

## 研究倫理の討議的達成の相互行為分析

### —福島原発事故・甲状腺検査評価部会のケーススタディー—

#### For Interaction Analysis of the Discussional Achievement of the Ethics of Clinical Research: A case study of the evaluation meetings of thyroidal screening tests in the Fukushima Public Health Care Investigation guarding against the Fukushima Nuclear Plant Accident

神戸市看護大学・樫田美雄 (kashida.yoshio@nifty.ne.jp)

**キーワード:** 早期発見・早期治療, 過剰検査・過剰治療, 臨床の知と疫学の知, 統計を經由した認識, 研究倫理の討議的達成

**Key words:** early detection & early treatment, excessive inspection & overtreatment, clinical intellect & epidemiologic intellect, the recognition by way of statistics, the discussional achievement of the ethics of clinical research

#### 1. 研究倫理の討議的達成の意義の確認と討議に関する相互行為分析の可能性

##### (1) 研究倫理の討議的達成

研究倫理には、「討議的達成」という側面がある。なぜなら、どのような配慮が倫理的配慮として適切なのかどうかを、あらかじめ研究者個人が十全には知ることができない場合があり、かつ、そのような場合に討議が有効な場合があるからだ。

たとえば、私が加入している『日本家族社会学会』には「倫理綱領」<sup>\*1</sup>があり、(研究の対象者が)「被りうる不利益への十二分な配慮」を要求している。

けれども、どのようにすれば「被りうる不利益への十二分な配慮」をしたことになるのだろうか。表現を変えれば、十二分なリスク<sup>\*2</sup>対策をしたことになるのだろうか。

考えてみれば、研究の対象者が被りうる「不利益(リスク)」には多様な可能性がある。例えば、死亡、傷害、出費、名誉や利便性の喪失等々。それらのなかには、対処可能性が高いものもあるだろうし、低いものもあるだろう。一つの対策でどうじにリスクを減らすことができるものもあるだろうし、不利益(リスク)項目同士が、トレードオフ関係となっているものもあるだろう。金銭換算できるものも、できないものもあるだろう。そのために、諸不利益間での取捨選択や、重み付けをした上での計量をどのようなモデルのもとで実施するのか、というメタ

的な判断が必要になってくる。

ここに、討議が価値を持ってくる基盤がある、といえるだろう。

## (2) 討議に関する相互行為分析の可能性

とはいえ、議事が一般公開されている研究倫理審査委員会は現在知られていない<sup>\*3</sup>。一方、どのような討議が、研究倫理審査委員会においてなされているのか、ということを知ることは、大変に重要なことである。とりわけ、葛藤的なケース（複数のリスク項目が、対立して存在しているような場合）において、人々は、未だ十分に言語化されていない要求（不利益解消要求）を、懸命に言語化しようとしていると思われるが、その様相を探ることができれば、社会に新しいバランスや選択肢を示すことが可能となるかもしれない。また、そのような研究こそは、討議に関する相互行為分析として、つまりは、研究倫理に関する質的心理学として、本学会が目指す研究の一類型となる、ともいえよう。

次節以降では、福島第一原発の事故を受けて設置された「福島県民健康管理調査」における“諸関係者の「葛藤」”を、倫理委における討議のシミュレーションとして、“研究倫理上の「葛藤」”の側面を持つものと見なして、分析を行っていく<sup>\*4</sup>。

まずは、新聞資料をもとに、議論の構図を「3つのリスクの3すくみ構造」として明確化する。その後、実際の「検査評価部会」での議論を解析しながら、(1)「死亡リスクの低下」という配慮要請項目に拮抗する配慮要請項目として、「不正義の是正」という配慮要請項目と、「リスクの対処可能性の確認」という配慮要請項目が存在しているらしいこと、(2) これらの配慮要請項目のそれぞれに配慮の必要性があって、そのバランスの中で、(おそらくは) 福島県民健康管理調査の実際が決まっていっているということ、この2点を主張する。

最後に、これらの分析の結果見えてくることとして、研究倫理の討議において、現代社会の諸特徴（たとえば、統計を経由した認識の意味の増大、医学研究と実践の構造的変化、リスク社会化、包摂と排除が同時に進行する社会になってきていること等々）が関係している状況を確認する。

## 2. 福島原発事故・県民健康管理調査の現在

### (1) 葛藤としての研究倫理の現場 1・・・新聞記事から

#### (1-1) 福島県民健康管理調査の概要

「このような研究倫理上の疑義がある実践がなぜなされているのだろうか<sup>\*5</sup>」  
 これが、私が下の記事を読んだ際の、私の最初の感想だった。

『朝日新聞』の2014年3月8日付け朝刊には、特集記事が載っており、それは、「子の甲状腺 募る不安」という大見出しが付けられた1頁大の紙面であった（朝日新聞,2014）。この記事は、東日本大震災3周年の特集記事であり、福島県が3.11の原発事故を受けて、2011年から行っている子どもへの甲状腺検査（事故当時18歳以下の子ども37万人のほか胎児1万5千人が対象）の現況と将来展望をまとめた記事であった。

議論のポイントは、現在のやり方でよいのか、ということだった。すなわち、福島県内だけを対象にした調査でよいのか。被災当時18歳までの子どもの甲状腺の状況を超音波検査で確かめて、嚢胞の有無・大きさ及び、結節の有無・大きさを4類型に分け、そのうち下位の2類型（がん化リスクが高い2つの類型）を2次検査に回して、異常があれば、手術を勧め、上位の2類型については、次回の検診（2～5年後に実施予定）まで特別の対応をしない、というやり方でよいのか（図1参照）。もし問題があって修正するのなら、どのような方向で修正するのがよいのか、ということも問題になっていた。しかし、なぜ、そのままのやり方ではいけないのだろうか？

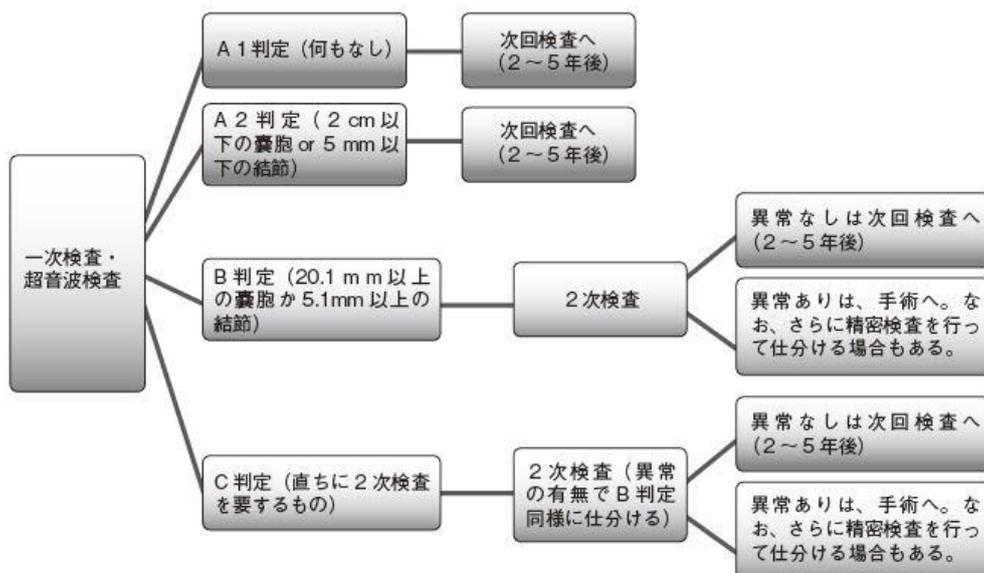


図1 福島県の子どもの甲状腺検査の概要

(1-2) 健康管理調査の何がどのように問題なのか：3つの葛藤するリスク

健康管理調査の進め方が特集記事になるのは、それが、2011年の事業開始以来、連続して**トラブル**（批判）に見舞われていたからである。トラブルの中には、検査結果の転記ミスのような事務的なトラブルもあったが、重要なのは、調査の企画設計に関して疑義が出ていることであった。調査の企画設計に関するひとつ目の疑義は、以下の疑義である。

すなわち、下位の3類型（嚢胞か結節があるもの）に入るものが、これまでの検査結果の出現比率を大幅に上回って出てきたこと、および、2次検査を経てがんとされたものの数も、検査開始時の県当局者の説明を大幅に上回った

**α リスク**

（「検査と治療の遅れのリスク（手遅れリスク）」）

（★対応する住民ニーズは、早期治療でがんから逃れること：  
死亡リスクの低下）

↑  
↓

↑  
↓

**β リスク**

（「検査が被曝の影響調査としての意味を持たないかもしれないリスク（「無意味調査リスク）」）\*6

（★対応する住民ニーズは、東電による賠償、不正義の是正）

←→

**γ リスク**

（早すぎる検査と治療のリスク（過剰検査リスク））

（★対応する住民ニーズは健康被害につながる過剰治療から逃れること、傷害リスクの低下）

図2 福島県民健康管理調査における3つのリスクの3すくみ関係図

ことが、まず大きく報道され、「被曝の影響は数年後にしか出てこないはずだ」という委員会の前提的認識が疑われたのである。この疑義からは、数年先のがんの増加を前提とした現行の「早期発見・早期治療システム」ではなく、より短い時間的スパンでのがんの増加を前提とした「新・早期発見・早期治療システム」の確立が要求された。あるいは、そのようなシステムの構築が難しい場合には、

通常の医療提供体制とシームレスに繋がる形での検査体制を構築することが要求された（たとえば、県民健康管理調査の検査結果データを本人が照会した場合には即時に提供し、本人の医療機関受診をサポートする体制の構築などが、県に対して要求され順次認められていった）。

つまり、被曝の影響の有無を将来的に判別するための基礎資料を得るための「検査」を悠長に実施しているのではなく、予防原則的に、たとえ被曝によるがん発生率の上昇が確実でなくても、そのような原発事故による健康被害の可能性のあることを前提に、検査だけでなく治療にまで繋がるような体制を組織することが要請された。具体的には、「現在の県による検査－健康保険による治療－未来の賠償可能性の検討」という「治療に進むことに及び腰なシステム」を、被曝者の自律的判断による医療機関受診（再検査）を組み込み得るシステムにすること、すなわち「現在の県による検査－そのデータを活用した再検査－健康保険による治療－未来の賠償可能性の検討」という「治療志向的システム」に強化することが要求された。これらによって、多層的に被曝者を救済できるような新体制づくりが必要なのではないか、という意見が強まってきていたのである。

さらに、調査結果に関する情報は、たとえば甲状腺がんと認定された県民の居住地情報などは、情報公開されるべきだ、という主張もなされるようになった<sup>\*7</sup>。この批判の立場は、原発事故の重大さを隠蔽したい国や東京電力に県も荷担して情報操作しているのではないか、という解釈文脈にもフィットする形で、マスコミ等に採用され、社会的な認識として広まった。このような経緯もあり、県民健康管理調査は、情報管理から情報公開の方向に変化した。

ここまでの内容をまとめると、トラブルとしては、予想以上に甲状腺がん及び甲状腺の異常かもしれない状態が発見された。そして、当初に県が作った、治療に志向している程度が低い「検査－治療システム」の有意味さが疑われ、結局「手遅れリスク」（ $\alpha$ リスク）に対処できていないものとされ、代わりに「検査-再検査-治療システム」の整備が求められ、一部実現されていった、ということが、いえそうである。

しかし、県民健康管理調査に関しては、上の図2のように、さらに2番目と3番目の批判（トラブル）が語られるようになり、問題の構図は、より複雑で、解決困難なものであることが、露わになっていったのである。

それでは、ついで、2番目のトラブルを確認しよう。このような調査をするこ

とが、『「県民健康管理調査」検討委員会設置要綱』（福島県,2011:1）に掲げる目標である、「県民の健康状態を把握すること」を達成することに、本当になるのか、という問題（ $\beta$ リスク：「検査が被曝の影響調査としての意味をもたないかもしれないリスク（無意味調査リスク）」<sup>\*8</sup>）が、主張された。すなわち、事故直後の内部被曝量の調査が出来ておらず、かつ、明確な比較対照群（非被曝サンプル）が設定されていない今回の調査設計では、多数の診察をしても、被曝との因果関係については、仮説の検証が出来ないのではないかと、という問題が指摘された<sup>\*9</sup>。つまり、たとえ、この検査で高確率で「甲状腺がん患者」が発見されたとしても、それは、高感度のエコー装置で精密に検査したという手法の新規性に由来する現象かも知れず、被曝との関連性を結論できないのではないかと、という反論が出てきたのである。そして、もし、被曝の影響としての立論ができないのなら、東京電力や国に対して、健康被害の補償を損害賠償として要求できないことになる。したがってこの問題は、かなり重要な問題であった。

ところで、この「検査が被曝の影響調査としての意味をもたないかもしれないリスク＝比較対照群不在という調査設計問題」だけならば、解決の構図を描くことは可能なように思われた。すなわち、この2番目の問題に関しては、さらなる国費の投入を要請して、遠方の他県在住の子ども達を対象とした「比較対照群」を設定のうえ、それを対象とした調査をすればよい、という解決案の提示が可能なのだ。

しかし、その解決案の実施は、財政的に困難だけでなく、倫理的に困難であることがもう一つの、3番目の対立意見の立場（ $\gamma$ リスクを主張する立場）から主張され、すべてのトラブルを同時に解消するような形での、諸問題の解決は困難であることが明らかになった。

では、3番目のトラブル（批判）はどのような問題なのだろうか。福島県健康管理調査における子どもの甲状腺調査に対する3番目の問題は、「過剰検査リスク無視問題」と命名可能な問題である。

すなわち、マスキング検査の結果、福島の子どもたちの甲状腺に高い比率で嚢胞が発見されていることを、「早期発見・早期治療の必要性の根拠」と考えるのではなく、「発見の必要のない徴候が発見されてしまっている状況」として扱うのが適切だ、という議論が出てきたのである。すなわち、疾病に関して、新規のスクリーニング調査をした際には、一般的に「過剰検査・過剰診療」となる恐れがあるが、甲状腺がんに関しては、世界的に、その恐れが現実化してきてい

る,という主張があり,その立場から,検査態勢の組み替え要求あるいは中止要求が出てきたのである(our planet TV,2013:開始後 54 分ほか)(福島県,2013:25,29 他)。

このポイントに関して,別の事例を参考に挙げておこう。検診が健康に結びつかない,という過剰検査のイメージをつかむことは,なかなか大変なことだからだ。

たとえば,日本では,「神経芽細胞腫」という小児がんの早期発見・早期治療を目指したマススクリーニング事業が,1985 年から国家事業として行われていた。しかし,その延命効果が確認できず,健康被害の発生も無視出来なくなって,2004 年には,国の事業としては中止された,という歴史的事実がある<sup>\*10</sup>。すなわち,「神経芽細胞腫マススクリーニング」においては,放置しておいても健康に被害を及ぼさない,自然退縮するような「がん」まで発見して,無駄に手術してしまい,健康被害を生むというようなことが起きたと強く疑われる事態になったのである。そして,この神経芽細胞腫と同じようなことが,すでに,甲状腺がんに関して韓国で起き始めている,ということが,甲状腺検査評価部会で報告された(福島県,2013:23)。すなわち,韓国では,近年は国民の 4 分の 1 が甲状腺の超音波検査を受け,その 2%ほどが,がんという診断を受け,手術が大量に実施されている。しかし,国家レベルで統計を取ってみると,甲状腺がんによる死亡率は低下をしていない,という乖離状況が報告されていたのである。つまり,過剰診断<sup>\*11</sup>,過剰治療が強く疑われる状況が韓国で生じていた,ということである。

このように甲状腺がんにおけるマススクリーニングが過剰検査・過剰治療に結びつく可能性(リスク)があることを踏まえると,福島県以外の県の子どもに「比較対照群」を設定するという振る舞いの意味はどういうことになるのだろうか。過剰診療の問題は,費用がかかるということだけではない。健康被害が発生する,ということの方が,より大きな問題となる。たしかに,マススクリーニング検査のプロセスの中だけで考えれば,それが直接もたらす健康被害は限定的なものである。たかだか採血や細胞診による身体侵襲および心理的不安の増大だけだということになるだろう。しかし,検診結果における異常の発見は,とうぜん手術を招き寄せる。そして,甲状腺腫瘍の除去手術は,かなりのリスクを伴うものであることが知られている。すなわち,甲状腺を部分切除するだけでも発声に関わる神経を傷つける恐れがあるし,甲状腺を全摘すれば,生涯,甲状腺ホルモンの補充(服用)が必要となるのである。そのような健康被害が,代わりに得ら

れる「延命」というようなベネフィットもなしに発生することが予想される「検査」を、なぜ国家事業（あるいは、他県の協力事業）として実施しなければならないのか。公的な事業として構想することはほぼ無理であるように思われた。ここまでの議論をまとめよう。

すなわち、2014年3月8日の時点で、健康管理調査の実施当局である福島県が心配しなければならないリスクは、「検査と治療の遅れのリスク（手遅れリスク）」（ $\alpha$ ）だけでなく「検査が被曝の影響調査としての意味を持たないかもしれないリスク（無意味調査リスク）」（ $\beta$ ）や「早すぎる検査と治療のリスク（過剰検査リスク）」（ $\gamma$ ）、という、合計3種だった。そしてこの3つのリスクは、調和的に解決することが困難なリスクであった。 $\alpha$ のリスクは $\gamma$ のリスクと本質的に対立している（ $\alpha$ リスク対策を重視して、検査から治療への展開をスムーズにしようとするれば、 $\gamma$ リスクは増大する）。 $\beta$ のリスクと $\gamma$ のリスクは、今回のケースでは、同時解決しない（ $\gamma$ リスクを無視して比較対照群の設定をしなければ、 $\beta$ リスクは解消されない<sup>\*12</sup>）。そして、じつは、ここまでは述べてこなかったが、 $\alpha$ のリスクと $\beta$ のリスクも実践的には対立している。というのは、福島県内において、民間の医療機関における私的な再受診・再検査が「早期発見・早期治療」（ $\alpha$ リスク対策）への煽りの中で、大量に行われてしまえば、たとえ他県で十分な量の被験者が確保されても、その「比較対照群」との比較が統計的な意味を喪失することが予想されるからである。すなわち、 $\alpha$ リスクと $\beta$ リスクと $\gamma$ リスクは、すべての対関係において非調和的関係にあるといえよう。このように、葛藤する3つのリスクという難問に、福島県の県民健康管理調査は直面していたのである。そのことが、新聞記事の分析から見て取れたのである。

（1-3）記者は、どのように、この3つの葛藤するリスクを扱ったのか？

本項では、朝日新聞の特集記事の記者は、どのように、この3つの対立するリスクを扱ったのか、ということを検討しよう。

まず、議論展開の構図をモデル的に予想してみよう。上記のように3つのリスクがあるととっても、過剰治療という $\gamma$ リスクについては、社会的認知の程度が低いと思われたので、これを無視した2要素対立構図（図2内の左と上の対立）が採用されているのではないかと、思われた。つまり $\gamma$ を考慮しなければ、あとは、 $\alpha$ 対 $\beta$ になり、しかも、この2つのリスクは、それぞれの単独での存在は理解されていたとしても、その対立的側面に関しては、当時、あまり顕在化していなか

ったので、以下の2つの対策を組み合わせる方針がとられると予想された。すなわち、チェルノブイリ原発事故では、4年後からしか子どもの甲状腺がんの増大は起きなかったという言説があるが、それを強調することで、福島県においても、「検査」モードから「治療」モードへの移行を遅らせことが可能となる（つまり、 $\alpha$ リスクを重視しすぎてしまうことによって、 $\beta$ リスクへの対応選択肢が減少してしまうことを阻止することができる）、かつ、 $\beta$ リスクに関しては、福島県内での地域別の被曝量の多寡をもとに、被爆と発がんとの因果関係を明らかにできる可能性があるという主張をすることで、対応する手がありそうだった。それでは、現実には、この2要素対立構図は採用されていたのだろうか。

じっさいには、この2要素対立構図の採用ではなく、3リスクともが紙面上で言及されていた。例をあげれば、まず、 $\alpha$ リスク（手遅れリスク）に関しては、「子どもたちの被曝のことを考えると、不安が尽きない」という女性住民の談話が載せられ、さらに彼女の子どもが、県民健康管理調査では「A1」判定だったものの、自主的な追加検診では「A2」判定になったことを報道していた。

ついで、 $\beta$ リスク（無意味調査リスク）に関しては、渋谷健司東大教授の発言がひかれ「がんが増えても被曝の影響だと結論づけられないのでは」と書かれていた。

その上で、 $\gamma$ リスク（過剰検査リスク）に関しては、鈴木真一福島県立医科大学教授のコメントとして「甲状腺がんは『早期発見・早期治療』が患者のメリットになるとは限らない」と明示されていた。この3つのリスクを並置したまま、どのように県民健康管理調査の未来を論じることが可能となるのだろうか。かなり難しいだろうことが予想された。

結果は、思いも掛けないものだった。すなわち、記事の最終的主張は、この $\gamma$ リスクを実質的に無視して、「比較のため県外検査検討を」という「見だし」になっていたのである<sup>\*13</sup>。すなわち、「検査と治療の遅れのリスク」（ $\alpha$ リスク）を、記事冒頭で強調したうえで、中央部で、 $\gamma$ リスク（過剰検査リスク）に言及するものの、結論部では、以下のように $\beta$ リスク（「検査が被曝調査としての意味を持たないかもしれないリスク」）への対処の必要性を強調していたのである。

「福島の子どもたちが将来にわたって、被曝の影響があるのかわからないままにしてしまうのは適切でない。県や環境省は、県外での検査も検討すべきだ。」（朝日新聞,2014）。

なぜ、こんな議論の展開が可能となったのだろうか。いったい、どのような社会

的・相互行為的実践がこの主張（ $\gamma$ リスクに言及しながら, $\gamma$ リスクを無視する主張）を支えているのだろうか。

これはいったいどういう「対話と葛藤」の結果なのだろうか。3つの相矛盾するリスクのうち一つ（ $\gamma$ リスク）が、数値化されて計量されたうえで、数値的な小ささに基づいて配慮外に置かれるのならまだしも、そんな手続きもなく、 $\gamma$ リスクは放置されてしまっているのだが、そのようなことはどうして可能なのだろうか。じつは、この新聞論調の方向（3リスクの認識はあるものの、あたかも2リスク対立構図の調整こそが課題であるかのような処理方向）に行政もその後動いていく<sup>\*14</sup>。とするならば、この特別な「リスクコミュニケーション<sup>\*15</sup>」プロセスを追跡することには価値があるといえよう。しかし、諸リスクの統合的処理状況を探求するには、素材を新聞記事のみにしておくことは不適である。実際のシークエンシャルな情報を大量に含み込んだデータが、すなわち、討議において、何がどのように強調され、何がどのように、無視されたかがわかるデータが必要であった。

そう思ってこの記事周辺の資料を探索していたところ、似た結論にむかって議論がなされている別の資料に出会うことができた。それは、「県民健康管理調査」検討委員会の内部に設置された、「甲状腺検査評価部会」での議論の動画（OurPlanetTV(2013)）である。次節では、各報道機関によって、多数の動画がインターネット上に公開されている、この甲状腺検査評価部会のビデオデータを利用し、どのような会話の連鎖が、諸リスクの錯綜と葛藤を「乗り越える」「対話」を構成しているのかを明らかにする。現場に出向けている訳ではないので、エスノメソドロジー・会話分析的研究（社会学研究の一種）としての精度には自信がないが、相互行為分析の可能性の提示をする程度には有用な分析を行っていきたい。

## （2）葛藤としての研究倫理の現場2・・・甲状腺検査評価部会ビデオから

### （2-1）ビデオの中での討議で注目すべきポイント（その1）

動画を用いた分析に入るまえに、筆者の立場を明示しておきたい。著者は、福島県民健康管理調査のうち、少なくとも甲状腺検査部分は、健康衛生関連施策としては、実施の効果が不明なため、事業ではなく研究として、規模を限定し、精度管理をしっかりと行った上で行われるべきであったと考えている<sup>\*16</sup>。したがって県内在住の年少者に対する悉皆調査を目標として行われている現状は、研究倫

理的に不適な企画になっていると判断している<sup>\*17</sup>。

この前提のもとで、以下のように考えている。すなわち、この検診事業には、国・県・実践主体としての専門家グループ・市民団体等と多層の参加者があり、そのそれぞれの参加者がどのような論理でこの「不適な事業」を追認したり、追認しなかったりしているのか、を解明することができるのならば、一種の「失敗学」としての価値を、本研究はもつことができるだろうと思われたのである<sup>\*18</sup>。

以下、分析に移ろう。上記のような立場で、動画を見てみたとき、以下の2カ所の討議（断片1と断片2）が興味深かった。

我々が題材としている「甲状腺検査評価部会」は、初回が2013年11月27日、2回目が2014年3月2日に開催されている<sup>\*19</sup>。会合は2回とも2時間ほどであり、委員は、総数が9名である。その中に、2名の疫学者が参加していた<sup>\*20</sup>。津金昌一郎（国立がんセンターがん予防・検診研究センター長）と渋谷健司（東京大学大学院 医学系研究科 国際保健政策学教授）である。また、事務方のほか、福島県立医科大学から、鈴木眞一（福島県立医科大学器官制御外科学講座教授。乳腺内分泌甲状腺外科）ほかの調査実施担当者も参加していた。

注目するのは、第2回（3月2日）の部会の動画の後半の質疑応答部である。この場面の対立の基本構図は、「疫学者 対 実施主体（清水一雄日本甲状腺外科学会前理事長ほか臨床医が中心）」といえよう。疫学者は、 $\beta$ リスクと $\gamma$ リスクを主張し、臨床医は、 $\alpha$ リスクを主張していた<sup>\*21</sup>。それぞれが自らの専門性を盾にしていたが、興味深いのは、相手の立論をどのように扱うか、という態度の違いであった。この討議の構図の中に、対立的リスク間の葛藤がどのように処理されていくのかの一つのひな形が読み取れるのではないだろうか。そういう仮説をもってデータを見ていくことにしたい。

まず、疫学者と臨床医たちは、どのような言い合いをしていたのだろうか。

#### 断片1 疫学者の主張はどのように扱われたか

※波線は檜田。波線末尾の丸囲み数字も檜田。（ ）は聞き取りにくい所。

○数字は、著者の挿入記号。[や]が複数行で並んでいるのは同時発話。

01 鈴木教授                   （前略）甲状腺の検診を行うとえーとアウトカムとして生存率を向上させるという意味であれば、やるべきでない①ということは知られていること（中略）今回は子どもの、福島県の子どもの放射線の

影響の、不安を解消するために、長きに渡って見守る②ということ、これは生存率を向上させるとかそういうことではないということが1つと（中略）我々は何でも手術をしている訳ではなくて③、一定の基準を持って、そういう弊害を防ぐために経過を見ている（中略）清水先生もご理解していただいていると思いますが、日本の専門家は同じ基準で合併症のきわめて少ない方法でやっています。やる必要のないものは（やっております）（後略）

- 02 渋谷教授 2つ、先生のご発言で2つお伺いしたいのですが1つ目は要するに過剰診療は予想されていたとそれから死亡率の低下云々に関するのではなくてとにかく子どもたちの超音波検査をしなければいけないという（中略）それは逆ではないですか検診の目的ははっきりしないので、なんでその検診の目的というのは死亡率を下げることですよね④

[それは-]

- 03 鈴木教授 [いやそ]こは大きな（ま）違いだと思います 福島医大の健診は検査の検を使っていません 健康診断の健です

- 04 渋谷教授 言葉あそびはいつでもいいんですけどただ いまのいまのじゃ（それでは）今の今の超音波検査の目的は何ですか もう一回聞きますが

- 05 鈴木教授 （前略）これから会津地方の会津地方のデータはまったく取得していない考慮していない中で（中略）会津地方は極めて線量が低いという中でどれ位の頻度があるかということ（中略）診断率にどのくらいの差があるか⑤（後略）

この第2回甲状腺検査評価部会では、2時間の会議の終わりの30分程度が質疑応答になっていた。その最も激しく討議が交わされた部分を書き抜くと「断片1」のようになる。波線①は、検査の実施当事者の鈴木教授が、自らはリスクを認知していた、と主張する部分である。あらかじめ認知していたのだから、リスクにニュース性はない、つまり行動を変える必要は生じない、という形の立論になっている。波線②は、それならば何のために検査をしているのか、という問いへの答としてデザインされている。つまり、検査と治療が、対象者の生存率の向上に繋がらないものであったとしても、子どもの不安を解消するために

はなっている、つまり、超音波検査の実施は医療者による見守りとして働き、それが子ども（放射線の影響を受けているかもしれないかわいそうな、配慮すべき子ども）に対しては「不安の解消」という配慮になっており、そういう価値をもったものとして検査は実施されている、という主張になっている。この主張は、 $\alpha$ リスクの主張に対する対応という意味も持っているだろう<sup>\*22</sup>。さらに、 $\gamma$ リスクを言い立てることへの控えめな異議申し立てを、波線③で行う。これに対し、疫学者である渋谷教授は、鈴木教授の発話を繰り返しながら（定式化）、その中で「見守ること」と「子どもたちが超音波検査を受けること」を等値させずに、結局、波線④で「検診の目的ははっきりしていない」ことを認めさせようとする。そして、「死亡率を下げるための検診」という枠組でもし、検診を実施しているのなら、その前提が崩れていることを認めさせようとする。これに対する3行目の鈴木教授の弁明は面白い。①および②と同様の主張を「検診」と「健診」を対比させることで、行おうとしているのだろう。つまり、検の字が暗示する、悪いところを見つけ出すというようなことが目的なのではなく、健の字が暗示するように、健康であることの見守りが目的である、という主張をしようとしているらしい<sup>\*23</sup>。しかし、渋谷教授は、4行目で波線④と同じ戦略の質問を繰り返してくる。このたたみかけに対しては、鈴木教授は5行目で、 $\beta$ リスクへの対応という価値を持ちだして応答する。他県に比較対照群を求めなくても、県内の中でも被曝線量が低いと思われる会津地方の子どもとの対比ができるようになれば、県民調査の中で比較対照群を作り出すことができる、という主張をしている。

ここまでの読解をまとめておこう。疫学者側が、 $\beta$ リスクと $\gamma$ リスクに対応するよう迫るのに対し、調査実行者側は、 $\beta$ リスクや $\gamma$ リスクにはそれなりに対応していると答え、さらに、 $\alpha$ リスクの存在をにおわせることで、現行の調査のやり方を擁護している。その際、調査実行者側が、 $\beta$ リスクや $\gamma$ リスクに対して、疫学者側の立論そのものを否定するような反論を試みていないことが興味ぶかい。おそらくは、 $\beta$ リスクも $\gamma$ リスクも疫学者の判断が、臨床医の判断よりも優位性をもって認められる類のリスクであると捉えられているからだろう。

## (2-2) ビデオの中での討議で注目すべきポイント (その2)

検査の実施担当者側が、疫学者側の主張を、主張の中核は認めつつ、やんわりと修正を試みていたことを、上では見てきた。これに対し、疫学者側は、検査の実施担当者側の主張をどのように扱っていたのだろうか。以下の断片を元に考えて

行きたい。

## 断片 2 調査実施者側の主張はどのように扱われたか

- 01 清水部会長 私は司会の立場ですが、司会から離れて私の意見を言わせて  
 いただきたいと思います。チェルノブイリの健診に行って  
 (中略) こういう患者さんを診ました① (中略) 5歳か6歳  
 ぐらいの女の子で大きな傷があって、真ん中に気管切開の穴  
 が空いています。(中略) これは、もっと早く見つけていれ  
ばそういうことは無いんです② (後略)
- 02 津金センター長 まあ臨床の先生がそうおっしゃる気持ちは非常によくわかって③まったく  
 あの正論だとも思うんですが、もう少し冷静に考えると もしその人が診  
 断されなかったら 見つからなかったらどうなっていたかというそういう  
 シナリオをもう1つ描かないと (後略) 早く見つかったらみんな早く小さ  
 いがんの手術でQOLが高まったまま治りますけれどもそうじゃないシナ  
 リオもあるということが やはりランダム化比較試験といって 検診をす  
るグループとそうではないグループをきちっと科学的に設定した上で 今  
 まで数多く、20歳未満の甲状腺がんの知見はありませんが、そうではない検  
診に関しては今まで世界中でそういうセッティングされた結果、明らかに  
過剰診断があるということは、もう、科学的に明らかになっている③ので、そ  
ういう議論は必ずしも通じない④と思います。
- 03 清水部会長 ただ、がんが診断がついた限りは⑤、頻繁な検査でなくても  
 1年、2年に1度は診てあげてどういうふうになっていく  
 かを見るということは悪いことではないかなと思いますけれども。

結論からいえば、調査実施者側の主張は、疫学者側からは、かなり厳しく扱われ  
 ていた。すなわち、リスクに否定的な調査実施者側の主張は、それに一定の根  
 拠はあると評価されるものの、最終的には「臨床の先生の視角」に拘束された(非  
 科学的)意見として扱われ(③)、疫学者側が主張する科学的知識によって反論  
 されてしまうもの(④)として扱われていた。ここには、現代の医療が、「リス  
 ク医療化」していて、かなり疫学者側が依拠しているような立場に近づいている  
 ことの反映が見て取れよう。たとえば、現代では、EBM(証拠に基づいた医療)

の隆盛からもわかるように、目の前の患者や患部だけを診ても、医師には何をすべきかはわからず、何をすべきかの方針に関する知識は、統計に基づいて策定されたガイドライン等から得られるようになってきている。そもそも、医療の実践的活動が、目の前の病気の治療から、予防的なものになってしまっている以上、これは仕方の無いことである。そのような医学・保健学・介護学等の身体サービスにかかわる諸領域で進行しつつある展開と同様の展開が、倫理的討議においても起きていると、上記の断片2で生じている事態から言うことが出来るだろう。

同様に興味深いのは、臨床医側が「希有な経験の優位性」(①)を主張しても、疫学者側に取り合ってもらえていないことだ。同様に、「もっと早く見つけていれば(つまり早期発見・早期治療を行ってれば)」重い後遺症を免れることができるのだ(②)という、臨床家としての経験知からの主張も、「ランダム化比較試験」という科学知によって、価値剥奪されてしまっている。すなわち、そもそもがんがあっても、手術をせずに生活にさほどの困難なく暮らして行ける可能性という、臨床医の選択肢構造の外側の可能性を考えれば、臨床医の経験の中で正しいと考えられたことが相対化されるのは当然だ、という議論になっているのである。

とはいえ、疫学者の③の主張は自らの主張の弱みにも自覚的である。すなわち、「20歳未満の甲状腺がんの知見はありませんが」と津金が断っているように、疫学者の統計結果からの推論は、それが目の前の事例から得られた統計ではない以上、「状況の違いに関して脆弱」である。すなわち、目の前の事例への適用可能性に関しては、万全ではない。じつは、断片1の③の主張(我々の手術の侵襲性は、統計の平均的なものより低いはずだ)は、この点を突いている(臨床医のこの部分の主張は、甲状腺がんスクリーニングテストは、世界の他の国では、過剰検査・過剰診断・過剰治療的なものかもしれないが、外科医の技術が高く、侵襲に抑制的な日本では、違う、という主張になっている)。

### (2-3) 意見の対立はどのように調停されたか(3すくみ構造との関係)

部会メンバーには、疫学者でも臨床医でもないメンバーが存在していた。たとえば、春日文子日本学術会議副会長(食品衛生学、獣医師)は、自らのその中間的ポジションを利用しながら、分裂気味の議論の仲裁に入っていく。

春日曰く、「臨床の先生と疫学の先生の意見の対立がありましたけれども、甲

甲状腺がんそのものの過剰診療のことは津金先生のご説明のとおりだと思います。ただ、私たちは今、福島にいるんですね①。事故があったという現実を踏まえて②（中略）今後、甲状腺への影響がどのくらいであるかが、十分には予測できない下では、やはり対象の県民、特に子ども達に対して検査をしていかなければいけないということは、県民の気持ちのうえからも、また科学的な判断のうえからも妥当だと思います（後略）」

ポイントは、波線部①と②だろう。福島にいること、のハイライティング（注目、強調）が①ではなされている。その上で、原発事故によるハイリスクさ、あるいは、県民の不安感の大きさ、という現実を踏まえるべきだ、という主張がなされている（②）。もちろん、これは、同じ土俵の上で、なされている調停ではない。疫学者は、死亡率の高低という同じ土俵の上で、臨床医との合意を得ようとしていた。その疫学者の立論を受け入れたのならば、当然に、疫学者の結論（甲状腺検査の中止）も受け入れるべきだろう。けれども、仲裁者は、逆の結論（甲状腺検査の続行）を「妥当」とするのである。とするならば、これは、死亡率の高低という土俵とは別の土俵が導入されている、というべきだろう。では、どのような土俵が設定されているのだろうか。考え方の道筋として、3種類を考えることが出来るだろう。

まず、第一の解釈は、「リスクの可視化と対処可能性の確保」という配慮要請項目が訴求力を強く持つものとして浮上してきたというものである。我々は、現代というリスク社会において、リスクをコントロール可能なものとした上で個々人の創意工夫によって、適切に対処するように圧力をかけられている。原発事故が、甲状腺がんのリスクを高めている可能性があるのならば、検診を受けて、そのリスクがどの程度現実味のあるもので、どのように対処できるものなのかを確認しておきたい、できるものなら、対処までも済ませておきたい、という要求が高まってもおかしくはなく、また、そういう県民の欲望に県が配慮するということがあって良いことだろう。これは、最終的に生存率が向上するかどうかとは独立の欲望であって、リスク対処能力に裏付けられた自尊心獲得願望とでも呼べるものだろうが、現実的には、 $\alpha$ リスクとタイアップした欲望となっていたといえよう。

ついで、第二の解釈は、「不正義の是正」という配慮要請項目が有効性を強く持つものとして浮上してきたというものである。なぜ福島原発のそばの住民だけが、被曝による健康被害リスクを多く持たなければならないのか。震災に伴う

リスクは、国民が等しく分かち持つべきだ、という立場からは、他県在住者が過剰検査リスクを負うことも肯定される、という議論も可能となつてこよう。すなわち、この解釈は、 $\beta$ リスク（比較対照群不在リスク）への対策である側面も持った行為であるといえよう。

第三の解釈は、福島「例外化」がなされたと考えるものである。波線部①の上の行で「甲状腺がんそのものの過剰診療」という言い回しがなされていることに注目しよう。ここでの「甲状腺がんそのもの」の意味は、「一般的な甲状腺がん」と置き換えることが可能と思われるが、春日文子の主張の全体は、「福島」での甲状腺がんは、「一般的な甲状腺がん」ではないという主張になっているのではないだろうか。つまり、原発被災地は特別にハイリスクなので、一般的な過剰検査の議論は当てはまらない、という主張のようなのである。そうだとすれば、それは、検討枠組みからの $\gamma$ リスクの除外戦略という形での、 $\gamma$ リスクへの対処行為だということになる<sup>\*24</sup>。

### （3）まとめ：研究倫理における討議の価値と相互行為分析の意義

本稿では、第1節において、研究倫理における討議の価値を素描し、かつ、討議の豊かさを確保するために、言語化していない人々のリスク感覚や公正感覚に言語を与える実践の一部として、研究倫理にかかわる討議に対しての相互行為分析が有効だろうと示唆した。

既存の倫理原則を当てはめ的に適用する態度は、現代的には倫理的ではない。社会変動の激しい現代において倫理的であるということは、その場その場の状況に合わせて新しい社会を構想することと新しい専門職倫理を構想することとを同時に行っていくことであろう。とするのなら、それは永遠に続く未完のプロジェクトであると同時に、いろいろな形で実践していくことができるフレキシブルな課題であるとも言えよう。

このフレキシビリティに注目しつつ、本稿における分析から、少しく教訓的な項目をいくつか引き出すのなら、まずは以下の2つとすることになるだろうか。

第一に、善意との関係に関して。善意は善行を保証しないので、研究倫理は討議的でなければならない、という主張として本稿を読むことができるだろう。第2節で扱った事例でいえば、臨床医の行う検査や治療は、それが意図としては、対象者の生存率を高めるべくなされた場合であっても、統計的に結果的に、そのような展開にならない場合があることへの思慮が必要であった。同様の事態は、

医療関連ではない、様々な研究領域で生じる可能性がある。とするならば、研究倫理において、善意の確認にあまり比重を置くことは控えられるべきだ、という結論になるようにも思われた。本稿での疫学者と臨床医との対立からは、善意に依拠することで、なすべきことが統一されるわけではない、という教訓も得られるといえよう。

第二に、「社会の包摂と排除論」との関連性に関して。現代の差別は、差別対象者を社会から完全に排除する粗野な形で実行されるのではなく、社会に包摂しながら、社会との関係性を残しながら、不公正な扱いを自発的に受け入れさせていくという洗練された形を取ることがあるといわれている。福島原発事故健康管理調査の事例を十全に理解するには、この「包摂と排除論」の視点が欠かせないであろう。つまり、調査・研究対象者が、検査に自発的に出向くことは、包摂かもしれないが、それでどの程度健康被害が救済されるか、賠償されるかに関しては、個人のまじめさや誠実さはほとんど効果を持たず、施策の全体設計やその運用に依存して結果がでるのである。そして、このような大規模な社会的「調査・研究」においては、調査・研究参加者もまた、その調査対象者が包摂されるとともに排除されていたのと同様、包摂されるとともに排除されている、と言えるのではないだろうか。臨床医として誠実であることだけでは不十分であり、疫学者として誠実であることだけでも不十分かもしれない。そのような倫理問題が、もし本稿において発見され得たのなら、つねに社会システム全体を見直すことに繋がっていくような新しい研究倫理の体制作りが、今後の課題となるだろう。<sup>\*25</sup>

## 付記

本稿は、質的心理学会発行の機関誌『質的心理学フォーラム』第6号の「特集：対話と葛藤としての研究倫理」に掲載した拙稿「研究倫理に関する〈合意形成〉の相互行為分析－福島県民健康管理調査の事例研究－」（41頁～49頁）（2014年9月末日刊行）の改題・改訂版である。改訂版であると同時に、長文版でもあるので、議論の道筋に大きな違いはないが、図2が付加され、かつ、図2に対応して、リスクの3すくみ図式が強調され、文献表記載の文献が補充されている。合わせて読んで頂ければ幸いである。

文献

- 朝日新聞 (2014) 子の甲状腺 募る不安, (2014年3月8日,朝刊, 34面) .
- 福島県(2011)「県民健康管理調査」検討委員会設置要綱
- 福島県(2013)「県民健康管理調査」検討委員会第2回「甲状腺検査部会」議事録 (<http://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/50318.pdf> 2013年5月4日確認)
- 日野行介 (2013) 福島原発事故 県民健康管理調査の闇,岩波書店.
- 廣野善幸 (2013) サイエンティフィック・リテラシー—科学技術リスクを考える, 丸善出版.
- 広瀬幸雄編 (2014) リスクガヴァナンスの社会心理学,ナカニシヤ出版.
- 檜田美雄 (2006) フィールド研究の倫理とエスノメソドロジー, 平英美・中河伸俊編,新版 構築主義の社会学, 世界思想社,260-284.
- 檜田美雄 (2011) 医療の社会学, 藤村正之編, いのちとライフコースの社会学, 弘文堂, 12-27.
- 檜田美雄 (2012) 災害と災害復興の内政史, 副田義也編,戦後日本における内政体制の研究 (科学研究費補助金 (基盤研究 (A) 研究成果報告書) ,144-150.
- 檜田美雄 (2013) 学知のフラット化は研究世界に何をもたらしつつあるのか , 質的心理学フォーラム,5, 110-112.
- 北村隆憲 (2013) 法の相互行為分析と法実践,質的心理学フォーラム,5,86-88.
- 近藤 勇 (2012) がん放置療法のすすめ, 文芸春秋社.
- 厚生労働省 (2003) 「神経芽細胞腫マススクリーニング検査のあり方に関する検討会報告書」について,  
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/08/s0814-2.html>) .
- 串田秀也・好井裕明編 (2010) エスノメソドロジーを学ぶ人のために, 世界思想社.
- 前田泰樹・水川喜文・岡田光弘編 (2007) エスノメソドロジー, 新曜社.
- 美馬達哉 (2012) リスク化される身体, 青土社.
- 日本疫学会監修 (2002/2010) はじめて学ぶやさしい疫学 (改訂第2版) 南江堂.
- OurPlanetTV (2013) 「甲状腺検査は過剰診療か」がん増加で激論～福島健康調査 (2014年3月2日の第2回甲状腺検査評価部会の128分のライブ動画データの記事) ,(U s t r e a mでは,<http://www.ourplanet-tv.org/?q=node/1735>)

(ユーチューブでは,<https://www.youtube.com/watch?v=UQdJZp9TFP0>)

西阪仰 (1997) 相互行為分析という視点, 金子書房.

斎藤博 (2009) がん検診は誤解だらけ, 日本放送出版協会.

菅谷昭 (2013) 原発事故と甲状腺がん, 幻冬舎ルネッサンス.

鈴木美香・佐藤恵子 (2010) 研究倫理審査委員会の現状と改善策の提案, 臨床薬理, 41(3) :113-124.

田代志門 (2011) 研究倫理とは何か-臨床医学研究と生命倫理-, 勁草書房.

徳田安春編 (2014) あなたの医療,ほんとはやり過ぎ?, 尾島医学教育研究所発行, カイ書林発売.

トゥロースル, ジェームズ A. (2012) 疫学と人類学 (木原正博・木原雅子訳), 株式会社メディカル・サイエンス・インターナショナル.

\*1「日本家族社会学会倫理綱領」は,2009年に制定されたものであり,学会のHP上に,公開されている。本文で扱っている部分は〔策定の趣旨と目的〕と題された部分である。

\*2本稿では、リスクを、人為によって対処可能な不利益として、ルーマン的意味において扱う。現代社会はリスク社会であり、リスクの配分が重要な社会問題となっているような社会である。また、ひとびとは、自らが対処可能なリスクを放置すると道徳的に批難されるので、実際の被害の発生以前にリスクの存在認知に関する意欲をもっている。

\*3日本で最初の倫理委員会として有名な「徳島大学医学部倫理委員会」は設置当初はテレビ放映されたが,それは「ヒト対外受精子宮内移植法」という新しい生殖技術を社会的に承認してもらうための,特別な状況下での実践だった(櫻田,2006:280)。そのような「啓蒙」の必要性が薄れた現在,テレビ放映されている医学部倫理委員会はない。メンバーや議事録の公開はなされており (<http://rinri.mhlw.go.jp/PublicPage/publictoppage.aspx>,厚生労働省・臨床研究倫理審査委員会報告システム), 参与観察の結果の報告などもいくつかあるが(例えば,鈴木・佐藤,2010), 審議の相互行為分析に使えるレベルの,生のデータの情報公開はない。

\*4本稿がデータ源とするのは、福島県民健康調査の甲状腺検査評価部会であって、倫理審査委員会ではない。けれども、研究倫理というものが、事前の委員会審査に尽きるものではないということを考えたとき、この部会で議論されている事柄の中身に注目して、これを一種の倫理審査委員会と見なすことも、シミュレーションとして許されるだろうと考えた。なお、相互行為分析的なシミュレーション科学の先行研究としては、(北村, 2013)を挙げておこう。

\*5ここでの主張のベースとなる推論は以下の通りである。第1節で見たように,研究調査においては,調査対象者が被る恐れのある不利益には十二分な配慮をしなければならない。に

も係わらず、福島県民健康管理調査においては、対象者に対し、検査を受けることがそもそも過剰検査・過剰治療に繋がる強い恐れがあることが、事前告知されていなかった。したがって、一般的な研究倫理の規程に違反したイベントであるといえよう。もちろん、これが、研究調査ではなく、健康維持活動である場合には、適用される倫理規程が違ってくるが、過剰検査・過剰治療の恐れが強い企画を健康維持活動と言い張ることは出来ないだろう。

\*6このβリスクもまた、当事者（県内在住の子どもたち）にとってのリスクであることに注意せよ。自らの健康上の問題が、原発事故に被災したことと因果関係で結ばれるか否かは、健康そのものに関係するわけではないが、健康状態の予測や賠償、そして、心理的安定や被災者による連帯組織作りの可能性に大きく関係する。また、リスク配分の政治に関して言えば、福島県民が不当に重いリスクを背負わされていることを明らかにすることは、不正義の是正活動であるともいえるだろう。

\*7情報公開の仕方等にかんして事前相談する秘密会議の存在を暴露した、日野公介の一連の新聞報道と書籍（日野，2013）はこの立場側からのまとまった主張であるといえよう。

\*8なぜ比較対照群が設定されていない調査設計が無効なのかというと、この調査で明らかにしようとしている「健康状態」が「統計を介してはじめてしることができる健康状態」だからだ。つまり、通常は臨床医が見いだす身体の状態の「異常」は、臨床医の知識と経験の内部だけで、「異常」と判別できるのだが、今回の福島県民健康管理調査においては、2重の意味でそうはならないからである。第一に、放射線被曝との関連性は、適切な比較対照群調査に基づく統計を経由した把握でしか知ることではできない。第二に、そもそも目の前の甲状腺の「異常」が治療するのが適切な「病気」なのかどうかの判断が、やはり「統計を経由した把握」を経てしかできないのである。ここには、現代的な医学の変容が背景として影響している。臨床医単独では患者の身体の状態を判断できない形の医療へ、つまりは、リスク医療へと現代の医療は変質をしているのである（樫田,2011:第3節,参照）。

\*9(OurPlanetTV,2013)は、2014年3月2日に開催された第2回甲状腺検査評価部会をまるごと録画したものであるが、そのデータの89分目すぎあたりで、東京大学の渋谷健司教授が発言している内容がよく問題を示している。

\*10時間的経緯の概要については、厚生労働省（2003）がコンパクトでよい。

\*11過剰診断の典型は、その人の寿命前に症状をもたらさない病気を診断してしまうこと。過剰診断が治療に展開する場合、当然に過剰治療ということになる。過剰診断を問題視する立場から（近藤,2012）を、逆に、早期診断・早期治療の立場から、（菅谷,2013）を挙げておこう。

\*12この部分については、別種の議論も可能である。甲状腺検査評価部会において、東京大学の渋谷教授は、比較対照群を新規の研究として確保するのではなく、がんに関する網

---

羅的な報告制度を活用して確保すれば、 $\gamma$ リスクから逃れられる形で、 $\beta$ リスクに対処できると主張していた。

\*13慎重に考えるのなら、朝日新聞の記者が、 $\Gamma$ リスクを無視していない可能性もある。たとえば、被災地の子供たちが、被災したことの不利益に加えて、 $\Gamma$ リスクに晒されているのなら、日本の他の地域の子供たちにも、「リスク配分の公平性」の観点から、同様のリスクに晒されてよい、と記者が考えていた可能性は残る。

\*14諸報道によれば、 $\alpha$ リスクに関していえば、検査頻度のアップは見送られつつあるものの検査そのものは持続され、かつ、 $\beta$ リスク対策として、他県での子ども調査が企画されている。

\*15（広瀬,2014）や（日野,2013）の議論にしたがうのなら、リスクコミュニケーションという用語には、専門家が素人を屈服させるトーンがあるので、そのようなトーンを減らした『リスクガバナンス』という用語をここでは用いた方がよいのかもしれない。

\*16ここでの判断に際しては、（斎藤,2009）を参照した。具体的には、「推奨されない検診の位置づけは、……中略……あくまで研究目的の検診として行うべき」（112頁）、および「検診規模を大きくしていくと……中略……利益がある検診でさえも、どこかで不利益が上回ってしまう」（151頁）に準拠した。検診が健康被害をもたらすことを直接に立証することは困難であるが、予防的・治療的価値がないことを、あるかのように誤認させてはならないという斎藤の主張は、そうであるのなら、なおさら重要であるといえよう。

\*17但し、この倫理的不適切さを産み出している社会的背景というものはあることは無視できず、かつ、その倫理的不適切さが可能にしている社会的価値というものすらあるかもしれない。すなわち、この事業がなされていること全体の社会的評価は、健康衛生施策としての不適さとは別に検討しうるものだろう。

\*18誤解がないよう念のため述べておくが、行政当局としての福島県を非難する意図は、本稿にはない。健康衛生事業として不適なことは、全国の自治体で大量に行われている。たとえば、「全国の市町村のなんと60%以上で、国が推奨していない検診、つまり有効性が認められていない検診が行われて」（斎藤,2009: 129f.）いるのである。本稿で福島原発事故の甲状腺検査をケースとして取り上げているのは、この検査には社会的関心が高く、動画資料等の入手が容易だったからであって、他意はない。

\*19甲状腺検査評価部会の名簿等、関連資料は、以下のサイトで公開されている（<http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21045b/kenkocoyosa-kentoiinkai.html>）。

\*20部会員の櫻田尚樹（国立保健医療科学院生活環境研究部長）も、疫学者と考えれば、部会員には3名の疫学者がいることになるが、櫻田は、放射線専門家として発言しているとも思われたので、本稿では疫学者にカウントしなかった。

---

\*21ここで、「疫学者—実施主体（臨床医が中心）」とカテゴリー対偶的に書いたからといって、すべての疫学者が、ここでの津金や渋谷と同じ立場の主張をすると筆者が考えているわけではない。後述のとおり、議論を「疫学者-臨床医」と対比的にまとめたのは、部会メンバーの春日文字子（日本学術会議副会長）であり、この「疫学者-臨床医」対は、当事者カテゴリーに基づいた対カテゴリーなのである。

\*22この発話では、中略部分に、過剰検査を避ける配慮をしているという主張があつて、統計を経由した認識への尊重的態度が見て取れる。

\*23この部分について、検診と健診（健康診断の略語）の一般的な意味の違いだけが解説されていると取る向きもあるかも知れないが、その理解には無理があるだろう。なぜなら、スクリーニングには、検診の字をあてるときも、健診の字を当てるときもあるからだ。ここでは、過剰検査ではないという主張を、健診の字を使っていると根拠を述べることでおこなっていると解釈すべきだろう。

\*24この項での議論は、リスクを「生命に対するリスク」のみに集約していくことの問題性を述べた（廣野，2013：第2章）に示唆を得ている。リスク論に関しては、（美馬，2012）を参照した。

\*25本稿は、エスノメソドロジーの研究プログラムを部分的に流用する形で構想されている点で、「フィールド研究の倫理とエスノメソドロジー」（樫田，2006）の続編である。なお、エスノメソドロジーの主張に関しては、（前田・水川・岡田編，2007）および（串田・好井編，2010）を参照せよ。

また、本稿は、リスク間の葛藤を扱っているという点では、（樫田，2012）の続編であるとも言える。さらに、現代社会論と研究倫理を結びつけて論じた点では、（樫田，2013）の続きとなっている。ご参照頂ければ幸いである。

なお、研究倫理の基本問題に、医学研究と治療実践の統計依存が深まる中で、「研究と診療の分離」（田代，2011:173）をどのように扱っていくか、という問題がある。田代は、この問題をパーソンズの専門職複合体論を援用して、再調和を目指す方向で打開しようとしているが、本稿が過剰検査に関する議論において明らかにしたように、いまや目の前の個人の患者の利益（例：過剰検査でないという確認）すら、統計を経由した認識（比較調査）によって計られざるを得なくなっている。とするのならば、「研究を志向した診療」と「診療を志向した研究」の当事者の主体化を伴った統合は、田代の主張を待つまでもなく喫緊の課題であるようにも思われた。本稿が、臨床倫理の議論にも貢献するものであれば喜ばしい。



\*\*\*\*\*

【編集後記】

『現象と秩序』創刊号をお届けします。

本誌は、2012年にWEB雑誌として構想され、本年になって環境が整い創刊に至ったものです。

発行形態としては、WEB雑誌としてだけでは、まだ十分読まれないだろうという判断から、同一のものを紙版とオンラインジャーナルの両方でしばらく発行していくことになりました。

ご愛読いただければ、さいわいです。

次号からは、連載企画も始める予定です。ご意見・ご要望は、下記発行所メールアドレスで承っております。どうぞなんなりとお寄せ下さい。

(Y. K.)

\*\*\*\*\*

『現象と秩序』編集委員会（2014年度）

編集委員

檜田美雄（神戸市看護大学）

中塚朋子（就実大学）

堀田裕子（愛知学泉大学）

編集幹事

城野真衣（神戸市外国語大学）

『現象と秩序』第1号

2014年 10月31日発行

発行所 〒651-2103

神戸市西区学園西町 3-4

神戸市看護大学 檜田研究室内 現象と秩序企画編集室

電話・FAX) 078-794-8074 (ダイヤルイン)

e-mail: kashida.yoshio@nifty.ne.jp

ISSN（製本版） : 2188-9848

ISSN(オンラインジャーナル): 2188-9856 \*現在のWEB版は20141208誤植訂正版

\*製本版と頁水準の異同はありません。

<http://kashida-yoshio.com/gensho/gensho.html>