

**Translated Article****徳倫理学と公共政策：****ひとつの事例研究としての治療的關係における医療実践上の徳の擁護\***

ジャスティン・オークリー（モナシュ大学、モナシュ生命倫理センター）

翻訳：三羽恵梨子（東京大学大学院医学系研究科）

玉手慎太郎（東京大学大学院医学系研究科）

本稿で私は、徳倫理学を政策へ応用するためのモデルを、専門職役割の文脈のなかで、医療実践に焦点を当てつつ展開したい<sup>1</sup>。私は、政府には医師に医療実践上の徳を維持させる義務があると主張する。というのも、政府はすでに、医師が医師-患者關係の持つ治療目的性（therapeutic orientation）を維持するよう助力することへのコミットメントを受け入れており、医師の医療実践上の徳（あるいはその他の徳）というのは、医師が患者と共に展開および維持する専門的關係の本質において顕わになるものであるからである。ここでは医師の処方行動に様々な商業的な影響が及んでいることに着目する。その影響は、患者を通じて、また医師に直接的に及ぶものであり、これについては事例研究という形で例証する。

**1 はじめに**

直近の15年間で、徳倫理学の正しい行為への応用に著しい進歩が見られた。それは、医療実践、子育て、私的な交友關係といった様々な役割の文脈でのことである<sup>2</sup>。このことは、アリストテレス的な徳倫理学の定式化においてとりわけ真である。そこでは、議論の対象となっている職業や実践のもつ適切な目的に明確に献身するという、役割ごとの徳についての説明が展開される。それは、多岐にわたる徳が、我われ人間の生の開花（flourishing）をどのようにして可能にするかについての、アリストテレスによる目的論的説明を反映している。しかしながら、多くの研究成果があつたにもかかわらず、役割別の徳の応用が公共政策に関して持ちうる含意を研究したものは比較的少ない。実際、道徳心理学を強調する徳倫理学が、結局のところ何らかの現実的な政策的提案をできるほどの十分な資源を持つのかどうかと多くの人は訝しんでいる。

<sup>1</sup> Richard Hamilton の指導、並びに Kyle A. McGregor とバイオエシックス分野の2014年 Yale University Summer Institute の参加者、および匿名の査読者による、この論文の草稿に対する有益なコメントに感謝申し上げたい。本稿のための研究活動の一部は、Australian Research Council Discovery Project の研究助成を受けている（DP1094577）。

<sup>2</sup> 例えば、以下を見よ。Edmund Pellegrino and David Thomasma, *The virtues in medical practice*, New York, Oxford University Press, 1993; Jennifer Radden and John Z. Sadler, *The Virtuous Psychiatrist: Character ethics in psychiatric practice*, New York, Oxford University Press, 2010; Ros McDougall, 'Parental virtue: a new way of thinking about the morality of reproductive actions', *Bioethics* 21, no. 4, 2007, pp. 181-90. および Justin Oakley and Dean Cocking, *Virtue Ethics and Professional Roles*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001.

本稿では、妥当なエビデンスに基づいた、公共政策のための徳倫理的アプローチを展開する。そのために、医療専門家に対する規制を事例として検討する。私は、臨床的実践の中核である医師の処方行動に対する規制を考察することによって、事例研究を行う。すなわち、多様な処方決定およびその決定を規定する条件が、どのようにして医師-患者関係に期待される治療目的性に影響しているかを検討することによって〔事例研究をする〕。以上を具体的に検討するうえで、ここで私は、医療用医薬品（処方薬）のDTC（direct-to-consumer）広告<sup>1</sup>および医師に直接になされる製薬会社によるマーケティング活動に焦点を絞って、事例研究を行う。そうすることで、私は次のことを示したい。徳倫理学を専門職役割に拡張して適用することによって、徳倫理学の政策的な応用を展開するための有益な方法がいかにして提供されうるか。またそれにより、徳倫理学が、いかにして一定の種類<sup>2</sup>の重要な政策目標の達成、具体的には、医師-患者関係の持つ治療目的性を様々な商業的影響から守るといった目標の達成に役立ちうるかを示したい。

## 2 専門的関係の規定的条件を通じた専門職の徳の促進

役割内での行為を評価する際に、現代アリストテレス的徳倫理学は、次のような要となる特徴を持つ。当該の専門職や実践の持つ適切な目的が中核的位置を占めていること、また、その役割の文脈内で、それらの目的へのコミットメントが、どのようにある臨床家の行為遂行を統制あるいは規定するべきなのかを示していることである。例えば、人生の最終段階における医療上の決定は、専門家が適切な徳を発揮できているか否かによって評価することができる。ここでの適切な徳というのは、例えば、医療上の善行、つまりある医師が当該の患者に対して、（おそらく治癒の本質であるところの）患者の快復を援助するように、患者の最善の利益に適う仕方で行うことができるような性格特性を持つことである<sup>3</sup>。状況によっては、この徳には、患者にとってふさわしい人生の完遂の達成を助け、彼らの価値観に寄り添い、望みに反して患者を延命させることがないようにすることも含まれるかもしれない。このような臨床実践における医師の様々な行為遂行は、彼らが受け持つ患者の健康に献身するというひとつの統制的理念（regulative ideal<sup>ii</sup>）によって規定されている。この理念とは、あらゆる決定において必ずしも意識に上っているわけではないが、臨床上の決定や行為を導いたり正当化したりするために、有徳な医師が内面化している規範的な傾向性（disposition）のことである。そのような文脈において、医療実践上の適切な徳に基づいて行為するには、医師が受け持ちの患者に対して一定の動機から行為することも必要である。例えば、医療上の善行の場合には、ケアと思いやりの動機から行為する必要がある。医師の行為の動機は、彼らのふるまいを導く規定的条件（governing conditions）とは概念的に区別されうる。たとえば、処方決定がその地域で最も裕福な患者を手放さないためという目的によって主に規定されるような医師であったとしても、少なくとも裕福な患者の一部には、なお共感という動機から薬剤の処方決定を行うと

<sup>3</sup> 以下を参照のこと。Oakley and Cocking, op. cit., chapter 3; Leon Kass, 'Neither for Love nor Money: Why Doctors must not Kill', *The Public Interest* 94, Winter 1989, pp. 25-6.

いうことはありえそうだ。そして、より高い次元の規定的条件を考えてみると、莫大な金銭的報酬が支払われるという理由だけで遠隔地に勤める医師であったとしても、遠隔地にいる個々の患者を診察する際には、医師の私的な利益というよりはケアと思いやりで動機づけられて行為しているかもしれない。このような例は、いかなる事例であっても、医師が本当はどのような動機から行為しているのかを見抜くことが、難しい場合がありうるということを示している。しかしながら、医師の持つ規定的条件は、私が手短かに示しているように、医師の持つ動機が実証研究になじむと通常考えられているよりもさらに、実証研究になじむものであると主張できる。そして、以下で私は次のように主張する。公共政策のためのエビデンスに基づいた徳倫理学のアプローチは、提出された政策が様々な専門職-クライアント関係の適切な規定的条件に対してもたらすと見込まれるインパクトあるいは実際のインパクトに正統に焦点を合わせることができる。そのためこのアプローチは、そのような政策が、専門家-クライアント関係における実践家の行為の動機にどのようにして影響をあたえるかを確定する必要がない。

専門家とクライアントが彼らの関係に当てはめている規定的条件によって、様々な種類の関係性の中で、例えば友人関係なのか、それとも良き医師-患者関係なのかの区別をするための決定的な方法を得ることができる。例えば、ある専門家のある患者との関係が、患者がひとたび治癒したなら解消するつもりのものであることは、これを良き医師-患者関係とみなすことと両立不可能ではないと思われる。それに対して、もはや一方の援助を他方が必要としないという理由で私的な関係を解消しようとする姿勢は真の友人関係としての関係性と矛盾するだろう<sup>4</sup>。さらには、実践家の専門的な性格特性および徳（あるいは他の何か）は、彼らの受け持つ患者やクライアントと共に、発展させ持続させる専門的關係の本質にしばしば顕在化しうる。というわけで、例として、受け持ちの患者との治療的關係を維持することが医師に期待されていることについて考えてみよう。オーストラリア医師会の現在の倫理規定は、医師に次のように勧告している。「築き上げられた医師・患者間の治療的關係は尊重されなければならないと認識せよ」(1.1n)<sup>5</sup>。実際、患者との治療的關係を発展させ持続させることが、とりわけメンタルヘルスケアにおいて重要なことはよく知られている。というのも、メンタルヘルスの領域では、患者はしばしば自身についてのきわめて個人的な詳細を打ち明けるよう求められるからである。そのため、治療の成否はしばしば、臨床家は患者の最善の利益を考えて治療上の意思決定を行っているという患者が信頼するかどうかにかかっている。しかしながら、次のことが見過ごされているだろう。すなわち、ある特定の関係性をひとつの治療的關係とみなさしめているものは、その患者についての医師による臨床的決定のアウトカムがその患者の最善の利益におおよそ適合している結果となることだけではないことを。例えば、ある特定の患者に関する薬剤処方決定を主に製薬会社の利益から（莫大なコンサルティング料を製薬会社から受け取って）行っているような精神科医がいたとして、彼が、その患者と治療的關係を持っているとみなすことがもっともらしいかは疑わしい。たとえその処方された薬が結果的に、おおよそのとこ

<sup>4</sup> 以下を参照のこと。Oakley and Cocking, op. cit.; Dean Cocking and Justin Oakley, 'Indirect Consequentialism, Friendship, and the Problem of Alienation', *Ethics* 106, no. 1, October 1995.

<sup>5</sup> <https://ama.com.au/position-statement/ama-code-ethics-2004-editorially-revised-2006>を見よ。

ろその患者の最善の利益に適っていてもである。医師-患者関係を治療的關係として特徴づける上で、より中核的なもののように思われるのは、医師の薬剤処方決定（および患者についてのその他の臨床的決定）が受け持ちの患者の最善の利益に奉仕するための真なるコミットメントから導かれているかどうかである（たとえ、そのようにして処方された薬が不運にも患者の最善の利益に背いてしまうことがあったとしても）。要するに、医師が臨床的決定における治療目的性を保ち、なおかつ患者との専門的關係を保つように期待されている際には、医師はある種の規定的条件をそれらの決定や關係性の導きとして用いることを（とりわけ）期待されていると思われる。

しかし、われわれはなぜ、ある医師が患者と築いている専門的關係の本質が、その医師の持つ特定の医療実践上の徳のあるなしを明らかにしうると考えるべきなのだろうか？ これからこの問題についての私の主張を展開しよう。もし、（治療的なものであれ、そのほかのものであれ）医師-患者關係の本質は、（単に患者について医師が下した臨床的決定のアウトカムがどのような結果となるかによってではなく）その患者についての臨床的決定に彼が用いる規定的条件の種類によって第一に決定されるという上記の主張が受け入れられるのなら、医師が患者と築く専門的關係の本質は、特定の医療実践上の徳のあるなしを明らかにしうるといえる。というのも、それらの徳を持つことそれ自体が、特定の規定的条件を、臨床的決定や患者との専門的關係に用いることを（とりわけ）第一に含んでいるからである。例えば、ある特定の患者に対するある医師の処方上の決定が、主に医師自身の（例えば金銭的な）自己利益によって規定されており、その患者の健康上の最善の利益によって規定されているのではないとしたら、そのことは、その医師が医療上の善行の徳を持っており、かつそれに基づいて行為しているというどんな主張にも明らかに反するものと見なされるだろう。少なくとも、その患者についての薬剤処方決定の文脈においてはそうである。このことは、専門職-患者關係を（道徳的に重要なものであれなんでもあれ）なんらかの種類的關係として定義するのに役立つすべての特徴が、徳に關係のある特徴であると述べているのではない。例えば、オーストラリアの医師の診察時間には、公的扶助を受給する患者（public patients）とは連続して最長 20 分までに標準的な面談を制限する、制度的制約が存在する。このことにより、医師-患者關係は時として、よそよそしいものになってしまう。しかしながら、医師の臨床的な判断がそのような制約から影響を受けることは、一般には、特定の医師が持つ専門家としての道徳的性格について、ほとんど何も明らかにしない。それとは対照的に、担当の患者への薬剤処方決定の際に、医師を方向づけている熟慮は、当該の医師が医療上の善行の徳を持っているかどうかについての中核的かつ重要な指標になりそうである。

医師たちは、自身が医師の職能集団の世界に参入する際に、医療実践上の徳、例えば医療上の善行や勇敢さなどを持つこと、およびそれに基づいて行為することにコミットする<sup>6</sup>。政策立案者と監査機関がオーストラリア医師会のコミットメントを共有することを公言し、医師-患者關係の治療目的性を、歪曲

<sup>6</sup> 私はここで、このコミットメントがすべての医師によって明示的になされる必要があると述べているのではない。それどころか、このコミットメントは時に、暗黙のものであることがある。

的な影響から守ろうとする場合、上記の主張からは次のことが導かれる。政策立案者と監査機関は、どのような種類の規定的条件を医師が患者に関する臨床的判断の際に明示的に用いているのかを考慮しなければならない。これは、特定の文脈においては実証研究にふさわしい問題のひとつである。ここでは以下に説明するように、医師の薬剤処方決定という特定の文脈を例として考えてみよう。つまり、医師たちが患者との治療的関係を発展させかつ維持するのを政策立案者が援助する（あるいは援助に失敗する）ときには、政策立案者は、医師たちが、医療上の善行とといったいくつかの決定的な医療実践上の徳を展開し、それに基づいて行為することを援助している（あるいは援助に失敗している）。これは政府と監査機関がどのようにして正統にも以下のことを考えるのか（実際は考えなければならないのだが）についてのひとつの重要な事例である。現在および将来の政策が及ぼす、当該の種類の実践家の持つ専門職上の徳に対する影響についての問題なのである。

### 3 医師の処方に対する非治療的な影響に対処することによる、医療実践上の徳の増進

私は次に、医療実践上の2つの事例を考察してゆく。上記で概略を示した示唆が、徳倫理学の政策への適用にとって、どのように魅力的なアプローチを提供しうるのかを例証する。それらの事例は両方も、治療的処方を損なうリスクのある様々な商業的影響に関するものであり、片方は患者を通じて間接的にもたらされるもの、もう片方は、医師に直接もたらされるような影響によるものである。最初の事例は、医薬品に関するDTC広告の規制である。ここでは現在の政策に注目する。一方で、2つ目の事例は、医師を標的とした医薬品のマーケティングの規制である。ここでは現在および将来の政策両方に注目する。どちらの事例においても、問題となっている専門職の（ここでは医療専門職の）適切な目的は、分析において重要な役割を果たし続ける。分析が、個別の医療上の意思決定の倫理を評価することから、そのような意思決定に関する政策の倫理を評価することに移り変わったとしてもである。

最初の事例分析は、医薬品のDTC広告に関する分析である。もし、関係性の本質がその規定的条件によって大部分定義されるのであれば、エビデンスには、医薬品の合法的なDTC広告という背景において医師の下した臨床的決定の規定的条件（とりわけここでは、薬剤の処方決定の規定的条件）が含意されている。だとすると〔問題は次のようになる。すなわち〕、合法的なDTC広告は、医師-患者関係にどのような影響を与えるだろうか？ これらの疑問に答えることは、医薬品の合法的なDTC広告が、医師が医療上の善行のような、関連する医療実践上の徳を展開し、維持し、およびそれに基づいて行為することを損なうものであるかどうかを解明する手助けともなるだろう。医薬品の合法的なDTC広告により、臨床的に不適切な処方<sup>7</sup>が増えているとする無視できないエビデンスがある。不適切な処方の増加は、患者から特定のブランドを要求されることの増加、および臨床家がそのような要求を黙認する程度の増加

---

<sup>7</sup> 「臨床的に不適切な処方（clinically inappropriate prescribing）」によって、私は、他の利用可能な薬に比して、患者の健康に関する最善の利益に適っていないと信じる、適切な理由のある薬の処方のことを指している。

によっておおよそ引き起こされている。実際、次のことを示すエビデンスは増加している。医薬品の合法的な DTC 広告にさらされている多くの医師たちは、患者によるブランド指定の要求を黙認することが、時に、患者にとって臨床的に不適切な治療を受けさせる結果となることに気づいている。医師の中には、それに気づいていながらなお、その患者にとって临床上不適切な薬剤処方続ける者がいる。ここまでの節で私が提示した主張をふまえるならば、そのような処方行動のパターンが恒常化することで、医師-患者関係は、治療的關係ではない、何か別の関係に再定義されてしまうだろう。そして、その医師はそのことにより、当該の関係における医療実践上の善行の徳を示し損なうであろう。このように、医薬品の合法的な DTC 広告が医療実践上の徳を明らかに掘り崩していると考えることには、もっともな基盤がある。

医薬品の合法的な DTC 広告が存在する状況で、臨床的に不適切な処方が増えることを示す現在利用可能なエビデンスは、いくつかの関連する要因に基づくものである。患者はしばしば、DTC 広告の中で使用されているテクニックによって、広告内の薬剤に対して強い選好を醸成するよう導かれる。そして、そのような患者の多くは、診察中に広告内の薬剤を要求することによって、その選好を表現する<sup>8</sup>。さらには、医師たちはしばしば、要求された薬を処方することによってそれに応じる。たとえその処方した薬が、その状況におけるその患者にとって臨床的に不適切であると認識しており、もし患者が要求しなければその患者には処方しなかったであろう薬であっても、一部の医師は要求された通りの薬を処方するということをエビデンスは示している。例えば、2003 年の米国の医師の代表標本のサーヴェイでは、535 人の回答者のうち、74%が直近 12 か月間に、医薬品の DTC 広告の情報について患者と話し合ったことがあり、そのような患者の 48%が薬の変更を希望しているために DTC 広告について話し合っていた。そういった事例のほぼ半数（つまり、108 件）で、医師は〔その広告の薬剤処方を〕臨床的に不適切であるとみなしていた。にもかかわらず、この 108 件中 75 件で、医師は（部分的にであれ全面的にであれ）患者の望む通りに処方していた。研究者たちは次のように結論付けている。「DTC 広告は、患者に適切な要望をさせるのとほぼ同じだけの数の不適切な要望をさせる結果を招いている」<sup>9</sup>。同じように、2005 年

<sup>8</sup> 以下を参照のこと。Paul Biegler and Patrick Vargas, 'Ban the sunset? Nonpropositional content and regulation of pharmaceutical advertising', *American Journal of Bioethics* 13, no. 5, May 2013, pp. 3–13; Paul Biegler, Jeanette Kennett, Justin Oakley, and Patrick Vargas, 'Implicit persuasion and the ethics of pharmaceutical advertising', in Jens Clausen and Neil Levy (eds.) *Handbook of Neuroethics*, Dordrecht, Springer, 2015.

<sup>9</sup> Elizabeth Murray, Bernard Lo, Lance Pollack, Karen Donelan, and Ken Lee, 'Direct-to consumer advertising: Physicians' views of its effects on quality of care and the doctor-patient relationship', *Journal of the American Board of Family Medicine* 16, no. 6, 1 November 2003, pp. 513–524, p. 521. 以下も参照せよ。Elizabeth Murray, Bernard Lo, Lance Pollack, Karen Donelan, and Ken Lee, 'Direct-to consumer advertising: Public perceptions of its effects on health behaviors, health care, and the doctor-patient relationship', *Journal of the American Board of Family Medicine* 17, no. 1, Jan-Feb 2004, pp. 6–18; Barbara Mintzes et al., 'Influence of direct to consumer pharmaceutical advertising and patients' requests on prescribing decisions: two site cross sectional survey', *British Medical Journal* 324, 2 February 2002, pp. 278–279; Barbara Mintzes et al., 'How does direct-to-consumer advertising (DTCA) affect prescribing? A survey in primary care environments with and without legal DTCA', *Canadian Medical Association Journal* 169, no. 5, 2 September 2003, pp. 405–412; and Richard L. Kravitz et al., 'Influence of patients' requests for direct-to-consumer advertised anti-depressants: A randomized controlled trial', *Journal of the American Medical Association* 293, no. 16, 27 April 2005, pp. 1995–2002.

の医薬品の DTC 広告の恩恵と害に関するシステマティック・レビューでは、「DTC 広告は、広告されている製品の処方を増加させたことに関連しており、特定の薬剤を求める患者の要望や処方における臨床医の信頼性に相当な影響を与えている」ということがわかった。というのも、医師たちはしばしば、その広告薬剤の適切さについて懸念しているにもかかわらず、患者の当該薬剤への要望に黙って従っているからである<sup>10</sup>。2012 年のメタアナリシスは、これらの研究結果を補強し、以下のように結論付けた。「RCT と観察研究のエビデンスは、DTC 広告が適切な処方を減らし、結果として臨床医をより信頼できないものとしていることを示している」<sup>11</sup>。加えて、643 人の米国医師をランダム抽出したサーヴェイでは、次のことが明らかになった。医師たちは、DTC 広告に基づいた特定の薬剤に対する要望を示した、直近に訪れた患者の 39% に対して、そのような要望に黙って従った。〔患者の要望に黙って従った事例のうち〕48% の事例で、医師は、要望があったその薬剤が当該の状況で、他の薬剤と同等の効果しかないと認識しているにもかかわらずそうした。それどころか、5.5% の事例では、医師は、他の薬剤や治療選択がより有効であると信じているにもかかわらず、要望された薬剤を処方していた<sup>12</sup>。医師たちが臨床的に不適切な薬剤投与の要望に黙って従う場面では、それらの医師たちは（少なくともその文脈において）医師-患者関係を、治療関係ではなく何かほかの関係に再定義しており、そこでは、医療実践上の善行の徳に反して行為している<sup>13</sup>。患者が要望する臨床的に不適切な薬剤投与に黙って従うような医師の中には、明らかに、そのことを患者とのラポール形成<sup>iii</sup>の方法のひとつとみなしているがゆえにそうしている者もいる。とりわけ、例えばうつ状態のような、患者が潜在的にスティグマ化されやすい症状にさいなまれているような事例で有効なラポール形成法であると<sup>14</sup>。そのため、そのような事例における黙従は、医療実践上の善行の徳と一致する行為であると考えられるのかもしれない。とりわけ、そのよう

<sup>10</sup> S Gilbody, P Wilson, I Watt, 'Benefits and harms of direct-to-consumer advertising: A systematic review', *Quality and Safety in Health Care* 14, 2005, pp. 246-50, p. 246. あるブランド特定の選好の扱いにくさや、そのような広告においてしばしば使用される、あからさまな説得のテクニックに起因する要望の扱いにくさのために、そのような要望に医師が黙って従う度合いもまた、増してきているようだ (Biegler et al., op. cit., 2015 を見よ)。

<sup>11</sup> Barbara Mintzes, 'Advertising of Prescription-Only Medicines to the Public: Does Evidence of Benefit Counterbalance Harm?' *Annual Review of Public Health* 2012, 33, pp. 259-277, p. 271. 以下も参照せよ。John B. McKinlay et al., 'Effect of patient medication requests on physician prescribing behavior: Results of a factorial experiment', *Medical Care* 52, no. 4, April 2014, pp. 294-299.

<sup>12</sup> 以下を参照のこと。J.S Weissman, et al. 'Physicians Report on Patient Encounters Involving Direct-to-Consumer Advertising', *Health Affairs (Millwood)*. 2004 (suppl web exclusives): W4-219 – W4-233, p. W4-227. これらの臨床的に不適切な処方決定をする際に、医師たちがよりよい判断に反して行為していることについての彼らの弁明に関する興味深い研究としては、以下を参照のこと。A. Tentler et al. 'Factors Affecting Physicians' Responses to Patients' Requests for Antidepressants: Focus Group Study', *Journal of General and Internal Medicine* 2008; 23, pp. 51-57.

<sup>13</sup> より詳細に分析するならば、DTC 広告に基づく患者の要望に応じる一人の医師がその関係を再定義している度合いも扱うだろう。おそらくこれは程度の問題なのである。ちょうど、我われが、例えば友情について、ある人が都合のいいときだけの友達であった場合、その関係はより友情的でないと言うことができるかもしれないように。しかしながら、その関係が全く友情ではなくなってしまうためには、更なる規定的条件を必要とするかもしれない。

<sup>14</sup> 以下を見よ。Tentler et al., op. cit. p. 53. この点を指摘してくれた匿名の査読者に感謝する。

な医師たちの多くが、患者の要求に黙って従うのは、その薬の提供が医学的に良いケアだとみなすものに合致するときに限るのだと言っていることを考慮すれば。しかしながら他方で、患者が要望する臨床的に不適切な投薬に黙って従う医師の中には、そのようにしてしまったことについて、後になって自身に不満を抱いたことを示している者もいる。というのも、黙従は患者にとって何が最善だったのかをめぐる彼らのより適切な判断に逆らっており、その意味で、そこでは医療実践上の善行の徳に反していた〔と考えられる〕からである<sup>15</sup>。

徳というものが善い目的を希求することを可能とする頑健な性格特性であると仮定しよう。真に善行の徳を身につけた医師であるならば、効果のない薬を求める患者の要求にやすやすと屈することはないであろう。それが、医師-患者関係を強化するなんらかの無害な方法として必要だとみなしているのではない限りは。

もちろん、特定の患者の臨床的に不適切な薬の要求に、黙って従うことを続けている医師は、ほぼ間違いなく彼らのその患者との医師-患者関係を治療関係とは異なる何か別の関係に再定義しているのだが、この医師がそれでもなお、他の患者との間では治療的關係を保持しており、すなわち医療実践上の善行の徳を保持しており、それゆえ、他の患者に対しては薬剤処方を適切に行っている、ということは可能であるかもしれない。ある医師が、医療実践上の善行の徳をいくらか示すものの、受け持ちの患者との関係すべてにおいて、それが示されているわけではないということはあるかもしれない。ちょうど、ある人が専門職としての文脈を外れた私的な関係の中で、勇敢さの徳をいくらかは見せるものの、すべての関係においては見せはしないように。要するに、特定の患者に対して医療実践上の善行を実際にやって見せることに失敗することが、その医師が善行の徳を完全に欠いていることを必ずしも含意するわけではない。ちょうど、ある瞬間に勇敢さを披露することに失敗することが、その人が勇敢さの徳を全く欠いていることを含意しないように。それでも、医療実践上の善行にあたるものや勇敢さにあたるものに、恒常的に逆らって行為することが、当該の徳の所有に関して深刻な欠陥があることを示すことは避けがたく、そのようなふるまいのエビデンスが積み重なるならば、ある時点でその人が当該の徳を全く欠いているということを示すことになるだろう。

政策立案者たちがそうした研究結果に対処しうる一つの方法は、医薬品の DTC 広告を容認してしまえば、医師の医療実践上の徳を明らかに損なってしまうという理由に基づいて、そうした広告の禁止を支持することである。しかしながら、この対応はあまりに性急すぎるかもしれない。この問題に対しては段階的にアプローチすることも、徳倫理学にとっては可能に思えるし、実際いくらかもっともらしいであろう。ここで、徳倫理的な政策的対応のためには、次の2点を考慮することが決定的となるだろう。

第一に、臨床的に不適切な薬剤の要求に臨床医が黙って従う割合〔についてである〕。例えば（上記のように）、黙従のうち 5.5%しか占めないというのは、比較的低いように思われる。第二に、徹底した禁止以外の規制的介入のここでの成功の見込み〔についてである〕。たとえば、医師の医療実践上の徳を強

<sup>15</sup> Ibid, p. 53.



化することを促すトレーニングプログラムならば、導入することができる。そのプログラムにより、医師たちは、患者の臨床的に不適切な薬剤要求に黙従することに、より抵抗できるようになる。

この二つの考察は、明らかに関連している。しかし、その二つはある程度相互に独立して変化しうる。そのため、可能的な項目の〔2×2の〕マトリクスが現われてくる。医薬品のDTC広告に対する、徳倫理学による一貫した政策方針をとるとして、これらの両方の考察に照らすと政策方針は次のようになりうる。マトリクスのひとつの領域は、臨床医による黙認が最大であるというエビデンスがある領域であり、ここでは禁止以外の介入がほとんど成功を見込めない。それゆえ、徳倫理学ならば、医薬品のDTC広告の禁止を支持しうるだろう。マトリクスのちょうど反対の象限は、臨床医の黙従が最小であることが明らか領域であり、ここでは、禁止以外の介入が成功の見込みが大いにある。それゆえ、おそらく、不適切な処方避けようとする医師の医療実践上の徳を強化する努力の方が、医薬品のDTC広告の徹底的な禁止よりもより擁護できるかもしれない。また、医師の中には、患者とのラポール形成のひとつの手段として、患者による臨床的に不適切な薬剤投与の要求に黙って従ったと述べた者もいることを考慮すると、とりわけ、抑うつ状態のようなスティグマ化されやすい状態の患者を受け持つ場合には、医薬品の合法的なDTC広告の影響下にある医師のために、教育および役割認識を高めるための訓練計画を進展させようだろう。医師たちがそういった状態（あるいは他の状態）を呈している患者とラポール形成するための別の方法を探究できるように助力することによって、彼らが医療実践上の善行の徳を展開し、保持することを援助しうるのである。

私が考察する2番目の事例研究は、文献的に十分に裏付けられている。医師-患者関係における治療目的性は、直接的に医師の処方行動に影響している様々な製薬会社のマーケティング活動の影響を通じて掘り崩されうる。その掘り崩しは、主に、医師が患者からのブランドを特定した薬剤要望に直面するかどうか、あるいは、そうした要望に黙って従う傾向を持つかどうかとは全く別〔に議論されること〕である。医師を対象とした製薬会社によるマーケティング活動は、学会の旅費の助成、遊興費の提供、およびその他の形でもてなしから、多額のコンサル料の支払い、製薬会社の株を所有させることにまで渡っている。そのような医師に直接に向けられたマーケティング活動による歪曲的影響は、医薬品のDTC広告の影響に比して、より広範な問題である。というのも、後者のマーケティング形式〔DTC広告〕は現在、米国とニュージーランドの2つの司法の及ぶ範囲においてのみ認められているが、医師を直接に狙った医薬品に関する様々な形式のマーケティングは現在、世界中のほぼすべての国で認められ、活発に継続されているからである。

ここで再び、次のことを問うことを通じて、徳倫理学の政策分析へと進もう。エビデンスが示している、医師に対する医薬品マーケティングが医師の薬剤処方決定の規定的条件に与えるインパクトは何か？ そのようなマーケティングに関する有力なシステマティック・レビューによると、次のように結論付けることができる。臨床家の製薬会社とのこの種のやり取りの多くは、医師がやり取りした会社が作

った薬剤を処方する、より大きな見込みと関連がある<sup>16</sup>。さらには、2006年の米国の産科医および婦人科医への調査では、約5分の1にあたる医師が、製薬会社や医療機器会社に対する金銭にまつわる個人的な利害関係を持っていると報告した<sup>17</sup>。そして、「多くの（米国の）職能団体によって認められている臨床的なガイドラインの筆者のうち、59%もの筆者が、それらのガイドラインによって影響を受けるおそれのある薬剤を作っている企業と金銭的關係がある」ことも報告されている<sup>18</sup>。政策立案者および医療の職能集団によって広く認識されているように、医師と製薬会社との間のこれらの結びつきは、薬剤処方決定に利益相反を持ち込んでいる。というのも、それらの産業から過度に影響を受けた医師たちが、彼らの患者にとって臨床的に不適切な薬を処方するように束縛されてしまう可能性があるからである<sup>19</sup>。ある医師の持つ薬剤処方決定における規定的条件が患者の最善の利益によって導かれることから逸らされ、その医師自身の利益あるいは（医師たちが上記の関係を有している）製薬会社の利益に向けさせられる場合には、医師たちが、彼らの受け持ちの患者との治療的關係を、ひょっとするとビジネス上の関係もしくは商業的な関係として特徴づけたほうがより適切であるような、何か別の形式の關係へと変形させようとしていることは、ほぼ間違いない。

近年、政策立案者たちは、様々な種類の透明化の要求事項を導入したり、医師に製薬産業との交流を報告させたりすることによって、上記のような懸念に対処してきた。2008年にクリーブランド・クリニックが勤務医にそのような要求を導入したのをはじめ、様々な米国内の州によっても同じような動きがみられた。それに続き、2014年9月30日、米国政府は、オープン・ペイメンツ（the Open Payments）のウェブサイト<sup>iv</sup>を立ち上げた。そのサイトは、市民向けに、50万人を越える米国の医師個人に対する、製薬会社からの〔金銭の〕支払いやその他の報酬の詳細に関する検索可能なデータベースを提供している<sup>20</sup>。徳倫理学に基づいた政策の観点からは、オープン・ペイメンツ・イニシアティブは医療実践における臨床医の正直さという専門家の徳を援助しているように思えるかもしれない。しかし、医療実践上の透明性をこのように幅広いものにするやり方が、医師たちの処方決定、医師-患者關係にどれだけの影響をあたえるかを調査することが重要となるだろう。とりわけ、イニシアティブが医師-患者關係の治療目的性を援助するかどうかを見るのが重要となるだろう。そのような問題に関する実証的な研究は、次のことを明らかにするだろう。これらのより厳格な透明性の要件が、臨床上の不適切な処方と闘う際に有

<sup>16</sup> Ashley Wazana, 'Physicians and the pharmaceutical industry: Is a gift ever just a gift?' *Journal of the American Medical Association* 283, 2000, pp. 373–380. また、以下も参照せよ。Troyen A. Brennan, David J. Rothman, Linda Blank, David Blumenthal, Susan C. Chimonas, Jordan J. Cohen, Janlori Goldman, Jerome P. Kassirer, Harry Kimball, James Naughton, Neil Smelser, 'Health industry practices that create conflicts of interest', *Journal of the American Medical Association* 295, 2006, pp. 429–433, p. 431.

<sup>17</sup> M.A. Morgan, 'Interactions of doctors with the pharmaceutical industry', *Journal of Medical Ethics* 32, 2006, pp. 559–563.

<sup>18</sup> David Blumenthal, 'Doctors and drug companies', *New England Journal of Medicine* 351, 2004, pp. 1885–1890, p. 1886.

<sup>19</sup> 以下を参照のこと。Leonard J. Weber, *Profits before people? Ethical standards and the marketing of prescription drugs*, Bloomington, Indiana University Press, 2006. および Marc A. Rodwin, *Conflicts of interest and the future of medicine: The United States, France, and Japan*, New York, Oxford University Press, 2011.

<sup>20</sup> <http://www.cms.gov/openpayments/>を見よ。

効かどうか、厳格な透明性の要件が、ここでは例えば医療上の善行あるいは他の徳を強化するための臨床医への訓練によって補われる必要があるのかどうか——あるいは、これに代わる方法として、臨床家-産業間の金銭の授受や紐帯が完全に禁止されるべきなのかどうかについて。

医療実践上の透明性がより強化された形でなされることにメリットはあるにしても、医薬品のマーケティングが医師の処方行動に与える歪曲的影響を抑制するためには、別の方法も必要そうだと考える根拠はすでにある。全国区のオープン・ペイメンツ・イニシアティブ以前に、様々な州で導入された臨床家の情報開示要件の増加は、臨床的に不適切な薬の処方を削減するのにあまり効果がなかったというエビデンスが蓄積されつつある<sup>21</sup>。そのため政策立案者たちは、オープン・ペイメンツ事業を補足する、不適切な処方と闘うための更なるイニシアティブを考案することに、間もなく取り掛かるかもしれない。例えば、P4P (pay-for-performance) (成果払い) の枠組みにおいて、患者たちがより定期的に予防的な検査 (例えば、パパニコロウ試験) を受けるよう医師たちに金銭的なインセンティブを与えることは、一見すると成功しているらしい。このような成功により、政策立案者たちが、「毒を以て毒を制す」ことを考えるよう促されるのももっともである。つまり、医師たちに穏健な金銭的インセンティブを与えることによって、医師が薬剤処方を決定する際に、医師や製薬会社の金銭的な自己利益よりも患者の最善の利益を優先するようにさせることを考えるかもしれない<sup>22</sup>。もし、そのような金銭的インセンティブが、医師の処方行動を改善するための、費用対効果に優れたひとつの方法であることが示されたならば、功利主義的に政策にアプローチする場合には、このような介入はおおかた是認されるだろう<sup>23</sup>。しかしながら、徳倫理的な政策アプローチをとる場合には、その代わりに、医師-患者関係の治療目的性、すなわち医師の医療実践上の徳に対する、医療の文脈における、その他の金銭的インセンティブの枠組みのインパクトを調べることによって、そのような提案された薬剤処方インセンティブを評価することができるだろう。例えば、2004年に英国では、家庭医が喘息と2型糖尿病の患者をよりよく管理するよう、金銭的インセンティブが導入された。それにより、家庭医が受け持つこれらの病状の患者の健康アウトカムが明らかに改善された<sup>24</sup>。そのような金銭的インセンティブの導入に対する、英国の多くの家庭医の反応は、彼らの受け持つ患者との関係の本質について、いくばくかのことを明らかにしているようだ。というのも、喘息、心疾患および糖尿病の患者をよりよく管理することによって、そのようなインセンティブに応えた臨床医は、彼らの患者との関係を、治療的な関係から商業的なそれへと変化させるという犠牲を払って、そうしたのかもしれないからである。そのような枠組みのなかにいる医師たちが、追

<sup>21</sup> 例えば、以下を参照のこと。Rodwin, op. cit. pp. 215–219 および Genevieve Pham-Kanter, G. Caleb Alexander, and Kavita Nair, 'Effect of physician payment sunshine laws on prescribing', *Archives of Internal Medicine* 172, 2012, pp. 819–821.

<sup>22</sup> 以下を参照のこと。Rodwin op. cit, pp. 16–20、Stephen Campbell, David Reeves, Evangelos Kontopantelis, Elizabeth Middleton, Bonnie Sibbald と Martin Roland, 'Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance', *New England Journal of Medicine* 357, 2007, pp. 181–190.

<sup>23</sup> 例えば、以下を参照のこと。Robert E. Goodin, *Utilitarianism as a Public Philosophy*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995.

<sup>24</sup> Campbell et al. op. cit. を参照のこと。

加的な金銭的インセンティブが支払われる条件があるときにのみ、患者の最善の利益に尽くすことが明らかである場合、その医師たちが、彼らの医師-患者関係の治療的本質を商業的な関係として再定義したことは、ほぼ間違いない<sup>25</sup>。徳倫理学を用いた政策アプローチに基づくと、このことは、健康アウトカムの改善に対して支払うには高すぎる道徳的コストである。

#### 4 結論

専門家行動を規制する文脈における、妥当なエビデンスに基づいた、公共政策のための徳倫理的アプローチは、臨床家-患者間の専門的関係の持つ適切な目的性に対する、特定の政策イニシアティブの影響に注目することによって、発展させることができる。医師-患者関係の本質によって、医師の持つ医療実践上の徳のあるなしがどのように明らかにされるかを例証するために、私は、医師の行う処方行動に対する、直接的あるいは間接的な医薬品のマーケティングによる影響を論じてきた。ここで概要を示した徳倫理的な政策アプローチからは、以下のことが導かれる。政府は、患者やクライアントとのその種の専門的関係を保とうとする臨床家の努力を援助する規制的な環境を作り出す助力をしなければならない。つまり、臨床家が職能集団の一員となった際に修めることに同意した、その専門職役割に適した徳を保つ努力を援助する規制的な環境を作り出さなければならないのである。

#### 【訳注】

\* 本稿は以下の論文の翻訳である。Justin Oakley, 2016. “Virtue Ethics and Public Policy: Upholding Medical Virtue in Therapeutic Relationships as a Case Study”, *The Journal of Value Inquiry*, 50(4): 769-779.

<sup>i</sup> 製薬企業による、医療関係者以外の一般消費者（患者）に向けたマーケティング活動のことである。企業が自社製品の処方をおねらって、疾患の啓発、潜在患者の発掘、受診行動の促進、服薬継続のための総合的なコミュニケーションを行う（古川隆&窪島肇『DTC マーケティング: 医薬品と医療消費者の新しいコミュニケーション』日本評論社 2005）。DTC 広告は、そのうちの広告宣伝活動のことを指している。

<sup>ii</sup> 詳細は、Justin Oakley and Dean Cocking, *Virtue Ethics and Professional Roles*, Cambridge: Cambridge University Press, 2001, pp.25-31 を参照のこと。

<sup>iii</sup> もとは、カウンセラーとクライアントとの間に、適度な感情の交流があり、信頼関係が形成されることを示す臨床心理学的用語。現在は、心理セラピー以外の文脈でも用いられる。

<sup>iv</sup> 2010年に成立した患者保護並びに医療費負担適正化法（Patient Protection and Affordable Care Act）の6002節に定められている The Physician Payments Sunshine Act（PPSA）を根拠に、保健福祉省のメディケア・メディケイドサービスセンターが運営しているデータベース。サイトにおいては、データの検索だけでなく、データセットのダウンロードも可能である。公開されている情報では、個々のやりとりが「利益相反」に当たるかどうかは特定されておらず、医師と製薬会社の、適切な関係もそうでない関係も含めた情報の公開自体が不適切な関係の抑止につながると謳われている。

<sup>v</sup> がんを早期に発見するための検査法で、子宮頸部から採取した細胞を顕微鏡で観察し、異常がないかどうかを調べる。

<sup>25</sup> 以下を参照のこと。Justin Oakley, ‘Sketch of a virtue ethics regulatory model: Response to commentaries’ (response to Tom Beauchamp, Alastair Campbell, Masatoshi Nara, and Ilhak Lee), in Akira Akabayashi (ed.), *The Future of Bioethics: International Dialogues*, Oxford, Oxford University Press, 2014, pp. 697–702.