慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	慢性疾患対策の倫理構築に向けた基礎研究 : とくに健康格差と個人の責任論に着目して
Sub Title	Preliminary study toward the construction of an ethical framework for chronic disease control : focusing on health inequalities and individual responsibility
Author	圓増, 文(Enzo, Aya)
Publisher	慶應義塾大学倫理学研究会
Publication year	2022
Jtitle	エティカ (Ethica). No.15 (2022.) ,p.89- 125
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AA12362999-20220000-0089

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

慢性疾患対策の倫理構築に向けた基礎研究

とくに健康格差と個人の責任論に着目して

圓 増　文

1. 背景と目的

心血管疾患やがん、慢性呼吸器疾患、糖尿病等に代表される慢性疾患は、今日、世界に深刻な影響をもたらしている。WHO の報告によると、慢性疾患のうち、特に非感染性疾患（NCDs: Noncommunicable Diseases）による死者は世界の年間死亡者数の 71%を占める。さらに、これらの疾患による死者数の 77%は低・中所得の国で生じており、その多くは「早期死亡 premature death」である（WHO 2021）。米国では、成人人口の 60%が心疾患、がん、慢性呼吸器疾患、脳卒中、アルツハイマー型認知症、糖尿病、慢性腎臓病のいずれかの慢性疾患に罹患しており、またこのうち 2 つ以上の疾患に罹患している人は成人人口の 40%に上るという（NCCDPHP 2021）。日本の場合、年間死亡者数の 6 割近くを悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患による死亡が占めている（厚生労働省 2021, p.407）。

慢性疾患の蔓延への対策は近年、各国においても国際的にも主要な政策課題の一つと位置づけられている。2011 年 9 月に NCDs についての初の国連ハイレベル会合が開かれ、NCDs の予防とコントロールに対する政治的な責任を明記した宣言が採択された（UN 2011）。2013 年 5 月には WHO が、NCDs 対策に対する国際的な目標と指標を定めた「NCDs の予防と管理に関する国際戦略：2013〜2020 年行動計画」を策定し公表した（WHO

2013)。2017 年 10 月には WHO 加盟国の多くが、2030 年までに早期死亡を三分の一にまで減らすなど NCDs 対策の筋道を示したロードマップに合意した（WHO Global Conference on Noncommunicable Diseases 2017)。日本では、2000 年に第 3 次国民健康づくり対策（健康日本 21）が開始されたのを端緒として本格的な健康増進政策が始まったと言われている（大北 2016)。2003 年には健康増進法（2018 年改訂）が施行され、さらに 2008 年にはメタボリックシンドローム対策に焦点を当てた特定健康診査・特定保健指導が導入されている。

本稿の目的は、こうした慢性疾患に関わる対策として、慢性疾患医療と健康増進政策とに着目し、これらに特有の倫理的課題として、第一に、健康格差と正義、第二に、個人の責任を取り上げ、今後の研究の基礎資料としてこの二つの課題に関連する生命倫理の議論の動向を整理し、今後検討されるべき論点を明確化することである。

2. 慢性疾患とその対策の特徴

2-1　慢性疾患とは

まずはここで言う「慢性疾患」を定義した上で、それへの対策の特徴を整理しておきたい。日本語の慢性疾患に対応する英語は複数ある。chronic condition（Australian Government Department of Health 2019; Centers for Medicare and Medicaid Services 2021; NHS Wales）や chronic disease（NCCDPHP 2021)、long-term condition（Department of Health and Social Care 2012)、non-communicable-disease (NCDs)（WHO 2021)、chronic illness などである。一般にこれらの用語が指す疾患の範囲はほぼ重複する。例えばがん、糖尿病、心血管疾患、慢性呼吸器疾患は、いずれの用語においても代表例として挙げられる。他方で、厳密にそれぞれの用語をいかに定義し、

そこにどのような疾患・健康状態を含めるのか、また各用語を使い分けるのか否かについて、国際的に共有された説明はない（Bernell & Howard 2016; Donozo 2021）。例えば WHO では、NCDs を chronic diseases と言い換え可能な言葉として用いているが、正確には前者には HIV/AIDS は含まれないのに対し、この疾患は後者の代表例の一つとされることもある（e.g. Centers for Medicare and Medicaid Services 2021）。さらに、いずれの用語に基づき対策を立てるのかについても違いが見られる。WHO は、以前から NCDs に着目して対策を立ててきたが、WHO に倣って 2004 年以降 chronic diseases への国家的な対策を行ってきた豪州では、近年、外傷や障害、遺伝性異常など幅広い健康状態を含めた用語として chronic conditions が用いられている（Australian Government Department of Health 2019）。日本では、慢性疾患に該当する疾患をかつては「成人病」と呼んでいたが、1997 年旧厚生省に生活習慣病対策室が設置されたのをきっかけに、「生活習慣病」が広く用いられるようになった（橋本 2021）。近年この用語を廃止しようとする動きがあるものの（橋本 2021）、現在のところ健康日本 21 や各地方自治体が提供する健診など公的領域では生活習慣病の語が定着している。

いずれにせよ、上記のように、慢性疾患とそれに関連した用語が国際的に広く用いられる背景には、「長期にわたる医療的ケアを必要とする点で共通する個人の健康状態に対し、疾患別に異なる医学的対応をとるだけでは十分ではなく、政府や社会による医療を超えたより広範な取り組みが必要だ」とする認識の拡がりを見て取ることができる。本稿では、米国疾病予防管理センターの chronic diseases の定義および英国保健省の long term condition の定義を踏まえ、慢性疾患を「治癒困難あるいは不可能であり、長期にわたって継続的あるいは断続的に治療あるいは医学的な健康管理が必要とされる健康状態」と定義しておく。

2-2　慢性疾患対策の特徴

（1）治癒から予防へ

本研究では、慢性疾患に対する対策に共通に見られる特徴として、三点に着目したい。第一は、「治癒」よりも「予防」が対策の主要目標に置かれる点である。上記定義に見られるように、慢性疾患は一度罹患すると、基本的に治癒困難あるいは不可能である。そのため、この疾患への対策では、通常、様々な意味での「予防」が重視される。まずは、病気に罹患していない人への対策として、生活習慣の改善等を通じ疾患に罹患することを予防する一次予防があり、罹患した人への対策としては、早期発見や早期治療開始を通じた疾患の進行予防や発症予防をする二次予防が、さらに悪化予防や合併症予防、再発防止、身体的諸機能の維持・回復、社会復帰といった三次予防がある。このうち、二次予防の一部（早期治療）および三次予防は主に医療において実施されるのに対し、二次予防の一部（早期発見）と一次予防は主に健康増進（ヘルスプロモーション）政策の一環として実施される。

このように予防を主眼に置く慢性疾患対策の拡がりと共に、対策の最終目標としての健康概念に関しても変化が見られる。かつて感染症が中心だった社会において「健康」は「病気がない」という意味で広く用いられてきたのに対し、慢性疾患対策における目標概念として「健康」が言及される場合、一般にそれはもっと広い意味で用いられる（厚生省 1995）。すなわち、「健康とは単に病気でない、虚弱でないというのみならず、身体的、精神的そして社会的に完全に良好な状態を指す」という WHO の健康の定義（1946 年）に見られるように、それは「福祉 well-being」や「QOL の維持・改善」と重なる意味で理解される（健康日本 21 企画検討会・健康日本 21 計画策定検討会 2000, p.5）。つまり、慢性疾患の対策では、各種予防を通じて、ひいては個々人の福祉 well-being や QOL を維持し改善することが目指されることになる。

(2) 自己管理の主体としての患者（および個人）

また慢性疾患対策の特徴として第二に着目したいのは、患者（あるいは個人）が対策の客体であるのと同時に、自己管理や生活習慣の変更という形で、対策の一端を担う能動的な主体として位置づけられる点である（美馬 2012, p.47）。慢性疾患医療の場合には、検査や診断、薬の処方といった専門職による医学的な介入が各種予防には不可欠であるが、同時に、疾病管理には、例えば毎日の服薬や、食事療法・運動療法の実践、症状が出た時の対処、定期的な通院などの形で、患者自身による自己管理が不可欠だとされる（Kardas et al. 2013）。健康増進政策の場合には、例えば禁煙や食生活の改善、持続的な運動習慣の確立、適正な飲酒量の維持などに代表されるように、「個人の生活習慣の改善」が不可欠なものと位置づけられる。健康増進法では、健康増進に関する国および地方公共団体の責務が規定されると共に、国民の責務として「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」ることが定められている。

(3) 患者や個人の行動や生活への介入

さらに第三の特徴として挙げられるのは、「自己管理の支援」や「行動変容の促進」という形で、患者や個人の行動や生活への介入が対策の一環として重要視されている点である。先に見たように、慢性疾患対策においては、患者や個人による継続的な自己管理が必要とされる。自らが受け入れた医学的な指示・指導に従って患者が継続的に自己管理を実践している状態のことを「アドヒアランス」と呼ぶが、WHO のレポートによると、慢性疾患患者の治療アドヒアランスは先進国では約 50％であり、途上国の場合にはもっと低いと推定される（WHO 2003, p.7）。このように、長期にわたる自己管理や行動変容の継続は困難であり、そこで慢性疾患対策では、患者や個人による自己管理や「健康な」生活習慣継続のために、第三

者（主に医療従事者や行政）による個人や患者の行動や生活への介入が必要だとされる。例えば糖尿病医療の場合、教育入院や糖尿病教室、栄養指導といった形でそうした介入が行われている。また、健康増進政策の場合には、情報提供や保健指導が代表的なものとして挙げられる。先に触れた健康日本 21（第二次）では、「主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」のための具体的方針として、「適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進」が挙げられている（厚生労働省 2012, p.2）。こうした第三者による介入は、時に個々人の行動や生活のうち、家庭生活や職場、学校、地域での活動など、医療を超えた幅広い私的な領域への介入を伴う。そのため、個人の自由を制限することにつながり得るそうした介入は何を根拠にしてどこまで許容されるのか――特に本人の健康に訴えるだけで許容可能なのか――は、生命倫理・倫理学における検討課題の一つとなる。

3. 慢性疾患対策にまつわる論点

以下では、慢性疾患対策に特有の倫理的課題として①健康格差と正義、②個人の責任を取り上げ、これら課題に関連する生命倫理の議論の動向を概観していく。

3-1　健康格差と正義

（1）社会疫学からの知見

格差や不平等、貧困の問題はもともと倫理学の主要なテーマであるが、とりわけ生命倫理の領域では、社会疫学の研究の進展とともに近年、健康格差にまつわる問題へ関心が集まってきた。「健康格差 health inequalities」とは、例えば平均寿命や死亡率、疾病罹患率など、社会的背景の異なる集

団間で見られる健康上の不平等のことを指す（近藤 2016, p.2）[1]。以下ではまず、健康格差に関する主要な社会疫学の知見とそれに基づく政治の動向を概観していきたい。

まず、ある社会における人々の健康状態の違いは一般にその社会の社会経済的な格差と強い相関があり、その違いは単に最も貧しい層の健康状態が極端に悪いことにのみ還元されないという。あらゆる社会経済的階層において違いが連続的に見られることが指摘されている（カワチ 2013）。「健康の社会的勾配 social gradient in health」とは、そのように、社会経済的地位がより低い人はそれだけ健康状態も悪い――疾病罹患率や死亡率が高い――という現象を指す（Marmot 2010）。健康格差や社会的勾配は社会経済的格差の大きい国だけでなく、国際的に広く――格差の比較的小さい国においても国同士の間でも――見られることが示されてきた。ただし社会経済的格差が非常に大きい国では、格差が小さい国に比べて、国民の全体的な健康状態はより悪いことも指摘されている。社会経済的格差と健康格差のこうした相関関係は必ずしも因果関係を示すものではないが、健康格差を生み出すような社会的な原因が存在し、格差はそれらが不均一な仕方で社会に配分されることによって生じると考える論者もいる（Daniels et al. 2000; Marmot et al. 2008）。そのように、個人の健康やそれに関わる生活習慣に影響を及ぼす要因のうち、特に医療外の要因のことを「社会的決定要因（SDH: social determinants of health）と呼ぶ[2]。主要な要因

1 集団間ではなく個人間の不平等として定義する論者もいる（Murray et al. 1999）。

2 下記 WHO の説明では、SDH は医療外の要因として説明されている：https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1。しかし、別の WHO の説明では、医療にまつわる要因も社会的決定要因に含められており、定義に揺らぎが見られる（WHO 2013）。また既に玉手が指摘するように、社会的決定要因は生活習慣などの個人的な決定要因と対立する概念ではなく、そうした個人的な要因のさらに背後にあって、そうした要因に影響を及ぼすものを指している（玉手 2018）。そのため、しばしば社会疫学の研究では、社会的決定要因のことを指して「原因の原因」と呼ぶことがある（Marmot 2016,

として、例えば教育水準、雇用状況、労働環境、経済状態、住環境、幼児期の環境、社会的・政治的な参加の機会、社会全体における格差の大きさなどが挙げられている（CSDH 2008）。

「慢性疾患は社会的不利益のリスク増幅器だ」と言われることがある（Dozono 2018）。社会経済的に不利な立場に置かれた人は慢性疾患に関連して重層的なリスクを負うことになるからである。まず、そうした人々はその社会経済的要因から慢性疾患に罹患する高いリスクをもっている。また疾病罹患によって、スティグマや差別、社会的孤立、失業、減収など社会経済的不利益を受けるリスクをもつ。病気に関連して患者が経験するスティグマや失業、貧困、医療費の不十分な保険適用等は、治療中断に影響を及ぼす社会経済的因子であることが明らかにされている（Redman 2007; Kardas et al. 2013; Dozono 2018; Rai et al. 2020）。つまり、不利な立場に置かれた人は、さらに治療や自己管理の継続が困難になるリスクをもち、その結果として、病気を悪化させ、早死にする高いリスクをより高くもつことになる。こうした格差の悪循環に対処するには、例えば貧困対策など最も健康状態の悪い人々――つまり社会的に最も不利な立場に置かれた人々――だけを対象とした支援では十分効果が得られないと指摘されている（Daniels et al. 2000, p16; Marmot 2010）。また医療アクセスの平等な提供だけでも十分ではないという（Venkatapuram & Marmot 2018; Donozo 2018）。健康増進についても、やり方次第でかえって健康格差を助長させると指摘されている（近藤 2016, p.44-49; カワチ 2013, p186-188; Berkman et al. 2014, p506-508）。

COVID-19 のパンデミックは様々なメカニズムを介してこうした社会経済的格差と健康格差の悪循環をさらに悪化させていることが明らかになっている（Kawachi 2020; 近藤 2020; 千嶋ほか 2020; WHO 2021）。慢性閉塞性肺疾患や慢性腎臓病、糖尿病、高血圧などの慢性疾患は COVID-19 の重

pp.22-48, 50-51）。

症化リスクを高める因子であるため、既存の健康格差に応じた重症化や死亡リスクの格差が推測される。実際、所得や学歴、職種、地域の貧困レベル、雇用、住環境、人種、民族といった社会経済的特性に応じて、感染率や重症化率、死亡率に差異が生じていることが、日本を含め多くの国の調査において明らかにされている（Chen and Krieger 2020; Wadhera et al. 2020; Hawkins 2020; Calderón-Larrañaga et al. 2020; Drefahl et al. 2020; Diderichsen 2021; Gustafsson et al. 2022; Ribeiro and Ribeiro 2021; Silva and Riebeiro-Alves 2021; Yoshikawa and Kawachi 2021; Arcero-Gomez et al. 2022）。またワクチン配給における国際格差も深刻であるのに加え、全国民や住民にワクチンを確保してきた国々の内部でも、ワクチンに関する格差が指摘されている。というのも、ある個人が接種するかどうかは「本人が接種へのためらいや抵抗感をどれだけもつか」や「ワクチンについての情報や政策をどれだけ信じるか」に依拠するが、この点に関しても社会経済的格差の影響が指摘されているからである（Ognyanova et al. 2022; Kadoya et al. 2021; Okubo et al. 2021）。さらに感染症だけでなくその対策も既存の格差を悪化させている。ロックダウンや外出自粛による失業や減収、生活不安、社会的孤立・排除は非正規労働者や低所得者、困窮者、虐待や DV の被害者など、もともと弱い立場にある人をさらに追い詰める（Nagasu et al. 2021; 内閣府男女共同参画局 2021）。また運動不足やストレス、受診抑制などをきっかけに既往症を悪化させる人の増加によって、既存の健康格差がさらに拡大することも懸念される（千嶋ほか 2020）。米国では、飲食業や小売業など、非白人事業主が多くを占めるビジネスが大きな打撃を受けた（Kawachi 2020）。またロックダウン中でも在宅勤務ができないエッセンシャルワーカーは、多くの国において移民や非白人労働者が占めている。日本では、女性の非正規労働者の割合が高い飲食・宿泊業などで経済的な打撃が深刻である（内閣府男女共同参画局 2021）。

健康格差やその社会的勾配への対策は各国および国際社会の主要政策課題と認識されてきた。最も早い段階から対策を進めてきたのは英国であ

る。1980 年ブラック報告を始めとして、1998 年アチェソン報告、2010 年マーモット・レビュー（Marmot 2010）など公的文書に英国国内や一部地域における格差の現状と方針がまとめられ、それらに基づいて様々な対策が進められてきた （Redman 2007; 近藤 2016）。対策は欧州各地域にも広がっている（Berkman et al. 2014, pp.568-372）。国際的な動きとしては、1998 年 WHO の報告書（Wilkinson et al. 1998）や 2005 年健康の社会的決定要因に関する委員会（CSDH: Commission on the Social Determinants of Health）の設置などが挙げられる（CSDH 2008）。2011 年には第一回「健康の社会的決定要因世界会議」がブラジル政府によって開催され、同年リオサミットでは国内外での健康格差対策に関する目標を掲げた宣言が出された。こうした動きを受け、チリやアルゼンチン、ブラジルを含めた多くの国が対策を進めてきた（Berkman et al. 2014, pp 563-567）。日本では、健康格差のうち特に「都道府県格差の縮小」が健康日本 21（第二次）の目標の一つに掲げられている（厚生労働省 2012）。

（2）生命倫理における議論

上記の政策や公的な文書では、基本的に健康格差や勾配は是正されるべきもの、つまり不正義の問題と位置づけられている。例えばマーモット・レビューでは「理に適った手段によって回避可能な健康上の格差は不正である。それを正すことは社会正義の問題である」と述べられている。しかし、生命倫理・倫理学において議論になるのは、果たして健康格差は（どこまで）不正なのかという問題である。確かに事実として健康格差があるとしても、果たしてその格差 inequalities はどのような場合でも不公正 inequity なのか、それとも不正な格差（是正されるべき格差）とそうでない格差の区別があるのか、またその根拠は何なのか。かりにある種の（又はあらゆる）健康格差が不正義だとして――つまり社会や政府が対処すべき問題だとして――いかにしてそれに対処すべきなのか。例えば健康格差を引き起こす社会的要因のいずれかを操作したり再配分することによ

って対処すべきなのか、しかしそうした介入が他の点での不正義をもたらすことにならないのか。以下では、こうした点をめぐる議論を取り上げ概観していきたい。

ダニエルズらは、ロールズの正義論に依拠して、健康格差にまつわる上記の問題に応えようとしている。ロールズにおいて健康・医療にまつわる問題は主要課題として扱われているわけではないが、ダニエルズは、正義の二原理のうち、特に第二原理の前半「公正な機会の均等原理」に関わる問題と位置づけ、議論を発展させている。彼によると、健康は「通常の生活機能」として定義され、公正な機会のためには通常の生活機能の維持が必要とされるため、医療や健康に関わる制度・政策はこれを保障するための基本財として位置づけられる（Daniels 1985, pp.26-28; 1996, p.188-194）。すなわち公正な機会の均等原理は、全ての人の通常の生活機能の促進を目的とする公衆衛生、医療、社会的支援などの幅広いサービスを整備するよう求める。このように解釈される公正な機会の均等原理にあっては、人々の健康改善だけでなく、健康格差の縮小もまた重要な目的となる（Daniels et al. 2000）。より具体的に健康格差縮小のための政策として、ダニエルズらは基礎教育への投資、手ごろな価格の住宅供給、所得保障、それ以外の貧困対策など、医療以外の幅広い政策を提案している。こうしたダニエルズらの議論に対しては、健康格差それ自体が不正と見なされているのか、それとも他の不正義の副次的な結果なのかが曖昧だという批判がある（Anand & Peter 2000）。しかし少なくとも一定範囲以上に広がった健康格差について、ダニエルズらは明らかに直接是正が目指されるべき不正義の問題として、すなわち公正な機会の均等を損なう問題として位置づけている。同時に彼らは、健康や医療に直接関わらない領域での格差についても、健康格差の是正の観点から是正を求めている。先に見たように、例えば教育や住環境、所得などである。他方で、彼らはあらゆる健康格差を是正すべきと考えているわけではない。公正な機会の均等原理を含めた正義の二原理が完全に満たされた社会においてなお健康格差が残ること

――それは現実世界の格差に比べかなり小さいはずだが――を彼らは認めた上で、これを縮小させるべきかどうか――それとも他の政策を優先すべきか――――は各社会の民主的プロセスに委ねられるべきだとしている（Daniels et al. 2000）。

こうしたダニエルズの議論と並んで、健康格差に関する正義の議論としてしばしば引き合いに出される議論に「運の平等主義 luck egalitarian」の議論がある（Preda & Voigt 2015; Bognar & Hirose 2014）。運の平等主義とは「ある人が自分のコントロールを超えた理由によって他の人よりも困窮した状態にあることは不正だ」とする立場を指す（Segall 2009, p.10）。この立場は、人々の間に不平等をもたらす運を「自然運 brute luck」と「選択運 option luck」とに大別する。前者は、私たちがコントロールすることのできない運であるのに対し、後者は、例えばギャンブルをしようという決定の後に生じる運に代表されるように、私たちがコントロール可能な運を指す。運の平等主義はこのうち前者の自然的運によって生じた不平等のみを不正義と見なす。こうした立場からすると、健康格差の全てが正義の問題となるわけではない。例えば Segall は、健康格差に関して正義が求めることとして、第一に、自分の不健康に対して責任がない人を治療すること、第二に、そうした人のうち最も健康状態が悪い人に高い優先順位を与えることを挙げる。すなわち、彼によると、自身の健康維持に配慮し、より多くの努力をそれにつぎ込む思慮深い患者 prudent patient への治療のみが正義の関心事なのであり、同じような健康状態であっても、喫煙習慣のある人の健康に関する要求は、ジョギング習慣のある人に比べて弱いという。このように、運の平等主義にあっては、非自発的な格差健康のみが正義の問題と見なされる（Segall 2009, pp.118-120）。

また先に見たマーモット・レビューでは、不正な健康格差（是正されるべき格差）とそうでない格差の区別が設けられており、その違いは「理に適った手段によって回避可能であるか」によって説明される。さらに不正な健康格差を是正するために、その原因と考えられる社会的決定要因に

働きかけること、つまり例えば基礎教育や雇用、生活水準、所得など広範な格差を何らかの形で是正・縮小することが提案される。健康格差とその対応策に対するこのような見解は、様々な公的文書において広く採用されている（Whitehead & Dahlgren 2006）。しかしこのような見解に対しては批判も少なくない。例えばボグナーや広瀬は、社会経済的格差の是正を通じて健康格差の是正を目指すという政策の問題点を指摘している（Bognar & Hirose 2014; 広瀬 2016）。それによると、こうした政策を支持する論者は社会経済的格差と健康格差の間の相関関係を因果関係と見なす過ちを犯している。しかし両者の間に必ずしも因果関係があるとは限らない。例えば重い病気や障害によって働き続けるのが難しいため、早期退職をする人がいる。この場合、悪い健康状態によって医療費がかさんだり、働き続けることができず収入が限られることが経済的な困窮を引き起こす。つまり、健康格差が社会経済的不平等を生み出す場合もあり得る（Bognar& Hirose 2014）。さらに広瀬は、果たして健康格差の是正――逆に言うと健康の平等――それ自体が目指されるべきなのかという点にも疑問を投げかける。健康を全体的な福祉 well-being の一部に過ぎないと見なすなら、全体的な福祉において格差がないならば健康の格差は許容されるという考え方もあり得る。つまり、この問題は、健康と福祉の関係をどのように捉えるべきなのか、健康の価値とは何なのかという「より根源的な問題」に帰着するという（広瀬 2016,p.178-183）。

Preda と Voigt もまた、健康の社会的決定要因の再配分によって――つまり社会経済的格差の是正によって――健康格差を是正しようとする政策を批判する。彼女らによると、不正な格差に関するマーモット・レビューでの区別――回避可能な格差かどうか――には明確な根拠がない。というのも「あることをなし得る（格差を回避し得る）」という事実は「それをすべき」ということを示すのに十分ではないからである。またかりに幾つかの社会的な要因が健康格差の「原因の原因」だったとしても、そのことから直ちに「究極の」原因に働きかけることが健康格差是正に「最も」

有効な方法だとは言えない。福祉国家政策の拡充により所得と富の格差が縮小しても依然として健康格差が存在することが、欧州の諸国における実証研究から示されている。特に英国では健康格差に対する幅広い抜本的な対策をとってきたが、健康格差はむしろ拡大しているという。Preda & Voigt によると、幅広い社会的政策は必ずしも健康格差に対する望ましい効果を生むとは限らない。そもそも健康増進――つまり社会全体の健康状態を高めること――――と健康格差の是正という二つの目標が両立するかどうかについても彼女らは疑いを投げかける。前者に関しては、正義の問題とすべきかどうかということすら明確ではない、と彼女らは主張する（Preda & Voigt 2015）。

健康格差と正義の関係をめぐるこうした論点に関しては、この他にも（Daniels 2001; Sreenivasan 2007; Venkatapuram & Marmot 2009; Wester 2015; Jha and Dobe 2016; Marmot 2017; Kniess 2021; Borras 2021）などの議論があるが、次に取り上げる個人の責任をめぐる論点と比較すると、健康格差についての議論はそう多くはない。しかし健康格差はそれ自体不正なのか、その根拠は何なのかといった点を改めて検討することは、パンデミック下において特に重要性を増しているように思われる。というのも、健康格差をどのような形でどこまで是正するのかという問題は、どのような方法が効果的なのかといった技術的な問題にのみ還元することはできないからである。確かにパンデミックによってさらに深刻化する格差の悪循環に対して何らかの仕方で対応すべきだと言えるにしても、Preda と Voigt がすでに健康格差一般への対策について指摘するように、その対策の根拠に関しては曖昧さが残る。かりに健康格差を是正するという点でより効果的な方法であったとしても、それがほかの面での格差をもたらしたり、何らかの社会的不利益をもたらしたりすることはあり得る。この点は、格差対策と社会全体の感染症対策、そして経済政策の対立が先鋭化するパンデミック下において特に当てはまるだろう。そして広瀬が指摘するように、確かに健康格差を倫理的な観点から――特に正義の観点から――どのように位置

づけるのかという問題は、健康をどのように定義し、その公的な価値をどのように捉えるのかという問題とも関わってくる。さらに、個人は自分の健康状態にどこまで責任を負うのか、「責任を負う」とは何を含意するのかという問題とも関わる。こうした各問題に関わる論点ついては、3-2 でも改めて取り上げたい。

3-2　個人の責任をめぐる議論とその批判

(1) 個人の責任をめぐる論点

2-2（2）において指摘したように、慢性疾患対策では対策の対象・客体となる患者（と個人）は、同時に自己管理という形で、対策の一端を担う主体として位置づけられる。患者（と個人）のこのような位置づけは、しばしば責任概念、特に「健康への個人の責任 personal or individual responsibility for health」概念によって言い表される（Redman 2007）。例えば 1999 年英国保健省の政策報告書では「人々は自分の健康に責任をもつ必要があり、多くの人はそうしている。個人が為すことや行動によってその人自身の健康を改善できるという新たなはっきりした認識がある」と述べられている（Department of Health 1999, p.16）。2015 年 NHS イングランドの憲章は、個人に対し自分と自分の家族の健康と幸福とに責任を負うよう求めている（NHS England 2015）。また先に言及したように、健康増進法では「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」ることが国民の責務と定められているが、英語版ではこの「責務」の訳語として responsibilities が充てられている（日本法令外国語訳データベースシステム 2020）。

このように責任概念は、慢性疾患対策にあって一方で、患者や個人の役割を強調するために用いられる。しかし他方で、同じ領域において、責任概念がしばしば別の仕方で引き合いに出されることがある。例えば患者

が周囲から「罹患したのは本人のせい／過失だ」とか「自己コントロールを欠いている」として非難の目を向けられることがある[3]。特に肥満[4]、HIV/AIDS、糖尿病に関しては、疾病に罹患したことを “意志の弱さ weak will” や “怠慢 laziness”、“自制心のなさ undisciplined”、“自己責任の失敗 failure of personal responsibility” の表れと見なされる経験を患者の多くがもつと報告されている（MacLean et al. 2009; Browne et al. 2013; Puhl & Suh 2015; Phelan et al. 2015; Saxena & Kumar 2017; Liu et al. 2017）。他の疾患に関しても近年、同様のスティグマが報告されている（Rai et al. 2020）。さらに、例えば「不健康な」行動や生活習慣を止めない個人について、治療費の負担を重くしたり治療の優先順位を下げたりといった方針を擁護する政治家の発言は日本だけでなく、国際的に広く見られる（Marmot 2016, pp.49-54）。ある個人の健康状態について、その人を非難したりその人に負担や不利益を与えようとするこうした動きの前提には、「自己管理および生活習慣の変化は個人の努力によってコントロール可能であり、従って、個々人には健康に関わる自らの行動や習慣に対して――あるいはさらに、その結果としての健康状態に対しても――責任がある」とする信念がある。こうした信念、およびそれに基づき「無責任な」個人を批判したり罰したりしようとする考え方を「健康に対する自己責任論」と呼ぶことがある。責任概念は、慢性疾患対策においてこのように、患者や個人を非難したり追加の負担や不利益を課そうとする上で引き合いに出されることがある。

生命倫理の領域では、健康に関する個人の責任に関して膨大な議論がある。主な論点としては、①本人に責任があるとは何を含意するのか、単に私的な人間関係での批判や非難に値するという意味にとどまるのか、そ

3　そもそも慢性疾患に限らず体調不良全般を個人の責任に帰する考えの歴史は、Reiser によると、古代ギリシア・ローマ時代にまで遡るという(Reiser 1985)。

4　肥満を単なる健康リスクではなく、疾患と位置付けることに対しては議論がある（美馬 2012, p.63）。

れ以上に、行動や生活習慣の違いに応じて個々人を公的に異なる仕方で扱うのを正当化することまで含むのか、②どのような条件を満たせば「健康状態について本人に責任がある」と言えるのか、③健康や病気に関わるどこまでの事柄に個人が責任を負うのか（特に結果か行動か）、逆に社会や政府、専門家はどこまで責任を負うのか、それぞれの責任は倫理学のどの立場に依拠して正当化可能なのか、④責任概念に基づいて何らかの政策や対策を擁護することができるか否かが挙げられる。

例えば①の個人的責任の含意を明かにする上で、これまで様々な責任概念の分類が提示されてきた。広く指摘されるのは、「道徳的責任 moral responsibility」と「因果的責任 causal responsibility」の区別である。因果的責任とは「ある事態を引き起こした直接の原因がある人の行動にあること」を意味するのに対し、道徳的責任とは「ある人がある事態に関する道徳的な称賛や批判に値すること」、つまり何らかの負債や不利益を負うことを意味する「liability」、もしくは説明責任を果たすことを求める「accountability」を含意するものとして理解される（Glannon 1998; Minkler 2000; Yoder 2002; Brown et al. 2019a; Brown et al. 2019b; Schwan 2021）。このうち慢性疾患対策において言及される「個人の責任」とは、道徳的責任を指すものとして通常理解されるが、それを否定する議論もある （Friesen 2018; Brown et al. 2019a; 2019b）。また「後ろ向き責任 backwards looking (retrospective) responsibility」と「前向き責任 forward looking (prospective) responsibility」もよく目にする区別である。前者は、疾病罹患や悪化という帰結が生じた場合に、過去に遡ってその要因・原因と考えられる患者の行動や習慣について、患者に責任があるという考え方を表している。これに対し、後者は、個人が過去に行った行動を問題にするのではなく、将来において個人がどのように行動するのかに関心を向ける。この責任に依拠した場合、悪い結果（例えば健康状態の悪化）をもたらし得る行動をこれから個人が行わないよう、あるいは良い結果（例えば健康増進）をもたらし得る行動を行うよう、例えば「不健康な」物への課税や広告規制といっ

た形で、個人に動機づけを与える政策が支持される。後述するように、こうした二種類の責任のうち、前者に基づいて一定の政策を擁護する論者もいれば（Glannon 1998; Cappelen & Norheim 2005）、後者の責任に基づくことを擁護する論者もいる（Brown & Savulescu 2019; Savulescu 2018; Brown et al. 2019a; 2019b）。また②の責任の条件に関して、多くの議論が共通し挙げているのは「コントロール条件」である（Glannon 1998; Minkler 2000; Yoder 2002; Brown & Savulescu 2019; Brown et al. 2019a; Schwan 2021; 玉手 2018）。コントロール条件とは「ある個人の行動やその結果に対しその人に責任があると言えるのは、その個人がそれらをコントロール可能な場合のみだ」というものである。健康に対する個人の責任は基本的にこの条件を前提として成り立つと考えられている。しかし、どのような場合にこの条件が成立するのか、因果的責任がなくてもコントロール可能と言いうるのかといった点をめぐっては議論がある（Andersen & Nielsen 2016; Brown et al. 2019a; 2019b; Schwan 2021）。

さらにこうした議論に基づいて、③および④の論点に関し、一方で、個人の責任概念やそれに対する特定の解釈に一定の意義を認め、これに依拠して何らかの政策や介入を擁護する議論があり（Veatch 1980; Glannon 1998; Cappelen & Norheim 2005, Feiring 2008, Brown & Savulescu 2019; Savulescu 2018）、他方で、そうした政策や介入を批判する議論がある（Minkler 2000, pp.11-12; Wikler 2002; Yoder 2002; Friesen 2018）。以下では、擁護論と批判とに分けて主要な議論を取り上げたい。

（2）擁護論

個人の責任の概念に基づいて、例えば「不健康な」生活習慣を送っていた患者に対し、医療資源配給における優先順位を下げたり、治療へのアクセスを制限したり、追加の費用負担を求めたりといった方針が提案されることがある。あるいは「健康的な」行動や生活を行う人に対し、免税や医療費負担軽減などの特典付与といった政策が擁護されることもある。さ

らには「不健康な」商品や活動への課税（sin taxes）といった政策・方針・介入が支持されることもある。しかし、こうした議論は依拠する責任概念の種類――とくに後ろ向き責任か前向き責任か――に応じて、大きく二つのタイプに分けられる。

第一のタイプは、後ろ向き責任に依拠した議論である。例えば（Veatch 1980; Moss & Siegler 1991; Glannon 1998; Cappelen & Norheim 2005; Buyx 2008; Sharkey & Gillam 2010）の議論が挙げられる（Albertsen 2015）。このうち、Cappelen & Norheim や Buyx、Veatch は、自由主義的平等主義 liberal egalitarian の立場からそのような議論を展開している。自由主義的平等主義とは、個人の自由の尊重を重視すると同時に、その前提として個人への等しい機会 equality of opportunity の保障を重視する立場として特徴づけられる。Cappelen & Norheim によると、この立場は二つの原理から構成されるという。第一は、人々に自由が認められなくてはならないとする自由主義的原理であり、第二は、同じ選択を行う個人は同じ帰結が得られるよう保障されなくてはならないとする平等主義的原理である（Cappelen & Norheim 2005）。自由主義的平等主義をこのように解釈した上で、彼女らは、個人は自身の選択の結果ではなく選択そのものに責任を負わなくてはならないと主張する。というのも、行為の結果に関しては、似たような行為でも運の違いによって帰結が異なることはあり得るが、他方、行為そのものに関しては、個人がコントロール可能な場合には、その責任が個人に帰せられるべきだからだという。また Buyx は同じ自由主義的平等主義に依拠しつつも、特に「連帯 solidarity」の観点から、選択・行動だけでなく結果についても個人に責任を負わせ得ると主張する。具体的には、本人の責任に応じた医療資源配給や特典付与といった方針や制度が擁護され得るという（Buyx 2008）。Glannon は、特にアルコール依存症に着目した上で、同じ立場（彼の言葉では「平等主義」）から、依存症患者の責任について論じている。彼によると、依存症患者は、行為だけでなく、病気になるという結果にも責任をもち得る。というのも、たとえ遺伝や環境の影響が患

者個人のコントロールを超えるものだったとしても、患者が一番初めにアルコールを摂取した時点では、コントロール条件や認知条件など責任成立のための条件を満たし得るからだという（Glannon 1998）。

第二のタイプの議論は、前向き責任に依拠した議論である。そうした議論の多くは、後ろ向き責任概念を批判した上で、それに代わる概念として前向き責任に着目する。Feiring は、先に見た「運の平等主義 luck egalitarian argument」を、後ろ向き責任を擁護する議論として解釈した上で、自由主義的平等主義に基づきこれを批判する。彼女によると、平等主義の基本原理である平等な機会は本来、配分的な問題にのみ関わるものではなく、公正な社会的協働のための規約 term を表すものである。そうした協働において個々人は、その市民としての位置づけゆえに互いに主張を行う権利が与えられなくてはならない。医療制度は、社会的協働に参加し市民権を行使する公正な機会を人々に与える点にその役割がある。こうした観点からすると、医療資源配給は、医療の重篤性と治療の効果を基準として配給されるべきであり、健康状態の悪化が患者の過去の行為に起因するかどうかに依るべきではない。このようにして Feiring は、後ろ向きの責任に依拠した政策を批判した上で、前向き責任に依拠した政策の可能性について検討する。例えば十分な治療効果を得るために必要な生活習慣の変更に患者が同意しない場合には、一方で、患者のそうした自律的選択は尊重されるべきであるが、他方で、その選択について前向きの責任を患者に帰すのは認められると彼女は考える。具体例に擁護し得る方針として、彼女は、医療資源配給の優先順位決定などを挙げる（Feiring 2008）。

サヴァレスキュは自由主義の観点から後ろ向き責任を批判し、前向き責任を擁護する。それによると、後ろ向き責任に依拠した制度は、個人の善き生の構想に中立であるはずの自由主義の考えに反する。というのも、本来一定のリスクは、個々人の善き生を実現する上で不可欠なものであるが、後ろ向き責任に依拠した制度の下では、あらゆるリスクを避けて生きる人が優遇され、逆にリスクを取って生きる人が罰せられることになるか

らである。彼によると、自由主義社会において問題にされるべきなのは、健康に関するリスクの全てではなく、理に適っていない unreasonable リスクである。ある行動に伴うリスクが理に適っているか否かの判断は、その行動の客観的価値と害、その害が生じる可能性を考慮した上で、善き生を実現する上で取るに値するリスクなのか否かによって定められる。そこで、社会には、いかなる健康リスクが理に適っていないのかを判断し、個人がそうしたリスクを伴う行動に前向きに責任をとることができるようサポートすることが求められるという。サヴァレスキュはこのように、社会が個人に与える理に適った機会のことを「またとない機会 golden opportunity」と呼ぶ。またとない機会のための具体的な政策として、彼は電子タバコの提供や生活習慣改善プログラムなどを挙げている（Savulescu 2018）。

この他、前向き責任を擁護する議論として、ブラウンらの議論がある。彼女らによると、一定レベルの健康はほとんどの行為者にとって自身の福祉促進や維持に関わる財 goods であるため、国家が前向き責任に訴えて健康増進の政策を推進することはある程度許容され得る。他方で、健康維持に関わる理由は、人によってその重要性は多様であり、国家による強制的な政策を正当化するほど強い理由ではない。具体的に許容され得る健康増進政策として、彼女らは、健康に関連した生活習慣や行動への情報提供、個人が健康維持に必要な行為をするための機会の促進といった政策を挙げる（Brown et al. 2019a）。

以上、個人の責任に依拠した政策や制度を擁護する主な議論を見てきた。平等主義的自由主義は、こうした議論の多くがその正当化根拠として引き合いに出す倫理学的な立場である。ただし、この立場をより具体的にいかに解釈するのかについては、今見たように、論者によって違いが見られる。また、いかなる種類の責任概念が擁護されるのか、最終的にいかなる政策や方針が導かれるのかについても、論者によって様々である。他方で、何らかの形で個人の責任概念を擁護するこうした議論に共通の前提として、下記二つの認識を指摘することができるだろう。第一は、慢性疾患

の蔓延を政府や社会が対処すべき喫緊の課題と見なす認識である。特に深刻な懸念として多くの論者が挙げるのは、慢性疾患の蔓延による社会負担の増大と希少な（有限な）医療資源の配給の必要性である（Glannon 1998; Cappelen & Norheim 2005; Buyx 2008; Feiring 2008; Savulescu 2018）。それによると、拡大するこの疾患のために用いられる国家の資源や医療資源には限界があり、必要とする全ての人に配給することはできない。そのため、何らかの基準に依拠し、配給の優先順位を決めるか負担を個人に負わせる必要がある。個人の責任はその基準を与える視点として注目される。個人の責任が強調される背景の一つにこうした社会的な懸念がある点は、既に複数の論者によって指摘されていることとも一致する（Minkler 2000; Wikler 2002; Marmot 2016, pp.69-71; 服部 2003; Yoder 2002）。

第二は、疾病管理における患者や個人の役割を重視する認識である。この点は、とくに（Glannon 1998; Brown 2013; Brown & Savulescu 2018; Brown et al. 2019a; Schwan 2021）の議論に顕著に見られる。既に指摘したように、慢性疾患の多くは治癒不可能もしくは困難であり、世界的に拡大するこの疾患に対処する上では、医療専門職による医学的介入だけでは限界がある。他方で、個々人の行動や生活習慣の変更によってこの疾患をある程度コントロールすることが可能であることが指摘されてきた。既に指摘されるように、このことが疫学の調査によって明らかにされてきたことは、慢性疾患対策において殊に個人の責任が強調されてきたことと強く関係している（Veach 1980; Minkler 2000; Wikler 2002）。しかし同時に、人がいかに生活するのかということは、本来個人の自由な選択に委ねられるべき問題と位置づけられる。個人の責任概念は、このような個人の自由に委ねられるべき領域への、ある種の社会的介入（とくに帰責という形での介入）の正当性を説明するという機能をもっている。

（3）批判

個人の責任に依拠した議論に対してはこれまで様々な批判が向けられ

てきた。以下では主な論点を見ていきたい。

①コントロール条件への批判

最もよく指摘される批判としては、個人の責任が成立するための条件の一つ、コントロール条件を疑問視するものがある。個人の責任に依拠した多くの議論によると、個人は健康に関連する自分の行動や生活習慣をコントロールすることができるため、その結果としての健康状態にも責任を負うことになる。しかし、3-1（1）で言及した社会疫学の知見に照らすなら、健康に関連する個人の行動や生活習慣、ひいては健康状態は様々な社会的要因から大きな影響を受けている（Brown & Savulescu 2019）。また、遺伝や自然環境の影響も大きい。さらに、例えば喫煙や薬物使用、不健康な摂食に代表されるように、依存性や衝動、強迫の影響も無視できない（Brown 2013; Friesen 2018）。このように、個人の健康状態やそれに関わる行動や習慣は、その本人のコントロールを超えた様々な要因に大きく影響を受けている。特に貧困と不平等は、既に指摘されているように、選択に必要な力を個人から徹底的に奪う（Marmot 2016, p.60-62; Brown 2013）。そもそも責任の議論が前提に置く人間像――人は自らの生活に関わるあらゆる場面において意図的かつ合理的に行動するという像――は誤りだとする議論もある（Brown 2013; Brown et al. 2019a）。それによると、私たちの習慣的な行為の多くは、意思作用よりも環境要因に大きな影響を受けている。そのため、個人の責任概念に依拠した対応や対策、政策は、実際には個人がコントロール不可能な事柄に関してその人に責任を負わせるという点で、慢性疾患の治療や健康増進として効果がない[5]。さらに、既存の社会経済上の格差や貧困、スティグマ、偏見を助長したり、そうした不正義の被害者を非難する（victim blaming）という点で、そうした対策や政

5　例えば Minkler は、教育や情報提供など患者の責任を根拠に置くプログラムよりも、課税や法規制などの社会的責任や社会環境への介入を重視した介入の方がより効果が高いということを示す幾つかの実証研究に言及している（Minkler 2000, p.12）。

策は道徳的にも問題があるとされる（Marmot 2016, p.49-76 ; Minkler 2000, pp.11-12; Wikler 2002; Brown 2013; Friesen 2018; Brown & Savulescu 2018; Brown et al. 2019a）。

②実践上の問題

たとえ一部の個人は健康に関連した行動や習慣をコントロールできるとしても、誰がそうなのかを正しく見分けること（つまり責任を帰すべき個人を見極めることは）は実践上困難もしくは不可能だという点も多くの批判の中で指摘されてきた。例えばブラウンとサヴァレスキュによるなら、個人の責任に基づく政策によって十分なコントロールを欠く人が誤って罰せられたり不利益を受けたりする場合、それは十分なコントロールをもつ人が誤って責任を問われないことよりも悪い（Brown & Savulescu 2019）。Feiring は、ある個人に健康への責任があるかどうかを見極めようとするプロセス自体が社会的に不遇な立場に置かれる人に対して屈辱を与えかねないと指摘する（Feiring 2008）。その他にも、個々人の責任の有無を評価するために甚大な時間や資源、情報が必要になる点や、患者が自分の選択の結果を予見していたのかどうかの見極めが困難である点、見極めにあたって社会的スティグマが大きな影響を及ぼす点などが問題として指摘されている（Harris 1995; Feiring 2008; Friesen 2018）。

③恣意性

責任の対象とされるリスクや活動の恣意性を指摘する批判も多く見られる（Harris 1995; Fitzgerald 1994; Minkler 2000; Yoder 2002; Friesen 2018; 美馬 2012）。Yoder は責任概念を道徳的責任と因果的責任、社会的責任との三つに分類した上で、そのいずれの意味においても「ある活動について個人に責任があるかどうか」は、客観的に規定されるよりも、私たちの価値・慣行・考察に依拠して判断されていると指摘する。例えば道徳的責任に関しては、社会における予防可能な害の全てについて責任があるとは考えられていない。予防することが社会的に期待される害とそうでない害の区別があり、その区別は私たちの利害関心、価値、社会的慣行、社会的文

脈、社会規範などに依存して定められている（Yoder 2002）。美馬も同様の指摘をしている（美馬 2012, p65）。Friesenは、ある活動が健康に関する責任の対象として議論される背景には、実際には責任概念よりも、むしろスティグマや偏見が大きく影響していると述べる。彼によると、健康に関する責任の議論において対象となるのは、例えば喫煙や飲酒、薬物使用や不健康な食習慣など、健康リスクの一部であり、例えば大気汚染がひどい地域や犯罪率の高い地域に住むこと、危険な状況で働く仕事に就くこと、危険なスポーツを行うこと等、前者と同じように健康リスクをもち責任の条件を満たし得る他の活動が議論の対象として取り上げられることはほとんどない。一部のリスクのみが責任をめぐる議論の対象となるのは、それらが責任の条件を満たすという理由からよりは、社会的にスティグマを付与された活動だという理由による。例えば障害者への強制不妊など、過去の歴史を踏まえるなら、スティグマを付与された行動や個人にのみに焦点を合わせて議論することには深刻な問題がある（Friesen 2018）。責任の議論が、例えば怠惰や大食、薬物中毒など社会的に「罪深い」と見なされる行為や社会的に軽視される行為のみを対象とする傾向がある点は、Wiklerによっても指摘されている（Wikler 2002）。さらにMinklerは、社会における様々なリスクのうち、健康リスクのみを恣意的に強調し、それだけに責任の概念を当てはめて議論することが「健康という名の圧政 Tyranny of health」もしくは「健康至上主義 healthism」に結び付いている可能性を指摘している（Minkler 2000）。

④その他の批判

その他の批判としては、医師や公的社会が担う援助義務や人道的義務の観点からの批判や、自由主義的な国家・社会の役割に照らした批判がある。前者の観点からすると、たとえ何らかの意味で個人に健康への責任があったとしても、それは医療者や公的社会が担っている援助義務を無効にするものではない。Wiklerによると、病やそれに伴う苦痛に苦しむ人を支援することは医療の基礎をなすものであるが、責任に基づく議論はそうし

た基礎を崩しかねないと指摘する（Wikler 2002）。ハリスは、責任に基づく政策が実質的に加罰機能をもつことを指摘した上で、医師や医療制度がそのような役割を担うことを問題視する（Harris 1995）。後者の観点からの批判としては、先に見たように、サバレスキュの後ろ向き責任への批判がある。彼によると、後ろ向き責任に依拠した社会制度の下では、健康についての一切のリスクが避けられることになるが、そうした制度は個人の善き生の構想に中立であるはずの自由主義の考え方に反し、全体主義やフェティシズムを導くことになるという（Savulescu 2018）。

（4）個人の責任をめぐる議論の課題

最後に改めて個人の責任をめぐる議論の今後の課題について検討したい。

①個人の責任と社会の責任という二分法の限界

責任を問題とする議論には「個人の責任か社会・政府の責任か」という二分法を前提におく傾向が見られる。すなわち「健康状態に関して個人に責任がある」という表現は基本的に「社会にはさらなる負担を負う責任がない」という意味で、従って、社会が負担を負うことを免れる理由として用いられる。しかし、近代以降――特に第二次世界大戦以降――、大企業や業界団体など、こうした二分法にぴったり合致しない行為主体が、例えば健康に影響を及ぼす物質・商品の製造販売や雇用環境の提供・整備といった形で、個々人の健康や健康に関わる行動・生活に大きな影響力をもってきた。自己責任概念に依拠した議論は、二分法を前提とすることによって、そうした第三の行為主体の責任（あるいは義務や役割）に目を向ける損ねる危険がある。

②責任の対象選択における恣意性

先に見たように、健康リスクを伴う諸活動や生活習慣のうち特にいずれが責任をめぐる議論の焦点になるかという点には、スティグマや偏見の影響などが見られる。さらにこの点も既に指摘されているように、例えば

投資やローンによる金融リスクや、事件や事故の被害リスクなど、現代社会の様々なリスクのうち特に健康リスクにのみ焦点が当てられ、責任の問題が論じられている点にも恣意性がある。先に指摘したように、個人の健康状態について、責任の議論が殊更集中して向けられてきた背景には、Minkler の指摘する健康至上主義の影響に加えて、やはり慢性疾患の蔓延が引き起こす社会的な懸念、特に医療ケア費用・負担の増大の問題が大きく影響しているように思われる。しかし健康増進のための幾つかの対策については実際に医療ケア費増大の抑制効果をもつかどうかをめぐって論争があることを踏まえるなら（Minkler 2000; Wikler 2002;大北 2016）、医療ケア費増大の懸念を動機とした責任の議論はやはり恣意的であると言えるだろう。

③自己責任の概念は有効か

「個人に責任がある」という言葉で表現するのが適切か否かはともかくとして、健康や疾病の管理において個人が一定の役割を果たし得ることは確かである。しかし、ここまでの議論が示すように、この点を「責任」という概念によって論じることは、様々な対立や混乱を引き起こす。特に「健康状態への責任が個人にある」という表現の含意を「義務」概念に置き換えた場合、その含意は文脈や時代に応じて大きく異なることが分かる。個人の生活習慣改善による慢性疾患の管理可能性が注目される文脈で個人の責任が強調されるとき、それは多くの場合「自分自身に対する責務」を指している（Wikler 2002）。これに対し、慢性疾患の増大に伴う社会負担の増大や有限な医療資源の配給が問題とされる文脈において個人の責任が言及される場合、それはどちらかというと「社会・他者に対する責務」という意味で用いられている（Wikler 2002; Brown 2013）。ブラウンらは道徳的責任と「用意周到さとしての責任 prudential responsibility」とを区別し、前者に依拠した政策の妥当性を否定する一方、後者に基づくものを支持するが、彼女らの二つの責任概念も上記の区別に対応する （Brown et al. 2019a; 2019b）。こうした個人の責任概念の曖昧さに伴う議論の混乱を避け

るためには、少なくとも学術的・政治的領域での議論においては、「責任」を「義務」の用語に置き換える方がよいと考える。ただし、責任概念を責務や義務に置き換えた場合にどのような問題が生じるのか、そもそも置き換え可能なのかという問題は今後検討すべき課題である。

3. 考察

ここまで慢性疾患対策に関する主な倫理的課題として健康格差と個人の責任をめぐる問題を取り上げ、それらをめぐる議論の動向を整理した上で、今後検討すべき論点を示してきた。具体的には、健康格差はそれ自体として不正なのか、その根拠は何なのか、また健康をどのように定義し、その公的な価値をどのように捉えるのか、個人や政府に加えて企業や業界団体といった主体は慢性疾患対策においてどのような責任や責務をもつのか、責任概念を責務や義務に置き換えることは可能か等の論点が今後検討すべき論点として挙げられる。

今回扱うことができなかったが、その他の倫理的課題として、さらに健康至上主義と医療化という二つの課題を指摘できる。本稿において既に示唆されるように、これら二つの課題と本稿で扱った健康格差および個人の責任に関する課題は相互に関連している。すなわち、3-1 で見たように、健康格差の問題に対処するためには、教育や雇用、個々の生活習慣や環境など、医療の枠組みを超えた広範な対策が必要だと言われているが、他方で、そのように健康の観点から対策の範囲を広げ強化していくことは、健康至上主義や過度な医療化に陥る可能性がある。また 3-1 で指摘したように、慢性疾患対策、とくに健康増進政策と健康格差対策は必ずしも両立するものではない。それぞれの対策について、政府や公的社会はどこまでの役割を果たしていくべきかということは、3-2 で見たように、健康に対してどこまでを個人の責任と見なすのかという問題とも不可分に結びついて

いる。さらに、3-2 で指摘したように、現代社会の様々なリスクの中でも殊に健康リスクが強調され、個人の責任が論じられる背景には、健康至上主義の影響が考えられる。また本稿では扱えなかったが、健康至上主義の問題点の一つに過度な医療化が指摘されている。本稿では、こうした四つの課題のうち、二つの課題をめぐる議論をそれぞれ分けて整理してきたが、今後それぞれの論点を検討していく上では別の課題での議論や論点を念頭に置く必要があるだろう。

文献

WHO. (2021). *Noncommunicable diseases: Key facts*, Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

NCCDPHP. (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion) (2021). *About Chronic Diseases*, Available at: https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm

厚生労働省. (2021). 『令和 3 年版厚生労働白書』, Available at: https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/20/

UN. (2011). *Political Declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases*: draft resolution / submitted by the President of the General Assembly, Available at: https://digitallibrary.un.org/record/710899/

WHO. (2013). *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020*, Available at: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236

WHO Global Conference on Noncommunicable Diseases. (2017). *Montevideo Roadmap 2018-2030 on NCDs as a Sustainable Development Priority*. Available at: https://reliefweb.int/report/world/montevideo-roadmap-2018-2030-ncds-sustainable-development-priority

大北全俊. (2016). 「日本のヘルス・プロモーションのポリシーについて」,『定常型社会におけるケアとそのシステム 2012 年度～2015 年度科学研究費（基盤研究 C）課題番号 24616024 研究成果報告書』, pp.7-44.

Australian Government Department of Health. (2019). *National Strategic Framework for Chronic Conditions*, Available at: https://www.health.gov.au/resources/publications/national-strategic-framework-for-chronic-conditions

Centers for Medicare and Medicaid Services (US government) (2021). *Chronic Conditions*. Available at: https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/Chronic-Conditions/CC_Main

NHS Wales. *Chronic Conditions: Background*. Available at: https://www.wales.nhs.uk/healthtopics/conditions/chronicconditions

Department of Health and Social Care (2012). *Long Term Conditions Compendium of Information: Third Edition*. Available at: https://www.gov.uk/government/publications/long-term-conditions-compendium-of-information-third-edition

Bernell S and Howard SW. (2016). Use your words carefully: What is a chronic disease? *Front Public Health, Aug 2*(4):159.

Donozo FS (2021). Understanding the problem of long-term treatment adherence: A phenomenological framework. *Medical Humanities, Dec;47*(4): 466-474.

橋本英樹. (2021). 「「生活習慣病」というラベルの歴史と国内外の動向、そして功罪」『糖尿病プラクティス』, 38(2): 164-168.

厚生省. (1995). 「第一部医療　第 3 章医療サービスの現状と課題」,『厚生白書平成 7 年版』、Available at: https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1995/

健康日本 21 企画検討会・健康日本 21 計画策定検討会. (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』, Available at: https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/pdff.html

美馬達哉. (2012). 『リスク化される身体』, 青土社

Kardas P, Lewek P, and Matyjaszczyk M. (2013). Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology, 4*(article 91): 1-16.

WHO. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*, (ed.) Sabaté E. Available at: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682

厚生労働省. (2012). 『国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針』Available at:https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kenkounippon21.html

近藤尚己. (2016). 『健康格差対策の進め方』, 医学書院

カワチ イチロー. (2013). 『命の格差は止められるか』, 小学館

Marmot M. (2010). *Fair society, healthy lives—The Marmot review. Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*. Available at: https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review

Daniels N, Kennedy BP, and Kawachi I. (2000). Justice is good for our health. In: Daniels N, Kennedy BP, and Kawachi I. (eds.). *Is Inequality Bad for Oure Health?* Beacon Press,pp.3-33.（福間聡訳、「正義はわれわれの健康によい」、児玉聡監訳『健康格差と正義：公衆衛生に挑むロールズ哲学』勁草書房、2008 年、pp.3-37.）

Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, and Taylor S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *Lancet, 372*: 1661–1669. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6

Murray C, Gakidou E, and Frenk J. (1999). Health inequalities and social group differences: What should we measure? *Bulletin of the World Health Organization, 77*: 537–544.

WHO (2013). *Social determinants of health: Key concepts*. Available at: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/social-determinants-of-health-key-concepts

玉手慎太郎. (2017). 「健康の自己責任論に対する 2 つの反論とその前提」『医学哲学医学倫理』, 36: 42-51.

Marmot M. (2016). The Health Gap, Bloomsbury Publishing PLC（栗林寛幸監訳『健康格差』日本評論社、2018 年）

CSDH (Commission on the Social Determinants of Health). (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available at: https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/commission-on-social-determinants-of-health

Donoso, FS. (2018). Chronic disease as risk multiplier for disadvantage. *Journal of Medical Ethics, 44*:371–375.

Redman BK. (2007). Responsibility for control; Ethics of patient preparation for self-management of chronic disease. *Bioethics,* 21(5): 243–250.

Rai SS, Syurina EV, Peters RMH, Putri AI, Zweekhorst MBM. (2020). Non-Communicable Diseases-Related Stigma: A Mixed-Methods Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health; 17*: 6657.

Wilkinson, RG, Marmot, M. and World Health Organization. Regional Office for Europe. (1998). *The solid facts: social determinants of health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*. https://apps.who.int/iris/handle/10665/108082

Whitehead, M. 1991. The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International 6*: 217–228. Available at: http://dx.doi.org/10.1093/heapro/6.3.217

Venkatapuram S and Marmot M. (2018). Social Determinants of Health and Health Inequalities, In: Arras JD, Fenton E., and Kukla R (eds.). *The Routledge Companion to*

Bioethics: Special Student Edition, Routledge, pp.16-32.

Berkman LF, Kawachi I, and Glymour MM (2014). *Social Epidemiology*, Oxford UP（高尾総司・藤原武男・近藤尚己監訳『社会疫学（下）』大修館書店、2017 年）

Kawachi I. (2020). COVID-19 and the 'rediscovery' of health inequities. *International Journal of Epidemiology*, 49(5):1415-1418.

近藤尚己. (2020). 「新型コロナウイルス感染症と健康の社会的決定要因」『民医連医療』, 577:6-10.

千嶋巌・武田裕子・近藤克則. (2020). 「健康と社会を考える:COVID-19 パンデミックがもたらす健康格差」『プライマリ・ケア』, 5(4): 61-66.

WHO. (2021). *COVID-19 and the social determinants of health and health equity: evidence brief*, Geneva: Available at: https://www.who.int/publications/i/item/9789240038387

Chen JT and Krieger N. (2020). Revealing the unequal burden of COVID-19 by income, race/ethnicity, and household crowding: US county versus zip code analyses. *Journal of Public Health Management and Practice; 27*(1) Suppl 1: s43-s56.

Wadhera RK, Wadhera P, Gaba P, Figueroa JF, Joynt MKE, Yeh RW, et al. (2020). Variation in COVID-19 hospitalizations and deaths across New York City boroughs. *JAMA,323*(21): 2192–2195.

Hawkins D. (2020). Social determinants of COVID-19 in Massachusetts, United States: An ecological study. *Journal of Preventive Medicine and Public Health;53*(4):220-227.

Calderón-Larrañaga A, Vetrano DL, Rizzuto D, Bellander T, Fratiglioni L, Dekhtyar S, (2020). High excess mortality in areas with young and socially vulnerable populations during the COVID-19 outbreak in Stockholm Region, Sweden. *BMJ Global Health, 5*(10): e003595.

Drefahl S, Wallace M, Mussino E, Aradhya S, Kolk M, Brandén M, Malmberg B, Andersson G. (2020). A population-based cohort study of socio-demographic risk factors for COVID-19 deaths in Sweden. *Nature Communications;11*(1):5097.

Diderichsen F. (2021). How did Sweden Fail the Pandemic? *International Journal of Health Services, 51*(4):417-422.

Gustafsson PE, Sebastian MS, Fonseca-Rodriguez O, Connolly AMF. (2022). Inequitable impact of infection: social gradients in severe COVID-19 outcomes among all confirmed SARS-CoV-2 cases during the first pandemic wave in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health, 76*(3):261-267.

Ribeiro KB, Ribeiro AF, Veras MASM, de Castro MC. Social inequalities and COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil. *International Journal of Epidemiology;50*(3):732-742.

Silva J and Ribeiro-Alves M. (2021). Social inequalities and the pandemic of COVID-19: the case of Rio de Janeiro. *Journal of Epidemiology and Community Health,75*(10):975-979.

Yoshikawa Y and Kawachi I. (2021). Association of socioeconomic characteristics with disparities in COVID-19 outcomes in Japan. *JAMA Network Open, 4*(7): e2117060.

Arceo-Gomez EO, Campos-Vazquez RM, Esquivel G, Alcaraz E, Martinez LA, Lopez NG. (2022). The income gradient in COVID-19 mortality and hospitalisation: An observational study with social security administrative records in Mexico. *Lancet Regional Health, Americas,6*:100115.

Ognyanova K, Lazer D, Baum M, Perlis R, Druckman J, Santillana M, Qu H, et al. (2022). The COVID states project #82: COVID-19 vaccine misinformation trends, awareness of expert consensus, and trust in social institutions. *OSF Preprints*, 15 Feb. Available at: https://osf.io/9ua2x/

Kadoya Y, Watanapongvanich S, Yuktadatta P, Putthinun P, Lartey ST, Khan MSR. (2021). Willing or hesitant? A socioeconomic study on the potential acceptance of COVID-19 vaccine in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health,18*(9):4864.

Okubo R, Yoshioka T, Ohfuji S, Matsuo T, Tabuchi T. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy and its associated factors in Japan. *Vaccines (Basel), 9*(6):662.

Nagasu M, Muto K, Yamamoto I. (2021). Impacts of anxiety and socioeconomic factors on mental health in the early phases of the COVID-19 pandemic in the general population in Japan: A web-based survey. *PLoS One, 16*(3): e0247705.

内閣府男女共同参画局 (2021). 『コロナ下の女性への影響と課題に関する研究会報告書』、Available at: https://www.gender.go.jp/kaigi/kento/covid-19/index.html

Daniels N. (1985). *Just Health Care*. Cambridge UP.

Daniels N. (1996). *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*. Cambridge UP.

Anand A and Peter F (2000). Equal Opportunity. In: Daniels N, Kennedy BP, and Kawachi I. (2000). *Is Inequality Bad for Oure Health?* Beacon Press, pp. 48-52. （板井広明訳「機会の平等」、児玉聡監訳『健康格差と正義：公衆衛生に挑むロールズ哲学』勁草書房、2008 年、pp.53-58.）

Segall S. (2009). *Health, Luck, and Justic*e. Princeton UP.

Preda A and Voigt K. (2015). The Social Determinants of Health: Why Should We Care? *The American Journal of Bioethics, 15*(3): 25-36.

Bognar G and Hirose I. (2014). *The Ethics of Health Care Rationing*, Routledge（児玉聡監

訳『誰の健康が優先されるのか』岩波書店、2017 年）
広瀬巌. (齋藤拓訳). (2016). 『平等主義の哲学』勁草書房
Whitehead M and Dahlgren G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1*. University of Liverpool: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health.
Venkatapuram S and Marmot M. (2009). Epidemiology and social justice in light of social determinants of health research. *Bioethics, 23*(2):79-89.
Wester G. (2015). The social gradient in health: missed opportunities or unjust inequalities? *The American Journal of Bioethics;15*(3):60-2.
Jha A and Dobe M. (2016). Personal vis-a-vis social responsibility for disparities in health status: An issue of justice. *Indian Journal of Public Health, 60*(3):216-220.
Marmot, M. (2017). Social justice, epidemiology and health inequalities. *European Journal of Epidemiology, 32*(7):537-546.
Kniess J. (2021). Health justice and Rawls's Theory at fifty: Will new thinking about health and inequality influence the most influential account of justice? *Hastings Center Report, 51*(6):44-50.
Borras AM. (2021). Toward an intersectional approach to health justice. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation, 51*(2):206-225.
Daniels N. (2001). Justice, health, and healthcare. *The American Journal of Bioethics,1*(2):2-16.
Sreenivasan G. (2007). Health care and equality of opportunity. *Hastings Center Report. 37*(2):21-31.
Department of Health. (1999). *Saving lives: our healthier nation*. London, The Stationery Office. Available at: https://www.gov.uk/government/publications/saving-lives-our-healthier-nation
NHS England. (2015). *The NHS Constitution for England.* London: Department of Health. Available at: https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england
日本法令外国語訳データベースシステム. (2020). 健康増進法. Available at: http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?id=3727&vm=04&re=01&new=1
Reiser SJ. (1985). Responsibility for personal health: a historical perspective. *The Journal of Medicine and Philosophy, 10*(1):7-17.
MacLean L, Edwards N, Garrard M, Sims-Jones N, Clinton K, Ashley L. (2009). Obesity, stigma and public health planning. *Health Promotion International, 24*(1):88-93.
Browne JL, Ventura A, Mosely K, Speight J. (2013). 'I call it the blame and shame disease':

A qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes. *BMJ Open,3*(11): e003384.

Puhl R and Suh Y. (2015). Health consequences of weight stigma: Implications for obesity prevention and treatment. *Current Obesity Report. 4*(2):182-90.

Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews, 16*(4):319-26.

Saxena I. and Kumar M. (2017). Obesity discrimination in healthcare. *European Journal of Internal Medicine*; 46:e29-e30.

Liu NF, Brown AS, Folias AE, Younge MF, Guzman SJ, Close KL, Wood R. (2017). Stigma in people with type 1 or type 2 diabetes. *Clincal Diabetes, 35*(1):27-34.

Glannon W. (1998). Responsibility, alcoholism, and liver transplantation. *Journal of Medicine and Philosophy, 23*(1):31-49.

Minkler M. (2000). Personal responsibility for health: Contexts and controversies. In: Callahan D (ed.), *Promoting health behavior: How much freedom? Whose responsibility?*, Georgetown UP, pp.1–22.

Yoder SD. (2002). Individual responsibility for health. Decision, not discovery. *The Hastings Center Report, 32*(2):22-31.

Brown RCH, Maslen H, and Savulescu J. (2019a). Against moral responsibilisation of health: Prudential responsibility and health promotion. *Public Health Ethics, 12*(2):114-129.

Brown RCH, Maslen H, and Savulescu J. (2019b). Responsibility, prudence and health promotion. *Journal of Public Health (Oxford), 41*(3):561-565.

Schwan B. (2021). Responsibility amid the social determinants of health. *Bioethics,35*(1):6-14.

Friesen P. (2018). Personal responsibility within health policy: unethical and ineffective. *Journal of Medical Ethics, 44*(1):53-58.

Cappelen, AW and OF Norheim. (2005). Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach, *Journal of Medical Ethics, 31*:476–480.

Brown RCH and J Savulescu. (2019). Responsibility in healthcare across time and agents. *Journal of Medical Ethics, 45*(10):636-644.

Savulescu J (2018). Golden opportunity, reasonable risk and personal responsibility for health. *Journal of Medical Ethics, 44*(1):59-61.

玉手 慎太郎. (2018). 健康の自己責任論に対する 2 つの反論とその前提, 医学哲学医学倫理, 36: 42-51.

Andersen MM and Nielsen ME. (2016). Personal responsibility and lifestyle diseases. *The Journal of Medicine and Philosophy, 41*(5):480-99.

Veatch RM. (1980). Voluntary risks to health. The ethical issues. *JAMA, 243*(1):50-5.

Feiring E. (2008). Lifestyle, responsibility and justice. *Journal of Medical Ethics, 34*(1):33-6.

Wikler D. (2002). Personal and social responsibility for health. *Ethics & International Affairs, 16*(2):47-55.

Moss AH and Siegler M. (1991). Should alcoholics compete equally for liver transplantation? *JAMA, 265*(10):1295-8.

Buyx AM. (2008). Personal responsibility for health as a rationing criterion: why we don't like it and why maybe we should. *Journal of Medical Ethics, 34*(12):871-4.

Sharkey K and Gillam L. (2010). Should patients with self-inflicted illness receive lower priority in access to healthcare resources? Mapping out the debate. *Journal of Medical Ethics, 36*(11):661-5.

Albertsen A. (2015). Feiring's concept of forward-looking responsibility: a dead end for responsibility in healthcare. *Journal of Medical Ethics, 41*(2):161-4.

服部 健司. (2006). 健康を増進する義務. 生命倫理, 16(1): 178-184.

Brown RCH. (2013). Moral responsibility for (un)healthy behaviour. *Journal of Medical Ethics, 39*(11):695-8.

Harris J. (1995). Could we hold people responsible for their own adverse health? *The Journal of Contemporary Health Law and Policy, 12*(1):147-53.

Fitzgerald FT. (1994). The tyranny of health, *The New England Journal of Medicine, 331*(3):196-8.

（えんぞう・あや　東北大学大学院医学系研究科助教）

Preliminary study toward the construction of an ethical framework for chronic disease control: Focusing on health inequalities and individual responsibility

Aya ENZO

Chronic diseases, including cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes, are a serious social challenge worldwide. According to World Health Organization, deaths from non-communicable diseases (NCDs) account for 71% of annual global deaths. Further, 77% of all NCD deaths occur in low- and middle-income countries, and many of these are premature deaths. Medical care and health promotion policies are important social systems for addressing social challenges regarding the growth of chronic diseases. In this article, the focus is on two ethical issues specific to these systems: (1) health inequalities and justice and (2) individual /personal responsibility. This article provides a basis for future research by surveying trends in bioethical debates related to these two issues and identifying the primary points of discussion. This article identifies the following questions as points for future exploration: Are health inequalities unjust in themselves and on what grounds can this be determined? What is health, and what public value does it have? What responsibilities and obligations fall on individuals and governments? What responsibilities and obligations fall on economic agents, such as companies and industrial groups, with respect to chronic disease control? Is it possible to replace the concept of responsibility with obligations and duties?