

## 書評

Greg Bogнар and Iwao Hirose,  
*The Ethics of Health Care Rationing:  
 An Introduction.*

(London: Routledge, 2014)

林 芳 紀

医療資源配分の問題が、生命倫理学における主要なトピックの一つであることは、論を俟たない。しかし、その問題の重要性とは裏腹に、日本の生命倫理学の中では、医療資源配分の問題が正面切って議論されることは意外に少ないのではなからうか。例えば、現在刊行されている生命倫理学の入門書・概説書の類をいくつか繕いてみて、安楽死・尊厳死、脳死・臓器移植、生殖補助医療、遺伝子治療や再生医療等の先端医療などには大きな照明が当てられている反面、医療資源配分の問題が主題的に取り扱われることは多くない。よしんば生命倫理の専門誌や専門書にまで視野を拡大したとしても、この状況にさほど大きな変化はないだろう。

しかし、これは非常に奇妙な事態ではなからうか。医療資源が常に希少であるかぎり、医療資源の配分は不可避的である。そして、医療資源の配分が不可避であるかぎり、その配分の正しさ、倫理をめぐる問題が浮上してくることもまた不可避的であると思われる。にもかかわらず、なぜ日本の生命倫理学の中で、とりわけ哲学・倫理学を背景とする研究者の間で、医療資源配分の倫理の問題が議論されることは少ないのか。

おそらく、その背後に潜む一つの要因は、医療資源配分の倫理という問題につきまとう、一種独特のトツつきにくさではないかと思われる。例えば、医療資源配分の倫理に関わる基本的な価値として一般に指摘されるのは、効率と公平（衡平）である。しかし、医療資源配分の効率・公平に関わる問題は、主として医療経済や医療政策の文脈で議論されている問題であり、そこに哲学・倫理学者が大手を振って乗り込む余地は少ないようにも見える。また、公平は多分に文脈依存的な概念であり、誰に対して、何を、どれだけ配分するのが公平かという問題に対して一般的な原則を提示

することは容易でない。となれば、結局のところ、哲学・倫理学者は医療資源配分の問題に関してどれだけ有益な貢献を果たしうるのだろうか。もし果たしうるのだとすれば、それはいかにしてか。

この問題を考えるにあたってよい導きの糸を与えてくれるのが、ここに紹介する *Ethics of Health Care Rationing: An Introduction* である。本書は、二人の哲学者グレッグ・ボグナーと広瀬巖の共著による、医療資源配分の倫理に関する入門書である。その叙述は全般的に平易かつ明快であり、各章の末尾には内容の要約と議論のための問題が付されるなど、教育的配慮も行き届いている（なお、本書は、兄玉聡氏の監訳による邦訳書の刊行が予定されているとも聞く）。以下、各章の内容について概観する。

第1章では、医療資源配分の問題とその重要性が主に議論されている。医療資源配分の問題は、臓器移植のレシピエントの決定やインフルエンザパンデミックワクチン優先接種順位決定の問題のように、極端な希少性や公衆衛生上の緊急事態を背景として生じる例外的な問題に限られるわけではない。こうした華々しくはあるが例外的な事例での配給の問題は、誰が治療を受けられるかという患者間での選択や優先順位決定の問題であるが、むしろほとんどの配分の問題は、複数の医学的介入や医療資源の間での選択や優先順位決定の問題、すなわち、何を、どのように、誰に提供すべきかという問題である。こうした配分決定の問題は、たとえ容易には看取されなくても、実は保健医療システムの中のあらゆる場面に遍在している。しかも、それは、医療資源の希少性のために不可避的な問題とならざるをえない。また、医療資源配分の問題は倫理的問題であり、倫理原則によって統制される必要がある。

ならば、医療資源配分の問題において中心的な役割を占めるべき倫理的考慮とは何か。それは、著者らによれば、医療資源の利用から生じる健康利益の最大化と、公平である。いわく、「健康利益の最大化は間違いなく重要である。しかし、それは公平への配慮によって制約され、条件付けられなければならない」(p. 25)。ただし、公平が具

体的に何を要求するかは、問題となっている文脈の相違や論者に依じて様々であるため、一義的に決定することはできない。

第2章では、医療資源の異なる配分法の善し悪しを評価するための共通の尺度の問題に照明が当てられる。保健医療において配分される財や資源は多様であることから、それらを検査するための共通尺度が必要となる。一見したところ、その共通尺度となるのは健康であるようにも思われるが、健康それ自体を測定することはできない。そのため、健康それ自体ではなくむしろ健康価値を、すなわち、健康が生質(QOL)に及ぼす影響・貢献を評価しなければならない。こうした健康関連QOLの具体的な評価法として、本章では、評価尺度法、基準的賭け法、時間得失法の三つが紹介され、それぞれの利点と限界が議論されている。さらに、これらの評価をもとにして構築される健康関連QOLの一般的な測定法として、質調整生存年数(QALYs)と障害調整生存年数(DALYs)が紹介され、それらの測定法の根底に潜む前提や問題点が提示されている。

第3章では、医学的介入や保健サービスを評価するうえでの最も重要なツールとして、費用対効果分析が取り上げられている。費用対効果分析では、介入の費用と、その介入がもたらす利益(これは通常QALYsやDALYsによって表現される)との比を測定することにより、当該介入の効率性が評価される。この費用対効果分析を用いることにより、費用を抑制しつつ集団内の健康利益の最大化を図ることが可能となるが、他方で費用対効果分析の背後には、各々のQALYはそれが誰にもたらされようとも同一の価値を有するという想定が置かれている。そのため、費用対効果分析は、人々の年齢、性別、障害の有無等に関して人々を区別して取り扱わず、その点で不公平を生み出す可能性がある。

この問題をめぐって、本章では、非常に重要な指摘がなされている。著者らによれば、費用対効果分析はしばしば功利主義の一形態と同一視される傾向があるが、そもそも「費用対効果分析は倫理理論でない。それは、介入や保健医療サービスを評価するためのツールである」(p. 67)。そのた

め、

費用対効果分析が「功利主義的」でなければならぬわけではない。健康利益の分配状態に鈍感である必要はないのである。QALYs(やその他の尺度で測られる健康利益)の総量だけが、考慮される唯一の事柄である必要はない。とりわけ、あらゆるQALYsは誰のもとに生じようとも同一の価値を有する、などという前提を置くことも要求されてはいない。いったんこの前提が外されるならば、費用対効果分析は、他の道徳的考慮を斟酌することも可能である。(ibid. 傍点は評者による)

この引用の最後の一文は、まさに文字どおりに捉える必要がある。これが意味しているのは、費用対効果分析は他の道徳的考慮(公平)によって無効化される可能性があるということ、すなわち、公平が健康利益の最大化に対する「切り札」(trump)として機能するというのではない。むしろ、費用対効果分析は公平等の道徳的考慮をその内部に組み込むことにより、異なる価値の間のトレードオフをそのまま量的な形で表現することができるということである。この組み込みのための手法として本章で紹介されているのが、異なる健康関連QOLレベルにおける改善に対して異なる重み付けを付与するという手法、いわゆる公平加重(equity weighting)である。この公平加重を施すことにより、たとえ同じ規模の改善であっても、より低い健康関連QOLレベルからの改善は、より高い健康関連QOLレベルからの改善よりも一層大きな道徳的価値が付与されることになり、優先的な資源投下が要求されることになる。

続く第4章では、費用対効果分析に対する二つの典型的な批判、すなわち、(1) 障害者や慢性疾患患者に対する差別の問題と、(2) 年齢による差別の問題が検討されている。(1) 前者の障害者差別の問題に対しては、その批判が費用対効果分析に対する誤解(人間の価値と生質との混同、費用対効果分析が行う介入の選別と、患者の選別との混同)に基づいているか、またはそうでなくとも決定的な反論にはならないことが主張される。

他方、(2) 後者の年齢による差別の問題に関しては、費用対効果分析のように余命を考慮して健康利益の最大化を図るのではなく、一定の年齢に閾値を設定したうえで、高齢者に対する資源の割り当てを抑制しようとする「公平なイニング論法」(fair innings argument) に照明が当てられ、その議論が内在的に批判されるとともに、余命と年齢の両方の考慮を費用対効果分析の中に組み込むための手法として、年齢加重 (age-weighting) が紹介されている。

第5章では、費用対効果分析それ自体よりも、むしろそれが内包する健康利益の最大化という発想に視点が移され、その倫理的な正当化の問題が大きく取り扱われている。健康利益の最大化という発想の背後には、異なる人々の利益は加算されたうえで異なる集団間で比較することが可能であり、またそうした集合的利益に基づいて倫理的判断を下すことも道徳的に認められるという、「集計テーゼ」(aggregation thesis) が前提とされている。しかもそれは、大勢の人々にとっての小さな利益は少数者にとっての大きな利益を凌駕する可能性があるという含意を有している。

この集計テーゼは倫理的に正当化可能か。この問題に対しては、上記のようなトレードオフは許されず、受益者の数に関わりなく、より不遇な人々に優先権が与えられるべきだという反論がある。しかし、集計テーゼの否定には、非常に大きな犠牲が伴う。というのも、このテーゼを受け入れないかぎり、例えば他の点では完全に等しい1名と5名のどちらか一方しか救命できないという事例ですら、より大勢の人々の方を助けるべきだという直観を救出することが困難になるからである。他方で、集計テーゼを受け入れ続けるかぎり、例えばかつて米国オレゴン州の保険制度改革の際に問題となったように、死亡防止のための介入(虫垂切除術など)とわずかな健康改善のための介入(歯髄保護治療など)を比較した場合、前者よりも後者の方が健康利益の最大化に貢献すると判断され、優先されるという、直観的に受け入れがたい帰結を招く可能性がある。となれば、やはり集計テーゼは否定されるべきものなのか。

著者らは、こうした集計テーゼと不遇な人々に

対する配慮との対立の調停を可能にする立場の一つとして、「優先主義」(prioritarianism)を紹介している。優先主義では、ある状態の善さは人々の福利の加重総和によって決まる。つまり、より不遇な人々の福利は重み付けられ、より恵まれた人々の同量の福利よりも一層大きな道徳的価値が付与されたうえで、人々の福利の総和が測られる。したがって、優先主義では、集計テーゼの反直観的含意を完全には回避できないにせよ、そうした含意を減らすことが可能となるのである(上記第3章の公平加重は、この優先主義を医療資源の割り当ての問題に適用したものと理解することができる)。ただし、いずれにせよ、(1) そもそも不遇な人々にはどれだけ大きな優先権が与えられるべきなのか(いわゆる辞書配列的優先権=レキシミンさえ認めてしまうと、不遇な人々だけで資源のすべてが使い果たされてしまうという「底なしの淵」(bottomless pit)に陥る可能性がある)、(2) 「より不遇な人々」とは誰のことか(罹患が長期間に及んでいる人々か? 改善の余地がほとんど見込めない人々か? ピアニストが指に傷を負って職場復帰不可能になった場合のように、「善き生全体」の面で不遇な状態にある人々か?)とといった問題はなおも残存する。

最終第6章では、保健サービスの提供や治療の決定に際して、不健康な行動様式(喫煙やドラッグ服用等)に対する個人の責任は考慮に入れられるべきか、という問題が検討される。その際、資源配分の問題に個人の責任を組み入れることを可能にする倫理的立場として紹介されるのが、現在の政治哲学において活発に議論されている「運の平等主義」(luck egalitarianism)である。運の平等主義に従えば、例えば人種や社会経済的地位など、本人に何ら落ち度のない要因(ドゥウォーキンが言う「自然的運」)の結果として生じた不平等は正義に反する一方で、本人の選択のように、本人の責任が問われてしかるべき要因(「選択運」)の結果として生じた不平等は、正義の問題にはならない。したがって、この見解に従えば、人々の自由な選択の結果として人々の間に健康格差が発生している場合には、その不平等は正義に反するものではなく、それに対する補償や是正は倫理的

に要求されない。

この運の平等主義は、医療資源配分に際しての個人の責任の重要性を非常によく捉えている反面、いくつかの問題に直面する。その第一の問題は、遺棄による反論 (abandon objection) である。運の平等主義に従えば、例えば、注意深いライダーが、不注意なライダーの無謀なバイク運転のために交通事故に遭遇した場合、前者の救命は正義に基づく義務となる一方、後者についてはたとえ医療資源が不足していない場合でも救命の義務はなく、遺棄してもよいことになる。しかし、このような見解はとうてい受け入れがたいだろう。第二に、個人の不健康な行動様式の結果に対して有意味に責任を問うことはできるのかという問題がある。例えば、近年の社会疫学の研究は、ある人の社会経済的地位の高低が当人の行動様式に影響をもたらし、健康・不健康の差を生み出すという知見をもたらしつつあるが、そもそも社会経済的地位の高低は当人が意図的に選択した結果ではない。となれば、たとえ人々の行動様式の結果として不健康が生み出されるとしても、不健康に対する個人の責任の射程は相当に狭められる可能性がある。

他方、運の平等主義のように人々の選択行動の結果に責任を負わせるのではなく、もっぱら人々の選択行動にのみ責任を負わせるという仕方で、個人の責任を考慮する立場も存在する。例えば、喫煙者に対してはタバコへの増税を通じて医療費の増加に貢献させ、喫煙という選択行動の責任を負わせる一方で、その選択行動の結果として生じる肺がんの治療に関しては喫煙者と非喫煙者を区別しない、といった政策がそれに該当する。しかし、例えばタバコへの増税は、喫煙者に対して自らの選択行動の責任を負わせるための措置というよりも、喫煙を思いとどまらせるための負のインセンティブとして正当化することも可能である。また、バイクの所有者に自賠責保険の加入を義務付けることは、一見すればライダーに対してその運転行動に責任を負わせているようにも見えるが、自賠責保険は不注意なライダーだけでなく注意深いライダーも加入させられるのだから、事故を起こすような不注意なライダーだけに責任を負

わせることには成功していない。そのため、こうした立場が個人の選択行為の責任を負わせていると厳密な意味で言えるかどうかは疑わしいものとなる。以上の議論を通じて、最終的に著者らは、不健康に対する個人の責任は医療資源配分に際しての関連要因と位置づけられるべきでないと主張している<sup>(1)</sup>。

最後に、先にも触れたように、近年の社会疫学の研究はいわゆる健康の社会的決定要因の存在を明らかにし、人々の社会経済的地位と健康の間には強力な相関関係があることを明らかにしつつあるが、こうした社会疫学の知見は医療資源の配分の問題に対してどのような含意を有するのか。この問題に対しては、二つの立場が考えられる。第一に、保健医療の優先権は、費用対効果の高さや不遇な人々への配慮等にもみ焦点を合わせるのではなく、健康の社会的勾配 (社会経済的地位の高低と健康格差との相関関係) の是正につながるよう決定されるべきであるという立場が考えられる。第二に、医療資源配分に際しての倫理的問題は、社会的にコントロール可能な健康の決定要因、例えば収入や教育等にも目を向けなければならない、したがって何らかのより広範な社会正義論によって決定されなければならないという立場が考えられる。しかし、第一の立場に対しては、健康の社会的決定要因が健康の社会的勾配を生み出している現状において、その不利の是正のために保健医療ができることは限られていること、そして第二の立場に対しては、たとえその他の社会的・経済的条件が改善されたとしても、資源の希少性のために医療資源の割り当ての必要性は残り続けることを理由に、本章ではいずれの立場も否定されている。つまり、医療資源配分の問題と健康の社会的勾配は正の問題は別個の問題として取り扱われるべきであり、医療資源配分の問題を考慮する際にはもっぱら人々の健康利益に着目すべきだというのが、著者らの主張である<sup>(2)</sup>。

以上、本書の内容について概観してきたが、それでは本書の大きな特徴として何を指摘することができるだろうか。それは、本書が入門書としての平明さを保ちつつも、医療資源配分の問題のどこに倫理的観点からのメスを入れる必要があるか

を開陳することに成功している点であろう。確かに、医療資源配分において重視されるべき基本的な倫理的価値の一つは効率であり、それを実現するための強力なツールとなるのが費用対効果分析である。しかし、費用対効果分析に基づく医療資源配分の問題は、単なる経済学上の技術的な問題ではない。むしろ、費用対効果分析の背後には、健康関連QOLの測定法から、計算に組み入れられるべき利益や費用の同定の問題に至るまで、様々な倫理的問題が潜んでいる。つまり、費用対効果分析は、高度に数理的で合理的なツールであるようにも見えるが、その基本構造からして設計者による暗黙の直観的前提が紛れ込んでいる可能性は否定できないのであり、哲学・倫理学者はそうした前提を問い質さなければならないのである。

また、本書には、優先主義や運の平等主義など、現代政治哲学において近年活発に議論されている平等論の知見がふんだんに取り入れられており、とりわけ政治哲学に関心を有する読者にとっては、平等をめぐる様々な理論がどのような具体的・実践的含意を有するのかを窺える点で、大変示唆に富む内容となっている。本書を契機として日本の、とりわけ哲学・倫理学者による医療資源配分の議論への参戦が増加することを期待したい。

## 注

- (1) 他方で、著者の一人である広瀬は、本書と同時代に公刊された別の複数の著作の中で、医療資源配分の問題に責任の要素を組み入れる運の平等主義的発想に一定の評価を与えており、ここでの本書の主張とは齟齬を来しているようにも思われる。この点について広瀬氏本人に尋ねたところ、共著という性格上致し方なかったとの回答であった。cf. Iwao Hirose, *Egalitarianism*, London: Routledge, 2015, ch. 7: 広瀬巖「平等論の展開——ロールズ以降の『運の平等主義』の基本問題」、川崎修責任編集『岩波講座政治哲学6 政治哲学と現代』岩波書店、2014年、pp. 29-48所収。
- (2) この点は、「今後マクロな医療資源の分配について問題にするなら、社会疫学の知見を無視することはできない」とする蔵田の見解と対照

的である。cf. 蔵田伸雄「医療資源分配」、シリーズ生命倫理学編集委員会編『シリーズ生命倫理学第17巻 医療制度・医療政策・医療経済』、丸善出版、2013年、pp. 32-45所収。なお、評者自身も、社会疫学の知見から直接の政策的・実践的含意を導き出そうとする見解に対しては懐疑的な思いを抱いている。cf. 林芳紀「書評：ノーマン・ダニエルズ、ブルース・ケネディ、イチロー・カワチ『健康格差と正義——公衆衛生に挑むロールズ哲学』健康格差の真犯人とは誰か」、『倫理学研究』39号、2009年、pp. 179-189所収。

[付記] 本稿は、立命館大学生存学研究センター研究ワークショップ「健康と平等の規範理論」(2014年12月26日、於 立命館大学衣笠キャンパス)における発表原稿を、全面的に改稿したものである。有益なコメントおよびご示唆を下された広瀬巖氏、貴重な発表の機会を与えて下さった井上彰氏に、記して感謝申し上げる。