

医療資源の配分と倫理

——透析療法の場合——

児玉 聡

京都大学大学院文学研究科

key words : 医療資源の配分, 透析療法, 正義 (公平), QALY, 手続的正義

要 旨

医療資源の配分とは、「健康に関連した物資とサービスをさまざまな用途や人々に分配すること」である。本稿では、透析療法を念頭におき、医療資源の配分における倫理的問題を扱う。医療倫理学の四原則と結びつけて言えば、本稿で検討されるのは、正義（公正）の原則であり、これは医療の文脈で言えば、2人以上の患者に対してどのように人的・物的な医療資源を振り分けるべきかという問題や、政策レベルにおいてどれだけの医療資源をどの領域に配分すべきかという問題である。

本稿では、最初になぜ医療資源の配分が倫理的問題になるのかについて、いくつかの事例を用いて説明する。次に、医療資源の配分を考えるにあたって重要となる「正義」という考え方について基本的な概念を説明したあと、倫理学の分野で論じられる分配的正義に関する代表的理論について論じる。

近年、国民医療費抑制のために医療経済評価の導入をする議論がなされたり、透析患者に対する自己責任論が声高に論じられたりすることがあるが、医療資源の配分を決定するさいには、こうした正義論および手続的正義の議論を考慮に入れて、十分な議論をすることが必要である。

はじめに

医療資源の配分とは、「健康に関連した物資とサービスをさまざまな用途や人々に分配すること」であ

る¹⁾。本稿では、透析療法を念頭におき、医療資源の配分における倫理的問題を扱う。医療倫理学の四原則と結びつけて言えば、本稿で検討されるのは、正義（公正）の原則であり、これは医療の文脈で言えば、2人以上の患者に対してどのように人的・物的な医療資源を振り分けるべきかという問題や、政策レベルにおいてどれだけの医療資源をどの領域に配分すべきかという問題である。

本稿では、最初になぜ医療資源の配分が倫理的問題になるのかについて、いくつかの事例を用いて説明する。次に、医療資源の配分を考えるにあたって重要となる「正義」という考え方について基本的な概念を説明したあと、倫理学の分野で論じられる分配的正義に関する代表的理論について論じる。

1 医療資源の配分の問題

1-1 資源配分が問題になるとき

まず、一般にどのような場合に資源配分が倫理的問題になるかを考えてみよう。配分の正義を説明するためによく用いられる例として、パイ（あるいはケーキ）を何人かで分けるといふ事例がある。お腹をすかした人たちみなパイを欲しがっているが、みなが満腹になるほど十分にはパイがない場合に、どのように分ければよいか、という問題である。

もう一つのよく知られた例は、救命ボートの事例である。これは、乗っていた船が沈み、救命ボートの数が限られているために、船員と乗客の全員が救命ボートに乗ることはできない場合に、誰が乗り、誰があき

らめなければならぬかという問題である。このとき、効率の観点から言えば、なるべくたくさんの人を乗せるとするのが当然である。しかし、可能な限り多く乗せたとしても、乗れない人が出てくる場合、どのような基準に基づいて決めれば公正といえるかという問題が生じる。

以上を一般化して言うと、配分の問題が生じるのは、資源の希少性と競争という二つの条件があるときである。逆に、英国の哲学者のD.ヒューム（1711～76）が論じているように、資源があり余るほど存在している場合や、資源が希少でもみな譲り合って競争が存在しないような場合には、配分の問題は生じないと言える。

1-2 医療における資源配分の問題

次に、医療の文脈で例をあげると、感染症の大規模な流行によって治療薬やワクチンが不足した場合に、どのグループの人々を優先すべきかという問題がある。「アジアかぜ」として知られる1957年のインフルエンザの流行では、日本国内だけでも3,000万人以上が感染する大流行となったが、政府が用意した500万人分のワクチンに対して2,000万人の要望が殺到し、パニックになった。これを教訓として、厚生労働省は2004年の春先に、近年の鳥インフルエンザやSARSの流行を受け、新型インフルエンザが発生したときにワクチンや治療薬が不足する事態が生じた場合に、どのような属性を持ったグループが優先的に投与を受けるかを決めて公表した。それによれば、65歳以上の高齢者や妊婦、肺疾患の患者、院内感染の危険性がある医療従事者、警察官や消防関係者、生命の危険がある幼児・児童の4グループが優先的に治療薬やワクチンの投与を受けることになっていた（ただし、この4グループ間の優先順位は決められていなかった²⁾。

医療の場合、このような物的資源の希少性だけでなく、医師や看護師といったスタッフつまり人的資源の希少性や、また救命医療などでは時間という資源の希少性も問題となる。こういった資源の希少性という制約のもとで、どのように資源を配分すればよいかを考えるのが医療資源の配分の問題である。

医療資源の配分には、通常二つのレベルがあると言われる。一つはマイクロレベルの配分で、たとえばICUでの治療や心臓移植を複数の患者が必要としていると

きに、どの患者に治療を提供するのかを決めるのがそれである。ミクロの配分はしばしば、ベッドサイドの配給（bedside rationing）と呼ばれる。もう一つはマクロレベルの配分で、これは政府が国家予算のどのくらいを医療に割り当て、どのくらいを教育や国防やその他の活動に割り当てるかという決定や、また医療に割り当てられた資源のうちのどのくらいを高度な医療技術に割り当て、どのくらいをプライマリーケアや予防医学に割り当てるかを決めたり、さらに医療施設が特定の医療サービスに用いられる資源の量を決めたりすることが含まれる。

このように、医療資源の配分は大きくミクロとマクロの配分に分けて考えることができるが、両者は決して独立のものではなく、次の「シアトルの神の委員会」の事例からわかるように、ミクロの配分はマクロの配分によって大きく影響を受ける。

1-3 シアトルの神の委員会

1960年代初め、B.スクリブナー医師（1921～2003）が、いわゆるスクリブナー・シャント（血管をつなぐテフロン製の管）を開発し、慢性腎不全（ESRD）患者の人工透析法を確立した。当時の米国では毎年数万人が腎不全で死亡しており、この透析法によって大勢の人命が救われる可能性が生まれた。しかし、スクリブナー医師が中心になり、1962年にシアトル市のスウェーディッシュ・ホスピタルが世界初の外来透析センターを開設したときには、透析器の圧倒的な希少性のために、まだほんの一握りの人しか使えなかった。

この透析センターでは、医師たちが医学的見地から透析の候補者を選んだが、それでも受け入れ可能以上の候補者が残ったために、公平を期して、7人の一般市民（聖職者、弁護士、主婦、労働組合の幹部、州の役人、銀行員、外科医）によって構成される外部の委員会に選択を委ねた。これが後に「生と死の委員会」、あるいは「神の委員会」と呼ばれるようになるものであり、この委員会にミクロの配分が任されたのである。委員会は、最初はくじによって決めようと考えたが、最終的には、患者の年齢と性別、結婚しているかどうか、扶養者の人数、収入と財産、精神的に安定しているかどうか、学歴、職業、将来性、ワシントン州の住民かどうかなどの基準を組み合わせて候補者を選択した。たとえば、のような会話がなされたとして

弁護士：まもなく透析センターでもう2名分の空きが出るそうです。医師たちにもらった5名の候補者リストから2名を選ばなければなりません。

主婦：彼らの病状はみな等しいのですか。

マレー医師：(透析センター長。医学的な助言を与えるためにオブザーバーとして委員会に参加している)。1番と5番の患者はあと2週間ぐらいしかもちません。あとの3人はおそらくもう少し大丈夫でしょう。しかし、別の医療施設が利用可能になるまで待つ人は誰もいないので、選択にあたってこの5名は等しく緊急なものともみなされるべきです。

弁護士：何か最初に言うべきことはありますか。

銀行家：口火を切るために、1番の患者から始めましょう。ワラワラに住む主婦ですね。

外科医：この患者は治療を受けるためにワラワラからやってくることはできないでしょうから、シアトルに家族と一緒に引っ越す方法を考えなければなりませんね。

銀行家：わたしも同意見です。彼女の夫は引越しのための費用を持っていないとあります。

弁護士：すると、治療を提供されてもそれを受けることができないという理由で、この候補者をふるい落とすべきだということですか。

牧師：このワラワラに住む女性のように、2人の子どもがいる家族状況と、4番の患者——航空整備士——のように6人の子どもがいる家族をどうやって比較できるのでしょうか。

州の役人：しかし、航空整備士が職場復帰できるというのは確かなんですか。彼はすでに具合が悪すぎて働けないように思います。それに比べると、2番の薬剤師と5番の会計士はともにまだ働くことができます。

労組幹部：この男性が働く航空会社は、障害を持つ労働者を職場復帰させるためにあらゆることを行う会社であることを私はよく知っています。

主婦：社会に貢献する可能性が最も高い人々は誰かということを考えるなら、薬剤師と会計士が5名の候補者の中で最も優れた教育を受けていることを考慮しなければなりません。

外科医：3番の3人の子どもがいる小さな会社の経営者についてはみなさんどうお考えですか。彼の主治医がわざわざ、この患者が教会活動に積極的なことに触れている点が目を引きます。性格が優れており道徳的にしっかりしている証拠ではないでしょうか。

主婦：それは治療計画に従うことに確実に役立ちますね。

弁護士：長く続く死の過程を耐えるのにも役立つでしょうがね。

牧師：教会活動に積極的というのは、単に彼の通っている教会が積極的に活動しているというだけかもしれません。

銀行家：薬剤師と会計士は経済的な理由から除外してもいいかもしれません。2人とも相当の資産を持っていますから。

弁護士：2人とも死んだときに家族が社会の重荷になることがないように準備できています。

州の役人：しかしそれだと、おそらく最も思慮深い人々に罰を与えることになるんじゃないですか。

牧師：それに、どちらの家族にも3人の子どもがいます。

労組幹部：子どもたちのことを考えると、残った方の親が再婚する機会についても考えなくてはなりません。子どもが3人いる女性の方が、子どもが6人いる若い未亡人よりも新しい夫を見つける可能性は高いのではないのでしょうか。

外科医：それはほんとですか。

このような議論が1時間半続いた結果、透析を受けることに決まったのは、3番の小規模な会社の経営者と4番の航空整備士であった³⁾。

図1 神の委員会での会話

いる。

スクリプナーはメディアを使って透析に対する資金の必要性を訴えたが、この委員会のことが報道されると、社会的価値によって人間を差別しているとして激しい批判が起きた。とくに、売春婦よりも家庭の主婦を優先し、プレイボーイよりも勤労男性を優先するような「中産階級の郊外居住者型の価値観」によって人の価値を判断していることが問題にされた。他方で、政府はベトナム戦争や宇宙計画には金を出せるが、透

析には金を出せないというのはおかしいという批判もなされ、結局、州レベルや連邦レベルでの透析施設やESRD患者に対する資金援助が行われるようになった。そのため、1973年までには透析が必要な人のほぼ全員が自己負担なしに治療を受けられるようになり、透析に関する医療資源の配分の問題は一応の解決を見た。これは、マクロレベルの政策決定によってマイクロレベルでの配分の問題が解決された事例として理解できる。日本でも1972年に身体障害者福祉法が腎不全にも

適用されるようになり、透析の自己負担がなくなり、腎臓の人工透析に関しては医療資源の配分の問題は一時的には解決したと言える。しかし、資源が有限であるかぎり、医療資源の配分の問題は避けて通れない問題である。2017年末の時点での日本の透析患者数は約33.5万人であり、平成29年度の国民医療費の概況によると、透析医療費を含めた腎不全に関する医療費は、2017年度の国民医療費43兆710億円のうち、1.6兆円近くを占めている。透析患者の増加数は近年鈍化傾向にあるものの、腎移植数の大幅な増加などの変化がないかぎり、透析に対する医療費は今後も増え続けるものと思われる。もちろん、医療費は悪性腫瘍や心疾患や糖尿病など、透析以外にも多くの疾患の治療およびその予防にも用いる必要がある。他の多くの先進国と同様、経済成長の鈍化と医療費の増大に直面している日本では、これから医療資源の配分に関して厳しい選択が迫られることが予想される。

ここまで、医療資源が希少であることから、ミクロレベルでもマクロレベルでも配分が問題となることを説明してきた。上で論じた事例ですでに示唆されたように、医療資源の配分の問題は、経済の問題であると同時に、倫理の問題でもある。それは、しばしば効率と公正という対立で資源配分の問題が語られることがあるように、医療資源の配分の問題は効率だけでなく、正義あるいは公正がしばしば問題にならざるをえない問題だからである。そこで次節では、正義とは何かについて詳しく論じる。

2 分配的正義と代表的な正義論

2-1 正義について

古代ギリシアの哲学者であるアリストテレスの『ニコマコス倫理学』にある区別では、正義は分配的正義と匡正的正義（平均的正義）の二つに大別される。分配的正義（distributive justice）は、利益と負担の分配が公正な仕方で行われているかどうかを問題にする。匡正的正義（rectificatory justice）は、過去に行われた不正に対して刑罰や賠償といった形で不正が正されているかどうかを問題にする。通常、正義といえば、匡正的正義の方を念頭に置くものと思われるが、医療資源の配分で問題になるのは、分配的正義の方である。

また、正義に関しては、形式的原則と実質的原則の区別をする必要がある。形式的原則とは、「同様の事

例は同様に扱え」というものであり、これは「倫理的判断の一貫性の要求」として説明されるものである。この原則によれば、ある二つの事例に関して道徳的に重要な違いが指摘できないかぎりには、両者を同様な仕方では扱わなければならないという平等性が要求される。それに対して、実質的原則とは、どのような違い（属性）が道徳的に重要であるかを定めるもので、典型的には「～に応じて」という表現がなされる。たとえば、神の委員会の事例では、医学的な基準のほかに、「患者の年齢に応じて」「扶養者の人数に応じて」「収入と財産に応じて」「学歴や職業に応じて」などのいくつかの実質的原則が組み合わされて用いられていた。医療資源の配分における正義の問題とは、個々の問題において、こうした実質的原則のいずれを採用すべきかという問題として理解できる。

例えば、今日の臓器移植に関する制度も配分の公正という観点から考えることができる。一般に献腎移植に関する制度では、ABO式血液型の一致や抗体反応が陰性であることが移植のための前提条件とされ、その他にHLA（ヒト白血球抗原）型のミスマッチ数の少なさや待機日数などに応じて配分の優先順位が決められている。これはつまり、医学的基準を満たす患者たちに対して、「待機日数に応じて」という実質的原則に従って配分の優先順位が決められるということである。しかし、移植臓器の慢性的な不足を背景に、政府の適切な規制の下で臓器売買を認めるべきだという提案や、ドナー登録をした人が優先的に臓器移植を受けることができるようにすべきだという提案などが海外ではなされている。これらの提案は、「支払える額に応じて」とか「ドナー登録しているかどうかに応じて」といった実質的原則に基づいて配分の優先順位を決めるべきだという主張と理解することができる。

こうした実質的原則を認めることは正義に反しているのかどうか、また一般に医療資源の公正な配分のためにはどのような実質的原則の組み合わせを採用すべきかを考えるために、以下では正義論、すなわち正義についての包括的な理論を説明する。

2-2 分配的正義をめぐる代表的な正義論

正義論とは、どの正義の実質的原則を採用するかについて、大きな枠組みを与える理論である。ここでは、分配的正義をめぐる代表的な正義論として、功利主義、

自由平等主義、完全自由主義の三つの理論を説明する⁴⁾。

(1) 功利主義 (utilitarianism)

功利主義によれば、社会全体の幸福(効用)を最大化する制度こそが正義に適うものである。功利主義では、状況に応じてさまざまな正義の実質的原則が採用される可能性がある。たとえば、トリアージが一般に災害救助や救急医療において用いられる場合には、「治療の緊急性に応じて」という原則に従って優先順位が決められる。しかし、戦時中における負傷兵の治療という状況においては、「治療によって戦場に復帰できる早さに応じて」という原則が用いられることもある。これは、社会全体の幸福の最大化という功利主義の観点から言えば、正当化されうる考え方である⁵⁾。

また、QALYの考え方も功利主義的だとされる。QALYはQuality-Adjusted Life Yearsの略で、質調整生存年や質調整余命と訳されるように、QOLで調整した余命を基準にして治療方針や医療資源の配分を決定しようとする考え方である。基本的な考え方は次のようなものである⁶⁾。

まず、完全に健康な状態のQOLを1、死んだ状態のQOLを0とし、1年の健康な余命を1 QALY、それ以下のQOLであればQALY値は1以下とする。たとえば、人工透析が必要な末期腎不全患者の1年が完全に健康な人生の半分の価値しかないと考えられる場合(すなわち、透析が必要な2年と健康な1年を交換してもよいという場合)、その患者の1年は0.5 QALYとみなされる。このように定義したうえで、有益な医療活動とは、介入によって正のQALY値を生み出すものであり、効率的な医療活動とは、1 QALY当たりのコスト(cost per QALY)ができるだけ低いものであり、優先順位が高い医療活動とは、1 QALY当たりのコストが低いものとされる。

QALYは、二通りの仕方で医療に適用される。一つは、特定の患者に対する治療法の選択に用いられる場合で、疾患を治療するさいに、新しい治療法と従来の治療法の優劣を比較するために用いられる。例えば末期腎不全に対する従来の維持血液透析療法と、新しい治療法の増分費用効果比(ICER)を見て、どちらが費用対効果に優れているかを定める場合である。

もう一つは、資源配分における優先順位の選択に用

いられる場合であり、複数の患者に対する治療の優先順位を決めるために用いられる。問題が大きいとされるのは、こちらの場合で、たとえばオレゴン州で1990年代初めに公的資金を用いた医療資源の配分方法が検討されていたさいに、QALYを用いた費用対効果によって優先順位を決めた原案では、虫垂炎の治療よりも歯科補填の方が順位が高かった。これは、歯科補填よりも虫垂炎の治療によって得られるQALYの方がずっと高いが、歯科補填に比べて虫垂炎の治療の費用がはるかに高額であったためである⁷⁾。

このように、QALYの考え方では、治療をしなければ命にかかわる疾患とそうでない疾患の区別がなされないという欠陥があるとされる。これは、透析のような命にかかわる医療を提供するかどうかをQALYの観点から考える場合にも生じる問題である。

また、同一の疾患に対する介入でも、健常者と比べてベースラインとなるQOLが低い障害者のほうが介入によって得られるQALY値が低くなるため、QALYは障害者差別につながるという問題点も指摘されている。たとえば、先のオレゴンの例では、虫垂炎の手術によって得られるQALYは0.97であるが、透析を受けている患者であればベースラインとなるQOLが低いいため、虫垂炎の手術を受けた場合でも得られるQALYは低くなる。その結果、健常者と比べると費用対効果が悪くなってしまう。このように、社会全体の幸福の最大化を目指す功利主義においては、医療を受ける平等な権利が保障されない可能性があり、次に見る自由平等主義ではその点が批判の対象となる。

(2) 自由平等主義 (liberal equality)

政治哲学者のJ. ロールズ(1921~2002)は「功利主義的な正義論の驚くべき特徴は、満足の総和が人々の間でどのように分配されるかについて、間接的にしか、問題にしないことだ。……功利主義は人格の個別性を真剣に考えていない」と功利主義を批判した⁸⁾。つまり、功利主義の考え方では、個々人の権利よりも社会全体の幸福のほうが重視されるため、一部の人の権利が犠牲にされかねないということである。これに対して、自由平等主義の立場では、社会全体の幸福の促進よりも、所有権や自由権といった基本的な権利を諸個人に等しく保障することが優先される。以下では自由平等主義の代表者とされるロールズの議論を説明

する。

ロールズは、正義の実質的原則を選択するにあたっては、無知のヴェール (veil of ignorance) の背後で決定が行なわれなければならないとする。これは、ある制度の運営原則を公平に決めるには、人々が自分に有利な原則を選ぶことがないように工夫しなければならないということである。本稿の冒頭でパイの公平な分け方について触れたが、この場合、パイを切る人が最後に残ったものを取るということにすれば、パイを切る人は自分がどれを取ることになるかわからないので (つまり無知のヴェールの背後にることになるので)、なるべく等分に切ろうとするだろう。このような工夫をすれば、どんなに利己的な人でも、公平な視点に立たざるをえなくなる。ロールズは社会の運営原則を決めるにあたって、無知のヴェールの背後で——すなわち自分がどのような属性 (社会的地位、人種、性別、宗教、価値観など) を持つかわからないという状況において——正義の実質的原則を選択しなければならないとする。

ロールズによれば、このような無知のヴェールの背後で人々は次のような正義の実質的原則を選択するとされる。

- ① 自由原理：各人は、他の人々の自由と両立するかぎり、最大の自由を享受する権利を平等に持つ。
- ② 格差原理：社会的・経済的な不平等が許されるのは、それによって最も恵まれない人々の最大の利益になる場合に限る⁹⁾。これは、基本的な権利は各人に平等に分配されるが、各人の努力や功績に応じた分配も、それによって最も恵まれない人々が最大限の恩恵を得るという条件を満たすならば、その限りで認めてよいということである。

ロールズ自身は論じていないが、この2原則を医療の文脈に当てはめると、一定水準 (decent minimum) の医療へのアクセスは社会保障制度の一環として万人に保障され、それ以外の医療も各自の選択に任せて行うことをある程度まで認めてよいという考え方が支持されるだろう¹⁰⁾。

しかし、このような一定水準の医療へのアクセスの保障のためには、高率の税金や保険料が必要となるだろう。ロールズの考えでは、「生まれつき優れた能力を持っている人や、社会においてより有利な出発点を

与えられている人は、たまたまそれを手に入れただけで、本人の功績によるわけではない¹¹⁾という理由から、社会的・経済的に恵まれている人がそうでない人のためにより多くの税を払うことは正義にかなっているとされる。だが、これでは恵まれている人が恵まれていない人のために働くことになり、ロールズが功利主義について批判した「人格の個別性」が十分に尊重されていないのではないだろうか。

また、上記のロールズの理論においては、個人の責任は重視されていない。これは、努力するかしないかといった個人の性格は、かなりの程度遺伝的能力や生育環境によって決まっているため、ロールズに言わせると、やはり「たまたまそれを手に入れただけ」ということになるからだ。すると、医療に関して言えば、たとえば腎不全が個人の不摂生なライフスタイルによって引き起こされた場合でも、遺伝的な疾患によって引き起こされた場合でも、個人の責任は問われず、透析や腎移植に対する平等なアクセス権を持つということになる。だが、これは正義に反すると考える者もいるのではないだろうか。次に見る完全自由主義は、これらの点を問題にしている。

(3) 完全自由主義 (libertarianism)

完全自由主義を代表する1人のR. ノーリック (1939~2002) は、社会保障目的の徴税に反対して、次のように論じている。「労働によって得た稼ぎに課税するのは、強制労働のようなものだ。……強制労働に反対する人なら、無職のヒッピーを強制的に働かせることに反対するだろう。また、貧しい人のために、人々に毎週5時間余計に働くことを強制することにも反対するだろう¹²⁾。同様にH. T. エンゲルハートも、「自然の力が原因の怪我、障害、病気は不運である。同意していない他人の行為が原因で生じる怪我、障害、病気は不公平である。……不公平と不運の線を引くことが避けられないのは、……すべてのニーズを権利に転換することや、他人の資源に対する要求に転換することはできないからである¹³⁾」と述べ、他人の危害による不公平 (不正義) に関しては政府が介入すべきであるが、それ以外の不運については政府は介入すべきでなく、個人による慈善に任せるべきだと論じている。

さらに、完全自由主義と同じではないが、個人の責任を問うという意味で似た立場である「運の平等主

義」と呼ばれる立場がある。これによれば、遺伝や事故などの自分が選んだわけではない疾患や怪我の場合は不正義であるとして補償の対象になるが、自堕落あるいは危険なライフスタイルのように自分の選択によって生じた疾患や怪我の場合は補償の対象にならないとされる^{14, 15)}。

このように、完全自由主義の立場では、正義は各人の所有権や自由権の保護することのみに限定され、福祉国家およびそれを支えるための累進課税制度は正当化できないとされる。代わりに自己決定（自律）と自己責任が強調され、自発的な経済活動を尊重する立場を取る。この立場では、医療への平等なアクセス権は保障されず、民間の医療保険などに委ねられることになる。

このような完全自由主義の立場に対しては、恵まれない人々の基本的なニーズが保障されないのは正義に反するという自由平等主義からの反論や、完全自由主義が想定する個人像はあまりに個人主義的であり、個人に対するコミュニティの責任、あるいはコミュニティに対する個人の責任という視点が欠けているというコミュニタリアニズム（共同体主義）からの反論などがある。とりわけ医療に関して言えば、近年、健康の社会的決定要因が取り沙汰されるように、各人の健康行動は本人の社会階層や職場の環境などに大きく左右されるため、例えば糖尿病になって透析が必要となったことを本人のみの責任に帰することは不当だという主張がありうるだろう。

まとめ

以上、透析療法を念頭に置きつつ、医療資源の配分における正義の問題および分配的正義に関する代表的な正義論について論じた。「2 分配的正義と代表的な正義論」で見たように、医療資源の配分には、さまざまな実質的な正義原則が用いられており、それらの原則に枠組みを与えることを試みる正義論にもいくつかの見解があることが説明された。本稿ではそれらの正義論のどれか一つを支持することはせず、配分の決定のさいの手続的な正義を確保することによって——ロールズの無知のヴェールとよく似た仕方で——公正さを保証しようとするN. ダニエルズの試みを紹介することによってまとめにかえることにする。

ダニエルズは、「多元的社会では、優先順位を決め

るための原則について、不合理とは言えない仕方で意見の相違が生じる可能性がある。……原則について意見の一致が見られない場合、公平な手続き（fair process）を用いることにより、何が正当で公平かについて意見の一致を見ることができる¹⁶⁾と述べ、医療資源の配分の決定に当たり、次のような四つの条件が満たされるならば、当の配分は理に適っていると認めることができると論じている。

- ① 決定の根拠が公開されること（publicity condition）
- ② 公平な人々が納得できる根拠や証拠が提示されること（relevance condition）
- ③ 決定の改正や不服訴えの機会が与えられること（revision and appeals condition）
- ④ 決定が以上の条件を満たすことを保証するために、自発的または公的な規制があること（regulative condition）

ダニエルズは、市民参加は必ずしも必要ではないが、

①や②の条件を満たすために役立つと述べている。

近年、国民医療費抑制のために医療経済評価の導入をする議論がなされたり、透析患者に対する自己責任論が声高に論じられたりすることがあるが、医療資源の配分を決定するさいには、上述の正義論およびダニエルズの手続的正義の議論を考慮に入れて、専門家と市民を含めて十分に議論をすることが必要である。

本論は、以下の文章に加筆修正したものである。

児玉 聡：医療資源の配分。赤林 朗編。入門・医療倫理 I 改訂版。東京：勁草書房、2017。

利益相反自己申告：申告すべきものなし

文 献

- 1) Kilner JF：医療資源の配分。生命倫理百科事典翻訳刊行委員会。生命倫理百科事典。東京：丸善出版、2007；185。
- 2) 林 芳紀：感染症対策。赤林 朗、児玉 聡編。入門・医療倫理 III：公衆衛生倫理。東京：勁草書房、2015；第9章。
- 3) Alexander S：They Decide Who Lives, Who Dies. Life 1962; November 9.
- 4) 島内明文：政治哲学の諸理論 I, II。赤林 朗、児玉 聡編。入門・医療倫理 III：公衆衛生倫理。東京：勁草書房、2015；第7章、第8章。
- 5) Winslow GR：トリアージ。生命倫理百科事典翻訳刊行委員会。生命倫理百科事典。東京：丸善出版、2007；2244。

- 6) Williams A : The value of QALYs. *Health and Social Service Journal* 1985; 3-5.
- 7) 福井次矢, 他編: 臨床倫理学入門. 東京: 医学書院, 2003; 249.
- 8) ジョン・ロールズ: 正義論 改訂版. 川本隆史, 福間 聡, 神島裕子訳. 東京: 紀伊国屋書店, 2010; 37.
- 9) ロールズ: 正義論 改訂版. 402-3.
- 10) TL・ビーチャム/JF・チルドレス: 生命医学倫理. 立木教夫, 足立智孝監訳. 千葉: 麗澤大学出版会, 2009; 286-287.
- 11) ロールズ: 正義論 改訂版. 137.
- 12) ロバート・ノージック: アナーキー・国家・ユートピア. 嶋津 格訳. 東京: 木鐸社, 2002; 284.
- 13) Engelhardt HT : *The Foundations of Bioethics* 2nd ed. Oxford : Oxford University Press, 1996; 382-383.
- 14) ボグナー G, イワオ H : 誰の健康が優先されるのか: 医療資源の倫理学. 児玉 聡 監訳. 岩波書店, 2017; ch.6.
- 15) 井上 彰: どこまでが個人の責任か. 宇佐美誠 他編. 正義論: ベーシックスからフロンティアまで. 法律文化社, 2019; ch.5.
- 16) Daniels N : *Accountability for reasonableness*. *BMJ* 2000; 321 : 1300.