

# AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

医学哲学医学倫理 (1996.10) 14号:95～106.

医療倫理学者のモラルと使命  
—健康時のインフォームド・コンセント—

近藤 均

# 医療倫理学者のモラルと使命

## —健康時のインフォームド・コンセント—

近藤 均

はじめに

### 研究上の盲点としての「倫理学者の倫理」

まず、本稿で筆者が「医療倫理学者」と呼ぶのはいかなる人々のことか、定義しておく。無用の混乱や誤解を避けるためである。筆者のいう医療倫理学者は、次の三条件を満たす者、および、これに類する者のことである。

(1) 大学・大学院で倫理学・哲学またはその関連領域を専攻した後、

(2) 医・歯・薬・看護など医療系の大学、または医療系の専門学校などに所属し、

(3) 医療問題と関連づけて倫理学・哲学などを研究・教育している者、または、哲学・倫理的な観点から医療問題を研究・教育している者。

当然ながら、本学会の会員には該当者が多い。筆者もその一人である。医師・看護婦・薬剤師など、日頃、医療現場で活躍している人の中にも、倫理に多大の関心を寄せて

いる人は多い。しかし本稿では、彼らは除外して考える。

いままでに、この定義に該当する者の多くが、講義・講演・論文等で、医療現場やそこで働く人々をめぐる大小さまざまな問題について、批判的に言及してきた。しかし、その批判の仕方や内容に、問題はなかったか。我々医療倫理学者は、他人を批判するばかりで、いわば自分たちの足をみつめる努力を怠ってきたのではないか。常に安全な立場に身を置いて、勝手なことばかりを述べ立ててきたのではないか。本稿の課題は、医療倫理学者の倫理（モラル）を検証し、我々の果たすべき使命は何なのかを改めて考えることにある。

いままで、倫理学者の倫理（モラル）を問題にした論稿は殆どなかった。研究上の盲点の一つだったといえよう。倫理学者というと、人格高潔というイメージで捉えられがちであるが、彼らとて、倫理に悖る行為を決してしないわけではない。にもかかわらず、これまで倫理学者のモラルが問われることは殆どなかった。また、モラルそのものを問う

ことを責務としていられるにもかかわらず、倫理学者自身が同業の倫理学者のモラルを批判することも、殆どなかった。しかし、同業者のモラルをきちんと検証・批判できないようでは、倫理学界全体の健全な発展は望めないのではないか。

筆者も医療倫理学者の端くれである。僭越ながら、この機会に同業者のモラルを根底から問い直してみたい。以下に記すのはあくまでも筆者の個人的見解であり、当然、異論や反論もある。本稿を叩き台にして議論が活発化することを切に願う次第である。

## I 倫理学者の倫理（モラル） 他の職業倫理と対比して

経済学者は、たとえば消費税導入の是非について、賛成または反対の一方に固執して軽々しく自分の意見を述べるべきではない。自分自身が導入に賛成か反対かはさておき、賛成論・反対論双方の長所と弱点を、できるだけ広い視野から、学生や一般市民にわかりやすく説明するのが差し当つての責務であろう。物価への影響、とくに低所得者層の生活への影響、景気動向への影響、将来の財政事情とのかねあい、所得税など他の税体系との相関など、消費税導入

のメリットとデメリットを、できるだけ冷静かつ客観的に提示するわけである。その提示を踏まえて導入の是非を最終的に判断するのは国民である。同様に、政治学者は、たとえば選挙制度について、小選挙区制・中選挙区制・大選挙区制・比例代表制、それらの併用制や並立制など、それぞれのメリット・デメリットを学問的に明らかにするのが責務であつて、どの制度を採用するかを最終的に決めるのは国民である。学者は国民に判断材料を提供するにとどめ、決して自説を押しつけるべきではない。賛否が極端に分かれそうな問題ほど、学者は発言に慎重であらねばならない。このことは、どの分野を専攻する学者にとつても最低限のモラルであろう。まして、モラルそのものを問うことを職業とする倫理学者は、くれぐれも慎重に対処すべきであろう。次に、学者以外の人々と対比させて倫理学者のモラルを考えよう。職業がら、モラルが特に厳しく問われる人々に、医師・弁護士・新聞記者などがある。このうち、医師が遵守すべき倫理は、世界医師会が採択した「ヘルシンキ宣言」などに明瞭に規定されている。弁護士の場合は、日弁連が定めた綱領的文書に、社会正義の実現のために尽くすことなどが謳われている。新聞記者には有名な「新聞倫理綱領」があり、不偏不党などのモラルが謳われている。倫理学者にも当然、求められるモラルはある筈である。ところが皮肉

なことに彼らにはモラルを規定する綱領的文書は何もない。そういう意味では、いわば、言いたい放題、書きたい放題である。倫理学者は、医師や弁護士などのように資格試験を経て就いた職業ではないから、倫理綱領など無くて当然なのであるか。しかし、やはり資格試験を経てはいない新聞記者には立派な綱領があり、それが彼らの暴走をくい止めている。それに引き換え倫理学者は、綱領がないためもあって、いままで、自らのモラルには殆ど関心を払おうとせず、他人（政治家・財界人・医師など）のモラルを一方的に非難することが多かつたのではないか。そしてその傾向は、とくに医療倫理学者に顕著だったのではなからうか。具体例をあげよう。

## Ⅱ 医療倫理学者のモラル

### 臓器移植法案への対応を事例として

医療倫理学者のモラルを検討・検証するために、本学会会員にかかわる身近な例を一つあげる。いわゆる臓器移植法案をめぐる対応に関するものである。

一九九四年（平成六年）六月二〇日、本学会有志によつて、同法案に対する反対宣言が発表され、それを伝える記事が翌日の日本経済新聞・毎日新聞その他に掲載された。

後日その宣言文は、本学会員のすべてに郵送されたのとことである。無論、いかなる理由からにせよ、同法案に反対であるという意見をもつこと自体には、なんら問題はない。しかし、それを一般市民に対して、わざわざ反対宣言というかたちで発表することが、医療倫理学者のモラルという点から考えた場合、果たして適切であつたといえるだろうか。

日本経済新聞の六月二一日付朝刊の第一二版三〇頁に掲載された、「臓器移植法案『人権を侵害』哲学者ら反対宣言」と題する記事の全文を引用しよう。

日本医学哲学・倫理学会（会長・石渡隆司岩手医大教授）の会員有志の哲学者らが二十日、今国会に提出された臓器移植法案について「脳死患者の生存権を奪うだけでなく、遺族の承諾で臓器が摘出されてしまう点で自己決定権をも奪い、基本的人権を侵害するものだ」とする反対宣言を発表した。

「人の死は法律で定めるべきではない」との立場から杉田勇・埼玉医大教授（哲学）ら十二人が宣言の発起人となり、首都圏の会員約百人が賛同したという。

宣言は反対の理由として①脳死体は生体であり、死体とするのは医科学的事実に反する②脳死判定方法が厚生

省令で幾通りにも改変できるのは問題——などを挙げた上で、「脳死体を死体とする」独断的な規定は、生死に關する国民の価値観を制限し思想信条の自由を奪う憲法違反の法案」としている。

宣言文の内容をここに詳述することは紙数の関係で不可能である。文章を正確に引用しないまま筆者がここで感想を記すのは響響を買うかもしれないが、少なくともその宣言文は、「絶対的正義」を振りかざし、同法案には断固反対するのが正しいと決めつけた、一種のバターナリズム文書であったことだけは断言できる。

たとえば、「脳死」を「人の死」と認めるか否かをめぐっては、国民の間で見解が分かれている。しかし、当該宣言文では、「脳死」は「人の死」ではない、とはつきり断言されており、「脳死」を「人の死」とするのは医学的事実に反するとき主張されている。したがって、ここでは、脳死臓器移植を推進しようとしている医師はもちろん、移植を待ち侘びる患者や家族も、いわば、殺人という悪事を共謀し実行しつつある人たちと決めつけられ、強く非難されているわけである。

もしも、この記事あるいは宣言文の読者が、同法案の是非について自分で主体的に考える努力をしないまま、医療

倫理学者のうちに強硬な反対論者がいるという単純な理由だけで、同法案反対へと「洗脳」されていくとしたら、極めて憂慮すべき事態である。その読者の、思考の自律性が阻害されたことになるからである。

医療倫理学者が、あえて宣言を発表してまで自分たちの主観的な見解を披露する必要が、果たしてあつたのだろうか。同法案、あるいはその成立を前提とする移植医療に關していうなら、医療倫理学者は、巷に既に横溢している種々の同法案賛成論・反対論、あるいは移植推進論・慎重論・反対論などに対して、それぞれ問題点を指摘し、それぞれの長所と弱点を整理して示すことこそが、最大の使命であろう。メリットとデメリットを分かりやすく整理して学生や市民に提示し、最終判断は彼らに任せるのである。安直に結論を出さずに、客観的な判断材料を提供するだけに留めておくことこそが、移植医とも患者（レシピエント）とも臓器提供者（ドナー）とも移植コーディネーターとも全く利害関係をもたない、医療倫理学者の責務であろうし、それができるのは医療倫理学者を措いて他には殆どいないであろう。

これに対し、一般市民や学生ならば、同じ意見・信念をもつ者が集まって、医療問題に限らず、何か特定の問題に關して、新聞等に意見広告を出したり、支持を広げるため

の集会を開いたりするのは、大いに結構なことである。いうまでもなく、言論・集会・出版・結社等の自由は日本国憲法で保証された国民の権利であり、いわゆる市民運動が活発に展開されることは、民主主義の活性化には必要不可欠なことである。

倫理観や倫理的価値判断は、国民ひとりひとりが、自ら主体的に醸成すべきものであつて、倫理学者によるパターンリズム的な教示や説教は、断固排除すべきであろう。昨今の医療倫理学者の多くは、日頃、医師・患者関係におけるインフォームド・コンセントの大切さを力説し、医師のパターンリズムを批判している。しかし、自らが学生や市民に接する場合に、いわばパターンリズム的に、自らの主観的見解を彼らに押しつけているとすれば、なんとも矛盾した滑稽な話である。医師・患者間にインフォームド・コンセントが大切であるように、医療倫理学者と学生・市民との間には、いわば「健康時のインフォームド・コンセント」が大切なのではなからうか。

### III 医療倫理学者の使命(1) 健康時のインフォームド・コンセント

臓器移植だけでなく、現代の医療現場はさまざまな難問

を抱えている。その中には、医師など専門家だけでなく一般市民も共に考えていくべき課題も多い。昨今の医療倫理学者は、臓器移植・生殖革命・遺伝子治療など先端医療の諸問題に関心が片寄りがちであるが、むしろ、医療現場の日常的な課題、つまり、一見瑣末ではあるが多くの人々が当事者となる可能性のある問題のほうこそ、もつと積極的に注目すべきであろう。たとえば、入院患者の宗教活動、看護婦へのセクハラ、病名告知、輸血拒否患者や痴呆症患者への対応、妊娠中絶などの諸問題である。

医療倫理学者の最大の使命は、これら医療現場の大小さまざまな問題のなかから、とくに意見が極端に分かれそうなものや、ジレンマあるいはパラドックスに陥りがちなものを、精選して練習問題に仕立て、それを学生や市民に提示して彼らの関心を喚起することにあるのではないか。しかも、個々の問題に学者はパターンリズム的に回答を与えるのではなく、学生や市民に自発的な考究を促し、学者はいわば交通整理をするに留まるという姿勢が大切なのではないか。医療倫理学者がジレンマやパラドックスに陥りがちな問題を提示し、学生や市民に判断を促すという構図は、医師・患者間のインフォームド・コンセントを彷彿とさせる。したがって彼らの活動は、そのための基礎訓練という意味づけもできる。健康時に行う、インフォームド・コン

セントへの訓練である。

その訓練の際に医療倫理学者がくれぐれも心掛けるべきは、次の〔A〕〔B〕二点に留意するよう促すことである。

〔A〕個々の問題を、医師・コメディカルスタッフ・患者・家族・第三者のすべての立場に配慮して思索する。

〔B〕個々の問題を、個人的・集団（社会）的・国家的・全人類的（国際的）・地球的（全生命的）のすべての次元から探究する。

この〔A〕〔B〕に留意しない回答は、短絡的なものとならざるを得ない。〔A〕に關していうと、たとえば心臓移植は、切迫感のない第三者には好き勝手な論評ができるテーマであるが、移植以外に助かる方法のない患者やその家族にとつては、生死に關わる極めて切実な問題である。また、〔B〕に關していうと、たとえば男女生み分けは、個人レベルで考えると、欲しい性別の子が授かった両親には至福をもたらずが、社会的・国家的レベルなどで考えると、男女の数の著しい不均衡をもたらすことも懸念される。広い視野からの総合的な思索・探究が望まれる所以である。

しかしながら、医療倫理学者は、怠慢なことに、学生や市民を啓発するための適切な練習問題づくりさえ、ほとんど行なっていない。昨今、医療倫理あるいは生命倫理に関する出版物は少なくないが、それらの多くは、基本理念

（たてまえ）や歴史を説くだけで、具体的・実践的な課題を収めた問題集は殆ど皆無といつてよい。そういう現状に鑑み、筆者は昨年来、本学会関東支部の方々の御支援も得て、そういう問題を多数つくる努力を重ねるとともに、ささやかながら教育の現場で啓発活動を実践してもきた。以下、その報告をする。

#### IV 医療倫理学者の使命（2） 筆者自身の教育活動をもとに

筆者は昨年（平成七年）、順天堂大学医学部の一年生と三年生を対象に、次の①②の文章から一題選択し、その内容が倫理的に妥当であるか否かを前記〔A〕〔B〕に十分留意して判断する旨のレポート課題を出題した。<sup>註</sup>

- ① いびき・歯ぎしり・寝言のうちの、いずれかが激しい入院患者は、同室患者の迷惑になるので、個室に移るか、転院あるいは自宅療養してもらうしかない。
- ② 小学校4年生の患者の母親から、歯科医のもとに、「先生を信頼しているから子供をひとりで行かせる」と電話連絡があった。この歯科医は、母親から治療に關するすべての承諾を得ていると判断してよい。

③ 通院治療を中断すると容体が悪化しかねない患者が、数回通院したあと、姿を見せなくなつた。しかし、来院するもしないも本人の自己決定権のうちであるから、たとえ容体が心配でも医師のほうから連絡をとる筋合いはない。

④ 出産間近の患者本人が、「私自身は死んでも構わないから、子供を無事に出産させて欲しい」と言つた場合、医師が母親の命を犠牲にして子供を出産させることは、倫理的になんら問題はない。

⑤ 精神病患者たちを入居させるためのグループホームを主治医が借りる場合、その主治医は、不動産業者にはつきりと、入居者が精神病患者である旨、告げるべきである。

⑥ 臨月の近い妊婦が満員電車に乗るのを自粛すべきであるように、車椅子を使わなければ移動できない身体障害者も、混雑している電車には乗る（あるいは乗ろうとする）べきではない。

⑦ 病名告知を迫られた医師は、いわば大所高所から判断して患者に嘘をつくことが倫理的に許されるが、服用している薬の効能や副作用を患者に質問された病院薬剤師（あるいは病棟薬剤師）が嘘をつくのは許されない。なぜなら、医師が相手にする患者はひとりひと

り個性が異なるから臨機応変に対処して構わないが、薬剤師が扱うのは薬という化学物質だから、同一の薬を服用している人たちには同一の答を提示できなければおかしいから。

⑧ あるアメリカ人がこう言つた。「日本人の多くは、人工妊娠中絶を平気で行なつて（あるいは行なわせて）命を粗末にしているくせに、逆に、脳死状態になり蘇生限界点を過ぎた人のことを、死んだとは認めたがらず、まだ生きていると主張する。じつにおかしな国民である」。このアメリカ人の意見はもつともであり、日本人は大いに反省すべきである。

⑨ 中絶した胎児は所有者のいない物体であるから、医師がどんな使い方をしても自由である。

⑩ 医師は、人々の大切な生命をあずかっているのだから、定期的な、俗に言う「精神鑑定」を義務づけられなければならない。

⑪ 大学歯学部に通うある学生が、HIVに感染していることが判明した。大学当局はこの学生を、臨床実習（必修授業）に参加させるべきでない。

⑫ 夫が服役中の夫婦がいる。夫も妻も、子供を欲しがっている。しかし、夫の出所（刑期満了）を待っていないら妻は確実に閉経してしまう。そこで、妻が、人工



授精によつて夫の子を生みたいと法務省に願ひ出た。基本的人權の尊重という日本國憲法の理念にしたがつて、法務省はこの願ひを聞き届けるべきである。

これらを読むと、ほとんど全ての問題文で、そのまま全面的に肯定することには良心の呵責を生ずるが、かといつて否定するのは至難の技である、と感じる回答者が多いであろう。どう巧みに否定するかは回答者の力量が問われているといつても過言ではない。逆に、出題者側からいつと、回答者がそう感じるような問題文に仕立てるのが啓発効果を高めるコツである。しかし、肯定意見も否定意見も共に尊重すべきであつて、軽々しく優劣を決めるべきではない。實際、学生からは、いずれの問題の場合にも、必ず真摯な賛成論と反対論の双方が寄せられた。無論、賛否を一概に断定しない、いわゆるケース・バイ・ケースという回答も認めるべきである。しかし、そういう場合でも、漠然とケース・バイ・ケースと答えて終わりにさせるのではなく、具体的なケースをいくつか想定して賛否を考えるよう啓発していくことが大切であろう。

もちろん、問題文そのものに対する自由な批判も許さなければならぬ。そうしてこそ、医療倫理学者の側も、より良い問題をつくらうとする意欲がき立てられていく。

レポートの課題だけでなく、討論やディベートのテーマとして利用するのも良いかも知れない。しかし、いずれにせよ、回答者の思想の内容に優劣をつけるようなことがあつてはなるまい。評価にあつて重視すべきは、内容ではなく、形式、つまり、論理展開が首尾一貫しているかどうかである。

## V 医療倫理学者の使命(3) 本学会関東支部医療倫理教育部の の取組み

本学会の関東支部では、昨年より医療倫理教育部を設け、筆者が代表となつて、前記①②のような練習問題をつくる努力を重ねてきたが、その成果を三百題以上収めた一種の練習問題集が、近い将来に刊行される予定である。その中から更に例題を選び、以下、紙数の許す限り示していこう。狭義の医療倫理ばかりでなく、社会福祉などとも関連する問題も含まれている。

③ 病院でHIV感染者のキユアやケアに従事している人に、危険な仕事だからという理由で特別手当(いわゆる危険手当)を支給しても、倫理的になら問題は

ない。むしろ当然の処遇である。

⑭ 全身に入れ墨のある患者は、看護婦や他の患者が怖がるし、病院の評判にもかかわるので、病院はこの人の入院を拒否して差し支えない。

⑮ 個室に入院した熱心な仏教徒の患者Aが、小さな仏壇を持ち込み、毎日お題目を唱えている。そのうわさが別室の無宗教の患者Bに伝わると、Bは、「病院に仏壇なんて縁起でもない」と、露骨に不快感を表明した。この場合、病院側は、Aの行為をやめさせるべきである。

⑯ 若い看護婦に何度も卑猥な言葉を浴びせる男性入院患者は、セクハラを理由に退院させてよい。

⑰ 公団住宅に入居したが、道路沿いなので車の騒音に悩まされている。騒音の少ない別棟に住む耳の不自由な独居老人に、部屋を交換してくれるよう交渉することは、倫理的になんら問題はない。

⑱ 吃音者を指す「どもり」は差別語の一つに指定され放送禁止になっているが、その一方で、吃音者を主人公とする喜劇仕立てのドラマが堂々と放送されている。これは倫理的にみておかしい。

⑲ 国民年金の掛け金を滞納している人（とくに若者）が増え、数百万人に達している。しかし、彼らが将来、高齢で働けなくなったとき、掛け金を払っていなかった

たからといって国が面倒をみないのは、福祉の理念に反する。

⑳ 医学や医療技術の進歩にはめざましいものがある。高齢の医師に昔の知識を振りかざされたのでは、患者はたまったものではない。医師免許は、数年に一度、そのつど国家試験による更新を義務づけるようにすべきである。

㉑ 役作りを徹底的に行わなければ気が済まないというタイプの中年女優のもとに、老婆の役での映画出演の依頼があった。彼女はその依頼を引き受けると、ある歯科医師のもとを訪れ、役作りのため歯を全部抜いてくれと注文した。健全な歯なのだが、歯科医師がこの女優の依頼を聞き届けることは、倫理的に何の問題もない。

㉒ 老人介護のボランティアに参加した時間数が点数化され、いざというときには自分もその分だけ優先的に介護が受けられる、というシステムを導入している自治体がある。しかし、これは、無償の自発的行為というボランティア本来の精神を踏みにじるものであって、倫理的に問題である。

㉓ 友人の勧めで精神科に来院した患者Aを医師が診察したところ、Aは、「俺の上司Bを殺してやる」などと

口走ったが、他にさほど異常はみられなかったもので、とりあえず定期的に通院してもらって様子をみることにし、患者Aを帰宅させた。こういう場合、医師は、万一のことを考えてAの上司Bに、Aが口走った内容を知らせておくべきである。ちなみに、Bは、Aが精神科を受診したことなど知る由もないし、医師はBと全く面識がない。

②④ 既に死刑が確定している囚人が不治の病にかかり、医療刑務所内でケアを受けている。肉体的苦痛がつづく当人は、不治の病にかかっていることを薄々さとり、医師に安楽死を要求した。こういう場合でも、医師は、一般の人々の場合と同じ安楽死・尊厳死の基準（判例）を適用しなければならない。

②⑤ 加入希望者にできるだけ詳細な遺伝子検査をし、その結果を保険料に反映させるのが、合理的な生命保険制度のあり方である。

②⑥ アルツハイマーという診断結果が出た場合、医師は患者本人には告知しない方がよい。

②⑦ ミスコンテストに入賞した女性であれ落選した女性であれ、交通事故の被害者になって顔の同じ部位に同じ程度の傷を受けたのなら、加害者からの感謝料は同額であるべきである。そうでないのは差別である。

②⑧ アトピー性皮膚炎の学童には給食を摂らせずに弁当持参を認めるのが当然である。このように、子供の体質や健康状態はさまざまなことから、教育の一環と称して一律に同一の給食を課すこと自体が、そもそも人権を無視した誤った教育方針である。

②⑨ 国民皆保険と言われるまでに医療保険が整備され過ぎていくから、日本国民は、日頃は自分のいのちの問題に関心が薄く、逆に、病気やケガをしたときには安易に医師を頼りがちなのである。公的医療保険は乳幼児と老人ぐらいにして、あとは民間保険会社に任せるようにしたほうが、国民が自分の健康について日頃から気を配るようになるし、国庫負担も減って、一石二鳥ではないか。

③⑩ 徘徊のおそれのあるアルツハイマー症の患者には、病室に監視カメラを設置して常時モニターで監視するのがよい。

③⑪ 臨床試験について医師が患者に十分なインフォームド・コンセントをしようとするほど、患者は、試験の危険性について詳しく知らされることになり、結局は試験への協力を断る可能性が高くなる。しかし、被験者の必要数が確保できなければ試験は成立しない。これでは、病気で苦しむ人を救おうという善意か

ら発した新薬開発研究者のせつかくの熱意が否定されかねない。だから被験患者の同意抜き臨床試験がやむを得ない場合もあり得る。

③ 単に骨折で入院しているに過ぎないヘビースモーカーにまで、院内で禁煙を強制するのは、この患者の嗜好に配慮していないことになるから、病院側は、人権に配慮してこの患者の喫煙を認めるべきである。

以上のような啓発問題を素材にして「健康時のインフォームド・コンセント」という地味な訓練をつづけることにより、学生や市民が、医療上の諸問題について主体的に考える習慣を身につければ、次第にお任せ医療は減り、医療現場にインフォームド・コンセントが定着していくであろう。さらに、こういう訓練の中から、いわゆる市民運動が健全に育っていくことが、民主主義の活性化のために大いに望まれる。問題を解く過程で、制度変革や法改正などの必要性を強く感じたら、そういう共通の問題意識をもつ人々が集まって運動を展開していけばよい。しかし、倫理学者自身はそこまで深入りすべきではなからう。我々の使命は、そのきつかけをつくることであって、市民運動には直接に関わるべきではない、というのが筆者の考えである。

おわりに

今後の本学会活動に向けての提言

以上、筆者の考えを忌憚なく述べてきたが、これも一種のバターナリズムではないかと批判されれば返す言葉もない。しかし、この拙稿を叩き台にして、近い将来に、本学会で、医療倫理学者のモラルと使命を問うシンポジウムを企画して戴けるなら幸甚である。自分たちの言動を常に反省し、不断に自己点検していくことが、我々医療倫理学者のモラルの向上のためには不可欠であろう。さらに、そのシンポジウムの成果として、一種の「倫理綱領」も策定できれば、我々の行動の指針となるし、我々が社会的にいつその認知を受けられるきつかけにもなるであろう。法律家・医師・新聞記者などには、いずれも倫理綱領に相当するものがあるのに、皮肉にも、倫理学者には倫理綱領がない。しかし、言いたい放題、書きたい放題をつづけていては、いつまで経っても信用は得られず、医療従事者からは、不快に思われるか全く無視されつづけるだけであろう。

(順天堂大学医学部非常勤講師・医史学・医療総論

こんどう・ひとし)

(注) 問題①②④⑤については、素材を、それぞれ本学会の木阪昌知・武山治雄・柳堀素雅子・平山正実の各先生から御提供いただいた。後述の③以下も含め、その他の問題は、新聞記事などを参考に、すべて筆者が作成した。なお、一年生と三年生の共通レポート課題とした①②に関して、学生の回答を詳しく分析したところ、問題選択や論理展開などの点で、両学年の間に有意な差が見られた。その詳しい報告は別稿にゆずる。