

## 医療経済学の見方から

—情報・哲学・意思決定—

麻生享志

### デューイの哲学と医療経済学

私は現在このCOEプログラム「死生学の構築」の研究員をしている。哲学科所属で、博士論文<sup>1)</sup>ではジョン・デューイを扱い、主な関心は真理論・論理学にあった。医療の問題をデューイの哲学によって考えようとする時、それまでの問題関心の自然な発展として、医療経済学に興味が向かい、一本の論文<sup>2)</sup>を書いた。そこで、本プログラムにおいて、研究員として医療経済（と倫理学の関連性）について、二本の論文<sup>3)</sup>を発表することができた。所属は「死生学の実践哲学的再検討」分野である。わがCOEプログラムの特色は、死をめぐる諸学問の中で、基本的に人文科学の見地から、「生」を通して死を見る点にある。医療経済学という学問の性格は、「死ぬこと」にかかわっているが、死に至る「けが・病気」とそれに関係する医者職業的かわりという、生、すなわち生きることの側から見る学である。その、経済という切り口が、さらに強く、生きることの側の面を示す。そこで、この、医療にかかわる経済について応用倫理と実践哲学的見地から考えなおしたい、とわたくしは願っている。

まずデューイ研究と医療経済論との関連性について述べたい。彼の持つ論理や真理に対するプラグマティックな見方にとって大事なものは、生きていく実際の諸場面での、人間的な探究活動である。プラグマティズムでは、探究の目的論的構造に忠実に、生、生きることにおける具体的な実践的関心から探究が発生し、その意味で一種の「生の哲学」、レーベンスフィロゾフィーという前世紀の哲学運動につながっていく面がある<sup>4)</sup>。これに反して哲学の多くは、認識する者を、認識される「対象・事象」の外に置こうとする視点をとる。この対立図式のなかで、生きていくうえでの関心から、論理・認識を

切り離してしまう考え方をするので、例えばムーアの「自然主義的誤謬」<sup>5)</sup>も、ヒュームの倫理と存在の二元性要求<sup>6)</sup>も成立している。ところが実際には、あるいは今われわれが生きているこの現代社会では、そのように中立的な論理観は、空想的とさえ言える。わたくしは、建築系の学問で進められている「まちづくり」運動とたまたまかかわりを持つ機会を得たが、その時彼らの発想と「方法」に新鮮な驚きを覚えた。社会的実験の結果を観察して、そこで得られた事実命題が、すぐに当為的結論に直結する。デューイの論理思想には、こうした仕組みの理論化という一面もある。

デューイの倫理学の方では、その特徴を「小倫理主義」と命名できる。その考え方によれば、価値論の中心に経済合理性を置くという解釈も考えられる<sup>7)</sup>。議論の余地のない価値として、効率性などがクローズアップされることになるが、医療の場合、それは医療経済学が幅広く研究している。

このような見地で、現代の「医療倫理の議論」を見ると、さまざまな批判の余地がある。まず先端的な医療技術ばかりが論じられている。だがこれはむしろ、哲学でずっと問題にされてきた「技術論」の応用に過ぎないとも言える。そして日常的な医療、通常の医療が語られることが少な過ぎるように思われる。あるいは、その議論方法は「概念」を語るレベルだけで終わってしまう。「人格」概念やら「所有」概念やら「人間の死」概念やらを検討し、議論を整理して、机上で結論が出され、問題が「解決」する、とされている。多面的で複雑な医療行為を、その全体像でとらえようとする時、これまでの哲学的医療倫理学にはものたりない面があると言えるだろう。そこで、医療経済が注目されることになる。

経済的見地は、ほぼ全ての医療行為を、また医療に関連する多様多彩な職業のほとんど全てを扱い、カバーし得る。その積極的な主題は、日常的医療である。またさまざまな社会的調査・役人研究・制度論・最新の技術開発状況に目配りし、統計資料を綿密に使って、実態から遊離した空理空論になってしまうおそれが比較的少ない。経済は、具体的な制度提案、医療運用の提案に直接結びつきやすい。医療資源の浪費にちゃんとした理由がない場合にはムダを防ぎ、おしすすめるべき制度とその根拠を説明する。またその視野は純粹医療のみに限られる、ということもない。福祉制度を通じて、現代人

の生活全体を見つめ直すことにすぐつながっている。

本シンポジウムの題名の「生き死にの選択」では「死」がクローズアップされるが、死を問うことは、死ぬ宿命、死という運命を持つ人間存在が、死ぬことを前提に、あるいは死を見つめつつ、生きるということでもある。死をめぐる医療を論じることは、死亡に直結していない、ふつうの医療と切り離せない。医療で、発病以前の健康を取り戻す完全な回復だけでなく、多少の障害は残ってしまう、しかしそのなかでベターな状態を模索する医療が今日重要となっており、近年耳にすることの多いQOLも、余命だけとか、生存期間の長さだけにこだわるのではなく、生活の質にも配慮しようという発想である。これらのことをふまえると、医療経済学に注目することの重要性が一層はっきりする。

## 医療における経済合理性とその「制限」

もちろん経済合理主義の解決は、万能なものでもなければ、唯一のものでもない。弊害があるならば、実態に即して指摘され、対策が立てられなければならない。しかしそれも、医療経済的視点をより徹底することを通じてしか見えてこないであろう。そもそも医療経済学は、アローの記念碑的論文<sup>8)</sup>に始まった。そこでは、医療サービスは市場経済と言えるのかという疑問が強調された。すなわち医療は、情報の不平等があり、医者は専門的で膨大な知識があるが、患者はそれを持っていない、それゆえに、市場的取引がただしく働かないサービス分野である、と言う。ここでのキーワードは、情報とその有無であり、いわゆる「市場の失敗」で、市場取引のやり方ではうまくいかないと主張されているのである。特にここ数年、医療以外の場面で、市場原理だけで制度設計をする思想が強く主張されており、医療分野もその例外ではないとされる。日本の医療経済学の専門家は、もちろん市場的取引を論ずる技術や発想には親近感があるが、しかし多くの者が、市場主義の機械的硬直的適用には強い疑問を感じている。

医療資源の「配分」を問題にすると、人の「いのちに値段が付けられるのか」といった問いかけがなされることがある<sup>9)</sup>。もちろん値段というもののは

付けようと思えばどんなものにでも付けられる。それは主観的判断による価値付けと言える<sup>10)</sup>。しかしその値段には穏当なもの、常識はずれなものがある。現実的な考察のためには、合理的な説明可能性によって判断しなければならない。「生き死にの選択」と医療経済とを、二つならべて言う場合、すぐに連想されるのは、カルネアデスの板的な状況であろう。つまり希少な医療資源を、誰に、どのように配分するか。その設問からすぐに、貧乏人、買えない貧しい人には適切な医療が与えられず、死ななければならないといった発想がなされてしまう<sup>11)</sup>。実際には、医療経済の立場では、そんな発想は奇想天外で、まったく考えられない。医療経済学者は、誰でも、国際的比較のうえでとても優秀な、日本の医療制度の長所に真っ向から反することなどは考えていない。その長所とは、患者が自由に医者を選ぶことができ、保険制度が普及し容易に保険診療を得られることなど。希少性という表現も、誤解につながる可能性がある。もちろん、有限なものなので、無制限に浪費することはできない。一応そこには選択がある。しかしそれはきわめて緩やかなものである。医療の制度改革には、基本的には国民の理解が不可欠である。貧富の差に応じて医療が変わるということは、きわめて不穏当である。こうした“非常識”な発想をしないで、議論を進めなければならない、そのことは、医療経済学にとって、最低条件であり基本前提的ルールである。そのなかで、全体的な医療費を合理的におさえて、適切な財源を捻出するところにこの学の苦労も工夫もある。

## 医療費の地域差研究

医療経済学を勉強し始めて、この分野の有効性を実感したのは、医療費の地域差研究の結果<sup>12)</sup>を見た時である。或る病いにどんな治療手段が採られたかは、医療費から集計できる。地域別集計から、治療手段の選択に大きな差と偏りが見出される。同じ種類の病気なのだから、普通は、その病気の種類に対応した一つの「適切な」治療手段がある筈で、そのような方法が現実になされているならば、地域間で差が見られるのはおかしい。同じ症状に対して、病院によって、あるいはその医者の受けた教育によって、あるいは地

域によって対処方法が異なるゆえに、そのような差が生じるのである。そうした違いによって、治療効果によしあしが生じるならば、「遅れた」悪い医療手段は正されなければならないであろう。同じ効果が得られるとするなら、治療手段は互いに比較され、治療効果以外の面で、優劣をつけなければならない。そのうちの一つの優劣が、コスト面である。よしあしを含む治療手段に対して、はじめてインフォームド・コンセントの理想が語られるに至る。しかし扁桃腺を切るかどうかといった問題に対して、医療手段に大きな地域差が見られることには、大きな問題点があるのではないか。或る地域の「常識」から、切り取られてしまったが、別の地域に住みその地域で医療を受けていたら切らずに済んだ筈だった——というような。

医療経済学の研究によれば、こうした地域差の原因は、医師の知識差や技術差が疑われる、という。現代でも、医術は「経験と勘」によって選択され施される、などと書かれていたりする<sup>13)</sup>。そう言われたら、常識的にも、自分の経験からも、「そんなものか」と思わなくはない。しかし、近代科学としての医学に基づく、科学技術としての医術という見方もあるので、そうなる実際の医療が、主に、カンや度胸で行われているとは考えられないであろう。学問のなかには、いまだ不確実なものもあり、確率的結論しか出せないものもある。例えば気象の予測は、なお信頼性が低い。しかし、そうであっても、「天気はカンに頼って予報される」と言われることはありえない。それなのに、現に患者を次々回復させている医療が、「アート、芸術として」<sup>14)</sup> 芸人の芸のように、みなされ語られることがあるのである。医療論を行い、医療経済学が医療を扱う時に陥りやすい見落としが、医学を純粋科学と見なし過ぎるといふ誤りである。

## 医療経済的調査の拡充

さて医療手段の地域差といった研究課題の場合には、大規模な調査が必要となる。欧米では多くの調査が精力的に行われていると聞かすが、日本では、それらに比べて医療経済学の研究自体が量的に後れていると言われ、日本医療の実態調査なども、徹底的に拡大していかなければならない状況だと言う。

これは、医学基礎研究に莫大な予算を費やすアメリカの発想<sup>15)</sup>と共に、われわれが考えなければならないことであると思う。そのような、医学関連の研究を推し進めることが、技術としての医療の発展に役立つであろうし、実際に治療を受ける場面になって、多くの国民が効果を実感するであろう。

医療経済的視点は、こうした地域差の現状から、医療手段を「標準化」する、すなわち病気の種類別に、標準的な医療処置をガイドライン的にまとめておく必要性を訴える。(クリティカル・パスなど)現在の日本の医療制度は、いわゆる出来高払いである<sup>16)</sup>。この制度では、必要な医療手段を医者が患者側の立場で選んで与えてくれるといった良い面もある。だが一方で、過剰診療・過剰検査・過剰投薬といったことに結びつきやすくとされる。それで、病気別に、むだな投薬や検査を省き、本当に必要な医療を追求しなければならない。そこで、一つの種類の病気について、標準的な治療手段を或る程度しぼっておき、それを元に保険が支払う価格を決め、「薬漬け・検査漬け」を避けようとするのである。

このように診断群別・包括払い方式(DRG/PPS)を模索していることに加え、最近では、同じような発想で、根拠のある医療(EBM)の必要性も盛んに言われている。病気と対処と結果との事例を大量に収集し、整理してデータ・ベース化する。この場合にも医療経済学的な発想に立って、徹底的な調査活動が必要となる。調査結果は、インターネット等で即座に公開され、医療の現場に活用されているのが欧米の現状である。

## カラダと健康の“特殊性”

医療経済学の願いは、キャッチフレーズ的に言えば、「『必要』な医療を、『過不足]なく」ということである。そうした誰にとっても理想的な医療を実現するために、一つの助けになりたいと志すものである。そのようなかたちで合理性を追求する考え方は、まさに経済学的なものと言える。そしてそれを具体的に表現する時に、「保険診療の支払い方式がどうの」という経済主義みtainな言い方になってしまう。ただこの理想を実現するのに、大きな障害となるのが、医療の不確実性であり、カラダと病気との特殊性である。

この特殊性について、「むんてら」なる医療技術があるそうだ。この場合むんてらとは、Mund-therapie の略で、会話を補助的に活用し治療効果をあげるものである。また、医術は病人が持つ自然治癒力に働きかけ、それを助けるだけだ、というような言い方もある。古来「病いは気から」という風に言われ、また自分の経験からもこれに共感できる部分もある。「手当て」ということばが、痛む箇所や傷などに手をびたつと当てることで安らぎを与え、痛みを抑えることに由来する——といったことを聞いた時には、素直に驚いた。

また代替医療と呼ばれるものが、関心を集める。人々は労力も金銭も惜しみなくつぎこんで、時に熱狂的に、宗教的ともみえるほどに心身を捧げている。例えば健康食品の絶大な効果が次々と"新"発見される。「笑い」は免疫力を増すなどと言われる。温泉に向かう時には必要だった杖が帰りには要らなくなった、という話を聞く。六月に東北地方の温泉に宿をとる時には注意した方がよい。田植えを終え束の間の農閑期が来て、宿が意外に混雑している場合がある。「科学としての医療」観を強く持つ場合には、これらはきわめて疑わしく、またいかがわしい。惜しみなく金銭を費やす人が多数いるので、その利益をかすめとってやろうと狙う者も出やすい筈である。あおるマスコミが、やはり自己の利害を最優先しているようにもみえる。しかし、効果自体はしばしばみられ、これを否定できないと言ってよかろう。これも技術の対象が、人体と病気であるところから来る特殊性である。名医と呼ばれる者は、こういった部分もうまく活かして、治してしまうというイメージもある。医者に奇跡を期待する。

さらに輪をかけて、疾病構造の変化と呼ばれることにも注目できる<sup>17)</sup>。過去には感染症が中心だった。この時代には、発病の「直接的」メカニズムを(まだしも)把握しやすかったと言える。ところが、いわゆる成人病が問題となってきた。この原因は、その「生活習慣病」なる呼び方が示すように、生活習慣が原因であるとされる。或る種の生活習慣は(たしかに部分的には)原因と言えるので、生活習慣を影響因子の一つとすることは否定できないかもしれない。だが、発病の直接的原因は生活習慣なりと断定するのも問題だと感じる。例えば、肥満は生活習慣なのだろうか。また年齢を重ね高齢になっていくことも大きな影響因子なのだが、明らかに普通の意味では生活習慣

とは言えない。この意味で、「成人病」という呼び方にも一理あるのである。喫煙者には、同じような量のタバコを吸っているのに、発病する例と発病しない例との違いが生じることに違和感を持つ者もいよう。

これらの効果は、慢性的体調不良の場合に、多くみられる。それと違って急性的な場合には話がやや簡単になる。フグ毒は、テトロドトキシンという物質と特定されている。或る種の蛇に咬まれれば、どのような血清を用いなければならないかは厳密に決まってくる。推理小説・推理ドラマで頻繁に使われている青酸カリの威力を疑う者はいない。これらは、全て医学的・学問的に、その直接的メカニズムが把握されていることから期待される確実性である。近代科学について大森荘蔵が指摘した「密画化」すなわち細密に見て調べ、描写し、説明を精密なものとするプロセスとして、納得できる<sup>18)</sup>。(その延長には、遺伝子の個人差に着目した個人向けオーダーメイドの医療ということも考えられる。また、薬の効き目に個人差が大きい点の水野肇<sup>19)</sup>が繰り返し触れている。)

ところが急性の病気でない場合には、統計学や数学の確率論の手法に頼ることが多い。「疫学」なる学問があり、例えばタバコの有害性を、この学問の方法で「証明」すなわち実証してくれたりする。しかし慢性症状、成人病的病気の場合には、統計学の方法に頼らざるを得ないこともまた事実である。われわれは、統計学・確率論自体の学問的技術的發展に期待して、蓋然性を高める努力を続け、他方で必要となるデータを集める調査活動にも力を注ぐしかないと思われる。

## 福祉論および医療社会学等との接点

今触れた疾病構造の変化は、医療経済の面でも、90年代後半から重大な課題とされてきた。いわゆる迫り来る高齢化社会というフレーズと共に。福祉論の視点は、医療経済の観点を相対化し、視野を拡大する助けとなる。それによれば高齢化問題には、同時に少子化にも注目することが必要で、人口構造の全体的変化に注目しなければならない。そのなかで医療経済では特に老人医療費の高騰が注目されてきた。低レベルの住宅環境の結果という社会学



的要因から、老人が、いったん発病し入院すると退院、帰宅できなくなってしまう社会的入院の弊害が叫ばれ、介護保険などを構想の中心にした効率的制度設計が最重点とされた<sup>20)</sup>。

ちなみに老人の、いわゆる社会的入院の問題に関連して、大いに参考にしなければならない議論がある。それは「居住福祉」論と名付けられている。(ここからは多少医療経済学的话题をはみだすが、医療制度の考察では、福祉全体を見ないと話がすすまない面もある。またわたくし自身、医療社会学という分野にも興味を覚えるようになってきて、その切っても切れない関係を強く感じているところである。) その居住福祉の議論は、子どもや老人といった弱者の健康を守る義務は、公共政策とか社会全体とか制度と政治の問題と考える。他方で、財産・所有権といった私権すなわち個人の権利のこれまでの概念を、大きくはみ出す仕方で、その見直しを迫る。先ほどまちづくり運動について触れたが、そもそも哲学界に建築を主題とした、例えば建築哲学というような発想を聞くことは少ない。そのなかで、建築の哲学を模索するとしたら、重要な発想として念頭に置かなければならない議論が、この「居住福祉」論で、わたくしの2004年に読んだもののうちで最大収穫とすら言える。それによれば、健康な生活を送るためには、住環境の充実が必要条件であり、その整備をする義務がおおやけの側にある、とする。その論点は、災害被災から子どもに与える影響、独りぐらし老人の問題まで実に幅広い。なかでも、バリア・フリーと連動する形で、一般住宅を健康や医療の見地から整備し直す運動を推進している江戸川区の事例には感銘を覚えた<sup>21)</sup>。こうした面でも、医療だけ見ていたのでは、すぐにゆきづまってしまうことが、簡単に納得できる。

このように社会的入院を含めて、多額の老人医療費が、医療経済上の一大問題となっている。これは、疾病構造の変化によって、成人病のような病気、高齢になって慢性的な症状の出るような病気が目立ってきているからである。そして既に述べたように、成人病イコール生活習慣病の場合には病気を少数の有力原因に絞りこめないことで、最適な治療手段の選択とか、過不足ない適量きっちりの処置を、個人別症状別に与えることが難しいからである。その場合治療は、生活習慣を変える為の指導、すなわち運動の習慣をつけ

ろ！とか、規則正しくて睡眠を十分に摂る生活とか、過度の飲酒の抑制と全面的禁煙とか、ストレスの低い生活とか、肥満の解消などを指導することになる。このような「指導」は、通常の医療処置のイメージには反する。

## 経済的観点からみた医者の情報“力”

これはプラトンの「健康に良いことを最もよく知っている者は、医者である」との、おなじみの文句を想起させる。ここからパターンリズムの問題が生じ、ヒポクラテスの誓いと呼ばれる思想の背景にある根本姿勢に通じるものだ。いずれにせよ、既に言ったように、医者が医学・病気・診療に関しては膨大な情報と知識を持っているのに、患者はそれを知らない、という情報のアンバランスが前提となっている。

国民の一般的期待としては、幸運によって名医ないし良医（仁術としての医療）に出会うということがあり、これまでは、自分は何の予備知識がなくても、学習などして新たに習得することなく、全てを医者に任せ「お願いします」という態度で、良い結果が出るのを待つといったところがあった。素人考えで無益な口出しを止めて専門家の判断に完全にまかせ「生兵法は怪我の元」を避ける発想である。しかし、医療経済の見地においては、医者に任せっぱなしにすることは医療資源の非効率性つまりムダにつながるという説が出されている。医者は、患者に多くの治療手段をすすめる。それは意識されていないものかもしれないし、善意からか、またあるいは意図的に自己利益を図る目的からかもしれない。その多くの治療や検査の内には、不必要な要素も含まれ、それによって、必要以上に医療費がかかってしまうという仮説である。（医師誘発需要理論）これに対しては、患者の側に知識を持つ義務を課して浪費を防ごうという考えもある。だがそれも非現実的と思われる。実際にはそういう期待はなされていない。

これに反して、医療の知識を持った人の集団に経済的利益への誘惑（経済的インセンティブ）を与えて、医者が余分な医療を行う可能性を抑えようという考えも出された。クリントン前米大統領が採用しようとしたエントーベンという医療経済学者のプランがこれである。これによれば、患者の側に立

って代理の役目を果たし、医者 of 言いなりを防ぐのは、保険機関の役割である。将来患者となり得る顧客は、保険会社を選び、契約して、保険金を納めていく。他方保険会社は、医者と契約し、医者と共同してプランを立て、必要十分な医療処置を、標準的なものとして決めておく。いざ発病ということになれば、保険の顧客すなわち患者は、保険会社と契約してある医者 to 治療を受け、その費用は保険で補う。このような制度においては、保険者が医療知識を精一杯活用して、経済的にも合理的な、不要な処置のない医療が行われるように監視できる。他方、必要な医療も与えられない「節約」が行われてしまい、いわゆる過小診療になるおそれは、そうしたことをすれば保険会社の信用が失われるので、防止できるとされる。だがこの制度も完璧ではない。まず救急医療のあり方に問題が考えられる。また事務処理が膨大になることや、全地域の医者 to 契約を結んでおく困難性などの保険会社側の事情があつて円滑に機能しないなど。

## 机上で構想する「抜本」改革の功罪

ここまでで幾つか紹介してきた改革案は、医療経済的視点から出された抜本的根本的制度改革を提案している。すなわち消費者としての患者が医療機関でなく保険会社を選択する制度の案、居住福祉論の革命的発想転換、EBM という根拠ある治療の推進と医療技術の標準化に基づく包括払い方式などである。しかし現状の日本の制度は、バランス感覚あふれ統制のとれた、国際的に見て優秀な医療制度だと評価されている。副題に「統制とバランス感覚」とある名著『日本の医療』<sup>22)</sup> は、この日本の医療制度の歴史的形成過程をまとめている。この優秀な制度ができたのは、机上で抜本改革を構想しないで、また理論的考察だけで制度を根本から設計し直すというようなことをせずに、全く逆に、伝統のなかで、調整に専念し、バランスを重視するところから築き上げられたものだと主張されている。これにも、驚かされ目を開かれた。社会の変化は避けられない、もちろんそれに対応しなければならないのだが、新制度を「ゼロから設計する」しかないような発想でいたからだ。フランス大革命などで連想されるような全面改革というやり方以外に、こう

した日本型の方法が成立するという事に気付かなかった。保守思想について、「保守的」イコール「守旧派」という連想から悪いイメージだけでとらえ、真剣に検討の必要な保守主義の可能性<sup>23)</sup>を考えていなかったのである。ところが今思うと、デューイ倫理学で提案されているものは、案外、こうした正当な保守思想となじむ面があるのではないかと、とも思われる<sup>24)</sup>。マルクーゼが指摘している<sup>25)</sup> ことだが、デューイの提案する実験主義的社會改革の思想は、例えばナチの全体主義のような大規模な場合には、実験が困難である。社會制度に関する限り、急転換を実験してみることは、失敗した時に犠牲が大き過ぎ、とりかえしがつかない。実験主義的改革のプロセスを現実的なものとするためには、小規模な変化を積み重ね、着実に進んでゆくしかない。それを、真の意味での保守思想と見なすことが出来る。「保守主義」という発想は、無検討無批判に過去の制度・思考を復活したり保存したりすることだけではない、と。こうしたことも医療経済学は教えてくれる。

## 医療現場での哲学的思考と情報

さて、先に説明した消費者選択保険制度（クリントン改革モデル）においては、患者は、客イコール消費者としての選択の権利を、保険機関とのからみで確保している。しかし医療に関する限り、現状の日本では、この、消費者意識・権利意識が薄い。ここに問題点が見出され、盛んに言われているのがインフォームド・コンセントの議論である。アメリカでこのことが言われ出した時、一つの思想的背景となっていたのは、きわめて医療経済的発想からする「消費者主権」の考えであった。ところが日本では、情報を開示することが薄い文化性もある。だから、必要な情報を医者が提供し、合理的に自分にとって最適なもの本人が決定・選択し、医者が実現に努めるという視点が乏しい。医療サービスを買う客という発想はないに等しい。

インフォームド・コンセントが確立した時には、その決定においては本人の意思が最も重要な部分となる。また日本の文化風土においては、家族の意思も大きいと言われる。しかし、理想を言えば、本人にとっての「良き生、どのような生を選びとるか」が、本人によって明確に決められ、それを周囲の全てが

受け入れ得る、という状況が望ましいことは確かであろう。これに対して、極端な場合には、パターンリズムが余計なお世話、おせっかいをやき、自由意思を危機に陥れる危険さえ考えられる。これは、生活習慣病に対する医師の指導的医療処置にもあてはまるような、QOLの問題であると言える。

ここまで来ると問題は、広い意味での哲学のものと言えないだろうか。生きる意味を追い求めて哲学書を開き、哲学の道を選ぶ。大量に生まれてくる虫（昆虫）は、無意味に大量に死にゆくもののようにみえる。虫けらの命である。他方で高山植物は過酷な生存環境に耐えて一瞬の開花を逃がっている。必死という言葉が似合う。現代は、人間は、一つのいのちの重さが歴史上かつてない程に重いものとされているように思われる。だから国のために死ぬ太平洋戦争時の人々の感覚は、現代では想像困難ですらある。この日本人が、江戸時代の泰平の世で、『葉隠』で「武士道を死ぬこととみつけた」と言っていたのけた。ホイジンガの『中世の秋』などで西洋中世人の死に対する感じ方を見ても、古代中国人の死生を司馬遷の『史記』などでみても<sup>26)</sup>、それらの見方・感じ方は今のわれわれのものと全然違っている。今では一人の人のいのちが重いものとされ、一つの人命が絶対的とも言える価値を持つと言われるようになって、かえって、生の実感といったようなものは稀薄になったとも聞く<sup>27)</sup>。けれども、私は今年テレビのドラマで「ドクター・コトー診療所」といったものをみていて、一人の患者の死ぬ場面に涙をおしとどめられなかった。これらによって思うのは、宗教的問題も含む死生観であり、いのちのありようを問う人生観である。この意味で、広く哲学の問題だと言ってよいのではないか。

こうした重要性を意識し、「生き死にの選択」すなわち医療手段における意思決定の問題に関連して注意したいのが、再び情報の問題となる。医師が持っている、専門的に深い知識、最新の知識、膨大な知識があるとしても、それが患者に正確に伝えられ、患者に理解されるのでなければ、インフォームド・コンセントはかえって有害に働くおそれもある。「3分診療」、診療時間が3分間しかない場合があると言われる。これは現代日本の制度の問題として、医者だけに責任を負わせられない面もある。しかし誤解を避け正しい知識を持ち、それで判断するためには、しっかりメモをとったり、自分から

質問しなおしたり、要旨を確認し直すといった手順が、どうしても必要で重要であろう。医療現場以外でも、健康情報は、現代社会にあふれている。カラダへの影響では、「病いは気から」的な精神的部分や、最初良いように感じたものが実は悪かった、という可能性も十分に考えられる。伝統に裏付けられない特殊な方法を、徹底的に行えば、そういう偏りはアンバランスであり無理なものになり、悪い結果となるだろう。そういう情報を鵜呑みにするのは、主体的選択どころではない。軽薄な信じ込み易さ、裏付けのないものに踊らされているだけとなったり、頑固な独りよがりとなるだろう。情報に関しては、一般的に、次の二点に注意すべきである。第一に情報は質の良いものでなければならない、第二に情報は多面的に得なければならないということである。くれぐれも、その種の情報には警戒し批判的態度で当たりたいものである。

このような、信頼できる情報に基づいた本人の自己判断を、医療の場に、しかも全国民のものとして、制度的に徹底することは現実的には不可能であろう。しかし医療経済学が有意義だと思っていることは、出来る範囲で不確かでない情報を多く集めて、その上で信念を持って判断していくことである。その結果としてなら、代替医療的なものに頼って、楽観的に、精神的に楽な気分の面を重視する、という考え方すら、必ずしも不当ではない<sup>28)</sup>。あるいは、哲学史的にはまことに評判の悪い考え方が、身体感覚の直接的快、快楽のみが信頼できるとして、健康物質的なものを偏って摂るより味覚を重視していくのも一つの健康に対する考え方と言える。

以上、医療手段の選択における意思決定において、哲学的視点と情報への留意の重要性が指摘できる。その上で、医療経済的な研究・調査の拡大充実と、哲学や医療倫理学の側がそれらに適切な注意を払うことが、必要だと思うのである。

## 注

- 1) 麻生享志 「ジョン・デューイにおけるプラグマティズムの真理観の研究」(コンテンツワークス社による、インターネットのオン・デマンド出版) 2002。
- 2) 麻生享志 「医療経済と応用倫理」『応用倫理・哲学論集』1 (東京大学哲学研究室) 2002。
- 3) 麻生享志 「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」・「たばこの害と『QOLの倫理学』」『死生学研究』(東大COE「死生学の構築」) 2003春号、2003秋号。他に書評論文「広井良典『生命の政治学』の生命倫理」同2004春号。
- 4) 拙稿十二章「プラグマティズム」久保・河谷編『原典による哲学の歴史』(公論社) 2002参照。
- 5) ムーア『倫理学原理』(三和書房深谷訳) p.14。
- 6) ヒューム『人性論』(岩波文庫大概訳(四)) pp.33-4。
- 7) 麻生享志 「『小倫理学』確立の可能性」『論集14』(東京大学哲学研究室) 1996、一面的な経済合理主義に対するデューイ的批判の考察は「合理性・倫理的価値と経済学」『論集17』(同) 1999。
- 8) Kenneth Arrow 'Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care' *American Economic Review*, 53 (5), 1963, pp.941-73.
- 9) 前田信雄 『保健の経済学』(東大出版会) 1979。倫理と人の行為選択に経済学的視点を適用する「効用原理」の一般的考察は、例えば塩野谷祐一『価値理念の構造』(東洋経済新報社) 1984など。
- 10) 漆博雄編 『医療経済学』(東大出版会) 1998、p.169。
- 11) 竹内靖雄 『経済倫理学のすすめ』(中公新書) 1989、pp.193 ff. など。
- 12) 西村周三 『医療の経済分析』(東洋経済新報社) 1987、pp.43-5、池上直己『医療の政策選択』(勁草書房) 1992、pp.12-3。
- 13) 後に紹介する池上直己・A. C. キャンベル『日本の医療』(中公新書) 1996、p.38。同箇所では、開業医が磨いてきた芸としての医療が語られているが、ここで言う「芸」が、後出のアートと同義的である。
- 14) 西村『医療の経済分析』(既出) pp.11-4。
- 15) 広井良典 『アメリカの医療政策と日本』(勁草書房) 1992などを参照。
- 16) これらの日本の医療制度について知るためには、多少古くはなったが、概観するのに最も適切かと思われる池上・キャンベル『日本の医療』(既出)

が推薦できる。

- 17) 広井良典『日本の社会保障』（岩波新書）1999、pp.84 ff. など。
- 18) 『著作集7・知の構築とその呪縛』（岩波書店）1998。例えば p.13 など。
- 19) 水野 肇『クスリ社会を生きる』（中公新書）2000。
- 20) 医療経済的には老人の慢性症状に対する薬剤の投与の合理性・効率性などが、検討の対象になるであろう。いったん症状が安定すると、投薬は機械的なものとなるように見える。
- 21) 早川和男『居住福祉』（岩波新書）1997、pp.203-7。

全国の自治体がとりくんでいるバリアフリー援助制度……で、地域をあげて高齢者の住宅改善にとりくんでいるのが、東京都江戸川区である。……「待つ福祉から出かける福祉」への姿勢が大きな効果をあげている。／大工・職人の役割／区の事業に協力しているのが地元の建築職人である。……区役所は数多くの関連業者と協定をむすび、職員と業者がいっしょに高齢者のいる家を訪問し、相談に乗ったり、図面を作ったりする。大工・工務店は保健婦・訪問看護婦・理学療法士・作業療法士などとも相談しながら住宅改造にとりくむ。……土建組合に属する一部の組合員は住宅センターを組織し、九六年四月現在、五〇の工務店、六つの内装・塗装・ブリキ・畳業者が参加している。毎月一回、自分がとりくんだ住宅改造例の経験を会員全員の前で報告する。仕事は圧倒的に浴室、トイレ、廊下、階段、段差解消、風呂にスノコを作るなどが多く、三〇万円から四〇万円の仕事という。／この仕事をやって一番よかったのは、大工が自信をもったことだという。手すりの取り付け方をどうするかを研究会で議論する職人は無口な人が多い。それが話をするようになる。やっていることの喜び、社会に出て話ができることの喜びが大きいという。工事金額は少ないが、仕事を通じて段差のない家の新築につながる。健常者にも、掃除しやすいと喜ばれている。改造後のアフターケアとして盆暮れに訪問し、使いやすいかどうかを聞く、圧倒的に重宝がられているという。努力が自信につながる。「今までどんな良い家を建てても一度も褒められなかったが、お年寄り話を聞いてあげるだけで、手すり一本つけただけでうれしいと泣くのです。金持ちの家でも年寄りは小さくなっています。」「今まで税金を納めてきたのだから区の援助を受けて直しなさい、と説得が必要です。工事費をただで受けるなどとい



う経験はないですからね。」工務店の社長や大工の感想である。……

- 22) 池上・キャンベル 『日本の医療——統制とバランス感覚』（既出）。
- 23) 最初に、保守主義の可能性に気付かせてくれたのは西部邁『思想の英雄たち』（文藝春秋社）1996であった。その思想を自分なりに追求した拙論「恋愛包囲網——T. S. エリオットとマシュー・アーノルドの保守思想」『文化』21号（駒澤大学文化教室）2003も参照を願いたい。
- 24) ずっと不思議だったことだが、ホワイトヘッドがデューイの倫理学について、次のような感想を話していた。——デューイの倫理学は非常に保守的な思想だ。中国の儒教と同様に保守的で、儒教を理解するためにはデューイを学ぶとよいし、デューイを理解するためには儒教を研究するとよい、と。（『ホワイトヘッドとの対話』）この発言は、ここで出した観点でも解釈できるかもしれない。
- 25) H. Marcuse 'John Dewey's Theory of Valuation' John Dewey Critical Assessments, vol. 3, pp.22-7。
- 26) 川西政明 「史記・滅亡繰り返し持続する世界」『わたしの古典』（読売新聞朝刊書評欄）1998.3/29 には、高橋和己が該書中の殺人記録をひとつひとつ指摘した逸話が出てくる。
- 27) 20年近く愛読してきている美術エッセイスト、故洲之内徹は繰り返しそう語っていた。『さらば気まぐれ美術館』（新潮社）1988など。
- 28) 本人の主体的選択で、その意味で、独断的偏向的性格のものに過ぎないことを自認していることは最低限の条件となろう。新たに世に出たサプリメントの物質や、聞いたことのない健康法などを他人に強く勧めることは、基本的に暴挙でしかない。

（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）