

医師養成教育での社会学の位置づけ

—「薬害教育」からの展開可能性—

本郷 正武

和歌山県立医科大学

mhongo@wakayama-med.ac.jp

Meaning of Teaching Sociology in Medical Education

: Applying the Viewpoint of Medical Sociology to “*Yakugai* (Drug Induced Suffering)”

Masatake HONGO

Wakayama Medical University

Key Words: *Yakugai* (Drug Induced Suffering), (Medical) Sociology,
Medical Education

1. 医師養成教育の中の社会学

本論考は「医師養成教育」の中で（医療）社会学をどのように講義していけばよいかについて、実際に筆者がおこなっている「薬害」教育の実践例を検討する。

医学部でおこなわれる医師養成教育は近年、改変の動きがある。2011年には「医学教育モデル・コア・カリキュラム」が改訂され、医師として求められる基本的な資質をA～Gに項目立てしており、社会学は【B 医学・医療と社会】に位置づけることができる⁽¹⁾。さらに、一部の医学部ではいわゆる「国際認証」の問題があり、大々的なカリキュラムの変更が検討されている。ここでいう国際認証とは、2023年以降、国際的な認証評価を受けていない医学部出身者は、アメリカで医療をおこなうために必要な ECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduates) への申請が許可されなくなるという事態を受けての対応である。それゆえ、世界医学教育連盟 (World Federation for Medical Education) の認証を得るためのグローバルスタンダードが一部の大学で導入されている。その役割を先導している日本医学教育学会⁽²⁾は WFME グローバルスタンダードを翻訳した「医学教育分野別評価基準日本版」を2013年に公表している。そこでは、臨床実習時間の拡大・確保

という名の下での講義時間短縮⁽³⁾、PBL (Problem Based Learning) テュートリアル教育、臓器別・機能別教育などが提案されており、日本の現行の体制に少なからず変更を求めるものとなっている。

社会学関連で見れば、教育プログラム項目の「行動科学と社会医学 (behavioral and social science) および医療倫理学」のさらに注釈で「[行動科学] および [社会医学] は、地域の必要性、関心および歴史的経緯により生物統計、地域医療、疫学、国際保健、衛生学、医療医学人類学、医療心理学、医療社会学、公衆衛生および狭義の社会医学を含む」と記されている (version1.3、2015年4月24日改訂版、傍点筆者)。これらの中の公衆衛生・社会医学は、「医学・医療を社会に適応させるにあたり、生ずる一切の問題を考究し、健康増進のための個人および社会的取り組みを国内および国際的に系統的に議論し、実践する学問」(岡崎・豊嶋・小林 2009: 3) とされ、基礎医学と臨床医学の中間に位置づけられる(岡崎・豊嶋・小林 2009: iii)。教育内容も、公害や環境問題、食の安全性といった社会学が対象としてきたテーマにはじまり、疫学と予防医学、生活習慣と疾病、感染症対策、地域保健、産業保健、保健・医療・福祉、国際保健、臨床研究と医の倫理など医療の社会的側面の多岐に渡る(岡崎・豊嶋・小林 2009)。それゆえ社会学で教える内容は、公衆衛生・社会医学や既存の基礎医学科目で対応可能とみなされてきたと言うことができ、いくらこんにち医師の社会性が求められても、社会学が医学教育に入り込む余地はあまりない状況と言える。

とはいえ、数少ないながらも社会学者が医学部に棲息する例もみられる。この場合、社会医学系教員、もしくは教養課程の教員として組み込まれるかによって学内でも調査研究でも立場は異なり、先述の国際認証によるカリキュラム改変の影響も少なからず被らざるを得ない。大まかに言えば、国際認証を機に社会学がより医学教育に果たす役割は増していると考え、一つのビジネスチャンスが到来したと捉える立場と、筆者のように教養課程に組み込まれた場合などは特に教育機会が縮小されてしまうと危機感を持つ立場とに分かれるのではないか。

本論考では上記の現状認識から、医学部内での個人的な生き残り策を検討するというよりも、(医療)社会学とは何か、あるいは何ができるのか、何を教育できるかを考えるためのきっかけとして前向きにカリキュラム改変を捉え、社会学のオリジナリティについて検討していく。その際に筆者が構想し、実践している「薬害教育」を素材にして、社会学の展開可能性を提示する。以降、医学部内での社会学の位置づけ(2節)、本論考で提示する「薬害教育」が求められる社会的背景の紹介(3節)、実際の「薬害教育」の展開例(4節)、社会学がなすべきことの反省的検討(5節)の順で検討していく。

2. 「ペリヘリ」な学問としての社会学

国際認証によるカリキュラム改変にともない、社会学に限らず、社会科学系の学問を医学教育に組み込もうとする動きが今後出てくる可能性がある。これまでも総合大学、あるいは近隣の大学の協力を得て教養課程で医学部生が社会学を選択できる環境はある。しかし基礎医学課程に社会学を組み込むことには、それなりの理由付けが必要と思われる。さらに言えば、入り込む社会学者の側にも、公衆衛生・社会医学との差異化や他の医学系・理系学問との厳しい対峙が求められることから、文学部・社会学部内にとどまる選択をすることも容易に想像できる。こうした医学部への消極的な参入状況は、医療社会学がメジャーな欧米と違い、日本では通常科学化されていないという証左にもなっている。

医師免許証ホルダー（MD）で医療社会学者でもある佐藤純一（2010）は、社会学が医学部に入り込めない背景に、社会学の低い位置づけ、医師至上主義、近代医療を支える生物医学パラダイムがあるとする。

順に見ていくことにしよう。まず佐藤は、医学部で社会学はペリヘリ（peripheral）な学問、虚学とみなされていると喝破する（佐藤 2010: 323）。「社会学？——医学・医療・医師について、暴露したり批判したりするだけのものでしょう。医師・医学生を encourage するのが医学教育であり、医師・医学生を discourage する社会学なんて、医学教育に役に立たないペリヘリな学問ですね」（佐藤 2010: 323）と象徴的なエピソードを紹介する。確かに現状を批判的に見たり、「あたりまえ」を疑う姿勢は、医師国家試験に合格するための医学知識を正確に伝達するのに邪魔でしかないのだろう。医師や医学生にとってみれば、社会現象をいかに説明できるかではなく、医学にとって役に立つかどうかを社会学を評価する尺度だということである。

次に、「医学生を教育するのは医師であるべきだ」、さらには「医学部では医師（MD）でなければ人間ではないのだね」と過激な文言を並べて「医師至上主義というイデオロギー」の存在を明るみに出す（佐藤 2010: 329）。医学部には医師だけでなく、基礎医学研究者、さらには筆者のように教養課程に所属する研究者もいる。教養の non-MD は言うに及ばず、基礎の non-MD の場合、佐藤によれば人事・研究・教育に「限界」を感じるケースがあると体験談を元に指摘する。加えて、こうした医師至上主義を医学部生とその親が強く内面化している現実もある。たとえば、社会学の単位を落とした学生が「教養科目なのに落とすなんて」とクレームをつけてくる例がある。医学部だけに限らず教養課程に準備教育（基礎教育）の側面がある以上、学生にとって不可避のはずであるが、医師至上主義は社会学など医学以外の学問を軽んじる方便として活用されがちである。

最後に佐藤は、「医学には社会学（あるいは社会側の視点）が必要」という、医学教育改変を推進する陣営の「根拠のない願望」を切って捨てる。そもそも生物医学パラダイムが貫徹した近代医療とは、社会・文化的アプローチを排除して成立したものであり（佐藤

2010: 330)、「ラボラトリーの医学」と称されるように、大学などに雇用された科学者により担われるものを中心にある(中川・工藤 2015: 6-7)。ただし、治療実践で「役に立つ」ものは補完的に取り込む傾向が医学にはあるとも佐藤は述べる。たとえば、EBM (Evidence Based Medicine) に対して、精神医学での依存症治療、終末期医療や在宅医療での NBM (Narrative Based Medicine) の重視がある。EBM とは「科学的根拠に基づいた医療」のことで、統計学による疫学データの解析とその活用実践である。EBM は、飲酒や喫煙などの危険因子の複合作用により病気を発症すると考える「確率論的病因論」の台頭と相まって、リスク管理を目的とする予防医学の進展に寄与している。他方、NBM とは、「患者の立場になって考えろ」という精神論的な教育ではなく、明示的なかたちで患者の生活や置かれた文脈を理解することが求められる中で提示された概念である(藤崎 2007: 107-9)。医師にとってみれば、往診の場合(アウェー)と病院で相対する場合(ホーム)とでは、同じ患者でも対応や気遣いに変化が生じることは想像に難くない。現在、医学部生が臨床実習に進むための要件の一つである CBT (Computer Based Testing) に加えて、模擬患者との医療面接を含んだ実技テスト「OSCE (Objective Structured Clinical Examination)」がおこなわれ、患者理解での患者の文脈の重要性を問うことになっている。しかし、このような試みは治療実践に役立つ範囲内でのことであり、生物医学パラダイムに代わるパラダイムを許容しているわけではない。

以上のような医学教育に社会学など non-MD が関与する際には、どのような関係性を結ばよいか。佐藤は学際領域の学問同士の関係性として、①主人と奴隷、②同僚(補完)関係、③寄生関係、④接種、の4つを指摘する(Strong 1984; 佐藤 2010: 331)。①は、non-MD が求められた教育実践に積極的に奉仕する姿を指す。しかし、そもそも社会学者は「主人の意図通りによく働く奴隷」として認識されているかどうかも怪しい。②は①に比べると研究面でも教育面でも自律性が相対的に高い関係である。この場合、生物医学が期待する成果のみが要求され、都合良く使われがちでもある。③は積極的に生物医学に対峙し、関与する姿勢を表す。たとえば、医療社会学は新しい生物医学のアプローチであると言い張るような強い働きかけが必要となる。最後に④は、概念や手法を援用していく関係で、互いの学問を尊重しながら、良いところは積極的に取り込んでいく姿勢である。

上記を勘案すると、社会学と医学・生物医学とはまだいずれの関係性も築けていないのではない。現状では、医学教育改変で「社会学は使える、必要だ」という認識が先行しているものの、社会学の側でどのような武器を持って医学教育に参入していくのかについて十分な検討がなされているとは言えない。筆者のように教養に所属していれば、non-MD は医学部の支配体制から一定の距離を取ることにも一定の意義があり、無理に社会学は医学教育に積極的に参入しなくてもよいという考えは成り立つ。しかし、いずれにせよ、常に「社会学とは何か」を自己言及的に問い続ける必要⁽⁴⁾があることを現状は示唆している(佐藤 2010: 333)。そこでこのような現状を、自身の(医療)社会学を見直し、確立し、

磨くための良い機会ととらえるのが本稿の趣旨である。

3. 「薬害教育」が求められる背景

ここまでは医学教育や医学部の現状を確認し、医学教育の中で社会学の立ち位置がまだ十分に確立していないことを示してきた。本節は、筆者が取り組んでいる「薬害 HIV」を中心とする「薬害教育」の実践を紹介する前に、「薬害教育」がこんにち求められるようになった社会背景を説明する。

日本のいわゆる「薬害」問題は、整腸剤「キノホルム」による神経異常が問題となった「薬害スモン（SMON：Subacute Myelo-Optico-Neuropathy）」（1955～1970年）、つわり止めとして妊娠初期に服用した市販薬が、児の上肢・下肢の先天性奇形を引き起こした「薬害サリドマイド」（1959～1962年）などを嚆矢に、近年では、血液製剤の一種である「フィブリノゲン製剤」による「薬害C型肝炎」や、抗がん剤「ゲフィチニブ」を服用することで間質性肺炎を引き起こした「薬害イレッサ」、さらには子宮頸がんワクチンによる副反応問題など「薬害」問題は陸続と発生している。これら「薬害」問題は、厚生労働省や製薬企業が問題の存在自体を認めず、長らく適切な対応を採らなかったために被害が拡大し、取り返しのつかない禍根を当事者や社会に残した点で、今を生きるわれわれにも未だ大きな問いを突きつけてくる。このような経験を後世に伝え、「薬害」再発防止のために勧奨されているのが「薬害教育」である。

「薬害」自体を公に認めてこなかった厚労省が、文科省とともに「薬害教育」を制度化し、勧奨する側に立ったことには、隔世の感を禁じ得ない。このような変化は、「薬害」問題の当事者たちが1999年に「全国薬害被害者団体連絡協議会」（以降「薬被連」と表記する）を組織し、長らく要望を続けてきたことに依るところが大きい。薬被連はそれぞれの「薬害」問題の多様性や異同はあるものの、「薬害」被害救済と再発防止という共通の目標の下で団結して「薬害」経験の伝承を求めてきた。その際、「薬害」問題に関する教科書記載が減少の一途をたどっているという問題意識から、「薬害」概念の制度化、すなわち義務教育課程での必修化を文科省および厚労省に結成時から要望してきた⁽⁵⁾。「薬害C型肝炎」問題を期に発足した「薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会」による最終提言（2010年）では、この長年の要望が実現し、製薬企業や医療関係者などに対する「薬害教育」の重要性が盛り込まれるのと同時に、義務教育課程での「薬害教育」をおこなうことが提言された（医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団2012:5）。翌年には中学3年生を対象とする副教材「薬害って何だろう？」が発行（2011年）され、現在は改訂版「薬害を学ぼう」とともに、教材活用の手引きが制作されるなど公式化が進んでいる。加えて、薬被連は医療系大学・学部への講師派遣事業を進め、積極的に被害当事者たちの声を直に伝えている。

「薬害教育」の制度化は、被害当事者のみならず、医療従事者などさまざまなかたちでかかわった「当事者」たちによる再発防止の試みと願いの一端が「薬害教育」という明確なかたちで結実したと言ってよい。しかし、急速に進行する「薬害教育」がどのようなメッセージ性を帯びているのか、社会科や保健体育など、どの科目のどの単元に内容を盛り込むべきか（中塚 2015）、「薬害教育」の担い手の育成など、同時進行で検討しなければいけないことは山積している。その中で「薬害 HIV」に関しては、強固な「加害-被害図式」による「薬害 HIV」理解の相対化がどの程度果たされたのかという論点がある。この図式は訴訟運動が産出した言説を引き継いでマスコミ報道により人口に膾炙し、日本の HIV/AIDS 理解に一定の役割を果たした。しかし一方で、この表象は過度にステレオタイプ化され、結果的に HIV 感染の原因となった血液製剤を投与した現場の医師が問題のスクープゴートとされ、口と心を閉ざさざるを得なくなり、結果として真相究明や赦しを困難にした。さらに、感染被害者は「被害者アイデンティティ」が強固に付与され、のちの社会参加の妨げとなっていることが先行研究から明らかになっている（薬害 HIV 感染被害者（患者・家族）生活実態調査委員会 2006）。これらから、「加害-被害図式」は、提訴運動を通して「被害者」としての正統性の獲得と当事者アイデンティティの形成と強化（長谷川 1989: 69; 栗岡 1993: 37）に多大な寄与をしたと言える反面、「加害者」の経験や教訓を伝承する機会を奪うものでもある。

このことは、多声的な「加害者」および「被害者」の語りを蒐集してきた、養老孟司を委員長とする「輸入血液製剤による HIV 感染問題調査研究委員会」（2001～2009 年、以降「養老研」と表記する）での問題意識と符合する。調査研究初期に、「加害-被害図式」に沿って HIV 感染に（結果的に）関与した医師や製薬企業、行政を「加害者」と位置づけるような聞き取りの構えに対し、多くの医師から調査拒否を受けた（山田 2011: 134-5）。その後、養老研（と後継の調査研究）では、「加害-被害図式」をいったん相対化する調査の構えを採ることで、いわば「ドミナント・ストーリー」「マスター・ナラティブ」などと表される「大文字」の「薬害」の歴史ではなく、個別性の高いユニークな語りを集積し、今日に至っている。このことは、「加害者」側の経験や教訓を伝えるという「薬害教育」の別の側面を照射する準備が整っていることを意味する。「被害者」の存在や経験を知ることが将来の医療従事者にとって重要ではあることは疑いない。しかし同時に、自分たちが「加害者」側に回る可能性をどう捉えるかも課題となる。医療行為自体がさまざまな侵襲を伴うある意味で「加害」行為であることから、「加害者」の経験から学ぶ立場の提唱は、一定のインパクトを医学教育に与えると考ええる。

薬被連の要望により制度化された「薬害教育」には、次のような「主作用」が期待できる。まず、薬被連が訴えてきた「薬害」経験の伝承という「薬害被害者」の願いが、義務教育や高等専門教育、職場教育に届くことである。さらには、各種「薬害」問題を通して、現行の HIV/AIDS 診療や新血液法（安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律、2002

年改正)、新感染症法(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律、1999年改正)、改正薬事法、被害者救済など医療体制の成り立ちとその意義を学ぶことができる。他方で、「副作用」として生じる意図せざる結果としては、HIV/AIDSで言えば、HIV感染者を「薬害」感染と性行為感染とに分断させる理解を促してしまうことがある。確かにHIV/AIDSの場合、同じ感染症でありながら、感染経路の違いによって背負うスティグマが大きく異なるという特徴がある。かつて「薬害感染=良いエイズ、性行為感染=悪いエイズ」という言説がマスコミ報道を介して流布されたように(鮎川 2000: 125-6)、社会的マイノリティがさらに分割され差別されていくという不毛な諍いを産出することに寄与しかねない。このような理解も、性行為感染が自業自得であるという理解を招く「加害-被害図式」に沿ったものとなっている。さらに、「被害者」側の立場のみを強調することで、加害者側の当時おかれていた文脈を看過することにもつながる。このことは、医療系学生への教育に「前向き」な教訓を提示できないことの原因ともなりかねない。

よって、今後展開可能性を探るべき「薬害教育」、とりわけ本稿で取り上げる医学教育に資する「薬害教育」とは、「被害者」の語りの伝承はもちろんのこと、「加害者」(医療者)の語りを活かしたものである。このような双方の視点を取り入れることで、「薬害教育」の内容をより豊かなものにすることが期待できる。

4. 「薬害教育」の展開可能性

4. 1 社会学の立場からの「薬害教育」

本節では筆者が実際におこなっている「薬害教育」の一端を紹介する。筆者は本務校で「医療社会科学」という必修科目を医学部1年生(前期)と2年生(前期)向けに開講している。「薬害教育」を重点的に展開しているのは一年生の講義であり、「薬害HIV」を中心にサリドマイドや「薬害C型肝炎」などの事例を元に(医療)社会学の知見を教えている。

先述したように、「薬害教育」は、副教材「薬害を学ぼう」を使用した中学3年生向けに制度化されたものなど中高生向けのベーシックと、医療系学部や医療専門職向けに提供されるアドバンストに大別できる。筆者は後者を念頭に置いており、医療専門職に就く学生向けの「薬害教育」を構想し、実践したいと考えている。その際の課題となるのは、公衆衛生・社会医学との差異化にもつながるが、社会学の観点をいかに溶かし込んでいけるかである。そのため心がけ(ようと)している点は次の3点である。

第一に、既に人口に膾炙した「加害-被害図式」にもとづく「薬害」理解を徹底的に破砕することである。医薬品による意図しない各種被害の有り様に「加害-被害図式」があるものとみなすことで「薬害」概念は立ち上がる。それゆえ、いったんは「薬害」概念の説明のために「加害-被害図式」を教えることは不可避である。しかし、その段階の理解

にとどまることは、誰かをスケープゴートとして差し出せば事足りりとする理解をも定着させてしまうことになる。社会学の立場としては、多面的、多声的な関係者の声を紹介することで、「加害者」あるいは「被害者」と名指し、名指されるようになるプロセスを提示したい。当該の人々は「加害者」「被害者」としてのみ日々を生活しているわけではないからである。

第二に、「薬害」事例を通して、近代医療をかたちづくる概念や枠組み、制度を説明していくことである。後述するように、「薬害」問題は各種医薬品規制のあり方に反省を迫る。

「薬害 HIV」の原因となった血液製剤の開発の歴史は、輸血学の知識と直接結びついていく。さらに、HIV/AIDS 理解で言えば、感染症の知識、当事者運動の歴史などへと講義が展開可能である。このように、「薬害教育」を医療社会学あるいは医学を学習するための「窓口」として活用することは、学生の理解の促進に多少なりとも寄与する。

第三に、いわゆる「薬害」問題の「加害者」と名指される人々が当時に何を経験し、何を考えていたのかを提示する点である。前節で指摘したように、「薬害教育」では「被害者」の声や経験をいかに後世に伝承し、再発防止の願いをかたちにしていくかに重点が置かれている。このこと自体は、背負わされたスティグマの苛烈さはもとより、まともな救済策や保障がおこなわれない時期の長さを踏まえれば、非常に重要なことである。しかし、将来の医療従事者には「加害者」と名指された医療従事者や、「共犯」の相手とされた行政官や製薬企業との関係性について知ることが同じように重要なことではないか。幸い、筆者も 2004 年から参画した養老研と後継の調査研究プロジェクトは、調査報告書（第一次、第二次、科研報告書 5 冊、最終報告書『医師と患者のライフストーリー』）を上梓し、医師や製薬企業など多様な当事者の声を蒐集し、公開している。

4. 2 「薬害」理解のステレオタイプの破壊

「薬害」理解に段階があるとすれば、次のようになるのではないか。第一段階は、何も知らない状態、第二段階は、「加害-被害図式」に則って「加害者」をスケープゴートとすることにとどまる理解、第三段階は、「被害者」の語りに耳目を傾け、再発防止策について考えをめぐらせることができる段階、そして第四段階は、「加害-被害図式」を相対化し、「加害者」側がおかれた文脈をも理解しようとする段階、である。義務教育課程では、第一段階から第二段階、さらに第三段階へと進めれば、まずは十分な教育効果と言えるであろうが、将来の医療従事者にとってはそれだけでは不十分であろう。そこで筆者は、いったんステレオタイプな「薬害 HIV」理解を徹底的に破壊することを念頭に置いて講義を進める。

「薬害 HIV」のステレオタイプの理解の一つに、いわゆるクリオ製剤転換可能性がある。クリオ製剤とは、HIV 感染原因となった非加熱濃縮製剤の前に使用されていた血液製剤である。この 2 つの製剤のあいだには大きな違いがあり、その特質を理解することで、いか

に HIV 感染の回避が困難であったかを知ることができる。まず、非加熱濃縮製剤はクリオ製剤よりも凝固因子が多く含まれているため止血効果が高く、血友病患者が悩まされていた膝や股関節などの関節障害の外科手術が可能となった。このことは、「自分の無力さを感じる疾病」から「自分の能力の範囲内の疾病」になった（北村 2011: 296）ことを意味した。次に、クリオ製剤が点滴による輸注であるのに対し、非加熱濃縮製剤は静脈注射による輸注が可能となった。このことは血液凝固因子を素早く体内に補充することができるようになっただけでなく、自己注射（家庭療法）の承認（1983 年）により、通院せずとも止血管理が可能となるという重大な恩恵を得ることになった（本郷 2015: 83-4）。最後に、クリオ製剤は供血者が 1～2 人であるのに対し、非加熱濃縮製剤は千人以上の単位で血漿を採集し、血液凝固因子を濃縮して製造される。したがって、ウイルス対策が十分でない当時では、何らかの感染症ウイルスにより汚染される可能性は当然、非加熱濃縮製剤の方が高くなる。それゆえ、血友病患者は高い止血効果と引き替えに肝炎など感染症の重複感染のリスクを引き受けざるを得なかった。このようなリスクを回避できるようになるのは、加熱処理により感染症ウイルスを不活化した加熱製剤の登場（1985 年）を待たねばならなかった。

こうした血友病の「補充療法」の進展を踏まえると、HIV 感染が問題視されるようになる 1983 年から 1985 年頃に、クリオ製剤へ切り替えること、あるいは加熱製剤を全面的に信用することがいかに非現実的なものであったかが理解できる。たとえば、次の Q d 医師の語りは、非加熱濃縮製剤の使用が当時どのような意味を持っていたかを端的に表している（下線は筆者が付した）。

Q d : ……ただ、製造過程とかね、濃縮過程とかそういう話があつて。ウイルス混入とかなんか、つてことは、全然そういう心配はしてなくてですね、ただ、前の AHF（クリオ製剤）なんかと同じ感じかなと感じてはいたんですね。ただ肝炎、（血漿）プールにするからね、確率は増すかもしれないっていうのはありますよね。

** : でも、その当時はそこまで意識が、

Q d : 意識、うーん、そこまではなかったかな。だから何人分から集めるんだつて、濃縮されてる、つていうのはあつたけども、その辺の知識がちょっとまあ、そのときは、うん。専門家といわれても勉強していなかったかもしれないですね。どうしてもいい方だけ強調されていたという感じですね。いい面だけね。それは確かにまちがいないので。第 VIII 因子の特徴ね、その辺が。ふつう、いろんな薬だされても、いちおう国でね、ほら、われわれの感覚としてはね、国で認可したとなると、そこまでは心配しないのはふつうですよね。だから、新しい血圧の薬なんかでたら、それは飲ませたら、副作用ひどいの出るかな、とか、そんなあんまり心配していないのとおんなじなんですよね、うん。製剤がもう少しね、なにか前になにかあればいろいろ心配する

かもしれないけれども、それまでは、ということで。血液製剤だから肝炎が出るのはしょうがないんだな、なんていうこと、考えだとそんなになりますよね。(輸入血液製剤によるHIV感染問題調査研究委員会 2009b: 783-4)

HIV/AIDS問題が浮上するまでの非加熱濃縮製剤は、多くの血友病患者にとって「福音」となったと同時に、すぐに発病しない肝炎は、感染しても「受容可能」なものとして(Institute of Medicine 1995=2001: 212)、「目をつぶるべき」副作用(種田 2009: 65)とされた。換言すれば、非加熱濃縮製剤の効用の高さを確認できたからこそ、肝炎対策を施した加熱製剤の開発によりやく着手できるようになったのがこの時期であった⁽⁶⁾。それゆえ、皮下出血時の激痛や、死に直結する頭蓋内出血などへの現実的な対応が既知の血友病と、1980年代は有効な治療方法はおろか、感染経路や発症までの経過ですら不明であった未知のHIV/AIDSとの「比較衡量」(西田・福武 1996: 54)により、クリオ製剤使用への後戻りは見送られることとなった。さらに、肝炎対策のために開発途上であった加熱製剤に対しても、製剤を補充しても止血できないインヒビター(抗凝固因子抗体)や、加熱によるタンパク変性による凝固活性低下への懸念から(大西 1983: 39)、治験(I相・II相)を省略せず(武藤・弘中 2008: 158)、結果として加熱製剤の導入が遅れた。

このように当時は、後年「正しい」とされる情報を「加害者」と名指される人々が持ち合わせておらず、血液製剤の使用に付随する危険性を効果的に情報提供することで、血友病患者に自己決定させることができない時代であった(Institute of Medicine 1995=2001: 219)。もちろん、HIV感染経路が判明してもなお非加熱濃縮製剤を流通させ、使用したケースは責めを負うことになるが、議論の争点は、スケープゴート探しではなく、苛烈な偏見と差別の中で試行錯誤しながら、いかにして最善の医療を提供して感染被害者を支えるかという点に移ることになる。

4. 3 医療社会学・医学との接続

「薬害 HIV」の問題系を説明する際には、単純な勧善懲悪のストーリーでは不十分である。血友病や血液製剤について知るための医学的知識はもとより、止血の作用機序を説明する血液学や生化学の知見、加熱製剤承認までの治験プロセスなど臨床研究のデザイン、HIV/AIDSの医療体制を形作ったインフォームド・コンセントの理念やカウンセリング、さらにHIV/AIDSに課されたスティグマを説明するための社会学的観点などを総動員する必要がある。このように多角的な分析道具をそろえようとする点が社会学の一つの強みであり、オリジナリティであるとも言えよう。

本項では、「薬害サリドマイド」をテーマにした講義の一部を紹介したい。事の始まりは、旧西ドイツのグリュネンター社が鎮静催眠剤「コンテルガン」(サリドマイドの旧西ドイツでの商品名)を発売(1957年)したことにさかのぼる。コンテルガンは睡眠薬として即

効性があり、大量に服用しても致死的でなく、自殺目的で使われないことから、旧西ドイツでは医師の処方が必要なかった（栢森 2013: 3-4）。それゆえ、サリドマイドはさまざまな用途に使用される大衆薬となった。日本では同年に旧厚生省が臨床試験無しにサリドマイドを承認し、大日本製薬（現在：大日本住友製薬）が睡眠薬「イソミン」として発売を始める（1958年）。さらに大日本製薬はサリドマイドを配合した胃腸薬「プロバン M」を市販薬として発売し（1960年）、つわり止めとして多くの妊婦が服用した。しかし当時、サリドマイドが原因と疑われる小児奇形が世界各国で多発していた。旧西ドイツの小児科医 W. レンツは後年「レンツ警告」として知られる調査報告を 1961 年 11 月におこない、結果、3,000 人もの被害を出した西ドイツなど多くの国⁽⁷⁾でコンテルガンが販売停止・回収されるに至った（栢森 2013: 37）。他方、大日本製薬は 1962 年 9 月になって自主的に販売停止・回収したが、旧厚生省は他のサリドマイド薬をさらに承認した上、動物実験データがないことから、科学的根拠に欠けるとしてレンツ警告を無視するに及んだ（栢森 2013: 39-41）。

ここでいう「科学的根拠に欠ける」レンツ警告とはどのようなものであったのか。

表 妊娠初期のコンテルガン服用と催奇性

	服用	非服用	計
症例群（奇形+）	90 人	22 人	112 人
対照群（奇形-）	2 人	186 人	188 人

表は実際のレンツ警告で示されたデータである（高橋 1971: 194）。この 2×2 のクロス表の要点は、コンテルガンの服用群で奇形が生じた人数と生じなかった人数とを比較するだけではなく、非服用群とも比較するという先述した EBM の根幹を成す「症例対照研究（Case Control Study）」の考え方である。服用群と非服用群のデータを並列させることが求められる症例対照研究は、現行の薬剤治験で標準的な手続きとなっている。講義では、このクロス表から手計算できる「有病割合オッズ比」を求めることから、コンテルガンの回収命令の可否を検討する（津田 2003: 25-6）。オッズ比は、症例群と対照群とのコントラストをつけるために、たすき掛けをしてその比をとることで求められる疫学では重要な指標となっている。ここでのオッズ比の計算は、 $(90 \times 186) \div (22 \times 2) = 380.45$ となる。このオッズ比の解釈は「曝露した人たちに比べて、曝露しなかった人たちではオッズ比倍だけ症状が多発した」となるので、催奇性被害は非常に明確である（津田 2003: 25-6）。しかし当時は、非服用にもかかわらず奇形+となった 22 人を「データの不備」と切り捨てるといふ有識者の読み違いと、旧厚生省の追認のために、まさに根拠の無い医療となってしまった（高橋 1971: 194-5）。

筆者は統計学の専門家ではないので、医学統計学や疫学のいわば入門編を「サリドマイド薬害」事例から試みているが、さらに医薬品規制や臨床研究のプロセスについて講義を進めることもできる。特にサリドマイドは後年になって、血液のがんの一種である多発性骨髄腫や、ハンセン病で生じる（2型）らい反応の解熱や末梢神経障害や視力障害などの後遺症防止の切り札として著効があることが判明した（Stephens and Brynner 2001 = 2001:195-201）。さらには結核や関節炎、エイズ治療への使用が野放図におこなわれたことから、アメリカでは1999年に適応追加した。日本でも2008年に再承認されるに至ったが、使用にあたっては、アメリカをモデルとしたTERMS（Thalidomide Education and Risk Management System）というサリドマイドの流通・処方・調剤・使用の一元管理の下で処方され、サリドマイド・ベビーの悲劇を防いでいる。こうした「神と悪魔の薬」（Stephens and Brynner 2001 = 2001）としてのサリドマイドの歴史からも、さまざまな論点を提示できる。

4. 4 「加害者」表象を考える

「薬害」問題では、病気の〈医学的承認〉と被害の〈法的承認〉を求めるために訴訟戦術が採用されるに至っている（宇田 2015: 228-30）。訴訟戦術は、「薬害」による被害や問題を公に開示するとともに、正統性を獲得するために有効な戦術とされ、「無垢の被害者」対「有責の加害者」（栗岡 2001: 108）とする図式が提示された。「薬害 HIV」問題では、「加害者」に対する責任追及によりスティグマの払拭が一部実現した一方、HIV 感染に関与した医師・製薬企業・行政を「加害者」とする（わかりやすい）理解が広く流布するに至った。

だが、「薬害」被害者が一枚岩でないのと同様に、「加害者」と名指される側にもさまざまな思いや悩みがあることは想像に難くない。ここでは顕著な対照例として、最大のスケープゴートとされた故・安部英医師の述懐を紹介したい。「薬害教育」のための「加害者」表象では、意図の有無にかかわらず「加害者」が血液凝固因子製剤により HIV 感染させたことは覆らないことが前提となる。しかし、こんにちの拡充された HIV/AIDS 診療体制に「被害者」の意見が反映されるのと同様、「加害者」が味わった苦い経験も同様に顧みられているはずである。しかし、当時の安部氏の言動は被害者感情を逆なでしているように映っていたようである（下線は筆者が付した）。

まず [九六年七月の刑事訴訟提訴の] 背景には、安部氏に対する印象が非常に悪くなっていきつつあった社会一般の傾向があった。提訴に先立つ九六年四月には、氏は参議院と衆議院に相次いで参考人として招致され証言させられていた。数時間に及んだ証言には、エイズ研究班班長 [エイズの実態把握に関する研究班] としての責任を自覚しているとは思えない発言が目立っていた。… (中略) …日本での加熱濃縮製剤導入がアメリカに較べて二年以上も遅れたことに言及し「この二年間、先生はまったく責任を感じられませんか」と質問した。

安部氏は手をまっすぐに高く、サッと上げて答えた。

「責任を感じずるわけにはいきません。感じてもしょうがないわけですがけれども、それは非常に残念でございますよ」

…（中略）…自分は一生懸命にやった、能力が足りなかったかもしれないが医師としての良心に恥じるころはないと氏は強調したのだ。だが前述のように、少しでも危ないと感じていた非加熱濃縮製剤を患者に使わせ続けたことは、「能力が足りなかった」ということではない。それはまさしく「医師としての良心に恥」ずべき行為なのだ。（櫻井 1996: 9-10）

非加熱濃縮製剤の効能やその存在意義を考えれば、安部氏を吊し上げるだけでは簡単に事が済まないはずであるし、仮に「医師としての良心」を持ち合わせていても、「意図せざる結果」を回避できたとは限らないことはこれまでに紹介してきた⁽⁸⁾。当の安部氏は証人喚問や法廷では見せない言動を、既に1986年の時点で開陳している。下の引用は、安部氏が自ら起草したエイズの入門書からの記述である（下線は筆者が付した）。

たしかに、それまでになかったこのような病気が突然おこってくるとはつゆしらず、それが外国から輸入された血液製剤の中に含まれていた病原体からおこったものであるとしても、そして病原体のいない日本の血液から作った血液製剤がなかったからであるとしても、実際に彼[最初に診療した血友病患者]をこのエイズの病気に罹患させた下手人は私である、と思うと、私には何もいいようがない。（安部 1986: 19）

確かに養老研など既存の聞き取りデータでは、安部氏に対する評価は必ずしも良いものとは言えない。しかし、「薬害 HIV」問題に関与したという故人の自覚がある以上、安部氏の語りにもわれわれは真摯に耳目を傾けるべきではないだろうか。

5. ささやかな「寄生」

本稿は、おもに「薬害 HIV」問題を事例とする「加害者」表象を意識した「薬害教育」の展開可能性について述べてきた。筆者は「薬害 HIV」問題の調査研究の成果を下敷きに、医療をめぐる集合行為／社会運動や、医療化 Medicalization／製薬化 Pharmaceuticalization といった従来の社会学や医療社会学の守備範囲を部分的にカバーする「薬害教育」を構想している⁽⁹⁾。「薬害」を講義テーマとすることは、「被害者」の経験を理解し、伝承していくことのみならず、「加害者」と名指された人々が置かれた当時の文脈を理解することで、たゆみない再発防止の試みにつながっていく。このような多声的な語りにも耳目を向けることは、社会学が得意とする「あたりまえ」をいったん疑うことから、日常のリアリティがどのように形作られているのかを考察する観点無くしては難しい。先述した NBM では、

対面する患者の置かれた文脈を理解することが求められるが、対面していない「薬害」被害者や、目に見えない感染者など社会的マイノリティの存在や置かれた文脈にも想像をめぐらせることがNBMには必要であろう。

とはいえ、筆者の所属する医学部教養は、MDから直接の攻撃を受けることなく、講義内容に関する干渉や要望もない代わりに軽視されがちであり、教養自体が縮小させられたり、根こそぎ排除されたりする危険に常に曝されていることに変わりがない⁽¹⁰⁾。他方で、公衆衛生・社会医学への「寄生」を志向したとしても、現実には医師国家試験で「医学素養」として出題される「常識で取れるサービス問題をあえて勉強する必要はない」⁽¹¹⁾とされる分野を基礎医学課程で教えることになる。

しかしそれでもあえて医学教育領域に巣くい、爪痕を残すには、異なる立場にいる人たちの置かれた文脈を想像してみるために必要な、いったんあたりまえを疑ってみることと、相応の社会学の分析視角や分析概念の提示がやはり不可欠ではないか。現行の「薬害教育」の問題意識に加えて、「加害者」とされてきた人々の立場を看取することで、「薬害教育」を拡充することを本稿では提案してきた。

最後に、今後「薬害教育」を展開していくための課題を挙げたい。第一に、基礎医学あるいは臨床との相互浸透である。筆者はこれまでに血友病補充療法の把握のために一定程度血液学や生化学の知見に触れたが、さらに他の血液系疾患へと知識を拡張していく可能性もあるし、感染症という観点で言えば、肝炎をはじめ多様な問題系が広がっている。そのためにはこれまで同様、(医療)社会学の領域から侵攻していくことも必要であろう。第二に、医学教育のみならず、看護学や薬学などでの「薬害教育」の方途を探ることである。筆者は看護系の専門学校で非常勤の機会があり、そこでも「薬害教育」の一部を講義している。しかし、学生の内容の理解度はさておき、看護師や薬剤師などそれぞれの立場を考慮した講義内容にするべきであるように最近は感じている。医療社会学では専門職論が主要テーマとなっているが、コメディカル版の職業論があつてよいように、「薬害教育」も重点の置き方を変えるなどの工夫が必要ではないか。第三に、社会学のもう一つの強みである量的・質的調査法の応用である。先述したように、公衆衛生・社会医学の分野で量的調査法は相対的になじみのあるものである。他方、質的調査法もNBMで求められる患者の置かれた文脈を看取するための一手法となりうる。アポイントの取り方からメモの取り方、参与観察などの方法論は初学者にも興味を持ちやすいようで、社会学の魅力を伝えるには好都合である。筆者は少人数のセミナー(ゼミ)で簡単なインタビューの技法を数年おきに教えているが、学生の満足度は割合高いようである。第四は、既存の社会学教育に対する知的発信である。医療社会学が通常科学となっていないことは、文学部や社会学部系の社会学ポストに医療社会学を標榜するところがきわめて希少であることをもって明白である。しかし、環境社会学領域などで自然科学や医学的知見を援用した調査研究が産出されているように、医療社会学からも積極的な成果発信が必要なのではないか。

「薬害」被害者や患者と同様、医療従事者は「不完全な薬の現実と闘う宿命」（医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団 2012: 60）の下にあると考えれば、医薬品にまつわる「不完全さ」をモニタリングし、意志決定するための疫学知識、医薬品規制、被害者救済体制の整備を学ぶことで新しい運命を切り開いていくことが医療従事者には求められていくに違いない。今後も「薬害教育」の観点から、教育および調査研究に資するデータを提供・発信していきたい。

謝辞

本稿執筆にあたっては、第 88 回日本社会学会大会（早稲田大学）での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」（2015年9月20日）での各報告および質疑応答、調査研究フィールドの方々や各種研究会の参加者などから多くの示唆を得た。個人的にアドバイスを下さった方も含めて、すべての方々にこの場を借りて感謝いたします。

なお、本稿は科学研究費補助金（基盤研究(B)「薬害教育」に向けた多声的「薬害」概念の提起、研究課題番号：25285163、研究代表者：山田富秋）による研究成果の一部である。

註

- (1) 「医学教育モデル・コア・カリキュラム」とは別立てで「準備教育モデル・コア・カリキュラム」（2001年）により、履修時間数の1/3が教養教育に確保されており、そこに（医療）社会学を位置づけることも考えられるが、必修科目でなければ医学部生が選択する可能性は非常に低いものと思われる。
- (2) 2014年度大会は和歌山県立医科大学で開催されたという（2014年7月18日～19日）。
- (3) 90分講義の短縮により、単位計算や非常勤手当の額が問題となるはずであるが、本学の場合、不問に付されているようである。
- (4) アメリカは医療社会学がメジャーになっていると思われているが、実際には同様の悩みを抱えているようである（Constantinou 2015）。
- (5) 全国薬害被害者団体連絡協議会主催のワークショップでの代表世話人・花井十伍氏の講演より（大阪人権博物館、2015年12月13日）。
- (6) 血液製剤製造企業に対する聞き取りより（2014年3月20日）。
- (7) 旧西ドイツや日本で甚大な被害が生じた一方で、アメリカでは被害が生じなかったことはいくら強調してもし過ぎることではない。薬理学者 F. ケルシーは、リチャードソン・メレル社のサリドマイド承認申請書類の不備に加え、推薦書を書いた製薬会社の「お抱え医師」に対する疑念から、動物実験や胎児への神経障害についての報告を要求する引き延ばし策により、レンツ警告翌年の1962年にサリドマイド承認

を水際で食い止めた (Hawthorne 2005=2011: 109-12)。このことは、アメリカ食品医薬品局 (FDA : Food & Drug Administration) への副作用報告、ならびに臨床試験による有効性の証明を義務化した「キーフォーバー・ハリス修正法」(1962年)の制定へと結実した (Hawthorne 2005=2011: 242)。

- (8) 実際には、非加熱濃縮製剤の止血効果が顕著であり、HIVの感染可能性と予後が不明確な状況下では、効能が劣るクリオ製剤を使用する積極的な理由が乏しかった(=比較衡量(西田・福武 1996: 54)による血友病治療の優先)。さらに、原料血漿の不足によりクリオ製剤の増産が困難であることに加え、HIV/AIDSが問題視され始めた1983年が、HIVやB型肝炎、C型肝炎(当時は非A・非B肝炎)の重複感染のピークであったことが後の調査研究で判明している(三間屋 1993: 1131)。
- (9) これまでに「薬害」以外の講義テーマとしては、不妊治療、「医療崩壊」言説、依存症、アスリートと医療、自殺論、人体実験、健康と格差社会、臓器移植などを取り上げてきた。
- (10) 医師国家試験合格率を上げるという当面の課題を考えれば、教養科目を縮減することは容易に医学部内で承認されるし、実際に多くの私大ではそうなっている。
- (11) <http://medu4.com/category/109> 回/ (2015年9月17日取得情報)。なお、2015年2月7日～9日におこなわれた医師国家試験で「医学素養」は500題中17問出題されているが、2018年試験からは全体的問題数が400題に縮小(日程も2日間に短縮)される。

引用文献

- 安部英, 1986, 『エイズとは何か——謎の正体に迫る』日本放送出版協会。
- 鮎川葉子, 2000, 「感染症と人権擁護」『NHK社会福祉セミナー』, 124-9.
- Constantinou, Costas S., 2015, “Individualized Medical Sociology: Placing Sociology in Medical Practice,” *Journal of Applied Social Science*, 9(2): 182-190.
- 藤崎和彦, 2006, 「医学教育と語り」江口重幸・斎藤清二・野村直樹編著『ナラティブと医療』金剛出版, 107-12.
- 長谷川公一, 1989, 「「現代型訴訟」の社会運動論的考察——資源動員過程としての裁判過程」『法律時報』61(12): 65-71.
- Hawthorne, F., 2005, *Inside The FDA: The Business and Politics behind the Drug We Take and the We Eat*, John Wiley & Sons. (=2011, 栗原千絵子・斎尾武郎監訳『FDAの正体(上)——レギュラトリーサイエンスの政治学』篠原出版新社.)
- 本郷正武, 2015, 「血友病補充療法の進展にみる医師役割の変質——「医療化」の観点からの検討」『ソシオロジ』183: 81-99.

- Institute of Medicine, Committee to Study HIV Transmission through Blood and Blood Products, Division of Health Promotion and Disease Prevention, 1995, *HIV and Blood Supply: An Analysis of Crisis Decisionmaking*, National Academy Press. (=1998, 清水勝・新美育文監訳『HIVと血液供給——危機における意志決定の分析』日本評論社.)
- 医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団, 2012, 『知っておきたい薬害の教訓——再発防止を願う被害者からの声』薬事日報社.
- 栢森良二, 2013, 『サリドマイドと医療の軌跡』西村書店.
- 北村健太郎, 2011, 「1970年代の血友病患者たちの患者運動と制度展開——公的負担獲得と自己注射公認に至る経緯」天田城介・北村健太郎・堀田義太郎編著『老いを治める——老いをめぐる政策と歴史』生活書院, 270-302.
- 栗岡幹英, 1993, 『役割行為の社会学』世界思想社.
- , 2001, 「薬害被害者手記に見るクレームの構成」中河伸俊・北澤毅・土井隆義編『社会構築主義のスペクトラム——パースペクティブの現在と可能性』ナカニシヤ出版, 97-113.
- 三間屋純一, 1993, 「血友病と HIV 感染」『小児科診療』27(6): 1129-39.
- 武藤春光・弘中惇一郎, 2008, 『安部英医師「薬害エイズ」事件の真実——誤った責任追及の構図』現代人文社.
- 中川輝彦・工藤直志, 2015, 「医学知識・技術」中川輝彦・黒田浩一郎編, 2015, 『〔新版〕現代医療の社会学——日本の現状と課題』世界思想社, 2-24.
- 中塚朋子, 2015, 「「薬害」を学ぶための副教材はどのようにして作られたのか——中等教育を対象とした「薬害教育」に関する討議の検討」第66回関西社会学会大会テーマ部会「薬害の教育と伝承をめぐって」.
- 西田恭治・福武勝幸, 1996, 「輸入血液製剤によるHIV感染に関する一考察」『日本医事新報』3775: 53 - 5.
- 岡崎勲・豊嶋英明・小林廉毅編, 2009, 『標準 公衆衛生・社会医学 (第2版)』医学書院.
- 大西赤人, 1983, 「AIDS現象あるいは魔女狩りの季節」『話の特集』216: 33-43.
- 櫻井よしこ, 1999, 『安部先生、患者の命を蔑ろにしましたね』中央公論新社.
- 佐藤純一, 2010, 「医師養成課程の中の社会学」『社会学評論』61(3): 321-37.
- Stephens, T., and R. Brynner, 2001, *Dark Remedy: The Impact of Thalidomide and its Revival as a Vital Medicine*, Perseus Publishing. (=2001, 本間徳子訳『神と悪魔の薬サリドマイド』日経BP社.)
- Strong, P., 1984, “Viewpoint: the Academic Encirclement of Medicine,” *Sociology of Health and Illness*, 6(3): 339-58.
- 高橋暁正, 1971, 「杉山氏のサリドマイド論の初等推計学的な誤り」増山元三郎編『サリドマイド——科学者の証言』東京大学出版会, 193-207.

- 種田博之, 2009, 「血友病を治療することについての認識」 輸入血液製剤による HIV 感染問題調査研究委員会, 2009a, 『医師と患者のライフストーリー 第1分冊 論考編』 ネットワーク医療と人権, 55-70.
- 津田敏秀, 2003, 『市民のための疫学入門——医学ニュースから環境裁判まで』 緑風出版.
- 宇田和子, 2015, 『食品公害と被害者救済——カネミ油症事件の被害と政策過程』 東信堂.
- 薬害感染被害者（患者・家族）生活実態調査委員会, 2006, 『薬害 HIV 感染患者とその家族への質問紙調査報告書——薬害 HIV 感染被害を受けた患者とその家族のいま』.
- 山田富秋, 2011, 『フィールドワークのアポリア——エスノメソドロジーとライフストーリー』 せりか書房.
- 輸入血液製剤によるHIV感染問題調査研究委員会, 2009a, 『医師と患者のライフストーリー 第1分冊 論考編』 ネットワーク医療と人権.
- , 2009b, 『医師と患者のライフストーリー 第2分冊 資料編 医師の語り』 ネットワーク医療と人権.

【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>