

第二部 脳科学の応用と倫理



## ニューロエンハンスメントが

## 医療として行われることの倫理的問題

医療化の問題を中心として

伊吹友秀

### 1 背景——医療とニューロエンハンスメント

今日、うつ病と診断された人に抗うつ薬が投与されるのも、ナルコレプシーの治療に中枢神経刺激薬が用いられるのも決して珍しいことではない。精神薬理学の発展が現代社会にもたらした利益と影響を否定することは困難である。他方、疾患の診断が下らない場合であっても、日常生活において気分がふさぎ込んだり、眠気が取れず集中力が低下したりする経験は珍しいものではなく、このような状況が薬物によって改善するのであれば、それを用いたいと願う人も少なくないことが予想される。

ネイチャー誌がオンラインで行った調査によると、回答者の五人に一人が非治療目的で認知能力を強化するために薬物を利用したことがあると回答している (Mahrer 2008)。他の研究でも、全米の大学生の内七%が、成績を向上させることを目的として処方箋の必要な刺激薬 (アデラルやリタリンなど) を利用したことがあると見積もっている (McCaube et al. 2005)。

脳や神経系に介入し、その能力改善や性質の改良を目指す介入はニューロエンハンスメントと総称され、脳神経倫理の中でも特段の検討が必要な課題とされる (Nicholas 2006)。このようなニューロエンハンスメントの具体的な例としては、薬物や経頭蓋磁気刺激 (TMS) による気分の改善や脳深部刺激 (DBS) による認知能力の改善 (British Medical Association 2007) さらには、薬物による記憶力の改善や記憶の操作 (Liao and Albert 2008) などが考えられている。

上記のネイチャー誌の調査によると、ニューロエンハンスメントを利用した人のうち約半数が医師からの処方を受けて薬物を入手している。このように、ニューロエンハンスメントが社会に普及していく際に、その提供者が医療従事者である可能性は高い。さらに、将来、TMSやDBSなどを用いてのニューロエンハンスメントの技術が確立された場合、これらの高度な技術を用いたニューロエンハンスメントは、薬物の処方以上に医療の枠内で人々に提供されるということが予想される。このような状況を鑑みてクリッツマンは、脳神経倫理の文脈における医療従事者と患者の問題を論じた論文の中で、ニューロエンハンスメントが医療の枠内で今後どのように扱われるべきか、という問いが近い将来われわれの喫緊の課題となるということ指摘した (Kitzman 2006)。

わが国においても、ニューロエンハンスメントを医療の枠内でどのように扱っていけばよいのかという問いは、現実的に検討が必要な課題となり始めている。例えば、二〇〇八年二月、リタリンの不正処方を指示した都内のクリニック院長が懲役一年執行猶予三年の判決を受けるという事件が報道された (『朝日新聞』二〇〇八年二月五日朝刊)。このような不正処方の事件の報道は、近年相次いで紙面を賑わすようになった。しかし、ニューロエンハンスメントが、医療の枠内で行われるということの倫理的問題が真剣に議論されたことは今までなかった。なぜならば、そのような議論よりも、そもそのニューロエンハンスメントの是非に関する議論をすべきだと考えられていたからである (Parens 1998)。先述のクリッツマンもこの問題を検

討することの重要性は認めながらも、今後解決されるべき課題として具体的な検討は行っていない。

しかし、今日、エンハンスメントに関する議論の傾向は少しずつ変わり始めている。筆者は別の論文でこの点について指摘したが、ニューロエンハンスメントの全面的な禁止を主張する論調は声をひそめ始め、それよりも、十分なリスク・ベネフィットの見込みを立てた上での許容を支持する声が大きくなり始めている（伊吹二〇〇九）。さらには、安全面の考慮やインフォームドコンセントの重要性という理由から、ニューロエンハンスメントを行うのに、医療の枠内で実施することを推奨する論調も現れ始めている（British Medical Association 2007; Scherner et al. 2009）。

ニューロエンハンスメントは、現在までのところ医療の枠内で扱われるべき正当な目的や対象からは外れるものとみなされている。ニューロエンハンスメントを求める声は古くからあったが、それらは実現の叶わない夢物語であった。<sup>1</sup> 翻って、今日の医学や脳科学の進歩はこれらの夢物語の実現を可能にしようとしているし、一部については、すでに可能としている。それゆえに、ニューロエンハンスメントを医療の枠内で扱うべきか否かという点が現在、そして、近い将来必ず問題となる。

従来医療の対象とされてこなかった介入が、新たにその対象として捉え始められること、すなわち、「従来他の社会領域——宗教・司法・教育・家族など——に属するとされてきた諸社会現象が、次第に医療現象として再定義される過程」（進藤一九九〇、一七三）は医療化（Medicalization）と称され、批判的に論じられることが多い。ニューロエンハンスメントの文脈においても、医療化という論点を用いて、これを批判することがある（Synofzik 2009）。すなわち、「ニューロエンハンスメントは医療化を促進させるものであるために、許容しがたい」という議論である（松田二〇〇四、米国大統領生命倫理評議会二〇〇五）。しかし、シノフジックの指摘によれば、ニューロエンハンスメントの是非を問う文脈において、医療化という批判の根拠が明示されたことはほとんどない。つまり、医療化という用語に、不正さが前提されてしまっているのである。

しかしながら、医療化が必然的に道徳的に不正であるのかといえ、そこには議論の余地があり、必ずしも思考停止を引き起こす用語であると断定されるわけではない(野口・中山二〇〇一、市野川二〇〇六)。例えば、予防医学や産婦人科領域では、医療化の倫理的な不正さが否定され、医療化を肯定的に捉える議論がされることもある。<sup>②</sup>

シノフジックの指摘通り、ニューロエンハンスメントの文脈において医療化を批判的に検討した論文は現在までのところ存在しない。そもそも現状では、ニューロエンハンスメントが医療の枠内で行われることによって、一体何が医療化され、そのことの何が倫理的に不正なのかについての議論すらもほとんどなされていない。

そこで、本稿においては、ニューロエンハンスメントを医療の枠内で行うことの影響や倫理的な問題点を特に医療化という観点に注目して検討していきたい。その為に、まず第2節においては、「医療化」という概念自体を再度確認し、この文脈においてどのような倫理的な不正さが指摘されてきたのかを概観する。その上で、続く第3節において、これらの議論をニューロエンハンスメントの個別の事例に即して検討していく。その際の個別のニューロエンハンスメントの事例としては、実現可能性と需要の大きさの観点から、藥物またはTMSやDBSなどの脳科学技術を用いての<sup>③</sup>(a) 気分操作・改良、(b) 計算能力や記憶能力等の認知能力の改善の二事例とする。そして最終第4節においては、医療化の議論がニューロエンハンスメントの議論において果たす役割とその限界について考察し、医療の枠内で行われるニューロエンハンスメントの倫理的な側面について検討する。

## 2 医療化概念及び、その倫理的な不正さについて

### 2・1 二つの医療化概念

「医療化」概念を論じるに際しては、「逸脱の医療化 (medicalization of deviance)」と「社会の医療化 (medicalization of society)」という二種類の文脈があることが広く指摘されている (佐藤一九九九、Conrad 2007)。この分野の研究の第一人者であるコンラッドによれば、そもそも医療化という枠組みにおいて議論されてきたのは、「社会的な逸脱が医療の問題として再定義される」(Conrad 1992) こと、すなわち、逸脱の医療化の方であった。この場合、犯罪や同性愛などの社会的な逸脱とされてきた行為、すなわち、道徳的非難の対象であったものが医療による治療の対象となることが論じられる。例えば、わが国の研究で言えば、覚せい剤の使用という個人の不道徳や犯罪として記述されていた問題が、覚せい剤依存症として医療の問題として扱われるようになる過程が社会学者の佐藤哲彦によって研究されている (佐藤一九九六)。

他方、「社会の医療化」とは、「社会における人々の通常の生活が医療の専門用語で記述されるようになること」(Conrad 2007)と定義される。この文脈においては、実に様々なものが医療化の議論の対象とされるようになった。例えば、今までは産婆などの非医療従事者によって出産が扱われていたのに、医療従事者によって取り扱われるようになればそれは出産が医療化されたことになる (Sneek and Have 2003)。さらには、注意欠陥多動性障害 (ADHD) に対するリタリンの処方を考えてみれば、従来親や教師のしつけによって改善されていた子供の振る舞いがリタリンにとって替られる形で、医療の枠内で対処されるようになった例とも言える (Conrad 2007)。他にも、更年期障害に対する医学的な処置 (Meyer 2001) や老人介護 (Glover and Harman 2000) や病院での終末期の見取り (Connelly 1998) なども、社会の医療化の一例として論じられている。

この二種類の医療化論は、互いに無関係というわけでもないし、明瞭に区分できるわけでもない。しかしながら、各々の医療化が批判される際に用いられる論点は微妙に異なっているため、注意が必要となる。とりわけ、逸脱の医療化の場合、すでに倫理的、法的に不正とされるものを医療が扱うことで、その不正さが不問にされることに伴う様々な批判が提起される。

ただし、ニューロエンハンスメントが医療の枠内で行われるようになる場合には、実は「逸脱の医療化」に当たる現象はほとんど生じず、問題となるのは、むしろ「社会の医療化」の方であると考えられる。なぜならば、(少なくとも本稿において取り上げる事例の)ニューロエンハンスメントを求める人々は、法的あるいは、道徳的に逸脱している人々というよりも、普通の人々である可能性が高いからである。普通の人々がよりよい生活の質や、望むような自己像を達成するためにこれらのエンハンスメントを希求する。そこには、隠匿されるような潜在的な倫理的、法的不正さは存在しない。そこで、以下では主として「社会の医療化」について指摘されている倫理的な不正さについて概観していくこととしたい。

## 2・2 医療化の倫理的な不正さ

ここまで述べてきたように、ニューロエンハンスメントが医療の枠内で行われる場合には、「社会の医療化」と呼ばれる類の医療化が生じるものと考えられる。つまり、「ニューロエンハンスメントは医療化を促進するがゆえに不正である」と論じられる際の「医療化」は「社会の医療化」と呼ばれるものとなる。ここでもう一度留意したいのが、背景でも述べたようにあらゆる医療化が不正であるかは必ずしも明確ではないという点である。医療化に関する議論においても、この点についてはすでに指摘がなされている。例えば、佐藤哲彦は以下のように、医療化の言説に無批判な前提が存在していることを指摘している。

これまでの多くの医療化論では、「本来」医療的な領域と「本来」そうでない（非医療的）領域の境界が仮定されている〔……〕この仮定によって医療化論は、非医療的領域が医療的領域へとシフトしていく様相を論じることができたのだが、それは「自然な (natural)」領域と「社会・文化的な (socio-cultural)」な領域とを分けることができるという素朴な仮定なのである。（佐藤一九九九、一三五）

今までの医療化に関する言説では、確かに規範倫理的な問題意識は薄く、佐藤が言うように医療化されるべきものとそうでないものが暗黙のうちに前提され議論されていたかもしれない。しかしながら、医療化批判の言説において展開されてきた議論は、意識的にせよ無意識的にせよ、倫理的な不正さの根拠の一端は提示している。そこで、以下では、医療化批判、特に「社会の医療化」と呼ばれるものを批判的に論じる文脈において、どのような不正さが懸念されてきたのかを規範倫理的な観点から再度掘り起こして、概観していく。このような観点から見た場合、社会の医療化は、主に以下の三つぐらいの論点から批判されていることになる。

- (イ) ヘルスケアにかかるコストや医療費を増大させるがゆえに不正であるという論点
- (ロ) 健康や普通さに関する各人の自律的な判断や考え方を損なうがゆえに不正であるという論点
- (ハ) 本来社会的・政治的な取り組みによって解決されるべき問題が一個人の問題として解決が図られるべきとされるがゆえに不正であるという論点

以下、順に説明していく。

(イ) コスト——医療費の増大

社会の医療化に関する議論の代表的な文献の一つである『脱病院化社会』において、イリッチ（イリイチ）は、医療化が進むことによる弊害として、医原病（iatrogenesis）の存在を提示している。医原病とは、「医師を表すギリシャ語のイアトロス、起源を表すゲネシスが結合してできた」（イリッチ一九九八、一一）とされる造語で、端的に言えば医療によって引き起こされる病気のことである。イリッチはこの医原病を（１）臨床的医原病、（２）社会的医原病、（３）文化的医原病の三つのカテゴリーに分けている。臨床的医原病とは、副作用や医療過誤など実際の医療行為に伴い発生する疾患等のことである。対して、イリッチは社会的医原病を制度医療の発達に伴う「社会経済的変容による全ての健康に対する損害」（同、三八）と定義し、これにより、人々の苦痛や不快に対する許容度が低下するとしている。さらに社会の医療化が進行し、伝統的な文化が備えていた苦痛や不快に対処するための方法が無国籍な医療企業に取って代わられれば、文化までもが医療化されることになる。こうなると医療企業は「全ての「受苦」に対する戦い」（同、九九）を挑むこととなり、結果として、あらゆる痛みが医療の対象となることとなる。これが文化的医原病である。臨床的医原病の場合、医療費の不必要な増加はもちろん懸念されるものの、その増加は、一回一回の疾患等の発生にかかるコストだけである。他方、社会的医原病、さらには、文化的医原病にまでなると、病気が社会や医療企業によって生み出されていく仕組みが作られる。これによって、コストや医療費の組織的な増産が問題となる。ただし、いずれの医原病にせよ、医原病が創出されることによって、医療従事者や病院、製薬企業が経済的に潤う影で、人々には診療・治療に伴う不必要なリスクとコストが押し付けられるようになることは変わらない。

さらには、わが国のような国民皆保険制度を有する場合には、この問題はさらに深刻となる。厚生労働省の推計によると、五年前と比較して医療費は三・三兆円ほど増加しており、医療費の削減は国家にとっても

大きな課題である。<sup>(4)</sup> イリッチのような見解が正しいとすれば、医療化によって国家の限りある予算を本来的には不必要なものに投資することになってしまうのである。このように医療化によるコスト・医療費の増大は、個人レベルでも国家や社会レベルでも社会の医療化を批判する根拠として機能する。

#### (ロ) 自律——健康や普通さに関する自律の侵害

社会的医原病が広まれば広まるほど、健康に関して各人が自分で決定できる領域が縮小され、医療が、各人が健康か否かを決定するようになる。この問題を厳しく指摘した論者の代表がフリードソンやゾラである (Friedson 1970: ゾラ 一九八四)。彼らは医療の権威的な側面に注目して批判を展開している。彼らによれば、医療化の進行に伴い、専門職による社会の支配・統制が強まり、生活が医療によって侵食され、「個人の健康と技術的専門性の名のもとに、自分自身の行動と同胞の行動とを評価する権利」(Friedson 1970: 250) が医療によって奪われてしまうことが問題となる。

コンラッドは、医療や製薬企業が「普通な (normality)」を自分たちの利益に基づいて決定しているかもしれないということを問題視している (Conrad 2007)。そのような例としては、バイアグラの開発と勃起不全との関係などが挙げられる。この問題を社会的に詳述しているルーによれば、「バイアグラは勃起不全と切っても切れない関係にあり、ファイザーは双方の売り込みに精出した」(ルー二〇〇九、六一)。このファイザー社の営業努力によって、男性の性器が性交時に勃起しないことは健康上の問題であるとする認識が広まり、適切な時に勃起しない状態は男性にとって改善が要求される「普通ではない」状態とされるようになってしまった。つまり、このバイアグラの例は、製薬企業によって人々(とりわけ、この場合は男性)の「普通さ」に関する新しい規範が創出、流布された例であると言える。

このように何が健康なのか、あるいは、何が普通なのかについての自己決定の領域が狭められ、その規範

が他人から押し付けられるようになることは、自律尊重原則が重視される昨今の生命倫理においてはとりわけ真剣に懸念される必要があるかもしれない。しかも、自律尊重原則を重視するはずの医療従事者が、人々から自律的な決定の領域を奪っていることにあまりにも無自覚であるということも批判されている（ゾラ一九八四）。

#### （ハ）被害者非難——問題の個人化

上記で述べたように、今までであれば健康や普通な状態であった状態が、医療の介入が必要な状態、すなわち、治療が必要な状態と再定義されるようになれば、それを改善しないで不利益を被ってもそれは個人の責任とされるようになる。例えば、勃起不全の例で言えば、バイアグラ存在以前であれば勃起しないことに個人が咎められるような落ち度は何もない、ないしは、個人の責任ではなくカップル間の関係や忙しさの問題と言えたかもしれない。しかし、勃起不全が、個人が病院に行きさえすれば治る問題と認識されるようになれば、それを治療せず放置することは、改善可能なものを放置することとなる。この様な状態になれば、勃起不全を治療せずに放置することは、当人の責任が問われると言えるかもしれない（Conrad 2007）。

このように、社会の医療化が進行することによって、旧来は社会的、政治的方法を用いて解決が図られるべきとされてきた問題が、個人が病院に行つて解決すべき問題へと転化されるようになる（ゾラ一九八四）。結果として、社会における様々な問題の責任が個人に帰されるようになり、最も苦痛を感じ、同情されるべき当事者自身が非難されることになってしまう。つまり、社会の医療化によって一種の被害者非難が生じてしまうのである。

### 3 ニューロエンハンスメントを医療の枠内で行う際に考慮されるべき事項

#### ——医療化されるものの持つ生命倫理上の意義

ここまで、医療化概念、及び、医療化（とりわけ社会の医療化）が批判される際の規範倫理学上の根拠を概観してきた。本節では、これらを上述のニューロエンハンスメントの個別文脈にあてはめて考えていく。この際に気分のニューロエンハンスメントと認知能力のニューロエンハンスメントとはそれらが希求される背景が異なることに注意が必要である。詳しくは、以下で触れるが、気分のニューロエンハンスメントは、それ自体によさがある、あるいは、本質的な価値があると受け入れられやすいのに対して、認知能力のニューロエンハンスメントはそれを用いて何かを達成する（テストでいい点を取る、語学を習得する等）ための道具的な価値を持つものと考えられる。その為に、認知能力のエンハンスメントでは、気分のそれ以上の文脈依存的な検討が必要とされるのである。

#### (a) 気分の操作と改良

気分を操作、改良するニューロエンハンスメントとして、最も多くの人に想定されているのは、気分が落ち込んだ状況の改善などである。このようなエンハンスメントは現在までのところ、健康な成人に対する効果は不明瞭である。しかしながら、将来的に全く不可能とは言い切ることができない上に、その需要も大きいものと見込まれる。<sup>5)</sup>なぜならば、気分がよい状態は、それ自体価値のあるものとして多くの人々にとって受け入れやすいものであるからである。

気分が落ち込んだ場合、現在であれば、飲酒や運動によって気分転換をしたり、休息によって心を落ち着かせたり、その落ち込みの原因となる問題の解消を試みたりすることによって解決が図られる。より、社会

的、集团的側面に注目するならば、このような気分の落ち込みは、家族や友人、知人に話を聞いてもらい、これに対して共感してもらいなり、励ましてもらいすることによって対処される。従って、気分を操作、改良するニューロエンハンスメントによって医療化されるものは、気分の変動に対処する自己の知恵や忍耐と、家族や社会における共感や連帯の感覚であると言える。

これらが医療化されることについて、上記の社会の医療化が批判される際に懸念されていたような論点がどれ位当てはまるだろうか。(イ)のコストや医療費の増大という懸念はこの医療化について十分に問題となりうる。特に、各人が医療に支払う金額の平均が増加することはほぼ確実である。その際の一つ目の問題は、そのような金額の増加と医療化以前のコスト——すなわち、友人や知人との対話を通じ、共感、激励してもらいことに伴う時間的・人的コスト——との比較である。もちろん、そのような異なるコスト同士の比較は容易ではない。ただ、個人の金銭的な支出にのみ話を限定すれば、医療化によるコストの増大はほぼ確実と言える。しかし、たとえ、金銭的な支出に話を限定したとしても、問題は残存する。それは、そのような増加が本当に必要か否かである。各人が十分な費用対効果があると感ずるのであれば、これを不必要と断じ非難することはリベラルな社会では困難である。

次いで、このニューロエンハンスメントが国家の医療費を増加させるかという問題についてわが国の文脈で考えてみよう。この場合、気分のニューロエンハンスメントに対して保険適用が認められるか否かが一つの争点となるかもしれない。確かに、これに対して保険適用が認められた場合、国家が負担する医療費の増加は避けがたい。しかしながら、保険適用が正式にはなされなかった場合であっても、医療費の問題は生じうる。なぜなら、気分のニューロエンハンスメントに用いられる薬物や手法は、気分障害の患者に対して保険適用が認められているものが多いので、気分障害の診断を虚飾、拡張する形で同目的のための薬物が処方されてしまう可能性があるからである。実際に、奈良県で起きた薬物の不正処方を巡る事件では、知的障害

者施設で適切な診療をせずに向精神薬を処方したとして医師が書類送検されている（『毎日新聞』二〇〇九年八月二八日朝刊）。このような状況を鑑みると保険適用の有無に関わらず、これが医療の枠内で行われるようになれば、国家の医療費に対する支出の増加は避けがたい。

もちろん、そのような不正処方を嚴重に取り締まるというのも一つの手であろう。実際に、リタリンは不正処方に関する報道が相次いだ後に、その適応から気分障害が削除されるに至った。しかし、一つの薬物を取り締まっても、すぐに次の薬物が登場するのが現在の医療を取り巻く現状であり、規制の強化にはその効果に限界がある。従って、個人における負担の増加と同様にここでも、われわれが議論すべきなのは、医療費を国家が支払うに値するだけの効果が気分のニューロエンハンスメントに対して期待できるかという点になる。同時に、とりわけ現在のわが国のように国家の支出を減らそうという思惑が働く場合には、限られた予算の中でこのエンハンスメントに対して費用を払うことが配分の正義の観点から正当化されるのかも重要な検討事項となるだろう。

次に、(ロ)の健康や普通さに関する自律の喪失について考える。上記のコストや医療費の増加に関する議論の中で、個人が気分のニューロエンハンスメントに十分な費用対効果を感じるか否かが負担の増加を正当化しうると述べたが、無論、このような必要性を各人に感じさせること自体が医療化の問題点であると捉えることもできよう (Szasz 1977)。つまり、このようなニューロエンハンスメントを医療の枠内で提供していけば、「気分の落ち込みは（うつ病とは言えない程度のものであろうとも）、薬によって改善されるべきである」という規範的判断が広まり、各人の健康に関する自律的な判断が損なわれる可能性がある。

このような各人の自律に対する影響を問題視する場合、われわれはすでに生活のいくつかの領域ではこのような自律への影響を受け入れているということも併せて考える必要がある。例えば、うつ病が社会的に認知される以前であれば、現在うつ病との診断が下る人であっても、自身を健康な普通の人と認識していたか

もしれない。しかしながら、今日ではうつ病という診断を与えられることによって、人々は自分が健康でないことを認識する（ヒーリー二〇〇七）。この場合、医療化が進行したことによって健康や普通さに関する自律が一部喪失したと言えるが、そのような喪失は患者本人にさえ受け入れ可能なものである。さらに言えば、うつ病の診断が下される人の中にも、自身は健康であると考え、病院にかかることを拒む者もいる。

このような人が合理的な判断能力を保持し続けているとすれば、自律の縮減が全ての人に生じているとは言えないことになる。このような場合には、うつ病が医療化されてもお、その状態が健康であると考えるか否かには、少なくとも一部は本人の判断の余地が残されると言える。従って、気分のニューロエンハンズメントが医療の枠内で行われる場合でも、その処置を受けるか否かについては本人の自律的な判断の余地が残されると考えられる。ただし、自律的に自己の健康を判断し治療をしなかった人のその後のQOLが、自律を縮小され治療を受けることを余儀なくされた人よりも著しく悪い場合には、パターンリズム的な観点から自律の縮減が正当化される可能性もある。

三番目に、(ハ)の問題の個人化について考えよう。気分が落ち込んでいる本当の原因の解決を回避し、ニューロエンハンズメントによって解決することは根本的な解決とはならないかもしれない。この点について、米国大統領生命倫理諮問委員会の報告書『治療を超えて』では、気分のニューロエンハンズメントによって当人に降りかかった出来事と、それに対する当人の適切な反応との乖離が生じるとして危惧している(米国大統領生命倫理評議会二〇〇五)。しかしながら、医療による解決が非常に効率よく安全で、かつ、問題の根本原因が解決困難な場合ではどうだろうか。例えば、配偶者との離別が原因で気分がふさぎ込むような場合や、個人的な性格が元で落ち込みやすい場合など、これらの根本原因の解決は容易ではない。そこで、そのような根本原因が解決できなくとも当人の受苦を解決しうる手段を医療が提供できるとすれば、それは苦しんでいる人にとって福音となるものである。さらには、そのような処置を全面的に禁止することは、

解決可能な苦痛をあえて残存させていることにもなる。

また、家族や社会における共感や連帯の感覚が、医療化によって失われてしまうのだとすれば、気分の落ち込みからの回復は、完全に個人の責任で解決すべき問題となるかもしれない。しかしながら、先にも述べたように、気分の改良は医療化される以前から多分に個人の責任の問題として扱われてきたと言える。友人や家族による連帯や共感も、結局は個人がその問題を乗り越えるための手助けに過ぎないし、励ます人々自身もそれ以上を期待するわけではないだろう。従って、気分のニューロエンハンスメントの場合、これを医療の枠内で行うことによって問題の個人化が進行したとしても、被害者非難が新たに生じるとは考えにくく、この点を以て医療化を批判することは難しい。

ただし、家族や社会の連帯や共感の重要性自体は多くの者が首肯するものであり、これが失われることへの否定的な意見も根強い。エンハンスメントの議論においてもこの点はしばしばエンハンスメントを否定する根拠となっている（松田二〇〇四、米国大統領生命倫理評議会二〇〇五）。ただし、ハリスのようなリベラルによれば、連帯や共感能力のような不確定なものが損なわれるという理由で、個人の可能な選択肢を減じることは許容され難い（Harris 2007）。さらには、気分のニューロエンハンスメントが普及することによって医療化が進行し、気分の落ち込んだものに対し共感し、励まし合うといった行為が失われていくのだとしても、それらはわれわれの生活における連帯や共感の一端に過ぎない。そのような一端が失われただけで、われわれの社会における連帯や共感の全てが失われてしまうかは議論の余地がある問題だろう。

#### (b) 計算能力や記憶能力等の認知能力の改善

次いで、気分のニューロエンハンスメントとともに、今後の検討が重要となってくるであろう計算能力や記憶能力等の認知能力の改善を目的としたニューロエンハンスメントが医療の枠内で行われることについて検

討していく。このエンハンスメントによって目指されるのは、計算能力や記憶能力の向上である。計算能力や記憶能力の低さは、通常、本人の努力や教育により克服されるものである。他方で、社会に対しては、認知能力が高くない人間を受け入れ、そのような認知能力の高さが影響しないような職業の適切な評価が求められる。農業や工業などの社会の基盤を支える仕事の多くは認知能力の高さが仕事の成果に必ずしも大きく影響するわけではないが、そのような職業の必要性は疑うべくもなく、社会的にもその重要性は評価されている。さらには、美しい絵を描くことや卓越したスポーツのパフォーマンスを発揮することは、計算能力や記憶能力よりも芸術的な感受性や身体操作性が賞賛される社会的な実践であるが、これらは時には認知能力の高さを必要とする職業以上に高い社会的な評価を受けている。

では、上記のような実践が医療化され、医療によって取って代わられることに、前節で確認したような批判が当てはまるのかを検討していきたい。ただし、前項の気分のニューロエンハンスメントと重複する点についてはあまり触れずに、特にこの認知能力のニューロエンハンスメントで問題となる点を中心に検討を進めていく。その際に注意する必要があるのは、気分のニューロエンハンスメントはそれ自身が価値を持つ目的として追求されるのに対して、認知能力のニューロエンハンスメントはそれを利用して何か他の目的を達成する(テストでよい点をとる、新しい言語を習得する等)為に利用される可能性が高いということである。その為、認知能力のニューロエンハンスメントはそれを用いて何を達成するのかというのも大きな問題となるので、気分のニューロエンハンスメント以上に文脈依存的な判断が必要となってくる。

まずは、(イ)コストや医療費の増加について考えてみる。この際に、気分のニューロエンハンスメントと大きく異なるのは、教育や語学習得などへの投資はすでにながりの額が費やされているということである。とりわけ、ニューロエンハンスメントを用いてまでこれを達成しようとする人々の場合はなおさらである。例えば、第二言語の習得のために認知能力のニューロエンハンスメントが利用される場合を考えてみる。現

段階で利用するだけで言語が習得できるほどのニューロエンハンスメントは実現が想定されておらず、あくまで、記憶の定着を強化するなどの効果によって言語習得の効率を向上させるにとどまることが予想されている (Liao and Alpert 2008)。この場合、認知能力のニューロエンハンスメントは、個人にとって医療費の増加をもたらすのと引き換えに、教育に投資する費用を減少させることができるかもしれない。そのため、認知能力のニューロエンハンスメントによる個人にとつての医療費の増大を考察する際には、それによって減少させることができる費用についても併せて考える必要がある。

一方で、国家の支出の増大を考える場合には、そのような出費の見返りも期待される。つまり、認知能力のニューロエンハンスメントは、頭脳労働者の仕事の能率を向上させたり、より一般的に労働者の集中力を改善したりすることによって、医療費の増加を越える利益を国家にもたらす可能性もある。もし、それだけの効果が期待できる認知能力のニューロエンハンスメントがありえたとすれば、コストや医療費の増加は何の問題ともならないどころか、逆に推奨されることすらありうる。必要なのはそれを裏付けるだけの研究成果ということになる。

次に、(ロ) の健康や普通さに関する自律の喪失について考えてみると、認知能力のニューロエンハンスメントが医療の枠内で行われるようになれば、低い記憶力や散漫な集中力が病的な状態と見なされる傾向が生じうる。特に、前段落で見たように認知能力のニューロエンハンスメントが国家に大きな利益をもたらしている場合には、社会や国家、場合によっては会社や雇用主からニューロエンハンスメントの利用が強要されることすらありうる (伊吹二〇〇九)。

前項で見たように問題はこのような自律への影響がわれわれにとって受け入れるべきものであるか否かということである。成人の ADHD という医学的な診断が誕生した背景には、社会から要求される仕事量の増加があるとされている (Conrad 2007)。今日でもわれわれは自覚的にしろ、無自覚的にしろ、このような自

律の喪失や縮減をすでに経験しているのかもしれない。

ただし、今までも同様の自律的決定範囲の喪失や縮減を受け入れてきたからと言って、無条件でさらなる喪失や縮減を許してもよいということにはならない。そのような喪失や縮減の承認は、事実と価値の区別を無視することになる。それゆえに、認知能力のニューロエンハンスメントが医療の枠内で行われることによって、われわれに強制される規範的判断を受け入れるべきか否かを今一度問う必要がある。その際には、前項の話の繰り返しとなるが、認知能力のニューロエンハンスメントについても、その処置を受けるか否かについては当人の自律的な判断の余地が残されることも忘れてはならないだろう。

最後に、(ハ)の問題の個人化を考えてみる。確かに、現在であれば、計算能力や記憶能力等の低さは、その全てが個人の責任とされることはない。むしろ、教育の問題や、個人の資質の限界として受け止められることも多い。しかしながら、認知能力のニューロエンハンスメントが医療の枠内で行われるようになることで、そのような限界は個人が己の責任において解決することが可能な問題となるかもしれない。そうなった場合に、解決可能な問題が、解決すべき問題へと容易に転化される可能性がある。これはサンデルがエンハンスメントを批判する文脈において「責任の拡大」(Sandel 2007)として批判した論点である。サンデルは以下のようにエンハンスメントのもたらす責任の拡大を批判している。

かつてであれば、打線の援護に恵まれずに勝てなかった先発投手は、自身の不運を嘆くだけであり、その後腐れもなかった。しかし、近年ではアンフェタミンやその他の刺激薬の利用が広まったことによって、薬物を利用せずにグラウンドに現れる者は「丸腰でプレーしているようなもの」と批判されるほどになった。(Ibid., 88)

このようなエンハンスメントによる責任の拡大は、医療の枠内において行われる場合に限定される話ではない。しかしながら、とりわけ医療が関与して行われる場合には、責任の拡大の傾向は強くなる。なぜならば、医療の扱うべき対象とされる病気や疾患という概念自体に、治療されるべき対象という規範的判断が含まれるからである（ランツェラト二〇〇七）。それゆえに、問題の個人化とそれに伴う個人の責任の拡大は、エンハンスメントが医療の枠内で行われる場合には、とりわけ大きな問題となる。

さらに、医療化による問題の個人化に付随する問題の社会的・政治的解決方法の軽視という点まで考察を進めてみよう。この場合、認知能力のニューロエンハンスメントが医療の枠内で行われることによって、個人の認知能力の低さという問題を解決するための社会・政治的な方法が何らかの影響を被るとは考えにくい。なぜなら、現段階でもすでにわれわれは認知能力の高さの重要性を認めながらも、計算能力や記憶能力の高さだけで個人の価値の軽重を判断しているわけではないからである。前述のように認知能力の高さがあまり影響しない社会の基盤を支えるような実践、さらには社会的賞賛に値するスポーツや芸術のような実践が多数存在する。このことを勘案すれば、認知能力のニューロエンハンスメントが医療の枠内で行われるようになったとしても、われわれは依然として認知能力の低い者に対しても社会で活躍し、賞賛される道を残せるものと考えられる。

#### 4 結論、及び、今回の検討から浮かび上がる今後の課題

ここまで見てきたように、ニューロエンハンスメントを医療の枠内で行うことによる医療化の進行は、別のニューロエンハンスメントごとに異なる問題の深刻さを提起しうる。本稿で取り上げた例でいえば、気分のニューロエンハンスメントは、気分を改善すること自体がほぼ普遍的に価値をもつという利点があるも

の、それを医療の枠内で行うことによって莫大なコストの増加が個人にも、国家にも背負わされることが予想された。一方で、認知能力のニューロエンハンスメントの場合、認知能力の低さを改善することが個人の新たな義務として課されかねないという問題が指摘された。今後は、今回取り上げた実例以外も含め、さらなる個別の文脈ごとの検討が重要となってくるだろう。

しかしながら、いずれの批判的論点もそれだけでニューロエンハンスメントが医療の枠内で行われることを不正であると断じられるものとは言い難かった。それらの理由の一端は前節において論じてきたが、ここで再度その理由をまとめ直すと、以下のようになる。

(イ) コストや医療費の増大について考えれば、いたずらな増加や配分的正義にかなわないような増加が不正なのであって、増大自体が不正であるというわけではない。

(ロ) 健康や普通さに関する自律的決定範囲の喪失や縮減について、われわれはすでに一部そのような自律への影響を受け入れている。そのため、医療の枠内でニューロエンハンスメントが行われることによって、生じる自律への影響がどのくらい甚大であれば不正と言えるのかを今後検討する必要がある。

(ハ) 問題の個人化について考えれば、個人に課せられる責任の増大という深刻な問題はある。しかし、他の手段による解決が困難で、かつ、医療がその解決手段を提供できるのであれば、そのようなニューロエンハンスメントを禁じることは対処可能な苦痛をあえて残存させていることにもなってしまう。

最後に、ここまでの議論を踏まえ、ニューロエンハンスメントを医療の枠内で行うことの是非について考えたい。それにあたって、近年のニューロエンハンスメントに関する議論の内、医療の枠内でこれを行うことに関連しうる議論を紹介しておく。これらは文献の数はまだまだ少ないものの、現実を見据え、医療の枠

内で行われるニューロエンハンスメントの問題を、部分的にはあるが、取り扱おうと試みている。その際に、論者の多くが着目しているのが、ニューロエンハンスメントを医療の枠内で行うことによる医療従事者への影響という視点である。例えば、グラノンは、ニューロエンハンスメントを医療従事者が提供することになることによって、従来の治療的な医師-患者関係が変容することを懸念している (Gannon 2008)。レイヴェリンジェンらは、ニューロエンハンスメントを医療従事者が提供することで、これに伴う不正な規範 (例えば、認知能力のニューロエンハンスメントであれば、「頭の良さが個人にとって最重要の価値である」といった規範) の流布や固定化に手を貸すことになりはしないかという<sup>6)</sup>ことを議論している (Rawling et al. 2009)。シノフジックは、リスク-ベネフィット評価を基盤に据え、医療従事者がどのようにニューロエンハンスメントの利用や禁止を管理していくべきかのモデルの提唱を試みている (Synofzik 2009)。

注意が必要なのは、これらの近年のニューロエンハンスメントに関する議論では、一般の人々や社会への影響があまり視野には入っていないということである。逆に、本稿でここまで論じてきた医療化に関する議論では、ニューロエンハンスメントを医療の枠内で行うことによる、利用する一般の者や、社会一般への影響が懸念されていた。ただし、医療化の文脈では、これを提供する医療従事者への影響という視点はあまり検討されていない。それどころか、場合によっては、前節までで見てきたように、医療従事者は医療費を増加させ人々を苦しめる敵役としてすら描かれてきた。

ニューロエンハンスメントを医療の枠内で行うべきか、否か、という判断が、エンハンスメントを利用する側とそれを提供する側の双方に影響しうるのは間違いないだろう。また、どちらか一方への影響だけを考慮してその判断を行うことには弊害もある。つまり、利用する側への影響だけを考慮し強調しすぎれば、提供者である医療従事者がこれを提供することをどのように捉えるかの判断が考慮の外に置かれる。そうなれば、医療従事者はその職業上の倫理的判断を無視され、単なる物言わぬサービスの提供者へと墮すことにな

る。場合によっては、彼ら彼女らが保持する医療の目的や倫理観を押し殺させてまで、ニューロエンハンスマントの提供を強要することになるかもしれない。逆に、提供する側の倫理だけでこれを判断すれば、まさに医療化の文脈においてサズやゾラが批判したように、医療従事者による社会統制、専門家支配の強化が生じてしまう (Szasz 1977; ゾラ 一九八四)。人々は知らず知らずのうちに自律的な判断を奪われ、不必要な費用の増加に苛まれるかもしれない。

言うまでもないことだが、このような両極端な帰結はいずれも回避されるべきものである。そのために、利用者、提供者双方の視点を組み入れ、そのバランスに十分配慮し、ニューロエンハンスマントを医療の枠内で行うべきか否かを議論する必要がある。近い将来、ニューロエンハンスマントの需要、及び、普及が増加することが予測される以上、今後はさらなる議論の活発化が求められる。そのような議論の片翼を担うための視座を提供する形で、議論の活発化に少しでも寄与できたとすれば、本稿の議論は成功していたと言えるだろう。

## 註

- (1) 例えば、『アルジャーノンに花束を』に登場する知能を改善する手術や『素晴らしき新世界』に登場する気分の改善薬などがその好例と言えよう。
- (2) 例えば、ヴァーウエイジは、予防医学の医療化はそれがもたらす利益の大きさの点から許容されるどころか、積極的に推進されるべきと論じている (Verweij 1999)。他にも、産婦人科領域の処置の医療化を肯定的に論じた論文としては、パーディの論文などがある (Purdy 2001)。
- (3) 本稿では、ニューロエンハンスマントの例として頻出である子供の振る舞いの改善については取り扱わないこととした。子供の振る舞いの改善、とりわけ、落ち着きのない子供にリタリンなどを処方することは、ニューロエンハンスマントの例としても、医療化の例としても取り上げられることが多い。しかし、この問題はすでに注意欠陥多動性障害 (ADHD) という診断名を与えられ、医療の扱う対象としてだいぶ定着している。すでに医療の対象とされたものを、再度その対象の外へと追いやる「脱医療化」に関する

- 議論は、フォックスが指摘する通り、医療化の問題を考える上で欠くべからざる検討項目ではある (Fox 1977)。しかし、本稿において検討が指されるのは、今まさに、あるいは近い将来に、医療化されそうな介入の倫理的な是非である。さらには、今回取り上げる事例が基本的には自律的で健康な成人によるニューロエンハンスメントの利用であるのに対して、子供の場合には親や教師による強制などの別の論点の考量が必要となってしまう。その為、この問題の重要性は高いものの、今回は考察の対象からは外すこととした。
- (4) 厚生労働省の平成二〇年度医療費の動向によれば、国が支出した医療費は、平成一五年には三〇・八兆円であったのに対して、平成二〇年では三四・一兆円にまで増加した。
- (5) レパンティスらが行ったシステマティックレビューによれば、少なくとも現段階では健康な成人が抗うつ薬をエンハンスメントに用いることの効果は実証されていない。但し、これに伴う重篤な副作用についても実証されていない (Repantis et al. 2009)。
- (6) 少し補足すると、レイヴェリンジェンらが引用しているように、この問題をエンハンスメントの文脈で大々的に論じたのがリトルである。リトルは美容外科の文脈において、この問題を論じた。彼女は、医療従事者が美容外科を行うことによって、女性の価値は美しさによって決まるといふ道徳的に疑わしい規範に加担することになると批判した (Little 1998)。このような論点は共犯化 (complicity) とも呼ばれる (DRZE 二〇〇七)。

#### 参考文献

- 『朝日新聞』二〇〇八年二月五日朝刊
- British Medical Association. 2007. *Boasting your brainpower: Ethical aspects of cognitive enhancements*. A discussion paper from the British Medical Association. London: British Medical Association.
- Connelly, R. 1998. The medicalization of dying: A positive turn on a new path. *Omega: Journal of Death and Dying* 36 (4): 331-41.
- Conrad, P. 1992. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology* 18: 209-32.
- . 2007. *The medicalization of society*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- 生命環境倫理下イッ情報センター (DRZE) 編 二〇〇七 『エンハンスメント——バイオテクノロジーによる人間改造と倫理』、松田 純・小椋宗一郎訳、知泉書館
- Fox, R. 1977. The medicalization and demedicalization of American society. *Daedalus* 106: 9-22.
- Friedson, E. 1970. *Profession of medicine*. Chicago: Chicago University Press.
- Glannon, W. 2008. Psychopharmacological enhancement. *Neuroethics* 1 (1): 45-54.
- Glover, J., and A. Harman. 2000. The myth of home and the medicalization of the care of the elderly. *Journal of Clinical Ethics* 11 (4): 318-22.
- Harris, J. 2007. Perfection and the blue guitar. In his *Enhancing evolution*, 109-22. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- ナイヴェィット・ポーリー、二〇〇七 『抗うつ薬の功罪』、田島治監修、谷垣暁美訳、みすめ書房

- 伊吹友秀、二〇〇九、「薬物によるニューロエンハンスメント」、『脳神経倫理学の議論の動向（二〇〇八年度）』、佐倉統・赤林朗編、脳科学研究戦略推進プログラム、四〇―二八
- 学術研究戦略推進プログラム、四〇―二八
- 市野川容孝、二〇〇六、「医療化」、『現代倫理学辞典』、大庭健編集代表、弘文堂、五三
- イヴァン・イリッチ、一九九八、『脱病院化社会』、金子嗣朗訳、晶文社
- Kitzman, R. 2006. Clinicians, patients, and the brain. In *Neuroethics*, edited by J. Illies, 229–44. New York: Oxford University Press.
- 厚生労働省、「平成二〇年度医療費の動向」 <http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/08/index.html#> 二〇〇九年十二月三日取得
- ディルク・ランツェラート、二〇〇七、「病気と病人」、『エンハンスメント——バイオテクノロジーによる人間改造と倫理』、生命環境倫理ドイツ情報センター（DRZE）編、松田純・小椋宗一郎訳、知泉書館、一一五―一六六
- Liao, M., and S. Alpert. 2008. The normativity of memory modification. *Neuroethics* 1 (2): 85–99.
- Little, M. 1998. Cosmetic surgery, suspect norms, and the ethics of complicity. In *Enhancing human traits*, edited by E. Parens, 162–76. Washington, DC: Georgetown University Press.
- メイカ・ルー、二〇〇九、『バイアグラ時代』、青柳伸子訳、作品社
- 『毎日新聞』二〇〇九年八月二十八日朝刊
- Maher, B. 2008. Roll result: Look who's doping. *Nature* 452: 674–75.
- 松田純、二〇〇四、「Enhancement（増進的介入）と「人間の弱さ」の価値」、『続・独仏生命倫理学資料集上巻』、千葉大学、一六四―七六
- Meyer, V. 2001. The medicalization of menopause: Critique and consequences. *International Journal of Health Services* 31 (4): 769–92.
- McCabe, S., J. Knight, C. Teter, and H. Wechsler. 2005. Non-medical use of prescription stimulants among US college students: Prevalence and correlates from a national survey. *Addiction* 100: 96–106.
- Nicholas, B. 2006. Neuroethics: A literature review prepared for Toi te Taiaroa Bioethics Council Christchurch. <http://www.bioethics.org.nz/publications/neuroethics-review-jul06/neuroethics-review-jul06.pdf> 二〇〇九年十一月一〇日取得
- 野口祐二・中山和弘、二〇〇一、「保健医療の思想・文化——近代医療を越えて」、『健康と医療の社会学』、山崎喜比古編、東京大学出版会、一一三―一三六
- Parens, E. 1998. Is better always good? The enhancement project. In *Enhancing human traits*, edited by E. Parens, 1–28. Washington, DC: Georgetown University Press.
- 米国大統領生命倫理評議会編、二〇〇五、『治療を超えて』、倉持武監訳、青木書房
- Purdy, L. 2001. Medicalization, medical necessity, and feminist medicine. *Bioethics* 15 (3): 248–61.
- Ravehingen, A., J. Braedman, L. Crevits, D. De Ridder, and E. Mortier. 2009. “Cosmetic neurology” and the moral complicity argument. *Neuroethics* 2 (3): 151–62.

- Repantis, D., P. Schlattmann, O. Laisney, and I. Heuser. 2009. Antidepressants for neuroenhancement in healthy individuals: A systematic review. *Psychiatry* 6: 139-74.
- Sandel, M. 2007. *The case against perfection*. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.
- 佐藤哲彦。一九九六、「日本における覚せい剤犯罪の創出」、『ソシオロジ』四〇(三)、五七〜七五
- 。一九九九、「医療化と医療化論」、『医療社会学を学ぶ人のために』、進藤雄三・黒田浩一郎編、世界思想社、一二二〜三九
- Schemer, M., I. Bolz, R. de Jongh, and B. Olivier. 2009. The future of psychopharmacological enhancements: Expectations and policies. *Neuroethics* 2 (2): 75-87.
- 進藤雄三。一九九〇『医療の社会学』、世界思想社
- Smeenk, A., and A. Have. 2003. Medicalization and obstetric care: An analysis of developments in Dutch midwifery. *Medicine, Health Care and Philosophy: A European Journal* 6 (2): 153-65.
- Synofzik, M. 2009. Ethically justified, clinically applicable criteria for physician decision-making in psychopharmacological enhancement. *Neuroethics* 2 (2): 89-102.
- Szasz, T. 1977. *The theology of medicine*. Syracuse, NY: Syracuse University Press.
- Verweij, M. 1999. Medicalization as a moral problem for preventive medicine. *Bioethics* 13 (2): 89-113.
- アーヴィング・ケネス・ソラ、一九八四、「健康主義と人の能力を奪う医療化」、『専門家時代の幻想』、イリッチ編、尾崎浩訳、新評論、五三〜九二