心理科学部臨床心理学科
総合型選抜

総合型選抜　課題レポート

2021年度　北海道医療大学心理科学部臨床心理学科総合型選抜

課題レポート問題

以下の文章を読み，【設問】に答えなさい。

命の重みや，命と交換してもよいものの価値は，各人各様で一意的にだれかが統一して決定できるようなものではありません。

人の命は平等とよく言われます。でも，それは僕らの実感には合致していません。僕は，（それが正しいかどうかは別にして）人の命は平等には扱えないんじゃないかと思っています。

例えば僕は，患者の死を，自分の友人や家族の死と等価には考えることができません。

僕ら医療者は，患者の死と厳しい倫理的な感覚をもって向き合います。その死は――とくに長年見ていた患者の死は――つらいものです。

かといって，患者は家族ではありません。だから，その死は，家族の死ほどの大きな感覚をもって向き合うことがありません。患者の死に号泣することも（研修医時代はときにありましたが），通夜・葬儀に参列することも，命日に墓参りすることもほとんどありません。患者の死のたびに食事がのどを通らなくなったり，眠れない日々が続いたりするようではこの仕事はやってられません。

僕ら医療者は，患者の命と死を厳粛に考える一方で，自らの感情にある種のブレーキをかけているのです。自分の家族であれば，決してかけないであろうプロフェッショナルなブレーキを。

命は，時間と距離に比例してその感覚が変動していくというのが僕の考えている仮説です。こう考えると，多くの現象はそれなりに上手く説明できるからです。例えば，患者の死と僕の家族の死を必ずしも等価に認識しないという現象の。一人の死は，「ワン・デス（one death）」と定量的にカウントできないのだと僕は考えているのです。

僕は東北の震災で何万人もの人が死んでしまったことに大きなショックを受けました。しかし，２００４年にインドネシアのスマトラ島沖地震で20万人以上の人が亡くなったときも，２００８年に四川の地震で９万人以上と推測される人が亡くなったときもこれほどのショックは受けませんでした。正直申し上げると「他人事」として捉えていました。２０１１年２月のニュージーランドの地震でも，部下がたまたまそこにいたので心配したのですが，そこで亡くなった何百人もの人たちのことは僕の意識の中ではわずかなものしかありませんでした。

（中略）

今でも途上国では多くの人が病気や飢餓や災害に苦しみ，命を落としているかもしれません。それは「かわいそう」なことではありますが，それは僕たち医療者が倫理的かつ職業的な義務を発露させ，すぐに治療に当たるようなインセンティブを与えません。僕たちの診療の対象は近接している人たち。時間的に空間的に近くにある人が対象なのです。

なるほど，多くの医療者は途上国に出向いて医療を提供しています。しかし，彼らはアフリカの，アジアの途上国に出向こうという意志を抱いたことで彼らに情的に「近い存在」になっています。実際に現地に赴くことで時間的にも空間的にも近い存在になります。このように，情的に，時間的に，空間的に距離が縮まっているから，かの地の患者に意識が高まるのです。距離を縮めた患者だけが，僕ら医療者の関心の対象なのです。アフリカやアジアを飛び回る「国際医療の医師たち」例えば「国境なき医師団」（ＭＳＦ）の医者たちであっても，このような情的，時間的，空間的な距離感と無関係であるわけではないのです。その証拠に，彼らにもし，「北海道の無医村で診療所の医者をやってほしいんだけど」とオファーしても，よい顔をしてくれないでしょう。「俺達には見なければならないアフリカの患者がいるんだ」とすげなく断られる可能性が高い。彼らにとって先進国の無医村にいる患者の存在は，あらゆる意味で「遠いところ」にあるのです。彼らの意識の中では，アフリカのような途上国は情的な距離においては「近い」ところにあるのですから。

多くの日本の医療者は（僕も含めて），スマトラや四川，ニュージーランドの地震には大きく心を動かされませんでした。医者魂も鼓舞されませんでした。そこでの患者は「僕が診ない患者」であり，

そこでの医療は「僕以外の誰か」がやる医療なのです。それは，もちろん「四川の医療は四川の言葉をしゃべる医療者がやるべきだ」というクールでロジスティックス的な視点が入っていることも事実でしょう。しかし，やはり（少なくとも僕の場合は）感情的にも四川の患者に意識を高めることができなかったのも事実です。東北では沸き立てられた近接する感覚を持たなかったのです。その感覚は本当は恥ずべきものなのかもしれませんが。

僕はだから，白状しなければなりません。少なくとも，僕は全ての患者を等しく平等に扱うことができません。僕にとっては，情的に，時間的に，そして空間的に近接する患者のほうが，遠くにいる患者よりもはるかに重要なのです。

これが倫理的に是か非か。それは僕にはよく分かりません。もしかしたら，悪いことなのかもしれません。しかし，このような距離に依存した感情の減衰がないと人間社会は非常につらいものになってしまうのではないでしょうか。その人の人生もとてもつらいものになってしまうでしょう。

距離が離れていくと義侠心や罪悪感が程よく薄れてくれるからこそ，僕ら医療者は，そして僕ら人間は正気を保っていられるのです。何万キロも離れている人の苦痛や，何百年も昔の人の苦悩を全部自分の苦痛や苦悩と受け止めてしまうような高度な感受性を持つことは，たいていの人には不可能です。僕らは，時間的，空間的に遠くにある悲嘆についてはある種の「なあなあ」で流さざるを得ないのです。聖者でも狂者でもない僕には，それは受け止めることのできない重圧なのです。

したがって，全ての患者を平等に扱うという医師の倫理規定は実現不可能なスローガン，お題目に過ぎないと僕は考えます。このスローガンをよりリアルに，より現場にフィットするかたちにするのならば，こう言い換えるべきでしょう。

「医療者は，時間的，空間的，そして情的な距離の制約で近接する病人にしか意識を振り向けることができない。そのような現実的な制約の中で，なんとかやりくりしてそれなりに平等に患者を扱うよう努めなければならない」と。

（中略）

僕は，人間の生命価値は空間的，時間的，そして情的な距離が離れていくと目減りしていくと考えました。それを基軸に医療倫理や生命倫理を考えると，問題が考えやすくなる部分があるからです。が，この考え方には一つの大きなピットフォールがあります。それは，「差別の正当化」を招く恐れがあることです。

「自分たちから離れているから」という理由からその生命の価値を意図的に（あるいは無意識的に）大きく下げてしまえば，人種差別，民族差別，性差別などを容易に行う言質を与えてしまいかねません。だから，空間的，時間的，そして情的な「距離」による生命価値の上下というコンセプトは医療倫理，生命倫理を検討する一つのツールとしては有用だとは思いますが，悪用もされうる諸刃の剣だと僕は考えます。ですからその運用においては，大上段に大なたを振るうように用いるのではなく，「ためらいながら」おずおずと用いなければなりません。

（出典：次の著作を一部改変して引用．岩田健太郎『ためらいのリアル医療倫理 ―命の価値は等しいか？』，2011 年，技術評論社）

【設問】

（1）日常的な援助行動やボランティア活動の場合で考えてみると，筆者の言う「医療者は，時間的，空間的，そして情的な距離の制約で近接する病人にしか意識を振り向けることができない」という現象に該当する場面としてはどのようなものがあるでしょうか（文中の「医療者」を「援助者」，「患者」を「援助を必要とする人」に，それぞれ読み替えてください）。具体的な例を挙げて説明しなさい。

（2）あなたが（1）で記載したような場面において，「時間的，空間的，そして情的な距離の制約で近接する病人にしか意識を振り向けることができない」ことにはどのような良い面と悪い面があるでしょうか。筆者の考えを引用して，良い面と悪い面について，それぞれ記述しなさい。

（3）その悪い面を克服するにはどうしたらいいでしょうか。筆者が述べていることを解説したうえで，自分の考えを述べなさい。

（冒頭に(1)のように設問の数字を記したうえで回答し，文字数は全問合わせて 1,200 字以内に収めること）