

# たばこの害と「QOLの倫理学」

## ——医療経済学をとりまく四つの視点——

麻生 享志

引用は全て〈 〉の符号で括り、「」は論者＝麻生による強調その他を意味する。引用中で中略箇所は「……」、[ ]内は論者による補足、／は元の文献で段落の切れ目である。文献指示は論文末の「文献表」の形式に拠って挙げた。

### A節 はじめに

「QOL」という語は、日本語にすっかり定着してきた、との感がある。(QOLについてはC節において説明する。)医療に関する倫理学に、広い層の人々が関心を持ち、いわゆる「生命倫理」に関する議論(および生命倫理学)が盛んとなっていることの表れの一例でもあろう。

生命倫理学の盛行と、この学問をめぐる現代日本の現状に、しかしながらまったく問題がない、とは言えないと思われる。土屋貴志は、〈……日本では、「日本においてbioethics・生命倫理学とは何であり、何であるべきか」という本質的な学問論がなお欠けている。……これまでわれわれは、新しい旗印としてbioethicsを輸入することには熱心でも、その本質についてはほとんど討議せず、bioethics・生命倫理学全体の意義は不明確なまま、脳死移植をはじめとする個々のトピックばかりをバラバラに論じてきた〉[土屋:1998:p.24]と言う。そして相変わらず今も、(特に哲学者・倫理学者が手を染める場合に)生命倫理学は、「『個々のトピック』・『各論』的な議論」に終始しているように思われる。

私は、生命倫理学が現在いまだ蔵している不十分な点の一つとして、その医療経済学的視点の欠落を訴えたい。この問題性について、既に二度、論じてきた。([麻生:2001][麻生:2003]) 本論文も、基本的根底的な方向性は同じであり、QOL概念の扱いをめぐって、具体的医療問題を参照しつつ、このことを考えようとするものである。

### B節 医療経済と生命倫理

「そもそも、生命倫理学(バイオエシックス)は、医療経済学の問題関心を含

んでいる」と主張・断定する論者も皆無ではない。二、三の例を挙げよう。星野一正は、〈わが国では、バイオエシックスが、脳死、臓器移植、植物状態、体外受精・胚移植、出生前診断、遺伝子診断、遺伝子治療などの先端医療をめぐる生命倫理の各論的な議論であるかのように思い込んでいる人が、社会的に尊敬されている学識経験者の中にも少なくない〉[星野:1991:p.75]と批判した上で、この「思い込み」に反して〈……健康に影響を及ぼす環境問題や医療経済なども、すべてバイオエシックスの研究課題なのである〉[同書:pp.75-6]とまとめている。

そして同著において星野は、バイオエシックスの議論として実際に医療経済・医療制度的な考察を行なっている。すなわち、「三時間待ち三分診療」的状况を指摘し、また、「インフォームド・コンセント」を確保するに必要な医師—患者間コミュニケーションの時間的余裕の必要性をも指摘した上で、〈……現役の臨床医の数を増加させるような政策に変更するか、あるいはわが国の医療制度を根本的に変えて、基本単位として「掛かりつけの医師」制度を徹底させ、一人の「掛かりつけの医師」が一家全員の健康管理をするしかないのではなかろうか〉[同書:pp.59-60]と言い、(後者の「掛かりつけの医師」制度の線で)医療制度論的議論を展開している。

また星野が編者となった『生命倫理と医療』[星野(編著):1994]においては、医療経済学分野を代表して江見康一が分担執筆し、4項目を執筆している。また、本質論を欠いた日本の生命倫理学を批判した土屋論文に既に言及したが、この論文を収めた『生命倫理学を学ぶ人のために』[加藤・加茂(編):1998]も、医療経済学の見地(医療資源の配分に限定してであるが)から、三人の論者(土屋有紀・谷本光男・夏目隆)が、紹介・議論を行なっている。

さらに、最近出版された『生命倫理とは何か』[市野川(編):2002]も、「はじめに」において〈……本書では、通常生命倫理では、あまり主題的に論じられない論点を、あえて組み込んでいる。／これまで私たちが自明視してきた身体観や生命観をゆるがすような、新しい医療技術の登場に対して、これにどう向き合うかというのは、それ自体、重要な問題であり、本書でも大きな比重をしめている。しかし、そればかりが生命倫理、少なくとも医療倫理の課題ではない。……／最後に、第6章では、経済をめぐる問題を集中的に論じていただいた。およそ「倫理」なるものは、それが具体的に実践されるときには「経済」という媒介を必然的に通過せざるをえない。……ある倫理に向かって経済のしくみをどのように組み立てることが可能なのかを考えること〉[市野川:2002:pp.001-2]が重要だろう、としている。

しかし、これらのみではまだまだ量的にも少ない。また、生命「倫理学」としてこれらの議論を見る時、十分に練り上げられていない場合もあるだろう<sup>1)</sup>。生命倫理学の現状は、上掲の各著が認めているように、〈新しい医療技術の登場に対して、これにどう向き合うか〉といった〈脳死移植をはじめとする個々のトピック〉〈をバラバラに論じてきた〉だけであり、〈先端医療をめぐる生命倫理の各論的な議論〉が、中心的部分を占めているのである。

それらの議論は、「脳死移植」の例が典型的に示すように、きわめて生起がまれな事態であり、その意味で格別に特殊な問題領域である。しかも場合によっては、医科学の技術の進歩によって解消されてしまう問題のこともある。〔竹内:2002:p.226〕

確かに、人は誰も死ぬし、脳死問題が死の意味（定義）について考える重大な「きっかけ」になるかもしれない。しかしそれにしても、あまりに特殊なケースのみに注意・関心が集中する、ということになりがちなのである。その意味で、その論考結果を死一般に拡大適用するのが適切かどうかは、また別個の問題となる<sup>2)</sup>。

そこで本論は、既に触れたように、医療経済学的視点が、生命倫理学にとって重要であることを、QOL概念の一風変わった再考察を通じて明らかにしていこう。議論を進めるにあたっては、健康問題＝保健問題＝医療問題の、きわめて具体的な事例を材料にする。それは、たばこの「喫煙」が健康に及ぼす「悪」影響の防止改善である。しかしまず、「QOL概念」の整理から始めよう。

## C 節 医療経済学とQOL

既存の生命倫理学において、生命の質（QOL）はしばしば問題にされてきた事柄であると言えるだろう。しかしこの概念が、中心主題として問題にされるのは、医療行為一般ではなく、もっぱら末期医療に関わる問題としてであった。そして〈……患者のQOLが、いわゆる安楽死や尊厳死を認める根拠として用いられ〉〔奥野:1998:p.131〕てきた。というのは、〈医療の進歩とともに人工呼吸器や蘇生術、臓器移植などの延命技術が次々に開発され、……、根治できない病氣やガンの末期患者の延命も可能になり、……いつまでも命を永らえさせるようなケースが出てきたので〉〔ibid.〕、〈……いたずらに延命を続けるよりも、むしろ生命の維持を打ち切るほうが患者本人にとってよい場合もあるのではないか〉という意見が〔ibid.〕出されるようになったからである。

しかし安楽死・尊厳死を正当化する論理に直結する、このような「生命の質としてのQOL」とは別の訳語があることを、奥野満里子は注意している。〔同

論文:pp.129-30] そしてこの別義での「QOL」を、「生活の質」と訳されていると紹介する。この種の「生活の質としてのQOL」が問題になる場面です。医療経済学と生命倫理学との密接な関係が見えてくる。

それなのにこれまで、この視点は十分にとりあげられていなかった、と私は考える。医療の倫理学という側面を有しているはずの生命倫理学は、「生活の質としてのQOL」に関しては、〈概念の説明〉[同論文]のみ行なっただけで、脇をすり抜けていってしまう。例えば奥野は、QOLの概念を「生活の質」→「生命の質」という順で紹介すると、「『生活の質』概念については、十分な記述が既に済んでいるのだ」とでも言わんばかりの態度で、考察を、〈……意思表示のない植物状態の患者や重度障害新生児〉[同論文:pp.138]の生きる権利の問題に集注させていっている。もちろん、こうした記述態度は奥野一人のものではなく、一般的な態度と言ってもよい。そしてそこで取り扱われている生命倫理学上の問題は、森鷗外『高瀬舟』に言及するまでもなく、重要で困難な問題であることには疑いはない。しかし、ちょっと待ってほしい。「生命の質」として考える場合と同様の考慮を、「生活の質としてのQOL」に対しても払わなくてもよいのだろうか。医療経済学が提示する倫理問題を、QOL概念と結び付ける視点の重要性が、このような扱いによって、失われてしまうことにはしなないだろうか。

では、生命の質という訳語と対比された「生活の質としてのQOL」とは何か。再び奥野の説明を借れば、〈quality of life が「生活の質」と訳されるのは、治療一般の場面でこの語が使われるときである。……患者のためにどのような医療処置をとるかを決定するとき、手術の成功率や病巣の縮小率などだけでなく、薬の副作用や手術による胃や手足などの切除が患者にとってどの程度の負担になるか、そして患者の日常生活の満足度や幸福感がどのようなものになるかといった「生活の質」をもっと考慮すべきだ、と〉[同論文:pp.129-30] というものである。

このような「生活の質」概念は、医療経済学上の分析道具と、直接的で密接的な関係を有することを、奥野は「示唆」しており、〈……臨床上の処置の決定や新薬の開発、またヘルスケアの計画〉などの「純粹」医学的な分野を挙げた後に、〈医療資源の配分などの社会政策において、患者のQOLを考慮にとり入れる試みがなされている〉、[ibid.]と云う。そして、〈……主観的な、つまり患者本人の観点からの判断であるはずの生活の質を医師や政策担当者がどのようにして評価できるか……〉については、日常生活の遂行能力や身体的快不快の程度、今の状態についての満足度などの評価を患者自身に質問表で尋ねる（社会

政策では、その統計をとる) というアプローチが試みられ、さまざまなQOL評価法が国内外で開発されて) [ibid.] おり、医療経済学に言う「費用-効用分析」にもつながっていくような視点が提出されているのである。

これを基本的な医療経済学の教科書 [漆(編):1998] の解説によって補足しよう。「医療サービスの経済的評価」[同書:ch.9] について、次のように説明されている。社会にとって望ましい医療サービスを判断するために、経済学的分析による評価が必要とされ、求められている。[同書:p.167] (……医療サービスの経済的評価は代替案との比較分析である。)[同書:p.169] その評価にあたって〈基礎と〉する方法は、〈費用・便益分析〉であって、その〈便益は、消費者の自発的支払い意思額(willingness to pay : WTP)で評価される。〉(ibid.) しかしこのような金銭換算の評価は難しい面もあるので、さらに工夫が加えられた。その一つが費用・効用分析(cost-utility analysis: CUA)である。それによって〈……健康結果として健康状態に依存する効用が測定される。〉[同書:p.175] そこにおいて、この文脈で、直接的に問題になってくるのが、今問題にしている「生活の質としてのQOL」である。〈……例えば、内視鏡手術は非開腹手術を可能にし、患者の quality of life (QOL)を改善させたといえる。このような場合には、QOLへの影響を含めた評価が必要となる。〉[同書:p.168] また、医療サービスを効果で計ろうとする(費用・効果分析=CEA)とき、医療の効果としてよく挙げられるのは〈延命年数〉であるが、〈……問題になるのは、同じ生存年であっても、どのような健康状態で長生きするか……〉であって、〈……生命の質(QOL)と生命の量(quantity of life)という2つの健康の側面を考慮した健康結果の尺度が考えられている。質で調整した生存年(quality-adjusted life years : QALYs) や、障害で調整した生存年(disability-adjusted life years : DALYs)という尺度〉[同書:p.175]がそれらである。いずれにせよ、経済的評価にQOLの要素を組み込むために、QOL度を評価・測定し、ある慢性的健康状態  $i$  に対する選好ウェイト(その測定方法として、選好尺度)を見出す必要が生じる。〈医療の分野には、不確実性があるので、〉その標準的な測定方法として、〈スタンダード・ギャンブル〉と呼ばれる方法が考えられる。[同書:p.184] 評価者に次のように質問する、〈……「現在、あなたは慢性疾患の状態  $i$  にあるとして、新しい治療法を行えば、確率  $p$  で完全に健康な状態に戻れますが、確率  $(1-p)$  で死亡することもあります。現在の慢性疾患の状態  $i$  と比較して、新治療を選択しますか?」〉、と。〈……対象者が……決めるのが難しい……〉すなわち  $i$  のままでいるか、死亡のリスクを冒して新治療を選択するかを迷うような治療確率  $p$  〈が、問題とした慢性的健康状態  $i$  の効用値となる。〉[同書:p.185] (他に、「完

全な健康状態何年分に当たるか」「この健康状態 i1 と i2 とは、どちらがどれ位、良いか」と、直接的に聞く方法もある。[同書:pp.186-7]

このような選好ウェイト、すなわち効用値が、経済学的に言うところの「生活の質としてのQOL」の算出であり、「医療経済」では、特に健康評価のために用いるので、HRQOL(Health-related quality of life)という語も用いられる。[同書:p.183] このように、医療経済学的分析における健康の効用概念は、いわゆる「QOL」の問題と密接な関係がある。さて、このような効用分析においてのみ、生活の質が「医療経済」にからんでくる、というわけではない。それを具体的問題で考察してみよう。(もっとも、問題を多面的に分析する際にも、上述の効用分析的視点は忘れてはならない筈であるが。) その問題とは、喫煙・たばこの問題である。これによって、QOLをまた違った角度で考えることができるであろう。

## D節 喫煙の「問題」

2003年5月1日、健康増進法という「法律」が施行された。国会通過は、2002年7月であった。しかしこの時、医療制度改革関連の三法が同時に通過し、世間の目は、「健康増進」なる奇妙な名前の「国法」にはほとんど向けられていなかうた。(いわゆる「痛みを分かち合う」小泉改革の一例として、サラリーマンの自己負担が三割になるという点や、政府管掌健康保険組合の保険料引き上げが、「三方一両損」なる、きわめて情緒的キャッチフレーズで決定され、この点にマスコミなどの関心は集中していた。)健康増進法なる“国法”の内包する意味が、「世間」に影響を与えたのは、この法と同時に私鉄各社が一斉に全面禁煙を決定し実行に移したことによってであろう。各駅頭から灰皿は撤去され、喫煙可能スペースは廃止された。たばこに関しては、もう一つの出来事も重要である。それは、たばこ税が1本につき1円の割で増税され、ほぼ1箱20円程度の値上げがなされたことである。(同年7月1日) これらによって、喫煙環境は、さらに厳しさの度を加えたと言ってもよいと思われる。

ちなみに(あらかじめ、念の為に言っておけば)論者はたばこを吸わない。(本論文の執筆時点での習慣について言っている。)また(特に飲酒・外食時に、周囲の別の客による)たばこの煙には、不快感を覚えていること(不快に思っている自分を見出すこと)が多い。しかしながら、国家が、力を行使して喫煙環境を過酷化することを「無条件で」喜ぶ気持にはなれない。むしろ、そこには考えるべき点があるのではないかと疑問を持つ。健康増進は、国家の、国法によって介入される領域なのであつたらうか。

国法の制定には、背景に、世論的なもの、そこまでキチンとしたものでなくとも世の風潮や雰囲気といったものがあって、国家権力による国民生活への介入をがまんして認めたり、場合によっては後押ししたりということがあってもいいかもしれない。それは、全ての国法の制定において感じられるものではないかもしれないし、また存在してもきわめて弱い、ムード的レベルにとどまっている場合もあるかもしれない。ただ健康増進法の場合には、世の「健康ブーム」がそれに当たることは明確であろう。私的意見だが、こうした「健康ブーム」の傾向は、過剰過度になっていると感じられる。そこでは、悪徳業者の民間療法や、劣質な情報で利得を得る者を「歓迎する」結果にまで、至っているように見える。不確かな健康情報に「毒された」精神は、時に偏狭でもある。しかもそれらに対して、どんなに用心を重ねても、時に、その影響を受けて「私権」が奪われ個人生活が侵される。主観的には、この種の健康ブームには、不快を通り越して強烈な嫌悪を覚えている。しかしながら、このような個人的観察・主観的感懐は、今は、しばらく措かねばならぬであろう。そして、元の論の流れに復さねばならぬ。

そうすると、まず問題にしなければならないのは、喫煙の害についてである。ここではたばこの害を説く多くの文献から、三氏の論を見よう。

医療経済上の最重要課題の一つは、医療費の抑制である。次善の策としては、資金の調達方法を再考するという選択肢がある。後者として、たばこ税を提案する川淵孝一（「タバコ税こそ公的医療保険の新たな財源」[川淵:2002:ch.1]）は、喫煙の害について、まず「主流煙と副流煙」「ニコチン」「タール」「一酸化炭素」の四項目について解説している。[同書:pp.29-32] しかし直接的な害よりも重要であるとして、直後に強調的に説明されているのが「受動喫煙」である。〈受動喫煙(ETS:Environmental Tobacco Smoke)とは、他人の吸うタバコの煙を吸うことで、タバコを吸わない人の健康も害される。喫煙者が手に持ったり灰皿においたタバコから出る煙や、喫煙者が吐き出す煙は、主流煙よりも毒性が強い [同書:p.32]、と言われる<sup>3)</sup>。

このいわゆる受動喫煙の害をポイントにして、幅広い資料で嫌煙権を主張するのが伊佐山芳郎である。彼は「権利としての嫌煙を進める」ことからうかがえるように、背景に法学的発想の傾向が強いようであるが、医療経済の見地への目配せも忘れていない。そこでは、純医学的観点・学術的見地において、その有害性は完全に立証済みだ、と再三主張されている。中でも、伊佐山が紹介<sup>4)</sup>する受動喫煙の有害性証明（〈科学的証拠〉）は、圧巻である。その主要な点は、受動喫煙で、統計学的に肺がんリスクが高い、と言える点にある。これは、〈普

通の生活環境)でも起き(彼の引用する第四項)、(量反応関係)で(……正の傾向性がみられ)(同第七項)、複数の国で確認(同第八項)されており、動物実験でも、遺伝毒性実験でも確認(同第九項)されている、と。[伊佐山:1999:pp.70-2]

このような研究結果によって、現代の医学的見地と、統計学の見地から見て、たばこの人体への悪影響は、直接喫煙についてはもちろん、受動喫煙=環境たばこ煙についても「証明」される。こうして伊佐山は、結論的に、(受動喫煙による被害をなくすために、法的規制を行なうことが緊急課題となっているのである)[同書:p.73]、とまとめる。

前田信雄は、アメリカなどで先行していた研究手法にならない、日本で初めて、たばこの社会的損失を試算した。[前田:1979] その前田は喫煙について(……楽しみでも栄養でもなく、単なる習慣である。若いときからなじんだために止められないことからくる習癖でもある)[同書:pp.54-5]、と言う。そして、(スモーカーにとっては、たばこの煙は主観的には「おいしく」、従って喫煙は、主観的には「楽しみ」だという)[同書:p.56]が、(……その「味」は[酒とたばこの]両者の間で全く異なっている。たばこのばあい「おいしさ」よりも、喫煙そのものが習癖となってくる。「味」があるから止められないというよりも、「悪い味」が大部分なのに、ニコチンなどの欠乏感に気分的に耐えられなくて、禁煙できなくなる。……喫煙は、ニコチンなどへの精神的依存を満足させるだけの行為であって、生理的依存ではないといわれる)[ibid.]、とする。そして(たばこのほうは、仮に1本だけの喫煙であろうと「害」をもたらし、その利益は、少なくとも健康のうえでは客観的には全く存在しない。酒のほうは、……)[同書:p.57]、血行・睡眠・疲労回復・食欲などを(多少の制限条件を付けて)挙げる。続けて、だが(たばこにはそういう作用は全くない。殺虫剤としての効用はあるが、人体にとってあるのは害ばかりである)[ibid.]、とする。そして喫煙は(……大変高価な社会的私的な費用支出を伴う習癖である。少数者のそれが、多数者の負担となる社会的費用をつくりだしている。／喫煙者は今後、「喫煙か健康か」の選択を迫られていくことになる。もしも「健康」を放棄して、「喫煙」を選んだばあい、国民医療費の約16%に相当する額を、「死亡」と「不健康」と「火事」「汚れ」のために支出することになる。そのための覚悟はしてもらわねばならない)[同書:p.55]、と言っている。



## E節 喫煙考察の諸型

### 1) 倫理学 (哲学) の場合

このように喫煙習慣は、ある視角より評すれば、〈……タバコは「百害あって一利なし」といわれるのだが、医療経済学的に見ても、社会的損失をもたらしているといえる〉[川淵:2002:p.33]とさんざんである。これを、パターナリズムの観点から、倫理的に見るとどうなるか。一例を挙げる。

〈……医療におけるパターナリズムの中で、法的パターナリズムに最も近い性格をもつ例を取り上げよう。それは国家・社会が、人々の生活習慣を不健康的・病的な・自己破壊的なものから健康的なものへと改善するために、干渉的・強制的手段を用いるケースである。……たとえば、煙草の生産・販売・消費の禁止・制限や、慢性成人病・癌等を誘発する生活習慣（酒類・煙草・食塩・糖・脂肪の摂取過剰や運動不足等）をもつ者への特別課税または医療保険の支出・自己負担の割増しなど……〉[本田:1989:p.156]が挙げられる。ここで、①たばこ産業の活動禁止・制限が主に法的発想から、②不健康を誘発する生活習慣（喫煙習慣）を持つ者への特別課税、医療保険の支出・自己負担の割増しなどが主に経済的なインセンティブの発想から、「パターナリズムの強制力発動が考えられている」という違いには注目してよい。

これらのパターナリズムを正当化する（理由）が二つ挙げられる。まず、「社会の誘惑的影響力による本人にも不本意な行為」を理由にパターナリズムを行使すること〈については異論の余地はないであろう〉<sup>5)</sup>、としている。しかしもう一つの理由については、積極的に疑問を呈する。その理由とは〈健康はそれ自体で価値をもつのみならず、他の一切の人生上の価値ある目的・企図・計画に対する前提条件としても不可欠な基本的善であり、何人にとっても、健康を害することが人格的完体性に一致するはずはない〉[同論文:pp.156-7]というものである。こちらの理由に対しては、反論が加えられている。まず〈明らかに、ある生活習慣のもたらす快樂抜き的人生など、自分にとっては健康で長生きするに値しない、と確信する人が存在する……〉ことを挙げた上で、〈個性的・創造的な活動を自己の人格的完体性の中核とする種類の人々にとって、他人にはまったく取るに足らぬものとしか見えないある生活習慣がこの活動のために不可欠である場合、それが〈……健康・長寿とすら換えがたい重要性をもつ場合がありうることを〉を、〈はるかに重要〉であるとしている。[同論文:p.157]（その例として、〈バルザックにとっては、作家としての人格的完体性を貫くために、睡眠時間の短縮と一日五十杯のコーヒーという極度に不健康な生活習慣

が必要不可欠であった) [ibid.] ことを挙げる。) さらに、この「理由」を否定する根拠として〈いま一つの重要な点は、医学・医療の不確実性である〉[同論文:p.158] と言う。医学説は、〈研究上やむをえない……〉性格として、〈統計的蓋然性〉への依存・〈抽象化〉・〈……他の無限に複雑多様な関連要因や、各個人の無限の個体差を捨象〉することをまぬがれない。〈それゆえ、……まったく無益な干渉を受ける人や、干渉によって他の害を被る人を多数生ずる恐れがある。〉[ibid.] このように批判していくのである。これは、人の生の在り方に関する自己決定権 (いかなる生を私は選びとるか) の見地から、原理的理論的問題として、パターンリズムを考察し、公権力による私生活への介入に異議を唱えるものと言えよう。言葉を換えれば、これを「QOLの自己決定権」と呼ぶこともできると思われる。

もちろん、パターンリズムの行使は、無制限に認めれば、〈……国家・社会・企業等が成員の健康増進を名目として生活の細部に干渉・介入し、健康管理を通じて忌まわしい管理社会体制を形成〉[同論文:p.157] することにさえ、つながっていくかもしれない。しかし (おそらく) パターナリスティックな見地も——部分的に——影響して、例えば現代の日本社会において麻薬は禁止されている。このようなことも認められてはならないのだろうか。

## 2) 医療経済学の「見方」

たばこの問題に考察場面を戻そう。前項に挙げた、本田裕志による倫理・哲学的立場からの反論は、たばこの害を防ぐ干渉を全面的に考察したものではない。それは、本田自身が認めている。〈この種の干渉・強制に対しては、パターナリスティックな理由のみならず、公共的利害や社会的公正の観点からの理由もしばしば挙げられるが、ここでは前者 [パターナリスティックな理由] のみを検討することにしよう。〉[同論文:p.156]

ここにおいて検討を要することになるのが、医療経済学の見方である。たばこについて、例えば嫌煙権を主張する場合、害を低下させるために提案されるのは、「自動販売機の制限」「広告の規制」「たばこ製造会社への賠償請求」「たばこ製品への有害表示の義務付け」などである。これらは、制度=政治的、ないし法的=司法的側面が強い対処手段である。医療経済学 (より端的には「経済学」) は、“大人の知恵”として、経済的インセンティブの要素を使って「上手に」コントロールしていこうとする。例えばたばこの場合、課税強化である<sup>9)</sup>。たばこに対する新税創設には、大きく言って、二つの目的がある。一つは、喫煙抑制である。そしてもう一つが財源確保 (資金調達) である。

まず喫煙抑制効果の方から見よう。〈わが国の喫煙率が高いのはタバコの価格が安いことも関係し〉[川淵:2002:p.27] ており、かつ〈……タバコの税額は高くない。〉[同書:p.28] このような状況で課税を強化し、〈タバコを吸う人が減れば、それだけ余分な医療費が減るわけで、[増税に対し] 国民の理解も得やすいと考える。〉[同書:p.12] さらに未成年の喫煙抑制に関しても言及している。(ただしこのことは、短期的視点においては、経済的効果にあまりつながらない。) まず、〈……理想的な……介入〉は、〈……若年者に対する依存性や疾病のリスクについての啓蒙教育や、タバコへのアクセスを制限すること〉であるとして、非経済学的手段も挙げている。しかし、〈これらの手段はどの国でもあまり成果をあげていない。……/そこで、「セカンドベスト」の介入としてタバコへの課税が有効とされる。特にタバコ税の導入は子供の喫煙開始を妨げる非常に有効な手段であることが明らかになっている。〉[同書:p.35]

たばこ増税をうたう論者は、喫煙抑制効果に注目し、それを通じて健康水準に好影響を与えろと言っている。しかし上掲の川淵の議論の中で、医療費抑制の面を示して、たばこ税は〈国民の理解も得やすい〉[同書:p.12] としている部分には注意したい。確かに諸外国との比較でたばこの販売価格・税額共に高くない点、とりわけ未成年の喫煙開始を妨げる効果が、たばこ増税(たばこ新税創設)に見られる点などにも川淵は言及している。だが、それらは増税効果の一面に過ぎない。「本当のねらい」は、むしろ、医療・保険関係につきこめる財源の調達・確保にあるのではないだろうか。その裏には、川淵によれば、〈……短期的には国民の負担増はある程度やむをえない〉[ibid.] という判断・現状認識がある。そこで、「負担増をになう国民からどう理解を得るか」という、納得のさせ方が問題となる。負担の仕方について、川淵が提案するのは〈……国民に一律に負担を求めろというのではなく、健康に努力する国民には「アメ」、努力しない国民には「ペナルティー」という政策である。〉[ibid.] そこで考えられるのが、たばこ税である。〈消費税を社会保障費の目的税化することは税の中立性から問題があるが、タバコは健康にとって危険因子であり、これに課税することは理に適っている〉[ibid.] からである。〈またタバコ税は喫煙者により非喫煙者に押し付けられているコストを公平にする作用もある。〉[同書:pp.35-6] こうして得られる、〈タバコ一本につき一円の値上げをすると、年に約二六〇〇億円の増収〉[同書:p.12] を、短期的に最適な財源確保手段として、川淵は推奨するのである。

さて実は、たばこ増税の二つの目的は、葛藤・矛盾関係にある。もし仮に、増税によって、喫煙抑制が劇的効果を収めた<sup>8)</sup>としよう。この場合大幅な税収減

が生じ、他方喫煙抑制による健康水準向上と医療費抑制は長期的なものであるから、逼迫した医療関連の財政状況を改善するという目標は、短期的には、達成されないのである。そこで、〈増税は税収減につながるか〉[同書:pp.36-8]を考察しなければならない。そして過去の増税記録などから、たばこという「商品」の価格弾力性を考察し、〈……一部の消費者には「値上げ→コスト高→健康のために減煙」という抑制効果を生むが、多くの消費者には値上げは関係なく、「値上げ→政府の税収増」という現象が起こる……〉とする。さらに言葉を継いで、それゆえ〈……タバコ生産者や財務省への「気がね」は無用である〉[同書:p.38]とまで言うが、こうなると、喫煙抑制は「二の次」的で、実は、主要関心は財源調達にあるのではないか、と言われても仕方がなくなるであろう。

このような（ある意味で「ゆがんだ」）パターンリズム的喫煙「抑止」論を、どう考えたらよいだろうか。医療経済学の見方では、人々（国民）が「自主的に」喫煙を抑制することは、大歓迎である。たばこの有害性は医学的見地から明らかで、禁煙は健康水準上昇になり、そして（最重要なことだが）医療費を抑制するからである。その文脈の中で、「健康水準上昇」に着目している限りでは、パターンリズムを意味している。しかしそれは、過激の域にまで達する、管理国家的な私生活への干渉・強制には興味を示さないであろう。提案される私企業（ある場合には専売公社）の活動への干渉は、情報開示・販売方法制限といったいわゆる「社会的規制」が主である。また未成年・成年に対する啓蒙活動も、費用－便益（効果）分析をしつつ、推進していくであろう。[前田:1979:ch.6] しかしその中心的方法は、経済的インセンティブの駆使であり、例えば課税強化である。その「見方」によれば、「さあ、どうぞ。お好きなだけ、コーヒーを召し上がり、睡眠時間を削ってお書き続け下さい。莫大な借金を返済するため、また、壮大な芸術世界の構築のため、最高度の能力を発揮して下さい。ただし、健康悪化は社会的損失でもありますし、まして保険下では他者の犠牲も考えられることですから、応分の経済的負担は『覚悟』してもらいますよ」ということになるのである。

### 3) 法学的立場

これに対して、たばこの場合は、法学的立場というものも考えられる。経済学的見地とは「みごとな」対照を示すこの立場については、実は、前の論文でも中心的主題として考察した。[麻生:2003] ここでは、簡略に見よう。

伊佐山は、諸種の調査結果を示し、「たばこの社会的損失」を説明して、次のように言う。〈……専門家による試算は、いずれもたばこの社会的損失が膨大な

額にのぼることを示しており、損失総額は税収を大きく上回ることが明らかになった。要するに経済効率からしても、たばこの税収に期待するなどということが全く割の合わないことだということがわかる。しかし根源的問題は、健康、生命という人間の尊厳に関わることである。そもそもたばこ事業を財政収入の問題としてとらえる発想それ自体が、基本的に誤っていると言わなければならない。) [伊佐山:1999:pp.179-80]

では、伊佐山が嫌煙権の展開にとって重要な論点としているのは何か。その中心には、「受動喫煙」(「環境たばこ煙」)の有害性の認識があるようである。(……受動喫煙が多くの人々の死を招く重大な環境汚染源であることは、疫学調査、臨床研究、動物実験、そして遺伝毒性試験の全てにおいて証明されている。受動喫煙による被害をなくすために、法的規制を行なうことが緊急課題となっているのである。) [同書:p.73] 医学的研究を紹介した後に、伊佐山はこのようにまとめている。この中で、喫煙者以外の人間にとって害となるたばこの煙を〈環境汚染源〉と呼び、また受動喫煙を呼び換えて(英語呼称の直訳である)「環境たばこ煙」という語を用いているところに、基本的な戦略が見え隠れする。

工場が出す煙が大気汚染を引き起こし、それが重大な健康障害につながる場合には、排出ガスの規制が行なわれる。(公害) 環境たばこ煙は、一種の公害であり、その意味で「環境汚染源」なのである。たばこに対しても、他の環境汚染源が受けている規制に準じた規制を与えるべきである、と。本来であれば、たばこ自体から有害物質を除去するような方向性も模索してよいようにも思われるが、『現代たばこ戦争』[伊佐山:1999]中にその種の示唆は見られない。また公害になぞらえて、有害物質規制の論理を機械的直接的に適用しようとする明示的言及もない。しかし、その意図は、おおむね上述のようなものであろう。この解釈は、「嫌煙権批判のあれこれ」に再反論するあたり [同書:pp.89-95]からも、強く読み取れる。そしてそう読むなら、この論旨はすっきりと筋の通るものとなるであろう。

## F節 「第四の視点・消費者の視点」から「いかに生くべきか」の構想へ

ここまで三つの視点を調べてきた。①旧来型の倫理・哲学、②医療経済学、③制度=司法学である。もちろん本論でとりあげたものは、必ずしもその学問を「代表」する議論とは言えないであろう。同じ学問分野のアプローチを取っても、違った論法で、異なる結論を出すことが大いにあり得る。ここでの目的は、それぞれのアプローチが水と油(と炎)ほどに異なっている点を見ること

であった。

そしてたばこ問題を、それ自体として、あるいはQOLの問題として考察する際にも、社会的視点は必要になるが、これは本田自身認めていたところであった。さらに、具体的にたばこ課税の諸論を考察していくことによって、自己決定権の有無をオール・オア・ナッシング型で迫るというよりも、むしろ経済的インセンティブという考え方でソフトにコントロールする手法が見えてきた。このような経済的手法自体を、「哲学的」に考察することは、また別の問題となるであろう。しかし、パターナリズム的視点のみを倫理的観点からとりあげていては、「たばこ問題全体」を考察する上では、明らかに不十分であると思われ、これはB節において、複数の論者が強調している点でもある。(繰り返すが、本田論文自体が視野の狭窄に陥っている、と言いたいのではない。本田論文は、「たばこ問題自体の解決——どころか言及すらも——」を目指していないからである。)

さらに法学の視点(制度=司法学的視点)を加えることによって、考察の射程は一層広がり、かつ深くなる。それによれば、医療経済学的発想は、根本的に誤っていて、邪道とみなされる。そこでは議論の目的が、環境たばこ煙の毒害性を除去することへと制限・限定されている。その目的を「前提」し、共通の出発点とする時には、議論はまた異なった「一貫性」を見せるであろう。

ここで、従来指摘されることの少なかった別の視点を加えたい。医療場面における「消費者的視点」である。QOLに関し、患者側の自己決定権を主張する発想の根底には、インフォームド・コンセントの強調をはじめとするアメリカ的状况があることは、諸著が言及するところである。([水野:1990][広井:1996][星野:1991]など)これが、カタカナ書きで「バイオエシックス」と呼ばれたりしている。しかし、この「運動」の背景には、社会的変動があったこともまた、しばしば指摘されている。(……医療の分野で……専門家支配のパターナリズムを制限する方向)が進んだ(きっかけ)は、アメリカにおける(60年代の公民権運動)であった。そしてそれは、(医療消費者運動)だったのである。[大西:1999:p.83] 消費者運動は、力のアンバランスが存する市場取引を健全化する運動でもあり、消費者が購買行動を通じて自己資金という「一票」を商品に投じるかたちで、自己決定権を確保するための環境整備でもあった。そこで、サービス内容・製品品質の情報開示が求められ、フェアな情報提供にもとづいて(インフォームド)、自己決定権を行使し購買を決定する(コンセント)。サービス・製品を市場において選ぶことになぞらえれば、医療場面では「インフォームド・チョイス」とも呼ばれる。

しかし、実際の医療手段選択においては、話はこのようには進まない。治療

手段は、成功と失敗の確率分布（統計的「実績」）や、アメニティという意味での完治後の生活能力（より限定された意味でのQOLに当たる）の説明のみによって、選択（チョイス）や同意（コンセント）が迫られる。サービスの金額は、通例、消費後に「請求されて」初めて知る。そもそも医者を選ぶ時点で、公開されている情報に強い規制（広告規制など）があり、口コミなどをもとにするしかないのが普通である。「見積り」をとろうにも、その時点で既に「初診料」という手数料が発生する。（歯科医などで悪質な者が、すっかり治療を終えて、はじめて法外な料金を請求するというトラブルがあると聞く。）

日本で診療選択において「価格」を問題にしないのは、一面では、保険診療において「点数」という形で「価格」が公定され、合理的な値段で取引されると信じられていることもあるであろう。また国民皆保険の恩恵によって、〈……医療費の心配を医師も患者もしなくてよくなったこと〉も挙げられる。〈かつて、健康保険が一般化していなかった時代では、いくらインフォームド・コンセントをしてもらっても、金がないから医療を辞退するということが多かった。しかし、いまはその心配は非常に少なくなり、ほとんどないといってもいい。〉[水野:1990:p.41]<sup>9)</sup>（治療「価格」の公定が日本のように普遍的でないアメリカでは、〈「……金額欄を空欄にした小切手を病院に渡しているようなものだ」という〈冗談〉が〈……リアリティをもつ……〉ほどである。[広井:1997a:p.40]）

とはいえ、医療経済の視点においては、このような仕方の問題があることは否めないであろう。患者の側が十分に賢明な消費者として行動しない限り、市場メカニズムを通じた医療機関の淘汰は起きない<sup>10)</sup>。日本においては「インフォームド・コンセント」を完全に実現するには、まだまだ困難が大きいらしい。その背景には文化の問題がある、と言われる。すなわち多くの論者が指摘するところだが、欧米では契約の思想が一般化しているのにひきかえ、わが国では、自立した個人を主体とする個人主義も未発達であり、（人権思想に基づく）自己決定権についての考え方も、欧米型のものとはくいちがう点が多いというのである。このような文化的伝統を割り引いて考えても、現代社会においては、消費者として（サービス業者である）医師に対する（「対峙」する）という「発想」が必要とされると思われる。（それに反して、医療関係者やその周辺の学問領域にある者にとっても、また極端には医療経済学者においてさえ、この種の発想は認められていない、どころか、提案されてもいない状況であるように思われる。）従来の、バターナリズムに抗する、人格と人権思想による自己決定権に、このような賢明な消費者としての「自己決定権」を、別な視点、別な立場として、加えることを私は提案したい。

かくて本論文では、QOLを高める努力をめぐって、E節における三つの見方と合わせて「四つの見方」を検討した。これら四つの思考パターンは、それぞれ異なる経過をたどって、異なる結論を出すような傾向がある。例えば「たばこ問題」に満足のいく解決を与えたいと思えば、すなわち例えば「たばこの課税強化」是か非かを問われたとしたら、また別種の判断力と思考が必要となる。その場合にこそ、真に、「いかに生きべきか」<sup>11)</sup>の構想が要求され、しかも四つの思考パターンをふまえた、(死生学が要求する水準にふさわしい) 哲学的で総合的な精神が要求されることだろう。(その場合、経済的行為者としての受療者の立場が重要なものとなり、考察の根底に置かれる必要があるであろう。) それはしかし、別稿の課題としたい。ともあれ、かかる問題を考察する上において、必須の「複眼」の必要性を示し得たことで、本稿は一応の目的を果たしたと行うことができるであろう。

「文献表」

- [前田 (信雄) :1979]『保健の経済学』東京大学出版会
- [本田 (裕志) :1989]『医療におけるパターンリズム』(加茂直樹・塚崎智 (編) 『生命倫理の現在』世界思想社刊・所収)
- [水野 (肇) :1989]『インフォームド・コンセント』中公新書
- [星野 (一正) :1991]『医療の倫理』岩波新書
- [星野 (一正) (編著) :1994]『生命倫理と医療——すこやかな生とやすらかな死』丸善株式会社
- [池上 (直己) ・ (J. C.) キャンベル:1996]『日本の医療——統制とバランス感覚』中公新書
- [倉澤 (資成) :1996]『医療保険と医療サービスの供給』(社会保障研究所編『医療保障と医療費』所収)
- [広井 (良典) :1996]『遺伝子の技術、遺伝子の思想——医療の変容と高齢化社会』中公新書
- [広井 (良典) :1997a]『医療保険改革の構想』日本経済新聞社
- [広井 (良典) :1997b]『ケアを問いなおす——〈深層の時間〉と高齢化社会』ちくま新書
- [漆 (博雄) (編) :1998]『医療経済学』東京大学出版会
- [加藤 (尚武) ・加茂 (直樹) (編) :1998]『生命倫理学を学ぶ人のために』世界思想社
- [奥野 (満里子) :1998]『生命の神聖さと生命の質——概念の説明』(加藤・加茂



- (編):1998] 所収)
- [谷本(光男):1998]「医療資源配分の倫理」([加藤・加茂(編):1998] 所収)
- [土屋(貴志):1998]「『bioethics』から『生命倫理学』へ」([加藤・加茂(編):1998] 所収)
- [伊佐山(芳郎):1999]『現代たばこ戦争』岩波新書
- [大西(正人):1999]「倫理委員会」(曾我英彦・棚橋実・長島隆(編)『生命倫理のキーワード』理想社刊・所収)
- [麻生(享志):2001]「医療経済と応用倫理」『応用倫理・哲学論集』東京大学大学院人文社会系研究科哲学研究室刊 1号
- [二木(立):2001]『21世紀初頭の医療と介護——幻想の「抜本改革」を超えて』勁草書房
- [市野川(容孝)(編):2002]『生命倫理とは何か』平凡社
- [川淵(孝一):2002]『医療改革——痛みを感じない制度設計を』東洋経済新報社
- [竹内(靖雄):2002]『法と正義の経済学』新潮社
- [麻生(享志):2003]「製薬業界の外資参入をめぐる『法と経済』の応用倫理的考察」『死生学研究』東京大学大学院人文社会系研究科 21世紀COEプログラム「生命の文化・価値をめぐる『死生学』の構築」刊 春号

## 注

- 1) ここでは個々の議論を評価することはしない。ただし『生命倫理学を学ぶ人のために』[加藤・加茂(編):1998]に関しては所収論文「医療資源の配分の倫理」[谷本:1998]について注11)に軽く触れる。
- 2) 例えば広井良典が次のように書く時、部分的には、論者の見解と共通性のある批判的態度が含まれているであろう。すなわち〈ターミナルケアについては最近きわめて論議が盛んである。「延命治療」のあり方に始まり、「安楽死」をめぐる議論、病院死か在宅死かといった「死に場所」の問題、モルヒネ使用など苦痛緩和のあり方の問題等々、等々。／けれども筆者がしばしば疑問に感じるのは、そうした議論の多くが、要は死を迎える前の(数時間ないし数日の)医療をどうするかという「技術論」にとどまり、「死とはそもそもいったい何なのか」という一番肝心の問題が、一向に論じられない傾向が強いことである。／……死の数時間前に受ける医療がどのようなものか、その場所がどこであるか、といったことはまったくもって二次的、技術的な問題である。／たとえば言うところの次にならうか。生から死への移行を、ある河の流れにかかる「橋」をわたることにたとえてみよう。ターミナルケアをめぐる上に述べたような「技術論」は、その橋をわたる前の周囲の景色がどうであるとか、何が見え

るかについてこと細かに説明するようなものである。しかしその橋をわたる人にとってもっとも切実な問いは、この橋をわたった先には何があるのか、あるいは何もないのか、その時自分はどうなるのか、ということではなからうか。〔広井:1997b:pp.53-4〕しかし広井が最も「切実」「肝心」と言い、関心を持っている「死後」にではなく、私は「広く医療行為一般」に関心があるのである。(橋のたとえを借りるなら、最後の一本の——<sup>三途</sup>とと呼ばれる——川と、そこにかかる最後の橋——臨終——の「景色」のみを切り離して考えるのではなく、その橋の手前で何度も渡ってきた「橋の一般性」の方がより重要であり、それらとの関連性と連続性において考えることに、より一層心が向いている、ということである。) いずれにせよ、ある種の関心の持主にとっては、〈死を迎える前の(数時間ないし数日の)医療〉といった部分的・特殊的技術論は、「二次的」な問題に過ぎないこともある。また〈……先端医療技術をめぐる生命倫理〉問題にのみ注目しがちな、現代の生命倫理学の動向への〈疑問〉として、〈……先端医療といわれる領域は、例えば医療費の規模からすると全体の〇・一%にも及ばない小さいものであり(「先端医療」の定義にもよるが、一九九三年度の医療費約二四兆円のうち、医療保険における「高度先進医療」は数十億円のオーダーに過ぎない)そこだけを取り出して問題を議論するのはミスリーディングである〉〔広井:1996:p.94〕という指摘も参照。これらの言及には、確かに従来生命倫理学の関心の在り方に対する“解毒剤”的效果があるであろう。すなわち特定の、狭い領域のみに関心を集中させてきたことに対して、その視点を相対化し、より広く、大きい見地から問題をとらえ返すという効果である。またこのことに関連し、「ターミナルケア」に関わる「盛ん」な「議論」とは、「病院死か在宅死か」というものを除き、今までの生命倫理学が強い興味を示してきた論点でもあったことにも注意してよからう。

- 3) ここに言う「毒性の強さ」については、注意しなければならないであろう。煙自体の毒性の強さは、どうやら、非喫煙者の被害量を直接指示しないようだからである。例えば発がん物質ニトロサミンについて、主流煙(=喫煙者が吸い込んでいる煙)の52倍の量を、副流煙で含んでいるということは、場を共にする人への影響「結果」量が50倍程度であるわけではない。これらの記述のみから読み取るべきことは、非喫煙者も、喫煙者と同種の有害物質を体内にとりこむ可能性がある、ということに過ぎない。例えば喫煙者自身が、この非主流煙を吸い込むことだってあるだろう。ただし本注の記述は、受動喫煙、(他に「強制喫煙」とも「環境たばこ煙」とも呼ばれる)の有害性自体を否定しようとするものではない。それらの有害「度」、有害性の量は、後出の〔伊佐山:1999〕〔前田:1979〕などの文献で見るとべきである。

- 4) 深川市立総合病院内科医長の松崎道幸が論文で数え上げている、環境保護局による「Aグループ発がん物質」への認定に際して提示された〈科学的証拠〉。  
[伊佐山:1999:pp.70 ff.]
- 5) 〈異論の余地はない〉とまで、強く言えるかどうかは、検討の必要があるであろう。本論文ではこの問題には立ち入らない。
- 6) ちなみに [川淵:2002] によれば、川淵自身の意見のヒアリングなどによって公明党がまとめた〈医療制度改革に関する独自案〉に〈「タバコ健康税」〉 [同書:p.25] がもりこまれた。内容は、自己負担増の先送りと共に、新税を創設し、たばこ1本につき2円を課税する、というものである。本文にも書いたように、1本あたり1円で、しかし新税・保険医療目的税としてではなく、たばこ税の増税は2003年7月1日「実現」した。
- 7) 長期的には、制度の抜本改革が必要である、とする。医療経済学系の論者などによって、この種の「抜本改革の必要性」は飽きる程繰り返されてきた。しかし、その必要な「抜本改革」が、いつまでたっても実現されない。負担額の小幅な増減、制度の微調整、場当たりの減額など。それらの「その場しのぎ的」な対処によって、しかし、評価に値する公平・公正なシステムが、日本では達成されてきた。[池上・キャンベル:1996] この辺りに、もしかしたら医療経済学（あるいは経済学的発想一般）に特有の「弱点」を見出せるかもしれない。今挙げた [池上・キャンベル:1996] に言及しつつ、〈抜本改革〉を〈幻想〉と喝破した二木の議論 [二木:2001:esp. pp.14-6, pp.37-8] も考慮に入れたい。（ちなみに同書も、短期的方策としてたばこ税増税を模索していた。[同書:p.16]）
- 8) こうして重要になってくるのが、たばこのもたらす社会的損失の量的計算である。日本に関する分析は、本文に述べたように、前田が初めて行なった。（1979年）それは中村文子らの「年齢別疾病別医療費推計」を使用している [前田:1979:p.45] が、その数値に、新たに〈間接費用についての試算〉 [ibid.] を加えたのである。その「間接費用」とは、喫煙を直接原因として、「稼ぐことができなくなった所得損失」と「その他」とからなる。「その他」部分を見よう。火災による損失が107億円、他に〈ゴミ処理費〉・〈清掃費〉である。（たばこゴミ処理費）は58億円、一般住宅での清掃費が3122万戸分で50億円、他に清掃費関連が62億円ある。こうして、間接費用中の「その他」部分総額は、計277億円で、相当な額にのぼっているように感じられる。しかし実は、これはたばこに起因する経済損失総額1兆1406億円に対し、たった3%に満たない。喫煙による疾病の医療費が、直接費用と呼ばれており、2565億円で22.5%になる。したがって、残り「75.6% = ほぼ4分の3」は、所得損失である。

総損失額 = 医療費 + 「その他」の間接費用 + 所得損失（同じく間接費用）

- すなわち、たばこが原因の病気、例えば肺がんなどで通・入院すればその間働けないので、給料が減る、または、そういう病気で死ねば、平均寿命まで生きのび労働していれば得られたであろう所得が、得られなくなる。これが、所得損失の意味である。(しかも罹患による所得損失は146億圓に過ぎない。死亡による所得損失が8418億圓になっており、これが全体の73.8%を占めている。)(ibid.) ここまでは、それ自体では、問題にするには当たらないかもしれない。しかしこの事実から、次のような記述を引き出すのは、人によっては強い違和感を覚えるのではないだろうか。(……日本人1人が平均して年間1万円余の損害を社会的にうけたということになる。)・(……国民医療費総額は約7兆円であったから、その約16%分を、単にたばこを喫煙したために、損害として支払ったことになる。)・(国へのたばこの専売納付金……地方公共団体への「たばこ消費税」は……あわせて1兆円程度にすぎないから、これらたばこ販売からの税金以上に、損害のほうが大きかったのである。)[同書:p.46] というのも、そこで計算された社会的損失のほとんど(4分の3弱)が、死亡による所得損失だからである。この数字的「事実」から、いろいろな帰結を引き出したり、当為的命題を引き出ししたりするのは、ことによったら詐欺まがいにもなりかねまい。例えば〈たばこの社会的損失については、一九七九年、前田信雄氏が日本で初めて試算し、たばこの税収よりも社会的損失の方がはるかに大であることを発表している〉[伊佐山:1999:p.177] とある時に、「社会的損失」の実態を、上述のようなものと想像・理解するだろうか。また、見方によるが、税収との比較では〈はるかに大〉というよりも、両者釣り合っている(税率は適正である)との主張すら引き出し得るようにも思われる。(ちなみに、伊佐山は〈今回、改めてその社会的損失についての三つの調査報告〉[ibid.]を挙げ、1990年代以降未来推計までのものを紹介しており、川淵は諸種の数字を挙げているものの前田の数値のような古いものには言及していない。(1990年頃で3~4兆円規模になっている。)また川淵は、受動喫煙にかかる社会的損失の数字も挙げているが、(……直接喫煙の社会的コストの一・九%) [川淵:2002:p.34] と言う。(これも、数字としてだけ見ると、驚くべき低率の数値と言えるようにも思われる。)
- 9) とはいえ、医師の力量により無駄な検査を頻発されれば、自己負担分もある患者としては「自己決定権」を主張したくもなるに違いない。[水野:1990:p.11] に出るA教授の事例を参照。ここでも水野は、検査「費用」の問題に一行も触れていない。
- 10) 患者の側に、権利を行使する情報力がなく、消費者=顧客としての賢明さが欠如しているので、権利行使を代行する機関として「保険者」の機能強化を、医療改革の手段として提案する向きもある。例えば [広井:1997a] [倉澤:1996]。

- 11) 「いかに生きべきか」という問題意識を、医療経済学的視角から考察した論文として、谷本光男「医療資源の配分の倫理」〔谷本:1998〕がある。ここでは、〈……ある特定の「善き生」の構想〉〔同論文:p.182〕が、配分決定に先立って必要となることを論じている。実践的決断において、「E節1）項」に言う「哲学的考察」が不可避な事例として参考になる。

(あさお・たかし 研究拠点形成特任研究員・駒澤大学他非常勤講師)

---

## Harm of Smoking and “Quality Of Life”

Takashi Asao

---

It is important for bioethics to deal with health-economics. This importance is well understood in America. However in Japan, bioethicists lack knowledge on economics. So I want to contend the need to introduce the views of health-economic considerations into bioethics.

The idea, QOL, Quality Of Life, is one of the main topics of “bioethics”. It is referred to when the problem of euthanasia is questioned. But the idea is also used in non-special medical services. QOL means comfortableness in everyday life, or convenience, etc. The latter case has a close connection with economical analysis.

For example, doctors advise patient to stop smoking, because it is harmful to the human body. It is scientifically proven. However bioethicists generally oppose doctor’s “paternalism”. Lawyers regulate harmful elements in a cigarette. These views are one-sided and are unbalanced judgments. So we need another view about this. The medical-economist’s view is more mild and modest. For example, a tax increase on cigarettes is one way to control smoking.

Although the economic point of view is not a panacea, yet it is very important. So bioethics needs knowledge of health-economics, and to make equivalent relation between doctors as service-providers and patients as consumers is fruitful.