

社会正義と善き生死

——社会正義を支持するさらなる理由としての健康と善き死

福間 聡

1. 導入

社会正義が実現された社会、たとえば社会経済的な平等（社会経済的な格差の縮小）が実現された社会はなぜ望ましい社会と言えるのだろうか。それは平等自体に大きな価値があるからだろうか。それとも平等がもたらすなんらかの事柄に大きな価値があるからだろうか。本稿では後者の観点から平等な社会の意義を考察するが、その際俎上に載せられるテーゼは「社会正義（平等）は我々の健康に良い」である。

近年の社会疫学的研究にあつてはこのテーゼの妥当性が検証されており、このテーゼに対して肯定的な立場を示す N. ダニエルズらの議論は大きな関心を呼んでいる（cf. [Daniels et al. 2000]）。このテーゼを支持する論者は「健康の社会的決定要因」に注目している。豊かな国にあつては、健康は医療機関にアクセスできるか否かによって決定されているのではなく、我々の「社会経済的な地位」によって決定されていると彼らは主張している。すなわち社会的な地位が高ければ高いだけその人は健康であり、低ければ低いだけ不健康になる（死亡率が高く、主要な疾病に罹患する率も高くなる）、と。またこのことは、社会の不平等の度合いが小さければ小さいほど（社会経済的格差が小さければ小さいほど、最高所得層と最低所得層の幅が小さければ小さいほど）、その社会で暮らしている人びとは健康であることも含意してい

る。

では上述のテーゼが正しいとするならば、それは社会的な平等を支持する十分な理由となるのだろうか。我々は如何なる価値を健康に見いだしているのだろうか。またそもそも健康自体に価値はあるのだろうか。さらには、平等な社会は自殺、餓死、孤独死、窮死や過労死、殺人等による死といった悲惨な人生の末路を回避する道筋をも示すならば、そうした社会を指向するさらなる理由が我々にはあることになるのだろうか。

こうした問題を本稿では、善き死・善き生とは何かというミクロ的な視点と、善き死・善き生を可能にする公正な社会とは如何なる医療・福祉等の制度編成やソーシャル・キャピタル (social capital 社会関係資本) を備えている社会であるのかというマクロ的な視点から考察することを試みる。

2. 健康と相対的所得格差

まず本稿で用いる概念を明確にしておきたい。本稿にあつて社会正義とは不正な (正当化しえない) 不平等の是正、道徳的に正当な理由が存在しない不平等の是正を意味している。それゆえ社会正義とは完全なる平等社会を目指すというラディカルな主張ではなく、社会経済的な不平等を認めるが、そうした不平等は正当な理由が存在するものでなければならない、換言すれば、すべての市民、とりわけ当該社会で最も不遇な状態に置かれている人びとに対して正当化可能なものでなければならない、という主張である。ではこのような意味での社会正義が実現されることは我々の生死に如何なる影響を与えるであろうか。社会正義と善き生死との関係を考察する手始めとして、まずは社会正義と善き生、すなわち「健康」との関係を考えてみたい。

なぜ健康を考察の対象として取り上げるのかと言えば、健康は我々が善き生を送るための前提条件であり、我々にとって善いものと考えられているからである。ではなぜ健康は我々にとって善いものと考えられているのだろうか。我々が健康であるということは確かに、我々が生を営む上で配慮すべき事柄ではあるが、〈健康それ自体〉が善いというわけではないであろう (そ

もそもそれ自体で善いものがこの世界の中に存在しているのか否かという哲学的な問題もある)。そうではなく、〈健康がもたらす事柄〉が我々にとって善いものであるため、派生的に健康も善いものであると考えられていると思われる。では健康がもたらすものとは何であるのだろうか。

健康であることは、我々が病気で自由に身動きがとれない場合に比べて、我々が大事に思っている計画や善を実現する可能性を高められる。この生活の幅の拡大、生きる上での選択肢の拡大——換言すれば、A. センが唱えるケイパビリティ (capabilities) [Sen 1992] の向上——が健康のもたらすものであると言えよう。そうした状態はどのような人にとっても善いことであり、それゆえ健康は社会正義を考察する上で配慮しなければならない対象のひとつとなっている。

では社会正義が健康を配慮する上で俎上に載せるべき問題とは如何なるものであるのだろうか (とりわけ日本のような先進工業国にあつては)。従来は「絶対的所得仮説」なるものが唱えられていた。これは絶対的な所得の欠乏が不健康をもたらすのであり、したがって社会において不健康であるのは貧困層だけであり、それゆえ彼らの社会・経済、衛生状態を改善しなければならない、という説である。この説に依拠するならば、社会正義は貧困層の衛生状態や経済状態の改善を目的とすべきであるが、貧困層でないものは皆健康であるため考慮の対象とならない、ということになる。それゆえ絶対的な貧困層 (1日1ドル未満で生活している人びと) がいなくなったはずの豊かな国では、所得 (社会的地位) と健康状態との間に相関は無くなるはずであると考えられていた (皆一様に健康であると考えられるため)。しかし実際にはそうした相関は存在している。なぜであろうか。それは貧困がもたらすこととは異なる事柄が先進国にあつては健康・不健康の原因となっているからである。

現在では「相対的所得仮説」が唱えられているが、これは健康には社会経済的な階層による格差が存在しており、所得の多い階層の方が所得の少ない階層よりもより健康である、という説である [Kawachi and Kennedy 2000: ch.3]。それゆえこの説によるならば、たとえ階層の低い人が生活習慣を改

善したとしても（過度の喫煙や飲酒、高コレステロール食事等）、それだけでは階層が高い人の健康状態に必ずしも到達できるわけではない。なぜなら生活習慣がどうであれ、社会経済的地位が低いこと自体（相対的な所得の低さ）が彼らの健康に影響を与えているからである²。

相対的所得仮説は不健康は貧困層だけの問題ではないことを提起しているが、この説は次の二つのことを意味している。①ある人の健康状態は当該社会におけるその人の相対的な所得の程度によって決定される。②社会の不平等の度合いが小さければ小さいほど（社会経済的格差が小さければ小さいほど、最高所得層と最低所得層の幅が小さければ小さいほど）、その社会で暮らしている人びとは健康である（死亡率が低く、主要な疾病に罹患する率も低い）。以下の図表は富の不平等な分配と健康との関係を表している。

近藤によれば [近藤 2005]、そもそも相対的所得仮説はこのような国際比較研究の中から生まれた³。アメリカは、1人当たりの GDP で見れば経済的に豊かな国だが、貧富の差（所得の不平等）は激しく、ジニ係数も大きい。一方、スウェーデンや日本は国民1人当たりの経済的な豊かさはアメリカにかなわないが、ジニ係数はこの二国の方が低く、より平等な社会である。そして平均寿命を見ると、経済的により豊かなはずのアメリカは短く、この二国の方が長い（図2、3参照）。

国民1人あたりの GDP が5,000ドルまでは、額が伸びる程その国の平均寿命は右肩上がり得上昇する。国が豊かになり栄養・衛生状態が改善するので。ただ、5,000ドルを越すとほぼ横ばいになる（図1参照）。むしろジニ係数のような所得分配の不平等の差（社会経済的格差）が国民の健康状態や寿命を左右するようになる（図2、3参照）。これが相対的所得仮説である。

それゆえ1人あたりの GDP が同程度の二つの国のうち、所得がより不平等に分配されている国に住む人びとの方がより不健康である、と言える。これは低所得層のみならず、中間所得層であっても（より平等な国の中間所得層に比べて）より不健康となる。ではなぜ、平等な社会の人びとは健康であるのだろうか。

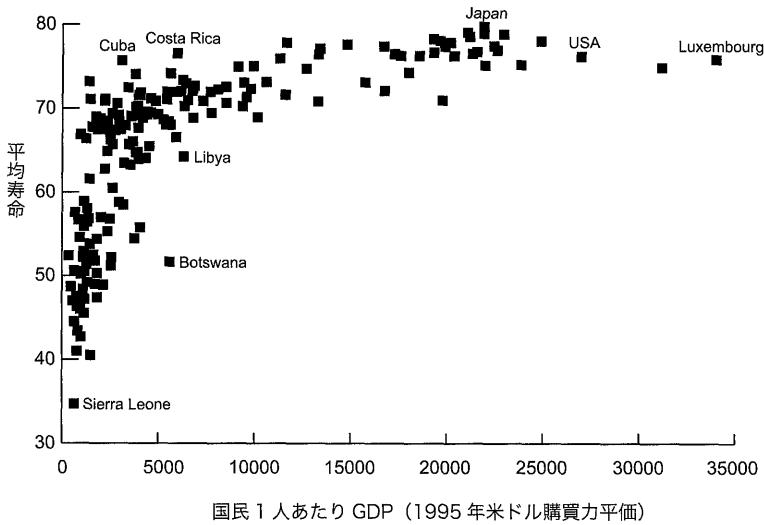


図1 国の豊かさと平均寿命との関係 [Daniels et al. 2000]

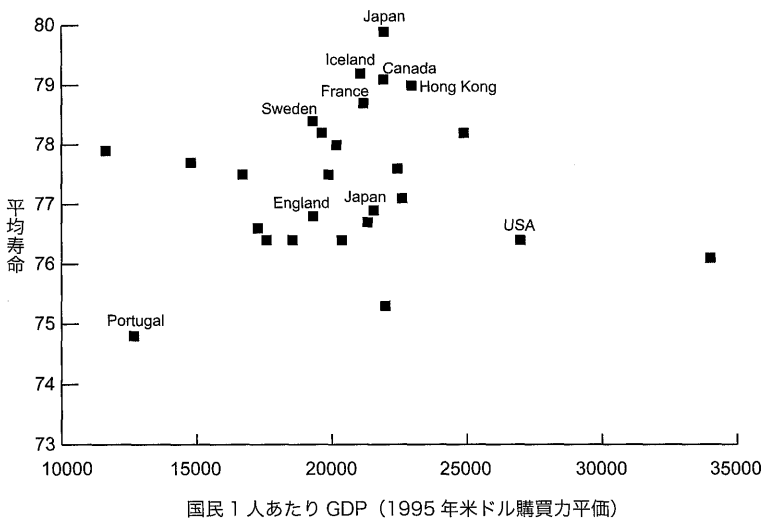
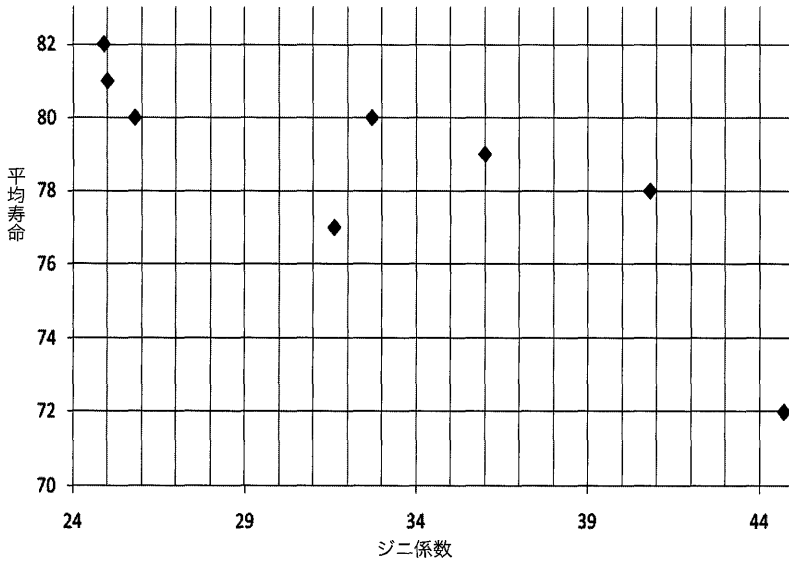


図2 1人あたりのGDPが10000ドル以上の国々における豊かさと平均寿命の関係 [Daniels et al. 2000]



国名	ジニ係数	平均寿命
日本	24.9	82
スウェーデン	25	81
ノルウェイ	25.8	80
フランス	32.7	80
イギリス	36	79
アメリカ	40.8	78
韓国	31.6	77
中国	44.7	72

(ジニ係数は World Development Indicators Database 2005、平均寿命は WHO の The World Health Report 2006 を参照)

図 3 平均寿命とジニ係数

3. ソーシャル・キャピタルと健康の社会的決定要因

カワチ等の研究によって [Kawachi and Kennedy 2000]、平等な社会と人びとの健康との関係を考察する上で再び注目を集めている概念が「ソーシャル・キャピタル」である。ソーシャル・キャピタルにはいくつかの定義が存在するが、ここでは「相互の信頼感」「自尊の感覚（自分の生に対するコントロール感）」「互酬性の規範」「社会的ネットワークへの参加」といった、人びとの協調的活動（社会的一体性 social cohesion）を促す諸要因、と考えたい。たとえば所得の格差が小さい社会にあつては隣人への信頼、自尊の感覚等のソーシャル・キャピタル（社会的一体性）が豊かであり、それゆえ精神的ストレスが少なく、ストレスに起因する疾病が削減されるため、身体的な健康が高まるという経路を想定することができよう [近藤 2005]。

ではこのような所得格差が小さく、ソーシャル・キャピタルが豊かな社会を生み出すためにはどうすればよいのか。ダニエルズらは J. ロールズの正義の理論が参考になると論じている [Daniels et al. 2000]。ロールズは社会の基礎構造を統制する原理として「正義の二原理」を提起しているが、それは社会的基本財（social primary goods）という、人びとが社会生活を送る上で欠かすことができない財（諸善）の公正な分配を目的としている。

正義の二原理とは簡単に説明すると以下のような原理群である [Rawls 1999:sec.11]。

- ① 平等な自由原理（政治に平等に参加できる権利の保証）
- ② a 公正な機会の平等原理（人種や出自、性別に関わらず、他の条件が等しいならば、すべての人に対して平等の機会を保証）
- ② b 格差原理（正当化される社会の不平等は最も不遇な人びとにとって利益となるものであることを保証）

ではこのような正義原理は私たちの健康に対して如何なる影響を及ぼすのだろうか。確かにロールズは『正義論』やその他の著作・論文において人

びとの健康については語っておらず、契約当事者ならびに市民は健康であることが前提されている。またこのような前提がいくつかの批判を招いてきた。しかしこの前提をネガティブに捉える必要はなく、「人はすべからず健康でなければならない」ということを彼の正義の理論は含意している、とポジティブに解釈すればよいのではないだろうか。ではこのような含意を有するものとしてロールズの正義論を捉え返すならば、社会正義は健康に対して具体的に如何なる影響を与えうると言えるのだろうか。

ダニエルズらは健康の「上流 upstream」に注目している。すなわち社会正義は「健康の社会的決定要因」[Wilkinson and Marmot 1999, WHO 2003] に影響を与えうると。健康の社会的決定要因と考えられている主な事柄として次のようなものがある。

①社会格差：どの社会でもその最下層部に近いほど平均余命は短く、多くの疾病が見受けられる。健康政策は健康の社会的・経済的決定要因について取り組まなければならない。②ストレス：ストレスの多い環境は人びとを不安に陥らせ、立ち向かう気力をそぎ、健康を損ない、ひいては死を早めることもある。③幼少期：人生の良いスタートを切るためには、母子を支援することが必要である。幼少期の発達や教育の健康に及ぼす影響は生涯続く。④社会的排除：生活の質が悪い人生は短いものとなる。貧困、社会的排除や差別は困窮、憤りなどを引き起こし、命を縮めてしまう。⑤労働：職場でのストレスは疾病のリスクを高める。仕事に対してコントロールができる人（裁量権が大きい人）ほど、健康状態が良好である。⑥失業：雇用の安定は健康、福祉、仕事の満足度を高める。失業率が高まるほど病気にかかりやすくなり、早死をもたらす。⑦社会的支援：友情、良好な社会的関係、確立された支援ネットワークは、家庭・職場・地域社会における健康を向上させる。⑧薬物依存：アルコール・薬物・たばこを習慣とし、その使用から健康を害するのは個人〔の責任〕ではあるものの、その使用に至るにはさまざまな社会的環境も影響している。⑨食品：世界経済は食糧の供給に大きく関わっているため、健康的な食品の確保は政治的問題である。⑩交通：健康を重視した交通システムとは、公共輸送機関の整備により自動車の利用を減らし、徒歩や自

転車の利用を奨励することを指している。

豊かな国々では医療へのアクセスそれ自体よりも、こうした健康の社会的決定要因の不平等、すなわち社会経済的不平等が不健康の原因となっている。ではこの二つの間には如何なる経路が存在しているのだろうか。

第一に、所得格差が大きい社会にあつては基礎教育への投資が少なく、それゆえ市民の間に教育格差が生じ、この教育格差は就職格差ならびに所得格差を導くことによって健康格差が引き起こされると考えられる。第二に、所得格差が大きい社会にあつては低所得層の政治的発言力が弱いいため、福祉に関連する給付が少なく、それゆえ健康格差が引き起こされていると考えられる。そして第三に、所得格差が大きい社会は相互の不信感が大きく、また低所得層は自尊の感覚を保持することができないため、彼らの精神的ストレスが増大し、このストレスは身体的疾病を導くことによって健康格差が引き起こされる、と。

これらすべての経路をソーシャル・キャピタルの効果と考えることもできるし（基礎教育への投資が少なく、低所得層の発言力が弱いのは他者への配慮や社会的統合といったソーシャル・キャピタルが少ないため。広義の解釈）。第三の経路のみをソーシャル・キャピタルの効果と考えることもできる（狭義の解釈）。したがって、人びとの健康を高めるためには、社会経済的諸条件——基礎教育へのアクセス、物質的欠乏のレベル、健康的な労働環境、政治的参加の平等性、等——を改善し [Daniels et al. 2000:4]、人びとの自律性や社会参加を高める必要がある。健康であるか否かはこうした個人の自発的な選択を超えた社会経済的な諸条件によって決定されているのであり、健康か不健康であるのかは、いわゆる〈自己責任〉であるとは単純に言うことはできない。

では具体的にはロールズの正義原理は、上述の①から⑩の健康の社会的決定要因に対して如何なる含意を有しているのだろうか。「平等な自由原理」はすべての人、とりわけ低・中所得者であっても政治に参加できるような仕組みを整えることによって（政治資金の規制、公金からの補助等）、彼らの発言権を拡大し、低・中所得層に有利な政策の実現を要求する。こうした

要求を行う際の理念は「熟議民主主義」であり、活発な政治参加、社会的ネットワークへの参与を促すものとなる〔福間 2007〕(④)。「格差原理」は正当化される社会の不平等は最も不遇な状態にある人びと（最低所得層）にとって利益となるものであることを保証することによる、社会経済的格差の縮小を要求する⁴。その際の理念は「基礎所得 universal (unconditional) basic income」であり、所得の再分配を行うことによって物質的条件が改善されるのみならず、この政策の特徴である無条件性から人びとが経験する「他者からの尊重」を受けているという感覚は人びとの自尊の社会的基礎となる〔ibid.〕(①、②、⑥)⁵。最後に「公正な機会の平等原理」は差別的な障壁を取り除き、人びとの機会に影響を与える社会経済的不平等やその他の社会的偶発性の効果を軽減することを目指した確固たる施策を要求する〔Daniels et al. 2000:18〕。また、すべての人に対するノーマルな生活機能 (normal functioning) の促進を目指した、広範囲に及ぶ公衆衛生、医療・社会支援サービスを要求する。具体的な政策としては、幼少期の介入 (補償教育〔恵まれない子供たちの文化欠乏 (cultural deprivation) を補う教育〕や栄養補給)、公教育への積極的投資、労働条件の改善、等が挙げられる (③、⑤)。

ロールズの正義の二原理は平等な諸自由、確固とした機会の平等、資源の公正な分配、そして、私たちの自尊の支援を目指している〔Daniels et al. 2000:6〕。こうした社会正義が実現された社会は、より平等な社会となるのみならず、社会・経済的格差の縮減とソーシャル・キャピタルの増大によって、人びとがより健康な社会にもなる⁶。ではこのような人びとが健康に生活できる社会は、我々の死に対して如何なる影響を与えうるのか。善い生は善い死への道を準備するのだろうか。

4. 善い死の定義とデス・システム

この問題は二つの視点から考察する必要がある。ひとつは、「善い死」を定義することは可能か、という視点である。通常考えられていると思われる善い死の定義として以下のものがある。

「友人や家族に看取られながら、心身とも健康のまま死を迎えることができる」。

これは穏やかな老衰、あるいは「ピンピンコロリ」と呼ばれる死の形態である。しかしながらこうした具体的な定義には議論の余地がある。こうした死が最善の死であるということに誰しもが同意できるわけではない。それゆえ次に形式的な定義を見て行きたい。

①善き死（ネガティブな形式的定義）：我々は何が善い死を構成するのかについて常に同意できるわけではないとしても、どの形態の死が酷いものであるのかについては同意できる [Kastenbaum 2006:510]。

②善き死（ポジティブな形式的定義）：a) 善い死とは、その際に我々の最も重要な個人的な関係が肯定されている死である。b) 善い死とはできる限り長く、できれば最後まで、人びとが自分自身であり続けることができる死である [ibid. 511]。

①については説明はいらないであろう。また②は最後まで家族や友人、恋人との関係が遮断されることなく、なんらかの仕方で維持されたままで死に至ること、また自己の同一性を保ったままで死に至ることが善い死であると提起している。こうした形式的な定義に対しては多くの人びとが同意できると思われる。

こうした形式的定義を踏まえた上で、「善い死」の増大＝「悪い死」（自殺、餓死、孤独死、夭死、窮死や過労死、殺人等による死といった「恐ろしい死」）の減少、と考えたい。これは「善い死」自体を定義することは困難であるが、誰もがそうした仕方では死にたくない死、恐ろしい死といった「悪い死」が減少するということは、間接的にその社会では「善き死」が増大していると考えることができる、ということ提起している。

たとえば、基礎所得が各人に保証されることによってお金の絡む犯罪は減るであろう。また格差が削減されることによって相互不信感やストレスが減

る。これらのことは殺人等の減少につながりうる⁷。また餓死や窮死等の物質的欠乏による死や、経済的な問題が原因となる自殺も減ると思われる。また夭死が減ることによって各人が大事に思っている計画を実現できる可能性がより高まる。こうしたことに関しては社会正義の実現が「善い死」の増大をもたらすかもしれない。

しかし健康な社会が我々の死に対して与える影響を、もうひとつの視点から考察しなければならない。それは「デス・システム death system」からの考察である。健康と同様に死の意識も社会から影響を受けており、個々人の死生観は純粋に主観的、個人的なものではない。死についての我々の態度に影響を与えている社会的要因の体系を R. カステンバウムは「デス・システム」と名付けている [Kastenbaum 2006]。デス・システムとは直接的または間接的に死と関係している思想、感情、そして行動の全範囲であると彼は論じている。デス・システムの構成要素として、死の暴露（どれだけ死と直面する機会があるのか）や平均寿命といった事実的要素、および自然の力に対する抑制感や人間であることが意味することについての認識といった理論的要素がある。これらの要素が変容することによって我々の死生観も変容するとカステンバウムは述べている。

そして「死生学」が今日求められている理由もこの変容による。死ならびに死に臨んでいる人 (dying person) が我々にとってよそよそしいもの、恐ろしいものとなっており (死の病院化、平均寿命の増大、核家族化、等)、それゆえ死や臨終、これに伴う悲嘆にどう対処すべきかについて現代の一般の人びと (とりわけ平均寿命が延びた先進工業国の人びと) は良く知らない状況が発生しているが、こうした状況に対処するために死生学という学知が現在求められている。

ではさらに人びとが健康な社会になることによって、死は一層我々にとってよそよそしいものとなるのではないか。より死は我々にとって恐ろしいものとならないか。社会正義の実現は我々が善い死について考え、そのような死を迎えることの妨げになりはしないか。第一の視点からすれば、社会正義の実現は我々の死にとっても良いことのように思われる。しかし第二の視点

からすると、社会正義の実現は我々にとって死が一層よそよそしいもの、恐ろしいものとなるかもしれない。それゆえ死そのものには良い影響を与えるが、しかし、死の意識に対しては悪い影響を与える、ということになるのだろうか。社会正義の実現は今日の死の意識の趨勢を加速させることになるのだろうか。私はそうはならないと思われる。社会正義の実現は死の意識に対しても善い影響を与えると以下で主張したい。

5. 適切な死

ここで「適切な死 appropriate death」[Kastenbaum 2006:495] という概念を導入してみよう。これは自分が死に方を選択できるとするならば、選択するような死であり、主観的な善き死、望ましい生の終末を意味している。この概念を念頭に置き、充実した生を送った上で死に臨んでいる場合と、この世をはかんで死に臨んでいる場合を想像するならば、充実した生を送った人(私)は死に対する恐怖が少ない、と言うことはできないだろうか。

こうした充実した生を送るための土台を社会正義(=正義の二原理)が実現された社会は準備することを目指している。しかし次のような疑問が生じてくるかもしれない。多くの人びとにとって生が悲惨なものであった時代にあつては、確かに死は忌まわしい生からの解放であり、歓迎すべきものであったかもしれない。しかし現在にあつては生を享受している人が多い(とりわけ先進工業国にあつては)。また社会正義が実現された社会にあつては、人びとはより生を謳歌することになるであろう。よって死を生からの解放として肯定的に受け入れることができ難いのではないか、と。

ではそもそも死とは何か、悪(evil)か否か⁸。善いことではないとしても悪でないならば、とりわけ思い煩うことはない、と思う。確かに「我々はいつか必ず死ぬ」という事実は我々にとって恐怖の対象である。しかし〈死それ自体〉は死ぬ本人にとって悪であるのだろうか。我々は死んでいるとき、何も感じたりすることができないため、死それ自体は我々に直接的な影響を何も及ぼさないにもかかわらず……。

よくよく考えてみると、死それ自体は悪ではない。死は悪をもたらすもの、あるいは、もたらす事柄によって死は悪となる。より正確に言えば、死がもたらすものを我々が何と構成・解釈するかによって、死は悪をもたらすと考えられることになる。では死は何をもたらす（と考えられている）のか。それは我々が大事に思っていることの剥奪である [Nagel 1979:ch.1]。たとえば、生き続けていたならば得られていたかもしれない善、実現できたかもしれない計画を、死は我々から剥奪する。それゆえ死は忌むべきものであり、避けられるならば避けたいと我々は考えている。

ならば、〈この剥奪が少なければ少ないほど、死がもたらす悪はより少なくなる〉と考えることはできないだろうか。もしこのように考えることができるならば、社会正義の実現は二重の意味で死がもたらす悪を縮小することを可能にする。ひとつは、大事に思う計画を自らの人生において実現する可能性の増大によって（死の前）。もうひとつは、より長生きできることによる、剥奪される可能的善の減少によって（死後）。こうしたことを社会正義は可能にすると思われる。

6. 死の何が恐ろしいのか？

我々は死を恐れているために死を悪であると考えているが、そもそも我々は死それ自体を恐れているのだろうか、それとも死に伴う苦しみ、すなわち臨終の場面を恐れているのだろうか。以下のデータに基づいてこの問題を検討してみたい（図4）。

このデータは40～79歳の男女792名から聞き取り調査したものであるが、このデータから言えることは、小谷も指摘しているように、「苦しんで死ぬのは怖い」という回答が「死ぬことが怖い」と考える人の割合を大きく上回っているということである [小谷みどり 2004]。それゆえ死それ自体が怖いというよりは、死に至るまでの苦しみや痛みに対する不安や恐れの方が大きく、「死に対する恐れ」とは主として、臨終の場面において我々はどうあるのかについての恐れであるということを示唆している。

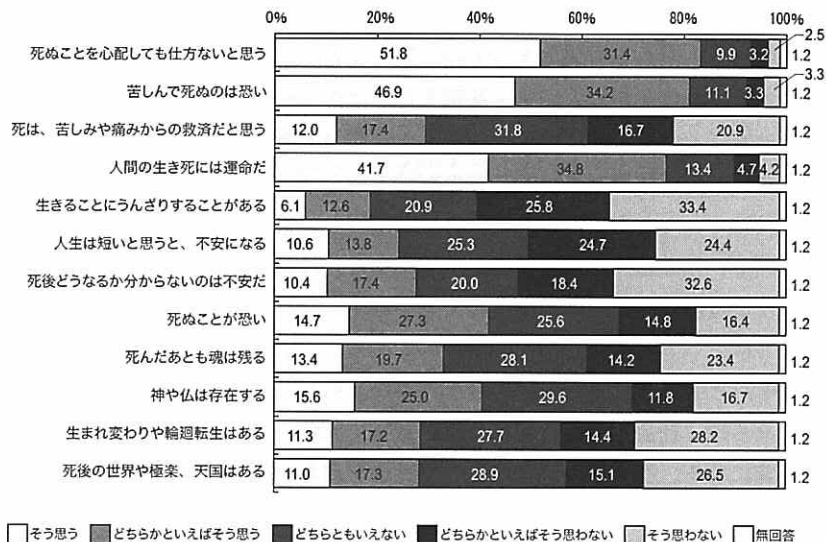


図4 死に対する意識 [小谷みどり 2004]

またトーソンとパウエルの研究調査によると、死の恐れ¹の要素として彼らは7つの要素を挙げているが、「不確定性や大切なものの喪失への恐れ fear of uncertainty and missing out on things」と「死に付随する痛み fear of the pain associated with death」が上位の一位と二位を占めており、「死後の生への懸念 afterlife concerns」は七位中五位を占めるのみであった [Thorson and Powell 1993:40]。したがって、「望ましい死」という概念によって考察されるべきは、死 (death) それ自体ではなく、臨終 (dying) の状態 (生の終末) であると言える。

死を迎える当事者としての我々が「死に対する恐怖 fear of death, death anxiety」として捉えているのは次の二つである。①「我々はいつか必ず死ぬ」という事実についての抽象的価値判断 (アリストテレス的見解)。②臨終が我々に与える具体的な影響についての具体的価値判断 (エピクロスの見解)。適切な死、望ましい死を考察する上で我々にとってより重要な判断はこの二

つのうちのどちらであるのだろうか。すなわち、善や悪である事柄に関して、我々が合理的に配慮すべき対象は、我々の経験の対象となるもの（人びとの状態や状況）であるのか、それとも単なる観念（命題）も配慮すべきであるのだろうか [Rosenbaum 2000:156]。

人びとへの具体的な影響が存在しない単なる命題は、人びとにとって適切な価値判断の対象となるのかを考えてみたい。次の例を考察して欲しい (cf. [ibid.162-3])。

Aさんはインフルエンザの予防接種を受けなかったために、インフルエンザにかかってしまった。他方Bさんもインフルエンザの予防接種を受けずいたが、交通事故で亡くなってしまったために、結果としてインフルエンザにかからなかった。

「予防接種を受けないことはインフルエンザに罹患しうる」という事実は日常生活を送る上で考慮の対象となっているが、それが単なる命題である場合はそうではない。AさんBさん共に予防接種を受けなかったことは悲しむべきことであるが、それは現実にインフルエンザが発症した場合にのみ悲しむべき事態となるのであり、もしそうでないならば悲しむべき事態とはならない。それゆえ我々は——インフルエンザの件に関しては——BさんよりもAさんの方に悪がもたらされたと考えるのである。

我々は——理性的であるならば——実際に我々が経験しえないことを実際に経験しうることよりも悪であるとは判断しない（善に関しても同様）。それゆえ望ましい死（＝死に対する恐れが少ない死）を考察する上で我々にとってより重要な判断はデータにより、またこの推論によっても、上述の②の方である。よって②の判断に社会正義の実現が善い影響を与えることができるならば、死の意識についても善い影響を与えることができる。では死に臨んでいる人びとはどのような死を望ましい死と考えているのだろうか。これに関しては次のデータが参考になろう。

宮下らは緩和ケア病棟での患者・家族・医療者へインタビュー調査（計

63名)をし、この三者の間で共通性の高い、望ましい死の構成概念を表1のようにまとめている [Miyashita et al. 2007]。このうち少なくとも4、5、7、9、10の望ましい死の構成概念に関しては、ロールズ的な社会正義の実現は善い効果をもたらすと思われる。

「死への恐怖」として合理的であるのは〈死それ自体に対する恐怖〉ではなく、臨終の際に自分がどのような状態に置かれるのかに対する恐怖であり、結局は、〈生に対する考慮〉である。したがって、ある死が悪であるというのは、生Aと生Bとの比較の問題であり、どちらの生を送った上で死にたいのか、死に臨みたいのかという問題である。それゆえどれだけ善く死ぬるかは、どれだけ善く生きうるのかに左右されるのである。

ロールズ的な社会正義が実現され、ソーシャル・キャピタルが豊かな可能世界において生活し、そして死ぬことと、そうでない可能世界 (= 現実世界) において生活し、そして死ぬことと、どちらがより望ましい死をもたらすのかを考察してみたい。前者の方が我々にとって悪ではないのではないだろうか。社会正義 (公正な平等) が実現された社会において、我々は善い生と共に善い死 (生の終末) を迎えることができるのである。

7. 結論

社会正義 (平等な社会) は善き生の前提条件 (健康) とともに、より善い死 (望ましい生の終末) を構成する諸要素にも良い影響を与えうる。健康と善き死が共に望ましいことであるならば、社会正義 (平等な社会) を実現する理由が新たに二つ加わることになる。このことを我々はどうか考えるべきであろうか。

表1 望ましい死の構成概念 [Miyashita et al. 2007]

望ましい死の構成概念	回答割合 (%)	
	一般集団 N=2548	緩和ケア遺族 N=513
1. 身体的、心理的な苦痛がないこと		
おだやかな気持ちでいられること	97	98
からだに苦痛を感じないこと	90	96
2. 望んだ場所で過ごすこと		
自宅や病院など、自分が望む場所で過ごすこと	93	94
3. 医療スタッフとの良好な関係		
信頼できる医師にみてもらえること	96	98
医師と話し合って治療を決めること	95	96
安心できる看護師がいること	94	97
自分の気持ちをわかってくれる人がいること	94	97
同じ医師や看護師にずっとみてもらえること	83	88
医療者に死についての不安を話せること	78	80
4. 希望をもって生きること		
楽しみになることがあること	91	93
明るさを失わずに過ごすこと	91	92
希望をもって過ごすこと	88	88
5. 他者の負担にならないこと		
お金の心配がないこと	92	92
家族の負担にならないこと	89	86
人に迷惑をかけないこと	88	83
6. 家族との良好な関係		
家族に気持ちを伝えられること	92	94
残された家族がうまくやっていけると思えること	92	91
家族がこころの準備をできること	91	91
家族から支えられていること	90	94
亡くなるときに家族がそばにいること	85	85
家族と一緒に過ごすこと	84	83
7. 自立していること		
意識や思考がはっきりしていること	90	88
ものが食べられること	89	88
身の回りのことが自分でできること	88	85
8. 落ち着いた環境で過ごすこと		
眠るようにさいごを迎えること	92	94
静かな環境で過ごすこと	87	91
自由で人に気兼ねしない環境で過ごすこと	83	88
9. 人として尊重されること		
「もの」や子ども扱いされないこと	89	91
生き方や価値観が尊重されること	88	91
日常のささいなことにわずらわされないこと	81	84
10. 人生を全うしたと感じられること		
家族が悔いを残さないこと	84	88
こころ残りがいないこと	83	85
振り返って人生を全うしたと思うことができること	81	86

■ 註

- 1 それゆえ本稿では健康とは標準的な生理的・身体的機能からの逸脱状態にないことを意味するのではなく、生活の幅を狭める原因となるような精神・身体的な状況にはないことを意味している。この定義に従うなら、たとえば花粉症は確かに生物学的には「健康」な反応であると言えるかもしれないが、しかしその反応に由来する状態によって生活の幅が著しく狭められるならば、健康な状態にはないことになる。またこの健康観に基づくならば、たとえ生まれつき心身に障害を持った個人であっても、それだけではその人が「健康ではない」ということにはならない。なぜなら、その人の生活の幅が狭められないような条件が整うならば、その人は健康であると言いうるからである。
- 2 確かに相対的所得仮説をとるとしても、貧困層の健康状態が当該社会において一番劣悪であることには変わりはない。しかし豊かな国にあっては、その原因は栄養状態が良くないことや医者にかかれないこと（所得の欠如）それ自体にあるのではなく、社会的に低位の地位にあるという事態が彼らの健康状態を悪化させており、この程度は高所得層との格差が大きければ大きいほど甚だしいものとなる。
- 3 相対的所得仮説を支持するもうひとつ重要な研究として M. マーモットによる「ホワイトホール研究」がある [マーモット 2007]。
- 4 確かに格差原理は理論上、あまり恵まれていない人びとに対してわずかな利益を与える限りにおいて、社会内における無限に大きな不平等（格差）を許容しうる。しかしながら格差原理以外の他の主要な背景的諸制度が確立されているならば、「所得と富の分散は、実践上は、度を越えたものにはならないはずである」とロールズは想定している [Rawls 1999:470]。それゆえロールズの正義原理が実現されている秩序だった社会にあっては、「許容される絶対的な格差と相対的な格差は共に、しばしばそれまでは蔓延っていた格差よりもおそらく小さい」ものとなるため [ibid.]、格差は縮小されると言える。
- 5 通常の社会保障システムにあっては受給者側の「資産調査」や「働く意志」が給付条件とされるが、そのような調査は人びとのプライバシーを侵害する恐れがあり、またこれに伴って受給者を社会の落伍者ないしは他者への依存者として「スティグマ化」する傾向にある。これに対して基礎所得にあってはそうした給付条件が存在しないため、他の給付制度よりも人びとの自尊に配慮したシステムだと言える。
- 6 ここまでの論述から次のような疑問が生じてくるかもしれない。前述の定義によれば、

健康はそれがもたらすこと、たとえば我々が大事に思っている計画を実現する可能性を高めてくれるので善いものと考えられている。では、完全な平等状態は最も我々の健康を高めるとしても、それが経済の停滞をもたらし、我々の計画の実現可能性を減少させるならば、これはどうすべきか。これは経済的利益と（不）健康とのトレードオフの問題である。ダニエルズらはこのトレードオフに関して、理論的な解決ではなく民主的な決定にゆだねるべきであると論じている [Daniels et al. 2000]。これらの問題に関しては稿を改めて論じたい。

- 7 殺人発生率と所得配分の不平等の関係を示している資料として以下のものがある [Wilkinson 1996]。

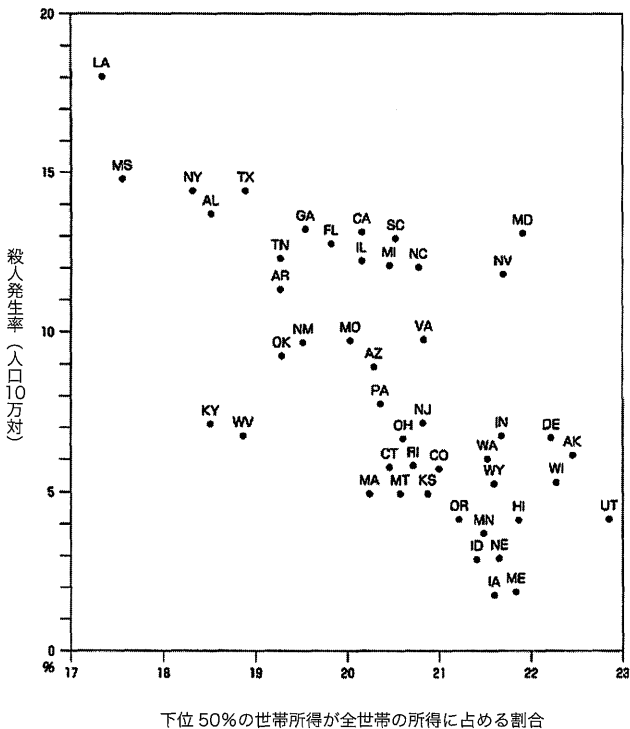


図5 アメリカ 50 州における所得配分と殺人発生率の関係 (1990 年)

- 8 この問題を考察する際に以下の諸論文を参照した。Cf. [Brueckner and Fischer 1986, Feldman 1991, Fischer 1993, French and Wettstein 2000, McMahan 1988, Steven 2006].
- 9 『死生学研究』の査読者から本稿に対して「健康で幸福な人生を送り、90歳までになった人が、地震で押しつぶされて死んだとき、果たして善い死を迎えたと言えるのか」というコメントがあった。この疑念に対しては次のように答えたい。本稿でも論じているように、ある死が悪であるというのは、生Aと生Bとの比較の問題であり、この例のように健康で幸福な人生を送ったが、その死が地震による死であった(A)としても、この人が不健康で不幸な人生を送り、さらにその死が地震による死であった場合(B)に比べれば、その死は(Bの場合の死よりは)「善い死」であったと我々は判断すると思われる(その地震による死の直前まで経済的な困窮を味わっておらず、社会の一員として扱われており、充実した生を送っていたならば)。

■参考文献

- Brueckner, A.L. and Fischer, J.M. 1986. "Why is Death Bad?" *Philosophical Studies*, Vol. 50: 2, pp. 213-221.
- Daniels, N, Kennedy, B and Kawachi, I. 2000. *Is Inequality Bad for Our Health?*, Beacon Press.
- Feldman, F. 1991. "Some Puzzles About the Evil of Death," *The Philosophical Review*, Vol. 100: 2, pp. 205-227.
- Fischer, J.M. (ed.) 1993. *The Metaphysics of Death*, Stanford UP.
- French, P.A. and Wettstein H.K. (eds.) 2000. *Life and Death: Metaphysics and Ethics*, Midwest Studies in Philosophy, Vol. 24, Blackwell.
- 福間聡 2007. 『ロールズのカント的構成主義：理由の倫理学』, 勁草書房.
- Kastenbaum, R.J. 2006. *Death, Society, and the Human Experience*, 9th ed., Allyn & Bacon.
- Kawachi, I, Fujisawa, Y. and Takano, S. 2007. "The Health of Japanese - What Can We Learn from America?", URL = <http://www.niph.go.jp/kosyu/2007/200756020009.pdf>
- Kawachi, I and Kennedy B.P. 2000. *The Health of Nations*, The New Press.
- 小谷みどり 2004. 「死に対する意識と死の恐れ」, 第一生命経済研究所ライフデザイン研究本部編『ライフデザインレポート』, URL = <http://group.dai-ichi-life.co.jp/dlri/ldi/report/rp0405.pdf>
- 近藤克則 2005. 『健康格差社会：何が心と健康を蝕むのか』, 医学書院.

- McMahan, J. 1988. "Death and the Value of Life," *Ethics*, Vol. 99: 1, pp. 32-61.
- マイケル・マーモット 2007. 『ステータス症候群: 社会格差という病』(鏡森定信、橋本英樹監訳), 日本評論社.
- Nagel, T. 1979. *Mortal Questions*, Cambridge UP.
- Neimeyer, R.A. (ed.) 1993. *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*, Hemisphere Pub.
- Marmot, M. and Wilkinson, R.G. (eds.) 1999. *Social Determinants of Health*, Oxford UP.
- Miyashita, M, Sanjo, M, Morita, T, Hirai, K. and Uchitomi, Y. 2007. "Good Death in Cancer Care: A Nationwide Quantitative Study," *Annals of Oncology*, Vol.18, pp.1090-1097.
- Rosenbaum, S.E. 2000. "Appraising Death in Human Life: Two Modes of Valuation," in French, P.A and Wettstein H.K. (eds.).
- Rawls, J. 1999. *A Theory of Justice*, revised ed., Harvard UP. (新訳近刊)
- Sen, A. 1992. *Inequality Reexamined*, Oxford UP.
- Steven, L. 2006. "Death," *The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2006 Edition)*, Edward N. Zalta (ed.), URL = <http://plato.stanford.edu/archives/spr2006/entries/death/>.
- Thorson, J.A and Powell, F.C. 1993. "A Revised Death Anxiety Scale," in Neimeyer, R.A. (ed.) 1993.
- WHO 2003. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, 2nd ed.
- Wilkinson, R.G.1996. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge.

(ふくま・さとし グローバル COE 死生学研究室研究拠点形成特任研究員)

Does Social Justice Bring a Good Life and a Good Death? : Further Reasons Supporting Social Justice

Satoshi Fukuma

Why can we say that a society where social justice has been realized, that is, a society where social and economic equality (the reduction of social and economic disparity) has been achieved, is desirable? Is the reason for this that there is a great value in equality itself? Or, does the state of affairs that equality can yield have a great value for us? In this paper, I consider the significance of an equal society from the latter point of view. In doing so, I examine the following thesis: social justice (equality) is good for our whole health.

The validity of this thesis is verified in recent social epidemiological researches. In particular, the works of N. Daniels et al., which affirm this thesis, have aroused much interest. The proponents of this thesis are paying attention to the “social determinants of health.” They insist that the health of people in rich countries is not determined by whether they can access medical institutions but by their “socioeconomic position.” That is, the higher their social position, the healthier they are, the lower their social position, the unhealthier they are. This can be seen in morbidity and mortality rates (both caused by major diseases). Moreover, this implies that the smaller the degree of social inequality in society (smaller social disparity or smaller income difference between the highest income groups and the lowest income groups) is, the healthier people who live in such a society are.

Then, does this thesis provide adequate reasons that support social equality in our society? Do we find any value in being healthy? Does health itself have any value at all? Furthermore, if an equal society also prevents “miserable” ends to life

(suicide, starvation, solitary death, death by destitution, death by overwork, and homicide, etc.), will we have any further reasons to realize such a society?

In this paper, I examine these problems related to social justice from two perspectives: One is the micro perspective, from which I consider what the definition of a good life and a good death is; the other is the macro perspective, from which I consider the medical and welfare system and social capital that a just society should have. My contention is that social justice is good not only for our health but also good for us in our deaths.