

第41回日本医学哲学・倫理学会大会

変わりゆく医療 対話する哲学

プログラム・予稿集



2022年10月8～10日

群馬大学医学部（昭和キャンパス）

第41回 日本医学哲学・倫理学会大会

変わりゆく医療 対話する哲学

大会組織等	3
大会長挨拶	4
参加者、発表者・座長へのお願い	5
大会日程	8
特別講演：優しさを伝えるケア技法	
〈ユマニチュード®〉の思想・実践・教育	14
特別ワークショップ：インプロ（即興演劇）の思想と教育	16
シンポジウム1：臨床倫理教育のあり方を考える	18
シンポジウム2：自律概念の限界規定について	24
コロキウム1~3 要旨	30
研究発表要旨	34
医哲 Café	56
アクセスマップ・会場地図	58

大会組織等

大会長：服部 健司 (群馬大学)
実行委員長：森 禎徳 (群馬大学)
実行委員：石田 安実 (神奈川大学・群馬大学)
勝山貴美子 (横浜市立大学)
倉林しのぶ (高崎健康福祉大学)
小館 貴幸 (立正大学)
島田 千穂 (佐久大学・群馬大学)
高井ゆと里 (群馬大学)
徳永 純 (狭山神経内科病院・群馬大学)
原 敬 (群馬大学・さいたま赤十字病院)
峯村 優一 (群馬パース大学)

《以上、あいうえお順》

河原 直人 (九州大学 学会事務局長)

会場：群馬大学医学部 (昭和キャンパス)

会期：2022年 10月 8日 (土) 10:00~18:00
10月 9日 (日) 09:20~18:00
10月 10日 (祝) 09:20~16:20

大会事務局：〒371-8511 群馬県前橋市昭和町3-39-22
群馬大学大学院医学系研究科医学哲学・倫理学講座
E-mail：41itetsugunma@gmail.com

大会ホームページ：http://itetsu.jp/main/?page_id=18

大会長挨拶

服部 健司 (群馬大学)

日本医学哲学・倫理学会の第41回大会を、群馬大学を会場に上州・前橋で開催させていただきます。名月赤城山の南のふもと（忠治の墓の最寄り駅・国定まで電車で20分）、関東平野の北限がすぐその前橋（旧称・厩橋[まやばし]）は、繭と生糸の集散地であった頃がその絶頂期でした。朔太郎は開業医の子としてこの地に生まれ、マンドリンをかき鳴らしていました。駅前には、甘い鉾物油臭のする掛け流しの天然温泉がありますが、首都圏からそこそこ近くてなにげに遠く、通勤圏内ではありながら通勤するには楽ではない所に位置します。首都圏の先生方には旅の気分を味わっていただきにくく、空路でのアクセスができないために全国各地の先生方には東京を経由して陸路でお越しただかざるをえない点、心苦しいかぎりです。だからこそ、わざわざお越しいただく価値のある、ぜひ参加してみたい大会になるよう、実行委員会一丸となって枠組と企画を練りあげました。

その際、同系の学会が他にある中、本学会ならではの特色を見定め、その強みを最大限にいかすことを第一に考えました。会員の多くは他の学会にも所属しているのが実情なわけで、似たような開催形態で大会が運営されるなら、どれかひとつに参加すればよいという気持ちにもなりましょう。そこで、過去の大会の慣行を見直し、開催テンプレートから大きくはずれた大会にいたしました。

いろいろある中やはり、人文・社会科学系の会員が過半数であることと、大きすぎず小さすぎずちょうどよい規模であることが本学会の持ち味でしょう。そこで、①一演題あたりの時間枠を拡大（45分枠を新設）し、時間切れによる不完全燃焼を減らす。②なるだけ会場数を絞り込み、聞きたいのに聞けない演題がある残念な事態を回避するように努め、このため3日間開催とする。③演者とフロアとの意見交換の時間を増やす。コロキウム枠を作り、演者の持ち時間を最長25分、意見交換65分以上とする。さらに、④学際的な本学会の会員の幅広いご関心を想定し、形而下にして具体的な実践系とコテコテの理論系、2本のシンポジウムを企画。⑤特別講演にくわえて特別ワークショップを設けて、従来不足していた身体表現系の実践とその教育に光を当て、ご参加いただく先生方にその新鮮さと現場への導入の必要性とを直にご体験いただく、減多にない機会を提供する。このため、安全策をとって早々にオンライン開催へと舵を切ることなく、対面開催の可能性を追い求めてまいりました。

準備にあたっては、とりわけ田代志門会長はじめ理事と事務局のみなさま、ご登壇をご快諾くださった先生方、実行委員のみなさま、前橋観光コンベンション協会、大学事務部学務課ならびに総務課庶務係のみなさまから一方ならぬご高配をいただきました。この場をお借りしてお礼申し上げます。

コロナ禍の大波小波をかいくぐりながらの、ひさかたぶりの対面開催の大会です。オンラインで人とつながり授業を行う日が来るだなんて夢の中ですらおもったことがなかったのに、それがすっかり日常化してしまいました。そしてオンラインにもよさがあることも知りました。それでもやはり、直接会って対話をしたいと思います。

参加者・発表者・座長へのお願い

■ 大会の概要

- ・今大会は、すべてのプログラムを対面方式で実施します。総会のみ、Zoom によるオンライン配信とのハイブリッド方式で行います。
- ・以下の通り、A～D の四つの会場においてプログラムを実施します。

A (基礎大講堂) 定員 292 名	特別講演、シンポジウム、総会、評議員会
B (基礎中講堂) 定員 144 名	個人研究発表、コロキウム 2、医哲 Café
C (基礎小講堂) 定員 105 名	個人研究発表、コロキウム 3
D (刀城会館)	特別ワークショップ、コロキウム 1

詳細は 8～13 頁の「大会日程」をご覧ください。

■ 参加者へのお願い

1. 参加費振込、参加登録について

参加を希望する方は、**2022 年 9 月 30 日(月)15:00** までに、(ア) Web 上で参加登録をするとともに、(イ) 参加費の振り込みを完了して下さい。遅れた場合は参加費が上がります。なお、お弁当を申し込まれる方は、参加費とあわせた合計額をお振り込みくださいますよう、お願い申し上げます。

(ア) 参加費の振り込み：次の銀行口座に振り込んで下さい。
横浜銀行（金融機関コード 0138） 金沢産業センター支店（店番号 349）
普通預金口座 口座番号 6038888
「日本医学哲学・倫理学会」

(イ) 参加登録：次の URL（Google Forms）にアクセスして行って下さい。
<https://forms.gle/ijzFNvTqW8xVNswd6>

2. 参加登録について

大会参加費は **9 月 30 日（金）15：00** までに **事前申込で納金する場合は 4,000 円（税込）** です。それ以降手続きをした場合は、**会員・非会員とも当日 5,000 円（税込）** です。学部生および社会人でない大学院生（会員・非会員）は **学生証の提示により 1,000 円（税込）** になります。事前申し込みの会員の方以外は、大会当日に **会場受付で参加登録を** してください。なお、特別講演・特別ワークショップのみの参加（非会員）は **それぞれ 1,000 円** です。

3. 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。

4. 年会費について

年会費（6,000円）未納の会員は、会場受付にてお納めいただけます。
入会も受け付けておりますので、会場受付でお手続きください。

5. 昼食について

食事は会員控室、発表会場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、事前にお申込みいただいた方にはお弁当を用意します。お弁当は2~3種類からお選びいただけます。料金は参加登録の際に合わせてお振込みください。
なお、キャンセルはお受けいたしかねますので、あらかじめご了承ください。詳しくは参加登録フォームをご覧ください。

コンビニはキャンパス内（アメニティモール）にローソンがございます。

6. 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。

7. 懇親会について

感染予防対策のため、懇親会費は中止いたしました。

参加費	事前申込（会員、9/30（金）15：00までの振込）	4,000円
	当日申込（会員・非会員）	5,000円
	学生・社会人でない大学院生（会員・非会員）	1,000円
	特別講演・特別ワークショップのみ（非会員）	各1,000円

■ 発表者へのお願い

1. 発表時間について

- ①コロキウムについては演者の提題を最大25分、フロアとの討論に65分以上を確保してください。
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A（日程表の青字表示）：30分（質疑応答10分）
発表B（日程表の黒字表示）：45分（質疑応答15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、事前に各自ご用意ください（キャンパス内ではコピーできません）。
- 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 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、セッションが終了しましたら会場受付まで座長役の方がご報告ください。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。質疑応答に際しては「質問に偽装した自説ないしコメント」や「冗長な質問」に対しては傍観せず速やかに介入してください。できるだけ多くの参加者に質問の機会を与えるとともに充実した討論が成立するようご配慮くださるよう、お願い申し上げます。

The 41st Congresses of The Japanese Association for
Philosophical and Ethical Researches in Medicine
Gunma University, 2022

大会日程

1日目

10月8日(土) 午前の部

	A会場(基礎大講堂)						
9:00~ 10:30	評議員会	<table border="1"> <tr> <td>基礎大講堂 292席</td> <td>基礎中講堂 144席</td> </tr> <tr> <td></td> <td>基礎小講堂 105席</td> </tr> </table>		基礎大講堂 292席	基礎中講堂 144席		基礎小講堂 105席
基礎大講堂 292席	基礎中講堂 144席						
	基礎小講堂 105席						
10:00~	<p>受付 基礎講義棟 1F ロビー</p>						
	A会場(基礎大講堂)	B会場(基礎中講堂)	C会場(基礎小講堂)				
10:35~ 10:40	開会式						
		座長：小館貴幸(立正大学)	座長：中澤武(明海大学)				
10:45~ 11:30		B-1 服部俊子(大阪公立大学) 安部 彰(三重県立看護大学) ライブ手術の倫理	C-1 馬場靖人(東北大学) 色盲当事者=科学者の色盲論				
11:35~ 12:20		B-2 徳永 純(狭山神経内科病院) ALS-FTDのケアを巡る倫理問題 ー飽くなき要求にどう応じるかー	C-2 長田 怜(浜松医科大学) 医療の質的研究に対するメカニズム説からの科学哲学的考察				
12:20~ 13:00	昼食・休憩						

* 日程表の青字表示は30分枠、黒字表示は45分枠を示しています。

* 事前に申し込まれた方にはお弁当をご用意いたします。受付にてお受け取りください。

* キャンパス内にあるコンビニエンスストア(ローソン)をご利用いただけます。

The 41st Congresses of The Japanese Association for
Philosophical and Ethical Researches in Medicine
Gunma University, 2022

1日目

10月8日(土) 午後の部

	A会場(基礎大講堂)	B会場(基礎中講堂)	C会場(基礎小講堂)
13:00~ 13:30		座長：蔵田伸雄 (北海道大学)	座長：仙波由加里 (お茶の水女子大学)
		B-3 川崎 優 (九州大学) 障害という概念に関する 哲学的分析	C-3 石井哲也 (北海道大学) 配偶子提供をアイデンティティ から考える
13:35~ 14:05		B-4 井藤佳恵 (東京都健康長寿 医療センター研究所) 認知症高齢者の医療上の意思 決定支援、自分の物語を 生きるということ	C-4 中井祐一郎 (小池病院産婦人科) 比名朋子 (神戸市看護大学) 産科医が認定する異常によって 浸食される妊娠女性の自由
14:15~ 15:00		座長：浅見昇吾 (上智大学)	座長：足立智孝 (亀田医療大学)
		B-5 石田安実 (神奈川大学) 医師-患者関係における信頼 と自律の関係について	発表辞退
15:05~ 15:50		B-6 小出泰士 (芝浦工業大学) フランスにおける臓器移植に ついての考察	C-6 堀江 剛 (大阪大学) 服部俊子 (大阪公立大学) 臨床倫理活動を問い直す 組織を含むコミュニケーション・ ネットワークの視点から
16:00~ 18:00	特別講演 伊東美緒 (群馬大学) 優しさを伝えるケア技法〈ユマニ チュード®〉の思想・実践・教育		

The 41st Congresses of The Japanese Association for
Philosophical and Ethical Researches in Medicine
Gunma University, 2022

2日目

10月9日(日) 午前の部

	A会場(基礎大講堂)	B会場(基礎中講堂)	C会場(基礎小講堂)
9:20~ 11:50	<p>シンポジウム1</p> <p>臨床倫理教育のあり方を考える</p> <p>座長</p> <p>有江文栄(国立精神・神経医療研究センター)</p> <p>服部健司(群馬大学)</p> <p>シンポジスト</p> <p>池辺 寧(奈良県立医科大学)</p> <p>勝山貴美子(横浜市立大学)</p> <p>原 敬(さいたま赤十字病院)</p>		
11:50~ 12:40	<p>昼食・休憩</p>		

*事前に申し込まれた方にはお弁当をご用意いたします。受付にてお受け取りください。

*キャンパス内にあるコンビニエンスストア(ローソン)をご利用いただけます。

The 41st Congresses of The Japanese Association for
Philosophical and Ethical Researches in Medicine
Gunma University, 2022

2日目

10月9日(日) 午後の部

	D会場 (刀城会館) 会場が変わります!	B会場 (基礎中講堂)	C会場 (基礎小講堂)
12:40~ 14:10	コロキウム1 蔵田伸雄 (北海道大学) 先端医療技術の倫理問題を扱う演劇 作品はどのようなものであれば よいのか	コロキウム2 安藤泰至 (鳥取大学) 杉原正子 (東京医療センター) 安楽死は医療行為なのか? —ベルギーの安楽死批判本を手がかり に考える—	コロキウム3 峯村優一 (群馬パース大学) 医療の倫理四原則 —四原則の性質と役割—
14:20~ 16:30	特別ワークショップ 高尾 隆 (東京工業大学) デモアシスタント: 直井玲子・堀光希 インプロ (即興演劇) の思想と教育		
		座長: 勝山貴美子 (横浜市立大学)	座長: 奥田純一郎 (上智大学)
16:40~ 17:25		B-7 坂本美理 (東京大学) 生殖と養育の倫理 (Procreative Ethics) における子どもに対す る責任の根拠—自発性と関係性 をめぐって—	C-7 城 祐一郎 (昭和大学) 安楽死・尊厳死におけるリビ ング・ウィルの法的位置付け
17:30~ 18:00		B-8 森本誠一 (大阪大学) 小児医療における身体拘束を めぐる倫理的課題について	C-8 南 貴子 (香川県立保健医療大学) 代理懐胎の法的規制における 可能性と方向性について
18:05~ 20:05		医哲 Café	

The 41st Congresses of The Japanese Association for
Philosophical and Ethical Researches in Medicine
Gunma University, 2022

3日目(最終日)

10月10日(月・祝) 午前の部

	A会場(基礎大講堂)	B会場(基礎中講堂)	C会場(基礎小講堂)
9:20~ 11:50	<p>シンポジウム2 自律概念の限界規定について</p> <p>座長 圓増 文(東北大学) 森 禎徳(群馬大学)</p> <p>シンポジスト 石田安実(神奈川大学) 日笠晴香(岡山大学) 徳永 純(狭山神経内科病院) 米田昭子(山梨県立大学)</p>		
11:50~ 12:40	昼食・休憩		

*事前に申し込まれた方にはお弁当をご用意いたします。受付にてお受け取りください。

*キャンパス内にあるコンビニエンスストア(ローソン)をご利用いただけます。

The 41st Congresses of The Japanese Association for
Philosophical and Ethical Researches in Medicine
Gunma University, 2022

3日目(最終日)

10月10日(月・祝) 午後の部

	A会場	座長：村松聡(早稲田大学)	座長：有馬斉(横浜市立大学)
12:40~ 13:25		B-9 盛永審一郎(小松大学) ヨナスにおける Integrität の 概念	C-9 稲荷森輝一(北海道大学) 医学部地域枠制度の 倫理的問題点
13:30~ 14:15		B-10 田代志門(東北大学) 面会制限の倫理	C-10 吉田修馬(上智大学) トランスヒューマニズムをめぐる 倫理的問題について——ニック・ボ ストロムの議論を手がかりにして
14:20~ 14:50		B-11 足立智孝(亀田医療大学) 看護学教育における人文学教育 の意義—欧米における議論を参考に して—	C-11 高井ゆと里(群馬大学) 研究倫理において被験者の 同意とは何か
15:00~ 16:15	<p>A会場 以下 対面・オンライン併用</p> <p>学会賞・奨励賞表彰式 総会</p> <p>https://gunma-u-ac-jp.zoom.us/j/81003889343?pwd=ejRrTjVvdKJ2NlEzdVpvZk5PRnVIQT09</p> <p>ミーティング ID: 810 0388 9343</p> <p>パスコード: 466392</p>		
16:15~ 16:20	閉会式		



8日(土)16:00~18:00(A会場)

司会: 服部 健司 (群馬大学)

優しさを伝えるケア技法

〈ユマニチュード®〉の思想・実践・教育

伊東 美緒 (群馬大学大学院保健学研究科)

ユマニチュードとは、フランス語の造語で「人間らしさ」を意味する。フランスの黒人の詩人エメ・セゼールが提唱した概念「ネグリチュード」に由来し、「ネグル」という黒人奴隷を意味する言葉から生み出された。「ネグル」は、本来は侮辱的な言葉だが、「ネグリチュード」は「アフリカ人らしさ・黒人らしさ」を示し、「黒人の文化がどれだけ人類に多くのものをもたらしているか」を誇りに感じる思いを含んでいる。これに倣い、ユマニチュードは、「人間らしさを取り戻す」という意味を含む¹⁾。

混乱して興奮する人、全く反応のない人、もちろん彼らは人間である。しかし、なぜそのような状態になるかという、周りの人の何気ないかわり方によって、(自分は仲間として大切にされていない)と感じることがきっかけになるのである。ユマニチュードのケア技法は、優しさを伝える(“あなたを大切にしている”ということ伝える)ために、“人とは何か”という哲学的な問いを立て、その問いをもとに開発されてきた。視覚・聴覚・触覚を同時にポジティブに刺激するマルチモーダルコミュニケーションの活用により、本人が(私は大切にされている)と感じることができれば、興奮がなくなり、また、反応を示さなかった人も返事をしてくれるようになり、これが人間らしさを取り戻すことになるのである。

ユマニチュードの基本的な技術としては、“4つの柱”と“5つのステップ”というものがある。4つの柱は、①見つめる、②話しかける、③触れる、④立つことの支援であり、挨拶やケアの際に①~③を同時に使うのがマルチモーダルコミュニケーションにあたる。④は、最期の日まで少しの時間でも立つことによって、(自分は他の人と同じである)と感じ自尊心を保つことができ、同時に筋力やバランス感覚などの保持につながる。

“5つのステップ”は、①対象者に近づく、②挨拶する、③治療やケアをする、④別れの挨拶をする、⑤対象者から離れるという、対象者に治療やケアをする際の場面を時系列で分け、それぞれのポイントでの留意事項を具体的に言語化している。

これらの技法を紹介し、この技法を用いることで実践でどのような変化が生じるのかを動画を用いて御伝えしたい。また、群馬大学の医学科と保健学科の看護学専攻ではこのユマニチュード教育を取り入れており、今年度ホロレンズというMR機器を用いてユマニチュードの①みつめる、②話しかける、を実践的に学ぶ方法を試すことができたため、この新たな教育方法についても紹介したい。

1) イヴ・ジネスト、ロゼット・マレスコッティ、「ユマニチュード」という革命。誠文堂新光社、2016

伊東 美緒 (いとう みお)

千葉大学看護学部卒業。東京医科歯科学大学院保健衛生学研究科博士後期課程修了。病院に勤務していたころ、挿管のチューブを見て首を振って嫌がる高齢患者さんの頭をがっつりと抑え、「先生、どうぞ」と言うことに何の疑問も持っていなかった。なぜなら、それが本人にとって良いことだと思っていたからだ。しかし、挿管された患者は訪室するたびに涙を流し、数日で亡くなった。この経験は、“高齢者のための医療とは何か”を考えるきっかけとなった。治療方法があるからやるという選択では最期の瞬間まで苦痛を強いることになる。高齢者のための医療・ケアのあり方について模索している。



9日(日) 14:20~16:30 (A会場)

司会: 服部 健司 (群馬大学)

インプロ (即興演劇) の思想と教育

高尾 隆 (東京工業大学)

インプロとは、役も、脚本も、設定も何も決まっていな中で、その場に出てきたアイデアを受け容れ合い、ふくらしながら、物語をつくり、シーンをつくっていく演劇である。このインプロは、演劇として上演され、俳優の訓練としてもちられるだけでなく、創造性、協力・協働、コミュニケーションを学び育てるための方法として、学校教育、企業研修、地域活動の中にも取り入れられてきている。

2020年より群馬大学医学部医学科では必修授業「医系の人間学」の中で、このインプロを取り入れた授業が行われている。1年次に3回、2年次に2回、3年次に2回の合計7回、22時間の授業を受ける。大教室で120名の学生がインプロ俳優たちのデモンストレーションを見ながらレクチャーを聞いたのち、30人ずつ4グループに分かれてのワークショップで実際にワークを体験してもらう大掛かりなものである。この授業によって、学生たちはインプロの考え方を知識として理解するのみならず、自分の身体を通して試行錯誤しながら実感をともなって学んでいる。このインプロの学習は、同じく「医系の人間学」の中で2年次から行われるクリニカル・シアターの基礎ともなっている。クリニカル・シアターはインプロ俳優たちが医療現場での対応困難な事例を演じ、学生たちがその後のやり取りを即興で演じるものである。

医療は失敗ができないがゆえに、チーム内で失敗やリスクについてオープンなコミュニケーションを取ることが必要である。予測通りにいかないケース、誰も経験したことのないケースなど、十分な準備の時間も取れないままに、その場の状況を的確に判断して創造性も発揮しながら最善の手を探っていくこともある。合理的思考だけでは片付けられない感情や生き方も絡んだ答えのない問題にも多く直面する。さまざまな背景を持つ患者を短い時間で理解して適切なコミュニケーションを取ることも求められる。やりがいのある職場環境、お互いの力を引き出し合うチームをともにつくることにも責任がある。これらの失敗・リスク、状況把握、創造性、感情、コミュニケーション、チームワークはすべて、先が見えない中で即興で何かを生み出すインプロにおいて重視されているものである。医学生たちがインプロを学ぶことで、これまでの医学教育では身につけられなかったこれらの力を、知識としてだけでなく、技能・態度として身につけることができると考えて、実践を積み重ねている。

本ワークショップは、医学教育の最先端である「医系の人間学」のインプロを取り入れた授業の一端を体験してもらうものである。インプロの思想がどのようなものであるのかをレクチャーとデモンストレーションで学び、その教育を実際にワークショップを体験しながら理解してもらう。インプロの考え方やワークをそれぞれの医学教育の現場でも活かしてもらえたら幸いである。

高尾 隆 (たかお たかし)

東京工業大学リベラルアーツ研究教育院教授。1974年島根県松江市生まれ。博士(社会学)。インプロ(即興演劇)に出会って26年、学校、劇場、企業、地域などにおいて、下は4歳から上は80代まで、演劇人、企業経営者、介護指導者など、さまざまな人たちとインプロ・ワークショップをおこなう。主宰するインプログループ「即興実験学校」ではインプロ俳優として舞台にも立っている。もう一つの専門は吹奏楽教育の研究と実践で、吹奏楽団の指揮もする。先日、東京工業大学においてゼミ生とともにインプロショー&吹奏楽コンサートを成功させた。著書に『インプロ教育—即興演劇は創造性を育てるか?』『インプロする組織—予定調和を超え、日常をゆさぶる』(共著)など。



シンポジウム1



9日(日) 09:20~11:50 (A会場)

臨床倫理教育のあり方を考える

シンポジスト

池辺 寧 (奈良県立医科大学)

勝山 貴美子 (横浜市立大学)

原 敬 (群馬大学・さいたま赤十字病院)

座長

有江 文栄 (国立精神・神経医療研究センター)

服部 健司 (大会長 群馬大学)

シンポジウムの趣旨

医療系教育機関における哲学・倫理学教育をいかに行うかという問いが、本学会は立ち上げの段階から、発起人・参加者共通の課題としてあったと伝え聞く。これまでも幾度か、教育をめぐるシンポジウムが行われてきた。本学会設立当初とは状況が変わり、いまや多くの医療系教育機関で応用倫理教育が行われるようになってきている。かかる現状を手放して歓迎することなく、医学哲学はどうした、応用倫理教育さえ行われたら哲学教育はもはや無用なのかという、目の覚めるような重要な問いが、第38回大会（奈良県立医科大学）シンポジウムで提起された。この実践系シンポジウムは、現行の教育に問いを投げかけるという点では、第38回大会シンポジウムを継ぐものであるが、問いの切り口は反対である。

今日、事柄そのものの重要性の等級を措くならば、医療現場においては臨床倫理のニーズが現にあることは確かである。ところが医療系教育機関の教育プログラムを眺め渡すと、臨床倫理教育に相応の時間を割いているケースは例外的で、主流は依然として事項解説レクチャー型のように、医療倫理・生命倫理教育導入期から変化がないように見受けられる。

それでは、臨床倫理教育はどの段階で、誰が、どのように行うものなのか。医療系教育機関を卒業したのち、就職先の臨床倫理認定士から教育を受けることが望ましいのだろうか。それとも学部教育で教育が行われるのが望ましいのか。後者だとしても、時間枠の制約があり卒前教育の内容がすでに過飽和状態にあることを見遣れば、そこに臨床倫理の枠を足そうという単純加算の発想ではまったく立ちゆかないことは明白である。これが本シンポジウムの背景である。

登壇者は、医療倫理教育を担当する人文・社会学教員、看護倫理教育を担当する看護学教員、臨床倫理教育に携わってきた医師のお三方である。フロアとの意見交換の時間を長く確保するため、登壇者数を慣行よりも1人減とすることにした。なるだけ各報告が噛み合い、意見交換が活発化することをねらって、各登壇者に持ち時間(10分以上30分以内)の中で可能な限り取り上げてくださるようお願いした事項を以下に枚挙する。

1. 臨床倫理教育は学部教育の中で行われるべきか、2. 行われる必要がないとお考えのときにはその理由、3. すでに行っておられる場合にはその概略のご紹介、4. 必要があるとお考えでありながら未実施・不十分の場合、実現にあたり何が障壁か、5. 医学哲学・医療倫理・看護倫理・生命倫理教育とのかねあい、6. 望ましい教育担当者、時間数、方法、コンテンツ、7. 評価法、8. 臨床倫理教育は標準化可能か。

有江 文栄（ありえ ふみえ）

英国シェフィールド大学留学時、実習病院が臓器移植における人種差別スキャンダルの中であり、同大学大学院に進んだ後には、日本で臓器移植法に基づく初の脳死移植が行われ騒動になっていた。これらがきっかけとなり臓器移植の倫理問題に関心を持ち、研究を行った。帰国後、聖路加看護大学博士課程でも臓器移植の倫理問題を研究し、哲学がトラウマになった。13年前に米国ジョージタウン大学ケネディ倫理研究所の門を叩き、3年間、臨床倫理教育や研究に携わった。哲学部出身でないことにコンプレックスと不安を抱いていたが、上司・指導者であったエドモンド・ペリグリーノ先生に“気にする必要無し！”と背中を押され、今は元気にアメリカでの教育経験を活かしつつ、対話式倫理教育を楽しんでいる。

服部 健司（はっとり けんじ）

旭川医大在学中、岡田雅勝先生（本学会名誉会員）の研究室に日参する日々を過ごしたが、その時はまだ、のちにワセダに12年間学費を納め哲学を学ぶことになるとは思っていなかった。国立武蔵療養所精神科で臨床研修中に参加したのが本学会第3回大会（岩手医大）であり、医療倫理学へのカント人格概念の不用意な適用の問題を扱った学会初発表は第12回大会（産業医大）であった。野菜と豚肉が新鮮・安い・おいしい群馬に移り住んでからこんにゃくの手づくりをはじめ、哲学読書会と文芸読書会を23年間続けてきた。2004～7年に臨床倫理ケーススタディ用のドラマ8本を製作。2020度からはインプロヴァイザーと舞台俳優たちの力を借りて授業に演劇的要素を取り入れ、頭でっかちでない臨床倫理教育を模索中である。

《シンポジウム 1》 臨床倫理教育のあり方を考える

臨床倫理教育のあり方を考える—倫理学教員の立場から—

池辺 寧（奈良県立医科大学）

勤務先の大学で、2017年度より医学科4年生を対象とした「実践的医療倫理Ⅰ」という科目を担当している。突如、講義依頼があり、担当することになったが、講義内容は一任された。講義時間は6コマ（3日間の集中講義）であり、学内、学外の先生に1コマずつ講義をお願いし、私は4コマ担当している。科目名は「医療倫理」だが、CBTを終え、臨床実習が始まる前に開講されることを踏まえ、臨床倫理に関わるような講義を行っている。コロナ前は事例を提示し、グループ討論および発表を課していたが、今は取りやめている。教員が一方向的に講述するだけの知識伝達では、臨床倫理教育は成り立たないのは十分承知しているが、現状ではやむを得ない。なお、6年次の夏に「実践的医療倫理Ⅱ」が開講され、外部講師の医師の先生が担当されているが、特に連携していない。

私の実践例はごくありきたりのものであり、報告に値しないであろうが、臨床倫理教育のあり方を考えるうえで取っかかりとなる事例として紹介する。臨床倫理教育のねらいは、学生が将来、臨床現場で直面する倫理的諸問題にどう立ち向かい、どう対処していくかを考えていくことにあるだろうが、私のような文系教員にとっての障壁は臨床経験がないことである。講義を通じて、学生に考えるための道具立てや討論する機会を提供することはできるが、「自分は医療者ではないが」と断り書きを付けたうえでしか自らの見解を述べることができず、不全感がいつもつきまわっている。ただ、学生の反応を見ていると、医学的知識の習得に追われ、ともすれば忘れがちになっていた患者の思いや苦しみなどを顧みる絶好の機会となっているようである。時間数や内容などの面で、本格的な臨床倫理教育の実施にはいたっていないが、臨床実習を前に実施する意義はあるかと思う。

私は勤務先の大学で、学部では1年次に開講される医療倫理学（前期：必修、後期：選択）、哲学（前期：選択）などの科目を担当している（いずれも医学科・看護学科合同科目）。それらの科目において、病い、痛み、死など、人生で誰もが直面するであろう問題を取り上げている。たとえば、痛みを単に除去・緩和の対象と捉えるだけでなく、人間にとっての痛みの意味を考える観点から講義を行っている。私としては、1年生を対象にしたこれらの講義の延長上に、直接のつながりはないにせよ、4年生の講義を位置づけている。

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准教授。1996年、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を経て、2015年、教養教育部門に配置換え。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、2017年）など。看護学生を相手に20数年、医学生を相手に10年余り講義を行っている。いつの間にか、こんなに年数を重ねたが、未だに迷ってばかりいる。

《シンポジウム 1》 臨床倫理教育のあり方を考える

看護系教育機関において倫理教育はどうあるべきか

勝山 貴美子（横浜市立大学）

Chris Gastmans は看護実践の倫理的な本質を「ケアに関係する人々（患者・家族・医療者等）が具体的に感じ・経験する「生きられた体験」、ならびに、これら当時者が対話し解釈し理解を共有しあって適切な答えを見つけていく「対話的解釈的プロセス」としている。このうち、対象となる人の理解、すなわち「生きられた体験」を臨床で学ぶことは看護学の学部教育に必須であり、それゆえ臨床倫理教育が必要である。私は20年以上にわたって行ってきた看護倫理学関連の授業の中で、学生たちが「生きられた体験」から何をどう学び、臨床倫理をいかに身につけるかに腐心してきた。例えば、医療現場の状況をイメージできない学生に対し、対象となる人のさまざまな立場の人が持つ価値の違いを理解する力を養うための教材の活用である。しかし、この方法にも学生が十分に学ぶためにはいくつかの障壁があることがわかってきた。まず、教育側の問題が挙げられる。看護学教育で「ケア・カリキュラム」の中に「看護倫理」が置かれてはいるものの、「倫理に関する理論、思考方法を学ぶこと」という記載にとどまっている。看護学教育は過密なカリキュラムの中で知識を効率的に学ばせることに重点が置かれているため、今そこにある現象を理論などで演繹的にとらえようとする傾向が強いためその現象をじっくり見つめ、帰納的に理解する訓練がなおざりにされてしまっている。この問題に教員自身が気づいていない、もしくはそれで良いと考えている人が多いということが指摘できる。その一方で、学生たちにも問題がある。というのも、学生は、偏差値中心の受験体制の中で過ごしてきたので、看護実践にも正解があると思いがちだからである。実際、患者の「生きられた体験」に向き合うことに苦痛を感じる学生は少なからずいる。大学入学直後の学生は、自分とその周辺の狭い範囲に関心が限定されているばかりか、周囲の人間が自分を世話してくれることが当然と受け止めている者が少なくない。その学生たちが、実習という場で患者の体験に向き合い、考え、苦悩し、時に拒否されるなどの経験を通して他者の価値と自分の価値の違いに気づき、看護をするものとしての責任を学んでいく。このプロセスこそ「自分」中心から「患者」中心への価値の転換のダイナミズムの経験なのである。その重要な臨床実習の機会さえ、シミュレーションなどを用いた教育の充実への変更によって奪われようとしているのではないかと危惧している。以上の教育上の経験に基づく危惧から、哲学を基盤とした人間理解、ならびに医療倫理学の学び、臨床実習の中で自らを反省すると同時に「患者中心」の価値への移行のダイナミズムを経験する教育の重要性をあらためて強調したい。対象となる人のそれぞれが「価値」を持つがゆえに自分とは異なることを実感し、そこで展開される臨床の「いま、ここ」に向き合えるように学生が教育されるべきである。臨床倫理教育の標準化はすべきではない。教師は患者であり、看護師であり、自分自身であり、臨床という「場」であるからである。

勝山 貴美子（かつやま きみこ）

横浜市立大学大学院医学研究科看護管理学分野教授。日本医科大学付属病院高度救命救急センター在職中、在学した明治学院大学社会学部キリスト教専門の講義の中で生命倫理に出会い、臨床における事象を倫理的な視点でとらえることの面白さに出会う。それ以後、関東支部の例会やケア部会で学びを深め、2000年から大学・大学院教育で看護倫理学の講義を担当。認定看護管理者教育においても看護管理者に対し倫理の講義を担当している。2021年からは時に群馬県嬲恋村の家で室内楽や在宅ワークに勤しんでいる。

《シンポジウム 1》 臨床倫理教育のあり方を考える

臨床の現場で通用する臨床倫理卒前教育とは？

原 敬（群馬大学 さいたま赤十字病院）

医学・医療の専門知の獲得と技術習得に邁進し、それを臨床に適用することだけが医者シゴトだと精一杯のちからで思いこもうとしていた。手術室へ出勤して手術し、終われば手術室から退勤する。こんなことがもしできたら医者の仕事はどれほど楽だろうか。駆け出しの外科医だった私は真剣に夢想した。

消化器外科医として疾患の診断と治療の修練に明け暮れていた私が初めてがんの告知に臨んだのは 1980 年代である。当時、がんの告知は例外だった。告知の仕方を教える指南書もなく、先輩の背中をみて自分なりにただその言葉尻を真似るしかなかった。患者はひどく落胆しきぞ悲しみ嘆くだろうと予測して、慰めかたを思案して臨んだのだが、この予習は通用しなかった。患者の反応は一樣ではなかったからだ。悲しみよりむしろ怒りを露わにする人もいて、私のなかの予定調和は次々と突き崩されていった。医学のように、いつでもどこでも誰にでも通用する万能な対処法はどこを探してもいまだ見つからないままである。

医療・ケアの方針を当人たちとともに決める過程で起きる臨床問題にどうすべきか・どうしたらよいかを一般的抽象的にではなく、目の前の「この人」に向き合い考えることが臨床倫理であるならば、相手とのその都度の関係がテーマになる。「本人にとっても家族にとっても納得できる悔いのない選択をすべき」や「患者の意思を尊重すべき」という教えが現場で通用しないのは、それがどのようなものであり、そこにどう向きあい、選択がどのようにして編みあげられていくものが関係のなかで実感できないからではないか。ここが発端となって予定調和が崩れ、それが現場のイザコザを生む。それを私たちは臨床の困難として体験しているのである。

医療系教育は臨床の現場で通用することを視野におく。臨床が生身の相手を対象とするかぎり、臨床倫理は現場で繰り返される相手への関わりが主題となる。臨床倫理の卒前教育が臨床の現場で通用するものであるかどうかは、この主観性・個別性・流動性にみちた多様な相手を前にして、学生がどのように相手を受けとり、自分自身が相手にどう反応するかをカラダでつかめるかどうかにかかっているのではなからうか。決められた質問を発して、こちらが想定する道筋のなかで、こちらが了解できる方角へ向かい到達するという予定調和が前提された教育は、すくなくとも現場では通用しないだろう。

哲学・倫理学の系統的教育を受けたことのない臨床医である私が群馬大学医学部で携わってきた、さまざまな仕方に取り組むケーススタディをふり返り、臨床倫理卒前教育を考えてみたい。

原 敬（はら たかし）

旭川医科大学医学部卒業。群馬大学第一外科学教室で消化器外科学を専攻し第一線医療に身を置いてきた。がんの病名告知が例外でなくなっていた 23 年前、病状告知・予後告知・余命告知へと告知が拡大してゆくなかで、外科医である自分自身の葛藤を医学哲学・倫理学研究室に持ち込んだことが臨床倫理とのなれそめである。以来、非常勤講師として臨床倫理卒前教育に関わりつづけ、製作に携わった臨床倫理ケースドラマでエキストラとして役者デビューも果たした。ホスピス・緩和ケア病棟ではなく、がん治療現場の緩和ケアチーム医へ軸足を移したいまも、葛藤を抱きかかえながら現場にいる。さいたま赤十字病院緩和ケアセンターに所属。

*The 41st Congresses of The Japanese Association for
Philosophical and Ethical Researches in Medicine
Gunma University, 2022*



シンポジウム2

10日(月) 09:20~11:50 (A会場)

自律概念の限界規定について

シンポジスト

石田 安実 (神奈川大学)

日笠 晴香 (岡山大学)

徳永 純 (狭山神経内科病院)

米田 昭子 (山梨県立大学)

座長

圓増 文 (東北大学)

森 禎徳 (群馬大学)

シンポジウムの趣旨

インフォームド・コンセントは現代医療の根本原則の一つであり、医療者が医療行為を開始するにあたって必ず満たさねばならない大前提である。そして言うまでもなく、インフォームド・コンセントが成立すると見なされるためには、患者が自己決定をなすうる存在である、という共通認識がなければならない。このように考えるならば、自己決定とは現代医療における中心概念の一つであり、実践、研究を問わずおよそ医療に関わるすべての者にとって十全に理解しておかねばならないきわめて重要な原理であると言えるだろう。

その一方で、我々が自己決定という概念について構築してきた共通理解——自己決定について論じる際の普遍的なスタートラインとなりうるような——はどれほど明確で確固たるものか、という点については、大いに疑問の余地があるのではないだろうか。例えば、「患者が自己決定をなすうる存在である」とは具体的にどのような状態を指すのか、自己決定と自律とはどこまでが同一でどこから異なるのか、自己決定とは能力なのか権利なのか、それとも果たすべき義務なのか、といった、自己決定概念をめぐる基本的な問いに対してすら、我々はまだ普遍的に共有可能な解答を見出すに至っていないのではないか。

自己決定概念の持つ重要性、またこの概念がもたらす帰結の重大性（とりわけ「死の自己決定権」をめぐる）に比べ、自己決定概念を支えるべき理論的基盤はあまりにも脆弱ではないか、本シンポジウムの背景にあるのはこのような問題意識である。そこで本シンポジウムでは、「死の自己決定」という「究極の選択」ではなく、もっと一般的で日常的な患者の自己決定に伴う倫理的問題に目を向けるという基本方針のもと、まず自己決定は純粋に自己自身のうちにおいて完結した決定ではあり得ず、他者や社会との関係性のうちにおいて形成されるものではないか、という問いを検討する。さらに、本シンポジウムではこれまで自己決定がもつばら患者の側に属する問題として論じられてきた経緯を問い直し、患者の自己決定を支援すべき医療者の側に求められる倫理性にも注目したい。またその際、特に患者の視点に立った臨床医療の現場からの報告をもとに、患者の自己決定支援の名のもとに医療者が行う倫理的に問題ある対応を考察することで、現実から乖離した議論に陥らないよう留意したい。

圓増文（えんぞう あや）

東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野・助教。慶応義塾大学文学部卒業、同大学大学院文学研究科博士課程退学、博士（哲学）。国土館大学などでの非常勤講師や日本学術振興会特別研究員などを経て、2015年より現職。専門は倫理学、生命・医療倫理。格差や差別など社会的不正義を背景とする医療の課題の一部として、慢性疾患医療や出生前検査の倫理的課題に注目してきました。これら諸課題を「福祉」や「自律」などの観点から分析すると共に、これらの概念をめぐる現代英米圏の規範倫理学・生命倫理の議論に検討を加えることで、課題の考察を行っています。

森 禎徳（もり よしのり）

「うどん県」に生まれ、18歳で上京してうどんの汁の黒さ、麺の腰の弱さに衝撃を受け、文化的多様性に触れる。東京では早稲田大学で哲学を学び、就職もせず大学院に進学、カントの「理念」をテーマに博士論文を書いた。その後はカント自由概念とのつながりでジョン・ロールズの「正義論」、さらに正義論つながりでアマルチア・センを勉強したのを機に、少しずつ生命・医療倫理学の領域に足を踏み入れ、今日に至る。主に公的医療保険制度が抱える問題点を考えつつ、「弱者にやさしい倫理学」のあり方を模索している。

《シンポジウム 2》 自律概念の限界規定について

自己決定は誰もが可能か？

石田 安実（神奈川大学）

「シンポジウム趣旨」に挙げられている様々な問題との関連で、次の2つの問いを取り上げたい。

(A) 「自己決定（の能力あるいは資格）は、皆が平等に持つものなのか」

(B) 「自己決定は、当人におよぶ様々な社会的影響を考えても本当に自己決定なのか」

以前の医療の文脈では、患者に想定する人間像として、合理的で冷静な判断が可能で自己充足的な人間（伝統的な自己決定＝自律についての理解）を前提していたため、これら双方にほぼ肯定形で回答したと思われる。しかし、発表者のこれらの問いに対する答えは否定的なものであり、患者に冷静な自己決定を常に求めるのは理不尽なのではないか、とさえ考えている。本発表では、これらの問いの持つ意味を整理した上で、その理由を説明したい。（発表者は「自己決定」が「自律」と異なることを了解しているが、本発表では近年の「自律」についての議論を援用して論じる。）

(A) については、①病状や感じる苦痛のため患者の自己決定の能力が損なわれ得ることは、容易に想像できる。それまで健康だった者が突然の癌宣告を受けて冷静な判断力を失う、という場合も考えられる。また、②「会社の仕事を放棄できないから、いま入院できない」等、患者の社会的状況や周りの者に対する配慮や忖度ゆえに自分のための決定ができない場合もあるだろう。さらに、③患者個人が育った環境ゆえに健全な自己決定の能力を持たず、自己決定ができないこともあり得るだろう。この最後のケースは深刻である。そして、そこに上記 (B) が重要である理由がある。すなわち、人が成長する過程で、人間関係および社会に支配的な考え方や価値観に影響される結果、好ましくない欲求や基準が内面化され、健全な判断のための能力が育成されず、自分（の力）で正しく決定ができない事態が問題となる。人間とはそもそもそういう社会的関係に生きる中で影響される存在であり、そのような人間像をもとに「自律」を解釈する概念を、(伝統的な自律概念に対して)「関係的自律 (relational autonomy)」と呼ぶ。この概念は、患者が自分が属する社会・文化の規範や人間関係ゆえに受けるべき治療を躊躇あるいは避けるという場合や、本人が自律（自己決定）していると信じ判断していても外部から見れば自律してないという場合等もうまく説明する。

「関係的自律」概念は論者により様々な用法があるが、共通点として、各個人はそれぞれの過去からの影響を引きずり、感情や欲求にも強く影響される不安定で脆弱(vulnerable)な存在であると理解される。これは、それまでの特別な心理作用や自己反省などを前提とした「自律」理解と異なり、様々な非合理的決定をすることもあり得るより現実的な人間を想定した「自律（自己決定）」である。しかし、患者をこのように理解する時、医療従事者は何を念頭に患者に寄添い、どう支援して自己決定に向かわせるべきであろうか。それを、参加者の方々と共に議論したいと思う。

石田 安実（いしだ やすし）

東京大学大学院博士課程（倫理学）を修了後、日本のバブル期の過剰な自己肯定の人々になじめず、米国のブラウン大学博士課程に留学。非常に緻密かつ激烈な学風にもまれながら、研究、大学教員と渡り歩き14年間を米国で過ごす。その間、多文化衝突の洗礼を受け、同時に4大アメリカ・スポーツとTVドラマ『ER』に衝撃を受ける。その後、フランスに3年間滞在。まったく異なる学風および素朴でありながら奥深い食文化の洗礼を受け、同時に暇があれば訪れた欧州の「美しき村々」に衝撃を受ける。帰国後、それまで関心のあった医療倫理に注力、特に既成の正統的概念を疑ってかかる生来の癖が抜けず、伝統的見解を（最近では「信頼」の観点から）問い直す作業を続けている。現在は、早稲田大学や神奈川大学などで非常勤講師。上智大学生命倫理研究所客員研究員。

どのような意思決定が尊重されるべきか——自律の観点から

日笠 晴香（岡山大学）

自律を尊重するとは、例えば、本人の自律的な選択と行動を他人が妨げないことであり、それらを支配的な影響にさらさないことであって、このような不干渉による尊重は、本人に別の行動をとるように説得することとは矛盾しない (J. F. Childress 2022)。本報告では、医療的な意思決定において本人の観点を尊重するための前提として、妨げられずに尊重される必要のある「自律的な意思決定」とはどのようなものを考察したい。

生命倫理学において、一方で、自律とは、一次的な欲求や選好を反省して受容したり拒否したりする二次的な能力であり (G. Dworkin 1988)、自律的な意思決定に必要な能力には、可能な選択肢を個人の価値や選好に照らして評価し、主観的な比較評価を行う能力も含まれると論じられるように (B. Schoene-Seifert 2022)、自身の一貫した価値に基づいて意思決定することが必要であると考えられている。また、たとえ医療者が適切だと提案する選択肢に反対したとしても、それが本人の価値や人となりに合致した選択であると判断される場合には、自律的な選択ではないと疑問を持たれることはあまりない (J. F. Childress 2022)。しかし他方で、そのような自律の概念では、一般的な人の一般的な行為の多くが自律的なものではないと判断されることになってしまう。また、実際には医療的な意思決定において、本人がそれまで表明してきた価値とは異なる選択を行うことはめずらしいことではない (T. L. Beauchamp and J. F. Childress 2019)。そのため、自律的な意思決定とは、意図的であり、理解を伴っており、他からの支配的影響がない、という条件を実質的に満たしていればよいと論じられる (T. L. Beauchamp 2010)。

このような議論を検討することで、医療的な意思決定に際して、本人の価値や目的が変化し得ることや、感情的な要素の影響を受け得ることなどをふまえながら、意思決定能力を有すると判断される人の「自律的な意思決定」の要件を考察する。特に、熟考の上で治療中止を選択したが、治療中止後にその再開を要請するように、過去の決定をくつがえす選択を現在表明するような場合や、これまで表明してきた価値や選好とは矛盾する選択をする場合、また、現在の価値や選好と表明している選択とが一見すると合理的に説明できないと判断される場合などに、それらが自律的な意思決定として尊重される必要があり得るかを考察したい。

日笠 晴香（ひがさ はるか）

岡山大学学術研究院ヘルスシステム統合科学学域 講師。文学部の学部生時代に生命倫理学の授業を履修し、人工妊娠中絶や終末期の治療選択などの問題の困難さに衝撃を受けたことで、意思決定の問題に関心を持った。臨床倫理学を学ぶために東北大学大学院文学研究科に入学し、以来、医療やケアにおいて、本人の主体性や観点を尊重することと本人の利益を守ることとのバランスをふまえた場合に、適切な意思決定プロセスとはどのようなものであるかを研究テーマにしている。

自己決定における「プロセス重視主義」の限界

徳永 純（狭山神経内科病院）

60歳代の姉はある医師に対し「薬を半分にして欲しい」という希望を言い出せなかった。ただその医者は「怖いけど評判が良い」とのことで通院している。一方、同じ科の別の医者は「にこにこよく話を聞いてくれるけれど、ひとつも良くなならない」。今日の医療倫理学で、自己決定を問題にした際に支持されるのは後者の方である。でも実際には患者からは選ばれない。

心底納得することより患者は治癒への期待を優先させる。代替医療を受けている患者から、分厚い資料を渡され、その治療を続けて良いか問われたことがある。私にはすぐに効果が見込めないことが判ったが、既に高額な治療費を払ったというので返答に窮した。代替医療について説明した医師は、少なくとも書類の上では「自己決定」を尊重した体裁をとっていただろうが、患者は半信半疑のままにいただろう。

私も患者がどこまで理解し、納得していたかわからないケースを経験している。別の医師が治療を断念した対麻痺の患者に、診断学的な証拠が不十分ながらも、多少リスクのある治療を試してはどうかと提案した。可能性のある疾患名を具体的に説明し、患者は治療の副作用なども一通り理解したと感じた。結果的に症状は緩徐に改善し一ヵ月で歩行可能になった。しかし数ヵ月後、全く別の、診療科も異なる疾患を患う友人を私の外来に連れてきた。「どんな病気でも治します」と説明した覚えはなかったが、治療の可能性を示したことで「魔法の治療」のように受け止められたのかも知れない。

エビデンスが不十分で、ガイドラインに記載されない領域は多く、治療の判断も医師によって大きく異なる場合がある。患者は、その時示された選択肢について、示された情報の範囲でしか考えることができない。プロセスさえ正しければ倫理的問題がない、とは言い切れないのだ。医師は情報のある程度恣意的に操作できるし、また患者の受け止め方まで知ることはできない。今回のシンポジウムでは自己決定における「プロセス重視主義」の限界を論じたい。ところで冒頭の「怖いけど治る」医師は、診療のプロセスに問題があっても、結果を積み上げることによって地域の信頼を勝ち得てきたとは言える。ブームが過ぎれば医院をたたんでしまう代替医療の医師よりは「倫理的」だろう。そこからプロセスを補う「倫理」とは何かについても考えてみたい。

徳永 純（とくなが じゅん）

慶応大経済学部卒業後、バブル崩壊直後の「失われた10年」を日本経済新聞記者として過ごす。根強く残る前近代的な商慣習を批判し、情報開示を徹底して自己責任に基づく公正な社会を築くべきと当時は主張した。医療におけるパターナリズム批判と自己決定の重視も、こうした社会動向と無縁ではないと考える。ただ、難病患者の窮状を知ってから弱者保護へと軸足を移し、群馬大医学部に編入学。服部研究室で臨床倫理ケーススタディの奥深さを学び、また優生思想批判の論文を仕上げた。卒業後は神経内科医となり、大学院では神経難病の治療法開発に携わる。一方で、難病患者をはじめとする社会的弱者をどう支えるか、をテーマに生命倫理分野の仕事続ける。

慢性病の人々の日常に在る治療上の意思決定について

米田 昭子（山梨県立大学）

慢性病の人に関わる治療上の意思決定で着目されているのは、透析療法などへの腎代替療法への移行時の意思決定や、非がん患者における人生の最終段階における医療の在り方とその際の意思決定である。終末期をどうありたいか、場所、治療内容を含めて本人が医療者と相談しながら決定していくプロセスが重要視されている。けれど、慢性病の人々は、診断時から、医療者に療養法を提示され、生活の中でその都度、意思決定を行っている。例えば、内服から、注射療法への変更時の意思決定、食事におけるメニュー選択時の意思決定等がそうである。これらは、あまりに日常的なものであり、多くの患者は成人期にある自立した判断能力がある人とみなされていることも関連し、誰でも簡単に決めることができ、あれこれ悩む必要がないものとみなされ、終末期医療の意思決定のようにには大切に扱われない。

現実には、慢性病の人々は、このような細々とした意思決定の積み重ねに難渋し、その結果、医療者の提案した「よりよい生活」を構築できないことも多い。

このような重要視をされていない意思決定を続けることを患者に強いているという意識は、医療者には乏しいのではないだろうか。

また、薬物の開発、病気のコントロール方法だけではなく、医療者の態度も時代により変わる。例えば、厳格なコントロールが主流であった糖尿病医療は、昨今では、緩いコントロールであっても QOL が保たれ、「その人らしいその人の希望に沿った」人生を歩むことを応援し、医学的データだけではなく、人生の意味に着目することの重要性が言われてきている。治療上における患者の意思決定は、治療法の開発の状況、医療者の考え方にも左右されている。

さらに、関わる医療者の経験も影響する。看護師になりたての頃の私は、透析療法を週3回受けながら生きていくなんて、そんなうつつとすることは嫌だと捉えていた。自分が嫌だと思ふ治療を慢性病の人には、疾患コントロールのためにという理由をつけて提案していることに違和感さえもたなかった。患者に、受け入れがたいようすがあれば、いかに重要な治療であるのかを解き、取り入れらよう説得してきた。患者が「抗う」場合は、病識の無さを問題として挙げた。臨床経験を重ねる中で、私がたどり着いたのは、医学的には慢性病の重篤な合併症がある身体で生きていくことをこちらが肯定できなければ、看護を提供できないのではないかということである。すなわち、自分の中の矛盾が解決されないうちは関われない。

一方で、患者が、提案する治療法を選択しない場合、それをこちらが受け入れるには、生じる結果を患者と一緒に引き受けていく覚悟を持った関わりが必要である。それは、引き受けることの重大さ、時間の長さ、複雑さゆえ、非常に難しい課題があり、絶対的に患者の意思を尊重することができるのか自信はない。

米田 昭子（よねだ あきこ）

大会長である服部氏とは、看護学生の時に初めて会った。その後、平塚共済病院で、医療倫理の研修に講師としてお招きした。「倫理」の型にはまった言葉を用いず、会場を動き回っての講義、私たちとのディスカッションは、ライブであった。さらに、短編小説を読み、そこに人間の深い心理を探し、看護師長も主任も真剣に語り合っていく研修は衝撃であった。臨床では、13年、糖尿病を中心とした慢性病の人へのケアを実践し、その後、看護教育の場に身を置き、横浜と甲府を往復している。2年ほど前から、哲学読書会、文芸読書会に参加し、臨床に後ろ髪を引かれたまま教育に身を置くという不安定さをなだめているところである。



先端医療技術の倫理問題を扱う演劇作品はどのようなものであればよいのか

提題者： 蔵田伸雄（北海道大学）

生命倫理・医療倫理の問題について授業や研修で議論するための素材として、そういった問題をドラマ形式で提示する素材はすでに複数制作されている。先端医療技術等の倫理問題について理解するためのドラマの使用には、技術の社会実装について具体的にイメージできるだけでなく、倫理問題についても実際に人間が演じるドラマとして見せることにより、問題を生々しく捉えることができるというメリットがある。

しかしこのような作品を制作する際は、論点をコンパクトに提示するために、問題が単純化されてしまうという懸念がある。また生命倫理・医療倫理について具体的な議論をするためには、登場人物の背景なども詳しく説明されている方がよいが、時間的な制約のため、そのような背景についてはあまり述べられることもない。「作品」としての完成度が重視されるわけでもないので、内容が退屈なものになってしまうという危険性もある。

一方「作品としての完成度」を重視するなら、登場人物の具体的な背景等の説明を組み込み、誕生・死・生の意味といった問題にまで立ちかえって扱うこともできる反面、問題点を適切に提示できなかつたり、冗長になったりする危険性もある。

提題者の蔵田は2021年に、ゲノム編集技術の受精卵への使用に関するドラマ『オンリー・ユー』の製作・上演に制作スタッフの一人として関わった(※)。内容は致死性の遺伝性疾患を発症する可能性がある受精卵に治療目的でのゲノム編集技術を用いる方がよいか迷っている20代の夫婦と、ゲノム編集技術を用いなかったために生まれてきた子を喪ってしまった年長の夫婦、さらに相談会コーディネーターの5人による対話劇である。対話の論点は技術を用いるリスク(オフターゲット)、次世代への影響、社会的格差、生まれてきた子の行動の制約、子に対する親の責任など多岐にわたる。

子どもの死、生殖の意味といった点にまで踏み込んだため、演劇作品としては完成度の高いものになった反面、議論すべきポイントと必要な情報を十分組み込むことができたのか、また内容的に刺激が強いために授業での素材として用いることができるのか、誘導的な結末になってしまっているのではないか、という懸念もある作品となった。

ここにはこのような作品を「誰が」つくるのか(研究者・教員か、業者か、劇団か、学会か)、特にその脚本を誰が書くのか、といった問題がある。またこのような作品をどのように使えばよいのか、といった問題もある。

本コロキウムでは医学哲学・医学倫理教育や、医療者を対象とした研修、市民との討議の中で用いる演劇作品はどのようなものであればよいのか、といった問題について参加者の皆さんと議論したい。参加者にはできるだけ事前にこの作品を視聴していただきたい。

※作品は以下で視聴できる。<https://www.youtube.com/watch?v=4CNTm0yF0Y>

・2020年度公益財団法人日立財団倉田奨励金「演劇を用いた科学技術コミュニケーション手法の開発および参加者の先端科学技術の受容態度の変容に関する調査」研究代表者 種村剛/弦巻楽団×北海道大学 CoSTEP『オンリー・ユー』：脚本・演出 弦巻啓太(弦巻楽団)

※本発表は科学研究費補助金基盤研究(B) 20H01175 による研究成果の一部である。



安楽死は医療行為なのか？—ベルギーの安楽死批判本を手がかりに考える—

提題者： 安藤泰至（鳥取大学 医学部）
杉原正子（東京医療センター）

米国オレゴン州における医師補助自殺（PAS）の合法化（1997年）、オランダにおける（積極的）安楽死の合法化（最終的には2001年）などを皮切りに、欧米では安楽死（積極的安楽死や医師補助自殺）の合法化が進んできた。特に2015年以降、こうしたものを合法化する国や州が急速に増えてきている。それに対し日本ではつい最近に至るまで、（こうした意味での）安楽死をめぐる議論は盛んであったとは言えず、議論の対象となっていたのは主として「尊厳死」（日本では延命治療の手控えと中止を指すことが多い）の法制化であった。しかし、有名な脚本家の橋田壽賀子の『文藝春秋』におけるエッセイ「私は安楽死で逝きたい」（2016年12月）、難病を患う女性がスイスに渡って補助自殺を遂げる様子をリアルに描いたNHKスペシャル「彼女は安楽死を選んだ」の放送（2019年6月）、京都で難病ALSを患う女性の求めに応じて致死薬を点滴に混ぜて死亡させた嘱託殺人の容疑で医師二人が逮捕されたというニュース報道（2020年7月）などが続き、日本でも安楽死について本格的な議論を始めるべきだという主張もちらほら出てきている。

本コロキウムは、単に安楽死に賛成か反対かということではなく、安楽死と医療行為の關係に焦点を当てて、議論を行いたい。上記のような意味での安楽死（積極的安楽死や医師補助自殺）の特徴は、患者を死に至らせることによって苦痛から解放する特定の行為（致死薬の注射や処方）を医師が行うところにある。こうした行為については一方で、患者を殺す（死なせる）ということから、医療行為の範疇外にあるもの、救命や延命という医師本来の任務からの逸脱であり、医の倫理の観点から許されないという見方がある。他方、患者を苦痛から解放するという点に焦点を当てることで、こうした行為もまた、緩和ケアにおける苦痛緩和や（緩和ケアのなかに位置づけられることも多い）持続的で深い鎮静の延長線上にある医療行為であるという見方もある（カナダのMAID法をはじめ、近年の安楽死合法化論や実際の法律では後者が強調されている感が強い）。

本コロキウムの代表者である安藤泰至は、2019年に著書『安楽死・尊厳死を語る前に知っておきたいこと』（岩波ブックレット）を出版し、京都ALS嘱託殺人事件については、安楽死反対派の専門家として、新聞やテレビ、インターネットなど多くのメディアに登場した。現在安藤は児玉真美（重症障害のある子をもつライター）・笹月桃子（小児科医）とともに、安楽死合法化（2002年）から20年近く経ったベルギーで、医師や看護師を中心に執筆された安楽死批判本“Euthanasia, Searching the Full Story: Experiences and Insights of Belgian Doctors and Nurses”（Timothy Devos ed. 2021）（『「安楽死できる国」で起きていること』（仮題）として本年10月東京大学出版会から刊行予定）の邦訳を行っている。同書では、これまでの日本における安楽死論議に欠けていた医療現場からのリアルな声を多く聞くことができる。本コロキウムでは、同書の内容を安藤および精神科医の杉原正子（同書には精神科領域の患者の事例だけでなく、緩和ケアにおける精神的問題を扱っているものが多い）が紹介し、それを手がかりにしつつ参加者とじっくり議論を行いたい。



医療の倫理四原則 — 四原則の性質と役割 —

Four Principles of Ethics in Medicine — Characteristics and Roles of the Four Principles —

提題者： 峯村優一

医療上の倫理的問題や倫理的な行動を理解するために、医療者また医学系研究者は、倫理四原則（自律尊重原則、無危害原則、善行原則、正義原則）を理解する必要があるとされる。生命倫理あるいは医療倫理の講義やワークショップ等において、倫理四原則が教えられる機会は多く、医学領域における倫理的問題を考える時、これら四原則の影響力は依然大きなものとみなされる。だが、医療者や医学系研究者のために倫理四原則が果たす具体的な役割はどのようなものであるかについて、これまで議論や考察があまりされてこなかった。医療者や医学系研究者は、四原則を先ず覚え、医療上の事例検討する際に、四原則を参照してきたと考えられる。

医療上、倫理的問題が生じた後、医療者や医学系研究者が問題を分析するために必要とされ、効果的に機能するのが四原則の主な役割か、あるいは、医療上の倫理的問題を把握し、医療者や医学系研究者が倫理的な意思決定をする際に、四原則が用いられ、原則が機能して大きな役割を果たすのか。倫理的問題が発生した後、問題の分析のために四原則が主に用いられるのであれば、四原則は、事後処理的な消極的な役割を果たす原則と考えられる。他方、医療者や医学系研究者が四原則を用いて倫理的問題を予測し、倫理的な意思決定をするのであれば、四原則は、道徳的な行為を導く積極的な役割を果たす原則とみなされるだろう。

倫理四原則の概念、また四原則間の対立が発生する事例を分析し、四原則はどのような性質を持つか、四原則の中で優先される原則はあるか、医療者また医学系研究者のために四原則が果たす主な役割等を、本コロキウムにおける意見交換や自由な討議を通して考察する。提題者の峯村は、本コロキウムの最初の 20 分間を、倫理四原則の概念分析を含む提題のために用いる。その後、残り 70 分間を、フロアとの意見交換や討議に充てる。本コロキウムにおける提題また討議は、すべて英語で実施される。

*The 41st Congresses of The Japanese Association for
Philosophical and Ethical Researches in Medicine
Gunma University, 2022*

ライブ手術の倫理

服部 俊子 (大阪公立大学)

安部 彰 (三重県立看護大学)

日本でも IT の発展にともない 20 世紀後半から医学学会大会等において、手術の様子をリアルタイムで映像配信する方法である「ライブ手術」が導入されるようになった。その背景にはおそらく、医療者における以下のような認識の共有と拡張があったと推察される。すなわち〈ライブ手術は「リアルタイムに現場の手技、問題解決能力、最新の機器操作や技術を短時間に解説付きで情報を得ることが出来る強力な情報収集ツールであり、教育ツール」(治田 2013: 144) として有用である〉との認識の共有と拡張が。

しかし、かかる認識はライブ手術を正当化する十分な根拠たりえるのだろうか? というのも、すくなくとも次のような疑問がわいてくるからである。「ライブ手術が教育ツールである」ということは「その目的は治療ではない」ということを意味するが、そうすると手術に協力する患者の利益は奈辺にあるのか? 手術(手技)の公開が教育ツールとして有用だとして、それが「ライブ」でなければならない理由はなにか? ライブ手術の目的が「治療」でないならば、それはむしろ「医学教育」に属するのではないか?

これらの問いにたいして、21 世紀以降に制定されたライブ手術のガイドラインは、ライブ手術にさいして「インフォームド・コンセントの強化・徹底」や「倫理委員会の承認」をもとめるなど、一定の回答をあたえてくれている。またそれにより、たしかに現在ではライブ手術実施における倫理的なハードルは高くなっているといえる。だが、にもかかわらずライブ手術の実施・継続は正当化できるのか? 本発表では、こうした倫理的な懐疑がいまなお有効であるといえる論拠を、ライブ手術とそのガイドラインの批判的検討をつうじて明らかにしたい。

治田精一 (2013) 「倫理面からみたライブ手術のあり方」『日本外科学会雑誌』114, pp. 144-147.

色盲当事者＝科学者の色盲論
—科学的自己と当事者性の狭間で—

馬場 靖人 (東北大学)

科学者(自然哲学者)であり、色盲の当事者でもあったJ・ドルトンによる自己観察報告(Extraordinary Facts Relating to the Vision of Colours, 1794)をもってその嚆矢とする色盲の科学研究の発展の歴史には、心理学者J・デルブフ、技師W・ポール、アノマロスコープの発明者W・ナーゲル、ゲシュタルト心理学者K・コフカ、等々、多数の科学者＝色盲当事者たちの貢献があった。彼らは自分自身が色盲であるという事実強く動機づけられながら色覚や色盲の科学研究を行っていたのである。

しかし、L・ダストン&P・ギャリソンによれば、「一九世紀の後半には、図像制作、測定、曲線の軌跡、そのほか多くの科学者の実践において自己の排除が必須となった」(L. Daston & Peter Galison, Objectivity, Zone Books, 2007, pp. 96-97.)。まさに一九世紀後半以降を生きた上記の人々は、自身の当事者としての経験を科学的言語に翻訳しつつ、当の科学研究から自己を排除しなければならないというジレンマに直面していた。その困難な課題を克服することによって、彼らは科学的な「客観性」を確保しようとしていたのである。視覚器具が数多く発明されることによって、実験や観察の手法も多様化・高度化するなかで、彼らは自身の色彩経験のうちの何を科学的に価値あるものとして選び取り、何を切り捨てていたのだろうか。そして、そのような科学研究の営みのなかで、いかなるものとして自己を構築し、いかにして科学者共同体へと宛てて自己を差し向けていたのだろうか。

このような問いの下、本報告では、ドイツの眼科医＝色盲当事者のハインツ・アーレンシュティールの『体験としての赤緑色盲 (Rotgrünblindheit als Erlebnis)』(1951年)を取り上げ、そこで彼自身を含む色盲者がどのようなものとして表象され、評価されているか、そしてそのような記述を通して彼自身をいかなる人物として呈示しようとしているかを明らかにしてみたい。

ALS-FTD のケアを巡る倫理問題
ー飽くなき要求にどう応じるかー

徳永 純 (狭山神経内科病院)

全身の筋力が進行性に低下し、根治療法のない筋萎縮性側索硬化症 (ALS) は 30% に特徴的な前頭側頭型認知症 (FTD) を伴う。FTD は社会的に不適切な脱抑制行動、固執、周囲への無関心、人間的な温かみの喪失といった症状が特徴とされ、病識も欠如しやすい。このため患者が当然のことのように要求をエスカレートさせる一方、ケアする者がその要求に応じきれない状況を招き、倫理問題が生じることになる。そこで発表者が 2015 年以降、狭山神経内科病院で経験した 4 症例 (すべて人工呼吸器装着後) について、同院倫理委員会の承認 (2022-1) を得て、看護、リハビリスタッフ 20 人を対象に面接し、文献的考察を加えた。

症例①70 歳代男性例は次第にナースコールを頻回に鳴らすようになり、ピーク時には 1 日 800 回を超えた。要求はほとんどが吸引、体位の微調整だった。ナースコールが患者にとっての命綱と考える看護側は倫理的葛藤を抱えたが、本人、家族と話し合った末、ナースコールを外し、定時訪室に変更した。他の症例では、②ALS 根治への非現実的な要求と病棟スタッフへの暴力③注意しても止まらない女性スタッフへのセクハラ、などが倫理的葛藤を引き起こしていた。いずれの症例もケアする者とケアされる者との関係の非対称が、ケアされる者の立場の弱さとして現れると同時に、ケアを要求する者としての立場の強さとしても現れる点が特徴であり、このことが、双方が折り合える一致点を見出しにくくしていた。ただ症例①では結果的にナースコールへの固執から患者を解放し、患者を楽にすることができたのでは、という意見もあった。「ケアの倫理」を立ち上げたギリガンは「どのように応じるか？」という問いを重視したが、ALS-FTD では時に患者側の要求をその通りには実現できない状況が生じるため、意を汲みながらも別の新たな一致点を探る対応が重要になると考えられた。

医療の質的研究に対するメカニズム説からの科学哲学的考察

長田 怜 (浜松医科大学)

個別科学に関する科学哲学的研究は、物理学の哲学以外、あまり長い歴史をもっていない。それでも生物学の哲学をはじめとして、活発に議論されるようになってきており、医療研究に関する科学哲学的な議論も、今世紀に入ってようやく活発化してきた。とりわけ EBM (evidence-based medicine) で重視される量的研究に関する議論は、それなりの蓄積をもってきている。他方、質的研究に関しては、十分な解明がなされているとは言いがたい。本発表では、このような状況に鑑み、医療における質的研究を科学哲学の観点から明らかにすることを試みる。質的研究としては、主に現象学的な看護研究を対象とする。特に着目したいのは、その研究対象となる、感情や身体的反応のやりとりと、それらの間の因果関係のあり方である。これら进行分析するために、生物学および歴史科学に関するメカニズム説の立場からの議論 (とりわけ Craver や Glennan のもの) や、感情の哲学 (philosophy of emotion) における議論 (とりわけ Prinz のもの) を参照する。それらを参照したうえで発表者が提唱したいのは、こうした研究において、患者の個別性をすくい取る「やわらかいメカニズム」の究明作業がおこなわれている、ということである。ここで「やわらかいメカニズム」とは、認識論的に不完全な「メカニズム・スケッチ」と存在論的に不安定な「はかないメカニズム」の両方を包含する意味で使っている。この帰結が重要であるのは、それをより広い文脈の議論へと接続しうるからである。たとえば、感情の哲学における議論を参照していることにより、患者の個別の価値観や患者への個別のケアの重要性という点において、ケアの倫理学との接点が見いだされる。また、因果関係の解明という点に着目していることで、たとえば混合研究法における量的研究と質的研究の関係の分析につながりうる。

「障害」という概念に関する哲学的分析

川崎 優 (九州大学)

現代において、技術の進歩は私たちに様々な恩恵をもたらし、新たな選択肢を提供してきた。生殖の文脈における技術についてもそうである。例えば、着床前・出生前診断によって、胚や胎児の異常の有無を診断することが可能となった。これにより、異常が検出された場合に、胚の廃棄や選択的人工妊娠中絶を通じて、障害のある子どもの出生を回避するという選択肢が生まれた。

しかし、こうした技術に対して、さらなる発展と積極的な利用を望む者もいれば、慎重な態度を要すると考える者もいる。前者の立場を支えるのは、「健康な子どもが生まれてほしいから」というシンプルな思いではないだろうか。もちろん現時点で利用可能な着床前・出生前検査の技術を用いても、すべての障害や疾患を診断することはできない。それでも、こうした技術の利用を通じて、少なくとも利用しない場合よりは、胚や胎児についてより多くの情報にアクセスすることが可能となり、健康な子どもが生まれる可能性を少しでも高めることが可能となる。

生まれてくる子どもの健康を願い、実際に五体満足で生まれてきたことに安心する。こうした願いや感覚は、多くの人々が共感できる一般的な感覚なのではないかと思われる。しかし、これは私たちが障害というものをよくないもの、悪いものとして捉えていることを意味するのではないだろうか。障害 (disability) とはどのような概念なのか。障害とは、ネガティブな特徴であるか、あるいはよくも悪くもない、ニュートラルな特徴であるかをめぐって、これまで先行研究によって多くの論争がなされてきた。本発表では、ニュートラルとされる他の特徴 (例: 性別や人種) と、障害という特徴との比較を通じて、障害という概念に関する哲学的分析を行うことを狙いとする。

本研究は、JST 次世代研究者挑戦的研究プログラム JPMJSPxxxx の支援を受けたものです。

配偶子提供をアイデンティティから考える

石井 哲也 (北海道大学)

第三者から提供された精子・卵子を用いる生殖補助医療の法案が示された。配偶子提供を経て生まれた人が出自を知る権利が保障される見通しである。本発表では出自情報の提供のみで十分か、Stanford Encyclopedia of Philosophy「人格のアイデンティティ」などを基に配偶子提供とアイデンティティの関係を検討する。

人は女親と男親の配偶子の受精を経て誕生する。配偶子提供では、第三者が配偶子の問題がある夫婦に発生能のある卵子あるいは精子を提供する。すなわち、配偶子提供は不妊夫婦にとって、また、世に唯一無二の子をもたらず(数的、質的アイデンティティ)。その際、子は提供者と片親から、外見や能力などの発現に寄与する異なる遺伝子群を受け継ぐ(遺伝的アイデンティティ)。よって、配偶子提供により生まれた人々は皆、自分のアイデンティティに寄与した提供者(生物学的な親)の情報へのアクセスを希望しそうだが、社会調査によれば配偶子提供を経て生まれた人たちが同様に出自に関心をもたないことも分かっている。子は家庭で親の愛情、世話、躰を受け、社会における経験やコミュニケーションを通じて自己概念を形成し、そこで配偶子提供者は関心事となり、また、そうでない場合もありえる。しかし、配偶子提供者が各々の子の数的、遺伝的、そして質的アイデンティティに寄与している事実は揺るがず、自己概念が変化する可能性も考慮すると、やはり出自を知る権利を保障すべきである。ただし、中にはさらに自己認識を深めようと提供者とコミュニケーションを希望する人がおり、それに応える、あるいは応えられない提供者の権利への配慮も必要となる。また、ひとりの配偶子提供者に由来する‘きょうだい’の情報提供やコミュニケーション支援も検討すべきである。今後の配偶子提供制度には、出自情報の提供にとどまらない当事者サポートが不可欠である。

認知症高齢者の医療上の意思決定支援、自分の物語を生きるということ

井藤 佳恵（東京都健康長寿医療センター研究所）

認知症高齢者の医療上の意思決定と、そこにある倫理的課題ということを考えるとき、非常に大きな前提事項がある。認知症高齢者の重篤な身体疾患に関する医療方針の選択は、ここから死ぬまでの時間をどこで誰とどのように過ごすのかということの選択に、非常に直接的につながるとのことである。それは人にとってもっとも重要な事柄のひとつで、本人の意思が尊重されるべきなのは当然のことである。ところが、認知症高齢者の場合、それは当たり前には実践されない。

認知症高齢者の意思が無効とされるのは、多くは「意思決定能力が不十分である」という判断に基づく。「認知症があるから本人はわからないでしょう？」だから周囲が「決めてあげる」。それは良いことだったり、仕方がないこととされる。しかしながら、この議論はとてももろい基盤の上に成り立っている。

なぜなら意思決定能力は定義されていないから。定義されていない意思決定能力を評価する手順についてのコンセンサスもない。それにも関わらず、誰かが、自分の経験則と、何かのツールをつかったり使わなかったりしながら、「意思決定能力がない」と比較的安易に判断する。しかし仮に本人の意思決定能力が不十分でその判断が“不合理”であると、誰かが何かを基準に判断したとして、周囲の者の“合理的”な判断は本人に何を約束できるのか。認知症高齢者の医療には不確かな要素が多い。さらに、本人の意思も不確かである。人の意思は、必ずしも合理的な一貫性や目的をもっているわけではなく、また、人の意思は変わっていく。

しがたって、臨床の中の問いは、意思決定能力が不十分な人の意思決定の過程にどのように関わるのが、その関わりに意味を与えることになるのかという問いである。当日は、大腸がんを診断されたある認知症高齢者が意思決定の過程で紡いだ物語をたどりながら、認知症を抱える人の意思決定の課題について考えたい。

産科医が認定する異常によって浸食される妊娠女性の自由

中井 祐一郎 (小池病院産婦人科)

比名 朋子 (神戸市看護大学ウィメンズヘルス看護・助産学)

昭和 23 年成立の保健師助産師看護師法には、助産師による異常妊産婦等の処置禁止が規定されている。同法には死胎児への対応が明記されており、死産もまた助産師が取り扱える範囲であったと考えられる。また、助産師は異常があると認めたときは医師に診療を求めさせると記載され、異常の認定は助産師が行うものとされていた。しかし、現在では当時に比べて多くの手段が産科診療に導入され、1980 年代には胎児をも医療におけるクライアントとする (fetus as a patient) ようになった。その結果、正常妊娠と考えられていた妊娠女性にも多くの異常が見出されるようになった。このことは妊娠女性や胎児の予後改善に寄与したが、産科医が言うこれら『異常』という概念においては内包する risk の評価は行われることは少ない。

医療があるべき姿としては、クライアントの身体状況を的確に判断し、risk の評価から医療介入の提案をするべきであろう。ガイドラインに示される標準医療だけではなく、alternative な介入方法も考慮され、クライアントの希望によって医療行動が決定される。一般にはクライアントの熟慮を経た医療拒絶に対しても respect するのが当然であるが、妊娠女性の場合には、ヒト化された『胎児』の意思代行者としての産科医が現れて医療化の強要を行うことになる。さらに、医療化の拒否は『特定妊婦』としての公的認定を招き、刑法事犯ともなり得る虐待行為者の予備軍とまで捉えられかねない。

このような状況下では、産科医が分娩に参加しない自宅や助産所での分娩は異端視され、望ましくないものとしての認識されている。更に、その risk の吟味を経ることがない妊娠異常という産科医の認定は独り歩きする。現在では、自宅産や助産所での分娩の可否を産科医が決定する状況にまで至っているが、本研究では妊娠現象における異常の拡大と医療化の強要により、妊娠女性の自由が縮小していることを、自宅や助産所での分娩の状況から検討する。

医師－患者関係における2種類の「信頼」と自律の関係について

石田 安実 (神奈川大学)

「信頼」とは一般に、「信頼する者は、ある文脈において、信頼される側がある行為をするのを信頼する」と解釈されよう。発表者はこれまで、治療場面での医師－患者関係に見て取れる文脈に応じて患者から見て2種類の「信頼」関係があると主張してきた。一つは医師の専門的判断・行為がなされる職業的文脈に成立する「信頼」である。これは医療従事者や医療コミュニティへの「信頼」であり、患者に程度の差こそあれこの「信頼」がなければ医療行為を受け入れることはない。もう一つは、患者が医師との関係を職業的文脈以外のもの（一般的な社会的文脈の一種）と捉えてそこに見出す「信頼」である。この「信頼」には患者の様々な信念や価値観が反映される可能性がある。

前者の「信頼」(T1)と後者の「信頼」(T2)が異なることは、二つが対立する状況を考えることで示される。例えば、患者が輸血拒否の信仰や信念を持つ場合、医師に対する T1 と患者自身が自らの信念に基づき医師に期待することで形成される T2 は対立する可能性がある。患者と医師が友人関係である時、T1 が前提とする医療行為は T2 で求められることと対立するかもしれない。また、T1 が重要であることは論を俟たないが、T2 は我々の社会や人間関係の中で獲得され強化される「信頼」と関連しており、特にそこには「自己信頼」という自律の能力にとっても重要なものが含まれるとも解されている。

医師－患者関係においては患者の自律や自律的決定が強調されるが、患者が医療行為について自律的な判断をする時、それは患者がその医療行為および医師－患者関係に自らの「信頼」を何らかの形で位置づけることで成立するといえよう。医療行為における患者の自律が重視される時、上記のように「信頼」に2種類あるとするならば、医療従事者側はどのようなことに配慮しなければならないだろうか。本発表では、「信頼」に関する英語圏での議論なども参照しながら考察する。

フランスにおける臓器移植についての考察

小出 泰士 (芝浦工業大学)

フランスでは、「臓器の摘出と移植は、国家の最重要課題である」(公衆衛生法典 L.1231-1 条、A) と法律に明記し、臓器移植によって患者を救う活動を積極的に推進している。

そのために、1967 年のいわゆるカヤベ法以来、一貫して「推定同意」を臓器摘出の条件としてきた。「推定同意」とは、死者が生存中に臓器提供に対する拒否の意思を表明していなければ、臓器提供に同意したものと推定し、移植のために臓器を摘出できるとする制度である。臓器提供は、本来善意によるべきと考えられることから、拒否していなければ死者の臓器を移植のために摘出するとすることには批判も多い。なにより、こうした法律を、かつては多くの市民が知らなかった。知らなければ、拒否することもできなかったわけである。今日では、市民に情報を伝えることに積極的に努めてはいるが、フランスでは移植のためにできるだけ多くの臓器を入手するために、今日に至るまで「推定同意」の制度を堅持している。

その他にも、これまで幾度も法改正を経て、臓器移植を促進するために、提供される臓器の数を増やすための方策を様々に講じてきた。生体移植のドナーとなれる人々の範囲を拡張したり、組織不適合なドナー/レシピエントのペアがいた場合、別の同様のペアとの間で臓器を交換したり、さらにそのような交換できるペアを2組から6組まで拡張したりしてきた。だが、そのように範囲を拡張したために、臓器売買の可能性もまた生まれている。

本発表では、社会的連帯性を重視し、臓器移植を推進してきたフランスの考え方の変遷をたどり、その根底にある哲学について検討し、それを足掛かりとして臓器移植に関する諸問題について考察する。

臨床倫理活動を問い直す
組織を含むコミュニケーション・ネットワークの視点から

堀江 剛 (大阪大学)
服部 俊子 (大阪公立大学)

20世紀終わり頃から、医療現場では「倫理」の問題が意識されるようになった。医療の判断・決定に対して、患者やその関係者（主に家族）の参与が求められるようになり、医療者には医療者／患者という二者関係における対等な相互関係に基づく社会契約的な規範が求められるようになった。病院は「患者中心の医療」「患者の意思決定支援」に取り組むようになり、インフォームド・コンセントは、この問題に対する一つの解決の方向を示すものであったが、医療現場に働く認識や機制が「患者」を回収してしまうように、医療現場にとって「倫理」は常に、あるいはますます大きな問題であり続けている。

病院は近代医療を供給する組織であり、多くの制度を前提にして診療を効率的・合理的に実行する。診療は、医療機器、医療政策、医療情報などのネットワークの中で実行され、その中には組織で働く医療者・非医療の間で生じる様々なコミュニケーションが織り込まれてもいる。また患者は、家族や地域生活・仕事・患者会など、医療とは別の生活上のコミュニケーション・ネットワークを持っている。

コミュニケーションは、齟齬や誤解のある状況や文脈に埋め込まれたものであり、真空状態でなされるのではない。とりわけ患者側と医療側との間に生じる齟齬がある。さらに、ここで「倫理」として厄介な問題が生じる。医療現場で齟齬や誤解というコミュニケーション問題が封じ込められると、診療における決定が、関係する「誰か」の問題に変化し、決定するのは誰か・誰に責任があるのかという個人の問題にすり替えられていく。組織で生じる齟齬というコミュニケーション問題が、個人の振る舞いや能力という専門職の「倫理」に結び付けられてしまうのである。

本発表では、臨床倫理の捉え方そのものに遡りつつ、その活動を問い直すための視点として「組織を含むコミュニケーション・ネットワーク」についての考え方の提示を試みる。

生殖と養育の倫理 (Procreative Ethics) における子どもに対する責任の根拠

——自発性と関係性をめぐって——

坂本 美理 (東京大学)

子どもが生まれたとき、その子どもに対して誰が、なぜ、どのような責任を負うのか。この問いは法的な問題だけでなく道徳的な問題でもあり、倫理学者たちによっていくつかの説が主張されている。本発表は、子どもに対する責任の根拠についての自発説と、依存者に関わる仕事 (dependency work) の責任についての学説を比較検討することで、自発説や子どもに対する責任の根拠の先行研究における議論全体を批判的に論じる。なお、本発表で想定する責任主体は国家や家族等ではなく、子どもの生殖と養育にかかわる個人である。

エリザベス・ブレイクによると、子どもを養育する責任は特別な責務 (obligation) であり、人は自発的にその責務を引き受けることによって「道徳的親」としての責任を負う。これが自発説である。法や慣習が定める自発的引き受け方法を行うことによって責任が引き受けられ、もし法や慣習が不正だと考えるならば、それらとは異なる仕方に関係者たちが契約を行って、引き受け方法を変革すればよいという。

しかし、ケアの倫理の観点から依存者に関わる仕事について論じるエヴァ・キテイは異なる主張をする。子どもに対する責任の一種、キテイがいうところの依存者に関わる仕事の責務は、自発的引き受けや契約によって負われるものではない。キテイの主張は、ある種の関係によって、強制されたわけでも自発的に引き受けたわけでもない責務が存在するというに基づいている。

両者の主張を比較することで、本発表は二つの検討を行う。第一に、子どもに対する責任の根拠と契約の関係性を検討し、この議論には「関係者たちと子どもの契約」と「関係者間の契約」の種類の契約があることを示す。第二に、依存者に関わる仕事の責任は単に自発性では語れないというキテイの主張が、子どもに対する責任の根拠の議論の中でどのような意味を持つかを示しながら、議論の行為者像に「関係性」の側面を導入すべきであることを主張する。

安楽死・尊厳死におけるリビング・ウィルの法的位置付け

城 祐一郎 (昭和大学)

リビング・ウィルについては、尊厳死が見込まれるような場合に、予め本人の意思を明確にしておくものとして、以前から活用が謳われていた。しかしながら、その普及の程度は一般的になってきているとまでは言い難いのが現状であろう。その背景には、遺言のように、民法上、単独行為としての法律行為として法定され、特定の効果が与えられるものとは異なり、単に、意識を失う病状に至るまでに、そのような意思を表明したことがあるとの事実の証明にしかならず、その意思をそのまま意識が不明になった後も維持しているかどうかは、また別の観点からの評価を必要としてしまうからである。さらに、そのような意思に特定の法的効果を認めるような規定なども存しないことから、結局のところ、リビング・ウィルが書面で残されたからといっても、民法上も、医療法上も、更には刑事法上も、特定の効果を与えることができず、したがって、そのような効力のないものを作成することの意味合いが乏しくなり、結局のところ、それほどには使われないという経過をたどっているものと思われる。

しかしながら、リビング・ウィルは、あくまでも本人自身が表明した意思表示であることは間違いないのである以上、その自己決定権に基づく意思表示を極力尊重し、民法上も、刑事法上も、それに一定の法的効力を与えることは、立法論としては勿論のこと、解釈論としても可能なのではないか、その方途を検討したいと考えている。

小児医療における身体拘束をめぐる倫理的課題について

森本 誠一 (大阪大学)

近年、身体拘束の倫理的問題が注目されるようになってきた。2019年にNHK「クローズアップ現代」で2度にわたり放送された身体拘束に関する番組では、医療従事者のみならず患者や家族も身体拘束について高い関心を寄せていることが明らかになった。ただ、このような番組でも、これまで身体拘束について行われてきた研究でも、そのほとんどが身体拘束一般についてのものであるか、術後急性期、高齢者、および精神科医療における身体拘束についてのものであり、身体拘束が広く行われている小児医療の問題についてはほとんど論じられてこなかった。

本発表では小児医療における身体拘束に焦点を当て、身体拘束一般や他の身体拘束とどのような違いがあるのかを考察し、小児医療における身体拘束に固有の問題があるのかどうか、またそれがあるとするならば、どのような倫理的問題があるのかを論じる。

代理懐胎の法的規制における可能性と方向性について

南 貴子 (香川県立保健医療大学)

日本においては、これまで生殖補助医療を規制する法律は制定されていなかったが、2020年12月に「生殖補助医療の提供等及びこれにより出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する法律」が成立した。この法律では、夫婦以外の配偶子を用いて生まれた子の親子関係を規定しているが、代理懐胎依頼者と子との親子関係についての規定は設けられていない。さらに、生殖補助医療の実施に伴う法制度の整備は今後の検討課題として残されている。

代理懐胎に伴う課題としては、第三者の人体を利用することの倫理的問題、妊娠・出産に伴う危険性、子の権利と福祉に関わる問題などがある。日本学術会議の対外報告では「代理懐胎は原則禁止とすることが望ましい」とされたが、「先天的に子宮をもたない女性及び治療として子宮の摘出を受けた女性に対象を限定した、厳重な管理の下での代理懐胎の試行的実施（臨床試験）は考慮されてよい」とされており、一定の条件下での代理懐胎の利用の余地を認めている。

海外においては、代理懐胎を法的に認める国や、認めない国、さらに代理懐胎を容認していても無償である場合（利他的代理懐胎）に限り認める、あるいは裁判所の審査を経て、出生した子が代理懐胎依頼者の実子となる制度を設けるなど、対応は様々であり、その制度も流動的である。例えば、オーストラリアでは、利他的代理懐胎が認められているが、国内で代理懐胎者を見つけることが困難であることや、法的規制が厳しいことから、国外における商業的代理懐胎の利用が依然として行われている。一方、国外での商業的代理懐胎の利用は、子の性的虐待や、子の引渡しにおけるトラブル、代理懐胎者が搾取の対象となるなどの弊害が報じられている。

そこで、オーストラリアなど海外における代理懐胎をめぐる法的規制と、その相違や変化を分析し、今後の日本における代理懐胎の法的規制における可能性と方向性について検討する。

ヨナスにおける Integrität の概念

盛永 審一郎 (公立小松大学大学院)

「Integrity」は、周知のように、「人間の尊厳」、「自律」、「脆弱性」と共に、ヨーロッパ生命倫理の4原則の一つとされている。しばしば、心と身体との関連で「統合体」、研究倫理との関連で「誠実」とも訳されたりしている。この多様な Integrity 概念を明らかにするために、ここではヨナスの Integrität に焦点を合わせてその意味を探る。

カントに代表される近代の倫理学は「今とここ」の倫理学だった。顔と顔を向い合わせる、空間と時間を共有する人間の倫理学だった。そこでの定言命法は、「自律的であれ」で、行為の動機を問う「心情倫理」だった。しかし科学技術を手にして行為する現代人は、地球的規模と遠い未来世代を射程距離においている。しかも集団的規模でそのことを行う。だから、行為の結果を予見し、その結果に対して責任がある。この新しい倫理の定言命法は、「持続的であれ」であり、「責任倫理」である。そしてヨナスが、「危険の発見的方法」から取り出した定言命法とは、「汝の行為のもたらす因果的結果が、地球上で真に人間の名に値する生命が永続することと折り合うように、行為せよ」(加藤尚武監訳『責任という原理』東信堂)である。そして「真に」とは、この場合、「不可侵性 Integrität」という意味で、「無傷のまま人間の生が永続するように」、1万年後も10万年後も、Dasein するように行為せよ、ということである。すなわち、「進化」が生み出した現にある人間が永続するように行為せよということなのだ。なぜなら現代科学技術は、未来世代の Dasein を、さらには自然をも破局的に脅かす以上に、homo faber が、人間自身も技術の対象にし、その Sosein も変えようとしているからだ。それに対してヨナスは、人間はあくまでも「信託財産の管理者」であり、超人ではないとし、「不可侵」を説く。本発表では、ヨナスのこの謂を明らかとする。

医学部地域枠制度の倫理的問題点

稲荷森 輝一（北海道大学）

本発表では、医師の自律的選択という観点から、医学部地域枠制度の倫理的問題点を指摘する。医学部地域枠制度とは、(概略的に言えば)卒業後一定期間地域医療に従事することを条件として医学生に奨学金を貸与し、義務履行に応じて奨学金の返済を免除する制度のことである。地域枠制度を利用する学生・医師は、多くの場合、医学部入学時の試験において地域枠区分の入試を経ることによってこの制度に採用される。

最初に、一般的な労務契約と比較した際、地域枠制度における契約は、著しく自律的選択を制約する性格をもっていることを指摘する。地域枠制度は高校卒業後の18-19歳より最長20年超にわたって居住の自由・職業選択の自由を制約する契約に基づいている。加えて、いったんこの地域枠制度を利用して医学部へ入学・医師免許を取得した場合、極端に高額な奨学金の金利・専門医認定要件が足かせとなって、契約から離脱することが困難な仕組みとなっている。

次に、学生が地域枠制度を選択するプロセス、ならびに、地域枠制度の変遷に注目し、地域枠に関する契約が十分なインフォームド・コンセントに基づかずになされている可能性を指摘する。たとえば医学連の調査(2021)では、多くの学生が制度に関する十分な説明を受けることなく地域枠を受験していることが明らかとなっている。また、令和三年度より地域枠離脱者の専門医取得が認められなくなるなど、制度の事後的改変ゆえに、実質的に契約へのICをとりえない状況が生じている。

このように、地域医療に従事する医師数の確保を目的とした地域枠制度は、若手医師の職業選択および居住の自由を大幅に制約するものである。加えて、地域枠制度に関する契約は、往々にして十分なICを経ずに結ばれていると考えられる。本発表ではこれらの問題点を指摘し、現行の医学部地域枠制度は、医師の自律的選択を不当に制約するものであることを論じる。

面会制限の倫理

田代 志門 (東北大学)

新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、これまで国内の多くの病院や高齢者施設において厳しい面会制限が行われてきた。しかし、国内においてこの問題は一部メディアで報道されるのみであり、生命倫理・医療倫理の観点からの学術的な検討はほとんどされていない。そこで本報告では、面会制限に関する英語圏での議論を参照しつつ、(1) 患者の自由の制限という論点と (2) 医療・ケアの一部としての面会という論点から、日本の状況を批判的に捉えることを試みたい。

まず (1) については、公衆衛生倫理における「停留 (quarantine)」の正当化に関する議論が参考になる。停留は感染者の「隔離 (isolation)」ではなく、感染の疑いのある人の移動の制限である。これを応用すれば、自由な移動が困難な入院患者は面会や外泊を禁止・制限されることで、事実上「停留」状態に置かれているとみなすことができる。そこで、停留の倫理的正当化の要件に照らして現状を評価すると、いずれについても日本の状況には問題があることがわかる。特にここでは手続き的正義の要件に関連して、Sudai (2021) が主張する病院の面会方針の「民主化」提案の重要性を指摘したい。

次に (2) については、新型コロナウイルス感染症拡大以前から面会に高い価値を置いてきた領域の議論を参照しつつ、医療・ケアの不可欠の一部としての面会について論じたい。具体的には、集中治療、小児医療、終末期医療がそれである。こうした領域ごとの特徴を踏まえて、米国の病院における面会制限ポリシーには明確な例外が定められているが、日本では一律禁止を謳う病院が多数である。

以上のことから、本報告では国内における面会制限の程度の大きさを批判するとともに、面会がなければ医療・ケアが成立しない領域についての例外設定 (compassionate exception) の重要性やその改善・拡大の必要性を指摘したい。

トランスヒューマニズムをめぐる倫理的問題について
ニック・ポストロムの議論を手がかりにして

吉田 修馬（上智大学）

トランスヒューマニズムとは、一般的には、現在の人類の水準をはるかに超えて、科学技術による人間の能力の向上を実現しようとする考え方である。そういった考え方それ自体は必ずしも目新しいものではなく、その倫理的な検討もなされてきた。例えば、人間の能力の増強という点では、エンハンスメントをめぐる問題として、それを機械との接続や融合を通じて行う構想としては、サイバネティクスをめぐる問題として、すでに論じられてきている。他方で、近年はトランスヒューマニズムをめぐる議論を目にすることも多くなってきている。思想的にはヒューマニズムに対する反省の深化、科学的には脳科学や認知科学などの研究の進展、社会的にはそれらの研究の応用への期待と不安の双方の増幅、といった近年の状況の中で、すでに論じられてきた問題も含めて、様々な課題をトランスヒューマニズムという観点から捉え直すことには、一定の意義があるように思われる。

そこで本発表では、トランスヒューマニズムに対する多くの懸念点を取り上げて、それに対してトランスヒューマニズムに対する擁護論を展開しているニック・ポストロムの議論を手がかりにしつつ、ポストロムがその議論の外に置いてしまった論点も含めて、トランスヒューマニズムをめぐるいくつかの倫理的問題についていくらかの検討を試みたい。その際に、トランスヒューマニズムとポストヒューマニズムをあまり区別しない立場と、その両者を区別して議論する立場との違いにも留意して検討を進めたい。

研究資金源・利益相反開示：本研究は、日本医療研究開発機構（AMED）の「脳とこころの研究推進プログラム」の研究開発課題「脳科学研究の社会実装および倫理的課題の探索のための知的ネットワークの構築（課題番号：JP22wm0425020）」の支援を受けている。

看護学教育における人文学教育の意義
—欧米における議論を参考にし—

足立 智孝 (亀田医療大学)

メディカル・ヒューマニティーズ (Medical Humanities; MH) とは、医療専門職を養成する大学教育における人文系科目による教育プログラムのことであり、1970年代から特に欧米の医学教育プログラムの中で展開されてきた。発表者は、看護学部において一般教養科目の人文系科目を担当しており、看護学教育における MH の展開可能性に注目してきた。

わが国では看護学教育の大学化が進み、教育課程における一般教養科目の充実や看護専門科目との接続や連携を見据えたカリキュラムの展開が求められている。しかし、看護基礎教育における教養科目の意義は十分に理解されているとはいえず、また教養教育科目と看護専門科目との接続性や学士課程修了時目標との関連性等については必ずしも明確でない。

看護学学士課程における教養教育に関しては、大学基準協会「看護学教育に関する基準」(1991年)、大学基準協会「21世紀の看護学教育のあり方」(2002年)文部科学省「看護学教育の在り方に関する検討会」報告書(2004年)などにおいて様々に提言されてきた。特に文科省の報告書では、「教養教育が基盤に位置づけられる課程であること」が看護学教育の特質として明記され、教養教育を基盤に位置つけた卒業時到達目標が示されたが、看護学教育における教養教育の意義までは明記していない。そこで、発表者は、わが国の看護学教育の人文系科目の意義づけに参考になるのではないかと欧米で展開されている MH に注目してきたが、実践報告や研究報告の多くは、医学教育に関するもので、看護学教育に関する報告は少ないのが現状であった。

しかし2015年ごろから、MHに代わりヘルス・ヒューマニティーズ (Health Humanities; HH) という語を用いた文献が相次いで発表され、また2020年には看護学教育における人文学教育を論じた Nursing and Humanities が出版された。そこで本発表では、HHの登場背景に関する議論を整理し、看護学教育における人文系科目の意義について考察する。

※本発表は、科学研究費研究助成(「教養教育と専門教育を架橋する「看護人文学」の構築に向けた基礎的研究」(課題番号:18K10251)および「Health Humanities 基礎研究」(課題番号:21K10641))による成果の一部である。

臨床研究への参加同意とは何か
ベルモント・フレームワーク再考

高井 ゆと里 (群馬大学)

本発表では、臨床研究（医学研究）への被験者（候補）からの参加同意の意味を哲学的に検討する。

現代の研究倫理の基礎を作ったベルモント・レポートは、治療と研究の区別に基づいた、被験者保護のための理論的フレームワークを構築した。加えてベルモント・レポートは、ニュルンベルク綱領以来の、被験者からの同意の取得という倫理規範を継承している。しかしベルモント・レポートで展開された議論がある仕方では厳密に解釈すると、そこにはトリレンマが存在する。

- (1) 研究と治療は異なる活動であり、研究参加は被験者にとって利益がない。
- (2) 自律的な人間とは、自己の利益を守るための選択を合理的に思考できる人間である
- (3) 自律的な人間からの研究参加同意だけしか、研究参加同意としては認められない。

以上の3つのテーゼを同時に成り立たせることはできない。(1)は治療と研究の基本的区別を言い換えたものである。(2)は自律的な人間像についての穏当な解釈に基づく。(3)はインフォームド・コンセント取得の倫理的責務の基本を述べたものである。しかし、研究が被験者にとって常に利益のないもの、むしろ危害のリスクがあるものだとすれば、(2)より、研究に参加しようとしている被験者候補は自律的判断能力を持たない。すると(3)より、そうした被験者候補からの同意は、研究参加同意としての真正性を持たない。

このトリレンマを解決するには、いずれかのテーゼを修正する必要があるが、そのための手がかりもまた、ベルモント・レポートには部分的にすでに示されている。

本発表では、上記のトリレンマを定式化したのち、解決方法を検討する。そのことにより、ベルモント・レポート以来の研究倫理の基本的枠組みの問題点が析出されるだけでなく、今後の研究倫理学が対処すべき理論的課題も明らかとなる。

*The 41st Congresses of The Japanese Association for
Philosophical and Ethical Researches in Medicine
Gunma University, 2022*

10月9日 18:05~20:05

B会場

第41回日本医学哲学・倫理学会@群馬大 「医哲Café」 ☕ 企画委員会イベント



本企画では、「本学会の役割とは？—医療の実践知と哲学・倫理学の理論知の総合知」をめぐり、以下の演者を交え様々な立場から自由に語り合う場を提供したい。※対面形式。ご関心ある方は是非お誘いあわせの上奮って足をお運びください☕
(帝京大学*理事・企画委員長・司会 冲永隆子)

足立大樹 (ホームケアクリニック横浜港南院長・横浜市立大学医学部臨床准教授*企画委員) :

医学・医療に関わる哲学・倫理学上の様々な課題について検討する上では、臨床現場での実践知と、哲学・倫理学の理論知との双方が必要だろう。本会が双方の立場の人たちをこれまで以上に広く集め、ともに学び合える場となるためにはどうしたら良いか、ご参加の皆様とともに考えられたらと願っている。

杉岡良彦 (上野病院診療部医療倫理教育部長 京都府立医科大学非常勤講師 (医学哲学担当)) :

日本医学哲学・倫理学会は、その名称の通り、医学哲学や医療倫理をアツカウ学会であるが、昨今では医療者の当学会での活躍が活発とは言えず、また医療倫理に関しては日本生命倫理学会などとの棲み分けも課題となる。医学哲学は一つではなく多様である。医療者がより現場の問題点の背景にある哲学的課題に自覚的となり、その問題を議論し、現代医療への反省を深める場として当学会が機能するためには、何が必要なのか、どのような変革が学会に求められているのかを考えたい。さらに、今後の学会においては看護学や福祉の哲学がさらに必要であることを皆様と議論し、共通認識としたい。

守屋治代 (東京女子医科大学看護学部/看護学研究科 非常勤講師・NPO 法人 f. a. n. 地域医療を育む会 理事) :

貴学会への尊敬と期待を込めて、非学会員であり看護学(基礎看護学)の立場から述べさせていただきます。貴学会には、人間の多次元的な生を射程とする人間学を基盤として、日々の医療の営みの意味を深く掘り起こしていただきたい。そのためには、人間と自然との根源的関係における人間存在と医療のあり方を捉え直す必要があるのではないかと。本来、人間が創り出した「第二の自然」である文化の一つである医療実践は、宗教行為であり芸術であり科学であると考えてみたい。また、医療を受ける側が主体となる医療のあり方についても考えてみたい。

以上

*The 41st Congresses of The Japanese Association for
Philosophical and Ethical Researches in Medicine
Gunma University, 2022*

会場案内図



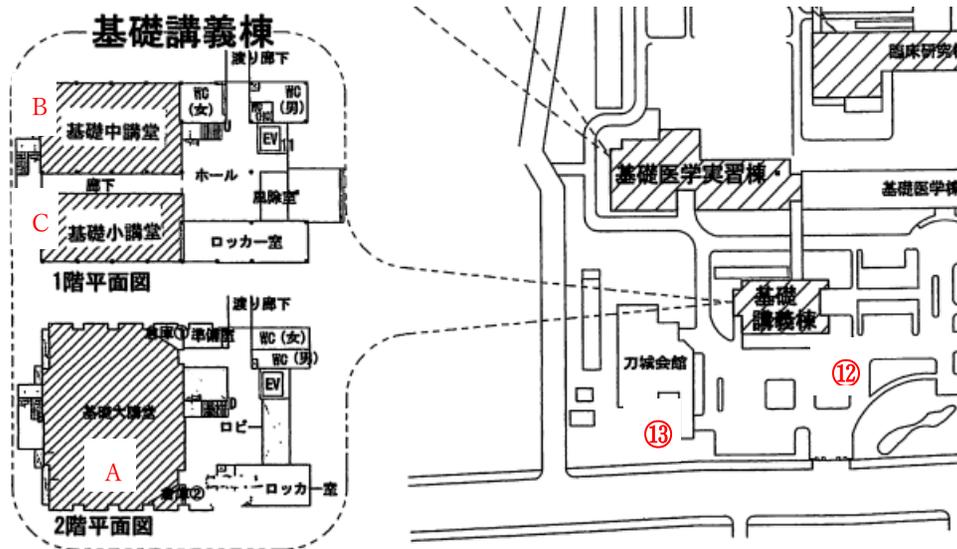
☆：「群大病院」バス停

⑫：ABC会場（1F：BC会場、2F：A会場）

⑬：D会場

⑪：会員控室（⑫の2Fから渡り廊下を渡って左側、基礎医学実習棟2F「基礎大学院講堂」です）

会場内案内図





- ・前橋駅の改札は一つです。
- ・前橋駅からバスをご利用の際は、北口を出て正面の2番乗り場をご利用ください。



- ・会場付近のバス停は「群大病院」と「群大病院入口」があります。両者は徒歩約6分の距離です。
- ・「群大病院」を經由するバスは本数が限られておりますので、ご注意ください。
- ・詳しくは左の図と次頁の時刻表をご覧ください。
- ・バス停のご利用について次頁に略図と説明をご用意いたしましたので、併せてそちらもご覧ください。

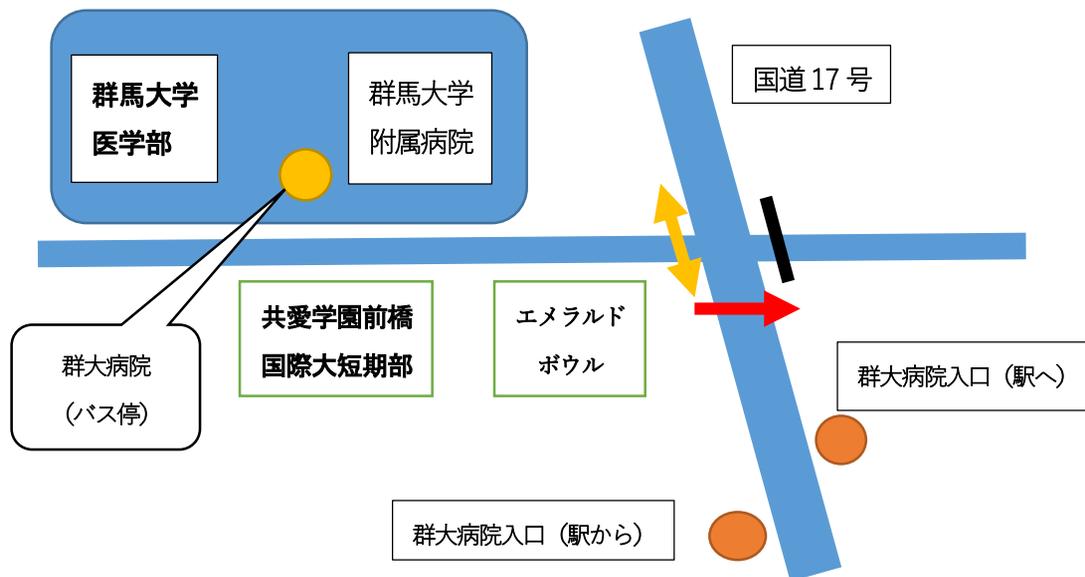
関越交通バス時刻表（土日祝）

前橋駅	8:13	8:28	8:40	8:58	9:17	9:27	9:30	9:57	10:10
表町	8:14	8:29	8:41	8:59	9:18	9:28	9:31	9:58	10:11
本町	8:16	8:31	8:43	9:01	9:20	9:30	9:33	10:00	10:13
千代田町二丁目	8:18	8:33	8:44	9:03	9:22	9:31	9:35	10:01	10:15
千代田町三丁目	8:19	8:34	8:44	9:04	9:23	9:32	9:36	10:01	10:16
住吉町交番前	8:21	8:36	8:45	9:06	9:24	9:33	9:38	10:02	10:17
国領町1丁目	8:22	8:37	8:46	9:07	9:25		9:39	10:03	10:18
敷島学校入口	8:23	8:38	8:47	9:08	9:26		9:40	10:04	10:19
群大病院入口	8:24	8:39	8:48	9:09	9:27		9:41	10:05	10:20
昭和町三丁目		8:40			9:28				10:21
群大病院		8:42			9:30				10:23

お乗り間違いのないよう、ご注意ください。

群大病院														
昭和町三丁目														
群大病院入口		15:59	16:13	16:29	16:54	17:12		17:33	17:57	18:14	18:39	19:14	20:22	
敷島学校入口		16:00	16:14	16:30	16:55	17:13		17:34	17:58	18:15	18:40	19:15	20:23	
国領町1丁目		16:01	16:15	16:31	16:56	17:15		17:35	17:59	18:16	18:41	19:16	20:23	
住吉町交番前	15:52	16:02	16:16	16:32	16:57	17:16	17:19	17:36	18:00	18:17	18:42	19:17	20:24	
千代田町三丁目	15:55	16:03	16:17	16:33	16:58	17:18	17:22	17:37	18:02	18:18	18:43	19:18	20:25	
千代田町二丁目	15:56	16:04	16:18	16:34	16:59	17:20	17:23	17:38	18:04	18:19	18:44	19:19	20:26	
本町	15:58	16:06	16:20	16:36	17:01	17:22	17:25	17:40	18:06	18:21	18:46	19:21	20:28	
表町	16:00	16:08	16:22	16:38	17:03	17:24	17:27	17:42	18:08	18:23	18:48	19:23	20:30	
前橋駅	16:05	16:11	16:25	16:41	16:55	17:06	17:27	17:32	17:45	17:52	18:11	18:26	18:51	20:33

会場付近のバス停略図



- ・会場へお越しの際は、バス停を下りて直進し、黄色の矢印（横断歩道）を渡って左に進んでください。
- ・前橋方面へお帰りの際は、黄色の矢印（横断歩道）を渡って赤い矢印（陸橋）を通り、右に進むと「群大病院入口」バス停があります。黒線の側に横断歩道はありませんので、ご注意ください。