

日本語版への序文

医療保険予算、医師の数、集中治療室の数、時間、ドナーが提供する臓器などを含めた広義の医療資源は必然的に有限である。これに対し医療資源を必要とする患者の需要は、供給される資源をはるかに上回る。そのため、医療資源は程度の差こそあれほぼ常に希少である。この状況は普遍的であり、日本も例外ではない。

希少な医療資源に対し、より多くの患者の需要が存在する。ということは、全てのタイプの患者のニーズを完全に満たすことは不可能だということである。あるタイプの患者のニーズは完全に満たせるが、他のタイプの患者のニーズは部分的にしか満たせない（もしくは全く満たせない）状況、つまり利益の対立が存在する。異なるタイプの患者間に利益の対立が存在する中で、医療資源はどのように配分されるべきであろうか？ 多くの財（サービス）のように市場原理に任せるべきであろうか？ それとも国民の利益を代弁する政治家の決定によって配分すべきだろうか？ 医療資源の配分は究極的には人の生き死にに関わる意思決定でもある。おそらくだれも、そのような重大な意思決定に関わりたくないだろうし、そのような意思決定の必要性が存在することさえ認めたくないだろう。

本書はかなり挑発的な主張で始まる。それは、希少な医療資源の人為的配分は不可避だけでなく、倫理的に望ましいという主張である。この主張に少なからぬ読者は驚かれるだろう。倫理的な問題に

ついでかなりショッキングな議論をする英国、オーストラリア、スウェーデンでさえもかなり驚かれるような主張である。なにごと丸く収めようという風潮の日本であればなおのことである。治療技術や治療薬がないならまだしも、多くの医療資源を必要とするという理由だけで、治療を受けられない患者を選別するというのは考えただけでもゾツとする。にもかかわらず我々は、誰も議論したくないような問題をあえてオープンに議論すべきだと考える。これには二つの理由がある。第一に、臭いものに蓋をしても臭いものはそこに存在する。つまり、医療資源の人為的配分の決定に関する議論を回避したところで、現実にはどこかで誰かがその決定を行っている。それならば、いつそのことすべて表に出して意思決定の公正性をみんなでチェックする方が望ましい。我々はこれに対して反論できない倫理的理由は存在しないと考える。第二に、医療資源配分の決定は丸く収まることは絶対なく、異なるタイプの患者間の利益の対立を裁定するには明確かつ不偏的な判断基準が示されなければならない。究極的に患者の生死につながるかもしれない問題について、明確かつ不偏的な判断基準がないということがそもそもおかしい。

医療資源の人為的な配分を明確な基準によって行うということは、具体的に次のことを含意する。新しい治療方法や薬などを、たとえ臨床試験で安全性が確認されたとしても、医療資源の希少性のみを理由に保険の対象にしないということである。これに対し、次のような批判をすぐさま受けるのは予想がつく。その批判とは、医療資源の配分は「患者の切り捨て」だというものである。この批判に対しては、短い返答と長い返答がある。短い返答は「まさにそのとおり」である。医療資源の配分および優先順位設定とは、究極には断腸の思いで患者を切り捨てることにほかならない。長い返答は

「患者の切り捨てが倫理的に不正である」という結論に至るための正当な理由が示されなければならない」である。「患者の切り捨てが不正だ」というのは結論であり、なぜそれが不正なのかの倫理的理由が示されなければならない。さもなければ「患者の切り捨ては不正だ」という主張は、単なる政治的スローガンにすぎない。我々は本書で「患者の切り捨て」が倫理的に正当化できる状況が存在する理由を示したつもりである。

本書でいうところの人為的な医療資源配分は、日本ではごく限られた領域でしか現在のところ行われていない。二つの例を挙げよう。第一の例は臓器移植レシピエント選択である。臓器ドナーの数は非常に希少で、どの患者が臓器移植を受けられるかについて難しい意思決定が行われている。意思決定にさいして、臓器の適合条件、緊急度などの医学的要素だけではなく、待機期間などの非医学的要素も考慮される。レシピエントの選択はまさに医療資源の人為的配分の一例である。第二の例はトリアージである。トリアージとは、医師や集中治療室の数などの医療資源が平時の規模では対応しきれないような非常事態に陥った状況において、治療対象者の優先度を決定する手法のことである。日本ではこれまで大規模災害などの限られた状況でのみ行われてきた。しかし、近年では院内トリアージが行われるようになり、平時でも身近なものになってきた。院内トリアージとは、医療機関の救急外来で、搬送されてきた順に患者を治療するのではなく、緊急度に応じて医師が患者の治療順位を決定することである。二〇一二年の診療報酬改定を機に、院内トリアージが診療報酬科目になり、全国の医療機関に徐々に広がりつつある。

とはいうものの、医療資源の意識的な配分はほとんど行われていないのが現状である。しかし、日

本における医療制度の現状を見てみると、医療資源配分の必要性が浮き彫りになってくる。まず、日本の医療制度の大枠を説明し、それから医療資源配分の必要性を説明する。

日本の医療制度は国民皆保険を旨とし、年齢や所得に関係なく、原則としてほぼ全ての医療を保険給付として受けられるようになってきている。医療の提供の大部分は民間が行い、費用は保険（国民健康保険、協会けんぽ、健保組合、後期高齢者医療制度など）、公費、および受診者の窓口負担によって賄われている。患者は医療機関を自由に選べ（いわゆるフリーアクセス）、医療費（診療報酬、薬価など）は公定価格が設定される仕組みとなっている。大ざっぱに言えば、医療費の支払いの大部分は「公」、医療サービスは「民」で、という仕組みである。

海外の医療制度に詳しくない読者のために、英国（イングランドとウェールズ）の医療制度を大ざっぱに説明しよう。英国の医療制度では、医療費の支払いおよび医療サービスの大部分はともに「公」である。医療予算は社会保障の名目で税金および社会保険料として徴収され、国民保健サービス（National Health Service: NHS）がその医療機関を通じて医療サービスを提供する。基本的には医療機関の窓口で自己負担の支払いはない。しばしば英国（および他の西欧諸国）では医療費が無料だと言われるが、これはあまり正確ではない。医療サービスが空からただで降ってくることはない。つまり「医療費が無料」の国は存在しない。「医療費が無料」とは、ただ単に患者の窓口負担がないということだけであり、英国では国民全体が税金を通じて医療費を支払っている。

日本では、医療サービスは民間の医療機関を通じて提供されているが、医療費には公定価格が設定されている。診療報酬と薬価は日本のどこでも同じで、医療機関や製薬会社が好き勝手に価格を決め

ることはできない。診療や薬に価格が設定されるということは、保険の対象になるということでもある。すべてのタイプの診療と薬が保険の対象になっているわけではない。いわゆる、自由診療と呼ばれる医療行為は保険の対象になっていないので、患者が全費用を自己負担することになっている。

それでは、日本では診療報酬および薬価の公定価格を誰がどのようにして決定するのか？ 究極的には厚生労働大臣が決定するのだが、以下のような組織と過程を経ることになる。

まず、厚生労働省に設置された社会保障審議会の医療部会および医療保険部会が大きな基本方針を決定し、その基本方針に基づき中央社会保障協議会の医療協会（中医協）が診療報酬と薬価を厚生労働大臣に答申する。中医協の答申に基づき厚生労働省が診療報酬および薬価を正式に決定する。診療報酬の改定は同じ過程を経て二年ごとに行われる。

しかし、日本における医療制度の現状を見ると、三つの理由から明確な医療資源配分の基準とそれを正当化できる倫理的議論の必要性が浮き彫りになってくる。

第一に、中医協の判断はかなり政治的判断であり、費用対効果などの明確な基準が存在しないどころか、倫理的な議論は皆無に近い。現在のところ中医協は、健康保険や国民健康保険の保険者・被保険者の利益を代表する委員（支払側委員）七人、医師、歯科医師そして薬剤師の利益を代表する委員（診療側委員）七人、公益を代表する委員（公益委員）六人の計二〇人によって構成されている。公益委員については国会の同意人事である。通常、支払側委員は診療報酬および薬価を低く抑えようとし、診療側委員はそれらを引き上げようとする。そして公益委員は国民全体の観点から見た意見を代表する。いわば、支払側委員と診療側委員がそれぞれの利益を激突させ、公益委員がバランスをとる。いかに

も日本的な「落とし所」を探るのが中医協の基本的な枠組みである。これが一応形の上での決まりであるのだが、実際には中医協の役割とは細かい薬価や診療方針のあんばいを整えるだけで、以下でも述べるように大した決定力をもたない。

診療報酬および薬価の決定が政治的であるのだから、二〇〇四年の「中医協汚職事件」は驚くべきことではない。中医協汚職事件とは、二〇〇二年の診療報酬改定に際し、日本歯科医師連盟の関係者が支払側委員に対して中医協において歯科医に有利な発言をするよう依頼した贈収賄事件で、日本歯科医師連盟の関係者五人が贈賄容疑で、支払側委員二人（元社会保険庁長官と連合副会長）が収賄容疑で逮捕、有罪判決を受けた。政治的もしくは恣意的な意思決定の余地を少なくする明確な医療配分の基準が存在すれば、このような汚職事件は起こりにくかっただろう。

第二の理由は、診療報酬の決定に関わる。異なる治療方法が存在する場合、どの治療法が最も望ましいかが判断され、その望ましさによって診療報酬に格差がつけられる。しかしながら、「望ましさ」の基準が曖昧では医療サービスの整合性と公平性を保つのは難しい。もし明確な医療資源配分の基準が存在すれば、医療便益をより多く発生させる治療法には手厚く診療報酬を設定することが分かりやすい形で行えるはずである。

第三の理由は、医療機器メーカーや製薬会社の価格の面で少なからぬ影響を与えることができる。例えば、費用対効果の基準が明示されているならば、製薬会社は新薬についてその基準を大きく上回る価格を設定しづらくなる。通常、製薬会社は新薬のリスト価格を下げることは極めて消極的だが、新薬を市場にできるだけ早く投入し、競合会社の製品が市場に参入する前に利益を確保しようとする

ため、何らかの形で実質的な割引を行うことがある。明確な医療資源配分の基準の存在は、そのような製薬会社の割引を引き出しやすくなる。そうすれば、製薬会社の言い値や市場価格に基づいて薬価を決定することが少なくなり、新薬それ自体の価値に見合った価格を設定することができる。

第三の理由を、最近の例を使って具体的に説明しよう。その例とはマスコミでも盛んに取り上げられたがん免疫薬「オプジーボ」である。オプジーボは革命的な薬のだが、一〇〇㊦で七三万円（二年三五〇〇万円程度）という高価格が話題になった。二〇一四年に悪性黒色腫への使用が承認されたが、その後使用対象が他のがんにも拡大されたため患者数が拡大し、オプジーボが国の財政を破綻させるのではないかとまで言われるようになった。そこで政府がオプジーボの価格を五〇%引き下げるという方針をほぼ突然決定した。薬価は二年ごとに中医協によって改定されるという制度などそっちのけで、中医協は政府の決定をそのまま了承するという形で短期間で決着した。この最近の事例が明らかにしたように、日本において薬価や診療報酬は政治的に行き当たりばったりに決定されるものであり明確な基準に沿って決められるものではない（なぜ五〇%の引き下げなのか？ なぜ六〇%ではないのか？）。製薬会社としても、突如薬価を大幅に下げられることによって不確実性が増し、将来の研究開発への投資に慎重になってしまう懸念がある。もし薬価に関する明確な基準があれば、少なくとも不確実性の一部は除去されることになり、製薬会社にとっては将来の予定が立てやすくなったはずである。

日本では考えられないであろうが、医療資源の人為的な配分を明確な基準によって決定する国々が存在する。本書第3章で議論するように、英国（イングランドとウェールズ）がその一例である。英国ではNHSを通じて新薬や新治療法を提供するか否かは、国立医療技術評価機構（National Institute for

Health and Care Excellence : NICE)の推奨に基づいて決定される。もし機構が推奨しなければどんなに効果があっても実質的に医療現場で使われることはない。その大まかな基準は、新治療法の費用効果分析に基づき、一QALY(二年間健康に生きること)に必要な費用がおおよそ三万ポンド(二〇一七年四月の為替レートで約四〇八万円)に収まるかどうかにある。医療従事者、医療研究者、医療経済学者、そして全くの素人からなる委員会が、新しい治療法の医療便益と経済的費用を検討し、中間答申を出し、患者団体や製薬会社などからの中間答申への意見書を検討した後、委員会の多数決で推奨するかしないかを決定する。一QALY三万ポンドの基準を上回る新治療法は、中間答申で推奨しないと判断がされた後に製薬会社が何らかの形で実質的な価格を下げる歩み寄りを見せると、最終答申で逆転推奨されることがある。よくある例は、薬の価格は一QALY三万ポンドを上回る価格だが、一年分を超えて患者に投与した薬代は製薬会社が負担するという実質的な値引きである。製薬会社にとっては、最新の薬を市場にすばやく投入することで他社が競合薬を市場参入させる前に高い利益を確保できるだけでなく、政治的な決定によって薬価が変動するという不確実性を縮小する利点がある。医療財政にとっては、実質的な割引を引き出すことができる。そして何よりも透明でほぼ不偏的な意思決定過程だという利点がある。英国では肺がん向けのオプジーボの使用が、NICEにおいて現在検討されている最中である。肺がん向けのオプジーボの使用については、製薬会社が実質的な割引を検討しており、一〇〇mg一五万円以下にまで歩み寄るのではないかと噂されている。この価格は、五〇%引き下げられた日本での価格の半分以下である。我々はここで一度立ち止まって、薬や治療の本当の価値について考えてみる必要があるのではなからうか。

最後に幾つかの補足を付して序文を終えたい。第一に、本書は医療資源供給のレベルについて何も主張していない。我々は、医療資源の希少性は不可避であると考えるが、希少性のレベルに関しては何も論じていない。希少性のレベルは、医療資源の供給と患者の需要によって決定される。患者の需要に関しては、コントロールすることは難しい。病気や怪我は誰も意図しない帰結だからである。しかし、医療資源の供給はコントロール可能である。医療支出のレベルを国際比較する際にはしばしば、国内総生産(GDP)に占める総医療支出(医療保険、公費、窓口負担などすべてひっくるめた総支出)の割合がよく用いられる。世界保健機関(WHO)の『世界保健統計 二〇一五(World Health Statistics 2015)』によれば、二〇一二年の時点で日本は一〇・三%(すなわち日本国民が一年間に稼いだ所得のうち一〇・三%を医療費に使っているということ)である。これに対し英国は九・三%、カナダは一〇・九%、ドイツは一・三%、フランスは一・六%である。日本の総医療支出が一〇・三%でなければならぬ理由はない。先進国の中で最も不効率(かつ倫理的に不公正な)医療制度として知られている米国のレベル(二七%)であつてもいい。我々は本書で、どれだけ医療資源が投入されるべきか(そしてどの程度の保険料および税金を各人が支払うべきか)については一切論じていない。

第二に、本書において我々は幾つかの暫定的な主張をしているが、それらの主張がそのまま受け入れられるとは思っていない。例えば第3章から第5章にかけて、我々はQALYに基づいた費用効果分析の倫理的正当性を議論している。しかし、医療資源の分配が本当にQALYに基づいて行われるべきか議論の余地がある。実を言えば、著者の間でも意見は分かれている。ボグナーはQALYが最も倫理的に望ましい費用対効果の情動的基礎だと考えている。これに対し広瀬は、医療資源が「生活

の質」(Quality of Life: QOL)に与える影響が医療便益を測る最も望ましい概念だと考えている。QALYを出発点とし、医療便益を測る最適な指標は何かについての議論を活発にすることが我々の意図である。また、第3章および第5章で、我々は「優先主義」の倫理的利点を強調しているが、費用効果分析を採用している国々において優先主義を採用している国はなく、これらの国々ではどの医療便益にも等しいウエイトを付与する「功利主義」が採用されている。我々は本書で優先主義が功利主義よりも望ましいと強調するつもりはなく、分配的正義が医療資源配分に組み入れられるべきかを読者に考えていただきたいだけである。

本書が日本でこれまで行われてこなかった倫理的議論の出発点になれば、これ以上の幸せはない。

二〇一七年四月

グレッグ・ボグナー

広瀬 巖

* ただし本書第4章で述べる理由により終末期医療に関しては例外を認めている。NICEにおけるレナリドミドの推奨決定過程、そして医療資源配分の一般的な倫理的議論について、アダム・ウィシャート(Adam Wishart)がBBCのために「The Price of Life」というドキュメンタリーを制作しており、それは <https://vimeo.com/4796083> で無料視聴することができる(ただし日本語字幕はない)。

謝 辞

本書の企画は何年にもわたる議論や共同研究の中から生まれたものである。我々が本書のこの問題を最初に学んだのは、「倫理と健康」というハーバード大学のプログラムでポストドク研究員をしていた頃である。このプログラムで教えていたダン・W・ブロック、ノーマン・ダニエルズ、ダニエル・ウイクラーには、長年にわたる彼らの指導と励ましに感謝する。加えて、ダニエル・ウイクラーには、第1章で我々が説明している予防接種プログラムの事例を使用する許可を与えてくれたことに感謝する。

本書の初期段階の草稿に対して多くの人が書面で意見を送ってくれた。最終稿でそれらの意見のすべてを反映できたわけではないが、我々はそのから多くのことを学んだ。紙幅の制約から、もう少しトピックを追加すべきだといくつかの意見も見送らざるを得なかった。これらの前置きをしたうえで、我々は以下の人々に感謝する。ユキコ・アサダ、ロブ・バルトウツセン、クリスティーン・パウ、ダン・ハウスマン、サミユエル・J・カースティン、イングリッド・ミリエテ、エリック・ノード、オレ・フリトフ・ノーハイム、またラウトレッジ社に協力した三名の匿名査読者、さらに多くの人々が会話や公開講義で質問することによって我々を助けてくれた。我々は以下の大学等で行なわれた我々の講演の聴衆に感謝する。チャールズ・スタート大学、アイントホーフェン工科大学、プロ

シエ財団、ジョージア州立大学、ハーバード大学の「倫理と健康」プログラム、ラ・トロップ大学、モナシユ大学、オックスフォード大学のブラヴァトニク公共政策大学院、メキシコ国立自治大学、ベルゲン大学、コネチカット大学ストーズ校、リーズ大学、メルボルン大学、ミーニョ大学の人文学研究所で行なわれた健康における分配的正義に関する会議、チューリッヒ大学の倫理学研究所。

また我々は本書のために実験台の役割を果たしてくれた学生たちにも感謝する。彼らの感想はいろいろな点で本書の改善に役立った。二〇一二年の秋学期に広瀬はマツギル大学の学部生に本書の内容を講義し、ボグナーはラ・トロップ大学で講義した。またボグナーは、二〇一三年に中央ヨーロッパ大学の「正義——理論と応用」という夏季プログラムにおいて、本書の内容の一部を講義した。

我々はプロシエ財団に特別な謝意を表したい。広瀬はプロシエ客員研究員制度によって二〇一二年の春に美しい研究環境において本書の第5章と第6章を完成させることができ、またボグナーは二〇一二年のプロシエ夏季アカデミーの開催に合わせてプロシエ研究所を三日間訪れる機会を得て、最初の完成原稿に関する議論と共同の改訂を行なうことができた。

広瀬はカナダ保健研究所からの財政的支援に感謝する。ボグナーは『バイオエシックス』誌が「フェア・イニングズ」という自分の論文（近刊）の内容を用いる許可を与えてくれたことに感謝する。

我々の間には様々な哲学的問題に関していくつかの見解の相違はあるものの、本書において提示された内容については意見の不一致は存在しない。第2章と第4章は主にボグナーが責任を持っており、第5章と第6章は主に広瀬が責任を持っている。序文、第1章、および結論に関しては、ボグナーと広瀬が共同で責任を持っている。

最後になったが、ラウトレッジ社の編集者であるトニー・ブルースとアダム・ジョンソンに対して、本書の企画に関する彼らの援助に感謝したい。

† Bognar, G. (2015). Fair Innings. *Bioethics*, 29: 251-261.



目 次

序章 1

第1章 倫理学と医療 11

1. 予防接種プログラム 12

2. 医療の配給の遍在性 17

3. 医療の配給の不可避性 26

4. 道徳的論証 34

第1章のまとめ／議論のための問い／読書案内 47

第2章 健康の価値 53

1. 福利と健康 54

2. 健康関連QOL 61

3. 質を調整した尺度 75

4. 疾病の負担 80

5. 誰に尋ねるべきか? 89

第2章のまとめ／議論のための問い／読書案内 93

第3章 倫理と費用対効果 97

- 1. 費用効果分析とは何か？ 98
 - 2. 健康利益の計算 104
 - 3. 費用効果分析はどのように用いられているか 109
 - 4. 公正による重み付け 122
 - 5. 割引 135
- 第3章のまとめ／議論のための問い／読書案内 140

第4章 差別の問題 145

- 1. 二つの攻撃ライン 146
 - 2. 障害者差別 147
 - 3. フェア・イニング論 162
 - 4. 年齢加重と疾病負担 175
 - 5. それ以外の道徳的考慮 180
- 第4章のまとめ／議論のための問い／読書案内 186

第5章 健康利益の集計 191

- 1. 集計問題 192
- 2. 人数問題 200
- 3. 公正な機会 208

4. 患者の選択	215
5. より状況の悪い者を優先する	219
第5章のまとめ／議論のための問い／読書案内	231
第6章 健康に対する責任	235
1. 平等と運	236
2. もう一つの提案	249
3. 喫煙者には本当に責任があるのか？	256
4. 健康の社会的勾配	261
5. 社会正義と医療の配給	266
第6章のまとめ／議論のための問い／読書案内	273
結 論	277
用語集	
参考文献	
索引	

序 章

「医療の配給」というのは、おそらく、ひどい発想のように思われるだろう。配給(rationing)という言葉を聞くと、戦時中に配給所でパンや砂糖や食用油や石油といった生活必需品のために長い列に並んだことなどのつらい思い出を思い起こす人もいる。また、医療の配給と聞くと、人々の私的な生活に対する政府の介入、すなわち官僚たちが神の如く生死の決定を下し、高齢者が必要な薬や生死に関わる治療を受けられるかどうかを決めるという姿を思い起こす人もいる。国によっては、配給という発想は、国民皆保険という大切な制度を民営化することにより、社会的連帯を破壊して人々を商品と同列に見なすことになるという恐怖を呼び覚ます。

配給とは、最も広い意味では、ある希少な資源ないし財の配分を統制することである。配給は、資源の利用可能性に一定の制約が課されることを含意する。配給の対象となる財を必要とするか欲しいかと思っている人は、その財を一定の量あるいは大ききしか得られないか、一定の時間だけしか享受できない。彼らは、その財を自分のしたいようには使えないか、消費できない。

医療においては、配給は治療、サービス、薬剤、医学的処置などに適用される。医療資源が配給される場合、患者は特定の治療しか受けられなくなるかもしれない。また、患者は待機リストに入られて待たされるかもしれない。診断やスクリーニングのための検査を受けられる回数について制限が

あるかもしれない。さらに、最悪の場合には、患者は有益な治療・介入を——場合によっては救命的な治療・介入も——受けられないかもしれない。多くの人が医療の配給を単に不愉快と思うだけで済まないのは不思議なことではない。医療の配給は、生活の質(QOL)に大きな影響を与える可能性があり、また、文字通り生死に関わる問題にさえなりうるのだ。

医療が配給される場合、どこかで誰かが、提供される資源や提供のされ方について制限を行なう決定をしている。例えば、特定の手術を病院で実施できないと誰かが決定した。特定の医薬品に補助金が出されないことを誰かが決定した。患者の待機リストを誰かが作成した。本書における言葉遣いは、誰かが優先順位づけの決定を行なった。すなわち、有益な治療・介入のうちのいずれがより重要であるか、どの治療・介入が最も値段に見合った価値を持つか、あるいはどの治療・介入がまったく重要でないかを選択したのだ。これらの決定はいずれも、どのような介入、治療、医薬品、医療技術が自分にとって必要であるかとか欲しているかについて、我々が主治医と一緒に決めるという自由に抵触している。これらはいずれも、患者であり医療の消費者である我々の自由に抵触している。これらの選択は、我々に押しつけられたものなのだ。これらの決定をした人々がつけた優先順位は、我々自身をつける優先順位としばしば衝突する可能性がある。

ところで、医療の配給がひどい発想だとするなら、医療の配給の倫理はさらにひどいものである。これは語義矛盾のように思える。もし医療の配給がひどいものだとしたら、どうやってそれが倫理的でありうるのだろうか。

本書における我々の目的は、医療の配給が倫理的でありうるだけでなく、そうあらねばならないこ

とを、読者であるあなたに示すことである。我々が主張したいことは非常に単純である。我々は医療資源の配給は不可避であると論じる。公営でも民営でも、儲かっているように見えても、あらゆる医療制度において配給は行なわれている。配給は不可避であるだけでなく、実際にあらゆるところで起きているのだ。するとあなたは、配給は必要悪だと考えるかもしれない。しかし、そうだとすると、その害悪を減らすためにできるだけ倫理的に実施されることが肝要である。だからあなたは医療の配給の倫理について考えるべきなのだ。この言葉は語義矛盾ではない。

実際のところ、本書で我々はより踏み込んだ議論も行なう。我々は、医療における配給は不可避でありあらゆる場所で見られると論じるだけでなく、それはまた望ましいものであるとも論じるだろう。医療の配給、すなわち資源の異なる使用方法の間で優先順位をつけることは、必要悪どころか、よいことである。医療資源が道徳的に擁護可能な仕方では配分される場合、我々みな利益を得ることになる。これが、あなたが医療の配給の倫理について関心を持つべきもう一つの理由である。

多くの人々は、このような主張を信じがたいものと思うかもしれない。そうした人々は、医療の配給は貧しい国々で行なわれることだと考えている。それは豊かな国々で行なわれることではない——あるいは、行なわれるべきことではない——と彼らは考えている。だが現実には、最も発展した国々の医療制度においても、医療は何らかの仕方では配給されているのだ。実際のところ、医療を慎重に配給することは、医療制度をうまく運営するためのカギの一つである。世界で最もよい医療制度はこれを実践している。

別の人々は、医療の配給を政府と結びつけて考える。彼らの考えでは、配給が行なわれるのは、単

一支払者制度の公営の医療制度だけである。こういう考えをもつ人々の一部は、おそらく民間の医療保険に入っている人だろう。そのため彼らは、自分たちは配給の影響を受けないと考えるのだ。

現実には、民営の医療でも公的な医療と同じぐらい配給が行なわれている。配給は医療保険を提供する企業によって行なわれている。企業はいくつかの異なる保険を提示するかもしれないが、それらはすべて、提供される内容に関して制限や規制を含んでいる。配給は政府のみに限られるものではない。

本書の企画を立てていたとき、多くの人々が我々に対して、配給という言葉を用いるべきではないと助言した。彼らはこの語に含まれる、否定的であれば政治的な意味合いについて懸念していたのだ。哲学者の中には、配給という言葉を使うのを完全にやめてしまった人もいる。これは間違いだと我々は考える。この言葉は目下の主題に関して全くもって適切な言葉である。この語を用いて市民の不安を煽ることによって自らの政治的利益を得ようとする人々に、この語を好きに使わせるべきではない。この語は擁護されるべきである。医療は非常に重要であるため、ある物をその名で呼ぶこと〔配給を配給と呼ぶこと〕に対する不安によって、事態を混乱させてはならないのだ。

我々の中心的な主張は、医療の配給は倫理の問題だというものである。医療における優先順位の設定は、健全な道徳原則に基づくものでなければならぬ。本書はこの複雑なトピックに対する入門書である。哲学や医療経済学や医療政策においては医療の配給に関する優れた本がいくつもあるが、そうした本は専門家向けに書かれる傾向にある。我々は本書以外には入門レベルの本を知らない。実際のところ、このトピックはつい最近まで、倫理学においてはほとんど注目されてこなかったのだ。

哲学の中で我々の関心に最も近い領域は、生命倫理学である。伝統的には、生命倫理学は医師患者関係や医学研究において生じる倫理的問題に焦点を合わせていた。生命倫理学で取り組んできたトピックには、中絶の許容可能性、医師の幫助による自殺、胚性幹細胞を用いた研究、患者の自律尊重、被験者の保護などがある。より最近では、世界中で医療が公の議論の重要な争点となるにつれ、一部の生命倫理学者たちが集団レベルで生じる問題に取り組み始めた。それらは例えば、健康の国際的格差や国内格差の拡がりの問題、健康問題と関連した貧困の問題、社会の高齢化、医療資源の配分などである。この比較的新しい哲学の領域は、集団レベルの生命倫理学 (population-level bioethics) として知られるようになった。我々はこの領域で研究している人々から多くを学んでおり、本書の各章の最後にある読書案内では、読者のために彼らの研究を紹介している。

医療の配給に関する問題は複雑である。それは一つには、医療の配給の具体例のほとんどが、かなり平凡で、議論の余地がなく、退屈ですらあるためだ。そうした具体例は、医薬品に対する補助金の割合の設定、医療サービスに対する自己負担額の割合の設定、医療機器の償還に関する指針の設定などの意思決定を、複雑な行政機関の内部において行なうことに関わるものである。これらは人目につくような事例にはならない。配給の議論において通常使われる事例はもっと魅力的なものであるが、同時により例外的なものであるため、あまり典型例とは言えない。それらは例えば、ものすごい費用がかかる代わりに数カ月間の一時的な回復をもたらす高価な抗がん剤、希少な移植用臓器の待機リストに登録している患者、インフルエンザの大流行時における予防接種の優先順位リストなどに関わるものである。我々自身もこうした事例を本書で扱う。しかし、医療の配給におけるほとんどの事例は

これよりもずっと平凡なものであることを頭に入れておくことが大事である。

それに加えて、医療制度は国によって異なっている。我々は簡潔な議論をするために、そうしたものの多くを無視することにする。我々の目的は、異なる状況や医療制度にも等しく当てはまるような一般的な倫理的課題や道徳原則を明らかにすることである。我々は、優先順位の設定を試みる者が必ず直面するような一般的な問題に焦点を絞る。例えば、医療制度が公営であるべきか民間の医療保険に依拠すべきかとか、納税者や患者が医療費をどのように分担すべきかといったことについて、我々は何も論じない。しかし我々が実際に論じる問題は、さまざまな制度枠組みに対して関連を持つものである。我々が望んでいるのは、医療の配給の倫理をとりまく複雑な諸問題の少なくとも基礎の部分について、読者が明確な理解を得ることである。

とはいえ、本書で我々が扱わねばならない問題や考え方は多くある。旅路に出る前に、本書の道程を示した地図を手におくことが有用だろう。

第1章では、我々がすでに示した二つの主張を擁護することから始める。我々はなぜ医療の配給が広く行なわれているかを示し、またなぜそれが不可避でもあるのかを説明する。この説明は、希少性が不可避であることと関連している。我々は希少性が医療において生じるいくつかの一般的なあり方を示す。後の諸章においては、資源の希少性およびそれに対する配給の関わり方について、より具体的な現実の事例を取り上げることになる。その前に、道徳的議論に関する非常に手短な導入の説明と、いくつかの中心的な倫理的概念や考え方の説明も行なう。これは後の議論で必要となる背景知識と与えるだろう。

もし医療資源の配給が不可避だとすると、異なる資源配分の仕方について、より良いかより悪いか、許容可能か許容不可能などの比較ができなければならぬ。医療において配分される財や資源は多様であるため、それらを評価するための共通の基準が必要である。第2章ではこの問題を扱う。当然ながら、健康が共通の基準となるべきだ、とあなたは思うかもしれない。すなわち、資源配分のある仕方が別の仕方より優れているのは、その仕方が、人々の健康状態がより良くなる場合である、と。だが健康は体重や身長と同じ仕方で測定できる量ではない。健康の測定は、健康が生活の質(QOL)にもたらす影響の度合いを用いて、その価値を考慮することによってなされる。研究者たちは、人々が健康状態の悪さに関して行なう生活の質の判断を検討することで健康の価値を測定しようとしており、我々はこれについて詳しく説明する。こうした判断は、異なる配分方法の比較に役立つ。しかし健康の価値の測定は困難や難問で満ち溢れている。我々はこうした困難や難問のいくつかについて、質調整生存年(QALY)および障害調整生存年(DALY)という、最も広く使われている健康価値尺度のうちの二つと結びつけて論じる。

本書が扱うテーマになじみのない読者にとっては、おそらく第2章が本書の中で最も退屈なものになるだろう。それについては謝りたい。とはいえ、第2章で導入する概念や考え方を知らなければ、後の諸章で論じる素材は理解することがはるかに困難になるだろう。

第3章は費用効果分析についてである。これは政策立案者が異なる介入や医療サービスの費用と利益を評価するさいの主要なツールである。しかし、医療資源の異なる用途の間で優先順位を設定するために費用効果分析を用いることに対しては、研究者や政策立案者だけでなく、一般市民の間でも異

論が多い。本章で我々は、費用効果分析がどのように機能するかを説明し、その使用に関する主要な倫理的問題を論じ、このトピックを論じるさいにしばしば現れるいくつかの誤解を正す。いくつかの具体例も示す。

第4章では費用効果分析に関する二つの問題を扱う。そのうちの一つは、障害や慢性疾患をもつ人々に対する差別である。一部の人々の考えによると、健康上の利益の最大化を指令する原則に基づき医療の資源配分を行なった場合、障害をもたない人々にしばしば高い優先順位を与えることになり、障害をもつ人々の医療ニーズが無視されてしまう。この懸念は誤解に基づくものであることを我々は示す。とはいえこの批判は、我々が費用と便益のみに議論を絞った場合に無視されてしまうような道徳的考慮に関して、いくつかの重要な論点を提起している。

第二の問題は年齢による差別である。一部の人々の考えによると、年齢は医療資源の配分において考慮に入れるべき事項である。とりわけ、若い人々の医療ニーズは、高齢者の医療ニーズよりも優先順位が高いと見なされるべきである。我々はこの立場について一貫性のある定式化を行なうことを試みるが、最終的には年齢差別の問題を未解決のままに残すことになる。個々の事例に関して人々は異なった道徳的直観を抱いており、また資源配分において年齢と障害が果たす役割をめぐる論争は、多くの実践的事例において生じている。社会の高齢化と慢性疾患の一層の拡がりに伴い、こうした論争はさらに激しいものになるだろう。我々は本章を終えるにあたり、費用効果分析と合わせて用いることができそうな、いくつかのさらなる道徳的考慮について論じる。

第5章では、議論の幅を拡げ、医療の配給の問題を倫理理論におけるより一般的な論争と結びつけ

る。この章であなたが向き合うのは、誰が生き誰が死ぬべきかを決めなければならぬ想像上および現実における驚くべき事例である。我々の目的は、医療資源の配分において用いられる道徳原則のうちの一部は、倫理理論においてよく知られた——とはいえ非常に論争の多い——諸問題を生み出すことを示すことだ。これらの問題は、さまざまな人々にもたらされる利益を集計することや、利益を受ける人々の数を考慮に入れることの道徳的正当化や、生死に関わる事例においてくじを用いることなどに関わるものである。

最終章は議論の幅をさらに拡げるものである。最初に、「医療サービスや治療上の決定において、健康や健康的な生活に関する本人の責任を考慮に入れるべきか」という、公衆衛生における論争の多い問題を論じる。政治哲学におけるいくつかの影響力のある理論によれば、本人が責任を負うべき選択の結果として不平等が生じている場合には、そうした不平等は正義の問題にはならないとされる。一部の人々が自分自身の選択や失敗によって不利な立場に置かれた場合、これは正義に反することではない。正義の問題としては、彼らの不利益を減じるために社会が救済を行なうように要請されることはないのだ。

自己責任というテーマは、公の議論においてますます議論されるようになっていく。分配的正義のいくつかの理論を医療に当てはめるならば、医療の配給においては個人の責任が中心的な役割を担うべきだということが示唆されるように思われる。だが、このトピックについて、哲学的議論と実践的議論を結びつけて論じている論者は非常に少ない。我々は二つの論争を結びつけて論じる。我々がもう一つ強調したいのは、責任の問題は健康と行動、階級、人種、社会経済的地位の間にある関係につ

いてのより広範な問題に直ちに結びつくということだ。こうした問題を検討しているのが健康の社会的要因に関する研究で、文献も増えつつあるが、我々はこれを簡単に紹介する。

結論部において我々は、「医療の配給は不可避でありあらゆるところで見られるだけでなく、道徳的に擁護可能であり望ましいものでもある」という、数頁前に行なった主張に立ち戻る。それは我々すべてが利益を得るよいものである。もちろん、このことが当てはまるのは、配給の選択が健全な倫理原則に基づき、透明性があり説明責任のある仕方で行なわれる場合に限る。我々はこのような考え方を擁護して結論とする。

以下の各章における議論や考え方はときに複雑であり、読者にいくらかの忍耐を強いるかもしれない。我々は可能な限り明瞭に書くように努めた。哲学、医療経済学、医学、医療政策に関するいかなる知識も前提せずに執筆した。ときどき、数字を用いた例を扱っている。それらは最も基礎的な数学的知識以上のものを必要としない。本書で扱うトピックをより深く検討したい読者のために、各章の最後に読書案内および議論のための問いのリストを付してある。

(兎玉聡訳)