

健康をめぐる自己責任論を乗り越えるために ——公衆衛生における責任と主体性の再検討

玉手 慎太郎

はじめに

医療および公衆衛生の領域において、自己責任論と呼ばれる言説が存在感を増している指摘されるようになって久しい。ここでいう自己責任論とは、私たちの日常生活にある程度まで浸透している、「健康管理は個人の責任において行うべきもので、不摂生がたたって健康を害した人たちのことまで、国や行政が面倒を見る必要はない」といった言説であり、その言説の下では不健康が「本人の努力が足りず、甘えている」ことの帰結とみなされてしまう（NHKスペシャル取材班2017, 148および152頁）。ここに見られるような自己責任の強調は日本特有のものではなく、福祉国家制度の変遷を方向付けるものとして先進国全体に見られることも指摘されている（Mounk 2017）⁽¹⁾。

自己責任論には倫理的な問題がある。健康を損なってしまった人に対する医療の提供の忌避、あるいは不当な非難が、自己責任論によって引き起こされうるからである（玉手ほか2017）。この問題に取り組むにあたって、単にそのような言説は望ましくないと述べるだけで十分だと考えるのは素朴に過ぎるだろう。本稿の目的は、健康の自己責任論を批判する上での適切な倫理的基礎を探求することにある。すなわち、公衆衛生の専門家および市民に対して、自己責任論はいかなる論理において批判されるべきなのかを明確に示すことを試みる⁽²⁾。

本稿では特に、公衆衛生の場面に焦点を当てて検討を加えていく。というのも現代の公衆衛

(1) 本稿はMounk (2017) の議論と問題関心において一致している。すなわち、(1) 現代の自己責任論は福祉国家の理念と敵対するものであり、(2) 特に有責とされた人々への懲罰的なサポート拒否が問題であるが、(3) コントロール不可能性に基づく責任の否定による応答は不適切であり (4) 必要なのは責任概念の再整理である、という点において筆者はモンクに同意する。ただしモンクは公衆衛生政策に焦点を当てているわけではなく、また以下に論じるように結論においても本稿とは異なっている（注20を見よ）。

(2) 本稿では道徳的責任のみを対象とし、法的責任については直接論じない。また、自己責任論は批判されるべきものであるという判断は議論の前提とする。この判断に対する主要な異論については本論の中で扱うつもりである。

生においては、予防および健康増進へとその焦点がシフトするのに応じて個々人の健康への努力が広く求められるようになったことにより（額賀2015）、個人の責任が適切な水準を超えて過度に強調される「過剰責任化」（Stol *et al.* 2017）の傾向がますます強まっていると指摘されているからである。自己責任論を否定する論拠を明確化することが、倫理的によりいっそう適切な公衆衛生政策の可能性を探る上で不可欠であると考えられる⁽³⁾。

本稿の構成は以下である。はじめに健康をめぐる自己責任論の問題点を確認し（第1節）、単純に自己責任というものを否定すれば済む問題ではないことを示す（第2節）。次に、健康の社会的決定要因を指摘する形での自己責任論批判には問題があることを論じ（第3節）、より倫理的に望ましい責任の捉え方を検討する上で有意義と考えられる「後ろ向き責任」と「前向き責任」の概念整理を提示する（第4節）。この区別を受けて、自己責任論を批判しつつも公衆衛生における責任概念そのものの意義を尊重する一つの考え方を示し（第5節）、最後にその考え方に即した具体的なアプローチの内実について、試論的に検討を加える（第6節）。

1. なぜ自己責任論を検討する必要があるのか

はじめに、健康をめぐる自己責任論の内容について明確化しよう⁽⁴⁾。健康をめぐる自己責任論は、本人に責任を帰属すべき不健康とそうでない不健康を区別し、社会がサポートすべきは後者のみであると主張するものである。そして一般に、責任の有無の線引きは、当の不健康状態が引き起こされたその原因が当人の選択にあるかどうかに応じて引かれる。その区別に基づいて、当人にその原因がある（それゆえ当人に責任が帰属される）不健康については、社会は医療資源やサポートを（少なくとも当人に原因がない場合と同等には）提供すべきではない、と主張される。Sandman *et al.* (2016) が論じるように、自己責任論は以下の2つの主張の組み合わせとして捉えることができる。(1) もしある個人が自身の行為とその帰結に対して適切なコントロールを有しているならば、その人はそれらに対して同時に責任を有している（コントロールについての主張）⁽⁵⁾。(2) もしある個人がある行為とその帰結に対して責任を有しているならば、そうでない場合に比べて、他者に対してより弱い手助けしか要求できない（手助けの縮減についての主張）⁽⁶⁾。

(3) 公衆衛生政策をめぐる倫理的検討の基本的な枠組みについては玉手（2019）を見よ。

(4) 厳密に言えば、自己責任論は社会内に流通している言説であり、明確な定義を取り出せるものではない。

以下に論じるのはこの言説に典型的と思われる特徴の記述である。

(5) 責任帰属はコントロールに依拠してなされるという見方は、一見したところ自明のものに思われるかもしれないが、必ずしも私たちの道徳的判断において決定的なものではない。玉手（2018）を見よ。

(6) 一見して明らかのように、ここには現代政治哲学における「運の平等論（Luck-egalitarianism）」の考え方の関連が見られる。運の平等論についてはArneson (1989), Cohen (1989), Roemer (1993), Dworkin (2000), Temkin (2003) などを見よ。本来は平等主義的であるはずのそれらの主張が自己責任論の土台となり、かえっ

この手助けの縮減についての主張は、いかなる道徳的根拠を有するのだろうか。Sharkey & Gillam (2010) によれば、医療資源配分を個人の責任に依拠して設計しようとする議論のうち、道徳的な主張をなすものには2種類ある。第一に、自分で選択した行為によって疾病を得た人物がそうでない人物と平等な医療アクセスを得ることは、他者が使えるはずだった医療資源を不当に奪うことであり、他者危害にあたるという議論がある。これは危害論証 (harm argument) と呼ばれる。第二に、人には自分の健康を自分で守る道徳的責任があるのであり、この責任を果たさなかった人物は義務の不履行に応じて医療アクセスを制限されるべきであるという議論がある。これは自己尊重論証 (self-respect argument) と呼ばれる。いずれの主張も、日本においてなされる自己責任論の中に広く見られるものであろう。

では、こうして要請される手助けの縮減は、具体的にはいかなる形でなされるだろうか。Wikler (2004) の整理によれば、必要な努力を怠ったゆえに陥った不健康はその負担を人々が共同で負うものではない、という主張は、以下の3つの手段を取りうる。(1) 健康行動の強制 (シートベルトやヘルメットの着用義務など)、(2) 健康行動を取らなかった人に対する公共支出の拒否、(3) 自覚的にリスクを取る人への追加支出 (特別な税など) の要請。このいずれも、もしその根拠としての責任帰属が倫理的に正当なものでないとしたら、受け入れがたいものである。

自己責任論の問題は手助けの縮減の問題にとどまらない。健康のための当人の努力が強調されることで、不健康に陥った人物が、なすべき健康維持対策をなさなかった道徳的に劣った人とみなされてしまうことも指摘されている。服部(2006)は次のように述べる。「疫学研究によってある種の生活態度や行動類型と、健康状態もしくはある種の疾病への罹患との関係が浮かびあがらせられるとき、そこで問題にされるのは生活習慣や行動そのものではない。その向こう側に透けて見える心のあり方までもが問われている。[……] 身体疾患は品なく節操のない生活史の結果であり、それらはそもそも心がけのまずさに起因しているというわけだ」(181頁)。不健康に関して自己責任を強調することは、当人の過去の行動の不適切性に対する非難を超えて、当人の人格それ自体に対する道徳的非難につながりうる。

このスティグマの問題に関連して、何が当人の責任であるのかという線引きの恣意性にも注意が必要である。医療資源配分を個人の責任に依拠して設計することへの人々の見解を調査した Ubel *et al.* (1999) では、実際に人々が医療資源配分について抱いている見解は、個人責任よりもむしろ当の行為それ自体の社会的な望ましさに由来している (すなわち行為それ自体に対する道徳的非難である) 可能性が高いことが指摘されている。さらに Friesen (2018) は、ヘルスケアの文脈において用いられる「個人的責任」という言葉の適用対象の境界が論理的に一貫しないものであることを指摘し、それは実質的には社会的な望ましさという偏見による限定でしかないと主張する。たとえば、私たちは喫煙行動を個人に責任のある不健康行動として道

て現実の平等性を損なっている点は、Mounk (2017) において厳しく批判されている。

徳的に非難するが、同じくらい死亡率を高める行為であるはずの危険なスポーツについてはそうではない。これは、前者が社会的に望ましくない行為であるのに対し、後者はそうではないからである。それゆえ、個人的責任を根拠とするヘルスケアの提供の縮小は、「同性愛者の化学的去勢や精神障害を有する人々への強制的な不妊治療といった、社会的に望ましくないとされる行為がヘルスケアの文脈でかつて取り扱われてきたあり方を考えれば、とりわけ問題含みである」(Friesen 2018, p. 56) ことになる⁽⁷⁾。

とはいえ、自己責任論の問題はあえて学問的に真剣に取り上げるべき課題とは思われないかもしれない。自己責任を強調する言説に基づいた医療サポートの拒否あるいは道徳的非難は、人々の基本的な権利であるところの医療アクセス権の侵害であり、端的に不正であるのではないだろうか？しかし話はそれほど簡単ではない。Denier (2005) が指摘するように、医療アクセスへの権利は社会経済的な配分に関わる権利、いわゆる第二世代の権利に属する⁽⁸⁾。第二世代の権利は第一世代の権利と異なり、すべての人に無限に認めることはできない。社会経済的な配分はトレードオフを生じさせる。そしてそのように限界を定めざるを得ないヘルスケアに対する権利について、まさにその制限の論拠として個人の責任というタームは登場しうる。すなわち、権利を侵害するものではなく、正当な権利の範囲を特定するものとして自己責任は持ち出されるのであり、それゆえ単に権利侵害であるとして自己責任論を退けることはできない。自己責任論に対する反論はより厳密に組み立てられなければならない、そのためにはより詳細な検討が必要となる。

2. 責任帰属そのものを拒否すべきなのか

自己責任論には倫理的な問題があるとして、しかし議論を早急に進め、健康をめぐる「自己責任」そのものを否定してしまう、すなわち責任帰属そのものを拒否してしまっても良いだろうか。そのような反応は理解できないものではないが、しかし倫理的には必ずしも適切ではないと考えられる。というのも、少なくとも医療および公衆衛生の文脈において、個々人の責任という概念には当人により適切な行動を促す、あるいは不適切な行動の自制を促すという有益な側面があるからである。

公衆衛生における社会全体での予防の重要性を説いたジェフリー・ローズは、私たち一人一人が社会全体に対する「責任」を自覚することが必要であると主張する (Rose 1992)。ローズはその書籍の冒頭にドストエフスキーの文章を掲げる。「私たちは、私たち全員へ責任を負っている」。これは集団的な予防活動や健康増進活動を推進していく上で非常に効果的なスロー

(7) リスクのある行動のうち特定のものだけが問題視されることによるモラリズムの可能性に対する批判を、Cappelen & Norheim (2005) は「非中立性批判」と呼んでいる。

(8) 第一世代の権利と第二世代の権利についての平易な解説として高木 (2017) を見よ。

ガンであると思われるが、ここでキータームとなっているのは個々人の「責任」であり、ここでは健康について当人の責任を問うことがむしろ肯定的に捉えられている。現代日本においても、いままさに危機の最中にある新型コロナウイルス感染症の予防において「責任ある行動」が求められていることは周知の通りであるし、このメッセージ自体は（それによって公的な活動が削減されるような付随的な問題がなければ）意義あるものであるように思われる⁽⁹⁾。個人の健康を強調することが、それ自体として否定的なものであるとは言いがたい。

そもそもにおいて、公衆衛生上の目標を実現するためには、人々の行動変容が不可欠である。個々人が食事や休息、あるいは労働や余暇においてどのように生活しているかが健康を大きく左右する以上、マクロレベルの介入のみで健康を守ることは難しい。それゆえ、人々に行動変容を呼びかけることは公衆衛生の重要な要素である⁽¹⁰⁾。人々の責任に訴えるという方法が公衆衛生においてしばしば見られることには、納得できる理由がある。

公衆衛生の目的に資する、この責任概念の肯定的な使用を維持しようとするならば、私たちは自己責任論（いわば悪しき責任論）の批判を、個々人に特定の行為を推奨するための責任論（良き責任論）の擁護と、両立させなければならない。それは可能か。また可能であるとすればいかなる理論的枠組みによってであるか。これが本稿の考察する問題である⁽¹¹⁾。

上述の問題に取り組むことは、実践的には次のような含意を持つ。自己責任論批判への再反論として容易に予測されるのは、各人の責任を不問としてしまえば不健康につながる「無責任な行動」が広がってしまうのではないか、というものであろう。本稿の議論は、もし成功すれば、このような再反論に対して頑健である。というのも、自己責任論を批判しつつ同時に集団的努力を擁護することが可能であるならば、自己責任論の拒否が無責任な行動を推奨することになるという批判はあたらないからである。本研究には、自己責任論を批判する上で実践的なメリットがあると言えるだろう。

(9) 一例として、東京都荒川区が発行している「あらかわ区報」No. 1705（令和2年12月1日）では、「新型コロナウイルス感染症が拡大しています／家族や地域を守るために責任ある行動を」と呼びかけられている（2021年4月4日閲覧：https://www.city.arakawa.tokyo.jp/documents/19778/20201201_1.pdf）

(10) 近年、認知科学の知見を用いて人々の非自発的な行動変容を促す「ナッジ」という政策デザインが公衆衛生の領域でも注目を集めている。ナッジにはいくつかの倫理的懸念が提起されており、その実施には一定の制限が求められることになるため、公衆衛生政策が全面的にナッジに置き換えられるということはおそらくありえない。公衆衛生政策（とりわけ健康増進政策）の文脈におけるナッジの利用の倫理的検討については別稿を期したい。

(11) このように問題を設定するにあたって本稿は、（注2でも述べたように）自己責任論は否定されるべきであるということを前提する。加えて、集団予防をはじめとする、集団全体を対象として健康増進策は促進されるべきであるということを、議論の前提とする。後者はすでに広くコンセンサスを得ていると考えられることがその理由である。とはいえ、より細かく議論すればここには（1）健康は明確な内容を有し（＝無内容ではなく）、（2）健康には価値があり、（3）その価値は政策上推進すべきものである、という3つの主張があり、それぞれにさらなる検討を加えることが可能である。今後の課題としたい。

3. 社会的決定要因をめぐる議論は問題を解決するか

自己責任論の批判と集団的努力の擁護の両立をめぐる問題は、近年注目を集めてきた健康の社会的決定要因（SDH: Social Determinants of Health）に関する議論において顕在化する。SDHとは、職業、学歴、家族関係、居住地域、利用可能な社会保障制度など、人々の生活に影響を及ぼす様々な背景が人々の健康状態を左右しているという知見の上に、それらを健康の決定要因として把握するものである⁽¹²⁾。

これらの知見に基づいて、しばしば自己責任論に対し、不健康は個人にコントロール可能な要因のみに起因するものではない、という形での批判がなされてきた（Wikler 2004, Feiring 2008, Cavallero 2011, Daniels 2011, Brown 2013）。すでに見たように、自己責任論は責任帰属の条件として当人のコントロールを置いている（このことは、個人が自らの行動について責任を負うのは当の行為を十分な知識の下で自発的に選んだ場合に限られる、という一般的な理解に合致する）。だとすれば、不健康が当人に選択不可能な生まれつきの社会的・生物学的状況に大きく影響されていたり、さらには健康リスクの高い行為を選ぶことさえ部分的に社会経済的な背景に由来したりしている場合、不健康について当人に（部分的にはともかく）全面的に責任を帰することは明らかに不適切であることになる。たとえば青年期に形成された喫煙習慣は環境に起因する部分が大きいと考えられるため、その結果としての不健康を当人の責任とするのは難しいだろう。これはSharkey & Gillam（2010）が非応答性論証（no response argument）と呼ぶところのものであり、自己責任に依拠した道徳的論証（危害論証と自己尊重論証の双方）に対する有力な批判と位置付けられている。

しかし本稿の問題関心からすれば、このような形での自己責任論批判は公衆衛生政策を推進していく上では悪手である。というのも、当人が健康につながる行動を取ることができるかどうかは当人にコントロールできるものではないとしてしまえば、より健康を増進する行動を取るよう要請することもまた不合理であることになってしまうからである。過去の不健康行動について、そのような行動を取ることは環境によって要請されていたのだからペナルティに値しないと論じながら、同時に将来の行動については個人の自由の余地を認めるのは整合的な主張ではない。Robertson & Minkler（1994）は、健康の社会経済的な決定要因の理解が公衆衛生に組み入れられたことで、病気や障害のある人々に対する道徳的な非難を回避するための理論的基盤が提供された一方、健康は個人のコントロール下にあるものとは感じられなくなり、個人への政策的な働きかけが困難になったことを指摘している。実際のところ、SDHの指摘に基づいて、人々の健康増進について当人の行動変容の努力に訴える方法は有効でないと主張する研究もある（Goldberg 2012）。

(12) 健康の社会的決定要因およびそれに関連する社会疫学の知見については川上ほか編（2015）を見よ。

これは単なる整合性の問題を超えて、倫理的問題でもある。個人の自律的な行動変容の可能性を最初から含み入れない態度は、個人の尊重に失敗する可能性があるからである。Feiring (2008) は、患者の行動変容の可能性を否定することが、当の人々を自律的存在 (autonomous being) に満たないものとみなすことになってしまうという問題について次のように指摘している。「患者の自律的選択の尊重が現代のヘルスケアに深く浸透していることをふまえれば、十分な判断力を有しかつ十分に情報を与えられた個人は自分自身の利益の最善の解釈者であり、他者が彼らのためにならないと判断するような選択であっても自由になすことができるべきである、という主張に価値を置くべきとする強力な理由が存在する」(p. 36)。Wikler (2004) もまた、責任を理由にしたヘルスケア提供の縮小を批判しつつも、健康に対する個人の責任が全面的に無視されるべきではないと主張する。彼が強調するのは、「何より、健康に対する個人の責任の感覚を促進することは、「積極的自由」あるいは「エンパワメント」のプログラムの一部分でありうる」(p. 131) という点である⁽¹³⁾。

もちろん、SDHの存在を根拠に責任帰属に反対する議論も、責任帰属の余地が全くないとまでは論じないものがほとんどである。言い換えれば、すべてがSDHによって決定されており、個々人の選択の余地がないと論じられることはまずない。しかしそうだとすると、当人にコントロール不可能な要因を強調すればするほど、当人に健康行動を要求できる範囲も縮小されてしまう、というトレードオフの関係があることは否定できない。ゆえに上述の問題は、たとえSDHによる全面的な決定を支持しなくても、SDHのコントロールの難しさを根拠に責任帰属に反対する限りは、完全に回避することはできない。

先に見たように (第1節)、自己責任論もまた個人の尊重に失敗している。自己責任を強調することは、健康を損なった人を道徳的に劣った人物とみなすことにつながるからである。しかし他方で、SDHを強調することもまた、別の意味で個人の尊重に失敗しうる。個人の行為が背景要因によって決定されているとすることは、健康を損なった人を道徳的な主体性を有する存在とみなさないことにつながるからである⁽¹⁴⁾。自由に選択する主体であると自認し、また他者からもそのようにみなされることは、自由で平等な存在として社会に参加していくための不可欠な条件である、ということを実際に考えるならば、私たちは個人が責任を有する主体であるという見方を捨て去ってしまうべきではない。しかしそれが自己責任論に結びついてしまってはならない。それゆえに、自己責任論の批判と個人の主体的努力の擁護、この2つの両立の可能性が問われなければならない。

(13) Wikler (2004) はこれらの理由の他に、社会の多様性のためには個人の自由なリスクテイクを許容する必要があるということも述べている。同様に個人の自由なリスクテイクに積極的な意義を見出すものとして Daniels (2011) , Savulescu (2018) がある。

(14) 個々人への責任帰属と道徳的行為者としての地位の関係については Mounk (2017) の第3・4章も見よ。

4. 後ろ向き責任と前向き責任

ここまでその詳細について論じることなく「個人の責任」という言葉を用いてきたが、人々の行動について「責任」という言葉が用いられる場面は日常において非常に多様であり、それゆえ、個人の責任というものが示す意味も一つとは限らない（あるいは一つに限定する必要はない）。ここで本稿の目標に照らして有効であると考えられる、責任概念の一つの概念整理を提示したい。すなわち、「後ろ向き（backward-looking）」の責任と「前向き（forward-looking）」の責任の区別である（Feiring 2008, Vansteenkiste *et al.* 2014）⁽¹⁵⁾。簡単に言えば、後ろ向き責任とは、その人の過去の行為に関わる責任（「～した責任を取る」）のことである。これに対して前向き責任とは、その人の将来の行為に関わる責任（「～する責任がある」）を意味する。本稿では暫定的に、後ろ向き責任と前向き責任をそれぞれ以下のように定義したい。

後ろ向き責任：過去の特定の行為から生じた損失の補償を、当人が個人的に引き受けることを要請する規範

前向き責任：当人の置かれた状況に応じて、将来ある特定の行為を遂行することを望ましいものとみなす規範

前者において、損失の補償を個人的に引き受けるとは、それに対する社会的なサポートが拒否されることを含意する。しかし後者においては社会的なサポートの問題は関わりを持たない。後者で問題になるのは、あくまで特定の行為に対する当人のコミットメントである⁽¹⁶⁾。

私たちは実際に、それと意識することなく、この2つの責任の意味を使い分けている。具体的には次のような例が挙げられるだろう。筆者は戦後生まれであり、日本が参戦した先の戦争について一切の主體的参画をなしていない。しかし筆者の世代であっても日本に生まれた個人

(15) この区別は他の表現で用いられることもあり、たとえば Stol *et al.* (2017)における「予見責任（prospective responsibility）」と「帰属責任（attributive responsibility）」の区別も同様のものと考えられる。ストールらは、役割的責任（role responsibility）は前者に、また因果的責任（causal responsibility）は後者にそれぞれ対応すると論じる（pp. 38-39）。Turolfo (2009)でもやはり用語は異なるが同様の区別について議論が展開されている。この区別そのものは哲学的には決して新しいものではないが、ここに参照したように、近年の公衆衛生倫理の文脈において改めて注目されつつある。

(16) 予想される反論として、このように定義された「前向き責任」は意味が広すぎる、責任という語はあくまで後ろ向き責任の意味でのみ用いられるのがふさわしい理解である、というものが考えられる。しかし、ここでいう前向き責任の意味で「責任」が用いられることは実際にあるのであり、そのような現実の用法を概念分析上の明確さに照らして拒否するのは必ずしも適切ではないと筆者は考える。

として戦争の責任を引き受けるべきである、と論じることは可能であるし、しばしばそう主張されている⁽¹⁷⁾。このとき、筆者は過去において自ら戦争に積極的あるいは消極的に加担したのだからその責任を問うべきだ、というロジックは明らかに成立しない（すなわち後ろ向き責任は成立しない）。しかし、戦争の悲惨さを知らされて来たものとして、あるいはそれを遂行した国に生まれた市民として、私は絶対に戦争に加担しないという責任を負っている、というロジックは成立する（すなわち前向き責任は成立する）。上の定式に照らせば、私はいま、置かれた状況（＝日本人であること）に応じて、ある特定の行為（＝戦争の拒否）を遂行することが望ましいものであるとみなされ、その行為へのコミットメントが求められているのだと考えられる。このとき私たちは、「責任」の語の下に、前向き責任について（後ろ向き責任抜きに）論じていると言えよう。

責任概念のこのような区別は、日常生活における責任という概念の使用のすべてに適用可能とは言えないかもしれない。たとえば契約関係を論じる場面においては、前向き責任と後ろ向き責任の考え方を切り離して別個に論じることは奇妙だろう（契約を履行する責任は過去の行為に基づいて発生し将来の行為を制約するものである）。とはいえ、少なくとも公衆衛生の文脈においてはこの区別は有益であると考えられる。その理由は、公衆衛生において求められる行為の性質にある。

第一に、公衆衛生において求められる行為（感染症の予防や健康増進に資する行為）は原則として、それをなすことが推奨されるものではあるが、なさなかったからといって罪とされるようなものではない（同様に、公衆衛生上望ましくない行為は、それをなしたからといって罰せられるものではない）。そこで重要なのは当該の行為をどのように推奨（・非推奨）するかであって、誰が罰せられるかではないはずである。第二に、公衆衛生的な介入の有効性および正当性は過去の行為とは無関係である。当の行為が有効性を持ち、かつ自律を（その有効性との釣り合いから見て）過度に侵害しない限りは、誰もがその対象となる。言い換えれば、過去の行為を理由にして有効であるはずの介入を拒否するのは、公衆衛生の目的に照らして望ましくないことになる。

以上のことから、公衆衛生においては後ろ向きの責任を問うことの重要性は低いことが示唆される。対して、先に個々人の行動変容を訴えることが公衆衛生では極めて重要であることを見たが（第2節）、このことは、公衆衛生においては前向き責任を問うことの重要性が高いことを示唆する。公衆衛生においては前向き責任と後ろ向き責任の間に重要性の違いがあり、それゆえ両者を区別することは、公衆衛生における責任の意味を明確化する上で有益であると考えられる。

(17)ここでは個人のレベルでの戦争責任を例として論じているが、このことはもちろん戦争責任がすべて個人レベルで扱われるべきだということではない。集団的・社会的な戦争責任というものを認めた上で、なお生じうる個人レベルでの責任を見ている。

5. 2つの責任の区別に基づいた自己責任論批判

前節で論じた2つの責任概念の区別に照らして考えるならば、先に提示した問題、すなわち自己責任論（悪しき責任論）の批判と個々人に特定の行為を推奨するための責任論（良き責任論）の擁護との両立問題に、一つの解答が与えられることになる。

一般に言われるところの自己責任論は、後ろ向き責任に基づくものである。それは本人がこれまで不健康な行動を取ってきたことを根拠に、国によるサポートの必要性を否定したり、あるいは道徳的に劣った人物であるとの評価を下したりするものだからである。たとえば生活習慣病に対して、過去の生活スタイルに関する本人の責任が強調されるとき、そこで言われているのは明らかに後ろ向き責任である。これに対して、集団予防をはじめとする公衆衛生上の集団的努力に関して言われるところの責任は、前向き責任に類するものである。それは人々に対してこれから責任を持って健康行動を取っていくことを望ましいこととして提示するものだからである。たとえば責任ある行動として、生活習慣病を防ぐために食生活の改善が求められたり、感染症の感染拡大を防ぐために不要不急の外出の自粛が求められたりする際、求められているのはこの先そういった行為を積極的に取っていくことであり、前向き責任について語られているのだとみなすことができる。

ここでのポイントは、後ろ向き責任を持ち出すことなしに前向き責任を論じることは、少なくとも論理的には可能だということである。この立場に立つならば、後ろ向き責任を否定するがゆえに、本人の過去の行為を根拠に医療アクセスを不当に制限すること（あるいは道徳的に非難すること）は拒否され、しかし同時に前向き責任を否定しないがゆえに、健康増進に努める各人の責任を論じることが可能になる⁽¹⁸⁾。ここでの議論は、Feiring (2008) が医療アクセスの文脈において次のように論じたことに呼応している。「重要な点は、過去に、その患者の置かれた環境において、健康なライフスタイルを送るためのより大きな努力をなすことが可能であったのかどうかを評価することではない。[……] 重要なのはむしろ、資源が限られているときに、医学的処置を効率的なものにするためにできることをするという義務を私たちが互いに引き受けることである」(p. 35)。

後ろ向き責任と前向き責任の区別を用いれば、先に論じたSDHに基づく自己責任論批判において何が問題だったのかについても容易に理解できよう。その議論は、(この両者を区別せず)責任そのものの可能性を縮小するロジックになっているがゆえに、後ろ向き責任のみならず前向き責任をも否定してしまう。それゆえに、個人に健康行動を求める根拠も掘り崩されてしまう。公衆衛生を推進していく立場にとって悪手であるというのはこの意味においてである。し

(18) 筆者はかつてこの議論の雛形を新型コロナウイルス対策の検討に用いたことがある(玉手2020)。本稿はその内容を理論的に拡張したものとして位置付けられる。

かし、この問題は2つの責任概念を区別することで回避できる。後ろ向き責任を否定しながらも前向き責任を否定しないような、そのような公衆衛生政策を推進していくべきだと主張することが可能になるからである⁽¹⁹⁾。

以上の議論は、おそらく次のような批判を引き起こすであろう。公衆衛生において必要なのは懲罰ではなく適切な行為の促進であるとしても、やはり後ろ向き責任は必要である、なぜなら後ろ向き責任を問わない限り、人々は望ましい行為へと動機付けられないから、という反論である。しかしこの反論は筆者の見限りそれほど説得的ではない。たとえ後ろ向き責任がなくとも人は（社会的に・道徳的に）より望ましい行為へと動機付けられる。その動機はたとえば利他心でも公共心でもよい。後ろ向き責任とそれに伴う懲罰がなければ人々は動機付けられない、という見解は、人間行動についてのホモ・エコノミクスのな前提に過度に囚われているように思われる。たとえば献血する人の多くは、そうすることができるにもかかわらずしなかったとすれば非難されるだろうと考えるからではなく、端的にそうすべきだと考えるからそうするのである。とはいえ、ここで問題は実践的なレベルに移行しており、人々が現実にとれだけ前向き責任に応答するかは社会や時代によるに違いない。場合によっては懲罰的な要素を含まない限り公衆衛生政策が成立しない国や地域（あるいは時代）もあるかもしれない。だが、前向き責任だけでは効果が弱いと断言する理論的な根拠はない⁽²⁰⁾。

(19) 自己責任の過剰な強調を批判する上で、Mounk (2017) は結果責任の帰属を経験的な因果関係ではなく制度的に決まる期待によって（つまり事実関係ではなく議論を通して、私たちが誰に何を期待するかに基づいて）説明することを提案する（第5章、なお同様の責任観は若松1995や小坂井2008でもすでに論じられている）。しかしその提案では、自己責任論を回避できるとは限らない。たとえ制度的な責任論であっても、人々が過去の行為について懲罰的な制度を望むならば、一部の人々への公的サポートの提供に対して厳しい拒否がもたらされる可能性は残るからである。適切なのは責任がどのように形成されるかではなく、責任を内的に区分し、結果についての責任と切り離れた、将来へ向けた行為要請としての「責任」を論じる理路を示すことであるというのが筆者の見解である。

(20) 本稿では前向き責任の具体的な内容については踏み込まないが、一例としてYoung (2011) の議論を挙げることができる。ヤングは、特に構造上の不正義を是正するという観点から、特定の不正義を引き起こした原因への関与とは別に、不正義を有した社会に参加していることをもって個人に正義への責任を課す「責任の社会的つながりモデル」を提唱している。ヤング自身が「主として過去訴求的 (backward-looking) ではなく、むしろ、主に未来志向的 (forward-looking) である」と述べているように (p. 96, 邦訳144頁)、これを前向き責任の具体的構想として捉えることも可能だろう。ただし「不正義を生み出す構造上のプロセスという形で、不正義の原因に言及するという意味で、帰責モデルとも共通点がある」(pp. 104-105, 邦訳156頁) と述べられているように、プロセスへの関与をもって責任を要求する点で後ろ向き責任の要素をいまだ維持している。筆者としては、結果への関与もプロセスへの関与も一切なしに、それはなすべきことだと論じることが不可能だとは思えない。この点のいっそうの検討は今後の課題としたい。

6. 前向き責任を重視する公衆衛生のアプローチ

ここまで論じてきたことは、自己責任論が依拠する「後ろ向き責任」と、望ましい行為を選び取っていくことを各人に求める「前向き責任」とを区別することで、自己責任論を否定しつつ自発的な行為変更を推奨していくことができる、ということであった。この議論をわずかながらも具体化するために、最後に、前向き責任に基づく公衆衛生政策はいかなる特徴を有することになるか、という点についていくつかの可能性を論じたい。

第一に、3節でも触れたエンパワメントの観点は改めて注目に値する。個々人に自らの健康を改善していく主体的な行為を求めていく上では、各人の自分自身の人生に対するコントロールを拡大すること、すなわちエンパワメントが重要になってくるであろう。この点を正面から論じたのがTengland (2012)である。テングランドが伝統的なトップダウン型の介入に対置して擁護するエンパワメントアプローチは、人々が自らの健康をよりよくコントロールできる(=自身のQOLの決定要因をよりよくコントロールできる)ように促す、ローカル型(直接対話型)の介入である。これは専門家が個々人と話し合って何をすべきかを決めていくことを重視するアプローチであり、人々自身が決定プロセスに参加することを求める。そこでは社会的に脆弱なグループにいつその焦点が当てられるが、そのグループに属する人々を自己決定の能力を損なってしまった人々として扱うのではなく、自己決定できる人物としてサポートしていくべきだと論じられる⁽²¹⁾。

振り返れば、そもそもWHOのオタワ憲章(1986年)によって提唱された「ヘルスプロモーション」は、「人々が自らの健康に対するコントロールを拡大しそれを増進することを可能にするプロセス」であり、あくまで人々の健康への自己決定を推奨するものであった(長谷川ほか2020, 7頁)⁽²²⁾。このことをふまえれば、これまで望ましい行動を取ることができなかったということは、その人物へのサポートを強化する理由にはなっても、サポートを拒否する理由にはなりえないはずである。

これに関連して注目すべきもう一つの論点は、いささか素朴な言い方になるが、公衆衛生を実施する側の心構えの問題である。Fahlquist (2019)は、公衆衛生においては専門家と政策の対象となる人々との間に距離があるために、個々人の状況や文脈を無視した政策が実施されるリスクがあるとして、公衆衛生の実施に徳倫理学のアプローチを用いるべきだと論じる⁽²³⁾。彼

(21) これに関連して、主にインフォームド・コンセントの改善という文脈において議論されてきた「関係の自律 (relational autonomy)」の観点を公衆衛生の文脈に取り込んだWardrope (2015)もまた興味深い議論を展開している。

(22) オタワ憲章に代表される新しい公衆衛生プログラムの歴史的な位置付けについてはBell (2003)を、その理念的な特徴についてはRobertson & Minkler (1994)を見よ。

(23) 徳倫理学は論者によって議論に幅があり、複雑なニュアンスを有する倫理的立場である。その全体像

女が特に強調するのが、規範的な要請の多様性に応じる能力としての「責任(responsibility)」⁽²⁴⁾、人々のそれぞれの状況に配慮し、それぞれの苦痛と善のあり方に感情を込めて応じる「思いやり(Compassion)」、独善的な判断に陥らず、自分の知識や能力を常に正しく把握しておくという「謙虚さ(Humility)」の3つである。

フェールキストは例として、ワクチン接種の拒否の問題を検討する。集団免疫の観点から、ワクチン接種はすべての人にすみやかに実施される必要があるが、自身あるいは子供に対するワクチン接種を拒否する人が少なからずいる。専門家はしばしば彼らを非合理的かつ非道徳的とみなし、ますます強制的な手段を取ろうとしている。だがこれは不適切だとフェールキストは述べる。人々の行動を決定は事実のみならず価値観にも大きく影響されるのであり、公衆衛生の専門家は(謙虚さを発揮して)ワクチンを打とうとしない人々の価値観にも耳を傾ける必要がある。そうでなければ行動を変えることはできないだろうし、変えることができたとしても極めて非倫理的なやり方でそうすることになるからである。思いやりのある公衆衛生の専門家であれば、副作用が生じた人およびその家族の経験に思いを馳せることにより、より倫理的に繊細な応答が可能になるだろうし、そのことが複数の価値の間でよりよい帰結を目指すという(前向き)責任を果たすことにつながるだろう。彼女の議論をふまえれば、これまで適切な行動を取ることができなかった人に対してなすべきことは、できなかった理由に親身になって目を向けることであり、できなかったという事実に対して一方的に批判的な態度を取るの是不適切だということになる。

ここで改めてSDHについて考察しておこう。上に言及したアプローチは、SDHをめぐる議論と対立するものではない。SDHの指摘が明らかにしたのは、人によっては経済的・社会的な環境の影響により必ずしも自己の健康に対して十分なコントロールを有していない場合がある、ということであった。この議論をふまえて、たとえ恵まれない人々は自身の行動について「これまで」十分なコントロールを持っていなかったとしても、その中に含まれていた主体性を尊重して、「これから先」のコントロールが拡大していくようサポートすべきだ、と論じることは可能であるし、エンパワメントの観点からふさわしいことである。貧困層出身のラッパー、ダレン・マクガーヴェイは、貧困の最中にある生活について次のように述べる。「ある種の事柄については、責任を受け入れるのが直感に反することがある。とくに状況を自分たちでコントロールできないときにはそう感じる。虐待、ネグレクト、抑圧を経験していたらなおさらだ。とはいえ、責任を引き受けようと努力することは、だれのせいかという問題とは関係ない。自分たちで対処できるのは問題のどの部分かを誠実に見きわめようとする、それが責任を引き受けることなのだ」(マクガーヴェイ2019, 293頁)。マクガーヴェイの述べるような形で責

を見るにはRussell ed. (2013) が有益である。

(24) Fahlquist (2019) は「後ろ向き責任」と「前向き責任」の区別にも言及しており、公衆衛生における前向き責任の重要性を強調している。規範的な要請の多様性に応じる能力という責任の定義が、後ろ向き責任ではなく前向き責任を意味していることは明らかであろう。

任ある行動を取ろうとしている人を、その価値観を尊重しつつエンパワメントすることこそが、SDHの存在をふまえた上で公衆衛生がなすべきことだと言えるのではないだろうか。

本節の議論はあくまで議論の可能性を示すにとどまり、これらのアプローチが公衆衛生政策にどれほど実践的な改善をもたらすのかは今後のよりいっそうの検討によって明らかにされるべきことである。また理論的にも、本節で述べたようなことは公衆衛生政策の倫理にとってごく当たり前のことの確認でしかないかもしれない。しかし少なくとも、自己責任論に基づく過酷な応答を回避しつつ、同時に個々人の自律的な行為主体性を否定しないような公衆衛生政策のあり方が、決して構想不可能なものではないことは示すことができたと思筆者は考える。

7. 結論

本稿の目的は、健康をめぐる自己責任論を乗り越えるための適切な倫理的基礎を特定することにあつた。前半の議論は以下のように進んだ。過去の行為に応じて資源やサポートの提供を拒否するような「責任」の用法を拒否しつつも、より適切な行為を人々に要請していくような「責任」の用法を保持することが必要である。人々の健康は当人にコントロール不可能な要因によって決定されている、という健康の社会的決定要因に基づく議論は、主体性の余地を縮減し責任全般を否定してしまうため、この観点から見ると望ましくない。必要なのは、自己責任論の批判と責任概念に基づく個々人の主体的努力とを両立させ、事態の両面において人々の主体性を尊重することである。

本稿の後半では、先行研究における「後ろ向き責任」と「前向き責任」の区別に注目し、前者を否定しつつ後者を肯定するような立場こそが、健康をめぐる自己責任論を批判するにあたって望ましいものであると主張した。その上で、前向き責任に依拠した公衆衛生のあり方として、エンパワメントおよび徳倫理学に基礎を置き、公衆衛生政策を通じて人々の主体性を尊重していくアプローチの可能性について論じた。以上の議論によって、人々の生活に喫緊に関わるものでありながら様々な主張が錯綜している、健康をめぐる自己責任論の問題について、今後のさらなる議論への一つの足がかりを示すことができたのではないかと考えている。

人々が共に生きていく上で、他者への責任を負うことは必要なことである。そうすることは世界をより良いものにしていく上で不可欠であり、また責任ある行動を取ることができる人間だと認められることはその人自身にとって大切なことだからだ。この意味での責任は、過去の行為に基づいて他者を非難する理念ではなく、他者のためにできることを引き受けていく理念としてこそ、よりよく理解することができる。人々の健康をめぐる公共的な議論において、不遇な背景の下にある人の過去の行為の責任を問うのは適切ではなく、それと同時にまた、そのような人の将来の行為をめぐる責任を問わないこともまた適切ではない。ここで論じたことが、市民の間で十分に理解されていったとき、そこに健康をめぐる自己責任論の余地はなくなるのではないだろうか。

謝辞

本稿は第37回日本医学哲学・倫理学会大会（2018年10月20・21日）において行った研究報告の内容を基にしている（ただし大幅な改訂を加えている）。質疑応答に参加して下さった皆様に感謝申し上げたい。また、掲載にあたって改稿のための貴重なコメントをくださった南山大学社会倫理研究所の奥田太郎研究所長、および本稿の元となるアイデアについて何度も議論させていただいた東京大学の林令奈先生にも、心からの感謝を申し上げたい。

参考文献

- Arneson, R. J. 1989. "Equality and Equal Opportunity for Welfare", *Philosophical Studies*, 56(1): 77-93.
- Bell, S. 2003. "The development of modern health promotion", MacDonald, T. H. (ed.) *The Social Significance of Health Promotion*, Routledge: 18-28.
- Brown, R. C. H. 2013. "Moral Responsibility for (Un)healthy Behaviour", *The Journal of Medical Ethics*, 39: 695-698.
- Cappelen, A. W. & Norheim, O. F. 2005. "Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach", *Journal of Medical Ethics*, 31(8): 476-480.
- Cavallero, E. 2011. "Health, Luck and Moral Fallacies of the Second Best", *The Journal of Ethics*, 15: 387-403.
- Cohen, G. A. 1989. "On the Currency of Egalitarian Justice", *Ethics*, 99(4): 906-944.
- Daniels, N. 2011. "Individual and Social Responsibility for Health", Knight, C & Stemplowska, Z. (eds.) *Responsibility and Distributive Justice*, Oxford University Press: 266-286.
- Denier, Y. 2005. "On Personal Responsibility and the Human Right to Healthcare", *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 14: 224-234.
- Dworkin, R. 2000. *Sovereign Virtue: The Theory and Practice of Equality*, Harvard University Press. 小林公・大江洋・高橋秀治・高橋文彦（訳）、ロナルド・ドゥウォーキン『平等とは何か』木鐸社2002.
- Fahlquist, J. N. 2019. "Public Health and the Virtues of Responsibility, Compassion and Humility", *Public Health Ethics*, 12(3): 213-224.
- Feiring, E. 2008. "Lifestyle, Responsibility and Justice", *The Journal of Medical Ethics*, 34: 33-36.
- Friesen, P. 2018. "Personal Responsibility within Health Policy: Unethical and Ineffective", *Journal of Medical Ethics*, 44: 53-58.
- Goldberg, D. S. 2012. "Social Justice, Health Inequalities and Methodological Individualism in US Health Promotion", *Public Health Ethics*, 5(2): 104-115.
- Mouk, Y. 2017. *The Age of Responsibility: Luck, Choice, and the Welfare State*, Harvard University Press. 那須耕介・栗村亜寿香（訳）『自己責任の時代：その先に構想する、支えあう福祉国家』みずさ書房2019.
- Robertson, A & Minkler, M. 1994. "New Health Promotion Movement: A Critical Examination", *Health Education Quarterly*, 21(3): 295-312.
- Roemer, J. E. 1993. "A Pragmatic Theory of Responsibility for the Egalitarian Planner", *Philosophy and Public Affairs*, 22(2): 146-66.
- Rose, G. 1992. *The Strategy of Preventive Medicine*, Oxford University Press.
- Russell, D. C. (ed.) 2013. *The Cambridge Companion to Virtue Ethics*, Cambridge University Press. 立花幸司（監訳）、

- 相澤康隆・稲村一隆・佐良土茂樹（訳）『ケンブリッジ・コンパニオン 徳倫理学』春秋社2015.
- Sandman, L., Gustavsson, E. & Munthe, C. 2016. "Individual responsibility as ground for priority setting in shared decision-making", *Journal of Medical Ethics*, 42: 653-658.
- Savulescu, J. 2018. "Golden Opportunity, Reasonable risk and Personal Responsibility for Health", *Journal of Medical Ethics*, 44(1): 59-61.
- Sharkey, K. & Gillam, L. 2010. "Should patients with self-inflicted illness receive lower priority in access to healthcare resources?: Mapping out the debate", *Journal of Medical Ethics*, 36: 661-665.
- Stol, Y. H., Schermer, M. H. N. & Asscher, E. C. A. 2017. "Omnipresent Health Checks May Result in Over-responsibilization", *Public Health Ethics*, 10(1): 35-48.
- Temkin, L. S. 2003. "Egalitarianism Defended." *Ethics*, 113(4): 764-782.
- Tengland, P. 2012. "Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Strategies", *Public Health Ethics*, 5(2): 140-153.
- Turoldo, F. 2009. "Responsibility as an Ethical Framework for Public Health Interventions", *American Journal of Public Health*, 99(7): 1197-1202.
- Ubel, P. A., Baron, J. & Asch, D. A. 1999. "Social Responsibility, Personal Responsibility, and Prognosis in Public Judgments about Transplant Allocation", *Bioethics*, 13(1): 57-68.
- Vansteenkiste, S., Devooght, K. & Schokkaert, E. 2014. "Beyond Individual Responsibility for Lifestyle: Granting a Fresh and Fair Start to the Regretful", *Public Health Ethics*, 7(1): 67-77.
- Wardrope, A. 2015. "Relational Autonomy and the Ethics of Health Promotion", *Public Health Ethics*, 8(1): 50-62.
- Wikler, D. 2004. "Personal and Social Responsibility for Health", Anand, S., Peter, F. & Sen, A. (eds.) *Public Health, Ethics, and Equity*, Oxford University Press: 109-134.
- Young, I. M. 2011. *Responsibility for Justice*, Oxford University Press. 岡野八世・池田直子（訳）『正義への責任』岩波書店2014.
- NHKスペシャル取材班. 2017. 『健康格差：あなたの寿命は社会が決める』講談社現代新書.
- 川上憲人・橋本英樹・近藤尚己（編）. 2015. 『社会と健康：健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ』東京大学出版会.
- 小坂井敏晶. 2008. 『責任という虚構』東京大学出版会.
- 高木智史. 2017. 「現代リベラリズムにおける権利」田上孝一（編著）『権利の哲学入門』社会評論社: 163-177.
- 玉手慎太郎 & 吉田修馬 & 中澤栄輔 & 瀧本禎之 & 赤林朗. 2017. 「健康増進のための肥満対策が有する倫理的課題」東北学院大学社会福祉研究所研究叢書 XI: 95-127.
- 玉手慎太郎. 2018. 「健康の自己責任論に対する2つの反論とその前提」『医学哲学・医学倫理』 36: 43-51.
- 玉手慎太郎. 2019. 「公衆衛生・ヘルスプロモーション・ナッジ：健康のユートピアへの道」『現代思想』 47(12): 161-168.
- 玉手慎太郎. 2020. 「感染予防とイベント自粛の倫理学」『現代思想』 48(7): 109-116.
- 額賀淑郎. 2015. 「公衆衛生の歴史：欧米」赤林朗・児玉聡（編）『入門・医療倫理Ⅲ』勁草書房: 25-44.
- 長谷川友紀・長谷川敏彦・松本邦愛（編）2020. 『医療職のための公衆衛生・社会医学〔第7版〕』テコム
- 服部健司. 2006. 「健康を増進する義務」『生命倫理』 16(1): 178-184.
- マクガーヴェイ・ダレン. 2019. 『ボパティエー・サファリ：イギリス最下層の怒り』山田文（訳）、集英社.
- 若松良樹. 1995. 「リベラルな責任概念についての覚書：自然主義と形而上学のはざままで」成城法学 48: 115-134.