

ISSN 2433-8443

# C B E L R E P O R T

Interdisciplinary Bioethics Research in Japanese and English



Volume 6  
Issue 1

CBEL Report Volume 6, Issue 1

By The University of Tokyo  
Bioethics Collaborative Research Organization  
(BiCRO)

All contents are **OPEN ACCESS**.

# CBEL Report Volume 6, Issue 1: Contents

## 研究論文 -Regular Articles-

- [ 1 ] もし査読者が他の人だったら、いったいどんな査読コメントを書きただろうか？ 論文査読に関する短いエッセイ  
浅井篤, 許華, 福山美季, 大西基喜, 門岡康弘
- [ 17 ] 医療実践における実在論からみた診断のあり方  
— 複数の実在の取りまとめと患者・医師の対話の促進 —  
田淵綾
- [ 29 ] 若年者の治療を優先するべきか？  
— パンデミック下でのフェア・イニングス論の検討  
保田幸子
- 

## 招待論文 -Invited Articles-

- [ 45 ] 認知的完結欲求の観点から見たコロナワクチン関連の陰謀論の分析  
池田亘孝
- 

## 総説 -Reviews-

- [ 63 ] 第三者が関わる生殖補助医療：日本の実証研究から明らかになった課題  
橋本茜, 市川佳世子, 當山まゆみ, 中山健夫, 藤田みさお
- 

## 短報 -Letters-

- [ 80 ] Conspiracy Theories, Anti-Science, and Anti-Medicine in the COVID-19  
Pandemic  
Shotaro Kinoshita
- 

- [ 82 ] ジャーナルインフォメーション (日本語 & 英語)

# CBEL Report Volume 6, Issue 1: Contents

## **Regular Articles (in Japanese)**

If the reviewer had been someone else, what would the comments on our manuscript have been? Short essay on the peer review process

*Atsushi Asai, Xu Hua, Miki Fukuyama, Motoki Ohnishi, Yasuhiro Kadooka*

Diagnosis from the perspective of Ontology in Medical Practice: Coordinating multiple realities and promoting dialogue between patient and doctor

*Aya Tabuchi*

Should We Prioritize Younger Patients?: The Fair Innings View in Pandemic Ethics

*Sachiko Yasuda*

---

## **Invited Articles (in Japanese)**

Analysis of conspiracy theories related to Covid-19 vaccine from the perspective of cognitive closure

*Nobutaka Ikeda*

---

## **Reviews (in Japanese)**

Identified Issues of Donor Conception in Japan: A Literature Review

*Akane Hashimoto, Kayoko Ichikawa, Mayumi Toyama, Takeo Nakayama,  
Misao Fujita*

---

## **Letters (in English)**

Conspiracy Theories, Anti-Science, and Anti-Medicine in the COVID-19 Pandemic

*Shotaro Kinoshita*

---

Journal Information (in Japanese & English)

Regular Article

# もし査読者が他の人だったら、いったいどんな査読コメントを書いたろうか？ 論文査読に関する短いエッセイ

浅井篤<sup>I</sup>

許華<sup>II</sup>

福山美季<sup>III</sup>

大西基喜<sup>IV</sup>

門岡康弘<sup>V</sup>

## Abstract

査読は学術雑誌に投稿された論文の価値を評価し質を向上させる大切な過程である。査読ガイドラインや関連倫理原則も発表されている。一方、査読過程は完璧ではなく、不適切な査読コメントや不正行為が指摘されている。我々は生命医療倫理領域論文の査読を受ける過程で、多くの有益な助言を得て論文を改善させることができた。しかし査読コメントを受け取り対応する過程で、いろいろを考えさせられることがあった。今回我々は著者として査読を受けてきた長年の経験に基づき、査読過程に内在すると我々が認識した根本的問題を提示したい。それらは主に、多種多様な偶然に査読者担当者及びそのコメント内容が左右される可能性と、査読者のコメントに対応する際に著者が取る不適切な態度である。我々が提示する問題は、人が他者を評価する状況で避け難く生じることであると考え。そして査読過程の本質的限界に関する認識と、過剰な能力主義に対する老子（Lao Tzu）の批判に関する理解は、著者と査読者の関係性と競争的学術活動に対する研究者の態度を健全化すると結論する。

キーワード：査読、偶然、力の不均衡、過剰な能力主義、老子

Peer review is an important process to evaluate and improve the quality of manuscripts submitted to journals. Peer review guidelines and related ethical principles have been published to improve this process. Notwithstanding, some reviewers provide inappropriate comments and misconduct can also occur. Thus far, we have been fortunate to receive

<sup>I</sup> 東北大学大学院 医学系研究科 公衆衛生学専攻 医療倫理学分野

Corresponding Author (E-mail: aasai@med.tohoku.ac.jp)

<sup>II</sup> 東北大学大学院 医学系研究科 医科学専攻（博士課程） 医療倫理学分野所属

<sup>III</sup> 熊本大学大学院 生命科学研究部 環境社会医学部門 看護実践開発講座 看護学分野

<sup>IV</sup> 青森県立保健大学大学院健康科学研究科 保健・医療・福祉政策システム領域 公衆衛生研究室

<sup>V</sup> 熊本大学大学院 生命科学研究部 環境社会医学部門 生命倫理学講座 環境生命科学分野

helpful advice during the peer review process from reviewers to improve our submitted manuscripts in the biomedical ethics field. Yet, in considering the process itself, we are faced with several fundamental concerns, such as the possibility that chance plays into both the selection of reviewers and their comments, and the unhealthy attitudes of authors when responding to reviewers' comments. Such issues inevitably arise in situations where people evaluate and judge others. An awareness of the inherent limitations of the peer review process and understanding of Lao Tzu's critique of excessive meritocracy can lead to more productive relationships between authors and reviewers and healthier attitudes of researchers toward competitive scholarly activities.

**Keywords:** Peer Review, Chance, Power imbalance, Excessive Meritocracy, Lao Tzu

## 1. はじめに

査読 (peer review) は雑誌に投稿された論文の価値を評価し質を向上させる大切な過程である。査読は論文掲載に関する決定や他論文への投稿推奨に関する判断の一助にもなっている。ゲートキーパーであり質担保をする (1)。論文の「交通警察」であり、原稿をより適切な雑誌に導く役割も果たしている (2)。査読は無償で自主的な個人の好意に依存した作業であるが、相互性に基づいた研究者の責任であると考えられている (3, 4)。査読実施ガイドライン (Committee on Publication Ethics, COPE 等) や新しい査読様式が提案され、査読の倫理原則や求められる配慮も発表されている (3-7)。

現在の査読制度は完璧とは言えない。今まで様々な問題が指摘されている。たとえば、論文を投稿した著者 (以後、著者) が精神的に深く傷つく侮辱的で無神経なコメント (4)、不合理で不必要な書き換えや追加実験の要求 (5)、非建設的で大雑把で修正の助けにならないコメント (7, 8)、個人的な嗜好に基づいたコメント (9) 等の存在が指摘されている。これらは著者に対するコメント作成時の査読者エチケットの欠如の問題だろう (5)。加えて、自己利益のために、競争相手からの投稿論文に不当に低い評価をつける、不適切なコメント

をする、査読を故意に遅らせる、正当な理由なく採用を却下する、査読原稿からアイデアを盗用する、修正原稿に査読者自身の論文の引用を要求する等、査読者の立場を悪用した不正な行為が指摘されている (10, 11)。さらには査読者と著者が連絡し合い査読コメントを作成したり偽物査読者を立てて論文を雑誌にアクセプトさせたりといった研究不正事件も報告されている (12, 13)。

今まで我々は国内外の生命医療倫理領域雑誌に投稿した論文の査読を受ける過程で、多くの有益な助言を得て論文を改善させ発表することができた。しかし査読コメントを受け取り対応する過程で、いろいろを考えさせられることがあった。困惑させられたり対応に苦慮したりした査読コメントに遭遇することもあった。今回我々は本論で我々が著者として査読を受けてきた長年の経験に基づき、査読過程に内在すると我々が認識した問題を論じたい。我々の体験から、上述の査読者の好ましくない態度や自己利益に基づいた行為、査読に関わる研究不正の問題以外にも、より本質的で解決が難しい問題がある。具体的建設的な前向きで親切なコメントを受け取った際にも、著者として悩まされる問題である。それらは主に、多種多様な偶然に査読者担当者及びそのコメント内容

が左右されることと、査読者のコメントに対応する際に著者がどのような態度で臨むかの二つである。我々は査読過程の本質的限界に関する認識と過剰な能力主義に対する老子 (Lao Tzu) の批判の理解が、著者-査読者関係と競争的学術活動に対する研究者の態度を健全化し得ると主張する。

我々は今まで、査読者のコメントによって自らの論文の議論の矛盾、不必要な繰り返し、一方的な議論、不適切な用語の使用、問題の背景についての説明不足、そして結論の具体性不足を修正できた。論文テーマに関する新たな見解、予め言及し対応すべき反論や非常に具体的な改善案、参照すべき追加文献、結論に関する代替案について貴重な意見を得ることができた。結論に関する代替案に関する提案には、代替案を採用するか否かに関する著者の裁量権が明確に与えられる場合もあった。したがって、これまで受けた査読コメントや査読者を個人的個別的に批判・非難する意図は全くない。また我々自身も査読者として長年にわたって多くの論文を査読してきており、査読者の大きな負担は身に染みて理解している。査読過程の重要性に疑問を持っているわけでもない。長年査読を受け続けてきた著者としての問題意識を論じ共有することが目的である。今回は今までに国内外の生命医療倫理系雑誌に発表できた論文の査読過程の経験を振り返りつつ論考を進める。今回は雑誌編集者が外部の研究者に査読を依頼する場合を想定している。雑誌が多数の編集委員を擁しており、常にその中から最適な査読者を選ぶことが可能な状況は想定していない。

## 2. 著者が受け取る査読コメントの内容は多種多様な偶然に左右される

我々は今まで様々な生命医療倫理学領域の雑誌

に論文を投稿し、数多くの査読者から多様なコメントを受け取ってきた。しかし我々の論文の査読者は生命医療倫理学領域の研究者という共通点はあるが、査読コメントは偶々査読者になった人の考え方や認識に左右されざるを得ない。査読と言う営みは、どこまで行っても偶然性の影響から逃れられないと考える。査読は全世界共通の高性能人工知能が行うわけではない。査読は生身の完全ではない人間が行う。そして個々人の不完全さも人それぞれで違いがある。査読を行う専門家は、必ずしも全知全能かつ完全に公正な知識人ではなく、人である以上バイアスを回避することは困難である。査読過程が非公開のため、公平性、中立性、再現性を担保する術がないという指摘もある(14)。しかし、たとえ査読者名と査読過程が公開されても偶然性に左右されることには変わらない。

査読が依頼される時の査読者候補の研究者が置かれている状況で、その人が当該依頼を引き受けるかどうか左右される。その結果、査読を引き受ける担当者が変わる。たとえば査読を依頼された研究者が、本務での倫理審査、利益相反審査、授業、院生指導、そして入試業務まで引き受けているとする。彼が査読を引き受けるか否かは本務の多忙さ加減で決まるだろう。すでに査読中の原稿を複数抱えていたら、新規査読依頼を断る研究者は多いだろう。査読者がどんな理由で査読を断っているかを正確に把握している人はいないであろう。知識があり適切な査読者を見つけるのは大変であり、中堅以上の研究者はしばしば査読を断るという(15)。この「回答率」の低さを量的調査の回答率の問題と同じように考えると、あまりに回答率が低ければ担当した査読者のコメントの妥当性に対する疑問が生じるかもしれない。様々な偶然で論文の査読者が変わり、査読者が誰かによって

査読コメントの内容が左右される状況があることは避けられないように思われる。

ある研究者が査読を引き受けた場合でも査読コメントの質と量は変わるだろう。多忙であれば、どうしても簡略過ぎるコメントになるかもしれない。過労状態であれば論文内容に対する理解不足や誤解が生じる可能性もある。査読のむらは当然のこととして語られている(16, 17)。査読者の個人差でも査読コメントの内容や著者への対応姿勢は変わるだろう。査読者の性格、態度、頑固さ、細かさは、個々人によって異なるであろう。たとえ利益相反がなく悪しき意図がなくても、原稿との相性という曖昧なことでもコメントは変わるかもしれない。査読者個人の自らの主張や指摘の正しさへの確信度の違いも著者への対応を変えるだろう。たとえばある査読者は著者の修正された主張や議論に必ずしも納得しなくても、査読の第二ラウンドでは、その誠実な対応を評価して対応十分で採用可能と判定するかもしれない。他の査読者はあくまでも自分が完全に納得する修正ができるまで著者に執拗に修正示唆を出し続けることがあり得る。自分の考えを押し付け、研究成果を発表する機会を奪う査読者に出くわすとの指摘もある(16)。個人の認識のブレもある。一回目の査読では指摘しなかったことを二巡目の査読で追加指摘して、著者にストレスを与える査読者も存在する(18)。

複数の査読者による査読コメント内容はしばしば異なる。二人の査読者のコメントや評価が正反対のこともある(19)。我々の経験した査読では、第一査読者は論考の国際的重要性を高く評価し、具体的修正ポイントを提示し前向きな修正示唆を提示した。一方、第二査読者は我々の論考は地域限定で日本に特化したことであり国際雑誌に掲載するには値しないという見解であった。とても同

じ原稿に対するコメントとは思えないこともある。複数査読者間の見解の矛盾どころか、最初の二人の査読者の意見が割れたので第三査読者が登場し、第二査読者のコメントに対する対応は論文には関係がないから不要だということがあった。第二査読者への対応のため我々は数冊の書籍を読破し論考に加えていた。まだ第三査読者は新たに読むべき書籍を示唆してきた。査読結果は多数決で決めるのかという疑問も出る。査読者の数が増えれば査読の質が良くなるとは限らない。

一人の査読者のコメントが様々な偶然で左右されるのであれば、その数が増えれば、偶然が及ぼす影響は増大するであろう。偶然で査読内容が左右されるのであれば、複数の査読者のコメントが食い違うのは必然である。査読者の雑誌掲載に関する判定の一致率は偶然の一致以上のものではないという報告もある(20)。それが査読では当たり前だと見解もあるだろうが、著者としては対応に苦慮するであろう。

字数制限以内で書かれた原稿が長過ぎるか否か、著者の議論があまりに理想主義的で非現実的か否か。この「あまりに」の部分が査読個人のよる感覚であり予測できない差異になる。何が新規なのか個人差があり感覚的になり得る。すべてのテーマについて世界中の議論を知っている研究者はいないであろう。査読担当論文に関するテーマを毎回網羅的に検索するわけにもいかないと思われる。また偶々査読者になった人物が理解できない新規性や価値があるかもしれない。そもそも生命医療倫理領域で客観的な新規性の判断が可能なのかという疑問がある。

逆に本当に新規で、今までに学術論文に全く公表されていないことを書いた場合、学術的な文献がない、議論が先行文献に支えられていないと言

われ評価が下がる。たとえば日本で起きた守秘義務と警告義務の葛藤を含む事例に関する論文を書いたとき、その時点では誰一人その事例について学術雑誌では論じていなかったため、査読者に学術論文への言及不足を指摘された。論文における予測に基づく推論や懸念に関する先行論文がない場合、その主張に根拠がないと指摘され、すべて削るように示唆されることもある。しかし生命医療倫理領域の学術論文に先行文献がないことは新規さを示唆する一面もあると思われる。

一方で、査読者はほとんど常に論文に対して同様の評決に達するという見解もある(15)。質判断は比較的簡単だという見解もある(1)。しかし、これらは個人的見解であり本当のところはわからない。極端に質が悪い場合は簡単に採用しないという決定ができるだろう。しかし、投稿論文にいわゆる致命的な瑕疵がない場合は、査読コメントはかなり主観的・個人的になり偶然に左右されやすいと思われる。対象原稿における研究結果の再現性だけでなく、査読コメントの「再現性」も検証する必要がある(14)。査読実施ガイドラインや査読の倫理原則が、どの程度、偶然性や個人差、主観性によって生じる査読のブレに対応できているのかは不明である。

### 3. 査読者コメントに対応する際、著者はどのような態度で臨んでいるか

査読者と著者は評価者と被評価者の関係であり、決して対等にはならない。著者の査読コメントへの対応の仕方は、査読者と論文投稿者の力の不均衡と現在の「出版するか、さもなければ滅びるか」文化(publish-or-perish culture)を考えれば改めて熟考すべき課題だと思われる。極端に言えば、従順に受け入れるか反論するかが究極的な問題になる。

査読コメントに対応するとき、著者が査読者を信頼して、そのコメントに心から納得して修正要求に応じているのであれば、たとえ査読者コメントが偶然性や主観性に影響を受けていたとしても大きな問題はないと言えるかもしれない。しかし、論文が採用されることだけを目的に、とにかく従順に、ある意味「言いなり」になって修正要求に応じることもあるのではないかと危惧する。正直に言って、我々もそのような対応をしたこともあった。もし著者が論文をアクセプトさせることだけを考え、言いなりに査読コメントに対応しているのであれば、その状況は極めて不健全であり、個人として研究者としての良心と誠実さが損なわれている状況であろう。そして査読者がミスをしている場合、生命医療倫理という学問自体に悪影響が生じるかもしれない。査読者と著者の間に見解やスタイルの相違がある場合でも、前者が常に正しく後者が間違っている、あるいは前者が優れ後者が劣っていることにはならないと思われる。

ある日本の雑誌の編集者は「本誌では査読結果に忠実に答えようという著者が多い。ところが査読者は神ではない。時に過ちを犯す人間に過ぎない。それゆえ、査読結果には、査読者の明らかな誤解によるコメントが含まれることもある。その場合は『誤解だ』と筆者が反論して、査読者を説得すればよい。誤解によらぬ場合は、反論があるのであれば反論して決着をつければよい」(17)と述べている。まさに正論である。多くの雑誌で査読コメントに異議がある場合は詳細な反論を書くように促している。非常に適切な態度である。しかし実践はなかなか難しいと思われる。その理由は以下の通りである。

第一に査読者が公正明大で信頼できる相手かわからないため、是々非々の対応が可能か、言い換

えれば得策か否かについての不安が払拭できない。第二に査読者は著者よりも自分の方が優れていると考えて、著者の反論に耳を傾けないかもしれない(9)。第三に査読者が謙虚で公正な性格で自分のことを著者よりも偉いと思っていなくても、著者は、査読者が自分は著者よりも優れていると思っていると認識する可能性がある。これは医師が共感的で傾聴的な態度で患者に接しているにもかかわらず、患者は口を挟むと医師の機嫌が悪くなるに違いないと認識してしまい、自分の言いたいことをなかなか言えないのと少し似ている。著者の反論で査読者は腹を立て論文掲載却下を編集者に進言するのではないかと勘繰る場合はあると思われる。

英語論文投稿から査読課程、そして出版までの道のりを解説した論説では、興味深いことに「投稿先との壮絶なラリー(やりとり)」、「理不尽だと思われる指摘があれば、恐れずに反論を試みてもよい」、「(英語の査読コメントに込められた査読者や編集者の態度に関して)ネイティブスピーカーに査読者や編集長の気分といったものを、そのコメントの行間から掴んでもらうとよい」と述べられている(18)。ある意味、論文を採用させるためには、ここまでしなくてはいけないと思われる訳で、著者が査読者コメント対応に、ある意味過剰に神経を使っていることを示唆する。

ところで、今までの研究者生活で我々が取ってきた査読コメント対応には次のようなパターンがあった。第一のパターンは、査読コメントにすべて従うと言う対応である。言われるままに追加し言われるまま削除した。基本的に反論はなしである。たとえば査読者が、我々の論文中の主張はこれまで多くの既存議論があり、かつ当該記載のために論文が不必要に長くなっているため、ワンセ

クション、英語1000語、全体の25%をごっそりと削除するよう示唆した。我々は査読者の意見に納得できなかったがその通りに削除した。また査読者が全く受け入れられないと指摘した我々の予防原則に基づく議論をまるまる削除したこともある。このパターンが過半数を占めると思われる。第二のパターンは査読者コメントには納得できないが直接的には反論はせず、説明を追加しオリジナルの議論を限定的なものに縮小することである。そして査読者が我々の限定的修正を受け入れることを願う。

第三のパターンとして、査読コメントに正面から反論し論破したこともあった(結果的に論文は掲載された)。これは稀な対応である。この場合、三名の査読者コメントのうち二名が我々の論文を高く評価した。しかし三人目が極めて低評価を下しており、その理由があまりにも受け入れがたいものであったため、全面的に対決する方針を取った。このケースでは我々が日本では医療現場の特定行為に対する複数の反対意見があり、それらに対する慎重な対応が大切だと書いた。すると、上述の三人目の査読者がそのような意見は国際的には完全に論破されており、今更国際雑誌で言及や議論の必要がないという見解であった。我々は大量の文献を提示して、当該問題は国際的にも全く意見の一致を見ていないと、その査読者の見解に反論した。このような対応にはかなりの覚悟、つまり不採用になっても構わないという決意があったことを書いておきたい。

最後に、査読者コメントに対し著者間で対応方針に不一致が生じることもあった。たとえば、論文の主旨に照らしてあまり本質的ではない大幅な修正依頼要請に対して、著者間で対応の仕方のニュアンスが異なった。第一著者は当該コメントを

受け入れることを拒絶しストレートな査読者への反論をカバーレターに書いた。しかし共同著者の一人が査読者への異論を大幅に修正し、対立的ではない内容にしたこともあった。これも査読者を可能な限り不快にならないようにするという配慮であった。加えて、複数の査読者が具体的で建設的だが、両者が全く逆方向の修正を求めてきた場合どうするかも問題となった。第一査読者は論考を簡潔にするよう示唆する一方、第二査読者はもっと文献を追加して議論を拡大させることを提案した。この場合誰に従うべきなのか。我々著者は途方に暮れた。

さらに、査読コメントは建設的で具体的であることが望まれている。しかし、それがあまりに建設的過ぎることがあり、査読者が著者に他の「建物」を建てろということもあった。査読者が特定の論文の構成を要求してくる場合、「論文の別物化」が生じてしまう。我々は何カ月もかけて論文の構成を考え、倫理的に議論が分かれている問題を国会で審議するという仮想設定を想定して議論を展開したが、査読者から国会審議の設定は不要と指摘された。我々は当該設定をすべて削除した。ある論文は日本人筆者による一冊の国際的評価の高いSF作品を論じるものであったが、複数の査読者と査読ラウンドの結果、共通するテーマを有する数冊の書籍の評論を含む論文となった。

我々自身の経験に基づいて想像すると、著者である研究者の心理状態や彼等が置かれている環境が査読コメントへの対応態度に大きく影響する可能性がある。投稿論文の採否が昇任や研究費獲得、任用延長に影響を及ぼす場合、研究以外の業務に追われ極めて多忙で十分時間が取れない場合、所属部局長や上司から業績を伸ばすよう圧力がある場合、そしてこれらの結果として心身ともに追い

詰められている場合、著者は査読者に言われるままに従うか、そのまま修正原稿の投稿を諦めることになると思われる。なぜなら多くの場合、反論には多大のエネルギーと時間が必要であり、さらにさらなる査読ラウンドと採択の可能性低下リスクがあるからだ。

心理状態および立場的に余裕があり、是が非でも目の前の投稿中の論文を可能な限り早く出版させなくてはならないという状況でないならば、研究者の良心にしたがって正面から査読者に反論ができるだろう。過度の能力主義が著者に内在化されていなければ正々堂々と議論ができるだろう。しかし現在の学术界や大学の能力主義・業績至上主義は多くの研究者の心を蝕んでいるのではないかと懸念する。魂を売る事態、つまり信念や良心を捨ててまで業績を上げようとする選択が行われることもあり得る。「より多く、より早く、そしてより良く」(“Do more, faster, and better”)が規範の世界(21)では、査読者と長い闘いをした挙句に負けてしまう事態を受け入れるのは難しい。この状況は著者の良心や誠実さに関する深刻な脅威である。

改めて著者・査読者関係とはいったいどんな関係なのだろうか。通常、生命医療倫理系雑誌の査読はダブルブラインドかシングルブラインドであり、査読者が許可しなければ編集者は査読者名を著者に通知することはできず、著者は査読者が誰かを知ることにはできない。つまりこの関係では、相手が誰かわからず、直接的な意思疎通なく、特に知らないうちに相手が変わっていることもあり、時に説明が不十分であり、時に一方的な拒絶がある。これは少なくとも一般的な意味では対等な関係ではないだろう。著者は雑誌のブランドを信頼するのかもしれないが、少なくとも著者・査読者関係に信頼関係は簡単には成立しないだろう。著

者と査読者は必ずしも敵対者やライバルでないにしろ、前者にとって後者は身元不明で論文の生殺と奪権を持つ存在であると認識され得る。査読方法を変えようと編集者が一定の介入をしようと、評価する側される側の立場による違いは埋めることができない。著者・査読者関係には本質的で避けがたい力の不均等と信頼欠如があることを再確認した方がよいと思われる。

#### 4. 老子 (Lao Tzu) から学ぶ

「もし査読者が他の人だったら、我々の投稿原稿にいったいどんな査読コメントを書いたのだろうか？」という素朴な疑問が我々に本論を執筆させた。査読は偶然性に大きく左右されると論じ、編集者が査読者候補になる研究者の行動や状況そして査読引き受け判断および査読内容を完全にコントロールできない限り、偶然性の影響は除去できず、左右される査読結果には本質的な限界が生じる。このことを査読者は認識する必要があるだろう。査読者の倫理やマナーについてはすでに多くが指摘されている (1-9, 22)。しかし、これらに加えて査読者は「もしこの投稿原稿の査読者が私以外の誰かだったら、どんな査読コメントを書くだろうか」と自問して思いを巡らし、自分の見解を絶対視しないことが重要である。それが査読者自身の謙虚さに繋がり、結果的に著者を尊重することになるだろう。このことは、我々自身に対する自戒でもある。

加えて査読コメントに対応するにあたっての著者の健全とは言い難い態度についても言及し、彼等の態度には彼らがおかれている加熱した競争社会、そして研究者の不安な心理が査読コメント対応態度に悪影響を与えている可能性を示唆した。評価する者・される者の間には埋めがたい溝があ

り、力の不均衡がただでさえ不安定な両者の関係性を歪めていると論じた。困難ではあるが、この状況は改善が必要である。我々の主張を述べる前に今までに検討されてきた対応を述べる。偶然性の影響と「査読のブレ」を許容範囲な程度に抑え、査読者と著者の力の不均衡を是正するための制度的方策には次のようなものがあるだろう。査読者名や査読過程および内容を公開する、同一査読者への査読依頼の集中を避ける (5)、査読者のトレーニングコースを設置し査読コメントへの対応法と共に査読コメントの作成方法と自己評価法も教育する (2)、若手研究者教育において COPE 等の『査読者のための倫理指針ガイドライン』を普及し徹底する (3, 7)、利益相反管理および雑誌からの指示を遵守する等の査読者コアコンピテンシーを涵養する (6)、研究倫理の一環として査読における不正行為防止のための教育を行う (10) 等である。査読の透明性を高めることで、一方的で不公平な査読が抑えられ、査読者が著者の反論に耳を貸さないといった事態もかなり避けられるものと期待される。雑誌がコンタクトできる優秀な査読者プールを大きくすることも一案だろう (23)。査読者に一定金額の謝礼を払うことで、研究者の査読に対する動機付けを高め、査読の質とスピードを改善することが期待されている (24)。

しかし制度的な限界もあるかもしれない。たとえば、ある生命医療倫理系雑誌は他の査読方法を承知しつつダブルブラインドで査読を続けている。なぜなら匿名査読は正直な査読コメント作成を可能にするからである。一方、相互にオープンな査読は同僚や知人からの投稿原稿に対して、その後の人間関係への悪影響を懸念して正直な査読執筆を妨げる可能性がある (15)。また当該領域は極めて狭く、ある研究者が以前自分の投稿原稿に低い評価を下した査読

者が書いた原稿を査読することになった時に、報復的行動にでる可能性があることが懸念されている(25)。したがって、このように制度によって不適正な査読者の態度をある程度コントロールできるが、人間の性による不適切な行為は外的制度による対応だけでは難しい場合もあるかもしれない。

残念ながら、我々にも新たな具体的な解決案はない。しかし我々からひとつだけ提案がある。以下、論文を投稿している著者が健全な態度で学問と向き合い、査読者に適切な態度で接するために重要だと我々が認識している思想を紹介したい。我々は著者には老子(Lao Tzu)の教えが重要だと考える。能力主義に屈して著者が自らの誠実さを損なわないためには、現行の「出版するか、さもなければ滅びるか」文化に対する解毒剤が必要であり、その一つとして老子の『道徳経』(『老子』、*Tao Te Ching*)を熟読し新たな世界の見方を知ることが、我々自身を含め著者らにとって有益である可能性がある。

老子は古代中国の哲学者、詩人であり哲学的道教(philosophical Taoism)の創始者でもある。通常、彼は紀元前6世紀ごろ、孔子と同時代に生きたとされる(26, 27)。『道徳教』(*The Tao Te Ching*)は2500年前に老子によって書かれ、道教的思想の基礎となっている(28)。『道徳経』は深い哲学を持ち、宇宙論から為政者の政策、そして私たち庶民の日常の心構えまで考えさせてくれる(29)。Baldockは、『道徳経』が書かれた2500年前と現代は、我々人間が争いをやめることがなく、権力と地位を追い求め、富を所有することに強迫的になっているという点で何ら変わることはなく、『道徳経』がもたらす知恵は現代社会においても2500年前と同様に重要である、と論じている(30)。老子はめまぐるしく変転する時代の流れに押し流され

まいとして、つねに内省と状況判断を怠らなかった。この意味で常に主体性喪失の危機にさらされている現代人にとって老子の生き方はひとつの指針となる(31, 28)。老子は名声、利益、欲望、知識の4つが人間社会に混乱をもたらすと示唆する(27)。

『道徳経』から「出版するか、さもなければ滅びるか」文化に対する解毒剤になり得、著者が健全な姿勢で査読コメントに対応できると我々が考える老子の言葉(章からの一部抜粋)から6つの例を取り上げ以下に列挙し、それぞれに関連付けて、研究活動と査読対応、そして研究者の在り方について我々の考えを述べる。John H McDonaldの英訳版から引用した文章および我々の日本語訳を記載する(27)。文頭の番号は章ナンバーである。我々は七冊の『道徳経』の日本語訳および四冊の英語訳を詳細に検討した。今回中国人留学生で第二著者の許華がオリジナルの『道徳経』中国語版と比較して最も的確に内容を表し、翻訳者個人の見解が入り込まず、同時に現代に生きる我々に有益な現代的解釈をしていることを理由にJohn H McDonaldの英語版を用いた。そして共同筆者全員で我々の日本語訳の妥当性を確認した。

本論では『道徳経』の基本概念である「道」および「無為自然」については言及しない。また『道徳経』は極めて多様な解釈が可能であり、今回我々が用いた英語訳はその解釈の一つであり、他の英語訳版や日本語訳版よりも、客観的で優れている主張するつもりはない(26)。

2 *When people see things as beautiful, ugliness is created. When people see things as good, evil is created...Long and short define each other.*

人が何かを美しいと認識した時に、醜いという

概念が生まれる。人が何かを善いと認識したときに悪という考えが生まれる....長さと短さがお互いを定義する。

著者は、元々この世には優劣を区別する普遍的基準など存在しないことを理解すべきだろう。結局のところアクセプトの判断は査読者個人の作為すなわち主観的評価であり、学術的な意義や価値は絶対的ではない。したがって査読者の評価ばかりに拘ると、学術的な主張が偏ってしまう可能性があり、自らの主張を歪めることにもなりかねない。それよりも、自己の論文の質を徹底的に追及することに注力し、時期や場所に関係なく多くの研究者によって支持あるいは賛同される学説を見出すとする姿勢がもっと重要である。

*3 If you over-estimate talented individuals, people will become overly competitive. If you overvalue possessions, people will begin to steal. Preferring simplicity and freedom from desires, avoiding the pitfalls of knowledge and wrong action.*

もしあなたが才能のある人を過大に評価するならば、人々は過剰に競争的になるだろう。もしあなたが所有物に過剰な価値を見出すなら、人々は盗みを始めるだろう。単純さと欲望からの自由になることを好み、知識と誤った行為の落とし穴をさけよう。

今日、論文のアクセプトそして業績の積み上げを無視して研究活動を行うことはほぼ不可能である。雇用や出世をふくむ自らの仕事そして生活基盤にも大きく影響するからである。しかし、それらが過剰になり自己目的化すると、論文著者は自らの学問的信念や良心に背いて学術報告を行い、結果

的に不満、不安あるいは後悔といったネガティブな心理状態に陥るかもしれない。あるいは、研究不正を犯す者がいるかもしれない。したがって、彼らは査読者から受けるプレッシャーや業績に関する欲望を適度に制御できなければならない。そうすることで、自らの満足のいく成果報告が可能になるだろう。

*13 Success is as dangerous as failure, and we are often our worst enemy. Receiving favour and losing it both cause alarm. The reason I have an enemy is because I have 'self.' If I no longer had a 'self,' I would no longer have an enemy.*

成功（昇進）は失敗（失脚）と同じように危険である。そして我々はしばしば我々自身の最悪の敵である。寵愛を受けることもそれを失うことも共に警戒心を抱かせる。私に敵がいる理由は、私が自意識を持っているからである。過剰な自意識がなくなれば、敵はいなくなる。

論文がアクセプトされて上司から評価され昇進できた場合でも、業績が伸びずに出世できない場合と変わらず、注意が必要である。出世すれば幸せになるとは限らないし失うものも多い。そして上司の気まぐれによって、その評価や地位を失う可能性は常にある。他者の評価で自己を評価してしまうような、対他的に過剰な自意識は捨てた方がよい。

*24 Those who stand on tiptoes do not stand firmly. Those who rush ahead do not go very far.*

つま先立ちをする人はしっかりと立つことはない。先を急ぐ人は遠くには行かない。

見せかけやオーバーワークといった姿勢で作成された論文は良質だろうか。結局、そのような執筆の努力は失敗するだろう。そして、査読者もそのような態度の著者を好むはずがない。彼らに無理に気に入られようとするうわべだけの努力は徒労である。それよりも著者はじっくりと作成途中の論文の内容に向き合い、その品質向上に努めるべきである。すなわち、先述したように、時期や場所に関係なく多くの研究者によって支持あるいは賛同される学説を迫及すべきだろう。このような姿勢が優れた成果報告への近道なのかもしれない。急いで仕事を仕損じることが肝に銘じる必要がある。他人より優れていようと努力し、自分を追い込み義務を守らない研究者は自分自身と他人を傷つけることになる。

*33 Those who know others are intelligent: those who know themselves are truly wise: Those who master others are strong: those who master themselves have true power. Those who know they have enough are truly wealthy.*

他者のことを知る人は知的であるが、自分自身のことを知る人は本当の知恵がある。他者に打ち勝つ人は強いが、自分に打ち勝つ人は真に力がある。足るを知る人々が本当の意味で豊かである。

アカデミアは競争社会であり、生き残るためには他の研究者を倒す必要がある。しかし、もっと大切なことは自己理解や自己鍛錬の習慣であり、これらは自分が成長するための本質的な手段である。研究者として、自分の欠点や無知を常に思い出し常に反省して、自分自身を真に理解できるように努力する必要がある。自己の欠点と弱点を理解し

他者に協力を求めれば、他の研究者との良い人間関係が形成され、優れた学術研究の協力や支援を受けることができるかもしれない。そして、結果的に、査読者の指摘に効果的に応答できただけでなく、発表する成果は他の多くの研究者からも好ましい評価を受け、優れた業績へつながっていく可能性もある。また、他者との比較を止めて、自分が研究者として今までなし得たことに「これでよし」という満足感を持つことができれば、人生がより豊かなものとして実感されるだろう。

*44 Which is more valuable, your possessions or your person? Knowing when you to stop will keep you from danger.*

あなたの所有しているものとあなたの人格のどちらがより大切なのか。いつ辞めるかを知ることによって危険を遠ざけることができる。

研究者は業績の積み上げに没頭しすぎると、他の重要事項を知らぬ間に失うことがあるかもしれない。たとえば心身の健康状態や家族・同僚との人間関係を損なう研究者がいる。あるいは同じ分野の研究者から強い反発や妬みを受けるなら、研究成果が不当な評価を受けるかもしれない。そのような不幸を回避し、健全な研究活動を安定して持続するためには、謙抑や節度を備え、自分がおかれた環境に順応するのがよい。我々は名声・名誉を非常に重要視するが、そのために命を犠牲にするのは本末転倒である。そして、欲望が大きければ大きいほど満足は小さくなるであろう。

日本の精神科医の野村は『道德経』から次のようなメッセージを受け取り、現代社会において自分の境遇に悩み劣等感に苦しんで活力を失ってい

る人々に送っている。現代社会の人々は様々な局面で無意識に優劣をつけ、勝ち負けを意識し、他者を上に見たり下に見たりして、自分勝手に序列をつけ、時に劣等感を抱いてしまう。しかし価値は相対的で絶対的な基準など存在しない。ほんとうに偉大なものは決して完成などしないし、「何かを成し遂げた」なんて必ずしも言い切れない。「役に立つ」「役に立たない」なんてそう簡単には決められない。だから人間は、自分と他人を比べるのをやめ、何が正しいか何が良いか悪い、何が幸せか、どんな人が偉いかを決めつけるのをやめるべきである(32, 29)。同様に蜂谷も『道徳経』は、常に管理された競争社会で生きている人々にとっての心の処方箋であり、常識に凝り固まった考えを打破し、日常のしがらみから人々の心を解放すると述べている(33, 30)。加えて中国の研究者らは、『道徳経』には知識偏重主義批判が含まれると指摘し、同書には知識量が多いことを無条件に讃えないこと、自らの知識を誇示しないこと、我々の知恵や物事の本質に関する理解の限界および善悪判断の困難さに関する認識の重要性、そして自分の見解を他者が認めるように傲慢に強要しないことの重要性が示唆されていると述べている(34, 35)。

さて結論を述べる前に老子と生命倫理学との関係性および著者らの老子および『道徳経』に関する姿勢を述べておきたい。生命倫理学は主に医療および生命科学の発達に伴い生じる倫理的・心理的・文化的・社会的な問題を、学際的に様々な方法を用いて考える極めて広い領域である。老子による『道徳経』は2500年以上前に書かれたと言われており、長きにわたって多くの研究者に様々な解釈がなされてきたが唯一絶対の解釈は未だに定まっていない。そして各個人の生きる時代、その個人

の人生の段階によっても『道徳経』からその人がくみ取るメッセージは変り得る(36)。ある人は現代社会での生き辛さを軽減するコメントに注目し(32)、他の人は現代社会に生きる手掛かりを得ている(33)。我々も同様に研究者/論文投稿著者の健全な態度に資する部分を抜き出した。『道徳経』で述べられている老子の思想は謙虚さを重視した徳倫理、つまり生命医療倫理の主要分野の一つであると捉えることもできる(36)。

無為は単に何もしないことではない、余計なこととはしない、ことさらな作為や賢しらの行動、小細工を弄しないと解釈される。作為は長続きしないので無理はやめようという意味である(29, 37)。老子が否定したのは道徳そのものではなく、忠孝の偽装、偽りの博愛、偽りの正義であり、世の中の社会的混乱を避ける方法を人々に警告していたことを読み取ることができる。老子の思想は深遠かつ包括的で尽きることがなく、社会政治、外交、経済、法律、教育問題から、人間の倫理の機微、人生観、価値観、世界観、健康など多岐にわたっており、生命倫理学の営みと重なる部分が多いと言えるだろう。老子は人間として何をするにしても学問や研究をするにしても、雑念を持たず敬意を払い慎重で謙虚でなければ、多くの弊害や問題を生むことになることと繰り返し説いている。ひとつの事柄に固執しないことも重視している。したがって、老子は学問や研究自体を否定しているわけではない。

さらに老子は、私たちの生き方を自然の法則と一致させ、それに反しないようにすることが大切だと述べている。生命医療倫理領域の考察にはキリスト教に基づく自然法に基づく考えや自然主義的な考え方があり歴史的に大きな影響力を持ってきた。同様に、老子のいう自然とはどのような状

態なのかを真摯に迫及する営みは優れて生命倫理的な営みだと考える。したがって老子の思想と生命倫理の思想は重なる部分が多いと思われる。著者らの一部は 30 年近く生命医療倫理学の教育研究者として大学で働いており、自らのライフワークである当該学問を否定する意図は毛頭ない。加えて言えば老子および『道德経』に関する生命医療倫理領域の学術論文も国内外で複数出版されている (38-40)。

我々は老子の思想および道德経の内容をすべて理解していると主張する意図は全くない。たとえば我々は道と何か、自然とは何かを具体的には理解していない。また『道德経』には人間の生き方と同時に出世のための処世術が書かれている。しかし我々は出世する方法や国を治める知恵について全く興味はないし、彼の見解に必ずしも賛同していない。このように、老子の思想及び『道德経』の内容の全体像および全体を貫く哲学を理解することは難しく、また内容的に一貫しているとは言い難い。相互に矛盾している部分もある。しかし我々は『道德経』に書かれた言葉の一部から、現代をより良く生きる手掛かりを得ることができると考える。

老子が生きてとされる時代や『道德経』が成立した時代は現代とは全く異なる戦国時代で王が人民を支配している時代であった。しがたって現代の民主主義や自由主義、個人の人権尊重が基本となっている主流の生命倫理の見解から、『道德経』の内容の一部を現代的には無意味なものであるとか、現代生命倫理の諸学者には受け入れられないとする見解は理解できる。しかし 2500 年もの過去の王朝乱立時代に生まれた考え方の妥当性を、現代の倫理基準から後方視的に断定的に判断することには問題があると思われる (41)。そのような姿

勢は、たとえば、アリストテレスの思想を彼が生きた時代が奴隷制を敷いており彼もそれを非難していなかったことを理由にまるごと否定する、またはヒポクラテスが人工妊娠中絶や安楽死を完全に否定していることを理由にその現代的な意義を否定することに類似していると思われる。

我々は現代の業績至上主義が『道德経』を読むことですべて解消されると主張してはいない。論文著者/研究者が時には老子の謙虚で多くを望まない、世間の価値に囚われない、そして賢しらことさらな行為を慎もうという見解を読んで心を落ち着かせ、人生の意味や学問をする意味を少し立ち止まって振り返る時間を取ったらよいのではないかと述べているだけである。

## 5. 結論

老子のメッセージを読んで、少しだけ立ち止まって自分の在り方を考えることは有用であろう。好ましい人生の送り方とは何かを考え、今現在の自分の研究者としての生き方を少し疑問に思うだけでも、論文投稿と査読コメント対応に関する心労や卑屈な心理、不正への誘惑が低減するのではないだろうか。査読者とのやり取りでも是々非々で正々堂々と対応できると思われる。いつの間にか思い出すことがなくなった、医療倫理を始めた目標を再認識し、初心に帰ることが肝要である。そもそも何のために論文を書いて投稿するのか。なぜ生命医療倫理について書いて公表しようとするのか。我々の中には、医療倫理の実践と当該領域の研究活動によって日本の医療の倫理的問題を解決すると同時に本邦の文化的傾向を変革し、日本の医療を変えるという大義を持って医療倫理を始めた者もいる。このような初心に『道德経』を読むことで戻ることができるかもしれない。そして、

研究業績を上げることばかり、そしてランキングを挙げることに終始する大学等の学術機関を醒めた目で見ることがある。

評価され続ける社会に心の平安はない。評価され続ける人生で我々は疲弊する。そして達成と活動性だけで評価される社会は我々を過度に消耗させる (42, 33)。評価され続ける人生は、個人の存在意義に対する根源的不安を惹起する。科学や学問の世界においては相互批判が大切だが、人が人を判断することの意義と影響をもっと真摯に考ええるべきである。評価し優劣をつけ待遇を変えることの意味とインパクトを再検討する必要がある。我々は現代社会で論文投稿をする著者を含めた研究者らは心の平安と休息のためにも、老子のメッセージを一度しっかりと受け止める必要があると結論する。

最後に、今回は査読コメント対応における著者に対する『道德経』の意義を述べたが、研究者が査読者の立場になった時にも、彼等がより良い、つまり適度に建設的で謙虚な査読コメントを著者に提供できる手掛かりを老子は残している。たとえば第71章では「知らないことを知ることが人を完全に近づける。知っていると思うことは病気である。病気であることを認識することによってのみ、治療を求めることができる。」と述べている (27)。査読者になる可能性にある研究者、すでに査読を担当している研究者にも『道德経』の一読をお勧めする。

## 文献

1. David Wendler, Franklin Miller The ethics of peer review in bioethics. *Journal of Medical Ethics* 2014;40:697-701.
2. Kayhan Parsi, Nanette Elster. Peering into the future of peer Review. *The American Journal of Bioethics* 2018;18:3-4.
3. COPE Council. COPE Ethical guidelines for peer reviewers — English. <https://doi.org/10.24318/cope.2019.1.9>
4. Bressington D, et al. Conducting a sensitive, constructive and ethical peer review. *Nursing Open* 2021;9:1930-2.
5. Katrin Karbstein Responsible Peer Review. *ACS Chem. Biol.* 2018, 13, 3217-8.
6. Edward Barroga Innovative Strategies for Peer Review. *J Korean Med Sci* 2020 35 (20) e138.
7. Heidi Allen, Alexandra Cury, Thomas Gaston, Chris Graf, et al. What does better peer review look like? Underlying principles and recommendations for better practice. *Learned Publishing* 2019;32:163-175.
8. Catherine M. Clase, Elizabeth Dicks, Rachel Holden, Manish M. Sood, et al. Can peer review be kinder? Supportive peer review: A Re-Commitment to kindness and a call to action. *Canadian Journal of kidney health and disease* 2022;9:1-6.
9. Paivi Atjonen Ethics in peer review of academic journal articles as perceived by authors in the educational science. *J Acad Ethics* 2018;16:359-376.
10. Edward F. Barroga. Safeguarding the integrity of science community by restraining ‘Rational Cheating’ in peer review *J Korean Med Sci* 2014;29:1450-1452.

11. Jaime A. Teixeira da Silva. The ethics of peer and editorial requests for self-citation of their work and journal. *Medical Journal Armed Forces India* 2017;73:181-183.
12. Horacio Rivera. Fake peer review and inappropriate authorship are real evils. *J Korean Med Sci* 2019;34:e6.
13. 教授ら3人査読不正 福井大調査委、論文6本で認定 浜松医大元教授関与 静岡新聞、2022年12月21日
14. Takeshi Ebata. The quality is mightier than the duration: High quality of peer review makes journal attractive. *人間工学* 2021; 27:1-3.
15. Udo Schuklenk On peer review, Editorial. *Bioethics* 2015;29: 2-3.
16. 高橋浩之 日本健康教育学会誌の「査読」を査読する 日本健康教育学会誌 2011;19:353-354.
17. 神馬征峰 日本健康教育学会誌の査読：理想と現実のはざままで 日本健康教育学会誌 2011; 19:354-355.
18. Paul Andrew 佐藤晴彦 英語論文の投稿から査読者のやりとり、そして出版 理学療法学 2019年第46巻465-9.
19. Barry London, Reviewing Peer Review. *Journal of the American Heart Association* 2021;10:e21475.
20. Frank Houghton Keep calm and carry on: moral panic, predatory publishers, peer review, and the emperor's new clothes. *Journal of the Medical Library Association* 2022;110:233-239.
21. Drolet MJ, et al. Ethical issues in Research: Perceptions of Researchers, research ethics board members and research ethics experts. *Journal of Academic Ethics* 2023;21:269-292.
22. William A. Cunningham, Neil. A. Lewis, Jr., June Gruber. Letters to Young Scientists. Science relies on constructive criticism. Here's how to keep it useful and respectful. *Science* 2021 (March 4, 2021) doi: 10.1126/science.caredit.abi6902. <https://www.science.org/content/article/science-relies-constructive-criticism-here-s-how-keep-it-useful-and-respectful#:~:text=It%20simply%20means%20that%20when,people%20away%20from%20the%20community>
23. Aluko A. Hope and Cindy L. Munoro. Criticism and judgement: A critical look at scientific peer review. *American Journal of Critical-Care Nurses* 2019; 28:242-245.
24. Phaik Yeong Cheah, Jan Piasecki. Should peer reviewer be paid to review academic papers. *Lancet* 2022; 399: 1601
25. Udo Schuklenk How peer review is conducted at Developing World Bioethics, and why we do it the way we do. Editorial. *Bioethics* 2019;19: 62-63.
26. Paul Meighan The Tao Te Ching, or the Canon of the Way and the Virtue. In Laozi. Tao Te Ching The Canon of the Way and the Virtue. Translated by John Alexander. Easy Peasy Publishing 2014. 6-19.

27. Lao Tzu *Tao Te Ching* Translated by John H McDonald. Arcturus Publishing Limited, 2019, London.
28. Lao Zi Dao De Jing 居延安 翻訳・編集 上海 翻訳出版社、2019 年。
29. 野中根太郎 老子コンプリート 誠文堂新光社、2019 年、東京。
30. John Baldock. Introduction, in Lao Tzu Tao Te Ching Translated by John H McDonald. Arcturus Publishing Limited, 2019, London, 6-19.
31. 和田武司 解説 In 蔡志忠（さいしちゅう Tsai Chih Chung）作画、和田武司訳、野末陳平監修 マンガ 老荘の思想 講談社文庫、2021 年、東京。
32. 野村総一郎 人生に、上下も勝ち負けありません。精神科医が教える老子の言葉 文響社、2019 年、東京。
33. 蜂谷邦夫 老子 NHK テレビテキスト 2018 年第 1 巻、29.
34. Xu Chengzi. A New Interpretation of the TAO TE CHING, Jinan Press, Shan Dong, 2003, P66. In Chinese.
35. Zeng Shiqiang explains the TAO TE CHING[M]. Democracy and Construction Press, Beijing, 2016, 163-165. In Chinese.
36. 老子 蜂谷邦夫訳注 岩波文庫、2016 年、東京。
37. 守屋洋 世界最高の人生哲学 SB クリエイティブ株式会社、2016 年、東京。
38. Liam C. Butchart. Taoism, bioethics, and the COVID-19 Pandemic. *Tzu Chi Medical Journal* 2022;34:107-11
39. 関根徹 日本の天道的な医療倫理—道教思想の影響 鶴見大学紀要 2022;48:51-55.
40. Russell Kirkland Taoism, Bioethics in. Bruce Jennings, Editor in Chief. Bioethics, 4<sup>th</sup> Edition, Volume 6, 2014, Gale, Cengage Learning, Farming Hills, p3059-3068
41. Atsushi Asai, Hiroko Ishimoto, Sakiko Masaki An ethical review of the production of human skeleton models from autopsied patients with Hansen's disease in pre-war Japan. *Ritsumeikan Journal of Asia Pacific Studies* 2014; 33: 153-161.
42. Byung-Chul Han The Burnout Society. Translated by Erik Bulter, Stanford University Press, Stanford, California, 2015.

(2023 年 7 月 8 日受理／2023 年 9 月 8 日採択)

Regular Article

## 医療実践における実在論からみた診断のあり方 —複数の実在の取りまとめと患者・医師の対話の促進—

田淵綾\*

### Abstract

診断は医療実践において重要であるが、高齢者の終末期医療や救命医療等の分野で医師から終末期の診断を下すのが難しいという声が上がっている。本論文は、現代日本の医療において診断の主流である根拠に基づく医療(EBM)とその批判からうまれた物語に基づく医療(NBM)を検討し、共に主観/客観という二元的な認識区分を前提にしていることが、客観的エビデンスに優位性を与え、診断の難しさを生み出していると述べる。そこで、二元的な認識区分を克服したアネマリー・モルの議論から、医療実践における実在について検討し、診断を複数の実行される実在が重なり合ったものの表象の一つと捉える。ここでは、診断はEBMの時のように客観的なものとは考えられないため、診断を下す医師は患者よりも優位性を持たず、患者と医師の関係はより対等なものになる。さらに、実在に注目することは、患者と医師が相互の自己利益によって医療実践について話すのではないため、患者にとって最善の診断を導くための対話が形成されると期待される。

キーワード：診断、医療実践における実在論、患者・医師の対話、根拠に基づく医療（EBM）、  
物語に基づく医療（NBM）

Diagnosis is crucial in medical practice, but doctors in some fields, such as Geriatric Palliative Care and critical care, face difficulty making a diagnosis. This paper examines the existing discourse on evidence-based medicine and narrative based medicine approaches, the prevailing means of diagnosis, including criticism of these in modern Japanese medicine. In particular, the concepts of evidence-based medicine and narrative based medicine make diagnosis difficult by premising an epistemological dichotomy between subject and object, with a prioritization of objective evidence. We explore the ontology in medical practice that Annemarie Mol has discussed as a way to overcome this; it entails regarding a diagnosis as one of the representations of multiple enacted realities. Given that, unlike in evidence-based medicine, diagnosis is not considered objective, physicians are not positioned as dominant over patients, thus fostering more egalitarian doctor-patient relationships. Moreover, focusing on reality may encourage dialogue about the best treatment for the patient because medical practices are not discussed in terms of patient's and doctor's personal interests.

---

\* 活水女子大学

**Keywords:** Diagnosis, Ontology in medical practice, Dialogue between patient and doctor, Evidence-based medicine (EBM), Narrative based medicine (NBM)

## 1. 序論

「面接・診察・検査などによって得られる所見に基づいてなされる疾病・病勢・予後などに関する医学的結論」〔今中 2009: 1444〕と定義される診断は、治療方針を決定したり、健康保険、介護保険等を受給したり、医療を実践していく上で重要なものである。本論文で取り上げる終末期の診断には明確な定義がない〔樋口 2018: 10-12; 荒幡 2018: 1272〕ものの、ガイドラインや提言などをもとに荒幡は、終末期の基準をおおよそ「①患者に対して回復のための最善の医療が尽くされている（最大限の治療）、②治療を継続しても予後不良で死が間近に迫っていると予想される（不可逆的）、③複数の医療者と家族が終末期状態であることを認めること（共通認識）」〔荒幡 2018: 1272-1273〕にまとめている。がんの予後予測についてはエビデンスが蓄積され、PaP スコア（Palliative Prognosis Score）や PPI（Palliative Prognostic Index）などの開発が進み〔森田 2020: 151-162〕、がん疾患の終末期は比較的容易に診断が下せると一般的には言われている〔木村 2018: 54-55; 荒幡 2018: 1273〕。その

一方で、例えば、非がん疾患である認知症は生命予後を予測する方法が確立されていない〔日本神経学会 2017: 168〕。2007 年から厚生労働省をはじめ各種団体が、終末期において治療やケアの方針を医師が決定できるようガイドラインや提言<sup>1</sup>を出し始め、診断の精度を上げるために AI の活用も進められている〔森田 2020: 162-164〕。しかし、これらのガイドラインや提言には、医師が終末期という診断を下すための基準ではなく、終末期を迎える患者と家族、医療者らが最善の医療とケアを作り上げるための手順しか記載されていないため、医師からこれらのガイドラインや提言をもとに終末期の診断は下せないと批判の声が上がっている〔荒幡 2018: 1272〕<sup>2</sup>。

筆者は、ここには医師からの指摘にとどまらない問題が含まれていると考えている。その問題とは、患者と医師が立場の違いを超えて対話し、患者にとって最善の治療を進めていくために、診断はどうあるべきかというものである。本論文は実在（reality）を、複数の実行される実在<sup>3</sup>が重なり合ったものと捉えるオランダの医師で人類学者、

<sup>1</sup> 日本医師会、日本学術会議、全日本病院協会、日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本循環器学会、日本老年医学会も、終末期における治療、ケアの方針決定に関するガイドラインや提言を出している。

<sup>2</sup> 医療ケアのコスト上の問題から診断に関する研究が近年進み、アメリカで行われた観察研究では 5%程度、剖検による研究では 10~20%程度が誤診だったと報告されている〔綿貫 2023: 56-57〕。また、患者に悪影響をおよぼさない病変を診断してしまう過剰診断〔Welch and Black 2010: 605〕も話題になっている。これらの問題についても検討すべき診断の課題であるが、紙幅の都合上、別稿に譲りたい。

<sup>3</sup> 実在は、客観的あるいは主観的な視点とは関係なく、実行によって示される物(人)である。浜田と田口によれば、モルの言う「実在が実行される（reality is enacted）」という言葉は、特定の時間と場所で、何らかの形で存在が確認されることや、特定の性質を持った物(人)として扱われたり振舞われたりすることを意味する〔浜田、田口 2016: 278〕。

哲学者のアネマリー・モル (Annemarie Mol) の議論を取り上げ、实在に焦点を当てた診断のあり方を示す。そうすることで、自分だけの見方で対象を認識する主観(subject)と、個人の認識から離れ、一般的、普遍的に認識する客観(object)という認識区分が克服され、患者と医師がより対等な関係の中で対話し、患者にとって最善の治療を導くための診断が下されるのではないかと述べる。

病理医の海堂尊が「診断の本質、理念について語られた書籍はほとんどなく、すべては実用的な専門書である」〔海堂 2012: 19〕と述べていることから分かるように、これまで医学の中でも特に身体疾患を扱う分野では、診断の分類に関する研究ばかりが行われ、診断のあり方を問い直したものはほとんどない。彼は著書の中で、現代科学の限界から解剖をしたとしても死因を特定できないことが多々あるため、診断を下す際に社会的なコンセンサスをより重視することを訴えている。また、医療現場を社会学・現象学的観点から研究している医師の行岡哲夫は、不確実性の多い医療現場で「正しい判断」を下すことは不可能であるため、診断過程を患者と医師の「納得を確かめ合う言語ゲーム」と見立てて「正しいと確信する判断」の形成を目指すことを主張している〔行岡 2012: 173-176〕。同じく医師の岩田健太郎も「感染症という病気＝現象」と「病原体＝もの」を分け、医師が病気を病気と認識するのは、そこに病気の原因となる質量をもつ物体である「もの」が存在しているからではなく、立ち現れた現象を病気と認識しているからだとし、診断を患者と医師のコンセン

サスの問題と捉えることを提案している〔岩田 2020: 17-25〕。確かに彼らの議論のように診断をコンセンサスの問題と考えれば、医師は明確な診断基準がなくても診断を下すことができ、患者と医師はより対等な関係を築いて診断のための対話は促進されるように思われる。しかし、彼らの議論が「現象」(=感染症という病気)と「もの」(=病原体)を分け、現象のみを問題とする点に筆者は賛成し難い。なぜなら現象に関する議論は世界を解釈する視点を巡る論争であり、実際の医療現場では医師は医学知識に基づいて「もの」を客観的に語ると見なされており、そのような知識をあまり持たない患者は例えば「痛み」など「もの」を主観的にしか語ることができず、患者と医師の関係は対等とは言いがたいからだ。根拠に基づく医療 (Evidence-Based Medicine) [以下、EBM と略す]<sup>4</sup>が普及し、科学的なエビデンスが重視される現代日本の医療において、医師は患者よりも優位な立場に立ちやすく、患者と医師の関係はパターンリスティックなものに陥り、両者が協働してコンセンサスを形成することは難しいと思われる。

そこで、本論文は医療現場の診断について考える際に問題となる主観と客観という認識区分について検討するために、以下の方法で議論する。最初の節では、現代日本の医療において医師が診断を下すとき、最も一般的な考え方である EBM について論じる。そして、EBM の普及とともに生じた誤解と課題について示し、その背景には主観と客観という二つの認識区分があることを指摘する。次節では、EBM への批判から生まれた物語に基づ

<sup>4</sup> 板井によれば、Evidence-Based Medicine は、解釈の違いによって「客観的事実に基づいた医学」や「科学的根拠に基づく医療」と訳されることがある〔板井 2005: 236〕。本論文では「根拠に基づく医療」という定訳を用いる。

く医療 (Narrative Based Medicine) [以下、NBM と略す]<sup>5</sup>を取り上げる。主観的な患者の物語が不確実な出来事に意味を与え、必然的なものへと変える点に意義を認めつつも、診断における意義は明瞭でないために、実際には客観的な根拠をもとに診断が行われていると述べる。最後の節では、EBM と NBM の統合を試みたナラティブ・エビデンス・ベースト・メディスン (Narrative Evidence Based Medicine) [以下、NEBM と略す] について検討するが、NEBM もまた現象のみに焦点を当てるために EBM と NBM の課題をそのまま残してしまう。そこで、本論文は、モルの医療実践における実在論を取り上げ、実在に注目することで二元的な認識区分そのものを変える。そこから、EBM と NBM の課題を克服し、患者にとって最善の治療を導くことが期待される診断のあり方を示す。さらに、このような診断のあり方が患者と医師の立場をより対等なものに変え、コンセンサスの形成に重要な患者と医師の対話を促進する可能性があるとして述べる。

## 2. 根拠に基づく医療 (Evidence-Based Medicine: EBM)

EBM は、1991 年に臨床疫学者のゴードン・ガイアット (Gordon Guyatt) によって作られた用語である。彼の指導を行なったデイビット・サケット (David Sackett) は EBM を「個々の患者の臨床判断の決定に、最新で最善の根拠を、良心的かつ明確に、思慮深く利用することである」〔Sackett et al. 1996: 71〕と定義し、その実践を「個人の臨床的専

門技能と、体系研究から現在利用可能な、外部の臨床的根拠とを統合すること」〔Sackett et al. 1996: 71〕とした。それまで医師の臨床的直感や権威ある医師の意見から導かれる、時代遅れで、患者にとって害になるような根拠が診断や治療の前提になることがあったが、臨床現場に EBM が導入されたことで、最新、最善の根拠に基づいて医師が患者に治療を提供することが可能になり、その治療成果を研究にフィードバックすることで、医学、医療が進歩した〔Guyatt 1991: A-16〕。

EBM はランダム化比較試験から導かれたデータのみならず、症例報告や専門家の意見なども診断の最新、最善の根拠になり得ると想定している。しかし、臨床研究論文を検索するためのシステム開発や、論文中の患者集団の結果を個々の患者に適用するための方法が進歩したことで、EBM が医療の現場に急速に普及するとともに、EBM に対する誤解が生じた。その誤解とは、研究から導かれて数量的に表現された、客観的で、普遍的な情報を絶対的なものとし、患者の訴えや医師の主観的な意見などは価値のないものと捉えて、医療実践をすることと解釈したのである〔Straus et al. 2018: 9-10; 板井 2005: 236〕。実際に医療現場に広がった EBM はこのような誤解されたものであった。

統計データは、医師が患者に治療の効果や副作用だけでなく、「この治療の 5 年生存率は 70% です」とそれらが起こりうる可能性まで説明できるようにした。それは、あたかも医師が病気や治療の不確実性を統制できているかのように思わせ、患者と医師は医療技術の進歩を示すデータにそれ

<sup>5</sup> 齋藤清二らは Narrative Based Medicine の実践的側面である「対話」を示すために、Narrative Based Medicine を「物語りと対話に基づく医療」と訳している〔齋藤、山本、岸本 2001: 289; 齋藤、岸本 2003: 13〕。しかし、本論文では NBM の課題を示すために「物語に基づく医療」と訳した。

ぞれ異なる期待を懸けて医療実践を進めていった。しかし、統計データが示しているのは平均値や中央値など集団の傾向や性質に過ぎず、患者一人一人の最善の医療実践を示しているわけでも、不確実な出来事が起こらないわけでもない。そのために、特に患者の期待通りに治療が進まなかった場合や、医師が最善を尽くして治療を行ったとしても患者の病状が悪化した場合、医師が患者からクレームや医療訴訟を受けるおそれがあり、医師が患者と信頼関係を築くことが難しくなっている。さらに、医学研究の中でも、ランダム化比較試験が、治療が害以上の良い結果をもたらすかどうかを判定するための「黄金律」になっている。しかし、救命医療や終末期医療などの分野では、この手法で研究を行うことが難しく、診断に利用できる十分な統計データを収集できないために、医師が「終末期」を正確に診断できないという問題も生み出している。

EBM の提唱によって医療現場に科学的視点が取り込まれ、医学、医療が発展した一方で、統計データを絶対視するかのような誤解が生まれた。それは、人間性に乏しい医療を形作ると共に、医療の有する不確実な出来事そのものには対応できず、診断がつけられないという問題をも引き起こした。このような EBM の成功と誤解の背景には、主観と客観を分ける二元的な思考枠組みがあるとされている。

こうした思考は、多くの場合、常に、二元論の一方を他方よりも優先するように構成されている。これにより、例えば、生物医学研究の客観的な「事実」(the objective “facts” of biomedical research) と臨床実践の主観的な「単なる知識」(the subjective “mere knowledge” of clinical practice) の

階層的区分が可能になった。ここでは、分析的で実態から離れた(科学的)知識の構造は、より暗黙的で状況に応じた経験よりも優先される。

〔Wood et al. 1998: 1730〕

EBM が、主観的なものと客観的なものを二分し、価値の優劣をつけることができる構造を持つために、診断の根拠として客観的な統計データを主張し、医師の臨床的直感や権威ある医師の意見に対抗できるようになった。その一方で、医療実践における根拠の客観性が強調されたために、患者の声や身体的状況とは関係なく検査や治療が行われたり、中断されたりした。このような課題を克服するために、医療実践の根拠としての統計データの位置付けを相対化するために提唱されたのが、患者の主観的な物語を重視する NBM である。

### 3. 物語に基づく医療 (Narrative Based Medicine: NBM)

NBM は、1998 年に EBM の研究者であったトリシャ・グリーンハル (Trisha Greenhalgh) らによって提唱された。彼らは、臨床現場において物語に注目する意義について、次のように述べている。

私達[医師や科学者：引用者注]は、使い慣れた科学的な道具によって「意味」を解明することはできない。私達が認識する「意味」とは、<sup>ナラティブ</sup>物語りによって出来事の連鎖に付与されるものであり、原因とその結果起こる出来事を、通常分かりやすく関連づけるものであり、象徴的にであれ、個人史的にであれ、生物学的にであれ、特定の人間にとって何が重要であるかを声高に主張するものである。〔Greenhalgh and Hurwitz 1997: 10= 2001: 12〕

NBM は、患者の語りを診断のための情報ではなく患者の病い体験という物語とみなす。そうすることで、科学的な道具では解明できなかった、患者個人の体験の意味と一連の出来事の因果関係を明らかにする。それはある出来事を偶然生じた現象ではなく、起こるべくして起こった必然的な現象へと変化させ、患者に医療の不確実性を受容することを促した。また、NBM では、医師や心理療法家は患者自身にとって意味を持つ新たな物語への書き換えを促進することを役割に持つと考える〔Greenhalgh and Hurwitz 1997: 6=2001: 7〕。ここでは、患者は一人ひとり異なる病い体験を語る主体となり、普遍的で客観的なデータを真理とする思い込みや偏見など確実性によって形作られた物語は相対化される。NBM では、EBM で失われた人間性を医療現場に取り戻すことも目指された。

EBM が十分に対応しきれなかった医療の不確実性の受容と豊かな人間性の創造を補完することが期待された NBM だったが、ドイツの医療人類学者であるベラ・カリツクス (Vera Kalitzkus) とピーター・マシーセン (Peter Matthiessen)、および当時医学生であった藤田真弥によって次のように批判された。NBM は、①医療者が聴くことによる侵襲性や患者の物語が科学的に解釈される可能性を考慮していない、②障害や死といった事実や医学知識の価値を下げている、③物語れない者や物語りたくない者が存在する可能性、あるいは良くない物語が創造される可能性を検討していない〔Kalitzkus and Matthiessen 2009: 84; 藤田 2012: 60〕。医療者が患者の物語にどのような影響を与えるか、客観的な事実やものをいかに扱うか、物語として語られる範囲をどう考えるかといった検討を NBM がこれまで十分にしていなかった背景には、NBM が二元的な認識区分を前提として、自己

完結的な物語、つまり主観的な物語への注目があると考えられる。

物語の特性について、心理学者のケネス・J・ガーゲン (Kenneth J. Gergen) とジョン・ケイ (John Kaye) の議論が参考になる。ガーゲンとケイによれば、正しい物語を出来事が起こったとおりに表象することと考えるモダニズムとは異なり、ポストモダンの転回を果たした人々の多くは、一人ひとり異なる真実の説明があると考え、物語を人生の見方を決定する内的レンズか、行為の導き役となる内的モデルとみなした。それらの人生の見方はモダニズム特有の個人主義的傾向をもち、それらの比喩は物語の単一性を志向し、それらの概念は物語への信仰、あるいは、物語との一体化を志向するという欠点がある〔Gergen and Kaye 1992: 175-181=1997: 200-211〕。このような物語のあり方は、物語が流動的で、統合される可能性があることを十分考慮できていないために、患者の物語を書き換えるよう医師や心理療法家が促進することを難しくしている可能性がある。さらに、主観的な物語は EBM と NBM の協働を困難にし、客観的で普遍性の高いデータのみを診断の根拠にする誤解された EBM を医療実践の中心に置く要因の一つになっているのではないだろうか。ひいては、統計学による研究が困難で、診断の根拠となるデータが不足している終末期医療において、医師が「終末期」という診断を下せないという問題を残したままにしていると考えられる。

そこで、次節では、統計データを重視する EBM と物語を重視する NBM を統合させる試みの一つである NEBM を取り上げる。NEBM もまた主観と客観という二元的な認識区分を前提にし続けているために統合はうまくいっていないことを指摘す

る。その代わりに、モルの医療実践における実在論を取り上げることで主観と客観という二元的な認識区分を克服した診断のあり方について検討する。

#### 4. 医療実践における実在論

NEBM を提唱したアメリカの医師であるジェイムズ P. メザ (James P. Meza) とダニエル S. パッサーマン (Daniel S. Passerman) は、EBM と NBM の統合が困難な理由を次のように述べている。EBM は、疾患は観察可能で、臓器の異常という形をとり、剖検で見つけることができると思う経験主義 (empiricism)、もしくは、その後に登場した、たった一つの真実があり、科学はその真実を発見するのだと考える実証主義 (positivism) の立場をとる。一方で、NBM は、全ての真実はそれが受け止められた形において真実である、あるいは見方によって多くの真実が存在しうると考える相対主義 (relativism) の立場をとる。このような認識論上の違いが EBM と NBM の統合を難しくしている [Meza and Passerman 2011: xiv-xv= 2013: xv-xvi]。そこで、彼らが認識論上の違いを克服するために NEBM の立場として採用したのが、一つの真理は存在するが私たちがそれを完全に理解することはできないと考える現実主義 (realism) である。それは特定の文脈には説得力のある視点があり、そこに「真実」と主張する基礎構造があると考えて、診察する医師のために医学知識を「括弧付きの、立ち現れる、ある社会の条件次第で、文脈依存的な (contingent, emergent, and situated within a social context) 知識」 [Meza and Passerman 2011: xii= 2013: viii] と捉える。NEBM では、根拠となる医学知識は可変的なものであるため、EBM の時のように絶対的なものとして扱われることはなく、患者の物

語などとの共存可能性を残しており、EBM と NBM の統合が期待された。

しかし、メザとパッサーマンの著書の中で、患者の物語が医学知識よりも医学実践の根拠として価値がないものとして扱われるという EBM の課題も、物語が主観的でその他の物語と統合される可能性を無視しているという NBM の課題も、十分検討されているとは思われない。さらに、岸本によれば、NEBM の方法論において、患者の語りは「臨床的に適切な質問」に変換、定式化するように求められ、医療者の言動が患者に与える影響を無視している [岸本 2018: 22-23]。客観的な統計データと主観的な患者の物語という二元的な認識区分を前提にして議論が続けられる限り、どちらか一方だけが強調あるいは軽視され、医療現場で両者が協働することは難しいと思われる。そこで、ここからは、主観と客観の二元的な認識区分を克服するために、医療現場の実在に注目したモルの議論を取り上げ、終末期の診断のあり方について検討したい。

すでに与えられた外的なものである自然と人間のみから構成される社会の区分から逃れるために、科学活動を枠組みや類型に入れて説明するのではなく、丁寧に記述するよう勧めたブルーノ・ラトゥール (Bruno Latour) から多くの教訓を得たモルは、実在に焦点を当てて一連の医療実践を観察した。そこから、単一のものと思われていた疾病は、実行される複数の実在が取りまとめられ、重なり合ったものだけであることを明らかにする [Mol 2002: 83-85= 2016: 128-129]。彼女の医療実践における実在論の特徴は、複数の実在が対立し、論争を生むラトゥールの科学の実在論とは違い、複数の実在はそれぞれ独立していながらも互いに依存し合っていると考えられた点にある。例えば、「動

脈硬化」は検査室では顕微鏡下の内膜の肥厚という実在であるが、診察室では歩行時の痛みと捉えられる別の実在である。しかし、それらは全て「動脈硬化」という言葉でつながり、医療は滞りなく実践されている。医療現場において実在は、時間や場所、治療の可能性など諸条件によって分配されているにも関わらず、一つの言葉でそれぞれが架橋され取りまとめられている〔Mol 2002: 114-117=2016: 168-170〕。そして、これら複数の実在を取りまとめるための一つの手段として、モルは「包み込みであり、他者であるものの一部として生きることであり、自己の内側に他者であるものを抱え込んでいること」〔Mol 2002: 143=2016: 192〕を意味する「包含」(inclusion)を提案している。具体的には、「母集団の動脈硬化は、それが**包含する**個々人の動脈硬化の変数に依存しているということだ。しかし、……個々人に起こる出来事は、彼らが逆に**包含する**『母集団』に依存し、変化する。個人の疾病が実行される方法は、疫学に依存している(筆者翻訳)〔Mol 2002: 130〕と説明される。別の言い方をすれば、包含は、一方が大きく、他方が小さいというような比較されたり順序付けられたりするのではなく、一方が他方よりも大きくなったり小さくなったりする相互依存的な関係である。

では、EBM、NBM、NEBM、そして、モルの提案した複数の実在の包含は、それぞれいかに診断を導くのだろうか。これらを比較検討することで、二元的な認識区分を克服した診断の特徴を示したい。例えば、終末期医療の現場で患者の体験の中で語られた痛みや腫瘍、検査室で示された血液検査の結果やレントゲンの陰影、医師の直感から生じた治療が難しい病気といった複数の実在が分散している状況を仮定してみよう。

実際に医療現場に普及している EBM の場合、患

者の物語など主観的な根拠よりも客観的な根拠が重視され、特に医師は統計データに基づいて診断を下さなければならないと考えるだろう。そのため、データに含まれない患者が語った痛みや医師の直感から生じた治療が難しい病気は診断の根拠になり得ず、患者の個別の状況とは無関係に医療が実践されたり、診断の根拠を明確にするために必要以上の検査が行われたりする可能性がある。また、終末期という診断は診断指標を持たないために、医師は診断を下せないと考えるだろう。一方で、NBM の場合、痛みや腫瘍といった患者の語りを医師は丁寧に聞き取り、診断に活かそうとする。ところが、NBM では、診断には患者の語りに加えて血液検査や統計データなど客観的な情報が必要とされるため、患者の語りは客観的な情報よりも価値がないものと見なされるだろう。そこでは、患者の語った痛みが医師の直感や考えを変えたり、検査結果を補完したりすることは難しく、EBM と同じように、客観的な情報のみを根拠にして医師は診断をつけると思われる。そして、NEBM の場合、EBM の枠組みで利用できるよう、患者が語った痛みや腫瘍はスケール表示などで書き換えられ、統計データなどの客観的根拠とともに診断が下されることになる。この時、患者の物語が有する意味や因果関係は考慮されず、患者の個別状況は無視されるだろう。NEBM は科学性を重視する EBM と物語を重視する NBM の統合に失敗し、EBM の問題を抱え続けていると思われる。

モルの議論を参考にして医療実践における実在の観点から診断を検討するとどうなるだろうか。患者の腫瘍や痛み、レントゲンの陰影、血液検査の結果はそれぞれが別の実在として分配されていて、EBM や NBM における客観と主観の関係のように、実在同士が比較されたり、順序付けられた

りすることはない。レントゲンの陰影は患者が体験した痛みをレントゲンの陰影から生じた症状に変え、患者の体験した痛みはレントゲン写真の一部である陰影を痛みの原因に変える。すなわち、患者が語る痛みとレントゲンの陰影は治療が難しい病気という医師の直感を統計データに基づいて判断される病気、つまり科学的エビデンスに基づく緩和治療の対象へと変える。そして、たとえ客観的な診断基準がなくても、医師は痛み、腫瘍、血液検査の結果、レントゲンの陰影を取りまとめ、患者にとって最善の医療を実践するために保険制度の活用も見据えて、「終末期」と診断を付ける。医療実践における実在に注目すると、主観と客観の優劣関係はなくなる。複数の実在がそれぞれ別なものとして分配されていながら、相互依存関係を保ち、取りまとめられたものの表象の一つとして、診断は下される。

科学的エビデンスを重視する EBM と物語を重視する NBM には、確かに世界に対する視点の違い、すなわちパラダイムの違いがあり、相容れないもののように思われる。しかし、NBM を提唱したグリーンハルが「現実には、医師も患者もひとつの臨床問題を扱う時でさえ、異なったパラダイムの間を簡単に行き来するのである」〔Greenhalgh 1997: 262= 2001: 266〕と指摘しているように、実際には患者にとって最善の医療を行うために、医師も患者も異なるパラダイムの間を行き来している。医療実践における実在についてのモルの議論は、医師と患者のパラダイム間の移動をより詳細に説明することを可能にし、EBM の観点だけでは失われた人間性を医療現場に取り戻し、NBM の観点だけでは見落とされていた医学知識の価値を見出し、物語れない者、物語りたくない者を含む全ての実在に注意を向けることを可能にした。

モルの議論から導かれた診断のあり方は、複数の実在が重なり合い、取りまとめられたものの表象の一つであり、医療現場で異なるパラダイムを持つ EBM と NBM が緊張感を保ちながらも協働するための場であると筆者は考える。さらに、医師が診断を下すことは、患者にとって最善の医療を提供するために、EBM や NBM といった認識上の違いを超えて実在が相互依存関係を保つ創造的な実践だと言えるのではないだろうか。

## 5. 結論

モルの議論によれば、複数の実行される実在が取りまとめられ、重なり合ったのが疾病であり、その表象の一つが診断である。本論文では、このような診断のあり方が EBM と NBM が有する課題を克服する可能性があるとして述べた。結論では、この診断のあり方が患者と医師の関係、そして両者の対話をいかに促進するかについて検討したい。

診断が複数の実行される実在が重なり合ったものの表象の一つと見なされるとき、診断の根拠として科学的エビデンスのような確実なものがあると想定されている訳ではない。モルは「もはや『この知識は客体に対して真であるか』と問うことによって確実性を得られないのだとしたら、『この実践は、そこに関わる主体(人間であれそれ以外であれ)にとってよいか?』と問うことが、より重要になるだろう」〔Mol 2002: 165= 2016: 230-231〕と述べている。このことから、最善の医療実践について患者と医師が対話を繰り返し、コンセンサスを形成することが、診断を下すために益々重要になると思われる。患者と医師のコンセンサスの形成について、筆者は序論で、ものに関する客観的な医学知識を医師が持つことがコンセンサスの形成を難しくしていると指摘した。モルとともに多元的な人類学を展開しているマリリン・ストラザー

ン (Marilyn Strathern) は、「パースペクティブの切り替えが可能なのは、世界が本質的に複数の存在<sup>エンティティ</sup>—多様な個体や集合や関係性—から構成されているという自然観があるからである」〔Strathern 2004: xiv= 2015: 22〕と述べている。すなわち、患者や医師によって診断が異なるものとして捉えられるのは、単一の診断を異なる視点から見ているからではなく、診断そのものが複数の実在からなる多重的なものだからだ。医療実践における実在論では、医師が有する医学知識は患者が語る痛みや腫瘍と同じく、診断の一部でしかないために、医学知識は医師に優位性を与えず、患者と医師の関係は立場の違いを保ちながらもより協働しやすいものへと変化していくことが期待される。

さらに、客観的なものや主観的なものではなく、実在に注目することは、患者と医師が最善の医療実践について議論することにもつながる。ラトゥールは科学者や政治家が実在ではなく自分自身について語り始めると「前者の場合、自然は失われ、人間どうしの論争へと後退する。後者の場合、自然状態へと逆戻りし、『万人の万人に対する闘争』の状態が再び出現する」〔Latour 1993: 143= 2008: 240〕と述べる。科学者や政治家同様、医療現場で医師と患者が実在ではなく自分自身について語り始めると、単なる人間同士の論争となってしまう。医師が患者の訴える痛みではなく、自分が行っている疼痛研究について話し始めれば、患者は被験者の権利を主張して論争となり、患者と医師の対話が患者にとって最善の医療実践につながることはないだろう。実在に焦点を当て二元的な認識区分を克服するような診断のあり方は、患者にとって最善の治療を実践するための対話内容を規定し、患者と医師が立場の違いを超えてより対等な関係の中で対話することを可能にすると筆者は考

える。

本論文の限界として、不確実性の問題を十分に議論することができなかった。医療現場では医師が予測した結果とは異なる、不確実な出来事が生じることがある。これまで医療の不確実性は、医師による結果やリスク予測の問題として捉えられ、予測の精度を上げることで対応できると考えられてきた。しかし、モルの議論によれば、結果予測の根拠となる知識そのものが不確実性を有しているため、実践結果を予測するためのエビデンスを作ったり探したりするだけでは、不確実性の問題に対処できないと筆者は考える。医療現場において、無くなることのない不確実性を患者や医師がどのように受け入れていくかについては、別稿に譲りたい。

## 謝辞

この論文を執筆するにあたって、九州大学大学院比較社会文化研究院教授鍋木政彦先生よりご指導を賜りました。心より感謝申し上げます。

## 引用文献

- Bruno Latour (1993). *We have never been modern*, Harvard University Press (川村久美子訳 (2008) 『虚構の「近代」—科学人類学は警告する』新評論)
- Gergen, J. Kenneth and John Kaye (1992) “Beyond Narrative in the Negotiation of Therapeutic Meaning” in Sheila McNamee and Kenneth J. Gergen (eds.), *Therapy as Social Construction*, Sage Publications, pp. 166-185 (野口裕二・野村直樹訳 (1997) 「ナラティブ・モデルを越えて」『ナラティブ・セラピー—社会構成主義の実践』金剛出版、pp. 183-218)

- Greenhalgh, Trisha (1997) “Narrative based medicine in an evidence based world” in Trisha Greenhalgh and Brian Hurwitz(eds.), *Narrative based medicine; Dialogue and discourse in clinical practice*, BMJ Books, pp. 247-265 (斎藤清二、山本和利、岸本寛史訳 (2001)「根拠に基づく世界における物語りに基づく世界」『ナラティブ・ベイスト・メディスン—臨床における物語りと対話』金剛出版、pp. 252-269)
- Greenhalgh, Trisha and Brian Hurwitz (1997) “Why study narrative?” in Trisha Greenhalgh and Brian Hurwitz(eds.), *Narrative based medicine; Dialogue and discourse in clinical practice*, BMJ Books, pp. 3-16 (斎藤清二、山本和利、岸本寛史訳 (2001)「なぜ物語りを学のか？」『ナラティブ・ベイスト・メディスン—臨床における物語りと対話』金剛出版、pp. 3-17)
- Guyatt, Gordon H. (1991) “Evidence-based Medicine,” *ACP Journal Club*, A-16
- Kalitzkus, Vera and Peter F Matthiessen (2009) “Narrative-Based Medicine: Potential, Pitfalls, and Practice,” *The Permanente Journal*, 13(1), pp. 80-86
- Meza, P. James and Daniel S. Passerman (2011). *Integrating Narrative Medicine and Evidence-based Medicine: The Everyday Social Practice of Healing*, Radcliffe Publishing (岩田健太郎訳 (2013)『ナラティブとエビデンスの間—括弧付きの、立ち現れる、条件次第の、文脈依存的な医療』メディカル・サイエンス・インターナショナル)
- Mol, Annemarie (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Duke University Press (浜田明範、田口陽子訳 (2016)『多としての身体—医療実践における存在論』水声社)
- Sackett, David L., William M. Rosenberg, J. A. Gray, R. Brian Haynes, and W. Scott Richardson (1996) “Evidence based medicine: what it is and what it isn't,” *BMJ*, 312, pp. 71-72
- Strathern, Marilyn (2004). *Partial Connections Updated Edition*, Altamira Press (大杉高司、浜田明範、田口陽子、丹羽充、里見龍樹訳 (2015)『部分的つながり』水声社)
- Straus, Sharon E., Paul Glasziou, W. Scott Richardson, and R. Brian Haynes (2018). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM 5th Edition*, Elsevier
- Welch, H. Gilbert and William C. Black (2010) “Overdiagnosis in Cancer,” *Journal of the National Cancer Institute*, 102(9), pp. 605-613
- Wood, Martin, Ewan Ferlie and Louise Fitzgerald (1998) “Achieving clinical behaviour change: a case of becoming indeterminate,” *Social Science & Medicine*, 47(11), pp. 1729-1738
- 荒幡昌久 (2018)「終末期診断の難しさ」『治療』100(11)、pp. 1272-1276
- 板井孝壱郎 (2005)「臨床決断と医療情報—EBMとバイオエシックス—」越智頁、板井孝壱郎編『生命倫理コロキウム③ 医療情報と生命倫理』太陽出版、pp. 233-249
- 今中俊爾 (2009)「診断」伊藤正男、井村裕夫、高久史磨編『医学書院医学大辞典 第二版』医学書院、p. 1444
- 岩田健太郎 (2020)『感染症は実在しない』集英社インターナショナル
- 海堂尊 (2012)『ほんとうの診断学—「死因不明社会」を許さない』新潮社
- 岸本寛史 (2018)『迷走する緩和ケア—エビデンス

に潜む罣』誠信書房

- 木村衣里 (2018) 「なぜ疾患別に考えるのか？」岡村友直、柏木秀行、宮崎万友子編『G ノート増刊 終末期を考える 今、わかっていること & 医師ができること—すべての終末期患者と家族に必要な医療・ケア』5(6), pp. 54-59 (2023 年 6月 12日受理/2023 年 10月 5日採択)
- 齋藤清二、岸本寛史 (2003) 『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』金剛出版
- 齋藤清二、山本和利、岸本寛史 (2001) 「監訳者あとがき」『ナラティブ・ベイスト・メディスン—臨床における物語りと対話』金剛出版、pp. 285-289
- 日本神経学会監修 (2017) 『認知症疾患診療ガイドライン 2017』医学書院
- 浜田明範、田口陽子 (2016) 「訳者あとがき」アネマリー・モル著『多としての身体—医療実践における存在論』水声社、pp. 277-286
- 樋口雅也 (2018) 「終末期とは何か？」岡村友直、柏木秀行、宮崎万友子編『G ノート増刊終末期を考える 今、わかっていること & 医師ができること—すべての終末期患者と家族に必要な医療・ケア』5(6), pp. 10-17
- 藤田真弥 (2012) 「ナラティブ・ベイスト・メディスン再考」『生命倫理』22 (1)、pp. 59-66
- 森田達也 (2020) 「予後予測×ACP」森雅紀、森田達也著『Advance Care Planning のエビデンス—何がどこまでわかっているのか?』医学書院、pp. 150-165
- 行岡哲男 (2012) 『医療とは何か 現場で根本問題を解きほぐす』河出書房新社
- 綿貫聡 (2023) 「診断の質の向上と医療安全 : 診断エラーを回避するために知っておくと良いこと」『日本整形外科学会雑誌』97 (1) 、pp. 56-59

Regular Article

## 若年者の治療を優先すべきか？

### — パンデミック下でのフェア・イニングス論の検討

保田幸子 \*

#### Abstract

本稿では、パンデミック発生時の治療の優先順位の指標として年齢を用いて若年者を優先してよいかどうかを検討する。若年者優先は、フェア・イニングス論から支持できるが、年齢を指標とすることには賛否がある。そこで、本稿は、フェア・イニングス論の有力な背景理論（員数説、生存年数説、人生全体説）を検討し、パンデミック発生時の若年者優先の妥当性を明らかにする。まず、員数説や生存年数説に基づくフェア・イニングス論は、必ずしも若年者優先を正当化するものではないと指摘する。思慮深いライフスパン説は、「人はみな老いる」という仮定に基づき、若年者の利益を優先する。しかし、パンデミック発生時に、すべての人が歳を取ると期待できないのであればフェア・イニングス論は支持できない。本稿は、パンデミックの発生が、その被害の時期とほかの時期とを分離して評価することを要請してしまう可能性があるものの、大半の人が生き残るのであれば、人生全体説に基づくフェア・イニングス論は受け入れられると結論づける。

キーワード：医療資源の配分、フェア・イニングス論、思慮深いライフスパン説、「いつの平等か」、  
パンデミックの倫理

In this paper, I examine whether age criteria should be used as a standard for allocating healthcare resources under pandemic circumstances. Some philosophers support the fair innings view, which prioritizes younger individuals, while others maintain that excluding older people based on age would be discriminatory. I delve into the question of whether the fair innings view can be justified under several leading theories: the headcount view, the "save the most life-years" principle, and the lifetime view. I clarify that the fair innings view based on the headcount view or the "save the most life-years" principle cannot always justify the prioritization of younger individuals. The prudential life-span account supports prioritizing younger individuals by assuming that everyone ages. However, I argue that during the pandemic, we should not always favor the benefits of being young, if we cannot expect that all people will age. I highlight the significance of considering the notion of "separability of time" in the context of a pandemic. However, I ultimately conclude that the fair innings view, grounded in the lifetime view, can be deemed acceptable if a significant majority of individuals survive.

---

\* 東京大学人文社会系研究科  
E-mail: ysdchk@gmail.com

**Keywords:** Allocation of Health Resources, Fair Innings, Prudential Life-Span View, Equality of Time, Ethics of Pandemics

## 1. はじめに

パンデミック下で医療危機が起きた際に、治療の優先順位の指標として年齢を用いて若年者を優先すること（若年者優先）は倫理的に容認できるのだろうか<sup>1</sup>。災害時などの物資がかぎられた状況でより多くの傷病者によりよい医療行為をするために、トリアージがおこなわれる。これによると、回復可能性の高さと治療時間の短さにより、治療の優先順位が決められる。たとえば、治療すれば生存の可能性が高いがそうでなければ助からない人、次に、多少治療が遅れても生存する可能性が高い人、その次に、軽症のため治療を必要としない人、そして最後に、治療しても生存できない人にランク付けされる（児玉, 2017, p. 342）。このように、トリアージでは救命数の最大化が目指される。

こうした通常のトリアージとは異なり、COVID-19の感染拡大時に問題となったのは、治療すれば生存の可能性が高いがそうでなければ助からない人々の間での優先順位であった（Jecker, 2022, pp.

2-3）。なぜなら、パンデミックのもとでは、感染症が全世界的に大流行しており、およそすべての人が感染する可能性がある状況となるからだ。こうした社会状況では、特定の疾病にたいする医療ニーズが通常以上に生じているため、通常のトリアージであれば治療の優先順位が高いであろう人々であっても即座に治療を受けられるとはかぎらない。その結果として、治療しなければ助からない人々の間でどのような順番で治療したらよいか問われることとなる。

治療の優先順位に関して、実際には、年齢が追加的指標として注目された。これは、予後の代理である。高齢者の治療へのアクセスに制限をかけて医療危機に対応した国もあり、たとえば、イタリアでは、人工呼吸器の使用について、年齢が重視された（Rosenbaum, 2020）。その一方で、同様に代理となりうる性別やエスニシティに関しては、こうしたマイノリティがパンデミック下で脆弱な立場となると懸念された<sup>2</sup>。

もっとも、年齢を指標として用いることには賛

<sup>1</sup> パンデミック下の医療資源の配分で若年者優先は重要な価値の追求に貢献すると考える論者もいる。エマニュエルらは、こうした配分においては、利益の最大化、平等な扱い、道具的価値の促進、最も不利な人への配慮が規範的指針になると論じている（Emanuel et. al., 2020）。彼らは、若年者を最も不利な人に分類している。広瀬（2021）、児玉（2022）、杉本（2022）は関連する議論を提供している。広瀬は、若年者優先について最大化原理（救命数と生存年数）とフェア・イニングス論を検討している。児玉は、人工呼吸器のトリアージについて、年齢基準の是非を論じている。杉本は、トリアージの議論をあらかじめ重要性を指摘しつつも、こうした指針が患者の選別につながると懸念を示している。また、パンデミック下の治療についての若年者優先を検討したものとしては、Jecker（2022）やNielsen（2021）も参照のこと。

<sup>2</sup> たとえば、L・パルモアらは、現状の社会構造において不利な立場にある宗教的、民族的、人種的、性的マイノリティについて、COVID-19の感染拡大で、公衆衛生の観点からも社会経済的観点からも一層弱い立場になると指摘している（Paremoer et. al., 2020）。

否がある。パンデミックの際に年齢を使うことの是非についての論点を整理したものとして、A・キャプランと D・アーチャードによる興味深い共著を取り上げてみたい (Archard & Caplan, 2020)。この論文では、立場の異なる 2 人が対立する意見をそれぞれ正当化しようと試みており、本稿の議論をはじめの際のベンチマークとして有用である。賛成派であるキャプランは、フェア・イニングス論と救命数最大化の原則から、希少な医療資源の配分に年齢は重要な基準となると述べている (Archard & Caplan, 2020)。フェア・イニングス論は、高齢者と若年者の利益が対立した場合、すでに十分に人生の機会に恵まれたとみなせる高齢者よりも、そうでない若年者の利益を優先すべきとしている<sup>3</sup>。また、限られた資源で救命数を最大化する場合、生存の可能性が高齢になると低くなるとデータで示されているのであれば、若年者の治療が優先されることになる<sup>4</sup>。

その一方で、アーチャードは、年齢を基準とすべきではない理由を三つ挙げている (Archard & Caplan, 2020)。第一に、恣意的でない方法で年齢に基づく区別をするのは難しい。第二に、フェア・イニングス論は、一見直観的にはもっともらしいが、なにをもってその人が公平な機会を得たといえるのだろうか。第三に、年齢を基準とすると、もともと社会的に不利な立場にある高齢者は一層不利な立場に追いやられる。以上から、アーチャードは、若年者を高齢者よりも優先するのは間違いだとし

ている。

本稿の目的は、年齢を基準とすることが論争的だということを踏まえて、パンデミック下の医療危機に際して、トリアージの追加的指標として年齢を採用すべきかを分析することである。そのために、フェア・イニングス論の背景となる目的最大化に基づく複数の有力な説を検討し、その応用的含意から妥当性を明らかにしていきたい。

本節の以下の部分では次のように論じる。まず、第 2 節で、「員数説」に基づくフェア・イニングス論を分析し、問題点を指摘する。第 3 節では、こうした問題点を部分的に回避する立場として「生存年数説」に基づくフェア・イニングス論を検討する。しかし、生存年数説では、年齢それ自体が考慮されているわけではない。これを踏まえて、第 4 節と第 5 節では、人生全体説を検討する。第 4 節では、人生全体説の第一候補として、ひとがみな老いることを前提として若年者の利益を重視する「思慮深いライフスパン説 (prudential life-span account)」を背景としたフェア・イニングス論の基礎付けを検討する。思慮深いライフスパン説は、各人がすべてのライフステージを生きると仮定して、若年者の利益を優先する。しかし、すべての人が歳をとると期待できないのであれば、若年者優先は説得的とはいいがたい。第 5 節では、「補償による人生全体説」を第二候補として検討したい。この説では、パンデミックの健康被害はほかの時期の利益で補償されることを根拠に若年者の利益が

<sup>3</sup> フェア・イニングス論のアイディアを出したのは J・ハリス (Harris, 1985) である。また、そのほかの文献としては Bognar (2015)、Bognar & Hirose (2014)、Broome (1988)、Hirose (2014)、Kappel & Sandøe (1992)、Nord (2005)、Williams (1997) などを参照のこと。

<sup>4</sup> パンデミック下ではないものの、実証研究では、人々は、高齢者よりも若年者を助けることを好むとの指摘もなされている (Cropper et al., 1994; Tsuchiya et al., 2003)。ボグナーは、こうした研究を踏まえて若年者優先を規範的に正当化しようとしている (Bognar, 2015)。

優先される。パンデミックの文脈で「時間の分離可能性」という概念を考慮することの意義を強調する。しかし、最終的には、補償による人生全体説に基づくフェア・インニングス論は、大多数の人々が生き残るのであれば、容認できる。有力な説のうち、員数説や生存年数説は直観にそぐわない判断を下す可能性があるものの、人生全体説からはパンデミック下でフェア・インニングス論は支持されうると結論づける。

## 2. 員数説によるフェア・インニングス論

高齢者と若年者の利益が対立した場合、若年者の利益が優先されるというのがフェア・インニングス論の主張である。若年者の利益が優先される理由は次の通りである (Harris, 1985, p. 91)。各人の人生は、十分に公正な機会 (fair innings) を得ていれば、充実したものといえるだろう。70歳は、すでに教育や仕事や家族などの人生における様々な経験をしたかもしれないが、20歳はそうではない。両者の相違は、そうした経験をするのに「十分」な期間を過ごしたかどうかにある。フェア・インニングス論は、公正な機会が達成されたとみなされる年齢を仮定して、十分な機会を得ていない若年者の利益を優先する。こうした年齢を人生の閾値と名付けよう。仮に、人生の閾値が70歳だとすると、73歳と20歳の利益が対立した場合、20歳の利益が優先される。

したがって、フェア・インニングス論は、人生のプロジェクトを完成させる可能性のある人数の最大化を目指しているといえることができる。これを員数説と呼ぼう。員数説は、各人が人生において十分な機会に恵まれることが重要と考えるので、すでに十分な機会を得たとみなせる人とそうでない人がいた場合、後者の利益を優先する。

しかし、員数説は、若年者を優先できないとの懸念が示されている。この懸念は、次の二つのケースによって理解できる。ケース1とケース2において、それぞれの人物は彼らの年代の代表である。また、以降のケースにおいても、若年者と高齢者はそれぞれの年齢の代表である点に注意されたい。ここでも、70歳を人生の閾値と仮定しよう。いま医療危機のため、2人のうち1人しか救命できないとする。最初のケースでは、60歳の人物 (A氏) と30歳の人物 (B氏) を考えてみる。2人とも、治療後の生存年数が10年だということがなんらかの理由で分かっているとしよう。これをまとめると次のように書ける。

### ケース1

A : 60歳で生存年数は10年

B : 30歳で生存年数は10年

注目すべきは、A氏を救命すれば、人生の閾値を超える人物の数が1人増えるのにたいして、B氏を救命しても人生の閾値を超える人物の数は増えないということだ。員数説の判断が反直観的であることは、次のケースでより一層明確になるだろう。今度は生存年数が異なる場合を考えてみよう。前の例と同様に、60歳の人物 (C氏) と30歳の人物 (D氏) を考える。なんらかの理由で、C氏の治療後の生存年数が10年、D氏は20年だということが分かっているとしよう。これは次のようにまとめることができる。

### ケース2

C : 60歳で生存年数10年

D : 30歳で生存年数20年

このケースでは、年齢の若い D 氏の治療後の生存年数が長いにもかかわらず、員数説は C 氏の救命を優先するだろう<sup>5</sup>。

このように、員数説によるフェア・イニングス論は、必ずしも若年者の利益を優先できるわけではない。それでは、どのような背景理論に基づくフェア・イニングス論であれば若年者優先を正当化できるのだろうか。次節では、生存年数説に基づくフェア・イニングス論を検討する。

### 3. 生存年数説によるフェア・イニングス論

本節では、生存年数説に基づくフェア・イニングス論を検討する。生存年数説に基づくフェア・イニングス論は、治療後の生存年数を最大化するので、もっともらしいと言えるかもしれない。医療資源が不足した状況において、救命数や生存年数の最大化は有力な原則である (Emanuel et.al. 2020; 広瀬, 2021)。このうち、生存年数説は、おおむね若年者の利益を優先する。

次のようなケースを考えてみよう。いま、70 歳の E 氏と 20 歳の F 氏が治療を求めている。しかし、医療危機により、1 人しか救命できない。70 歳の E 氏は治療後に 10 年、20 歳の F 氏は治療後に 60 年生存できることがなんらかの理由で分かっている。この場合、どちらの治療を優先すべきだろ

うか。

#### ケース 3

E : 70 歳で生存年数 10 年

F : 20 歳で生存年数 60 年

救命数を最大化するならば、E 氏と F 氏どちらを選んでも 1 人の命を助けるので、どちらを治療すべきか決められない。一方、生存年数説は、治療後の生存年数の長い F 氏を優先して助けるべきだと考える。また、ここでも人生の閾値が 70 歳であれば、フェア・イニングス論は、F 氏の救命を優先する。この場合、生存年数説によるフェア・イニングス論はもっともらしいと言えるかもしれない<sup>6</sup>。

しかし、生存年数説は、年齢ではなく生存年数から F 氏を選ぶので、常に若年者の利益を優先するわけではない。これは次のケースに示される。

#### ケース 4

G : 70 歳で生存年数 10 年

H : 20 歳で生存年数 10 年

このケース 4 について、生存年数説は、両者の救命は等しく重要とみなす。なぜなら、生存年数説は、年齢ではなく、治療後の生存年数を評価して

<sup>5</sup> それ以外にも、フェア・イニングス論は一見もっともらしいが、人生の閾値を恣意的でなく設定できないのでは指摘されている (広瀬, 2021, p. 52)。仮にそうした年齢を 70 歳とした場合、70 歳と 100 歳、20 歳と 69 歳は等しく扱われるのに、69 歳と 70 歳は生存に対する道徳的価値が大きく変わる。これは反直観的ではないかと批判を受けている。

<sup>6</sup> 生存年数説は、人生の閾値を具体的に特定しないので、そうした年齢を決めるのは恣意的であるとの批判には当たらない。しかし、人生の閾値という概念が共有されていることを示すことはできる。すなわち、20 歳と 69 歳、70 歳と 100 歳の例では、それぞれ前者の利益の方が重要であり、その重要度は年齢が若いほど高くなる。また、69 歳と 70 歳の生存年に対する道徳的価値に違いはあるが、それはごくわずかな違いである。

いるからだ。したがって、生存年数説によれば、G氏とH氏の治療はどちらも等しく重要であるので、くじ引きで決めてもよいことになる。

生存年数説が評価するのは、年齢それ自体ではなく、治療後の生存年数である。多くの場合、治療後の生存年数は、高齢者よりも若年者の方が長いので、生存年数説は若年者の治療を優先する。しかし、ケース4のように、年齢差はあるが生存年数が等しい場合、治療の優先順位を決められない。生存年数説における若年者優先は、あくまで、予後に関する一般的傾向の結果である。私たちは、高齢になるほど健康状態が悪くなる傾向にあり、また、寿命には限りがあるので、多くの場合、高齢者の予後は若年者よりも悪い。しかし、生存年数説は、年齢に着目して若年者の利益を重視しているわけではない。このことはケース4から理解できる。年齢の違いはあれども生存年数は同じであるため、G氏を救命することとH氏を救命することは無差別である。

前節で、員数説は若年者の利益を必ずしも優先しないと指摘したが、こうした員数説の判断を問題視するかぎり、生存年数説にとってもこのケースがフェア・イニングス論の正当化において問題となる。このことを克服するために、ケース4について、生存年数説が若年者を優先するには、年齢による重みづけをする方法が考えられる (Bognar, 2015; Bognar & Hirose, 2014; Tsuchiya, 2000)。これを「年齢加重による生存年数説」と呼ぶことにしたい。年齢加重による生存年数説は、年齢を重ねるにつれて、生存年にたいする道徳的価値は低減すると仮定する。たとえば、20代の1年あたりの道徳的価値を1、70代の場合は0.5と仮定しよう。この場合、ケース4のG氏とH氏の生存年数は同じであるが、生存年数にたいする道

徳的価値は20歳が10で70歳が5となるので、若年者であるH氏の治療が優先される。このように、年齢加重による生存年数説は、員数説と生存年数説が抱えていた問題を退けることができる。

しかし、他方で、年齢加重された生存年数説は問題があるようにも思われる。なぜなら、高齢者の利益に対する道徳的価値を低くして若年者を優先して治療することは、エイジズム批判を招くからだ。高齢者の生存にたいする価値を低く見積もること自体が、高齢者の二級市民化を招いてしまうだろう。そこで、エイジズム批判に対する応答を検討したい。

応答の一つは、みないづれ歳をとるという事実から倫理的に正当化されるというものだ (広瀬, 2021; Daniels, 2008)。H氏は20歳においては優先的に治療される。しかし、H氏もいづれ歳をとり、70歳になった時には、ケース4におけるG氏と同様に、別の若年者の治療が優先され、H氏自身は後回しにされることになる。これについて広瀬は、すべての人が等しく「差別」されるのであれば公平であるので若年者優先は倫理的に問題ないとしている (広瀬, 2021, p. 51)。

しかし、私は、年齢加重された生存年数説を、このように正当化することはできないと考える。なぜなら、こうした差別をせずとも、ほとんどの場合、若年者の救命が優先されるからだ。広瀬は、差別ではあるが若年者もいづれ歳をとるので公平であるとして、生存年数説へのエイジズム批判を退けている。私たちの寿命はかぎりがあるので、多くの人はいづれ歳をとり、治療後の生存年数は短くなる。こうした事実から、生存年数説については、若年者と高齢者の扱いの違いは説明できるだろう。しかし、ケース4のようなレアケースでも若年者を優先するために、高齢者の生存年にたい

する道徳的価値を低くするのは道理にかなっていないとは言い難い。レアケースでの若年者優先で得られる利益は、高齢者への差別の対価としては十分に思われないからだ。ケース 4 では、くじ引きでの決定で満足すべきだろう。

こうしたことを踏まえて、高齢者よりも若年者の健康が重要だと示すには、生存年数説からの正当化よりも、次節以降で検討する人生全体説からの正当化の方が有望であろう。この場合、各人の生涯からその人の健康を考慮して、若年者の治療を優先するもっともらしい理由を示すことになる。一方、生存年数説は、帰結主義の一つである。帰結主義は、行為の結果（本節の議論では治療後の生存年）から行為を評価する<sup>7</sup>。あくまで、評価する

のは行為の結果であり、そうした結果に関係のある範囲でのみ年齢が考慮される。

#### 4. 思慮深いライフスパン説によるフェア・イニングス論

フェア・イニングス論がもっともらしく思えるのは、私たちが、各人の福利を人生全体でとらえているからではないだろうか。人生全体説によれば、各人の福利は、人生全体の総和で評価される。本節では、人生全体説のうち、思慮深いライフスパン説に基づくフェア・イニングス論の妥当性を検討する。まず、次の表を用いて、思慮深いライフスパン説を説明したい。

表 1

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
A	少年期	青年期	壮年期	老年期			
B				少年期	青年期	壮年期	老年期

表 1 では A 氏と B 氏で構成された社会を考えており、T1 から T7 は一定の期間（各期間が約 20 年間）を表している。A 氏は B 氏よりも 60 年ほど早く生まれており、T4 時点で A 氏は 70 歳、B 氏は 10 歳と仮定しよう。T4 時点で、A 氏と B 氏のうちどちらか一方しか救命できない事態が生じたとする。このとき私たちはどちらの救命を優先すべきだろうか。N・ダニエルズは、人生全体の健康資源配分を考えることで、この問いに答えようとする（Daniels, 1988; 2008）。これが思慮深いライフ

スパン説である。

思慮深いライフスパン説は、思慮深い判断によって人生全体の健康資源を配分すれば、それが私たちにとって望ましい割り振り方となるとしている。各人の健康資源は一定量だと仮定する。思慮深いライフスパン説は健康資源量を最大化するわけではないことに注意されたい。そして、こうした健康資源をそれぞれのライフステージへどう割り振るかを思慮深い判断のもとで決めることになる。それでは、思慮深い判断とはどのような判断

<sup>7</sup> 本稿では、生存年数説が検討されたが、同じく帰結主義である QALY による最大化について、治療後の福利を評価しているので、人生全体の健康状態を評価するものではないと広瀬は指摘している（広瀬, 2021, p. 195）。

なのだろうか。それは、各人が無知のヴェールの背後にいる状態とする判断だとされている。すなわち、自身の社会的属性や自然的資産や価値観などについて一切の情報を持たない状況で、それぞれのライフステージへの配分を決めれば、それが私たちにとって望ましい割り振り方であるということだ。このように、思慮深いライフパン説は、各人は少年期から老年期まで生きると仮定して（「人はみな老いる」）、生涯にわたる健康資源の望ましい割り振り方から、T4期における高齢者と若年者の対立を解決しようとする。

それでは、どのように配分すべきだろうか。少年期に多く、老年期に少なく割り振る方法が有力である。なぜなら、少年期の健康被害はその後の人生への影響が大きいためだ。したがって、思慮深いライフパン説は、T4時点で、老年期のB氏よりも少年期のA氏の利益を優先する。これは次のように説明できる。T4時点における老年期のA氏と少年期のB氏は、それぞれ自分自身の老年期もしくは少年期の代表である（Daniels, 1988, p. 45）。A氏（もしくはB氏）は、自身の健康資源の配分を慎重に考えたら、老年期よりも少年期に多くの資源を割り振るだろう。そうであるなら、T4時点で、A氏は高齢者の利益よりも若年者の利益が優先されることを拒否できず、B氏が治療される<sup>8</sup>。

思慮深いライフパン説の若年者優先はエイジズムには当たらないとされる（Brauer, 2009, p. 28）。なぜなら、仮想的人格によって、人々の利害対立の問題を自身の人生における資源の割り振り方の

問題として扱っているからだ。T4時点で、若年者であるB氏の利益が優先されるのは、A氏やB氏が自身の人生における資源配分を考慮した結果である。たとえばT7時点では、B氏は高齢者となるので、B氏の利益よりも別の若年者の利益が優先される。誰もが高齢者になれば自身の利益よりも若年者の利益が優先されるという意味で公平であるというわけだ。

もっとも、思慮深いライフパン説の「人はみな老いる」という仮定では、無知のヴェールによる選択にみなが納得しないのではと指摘されている（Bognar, 2015; Lazenby, 2011）。ロールズの前状態にいる人々は、無知のヴェールにより自身の背景について不確実なので、最も不利な人に配慮した選択をすることができた（Rawls, 1999=2010）。G・ボグナーによると、思慮深いライフパン説は、すべての人生のステージを想定しているため、無知のヴェールの背後における判断は、資源をめぐる利害対立を解消できない（Bognar, 2015, pp. 258–259）。なぜなら、無知のヴェールを脱いだあと、平均寿命を生きる人とそうでない人との間に対立を招くからだ。一方、こうした批判について、思慮深いライフパン説は、各人がそれぞれの人生のステージを生きると信じた上で自身の人生を計画するという意味なので批判には当たらないと退けるだろう。本稿では、思慮深いライフパン説の「人はみな老いる」という仮定を平時においては受け入れる。しかし、パンデミック発生時には検討が必要だと考える。

思慮深いライフパン説においては、思慮深さ

<sup>8</sup> 思慮深いライフパン説はこのように若年者優先を説明して世代間対立を解消できるとしているが、これに対する批判もある。マッカーリーは、高齢者が不利になることを正当化しているものであり、利害対立の解消にはならないと批判している（Mckerlie, 2001, pp. 158–163; 2013, pp. 33–51）。

をもっともらしく定義することが重要である。たとえば、思慮深い判断は、高齢者を見捨てるわけではないことに注意されたい (Daniels, 2008, pp. 485–486)。思慮深い判断は、それぞれの人生のステージにおける治療のトレードオフにより人生全体を良くしようとするので、年齢が若い時期に多くの資源が配分される傾向にある。しかし、だからといって、老年期の自分自身へのケアを一切放棄することは人生全体を良くしているとはいえないだろう<sup>9</sup>。

それでは、思慮深いライフスパン説は、パンデミック下の治療の優先順位について若年者の救命を優先できるだろうか。パンデミックのもとでの思慮深い判断が平時における思慮深い判断と同じであれば、フェア・イニングス論を正当化するだろう。この場合、パンデミックにともなう健康リスクは、思慮深いライフスパン説が考慮する人生の様々なリスクの一つとみなされる。私たちの人生には病気や交通事故のリスクがつきまとう。それ以外にも、地震の被害にあうかもしれないし、戦争が勃発するかもしれない。こうした様々なリスクにより順調に歳をとれなくなる可能性も踏まえて、思慮深いライフスパン説は若年者に多くの資源を割り振る。パンデミックも様々なリスクの一つとみなせるのであれば、パンデミック発生時でも高齢者の救命よりも若年者の救命が優先されることになる。たとえば、E・エマニュエルとJ・ウェルトハイマーは、新型インフルエンザワクチンの優先順位について、思慮深いライフスパン説から年齢を指標に取り入れることは理にかなって

いと述べている (Emanuel & Wertheimer, 2006, pp. 854–855)。

しかし、パンデミックにおいて、「人はみな老いる」と仮定していいのだろうか。パンデミックでは、感染症が全世界的に大流行しているため、誰もが感染しうる状況となる。さらに、感染症の流行が医療危機を招き、通常通りの治療が受けられない可能性すらある。こうした状況では、各人は少年期から老年期まで生きると仮定するのは説得力がないかもしれない。

では、「人はみな老いる」と仮定せずに思慮深く判断するとどのような割り振り方になるだろうか。これについて、ニールセンの考察を取り上げたい (Nielsen, 2021)。ニールセンは、人々は、パンデミック発生時には思慮深さを再定義する必要があるが、高齢者の治療よりも若年者の治療が優先されると次のように説明している (Nielsen, 2021, pp. 234–235)。まず、パンデミック下において、「人はみな老いる」と仮定できないが、治療の価値は年齢とともに逓減すると仮定される。また、通常の思慮深いライフスパン説では、人生全体を通じて、それぞれの人生のステージにおける様々な健康被害にたいする治療のトレードオフが検討されるが、パンデミック下では治療を受けない場合の機会費用が考慮される。たとえば、私たちは、70歳で感染症になり治療を受ける場合と、20歳で感染症になり治療を受ける場合のどちらかを選ばないといけないとするならば、より延命が期待できる20歳の治療を選択することが思慮深い判断であるとニールセンは述べている (Nielsen, 2021, p. 234)。そ

<sup>9</sup> また、思慮深い判断は、若年であればあるほど医療資源を多く配分するわけでもない (Hirose, 2014, pp. 175–176)。たとえば、一般的に、年齢が上がるにつれて人々は健康問題を抱えるので、若年期よりも壮年期に資源を割り振るべきかもしれない。

して、こうした個人内の判断を個人間にも適応することで、若年者の救命が優先される。したがって、パンデミック下において、20歳と70歳のどちらを治療するかをくじ引きで決めるよりも、若年者を優先して治療する方が理にかなっているというのがニールセンの議論だ。

しかし、私は、ニールセンの説明は支持できないと考える。まず、「人はみな老いる」と仮定しないのであれば、なぜ70歳の治療よりも20歳の治療に延命が期待できるといえるのだろうか。こうした期待ができないのであれば、年齢で機会費用が大きく変わるわけではないだろう。また、加齢により治療の価値を逡減させるという仮定について、第2節で検討したように帰結主義からの説明がありうるが、先述のように本稿はこれを支持しない。その一方で、高齢者の重篤化率が高いと分かっているのであれば、重症化率も考慮した方が思慮深い判断となるかもしれない。なぜなら、もし老年期まで生きした場合、若年期よりも多くの医療資源が必要となるからだ。この場合、「人はみな老いる」と仮定した場合より、老年期に多くの資源を割り振ることになる。

## 5. 補償による人生全体説に基づくフェア・イニングス論

さて、これまでの議論は、次の通りである。まず、生存年数説は、治療後の生存年数の最大化を求めるので、高齢者と若年者の治療後の生存年数が等しい場合、治療の優先順位を決められない。こうした場合でも、年齢加重された生存年数説であれば若年者の利益を優先できる。しかし、私は、これを望ましくないと考える。

また、思慮深いライフスパン説によれば、「人はみな老いる」と仮定すると老年期より若年期に多

くの医療資源を割り振るのは理にかなった判断である。したがって、思慮深いライフスパン説はフェア・イニングス論の有力な背景理論であるといえる。もし、パンデミック下の医療資源の分配についても「人はみな老いる」と仮定できるのであれば、パンデミック下でフェア・イニングス論は正当化できる。ニールセンは、「人はみな老いる」と仮定できなくても、感染症の治療を受けない場合の機会費用の観点から、若年者優先を支持できると論じたが、本稿はこれを支持できないと考える。

最後に、補償を論拠とした人生全体説からの正当化論を検討したい。補償を論拠とした人生全体説において、人生のある時期の不利益は、別の時期の利益により補償されるので、容認できるとみなされる。補償による人生全体説は、次のように若年者の利益を優先するだろう。高齢者はこれまでの人生で利益を得ているので、彼らの現状の不利益はそれで穴埋めされるが、若年者はそうではないので、彼らの利益が優先される。

一方で、短い時間単位で各人の福利を評価する立場もある。広瀬にならば、これをタイムスライス説と呼ぼう (Hirose, 2014, pp. 137–143)。タイムスライス説は、人生を短い期間で区切り、その時期の福利をほかの時期と独立させて評価する立場と定義される。各人の福利について、補償による人生全体説は、タイムスライス説よりも道理にかなった判断をするとみなされている。これを次の二つの表を用いて説明したい。表2と表3はどちらもA氏とB氏で構成された社会を表しており、T1時点からT4時点はそれぞれの人生における一定の期間(各期間が約20年間)である。表2では、A氏の福利はずっと低く、反対にB氏は恵まれた状態である。一方、表3では、A氏とB氏は恵ま

れた状態とそうでない状態を一定期間交互に繰り返している。それでは、医療資源を分配する際、どちらのように分配すべきであろうか。

表 2

	T1	T2	T3	T4
A	2	2	2	2
B	8	8	8	8

表 3

	T1	T2	T3	T4
A	2	8	2	8
B	8	2	8	2

人生全体説によれば、表 2 よりも表 3 の方が望ましい。なぜなら、人生全体説は、A 氏と B 氏それぞれの T1 時点から T4 時点までの福利を合算し、その合計にたいして道徳的評価を下すからだ。表 3 において、A 氏と B 氏は人生全体の福利の合計がともに 20 であるのにたいして、表 2 では、A 氏が 8、B 氏が 32 である。福利にたいする道徳的価値は  $g()$  で表すことができるとしよう。表 2 の A 氏の福利の道徳的価値は  $g(8)$ 、B 氏は  $g(32)$  と表現される。一方、表 3 は A 氏と B 氏の福利にたいする道徳的価値はどちらも  $g(20)$  である。したがって、表 2 より表 3 の分配状態の方が平等だということになる。

一方、タイムスライス説によれば、表 2 と表 3 は等しく悪い。タイムスライス説は、A 氏と B 氏の福利をそれぞれの時点ごとに道徳的評価をする。たとえば、表 2 の T1 時点の A 氏の福利にたいする道徳的価値は  $g(2)$  だが B 氏は  $g(8)$  なので、両者の福利の道徳的評価には  $g(6)$  の違いがある。そして、表 2 と表 3 の T1 時点から T4 時点すべてにおいて、A 氏と B 氏の福利にたいする道徳的価値は

表 2 の T1 時点と同様に  $g(6)$  の違いがあるので、表 2 と表 3 の分配状況はすべての時点で同程度に悪い。したがって、表 2 と表 3 の分配状態はどちらも不平等ということになる。

表 2 と表 3 の評価について、タイムスライス説よりも人生全体説に説得力があるように思われる。表 2 では、A 氏の福利は一貫して低く、それにたいして B 氏は恵まれた状態が続いている。一方、表 3 では、A 氏と B 氏はどちらも恵まれた時期とそうでない時期を同程度経験しており、トータルでは、同程度の福利である。それにもかかわらず、表 3 と表 2 の道徳的評価は同じだとするのは道理にかなっていないのではないだろうか。

それでは、なぜ私たちは人生全体説の評価をもっともらしく感じるのだろうか。D・マッカーリーは、ある時期の利益は別の時期の不利益を補償するとみなせるからだを指摘する (McKerlie, 2013, pp. 26–27)。表 3 では、T1 時点では A 氏が不利、B 氏が有利な状態にいるが、T2 時点では両者は逆の立場になっており、T3 時点と T4 時点についても同様である。よって、表 3 では、全体で見ると両者は平等である。一方、表 2 では、一貫して A 氏は不利な立場、B 氏は有利な立場にある。人生全体説はタイムスライス説よりも、こうした違いについて説得力のある評価を下しているというわけだ。

一方、タイムスライス説が説得力を持つというためには、ある時期の福利を他の時期の福利と切り離して評価する相応の理由を示さなければならない。これは、「時間の分離性(separability of time)」と呼ばれている (Broome, 2004, pp. 104–116; Hirose, 2005, p. 377)。しかし、「時間の分離性」を成立させると個人間だけでなく個人内の福利もすべて平等となるよう求められるので、タイムスライス説

は説得力に欠けるとみなされている。

これを「時間の分離性」を成立させる人格の非同一性説で説明したい。非同一性説をとれば、たとえば、表3のT3時点のA氏とT4時点のA氏は別人格であるので、T4時点の福利はほかの時期と区別して評価される。しかし、T3時点のA氏とT4時点のA氏は別人格であるゆえに、個人間だけでなく個人内も含めたすべての区間の不平等が問題視されることになる。マッカーリーは指摘する（McKerlie, 2013, pp. 125–129）。なぜなら、人格について同一性を問わないのであれば、個人間の福利の不平等だけでなく個人内の福利の不平等も問われるからだ。非同一性説によると、T1のA氏とT3のA氏は別人格であるので、両者の福利が不平等であれば、A氏とB氏の福利が不平等である時と同様に是正されるべきである。

しかし、ある個人のライフステージ内の不平等も解消すべきとするのはもっともらしくない。たとえば、私たちは高齢になればなるほど健康状態が悪くなる傾向にあるが、非同一性説に基づくタイムスライス説は、健康問題を抱えた70歳のAとそうではない20歳のAの健康格差を問題視する。こうした格差にたいして、70歳は20歳よりも医療資源を必要としているとは言えるだろう。しかし、両者の格差を是正すべきとまでいえるだろうか。

パンデミック下の健康被害についても、補償による人生全体説はタイムスライス説よりももっともらしいといえれば、フェア・イニングス論を正当化できるだろう。次の表を用いて、高齢者と若年者のどちらの利益を優先すべきかを考えたい。

表4

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
A	8	8	8	2			
B				2	8	8	8

表4は表1を修正し、A氏とB氏の福利を明記したものである。T4時点において、A氏は高齢者でB氏は若年者である。この時、感染症が流行し、A氏とB氏どちらも治療を必要としているとする。しかし、医療体制がひっ迫しているため、どちらか一方しか治療できない。A氏のT1時点からT4時点までの人生の福利の合計は26であるのに対して、B氏は2である。補償による人生全体説によれば、A氏の健康被害はこれまでの恵まれた状態で補償されるが、B氏はそうではないので、B氏の治療を優先すべきである。一方、タイムスライス説は、T4時点の福利はそれ以外の時期とは区

別して評価するので、A氏とB氏の治療は等しく重要とみなされる。

やはり、ここでも人生全体説の方がもっともらしいように思われるが、本当にそう言えるだろうか。パンデミックの健康被害はそうでない時期と切り離して評価すべき理由はないだろうか。タイムスライス説を支持しつつ「時間の分離性」を主張するには、人格の非同一性説とは別の議論が必要である。そこで、私は、パンデミック発生により

「時間の分離性」を主張できるかを検討したい<sup>10</sup>。

人生において、私たちは、様々な健康リスクに直面するが、大きく2つのタイプに分けることができるだろう。一つは、交通事故や病気のようなリスクである。こうしたリスクでは保険システムが働く。たとえば、私たちが生涯で交通事故にあう確率が1%だとしよう。A氏もB氏も1%の確率で交通事故にあうが、あくまで、個々人が1%のリスクに直面するのであり、両者が同時に事故にあう可能性は低いといえるだろう。

一方、地震や戦争などの発生のリスクは、交通事故のリスクと異なる。もし大きな地震が発生すれば、数多くの人の命が同時に危険にさらされることになる。こうしたリスクは、集積的リスクと呼ばれる。集積的リスクとそうでないリスクは次のように異なる。交通事故のリスクは1%だとすると、私たちが交通事故にあう確率は、常にどの時点でも1%であり、一定してその人数が事故にあう計算になる。一方、たとえ発生確率が1%であっても、集積的リスクは同時に多くの人々に影響を与える。すなわち、同じ1%のリスクであっても、集積的リスクは社会状況を一変させるのだ。これが交通事故などのリスクと異なる点である。

パンデミックも集積的リスクである。パンデミックの場合、全世界的な感染の大流行により、およそすべての人に感染の可能性があるが、これらの人々が同時に特定の医療資源を必要とする事態が生じる。こうした状況から、集積的リスクであるので、通常であれば高い優先順位で治療を受けられるはずの人々でも、治療を受けられず助からな

い可能性が高くなる。パンデミック発生により生じる不利益は、そうでない時期の利益で補償されるとみなすのはもっともらしくないかもしれない。なぜなら、感染症の流行で社会状況が大きく変わり、それにより人々の健康状態が悪化しているからだ。あくまで、パンデミック発生のタイミングで、人々は医療資源を必要としているのであり、それ以外の時期の利益では埋め合わせはできないと言えるかもしれない。

仮にパンデミック発生が、その前後の時期をそれぞれ別に評価するよう要求すると考えてみよう。表4のT4時点において、高齢者のA氏と若年者のB氏は感染症によりともに健康状態が悪化しているが、医療資源不足により、どちらか一方しか治療できないとする。T4時点でパンデミックが発生すると、T3時点以前とは区別して評価されるので、A氏の現在の不利益は、T1時点からT3時点の利益で補償されるわけではない。では、T4時点のA氏とB氏が等しいので、くじ引きでどちらの治療を優先するか決めていいだろうか。

私はこれについて、くじ引きで決めていい場合とそうでない場合があると考え。たとえば、パンデミックが存亡リスクとなるような場合、多数の人々がなくなる可能性が高くなる。そうであるなら、T4時点はT3時点以前の過去だけでなく、T5時点以降の未来とも切り離して、T4時点のみで評価してもいいかもしれない。この場合、A氏とB氏のどちらを治療するかくじ引きで決められる。しかし、人類存亡にかかわるほどではない場合、T4時点の治療についてT5時点以降を考慮す

<sup>10</sup> 「時間の分離性」の論拠について、角崎は、「いつの平等か」は、福利の構成要素を考慮すべきだと述べている（角崎, 2018, pp. 339–340）。これにしたがうなら、人生全体説とタイムスライス説のどちらの時間単位がもっともらしいかが争われるのではなく、なにについての公正性を問うているかで時間単位を考慮することになる。

るべきではないだろうか。なぜなら、医療体制に負担がかかり通常の治療は望めなくなるものの、大半の人々の人生はその後続くからだ。

## 6. 結論

本稿の目的は、パンデミック下の医療危機に際して、トリアージの追加的指標として年齢を採用すべきかを分析することであった。そのために、フェア・イニングス論の背景となる目的最大化に基づく理論として、員数説、生存年数説、人生全体説を検討した。まず、員数説に基づくフェア・イニングス論は、人生のプロジェクトを完成させる可能性のある人数を最大化するために若年者の利益よりも高齢者の利益を優先する場合があると指摘した。

この問題を部分的に回避するのが、生存年数説に基づくフェア・イニングス論である。一般的に、治療後の生存年数は、高齢者よりも若年者の方が長いので、生存年数説は、多くの場合、若年者の利益を優先する。これで、おおむね、生存年数説からフェア・イニングス論を説明できる。しかし、生存年数説は、結果に影響を与える範囲でしか年齢を考慮していないので、若年者の生存年数と高齢者の生存年数が同じであれば、くじ引きで決めることとなる。常に若年者を優先するのは年齢加重による生存年数説であるが、エイジズム批判を招くので容認できない。

次に人生全体説の第一候補として、思慮深いライフスパン説に基づくフェア・イニングス論を検討した。思慮深いライフスパン説は、「人はみな老いる」と前提し、人生全体の資源配分を考慮した上で、若年者の利益を重視する。パンデミックにより健康被害のリスクも交通事故や病気などのリスクと同様に扱えるのであれば、フェア・イニン

グス論は支持される。しかし、私は、「人はみな老いる」と仮定できないのであれば若年者の利益が優先されるとはかぎらないと論じた。

これを踏まえて、最後に、補償による人生全体説からの正当化を検討した。補償による人生全体説は高齢者の利益よりも若年者の利益を優先できるかもしれない。なぜなら、高齢者の現状の不利益は、彼らはこれまでの人生で得た利益で補償されるが、若年者はそうではないからだ。もっとも、パンデミックの発生により、その被害の時期が他の時間と分離されて評価される可能性はある。しかし、大半の人々がその後生き続けるのであれば、補償による人生全体説は受け入れられると論じた。以上から、パンデミック下のフェア・イニングス論は人生全体説から支持されうるというのが、本稿の結論である。

## 謝辞

本稿は、ムーンショット型研究開発事業：目標9 研究開発プロジェクト「脳指標の個人間比較に基づく福祉と主体性の最大化」(JPMJMS2294)、JSPS 科研費 21K12831 に伴う成果の一つです。本稿の改善のために、二名の査読者の方々に詳細にわたり貴重なコメントいただきました。また、加藤晋先生から有益な助言をいただきました。心より感謝を申し上げます。

## 引用文献

- Archard, D., & Caplan, A. (2020). Is it Wrong to Prioritise Younger Patients with Covid-19?. *Bmj*, 369.
- Bognar, G. (2015). Fair Innings. *Bioethics*, 29(4), 251–261.
- Bognar, G., & Hirose, I. (2014). *The Ethics of Health*

- Care Rationing: An Introduction*. London: Routledge. (= 児玉聡監訳『誰の健康が優先されるのか——医療資源の倫理学』岩波書店、二〇一七)
- Brauer, S. (2009). Age Rationing and Prudential Lifespan Account in Norman Daniels' Just Health. *Journal of Medical Ethics*, 35(1), 27-31.
- Broome, J. (1988). Good, Fairness and QALYs. *Royal Institute of Philosophy Supplements*, 23, 57-73.
- (2004). *Weighing Lives*. Oxford: Oxford University Press.
- Cropper, M. L., Aydede, S. K., & Portney, P. R. (1994). Preferences for Life Saving Programs: How the Public Discounts Time and Age. *Journal of Risk and Uncertainty*, 8(3), 243-265.
- Daniels, N. (1988). *Am I my Parents' Keeper?: an Essay on Justice Between the Young and the Old*. Oxford: Oxford University Press.
- (2008). Justice Between Adjacent Generations: Further Thoughts. *Journal of Political Philosophy*, 16(4), 475-494.
- Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., ... & Phillips, J. P. (2020). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382(21), 2049-2055.
- Emanuel, E. J., & Wertheimer, A. (2006). Who Should Get Influenza Vaccine When not All Can?. *Science*, 312(5775), 854-855.
- Harris, J. (1985). *The Value of Life*. London: Routledge.
- Hirose, I. (2005). Intertemporal Distributive Judgement. *Ethical Theory and Moral Practice*, 8(4), 371-386.
- (2014) *Egalitarianism*. London: Routledge. (齊藤拓訳『平等主義の哲学』勁草書房、二〇一六)
- Jecker, N. S. (2022). Too Old to Save? COVID-19 and Age-Based Allocation of Lifesaving Medical Care. *Bioethics*, 36(7), 802-808.
- Kappel, K., & Sandøe, P. (1992). QALYs, Age and Fairness. *Bioethics*, 6(4), 297-316.
- Lazenby, H. (2011). Is Age Special? Justice, Complete Lives and the Prudential Lifespan Account. *Journal of Applied Philosophy*, 28(4), 327-340.
- McKerlie, D. (2001). "Justice Between The Young and The Old." *Philosophy & Public Affairs*, 30(2), 152-177.
- (2013). *Justice Between The Young and The Old*. Oxford: Oxford University Press.
- Nielsen, L. (2021). Contractualist Age Rationing Under Outbreak Circumstances. *Bioethics*, 35(3), 229-236.
- Nord, E. (2005). Concerns for the Worse off: Fair Innings Versus Severity. *Social Science & Medicine*, 60(2), 257-263.
- Paremoer, L., Nandi, S., Serag, H., & Baum, F. (2021). Covid-19 Pandemic and the Social Determinants of Health. *Bmj*, 372.
- Rawls, J. (1999). *A Theory of Justice, Revised Edition*. Cambridge, MA: Harvard University Press. (川本隆史・福間聡・神島裕子訳『正義論 改訂版』紀伊国屋書店、二〇一〇)
- Rosenbaum, L. (2020). Facing Covid-19 in Italy—Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's front Line. *New England Journal of Medicine*, 382(20), 1873-1875.
- Tsuchiya, A. (2000). QALYs and Ageism: Philosophical Theories and Age Weighting. *Health Economics*,

9(1), 57–68.

Tsuchiya, A., Dolan, P., & Shaw, R. (2003). Measuring People's Preferences Regarding Ageism in Health: Some Methodological Issues and Some Fresh Evidence. *Social Science & Medicine*, 57(4), 687–696.

Williams, A. (1997). Intergenerational Equity: An Exploration of the 'Fair Innings' Argument. *Health Economics*, 6(2), 117–132.

角崎洋平 (2018) 「平等主義の時間射程：デニス・マッカーリーの「いつの平等か」論の意義と限界」『政治思想研究』, 18, 319–347

児玉聡 (2017) 「医療資源の配分」赤松朗編『入門・医療倫理 I (改訂版)』勁草書房.

—— (2022)『COVID-19 の倫理学—パンデミック以後の公衆衛生』ナカニシヤ出版.

広瀬巖 (2021)『パンデミックの倫理学』勁草書房.

杉本俊介 (2022) 「パンデミックの倫理——全体的枠組みと主要な論点の研究状況の概観」『倫理学研究』 52, 3–13.

(2023年 7月 10日受理／2023年 10月 17日採択)

Invited Article

## 認知的完結欲求の観点から見たコロナワクチン関連の陰謀論の分析

池田亘孝 \*

### Abstract

陰謀論は現在でも多くの人に信じられており、人々の行動に影響を与える陰ものも存在する。個人が陰謀論に陥るメカニズムとしては自然選択・感情コントロールの喪失・認知的負荷などが知られているが、「より明確な説明により曖昧さを排除したい」という認知的完結欲求は個人内で陰謀論が形成される過程を知るのにより適切なメカニズムであると考えられる。本稿では認知的完結欲求を元に、ポパーの反証主義を満たす形で定義された陰謀論の形成過程を分析し、その分析から導きだれる陰謀論の解決手段を提示した。陰謀論の元となる信念は個人の不安や不信感を説明するように形成され、反駁の機能を持つ検証例が反駁の形式のみを有する検証例へと変質することにより反証可能性を失っていき安定化する。安定化した信念の元で、反駁の形式を持つ検証例が多数現れることは反駁を主張する主体と目的の存在により明確に説明される。このような陰謀論的思考が、集団内で共有され広まっていくことにより陰謀論者が増加すると考えられる。対策として、リラクゼーションや安心できるコミュニケーションの確立により不安や不信感を取り除くこと、幼少期に適切な権威主義を導入し段々と反証主義や完全性の否定といった権威主義を取り入れるような環境や教育を整備すること、早めの情報共有や妥当な説明の提示を行うことなどが挙げられる。

キーワード：陰謀論、認知的完結欲求、反証主義、コロナワクチン

Conspiracy theories prevail in modern society and affect human actions. Some of the proposed mechanisms people get into conspiracy theories are natural selection, loss of emotional control, and cognitive burden. Here I introduce the need for cognitive closure, one of the human tendencies to run away from vague ideas and jump to explicit conclusions, as a way to explain the process in which conspiracy theories prosper in individuals and clusters. The primitive belief is formed to explain anxiety and disbelief in the individual and makes falsifications lose their function to rebut. On the existence of the belief stabilized as such, falsifications in the world are most clearly explained by a certain group of people, with a certain purpose, trying to rebut the belief. Those ideas are shared in the clusters, and more and more people lean toward certain conspiracy theories. Bearing those mechanisms in mind, there are some ways to resist to conspiracy theories: relaxation and communication as a way of levitating anxiety and disbelief; introducing appropriate authoritarianism, especially science in the youth and succeeding falsificationism; sharing

\* 東京大学医学部医学科

E-mail: nobu08081184739@gmail.com

appropriate information and persuading explanation immediately via mass media.

**Keywords:** Conspiracy theory, need for cognitive closure, falsifications, Covid-19 vaccine

## 1. 序文

陰謀論は世界中に遍く存在している<sup>1</sup>。ごく一部にのみ知られているものに限らず、「ジョン・F・ケネディ暗殺はCIAが関与していた」など、昔から世界的に知られている陰謀論も多い<sup>2</sup>。このような陰謀論の登場は21世紀に入っても続き、多くの賛同者を得ているものも含まれている。例えば2004年でのニューヨークでは49%が「アメリカ政府は事前に2001年のアメリカ同時多発テロの存在を把握していたが対策を取らなかった」という陰謀論に賛成を表明している。特に21世紀に急速に普及したインターネットやSNSは陰謀論の巣窟として機能している。

このような陰謀論は単なる話題となるだけではなく、医学に関する信頼感や実際の行動にも影響を与えている。アメリカ人の37%が「FDAは製薬会社からの圧力のためにがんや他の疾患に対する自然療法の情報を人々が得ることを故意に妨げている」と信じていることは、医学に関する不信感の存在を明確に示唆している<sup>3</sup>。また、アメリカ人の20%が小児用ワクチンと自閉症の関連について信じており<sup>4</sup>、子供にワクチンを接種させないなど具体的な行為に繋がることもある<sup>5</sup>。このように思想・行動にまで多大な影響を与える陰謀論についての議論は人々の生活が脅かされることを防ぐために重要であると考えられる。

陰謀論に個人が陥るメカニズムについては様々な説が提唱されてきた。進化論的には、古代社会において一部の人が結託し争いを起こすことによる死亡が多かったため、結託者を見つけ出そうとする方向に自然選択が働いたとされる<sup>6</sup>。また、

感情のコントロール喪失により実際には存在しないパターンを認識してしまう人間の性質に陰謀論が起因するとする説がある<sup>7</sup>。また、認知的負荷がかかるとより効率的な処理のためステレオタイプを形成するようになることが陰謀論に関連するとの説もある<sup>8</sup>。このような説明は確かに陰謀論が個人に取り入れられる理由を説明しているが、その具体的な過程についての説明に乏しかった。

一方、KruglanskiとWebsterが提唱した認知的完結欲求とは、明確な結論（あるいは説明）を求め曖昧さを避けようとする人間の傾向である<sup>9</sup>。認知的完結欲求は陰謀論に通じるとされており<sup>10</sup>、個人がいかなる状態にあってもその後個人の理解の方向性を記述できる。そのため認知的完結欲求を陰謀論形成初期から順に適用することにより、他のメカニズムを適用した場合と異なり陰謀論の形成過程を分析することが可能である。

以上を踏まえ本稿では、陰謀論が個人の内部で形成される具体的な過程について認知的完結欲求の観点から説明を試みる。また、その分析をもとに陰謀論に抵抗する方法を提案する。特に近年広まってきたコロナワクチンに関する陰謀論<sup>11</sup>を議論のテーマとした。

## 2. 陰謀論の定義

陰謀論は様々な形式により定義されてきた。Douglasによれば陰謀論は「社会的・政治的に大きな出来事・状況の究極的な原因を、2つ以上の強力な活動団体により秘密裏に計画されたと主張し説明しようとする試み」である<sup>12</sup>。また、Uscinskiは「出来事の主な要因を、自身の利益のために公

共の利益に反し秘密裏に行動する小規模の団体に  
帰するとする説明」と記述している<sup>13</sup>。

本稿では、下記の5条件を満たすものを陰謀論  
と定義する。

C1: 社会的な事象が対象であること

「社会的な事象」とは、その存在が(真偽に  
よらず)新聞やテレビなどの複数のマスメ  
ディアにより報道されている事象を指す。

C2: 公式な見解と反する主張であること

「公式な見解」とは、その分野における専  
門家とされる人々や機関により暫定的な見  
解とされたものである。

C3: 主張内に、事象の背景としてその原因たる  
活動団体の存在が示唆されていること

C4: 主張がある集団内で共有されていること

主張の共有とは、文章や会話を媒介として  
ある人間の主張が他の人間に(一方向ある  
いは双方向に)伝達された結果として同じ  
主張を行う状態を指す。

C5: 反証主義に反すること

ポパーが科学的言明の基準として初めて明確に  
記述した反証主義は「検証例により反駁可能でな  
いものは科学的ではない」と要約される<sup>14</sup>。一般  
的には、経験の積み重ねから信念が形成される。

この信念は新たな根拠により強化・減弱される。  
また、一度信念を強化した根拠が後に偽であると  
判明すれば信念は減弱する。図1の具体例では、  
複数のカラオケ店が儲かっているという具体例か  
らカラオケ店が儲かるという信念が形成され、そ  
の信念は新たな根拠により強化・減弱される。

一方、ポパーによれば人間が世界に規則性を見  
出そうとする性質はアプリアリである。この際、  
演繹的に信念を発明するのであって、経験は信念  
の検証に用いられるのみである。そのため、信念  
が真であることを示す検証例が存在する場合も、  
その検証例が否定された場合も、信念自体は変化  
しない。一方、経験が信念と矛盾する検証例であ  
る場合、この検証例は反駁として機能しうる。図1  
の具体例においても、カラオケ店が儲かるという  
信念はアプリアリに形成され、特定のカラオケ店  
が儲かっていることは単なる検証例であり信念を  
変化させない。信念を変化させるのは、あるカラ  
オケ店が儲かっていないという検証例による反駁  
のみである。

このような検証例により反駁されるリスクが高く、  
さらに現在まで反証されていないような信念が暫  
定的な理論とされる。例えば「ボールの落下速度  
は神により決められている」という理論は反証不  
可能であり科学的言明ではない。

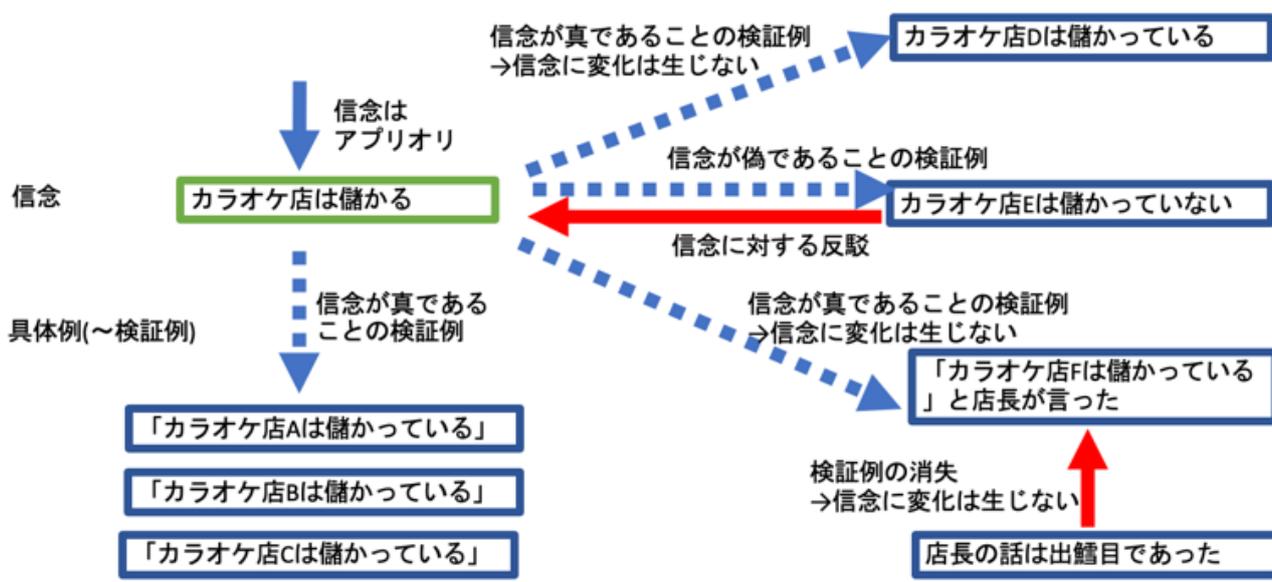
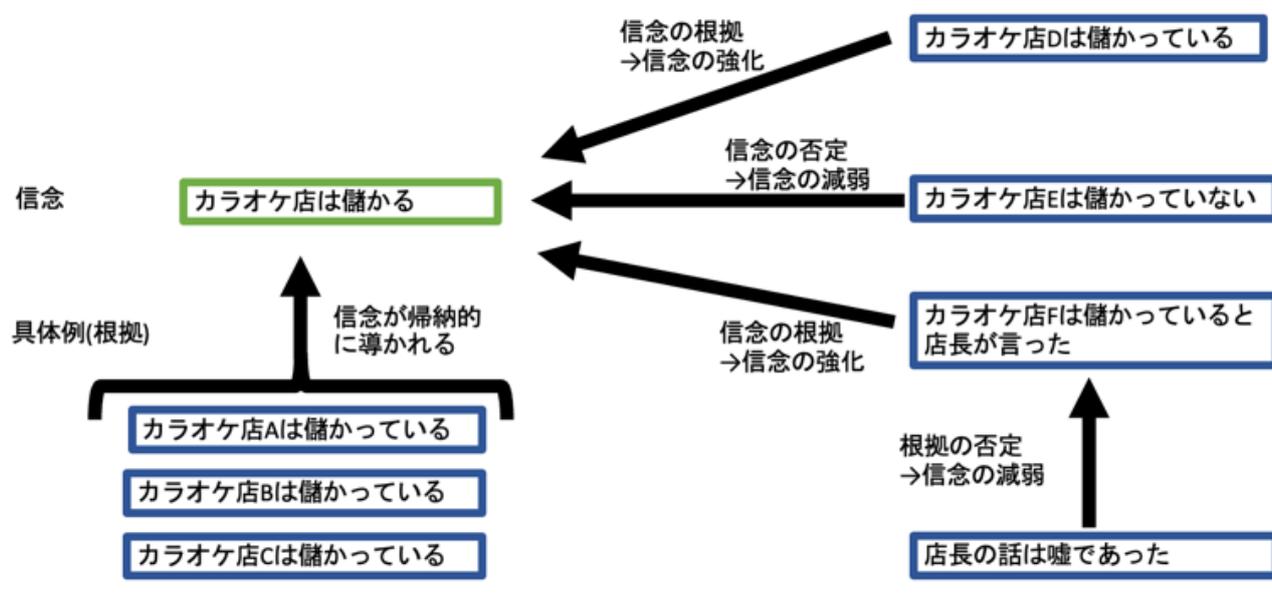


図1 一般的な信念（上）とポパーによる信念（下）

一般的には信念が具体例より帰納的に導かれ、新たな具体例により信念は強化・減弱する。一方ポパーの定義では、信念の検証例としてのみ具体例は働く。信念を変化させうるのは、信念に対する反駁として機能する検証例のみである。

緑枠：信念 青枠：検証例 赤矢印：反駁 青・黒矢印：直接的な影響 青破線矢印：信念と検証例の関係

### 3. 認知的完結欲求と反証主義の関係

ポパーの反証主義に照らし合わせれば、信念が真であることの検証例が存在するとき、信念は検証例に対する明確な説明となる。一方、検証例が信念に反駁するとき、信念は検証例に対する明確な説明になっていない。信念が検証例によって反

駁されている場合、信念は置換されうるが、認知的完結欲求に基づけばこれは検証例を明確に説明するような方向への置換である。図2の具体例において、「カラオケ店は儲かっている」という信念は検証例によって反駁されているため、検証例との不適合性が少ない信念に置換される。

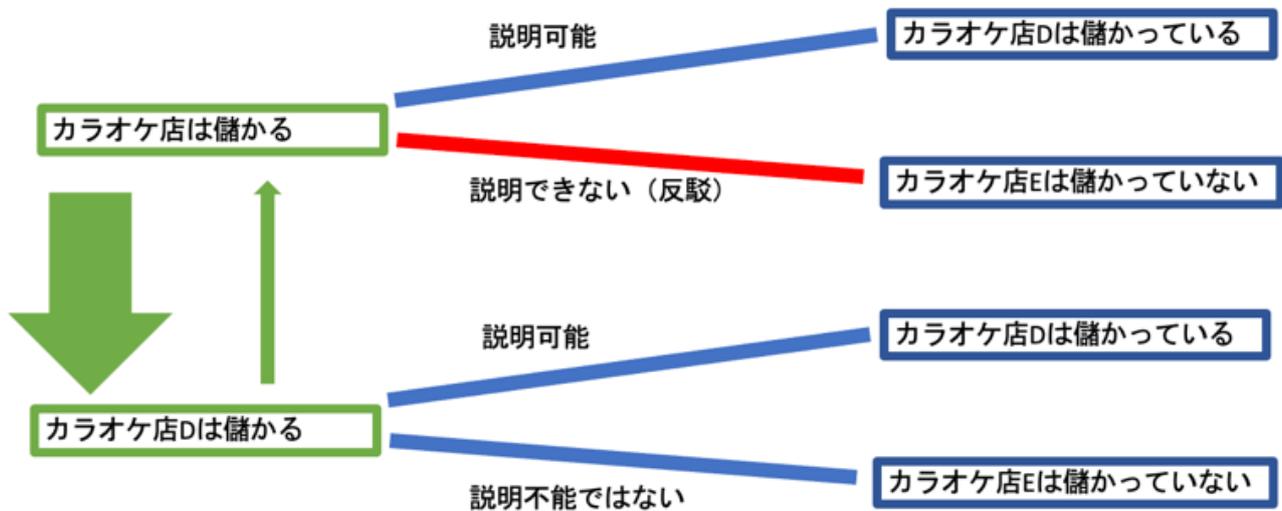


図2 認知的完結欲求

認知的完結欲求に基づけば、検証例が反駁となるような信念は検証例が反駁とならないような信念へと向かっていく。

青枠：検証例 緑枠：信念 青線：明確に説明可能な関係 赤線：明確な説明ができない関係

緑矢印：変化の方向

#### 4. コロナワクチン関連の陰謀論について

コロナワクチンの議論の争点として経済面（企業や関係者の利益）、政策・法律面（ワクチン接種の運用方法）、人体への影響の3つが挙げられる。本章では、命題「コロナワクチンは危険である（P）」を軸に、コロナワクチン関連の陰謀論について「信念の形成」「信念の安定化」「陰謀論の萌芽」「陰謀論の形成」の4フェーズに分類し認知的完結欲求の視点から分析を試みる。

##### 4.1 信念の形成

現状についてある人が「明確に説明されていない」と感じるとき、認知的完結欲求に従い明確な説明が希求される。この欲求は直接、間接の2種類の経路を有する（図3）。

###### 4.1.1 信念の直接的形成

コロナワクチン自体に不安を抱く人Aは直接的に明確な説明を求める。

「コロナワクチンは危険である（P）」という言明は、「コロナワクチンが危険であったから不安が生じたのだ」という解釈を介して自身の不安の原因を明確に説明する。つまりPはAの設定した信念となる。

「コロナワクチンは安全である（P'）」という言明が何度繰り返されても自身の不安を解消しない場合、P'はAの信念とならない。Aは不安に対する説明を求め続け、Pという言明に触れれば（場合によっては一度であっても）言明Pは明確な説明として自身の信念に設定される。

一方言明P'を受けコロナワクチンへの不安が解消される場合、P'がAの設定した信念になり、この場合陰謀論の求心力から逃れることになる。

###### 4.1.2 信念の間接的形成

間接的な経路として、コロナワクチン自体には不安を抱いていないが、政府・企業・自治体・病院などコロナワクチンに関連する団体に不信感を持っている例が挙げられる。「信頼できない団体の推奨するコロナワクチンは安全である」という言明と比較して、「信頼できない団体の推奨するコロナワクチンは危険である」という言明は不信感を抱く状況をより明確に説明する。このようにして、コロナワクチン以外に対する不信感が間接的にコロナワクチンに関する信念Pを設定する。

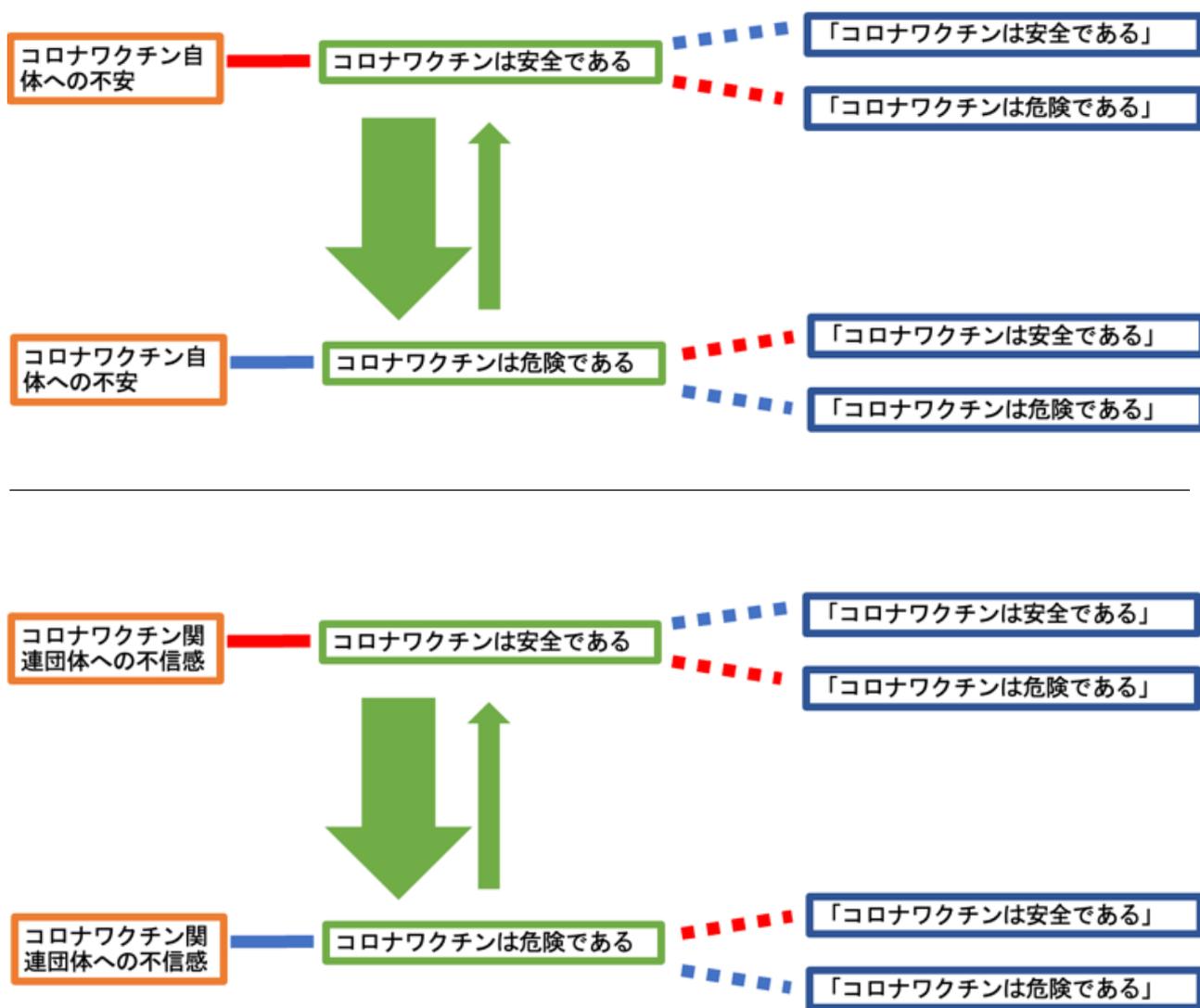


図3 信念の形成（上：直接路 下：間接路）

認知的完結欲求に基づけば、検証例が反駁となるような信念は検証例が反駁とならないような信念へと向かっていく。

青枠：検証例 緑枠：信念 青線：明確に説明可能な関係 赤線：明確な説明ができない関係

緑矢印：変化の方向

## 4.2 信念の安定化

明確な説明への欲求を満たす形で信念が形成された場合、その信念は安定化する。ここで信念が安定になる過程は信念が反証可能性を失っていく過程と対応する。信念 P を有する人に提示された 2 つの検証を例に説明する (図 4)。

### 4.2.1 検証例の否定と信念の関係性

コロナワクチンの接種が始まった時期に、「コロナワクチンは mRNA ワクチンであるため遺伝情報を書き換える (P<sub>1</sub>)」という擬似科学が話題となった。P<sub>1</sub> は信念 P が真であることを示す検証例である。厚生労働省は「コロナワクチンは mRNA ワクチンであるが、RNA は人体の DNA を置き換えることはない」という科学的な根拠を示し<sup>15</sup>、P<sub>1</sub> は陰りを見せた。ただし、ポパーの反証主義に基づけば P<sub>1</sub> の否定は信念 P の検証例が一つ消失したことのみに意味し、それ自体は P の反駁として機能しないため、信念 P に影響を及ぼさず、それゆえ他の形式での擬似科学の出現も抑制しない。

### 4.2.2 反駁の機能の消失

「コロナワクチンには効果がない/コロナワクチンには副作用があり死亡者も出ている (P<sub>2</sub>)」とい

う言明は SNS で散見され、信念 P が真であることを示す検証例である。一方、コロナワクチン接種群が未接種群より Covid-19 関連の死亡率が有意に低い<sup>16</sup> という科学的根拠 G<sub>1</sub> は信念 P に対して反駁の形式を有する検証であった。検証 G<sub>1</sub> によりコロナワクチンへの不安が解消されない場合、信念 P を棄却することは現状の明確な説明が不能になる点で認知的完結欲求に反する。その結果、信念 P は維持される。「私にはコロナワクチンが効かなかった」「コロナワクチンで死亡した人がいる」など P<sub>2</sub> に付随するあらゆる言明は信念 P が真であることを示す検証例であり続ける。一方、検証 G<sub>1</sub> が反駁として機能せず反駁の形式のみを有する検証へと変質することにより、G<sub>1</sub> の存在下で信念 P が明確に説明できる状況が維持される。

換言すれば、解消されない不安の明確な説明として設定された信念 P は、P を反駁する機能を有している検証 G が加えられる度に、検証 G の反駁機能が失われて反駁の形式のみが残存し、逆説的に反証可能性を失っていく。

一方、検証 G が反駁の機能を持ちかつコロナワクチンへの不安を解消する場合、信念 P に対する反駁として機能し、信念 P が反証され陰謀論の求心力から逃れることができる。

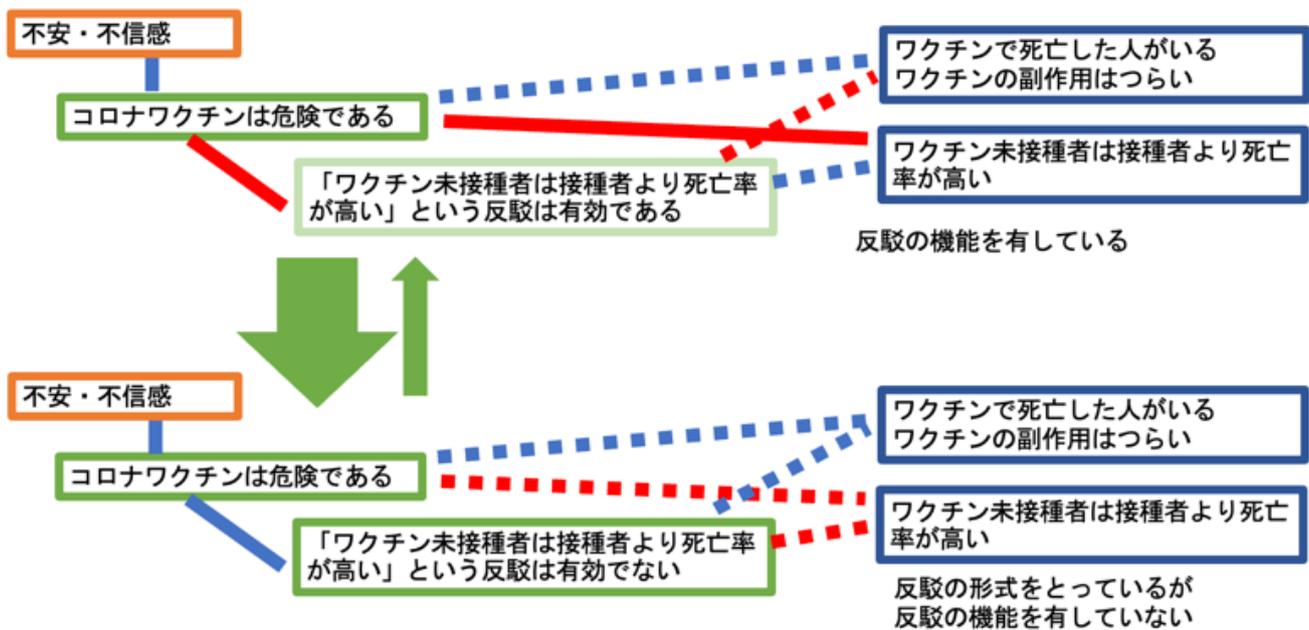
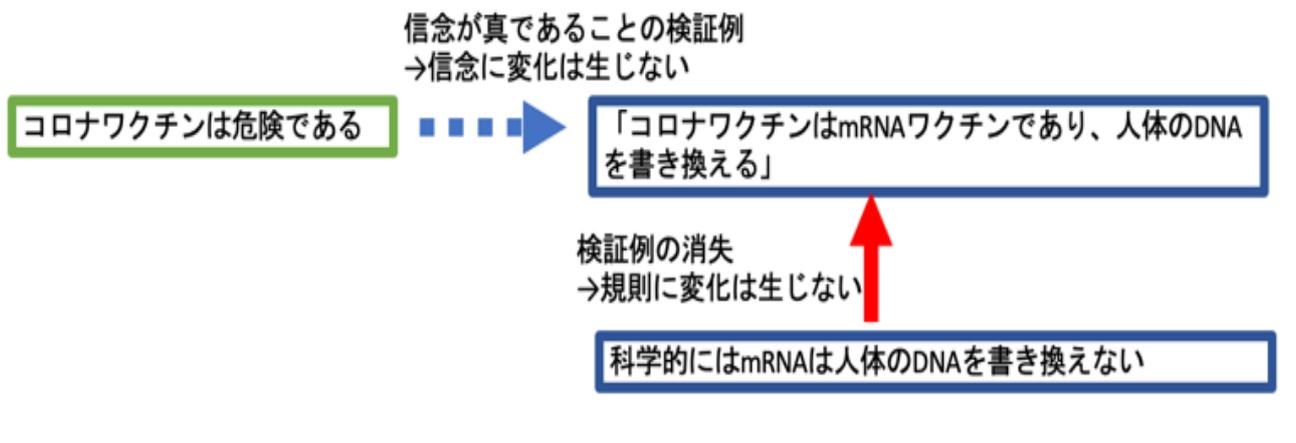


図4 信念の安定（上：検証例の消失 下：検証例の解釈変化）

信念が真であるという検証例の否定は、検証例の消失のみを意味し、信念に対し影響を及ぼさない。信念が検証例により反駁されている場合でも、信念が不安感・不信感と結びついたものであるならば信念が変更するとは限らない。その場合、「検証例による反駁が有効でない」という信念が形成されれば、反駁の機能を有していた検証例は反駁の形式のみを保存し信念を反駁させる機能を失うこととなる。こうして反証可能性が減少していき、信念は安定化していく。

橙枠：不安・不信感など根源的信念 緑枠：信念（濃色であるほど安定） 青枠：検証例  
青線：明確な説明可能な関係 赤線：明確な説明不能の関係 実線：直接的な関係  
点線：信念と検証例の関係 緑矢印：変化の方向

### 4.3 陰謀論の萌芽

すでに信念 P は安定化しているとしよう。このとき、信念 P 自体は明確に説明されている一方で、反駁の形式をもつあらゆる検証 G はその存在が明確に説明できない。当然の事実に対しなぜ反駁の形式を持つ検証 G が存在するのだろうか、という疑問は、さまざまな G が認識され検証に加わるほど大きなものとなり、その状態を明確に説明する必要性が生じる。

この状況に対し明確さを担保するための2種の応答が考えられる。単純な応答は反駁の形式をもつ検証の矮小化であり、このとき信念は反証可能性を限りなく失い完全に固定化される。検証の矮小化が起こらない場合、反駁の形式を持つ検証は出現し続けることとなり、「確実な信念に反駁の形式を持つ検証 G が生じる理由」を明確に説明しようとする複雑な応答が起こる。その検証 G の出現はその断続性ゆえ偶然ではなく必然に生じたとみなされ、その必然性ゆえ確実な信念に対し影響を与えようとする永続的な力の存在が推定される。永続的な力はその力の行使者 X の存在により最も明確に説明される。かくして信念に反駁を試みる

主体 X が存在することとなり、X による反駁の試みそれ自体が合目的性を体現している。具体的には、「ある主体 X は目的 O のために「コロナワクチンが危険である」という確実な信念に反駁する」という補助信念  $Q(X,O)$  が生まれる (図5)。補助信念 Q は検証から帰納的に導かれたものではなく発明されたものであるため主体 X や目的 O は恣意的である (任意の X,O について成立しうる)。この補助信念 Q は陰謀論の萌芽である。

X と O の恣意性により、ある X,O について Q が反証された場合も別の X,O について Q が設定される。言い換えれば、一度芽生えた陰謀論の萌芽は消滅しない。

このような補助信念 Q を有するある個人  $A_1$  において、ある X,O が存在し、Q が安定化しうる。現実には「ワクチン製造会社は莫大な利益を得るために「ワクチンが危険である」という確実な信念に反駁する」などの補助信念が対応する。 $A_1$  は Q が真であることの検証例だけを明確に説明できることに加え、(P から Q が形成された過程と同様)Q に反駁の形式を持つ検証に対する明確な説明 R を持ち、R も Q と同様恣意的である。

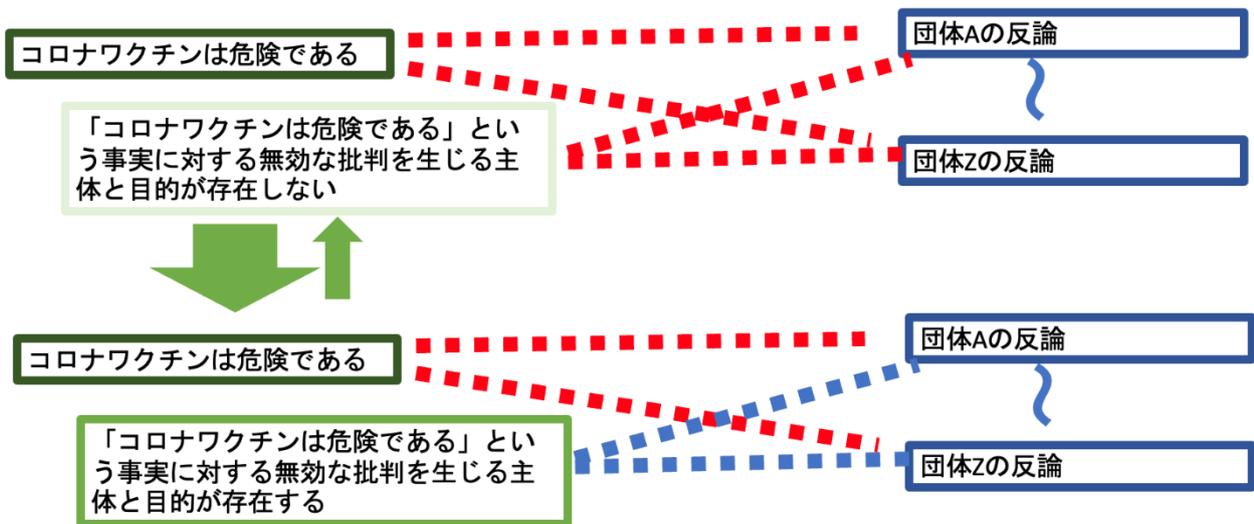


図5 陰謀論の萌芽

「コロナワクチンは危険である」という信念が安定化した人にとって、多くの反論が生じるという状態は、ある主体がある目的により反論を行っていると考えerことで明確に説明可能である。このような信念の形成は認知的完結欲求に従う。

緑枠：信念（濃色であるほど安定） 青枠：検証例 青線：明確な説明可能な関係

赤線：明確な説明不能の関係 点線：信念と検証例の関係 緑矢印：変化の方向

#### 4.4 陰謀論の形成

陰謀論は 4.1～4.3 の個人内での過程をベースに、集団内では以下のように形成される（図 6）。

- 1) コロナワクチン接種に関する情報がマスメディアにおいて報道され、社会的な事象になる (C1)。特に、公式な見解においてワクチンの有用性が示される。
- 2) ワクチンへの不安や、関連団体への不信感を持つ人が「ワクチンは危険である」という言明に触れることにより、その言明は信念となり、その言明が再発信されることによりその言明を信念とする人が増加していく。
- 3) 科学的根拠により「ワクチンは危険である」という信念が反証されない場合、反駁の機能が失われていき信念が固定化する (C2)。
- 4) 信念が固定化した人は信念の反駁の存在に対する明確な説明を求める。補助信念 Q (C3) の安定化した  $A_1$  と密接であるとき、補助信念 Q と説明 R が取り入れられる。説明 R の存在により Q は反証されず、結果として安定化する (C5)。この繰り返しにより Q を補助信念とする人が増加していく (C4)。
- 5) 補助信念 Q は、陰謀論の 5 条件 C1 から C5 を全て満たす。

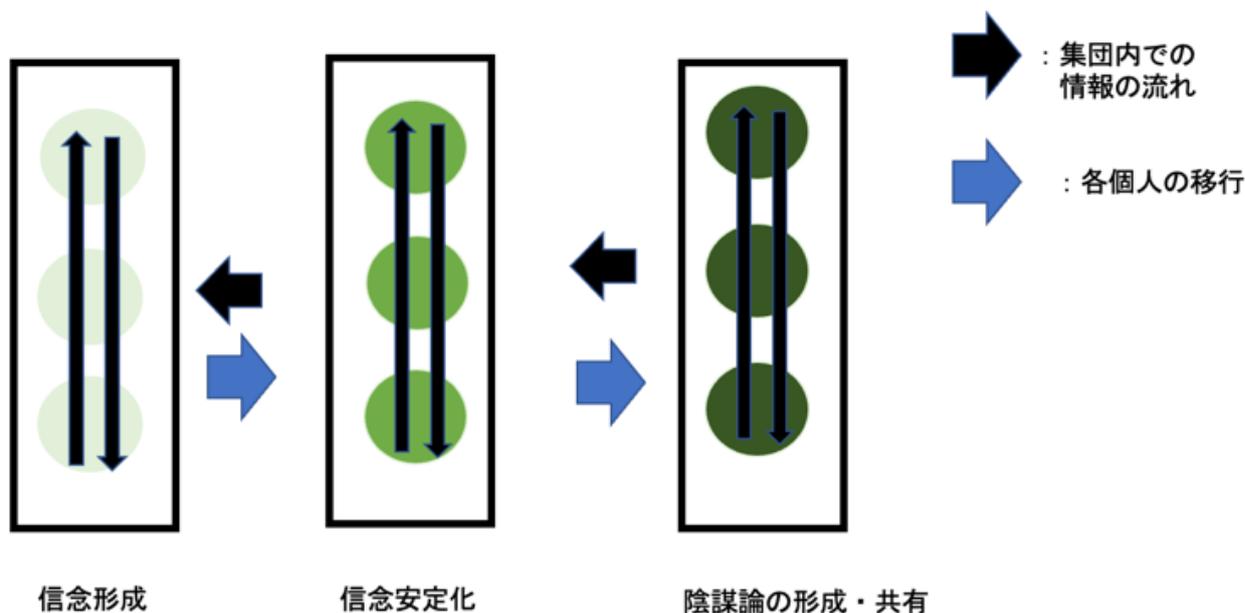


図 5 陰謀論の形成

「信念を形成した集団」「信念が安定化した集団」「陰謀論を形成した集団」は、集団内の情報共有、あるいは陰謀論に傾倒した集団からの情報により、さらに陰謀論へと傾倒していく。かくして陰謀論を語る集団の規模が拡大していく。

四角：集団 丸：個人（緑が濃色であるほど信念が安定）

## 5. コロナワクチン陰謀論への抵抗

本稿では認知的完結欲求に従い陰謀論の形成過程を説明した。この形成過程に基づき、陰謀論への介入について議論していく。ただし、これらの介入に抵抗性をもつ人がより陰謀論に陥りやすいというバイアスがあり、必ずしも陰謀論に抵抗する介入として適切であるとは限らない点に注意が必要である。

### 5.1 個人的要因への介入

一度安定化した信念は反証可能性を失う。そのため、陰謀論につながる信念が安定化する前の段階への介入が肝要である。

#### 5.1.1 不安・不信感への直接的介入

不安や不信感といった普遍的な感情を説明しようという試みは認知的完結欲求に従う極めて自然なものである一方で、その欲求に従えば陰謀論の根源となる説明が信念となり安定化する可能性を孕んでいる。不安や不信感に適切に介入しその解消あるいは妥当な説明に努めることは陰謀論に対する抵抗につながる。

不安・不信感が認知よりも根源的なものであるとき、これを解消しようとする試みが有用となる。幼少期における身体的接触は安心感につながり、心理的接触（コミュニケーションなど）は社会的理解につながるとされている<sup>17</sup>。これは信頼できる地盤を自身の外部に獲得することにより不安・不信感が解消されることを意味しており、このアプローチが有効である可能性を示している。実際、リラクゼーションや瞑想は不安の改善に役立つこと<sup>18</sup>や身体活動は不安や抑うつを軽減する効果があることが知られており<sup>19</sup>、個人を対象とした陰謀論への介入として考慮される。また、会話を通

して安心感を獲得する方法として冗談を言い合うことなどが有用であるとされている<sup>20</sup>。

#### 5.1.2 認知面での介入

信念 P の安定化を妨げるためには、P の形成を妨げるか P を反証する必要がある。P が形成されない場合、P が信念となることにより状況に対する明確な説明が生じないような上位信念  $P_{\text{prime}}$  が存在する（つまり  $P_{\text{prime}}$  の元で P は演繹されない）。また、一度は信念となった P が反証される場合も、検証に反駁の機能を与える上位信念  $P_{\text{prime}}$  が必要となる。つまり、適切な  $P_{\text{prime}}$  が信念であれば陰謀論に対する抵抗性を有する。

上位信念  $P_{\text{prime}}$  は任意に設定されるが、本稿では「権威主義」「反証主義」「完全性の否定」を取り上げる。これらの  $P_{\text{prime}}$  は「教育により妥当な  $P_{\text{prime}}$  が初期から設定されるようにする」「教育、経験の過程において初期の  $P_{\text{prime}}$  よりも現状を明確に説明するように妥当な  $P_{\text{prime}}$  を誘導し置換する」という形式で設定されうる。

##### i) 権威主義

権威が妥当であるという上位信念  $P_{\text{prime}}$  の元で、権威 X が妥当であるとする規則  $P_x$  が得られているとする。その際、X が陰謀論につながる信念に反駁する機能を持つならば、陰謀論への抵抗性を有しているといえる。コロナワクチンの例では、「WHO の見解は正しい」「政府の見解は正しい」「医者の見解は正しい」などが権威主義  $P_x$  に対応する。これらの  $P_x$  は現実でも作用しており、陰謀論が蔓延しない一因として「公式の見解」という権威の存在は役割を果たしていると言えよう。一方で、権威主義  $P_{\text{prime}}$  は信念形成、信念安定化どちらの過程においても陰謀論を加速させうる。

### i-1) 信念形成

権威主義  $P_{\text{prime}}$  に従う人は、 $P_x$  により明確に説明されない状況において、現状を明確に説明する権威  $Y$  を求め  $P_y$  を信念として設定する。信念  $P_y$  が陰謀論に与するものであれば、即座に権威主義  $P_{\text{prime}}$  は陰謀論への抵抗性を失う。

### i-2) 信念安定化

信念  $P_y$  に反駁を試みる検証例が権威  $Z$  によるものであるとしよう。 $P_y$  は明確な説明のために設定された信念であるがゆえ  $P_{\text{prime}}-P_y$  は現状を明確に説明し、一方  $P_{\text{prime}}-P_z$  は現状を明確に説明しない。4.2 の議論を繰り返すことにより、 $P_y$  に反駁の可能性を有していたあらゆる権威による主張  $P_z$  は矮小化されるか「何らかの理由で正当な  $P_y$  に反駁しなければならないある集団が存在する」として解釈される。結果として  $P_y$  は反証可能性を失い安定化する。

### ii) 反証主義

反証主義が  $P_{\text{prime}}$  であれば、その定義より任意の信念は完全に安定化し得ない。これは安定化した信念の上に成立する陰謀論への抵抗を示している。

反証主義への批判として、論理的には  $P_{\text{prime}}$  は自身の反証を構成できないため自身に矛盾することが挙げられる。一方、信念を運用の目的に限定すれば  $P_{\text{prime}}$  は上位信念として成立しうる。

### iii) 完全性の否定

全ての現象に対し明確な説明を求めるのは認知的完結欲求に従い自然な現象である。一方で、 $P_{\text{prime}}$  として「全ての現象に対し明確な説明が得られるのは不自然である（現実には偶然性が多分に関与

する)」が設定されていれば、本稿のような認知的完結欲求の反復により陰謀論に陥りあらゆる事象が明確に説明されるようになる過程それ自体を明確に説明することができなくなり、陰謀論からの脱却に至る。

### iv) 権威の適切な設定

i)~iii)を踏まえ、上位信念  $P_{\text{prime}}$  の一例を設定する。権威主義は扱いやすい手段である一方で権威に対する失望から陰謀論に陥る危険性が高まる。一方、反証主義や完全性の否定は陰謀論に直接対抗しうる一方で、権威主義より複雑なためより扱いにくい手段であるほか、最初に形成された信念  $P$  によっては社会的に適切・許容される考えの範囲に至るまで十分長い時間がかかってしまう可能性がある。教育としては、幼少期に適切な権威主義を取り入れスタートラインを適切に設定した上で、徐々に反証主義や完全性の否定に移っていくことが望ましい。反証主義は科学的な考えと、完全性の否定は科学・統計学的な考えと密接に結びついているため、幼少期の間に自然科学と触れ合っていることが陰謀論に対する強力な抑止力になると考えられる。

## 5.2 集団的要因への介入

陰謀論形成の背景となりうる不安・不信感には社会的な要因に帰するものが含まれる。例えば人種差別は陰謀論と関連がある<sup>21</sup>ことが示されており、現在の社会に対する不安・不信感を反映していると言えよう。この意味では、より不平等を是正した社会に向かうほど陰謀論が生じにくいと考えられる。一方で、システム正当化理論において人間は現在存在する社会システムに安心感を抱くとされており<sup>22</sup>、これは裏返せば社会システムの

変化に際して不安を生じることを意味する。さらに、一部の人は不確実性を抱える現行の社会システムあるいは社会システムの変更に対抗し、明確な説明を加え安心感を得るために陰謀論を唱えることがある<sup>23</sup>（これはまさに認知的完結欲求に従っている）。つまり完全たる社会が現実には存在しない以上、変化の有無に関わらず陰謀論の出現は避けられない。

さらに、4.2 で示した通り、反駁の形式を持つ検証はある段階までは陰謀論の反駁として機能するが、臨界点を超えると陰謀論を支持する検証として機能することになる。以下では、「公式の見解を有する集団  $\alpha$ 」、「臨界点を超えていない集団  $\beta$ 」、「臨界点を超えていない集団  $\gamma$ 」に対して有効な介入を提示する。

#### i) 集団 $\alpha$ への介入

集団  $\alpha$  が集団  $\beta$  の信念を取り入れないためには、集団  $\alpha$  に明確な説明を提示すること、および集団  $\beta$  の信念が明確に説明不能であることを示すことが有効である。集団  $\alpha$  に対する明確な説明はただ用意・公表されるのみならず、その情報の速やかな開示が求められる。情報の開示が遅れ集団  $\beta$  の信念により現状が説明されるようになった後では、開示された情報は反駁の機能を失い信念の安定化につながる恐れがあるからである。

さらに、集団  $\alpha$  が集団  $\beta$ ・集団  $\gamma$  よりも他の（適切な）集団からより多くの情報を得るために、教育やマスメディアを利用することが考えられる。

#### ii) 集団 $\beta$ への介入

陰謀論に抵抗するためには、集団  $\beta$  から集団  $\gamma$  への移行を防ぐことが介入の一手段となる。ここで集団  $\alpha$  から集団  $\beta$  への単なる攻撃は効果を上げ

ないことが多い。実際多くの報道や SNS などは、2つの陣営が自身の擁護と相手への攻撃のみに留まり水掛論に陥っている。このような状況においては、自身の信念として反証主義を有する一部の人を除き、どの陣営の信念も置換し得ない。集団  $\beta$  に対しては、反駁だけでなく現状を明確に説明できるような別の（陰謀論に陥らないような）信念を提示する必要がある。さらに、「集団  $\beta$  から見て集団  $\gamma$  の信念が明確に説明不能であること」を示すことは集団  $\gamma$  による集団  $\beta$  から集団  $\gamma$  への移行防止につながる。

#### iii) 集団 $\gamma$ への介入

集団  $\gamma$  はその定義より介入が不可能である。集団  $\gamma$  のコミュニティが集団  $\alpha$ ・ $\beta$  に働きかけることを防ぐために過激な思想の検閲や過激な行動の取り締まりなどが有用である。一方、このような行動自体が陰謀と見做される場合があり、集団  $\alpha$ ・ $\beta$  にはこのような介入が適切であることを明確に示す必要がある。

#### iv) 介入の事例

以上の介入を、「コロナワクチンは製薬会社 X が利益を得るために危険を承知で製造販売しているのだ」と主張する陰謀論集団  $\gamma$  について適用する。集団  $\alpha$  は「コロナワクチンは危険でない」、集団  $\beta$  は「コロナワクチンは危険である」と主張しているとしよう。

まず初めに「コロナワクチンは危険でない」と速やかかつ明確に発信し、「コロナワクチンは危険である」といった発言には根拠がない」といった反駁に加え、「接種者は未接種者より死亡率が低いのでワクチンを接種した方がいい」といった科学的な根拠などを同時に提示することが有効であろう。

このような行動は集団  $\alpha$  が集団  $\beta$  に移行することを阻止できるだけでなく、集団  $\beta$  の一部に対しても反駁として機能する。それに加え、現実には人気の芸能人や youtuber を商業的に起用するなどの対策により集団  $\alpha$  が「コロナワクチンは安全である」という主張に触れる機会を増やし集団  $\beta$  への移行を抑制することが試みられた。

集団  $\beta$  に対してはさらに別の介入も考慮される。「逆に誰にも副作用が出ないようなワクチンは効き目がないのではないか」という新たな理論の提示は、「副作用があるから危険」という考えを持つ集団  $\beta$  の一部を安心させ拠り所となるかもしれない。「儲けのために製薬会社 X が危険なコロナワクチンを売り出していると主張する人がいるが、その理論に基づけば製薬会社が作る他の薬も全部危険になってしまわないか」と説明することは、集団  $\beta$  の一部にとって集団  $\gamma$  の意見が飛躍したものであることを見つけ出し  $\beta$  の状態に留めることに役立つかもしれない（一方で、 $\beta$  の一部が  $\gamma$  に移行するのをより早めてしまうかもしれない）。また、集団  $\gamma$  に対しては、過激な思想を監視するだけでなく、他者へ危害を加える場合にはそれを取り締まるといった対策が考えられる。このような対策は集団  $\gamma$  を抑えるのみならず、集団  $\alpha \cdot \beta$  にとっての一部にとっては集団  $\gamma$  の行動が理解できなと感じさせるきっかけになる可能性がある。

## 6. 結論

陰謀論は認知的完結欲求に基づき「信念の形成」「信念の安定化」「陰謀論の萌芽の形成」といった個人のフェーズ移行が、集団内・集団間の情報の流れにより駆動されることで拡大していくことが示された。またこれを踏まえ、陰謀論への介入手段として「リラクゼーションやコミュニケーション

ンなどによる不安・不信感への非認知的な介入」「適切な権威主義、および反証主義や完全性の否定などに接続するような形での上位信念の導入」「公式の立場から、情報および根拠の即座かつ明確な提示」などが考えられた。

## 7. 問題点と展望

本稿においては、認知的完結欲求の視点からコロナワクチンに関する陰謀論が形成される過程について分析した。陰謀論の形成過程に対し個人内での信念形成というミクロの視点から説明を試みたが、陰謀論は社会的な問題であり、集団間の情報の流れなども大きく影響するためよりマクロな視点での解析も必要であると考えられる。また、認知的完結欲求を一つの絶対的な規則として設定したため、実際に個人内で起こっている現象との乖離が生じている可能性がある。そもそも、陰謀論には様々な種類が存在し、今回のコロナウイルスに関する議論を単純に一般化することはできない。

一方で、今まで明示されてこなかった陰謀論形成過程を体系化し、その体系化を元に陰謀論への抵抗について議論できたことは、現在も形を変えながら人々に影響を及ぼし続ける陰謀論に向き合っていく上での大きな足がかりとなるであろう。

## 文献

1. West, H. G., & Sanders, T. (2003). *Transparency and conspiracy: Ethnographies of suspicion in the New World Order*. Duke University Press.
2. Vermeule, A., & Sunstein, C. (2009) Conspiracy theories: causes and cures. *Journal of Political Philosophy*, 17(2), 202-227.

3. Oliver, J. E., & Wood, T. (2014). Medical conspiracy theories and health behaviors in the United States. *JAMA Internal Medicine*, 174(5), 817-818.
4. Oliver, J. E., & Wood, T. (2014). Conspiracy Theories and the Paranoid Style(s) of Mass Opinion. *American Journal of Political Science*, 58(4), 952-966.
5. Jolley, D., & Douglas, K.M. (2014). The effects of anti-vaccine conspiracy theories on vaccination intentions. *PLoS ONE*, 9 (2).
6. Bowles, S. (2009). Did warfare among ancestral hunter-gatherers affect the evolution of human social behaviors? *Science*, 324(5932), 1293–1298.
7. Whitson, J. A., & Galinsky, A. D. (2008). Lacking control increases illusory pattern perception. *Science*, 322(5898), 115-117.
8. Tooby, J., & Cosmides, L. (2015). *Conceptual foundations of evolutionary psychology*.
9. Kruglanski, A.W., & Webster, D.M. (1996). Motivated closing of the mind: "seizing" and "freezing". *Psychol Rev*, 103(2),263-283.
10. Marchlewska M., Cichocka A., & Kossowska M. (2017). Addicted to answers: Need for cognitive closure and the endorsement of conspiracy beliefs. *European Journal of Social Psychology*, 48(2), 109-117.
11. Mulukom, V.V., et al. (2022). Antecedents and consequences of COVID-19 conspiracy beliefs: A systematic review. *Soc Sci Med*, 301.
12. Douglas, K. M., et al. *Understanding conspiracy theories. Political Psychology*, 40(Suppl 1), 3-35.
13. Uscinski, J. E., Klofstad, C., & Atkinson, M.D. What drives conspiratorial beliefs? The role of informational cues and predispositions (2016). *Political Research Quarterly*, 69(1), 57-71.
14. Popper, K.R. (1963,1965, 1969, 1972). CONJUNCTURES and REFUTATIONS-The Growth of Scientific Knowledge-. (カール. R ポパー 藤本隆志・石垣壽郎・森博 (訳) (1980) 推測と反駁 —科学的知識の発展— 法政大学出版局)
15. 厚生労働省. (NY). 新型コロナウイルス Q & A. <https://www.cov19-vaccine.mhlw.go.jp/qa/0008.html>
16. Haas E. J. et al. (2021). Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalisations, and deaths following a nationwide vaccination campaign in Israel: an observational study using national surveillance data. *Lancet*, 397(10287), 1819-1829.
17. Cortina, M., & Liotti, G. (2010). Attachment is about safety and protection, intersubjectivity is about sharing and social understanding: The relationships between attachment and intersubjectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 27(4), 410-441.
18. Manzoni, G.M., Pagnini, F., Castelnuovo, G. et al. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8(41).

- 
19. Egil, W.M. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression, *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(47), 25-29.
20. Meyer, J.C. (2000). Humor as a Double-Edged Sword: Four Functions of Humor in Communication. *Communication Theory*, 10(3), 310-331.
21. Crocker, J., Luhtanen, R., Broadnax, S., & Blaine, B. E. (1999). Belief in U.S. government conspiracies against Blacks among Black and White college students: Powerlessness or system blame? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(8), 941-953.
22. Jost, J. T., & Banaji, M. R. (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology*, 33(1), 1-27.
23. Whitson, J. A., Galinsky, A. D., & Kay, A. (2015). The emotional roots of conspiratorial perceptions, system justification, and belief in the paranormal. *Journal of Experimental Social Psychology*, 56, 89-95.

Review

## 第三者に関わる生殖補助医療：日本の実証研究から明らかになった課題

橋本茜<sup>I</sup>

市川佳世子<sup>II</sup>

當山まゆみ<sup>III</sup>

中山健夫<sup>IV</sup>

藤田みさお<sup>V</sup>

### 1. 背景

2020年に日本で初めて生殖補助医療に関する法律「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」（通称「生殖補助医療法」、以下、本法）が制定された。この法律では、第三者に関わる生殖補助医療の提供の在り方が規定されている。一般に、第三者に関わる生殖補助医療には、提供精子・卵子・胚を用いた生殖（Donor Conception: DC）や代理懐胎、子宮移植が含まれる。

本法の必要性が認識された背景には、商業的精子バンクの登場、生まれる子の法的地位が不安定であること、提供精子を用いた人工授精（Artificial Insemination by Donor: AID）で生まれた人が提供者を知りたいという願望を発信し始めたことなどがあった（厚生労働省 2003; 法務省 2003; 柘植 2022）。これを受けて本法では、生殖補助医療の提

供に関して基本理念、国・医療者の責務、第三者に関わる生殖補助医療で子を出産した場合の親子関係を規定し、検討課題として（1）生殖補助医療とその提供に関する規制の在り方、（2）精子・卵子・胚の提供と、その斡旋に関する規制の在り方、（3）精子・卵子・胚の提供者、DC希望者、生まれた子に関する情報の保存、管理、開示等に関する制度の在り方が挙げられた。

本法の成立以前は、日本産科婦人科学会（以下、日産婦）によるAIDのみを容認する見解が、第三者に関わる生殖補助医療の実質的な規制として機能してきた（日産婦 2015）が、本法における親子関係の規定は、提供卵子・胚による生殖を含むDCを実質的に認めるものと解された（柘植 2022）。現在、生殖医療法改正（あるいは新法制定）の議論が行われており、その中心はDCの使用が可能なカップルの条件や、生まれる子の「出自を知る権

<sup>I</sup> 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野  
Corresponding Author (E-mail: hashimoto.akane.84n@st.kyoto-u.ac.jp)

<sup>II</sup> 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野

<sup>III</sup> 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野

<sup>IV</sup> 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野・医学部附属病院倫理支援部

<sup>V</sup> 京都大学 iPS 細胞研究所上廣倫理研究部門・ヒト生物学高等研究拠点

利<sup>1)</sup>だと報じられている(新潮社 Foresight 2023; 朝日新聞 DIGITAL 2023; 東京新聞 2022)。しかし、法改正がもたらす社会への影響はさらに広く、DC の提供体制、DC へのアクセス、社会が持つ家族観などの変化が予想されるため、より多角的な検討が必要とされる。これらの議論に資する基礎データを提示し、法改正後の変化を評価するためには、これまで DC に直接関わってきた当事者の経験を学ぶことが有用である。

そこで本稿では、現在までに国内で実施された DC に関する実証研究を概観し、DC 希望者が DC を希望してから子育てをするまでの経験と、医療者による DC 提供の実態を記述することで、検討すべき課題を抽出し、考察を行った。

## 2. 方法

代理懐胎、子宮移植にはさらなる第三者が関与し、異なる倫理的課題が生じるため、本稿で扱う DC は、第三者からの提供精子・卵子・胚による生殖とする。DC に関する国内の実証研究の検索は、CiNii、PubMed、Web of Science を用いて次の 3 段階で実施した。まず、「配偶子提供 OR 提供配偶子 OR 非配偶者間人工授精 OR 精子提供 OR 卵子提供 OR 提供精子 OR 提供卵子 OR artificial insemination by donor OR AID OR egg donation OR sperm donation」と“donor conception OR gamete donation OR donated gamet\* OR artificial insemination by donor OR AID OR sperm donation OR donated sperm OR egg donation OR donated egg OR oocyte

donation OR donated oocyte AND Japan”をそれぞれ日本語と英語の論文検索に用いた。また、日産婦は AID を実質的に容認することを示した見解を 1997 年に発表しており、その前後の DC の実施について傾向を捉える目的で、1995 年以降に出版された文献を対象とした。次に、タイトルと抄録によりスクリーニングを行った。この時、組み入れ基準は原著論文、大学の紀要とし、調査対象者は日本人で DC 経験者、不妊患者、配偶子提供者、医療者とした。除外基準は、抄録、会議録、シンポジウム報告とし、倫理議論、法規制、海外の状況の報告、歴史的記述研究、2 次データとした。その後、第 2 段階で抽出した文献から参考文献などを追加した。さらに、収集した文献を、研究の手法、調査対象者によりそれぞれ分類した。文献の選択・分類は著者 AH が行い、判断が難しい場合は著者 MF と協議し、決定した。得られた文献の知見を、希望者が DC を受ける決定に至るまでの経験、DC を受ける決定、妊娠・出産の経験、出産以降の経験、DC に対する医療者の態度、提供されるケアと情報に分けて記述した。

## 3. 結果

第 1 段階で 1345 件、第 2 段階で 38 件の文献が抽出された。第 3 段階で新たに 14 件追加し、計 52 件を分析対象とした<sup>2)</sup>。このうち、質的研究は 16 件、量的研究は 26 件、ケーススタディは 5 件、その他は 5 件であった。対象者別にみると、DC 経験者の調査は 27 件、不妊患者の調査は 10 件、配偶

<sup>1)</sup> 「出自を知る権利」の定義は一貫していないが、一般に「遺伝的親を知る権利」と解されている。これには、住所などの配偶子提供者を特定できる情報、髪の色、趣味などの特定できない情報を知る権利が含まれる。詳細は柘植(2022)、日比野(2019)を参照されたい。

<sup>2)</sup> 検索で得られた文献は、末尾の Appendix に記載した。

子提供者の調査は4件、専門職者の調査は14件であった。DCの区別は本稿で扱う文献の標記に従い、特に区別しない場合はDCと記す。以下、各文献からの引用として「」は元データ、『』は文献でまとめられたカテゴリーとする。

### 3.1. DCを受ける決定に至るまでの経験

不妊治療経験のある夫婦238名に子を望むときの選択肢を聞いた調査では、91%が「夫婦の精子・卵子での不妊治療」、24.9%が「(子をもうけない)夫婦ふたりの生活」、13.7%が「養子縁組<sup>3)</sup>」などと答えたが、「卵子提供」「精子提供」を選択した者は、それぞれ5.6%と3.9%であった(白井2013)。この他の調査でも、卵子提供、AID、胚提供を利用したいと答えた人は少数であった(丸山2006; 殿村2007; 詠田2004)。日本で不妊治療を行っている患者に海外での治療を行う可能性について聞いた調査では、7.5%が卵子提供を、2.5%が精子提供を、3.2%が胚提供を選択した(Hibino et al.; 2013)。不妊治療経験のある夫婦の33~60%程度が提供卵子による生殖を、63~74%が提供胚による生殖を容認した(松本ほか2004; 秋山2009)。

実際にDCを選択した人を対象にした調査では、自身による情報収集、メディアでの紹介、医師や親族などの提案をきっかけにDCについて知ったと報告されている(清水ほか2007a; 白井2016a; 安田2006)。

不妊やDCに関する相談は、様々な関係者間で行われていた。(富谷ほか2013; 小森・後山2004;

秋山2009; 久慈ほか2000)。例えば、夫婦のみで話し合う理由として、「(両親に)余計な心配をかけたくない」、夫婦以外に事実を打ち明ける理由として、「(両親に)誠実でありたい」「(当事者から)実際どのような家族づくりをしているのか・・・知りたい」などが挙げられた(清水ほか2007a; Shimizu2004)。

卵子提供を受けることを検討した夫婦の中には、夫婦ともに希望するケース、妻が希望するなら夫は反対しないといったケースがあった(白井2016a)。夫婦の一方が初めて卵子提供について話した時、反対・躊躇するパートナーは、様々な経験とともに意見を変えていた。例えば、夫は卵子提供を受ける際のリスクなどを考えて反対したが、医療者の話を聞いて抵抗感が薄まったという報告があった(白井2020)。AIDを検討する中で「価値観の一致」を探り、結束を強めた夫婦も見られた(清水ら2007a)。

告知<sup>4)</sup>(大北ほか2018; 李・武藤2016; 菅谷2013; 伊藤ほか2012)やDCに関連する情報(白井2016a; 清水ほか2007a; Shimizu2004)は、医療者から得ることが多かった。告知などについて考える際の情報源は、AID実施施設の医師、AIDが必要と診断した病院の医師、インターネット、カウンセラーなどであった(久慈ほか2009; 大北ほか2018)。また、清水ら(2007a)は、両親や生まれる子にAIDを秘密にするよう医師から助言された人がいることを報告している。一方、卵子提供を受ける前に卵子提供のリスク、告知の情報や、

<sup>3)</sup>「特別養子縁組」のことであり、子の福祉の増進を図るため、養子となる子の生みの親との法的な親子関係を解消し、実の子と同じ親子関係を育ての親と結ぶ制度のことを指す。生殖補助医療とは異なる枠組みであるが、男女が第三者を介して子を得る選択肢の一つである。

<sup>4)</sup>「告知」の定義は一貫していないが、一般に「子がDCで生まれたという事実を伝えること」と解されている。

それらについて考える機会を得られなかった女性もいた（富谷ほか 2013; 赤城 2008）。

この他に、夫婦はDCを受ける決定をするまで、親族からのプレッシャー、卵子提供者の年齢制限による時間的制約、倫理観との葛藤、子への愛情に対する不安などを経験していた（林 2016; 安田 2006; 白井 2016a; 清水 2003; 菅谷 2017; 富谷ほか 2013; 清水ほか 2007a）。

### 3.2. DC を受ける決定、妊娠、出産の経験

卵子提供を受けて母になった 11 名の女性を対象に、卵子提供を受ける意思決定について聞いた調査では、「妊娠・出産できるかもしれない」「不妊治療の延長として」「養子縁組より良い/養子より先に挑戦しようと思った」などが理由に挙げられた（白井 2016b）。AID を受ける決定をした夫婦の夫 146 名を対象にした調査では、「子が好きだから」「生活に張りがあるから」「養子縁組には抵抗があるから」などが理由として挙げられた（久慈ほか 2000）。一方、医療機関が独自に定めたガイドラインが求める子への告知、夫婦で配偶子提供者（以下、ドナー）を探す必要性などを知って困惑し、そうしたことを求めない海外や他の施設での実施を検討する人がいた（菅谷 2017）。

ドナーの決定には多様な価値観が影響していた。子への告知を予定する夫婦は情報を開示しているドナーを、告知の意思がない夫婦は情報を開示していないドナーを希望していた（白井 2020; 2018b; 2016a; Shirai 2019）。他に、学歴、容姿、血液型、自身と同じ資質を持つこと、日本人であること、生まれる子に臓器移植などが必要な時にドナーに助けを求められること、待機時間の長さなど、卵子提供を受けた女性はそれぞれ希望する条件に照らしてドナーを選択していた（Shirai 2019;

白井 2018a; 2016a; 富谷ほか 2013; 新ヶ江ほか 2022）。

DC を受けることを決定した夫婦は、血液型のミス、親子間の容姿の違い、子がドナー探しをすること、子への愛情に対する不安や、治療が女性に偏ることへの不満、遺伝的繋がりが不均衡であることによる罪悪感などを経験していた（久慈ほか 2000; 林 2016; Hayashi 2020; 清水ほか 2007a; Shimizu 2004）。決断が容易すぎたのではないかと回想する人もいた（白井 2016a; 2015）。また、米国で卵子提供を受けた人は、エージェントに夫の遺伝学的検査を依頼され（富谷ほか 2013）、日本で AID を受けた夫婦は、「提供される精子の遺伝的な病気や障害」を心配していた（清水ほか 2007a）。

だが、DC で妊娠に至った女性は、身体がうまく機能した喜び、「体に対する信頼感の回復」を示した。（清水 2003; 白井 2015; Shirai 2019）。卵子提供を受けた女性は妊娠中に、自身の血で生命が形成され、子が自身の声を聞くことで親子のつながりを形成できると語っており（Shirai 2019）、他にも類似する結果があった（清水ほか 2007a）。

DC により妊娠した人について、産院に卵子提供の事実を伝えることで DC 実施施設と産院が連携し、適切なケアが受けられた人、受け入れを拒否される懸念から事実を伝えなかった人の存在が報告された（富谷ほか 2013）。産院で出生前検査を提案された女性は、ドナーが若い場合検査の必要はないが、卵子提供を受けた事実も伝えたくないため葛藤していた（白井 2015）。

この時期に医療者に求めるニーズとして、提供卵子による妊娠の選択を支持してほしいなどの心理的支援が挙げられた（林 2016）。

### 3.3. 出産以降の経験

DCにより出産した夫婦の体験を調査した複数の研究は、夫婦が、子の容姿がドナーに似ていることにショックを受けることがあると報告している(Shirai 2019; 白井 2015; 赤城 2008)。富谷ら(2013)は、卵子提供で母になった女性が、容姿の違いにより自分の子だと思えなくて、愛情を注げるか不安を抱いていたことを報告している。同様に、AIDで父親になった男性が、子をかawaiiと思えないことに驚いたという報告もあった(清水ほか 2010)。一方、子がドナーに似ていることで嬉しさを感じた女性、子が夫に似ていることに安心した女性もいた(白井 2015)。

親子間の容姿の類似性は、周囲との関わり方、子への将来の告知の意思にも影響を与えていた。例えば、卵子提供を受けた夫婦は、親子間の容姿の違いにより、両親に卵子提供の事実が明らかになることを憂慮した(富谷ほか 2013)。一方、告知を予定している人の中には、卵子提供を受けたことを周囲に隠さず説明する人もいた(白井 2018a)。父子間で容姿が似ているため告知を予定しない夫婦もいた(林 2016; Hayashi 2020; 白井 2015)。

ただし、そもそも告知を予定している夫婦は少数であった。AIDにより子を持った夫婦に子への告知の予定について聞いた久慈らの調査では、2000年に夫の1%、2002年に夫の2.8%、妻の4.7%、2009年に夫の8%、妻の7%が告知を予定しており、その割合は年々増加しているものの、依然として少数であった。また、堀井(2003)の調査では、対象者152名のうち17%~20%が「もし告知する必要があれば、AIDを行わなかった」と回答した。一方、卵子提供を受けた経験のある女性24名のうち62.5%が告知を予定していた(ただし、この調査の対象者には、卵子提供を受けたものの挙児に

至らなかった女性も含まれるため、結果の解釈には注意が必要である)(白井 2016a)。

子への告知を予定する理由としては、子が偶然に知るのを避ける、家族の崩壊を避ける、子の権利、隠すのは夫婦にとって負担である、などが挙げられた(大北ほか 2018; 白井 2016a; 富谷ほか 2013; 清水ほか 2007a; 才村 2011)。告知の予定時期について、「お腹にいる赤ちゃんの頃から」「小学校卒業までに」「学校に入るまでに」「小さいうちに」「物心ついた頃」などが含まれた。一方、本人がいじめられることや理解できないことを心配し「早くなくてもよい」、子の性格や家庭事情から考える、なども挙げられた(大北ほか 2018; 柳井ほか 2011; 清水ほか 2007a; 織田 2013)。子への告知を予定しない理由としては、容姿が似ている、言わなければわからない、家族の崩壊を避ける、親にも言わない選択肢がある、提供者を知ることができないまま出生の経緯のみを知るのは子にとってつらい事、実施時の医師の助言、偏見のある社会情勢を考慮した、などが挙げられた(白井 2016a; 2018a; 2015; 清水ほか 2007a; 富谷ほか 2013)。

その後、子育てを通じて子への感情や意識が変化することを報告した研究も散見された。ある女性は、子の容姿から卵子提供を受けたことやドナーの存在を意識し、出産直後は罪悪感を持っていたが、子育てをするうちに、子はドナーや女性自身の付属物ではないと認識したことで、子への愛着が感じられるようになったと語っている(白井 2015)。他にも、容姿の違いによる不安に対して、周囲から愛情を注がれていることや自身と似ている部分を意識すること、生まれることの喜びを意識することで対処した人、子の世話を通して愛しさを抱いた人もいた(白井 2015; 富谷ほか 2013;

Shirai 2019; 清水ほか 2010)。他方、「自分の遺伝子を引き継いでいたら」子に対してより親密であった可能性を指摘した女性は、子育ての折々に『子どもとの距離感』を感じていた（白井 2015）。

子育てを進めるなかで告知や子との関わりについて問題を抱える夫婦は、同じ立場の当事者との関わりを活用していた。例えば、ドナー選択の際に告知に対する考えの相違に直面し、子が生まれるまで話し合っただけでこなかった夫婦は、当事者会に参加して他者の考えや行動に触れることで、それぞれの考えを見つめ直し、互いに意見を確認し合う機会としていた（白井 2020; 2018a）。また、当事者会は子の成長などに関する不安や迷いを共有したり（白井 2018b）、自身が受けた AID を振り返ったりする機会となっていた（織田 2013）。出産前ほどに連絡を取り合うことはないものの、子が思春期を迎える頃に再び当事者家族同士で連絡を取り合うことになるのではないかと指摘する夫婦もいた（才村 2011）。当事者と関わりがない場合でも、当事者と自身のケアや告知などについて話したいと希望する者がいた（富谷ほか 2013; 白井 2015; 柳井ほか 2011）。

### 3.4. DC に対する医療者の態度

DC に対する医療者の態度は専門や所属学会によって異なるが、小児科医、産婦人科医、看護職者に対する複数の調査では、42.9~64.9%が AID を、44.8~73.7%が卵子提供を許容していた（酒本ほか 2015; 矢内原ほか 2000; 日比野 2015; 加藤ほか 2010）。また、日本受精着床学会員の 39.2~61.3%が提供精子・卵子・胚による生殖の必要性を認識していた（下井ほか 2010）。

卵子提供の許容条件としては、希望者の年齢制限、配偶子の授受が無償で行われること、ドナー

が匿名であること、生まれる子の出自を知る権利を認めることなどが挙げられた（Hibino and Shimazono 2014; 酒本ほか 2015）。一方、ドナーは非匿名とすべきと考える人や、一定の謝礼を認める人もいた（白井・日比野 2012）。卵子提供の容認対象については、卵巣機能が低下した女性を挙げた者が 39.9~90.3%と多かったものの、高齢女性は 12~27.8%に止まった（酒本ほか 2015; 白井・日比野 2012; 中塚・井上 2014）。また、白井ら（2012）が不妊治療施設の長を対象に、早発閉経の患者と加齢による患者それぞれにどのような情報を提供しているか聞いたところ、卵子提供の選択肢（40.3%、33.3%）や他の医療施設（44.9%、45.3%）、国内の卵子提供実施施設（7.9%、7.2%）、養子縁組（11%、9.6%）、養子縁組団体（11%、9.6%）、カウンセリング（33.1%、31.9%）など、前者の方に情報を提供する医師が多かった（順に早発閉経、加齢の患者）。一方、DC に反対する医療者は、ドナーの健康被害、高齢出産のリスク、商業利用の可能性などを理由に挙げた（酒本ほか 2015; 白井・日比野 2012; 矢内原ほか 2000）。

生まれる子への告知に対して、産婦人科医、小児科医の 45.7~62%が肯定的な態度を示し、小児科医の 32.7%が「親の自由」と答えた（酒本ほか 2015; 日比野 2015）。告知する際の条件は、62%が「子が判断し希望する場合」、33.3%が「親が同意している場合」とした（酒本ほか 2015）。告知を支持する理由には、子の人権、近親婚の回避、親子関係の維持など、反対する理由には、子や親の精神的負担、子の知らされたくない権利などが挙げられた。告知の時期として、産婦人科医の 39.9%が「14 歳以上」、38%が「成人後」、小児科医の 23.1%が「成人後」、20.6%が「必要に迫られたとき」、8.1%が「高校生」、6.9%が「小学校高学年」などに望ま

しいとした（日比野 2015; 酒本ほか 2015）。

### 3.5. 提供されるケアと情報

DC 希望者が必要とするニーズの全体像は明らかになっていないが、AID で父親になった男性 5 名を対象に、AID を決断する前後に抱える課題と希望する支援について尋ねた清水ら（2010）の調査では、治療決定前に情報を咀嚼する時間、夫を含めた支援や環境、ドナーの疾患についての開示システムなどが挙げられた。日比野ら（2012）は、卵子提供を受けたことのある者を含めた不妊治療経験者を対象に、医師に求めることを尋ねたところ、情報提供、日本での卵子提供・代理出産、渡航前の投薬・子宮の管理が挙げられた。

卵子提供を受けて母になった 11 名の女性がドナーについて知りたいことには、氏名や住所、データベース検索のためのドナー番号、ドナー自身に子がいるか、血縁者の病歴、本人の病歴などが含まれた（白井 2016b）。清水ら（2013）は、医療者、卵子・精子提供を受けることを検討している人、AID で親になった人などを対象に、AID の選択について熟慮するために必要な情報を尋ねた。その結果、医学的情報、法的情報、日本における AID の課題、生まれた人からの要望、心的課題との向き合い方、ロールモデル、他の選択肢の提示、相談機関・自助グループの紹介が挙げられた。また、情報提供の際に医療者が留意することとして、中立性、安心して話せる場の提供、当事者を主体とすることが挙げられた。清水ら（2017）は上記の調査をもとに、AID を検討する夫婦を対象にした準備セミナーを企画し、64 名の夫婦に実施してその評価を行った。セミナー前と比べてセミナー後は、女性の不安得点が有意に低下し、男女ともに告知への肯定的な態度得点が有意に上昇した。セ

ミナー後の感想として、「養子縁組も視野に入れたい」「親とはなにか、子どもとはなにか考えた」「告知を強制されている観がある」などが報告された。セミナーへの要望には告知に関する具体的な情報提供、AID 以外の選択に関する情報などが含まれた。

また、インターネット上や米国のドナーバンクのドナーを対象にした複数の調査によると、医学的情報の提供を許容するドナーは少なくなかった（新田 2020; 久慈ほか 2006; 仙波ほか 2017; 清水ほか 2007b）。

### 3.6. 小括

DC を検討する夫婦の中には、子を持つことへの自他による期待や、加齢による時間的制約などによるプレッシャーを抱えながら治療を行っている者がいた。DC を検討する夫婦の相談相手や告知に対する考えは、医療者による推奨の有無や、希望者が身を置く社会によって異なった。しかしながら、DC 希望者の告知についての考え方は、そもそも DC を行うか、また、どのようなドナーを選択するかなど、多方面での意思決定に影響を与えていた。また、告知に関する情報を得られず、十分に納得した上で意思決定を行うことができなかつた人もいたため、医療者がどのように適切に情報提供を行うかが課題である。提供されるべき情報について一定の見解はないものの、希望者は他に、医学的リスクや DC 以外の選択肢、ドナーの医学的背景などの情報を求めている。特に、ドナーが遺伝性疾患を有する可能性を不安に感じる人、ドナーやその親族の病歴を知りたいと考える人は少なくなかった。医学的情報の開示を許容するドナーもいたが、具体的にどのような医学的情報の開示を許容するか詳細は不明であった。さらに、DC

を受けて子をもうけた夫婦を対象にした複数の調査では、遺伝的につながりのない親が子の容姿の違いにより動揺し、DCを受ける決定が容易すぎたと感じたり、妊娠することだけに集中していたと振り返ったりしていた。親子間の容姿が大きく異なる可能性などの情報も、第三者が家族形成に介入することをより深く検討するために必要であると推測される。最後に、希望者は、DCを受ける決断をする前にこれらの情報を咀嚼し、十分に考える時間を必要としていた。このため、熟考する時間が持てない原因と、改善策について検討する必要がある。

#### 4. 考察

上記の結果をもとに、今後の日本におけるDC提供の望ましい在り方について検討するため、以下では、インフォームド・コンセントのプロセスで提示される情報、子に遺伝性疾患が発症する可能性についてのコミュニケーション、家族形成について考えるタイミングに焦点を当てて考察する。

##### 4.1. インフォームド・コンセント (Informed Consent: IC) のプロセスで提示される情報

DC希望者はDCの情報や告知などに対する助言を医師から提示されることが多いことが明らかになった。しかしながら、白井ら(2012)によると、そもそも、疾患による不妊患者と高齢による不妊患者では、医師は前者に対してより積極的に情報を提供している可能性があることが分かった。この結果は、不妊患者、DCを希望する夫婦が受け取る情報量やその内容が不均一である可能性を示唆している。実際に、医学的リスクや告知の情報を得られた人と得られなかった人がいた。DC希望者に提供されている情報は、技術の実施可能性、他

の家族形成手段、カウンセリング、告知などについてであったが、この他に、医学的なリスクや子をもたない選択肢、この手段を用いて家族を形成することの含意についても提供する必要があると考える。医学的リスクについては、高齢妊娠そのものによる妊娠高血圧症候群などの合併症に加え、卵子提供による妊娠の場合はそれらのリスクや帝王切開、分娩後異常出血のリスクが高まると指摘されているため(Glick et al. 2021; Shah et al. 2019)、医療者は希望者に対してリスクの正しい理解とDCとの比較考量を促すことが必要だと考えられる。家族形成の含意には、例えば、親子の容姿が異なることによりショックを受けることがあること、提供者の存在やその情報の有無にどのように向き合うかということなどが含まれる。容姿の違いは、しばしば親に動揺をもたらし、子に対する愛情や子育てに影響を与えていた。子がドナーを知りたいと思うことがあるという情報は、DC希望者が特定可能なドナーを選択するきっかけになり得る。しかし、これらの情報が十分に提供されないまま意思決定を行う希望者がいることが明らかになった。よって、DC希望者が中長期的な影響について考慮した上で意思決定できるように、医療者はICのプロセスで、家族形成の含意について希望者に伝える必要がある。また、どの患者に対しても等しく情報が提供されるよう、提供すべき情報の標準化が必要であろう。

精子提供による生殖が行われた初期には、希望者は、この技術を用いたことを子に伝えないう医療者に勧奨されていたが、近年、早期に告知しないことが子にもたらす影響について知見が集積したことや、出自を知ることは子の権利であることが強調されるようになり、告知を支持する医療者やDC経験者が増えている(JISART 2021; 清水・

日下 2017; Nuffield Council on Bioethics 2013)。一方、告知をしないことの影響が検証できないこと、告知の時期による子への影響について実証研究の結果が一致しないことなどから、今でも論争は続いている (Pennings 2017)。このような状況においては、告知のメリットや必要性のみが希望者に提示されるべきではないだろう。告知の是非を結論づけられないことや告知をした場合のデメリットが、DC 希望者が意思決定する前に伝えられているのか明らかではない。また、医療者から告知を強要されていると感じた夫婦もいた。そのため、医療者は告知のメリットとデメリット両方の情報を DC 希望者に提示し、希望者の意思決定を尊重する態度が望まれる。また、医師は、告知の適切な時期として「成人後」を挙げる割合が多く、早期告知の推奨と異なる傾向が見られた。このように、告知の是非と告知を行うべき年齢については社会的合意が取れていない状況であることから、現在告知に関してどのような情報が医療者から提供されているか、その背景にどのような医療者の態度が存在するのかを調査することも必要であろう。

#### 4.2. 子に遺伝性疾患が発症する可能性についてのコミュニケーション

DC 希望者がドナーの遺伝性疾患について意識するのは、DC を受ける意思決定をする時、ドナー選択の時であった。ただし、どの国のエージェントを経由して提供を受けるかによって夫婦の経験が異なる。例えば、米国生殖医学会 (2021) は、遺伝子変異があってもドナーになることが可能であるとし、Food and Drug Administration が規定する感染症検査に加えてドナーの家族歴の聞き取りや遺伝学的検査を推奨している。遺伝子変異を持つドナーを希望する DC 希望者は、疾患につながる遺

伝子変異を持つことの含意について、遺伝カウンセラーから説明を受けることが規定されている。こうした背景から、米国で卵子提供を受けた夫婦は、夫の遺伝学的検査も依頼されていた。一方、日本では、日産婦 (2015) がドナー候補者の感染症検査及び疾患の家族歴の確認を推奨しているものの、遺伝子変異に関するドナーの検査基準は明確ではなく、遺伝学的検査は行われていないと考えられる。このため、医療機関がドナーをどのような基準で選択しているか、また、DC 希望者に遺伝性疾患のリスクについて伝えられているか、さらに、情報の伝達やその後のサポートは誰によって行われているかが明らかではない。日本で精子提供を受けた夫婦の中には提供精子の遺伝的な病気について不安を抱える者もいた。DC 希望者と生まれる子に対して自身の医学的情報の開示を許容しているドナーも少なくなかったが、具体的にどのような医学的情報であれば開示を許容するのか、また、遺伝学的検査に伴ってドナー自身が想定しなかった遺伝性疾患を発症する可能性が明らかになることを許容するのかについては不明である。このため、ドナーに遺伝子変異がある可能性について DC 希望者に伝える遺伝カウンセリング、ドナーの遺伝学的検査基準、検査結果のドナーへの返却について、現状の実態把握や、その在り方を検討する必要がある。

#### 4.3. 家族形成について考えるタイミング

先行研究からは DC 治療の開始後に遺伝的つながりのない子を家族に迎えることの含意に気付き、後悔する人がいることが明らかになった。この原因の一つとして、DC 希望者に限らず、不妊治療を受ける患者は、初期の段階より時間的制約などのプレッシャーを抱えており、熟考する時間を持た

ないまま DC を受ける決定をしている可能性が考えられる（清水 2003; 赤城 2008; 安田 2006; 白井 2012）。中には、不妊治療の延長として卵子提供を受ける選択をする人もいたが、親子間の遺伝的つながりがないという点でそれまでの不妊治療と DC とでは意味合いが大きく異なる。したがって、時間的・心理的にまだ比較的余裕のある不妊治療の初期段階から、どの段階まで治療を行うかや家族形成に第三者が介入することの含意を考えること、養子縁組など他の選択肢を知ることは、その後の治療決定や人生の選択に納得するために意義があると考えられる。よって、不妊治療を提供する医療機関や医療者は、上記の内容について患者が考えるように促す機会を治療の初期段階から提供することが望ましい。

## 5. おわりに

本稿では、生殖補助医療法の改正に向けて検討が必要と考えられる論点を抽出するため、主に DC 希望者の経験と医療者の態度について概観し、DC 提供の現場における以下の課題を明らかにした。つまり、不妊患者、DC 希望者に提供される情報には量・質ともに偏りがあること、DC 希望者は治療を決定するまでに DC により家族を形成することの意味について熟考する機会がない可能性があること、配偶子提供者の遺伝性疾患に関する検査、結果の扱い方やその開示方法が明確ではないことである。これらの背景には、日本社会に特有の血縁へのこだわりや子を持つことへの期待、この技術を用いた治療自体に対する不快感などが影響している可能性がある。

もっとも本稿では、提供卵子・精子を用いた生殖それぞれに特有の問題について区別せずに議論したので、それぞれの特質によって希望者のニー

ズや医療者とのコミュニケーションの在り方が異なる可能性がある。また、本稿では配偶子提供者や DC で生まれた子の経験について分析を行わなかったが、当該関係者のケアを改善するためには必須である。

DC 希望者や医療者の家族観や治療に対する態度を念頭に上記の課題に取り組むことで、日本社会に適した DC 提供のあり方を検討できるだろう。本稿が配偶子提供者、DC 希望者、生まれる子のケアの質を向上するための議論に資することを願っている。

## 謝辞

本研究は、公益財団法人上廣倫理財団の助成を受けて行ったものである。

## 引用文献

- 赤城恵子, 2008, 「誰にも言えなかったクライアントの思い--流産、死産、多胎妊娠、卵子提供等の経験から」『日本生殖看護学会』5 (1) : 35-38.
- 秋山憲子, 辻勲, 星合昊, 吉田繁, 2009, 「生殖医療に対する意識調査—患者と一般市民の比較—」『産婦人科の進歩』61 (2) : 81-89.
- 朝日新聞 DIGITAL, 2023, 「生殖補助医療法、2年の改正期限過ぎるも議論混迷、次期国会どうなる」, (2023年2月28日取得, <https://www.asahi.com/articles/ASR1F4QWHQDQUTFL015.html>)
- Glick Itamar, Kadish Ela, Rottenstreich Misgav, 2021, “Management of Pregnancy in Women of Advanced Maternal Age: Improving Outcomes for Mother and Baby,” *International Journal of Women's Health*, 13: 751-759.

- 林はるみ, 2016, 「卵子提供で妊娠した日本人夫婦の経験」『日本生殖看護学会誌』13 (1) : 13-20.
- Hayashi Harumi, 2020, “Experiences of a Japanese couple following fertilization with a donated egg: the husband’s narrative,” *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*, 30(1): 7-11.
- 日比野由利, 島藺洋介, 神林康弘, 人見嘉哲, 荻野景規, 中村裕之, 2012, 「卵子提供に対する医師・不妊当事者の意識と実態」『日本予防医学会』7 (2) : 49-58.
- 日比野由利, 2019, 「『出自を知る権利』に関し、どのような制度設計が望ましいのか」『医療』73 (1) : 4-10.
- 日比野由利, 2015, 「小児科医師の生殖補助医療に対する意識」『小児科臨床』68 (3) : 471-478.
- Hibino Yuri, Shimazono Yosuke, 2014, “Impact of egg donation deliveries from domestic and overseas sources on maternal care: a questionnaire survey of Japanese perinatal physicians,” *Environmental Health Preventive Medicine*, 19 (4): 271-8.
- Hibino Yuri, Shimazono Yosuke, Kambayashi Yasuhiro, Hitomi Yoshiaki, Nakamura Hiroyuki, 2013, “Attitudes towards cross-border reproductive care among infertile Japanese patients,” *Environmental Health and Preventive Medicine*, 18(6): 477-484.
- 堀井雅子, 2003, 「AIDにより児を得た夫婦の告知に対する考え方」『日本不妊学会雑誌』48 (3~4) : 349.
- 法務省法制審議会生殖補助医療関連親子法制部会, 2003, 「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療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要綱中間試案の補足説明」法務省ホームページ, (2023年2月28日取得, [https://www.moj.go.jp/MINJI/minji07\\_00071.html](https://www.moj.go.jp/MINJI/minji07_00071.html))
- 伊藤弥生, 蔵本武志, 村上貴美子, 2012, 「配偶子提供生殖医療における課題—臨床心理学的視点からの検討」『日本性科学会雑誌』30 (1・2) : 45-50.
- 加藤陽子, 中嶋カツエ, 田中佳代, 2010, 「女性看護職者の生殖補助医療技術に対する知識・意識に関する調査」『母性衛生』50 (4) : 680-686.
- 小森慎二, 後山尚久, 2004, 「内分泌・不妊症患者の意識調査」『産婦の進歩』56 (4) : 435-441.
- 厚生労働省厚生科学審議会生殖補助医療部会, 2003, 「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する報告書」, 厚生労働省ホームページ, (2023年2月28日取得, <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0428-5.html#top>)
- 久慈直昭, 堀井雅子, 雨宮香, 高垣栄美, 田中宏明, 松田紀子, 福地智恵, 谷垣礼子, 土屋慎一, 浜谷敏生, 小澤伸晃, 末岡浩, 吉村泰典, 2000, 「非配偶者間人工授精により挙児に至った男性不妊患者の意識調査」『日本不妊学会雑誌』45 (3) : 219-225.
- 久慈直昭, 持丸佳之, 高野光子, 山田満稔, 浜谷敏生, 末岡浩, 吉村泰典, 2009, 「AIDによって親になった不妊夫婦の出自を知る権利・告知に関する意識調査~第二報」『日本生殖医学会雑誌』54 (3) : 149.
- 久慈直昭, 吉村泰典, 2006, 「我が国における精子提供者の『出自を知る権利』に対する意識調査」『厚生労働科学研究費補助金(子家庭総合研究事業) 分担研究報告書』: 80-99.
- 丸山マサ美, 2006, 「不妊カップルの生殖補助医療

- に対する態度研究—子の有無とジェンダーの視点から—」『山口医学』55(1):17-27.
- 松本裕子, 久慈直昭, 守屋聡子, 堀米ちひろ, 渡辺久美, 堀井雅子, 楊毅, 吉田宏之, 田中雄大, 末岡浩, 吉村泰典, 2004, 「精子提供により出生時を得た夫婦の配偶子提供代理懐胎に対する意見」『日本受精着床学会雑誌』21(1):173-176.
- 詠田由美, 市川智彦, 岡田弘, 京野廣一, 佐藤英明, 佐藤嘉兵, 田中温, 堤治, 森崇英, 森本義晴, 2004, 「非配偶者間の生殖補助医療に関する不妊患者の意識調査」『日本受精着床学会雑誌』21(1):6-14.
- 中塚幹也, 井上理絵, 2014, 「配偶子の提供・凍結保存の意識とその実態—全国産婦人科施設への調査から」『産婦人科の実際』63(7):983-989.
- 日本産科婦人科学会, 2015, 「提供精子を用いた人工授精に関する見解/考え方」日本産科婦人科学会ホームページ, (2023年2月28日取得, [https://www.jsog.or.jp/modules/statement/index.php?content\\_id=3](https://www.jsog.or.jp/modules/statement/index.php?content_id=3))
- 日本産科婦人科学会, 2021, 「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する提案書」日本産科婦人科学会ホームページ, (2023年3月14日取得, [https://www.jsog.or.jp/modules/news\\_m/index.php?content\\_id=1025](https://www.jsog.or.jp/modules/news_m/index.php?content_id=1025))
- 日本生殖補助医療標準化機構, 2021, 「精子又は卵子の提供による体外受精に関する JISART ガイドライン」日本生殖補助医療標準化機構ホームページ, (2023年3月3日取得, <https://jisart.jp/about/external/guideline/>)
- 新田あゆみ, 2020, 「インターネット上で活動する精子提供者の自己情報開示状況とその意識」『医学哲学医学倫理』38(0):57-64.
- 大北啓子, 内田美津子, シェルマ直美, 柳井圭子, 2018, 「非匿名第三者からの卵子提供生殖補助医療を受ける夫妻の生まれてくる子への出自告知を支援する治療前カウンセリングの評価」『日本生殖心理学会誌』4(1):22-28.
- 織田, 2013, 「肯定する事から始まる医療」『日本生殖看護学会誌』10(1):77-79.
- Pennings Guido, 2017, “Disclosure of donor conception, age of disclosure and the well-being of donor offspring,” *Human Reproduction*, 32(5):969-973.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Practice Committee for the Society for Assisted Reproductive Technology, 2021, “Guidance regarding gamete and embryo donation,” *Fertility and Sterility*, 115(6):1395-1410.
- 李怡然, 武藤香織, 2016, 「配偶子提供で生まれる子への真実告知とインフォームド・アセント——不妊カウンセラーへのインタビューより——」『保健医療社会学論集』26(2):74-84.
- 才村眞理, 2011, 「人工授精を利用したファミリービルディングのグループワークにおける一考察: ドイツにおけるセミナー参加とカップルへのインタビューより」『帝塚山大学心理福祉学部紀要』7:73-84.
- 酒本あい, 井上理恵, 岩井智子, 鎌田泰彦, 平松祐司, 中塚幹也, 2015, 「『第三者卵子提供』と『子が出自を知る権利』への意識—産婦人科医療スタッフの全国調査から—」『産婦人科の実際』64(10):1317-1323.
- 仙波由加里, 清水清美, 久慈直昭, 2017, 「日本の精子ドナーの視点による匿名性の問題」『日

- 本生殖看護学会誌』14 (1) : 13-20.
- Shah Amit, Parisaei Maryam, Garner Jessica, 2019, “Obstetric Complications of Donor Egg Conception Pregnancies,” *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 69(5): 395-398.
- 清水清美, 日下和代, 長沖暁子, 2007a, 「非配偶者間人工授精を選択した女性の体験」『日本生殖看護学会誌』4 (1) : 16-25.
- Shimizu Kiyomi, 2004, “Survey on disclosure of birth background to children by mothers who resorted to artificial insemination with donor sperm (AID),” *OCHANOMIZU UNIVERSITY The 21<sup>st</sup> Century COE Program Series2*: 46-59.
- 清水清美, 2003, 「AID を選択する女性が求める情報と支援について—治療選択から妊娠、出産、子育ての過程で女性が体験する事象から—」『日本不妊学会雑誌』48 (3~4) : 348.
- 清水清美, 長沖暁子, 日下和代, 2010, 「非配偶者間人工授精 (AID) を選択した男性の意識調査」『国際医療福祉大学紀要』14(2):122-123.
- 清水清美, 日下和代, 長沖暁子, 2013, 「非配偶者間人工授精を検討している不妊夫婦への情報提供のあり方—準備クラスの企画—」『日本生殖看護学会誌』10 (1) : 23-30.
- 清水清美, 日下和代, 2017, 「非配偶者間人工授精の実施を検討している不妊夫婦を対象とした準備セミナーの評価」『日本生殖看護学会誌』14 (1) : 61-67.
- 清水清美, 長岡由紀子, 朝倉寛之, 2007b, 「診療 米国在住の日系卵子提供者の卵子提供および生まれた子どもの出自を知る権利の意識について」『産婦人科の実際』56 (13) : 2181-2188.
- 下井華代, 岡田英孝, 宮城博恵, 石塚文平, 市川智彦, 岡田弘, 京野廣一, 堤治, 詠田由美, 峯岸敬, 吉澤縁, 森本義晴, 神崎秀陽, 2010, 「非配偶者間の生殖補助医療に関する学会会員の意識調査」『日本受精着床学会雑誌』27 (1) : 7-13.
- 新潮社 Foresight, 2023, 「柘植あづみ×大野和基 | 生殖技術は私たちが幸せにするのか——精子提供で生まれた子の苦悩」, (2023 年 2 月 28 日取得, <https://www.fsight.jp/articles/-/49518>)
- 新ヶ江章友, 長村さと子, 茂田まみこ, 渡辺ゆきこ, 手塚りさ, 高橋千春, 吉田ひかる, 2022, 「日本における性的マイノリティの出産・子育てに関する実態把握に関する調査報告 : 2021 年に実施したインターネット調査の結果から」『人権問題研究』19 : 55-87.
- 白井千晶, 2013, 「不妊女性がもつ非血縁的親子に対する選好について : 親族的選択原理を手がかりに」『社会学年報』54 : 69-84.
- 白井千晶, 2016a, 「卵子提供をめぐる当事者の意思決定と子の福祉」『文化と哲学』33 : 1-29.
- 白井千晶, 2020, 「卵子提供で親になって以降の夫婦の関わりと当事者会の機能」『日本生殖心理学会誌』6 (1) : 16-22.
- 白井千晶, 2016b, 「当事者アンケートから見た卵子提供を受けて母親になった女性の経験」『大阪経済法科大学アジア太平洋研究センター』13 : 34-42.
- 白井千晶, 2018a, 「卵子提供で母になった人の告知に関する態度と経験: 縦断的インタビュー調査から」『日本生殖心理学会誌』4 (2) : 26-32.
- Shirai Chiaki, 2019, “Genetic Ties and Affinity: Longitudinal Interviews on Two Mothers' Experiences of Egg Donation in Japan,” *East Asian Science*,

Technology and Society, 13(2): 299-315.

白井千晶, 2015, 「卵子の提供を受けて母親になった女性の妊娠以降の経験について : 当事者インタビュー調査より」『大阪経済法科大学アジア太平洋研究センター』12: 51-68.

白井千晶, 2018b, 「卵子提供で親になった人のピア・サポートグループからみえる当事者のニーズと今後の課題」『人文論集』69 (1): 43-58.

白井千晶, 日比野由利, 2012, 「卵子提供および海外渡航治療に対する医師の意識調査からみえること」『臨床婦人科産科』66 (2): 186-192.

白井千晶, 2012, 『不妊を語る—19人のライフストーリー—』海鳴社.

菅谷典恵, 2013, 「DI患者のカウンセリング」『日本生殖看護学会誌』10 (1): 69-71.

菅谷典恵, 2017, 「国内での卵子提供を検討する心理的プロセスについての一考察」『日本生殖心理学会誌』3 (2): 34-38.

富谷友枝, 清水清美, 森本義晴, 2013, 「卵子提供を受け母親になる過程での女性の体験」『日本生殖看護学会誌』10 (1): 33-42.

殿村琴子, 2007, 「生殖補助医療をめぐる不妊当事者の行動と意識—不妊当事者を対象としたアンケート調査結果より—」『LifeDesign

REPORT』5-6: 28-35.

東京新聞, 2022, 「第三者の精子、卵子使用の法制化案に当事者らから批判 『出自知る権利は』『法律上の夫婦以外も対象に』」, (2023年2月28日取得, <https://www.tokyo-np.co.jp/article/169753>)

柘植あづみ, 2022, 『生殖技術と親になること』, みすず書房.

柳井圭子, 吉田耕治, シェルマ直美, 藤川和男, 2011, 「姉妹間卵子授受による生殖補助医療 (ART) 実施医療機関の施設内倫理委員からの提言」『生命倫理』21 (1): 94-102.

安田裕子, 2006, 「血のつながりのない家族関係を築くということ」『立命館人間科学研究』11: 107-123.

矢内原巧, 山縣然太郎, 田原隆三, 藤間芳郎, 岩崎信爾, 2000, 「わが国における生殖補助医療の実態とその在り方に関する研究—生殖補助医療技術に対する患者の意識に関する研究’全国調査の結果から—」『平成11年度厚生科学研究 (子供家庭総合事業) 報告書』: 750-766.

吉村泰典, 久慈直昭, 2002, 「精子提供により子どもを得た日本人夫婦の告知に対する考え方」『第24回生殖補助医療部会参考資料2』

Appendix：レビュー対象文献

1.	赤城恵子, 2008, 「誰にも言えなかったクライアントの思い--流産、死産、多胎妊娠、卵子提供等の経験から」『日本生殖看護学会』5 (1) : 35-38.
2.	秋山憲子, 辻勲, 星合昊, 吉田繁, 2009, 「生殖医療に対する意識調査—患者と一般市民の比較—」『産婦人科の進歩』61 (2) : 81-89.
3.	林はるみ, 2016, 「卵子提供で妊娠した日本人夫婦の経験」『日本生殖看護学会誌』13 (1) : 13-20.
4.	Hayashi Harumi, 2020, “Experiences of a Japanese couple following fertilization with a donated egg : the husband’s narrative,” <i>Eubios Journal of Asian and International Bioethics</i> , 30(1): 7-11.
5.	日比野由利, 島藺洋介, 神林康弘, 人見嘉哲, 荻野景規, 中村裕之, 2012, 「卵子提供に対する医師・不妊当事者の意識と実態」『日本予防医学会』7 (2) : 49-58.
6.	日比野由利, 2015, 「小児科医師の生殖補助医療に対する意識」『小児科臨床』68 (3) : 471-478.
7.	Hibino Yuri, Shimazono Yosuke, 2014, “Impact of egg donation deliveries from domestic and overseas sources on maternal care: a questionnaire survey of Japanese perinatal physicians,” <i>Environmental Health Preventive Medicine</i> , 19 (4): 271-8.
8.	Hibino Yuri, Shimazono Yosuke, Kambayashi Yasuhiro, Hitomi Yoshiaki, Nakamura Hiroyuki, 2013, “Attitudes towards cross-border reproductive care among infertile Japanese patients,” <i>Environmental Health and Preventive Medicine</i> , 18(6): 477-484.
9.	堀井雅子, 2003, 「AID により児を得た夫婦の告知に対する考え方」『日本不妊学会雑誌』48 (3~4) : 349.
10.	伊藤弥生, 蔵本武志, 村上貴美子, 2012, 「配偶子提供生殖医療における課題—臨床心理学的視点からの検討」『日本性科学会雑誌』30 (1・2) : 45-50.
11.	加藤陽子, 中嶋カツエ, 田中佳代, 2010, 「女性看護職者の生殖補助医療技術に対する知識・意識に関する調査」『母性衛生』50 (4) : 680-686.
12.	小森慎二, 後山尚久, 2004, 「内分泌・不妊症患者の意識調査」『産婦の進歩』56 (4) : 435-441.
13.	久慈直昭, 堀井雅子, 雨宮香, 高垣栄美, 田中宏明, 松田紀子, 福地智恵, 谷垣礼子, 土屋慎一, 浜谷敏生, 小澤伸晃, 末岡浩, 吉村泰典, 2000, 「非配偶者間人工授精により挙児に至った男性不妊患者の意識調査」『日本不妊学会雑誌』45 (3) : 219-225.
14.	久慈直昭, 持丸佳之, 高野光子, 山田満稔, 浜谷敏生, 末岡浩, 吉村泰典, 2009, 「AID によって親になった不妊夫婦の出自を知る権利・告知に関する意識調査~第二報」『日本生殖医学会雑誌』54 (3) : 149.
15.	久慈直昭, 吉村泰典, 2006, 「我が国における精子提供者の『出自を知る権利』に対する意識調査」『厚生労働科学研究費補助金 (子家庭総合研究事業) 分担研究報告書』: 80-99.
16.	丸山マサ美, 2006, 「不妊カップルの生殖補助医療に対する態度研究—子の有無とジェンダーの視点から—」『山口医学』55 (1) : 17-27.
17.	松本裕子, 久慈直昭, 守屋聡子, 堀米ちひろ, 渡辺久美, 堀井雅子, 楊毅, 吉田宏之, 田中雄大, 末岡浩, 吉村泰典, 2004, 「精子提供により出生時を得た夫婦の配偶子提供代理懐胎に対する意見」『日本受精着床学会雑誌』21 (1) : 173-176.
18.	詠田由美, 市川智彦, 岡田弘, 京野廣一, 佐藤英明, 佐藤嘉兵, 田中温, 堤治, 森崇英, 森本義晴, 2004, 「非配偶者間の生殖補助医療に関する不妊患者の意識調査」『日本受精着床学会雑誌』21 (1) : 6-14.

19.	中塚幹也, 井上理絵, 2014, 「配偶子の提供・凍結保存の意識とその実態—全国産婦人科施設への調査から」『産婦人科の実際』63(7):983-989.
20.	新田あゆみ, 2020, 「インターネット上で活動する精子提供者の自己情報開示状況とその意識」『医学哲学医学倫理』38(0):57-64.
21.	大北啓子, 内田美津子, シェルマ直美, 柳井圭子, 2018, 「非匿名第三者からの卵子提供生殖補助医療を受ける夫妻の生まれてくる子への出自告知を支援する治療前カウンセリングの評価」『日本生殖心理学会誌』4(1):22-28.
22.	織田, 2013, 「肯定する事から始まる医療」『日本生殖看護学会誌』10(1):77-79.
23.	李怡然, 武藤香織, 2016, 「配偶子提供で生まれる子への真実告知とインフォームド・アセント——不妊カウンセラーへのインタビューより——」『保健医療社会学論集』26(2):74-84.
24.	才村眞理, 2011, 「人工授精を利用したファミリービルディングのグループワークにおける一考察: ドイツにおけるセミナー参加とカップルへのインタビューより」『帝塚山大学心理福祉学部紀要』7:73-84.
25.	酒本あい, 井上理恵, 岩井智子, 鎌田泰彦, 平松祐司, 中塚幹也, 2015, 「『第三者卵子提供』と『子が出自を知る権利』への意識—産婦人科医療スタッフの全国調査から—」『産婦人科の実際』64(10):1317-1323.
26.	仙波由加里, 清水清美, 久慈直昭, 2017, 「日本の精子ドナーの視点による匿名性の問題」『日本生殖看護学会誌』14(1):13-20.
27.	清水清美, 日下和代, 長沖暁子, 2007a, 「非配偶者間人工授精を選択した女性の体験」『日本生殖看護学会誌』4(1):16-25.
28.	Shimizu Kiyomi, 2004, “Survey on disclosure of birth background to children by mothers who resorted to artificial insemination with donor sperm (AID),” <i>OCHANOMIZU UNIVERSITY The 21<sup>st</sup> Century COE Program Series2</i> : 46-59.
29.	清水清美, 2003, 「AIDを選択する女性が求める情報と支援について—治療選択から妊娠、出産、子育ての過程で女性が体験する事象から—」『日本不妊学会雑誌』48(3~4):348.
30.	清水清美, 長沖暁子, 日下和代, 2010, 「非配偶者間人工授精(AID)を選択した男性の意識調査」『国際医療福祉大学紀要』14(2):122-123.
31.	清水清美, 日下和代, 長沖暁子, 2013, 「非配偶者間人工授精を検討している不妊夫婦への情報提供のあり方—準備クラスの企画—」『日本生殖看護学会誌』10(1):23-30.
32.	清水清美, 日下和代, 2017, 「非配偶者間人工授精の実施を検討している不妊夫婦を対象とした準備セミナーの評価」『日本生殖看護学会誌』14(1):61-67.
33.	清水清美, 長岡由紀子, 朝倉寛之, 2007b, 「診療 米国在住の日系卵子提供者の卵子提供および生まれた子どもの出自を知る権利の意識について」『産婦人科の実際』56(13):2181-2188.
34.	下井華代, 岡田英孝, 宮城博恵, 石塚文平, 市川智彦, 岡田弘, 京野廣一, 堤治, 詠田由美, 峯岸敬, 吉澤緑, 森本義晴, 神崎秀陽, 2010, 「非配偶者間の生殖補助医療に関する学会会員の意識調査」『日本受精着床学会雑誌』27(1):7-13.
35.	新ヶ江章友, 長村さと子, 茂田まみこ, 渡辺ゆきこ, 手塚りさ, 高橋千春, 吉田ひかる, 2022, 「日本における性的マイノリティの出産・子育てに関する実態把握に関する調査報告: 2021年に実施したインターネット調査の結果から」『人権問題研究』19:55-87.
36.	白井千晶, 2013, 「不妊女性がつ非血縁的親子に対する選好について: 親族的選択原理を手がかりに」『社会学年報』54:69-84.

37.	白井千晶, 2016a, 「卵子提供をめぐる当事者の意思決定と子の福祉」『文化と哲学』33 : 1-29.
38.	白井千晶, 2020, 「卵子提供で親になって以降の夫婦の関わりと当事者会の機能」『日本生殖心理学会誌』6(1) : 16-22.
39.	白井千晶, 2016b, 「当事者アンケートから見た卵子提供を受けて母親になった女性の経験」『大阪経済法科大学アジア太平洋研究センター』13 : 34-42.
40.	白井千晶, 2018a, 「卵子提供で母になった人の告知に関する態度と経験：縦断的インタビュー調査から」『日本生殖心理学会誌』4(2) : 26-32.
41.	Shirai Chiaki, 2019, “Genetic Ties and Affinity : Longitudinal Interviews on Two Mothers' Experiences of Egg Donation in Japan,” <i>East Asian Science, Technology and Society</i> , 13(2): 299-315.
42.	白井千晶, 2015, 「卵子の提供を受けて母親になった女性の妊娠以降の経験について : 当事者インタビュー調査より」『大阪経済法科大学アジア太平洋研究センター』12 : 51-68.
43.	白井千晶, 2018b, 「卵子提供で親になった人のピア・サポートグループからみえる当事者のニーズと今後の課題」『人文論集』69(1) : 43-58.
44.	白井千晶, 日比野由利, 2012, 「卵子提供および海外渡航治療に対する医師の意識調査からみえること」『臨床婦人科産科』66(2) : 186-192.
45.	菅谷典恵, 2013, 「DI患者のカウンセリング」『日本生殖看護学会誌』10(1) : 69-71.
46.	菅谷典恵, 2017, 「国内での卵子提供を検討する心理的プロセスについての一考察」『日本生殖心理学会誌』3(2) : 34-38.
47.	富谷友枝, 清水清美, 森本義晴, 2013, 「卵子提供を受け母親になる過程での女性の体験」『日本生殖看護学会誌』10(1) : 33-42.
48.	殿村琴子, 2007, 「生殖補助医療をめぐる不妊当事者の行動と意識—不妊当事者を対象としたアンケート調査結果より—」『LifeDesign REPORT』5-6 : 28-35.
49.	柳井圭子, 吉田耕治, シェルマ直美, 藤川和男, 2011, 「姉妹間卵子授受による生殖補助医療(ART)実施医療機関の施設内倫理委員からの提言」『生命倫理』21(1) : 94-102.
50.	安田裕子, 2006, 「血のつながりのない家族関係を築くということ」『立命館人間科学研究』11 : 107-123.
51.	矢内原巧, 山縣然太郎, 田原隆三, 藤間芳郎, 岩崎信爾, 2000, 「わが国における生殖補助医療の実態とその在り方に関する研究—生殖補助医療技術に対する患者の意識に関する研究’全国調査の結果から—」『平成11年度厚生科学研究(子供家庭総合事業)報告書』 : 750-766.
52.	吉村泰典, 久慈直昭, 2002, 「精子提供により子どもを得た日本人夫婦の告知に対する考え方」『第24回生殖補助医療部会参考資料2』

(2023年4月18日受理/2023年8月31日採択)

**Letter****Conspiracy Theories, Anti-Science, and Anti-Medicine in the COVID-19 Pandemic**

Shotaro Kinoshita \*

During the pandemic of the COVID-19, conspiracy theories about vaccines and other issues were highlighted as a public health threat [1]. A small positive correlation between general attitudes towards science and general knowledge of scientific facts has been reported [2], higher vaccination coverage among the most educated and lower coverage among the least educated were reported globally for the COVID-19 vaccine [3]. In addition, a link between conspiracy theories and education has also been noted, with a large survey of 17 European countries reporting that individuals who expressed conspiracy beliefs had lower COVID-19 vaccine uptake, and that higher probability of believing in conspiracy theories was associated with lower levels of education [4]. On the other hand, contrary to these trends, a study reported that Doctorate were more hesitant to vaccinate when compared to those with a 4-year college degree, those with a master's degree, and those with a professional degree (e.g. MD, JD) [5]. Therefore, studies of vaccine hesitancy and conspiracy theories may need to consider not only social attributes, but also individual factors such as personality traits like the need for cognitive closure.

Other noteworthy points from the perspective of medical ethics include the fact that a certain number of mentally ill patients and other vulnerable members of

society are among those who believe in conspiracy theories and engage in vaccine avoidance and other behaviors. For example, it has been reported that those who believe in conspiracy theories were more likely to be socially vulnerable or meet criteria for mental illness, such as currently unmarried, less educated, in a lower income household, from an ethnic minority group, perceiving themselves as of lower social standing compared to others, lower levels of physical and psychological well-being, higher levels of suicidal ideation, weaker social networks, less secure attachment style, and difficult childhood family experiences [6]. Furthermore, paranoid personality disorder, schizotypal personality disorder, and narcissistic personality disorder have also been noted to have a high affinity with conspiracy theories [7], and indeed one study has shown that paranoia was linked to a reduction in vaccination adherence with the mediation effect of mistrust in medical science [8]. Thus, it is problematic that the conspiracy theory is leading the socially vulnerable and those in need of psychiatric treatment and care in an anti-scientific and anti-medical direction, preventing them from receiving the help they need. Not only will we have to deny those who believe in conspiracy theories, but we will also have to take their backgrounds into consideration so that we can deliver appropriate support.

---

\* Hills Joint Research Laboratory for Future Preventive Medicine and Wellness, Keio University School of Medicine Graduate School of Interdisciplinary Information Studies, The University of Tokyo  
E-mail: shotaro.kinoshita@keio.jp

## References

- 1) Nobutaka Ikeda. 2023. Analysis of conspiracy theories related to Covid-19 vaccine from the perspective of cognitive closure. *CBEL Report*, 6(1)[Online first]
- 2) Allum N, Sturgis P, Tabourazi D, Brunton-Smith I. 2008. Science knowledge and attitudes across cultures: A meta-analysis. *Public understanding of science*, 17(1), 35-54.
- 3) Nicole Bergen, Katherine Kirkby, Cecilia Vidal Fuertes, Anne Schlotheuber, Lisa Menning, Stephen Mac Feely, Katherine O'Brien, Ahmad Reza Hosseinpoor. 2023. Global state of education-related inequality in COVID-19 vaccine coverage, structural barriers, vaccine hesitancy, and vaccine refusal: findings from the Global COVID-19 Trends and Impact Survey. *The Lancet Global Health*, 11(2): e207-e217.
- 4) Regazzi L, Lontano A, Cadeddu C, Di Padova P, Rosano A. 2023. Conspiracy beliefs, COVID-19 vaccine uptake and adherence to public health interventions during the pandemic in Europe. *European Journal of Public Health*, ckad089.
- 5) King WC, Rubinstein M, Reinhart A, Mejia R. 2021. Time trends, factors associated with, and reasons for COVID-19 vaccine hesitancy: A massive online survey of US adults from January-May 2021. *PLoS One*, 16(12), e0260731.
- 6) Freeman D, Bentall RP. 2017. The concomitants of conspiracy concerns. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52, 595-604.
- 7) Andrade G. 2020. The role of psychiatrists in addressing COVID-19 conspiracy theories. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 102404.
- 8) Simione L, Vagni M, Gnagnarella C, Bersani G, Pajardi D. 2021. Mistrust and beliefs in conspiracy theories differently mediate the effects of psychological factors on propensity for COVID-19 vaccine. *Frontiers in psychology*, 12, 683684.

Received 20 June 2023

Accepted 21 July 2023

**Journal information****《目的と領域 -Aims and Scope-》**

CBEL Report は日本における生命倫理・医療倫理研究のますますの発展に資するために創刊された学術雑誌である。当該分野の、新たな研究成果の開かれた発表の場として、また国際的な学問交流の場として、オープンアクセスの形で出版される。アカデミアの専門的研究の活発な知的交流の場を作り出すこと、およびそれに基づき全ての学問分野の研究者・学生ら、医療従事者、各種倫理委員会の委員、政策担当者、等に対して優れた知見を提供することをその使命とする。

**《投稿規定 -Instructions for Authors-》**

上述の目的のため、CBEL Report は、ここに広く研究成果を募集するものである。

**1. 【投稿形式】** 投稿形式は以下のように定める：

(ア) 字数に応じて以下のように投稿枠を区分する

- ① 短報 (letter) : 邦語 1,000 字以内、英語 500words 以内
- ② 総説 (review) : 邦語 20,000 字以内、英語 10,000words 以内
- ③ 論文 (article) : 邦語 20,000 字以内、英語 10,000words 以内

※ いずれも抄録、注、文献リストを除いての数字とする

(イ) 上記のうち特に論文については、以下の2つの形式を定める

- ① 研究論文 (regular article) : 新規投稿の論文。他の雑誌との重複投稿は認めない。ただし他学会での学会報告を新たに論文化したものはこの限りではない。
- ② 翻訳論文 (translated article) : 他の媒体にすでに投稿した論文を翻訳したもの。英語への翻訳および日本語への翻訳を受け入れる（元の言語については限定を付さない）。投稿にあたっては著作権の許諾を証明する書類を添えること。

**2. 【書式】** 投稿原稿は以下の書式を満たすものでなければならない。

(ア) 和文あるいは英文とする。

(イ) 投稿形式ごと、上記1条（ア）に示された分量を超えないものとする。

(ウ) 提出原稿は、Microsoft Word によって作成した電子ファイルとする。

(エ) 原稿の1ページ目に以下の情報を記入することとする：論文タイトル、投稿区分、著者名、所属、連絡先となる電子メールアドレス。

(オ) 論文の場合には、冒頭に抄録（邦語 450 字以内・英語 200words 以内）およびキーワード（邦

語・英語ともに3~5語)を添えること。

(カ) 注は各ページ下部に記載すること(論文末尾にまとめる形ではなく)。

(キ) 参考文献リストを論文末尾にまとめて記載すること。参考文献の記載形式は特に定めないが、以下の情報が全て含まれているものとする。

① 著作：著者名、発行年、書名、出版社

② 論文：著者名、発行年、論文タイトル、媒体、掲載頁数

③ 新聞記事：新聞名、掲載年、記事タイトル、日付(朝刊・夕刊の別)

④ ウェブサイト記事：サイト名、掲載年、ページアドレス、閲覧日

※ その他参照に関して疑問がある場合には投稿に際して編集部にお問い合わせのこと

(ク) 図・表ともに本文に埋め込むこと(字数にはカウントしない)。カラーでも可。

(ケ) 研究資金について所属機関以外の組織・個人から支援を受けている場合には、その旨を論文末尾に必ず記載すること。

3. 【査読】上記の条件を満たした投稿原稿に対して、編集委員会あるいは編集委員会が依頼した査読者による査読を行い、採用、条件付き採用、不採用のいずれかの結果を著者に通知する。
4. 【投稿方法】投稿は電子メールにて受け付ける。上記の条件を満たした投稿原稿の電子データを、添付ファイルの形で編集委員会まで送ること(cbelreport-admin@umin.ac.jp)。投稿は随時受け付ける。
5. 【費用】審査料・掲載料は無料とする。
6. 【著作権】掲載論文の著作権は執筆者個人に帰属し、その編集著作権は東京大学大学院医学系研究科・医療倫理学分野に帰属する。その上で当分野は、当分野の指定する者が運営する電子図書館又はデータベースに対し、以下のことを依頼できる。(1) 当分野の指定する者が運営する電子図書館又はデータベースが、本誌掲載論文等を掲載すること。(2) 当分野の指定する者が運営する電子図書館又はデータベースが、本誌掲載論文等を利用者に提供すること、とりわけ、利用者が当該著作物を参照し、印刷できるようにすること。

2018年8月30日 編集委員会決定

2020年3月30日 編集委員会改定

2021年11月1日 編集委員会改定

インデックス：Google Scholar, 医中誌、J-STAGE、Medical\*Online、CiNii (申請中を含む)

## 《編集委員会 -Editorial Board-》

### 創刊編集 Founding Editor

赤林朗、東京大学

### 編集主幹 Editors in Chief

中澤栄輔、東京大学

### 編集顧問 Consulting Editors

Thomas H. Murray,

The Hastings Center (United States)

Justin Oakley,

Monash Bioethics Centre (Australia)

Julian Savulescu,

National University of Singapore (Singapore)

加藤尚武、京都大学（名誉）

島藺進、東京大学（名誉）

高久文麿、東京大学（名誉）（故人）

永井良三、東京大学（名誉）

樋口範雄、東京大学（名誉）

### 編集委員 Board Members

Michael Dunn,

University of Oxford (United Kingdom)

Ruiping Fan,

City University of Hong Kong (Hong Kong)

Nancy S. Jecker,

University of Washington (United States)

Ilhak Lee,

Yonsei University (Republic of Korea)

Robert Sparrow,

Monash university (Australia)

Jochen Vollmann,

Ruhr-University Bochum (Germany)

有馬斉、横浜市立大学

稲葉一人、中京大学

宇田川誠、東京大学（編集主任）

荻野美恵子、国際医療福祉大学

高橋しづこ、東京大学

瀧本禎之、東京大学

竹下啓、東海大学

玉手慎太郎、学習院大学

土屋敦、関西大学

筒井晴香、東京大学

堂園俊彦、静岡大学

長尾式子、北里大学

奈良雅俊、慶應義塾大学

林芳紀、立命館大学

林令奈、東京大学

前田正一、慶應義塾大学

三浦靖彦、岩手保健医療大学

山本圭一郎、国立国際医療研究センター

**Journal information****Aims and Scope**

CBEL Report is an academic journal launched for the further development of bioethics and medical ethics in Japan. The open-access journal offers a public outlet for presenting new research results, creating an international network for academic exchange within the field of bioethics and medical ethics. The mission of CBEL Report is to lead an active intellectual discussion for specialized research to provide useful knowledge to researchers and students in all disciplines, health professionals, members of ethics committees and policymakers etc.

**Instructions for Authors**

To fulfill the above objectives, CBEL Report calls all authors to share their research results by submitting their manuscripts.

[Types of manuscripts] All manuscripts must be supplied in the following style.

- (a) Submitted manuscripts are categorized according to the word count as follows.
  - (1) Letters: Up to 500 words in English or up to 1,000 characters in Japanese
  - (2) Reviews: Up to 10,000 words in English or up to 20,000 characters in Japanese
  - (3) Articles: Up to 10,000 words in English or up to 20,000 characters in Japanese  
\*the word count without abstract, notes and reference lists
- (b) “Articles” are categorized into the following two types.
  - (1) Regular articles: Newly published works. We do not accept articles that have been submitted simultaneously to other journals. However, this does not apply to works that have been previously presented at an academic conference and turned into papers.
  - (2) Translated articles: Articles translated into English or Japanese that have been published in other publications. (There are no restrictions for the original language.) Articles must accompany paperwork granting the copyright.

[Formatting] Submitted manuscripts must adhere to the following format.

- (a) Must be in either English or Japanese.
- (b) The word count must not exceed the limit stipulated in Section 1 (a) according to the type of manuscript.
- (c) The manuscript must be presented in an electronic file prepared using Microsoft Word.
- (d) The title, manuscript type, name(s) of author(s), name of institution/department and contact information such as e-mail address must be entered in the first page.
- (e) Articles must include the abstract (up to 200 words in English or 450 characters in Japanese) and keywords (3 to 5 words for either English or Japanese) in the beginning.

- 
- (f) Notes should be provided at the bottom of the page as footnotes (instead of placing them at the end of the article).
  - (g) Reference list should be included at the end of the article. There are no requirements on reference styles but all the following information must be included.
    - (1) Books: Name(s) of author(s), year of publication, title, name of publisher
    - (2) Journal articles: Name(s) of author(s), year published, article title, medium, page(s)
    - (3) Newspaper articles: Name of newspaper, year published, article title, date (morning or evening paper)
    - (4) Website articles: Website name, year published, site address, date visited
- \* If you have any other questions regarding the reference list, please contact the editorial board.
- (h) Figures and tables should be inserted to the text. They don't have to be counted in word count. Colored materials are available.
  - (i) Acknowledgement of financial support from organizations or individuals other than the affiliated institution, if any, should be included at the end of the article.
3. [Peer review] On the condition that the above requirements are met, manuscripts will be accepted for review by members of the editorial board or any other professionals assigned by the editorial board. The authors will be notified whether their manuscripts are accepted, accepted with conditions or not accepted for publication.
  4. [Submission method] Manuscripts must be submitted via email. Make sure the manuscripts are in compliance with the above requirements. Send the electronic data to the editorial committee as an attachment (cbelreport-admin@umin.ac.jp). Submissions are accepted throughout the year.
  5. [Fee] There are no fees for the review or publication.
  6. [Copyright] Individual authors own the copyright for the published papers, and the Department of Biomedical Ethics, The University of Tokyo Graduate School of Medicine owns the compilation copyright. Furthermore, the Department can request the designated operators of the electronic library or database to 1) post the articles, etc. published in this journal in the electronic library or database and 2) allow users to access the articles, etc. published in this journal, and in particular, to refer to and print the works.

Editorial Committee  
(Revised November 1, 2021)

## **Editorial Board**

### **Founding Editor**

Akira Akabayashi,  
The University of Tokyo (Japan)

### **Editors in Chief**

Eisuke Nakazawa,  
The University of Tokyo (Japan)

### **Consulting Editors**

Norio Higuchi,  
The University of Tokyo (Japan)

Hisatake Kato,  
Kyoto University (Japan)

Thomas H. Murray,  
The Hastings Center (United States)

Ryozo Nagai,  
The University of Tokyo (Japan)

Justin Oakley,  
Monash Bioethics Centre (Australia)

Julian Savulescu,  
National University of Singapore (Singapore)

Susumu Shimazono,  
The University of Tokyo (Japan)

Fumimaro Takaku (past) ,  
The University of Tokyo (Japan)

**Board Members**

---

Hitoshi Arima, Yokohama City University (Japan)	Mieko Ogino, International University of Health and Welfare (Japan)
Toshihiko Dozono, Shizuoka University (Japan)	Reina Ozeki-Hayashi, The University of Tokyo (Japan)
Michael Dunn, University of Oxford (United Kingdom)	Robert Sparrow, Monash university (Australia)
Ruiping Fan, City University of Hong Kong (Hong Kong)	Shizuko Takahashi, The University of Tokyo (Japan)
Yoshinori Hayashi, Ritsumeikan University (Japan)	Kei Takeshita, Tokai University (Japan)
Kazuto Inaba, Chukyo University (Japan)	Yoshiyuki Takimoto, The University of Tokyo (Japan)
Nancy S. Jecker, University of Washington (United States)	Shintaro Tamate, Gakushuin University (Japan)
Ilhak Lee, Yonsei University (Republic of Korea)	Atsushi Tsuchiya, Kansai University (Japan)
Shoichi Maeda, Keio University (Japan)	Haruka Tsutsui, The University of Tokyo (Japan)
Yasuhiko Miura, Iwate University of Health and Medical Sciences (Japan)	Makoto Udagawa (Associate Editor), The University of Tokyo (Japan)
Noriko Nagao, Kitasato University (Japan)	Jochen Vollmann, Ruhr-University Bochum (Germany)
Masatoshi Nara, Keio University (Japan)	Keiichiro Yamamoto, National Center for Global Health and Medicine (Japan)



CBEL

The University of Tokyo Center for Biomedical Ethics and Law

# CBEL Report Volume 6, Issue 1

発行日 2023年10月20日

発行者 東京大学生命倫理連携研究機構  
<https://bicro.u-tokyo.ac.jp/>  
<http://cbel.jp/>



Founding Editor : Akira Akabayashi  
Editors in Chief : Eisuke Nakazawa