

## 6. 願望実現医療の隆盛

- スを求めるクライアント（顧客）という役割を果たす。
- ⑥ 治療型医療では、病状を踏まえて、絶対に必要とされる医療措置が命令される。「～せよ」という命令法。願望実現医療では、クライアントの願望に沿って医療措置が選択される。「～ありたい」という願望法。
- ⑦ 治療には基本的に公的医療保険が適用される。願望実現医療は公的医療保険によらない自由診療となり、全額自己負担が原則である。自由診療の「自由」は、自由主義に基づき、社会保険制度による制約を受けないという意味である。自由診療が拡大すると、利用できる医療に格差が生じてくる。日本では医療機関に対して「営利を目的として」はならないという規制（医療法7条5項）があるが、自由診療部門から既に、健康に関わる業務がビジネスとして商業化されてきている。
- ⑧ 投入される医学は、治療型医療では、大学医学部で学ぶ西洋現代医学（Schulmedizin）であり、願望実現医療では、それに限定せず、東洋医学や民間医療（folk medicine）など多彩な代替医療（alternative medicine）をも含む。セルフメディケーションやサプリメントブームなどが願望実現医療を盛り上げている。（ただし、⑧は鋭い対立ではない。治療型、願望実現の両医療ともしばしば大学の医学と代替医療の両方を用いる）。

## 3. 願望実現医療とどう向き合うか

医療の商業化が進展するなか、魅惑的な宣伝が健康や美への願望をそそり、モード（流行）の圧力が人々を巻き込んで、さまざまな強迫観念を作り出す。そうした環境のなかで、美容外科に典型的に見られるように、身体のある部分に不満を持った顧客は、まるでパーツを交換するように、身体にさまざまな改良を施す。「メイクのように気軽にプチ整形」をキャッチコピーに、二重まぶた、まつ毛、高い鼻、豊満な胸など、人体各部へのピンポイントの介入として、しばしば断片化された形で提供される。身体を文字通り道具化し、その性能が注目される。不満なところは、機械の部品を取り換えるように「治療」し、あるいは新たな機能

や装置を補填すればよい。身体は自己形成の統合的な成分ではなく、単なる手段として操作の対象に貶められる。人格的な形成・成長が忘れられ、技術的な改造だけに熱中する。願望実現医療は、苦痛・不快・不都合などを即座に解消してくれる「一時しのぎの即効薬文化」をも誘う。欲しいものが手っ取り早く手に入るコンビニ文化、効率性と合理性を追求したマクドナルド化、夢を実現する医療など、技術の発展によって、我々は不満や不足を含んだ現状と折り合って生きていくことが下手になった。そして不可能なことに直面した時に、強いストレスを感じ、挫折しやすい。苦境に陥った時に、精神的な処理に失敗しやすい。だが、むしろストレスフルな現代であるからこそ、絶え間ないストレス（ストレス要因）に出会っても、自己コントロールを失うことなく、事態を処理していける柔軟性が欲しい。

アントノフスキー（Aaron Antonovsky, 1923～1994）は人々を健康へと移動させる主要な決定要因として、「首尾一貫性感覚（sense of coherence：SOC）」をあげている。それは、その人に染みわたったダイナミックで持続可能な確信の感覚である。その確信は、人生で遭遇するさまざまなストレスに対して、事態を的確に把握し、その刺激を自身の統御の下で、有意義に処理できるという感覚である<sup>9)</sup>。SOCが強いほど、ストレスへの対処力が高まるという。願望実現医療のなかで進行する身体の部品化、人格の断片化に対して、自分の身体と和解し、心と身体を再統合する営みが必要である。首尾一貫性感覚に支えられた人格の調和ある発展が、願望実現医療と向き合っていく上でのポイントとなろう。アントノフスキーの健康生成論は願望実現医療を促す要因の一つ（表1の④）でもあり得るが、同時にそれとのつき合い方をも示唆している。

サービスの提供側に対する規制も大きな課題である。美容外科のような分野では、保険診療とは異なり、規制が緩いか全くないため、近年さまざまなトラブルや健康被害が発生している。患者または顧客の健康と安全を守るための対策や、美容外科の質の確保が求められる。自由診療分野に対する広告規制を含む規制も検討する必要がある。日本の医療制度では医師免許さえあれば、誰でも

## — 特集・医療現場に求められる生命倫理 —

美容外科や形成外科を標榜し診療ができる。そこで、日本美容外科学会 (JSAPS)<sup>7)</sup> は美容外科医の質の向上のために、専門医認定制度を構築し、一定期間の研修を義務づけている。こうした専門職能団体による自主規制の努力も重要である。

医療機関は「営利を目的として」いない (医療法7条5項) というのが現在の自己了解であるが、これとの関係において、願望実現医療という新領域について新しい規範 (社会政策・社会倫理) をどう構築していくのか。主に健康保険制度によって運用される治療型医療と、自由診療としてなされる願望実現医療をダブルスタンダードで規制する<sup>8)</sup> ということが避けられないであろう。願望実現型医療の法的規制についての法学的考察も早急に必要であり<sup>9)</sup>、規制枠組みが含めた総合的な研究戦略が求められる。

人間にとって病気が「不滅」である以上、治療型医療も不滅で、今後も発達し続けていく。他方、病気治療という医療の本義から逸れた願望実現医療もますます隆盛をきわめていこう。これは医療がその核心からそれていく脱中心化である。医療はもともと、病に苦しむ弱い立場にある者を病苦から救うという目的をもって実践されてきた。伝統的な医の倫理に見られるように、そこには強い倫理的規範がある。願望実現医療では、健康に恵まれ、しばしば社会的にも経済的にも恵まれた人々が己の願望や欲望を実現するために医学的手段を利用する。これまで医療を支えてきた倫理的規範に囚われずに展開していくと予想される。

医療のこの本質的な変容、この構造的変化の意味について、包括的な学問的検討はまだほとんどなされていない。願望実現医療をめぐる問題は単に生命倫理学の問題ではない。それは医療文化論

という広い枠組みのなかで考究すべき文明論的課題でもある。

## 文献および注釈

- 1) ドイツ連邦議会スポーツ委員会が2009年5月に開催した公聴会での専門家の証言。ドイツ連邦議会ホームページ [http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2009/24541705\\_kw22\\_sport/index.html](http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2009/24541705_kw22_sport/index.html)
- 2) Brendon M: Pollresults: look who's doping. *Nature* **452** (10): 674-675, 2008.
- 3) Eberbach WH: Die Verbesserung des Menschen: Tatsächliche Und Rechtliche Aspekte. *Der Wunscherfüllenden Medizin*. Heidelberg, 2009. による。
- 4) Kettner Matthias: "Wunscherfüllende Medizin"-Assistenz zum besseren Leben? *GGW* **2**. 2006. [http://www-theol.kfunigraz.ac.at/cms/dokumente/10004575/2a85af7c/Wunscherf%C3%9Cllende+Medizin\\_Kettner.pdf](http://www-theol.kfunigraz.ac.at/cms/dokumente/10004575/2a85af7c/Wunscherf%C3%9Cllende+Medizin_Kettner.pdf)
- 5) イスラエルの医療社会学者アントノフスキー (Aaron Antonovsky, 1923 ~ 1994) が提唱した概念。(A・アントノフスキー「健康の謎を解くーストレス対処と健康保持のメカニズム」山崎喜比古, 吉井清子 監訳. 有信堂高文社, 東京. 2001. 参照.)
- 6) アントノフスキー, 前掲書。
- 7) 同名の学会 (JSAS) ではない。形成外科医しか加入できない学会 JSAPS の専門医認定には、形成外科で4年, 美容外科で3年, 計7年間の研修を受けることが条件。
- 8) 加藤尚武: エンハンスメントの倫理問題. *日医雑誌* **134** (1): 35-37, 2005. (上田昌文/渡部麻衣子編 エンハンスメント論争 社会評論社, 東京. 2008. に再録.)
- 9) 神馬幸一: 人体改造 (身体的エンハンスメント) に関するドイツの議論状況. *静岡大学法政研究* **14** (3-4): 67-122, 2001.



## 第15章 エンハンスメントから願望実現医療へ

—病気治療という医学の本義との関係—

松田 純

### I. はじめに

いま医療に大きな変化が生じている。病気治療という従来の医療の枠にはまらない形で、「医療的」手段の利用がさまざまな領域で進行しているからだ。

#### (1) 各界に広がるドーピング汚染

プロスポーツ界でのドーピングは昔も今も大きな問題だが、近年では、フィットネスクラブなど余暇を利用した趣味のスポーツ（大衆スポーツ）にもドーピング汚染が広がっている。先進国ではどこでもフィットネスクラブは大繁盛だが、ドイツでも近年フィットネスクラブが急増し、現在では、クラブ数は6千を超え、会員数は約6百万人いるという。ドイツフィットネスクラブ協会によれば、このうちおよそ70万人がドーピング薬に手を出していて、年齢は13歳から始まっているという。ドイツ連邦議会スポーツ委員会はこうした事態を憂慮して、2009年5月27日、専門家を招いて公聴会を開いた。この席でジーモン教授（マインツ大学）はドーピング利用者の三分の一は医師の指導のもとで行っていると証言している<sup>1)</sup>。

アーティストの世界にも、アブサン、コカイン、LSDなどの覚醒剤汚染が広がっている。学者の世界も例外ではない。*Nature*が2008年1月に60カ国の1,400人の読者にアンケートを行った結果、興奮作用のある薬などを、集中力を高めるために使用したことがあると回答した者が5人に1人いた<sup>2)</sup>。ドイツにおけるあるアンケートでは、例えば奨学金や研究補助金やインパク

トファクターのために、リタリンやモダフィニルなどの薬物を12%が「常用」、20%が「ときどき使用」と回答している。この調査を紹介しているエーババツハは、「精神スポーツ選手」の労働条件は、トップアスリートへのプレッシャーに劣らない、先進国の指導的エリートはますます薬物依存となっていく、と分析している<sup>3)</sup>。こうしたマインドドーピングは「気分明朗剤 (Stimmungsaufheller: Aufheller は漂白剤の意味もある)」とも呼ばれる。米国のある調査では、米国人の10%、2800万人がSSRI（抗鬱薬、米国での商品名は主にプロザック）を常用している。米国の大学生の4~7%が試験準備のために一度はリタリンを服薬したことがあり、しばしばインターネットを通じてアジアから購入していると答えている<sup>4)</sup>。ドイツでも健康人のための抗鬱薬が2006年だけで480万パック販売された。ライフスタイルドラッグ（生活改善薬）など日常のドーピング薬は2兆円の世界市場（2002年）だという<sup>5)</sup>。

#### (2) 人間関係の評価基軸としての美

美容ビジネスとアンチエイジングも盛んになっている。政治がショー化し、テレビ抜きの政治が考えられないテレビ時代、社会の指導層はますます見た目に価値を置くようになった。外見重視は1986年には6%だったが、2003年には27%にも増えたという<sup>6)</sup>。テキサス大学の調査<sup>7)</sup>によれば、美しい人は平均より10%収入が多く、魅力がない人は平均より5~10%収入が少ないという。“美のプレミアム”現象である。エーババツハは、美が人間関係の評価における基軸通貨になった、と分析している<sup>8)</sup>。

見た目社会のプレッシャーは強力で、見かけの良し悪しを気にかけて不安を感じる傾向は強まるばかりである<sup>9)</sup>。いまや美容ビジネスは世界で年7%増の成長産業で、美容整形だけでも200億ドル（2兆円）産業である<sup>10)</sup>。現代は歴史上、最もルックスが重要視される時代と言える。美容外科とは、容姿以外の点では健康上問題がない「患者」の魅力を増強するために行う選択的手術である。何が美しいかを美容外科医に教えてもらう世の中になった。理想的な美は作られるものである。化粧品会社や美容外科医の宣伝が不必要な製品やサービスを売りつけようとするところから「美」が生まれる。強欲が

美を生む。人体は物理的に操ることのできる対象、アクセサリーのようなものとなった<sup>101</sup>。

### (3) 医療のマクドナルド化

医療の本質が本質的に変化していく可能性は、医薬品の世界を大きく変えた「バイアグラ現象」のなかにも見てとれる。バイアグラは1998年米国で発売されるや、医薬品として史上最高の売れ行きを記録し、発売初年度に、いきなり10億ドルの収益をあげた。1999年1月には、日本でも性的不能治療薬として承認された。申請からわずか5ヵ月という異例のスピードだった(ただし保険適用外)。バイアグラは画期的な医療的発明であるとともに、米国の、そして世界の性文化を変える文化現象ともなった。

それまでは「性機能障害」は心因性が90%、器質性が10%とされ、夫婦間のコミュニケーションなどを改善するための心理療法の方が重視されていた。ところが、バイアグラ以降は圧倒的に器質性障害と捉えられるようになった。「インポはもはや心や妻の問題ではなく、器質性のED (Erectile Dysfunction) であり、治療可能」という新しい福音的な神話とともに、バイアグラは登場した。「バイアグラ」というブランドは、まさにEDという病気のブランド(商標)化とセットで販売された。製薬企業と専門医師たちによって構築された病気ED。バイアグラはこうした器質モデルへのパラダイムチェンジを構築しながら登場した<sup>111</sup>。

バイアグラはインターネット販売された初めての医療用医薬品である。また、薬の広告が米国で解禁された初めての薬でもある。医師や心理療法士などのカウンセリングを受けて夫婦間のコミュニケーションギャップを克服する作業などは手間がかかる。煩わしい仲介者なしに、ネット注文ですぐに入手し、手取り早い解決(結果)を得ることができる。バイアグラは、まさに医療の「マクドナルド化」<sup>121</sup>を象徴する存在でもある。それは「要求にいつでも応じられるきわめて効率的なセクシュアリティ」という性のマクドナルド化にも適合していた。苦痛・不快・不都合などを即座に解消してくれる「一時しのぎの即効薬文化」。まさに現代という時代を象徴している<sup>131</sup>。

宣伝は商品を宣伝するだけでなく、価値観をも伝達するメディアである。

Viagraはvigor(精力)+Niagara(ナイアガラ、激しく降りかかるもの、ほとばしり)の合成語であり、「力強く、生気に溢れた、強大な」イメージを喚起する。バイアグラの宣伝は「男らしさ」「若々しさ」という米国的価値観を伝達する。フェミニストはこれを「家父長制の直立(erect the patriarchy)・強化(reinforce)と皮肉る<sup>141</sup>。

ファイザー製薬は2001年に「EDは米国男性3千万人がいる程度患っている」とし、“男としての基準”を示そうとする。ビッグファーマが「正常」「正常な男」「正常な女」「正常な性」「男らしさ」「女らしさ」というアイデンティティを定義した。それによって「自分は男/女の基準に達しているか?」と不安をかき立てられる。新薬を生み出すことは、このようにして、適応患者集団を生み出すことである。これは典型的な医療化(medicalization)である。医療化とは、本来健康な人に自分は病気だと思ひこませたり<sup>151</sup>、軽い病気のの人に病状が重いと思ひこませたりすることである。製薬会社のこうした販売戦略によって、治療と治療以上の境界はかぎりなく不明確になる。

こうした医療手段の活用の傾向をここでは「願望実現医療(wunscherfüllende Medizin)」という概念で捉え、医療の変貌を考察する。まず、医療の本質についての伝統的な基本了解(治療型医療の規範)を確認し(Ⅱ)、それに対して、願望実現医療がどのような特徴と問題をもつか、両者を対比して考察する(Ⅲ)。願望実現医療は現象的にはエンハンスメントと重なるが、「願望実現医療」と捉えることにはいかなるメリットがあるかを検討し(Ⅳ)、最後に、願望実現医療をどう評価するか、それとどう向き合うかについて考える(Ⅴ)。

## Ⅱ. 伝統的医療の本質と規範——病める者の救済

言うまでもなく、医療は本来、病気の治療を目的とする。治療を目的とする「治療型医療(kurative Medizin)」の本義と規範を考える際、「治療」概念に注目する必要があるが、そのためには、病気概念の検討が必要になる。

病気概念には次の3つの局面がある<sup>161</sup>。

- 1) 客観的な面：ボースの生物統計学的定義によれば、心身の正常 (normal) 機能が障碍されている状態
- 2) 主観的な面：本人が自らの良好な状態 (well-being, Wohlbefinden) が妨げられていると感じるような状態
- 3) 関係的な面：社会的適応論や行為論の視点から、病気によって就労、勉学など社会的適応が妨げられている状態

病気は単に生物学的機能の障碍ではなく、社会的・文化的構築物、複雑な意味論的構築物で、規範を含んだ概念である。「病気」とは、当の患者が自らの良好な状態 (well-being) が妨げられていると感じるような状態を指し、しかもその人が医療者に助力と治療を、あるいは少なくとも苦痛の緩和を求めよう促すような状態を表す<sup>17)</sup>。

病気が医療者側に治療行為を促す規範的性格をもつということが、医療倫理規範のなかに現れている。「ヒポクラテスの誓い」では、「私の治療術を」、「私の能力および判断のおよぶかぎり、患者の利益になるように用いる」と書かれている。患者の救命と健康の回復と維持のために尽くすという医の精神は、西洋の医の倫理に限定されず、他の文化圏にもしばしば見られる。例えば、アーユルヴェーダの医書『チャラカ・サンヒター』、中国伝統医学の医書、『備急千金要方』(著者は孫思邈 Sūn Simiāo, 581-682) などにも共通して見られる。孫思邈は『備急千金要方』の冒頭で医師の基本的な道徳を次のように論じている。

およそ大医の病を治すや、必ずまさに神を安んじ志を定め、欲することなく求めることなく、まず大慈惻隱の心を発し、含靈〔生あるもの、衆生〕の苦しみを普く救わんことを誓願すべし。

もし疾厄にして来たりて救いを求むる者あらば、その貴賤、貧富、長幼、妍蚩〔美醜〕、怨親、善友、華夷〔中国人と外国人〕、愚智を問うを得ず。普同一等にして〔あまねくひとしく〕皆な至親の想いの如くす。また前を見て後を顧み、自ら吉凶を慮り、身命を護り惜しむを得ず。彼の苦悩を見て、己の之れ有るが如くし、心に深く凄愴す。險巖、昼夜、寒暑、飢渴、疲労を避けること勿れ。心を一つにして、救いに赴き、功夫、形跡の心〔利益や外聞を気にする心〕を為す無かれ、此の如くんば、蒼生〔人民〕の大医たる可し、

此れに反すれば、すなわちこれ含靈の巨賊〔万民の大敵〕なり<sup>18)</sup>。

「大慈」とは、仏・菩薩が民衆を慈しんで苦悩から救済する大いなる慈悲であり、「惻隱の心」とは病いに苦しむ人をいたわしく思う心である(『孟子』卷三 公孫丑章句上)。これが、医療者が患者に向かう心構えだという。

わが国最古の医書『医心方』(丹波康頼(912-995)が984年に撰述)にも『備急千金要方』の上記箇所が引用されている。欲得を忘れ、「ただ苦を救うの心をなせ」が日本の医療倫理の基本となり、「大慈惻隱の心」が日本の医療界の標語となった。

貝原益軒(1630-1714)は『養生訓』(1712年)のなかで「医は仁術である。仁愛の心を本とし、人を救うことを第一の志とすべきである。自分の利益を中心に考えてはいけない」と述べている<sup>19)</sup>。またこうも言う。「医は病気を救うための術であるから、病家の貴賤、貧富の区別なく、誠実さをもって病気の治療をしなければならぬ。病家から呼ばれたら、ぐずぐずせずに「貴賤の別なく直ちに」往診しなければならない。人命はきわめて重い。病者をおろそかにしてはならない。これは医師としての職分であり、義務である、と。ここにも『備急千金要方』の思想がはっきりと見てとれる。

治療行為(医療実践)が人間愛(humanitas)や慈悲や仁愛の実践であるという倫理は、古今東西の医療倫理に関する著作に繰り返し見られる。西洋医学は分析的であるのに対して、インドや中国の伝統医学は全体論的である。両者は生命観・人間観、病気・健康観について、捉え方が著しく異なる。それにもかかわらず、医療者の倫理的諸義務は、驚くほど類似している。それは次のような共通性をもつ<sup>20)</sup>。医療者は病に苦しむ人を助け、救うという献身的精神、とくに貧しい人々からは、治療に対する対価を求めず、治療に専心するという奉仕の精神が多くの文化圏で、しばしば見られる。文化も異なり、医学体系の基本原則を異にするにもかかわらず、医の倫理に共通性がみられることは、治療行為の強い規範性を示唆している<sup>21)</sup>。

### III. 願望実現医療の隆盛

医学のこうした伝統的な自己了解はいま揺らぎ始めている。冒頭で述べたような新しいタイプの医療がさまざまな分野に登場し、拡大しているからだ。医療の伝統的な目的を超えるこうした傾向を願望実現医療 (wunscherfüllende Medizin), または欲望に駆り立てられる医療 (desire-driven medicine) と呼ぶ<sup>29)</sup>。ドイツの応用倫理学者マティアス・ケトナー (Matthias Kettner, 1955-) が2006年に提唱した概念である<sup>29)</sup>。ケトナーの定義によれば、願望実現医療は、医学の知と力を病苦から逃れるために用いるのではなく、自分が生きたいと望む生の方へ自身の身体構成をできるだけ近づけ合わせようとするために用いることを意味する<sup>29)</sup>。これが伝統的な治療型医療 (kurative Medizin, curative medicine)<sup>29)</sup> と対比される。治療型医療は、IIで述べた病気治療を本義とする医療の基本了解のなかにとどまる。医学部で学ぶ医学 (Schulmedizin) の基本はこれである。願望実現医療は、この基本了解から多かれ少なかれ逸れていく医療である。

#### (1) 願望実現医療を促すもの

伝統的な医学の基本了解を揺るがし願望実現医療をいざなう動向として、ケトナーは次の4つをあげている。①生活と人生を最善な状態にする努力 (Vitaloptimierung) と人生設計 (Lebensplanung), ②新しい医学ユートピア, ③代替医療, ④公的医療保険によらない自由診療。以下、この4つの動向を敷衍してみる。

①人生設計によって生活と人生を最善な状態にする努力：例えばピル、不妊手術、人工妊娠中絶によって出産を回避する。不妊治療・生殖補助医療によって子を得る。これらは本来の治療ではなく、医薬品や医療技術を用いて出産をコントロールしようとする営みである。いつ、どういうタイミングで子を産むか、産まないか。性別も含めて、どんな子を産むか、産まないか (性選択, 出生前診断, デザイナーベイビー) など、人生設計に<sup>ライフプラン</sup>合わせて最も好都合な状態をつくらうとする (最適化, Optimierung)。アンチエイジン

グやライフスタイルドラッグ (生活改善薬) の利用もこれにあたる。

②新しい医学ユートピア：ゲノム科学・分子遺伝学的革命による医療の細胞工学化 (再生医工学, 幹細胞治療, ファーマコゲノミクスと個の医療等々), 長寿遺伝子の発見や、ニューロテクノロジーの発展などが新たなユートピアを提示し、われわれを挑発している。こうした先端医療技術によってこれまで治療不可能だった多くの病気が治療可能となる。それと同時に、これら新技術を治療を超える身体強化や老化遅延, 寿命延長などにも利用する道も開かれる。先端医療技術のこうした活用について、1990年代後半より、米国や欧州で、「エンハンスメント (Enhancement)」や「改良 (Verbesserung)」あるいは「人体改造技術 (Anthropotechnik)」という概念で議論されてきた (III(3)で詳述)。

③代替医療：最新医療だけではなく、古来からの民間療法的なものも含めて、代替医療も願望実現医療に関わってきた。近年、従来の西洋医学を「治療医学」と名づけ、代替医療を「予防医学」としてこれに対置する論が盛んである。感染症が病気の主役だった時代、治療医学はその威力を大いに見つけた。いま生活習慣病と言われる治りにくい慢性疾患が主な病気となり、治療医学の限界が見えてきた。こうしたなかで予防医学・代替医療が注目されている。予防医学は、狭義には、「病気にならないように未然に防ぐ医学」とされ、食生活や生活習慣などの改善を通じて、「病気にならない身体を作る」という言説がネット上にもあふれている。西洋医学と東洋医学との統合医療も注目されている。サプリメントやセルフメディケーションのブームなども美容や健康長寿の夢をかき立てている。ヨーロッパでも代替医療は根強い人気があり、ドイツではすでに4万人の医師が代替医療分野の追加称号もっているという。スイスでは、特定の資格条件を満たす治療者を探せる代替医療オンラインサイトも近年開設された<sup>29)</sup>。代替医療は疾病中心の西洋医学の狭い視点を全人的な統合的視点へと転換する上で積極的な意味をもつが、同時に、願望実現医療を推進する動因の一つでもある。

④公的医療保険によらない自由診療：保険を使わない診療は、わが国では「保険外診療」、「非保険診療」、「自費診療」などとも呼ばれる。自然分娩での出産や美容整形などは保険がきかず、全額が患者の自己負担になる。その

料金は医療機関が自由に決めてよいことになっている。自由診療の「自由」は、自由主義を基盤として、社会保険制度による規制に縛られないという意味である。保険制度による経済的な制約を受けず、考えられる限りの最良・最善の包括的な医療を追求することができる。ドイツでは、「個人契約の保健医療給付 (individualverträgliche Gesundheitsleistungen: IGeL)」というカテゴリーがあり、法的規制もあるが、わが国には自由診療に特化した規制はない。

現在日本では、保険診療と保険外診療を組み合わせた「混合診療」が一部の例外を除いて禁止されているため、自由診療を一部とり入れると、診療全体が保険不適用になり全額患者負担となる。日本経済新聞は2010年3月、危機的な日本の医療制度に対する「医療介護改革」を提言したが、そのなかで、混合診療を解禁して、自由診療部分で収入増を図ることを提案している<sup>39)</sup>。提案のようになると、病気の治療は治療型医療のなかで保険診療として行われ、願望実現的あるいはエンハンスメントの診療は保険外診療（自費診療）として行われる。日本では医療機関に対して「営利を目的として」はならないという規制（医療法7条5項）があるが、自由診療部門からすでに、健康に関わる業務がビジネスとして商業化されてきている。

## （2）願望実現医療の特徴

上記4動向によって願望実現医療はますます隆盛をきわめて行くであろう。

表1<sup>40)</sup> 治療型医療と願望実現医療の特徴

	治療型医療	願望実現医療
① 医療を促すもの	病気	要望 (Bedürfnis)
② めざすもの	健康 (Gesundheit) の回復	健康 (GESUNDHEIT) の増進
③ 理論	病因論 (Pathogenese)	健康論 (Salutogenese)
④ 医療を必要とする理由	医学的適応	医学的適応を欠く
⑤ 医療の受け手	病人役割	顧客役割 <small>クライアント</small>
⑥ 規範	絶対必要と命令される (命令法 Imperativ)	願望にそって選択される (願望法 Optativ)
⑦ 規制の原則	患者の自律	規制緩和
⑧ 医学の種類	大学医学	代替医療 (alternative medicine)

そのなかで、この医療はどんな特徴をもつであろうか？ 治療型医療との対比のなかで見ていく。ケトナーは両者の特徴を表1のような対照として捉えている。

表の各項目についてコメントする。

- ① 治療型医療は、患者の病気を治療するということから始まる。これに対して、願望実現医療は、顧客の要望から出発する。
- ② 治療型医療は「標準的な」健康回復をめざす。治療すべき病気がない状態を健康と捉え、病気が癒えたら医師が治療の終結を宣言するように、この意味での健康への配慮は原則的に、限定されたプロセスである。これに対して、願望実現医療は健康の維持増進、大文字の「健康」をめざす。その健康は、積極的・肯定的な質、社会的・生物学的・生理学的質をもち、複合的なものと考えられる。その質はますます高められ改良されうる。「もっと健康で、ずっと健康である」ことをめざし、原則的に終わることがない。それは“底なし樽”である<sup>39)</sup>。
- ③ 病気治療を本義とする治療型医療は、なぜひとは病気になるのかを説明する病因論 (pathogenesis, Pathogenese) をその理論的基礎としている。これは西洋近代医学の基本枠組みである。これに対して、願望実現医療は、どうしたら健康でいられるのかを説明する健康生成論 (salutogenesis, Salutogenese) を基礎としている。両者はそれぞれ以下のような特徴をもつ。

西洋近代医学は病気と健康とを截然と分けようとする。しかし「完全な健康状態」というのは考えにくい。病気と健康との間には広大な中間地帯があると考えた方がよい。じつは西洋の古代から中世までの医学は、〈健康でも病気でもない中間地帯 (neutralitas)〉をはっきりと見据えていた。近代医学によってこの中間地帯が排除された<sup>40)</sup>。イスラエルの医療社会学者アロン・アントノフスキー (Antonovsky, 1923-1994) は、近代医学のなかで見失われたものを再び取り戻そうとする。アントノフスキーは健康と病気を峻別するのではなく、ひとは「健康と健康破綻を両極とする連続体 (health ease / dis-ease continuum)」<sup>41)</sup>の上にいると捉える。彼は、現代の医学が疾病に研究の主眼を置き、なぜひとは病

気になるのかを説明する病因論を理論的基礎としているのに対して、健康と健康破綻の連続体上で、健康という望ましい極へと移動させるものは何かを探究すべしとして、「健康生成論」を提唱した。彼はこれを、西洋医学の狭い疾患モデルから生物・心理社会的モデルへのパラダイム転換<sup>32)</sup>と意味づけた。これはその後の健康増進論の理論的基礎となった。WHOが1986年に開催した第1回ヘルスプロモーション国際会議で「健康促進に関するオタワ憲章」が採択されたが、このなかにも健康生成論が流れ込んでいる。

「健康促進とは、人々が自身の健康を管理改善できることの過程である。身体的、精神的、社会的に健全な状態に到達するには、個人や集団が、望み (aspirations) を明確にし、それを実現し、ニーズを満たし、環境を変え、それにうまく対処していくことができなければならない。……健康とは、身体的な能力とともに社会的個人的な源 (social and personal resources) を強調する積極的な概念である。したがって健康促進は、単に健康部門の責任だけではなく、健康な人生スタイルを超えて、よい生活状態に至るものである (goes beyond healthy life-styles to well-being)」<sup>33)</sup>。

健康生成論は人間を「健康と健康破綻を両極とする連続体」において見るため、その対象を疾病と病者に限定せず、健康人をも含む。健康生成論では、病気と健康の線引きの意義が薄れるので、治療とエンハンスメントとの線引きも困難となる。患者以外をも対象とする願望実現医療を促すことになり、そうした医療の理論的基礎ともなる。

- ④ 医療を必要とする理由は、治療型医療の場合は医学的適応 (Indikation) であり、願望実現医療の場合は、そうした適応を欠く。
- ⑤ 治療型医療では、患者は「病める者」という役割を果たす。願望実現医療では、受け手は病人というよりも、むしろ心身の改造サービスを求める顧客という役割を果たす。
- ⑥ 治療型医療では、病状をふまえて「絶対に必要と命令される」医療措置がなされるのに対して、願望実現医療では、クライアントの願望にそって医療措置が選択される。

- ⑦ 治療型医療では、患者の自律尊重が規範原則として重視される。自律 (autonomy) は自ら (autos) 律すること (nomos) であって、無規制・無規律 (anomia) ではない。今日、自己決定権の一方的な強調が目立つが、願望実現医療では、自律 (autonomy) 尊重を超えて、さらに、クライアントの要望にできるだけ応えるような規制緩和 (de-regulate) が求められる。
- ⑧ 投入される医学は、治療型医療では、西洋近現代医学が主流をなす医学部で学ぶ医学 (Schulmedizin) であり、願望実現医療では、それに限定せず、東洋医学や民間医療 (folk medicine) など多彩な代替医療 (alternative medicine) をも含む。さらには「相補代替医療 (Complementary and Alternative Medicine: CAM)」<sup>34)</sup>、セルフメディケーション、健康ブームなどが願望実現医療を盛り上げていく。日本の相補代替医療のコストは2002年において3.5兆円と見積もられている<sup>35)</sup>。非常に広い領域で、夢の実現が有望なビジネスになり、健康が世界中で消費財になった<sup>36)</sup>。ただし、⑧は鋭い対立ではない。治療型、願望実現、両医療とも、全体としては、大学の医学と代替医療の両方を用いるからである。

### (3) エンハンスメント論との対比における願望実現医療論のメリット

願望実現医療は、従来「エンハンスメント Enhancement」という概念で捉えられてきた現象と重なる。Enhancement は enhancer (アングロフランス語：高める、機能強化) → enhauncen (中期英語) に由来する言葉であることから、〈病気の治療を超えて、身体能力や知力の向上や、性格の矯正などを目的として医学やバイオテクノロジーを用いること〉を言う。直接的な意味は「増進的介入」「増強的介入」という意味である。エンハンスメント自体が新しい概念であり、生命倫理学の最新のテーマのひとつであるが、願望実現医療という概念はエンハンスメント論とどう違うのだろうか？ この概念で現象を把握することに、どんな利点があるのだろうか？ 以下の利点が考えられる。

- ① 願望実現医療論はエンハンスメント論と広い範囲で重なることはたしかであるが、エンハンスメント論で漏れがちな多くの介入手段をも対象に



きするという利点がある。「エンハンスメント（増強）」という概念を用いた議論では、主に、医学部で学ぶ医学（西洋近現代医学）のなかで医薬品や医療技術（広義のバイオテクノロジー）、とりわけ先端医療技術を、心身の正常機能を回復する治療以上に用いることが対象となる。願望実現医療論は、そうした使用をももちろん含むが、大学の医学とは初めから別の領域である代替医療や民間医療の方法、化粧品を含む美容、健康食品、ピアス等々をも含む。エンハンスメント論では見落とされがちな、こうした広大な領域を初めから正面に見据える議論を導きうる。

②「エンハンスメント（増強）」という議論では、主に、医薬品や医療技術を、心身の正常機能を回復する治療以上に用いることが問題となり、治療／正常機能以上の増強的介入（エンハンスメント）という枠組みのなかで、個別の医療的介入の正当性とその限界（医学的適応の限界）をめぐる論争となる。例えば、遺伝子治療技術を、治療を超えた増強（遺伝子ドーピングや人間の設計、デザイナーベビーなど）のために用いてよいか、といった議論である。そこでは、主に、個別診療科ごとに、治療とエンハンスメントとの線引きをめぐる議論が目が向きがちである。

③ エンハンスメント論には、「増強」というイメージには合致しない企ても含まれていた。例えば、アメリカでは、帝王切開の率が近年高まっており、産婦の3人に1人が帝王切開で出産しているという。帝王切開手術は異常妊娠に対して適応が認められるが、この手術率の高さは、そのような医学的適応がないのに、たんに出産の苦しみを避けるため、妊婦や医療機関のスケジュールに合わせるためなどを目的としたものが相当数含まれていることを窺わせる。こうした傾向を、医学的適応を欠く願望実現医療として扱うことができるが、帝王切開を「増強」という意味でのエンハンスメントと捉えることには違和感がある。また、『治療を超えて』には、つらい体験をした人に対して、恐怖の記憶を消す記憶鈍磨薬（ $\beta$ 遮断薬など）を服用させてPTSDを予防するという例があげられている<sup>37)</sup>。記憶鈍磨は認知力の増強などの認知的エンハンスメント（cognitive enhancement）とは正反対であり、「増進、増強（エンハンスメント）」という概念に合致しない。しかし、願望実現医療という概念には違和感なく適合する。

④ エンハンスメント論においても、生命・医療倫理を超える発展した形の議論もなされている。例えば、エンハンスメントが隆盛となった社会を想定し、生物医学的近道（biomedical shortcut）による心身機能の強化が「人生ゲームにおける不公正なドーピング」となり、社会のあり様に大きな影響を及ぼすのではないかと、といった類の人生論的・人間学的・文明論的視野からのより発展的なテーマである。それらは生命倫理学という枠組みを超えるより大きなテーマとして位置づけられる。エンハンスメント論を、個別診療科ごとの医学的適応をめぐる議論を超えて、全般的傾向を論じると、願望実現医療論とかなり重なってくる。願望実現医療論はこうした発展形のテーマを最初から主題化し、エンハンスメント論から漏れる（例えば民間療法的な）心身への介入も含め、願望実現のために医療的手段を用いる現象全体を文化論的コンテキストのなかで統一的に理解することを可能にする。ケトナーは「願望実現医療」という概念を、これら諸傾向を一つの文化的連関へもたらし議論するために「新たに哲学的に構築された観察ツール（ein neues, philosophisch konstruiertes Beobachtungsinstrument）」<sup>38)</sup>だと意味づけている。エンハンスメント論を個別診療科ごとに医学的適応をめぐる議論するのは医療倫理的議論と言える。これに対して、個別診療ごとにとどまらず、全般的傾向を論じると、必然的に願望実現医療論へ至る。

願望実現医療は今後、医療技術の発展と欲望肥大化との相乗効果によって一層加速されていくであろう。技術発展が可能性を拡大し、それが新たな欲望を刺戟し、かき立てる。欲望がさらに技術発展を促す。願望実現医療をめぐる問題は単に生命倫理学の問題ではない。それは医療文化論という広い枠組みのなかで考究すべき課題である。治療型医療として数千年にわたって持続してきた医療がいま本質的に変容しようとしている。それにもかかわらず、この構造的変化の意味について包括的な理論的・学問的検討はまだほとんどなされていない<sup>39)</sup>。「願望実現医療」という新たな構想のもとでの考究が求められる。

#### IV. 新しい傾向とどう向き合うか？

ここまで治療型医療と願望実現医療とを区別して論じてきた。しかし考えてみれば、治療型医療も、「病気を治したい」という強い願望によってつき動かされている。この願望に応えるところに治療の規範性も成り立っている。病気治療への願望が治療に及ぼす深い関係を物語るものに「プラセボ効果 (placebo effect)」がある。プラセボは薬理学的に不活性な錠剤のことを言い、「偽薬」「罇薬」などと訳されるが、本物の薬と同じ治療効果や副作用が現れることもある。これが珍しい奇跡ではないからこそ、治験において、新薬候補投与群とプラセボ投与群とに分けて、その結果を比較する手法 (ランダム化比較試験, 二重盲検法) が採用される。

実験室においてなら、純粋な薬理効果を確認できるかも知れないが、臨床での治療は、生身の患者と医師・医療スタッフ、さらに家族などとの人間関係のなかで進行する。さらに、自然環境や患者自身の精神状態も含めて、それらの関係が治療にさまざまな影響を及ぼす。薬効は薬理効果そのものではない。病気は最終的には内的な治癒力によって癒える。この治癒力が高まれば、治療効果も高い。患者を温かく包みこむような雰囲気があり、それが治癒力を活性化させてくれば、薬効の成績が高まる場合もあろう。医師の診察を受け、丁寧な説明を受けただけで安心して具合が良くなったかのような気になることはよくある。これも一種の「プラセボ効果」である。プラセボはラテン語で「私は喜ばすだろう (I shall please)」という意味である。日本ではプラセボは「偽薬」と訳されるが、中国語では「安慰剤」という素晴らしい訳語が用いられている<sup>40)</sup>。医療には本質的にプラセボ効果が含まれている。プラセボ効果の源は、「治りたい」という治療への願望である。治療はこの願望をとおして働く<sup>41)</sup>。願望は医療に不可欠な要素であり、医療における願望の威力は、プラセボ効果とともに、医学の本質的なテーマである。しかし、まだ科学的に十分解明されていない<sup>42)</sup>。治療型医療は「治りたい」という患者の正当な願望に応える医療であると捉えることができる。

願望実現医療においては、さまざまな願望が渦巻くなかで、正当化可能な

願望と、「まちがって乱用され自己を鈍磨させる問題ある願望」とについて内省することが必要であろう。正当な願望と正当ではない願望、両者を見極める基準となるものとして、首尾一貫性感覚 (sense of coherence: SOC) について考えてみる。アントノフスキーは、健康と健康破綻を両極とする連続体上で、健康という望ましい極へ移動させる主要な決定要因として、「首尾一貫性感覚」をあげている。それは、その人に浸みわたったダイナミックで持続可能な確信の感覚である。その確信には、人生で遭遇するさまざまなストレス者に対して、事態を的確に把握し、その刺戟を自身の統御のもとで、有意義に処理できるという感覚である。把握可能感、処理可能感、有意味感の3つが核をなす<sup>43)</sup>。首尾一貫性感覚を持てる人は、絶え間なくストレス者に出会いながらも、自己コントロールを失うことなく、事態を処理していける柔軟性をもつ。願望実現医療のなかで、人々は、医療の商業化、圧倒的な宣伝による健康や美への強迫観念、モードのプレッシャーにさらされている。二重まぶた、まつ毛、高い鼻、ピアス、気分明朗など、人体各部へのピンポイントの介入として、断片化された形で提供されることもしばしばである。身体を文字通り道具化し、その性能が注目される。不満なところは、機械の部品を取り換えるように「治療」し、あるいは人体に新たな機能や装置を装填すればよいと考えがちである。身体は自己形成の統合的な成分ではなく、単なる手段として操作の対象に貶められる。人格的な形成・成長が忘れられ、技術的な改造だけに熱中する。願望実現医療は、苦痛・不快・不都合などを即座に解消してくれる「一時しのぎの即効薬文化」をも誘う。ほしいものが手っ取り早く手に入るコンビニ文化、マクドナルド化、夢を実現する医療など現代技術の発展によって、われわれは現状と折り合って生きていくことが下手になった。不可能なことに直面したときに、挫折しやすく、苦境に陥ったときに精神的な処理に失敗しやすい。アントノフスキーは、首尾一貫性感覚が強いほど、ストレス者への対処力が高まるという。願望実現医療への批判的視点として、首尾一貫性感覚に支えられた人格の調和ある発展がポイントとなろう。

## V. 今後の課題——多方位的戦略としての願望実現医療論

医療のあり方に構造的変化を招くと予想される願望実現医療は生命・医療倫理学を超えるテーマであり、多角的な戦略 (multi-oriented strategy) で取り組む必要がある。

### ① サービス提供側に関して

願望実現医療がかなり普及した場合、本来の医療とは異質な要素を含んだ「ビジネスとしての医療」が拡大していく。薬にかぎらず、サプリメントや化粧品、美容外科などの宣伝とコマーシャルイズムは願望実現医療の問題を考える上で見逃せない。患者を救済することと、会社や医院の利益と、そのどちらを重視するのは企業や医療福祉サービス機関のビジネスエシックス、経営倫理の問題でもある。医療は「営利を目的として」いないという医療法7条5項の原則から、医業の広告はこれまで厳しく制限されてきた。しかし、近年、患者・クライアントへの正確な情報提供は、患者が医療機関を選択する際に役立つとの観点から、規制緩和が進んできている (医療広告ガイドラインの2007年改正参照)。こうした広告規制のあり方も検討対象となる。

### ② サービスの受け手に関して

願望実現医療は欲望に駆り立てられる医療 (desire-driven medicine) である。こうした欲望とどう折り合いをつけていくか、が問われる。CM、マスコミ、モード、「美の狂騒」に足をすくわれないよう、己の願望を振り返り、見つめ直すことが必要であろう。アントノフスキーが強調する、自己を見失わない首尾一貫感覚 (SOC) が求められる。つまり、人間としての自己完全化 (human fulfillment) はいかにあるべきかが問われる。fulfillment には、辞書的には、約束や計画を実行する、義務や職務を果たす、希望や必要を満たす、期限を満了するなどの意味がある。それゆえ、human fulfillment とは、人間としての約束を実行し、義務を果たし、人間らしい充実を得ること、あるいは己の資質を十分に発揮し、不足を補って、自己を完全なものにし、己の生をいっぱい満たすことである。こうした営みが断片化されることなく整合的に発展することが求められる。一言で言って、人格全体の調和ある発

展が肝要だ。健康生成論は願望実現医療を促しながらも、同時に、それとのつき合い方をも示唆している。

### ③ 政策的課題と法的対応

この新領域についての新しい規範 (社会政策・社会倫理) の構築、それへの規制枠組みが求められる。医療機関は「営利を目的として」いないという自己了解との関係において、医療政策・健康保険制度のあり方が問われる。主に健康保険制度によって運用される治療型医療と、自由診療としてなされる願望実現医療をダブルスタンダードで規制する<sup>44)</sup>ということが避けられないと思われる。願望実現医療の法的規制についての法学的考察も早急に必要である<sup>45)</sup>。

### 注

- 1) ドイツ連邦議会ホームページ  
[http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2009/24541705\\_kw22\\_sport/index.html](http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2009/24541705_kw22_sport/index.html)
- 2) Maher 2008, pp.674-675
- 3) Eberbach 2009, S.6 による。
- 4) Geipel へのインタビュー。Eberbach 2009, S.8 による。
- 5) Sauter の見積もり。Eberbach 2009, S.5 による。
- 6) Nienhaus/Hergert 「美はリッチにする。しかし残念ながら幸福にはしない」。  
Eberbach 2009, S.9 による。
- 7) Daniel Hamermesh による調査。Eberbach 2009, S.9 による。
- 8) Eberbach 2009, S.9
- 9) 石井/石田 2005
- 10) Kuczynski 2006 (クチンスキー 2008)
- 11) Loe 2006 (ルー 2009)
- 12) Ritzer 1993 (リッツァ 1999)
- 13) Loe 2006
- 14) Loe 2006 (ルー 2009, p.78, 79, 89)
- 15) Loe 2006 (ルー 2009, p.74)
- 16) Lenk 2002, S.35-48 のまとめによる。
- 17) Lanzerath 2007
- 18) 遜 1997 埋田重夫教授 (静岡大学人文学部・中国文学) の訳を使わせて頂いたことに感謝申し上げます。
- 19) 貝原 1712
- 20) Jonsen 1999 (ジョンセン 2009)。
- 21) Jonsen 1999 (ジョンセン 2009), 松田純ほか 2010, 第I部3参照
- 22) ケトナー自身は英語のサマリーのなかで, desire-driven medicine (欲望に駆り立

- てられる医療」と訳している。ほかに wish-fulfilling medicine という訳もある (Al enaBuyx)。Wunschmedizin という語 (Stock 2009) もあり、まだ術語が確定していない。
- 23) Kettner 2006
  - 24) Kettner, 2006, S.12
  - 25) Kettner, 2006, Kettner, 2009
  - 26) Kettner 2006, S.9
  - 27) 日本経済新聞 2010年3月15日
  - 28) Kettner 2006, S.11の表を改作
  - 29) Kettner 2009, 11
  - 30) Schipperges 1985 (シッパージェス 1988), 松田純 2005, 第4章
  - 31) Antonovsky 1987 (アントノフスキー 2008)
  - 32) Antonovsky 1987 (アントノフスキー 2008)
  - 33) [http://www.asahi-net.com/~BD9Y-KTU/igaku\\_f/hfa\\_f/1st\\_ottawa.html](http://www.asahi-net.com/~BD9Y-KTU/igaku_f/hfa_f/1st_ottawa.html) の翻訳を一部修正。
  - 34) 「代替医療」などの定義については、津谷 2002 参照。
  - 35) 津谷 2007
  - 36) Eberbach 2009, S.13,15
  - 37) The President's Council 2003, pp.220-234
  - 38) Kettner 2006, S.11
  - 39) Eberbach 2009, S.12
  - 40) 津谷 1998
  - 41) Kettner 2006, S.13
  - 42) Kettner 2006, S.13
  - 43) Antonovsky 1987 (アントノフスキー 2008)
  - 44) 加藤 2005
  - 45) 神馬 2010 がこの分野の先駆的業績である。

#### 参考文献

- Antonovsky, A. 1987. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. アントノフスキー, A. 『健康の謎を解く— ストレス対処と健康保持のメカニズム』山崎喜比古・吉井清子 (監訳), 有信堂, 2008
- DRZE 2002. *drze-Sachstandsbericht Enhancement*. 生命環境倫理ドイツ情報センター編 『エンハンスメント— バイオテクノロジーによる人間改造をめぐる倫理』松田純・小椋宗一郎訳 知泉書館, 2007
- Eberbach, W.H. 2009. *Die Verbesserung Des Menschen: Tatsächliche und rechtliche Aspekte. Der wunscherfüllenden Medizin*. Springer
- 神馬幸・2010 「人体改造 (身体的エンハンスメント) に関するドイツの議論状況」『法政研究』静岡大学人文学部, 14 巻 3-4 号

- Jonsen, A. R. 1999. *A Short History of Medical Ethics*. Oxford University Press. ジョーンセン, A. 『医療倫理の歴史— バイオエシックスの源流と諸文化圏における展開』藤野昭宏・前田義郎訳, ナカニシヤ出版, 2009
- Hornbergs-Schwetzel, Simone 2008. Therapie und Enhancement. Der Versuch einer wertvollen Unterscheidung. In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd.13
- 石井政之・石田かおり 2005 『「見た目」依存の時代— 「美」という抑圧が階層化社会に拍車をかける』原書房
- 貝原益軒 1712 『養生訓』伊藤友信現代訳, 講談社学術文庫, 2002
- 加藤尚武 2005 「エンハンスメントの倫理問題」『日医雑誌』134 巻 1 号。上田昌文/渡部麻衣子編 『エンハンスメント論争』社会評論社, 2008 に再録
- Kettner, Matthias 2006. “Wunscherfüllende Medizin” – Assistenz zum besseren Leben? In: *GGW2/2006* (April)
- Kettner, Matthias 2010. (Hg.) *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Frankfurt
- Kuczynski, Alex 2006. *Beauty Junkies*, Doubleday. クチンスキー, A. 『ビューティ・ジャンキー— 美と若さを求めて暴走する整形中毒者たち』草鹿佐恵子訳, バジリコ, 2008
- Lanzerath, Dirk 2007. Die normative Funktion des Krankheitsbegriffs und die Medikalisierung der menschlichen Lebenswelt. Bestimmen Anthropotechniken und Enhancement die Zukunft des Menschen? ランツェラート, D. 「病気という概念がもつ規範的な機能と, 人間の生活世界の医療化— 人体改造技術とエンハンスメントは人間の未来を決定するか?」松田純・小椋宗一郎訳, 国際シンポジウム「医療・薬学の歴史と文化」講演集, 静岡大学, 2007
- Lemoine, Patrick 1996. *Le Mystère du Placebo*. Paris. ルモワンヌ, P. 『偽薬のミステリー』小野克彦・山田浩之訳, 紀伊國屋書店
- Lenk, Christian 2002. *Therapie und Enhancement. Ziele und Grenzen der modernen Medizin*. Lit Verlag: Münster
- Loe, Meika 2006. *The Rise of Viagra: How The Little Blue Pill Changed Sex In America*. New York Univ Pr. ルー, M. 『バイアグラ時代— “魔法のひと粒” が引き起こした功罪』青柳伸子訳, 作品社, 2009.
- Maher, Brendan 2008. Poll results: look who's doping. In *Nature* 452 (10)
- 松田純 2005 「近代の医療とケアに学ぶ」浜渦辰二編 『ケアの人間学』知泉書館
- 松田純ほか(編) 2010 『薬剤師のモラルディレンマ』南山堂
- Ritzer, George 1993. *The McDonaldization of Society – An Investigation into the Changing Character of Contemporary Social Life*. Pine Forge Press. リッツァ, G. 『マクドナルド化する社会』正岡寛司ほか訳, 早稲田大学出版部, 1999
- Schipperges, H. 1985. *Der Garten der Gesundheit. Medizin im Mittelalter*. シッパージェス 『中世の医学— 治療と養生の文化史』大橋博司ほか訳, 人文書院, 1988
- Schuffel et al. 1998. *Handbuch der Salutogenese: Konzept und Praxis*. 『健康生成論の理論と実際』三和書房, 橋爪誠訳, 2004
- 関根透 2008. 『医療倫理の系譜— 患者を思いやる先人の知恵』北樹出版

- 孫思邈 1997『备急千金要法』科学技术出版社, 中国
- Stock, Christof 2009. *Die Indikation in der Wunschmedizin. Ein medizinrechtlicher Beitrag zur ethischen Diskussion über "Enhancement"*, Peter Lang.
- The President's Council on Bioethics 2003. *Beyond Therapy, Biotechnology and the Pursuit of Happiness*. レオン・R. カス (編著)『治療を超えて——バイオテクノロジーと幸福の追求 大統領生命倫理評議会報告書』倉持武監訳, 青木書店, 2005
- 津谷喜一郎 1998「アールヴェーダとプラセボ」, 『アールヴェーダ研究』28号, p.4-28
- 津谷喜一郎 2002「代替医療」, 『伝統医療』, 高野健人/河原和夫ほか編『社会医学事典』朝倉書店
- 津谷喜一郎 2007「日本の相補代替医療のコストは3.5兆円——生存研『代替医療と国民医療費研究会』平成14-16年度研究から」, 『医道の日本』760-764号
- 鳥羽研二 2010『間違いだらけのアンチエイジング』朝日新書

著者紹介 (執筆順)

みやかわとしゆき  
宮川俊行

長崎純心大学大学院人間文化研究科教授 (倫理学)

ふなき とおる  
船本 亨

専修大学文学部哲学科教授 (フランス現代哲学)

にしだこういち  
西田晃一

熊本大学イノベーション推進人材育成センター特任助教 (倫理学,  
応用倫理学, 日本思想)

コンスタンティン・S.クルーツキー ノブゴロド州立大学医学教育学部  
准教授

あさい あつし  
浅井 篤

熊本大学大学院生命科学研究部教授 (医療倫理)

いなばかずと  
稲葉一人

中京大学法科大学院教授, 熊本大学客員教授, 元大阪地方裁判所判  
事 (生命医療倫理学, 紛争解決学)

やはなひでゆき  
八幡英幸

熊本大学教育学部教授 (倫理学)

ふじい たか  
藤井 可

佐賀大学医学部講師 (生命・環境倫理学, 医療倫理学)

いしいとく  
石井トク

日本赤十字北海道看護大学学長 (看護学)

もりたとしこ  
森田敏子

熊本大学大学院生命科学研究部教授 (看護学)

まえだ  
前田ひとみ

熊本大学大学院生命科学研究部教授 (看護学)

たかはしたかお  
高橋隆雄

熊本大学大学院社会文化科学研究科教授 (倫理学)

おかべ つとむ  
岡部 勉

熊本大学文学部教授 (哲学)

きたむらとしのり  
北村俊則

北村メンタルヘルス研究所所長 (精神医学)

きじまのぶひこ  
木島伸彦

慶應義塾大学心理学研究室准教授 (心理学)

まつだ じゅん  
松田 純

静岡大学人文学部教授 (人間学)

なかがわてるひこ  
中川輝彦

熊本大学大学院社会文化科学研究科准教授 (社会学)

けいだかつひこ  
慶田勝彦

熊本大学文学部教授 (文化人類学, アフリカ研究)

(熊本大学生命倫理論集4)

いりょうほんしつへんよう  
医療の本質と変容

— 伝統医療と先端医療のはざままで —

2011年4月30日 初版発行

編者 高橋隆雄

北村俊則

発行者 五十川直行

発行所 (財)九州大学出版会

〒812-0053 福岡市東区箱崎7-1-146

九州大学構内

電話 092-641-0515(直通)

振替 01710-6-3677

印刷/城島印刷(株) 製本/篠原製本(株)

© 2011 Printed in Japan

ISBN 978-4-7985-0052-2

# 5

# 倫理と法

倫理は、人間同士のあるべき関係を示し、人として行うべきすじ道、道義を意味する。MRは、一般人としての倫理のみならず、医薬品の情報提供が人命に直結する重大な情報であることにかんがみ、人の命を預かる職業人としての倫理をも学ばなければならない。法律によって強制される義務を果たし、法令を守るという遵法精神は最低限の倫理である。生命に関わる医薬品を販売する製薬企業や、薬についての情報提供などを使命とするMRには、法が求める義務以上のものが求められる。

## 法と倫理の関係

### A 「倫理」の語義

まず、倫理の語義を「倫理」という漢字の意味から考察する。  
白川静<sup>しやう</sup>によれば、倫<sup>りん</sup>という中国の古い文字は、木簡や短冊などを丸く巻いた形を表し、順を追って一連のものとして丸くまとめられているもの、輪のようにひとつつながりになって全体として1つの秩序をなすものをいう。倫<sup>倫</sup>（倫）は、つながりのある人間同士、仲間、とまがらを意味し、人間関係の秩序をいう。  
理はもとは玉+里からなり、「玉を理<sup>り</sup>むる」こと、宝石を磨いて文理（すじ目、あや）を表すことを指す。そこから、「おさめる、磨く、ただす」こと、さらに「すべて条理のあること」を意味する。  
倫+理は、「倫」に元々含まれている1つの秩序という意味を強める形になる。倫理は、人と人との関係、人間同士のあるべき関係、人として行うべきすじ道、道義、人間の道という意味をもつ。

### B 「道徳」の語義


倫理と似た言葉に「道徳」がある。まず「道」という字の成り立ちから考察する。白川静によれば、道は「首を手に携えて行く」ことを表している。古代中国では、ほかの氏族がいる土地は、その氏族の邪霊などがいて災いをもたらすと考えられていた。そこで異族の首を携えて、道<sup>みち</sup>を祓い清めながら進んだ。首は道路や関門を祓うまじないとして、強い呪力をもつものと考えられていた。  
このように道<sup>みち</sup>を祓い清めながら進むことを導（みちびく）といい、祓い清められたところを道という。こうして啓<sup>ひら</sup>かれた道は「人が安んじて行くところであるから、人の行為するところを道といい、道徳、道理の意」となる。  
「徳」はイ+省+心を組み合わせた形である。省（眇）は目の呪力を強めるために眉に飾りをつけ、強い呪力のある目で見回ること、道を見回り祓い清めることを意味する。心は心臓の形を表している。古代中国では、心臓が生命の根源であるとともに、思考する場所と考えられていた。省にイと心がつくことで、目の威

## Self check

●法と倫理との関係について概説できる。

Self check   

- 制度および行政指導について簡潔に説明できる。

 例MR教育センター設立10周年記念論文コンクール入賞作品

以下URLより入賞作品がダウンロードできる。  
<http://www.mre.or.jp/books/10memory.html>

教育センター（現 公益財団法人 MR認定センター）設立10周年記念論文コンクールの入賞作品を読むと、それがひしひしと伝わってくる（「MRになって良かったこと」）。たとえば、医薬品についての適切な情報を医療専門職に提供したことによって、重症患者の容体が好転し、医師や患者から直接感謝され、自分たちが扱う製剤の先に病気で苦しむ患者がいることを実感できたという経験が語られている。あるいは、専門医が少ない地域で、自身が提供した医薬品情報が患者の治療に役立ち、その情報が広がることによって、その地域全体の当該治療分野の成績向上に貢献でき、MRとして活動できることをうれしく思ったという感想もある。

製薬協企業行動憲章の序文にも、「真に優れた医薬品を開発・提供し、その適正使用の推進を通じて、世界の人々の健康と医療の向上に貢献し、質の高い生活の実現に寄与すること」がうたわれている。法的に過ちを犯さなければよいというレベルにとどまるのではなく、積極的に社会に貢献したいという熱意によって、医療の質の向上と国民の健康が守られる。

法は人の行動を刑罰や行政処分などによって外から規制するが、道徳はこのように良心や善意などの内面から人を動かすものである。

## 制度と行政指導

### A 医薬品に関する法や制度

医薬品に関する法規制には、まず薬事法があり、そのもとにさまざまな省令や規則、通達、さらに、ガイドライン（指針）がある。法規制のほかに、行政指導がある。行政指導とは、日本独特の行政の運営手法で、行政が、相手方の任意の協力を得て、ある特定の行政目的を実現しようとするものである。指示・助言・勧告・要望など、法的拘束力を伴わない形で行われる。所轄官庁などには多くの権限が集中しているため、個人や企業などは、不当な行政指導に対しても、報復を恐れて従わざるを得ないことがある。また行政と業界との癒着なども起こりうる。こうした弊害を防止するために、「行政運営における公正の確保と透明性の向上を図り、もって国民の権利利益の保護に資することを目的」として、1993年（平成5年）に行政手続法が制定された。本法は第32～36条で行政指導について規定し、「行政指導の内容があくまでも相手方の任意の協力によってのみ実現されるものであること」、「相手方が行政指導に従わなかったことを理由として、不利益な取り扱いをしてはならない」こと、行政指導の内容や責任者や指針の公表を行うことなどを定めている。

法令以外に、業界が自主的に定めた規定（自主規制）などがある。たとえば、製薬協のコンプライアンス・プログラムや公正競争規約（p.12, p.21）などである。



Self check 

- 法的責任について概説できる。
- 倫理的責任について概説できる。

**B** ソフト・ロー

国が定める法律と、法律に基づく命令、自治体が定める条例などは法的拘束力があり、これらをハード・ローと呼ぶ。これに対して、「法」と呼ばれるものに入らないが実際にはよく守られているルール、法と法でないものとの中間的存在をソフト・ローという。たとえば、法律に基づかない、国のガイドラインや、専門職団体の倫理規定やガイドライン、宣言などである。リベラルな社会に生きる私たちは、生活の細部に至るまで、法律の規定でがんじがらめになることを望まない。たとえば、危険性が高く影響が重大な事柄や、重大な人権侵害が発生するおそれがある場合などについては、拘束力をもつ法律や命令で定める必要があるが、具体的な運営などについては、時代と社会の変化に合わせた柔軟な規制が望ましい。とくに日進月歩の医療分野では、実務的で詳細にわたる事柄は、柔軟な運用が可能なソフト・ローに委ねることが適切と考えられる。基本となる法を制定したうえで、個別の運用については行政の指針や専門職団体の自主規制に委ねるといった柔構造を組み込んだ規制のあり方が望ましい。

**法的責任と倫理的責任****A** 法的責任の種類

法的責任には、民事責任と刑事責任と行政処分とがある。民事責任には、債務不履行責任（民法第415条）と不法行為責任（民法第709条）がある。MRの情報提供に基づいて、ある病院が新薬の採用を決定した場合、そこに契約が成立したとみなされる。その契約内容により求められる義務（たとえば、〇月△日までに新薬を納入する）を債務という。この債務を履行しないことを「債務不履行」といい、それによって損害が発生した場合、債権者は債務者に賠償請求できる。もしMRがその新薬について間違った説明をし、医師がその誤りに気づかずに患者に投与し重大な副作用が発生した場合は、医師または病院は、この「不法行為」に対する患者からの損害賠償請求に応じなければならない。MRも医師または病院とともに、患者に対して不法行為責任があるとされる場合もある。

刑事責任は、犯罪を行った者が刑罰を受けなければならない法的な地位のことをいう。刑罰は、主として刑法に定められているが、刑法以外にも、薬事法などの行政法のなかにも罰則規定を含むものが多数あり、これらを特別刑法または行政刑法という。

民事責任と刑事責任のほかに、行政処分がある。たとえば、ある製薬企業が治験データを改竄して薬の承認を得たことが明らかになった場合、その製薬企業が「医薬品製造販売業」の停止という行政処分を受けることがある。

**B** 使用者責任と両罰規定

使用者責任とは、ある事業のために他人を使用する者（使用者）が、被用者とその事業の執行について第三者に損害を加えた場合にそれを賠償する不法行為責任のことをいう（民法第715条第1項）。

両罰規定とは、被用者（雇用されている人、たとえばMR）が業務に関して違法行為をした場合に、その被用者とともに事業主（事業を営む個人または法人、たとえば製薬会社またはその経営者）をも罰するという規定である。例として、薬事法第90条には、たとえば、医療等以外の用途に供するために指定薬物の製造、輸入、販売、授与などを行った場合、行為者を罰するほか、その法人に対して罰金刑を科すとされている。

**C** 倫理的責任

医薬品の扱いをめぐるには数多くの法令があり、これに反した場合には、上記で述べた法的責任をとらなければならない。これに対して、倫理的責任というものもある。これは、法的に強制されることのない責任である。

法律によって強制される義務を果たし、法令を守るという遵法精神は最低限の倫理である。生命に関わる医薬品を販売する製薬企業や、薬についての情報提供などを使命とするMRには、法が求める義務以上のものが求められる。たとえば、自社が扱った商品に副作用が発生した場合、法令に定められた措置を早急にとるとともに、法令が指示している以上に、患者へのきめ細かい対応によって患者の不安をやわらげ、信頼回復のためにやるべきことを可能なかぎり行うという姿勢が重要である。医療を支援するという熱意、人のいのちに関わる業務に伴う責任感がMRに求められる。

（松田 純）

# 6

# 医療と倫理

医療は「医術で病気を治すこと」である（広辞苑）。中国の古い文献に、薬は「病を治す草なり」とある。医療に関わる者は、病に苦しむ人々を医学・薬学の力（医術）で救い、人々に健康と幸福をもたらすことをめざす。医療のこの原点にこそ、医の倫理の基本がある。

## 医の倫理とそのあゆみ

医の倫理とは、かつては医師の倫理を指した。しかし、日本では昔、医師が「薬師」と呼ばれていたように、薬草の採取や調剤も医師自らが行うか、あるいは弟子に指示して行わせていた。かつての医師は現代の医師よりも幅広い役割を担っていた。それゆえ医の倫理を、広く医療に携わる人々の職業倫理にとらえ、医療専門職全般の倫理を考える際に参考にすべきである。MRは医薬品に関する情報を医師などに届けることを通じて医療活動を支援する立場にある。医の倫理を学ぶことを通じて、業務のなかで接する医師をはじめとする医療専門職の倫理について理解を深めるとともに、自らの倫理の形成の参考にすることができる。

### A 伝統的な医の倫理

医の倫理の歴史は古く、西洋では、今から2千数百年前の古代ギリシャの「ヒポクラテスの誓い」に始まる。ここには現代でも通用する内容が含まれている。医の倫理のこうした精神は西洋の医学に限ったことではない。医療のあるところ、医の倫理もある。

たとえば、7世紀中国の偉大な医師、孫思邈（581～682年）は医書『千金方』のなかで、医の倫理を明快に語っていた。大慈惻隱の心（仏や菩薩が苦悩する民衆を慈しみ救う大いなる慈悲、病に苦しむ人をいたわる心）で患者の治療にあたること。患者の貧富、年齢、美醜、仲の善し悪し、異国人か否かなどにかかわらず、どの患者をも、親が子供を想うような気持ちで等しく迎え入れなさい。病人がいれば、自分の損得を考えず、悪路でも、悪天候でも、昼夜を問わず、一刻も早く患者のもとへ駆けつけ、一心に治療にあたりなさい（応招義務、応需義務）。けっして驕ることなく、生涯研修の精神で医道を極めなさい。『千金方』は日本に伝えられ、わが国最古の医書『医心方』（984年）の序説に引用され、「大慈惻隱の心」は日本の医療倫理の標語となった。その内容はヒポクラテスの誓いにも通じる。

### B ジュネーブ宣言

伝統的な医の倫理は、第二次大戦後に再出発する。そこから現代の医療倫理が始まる。医学は人々の生命を守り、健康の回復・

## Self check

- 医の倫理とそのあゆみについて概説できる。

## ヒポクラテスの誓いの主な項目

- ・ 私は養生治療を、私の能力および判断のおよぶかぎり、患者の利益になるように用い、危害を加えたり、不正をなくしたりするのに用いるのを自らにたく禁じます。〔患者の救命と健康回復に全力を尽くし、患者に害を与えない〕
- ・ どのような家に立ち入る場合にも、患者の利益になるようにそこを訪れ、いかなる意図的な不正や害悪、とりわけ、男女の別、自由人また奴隷の別なく、彼らの身体に対して性的欲求を満たすような行為からは遠ざかります。〔患者を差別することなく、公正に扱い、不正を行わない〕
- ・ 治療中に見聞きしたこと、あるいはまた治療中ではなくとも、人々の生活に関して見聞きしたことで、決して外に漏らしてはならないようなものは、こうした事柄を口外無用のこととみなし、沈黙を守ります。〔守秘義務〕

（今井 浩：訳より）

## さまざまな文化圏に共通する医の倫理

医療は人間愛や慈悲や仁愛の実践である。さまざまな文化圏に異なるタイプの医学があるが、医の倫理には下記のように共通する内容が多い。

医療者は

- ① 病者の生命を救う
- ② 治療者であるために必要な知識と技術を身につける（自己研鑽）
- ③ 病者に情け深い
- ④ 病者を犠牲にして自己利益を求めない
- ⑤ 患者とその家族に対して性的に貞節である
- ⑥ 患者に対して礼儀正しく親切である
- ⑦ 裕福な患者と貧しい患者を分け隔てしない

### ジュネーブ宣言(2006年最新版)の主な項目

- 医療専門職の一員としての任を得るにあたり、
- 私は、人類への貢献に自らの人生を捧げることを厳粛に誓う。
  - 私の患者の健康を、私の第一の関心事とする。
  - 私は、たとえ患者が亡くなった後であろうと、信頼され打ち明けられた秘密を尊重する。
  - 私は、年齢、疾患や障害、信条、民族的起源、性別、国籍、所属政治団体、人種、性的指向、社会的地位、あるいはその他のいかなる要因であれ、それらへの配慮が私の職務と私の患者との間に干渉することを許さない。
  - 私は、人命を最大限尊重し続ける。
  - 私は、たとえ脅迫の下であっても、人権や市民の自由を侵害するために私の医学的知識を使用しない。

### ニルンベルク綱領(抜粋)

- 被験者の自発的な同意が絶対必要である。  
このことは、被験者が、同意を与える法的な能力を持つべきこと、圧力や詐欺、欺瞞、脅迫、陰謀、その他の隠された強制や威圧による干渉を少しも受けることなく、自由な選択権を行使することのできる状況に置かれるべきこと、よく理解し納得した上で意思決定を行えるように、関係する内容について十分な知識と理解力を有するべきことを意味している。後者の要件を満たすためには、実験対象者から肯定的な意思決定を受ける前に、実験の性質、期間、目的、実施の方法と手段、起こっても不思議ではないあらゆる不都合と危険性、実験に参加することによって生ずる可能性のある健康や人格への影響を、実験対象者に知らせる必要がある。……(綱領は10項目からなる。2項以下略)

### ヘルシンキ宣言最新版(2008年のソウル改訂)の特徴

- 医療専門職の一員としての任を得るにあたり、
- 弱い立場にある人々および地域(発展途上国)の保護、当事者能力が制限された人の擁護を強化
  - 臨床試験におけるプラセボの使用をいっそう厳格にし、乱用を規制
  - 宣言の各項目をばらばらに取り出してマニュアル的に適用するのではなく、研究倫理の基本をふまえて総合的に判断する必要がある
  - 人間を対象とする医学研究に関与する医師以外の人々に対しても、これらの原則の採用を推奨
  - 被験者保護の視点だけでなく、リスクへの不安はあるが新薬の臨床試験というチャンスに賭けるしかないという患者に、研究参加への適切な機会をどう保証するかという視点を導入

維持・促進を使命とする。その医学が、毒ガス・生物兵器の開発によって多数の人命を殺めるのに用いられ、非人道的な人体実験などで、人間の尊厳と人権を踏みにじった。戦後、世界医師会は1948年(昭和23年)に「ジュネーブ宣言」を採択し、ナチスの医師たちによる非人道的な人体実験などの反省を踏まえ、医師は医療の人道的目標のために奉仕する旨を誓った。ジュネーブ宣言は数次にわたる改訂を経て、2006年最新版に至っている。

### パターンナリズムから患者の自律の尊重へ

ジュネーブ宣言は伝統的な医の倫理を現代風にまとめ直したものである。伝統的な医の倫理は現代の医療倫理にとっても重要な内容を含むが、大きく違う点がある。伝統的な医の倫理は、医師が患者によいと思うことを医師の裁量で処置するパターンナリズム(温情主義)に基づく。これに対して、現代の医療倫理は、患者の意思を尊重する「患者中心の医療」を基本とするようになった。これは歴史的には、診療に関する倫理よりも先に、まず医学研究に関する倫理から始まった。

#### 1. ニルンベルク綱領

ナチスの医師たちは非道な人体実験を行ったが、彼らは戦後、ニルンベルク法廷で裁かれた。この裁判で検察側証人のアイヴィー(Andrew C. Ivy, 1893-1978, 米国の生理学者・薬理学者)が提示した人体実験に関する倫理基準が「ニルンベルク綱領」(1947年(昭和22年))である。綱領は、医学研究において「被験者の自発的な同意が絶対必要である」とうたい、研究についての情報を提供したうえで、被験者から明示的な同意を得ることが医学研究の不可欠の要件であることを明確にした。これがのちに「インフォームド・コンセント」という概念へと発展していく。

#### 2. ヘルシンキ宣言

ニルンベルク綱領の精神は、「ヘルシンキ宣言——ヒトを対象とする生物医学研究に携わる医師に対する勧告」(第18回世界医師会総会, 1964年(昭和39年))へと引き継がれる(数次にわたって改訂され、最新版は2008年ソウル改訂版)。ヘルシンキ宣言は生物医学研究の倫理を定めた非常に重要な国際文書である。わが国の薬の臨床試験の手続きを詳細に定めたGCP (Good Clinical Practice) も本宣言を踏まえている (p.99)。

研究倫理において、診療と研究の区別は重要である。診療は患者に直接利益(治療、症状緩和など)をもたらす。これに対して、研究は仮説を検証して一般化できる知見を得るためのものであり、目の前の患者に直接利益をもたらすとは限らない。むしろ社会全体の利益になる知識の増大をめざす。

患者は研究材料になるために医師や病院を訪れるのではなく、病気の診療や治療を望んでやってくる。仮にその研究から画期的な治療法や新薬が確立され、将来、数多くの患者が救済されるこ