

第 36 回日本医学哲学・倫理学会大会

*The 36th Congresses of
The Japanese Association for Philosophical and Ethical Researches in Medicine*

プログラム・予稿集

大会テーマ
いのちと向き合うケア

帝京科学大学千住キャンパス7号館（左手）
とスカイツリーを望む

会期 2017年11月11日（土）～12日（日）

会場 帝京科学大学 千住キャンパス

第36回 日本医学哲学・倫理学会大会

大会テーマ

いのちと向き合うケア

プログラム・予稿集

【目 次】

大会長挨拶	3
会場案内図	4
参加者・発表者・座長へのお願い	5
大会日程	7
特別講演：重い障害を生きる子を通じて医の倫理を考える	11
公開シンポジウム：ケアの問題としての「尊厳死」	12
研究発表要旨（1日目）	18
研究発表要旨（2日目）	33
ワークショップ要旨	43

参加費

事前申込（会員、 10月20日 までの振込）	3000 円
当日参加（会員・非会員）	4000 円
学生（会員・非会員）	1000 円
特別講演のみ（非会員）	1000 円
公開シンポジウム	無 料
懇親会費	5000 円

* 参加費等の振込は下記の銀行口座
にお願いします。

ゆうちょ銀行

口座記号：00290-1

口座番号：86206

加入者名：第36回日本医学哲学・

倫理学会大会実行委員会

*The 36th Congresses of
The Japanese Association for Philosophical and Ethical Researches in Medicine
in Teikyo University of Science: 2017*

大会長挨拶

昨年7月に、日本中を震撼させる、単独犯の殺人事件として戦後最多の死者を出した「相模原（知的障害者）殺傷事件」が起こったことは、私たちの記憶に新しいことと思います。知的障害者が「生きるに値しない命」とされ犠牲になった、この相模原事件が私たちに与えた影響ははかり知れません。尊厳ある命を支える立場であるはずの施設の一従業員が、加害者独自の「優生思想」のもとで今回の犯行に及んだことは、社会に大きな衝撃を与えました。

事件の背景には、私たちの社会が抱える「優生思想」と医療経済（例えば、国家による医療費削減）との関係があるように思われます。こうした問題に関連して、これまで本学会では、出生前診断や選択的中絶、安楽死や尊厳死問題を、医療・生命倫理の課題として、取り上げてきました。

それらの課題の中でケアの対象は、重度の障害児、知的障害者、末期患者、高齢者など、様々な障害にあって不自由な生活を余儀なくされる人々です。そこで、本大会では、社会制度や医療制度に関する諸問題と社会福祉をめぐる諸問題等をしっかりと視野に捉えた上で、痛みや苦しみ、悲しみにかかわる「いのち」の問題として広く取り上げたいと思います。その中で幅広く個別のテーマを掲げていき、大会の場での議論の対象にしたいと考えております。

こうした問題意識から、医学哲学・倫理学会第36回大会では、「いのちと向き合うケア」を大会テーマとして掲げることにいたしました。

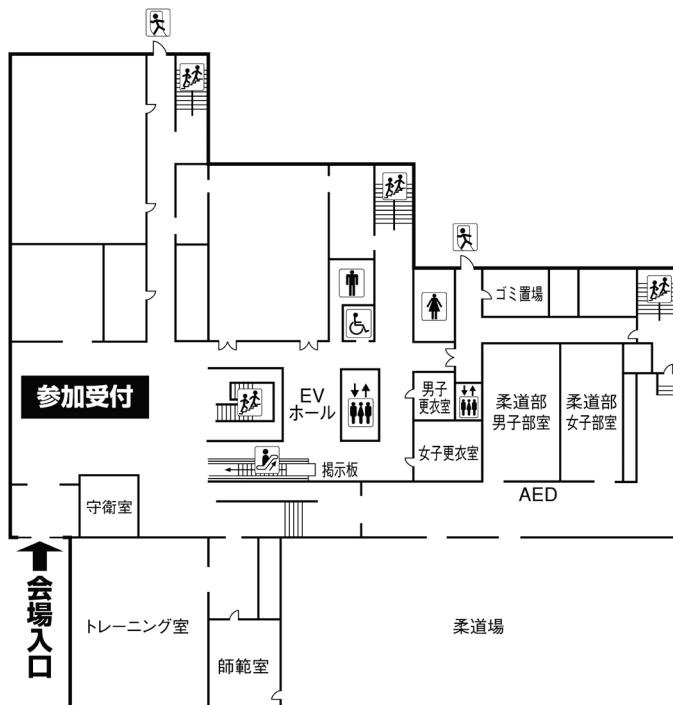
本大会では、多くの人々が共有する痛みの感覚として「いのち」の問題を捉え、いのちの始まりと終わりに対するケアをめぐって、いのちの尊厳について問い直す場を提供していきたいと思います。いのちの始まりへのケアとしては、松永正訓氏による特別講演「重い障害を生きる子を通じて医の倫理を考える」を企画しました。いのちの終わりへのケアとしては、日本学術会議後援の公開シンポジウム、「ケアの問題としての『尊厳死』—尊厳あるいのちをいかに支えるか」を企画しました。

様々な分野の研究者で構成される本学会の特徴を活かして、専門性の異なる多領域・多職種の研究者一人ひとりが、本大会テーマを通じて、領域横断的で学際的な、有意義で実り多き語り合いができることを期待しております。

冲永 隆子（帝京大学）

会場案内図（7号館）

1 階



2 階



A会場（2階 7202 教室） B会場（2階 7203 教室） C会場（2階 7201 教室）
 休憩室（2階 7204 教室） 大会本部（2階 7205 教室）
 評議員会・理事会会場（2階 7201 教室）

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 20 日（金）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、7 号館 1 階の受付で参加登録をしてください。なお、特別講演のみの参加（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、参加登録時に学会事務局受付にて年会費もお納めください。また、入会も受け付けています。

4. 昼食について

会場周辺にはほとんどレストラン等はございませんので、カフェテリア（5 階）をご利用ください。

5. 懇親会について

懇親会費は 5,000 円です。懇親会場は 5 階のカフェテリアです。

参加費	事前申込（会員、10/20 までの振込）	3,000 円
	当日参加（会員・非会員）	4,000 円
	学 生（会員・非会員）	1,000 円
	特別講演のみ（非会員）	1,000 円
	公開シンポジウム	無 料
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。
- ③ PowerPoint をご使用の場合は、データを保存した USB をご持参の上、C 会場のパソコンで確認の上、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 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大会事務局にご相談ください。

■ 座長へのお願い

円滑な大会運営のため、時間厳守でお願いします。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11日(土) (大会1日目)

- 8:30～ 受付 (7号館1階)
- 8:55～9:00 開会式 (7号館2階A会場) 挨拶：大会長 冲永 隆子 (帝京大学)
学会長 藤野 昭宏 (産業医科大学)
- 9:10～12:00 研究発表

	A会場 (7202 教室)	B会場 (7203 教室)	C会場 (7201 教室)
9:10 ～ 9:40	A-1-1 倫理的事例を用いた臨床看護実践における倫理教育方法 ○勝山 貴美子 (横浜市立大学) 座長：永田 まなみ (熊本大学)	B-1-1 薬剤師による医薬品のリスクコミュニケーションとその倫理の可能性を探索する ○田野尻 哲郎 (東京大学大学院) 座長：櫻井 浩子 (東京薬科大学)	(発表はありません)
9:45 ～ 10:15	A-1-2 看護倫理教育に関する議論と課題—海外の文献調査と聴き取り調査から— ○加藤 穰 (石川県立看護大学) 座長：永田 まなみ (熊本大学)	B-1-2 高度先端医療を行う際の「情報」と「同意」について—HPV ワクチンの接種を例に考える— ○打出 喜義 (小松短期大学) 座長：岩江 荘介 (宮崎大学)	
10:20 ～ 10:50	A-1-3 都市部及び非市街地域における高齢者の孤立化に関する一考察 ○船木 祝 (札幌医科大学) 宮嶋 俊一 (北海道大学) 道信 良子 (札幌医科大学) 粟屋 剛 (岡山商科大学) 座長：鶴若 麻理 (聖路加国際大学)	B-1-3 児童養護施設退所者の自立支援—アフターケアにおける社会的・倫理的問題— ○橋爪 幸代 (東京経済大学) 浅見 昇吾 (上智大学) 座長：堀田 義太郎 (東京理科大学)	
10:55 ～ 11:25	A-1-4 認知症ケアにおけるロボットメディアを用いた対話誘導技術と倫理的課題 ○山崎 竜二 (早稲田大学) 座長：鶴若 麻理 (聖路加国際大学)	B-1-4 病院「組織の問題」という問題—保健医療組織倫理の議論から— ○服部 俊子 (大阪市立大学) 座長：一戸 真子 (埼玉学園大学)	
11:30 ～ 12:00	A-1-5 ケアの倫理原則としてのバルネラビリティ ○中澤 武 (明海大学) 座長：遠藤 寿一 (岩手医科大学)	B-1-5 卵子提供による非配偶者間生殖補助医療における家族形成—提供者者の意思決定を支えるもの— ○柳井 圭子 (日本赤十字九州国際看護大学) 座長：有馬 斉 (横浜市立大学)	

- 12:00～13:50 **昼食・休憩**（5階カフェテリア、2階休憩室、各発表会場をご利用ください）
- 12:10～13:40 **評議員会**（7号館2階 C会場）
- 13:50～16:05 **研究発表・ワークショップ**

	A会場（7202 教室）	B会場（7203 教室）	C会場（7201 教室）
13:50 ～ 14:20	A-1-6 健康の自己責任論をめぐる議論 とその前提—コントロール可能 性に基づく責任帰属を軸として— ○玉手 慎太郎（東京大学） 座長：佐藤 労（藤田保健衛生 大学）	B-1-6 育児放棄と赤ちゃんポストに関す る脆弱性への慈悲から見た倫理的 懸念—ポーランドと日本の事例を 対象として— ○シルヴィア＝マリア・オレーヤ ージュ（北海道医療大学） 座長：貞岡 美伸（安田女子大学）	（発表はありません）
14:25 ～ 14:55	A-1-7 形態学的自由（Morphological Freedom）への疑義 ○本田 康二郎（金沢医科大学） 座長：佐藤 労（藤田保健衛生 大学）	ワークショップ 「正常さ」と「異常さ」の境界— 「不幸な生」に関する倫理的背景 の考察— 演者： 石田 安実（神奈川大学） 大谷 いづみ（立命館大学） 仙波 由加里（お茶の水女子大学） 司会・責任者： 仙波 由加里（お茶の水女子大学）	
15:00 ～ 15:30	A-1-8 NPO 法人「患者の権利オンブズ マン」の 18 年—「苦情から学ぶ 医療」を目指して— ○平野 互（大分県立看護科学大学） 座長：瀬戸山 晃一（京都府立 医科大学）		
15:35 ～ 16:05	A-1-9 グリフィンにおける人権と生命 の関係 ○遠藤 耕二（広島国際学院大学） 座長：瀬戸山 晃一（京都府立 医科大学）		

- 16:20～17:20 **特別講演**（A会場）

「重い障害を生きる子を通じて医の倫理を考える」

松永 正訓（松永クリニック小児科・小児外科 院長、小児外科医）

司会：沖永 隆子（大会長、帝京大学）

- 18:00～20:00 **懇親会**（7号館5階「カフェテリア」）

11月12日(日) (大会2日目)

- 8:30～ 受付
- 9:00～11:15 研究発表

	A会場(7202教室)	B会場(7203教室)	C会場(7201教室)
9:00 ～ 9:30	A-2-1 看取りケアにより起こる公認されない悲嘆感情—看護の職場環境の一考察— ○海野 まゆこ(放送大学) 座長:西村 ユミ(首都大学東京)	B-2-1 「保養」考—江戸時代から3.11震災後までのヘルスケアを辿って— ○趙 菁(金沢大学) 座長:瀧澤 利行(茨城大学)	
9:35 ～ 10:05	A-2-2 看護における〈ケアリング〉の今日的課題と哲学的考察による捉えなおし—ケアリング学の基礎づけに向けて— ○西田 絵美(新潟県立看護大学) 座長:西村 ユミ(首都大学東京)	B-2-2 病いの二分法としての<Illness/Disease>再考 ○村岡 潔(佛教大学) 座長:足立 智孝(亀田医療大学)	
10:10 ～ 10:40	A-2-3 「死後生」の哲学 ○宮嶋 俊一(北海道大学) 座長:竹之内 裕文(静岡大学)	B-2-3 生の多元性と統一性 ○杉岡 良彦(上野病院) 座長:前田 義郎(産業医科大学)	
10:45 ～ 11:15	A-2-4 死者の記憶と記録—閑上の慰霊碑から浮かび上がる死者の存在性— ○小館 貴幸(立正大学) 座長:竹之内 裕文(静岡大学)	B-2-4 ソーシャル・キャピタルは、有効な倫理学的原理たり得るか—生命倫理の文脈で— ○石田 安実(神奈川大学) 座長:宮坂 道夫(新潟大学)	C-2-1 統合医療は方法と価値の多元主義を実現できるか—連帯の技法としてのジヤングルカンファレンスの可能性— ○小池 弘人(小池統合医療クリニック) 座長:阪本 恭子(大阪薬科大学)

- 11:30～12:30 総会(A会場)
- 12:30～13:30 昼食・休憩(5階カフェテリア、2階休憩室、各発表会場をご利用ください)
- 13:30～16:30 公開シンポジウム(日本学術会議後援、A会場)

「ケアの問題としての「尊厳死」—尊厳あるいのちをいかに支えるか?—

シンポジスト:村岡 潔(医学概論・医学哲学) 香川 知晶(生命倫理学史)

足立 大樹(医師)

川口 有美子(難病患者アドボケイト)

司 会 : 安藤 泰至(宗教学)・清水 哲郎(臨床倫理学)

- 16:35～16:40 閉会式(A会場) 挨拶 大会長 沖永 隆子

11月10日(金) (大会前日の日程)

- 14:00～17:00 理事会(7号館2階 C会場)



特別講演



11 日（土）16:20～17:20（A 会場）

司会：冲永 隆子（帝京大学）

重い障害を生きる子を通じて医の倫理を考える

松永クリニック小児科・小児外科 院長

松永 正訓

【1988 年の腹壁破裂】研修医の時に、腹壁破裂の新生児の治療に加わった。根治手術の終了後、家族はその赤ちゃんを受容しようとしなかった。奇形の子は育てられないと父親は言った。この時から私は、生命倫理について考えることになる。

【1993 年の食道閉鎖】新生児科からの要請で食道閉鎖の赤ちゃんを診ることになり、一期的に食道・食道吻合をおこなった。後日、染色体検査で 18 トリソミーと診断され、治療は一切しないという方針になった。その赤ちゃんは術後一カ月に呼吸不全で亡くなった。私は深い疑問を抱いた。

【2011 年の 13 トリソミー】開業医になっていた私に総合病院から連絡があった。多発奇形を伴う 13 トリソミーの乳児が在宅に移行するので、地元の主治医になって欲しいという依頼だった。染色体異常児を二度も見放してはいけないと考え、引き受けた。両親は愛情深く我が子に接していたが、重度障害児を授かったことの意味をはかりかねていた。私は答えを求めて家族と会話を重ねた。

【2014 年の呼吸器の子】在宅で人工呼吸器を付けているゴーシェ病の 11 歳の少年の家庭を訪問するようになった。重度心身障害児の彼を抱えていても、母親は「今の生活が楽しい」と言う。その意味が分からず 2 年にわたり話を聞いた。少年の周囲にはたくさんの人が集まり、また彼は頻繁に外出をしていた。この少年の周囲には豊かな世界が広がっていた。不自由と不幸はイコールでないと知ることになった。

【現在】重い障害を生きることには多くの困難が伴う。しかし家族は、どういう人生を歩むかを自由に選択することができる。医師にとって、患者家族の生き方を尊重することが、自分自身の仕事を尊重することになる。難病の受容の過程を理解し、障害を生きる家族に寄り添えることが医師としての成熟に必要なのではないだろうか。

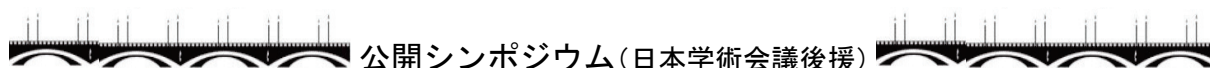
松永 正訓（まつなが ただし）

1961 年、東京都生まれ。1987 年、千葉大学医学部を卒業し、小児外科医となる。1993 年、小児がん（神経芽腫）の遺伝子研究により医学博士号を修得。1999 年、医学部講師。

日本小児外科学会・最優秀演題会長特別表彰や、国際小児がん学会・Best Poster Prize など受賞歴多数。

2006 年より、「松永クリニック小児科・小児外科」院長。現在に至る。

『運命の子 トリソミー 短命という定めの子を授かった家族の物語』にて 2013 年、第 20 回小学館ノンフィクション大賞を受賞。著書に『小児がん外科医 君たちが教えてくれたこと』（中公文庫）、『呼吸器の子』（現代書館）など。



公開シンポジウム(日本学術会議後援)

12 日 (日) 13:30～16:30 《A 会場》

ケアの問題としての「尊厳死」 —尊厳あるいのちをいかに支えるか?—

シンポジスト

村岡 潔 (医学概論・医学哲学)

香川 知晶* (生命倫理学史)

足立 大樹 (医師)

川口 有美子 (難病患者アドボケート)

司 会

安藤 泰至* (宗教学)

清水 哲郎** (臨床倫理学)

* 日本学術会議連携会員 (第 23 期、第 24 期)

** 日本学術会議連携会員 (第 22 期、第 23 期)

シンポジウムの主旨

「尊厳死」という言葉は、今の日本では延命治療の手控えや停止を指して使われることが多いが、欧米では通常 P A S（医師帮助自殺）あるいは積極的安楽死をも含んで用いられている。本シンポジウムでは、このような「死をもたらす」あるいは「よりよく死なせる」ための特定の行為として「尊厳死」ととらえた上でその是非を論じるのではなく、私たちの尊厳ある「いのち（生と死）」とは何なのか、医療やケアのセッティングのなかで、そして社会のなかで、それをどのように支えていくことができるのか、という基本に立ち返って「尊厳（ある）死」についての多面的な議論を喚起することを試みたい。

前半のシンポジスト二人は理論的な立場から、後半のシンポジスト二人は実践の現場から、それぞれの問題提起を行う。村岡潔氏は医学概論・医学哲学をベースに、近年の医療テクノロジーの新たな発展状況をふまえた上で、ケアにおける QOL 倫理を問い直す。香川知晶氏は、「尊厳死」運動の発端にもなったカレン裁判を再考し、そこにおける終末期医療のイメージが（もはや現状には即していないにもかかわらず）その後の議論を支配していることを問題視する。足立大樹氏は在宅医療に携わる医師として、障害と要介護を経た暮らしの果てにある死においてその尊厳を支えるためには、在宅医療が暮らしを支える地域医療の一環として当たり前のものになる必要を説く。川口有美子氏は ALS 患者を中心とする重度障害者の介護実践の経験から、私たちが死ぬまで「かけがえのない存在」として生きていられるために何を求めなければいけないのかを論じる。

なお、本シンポジウムは、本大会の実行委員会および司会者の安藤と清水もそのメンバーである日本学術会議「いのちと心を考える分科会（代表：香川知晶）」との共同企画であり、日本学術会議の後援を受けて開催される。

安藤 泰至（あんどう やすのり）

鳥取大学医学部准教授、日本学術会議連携会員。専門は宗教学・生命倫理・死生学。日本医学哲学・倫理学会奨励賞（2002 年）。著書に『「いのちの思想」を掘り起こす—生命倫理の再生に向けて』（編著）、『シリーズ生命倫理学 4 終末期医療』（高橋都との共編著）、訳書に『生命倫理学と障害学の対話』（児玉真美との共訳）等。

清水 哲郎（しみず てつろう）

岩手保健医療大学 学長。北海道大学助教授、東北大学教授、東京大学特任教授等を経て、2017 年から現職。著書に『医療現場に臨む哲学』、『高齢社会を生きる—老いる人／看取るシステム』（編著）、『世界を語るといふこと—「言葉と物」の系譜学』、『医療・介護のための死生学入門』（共編著・新刊）等。

《公開シンポジウム》

ケアにおける「SOL 倫理と QOL 倫理」再考 ——医学は人間の生命の価値をはかれるのか？——

村岡 潔（佛教大学）

ここでは SOL (Sanctity Of Life；生命の神聖さ) と QOL (Quality Of Life；生命の質) の倫理を再考し、J・サイケビッチ事例^(注1)を用いつつ、「津久井やまゆり園」の事件のように、近年、社会福祉の分野にも広がりつつある QOL の倫理観、あるいは（優生保護法のように上からの優生学ではなく）市民からの「新優生学」の諸問題を検討する。

【事例】サイケビッチ氏は重篤な知的障害[IQ=10（3 歳児の知的能力に相当）程度]のために生後 67 年間、施設で暮らしてきた。最近、急性骨髄性白血病と診断された。白血病は不治だが、積極的な化学療法で、半数までは 1 年ほど寛解（完全治癒に近いが、再発もある）の可能性がある。治療は数週間を要し激しい不快感と吐気を伴い、それ自体が致命的でありうる。ぶつぶつ言うのと、反応する態度以外、意思疎通は不能で協力がうまくいかず抑制・束縛なしの治療は困難。治療しなければ感染症で死亡するであろう。

この事例で、SOL 倫理の立場では、当然化学療法の実施が要請される。QOL 倫理の 1 つの立場によるとサイケビッチ氏の QOL は「植物状態のヒトより高い」ので同じく化学療法の実施が主張されたが、QOL 倫理の別の立場に立つ医師らは聴聞会でその価値を認めず化学療法に反対した。結果、化学療法はせず数か月後に氏は肺炎で死亡した。

(注1) Brody, H. *Ethical Decisions in Medicine* (2nd Edition), Little, Brown and Company, Boston, 1981, pp.88-94

この種の問題（脳死や植物状態の人、18 トリソミーなどの「障害新生児」、認知症で肺炎の患者、等々）で、治療すべきか治療続行に意味があるか？などの判断で迷う医療者やケアテイカーは、ともかく、QOL 倫理、すなわち「個々の生命の質に差があると内心認めている」立場にある。この立場の者は、その迷いの要因は何かを自問すべきである。

なお、近年、ME（医用電子）機器やニューロサイエンスの発達もあり、BCI（脳コンピュータ・インターフェース）やパワースーツ等のテクノロジーによって四肢麻痺の人でも「自活」や歩行ができ、意識障害者との応答も夢ではなくなっている。こうした医療環境の新展開は、こうした QOL 倫理の判断に再考を迫る状況となっている。

村岡 潔（むらおか きよし）

佛教大学教授。元脳外科、現内科医。研究領域：医学概論・医学哲学、先制医療・サイボーグ化医療等の先端医療、プラセボと健康隠謀学・仏教医学などの医療人類学。

共著：井上芳保編『健康不安と過剰医療の時代』、村岡 潔・板井考彦郎 編『医療情報（シリーズ生命倫理学第16巻）』、森下 直貴 編『生命と科学技術の倫理学』等

《公開シンポジウム》

終末期医療のイメージ ——歴史的観点から——

香川 知晶（山梨大学）

いわゆる射水市民病院事件をめぐるのは、立場を異にする幾つかの書物が刊行された。そのうちの一冊に日本尊厳死協会東海支部編『私が決める尊厳死、「不治かつ末期」の具体的提案』（2007年）がある。そこでは、日本尊厳死協会の運動の展開について、次のように述べられている。

「医学の進歩はとどまるところを知らず、特に延命措置の技術的進歩は多くの命を救い、長寿時代の実現に大きく貢献してきました。しかし、あまりにも進んだ延命処置は不治、末期あるいは回復不能の持続的植物状態などにおいて、かえって苦痛を強制し、尊厳ある生を冒す場面が多く見られるようになりました。…以上の事情を背景に、人生の最期は自然の摂理に任せ、苦痛を抑える治療は十分に行う一方、延命措置は拒否するという運動がおこったのも当然の流れでした。この運動の大きな転機となったのは1976年（昭和51年）、米国ニュージャージー州最高裁で下されたカレン裁判の判決でした。…州最高裁は…父親を法定後見人に選任、関係者が人工呼吸器を停止しても刑事上、民事上の法的責任は問わない、と宣言しました。この判決は世界に大きな反響を呼び、……わが国では、カレン裁判の判決が下された…1976年（昭和51年）、医師であり国会議員でもあった故太田典礼先生が…日本尊厳死協会（当時は……安楽死協会と呼称）を発足させ、リビング・ウィルを進め、尊厳死思想の普及運動を展開してきました」

ここでは、このように、日本尊厳死協会の運動にとっても「大きな転機」となったとされるカレン裁判を取り上げ、上の引用にもあるような終末期医療をめぐる「医学の進歩」のイメージがどのようにして形成されたのかを改めて確認することにしたい。その裁判で形成されたイメージは、その後それなりのバリエーションが加えられることはあるにしても、今日に至るまで生命の終わりをめぐる議論を支配し続けてきているように思われるからである。ただし、そのイメージは現在の日本ではもはや現状に即していなくなっている可能性が高い。それでもなお、それを（バリエーションも含めて）前提として議論することはある種の欺瞞、少なくとも知的誠実さを欠くことだと言えるのではないか。

香川 知晶（かがわ ちあき）

山梨大学名誉教授・同大学研究員、日本学術会議連携会員。専門は生命倫理学・フランス近世哲学史。生命倫理関係の著書に『生命倫理の成立』、『死ぬ権利』（いずれも勁草書房）、共編著に『メタバイオエシックスの構築へ』（NTT出版）、『生命倫理の源流』（岩波書店）など。

《公開シンポジウム》

在宅医療と「尊厳ある死」

足立 大樹（ホームケアクリニック横浜港南）

死はあらゆる人に生じる事態であるにも関わらず、何か特殊なことであるかのように扱われている。地域で在宅医療に注力していると、患者にとって長年かかりつけだった医師が、最期の看取りが難しいという理由で、予後の極めて短い患者を私たちに紹介されることが珍しくないのだ。極端な例では、初診した当日の夜に死亡した方もいる。在宅医療をする医師は、半ば「看取り屋」のようだ。

ところで、在宅医療の対象となる患者像は「通院が困難な者」である。どのような状態が通院困難であるかは医師の裁量に委ねられてはいるが、一般的には何らかの身体障害により自力での移動が困難な場合、あるいは何らかの精神障害のために待合室での待機が困難な場合等が想定されている。すなわち、在宅医療は障害を必要条件としている。現在、超高齢社会の到来を背景として国は在宅医療を推進している。しかし、加齢やその他様々な要因による障害を在宅医療の拡大で解決しようとする社会とは、障害を固定化しようとする社会だとも言える。

多くの人々が所謂「ピンピンコロリ」を望むが、死は通常は一足飛びに来るわけではない。殆どの人は要介護状態つまりは障害を有する状態を経て死に至る。したがって、あらゆる人々は障害当事者となり得る。しかし残念ながら、多くの人々は実際に当事者となるまで障害について考えることがない。高齢となり障害を有し、自宅や施設に閉じ込められている人たちがどれほど多いことか。生き甲斐を失い、「先生、お迎えはまだかねえ」と嘆息する方と診療の現場で出会う度、尊厳ある死は医療のみで実現出来るものではないことを痛感する。

死は暮らしの果てにある。障害の有無に関わらず安寧な暮らしを可能とするような社会の構築こそが、超高齢社会、多死社会における個人の生と死を尊厳あるものにしないだろうか。そして、そのような社会では、在宅医療は格別称揚されあるいは推進されるものでなく、暮らしを支える地域医療の一環として当たり前のものとして位置付けられることになるだろう。

足立 大樹（あだち だいき）

1997年3月、金沢大学医学部卒業。同年5月、関東通信病院内科。1999年4月、東京大学医科学研究所附属病院血液・腫瘍内科。2003年3月、東京大学大学院医学系研究科修了。2004年4月、横浜市栄区に公田クリニック開設。2012年10月、診療所を横浜市港南区に移転、ホームケアクリニック横浜港南に名称変更。診療所開設以降、一貫して横浜市南部地域での在宅医療に従事している。

《公開シンポジウム》

尊い生から尊い死へ

——1995 年から現在までの介護実践を通じて——

川口 有美子（NPO 法人 ALS/MND サポートセンターさくら会）

本報告では、22 年間の介護実践を通じて学び考えたことについて述べる。当時、私は在宅人工呼吸療法の ALS の母のキーパーソンとして献身的に介護をしていたが、母の症状は急速に進行し、およそ 2 年半で意思表出が全くできなくなり、私は母の安楽死を強く望むようになっていった。しかし、その後、障害者の自立生活運動から学びを得て、あたかも身体の声（血圧や発熱、発汗、排泄など）を聞くような繊細な観察と介護を「広義のコミュニケーション」と捉えて行うようにした。そうして、発見した苦痛はできる限り早く解除することが「尊厳を守る介護」と考え、安楽死・尊厳死に反対するようになった。

ただ、そのような介護を誰が担うのか。「介護の担い手」問題は尊厳をめぐる課題を次々に提示した。家族介護は美しくもあるが、長期に渡れば家族関係は破綻する。それは介護負担が過重な ALS では顕著であるが、高齢者の長期療養にも当てはまり、家族に迷惑をかけたくないがために治療を断念する（「尊厳死」する）者も少なくない。

老い衰えて日常行為ができなくなることにより人は尊厳を失い、そうなるくらいなら死にたいという見方を多くの人（主に健常者）がしている。老い衰えた人にとって必要な医療を「延命治療」とし、苦痛のみを強調し、「治療の中止」の法制化を求める声もある。ただ、この件については重度障害者の意見をよく聞くことである。当事者の声に耳を傾ける社会であってこそ、すべての弱者の尊厳が守られる社会と考える。

例えばマンツーマンの「見守り」（重度障害者の制度）が、高齢者にも必要な時があるが、介護保険にはないサービスであり、高額自費扱いになるため一般的ではない。現在、介護保険だけで死にゆく高齢者の尊厳を守るのは厳しく、安価で良質な「見守り」ケアを早急に全国に普及したいところである。介護サービスの現状が以上である限り、生存を左右する治療の選択を、個人の選択や責任に帰することはできないと考える。

小さな苦痛が耐えがたい苦痛になる前に、丁寧に対処してもらえのなら、私たちは死ぬまで「かけがえのない存在」として生きていられる。重度障害者が求め続けてきたそのような介護を、高齢者介護においても求め、普及させていくことが大変に重要である。

川口 有美子（かわぐち ゆみこ）

2004 年 5 月 NPO 法人 ALS/MND サポートセンターさくら会設立、無資格者に喀痰吸引と経管栄養を教える「進化する介護」（後の喀痰吸引等研修事業（第三号研修））を開始。2010 年『逝かない身体』で第 41 回大宅壮一ノンフィクション賞受賞。2017 年は ALS 治療薬開発ファンドレイジング「せりか」基金設立を支援。東アジア ALS 等在宅療養支援ネットワーク構築に着手。

倫理的事例を用いた臨床看護実践における倫理教育方法

勝山 貴美子 (横浜市立大学)

近年、倫理教育が看護学教育および臨床看護実践において重要な教育として位置付けられている。看護は人の人生や命に関わる職業であり、対象とする患者や家族、住民など様々な人の人間としての尊厳を尊重し関わっていくことが求められるのは当然のことである。さらに、医療が高度・複雑化し科学的にできることが増える中で善い悪いに関する基準も変化しており、医療倫理に関して専門職、プロフェッションとして判断し、行動することがさらに求められていることもその理由だろう。看護倫理学は、看護基礎教育のカリキュラムにおいて科目として明確に設けられ、臨床教育においては専門職として継続的に学習することが倫理綱領や看護職員人員確保に関する法律にも記載されている。さらに、日本医療機能評価機構や JCI の病院評価の評価基準に設けられたこと、医療安全教育の義務化の中で継続的に実施する必要性などは、倫理教育が継続教育の中で取り扱われる理由だろう。筆者は、医療機関や看護職の職能団体などの研修で新人から看護管理者までの倫理教育の機会を得、事前に提出される多くの事例をもとに教育をおこなっている。研修生の事例は、抑制や DNAR を表明した患者に関すること、医師やその他の専門職との倫理的葛藤など様々なものが多いが、これらの事例には組織文化が影響していると思う事例も多い。倫理教育は、公式のカリキュラム (formal curriculum: 明言され、意図され、公式に付与され是認されたカリキュラム) であるとともに、隠れたカリキュラム (hidden curriculum: 組織的な構造や文化のレベルで機能する一連の影響) であるとする特徴を持っている。これらの事例をもとに、どのような教育をすべきか、その方法について検討したい。

薬剤師による医薬品のリスクコミュニケーションとその倫理の可能性を探索する

田野尻 哲郎 (東京大学大学院)

リスクコミュニケーションは、科学技術コミュニケーションの重要な課題の一つだ (廣野喜幸 2013: 『サイエンティフィック・リテラシー: 科学技術リスクを考える』丸善)。就中、医薬品のリスクコミュニケーションは、多くの市民に接点をもつ領域として社会に浸透している。医師による標準医療と併用されるセルフメディケーションの支援と、医薬品の副作用に関する知識が、そこでは主要主題となる。市民の自己決定によるセルフメディケーションに医薬品の副作用に関する知識は死活的に重要だが、これへの十分な社会的認知があるとは言い難い。医薬品のリスクに関するコミュニケーションの活性化によるリテラシー向上を図られねばならない。

本発表では、医薬品に関するリスクの情報に関する薬剤師の専門性に注目した、一般市民と薬剤師との関係の実態への探索的調査の結果を報告する。これは、一般市民のセルフメディケーションに歴史的に関係づけられる漢方医療に関わる薬剤を、漢方医療の歴史的診断基準を尊重して販売する薬局を運営する、漢方医療の特定の学習会の参加者である薬剤師・医師を中心に行われた。

その結果から、医薬品のリテラシーの向上のために薬剤師の専門性を活用する余地があること、そのためには「薬剤師が医薬品にかかわる専門性を有する」ことへの社会的認知を高める必要があることを指摘する。これは、医療専門家による市民への医学知識の啓蒙としてなされる傾向の強い医薬品のリスクコミュニケーションと科学技術コミュニケーション一般において、社会的インデックス情報が重要であることを示唆する。そしてさらに、ここで示された薬剤師による医薬品のリスクコミュニケーションが標準医療のそれから独立して代替的に作動しているわけではなく補完的に作動していることと、そこに機能している倫理の存在を指摘する。

看護倫理教育に関する議論と課題

—海外の文献調査と聴き取り調査から—

加藤 穰 (石川県立看護大学)

医療の高度化等、近年の社会情勢の中で、看護専門職者が複雑な倫理的判断を適切に行うことがますます求められるようになってきているというのは一般的な認識であると思われる。日本においても教育機関の多くでこのような能力の涵養を目標とした看護倫理教育が行われていると報告されている。本研究では看護倫理教育について今後の課題を明らかにするため、アメリカ合衆国等での議論の経緯・現状を、PubMed 等を用いた文献検索、インフォーマントへのインタビュー、英語で書かれた関連書籍（および実際の授業の教材・資料の実例）によって調査した。本研究発表ではその結果を報告する。データベースで検索される文献数は増加傾向にあるが、筆頭著者の所属機関国籍別では最も多い米国の論文は長期間にわたりコンスタントに公表されており、米国以外の機関所属研究者による論文が増加傾向に寄与していた。文献で扱われたテーマは、大まかには、(様々なタイプの研究の結果に基づく) 看護倫理教育への提言、看護倫理教育の効果、学生／教員／職員の看護倫理教育に対する見方、看護倫理教育の事例報告、特定国の看護倫理教育の歴史・現状、単に特定の事象に対する一つの要因としてののみ言及するもの、に分類された。また、アメリカのインフォーマントからは、アメリカの看護倫理教育が(分量や内容や方法論についてどの程度) 標準化されているか、「四原則／原則主義」、「臨床倫理」、「ケアの倫理」、専門職団体の綱領等がどのように組み合わせられてどのように教えられているのか等について情報を収集し、教科書として用いられることを念頭に書かれている書籍でどのような内容がどの時期からどの程度の比重で記載されているか調査した。最後に日本の看護倫理教育の状況と比較し課題を考察する。

高度先端医療を行う際の「情報」と「同意」について

—HPV ワクチンの接種を例に考える—

打出 喜義 (小松短期大学)

高度先端医療は、それが高度に、そして先端的になればなるほど、その医療には「実験」性を帯びてくることは否めない。したがって、高度先端医療の対象者には、人間を対象とする医学研究の倫理原則として表された「ヘルシンキ宣言」の条項が準用されるべきである。

ところで、HPV ワクチンの接種は高度先端医療を行うということになるのであろうか。

ワクチン接種は、お玉ヶ池の種痘所開設以来「おなじみ」の医療であり、日常医療の一つとしか見なさない人は多い。ところが、HPV ワクチンの一つのサーバリックスを見ると、その HPV-16 型・18 型の L1 カプシドたん白質抗原は、型別に組換えバキュロウイルス発現系を用い無血清培地を使用し製造されたものであり、これは最先端の医療技術を駆使し製品化されたものと言える。また、HPV ワクチン接種で体内に作られる抗体は、20 年近くも高い抗体価のまま持続するように新しくデザインされており、これからも HPV ワクチンは、従来のワクチンとは一線を画す新規ワクチンであると言える。したがって、この HPV ワクチンを接種する際の「情報」は、必要にして十分のものでなければならず、接種の際の「同意」も十分な考慮の上で行われるべきものであるといえる。

ところが、実際は、HPV ワクチンは、国を挙げてとでも言える風潮の中、「子宮頸がんを予防する」「無料で打てる」「副反応はあってもごく稀」といった簡単な情報のみで、一時は 8 割を超える少女への接種が行われていた。その後、このワクチン接種を契機とした有害事象の報告が増え、厚生省は定期接種勧奨を中止するに至り、「薬害」であるとの集団訴訟が現在進行中である。

これら混乱の一因は接種の際の不十分な IC にあるとも思われるので、本発表では、高度先端医療の一つとしての HPV ワクチンを接種する際の、「情報」と「同意」のあるべき姿について考えてみたい。

都市部及び非市街地域における高齢者の孤立化に関する一考察

船木 祝 (札幌医科大学)

宮嶋 俊一 (北海道大学)

道信 良子 (札幌医科大学)

栗屋 剛 (岡山商科大学)

高齢社会が進展していく中、独居高齢者は今後ますます増加すると予測される。独居高齢者の孤立化に対する対策を講じることは喫緊の課題である。

本発表では、二つの視点に立って、独居高齢者問題を考察する。ひとつ目には、団塊世代を含む高齢者の状況を明らかにすることである。従来とは異なる高齢者像を把握できると考える。二つ目に、高齢者の置かれている状況は地域ごとに違うのではないかという視点である。このような視点に立ち、本発表は、北海道札幌市（都市部）、留萌市（道北地方）、釧路市（道東地方）、さらに黒松内町（道南地方）在住の独居高齢者に関する実態調査を踏まえ、団塊世代を含む前期高齢者の地域ごとの状況を明らかにし、哲学・倫理的考察を加える。今後比較的元気な高齢者が増加することが予想される。そのため「支えられるだけではなく、支える高齢者」といったモデルが意味をもってくる。ボランティアや地域の活動などに役割を見出し、高齢者同士が相互扶助することの意義は今後強調されるべきである。その一方で、そうしたモデルにははまりきらない、地域社会活動への参加に消極的な一人暮らし高齢者も多くいる。むしろ自立を重んじる世代が、相互に世話をし合う関係性に否定的な態度をとる傾向が強い。困っている人を助けようとお節介をしたり、他の人の世話になったりすることに抵抗感があるともいえる。そのような傾向は都市部にむしろ強い。人口減少の進行する地域では、自治体レベルの地域活動への市民の参加傾向が高い。独居高齢者の福祉を考察するうえで、ここには、自立と並んで、それとは異なる着眼点の必要性が示唆されていると考える。それは共同体の観点から倫理原則を改めて問い直すことである。そうした考察は、情感的な、親密度の高い村落共同体に戻るのではなく、現代社会の進展を踏まえた個人と共同体のあり方を模索することへと展開していく。

児童養護施設退所者の自立支援

—アフターケアにおける社会的・倫理的問題—

橋爪 幸代 (東京経済大学)

浅見 昇吾 (上智大学)

児童養護施設退所者の退所後の生活に関する調査によると、離職率が高い傾向にあること、進学後の中退率が高いこと等が指摘されている。2017 年 2 月に出された「東京都における児童養護施設等退所者の実態調査報告書」(2015 年調査実施)によると、退所後進学した者については、学校を続ける上で大変だったこととして、児童養護施設退所者の 94.1%が、「アルバイト等との両立」を挙げている。一方、退所後就職した者については、退所後に就いた職をすでに辞めている者の割合が 57.1%であり、転職理由をみると、「給与や労働条件・仕事内容などの事情」が最も高く 47.7%であり、次いで「職場の人間関係」が 38.9%であった。施設を退所した後、精神的な不安や経済的な不安を抱えながら、新生活を開始するが、中退者や離職者の割合が高い。退所後すぐに自立生活が実現できるわけではなく、支援を必要としている状況がみえる。

本研究では、2015 年に東京都の児童養護施設を退所した者 3 名を対象に 2015 年~2017 年までの 2 年間、年 2~3 回程度、インタビュー形式による追跡調査を行った。東京都では、2012 年から自立支援強化事業を開始され、自立支援コーディネーターと呼ばれる自立支援や退所後のアフターケアを行う担当者を配置している。各施設の自立支援コーディネーターと連携を試みながら、退所後の対象者の生活状況、就労・就学状況についてインタビューを重ねた。特に被虐待経験のある児童については、自己肯定感を育み、主体的に選択・決定する力、他者を尊重し共生する力等を育む養育が必要とされている。インタビューを通して、新しい環境におけるセルフイメージや他者との関係性、生き立ちの整理と退所後の知る権利、退所後の親との関係性等を踏まえ、必要とされる支援についての検討を試みる。

認知症ケアにおけるロボットメディアを用いた対話誘導技術と倫理的課題

山崎 竜二 (早稲田大学)

現在日本では、高齢化が進むにつれて認知症を抱える人も増え、認知症高齢者の独居生活にも対応できるケアシステムが必要とされている。デジタルデバイドを解消する次世代ソーシャルメディアとしてロボット技術の活用を図り、ロボットメディアによる認知症ケアへのアプローチがどのような問題に直面し、新たな役割を果たしうるのかを検討する。

従来の研究で、機械を擬人化することにより、人は機械に信頼を置きやすくなることが知られている。ヒューマノイドロボットや人に酷似したアンドロイドの開発が進む中で、ロボットは人との親和性を持つように設計され、人の信頼を得ながら、自宅のようにこれまで私的に置かれていた場所に入り込むようになる。高齢者が一人暮らしでも、話し相手になれるロボットがいることで健康の増進や生活の質向上に寄与することが望まれるが、その一方で、ロボットは効率的に個人性の高い情報を集め、伝達するメディアにもなる。入り込む場所の他、情報収集の手段としてロボットの特徴には、人間と同様に相手を褒めたり感情を表現したりすると同時に、記憶力に優れ、疲れを知らず、生身の誘導者を凌ぐ側面がある。さらに精神科医のように仕立てられることでロボットがセンシティブな個人情報を引き出すプライバシーの課題も指摘される。ロボットによる優れた誘導技術の開発が進めば、その分ユーザは自己の情報を自らコントロールすることが難しくなる。情報がどのように扱われるのかを知り、どのような情報をどこまで提供するのかを自分でコントロールできるように、ユーザの自己決定を支援する工夫が必要とみなされる。ベルモントレポートや研究倫理によってユーザの意思を尊重する説明的アプローチがあるが、他方で、話しすぎて困る状況を回避するため、話すメリットが実感できるようにフィードバックを返し、ユーザの意思そのものを変えるアプローチも考えられるため、この提案を議論する。

病院「組織の問題」という問題

—保健医療組織倫理の議論から—

服部 俊子（大阪市立大学）

企業でも学校でも病院でも不祥事が起きると、最近は、不祥事を起こした当事者の行為の問題だけでなく、不祥事を起こした組織の問題が指摘されるようになってきている。たとえば、病院の不祥事では、不祥事に気づいていてもそれを看過していた診療科「組織」、あるいは病棟「組織」の問題、不祥事を早期の段階で発見する・不祥事を起こさない（予防する）ための体制を整備し活動していたはずだが、結果として不祥事の芽を発見できず不祥事に至らせてしまった倫理委員会「組織」の問題、不祥事を社会に隠蔽しようとした病院「組織」の問題など、「組織の問題」が要因の一部だと指摘される。米国では 20 世紀後期より、企業不祥事の問題は、企業組織の問題が要因にあると言われるようになった。保健医療領域でも組織の問題がとりざたされるようになり、2000 年には保健医療組織倫理のテキストが発刊された。

筆者は、医療現場に生じる倫理的問題は組織の問題を孕んでいるものの、組織の問題が個人の判断の問題に落とし込まれているので、倫理的問題を解決する仕組みを検討するためには、組織の問題を検討しなければならない、という問題意識のもと、診療上の倫理問題を対象とする病院の倫理委員会活動の調査を行ってきた。その調査からは、病院の倫理委員会の役割や機能の仕方は、倫理委員会を抱える病院組織の問題によって異なるかもしれない、ということが見えてきた。そして、そもそも、病院「組織の問題」とはどういう問題なのだろうか、という問題も浮上してきたのである。

本発表では、保健医療組織倫理の分野の議論を通して、病院「組織の問題」とはどういう問題かの検討を試みる。

ケアの倫理原則としてのバルネラビリティ

中澤 武 (明海大学)

人間は、理性を備えた感性的存在である。合理的な認識を構成し、自律した意志を発揮して理念を追い求める一方、変化に遭ってはしばしば受動的であり、傷つきやすく、依存的である。本発表は、このような哲学的人間観に立ち、ケアの倫理との関連でバルネラビリティ（傷つきやすさ、脆弱性）の原則的な意義を考える。

ケアの倫理は、1980 年代にキャロル・ギリガンが実践理性中心の形式的普遍主義に異議を唱えて以来、バルネラビリティを一つの軸として展開してきた (E.F.キティ、J.トロント等)。一方、バルネラビリティへの配慮をめぐる問題は、EU の「バルセロナ宣言」(1998 年) やユネスコの「生命倫理と人権に関する世界宣言」(2005 年) 等を経て、今や国際的なレベルで関心の的となり、新たな議論を呼んでいる。生命医学やバイオテクノロジーの急激な進展に直面して、従来の自律尊重を中心とした理論に加え、自律・尊厳・統合不可侵 (integrity) およびバルネラビリティの相互関係に基づく新たな倫理原則の枠組み構築が、求められているのである。

バルネラビリティという語は、一般に打撃を受けて生じた傷害・苦痛・損失など、身体的・精神的なダメージを指すラテン語に由来する。転じて現代では、この語は身体・精神だけに留まらず、広く社会・環境との関わりの中で様々な具体的状況に用いられる。そうした状況では、一つの統合された組織が、物理的・心理的等の力の働きで変化を被り、脅威にさらされる。もしも、この脅威がある限度を越えて強まり、組織がその変化に対応しきれなければ、組織の統合は損なわれ、組織外部との境界領域には、たとえば痛みや傷のような可逆的・不可逆的な変異が生じるだろう。

このような意味でのバルネラビリティは決して一部の特別な人に限られた事柄ではない。むしろ、ここで問題になっているのは、人間が感性的存在として本来バルネラブルな存在であり、出遭われた脅威（たとえば病気・障害・老化・死など）を受けとめきれない場合には傷つくという普遍的脆弱性への洞察なのである。

とはいえ、そのような意味でのバルネラビリティに、他者への気遣い（ケア）を求める倫理原則としての規範的な意義が認められる根拠は何か。バルネラビリティは、気遣いの行為に対して倫理原則たり得るのだろうか。

卵子提供による非配偶者間生殖補助医療における家族形成

—提供者の意思決定を支えるもの—

柳井 圭子 (日本赤十字九州国際看護大学)

【緒言】

卵子提供による非配偶者間生殖補助医療 (以下、「本医療」) の実施機関の倫理審査委員会 (以下、「IRB」) に審査委員として参加して 6 年以上になる。その間、40 件以上の当事者のヒアリングに立会い、主に提供者のインタビューを担当してきた。提供者はなぜ、自身へのリスクを顧みず卵子を提供しようとするのか。このことについて倫理審査会において提供者自身に確認したことを通じて提供者の意思決定過程と想定した問題への決意と対応を振り返り、提供者の意思決定を支えるものについて考察する。なお当該実施機関が行っている本医療、被提供者と提供者との関係は、主に姉妹間である。

【方法】

2009 年 12 月～2016 年 1 月の間の x 産婦人科医院内の施設内倫理委員会 (以下、当 IRB) において当事者の本医療を受ける当事者の聴取録から、提供者の意思決定に関わる課題とその克服に向けて考慮した事項を抽出し考察する。本研究は、所属大学倫理審査委員会の承認を得て行なっている。

【結果・考察】

被提供者は、卵子提供者として海外より「血の繋がり」を求めて姉妹に提供の意思を確認している。近親者からの卵子提供は複雑な親子・家族関係を引き起こすとされているため、姉妹での卵子提供は、熟慮した意思決定が求められる。提供者は、被提供者から提供の相談を受けた際、提供の承諾をすぐに行うか、近日中に行なっている。皆、意思決定にあたって他からの影響はないという。様々な課題を克服するためには、自身の子どもへの告知が前提となる。すでに告知を行って本医療への協力を望むものもいた。提供者にとって卵子提供を承諾する意思決定を支えるものは、身近にいて不妊症に悩んできた姉妹を救いたいという思いだけでなく子どもを育てて欲しいという思いである。なお本研究は、萌芽研究 16K15898 の助成を受けて行なっている。

健康の自己責任論をめぐる議論とその前提

—コントロール可能性に基づく責任帰属を軸として—

玉手 慎太郎 (東京大学)

現代の公衆衛生政策の焦点は、感染症予防から健康増進へとシフトしてきている。それにより日常生活の段階での健康づくりの必要性が指摘され、適切な食生活や適度な運動などが求められることになった。これら健康増進政策の実施に際しては、健康に関する「自己責任論」の問題、すなわち、健康状態について当人の自己決定の側面が過度に強調されてしまうという問題が懸念される。個々人のライフスタイルに強く依存する健康増進政策の推進は、不健康を過剰に当人の責任に帰する言説の広がりを伴いがちになるからである。

自己責任論は医療財政問題の指摘とも関わり、現代において一定の訴求力を持っていることは否めない。しかし自己責任論が広く受容された先には、当人が悪いのだからという理由で健康を害した人々に対する必要なサポートが拒否されたり、そのような人々に対して道徳的非難が向けられたりする事態が到来してしまいかねない。

本発表では、健康をめぐる自己責任論に対する反論として、社会疫学の知見に基づく指摘（社会的決定要因の存在）、および、認知科学の知見に基づく指摘（合理的な行動に対する認知的負荷の存在）を取り上げる。両者とも、個々人の行為が当人によって自発的に選択されたとは言えない要因に起因している可能性を指摘するものである。それらの要因の存在を受け入れるなら、一見したところ、われわれは当人にその行為の責任を全面的に帰するべきではないことが帰結すると考えられる。

しかしながら、これらの反論が成立するためには、自己責任論の背後に当人のコントロール可能性（特に「他行為可能性原則」）が前提されていなければならないこと、しかしこの前提は現実のわれわれの責任帰属において必ずしも成立するものではないことを本発表は指摘する。コントロール可能性による責任帰属は、われわれの社会に広く見られるものではあるが、常に受け入れられているものではない。それゆえ、この前提が必要であるとすれば、上述の反論の有効性には一定の制約があることになる。

以上のように哲学的・倫理的観点から自己責任論に対して考えうる反論の内容を検討することによって、健康の自己責任論をめぐる議論とその前提が明確化され、今後のより充実した議論が促進されるものと期待される。

育児放棄と赤ちゃんポストに関する脆弱性への慈悲から見た倫理的懸念

—ポーランドと日本の事例を対象として—

シルヴィア＝マリア・オレーヤージュ（北海道医療大学）

人間は、善悪の判断をより困難にする道徳的相対主義の中で生活している。道徳的疑念を呈する状況において忠告や支援を受けることは困難である。この文脈上で、日本では赤ちゃんポスト（1施設）、ポーランドでは「オクノ・ジィチャ（生命の窓）」（約 60 施設）に子供を託す母親（或いは近親者）の絶望的状況を我々は伝え聞いている。幼児は、医療施設外で出生した後にしばしば放置される。この状況において、母親は恐怖と混乱、多大なストレスの中で正常な判断を行うことができない。彼女らは *dubiis non est agendum*（行動すべきでない疑念ある行為）に抗いつつ行動する。子供の放棄（しばしば育児放棄、虐待も含む）に関する上記の状況に応じる形で、赤ちゃんポストは設立された。赤ちゃんの放棄を匿名で法的処罰無しに行うことを可能にしている。

本稿では、「子供の放棄」に関するポーランドの事例を 2 つのケース（両親が特定できるケースと匿名で特定できないケース）に分類し、その両者の差異を明らかにしつつ、ポーランドの事例と、日本の赤ちゃんポストの事例を、定義と賛否論を中心に比較検討する。特に、赤ちゃんポストを設置することに対する道徳的・価値観的葛藤の分野に焦点を当てる。赤ちゃんポストの存在は、救いようのない子供放棄の社会的病理行為（環境）と認識される傾向がある一方で、消えかけた命を救う賞賛されるべき社会的慈善行為（環境）と見なすこともできる。また、赤ちゃんポストを、望まれない子供の問題に対する最大限の合理的問題解決方法と捉えることも可能である。しかし、赤ちゃんポストの存在は、一般的に、脆弱な存在に慈悲を施す行為の範疇で正当化されているにすぎない。そこで本稿では、人間の尊厳に対する個人的見解と、出生し養育を受ける権利と、道徳性が合理性の規格に基づくとするカントの原則に、それぞれ適合しているのか検討する。

Key words: baby hatch, child abandonment, act of mercy, right to be born, right to be cared for, anonymous delivery, crisis of trust.

形態学的自由 (Morphological Freedom) への疑義

本田 康二郎 (金沢医科大学)

ニック・ポストムらを中心とするトランスヒューマニストグループは 2012 年に「トランスヒューマニスト宣言」を起草し、その中で「我々は形態学的自由 (morphological freedom) を好む。それは、人の身体、認識、感情を改造したり強化したりする権利である。この自由には、生命を拡張し、人体冷凍術やアップロードなどの技術を用いて自己を保存し、将来の改造技術や強化技術を選択するためにテクニックや技術を使用したり、しなかったりする権利を含んでいる」と述べた。このような自由を行使することで、どのような帰結が待ち受けているであろうか。

意識と意識対象が相即的に生じることを分析したのは現象学であったが、このことを人体改造技術の文脈に適用すれば、次のようなことが言える。すなわち、人体改造は世界改造につながると。意識への世界の現れが身体を媒介している以上、その身体を改造すれば世界そのものもまた変容するはずである。共感や模倣といった、共同体を構成する上での基本的な能力が、同じ世界を共有することで機能しているのだとすれば、人体改造は大きな問題を含む可能性があることになる。それは、改造した者としなかった者との間で、同じ世界を共有できなくなり、共同体の紐帯に断絶が生じるという問題のことである。

本発表では、このような論点から、形態学的自由が自由経済体制の中で行使されることに対して批判を行う。いくつもの利点を考慮しても、上記のような問題は本質的であり、人体改造はなんらかの規制を受けるべきではないだろうか。また、人体改造技術がもし安全であることが証明されたとしても、その技術を用いることに医者は手を貸すべきではないのではないだろうか。本発表では、人体改造と美容整形を比較することで、医師の役割についても言及する予定である。

NPO 法人「患者の権利オンブズマン」の 18 年

—「苦情から学ぶ医療」を目指して—

平野 亙 (大分県立看護科学大学)

『患者が自己の権利が尊重されていないと感じる場合には、苦情申立ができなければならない。裁判所の救済手続に加えて、苦情を申し立て、仲裁し、裁定する手続を可能にするような、その施設内での、あるいはそれ以外のレベルでの独立した機構が形成されるべきである。』

WHO「ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣言」(1994 年)に掲げられた「苦情申立権」を日本で確立するため、裁判外苦情解決にあたる第三者機関として 1999 年から活動を開始した NPO 法人「患者の権利オンブズマン」は、2017 年 5 月に解散し、18 年にわたる活動の幕を閉じた。18 年間の相談や調査活動から見てきた医療現場における患者の権利の実態と、臨床倫理上の課題について報告する。

「患者の権利オンブズマン」は、市民と医療・法律等の専門職がボランティアとして協働し、患者・家族からの苦情に対する面談相談、苦情調査などの支援を実施してきた。18 年間に受けた面談相談は 6,621 件で、患者や遺族の申立てに基づき実施された苦情調査は 20 事案、個人情報保護法施行後の診療記録不開示に対する苦情調査も 12 件が実施された。

患者・家族から寄せられた苦情の大部分は、法的な問題というよりも倫理的あるいは情緒的な問題で、裁判等の既存の紛争解決制度にはなじまないものであったが、その一方、相手方医療機関の全てで、患者からの苦情に向き合って問題解決を図るための苦情解決システムが不在または機能していなかった。

苦情の原因の多くは、医療者と患者・家族のコミュニケーションや合意形成の場面に発生し、患者の不安や疑問が放置されたまま同意文書に署名して治療を受け、結果に不審や不満が残った事案や、病院の「患者の権利規定」に患者の自己決定権を否定するような記述のある事案もあり、臨床現場でインフォームド・コンセント原則に正しく則った医療の実践が進んでいないことが窺われた。

苦情調査によって苦情の発生原因が明確になり、改善すべき点について勧告や提言が行われたが、医療現場で発生する倫理的問題の存在に医療者自身に気づかないこともあり、医療者からの提起により実施される臨床倫理コンサルテーションには限界があることが示唆された。今後の日本の医療システムに、実効的な苦情解決のための第三者機構を構築することが、患者の権利擁護ならびに臨床倫理上の課題となると考えられる。

グリフィンにおける人権と生命の関係

遠藤 耕二 (広島国際学院大学)

ジェームズ・グリフィンは『人権について *On Human Rights*』の中で人権の主体を自分の人生を自律的に営む「規範的な行為者 (normative agent)」と定義し、その上で人権の根拠をこうした規範的な個人の “Personhood” に求めている。この “Personhood” は人権の持つ道徳的な根拠であると同時に生物学的な人間と人権概念を切り離すものとなっている。本発表が主題とするのは、グリフィンが人権という観点から生と死をどのように捉えているかである。

彼において人権は、個々人が人生を営むための自律を保証し、その自律を維持するために必要な最低限の環境を要求するものとなる。この点において彼の考える自由は単なる束縛からの自由でなく、自律を保証する社会の重要性を前提とするものである。その一方で、グリフィンは人権の一つである生存権を健康への権利と厳密な形で区別している。生存権が自由と自律に関係するのに対し、健康への権利の場合、健康の定義の多様さゆえに生存権と同一視することが困難だからである。

こうした彼の立場は、彼の生命倫理に対する見解に強く反映されている。たとえば規範的行為者は生物的根拠よりも規範的な性格を帯びるものとされている。そのため人権の主体は今現在生きている個人のことを指し、その資格も段階的に獲得されるものと位置づけられる。しかしそれは出産以後と以前との間に社会的地位や取り扱いに差があることを認めるものとなる。また生存権は死ぬ権利を排除するものでなく、むしろ人権を支える諸根拠から見てその存在を含むものである、と彼は述べる。だが、このことは死への権利が安楽死への自己決定を認める可能性に及ぶことを示している。グリフィンは死ぬ権利が安楽死と他者によるその支援を支持するか否かについて明確な結論を出してはいない。だがその一方では、終末期の患者が苦痛を緩和できるような環境にない場合、安楽死への権利を排除することは困難であるとも述べている。

以上のように、彼の人権論は生命倫理の観点から大きな議論の余地を生み出すものとなっているが、その背景には、グリフィンの人権論が個人の自律に強く立脚している一方で、個人主義的な立場を強く支持するものともなっていることが挙げられる。その点において、グリフィンにおける人権と生命との関係を考察することには意義があると言えるのである。

研究発表要旨（2日目）

11月12日（日）

看取りケアにより起こる公認されない悲嘆感情

—看護の職場環境の一考察—

海野 まゆこ (放送大学)

日本の年間死亡者の多くは、治療が主たる役割であり、ケアシステムの機能がない一般病床で亡くなっている。そのために、一般病床に勤務する看護師は、死後の処置等、多数の業務を実施するように強いられる。その際、患者の死に関わる業務はケア的意味が強く、看護師の感情の動揺や、悲嘆感情の惹起が知られている (1)。

この看護師の悲嘆感情については、自他共に個人的な苦しみと把握され、グリーフを表現できないために離職に至るといふ、大きな問題がある。職場環境の問題により看護師の人員不足が続いている臨床の現場では、離職の予防は必須の課題である。多死時代を迎えている現代、病院での死亡数は増加傾向にあり、患者の死という事柄から生じる問題について検討し、対策を立てることは重要な意味をもつと考えられる。

本発表では、「一般病床で勤務する看護師の看取り業務から起きる悲嘆感情と、その気持ちを同僚に話ができない雰囲気がある」という問題について考える。看護の専門的能力としての「感情労働」については、医療社会学と医療倫理学という、二つの分野からの捉え方がある (2) が、これら二つの立場からみた感情労働には、それぞれに問題がある。また看護分野では、ケア業務が業務評価の対象とされなかったため、看護師間に独特な看護能力の評価が形成されてきたこと、および、そうした能力評価により、看護師が自分の悲嘆感情を表現できない状況にあることを説明する。

看護師たちが、多数の看取り業務を実施するために作り上げている、職場環境の実体を示すとともに、社会が変化し医療が発展する今、看護師たちの努力だけでは、「看護」の継続が難しくなっていることを示唆したい。

注

(1) 海野まゆこ「看護師業務からみる一般病床に起きる問題」日本保健医療社会学会大会口頭発表 2017.5.21.

(2) 有馬斉：2009「感情労働としての看護と、ケア倫理の実践としての看護」生存学研究センター報告 8：193-214

「保養」考

—江戸時代から 3.11 震災後までのヘルスケアを辿って—

趙 菁 (金沢大学)

2011 年 3 月以後、ウクライナやベラルーシを参考に、原発由来の放射能汚染を避け一時的に移動する「保養」が日本ではじまった。現在、日本の 29 の都道府県にて 234 以上の市民団体が保養を行い、2014 年から 2015 年の 1 年間で福島県など約 15000 人以上（主に子供）が受け入れ支援団体を通して保養に行った。そしてそれぞれの団体の保養のプログラムによると、保養が行われている場所は森や山、海に近いところが多い。それらは、新鮮かつ安心できる食事をとり、豊かな自然に触れ、心身とものびのびとリフレッシュさせることができるという点で、子供たちにとって最適な保養先となっている。ベラルーシを参考に始めた福島原発後の保養が、このように日本に定着しつつあることは、日本の市民ボランティア団体の努力によるものであることは間違いない。

一方、保養は江戸時代に盛んだった養生文化に起源を見ることができ、近代以降の日本社会においても健康づくりに大きな役割を果たしている。小石川養生所の設立、京都と金沢の精神病患者保養所の多数開設、さらに大正時代に金沢で行われた夏季保養団の活動（体質の弱い子供、精神疾患のある子供も、一般の子供と同様に体力増強を図ったこと）、この歴史的流れを考慮すると、福島原発後の保養がチェルノブイリ原発後の対応を参照したとは言え、その保養を培う土壌があるか前からすでに日本にあったと指摘できるだろう。

本発表は江戸時代から現代までの保養の歴史的変遷を鑑み、保養、養生のルーツである中国での保養の概念を対照比較し、中国ではまだ現代の日本のような「保養」は現れていないが、日本の取り組みは人間・社会・環境の相関関係を見る上で、中国を含めアジアの国々の参考になる部分が多いのではないかと考える。

看護における〈ケアリング〉の今日的課題と哲学的考察による捉えなおし

—ケアリング学の基礎づけに向けて—

西田 絵美（新潟県立看護大学）

〈ケアリング〉は、看護の本質として認識されている重要概念であるにもかかわらず、看護教育における教育内容や方法は未だ確立されていない。その背景には、〈ケアリング〉がつかみどころのない曖昧な概念であることと、現行の看護基礎教育におけるカリキュラムの中に〈ケアリング〉が教育内容として明示されていないことがあると考える。さらに、「そもそも〈ケアリング〉は教育できるのか」という議論があるのも事実である。しかし、〈ケアリング〉が看護の本質であるならば、〈ケアリング〉の教育は看護基礎教育の中核にこななければならないというのが発表者の主張である。

まず、〈ケアリング〉が看護のなかでどのように捉えられてきたのかを先行研究検討によって把握し、曖昧な概念であると認識され続けている根本原因を考察した結果、多くの先行研究は、〈ケアリング〉を方法や技法として捉えていることがわかった。これは、自然科学特有の主客二元論的な思考の枠組みが根底にあることによると考える。看護学は医学に追従する形で学問的發展を遂げてきた。そのため、ものの見方や考え方は自然科学的思考に頼るところが多く、このような思考は無意識的に行われているので、そこから取りこぼされる事柄があることにすら気づかない。このような現状が、〈ケアリング〉の本質を掴むことから遠ざかっていると考える。

つぎに、「曖昧ではあるが重要である」という様相を併せもつ〈ケアリング〉を、その捉え方の転換を図ることで、〈ケアリング〉の新しい姿が立ち現れることを提示する。つまり、自然科学の二元論的思考からの脱却が、看護における〈ケアリング〉に新しい射程を与える。

さらに、本発表を通して、「ケアリング学」の学問的確立の可能性と方向性についても探ることができればと考えている。

病いの二分法としての<Illness/Disease>再考

村岡 潔 (佛教大学)

身体の<病的状態>は、医療人類学的には「イルネス」(illness)と「ディジーズ」(disease)に二分される¹⁾。イルネスとは、社会や文化の中で非医療者が考える病的状態；ディジーズとは、近代医学・現代医療の枠組みの中で定義される病的状態である。この分類法を「イルネス／ディジーズ二分法」と呼び、医学哲学でも病人と医療者の病いの reality の齟齬の理解に資すると考えられる。

例えば、医師で医療人類学者の C・ヘルマンは²⁾、この二分法により現代医療でしばしば見られる二つの現象：①《イルネス》なき《ディジーズ》(disease without illness)と、②《ディジーズ》なき《イルネス》(illness without disease)について分析している（以下は、発表者による整理）。

① 《イルネス》なき《ディジーズ》：診断的テクノロジーに重点を置く近代医学によくある現象で、身体の異常が、検査の結果、生化学・生理学的レベルで発見されるが「患者」とされた本人は病気とは感じていない。例えば、健康診断でみつかると高血圧症、脂質異常症、未破裂動脈瘤などがあり、こうした無症状の「患者」は、一般にその診断や治療は受け入れにくい。

② 《ディジーズ》なき《イルネス》：この場合、本人は、身体的精神的に「どこか具合が悪い」と感じているが、診察や検査で身体の機能や構造の異常は見つからず医学的には「異常なし」とされる。この不調の例には、過敏性腸症候群、心気症、化学物質過敏症、等々がある。どれもそれ自体は「病気」としての reality があり、単に検査で異常がないという説明は何の解決にもならない。

以上から、本発表では、現代医療の医療者には、②の《イルネス》がその人にとって解放されるべき重大な「苦」の一部であるという理解と、①の《ディジーズ》には人々に新たな病気感という「苦」をもたらす危険性があるという認識が必要であること、等々について考察する。

1) 医療人類学研究会編『文化現象としての医療』1992 年、メディカ出版、46-49 頁

2) Cecil G. Helman, "Culture, Health and Illness" (5th Edition), Hodder-Arnold, London, 2007, pp.121- 134, 148-153

「死後生」の哲学

宮嶋 俊一（北海道大学）

これまで、北海道における独居高齢者のインタビュー調査を重ね、彼ら/彼女らが抱える「困難」を明らかにしようと努めてきた。その困難には大別して、生活上の困難（買い物が大変、病気で倒れたとき誰も看病してくれない、など）と、心理的・精神的な困難（淋しい、話し相手がいない、など）の2種類がある。後者に関して言うと、それは「誰でもいいから、話し相手になって欲しい」という問題ではない。配偶者・近親者との死別後、多くの友人との関わりを持ちながらも、やはり寂しさを訴える者がいる。中に様々な形式で死別者の存在を感じて過ごしている者もある。自宅に仏壇や神棚への供え物を日課とする者は多く、その中の何人かは特定の死者と具体的な内容のある「コミュニケーション」を行い、死者の存在をきわめて身近に感じていた。もちろん、科学的・合理的に考えれば死者はこの世に「存在」しない。靈感商法が社会問題化したり、非科学的な信仰治療による刑事事件が発生している現在、オカルト的な言説を安易に肯定・容認してしまうことは、避けなければならない。だが、他方で、死別やそれに関わる体験を科学的・合理的に説明し去ることで、取りこぼされてしまう事柄もあるのではないか。

アウグスティヌスやベルクソンといった哲学者は「記憶」を問題とした。そこで言われている記憶とは、個人の頭の中の出来事というだけではなく、「私を超えて」広がる広大なリアリティであった。また、マルセルは「希望」をキーワードとして思索を重ねたが、それは死者との再開の希望を根本に据えてのことであった。こうした哲学者たちは、死者を「無き者」として扱ってはいない（鶴岡賀雄「死後の生」などを参照）。現代における死別体験やグリーフ・ケアについて考察する際にも、こうした哲学者たちの思想を手がかりにすることは可能であり、そうすることで死別体験をより深く理解することができるのである。

生の多元性と統一性

杉岡 良彦 (上野病院)

かつて還元主義的あるいは機械論的と批判された生物医学に対し、人間を心理的、社会的さらにスピリチュアルな次元からも包括的に理解するモデルが提唱されている。臨床現場でも total pain の考えは、特に緩和医療の現場に導入され、スピリチュアルペインを扱う専門家の育成やその実践がいくつかの病院で行われている。

しかし、様々な治療や援助を組み合わせること（包括的アプローチ）が、よりよい医療につながるのかは議論すべき問題であろう。諸次元での治療や介入の総和がより全人的な治療に至るとする前提そのものが批判的に問われなければならない。本発表では、生の多元性の統一がどのように考えられてきたのかを概観し、この前提を考察する。精神科医の M.ボスは 17 世紀の哲学者たちが意識の領域に属するもののみを精神と理解したことを批判し、フロイトにならい精神の深層領域をエスと呼んだ。そしてエスを「個体の全生命力を含んでいる巨大な貯水池」とし、このエスの最深層において身体領域と精神領域が結びつくとした（『心身医学入門』）。神学者の P.ティリッヒは人間を肉体や精神などのいくつかの層（level）の混合物ではなく、多次元的な統一体（a multidimensional unity）と考えるべきだとする。また、生物学的なものとの心的ものの両者が参与する中間領域（あるいは psychic area）の重要性を強調した（『宗教と心理学の対話』）。精神科医の木村敏は個々の生物の生命物質の機能としての生命（ビオス）だけではなく、その根底を流れている無限定の根源的生命（ゾーエー）に注目する（『心の病理を考える』）。このように人間の統一性への探求が様々な研究者によって行われてきた。彼らは人間を様々な次元に分析したのちに統合するのではなく、人間の多様性を可能とする独自の領域を明確に認める。

Total pain という包括的な医療を可能とする概念が医療に導入される一方で、四分割された人間の生（生命現象）の統一性を常に意識する見方が軽視されてはならない。つまり、統一を可能とする生命の根源から生命現象を理解し、また個々の生命現象から生命の根源を直感的共感的に理解するような、そうした循環的な患者理解の方法が常に求められているのではないか。それは分割された領域の総合が全人的包括的な人間理解であるとの観念の反省を意味している。

死者の記憶と記録

—閑上の慰霊碑から浮かび上がる死者の存在性—

小館 貴幸 (立正大学)

「いのち」は息に由来し、息をすることは生きることを意味する一方で、息を引き取ることは死を意味する。立川昭二によれば、「息を引き取る」とは、「息をしなくなる」ことを意味するだけでなく、「(遺された者が) 息を引き継ぐ」ということをも意味するという。このことは、息を引き継ぐ者としての息子や息女という表現に見て取れる。死者は生者の中に息づいており、「いのち」と向き合うということは、死者と向き合うことでもあるのだ。

死した人は死を境にして無に帰するのではなく、遺された生者によって死者として承認され、死者という存在者として依然として生者の関わりの対象であり続ける。このような生者と死者との関わりは、人格的な関わりに他ならない。死者がかつて生存していた事実は決して消し去れないゆえに、この世界を「死者が欠如した世界」として保持し続ける限りにおいて、死者は生者の記憶の中にのみ存在するのではなく、不在というあり方で現に存在し続ける。死者を忘却して無化せず、それを不在として保ち続けるためには、記録へと紡ぐことが意義を持つことになる。これを体現しているのが、宮城県の閑上中学校犠牲者のための慰霊碑である。菅原優が分析しているように(菅原優「生ける死者の記憶を抱く—追悼／教訓を侵犯する慰霊碑」、金菱清編『呼び覚まされる霊性の震災学』所収)、この碑は東日本大震災で各地に建立された慰霊碑と性格を異にし、死者への追悼型慰霊碑ではなく、生者のための教訓型慰霊碑でもなく、亡くなった生徒たちが生きていたことの証を記録することを目的とした記憶型慰霊碑である。これはリクールが『記憶・歴史・忘却』で語るところの個人的記憶を集团的記憶へと賦与することを果たすものとなる。

上記を踏まえて本発表では、「閑上の記憶」という津波祈念館に併設された閑上の慰霊碑を取り上げながら、死者の記憶と記録という視座から死者の存在性について迫ってみたい。

ソーシャル・キャピタルは、有効な倫理学的原理たり得るか

—生命倫理の文脈で—

石田 安実 (神奈川大学)

本発表では、ソーシャル・キャピタル (social capital、以下 SC) の理解を、幾つかの著名な定義に従い、「(様々な規模の) 集団が持つ社会的繋がり・相互的利益・信頼といった特性であり、その特性は属する個人 (構成員) に特定の行動を促す」とする。近年、健康や社会的行為との関連でも SC を倫理学的に有効な概念と見なす考え方が出てきている。例えば、自分が属する共同体や社会との繋がり強い、すなわち良い SC を持つ個人は健康的生活を営み、また SC の作用が強く及ぶ個人は人間への信頼が高く見知らぬ他人にも善行を行う傾向が強いとされる。SC は、行動に関する倫理的な傾向を促し、それゆえ倫理規範の資格を有すると見る論者もいる。

確かに、SC を研究する R.Punam 等によれば、SC には、例えば他集団の排除や、構成員の自由の制限、不寛容の助長等、悪い面 (“Dark Side”) がある一方で、①他者への関心が高い、②直後の見返りを期待せずに他を助ける、③「べき」の規範性、④責任感を伴う等、良き倫理的規範が有するとされる特性が観て取れる。たとえ集団や社会がその構成員に倫理的規範を露骨に強制しない場合でも、例えば「普通の慣行」や「正常さ」という形で規範的な影響を及ぼすこともあろう。実質的に、SC は集団の倫理的な規範をその構成員に様々に課している。SC が倫理的規範性を有すると見るのも、自然なことのように思える。

しかし、その「規範性」の限界は容易に観て取れる。SC を有する集団の内と外を分けること、つまり集団の閉鎖性と有限性が、SC の SC たる機能を維持可能にするのだから、そうした規範性は集団を超えては作用しないと理解すべきだろう。例えば、集団内部で SC がたとえ構成員に公平性を確保するとしても、それはその内部での局所的公平性 (local impartiality) でしかなく、理想的な倫理的原則が含意するはずのより普遍的な公平性 (global impartiality) を主張するものではないだろう。

もちろん、局所的な倫理を超えさせるための社会的方策を考えることで、局所的な倫理から普遍的な倫理へ向かう可能性もある。例えば、税制上の優遇措置を作ることで人々に自らの社会に属さない者に寄付することを促すことができる。しかし、SC を実践する集団の構成員が経済的動機ではなく倫理的選択によって普遍的な倫理を志向するには、すなわち SC をより倫理的な規範に近いものにするには、SC をどう理解すれば良いだろうか。本発表では、近年の幾つかの議論を検討しながらその課題への答えを探る。

統合医療は方法と価値の多元主義を実現できるか

—連帯の技法としてのジャングルカンファレンスの可能性—

小池 弘人 (小池統合医療クリニック)

現代医療と代替医療を統合した医療システムを統合医療といい、近年その概念は広まりつつある。

統合医療を、その基本的性質から考察すると、「多元主義」と「プラグマティズム」にその哲学的基盤を求めることができることは本学会にて昨年発表した。これによりその理論的基盤を明確にすることができたが、その実践への展開に関して多くの疑問と質問を頂くことになった。また現状では、未だ統合医療関連の学会においても代替医療との混同や、医師中心の一元的モデルのみが議論される中で、多元主義の重要性を理解し実践へとつなげることは容易ではない。そのため統合医療における多元主義の重要性を実践するための場が求められている。

この実践の場として我々が提案しているものが、ジャングルカンファレンス (J C) である。J C は約 10 年前に自院において、医療従事者 10 名ほどで開催したカンファレンスから始まる。3 年ほど前から広く一般公開し、現在では 2 ヶ月に一度代々木で開催し、毎回 50 名程の医療従事者が参加している。いわゆる現代医療分野の医療従事者に限らず、セラピストやそれ以外の職種の参加者も珍しくない。そして、これまで仲間うちでは当たり前のように認識していた事項も明文化し、ルールとして定めた。

これらのルールをはじめ、症例に関する方策などはすべて、カンファレンスの連帯にもとづいた合意から形成されている。このような多元的状态では一般に連帯は形成されにくいと考えられるが、それはいかにして可能なのだろうか。ネオ・プラグマティズムを牽引したローティの思想を補助線として、これからの多職種連携のあり方を考えていく。

また、多様化する療法や身体へのアプローチの中で、現代では一人一人の有する価値も多様化している。こうした価値の多元的状态をも意識し、臨床的に有効に取り扱っていくことにおいて、J C の重要性を明らかにする。

来るべき医療の新たなステージにおいて重要になると考えられる「方法と価値の多元主義」に関して統合医療の果たす役割を考察していく。

ワークショップ

11 日 14:25~16:05

B 会場 (7203 教室)

「正常さ」と「異常さ」の境界

—「不幸な生」に関する倫理的背景の考察—

責任者：仙波 由加里（お茶の水女子大学）

司 会：仙波 由加里（お茶の水女子大学）

演 者：石田 安実（神奈川大学）

大谷 いづみ（立命館大学）

仙波 由加里（お茶の水女子大学）

日本では 1948 年に施行された優生保護法の中で、「不良な子孫の出生防止」をかね、一部の
中絶が容認されてきた。1966 年には兵庫県で「不幸な子どもの生まれない県民運動」という施策
（兵庫県医第 556 号）が策定され、そのための対策室を設置して公費負担で羊水検査を実施する
ようになった。「不幸な子ども」には、遺伝性疾患をもつ児、精神障害児、身体障害児なども含ま
れていた¹⁾。この政策に対しては、「青い芝の会」（脳性麻痺者の会）を中心とする障害者団体や
人権団体から異議申し立てが起こり、施策は 1974 年に中止されたが、その後も障害児を産むこ
とへの抵抗感が消え去ることはなかったと言えよう。1996 年に優生保護法が母体保護法に代わり、
優生思想を表現する部分が削除されたにもかかわらず、近年になっても胎児の障害を懸念する妊
婦やその家族は少なくない。2013 年には NIPT（新型出生前検査）が導入され、母体への侵襲が
なく染色体異常（トリソミー）のリスクを高精度で検出するとされた。NIPT を歓迎する声があ
る一方で、上記の懸念を背景に安易な受検や中絶が増えるのではないかと、この検査導入の是非
が問題となった。

日本社会では、今なお「正常」でないことへの偏見や差別が存在する。「正常さ」「あたりまえ
さ」は時に社会的圧力や規制として作用し、社会的に過激な排除意識を生み出すこともある。2016
年 7 月に起こった、神奈川県障害者入所施設が襲われ多数の死傷者を出した悲惨な事件がその
一例だという見方もある。この事件の犯人は障害者への憎悪をむき出しにし、排除を訴えていた
という²⁾。「正常さ」は、社会的許容や排除の基礎となり得るが、それは時代とともに変化し得る
し、社会的に固定していないことも多い。海外では、聾啞のレズビアンカップルが自分たちの聾
啞文化を「正常」とみなし、生殖医療を用いて聾啞の子どもを望んだ例もある。「正常さ」は社会
的または人為的構築物であるとも言える。だとすれば、そこに倫理的許容性や善悪を基礎づける
のは危険だろう。社会的変化を十分に反映しない「正常さ」基準も、偏見を助長するだろう。「正
常さ」が社会状況、たとえば技術上の進歩によって変化することは、医療倫理の分野でも無視で
きない観点である。

加えて、「正常さ」の基準の根拠も問われるべきであろう。その基準は、「生産性」や「有用性」
や既存の価値観を前提にし、ある種の障害を持ったり病を抱える人たちを、「幸福ではない」「生
きる価値がない」「生きるに値しない生」と決めつけ排除していないだろうか。「有用性の条件」
と、「幸福の条件」さらには「生存の条件」は同一視されていないだろうか。本ワークショップで
は、こうした問題意識を柱に、「正常さ」と「異常さ」の境界、「不幸な生（生命・生活・人生）」
とは何かという問題を検討する。石田は「正常」「異常」概念について分析し、大谷は安楽死の観
点から、仙波は出生前検査の観点から論じる。

1) 『不幸な子どもの生まれない施策—5 年のあゆみ—』（兵庫県、1971 年 10 月）

2) 京都新聞 2017 年 2 月 25 日記事「相模原殺傷元職員起訴、背景解明 長期化は必至」

大会組織等

大会長： 冲永 隆子（帝京大学）

実行委員長： 黒須 三恵（東京医科大学）

実行委員： 朝倉 輝一（東洋大学）

安藤 泰至（鳥取大学）

岩倉 孝明（川崎市立看護短期大学）

江黒 忠彦（帝京平成大学）

大西 奈保子（帝京科学大学）

尾崎 恭一（東京薬科大学）

勝山 貴美子（横浜市立大学）

小館 貴幸（立正大学）

島田 道子（鶴見大学）

長島 隆（東洋大学）

中澤 武（明海大学）

森 禎徳（東邦大学）

山本 剛史（慶応義塾大学）

（以上、あいうえお順）

坪井 雅史（学会運営委員長・神奈川大学）

蔵田 伸雄（学会事務局長・北海道大学）

会場：

〒120-0045 東京都足立区千住桜木 1-11-1

帝京科学大学千住キャンパス 7 号館

会期：

2017 年 11 月 11 日（土）8：55～17：20 （受付 8:30～）

2017 年 11 月 12 日（日）9：00～16：40 （受付 8:30～）

大会事務局：

〒192-0395 東京都八王子市大塚 359 番地

帝京大学 学修・研究支援センター 冲永研究室

Tel： 042-678-3496

E-mail： 36taikaiitetsu@gmail.com

大会当日本部：

帝京科学大学千住キャンパス 7 号館

学会ホームページ：

<http://itetsu.jp/main/>

交通アクセス及び千住キャンパス

主要駅からのアクセス

「東京駅」から「北千住駅」約15分

主要駅からのアクセス

大会会場の最寄駅は

以下の各鉄道路線の「**北千住駅**」

JR常磐線

東武スカイツリー（東武伊勢崎線）

東京メトロ千代田線・日比谷線

つくばエクスプレス

■北千住駅から**徒歩の場合**：

（徒歩約15分）

北千住駅西口から直進、

国道4号（日光街道）を横断し

千住龍田町交差点を右折、

墨堤通りを直進して

東京電力上野支社足立営業

センター手前を左折

■北千住駅から**バスの場合**：

（バス利用約7分）

北千住駅西口から以下のバスで5分、

千住竜田町バス停下車 徒歩約2分

都営バス

端44「駒込病院前」行（西口3番乗場）

王45「王子駅前」行（西口3番乗場）

東武バスセントラル

北01「西新井大師（本木新道経由）」

行（西口2番乗場）

北02、03「西新井大師（100号・

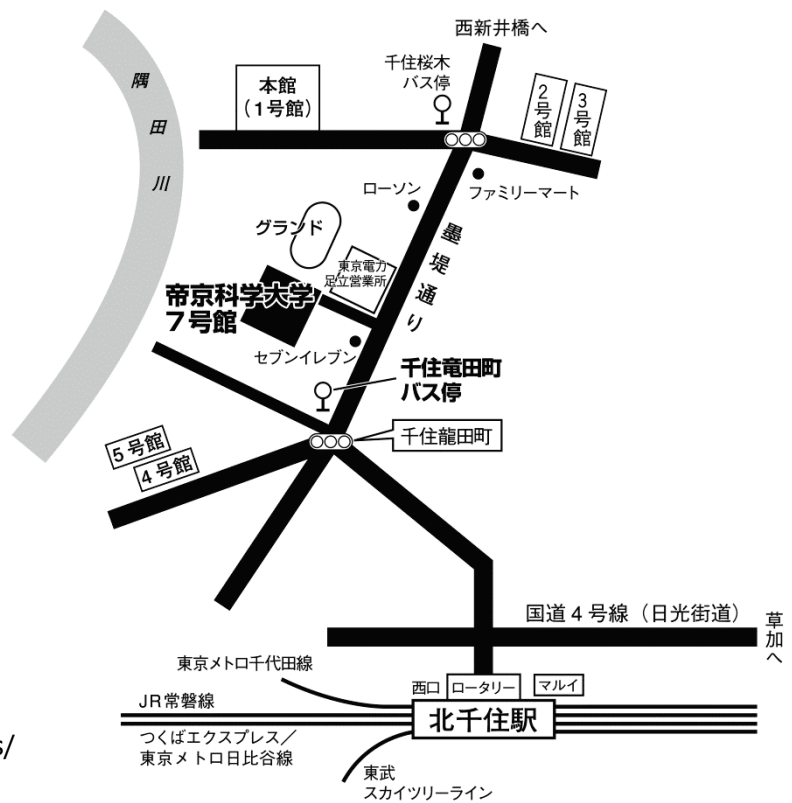
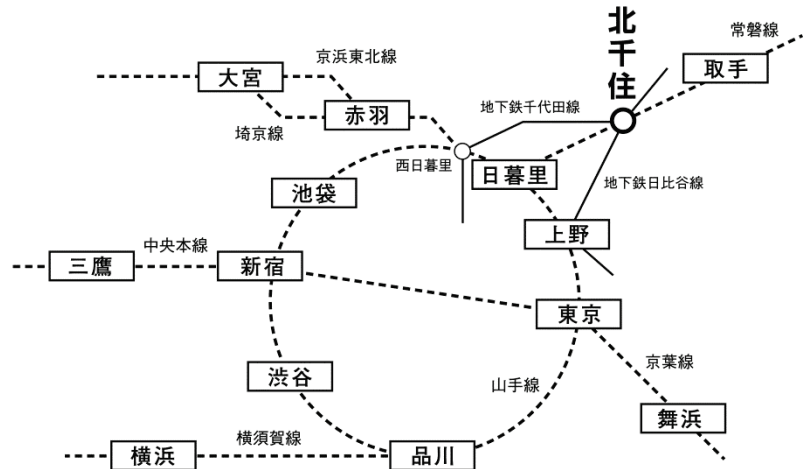
本木二丁目・西新井駅経由）」行

（西口4番乗場）

北04「西新井駅西口」行（西口4番乗場）

北05「江北駅」行（西口4番乗場）

詳しくは、<https://www.ntu.ac.jp/access/>
をご参照ください。



第36回 日本医学哲学・倫理学会大会

大会長 冲永 隆子

実行委員長 黒須 三恵

大会事務局：〒192-0395 東京都八王子市大塚 359 番地
帝京大学 学修・研究支援センター 冲永研究室
Tel: 042-678-3496
E-mail: 36taikaiitetsu@gmail.com

大会当日本部：〒120-0045 東京都足立区千住桜木 1-11-1
帝京科学大学千住キャンパス 7号館

学会ホームページ：http://itetsu.jp/main/