

# 令和6年度特色入試問題

《 医学部 人間健康科学科 》

## 論文試験

100点満点

### (注 意)

1. 問題冊子および解答冊子は係員の指示があるまで開かないこと。
2. 問題冊子は表紙のほかに30ページある。
3. 解答冊子は問題ごとに分かれており、計4冊である。それぞれの解答冊子は表紙のほかに問題Ⅰが6ページ、問題Ⅱが6ページ、問題Ⅲが8ページ、問題Ⅳが4ページである。
4. 問題Ⅳは必ず解答をすること。
5. 試験開始後、すべての解答冊子の表紙所定欄に受験番号・氏名をはっきり記入すること。表紙には、これら以外のことを書いてはならない。
6. それぞれの解答冊子の所定の枠の中および「ます目」の部分が解答欄である。
7. 解答はすべて横書きで記入し、解答冊子の指定された解答欄におさめること。
8. 字数制限がある問については、算用数字やアルファベットその他の記号を用いる場合も、解答欄1マスに1つ記入すること。
9. 解答に関係のないことを書いた答案は無効にすることがある。
10. 解答冊子はどのページも切り離してはならない。
11. 問題冊子は持ち帰ってもよいが、解答冊子は持ち帰ってはならない。

I 次の文章 1 から文章 3 までを読み，以下の問に答えなさい。

文章 1 と文章 2 はアーサー・クラインマンによる講演録である。

#### 文章 1

われわれの感性であるとか主観性というのは，昔とは変わってきています。こうした変化・変容のなかで，人間には何がもたらされたのか。そのことを最後にお話ししたいと思います。なぜ，われわれは，時間を費やしてこのようなことを語るのでしょうか。それは，三百年前，前近代が終焉し近代が始まって以降，人びとは皆，人間性の喪失ということを考えていましたが，まさにいまこそ，それが起こっている時代だと言うことができるからです。技術的な将来を見通すことはできるでしょう。それはもう目の前に来ています。そこでは，あたかもわれわれは機械，ロボットのように取り扱われます。うわべは人間ですが，プログラム化することができると思われています。たとえばデータのように，シンプルなことばで叙述可能だとされています。グーグルやフェイスブックで集められたデータの集まりも，インターネットのもうひとつの大きな成果でした。そして政府は，統治者をこのように扱うようになりました。そこでは，あたかも人はプログラム化できるもののように取り扱われています。簡単に再現可能な，うわべだけの人間として扱われるようになったのです。

(中略)

将来，これはどのような結果をもたらすのでしょうか。人間性が失われていくのならば，それは世界にどのような影響をもたらすのでしょうか。われわれは，それにどう立ち向かうことができるのでしょうか。このことは，われわれの時代の大きな問いであると思います。いかなる時代においても，自分はどこに向かっているのか，自分とは何かということを考えてきた歴史がありますが，現代は，より早く的確に，われわれの向かうべき道を把握できる時代ではないかと思います。

(中略)

これは突き詰めればケアの提供にもつながるものなのです。現代において，医療制度化されているものはケアの提供の余地をより一層少なくしています。世界中の

医師が受けている訓練というのは、製造ラインのようなものです。できるだけ早く治療ラインに患者をどんどんどん送り込んでいくようなものなのです。たとえば、医師に診察を受けると、医師は患者に会った途端に処方箋を書き始めます。まだ患者が話している最中から医師は処方箋を書くのです。

ケアを提供するということが医療からなくなりつつあります。しかし、それは看護からもなくなりつつありますし、社会福祉からもなくなりつつある。心理学においてもそうです。こうしたケアの提供にはひとつの基本要素がありました。それは、目の前にいる人を人間として認めることであります。彼／彼女たちは、ニーズがあって、心配ごとを抱えてやって来ている人なのです。そして、それにただ機械的に対応するのではなくて情緒的に対応しなくてはならない。倫理的な対応も求められます。いま、目の前にいる人とのやり取りを重要視する、ということです。もし、それが医療の現場からなくなってしまったら、医療の役割とはどのようなものになってしまうのでしょうか。技術的にはさらに効率は高まるかも知れません。ウェーバーが言うように、もしかするとその効率によって医療費を抑えることができるかも知れません。しかし、医療はそれによって失うものもあるでしょう。考えてみてください。われわれはこれまで、医療の経済化ということを受け入れてきました。コストベネフィット分析というものを行なってきたと思います。皆さんは誰しも、その費用、便益、分析を否定しはしないでしょう。しかし、本当にわれわれが治療している疾患のコストはいかなるものなのでしょうか。われわれは本当にわかっているのでしょうか。わかっていないでしょう。たとえば、生涯長生寿命といったものを見ましても、われわれは、一個人の人生あるいは家族の人生の情緒的な部分を完全に排除した形でコストだけを考えてしまっているのでしょうか。また、その便益を無視していないのでしょうか。実際のところ、効果的な治療の影響がどれほどであるのかを、われわれは十分に余裕をもって評価することをしていません。

したがって、わたしがとても危惧していること、懸念していることのひとつは、われわれは常に医学、心理学、そしてその他の関連する分野を専門職として捉えてきたということなのです。言わばそれらは自分にとって天命のようなものとして受け止めてきた。しかし、その結果として何が起こってきたかと言いますと、官僚主義的な効率と利益の追求です。

わたしが言いたいのは、そうしたことによってケアを提供する在りようがまったく違った姿になってしまったのではないかということです。ケアを提供する現場を実際に見てみますと、ほとんどの現場では家族がそれを行なっています。教育的な資源も財源もない家族がケアを提供している場合が一番多いのです。そして、制度的に目にするのは、ケアの機械化です。ということは、将来を考えた場合、また、

高齢者数が増えていくことを考えた場合、すなわち施設で暮らすことになる高齢者が増えてきた場合、彼／彼女らはどのような環境に置かれるのでしょうか。皆さんはどのような環境に置かれることになるのでしょうか。すなわち、社会の40%以上が65歳の高齢者になった場合、施設に入所するそのときに、その施設に非常に効率的かつ整った技術があっても、そこは人間性に欠けるような場になってしまうのでしょうか。そこは、過去においては人間性こそ大切と思って当たり前で過ごしてきた場であったのです。

(中略)

いまこそわれわれは何か行動すべきなのです。すなわち、人間とは何なのかというのをそれぞれの場で考え、そして人間を尊重すべく行動を起こすべきなのです。たとえばアドヴォカシー<sup>1)</sup>など、さまざまなものがあります。あるいは倫理に対する注目も高まっています。しかし、そこには十分な力が与えられていません。われわれにとって必要な真剣さが足りないのです。もしわたしの言っていることが正しいのであれば、すなわち感性そして主観性というものがわれわれの時代において変容しつつあるという見方が正しいのであれば、もっとも人間的なものがまさにいま、失われつつある。それが危機に晒<sup>さら</sup>されている。そういうことが正しいのであれば、われわれは何をすべきでしょうか。誰がその危機に立ち向かっていくのでしょうか。何ができるのでしょうか。皆さんにも考えていただきたいと思います。

皆さんのなかにおられるすべての専門職の方々、自分たちの現場で考えてください。学生たちをどう指導していけばよいのか。大学という場で、あるいは医療機関、社会的な機関において、このような、来るべき変化を遅延あるいは逆転させるべく、何をすべきなのかを考えていただきたいと思います。

(中略)

たとえばカテゴリー化、分類化、そして技術的な合理化というものを抑えて、ケアに人間性を回復させていったり、より良いケアを提供するために必要な時間軸を再考したりするのです。あるいは、普遍的・批判的に物事を考えること、たとえば物事を簡略化していくのではなく常に批判的に考えることです。ステレオタイプ<sup>2)</sup>ではない考え方をしていくということです。このように、それぞれのキャリアのなかで人間性に重きを置いて行動していくということです。このことはすなわち、常に人と一緒に在ること、ともに在ることを重要とすることなのです。単純ではあり

ますが、奥深い在り方だと思います。それが、われわれ専門職をビジネスと切り離す方法です。

(出典：アーサー・クラインマン，江口重幸，皆藤章著 皆藤章編・監訳 ケアを  
することの意味——病む人とともに在ることの心理学と医療人類学 株式  
会社 誠信書房 pp45-49 2016年より 一部抜粋・改変)

註)

- 1) アドヴォカシー： 社会的に弱い立場にある人の権利を擁護すること。
- 2) ステレオタイプ： 多くの人に浸透している先入観や固定観念のこと。

## 文章 2

このスライドにまとめているのは、21世紀にわれわれが向き合っている課題です。まず、(1)「社会的変化」です。社会が大きな変化を経験しているということです。たとえば、世界中の社会がいかに大きく変遷してきているかを考えてみたらわかると思います。わたしが生まれた1940年代、そして50年代、社会化されていったその時代にはインターネットがありませんでした。つい20年前もインターネットはありませんでした。けれどもいま、インターネットはどこにでもあって、われわれは世界中とつながっています。これは過去には想像もできない形態でした。そして、携帯電話やスマートフォンが大きく発展しました。1969年に初めて来日したときや、中国で研究に着手した1970、80年代を振り返りますと、当時は米国に電話をかけるのは大変なことでした。中国では郵便局まで行かなければなりません。そこで米国に電話をかける予約をするのです。いまでは、いつでもすぐに電話をかけられます。これが当たり前になりました。このようにしてお互いがつながっています。われわれを変えているのはこれらの技術の変化だけではありません。多くの技術が変貌を見せています。これらがわれわれの生き方を変えていったのです。

二点目は「社会的苦痛」です。こうした技術の発展にもかかわらず、そして経済が発展しているにもかかわらず、社会的な苦痛・苦闘は続いているのです。世界が大きく変わっても、世界のほとんどの人たちは貧しい生活を強いられています。世界の20億人が一日2ドル以下の生活をしているのです。ほぼ世界のすべての国に、日本や米国のように豊かな国と言われている国にも、貧困に苦しむ人たちがいます。世界の資産家の上位87人の富を全部合わせると世界中の国々の富の半分以上に匹敵します。このような社会の不公平がますます深まっているのです。社会がどんどん豊かになっていくなかで、富の分配、知識の分配、その他社会の財産の分配がますます不公平になっています。

そして「暴力」です。20世紀というのは、大量の暴力、大衆に対する暴力という点でかつてなかったような時代でした。冷戦が終わったいまや、かつてほど暴力は重要視されないだろうなどと思っていたのは間違いでした。暴力は止むことなく、さらに大規模になりました。そしてわれわれは、日常生活に暴力がいかに深く根を張ってきたのかを知るようになってきたのです。何と多くの女性や子どもへの虐待、そして何と多くの配偶者への暴力、子どもに対する暴力があるかを、われわれは知っています。たとえば、ラテンアメリカを取り上げてみますと、ここではいろいろな調査がなされましたが、ラテンアメリカの国々においては、結婚している女性の50%が常に配偶者から暴力を受けているという結果があります。そのほとんどはア

ルコールに関連しているのです。このように、暴力はどこにでも見られます。暴力は社会に深く忍び込んでいるわけです。

さて四点目ですが、現代においては、誰しも経済的な現実を確実なものとは捉えていません。「経済的不安定」です。雇用であるとか将来の生活であるとか、あるいは自分のキャリアがどうなっていくのか、など。皆、こうしたことに不確実さを抱えています。かつて、ヨーロッパはもっとも安定した安全なところだと見られていました。しかし現代ヨーロッパでは、たとえばポルトガルやスペイン、ギリシャなどの一部の社会において、若者の50%が無職あるいはほとんど仕事とは呼べないような仕事しかしていないのです。経済の不確実さは、減少しているのではなくさらに高まってきているのです。

次に挙げられるのは「身体的危険」です。世界にはたくさんあります。これは言わずもがなでしょう。福島原子力発電所の事故、そして震災。これらは身体的危険の良い例です。しかし、もちろんこれだけではなく、物理的な危険の例は世界中にいくらでもあります。ご存知のようにわたしは中国で研究をしていました。一ヶ月前も北京にいました。そのときには、ひどい大気汚染で、この部屋の後ろまでも見えにくいぐらいの状態でした。一ヶ月前のことです。そして、北京から別の町に行ったときのことでした。中国の湖南省でのことです。わたしはある教授とレストランに行きました。このお米はどの省の生産ですかと尋ねたところ、教授は、湖南省だけでもそこのお米は水も土壌もひどく汚染されているから食べないと言ったのです。このように、物理的な危険はなくなったのではなく、反対にその重要性に対する意識がますます高まっているのです。

最後に、(2)「ウェーバーの技術的合理化」を挙げましょう。社会科学のもっとも重要なこの概念について説明したいと思います。マックス・ウェーバーは、優れたドイツの社会学者で1920年に亡くなりました。彼がわれわれの世界に対して出した予測というのは、マルクスやフロイトよりも重要だとわたしは考えています。ウェーバーにわかっていたのは、われわれの世界のなかで、社会生活においてもっとも重要なものが制度すなわち官僚制度であるということです。ウェーバーによると、官僚制度がなぜもっとも重要なのかと言うと、これらがもっとも効率よく社会生活を組織化するからだということです。なぜかと言うと、官僚制度にはすべてを定量化・普遍化、そして組織化できる力があるからです。体系的な組織化ができるからなのです。いわゆる技術的合理性のためにこれが行なわれているとウェーバーは言うわけです。官僚制度がひとつの分類項になって、われわれの社会がそこから加速度的に開発され発展し、それが社会生活の一片となったわけです。

(出典：アーサー・クラインマン，江口重幸，皆藤章著 皆藤章編・監訳 ケアを  
することの意味——病む人とともに在ることの心理学と医療人類学 株式  
会社 誠信書房 pp31-33 2016年より 一部抜粋・改変)



### 文章 3

文章 3 は出典のみ公開する。

Jacqui Wise. More computer use during consultations is linked to lower patient satisfaction. BMJ Dec. 2015; doi: 10. 1136/bmj. h6395. より一部抜粋.  
改変

問1 文章2の下線部(1)と(2)について、それぞれ150字程度で説明しなさい。

問2 文章3の下線部(3)で示す結果になったのはなぜか、文章1をふまえて説明しなさい。

問3 下線部(3)で示す結果にならないためにはどうすればよいか、あなたが志望する医療専門職をふまえ、その医療専門職として求められる態度と関わり方についてあなたの考えを600字以内で述べなさい。

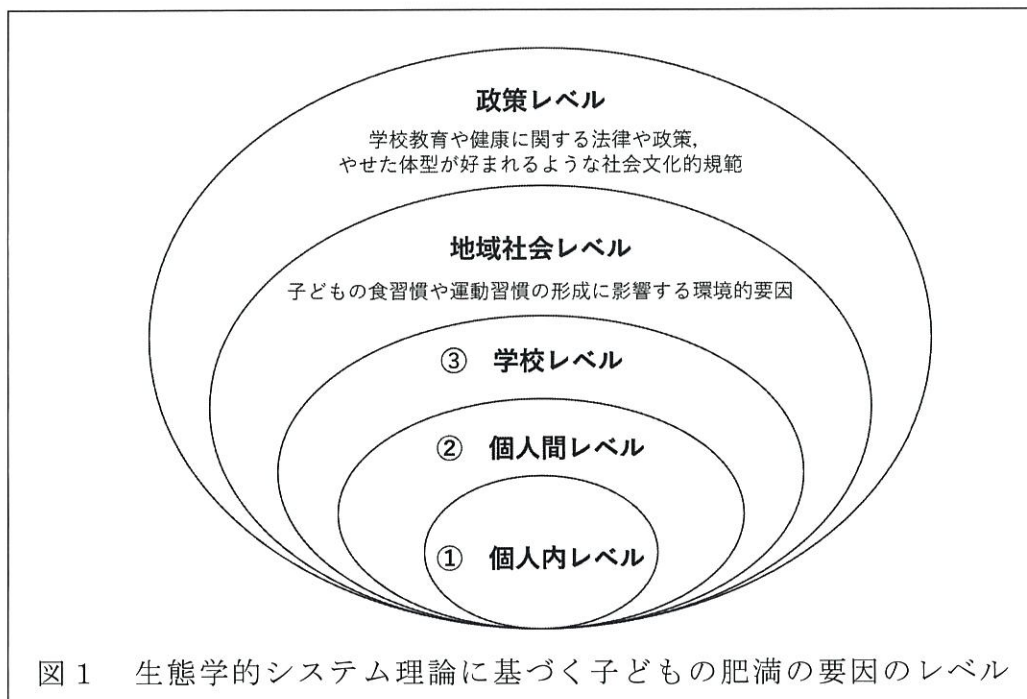
Ⅱ 近年、子どもの健康問題がクローズアップされてきており、その予防対策が課題になってきている。次の文章1と文章2を読み、以下の間に答えなさい。

文章1

肥満の要因といえば、何が思いつくだらうか？ カロリーの高いものを食べすぎることだらうか？ それとも、座ってテレビを見たりインターネットばかりして、運動不足になっていることだらうか？

周知のとおり、健康を維持・増進するための基本は、健康的な生活習慣づくりである。小学校や中学校における健康教育でも、生活習慣の重要性が強調されている。しかし、適切な食生活や適度な運動を促しても、うまく取り組める子と取り組めない子がいる。それは、その子どもがおかれている学校や家庭環境、それらを取り巻く地域社会の環境が異なるからである。

近年、子どもの健康は個人と環境との相互作用によって形成されるという考え方が主流になっている。これは、米国の発達心理学者ユリー・Bronfenbrennerが提唱した考え方で、「生態学的システム理論」と呼ばれる。この生態学的システム理論に基づいて子どもの肥満の要因を整理してみると、図1のようになる。個人と環境の要因は入れ子型の五つのレベルに分類できる。



(中略)

「貧困」に注目が集まっているのは、貧困状態にある子どもが増えているからである。日本の貧困率は1980年代から一貫して上昇している。90年代に入ってから日本が格差社会であることが多くの人に意識されるようになった。しかし、子どもの貧困が社会問題として世に注目を集めるようになったのは、多くの関連書籍が発表された2008年以降であった。健康分野の研究者が、子どもの貧困と健康の問題に着目するまでには、さらにタイムラグがあった。その結果、日本で子どもの貧困と肥満に関する研究が発表されはじめたのはごく最近である。

一方、欧米諸国では、早くも1940年代から親の社会経済状況と子どもの肥満に関する実証的な研究が行われている。1980年代の終わりには、複数の研究成果をまとめた論文が発表されている。当時の成果では、先進国において、親の社会経済状況と子どもの肥満との間に一貫した関連は見られていない。しかしながら、多くの先進諸国で社会経済格差が拡大するにつれ、子どもの肥満にも格差が見られるようになる。2008年に新たに発表された論文では、1990年から2005年の間に発表された45本のうち過半数で、親の社会経済状況による子どもの肥満格差が見られることが報告されている。

このように欧米諸国では子どもの肥満格差に関する研究が多数発表され、既知の事実となっている。日本では研究が遅れたものの、現場ベースでは子どもの肥満格差が認識されてきた。学校の教員や地域で子どもと関わる活動をしている人たちは、子どもの貧困が健康格差を生んでいることに気づいて、さまざまな活動をすでに始めている。著者もあるNPO法人での活動を通じて、経済的問題を抱えた家庭の子どもたちの悩みに寄り添ってきた。みなと同じと思えないこと、人間関係がうまくいかないこと、朝食の用意がなく食べずに学校に通っていること、ストレスで食べ過ぎてしまうこと。こうした現状をデータとして可視化する必要性を感じてきた。

そうして、筆者らの研究チームは2015年5月に、家庭の経済状況と子どもの肥満に関する研究を発表した。対象者は、厚生労働省が全国規模で実施している2010年度の「国民生活基礎調査」と「国民健康・栄養調査」に参加した、学童期(6~11歳)と思春期(12~18歳)の各397名の子どもである。月間の家計支出額の平均値を「低(学童期15.0万円, 思春期16.5万円)」「中(学童期24.2万円, 思春期27.6万円)」「高(学童期39.0万円, 思春期45.2万円)」の3群に分けて分析した。その結果、家計支出が低位群の思春期の子どもは、高位群の子どもより肥満のリスクが3.4倍高いことが判明した。

(中略)

一方、学童期では家計支出と肥満の関連は認められなかった。学童期では家庭の経済状況が肥満に与える影響を、学校給食が緩和している可能性があると考えられる。

同年9月に東京大学の研究チームが、経済危機と子どもの体格格差の関連について興味深い研究を発表している。2008年末の米国のリーマン・ショックに端を発した世界的な経済危機は、まだ記憶に新しいだろう。こうした経済危機が訪れると、特に社会経済状況が思わしくない人々において健康状態が悪化し、健康格差が拡大することが知られている。そのため、リーマン・ショックにより、所得が低い家庭の子どもにおいて肥満が増えた可能性が高いと考えられた。そこで、東京大学の研究チームは、2001年の1月と7月の各1週間に生まれた子どもを追跡した厚生労働省調査の約3万人のデータを分析した。その結果、リーマン・ショック前の所得が一般よりも低かった世帯の子どもたちにおいて、リーマン・ショック後に肥満になるリスクが高くなったことが判明した。さらに、リーマン・ショック前の所得が低くても高くても、リーマン・ショック後に所得が30%減少した世帯の子どもたちにおいても、肥満になるリスクが高くなることが明らかになった。一見、関係がないと思われる国の経済状況の悪化が、低所得家庭の子どもの肥満に影響を与えることを示す結果である。リーマン・ショックは、特に低所得の保護者たちの経済活動に少なからず影響を及ぼした。なかには職を失ったり、所得が下がったりした保護者もいるだろう。家庭の経済状況の悪化により子どもはストレスを感じ、望ましい食生活や運動習慣を維持できなくなったと考えられる。

そのほかには、2016年に東京医科歯科大学の研究チームが、静岡の中中学生3000人のデータを用いて、自分の家庭の暮らし向きが苦しいと感じている女子学生ほど、BMIが高い傾向があることを報告した。この研究は家庭の経済状況を主観的に評価しているものの、家庭の経済状況が子どもの肥満に影響することを示唆するものである。

日本の研究は限られてはいるが、子どもの貧困と肥満には関係がありそうである。では、貧困はどのように肥満に影響するのだろうか？ 貧困状態にある人は満足に食事をとれず、むしろやせるのでないかと考える人もいるだろう。実際に開発途上国ではそのような現象が起きており、肥満は高所得層の問題である。先進国でも、貧困による飢えからやせたり、餓死したりするケースが見られなくはない。しかし、全体的な傾向としては、肥満は低所得層の問題である。

米国の栄養学者ジェフリー・ソバルによれば、低所得層は経済的理由でさまざまな資源にアクセスできないことによって、肥満になるという。たとえば、高所得の

家庭では、食品選択についてより多くの選択肢をもつことができ、健康のために野菜や魚介類を躊躇<sup>ちゅうちよ</sup>せず<sup>せ</sup>に購入することができる。一方で、低所得の家庭では、限られた予算のなかで空腹を満たすことができる、高カロリーで栄養価が低い食品を購入しがちになる。

低所得の家庭で比較的高価な食品を選択しづらい状況は、国の調査結果に表れている。2015(平成 27)年度の「乳幼児栄養調査」では、2歳から6歳の子どもを対象に(回答は親)、主要な食物の摂取頻度をたずね、経済的な暮らし向き別に比較している。その結果、経済的な暮らし向きに「ゆとりがない」家庭では、「ゆとりがある」家庭と比べて、魚、大豆・大豆製品、野菜、果物の摂取頻度が低く、菓子(菓子パン含む)やインスタントラーメン・カップ麺の摂取頻度が高い傾向が見られた。また、2014(平成 26)年度の「国民健康・栄養調査」によると、世帯所得が600万円以上の世帯員と比較して、200万円未満の世帯員では穀類の摂取量が多く、野菜類および肉類摂取量が少ない傾向が見られた。これは20歳以上の成人を対象とした調査だが、大人と同じものを食べている子どもにおいても、同様の傾向があることが予想される。

また、2016(平成 28)年に実施された東京都の「子供の生活実態調査」によれば、低所得層が多いひとり親家庭で、労働時間が長い母親が多いことが示されている。さらに、母親の労働時間が週40時間以上に及ぶ(つまり、残業を行っている)と、子どもが肥満になりやすいことが示唆されている。親の長時間労働は低所得の家庭に限った話ではないが、子どもの食生活や生活リズムなどに影響を及ぼしている可能性がある。

本節をまとめると、子どもの肥満は、階層をなすさまざまな要因が相互に影響し合って発生する。個人の食習慣や運動習慣だけでなく、学校での生活環境や地域のまちづくり、国の健康政策までもが肥満の発生に影響する。多くの肥満の要因のなかでも「貧困」に着目すると、欧米では、貧困家庭の子どもで肥満のリスクが高いことが多くの研究から示されている。日本の研究は限られているものの、欧米と同様の結果を示している。子どもは生まれる家庭を選べないため、貧困家庭の子どもは、健康を維持・促進する「機会の不平等」を被っていることになる。その結果として健康を害すると、さらに就学や就労などについても本来得られたであろう機会を失っていくことになる。「結果の不平等」とは異なり、「機会の不平等」は本人の力ではどうにもできないものである。肥満の要因として貧困に着目する最大の理由は、子どもたちに平等な機会が得られない不公平が生じているためである。

(出典：阿部彩，村山伸子，可知悠子，鷹咲子編著者 子どもの貧困と食格差——お腹いっぱい食べさせたい 株式会社 大月書店 pp61-70 2018年より 一部抜粋・改変)

## 文章 2

The American Academy of Sleep Medicine recommends that teenagers aged 13 to 18 years should regularly sleep 8 to 10 hours per day for good health. Adolescents who do not get enough sleep are more likely to

- Be overweight.
- Not engage in daily physical activity.
- Suffer from symptoms of depression.
- Engage in unhealthy risk behaviors such as drinking, smoking tobacco, and using illicit drugs.
- Perform poorly in school.

During puberty<sup>1)</sup>, adolescents become sleepy later at night and need to sleep later in the morning as a result in shifts in biological rhythms. These biological changes are often combined with poor sleep habits (including irregular bedtimes and the presence of electronics in the bedroom). During the school week, school start times are the main reason students wake up when they do. The combination of late bedtimes and early school start times results in most adolescents not getting enough sleep.

(出典 : National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Population Health. “Schools Start Too Early” . Centers for Disease Control and Prevention. October 5, 2022.

<https://www.cdc.gov/sleep/features/schools-start-too-early.html>, (参照 2023/07/18) より 一部抜粋・改変)

註)

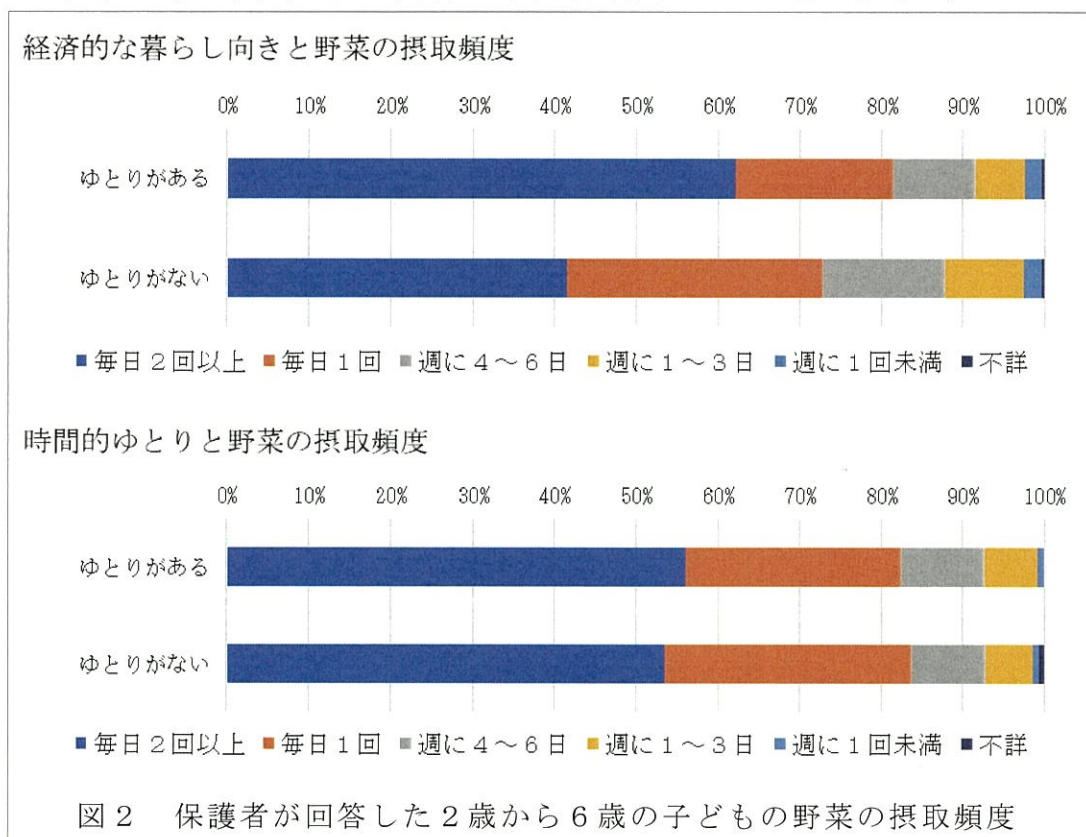
- 1) puberty 思春期

問1 文章1の図1は、生態学的システム理論に基づいて子どもの肥満の要因をレベルごとに分け、それぞれのレベルの内容を示したものである。「地域社会レベル」、「政策レベル」の例にならって、「①個人内レベル」、「②個人間レベル」、「③学校レベル」ではそれぞれどのような要因が考えられるか、また、子どもの肥満を予防するためにどのような対策が考えられるか、具体的な要因と対策について、あなたの考えを述べなさい。

問2 図2は、保護者が回答した2歳から6歳の子どもの野菜の摂取頻度についてまとめたグラフである。図2をふまえて、以下の問(1)(2)に答えなさい。

(1) 子どもの食生活に影響を与える要因について説明しなさい。

(2) 上記の問(1)の回答に対する対策について述べなさい。



問3 文章2で推奨されている事柄を述べなさい。また、「生態学的システム理論」にあてはめた場合、「①個人内レベル」、「②個人間レベル」、「③学校レベル」でどのようなことができるか、文章2を参考にしてあなたの考えを200字以内で述べなさい。



### Ⅲ

次の文章 1 から文章 3 までを読み、以下の間に答えなさい。

#### 文章 1

その本は、  
表紙に二人の男の名前が  
書いてありました。

ある王国が作った本でした。  
その本のあらすじは、  
こんな感じ。

本の好きな王様がいました。  
王様はもう年寄りで、  
目がほとんど見えません。

王様は二人の男を城に呼び、  
言いました。

「わしは本が好きだ。今までたくさんの本を読んだ。  
たいていの本は読んだつもりだ。  
しかし、目が悪くなり、もう本を読むことができない。  
でもわしは、本が好きだ。だから、本の話、聞きたいのだ。」

お前たち、世界中をまわって  
『めずらしい本』について知っている者を探し出し、  
その者から、その本についての話を聞いてきてくれ。  
そしてその本の話、わしに教えてほしいのだ」

世界中を旅するためのお金を渡されて、  
二人の男は旅立ちました。

そして一年後、二人は旅から戻ってきました。

もう起き上がることも

できなくなった王様に  
いろいろな人から聞いた  
いろいろな本の話、  
二人は一晩ずつ、  
かわりばんこに話しました。

「その者が言うには、その本は…」

(中略)

その本は、花畑に置くとかわいらしく見える。コンクリートのうえに置くと 孤独に見える。ジャングルに置くと野生の生き物みたいに見える。

嫌な人が持つとおもしろくなさそう。笑顔の人が持つとなんだかおもしろそう。

でもその本を本棚に置くと特には目立たない。

すべて (A) は (B) なのに。

(中略)

その本は、ボロボロである。古書店の棚にならんでいる本のなかで一番汚い。

ほかの本は古本だけど新品のようにきれいだったり、そこそこきれいだったりする。

その本だけがボロボロなのである。お客さんも、その本には触れないように気をつけて近くの本を取ったりする。

(1) その本のこと、かわいそうと思った？

ほとんどの本は1回、多くても3回ほど読まれたら本棚に置かれたり、捨てられたりするけれど、その本は、持ち主に何度も何度もくりかえし読まれた。100回も200回も読まれた。その本は持ち主が子供のころに母親から買ってもらった本だった。はじめて読んだ持ち主はその本を好きではなかった。「つまらない本だな」とさえ思った。でも正直に言うとなまらないのではなく意味がわからなかったのだ。だから、持ち主はしばらくたってから、その本をもう一度読んだ。すると、こういう内容だったのかと発見があった。まえに読んだときは全然わからなかったのに。

その発見によって持ち主は、本は読むときによっておもしろさが変わることを知った。持ち主はそれが嬉しくて何度もその本を読むようになった。読むたびに新しい発見があった。知らない人ばかりいる新しい場所にいくとき、持ち主はその本を持って行って読むことが多かった。そうするとさみしくなかった。その本が自分を守ってくれているようだった。

持ち主は 恋人<sup>こいびと</sup> ができると、その本のことを楽しそうに恋人に紹介した。恋人もその本を読んでくれた。二人でその本の話を楽しそうにしてくれた。

持ち主は友達とお酒を飲んで 酔<sup>よ</sup>うと、その本が多くのことを自分に教えてくれたことや、自分を勇気づけてくれたこと、助けてくれたことをよく語った。そういうとき、その本は嬉しかった。持ち主は老人になってもその本を読みつづけた。

持ち主の老人は孫にその本とおなじタイトルの新しい本をプレゼントした。

だけど、ボロボロになったその本はいつまでも老人のものだった。

その本と老人のお別れのときがきた。持ち主の老人はベッドサイドに置いたその本をもうひらくことはできなかったけれど、最後にそっと表紙を手でなでた。

持ち主とお別れしたその本はめぐりめぐって、いまは古書店の棚にならんでいる。

その本は、持ち主の手がまだ小さくて 幼<sup>おきな</sup>かったころ、大切に抱えられてページをめくられた遠い日のことを思いだしていた。そして、持ち主の手が大きくなり、あたたかい手のひらにおさまってページをめくられた日々を思いだしていた。

ほかの本はピカピカで、その本だけがボロボロだった。だけど、その本はとても幸せだった。その本は、そこに書かれている物語とはまたべつの、もう一つの物語を持っていた。

(出典：又吉直樹，ヨシタケシンスケ著 その本は 株式会社 ポプラ社 pp2-11, pp54-59 2022年より 一部抜粋・改変)

## 文章 2

文章 2 は出典のみ公開する。

Beatrice A. Wright PHYSICAL DISABILITY— A PSYCHOLOGICAL APPROACH.  
Harper & Brothers pp8-9 1960 年より一部抜粋・改変

この本を手にとってくれたみなさんへ

わたしは生まれつき、<sup>せきずいせいきんいしゆくしょう</sup> 脊髄性筋 萎縮症 という、とてもむずかしい名前の病気にかかっています。どんな病気なのか、かんたんに言うと、体の<sup>きんにく</sup> 筋肉 がだんだんおとろえていく病気です。

みんなが当たり前のようにしている、かけっこも、ボール投げも、リコーダーを<sup>ふ</sup> 吹くことも、そう、<sup>こきゅう</sup> 呼吸 をすることだって、ぜんぶ、<sup>きんにく</sup> 筋肉 がないとできません。その<sup>きんにく</sup> 筋肉 がだんだんなくなっていく病気です。

だから、みんなができることが、わたしにはできません。小さなころは自分の足で立って歩けたけど、今は車いすを使わないと動けません。本のページをめくるのだって、だれかの助けがないとむずかしい。息をすることも、<sup>じんこうこきゅうき</sup> 人工 呼吸器 という<sup>きかい</sup> 機械 を使わないと、できないのです。

わたしは、<sup>じゅうどしょうがいしゃ</sup> 重度 障害者 と呼ばれています。重い、<sup>しょうがい</sup> 障害 のある、人。

たしかにそうかもしれませぬ。

でもね、じつは、わたしに<sup>しょうがい</sup> 障害 があるのは、あなたのせいなのです。

そう言ったら、おどろきますか？

それはそうだよ。あなたはきっとわたしのことを知らない。わたしもあなたのことを知らない。なのに、自分のせいだなんて。

でもね、本当にそうかもしれないんだよ。

(2) わたしが病気であることと、「<sup>しょうがい</sup> 障害 がある」ことは、別のこと。わたしの生きづらさをつくりだしているのは、この世の中、この社会なのです。

わたしのような<sup>しょうがいしゃ</sup> 障害者 でも、楽しくて、もっと生きやすい世の中って、つくれないのかな。それはきっと、<sup>しょうがい</sup> 障害 のない人だって生きやすい世の中なんじゃないかな。

わたしは、そんな社会をつくりたいと思っています。

そのために、目の前にいるたったひとりのあなたに、わたしは語りかけたいのです。

あなたが変われば、わたしの<sup>しょうがい</sup> 障害 をなくすことも、できるはず。たったひとりのあなたが、たくさんふえて、みんなになれば、いつか社会は変わるはず。

その未来を信じて、わたしはこの本をとどけます。

(中略)

たいへんだけど、不幸じゃない

わたしはときどき、小学校や中学校に呼んでもらって自分のことについて話す機会があります。その後、子どもたちの感想文が送られてきます。

感想文をもらうのはとてもうれしいのですが、読んでいて「あれっ？」と思うことがあります。たとえば、こんな文章です。

海老原さんは困難なことがたくさんあるのに、それを乗り越えてとても明るかった。

「困難なんてないんだけどなあ。乗り越えているつもりもないけどな」

わたしは今の生活がおもしろいと思っていて、そのことを子どもたちに向けて話したつもりでした。

わたしと初めて出会う人は、びっくりするのかもしれませんが、呼吸だって自分の力だけではできないし、体はやせて曲がっています。こんなようすだから「つらいことがたくさんあるんだろう」と思うのでしょう。

たしかに障害をつらいと思っている人はいますが、そう思っていないわたしのような障害者もいるのです。

わたしの場合、障害は乗り越えるべきものではなく「共にある」もの。

車いすに乗っていることも、脊髄性筋萎縮症という病気も、呼吸器を使っていることも、わたしの特徴でしかありません。

もちろん、できないことがたくさんあるのはたいへんです。でも「乗り越える」という言葉を使うと、障害が「乗り越えなければいけない不幸」のように感じられます。それは、わたしの気持ちとはちがいます。

わたしは決して不幸ではありません。

(出典：海老原宏美著 わたしが障害者じゃなくなる日 難病で動けなくてもふつうに生きられる世の中のつくりかた 株式会社 旬報社 pp5-7, pp123-124 2019年より 一部抜粋・改変)

- 問1 文章1の下線部(1)について、文章1の内容をふまえて、質問に対するあなたの答えを述べなさい。また、そのように答えた理由について、文章1を引用しながら、300字以内で説明しなさい。
- 問2 文章3の下線部(2)とは、どのようなことを意味しているか。文章2と文章3の内容をふまえて、「病気である」ことと、「障害がある」ことに言及をしながら、500字以内で説明しなさい。
- 問3 問2の回答をふまえて、文章1の空欄(A)、空欄(B)をあなたが考えるとしたら、どのような言葉にしますか。あなたが考えた言葉を述べなさい。また、その理由について、400字以内で説明しなさい。

IV 次の文章 1 と文章 2 を読み、以下の間に答えなさい。

文章 1

安楽死、尊厳死、自殺幫助等と呼ばれる一連のふるまいを擁護する立論にはさまざまなタイプがあるが、もっともポピュラーなのは、自己決定の価値に訴える議論だろう。2017年3月号の『文藝春秋』は、「安楽死は是か非か」の題で、劇作家や俳優等の著名人 60 名を対象とするアンケート調査の結果を掲載した。「回復の見込みのない病気の患者が薬物などを服用し、死を選択すること」と定義された安楽死に賛成と答えた人は、過半数の 33 名だったという。編集部のまとめによると、最多の理由は「人には、自分の死を選ぶ権利がある」という考えだった。「生まれることは選べなくても、死ぬときは、自分らしくと思います」と書いた作家の回答などが引用されている。

国内でリビング・ウィルの普及等に努めている日本尊厳死協会は、延命措置の差し控えや中止が合法化されるべきだと主張している。協会の冊子には「私たちは、終末期医療における「自己決定権の確立」を目指している団体です」とある。

さてしかし、患者の死期を早めうる各種の医療的なふるまいについて、個人が自己決定できることの良さに訴えて正当化できると考えることは正しいだろうか。一方で、このタイプの議論には、直観的な魅力がある。死にかたや死ぬタイミングは、個人の人生の締めくくりに当たる大切な局面だ。医療者や家族は、できるだけ長く生きてほしい、のようにいうかもしれないが、しかし、そこは他人の考えで勝手に決められたくないと感じる人もすくなくないにちがいない。

他方、自己決定の良さだけを根拠におく考えかたには一見してあきらかな課題もある。実際、死にかたや死ぬタイミングにかんして無制限の自己決定権が個人に認められている社会は、日本を含め、どこにも存在しない。厚生労働省と警察庁の発表による「平成 28 年度中における自殺の状況」によれば、国内の自殺の動機で「健康問題」に次いでもっとも多いのは「経済・生活問題」だが、たとえば負債や事業不振のために死にたいという個人が速やかかつ安楽に死ぬ目的で他人の幫助を受けることは認められていない。また、認められるべきだという意見も皆無といってよいだろう。

もちろん、借金苦から逃れたいという人の自殺を幫助することと、病人を対象とするいわゆる安楽死や尊厳死とでは、大きな差があると思われるかもしれない。たとえば、患者の死期を早めうる医療的な処置の場合、対象となる病人は一般に不治で末期の状態でなければならぬと考えられていることが多い。この考えにしたが



うなら、対象者はすべて自殺の幫助を受けなくても近いうち死亡する人に限られている。そこで、生命短縮的な処置が認められるべきなのはこの条件を満たすからであって、経済的動機による自殺幫助まで認められるべきといえないのは対象者にこの条件が当てはまらないからだ、と主張されるかもしれない。

この主張は、もしかすると正しい。しかし、そう主張する人は、その時点ですでに患者の死期を早めうる医療者のふるまいが認められるべき理由として、自己決定以外の価値を持ち出していることにも注意しなければならない。たんに死にかたは本人の決定に委ねられるべき事柄だから、という理由だけでは、生命短縮的な処置の対象者を不治や末期の病人に限定することはできない。また、経済的動機から死にたいという人の決定を尊重しなくてよいと考える理由も出てこない。そう限定したり考えたりすることができるためには、個人の自己決定を尊重することの価値だけでなく、場合によってそれに優先しうる何か他の価値にも同時に訴えながら立論していく必要がある。

実際、患者の死期を早めうる医療者のふるまいの合法化に賛成する多くの研究者は、自己決定を尊重することの良さと、患者の利益を守ることの良さとをバランスさせるべきだと考えてきた。たとえば、マーガレット・バッティン (Margaret Battin) は述べている。

完全に健康な人から、深刻な病気の人をあいだにおいて、脳欠損や脳死の人にいたる分布があるとすると、自律原則は、その真ん中の領域でもっとも強く機能する。本人の状態が認知能力をすっかり失うくらいに衰えているのでなければ、人の痛みや苦しみが深刻であるほど、生きることが利益かそうでないかにかんする本人の見解にたいして私たちはより大きな敬意を払わなくてはならない。しかし、この尺度の両端では、パターナリスティックな配慮が関与してくる。すなわち、人が健康で痛みも感じていないなら、私たちはその人を生かすために介入するだろう(たとえば自殺しようとするのを止めることで)。

文中の「パターナリスティックな配慮」とは、パターナリズム(paternalism)の実践に当たるような配慮のことである。パターナリズムは本書の考察にとって全編をとおり重要な概念であるから、ここでかんたんに定義を示しておこう。

パターナリズムとは、相手の利益のために、相手の決定を否定したり、覆したりすることを意味する。日本語では父権主義と訳されることもある。医療者の態度を形容してつかわれることの多いことばではあるが、他の文脈で使用することも可能だ。たとえば私が、たばこを吸い始めた娘を見て、彼女の利益にならないからと娘

のたばこを取り上げたでしょう。このとき私は娘にたいしてパターナリズムを実践したことになる。あるいは、娘の婚約を、その男とでは娘が幸せになれないにちがないと考えて破談にするなら、これもパターナリズムの実践に当たる。定義上、パターナリズムの実践は、必ず相手自身(娘)の利益のためを思ってなされているのでなければならない。受動喫煙によって私の健康が害されるのを嫌って娘のたばこを取り上げたり、婚約相手と私との相性の悪さを理由に結婚に反対したりすることは、パターナリズムに該当しない。右の引用文の場合、死にたいという患者を止める理由は、あくまで死んでも本人のためにならないという点にある。したがってこれはパターナリズムの定義に合致する。

以下では、考察のため、最初に自己決定の良さに訴える容認論を二つのタイプに区別しよう。ひとつは、今述べたように、場合によって利益などの他の価値が自己決定に優先することを認めるタイプの論である。これをバランス型の容認論と呼ぼう。もうひとつは、あくまで患者の自己決定が常に優先するべきだと考えるタイプの論であり、ここでは自己決定至上型と呼ぼう。

(出典：有馬斉著 死ぬ権利はあるか——安楽死，尊厳死，自殺幫助の是非と命の価値 春風社 pp70-74 2019年より 一部抜粋・改変)

## 「生きるのがつらい」と「死にたい」はちがう

人工呼吸器について多くの人が持っているイメージは、病院のベッドでたくさんチューブにつながれて、ごはんも食べられなくて、会話もできなくなった人が使うもの。無理やり機械に生かされているイメージです。

でも実際は、わたしのよう人も使っています。わたしは呼吸器をつけていてもたくさんしゃべるし、ごはんも食べるし、外出もする。海外旅行にもいきます。

それなのに、呼吸器を使うようになったら「人生終わり」というイメージを持つ人は減りません。そのイメージは、「呼吸器を使うなんて、生かされているだけだからかわいそう」という気持ちにつながります。

さらに進むと、「重度の障害者は生まれたいほうが幸せなんじゃないか」ということにつながっていくのです。

それを考えるひとつのきっかけとなるのが「尊厳死」の問題です。

尊厳死とは、治る見込みのない人が「もうこれ以上、治療はしなくていい。機械によってただ生かされているのなら、機械をはずしてもよい」と決め、みずから死をえらぶことです。それが許されるように法律をつくろうと議論がされています。

これはとてもむずかしい問題です。

「機械につながれているだけなら、もうはずしてもいいんじゃない？」

「患者にも死ぬ権利はあるんじゃない？」

そう思うかもしれません。

実際、人工呼吸器をつけて長期療養病院のベッドにいる人の中には、「呼吸器をはずして死んでしまいたい」と言う人がいます。

でも、もう少し考えてみましょう。

(1) その人が心の底から死んでしまいたいと望むなら、思いをかなえてしまっ  
ていいのでしょうか。

わたし自身が人工呼吸器をつけながら思うのは、心の底から死にたいと思っている人なんて、絶対にいないということです。

死にたいという人が、本当に思っていることはなにか。

それは、呼吸器をつけてベッドの上から一歩も動けない人生に絶望しているのです。

「家に帰りたと言ったら家族に迷惑がかかる」

「友だちがないのがさびしくてつらい」  
だから、生きていくのがつらいと知っているのです。

「生きるのがつらい」と「死にたい」はちがいます。

(出典：海老原宏美著 わたしが障害者じゃなくなる日 難病で動けなくてもふつ  
うに生きられる世の中のつくりかた 株式会社 旬報社 pp131-134 2019年より  
一部抜粋・改変)

問1 文章1の論点を20字以内で答えなさい。

問2 下線部(1)について、あなたにできることは何かを、理由とともに述べなさい。あなたが目指す医療専門職を念頭に置いて答えなさい。

問題はこのページで終わりである

問題訂正(医学部人間健康科学科 論文試験)

下記の問題訂正があります。

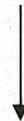
記

問 題 訂 正

医学部人間健康科学科 論文試験 問題冊子

10 ページ 1 行目

(誤) 文章2の下線部(1)と(2)について、それぞれ150字程度で説明しなさい。



(正) 文章2の下線部(1)と(2)について、150字程度で説明しなさい。

27 ページ 7 行目

(誤) 右の引用文の場合



(正) 前述の引用文の場合

以上