

京都大学	博士(文学)	氏名	加藤源太
論文題目	医療をめぐる二種類の知の葛藤と接合に関する社会学的研究 — 現代日本の臨床現場の事例から —		
<p>(論文内容の要旨)</p> <p>本研究は、医療現場における専門知と総合知について、そのありようを質的調査によって明らかにすることを目的とするものである。</p> <p>まえがきにて、本研究を行うにあたっての動機を、医師としての著者のキャリアにも言及しながら説明した。</p> <p>第一章では、専門知と総合知の議論は、古くから脈々と論じられてきた主客二元論の対立の議論のなかに典型的に認められ、医療においても、両者は片や客観的合理性に裏打ちされた専門知、片やそれらの知で規定できない、日常生活において私たちが共有する価値体系を反映した総合知として認められている。しばしば、専門に偏った医療が批判され、幅広く患者に対応する医療、プライマリ・ケアが賞賛されることがあるが、現実には両者は必ずしも対立するものではなく、これらは共に医療を根拠づける知として意義をもつものであり、その関係や位置付けについて質的研究によって明らかにするという本研究の主旨を紹介した。本研究の主たる対象は医療現場における「実践知」とするが、同時に、医療について記述された知の体系である「記述知」、人々の日常生活を貫く価値体系である「社会知」が医療に及ぼす影響も考慮しながら、分析を行っていくことを示した。</p> <p>第二章では、主客二元論の対立の議論に加え、医療社会学における専門職論や、医師教育にまつわるこれまでの議論の中に本研究を位置づける試みを行った。専門職論にあっては、専門職の要件とされている、高度な技能の運用と、クライアントの利益重視とが、医療において専門知を支える根拠、総合知を支える根拠となるため、その担い手である医師において両者の調停がいかになされるのかが本研究の課題であり、専門職論に対する知見として期待できる点であることを確認した。医師教育にあっては、医療業務が医師になかば独占されていることから、医師集団という実践共同体内の知識や技能の授受として医師教育を位置付けられることを指摘した。一方で、近年日本において整備された臨床研修制度では、実践共同体でみられる上司と部下の濃密な人間関係や、専門領域を同じくするといったアイデンティティの共有が、複数診療科をローテートする研修方式となったために困難になっていることを具体的に分析することで、医師教育にまつわる新たな知見の導出が期待できることを示した。</p> <p>第三章では、医療現場において専門知と総合知が混交する典型的な場面として、救急医療の現場、および研修医教育の現場を例に示した。救急医療の現場を例としたのは、診断がついていない患者に対して専門知によって編制された専門治療を提供する</p>			

結節点にあたるという点で好適と考えたからである。研修医教育の現場を例としたのは、臨床研修制度の導入により、総合的に親和的なプライマリ・ケアの教育が専門知に親和的な専門医によって行われる事態がもたらされたからである。また、救急医療の現場に対しては参与観察を、研修医教育の現場に対してはインタビュー調査を行って第四章以降の分析の一次資料としているが、本章においてそれらの調査手法についての説明も行った。

第四章では、参与観察を行った総合病院の救急外来において、診断がつかない、あるいは多岐にわたる患者に対して主治医が決定される過程に焦点をあてた。患者の傷病に対し、専門医が主治医となって治療にあたるという一般的な認識に対し、実際には患者の疾患がしばしば多岐にわたり、それに一対一対応できる主治医が決定できない事例があることや、その決定が交渉やルールによって行われることがあるという実態を明らかにした。また、専門知および専門医のみで患者への主たる対応が完結できるわけではないことや、専門医が専門外の患者を忌避する事態が存在するなど、専門知の弊害とみられる事例について検討を行った。

第五章では、医師教育に議論を移し、まず、専門的な技能の提供が是とされる専門職にあっても、技術的な誤り以上に、ミスを隠したりするなどの道義的な誤りに対し指導医は厳しくコントロールを行うというボスクの自己コントロール論を紹介した。その上で、同じ時期に同じ医療機関で研修医教育に携わっていた2名の指導医へのインタビューを分析した。内分泌内科という専門診療科の指導医においては、ボスクが述べた自己コントロールを是とする傾向がみられた。一方、救急医療分野の指導医においては、道義的誤りへの介入はそれほど目立たず、逆に他の診療科の専門医に対し、彼/彼女らが専門知を独占的に振りかざし、他の介入を拒もうとする姿勢を懸念する傾向が確認された。

第六章では、指導医18名へのインタビュー内容を分析したが、研修医への対応は大きく三つに分けられた。まず、プライマリ・ケアを重視する研修医制度の理念に賛同し指導内容も指導ガイドラインに準拠している「直接的受容」の事例(4名)、それまでの指導内容を改めるとともに、研修医の意欲や態度によって指導内容をさまざまに変えている「消極的受容」の事例(12名)、必須科目であるために研修医がローテートしてくることを、自分たちの医療を示す好機ととらえ、自分たちが行っている医療の魅力を伝えることに注力している「打算的受容」の事例(2名)に分けることができた。そのなかで、以前では専門医療を指導していた専門医は、今ではプライマリ・ケアに沿った教育へと改める必要が生じたが、その内容が指導医の普段の診療とかけ離れているためにそれがあがる意味で「よそ行き」の指導となってしまう結果、研修医を教育しているという手応えがあまり残っていないことが示唆された。

第七章では、18名の指導医から指導を受けた研修医に対するインタビューについて分析を行った。6名の被面接者のうちプライマリ・ケアに関心のある研修医は2名いた

が、彼らはさまざまな診療科を2カ月前後で細切れにローテート研修する形式が、各診療科の医療を修得するには短すぎて不十分であるという懸念を抱いていた。一方、将来の専攻をある程度定めており、専門医としての将来を想定している医師たちは、自分の将来の専攻に関連する領域に関する研修を重点的に行うなど、戦略的に臨床研修制度を活用しており、複数の診療科をローテート研修する臨床研修制度の研修システムについても概して肯定的な認識を抱いていることが確認できた。

第八章では、これまでの内容を再確認するとともに、医療における専門知と総合知の関係についての整理を再度行った。総合知にもとづく医療を位置は、ともすれば専門知にもとづく医療の残余領域となるため、その内容を明確に定義づけることが困難である。このことについて細かく論じるとともに、研修医に対してプライマリ・ケアの教育を行うにあたっては、各専門医にプライマリ・ケアの能力を養うことを主とするのか、プライマリ・ケア医を養成することを主とするのかの方向性を定めることが重要であると指摘した。

あとがきでは、本研究で論じた題目が、一方で高齢化社会におけるよりよい医療のありかたを考えるにあたって、他方で医療の質を保ちながら高騰を続ける医療費をいかに抑制していくかを考えるにあたって重要な論点であることを述べ、本研究の更なる敷衍が必要であることに言及した。

(論文審査の結果の要旨)

本研究は、研修医の臨床教育を題材にして、医療現場における専門知と（プライマリ・ケアに代表される）総合知との多様な接合様式をフィールドワークによって明らかにした独創性にあふれた医療社会学的論考である。本論文はまた2001年から2004年まで、大規模総合病院の救急医として勤務しながらおこなった参与観察、および2006年から2011年まで断続的に実施した新研修制度導入以降の研修医、指導医に対するディープ・インタビューにもとづくきわめて貴重な医療社会学的モノグラフでもある。

本研究の社会学的意義は以下の3点に要約される。第一の意義は、知識社会学的貢献である。近代社会における秩序構築が、分業と専門分化によって支えられてきたことはE. デュルケームやM. ウェーバー以降の社会認識の基本だった。これに対して、非人格的な専門分化の増大が逆機能となって社会の機能不全をもたらすことや、知の細分化が日常生活からの乖離や断絶をうみだし人びとにとって抑圧的になることへの批判が、R. マートンやJ. ハーバーマス、H. ベッカーなどから指摘されてきた。本論文は、こうした知の専門分化が、現実には多元的な回路で生起しており、一元的な専門化—総合化の議論ではとらえることができないことを、医療現場の実証的研究を通して明らかにした。本論文は、医療現場において作用する知を、まず記述知(学術知)、実践知(経験知)、そして日常生活を貫く価値体系である「社会知」(生活知)という理念型に区分し、そのうえで医師が患者と接し判断する実践知の位相を基点として、そこに働く専門知と包括(総合)知の葛藤、対立、棲み分け、妥協、支配といった接合の様式を豊富な事例をもとに解明していったのである。

本論の第二の意義は、医療専門知を批判する(医療)プロフェッション論における貢献である。近代医療体制における医師と医師が独占する知識については、プロフェッション論の立場から批判的にとらえる視点が支配的であった。こうした視点は、1960年代後半E. フリードソンなどによって展開された激しい専門職(プロフェッション)批判として登場した。フリードソンは専門職の知識の権威が、当人たちの努力や資質ではなく、国家によって独占を保証され他者の自由アクセスが禁止された点に依拠していることを批判した。患者はたとえ疾病や苦痛といった自分の身体に関わる問題であっても、その差配を原則的に専門職に委ねることしかできなかつたのである。しかし本論は、こうした従来のプロフェッション批判の単純な二項対立図式に対して懐疑的であり、自身が医師=社会学者でもあるN. クリスタキスの議論を発展させる形で、それを超克するモデルを提示している。クリスタキスは、専門性へと向かっていく医療と、全体的存在としての患者にケアを提供しようとする医療とは、単純な二項対立の図式に回収できる性質のものではなく、実際には医療現場において双方が混在し、相互に影響を及ぼし合いながら日常の医療が成立していることを早くから指摘してきたが、その相互作用の内実とメカニズムについては十分解明したとはいえなかつた。本論文は、現場における複数の知の接合様式の観点からこの問題にアプローチした日

本における最初の試みであり、国際的にみても高く評価されるものだ。

本論文の第三の、そして最大の意義は医療現場における知の生成過程を実証的に解明した医療社会学的貢献である。厚生労働省は、2004年4月から新卒医師の臨床研修を必修化した。これによって「内科、外科、救急部門」を「基本研修科目」、「小児科、産婦人科、精神科及び地域保健・医療」を「必修科目」として2年の期間中に研修することが義務づけられた。これまでの制度を根本的に変更するこの試みを生み出したのは、医療知と実践の専門分化化の増大に対する反省だった。新制度においては「専門に偏らない、幅広い能力の修得」が大きな目標として掲げられ、具体的には「プライマリ・ケア」重視の姿勢が打ち出された。それは、専門知よりも総合知に立脚した医療能力を修得すべきという明確なメッセージだった。しかしこの新制度は2010年には、必修カリキュラムが「内科6か月、救急3か月、地域医療1か月」に短縮され、専門知を志向する研修医の選択の自由度が大幅に認められた。本論文は、新研修制度の導入と修正の時期に研修を受けた医師と、研修を受け容れた指導医がこの制度をどのように認識し、この制度の背景にある専門知と総合知の「絡み合い」にどのようにして対処していったのかをたねんに分析することを通して、医療現場における知の生成過程を生き活きと描き出すことに成功している。

本論文は、新制度に対する指導医の対応を、「総合知」重視の趣旨をそのまま承認する「直接的受容タイプ」、「専門知」重視の従来 방식을維持しながら表面上は受容する「消極的受容タイプ」、「総合知」重視を「建前上」受入たうえで自分自身の知のバランスにそって制度を換骨奪胎する「打算的受容タイプ」に3類型した。そのうえで、「打算型受容」に着目して、新制度における「総合知」「プライマリ・ケア」重視を、それぞれの指導医が自らの専門知を発展させる形で創意工夫を凝らして（総合知の発展をうたいながら）再創造していく過程を鮮やかに描くことに成功したのである。

このように本論文は、これまで参与観察やディープ・インタビューが困難だった医師の認識と実践の世界に深く入り込みながら、そこにおける知の生成過程を解明した点で画期的な論考と評価できる。

とはいえ本論に問題がないわけではない。医療現場における知のなかでも重要な「生活知」については、その重要性の指摘があるだけで分析の対象から除外されていること、それと関わって、現場における知の生成の担い手である医師以外の人びと（患者、家族や看護師など）の役割が考察されていないこと、さらにインタビューの対象者の属性、世代、勤務病院のタイプの代表性・全体性、さらにはサンプル数などに問題を抱えている点などの克服は、今後の課題である。しかしながら、こうした弱点も本論の意義を損なうものではない。

以上、審査したところにより、本論文は博士（文学）の学位論文として価値あるものと認められる。なお、2012年10月4日、調査委員3名が論文内容とそれに関連した事柄について試問した結果、合格と認めた。