

Translated Article**年齢に関連する健康格差と医療格差：ライフステージ・アプローチ**

ナンシー・S・ジェッカー（ワシントン大学医学部）

翻訳：吉田修馬（東京大学大学院医学系研究科）

医療システムは高齢者の人口と割合の増加に対処するためにどのような準備をすべきか。一般的に高齢者は若年者に比べて健康状態が悪い。社会は年齢に関連する健康格差を縮小する対策を講じるべきか。医療において年齢に関連する健康格差が拡大することに懸念を表明する人もいる。本論ではこの議論に、(1)世代間で希少な資源を分配する3つの原理を支持する議論を提示し、(2)ライフステージという観点から世代間正義についてのこれらの原理を提起し、(3)急速に高齢化する社会に照らしてさらに注目に値する政策的な含意を示すことによって取り組む。

1. 導入

私たちは年を取るにつれて、病気や障がいリスクが劇的に増加する。65歳以上の人々は罹患率と死亡率がより高く、医療をより頻繁に利用し、若年者よりも社会により多くの医療費を負担させる。年齢に関連する健康格差と医療格差に、社会はどのように対応すべきか。例えば、高齢者により多くのより良いヘルスサービスを提供することによって、高齢層の相対的に悪い健康状態を改善しようとするべきか。あるいは、医療支出における平等に焦点を当てて、高齢者に対するある種のサービスに上限を設定することによって、高齢者に当てられる公的な資金を制限すべきか。これらの問題を扱うことにおける多くの課題のうちの一つは、一方の健康における平等と、他方の医療における平等が逆相関になる傾向があることである。もし私たちが健康という観点から若年者と高齢者をより平等にしようとするなら、このことは高齢層による医療の利用と支出が増えることで、医療における不平等を拡大する傾向がある。

近年、高齢者の健康と医療の改善は重要な社会

的・政策的な関心として現れている。このことは、部分的には、地球規模で高齢者の割合と絶対数が急速に増えていることに起因する。世界保健機関（WHO）によれば、現在、高齢者の割合が30%を超えているのは日本だけだが、今世紀の半ばまでには、ヨーロッパや北米の国だけでなく、チリ、中国、イラン、韓国、ロシア、タイ、ベトナムといった、より多くの国が高齢化率30%に近づく¹。先進国に比べて、現在の途上国の年齢構成はより若いだが、途上国はより急速に、そして準備する時間が短いうちに、現在の先進国と同じ段階に到達する見通しである²。2010年から2050年の間に、先進国の高齢者の数が71%増加すると予測されるのに対して、途上国の高齢者の数は250%増加すると予測される³。

¹ World Health Organization. World report on ageing and health. 2016. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf

² United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World population ageing*. New York: United Nations; 2009.

³ Ibid.

本論の目的は正義の観点から年齢に関連する健康格差と医療格差を取り上げて、そのような格差は正義の基準を満たすかどうか、そしてどの程度満たすかを吟味することである。本論の議論には三つの段階がある。第一に、年齢に関連する健康格差に焦点を当てて、社会には高齢者の健康を改善する義務があるかどうかを問う。この問題に対して、世代間正義についての三つの原理を提案して擁護する。本論は次に、どのように世代間正義を扱うかの考察に移る。三つの原理が人生の全体に適用されるべきか、人生の時間断片に適用されるべきかを問うとともに、採用された原理に応じた仕方で、人生を時間断片およびライフステージに分割する戦略的枠組みを擁護する。原理と枠組みの組み合わせは、私が「ライフステージ・アプローチ」(Life Stages Approach, 以下ではLSAと略記する)と呼んでいるものを含んでいる。国によって豊かさや開発の水準が異なることから発生する懸念に言及しながら、医療システムに対するLSAの含意を手短に述べる。本論を通して、思考実験を用いて事例に基づいて推論する戦略を用いる。思考実験は主張や仮説を点検するために、特定の条件を変更する想像上の仮定を考慮するものである。様々な主張が、想像上の仮定についての熟慮された判断に照らし合わせて点検され、反省によって支持されるなら事態に決着が付けられる。

2. 年齢に関連する格差

加齢は最も多くの人間にとって病気の最大のリスク要因の一つである⁴。高齢者と若年者の不均衡は工業国ではありふれており、工業国には多くの高齢市民がいる。工業国の内部にはばらつきがあり、高齢人口は相対的に疾病や障がいの割合が高い⁵。途上国は感染症や寄生虫病によって高い乳幼

児死亡率が続いているが、今後10-15年以内に、すべての国が、徐々に現れて時間とともに悪化する初期の慢性疾患を含む、「高齢者の病気」と呼ばれる病気による死や障がいをより多く経験するであろう⁶。2030年までに、慢性疾患は低所得国と、四分の三以上の中所得国における疾病負荷の半分を占める⁷。高齢者個人には健康な人も多いが、加齢それ自体は、脳卒中、心臓疾患、がん、糖尿病、うつ、認知症といった、多くの疾病のリスク要因である。一例では、認知症は若年者ではとても少なく、65歳以上の5歳ずつでは2倍近くずつ増えて、65-69歳では3%未満だが、85-89歳の30%近くが苦しんでいる⁸。

高齢者は慢性疾患だけでなく、進行性や障がいの疾患にもかかり、結果として依存的になってQOLが低下する。また加齢は多疾病罹患のリスクを増加させ、その生活機能やQOLへの影響は、個人の状況から予測される影響の合計よりも多大であるように思われる⁹。QOLへの影響に加えて、慢性疾患は主要な死因である。感染症による死は10年後を目途に3%まで減少する見通しだが、同じ期間に、慢性疾患による死は17%まで増加すると予測されている¹⁰。この分析を通して、高齢層における障がいは不健康の懸念材料として想定されているが、この想定は論争的である。というのも、高齢者は障がいを持っていても健康的であり得ると議論されるからである。さらに、多くの障

shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. *Health Aff.* 2014;33(12):2247-55.

⁶ World Health Organization. Global health and aging. 2015. Available from:

http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf

⁷ Ibid.

⁸ Oxley H. Policies for health ageing: An overview. 2009. Organization for Economic Cooperation and Development Health Working Papers. Available from: [http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2009\)1](http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2009)1).

⁹ World Health Organization, op. cit. note 1.

¹⁰ World Health Organization, op. cit. note 6.

⁴ Dillin A, Gottschling DE, Nystrom T. The Good and the bad of being connected: the intergrons of aging. *Curr Opin Cell Biol.* 2014;0:107-112.

⁵ Osborn R, Moulds D, Squires D, Doty MM, Anderson C. International survey of older adults finds

がい者にとっては健康と関連しないサービスも必要である¹¹。この文脈において障がいと高齢層の不健康を結びつける理由は、概して高齢者の中の障がいが高齢者の障がいの唯一の源泉であると言いたいわけではない。また医療は障がいに対して必要とされるサービスのみであると言いたいわけでもない。スティグマ、孤立、環境、その他の様々な健康の社会的要因もまた高齢者個人の障がいを引き起こす。また公共交通機関や車椅子用スロープといった、医療とは異なるサービスもまたある種の障がいを持つ高齢者にとって重要である。このような理由で、健康への支出が医療に対する投資の全部であるべきではない。

有病率と障がい率がより高いことに照らせば、高齢者が若年者よりも国の医療費を平均してはるかに多く使うことは驚くべきことではない。例えば、アメリカにおいて、1人の高齢者に対する医療費の平均は1年に11089ドルであるのに対して、19-64歳に対する医療費の平均は3352ドルである¹²。イギリスにおいても、類似の傾向がある。イギリスの人々も年を取るにつれて、すべてのサービスにわたって利用と費用が増加し、地方自治体が成人の公的ケアに対する全支出の51%とプライマリーケアの経費の三分の二が65歳以上に対するものであり、医療と公的ケアの70%は長期療養が必要な患者に用いられている¹³。

要約すると、年齢に関連する格差を二種類に区別することができる。

年齢に関連する健康格差 (Age-related Health Inequalities) : 概して高齢者は若年者に比べて不健康である傾向がある。

年齢に関連する医療格差 (Age-related Healthcare Inequalities) : 高齢者は若年者に比べてより多くの医療支出を社会に費やさせる傾向がある。

そうであるとして、年齢に関連する格差を縮小して若年者と高齢者間の健康と医療を平等にするために社会がする責務は何か。前述のように、集団の健康には医療だけでなく多くの社会的要因が影響するが、ここでは医療に焦点を絞りたい。より完全な分析をするには、若年層への影響を考慮して、高齢者の健康を改善する医療以外の社会的要因の調査が必要であろう。

健康と医療の両方についての問題を並行して問うことは、二つの相互作用を強調するという利点がある。そうすることで、片方の領域に伴うかもしれない欠点に注意せずに、一方の領域の利点に目がくらむのを避けることができる¹⁴。それぞれの領域における正義についての問いへの答えは正義の基本的な概念を反映するので、次いで別の正義の原理を検討することに導かれる。

3. 正義の原理

3-1. 運の平等主義

まず、年齢に関連する健康格差を考えよう。健康格差を容認することは正当なことか。この問いに対する一つの答えは、加齢が人間的営為の範囲外にある普遍的な生物学的過程であるという観察

¹¹ Wasserman D, Asch A, Blustein J, Putnam D. 2016. Disability: definitions, models, experience, In N. Zalta, ed., *The Stanford encyclopedia of philosophy*. Available from:

<https://plato.stanford.edu/archives/sum2016/entries/disability/>

¹² U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research. The high concentration of U.S. health expenditures. Research in Action, 2016: 19.

¹³ Oliver D, Foot C, Humphries R. *Making our health and care systems fit for an ageing population*. London:

The King's Fund; 2014.

¹⁴ Jecker NS. A broader view of justice. *Am J Bioethics*. 2008;8(10)2-10.

から出発する。生物学的な水準で定義するなら、分子と細胞の損傷の生涯にわたる蓄積は多くの身体機能に進行性の機能障害をもたらす、環境の変化に対する脆弱性が増加し、病気と死のリスクが増加する。そのような加齢は不可避である¹⁵。身体に加齢を止めることはできないので、私たちは健康に対する加齢の影響に道徳的な責任があるという主張は無効である。この広範で直観的な考えは、運の平等主義 (Luck Egalitarianism, 以下ではLEと略記する) によって認められる正義の原理の基礎となる。

LE: 不平等が個人のコントロールを超えた要因に起因するとき、社会は個人にその責任を負わせるべきではなく、社会が不平等を縮小あるいは除去しようと試みるべきである。

保守主義は個人の選択を促進しようとする傾向があり、LEのような立場を訴えることがある。なぜなら自分が故意に引き受けたリスクについて個人に責任を負わせることは、概して健康における国家の介入を最小化することに資するからである。そこで、LEに賛成する人々¹⁶は意図的なギャンブルから生じる悪い結果のような「悪い選択による不運」(bad option luck)は人々に責任を負わせるべきであると主張する。自分が選択したのではなく、しかも回避することができなかった悪い結果に人々が苦しんでいるとき、それはしばしば「所与の[回避不可能な]不運」(brute bad luck)と呼ばれ、LEの支持者はそれに対しては社会が介入す

べきであると主張する¹⁷。医療に当てはめるなら、LEは選択による不運から生じる限りは自分の健康への責任を人々に負わせ、所与の不運から生じる不健康に苦しんでいる人々は社会によって補償される。

加齢に伴う病気は、所与の不運の典型的な事例であり、故意のギャンブルと対照的である。例えば、喫煙を選択した結果として肺疾患になることは、選択による不運に分類される。このように、LEを保守的な立場であるとみなす人がいるとしても、社会は年齢に関連する健康格差に対する責任から逃れることはできない。加齢に伴う病気や障がいに関して、社会の責任は不運を補償する原理によって捉えることができる。(以下では「所与の不運」を縮めて「不運」と表記する。)

不運を補償する原理 (Principle of Compensating for Bad Luck): 正しい社会は、不運から生じる年齢に関連する健康格差を埋め合わせるために、求められる範囲で高齢者の健康を改善するために介入する。

この原理に反対する人は、LEを是認するとしても、高齢者の病気の多くは多因性であり、個人的な選択が影響していると反論するかもしれない¹⁸。WHOは60歳以上の人々の疾病負荷の半分以上がライフスタイルの変化を通じて潜在的には避けられるものであると推計している¹⁹。しかし、このことは60歳以上の人々の疾病負荷の半分近くはライフスタイルの変化を通じて潜在的には避けられないことも意味している。

反対者は、私たちは年を取るにつれて加齢に伴

¹⁵ National Institute on Aging. *Biology of Aging* 2011; U.S. Department of Health and Human Services.

¹⁶ Lippert-Rasmussen K. *Luck egalitarianism*. London: Bloomsbury Academic; 2015; Cohen GA. On the currency of egalitarian justice. *Ethics*. 1989;99:906-944; Arneson RJ. Equality of opportunity for welfare. *Phil Studies*. 1989;56 77-93; Arneson RJ. Egalitarianism and the undeserving poor. *J Polit Phil*. 1997;5(4)327-350; Dworkin G. Voluntary health risks and public policy. *Hastings Cent Rep*. 1981;11:26-31.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Wikler D. Personal and social responsibility for health. *Ethics Internatl Aff*. 2006;16(2):47-55.

¹⁹ World Health Organization. The global burden of disease, 2004 update. 2004. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1

う損失があるだろうけれど、それは不運としてではなく、人間的な経験の自然な一部として特徴づけられると主張するかもしれない。高齢者に予期される病気にかからないほど若くに、早すぎる病気や死を経験することが純正な不運であると考えられるかもしれない。このように、前述の論者が提示するのは異なる正義の原理から LE を採用する人もいるかもしれない。

しかしこれに対して、LE の反対者は補償の決定が予測可能かどうかではなく、個人の自由な選択から生じる結果かどうかに基づくことを強調するかもしれない。ライフスタイルの選択によっては潜在的に避けられないような加齢に伴う損失は、明確に不運である。統計的に標準的かどうかはともかく、認知症や聴覚低下のような加齢に伴う損失は、人々が責任を問われるような選択の結果ではない。そのような損失が予測できるからといって、その損失が当人に帰せられるということはほとんどない。

この議論を脇に置くとしても、より深い懸念がある。とりわけ、病気になる人に影響する要因の複雑さを誤解することで、LE はあまりに多くの困っている個人を見捨てる²⁰。例えば、断層や洪水帯の近くに住むことは健康を危険にする個人の選択であるけれど、家賃が高かったり、雇用が限られていたり、育児をする家族の都合のために、異なる選択をすることが難しいのかもしれない。同様に、肥満はある程度は個人の選択にも関係するが、代謝、遺伝的感受性、文化的な条件、社会経済的な条件など、個人の選択以外の要因も結果に影響する。最後に、社会は人々が引き受ける健康リスクから時々利益を得ることがある。人々が警察官や軍人や消防士のような危険な職業を選ぶとき、人々が炭鉱採掘や工場労働のような経済に必

要であるとみなされる職業を選ぶとき、このことは社会の利益に資する。このようなわけで、社会は不健康の負担を分け合うことでそれに報いるべきである。これらの懸念が示唆しているのは、世代間正義の状況において、LE は必要ではあるが、十分ではないということである。そこでより完全な説明を他に探す必要がある。

3-2. 社会的平等主義

社会的平等主義 (Social Egalitarianism, 以下では SE と略記する) は異なる直観から始まる。つまり、私たちがお互いに対等でないことは悪いことである²¹。SE の重要な構成要素は人々への平等な尊重や承認を表明することである。しかしながら、それだけでは十分ではない。平等な尊敬の表明に加えて、私たちは対等な者でなければならない。前者ではなく後者が含意するのが、対等な関係である。例えば、対等であることは、ある個人が他人を支配したり排除したり抑圧したりするような関係を禁止する。

SE: 個人が対等ではないような共同体を作る

²¹ Anderson E. What is the point of equality? *Ethics*. 1999;109:287-337; Anderson E. Welfare, work requirements, and dependent care. *J Applied Philos*. 2004;21:243-256; Scheffler S. What is egalitarianism? *Phil Public Aff*. 2003;31:5-39; Scheffler S. Choice, circumstance, and the value of equality. *Politics, Phil Econ*. 2005;4:5-28; Scheffler S. The practice of equality. In: Fourie C, Schuppert F, Walliman-Helmer I, editors. *Social equality*. New York: Oxford University Press, 2015; p. 21-44; Schemmel C. Why relational egalitarians should care about distributions. *Soc Theory Practice*. 2011;37:365-390; Schemmel C. 2015. Social equality or just justice? In: Fourie C, Schuppert F, Walliman-Helmer I, editors. *Social equality*. New York: Oxford University Press, 2015; p.146-166; Bidanure J. On McKerlie's 'equality and time'. *Ethics*. 2015;125:1174-77; Bidanure J. Making sense of age group justice. *Politics, Phil Econ*. 2016;15(3): 234-260; Young IM. *Justice and the politics of difference*. Princeton: Princeton University Press; 1990.

²⁰ Anderson MM. What does society owe me if I am responsible for being worse off? *J Applied Phil*. 2014;31(3):271-286.

とき、不平等は悪い。正しい社会は個人が対等であることを阻害するような不平等を除去したり縮小したりしようと試みるべきである。

SEによれば、年齢に関連する健康格差が道徳的に容認できるものであるためには、社会的な関係が平等主義的な特徴を示すという要件と一致しなければならない。LEが個人に起きるが個人に帰せられない悪い結果に焦点を当てる一方で、SEは私たちのお互いの社会的な関係が正義の主題であると考えられる。平等の要点は不運を埋め合わせるのではなく、基本財の平等な分配をすることでもなく、各人がお互いに対等であるような共同体を作ることである。

年齢に関連する健康格差が不平等な尊重の兆候であり、人々の不平等を助長するならば、社会は高齢者の健康を改善する義務がある。基本的ではないケアのような、ある種の医療の分配における不平等を容認することはSEと両立するかもしれないが、より基礎的な医療サービスにおける不平等は倫理的により問題含みである。なぜならそれは高齢者への不平等な尊重の兆候である可能性が高いからである。ガットマンが注記しているように、入院までの待機時間が長いことは手段の長期の健康には影響しないかもしれないが、基本財を得るための待機時間における差別は、体系的に列の最後尾になる人々への不平等な尊重の兆候である²²。

対等の原理 (Principle of Equal Standing) : 正しい社会は高齢者と若年者の間に対等な関係を打ち立てることを求めるために要求される程度に、高齢者の健康を改善するために介入をする。

SEが陥る懸念の一つは、私たちは各人を平等に尊重するかもしれないが、それでも誰も十分には尊重されないかもしれないということである。例えば、高齢者虐待が横行している社会を想像してみよう。

高齢者虐待が横行する社会：高齢者がそのケア提供者によって日常的に、言葉による、心理的な、身体的な虐待を受けている。

この社会においては、高齢まで生き延びた誰もが虐待を経験するので、その意味においては誰もが平等な扱いをされている。しかしながら、高齢者虐待を受ける人は、彼らがそれに値するはずの最小限の尊敬をもってすら扱われていない。このことはSEへの反例を示唆している。SEは世代間正義の概念の必要な要素ではあるが、それだけで十分であるというわけではない。

SEの支持者は高齢者虐待がありふれているような社会はSEの要求を満たしていないと主張することで、この問題に答えるかもしれない。しかし反論の要点にはより圧力が加わるかもしれない。各市民が若い時に被害者の立場を、大人になってから加害者の立場の両方を経験すると仮定するならば、平等の要件は長い時間の中では満たされていることはほぼ間違いない。しかしながら、高齢者虐待は極めて道徳的に好ましくない。このことが示唆しているのは、この事例についての推論の説明はSEを超えているということである。

3-3. 十分主義

高齢者虐待の事例が示そうとしているように、身体の安全のような人間の尊厳にとっての基本的な要件を欠くとき、個人はその人がそれに値するはずの尊敬を欠いている。身体の安全だけでなく、情緒的な愛着を持つことができること、他人との関係の中で生きることができること、思考して感

²² Gutmann A. For and against equal access to healthcare. In: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, editor. *Securing access to healthcare*, volume 2. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1983; p. 557-567, at 560.

覚を使用することができること、そして移動することができることといった基礎的ケイパビリティは、人間の機能とケイパビリティにとって不可欠である²³。正義についての第三の説明である十分主義は、人々が可能な限り人間の尊厳をもって人生を送るためのケイパビリティを持つことを、社会は保障すべきである²⁴と考える。

十分性の要件 (Sufficiency Requirement, 以下では **SR** と略記する): すべての人々は人間の尊厳をもって人生を生きるに値するのであり、各人を最低限のケイパビリティの段階まで引き上げることによって社会は可能な限りこれを保障すべきである。

この要件は若年者と高齢者との間の医療配分に関して、以下の原理を示唆する。

十分性の原理 (Principle of Sufficiency): 正しい社会は高齢者が人間の尊厳と合致する最低限の水準のケイパビリティと機能を持つことを保障するために求められるものであるなら、高齢者の健康を改善するために介入をする。

SR は人間の基礎的ケイパビリティという観点から十分性を要求し、医療効果や医療資源といった他の領域でも十分性を好み、その多くの理由を文献において詳細に論じている²⁵。個人間の評価

の尺度としてケイパビリティを用いることに賛成する上で提起される議論には、以下のものがある。すなわち、人生を価値あるものにするものは、人々が偶然に持っている資源だけではなく、人々が行いうること、人々がなりうるものにも由来するのである。さらに、ケイパビリティは福利のような財よりもさらに不可欠である。なぜならケイパビリティは人々に自由と機会を提供するからである。このように提案される十分主義は、他で提起されている説明に似ている²⁶。しかし、健康の正義において不可欠なものとして、十分性だけではなく、補償や平等を考察するような雑多な見解と **SR** を結びつけていることは明確である。

この段階の議論を明確化するために二つの注意事項がある。第一に、ここで提案している十分主義の解釈は「濃密」(thick)であり、ケイパビリティや厚生にしても、医療資源にしても、広くなされている正義の説明がより「希薄」(thin)であることとは異なる²⁷。ここで提案している分析は、

Sufficiency, justice and health. New York: Oxford University Press; 2017; Ruger JP. Ethics in American health, 2nd edition: An ethical framework for health system reform. *Am J Public Health*. 2008;98(10):1756-63; Ruger JP. *Health and social justice*. New York: Oxford University Press; 2010; Nussbaum MC. Human functioning and social justice: In defense of Aristotelian essentialism. *Political Theory*. 1992;20(2):202-246; Nussbaum MC. Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Feminist Econ*. 2003;9(2-3):33-59; Kaufman A, editor. *Capabilities equality: Basic issues and problems*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group; 2009.

²⁶ Venkatapuram S. *Health justice: An argument from the capabilities approach*. Malden: Polity Press; 2011; Ram-Tiktin E. The right to healthcare as a right to basic human functional capabilities. *Ethical Theory Moral Practice*. 2012;15:337-51; Ram-Tiktin E. A decent minimum for everyone as a sufficiency of basic human functional capabilities. *Am J Bioethics*. 2011;11:24-25; Ruger, op. cit. note 25.

²⁷ Alvarez AAA. Threshold considerations in fair allocation of health resources: Justice beyond scarcity. *Bioethics*. 2007;21(8):426-438; Powers M, Faden R. *Social justice: The moral foundations of public health and health policy*. New York: Oxford University Press;

²³ Nussbaum M. *Creating capabilities: the human development approach*. Cambridge: Harvard University Press; 2011.

²⁴ Gosseries A. Three models of intergenerational reciprocity. In: Gosseries A, Meyer LH, editors. *Intergenerational justice*. New York: Oxford University Press; 2012: p. 119-146; Gosseries AP. What do we owe the next generation(s). *Loyola of Los Angeles Law Rev*. 2001;35:293-354; Casal P. Why sufficiency is not enough. *Ethics*. 2007;117:296-326; op. cit. note 23.

²⁵ Fourie C, Rid A, editors. *What is enough?*

適切な正義の基準として人間のケイパビリティを特定の基準として認めている。ケイパビリティを採用することに対する反論としては、ケイパビリティを十分にする要求は「底なし沼」(bottomless pit)へと導く過大な要求であり、他人に不適切な資源を用いることになるというものがある²⁸。この懸念は他のところでも詳細に論じられている。例えば、ラガーは合理的配慮、医学的妥当性、医学的必要を論じることでこの問題に取り組んでいる²⁹。法的な文脈では、アメリカ障害者法は「合理的配慮」(reasonable accommodations)についての分析を提示している。合理的配慮とは多大な負担なしに引き受けられるものであり、多大な困難とはプログラムや組織に重大な経費や困難のないものとして理解される。

第二の注意事項はSRがどのように適用されるかに関係している。時々SR(や他の正義の原理)は人生の全体に適用されなければならないと思われ込んでいる³⁰。しかし、ここで提案している分析は(次の節で論じるが)一方で正義の原理、他方でそれらを適用する方法を区別する。例えば、SRは個人が人間の尊厳をもって人生を生きることが出来るケイパビリティを持つことを求めるが、このケイパビリティは人生全体の過程を通じて実現されるのか、何らかの時間間隔において実現されるのかということは、原理そのものによっては開かれたままであり、さらなる考察を必要とする。

SRを擁護するには、個人は固有の価値や尊厳を持つと議論されるかもしれない。ダーウォールは私たちが尊敬する対象から引き出される認知としての尊敬と、私たちが自分自身の意志や決定に基づ

いて割り当てる評価としての尊敬を区別している。人類は譲渡できない人間の尊厳を持っていると主張することで、SRは前者に頼っている。この点では、十分主義は、正義の原理を合理的選択の結果とみなすロールズの公正としての正義のような、正義についての支配的な見解に戻っている³¹。十分主義によれば、私たちは選択を通じてではなく、他者の尊厳の認識を通じて、正義の原理に到達する³²。認知的な側面に基づく人間の尊厳は、アリストテレスの倫理学³³、カントの倫理学³⁴、ムアの倫理学³⁵の価値論を含む様々な歴史的な源泉がある。いずれにしても、人間の基礎的ケイパビリティの尊重は、それ自体が目的であり、人格の尊重に不可欠である³⁶。

³¹ Rawls J. *A theory of justice*. Cambridge: Harvard University Press; 1971. [ジョン・ロールズ『正義論 [改訂版]』川本隆史・福岡聡・神島裕子訳、紀伊國屋書店、2010年]

³² Jecker NS. Toward a theory of age group justice. In: Schweda M, editor. *Planning later life*. New York: Routledge; 2017.

³³ Aristotle. 1999. *Nicomachean ethics*. In *Nicomachean ethics*, 2nd edition. Irwin T, Translator. Indianapolis: Hackett Publishing Company Inc [アリストテレス『ニコマコス倫理学』上・下、高田三郎訳、岩波文庫、1971年・1973年他]; Nussbaum, op. cit., note 22.

³⁴ Kant I. 1997. Groundwork of the metaphysics of morals. In: Gregor M, Translator. *Groundwork of the metaphysics of morals*. New York: Cambridge University Press [イマヌエル・カント『道徳形而上学原論』篠田英雄訳、岩波文庫、1976年他]; Korsgaard C. Two distinctions in goodness. *Phil Rev*. 1983;92:169-195.

³⁵ Moore GE. *Principia ethica*. Mineola: Dover Publication; 2004. [ジョージ・エドワード・ムア『倫理学原理——付録：内在的価値の概念／自由意志』泉谷周三郎・寺中平治・星野勉訳、三和書房、2010年]

³⁶ Johnson R, Cureton A. Kant's moral philosophy; 2017. In: Zalta EN, editor. *The Stanford encyclopedia of philosophy*. Available from: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/kant>

2006; Ram-Tiktin 2011, op. cit., note 26; Ram-Tiktin 2012, op. cit., note 26.

²⁸ Arneson RJ. Distributive justice and basic capability equality: 'Good enough' is not good enough. In: Kaufman A, editor. *Capabilities equality: Basic issues and problems*. New York: Routledge; 2009: 17-43.

²⁹ Ruger 2008, op. cit. note 25; Roger 2010, op. cit. note 25.

³⁰ Bidadanure, op. cit. note 21.

以上の三つの原理は以下のように要約される。年齢に関連する健康格差が最小限の正義の基準を満たしていることを容認するかどうかを決定するのは、個人的な必要や十分な条件が提供されていることである。

1. 不運を補償する原理：個人が生み出したものではなく合理的に防ぐことができなかつた危害として理解される不運の影響を、社会は改善する責任がある（LEによる）。
2. 対等の原理：社会は個人の対等な関係をサポートするために社会的な関係を構成する責任がある（SEによる）。
3. 十分性の要件：社会は個人が人間の尊厳をもって人生を送るためのケイパビリティを持つことを保障する責任がある（十分主義による）。

4. 生涯全体説か人生分割説か

ここまで正義の原理を説明して定義してきたので、次にそれらをどのように適用するかを考察する。先行文献では二つの戦略が支配的である。一方では、正義の原理は共時的にそれぞれの「短期間」(time slice)に、つまり個人の人生の瞬間に適用されるべきだと考えられている。

時間断片の枠組み (Time Slice Framing)：各個人の人生を特定の瞬間、つまり時間の「断片」(slice)において見て、正義の要件を個人の人生のそれぞれの瞬間に適用する。

この戦略によれば、特定の瞬間において、もし若年者が高齢者よりも健康状態が良いとするなら、この格差は年齢に関連する不運や不十分な尊重の結果か、高齢者が十分な水準のケイパビリティと機能を下回る結果であり、社会は高齢者の健康を

改善するために介入をするべきである。この戦略は「単純な運」「単純な平等」「単純な十分性」と呼ぶことができるものに適している。正義の原理が支持されるかどうかを決定するためには、それぞれの瞬間の高齢者と若年者にとって運や平等や十分性がどのように見えるかを端的に決定する必要がある。例えば、マッカーリーは、SEの観点から短期間の枠組みを提案している³⁷。彼の見解では、同一の時間区分に関する平等主義は、人々が異なる時期に生まれたことを考えて、それぞれの瞬間においてどのような関係にあるかに焦点を当てるべきである。対照的に、ほとんどの平等主義者は「人生の全体」(complete lives)と呼ばれる異なる戦略を支持しており、ここでは「生涯全体の枠組み」(whole life framing)と呼ぶことにする。

生涯全体の枠組みは、正義の原理を通時的に誕生から死亡までの生涯全体に適用すること、そうして人生の全体の善悪を考慮することを求める。

生涯全体の枠組み (Whole Life Framing)：各個人の人生を全体として見て、正義の要求を各人の人生の全体に適用する。

この説明によれば、もし正義の原理が特定の瞬間に特定の人によって侵害されるなら、この侵害が他の瞬間にその当人によって埋め合わせられるかどうかを考慮される。この分析は運や平等や十分性について複合的な概念に適している。その複雑さは、表面的には不正に見えるものが、より後に起こることやより前に起きたことによって埋め合わせられるかもしれないということから生じる。例えば、ある人が若い時に健康の利益を得ているとしても、この利益は年を取ってからの不利益によって相殺されるかもしれない。その場合、社会

³⁷ McKerlie D. Equality and time. *Ethics*. 1989;99:475-91; McKerlie D. *Justice between the young and the old*. New York: Oxford University Press; 2013.

的な介入は求められない。生涯全体の枠組みによれば、人生の全体を通じて起きることが、正義の要求を満たすかどうかを決定するのである³⁸。

若年者と高齢者間の正義を人生の全期間において構成する人々はしばしば、世代間正義の個人間の問題を、ある人自身の若い時と年を取った時の思慮深い選択についての個人内の問題として捉え直す³⁹。思慮深いライフスパン戦略 (prudential lifespan approach, 以下では PLA と略記する) によれば、思慮深い個人はどのように自分の人生の全体を通じて希少資源を分配することを選択するかを問うことによって、世代間正義が決定される。他の所では、この説明に対して説得力のある反論が提起されているが、それらを論評することは本論の目的ではない⁴⁰。しかしながら、脇道にそれて、論証におけるこの段階の背後にある推論を手短かに要約してみたい。

PLA は、個人に合理的な決定を求め、即時の欲求ではなく、自分が望むもののその後を考慮することを求める、思慮深さという観点から世代間正

義を定義する。このように、思慮深い計画者はそれぞれのライフステージを十分に考慮した後に寿命を通じて資源を割り当てる。例えば、現在の自分や若いときの自分に衝動的に多くを割り当てて、将来の年を取ってからの自分に十分に割り当てないことは無思慮であろう。マッカーリーは以下の状況を想像している。

分譲マンションと老人ホーム：同じ街区に分譲マンションと老人ホームがあることを想像してみる。分譲マンションの住人は中年で裕福で幸福である。老人ホームは古くて超満員である。老人ホームの住人の医療は十分であるが、尊厳や幸福は乏しい⁴¹。

PLA によれば、老人ホームの住民は不正な扱いを受けている。なぜなら中年の間にぜいたくな生活をして、後の人生を貧しくすることは無思慮だからである。人生の各段階にどのくらいのを割り当てるのが思慮深いのかは、その人が持っている資源の合計しだいである。もし手に入るものがほとんどないのなら、人生の各段階に少ししか分配しないことも思慮深いことである。

PLA が直面する問題の一つは、最高齢者は十分なものを与えられないかもしれないということである。言い換えれば、最高齢者層においては SR が侵害されるかもしれないが、SR は世代間正義のために必要な条件である。マッカーリーは PLA が十分に達しないということを考察して三つの理由を提示している。第一に、ある人が通常平均寿命を生きること賭けることは思慮深いかもしれないが、結果としてもしその人が 100 歳まで生きるとすると何も残っていないかもしれない⁴²。言い換えれば、人生の高齢の段階にほんの少しし

³⁸ Daniels N. *Am I my parents' keeper? An essay on justice between the young and the old*. New York: Oxford University Press; 1988; Dworkin R. Justice and the high cost of health. In: Dworkin R, editor. *Sovereign virtue: The theory and practice of equality*. Cambridge: Harvard University Press; 2000: 307-319 [ロナルド・ドゥウォーキン「正義と高いヘルスケア費」、『平等とは何か』小林公・大江洋・高橋秀治・高橋文彦訳、木鐸者、2002年、413-428頁]; Brock D. *Life and death: philosophical essays in biomedical ethics*. New York: Cambridge University Press; 1993; Nagel T. *Equality and partiality*. New York: Oxford University Press; 1991.

³⁹ Daniels, op. cit. note 38.

⁴⁰ Jecker NS. Justice between age groups: An objection to the prudential lifespan approach. *Am J Bioethics*. 2013;13(8):3-15; Brauer S. Age rationing and the prudential lifespan account in Norman Daniels' just health. *J Med Ethics*. 2009;35:27-31; Lazenby H. Is age special? justice, complete lives and the prudential lifespan account. *J Applied Phil*. 2011;28(4):327-340; Schefczyk M. The multiple self objection to the prudential lifespan account. *J Med Ethics*. 2009;35: 32-35.

⁴¹ McKerlie, op. cit. note 37, at pp. 152-153.

⁴² McKerlie D. Justice between the young and the old. *Philos Public Aff*. 2001;30(2):152-177; McKerlie, op. cit. note 37.

か割り当てないことは思慮深いかもしれない。なぜならその人は高齢の段階に至らないのかもしれないのだから。第二に、他の段階よりも何らかの段階を重視することは思慮深いかもしれない。なぜならその時期が当人の人生全体を形成するのにより大きく貢献するかもしれないのだから。もしそうであるならば、最高齢時よりも人生の「全盛期」を好んで偏った分配をして、年を取ってから十分性を下回ることも思慮深いかもしれない。最後に、PLAは最高齢の人々に十分なものを与えないかもしれない。なぜなら年を重ねるほど認知症のような認知機能障害をかかえているかもしれない。そのように認知機能障害をかかえるにもかかわらず、その損失や軽蔑に煩わされていない人は屈辱を感じて苦しんでいないかもしれないのであり、そのことはこれらの害を減少させ除去しさえするかもしれない⁴³。

これらの懸念に加えて、思慮深さに基づくアプローチに限らず、生涯全体の枠組みを適用する際に本質的に生じる、より深刻な懸念がある。より深刻な懸念とは、ケイパビリティの十分性を保証することによって平等な尊重や人間の尊厳の尊重を示すことで不運を埋め合わせることの単純な価値は、単に全体で一度のものではなく、何度も尊重しなければならぬものである、ということである。これらの点は奴隷と主人の事例において明らかになる。

奴隷と主人の事例:二人の人PとQがお互いに順番で奴隷と主人になることに同意する。Pは10年間(t1-10)Qの奴隷になる。Qは10年間(t11-21)Pの奴隷になる⁴⁴。

t1からt21のどの時点でもPとQは平等ではない。このように、期間のそれぞれの瞬間では、奴隷と主人の事例は単純な平等を欠いている(時間の断片に適用された平等な尊重の原理)。しかし私たちはこのことを混成的な平等だけで見ると失敗する(生涯に適用された平等な尊重の原理)。混成的な平等の問題はそれがあらゆる特定の瞬間における個人間の平等を求めるわけではないということである。しかし、他人との関係において、平等(や不平等)であるという主観的な経験はそれぞれの瞬間にしか起こらない。私たちは大局的な観点から、すなわち時間を超えた関係がどのようなものであるかを思考することができない、と言いたいわけではない。そうではなく、この方法は思考実験からの抽象であって、SEが求めるものではない、ということを考えようと言いたい。SEは私たちが実際にお互いに平等な者として対等であるという経験を持つことを求める。奴隷と主人の事例において、PとQは平等の経験をしていない。このように、たとえ彼らの間に存在する複合的で抽象的な形の平等を識別することができとしても、彼らの関係はSEの要件を満たしていない。別の表現をすれば、もし単純な平等を受け入れ、社会的な関係の制約を受け入れるなら、ある種の合意が(倫理的に)なされることはありえない、ということである⁴⁵。

即時の主観的な経験から注意深く考慮された合理的な抽象は、SEの要件を適用する主観的な経験よりもさらに重要であるべきだ、という反論があるかもしれない。さらに、教師と生徒、職人と徒弟、社長と新入社員のように、不平等な関係が容

⁴³ Dworkin, op. cit. note 38.

⁴⁴ Lippert-Rasmussen K. Age-based inequalities in health: Do relational and distributive egalitarianism have conflicting implications? Presented at the University of Washington, Seattle, Benjamin Rabinowitz Conference on The Sickness of society:

What Kind of Equality Matters for Health? 29 April 2016.

⁴⁵ Jecker NS. Impartiality and special relations. In: Meyers D, Kipnis K, Murphy N, editors. *Kindred matters: Rethinking the philosophy of the family*. Ithaca: Cornell University Press, 1993; p. 74-89.

認められる事例も多数ある。これらの関係は主観的には不平等であるにもかかわらず、尊厳の感覚を論駁することはない。むしろ、これらの関係は訓練や発達の過程を考慮するより広い計画の一部としてみなされて倫理的に正当化されている。より広い計画において、二人の間には後になっても平等が定着することはめったになく、むしろ生徒は自然な発達を通じて他の誰かの教師になり、徒弟は新しい見習いの親方になる。このことに照らせば、それぞれの時間の断片において、主観的に平等を経験すべきであるという本論の主張は疑わしく思われるかもしれない。

それに対して、これらの事例における不平等は倫理的に正当化されることは認められるべきである、と応じたい。なぜなら個人は重要な点において不平等だからである。例えば、徒弟の技能は職人に比べて未熟であり、生徒の科目における習熟は教師に比べて未熟である。対照的に、重要な点において平等である人々の間に起きるとき、不平等の経験は倫理的に好ましくない。もし訓練の経験の外側で、職人が徒弟を劣位に扱うなら、例えば、徒弟は投票権を認められるべきではないということを示唆しているが、徒弟と職人は市民としては平等であるので、このことは倫理的に好ましくない。高齢者と若年者の場合には、年齢それ自体では医療の利益を配分するために倫理的に重要な基礎ではない。他方で、医療ニーズのような他の基準に基づく区別は倫理的に妥当であり認められる。

生涯全体の枠組みは単純な十分性も満たさない(時間の断片に適用された十分性の原理)。t1-10のPとt11-21のQは奴隷であり、人間の尊厳をもって人生を送っていない。彼らが全体としてうまくやっていると看做しても、そのことはほとんど重要ではない(複合的な十分性)。なぜなら奴隷とは人間を他人の目的のための単なる手段や道具として扱うことなので、正義の基準を侵害しているからである。それが何らかの仕方で埋め合わせられる

というのは誤っている。この重要な懸念のために、世代間正義には別の枠組みが必要である。

熟慮して考えると、もし基礎的のケイパビリティの十分性という要件が満たされるなら、私たちは社会的な関係において平等をいくらか弱めることを認めるかもしれない。順番交代の事例を考えてみよう。

順番交代の事例:PとQの二人が交代で皿を洗うことに合意する。Pはある日に皿を洗い、Qは次の日に皿を洗う。

奴隷と主人の事例のように、順番交代の事例はPとQが望ましくないことを交代で行うという合意にかかわる。奴隷と主人の事例は倫理的に許容できないが、順番交代の事例は倫理的に許容できるのは、皿洗いは屈辱ではないという違いがあるからである。皿洗いは人間の尊厳を満たすための十分性の水準を下回ることを引き起こさない。順番交代の事例は単に通時的に見て得られるメリットのためになされる。すなわち、時間が経過する中で、各人は好きでない仕事を行い、別の時にはそれから解放されるという点で互惠的である。それに対して、奴隷であることは屈辱的であり尊厳を辱める。それゆえに、奴隷に関係する不平等は埋め合わせられないのである。ある人自身の権利において重要なことは、通時的な影響とは無関係である。奴隷である人は十分性の水準を下回る。社会的な関係において平等を弱めることはある程度は認められているように見える。正義が求める十分性の水準を下回らないのならば、関係者は不平等かもしれない。埋め合わせることが好ましくないこと(奴隷と主人の事例)ではなく、埋め合わせることが容認できるような(順番交代の事例)、別の選択肢を考えよう。

生涯全体の枠組みとは別の選択肢は、人生を「断片化」(split)することである。分割の戦略にはいくつかが可能である。一つの戦略は時間断片説が

そう説明するように、人生を瞬間に分割することである。もう一つの分割の戦略を考える理由は、一瞬の苦痛の事例によって描かれる。

一瞬の苦痛の事例：Pは運悪く、雷雨によって倒れた木にぶつかって外傷に苦しんでいる。t1においてPは傷を治すために医療措置を受ける。その医療措置は激しい苦痛を引き起こすが、その処置の結果、Pは（処置前の）t-nの時点よりも、（処置後の）t+nの時点においてとても良くなる。

一瞬の苦痛の事例が示しているのは、瞬間をつなぎ合わせて、より広い時間間隔を考慮する必要が時々あるということである。一瞬の苦痛の事例のような短期間の埋め合わせには合理的なものがある。しかし時間断片の枠組みは埋め合わせを認めない。

世代間正義について考えるときには、何が重要な原理であるかだけでなく、何が人生を分割する最良の方法なのかを問う必要がある。しかし、どのような分割を選んでも恣意的であると論じられている⁴⁶。その適用や実際の目標から離れて考えると、何らかの仕方で人生を分割しても恣意的な抽象にしか思われぬ。何かを理解したり実行したりする文脈に置かれると、適切な枠組みを選ぶことが簡単になる。もし目標が若年者と高齢者との間の正義であるなら、人々のライフステージに基づいて人生を分割すべきである。もし目標が歴史的な出来事による危害を埋め合わせることであれば、その出来事の日付の前後に生まれた人に基づいて人生を分割することから始めるかもしれない。ここでは異なる年齢の個人について問うているので、若年期、中年期、高齢期から成るすべての瞬間を結合すべきであり、個人の人生を同様のライフステージに分割すべきである。

ライフステージの枠組み（Life Stage Framing）：各個人の人生を、若年期、中年期、高齢期を包括する一連の段階として見て、それぞれのライフステージに正義の要求を適用する。

ライフステージを横断する便益と負担の分配のバランスを目標として、個人の人生を段階に分割するならば、上述の原理は人生の各段階の不運を埋め合わせて、高齢者と若年者の社会的で合理的な平等の観点から医療のような社会制度を作り、それぞれのライフステージにおいて個人が人間の尊厳に合致するような仕方で作動することができるように保証することへと導く。

年齢の異なる個人の中に生じる懸念として正義を把握するならば、すでに示したような仕方で人生を分割することには価値がなくなってしまう。このように、ライフステージによる分割は、人生の見方や共同体における個人の同一化の仕方と調和している。ライフステージの枠組みは、時間断片の枠組みとも生涯全体の枠組みとも異なる。時間断片の枠組みと異なるのは、埋め合わせを認めるからである。生涯全体の枠組みと区別されるのは、両者とも埋め合わせを認めるけれども、ライフステージの枠組みだけが埋め合わせを制限するからである。例えば、季節限定の埋め合わせは、生涯全体の枠組みには合致するが、ライフステージの枠組みには合致しない。

季節限定の埋め合わせの事例：春と夏の間、Pは救急治療以外を利用できないことにする。秋と冬の間、Pは医師が推奨する医療サービスを何でも利用できる。

生涯全体の枠組みは誕生から死亡までの寿命全体に開かれた原理であり、人生のどの期間におい

⁴⁶ McKerlie op. cit. note 37.

でも埋め合わせを認める。それに対して、ライフステージの枠組みは人生を若年期、中年期、高齢期に分割して、ライフステージの間隔に対応して埋め合わせを倫理的に認めたり認めなかったりする。もし目標が若年者と高齢者が平等な者としてお互いに対等であることができることであるなら、例えば、高齢者のために若年者に大きな犠牲を求めるような埋め合わせを制限しようと望むかもしれない。あるいは反対に、ライフステージ内での埋め合わせのような、他の種類の埋め合わせを認めるかもしれない。

ライフステージの枠組みを支持する議論は文脈依存的であるということはいくら強調しても足りない。もし関心事が世代間正義であるなら、ライフステージの枠組みは望ましい戦略を提示する。もし関心事が季節間の正義であるなら、季節の枠組みが望ましい枠組みになるであろう。適切な枠組みを決定するには文脈、すなわち問題になっている関心事や目標についての濃密な描写を必要とする。正義の原理の枠組みの三つの選択肢の概要を以下の図1に示す。

図1 正義の原理の枠組み

	生涯全体説	時間断片説	ライフステージ説
運	どの時点 t における運も、 $t+n$ や $t-n$ の時点における運と埋め合わせられる	運は埋め合わせされえない	ライフステージII における運は、同じライフステージII 内の運によって埋め合わせられる
平等	どの時点 t における対等でない立場も、 $t+n$ や $t-n$ の時点における対等な立場と埋め合わせられる	対等でない立場は埋め合わせられない	ライフステージII における対等でない立場は、同じライフステージ内で埋め合わせられる
充分性	どの時点 t においてケイパビリティの充分性が下回っても、 $t+n$ や $t-n$ の時点で充分性を上回ることによって埋め合わせられる	ケイパビリティの充分性を下回ることは埋め合わせされない	ライフステージII においてケイパビリティの充分性を下回っても、同じライフステージII 内で充分性を上回ることによって埋め合わせられる

5. ライフステージ・アプローチ (LSA)

「ライフステージ・アプローチ」(Life Stage Approach, LSA) はそれぞれ望ましい枠組みを合わせた、特定の原理の組み合わせから成り立っている。LSA は前述の LE、SE、SR という三つの原理

を組み込んで、以下のように組み立てる。運と平等には、ライフステージの枠組みを用いる。基礎的ケイパビリティの充分性には、時間断片の枠組みが望ましい戦略である。LSA を規定する原理と枠組みの組み合わせを、以下の図2に示す。

図2 ライフステージ・アプローチ (LSA)

	ライフステージ	ライフステージ
	単純	混合
運		ライフステージ II における運は、同じライフステージ II 内の運によって埋め合わされうる
平等		ライフステージ II における対等でない立場は、同じライフステージ II 内で埋め合わされうる
十分性	十分性を下回ることは埋め合わされえない	

LSA は二つの観点において混合的な見解である。第一に、それは時間断片の枠組みとライフステージの枠組みを混合する。社会的な関係における所与の運と平等に関しては、LSA はライフステージ内での埋め合わせを認める。基礎的ケイパビリティの十分性に関しては、LSA は埋め合わせを認めない。第二に、LSA は目的論と義務論の要件を混合するという意味において混合的な見解を提示する。その目的論的な側面は、LSA は運と平等の埋め合わせを認めるという事実反映されている。ライフステージ内での利得は同じライフステージ内での損失で相殺されうる。この枠組みは事例に基づく推論で正当化される。順番交代の事例は、もし誰も最低限の基礎的ケイパビリティを下回らないなら、社会的な関係における平等が相殺されうるということを示している。一瞬の苦痛の事例は、所与の不運に対する埋め合わせは合理的でありうることを示している。その義務論的な側面は、LSA が基礎的ケイパビリティの十分性を絶対的に要求するという事実反映されている。基本的な人間の尊厳が問題であるなら、利得は損失に相殺されえない。再度、この枠組みは事例に基づく推論で正当化される。奴隷と主人の事例は、基礎的ケイパビリティの埋め合わせは熟慮するなら道徳的に望ましくないということを示している。

この混合的な戦略に対しては、三つの原理 (LE,

SE, SR) がお互いに食い違うように見えることがあるという反論があるかもしれない。さらに、論争的なままでこれらの原理を調和させようと試みる文献もある⁴⁷。ここでは、ジョンセンやトゥールミンを参照しつつ、異なる道筋を取る。広く異なる倫理原則を持つ個人が事例についての実践的な決定や推奨ではしばしば合意をすることがある。このことは倫理学における確実性の位置が一連の原理で決まるのではなく、特定の人間の状況で問題になっていることの認識を共有することで決まるのかもしれないということを示唆している⁴⁸。世代間正義の理論は広く合意を集めるように架橋できないので、思考実験や事例に基づく推論の方法が道理にかなうように見える。本論の推論は一種の寄せ集めである。即興の事例から進み、手元に届く中間的な原理を描き、共同意思決定や政策に到達するような控え目で実践的な目標を意図し

⁴⁷ Stemplowska Z. Responsibility and respect. In: Knight C, Stemplowska Z, editors. *Responsibility and distributive justice*. New York: Oxford University Press, 2011; p. 115-135; Fourie C. Sufficiency of capabilities, social equality, and two-tiered health care systems. In: Fourie C, Rid A, editors. *What is enough?* New York: Oxford University Press, 2017; p. 185-204; Nielsen MEJ, Landes X, Andersen MM. Should we equalize status in order to equalize health? *Pub Health Ethics*. 2013;6(1):104-113.

⁴⁸ Jonsen AR, Toulmin S. *The abuse of casuistry*. Berkeley: University of California Press; 1988.

ている。

もしこの方法論が成功しているなら、私たちはLSAに到達する。LSAはそれぞれのライフステージにおいては、(1)社会は高齢者のニーズを満たす医療制度を構築することによって、健康における年齢に関連する不利益を受ける人々を助けるべきであるということ、(2)社会は若年者と高齢者の平等な尊重を支持する仕方で、世代間の基礎的な医療サービスを分配すべきであるということ、(3)社会は高齢者と若年者が人間の尊厳をもって人生を生きるのに十分なケイパビリティを保障するための社会制度を構築すべきであるということ、を主張する。

6. LSAの政策的含意

年齢に関連する健康や医療資源の格差に対する、LSAの実践的な含意は何であろうか。LSAの含意を示しつつ詳細な政策分析を行うことは本研究の範囲を超えるが、先進工業国における医療制度を概観して予備的な見解を述べたい。

6-1. 慢性疾患のある高齢患者へのケア

第一にそして真っ先に、LSAは慢性疾患の患者のニーズを満たすように医療制度を再設計する必要があることを強調する。先進国の医療制度は当初はそうするように設計されていた、ということではない。そうではなく、先進国において医療制度はもともと急性疾患を治療するように、すなわち、激しく突発的な発症の状態を治療して、患者を基準値やそれに近い状態に戻すために用意されてきた。それに対して、慢性状態は長く続く問題であり、治療されえないことやしばしば悪化することによって規定される。それには継続的な管理が求められ、病気の進行を遅らせ、病気の負担を軽減することが目標となる。高齢患者のニーズを満たすように既存の医療制度を改修しようという課題は、介護や緩和ケアなどのサービスを拡大す

ることを求める。

その社会的な責務はLEとSEとSRによって支持される。高齢者に障がいや依存をもたらす慢性状態が、その高齢者がなした不用意な選択によるのではなく、所与の不運の結果である限りにおいて、LEはこの責務を支持する。SEは異なる根拠に基づいてこの責務を支持する。介護のような基礎的な医療サービスの提供がなければ、社会は高齢者の成員に対する不平等な尊重の兆候であるとSEは主張する。高齢者に対して入浴や排泄や移動といった日常生活の基本的な活動への援助を拒否することは、SEに違反している。なぜならそれを拒否することは、高齢者と若年者が平等な者としてお互いに対等であることを妨げるからである。最後に、SRは高齢者に基礎的な医療へのアクセスを保障する社会的な責務を支持する。なぜなら高齢者は最低限の尊厳のある生活を営むためのケイパビリティを権利として与えられているからである。尊厳を分配することはできないけれど、時間断片や瞬間において介護のような基礎的なサービスへのアクセスを提供することができる。そのことが尊厳をもった人生に必要な活動に携わるための人々のケイパビリティを発達させる。ここには自由に移動すること、十分に栄養を取ること、トイレを使ったり歯を磨いたりすることができるように物理的な環境を十分にコントロールすることなどが含まれる⁴⁹。

介護のような特定の分野における責務を満たすには、社会は直接の介護労働力の育成や支援を優先すべきである。介護を提供する直接の介護労働者は一般的に賃金が安く、利益が集まらず、身体的にも感情的にも高い水準のストレスのもとで働き、職務への訓練を少ししかあるいはまったく受けられず、離職率が高くて労働者を募集して維持することが困難である⁵⁰。このことに対処するた

⁴⁹ Nussbaum, op. cit. note 23, at pp. 33-34.

⁵⁰ Institute of Medicine, Committee the Future Healthcare Workforce of Older Americans. *Retooling*

めに、国家は直接の介護労働者を育成する必要がある。これには多くの形態がありえる。例えば、日本では、公的なシステムとして、強制加入の介護保険（LTCI）が1997年に制定され、2000年から実施されている⁵¹。その目的は「介護を必要とする者について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように」支援することである⁵²。40歳から65歳まで（あるいはもし加齢に伴う病気にかかったときはより早期まで）、日本の全市民は毎月の保険料を支払い、高齢者向け日帰り介護、認知症患者向け日帰り介護、昼食の配達、入浴の介助など、広範囲なサービスを受けることができる。LTCI制度はケアのための現金ではなくサービスを提供するものであり、高齢者の家族の特に女性の介護の負担を軽減することを目標としている⁵³。

他の国では、例えばドイツは国が介護サービスの代金を支払っている。これは異なる形態の取り組みである。そこでは、介護者に直接の金銭的な支援を提供することを含み（例えば、介護従事者を募集したり引き留めたりするために介護従事者への報酬や手当を助成する）、直接の介護労働者が求められる要求によりよく準備するための費用を負担することも支援する。他の国々では、友人や隣人や家族が提供する私的な介護提供が部分的に政府によって支払われている。例えば、カナダ

では介護提供者に税金の控除が提供され、チリでは支払われるケア提供者の総数の上限は定められているけれども、高度な介護が必要な高齢者の介護提供者が支払いを受けている。そして、デンマーク、フィンランド、ノルウェー、スウェーデンでは、自治体によって家族の介護提供者が雇用されている⁵⁴。私的な介護提供者を支援することを含む他の方策は、家族の介護のために有給の離職、柔軟な業務形態、パートタイムの選択肢を提供するように雇用者に求めることによって、有償の労働環境の中に私的な介護提供者の役割を確保することである。将来的には、遠隔のモニタリングやロボットによる介護のような技術が、高齢者の介護のニーズに取り組むことに貢献するかもしれない。例えば、追跡技術は早期認知症の高齢者が近所を一人で歩くことができるようにするのに役に立つかもしれない⁵⁵。

数々の他のサービスも本論で論じてきた三つの原理の方法によって支持される。その一部の例を挙げると、緩和ケア、アドバンスケアプランニング、ケアコーディネーション、症例管理などへのアクセス、社会的孤立を防ぐシステム、十分な栄養を保証する計画といったことが含まれる。これらのサービスの提供に関する工業国の進歩は広範である。例えば、11の工業国（オーストラリア、カナダ、フランス、ドイツ、オランダ、ニュージーランド、ノルウェー、スウェーデン、スイス、イギリス、アメリカ）における65歳以上の高齢者の医療経験に関する2014年の調査では、アメリカはアドバンスケアプランニングに関して先導的であることが示されており、アメリカの回答者の78%がアドバンスケアプランニングについて会話をしたことがあると答えている。それに対して、フランスでは、伝統的に医師が患者に代わって終末期の意思決定をしておりアドバンスケアプラン

for an aging America: Building the healthcare workforce. Washington, D.C.: National Academies Press; 2008.

⁵¹ Jecker NS. Caring for aging parents requires government support. *The Seattle Times*. 11 January 2017. Available from: <http://www.seattletimes.com/opinion/caring-for-aging-parents-requires-government-support/>

⁵² Tamiya N, Noguchi H, Nishi A, Reich MR, et al. Population ageing and wellbeing: Lessons from Japan's long-term care insurance policy. *The Lancet*. 2011;378(9797):1183-92.

⁵³ Yang J. Japan: Dementia lessons from the world's oldest country. *Toronto Star*, 22 November 2015; Jecker, NS. Age-based rationing and women. *JAMA*. 1991;266:3012-3015.

⁵⁴ World Health Organization, op. cit. note 1.

⁵⁵ Ibid.

ニングの割合ははるかに低い⁵⁶。

6-2. 高齢者の医療の制限

世界的に急速に高齢化する人口が医療制度に課している多大な需要に照らすと、高齢者に対する社会の義務を制限するものは何か。ケイパビリティの十分性によって設定される基礎的水準を達成して、加齢に伴う病気や障がいを埋め合わせようとする要求と、医療の平等という価値との間で、どのようにバランスを取るべきであろうか。前述の分析では、SE が平等の要求に取り組んでおり、道徳的に認められるのは、年齢に関連する健康格差が社会的な関係が適切に平等主義的な特徴を示すという要件と合致していなければならないと主張する。そこでは、もし平等な尊重、ケイパビリティの十分性、加齢に伴う病気や障がいの埋め合わせという要件に合致するなら、健康格差と医療格差の両方の可能性を考慮する。

医療においては、基礎的ケイパビリティによって求められて加齢に伴う病気や障がいを埋め合わせるものを超えるサービスとして理解される、最低限以上の医療の分配における不平等を認めることは平等な尊重と合致している。ケイパビリティの十分性を作る一部として求められるサービスにおける医療格差は認められない。しかしながら、（後で論じるように）この主張はケイパビリティの十分性を低所得国に適用するときには、実践的な基礎に関して制限される必要があるかもしれない。本論の分析では、ケイパビリティの十分性を達成するために求められるわけではないサービスの年齢に関連する制限の可能性の問題を未解決のままにしてきた。例えば、医療制度内での高水準のケアから生じる医療格差の問題を未解決のままにしてきた。

同様に、健康においても、ケイパビリティの十分性によって求められる最低限の閾値を超えた健

康格差を認めることはSEと合致する。基礎的な人間のケイパビリティの閾値に到達していない人々において生じる健康格差の問題は、人格への適切な尊重を欠いていることを示す。例えば、必要な支援が与えられないために高齢者が移動するという基礎的ケイパビリティを欠いているとき、このことは個人の尊厳への適切な尊重を欠いていることを示している。高水準の健康状態における健康格差を認めることは平等な尊重と合致するかもしれないが、より基礎的な健康機能における格差は倫理的に正当化されない。

年齢に基づく格差は倫理的に正当化される可能性はあるが、慎重に進めるべきである。例えば、倫理的に説得力のある理由なしに、基礎的な医療を年齢に基づいて制限することは、高齢であることに結びついたスティグマを悪化させるといった、否定的な影響を持つかもしれない。年齢に基づく医療の制限を支持するために提示される議論には、高齢者は集団として若年者よりも社会に多くの医療支出を負担させているという信念がある。アメリカ議会予算局（Congressional Budget Office, CBO）はアメリカの医療支出が今日の約5.5%から2046年には9.5%まで増加すると予測し、その大部分が人口の高齢化の結果であると考えている⁵⁷。それゆえに、アメリカのような先進国においては、年齢に基づく制限が国家の医療支出を削減するための手段として倫理的に正当化される、と論じられるかもしれない。

しかしながら、先進国における人口の高齢化は医療支出を拡大するという慣習的な見識は説得力をもって変化している。実際にそのような慣習的な「見識」は、死亡まで続く多くの期間が医療支出と有意に関連しているのであり、年齢がそうなのではないということを明らかにするデータから注意をそらすものであると、ツヴァイフェルらは

⁵⁶ Osborn, Moulds, Squires, Doty, Anderson, op. cit. note 5.

⁵⁷ Congressional Budget Office. Health, United States, 2015; 2015. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus15.pdf#015>

論じている⁵⁸。同様に、高齢者の医療にはより多くの費用がかかるけれども、それは年齢のためではなく、死に近いためであると、フェルダーらは報告している⁵⁹。もし死の直前期に高額な費用がかかることが費用を拡大させる真の原因であるならば、医療支出を制限するためのより良い方法は、どの年齢の人でも死に近づくとときにかかる費用をより少なくすることである。確かに年齢に基づく制限は死の直前期の制限よりも実行は容易であるが、それは鈍い手段である。個人として、若年者の一部は持っていないような長い平均余命を持っている高齢者も多くいる。さらに、単に年齢に基づく制限を課すことは、死にかかる高い費用を変えずに、それを若年者に移すだけである。例えば、75歳や80歳で死亡することに費用がかかるよりも、55歳や60歳で死亡するほうがより高額な費用がかかるであろう。なぜなら技術は高齢者よりも若年者に注がれるからである。言い換えれば、「終末期を遅らせることに大量の医療費がかかるほどには、長生きは医療費を増加させない⁶⁰」。

年齢に基づく制限の支持者は、一生存年当たりの費用は若年者に比べて高齢者のほうがより多くかかる傾向があると言うことで反論するかもしれない。カッターらは1960年から2000年までのデータを用いて、新生児には一生存年当たり19000ドルかかるのに比べて、65歳の人には一生存年当たり84700ドルかかることを報告している⁶¹。それゆ

え功利主義的な推論は年齢に基づく制限に賛成するかもしれない。なぜなら他の事柄が平等であるならば、若年者を救うための投資は高齢者を救うための投資よりも生産的だからである。しかしこれに対して、たとえ年齢が費用にいくらかの影響を与えたとしても、その重要さは死期が近いことなどの他の要因と比較して位置づけられるものだと論じられるかもしれない。医療の進歩と技術の変化の医療支出に対する影響は年齢の影響よりもはるかに大きく、年齢に基づく変数はそれ自体では目立っていないとブレイヤーとフェルダーは言及している⁶²。

年齢に基づく医療の制限を考える際に慎重に進めるべきもう一つの理由は、多くの国や世界中で高齢者が否定的なステレオタイプや態度の対象だということである。そこで、私たちは不愉快な形の年齢に基づく差別に用心して反対すべきである。この点を強調することは、幼児や子どもの依存はより好意的にみなされているけれど、社会はしばしば依存的な高齢者を家族や社会の「重荷」とみなしているという事実を考えることに役立つ⁶³。このことが示唆するのは、依存それ自体が誰かを重荷にするわけではないということである。そうではなく、依存は例えば依存的な人に対する嫌悪や非難といった態度と結びついているのに違いないのであり、そのことが重荷を負っているという

⁵⁸ Zweifel P, Felder S, Meier M. Ageing of population and health care expenditure: A red herring? *Health Econ.* 1999;8:485-96.

⁵⁹ Felder S, Werblow A, Zweifel P. Do red herrings swim in circles? Controlling for the endogeneity of time to death. *J Health Econ.* 2010;29(2):205-12; Felder S, Zweifel P, Werblow A. Population ageing and health care expenditure: Is long-term care different? *Swiss J Econ Stat.* 2006;7:43-48.

⁶⁰ Frakt A. Blame technology not longer life spans, for health spending increases. *New York Times* 23 January 2017.

⁶¹ Cutler DM, Rosen AB, Vijan S. The value of medical spending in the United States, 1960-2000. *N*

Engl J Med. 2006;355:920-27.

⁶² Breyer F, Felder S. Life expectancy and health care expenditures: A new calculation for Germany using the costs of dying. *Health Policy.* 2006;75(2):178-186; Breyer F, Felder S, Costa-i-Font J. Does ageing really affect health expenditures? If so, why? *VOX EU.* 14 May 2011. Available from: <http://voxeu.org/article/does-ageing-really-affect-health-expenditures-if-so-why>; Breyer F, Costa-i-Font J, Felder S. Ageing, health, and health care. *Oxford Rev Econ Policy.* 2010;26(4):674-690.

⁶³ Jecker NS. Against a duty to die. *Am Med Assn J Ethics.* 2014;16(5):390-94; Warraich HJ. Seeing the cycle of life in my baby daughter's eyes. *New York Times.* 29 April 2016.

心理的感情を引き起こしている。

年齢に基づく制限を考える際に、高齢者の健康を改善するための投資は高齢者個人の健康ニーズに照らして正当化されうるということを考慮すべきである。言い換えれば、医療へのニーズはそれ自体、年齢集団の間で不平等に分配されている。高齢者は医療ニーズの不均衡な取り分を持っているが、実際に医療サービスの不均衡な取り分を受け取っていないのではないかと疑われる。年齢と対比して、医療ニーズは医療の配分において個人や集団を区別するのに、恣意的でない根拠が必要である。医療を配分する基準としてニーズは様々な定義されうるものであり、そこには論争があるけれども、このような区別をするのに依然として最も使いやすい戦略である⁶⁴。

最後に、年齢に基づく制限が倫理的に正当化されるかどうかには、結局は正義の原理が適用される多様な文脈に関するよりきめ細かい評価が求められる。先進世界では、例えば、功利性に訴える議論⁶⁵、フェア・イニング説⁶⁶、思慮深い配分説⁶⁷、脆弱性説⁶⁸が、公的資金による延命治療の年齢に基づく制限を支持してしばしば呼びかけられる。それは例えば、80歳の心疾患患者に対する冠動脈バイパス手術、多臓器不全の高齢入院患者に対する人工透析、高齢のガン患者の生命維持のための骨髄移植といった治療である。それに対して、途上国世界では、主要な関心は費用のかかる延命ではなく、基礎的な健康サービスである⁶⁹。この文

脈では、高齢者の医療の制限は、高齢者に高額で利益のわずかな技術を否定することを意味しない。そうではなく、年齢に基づく制限は例えばインフルエンザのワクチン、感染症を治療するための抗生物質、度つき眼鏡といったサービスを高齢者から潜在的に剥奪してしまう。本論の分析は、三つの原理によって立てられる最低限の規範が満たされた後に、年齢に基づく配分が倫理的に正当化されるかどうかという問題を未解決のままにしている。特に、たとえ年齢に基づく配分が豊かな国において正当化されたとしても、そのような政策は低所得国においてはほとんど正当化されそうにない。低所得国での年齢に基づく配分は、高齢者が最低限の規範によって求められるような基礎的なサービスを受けることを否定することを認めるおそれがある。例えば、白内障や股関節置換の手術の年齢に基づく制限はケイパビリティの十分性、平等な尊重、そして加齢に伴う病気の補償に反する。

もし低所得国があらゆる年齢の人々に最小限の閾値の正義の要求をもたらす余裕がないとすればどうであろうか。そのような閾値の考慮に取り組むことは低所得国における健康と医療の正義を評価する鍵であると、アルヴァレスは指摘している⁷⁰。本論の分析をこの状況にどのように適用すべきであろうか。以下のように、高所得国と低所得国とで正義について異なる結論を描かざるをえないという議論もある。

低所得国においては、国家がすべての人に適切な最小限の医療を提供できず、「不十分」というのは分配が道徳的に受け入れられる閾値を下回ることを意味する。なぜなら利用できる資源がすべての人の基礎的な健康ニーズを満たすことができないからである。高所得国にお

⁶⁴ Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Need for redefining needs. *Health and Quality of Life Outcomes (HQLO)*, BioMedCentral, DOI:2003;10.1186/1477-7525-1-34.

⁶⁵ Harris J. *The value of life*. New York: Routledge; 1985.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Daniels, op. cit. note 40.

⁶⁸ Brock G, editor. *Necessary goods: Our responsibilities to meet others' needs*. Lanham: Rowman and Littlefield; 1998.

⁶⁹ Engelman M, Johnson S. Population aging and international development: Addressing competing

claims of distributive justice. *Developing World Bioethics*. 2007;1:8-18.

⁷⁰ Alvarez, op. cit. note 27.

いては、「不十分」というのは選好を満たすための資源が不十分であることを意味する。なぜなら高所得国ではすべての人が可能的に得ることができる医療は穏当な最小限を上回るからである⁷¹。

この戦略は却下されるべきである。なぜならそれは文脈によって異なる十分性の基準を許してしまうからである。このことはそれ自体で不愉快であり、それは「十分性」の基準を操作することで、限られた資源は十分であるように見せて、健康「ニーズ」は満たされているように見せるような、政治的な理由で駆動された考えに対して政策を無防備にする。より望ましい戦略はケイパビリティの十分性を規範的な基準として保持することではなく、国家の経済的な文脈に敏感な実践的な閾値を導入することである。そこでそのより望ましい戦略はケイパビリティの十分性、平等な尊重、そして加齢に伴う病気の補償によって設定された最小限の閾値を満たさないものであることを認めるけれども、物事を正しい方向に進ませるものでありうる。極端な欠乏の文脈においては、例えば、ケイパビリティの十分性を下回る閾値を明示するかもしれないし、低所得国がケイパビリティの十分性に近づくように実践的で段階的な方法を認めるかもしれない。この戦略はセンのアプローチと一致している。センは不正な状態からより不正の少ない状態になるように努力することによって、ケイパビリティの不足を減らすことを支持する議論をしている⁷²。

7. 結論

結論として、本論は年齢に関連する健康格差と

医療格差との間に内在する緊張を観察することから始まった。もし健康に関して若年者と高齢者をより平等にしようとするなら、高齢世代の医療の利用や支出を増やすことによって、医療における格差を増大させる傾向がある。本論の議論は三つの水準の所見を提示する。第一に、加齢に伴う病気を埋め合わせ、平等な尊重を打ち立て、そしてケイパビリティの十分性を保証するために、正義は医療格差の緩和を求めるということである。この要求が満たされるまで、年齢に基づく制限が考慮されるべきではない。第二に、本論は単純な価値と複合的な価値を区別し、ケイパビリティの十分性の保証は単純な価値であることを論じた。私たちは人を、単に総計における一度きりではなく、短期間において繰り返して尊敬すべきである。不運を埋め合わせることや平等な尊重を示すことの価値もまた、それぞれのライフステージにおいて繰り返して尊敬されなければならない。ライフステージ内での交換は認められる。なぜならそれは高齢者と若年者の間の対等な立場や不運の埋め合わせを乱すことなしに行うことができるからである。最後に、本論はライフステージ・アプローチという世代間正義への新しいアプローチを導入し、年齢に関連する健康格差と医療格差に対するその含意を探究した。

謝辞

本論はシンガポール国立大学の生命医療倫理センター（2016）、香港中文大学の生命倫理センター（2016）、京都大学の応用哲学・倫理学教育研究センター（2017）、東京大学の生命・医療倫理教育研究センター（2017）で発表したものである。教員や学生の応答に感謝する。また正義と平等の原理についてより明確に思考することを助けてくださったジュリアナ・ビダダヌア教授に感謝する。

利益相反 なし。

⁷¹ Alvarez, op. cit. note 27, at p. 436.

⁷² Sen A. *The Idea of Justice*. Cambridge: Harvard University Press; 2009. [アマルティア・セン『正義のアイデア』池本幸生訳、明石書店、2011年]