

健康とQOL教育：医療倫理学の立場から

荒木，正見
総合文化学会

<https://doi.org/10.15017/7167115>

出版情報：総合文化学論輯. 19, pp.51-61, 2023-11-01. Japan Institute for Comprehensive Cultural Studies

バージョン：

権利関係：Copyright (C) 総合文化学研究所 all rights reserved. この論輯の全ての文章・画像の権利は、総合文化学研究所に属します。無断での使用・転載を禁止いたします。



健康と QOL 教育

—医療倫理学の立場から—

荒木 正見

はじめに

本稿は近年変化しつつある健康概念について理解し、既成の医療に対して新たにどのような視点を導入すべきかを考察する。

特に、QOL(Quality of life)概念の導入によってこれまでの健康概念や治療やケアの方法に至るまで広範かつ豊かな発想が要求されるようになったことを、厚生労働省の HP に基づいて指摘し、さらに筆者なりに、QOL 概念の将来に向けての可能性、そして特に医療従事者に対する新たな教育内容において、主に医療倫理学の立場からまずは最も基盤的には、総合的な性格を有する「徳論的立場」を意識すべきことを考察する。

健康の定義として最も知られているものは WHO の以下の定義である。

1947 年に採択された WHO 憲章・前文：「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいいます。（日本 WHO 協会訳）」（健康の定義 | 公益社団法人 日本 WHO 協会 (japan-who.or.jp)

(<https://japan-who.or.jp/about/who-what/identification-health/>=最終検索 2023.11.23)

すなわち、健康を肉体・精神・社会（環境）等の側面から考えていくということが、長く求められてきた。これに対して、知られているのは「1998 年の第 101 回 WHO 執行理事会において、「spiritual（霊的）と dynamic（動的）」を加えた新しい健康の定義が検討。第 52 回世界保健総会（WHO 総会）の議案。WHO 総会で審議した結果、採択が見送られた。」（検索＝同上）という事実である。ここに見られるのは健康の定義における変化の必要性である。日本 WHO 協会の上記の情報も、結論として、「今後も、WHO 憲章の健康の定義を不変のものとして捉えるのではなく、時代や環境に即して変化するなかで健康とは何かという真摯な議論を続けていく姿勢が求められている。」（検索＝同上）と述べ、時代や環境の変化に応じて健康概念を進化させていくべく主張している。

我が国の厚生労働省もこれらに応じて詳細な指標を提起している。以下、それを辿りつつ今日の健康概念について考察する。

以下、厚生省・（健康について）総論参考資料

(https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/s1.html=最終検索 2023.11.1)

より適宜引用・まとめつつ考察する。

1. 厚労省における健康指標

まず、「第1節 指標計算の意義」として、次の4つの指標が挙げられている。

1.早世指標 2.障害指標 3.早世障害総合指標 4.QOL 指標

それぞれについては、次のように定義されている。

「1. 早世指標

健康寿命を一つの基準として、疾病傷害によって引き起こされる死亡により健康寿命がどのくらい損失しているかを示す指標である。

2. 障害指標

死亡にまで至らないが、日常生活に種々の制限が加わり健康寿命が障害されていることを定量化するものである。障害の指標としては、寝たきり率、知的・精神・身体・咀嚼・視覚・聴覚の障害が該当する。

3. 早世障害総合指標

上述の1、2の指標を統合したものであり、早世による健康負担と障害による健康負担を合計した指標であり、障害調整生存年数（Disability adjusted life years, DALY）や健康余命（Disease free life expectancy, DFLE）である。

4. QOL 指標

ここでは、日常生活に障害が現れない状態であっても、生き甲斐を持って自己実現を果たせるような日常生活を過ごしているか否かを評価するものである。生活の質である QOL がどのような状況にあるかを定量的に評価する指標が含まれる。」

この4つの指標のそれぞれは、上記 web 情報に詳述してあるが、1.~3.がこれまでも一般的伝統的に考察されてきたのに対して、特にわかりにくいのが QOL 指標である。厚労省の上記 HP においても、特に QOL について詳述されているが、以下示される QOL 指標について検討、解説し、QOL 教育における提言を行う。

2. QOL 指標

上記の web 情報において QOL 指標は次のように述べられている。

「第5節 QOL 指標」については次のように述べられている。

「死亡や健康障害により日常生活に制限を受けることが無くとも、生き甲斐を持って自己実現を果たせるような日常生活を過ごしているか否かを評価するものである。目的にしている生活の質である QOL がどのような状況にあるかを定量的に評価する指標が含まれる。

生活の質を評価するためには、標準化された調査法が必要であり、国際的に以下のような指標が開発されている。

- (a)the Nottingham health profile (ノッティンガム・ヘルス・プロフィール)
- (b)the sickness impact profile (疾病影響プロフィール) (c)the short form 36(SF-36)
- (d)WHOQOL (e)the disability distress index (f)EuroQol(EQ-5D)
- (g)McMaster health utility index (h)quality of well-being
- (i) quality of life and health(QLHQ)

ここでは、Medical Outcomes Trust による SF-36・EuroQOL について解説する。

1. SF-36

保健医療の結果を評価する目的で開発された指標であり、8項目の要素を含んだ調査法。

1 Physical functioning 2 Role functioning Physical 3 Bodily pain

4 General health 5 Vitality 6 Social functioning 7 Role functioning emotional

8 Mental health

これらの8個の軸について、それぞれ設問が設定されており、その得点をもとに変換式を用いてスケールを算出するものである。

2. EuroQOL

1987年にヨーロッパで開発がスタートした Health-related quality of life(HRQOL)スコアであり、専門的知識がない者が医療機関に限らずどこでも記入できる点、5つの項目属性(移動の程度、身の回りの管理、ふだんの活動、痛み／不快感、不安、ふさぎ込み)について、VAS(visual analogue scale)によって評価している。

日本語版 EuroQOL 開発委員会(委員長:慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室池上直己教授)により、正規の日本語版として認定を受けたものがある。この調査結果を基に、日本独自の HRQOL を評価する換算式の開発が必要である。

QOL に関する調査法は、すでに幾つか提案された調査法が存在するが、国際的に標準化された同じ調査法を使用することが望ましく、同一の調査法を用いて QOL を測定していくことが望まれる。」

以上、資料としての正確を期すべく長文の引用となったが、ポイントは SF-36 における8個の軸であり、EuroQOL における5個の項目属性である。

まず SF-36 における 8 個の軸を検討する。

瞥見して明らかなように、1.~3.はこれまでの医療や介護における常識である肉体的機能性や肉体的侵襲性の問題である。また 4.5.は総合的に他の諸要素を統合するものであり、5.は「生きがい」とも重なるものである。また、8.も今日重視されているし、理論的進化も目覚ましいものがある。

そして、今日特に検討すべきものとして新たに浮かび上がっているのが、6.7.である。いずれも、上記の WHO の健康定義のうち社会・環境に関するものではあるが、6.7.は、むしろ個人の側からの社会的役割や社会参画について述べられているものである。

これに対して EuroQOL は、比較してみると心身の個人的機能の側面からのアプローチであることが見て取れる。

そして厚労省の意図は上記の web 情報の続きに、「参加と働きかけ」の項目が詳述されていることから明白である。

3. QOL における参加と働きかけ

上記 web 情報において、QOL における参加と働きかけは次のように述べられている。小論ではつとめて簡潔にまとめるが、web 情報をぜひご参照願いたい。

まず、行動科学、学習科学、や社会心理・社会工学に基づく諸方法が述べられる。

「行動科学的な方法では、疫学的に究明されたリスクファクターの知見を元に、個人別にリスクを見極めた上で、動機付けと行動の制御とに向けて緻密で強力な働きかけを段階的に行う。学習科学的な方法では、検査結果を含む対象者の健康状態から出発して、住民が自分の体内で起きている生理・病理的な実態・変化に目を向け、道筋を追って学習と理解を深め、問題解決能力を高めることを大切にする。社会心理・工学的な方法では、健康な地域づくり／人づくりを基本に、理念ないし概念型の目標を掲げた上で、その目標の数量化と実現に向けてグループワークを積み上げる。」

即ち、それぞれの方法の特徴を生かして効果的に対応するとしても、いずれにおいても、個人への働きかけに限定せず、小グループや住民の学習、地域からの働きかけなどの、個人の殻を超えたかかわりについて推奨している。

他方、「これらの方法は、それぞれの選ばれた局面においては、優れた成果を挙げて来た。しかし各方法いずれも、普及が十分とはいえない。健康づくりに関連する専門家の多くは、これらの諸方法を知ってはいても、自由に使いこなすというにはやや心許ない状況にある。」と、方法の普及についてはまだ途上であるという危惧が述べられている。

本稿の意図はこの点について可能性の一端を述べるものである。

上記厚労省の HP では続いて、以下のような方法が述べられている。

第 1 は、各方法に基づく研修の徹底。

第 2 は、変貌を続ける地域とその住民に変貌を意識した対応をすること。

第 3 は、方法として住民の参加と対話を重視するということ。

第 4 は、参加する人材の育成。

そして第 5 に、このような参加と対話において問題となるコミュニケーション障害とその解消について付記されている。

住民の参加と対話を重視するこれらの方法は今日の状況から求められる方法であることは納得できるが、やはり将来に向けて課題があることも無視することはできない。

第 1 に述べられる専門家における研修の徹底は当然であるが、問題はその内容である。

第 2 に示されるように、対象は変貌しつつある住民と地域であり、第 3 にはその方法として住民の参加と住民との対話であり、第 4 には対象サイドにおける人材の育成である。

このように筋道に沿って述べられる方法はすべて納得できるものだが、そのすべての場面において求められるのは内容である。

即ち、当 HP における第 1 から第 4 における方法については続いて詳細な方法が説明されており、それらはいずれも同意できるものである。が、それらは言わば枠組みである。特にこの枠組みにおいて常に求められるのは多様な人々と時間空間的のすべての場面に対応できる知識である。以下、その点を考察する。

4. 問題点としての、住民との関わりに求められる専門職者の在り方

このように示される住民を巻き込んでいく医療は、長く続いた医師中心の「パターンリズムの医療」から、患者を中心に、医療スタッフを軸として、必要に応じて患者家族や地域、行政機関、国際機関など無限の広がりに関係していく「チーム医療」への体制の変化を意識したものである。確かに QOL を考えればそれが理想であることは言うまでもない。

しかし反面、そこにはやはり根本的な問題が横たわる。一言で言えばそれは、専門職者の在り方、である。

丸山マサ美編『医療倫理学 第 2 版』（中央法規出版、2009／2012）でも、患者の自己決定権を重視する今日のインフォームドコンセントについて、それが重要であるとしたうえで次のような問題点が指摘されている（237 頁－238 頁、筆者：細田満和子）。「第一に、疾患名や治療法を知らされることを、そもそも患者が望んでいるかどうか」「第二に、

治療法を選択するのは患者だとしても、選択肢として何を示すかということは、医療専門職の間であらかじめ決められている」「第三に、医療専門職によって提供された情報を、医療専門職が期待しているようなものとして患者が把握し、理解しているとは限らない」「これは第四の、医療専門職によって現在の医療水準で最善と考えられている治療、すなわち「医学的適応」のある治療法を、患者が選択しない問題」と述べられるこれらのことは、インフォームドコンセントにおける患者の権利という狭い範囲であるが、医療専門職と一般の住民との関係にも同じ構図が適応できる。すなわちそれは、医療従事者の専門性の問題である。

このことについて、上記 HP においては、「第4節 健康づくりのための、参加的な人材養成」の節で、「参加的な知識」について、「専門家が住民に向かって発信してきた情報は、厳密で原則的に表現されているものが多い（専門／学問的知識）。一方、住民が健康について自由に語るときに使う言葉は具体的である（参加的知識）。」この両者の知識にはずれがあるのではないか、住民の「表現を通して、人間関係から環境まで、その人の複雑な日常生活の一端を読みとれる。専門家が、住民への支援協力を進めるためには、住民からの日常生活に即した情報発信を読みとる必要がある。参加的知識を通した住民の自己学習／自己啓発の実際を知り、専門／学問的知識を参加的知識で捉え直し始めると、住民の間にある経験の価値が見えてくる。」と述べられている。

専門家と住民との知識の差は合意すべき処であるが、一方これら述べられてきたように、QOL においては、個人的健康レベルや社会・環境的健康レベルに加えて、住民の相互交流における心身の生きがいの健康レベルが求められている。そしてそれは総合的な性質を持つものであるから、関わる専門職者も専門性を超えた総合的な能力が求められるが、当然ながら個人の能力には限りがある。そこで求められるのがチーム医療の概念である。

当初、チーム医療は医療スタッフに限定して発足したが、現実的な必然性に従って、患者を中心に置き医療スタッフが軸になりつつ、適宜、社会全体の資産をチームに組み入れて総合的な医療を目指すものとなった。メディカルに加えて国家資格や都道府県資格の各種のコメディカルが養成されるようになったが、このような医療スタッフはそれぞれの専門性を以て情報を共有しつつ患者のケアに当たる。その過程において、上記のように QOL を考え、医療スタッフ以外の資産や能力が必要となれば、それらをスタッフに組み込んでいくことになる。そして、住民参加はそのひとつであると考えられる。

しかし、多様な住民の言質を引き出し住民の自己決定を重んじるにしても医療スタッフの側にそれぞれの専門性だけの知識しか無いということでは不都合が生じることになる。先に述べたように、専門的な領域でさえ、住民の自己決定権を重視すれば科学的な根拠に基づく医療が妨げられ可能性も生じるのである。まして、これも先に述べたように住民との対話においては、信頼を得るためにも広範多様な受容性と知識が求められる。

すなわち、やはり、専門以上の知識が求められる。もちろん、各資格の取得における教育課程においては教養科目的な単位を得る必要がある。それらが学問の独立性を以て教育されることは重要なことである。しかしそれだけでは多様な住民との相応しいコミュニケーションに対応できるとは言えない。

このように考えてくれば、まず、医療スタッフにとって知識は無限に求められる。複数のスタッフの知識を重ねることは重要である。それでも個々のスタッフが多様な知識吸収の努力が求められる。

その際、次々に立ち現れる事柄に対して、より合理的な対応が出来るためには事柄全般に対して整理すべき目安が求められる。

その一例として、医療の専門的知識以外を整理して学ぶ根底的目安は、時間的知識と空間的知識、すなわち歴史と地理であろう。かといって、高校の授業のような歴史や地理を極めればよいというものでもない。あくまで、スムーズなコミュニケーションを得るためだから、いわば歴史的視点と地理的視点とを持つということである。例えば世代間における流行歌の差異であるとか、地域における特産であるとか、石碑の漢文を読める能力であるとか、様々な知識がどこかでスムーズな人間交流の助けになるはずである。

5. 専門職の態度の基本としての倫理学

以上のような問題点を解決すべく、これまでの思考の流れを包括する場合、第一に知識の根底的目安としての哲学・倫理学的思考を無視することはできない。

そして、住民各自の自律的権利が重視されればされるほど、述べられたような立場での医療従事者においては、倫理学的発達レベルにおける徳論的立場が求められると言える。

すなわち、倫理的発達段階を考察する場合、最も多様性を受容し、同時に倫理学的基底としての人類の生存を支える高いレベルは、徳論的立場であると考えられる（参照：拙論「楽観バイアス・悲観バイアスと倫理的発達段階」（『総合文化学論輯 第14号』（総合文化学会、2021年、39頁－45頁）＝九州大学学術情報リポジトリ／https://catalog.lib.kyushu-u.ac.jp/opac_download_md/4740659/14_p039.pdf）。

上記拙論で述べたように、一般的には孔子、アリストテレス、ヘーゲルなどが徳論的立場であると言われる。

上記拙論ではまず、他者の原理でのみ行動する奴隷的立場や、逆に自分だけの生存しか考えず、自分の原理でのみ行動する自己中心的立場を、人類の生存の妨げになる倫理以前の態度として退ける。

そして、何らかの意味で人類全体の生存を求める倫理思想として、幸福感の量が多く感じられる社会を目指す量的功利主義や、人類にとって重要な事柄が多い社会を目指す質的功利主義や、数としては少なくとも人間にとって必要な事柄を遂行する義務論とを取り上げ、さらにそれら倫理思想の統合的立場として最後に、徳論があげられている。

そして、この徳論的立場の人物に共通しているのは知識量の多さである。

今日に至る学問的体系を史上初めて創り上げたアリストテレスや、総合学的な『エンチクロペディー(Enzyklopaedie der philosophischen Wissenschaften/1817.1827.1830)』を著したヘーゲルは言うまでもない。

また、孔子については、和辻哲郎の興味深い指摘がある。

和辻哲郎『孔子』（岩波書店・ワイド版岩波文庫 155、1994 年＝原著 1938 年）によれば、釈迦、孔子、ソクラテス、イエスを世界の四聖と呼び、人類の教師と呼ぶが、中に孔子のみが異なった存在であると述べられる。

まず、人類の教師において各人の共通点においては、それぞれの文化圏において必然的な在り方としての教師的立場を以て、後輩に影響を与えたとされている。そのうえで孔子においては以下のようにその特徴が分析されている。

その端緒ではよく知られている『論語』「学而編」の以下の個所が書き下されている。「子曰く、学びて時に習う、亦（また）説（よろこ）（悦）ばしからずや。有朋（とも）（友朋）遠方より来たる、亦樂しからずや。人（己れを）知らざるも慍（うら）みず、亦君子ならずや。」（83 頁）

これについて、和辻著書においては、「第一は学問の喜び、第二は学問において結合する友愛的共同態の喜び、第三はこの共同態において得られる成果が自己の人格や生を高めるという自己目的的なものであって、名利には存しない、という学問の目標を掲げている。」（83 頁）と纏められている。

この第二、第三が教師的立場を意味していることは言うまでもない。そして、同著において時代的地域の特徴を交えて詳細に分析されているのがこの第一について、である。

同著によれば孔子以外の聖人がその死を以て弟子たちを鼓舞し弟子たちの尽力によってそれぞれの生きざまが文献的に統合されることによって聖人として伝えられるようになったのに対して、孔子だけは死について劇的に捉えられず、むしろ孔子の言葉が生有形で伝えられてきたとされている。（124 頁）

その理由が、孔子自身の学問的知識であるとされる。同書では「周の文化を代表し、復古主義的な傾向を持っている孔子が、それにもかかわらず原初的思想家である。」（137 頁）とされるように紀元前 6～紀元前 5 世紀の孔子が、周（紀元前 11 世紀～紀元前 3 世紀）の文化を学び、画期的にそれを語り継いだとされている。

このようにして孔子も、アリストテレスやヘーゲル同様、その知識量・質において、徳のある存在と言えるのである。

かくして、多様な患者に対しては勿論、厚生労働省 HP における QOL 実現のひとつの方向性としての住民相互の関わり合いにおいても、医療従事者には、上記の徳論的立場が求められると言える。

すなわち多様な対象との関わり合いにおいて、まず膨大多様な知識量が必要であることが必要なことは言うまでもない。倫理的には多様な知識は「危機管理」にとって必要なものである。一般的な生活場面では想定内の知識で事足りるが、想定外の事柄においては、日頃の想定内の知識では役に立たない。いわば、想定外の知識を持つ少数の人々の知識に頼ることになる。医療従事者が広範な住民と関わるに当たっては、専門的知識であれ、それ以外の知識であれ、このような想定外の知識を持つことがより有効に住民との関わりが得られる。

そして、上記徳論的立場の先達が重視したように、重要なのは倫理的知識と倫理的態度である。徳論的立場には倫理学における量的功利主義や質的功利主義や義務論などが統合されている。それらの諸理論を状況において使い分けることが出来る。

また、倫理的立場の最も基本は「人類の生存」である。従って、対象者の理論以前の自己中心的立場などを見極め指摘して、より生存にふさわしく導くことが出来る。

さらに、孔子が特にそうであったように、この倫理的本質をわきまえて各人と接することによって、各人が、徳論的立場の人物の多様な知識のそれぞれに共感し尊敬を得ることが出来る。このようなポジティブなラポールが医療行為の基本であることは言うまでもない。

このように、健康を以前より広く QOL の実現と捉え、その一方向性としての住民参加を求める場面では、関わりを持つ医療従事者においては特に上記のように総合的な徳論的立場が求められると言える。

今日、医療従事者の研修は勿論のこと、各医療従事者の団体がいずれもそれぞれの倫理綱領を設け、それぞれのメンバーに周知徹底している所以である。この点を再検討しつつ発展的に実践していくべきことが求められる。

6. まとめと今後の課題

本稿は近年変化しつつある健康概念について QOL 概念の導入とその考え方の進化に基づき、これまでの健康概念や治療やケアの方法に至るまで広範かつ豊かな発想が要求されるようになったことを、まず、厚生労働省の HP に基づいて指摘した。

そこでは、心身の健康や社会・環境の健康、生きがい、などの環境概念が述べられ、さらに、社会的役割や社会参画について、詳細に述べられている。

この住民参加が QOL の質を上げることは言うまでもないが、やはり専門家としての医療従事者がさらに求められることが指摘される。

そして、筆者なりに考察したのは、特に医療従事者に対する新たな教育内容を、主に医療倫理学の立場から徳論的立場を意識すべきことであった。

徳論的立場とは一言でいえば、広範な知識を基盤にして人類の生存を前提にして生きることである。医療に住民参加が求められるに当たっては相互信頼に基づき住民の多様な意見や立場を理解し QOL 追求型の健康に向かって行動できるスキルが求められる。

従って医療従事者は、住民・患者等、対象の多様性に対応できる多様な知識を持つことが求められる。特に、広範かつ深い文化的知識は必須である。

その基盤として徳論的な、本質をわきまえた受容性など豊かな人格が求められる。

この点に関しては、日本医師会の「医の倫理綱領」(2022)

(https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/rinri/inorinri_leaflet.pdf)

をはじめとする、各医療職の倫理綱領があることを無視するわけにはいかない。

なかには、日本看護協会の「看護職の倫理綱領」(2021)のように、時代に合わせて比較的頻繁に改定を繰り返しているものもある。因みに、2021 年改訂版では、「さまざまな災害支援の担い手との協働」をはじめとする災害の影響による人々を守るという項目が加えられている。(本文と解説の一例は、著者代表：宮坂道夫『系統看護学講座 別巻 看護倫理』、医学書院、2023、129 頁～、当該章執筆は吉田みつ子)

これらの倫理綱領では、アメリカ式の生命倫理の 4 原則と言われる、「自立尊重原則」「善行原則」「無害原則」「正義原則」や、ヨーロッパ式の 4 原則である「自律性原則」「尊厳性原則」「不可侵性原則」「脆弱性原則」著者代表：宮坂道夫『系統看護学講座 別巻 看護倫理』医学書院、2023、28 頁～33 頁、当該章執筆は宮坂道夫)等を活用して時代に応じて改訂を重ねているが、これらの検討については時代の変化に応じた今後の継続的課題とする。

そして、さらに付記すれば、各綱領にも示されているように、その信頼を得るための基本は医療人自身の総合的な健康を追求する態度である。

さて、次なる課題は教育である。述べて来たような徳のある存在としての医療従事者を育てるためにはどのような内容と方法が求められるのであろうか。

時代に応じたり普遍的な性格であったりの、無限な知識が求められるだけに困難が予想されるが、他方、それ故にこそチーム医療や住民参加型の QOL 追求の方法が提起されている。ということは、ここで求められるのは社会全体の教育でもあるが、それにしても専門家としての医療従事者には、既成の専門性に加えてこれまで以上の広範かつ深

遠な知識と、それらを統括する倫理的知識と態度が要求される。各綱領検討を含めたこのことの具体的な考察は稿を改めたい。

参考資料：

- ・ 健康の定義 | 公益社団法人 日本WHO協会 (japan-who.or.jp)
(<https://japan-who.or.jp/about/who-what/identification-health/>)
＝最終検索 2023.11.1)
- ・ 厚労省・（健康について）総論参考資料
(https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/s1.html)＝最終検索 2023.11.1)
- ・ 丸山マサ美編『医療倫理学 第2版』（中央法規出版、2009／2012）
- ・ 拙論「楽観バイアス・悲観バイアスと倫理的発達段階」（『総合文化学論輯 第14号』（総合文化学会、2021年、39頁－45頁）＝九州大学学術情報リポジトリ／
https://catalog.lib.kyushu-u.ac.jp/opac_download_md/4740659/14_p039.pdf)
- ・ 和辻哲郎『孔子』（岩波書店・ワイド版岩波文庫 155、1994年＝原著 1938年）
- ・ 日本医師会「医の倫理綱領」（2022）
(https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/rinri/inorinri_leaflet.pdf)
- ・ 著者代表：宮坂道夫『系統看護学講座 別巻 看護倫理』医学書院、2023

[Concept of Health and QOL education – From the perspective of medical ethics –]

[ARAKI, Masami・総合文化学会・哲学、倫理学、比較思想・哲学的場所論、医療倫理]