

第34回 日本医学哲学・倫理学会大会

The 34th congresses of
The Japanese Association for Philosophical and Ethical Researches in Medicine

大会テーマ

わたしの病い、あなたの病い

～ 病いの“当事者性”を考える ～

(新潟市・萬代橋にて撮影)

会期： 2015年 11月7日(土)、11月8日(日)

会場： 新潟大学 医学部保健学科

第 34 回 日本医学哲学・倫理学会大会



大会テーマ

わたしの病い、あなたの病い
～ 病いの“当事者性”を考える ～



プログラム・予稿集

【目 次】

| | |
|---|-----|
| 大会長挨拶 | p3 |
| 参加者・発表者・座長へのお願い | p4 |
| 大会日程 | p6 |
| 特別講演「呆けたカントに『理性』はあるか」 | p10 |
| シンポジウム「わたしの病い、あなたの病い ～病いの“当事者性”を考える」 | p12 |
| 個人研究発表要旨（1日目） | p19 |
| 個人研究発表要旨（2日目） | p35 |
| ワークショップ要旨 | p41 |
| 会場案内・アクセス | p43 |

大会長：宮坂 道夫（新潟大学）

実行委員長：足立 智孝（亀田医療大学）

実行委員：朝倉輝一（東洋大学）、勝山貴美子（横浜市立大学）、川上祐美（上智大学）、
菊永淳（新潟大学）、小館貴幸（立正大学）、坂井さゆり（新潟大学）、
田中美央（新潟大学）、中澤 武（明海大学）、森 禎徳（東邦大学）、
渡邊智寛（立正大学）＜五十音順＞
坪井雅史（学会事務局長）、浅見昇吾（学会運営委員長）

会場所在地：

〒951-8518 新潟市中央区旭町通 2 番町 746 番地
新潟大学 医学部保健学科

大会事務局：

〒296-0001 千葉県鴨川市横渚 462
亀田医療大学 看護学部 足立研究室
Tel : 04-7094-5643 Fax : 04-7094-5658
E-mail : itr34@clg.niigata-u.ac.jp

大会ホームページ：

<http://www.clg.niigata-u.ac.jp/~miyasaka/itr34/>



大会長挨拶

戦後 70 年をむかえた日本の保健医療は、荒廃した国土から立ち上がり、高度経済成長期に国民皆保険制度を導入し、世界トップクラスの長寿社会を比較的安いコストによって実現したと評価されています。哲学・倫理学という観点からこの 70 年間を振り返ってみれば、輝かしい歩みの一方で、医学医療に向けられる社会のまなざしの変化してきた様子も読み取ることができそうです。第二次世界大戦そのものが、医療や科学技術の進展に対する反省的まなざしを決定的なものとした契機であり、そこから数十年の歳月をかけて「患者の権利」が少しずつ認知されていったことは、この学会に参加される多くの方はよくご承知の通りです。日本の医療は、バイオエシックスの波を受けながら「患者中心の医療」を指向し、「患者の声」にますます耳を傾けようとしているように思えます。最近では「ナラティブ」や「ケア」のような概念が、医療現場で深化しつつあるようです。

医学哲学・倫理学会第 34 回大会では、こうした問題意識から、「わたしの病い、あなたの病い」を大会テーマとして掲げることにいたしました。病いを抱え生きる患者、その患者に近い人として関わる人たち、そして治療・ケアという職に就かれらに向き合う保健医療の従事者たち——病いの当事者性は、今日の医学医療を考える上で不可欠な視点であり、また多様な研究領域の知見を必要とする学際的なテーマであります。本学会らしく、専門性の異なる多方面の研究者が語り合う場になることを期待しております。

宮坂 道夫（新潟大学大学院保健学研究科・教授）



参加者・発表者・座長へのお願い

■ 参加者へのお願い

1. 参加登録について

大会参加費は会員・非会員とも当日 4,000 円です。10月13日（火）までに**事前申込**で納金された会員は 3,000 円です。学生（会員・非会員）は**学生証の提示により 1,000 円**になります。参加者は、**1 階・正面玄関の受付で参加登録をしてください**。なお、特別講演、シンポジウムのみ参加（非会員）は 1,000 円です。

2. ネームカードについて

ネームカードは、**参加費の領収書**を兼ねています。登録時にお渡しするネームカードに**所属とお名前**をご記入の上、大会期間中は必ずご着用ください。ネームカードがないと会場にお入りいただけません。

3. 年会費について

年会費（6,000 円）未納の会員は、参加登録時に併せて年会費もお納めください。入会も受け付けています。

4. 昼食について

お弁当は、両日とも 11 時以降に 1 階休憩室にて配布いたします（**事前に申し込みをした方のみ**）。食事は 1 階休憩室、4 階休憩室、第 1～3 会場にてお召し上がりください。

会場から数百メートル～1 キロほどの範囲にレストラン等があります。外で昼食をとられる方のために、大会当日にグルメマップを配布いたします。自動販売機は、1 階大会議室前の談話室及び正面玄関左学生控え室の中にあります。

5. 懇親会について

懇親会費は 5,000 円です。懇親会場は「ネルソンの庭」（大会会場より徒歩約 5 分）です。詳しくはアクセスマップ p.44 をご参照ください。

| | | |
|------|----------------------|---------|
| 参加費 | 事前申込（会員、10/13 までの振込） | 3,000 円 |
| | 当日申込（会員・非会員） | 4,000 円 |
| | 学生 | 1,000 円 |
| | 特別講演・シンポジウムのみ | 1,000 円 |
| 懇親会費 | | 5,000 円 |

■ 発表者へのお願い

1. 発表時間について

- ①シンポジウムおよびワークショップの報告時間は、司会者の指示に従ってください。
- ②研究発表の時間配分は以下の通りです。次の発表者の迷惑にならないよう、絶対に持ち時間を超えないようにしてください。

| | |
|----------|------------|
| 発表 : 20分 | 質疑応答 : 10分 |
|----------|------------|

③ベルのタイミング

| | |
|---------|------|
| 発表終了3分前 | ベル1回 |
| 発表終了時 | ベル2回 |
| 質疑応答終了時 | ベル3回 |

← このベルが鳴りましたら発表を終えてください。
言い足りなかったことは質疑応答でお願いします。

2. 発表の資料等について

- ①発表の資料は、各自 50部をご用意ください（大会事務局ではコピーできかねます）。
- ②機材を使われる方は、ご自分で操作してください。
- ③PowerPoint をご使用の場合は、データを保存した USB をご持参の上、午前の部・午後の部がそれぞれ開始される前に、ご自分で発表会場のパソコンにデータを入れてください。会場にご用意するパソコンは Windows 7、アプリケーションは PowerPoint 2013 です。他のバージョンの PowerPoint で作成された場合は、予め 2013 版で動作状況をご確認ください。Mac をご使用の場合は、Mac 本体と、プロジェクタ・ケーブル (D-sub 15 ピン) に接続するアダプタ等を持参してください。
- ④その他の機材（ビデオ、書画カメラなど）を使用ご希望の方は事前にご連絡ください。
- ⑤その他ご不明な点がある場合は事前にご相談ください。

■ 座長へのお願い

円滑な大会運営のため、時間厳守をお願いします。研究発表が行われたことの確認のため、座長役が終了しましたら会場担当者までその旨お知らせください。また、座長からのコメントなどは最低限にさせていただき、できるかぎりフロアからの質問を促してください。討論のはじめに、発言者には氏名と任意ではあるが所属を述べていただくことをアナウンスしてください。

大会日程

11月7日(土)

- 8:30～ 受付開始 (1階 正面玄関)
- 9:00～9:10 開会式 (第1会場 D41 教室) 挨拶：大会長 宮坂 道夫 (新潟大学)
学会長 霜田 求 (京都女子大学)
- 9:10～12:00 研究発表

| | 第1会場 (D41 教室) | 第2会場 (B41 教室) | 第3会場 (B43 教室) |
|---------------------|---|---|--|
| | 座長：浅見洋 (石川県立大学) | 座長：丸山マサ美 (九州大学) | 座長：松山圭子 (青森公立大学) |
| 9:10 ～ 9:40 | 1-1-1 岩倉 孝明 (川崎市立看護短期大学) 痛みの当事者性と患者の心 | 2-1-1 勝山 貴美子 (横浜市立大学) 有馬 斉 (横浜市立大学) 加藤 憲 (藤田保健衛生大学) 脇之蘭 真理 (藤田保健衛生大学) 緩和ケアチームのメンバーが認識する患者の苦痛の緩和と制度における倫理的ジレンマ | 3-1-1 山本 洋一 (大阪大学医学部附属病院) 新薬開発：恩恵を受けるものの責任を考える |
| 9:45 ～ 10:15 | 1-1-2 中澤 武 (明海大学) 医療支援における病気概念の実践的意義 | 2-1-2 吉村 理津子 (京都女子大学) 医療現場におけるメディエーションの意義 | 3-1-2 飯島 祥彦 (名古屋大学) 災害時における調査研究の実施体制の検討 |
| | 座長：尾崎恭一 (埼玉学園大学) | 座長：服部健司 (群馬大学) | 座長：杉岡良彦 (旭川医科大学) |
| 10:20 ～ 10:50 | 1-1-3 石田 安実 (お茶の水女子大学) 『尊厳』は役に立たないか | 2-1-3 金城 隆展 (琉球大学医学部附属病院) カード方式臨床倫理事例検討法とナラティブの能力 | 3-1-3 前野 竜太郎 (前 聖隷クリストファー大学) 重症心身障がい児・者にケアとして理学療法を行う意味 |
| 10:55 ～ 11:25 | 1-1-4 村岡 潔 (佛教大学) 「特定病因論」から「確率論的病因論」へ | 2-1-4 青山 彌紀 (ドイツ日本研究所) 日本の教育の場における病(=健康からの“逸脱”)不在の意味 | 3-1-4 宮嶋 俊一* (北海道大学大学院) スピリチュアル・ケアにおけるナラティブの意味について |

* 誤字を訂正しました。

| | | | |
|---------------------|--|------------|------------|
| | 座長：大谷いづみ（立命館大学） | | |
| 11:30 ～ 12:00 | 1-1-5 安藤 泰至（鳥取大学） 医学教育における倫理教育と 人文学教育 | （発表はありません） | （発表はありません） |

- 12:00～13:45 昼食・休憩（1階休憩室、4階休憩室、第1～3会場をご利用ください）
- 12:10～13:40 評議員会（1階 大会議室）
- 13:50～15:30 研究発表

| | 第1会場（D41 教室） | 第2会場（B41 教室） |
|---------------------|--|--|
| | 座長：小出泰士（芝浦工業大学） | |
| 13:50 ～ 14:20 | 1-1-6 齊藤 美恵（西武文理大学） 在宅という場所が意味するもの | ワークショップ（13:50～15:20） 医学研究の倫理審査委員会における 非医学系倫理委員の意義と役割 |
| 14:25 ～ 14:55 | 1-1-7 峯村 優一（ニューヨーク州立大学） リン・ルダール・ベイカーの構成説における 人の概念分析 | 司 会：瀬戸山 晃一（京都府立医科大学） 報告者：山本 洋一（大阪大学） 岩江 莊介（宮崎大学） 瀬戸山 晃一（京都府立医科大学） |
| | 座長：蔵田伸雄（北海道大学） | |
| 15:00 ～ 15:30 | 1-1-8 日笠 晴香（日本学術振興会・東京大学） 医療における意思決定能力概念の考察 | |

- 15:45～17:00 特別講演（第1会場 D41 教室）
大井 玄（東京大学 名誉教授） 「呆けたカントに『理性』はあるか」
司 会：盛永 審一郎（富山大学）
- 18:00～20:00 懇親会（会場：「ネルソンの庭」詳細はアクセスマップ p.44 を参照ください）

11月8日(日)

- 8:30～ 受付開始 (1階 正面玄関)
- 9:00～11:20 シンポジウム (第1会場 D41 教室)

「わたしの病い、あなたの病い ～病いの“当事者性”を考える」

門林 道子 (日本女子大学) : がん闘病記の社会学—患者の声を聴く

細井 順 (ヴォーリズ記念病院ホスピス希望館) :

人間同士の出会いから生まれる「いのち」は生死を貫いて

西村 ユミ (首都大学東京) : 患者への応答性としての看護実践

清水 哲郎 (東京大学) : 《分かり合える》と《分かりあえない》のはざままで

—または《皆一緒》にして《人それぞれ》である私たち

司会 : 宮坂 道夫 (新潟大学)

- 11:30～12:30 総会 (第1会場 D41 教室)
- 12:30～13:30 昼食・休憩
- 13:30～15:10 研究発表

| | 第1会場 (D41 教室) | 第2会場 (B41 教室) | 第3会場 (B43 教室) |
|---------------------|--|---|---|
| | 座長 : 宮下浩明 (みやした医院) | 座長 : 森禎徳 (東邦大学) | |
| 13:30 ～ 14:00 | 1-2-1 杉原 正子 (国立病院機構 久里浜医療センター) ALS 患者さんの 24 時間介 護体制 | 2-2-1 棚橋 實 (芝浦工業大学) 精神と実証主義—II | ワークショップ (13:30～15:00) “Normality” in This Country- From Bioethical Viewpoints (英語) |
| 14:05 ～ 14:35 | 1-2-2 仙波 由加里 (お茶の水女子大学) AID 出生者のドナー情報ア クセス権とドナーのプライ バシー権の拮抗—ボランタ リーレジストリーに期待され る効果 | 2-2-2 朝倉 輝一 (東洋大学) 意志決定における妥協の問題に ついて | 司会 : 石田 安実 (お茶の水女子大学) 報告者 : 瀬戸山 晃一 (京都府立医科大学) Tobias Soeldner・青山 彌紀* (ドイツ日本研究所) |
| 14:40 ～ 15:10 | 座長 : 会田薫子 (東京大学) 1-2-3 藤戸 善伸 (札幌医科大学) 医療における主体性 | 座長 : 佐藤 芳 (藤田保健衛生大学) 2-2-3 高橋 隆雄 (熊本大学) 災害時の倫理と通常時の倫理 | Laura Specker Sullivan (ワシントン大学) |

* 発表者名を修正しました。

- 15:15～ 閉会式 (第1会場 D41 教室)

挨拶： 大会長 宮坂 道夫 (新潟大学)

大会前日の日程 11月6日 (金)

- 12:30～15:00 調整会議 (1階 大会議室)

- 15:00～16:50 理事会 (1階 大会議室)

- 17:00～19:00 第6回医哲 café (1階 大会議室) 主催：国内学術交流委員会

総合テーマ：「臨床倫理・研究倫理コンサルテーション」を考える

話題提供講演：金城 隆展 (琉球大学医学部附属病院)

「琉球大学医学部附属病院における臨床倫理コンサルテーション

ー 2013年スタートから2年後の現状と課題 ー」



特別講演



7日(土) 15:45～17:00 《D41 教室》

司会：盛永 審一郎（富山大学）

呆けたカントに「理性」はあるか

東京大学名誉教授

大井 玄

現在日本では、60万人に近い人が胃ろうによる栄養補給を受けているが、そのほとんどが認知症高齢者である。また胃ろう設置に際して本人の意向は、通常、聞かれることはない。しかし我々の調査では、言語的コミュニケーションが取れるかぎり、認知症高齢者の八割は胃ろう設置に否定的であり、しかも、返答は即座で、しばしば嫌悪の表情を浮かべるのが認められた。その報告に対し、認知症高齢者には意思決定に必要な「理性」が欠けているという批判が寄せられた。

この問題については、「理性」を概念操作して考える能力と理解するデカルトやカントら大陸の哲学者の立場と、デイヴィッド・ヒュームの生物が状況判断し生存のための適切な行動をとる能力とする立場とで、認知症高齢者の意思決定についての解釈が異なる可能性がある。

批判に答えるため、追加調査を行い、概念操作を必要とする負荷質問を行ったが、彼らの選択傾向は変わらなかった。さらに、数か月から半年ほど後に同じ質問を繰り返す間に言語的コミュニケーション自体が不能になった者もあらわれた。

認知症高齢者が自分の身に加えられる措置に対し、即座に嫌悪の情動をもって反応している事実は、費用便益計算を行うよりも、直感的、情動的意思決定であることを強く示唆する。また非認知症高齢者が同様の選択分布を示すことと整合する。

「理性」を「情動」と切り離すことは、生物進化、無意識、さらに脳科学的視点から支持し得ないことを考察しよう。

認知症高齢者に胃ろうについての意向を聞くことは、自分の身体に加えられる措置についての本人の選択を尊重するばかりではなく、介護家族の看取りについての心理的保証となる。彼らの終焉に際して、介護家族は、高齢者の意向を尊重したという倫理的満足感を、例外なく、感じているのが認められた。

大井 玄（おおい げん）

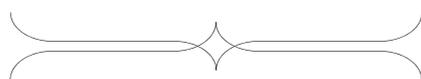
1963年 東京大学医学部医学科卒。1977年 ハーバード大学公衆衛生大学院修了。
1978-84年 東京大学医学部衛生学助教授。1984-89年 帝京大学公衆衛生学教授。
1989-96年 東京大学医学部保健学科成人保健学教授、東京大学大学院医学系研究科国際保健学教授。1996-2004年 国立環境研究所副所長、所長、参与。東京大学名誉教授。医学博士。

著書：『終末期医療—自分の死をとりもどすために』（1989年）、『終末期医療 II—死の前のクオリティー・オブ・ライフ』（1993年）、『痴呆の哲学—ぼけるのが怖い人のために』（2004年、以上弘文堂）、『いのちをもてなす—環境と医療の現場から』（2005年）、『環境世界と自己の系譜』（2009年、以上みすず書房）、『「痴呆老人」は何を見ているか』（2008年）、『人間の往生—看取りの医師が考える』（2011年）、『呆けたカントに「理性」はあるか』（2015年、以上新潮社）、『病から詩がうまれる 看取り医がみた幸せと悲哀』（2014年、朝日新聞出版）ほか多数。



8日(日) 9:00～11:20 《D41 教室》

わたしの病い、あなたの病い
～病いの“当事者性”を考える



シンポジスト

| | |
|-------|--------------------|
| 門林 道子 | (日本女子大学) |
| 細井 順 | (ウオーリス記念病院ホスピス希望館) |
| 西村 ユミ | (首都大学東京) |
| 清水 哲郎 | (東京大学) |

司 会

宮坂 道夫 (新潟大学)

《シンポジウム》

シンポジウムの主旨

宮坂 道夫（新潟大学）

今日の医療では、「患者中心の医療」がつねに指向され、「患者の声」に耳を傾けることの重要性が言われ続けている。しかしながら、医療という営為が当事者性、個別性を指向するほどに、そこには「病いを抱えているのは“患者である私”であり、“医療者であるあなた”ではない」という根源的なジレンマが立ち現れる。病いの当事者でない人間が、彼らとともにあり、その苦痛を前にしていかなる態度を取るべきなのだろうか。こうした問題意識から、「わたしの病い、あなたの病い」を大会テーマに掲げ、また本シンポジウムのテーマとした。専門性の異なる多方面の研究者が語り合う場としての本学会に相応しく、多面的な光を当てていただけそうな方々をお招きすることができた。

門林氏は、がん闘病記を探求してきた社会学者である。当事者の語りや筆記は、他者が当事者の内面に接近する貴重な手がかりである。闘病記に描かれる患者の病いと向き合い方には、「闘う」よりもむしろ「共生・共存」、そして語りには「探求」、「達観」が増えているという。長年にわたる分析の中で、闘病記を書くことに「受動的能動性」が見出されたという。当事者の有り様を理解する上で、この概念が一つの鍵になるのかもしれない。

細井氏は、ホスピス医療に携わる医師であるが、同時に自らもがんを患った経験を持っている。このような経験は、医師をどう変えるのだろうか。細井氏は、自らががん患者となってから、日々出会っているがん患者を「患者」ではなく、助け合いながら同じ道を歩む「仲間」と認識するようになり、「その時、白衣を脱いだ」という。考えてみれば医療に携わる人も例外なく患者となるべき存在であるのだが、多くの方はそれを意識せずに仕事をしている。あるいは、意図的にそうしている人もいるのかもしれない。

西村氏は看護学研究者である。医療の現場、特に近年のがん臨床の現場において、看護師は医療側と患者側とのコミュニケーションの中で重要な役割を果たすことを期待されている職種である。看護学では、患者等の語りを題材に当事者の経験を理解しようとする質的研究法がよく用いられているが、西村氏はその中でも現象学的手法に注目してきた。看護師の判断には「応答性」があり、行為と共に成り立っていたり、行為が判断を可能にしたりする場合があるという。つねに自覚されるわけではないこの応答性も、当事者性のジレンマを読み解く鍵の一つなのかもしれない。

清水氏は臨床に探求の場を求めてきた哲学者である。「仲間同士の《皆一緒》（⇒分かり合える）という関係と、よそ者同士の《人それぞれ》（⇒分かり合えない）という関係の並存」、「コミュニケーションの《互いに向き合う》と《同じ方向を見る》という二つのあり方の交叉という事態」を見ようとする。その上で、非当事者の側には「端的に分かることはできないが、分かろうと努めることはできる」という可能性を、当事者の側には「私のことを分かろうとしてくれた」と受け容れる可能性があるとする。

宮坂 道夫 (みやさか みちお)

新潟大学大学院保健学研究科・教授。早稲田大学教育学部卒業、東京大学大学院医学系研究科博士課程単位取得、博士（医学）。

著書：『医療倫理学の方法 原則，手順，ナラティブ』（医学書院、2005年）、『ハンセン病 重監房の記録』（集英社、2006年）、『We shall bear witness: Life narratives and human rights』（共著、Wisconsin University Press, 2014年）、『Social and Ethical Aspects of Radiation Risk Management』（共著、Elsevier Science, 2013年）、『ナラティブ・アプローチ』（共著、勁草書房、2009年）、『ナラティブと医療』（共著、金剛出版、2006年）ほか。

《シンポジウム》

がん闘病記の社会学—患者の声を聴く

門林 道子（日本女子大学）

「朝、目が覚めると『ああ生きていた』と、本当にうれしくなります。」「それにしても生命の限界、人生の終末を本当に感じた気持ちはとても筆舌に尽くせない。」「鈍感な『強者』になっていた自分に気づいたのも世の中の苦しみや悲しみに思いをはせるようになったのも、すべてがながきっかけだった。」すべて闘病記に記されたことばである。

がん闘病記に社会学的な視座から関わり、闘病記の変遷や闘病記の社会的意義、闘病記を書くことの意味などを追究し、語りの類型化なども行ってきた。闘病記に描かれる患者の病いと向き合い方は、全体的にみると「闘う」というのではなく、「共生・共存」へと大きく変化した。語りの内容も「探求」「達観」の語りが増えている。私は闘病記を書く行為に「受動的能動性」という特性を見出した。病いをもった人が他者をケアする。このようなことは近代科学の枠組みではとらえられない事柄であった。「受動的能動性」は告知が「患者にとって必要な情報」とされ、治療法をめぐって、あるいは病気をもったあとの生き方を、自ら選択し自己決定する状況にあって顕著になった。「受動的能動性」がより現われるのは、告知や初期治療後もしくは再発、再々発の後と、衝撃や混沌状態を経験した後である。

臨床は患者と医療者が交錯する場であり、ひいては生活者の物語と医療の物語が会う場である。疾患や病期だけで判断するのではなく、その人がどのような人なのか、どのような生活環境にあり、いまどんなことを考えているのか、個々の患者をより深く理解し、信頼関係をつくりあげる誠意と努力がまず必要であろう。そこで、患者もまた、自分がどうしたいのかを積極的に伝えていく。

患者がより主体的に生きるために、その人らしい生を支えるためになにが求められるのか、さまざまな示唆に富む現代の闘病記のなかから考えていきたい。

門林 道子（かどばやし みちこ）

石川県金沢市生まれ。日本女子大学大学院人間社会研究科（現代社会論専攻）博士課程後期 単位取得満期退学 博士（学術）。現在、日本女子大学学術研究員、日本女子大学、昭和薬科大学、東海大学、大妻女子大学等兼任講師。

著書：『生きる力の源に—がん闘病記の社会学』（青海社、2011年）、『死別の社会学』（澤井 敦・有末 賢 編著）（共著、青弓社、2015年）、『死別の悲しみから立ち直るために』（臨床死生学叢書2、平山正実 編著）（共著、聖学院大学出版会、2010年）

論文：「がん闘病記にみる5つの語り—死の受容と排除をめぐって」：特集「老・病・死の社会学～『生きる意味』の在処」『三田社会学』第18号、三田社会学会、2013、pp. 40-60、「がん闘病記の社会学—患者が主体的に生きるために」『インターナショナルナーシングレビュー』35巻、3号、日本看護協会出版会、2012、pp. 95-101、『闘病』の誕生—結核と闘病記—『臨床死生学』14巻、1号、日本臨床死生学会、2009、pp35-45 など。

《シンポジウム》

人間同士の出会いから生まれる「いのち」は生死を貫いて

細井 順（ヴォーリズ記念病院 ホスピス希望館）

現代医療は専門化、細分化が進んでいる。特に、私が診ているがんの場合は、最先端の治療がなされるためにその傾向が強い。

しかし、がんと診断された患者の心中は穏やかではない。治療成績の向上が認められてはいるが、「がん」という言葉の響きは、単に身体のある一部分に起きた異変というだけでなく、その後の人生設計や日常生活への不安が頭を過ぎる。ホスピスで出会う治癒不可能と診断された患者さんの嘆きは深い。

私自身ががん患者となってから、死を片時も忘れたことがない。気持ちに整理をつけて生きている。同時に、日々出会っているがん患者さんを診ても、患者さんとは思えなくなった。患者ではなく、助け合いながら同じ道を歩む仲間である。一方が医療者、他方が患者という関係ではなく、困っているときには助け合いながら同じ道を歩む、「お互いさま」という間柄である。がん患者になる前は、「患者のために」ということを意識していた。がん患者になってからは、「患者とともに」という意識に変わった。その時、白衣を脱いだ。

日本のホスピスを先導する柏木哲夫先生は、「ホスピスケアとは、その人がその人らしく尊厳をもって人生を全うすることを援助すること」と語っている。

私はがん患者になって、ホスピスケアの意味がわかったような気がする。尊厳をもって死を看取ることの本意とは、最先端医療やその人らしさを追い求める中にあるのではなく、死を背負って生きている、切ない、悲しい運命をともにする弱さを抱えた人間同士としての出会いにある。

人はひとりでは生きられないし、死ねない。死にゆく人たちは遺る人たちに生きていく力を与えてくれる。これらはホスピスで死にゆく人間同士の出会いから生まれる「いのち」のことばである。

ホスピスケアは生死をこえた「いのち」を紡いでいる。

細井 順（ほそい じゅん）

1951年生まれ。78年大阪医科大学卒業。自治医科大学講師（消化器一般外科）を経て、93年淀川キリスト教病院外科医長になった。95年父親を胃がんのために同病院ホスピスで看取った。これをきっかけに、96年外科医からホスピス医に転向した。98年愛知国際病院で愛知県最初のホスピス開設に携わった。

2002年から滋賀県近江八幡市の現病院で新たなホスピスの開設準備中、04年腎がんと診断され手術を受けた。06年ホスピス棟は完成し、現在ホスピス長として自らの体験を顧みつつ、「死の前では誰もが平等、お互いさま。弱さにつきあう」という気持ちを大切に、患者さん・家族の目線で悲しみに寄り添うケアを実践している。

著書：『こんなに身近なホスピス』（風媒社、2003年）、『死をおそれないで生きる～がんになったホスピス医の人生論ノート』（いのちのことば社、2007年）、『希望という名のホスピスで見つけたこと』（いのちのことば社、2014年）など

《シンポジウム》

患者への応答性としての看護実践

西村 ユミ (首都大学東京)

医療の現場において、看護師はつねに患者の傍に身を置いている。私はこれまで、そのような立場にある看護師たちの実践や経験を聴き取ってきた。その語りは、大きく2つに分けられる。1つは、患者を理解するとはいかなる営みであるのか、という問いに応じる語りであり、もう1つは、いかに複数人での実践である協働を成り立たせているか、という問いに応じる語りである。と言っても、2つの語りが明確にわかれているわけではなく、両者が相まって一つの実践が形づくられることも多い。加えて、多くの看護師の実践に同伴し、彼らの視線の先を追いつつ動き、その詳細を記述してきた。フィールドワークという調査法である。その記述からは、彼らのはっきり自覚しないままにいつも既に行っている、患者の傍らに身を置くその態度等々が浮かび上がってきた。

これらの研究は、「事象そのものへ」をテーゼとした現象学的研究として取り組まれたものである。敢えてこのテーゼを重視したのは、看護師たちの実践にははっきり自覚されていない次元の営みが隠されており、その次元から、ケアという実践を捉え直すことが求められると考えたためである。私の関心に即して言い換えると、“身体性”を柱とした記述によって、これまで隠れていた次元の経験が、浮かび上がってくる可能性があることを期待したためである。例えば、一見、看護師から患者へと働きかけたその行為が、患者の状態に促されて成り立っている場合があること。看護師の判断とされることが、行為と共に成り立っていること、むしろ、行為が判断を可能にしていることがあること。患者のもとにただ佇んでいるようにみえる身の置き方が、患者の状態に引き寄せられつつ押し戻されるという往還の現れであること等々。

上述の記述から、患者の傍らに身を置く看護師のあり方は、自覚される手前で、つねに既に働き出している身体の応答性の内で成り立っていることが分かる。本シンポジウムでは、この応答性のあり方の具体例を考察しつつ紹介したい。

西村 ユミ (にしむら ゆみ)

首都大学東京大学院人間健康科学研究科 成人看護学 教授。

2000年日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士後期課程修了、博士(看護学)。日本赤十字看護大学、静岡県立大学看護学部、大阪大学コミュニケーションデザイン・センター(大学院共通教育部門)を経て、2012年より現職。

著書:『語りかける身体—ケアを捉え直す』(ゆみる出版、2001年)、『交流する身体—(ケア)を捉え直す』(NHK出版、2007年)、『看護師たちの現象学—協働実践の現場から』(青土社、2014年)、『現象学的看護研究』(医学書院、共編著、2014年)。

論文:「ケアの意味づけに立ち会う—メルロ=ポンティの視線に伴われて」『思想』11(1015):183-199、2008、「『音』の経験と看護実践の編成」『現象学年』28:1-11、2012、西村ユミ・前田泰樹「病院全体のバランスを見る—病棟看護師長の語りとその編成」『看護研究』47(7):679-690、2014。

《シンポジウム》

《分かり合える》と《分かりあえない》のはざままで —または《皆一緒》にして《人それぞれ》である私たち

清水 哲郎（東京大学）

数十年来「私の辛さはあなたには分からない」と言われ続けてきた家族として、考えを述べる。

厳しい病に罹患した本人とその家族は、互いに向き合う状況では、たとえば痛みを感じる者と「痛い」と言われて「痛いだろうな」と推測する者の間の異なりを意識する。「私とあなたは・・・が違う」と、《異なり》に注目すれば、「あなたには私の気持ちは分からない」というように、分かり合えない関係である。だが、治療のプロセスにおいて本人と家族はチームとして対応せざるを得ない。一緒になって、病に向き合い、死に向き合い、あるいは医療者に向き合い、対応していくうちに自ずとチームになっていく。そこでは、互いに《仲間》であり、《一緒》に何かに向う姿勢をとっている。そのような立場で周囲に対応する際には、「私たちにしか分からない（よそ様には分からない）」ということにもなる。

病室の中でも、患者同士は互いに《仲間》と意識するときは「同じ病気を持つ者同士だから分かり合える」というが、互いの病気の程度や経過の《異なり》を意識する時には、「分かり合えない」間柄となる。

以上の点は、一つには仲間同士の《皆一緒》（⇒分かり合える）という関係と、よそ者同士の《人それぞれ》（⇒分かり合えない）という関係の並存という、私たちの社会の成立に由来する事態を背景にして、理解できる。また、コミュニケーションの《互いに向き合う》と《同じ方向を見る》という二つのあり方の交叉という事態を背景として理解でき、ここから「端的に分かることはできないが、分かろうと努めることはできる」と考え進むことができる。

本人と医療者との間についても基本的事情は同じである。「あなたが見ていることを私も共に見たい」という姿勢で、相手の傍らにしようとし続ける時、その姿勢が「私のことを分ろうとしてくれた」と受け容れられるのではないだろうか。

清水 哲郎（しみず てつろう）

東京大学大学院人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター上廣講座 特任教授。
東京大学理学部天文学科卒業後、東京都立大学学部および大学院にて哲学を専攻、
博士課程修了、文学博士。北海道大学助教授、東北大学教授等を経て、2007年から
現職。東北大学名誉教授。この間、日本緩和医療学会、日本哲学会、日本倫理学会、
日本医学哲学・倫理学会、日本生命倫理学会、臨床死生学会、スピリチュアル・ケア
学会等で理事等を歴任。専門は、哲学、臨床倫理学、臨床死生学。
著書：『医療現場に臨む哲学』、『医療現場に臨む哲学Ⅱ ことばに与(あずか)る私
たち』、『高齢社会を生きる一老いる人／看取るシステム』（編著）、『世界を語
るということ―「言葉と物」の系譜学』、『ケア従事者のための死生学』（共編著）、
『臨床倫理ベーシックレッスン』（共編著）、『最期まで自分らしく生きるために』、
『看護倫理 実践事例46』（監修・執筆）等多数。

痛みの当事者性と患者の心

岩倉 孝明 (川崎市立看護短期大学)

医療者は患者である「私」の病気、あるいはそれに伴う痛みについての知識と私の現在の心身の状態について科学的に知り得る手段をもっており、これに基づいて診断を下す。それにもかかわらず、私はその説明に戸惑うことがある。たとえば私が頭痛を感じているが、医療者が、そのような痛みは存在しないはずであると判断するようときである。私は私の痛みの感覚を信ずるべきか、それと診断を信じるべきなのか。このような当惑を覚えるとき、私は私の痛みが、私が素朴に考えていたように自明で客観的に確認される現象ではなかったことを、思い知らされる。

そして、私が体験している痛みを理解してもらうためには、究極的には、私の痛みを、他者（医療者等）に体験してもらう必要があるが、それは原理的に不可能であることに気づく。私の頭痛について、医学的な説明が与えられる一方で、片隅にとり残された私の痛みには、それを客観的に証明する証拠もなければ証言者もない。私はこのような状況からくる複雑な感情をもつ。私が痛みであると思っているものは、社会を構成する他の人々が痛みと呼ぶものと同じなのか。周りの人々はどうやって私の痛みに共感できるのか等々。他人になってみることのできない私は、私自身の自覚的状态そのものを、その客観性や社会的な妥当性について、ある種の疑念をもってながめるのである。

この気持ちを、痛み或いは「病む」ことにまつわる一種の「やましさ」と呼ぶとすれば、これに対応するものは、医療者側が抱いてもおかしくないものであるかもしれない。なぜなら医療者も、それが「私」の痛みである限り、「私」の側に最後まで残される痛みそのものの感覚を直接確認することはできないからである。

このようなことは、診療を受けて病状が改善する場合などには、ほとんど気づかれな
いままかもしれないが、その場合でもこの問題は潜在していると考えるべきであろう。

本発表ではこのような論点を中心として、病いや痛みの感覚の当事者性とそこから生
じる病む者の気持ち等について、考えてみたい。

緩和ケアチームのメンバーが認識する 患者の苦痛の緩和と制度における倫理的ジレンマ

勝山 貴美子、有馬 斉（横浜市立大学）

加藤 憲、脇之蘭 真理（藤田保健衛生大学 研究支援推進センター）

今日、医療は高度・複雑化、高齢化など医療環境が変化し、多くの医療関連職種が専門分化したため、その相互連携の推進は医療の実践にとって不可欠な課題になっている。がん医療の分野において、緩和ケアチーム、化学療法チーム、栄養サポートチームなど様々な医療チームの連携を国は推奨しているが、これらチーム間の連携は困難であり、また医療制度や政策などの急速な変化が新たな倫理的ジレンマを生じているといわれている。

本研究の目的は、緩和ケアチームのメンバーが認識する医療制度や政策による倫理的ジレンマに着目し、それが生じる事例について検討を行うことである。関東地区にある病院の緩和ケアチームの活動に3か月間、活動の実際を参加観察するとともに、承諾の得られた緩和ケアチームのメンバー7名に半構成的面接法によるインタビューを実施した。研究の実施にあたり、横浜市立大学医学部研究倫理委員会の承認（承認番号A141127011）を得た。下記にチームメンバーから語られた事例を紹介する。

「食道がんの末期の方で、かなりの咽頭痛があり、麻薬を飲むのもやっとだったんですね。家にいるときは麻薬を1錠（20mg）飲むだけでよかったです。病院では同じ成分の薬を5mgの物しかおいていないから、患者さんは、病院では4錠飲まないといけなくて、痛みをがまんしながら飲み込むんです。病院に患者の苦痛を最小限にしてほしいので、1錠で済む分量の薬を採用してほしいとお願いをするのですが、医療安全上の理由と経済的な問題で無理、と言われてしまって結果的に患者さんに苦痛を与えなければならなくて・・・でも、退院したら、家では1錠になるんです。患者さんが混乱しないかと心配です。」医療者は、患者の苦痛を最小限にしたいという思いと、病院側は限られた予算の公平な配分、すなわち正義の原則や医療安全上の問題、無危害の原則との間でジレンマを感じていた。これらのような、現代の医療が直面する医療制度や政策により生じる倫理的なジレンマを検討したい。

新薬開発：恩恵を受けるものの責任を考える

山本 洋一（大阪大学医学部附属病院）

新しい薬の開発は、通常医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（旧薬事法）のもとにある GCP（Good Clinical Practice）に準拠して実施される。一般的には、フェーズ I（少数の健康な成人を対象）、フェーズ II（少数の患者を対象）、フェーズ III（多数の患者を対象）の順に実施される。フェーズ I 試験は、世界において最初にひとを対象に実施される first in man 試験と、すでに他国では first in man 試験は終了している試験がある。日本では、前者が積極的に実施されてこなかったことから、ドラッグラグを生じていることが指摘されている。そこで、国は、全国に早期探索的臨床試験拠点を定めて、first in man 試験を推進している。

今回 first in man 試験に関するアンケート調査を実施した。新しい薬が誕生するためには、世界で初めて、未承認の薬を健康なヒトに投与して安全かどうかを検討するための試験が、必要であることを考えたことがあるかという問いに対して、一般の方では約半数弱がないと答えた。医療機関にて処方される薬剤は、手順を踏んだ臨床試験を実施しており、抗がん剤等特殊な場合を除いて、first in man 試験は健康人を対象に実施される。そして多くの国民は、日ごろ薬剤の恩恵を被っているが、その過程を国民全体で共有されているわけではなかった。このことは何を意味するのだろうか。アンケート調査の結果を示しつつ、考察したいと思う。

医療支援における病気概念の実践的意義

中澤 武 (明海大学 歯学部)

本発表の課題は、病気概念の主観的構造に注目し、医療者の支援行為に対する病気概念の実践的意義を示すことにより、医療者-患者関係の非対称性を考慮した支援の在り方を検討することである。

人は、みずからを病気と見なし病気に対する態度を決定することができる。病者は、単に病苦を受動的に受けとめることもできれば、病苦からいわば距離をとって能動的に病気に対処することもできる。そこには、当人の生活状況や病気の程度、病歴等さまざまな要因が働いているだろう。とはいえ、病者の態度を左右するのは、必ずしも疾患の客観的所見だけではない。むしろ、病者自身が心身の状態をどのようなものとして感覚し、どのような医療支援を必要と見なすか、その解釈が決定的な意味を持つのである。

こうした病気概念の主観的側面は、理論的には、人間の「脱中心的定位」(H. Plessner)という人間学的構想によって基礎づけられ得る。これに対して、実践的には、みずからの心身の状態を病気と見なし、自律性の毀損を認識しつつ本来の統合態の回復を望む患者の自己認識が、医療者の行為に対する実践的要請を基礎づけている。それゆえに、医療者に求められる支援は、経験的に記述可能な生命現象の機能不全を調整することだけにとどまらない。むしろ、統合態を喪失した患者を支え、損なわれた自律性を回復するためには、患者の有する病気概念の主観的解釈に働きかけ得るアプローチこそが、医療行為の構成的要素として認められなければならない。

そのようなアプローチを実効のあるものとするためには、医療者-患者関係の非対称性を考慮しつつ、たとえば、プロセス・コンサルティング (E. Schein) の提唱する対話モデルの構造を医療実践の場に応用することも考えられるだろう。

医療現場におけるメディエーションの意義

吉村 理津子 (京都女子大学 現代社会研究科)

医療者・患者関係モデルの歴史は、パターナリズムモデルから情報提供型モデルへの変遷を経たのち、解釈モデル、討議モデルと展開した。解釈モデルは、患者の価値観を明確にし、それに基づく医療方針を決めるプロセスに医療者が介入し支援するものであり、一方討議モデルは、患者と医療者がそれぞれの価値観や意見を提示しつつ、治療方針について話し合うというものである。これら2モデルは対話を前提としており、このため両者間には信頼関係が成立していることが不可欠である。しかしながら、信頼関係が構築されないまま対話が行われ、齟齬を含んだ状態で患者の意思決定がなされると、コンフリクトが生じ、時として患者の受診放棄、医療訴訟へと発展する場合がある。この状況下、医療者・患者間の調停、仲裁の必要性から「医療メディエーション」という概念が生まれた。わが国では2003年頃から医療メディエーションの有効性に注目が集まるようになり、医療メディエーターの養成講座がいくつかスタートし、2013年には厚生労働省が「医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針」を発表している。他にも、一部の医療施設で一般市民が自発的に患者サポートを行う等、民間レベルでの活動も広がりを見せている。本発表では、医療メディエーションの普及・発展を目的とした活動の実態調査の結果を報告する。将来、これらの活動が社会に根付き、医療メディエーションが一システムとして確立すれば、医療現場のトラブル未然防止・解決のみならず、インフォームド・コンセントの取得、あるいは重大疾病の告知の場面においてもこれを活用することが可能になろう。医療メディエーションの活用範囲をどこまで拡大できるかについても検討したい。

キーワード：医療メディエーション、対話、医療対話推進者

個人研究発表 3-1-2

7日 9:45~10:15

第3会場 (B43 教室)

災害時における調査研究の実施体制の検討

飯島 祥彦 (名古屋大学大学院医学系研究科 生命倫理統括支援室)

【目的】被災地の市町村に対して、災害時の調査研究（災害研究）への関与について調査を行い、災害研究を適切に実施するために求められる体制を考察すること。

【方法】2014年11月、東日本大震災で大きい被害を被った岩手、宮城、福島の三県の全127市町村の総務課、または産学連携課の担当者に対して、災害研究について郵送による無記名質問紙調査を実施した。調査項目は、①共同研究の有無、②協定の有無、③苦慮した経験の有無、④市民からの苦情の有無、⑤被災地の研究機関の関与の必要性、⑥研究チームの救助・診療からの独立性の要否、⑦災害発生直後の調査の可否、⑧自由記載である。

【結果】回答した市町村は60（回答率47.2%）であった。共同研究をしている市町村9（18.4%）、協定を締結している市町村22（36.7%）、災害研究に関して対応に苦慮した市町村は2市町村（3.3%）、市民から苦情を受けた市町村6（10%）であった。被災地域の機関が関与する必要があると回答した市町村10（16.4%）、研究チームの救助・診療からの独立性が必要とした市町村5（8.2%）、災害直後の調査研究を可能とした市町村21（34.4%）であった。自由記載欄では、住民からの苦情として、仮設住宅でのアンケート疲れ、繰り返し類似のアンケートの実施、意味のないワークショップの開催、研究結果の還元がないなどが挙げられていた、また、事務負担の増大への懸念として、研究機関からの研究の申し入れを断る負担、研究機関の都合に振り回された、研究機関の実働部隊にさせられた、などが挙げられていた。

【考察】研究者と研究参加者となる被災者（住民）とが信頼関係を構築するためには、住民から近い存在である市町村の役割が重要であり、市町村の事務負担の増大に配慮しつつ、災害研究の管理や市民への成果の還元を図っていく必要があると考える。

個人研究発表 1-1-3

7日 10:20~10:50

第1会場 (D41 教室)

「尊厳」は役に立たないか

石田 安実 (お茶の水女子大学)

「尊厳」は、通常、人間の持つ不動の価値、冒すべからざるものとして捉えられる。ドイツ連邦共和国の「基本法」には「人間の尊厳は不可侵である」という表現もある。生命倫理の文脈で「生命の尊厳」と表現される時、「尊厳」は「神聖さ」とほぼ同じ不可侵性を含意する。しかし、同様に生命倫理の議論において「生命の尊厳」「人間の尊厳」「人格の尊厳」と3つの概念に当てはめる時、互いに概念上の対立が生まれることも知られている(たとえば、終末期の患者に対して「人格の尊厳」にもとづいて尊厳死を認めれば、「生命の尊厳」を冒すことになる)。このように、すべてが同様に「不可侵である」という調和的な図式にはならないが、「尊厳」は、すべてを基礎づけるか、またはすべてと何らかの重要な関係を持つ、基本原理のようなものとして働いているといえよう。また、生命倫理の4原則を補完するとの見方もある。いずれにしても、多くの議論では、「尊厳」は生命倫理で重要な役割を担うとみなされている。

Steven Pinkerは、「The Stupidity of Dignity」という2008年の論文で、「尊厳」の重要性を挑発的に批判した。Pinkerは「神聖さ」の側面を強調する保守派の議論を攻撃しながら、「尊厳」が通常もつとされる要件である、代替不可能性や比較考量不可能性を否定した。それは「尊厳」が根本原理でないことを論証的に示すものだが、また同時に、この概念を巡って生命倫理における諸原理をどう再構成したらよいかを示唆的に示している。本発表では、Pinkerの議論をヒントに、「尊厳」概念があるべき位置について「自律性」「倫理のパッケージ化」「標準(normality)」「人格」といった重要な概念を関連させながら論じる予定である。

個人研究発表 2-1-3

7日 10:20~10:50

第2会場 (B41 教室)

カード方式臨床倫理事例検討法とナラティブの能力

金城 隆展 (琉球大学医学部附属病院 地域医療部)

本発表では、臨床倫理事例検討法として広く定着しているジョンセンらの4分割法が内包する課題、すなわち、1) 情報収集プロセスの欠如、および、2) 収集した情報同士を関連付けるプロセスの欠如という課題を克服する新たな事例検討方法としてカード方式臨床倫理事例検討法を紹介する。事例に関する情報をカードに分散させて参加者に配り、参加者同士で情報を収集し合い、皆で協働して再構成した事例(物語)の中で「何を為すべきか」を考えるプロセスを経ることによって、参加者は倫理的推論能力のみならず、事例を再構成し、その筋を辿り、隙間を埋め、誰を対話へ招き入れるべきかを判断し、そして、当該事例の倫理的問題を解決する為に本当に必要な情報は何かを見極める能力を訓練することが出来ることを概説する。

重症心身障がい児・者にケアとして理学療法を行う意味

—気遣いつつ働きかける身体の交流の語り

前野 竜太郎 (前 聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部)

重症心身障がい児・者 (以下重心児・者) に行う理学療法士によるケアとしての理学療法とはどのようなものであろう。日々重心児・者にリハビリテーションを行う臨床経験は、理学療法士にとってどういった意味をもつのであろうか。ここで取り上げたいケアとは、重心児・者の生命維持を含めた「医療的ケア」とは異なり、いわゆる「気遣い」に基づく「ケアの本質」としてのケア的な態度のことである。これまで、実際の臨床場面において理学療法士が実践として、どのようにケアとしての理学療法を行っているのか、その実践の取り組みはどういった意味を持つのか、質的に研究されることはほとんどなかった。とくに、実際の理学療法治療場面において、障がいの重い子に気遣いながらかわっていく場面について、その経験を振り返りつつ、現象学的に記述・分析・解釈されることはなかった。

本研究では、重心児・者に、理学療法を行っている理学療法士と対話を行い、理学療法士と重心児・者との間の相互の関係性を、まずその語りの中から記述していく。ケアとしての理学療法経験の成り立ちについて、現象学的記述を通して明示していきたい。あわせて、その中で理学療法技術としてのキュアをもう一度問い直しつつ、ケアとして行われる理学療法経験についてその意味を問い直したい。

重心児・者に行う理学療法においては、「生きられる世界」「間身体性」「運動志向性」それら自体が重心児・者へ迫る技としての「ケアとしての理学療法」を成り立たせているものであることを明らかにしたい。合わせて、なぜ対話なのか、なぜ対話による現象学的記述なのか、またなぜ現象学的研究を行うのかを述べつつ、理学療法におけるケアとは何かについて、重心児・者との「間身体性」における交流についての語りを中心に、対話によって現れてくる研究者 (理学療法士) と理学療法士との「間身体性」においておこる共通理解を通して述べていきたい。

「特定病因論」から「確率論的病因論」へ

～両者の意義と治療戦略の異同についての一考察

村岡 潔 (佛教大学)

本発表では、近代医学の病因論の主流が「特定病因論」から「確率論的病因論」へと変わってきた経過をとりあげ、両者の意義とその治療戦略の異同について考察したい。

特定病因論は、19世紀後半の細菌学の確立以降、近代医学の中心的病因論となった。その結果、特定の疾患(例、結核)には細菌学によって感染症では病原体(例、結核菌)を殲滅すれば治癒するという戦略が主流となった。特定病因論は、その他、ビタミン欠乏症や内分泌疾患、あるいは遺伝子疾患等の治療戦略になっている。

一方20世紀には急性感染症から成人病・生活習慣病として注目される慢性的な疾患へと疾病構造が変化した。例えば、佐藤純一(注1)によれば、生活習慣病における虚血性心疾患などは特定病因論(単一病因論)では分析が難しくなったことから、新たな病因論として「確率論的病因論」が登場してきた。その概要は「多重原因論」と「危険因子概念」から構成され、「病気はさまざまな危険因子(体質・刺激・環境・年齢などリスク・ファクター)の複合的作用で発症するから、その危険因子を減らすことで病気になる確率が減少できる」という戦略をもつ。佐藤は、この新たな病因論は、それまでの「特定病因論」の否定につながるが、その一方で、たとえば虚血性心疾患などの原因(特定の病因、発表者注)探しが行われるとも述べている。

本発表では、こうした歴史的過程や先行研究を整理しつつ、結語として、(1)確率論的病因論には特定病因論的特性が含まれる点(注2)と、(2)特定病因論の戦略のワクチン療法と確率論的病因論の戦略の生活習慣病治療とには予防医学的戦略という共通点がある点を指摘したい。

(注1)佐藤純一「近代医学・近代医療とは何か」、高草木光一編『思想としての「医学概論」』岩波書店、2013年、139-150頁

(注2)村岡 潔「『先制医療』における特定病因論と確率論的病因論の役割」佛教大学保健医療技術学部論集、第8号、2014年、37-45頁

日本の教育の場における病（＝健康からの“逸脱”）不在の意味

青山 彌紀

(ドイツ日本研究所：German Institute for Japanese Studies in Tokyo)

「命の教育」が叫ばれ、生命倫理に関するテーマも、倫理や公民等の科目という形で日本の教育のなかに定着してきたといえる。日本だけでなく、高齢化を迎えた先進国では、健康に関する学校での教育に注目が集まっている。福祉・保険制度の発達と、そのための財政難から、国民に対して「健康」であることの義務・圧力が社会的に高まる傾向については多くの批判的な指摘もなされてきた。急速な少子高齢化をとげる日本社会は、同時に、他の先進国や近隣アジア諸国などと比較しても、「普通」「標準」「平均」であることについて大きな社会的圧力があると、様々な分野・学問で指摘されてきた社会でもある。「世界有数の平均寿命」を誇る日本では、和食に集中する健康的な食事を中心にした「食育」という概念は、近年の教育における健康観、そして疾病観や死生観を象徴するキーワードであろう。

死の教育に関しては、例えば高校の倫理などでも生命倫理の議論が紹介され、「一人称（二人称、三人称）の死」というふうに非常に詳細に語られている。しかし、病と共に生きるということに関しては、日本のどの教科の教科書にも触れられていない。それは、統計を見れば明らかなことだが、高齢化した日本の国民の大部分がなんらかの慢性病や疾病とともに長い時間を生きている、すなわち多くの人間にとって、病が日常の一部であるにもかかわらず、である。

本発表では、まずクリティカルリテラシー（批判的教育学の一派）及び、欧米の近年の教科書内容の政治的背景に関する批判的議論の手法をもとに、日本の教育現場での「病」不在の状態を指摘する。その上で、その背景にある健康政策・社会的圧力・日本の文化的傾向について批判的に検証し、その結果が生命倫理学の比較文化的研究に持ちうる意味と、比較文化的視点をもつ生命倫理学が今後の日本の健康に関する言説・教育になしうる貢献について考える。

スピリチュアル・ケアにおけるナラティブの意味について

宮嶋 俊一（北海道大学大学院 文学研究科）

とりわけ終末期の患者にとって、病やそれがもたらす痛みや苦しみ、さらにその先にある死や、死に至るまでの生の意味に関わる問い（なぜ自分はこれほどまでに苦しまねばならないのか、なぜ私が死なねばならないのか、自分はまもなく死んでしまうのにそれでも生きている意味は何なのか、など）に対する考えは、自らの生を支えていく上で、きわめて重要なものである。伝統的な諸宗教は、それらに様々な意味を付与してきた。病や苦しみは時には悪行に対する罰であり、時には乗り越えるべき試練であった。近代医療の発達、それに伴う科学的・合理的な認識の広がりによって、こうした伝統宗教の影響力は弱まったものの、病や苦しみの意味、そしてまた死生の意味に関する問いそのものはやはり存在しており、それに科学的・合理的に答えることは困難である。それゆえスピリチュアルなケアが求められる。それはスピリチュアルな病気観や死生観とつながっている。一方でそれは伝統宗教的な見方を継承しつつ、他方、それに拘束されてはいない。それは宗教の私事化・個人化という変化と軌を一にして広がりつつあるものであり、個人的な宗教性と考えることもできる。

それがスピリチュアル・ケアにおいて重要な役割を果たすのは、ケアが特定の教団の世界観や人間観の押しつけとならないようにするためであり、そこでは傾聴と対話の作業が必要となる。その中で病や死生のその人なりの意味に気づくこととなる。そこで、ナラティブが重要や意味を持つ。客観的かつ唯一の正解を導き出すことができないがゆえ、患者は自らの物語の中で、病や死生の意味をあらためて自分のものとしていく。それは、アイデンティティの再構成のプロセスであると言える。そのプロセスにおいて、スピリチュアルな病気観や死生観が重要な役割を果たしていくこととなるのである。

医学教育における倫理教育と人文学教育

—ある医学者の生涯を手がかりに—

安藤 泰至 (鳥取大学 医学部)

今世紀に入ってから、日本の医学教育（広義の医療者養成教育）における生命倫理学や医療倫理学の必修化が進んでいる。他方、医学教育において人文系教養教育はますます軽視されるようになってきており、倫理教育は人文学（ヒューマニティーズ）や人間形成としての教養とのつながりを欠いたまま、単に生命倫理をめぐる法やガイドラインについての知識の習得や、臨床倫理問題解決のための（あくまで医療専門職の枠組内での）対処法の習得だけを重視するような傾向も見られる。こうした現状に対する批判的な問題提起として、本発表では、秋元寿恵夫（1908～1994）という一医学者の生涯と著作を取り上げ、再考する。東京大学の血清学者であった秋元は戦中、731部隊に血清班班長として加わったことに対する罪の意識から、戦後研究者としての道を自ら捨てるとともに、医学者としてはほとんど唯一、過去の罪を公に告白した（『医の倫理を問う』）。若き日の秋元は一高文芸部で活躍し、文学者を志したこともある青年であり、後年の訳書のなかには岩波文庫の『ローザ・ルクセンブルク 獄中からの手紙』もある。実際、秋元の著書における医学の負の側面についての省察や（当時の）医学教育についての批判には、ヒューマンイズムや人文学についての彼の理解や経験との深いつながりが見られる。また、秋元は戦後、検査技師の地位向上に努め、晩年は検査技師養成のための学校を自ら設立し、教育に当たったことでも知られている。遺稿となった『医学教育批判』（自費出版）においては、医師ではなく検査技師を目指す学生への医学教育のあり方を考えるところから、既存の医学教育における慣習的作法が徹底的に疑問視され、批判されている。このように、生命（医療）倫理教育と人文学教育のあるべき関係についても、医師のみならず広義の医療者養成を担う今日の医学教育についても、私たちが秋元から学ぶ点はきわめて多い。

在宅という場所が意味するもの

齊藤 美恵 (西武文理大学 看護学部)

わが国では在宅医療・在宅ケアが推進されている。その際、主眼とするのは医療費の抑制であり、いかなる意味で在宅が望ましいのかといったことは素通りされているようである。一般に、在宅医療・在宅ケアといった表現が用いられる場合、在宅には良きものといった意味合いが込められている。たしかに、在宅という療養者の居場所は、彼らには慣れ親しんだ感覚を持ちやすい場所であろう。また、医療や介護の受け手が、それらを自らが主導できるという可能性にも開かれる場所であるとも言える。しかし、例えば高齢者に注目してみると、高齢者のみの世帯や独居で介護を必要とする場合など、在宅という場所以外の要件を整えることもより良いケアを提供するうえで欠かせない。また、在宅で療養するのは、高齢者のみではなく、様々な年齢層や疾病、障がいを抱えた方々など幅広い。場合によっては、やむを得ず在宅での療養を断念することもあるだろう。その際、いかなる意味で在宅が望ましいのかということを検討しておくことは、場所を問わずより良いケアの提供を可能にすると私は考える。

そこで本稿においては、在宅という場所はいかなる意味を持つのかについて考察する。考察の手順は次の通りである。まず、高齢者と住まいとの関係から「自宅でない在宅」が必要であろうと述べる外山義氏の主張を手掛かりに、高齢者にとって在宅が持つ意味について検討する。ついで、学生らを対象とした居場所の先行研究に基づいて、時間、空間という視点から在宅に求められるものについて検討する。最後に、ケアを行ううえで在宅という場所がもつ真なる意味について考察する。

本稿による在宅という場所がもつ意味についての考察は、在宅においてより良いケアを受けることのみならず、やむを得ず在宅を離れて療養する人たちを支援していくことにおいて示唆を与えるだろう。

リン・ルダー・ベイカーの構成説における人の概念分析

峯村 優一 (ニューヨーク州立大学バッファロー校 哲学科)

リン・ルダー・ベイカーの構成説によると、われわれ人の存在の本質は、生物的な実体であるヒトに構成されることにより、大脳機能の発達に伴って主観視点能力を非派生的に持つことで、新たに発現する実体である「人」(パーソン)にあるものとされる。主観視点能力に必要とされる構造的特性が保たれる間、われわれは、本質的に「人」として存在するのである。

本発表では第一に、構成説に則してわれわれの存在の本質を考える場合、新生児とわれわれ人が、異なる実体とみなされてしまうことを明らかにする。ベイカーは、感覚や模倣する能力等の未発達の主観視点能力を持つ新生児は、成長過程で自己意識等の強い主観視点能力を持てるようになるので、自己意識を持つわれわれと同じ実体である「人」とみなすのである。しかし、未発達の主観視点能力を持つ実体が、強い主観視点能力を持てるようになるには、不確定的要素に依存するため、構成説の考え方では、新生児とわれわれ人を同一の実体とみなせなくなる問題が生ずるものと思われる。

第二に、強い主観視点能力を非派生的に持つ「人」と、その能力を「人」を介して派生的に持つヒトを、それぞれ異なる実体であるとみなす構成説は、われわれ人の存在を説明するのに整合性が保てないことを明らかにする。われわれ人が、強い主観視点能力を持つようになる時、われわれの存在が、生物的な実体と本質的に異なり、生物的な機能から独立して生存できる実体である「人」として現れるとするベイカーの見解は、その能力が備わるのに生物的な機能が不可欠な役割を果たすことを考慮しておらず、妥当性がないものと思われる。われわれ人は、本質的に生物的な生命機能を保つことで生存する有機体であり、強い主観視点能力は、有機体が非派生的に持つ特性の一つであり、有機体であることが、われわれ人の存在にとって本質的な要素であることを明らかにする。

医療における意思決定能力概念の考察

日笠 晴香 (日本学術振興会/東京大学大学院人文社会系研究科)

医療の意思決定において、患者のある治療選択が尊重される必要があるか、あるいはそれを無効として本人に代わって他人が決定する必要があるかの判断に関して、その患者が意思決定能力を有しているか否かがひとつの基準となり得る。Tom L. Beauchamp と James F. Childress によれば、意思決定能力を有することである *competence* の中核的な意味は「課題遂行能力 *the ability to perform a task*」である。しかし、この能力に関してひとつの共有される定義が存在するわけではなく、また、この能力を有するか否かの基準はその文脈に応じて異なる。

意思決定能力の有無を判断するための測定法や検査に関する議論ではなく、本発表ではそれらの前提となる意思決定能力の要件を考察したい。この能力を構成する要素を考察し適切な要件を検討しなければ、患者の意思決定の有効性が不適切に評価されることにもなりかねない。例えば、全体的には理性的な判断能力を有していると考えられる人によって他人には非合理的にみえる意思決定がなされたり、認知的能力が衰えていると考えられる人によって決定がなされたりする場合に、その人の主体性を尊重し、その意向・選好・利益などを適切に意思決定に反映するためにも、医療の意思決定の文脈における *competence* 概念を明らかにすることは重要となる。

本発表では、意思決定能力概念に関する Allen E. Buchanan と Dan W. Brock や Becky C. White らの主張を検討することを通して、特に、理性的な要素だけでなく感情的な要素が意思決定能力の要素としてどう位置づけられるのかや、客観的に評価される患者にとっての利益と患者自身の価値や目的とが意思決定能力とどう関連付けられるかを考察し、医療における意思決定能力の要件を明らかにしたい。

ALS 患者さんの 24 時間介護体制

杉原 正子 (独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター精神科)

[背景]

ALS は全身の運動神経が侵され、筋肉が萎縮する進行性の神経筋疾患である。発病して 3～5 年で全介護の状態になり、呼吸筋麻痺で致命的となるが、人工呼吸器により寿命を全うできる可能性もある。

日本では、ALS 患者の人工呼吸器装着率は比較的高く、推計約 30%だが、長期療養施設は大変少なく在宅療養が主流であるが、家族の介護負担が問題になっている。欧米では呼吸器の取り外しも行われているが、日本では呼吸器の取り外しは違法行為であるがゆえ、介護システムの充実が強く求められてきた。現在、介護保険と障害者総合支援法を使って、人工呼吸器を装着した独居者が 24 時間家族以外の介護を受けられるケースが増えている。しかし、家族が同居していると 24 時間の支給決定は認められにくく、日中働く勤労者が、夜通し患者の痰の吸引を行うなどを自治体から求められ、家族の人権も阻害された状況にある。

[方法]

ALS の主介護者として介護し、看取った遺族 3 名に半構造化面接を行なった。

[結果]

人工呼吸器装着後、学生をヘルパーに養成し、最終的には 24 時間介護を実現できた。家族の介護負担と在宅介護支援の必要性が語られた。

[結論]

患者家族は在宅療養の体制作りの過程で様々な困難に直面している。しかし、介護職の実践に対する専門職の理解や支援が乏しいため、家族の負担は軽減されにくい構造が認められた。人工呼吸器の不開始や取り外しの是非を検討する前に、呼吸器を装着したくてもできない当事者の実態を知り、在宅 24 時間療養支援の在り方について議論を深めるべきである。

個人研究発表 2-2-1

8日 13:30~14:00

第2会場 (B41 教室)

精神と実証主義一Ⅱ

棚橋 寛 (芝浦工業大学)

すでに前大会及び関東学会において、精神と物質の二分された人間の実体について述べてきたが、依然として精神の形体についての明確な把握がなされていないことである。その要因のひとつに精神疾患の急増という現象がある。最初の発表の端緒として、精神疾患の急増という事態を取り上げたが、この急増という事態を、文字通りに受け取ってよい事実か、疑念を抱くようになった。精神と疾患というものが、身体的なものとは異質な関係性にあるのではないかということである(「正常を救え」アレン・フランセス著)。近年の精神疾患の急増は極めて人為的な操作の要素があるのではないかという指摘があった。精神と実証主義との関係は精神疾患が薬物投与によって治療しうる事態なのか、この点においての明確な基準がないことが述べられている。その基準はどこに、どのように設定可能なのかを検討してみたい。さらに精神は、果たしてそのような要請に応えられるか、あるいはそのような応え方が精神の実体に即応しうるものなのか問い正したいと考えている。

このような観点からの指摘は、一つの精神のあり方へのアプローチの仕方とも考えてよいのではないかと思う。今回の大会テーマである「わたしの病い、あなたの病い～病いの“当事者性”を考える」の「当事者性」という事柄について、哲学的な寄与がいささかでも可能であれば幸いである。

個人研究発表 1-2-2

8日 14:05~14:35

第1会場 (D41 教室)

AID 出生者のドナー情報アクセス権とドナーのプライバシー権の拮抗 ボランティアレジストリーに期待される効果

仙波 由加里 (桜美林大学 加齢発達研究所)

近年、日本では、これまで以上に第三者の関与する生殖医療に関心が集まりつつある。厚生労働省の研究班が2014年2月に実施した調査では、子どもを望んでもなかなか恵まれないとしたら、卵子や精子の提供、代理出産を利用したいと考えている人がそれぞれ25%前後おり、こうした医療を社会的に認めてもいいという人も3割近くいたという結果がでている¹⁾。提供精子を使った生殖医療(AID)は、日本でもすでに70年近く実施されており、この技術で生まれた人が、国内に最低でも1万人以上いるといわれている。最近では卵子提供や代理出産を求めて海外に渡ったり、国内で治療を受けるカップルも現れ、提供配偶子による出生者は今後もますます増えるものと推測される。

日本には、第三者が関与する生殖補助医療関連の法規制はなく、その必要性が1990年代の後半から認識されつつも、なかなか法制化に至っていない。これまで、何度かあった法整備にむけた動きの中では、AID 出生者からドナーの匿名性の廃止と出生者のドナー情報アクセス権の保障を求める声があがったが、ドナーのプライバシー権が侵されると、これに反対する意見も多く、問題は先送りされてきた。しかし、出生者の出自を知る権利は重要であり、これを保障するような法づくりがすすまない状況の中でも、先にボランティアレジストリーというシステムを先に導入することによって、出生者にもドナーにも、一定の利点をもたらすことが期待される。海外の例をみれば、ボランティアレジストリーを通して、たとえドナーがわからなくても、同じドナーから生まれた生物学的兄弟姉妹を見つけることができたり、ボランティアレジストリーが出自を知る権利の重要性を社会に啓発するきっかけになったり、ドナーが自主的に情報開示するようになった事例もある。本報告ではボランティアレジストリーの利点と課題について言及する。

¹⁾朝日デジタル (2015年6月11日) 卵子提供や代理出産「利用希望」2~3割 厚労省調査
<http://digital.asahi.com/articles/DA3S11803705.html>

意志決定における妥協の問題について

朝倉 輝一 (東洋大学 法学部)

我々の日常生活から政府間の外交交渉に至るまで何らかの主義主張や利害関心の対立・葛藤があるのが常態である。その中で大きな役割を演じているにもかかわらず、実践哲学的な関心から十分な考察が加えられてこなかったと思われる概念の一つに「妥協 (Kompromiß, compromise)」の問題がある。

医療においても、組織間であれば患者・医療者間であれば、妥協は対立・葛藤の平和的解決の機能を果たしている。しかし、妥協の理解に関しては二面性があるのではないだろうか。すなわち、一方では、妥協が討議を通じた何らかの相互的な歩み寄り・譲歩を意味しており、よりよい意志決定の実現としての合意あるいは問題の平和的解決という肯定的な評価を含んでいる。他方は、妥協とは反対すべきものへの屈服を意味し、自己もしくは自己が属する集団の理想や自己理解を相手に対して譲り渡し、結果として自己の名誉や自己理解を貶めるという否定的な評価である。いずれにせよ、どちらも道徳的な評価をはらんでいる。このようにみえてくると、妥協とは、積極的に望まれているわけではないかもしれないが、誰もが現実に行っていたり、望むと望まざるとに関わらず必要とも受け止められているという特徴をもっていることが分かる。

多様な価値観や利害が対立・葛藤する多元社会に生きる我々が、何らかの普遍的な道徳原理に訴えることによって直面する対立・葛藤に常に一義的な帰結を与えることが望みえないのであれば、妥協は問題解決の有力な手段として本格的に検討されるべきであろう。そして、この問題の検討のためには、妥協が果たす役割やありうべき妥協のあり方、さらに曖昧な妥協概念の分析が必要であろうと思われる。本発表では、そのうち、妥協概念の分析を中心に行うこととする。

個人研究発表 1-2-3

8日 14:40~15:10

第1会場 (D41 教室)

医療における主体性

藤戸善伸 (札幌医科大学医学部 地域医療総合医学講座)

生体における目的論、別の視点でいうならば、生体における主体性は、生体を対象とする論考で避けることはできない。

生体に関わる事象を後向きに説明する議論はしばしば行われ、進化論や、生命の起源の議論において、現状をどのように説明するか、様々な試みがある。カオス理論などの導入により、古典的決定論と異なり予測不可能ではあるが、主体という概念を導入せずとも説明可能という考え方が主流となっている。

現在の医療においては、過去の統計的なデータからの予測が中心的に用いられる。医療においても **Big Data** の利用がすでに実用化されつつあり、個人の遺伝子情報が短時間ですべて把握できる状況になっている。

医療の現場においては、目の前の患者がこれからどのようになり、何を患者に対してすることができるのか、ということが主たる問題となる。コンピュータに頼り、予測を行なっていくことも重要ではあるが、予測における限界がある。さらに現実において、状況に対する理解そして決断が必要になった際、我々自身が生体であるということは重要な意味を持つ。

今回の論考では、予測可能性、介入可能性という前向きの側面において主体という概念の必要性を論じる。また統計的なデータからの推測等、現在一般的に行われている説明可能性との境界、共存可能性について論じたい。

災害時の倫理と通常時の倫理

高橋 隆雄 (熊本大学大学院 先端機構)

災害時の倫理規範は通常時の倫理規範と異なると言われる。両者の関係を捉えることで、通常時の倫理規範の基盤にあるものを再検討することができると考えられる。まず、災害時とは何かというと、災害直後からしばらく続く期間で、生命が危険にさらされ、被災者が自助、共助、公助に頼らざるをえない時期であり、被災者の要求に対して人的・物的資源、情報等がはるかに不足している時期を指す。トリアージは災害時の医療者による応答の典型を示している。トリアージでは、搬送と治療の優先順位は、年齢、性、職業等ではなく、傷病の程度のみによって判断される。助かる見込みの薄い心肺停止者の搬送・治療の優先順位は最後にされ、不足する資源の中でできるだけ多くの人の救命が行われる。これは、最大多数の最大幸福の原理に則っているといえるだろうが、その基盤にあるのは全体や社会にとっての善の最大化というよりも、傷病者の自己保存という原初的欲求・傾向性に対する救助者の応答である。トリアージにおいては、年齢、性、家族構成、職業等は考慮されず、傷病者はいわば裸の人と捉えられる。こうした状況では、生存への究極の欲求が表れており、共助、公助のネットワークからこぼれ落ちた状況で、家族や社会における立場を離れて、一人の人として生存を賭けて状況に立ち向かう一人の人が現出している。これは、災害時の人のあり方を示している。通常時から突然に陥ったこのような状況は、たとえば、J.ロックが戦争状態が復活すると述べた、強盗に遭遇した時に類似している。ここから、社会契約説になぞらえて、戦争状態としての自然状態と災害時を比較することができる。さらには、倫理ということ自体が成立する前の段階として災害直後の時期を捉えることもできる。こうした災害時の倫理の考察により、通常時の倫理を新たな視点で捉え直すことが期待される。

〈ワークショップ〉

7日 13:50～15:20 第2会場《B41 教室》

医学研究の倫理審査委員会における 非医学系倫理委員の意義と役割

司 会： 瀬戸山 晃一（京都府立医科大学）

報告者： 山本 洋一（大阪大学）

岩江 荘介（宮崎大学）

瀬戸山 晃一（京都府立医科大学）

* こちらのミスで余計な文章が入っていました。削除してお詫び申し上げます。

~~今日の世界のグローバル化、およびそれにもよって生じる価値観の多様化は、医療iPS~~
などの先端医科学研究の臨床試験、STAP細胞問題、ディオバン等の臨床研究の不正事案、再生医療等の安全性の確保等に関する法律や人を対象とする医学系研究に関する倫理指針の施行など、医学研究や臨床研究の質保証とガバナンスの在り方が注目されてきている。そのような現状にあって、研究をガバナンスする省令やガイドライン遵守のための倫理審査委員会の役割が、より一層重要になってきている。今後は研究の科学的合理性と倫理性を審査する倫理審査委員会の審査体制を運営する委員長や事務局の役割のみならず、実際に審査に当たる委員の資質向上と教育の在り方が強く求められている。倫理審査委員会は、周知のように医学研究者や生物統計の専門家のみならず、法学や倫理学などの医学以外を専門とする人文社会科学などの有識者や、利害関係を有しない外部委員や一般市民を代表する委員などの「非医学系委員」によって構成されている。日本に多数存在する委員会は、その質の点で大きな格差があることが懸念されているが、倫理審査委員会の認定制度が導入され、この度、9機関の委員会が認定されている。委員会の機能を充実させるために、非医学系の倫理委員の意義と役割をどのように考えればよいのであろうか。また、この問いと関係して、非医学系の委員のリクルートや教育研修は、どのようになされており、今後どのようになされるべきであるのであろうか。本ワークショップでは、これらの諸問題についての科研費研究の代表者及び研究分担者によって、企画開催された公開セミナーや実施アンケート及びインタビュー調査などを踏まえ考察を深める。

山本洋一会員は、大阪大学附属病院での各種倫理審査委員会の事務局および倫理審査委員の経験に基づき、上記9の認定委員会に選ばれた大阪大学での取り組みと海外の動向も踏まえながら問題提起を行う。

岩江荘介会員は、京都大学および宮崎大学での倫理審査委員会事務局運営の経験やインタビュー調査に基づき、現状と問題提起を行う。

瀬戸山晃一会員は、全体の司会進行並びにこれまでの研究調査及び各種倫理審査委員の経験、及び京都府立医科大学での取り組みを踏まえて問題提起を行う。

以上のように医学部内で倫理審査の事務局運営や委員を務めてきている3名の学会員によって、それぞれの所属する医学部での取り組みを踏まえて問題提起を行い、フロアの会員の研究者の方々と忌憚のない意見交換と活発な議論を行い、非医学系倫理審査委員の役割とそれを保証するための倫理教育研修の在り方と課題を明確にするとともに、何らかの処方箋が得られるワークショップにしたいと考えている。

〈ワークショップ〉

8日 13:30～15:00 第3会場《B42教室》

“Normality” in This Country: From Bioethical Viewpoints

司会： 石田 安実（お茶の水女子大学）
報告者： 瀬戸山 晃一（京都府立医科大学）
Tobias Soeldner・青山 彌紀*（ドイツ日本研究所）
Laura Specker Sullivan（ワシントン大学）

（このワークショップは英語で行われます）

「正常さ normality」や「being normal」の概念は、現代の医療・研究で大きな位置を占めている。周知のように、遺伝学や精神医学の分野、またエンハンスメントとの関係で（ある程度の倫理的懸念とともに）言及されることが多い。「正常」「標準」「健康」が混同されることもある。だが、この概念は、たとえば障害・生殖医療・再生医療・延命治療などの問題で明らかに我々の考え方に影響を及ぼしているにもかかわらず、上記の分野以外で、その倫理的含意が明示的に議論されることは、日本ではあまりないように思われる。

「正常な身体」概念は、時に社会的に構築されるものである。医療技術の進歩を考慮する時、「正常」についての我々の認識は、例えば「治療と予防」「健常と障害」の区別にどのように影響を与えるであろうか。またエンハンスメントが、人間に関する「正常」「自然さ」という観点から否定されることがある。だが、「できる」能力が倫理的には「すべき」を導出しないものの「すべき」行為の選択肢を与えてくれると考えると、エンハンスメントは我々が「できる」機能を拡大してくれることで、「べき」の倫理境界を拡大するのではないか。「正常さ」と「倫理的許容性」を分けて考えることも必要かもしれない。

この学際的ワークショップでは、この国で実際に用いられている「正常さ」についての問題を様々な観点から論じることで、その倫理的側面を明らかにしたい。この重要な概念に関し、本WSが今後の生命医療倫理的議論の土台造りに貢献することを期待したい。

司会（石田）の問題提起の後、3組の演者に、各15～20分間、それぞれ以下のポイントでこの概念の生命倫理的意味合いを指摘してもらい、その後にディスカッションを行う。

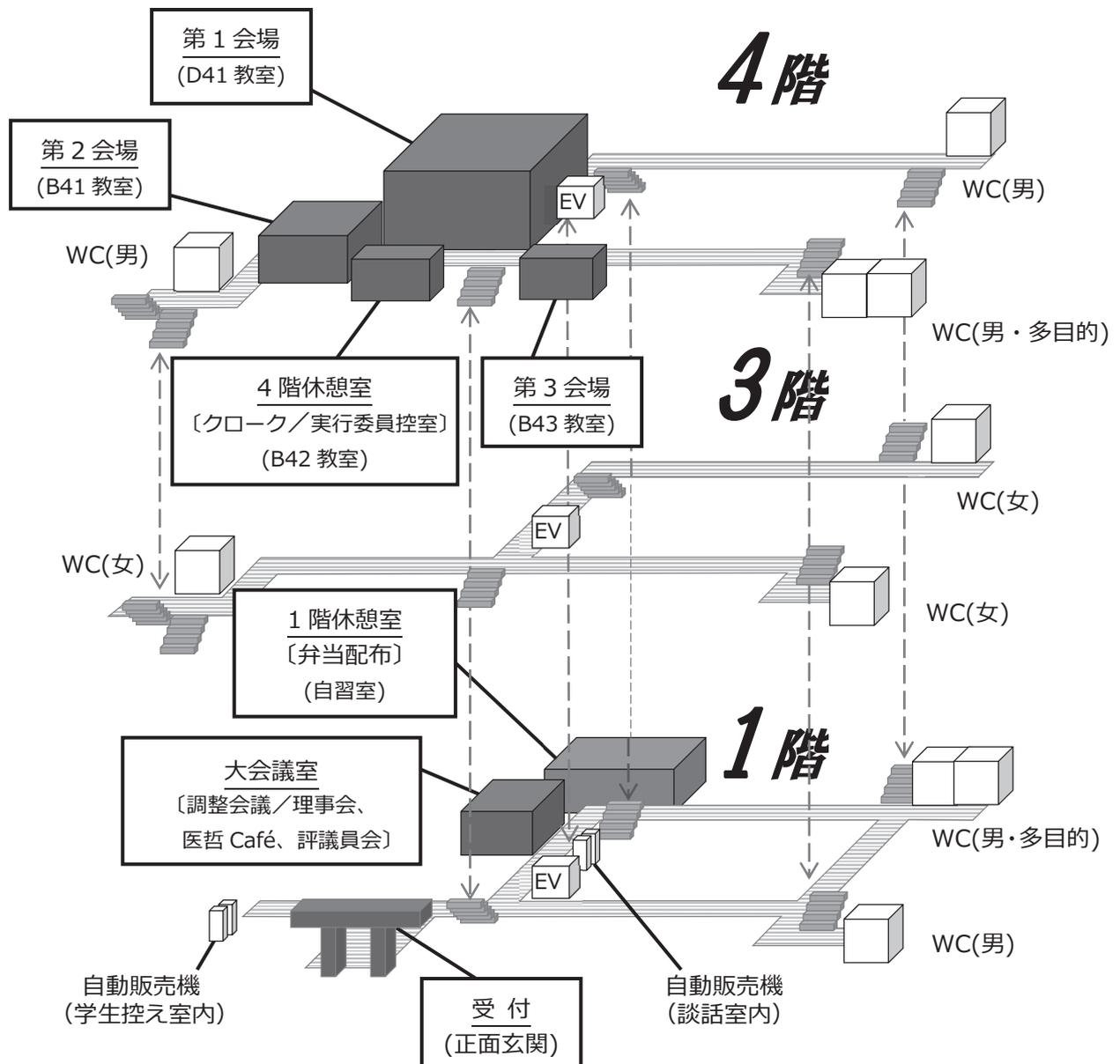
□瀬戸山晃一・・・出生前診断、遺伝子検査、遺伝医療、再生医療など、近年の医科学技術進歩と今後予想される臨床での普及は、「治療と予防」「健常と障害」「公的医療保険」といった医療の在り方を左右する線引きのための一つの指標となるとみなされる「正常さ」の概念にいかなる影響を与えるであろうか。この概念の再検討を行い、再定位の必要性について考察する。

□Tobias Soeldner・青山 彌紀*・・・社会心理学・心理学から見ると、日本社会は「標準的」であることへの社会的圧力が高いため、本来医学統計上の数字に過ぎず descriptive な意味しか持たないはずの平均値や標準が、prescriptive な機能を持つ。そうした社会では標準＝健康とみなされるが、それは普遍的なのか。本発表では、日米独の最新の比較心理学調査から標準値が個人の充足感・幸福感に持つ意味を考察し、近代科学における norm、normality、平均値の意味の変遷と現代日本の健康政策、教育における標準＝健康、逸脱＝病の問題等を対照させながら、検討する。

□ Laura Specker Sullivan・・・脳の治療（corrective therapies）やエンハンスメントに関し、「正常な」機能を前提するという考えがある。しかし「正常な」機能は、いかに確定すべきなのか。「治療」しても「正常な」あり方から外れてしまう場合は、エンハンスメントなのだろうか。「正常さ」とは、場合や対象によるのではないか。「正常さ」と「倫理的受容」の関係の再検討を試みる。

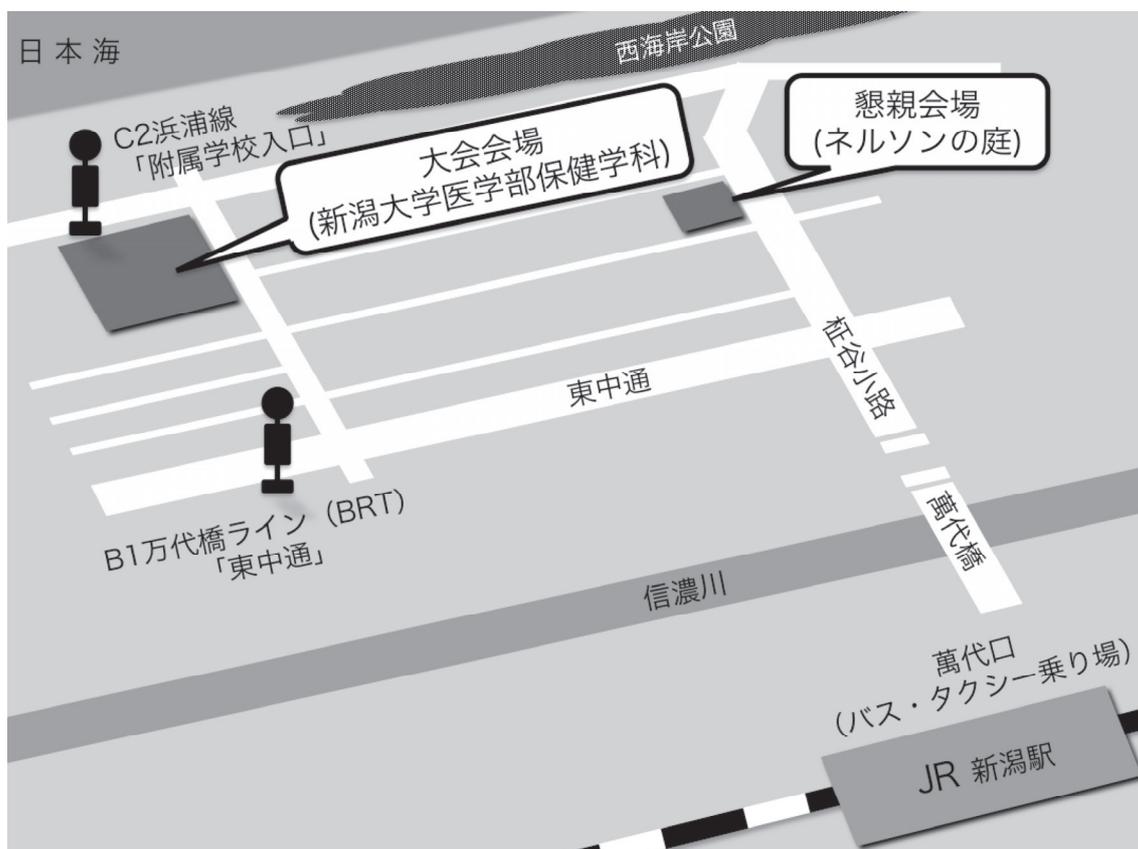
* 発表者名を修正しました。

会場案内図（新潟大学医学部保健学科）



- * 階の移動はエレベーターまたは階段をご利用ください。
- * 男性用手洗いは 1, 4 階、 女性用手洗いは 2, 3 階 にあります。
- * お弁当は、両日とも 11 時以降に 1 階休憩室にて配布いたします（事前に申込をした方のみ）。
食事は 1 階休憩室、4 階休憩室、第 1～3 会場にてお召し上がりください。
- * 会場から数百メートル～1 キロほどの範囲にレストラン等があります。
外で昼食をとられる方のために、大会当日にグルメマップを配布いたします。

交通アクセス



- ・タクシー JR 新潟駅前(万代口)から約 10 分
新潟空港から約 25 分
- ・バス JR 新潟駅(萬代口)・駅前バスターミナルより
B1 BRT 万代橋ライン「東中通」下車、徒歩約 5 分
C2 浜浦線「附属学校入口」下車、徒歩約 1 分
- ・空路 新潟空港からタクシーで約 25 分
または JR 新潟駅行きのリムジンバスにて乗り換え
- ・会場住所 〒951-8518 新潟市中央区旭町通 2 番町 746 番地
新潟大学医学部保健学科
- ・懇親会場 ネルソンの庭 (大会会場より徒歩約 5 分)
〒951-8114 新潟県新潟市中央区営所通 2 番町 692-6
(電話 025-224-7851)