

## 侵襲性の高い予防的介入と無危害原則

京都大学 安倍里美

### Highly Invasive Preventive Interventions and The Principle of Non-maleficence

#### Abstract

This paper aims to examine the justifiability of certain sorts of preventive interventions targeting high-risk individuals. In addition to not being a treatment, such interventions, because of their highly invasive nature, could violate the principle of non-maleficence. At the same time, however, health care providers should also follow the principle of beneficence. Using a normative concept of reasons instead of concepts such as duty and principle may help to clarify what it means to have duties as a profession, and then to examine what are the appropriate conditions for the justifiable preventive interventions.

#### はじめに

予防医学の重要性が叫ばれる昨今、特定の慢性疾患の発病リスクの高い個人を対象とした侵襲性の高い予防的介入も実施されるようになってきた。そのような介入は治療ではないことに加えて、その侵襲性の高さゆえに、医療倫理の無危害原則に抵触しうる。しかしながら同時に、医療者は善行原則にも従うべきであるのだから、このような予防的介入の正当性を判断することは容易ではない。仮に、高リスク群に振り分けられた患者が侵襲性の高い予防的介入を望むとき、医師はその要望に対してどのように応えるべきなのであるか。本稿では、義務や原則などといった規範的概念に代えて、それらよりも基本的な規範的概念である理由概念を用いることによって、専門職として何らかの義務を負うということがいかなることであるのかを明確化し、その上で予防的介入の正当性の条件として適切なものはいかなるものであるのかを検討する。

#### 1-1. 善行原則と無危害原則の緊張関係

基本的に、医療行為は患者の生命維持や健康の回復・維持を目的とする、患者の身体や精神への介入行為であるとみなされている。このような性格づけによれば、医療は生命や健康のような価値あるものを保存したり、促進したりする営みであることになる。その一方で、医療行為は、いずれも大なり小なり侵襲性を有しており、人体に害を及ぼしうるものでもある。個別の介入は、仮にほんの軽度の不快さを与えるようなものであったとして

も、患者の身体に負担をかけているのに違いはない。さらに侵襲性が高いほど、その介入がなければ生じなかったと言える有害事象が引き起こされる危険性は高まる。このような医療のマイナス面は、医療行為を、本来は傷害罪の構成要件を満たしうる可罰的行為でありながら、正当な業務行為であるがゆえに違法性が阻却されたものとみなす、刑法上の理解にも反映されている。

医療行為は、確かに善いものを追求する営みであるが、侵襲的で害を伴う。このように、追求した方がいいと言えるものと、避けた方がいいと言えるものの緊張を孕む行為であることは、一部のパターンリスティックな介入が患者の自律の侵害であると問題視されるようになったことを、少なくとも部分的に説明する。生命維持や健康状態の維持・回復といった医療の観点から患者の利益とみなされているものの実現が、必ずしも患者の望みに沿うとは限らず、また生命や健康という価値あるものの追求のために用いられる手段が患者にとっては受け入れがたいという場合もありうる。生命や健康に価値があることが事実であるとしても、侵襲的である以上は、患者の同意がない医療行為は問題含みになりうる。

さらに、製薬会社の経済的利益や医学研究上の学術的利益が絡む文脈では、善へと向かう医療行為の性格が大義名分となり、侵襲性や副作用というマイナス面が軽視されやすくなるとも言えるだろう。その意味では、生命や健康の価値は、無知や社会的地位の低さに付け込むような他者の手段的利用への滑り落ちやすさを作り上げているものの一つである。

いまや、生命や健康の価値を持つ、患者や被験者の自律を侵害する行為や害になる行為を正当化する力は、あるとしても相当程度限定されたものだと広く認識されている。また、臨床の場面に限定するとしても、専門職としての医師に期待されているのは、この正当化能力の限界をわきまえ、医師の自己裁量を制限する倫理規範にしたがって業務に従事することである。

生命倫理学に関わる議論において、自律尊重や無危害の義務の重要性が説かれる場面や、過剰医療や医療化について批判的に語られる場面に、しばしば共通して見出されるのは、生命や健康の価値は抑圧的に働きうるという認識である。生命倫理学自体の成立の歴史を考慮すれば、この認識を持って医療の倫理と向き合うことが重要であるのは明らかだが、個別の医療行為が正当化可能かを考える際には、あくまでも適切な仕方で生命や健康の価値と他の要素のバランスを取らなければならない。一般的にも、医師が生命維持をする理由や健康維持・健康回復をする理由を持つのでなければ、そもそも侵襲性のある医療行為を施すことは正当化されないと考えられている。このことからわかるように、生命や健康の価値は正当化可能性を左右しうる力を持つことは間違いないだろう。問題はこれらの価値にどれ程の重みを与えるのが適正なのかであって、自律尊重の原則や無危害原則を過度に重く取るのであれば、それはそれで不適切な判断となる。

## 1・2. 予防的介入の倫理的正当性

とりわけ、生命や健康の価値が持っている規範的な力を正確に理解することが難しいのは、一部の「予防的な医療行為」の倫理的正当性の評価においてである。疾患の治癒を目指す医療行為について考えるときには、多くの場合、現に患者が経験している不調や苦痛が存在するため、医療行為のマイナスなものを取り除いたり、さらなる悪化を防いだりする側面が注目される。より大きな害を防ぐための緊急性の高い行為と判断されれば、無危害原則をもってその医療行為の正当性が問われる、ということは通常ない。対して、特定の（非感染性）疾患の発症リスクが高い個人をターゲットとして、発症前に予防的に介入するような医療行為の場合は、治療的介入とは違って無危害原則がネックになる。関係する症状もなく、診断も下されていない患者の身体に介入する場合には、その介入が患者の健康の維持を目的としているという事実で侵襲を正当化するだけの力があるのかどうかは、それほど明白ではない。

上記の予防的介入には、乳がんリスク低減乳房切除術やリスク低減卵管卵巣切除術のような外科的介入が含まれる。このような侵襲性の高い介入の存在を念頭におきつつ、医療社会学研究者の村岡潔は、予防的介入は実質的に健康体への侵襲であるため、侵襲によるデメリットは限りなく皆無にせねばならず、短期間で消失するような軽度の副作用以上の悪影響を与えるような介入は許容されないとしている（村岡 2016, 48-49）。村岡はこのような倫理的要請を「予防医学における無危害原則」と呼んでいるのであるが、そこでは、医療行為によって患者にダメージを負わせない理由が非常に強く取られていることがわかる。「通常医療のようにメリット（治癒）とデメリット（副作用・副反応）をはかりにかけて、デメリットよりもメリットが大きいから適用できるといった甘い判断は正当化できない」（*ibid.*, 48）というのが村岡の見解である。健康体への侵襲には慎重になるべきであるというこの見解は、常識的な道徳理解に照らしても一定の説得性を認めることができる。

だが、予防的な介入についての特別な無危害原則の提案を無批判に受け入れることもできない。予防的介入は生命や健康の危機をあらかじめ防ごうとするものであるのだから、通常の治療行為と同じく、生命や健康の価値がこの実践を支えているとみていいはずである。だからこそ「後で大病を患うことになるよりは、生命維持に重大な影響を与えない部位を切除しておいた方がマシだ」と考えること自体は筋が通っているように思われる。にもかかわらず、メリットとデメリットの単純比較は通用しない、とされているのである。注意が必要なのは、メリットの存在が否定されているのではなく、（医師の）選択に対してメリットが持っている重要性を治療の場合と同様に取り扱うことが否定されていることである。治療では許されている単純な利益と不利益のトレードオフが却下されるのは何故なのだろうか。

本稿では、あくまでも生命維持や健康維持といったものの重要性はフェアに評価されなければならないという立場をとる。「健康体への侵襲である」ということ自体がいかなるこ

とを指しているのが曖昧な部分がないように示されなければならないし、また「健康体への侵襲である」ということが、なぜ単純比較を却下する根拠となりうるのかが示されなくてはならない。これらのことが適切に示されない限りは、「予防医学における無危害原則」を妥当な原則として受け入れることはできない。

そこで、この無危害原則を「義務」とか「べし」とか「倫理的要請」といった概念によってではなく、もっと基本的な規範性の単位である理由概念を用いて解釈してみたい。我々がある医療行為をするかどうか決めようとするときに、その利益と不利益を比較することを、村岡が「はかりにかける」と表現したように、理由の場合にもその規範性を説明するために秤の比喩が用いられることがある。ある行為をする理由と控える理由にもそれぞれの重みがあって、その重みを秤に乗せて傾きをみて、その行為をなすべきかどうかを判断するのである。「予防医学における無危害原則」によれば、予防的介入に関しては通常の秤の用い方は許されない。しかし、それはなぜなのだろうか。そして、その要求は正当なことなのだろうか。それらを明らかにするために、以下では、通常の理由の単純比較をする秤の使用と比較しつつ、「デメリットは最小限に」という原則の要求が意味するところの特殊な秤の使用法を特定することで、この原則が想定している、予防的介入の正当性の評価法の内実を明らかにしていく。

同時にこのプロセスは、特殊な秤の使用を適切にする予防的介入の特徴が何であるのかも明らかにする。そして、この特定作業を経た上で、さらにこの特別な正当性の評価法の適用が妥当であるかを検討する。医師に対して特定の医療行為を控えることを要求する「予防医学における無危害原則」は、医師に対して向けられるその他の職業倫理上の要求と整合的でなければならない。よって、もしも、この原則の適用を（すなわち特殊な秤の使用を）適切なものとするような特徴を共有し、重要な相違点もないその他の医療行為については、これほどに厳しい制約が課されていないのであれば、この無危害原則の妥当性は疑わしく、しかるべき修正が必要であると結論することになるだろう。

なお、本稿では予防的介入に特有の倫理的問題を検討することを目的としているため、そのほかの医療行為の場合であっても正当性に問題を生むような要素—たとえば、エビデンス不足である、などの問題については議論しない。それゆえ、「予防医学における無危害原則」の妥当性をめぐる議論においては、一定の理想的条件のもとでなされる予防的介入を想定する。

## 2. 理由概念を用いた倫理的アプローチ

### 2-1. 理由の規範性とはいかなるものか

まずは、理由の規範性について詳しく説明することから議論を始めよう。一般的に「行為 A の理由 (a reason) がある」という言明は、行為 A を支持する (counts in favour of A

ing) 事実 (a fact) が存在することを意味すると理解されている (Parfit 2011, 31; Scanlon 1998, 17; Crisp 2006, 38) (1)。その他にも、理由があるということがどのようなことなのかを説明するために、「なぜそれをしたのか、という問いへの答えになるようなもの」であるとか「行為を理解可能にするもの」といった表現も用いられる (Anscombe 1963)。哲学者たちの表現は正確だが、このままではいささか抽象的すぎて理由概念が何か捉えどころのないもののように思われるかもしれない。しかし、彼・彼女らが理由概念に注目したのは、「義務である」、「許容可能である」、「義務以上の善行である」、「なすべきである」、「賞賛に値する」とかいった、それぞれニュアンスの違いがあるのに、その相違を端的に示すのが難しい概念が錯綜する道徳（もしくは規範）というものを整理して理解するためである。不要な混乱を招くことなく道徳性や規範性を説明するためのツールとして理由に白羽の矢が立てられたのは、理由が私たちにとって最も身近な規範的概念と言いうるものだからである。我々は、実際の自分たちの熟慮について想いを馳せれば、上記のような表現の意味するところをつかむことができる。

例えば、ある作家が、師の娘をめぐる同じ門人と三角関係に陥り失恋したとする。この作家がその体験をスキャンダラスな小説に仕上げ発表するという行為は、一方では、世間の関心と同情を集め、経済的に成功するという帰結についての事実によって支持される。その一方で、一部の作家から顰蹙を買ったり、関係者の神経を逆なでしたりすることになるという別の帰結についての事実は、反対にこの行為を差し控える理由となる。あるいはその作品の内容があまりに低俗であるがゆえに、この行為は文学の冒涜であると言えるかもしれない。このことは行為の帰結についての事実ではないが、小説の発表を控える理由になりうる。これらの理由はそれぞれが行為を後押しする力を持っていて、小説家はどう振る舞うかを決めるときその力をひき比べるだろう。我々は常日頃から振る舞いを決めるときに「事実 F を考慮すると行為 A をしたほうがいいが、事実 f を考慮するなら行為 a をしたほうがいい。どちらを遂行したらいいだろうか」と秤にかけるような仕方で熟慮するが、まさに、特定の振る舞いを「した方がいいもの」として後押しするのが、理由の規範的力である。

さて、ここでこの作家は非常に厚顔無恥な人物なので、文壇の一部からどう思われようと一切気にかけないのだとしよう。そしてまた、一部の（おそらく高邁な精神を持つ）作家の顰蹙を買うことが、彼のその他の欲求の実現を直接的にも間接的にも妨げることはない。彼は作品を発表すべきかどうか考えるときに、この事実を無視するだろう。このような場合、作品を発表して得られる帰結についてのこの事実は、作家の動機づけに全く影響を与えず、実質的には作家をある一定の方向に誘導したりする働きを一切果たさないことになる。このことから一部の論者は、行為者が持ち合わせている欲求や願望やプランといったもので構成される動機付けの集合との関わりを持たない事実が理由になるということ否定する (Williams 1979; Markovits 2014) (2)。

しかしながら、このような主張をする論者として、この小説家と同じような状況に置かれた人物が、文壇の内輪での自分の評判が落ちることを懸念して作品の発表を止めるのを見て、「何を筋の通らないことをしているんだ？この人のしていることは全くもってわけがわからない」とは言わないはずである。この人物の振る舞いは完全に的を外しているわけではなく、少なくとも一定の適切さを認めることができる。もちろん、このことは、ありとあらゆる振る舞いの選択肢のうちで発表の差し控えが最も適切な振る舞いであるということを保証するわけではない。だが、仮によりましな選択肢があるとしても、ある行為に適切さを認めることができるのであれば、そこには何らかの規範性が働いているとみていいだろう。この比較的小心者な小説家の振る舞いには（この場合は不作為だが）、自分の評判を落とさないようにするという意義がある。少なくともこのことを認めることができさえすれば、理由があると言うためには十分である。たとえ、厚顔無恥な作家が一部の潔癖な作家たちからの評判を気にかけていないのだとしても、発表を控えることにも意義があることを認めないわけにはいかないはずである。この作家はただ、その上で「だからどうした」と言っているのにすぎない。

以上で、理由を説明する常套句を用いて我々が言わんとしていることが示されたように思う。すなわち、理由は行為の意義を示すようなものとして、行為を支持する。理由が「なぜ？」という問いへの答えになるのはそのためであるし、理由があり、意義のあるものだからこそ行為は理解可能になる。

以降の議論に関わる、理由のもう一つの特徴にも触れておきたい。それは、理由には究極的な理由と、そこから生じる派生的な理由の区別があるというものである。結局、小説家が例の作品を発表したとしよう。彼になぜ発表したのかと尋ねると「儲けになるし、連中に一泡吹かせてやろうと思った」と理由を教えてくれた。さらに、「でもどうして、金儲けがしたくて、そんな仕返しのようなことをしたいと思ったんだ？」と尋ねると、彼は「贅沢ができるようになるし、仕返しをすれば嫌な気持ちを忘れられると思ったからだ」と答えた。彼が本心を語っているとは限らないし、また自分のしていることがどのようなことであるかを完全に理解しているとも限らないが、筋の通った説明をしていることは確かである。彼の行動が正当化できるかどうかは問題含みだが、彼の答えたことは彼の行動を支持するような事実である。さて、重要なのは小説家が与えた行為の説明が、理由の連鎖をたどることによってなされていることである。おそらくもう一度「なぜ？」と尋ねるなら、小説は自分の幸福のためだと教えてくれるだろう。しかし、幸福を追求する理由をさらに求めることはできない。とはいえ、このことは問題にはならない。なぜなら、それは単に理由の鎖が幸福から始まっていることを示すに過ぎないからである。小説家が述べた他の理由が、幸福の追求に役立つという手段であることによって初めて意義が認められるものであるのに対して、幸福を求めることはそれ自体で意義を持つ。幸福を追求する理由は最も根本的であり、この例における理由の鎖の規範性の源はそこにある。理由は究極的な理

由と派生的な理由とに区別することができ、幸福追求の手段となる振る舞いの理由は、この究極的理由から派生したものである (Crisp 2006, 8) <sup>(3)</sup>。

振る舞いの意義を示し、振る舞いを理解可能にするという理由の規範性を、G.E.M.アンスコムや J.ラズは善悪 (あるいは価値) の規範性と結びつけて理解している (Anscombe 1963; Raz 1999, 22-45)。筆者の用いた小説家の例においても、理由となっていたのは、小説家の振る舞いを何か望ましいものへとつなぐ道筋を示すものであった。筆者自身も、論争的な立場ではあるものの、価値があるという事実と理由があるという事実は同じ規範的な事実であると理解している<sup>(4)</sup>。本稿冒頭で、生命や健康の価値の重要性を強調していたのはそのためである。

筆者が以上で述べてきたような理由理解においては、理由というものはある意味で普遍的な性格を持つと想定されている。たとえば、幸福は望ましく、幸福を促進するという事実は行為を理解可能にする。幸福は誰の幸福であっても良いものであり、誰が促進するのであっても理解可能である。すなわち、任意の存在の幸福を促進する理由を、すべての人が持つことになる<sup>(5)</sup>。このような側面に注目すると、筆者の理由理解は功利主義のような一種の帰結主義的な規範倫理学理論を含意しているように思われるかもしれない。しかし筆者は、内在的な価値を持つものが複数存在しうることを認め、価値あるものを促進する理由だけではなく、価値あるものを尊重する理由の存在も認めている。さらに次節で述べるように、理由の比較考量の仕方についてはある程度オープンな立場をとり、理由の規範性と正当化の規範性とを区別するので、筆者の理由理解が特定の規範倫理学理論を含意するわけでは必ずしもない。それでも、理由は行為者の動機付けや行為者自身の観点に依存しないという意味で客観的なものだと前提したり、上記のような理由の普遍性を前提したりする議論は受け入れ難く感じられるかもしれない。とはいえ、以降の「予防医学における無危害原則」の妥当性を検討する議論においては端的にこの理由の捉え方を前提にして話を進める。ただし、筆者の提案する理由理解を生命倫理学の文脈に持ち込むことの有益性については、以下で簡単に述べておこうと思う。

## 2-2. 医療倫理の諸原則を理由から考える

たとえば、医療倫理の四原則を提示したことで知られる T.ビーチャムと J.チルドレスは、善行原則 (Principle of Beneficence) はどのような場合に義務的な要求を与えるのかを説明するのに苦心している (Beauchamp and Childress 2019, 218-230)。他方、筆者の理由理解を用いれば、この問題に関してより明快な説明を与えることができる。

まず、我々は皆、幸福を促進する理由や、その幸福の実現に深く関わる心身に不調のない状態を促進する理由や、生命を守る理由を持っている。次節で詳述する理由の規範性と正当化の規範性の関係とも関わることだが、この理由があるからといって、幸福の促進や

生命の維持が我々すべての義務になるわけではない。医師は、これらの理由に応える能力において他の人々よりも優れているのだと示した上で、(少なくとも)これらの理由をそのほかの理由に優先させるという約束を社会とかわしている存在だからこそ特別の義務を負う。このように考えるならば、理由と義務を明確に区別し、どんな行為が義務という特殊な規範性をもったものであるのかを、論じていくことができる。

他方、ビーチャムとチルドレスは理由と義務の区別をせず、善行の義務同士のあいだの相違によって説明しようとする。そのせいで、彼らは義務的な要求についての体系的な説明を与えることができない。まず一方で、彼らは、すべての人の幸福を促進する一般的善行の義務 (obligation of general beneficence) と、家族、友人、恩義のある人、患者など何らかの道徳的に重要な意味で特別な関係にある人の幸福を促進する特定の善行の義務 (obligation of specific beneficence) の区別を議論に導入した上で、後者については前者と違って要求的性格を帰することにさほど問題がないと断じて、医師が患者に対して負っている義務が要求的だと暗に述べる。しかし、その一方では、彼らは上記の区別との関係を明らかにしないままに、他者の重大な不利益の危険が迫っている時に、その危険を回避するのに必要な行為を遂行できる立場にあり、しかもそれによって甚大なコストやリスクを負うことも、全体として不利益を増やすわけでもないのなら、他者を助けるのに効果的な立場にあるのであれば、他者を助けることが要求されるのだと、明細な条件を提出する。そして、さらに他方で、医師が患者に負う義務を互惠性に基づける説を有望視することも明示している。彼らによれば、今や教育課程や医療実践の過程において社会からの恩恵を受けることなしに医療に携わる医師などいないのであるから、互惠性による根拠づけは医師の善行の義務を説明するのに役立つ。これら三つの義務の説明は、生命倫理学上の異なる個別の事例においては、それぞれの説明力の高さを見せるかもしれないが、彼ら自身が説明どうしに通底するものを示していないために、善行の義務自体の理解が混乱しているという印象を与える。

この問題は、自律尊重の原則、無危害の原則、善行の原則、正義の原則の4原則が衝突する事例において、何が正当化され、何が正当化されないのかという問いに答える際に障害となりうる。再度善行の義務を例にとるが、上記のように、結局のところビーチャムとチルドレスは、善行の義務についての体系的な説明を与えられているとは言えず、それゆえ、善行の原則の核となるようなもの、言い換えればこの原則自体がどのような意味で重要なのかを根本的な仕方で示すものについて曖昧な理解を示すことしかできていない。そうすると、現在の医療のサービス化、商品化が指摘されるような情勢においては、自律尊重の原則と対立した場合などに、善行の原則が不当に軽視されかねない。確かに、社会が承認する医療のかたちに変化しているのであれば、社会の一部としての専門職の倫理を取り扱う際には、現代社会でどんな医療が求められているのかを無視してはならないだろう。しかしながら、あくまで真に規範的に重要なものは、そのようなものとして取り扱われる



のが適切である。「理由がある」ということ自体が持つ規範的インパクトはそれほど強くないが、「あるものはある」と確定させた上で議論をスタートさせることで、あるものをないかのように議論することを防ぐことはできるだろう。

### 3. 理由の規範性と正当化の規範性の区別

本稿の目的の一つは、前節まででその規範的性格を確認した理由概念を用いて、「予防医学における無危害原則」を再構成することにある。そこでは、村岡がこの原則を提起するにあたり、俎上に載せられる理由として何を選び、それらの理由がどのように比較考量されるべきとみなしているのかを確認することが主たる作業となる。とはいえ、この原則そのものが医師による予防的介入の正当化可能性についてのものである以上は、そもそも理由と行為の正当化がどのような関係にあるのかについても説明しておく必要があるだろう。

R.クリスピーは、理由があるということと正当化されるということは異なることであると考えており、このことを示すために次のような事例を提出している。

二つのボタン:あなたは1と2と書かれた二つのボタンのうちどちらかを選ばなければならない。もしボタン1を押せば、数秒間、電気ショックを与えられ痛い思いをすることになる。もしボタン2を押せば、100万ポンドを受け取ることになる。あなたはこの二つの結果を知っているけれども、どちらのボタンがどちらの結果を招くのかを知らないし、それを知るすべもない。あなたは、お金を獲得できるかもしれないのなら、電気ショックのリスクを負ってもいいと考えており、実際、全体的に見て、お金を受け取るとは、電気ショックを受けることがあなたにとって悪いことをしのごほどあなたにとって良い。(Crisp 2006; 39)

さて、お金を受け取ることができるのはボタン2であるのだから、あなたはボタン2を押す理由を持つ。ボタン1を押す理由はあるだろうか。あなたの観点からすれば、ボタン1を押すことは50%の確率であなたの幸福を促進するチャンスを与えてくれる。同じだけの確率なのだからボタン1と同じ強さの理由があるように思われるかもしれない。ボタン1を押すということの意義はあると言いたくなるかもしれない。しかしながら、これは誤りである。ボタン2を押せばあなたの幸福が促進されるが、ボタン1を押すことはあなたに苦痛を与える。この違いがある以上、二つの行為は規範的な観点からは別の意味を持っている。苦痛を避ける理由があるのだから、あなたはむしろボタン1を押すことを避ける理由を持つのである。もしもボタン1を押したなら、あなたは電気ショックに悶えた後で「ボタン2を押しておけばよかった。ボタン1を押す理由はなかったんだ」と思うはずである。帰結を知り得ない以上、あなたがボタン1を押すことは(もちろん2を押してもそ

うだが) 正当化される。けれども理由があり、意義があるということは、正当化されるということとは異なる。

では、ある行為の理由があるということと、ある行為が正当化されるということはどのような関係にあるのだろうか。クリスプによれば「正当化と規範性は互いに独立している。しかし両者は、正当化は一般的に受け入れられた規範的な理由を背景になされるという意味ではもちろん関係している」(Crisp 2006, 40)。確かに、そもそもボタン 1 を押すことが正当化されるのは、我々に幸福を促進する理由があるからだと考えられるから、両者が完全に無関係ということはないように思われる。

【二つのボタン】においてそうであったように、時として我々は何をする理由があるのかを正確に知ることができない。また、たとえ理由がある行為だとしても、それが実行可能であるとは限らない。たとえば、現代の医療技術では治癒不可能な重篤な病を患っている患者が対象であっても、この患者の病を治す理由はある。我々にできるかできないかによって、治癒が望ましいかどうか左右されることはない。命を救えないということによって、命を救うことの意義が消失するということはないだろう。不可能だとしても、「なんとか治療して、命を救うことができたらいいのに」と思うことにはなんらおかしいところはない<sup>(6)</sup>。

あるいは、価値と規範的性格を一にするのだから、理由は行為者のおかれた状況には構わずに、より望ましい事態を絶えず提示してくる、と言うこともできる。要するに、我々はその望ましい事態を実現させるようなありとあらゆる行為の理由を持つ。しばしば、我々のなすべきことは、最も重みのある(あるいは最も強い)理由のあることであると言われたり<sup>(7)</sup>、最も理由のあること(most reason)であると言われたりするが、仮にこれが行為者の認識能力、身体能力、心理状態などの制約を完全に度外視して導き出された最善の行い(すなわち、行為の選択肢のうちでも、最も世界を最善な状態に近づけるもの)を指すのだとすれば、行為の正当性の評価の観点から言えばあまり役に立たない。我々が行為の正当化可能性を考えると、評価の対象となる行為は、あくまで、行為の帰結の正確な予測を立てたり、理由を十分に把握してじっくり熟慮したりする時間もないなかでなされるものに過ぎないのだという理解がある。よって、正当化可能性の問題に関しては、不完全な仕方ではか合理性を備えていない人々が、規範性の世界でやりくりしていくために、ある程度手加減するような仕方理由を勘案したり、理由を比較考量することから逸脱した思考のルートを取ったりすることが許されると考えられる。

たとえば、【二つのボタン】では、先程確認したように、あなたはボタン 1 を押さない理由とボタン 2 を押す理由とを持っていた。しかし、あなたにわかるのはそれぞれの理由の重みだけで(「全体的に見て、お金を受け取ることは、電気ショックを受けることがあなたにとって悪いことをしのぐほどあなたにとって良い」ということはわかっているのである)、どちらがお金のボタンでどちらが電流のボタンなのかわからないのだから、理由のある行

為を知ることができない。このような状況においては、あなたには理由の比較考量をすることが免除され、期待値計算をして賭けに出ることが許される。だからこそボタン 1 を押すという、避ける理由のある行為をすることも正当化される。我々が派生的理由を持つのは、100 万ポンドがもらえるボタン 2 を押すという行為だけである、一か八かボタン 1 か 2 を押してみるという行為の理由を持つのではない。したがって、ここで重要なことは、この確率論的思考は理由の規範性からの一種の逸脱であって、理由によってこの思考法を取ることが支持されているのではない、ということである。あなたは、最善を目指すことをやめて、次善の策を取ることにしたのである。とはいえ、この思考のルートが次善の策となりうるのは、幸福を促進し苦痛を避ける理由があるからであり、その意味では理由の規範性が正当化の基盤となっていると言えるのである。

#### 4. 専門職の約束と排除的思考

前節では、理由の規範性と正当化の規範性の区別について説明した。「予防医学における無危害原則」は正当化の規範性において理解することができるかもしれない。本節ではより具体的に「予防医学における無危害原則」についての検討を行っていくために、最後の道具立てとして、排除的思考というものを導入してこの原則の再構成を行っていく。

確率論的な思考とは異なるものの、「予防医学における無危害原則」にもまた理由の規範性からの逸脱を認めることができる。この原則は、侵襲性の高い薬物的・外科的な介入を含む、特定の疾患の予防的介入についての、個別の介入が正当化可能であるための(必要)条件を示したものである<sup>(8)</sup>。曰く、そのような介入によって生じるダメージは、すでに発症している疾患をターゲットとしている治療の場合とは異なり、介入によって得られる利益と単純比較していいものではない。ほとんど患者に悪影響がないと言えるのでなければ、仮に患者の同意が得られているとしても、正当化はできない。だが、純粋に理由の規範性の観点から考えるなら、つまり、すべての理由を単純比較する立場から考えるなら、ある予防的介入が総合的に患者の被るダメージをより少なくすると言えるのであれば、他の事情が等しければその介入をすることには何の問題もないように思われる。したがって、この原則は、理由の規範性の領域から何らかの仕方で逸脱して、医療者の義務を述べている。

J.ラズは、「予防医学における無危害原則」にみられるような、理由の単純比較を拒む思考のルートのうちに義務の規範性の本質的な特徴を見出している。彼は我々の約束を守る義務に着目し、次のように主張している。約束とは「特定の行為を遂行するという義務を、まさに伝達という行為によって、引き受けるという意図を伝達すること」(Raz 1977, 218)である。約束が成立したなら、あなたはあなた自身に行為 A をするという義務を課すことになる。約束さえしなければ(そして理由についての無知であるとか、理由のある行為を遂行することが重要な意味で不可能であるといったこともないのだとすれば)、あなたは

行為 A をする理由と行為 A をしない理由とを単純比較するだろう。けれども義務を負う以上、あなたは上記のような理由どうしの比較から、一部の行為 A をしない理由を排除することになる<sup>(9)</sup>。

たとえば、あなたは友人が旅行に行くあいだ、友人の飼い犬を預かり、きちんと世話をするという約束をした。しかし、その後で別の友人があなたを訪ねてきて、ちょうど犬の飼い主の旅行期間と同じ日程で開催される音楽フェスティバルに一緒に行こうと誘ってきた。当然、犬を連れて行くことはできないが、音楽フェスティバルに行くのは、犬の世話をして過ごすよりもはるかに愉快である。多少金銭的負担が増えるかもしれないが、犬の飼い主はペットホテルを見つけることができるだろう。よって総合的に見て、あなたが犬の面倒を見るより音楽フェスティバルに行く方が事態として良いと言えるでしょう。しかしながら、あなたは約束をした以上は、音楽フェスティバルに行く理由と犬の世話をする理由とを比較してはならないのである。あなたが音楽フェスティバルに行く理由は比較対象から排除されるからである。とはいえ、犬の世話をしない理由の全てが常に排除されるというわけではない。たとえば、急遽、なんらかの事情で他に行くあてがなくなった、犬アレルギーの叔母があなたの家に身を寄せることになったのなら、このことは犬の世話をする理由との比較対象として排除されることはないかもしれない。もっと言えば犬の世話をする理由を凌駕しうる。この場合にはあなたが約束を破ることは正当化できるだろう。約束をすると、確かに約束を破る理由の一部が熟慮から排除されることになるが、だからといって約束に絶対的な地位が保証されるわけではない。

さて、医師を含めた専門職集団を特徴づけるのは、彼・彼女らが社会に向けて自分たちが何をして何をしないかについて「宣誓」し、それが社会に承認されて初めて一定の地位と独立性を認められた集団として機能するという事実である（西村 2004）。すると、医師の職業上の義務は、医師という職業集団が社会とかわしている（もしくは、かわしていると暗黙のうちにみなされている）約束として理解できるかもしれない。たとえば、医師は応召義務を負っており、正当な事由がなければ診療を拒否してはならないことになっているが（医師法第 19 条第 1 項）<sup>(10)</sup>、この義務の倫理的側面を見るのなら、医師は患者の福祉に奉仕すると約束しているため、診療を拒否する理由の一部は排除されるのだと理解することができるだろう。「予防医学における無危害原則」もまた、医師にはある種の予防的介入をしない義務があるということを述べるものである以上は、医師という専門職集団が、社会とかわしている（と想定されている）なんらかの約束を表現するものであると解しうる。そうであるなら、この原則をラズ流の義務の理解を用いて捉え直すことができるだろう。

予防的介入の一つの形態である先制医療について批判的に検討する文脈において、村岡は次のように述べている<sup>(11)</sup>。

「先制医療」では未病者[関連する疾患の症状がなく、診断も下されていないものの、将来的に疾患の発症のリスクが比較的高い状態にある人]とラベルされてはいるが、実質、健康体に介入するのであるから、通常医療のようにメリット（治癒）とデメリット（副作用・副反応）をはかりにかけて、デメリットよりもメリットが大きいから適用できるといった甘い判断は正当化できまい。「先制医療」ではデメリットは皆無に近い（あっても短期間で消失し、後遺症とならない軽症の）ことが要請されなくてはならない。[...]この生命倫理（医療倫理）的規範を「予防医学における無危害原則」と呼ぶことにする。（村岡 2016, 48-49, [ ]内は筆者）

医師の義務を定めた「予防医学における無危害原則」では、予防的介入によるダメージ（予防的介入をしない理由）と予防的介入による利益（介入をする理由）との単純比較は許されず、ごく軽い無視できるほどのダメージでなければ利益による正当化が認められない。これは、予防的介入についての排除的思考として解釈できる。すなわち、この原則で示されているのは、介入をしない理由が一定程度未満の軽さ（弱さ）のものである場合を除いて、介入する理由は排除されるので、介入しない理由より重い（強い）としても、介入は正当化されないということであろう<sup>(12)</sup>。この原則が言わんとしているのは、関係する症状を見せているわけでもない人の身体に介入するのであるから、できるだけ無傷で返さなければならないということであろう。それゆえ、おそらく、許容されているのは、注射後の軽い腫れや短期間で消失する介入箇所の違和感などのダメージのみである。それ以上のダメージを生じさせるのであれば、重大な疾患が発症することにより生じる苦痛を防いだり、患者の死亡を防いだりする理由は、介入の正当化可能性をめぐる考量からは排除されるので、介入を控える理由が凌駕されることはなく、それゆえ介入は正当化不可能ということになる。

## 5. 「予防医学における無危害原則」は妥当か

### 5-1. アナロジーによる解決の提案

大まかには、理由概念を用いての「予防医学における無危害原則」の解釈は以上のようなことになる。この原則の妥当性は、専門職である医師が、予防的介入に関して、もしくは医学的介入による侵襲一般に関してどのような約束を社会とかわしているかと考えるのが説得的なのかには依存している。しかしながら、実際にはその約束の内実を一意に明らかにすることは非常に難しい。社会の承認なしに医師と社会のあいだの約束など成立することはなく、それゆえ医師の職業上の義務は、危害に関する常識的な道徳的見解や、医療者の使命についての人々の理解といったものとの関係において理解されなければならないからである。この原則は、過剰な介入による患者の自律の侵犯への反省といった医療倫理学の歴史的な

文脈を踏まえて提出されており、それゆえにこの原則が医療倫理の規範として一定の説得性を備えていることは間違いない。けれども、命や健康や幸福といったものの価値を考えれば、予防的介入の意義を否定することもできない。原則の妥当性についての判断は振り子のように揺れてしまう。

たとえば、危害についての我々の常識的見解の一つには、他者の害になるようなことをするのが正当化されるのは、それによって何か他の（より大きな）害を防ぐことができる場合であって、何か積極的に良いことが達成できるということでは正当化できないというものがあるかもしれない。このような見解が「予防医学における無危害原則」には確かに反映されている。他にも原則を支えるものとして考えられるのは、「健康＝完全に良好な状態」という理解のもとで推し進められる医療が、疾患のインフレと過剰医療をもたらすという危機感（松田 2016）であろう。医療が目指すのが健康の維持・増進であり、その健康が「単に疾病や虚弱がないことを指すのではなく、完全な身体的幸福（well-being）、完全な精神的幸福、完全な社会的幸福が揃った状態」（「世界保健機関憲章」）のことであるなら、我々のほとんどは健康ではなく、医学的介入が必要な状態にあるということになるだろう。また、健康という価値を患者に押し付けるパターンリスティックな医療への反省も、この原則の提示を動機付けたものの一つであるはずだ。

しかし、過剰医療やある種のパターンリスティックな医療のあり方がもたらす弊害を否定するつもりはないが、WHO が定義するところの健康は望ましく、我々が追求する理由を持つものである、というのもまた確かであるように思われる。患者の立場であれ、医師の立場であれ、苦痛が生じる前に先手を打って予防をしておき、できるだけ最善に近い状態を保っておこうとすること自体はまっとうなことのように見える。とりわけ、発症してしまえば治療することができない病や、重症化を防ぐことのできない病については、（少なくとも発症率、生存率、生命予後の改善をもたらす技術として確立された）予防的介入は非常に魅力的な選択肢である。にもかかわらず、「予防医学における無危害原則」が妥当なら、適用対象となる介入のうち外科的処置を含むもののほとんど全てが正当化不可能だということになってしまうはずだ。そのような侵襲性の高い介入は、仮に合併症を引き起こすようなことがなかったとしても、少なくとも手術創の痛みや引き攣れなどを残すことになるだろう。この原則の条件は非常に厳しいので、薬物療法についても、その多くが弾かれることになるかもしれない。

こうした問題に直接アプローチすることの困難さに鑑みて、本稿では哲学的なアナロジーによる解決を試みたい。「予防医学における無危害原則」が提案する排除的思考は予防的介入には適用されても、治療的介入には適用されない。これは、村岡が「実質、健康体に介入するのであるから」という表現で示そうとした事実によって、両者が区別されるからである。ならば、この原則が妥当なら、予防的介入と同様に「健康体に介入する」そのほかの医学的介入についても、このような排除的思考が適用されている、言い換えれば「デ

メリットは皆無に近い」という条件を満たす場合にだけ正当化されるとみなされているはずである。逆に、ある介入が予防的介入と重要な点で類似しているにもかかわらず、「予防医学における無危害原則」が定めるほどの厳しい条件が求められていないのなら、この原則は医師が社会とかわしている約束を正確に捉えられていない恐れがあることになるだろう。

## 5-2. 無危害原則における健康体とは何か

まず指摘しておかなければならないのは、「実質、健康体に介入するのであるから」という表現を文字通りの意味で理解すると原則の適用範囲があまりにも狭くなってしまうので、もっともらしくないということである。仮に、「健康体」と呼ばれているものが WHO の定義に見られるような、心身が完全に満たされた良好な状態にあることを指しているとする。この状態が持つ価値は医療の観点ではとりわけ大きな重要性を有するであろうから、確かに医師はこの状態の身体に侵襲することを極力避ける約束をしていると考えるのは一見もっともらしい。しかしながら、原則に抵触しうるような侵襲性の高い予防的介入が（一見自明な仕方であらう）選択肢として浮上するのは、そもそも、介入によって被るダメージよりも重大な疾患を、将来的に患者が発症する可能性が高いからである。そのような状態にある患者は、もはや完全に良好な状態にあるとは言えないかもしれない。仮に、ある特定の疾患の発症の可能性が高い人であっても、（少なくともその人に予防的介入をすることの正当性に関係する期間は）完全に良好な状態にあると言えるとしても、そのような状態にある人は極めて稀である。多くの人は心身に何かしらの不調を抱えながらもだましまし生活を送っているだろうし、ほとんどの人は完全に満足した状態を経験したことすらないだろう。となると、この原則の適用範囲が極めて限定的なものとなってしまう、実践的な影響力のほとんどが失われてしまうことになる。このような理解は、提唱者の意図しているところでもないはずである。

また、「健康体」で意味するもののハードルを少し下げて、疾病や虚弱がない状態を指すと理解するのももっともらしくない。予防的介入の対象となる人は、既に、何かしらその介入とは無関係の疾患の診断を受けている可能性があるからだ。そのような人についての予防的介入については、「健康体」の人とは違って、正当化の条件を緩めていいと考えることには、何か恣意的なものが含まれている。上記で言及した完全に良好な状態は、いわば最善の状態を指すのであって、健康な状態を追求する理由の源泉となるようなものであった。だからこそ、そのほかの心身の状態とは違う特別な配慮することに奇妙さはなかった。対して、最善ではないが疾患のない状態と、（予防的介入に支障をきたすようなものではない）疾患を抱えた状態とで扱いを変えることは、心身の状態の良さのグラデーションにおいて医師の側が勝手な線引きをしていることになりかねない。

とすると、「実質、健康体に介入するのであるから」という際の「健康体」で意味されているのは、予防的介入によって直接的に改善が見込まれるような心身の不調がない状態を指していると考えられることができるだろう。そうすると「予防的介入の無危害原則」において医師が社会とかわしている約束は、治療の必要性が現にある場合を除いては、身体への一定程度以上の侵襲性を持つ医学的介入はしないというものだと仮定できる。以下では、この場合に原則が妥当かどうかを考えてみよう。

### 5.3. 他の介入との比較を通じて、予防的介入を評価する

議論を単純にするために、まずは理想的状況における、侵襲性の高い予防的介入について考える。ある患者が将来的にある特定の疾患を発症することは（予防的介入が成功裡になされることがない限り）事実であるとする。そして、ある侵襲性の高い予防的介入によって、この疾患の発症を防ぐことができる。この疾患は発症すると、予防的介入による侵襲で生じるダメージよりも深刻な仕方では患者の健康を大きく損ない、苦痛を生じさせる。この介入は侵襲性が高いので、この介入を施せば、患者は長期間手術創の痛みを被ったり、むくみに悩まされたりすることになる。

この場合、医師は患者の身体の状態を最善のものに近づける理由と苦痛を減らす理由を持つため、そこから派生する、疾患の発症を予防する理由を持ち、さらにそこから派生する特定の予防的介入をする理由を持つ<sup>(13)</sup>。同時に、介入によって患者の身体には少なからぬダメージが生じるのであるから、医師は介入をしない理由も持つことになる。けれども、この患者には介入の時点での発症は認められず、予防的介入により改善が見込まれる不調は現在存在していないということは事実である。そのため介入をする理由は排除され、当該の予防的介入は正当化されないということになる。

しかし、一般には治療行為とはみなされないようなその他の医学的介入においても、同じように、当該の介入により改善される見込みのある患者が抱える不調は存在しないという事実は成立する。たとえば、移植のための生体からの臓器・組織の摘出がそうである。このような介入は間違いなく、「予防医学における無危害原則」に抵触する予防的介入と同レベルかそれ以上のレベルで侵襲性が高い。また、豊胸術や隆鼻術や二重瞼術などの純粋に美容目的でなされる美容外科的処置などの例を考えても明らかのように、美容医療にも侵襲性の高いものが含まれる。確かに、これらの介入については、生命維持や健康の維持・回復に必要であるという意味での医学的適応性がない<sup>(14)</sup>（あるいは極めて低い）という問題がある（前田・稲垣・手嶋 2000, 164）<sup>(15)</sup>。しかしながら、医学的適応性による違法性阻却がならなくても、（被害者の同意という意味での）患者の同意による違法性阻却が可能であるとの刑法上の見方も示されている（萩原 2012; 山本 2013）。また、当然、通常の治療行為よりも厳しいインフォームドコンセントの条件が求められることになるものの、こ



これらの介入は、現に正当化可能なものだと一般的にみなされている。とりわけ美容医療については、患者の審美的満足を目指すケースが多いのだとしても、身体をより良い状態、より最善に近い状態に近づける介入だという意味では、予防的介入と同じベクトルを持つと言えるだろう。したがって、治療の必要性がある場合を除いては、一定程度以上の侵襲性を持つ医学的介入をしないという約束を医師が社会とかわしていると考えるのはもっともらしくない。

我々はここで、「予防医学における無危害原則」は修正されるべきであると結論して、議論を終えてしまうこともできる。つまり、侵襲性の高い予防的介入は一律に正当化不可能だとしてしまうのではなく、上記のような治療を目的としない医療行為と同様に、予防的介入についても、医師の説明義務を拡張していくという方向で正当化の条件を厳格にするという対応をとるべきだと主張するのである。しかしそれでは、健康増進の流れを汲んで勢いをつけている予防医療に一旦ストップをかけようとする、この原則の狙いを十分に汲み取っているとは言えないかもしれない。仮に、予防的介入には、治療目的でないということのほかにも、医師の慎重な対応の重要性をことさら強調しておかねばならないと思わせるような何らかの要素が含まれているのなら、原則の解釈のさらなる候補が可能ということになる。最後に、この可能性を探ってみたい。

#### 5-4. そもそも予防をする理由がない可能性

筆者はここまで、極めて理想的な状況においてなされる予防的介入について考えてきた。実はその想定の中には、予防というものの本質を隠してしまいかねない、非常に問題含みなものが含まれている。本稿では、介入をする理由の存在を確保するために、ある患者が将来的にある特定の疾患を発症することは事実であるとする仮定してきたが、予防的介入の正当性を考える場面においては、この想定はあまりに楽観的であるかもしれない。村岡が指摘しているように、仮に予防的な介入をした患者が関連する疾患を生涯発病することがなかったとしても、それは必ずしも介入のおかげとは限らない。未病者は単に発病のリスクが高いだけで、介入しない場合にも本人の自然治癒力などのおかげで発病しないということはある（村岡 2015, 56-57; 2016, 48）。その場合は、端的に言って、予防的介入をする理由がないということになる。正確に言えば、特定の疾病の発症を妨げられる個別的な介入をする理由も存在しない。電流が流れるボタンを押す理由がないのと同じで、そもそも予防になっていない介入をする理由はない。もちろん、患者が抱える不安を軽減することはできるかもしれないのでその意味では介入をする理由はあるだろう。患者にとっては、大病を患うリスクが高いという事実と将来長きにわたって向き合い続けなければならぬだろうから、この理由は介入によるダメージを避ける理由に勝るものになるかもしれない<sup>(16)</sup>。しかし、医師が社会とかわしている、患者の身体への侵襲に

対して慎重な姿勢をとることの約束には、不安が生むこの理由も、あるかどうかもわからない理由も思考から排除することが含まれているのかもしれない。

「予防医学における無危害原則」に一切修正を加えずに擁護を試みる道としては、この解釈を取るのが最良であるかもしれない。この解釈を取れば、先ほどのアナロジーによる反論に対して、予防的介入は美容整形や臓器摘出などとは重要な点で異なるため、後二者の正当化可能性の条件を予防的介入にも適用することはできないと応答しうる。というのも、個別の予防的介入をする理由があるかどうかではなく、この理由を派生させる理由がない可能性があるということ否定できないというのがこの問題の特異な点であるからだ。たとえば、もちろん、同じく治療目的でない美容外科手術の場合でも、個別の介入が功を奏さないということありうることで、介入してみたらその介入をする理由はなかったと判明するということは考えられる。しかし、患者の身体を完全な状態から遠ざける要素や患者が不満に思う要素を介入の時点で見いだすことができるのであれば、個別の介入の理由を派生させうる理由が存在することになる。あるいは、生体移植臓器の摘出の場合でも、拒絶反応を抑えることができず、再移植が必要になるような事例においては、事例におけるドナーから臓器を摘出するという個別の介入の理由はないということになるが、移植が必要である以上は、うまく適合する臓器を摘出する理由を派生させる理由が存在することは確かである。

しかし、筆者にはこの応答は成功しないように思われる。この応答がもっともらしいものに思われるのは、次のような誤った想定をしている場合だからである。すなわち、美容整形・臓器摘出の場合には、個別の介入の理由を直接派生させる理由までは反応できているが、予防的介入についてはそれよりも前の段階から理由に反応できていないので、それが重大な違いを生むという想定である。だが実際には、いずれの個別の介入も意味がないのであるから、(健康や幸福を追求する理由や苦痛を避ける理由のような)究極的理由に至るまでの理由の連鎖のどの理由にも反応できてはいない。医師が鎖のどこまで反応できたつもりであるかは重要ではない。理由のない予防的介入と美容整形・臓器摘出の違いは、これらの個別の介入を可能な選択肢として考慮する際に仮想的に描かれた、その個別の介入の理由に至るまでの理由の鎖が立ち消えになる段階の差に過ぎない。したがって、上の反論では、美容整形・臓器摘出と予防的介入を区別することはできていない。

さらに言えば、仮に美容整形や臓器摘出とのアナロジーが成立しない根拠として予防的介入の特殊性を持ち出すことが適切であるとしても、なおこの原則に対して正当化の条件を緩めることを求める議論を提出することは可能である。予防医学の文脈におかれることはないが、がんの治療において手術療法の後に、再発予防として再発率の高い患者に化学療法と放射線治療を施す術後補助療法は一般に認められている。手術で摘出しきれなかったがん細胞をターゲットとしているものの、これも予防的介入であり、現に再発低リスク群に対しての有効性は認められていない(『子宮体がん治療ガイドライン：2018年版』)；

114)。また、再発しなかった場合に術後補助療法のおかげで再発しなかったのかどうかの判別をすることは厳密にはできない。それでも、この介入が「予防医学における無危害原則」に抵触するので正当化できない、と主張されることはない。一部の再発リスクの高い患者に対しては、術後補助療法による無憎悪生存期間や生存期間が延長されるというエビデンスがあるので、むしろ介入は推奨されており (ibid., 118)、排除的思考が求められているとは考えにくい。むしろ、単純な利益と不利益のトレードオフに確率の要素が盛り込まれた思考のルートが採用されているように思われる。たとえこの介入が、実践的には治療の延長でなされるものであるとしても、予防であるがゆえに、本当に予防の理由があるかどうかを知ることができないという同じ問題を抱えるものであることは否定できないはずだ。

以上から本稿は、予防的介入については排除的思考をすることを含意するような約束を、医師が社会とかわしていると考えるのはもっともらしくないと結論する。確かに医師が介入するのは他者の身体であり、そのため【二つのボタン】のような正当化が簡単に許されるわけではないだろう。しかしだからといって、医師に確率的な思考を一切許さず、侵襲性の高い予防的介入を一律に正当化不可能とみなすのは、医師の無危害の義務を過剰に強くとった見解であるように思われる。社会はむしろ、リスクと立ち向かう患者の手助けをすることを医師に期待しているのではないだろうか。筆者は、正当化の条件を相応に緩めるという仕方によって「予防医学における無危害原則」を修正することを提案する。

## おわりに

「予防医学における無危害原則」の適切な修正には、どのようなものが考えられるだろうか。一定以上の条件を満たしたインフォームドコンセントが得られていなければ、介入をする理由を介入をしない理由の比較対象として扱うことを却下する、というものを候補に挙げることができる。治療目的のものではないことに加えて、予防をする理由があるのかどうかを判別することができないという特徴を備えているので、予防的介入において求められるインフォームドコンセントの条件は、美容整形や臓器摘出に求められる以上に厳しいものとなるだろう。しかし、この修正には、がんの再発予防のようなケースにおいても、同様に厳しい同意の条件を求めているのかという問題がある。この問題に関しては、再発リスクの高さや緊急度などを考慮して、患者・医療者双方に不要な負担を強いることのない条件を特定する作業が必要となるだろう。

- (1) 行為の理由を与えるのは、行為を支持する、関係的性質を含む行為の性質と考えることもできる。
- (2) ウィリアムズの道徳哲学の力点は「私は何をなすべきか？」という非常に個人的な性格の強い問いにおかれている (Williams 1985)。そして彼は、「～をなすべきである」という形式の言明と「～する理由がある」という形式の言明とのつながりを重視しており、理由があるということを「なすべきである」ということから謂わば逆算的に理解していると考えられる。このことが本稿の理由理解との相違を生んでいると言えるかもしれない。この点については中根 (2017) において詳しく説明されている。
- (3) 究極的理由あるいは非派生的理由は (自分のものであるか他人のものであるかを問わず) 幸福を追求する理由のみであるように思えるかもしれないが、必ずしもそう言い切ることはできない。例えば、ある学問の一領域は、その探求の成果が人々の幸福の促進の役に立つからでも、研究者の探究心の満足のためでもなく、それ自体で探求に値するようなものであるかもしれない。他にも芸術や生命 (問題含みな魂という存在を前提する必要はなく、ここでは一定の条件を満たす仕方での生物の身体組織が機能していることとして理解すれば十分である) や健康は、それ自体で尊重したり促進したりする理由のあるものだと考えることができるかもしれない。理由と価値の規範性が同一であるとする立場が正しいのだとすれば、内在的価値 (intrinsic value) を持つもの、すなわちそれ自体で価値を持つものを尊重したり促進したりする非派生的理由があるということになる。そのため、複数のものに内在的価値を認める多元主義に立つのであれば、非派生的理由があることも複数認められることになる。
- (4) 紙幅の都合上、本稿ではこの問題については議論しないが、安倍 (2019a) において、価値と理由は双条件的な関係にあるとする「価値のバックパッシング説明論」の擁護可能性について論じている。
- (5) 実行不可能な行為の理由の存在については次節で説明する。
- (6) 実行不可能な行為の理由については、安倍 (2019b) においても議論しているので、本稿ではこれ以上は深く立ち入らない。
- (7) 幸福を促進する (苦痛を減らす) 異なる行為の理由どうしの場合などであれば、この重量 (強度) 比較をすることは可能であろう。10 人の人が拷問にかけられていて、全員同じ苦痛を味わわされているとき、このうち 6 人の人を救い出す行動と 4 人を救い出す行動のどちらかしかできないなら、6 人を救う行為の理由の方が重い (強い) と判断して問題ないように思われる。けれども、注 3 で述べたような多元主義を取る場合には、異なる価値は通約不可能であって、関係する理由どうしの重量 (強度) を深くすることはできないかもしれない。その場合は最善の行為がいかなるものであるのかという問いへの回答はより複雑なものとなりうる。
- (8) 村岡自身はこの原則の適用範囲を明白に示しているわけではない。しかしながら、彼

がこの原則を提示するのは、未破裂動脈瘤の予防的手術や「先制医療」と呼ばれる医療戦略カテゴリに分類される介入といった事例について取り扱う文脈においてであり（村岡 2016, 村岡 2017）、このことから、いずれの予防的介入が適用範囲となるのかを絞っていくことは可能であろう。未破裂動脈瘤の予防的手術については、村岡は、未破裂動脈瘤が破裂しクモ膜下出血が起こるのを未然に防ぐものであるため、治療ではなく予防的介入とすべきであるとしている（村岡 2017, 43）。また、先制医療は、ゲノム情報やプロテオーム・バイオマーカーなどの各種バイオマーカーを用いて、特定個人が特定の疾患(潜在的には非感染性の慢性疾患の全てが対象となりうる)のハイリスク群に属すると診断した上で、発症前にその個人に予防的に介入するスタイルの医療体系である（村岡 2016）。よって、少なくとも、非感染性慢性疾患のハイリスク集団に属する個人をターゲットとした予防的介入については、原則の適用対象として問題ないように思われる。なお、子宮頸がんワクチンは、先制医療の先駆的例として取りあげられ、この原則に抵触するため正当化できないとされているが（村岡 2016, 49）、実際にはヒトパピローマウイルスに感染することを予防するものであり、また遺伝的情報に基づいてハイリスクの個人を特定して介入がなされたわけではない。そうすると、原則の適用対象を他の種類の（任意の）予防接種にも拡大しなければならないかもしれない。集団免疫効果を狙う予防接種については、予防接種を受ける個人のみならず、集団の利益がかかっているため、原則の適用対象外だと主張しうるが、(狂犬病予防のような)個人が感染した場合の重症化・死亡を防ぐことを狙ってなされる予防接種については、原則の適用対象から外す根拠となるような子宮頸がんワクチンとのあいだの相違を指摘するのが困難である。となると、個人の重症化を防ぐための予防接種に関しても重篤な副反応(アナフィラキシーやギランバレー症候群、脳炎など)やその後遺症の例が報告されている以上、一般的に正当化されるとみなされている予防接種が、「予防医学における無危害原則」によれば正当化されない、ということになりかねない。もしそうなら、原則の説得性は著しく低いものとなる。この問題を切り抜ける対処としては次の二つを考えることができる。一つは、この種の予防接種の場合も、重篤な副反応はごく稀にしか生じず、ゆえに子宮頸がんワクチン同様に原則の適用対象だが、確率の低さが勘案されるために副反応についての事実は無視できると主張する道。もう一つは、副反応のない場合や軽度の副反応しか出現しない場合は無危害原則に反しないので予防接種を正当化できるが、重篤な副反応が出現してしまった場合には、無危害原則の違反となり正当化できないと主張する道である。前者については、確率の考慮を導入することは、「関係する疾患のない患者の身体への侵襲については、治療行為の場合とは違って介入に伴うダメージの許容条件は非常に厳しくすべきである」という元来の原則の精神に背く可能性がある。他方、後者については、ごく少数の場合を除いて予防接種は正当化可能であると主張できるものの、道徳的運 (moral luck) の問題が関わってくるため、慎重に検討する必要があるだろう。ただ、本稿ではこの問題にはこれ以上立ち入らず、ハイリスク

群に振り分けられるような個人に対しての、侵襲性の高さゆえにほぼ不可避免的に本原則に抵触するような身体的ダメージをもたらすような予防的介入に議論の対象を絞る。乳がんの予防的切除術などがそのような介入の例である。このような介入について本原則が下す評定が妥当であるかを検討するだけでも、ひとまずは十分であろう。

(9) ラズ自身は、この排除の仕組みを成立させているのは、行為 A をしない理由の一部を排除する理由であると考えていた (Raz 1977, 221-222; Raz 1999, 39-40)。この理由は排除的理由 (exclusionary reasons) と呼ばれるもので、理由をいかに取り扱うかという問題に関する二階の理由という位置付けを与えられた。しかし、筆者は、一部の理由の排除の働きをしているのが、特殊な性格を持つ理由であるという考えについては否定する。このことは安倍 (2019b) において詳しく論じている。

(10) 法的には、医師、歯科医師、薬剤師、助産師らの応召義務は、医業の公益性と医業がこれらの専門職集団に独占されていることから帰結するとされている (前田・稲垣・手嶋 2000, 73)。

(11) 先制医療については注 8 を参照。

(12) 介入をしない理由が一定程度未達の症状の重さの副作用が生じることを避ける理由である場合を除いて、介入する理由は排除されるので、そのような場合でなければ予防的介入は正当化され得ないと理解することも可能だろう。

(13) 発症による不利益は悪いものであり、この悪さはいずれの時点においても変わることはない。よって、疾患が存在せず発症する前の時点においても、医師は予防的介入をする理由を持つ。筆者のこのような考え方は、死の悪さを説明する剥奪説を展開するにあたって、T.ネーゲルがとった価値と時間の関係についての見解に非常に近いものを前提している。ある人が生きているあいだには、ある人の死は存在しえず、死が経験されることはありえない。ネーゲルによれば、この人の生存期間のいずれの時点にも、死の悪さを位置づけることはできないが、死はその人にとって悪い (Nagel 1979)。なお、筆者は、ある人が死ねば、それは無時間的な意味で世界に悪いことが起きているということについては同意するが、これに加えて「その死が死んだ当人にとって悪い」とさらなる主張をすることには実践哲学上の重要性があるのかどうかについてはオープンな立場をとる。

(14) 当然、ここでいう健康は、WHO の健康概念の定義に見られるような、完全に良好な状態を指すわけではない。

(15) そのため、豊胸術のような美容整形術は医療行為に含まれないという見解も提出されている (上野 1975, 28)。しかし、医師法第 17 条において、医業が「当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為(医行為)を、反復継続する意思をもって行うこと」と定められていることから、治療目的ではなく、医学的適応性のない介入についても、医療行為とみなすのが一般的である (吉川原 2011; 萩原 2012)。

(16) ただし、リスクを減らすというだけの対応には限界があることも指摘されている。心房細動治療の現場におけるフィールドワークを通して、磯野・上田 (2018) は、治療をしてもリスクをゼロにすることはできない状況のなか、患者は結局のところ不安と向き合いながら生活して行くことになるにもかかわらず、リスク論に基づく医療は「合理的に」リスクと向き合うことを患者に要求するだけで、不安や恐怖を抱えた状態でどう生きて行くのかについて指針を与えることもなく放置していることの問題を指摘している。また、井上 (2018) は、自然治癒力の存在を忘却したかのようにリスクと予防の重要性を過剰に強調する医療のあり方は、不安に囚われた末の狂気のようなものを内包している、と批判している。

#### 参考文献

Anscombe, G.E.M. 1963, *Intention*, Harvard University Press.

Beauchamp, T.L. and Childress, J. F. 2019, *Principles of Biomedical Ethics*, 8<sup>th</sup> ed, Oxford University Press.

Crisp, R. 2006, *Reasons and the Good*, Oxford University Press.

Markovits, J. 2014, *Moral Reasons*, Oxford University Press.

Nagel, T. 1979, *Mortal Questions*, Cambridge University Press. (永井均訳、『コウモリであるとはどのようなことか』、勁草書房、1989年)

Parfit, D. 2011, *On What Matters vol.1*, Oxford University Press.

Raz, J. 1977, 'Promises and obligations', P. Hacker and J. Raz eds., *Law, morality and society*, Oxford University Press, 210-228.

—1999, *Practical Reason and norms*, Oxford University Press.

Scanlon, T. M. 1998, *What We Owe to Each Other*, Harvard University Press.

Williams, B. 1979, 'Internal and External Reasons' reprinted in *Moral Luck*, Cambridge University Press, 1981, 101-113.

—— 1985, *Ethics and the Limits of Philosophy*, Harvard University Press. (森際康友・下川潔訳、『生き方について哲学は何が言えるか』、産業図書、1993年)

World Health Organization, “Constitution.”, <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> (2020年3月22日閲覧)

安倍里美 2019a、「価値と理由の関係は双条件的なのか——価値のバックパッシング説明論の擁護——」、『倫理学年報』68集、215-229。

——2019b、「義務の規範性と理由の規範性——J.ラズの排除的理由と義務についての議論の検討」、『イギリス哲学研究』42号、15-32。

磯野真穂・上田みどり 2018、「< 特集論文 1> 脳卒中のリスクを伝える・脳卒中のリスクと暮らす…心房細動に対する抗血栓療法での現場での医師と患者のリスクのナラティブ」、『コンタクト・ゾーン』、118-142。

井上芳保 2018、「先制医療への意志は「正常病」の症状かもしれない——HPV ワクチン接種被害事件を糸口にして——」、『保健医療社会学論集』28巻、44-53。

上野正吉 1975、「医療行為における医師の自律規範」、『法律時報』47巻、25-31。

中根杏樹 2017、「バーナード・ウィリアムズの理由内在主義」、『先端倫理研究』11号、33-52。

日本婦人科腫瘍学会編 2018、『子宮体がん治療ガイドライン 2018年版』、金原出版。

西村高宏 2004、「専門職としての医師と倫理」、田中朋弘・柘植尚則編『叢書哲学のフロンティアⅧ ビジネス倫理学 哲学的アプローチ』、ナカニシヤ出版、60-88。

萩原由美恵 2012、「美容整形と医師の刑事責任」、『中央学院大学法学論叢』25巻、1-28。

前田達明・稲垣喬・手嶋豊 2000、『医事法』、有斐閣。

松田純 2016、「新しい健康概念と医療観の転換」、森下直貴編『生命と科学技術の倫理学



デジタル時代の身体・脳・心・社会』、丸善出版、34-56。

村岡潔 2015、「「先制医療」の理論的構造について」、『医学哲学 医学倫理』33 巻、52-58。

—— 2016、「予防医学の最高段階としての「先制医療」、森下直貴編『生命と科学技術の倫理学 デジタル時代の身体・脳・心・社会』、丸善出版、34-56。

—— 2017、「未破裂脳動脈瘤の予防的手術にみる医師の裁量と患者の自己決定のあり方」、『生命倫理』27 巻、39-46。

山本輝之 2013、「生体移植：刑法上の問題点の検討」、『成城法学』82 号、148-126。

吉川原明子 2011、「治療行為とインフォームド・コンセント法理」、『現代法学』20 巻、115-155。