

第 38 回日本医学哲学・倫理学会大会

*The 38th 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
哲学と医学の対話



藤原宮跡から見た香久山
(写真提供：一般財団法人奈良県ビジターズビューロー)

会期 2019年11月9日(土)～10日(日)

会場 奈良県立医科大学

第38回 日本医学哲学・倫理学会大会

大会テーマ

哲学と医学の対話

プログラム・予稿集

【目 次】

大会組織等	2
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：MBT－医学を基礎とするまちづくり－	11
シンポジウム：医療倫理教育と哲学教育	12
医哲カフェ：公立福生病院の透析中止問題を考える	18
研究発表・ワークショップ要旨（1日目）	19
研究発表要旨（2日目）	36
会場アクセス	42

参加費

事前申込（会員、10月21日までの振込）	3,500 円
当日申込（会員・非会員）	4,500 円
学生（会員・非会員）	1,000 円
特別講演・医哲カフェ・シンポジウムのみ（非会員）	1,000 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：00940-0

口座番号：283203

加入者名：第38回日本医学哲学・倫理学会大会

懇親会費

5,000 円

弁当代

各 1000 円

大会組織等

大 会 長：池辺 寧（奈良県立医科大学）

実 行 委 員 長：瀬戸山晃一（京都府立医科大学・学会運営委員長）

実 行 委 員：岩本 淳子（名古屋学芸大学）

上村 崇（福山平成大学）

岡 いくよ（畿央大学）

亀井 修（大阪物療大学）

櫻井 優祐（奈良県立医科大学）

佐藤 静（大阪樟蔭女子大学）

穴戸 圭介（岡山商科大学）

服部 俊子（大阪市立大学）

松田 明子（奈良県立医科大学）

峯村 優一（京都府立医科大学）

《以上、あいうえお順》

坪井 雅史（神奈川大学・学会事務局長）

会 場：〒634-8521 奈良県橿原市四条町 840

奈良県立医科大学

会 期：2019 年 11 月 9 日（土）9：30～17：00（受付 9：00～）

懇親会 17：30～19：30

11 月 10 日（日）9：15～16：55（受付 9：00～）

大会事務局：〒606-0823 京都市左京区下鴨半木町 1 番地 5 稲盛記念会館内

京都府立医科大学医学部人文社会科学教室 瀬戸山研究室

Tel：075-703-4931（研究室直通）

E-mail：38acjaperm@gmail.com

学会ホームページ：<http://itetsu.jp/main/>

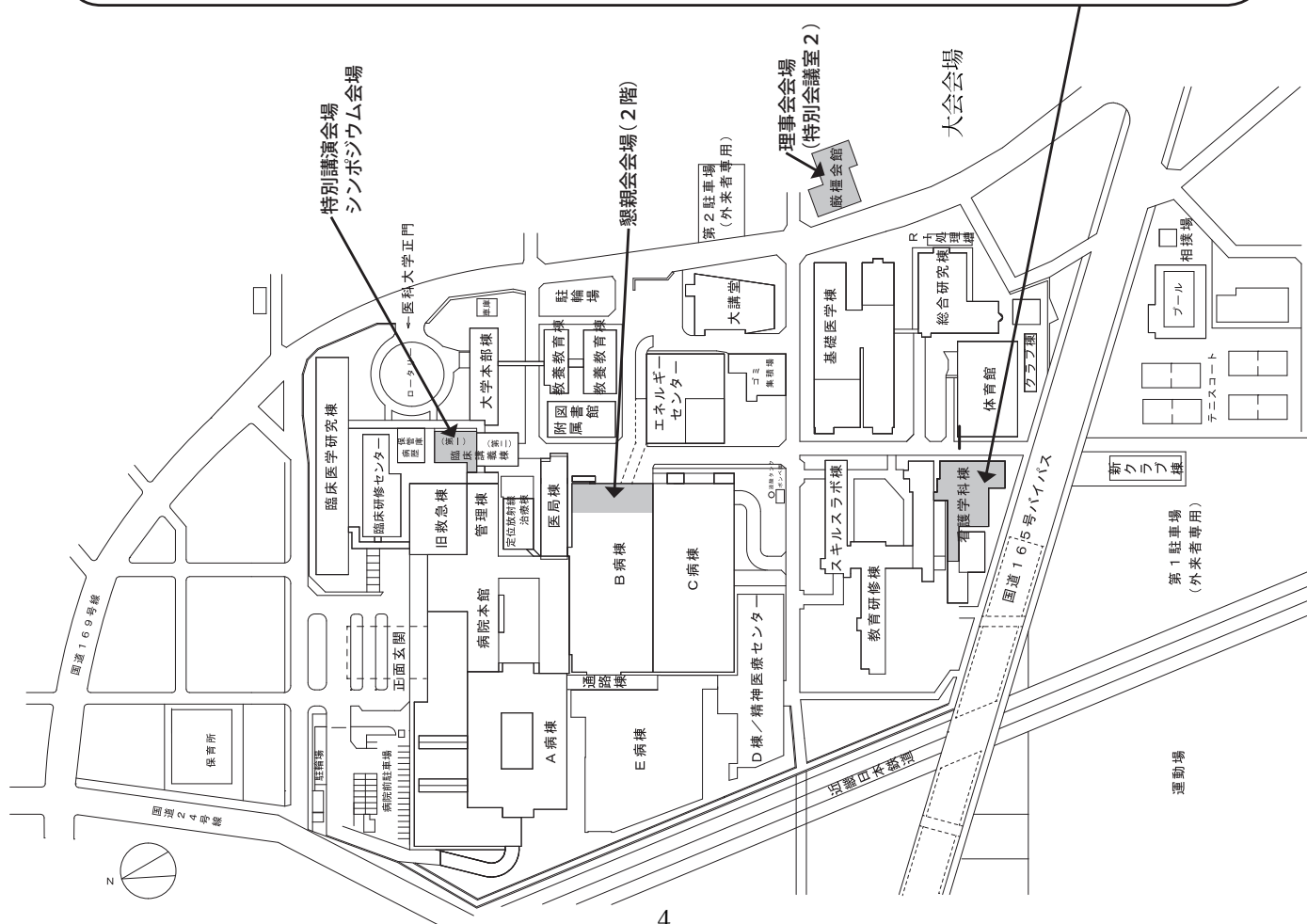
大会長挨拶

池辺 寧（奈良県立医科大学）

人間にとって医学・医療とは何か、また、どうあるべきか、医学・医療の本質とは何か、等々の問いに答えようとするれば、問いは自ずと哲学的な問いになってきます。哲学と医学はともに人間の生と死に深く関わる学問として、密接な関係にあります。本学会のウェブサイトには、本学会が誕生した経緯を記した文書が再録されています。それによると、第1回の全国大会は1982年11月、産業医科大学で開かれ、そのときの特別講演の演題は「医歯薬学生教育における哲学・倫理学の役割」、シンポジウムのテーマは「現代における医学と哲学との接点」だったようです。これらのタイトルに、本学会が設立された経緯をうかがうことができます。

もちろん、本学会が設立された当初と今日とでは、学会の性格も大きく変化しています。本学会は医療系大学に勤務する哲学・倫理学系の教員が中心となって設立されましたが、今日では、会員の専門分野や所属、さらに学問的関心も多様化した学際的な学会になっています。また、本学会が設立された頃は生命倫理学などの語は一般には流布していませんでしたが、今日では、本学会も生命倫理学の発展の一翼を担う主要な学会の一つとなっています。そういった変化があるものの、本学会が一貫として問うてきたのは、医学・医療とは何か、また、どうあるべきかであると私は思っています。本学会の性格が変わりゆくなかで、このことを改めて問いなおし、本学会のいっそうの発展につなげたいという思いから、今年の大会テーマを「哲学と医学の対話」としました。

今年の大会開催校である奈良県立医科大学は奈良県橿原市にあります。橿原市はかつて藤原京という都があったところです。橿原市には天香久山（天香具山）など、万葉集ゆかりの地も数多くあります。古都・橿原で、本学会の原点を顧みつつ、それぞれの専門分野、学問的関心を越えて語り合う二日間になることを願っています。



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 4,500 円です。10 月 21 日（月）までに事前申込で納金された会員は 3,500 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、看護学科棟 1 階の受付で参加登録をしてください。なお、特別講演・医哲カフェ・公開シンポジウムの参加（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ご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、発表会場、職員・学生食堂（土曜日は 13 時 30 分まで営業しています）にてお召し上がりください。

また大学近辺の徒歩圏にはあまり飲食店はございませんので、事前申し込みの場合のみお弁当を用意しますのでお申込みください。

コンビニは大学正門そばにファミリーマートがございます。

5. 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。

6. 懇親会について

懇親会費は 5,000 円です。懇親会場は職員・学生食堂です。（4 ページの地図をご確認ください）

参加費	事前申込（会員、10/21 までの振込）	3,500 円
	当日申込（会員・非会員）	4,500 円
	学生（会員・非会員）	1,000 円
	特別講演・医哲カフェ・公開シンポジウム（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わってください。
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 70 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 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

11月9日(土) (大会1日目)

- 9:00 ~ 受付 (看護学科棟1階)
- 9:30 ~ 9:40 開会式 (看護・第3合同講義室)
挨拶: 大会長 池辺 寧 (奈良県立医科大学) 会長 浅見 昇吾 (上智大学)
- 9:45 ~ 12:00 研究発表 (各会場)

	A会場 (看護・第3合同)	B会場 (看護・第2合同)	C会場 (看護・第1合同)
9:45 ~ 10:15	座長: 樫本直樹 (産業医科大学) A-1-1 秋葉峻介 (立命館大学) インフォームド・コンセントの 対象はいかに変遷してきたか? —医師・患者・家族の三者関係 に着目して—	座長: 堀田義太郎 (東京理科大学) B-1-1 山崎竜二 (大阪大学) サイボーグ技術と老い —ロボット メディアの倫理に向けて—	ワークショップ1 「医療における哲学対話」 の意義と比較 責任者 中岡成文 (哲学相談おんころ) 司会 山本洋一 (大阪大学) 演者 中岡成文 (哲学相談おんころ) 心光世津子 (武庫川女子大学) 西村高宏 (福井大学)
10:20 ~ 10:50	座長: 樫本直樹 (産業医科大学) A-1-2 石田安実 (神奈川大学) 「自律」における「規準的権 威」の問題 —「自律」である ことを決めるのは誰か—	座長: 堀田義太郎 (東京理科大学) B-1-2 村岡潔 (佛教大学) 生殖補助医療の代替の利用について の一考察 —LGBTと血筋主義を めぐって—	
10:55 ~ 11:25	座長: 永田まなみ (熊本大学) A-1-3 中澤武 (明海大学) 人格の自律と尊重の意味	座長: 岩江荘介 (宮崎大学) B-1-3 花井星奈 (兵庫県立がんセンター) 看護師が患者に出会うということ	
11:30 ~ 12:00	座長: 永田まなみ (熊本大学) A-1-4 遠藤耕二 (広島国際学院大学) 人工妊娠中絶における人格性理 論の有効性	座長: 岩江荘介 (宮崎大学) B-1-4 脇之蘭真理 (藤田医科大学) 全国医学系大学を対象とする「学用 患者」制度の現状に関するアンケー ト調査	
			座長: 小館貴幸 (立正大学) C-1-1 林禅之 (埼玉医科大学) 現象的意識の不可逆的喪失は 人格の死を含意するのか

- 12:00~13:50 昼食・休憩 (会員控室、発表会場、職員・学生食堂をご利用ください)
- 12:10~13:40 評議員会 (看護・第3講義室)
- 13:50~15:30 研究発表 (各会場)
- 15:50~17:00 特別講演

	A 会場（看護・第3合同）	B 会場（看護・第2合同）	C 会場（看護・第1合同）
13:50 ～ 14:20	座長: 宮下浩明（みやした医院） A-1-5 伊野連（早稲田大学） ゲノム編集の倫理 — CRISPR / Cas9 のヒト胚使用をめぐる—	座長: 鶴若麻理（聖路加国際大学） B-1-5 海野まゆこ（放送大学） 「共感」概念の多様性とそのあるべき姿	ワークショップ2 V・v・ヴァイツゼカーの〈医学的人間学〉を人間学的な医療の実践に活かすために 責任者・司会 丸橋裕（兵庫県立大学） 演者 丸岡敬和（関西学院大学） 伊藤均（関西学院大学） 藤戸善伸（函館五稜郭病院）
14:25 ～ 14:55	座長: 宮下浩明（みやした医院） A-1-6 牛澤洋人（錦糸町クリニック） 臨床における不確実性への耐性	座長: 鶴若麻理（聖路加国際大学） B-1-6 西村敏樹（東京山手メディカルセンター） 臨床実践における目的論的思考の構造と機能について — 臨床判断の学的モデルの構築にむけて—	
15:00 ～ 15:30	座長: 宮下浩明（みやした医院） A-1-7 石川洋子（旭川医科大学） 臨床研究における研究者と実践者の二つの役割を超えて	座長: 鶴若麻理（聖路加国際大学） B-1-7 宮島光志（富山大学） 永井潜の『生命論』と大正期の思想界 — 「医学と哲学」の結節点と分岐点—	

- 15:50～17:00 特別講演（臨床・第1講義室）

MBT—医学を基礎とするまちづくり—

講演者：細井 裕司（奈良県立医科大学理事長・学長）

司会：池辺 寧（奈良県立医科大学）

- 17:30～19:30 懇親会（職員・学生食堂）

11月10日(日)

(大会2日目)

- 9:00～ 受付 (看護学科棟1階)
- 9:15～10:20 研究発表

	A会場 (看護・第3合同)	B会場 (看護・第2合同)	C会場 (看護・第1合同)
9:15 ～ 9:45	座長：森下直貴 (老成学研究所) A-2-1 中井祐一郎 (川崎医科大学) 比名朋子 (神戸市看護大学) 産科医療技術の低下とその社会的受容の原因の分析 ―骨盤位経膈分娩管理技術について、妊娠女性の選好制限の視点から―	座長：板井孝彦郎 (宮崎大学) B-2-1 穴戸圭介 (岡山商科大学) 海外で治療を受けて帰国した患者の受け入れについて	座長：宮坂道夫 (新潟大学) C-2-1 新田あゆみ (上智大学) 匿名の精子提供者の自己情報開示に関する意識 ―開示可能範囲や開示可能理由を探る―
9:50 ～ 10:20	座長：森下直貴 (老成学研究所) A-2-2 藤戸善伸 (函館五稜郭病院) 「心因性」の身体症状	座長：板井孝彦郎 (宮崎大学) B-2-2 河原直人 (九州大学病院) 次世代医療基盤法に基づく医療情報の利活用に係る倫理的課題と展望	座長：宮坂道夫 (新潟大学) C-2-2 佐野桂子 (哲学相談おんころ) フラヴィア・バルダリ (東京大学) 患者・家族と医療者を対象にした哲学対話 ―セルフスティグマの軽減に向けて―

- 10:30 ～ 12:00 総会 (C会場 (看護・第1合同))
- 12:00 ～ 13:50 昼食・休憩 (会員控室、発表会場をご利用ください)
- 12:10 ～ 13:40 ランチョンセッション：医哲カフェ
(国内学術交流委員会企画) (B会場 (看護・第2合同))
- 13:50 ～ 16:50 シンポジウム (臨床・第1講義室)

医療倫理教育と哲学教育

シンポジスト： 服部 健司 (群馬大学 大学院医学研究科教授)
 杉岡 良彦 (上野病院診療部)
 宮脇 美保子 (慶應義塾大学看護医療学部教授)
 伴 信太郎 (愛知医科大学特命教授)
 司 会： 池辺 寧 (大会長、奈良県立医科大学准教授)
 藤野 昭宏 (産業医科大学教授)

- 16:50～16:55 閉会式 (臨床・第1講義室)
 挨拶： 大会長 池辺 寧 (奈良県立医科大学)

11 月 8 日 (金) **(大会前日)**

- 13 : 00 ～ 14 : 30 **調整会議** (厳樞会館・特別会議室 2)
- 15 : 00 ～ 17 : 00 **理事会** (厳樞会館・特別会議室 2)



特別講演



9日（土）15：50～17：00（臨床・第1講義室）

司会：池辺 寧（奈良県立医科大学）

MBT — 医学を基礎とするまちづくり —

細井 裕司（奈良県立医科大学理事長・学長）

わたしは長年医師・研究者として働き、常に医のあり方について考えてきた。そこで行き着いた1つの答えが、「医学を基礎とするまちづくり」である。これをMBT（Medicine-Based Town）と名付け、提唱している。

これまで医工連携といえば、MRIやCTスキャンなどといった工学が医学に寄与するものであり、医用工学と称されていた。私が考えるのは、医学的見地から工学・産業を考える学問である。音響・映像機器、自動車から住居に至るまで、人の身体にふれたり人が手にとって使用したりするものは、医学的観点に基づいてつくられるべきではないだろうか。MBTはこの観点からまちづくりに取り組んでおり、人が使うものから住居、まち全体に至るまで、医学が積極的に関わっている。医学的な知識を提供し、安全安心な製品づくり、そしてまちづくりを行うことを目指す。

その一例として、現在奈良県立医科大学では、江戸時代の街並みが保存されている今井町でのまちづくりに取り組んでいる。ゲストハウス、学生の寮、患者が在宅に復帰するまでの中間施設や地域包括ケアの拠点など、奈良医大の施設をまちの中に埋め込んでいく計画である。住居の中のシステムとしては、各種センサーで生体・生活状況のチェックを実施するなどを計画している。また、ICTにより病院と住居を結び、収集したデータで専門家がスクリーニング、医師が判断するような仕組みづくりに取り組む予定である。

これらの取り組みは、2014年5月に内閣官房の「地域活性化モデルケース」に選定された。また、2015年3月には奈良県と橿原市がMBTのまちづくりのための連携協定を締結、2015年6月には橿原市と奈良県立医科大学が包括協定を結んでいる。

2016年4月には、民間の活力を取り込むべく「MBTコンソーシアム」を設立し、このコンソーシアムには現在約100社の各種企業が参加している。医学との結びつきにより、「医学的知見を踏まえた」あるいは「医学的に正しい」製品の開発、まちづくりに取り組み、より付加価値の高い産業を生み出していきたいと考えている。

細井 裕司（ほそい ひろし）

奈良県立医科大学理事長・学長。一般社団法人MBTコンソーシアム理事長、奈良県立医科大学MBT研究所所長、けいはんなRC（文科省、JSTプロジェクト）オーガナイザー。

昭和50年奈良県立医科大学卒業。同大学耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座教授、同大学附属病院副院長を経て平成26年より現職。医学博士。

専門は聴覚医学、住居医学など。日本耳鼻咽喉科学会代議員、日本聴覚医学会理事、日本耳科学会理事、日本小児耳鼻咽喉科学会理事ほか歴任。



シンポジウム



10 日（日） 13 : 50～16 : 50（臨床・第 1 講義室）

医療倫理教育と哲学教育

シンポジスト

服部 健司 （群馬大学大学院医学系研究科教授）

杉岡 良彦 （上野病院診療部）

宮脇 美保子 （慶應義塾大学看護医療学部教授）

伴 信太郎 （愛知医科大学特命教授）

司 会

池辺 寧 （大会長、奈良県立医科大学医学部准教授）

藤野 昭宏 （産業医科大学医学部教授）

シンポジウムの主旨

本学会が設立された目的の一つは、専門教育のなかで埋もれてしまいがちな教養教育、とりわけ哲学教育・倫理教育の重要性を医歯薬教育のなかで主張し、医療系大学の学生に医学を哲学することの重要性を伝えることであった。本学会の年次大会ではこれまで「医療倫理教育の在り方」(第7回)、「医学教育における哲学の在り方」(第12回)、「医学教育の再検討—人間教育を中心に—」(第19回)など、今回のテーマ「医療倫理教育と哲学教育」と類似するテーマですでに何度かシンポジウムを行っている。それゆえ、今回のテーマを「今さら」と受け止める人もいるであろう。しかし、本学会を取り巻く環境は上記のシンポジウムが開かれた2、30年前と大きく変化している。今日、専門教育の充実と引き替えに、哲学をはじめとする人文・社会科学教育、あるいは教養教育の意義が見失われつつある。その一方で、医療倫理学(生命倫理学)や医療倫理教育(生命倫理教育)、臨床倫理教育の重要性は以前よりも強調されるようになってきている。このままだと今後、医療倫理教育などに包摂される形で哲学教育は影を薄め、不要なものとして扱われてしまいかねない。しかも、今日、哲学や医学哲学よりも、医療倫理学や生命倫理学に関心を持つ会員のほうが多いように思われる。また、非医療系大学においても生命倫理教育が行われるようになっており、本学会も非医療系大学に所属する会員が多くなっている。こうした現状にある「今だからこそ」、「医学哲学・倫理学」を名乗る学会として、医療倫理教育と哲学教育の関係を改めて問いなおすことは意義のあることだと思われる。時間の制約上、医学教育、看護教育を念頭に置いた内容になってしまうが、広く大学教育における専門教育と教養教育のあり方を考えるうえでも示唆に富むシンポジウムにしたい。

池辺 寧 (いけべ やすし)

奈良県立医科大学医学部教養教育部門哲学 准教授。広島大学大学院文学研究科博士課程単位取得退学。奈良県立医科大学看護短期大学部講師、同大学医学部看護学科講師を経て現職。共著に『看護職・看護学生のための「痛みケア」』(ピラールプレス)、『環境による健康リスク』(診断と治療社)、『教養としての生命倫理』『いまを生きるための倫理学』(以上、丸善出版)など、共訳書にアンゼラム・W・ミュラー『徳は何の役に立つのか?』(晃洋書房)などがある。

藤野 昭宏 (ふじの あきひろ)

産業医科大学医学部医学概論教室教授。同大学大学院医学研究科教授(博士課程医学概論領域)。産業医科大学医学部卒業。英バーミンガム大学大学院(Master of Medical Science)修了。医学博士。日本東洋医学会認定医・指導医、日本産業衛生学会指導医。共編著に『医療倫理教育』(シリーズ生命倫理学19)(丸善出版)、監訳に『病院倫理入門—医療従事者のための臨床倫理入門』(丸善出版)、最近の論文に『医学概論とは何か—その歴史的意義と使命—』(産業医科大学雑誌)などがある。1998年武見奨励賞受賞(公益信託武見記念生存科学研究基金)。日本医学哲学・倫理学会会長(2016-2018)。

《シンポジウム》

医療系教育機関において哲学教育の居場所はどこか

服部 健司(群馬大学大学院医学系研究科 教授)

課外に哲学読書会と文芸読書会を開いている。かつてビーチャム&チルドレスを読んでみないかと提案したこともあったが、学生たちは大反対で、以来 20 余年、医学・医療と無関係の哲学書をテキストにしている。教養教育では選択科目で哲学や倫理学を開講している。しかし、医学科の必修科目「医の倫理学」では正面から哲学を講じることにしっかりと時間を割いてはいない。いわゆる哲学学は万人向きではなく、とりわけ現今の学生のニーズに合わないからだ。

圧倒的多数が臨床医になる現実があり、それでいて心の機微を読む力が未開発だったり他者や社会への関心が低かったり対人関係能力がかなり未熟にみえる学生が少なくない現状に即して、臨床倫理学ケーススタディを柱とする学生参加型の授業(通年 90 時間)を行っている。そこでは常に個別具体的に考えることを学生に求めている。個別具体的に考えられず、世の言説の尻馬にのって優等生然とする学生も少なくない。そこで、わけ知り顔で抽象的な語や論を弄する者がいたら徹底的に問い詰めることにしている。パターン学習や暗記で入試を通過した学生たちは受け身で講義を聴くのに慣れているが、対話・熟議による主体的で発見的な学習の経験が乏しい。これでは臨床現場での個別具体的な問題に対処できないばかりか、むしろ自らが無用な問題を生みかねない。それにしてもこの科目、「倫理学」と銘打たれてはいるが、文学部における倫理学の授業のような純度や緻密さはない。科目名を変更してもいいのではないかと思いつながら、ふさわしい名が思いつかず、そのままできた。文学といわず経験心理学といわず、「人間に関すること」この授業に「無縁なものは何ひとつない」を地で行くような組立てにしている。そこから哲学が排除されようはずがない。しかし哲学は単体でも女王でもない。

つまり哲学と倫理学、それぞれの学問上の重要性やその優位関係の問題ではない。限られた時間の中で授業を組む際の最重要事は、学生のニーズすなわち不足とその順位づけの見きわめである。教説型の哲学教育は学生の受け身性を保存させ、抽象度の高い概念を使用すればわがこととして消化されないまま素通りするか、考えたフリをさせるかだ。そこで逆に、たとえば、ケーススタディのさなか、同級生の意見を「その見方は主観的だ」と非難する学生に、主観的・客観的という語の使用について問う。その後で概念史を3分でたどってみせる。すると、ひとりよがりで自己主張ばかりが強い学生たちの受講態度に変化があらわれてくる。

服部 健司 (はっとり けんじ)

群馬大学大学院医学系研究科 医学哲学・倫理学講座 教授。旭川医科大学在学中、岡田雅勝先生(本学会名誉会員)の研究室に日参する。国立武蔵療養所精神科で臨床研修中、本学会第3回大会(岩手医科大学)に参加。その後、早稲田大学第一文学部哲学専攻に学士編入学。同大学大学院文学研究科博士後期課程満期退学。卒論の主題はカント経験的統覚、修論はカント人格概念。第12回大会(産業医科大学)で学会初発表以来、『医学哲学 医学倫理』に7本、関東支部『医療と倫理』に1本の論文が掲載されている。関心領域は、文学の哲学、解釈学、臨床倫理学の方法論・教育法。

《シンポジウム》

医学哲学の意義と今後の医学教育の在り方についての一試論

杉岡 良彦(上野病院診療部)

医学教育を取り巻く環境は大きく変化しているように見えて、実は変化していない部分がある。それは、専門教育が重視される一方で教養教育が軽視されるという傾向である。こうした傾向が生じる理由の一つは、「医学とはどのような学問であるのか」が十分理解されていないためであると発表者は考える。医学の目的が「目の前で苦しむ病人を治療することだ」との主張には誰も異論を挟まない。この点が強調されると、6年間での専門教育の充実がますます正当化される。しかし、医学の目的は治療だけではない。医学は実学であると同時に学問である。

医学概論の創始者である澤瀉久敬^{おもだかひさゆき}は、医学概論が「医学の哲学 (philosophy of medicine)」であるとし、その使命を三つあげた(『医学の哲学 増補』誠信書房、1981年、24-30頁)。その一つとして医学教育の観点から医学哲学が必要であるとし「医学の本質を知る事こそ、医師・医学者たろうとする者には欠くことの出来ぬ根本問題である」と指摘した。医学哲学は抽象的な机上の学問ではなく、現在の医学を反省 (reflect) し、その問題点を鋭く指摘することで、よりより医学を創造する学問なのである。医学哲学は臨床医学の実践にも研究にも情熱 (pathos) を与えるべき学問である。

発表者は、現代医学を理解する際に、科学論、人間観 (生命論)、医療倫理・医療制度の三つの座標軸を想定し、「実現すべき価値」に向けたベクトルとして医学という学問を理解している。

このように医学を理解するならば、医学教育に人文社会科学をはじめとする教養教育が必要であることは明らかであろう。そして、医学哲学には専門教育と教養教育各々の意義を明らかにし、両者を架橋する役割があることも理解されるだろう。医学の本質や全体像を理解するならば、あるいはそれを明らかにするためにも、医学哲学は医学教育において不可欠である。さらに、反省なき医学の営為は、権威やガイドラインへの盲目的服従にいたり、真の学問の発展を拒む危険をはらむのではなかろうか。

杉岡 良彦 (すぎおか よしひこ)

1966年生まれ。1990年、京都大学農学部(農学原論講座)卒。1998年、京都府立医科大学卒。精神神経科研修医を経て、2004年、東海大学大学院医学研究科博士課程修了。2005年より旭川医科大学医学部健康科学講座(現、社会医学講座)助手・講師を経て、2018年より上野病院診療部勤務(精神科)。医師、医学博士。著書に『哲学としての医学概論 方法論・人間観・スピリチュアリティ』(単著、2014年、春秋社)『脳科学は宗教を解明できるか』(共著、2012年、春秋社)等。訳書に『神は妄想か』『自然を神学する』『スピリチュアリティは健康をもたらすか』等。2015年、日本医学哲学倫理学会学会賞受賞、湯浅泰雄著作賞受賞。

《シンポジウム》

看護教育における倫理と哲学教育

宮脇 美保子(慶應義塾大学看護医療学部／
健康マネジメント研究科 教授)

1992 年「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の施行などを契機として、それまで 10 校程度であった我が国の看護系大学は 2019 年 5 月現在、284 校まで増加している。

職業としての看護は、ナイチンゲールによって始まり、1950 年代後半より、看護理論の開発が進み、現在も看護学の確立に向け、発展を続けている。ナイチンゲールが 1860 年に著した「Notes on Nursing—What it is, and What it is not」は、現在にも通ずる看護の本質が述べられている。看護師の業務は、保健師助産師看護師法において「療養上の世話」または「診療の補助」と規定されているが、「よい看護」とは何かについての記述はない。では、「よい看護」を実践する看護師に求められるものは何か。それが、哲学と倫理であり、一人ひとりの看護師が哲学をもち、「What it is, and What it is not (本当の看護とそうでない看護)」とは何かを問い、専門職として倫理的責任を引き受けるということであろう。

看護基礎教育では、看護学の主要な概念である「人間」「環境」「健康」「看護」について教授しているが、特に、Rogers, M.が提唱した「部分に還元不能な全体的存在として捉える Unitary Human Beings」という人間観は、看護とは何かを考える上で重要である。

1998 年、Gordon, S は、看護師はライフサポーターとして、科学的知識(Science)と技と思いやり(Art)をもってケアのタペストリーを織り上げ、人間の生を支えていると述べた。Life には、「生命、生活、人生」といった訳があるが、生命を維持することが医師の第一義的責任だとすれば、看護師は生活者である一人ひとりの生活、人生にかかわり、生を支えている。

本シンポジウムで、筆者が担当している、看護学原論、看護と倫理、看護と哲学、生命倫理などの教育を通して、「看護教育における倫理と哲学教育」について述べたい。

宮脇 美保子 (みやわき みほこ)

慶應義塾大学看護医療学部 / 健康マネジメント研究科 教授、博士(看護学)、鳥取大学医学部保健学科、文部省長期在外研究員(米国)、順天堂大学医療看護学部・医療看護研究科を経て 2009 年度より現職。

専門: 基礎看護学分野(看護倫理、看護理論(ケアリング)、看護教育等)。

著書: 「看護実践のための倫理と責任」、「身近な事例で学ぶ看護倫理」、「身近な事例で学ぶケアマネジャーの倫理」、「シリーズ生命倫理学:14 巻 看護倫理」、「看護学概論」、「基礎看護学テキスト」、「臨床看護総論」、「看護理論家の業績と理論評価」、「看護理論 20 の理解と実践への応用」、「看護師が辞めない職場環境づくり」他。

《シンポジウム》

医学教育から倫理学・哲学教育に期待すること

伴 信太郎(愛知医科大学特命教授・
医学教育センター長/
シミュレーションセンター長)

本シンポジウムでは、医学教育を俯瞰しながら、医学部における「倫理学・哲学教育」を考える際の参考にしていただけるように、1) 今日の日本の医学教育の全体像、2) 求められる教え方/学び方、3) カリキュラム立案の為に考慮すべきことについて私見を述べたい。

1. 今日の日本の医学教育の全体像

今日の日本の医学は、①情報通信技術の発達、②人口の急速な高齢化、③医学・医療の高度専門細分化、④医療関係諸職種の増加、⑤国際交流の活発化、などを受けて様々な転換を迫られてきている。それに応じて、医学教育も「コアカリキュラム」「分野別認証」「参加型臨床実習の促進」等が進んでいる。

2. 求められる教え方/学び方

これまでの医学教育は、専門的な知識を伝授することが主であると考えられ、講義主体の授業が行われてきたが、現在は、情報としての知識は誰でも手に入る時代であり、専門的な情報を伝達することは教育の一部分を占めるに過ぎない。学習目標を明確にした上で、‘モチベーションを高める工夫’をすれば、後はグループ学習や自学自習で自ら知識を獲得してくことは容易であり、かつその方が望ましい。その為、モチベーションを喚起するさまざまな学習方法(PBL、TBL、反転授業等)を工夫するとともに、1) 単なる知識以外の認知領域の目標、2) 技能、3) 態度/姿勢/価値観の教育にウエイトを置くことが求められている。「倫理学・哲学教育」は特に1)、3)の教育を担っていただきたい。

3. 医学教育における「倫理学・哲学教育」カリキュラムの立案

現在の医学教育は、「卒前の6年間+卒後初期臨床研修の2年間」で、基本的臨床能力教育を行う建て付けになっている。卒前教育はコア・カリキュラム(全体の2/3)と選択カリキュラム(全体の1/3)から構成される。「倫理学・哲学教育」は、このコア・カリキュラムと選択カリキュラムのそれぞれに、どのようなカリキュラムを組み込んでいくかを、目標・方略・評価をそれぞれ意識してデザインしていただくことを期待したい。

伴 信太郎 (ばん のぶたろう)

愛知医科大学 特命教授 医学教育センター長/シミュレーションセンター長。

1979年に京都府立医科大学卒。卒後は同大学小児科研修医を経て、1980年より米国クレイトン大学家庭医学科レジデント。家庭医学専門医資格取得。1983年から6年間、国立長崎中央病院にて指導医として卒後研修に関わり、1989年、川崎医科大学総合臨床医学教室に移り、講師を経て1993年同教室助教授。1998年より名古屋大学総合診療部門の教授。2017年4月1日から現職。

基本的臨床能力の教育およびプライマリ・ケア医学に関する研究を続け、数多くの医学教育ワークショップのタスクフォースやコンサルタントを務めている。2009年1月~2016年5月まで、日本医学教育学会理事長。医学教育に関する多くの著書を出版。

主な著書「臨床入門」(分担執筆)(医学書院)、「プライマリ・ケアのエッセンシャルドラッグ」(編著)(ミクス)、「診察マニュアル:身体所見のとり方」(分担執筆)(南江堂)、「ビデオ基本的身体診察法(全5巻)」(メディカル情報センター)、「家庭医プライマリ・ケア医入門」(分担執筆)(プリメド社)、「21世紀プライマリ・ケア序説」(プリメド社)、「プライマリ・ケア実践のための臨床教育—指導医と医学生・研修医への道しるべ」(エルゼビア・ジャパン)、「21世紀プライマリ・ケア序説 改訂版」(プリメド社)、「シリーズ生命倫理学 第19巻 医療倫理教育」(編著)(丸善出版)、「ぼくらのアルコール診療」(監修)(南江堂)、「総合診療専門医マニュアル」(編著)(南江堂)。

医哲 Café

日本医学哲学・倫理学会 国内学術交流委員会主催

◇◇ テーマ ◇◇

公立福生病院の透析中止問題を考える

日時：2019年11月10日（日）12時10分～13時40分

ランチョンセッション（*お昼各自持ち寄り）

場所：奈良県立医科大学 B会場（看護・第2合同講義室）

司会：沖永 隆子（国内学術交流委員長・帝京大学）

話題提供：足立 大樹（ホームケアクリニック横浜港南院長）

濱田 哲郎（元NHK社会部記者、現NHK専門委員）

斎藤 義彦（毎日新聞社記者）



公立福生病院で2018年8月、腎臓病患者（44歳女性）が、人工透析治療の中止を選び、その後の撤回を無視されて亡くなったと、2019年3月7日に毎日新聞が報道したことから、治療中止の是非についてメディアをはじめとする多くの場で議論が沸騰しました。

御周知のように、多くの生命・医療倫理関連の学会・研究会において、この問題をめぐる勉強会が開かれております。最近では、5月18日に、順天堂にて日本臨床倫理学会の「福生病院における人工透析の中止・不開始についてのクイックレスポンスとパネルディスカッション」、また、6月6日に衆議院第2会議室にて、「公立福生病院事件を考える」院内集会実行委員会主催の討論会（冠木弁護士、毎日新聞斎藤記者による報告）がありました。6月30日に、東京大学本郷キャンパス医学図書館にて、CBEL第31回生命・医療倫理研究会（世話人三浦靖彦氏）の「公立福生病院の透析中止事案をめぐって」、さらには、7月25日に、福祉フォーラムジャパンセミナーの「人工透析中止問題を考える」等がありました。

「透析患者に死の提案」「患者の迷い軽視」「透析行わず20人死亡」という、毎日新聞の見出し報道への批判の声、医師が適切な治療選択を提示しない行為について「透析患者を死に誘導しないで！」と主張する立場や、反対にその立場に対して疑問を呈する声、透析をしない決定プロセスに不可欠な、冷静な倫理的配慮を提示する声、等さまざまな声があります。

問題の本質はどこにあるのでしょうか。十分なファクトチェックに基づかない過熱報道や議論がある中、客観的事実に基づく、公平・公正な評価が必要で、今こそ冷静な議論が求められるように思います。

そこで、今回は、医師の立場から足立大樹氏に、医療報道に携わった経験から濱田哲郎氏と斎藤義彦氏に話題提供をいただき、治療の選択をどう考えるか、人生をどう生きるか、フロアーの皆様と徹底的に語り合いたいと思います。

※ 今回の医哲Caféは、各自持ち寄りの昼食を取りながらの開催となります。

医哲の会員だけでなく、本テーマに興味・関心のある方なら、どなたでも参加できます。是非、お気軽にお越しください。

（問い合わせ先：国内学術交流委員会 沖永隆子 upae@h9.dion.ne.jp）

インフォームド・コンセントの対象はいかに変遷してきたか？

—患者・家族・医師の三者関係に着目して

秋葉 峻介（山梨大学/立命館大学）

インフォームド・コンセント（以下、「IC」）の原則が患者の自律や自己決定権とつよく結びついていることはこれまで多くの論考によってその重要性が示されてきた。また、これに基づき IC の原則とその運用については、患者—医師の二者関係が想定されてきたのである。しかし、日本においては患者と医師の他に家族が重要な役割を担い、事実上 IC は患者—家族—医師の三者関係において運用されることが少なくない。このことは、「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」の 2018 年 3 月改定においてアドバンス・ケア・プランニングの概念が導入されたことの背景にも少なからず関係があるように思われる。こうした、IC における患者—医師の二者関係から患者—家族—医師の三者関係への移行や、家族による代行決定・代諾は「慣習的」におこなわれてきたことが指摘される（文献(1)他）。

そこで、本報告では、日本における IC の原則ないしは IC の運用がいかにして受容されてきたか、また、IC の対象・関係の「慣習的」な変化はいつ・どのようになされたのかということに焦点を当てて整理・分析を試みる。IC の対象の変化に伴い、代行決定・代諾がいかにして登場し、どのように基礎づけが試みられ、強調されてきたかを検討することで、家族による代行決定・代諾の特殊性を鮮明に描き出すねらいがある。

以上を踏まえ、「慣習的」な IC の対象の変化の構造を要諦に、患者—家族—医師の関係の変化や三者の位置づけ、相互関係を整理・分析する。これにより、三者関係への変化と患者の本人意思不在の場合における代行決定・代諾の問題とがどのような関係にあるかを考察したい。

文献(1) 田山輝明 編『成年後見人の医療代諾権と法定代理権：障害者権利条約下の成年後見制度』三省堂 2015 年

サイボーグ技術と老い：ロボットメディアの倫理に向けて

山崎 竜二（大阪大学先導的学際研究機構）

インターネットによる世界的なネットワークの普及やヴァーチャルリアリティ（VR）、ロボットなどを含む多様なメディア技術の発達、人々の関わり方に日々影響を及ぼし、高齢者や認知症の人も巻き込んで従来のデジタルデバイドを解消し新たな支え合いの形を生み出しつつある。本発表では、ロボットメディアを中心に精査し、人々を生来の身体的制約から開放するメディア技術の可能性を探り、技術的に再身体化させるメディアコミュニケーションが人々の生にどのような影響をもたらすのかを検討する。技術的發展に伴って人間と技術が結びつく関係性のタイプについて理論的検討を加えるとともに、私たちの身体性の技術的再編がケアの文脈において持つ含意を考察する。

身体の変換が及ぼす影響について、VR技術では、自身の見た目をアバターで置き換えることで物事の感じ方が変わるプロテウス効果が示唆されている。サイボーグ技術では、ロボットアームのように身体拡張の研究も行われる。従来、人間と技術の関係性は個人の単体を想定して分析されるが、遠隔操作型ロボットのような機械の身体や第三の腕は必ずしも一人で所有されるとは限らない。拡張身体の共同所有というテーマが提起される。作業場に生えた腕や遠隔地の自己の分身のように他者と共有する共同的身体を考慮した場合、サイボーグ技術は自己の身体の一部として融合され、かつ他者による方向付けをも受けることになる。この共同関係に含意されることは何か。身体の共有により、例えば自己の所有物としての身体という観念が崩れる。身体の共有は、意のままになるものとしての所有の観念に反し、ままならない不随意性として身体所有の観念を更新していく老いのプロセスと重なる。身体の共有は、自己の身体が他者に翻弄される経験としてケア関係のレッスンの機会を与え、メディア技術の発展が人々の観念の更新をも巻き込んでいく例証となりうるものと考えられる。

ワークショップ1

11月9日 9:45~11:25

C会場（看護・第1合同）

「医療における哲学対話」の意義と比較

責任者：中岡 成文（哲学相談おんころ）

司会：山本 洋一（大阪大学）

演者：中岡 成文（哲学相談おんころ）

心光 世津子（武庫川女子大学）

西村 高宏（福井大学）

専門としての医学・医療は問題解決型、哲学は問題発見型と性格が異なる面があり、各々の専門的手法にこだわると両者が真に生産的な「対話」に入るのはむずかしい。哲学カフェ、哲学プラクティス・カウンセリングなど、各種の「哲学対話」が欧米で開始されて40年余、日本に紹介されて20年ほどになる。この哲学対話が近年医療の領域に導入され、死と生をめぐる人間の一般的で根源的なニーズをテーマとし、進行役（ファシリテーター）のもとで、患者・家族・医療者が「ことば」を交わし合うことで考え方を整理し、生活の再構築を行う一助となっている。本ワークショップでは、医療にかかわる様々な哲学対話を推進している関係者が集まり、哲学対話の可能性と課題を論じつつ、医と哲の具体的連携の途を探りたい。

演者の西村は、哲学対話の日本への導入、医療的場面への応用の先駆けとなった大阪大学の臨床哲学の出身で、東日本大震災以降、被災者や被災地支援に赴いた医療従事者などとともに震災（災害医療）に関連した哲学対話を開催したことを契機に、それぞれの医療領域（現場）に応じた哲学的対話実践モデルの構築に関する研究および活動をおこなっている。

同じく演者の中岡は、医師である父をがんで失った経験を臨床哲学の観点から振り返り、がんや神経難病の患者・家族を対象とする哲学対話（おんころカフェ）を司会の山本らと共に2016年に創始し、エンドオブライフをすべての人にとっての実存的問題と捉えたうえで、当事者の考え方の整理をファシリテート（促進）するよう努めている。

もう一人の演者である心光は、精神看護の臨床や教育の現場で直面する行き詰まりに対して、研修や事例検討会など従来の問題解決型のあるいは教育的な対処の限界を認識し、心のケアにかかわる看護職・コメディカルとの哲学カフェ（こころカフェ）を2019年より企画運営している。

ワークショップの司会を務める山本は、神経難病の患者らを治療する立場から、診療そのものや哲学対話への参加を通して患者の「強さ」から学ぶことも多いと感じている。加療中においても生きがいを見出し、穏やかに生活する患者にはある共通点があり、その境地に達する1つの方法として哲学対話に期待する観点から、本ワークショップの司会を担当する。

以上のように、本ワークショップでは、「最新」の知識や技術の希求に偏重するあり方から一旦距離をおいて、問題や葛藤そのものを言葉として表現し解きほぐすことを求める医療者の声もあることに留意しながら、医と哲のアプローチの違いを違いとしてしっかりと踏まえたうえで、哲学対話へのニーズと並んで障壁があることの意味、どのようにすれば医療者や援助者も哲学対話に参加できるか、医療現場（や周辺領域）にみられる人間関係や言葉との違い、評価の観点などを諸会員とともに議論したい。

「自律」における「規準的権威（normative authority）」の問題

ー「自律」であることを決めるのは誰か

石田 安実（神奈川大学）

フランクファート(1)等が中心となって英語圏で展開された「自律」に関する理論（「階層的説明」）は、特に1990年代以降、さまざまな批判にさらされて来た。とりわけその「自律」の成立要件が内容中立的であること、および内的反省という主観的なものに依存することが問題視され、そうした議論の流れで、「実質的説明」という新たなアプローチが提案された。「実質的説明」は、行為者の欲求や動機への制約の在り方に応じて「強い実質的説明」と「弱い実質的説明」という2つの立場に分類される。発表者は、昨年度の本大会の個人研究発表で、これら「階層的説明」「強い実質的説明」「弱い実質的説明」の有効性を検討した上で、この3種の理論のうち有力だと思われる「弱い実質的説明」になお見出される不備を、クライルとスティーブンスの「正常さ」概念に関する考察(2)を援用しつつ、「自己方向付け（self-directing）」や「自己制御（self-managing）」という概念で補強し、新たな「弱い実質的説明」的見解を提案した（発表者は「状況的自律説」と名付けた）。

この「状況的自律」という見解は、「強い実質的説明」が要請するような特別な判断能力や（これまでの）「弱い実質的説明」が主張するような安定した心理状態が個人に確保されていなくとも自律的行為を認め、虐待や医療行為上のトラウマ、または（内面化された）抑圧的規範の影響を受けている者にも自律的な行為の可能性があるとする理論として提案したつもりであった。しかし、その見解には、「自律」の成立要件を結局は主観的なものに求めているのではないかという課題が残った。今回の発表では、その問題点を再考する形で、「自律」に関する「規準的権威（normative authority）」の問題など、重要と思われる課題をあらためて考察したい。

参考文献

- (1) Frankfurt, H. G., 1971: "Freedom of the Will and the Concept of a Person," *Journal of Philosophy*, 68 (1), pp. 5-20.
- (2) Cryle, P. and E. Stephens, 2017: *Normality: A Critical Genealogy*, University of Chicago Press.

生殖補助医療の代替的利用についての一考察～LGBT と血筋主義をめぐって

村岡 潔（佛教大学社会福祉学部）

同性愛者らのカップルによる、従来の不妊治療の枠を超えた生殖補助医療（ART: assisted reproductive technology）の利用は米国ではすでに20世紀末に始まる。本邦でも近年、同様の事例が出てきている。例えば、GID(gender identity disorder)で悩んでいた女性が、男性に性別を変えたF-to-Mの人がそうである。彼は結婚し自分の血筋をひいた子供を妻に産んで欲しいという願望の実現を図っている(1)。発表では、こうした「血筋主義」と生殖補助医療の代替的利用法 alternative usage に関して、今、考えておくべきことについて検討する。なお「血筋主義」とは「親子間の遺伝的生物学的連続性を重視し拘泥する生き方」と定義する。

どのようなカップルあるいはシングルの個人にも子供を有する権利はあると言えよう。LGBT の人も例外ではない。ただし、その願望成就のためにはどんな ART も利用可能とすべきかどうかには賛否両論であろう。こうした議論の根底には、血筋主義に対する是非の見解も大きく関与していると思われる。例えば、石川らによる人類学的見解(2)では、親の同定に関して、生物学的/遺伝的關係性を必ずしも優位に、あるいは絶対的な位置においてはいない。すなわち、親の生物学(遺伝学)的次元に対して社会的次元の親を加味している。

つまり、人類学的には、親は、①子供の遺伝学的父母；②子供の出生(受胎)にかかわりがあると信じられている一人、あるいはそれ以上の生物学的父親(genitor)と母親(genitorix)；さらに、③その子供の責任を引き受ける社会的父親(pater)と母(mater)；および、④社会的な両親に代わって子供の面倒をみる養い親としての父母、と多彩である。

本報告では、この人類学的立場に習い、育ての親の価値をも重要視する立場から、先述のF-to-Mの事例の代替的なART利用の血筋主義に対しても批判的に言及したい。

注：(1)テレメンタリー「それでも、父に。～LGBTと「見えない壁」～」2018年2月25日放送、(2)親族；石川栄吉、他編『文化人類学辞典』弘文堂、1987年、381-382頁)

人格の自律と尊重の意味

中澤 武（明海大学歯学部）

自律を尊重するとは、そもそも何をどうすることなのだろう。たとえばインフォームド・コンセントの手続きを取りさえすれば、それで患者や被験者の自律を尊重したことになるのだろうか。手続きを単なる形式に終わらせることなく、そこに実質を確保するためには、手続き本来の人格尊重という目的に注目して、再度自律の意味を問う必要がある。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つ。人間は感性的存在としては傷つきやすく依存的である。だが同時に、理性的存在者としての人間には常にどのような人格となるかを自分で決定する自己規定の可能性が開かれている。こうした人間観に立脚するとき、自律とはまず「～からの自律」であり、その意味で関係概念である。次に自律は選択的であり、人格は一面では自律的でも他の面では自律的でないことがある。また、自律は度を有するのであって、人格は関係性を条件としてそれぞれの程度で自律的なのである。

以上のように、人格の自律は、人格が他の人格に対して開かれ他の人格と結びつく関係性の構造に基づく概念である。このような見方を支えるものとしては、たとえばEUの「バルセロナ宣言」に代表される新たな倫理原則の枠組み構築やアクセル・ホネットの相互承認論などが考えられる。自律概念をこのような理論的条件のもとで考えることには積極的意義がある。なぜなら、そこでは自律が人格相互の承認関係の中で育まれ、具体的な倫理的关系性として現成する条件が示されるからである。

自律を尊重するとは、人格の自律を育むことである。このとき尊重の意味は教育的である。ただし、教育といっても無知な者に外から知識を授けることではない。むしろ、それは教養形成の一環であり、人格を「とらわれ」から解放し自由にする事なのである。

看護師が患者に出会うということ

花井 星奈（兵庫県立がんセンター）

看護師として勤務するなかで、私は「医師の指示範囲内で患者の訴えと自身の経験に基づき適切な薬剤を考える機械的な自分」を必要だと感じる一方で、やはり「看護師として患者自身の話を聴ける自分」も大切だと思っている。つまり、看護師としてのあり方に確固たる信念を持たずにいる。本研究は、M・ブーバーの思想を手掛かりとしつつ、急性骨髄性白血病のある患者との出会いを振り返ることで、私を看護師たらしめるものは何か、また看護とは何かを探ろうとするものである。

ブーバーは、主著『我と汝』において、人間が世界に対するあり方として＜我-それ＞、＜我-汝＞という二つの関係があり、他者と真に出会うのは後者の関係においてであると述べている。この関係は、看護師が患者に向かう態度にも適用することができるだろう。目の前の患者の状態をアセスメントする際の「我」は＜我-それ＞関係に属している。なぜなら、そのとき患者は看護師の認識理性の対象として客観化された「それ」だからである。しかし、患者が病む人として看護師に霊的・精神的な救いを求めるとき、その呼びかけに応えようとする看護師とのあいだに＜我-汝＞関係が成立する。このとき患者と看護師とは相互に主体同士の出会いをなす。

「我」を看護師たらしめるものは「汝」としての患者の呼びかけであり、その呼びかけに応答する看護師がその「我」を開き続ける要因は、＜我-汝＞関係においてあらわになる「我」の存在である。それは、ナイチンゲールも述べているように、「内なる自分」であり、自分の内面、つまり自分の「あるがまま」から湧き出るものである。

＜我-それ＞関係は科学的な看護の専門性を実現する必要条件であるが、その関係を根底において支えているのは、いわば霊的・精神的な＜我-汝＞関係である。＜我-汝＞関係の看護は、患者・看護師双方が相互に自身の生を見つめ直し、より善く生きる機会を与え合う可能性をひらく。兵庫県立がんセンター倫理審査委員会、G-60

人工妊娠中絶における人格性理論の有効性

遠藤 耕二（広島国際学院大学自動車短期大学部）

人工妊娠中絶は女性の権利とともに規範的存在としての人間についての理解を問いたすものでもある。本発表は個々人の人格の状態ないし個性としての「人格性（パーソンフッド personhood）」が人工妊娠中絶への権利をどこまで維持できるのかを論じるものである。

人格性は規範的なものであり、生物としての特徴や状態として記述されるものではない。そして人格性は自己同一性とその不可侵性を含意し、それゆえに他者による自由の制限や介入を抑制する原理ともなる。よって中絶を権利の視点から考える場合、胎児の人格性を認めることは、望まない妊娠を拒否する権利の制限を認めることにつながる。中絶が容認される根拠は、胎児の人格性を満たす要件の欠如のみならず、女性の人格性を脅かしてはならないとする人格性の規範的性質に依拠するである。

だが一方で人格性は生物としての人間の成長過程、すなわち胎児から幼児、幼児から成人へと至る生物としての変化を成立の根拠としなければならない。ジェームズ・グリフィンによると人格性は段階的に変化していくものであり、それゆえに子供の人格性と大人の人格性が同じものであるということはないとされる。つまり人格性の価値は生物としての機能と切り離せないものであり、それと同時に胎児と子供が人格性という観点から見て異なるものであるとする立場を補強するものとなる。

人格性の理論が中絶のみならず安楽死などの権利の拡大に直結するのは、この理論が生命に対するわれわれ自身の直観的な態度でなく、生命の機能とその境界という極めて限定的な要素によって支えられているからである。しかしこのことはまた、人格性の理論が中絶に対する直観的な反発を抑えるものではないことを示している。人格性は他者の行為に対する不介入の原理であって、他者にコミットすることによって生命を支えるための原理ではないからである。

全国医学系大学を対象とする「学用患者」制度の現状に関するアンケート調査

脇之蘭 真理（藤田医科大学研究支援推進本部治験・臨床研究支援センター）

【背景・目的】 「学用患者」とは、患者の病症が医学教育や研究に貢献すると認められる場合に、その患者の医学教育や研究に対する協力を得た上で、診療費用を大学病院等が負担するような患者をいう。

医療者－患者の関係性において患者は弱い立場にある。また医学教育や研究において、診療行為の対象者には未熟な施術、未知の薬・治療法によるリスクが生じる。学用患者は、患者である点、医学教育や研究で診療行為の対象者となる点、さらに診療費用の支払いが困難である点において幾重にも弱い立場にあり、非倫理的な扱いを受けやすい立場にある。

学用患者としての非倫理的な扱いをうかがわせる手記や文芸作品が存在する一方、明治期から今日にいたるまでの制度の内実については、知られていない点が多いのが現状である。そこで今回は、現在の制度の実態を把握することを目的に、全国の医学系大学における学用患者ないしそれに類する制度（校費患者等。以下合わせて「学用患者等」という）の現状を調査した。

【方法】 全国の医学系大学附属病院（80 施設）の事務部門にアンケートを郵送し、無記名調査を行った（実施期間：2019年1月21日～2月15日）。

【結果・考察】 31校（国立17校、公立3校、私立10校、不明1校）より回答を得た（回答率38.8%）。回答した大学のうち、多くの国立大学に現在も学用患者等の制度・規程が存在する一方、私立大学ではほとんど存在しないことが分かった。また文部科学省の指導により呼称として「学用患者」が規程上用いられなくなったことがうかがわれた。

現在も存在する学用患者等の制度において、手記等で見られる学用患者等に関わるこれまでの倫理的問題が、どのように位置づけられるか、今後の検討が必要であると考えられる。

本発表は、上廣倫理財団平成 29 年度研究助成「日本の医学系大学における学用患者制度の研究」による成果の一部である。

現象的意識の不可逆的喪失は人格の死を含意するのか

林 禅之（埼玉医科大学）

意識の不可逆的喪失と、人の死は、通常強い関係があるのだと考えられている。伝統的な三兆候死では、心停止により脳への酸素供給が途絶える結果、最終的に意識が喪失されるから、死だとみなされる。また、大脳死を人の死だとする根拠の一つとして、やはり意識がなければ人は死ぬのではないか、という直観があるように思われる。意識にはいくつかの概念的区分があるが、一つの解釈として、ここでの意識とは感覚質を含む現象的意識のことだと考える余地がある。じっさい、人格の同一性についての現象的アプローチと呼ばれる立場によれば、人格概念と現象的意識概念は不可分のものであって、現象的意識が失われるということがすなわち人格の死なのだとかれらは主張している。

以上を踏まえて、本発表では次の問題について考察する。すなわち、現象的意識の不可逆的喪失は、人格の死を含意するのか、という問題である。私は、現象的意識が不可逆的に失われても、それは人格の死を必ずしも意味しないと主張したい。むしろ、人格にとって重要なのは、それが行うことのできることで、つまり機能の残存であり、人格の死とはむしろ機能完全剥奪として捉えられるべきである。この見解によると、仮に意識が残存していたとしても、快も苦痛も感じず、動くことも考えることも何もできず、そこから回復できないような場合、それは死に他ならない。この見解に対して、完全な閉じ込め症候群(CLiS)（注）といった事例をも死とみなしてしまうのか、という反論が予想されるため、応答を試みながら概念分析をさらにに行い、死について考えを深めたい。

（注）閉じ込め症候群(LiS: Locked-in Syndrome)とは、
... 四肢麻痺と垂直の眼球運動を除いた全ての頭蓋内神経の麻痺からなる神経的状态を指す。意識は完全に保たれており、自発的な瞬きによってそのことが示されうる。(Bauer et al. 1979, 78)
さらに、完全な閉じ込め症候群(CLiS)においては、眼筋すら意志によってコントロールできなくなってしまう。それゆえ、このような患者は、自発的に運動することがまったく不可能となってしまうとされる。

ゲノム編集の倫理 ——CRISPR/Cas9 のヒト胚使用をめぐる——

伊野 連（早稲田大学）

2018年11月、中国の研究者賀建奎 He Jiankui らが CRISPR/Cas9 を用いてゲノム編集を施した双子の女儿を誕生させたという報告は、世界中の生命医療倫理学者に大きな衝撃と深い失望感をもたらした。

乳児の父が HIV に感染していることを理由にゲノム編集を施したと賀はその正当性（いわばベネフィット）を主張するが、多くの研究者はこのことによって将来起こり得る遺伝子プールへの影響など（潜在的なリスク）を懸念し、強く批難している。

中国国内のガイドラインにも反する行為であるため、行政的に厳重な処罰が下されるのはもちろんのこと、今後の科学者としての権利を剥奪されるという事態も十分想定されるなど、一連の騒動が一般社会に及ぼす影響も甚大であると考えられている。

賀は談話で、このたびの行為が 1978 年にエドワーズらが成し遂げた世界初の体外受精児の誕生になぞらえるべきものであり、批難は覚悟の上であって、いずれ理解が得られるはずだ、という趣旨の発言をしている。

この発言を、あたかも「歴史の審判」のようなものが、時の経過とともにその正当性を明らかにするはずである、と理解するならば、はたしてその主張は妥当と言えようか。人間、特に先端科学に携わる者は、その「歴史の審判」なるものに対して、いっそう謙虚に自らを差し出す姿勢が肝要であろう。

そしてより本質的なことは、第三世代の CRISPR/Cas9 という画期的な技術が登場したことで、ゲノム編集というテクノロジーは既にイデオロギーと化しつつあり、核開発や遺伝子組み換え作物 (GM0) と同様に、あるいは将来の iPS 細胞とともに、哲学・倫理学の裁定はおろか、文化そのものによる規制をも超え出してしまうという事態すら危惧されるということである。

CRISPR/Cas9 の共同開発者の一人ダウドナは自著で、そうした危惧を率直に告白し、研究者が自らを戒めるべきだと述べている。当然ながら、生命倫理学者の責任も重大であると言わねばならない。技術の的確な理解と有効な提言が必要である。

「共感」概念の多様性とそのあるべき姿

海野 まゆこ（放送大学）

「共感」は、それ自体可視化することができない。ブルームが「共感の研究者の数だけ共感の定義が存在する(1)」と述べているように、「共感」には明確な定義と言えるものはない。これらのことは、共感が多様な使用に拡がり、そのどれもが「共感」と認められる状況を作り出した。とりわけ2010年代以降、現在にいたるまで流行している共感ビジネスや、看護・介護の現場における感情労働の「共感」には、しばしば恣意性や不適切な側面も見受けられる。本発表はこうした現状を踏まえ、従来の「共感」概念への吟味を足掛かりとして、あるべき「共感」のあり方を検討しようとするものである。

本発表でははじめに、現在の日本社会における「共感」の共通点と特徴を整理する。ついで、アダム・スミスの同感理論、功利主義における共感、カントの共通感覚論など、「共感」についての古典的な研究を考察する。さらにそうした古典的理論のもつ可能性と問題点を踏まえ、現代において「共感」として認められるためのいくつかの必然的な条件を探る。後者においては、とりわけ「共感」が他者の感情を操作する可能性や、「共感」していると思ひ込むようになる可能性などを含んでいる点について、批判的に考察する。

これらの問題点を吟味することで、現在広まっている「共感」のもつ問題点を避けつつ、あるべき「共感」の本質に近づくための手掛かりを探りたい。とりわけ、「共感」のもつ重要性やあるべき「共感」の形を思索することからは「対面性」と「差異性」、「同一性とは異なる共通性」などが重要な論点として浮かび上がる。これらのキーワードに含意されている特性を再検討することで、現在の問題点を乗り越えた「共感」へと近づくことができると考える。

(1) ポール・ブルーム、高橋洋訳（2018）『反共感論』白揚社、参照。

ワークショップ 2

11月9日 13:50~15:30

C会場（看護・第1合同）

V・v・ヴァイツゼカーの〈医学的人間学〉を人間学的な医療の実践に活かすために

責任者・司会：丸橋 裕（兵庫県立大学）
演者：丸岡 敬和（関西学院大学）
伊藤 均（関西学院大学）
藤戸 善伸（函館五稜郭病院）

20世紀ドイツの医者哲学者ヴィクトア・フォン・ヴァイツゼカー（1886-1957）は、自然支配の方法としての科学という近世初期のトポスを射程内に収めつつ、伝統的な自然科学の認識論上の主客二元論を批判する。この二元論のモデルが「主体性の無化」として、現代医学にも影響を与え続けていることはもちろんである。そして彼は、認識論上の対立モデルとして「交わり」のモデルを提起することによって、科学的な客観性理解というものを、主観性のモメントによって補足可能なものとしてではなく原理的に間違っているものとみなす。彼が人間の学としての医学のなかへ主体を導入することを主張するのは、その意味においてである。本WSは、このようにきわめて広い原理的な視野のもとで構想されたヴァイツゼカーの医学的人間学の可能性を、科学論、医学哲学、そして臨床医学というさまざまな立場から明らかにすることによって、その成果を人間学的な医療の実践に活かす道を共に探ろうとするものである。

そこでまず丸橋は、ヴァイツゼカーの医学的人間学の基本構想を医学哲学の歴史的な文脈の中に位置づける。とりわけ「治療的なゲシュタルトクライス」と呼ばれる病む人と医療者とのあいだの移入的 transjektiv な関係にもとづいて、彼がいかなる人間学的な医療の実践をめざしていたのかについて、その理念型が示される。

次に丸岡は、科学論の立場から自然科学の方法論に焦点をあて、ヴァイツゼカーの理論の外延との関連から、これからの科学的方法論の可能性を展望する。主体と客体のスケール関係が本質的な仕方に関わる動力学 Physical Kinetics の問題にとって、自然科学の伝統的な方法としての主体と客体の切り離しは本質的な困難となるが、ヴァイツゼカーの問題意識を参照することによってこの困難を解消する方向性が示される。

さらに伊藤は、ヴァイツゼカーが生涯に渡る自らの活動を総括して語った「医学への心理学の導入の試み」という言葉を導きとして、「感じる科学」としての心理学の理論的可能性について考察する。ゲシュタルトクライスをモデルとする生命活動の本質は相互隠蔽性にあるが、医療行為も一つの生命活動である限りは、やはりこの隠蔽性を本質的に伴っており、客観化とは異なる「感じる」という要素がこれに不可欠になるということが示される。

最後に藤戸は、総合診療医としての臨床の立場から、理由や原因よりもそこにある事実や結果を重視する現代医学の「なぜ」から「なに」へという変化の側面に着眼し、むしろ「なぜ」を重視し、身体疾患にまでその概念を広げようとしたヴァイツゼカーの人間学的医療の可能性を検討する。ヴァイツゼカーの考えはなぜ現代医学に取り入れられていないのか。臨床現場で問題になることは、その反証可能性、実効性である。しかし、治療者を同じ土俵にのせるなら、新たな視点もうまれるであろう。実際の臨床例を引きながら、反論理性、相互性、パトスなどの鍵となる概念を再考することによって、「なに」と「なぜ」の限界と可能性について検討が試みられる。

臨床における不確実性への耐性

牛澤 洋人（明正会 錦糸町クリニック、東京大学大学院）

科学的な手法でエビデンスが日々生み出されている一方で、臨床現場にはエビデンスのない不確実な領域が広がっている。経済学では40年以上前から「不確実性」という用語が用いられており、臨床現場でも不確実性とそれへの耐性の重要性が注目されるようになってきた。不確実性は患者や臨床医を脆弱にさせ、臨床医は明確な診療方針が提示できず、患者や同僚に対して無知を表明しているような気持ちになる（Simpkin 2016）。不確実性への不耐性はうつ病の構成概念である（Alschuler 2015）。

本研究では、医療者や患者とその周囲の人々において、臨床のなかでも心理社会的要因が絡む事例での不確実性への耐性の必要性について検討したい。

不確実性への耐性は、北欧の精神科臨床で成果を挙げているオープンダイアログの手法の根幹となっており、答えのない不確かな状況に耐えることと定義される（Open Dialogue Network Japan 2018）。

不確実性をうまく受容できなかった結果として、職業関連のストレスが増加し（Logan 1996）、過剰な検査オーダーが増加し、医原性の外傷が増加し、患者からの病歴聴取が減り（Kassirer 1989）、意思決定プロセスが早期に打ち切られ、診断エラーが増える（Simpkin 2016）。他方、不確実性に耐性を持つことの効能も知られている。不確実性への耐性スコアが高いプライマリ・ケア医は精神的に消耗しにくい（Torppa 2015）。

以上より、臨床における不確実性が患者にも臨床医にも負の影響をもたらし、臨床医がそれへの耐性を身につけることで、患者にも臨床医にも有益であることが確認できた。それでは、どの程度どのように不確実性への耐性を身につければよいのだろうか、はたしてそれは訓練によって身につけることができるのだろうか。こうした論点についても言及したい。

臨床実践における目的論的思考の構造と機能について

—臨床判断の学的モデルの構築にむけて—

西村 敏樹(独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター)

本発表の目的は、臨床実践における目的論的思考 teleological thinking を明確に定義づけ、他の思考法と機能的に関係づけることにより、医学と倫理学とを統合した臨床判断の学的モデルを提案することにある。

まず、本発表で考察する目的論的思考を、人間主体の意図 intention 的な行為 action にかかわる思考法とし、アリストテレス、アンスコム G.E.M.、テイラーC.、フォン・ウリクト G.H.、リクール P.らの学説史をとおして、目的論的説明 teleological explanation・目的論的倫理 teleological ethics・実践的推論 practical inference の3つの思考パターンにわけて定義づける。

つぎに、目前の患者の、疾患 disease とそれに起因する病の経験 illness experience とからなる、わずら(患/煩)い suffering の病像を理解する局面において、「目前の患者がそのようにふるまったのは、～を意図したからである」という目的論的説明が、いかに自然科学と人間科学による因果論的説明・確率論的説明・物語論的説明とともに相補的に機能して、病像全体の理解をより精緻なものにするかを明らかにする。

さらに、臨床行為の倫理的妥当性が問われる局面において、「このような病像にあって、目前の患者の真に望む、よき生 good life の実現を目指す」目的論的倫理が、いかに原則論的倫理と物語論的倫理とともに相補的に機能して、倫理的により妥当な臨床行為の在り方の検討へと導くかを明らかにする。

最後に、病像の理解、倫理的妥当性の検討を踏まえて、「目前の患者の真に望むよき生の実現を目指す」という目標を<大前提>に、より具体的な<小前提>としての「現実に患者の望み得ること」の正しい目標設定を、それを実現しうる<手段>(疾患の治療 treatment と病の経験へのケア care とからなる癒し healing の手立て)とともに創案する<実践的推論>が、いかに医学と倫理学とを相補的に機能させて、よりよい臨床判断 clinical judgement へと導くかを明らかにする。

以上の考察から、目前の患者主体の志向性 intentionality を中心とした、医学と倫理学とを機能的に統合する、臨床判断の学的モデルを提案する。

臨床研究における研究者と実践者の二つの役割を超えて

石川 洋子（旭川医科大学）

本発表は、研究者と実践者という二つの役割を持つ研究者が看護介入を行う意味や研究者としてのあり方について検討し、研究と実践の倫理を捉え直すことを目的とする。発表者は現在、看護介入プログラムの開発における Feasibility study（「進行非小細胞肺癌患者への症状クラスターリダクションライフサポートプログラム評価—Feasibility Study（実用性試験）」旭川医科大学倫理委員会 承認番号 16185-4）を行っている。研究対象者である患者に対するデータ収集や介入プログラムの実践を進める中で研究者と実践者という二つの役割から生じる葛藤を経験した。

臨床研究はすべて研究対象者側の利他性に依存するという研究対象者自身の利益ではなく将来の患者のためであるということを前提にしている。研究者は研究計画立案時から研究自体に何らかのバイアスがかかっているか、など常に中立的・批判的な態度が求められる。臨床研究は新たなエビデンスを作り、最適な医療ケアについて探索する作業である。しかし将来の医療ケアに貢献するという臨床的意義や科学的妥当性について倫理委員会から評価されていても、研究者の実際の心の中の臨床的均衡 (clinical equipoise) は成立していない。

発表ではまず、研究者が臨床研究を行う際に生じる研究者と実践者として二つの役割は、全米委員会による被験者保護のガイドラインである「ベルモント・レポート」の診療と研究の境界 (boundaries between practice and research) によって示されたことを発端とすることを確認する。次に、G. H. ミードの社会的自我論において中心的内容である「I」と「me」の二つの局面の相互作用という見地から、臨床研究における研究者と実践者という二つの役割は対立するものでも別物でもないこと、そして両者は研究者の中にある二つの局面であり、この局面に生じるせめぎあいによって臨床研究における研究者としてのあり方が創発されることについて考察する。

本研究は科学研究費助成事業基盤研究 (B) 18H03080 (研究代表: 濱田珠美) の研究成果の一部である。

永井潜の『生命論』と大正期の思想界

—「医学と哲学」の結節点と分岐点—

宮島 光志（富山大学）

近年では失敗学やダークツーリズムのように「負の遺産」を活かす試みが盛んになっている。今回の大会テーマ「哲学と医学の対話」に関連させて、本報告では、今から1世紀余りに当代きっての医学者と哲学者の対話が不調に終わった事例を紹介したい。そこから異なる分野の対話を促進するための心得（作法）を学ぶことを、本報告は狙いとする。

まず、医学者として哲学的な生命論を著述して一世を風靡した永井潜（1876-1957）の事績を辿りたい。出世作『生命論』（1913）以来『医学と哲学』（1915）『生物学と哲学との境』（1916）に至るまで、初期の永井は「哲学」にこだわり続けた。だがその後『人性論』（1916）『アリストテレスよりニュートン』（1929）『科学的生命観』（1929）『優生学概論』（1936）『新生命論』（1940）と続く作品は哲学的な色彩を払拭して科学的な色合いを強め、優生学（人種改善学）に収斂していく。ちなみに「日本健康学会」（2017年4月より名称変更）は永井らが1930年に創設した「日本民族衛生学会」に淵源する。

哲学界の重鎮であった井上哲次郎（1856-1944）は、好評を博した『生命論』を取り上げて、論説「生理學者の生命論（主として永井博士の『生命論』を批評す）」（哲學會編『哲學雑誌』第29巻第330号（1914.8））を公表した。井上は「余り問題を狭く限らずに此書物を土台として、広く生命に関する事を御話したい」と前置きして、永井の文才を褒めながらも、その問題点を分析的に指摘および批判して、最終的に自説を開陳している。

それに対して、永井も『生命論』第3版（1915）で一定の改修を施し、その「序」で井上の批判に対して自著を擁護している。大局的に見れば、井上の「現象即實在論」と永井の「精神的一元論」は親和性を持っているが、両者の溝は埋め難かったようである。

大正期は「大正教養主義」（文化と教養と人格の重視）や「大正デモクラシー」（政治意識の高揚）と同時に「社会の改造」（優生学の興隆）の時代であった。そして生命思想のバブル期でもあった（大正生命主義）。井上哲次郎の「国民道德論」と永井潜の「人種改善論」はそうした時代状況を映す鏡として、令和の世に示唆を与えてくれよう。

産科医療技術の低下とその社会的受容の原因の分析

～骨盤位（さかご）経膣分娩管理技術について、妊娠女性の選好制限の視点から

中井 祐一郎（川崎医科大学産婦人科学1）

比名 朋子（神戸市看護大学ウィメンズ看護・助産学）

科学全般と同様に、医療においても技術は進歩し、診断・治療における確実性の向上と侵襲性の低下として具現化される。しかし、産科においては医療技術の明らかな低下が生じているが、骨盤位経膣分娩を例として、その原因を分析し、かつこれが妊娠女性によって受容された経緯を検討する。

一般に、経膣分娩に比べ、帝王切開は麻酔と開腹、子宮切開というより大きな侵襲を伴う。また、分娩が生理的現象であることを考慮すれば、帝王切開を経膣分娩と等価とはできない。日本産科婦人科学会では骨盤位であっても、通常の分娩様式である頭位と同様に経膣分娩は可能とするが、現実的には殆どの施設で帝王切開が無条件に選択されている。

歴史的には、帝王切開の方が児の予後がよいという国際的多施設共同研究の結果が2000年に出されたことを契機として、米国産婦人科医会が帝王切開を推奨し、本邦でも急速に帝王切開に移行した。しかし、この解析方法に問題があり、再検討によって経膣分娩との間に有意差がないことを、共同研究者のGlezermanが暴露した。その結果、米国での帝王切開の推奨は取り消されたが、6年間のギャップは大きく、本邦でも技術継承が困難になり、現在に至っている。このほかの原因として、訴訟リスクとともに、Glezermanが指摘したように医師にとって帝王切開が安易な道であることも挙げられる。

現在では、骨盤位となった妊娠女性の多くは、不可欠ではない帝王切開の結果、過大な侵襲を被っているが、一般的には低侵襲の方法に代わって、高侵襲の療法が選ばれることはない。確かに、帝王切開の適応は曖昧であるため、地域における選択傾向の差もあって、秋田県の12.3%から高知県の25.3%まで、その実施率に倍以上の差が生じている。このような事態が妊娠女性に受容されるのは、産科医を含めた社会の中で、児を担保とする圧力が妊娠女性にかけられているが故と考えられる。

海外で治療を受けて帰国した患者の受け入れについて

大戸 圭介（岡山商科大学）

高度な医療を求めて、低廉な医療を求めて、自国では受けることが困難な医療を求めて…患者たちは国境を越える。たとえば、日本の性同一性障害（GID：Gender Identity Disorder）患者の半数以上は、海外で性別適合手術（SRS：Sex Reassignment Surgery）を受けてきたと言われている。そして、帰国後に合併症を引き起こして“ジェンダー難民”となった患者が、国内で（再）治療を受けることもある*1。また、海外で臓器移植を受けた患者は、帰国後に国内でフォローアップを受けている。

このような海外で治療を受けて帰国した患者が、国内の医療機関で診療を求めた場合、どうあるべきか。たとえば、上記 SRS のケースにつき、難波は「医師なら困った患者がいれば診るべきであろうが、SRS を行った経験がない医師がそのような合併症患者を引き受けるだろうか。SRS を行っている我々がそのような合併症患者を受け入れて診察した場合でも、現地で手術方法や術後経過に理解が及ばないことがある。」と述べている*2。しかし、そのような困難さを抱えながらも、最後の砦として患者（ジェンダー難民）を受け入れてきた。

他方で、臓器移植に関しては、「中国において臓器売買（臓器ブローカー）の絡むような腎移植をした者に対しては、診察・診療を行わないものとする。」との内規に基づいて、病院が患者のフォローアップの求めを拒んだ事案がある*3。

両者の姿勢の違いはどこにあるのか。報告者は、後者（移植）のケースを継続的に調査してきた。その調査結果に基づいて検討を及ぼしたい*4。

*1 難波祐三郎「日本医療とメディカルツーリズム」GID（性同一性障害）学会第21回研究大会・総会、シンポジウム1「性別適合手術のためのメディカルツーリズム」（座長：佐々木掌子）、2019年3月23日岡山県医師会館（抄録集29頁）

*2 難波・前掲報告

*3 静岡地判平成30年12月14日

*4 本研究は公開されている裁判例や2次資料に基づくものであり、倫理指針等で審査委員会の承認を得る必要のないものである。報告にあたり患者のプライバシー等には十分配慮する。

匿名の精子提供者の自己情報開示に関する意識

一 開示可能範囲や開示可能理由を探る

新田 あゆみ（上智大学大学院実践宗教学研究科死生学専攻 博士後期課程）

非配偶者間人工授精（AID）のありかたについての議論や検討が続けられている。AIDとは夫以外の精子を用いて行われる人工授精、日本においては婚姻関係にある挙児希望の夫婦のうち夫の精子による妊娠が困難と診断された夫婦が選択できる不妊治療と位置づけられた技術であり、1949年以降1万人以上を誕生させてきた歴史および実績をもつものである。それによって待望の子どもを迎えることのできた夫婦が多々存在することは間違いのない。しかし日本のAIDでは、精子提供者は匿名の第三者とされていることから、AIDで生まれた人は、生まれながらにして生物学的父との縁を絶たれる状況、言い換えれば、いわゆる出自を知る権利を否定なく奪われた状況におかれるということができる。その状況が悲嘆や不利益を引き起こしうるのは当事者の声などから明らかになっており、諸外国では、精子提供者の匿名性を廃止するなどの策が講じられ始めている。日本も各国にならい、精子提供者の匿名性廃止などの検討を始めているものの実現してはいない。ただ、これらの動向から提供者の数は減少、AIDの受付を休止する医療機関も出てきている。

そのなか、インターネット上には医療機関を介さず精子提供を行う者が登場し、存在感を増している。彼らの多くは匿名で活動しつつも、提供希望者を安心させるため、あるいは提供を受けて生まれた子どもの出自を知る権利を尊重したいとの考えから、自己情報を部分的に開示している者が多い。では、彼らにとって開示できる情報、また、開示できない情報とは何であるのだろうか。医療機関で行われるAIDと、個人での精子提供とを同次元で語ることはできないが、これを調査することにより、AIDにおける精子提供者の匿名性に関する検討を行ってみたい。

なお、本研究は上智大学「人を対象とする研究」に関する倫理委員会の承認を受けて実施している（承認番2018-85）。また、上廣倫理財団による研究助成を受けて行っている。

「心因性」の身体症状

藤戸 善伸(函館五稜郭病院)

身体症状を呈しているが、身体的に原因同定や治療が困難と考えられる場合、「心因性」という名をつけて精神科以外の科は治療を放棄する。逆に精神科では、特に最近、身体的な症状を対象としない。対象としないというよりは対応できないというほうが正しいかもしれない。私は現在総合診療科に属しており、このような狭間で苦しむ方がしばしば相談に訪れる。

なぜ医療の現場で心因性の身体症状がこのように忌避されるのか。それには多くの理由が考えられる。その症状に名前を付けられない、対応の方法がわからない、保険適応がない(利益がない)、その患者と関わるのが医療と判断できるのかもわからない。これらの理由のほとんどには根拠がない。身体症状をとまなっているのだから、名前をつけることも、対応の方法を考えることも、本来医学の仕事のはずである。しかし現実には、私の受け持ち患者の幾人かが、過去に複数の病院で出入禁止になった事実が如実に表されている。心因性という言葉は、ストレス→症状という単純な枠組みを提供しているにすぎないが、言外に原因であるストレスの解消は医学の領域に属さないという示唆を含んでいる。

実際の状況はストレス→症状という構造よりはるかに複雑である。医療者に忌避されることによって、ストレスが倍加し、症状が悪化することもざらである。今回は、身体、精神、医療が複雑にからみあう実際の治療過程を提示し、「心因性」の身体症状とどのように向き合う可能性があり、その治療の目指すところが、現代医学にどのような示唆を与えうるのか、という点を論じる。(患者の治療過程の提示においては、患者が特定できないように匿名化しプライバシー保護をはかる)

次世代医療基盤法に基づく医療情報の利活用に係る倫理的課題と展望

河原 直人（九州大学病院 ARO 次世代医療センター）

医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律（平成 29 年法律第 28 号）が 2018 年 5 月 11 日に施行された。同法により、医療機関等はあらかじめ本人に通知（最初の受診時に書面で行うことを基本として法施行前から通院している患者を含む。）のうえ、本人が提供を拒否しない場合、匿名加工医療情報作成事業を行う認定事業者に対して任意で医療情報を提供することが可能となる。また、認定事業者は医療機関等から収集した情報を匿名加工し、企業等を含む医療分野の研究開発の用に供することができるようになる。

同法で規定される匿名加工医療情報とは、特定の個人を識別することができないように医療情報を加工して得られる個人に関する情報であって、当該医療情報を復元することができないようにしたもので、本人の同意なく第三者に対する提供が可能とされる。さらに、医療情報取扱事業者（医療機関等）が認定事業者に対して医療情報を提供する場合、あるいは、匿名加工医療情報取扱事業者（研究機関や企業等）が認定事業者から匿名加工医療情報の提供を受ける場合、医学系倫理指針やゲノム倫理指針等は適用されず、倫理審査委員会の承認を得る必要もないとされる。

こうしたことを実現させるには、情報セキュリティと匿名加工のための高度なテクノロジーの確立が必要不可欠となる一方、個人の権利利益の保護に配慮しつつ、医療情報が安心して円滑に利活用できる仕組みの整備が前提となる。しかしながら、同法の運用の実際について未だ明確になっていない点も多く、今後の動向が注視されている。

本発表では、こうした新たな医療情報の利活用の仕組みにおける倫理的側面 ― 特に、従来の医学研究における説明と同意をめぐる種々の考え方との差異、そして、認定事業者における匿名加工医療情報の提供の是非の判断に際しての審査のあり方等に着眼したうえで、実際の運用をめぐる課題と展望を行おうとするものである。

研究発表 C-2-2

11月10日 9:50~10:20

C会場（看護・第1合同）

患者・家族と医療者を対象にした哲学対話

ーセルフスティグマの軽減に向けてー

佐野 桂子（一般社団法人哲学相談おんころ、大阪大学大学院生命機能研究科）
フラヴィア バルダリ（東京大学大学院法学政治学研究科、一般社団法人哲学相談おんころ）

大阪大学医学部附属病院などで、がんや難病の患者とその家族、遺族と医療者を対象に哲学対話「おんころカフェ」を開催して3年が過ぎた。病の告知を受けた時点から、患者や家族には、さまざまな精神的負担が生じるにも関わらず、医療現場での対応は十分とはいえない。他方、近年、盛んに哲学対話（哲学カフェ）が開催されるようになってきたが、患者と医療者を対象にしたものは、ほとんどない。哲学対話「おんころカフェ」は、病と直接関係のないテーマを設定し、対話を進めることによって、病から距離を取りつつ、他者の意見に耳を傾け、病を契機とした新たな思考や生き方の再構築を促すことを目的としている。一般的な哲学カフェや患者を対象としたがんサロンなどとの比較から哲学対話「おんころカフェ」を紹介する。また、対話を通して、患者らは、病に罹患したことを契機に、無意識に好ましくない属性に自らを位置づけていることが見えてきた。この好ましくない属性をスティグマ（負の烙印）と呼び、中でも自分自身に対するスティグマをセルフスティグマという。スティグマは、社会学領域や医学領域では精神科の当事者研究として論じられることは多いが、緩和あるいは終末期医療の領域においてスティグマに焦点を当てた研究は少ない。患者らが抱えるセルフスティグマを軽減することは、病を抱える自己を肯定し、再び自分らしく人生を生きることを可能にする。このセルフスティグマに対して対話が果たせる可能性を検討し、今後の課題を提起したい。

大阪大学医学部附属病院観察研究倫理審査承認 承認番号：16195

交通アクセス ※おおよその所要時間です

