心がある。このようにサービスを選択するための条件整備を重要視することに特徴があるが、これは経済学がもつ人間像が前提となっていることに起因する。経済学的人間像とは「合理的個人」と呼ばれるもので、個人が「自分たちが何を好んでいるか、また自分たちの目的が何であるかをはっきりと知っており、しかもその目的を達成する方法について正しく理解し、一貫したやり方で行動する」¹⁰⁾ことを仮定している。つまり、経済学が前提としているような合理的個人は、多様な選択肢さえ準備できているならば、利用者にとって最善の選択が行われると説明する。これが経済学における消費者主権である。

第2章 社会福祉における自己決定論

社会福祉援助論では利用者の自己決定尊重はソーシャルワーカーの最重要課題であるとされ、他方では、障害当事者団体などが自立生活運動を通して自己決定権を主張してきた。また、社会福祉基礎構造改革によって利用者の自己決定の拡大が制度として位置づけられるよう

になった。そこで、社会福祉援助論で説明される自己決定論と、障害当事者団体の主張する自己決定論を中心に、社会福祉における自己決定議論を整理する。

(1) 社会福祉における自己決定の歴史的展開（～1950年代後半）

社会福祉援助においてクライアントの自己決定は最重要課題として扱われている。しかし、援助論の文献や教科書等においては、クライアントの自己決定を尊重する必要性を説いているものの、なぜ尊重されなければならないか、あるいは尊重されるようになった歴史的経緯にまで言及している文献は少ない。そこで、本節では社会福祉援助論におけるクライアントの自己決定尊重を歴史的に振り返ることによって社会福祉援助論とクライアントの自己決定の関係を明らかにする。

まずはじめに確認しておきたいことが、社会福祉援助論においてクライアントの自己決定が強く主張されるようになったのは1980年代以降のことであって、それほど長い歴史を持っているのではないということである。1960年代以前のソーシャルワーク理論をみると、自己決定とは縁の遠い理論が展開されていた。その一つが優生学を援用したソーシャルワーク理論であり、1920年代後半から1930年代を中心に議論された。例えば、1929（昭和4）年の『社会事業研究』では、特集「社会事業と優生学」（第17巻第1号）や、座談会「不良少年と遺傳」（第17巻第4号）が生まれ、活発な議論が行われた。これらの中で、優生学をソーシャルワーク理論に援用することに真っ向から反対した論者はごく少数であり、その他の多くの論者が優生学を基本的には支持した。代表的な論者としては、社会福祉援助論の嚆矢と呼ばれる竹内愛二が、断種法を社会事業の有力な一翼となるとして基本的に肯定していた^{11) 12)}。竹内は断種法の対象や実施方法に問題を投げかけているものの、断種を受ける側の立場に立っての批判ではなく、断種法の不確実さを指摘する内容であった。

戦後の日本において一貫して問題視されていたのが「心理主義」に傾倒したケースワーク実践の克服であった。戦後、アメリカのケースワーク論を日本に移植することに貢献した人物の代表が前述の竹内愛二であるが、彼は社会福祉専門職が対応する主問題を「精神医学的問題」として捉え、その問題に対して「精神医学的ケース・ワーク」が必要であるとした¹³⁾。また、竹内は「従来ケース・ワークが環境の調整による所謂間接療法を重視したのに対して、最近のケース・ワークは直接治療法即ち相談とか助言とかいわれるものCounselingこそ中核的なものであり、これ即ち精神医学的療法」¹⁴⁾であるとして、心理主義に傾倒した理論を説いた。

このような心理主義に傾倒したケースワーク論を強く批判したのが孝橋正一であった。孝橋は、ケースワークにおける心理的要因を全面否定したのではなく、心理的要因がケースワークの核心であるという理論に異を唱えたのである¹⁵⁾。この孝橋の批判は的を射た批判であり、ケースワークに対する厳しい問題提起であったことは確かであるが、心理主義に傾倒するケースワークを克服することに積極的な役割を果たすことができず、新たなケースワーク理論を提示するには至らなかった¹⁶⁾。

ここまでみてきたように、戦前日本のケースワーク論には優生思想がとりいれられていたこと、また、戦前から戦後にかけてのケースワーク論の主軸は心理主義に傾倒していたことを考

慮すると、当時においては利用者の自己決定尊重という概念は介在の余地すらなかったことがわかる。

(2) 社会福祉における自己決定の歴史的展開（1950年代後半～）

竹内に代表されるアメリカ式の心理主義に傾倒したケースワーク理論から脱却し、日本独自のケースワーク論を構築しようと試みた論者の代表が仲村優一や柏木昭であった¹⁷⁾。彼らには自己決定をケースワークの中心的課題として位置づけたことに共通性があった。仲村は「ケースワークの重要な原理の一つに、自己決定の原理といわれるものがある」とし、続けて「この原理の背後には、人間は、自らの力で自身の生活を維持しようとする要求をもち、又本来それだけの力をもっているのだという、^{パーソナリティー}人格のもつ力に対する信頼がある」¹⁸⁾と述べている。仲村を先駆として、1950年後半から1970年代にかけてはケースワーク論を中心に日本にも自己決定尊重原則が目立つようになる。

また、もう一人の先駆者である柏木昭は1966（昭和41）年の『ケースワーク入門』において、「ケースワーク原理の中でもとくに重要な『対象者自己決定の原則』に関係する条件であって、これほど、端的にケースワークを他の援助の接近法から区別する条件はない」といっても言い過ぎではない¹⁹⁾と自己決定尊重原則を評価している²⁰⁾。

仲村や柏木はともに、彼らの著書において「バイステックの7原則」の一つである「自己決定尊重原則」を引用しており²¹⁾、現在のソーシャルワークやケースワークに関わる教科書においても自己決定尊重原則を、バイステックを用いて説明しているものが多い。そこで、次にバイステックの自己決定尊重原則を紹介する。

バイステック7原則にみる「自己決定尊重原則」

バイステックの有名なケースワークの7原則²²⁾の一つに「クライアントの自己決定を尊重する」という概念があり、以下のように説明されている。少し長くなるが引用する。

クライアントの自己決定を促して尊重するという原則は、ケースワーカーが、クライアントの自ら選択し決定する自由と権利そしてニーズを、具体的に認識することである。また、ケースワーカーはこの権利を尊重し、そのニーズを認めるために、クライアントが利用することのできる適切な資源を地域社会や彼自身のなかに発見して活用するよう援助する責務をもっている。さらにケースワーカーは、クライアントが彼自身の潜在的な自己決定能力を自ら活性化するように刺激し、援助する責務もっている。しかし、自己決定というクライアントの権利は、クライアントの積極的かつ建設的な決定を行なう能力の程度によって、また市民法・道徳法によって、さらに社会福祉機関の機能によって、制限を加えられることがある²³⁾。

ここでバイステックが述べているのは、ソーシャルワーカーの役割や責務である。ソーシャルワーカーにまず求められることは、クライアントの自由と権利、ニーズを認めることである。

そしてこの権利やニーズを実現するための資源を活用できるよう援助することが求められる。しかし、それだけにとどまらず、クライアントの潜在的能力を活性化する責務も求められている。そして、最後に援助が無限のものではなく、社会的に範囲制限がされるということが示されている。

このように、バイステックの自己決定尊重原則はソーシャルワーカーや援助者のあり方を規定している。援助側のもつ自己決定原則によって目指されているのは、クライアントが自身の問題に対して、自身で状況把握でき、かつ、問題解決できる能力を育てることと理解できる。バイステックがクライアントの自己決定尊重原則を説いた背景には、キリスト教の影響が大きかった。バイステック自身も「いかなる人間も、その人独特な固有な価値をもっている。また、生まれながらの尊厳、価値、基本的権利、欲求をもっている。(中略)この普遍的に共通する価値は、創造主である神がわれわれに与えたものである。したがってこの価値は、ある人が身体に障害をもっていたり、経済的に失墜したり、さらに社会的に失敗したりしたとしても、あるいは逆に成功を取めたとしても、そのために増やされたり減らされたりするものではない」と述べ、人間の価値こそケースワークに意義と方向性を与える基盤であると結論付けている²⁴⁾。このことは、バイステックがキリスト教の教義をそのままケースワークの原則を論証することに用いたことを意味する²⁵⁾。バイステックにおいては、神から与えられた人間の価値を現実化することがケースワークであり、ソーシャルワーカーの役割であるとしている、と言える。

日本におけるケースワーク理論に関係する著書の多くにバイステックの7原則が引用され、このバイステックを根拠に自己決定尊重の必要性を説く文献が多く刊行された²⁶⁾。しかし、バイステックが自己決定尊重原則を説いたからといって、あるいは、ケースワークが自己決定尊重原則を掲げたからといって、自己決定の尊重が社会福祉の領域で広く認知されるようになったわけではなかった。自己決定にかかわる問題を広く社会福祉領域や社会福祉援助技術論に浸透させるために、大きな役割を担った存在が障害者自立生活運動であった。

障害者自立生活運動

障害者自立生活運動以前の伝統的な自立論は、経済的自立や身辺的自立ができてこそ自立した人間であるという考え方であった。しかし、このような自立論である以上、身体障害をもつ者や、経済的に自活できない者は自立できない存在として扱われ、保護の対象として認識されてきた。このような自立論に対して、障害者の自立生活運動はその問題点を指摘し、自立論の再構築を目指した。障害者自立生活運動の理念は、身辺的自立や伝統的な経済的自立ができていのかどうかにかかわらず、自立生活は成り立つという新たな自立論を提起したのである。この新しい自立論の中心となったのが自己決定を行うことを自立と捉える考え方であった。

自立生活運動の背景には、親や福祉施設職員からの抑圧的な関係からの脱却を目指す意図があった。障害者が置かれていた介助者(親や施設職員)との関係は圧倒的に介助者の権限が強く、パターナリスティックな関係であったため、自立生活運動では脱施設や脱家族を目指し、介助者との抑圧的な関係から脱却しようとした。ここで障害者側から強く主張されたのが彼ら自身の自己決定権であった。

このように、障害者自立生活運動において自己決定は非常に大きな位置を占める概念となった。具体的には、「障害者がたとえ日常生活で介助者のケアを必要とするとしても、自らの人生や生活のあり方を自らの責任において決定し、また自らが望む生活目標や生活様式を選択して生きる行為を自立とする考え方であり、これは端的には、1 回限りの自らの人生を障害者自らが主役となって生きること、すなわち生活主体者として生きる行為を自立とする理念」²⁷⁾であった。

障害者自立生活運動はもともと1970年代のアメリカで急速に普及した運動であり、この運動が、1981年の国際障害者年（国際連合）や、自立生活運動を発足させたことで有名なエド・ロバーツ氏が同年に来日したことを契機に、日本でも大きく広がった^{28) 29) 30)}。

ここまでみてきたように、バisstテックの自己決定尊重原則が日本に紹介されるなど、ソーシャルワークの理論上においては1950年代後半からクライアントの自己決定は尊重されるべきという理論は存在した。しかし、理論上はともかくとしても実際の社会福祉援助においてはパターンリスティックな援助方法であったことは自立生活運動の歴史的背景からみて明らかである。自立生活運動で鋭く批判された「専門家（ここでは、ソーシャルワーカー）のパターナリズム」を社会福祉援助論の研究者は反省的に理解し、自立生活運動が主張した自己決定を社会福祉援助論に積極的に取り入れることによって再構築を図る作業を行った³¹⁾。この作業によって、社会福祉援助論の最重要課題に利用者の自己決定尊重原則が掲げられることとなり、現在につながっていると言える。

(3) 社会福祉制度における自己決定

従来の社会福祉は措置制度を中心としたサービス体系であった。措置制度は社会福祉の国家責任を体系化したものであり、具体的には、①措置権、②措置費、③措置委託、によって運営されていた。この措置制度は、国家が国民の生存権を守るという側面と、その裏返しとして、官が行政権を行使することによって権力的になるという側面の二面性がある。措置制度に二面性はあったものの、1997（平成9）年までに行われた社会福祉サービスは老人保健法関連を除いてすべて措置制度であった³²⁾。

しかし、措置制度は厳しい批判にさらされることになった。措置制度への中心的な批判は、利用者側の「選択の自由」がないことであった。つまり、どのようなサービスを受けるか、どこのサービスを受けるか、といった判断の主体が利用者側ではなく行政側にあったことに対する批判であった。そこで、措置制度を解体し、自由にサービスを選択できる制度に転換することが目指され、契約制度が措置制度に取って代わるようになった。その嚆矢が1997年の児童福祉法改正であり、保育所が措置制度から、児童の保護者が希望する保育所を選択できる契約制度へと変更であった。

児童福祉法だけでなく、契約制度を前面に押し出した介護保険が制定されたのも1997（平成9）年である。介護保険法は、老人福祉法や老人保健法を再編成し、日本で5番目の社会保険方式による新しい制度設計が行われた。従来、老人福祉法によって特別養護老人ホームへの入所や、在宅サービスの提供等が措置制度として行われていた。しかし、介護保険によって措置

制度は基本的に廃止され、老人福祉の大部分を契約制度である介護保険が担うこととなった。

障害者福祉の領域においても契約制度への移行が行われた。障害者福祉も同様に、措置制度によって運営されていたが、社会福祉基礎構造改革の影響を受けて2003（平成15）年4月に措置制度から、契約制度である支援費制度への転換が行われた。措置制度から契約制度への転換であることは介護保険と同じであるが、介護保険が社会保険方式であることに対して、支援費制度は公費を財源とした。サービス利用時の利用者負担も介護保険が一律の応益負担であることに対して、支援費制度では所得に応じた応能負担であった³³⁾。しかし、支援費制度は短命であり、2006（平成18）年4月からは障害者自立支援法が施行された。支援費制度で応能負担であったサービス利用時の自己負担部分が、障害者自立支援法においては応益負担となった。

このように、児童福祉法改正によって保育所入所が契約制度となったことにはじまり、介護保険や障害者自立支援法に契約制度が導入されたが、これらは社会福祉基礎構造改革の中で行われた転換であった。前節で述べたとおり、社会福祉基礎構造改革は社会福祉の領域に市場メカニズムを導入することで、利用者の選択を拡大し、利用者の自己決定を尊重するという側面があった。措置制度から契約制度に移行することによって利用者の自由度を高め、自己決定を尊重しようとする制度変更は社会福祉を市場の波に乗せることにつながる。つまり、児童福祉、老人福祉、障害者福祉における契約制度への転換は、市場化を志向する立場の自己決定論の主張が貫徹されたことを意味し、社会福祉が自らの固有性と主張する自己決定の尊重³⁴⁾も市場化の中での実現となっていると言わざるを得ない。

(4) 市場化に親和的な社会福祉理論

自己決定や自立について詳細に述べられているわけではないが、社会福祉の市場化に影響を与えた理論として、三浦文夫のニード論がある。三浦は、時代と共にニード³⁵⁾の充足方法が「貨幣的ニード」から「非貨幣的ニード」へ変化していることから、従来からの「貨幣的ニード」に対応していた社会福祉の仕組み、方法等を再検討しなければならないとする。今後の方向性として、①サービス費用の有料化を検討することによって、低額であった福祉サービスを有料化することを促進する、②公私の役割分担を再検討することによって、社会福祉の国家責任の公共的福祉供給システムのみならず、市場型の福祉供給システムも導入し、それらが結びついた新たな福祉供給システムを検討する³⁶⁾、必要性が説かれている。

三浦は、福祉サービスの営利化や市場化について、「財政に苦しむ公共サービスの縮減を図る意図から捉えるべきではなく、社会福祉ニードが変化し、非貨幣的ニードが中心になるにつれて、このニード充足のサービスの受け手を、かつてのように貧困、低所得に限定せず一般階層にまで拡げていくという流れでうけとめていかなければならない」とする。また、「サービス費用の応能負担は財政的見地からではなく、サービスに対する利用者主権の確立と結びつけて評価されなければならないものである」と利用者主権と負担の関係を述べている³⁷⁾。

このように三浦によると、非貨幣的ニードが福祉サービスの中心になることで、社会福祉の市場化も時代の流れとして受け入れられるものとされる。また、費用負担と利用者主権を結び付けていることから、市場化を目指す立場の理論と近距離にあることがわかる。

そのため、三浦のニード論が市場化を推進する論理となり、1980年代に推進された福祉改革の理論を提供したとする評価もある³⁸⁾。

第3章 医療における自己決定権

(1) インフォームド・コンセント小史

医療の領域では、医師のパターナリズムの態度が批判されるようになり、インフォームド・コンセントの必要性が唱えられたことから、20世紀後半には、患者の権利と個人の多様性を認める方向性で議論が進んだ。

現在、医療をはじめとしてインフォームド・コンセントの重要性が説かれている。このインフォームド・コンセントの起源とされているのが「ニュールンベルク綱領」（アメリカ軍事法廷、1947年）である。本綱領は、戦時中にナチスや日本731部隊が行った卑劣な人体実験に対する反省として誕生した。この内容は、人体実験を伴う医学研究において、被験者がその実験の内容や危険率を十分に理解の上に、強制のない状態での自発的同意をした場合のみ人体実験を行ってよいとする規定である。

ニュールンベルク綱領は人体実験についての被験者の自発的同意を規定していたが、この考え方を一般の臨床に拡大したのが、AHA（アメリカ病院協会）の「患者の権利章典」（1973）やAMA（アメリカ医師会）の「1980年綱領」（1980）であった。ここでは、治療方法の決定権について、医師のパターナリズム的決定を否定し、患者自身の自己決定を尊重することの必要性が明記されている。また、世界的な影響を持つもつ指針として、日本医師会も加盟する世界医師会総会で1981年に採択された「患者の権利に関するリスボン宣言」をあげることができる。

リスボン宣言以降、日本においても患者の権利に関する綱領や報告が出されるようになる³⁹⁾。日本病院協会による「患者の権利と責任」（1983）、日本医師会生命倫理想談会の「『説明と同意』についての報告」（1990）、日本弁護士連合会「患者の権利の確立に関する宣言」（1992）、厚生省「インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会報告書」（1995、検討委員会設置は1993）などがその代表である。

これらの流れによって、理念上ではあるが、医療における治療方針野決定主体が医師から患者へと変化したと言える。その後、具体的にインフォームド・コンセントが医療に根付くきっかけとなったのが、1997（平成9）年の第3次医療法改正であった。第1条の4の2に「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」（現行法）という条文が努力目標として追加された。また、2007（平成19）年の第5次医療法改正⁴⁰⁾においても、「医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保」が法律改正の目的とされている。ここでも、インフォームド・コンセントは必須と考えることができる。このように、医療の領域における患者の自己決定尊重原則はインフォームド・コンセントを介して実現されるものと言える。

ここまでみてきたように、医師のパターナリズムに対する批判や世界的な流れから、医師集団はインフォームド・コンセントを導入することにより、患者の自己決定尊重原則を実現しよ

うとした。その過程における大きな特徴として、大幅な制度変更がなかったこと⁴¹⁾、あるいは外部からの強制的な変更過程ではなかったことをあげることができる。つまりは、医師集団や医療集団の自己改革によってインフォームド・コンセントが医療の中心に位置づけられたことになる。

(2) 生命倫理における自己決定議論

患者の自己決定を尊重することが医療現場で現実化されるようになったが、それにもなって「自己決定の範囲はどこまでか」、あるいは「自己決定できない場合はどうするか」という問題が発生した。自己決定の範囲についての代表的な問題として、人工妊娠中絶の決定権が母親にあるのか否かという問いが、胎児の人権との衝突から起こった。つまり、母親の人工妊娠中絶を行う権利と、胎児の人権との間で、どちらが優先されるべきかという問題である。この問題に対して、アメリカでは大胆で極端な「パーソン論」が登場する。

パーソン論はマイケル・トゥーリーの「嬰兒は人格を持つか」⁴²⁾によって示され、エンゲルハートやシンガーといった著名な生命倫理学者などが用いている⁴³⁾。トゥーリーのパーソン論は、非常にはっきりとしていて、人格の有無が生きていく権利の有無であるとする。ここで、トゥーリーの言う人格とは、生存する道徳的権利を持つ人間を意味し、「ある有機体は、諸経験とその他の心的状態の持続的主体としての自己の概念を持ち、自分自身がそのような持続的存在者であると信じているときに限り、生存する重大な権利を持つ」⁴⁴⁾ことである。したがって、自己の人格を持たないとされる胎児や嬰兒の生命を絶ったとしても問題がないとする。この理論では重度障害者も人格がないと判断される場合があり、生きる権利を持っていないと理解されることになる。しかし、人格性の基準を修正し、重度障害や認知症をもつ人々の権利を守ることにパーソン論の課題となった。この課題に対してエンゲルハートは「自己意識を持つ人格」を「厳密な意味での人格」とし、幼児など何らかの保護の対象になる人を、「社会的な意味での人格」として、人格を分類することを提案した。そして「社会的な意味での人格」の条件として「社会的相互作用に参加できること（コミュニケーション能力がある）」を掲げて人格の範囲を拡大しようと考えた。しかし、ここでも無脳症患者や昏睡患者は「社会的な意味での人格」でないとされる^{45) 46)}。

パーソン論に代表されるように、人格があるか否かの境界線をどこに引くか、という議論が生命倫理の主要なテーマとなった。自己決定議論に当てはめると、自己決定を尊重されるべき存在は誰か、という問題である。多くの生命倫理学者が境界線を引く場所について、理論や根拠を示しながら、具体的には、胎児の母体外に出た場合の生存可能性やキリスト教の教えを用いながら議論しているが、これが生命倫理で行われている自己決定に関する第1の問題設定である。

自己決定に関する第2の問題設定は、権利と権利が衝突した際にどちらが優先されるか、というテーマである。第1の問題設定とも重なる部分もあるが、権利と権利の衝突という点を中心に検討しているため分類して検討する。この問題を検討するにあたって人工妊娠中絶⁴⁷⁾を例にする。

生命倫理議論では人工妊娠中絶を「母親の権利VS胎児の権利」と捉えることが多い⁴⁸⁾。これら人工妊娠中絶に関わる議論は、日本では社会問題になるほどは行われていないが、アメリカでは大統領選挙を左右するくらい大きな政治問題となっている。人工妊娠中絶を支持する立場は、母親の権利(胎児を母親の所有物とみなし、所有物を自由に扱う権利)が胎児の権利(胎児が生存する権利)に優先すると主張する。例えば、フェミニストと呼ばれる人々の主張はこちらに近い内容である。逆に、人工妊娠中絶を否定する立場は、胎児の生存する権利が母親の権利に優先するとする。宗派によっても異なるがキリスト教信者はこの立場をとっている。ここで、問題となっていることは権利と権利が衝突した際に優先されるべきはどちらであるかというテーマであり、生命倫理議論で行われている自己決定に関する第2の問題設定である。

ここまでみてきたように、自己決定に関して生命倫理議論で行われている内容は、第1の尊重されるべき人格であるか否かの境界線をどこに引くのかという問題と、第2の権利と権利が衝突した際に優先されるべきはどちらであるかという問題の2点を中心である。

(3) 生命倫理原則における自己決定尊重原則

生命倫理が議論され、現実の問題に対処していく中で生命倫理原則が明確にされるようになった。次に述べる4原則はアメリカ型とヨーロッパ型で違いがあるが、ここでは自律尊重原則を中心に検討する。

・アメリカ型⁴⁹⁾:《原型は「生命医学研究ならびに行動科学研究における被験者の保護に関する国家委員会」(1979)の中の「ベルモント・レポート」である。ビーチャムとチルドレスの『生命医学倫理』が米国型の4原則について詳しく考察している。》

- ① 自律尊重原則 (Autonomy) ; この原則が正確に何を要求しているかについて未解決な部分もあるが、この原則によって「自律」と「意思決定」が深く結びつけられており、米国型の自律尊重は自己決定と同義であると言える。この原則には2つの制限がある。「年齢制限」と「他者に対する危害を及ぼさない」ことである。一定の年齢になって、他者に危害を与えない場合は「自律」あるいは「自己決定権」が尊重されなければならない。
- ② 無危害原則 (Nonmaleficence)
- ③ 恩恵(善行)原則 (Beneficence)
- ④ 正義(公平・公正)原則 (Justice)

・ヨーロッパ型⁵⁰⁾:《欧州各国の医療倫理学者がEU(ヨーロッパ連合)の欧州委員会に対して行った提言が原型》

- ① 自律尊重原則 (Autonomy) ; 欧州型は、人間が持ついくつかの能力(思考能力、道徳的価値判断能力、外部からの強制無しに思考や行動が行える能力、政治的活動能力と自己責任能力、インフォームド・コンセントを行える能力)の総体であると考えられる。アメリカ型生命倫理とは異なり、自律を自己決定に限定せずに捉えていることに特徴がある。胎児ないし幼児、昏睡状態にある人や、精神病患者の自律に関する問題は、はっきりと線引きをするのではなく柔軟に対応する。

- ② 尊厳原則 (Dignity)
- ③ 不可侵原則 (Integrity)
- ④ 弱さ原則 (Vulnerability)

アメリカ型、ヨーロッパ型ともに第一原則として「自律尊重原則」を掲げていることから、自律が生命倫理の中心的位置を占めていることがうかがえる。しかし、それが示す中身については異なる部分がある。アメリカ型の自律尊重原則は、自律と自己決定が同義となっているため、パーソン論で見られるように自己決定できない人を排除してしまう可能性がある。それに対して、ヨーロッパ型の自律尊重原則は、たとえ自己決定できない人であっても、その人の尊厳を認める必要性を説いている。

このように生命倫理で議論される自己決定は、自律を尊重される対象であるか否かの線引き問題となっている。線引きを行ったうえで、それより上位にいる人は自己決定を尊重される必要があるという内容である。つまり、尊重されるべき対象の範囲についての議論となっている。このことについて、アメリカ型はその指標を自己決定できるか否かに捉える傾向があり、ヨーロッパ型は、自己決定に固執することなく、指標を曖昧にすることで、自律尊重原則からの排除をできる限り少なくしようとする。

結局のところアメリカ型とヨーロッパ型の対立は、尊重されるべき人格の範囲について、自己決定という側面からアプローチしていった際の基準に関わる議論であり、双方とも基準をクリアしている場合には自己決定が尊重されなければならないとする結論に向かう。

第4章 自己決定を考える視点

(1) 福祉と医療の視点の相違

福祉と医療のそれぞれにおいて、自己決定が尊重される（位置づけられる）過程を歴史的に検討した。社会福祉における利用者の自己決定尊重原則は、従来から援助技術論で説かれていたものの、現実的にはパターンリズムとして批判の対象になり、市場化による解決が意図された。このことから、社会福祉における利用者の自己決定尊重は市場化とともに目指されたことが明らかとなった。その反面、医療においては医師のパターンリズムが批判されたものの、大幅な制度変更はなく、注意書きや努力目標として自己決定の尊重が制度的に位置づけられる程度であった。つまり、医師集団の自己改革によってパターンリズムからの脱却が行われた。この根底には、生命倫理での議論蓄積がある。

このように、問題とされた専門職のパターンリズムは医療と福祉の双方に共通であったが、その解決や緩和に向かう道筋は異なっていた。これが、どのような要因からであるかの検討は別の機会に譲るが、辿った道筋によって特に福祉分野では新たな問題が発生している。

階層消費化による不平等

市場メカニズムを導入することで、利用者の選択が保障されるという主張のもと、社会福祉基礎構造改革等において社会福祉や社会保障に市場メカニズムの導入が行われた。その代表が

介護保険や障害者自立支援法である。介護保険によって、潜在していた介護需要が顕在化するなど、多くの介護を必要とする人やその家族にとって評価できる側面が確かにある。しかし、その反面では、利用料を負担することが困難な世帯では、介護サービスの量を減らしたり、あるいは断念したりせざるを得ない状況を生んでいる。中所得層以上は介護保険により選択の幅が広がったが、反対に低所得者層では利用の抑制につながったという報告もある⁵¹⁾。また、市場メカニズムの導入に伴って、利用料の算定方法が応能負担から応益負担に変わりつつある。応能負担から応益負担への変更によって、利用料の負担が増すのは低所得者層であり、利用料の負担が軽減されるのは中間所得層以上となる。つまり、応能負担から応益負担への変更は、所得によってサービス利用に差が出る階層消費化することを強く示している⁵²⁾。

しかし、このような問題は福祉だけの問題ではなく、医療においても同類の問題がある。治療方針の決定主体が医師のパターナリズム的決定から患者の自己決定が尊重されるようになったこと、その過程で医療者集団の自己改革が中心になったことは前述した。これによって医療における患者の自己決定が拡大したにもかかわらず、医療においても新たな問題が発生している。医療が階層消費化しているのであるが、これは自己負担割合の増加やホテルコストの導入などによって促進されており、これによって貧困層が医療にかかれぬ問題を発生させている。経済財政諮問会議や財務省などが中心に推進したもので、医療にさらに市場メカニズムを導入しようとした試みであり、比較的平等消費である日本の医療制度を変革して階層消費を意図する内容である。つまり、日本の医療が平等消費の体系をとっているため、富裕層がよりよい医療を享受することが阻害されていることを問題視し、その解決策として医療に階層性を持ち込むべきであるとする論調であるが⁵³⁾、この論調は医療に限って言えば下火になっている。

社会福祉や医療を平等消費にするか階層消費にするかは重大な政治的選択であるが、平等消費であれば富裕層が制限を受ける。逆に、階層消費になれば貧困層が医療から排除されることになる。

自己決定の強制と自己責任

社会福祉援助論においては、解決が非常に難しい自己矛盾問題を含んでいる。専門職のパターナリズムを反省し、利用者の自己決定を尊重することを中心的課題とした社会福祉援助論であったが、それによって自己決定を強制する新たなパターナリズム問題が発生している。また、強制的に自己決定をもとめられた利用者であっても、本人が決定した以上、その決定に伴う自己責任も発生してしまう。

また、終末期医療における自己決定に関しては、安楽死から発展した「死の義務」が発生する危険性が考えられる⁵⁴⁾。死の義務とは、本来なら死の権利や自己決定権に基づくはずの安楽死などが、本人の自発的意思によるべきであるにもかかわらず、周囲からの圧力によって選択させられる危険性があることを否定的に捉える概念である。小松美彦によれば、「死の義務」は1984年にコロラド州知事であったリチャード・ラムによって提唱された概念であると言われる。ラムは限られた資源の中でアメリカ社会を成り立たせるために、人口統制や関税率の引き上げと共に、高齢者に対する余分な医療の廃止を政策理念として掲げた。ラムは、この余分な

医療の廃止の文脈において死の義務を提唱した。ラムが提唱した時点では、死の義務は厳しい批判を浴びることとなったが、1997年に生命倫理学者であるジョン・ハードウィックの論考によって再び議論を呼ぶこととなった。重病時や人生の晩年には、家族の介護労働などを気遣い、自らが死を選ぶ、死の義務が生じるとハードウィックは述べる。ハードウィックの議論の特徴は、社会一般や他者に対してではなく、家族に対しての義務が生じるという点である⁵⁵⁾。以上が死の義務の概要であるが、はたしてこのような義務は成立しうるものなのかが問題である。この問題は終末期医療、特に安楽死の問題であるが、社会福祉においても同様の問題を抱える可能性は十分にある。

このように、社会保障の市場化によって新たな問題が生まれている。つまり、市場化による利用者の自己決定拡大には大きな問題があったと言わざるを得ない。また、これ以上、市場化を進めたところで階層消費が進んでしまい、医療や福祉がさらに市場の論理に組み込まれていく一方となってしまう。

(2) 自己決定阻害問題の捉え方

自己決定が抱える問題やジレンマが多々発生している。これらの問題をすぐに解消できる処方箋は見当たらないが、今後の自己決定議論を進めていく視点として「自己決定を阻害している要因は何か」をより広い視野で捉える必要がある。

障害者自立生活運動では専門職のパターナリズムが批判され、生命倫理議論では医師のパターナリズムが批判された。そして、社会福祉基礎構造改革においては、以前の抑圧構造的な福祉サービスを見直すことを宣言し、新自由主義の主張を取り入れた福祉サービスの構造転換を図った。このように、日本では、1980年代から90年代にかけてパターナリズム批判が噴出した。当時のパターナリズム批判の妥当性は高く、専門職自身のあり方の問題として捉えることができる状況であった。

しかし、現在においても医療や福祉領域における自己決定阻害の問題を専門職のパターナリズムに帰すことができるであろうか。部分的にはそのような見方もできるであろうが、大局的な見地に立つと、もっと大きな問題が横たわっていると見える。社会保障費の過剰な抑制政策である。

社会保障費の抑制が政治の主要なテーマとなり、それが確実に実行に移されている今日では、医療や福祉サービスにおけるパターナリズム批判が起こった時代と、その社会的背景が大きく変化している。端的にまとめると、「現在の自己決定阻害の問題は、専門職と利用者や患者の間の問題（つまりは、専門職のあり方）ではなく、もっと大きな社会保障制度の問題である」と判断できる。専門職がいくら努力し自己改革しようが、低所得者層を中心にして、医療や福祉サービスから遠い人々が存在することや、自己決定を尊重することに費やす負担が専門職に偏っているのが現状であろう。つまりは、自己決定阻害の要因が専門職から社会保障制度に移った可能性が高いが、未だに自己決定の問題を専門職のあり方の問題として捉えており、社会的背景の変化が反映されていない論調が多い。

自己決定に関連する議論が今後も展開されていくことが予想されるが、専門職の問題として

自己決定を議論するのではなく、社会構造や社会保障の現状まで視野にいられた議論を望む。

おわりに

ここまで論じてきたように、社会保障を市場化したとしても患者や利用者の自己決定が促進されるとは限らない。注目すべきところは市場化による自己決定促進によって、利益を受ける人々と不利益を被る人々に二分化されることであり、それらの分岐点が所得や資産といった経済的側面に強く依存していることにある。しかし、このような低所得階層を排除する仕組みでは、社会保障制度としては不十分である。

また、患者や利用者の自己決定が阻害されている原因を専門職に求める論調が根強い。しかし本文で示したように、自己決定を阻害している原因が専門職ではなく社会保障制度に求める必要がある。患者や利用者として専門職を敵対視する見方は双方にとって好ましいものではない。医師不足や介護士不足を改善していくためにも、患者、利用者として専門職の関係を良好に保つためにも、大きな枠組みである社会保障制度に視点を向ける必要がある。

注

- 1) 駒村康平 (2004) 「擬似市場論」 渋谷 博史、平岡 公一編著『福祉の市場化をみる眼』、ミネルヴァ書房、p.215。
- 2) 伊藤周平 (2007) 『権利・市場・社会保障』、青木書店、p.187。政府の公式見解で初めて「日本型福祉社会」が使用されたのは『経済7ヵ年計画』(1979)であった。
- 3) 伊藤周平 (2007) 『前掲書』、p.215。
- 4) 「社会福祉基礎構造改革について 中間まとめ」で述べられている社会福祉の理念は以下の通り。
 - ・ 国民が自らの生活を自らの責任で営むことが基本
 - ・ 自らの努力だけでは自立した生活を維持できない場合に社会連帯の考え方に立った支援
 - ・ 個人が人としての尊厳をもって、家庭や地域の中で、その人らしい自立した生活が送れるように支える
- 5) 駒村康平 (2004) 「擬似市場論」 渋谷 博史、平岡 公一編著『福祉の市場化をみる眼』、ミネルヴァ書房、p.215。
- 6) J・E・スティグリッツ著、藪下史郎訳 (2003) 『公共経済学 上』第2版、東洋経済新報社、pp.67-77。
- 7) 権丈善一 (2006) 「医療経済学の潮流」 西村周三、田中滋、遠藤久夫編著『医療経済学の基礎理論と論点』、勁草書房、p.14。
- 8) 「混合診療で患者の選択を助けよ (社説)」『日本経済新聞』2007年11月9日付
- 9) 鈴木玲子 (2004) 「医療分野の規制改革」 八代尚宏、日本経済研究センター編『新市場創造への総合戦略』、日本経済新聞社、p.279。
- 10) J・E・スティグリッツ著、藪下史郎訳 (2005) 『入門経済学』第3版、東洋経済新報社、p.45。
- 11) 竹内愛二 (1938) 「断種法の研究」『社会事業研究』第26巻第6号、pp.23-33。
- 12) 三島亜紀子 (2007) 『社会福祉学の〈科学性〉』、勁草書房、p.33-36。
- 13) 竹内愛二 (1950) 『ケース・ワークの技術』、中央社会福祉協議会p.16。戦後社会福祉基本文献集7所収。

- 14) 竹内愛二 (1950) 「ケース・ワークと精神医学」『社会事業』第33巻第4号、p.42。引用文では「視」、「即」、「精神」が旧字表記であるが、ここで新字表記にした。
- 15) 孝橋正一 (1960) 『社会事業概論』、ミネルヴァ書房、pp.87-94。
- 16) 小松源助 (1993) 『ソーシャルワーク理論の歴史と展開』、川島書店、pp.129-130。
- 17) 小松源助 (1993) 『前掲書』、pp.130-136。
- 18) 仲村優一 (1959) 『ケースワークの原理と技術』、財団法人社会福祉調査会、p.48。初版は1957年。しかしここでは、自己決定尊重原則のルーツや引用元については何も書いていない。
- 19) 柏木昭 (1966) 『ケースワーク入門』、川島書店、p.7。
- 20) 柏木は『ケースワーク入門』から8年前の1958年に「ケースワーク指標としての自己決定原理」を発表し、そこで自己決定尊重原則をバイステックやマイルズから学んだことを述べている。柏木昭 (1958) 「ケースワーク指標としての自己決定原理」『社会事業』第41巻第1号、pp.9-16。
- 21) 例えば、柏木昭 (1966) 『前掲書』、p.17。仲村優一 (1980) 『ケースワーク教室』、有斐閣、pp.45-46。
- 22) F・P・バイステック著、尾崎新、福田俊子、原田和幸訳 (1996) 『ケースワーク原則 (新訳版)』誠信書房。原典の初刊は1957年に『The casework relationship』として刊行され、最初の翻訳は1965年である。
- 23) F・P・バイステック (1996) 『前掲書』、p.165。
- 24) F・P・バイステック (1996) 『前掲書』、pp.115-118。
- 25) 加茂陽 (1983) 「ケースワークにおける『自己決定』概念の検討」『ソシオロジ』27-3、社会学研究会、p.3。
- 26) 例えば、大塚達雄、岡田藤太郎編 (1978) 『ケースワーク論』、ミネルヴァ書房など。
- 27) 定藤丈弘 (1993) 「障害者福祉の基本的思想としての自立生活運動」定藤丈弘、岡本栄一、北野誠一編『自立生活の思想と展望』、ミネルヴァ書房、p.8。
- 28) 定藤丈弘 (1993) 「前掲論文」p.17。
- 29) 中西正司 (1996) 「自立生活運動の歴史的経過と現状」『総合リハビリテーション』24巻1号、p.39。
- 30) 立岩真也は、自立生活「運動は1970年代に米国で始まったものであり、それが1980年代に日本に輸入され広がったとする記述が多くなされてきたが、これは事実誤認である。日本でも、1970年代初頭にこうした生活の試みが始まり、それに自立という語があてられ、1970年代中盤には自立生活という言葉が使われ始めている」と述べている。立岩真也 (1999) 「自立生活」『福祉社会事典』、弘文堂。しかし、この見解は、自立生活運動が社会的に大きく広がった契機が1981年にあることを否定するものではない。
- 31) 三島亜紀子 (2007) 『前掲書』、p.109。
- 32) 中井健一 (2004) 『社会福祉原論』、文理閣、p.185。
- 33) 伊藤周平 (2007) 『前掲書』、p.264-266。
- 34) 岡村重夫は、自己決定尊重を社会福祉の固有性と説く。
岡村によると、社会関係の主体的側面を固有の側面とする社会福祉においては、「生活関連施策の提供するサービスを、ただ受動的に受けとる権利が保障されていても、それだけのことで社会福祉に固有の視点が実現されたことにはならない。むしろこれらの生活関連施策のサービスが、サービス利用者の自己決定によって選択されることや、サービスの運営や基本方針の決定に対して生活主体者の参加が保障されなければ、社会関係の主体的側面の意味は、真実に貫徹されたということとはできない」とする主体性の原理が明確にされ、生活者自身の自己決定の重要性を説いている。このように、岡村理論にとって自己決定は主体性の原理として社会福祉的援助にとって欠かせない要素となっている。ここでの自己決定とは、生活者が主体的に判断することが重要で、社会福祉的援助には生活者の主体性を引き出す役割が望まれている。
また、「社会関係の主体的側面の論理は、生活主体者の権利主張の根拠となるだけでなく、同時に

生活主体者が社会人としての責任主体者であることを示すものである。つまり個人は自分の生活上の困難について責任を回避するのではなくて、むしろあらゆる機会や制度を利用したり、選択して解決にあたるという自主的な態度をもたねばならない」とも説明する。岡村重夫（1983）『社会福祉原論』全国社会福祉協議会、pp.99-111。

- 35) 三浦のニードの定義は以下の通り。「ある種の状態が、一定の目標なり、基準からみて乖離の状態にあり、そしてその状態の回復・改善等を行う必要があると社会的に認められたもの」を社会的ニードと定義する。そして「ある種の状態が、一定の目標なり、基準からみて乖離の状態」にあることを依存的状態あるいは広義のニードとし、「その状態の回復・改善等を行う必要があると社会的に認められたもの」を要援護性あるいは狭義のニードと呼ぶ。三浦文夫（1995）『社会福祉政策研究 福祉政策と福祉改革』（増補改訂版）、全国社会福祉協議会、pp.60-61。初版は1985年。
- 36) 三浦文夫（1995）『前掲書』、p.171。
- 37) 三浦文夫（1995）『前掲書』、p.151。
- 38) 中井健一（2004）『前掲書』、p.143。
- 39) 医療倫理Q & A刊行委員会編『医療倫理 Q & A』太陽出版、p.43。にわかりやすい年表がある。
- 40) 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案（平成18年2月10日提出）。
- 41) 1997年の第3次医療法改正で努力目標が示されているが、はじめに法文化されてから医療におけるインフォームド・コンセントがスタートしたのではなく、インフォームド・コンセントが主流になる中で後追的に法文化されたため、また、努力目標であるため、大幅な制度変更がなかったとしている。
- 42) マイケル・トゥーリー著、森岡正博訳「嬰兒は人格を持つか」H・T・エンゲルハート、H・ヨナス他著、加藤尚武、飯田亘之編（1988）『バイオエシックスの基礎』東海大学出版会、pp.94-110。
- 43) 蔵田伸雄（1998）「パーソン論－概念の説明－」加藤尚武、加茂直樹編『生命倫理学を学ぶ人のために』世界思想社、p.98。
- 44) マイケル・トゥーリー（1988）「前掲論文」、p.102。
- 45) H・T・エンゲルハート著、久保田顕二訳「医学における人格の概念」H・T・エンゲルハート、H・ヨナス他著、加藤尚武、飯田亘之編（1988）『バイオエシックスの基礎』東海大学出版会、pp.19-32。
- 46) 蔵田伸雄（1988）「前掲論文」、p.101。
- 47) 日本では「母体保護法」によって人口妊娠中絶が基本的には禁止されている。しかし、「母体保護法」の第十四条に「一 妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの 二 暴行若しくは脅迫によつて又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの」の中絶を認めている。つまり、母体の身体的理由、経済的理由あるいは姦淫されたという理由であれば、条件付きでの人工妊娠中絶を認めていることになる。この条件付き人工妊娠中絶には期間規制があり、妊娠22週未満の中絶は可能であるが、それ以後では認められていない。基本的に母体保護法で禁止されている人工妊娠中絶であるが、実際には、母親の意思と1人の医師の許可だけで、調査も無く中絶が行われている。そのため、「経済的理由」を拡大解釈して、本来は認められていない中絶が行われているのが現状と言える。つまり、日本では母体保護法によって、法的には親の決定権よりも胎児の人権を優先しているが、実態としては親の決定権が優先されている現状にある。
- 48) 母親の権利VS胎児の権利として述べている部分は、すべての立場を網羅したものでなく、代表的な立場の考え方を示すことまでしかここでは行えていない。
- 49) トム・L・ピーチャム、ジェイムズ・F・チルドレス著、永安幸正、立木教夫監訳（1997）『生命医学倫理』成文堂、pp.79-367。ロバート・M・ヴィーチ（2004）『前掲書』、p.180。資料集 生命倫理と法編集委

- 員会編（2003）『資料集 生命倫理と法』太陽出版、p.12。宮坂道夫（2005）『医療倫理学の方法』医学書院、pp.50-55。
- 50) 宮坂道夫（2005）『前掲書』、pp.50-55。Jacob Dahl Rendtorff（2002）Basic Ethical Principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability – Towards a foundation of bioethics and biolaw, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5, 235-244.
- 51) 伊藤周平（2007）『前掲書』、p.285、pp.299-300。
- 52) 具体的な計算内容の例として次を参照。慎英弘（2008）「応益負担廃止論は一致した意見か」『花園大学人権教育センター報』通巻32号、花園大学人権教育センター、pp.35-37。
- 53) 鈴木玲子（2004）「医療分野の規制改革—混合診療解禁による市場拡大効果」八代尚宏、日本経済研究センター編『新市場創造への総合戦略』日本経済新聞社、pp.285-286。
- 54) 小松美彦（2002）「『自己決定権』の道ゆき—『死の義務』の登場（上）」『思想』2002年2月、岩波書店、pp.142-147。
- 55) 小松美彦（2002）「前掲論文」、pp.142-147。