

第37回

日本医学哲学・倫理学会大会

*The 37th 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》

地域とともに歩む医療

会期 2018年10月20日（土）・21日（日）

会場 北海道大学 人文・社会科学総合教育研究棟

第 37 回 日本医学哲学・倫理学会大会

大会テーマ

地域とともに歩む医療

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：臨床倫理 事始めの頃・・・・・・・・	11
シンポジウム：地域高齢者とともに生きる社会・・・・・・・・	13
研究発表要旨（1日目）・・・・・・・・・・	18
ワークショップ要旨・・・・・・・・・・	30
研究発表要旨（2日目）・・・・・・・・・・	31
会場アクセス・・・・・・・・・・・・・・・・・・	40

参加費

事前申込（会員、10月1日までの振込）	3,000 円
当日申込（会員・非会員）	4,000 円
学生（会員・非会員）	1,000 円
特別講演・公開シンポジウムのみ（非会員）	1,000 円

懇親会費

5,000 円

＊ 参加費等の振込は下記の口座へお願いします。

ゆうちょ銀行

口座記号：02720-7

口座番号：103096

加入者名：第37回日本医学哲学倫理学会

実行委員会

大会組織等

大 会 長：船木 祝（札幌医科大学）

実 行 委 員 長：宮嶋 俊一（北海道大学）

実 行 委 員：石井 哲也（北海道大学）

泉澤 真紀（旭川大学）

増渕 隆史（北海道大学）

石川 洋子（旭川医科大学）

堀井 泰明（天使大学）

森口 真衣（日本医療大学）

《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）

大会開催協力者：柴田 絵里佳（北海道大学）

会 場：

〒060-0810 北海道札幌市北区北 10 条西 7 丁目

北海道大学人文社会科学総合教育研究棟

会 期：

2018 年 10 月 20 日（土）9：45～17：20 （受付 9：00～）

懇親会 18：00～20：00

10 月 21 日（日）9：00～16：10 （受付 8：30～）

大会事務局：

〒060-0810 北海道札幌市北区北 10 条西 7 丁目

北海道大学大学院文学研究科 宮嶋俊一研究室

Tel：011-706-4052

E-mail：37itetsugakkai@gmail.com

学会ホームページ

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

大会長挨拶

船木 祝（札幌医科大学）

超高齢社会が進展していく中、高齢者の医療・福祉に対する対策を講じることは喫緊の課題です。しかし、これらの対策は地域の実情に見合ったものでなければなりません。地域にはそれぞれの置かれた状況があります。単なる一元的な指針だけでは、それが地域に吸収され実りを結ぶことは困難でしょう。日本医学・哲学倫理学会第37回大会は、「地域とともに歩む医療」をテーマとしております。ここには、それぞれの地域が置かれた多様な状況に目を注ぐということと、一步一步長期的な視点に立って医療・福祉の問題を考えるという趣旨が示されています。

これまで生命倫理・医療倫理の分野では、時間的に限定される安楽死、延命治療の不開始・停止などの問題が議論されてきました。高齢化は、自立度が徐々に低下し依存度が高まり、最後には死に至る長期にわたるプロセスです。これまで議論されてきた終末期の問題と並んで、長い期間にわたる高齢期のあり方が今、問われています。

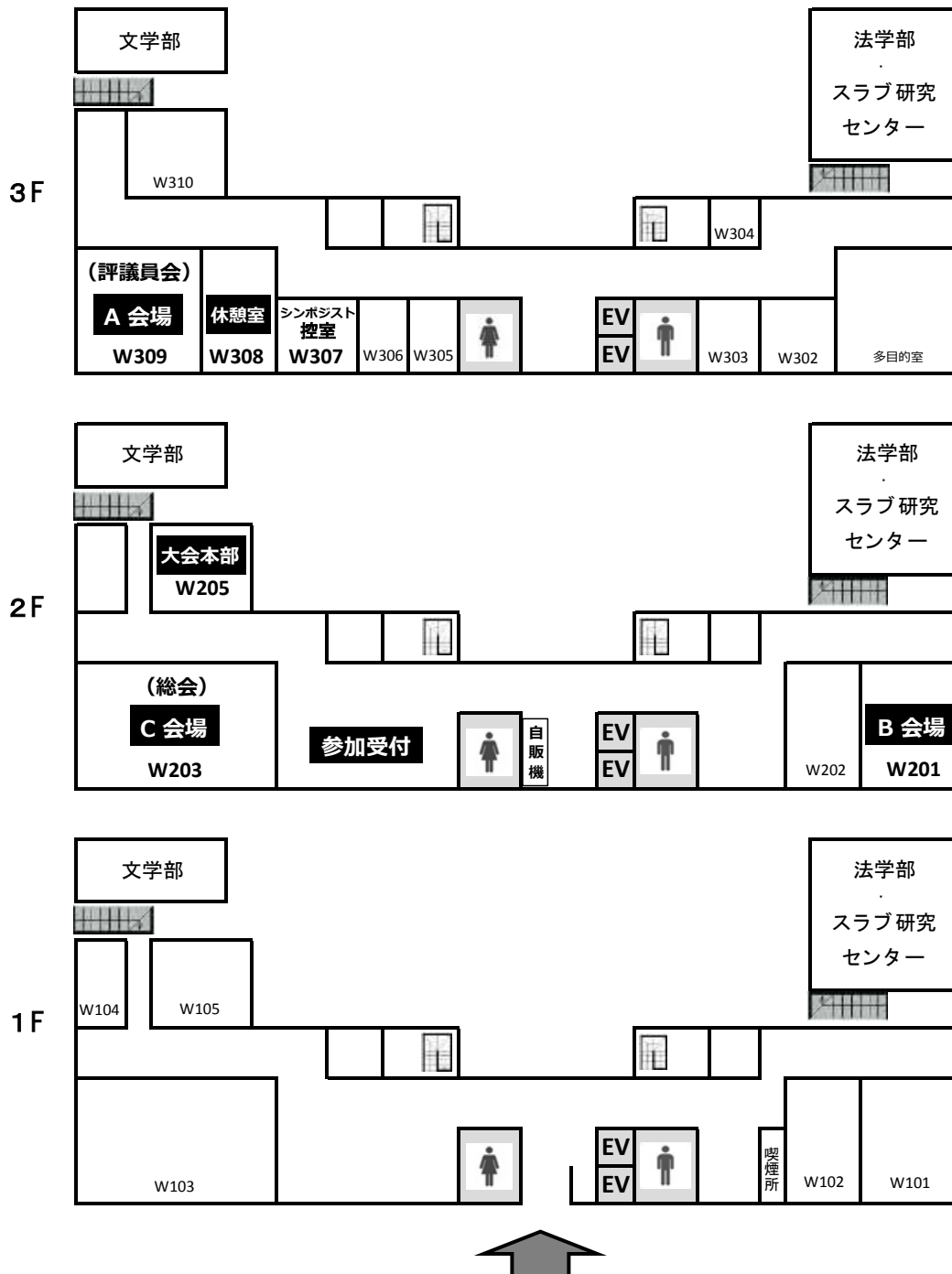
このような長期的なプロセスを考察する場合、意思決定に主眼を置くアメリカ型の自律の考え方と並んで、欧州連合バルセロナ宣言（1998年）の「脆弱性（vulnerability）」の考え方も視野に入れて置く必要があるでしょう。高齢化は、配偶者の死などをきっかけに一人暮らしを始める高齢者が、比較的元気な活動期から徐々に身体が衰えていく過程であるからです。高齢化のプロセスの中で徐々に自己のコントロール能力を失っていくことに対する不安もあるでしょう。このように、人間が自立性と依存性をともに兼ね備えた存在であるという視点も求められます。

都市部でも地方でもそれぞれの地域の置かれた実情があります。地方ではとくに、少子高齢化の大きな波が一足先に押し寄せてきており、人口減少、産業衰退、医師・看護師・介護士不足、医療経営面、医療過疎等の問題が深刻化しています。しかし都市部では人間関係の結びつきが失われ、地域コミュニティの衰退という問題に直面しております。

地域医療のこれらの問題にさまざまな分野からアプローチし、実りのある議論が展開されることを望みます。地域医療の問題を考えることは、私たちすべてに関わることです。なぜなら、すべての人間はいずれ老いていくため、人生全体を視野に入れるならば、私たち一人ひとりの存在のあり方を問うことになるからです。

会場案内図

人文・社会科学総合教育研究棟 (W棟)



人文・社会科学総合教育研究棟 入口

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 1 日（月）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、人文・社会科学総合教育研究棟（W 棟）2 階の受付で参加登録をしてください。なお、特別講演・公開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、参加登録時にあわせて年会費もお納めください。

入会も受け付けておりますので、受付でお手続きください。

4. 昼食について

食事は会員控室、学生食堂にてお召し上がりください。また大学や札幌駅周辺には徒歩圏に多くの飲食店がございますので、ぜひご利用ください。

コンビニは大学構内にセイコーマート、また正門・地下鉄駅周辺にもセイコーマート、セブンイレブン、ファミリーマート、ローソンなど多く点在しております。

なお会場にはクロークがございません。大きなお荷物は会員控室に置くスペースはございますが、お荷物に関するトラブルについて本部では責任を負えませんので、貴重品等の管理は各自でお願いいたします。

5. 懇親会について

懇親会費は 5,000 円です。懇親会場はファカルティハウス「エンレイソウ」内の「レストラン・エルム」です。（42 ページの地図をご確認ください）

参加費	事前申込（会員、10/1 までの振込）	3,000 円
	当日申込（会員・非会員）	4,000 円
	学生（会員・非会員）	1,000 円
	特別講演・公開シンポジウムのみ（非会員）	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（ご自身のパソコンを使用される場合は休憩時間中に接続をお願いします）。会場にご用意するパソコンは Windows 7/8.1/10、アプリケーションは PowerPoint 2016 です。他のバージョンの PowerPoint で作成された場合は、予め 2016 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受付までその旨ご報告ください。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（所属は任意）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

10月20日(土) (大会1日目)

- 9:00 ～ 受付 (W棟 2F)
- 9:30 ～ 9:40 開会式 (W309)
挨拶: 大会長 船木 祝 (札幌医科大学) 会長 藤野 昭宏 (産業医科大学)
- 9:45 ～ 12:00 研究発表 (各会場)

	A会場 (W309)	B会場 (W201)	C会場 (W203)
9:45 ～ 10:15	座長: 岩倉孝明 A-1-1 森口眞衣(日本医療大学) 「医学」に関する概念の 価値づけ	座長: 瀬戸山晃一 B-1-1 中澤武(明海大学) 関係の中の自律	(発表はありません)
10:20 ～ 10:50	座長: 岩倉孝明 A-1-2 杉岡良彦(上野病院) 医療否定に関する主張と その根拠	座長: 瀬戸山 晃一 B-1-2 森下直貴(浜松医科大学) 「QOL」の構造—尺度作りの ための提案—	
10:55 ～ 11:25	座長: 有馬斉 A-1-3 玉手慎太郎(東京大学) 社会的決定要因、共通善、不偏性 —自己責任論批判の倫理的基礎 の検討—	座長: 足立智孝 B-1-3 村岡潔(佛教大学) 私秘的言語と公共的言語 ～患者・障害者等クライアントの 行為のよき理解に向けて	
11:30 ～ 12:00	座長: 有馬斉 A-1-4 石田安実(神奈川大学) 「正常さ」を通した「自律性」 概念の検討	座長: 足立智孝 B-1-4 屋良朝彦(長野県看護大学) 多声性と祝祭性—精神障害者の対 話実践の効用に関する哲学的考察 —	

- 12:00～13:50 昼食・休憩 (会員控室、学生食堂をご利用ください)
- 12:10～13:40 評議員会 (W309)

● 13 : 50～16 : 05 研究発表・ワークショップ (各会場)

	A 会場 (W309)	B 会場 (W201)	C 会場 (W203)
13 : 50 ～ 14 : 20	座長：永田まなみ A-1-5 石井哲也(北海道大学) ミトコンドリア操作を伴う 生殖医療：遺伝的つながりと ジェンダーの含意	(発表はありません)	ワークショップ 研究倫理教育の現状と課題 ～効果的な研究倫理教育の方法論 と その評価尺度の検討 ～ 演者： 瀬戸山晃一(京都府立医科大学) 吾妻知美(京都府立医科大学) 今井浩二郎(京都府立医科大学) 赤塚京子(京都府立医科大学) 福家佑亮(京都府立医科大学) 司会： 瀬戸山晃一 (京都府立医科大学)
14 : 25 ～ 14 : 55	座長：永田まなみ A-1-6 藤戸善伸(五稜郭病院) 医師が「その人」であるとい うこと		
15 : 00 ～ 15 : 30	座長：森禎徳 A-1-7 奥堀亜紀子 (大阪大学/日本学術振興会特 別研究員 PD) 東日本大震災を経験した 当事者たちが見ていた「死」		
15 : 35 ～ 16 : 05	座長：森禎徳 A-1-8 ウゲット・エンリック (北海道大学) 日本における移植医療の事情 とその思想的背景について 人間観と匿名性を中心として		

● 16 : 20～17 : 20 特別講演 (W203)

臨床倫理 事始めの頃 ― 札幌 1988～93 年 およびその後

講演者：清水哲郎(岩手保健医療大学学長)

司会：藤野昭宏(会長、産業医科大学)

● 18 : 00～20 : 00 懇親会 (北海道大学「エンレイソウ レストランエルム」)

10月21日(日) (大会2日目)

- 8:30～受付 (W棟2F)
- 9:00～10:40 研究発表

	A会場 (W309)	B会場 (W201)	C会場 (W203)
9:00 ～ 9:30	座長: 中澤武 A-2-1 中井祐一郎(川崎医科大学) 比名朋子 (川崎医科大学附属病院) 選択的人工妊娠中絶と出生前 診断を行う産科医にとっての 相模原障害者殺傷事件に対す る応答可能性の検討	座長: 杉岡良彦 B-2-1 酒井田由紀 (日本赤十字豊田看護大学) 太田勝正 (名古屋大学) 研究倫理審査委員会における 看護学系委員の役割 —文献検討より—	座長: 石田安実 C-2-1 秋葉峻介(一橋大学) 安楽死・尊厳死と患者の自己 決定権—自己決定の擬制は どこまで可能か?—
9:35 ～ 10:05	座長: 中澤武 A-2-2 シルヴィア=マリア・オレーヤージュ (北海道医療大学) 赤ちゃんポストと匿名出産に おける脆弱な女性のエンパワ ーメントに関する比較研究 —ポーランドと日本の社会的 支援システムを比較対象とし て—	座長: 杉岡良彦 B-2-2 石川洋子(旭川医科大学) 看護系大学院における看護倫 理とその教育のあり方	座長: 石田安実 C-2-2 川端美季(立命館大学) 国民道徳における切腹概念 の検討—近代日本の死生観 をめぐって
10:10 ～ 10:40	座長: 中澤武 A-2-3 佐藤 静(大阪樟蔭女子大学) 新潟水俣病事件における妊娠 規制 優生思想と宝子、そして「見て しまった責任」をめぐって	座長: 杉岡良彦 B-2-3 森禎徳 (東邦大学) 医療費の窓口負担引き上げの 問題点	座長: 石田安実 C-2-3 本田康二郎(金沢医科大学) 身体保守主義の可能性

- 10:50～12:00 総会 (W203)
- 12:00～13:00 昼食・休憩 (会員控室、発表会場、学生食堂をご利用ください)

● 13 : 00～16 : 00 **公開シンポジウム** (W203)

地域高齢者とともに生きる社会—身体と心を支え合うために

シンポジスト：山田康介（北海道家庭医療学センター副理事長）

秋山正子（白十字在宅ボランティアの会、認定 NPO マギーズ東京）

橋爪幸代（東京経済大学現代法学部准教授）

宮島光志（富山大学大学院医学薬学研究部教授）

司 会：船木祝（大会長、札幌医科大学）

小山千加代（新潟大学大学院保健学研究科教授）

● 16 : 00～16 : 10 **閉会式** (W203)

挨拶： 大会長 船木 祝（札幌医科大学）



特別講演



20 日（土）16 : 20～17 : 20（C 会場）

司会：藤野 昭宏（会長、産業医科大学）

臨床倫理 事始めの頃 — 札幌 1988～93 年 およびその後

清水 哲郎（岩手保健医療大学学長）

私が北海道大学にいたのは、1980 年 8 月から 93 年 3 月までであったが、そのうち、後の「臨床倫理」の活動に連なるような環境にあったのは、88 年暮れからであった。家族が 86 年から患者となったことで、家族である私は東札幌病院の当時の院長・看護部長と知り合い、当時すでに院内で倫理セミナーを継続して行っていた同病院に、哲学・倫理学的研究者として何か話せと依頼されて話したところ、波長が合ったらしく、一度で終わらず何回か継続して話し、やがてレギュラーの講師とされたのだった。

医療従事者側から次々とテーマが出され、それに応じて考えた結果を話すと、それに対して、参加者からの反応があり、という対話が続いた。こうして、私は臨床現場に受け容れられ、臨床の感覚を直接把握でき、加えて臨床現場に具体的に響く提言ができる稀有の立場を与えられた。

東札幌病院（の石谷院長）は、80 年代終わりから 90 年代にかけて、日本の緩和医療の方向付けをするプロセスをリードしていた。90 年冬季札幌がんセミナー、93 年ハワイにおける緩和医療—サポーター・ケアに関する国際研究集会が、いわば三段跳びのホップ・ステップであり、ジャンプが 96 年の日本緩和医療学会創立であった。この流れは、私にとっても緩和ケアをはじめとする倫理の理論面で、一病院の範囲から日本全体を視野に入れた提言をするに至る三段跳びの機会であった。

93 年に東北大学に移ってから、21 世紀になってからも東札幌病院は長らく私にとっていわば訓練・調整の場であり（そういう意味で「ファーム」と表現していた）、新しい考えを試してみる場であった。

ここでは以上の経過に身を置きつつ、札幌在住の間に基本的な形成をした臨床倫理に関する主張をいくつか提示して、当時の状況との関わりを通してそれがどのように形成されたかを提示したい。以下、取り上げる事項を演題の形式で提示しておく。

- ・QOL とは何か：主観的—客観的理解の間で／ないしは化学療法とホスピスケアの間で
- ・真実を語ることとしての「告知」：相手を人として対応すること／コミュニケーション
- ・尊厳をもって死に至ることとしての「尊厳死」：エンドオブライフの一般的目標
- ・意思決定プロセス：決定の分担論 vs 共同決定論／「説明と同意」モデルから「情報共有—合意」モデルへ

これらすべてに言及できるとは限らないが、これらが当時私を取り巻く環境において重要なトピックであったことは確かである。

清水 哲郎（しみず てつろう）

現職：岩手保健医療大学 学長

略歴：東京大学理学部天文学科卒業後、東京都立大学人文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。北海道大学講師／助教授（哲学史 1980-93）、東北大学助教授／教授（哲学 1993-2007）、東京大学特任教授（死生学・応用倫理 2007-17）を経て、2017 年から現職。東北大学名誉教授。

この間、日本医学哲学・倫理学会、日本緩和医療学会、日本哲学会、日本倫理学会、日本生命倫理学会、日本老年医学会、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：哲学、臨床倫理学、臨床死生学。

主要著書：『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—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』（石垣靖子先生と共編著）、『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）、『医療・介護のための死生学入門』（共編著 新刊）等多数。



公開シンポジウム



21 日（日） 13:00～16:00（C 会場）

地域高齢者とともに生きる社会
—身体と心を支え合うために—

シンポジスト

-
- 山田 康介 （北海道家庭医療学センター副理事長）
秋山 正子 （白十字訪問看護ステーション総括所長）
橋爪 幸代 （東京経済大学現代法学部准教授）
宮島 光志 （富山大学大学院医学薬学研究部教授）

司 会

-
- 船木 祝 （大会長、札幌医科大学）
小山 千加代 （新潟大学大学院保健学研究科教授）

シンポジウムの主旨

都市部の医療と地方部の医療について考えることにはおのずと違いが出てくる。前者では地域コミュニティの衰退が指摘できる。後者では、少子高齢化の大きな波が一足先に押し寄せてきており、人口減少、産業衰退傾向が高まるとともに、医師・看護師・介護士不足、医療経営面、医療過疎等の問題が深刻化している。このような地域に住む高齢者が、安定・安心した暮らしをしていくためには、私たちはどのように考えていったらいいのだろうか。

超高齢社会を迎える日本において、こうした地域高齢者の生活と生命のあり方を問うことは喫緊の課題となっている。この問いには二つの特徴がある。ひとつは、この問いは高齢者だけではなく、私たちひとりひとりに関わる、ということである。私たちすべての人間は、いずれ、老い、病にかかり、死んでゆく存在である。地域高齢者のあり方を問うことは、私たちひとりひとりの人生を問うことになる。もう一つの特徴として、その問いには、長期的視点に立った考察が求められるということがある。ここでは、終末期のあり方だけではなく、徐々に人が虚弱になっていくプロセスへの視点が不可欠となる。

高齢期は、さまざまなライフ・イベントに遭遇する時期である。退職、配偶者の死、慢性疾患、家族の介護等、人生の終わりに向かう過程でさまざまな困難に遭遇する。したがって、身体的、心理的、社会的、精神的なさまざまな支援を要する時期である。とくに、近年増加傾向にある一人暮らし高齢者は、心身面、経済面のそうした困難を複合的に抱えている。生命倫理においては、アメリカ型の自律を上位に置く考え方と、欧州連合バルセロナ宣言（1998年）の「脆弱性（vulnerability）」を強調する考え方がある。地域の独居高齢者の問題を考察するうえで、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。自立を強調することは、高齢者の活力を促進するという利点がある。その反面、自立偏重社会では、周囲の者が困っている一人暮らし高齢者の様子をうかがえたとしても、当人の問題であるとして、援助に対して消極的になる傾向を生み出しかねない。困窮している高齢者自身も人から手を差し伸べられることに対して、弱者に位置づけられることに抵抗感を感じ、心を開かない傾向をもつかもしれない。しかし、現代社会において情感的な、親密度の高い村落共同体に戻ることはできないであろう。ここでは私たちの共同体の再建という大きな課題が隠されている。今後団塊世代の新たな高齢者群が増加する。これら新たな高齢者群の高齢者像を明らかにし、比較的元気な高齢者が高齢者を支える側面も描写する必要があるだろう。

地域高齢者を支えていくには、行政・医療・看護・介護・福祉が連携する必要がある。身体的には、虚弱な高齢者を地域に根ざして予防的に支援していくことが求められよう。看護ケアという観点から、地域で暮らすそれぞれの高齢者の生活への個別的配慮が求められる。法学的な観点からは、地域包括ケア、在宅医療、介護保険制度、ゴールドプラン等における地域特性に応じた問題点が指摘される。それ以外にも、高齢者のQOLである、家族関係・友人関係・経済満足度・幸福度が哲学・倫理的に考察される必要がある。

このように、地域高齢者の安定・安心した生活のためには多様な要因を多角的に考察することが求められる。私たちの社会は今後一層高齢者とともに生きる社会になっていく。行政・医療・看護・介護・福祉、それから国民が今ともに考えていかなくてはならない問題である。本日のシンポジウムがこの問題をともに考える有意義な機会となれば幸いである。

船木 祝（ふなき しゅく）

札幌医科大学医療人育成センター准教授。ドイツ・トリーア大学Ph.D（哲学）。専門は哲学・倫理学。著書にKants Unterscheidung zwischen Scheinbarkeit und Wahrscheinlichkeit, Peter Lang Verlag。『医学生のための生命倫理』（共著・丸善出版）、『【新版】医療倫理Q&A』（共著・太陽出版）等。

小山 千加代（こやま ちかよ）

新潟大学大学院保健学研究科教授。東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程修了。聖路加国際病院看護師、広島市立広島市民病院看護師、神奈川県立衛生短期大学講師、東京女子医科大学看護学部講師を経て、2014年より現職。専門は老年看護学、死生学、慢性看護、緩和ケア。2008年よりNPO法人緩和ケアサポートグループ理事。著書に『サイエンスとアートとして考える生と死のケア』（編著）

《公開シンポジウム》

医療現場の視点からみた地域高齢者とともに生きる社会

～とくにプライマリ・ケアの現場の視点で～

山田 康介(北海道家庭医療学センター副理事長)

筆者は北海道十勝地区の人口 3300 人の農村唯一の公的医療機関に勤務する総合診療専門医である。地域の保健・医療・福祉・介護について行政やその他の事業所などと連携しながら日常診療に当たっている。道内の他の地域と同様、高齢化が徐々に進行しており、高齢者のケアについて様々な課題に直面することが多い。

- ・健診を何歳まで続けるのか？
- ・がん、心臓弁膜症など重大な疾患を抱えたときに精密な検査や積極的な治療を受けるのか？
- ・高血圧、脂質異常症、糖尿病といった生活習慣病の薬を何歳まで飲み続けるのか？
- ・認知症を抱えたときにケアに関する意志決定はどのように行うのか？
- ・要介護状態となったときに提供される比較的画一的なサービスや、人との交流を好まない高齢者のその人らしい生き方をどのように尊重したらよいのだろうか？
- ・人生の終末期の生き方の選択（アドバンス・ケア・プランニング）をどのように行っていくべきだろうか？

こういった医療現場で感じている地域の高齢者のケアに関する課題を皆様と共有したい。

高齢者のケアに関する意志決定は単純に年齢、余命のみで検討されるべきではないと筆者は考える。

高齢者の状態は医学的状态、身体機能、認知機能、これまで積み重ねてきた人生で培われてきた価値観、家族、家族以外の人間関係など非常に多様であり、多くの要素を考慮にいれる必要があるからである。

筆者はこういった問題に取り組む上で鍵になるのは「決断の共有；Shared Decision Making」であると考えている。

シンポジウムではプライマリ・ケアを専門とする総合診療専門医の行う診療における「決断の共有」について説明するとともに、上記の課題を乗り越えることを目指して筆者の勤務する地域での取り組みを紹介する。

その他のシンポジストの皆様、ご列席の皆様と活発な議論が行えたら、と考えている。

山田 康介（やまだ こうすけ）

1973 年、北海道網走郡斜里町生まれ。北海道大学医学部医学科卒業。日鋼記念病院臨床研修医、カレスアライアンス家庭医療学専門医コース研修医（2002 年 5 月修了）、更別村国民健康保険診療所、医療法人北海道家庭医療学センター常務理事を経て、現在同副理事長（更別村国民健康保険診療所管理医師兼務）。診療に従事する傍ら、北海道家庭医療学センターの経営者の一人として、また家庭医の教育者としての仕事も担う。日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部副支部長。十勝医師会理事。日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医・指導医。『家庭医療マニュアル』（共著、永井書店）、『家庭医療のエッセンス』（共著、カイ書林）、『家庭医療の質』（監訳、カイ書林）

《公開シンポジウム》

自分の考えを表出できる地域高齢者を育てるために ～医療的知識を持った友人のように傾聴するとは～

秋山 正子（NPO 白十字在宅ボランティアの会、認定 NPO マギーズ東京）

地域包括ケアの実現に向けて、各地域で在宅医療の推進、出来るならば暮らしの場での看取りの推進が叫ばれている。それは、2025 年を境に団塊世代が後期高齢になる＝多死社会の本格的な到来だからである。しかも、それは都市周辺に集中する。

地方都市では、すでに人口減少社会に突入してしまった。エンドオブライフケアをどうするか議論よりも、町・村の存続自体が危ぶまれる事態に直面している。

1992 年の訪問看護制度初年度より、地域に密着し積極的に看取りに取り組んできた。その経過の中で、新宿区牛込地区は、看取りを引き受ける医療・介護チームが比較的汲みやすく、地域住民の意識も、自宅や自宅に近い暮らしの場で看取することを叶えられる地域にしたいと表明する人も多くなり、変化が見られる。

自分の考えをきちんと表出することが出来る地域高齢者を育てるには、普段からのコミュニケーションが必要であり、居場所づくりはその最たるものである。暮らしの保健室の活動はその一翼を担っている。

看取りの経験者は、そのことの体験が良かったと思える内容であれば、経験値として記憶に残り、その後、似たような状況になった時にも、前回のように叶うならば自宅や自宅に近い環境の中で看取りたい、看取られたいと願う事が多い。

これが、家では無理だと初めから決めつけられる（ことに医療専門職から）経験があれば、その経験値は蓄積されず、他者へも伝達されない。

かつては普通に行われていた看取り、そこに繰り広げられるエンドオブライフケアは、ある種、文化として語り継がれたものだった。死に逝く過程を、ともに歩めるには、医療依存度を上げずに重装備にならずに看取れる体制を組み、暮らしの場でしっかりとケアができる事を実証していく事が必要である。

その意味で、看取りの過程を語り継げる人を、地域の中で増やしていく事。そのためには、看取りに関わる医療者の言動を見直し、看取りの力を住民自ら取り戻していけるようにサポートしていくケアリングの姿勢が大切ではなかろうか？

単なる傾聴ではないアクティブリスニング、そのことで自らの体験を語り、ひいては自分の力で意見が言える人々が増えていく手ごたえを感じる実践事例を報告したい。

秋山 正子（あきやま まさこ）

1973 年 聖路加看護大学卒業。関西にて臨床並びに看護教員として勤務後、1992 年から新宿区を中心に訪問看護に従事。
2001 年 ケアーズを設立し独立。白十字訪問看護ステーション・白十字ヘルパーステーション統括所長、NPO 白十字在宅ボランティアの会理事長、日本赤十字看護大学他、都内の看護系大学非常勤講師として後進育成に関わる。2010 年 3 月 NHK「プロフェッショナル 仕事の流儀」に取り上げられる。2011 年 7 月から「暮らしの保健室」を運営、2015 年に看護小規模多機能型居宅介護「坂町ミモザの家」を四谷坂町に開設した。2016 年 10 月がんと家族・友人の為の相談施設「マギーズ東京」を豊洲にオープンし、センター長就任。

2012 年 4 月 第 8 回ヘルシー・ソサエティ賞受賞。2017 年 暮らしの保健室の活動に対してグッドデザイン賞特別賞を地域づくり部門で受賞した。

著書に『在宅ケアの不思議な力』『在宅ケアのつながる力』『在宅ケアのはぐくむ力』『つながる・ささえる・つくりだす 在宅現場の地域包括ケア』（医学書院）、『家で死ぬこと考えたことありますか？』（保健同人社）などがある。

《公開シンポジウム》

高齢者の生活を支える制度と課題

橋爪 幸代(東京経済大学現代法学部准教授)

本報告では、特に医療や介護サービスのニーズが高まる高齢期において、高齢者が地域で生活するために、これまでどのような政策が採られてきたかを踏まえた上で、現制度の課題を提示し、その解決策の提示を試みる。

1989年のゴールドプランにおいて、在宅福祉事業が積極的に進められ、市町村において在宅サービスと施設サービスとが一元的かつ計画的に提供するため、老人保健福祉計画の策定が義務付けられた。しかし、急速な高齢化に伴う介護ニーズの高まりに既存の制度で対応することが困難な状況から、社会として高齢者の介護問題を支える仕組みとして、2000年に介護保険制度が設けられた。

介護保険制度は、当初から自立支援や在宅重視の理念を掲げていたが、さらに2005年改正では、予防重視型システムに変換されるとともに、地域密着型サービスの創設など、新たなサービス体系が確立された。その後、介護保険サービスの利用者は増え続け、2011年改正では、高齢者が地域で自立した生活を営むことができるようにするために、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の実現を図ることが必要とされ、医療と介護の連携強化や高齢者の住まいの整備などに関する見直しが行なわれた。

一方、医療制度においては、特に地域での生活を実現するために在宅医療が重要となるが、在宅医療については、1980年代より制度改正が行われてきた。特に、2006年、医療機関完結型から地域完結型の医療提供体制への転換するための改革が図られた。住み慣れた地域で高齢期を過ごすためには、医療と介護の連携を強化するとともに在宅医療を充実させることが必要となろう。

高齢期の生活を支える政策として、厚生労働省は、「2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進」している。「自分らしい暮らし」は一樣ではないが、これを実現するためには、介護、医療、住まい、生活支援等の設備において、個人の意思や選択を尊重することのできる体制が必要となろう。

橋爪 幸代 (はしづめ さちよ)

慶應義塾大学法学部卒業後、上智大学法学研究科博士前期課程修了、博士後期課程満期退学。上智大学法学研究科助手を経て、現在は、東京経済大学現代法学部准教授。専門は、社会保障法。共著書には、「イギリスにおける虐待・暴力に対する法制度」『家族のための総合政策Ⅳ』（信山社）、「家庭裁判所と児童相談所」『児童虐待の防止—児童と家庭、児童相談所と家庭裁判所』（有斐閣）、「ひとり親家庭と自立支援」『自立支援と社会保障』（日本加除出版）等がある。

高齢者の社会参加と地域社会の幸福度 ——フレイル予防の倫理的考察——

宮島 光志(富山大学)

私事ながら、離れて暮らす老父母が二人揃って卒寿を迎え、私自身も人生初の病気入院を乗り切って還暦を迎えてみると、現代日本社会の高齢者問題がぐっと身近なものに思えてくる。両親の「健やかな老後」は何の賜物なのか？ 健康長寿を誇る長野県に暮らすことも一因であろうが、周囲を眺めるとやはり例外的だと言ってよからう…。それ以上に、この先いつどのようにして父と母を看取ることになるのだろうか、という心配もある。

そうした思いを抱く身には「老衰多いと医療費低く／男性最多の茅ヶ崎市 平均より 14 万円」という見出しの新聞記事は示唆的である（『日本経済新聞』2017 年 12 月 25 日朝刊）。老衰による死亡者の増加が医療費と介護費の抑制につながるという道理は素人考えでも大方の予想がつく。この記事に特別の興味を覚えた理由は、まず「老衰の死亡率（男性）の上位 8 位と下位 8 位」のランキング表がとても新鮮だったからである。また「長生きの秘訣」とされる「運動（転倒しない体づくり）」「絆（地域とのつながり）」「医療（医師や介護職連携）」の三位一体が、私の老父母に照らして、十分に説得的だったからである。

第 1 点との関連で、本提題では寺島実郎（監修）『全 47 都道府県幸福度ランキング 2018 年版』（東洋経済新報社）のデータ、取り分け「ライフステージ『シルバー（リタイア）』幸福度ランキング」に注目してみたい。そして「高齢者ボランティア活動者比率」「健康寿命」「高齢者有業率」「一人暮らし高齢者率」などの個別指標が最終的に「地域社会の幸福度」にどのくらい影響を及ぼし、その影響力は十分に説得的であるかを考察する。

第 2 点「長生きの秘訣」については、日本老年医学会が提唱して看護や介護の分野にも浸透してきた「フレイル」（老化、老衰、衰弱）概念を取り上げたい。「フレイル予防」による健康長寿の実現には「3 つの柱」があり、「栄養、身体活動、社会参加」がそれである。すでに全国の自治体レベルで「包括的フレイル予防」の取り組みが展開されており、私の両親も、非組織的で素朴な形態ながら、そうした活動に支えられてきたようである。

以上の私的経験や統計データから描き出された地域高齢者像を、本提題では、カントの義務論（自己の完全性追求と他者の幸福促進）、バルセロナ宣言の 4 原則（自律、尊厳、統合、脆弱性）などの倫理的な議論や概念を援用しながら、緩やかに再構成してみたい。

宮島 光志（みやじま みつし）

富山大学大学院医学薬学研究部教授（応用倫理学）。東北大学大学院文学研究科博士課程単位取得退学後、東北大学文学部助手、福井大学医学部准教授（医療人文学）を経て現職。レギュラトリーサイエンス学会理事、北陸宗教文化学会理事。主要な研究テーマは独日の近現代哲学・倫理学（カント、M・シェラー、三木清）、応用倫理学。共著書『医学生のための生命倫理』『理系のための科学技術者倫理』『教養としての生命倫理』（以上、丸善出版）、『カントと幸福論』（理想社）。共訳書『科学技術研究の倫理入門』（知泉書館）。今回の課題と密接に関連する論文に「地域医療制度と幸福度指標—北陸からの哲学的考察」（北海道生命倫理研究、第 5 号、2017）がある。

「医学」に関する概念の価値づけ

森口 眞衣（日本医療大学）

医学にはその目的に応じて様々な概念枠が設定され、その多くは「〇〇医学」という名称で提示されている。人体の構造や機能、あるいは病の本態や原因などに関する知見を得る領域には「基礎医学」、それを根拠として実際に患者を診断し病を治療する領域には「臨床医学」というように、概念枠どうしが関係をもつことも多い。また「社会医学」など必ずしも病をもつ患者とそれを治療する医療従事者という関係を前提とせずに展開する領域を説明する概念枠も存在する。

しかし概念枠の中には、内容上の区分や医学全体における位置づけを目的としたものだけではなく、「医学」としての価値づけが（結果的にしろ）目的となっているものも存在する。ただし、そうした概念枠が内容や位置づけの分類と類似した「〇〇医学」という名称をもって展開すると、「医学」を区分しながらそこに価値の優劣を付与するという現象がおきてしまうことになる。価値づけに関わる概念枠は、いわば医学の中に「正統の（＝権威のある）医学」と「非正統の（＝権威の低い）医学」という独自の意味合いを持つ分類を成立させる可能性がある。概念枠の設定とは本来、その枠の内側に属さないものを区分する行為であるといえるが、そこに「正統か非正統か」という価値判断による線引きが持ち込まれることによって、概念枠には単に枠外にあるものを区分するだけではなく、それを排除する機能も与えられることになる。

しかし、ここで「正統な医学」の枠外に位置づけられ「非正統の医学」とされたものは、果たしてどのような存在になるのだろうか。非正統ではあるものの「医学」の範疇は含まれるのか、それともそもそも「医学」ではないものになってしまうのか。

本発表では「医学」をめぐる概念の価値づけについて、ひとつの類型を提示したい。

研究発表 B-1-1

20 日 9 : 45～10 : 15

B 会場 (W201)

関係の中の自律

中澤 武 (明海大学)

自律を育むことは、できるだろうか。もしも、自律を自己決定に等しいものと見なし、自分だけの考慮による自己責任の行為と考えるならば、そのような問いはそもそも意味をなさない。なぜなら、自己以外のあらゆる要素を排して自己完結した場に、育み育まれる他者関係の成立する余地はないからである。これに対して、自律は本来、他者に開かれ他者と結びつく関係性の構造に基づくと見る考え方がある。現代では、たとえばアクセル・ホネットの相互承認論などがそうした理論の代表であろう。ケアの倫理をこのような相互承認の理論的枠組みに基づいて考えることには意義がある。そこでは行為のあり方も倫理的価値も、ケアする者とケアされる者との間の相互承認関係の中で育まれ、具体的な倫理的関係性として現成するのだからである。

さて、倫理的概念の脱脈略的抽象化と普遍主義に基づくいわゆる「正義の倫理」に対して、ケアの倫理は、個的主体が形成される根源的な場の構造を問い直し、そこから倫理原則に新たな具体的意味を与える試みとなる。EU の「バルセロナ宣言」(1998 年)を経て、バルネラビリティ (vulnerability) に配慮した新たな倫理原則の枠組み構築が今や国際的なレベルで求められている背景には、そのような具体的倫理への志向があると考えられる。

「バルセロナ宣言」の議論では、自律・尊厳・統合不可侵 (integrity) およびバルネラビリティという 4 つの概念を相互に結び合わせた新たな倫理的枠組みが検討されている。自律を育む倫理的枠組みを構築するためには、特に自己の身体をめぐる内外の状況とバルネラビリティとの関連を考慮する必要がある。本発表は、人間を理性のある感性的存在と見なす哲学的人間観に立ち、ケアの倫理およびバルネラビリティとの関連で、自律の具体的なあり方を考える。

研究発表 A-1-2

20 日 10 : 20~10 : 50

A 会場 (W309)

医療否定に関する主張とその根拠

杉岡 良彦(上野病院)

現代医学に対しては、これまで様々な角度からの批判がなされてきたが、現在においても、書店には現代医学を否定する著書（以下「医療否定本」と表記）が一角を占めており、特に薬剤使用に関しての批判本も多い。こうした状況は、これらの著書に一定数の読者がいることを意味しており、さらにこのことはまた現代医学以外の治療法を求める傾向がわれわれに根強く残っていることを示している。

本発表では、こうした医療否定本のいくつかを取り上げ、その主張の主な根拠を明らかにすることを目的とする。まず、医療否定本の著者として、大きく三つのグループを設定することができるだろう。一つ目は医療者、二つ目はジャーナリスト、三つ目は宗教者である。第一のグループは、基本的に科学的データに基づく批判である。第二のグループの中にはいわゆる陰謀論の観点から現代医学を批判する者もいる。第三のグループは、手かず系系の団体に医学批判の明確な根拠を見出すことができるが、昨今では教祖存命中とは異なり、本来の医療批判は片隅に追いやられてしまっているようである。特にその代表的人物ともいえる岡田茂吉は、人間を霊と体の二元の要素から構成されているとし、病気の原因を究極的には「霊の曇り」であるとした。そして薬剤および人間の悪に属する想念・言葉・行為の二つの経路からこの霊の曇りが生じるとし、薬剤が病気の原因を作ると主張した。

興味深いことに、このいずれのグループも、最終的に人間本来の持つ「自然治癒力」を現代医学が軽視していることを批判し、薬や手術をはじめとする非自然的・侵襲的治療法に頼らない「生き方」を読者に進める点で一致しているように思われる。こうした議論は、われわれに現代医学が自然治癒力をどのように考えるのか、科学研究の結果への解釈の違いがなぜ生じるのか、患者の主体的な生き方を促す医療とはどのようなものであるのかなどの問題を再考するように促す。

研究発表 B-1-2

20 日 10 : 20~10 : 50

B 会場 (W201)

「QOL」の構造
—尺度作りのための提案—

森下 直貴(浜松医科大学)

「幸福」は人々にとって重大な関心事の一つであるが、その一般的な定義を見出すことは難しい。人によってその感覚や受け止め方は異なる。それにもかかわらず、「幸福」をあえて測定することが行政や医療・介護の現場では必要とされる。実際、医学・保健学・看護学や、心理学、経済学において種々の QOL 尺度が開発され、今日広く用いられている。

それにしても「幸福」は定義できないのだろうか。例えば、古代ギリシャのアリストテレスは人間らしいロゴス活動に幸福（最高善）を求めた。近代英国のベンサムは快不快の感覚に幸福を還元した。明治日本の西周は幸福の条件として「マメ・チエ・トミ」を挙げた。以上の諸例を比較する限り、幸福（ここでは QOL で代表させる）を「人の何らかの活動・状態に伴う充足感」として定義づけることは可能であろう。

問題の核心は「人の活動・状態」をいかに捉えるかにある。これまで提案されてきた幸福論や QOL 尺度では、特定文化の経験もしくは通文化的な経験から指標が引き出されてきた。そのためいずれも経験的な列举や一般化に止まっている。アリストテレス、ベンサム、マズローやヌスバウムの説にしても同様である。そこには指標の必然性と相互連関、つまり「構造（機能パターン）」が欠如している。

本発表では、まず、形式的な観点から人間の「生」を「生存・生活・人生」の三レベルに区分し、また「質」についても客観的条件と主観的要素に二分する。次に、意味解釈のコミュニケーションに注目し、その論理として<四区分連関>を取り出し、これを<四機能図式>として直観化する。以上を前提にして人間の生を「構造」として把握するが、この構造の観点によって生の三レベルが同型的に捉えられ、客観的・主観的な指標が相互に関連づけられる。経験的一般化だけでなく合理的枠組みとの総合が QOL 尺度には必要である。最後に QOL 尺度の新たな提案を行う。

社会的決定要因、共通善、不偏性
—自己責任論批判の倫理的基礎の検討—

玉手 慎太郎(東京大学)

医療政策および公衆衛生政策における「自己責任論」は、不健康について当人に過剰な責任を課すことで、必要な医療サポートの拒否、また道徳的非難を不当な形で引き起こすものであり、倫理的に問題があることが指摘される。ここでいう自己責任論とは「健康管理は個人の責任において行うべきもので、不摂生がたたって健康を害した人たちのことまで、国や行政が面倒を見る必要はない」といった言説のことである。医療財政の悪化にともない個々人の努力による健康増進が広く求められるようになったことによって、このような過剰な責任帰属の傾向は近年ますます強まっている。

しかしながら、医療政策・公衆衛生政策の文脈において、「責任」という言葉は同時に集団的な努力への道徳的要請としての役割も有している（たとえば「われわれは社会内の多くの人々が健康であるよう協力し、努力していく責任がある」といったような）。責任概念はこのような形で集団予防活動や健康増進活動への参加の促進に結びつくものであり、その重要性は否定できない。それゆえ自己責任論の批判は、医療領域における責任概念の一切を否定するのではなく、同時に集団的努力の擁護としての責任概念の適用と両立するものである必要があると考えられる。

本報告では以上の問題関心のもと、自己責任論批判の適切な倫理的基礎について検討する。具体的には以下のような考察をおこなう：はじめに社会的決定要因に基づく批判は健康のための集団的努力の擁護と両立することが難しいこと、次に共通善に基づく批判は両立の可能性を有しているが、しかしその見込みは共通善の理解のあり方に依存した不確かなものであることを示した上で、健康のための集団的努力と衝突しない形の批判として、不偏性要求（特にロールズの「無知のヴェール」の形式でのそれ）に基づく批判の可能性を提示する。

研究発表 B-1-3

20 日 10 : 55~11 : 25

B 会場 (W201)

私秘的言語と公共的言語
～患者・障害者等クライアントの行為のよき理解に向けて

村岡 潔(佛教大学)

本発表では、患者や障害者等のクライアントに対するケアテイカーの接遇のあり方について、I・ハッキング『言語はなぜ哲学の問題になるのか』にある対立概念「私秘的言語 private language」と「公共的言語 public language」を敷衍して考察する。このケアテイカーは、広く介護士、臨床心理士、医師・看護師等の医療者あるいは介護の家族などをいう。

ハッキングによれば、言語は、西欧では本質的に私秘的なものであった 17 世紀から、19 世紀までの間に専ら公共的なものになったという。この変化は、言語がまず自らの思考のためにあった観念の時代から、コミュニケーションを優先する意味の時代への変化を意味している。それは主観を重視する時代から客観性を重視する時代への変容に符合すると言えよう。この二項対立の図式は、フォン・ユクスキュル『生物から見た世界』における環境世界説とも関係が深い。「環境世界」とは主観の世界であり、一方「環境」は人間の知覚では認知しがたい客観的世界としての物理的環境(例えば「物自体」)をさすからでもある。

従来、ケアテイカーが「認知症」などのクライアントに接するとき、その行為の有様を正常化をめざすアプローチがとられてきた。例えば、介護者の娘と認知症の母親が夕食を済ませた後、母親が「ごちそうさまでした。そろそろおいとまします。」と言った場合、公共言語的対応では「何言ってるのよ、お母さん、ここがお家でしょう!!」と間違いを正すことになる。

他方、娘が母親の私秘的言語の世界に入り込む形で演技し「承知しました。では、私がお送りしましょうね」などと言い、一緒に家を出て町内を一周して自宅に戻り「さあ、着きましたよ」と言えば母親は納得するであろう。本発表では、後者をクライアントの私秘的言語を理解した接遇とし、異民族の世界をそのまま理解しようとする人類学的アプローチに似ているので「異邦人的接遇 ethnographic attendance」と呼び、そう演ずる事の有用性についても検討する。

「正常さ」を通した「自律性」概念の検討

石田 安実(神奈川大学)

本発表は、生命倫理学において中心的な役割を果たす「自己決定」に強く作用する社会的要因を考察することで、自己決定概念の新たな規定を模索する。自己決定は「自律性」の概念として議論する。

生命倫理的決定はもちろんのこと、我々の決定（自己決定）には様々な社会的要因が影響する。その社会的要因が明確な強制であるならば、なされた決定が真正でない事には異論はなかろう。そもそも、普通の判断能力があれば、強制は自己決定の場面で避けるものだからだ。しかし、我々の生活の中で概念的有用性や語用上の浸透性が高いものはどうだろうか。本発表は「正常さ」の概念に着目する。

「正常さ」は、「あたりまえの」「普通の」「マトモな」など、語用として併用されるものまで入れるなら、社会的空間から個人的生活に至るまで多大な影響力を及ぼす。「正常さ」は本来は記述的で、標準的事実を指示するが、規範的意味をも持つことが、科学哲学（例えば、Canguilhem, G., *Le Normal et le Pathologique*, 1943）や認知心理学（例えば、Bear A. and J. Knobe, “Normality: Part descriptive, part prescriptive,” *Cognition*, 2017）の分野で主張されている。それは、医療史や優生学史の研究（例えば、Cryle, P. and E. Stephens, *Normality: A Critical Genealogy*, 2017; Kevles, D. J., *In the Name of Eugenics: Genetics and the Uses of Human Heredity*, 1998）でも指摘される。これらの研究が指摘するのは、「正常さ」が我々の日常の中で規範性を帯び、多くの場合、我々を制度的および認識的に拘束するということである。

一方、行為者（判断者）の自己決定は、英語圏での研究では、主に語源的に近い「自律性」概念の構成要件を確かめる形で議論されてきた。生命倫理学でオーソドックスとされる自律性は、Beauchamp と Childress のものだが（Beauchamp, T. and Childress, J., *Principles of Biomedical Ethics*, 7th ed., 2012）、それに対しては微妙で持続的な社会的要因や背景を考慮していないという批判がある。社会的要因としての「正常さ」の影響力は、「自律性」概念の構成要件の問題点をよりハイライトすると思われる。本発表は、近年の幾つかの議論を参照しつつ、ふさわしい「自律性」概念を模索する。

研究発表 B-1-4

20 日 11 : 30~12 : 00

B 会場 (W201)

多声性と祝祭性
—精神障害者の対話実践の効用に関する哲学的考察—

屋良 朝彦（長野県看護大学）

現在、厚生労働省は精神障害者の地域移行・定着事業を推進している。そのなかで、障害者の社会スキル訓練（SST）の一環として、あるいは周囲の人々との交流を促進するために、対話という手法が注目されている。実際、発表者はここ数年間、月 1 回程度のペースで精神・発達障害者を中心とした対話集会に参加している。また、全国的なピアサポートの会やその他の小さな会合で哲学カフェ等を試みている。

しかし、相手が障害者であることもあり、対話にはある種の「配慮」「方法論」が必要である。現在、発表者はその「配慮」「方法論」の理論化を目指しているが、それは医療者や福祉関係者などの専門家だけではなく、一般の人々でも活用できるものでなくてはならない。また、その理論的な根拠も必要である。

発表者は、そのための対話方法のモデルの一つとして、オープン・ダイアログという、現在注目を集めている精神療法を取り上げる。オープン・ダイアログとは、1980 年代からフィンランドで開発されている精神療法であり、入院や薬剤をできるだけ使用せずに、対話を中心とする精神療法である。とはいえ、これは精神医療のみではなく、発達障害や引きこもり、不登校など、福祉や教育の分野でも応用が試みられている。その対話技法の中心的な開発者であるヤーコ・セイックラによれば、方法論の根底にはバファーチンの多声性と祝祭性の理論がある。多声性とは、当事者及び参加者が自由に語ることであり、祝祭性とは、語りの中で生じる、当事者及び共同体全体のカタルシスである。しかし、発表者の見解では、その理論的基礎付けは強固なものでなく、特に祝祭性の重要性が十分に評価されているとは言えない。

本研究では、バファーチンの多声性と祝祭性の概念が精神障害者との対話でどのような役割を果たしているのかを、精神医学者渡辺哲夫の祝祭性論と精神医学の哲学者ミケル・ボルク＝ヤコブセンのミメーシス論をもとに解明する。

ミトコンドリア操作を伴う生殖医療：
遺伝的つながりとジェンダーの合意

石井 哲也(北海道大学)

ヒト DNA はミトコンドリアにも存在する。今日まで欧州を中心にヒト配偶子や胚の遺伝子改変を禁じる法律が制定されてきたが、2015 年、英国は“重篤な”ミトコンドリア病の発症予防を目的とした、卵子あるいは受精卵間で核移植を行う生殖医療（通称、ミトコンドリア置換、MR）を合法化した。その一部は日本の研究が貢献している。英国での MR 合法化は規制が緩い他国に影響し、米国—メキシコ間で越境実施され、生殖ツーリズムとして宣伝するクリニックも現れた。一方、日本では、不妊女性の卵子に自家ミトコンドリアを移植するオーグメントの臨床研究が厚労省公認で実施された。

卵子に 30 万コピーも存在するミトコンドリア DNA は、母から子へ遺伝するため、ミトコンドリア病を起こす mtDNA 変異をもつ女性は子を続けて亡くすることがある。MR は子が“重篤な”疾患を発症する見通しがある女性が遺伝的つながりのある子をもつ一つの選択肢として正当化された。第三者女性からの卵子提供で発症予防できるが、母と子で遺伝的つながりはない。一方、MR の実施には卵子提供が必要である。不妊女性らは自家 mtDNA を移植するオーグメントを、遺伝的つながりを確保した不妊治療の最後の砦とみられるかもしれない。しかし、これらミトコンドリア操作はヒト生殖ではまだ実験的である。2000 年初頭、米国や中国におけるミトコンドリア操作で起きた問題は想定外のシナリオの検討を求めている。これら実験的生殖医療の後、先天異常の子が生まれた場合、Wrongful birth 訴訟などが起こるかもしれないが、その可能性は低そうだ。出生前診断で異常胎児が見つければ、中絶されるであろう。

本発表では、生殖医療の規制がほぼなく、特別養子縁組制度の利用が乏しいとされる日本で、ミトコンドリア操作を伴う生殖医療に色濃く内在するジェンダーと技術による遺伝的つながり達成を査問する。

医師が「その人」であるということ

藤戸 善伸(五稜郭病院)

医学は、学問としての性格をもつために、歴史的に治療者を捨象しようとしてきた。解剖学、細胞学、遺伝子学、すべて医療の過程を排除しても存在しうる領域である。さらに Evidence Based Medicine をはじめとした、膨大なデータから統計的な結論を導く研究は、方法論自体が医療者を必要としない。診断の AI 化が現実味を帯びる中で、医師が「その人」であるということにどのような意味があるのだろうか。

医療が特定の人間を介する必要性をいくつか思いつくことができる。医学的に大きな問題がないと考えられた場合でも、苦しんでいる事実を理解してもらうために患者が何件もの病院を受診することは日常的である。同じ病状を説明される場合でも、医師が落ち着いて話す場合と、落ちつかない様子で何度も発言をひるがえす状況では、当然患者としての受け止め方が異なる。後者の場合患者は自分が取り返しのつかない状況に入るのでは、と不安になる。「自分の命を医師に任せる」という表現はしばしば用いられるが、それはどの医師でもよい、という意味にはなりえない。これらの例に共通することは、病気になった患者が自分の状況を理解することより、自分の状況を深く理解されたい、と望んでいる点である。治療に他「人」からの理解は不可欠である。

一方限られた医師が治療を行う地域医療では、医師が「その人」であることは変えられない。そのため、理解されない、という気持ちをもつ患者も一定数生じる。医師としてそれは自分の医療が揺るがされている、と感じるきっかけになる。都市部では自分の外来に来ないはずの患者が、地域では厳然と生活の中に存在し、「薬だけ」をもらうためにやってくる。自分である必要性はそこにある。

これらの諸相は、医療における医師と患者の依存的で、かつ本質的な関係を示唆している。

東日本大震災を経験した当事者たちが見ていた「死」

奥堀 亜紀子(大阪大学／日本学術振興会特別研究員 PD)

生物学的に死という現象について話をする、自分が直面した死について話ができないこと、東日本大震災もまた死を語ることに内在する矛盾を私たちに認識させた出来事の一つである。当事者たちが直面した死はたしかに身近にいた大切な人の死である。だが彼らが出会ったのは、生前の関係性の距離が問題となる以前に、ただ同じ町で共に生きてきた人びとの死でもある。人びとの気配がなくなった町を前にして、死を語るができなかった者はいかなる人称の視点から死を捉えていたのだろうか。

死の人称性というテーマを哲学で最初に取り上げたのはウラジミール・ジャンケレヴィッチであった。ジャンケレヴィッチによれば、一人称の死の場合、現在において死と意識は同時に存在しない。だが二人称の死と三人称の死の場合、私の意識は自分の死ではなく別の人物の死を見ている。それゆえ死と意識の分離を乗り越えて、私は死について考えることができる。一方で私的な二人称の死とは違って、三人称の死は現象であり無味乾燥でスキャンダルとならない。だからこそ本来ならば、人は三人称の死について現象として話すことができる。けれども定義上ジャンケレヴィッチにとって決して私的な死とはみなされなかった三人称の死も、生前の関係性の距離に関係なく、被災地では二人称的な位置づけに変わることがある。このテーマについて議論を開始させたのは柳田邦男である。柳田は彼の息子が脳死状態になったことを契機に、人間の命や死には人称による特性の違いがあると考えようになった。彼が提案するのは三人称の死と二人称の死のあいだにある「二・五人称の死」である。

本発表の目的は、発表者が石巻市を中心にしておこなった現地調査の成果から東日本大震災を経験した当事者たちが見ていた「死」を考察し、さらに柳田が言うところの二・五人称の死の提案を通してジャンケレヴィッチの死の人称性の議論を再検討することである。

日本における移植医療の事情とその思想的背景について
人間観と匿名性を中心として

ウゲット・エンリック(北海道大学)

日本は移植医療を早急に取り入れた国の一つであったが、1968 年に行われた和田事件をはじめ、多様なスキャンダルや激しい論争によって、移植医療の実施数が極めて低下していた。その状況を改善するために、日本政府が 1997 年の「臓器の移植に関する法律」及び 2010 年の改正法によって多数の対策を採択したが、周知のように現在の日本における近頃の臓器提供の数は極めて少ない。しかし、移植システムは特定の社会に応じて成立するものであり、その社会の文化や道徳観といった要素に根付いて実行されるものであると忘れてはならない。そうした諸々の要素の考慮を疎かにすると、移植システムの機能が十分に理解されず、かえって臓器提供数増加を推進する対策に悪影響が生じてくると考えられる。その要素に関して、具体的には移植医療をめぐる脳死と匿名性の問題が、様々な研究者の注目を集めている。

まず、脳死とは、人間の最も代表的な特徴としての理性を重視する、西洋の伝統に根付いた死の定義である。そのような定義の基盤となった人間の概念は西洋的思想における「ペルソナ」の概念と厳密に関わる概念であり、仏教思想に由来して日本の伝統に浸透してきた日本における「人間」の概念とは異なる。次に、匿名性に関しては、儒教思想と調和しない側面がある。なぜなら、日本家庭の倫理構成などの日本人の倫理観と関係している様々な社会的な側面における連帯感といったものは、記名性を重んじるからである。さらに、匿名性の下では、臓器は返礼不可能な贈与となってしまうため、ドナー、レシピエント、ドナー家族との関係が再形成されることとなる。そのため、そこで新たに生じた関係における倫理観の形成にも、日本における人間観及び連帯感を含めて考えるべきである。

他の改正とともに、宗教的・文化的な枠組みと密接に関わる既述の二つの要素を考慮に入れて、日本における移植医療への検討も行うことが必要だと考える。

ワークショップ

20 日 13 : 50～16 : 05

C 会場 (W203)

研究倫理教育の現状と課題
～効果的な研究倫理教育の方法論とその評価尺度の検討～

司 会/責任者:瀬戸山 晃一(京都府立医科大学)

演 者:瀬戸山 晃一(京都府立医科大学)

吾妻 知美(京都府立医科大学)

今井 浩二郎(京都府立医科大学)

赤塚 京子(京都府立医科大学)

福家 佑亮(京都府立医科大学)

近年 e ラーニングや研修など様々な研究倫理教育の取組が実践されてきているが、依然として研究不正事案は絶えない。研究不正防止のためには、学部生などの早い段階からの研究倫理教育の必要性が指摘されている。一方で、代表的な研究倫理教育の e ラーニング教材が課金化されるなど、研究倫理教育研修の実施には一定のコストがかかるとともに、その教育効果の検証が求められるようになってきている。つまり、研究倫理教育の必要性そのものについては異論ないとしても、その方法論や教育効果については、研究倫理教育の効果を測る標準的評価尺度が開発されていないため意見の分かれるところである。

このような現状にあって、本ワークショップでは、研究倫理教育の現状の問題点と課題を明確化するとともに、教育効果の観点から、教育方法論、評価尺度、委員会における生命倫理の有識者の役割について問題提起を行うとともに参加者会員の皆様との活発な意見交換を行いたいと考えている。

1. **瀬戸山報告**では、研究不正のディオバン事案の当事者である京都府立医科大学での現在の研究倫理教育の取組を紹介するとともに課題を提示する。その上で、近年注目されてきている「志向倫理」の意義と可能性について問題提起を行う。

2. **福家報告**では、海外の研究倫理教育の効果尺度に関する先行研究をレビューし紹介する。

3. **吾妻・赤塚報告**では、研究倫理の教育における「ループリック」の試案を提示するとともに教育機能を備えた履修管理ツールシステムを紹介し、会員の皆様の意見伺う。ループリックとは、ある課題について、教育目標である特定の事柄を配置するための道具として、当該課題をいくつかの構成要素に分け、その要素ごとに評価基準を満たすレベルについて詳細に説明したもので、これまで客観テストでは評価できなかったパフォーマンスを、ある程度統一した方法で評価するのに有効であるとされている。また自己評価を促し、自律的な学習態度を培うといった特徴も備えているといわれている。

4. **今井報告**では、再生医療臨床試験に求められる生命倫理について検討する。再生医療等安全性確保法における特定認定・認定再生医療等委員会の構成委員として「生命倫理に関する識見を有する者」が定められており、その果たすべき役割は大きい。医学倫理を修めた者が、この委員会において生命倫理に関する議論をいかに導くかチップを共有したい。また委員に対し、どのような教育が望まれているかを共に考えてみたい。

なお、これらの報告は、国立研究開発法人日本医療研究開発機構「研究公正高度化モデル開発支援事業」の助成を受けた「研究データの信頼性確保を中心としたモデル教材並びに教育機能と評価尺度を備えた履修管理システムの構築」(研究開発代表者:瀬戸山晃一)の研究メンバーによる研究成果にもとづいている。

選択的人工妊娠中絶と出生前診断を行う産科医にとっての
相模原障害者殺傷事件に対する応答可能性の検討

中井 祐一郎(川崎医科大学)

比名 朋子(川崎医科大学附属病院)

相模原障害者殺傷事件（以下、事件）に関する論評は数多く、出生前診断と選択的人工妊娠中絶との関連を指摘する者もいるが、後者についての当事者である医師からの発言は稀である。出生前診断と選択的中絶について応需する産科医として、同事件を巡る応答可能性を検討した。

母体保護法指定医が人工妊娠中絶を行うにあたって、妊娠女性の依頼によるとはいえ、法に則って可否を判断し、力学的介入により胎児を生場から引き摺り出すことに負の意識を持つことは免れ難い。選択的人工妊娠中絶では、妊娠女性の自己決定材料である出生前診断をも行うことで、負の意識は更に増大する。この解消のためには、胎児生命を無価値とする方法があるが、伊勢佐木クリニック事件に対する行政の応答は、その道を絶ったと言える。

この人工妊娠中絶に対する負の意識もあって、選択的人工中絶のみを是とする医療者も多い。その論拠を「生まれないほうが幸福」とか「社会負担の軽減」とする主張があるが、これでは事件が内包する問題を、生を得た人を殺す「殺人」と胎児を生場から引き摺り出す「中絶」との差異に矮小化するにすぎない。中絶を女性の自己決定権の範疇と捉えて肯定すれば、選択的人工妊娠中絶のみを正当化することは困難である。

多くの母体保護法指定医は、人工妊娠中絶が妊娠女性の未来の幸福もしくは不幸の低減に寄与すると考えて、これを実施するのであって、障害を持つ児の出生が女性の後の生に大きく影響する現状を顧みれば、選択的人工妊娠中絶においてもその企図は共通化可能であると考ええる。

しかしながら、この主張をもって事件の加害者に応答するには、現在の分業的な出生前診断と選択的人工妊娠中絶の過程では不十分ではないだろうか。出生前診断の希望に対する対応から確定診断後の人工妊娠中絶まで一貫したクライアントへの寄り添いをもって、はじめて事件の加害者への応答が可能となるのではないだろうか。

研究発表 B-2-1

21 日 9 : 00~9 : 30

B 会場 (W201)

研究倫理審査委員会における看護学系委員の役割
—文献検討より—

酒井田 由紀(日本赤十字豊田看護大学)

太田 勝正(名古屋大学)

「研究倫理審査委員会報告システム (AMED・文部科学省・厚生労働省)」の公開情報によれば、日本の研究倫理審査委員会の約 65%に臨床看護師または看護学教員 (以下、看護学系委員) が配置されており、そのうち 87%は自然科学系委員であった (2017 年 12 月時点)。このことから、看護学系委員には主に医学・医療の専門家としての視点が期待されていると考えられる。しかし、その審査対象の研究の多くは医学研究であり、看護系委員が日常的に接している看護学研究とは研究方法や対象の選択・除外基準、評価方法や解析手法などが大きく異なっていることから、委員としてどのような視点を持つかなどの役割遂行に困難をきたしていることが懸念される。

そこで、本研究では研究倫理審査における看護学系委員の役割を明らかにするため 1989 年以降の約 30 年間に出版された文献を 4 つのデータベース (Pubmed、Web of science、EBSCO host、医学中央雑誌 Web) を用いて文献検索を行い、研究倫理と看護に関する原著論文と総説の 59 件の論文を調べた。

文献検討の結果、看護学研究の審査のあり方を取り上げるものが多くを占めていた。その他にも、看護学系委員への研究倫理審査に関する指導の内容や看護学研究者への研究倫理教育、医学研究における臨床看護師の役割、論文の倫理的配慮の記述の内容などが抽出された。

研究倫理審査委員会において看護学系委員が、より、その役割を果たすためには看護学系委員自身の役割認識だけでなく、看護学以外の他の立場の委員からの看護学系委員に対して持つ役割期待などを明らかにしていく必要があり、今後も更なる研究が求められる。

研究発表 C-2-1

21 日 9 : 00~9 : 30

C 会場 (W203)

**安楽死・尊厳死と患者の自己決定権
—自己決定の擬制はどこまで可能か？—**

秋葉 峻介(一橋大学)

こんにちわれわれが享受する医療は、かつてのパターナリスティックな医療から脱却し、インフォームドコンセントの考え方が基本に据えられた、患者の意思が尊重された医療が主流となっている。患者の自己決定・意思表示は、とりわけ終末期医療の現場においてきわめて重要な要素として位置づけられていることは周知のとおりである。そこで本発表では、安楽死・尊厳死の違法性阻却自由のうち患者の意思決定、すなわち自己決定権に焦点を当て、患者の自己決定の擬制に係る問題について検討してみたい。

安楽死・尊厳死の違法性阻却の 6 ないしは 4 要件では、患者の意思表示（意思決定）の観点において自己決定権が代行可能であるか、また、家族等による代諾の法的根拠はなにか、という点に議論の余地が残されている。いずれも、厚生労働省による「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（2018 年 3 月改定）に示された意思決定のプロセスでは本人の明示の意思を本則としつつも、本人の明示の意思が確認できない場合にあって家族等がその意思を推定できる場合はこれでもって代えることが可能とされる。このことからわかるとおり、たんに家族の意思を本人の自己決定権の代行や治療方針の代諾としてではなく、あくまでも本人の意思の真摯な推定が求められているのである。とはいえ、ガイドラインは一定の拘束力はあるものの法的根拠とはならないし、推定された本人の意思が妥当足りえるかいかにかに判断すればよいのかについても課題が残る。安楽死・尊厳死の違法性阻却の 6 ないし 4 要件において、医学的客観性と自己決定権とを軸に違法論としてアプローチするのであれば、こうした課題を克服しなければその妥当性がゆるぎないものとはならない。以上により、患者の自己決定の擬制に係る問題について、自己決定権の限界を見極めつつ検討していくこととする。

研究発表 A-2-2

21 日 9 : 35~10 : 05

A 会場 (W309)

赤ちゃんポストと匿名出産における脆弱な女性の
エンパワーメントに関する比較研究
—ポーランドと日本の社会的支援システムを比較対象として—

シルヴィア＝マリア・オレーヤージュ(北海道医療大学)

本稿の目的は、望まれない妊娠でありながらも出産を希望し、しかし、特定の事由により赤ちゃんを育て上げる能力・環境を有さない女性達に対し、彼女らの社会的地位の向上（エンパワーメント）は如何になされるべきかの問題を議論することにある。森川など多くの研究者は、産後鬱の生成と妊娠期の他者からの支援の欠如との強い関係性を指摘しており、また、他の研究者は、妊娠期の社会支援ネットワークに焦点を当てた社会心理学的介入は、産後の接触不良及び抑鬱の防止に効果的であると論じている。特に、妊娠初期の介入はより効果的であるとされる。支援ネットワークの構築は、物質的・精神的支援を受けていない母親が、道徳的ディレンマを抱えたまま孤独に陥り、育児放棄や幼児殺害に至る可能性を未然に防止する上で決定的に重要である。

本稿では、まず、妊娠期の女性に対する現段階で利用可能な支援システムを、日本とポーランドとの間で比較する。ポーランドでは、匿名の赤ちゃん放棄の最終手段として提供される赤ちゃんポストだけでなく、「人生の家 dom życia」と呼ばれる養護支援施設や「シングルマザーの家」などがある。それら施設のコンセプトは、家族や友人が支援不可の場合、望まれない妊娠のために危機的状態にある女性を無償支援することである。支援領域は幅広く、物質的・心理的・宗教的・法的なものを含む。しかし最も重要なことは、そのような女性を孤独にしない社会的相互扶助ネットワークの運営にある。

本稿の結論として、①社会から排除されつつある女性の社会的支援ネットワークの構築及び社会的プログラムの策定、②医学的検査を伴った専門的心理的支援（単なる「相談」ではなく）の提供を提唱したい。

看護系大学院における看護倫理とその教育のあり方

石川 洋子(旭川医科大学)

看護系大学院において看護倫理の科目は、学部教育同様、教育の基層に位置付けられているものの、これまで本格的に論じられず、研究も十分に深化していない。また看護倫理の内実は必ずしも体系的に統一されておらず、教育方法についても十分明確ではない現状にある。

看護倫理が大学院レベルにふさわしい倫理教育であるためには、まず教員自身が、看護者としてわきまえているべき価値とは何か、それはいかなる原理や規範によって表現されているのか、そしてそれが看護者として持つべき使命を自覚するに十分であるか、という問いに答えられなければならない。

本発表が射程に捉える看護倫理は、高度実践者に求められる職業倫理である。ゆえに、学生は看護倫理や倫理に関する知識を興味の対象として第三者的に議論・研究するのではなく、高度実践者を志す自らの職業倫理として受け入れ、身に付け、実践すべきであり、実践を通してのみ研ぎ澄まされていくものであろう。そしてそこには、卓越した専門職業人としての知識・技能・態度の習熟に加え、使命感が醸成される。

当然、彼らが倫理的問題に直面した際、マニュアル的に「これはやってはいけない、これはやっていい」という判断ではなく、個々の状況において具体的な判断をどう形成するのが重要となる。では、そのような使命感の醸成と判断力の育成に有効な教育とはいかなるものなのか、またどのように作り上げ、発展させていくのか？

本発表は、看護系大学院における看護倫理というものの内実と、その具体的な教育のあり方について検討することを目的とし、知識と技術、態度を兼ね備えた高度専門職業人として能力開発してく学生が、高度実践者としてその職業的意義と社会的責任を身に付けていくためには何が必要かについて検討したい。

国民道徳における切腹概念の検討
—近代日本の死生観をめぐって—

川端 美季(立命館大学)

明治期、日本が近代化を進める過程で、新政府は日本の新たな「国民」の礎となるべき「国民道徳」の創出をめざした。国民道徳をめぐっては、帝国大学倫理学教授の井上哲次郎をはじめとして、明治後期から多くの論者によって国民道徳論が発表されていくようになった。この国民道徳は国民性のもとで形成されてきたのだと井上をはじめとする論者は述べた。

国民性には楽天性や短気性など複数の特徴があるとされ、それぞれが国民性の良い面と悪い面のいずれか、あるいはその両面を示すものとして位置づけられた。本報告では、国民性の特徴のひとつに挙げられ、また多くの論者が高く位置づけた「潔白性」に着目する。潔白性は、国民性のなかでも身体観と死生観の形成に関わるものとして位置づけられると考えるためである。潔白性は国民性の良い面と多くの論者からみなされており、1910年代から、潔白性を「身体的潔白」と「精神的潔白」とに分類する記述が現れるようになる。井上哲次郎の弟子である深作安文は『国民道徳要義』において、身体的潔白の例として日本人の入浴習慣を挙げ、神道における正直や誠実などの徳目につながるとし、身体的潔白と精神的潔白とを結びつけた。さらにこの精神的潔白には、切腹という風習があると論じた。

以上のように、国民性の精神的潔白さの例として切腹が提示されたのは国民道徳が唱えられた当初からではなかった。どのような背景があり、言説の展開によって、切腹が国民性の潔白性の一例として挙げられるに至ったのか、本報告では、深作の議論を中心に、当時の国民道徳論者の文献や資料を分析しながら、潔白性と切腹が結びつけられていく過程について検討し、近代日本における死生観の形成について考察する。

研究発表 A-2-3

21 日 10 : 10~10 : 40

A 会場 (W309)

新潟水俣病事件における妊娠規制
優生思想と宝子、そして「見てしまった責任」をめぐって

佐藤 静(大阪樟蔭女子大学)

水俣病は人類にとって未曾有の大惨事としか呼べないような事件である。戦後日本の高度経済成長期の中で、生産と再生産との相克が凝縮された場で起こった。国策としての科学技術の推進、その落とし子としての負の遺産として位置付けられる。化学工場からの排水に含まれた有機水銀、それが海に垂れ流され、海は汚染された。そこに生きる魚たちは水銀まみれになった。そしてその魚を食べたものが、猫や人間が有機水銀中毒になった。また、有機水銀中毒となった人に孕まれ産み落とされたいのちも、有機水銀に蝕まれた。それが、胎児性水俣病患者である。熊本の不知火海沿岸にて最初の公式確認がなされたのは、1956 年。その 9 年後の 1965 年、地を隔てた新潟でも発生した。水俣での研究蓄積があったため、新潟は「対応が早かった」といわれている。その対応の一つが、胎児性水俣病患者の出生予防のための妊娠規制・授乳禁止指導である。そしてそれは、地域医療の中で、主として保健婦の指導を通じて行われていた。こうした妊娠規制の目的は、胎児性水俣病児を生まれさせないことであり、それは優生思想にもとづくものであったといえよう。この妊娠規制についての詳細な研究は、浦崎貞子 (2005, 2010) によるものがわずかにあるだけである。

本発表ではこの浦崎による先行研究を踏まえ、妊娠規制における倫理的問題点を明らかにし、医療者の関わり方についての検討を行う。はじめに、新潟水俣病事件における妊娠規制の実態を概観し問題の所在を示す。次に、「優生保護法」下における障害ある女性への優生手術の実態と水俣における宝子思想を比較検討し、障害と公害をめぐる優生思想のあり方の異同を確認する。最後に、胎児性水俣病患者に医師として関わり尽力し、宝子思想について考え書いてきた原田正純の思索、とりわけ「見てしまった責任」という概念を手がかりに医療者の関わり方について検討する。

医療費の窓口負担引き上げの問題点

森 禎徳(東邦大学)

2018 年 4 月 25 日に開かれた財政制度等審議会において、財務省は(a)後期高齢者の医療費窓口負担を現行の 1 割から 2 割に引き上げる、(b)人口減少や経済成長に連動して全世代の窓口負担を自動的に引き上げるという提案を行った。これに対しては即座に厚生労働省などが反発しているが、団塊の世代がすべて後期高齢者となる 2025 年に向けて医療費削減を急務とする財務省の姿勢は、審議会の配布資料に明確に示されている。

財務省によれば、現在の公的医療保険制度はコスト抑制のインセンティブが働きにくい構造になっており、皆保険を維持しつつ制度の持続可能性を確保していくためには①保険給付範囲の見直し、②必要な保険給付の効率的供給、③高齢化・人口減少下における給付と負担の適正なバランスという三つの視点から改革を推進しなければならない。上記の窓口負担引き上げ案は③の視点からの改革案ということになるが、このような財務省の主張は首肯しうる部分もあるものの、公的医療保険制度の存在意義を見誤っている点において正当とは言い難い。

後期高齢者であることを理由に負担を引き上げる(a)は、後期高齢者であることを理由に負担を軽減してきた従来の政策と同じく応能原理に背馳している点で、自らが立脚する視点③の「給付と負担の適正なバランス」を損なっているばかりか、経済力のない後期高齢者を医療から排除する点において生存権の否定につながりかねない。さらに、世代を問わず医療費負担の「公から私」への転嫁を目論む(b)は、公的医療保険制度の軸を「公助から自助」へと移行しようとする点で、社会保障の基本理念を否定するに等しい。

全国民で負担を共有する皆保険制度が「社会的連帯」の象徴としての機能を果たしうるためには「公正」という視点が不可欠だが、財政規律を最優先した財務省案にはまさにこの視点が欠落しており、むしろ皆保険制度の空洞化を招き、世代間・階層間の分断を醸成する危険がある。

研究発表 C-2-3

21 日 10 : 10～10 : 40

C 会場 (W203)

身体保守主義の可能性

本田 康二郎 (金沢医科大学)

我々の身体機能を巧みに模倣した人型ロボットは、ブレインマシンインターフェイスによって脳と接続されることで、今度は逆に我々の身体器官の代替物として「内化」する可能性をもつことになった。我々は、科学技術によって生物的進化の限界を超える身体器官を開発するという選択肢を与えられたわけである。

こうした状況にあつて、あらゆる科学技術を駆使して、我々自身が人間の進化を加速させるべきであると主張するグループが現れている。トランスヒューマニストを名乗るこの人々は「トランスヒューマニズム宣言」を発表し、その中で我々が自身の身体を自由に改造することについて他から干渉を受けない権利（「形態的自由」＝Morphological Freedom）を有するべきであると謳っている。

しかし、身体能力と世界との相関関係という現象学のもっとも重要な洞察の一つに照らしてみれば、身体の改造は単に能力増強を意味するだけではなく、我々にとっての「世界の現れ」（＝現象）を変更する可能性があることを容易に想像することができる。もしこれを認めるならば、生身の人間と改造を受けた人間との間では同じ世界を共有することが不可能となる（「世界分断」＝World Divide）。我々は同じ世界を生き、その中で同じ対象を共有し、その対象へと向かう態度を共有することで文化伝承を行ってきた。もし世界分断を許容するならば、そのときは我々は人類の根源的な共同体の絆を失ってしまうかもしれない。これを避けるためには、行きすぎた身体改造を制限する必要性が出てくるであろう。発表者はこのような立場を「身体保守主義」(＝Body-conservatism) と呼ぶことを提案した。

人体改造は能力増強を意味するだけでなく、我々の生老病死のライフサイクルを根本から変容させる可能性がある。本発表では、人体の機械化が世代間の相互干渉のもとで成立する「世代サイクル」(エリクソン) にどのような影響を与えるのかについても考察するつもりである。

交通アクセス ※おおよその所要時間です

北海道大学最寄りの駅から構内までのご案内

◆JR 線をご利用の場合

札幌駅（西コンコース北口）から：徒歩約 7 分

◆地下鉄南北線をご利用の場合

北 12 条駅（出口 2）から：徒歩約 4 分

北 18 条駅（出口 2）から：徒歩約 7 分

さっぽろ駅（出口 2）から：徒歩約 10 分

◆地下鉄東豊線をご利用の場合

北 13 条東駅（出口 2）から：徒歩約 15 分

さっぽろ駅（出口 16）から：徒歩約 10 分

◆中央バス・JR 北海道バスをご利用の場合

札幌駅各バス停（下記参照）～

「北大正門前」「北大病院前」「北 18 西 5」

各バス停で降車：乗車約 3～5 分

《中央バス》

「札幌駅北口」から乗車：01・03・04 系統（屯田線）、東 65 系統（伏古・北 13 条線）

《JR 北海道バス》

「札幌駅前ターミナル（南口）」から乗車：高速おたる号（都市間高速バス・北大経由）



新千歳空港から札幌駅までのアクセス

◆JR 線

快速エアポート（約 15 分間隔で発車）：乗車約 40 分

◆バス（中央バス・北都交通）

札幌都心行（約 15 分間隔で発車～「札幌駅前（北 4 西 1）」で降車）：乗車約 1 時間 10 分