

社会学は医学専門教育カリキュラム 改革にいかにコミットできるのか

2021 年 10 月

日本社会学会社会学教育委員会
(2019 年～2021 年)

目次

第1章 社会学は医学専門教育カリキュラム改革にいかに関与できるのか	
天田城介・丹辺宣彦.....	2
1-1. 本報告書の背景と目的	
1-2. 報告書の構成	
第2章 日本の医学部卒前教育の展開	
樫田美雄.....	6
第3章 医師卒前教育のグローバルな動向——社会学の位置づけと国際標準化	
黒田浩一郎.....	21
3-1. はじめに	
3-2. ECFMG と ECFMG Certification	
3-3. WFMC による公認状況	
3-4. WFME 公認基準における社会学の位置づけ	
3-5. おわりに	
第4章 医師養成における立ち位置を探る——医学教育に対する文化人類学の関わり方をめぐって	
星野晋.....	31
4-1. 文化人類学と医学教育の接近の経緯	
4-2. 境界に立ち位置を見いだす	
4-3. ミッションの共有	
4-4. 誰に教えるか	
4-5. 何を教えるか	
4-6. どのように教えるか	
4-7. 学校教育とは異なるもう一つのアプローチ	
4-8. 結び	
第5章 社会学の視点からの教材の例示	
樫田美雄.....	40
第6章 医学教育に資する社会学とは・薬害エイズを事例とした医療の不確実性の教育	
種田博之.....	55
6-1. はじめに	
6-2. 授業内容	
6-3. むすび	

第1章 社会学は医学専門教育カリキュラム改革にいかに関与できるのか

天田城介・丹辺宣彦

1-1 本報告書の背景と目的

本報告書は、2020年11月1日（日）9:30～12:30にオンラインで開催された第93回日本社会学会大会の社会学教育委員会企画セッション「社会学は医学専門教育カリキュラム改革にいかに関与できるのか」の成果をまとめたものである。

そもそも日本社会学会社会学教育委員会が当該セッションを企画した背景を記すと、近年の日本における社会学、とりわけ「医療社会学」と呼ばれる社会学領域をめぐる教育環境の最も大きな変化の一つとして、2017年3月31日に公表された平成28年度版「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に、「B-4 医療に関連する社会科学領域」に関する記述が盛り込まれたことが挙げられる。その「医学教育モデル・コア・カリキュラム」が、医師をめざす医学部生が卒業までに習得すべき学習内容を示したものである以上、ここに記載されている内容はどこの医学部においても何らかの形で教育に組み込まれるものである。具体的には、「B-4-1 医師に求められる社会性」という項目において、その「ねらい」が「文化的社会的文脈のなかで人の心と社会の仕組みを理解するための基礎的な知識と考え方およびリベラルアーツを学ぶ。臨床実践に行動科学・社会科学の知見を生かすことができるよう、健康・病い・医療に関する文化人類学・社会学（主に医療人類学・医療社会学）の視点・方法・理論について、理解を深める」と言及されているように、医学部卒前教育において文化人類学や社会学の視点・方法・理論を理解することが強く求められるようになったのだ。

しかしながら、こうした医学専門教育カリキュラム改革において社会学はどのような位置づけにあるのか、いかなる歴史的・時代的文脈のもとこうした改革は進んでいるのか、それは国際的な制度的文脈や改革の動向とどのように関係しているのか、文化人類学（会）はこの問題をどのように認識し、取り組んでいるのか、さらには、社会学の視座から具体的に「B-4 モデルシラバス」なるものを考えるとすれば、それはいかに構想・提示することができるのか等についてはほとんど議論されてこなかった。

上記のような問題を検討してほしいと複数の会員からの要望があったのを受けて、日本社会学会でも専門教育と社会学教育、とりわけ医学専門教育と社会学教育について検討するものとし、今期社会学教育委員会ではWGを設置するに至った。

具体的には、2018年12月の会員からの要望を受け、2019年2月の委員会にてWGの設置が承認されたのち、「専門教育と社会学教育WG」を組織化し、社会学教育委員会からは委員長の丹辺宣彦（名古屋大学）、副委員長の天田城介（中央大学）、丸山里美委員（京都大学）の3名に加え、医学専門教育と社会学教育に関して詳しい檜田美雄氏（神戸市看護大学）と黒田浩一郎氏（龍谷大学）にワーキンググループの委員に加わっていただき、2年間にわたり検討してきた。

専門教育と社会学教育WGの検討経過は62頁に記してあるので、詳細は割愛するが、第1回会合を2019年7月18日（木）、第2回会合を2019年10月5日（土）、第3回会合を2020年2月29日（土）に開催した。その後もメール等で審議を重ね、その成果を2020年11月1日（日）に開催された第93回日本社会学会大会の社会学教育委員会企画セッションにて結実させた。社会学教育委員会もそれと並行して11回にわたり開催してきた。

本委員会企画テーマセッションでは、近年の医学専門教育カリキュラム改革の国内外の動向などを踏まえたうえで、先行して議論を重ねている文化人類学（会）の試みなどを参照しつつ、関連分野の研究者に問題提起を行っていただき、社会学は医学専門教育カリキュラム改革にいかに関与できるかを検討し、今日の社会学教育のあり方を検討した。

1.2 報告書の構成

前述の趣旨を踏まえ、本委員会企画セッションは以下のようなメンバー構成とした。

WG 委員でもあり、医学専門教育における社会学教育の展開について深くコミットされてきた榎田美雄氏（神戸市看護大学）、医学専門教育のグローバルな動向と社会学の位置づけについて詳しい黒田浩一郎氏（龍谷大学）、医学専門教育における文化人類学とりわけ医療人類学教育について長年関わってこられた星野晋氏（山口大学）、現在、医学専門教育において社会学的視点から教育を実践・展開されている榎田美雄氏と種田博之氏（産業医科大学）の4名にご報告いただいた。

各報告者からは極めて刺激的かつ深い洞察にもとづいた報告がなされ、それを受けて報告者間やフロアから積極的な議論がなされた。加えて、合理的なセッション運営の観点から限られた数に限定せざるを得なかったが、フロアからの鋭い質問を受け、それに対する各報告者からの丁寧な応答が行われた。不足・不備・不十分な点を挙げればきりが無いが、その後の反響も含め、本セッションで達成できたことは小さなものではなかった。なお、司会は社会学教育委員会の委員である天田が行った。

■社会学教育委員会企画セッション「社会学は医学専門教育カリキュラム改革にいかに関与できるのか」

日時：2020年11月1日（日）9:30～12:30

方法：オンライン開催

報告：榎田美雄（神戸市看護大学）「日本の医学部卒前教育の展開」

黒田浩一郎（龍谷大学）「医師卒前教育のグローバルな動向——社会学の位置づけと国際標準化」

星野晋（山口大学）「医師養成における立ち位置を探る——医学教育に対する文化人類学の関わり方をめぐって」

榎田美雄（神戸市看護大学）「社会学の視点からの教材の例示」

種田博之（産業医科大学）「医学教育に資する社会学とは——薬害エイズを事例とした医療の不確実性の教育」

司会：天田城介（中央大学）

榎田氏の第一報告「日本の医学部卒前教育の展開」は、歴史的・時代的文脈のもと、1990年代以降における国内の医学専門教育がいかに変容してきたのか、なにゆえ今日における医学専門教育において社会学教育が求められながらも非体系的なカリキュラム構成になっ

ているのか、その「カテゴリーをめぐる政治」をいかに読み解くかを報告した。

黒田氏の第二報告「医師卒前教育のグローバルな動向——社会学の位置づけと国際標準化」は、2010年9月に米国の外国医学校卒業生教育委員会（ECFMG）が世界医学教育連盟（WFME）によって公認された評価機関によって認定を受けた医学部を卒業していない者以外にはレジデント資格を認めないという方針を示したことで、2015年12月に一般社団法人・日本医学教育評価機構（JACME）が設立されたこと、2017年3月にWFMEによって公認、全国の医学部がJACMEの評価を受けているという文脈のもとで、平成28年度版「医学教育モデル・コア・カリキュラム」が出されたこと、そこで「B-4 医療に関連のある社会科学領域」が設けられたことを提示した。加えて、その比較社会的・歴史社会的な視点から医学専門教育の「国際標準化」をいかに読み解くかを指摘した。

星野氏の第三報告「医師養成における立ち位置を探る——医学教育に対する文化人類学の関わり方をめぐって」は、医学専門教育の動向や医学教育における人類学の位置づけの変化について言及した上で、人類学（会）における取り組みや実際の医学教育における人類学的視点からの教育展開について触れつつ、変容する日本の医療環境や卒後研修・生涯学習を見据えた教育戦略をいかに立てていくかについて考察した。

樫田氏の第四報告「社会学の視点からの教材の例示」では、医学教育改革にどのように対応するか、医学教育改革に対応する必要な社会学改革を検討した上で、いかなる体制で教育を展開するかについて具体的な“レシピ”に基づいて報告した。

種田氏の第五報告「医学教育に資する社会学とは——薬害エイズを事例とした医療の不確実性の教育」は、実際に報告者が医学部1年生に対して行っている「医療社会学」の講義を具体的に紹介しつつ、社会学／社会科学が「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に組み込まれることによって、実際の医学教育における社会的教育の可能性とは裏腹に、その意図せざる結果として一層の標準化／制度化が進んでいくこともありうることを指摘した。

その後、Zoomのチャットにてフロアからの質問やコメントを受け付け、司会者がそれらを読み上げ、各報告者がそれに応答した。フロアからは、①イギリスのGMC（General Medical Council）は医学校の認可をし、医師登録簿の管理も行うような文科省と厚労省の権限を両方持っているため、Promoting Excellenceは医学生と医師の両方に向けて行われており、その結果、Outcomes for Graduatesはより概括的・抽象的になるということからもヨーロッパの医学教育にも着目する必要があるのではないかというコメントが寄せられた上で、②医学教育において人類学や社会学が医学と社会との「橋渡しをする立ち位置」が求められているとして、どのようにそれを構築していくことが可能であるのか、③医学専門教育においてジェンダー・セクシュアリティ、特に性的マイノリティの多様性についてどのように医学教育に組み込むことが可能であるのか、④EBM（Evidenced Based Medicine）全盛の現在では、医師側の思考枠組もそれに対する患者側の理解の方法も異なってきているのではないかと、医学生からは「昔の話」と受け止められるのではないかと、その中でいかに教育実践することが可能であるのか等の大変貴重な質問が寄せられた。

それに対して、報告者からは、①今回取り上げた医師卒前教育における国際標準化はあくまでアメリカを中心とするものであり、ヨーロッパではそれとは異なる試みや枠組みがあることを精緻に検討する必要があること、②医学部内部で新たな教育体制を組んでいくことは難しく、地域の人たちなどの「外部の人たち」、ないしは「外部の人たちとつながっ

ている医学部の教員」と協力して教育実践を試みていくこと等が重要ではないか、③「医学内部では見えていない視点をどのように組み込んでいくことができるかが問われている一方で、何を「コア・カリキュラム」に入れるかはそれとは別に考えなければならず、例えば、「ジェンダー／セクシュアリティ」という項目とするか、「多様性」という項目にするか、「差別・排除」という項目にするかが問われており、それこそが社会学会（界）において議論していく課題であろう、④個別の事例はかりに過去の出来事であっても医学における「不確実性」はコロナ禍においても切実に問われており、そのような「不確実性」のもとではその都度で分かっていることを示していくことの意味を教えていく必要があること等がレスポンスとして示された。

その後、全体討論としては、医学・医療の自己完結性をいかに考えていくのか、医学教育において「誰のどのような視点である現実を見ていくのか」「誰にとっての文脈においてある現実が記述されているのか」をいかに教えていくのか、「医学において分かっていること」と「医学・医療業界において知られていないこと」があり、それらをどのように教えていくことができるのか等に関して活発な議論がなされた。

全体総括として、医学教育における社会学教育実践において「社会を教えること」と「社会学を教えること」をいかに接続させることができるのか、とりわけ限られた時間・人員・カリキュラムという制約の中で、いかにその接続を意識した社会学教育ができるのか、医学教育における社会学教育の「標準化／平準化」の動向に抗いながらいかなる教育実践が可能であるのか等については社会的にもきわめて大きなテーマであることが確認された。

限られた時間ではあったが、上記の通り、実に多くの論点が提起され、きわめて積極的かつ刺激的な議論が交わされた。

なお、セッション企画には30名以上の参加者があり、限定されたテーマにもかかわらず、多くの会員に参加していただいた。この場を借りて厚くお礼申し上げます。

大会の社会学教育委員会企画のテーマセッション1回で問題を抽出し、解決する方法を見出すのは困難であるが、今回のテーマセッションを通じて、医学専門教育において社会学はいかに展開するののかという論点のみならず、そのこと自体を歴史社会的・比較社会的に考えることの社会的可能性、さらには今日の医学専門教育をめぐる言説・概念を分析していくことの社会的課題、そして「そもそも社会学は、誰が、誰に、なにを、いかに教えるのか／教えるべきであるのか」という社会学教育の本質的な問いに関わる課題であるということを析出できたことは非常に大きな成果であった。

報告者の方々に当日の報告を踏まえ、当日の報告資料に一部加筆修正する形で本報告書
の原稿執筆をしていただきました。ただ、当日のセッションのライブ感をできるだけお伝え
できればと思い、最小限の加筆修正にとどめていただきました。また、全体の形式的統一な
ども最小限にとどめています。

社会学教育委員会ならびに専門教育と社会学教育WGで検討してきた経緯や、セッション
の設計思想等を踏まえて各報告をお読みいただけると、当日参加いかんにかかわらず、社
会学教育委員会企画セッションの設計とその成果を広く会員の皆さまに共有していただ
けるものになるかと思っております。ご一読いただければ大変有り難く存じます。

第2章 日本の医学部卒前教育の展開

榎田美雄

本稿（第2章）は、2020年11月1日に第93回日本社会学会大会（オンライン開催）で開催された、社会学教育委員会主催テーマセッション「社会学は医学専門教育カリキュラム改革にいかに関与できるのか」の中での榎田の報告の前半部分をWEB掲載資料化したものである。

この前半の議論の多くは、日本医学教育学会のプロフェッショナリズム・行動科学委員会内で培われたものであり、とりわけ、2018年の第50回日本医学教育学会大会（東京医科歯科大学）で開催されたシンポジウム「医師養成に行動科学・社会科学教育を組み込むということ——改訂版コアカリへの対応を想定して」に多くを依っている。なお、この医学教育学会のシンポジウムについては、以下のサイトで報告書化された資料の閲覧が可能となっている（URL：<http://jsme.umin.ac.jp/com/pro/2018symposium-report-pro2.pdf>）。

ただし、今回、WEB資料化をするにあたっては、議論の流れを損ねない範囲で、資料の最新化に努めた（2021年9月14日現在）。

スライド 1

社会学教育委員会主催テーマセッション2020： 社会学は医学専門教育カリキュラム改革にいかに関与できるのか

（司会者：天田城介先生＝中央大学＝）

1. 日本の医学部卒前教育の展開（1～18）

■ 第93回日本社会学会大会（2020）松山大学大会（オンライン）

ネタ元：日本医学教育学会のプロフェッショナリズム・行動科学委員会（2018）

<http://jsme.umin.ac.jp/com/pro/2018symposium-report-pro2.pdf>・掲載中

[\(kashida.yoshio@nifty.ne.jp\)](mailto:kashida.yoshio@nifty.ne.jp)

神戸市看護大学 看護学部

榎田 美雄

2020年11月1日9：30～12：30、WEB開催

1

発表者の榎田は、神戸市看護大学所属の医療社会学者ですが、医学教育学会の行動科学

教育・社会科学教育関連の委員会には、10年以上まえから参加しています。2018年の医学教育学会シンポでの発表などが、今日の発表のネタもとです。

本務校は看護単科大学ですが、非常勤先としては、兵庫教育大学大学院で質的研究法を教授したり、関西学院大学で現代社会学特論を担当したりしています。愛知大学では情報社会学を、神戸大学では医学部医学科の学生に地域医療に関する科目を教えています。

また、学会関係では、日本社会学会の研究活動委員会委員をしていますが、同時に、日本社会学会の社会学教育委員会で、専門職養成の社会学に関するワーキンググループに所属しており、今日は、そこでの仕事です。

スライド 2

★モデルコアカリキュラムのB-4問題 (医学教育世界での用語法を理解する必要性)

- (1) 日本の医学教育モデル・コア・カリキュラム平成28年度改訂版(2017年3月31日公表)で、「B-4:医療に関連のある社会科学領域」が新設された。ここに、最重要の変化が存在している。
(PDF資料はワンドライブに掲載済み)

- (2) その読解には、特殊医学教育的知識(社会医学 $\longleftrightarrow$ 社会科学)が必要である。そのうえで、カリキュラムを定め、教員を選び具体的な社会(科)学の授業の実施体制を固めていく必要がある。

※社会医学の中に「医療社会学」がある、となった経緯の理解が必要
科研費の「小区分」「中区分」がそのようになっているが、そこに影響されないことが、日本社会学会としては、肝要だろう。(後掲の「檉田、2018」のPPTの内容の線で押したい)

2

この報告では、モデル・コア・カリキュラムの代表例として医学教育における新しい『モデル・コア・カリキュラム』(2016年度改訂版)をとりあげます(2021年夏現在、次の改訂作業が開始されており、「B-4」に関しても改訂される見込み。現行の『モデル・コア・カリキュラム』は入手可能である(URL: https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/033-2/toushin/1383962.htm))。「B-4」の14項目というのは、医療人類学と医療社会学合同で教えるべきとされている14項目の「学修目標」こと。第1項目の①医療人類学や医療社会学等の行動科学・社会科学の基本的な視点・方法・理論を概説できる。からはじまり、第14項目の⑭具体的な臨床事例に文化・社会的課題を見いだすことができる。で終わっている。。「B-4」は「医療に関連のある社会科学領域」と命

名されて、従来存在していなかった「社会科学」に強く志向した項目ですので、その掲載の意義は大きいと思われます。しかし、その議論に入る前に、この「B-4」に記載されている内容を読むための基礎知識が必要です。なぜなら、『医学教育モデル・コア・カリキュラム』が対象としている読者は、医学部スタッフだからです。そこでは、社会科学の常識とは違う常識が通用しているからです。その内容を確認しておきましょう。

まず確認しなければならないのは、この「B-4」の部分で「医療人類学」および「医療社会学」と表現されているものは何か、という問題です。結論を先取りしていうのならば、それは、人類学一般や社会学一般の世界における「人類学」や「社会学」と外延をほぼ同じくする領域です（理由は、医師養成に関わる社会科学は、社会医学に包摂されるので、社会医学に包摂される社会学は医療社会学という名称になる、ということのようです）。そういう特殊医学教育的用語法が使われていることに留意する必要があります。そのような理解ができるようになると、「B-4」に掲載された14項目のうちの多くが、一般的な文化人類学や社会学の内容であることを受け入れることができるようになります。

まとめます。『モデル・コア・カリキュラム』で「医療人類学」や「医療社会学」と表現されている学問は、「文化人類学一般」や「社会学一般」を含むものです。それが、なぜ、「医療人類学」や「医療社会学」と呼ばれているのかといえば、それが、医学部で教えられている人類学や社会学だからだ、という理由ですが、そのような理由が、社会学を医療社会学と呼び変える理由になる理由も重要でしょう。つまりは、医学の総合性が医療者養成教育関係者の間では信じられているのでしょうし、そのような立場からのある程度の制度化も容認される雰囲気があるのだ、ということでしょう。すこし、カリカチュアしていえば、医師養成は大切なので、そのためには諸学をすべて再編して、医師養成に向けて体系化することが、少なくとも医学部という制度に関係している領域では許されるという感覚があるようなのです。この特殊医学教育的文脈に関する知識と感覚がないと、この「B-4」の部分をうまく理解することはできません。

この理解ができていないと、どういう問題が発生するのでしょうか。たとえば、医学教育での用語法にあまりなじんでいない「社会学者」が「非常勤講師」として委嘱されて、『モデル・コア・カリキュラム』の「B-4」に準拠したかたちで14項目を教授するプログラムを作ることになった場合、当該の非常勤講師が困惑するだろう、という問題が発生します。これは当該の社会学者がたとえ医療社会学の専門家であっても、医学教育の文脈に通暁していない場合には、起きることです。

関連して、次の事実も確認しておきましょう。世界医学教育連盟（WFME）の「医学教育分野別評価基準」（英語版）において、「社会科学」となっている部分が、その日本版においては「社会医学」と翻訳されているという事実です（なお、これは、“誤訳”ではありません。世界医学教育連盟そのものが、各国の事情に合わせて公式の翻訳文を策定してよいと許諾しているからです）。つまり、日本で「社会医学」と書かれている単語の元の英文の一部は、「Social Sciences」つまり、「社会科学」となっている場合があるので。つまり、WFMEにおいて、「社会科学が重要」という主張は、この翻訳文化の下では「社会医学が重要」という主張に翻訳されることになります。そのことと整合性をとるために、欧米の医学教育において「人類学」や「社会学」が必要である、という主張が、「医療人類学」や「医療社会学」を含んだ「社会医学」が必要である、という形で語られ

るという文脈が日本には存在する、という事実があります。このように、学問体系理解においても翻訳における専門用語対応においても、一般社会とは異なる特殊なものが「医学教育」の世界にはある、ということを踏まえて、社会学者による医学教育理解はなされていかなければなりません。

医学教育の世界観を踏まえるならば、「B-4」教育用の人材を探索するに際しては、日本国内で「医療人類学」や「医療社会学」を専門としている研究者だけが、教員候補になるわけではない、ということは容易に理解できることでしょう（逆に、医学教育の世界観を踏まえないと、医療社会学者や医療人類学者だけが医学教育にタッチできるという思い込みが生じてしまうでしょう）。「B-4」の14項目のかなりは、「医療人類学」や「医療社会学」という専門学問名では、扱われていない項目であるので、各大学の、授業編成の方針次第で、授業担当者としては、むしろ、開発人類学者がふさわしかったり、文化社会学者がふさわしかったりする、ということがあり得ます。繰り返しになりますが、「医療人類学」（A）や「医療社会学」（B）という用語が表立っているからといって、社会学の世界のなかで（A）や（B）と思われているものだけが、医学教育に必要な社会科学と理解されているわけではないのです。「医学部で教える人類学だから、医療人類学だ」あるいは、「医学部で教える社会学だから、医療社会学だ」という主張は、社会学者からの要請でなされたものではないので、「適応」は難しいかもしれませんが、異文化交流とはそういうものです。この点、少なくとも、人材募集時等においては（たとえば、公募書類の読み解き時においては）、注意する必要があるかと思われます。

スライド 3

★モデルコアカリキュラムのB-4問題 (担当教員の困惑を防止する為の議論1)

問：「B-4」の部分で「医療人類学」および「医療社会学」と表現されているものは何か？

↓

データ：「B-4」に掲載された14項目のうちの多くが、一般的な文化人類学や社会学の内容である

↓

答：人類学一般や社会学一般の世界における「人類学」や「社会学」と外延をほぼ同じくする領域

※ 勝又正直（2010）in『社会学評論』路線

ただし、当該社会学は、不断の革新とチューニングが必要

「スライド3」は「スライド2」の疑問を解く内容になっています。この「スライド3」の前半については、「スライド2」の解説の後半で先取的に述べましたので、ここでは、「スライド3」の後半に関して、言葉で補充説明をいたします。

「スライド3」の末尾に挙げた勝又正直の文献の書誌事項は下記になります（勝又正直、2010、「看護系専門職養成課程のなかの社会学」『社会学評論』61（3）294-306）。

勝又氏は、名古屋市立大学看護学部の教授として、看護学生用の社会学の教科書の執筆をたくさんしていらっしゃいます。そのコンセプトは「一般社会学こそ、看護学生に必要なである」です。医療に関する分析（社会学世界における医療社会学の守備範囲）だけが、医療者教育に必要なのではなく、社会そのものに関する分析とその分析ツールこそが医療者教育に必要なのだ。たとえば、システム論的思考は、医療社会学の専売特許ではないが、医療者教育にはとても必要なものなのだ、という主張がなされています。上記の『社会学評論』掲載論文においては、なぜそのように考えるに至ったかの経緯が、興味深いエピソードとともに語られていますので、ぜひご覧になってください。

ただし、発表者（樫田）の主張は、勝又氏のものと少し異なります。社会学が現代社会分析のために培ってきたツールはどれも重要だ、という認識の部分では、発表者は勝又氏に強く同意するのですが、現状の社会学のツールでは不足だ、という認識も同時に持っています。医療者教育に十二分にコミットするためには、社会学本体（社会学一般）は変わらなければならない、という認識を発表者は持っています。そして、医療者教育からの要請に応える方向での社会学の変化こそ、社会学が21世紀に対応する方向である、という確信も持っております。具体的には、病院や在宅などの諸現場で行われている諸実践のそれぞれが、どのように「現場的適切性」をもっているのか、ということの社会学的説明が、医療者教育を支えるものになるという理解をしていますし、それが同時に、社会学そのもののブレークスルーを可能にする活動だろうとも思っております。発表者は、自分自身の社会学実践をそのような方向となるように統御してきました。その紹介は、本発表の後半、第4報告部分（本報告書では第5章）でさせていただきます。

以下の「スライド4」も「スライド2」の疑問を解く内容になっています。この「スライド4」については、「スライド2」の解説の中でほぼすべて解説済みです。ここでは、スライド末尾に記載のある「星野報告」の意義について、簡単に述べておきましょう。星野晋氏は山口大学の教員で、医療人類学者です。樫田も昔、青森大学の中村先生や成城大学の岡田先生とともに「解剖実習の社会学」という研究をしていましたが、星野先生も、医学部における解剖実習の意味に着目し、そのイニシエーション（通過儀礼）的意味の説明をなさっています。というのも、世界の医学教育の趨勢では、解剖実習をやめている国が増え続けており、医師という業務をする際に、解剖実習で得られる知識が必須である、とはもはや言えなくなっているからです。星野先生は、平成9年から山口大学医学部で勤務なさっており（平成27年からは山口大学国際総合科学部勤務）、医学教育に関しても造詣が深くいらっしゃいます。樫田とは、日本医学教育学会の社会科学部会（部会の名称は数回変化した）で、10年以上共同研究をしました。医学教育研究の先輩です。

★モデルコアカリキュラムのB-4問題 (担当教員の困惑を防止する為の議論2)

問：世界医学教育連盟(WFME)の「医学教育分野別評価基準」(日本版)の「社会医学」の中に「社会学」がある問題をどう考える？

↓

データ：英語版の「Social Sciences」を日本語版で「社会医学」と訳した
※ 違法でも、誤訳でもない点に注意。日本委員会の裁量範囲

↓

答：欧米の医学教育において「人類学」や「社会学」が必要である、という主張が、「医療人類学」や「医療社会学」を含んだ「社会医学」が必要である、という形で語られるという文脈が日本には存在する可能性がある

↓

※ 教育用の人材を探索するに際しては、日本国内で「医療人類学」や「医療社会学」を専門としている研究者だけが、教員候補になるわけではありません。(第3報告＝現職星野晋報告＝で、人類学の状況参照！)

■はじめに（社会学教育の展望主体としての学会？）

報告者は前任校（徳島大学）着任時（1996年）以来、研究テーマとして「医療者教育の社会学」を追求し続けて、現在に至っている。具体的には、解剖実習の社会学、医学部PBL授業の社会学、OSCE（客観的臨床能力試験）の社会学、医療面接の社会学等々である。その成果の一部は『医療者教育のビデオ・エスノグラフィー』（晃洋書房、2018）等として発表してきた。またこれらの研究成果を生かす目的もあって日本医学教育学会の行動科学小委員会（複数回の名称変更あり）のメンバーとして実践的な教育普及活動も、10年以上行っている。

今回の日本社会学会社会学教育委員会主催テーマセッションでは、これまで十分行っていくことが出来なかった「日本社会学会」及び「社会学界」への働き掛けをしていきたい。具体的には、その目的のために、2つのパートに分かれて発表を行う。すなわち、第1パートでは「日本の医学部卒前教育の展開（とくに医学教育モデル・コア・カリキュラムの登場と変遷）」を解説する。ついで、第2パートでは「社会学の視点からの教材の例示」をおこなう。各20分の予定である。

※主張：経済教育学会とは違うターゲットで同類の活動を！

この「スライド5」に記載していることは、「スライド5」が文字ばかりなので、とく

に解説は不要の内容かとおもわれます。

また、医学教育学会の行動科学小委員会の活動内容の一部については、「スライド 4」の解説で少し述べました。以下では、「スライド 4」での説明では不足すると思われる部分と、「スライド 5」末尾の「経済教育学会」に言及した部分の解説を行います。

まず、日本医学教育学会の委員会というのは、日本社会学会の委員会とは違うということをし述べておきたいと思ひます。日本社会学会の委員会は、学会行政の委員会です〔研究活動委員会の一部の活動を除く〕。しかし、医学教育学会の委員会（2020 年度より、研究的部分が、部会、に名称変更となった。<http://jsme.umin.ac.jp/com/index.html>、参照）のかなりは、学会から活動費をもらって活動する研究機関であり、（一般向けの）教育機関なのです。その証拠に、医学教育学会の委員会は、その研究成果を学会発表し、『医学教育』誌に寄稿もします。また、MEDC（岐阜大学医学教育開発センター）主催の全国セミナーでは、教育用のセッションを担当し、（医学研究に関する）研究報告を兼ねた教育実践も行っています。イメージとしては、学会という親組織から資金提供を受けて公益活動をする小組織のような感じですね。

そもそも、医学教育学会の会員のかなりのメンバーは、医学教育の研究者ではありません。医学教育学会の会員のかなりのメンバーは、医学部や医学部附属病院や民間病院で、医学教育／医学研修担当になった教員や医師なのです。医学教育学会の大会は、それらの「教育実務担当者」に、研修機会を提供する場として設計されています。その研修において企画者や講師として研修内容を設計し提供する役割を担わされているのが、医学教育学会の委員会メンバーなのです。

この仕組みは「社会学教育」を普及させる際にも参考になると思ひます。もし社会学というものに、その普及が公益に資するという一般社会からの理解があるのなら、一般社会はその普及を支援する仕組みを作ってくれるでしょう。じつは、MEDC（岐阜大学医学教育開発研究センター）は、もともとは国が設置した大学共同利用機関です。だから、医学教育に関わるテーマを全国公募して、セミナーとワークショップを実践しているのです。

たしかに、社会学には、教育研修用に国が設置した大学共同利用機関はありませんが、それでも、各種国家試験では社会学の分野からの出題がなされていますし、中高の教育課程内にも主として「社会科／公民科」において「社会学関連内容」と思われるものが含まれています。公開情報を見るならば、大学入試センターの出題委員中に、社会学者が常時含まれていることも確認できます。

つまり、それなりに「社会学教育を支援する教育研修組織への社会的ニーズ」は、存在していると思ひます。もちろん、「日本社会学会社会学教育委員会」は、社会内の社会学教育ニーズに対応するための機関としての質ももっていますが、もっと本格的な機関、プッシュ側だけでなく、デマンド側からもメンバーが供給される形の機関もそろそろ設置されてよいように思われます。

なお、教育専門学会設立の先行事例としては、「経済教育学会」「法と教育学会」「臨床法学教育学会」などがありますが、今回のテーマセッションでは、それらの先行諸学会とは別のターゲットとして「対人サービス専門職育成における社会学教育の可能性」を探っていることは、述べておく必要があると思ひます。

つまり、これまでの「日本社会学会社会学教育委員会」では、「ターゲット 1：小中高

での社会学教育ニーズ」「ターゲット 2：一般教養としての社会学教育ニーズ」「ターゲット 3：社会学専攻における社会学教育ニーズ」の 3 ターゲットが意識された活動がなされてきました。そして、上に上げた先行諸事例（他学会事例）は、ターゲット 1 とターゲット 2 を主たる教育対象としたものだったと思われますが、本テーマセッションでは、「ターゲット 4：対人サービス専門職育成における社会学教育ニーズ」という新しいターゲットの可能性が模索されています。この第 4 の新しいターゲットに関しては、もしかしたら、教育支援組織をつくるにしても、組織化原理を異ならせた方がよいかもしれません。つまり、「社会学教育学会」として活動するよりも「対人サービス専門職育成に関わる社会学・人類学・心理学連合学会」のようなもの。すなわち、教育対象により特化した諸学の連合組織がよいかもしれません（本報告書の第 3 章の黒田論文が注 7 と注 9 で言及している BeSST のようなもの）。そのようなことも、このテーマセッションでは話し合われるべきだろう、と思っております。ただ、新しい専門学会が、当該領域の研究の高度化をもたらすのか、ガラパゴス化をもたらすのかは、慎重に予想しなければなりません。医療系ではどちらかというガラパゴス化をしている学会が多いようにも思われるからです。

スライド 6

1. ■日本の医学教育と社会（科）学（1：教養なの？）

(1) 日本の専門職への高等教育は、（アメリカと異なり）主として学部レベルで行われるため、一方では、アンドラゴギー（大人への教育）的方法を取り入れるのが遅くなり、もう一方では、実践的教育とは切り離された形での教養教育（このような評価には誤解も含まれていると思われる）が、学部・学科の目的に沿わないものとして、一部の学部生及び、一部の専門職資格をもった同僚教員からの怨嗟の対象となってきた

※ アンドラゴギー（成人学習理論）←ここに食い込んでいくべき！

成人は、社会経験が豊富なので、その豊富な社会経験に結びつけた教育は効率的でよく定着する。逆に言えば、現実世界での応用の仕方が見えない学習課題には意欲がわかない。このことから、成人向けには、PBL（問題基盤学習）や演習が向いている、というような議論だが、日本国内では、アクティブ・ラーニングと結びついてすべての年代向けの教育に影響を与えているといえよう。

(2) 1991年の大学設置基準の大綱化以降、日本の医師養成を独占的にやっている医学部医学科では出口（卒業時）における水準確保への社会的要請の強さも影響して、医療者主導での教育改革が間断なく行われ続け、今では、たいへん高度に統合化されたものになっている。そのような流れの中でカリキュラム全体に占める社会科学（社会学を含む）的内容の削減が進行してきたということができよう。

※ 2016年度までは社会科学のほとんどは「基礎教育コアカリ」内。

6

この「スライド 6」に記載している内容も文字ばかりなので、とくに解説は不要かとおもわれます。ただ、2 つだけ、補充的説明が必要な部分があるので、そこだけ補足します。

まず、中央の「アクティブ・ラーニング」についてですが、高校における新学習指導要

領が 2022 年から学年進行で適用され、2022 年から「現代社会」にかわって「公共」が必修となり、また「総合的学習の時間」にかわって「総合的探究の時間」が必修となる情勢と結びつけてここを考えて行くべきだと思われます。すなわち、日本では「アンドラゴジー（成人学習理論に基づいた成人学習）」が、教育改革の目玉として、非専門職教育にも取り入れられようとしている以上、専門職教育としての医学教育の位置価値は、非専門職教育のパイロットケース（先行ケース）としての位置価値をもつことになったのだ、ということです。つまり、もし、医学教育でアンドラゴジー的に社会学教育をすることに成功するのならば、それは、非専門職教育の諸現場（小・中・高等）において社会学教育をするための準備になるはずだ、ということです。つまり、現在の中・高や大学の教養教育での社会学教育のやり方を、専門職教育の諸現場に応用するやり方では、将来的には価値がないかもしれない、逆に、専門職教育の諸現場で、アクティブ・ラーニング的に社会学教育をおこなう体制やノウハウを確立することが、教育世界全体において、社会学教育を充実させていくよい方策かも知れない、ということです。

ついで、最終行の「基礎教育コアカリ」の説明をします。これは「準備教育モデル・コア・カリキュラム」と正式には呼ばれていたもので、[https://www.mext.go.jp/b_menu/shingichousa/koutou/032-1/attach/1297639.htm] 現在では制定されなくなっています。この『準備教育モデル・コア・カリキュラム』の第 4 項目に「人の行動と心理」という項目があり、そこで社会学関連内容が教授されていましたが、はっきりとした教育プログラムにはなっていませんでした。

上で述べてきた 2016 年の「医学（専門）教育モデル・コア・カリキュラム」の改訂では、それまで存在していた「医学（専門）教育モデル・コア・カリキュラム」と「準備教育モデル・コア・カリキュラム」の区別がなくなり、一本化され、専門の方に統一がなされました。統一前の「医学（専門）教育モデル・コア・カリキュラム」と統一後の「医学教育モデル・コア・カリキュラム」はいずれも、医学部医学科の、学部 4 年修了時に水準確保されていました。具体的には当該「モデル・コア・カリキュラム」に基づいた「達成度テスト（内容は、コンピュータ・ベースドの知識確認テストと OSCE という実地技能試験の組合せ）」がなされ、実効性が担保されてきました。どういうことかということ、この「達成度テスト」に合格しなければ、学部 5 年生からの「臨床診療実習（病院実習）」に参加できない、という規程を各大学間で申し合わせることで、かつ、「達成度テスト」を大学独自のテストとしてではなく、大学横断組織による共通テスト（正確には、「社団法人 医療系大学間共用試験実施評価機構」が実施する共用テスト）として実施することで、水準確保テストとしての当該テストの実効性が確保されていたのです。しかし、この共用テストの出題範囲には、「準備教育モデル・コア・カリキュラム」のカリキュラム内容は含まれていませんでした。したがって、各大学は、じっさいには、「医学（専門）教育モデル・コア・カリキュラム」を重視したカリキュラム編成をしていました。その枠組上の位置づけが、今回の 2016 年度末改訂で、変わったということなのです。

この「スライド 7」に記載している内容の解説は、主要部については「スライド 6」の解説で済ませてあります。「スライド 6、7、8」は、時間を追っての歴史記述となっていることにご留意ください。

1. ■日本の医学教育と社会（科）学（その2：周辺化）

(3) また、2001年に最初のものが制定された「医学教育モデル・コア・カリキュラム」は、医学部医学科のカリキュラムの中核部分（7割）を明示したものであるが、2010年度改訂時には、その内容が「準備教育モデル・コア・カリキュラム」と（準備教育ではない）「医学教育モデル・コア・カリキュラム」との2本立てになり、この新設された「準備教育モデル・コア・カリキュラム」の中には「良き医療人を目指す医学教育の前提として身に付けておくべき基本的事項」（文部科学省、2011：3頁）として「1物理現象と物質の科学」「2生命現象の科学」「3情報の科学」「4人の行動と心理」の4項目が挙げられた。

(4) しかし2005年から開始された「臨床実習開始前の共用試験（全国のすべての医学科で行われる4年終了時のテスト）」のCBT（コンピュータ・ベースド・テスト）が、（準備教育ではない）「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の方を対象としたため、各医学科での教育においては、準備教育の中に含まれている「社会学教育部分」の実施基盤は脆弱であった。

■日本の医学教育と社会（科）学（その3：追い風と政治）

(5) しかし、日本の大学の状況は、このようなものであったが、社会的には、2000年から介護保険制度が始まり、在宅療養の体制が充実するにつれて、医療者教育において、社会学の素養に基づいた形で、療養者の生活を理解することの必要性は高まる一方であったともいえよう。
※ WFME（世界医学教育連盟）の基準も同方向（黒田報告）だが、日本の在宅医療ニーズが巨大なら、世界に先行すべきなのに、「社会科学」を「社会医学」と積極的誤訳する傾向あり（vs.和泉先生の抵抗）

(6) おそらくは、そのような情勢の変化を受けて、つまりは、必要性和実態の間のギャップの存在を受けて、2016年度の「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の改訂では、「B-4」という枠において「社会科学（主として医療社会学と医療人類学）」の教育の必要性が訴えられるようになったのだと言えよう（なお、上記の医療社会学は、社会学の中で理解されているカテゴリーの範囲とは、範域を異にする別のものとして考えるのが適当である→以下の9スライド参照）。

※ “星野晋先生達のひ孫請け参与あつての「B-4」” は、学史的事実。

※もうひとつ「学史的事実」を挙げておけば、「社会科学では
「視点」「方法」「理論」「知識」の4つの重要性が均等！」

という主張は、有権解釈的地位を得ているかも？（以下の9スライド、参照

この「スライド 8」に記載している内容も文字ばかりなので、とくに解説は不要かとおもわれます。なお、この「スライド 8」末尾に言及している「以下の 9 スライド」は、今回の WEB 掲載資料（2021 年秋作成）では削除いたしました。日本医学教育学会の WEB サイトで見ることができるからです。

日本医学教育学会の WEB サイトには、学会大会で発表された多くのシンポジウム資料が掲載されていますが、そのひとつに、2018 年度の日本医学教育学会で発表された檜田の PowerPoint ファイルも存在しています。そちらをご参照下さい（URL : <http://jsme.umin.ac.jp/com/pro/2018symposium-report-pro2.pdf>）。つまり、2020 年の日本社会学会テーマセッションで配布した檜田第 2 報告のスライドのうち、スライド 9 からスライド 17 迄は、欠番とします。次頁の、スライド 18 のみは文献表なので、参考資料として残し、掲載します。

スライド 18

文献表（FOR 檜田 2018 医学教育学会発表）

- 星野晋, 2006, 「医療者と生活者の物語が会うところ」, 江口 重幸・野村直樹・斎藤清二編『ナラティブと医療』, 金剛出版 : 70-81.
- 石井英真, 2015, 『今求められる学力と学びとは-コンピテンシー・ベースのカリキュラムの光と影-』, 日本標準.
- 檜田美雄・岡田光弘・中塚朋子編（藤崎和彦監修）, 2018, 『医療者教育のビデオ・エスノグラフィー』晃洋書房.
- 勝又正直, 2010, 「看護系専門職養成課程のなかの社会学—ある社会学教員の経験から」『社会学評論』61-3 : 294-306.
- 金子雅彦, 2018, 「医科大学における社会学教育」『防衛医科大学校進学課程研究紀要』41号 : 117-132.
- 錦織宏, 2017, 「日本の医学教育における行動科学の狭義化—行動科学・社会科学教育の新しい形」（第49回日本医学教育学会大会口頭発表, 2017年8月19日午後, 0—21—2）
- 佐藤俊樹, 2013 「常識をうまく手放す—集計データから考える」山もと 泰・佐藤健二・佐藤俊樹編『社会学ワンダーランド』新世社.

第1報告「日本の医学部卒前教育の展開」のまとめ1

(檜田2020日本社会学会大会社会学教育委員会TS)

- (1) 医学教育は、実質的に「文部科学省」と「厚生労働省」の共管なので、大学教育一般とは違った動きをしている。
- (2) たとえば、国試の影響なのか、標準化圧力が強い。
 - ※ 標準的に疎外されるか、標準的に取り込まれるか、標準に影響力を与えられるか、で全く結果が異なる！
- (3) 医師のキャリアにしめる国際的活動可能性の意義は大きいので国際的な標準化圧力も、強く受けている。
 - ※ しかし、外圧利用では「木に竹を接ぐ」問題が発生
- (4) 気になるのは、現場医師からの「コミュニケーション能力や他文化的理解能力（←医療者からのニーズはこの2つ）が必要だ」という声は強いのに、市民からの声が弱いこと。
(模擬患者NP0メンバーの声で強調されるのは、思いやり、格交流etc.) → 「打って出る」必要がある。イメージ創造。

この「スライド 19」からは、第1報告のまとめです。書いてあるとおりなので、繰り返しの解説はいたしません。ただ、(3)の後半の「外圧利用では、木に竹を接ぐ問題が発生する」の部分と、(4)の市民からの声が弱い、の部分は重要なので解説をいたします。

まず、(3)の後半の「外圧利用では、木に竹を接ぐ問題が発生する」の部分ですが、2つのバイアスに注意しなければなりません。第1のバイアスは、現在の医学教育供給側の条件に過剰に合わされてしまうことです。現在の医学部の教育スタッフには、社会科学系教員はほとんどいません。そうすると「B-4」の内容を教授しようとしても、「今いる医療専門職常勤スタッフが教えることができる範囲で教授内容や教材を準備する」という形になりやすいように思われます。日本における社会学教育の未来を考えれば、せめて、非常勤講師で社会科学系スタッフを雇用するように促す必要があるでしょう。そのためには、そのように尽力することのメリットを呈示しなければなりません。そこに「社会学教育学会」(仮称)を展望する価値があるように思われます。

第2のバイアスは、現在の医学教育受給側の条件に過剰に合わされてしまうことです。上述のように、医学教育には独特の世界観があり、「諸学は医療に関係する程度に合わせ、同心円状に配置されている」という理解がなされています(この部分に関しては、星野晋氏の論考があります)。その結果、社会学は「患者に医学的合理性に反する行為があった場合に、社会学を活用して、患者の疾病理解モデルを探る」というような、特定の目的に切り縮められた理解のされ方がされやすくなっています。このような短絡・このような矮小化を容認したのでは、「B-4」の全容を教えても教育効果はあがりません。

そもそも、人間というものが、「病気を治すために生きている存在ではない」ことを前提に、諸学を医学に貢献するものとしてだけ把握するような、そういう短絡的理解を許さない教育が必要です。しかし、医学部学生は、学年が上に上がれば上がるほど、この従来の「治療中心的な医療実践のために再編成された諸学の統合図式」を受け入れる形で「社会化」する傾向があります。したがって、授業評価アンケートを盲信してはなりません。そのようなゆがんだ社会化をしている医学生の要望にそった「授業改善」をしてはなりません。そこに、未来の医療の姿はないからです。外圧利用ではなく、社会学そのものの内発的發展として、医療の未来を構想する力をもって、新しい医学教育に貢献していかなければなりません。そういう意味で、「木に竹を接いではない」と書きました。

ついで、(4)の市民からの声が弱い、の部分ですが、この認識には、反論が上がるのが予想されます。じつは、医療に関わる市民運動も、医学教育に関わる市民運動も、それなりの活動量が存在するからです。しかし、「医療をよくする」という目標が、どのような手段を必要とするものなのか、ということに関する専門的・学術的探究が不足しており、かつ、わずかにある当該領域の研究成果も、市民活動につながりを得ていないがために、道徳的色合いを帯びた、願望表明水準を超えた市民からの「声」は弱くなってしまっている、と言わざるを得ません。「患者への思いやりが必要だ」「人格的交流こそが医療をよくする」という主張は、共用試験の「OSCE（客観的臨床能力試験）」を手伝ってくれる「模擬患者」の方からよく聞かれる意見ですが、学的洗練を経た意見になっていません。社会学者は、知識水準で医学教育にコミットするだけでなく、対人コミュニケーションの改善のレベルでも医学教育にコミットするべきです。そうすれば、「診察室」のような、裸体をさらす特殊な環境では、「人格的交流」とならないような社会的メカニズムが相互行為的に存在していること、そのような社会的メカニズムがうまく機能することで、患者側の「体面」が守られること。したがって、医療者に対し、つねに「人格的交流」を求めてしまうことは、現状の診察室秩序を破壊する不適切で非現実的なものであること、などが、医療者教育の世界で常識になっていくことでしょう。そのように、社会学の力で医療者教育の世界の常識を変えていく活動の向こう側に、そのような社会学者の活動に呼応して、社会学的洗練性をもった市民活動が、既成の道徳から自由なものとして育っていく可能性があるのだと思っています。そういう、創造的な未来展望をもって、市民活動との連携も図っていくべきだろうと思っています。

「スライド20」では、「モデル・コア・カリキュラムと社会科学」というタイトルで、モデル・コア・カリキュラムのどこどこに「社会科学」的なものがふくまれているか、総覧してみました。

スライドの右下に、大きくは、3箇所の関連箇所があります。C-5「人の行動と心理」は、行動科学と社会科学とのグレーゾーンであり、残りの2箇所（B-4とG-4-3）は明らかに、社会科学学修が必要な項目を含んでいます。じつは、これらの項目の他にも、A-1プロフェッショナルリズム、にも社会科学的内容は含まれていますし、B-2 法医学と関連法規、も広い意味では、社会科学です。これらをどのように組み合わせて教育プログラムを組んでいくか、は各大学が創意を発揮して取り組んでいくべきところでしょう。

モデル・コア・カリキュラムと社会科学	
→OSCEとCBTで4年終了時に習得度確認。今回、準備教育モデルコアカリは廃止。	
A. 基本事項 1. プロフェッショナリズム 2. 医学知識と問題対応能力 3. 診療技能と患者ケア 4. コミュニケーション能力 5. チーム医療の実践 6. 医療の質と安全の管理 7. 社会における医療の実践 8. 科学的探究 9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢	D. 人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療 1. 血液・造血器・リンパ系 2. 神経系 : : : E. 全身に及ぶ生理的变化、病態、診断、治療 1. 遺伝医療・ゲノム医療 2. 感染症 : : : F. 診療の基本 1. 症候・病態からのアプローチ : : : G. 臨床実習 1. 診療の基本 : : : 4-3 地域医療実習(←社会科学！) ★C-5は行動科学とのグレーゾーン。 B-4、G-4-3は、確実に社会科学。他に倫理学、法社会学に近接領域がある
B. 医学一般 1. 集団に対する医療 2. 法医学と関連法規 3. 医学研究と倫理 4. 医療に関連のある社会科学領域	
C. 人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療 1. 生命現象の科学 : : : 5. 人の行動と心理	

第1報告「日本の医学部卒前教育の展開」のまとめ2
(1) スライド(20枚目)では、「モデル・コア・カリキュラムと社会科学」というタイトルで、モデル・コア・カリキュラムのどこどこに「社会科学」的なものがふくまれているか、総覧してみました。
(2) スライドの右下に、青の蛍光色部分でまとめたように、大きくは、3箇所の関連箇所があります。C-5「人の行動と心理」は、行動科学と社会科学とのグレーゾーンであり、残りの2箇所(B-4とG-4-3)は明らかに、社会科学学修が必要な項目を含んでいます。
(3) じつは、これらの項目の他にも、A-1 プロフェッショナリズム、にも社会科学的内容は含まれていますし、B-2 法医学と関連法規、も広い意味では、社会科学です。これらをどのように組み合わせて教育プログラムを組んでいくか、は各大学が創意を発揮して取り組んで行くべきところともいえるでしょうが、社会学の柔軟性と構想力が試されているともいえるでしょう。

「スライド 21」の内容の前半は、「スライド 20」の解説です。ここからわかるのは、「モデル・コア・カリキュラム」のあちこちに、「社会科学的なもの」が含まれているということです。このあちこちに広がる「社会学・人類学」を、どのように教えていくべきか、というのは難しい問題だと思います。つまりは、「社会学の体系性」を信じて、「モデル・コア・カリキュラムの各領域における社会科学的なるもの」は、その「社会学の体系性」の各側面に過ぎない、という教育をするのか、それとも、「モデル・コア・カリキュラムの各領域における社会科学的なるもの」は、それぞれ自立したものとして扱うべきものであって、場面の特徴と結びつけた形で教授していくのが適切な者であると考えなのか、の 2 選択肢があるということです。発表者は、かつては前者（社会学の体系教育を優先すべきだという立場）でしたが、近年は、後者に近い立場（社会学が必要となる場面毎に、それぞれの場面の特性に応じて社会学的思考ができるようになることの有用性を訴えて行くべきだ、という立場）に変わってきています。

また、このような発表者の立場の変化は、社会学の経時的変化に連動した変化であるという理解もしています。どういうことかということ、社会学そのものが、「法則定立的学問」（たぶん、体系性と連動しています）から「個別的なメカニズム的説明を提供する学問」に変化してきているからです。説明の説得力は、個別性が高い方が上がりやすいので、そういう現代社会学の特徴にフィットした形で、医療者教育の社会学を考えると、「モデル・コア・カリキュラムの各領域における社会科学的なるもの」は、「領域毎に別々の説明メカニズムで説明されるべきもの」になっていくのだと思います。そういう理解をしています。

第3章 医師卒前教育のグローバルな動向——社会学の位置づけと国際標準化

黒田浩一郎

3-1. はじめに

本報告では、本テーマセッションのテーマである「日本の医学専門教育に社会科学系科目（B-4 科目）の設置」を促した世界の医師卒前教育の動向を概観する。

事の発端は、2010 年 9 月の、米国の外国医学校卒業生教育委員会（Educational Commission for Foreign Medical Graduates, ECFMG）の以下の通知¹⁾である。

The Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG®) has announced that, effective in 2023, physicians applying for ECFMG Certification will be required to graduate from a medical school that has been appropriately accredited. To satisfy this requirement, the physician's medical school must be accredited through a formal process that uses criteria comparable to those established for U.S. medical schools by the Liaison Committee on Medical Education (LCME) or that uses other globally accepted criteria, such as those put forth by the World Federation for Medical Education (WFME).

この、いわゆる「2023 認証（2023 accreditation）」²⁾は、現在、「具体的には、医学部は世界医学教育連盟（WFME）が公認した評価機関によって認定を受けておく必要があります。WFME 公認プログラムは、現時点において、医学部の評価機関を公認するプログラムとして、ECFMG が認める唯一のものです。」³⁾となっている。

この通知は、日本の大学医学部における医師卒前教育にとって、以下の 2 つの課題を提起するものであった。

- ①医師卒前教育に特化した医学部の認証評価機関がなかった。
- ②大学医学部のカリキュラムが WFME の基準を満たしていなかった。

そこで、①に対しては、2015 年 12 月に一般社団法人・日本医学教育評価機構（JACME）が設立され、2017 年 3 月に WFME によって公認された。そして、全国の医学部が、「2023 認証」が発効する 2023 年に間に合うように、JACME の評価を受けている。②に対しては、JACME の評価基準を WFME の評価基準に準拠して作成する。同時に、文部科学省高等教育局医学教育課は、2017 年 3 月に、「医学教育モデル・コア・カリキュラム」を改訂して（「平成 28 年度改訂版」）、日本の医師卒前教育カリキュラムを WFME および JACME の基準に適合させる。この改訂版において、「B-4 医療に関連のある社会科学領域」がはじめて「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に設けられる、という展開である。

本報告では、医師卒前教育のグローバルな動向として、医師卒前教育の国際的な標準化とその中で社会学の位置づけを明らかにするために、以下のことを見ていきたいと思う。

- ①ECFMG が米国の医師養成にどのような役割を果たしているか、そして、その ECFMG

Certification とは誰にどのような資格を付与するものか。

- ②現在、どの国・地域が、医学部・医学校認証評価機関を設け、それが WFME の公認を得ているか。
- ③WFME の医学部カリキュラムに関する基準において、社会学がどのように位置づけられているか。

3-2. ECFMG と ECFMG Certification

米国では、1950 年代より毎年度のレジデントの募集枠がその年度の米国の医学校卒業生数よりはるかに多い。その未充足枠を埋めてきたのは、米国のオステオパシー医学校の卒業生と、外国の医学部・医学校を卒業した米国人、外国の医学部・医学校を卒業した外国人であった (Jenkins 2016)。

ECFMG は、外国の医学部・医学校の卒業生で、米国でレジデントとして診療し、専門医資格をえることを希望する者に、レジデントとして診療する資格 (ECFMG Certification) の有無を審査し、希望者で審査に合格した者を、レジデントを募集している医療機関に配分 (マッチング) する組織である。

先述の「2023 認証」は、2023 年に発効する新たな資格要件のひとつである。これを通して、外国の医学部・医学校の卒業生の質を保証する意味合いを持つものである。

3-3. WFMC による公認状況

前節で見たように、2023 年以降、米国外の医学部・医学校を卒業した米国人および外国人が、米国でレジデントとなるためには、その大学医学部・医学校所在の国・地域に大学医学部・医学校医師卒前教育を認証評価する機関が存在し、その機関が WFMC の公認を得ており、さらに、その機関によってその医学部・医学校が認証されていなければならない。では、そのような WFMC 公認の医師卒前教育認証評価機関のある国・地域は現在、どのくらいあるのだろうか。

WFMC のホームページ⁴⁾には、そのような国・地域と公認有効期限のリストがあり、それを地域別に整理すると、以下のようになる⁵⁾。

①南北アメリカおよびカリブ海地域

カリブ共同体とドミニカ共和国 (2012)、カナダ (2014)、米国 (2014)、メキシコとコスタリカ (2019)、ブラジル (2019)

②ヨーロッパ

オランダとフランドル (2018)、キプロス (2020)、アイルランド (2020)

③アジア

韓国 (2016)、日本 (2017)、タイ (2018)、インドネシア (2018)、台湾 (2019)、中国 (2020)

④その他

トルコ、パレスティナなど中東諸国 (2013)、オーストラリアとニュージーランド (2018)、ロシアとその周辺諸国 (2018)、スーダン (2018)、ジョージア (2018)、エジプト (2019)、イラン (2019)、アラブ首長国連邦 (2019)

これに加えて、現在、公認を申請中の国・地域としては、以下がある。

①南北アメリカおよびカリブ海地域

コロンビア、グレナダ、パナマ、ベネズエラを含むいくつかのラテンアメリカ諸国

②ヨーロッパ

ドイツ、ハンガリー、イタリア、スペイン、スイス

③アジア

フィリピン

④その他

ヨルダン、キルギスタン、バーレーン、フランス語圏アフリカ諸国、イスラエル、カザフスタン、サウジアラビア

以上の整理から、医師卒前教育の国際標準化の動向として、どのようなことが読み取れるだろうか。既公認国・地域に限ると、②ヨーロッパと、④その他のうちのアフリカ諸国が、国または地域の医学部・医学校の認証評価機関の WFME による公認を通しての国際標準化の流れには乗り遅れているとも読める。

3-4. WFME 公認基準における社会学の位置づけ

では、WFME が、特定の国・地域の認証評価機関を公認する際の基準はどのようなものか。ここでは、カリキュラムに関する基準の中で、社会学がどのように位置づけられているかに注目しよう。

WFME は、このような基準として *BASIC MEDICAL EDUCATION: WFME GLOBAL STANDARDS FOR QUALITY IMPROVEMENT* を 2003 年に出している。この *GLOBAL STANDARDS* は、2012 年に新版が出され、2015 年に、その新版の改訂版が出されている。

現行の版⁶⁾では、この *GLOBAL STANDARDS* は、9 つの領域 (area) からなり、各領域はさらに、いくつかの下位領域 (sub-area) に区分されている。医師卒前教育カリキュラムは、第 2 領域「教育プログラム (educational programme)」で扱われている。この領域は、8 つの下位領域に分かれているが、その内、カリキュラムの内容に関わるものは、第 3、第 4、第 5 下位領域である。第 3 下位領域が「基礎的生物医学 (BASIC BIOMEDICAL SCIENCES)」、第 4 下位領域が「行動科学・社会科学と医療倫理、医事法学 (BEHAVIOURAL AND SOCIAL SCIENCES, MEDICAL ETHICS AND JURISPRUDENCE)」、第 5 下位領域が「臨床に関わる科学とスキル (CLINICAL SCIENCES AND SKILLS)」である。

第 4 下位領域に関する基準は、以下の通りである。

2.4. BEHAVIOURAL AND SOCIAL SCIENCES, MEDICAL ETHICS AND JURISPRUDENCE

Basic standards:

The medical school **must**

- in the curriculum identify and incorporate the contributions of the:

- behavioural sciences. (B 2.4.1)
- social sciences. (B 2.4.2)
- medical ethics. (B 2.4.3)
- medical jurisprudence. (B 2.4.4)

Quality development standards

The medical school **should**

- in the curriculum adjust and modify the contributions of the behavioural and social sciences as well as medical ethics and medical jurisprudence to the
 - scientific, technological and clinical developments. (Q 2.4.1)
 - current and anticipated needs of the society and the health care system.(Q 2.4.2)
 - changing demographic and cultural contexts. (Q 2.4.3)

Annotations:

- *Behavioural and social sciences* would - depending on local needs, interests and traditions - include biostatistics, community medicine, epidemiology, global health, hygiene, medical anthropology, medical psychology, medical sociology, public health and social medicine.
- *Medical ethics* deals with moral issues in medical practice such as values, rights and responsibilities related to physician behavior and decision making.
- *Medical jurisprudence* deals with the laws and other regulations of the health care delivery system, of the profession and medical practice, including the regulations of production and use of pharmaceuticals and medical technologies (devices, instruments, etc.).
- The *behavioural and social sciences, medical ethics and medical jurisprudence* would provide the knowledge, concepts, methods, skills and attitudes necessary for understanding socio-economic, demographic and cultural determinants of causes, distribution and consequences of health problems as well as knowledge about the national health care system and patients' rights.

This would enable analysis of health needs of the community and society, effective communication, clinical decision making and ethical practices.

このように、臨床に関わる科学とスキルを学ぶ前に、基礎的生物医学と並んで、医療人類学、医療心理学、医療社会学を含む行動科学・社会科学、および医療倫理学、医事法学を学ぶという構成である。

このようなカリキュラムの内容構成は、2003年の初版ではなく、2012年の新版で初めて現れる。先述の ECFMG の通知が出された 2010 年 9 月の時点では、WFME の医師卒前教育に関する基準には、医療社会学を含む行動科学・社会科学への言及はなかったことになる。

そもそも、2003 年初版は、具体的な基準ではなく、各国・地域の認証評価機関が、国・地域内の医学部・医学校を評価する際に用いる基準について、その作り方を指示する指針にすぎず、カリキュラムの具体的な内容を含めて具体的な基準への言及はまったくない。これ

が、2012 年の新版では、各国・地域の認証評価機関がモデルとするべき基準となっている。

この間の出来事としては、2007 年に、WFME のヨーロッパ・オフィスと位置づけられているヨーロッパ医学教育協会 (The Association for Medical Education in Europe、AMEE) が、WFME の 2003 年初版に基づいて、ヨーロッパの諸事情を考慮した、ヨーロッパにおける医学部・医学校の医師卒前教育の認証評価のためのモデル基準を作成し、公表したことがある。⁷⁾

この基準の、先述の WFME の 2015 年新版改訂版の第 2 領域第 4 下位領域に対応する箇所は以下の通りである。

2.4 BEHAVIOURAL AND SOCIAL SCIENCES AND MEDICAL ETHICS

Basic standard:

The medical school must identify and incorporate in the curriculum the contributions of the behavioural sciences, social sciences, medical ethics and medical jurisprudence that enable effective communication, clinical decision making and ethical practices.

Quality development:

The contributions of the behavioural and social sciences and medical ethics should be adapted to scientific developments in medicine to changing demographic and cultural contexts and to health needs of society.

Annotations:

- Behavioural and social sciences would – depending on local needs, interests and traditions – typically include medical psychology, medical sociology, biostatistics, epidemiology, hygiene and public health and community medicine etc.
- The behavioural and social sciences and medical ethics should provide the knowledge, concepts, methods, skills and attitudes necessary for understanding socio-economic, demographic and cultural determinants of causes, distribution and consequences of health problems.

BS The quality development standard is considered a basic standard.

QD Behavioural and social sciences should be integrated with other knowledge and skills, and medical ethics with biomedical and clinical sciences.

WFME の 2015 年新版改訂版と比べると、下位領域タイトルに「医事法学 (medical jurisprudence)」がなく (本文にはある)、「注記 (Annotations)」で、行動科学・社会科学が典型的には含むものとして、医療人類学 (Medical Anthropology) が欠けているなど細かな違いはある。

しかし、この下位領域だけでなく、全体的に、WFME の 2012 年新版と 2015 年新版改訂版は、2007 年の AMEE の、ヨーロッパに特化したモデル基準を、全世界の医師卒前教育の

[illegible]

8) この報告書を執筆するに際し、WFME のホームページを確認したところでは、医師卒前教育 Global Standards が、2020 年に以下に示す第 3 版に更新されていた。

カリキュラム内容に関する箇所は、以下の通りである。

Curriculum content in all domains should be sufficient to enable the student to achieve the intended outcomes of the curriculum, and to progress safely to the next stage of training or practice after graduation.

Curriculum content may vary according to school, country, and context, even where a national curriculum is specified. Content from at least three principal domains would be expected to be included:

Basic biomedical sciences which are the disciplines fundamental to the understanding and application of clinical science.

Clinical sciences and skills which include the knowledge and related professional skills required for the student to assume appropriate responsibility for patient care after graduation.

Behavioural and social sciences which are relevant to the local context and culture, and include principles of professional practice including ethics.

Content of other types may also be included:

Health systems science which includes population health and local healthcare delivery systems.

Humanities and arts which might include literature, drama, philosophy, history, art, and spiritual disciplines.

Key questions:

Who is responsible for determining the content of the curriculum?

How is curriculum content determined?

What elements of basic biomedical sciences are included in the curriculum? How are the choices made and time allocated for these elements?

What elements of clinical sciences and skills are included in the curriculum?

- In which clinical disciplines are all students required to gain practical experience?
- How are students taught to make clinical judgements in line with the best available evidence?
- How are the choices made and time allocated for these elements?
- What is the basis for the school's allocation of student time to different clinical practice settings?

What elements of behavioural and social sciences are included in the curriculum? How are the choices made and time allocated for these elements?

What elements (if any) of health systems science are included in the curriculum? How are the choices

made and time allocated for these elements?

What elements (if any) of humanities and arts are included in the curriculum? How are the choices made and time allocated for these elements?

How do students gain familiarity with fields receiving little or no coverage?

How does the school modify curriculum content related to advances in knowledge?

How are principles of scientific method and medical research addressed in the curriculum?

Which fields (if any) are elective? How are elective fields decided?

How is student learning assured in disciplines in which they do not get specific experience?

- 第1版（新版）、第2版（新版改訂版）にあった「注記（Annotations）」はなくなり、そこにあった「医療社会学（medical sociology）」などへの言及もなくなっていて、社会学の位置づけの点では、著しく後退した感が否めない。この改定が、どのような経緯でなされたのか、そして、日本の、そして世界の医師卒前教育にどのような影響を及ぼすかは、医学教育の社会学からは注目すべきことだと思われる。
- 9) ただし、米国のように、大学などの高等教育や医学校などの専門職養成学校に関して、国家による設置認可の基準は比較的緩やかだが、その代わりに、設置後の認証評価機関による認証評価の基準は比較的厳格にすることで、教育の質やレベルを確保するという仕組みを採用していない国については、国家による許認可の基準の方を見ていかなければならないのかもしれない。

ちなみに、イギリスの医学部・医学校許認可機関である General Medical Council（GMC）は、医師卒前教育の基準と目標に関して、以下の2つを公表している。

Promoting excellence: standards for medical education and training

(https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/Promoting_excellence_standards_for_medical_education_and_training_0715.pdf_61939165.pdf)

Outcomes for graduates 2018

(https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/dc11326-outcomes-for-graduates-2018_pdf-75040796.pdf)

また、ロンドンとミドルエセックスの病院附属医学校での医師卒前教育における社会学教育の展開と後退については、スキャンブラー（Scambler 2009）を参照のこと。

イギリスは、WFMEの公認を得ておらず、また公認を申請もしていないが、世界的な、あるいは、ある国・地域における医師卒前教育の認証評価基準や設置認可基準という文脈を離れて、医師卒前教育における社会学のあり方としては、注7の、イギリスの「医学における行動科学・社会科学教育（Behavioural and Social Sciences Teaching in Medicine、BeSST）」ネットワーク内の「社会学運営グループ（Sociology Steering Group）」の活動や、スキャンブラーが報告する、ロンドンとミドルエセ

ックスの病院付属医学校での医師卒前教育における社会学教育の実践（これには、何冊かのテキストの出版も含まれる）に見るべきものがある。

文献

- Jenkins, Tania M. and Shalini Reddy, 2016, "Revisiting the Rationing of Medical Degrees in the United States," *Contexts*, 15(4), pp. 36-41.
- Kendall, Kathleen, et al., 2018, "AMEE GUIDE Teaching sociology to undergraduate medical students", *Medical Teacher*, 40(12), pp. 1201-1207.
- Scambler, Graham, 2009, "Sociology in Medical Education," in Caragh Brosnan, Bryan S. Turner (eds.), *Handbook of the Sociology of Medical Education*, Routledge.

第4章 医師養成における立ち位置を探る ——医学教育に対する文化人類学の関わり方をめぐって——

星野晋

はじめに

本報告では、20 年以上文化人類学者として医学教育に関わってきた経験にもとづき、医学教育に対する日本の文化人類学の関わり方の歴史と現在、医学教育モデル・コア・カリキュラムへの対応状況、そして私自身の医学教育に対するスタンスの変遷と現在について概説する。

4-1. 文化人類学と医学教育の接近の経緯

報告者は1997年から2014年まで山口大学医学部に所属し、メディカル・ヒューマニティ分野および社会科学諸分野で構成される「医療環境論」の授業設計・運営に従事した。その当時、日本の医学教育において、教養教育としてではなく医学の専門教育にまで食い込む文化人類学の教育実践事例は少なかったこともあり、日本医学教育学会および日本文化人類学会の双方において、この新しい教育領域を開拓する主導的役割を担わざるをえなかった。それは当初は一大学における一教員の授業実践の枠内のことであったが、2003年に波平恵美子氏の勧めにしたがって松岡悦子・道信良子両氏と公益法人澁澤民俗学振興基金の助成を受け、全国の医学部や看護学部の文化人類学系教育の現状調査を実施したことにより、文化人類学および医学教育学双方の学会レベルでの関心事となる可能性が芽生えることになる。実際その後、助成事業を締めくくべく2003年11月に開催したシンポジウム「ワークショップ 医学・医療系教育における医療人類学の可能性」(医療人類学ワーキンググループ 2004)においてコメンテータをお願いした、MEDC・岐阜大学医学教育開発研究センターの藤崎和彦氏の誘いにより、2006年に日本医学教育学会・準備教育小委員会委員、そして2009年には同学会・準備教育・行動科学教育委員会副委員長となる。その副委員長拝命時にメンバー編成をまかされたため、人類学からは道信良子氏に、社会学からは樫田美雄氏に加わってもらうことにした。当時の日本の医学教育において、準備教育は、医学・医療専門分野と教養教育を含めた関連諸分野との橋渡し教育領域と位置づけられていたが、準備教育における文化人類学や社会学の位置づけは、行動科学に含むか否かを含めあいまいであったため、委員会としては医学教育における行動科学から独立した社会科学領域の拡充を目指すことになった。

その後委員会は、学会その他でシンポジウムやワークショップを繰り返し、準備教育の枠組み内ではあるが、行動科学と社会科学（主に人類学・社会学）を分離する提言をまとめ、医学教育学会誌に掲載する（医学教育学会第16期医学教育学会準備教育・行動科学教育委員会 2015）。

2001年以降、日本の医学教育は、医学生が卒前に最低限学ぶべきことを体系化した「医学教育モデル・コア・カリキュラム」および関連領域を整理した「準備教育モデル・コア・カリキュラム」にしたがって設計・運用されてきた。その2017年の改訂（2016年度改定版）にあたって、社会科学（主に人類学・社会学）が導入されることになる。その直接のきっかけは、ECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduates)が米国にお

ける研修の条件とした世界医学教育連盟（WFME）による評価項目に社会科学が含まれていたことにある。この改訂で準備教育モデル・コア・カリキュラムは廃され、医学教育モデル・コア・カリキュラムに一本化されることになり、行動科学は専門教育の一領域に組み込まれることになるが、いわゆる「社会科学」についてはもともと準備教育モデル・コア・カリキュラムに明記されていなかったこともあり、「社会医学」（公衆衛生等）と読み替えられ、その導入は想定されていなかった節がある。それが急遽導入されることになったのは、上記委員会の活動や提言が多少なりとも影響したと推察される。その背景には、少子高齢化や人口減、在宅ケアや多職種連携を拡充する政策、多国籍化を含む患者の社会的背景の多様化等による、心理的ケアと倫理的配慮のみでは解決できない臨床課題に関わる教育の必要性が、一部の医療専門職や医学教育者の間で認識されはじめていたこともあるであろう。かくしてこの改定版の「B 社会と医学・医療 B-4 医療に関連のある社会科学領域」および「G-4 診療科臨床実習 G-4-3 地域医療実習」に社会科学、とりわけ人類学と社会学が明記されることとなった。

一方、日本文化人類学会では、コア・カリキュラムに文化人類学が明記されたことを受け、文化人類学と医学教育を橋渡しすることを目的に、2017 年、「日本文化人類学会・医療者向け人類学教育連携委員会」が新たに組織された。この委員会では、文化人類学および医学教育双方に対してシンポジウムやワークショップを開催し、カリキュラム設計、教育方法、教材等の共有・開発を進めつつ、文化人類学教員を欲する医学部に教員を紹介するマッチングなどの支援をしながら今日に至っている（飯田・錦織編 2021）。

4-2. 境界に立ち位置を見いだす

さて話しは遡るが、報告者が医学部に所属した非常に苦慮したことは、医学教育の枠組みや過程において文化人類学をどのように位置づけるかということであった。

山口大学医学部医療環境学講座での担当科目

- ◆ 医療環境学講座：生命倫理、行動科学、科学史、医療人類学の 4 分野
- なぜか医学入門を講座で担当 ⇒ 後に医学教育センターへ移管
- 医療環境論Ⅰ：主にメディカル・ヒューマニティーズ
 - 3 年次 4 単位⇒2 単位・看護と合同
 - 科学哲学、医療社会史、認知科学、医療人類学等 +SGW
- 医療環境論Ⅱ：社会（科学）と医療
 - 4 年次 4 単位⇒2 単位・看護と合同
 - 医療人類学、医療社会学、医療経済学、国際保健、地域リハビリ、保健医療政策等+SGW
- 総合医学Ⅰ：生命倫理・医療倫理 5 年次 4 単位
- 総合医学Ⅱ：行動科学・健康科学 6 年次 2 単位
- 自己開発コース・修学論文チュートリアル：ゼミ・論文 3～4 年次
- 臨床倫理チュートリアル：事例検討 6 年次⇒4 年次
- 大学院（博士のみ）：医療人類学演習・実習

スライド 8：2010 年前後時点において、医療環境学講座が担当していた授業。下線が報告者の担当。

私が所属した医療環境学講座は、生命倫理、科学史・科学哲学、健康科学・行動科学の各教員と人類学を専門とする私の 4 名のノンメディカル教員からなる講座であり、専門教育と教養教育の橋渡しをすることを役割とし、その中で私は文化人類学のみならず医学・医療と関連する人文・社会科学全般（行動科学および倫理学を除く）にわたるオムニバス形式の授業設計・運営を任された。

このような担当であったため、諸分野の境界に身を置き、医学教育の文脈で諸分野をどのように関連づけ橋渡しするかを意識する必要があった。ここで言う境界は、医学と文化人類学の境界領域を意味するにとどまらず、教養教育と専門教育の境界、理系と文系の境界、学校教育と臨床・くらしの現場の境界、医療専門職集団と患者・利用者・住民との境界領域をも意味する。しかしむしろ境界領域にあるからこそ、通常の専門教育とは異なる知見をもたらす学修機会を提供できるともいえる。

ところで医学部は大きく基礎医学、臨床医学、社会医学の三領域で構成される。そのうち主に病態生理を自然科学的に研究・教育する基礎医学については、解剖実習を除いて文化人類学が関わる余地はほとんどない。社会医学の中心である公衆衛生学は、社会を対象とする点では社会科学と大きく関わるが、疫学にもとづく量的研究、制度・政策等の社会のマクロ的側面、そして臨床よりも予防に大きく偏っており、臨床の社会・文化的側面に対するミクロ的、また質的アプローチについては手薄である。すなわち個人的には臨床の社会・文化的側面に文化人類学が参入できるニッチを見いだすことになった。

4-3. ミッションの共有

通常ディシプリンを基盤とする人社系学部教育は、自身の専門分野の学問としての視点と方法、それを駆使した研究の過程と成果を提示し、その視点や方法を使いこなせるよう学生を指導する。それに対して医学教育は、医学という学問を学ぶこと以上に、医師という専門職を養成することを目的とする。医学生が将来臨床に出て、適切な医療を提供できるようになるための知見と能力を育むことが目標であり、医学教育に関わるということは、否応なくこのミッションを共有することを意味する。学究の徒であり、ときには現代医学・医療を批判的な視点から論じてきた文化人類学徒である私にとって、この点は最初のハードルであったと記憶する。医学生はかなり早い段階から専門職集団の一員としてのアイデンティティ形成がはじまるため、人社系学生に行ってきたような現代医療批判は、ともすれば医学生の夢を壊し反感を煽るだけのことになってしまう。もちろん医療行為に対する批判的な視点や考察はある意味必要なのであるが、それを専門職養成の文脈においてどのような手法・さじ加減で組み込むかには注意を要するのである。現代医療を相対化し反省する視点を残しつつも、否定でも迎合でもない、最終的には医学生を応援することになる教育方法を見つけないといけない。さまざまな課題を批判的に提示して見せるにとどめるのではなく、それらの課題をどのように乗り越えるかについて学生自身が考えたり仲間と語り合ったりする機会を設けるなど、工夫が必要である。

4-4. 誰に教えるか

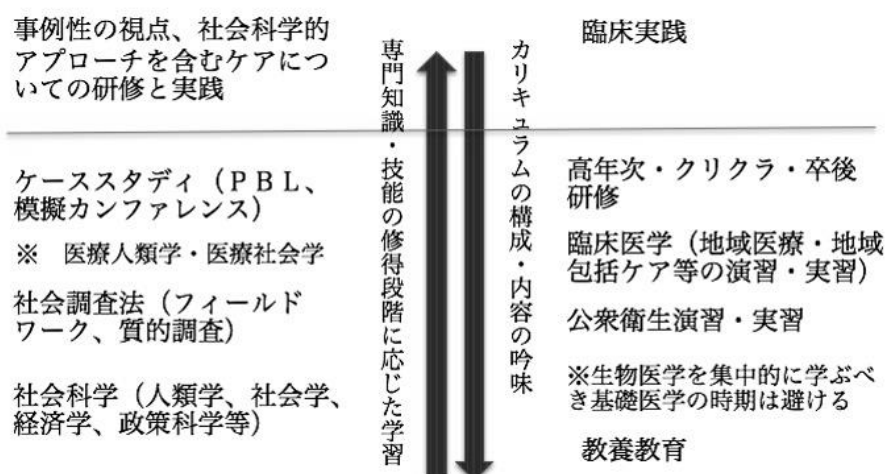
大半が医師になることを目指す医学生は、学問を学ぶ場である人文・社会系学部の学生とは大きく異なっている。いつ、何を、どのように教育するのが効果的かを検討するにあたっ

ては、医学生の特長およびそれがどのように培われていくかに注意を払う必要がある。

医師になるという目的、過密なカリキュラムにおいて過重なタスクに追われる学修環境などにより、医学生は探求することのおもしろさよりも役に立つことに重きをおく。現在の試験、CBT・OSCE（臨床実習に入る前の4年次に課せられる統一試験）や医師国家試験、そしてその後の臨床で役に立つか否かが授業を評価する基準になっている。それが良いか悪いかは別にして、この実利思考と効率重視の特性を踏まえた授業設計が求められる。

また他の学部生と大差ない1年次、基礎医学を集中的学ぶ2～3年次、座学としての臨床医学を学ぶ3～4年次、2年次から4年次のいくつかの学年にまたがる番外編的な社会医学学修時、4年次後半以降の臨床実習時という学修段階によって、医学生の思考や反応が異なることにも注意を払う必要がある。カリキュラム全般に関わっている場合は、卒後臨床を想定して、遡及的にどの段階で何を教えていくかを設計することになるであろう（スライド14）。また非常勤依頼などに対しては、どの段階のどのような授業であるかを把握した上で授業を設計しなければ、学生の興味を維持することができない。

学修ステージごとの社会科学（人類学）教育



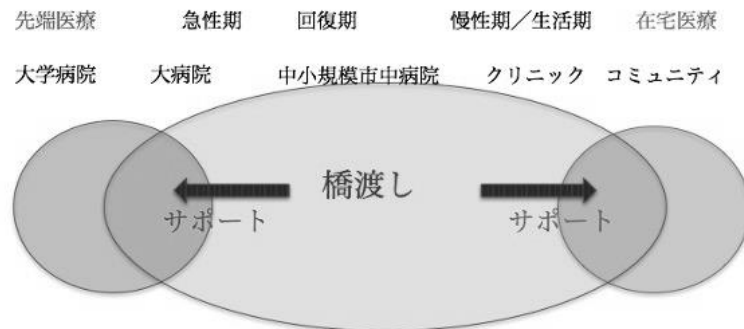
14

スライド 14：教育ターゲット

ところでプライマリ・ケア領域の拡充を図る日本の医療政策の動向を踏まえ、先端医療と地域医療を目指す一部の志の高い医学生を両端におくならば、その間を橋渡す市中病院に勤めることになる学生が教育の主対象とすべきボリューム層と考えていい。もっともプライマリ・ケア層の専門教育自体がまだまだ不十分であるため、ボリューム層およびプライマリ・ケア層に重心を置いた授業設計が求められる（スライド12）。

教育ターゲットとしての医学生

- 急性期医療とプライマリ・ケアの間がボリューム層



医学部の組織・教育体制は先端医療より

ボリューム層に対するバランスの取れた教育を設計すべき？

12

スライド 12：教育ターゲット

4-5. 何を教えるか

臨床を想定した際に、文化人類学が提供できる教育内容はどのようなものか。それは医学部の専門教育では教えてくれなかったけれど、実際の臨床現場で生き、あるいは臨床実践を豊かにする、多様で変化する人間や社会への洞察を含む知であると考え。

医学教育において、病気は概念としてではなく、社会・くらしの文脈から切り離された個人の心身に位置づけられる病理学的機能不全と位置づけられる。それゆえそもそも人が病気になるということはどういうことかについて学生が自問自答する機会はほとんどない。とりわけ日々の人間関係を生きる社会的存在である誰かが病むということは、当人およびその属する社会にとって何を意味するかという視点は欠落しがちである。しかし言うまでもなく医療が相手にするのは人であり社会である。そして臨床で出会うさまざまな課題は社会的文脈において見いだせることを私たちは知っている。とすると、一歩下がって、立ち位置や視点を変え、文脈を動かし、目の前の事例において何が起きているかに気がつくための構えと方法を学修する機会の提供こそが、文化人類学者としての私にできることと思うようになった。とすればそのような学修を可能にするのはどのような教育方法であろうか。

4-6. どのように教えるか

医学教育において教えるべきとされる知識は年々増加の一途をたどってきた。そのことを反映して、どこの医学部のカリキュラムも超過密となり余裕がない現状がある。そのため、人文・社会科学系の学部のように、文化人類学単体で2単位15コマあるいは1単位8コマのまとまった授業日程を確保することは、1年次の教養科目以外むずかしい。ただし未だ臨

床を経験したことがなく人生経験も浅い 1 年生に対しての学修効果はきわめて限定的である。1 年生には、むしろ教養としての、あるいは人間理解のための文化人類学（医療人類学ではない）を教えることの方が、意味があると考ええる。そして臨床に関わる文化人類学の学修効果が期待できるのは、本格的に臨床に触れ始める 4 年生以降であると思われる。

しかし体系的に文化人類学の授業を提供する時間を確保できるカリキュラム上の余裕はない。その解決の一つは事例ベースの授業にすることである。医学教育では、PBL・チュートリアル等のアクティブ・ラーニングの導入が進んでおり、そこに社会・文化的課題を含むシナリオにもとづくグループ・ワークを組み込むことは可能であり、そこに社会科学に触れる機会を用意する医学部は増えつつある。しかしコア・カリキュラムに挙げられている社会科学関連事項を網羅するような事例中心の授業を設計することは、一教員のキャパシティを越えている。そこで「日本文化人類学会・医療者向け人類学教育連携委員会」の主要メンバーでもある飯田淳子・錦織宏両氏が中心になって、演習での活用を想定した事例ベースの教材がまとめられた（飯田淳子・錦織宏編 2021）。ただし社会の変化によって新たな臨床の社会的課題が増えていくことが予想されるため、今後コア・カリキュラムに謳われていないテーマも含めて、教材に適した新たな事例を各教員・研究者が提供しシェアする仕組みが必要かもしれない。

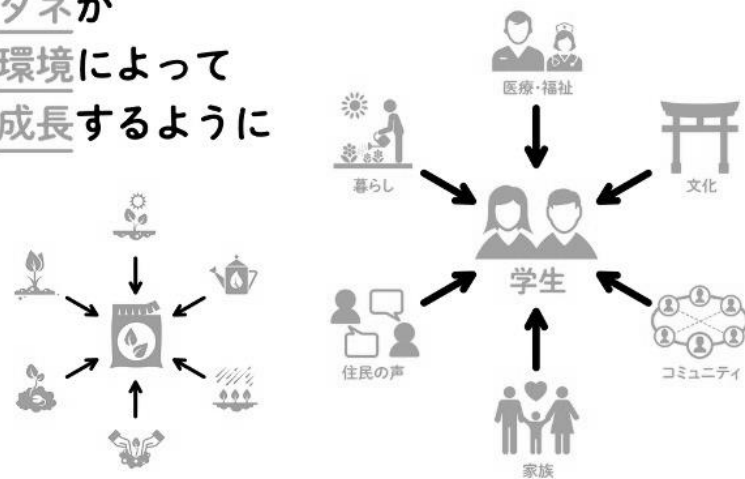
もう一つ考えられるのは、実習との抱き合わせスタイルの授業設計である。実習の前に、社会調査の基本的な着眼点および参与観察・記述の手法を教え、実習後に持ち寄った事例をもとに振り返り、文化人類学的な解釈を交えたセッションを構成するなどの授業も可能と思われる。その場合、医療専門職と協働して授業設計・運営することが求められる。おそらく在宅ケアや地域包括ケアを含む地域医療実習や公衆衛生系の実習においてそのような授業を構成しやすいと思われる。

4-7. 学校教育とは異なるもう一つのアプローチ

ここまでは現在の医学教育の仕組み、あるいは医学教育モデル・コア・カリキュラムの枠組みにおいて、どのような文化人類学の教育が可能かについて述べてきた。しかし医師国家資格の取得を想定した学校教育の枠組み内にあるため、私たちはさまざまな制約に遭遇する。また文化人類学は、医学のみならず、医療倫理や行動科学等と衝突する解釈や見解を表明することになる場面も多々ある。私としては、医学教育モデル・コア・カリキュラムに文化人類学や社会学が導入されたことで、現代医療にコミットする一つの機会を確保できたことの意義を認めつつ、その枠組みではこぼれ落ちる重要な知見にこれからも目を配り、医学・医学教育に問題提起をしつつ、医療人材育成に臨むべきであると考えている。医学・医療およびその教育の現場に外の視点を持ち込むことにこそ私たちの存在意義があることも確かなのである。

ところで私は最近、学校教育としての医学教育とは異なる医療人材育成の試みに関わりはじめた。それは山口県総合医療センターへき地医療支援部（へき地医療支援センター）によるへき地医療人材育成の取り組みである。へき地医療支援センターは、地域医療は地域づくりであり、学生は地域で成長するというコンセプトのもと、自治医大生や山口大学医学部等の地域医療に関心のある学生を対象に、地域社会が地域医療人材を育成しようとする事業を展開している。

タネが
環境によって
成長するように



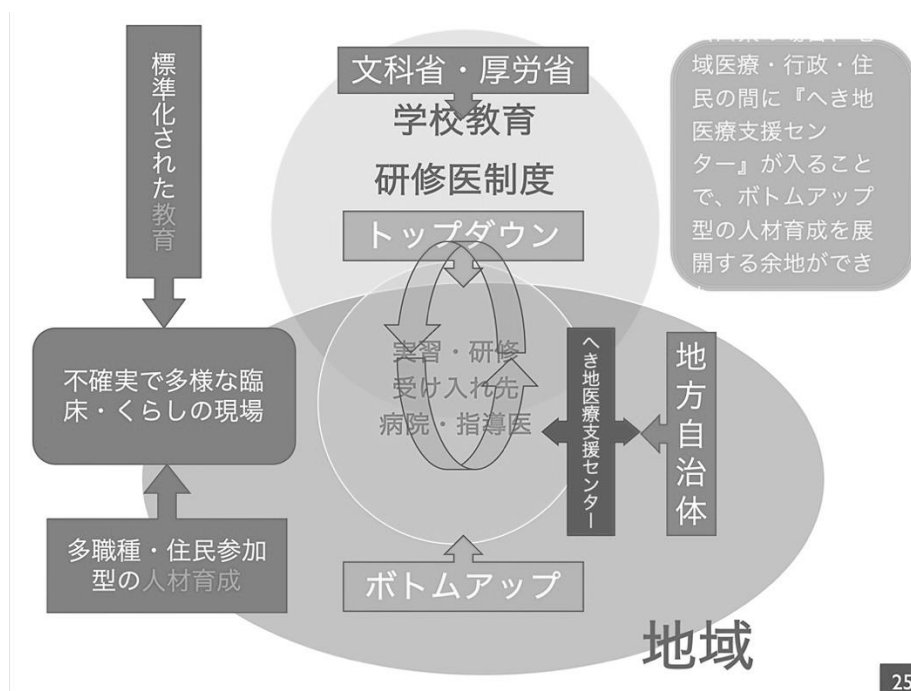
学生は地域で成長する

山口総合医療センター・へき地医療支援センター実行委員会サイトより
<https://www.yamaguchi-mirainotane.com/about-1/> (2020/5/22閲覧)

21

スライド 21：へき地医療支援センターの人材育成方針

学校教育としての医学教育は、標準化すなわちどこでも同じクオリティの医療を提供できる医師を育成することを目指す、トップダウン型の教育システムである。それに対して、個別性のあるローカルな現場が主体となって、住民や多職種を巻き込みながら、その土地に必要な医療者を育成しようとするボトムアップ型の人材育成の試みである。



25

スライド 25：ボトムアップ型の人材育成モデル

不確実で、多様で刻一刻変化するローカルな医療現場への対応について、学校教育ではあまり扱われていない現状があるが、臨床に出た途端に医師は学校で学んだことと矛盾することもあるそのような現実と直面することになる。こうした現場と教育の乖離は、へき地のみならず、臨床現場全般との間に見られる。これまでそのようなローカルな文脈における現実への対応は卒後現場に出てから学べばいいとされてきたが、少子高齢化による医療経済上の問題や慢性疾患中心への疾病構造の変化により在宅ケア領域の拡大する今日、私は早期からローカルな現実と学生は触れておくべきであると考え。もちろん一定の医療の質は保証されなければならない以上、標準化されたトップダウン型の教育は必要でありつづけるのであるが、卒後向き合うことになる実社会との整合性を保つためにも、学校教育にローカルな現場で培われた知やノウハウを環流させ、学校教育を刷新していくサイクルが必要であると考え。このことに関連して、最近の私の教育実践に触れておく。

私の所属する山口大学国際総合科学部では、卒業研究に替えて、学生がチームを組み、企業や行政等と連係して課題解決に取り組むプロジェクトを企画・実施する PBL のスタイルを採用している。2020 年度より私の指導する PBL チームは、へき地医療支援センターから連係したいという要望があり、下関市の中山間地域での地域包括ケア人材育成事業に取り組んでいる。住民や医学生に対する社会調査にもとづいて、医療系学生を対象とするセミナーの企画・運営・評価をしたり、住民団体と病院の関係を成立させたりするなどして、この事業における社会科学系の視点や方法の効果に対する一定の評価をいただいている。このように私は目下、実社会と医学・医学教育、あるいは人材育成におけるボトムアップとトップダウンの狭間に文化人類学的な知を活かす可能性を見いだしている。

豊田町民のコミュニティ・ライフを支える 人づくり／まちづくりプロジェクト(仮)

PBLゼミ生募
集用スライド
2019

プロジェクトの概要

豊田町（下関市）に、将来の地域づくりを担う地域包括ケア（保健・医療・福祉・民間・その他）の若手人材を呼び込み、地域ぐるみで育てるための＜人づくり／まちづくり＞企画の立案・実践

豊田町

**シモノセキ
キラキラプロジェクト**

未来のふるさとをまえる人づくり

◇ 地域医療はまちづくりである

◇ 地域社会と保健・医療・福祉専門職（の卵）の橋渡し

★ どのように呼び込むか ★ どのような人材をどのように育てるか

★ 地域コミュニティのはたす役割 ★ ともに地域づくりを考える

★ 専門職や行政とは異なるコミュニティ・デザインの視点・方法に期待

※ その他：やまぐち地域医療セミナー（8月20日過ぎ?）等のイベント・企画への参加

求める学生

- ★ 日本そしてアジアの未来を先取り体験したい学生
- ★ 中山間地域のコミュニティ・デザインに関心がある学生
- ★ 地域のリアルな社会課題に対して、実践的に取り組める学生
- ★ 地域住民や多種多様な専門職・学生たちと協働できる学生
- ★ フィールドワーク(参与観察・インタビュー)を楽しめる学生

選考基準

- ◇ レポート（志望動機・自己PR、600字程度、添付メールにて）
- ◇ 面接（随時）※志望者多数の場合は成績も加味する

パートナー：山口県立総合医療センターへき地医療支援部
山口県内のへき地医療の支援、仕組みづくり、人材育成
<https://www.facebook.com/yamaguchi.hekichisien>



スライド 26：国際総合科学部 PBL とへき地医療支援センターの連係（星野担当 PBL の募集スライド）

4-8. 結び

この 20 年、日本の医学教育は劇的に変化してきたが、それは医療をとりまく社会状況が変化し、医療の使命や役割、期待される医師像が変化してきたことへの反応であった。そのような変容する教育・人材育成の現場に身を置くことは、現代医療の動向とその課題を直接知る機会であり、その意味で研究者としての私自身にとっては参与観察のフィールドでもあったといえる。その一方でこれまで述べてきたように、医師を育てるというミッションゆえに、さまざまな制約や矛盾と向き合うことにもなるのであるが、その医学・医学教育の本流とのずれこそが、むしろこの領域における文化人類学の存在意義でもあると思っている。医学教育モデル・コア・カリキュラムへの社会科学導入は、内容的に必ずしも文化人類学者の考えを納得・満足させるものではないが、現代医療にコミットする一つの足がかりであり、その先に文化人類学研究と教育の豊かなフィールドが広がっていると考えられる。

以上、文化人類学と医学教育の関わりをめぐる学会および私個人の試行錯誤の足跡とその過程で培った見解を要約したが、今後社会学が医学教育に対してどのようなスタンスをとるかを検討する参考になれば幸いである。

参考文献（これまでに星野が執筆・担当した医学教育関連の論文等）

- 星野晋. 2000. 「医学および医学教育における人類学の役割と可能性——総合的な人間理解に基づく保健・医療開発に向けて」 青柳真智子編『開発の文化人類学』古今書院, pp.39-57
- 医療人類学ワーキンググループ. 2004. 『ワークショップ 医学・医療系教育における医療人類学の可能性』公益信託澁澤民族学振興基金民族学振興プロジェクト助成報告書
- 星野晋. 2009. 「医学教育における文化人類学の関わり方についての一考察」『国立民族学博物館調査報告：健康・医療・身体・生殖に関する医療人類学の応用学的研究』No.85, pp.77-92
- 星野晋. 2013. 「『ご遺体』は最初の患者である——日本の医学教育における肉眼解剖実習の今日的意義」『文化人類学』第 77 巻第 3 号、pp.435-455
- 星野晋. 2015. 「変容する日本の医療環境を生き抜くために——医学教育と社会科学の協働の可能性——」『医学教育』第 46 巻第 4 号、pp.308-314
- 医学教育学会第 16 期準備教育・行動科学教育委員会. 2015. 「提言：医学教育準備教育における行動科学・社会科学」『医学教育』第 46 巻第 4 号、pp.349-353
- 星野晋. 2019. 「医療現場のニーズに応える文化人類学教育の設計に向けて——日本の医学教育における文化人類学導入の経緯と今後」『コンタクトゾーン』11 巻、pp.320-333
- 飯田淳子・錦織宏編. 2021. 『医師・医学生のための人類学・社会学——臨床症例／事例で学ぶ』ナカニシヤ出版（星野担当：「社会科学と医療」, pp.8-16）
- 星野晋. 2021. 「社会科学の概念整理」（第 20 期医学教育学会プロフェッショナリズム・行動科学委員会・行動科学班報告：「医学教育における行動科学・社会科学周辺概念の明確化の必要性について」における担当）『医学教育』第 52 巻第 2 号、pp.135-139

第5章 社会学の視点からの教材の例示

榎田美雄

本稿は、第93回日本社会学会大会松山大学大会（オンライン開催）での、社会学教育委員会主催テーマセッション「社会学は医学専門教育カリキュラム改革にいかに関与できるのか」の中での榎田の報告の後半部分をWEB掲載資料化したものである。

なお、以下のスライド番号は、パワーポイント画面で表示のものとはずれていることに注意して頂きたい。

スライド 22

社会学教育委員会主催テーマセッション2020： 社会学は医学専門教育カリキュラム改革にいかに関与できるのか

（司会者：天田城介先生＝中央大学＝）

4. 社会学の視点からの教材の例示

■ 第93回日本社会学会大会（2020）松山大学大会（オンライン）

ネタ元：日本医学教育学会のプロフェッショナリズム・行動科学委員会（2018）

<http://jsme.umin.ac.jp/com/pro/2018symposium-report-pro2.pdf>・掲載中

(kashida.yoshio@nifty.ne.jp)

神戸市看護大学 看護学部

榎田 美雄

2020年11月1日9：30～12：30、WEB開催

22

発表者の榎田は、神戸市看護大学所属の医療社会学者ですが、医学教育学会の行動科学教育・社会科学教育関連の委員会には、10年以上まえから参加しています。2018年の医学教育学会シンポでの発表などが、今日のこの第5発表のネタもとです。

学会関係では、日本社会学理論学会の理事（編集委員会委員）などをしてしていますが、それらと同時に、日本社会学会の社会学教育委員会で、専門職養成の社会学に関するワーキンググループに所属しており、このWEB公開資料作りは、そこでの仕事です。

■本報告の目的(1)

(1) 医学教育改革にどのように対応するか？

- ※ 改革の方向1：アウトカム基盤型教育、生涯学習能力育成
(▲即戦力、未来へのイメージもナイーブ)
- ↑
- ★両にらみになっている：変化に対応できる専門職像のゆらぎ
- ↓
- ※ 改革の方向2：コンピテンシーよりケーパビリティ、柔軟性
- ※ 改革の方向3：医療ニーズ中心から多様なニーズ対応へ
 - ・多職種連携の実態を踏まえる為の社会科学
 - ・生活者としての患者を踏まえる為の社会科学
- ↓
- 樫田の見立て＝「改革の方向3」からの社会科学ニーズを
基盤に、社会科学を本格導入してもらう方策
を、社会学会（社会学界）は考えるべき。
その際、つまみ食い/使い捨てをされない
よう「改革の方向2」を先導することが肝要

23

「スライド23」は、今回の発表の目的です。目的の第1は「医学教育改革に社会学界はどのように対応したらよいのか」という課題に展望を示すことです。

まず確認しなければならないのは、第2章で見たように、現在、日本の医学教育は改革期にあり、社会学をはじめとした社会科学の教育を、医学部の専門教育の一部として受け入れる流れにあるということです。しかし、この認識だけでは、どのように対応したらよいのか、という課題に答えることはできません。なぜなら、この流れには3つの背景があるからです。つまり、改革が必ずしも、ひとつの方向を向いているわけではないからです。

具体的には、第1の方向としては、「一般的な学力よりは医療を実践する能力を」という流れがあります。しかし、この第1の方向で考えられている「医療実践能力」はしばしば、「今必要とされている医療を、今普通に行われているやり方で実践する能力」と見なされてしまっています。つまり、未来志向性、改革志向性に乏しい理解がされてしまっています。このような方向での改革に社会学が貢献を強いられた場合、その貢献が、来たるべき未来の医療からみれば、あまり有意義なものではないものになるリスクがあります。

これに対し、第2の方向は、もう少し未来志向のトレンドです。すなわち、卒後すぐに行えることを増大させるような意味での有能性の獲得（コンピテンシーの獲得）よりは、卒後10年たって、卒後20年たってから、新しい状況に合わせて活動していけるような意味での潜在的有能性の獲得（ケーパビリティの獲得）を志向したトレンドです。社会学が、思わざる効果研究の成果の提供や、システム論的視角の提供によって、こちらのトレ

ンドに貢献できるのなら、それは、次第に医学教育内における社会学のプレステージを高めていく基盤となることでしょう。

さらに、第3の方向も存在していることを無視してはいけません。そもそも医師という仕事がどのような仕事なのか、という定義が、10年後や20年後には変わっている可能性があります。猪飼周平が『病院の世紀の理論』（有斐閣）の6章等で書いているように、国民のニーズが「治療されること」から、「生活の質を向上させること」に変わってきているとするのならば、「医師」がこれまで同様「治療という活動の中心職種」であり続けていたとしても（むしろそうであるがゆえに）、「患者療養に関わるサービス提供」の中心職種ではなくなっていく、ということが起きると予想されるのです。したがってもし、「医師」が医療関連諸職種の中心職種であり続けようとするのならば、業務の質を変えていかなければならないのです。そのような課題がもし「医師」にあるのならば、社会学（社会科学）は、医師にとって手放すことができない学問分野であるということになるでしょう。この第2の方向や第3の方向における、未来展望のある地位をこそ、社会学は獲得すべきなのであって、第1の方向における「有用さ」を獲得することを志向しても仕方ないように思われます。そういう、取捨選択をしながら、社会学（界）は、医学教育（界）へのコミットをしていくべきでしょう。

スライド 24

■ 本報告の目的(2)

(1) 医学教育改革によく対応するために必要な社会学改革？

※ 専門職教育によりよく対応する為に社会学は何ができるか？

○社会学者個人でできること vs. 学会/界がすべきこと
できること1：目標を精選し、フィットした教材を作る

↑★今や、内容の開発なくしては困難

(▲期待されているものはもはや知識ではない)

★困難でも同時進行させるしかない

※ できること2：現代社会のなかでの「医療専門職」の課題の変化を適確に読み取り、解説することからスタートして、必要な社会科学教育を再設計しつつ、提供すること（→開発&提供！）

※ 檜田の見立て＝「できること1」ですら、個人では不可。
「できること2」を学会が初期投資的に実行
・社会学者内分業と連携が必須（多職種連携）
・そうしないと「心理社会的要因」という
これまでの安易な医療者の社会理解の追認に

★社会学会の関与は、十中八九、社会学研究の革新まで必要

★医療者教育は、「社会学」のイノベーションの孵卵器かも？ 24

「スライド24」で私が主張していることは、社会学の世界では、「暴論」の類いとされ

る内容でしょう。「医学教育に社会学が貢献するためには、社会学が変わる必要がある」という私の主張は、ことの順序を逆に理解した思考だと言われるかもしれません。しかし、医療者教育にかかわる社会学研究を、20 年以上も行ってきた私の立場からすると、この主張は、考えた末にたどり着いた真正性のあるものですし、それなりに合理的な裏付けをもったものなのです。たとえば、令和 2 年度の厚生労働白書によれば、2017 年の社会保障給付費の対 GDP 比率は、21.4%です。この巨額の支出を支える専門家集団の教育に関与するためになら、社会学が変わってもよいのではないのでしょうか。けれども、現在の社会学では、医療の現場にフィットした教材も作りがたいし、そもそも、医学教育における社会学教材をどのような方針で作っていったら良いのか、という指針すら立たないのです。先述のように、もはや医学教育の現場に必要なのは、お決まりの「心理社会的要因」の定型的リストではありません。医療の現場がどのような状況になっているのかの状況記述言語を獲得することからが、おそらくは、社会学の課題なのです。そう考えるのならば、それはもはや個人の社会学者が実行できることではないでしょう。組織としての日本社会学会やその他の関連学会がなすべき活動であるように思われるのです。

スライド 25

【関連本の紹介】

○我々は、2018年3月に『医療者教育のビデオ・エスノグラフィー』
檜田美雄・岡田光弘・中塚朋子編，藤崎和彦監修
晃洋書房，2800円＋税、
を上梓した。

「スライド 24」の解説では、「社会学は、医療の現場の状況を記述する言語」を提供できるようにならなければならない、という主張をしました。「スライド 25」で呈示している編著（檜田・岡田・中塚編 2018『医療者教育のビデオ・エスノグラフィー』（晃洋書房））は、この主張の立場を、わずかなりとも実践しようとして編集した本です。ビデオ

活用技術というテクノロジーを利用して、＜行為における省察＞や＜実践知＞を可視化し、医療者と社会科学研究者との学び合いを深める目的で研究し、刊行したものです。

スライド 26

B-4 における学修目標：

- ①医療人類学や医療社会学等の行動科学・社会科学の基本的な視点・方法・理論を概説できる。
- ②病気・健康・医療・死をめぐる文化的な多様性を説明できる。
- ③自身が所属する文化を相対化することができる。
- ④人々の暮らしの現場において病気・健康がどのようにとらえられているかを説明できる。→教材1：虚偽性の病いのガスの例（inアーサー・クラインマン『病いの語り』誠心書房, 12章）&→教材2：「人生をいづるものとしての病気 - 生活者の理解と推論に存在する合理性を把握する生活看護学」『現象と秩序』12号
- ⑤人の言動の意味をその人の人生史や社会関係の文脈の中で説明することができる。→教材：ダラスコールと回答の意味
- ⑥文化・ジェンダーと医療の関係を考えることができる。
- ⑦国際保健・医療協力の現場における文化的な摩擦について、文脈に応じた課題を設定して、解決案を提案できる。

26

この「スライド 26」と次の「スライド 27」では、「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の「B-4」で学修目標として掲げられた 14 項目の全てを挙げた上で、そのうちのいくつかについて、赤く色を変えて解説します。

じつは今回（2020 年）のテーマセッションでは、当初は『モデル・コア・カリキュラム』の「B-4」の 14 個の「学修目標」を並べて、どの項目でどのような授業プランが可能かを、動画を交えて呈示し、批評して頂く企画で資料を準備し、登壇しようと考えていました。しかし、今回、学会大会が、コロナ禍のためオンライン開催となりましたので、思い通りには動画が使えなくなりました。そういう状況でも有意義に述べる事ができる項目だけを赤に色をかえて、ここで取り扱っていくことにします。

では、最初の説明を、「学修目標」④を対象に行います。「人々の暮らしの現場において病気・健康がどのように捉えられているかを説明できる」という目標が④の目標です。この部分の事例としては、以下の 2 事例（教材 1 と 2）をあげることができるでしょう。

「教材 1」の説明は以下ようになります。アーサー・クラインマン『病いの語り』12 章の「疾患を創り出すこと——虚偽性の病い」に出てくる主人公のガス・エシェヴェラは、貧血を伴った呼吸障害の疑いで入院している 30 歳の歴史学者でした。しかし彼は実際には、貧血の原因も呼吸障害の原因も、自分自身が創り出していました（静脈から自ら

出血させ、気管支に自ら塩水を注ぎ込んでいました）。患者本人が、精神科医であり人類学者でもあるクラインマンに語った話によれば、彼の母の半身麻痺の原因が自分の出生であると、繰り返し母から聞かされていたガスは、自らを出血させる類いの自傷行為を繰り返していたのです。ガスは途中でクラインマンのもとを去りましたので、推論まじりの議論になりますが、このガスの自傷行為は、彼の母への贖罪であるともいえるでしょう。彼が自分の人生を取り戻す儀式であるとも解釈可能でしょう。つまり、ガスにおいては、「健康」であることは、母に対するあり方としては許されないことであったともいえるのです。その中で自分であり続けるためには自傷が必要だったのです。「病気」であることは、自分が生き続けるために必要なことだったともいえるのかも知れません。つまり、人々の暮らしの現場において、「病気」の意味も「健康」の意味も、常識通りのものとはまったく限らないという事例として、この例を使うことができると思います。

「教材 2」（明・樫田 2020「人生をいどころものとしての病気」『現象と秩序』12号。http://kashida-yoshio.com/gensho/12gou/200729_all.pdf）で紹介している事例のひとつは、下肢静脈瘤を患っている還暦直前の男性が、みずからの当該疾患が母方の親戚にも多く見られるものであることを、一種誇らしく語っていて、つまりは、その疾病こそは自らが母親からの身体的特徴を引き継いでいることの証としていたという話です。この事例から得られる教訓についてですが、こちらの場合もまた、「病気」が常識的に病気に割り当てられた符号（マイナスの符号）だけにとどまらない価値を持つことがありうるという教訓、上述のクラインマンの話に似た教訓を我々は手に入れることになるでしょう。

スライド 27

B - 4 における 学修目標（承前）：

- ⑧ **社会をシステムとして捉えることができる。** →教材：逆機能、家族システム論（ベイトソン）
- ⑨ 病人役割を概説できる。
- ⑩ 対人サービスの困難（バーンアウトリスク）を概説できる。
→教材：良知力「猫塚」『魂の現象学』「ペペはもう・・・」
- ⑪ 経済的側面や制度的側面をふまえた上で、医療現場の実践を評価できる。
- ⑫ **在宅療養と入院または施設入所との関係について総合的な考察ができる。** →後掲（レシピⅡ）
- ⑬ 多職種 of 医療・保健・福祉専門職、患者・利用者、その家族、地域の人々など、様々な立場の人が違った視点から医療現場に関わっていることを理解する。 →教材：大腸がん患者の長女と次男の対立
- ⑭ 具体的な臨床事例に文化・社会的課題を見いだすことができる。 →教材：MEDC作成PBL教材「患者イカ墨太郎」

27

この「B-4」の学修目標に関する2枚目のスライド（第27スライド）には、後半の7つの「学修目標」がまとめられています。8番目の「社会をシステムとして捉えることができる」については、これを、マクロに扱って、「医療サブシステムに対する最適化が、全体社会システムに対する最適化を帰結するとは限らない」、という議論の方向で社会学を医療的事象に応用することもできるでしょう。けれども、そのように論じるには組織社会学の素養が必要になります。より、一般的には、そして、「臨床実践に応用する」という医学科的目的に、より直接的に志向するのなら、ベイトソンにならって、家族システム論的議論をここで展開するのがよいでしょう。なお、準備したすべての教材案（この教材案のうち、かなりの部分は、発表者が、徳島大学在籍中に、医学部医学科の学生向けの講義＝『コミュニケーション基礎』＝で用いたものです）を解説するのは、煩瑣であり、かつ、本発表をわかりにくいものにしてしまうため、次のスライド以降では、これまで述べてきた事例もふくめて、議論をまとめた形で述べていくことにします。

スライド 28

■本報告の目的(3)

(3) どのような体制で教えるか？

- ①望ましい教員像・・・現実分析力のある社会学者
例：医師教員と非医師教員のハイブリッド編制も考慮
- ②教員の探し方・・・まずは信頼できる情報源の確保
cf. 教科書の編者・著者（当委員会への問合せも可）
（『いのちとライフコースの社会学』、『社会学のつばさ』等々）
cf. 関連学会の人材データベース（公開中のものもアリ）
（『保健医療社会学会』の「医療社会学を学べる研究者」等々）
- ③科目名・・・臨床応用能力の養成になる→多様ok
例：「社会科学入門路線」も「地域在宅医療学路線」も可
- ④授業形態・・・臨床実践応用力の養成を意識せよ
例：演習、講義、PBL、地域実習、多職種連携企画
- ⑤配当年次・・・卒後も意識したoutcome based
例：複数学年配当、高学年配当（←×低学年のみ配当）

28

「スライド28」の解説をします。本報告の目的の3つ目は、「どのような体制で教えるのか？」です。この課題について、考えましょう。そうすると、教員の資質と教育体制の整備がたいへん重要であることがわかります。この「B-4」の諸項目全てに対応するには、「リベラルアーツの入り口」にもなって、かつ、「臨床実践に応用する」という方向性ももった授業をも実施できる教員、これら両方ができる教員が必要です。なお、「B-4」に関しては、その内容を単独の教員に担当させる形だけでなく、複数教員で分担しな

がら担当することなども、とうぜんに検討されるべきでしょう。

また、教育体制の整備も重要です。「臨床応用能力」まで養成するという展望の下で、社会科学を教えるのですから、研究方法論や研究的態度を身につけさせることの方が、研究結果としての学問知を体系的に身につけさせることよりも重要になります。その目的の違いにそった教育体制としては、大教室の講義ではない形も積極的に検討されるべきでしょう。たとえば演習、たとえばPBL（プロブレム・ベースド・ラーニング）、たとえば地域健康学実習等の授業形態で考えて行くことが検討されるべきでしょう。

さらに、すでに繰り返し指摘されていることですが、配当年次に関しては、「低学年のみ配当」は、選択肢にはなりにくいように思われます。それでは、「臨床応用能力」の養成にまではなかなか繋がらないからです（本報告書第4章内の「4-6. どのように教えるか」において星野晋が同趣旨の主張をしています。その議論も参照して下さい）。複数学年配当、あるいは高学年配当、として考えるのが標準的といえるでしょう。

スライド 31（※スライド 29 とスライド 30 は報告書掲載にあたりカットした）

レシピ 1. 学修目標④の 3

学修目標④「人々の暮らしの現場において病気・健康がどのようにとらえられているかを説明できる」の3つ目。

→教材 3

（同じ学修項目でも違った事例で語ることができる！）

：家族の吸引 vs. 訪問看護師の吸引（動画データあり）

★家族の吸引・・・目前の療養者の息苦しさを救う

→①気道内圧計を見て、のどから先に、吸引する

→②アラーム歴を見て、吸引必要性を判断

★看護師の吸引・・・前日の様子を踏まえた支援をする

（誤嚥性肺炎防止志向、家族の訴え）

→口から先に、吸引する

※使い方：暮らしのなかで、医療的機器（人工呼吸器）を、医療的機器として使うだけでなく、物覚えの道具として、一種の便利道具として使っている、ということもできるでしょう。フランスの文化人類学者のレヴィ＝ストロースなら、「ブリコラージュ（器用仕事）」と評価するような活動が、医療機器をめぐって、患者家族によって大量になされている、ということができるでしょう。

「スライド 29」と「スライド 30」は、その内容が「スライド 26」以降ですでに紹介されている内容なので、本原稿（WEB 公開報告書原稿）からは、カットしました。

以下、少し詳しく「スライド 31」の説明をします。

ここで取り扱っている事例は、2020 年 1 月の取材事例です。場所は在宅療養の現場です。患者（高齢女性）は神経難病患者でした。医療/福祉専門職と家族（夫、娘、息子）による手厚い医療・介護・サポートを受けていました。その際、患者家族からのサポート

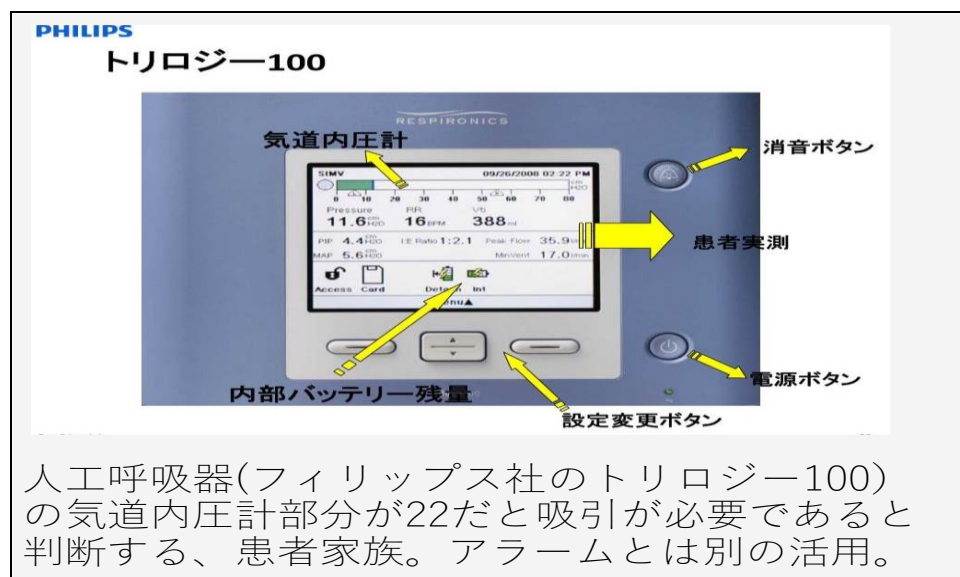
は、患者家族的な秩序のもとで提供されていました。たとえば、患者の息子は、人工呼吸器の「気道内圧計」の数値が高いのを見て、「このように 22 [という高い数値] になっているのは、痰が絡んでいるからだろう」と判断し（次のスライド 32 を参照）、そして、口より前に、喉（気管切開している部分）から先に吸引を開始していました。これに対し、訪問看護で来た看護師は、まず、患者家族から前日の様子を聞いていました。その後、観察的観点も持ちながら、喉や鼻は後回しにして、口からさきにカテーテルによる痰の吸引を行っていました。つまり、家族のみが使う道具の利用法が存在していました。

また、この在宅療養者家族の家の娘（長女）は、人工呼吸器に残っている「アラーム歴（アラームが直前に鳴ったのは、日本標準時でいつのことなのか、に関する表記）」を確認して、いったいいつから、吸引がおこなわれていないのか、という情報をそこから得ていました。これも道具の設計外利用です。つまり、吸引をする際に顔面を覆っている人工呼吸用マスクを外すことは、人工呼吸の危機なので、人工呼吸器はアラームを鳴らしますし、その時間記録も残るのですが、その残った時間記録を流用して活用しているのです。

この人工呼吸器本体が持っている貴重な情報に関して、この家族では、そのアラーム歴をリセットして消去してしまわないよう、気を付けていました。つまり、前回の吸引からどの程度の時間が経っているのかを把握し、現在が、どの程度吸引が必要なタイミングなのかを判断しながら吸引を行っていました。

これは、「医療機器の非設計主義的利用」「道具のブリコラージュ的・目的外利用」「在宅療養に関わるユーザー・イノベーション」といえる活動でしょう。つまりは、患者家族は療養者を支える暮らしのなかで、医療機器（人工呼吸器）を、そのマニュアルにそって使うだけでなく、家族にとっての物覚えの道具として、相互参照するノートのようなものとして、一種のコミュニケーション機器として使っているのです。フランスの文化人類学者のレヴィ＝ストロースなら、「ブリコラージュ（器用仕事）」と呼ぶだろう活動が、このように療養者家族によって大量になされている、ということは重要です。このような使い方の安全性は保証されていませんが、実際にそのように使われているからです。

スライド 32



「スライド 32」は、「スライド 31」の続きです。療養者の息子は、人工呼吸器の気道内圧計の数値を見て、今こそが、気管の吸引をするべきタイミングである、という判断をしていました。

スライド 33

	家族の吸引	看護師の吸引
道具	人工呼吸器での呼吸数、リセットされていないアラーム記録	聴診器（使わないこともある） 胸部人工振動器
志向性	今の療養者の状態 今の呼吸の確保	数日間レベルでの療養者の状態 数日間レベルでの療養者の呼吸の確保 誤嚥性肺炎防止（口腔衛生志向）
順番	気管切開部→口腔経由吸引	口腔経由吸引→気管切開部
カテーテルの衛生への注意	前日のものが残っていても使う	当日の朝に、カテーテル2本の新旧秩序が、更新されていることを確認
その他	声掛けなし	声掛けあり（家族むけ？か）

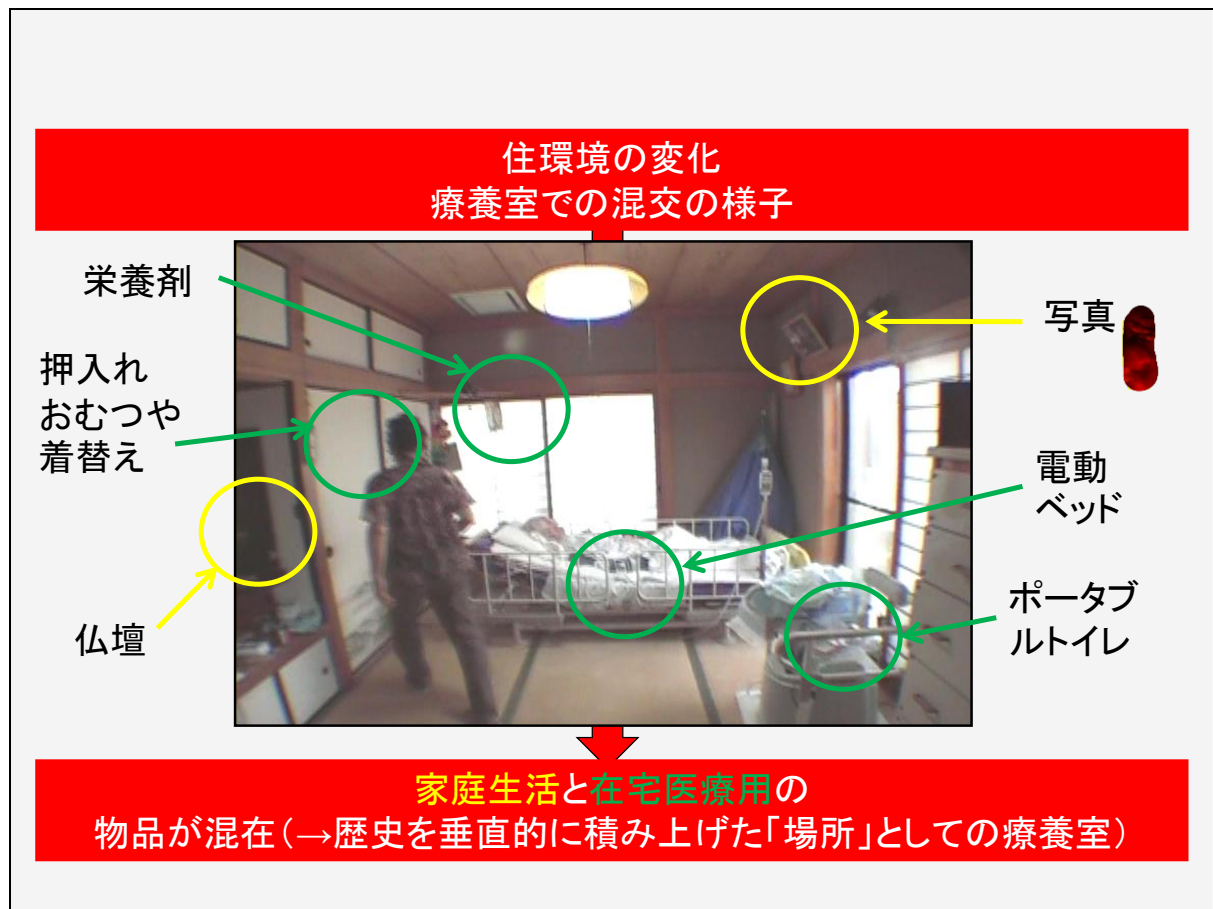
この「スライド 33」では、家族の吸引と看護師の吸引を対比的にまとめています。それぞれ、各セル内での記述を裏付ける証拠がビデオに残っていますが、医学教育的には、ビデオを使うのではなく、現地に実際にいって、医療者の実践と、患者家族の実践が、それぞれに合理的でありながら、違った秩序や体系をなしているものであることを、医学生に直接発見させるような授業をするのがベストでしょう。その気づきを再確認するために、ビデオデータを使うというのがよいでしょう。

医学生自身に体験させることが難しい場合には、現地の状況を撮影したビデオを上映して、在宅療養の現場で起きていることを、実感させるのが、次善の策となるでしょう。

「スライド 34」の元になっている写真は、樫田が 2011 年に徳島で撮影したものです。このように、在宅療養の現場には、医療や療養のための器具と、生活の道具が渾然一体となって存在しています。したがって、それを色分けするだけでも、2つの秩序（医療的秩序と非医療的秩序）が別々の秩序として、それぞれの体系をもって存在していることを了解しやすくなるでしょう。この写真では、家庭生活の秩序に係わるものごとを「黄色」でマークし、在宅医療の秩序に係わるものごとを「緑色」でマークしています。ところで、

この色分け作業を、医学生に丁寧にさせるのならば、左上の「胃瘻栄養用の栄養剤バッグ置き場」について、医療用に設計された専用の金属製ポールではなく、窓とふすまの間に差し渡された棒に、当該の栄養剤バッグ置き場がセットされていることに当該作業をしている学生は気づくことでしょう。そうやって、在宅療養の現場では、2つの秩序（家庭生活の秩序と在宅医療の秩序）が、混交しながら、関係しながら存在していることに学生を気づかせることができたならば、行動科学の他の学修目標も獲得しやすくなることでしょう。そういう「項目間連関性」は生かして行くように、積極的に考えるべきです。

スライド 34



以下は、「スライド 35」の説明です。つぎの「スライド 36」は、本発表の最後の事例です。この事例は、末期がん患者の在宅療養に関してのものです。この事例は「スライド 35」にもあるように、「B-4」の学修目標の⑫「在宅療養と入院または施設入所との関係について総合的な考察ができる」に関係しての教材として扱えるものです。つまり、在宅でしかできないことがある、という事例として考えることができるでしょう。

レシピⅡ．学修目標⑫の1

⑫在宅療養と入院または施設入所との関係について総合的な考察ができる

→教材4（新教材）：

末期がん患者の療養環境に埋め込まれた親孝行物語

35

レシピⅡ 「在宅療養文化」の例

(1) 常用のひょうたん型鈴の意味（大腸がん末期。多発転移。78歳。在宅療養6週目。出身地の民話と結びついた鈴付きのひょうたん：養老孝子伝説において、酒になった水を持ち帰ったのが、やはり地元の名産のひょうたん）大きな木製のひょうたんは呼び鈴で、それについているガラス製のひょうたんは、のぞきからくりになっていて、孝行する青年が見える。そして、介護担当者は末弟。深夜1時間おきの介護を苦にしない。特別の苦勞を掛けることに伴う気苦勞が、養老伝説に仮託されることで、弱められているようだった。

(2) 見える人としての療養者（りんごをくれる長兄が見える。手伝いに来た母が見える）
見えたことを話題にできる環境としての療養室（写真等のレイアウト）



- 36 -

「スライド36」を説明します。患者が常用している、ひょうたん型の鈴の意味を考えさ

せると、この事例の価値が大きくなります。画面に細くなった腕だけが映っているのがこの事例の患者です。患者は、大腸がん末期で、すでに多発転移で、積極治療をやめています。78歳です。この写真の時点で、在宅療養生活は6週目に入っていますが、まだ会話もでき、起き上がることも可能です。患者は、自分の子どものうちのひとり（3人兄弟姉妹の3番目、独身男性）と同居して、彼から療養上の世話を受けています。その際、自分の出身地の民話と結びついた「鈴付きのひょうたん」を振ることで、必要時に子ども（次男）を呼んでいました。

この民話は、養老伝説として有名で、その話中では、親孝行な息子の思いから酒になった水を持ち帰ったときに用いた入れ物が、やはり地元の名産物であるひょうたんであった、というつながりになっています。つまり、「ひょうたん型の鈴」で呼ばれる息子は「親孝行な息子」であることを強く期待されてしまう、という構造がここにあるのです。

ここからいえることは何でしょうか。地域の伝統に包まれる形で、療養の最終盤を生きる当該がん患者は、地元の民話を基盤にした、物語的人生を生きているということ、そういうことは少なくとも言えると思います。そのことは同時に、在宅療養でなければうまく働かないメカニズムが医療にはある、ということをも、意味していると思われます。

なお、この写真に写っている大きな木製のひょうたんは「呼び鈴」を兼ねています。そして、この木製のひょうたんについているガラス製のひょうたんは、「覗きからくり」になっていました。そして、この「覗きからくり」から見えるのは「孝行する青年」でした。つまり、このひょうたんでは、呼び鈴の部分では、直接に「養老伝説」が利用されていたのです。

物語の活用が積極的になされた背景には、当該療養者の介護必要度が比較的大きかったという側面も関わっていたでしょう。当該大腸癌患者は、深夜に1時間おきにトイレに起きていました。その介護には、当該患者が寝ている部屋の次の間に寝ていた息子が呼び出されて介護労働に従事していました。これはかなり負担感の伴う労働の体制であると思われましたが、その特別の苦労を息子に掛けることに伴う、母親の気苦労が、事態の全体を養老伝説に仮託することで、弱められているという、そういう効果が、この養老伝説を活用した、療養生活の環境作りにはあったように思われました。

加えて、(幻影が) 見える人としての療養者を可能にする環境という観点で、在宅療養の意義を考えることもできると思われます。

調査者は、患者本人にも、繰り返しインタビューをしました。そこで興味深かったのは、当該患者は、しばしば幻影を見ているようだった、ということです。

患者の話によると、部屋の中で、この養老伝説に係わる菅笠のかかっている壁面の先の隅には、自分にいたわりの気持ちを持ってりんごをくれる、すでに死んでしまった＝療養者の＝長兄がいるのが見える、という発言が療養者からはありました。

また、同じ場所には、療養生活を手伝いに来た＝療養者の＝母親が見えるとも、療養者から聞きました。患者本人は、自分が見ているものは、幻影であると薄々感づきながら話をしているようでしたが、とするならば、以下のようにもいえると思います。

幻影かもしれないと薄々気づきながらも、見えたもののことを話題にできる、特別に保護された、そして、伝統や家族に近い雰囲気を保証する空間として、この療養室空間は

あった、と、そのようにいえると思われます。在宅だからこそ、そういう文化的冒険が可能となるような環境を成立させることに成功しているように思われました。（なお、写真の左下は、現在の「養老の滝」です）

スライド 37

■まとめ

- (1)新コアカリキュラム活用には授業開発が必要
- (2)B-4に限っても、多くの実例連動が可能
- (3)B-4の学修目標⑫に注目すれば「地域医療教育」との連携なども可能
- (4)C-5を基に、行動科学との連携も可能
- (5)知識のつまみ食いを避けるためPBL的仕組み
- (6)国試の新コアカリへの対応(2024?)に期待するより、アドバンスド・オスキー(6年終了時)で社会学知識を組み込んだ「臨床推論」の出題を目指すべきか

※「臨床推論」を目指すなら、信任を得た事例が必要

臨床推論とは、
「当該患者の疾病を明らかにし、解決しようとする際の思考過程や内容」

「スライド37」の説明をします。さいごのスライドです。本発表のまとめです。

まず、第1点目は、新モデル・コア・カリキュラムには授業開発が必要である、ということを中心として主張しました。なぜなら、今回の新モデル・コア・カリキュラムにおいては、一方では、「リベラルアーツ」への入り口になるようにという目標設定がされています。しかし、もう一方では「臨床実践に応用する」という目標も設定されているからです。この両者をともに満足させる授業をするには、授業開発の体制が必要です。

ついで、第2点目としては、新しい社会科学系の授業の構想にあたっては、授業担当者が取り得る自由の程度は思いのほか大きい、ということを中心として主張しました。複数のトレンドがあるからです。複数のトレンドから要求されることを取捨選択することは義務であると同時に権利でもあります。未来志向で選択をするのなら、かなりのことが可能です。

第3点目としては、社会科学関連カリキュラムの実施形態としてはPBL（問題基盤型授業）や実習も考えることができるので、多様に授業の構想を立てていくことができるという主張をしたいと思います。とりわけ、『医学教育モデル・コア・カリキュラム』の「G-4-3」にも社会学への言及があるので、そことの組合せ（すなわち、地域医療教育との組合

せ)は、ひとつの狙い目になるでしょう。つまり、高学年の隣地実習に社会学や人類学の学修を組み込んでいくことが可能です。

第4点目として、もちろん、行動科学は近接領域ですので、「C-5 行動科学」と、社会科学との連携も、十分、検討課題たり得るといえるでしょう。医者－患者関係を重視してきた教育実績があるのなら、このあたりが第一選択になる可能性もあると思います。

さいごに、社会の大きな変動の方向性を考えれば、医師養成における行動科学及び社会科学の重要性は、今後増しこそすれ、減る方向になるとは考えられないということを主張したく思います。なお国試（医師国家試験）においても、社会科学系の問題の出題数は増えていくことが予想されます。そういう時代の流れの方向にそった総合的カリキュラムを組むこと、つまり、行動科学や社会科学をそれなりに組み込んだ新しい総合的カリキュラムにしていくことは、大学医学部医学科におけるカリキュラム改革の重要な方向性であるはずであり、そのようなトレンドがあるなかで、社会学会（界）としても、対応していくのがよいのではないか、と思っております。このことをさいごの主張として、本発表を終わりたいと思っております（「臨床推論」の教育訓練のあり方に関しても、「社会学」は大きな貢献をすることが可能だと思いますが、この点については、また別の機会にお話できればと思っております）。

第6章 医学教育に資する社会学とは ——薬害エイズを事例とした医療の不確実性の教育——

種田博之

6-1. はじめに

医療は不確実である。ここでの「医療の不確実（性）」とは、医療社会学者の R.C.フォックスに依拠し、とくに「医学知識そのものにもなお多くの空白が存在し、医学的な理解や有効性に限界がある」（Fox 2003=2003：49）という意味である。医療社会学の知見より、医療の不確実性に対する認知（認識）は、医療者やその医療職に就くために訓練を受けている者（学生など）にとって必須であることがわかっている。

ところで、今日の医学部での教育は、学生（ひいては医師）の標準化をはかるべく、「医学教育モデル・コア・カリキュラム」——以下、コアカリと略記——に従って内容が編成されている（文部科学省 2017）。あわせて、CBT（Computer Based Testing）と OSCE（Objective Structured Clinical Examination）という二つの共用試験も導入されている¹⁾。また、医学教育分野別認証との関連でコアカリに則らないといけない状況にもある（医学教育分野別認証については黒田報告を参照のこと）。

そのコアカリにおいて、「（医療の）不確実性」に関する記述は一切ない。知識として空白であるので、コアカリに載せようがないと考えるならば、記述が無くて当たり前ではある。しかし、コアカリに載っていないのだから、教えなくてもよいというわけではないだろう。まさしく臨床現場において知識の空白（限界）には直面しうることであり、知っておくべき知識である（たぶん、実際の現場で何かしらのかたちで教えられていると思われる）。そこで、筆者が医療社会学の授業において伝えようとしている。

筆者は医学部において二つの社会学系科目を担当している²⁾。一つは必修科目の「人間関係論」である（3単位、50分授業で40回）。これはコミュニケーションを中心にした内容で構成している（コアカリ A-4「コミュニケーション能力」に該当する）³⁾。もう一つが選択科目の「医療社会学」である（1単位、50分授業で14回）。筆者のなかでは「人間関係論」の応用という位置づけで、薬害（とくに薬害エイズ）を事例にして、「医療の不確実性」ないし「医療の質と安全の管理（コアカリ A-6）」——この A-6 の事項の一つとして「薬害」がある——について解説している。薬害エイズはまさに医療の不確実性によって起こった悲劇であり、そのことについて考えるうえで格好の事例である。本稿の目的は、医療社会学の実際の授業内容（の一部）を紹介しつつ、医学教育に対する社会学の寄与を考えることにある。

6-2. 授業内容

薬害エイズとは 1980 年代前半に起こった血液製剤による HIV 感染問題で、当該製剤を治療薬としていた血友病患者の 3～4 割が感染した事案である。1989 年に血友病 HIV 感染者らが国と製薬企業に対する訴訟を起し、1996 年によりやく和解に至った。

医療社会学の授業はこの薬害エイズに関しての詳細な説明である〔薬害エイズに関する社会学的考察を詳しく知りたければ、拙著（種田 2019）を参照のこと〕。すなわち、1980 年代前半、血液製剤はなぜ使用されたのかについて、血友病ならびに HIV/AIDS に対して

の認知を当時の資料を示しつつ解説している。以下のようなタイトルで話している。

- 第1・2回 インTRODakション ドキュメンタリー「薬害エイズ患者 最後の証言」の
視聴（1996年6月2日、NHKにて放送）⁴⁾
- 第3・4回 血友病ならびに HIV/AIDS の基礎的知識の概略⁵⁾
- 第5・6回 血友病治療の変遷（血液製剤の進歩）
- 第7・8回 HIV/AIDS の表象の変遷
- 第9・10回 HIV/AIDS のリスクはどのように評価されたのか①
- 第11・12回 HIV/AIDS のリスクはどのように評価されたのか②
- 第13・14回 不確実な状況の下での意思決定とは

初回の授業で、ドキュメンタリーを見せているのは、大きく二つの目的があるからである。第一に、薬害エイズはもはや学生にとっては30年以上前におこった歴史的な出来事にしかすぎず、少しでも関心を抱かせるためである。また、血友病 HIV 感染者らが直面した過酷な状況を実際の映像を見て、知ってもらうためでもある。第二は「後知恵 (hindsight)」への留意である。これらの点で、「薬害エイズ患者 最後の証言」はうってつけの資料である。

例えば、ドキュメンタリーの随所に、AIDS を発症し死の淵にある血友病患者が病床において製薬企業などの非道性を訴える映像が挿入されて（当該証言の「○日後に亡くなった」といったナレーションも後につけられる）、視聴に引き込む作りになっている⁶⁾。このドキュメンタリーに対する学生の感想はだいたい以下のようなかたちをとる。

治療法も確立していなく、社会的な誤解もあるなかで、自身にまったく非がない状況で HIV に感染して AIDS を発症していた患者とその家族が抱いていた絶望感は測り知れない。最期の時が迫っているなかで、声をふるわせながら悔しさと怒りを表している映像を観て、とても心が苦しくなった。時代的な背景が違うとは言えども、危険性を知りながら薬を使い続けた医師に対して私も怒りをおぼえたし、それ以前に「なぜ...？」という気持ちも抱いた。（2019年度1年生感想）

こうした感想にコメントしつつ、講義を進めている。まず、ドキュメンタリーの作られ方に対して注意喚起をおこなう。薬害エイズの裁判において、体調悪化などによって裁判所で意見陳述ができない原告もいた。そのため、病床で意見陳述を撮影し、それを裁判所で流すという方法がとられた。「薬害エイズ患者 最後の証言」はその時に撮った映像も使って構成されており、非常にインパクトがある内容になっている。原告の意見陳述であるがゆえに、当然、その内容は医師などへの非難が全面にわたっている。そのため、視聴者の多くが上で示したような感想を抱くと思われる（ある意味で、当該ドキュメンタリーはプロパガンダであったとも言えるのかもしれない）。ここで、後知恵 (hindsight) への留意を学生に話す。後知恵には、「次回にはさらに良い成果を生むための教訓が得られる半面、科学的知識が長らく不十分であった時期に、決断をしなければならなかった人々のあら探しに終始する危険もある」（IOM 1995=1998: 4）。ドキュメンタリーなどを鵜呑みにするのではなく、可能な限り一次資料を通して考えることの重要性を伝える^{7) 8)}。

それではどのような解説をしているのかを具体的に示そう。例えば 1980 年代前半、HIV は発見されたばかりで不確実そのものであった（わかっていたことはごく限られていた）。1983 年 6 月のデータによれば、アメリカにおいて累計の AIDS 発症者数は 1,641 人、そのうち血友病患者は 16 人であった（IOM 1995=1998）。AIDS 発症者の約 1% が血友病患者であったことから、公衆衛生の視点から言えば「リスク・グループ」であった。アメリカにおける全血友病患者数の推定値は 16,000 人である。血友病患者のうち AIDS 発症者は 0.1% であると捉えることもできた（ここから、何を分母に設定するのかは、各々の問題関心によるということも伝える）。日本においては公式上まだ HIV 感染者も AIDS 発症者もいなかった。あわせて、血友病の頭蓋内出血割合は、医療機関において差が見られたものの、2.2~18% あった（飯塚 1981）。医師にとって HIV のリスクはよくわからず（不確実であり）、当該の時点では血友病の頭蓋内出血割合に比して低かった。それに対して、血友病のリスクはまさに既知で、そして血液製剤の使用によってコントロール可能であった。また、血友病の内出血は激痛をとまなう。ある血友病 HIV 感染者は以下のように語っている。

語り手：実は前のインタビューのあとに（この血友病 HIV 感染者には二回にわたって聞き取りをおこなっており、この TS は二回目のものである：筆者注）、どうしても伝えきれてなかったっていう思いがあったのがその、血友病の痛み。

聞き手：ああああ。

語り手：これがわかってもらえないと、伝わらないのじゃないかと。どんなに薬害エイズとは何だったのかという研究いうか、調査をしても、その時になぜ医師は注射をやめなかったのか、母、親とか患者はどうだったのかっていうような、今なんか質問された製薬会社に対しての恨みとか、厚労省にしてもそうなんですけど。やはりあの痛みを経験して、唯一の治す薬という思いがあって、ですからたとえその HIV に感染したとはいえ、特に自分の話をすると、ここまであの薬があったから生きてこられたんじゃないか。

聞き手：痛みをもっても、

語り手：ええ。頭蓋内出血もやっとなんで、あの薬がなかったらたぶんそこで命が終わっとならうし。

（輸入血液製剤による HIV 感染問題調査研究委員会編 2009：726）

HIV のリスクが血友病のそれに比して高いことが確定していれば、避けて当然である。そこまでの知識はまだなかった。医師にとって血友病のリスクのほうがリアルであったので（自分の目の前に出血で苦しんでいる患者がいる）、まさにそれを重視するという意思決定をおこなってしまった。薬害エイズとは不確実な状況の下での意思決定だったのである。

血友病 HIV 感染者の上の語りについて、学生に対し補足の説明もおこなっている。すぐ上の語りは 2006 年 3 月の時点のものである。この血友病 HIV 感染者は 1990 年代後半に承認された抗 HIV 薬によって生き残れたからこそ、上のように語れもするのかもしれない（ただし、生き残ったけれども、今度は抗 HIV 薬の副作用でかなりつらい思いをしていることもあわせて伝えている）。しかしながら、遺族にとっては、まったく事情が異なる。亡くなった者（血友病 HIV 感染者）は語れない。遺族においてある時点で時間は止まったま

までである。言い換えれば、血液製剤をめぐる、多様な思いがあるのである。留意しなくてはならないのは、和解前後の言説（上記のドキュメンタリーも同様）にはそうした多様な思いを捨象する——血友病患者らの経験を単純化する——傾向が見られるということである。

また、2000年代前半に訴訟化した薬害肝炎についての説明を少し交えながら、血液製剤をめぐる多様な思いについて、さらに補足の話もしている。薬害肝炎とは血液製剤によるC型肝炎ウイルス感染問題である（とくに出産の際の出血を止める目的で使用された）。上記のように血友病 HIV 感染者には血液製剤によって救われたという語り（思い）があるのに対して、薬害肝炎に巻き込まれた人々においてはそうした思いは聞かれない。逆に、血液製剤などに対する怒りや非難をよく耳にする。血友病患者にとって、血液製剤（1980年代半ばから、加熱処理などによって HIV を不活化できるようになった）は感染が判明した後も血友病治療のために使い続けなくてはならなかった、まさに不可欠な薬であった。他方で、薬害肝炎の場合、極端な言い方をすれば、たった一回の治療でまさに感染させられてしまった人たちである。確かに血液製剤による感染という点で、血友病 HIV 感染者と薬害肝炎はひとつにくることができる。しかし、血液製剤に対する評価は正反対である。こうしたことから、血液製剤をめぐる多様な思いが見えてくる。どのようなコンテキストで捉えるのかによって、まったく異なってくるということも伝えている。

さらに、インフォームド・コンセント（IC）にからめて、話を展開させてもいる。1980年代にはまだ IC が制度化されていなかった。かりに IC が制度化されていたとしても、不確実な状況の下で何を知らせることができるのかという問題が生じたであろう。しかしながら、何も知らされないよりは、不確実であることを含め、くわえて日々更新される事柄を告げてもらい、そして、その都度、意思決定をおこなうこと＝「成解」を作り上げていくことのほうが良いとも考えられる。成解とは、「普遍的（universal）ではなく、常に、空間限定的（local）で、かつ、時間限定的（temporary）な性質をも」ち、「修正と更新に向けて開かれている」解を意味する（矢守他編 2011：9-10）。補足として記しておけば、対概念として、「どのような現場にも、また、いつの時点でも普遍的に妥当する真理・法則性」としての「正解」がある（矢守他編 2011：9）。

実際、HIV 感染を被ったある血友病患者は医師（主治医）を一切非難せず、逆に「信用（信頼）」を寄せている。その理由として、自分が訊いたことに対して答えてもらったから——「（自分が訊いたことに：筆者補足）みんな答えてもらえたから、（略）、疑う余地ないですよ（2013年7月聞き取り）」——と語る。それに対して、血友病 HIV 感染者からすると、（答えず）逃げた——血友病の患者会などから離れた（血友病治療から撤退した）——ように見える医師は未だに非難され続けてもいる。こうした事実から、医師－患者関係において二つの重要な論点を取り出せることを伝える。第一は不確実であっても患者に知らせて（不確実であるからこそ告げて）、いっしょに成解をつくりあげる重要性である。第二は不確実性によって起こったことであっても、関わり続ける重要性である。以上のような内容を、多くの資料を交えながら詳しく説明していくと、最終授業が終わる頃には学生の薬害エイズに対する意識は劇的に変わる。全講義を通した感想を求めると、例えば上でドキュメンタリーの感想を挙示した学生の場合、薬害エイズに対して以下のような考えを持つにいたる。

薬害エイズの問題は、様々な問題が複雑に絡み合った結果発生した社会問題なのだとわかった。それまでは、役所と悪役の医師がいて、金儲けのために、非加熱製剤を用いて血友病患者が HIV に感染してしまったという、ある意味単純な事件だと思っていた。しかし、その背景には、血液製剤の開発状況や患者の利便性などが影響していたり、(略) その当時は AIDS のリスクが血友病のリスクよりも過少に評価されていたことなど、(略) 非常に判断の難しい事柄が重なっているのだと知った。それを、このように捉えることができたのも、講義の中でひとつひとつ、当事者の方々の語りなどを聞いて、解説を受けたからだと思う。(略) 物事を見る時には偏ったフレームをかけて考えるのではなく、背景まで考えることの重要性をあらためて提示しているのがこの薬害エイズの問題であったように思う。(2019 年度 1 年生感想)

6-3. むすび

理念的に語れば、医学教育への社会学の寄与とは良い医療者を育てることにある。手前味噌なことを書くと、薬害エイズの考察内容——とくに不確実な状況の下での意思決定のあり方——は、良い医療者になるためにわきまえておくべき知識であると考えている。

ただ、医学教育において良い医療者に育てる前段として、国家資格をとらせなければならぬ。そのため、国家試験対策教育が重視される。良い医療者にするための必要条件の一つとして国家資格取得(医療者にする)があると考えるならば、医療者教育と国試対策教育とが対立するわけではないと思われる。

多くの医学部において、目に見える評価指標のうち非常にウリになるのが国家試験の合格率である。したがって、後者の国試対策教育に重きを置いてしまいうる。国試対策教育には大きく二つの要件があると思われる。第一に国家試験の出題範囲を満遍なく教える必要性である。授業時間が限られているため、どうしても広く・浅くとなってしまう。第二は「正解があること」である。CBT や国家試験において、正解が一義的に決まらない問題は出題されない。言い換えると、確定済みの事実(のみ)が授業において教えられなければならない。

筆者が担当している医療社会学は選択科目なので、コアカリをふまえつつも比較的自由に授業内容を構成できている。しかし、国試対策系の授業に組み込まれたならば(具体的には 6 年生の授業科目——「統合講義」という名称である——がそうである)、今のような 14 回(1 回 50 分授業)すべてを薬害エイズに対する解説にあてるような授業はできなくなり、例えば薬害を扱うにしても、これまで起こった薬害を網羅した内容(広く・浅く・確定した事実)に変えざるを得なくなるだろう。また、学生が試験対策を求めるならば、現在筆者がおこなっている内容ではミスマッチになりうる⁹⁾。

広く・浅く・確定した事実といった内容への変更は、薬害に関してはいわゆる「正史」となっていることを淡々と述べればすむ話なので簡単ではある。しかし、それでは正史を追認しかしない、正史が触れていないことには踏み込まない、ような内容になってしまうだろう(注釈 8 に留意のこと)。薬害エイズの正史から「成解」の重要性を導くことは難しい(なぜならば、正史は当時 HIV のリスクは確定しており、避けて当然という前提で、構成されているからである)。この点から、良い医療者を育てることへの障壁として、国試対策教育

が立ちは大かるかもしれないというのが、筆者の懸念である。

そして、社会学がコアカリに組み込まれれば組み込まれるほど（制度化されると）、言い換えれば、CBT や国家試験の要件になればなるほど、国試対策教育に関わらざる得なくなる。そうしているうちに、良い医療者を育てることへの寄与という目的（理念）が、いつの間にか別のものに変質してしまっているかもしれない。こうしたことへの留意も教育に携わる者において必要であろう。

注

- 1) CBT と OSCE は、学生が臨床実習に入れるレベルに達しているかどうかを確認するための試験である。前者は医学的知識の修得を評価するために、文字通り学生がコンピュータで受ける（2 万問以上の問題がストックされており、そのなかから学生ごとに無作為に出題される）。後者は模擬患者を使ったりして、患者への接し方（コミュニケーションのはかり方）などを評価する試験である。
- 2) コアカリが 2016 年度に改訂され、新たな項目（B-4）として「医療に関連のある社会科学領域」が追加となった。医学部ではコアカリへの準拠の必要性から、社会科学系の科目を新たに設定するか、もしくは設定しないのであればコアカリに載っている事項を既存の科目で取り扱わなければならないとなった（ただし、それほど強い縛りではないと思われる）。筆者の勤める医学部では、筆者が在籍していたので改定前から二つの社会学系科目が設定されていた。
- 3) 社会科学系科目において取り扱うことができる内容は、コアカリの B-4「医療に関連のある社会科学領域」だけではない。例えば本文で触れているように、筆者はコミュニケーションについても教えている（コアカリ A-4「コミュニケーション能力」）。コアカリの読み込みのいかんでは、もっとトピックを広げることも可能であると思われる。
- 4) ドキュメンタリー「薬害エイズ患者 最後の証言」は、NHK のアーカイブスで閲覧可能である。
- 5) 1 年生対象の授業なので、血友病など医学的知識の概略を必要とする。
- 6) 1990 年後半に HIV 感染症に対する効果的な治療法が現れるまで、多くの血友病 HIV 感染者が鬼籍に入り（例えば 1994 年には最も多い 69 人が死亡し、ドキュメンタリーにおいても「5 日に 1 人のペースで亡くなった」というようなナレーションがつけられてもいる）、本文でも述べたように悲惨な状況にあった（エイズ予防情報ネット 2021）。
- 7) ただし、ドキュメンタリーの後知恵を強く言いすぎると、当時、過酷な状況にあったことが薄らいでしまいうるので、批判の仕方には注意が必要である。
- 8) 近年、レギュラトリーサイエンス財団などが編集した薬害関連のいわゆる教本も出版されている（医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団編 2012、2013、2016）。そこには事柄の「不在」がないわけではない（記述ないし取り上げられる事柄のマタイ効果が起こっており、ある事柄は確実ないし頻繁に記述されるのに対し、ほぼ記述されないそれもある）。この点で、こうした二次（三次）資料を授業で使う時には留意が必要である。
- 9) 6 年間を通して——1 年生の時に受講——最も興味を持った授業だったと評価してくれている学生もいる（筆者に親しみを感じてくれていると思われる）。しかしながら、卒業試験対策ないし国試対策に迫られる 6 年生という時点で、薬害エイズを中心にした講義を受けた場合、そのような評価になるかどうかはわからない。

参考文献

- エイズ予防情報ネット、2021、「血液凝固異常症全国調査事業」<https://api-net.jfap.or.jp/library/project.html>（取得日 2021年4月20日）
- Fox, R. C., 2003, *Conversation in Japan : Interview made on 12 and 27 April 2001 Tokyo ; The Human Condition of Medical Professionals : Lecture made on 26 April 2001 in Tokyo*, Misuzu Shobo Ltd. (=2003、中野真紀子訳『生命倫理をみつめて——医療社会学者の半世紀』みすず書房)
- 飯塚敦夫、1981、「頭部外傷と頭蓋内出血 a 内科的治療」、吉田邦男他監修『血友病』全国ヘモフィリア友の会
- Institute of Medicine, 1995, *HIV and the Blood Supply : An Analysis of Crisis Decisionmaking*, National Academy Press. (=1998、清水勝他訳『HIVと血液供給』日本評論社)
- 一般財団法人医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団編、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
- 一般財団法人医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団編、2013、『日本の薬害——薬事規制と社会的要因からの考察』薬事日報社
- 一般財団法人医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団編、2016、『知っておきたい薬害訴訟の実態——企業リスクの最小化を目指して』薬事日報社
- 文部科学省、2017、『医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成 28 年度改訂版』
https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf（取得日 2020年6月18日）
- 種田博之、2019、『パラドクスとして薬害エイズ——医師のエートスと医療進歩の呪縛』新曜社
- 矢守克也他編、2011、『防災・減災の人間科学——いのちを考える、現場に寄り添う』新曜社
- 輸入血液製剤による HIV 感染問題調査研究委員会編、2009、『輸入血液製剤による HIV 感染問題調査研究最終報告書 医師と患者のライフストーリー 第3分冊 資料編 患者・家族の語り』特定非営利活動法人ネットワーク医療と人権

<参考資料 1> 専門教育と社会学教育 WG 委員および検討経過

2018-2021 年度 専門教育と社会学教育 WG 委員

丹辺宣彦（名古屋大学）

天田城介（中央大学）

丸山里美（京都大学）

檜田美雄（神戸市看護大学）

黒田浩一郎（龍谷大学）

<検討経過>

第 1 回社会学教育委員会

2018 年 12 月 2 日（日）10:00～12:30／中央大学後楽園キャンパス 6701 教室

第 2 回社会学教育委員会

2018 年 2 月 27 日（水）16:00～19:00／中央大学後楽園キャンパス 6701 教室

◆専門教育と社会学教育 WG 第 1 回会合

2019 年 7 月 18 日（木）16:30～19:30／立命館大学茨木キャンパス A 棟応接室 1

第 3 回社会学教育委員会

2019 年 7 月 21 日（日）09:30～12:30／中央大学後楽園キャンパス 6701 教室

第 4 回社会学教育委員会（◆専門教育と社会学教育 WG 第 2 回会合と合同開催）

2019 年 10 月 5 日（土）11:00～13:20／東京女子大学 7 号館 2 階 7208 講義室

◆専門教育と社会学教育 WG 第 3 回会合

2020 年 2 月 29 日（土）15:00～18:00／京都大学本部構内文学部校舎共同研究室

第 5 回社会学教育委員会

2020 年 3 月 14 日（土）13:00～17:00／中央大学後楽園キャンパス 6701 教室

第 6 回社会学教育委員会

2020 年 7 月 18 日（土）13:00～16:00／オンライン開催

◆第 1 回社会学教育実態調査 WG

2020 年 9 月 11 日 13:00～16:00／オンライン開催

◆第 93 回日本社会学会大会 社会学教育委員会企画セッション

2020 年 11 月 1 日（日）9:30～12:30／オンライン開催

第7回社会学教育委員会（第2回社会学教育実態調査WGと合同開催）

2020年11月14日（土）13:00-16:00／オンライン開催

第3回社会学教育実態調査WG

2021年1月15日（金）10:00～13:00／オンライン開催

第8回社会学教育委員会

2021年3月9日（火）10:00～13:00／オンライン開催

◆第4回社会学教育実態調査WG

2021年5月18日 10:00～12:30／オンライン開催

第9回社会学教育委員会

2021年7月9日（金）15:00～17:00／オンライン開催

第5回社会学教育実態調査WG

2021年8月3日（火）10:00～12:00／オンライン開催

第10回社会学教育委員会

2021年9月17日（金）10:00～12:00／オンライン開催

第11回日本社会学会社会学教育委員会（予定）

2021年10月30日/11月13日（土）時間未定／オンライン開催

執筆者一覧（掲載順、敬称略）

天田城介	中央大学文学部教授
丹辺宣彦	名古屋大学大学院環境学研究科教授
檜田美雄	神戸市看護大学看護学部教授
黒田浩一郎	龍谷大学社会学部教授
星野晋	山口大学国際総合科学部准教授
種田博之	産業医科大学医学部講師

2018-2020 年度 社会学教育委員会

委員長 丹辺宣彦（名古屋大学）
副委員長 天田城介（中央大学）
委 員 小松丈晃（東北大学）
中西祐子（武蔵大学）
濱中淳子（早稲田大学）
松谷満（中京大学）
丸山里美（京都大学）
丸山真央（滋賀県立大学）

社会学は医学専門教育カリキュラム改革にいかに関与できるのか
社会学教育委員会（2019～2021 年）報告書

2021 年 10 月 30 日発行
編集・発行 日本社会学会 社会学教育委員会（2019～2021 年）
