

訳者コメント

徳倫理学をいかにヘルスケア政策に用いるか：
J・オークリーの「事例研究」

三羽恵梨子（東京大学大学院医学系研究科）

本論文、ジャスティン・オークリー著「徳倫理学と公共政策：ひとつの事例研究としての治療的関係における医療実践上の徳の擁護」は、公共政策に対して、徳倫理学のアプローチをどのように応用するかを、医薬品マーケティングの医師-患者関係への影響を考察することによって示したものである¹。論文の中では、消費者に直接向けられた処方薬の広告（DTC 広告²）および、医師の処方行動に利益相反状態を作り出すような、製薬会社と医師との（金銭的なものを含めた）交流を、医師が有する専門職としての徳を用いて、ミクロレベル（特定の医師-患者関係）とマクロレベル（政策）で評価している。

徳倫理学的アプローチをとる論証にとって、カント主義や帰結主義の限界を示し、徳倫理学が、カント主義や帰結主義からは得られない何らかの有益な示唆をもたらすことを説得的に語る戦略をとるのは、ありふれたやり方である。しかしながら、本論文でオークリーは、健康アウトカムという帰結から処方決定の評価あるいは政策評価を行うことについて、立場が異なることを示すのみで、議論の中心に据えることはない。オークリーの主眼は一貫して、DTC 広告や製薬会社のマーケティングが医師-患者関係に与える影響の徳倫理学的理解の記述に置かれている³。ここでオークリーが問うのは、次の2点である。第一に、どのような処方行動であれば、医師は専門家としての有徳さを発揮しているとみなせるのか。第二に、処方決定において、医師が有徳さを十全に発揮できるように支援する政策とはどのようなものなのか。

これらの問いに答えるためにオークリーが採用する手法は、実証的データを用いた事例研究である。例えば、医師が DTC 広告に影響されて薬剤を要望する患者に出くわす割合と、そういった患者に黙従した医師の割合を示すことによって、オークリーは、DTC 広告により医師の役割が阻害され、治療的関係が別の関係に置き換わることを見て取っている。治療的関係の置き換わりはすなわち医師の徳のなさを示唆するものであり、データが示す実情からは、現在の DTC 広告のあり方を容認することはできないのである。

では、オークリーはどのようにしてデータにある医師の処方行動を徳のなさと結びつけているのだろうか。オークリーの議論においては、医療実践上の善行の徳、医師-患者関係が治療を目的として方向づけられていること、個別の処方決定の3つの階層から議論が組み立てられている。これら3つの事柄は、次のような推論関係を結んでいる。医師がある医療実践上の徳を有していることは、特定の規定的条件を臨床上的決定や患者との専門的関係に用いていることを含意し、その特定の規定的条件が用いられているかどうかにより、医師-患者関係の本質を治療的関係と見なせるかどうかが決まる⁴。つまり、

処方決定の積み重ねの結果、ある医師-患者関係が治療的關係と呼ぶことのできるものではないと考えられるのなら、その医師は医療上の有徳さを証明することができなかつたとみなされるのである。オークリーがここで「規定的条件 (governing conditions)」と呼ぶのは、過去にオークリーが自身の著書で⁵、ある種の間係を始める条件および終わらせる条件のことを指していたものである。この条件は、当該の間係が他の間係（例えば、友人間係や先生-生徒間係）と区別される条件として機能している。本論文においては、医師の処方決定が、患者の最善の利益に導かれたものであるのかがこれに当たる。医師が医師自身の利益や製薬会社の利益のために処方を行う場合、もはやその医師-患者間係は治療的な間係とは呼べず、当該の医師は医療実践上有徳とみなすことはできないのである⁶。

本論文に引用される医師の処方決定に関するエビデンスは、一律にこの観点から評価されている。共通理解としての医師の専門職役割があり、その役割を果たすことが期待されている医師の処方決定と徳の発揮を促進するはずの公共政策とは、双方とも規定的条件により評価される。このようにして、専門的な間係が適切な方向付け（目的選択）を保っているかどうか注目することで、徳倫理的な手法を用いた政策インパクトの評価が、ミクロにもマクロにも可能であることを示そうと試みているのである。

本論文の興味深い点を2点述べる。

第一に、吟味の対象となっている事例の選択が、幅広い国の実情と重なる意義のある選択となっている点である。日本においては、医療用医薬品（処方薬）の医療関係者以外への一般消費者向け広告、一般消費者保護の観点から、新聞、雑誌、テレビ、ラジオ、ウェブサイト、SNS等のすべての媒体において、行政指導により認められていない（平成29年9月29日薬生発0929第4号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知「医薬品等適正広告基準の改正について」）。ただし、医薬品広告の三要件（誘因意図、商品名の明示、認知性）を満たさない広告は規制の対象とはなっていない。例えば、商品名を明示せず、一定の症状を並べることで病識を喚起し、受診行動と薬剤需要を作り出す「疾病啓発型」広告の手法は、日本でも広く行われており、患者の受診行動のあり方に影響を与えていると考えられる。その意味で、オークリーの取り上げた事例の一般化可能性は決して限られたものではない。

第二に、公共政策における帰結主義との比較である。徳倫理学が、医師の処方決定について、ミクロの観点からもマクロの観点からも同じ規準を用いることができることは、帰結主義と同様の利点である。オークリーによると、帰結主義には、規定的条件に功利の最大化を置くことによって治療的な間係とそうでない間係とを適切に区別できるほどのきめ細やかな条件を設定できない、という難点がある⁷。オークリーは明示的に述べていないが、帰結主義は患者の健康アウトカムのみをその判断基準とするため、われわれが持つ医師-患者間係についての日常的な理解をより深く明らかにすることはできていないとも考えられる。医師-患者間係の治療的な本質を規定的条件や統制的理念に遡って、他の種類の間係と区別しながら記述できるのは、オークリーが提示した徳倫理的な理解の方なのである。ただし、規定的条件を扱うことは動機を扱うよりも実証向きであるという本論文の主張は、吟味が求められるところであろう。徳倫理学が個別の行為ではなく行為の傾向性を問題とすることにより、個々の行為における徳の発

揮の「失敗」の問題をうまく処理できているとする記述はある。しかしながら、政策判断の切れ味の良さに関しては、規定的条件の認定が、帰結主義が提供する諸指標に匹敵するほどの「わかりやすさ」や考慮点の取り込みの豊富さを持つのかどうかについては検討されていない。

最後に、本論文以降さらなる展開が求められる点を指摘してコメントリーを閉じたい。オークリーが医師の徳を説く中で、忘れられている視点がある。患者がブランドを指定する形で薬を要求すること自体について、徳倫理学が何を語れるのかという問題である。本論文では、医師が患者の要求に黙従することは、結果として患者の利益に適っていたとしても、医療実践上の善行の徳の反映とはみなされない。黙従以外の対応については、医師-患者関係のあり方を構築する上で黙従よりもっと良い術があること（そしてそれは教育により伝達されうること）が示唆されるのみである。患者は、広告にたやすく影響されてしまうナイーブな存在にとどまっている。しかしながら、治療法をめぐる折衝は、オークリー自身がたびたび記述している通り、患者と共に構築される医師-患者関係のもとでなされる。ここでは患者自身も関係の担い手であり、患者の要求はその関係性から生じているものなのである。患者の要求にまつわる文脈を丁寧に見るならば、背景には、患者自身が紡ぐ説明モデルもまた控えているはずである。医師の徳の発揮と患者の利益の一体化を説くだけでは、論点の回避に過ぎないであろう。この点は、医師に内面化された統制的理念を、関係性により開かれたものとして洗練させなければならないことを示唆しているのかもしれない。より良い治療的関係から何らかの有徳さを推論するという逆方向の厚い記述もまた、丁寧になされることが求められていると言えよう。

¹ 本論文は、生命倫理学分野における徳倫理学の貢献をまとめた Oakley, J. (2013) “Virtue ethics and bioethics”, in Daniel C. Russell (ed.) *The Cambridge companion to virtue ethics*. Cambridge University Press, 197-220. (立花幸司監訳『ケンブリッジ・コンパニオン徳倫理学』春秋社 2015 所収「徳倫理学と生命倫理学」) の課題を引き継ぎ、オークリー自身の応答を展開したものである。

² DTC 広告についてのニュージーランドにおける論争状況については、以下を参照のこと。Every-Palmer, S., Duggal, R., & Menkes, D. (2014) “Direct-to-consumer advertising of prescription medication in new Zealand”, *New Zealand Medical Journal*, 127(1401): 102-110. 製薬会社は DTC 広告を、医師と患者の対話の促進、患者のエンパワーメント、患者の選択の拡大の観点から擁護しているが、実証研究がこれらの利点を支持するかどうか論争点となっている。DTC 広告の問題点としては、医療情報としては偏りがあり製薬会社は情報提供者としては不適切であること、不必要な処方と関連のあること、患者への医原的害 (iatrogenic harm)、納税者の負担増加が挙げられている。

³ 徳倫理学を他の倫理理論のネガフィルムとはせず、徳倫理学の主張や方法を積極的に描写する手法は、以下の文献を継承したものである。Oakley, J. & Cocking, D. (2001) *Virtue ethics and professional roles*, Cambridge University Press.

⁴ 理論的な前提としてこの推論関係を示す箇所、オークリーはこの逆、つまり医師-患者関係が治療的関係を保っているならば、医師の有徳さの発揮に繋がっているとみなせることについては言及していない。しかしながら、後半の政策評価の部分ではこの逆の推論を用いて、政策立案者は治療的関係を保持するよう援助すべきであると結論付けている。

⁵ 註 3 に挙げた文献を参照のこと。

⁶ ただし、この判断は個別的な行為の単位でなされるわけではない。あくまで医師の傾向性に着目したものであり、その観点から、規定的条件と個別行為を説明する動機とは区別されている。

⁷ 註 3 に挙げた文献を参照のこと。