

## 健康増進のための肥満対策が有する倫理的課題

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-06-05 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 玉手, 慎太郎 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://tohoku-gakuin.repo.nii.ac.jp/records/23984">https://tohoku-gakuin.repo.nii.ac.jp/records/23984</a>

# 健康増進のための肥満対策が有する倫理的課題

玉 手 慎太郎\*  
 吉 田 修 馬\*\*  
 中 澤 栄 輔\*\*\*  
 瀧 本 禎 之\*\*\*\*  
 赤 林 朗\*\*\*\*\*

## 目次

- 1 肥満をめぐる現状
  - 1-1 日本の肥満問題の現状
  - 1-2 肥満と公衆衛生倫理
- 2 健康増進政策をめぐる5つの懸念、その1
  - 2-1 パターナリズムの懸念
  - 2-2 リーガル・モラリズムの懸念
  - 2-3 健康の道具化の懸念
- 3 健康増進政策をめぐる5つの懸念、その2
  - 3-1 自己責任論の懸念（1）
  - 3-2 自己責任論の懸念（2）
  - 3-3 スティグマ化の懸念（1）
  - 3-4 スティグマ化の懸念（2）
- 4 結論

---

\* 東京大学大学院医学系研究科 医療倫理学分野 特任研究員 (stamate-ky@umin.ac.jp)

\*\* 東京大学大学院医学系研究科 医療倫理学分野 特任研究員

\*\*\* 東京大学大学院医学系研究科 医療倫理学分野 助教

\*\*\*\* 東京大学大学院医学系研究科 医療倫理学分野 准教授

\*\*\*\*\* 東京大学大学院医学系研究科 医療倫理学分野 教授

## はじめに

近年、肥満は社会的に対処すべき問題として捉えられつつある。というのも肥満は、多くの病気の原因になるもの、個々人の幸福を害し、さらにはそれゆえ社会全体の幸福を害するものであると認識されるようになったからである。それは社会的に《あってはならないもの》とされつつある。しかしそのことは同時に、人々の生活の一部が、社会的に介入すべき問題となることを意味する。社会の一員として、われわれは肥満を避けなければならないのだろうか。そのことについて、肥満対策はやり過ぎているという批判も聞かれる<sup>1</sup>。

これは公衆衛生にまつわる倫理的問題、すなわち公衆衛生倫理（Public Health Ethics）の問題である。公衆衛生倫理は新しい学問領域であり、欧米でも本格的に始まったのは21世紀以降、日本では少し遅れ、2015年に初めて公衆衛生倫理の体系的な教科書が出版された（赤林&児玉編 2015）。肥満対策も公衆衛生倫理の一つの大きなテーマとして、すでに欧米圏での多くの研究の蓄積があるが、しかし日本では肥満対策の倫理に焦点を当てた研究は少数にとどまり、またそれらを俯瞰する視点は提供されていない。

本稿では、公衆衛生の一つの重要トピックである健康増進、さらにその一論点たる肥満対策について、その倫理的課題を多面的に検討し、論点を整理することを試みる。はじめに肥満問題の現状を概観した上で（第1章）、肥満対策をはじめとする健康増進政策をめぐる倫理的問題を、筆者らが公衆衛生倫理を検討する上での枠組みとして用いている5類型に照らし整理する（第2・3章）。

## 1 肥満をめぐる現状

### 1-1 日本の肥満問題の現状

はじめに議論の前提として、肥満がなぜ健康上の問題になるのか、また現状どの程度肥満が生じているのかを確認しよう。本稿は医学的検討を目

的とするものではないため、ここでの議論は批判的なものではなく、最低限の情報の共有を目的としたものである。

岡田（2006）によれば、肥満には全身に脂肪がつくタイプと、腹部の周囲にだけ脂肪がつくタイプの二種類があり、後者の方が病気との関係が深い。これを内臓脂肪型肥満あるいは中心脂肪型肥満と呼ぶ（90頁）。では具体的にどのような病気に結びついているのかということ、糖尿病、動脈硬化症、心肥大およびそれに続く心不全、脂肪肝、睡眠時無呼吸症候群、変形性膝関節症、骨粗しょう症など多数のものが挙げられる<sup>2</sup>。

肥満は通常、体重と身長の関係を表すBMI（Body Mass Index：体重を身長<sup>2</sup>で割ったもの）で測られる。WHOの区分によれば、BMI30以上が肥満、40以上が超肥満とされる（古郡2010, 26-27頁）<sup>3</sup>。国際的に比較してみると、日本の成人の肥満率は他の先進国に比べて非常に低い。OECD加盟国を対象として取られたデータによれば、2009年時点でOECD加盟国中最も成人の肥満率が高いのはアメリカであり、34パーセントとなっている（およそ三人に一人は肥満である）が、これに対して日本では4パーセントであり、韓国と並んで最も低い（厚生労働省2012, 4頁）。とはいえ過去のデータと比べると着実に上昇してきており、無視できる問題とは言い切れない。

以上のような理解を受けて日本でも近年、肥満対策が国の重要な政策の一つに組み入れられるようになってきている。とりわけ重要なのは、2008年から始まった「特定健康診査」と、2000年から始まった「健康日本21」およびそれを引き継いだ「健康日本21（第二次）」であろう。

特定健康診査は、健康保険法の改正によって2008年4月より、40～74歳の保険加入者を対象として全国の市町村で導入された新しい健康診断のことである<sup>4</sup>。略して特定健診と呼ばれたり、あるいはメタボリック・シンドロームを発見することを主目的としているため「メタボ健診」と呼ばれたりすることが多い。メタボリック・シンドロームとは、内臓脂肪型肥満と

高血圧・高血糖・高血中脂質などが合併した状態のことであり、様々な病気の引き金になるとされている。特定健康診査でリスクが見つかった受診者に対しては、医師、保健師、管理栄養士などによる「特定保健指導」が行われる。これは生活習慣を見直すための面接であり、より積極的な介入が必要と判断された場合には電話やメールを用いての継続的な生活指導も行われる。重要なことは、特定健診の目的は病気に罹っている人を発見することではなく、病気になりそうな人を発見することにあるということである（この点において病気そのものの早期発見を目指す従来の健康診断とは大きく異なる）。

健康日本21は、国民の健康の増進を目的としたひとまとまりの政策方針である。もともとは1978年に始まった「第一次国民健康づくり対策」に起源を持ち、2013年にはじまった「健康日本21（第二次）」は第四次国民健康づくり対策に該当する。「健康日本21（第二次）」における肥満に関する項目としては、たとえば「主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」の項目において、上述のメタボリック・シンドローム該当者の減少および特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上等がうたわれている（厚生労働省2012, 40-58頁）。また栄養や食生活に関する箇所においても「適正体重を維持している者の増加」が目標として設定され、具体的にはBMIが一定の範囲に収まる人々を増やすことが目指されている（同91-103頁）。特定健診の場合と同様に、健康日本21でも「予防」に重点が置かれている点に注意しておきたい。これは第一には、病気から回復するよりそもそも健康でい続けられるほうが当人にとってよいことだという判断に基づくだろうが、それに加えて、予防的対処の方が事後的対処よりも費用が小さく済むという知見に基づいてもいると考えられる<sup>5</sup>。

## 1-2 肥満と公衆衛生倫理

公衆衛生政策を考える上では、単に人々の健康に害を与えうるものを同

定してそれに対処すれば良いということにはならない。そこには倫理的な考察が必要とされる。というのも、公衆衛生政策は個々人の生活に介入するものであり、それゆえ人々の自由・自律を制限するものとならざるを得ないからである。「公衆衛生における最も大きな倫理的問題は、感染症予防や健康増進活動に伴って個人の自由を制限することがどこまで許されるかというものであろう。たとえば禁煙・分煙の強制や、ヘルメット・シートベルトの着用義務、公立学校での性教育の強制、予防接種の義務化、出生前スクリーニングのルーチン化などが挙げられる。こうした事例においては、「本人の利益」あるいは「公共の利益」を目的として個人に一定の行為を強制したり禁止したりすることの倫理性が問われうる」（児玉2015, 17頁）。これは公衆衛生政策と、個人の自由と権利を尊重する現代社会のあり方との間に、看過できない葛藤が生じうるということを意味している。この問題を考察するのが「公衆衛生倫理（Public Health Ethics）」の課題である。

もちろん、個人の自律を常に最優先のものとして尊重しなければならない、というわけではない。そこで必要になるのが、対立する価値の間の比較考量である。たとえば（日本ではあくまで努力義務だが）予防接種の法的な義務づけは、人命保護のための集団予防という利益が非常に大きく、自律の尊重より「優先される」として正当化されるかもしれない。では肥満予防の同様の義務づけは、自律を制限することが認められるほど重大な利益を個人または社会にもたらすだろうか。この比較考量こそが問題のポイントである。介入的な政策を正当化するためには、それが自律の制限を許容する十分な根拠を持つことを明示しなければならない。

肥満対策をはじめとする健康増進政策は、個々人が自律的に選択した生活に対して修正を要求するものであり、公衆衛生倫理の重要な問題の一つである。それは健康という面においては生活の改善であるかもしれないが、そのために犠牲にされる価値（たとえば好きな食事を好きな時間に取

る自由)が損なわれてしまうとすれば、常に望ましい改善とは限らない。われわれは諸価値の間でのトレード・オフを解決しなければならない(果たして健康という利益のために個人の自由はどこまでなら制限して良いのだろうか)<sup>6</sup>。

日本における先行研究について概観しよう<sup>7</sup>。健康増進政策についての倫理的検討には管見の限り次のようなものがある。井上(2015)は、健康増進に関する倫理的批判としてパターンリズムとリーガル・モラリズムの2つの懸念を取り上げ、それへの反論を試みている。服部(2006)は、健康促進を義務化しようとする言説に関してヘルシズム(健康を道徳的に優先される価値とみなす立場<sup>8</sup>)、健康の道徳化、疾病の自己責任論といった観点から批判的に検討を加えている。柄本(2003)もまた近年の日本の健康ブームを国民の権利としての健康から「責務としての健康」(190頁)への転換と捉え、諸個人が自らの生活改善に駆り立てられる自己責任論を批判している(柄本 2002ではこれに関連する、健康にまつわる科学的言説の受容について分析がされている)。朝倉(2007)および美馬(2015)は、フーコーの「生権力」概念(後述する)に依拠しつつ、国家が健康の実現に介入していくことの危険性を指摘している。若松(2016)は特に肥満対策について、人々に過剰な合理性を求めることの害を指摘しつつ、パターンリズムと自己責任論の双方を批判している。田中(2003)は、近代日本における公衆衛生の導入に注目し、それが人々の健康ではなく国家としての文明度を証明するための「虚栄としての衛生」であったこと(122頁)、それゆえ清潔でない人物への道徳的非難や保菌者の摘発を伴っていたことを指摘している。

より具体的な政策内容に触れたものとしては以下のものがある。辻内(2012a, 2012b)は特にメタボリック・シンドロームに関して、その測定基準の科学的根拠の曖昧さを指摘した上で、この概念をめぐっての医療化<sup>9</sup>・ヘルシズム・自己責任論・スティグマといった問題を指摘している。和

田（2008）は特定健康診査に焦点を絞り、その設定基準に根拠がなく、医療費削減のための自己責任論に立脚して推進されたものであると指摘する。佐藤（2008）は生活習慣病やメタボリック・シンドロームといった疾病が身体の不調ではなくそのリスクを治療対象とする点で新しく、それが不健康の社会的要因を隠蔽しこれを個人の責任とする、「病気の個人的責任論」を生み出していると述べる（184頁）。八木（2008）は健康増進法について、その目的が人々の健康ではなく医療費削減であるとして批判を行っている。碓（2013）はアメリカにおける肥満対策をめぐる論争に触れながら、肥満のリスクが統計的に可視化されたことによって、本来は個人の決定とは呼べないようなリスクの個人化が進み、それによって肥満者が責任主体になったことを指摘する。

これらの研究には明らかに共通の論点が見られるが、しかしそれらを俯瞰する枠組みは今なお提示されていない<sup>10</sup>。本稿ではこれらの研究を踏まえつつ、また新たな論点も追加し、健康増進政策には5つの倫理的課題を指摘できることを以下に示す<sup>11</sup>。

## 2 健康増進政策をめぐる5つの懸念、その1

### 2-1 パターナリズムの懸念

第一に、健康増進を目標とする政策介入全般に言えることとして、《パターナリズム》の懸念があることを指摘できる。パターナリズム（父権主義）とは、ラテン語の「父（Pater）」から来た言葉であり、「父親がその子供の行動を規制するように、一国または一共同体の生活を規制し、必要なものを与えようとする主張または試み」、「権力、経済力や知識などの点で優位に立つ者が劣位にある者の（最善の）利益や保護を図るためにその者の自由に干渉すること」を意味する（山崎 2007, 177頁）。もし政府が、人々の健康状態を改善することを目的として、そして人々の自由な意思に反して、習慣的な喫煙の中止、過度の飲酒の抑制、身体活動量の増加あるいは

食生活の改善といったことを強制するならば、それはパターナリズムであり、人々の自律的決定に対する不当な抑圧となりうる。それらの要請は諸個人の利益あるいは社会全体の利益にかなうという意味では正当なものであるかもしれないが、だからといって個人の自律を無視して良いということには必ずしもならない。それゆえ、倫理的正当化が必要になる。

パターナリズムは「介入を受ける人の行為が十分に自律的であるのかどうかによって」強いパターナリズム（ハード・パターナリズム）と弱いパターナリズム（ソフト・パターナリズム）に分けられる（水野 2005, 64 頁）。強いパターナリズムとは、自律的な決定能力を持つ人物に対して、当人の自律的な意思決定に反する介入を行うことであり、それに対して弱いパターナリズムは、自律的な決定能力を持っていない人物あるいは自律的な決定能力を一時的に失っている人物に対して、当人の（非自律的な）意思に反する介入を行うことである。成人運転手に対するシートベルト着用の義務付けは前者の、子どもに対する教育の義務付けは後者の例である。当然、強いパターナリズムの方が当人の自律の侵害の程度が大きいいため、より緻密な倫理的正当化が必要となる<sup>12</sup>。

この観点からすると、肥満対策としての生活習慣への介入は、当人の自律的な決定能力の有無に関わらず特定の生活スタイルを推奨・強制するものとなるため<sup>13</sup>、強いパターナリズムとなる可能性が高い。一般的に、自律的な決定能力を持つ成人であってもあまり運動をしなかったり脂質の多い食物を頻繁にとったりするものであり、肥満対策はまさにそういった人も対象としているからである。人々の自律的選択を（他者に危害を加えない限り）最大限に認めることは、個人の自由と権利を尊重する現代社会の原則である<sup>14</sup>。人々の自律的選択を否定するパターナリズムは、近代以降発展してきた人々の《自律》を基礎とする社会観そのものに対立するものであると言える。

ただし、強いパターナリズムであるか弱いパターナリズムであるかの線

引きは必ずしも明確ではない。たとえば成人の私的な（他人に副流煙による危害を加えない）喫煙に対する規制は、成人が自律的な判断能力を有するとみなされる以上は基本的には強いパターンリズムであると考えられるが、児玉（2012a, 2012b）はロバート・グッディンの議論に依拠しつつそれに反論している。児玉は、喫煙の健康被害について十分な情報が提供されているとは言えないこと、ニコチン依存により同意の任意性が損なわれていることを理由として、成人の喫煙は自発的行為とは見なせないとしてそれへの介入を弱いパターンリズムと捉える。肥満をめぐる成人の生活習慣への介入に関しても同様の議論がなされうるだろう。

## 2-2 リーガル・モラリズムの懸念

第二に、これも健康増進政策全般に言えることとして、『リーガル・モラリズム』の懸念があることを指摘したい。リーガル・モラリズムとは、「ある行為を、それが不道徳であるという理由から法によって禁止し、特定の社会道徳や価値（同性愛禁止の道徳的判断など）を、法を用いて強制・実現しようとする立場」である（山崎 2007, 178頁）。リーガル・モラリズムも個人の自由と権利を尊重する現代社会の原則に背くものである。というのもそれは、現代リベラリズムの重要な理念の一つであり、多様な生き方を保証する《善に対する正の優先性》と鋭く対立するからである。

善に対する正の優先性とは、ジョン・ロールズの正義論を特徴づけるものとして生じたテーゼであり、「各人による善の追求に先行する制度枠組みとしての正義の位置付け」を意味する（島内 2015a, 129頁）。言い換えれば、正義のルール（たとえば他人に危害を与えてはならないといったような）に反しない限りは多様な善の構想（生き方）の自律的な追求が認められるということを表している。特定の善の構想を法によって国民に強制し、それと対立する善の構想を許容しないリーガル・モラリズムは、善に対する正の優先性の下では認められない<sup>15</sup>。

もちろん、善に対する正の優先性に対する批判もあり（有名なものはコミュニティアンからの批判であろう）、この優先性が絶対に正しいというわけではない。場合によっては価値中立的な正義にさらに優先するような善の構想が存在するかもしれない。しかしそうだとすると、正に優先する善があると主張するならば、なぜそれが優先するのかを正当化する必要がある<sup>16</sup>。というのも、繰り返しになるが、特定の善の構想をすべての人に強制することは衝突する他の善を排除することにつながるものであり、容易に抑圧的なものとなりうるからである。このような場面において「世論に訴える論法」や「文化に訴える論法」を用いることは、マイノリティへの配慮の観点から危険なものとなる<sup>17</sup>。

あるいは善に対する正の優先性を受け入れつつ、健康自体はどんな生活を選ぶにしても（どんな善の構想を選ぶにしても）必要なものであるから、正義によってもすべての人にとって満たされるべきだと主張されるかもしれない。しかし、仮に健康がそのように捉えうるとしても、肥満の回避までそうだとすることにはならないだろう。肥満である限りいかなる善き生活も送り得ないとまでは言えないからである（そう言うことは肥満である人の生活を全面的に価値の劣ったものとみなす態度であり、後述の「スティグマ化」につながる）。

リーガル・モラリズムもパターナリズムも個々人の自律的な生活設計を制限するという点では共通しているが、両者には相違もある。一つの重要なポイントは、リーガル・モラリズムは制限対象の個人の利益を必ずしも念頭に置いていないということである。たとえば同性婚を共同体にとって《よくないもの》として法的に規制するリーガル・モラリズムは、端的に同性婚を善に背くものとみなして規制しているのであって、同性婚を望んでいる人々にとっての利益のためにそうしているとは限らない。むしろ同性婚を望んでいる人々を敵視することさえ少なくないだろう。

現代におけるリーガル・モラリズムに関する研究とみなされうるものと

して、たとえばNussbaum（2004）はアメリカを対象としつつ、嫌悪感や恥辱といった感情に基づく法制化がいかにして人間の尊厳を抑圧するものとなっているのかを詳細に分析し、他者危害原理を超える道徳的懲罰は、法に含められるべきではないと主張している。また小門（2015）はフランスの生命倫理法を分析する中で、それが公序良俗を守ることを目的に据えるという形で特定の道徳観を法制化するものとなっていること（そしてそれゆえマイノリティの権利要求が公序の名の下に制限されていること）を指摘している<sup>18</sup>。いずれも国外の事例の検討に軸をおいたものではあるが、日本においても同様の議論がなされうことは明らかであろう。

### 2-3 健康の道具化の懸念

第三の倫理的課題として、個々人の《健康の道具化》の懸念を取り上げたい。ここで道具化とは、自分の健康の増進が(1)他人によって、(2)他の目的のために、利用されることを意味している（たとえば臓器移植などの文脈で「人体の道具化」と言う場合と同様である）。とりわけ、健康増進の目的が実は当人の健康ではなく、社会全体の秩序の維持あるいは発展に置かれているのではないかという懸念について考えたい<sup>19</sup>。

先日、日本経済新聞朝刊に《「メタボ人口25%減」政府原案》という記事が掲載された<sup>20</sup>。本文には次のようにある。「高血圧や糖尿病の危険が高まるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の患者や予備軍の人口を2020年度までに現在の1400万人程度から25%減らす〔・・・〕。約4割にとどまる健康診断の受診率も20年度までに80%に引き上げる。〔・・・〕社会保障分野では生活習慣病の予防や重病化の抑制に重点を置く。20年度までに介護などを受けずに日常生活を送れる「健康寿命」を1歳以上延ばすとした」。これは一見すると人々の健康への配慮からの方針かと思われる記事だが、実はそうではない。というのもこれは、政府の経済財政諮問会議がまとめた、財政健全化に向けての改革工程表の原案についての記事だけ

らである。ここから読み取れるのは、国全体の財政の健全化のために人々に健康になってもらわなければならない、という政府の態度である。

このことには少なくとも2つの問題がある。第一に、健康というものには本質的な価値が存在し、それ自体を目的として追求されるものだとするならば、人々の健康を他の目的のための道具として扱うことは不当な扱いであると述べる余地がある。第二に、公衆衛生的介入をなす上では、「公的な正当化 (public justification)」がなされなければならない (Childress et al. 2002)、すなわち市民に対して説明責任を果たさねばならないと言えるが、ここでは本来の目的 (財政健全化) が表面的な目的 (人々のより良い生活) によって誤魔化されてしまう可能性が指摘される。この記事では目的が財政健全化であると明記されているため、本来の目的が隠されているとまで言うことはできないが、しかし本来の目的とは別の、より人々に受け入れられやすい目的を提示できるときに、そちらを強調するということは政策の正当化に際してしばしばおこりうる<sup>21</sup>。

健康の道具化という問題はさまざまな側面からの検討が可能であるが、ここではミシェル・フーコーの《生権力》の観点が助けになることを論じたい。フーコーによれば、現代社会には「生命に対して積極的に働きかける権力、生命を経営・管理し、増大させ、増殖させ、生命に対して厳密な管理統制と全体的な調整とを及ぼそうと企てる権力」が登場してきている (Foucault 1976, 邦訳173頁)。「君主の権力がそこに象徴されていた死に基づく古き権力は、今や身体の行政管理と生の勘定高い経営によって注意深く覆われてしまった。[・・・] 同時にまた、政治の実践や経済の考察の場で、出生率、長寿、公衆衛生、住居、移住といった問題が出現する。つまり、身体の隷属化と住民の管理を手に入れるための多様かつ無数の技術の爆発的出現である。こうして「生-権力」の時代が始まるのだ」(同177頁)。過度の単純化を承知で述べれば、ここで論じられているのは、《近代社会において権力は人々を生かすことを目的とし、そのため全体としての効率

性・有益性を追求して個々人を管理しようとするが、そのことが同時に人々の抑圧にもなる』<sup>22</sup>という事態である。フーコーが具体的に近代における医療について論じているものとしてはたとえばFoucault (1979) があり、そこでは病気の治療から予防への移行、生活状態全般への干渉、集合体の維持と発展の一要素としての健康の位置付け、といった論点について論じられている。

美馬 (2015) はフーコーの議論を用いて、予防およびそれに付随する「監視」を求める近代医療について次のように述べる。「病気の治療だけでなく、その予防が目的とされることによって、現時点では健康な状態であっても、遺伝子診断によって病気になる可能性がチェックされたり、食生活や運動などの生活習慣の改善として医療の対象とされたりする場合がある。こうして、[・・・] 身体という自然は、外的環境としての自然と同様に、技術的コントロールの対象として位置づけられることになったのである」(108頁)。このように人々の健康が政府のコントロールの対象となることに付随する抑圧の危機を警告する視点は、健康増進政策を検討する上でも重要なものであろう。

個々人の健康の道具化という問題は、権力による管理・抑圧という点においてパターナリズムと類似しているが、一つ重要な違いがある。パターナリズムはあくまでその当人の利益のために健康を追求するが、健康の道具化においては健康の追求の目的は当人の利益とは別のもの（たとえば社会の安定）だという点である。とはいえ、その追求の目的が特定の善の構想であるとも限らないため、リーガル・モラリズムとも同じではない。いずれにせよ健康の道具化の問題は「誰のための健康か？」の問題として捉えうる。人々の健康を増進することはいったい何のためになされるのか、それは一見して明らかなようで、実は必ずしも明確ではない<sup>23</sup>。

### 3 健康増進政策をめぐる5つの懸念、その2

#### 3-1 自己責任論の懸念（1）

ここまで指摘してきたのは、健康増進政策そのものに内在する倫理的課題であった。すなわち、そこにおいて仮想的な批判対象は政策実施者の立場にある者に限定されていた（このことはもちろん現実の政策実施者が上記の倫理的問題を意図的に無視していることを決して意味しない）。ここから先に指摘するのは、健康増進政策が、さらに人々の意識を変容させることによって生じる倫理的課題である。

第四に指摘できることは、健康増進に取り組むことを人々に求めることの内に、人々の境遇に関する《自己責任論》が強化されてゆく懸念が存在することである。われわれの社会において、個人は自分で自由に行ったことの帰結については責任を追うものとされている。これもまた個人の自由と権利を尊重する現代社会の前提のひとつである<sup>24</sup>。このことは同時に、当人の自律的な行為によって苦境に陥ったり他人に迷惑をかけたりした人はその責任を取らなければならない、という道徳的含意をもつ。この道徳的含意の本来の意味を逸脱して、実際には当人の自律的な選択によるものではない苦境であるにもかかわらず当人の責任を不当に強調するものが、われわれがここで言う自己責任論である。

「健康日本21」および「健康日本21（第二次）」に明示されていること（そして近年の公衆衛生においてはすでに当然の前提とされていること）であるが、健康状態は若い時からの生活習慣に決定的に依存するため、早期からの生活習慣の改善が有効である。しかしながら、健康を守る上で予防が有効であるとしても、実際のところ自身の健康を完全にコントロールし疾病や不健康を完全に防ぐことなど不可能である。にもかかわらず、予防の効果を声高に主張することによって、この点が見えづらくされてしまう。Kirkland（2010）は次のように述べる。「健康的でなければならないという個人レベルでの圧力は、私たちの生の現実とは深刻に食い違った、

個人的コントロールという擁護不能な推定を強化してしまう。〔・・・〕完全なセルフケアや自律などというものは幻想だ。この幻想は、それを達成したと考える人たちには自分にその資格があるという感覚を膨張させ、やっとのことで達成した人たちには耐え難いストレスを引き起こし、まったく達成できない人たちには二級の市民権しか用意しないのである」(邦訳241頁)。人々は自己の責任において自己の健康を守らなければならないというプレッシャーにさらされるとともに、いかなる理由にせよ自己の健康を損なってしまった人は、それを自己責任として引き受けることを余儀なくされる。この考え方はその行き着く先に、そういった人々への実質的なサポートそのものの拒否を提示してしまうことが予測される。

これに関連して、2002年に制定された「健康増進法」の総則第2条が一つの論点となっている。この法律の重要なポイントとしてしばしば指摘される第2条は、「国民の責務」として、健康増進に努めることを努力義務と定めている(前田 2015, 93)。「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」(第1章総則・第2条)。健康の維持にとって個々人の努力が非常に重要であるとはいえ、個々人の努力義務を強調することは自己責任論の問題(およびそれに付随して後述のスティグマの問題)を引き起こしかねない<sup>25</sup>。健康増進法に比べると注目されることは少ないが、介護保険法の第4条もまた健康であることへの国民の努力義務を明示している点で同様の問題を抱えている。「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」(第1章総則・第4条)<sup>26</sup>。

服部(2006)が指摘するように、自己責任論はしばしば医療費抑制への

要請と結びついている。「疾病の自己責任論は、道徳的な語りにとどまらない。それはしばしば、公的に投入される医療費の削減を正当化する際の論拠とされる」(181頁)。「この論は単独で歩くものではなく、その背には医療費削減という命法がはりついている。つまり、病いを招くような生活態度を続けた結果病いを得た者の医療費を、国ひいては健全な生活を送る納税者が負担しなくてはならないとしたら、それは不正である」(182頁)<sup>27</sup>。さらに柄本(2002)によれば、個々人の健康と医療費抑制とを結びつける言説は決して行政に限られないという。「健康増進に積極的に取り組まない人が病気になることは、国全体の医療コストを圧迫して、社会の医療保険制度をあやうくするという言説は、ヘルスプロモーション活動の現場で保健婦や栄養士の口からたびたび聞かれた。[・・・] 少子・高齢化社会、保険医療制度の疲弊と破綻……これらのリスクについては、とくに関心が深いわけでもなくとも大衆的理解はすでに得られていると考えても無理はない。そして、あなたの生活習慣にその解決と回避の糸口がある、と説明されるのである」(51頁、傍点は引用者付記)。特定健康診査をはじめとする、事前的にリスクを発見する取り組みを推進していくとするならば、以上のような傾向はますます強められてゆくと考えられる<sup>28</sup>。

### 3-2 自己責任論の懸念(2)

自己責任論の高まりがある一方で、近年、不健康は個人の責任ではないという議論への注目も高まっている。その背景には健康の生物学的要因に加えて、健康の社会的決定要因(SDH: Social Determinants of Health)の存在の指摘がある。もちろん第一には所得の違いが健康に影響を及ぼすが、それに加えてさらに以下のようなものが指摘されるにいたっている(川上&橋本&近藤編 2015)<sup>29</sup>。(a)職業における不利: 労働の物理的環境、利用できる制度、雇用形態(非正規雇用かどうか)、職場の人間関係、ライフワークバランスなど。(b)幼少期の環境、特に教育における不利: リスク

の蓄積・連鎖を通じてその後の長期にわたって健康に悪影響を及ぼす。(c)ジェンダーに基づく不利。(d)相対的貧困。(e)多大な精神的ストレス：脳神経への影響を通じて人々を不健康な生活習慣へ導く。(f)生活習慣における不利：不健康な習慣を持つ集団への帰属。(g)都市環境における不利：運動のしやすさ、自動車依存度など。(h)社会関係における不利：とりわけ社会関係の資源的側面（ソーシャル・キャピタル）<sup>30</sup>。

これらの社会的決定要因のうちの（すべてではないとはいえ）いくつかは、個人が自分で選んだものとは言えない。幼少期の環境、ジェンダー、都市環境、あるいは社会関係は、当人が生まれた場所や時代に大きく左右されることを疑いえない。職業や生活習慣については一見して当人の選んだものと考えられるかもしれないが、しかしこれらもより深く考えてみれば、当人が幼少期に受けられた教育環境や、置かれた地域の経済状況および文化によって規定されるところが大であることは明らかであろう。そしてそれらが多大な精神的ストレスや貧困に行きつくのだとすれば、上に挙げられた多くの社会的決定要因が、個人の選択によるものとは言えない。したがって、これらの要因によって生じた不健康、あるいは肥満は、直接に自己責任であるとは言えないということになる。

古郡（2010）や児玉&井上（2015）が指摘するように、健康的な生活を送るにはある程度の生活の余裕が必要である。まず、どんな運動やどんな食事が健康によいかについての情報や知識が必要である。住まいの近くに運動施設や食材の豊富な店舗があり、それを利用する経済的余裕があることも必要だろう。いずれも貧困状態にある人には難しい。加えて、一緒に運動をしたり食事を取ったりする家族や友人がいることもプラスに働くが、これも貧困者に不利である。肥満に関しては食事内容が非常に重要だが、「質が高く健康に良い食べ物は高価で手に入れるのがより困難」であり（古郡 2010, 100頁）、実際にアメリカでは貧困層の方が肥満率が高いことがわかっている（同97-100頁）<sup>31</sup>。日本においても、高尾（2006）は健康増

進活動を目的とする高齢者グループへのインタビューから、そこに参加している人々が家族と同居しておりまた金銭的にもゆとりがある人々に限られている点を指摘している。そして、そういった一部の限られた人々の自主的な参加が賞揚されること（そして参加しないのではなくそもそも参加できない人々が無視されること）が、健康の自己責任論を強化しているのではないかとの問題提起をなしている。

近藤（2010）は次のように述べるが、健康の社会的決定要因の存在を考えればこのような主張が導かれるのは当然のことであろう。「本人の責任による生活習慣では、健康格差のごく一部しか説明できないことを考えると、自己責任だけを問うのは道義的にも疑問である。社会が、資源配分や富の分配における格差を認め、それによって社会的に不利な立場を生み出し、それが健康にも格差を生んでいることを直視すれば、彼らに不健康な行動を取らせている責任の一端は社会の側にもある。社会責任を問わず、自己責任ばかり強調するのはアンフェアではないか」（199-200頁）。

### 3-3 スティグマ化の懸念（1）

先のKirkland（2010）からの引用の末尾に、自律的なセルフケアを達成できない人が二級市民とみなされる、という記述があった。この点に関わって五番目に指摘したいのが、健康増進に伴う《スティグマ化》の懸念である。スティグマとは、特定の社会的集団に対して差別や偏見が存在する際、その被差別集団を特徴づけるしるしのことを指す（武内 2010）。あるいはGoffman（1963）によれば、「彼に適合的と思われるカテゴリー所属の他の人びとと異なっていることを示す属性、それも望ましくない種類の属性」（同15頁）、「それさえなければ問題なく通常の社会的交渉で受け容れられるはずの個人に会う者の注意を否応なく惹いて顔をそむけさせ、彼にある他の好ましい属性を無視させる」（同19頁）ものがスティグマである。近年では不健康であることがスティグマと化し、不健康な人々が偏見や迫

害に合う事態が常態化しつつあるのではないか、というのがここでの論点である<sup>32</sup>。

ここでは2つのスティグマを区別して議論したい。一つ目に、上記の自己責任論から帰結するスティグマがある<sup>33</sup>。すでに論じたように、自己責任論を強調する立場に立つならば、肥満である人物、およびそれゆえに病気に罹患した人物は、その事実をもって、なすべき健康維持対策をなさなかった（つまり義務を果たさなかった）道徳的に劣った人とみなされる可能性が高い。服部（2006）は次のように述べる。「疫学研究によってある種の生活態度や行動類型と、健康状態もしくはある種の疾病への罹患との関係が浮かびあがらせられるとき、そこで問題にされるのは生活習慣や行動そのものではない。その向こう側に透けて見える心のあり方までもが問われている。すなわち、身体疾患－生活行動－心という階層的図式が思い描かれている。身体疾患は品なく節操のない生活史の結果であり、それらはそもそも心がけのまずさに起因しているというわけだ」（181頁）。

このタイプのスティグマは、先に言及した医療費抑制への要請と結びついたとき、より過酷なものとなりうる。たとえば辻（2015）は、有名なアリとキリギリスの寓話を引きながら次のように述べている。「これ〔アリとキリギリスの寓話〕を生活習慣に当てはめると、タバコを吸うキリギリスと吸わないアリ、1日1時間以上歩いているアリとほとんど歩かないキリギリス、といった関係になろうか。日本の公的医療保険制度では、アリもキリギリスも同じ額の保険料を支払う。一方、どちらの方が医療費をたくさん使うのかと言うと、それはキリギリスである〔・・・〕表面的には平等なシステムではあるが、実際にはアリが割を食っている不平等なシステムではないか」（辻 2015, 118頁, []内は引用者補足）。これは明らかにキリギリスへの道徳的非難であり、そして同様の論理に基づく非難は肥満者にも容易に向けられるであろう。維持されるべき適正体重値から外れ不健康に陥った人は、勤勉なアリの成果を食いつぶすキリギリスなのだという

わけである<sup>34</sup>。

さらに、このような自己責任論に基づくスティグマは、女性にとってより一層厳しいものになりうる。柄本（2002）によれば、主婦を対象としたヘルスプロモーション活動、妊産婦を対象にした母親学級、あるいは乳幼児を育てている母親たちへの食事指導および離乳食講習会を通じて、健康の国民の維持と再生産は女性が当然なすべきものとされている。そこには「メンテナンスとリプロダクトの責務を女性たちが担っている」ということが「暗黙の大前提として横たわって」いる（65頁）。「将来の生産人口を健康に育て、そして健康に働かせつづけるためには、家庭での健康管理が必要不可欠なのだ。そして各家庭に一人ずつ優秀な栄養士が配置されることを、ヘルスプロモーション活動は暗黙の目標としている」（66-67頁）。柄本自身は指摘していないが、このような要請が、成人男性あるいは子どもの健康が損なわれた（あるいは単純に太ってしまった）場合にその家庭の女性への道徳的非難を生むだろうと予測することはおそらく間違っていない。これは非常に重要な点であると思われる。というのも、それは肥満をはじめとする不健康のスティグマ化が、それとは別のアイデンティティへのスティグマを連鎖的に生み出す可能性を示唆するものだからである。

### 3-4 スティグマ化の懸念（2）

二つ目に、自己責任に起因するか否かにかかわらず、肥満を避けるべきものとして捉える態度それ自体に付随するスティグマがある。メタボリック・シンドロームはあくまで病気リスクであり病気ではなく、苦痛をもたらすものではない。しかし健康増進の立場から肥満を避けるべきだとする態度は、その生活が人間の生活として十全でないことを示唆し、それゆえに人々の不安を煽るものでありうる。Siebers（2010）は障害者の生について論じる中で、ある種の生活を「間違っただけ」と捉える考え方が現実的にいかに迫害的なものであるかを論じている。「間違っただけという観念は、障

害のある人たちから市民権や人権を剥奪することから、そうした人たちの死を正当化することにまで及ぶ、さまざまな慣習の背後に存在している。」「間違った生」とは他の人よりも価値がない生であり、人間の尊厳を欠いた生であり、生きるに値しない生、ということだ。まるで障害をもった人たちの場合、死の方が生よりも好ましい、とでも言うかのように)(邦訳226-227頁)。このような議論は肥満状態にある人への端的な差別に結びつきうるものである<sup>35</sup>。

Akhter & Levinson (2009) は、薬物使用や喫煙、さらには肥満について「社会的予防接種」という考え方を提唱した。これらの問題は環境的な要因を持っていることが近年指摘されており、端的に言えば、周りの人々が喫煙している場合には人は喫煙しやすくなるし、周りの人々が肥満である場合には人は肥満になりやすくなるということがわかってきている<sup>36</sup>。社会的予防接種とは、薬物使用や喫煙、肥満が社会的ネットワークを通じて「感染」するものであるならば、それを防ぐための免疫力を人々につけさせる「予防接種」としての健康教育などの介入が必要だという考え方である<sup>37</sup>。この見方は、明示的にそう主張しているわけではないとしても、肥満である人は周りの人に害を与える存在であり社会的に排除されるべき悪であるという見方に容易に転じうるものである。感染症にかかった人々が社会全体に対する脅威としてスティグマを付され差別の対象になってきたことは歴史的な事実であるが、いまや肥満者もその対象になろうとしている。このような見方が行き過ぎてしまえば、その先に「現代の伝染病とまで言われている肥満に対する社会の非難感情」に基づく「肥満者狩り」(古郡 2010, 120頁)が生じてしまう危機があることは否定しがたいだろう。

アメリカでは、「太っているという理由だけで、肥満者の九パーセントは仕事上の能力を疑われ〔・・・〕一六パーセントの人は、仕事に限らず社会生活でも、さまざまな差別をうけたと感じている」という(岡田 2006, 202頁)。古郡(2010)は、体重過多のアメリカ人の「四三%が雇い

主から、六九%が医師から、三二%が教師から差別的な扱いを受けた経験があるという」ことを示す研究、また「看護師も同じで、肥満の患者を世話したがらなかつたり、拒否したり、体に触りたがらなかつたりする」ということを示す研究など、肥満がもたらす差別に関する様々な研究を紹介している(117-120頁、および165-189頁)。健康が良いものである、という一見したところ自明の判断が、ひるがえって社会に差別や迫害を生んでしまう可能性があることにも、われわれは注意を払う必要があるだろう。

#### 4 結論

以上、健康増進政策をめぐる5つの懸念について述べてきた。すなわち、(1)諸個人の自律を無視しその生活に介入するパターナリズム、(2)価値観の多様性を無視し特定の道徳観を法によって押し付けるリーガル・モラリズム、(3)国家財政における医療費削減といった社会全体の目的のための個々人の健康の道具化、(4)個人レベルでの生活改善を推奨することによって逆説的に個人に損失を押し付ける自己責任論、そして(5)不健康な状態に陥った個人に対するスティグマの付与、以上5つの懸念があることを示した。

ここでは、健康が善いものであるということそれ自体に反論しているわけではない。われわれもまた自身の健康を大事に思っているし、家族や友人の健康を願っている。本稿の議論が健康の価値を受け入れたとしてもなお成立するものであることに注意してほしい。すなわち、たとえ健康が良いものであるとしても、(1)健康であれと人々に強いることは問題含みのものでありうるし(パターナリズム)、(2)そもそも健康増進政策は当人の健康を第一の目的としたものではないのかもしれないし(リーガル・モラリズム、健康の道具化)、(3)不健康を非難することは結果として不当に抑圧的な事態を招くものとなりうる(自己責任論、スティグマ化)ということ、これらの点に注意しなければならないとわれわれは主張する。健康が良いも

のであるという理解に反論せずとも、健康増進をめぐる倫理的問題はなお少なくないのである。

いまやわれわれは国家のサポート抜きには健康を維持できず、なんらかの形でマクロなシステムを通して相互依存的に生きて行かざるをえないことを踏まえれば、介入的な公衆衛生政策は必要である。しかしそうだとし、様々な道徳的価値をなんとか調整するという方法を放棄してよいわけではない。われわれはなお、議論を重ねていく必要があるだろう。

本稿で論じたことはあくまで倫理的課題の整理であり、抜本的にも弥縫的にも解決策を提示するものではない。しかしながら本稿によって示された倫理的課題の全体像は、それ自体として、あるいはそこから生じることが期待される議論を通じて、これからの日本において人々の健康をいかに守っていくか——人々の健康をサポートしつつも倫理的な問題を最低限のものにとどめるためには何に気をつければよいのか——を考える上での、一つの重要な知見たりうるものであると、われわれは考える。本稿が日本における公衆衛生倫理の発展への一助になれば幸いである。

## 謝辞

本稿は執筆者の一人である玉手慎太郎が、東北学院大学・社会福祉研究所「第36回オープンカレッジ」(2016年6月4日)において講演した際の報告資料を大幅に改訂したものである。講演に際して様々な労を取ってくださった東北学院大学の佐藤滋准教授および斉藤尚准教授、そして当日の受講者の皆様にこの場を借りて感謝申し上げます。また本稿の作成にあたっては東京大学大学院医学系研究科、医療倫理学教室のスタッフおよび大学院生との議論から多くの示唆を得た。とりわけ詳細なコメントをくださった島内明文先生と三羽恵梨子さんに感謝したい。

## 参考文献

- Akabayashi, A & Hayashi, Y. 2012. "Mandatory evacuation of residents during the Fukushima nuclear disaster: an ethical analysis", *Journal of Public Health*, 34: 348-351. ※赤林朗・児玉聡（編）『入門・医療倫理Ⅲ』勁草書房287-294頁に邦訳所収.
- Akhter, M. N. & Levinson, R. A. 2009. "Social Immunization: A public health approach for the management of substance abuse", *Journal of the National Medical Association*, 101: 1176-1179.
- Anderson, E. S. 1999. "What Is the Point of Equality?" *Ethics*, 109(2): 287-337.
- Childress, J. F., Faden, R. R., Gaare, R. D., Gostin, L. O., Kahn, J., Bonnie, R. J., Kass, N. E., Mastroianni, A. C., Moreno, J.D. & Nieburg, P.2002. "Public Health Ethics: Mapping the Terrain", *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30: 170-178.
- Christakis, N. A. & Fowler, J. H. 2009. *Connected: The Surprising Power of Our Social Networks and How They Shape Our Lives*, Little, Brown and Company. 鬼澤忍（訳）『つながり：社会的ネットワークの驚くべき力』講談社2010.
- Foucault, M. 1963. *Naissance de la clinique*. Presses Universitaires de France. 神谷美恵子（訳）『臨床医学の誕生』みすず書房1969.
- Foucault, M. 1976. *La volonté de savoir (Histoire de la sexualité, Volume 1)*, Gallimard. 渡辺守章（訳）『性の歴史 I 知への意志』新潮社1986.
- Foucault, M. 1979. "La Politique de la santé au XVIIIe siècle", M. Foucault et al., *Les Machines à guérir*, Bruxelles. 福井憲彦（訳）「健康が語る権力」桑田禮彰・福井憲彦・山本哲士（編）『ミシェル・フーコー：1926-1984』新評論1984：122-141.
- Goffman, E. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*,

- Prentice-Hall. 石黒毅(訳)『スティグマの社会学：烙印を押されたアイデンティティ』せりか書房2003(改訂版).
- Gostin, L. O. 2010. "Mapping the Issues: Public Health, Law, and Ethics", Gostin, L. O. (ed.) *Public Health Law and Ethics: A Reader*, Revised and Updated Second Edition, University of California Press: 1-19.
- Illich, I. 1976. *Limits to Medicine: Medical Nemesis, The Expropriation of Health*, Calder & Boyars. 金子嗣郎(訳)『脱病院化社会：医療の限界』晶文社1998〔新版〕
- Kant, I. 1797. *Die Metaphysik der Sitten*. 樽井正義・池尾恭一(訳)『カント全集11：人倫の形而上学』岩波書店2002.
- Kirkland, A. 2010. "Conclusion: What Next?", Metzl, J. M. & Kirkland, A. (eds.) *Against Health: How Health Became the New Morality*, New York University Press: 183-194. 「結語—来たるべき健康とは？」細澤仁・大塚紳一郎・増尾徳行・宮畑麻衣(訳)『不健康は悪なのか：健康をモラル化する社会』みすず書房2015：235-247.
- Mill, J. S. 1859. *On Liberty*. 斉藤悦則(訳)『自由論』光文社古典新訳文庫2012.
- Nuffield Council on Bioethics. 2007. *Public Health: Ethical Issues*, Nuffield Council on Bioethics.
- Nussbaum, M. C. 2004. *Hiding from Humanity: Disgust, Shame, and the Law*, Princeton University Press. 河野哲也(監訳)『感情と法：現代アメリカ社会の政治的リベラリズム』慶應義塾大学出版会2010.
- Rose, G. 1992. *The Strategy of Preventive Medicine*, Oxford University Press. 曾田研二・田中平三(監訳)『予防医学のストラテジー：生活習慣病対策と健康増進』医学書院1998.
- Siebers, T. 2010. "In the Name of Pain", Metzl, J. M. & Kirkland, A. (eds.) *Against Health: How Health Became the New Morality*, New York

University Press: 195-204. 「苦痛の名のもとに」細澤仁・大塚紳一郎・増尾徳行・宮畑麻衣（訳）『不健康は悪なのか：健康をモラル化する社会』みすず書房2015：221-233.

Sontag, S. 1978. *Illness as Metaphor*, New York: Farrar, Straus, and Giroux. 富山太佳夫（訳）『隠喩としての病い・エイズとその隠喩』みすず書房2012：3-92.

Sontag, S. 1988. *AIDS and its Metaphors*, New York: Farrar, Straus, and Giroux. 富山太佳夫（訳）『隠喩としての病・エイズとその隠喩』みすず書房2012：93-185.

赤林朗・児玉聡（編）. 2015. 『入門・医療倫理Ⅲ』勁草書房.

朝倉輝一. 2007. 「健康と病気、医療と文化」霜田求・檉則章・奈良雅俊・朝倉輝一・佐藤労・黒瀬勉（著）『医療と生命』ナカニシヤ出版：158-170.

飯島裕一（編著）. 2001. 『健康ブームを問う』岩波新書.

飯島裕一（編著）. 2009. 『健康不安社会を生きる』岩波新書.

碓陽子. 2013. 「集合のリアリティ・個のリアリティ：アメリカの「肥満問題」から考えるリスクと個人」多民族社会における宗教と文化17：43-62.

今井博久. 2016. 「疾病予防分野から：地域の新しい予防と医療の連携システム構築」保健医療科学65(1)：9-15.

井上まり子. 2015. 「健康増進」赤林朗・児玉聡（編）『入門・医療倫理Ⅲ』勁草書房：243-263.

柄本三代子. 2002. 『健康の語られ方』青弓社.

柄本三代子. 2003. 「現代社会と健康の科学」野村一夫・北澤一利・田中聡・高岡裕之・柄本三代子（著）『健康ブームを読み解く』青弓社：185-229.

大北全俊. 2010. 「感染症の拡大を防止することと個人の権利を制限する

こと：インフルエンザ対策などにみられる倫理的な問題について」生命倫理20(1)：94-101.

岡田正彦. 2006. 『人はなぜ太るのか：肥満を科学する』岩波新書.

川上憲人&小林廉毅&橋本英樹（編）. 2006. 『社会格差と健康：社会疫学からのアプローチ』東京大学出版会.

川上憲人&橋本英樹&近藤尚己（編）. 2015. 『社会と健康：健康格差解消に向けた総合科学的アプローチ』東京大学出版会.

カワチ・イチロー. 2013. 『命の格差は止められるか：ハーバード日本人教授の、世界が注目する授業』小学館101新書.

北澤一利. 2000. 『「健康」の日本史』平凡社新書.

小泉博明・井上兼生・今村博幸・吉田修馬（編著）. 2016. 『テーマで読み解く生命倫理』教育出版.

厚生労働省. 2000. 「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）について：報告書」厚生労働省ウェブサイトよりPDFファイルをダウンロード：[http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21\\_11/pdf.html](http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/pdf.html)

厚生労働省. 2012. 「健康日本21（第二次）の推進に関する参考資料」厚生労働省ウェブサイトよりPDFファイルをダウンロード：[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryou/kenkou/kenkounippon21.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kenkounippon21.html)

小門穂. 2015. 『フランスの生命倫理法：生殖医療の用いられ方』ナカニシヤ出版.

児玉聡. 2012a. 「喫煙の自由とその限界」宇野重規・井上彰・山崎望（編）『実践する政治哲学』ナカニシヤ出版：5-34.

児玉聡. 2012b. 「功利主義と公衆衛生」法哲学年報2011：7-22.

児玉聡. 2015. 「公衆衛生倫理学とは何か」赤林朗・児玉聡（編）『入門・医療倫理Ⅲ』勁草書房：11-24.

児玉聡&井上まり子. 2015. 「健康格差」赤林朗・児玉聡（編）『入門・医

療倫理Ⅲ』勁草書房：265-285.

近藤克則. 2005. 『健康格差社会：何が心と健康を蝕むのか』医学書院.

近藤克則. 2010. 『「健康格差社会」を生き抜く』朝日新書.

笹倉尚子. 2003. 「「健康は国民の責務」!?：誰も知らない健康増進法の真実」法学セミナー 581：82-85.

佐藤純一. 2008. 「メタボ概念を取り巻く社会の`思惑、」佐藤純一・浜六郎・和田知可志 『「脱メタボ」に騙されるな!』洋泉社：133-190.

島内明文. 2015a. 「政治哲学の諸理論Ⅰ」赤林朗・児玉聡（編）『入門・医療倫理Ⅲ』勁草書房：121-143.

島内明文. 2015b. 「政治哲学の諸理論Ⅱ」赤林朗・児玉聡（編）『入門・医療倫理Ⅲ』勁草書房：145-175.

高尾将幸. 2006. 「〈身体〉の政治を再考する視角を求めて：茨城県T市における高齢者健康増進施策の事例から」スポーツ社会学研究14：59-70.

武内克也. 2010. 「ステイグマ」酒井明夫・中里巧・藤尾均・森下直貴・盛永審一郎（編）『新版増補 生命倫理事典』太陽出版：509-510.

田中聡. 2003. 「近代日本の健康と衛生」野村一夫・北澤一利・田中聡・高岡裕之・柄本三代子（著）『健康ブームを読み解く』青弓社：101-150.

辻一郎. 2004. 『のばそう健康寿命』岩波アクティブ新書.

辻一郎. 2015. 『健康長寿社会を実現する：「2025年問題」と新しい公衆衛生戦略の展望』大修館書店.

辻内琢也. 2012a. 「メタボリック・シンドローム言説の社会的危険性 [第1報]：批判的医療人類学の観点からみた診断基準をめぐる医学的課題」心身医学52（10）：918-926.

辻内琢也. 2012b. 「メタボリック・シンドローム言説の社会的危険性 [第2報]：批判的医療人類学による社会反応の分析」心身医学52（10）：927-936.

堤未果. 2008. 『ルポ 貧困大国アメリカ』岩波新書.

- 東京大学医学部健康総合科学科（編）. 2016. 『社会を変える健康のサイエンス：健康総合科学への21の扉』東京大学出版会.
- 奈良雅俊. 2007. 「生命の質と価値をめぐる倫理」霜田求・榎則章・奈良雅俊・朝倉輝一・佐藤芳・黒瀬勉（著）『医療と生命』ナカニシヤ出版：18-31.
- 野村一夫. 2003. 「メディア仕掛けの「健康」」野村一夫・北澤一利・田中聡・高岡裕之・柄本三代子（著）『健康ブームを読み解く』青弓社：13-56.
- 服部健司. 2006. 「健康を増進する義務」生命倫理16(1)：178-184.
- 福田吉治&宮木幸一. 2015. 「生活習慣の社会格差と健康」川上憲人&橋本英樹&近藤尚己（編）『社会と健康：健康格差解消に向けた総合科学的アプローチ』東京大学出版会：157-173.
- 古郡鞆子. 2010. 『肥満の経済学』角川学芸出版.
- 堀田義太郎. 2010. 「単なる生の質：終末期医療とQOLの臨界」生存学2：110-132.
- 前田正一. 2015. 「公衆衛生活動と法」赤林朗・児玉聡（編）『入門・医療倫理Ⅲ』勁草書房：91-112.
- 松尾匡&橋本貴彦. 2016. 『これからのマルクス経済学入門』筑摩書房.
- 三木真知. 2008. 「新しい健康診査「特定健康診査」への期待」京都市立看護短期大学紀要33：7-12.
- 水野俊誠. 2005. 「医療倫理の四原則」赤林朗（編）『入門・医療倫理Ⅰ』勁草書房：53-68.
- 美馬達哉. 2015. 『生を治める術としての近代医療：フーコー『監獄の誕生』を読み直す』現代書館.
- 八木晃介. 2008. 『健康幻想の社会学：社会の医療化と生命権』批評社.
- 山崎康仕. 2007. 「法と道徳」赤林朗（編）『入門・医療倫理Ⅱ』勁草書房：169-185.

若松良樹. 2016. 「肥満の法哲学:自己責任、パターンリズム、そして、、、」  
TASC MONTHLY, 482:14-21.

和田知可志. 2008. 「メタボ検診は病んだ厚生行政の産物だ」佐藤純一・浜  
六郎・和田知可志 『「脱メタボ」に騙されるな!』洋泉社:83-132.

- 1 これらの点について東京大学医学部健康総合科学科編(2016)の第14・15章を見よ。
- 2 岡田はこれに加えて、「肥満がどのような病気の原因になっているかという具体的な話になると、まだ異論も多く、実態はほとんどわかっていない」という点に注意を促している。このことに留意しつつも、本稿では肥満が病気の原因になっているとのコンセンサスの上に健康増進政策が行われることの倫理的問題について検討する。
- 3 ただし日本における「肥満」の定義はこれと異なり、BMI25以上で肥満とされる。要するにWHOよりも厳しい基準が用いられている。各種指標を読まれる際には注意されたい。
- 4 特定健診については厚生労働省のウェブサイトにおける該当ページ(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info02a.html>)を参照(2016年5月27日閲覧)。またその全体像について三木(2008)および今井(2016)を参照。
- 5 ただし予防の充実が必ずしも医療費の削減につながらないことをRose(1992)が指摘している(邦訳3頁)。第一に、完全な予防でない場合には、問題の先送りにしかならない可能性がある。たとえば40代で病気Aにかかる人が30パーセント減少しても、その人たちが60歳の時にみな病気Aにかかる場合には、全体としての医療費は支払いが先送りされただけで減少していない。第二に、予防にも費用は必要なのであり、それが治療の費用よりも安いとは限らない。たとえば発症率が非常に低い病気Bについて国民全員に予防を行うことは、発症した少数を治療するよりも高くつく可能性がある。予防が医療費の削減につながるの、予防によって重症化が回避される場合や、予防それ自体の費用対効果が大きい場合である。肥満予防がこれに当てはまるかどうかは実証的な調査を待たねばならない。
- 6 本稿では以下、公衆衛生政策の中でも健康増進政策に焦点を当てていくが、先の引用にもあるように公衆衛生のもう一つの柱として感染症予防があり、こちらについても自律をめぐって同様の倫理的問題が生じる。感染症の場合の倫理的論点の整理として大北(2010)を見よ。
- 7 ここで日本の先行研究に限定して列挙するのは、我が国における公衆衛生倫理研究の現状を概観するという目的のためのものであり、国外の研究を軽視する意図は全くない。
- 8 本稿ではヘルシズムそれ自体は取り扱わず、ヘルシズムがもたらす諸々の抑圧について検討する。ヘルシズムという現象の基本的理解については和田(2008)の134-146頁および小泉ほか編著(2016)の108-111頁を、ヘルシズム(および健康ブーム)を言説と捉えてのより詳細な理解については野村(2003)を、またこれに付随する様々な論点について飯島編著(2001, 2009)を見よ。
- 9 医療化についてはFoucault(1963)およびIllich(1976)を見よ。本稿では医療化を社会現象の大きな潮流と捉え、医療化それ自体よりも医療化に伴って生じる様々な個別問題に焦点を当て

たい。

- 10 たたとえばミシェル・フーコーに依拠した議論が行われる場合には、パターナリズムの問題にはあまり触れられない。これはフーコーの生権力論が単純なパターナリズム概念を乗り越える議論であることに起因すると考えられ、決して不適当なことではないのだが、しかし以下に論じるように、パターナリズムと生権力論を並列して論じることは現代の問題を扱う上で有効性を持つとわれわれは考える。
- 11 なお、この類型は現時点で提起されていると思われる論点を整理したものであり、網羅性を保証しない。また5つの論点は相互に関連しており、以下の記述順はあくまで便宜上のものである。
- 12 介入的な公衆衛生政策に関しては、強制の程度が強いほどより強い倫理的正当化が必要である、という考え方のことを「介入のはしご (intervention ladder)」と呼ぶ (Nuffield Council on Bioethics 2007, および井上2015, 256-257頁)。
- 13 もちろん推奨と強制は大きく異なる意味をもつのであり、介入が強制的でなければ厳密な意味でのパターナリズムではないという議論もありうる。しかしそうすると今度は強制的であるとはいかなる意味であるかが問題になる。法的な罰則がなくとも実質的に強制されていると言える状態はありうる(たとえば慣習的あるいは道徳的なサンクションを通じて)。この点についてはこれ以上は論じることができない。
- 14 ジョン・スチュアート・ミルのいわゆる「他者危害原理」を見よ (Mill 1859)。
- 15 なお、リーガル・モラリズムは(a)マジョリティが特定の道徳を法制化によって全ての人に押し付けること、である場合が典型的であると考えられるが、(b)マイノリティが特定の道徳を法制化によってすべての人に押し付けることも、また(c)マジョリティが特定の道徳を慣習を通じてすべての人に押し付けることも、同様の枠組みで捉えることができる。
- 16 たたとえばコミュニタリアニズムは正義に優先する善として当の共同体の「共通善」を挙げるが、それが(たとえば施政者の)恣意的な善ではなくまさに共通善であるからこそ、正に優先するものとしての正当化が許される (島内 2015b, 149-151頁)。そしてこの共通善をいかにして同定するかがコミュニタリアニズムの一つの大きな問題である。
- 17 喫煙問題に関する文脈であるが、児玉 (2012a) を参照のこと。
- 18 ただしここで取り上げるNussbaum (2004) と小門 (2015) のどちらも、それぞれ分析をリーガル・モラリズムの問題として記述しているわけではない。ここで筆者たちはこれらをリーガル・モラリズムの議論として取り上げようという解釈を下している。
- 19 これは哲学的にはむしろ《健康からの疎外》と呼ぶ方が適切であるかもしれない。ここで論じられる問題は、「自分に属すべきものが、自分のコントロール外へと離れていき、自分とは疎遠なものになってしまう」(松尾&橋本 2016, 78頁, 原文の傍点は読みやすさのため削除)という疎外論の枠組みを健康について当てはめたものと言えるだろう。とはいえ疎外という用語は哲学を専門としない読者にとってはかえって理解の妨げになると考えられるため、本文では健康の道具化という言い方を用いる。
- 20 『日本経済新聞』朝刊、2015年11月30日付。なお記事の中にある「健康寿命」とは、「人生の中で健康で障害の無い期間」(厚生労働省2000, 1頁)、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」(厚生労働省2012, 24頁)のことである。詳しくは辻 (2004, 2015)

を見よ。

- <sup>21</sup> Akabayashi & Hayashi (2012) は東日本大震災に際しての政府の強制的な避難指示が、実際には公共の秩序の維持を目的としていながら、公衆衛生的に合理的な目的(健康維持と疾病予防)の提示によってその本来の目的を覆い隠され、不適切な正当化の上で実施されたことを指摘している。
- <sup>22</sup> フーコーはさらにこの目的と手段の転倒、すなわち社会制度の効率化が目的となり、人々をある規範の下に生きさせることが手段となってしまう事態についても論じているが、本稿ではこれ以上は論じることができない。
- <sup>23</sup> そもそも明治の日本において「健康」という言葉が政府によって用いられた背景に、近代国家としての徴兵制の維持が目的としてあったことが北澤(2000)や朝倉(2007)において指摘されているが、これは現代の観点からも無視できない点であると思われる。
- <sup>24</sup> 道徳的観点から帰責性と自律性を結びつける態度についてはカントの倫理学、とりわけ『人倫の形而上学』の議論を見よ(Kant 1797)。
- <sup>25</sup> またこれは特定の生き方を道徳として押し付ける点でリーガル・モラリズムと言える側面を有している。この側面を簡潔に指摘したものとして笹倉(2003)を見よ。
- <sup>26</sup> 辻(2004) 137-138頁を参照。そこでは健康寿命の延伸に関する文脈で、健康日本21と介護予防事業が主たる2つの政策であり、それぞれに関連する法規が健康増進法と介護保険法であると指摘されている。
- <sup>27</sup> 厳密に言えばここでの医療費削減とは国家負担における医療費の割合の削減であり、診察・治療の自己負担を増やすことによって、国家が負担する医療費は削減されても医療費そのものは増大している可能性が許容される。
- <sup>28</sup> これに付随する論点として、自己責任論とそれに伴う社会的サポートの縮小が、健康にまつわるいわゆる「悪徳ビジネス」(無根拠な民間医療など)を呼び込むことになっているという指摘について、飯島編著(2001)を見よ。一方で、健康にまつわる過剰な言説をむしろ大衆自身が快楽的に消費しているという見解について柄本(2002)を見よ。
- <sup>29</sup> 健康の社会的決定要因については他にも川上&小林&橋本編(2006)、近藤(2005, 2010)、カワチ(2013)などを見よ。
- <sup>30</sup> Gostin(2010)は公衆衛生をその射程に照らして二つに区分し、怪我や疾病の直接リスクファクターにのみ注目するものを公衆衛生の「狭い見方」、健康の社会経済的基礎にまで広く焦点を当てるものを公衆衛生の「広い見方」と呼ぶ。その上で狭い見方では健康を損なう真の原因に取り組むことができないとして、広い見方を擁護する。これと同様の立場を明確に論じているものとして(広い見方という言葉は用いていないが)Rose(1992)も見よ。
- <sup>31</sup> アメリカ貧困層の食生活については堤(2008)に詳しい。
- <sup>32</sup> 疾病のスティグマ化がいかにしてなされるかについて、スーザン・ソントグの議論を見よ。彼女は結核や癌(Sontag 1978)、あるいはエイズ(Sontag 1988)といった疾病をめぐっていかにスティグマが作られているかを明らかにしている。
- <sup>33</sup> ここで扱うのは当人に過剰に責任を帰することによるスティグマであるが、これと反対に、個人に責任をまったく帰さないこともスティグマを生む可能性がある。というのも、個人に責任を帰さないことは、その人を自律的でない存在とみなし、選択主体としての地位を剥奪するこ

とになるからである。この点についてAnderson (1999)を参照せよ。

- <sup>34</sup> ここでは辻 (2015) をあくまで一例として、この種の言説を取り上げているのであって、辻の公衆衛生研究を全体として非難する意図はまったくない。この種の言説を用いているのは辻のみではないし、また辻の研究の全てがこの種の言説を伴っているわけでもない。
- <sup>35</sup> QOL (クオリティ・オブ・ライフ) の観点から、それが低い生を「間違っただ生」とみなすことの倫理的問題点について、奈良 (2007) および堀田 (2010) も見よ。
- <sup>36</sup> 社会的ネットワーク理論の観点からの肥満の「伝染」については、Christakis & Fowler (2009) のch. 4も見よ。
- <sup>37</sup> 福田&宮木 (2015), 171-172頁も参照。また同様の指摘について近藤 (2010) 182-183頁を見よ。