

## 医科大学の社会学者

金子雅彦

防衛医科大学校

kaneko@ndmc.ac.jp

### Sociologist in Medical School

KANEKO Masahiko

National Defense Medical College

*Key Words: Work Style of Sociologist, Medical School*

#### 1. はじめに

次の問題は第109回医師国家試験（平成27年）で出された問題である。

B問題29 平成20～24年の社会状況で正しいのはどれか。2つ選べ。

- a 完全失業率は2%以下である。
- b 非正規雇用の割合は増加している。
- c 完全失業率は40～50歳が最も高い。
- d 父母がいる児童の世帯の約80%で父母とも仕事をしている。
- e 児童のいる世帯の母の仕事は正規雇用より非正規の割合が高い。

日本社会の職業構造に関して問う問題である。正解はbとeである。実は医師国家試験に社会科学的問題が出題されることがある。本稿では、なぜこうした問題が出題されるのかの説明の一助となりうる背景を含め、医科大学に勤務する文系出身の社会学者が何をしているのか、その実践報告を行う。

#### 2. 医療に関する社会学と医療における社会学

1955年のアメリカ社会学会大会期間中、医療社会学者と医者がインフォーマルに集まり会合を行った。目的は当時拡大しつつあった医療社会学（medical sociology）領域の関係者間の交流を図ることだった。情報交流の促進や他の共通したニーズをかなえるためにインフォーマルな医療社会学委員会が作られた。委員会の事務局長になったStrausは医療社会学者の名簿を編纂する任務を与えられた。そこで、Strausたちは質問紙調査を行うことにした。調査対象者はスノーボール・サンプリング（雪だるま式標本法）で選定した。スノーボール・サンプリングとは人間関係のネットワークを利用して

調査対象者の数を増やしていく方法で、参与観察法では重要なデータ収集法として位置づけられている（片桐 1997）。Straus は知り合いの医療社会学者 15 人に同業者の名前を挙げてもらい、またその人たちにさらに同業者の名前を挙げてもらうといった方法で、最終的に 162 人まで増やした。そして、彼らに質問紙調査を行った。1956 年 6 月までに 144 人から回答が戻ってきた。そのうち社会学が基本的な専門領域と回答した 110 人について分析を行った（Straus 1957）。

まず所属機関は 60 人がメディカルスクールなどの医育系機関、病院、政府の公衆衛生部門などであり、50 人が大学社会学部や民間研究機関などだった。研究テーマ（複数回答）は精神医学関連（42 人）、病気に対する人の反応パターンや社会集団ごとの相異（42 人）、医療専門職（26 人）、医療組織や保健医療資源の供給・配分・活用（25 人）が多かった。

これらの調査結果などから、Straus は医療社会学に 2 つの類型があると論じた。1 つは医療に関する社会学（*Sociology of Medicine; SoM*）である。この類型の特徴は、医療の組織構造、役割関係、価値システム、機能といった要因を人間行動の一形態として研究することであり、社会学的パースペクティブから医療環境を研究・分析する。そして、この類型の医療社会学者は大学の社会学部など医療機関の外部にしやすい。もう 1 つは医療における社会学（*Sociology in Medicine; SiM*）である。この類型の特徴は、医師や他の保健医療職種の人々と協力して特定の健康問題に関わる社会的要因を研究することであり、主として医学的問題に動機づけられた応用研究・分析を行う。この類型の医療社会学者は通常メディカルスクールや看護大学などに勤務している。

Straus は SoM と SiM は両立しがたいと考えた。なぜなら、SoM の社会学者は医学教育や臨床研究に近づきすぎると、客観性を失うかもしれないからである。他方、SiM の社会学者は同僚を研究対象にしようとする、良好な関係を損ねるリスクを負うかもしれないからである。そこで、Straus はカメレオンをすすめた。つまり、本来の姿は変わらないけれども、環境に応じて外見を変えるのである。医療社会学者は、個々の医療関係者の期待やニーズに調和する形で自身の貢献（社会学的知見）を表現する能力を持つことが必要だと Straus は述べた。

それに対して、Cockerham（2010）は SoM と SiM の垣根は近年低くなってきていると論じる。したがって、カメレオンになる必要はない。両者の垣根が低くなってきている背景として第 1 に、政府機関や民間財団が健康問題の解決の助けとなる研究に研究助成を出すようになり、医療社会学的研究の多くは実践的有用性を持つトピックを扱うようになってきた。第 2 に、医療社会学と一般社会学が収斂してきている。その具体例として Cockerham は次のことを挙げる。たとえば、医療制度改革の研究は、社会変動や権力、政治的過程、社会経済的要因、社会制度間の結びつきを考慮することが必要である。また、仕事関連ストレスの調査は、職業構造について熟知していることが要求される。冒頭で医師国家試験に職業構造の問題が出題されたことに触れた。なぜ医師国家試験で

職業構造の問題が出題されるのか疑問に感じた読者がいるかもしれないが、こうした事情が存在している。

医療社会学と一般社会学との収斂に関しては、他の医療社会学者も「医療社会学者は社会変動や社会制度の一般的性質を理解すること、すなわちそれら変動や制度が健康、病気、癒やしに対して持つインプリケーションを認識し、記述し、結論を引き出すことが必要である」と述べている（Pescosolido and Kronenfeld 1995: 24）。

医療社会学については以上のような議論がある。では、日本の医科大学に勤務している文系出身の社会学者は実際に何をしているのか。次節からは筆者の実践報告を行う。

### 3. 実践報告 1：授業

まず授業である。勤務校で社会学の授業は第 1 学年で 15 回ある。医学科は前期、看護学科は後期だが、ここでは医学科の授業について紹介する。社会学の基本的な項目や医療社会学に特に焦点を当てた項目を講義している。医療社会学に関する講義の場合はもちろんであるが、社会学の基本的な項目を講義する場合もできるだけ医療に関連したトピックに触れている。

たとえば、社会学の成立期をテーマ（社会学史）とする回では、Weber（社会名目論）と Durkheim（社会実在論）を紹介する。そして、Durkheim では『自殺論』（1897=1985）をとりあげ、自己本位的自殺の部分で、集団の社会的凝集性が影響力を持つことを説明する。その際、近年ソーシャル・キャピタルと健康との関係が注目されていることに言及し、それに関する議論を紹介する。こうして、『自殺論』の内容が昔の外国の話ではなく、現代日本社会の公衆衛生的側面にも関連があることに注意を促す。

また職業をテーマとする回では、Freidson の専門職論を紹介している。Freidson (2001) はプロフェッショナルリズムの構成要因として、(1)公的に認められた体系的な知識及び技術、(2)職業間の交渉による分業において、特定の職務に対する（排他的）管轄権を有すること、(3)職業に従事するために何らかの資格がいること、(4)公式の訓練プログラム、(5)公共善のために知識や技術を使用することを主張するイデオロギーを挙げている。たとえば、(5)に関して日本では医師の業務上の責任として、医師法上の医師の業務規定（応招義務など）やインフォームド・コンセントがあることを説明する。また、(3)に関しては各国とも資格（医師免許）が存在する一方、資格管理の仕方は国によって違いがあることを説明する。イギリスも日本も医師登録簿に登録することによって、医師免許を取得する。しかし、イギリスは医師登録簿（medical register）の管理や医学校校の教育カリキュラム審査（医師国家試験がない）などの資格管理を、専門職団体である総合医療審議会（General Medical Council; GMC）が行う。他方、日本は医師登録簿（医籍）の管理や医師国家試験の実施などの資格管理を、行政機関である厚生労働省が行う。そして、医師免許を持った行政官（医系技官）が厚生労働省に多くいて、彼らが厚生行政を担当している。

ところで、Freidson (2001) は専門職と国家の関係についていくつかの類型があると指摘した。まず、政府機関の組織化や配置の仕方(政府の構造)を二つのパターンに分ける。一つは非専門家からなる意思決定者たちが外部コミュニティの基準を適用することによって意思決定を行う仕方である。これを調整的国家と名づける。もう一つは専門家から構成される役人集団が技術的基準にしたがって意思決定を行う仕方である。これを位階制的国家と名づける。次に、社会における政府の役割(政府の機能)も二つのパターンに分ける。一つは国民が自身の目的を追求する際の枠組みを政府が提供する仕方(受動的的国家)である。もう一つは政府が社会を管理する仕方(能動的的国家)である<sup>1</sup>。ただし、能動的的国家は全体主義国家に相当するため、現代民主国家はいずれも受動的的国家だと Freidson は考える。こうして、現代民主国家は専門職と国家との関係について、受動的・調整的国家か受動的・位階制的国家かのいずれかになる。

受動的・調整的国家の場合、政府はある専門職の資格や権限などを確立・維持するために、民間結社の権力を擁護するスタンスをとる。民間の当該専門職団体が政府から委譲された権力を公に行使する。いわば専門家は政府の外にいる。他方、受動的・位階制的国家の場合、政府自身がある専門職のエージェントとして当該専門職の資格や権限などを確立し擁護する。その専門職の利害に役立つことを目的とした規約や制度を確立・運営するために、専門的に訓練された役人が政府機関に配属される。この場合、専門家は政府の内にいる。彼らは専門職の利害を良くすることに関心を持つ一方、行政のための官僚制的枠組みの維持に留意する。

したがって、Freidson の類型論を用いると、専門職団体である GMC が大きな権限を有するイギリスは受動的・調整的国家に、行政機関である厚生労働省が大きな権限を有する日本は受動的・位階制的国家にそれぞれ位置づけることができる(金子 2012)。なお、この議論の概要を公衆衛生関係の雑誌に掲載した(金子 2016)。

医療社会学に特に焦点を当てた授業の中に、健康・病の経験をテーマとする回がある。この授業では、ライフスタイルと健康に関する研究としてアラメダ郡研究を紹介している(Berkman and Breslow 1983=1989)。この研究は学際研究であり、社会学者も参加している(他は疫学、心理学、統計学など)。有名な調査結果は、まず健康(身体健康度・死亡率で測定)に望ましい7つの日常生活習慣を明らかにしたことである。7つの日常生活習慣とは、喫煙をしない; 飲酒を適度にするかまたはまったくしない; 定期的に運動をする; 適正体重を保つ; 7~8時間の睡眠をとる; 毎日朝食をとる; 不必要な間食をしない、である。また、社会的つながりの多い人ほど死亡率が低いこと(ソーシャル・キャピタルと健康に関連する事項)を明らかにしたことも授業で紹介している。

#### 4. 実践報告2: 倫理審査委員会

医学系の研究では、近年倫理原則が強調されている(金子 2013)。医学系研究の倫理原則の嚆矢となるものはニュルンベルグ綱領(1947年)である。その後、世界医師会

が 1964 年の総会で人間を対象とする医学研究の倫理原則として、ヘルシンキ宣言を採択した。その後必要に応じて改訂され、最新は 2013 年版である。現在のヘルシンキ宣言ではインフォームド・コンセント (Informed Consent; IC) や社会的弱者への配慮、医学研究は研究開始前に研究倫理委員会で承認を受けることなどを規定している。日本では、1997 年の「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令」(GCP 省令、治験対象) や 2001 年の「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」を皮切りに、研究内容に応じた各種指針や法令が定められた。現在、臨床研究や疫学研究を対象とした倫理指針は「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(文部科学省・厚生労働省 2014; 以下指針) である<sup>2</sup>。

この指針では、医学系研究の実施の適否を審議する倫理審査委員会の構成を次のように定めている (指針: 16)。

倫理審査委員会の構成は、研究計画書の審査等の業務を適切に実施できるよう、次に掲げる要件の全てを満たさなければならない、①から③までに掲げる者については、それぞれ他を同時に兼ねることはできない。会議の成立についても同様の要件とする。

- ① 医学・医療の専門家等、自然科学の有識者が含まれていること。
- ② 倫理学・法律学の専門家等、人文・社会科学の有識者が含まれていること。
- ③ 研究対象者の観点も含めて一般の立場から意見を述べることのできる者が含まれていること。
- ④ 倫理審査委員会の設置者の所属機関に所属しない者が複数含まれていること。
- ⑤ 男女両性で構成されていること。
- ⑥ 5 名以上であること。

このように、異なる立場の者で委員会を構成することを要請している。筆者は勤務校の倫理審査委員会の委員を務めている。

医科大学をはじめとして各研究機関で設置されている倫理審査委員会委員は立場が異なる者同士だから、委員間で意見が分かれることはありうる。一般論として、いくつかのケースが想定されうる。1 つは、IC の手続等の簡略化をめぐるものである。指針では IC の手続き簡略化について次のように規定している (指針: 22)。

研究者等又は既存試料・情報の提供を行う者は、次に掲げる要件の全てに該当する研究を実施しようとする場合には、研究機関の長の許可を受けた研究計画書に定めるところにより、1 及び 2 の規定 (引用者注: IC を受ける手続等) による手続の一部又は全部を簡略化することができる。

- ① 研究の実施に侵襲 (軽微な侵襲を除く。) を伴わないこと。

- ② 1及び2の規定による手続を簡略化することが、研究対象者の不利益とならないこと。
- ③ 1及び2の規定による手続を簡略化しなければ、研究の実施が困難であり、又は研究の価値を著しく損ねること。
- ④ 社会的に重要性が高い研究と認められるものであること。

審査対象の研究における侵襲の程度は軽微か、それともそうでないか。「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針ガイドンス」(文部科学省・厚生労働省 2015; 以下ガイドンス)には軽微な侵襲とはどういうレベルかの例示はある(ガイドンス: 7)。ただし、あくまでも例示であってすべてを網羅しているわけではない。そのため、審査対象の研究における侵襲の程度をめぐって委員間で意見の相違が生じる可能性がある。あるいは、ICの重要性と研究の価値や社会的重要性のどちらを優先するかをめぐっても、意見の相違が生じる可能性がある。

2つめは、ICの手法である。新たに試料・情報を取得する場合のIC等の手続に関して以下のようにまとめられている(ガイドンス: 71)。

○新たに試料・情報を取得する場合のIC等の手続(第12(1))

研究対象者のリスク・負担			IC等の手続	研究の例
侵襲	介入	試料・情報の種類		
あり	—	—	文書IC	未承認の医薬品・医療機器を用いる研究、既承認薬等を用いる研究、終日行動規制を伴う研究、採血を行う研究 等
なし	あり		人体取得試料	文書IC or 口頭IC+記録作成
	なし	人体取得試料以外	文書IC or 口頭IC+記録作成 or 口外	匿名のアンケートやインタビュー調査、診療記録のみを用いる研究 等

研究のタイプとICの手続に関して必ずしも1対1対応ではないことに注意していただきたい。そのため、たとえば侵襲なし・介入ありの研究の場合、文書ICにするか、

それとも口頭 IC+記録作成でよいかに関して、委員間で意見の相違がありうる。

委員間で意見が異なる場合、委員会はどう対応すればよいか。倫理指針では「倫理審査委員会の意見は、全会一致をもって決定するよう努めなければならない。」と規定している（指針: 17）。また、倫理指針ガイダンスでは次のように記載されている。

「全会一致」が困難な場合には、審議を尽くしても意見が取りまとまらない場合に限り、全会一致ではない議決によることができる。また、全会一致によらずに議決する場合にあっても、過半数による議決は不可であり、出席委員の大多数の意見をもって、当該倫理審査委員会の意見とすることができる。倫理審査委員会の設置者は、採決における要件についてもあらかじめ規程に定める必要がある。（ガイダンス: 66）

したがって、委員会では出席委員の意見ができるだけ全会一致になるよう審議を尽くすことが目指されている。

## 5. 実践報告 3：共用試験

現在各医科大学では卒前の臨床実習開始前に共用試験が行われている。これは卒前教育における診療参加型実習を充実させることを目的としている。まだ医師免許を持っていない学生が患者に接して医行為を行いうる不可欠な要件として、事前に学生の能力と適性を評価し、質を保証する必要があるためである<sup>3</sup>。

共用試験は全国共通の標準評価試験であり、2005 年から正式実施されている。試験は CBT（Computer Based Testing）と OSCE（Objective Structured Clinical Examination）の 2 つの種類がある。CBT は知識の総合的理解力を測ることを目的としており、コンピューターを用いた客観的試験である。医療系大学間共用試験実施評価機構（CATO）だけでなく、会員大学（全国の医科大学）も機構からの依頼を受けて CBT の問題原案を作成する。作成した問題原案は機構で取捨選択されブラッシュアップされる。筆者は勤務校で CBT 問題の原案作成に関わった経験がある。

もう一つの OSCE は診療参加型実習に参加する学生に必要な基本的臨床技能や態度を測ることを目的とした客観的臨床能力試験である。

## 6. おわりに

筆者が勤務校で行っていることをいくつか実践報告してきた。このように、医科大学に勤務していると、さまざまな場面で医学教育や医学研究に関わる。冒頭で紹介したように、医師国家試験で社会科学的問題が出題されることがある。また医学系研究に関する倫理指針は、倫理審査委員会を多様な立場の委員で構成することを要請しており、その中には人文・社会科学の有識者も含まれている。

本稿では、Freidson の専門職—国家関係論を用いた医師資格制度の日英比較分析を紹介した。これ以外にも、社会学的パースペクティブを活かして医療看護領域の諸現象を分析するアプローチとして、グラウンデッド・セオリー・アプローチ（木下 2005）やナラティブ・アプローチ（野口 2009）など多種多様なものがある。

社会学と医学とで研究スタイルに違いが存在する点があることは事実である。ただし医学は自然科学であるが、実際の医療は社会システムの中で行われる。医療に関する社会学（SoM）的アプローチでも医療における社会学（SiM）的アプローチでも、「社会の中の医療（Medicine in Society）」に対して社会学的知見が活かせる側面はある。アメリカではメディカルスクールに入学するために、AAMC（Association of American Medical Colleges）が実施する試験（Medical College Admission Test; MCAT）を受け、そのスコアを提出しなければならないが、その MCAT の 2015 年改訂版で社会学関連の内容が試験項目に含まれた（Olsen 2016）。したがって、文系学部出身の社会学者は今まで培ってきた知識や経験に基づいて、医学教育や医学研究に関与すればよいのではないだろうか。

※ 本稿は第 88 回日本社会学会大会（早稲田大学、平成 27 年 9 月 20 日）における研究活動委員会企画テーマセッション 2「専門職教育における社会学—現場にフィットする理論と方法の再創造」での報告内容に基づいている。

---

<sup>1</sup> 調整的国家—位階制的国家、受動的國家—能動的國家の枠組みは、元は Damaška (1986) が法プロセスの比較分析のために提示した図式である。それを Freidson が専門職と國家の類型論に応用した。

<sup>2</sup> 人を対象とする医学系研究は、正確には「人（試料・情報を含む。）を対象として、傷病の成因（健康に関する様々な事象の頻度及び分布並びにそれらに影響を与える要因を含む。）及び病態の理解並びに傷病の予防方法並びに医療における診断方法及び治療方法の改善又は有効性の検証を通じて、国民の健康の保持増進又は患者の傷病からの回復若しくは生活の質の向上に資する知識を得ることを目的として実施される活動」を指す（指針: 2）。

<sup>3</sup> ただし、診療参加型といっても医学生は医師免許をまだ取得していないため、行える医行為には制約がある。全国医学部長病院長会議の診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準策定委員会報告では基本理念として、「医学生（医学臨床実習生）に要求される医行為は、患者・家族あるいは医療チームと良好なコミュニケーションを築き、正確な病歴と身体所見をとり、記載し、その上で鑑別診断をあげ、診断計画の立案などを推し進めていく臨床推論能力を養い、更に治療計画を立案するといった“基本的な医行為”に焦点が当てられている」（全国医学部長病院長会議 2015: 1）としている。より侵襲的な医行為は、基本的にシミュレータを用いたシミュレーション教育や卒後臨床研修の場で習得することとしている。



## 参考文献

- Berkman, Lisa F. and Lester Breslow, 1983, *Health and Ways of Living: The Alameda County Study*, New York: Oxford University Press. (=1989, 森本兼曩監訳・星旦二編訳『生活習慣と健康—ライフスタイルの科学』HBJ 出版局.)
- Cockerham, William C., 2010, *Medical Sociology (11<sup>th</sup> ed.)*, Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Damaška, Mirjan R., 1986, *The faces of Justice and State Authority: A Comparative Approach to the Legal Process*, New Haven: Yale University Press.
- Durkheim, Émile, 1897, *Le Suicide: Étude de Sociologie*, Félix Alcan. (=1985, 宮島喬訳『自殺論』中央公論社.)
- Freidson, Eliot, 2001, *Professionalism: The Third Logic*, Cambridge: Polity Press.
- 金子雅彦, 2012, 『医療制度の社会学—日本とイギリスにおける医療提供システム』書肆クラルテ.
- 金子雅彦, 2013, 「なぜインフォームド・コンセントは必要とされたか？」福祉社会学会『福祉社会学ハンドブック—現代を読み解く 98 の論点』中央法規, 220-1.
- 金子雅彦, 2016, 「イギリスと日本の政治行政制度と公衆衛生体制の類型」『公衆衛生』80(1), 63-6.
- 片桐隆嗣, 1997, 「質的調査の技法」北澤毅・古賀正義編著『〈社会〉を読み解く技法—質的調査法への招待』福村出版, 23-44.
- 木下康仁編, 2005, 『分野別実践編 グラウンデッド・セオリー・アプローチ』弘文堂.
- 文部科学省・厚生労働省, 2014, 「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10600000-Daijinkanboukouseikagakuka/000069410.pdf>, 2016.2.12) .
- 文部科学省・厚生労働省, 2015, 「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針ガイドライン」(<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10600000-Daijinkanboukouseikagakuka/0000080275.pdf>, 2016.2.12) .
- 野口裕二編, 2009, 『ナラティブ・アプローチ』勁草書房.
- Olsen, Lauren D., 2016, ““It's on the MCAT for a Reason": Premedical Students and the Perceived Utility of Sociology,” *Teaching Sociology (Online First)*, DOI: 10.1177/0092055X15624744
- Pescosolido, Bernice A. and Jennie J. Kronenfeld, “Health, Illness, and Healing in an Uncertain Era: Challenges from and for Medical Sociology,” *Journal of Health and Social Behavior*, 35(Extra issue): 5-33.
- Straus, Robert, 1957, “The Nature and Status of Medical Sociology,” *American Sociological Review*, 22(2): 200-4.
- 全国医学部長病院長会議, 2015, 「診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準策定 (平成 27 年 12 月改訂版)」(<https://www.ajmc.jp/pdf/27-12ikoui.pdf>, 2016.2.12) .



\*\*\*\*\*

【編集後記】

『現象と秩序』第4号をお届けします。今回は、本誌初の小特集「専門職教育における社会学」が5本の論考によって構成されています。この小特集は、昨年9月の日本社会学学会大会のテーマセッションをベースにしたものです。論争的な側面を持った論文が掲載されていると理解しております。ご意見をいただければ、幸いです。その際には、下の編集室メールアドレスの方まで、お寄せください。

次号は、2016年10月発行となります。特集の予定はありませんが、今回掲載した池谷のぞみ氏の神戸での講演を受けた、ご自身の調査に関する論考を、谷川千佳子氏（神戸市看護大学）が寄せてくれる予定になっております。「乞うご期待」です。

付記：『現象と秩序』は、国立国会図書館雑誌記事索引の対象誌に選定されています。CiNii等でも「論文単位」「論文著者単位」で検索が可能となっております。（Y.K.）

\*\*\*\*\*

『現象と秩序』編集委員会（2015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

松下晶季（神戸市外国語大学）

坂根杏奈（神戸市外国語大学）

編集協力

村中淑子（桃山学院大学）

『現象と秩序』第4号

2016年 3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 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

PRINT ISSN : 2188-9848

ONLINE ISSN : 2188-9856

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