

「教育の困難」

——薬害にかんする公式見解と社会学的発見のずれ——

The Difficulty of Education about Drug-Induced Sufferings (DIS): Differences between the Victim Association's Official Position and Sociological Findings

種田 博之*

要 約

日本社会はいくつもの薬害を経験してきた。近年、社会学の領域において薬害にかんしてあらためて考察がなされ、新たな知見が見られるようになってきている。

医師は処方権を有する。言い換えれば、薬害を発生させる要因の一つとして医師の判断（見識）があるということである。医師に対して薬害にかんする新しい知見の提示は意義のあることだと考えられる。しかしながら、新しい知見を医師教育ないし医学教育のなかに取り入れようとする、「困難」に出くわす。すなわち、「教育の困難」である。本稿は、「教育の困難」の要因として医師養成制度があることを明らかにする。

Abstract

Japanese people have experienced several drug-induced sufferings (DIS) since the end of World War II. DIS have been investigated further from

* 産業医科大学医学部講師

sociological perspectives in recent years. And sociologists have been making new discoveries about DIS.

A medical practitioner has complete authority to prescribe for a patient. In other words, the medical practitioner's discretion is at least partly responsible for DIS. It is considered essential to provide the medical practitioner with sociological findings on DIS. But when medical educators (sociologists) incorporate the new sociological insights into medical education, they fall into difficulties, i.e., 'the difficulty of education'. The aim of this paper is to examine that the system to nurture medical practitioners becomes the most important factor in 'the difficulty of education'.

キーワード：薬害肝炎、公式見解、社会学的発見、記述の不在、教育の困難、
医師養成制度

Key words : hepatitis infection caused by contaminated blood products, official position of victim association on DIS, sociological findings, absence of description, difficulty of education, system to nurture medical practitioners

1. 問題の所在

周知の通り、これまで日本社会はサリドマイド薬害や薬害エイズなどいくつもの薬害を経験してきた¹⁾。そうした薬害のうち、詳しくは後述する薬害肝炎は2002年に係争化し、2008年に政治決着が図られた。同年、厚生労働省は、薬害肝炎の発生・拡大原因などを検証するために「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」——以下、検討委員会と略記——を設置した。検討委員会は、2010年に「薬害再発防止のための医薬品行政等の見直しについて（最終提言）」——以下、「最終提言」と

略記——を取りまとめた（厚生労働省 2010）。「最終提言」は、初等中等教育ならび卒前／卒後の医学部・薬学部・看護学部教育における薬害教育の重要性などを説いていた。これをうけ、前者においては中等教育用に「薬害を学ぼう」というパンフレットが作成され、2011年より配布されている（厚生労働省 2011）。後者の場合、卒前の医学部・薬学部・看護学部教育において、薬害の被害者（当事者）を招いて体験談を聴くなどの教育がなされている。また、例えば製薬企業内などでの研修用として、薬害にかんする教本（啓発・教育するための本）も出版されている（日本公定書協会 2011；医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団 2012, 2013, 2016；川西他編 2023）。まさに「最終提言」がいわゆる「薬害教育」の契機になったのである。

薬害に対する社会学的考察の嚆矢として、逸脱論——企業の組織犯罪の視点——から捉えようとした宝月誠らの研究がある（宝月編 1986）。ただ、宝月らの研究書は 1986 年に出版されており、その後には表面化（社会問題化）した薬害エイズなどの薬害は分析対象に入っていない。2000 年代に入って、薬害エイズが調査されるようになった（輸入血液製剤による HIV 感染問題調査研究委員会編 2009）。そして近年、薬害エイズなどを分析対象にした新たな知見も見られるようになってきている（種田 2019；本郷他編 2023）。

おうおうにして、社会学的な新たな知見は被害者（当事者）の自明性を揺るがしてしまう。例えば社会学者の考察結果とインフォーマント（当事者）のリアリティの食い違い（ずれ）である。このような場合、研究者は大きく 3 つの困難に出くわす。第 1 は、（大きく）食い違ったとき、研究者はインフォーマントを傷つけてしまいという「研究・調査倫理上の困難」である（種田 2011）。その結果、第 2 として、研究者が論文などで考察結果を公開することをインフォーマントが拒否してしまうかもしれないという「発表の困難」が現れる。第 3 は、仮に発表できたとして、その新しい知見を教育、とくに医学（部）教育に取り入れようとするときに生じる「教育の困難」で

ある²⁾。

前者の2つはインフォーマントとの関係から生じる困難である。それに対して、第3の「教育の困難」はインフォーマントとのそれというよりも、別の次元である医学（部）教育制度に由来する（インフォーマントとまったく関係がないわけでもない）。本稿はこの医学（部）教育における「教育の困難」と医師養成制度に焦点をあてる。

医師には処方権がある。言い換えれば、薬害を発生ないし拡大させる要因——逆に最小限に防ぐ要因——の1つとして、医師の判断（見識）をあるということである。この点から、学生（ないし医師）が薬害にかんする社会学の新しい知見に触れることは意義があると思われる。しかしながら、医学（部）教育にて新しい知見を教えようとする、とたんに困難に出くわす。医学（部）教育において、なぜ新しい知見の教育が容易ではないのかを、医師養成制度の点から明らかにすることが、本稿の目的である。

本稿の構成は以下の通りである。まず、2章で本稿の分析対象である薬害肝炎について概説する。3章は薬害肝炎についての記述の有り様を考察する。すなわち、知識の組織化の差異あるいは「記述の不在」が、新しい知見（社会学的発見）としてあることを示す。4章は、医学（部）教育における新しい知見の教えにくさについて見ていく。

2. 薬害肝炎にかんする事柄の概略

上述したように、薬害肝炎の「最終提言」において薬害教育の必要性が謳われていた。つまり、「最終提言」が薬害教育を水路づけた大本（発端）である。そのため、いずれの薬害教本——以下、教本と略記——においても薬害肝炎は必ず紹介されている。したがって、本稿では「教育の困難」の事例として薬害肝炎を取り上げる。本章では薬害肝炎にかんする事柄を概略する。

まず薬害肝炎について簡単に確認しておこう（薬害肝炎全国弁護団編 2012; 種田 2023）。薬害肝炎とは、止血時に使用された血液製剤——フィブリノゲン製剤ないし第Ⅸ因子製剤——のなかに、C型肝炎ウイルスが混入していたことで起こった感染被害であり、加えてC型肝炎の発症によって、肝がんのような致命性が高い疾病の合併をもたらした健康被害である（また、感染症であることから、差別などの社会的な被害ももたらした）。血液製剤による感染被害は1964年から1994年ぐらいまで起こっていたとされる³⁾。そして、薬害肝炎訴訟は2002年に始まり、2008年に議員立法で「被害者」救済のための法律＝「特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法」——以下、薬害肝炎救済法と略記——が制定され、解決が図られた。前文の「被害者」という括弧付の表記は意図しておこなっている。その理由は後（3章）で示す。

以下、補足説明をおこなう（既知のことであれば、次章まで読み飛ばしていただいてもかまわない）。

薬害肝炎の原因はC型肝炎ウイルスに汚染された血液製剤にある。その血液製剤について補足しておく。血液製剤とは、「人の血液又はこれから得られた物を有効成分とする医薬品」（厚生労働省 2019: 6）である。血液製剤には、外延として輸血用血液製剤——赤血球や血漿などの成分ごとに加工した血液成分製剤——と血漿分画製剤がある。血漿分画製剤は血漿から特定のたんぱく質を取り出して造られる製剤である。凝固因子（たんぱく質）を分離精製した製剤が血液凝固因子製剤である。血液凝固因子製剤の外延として、薬害肝炎の原因となったフィブリノゲン製剤と第Ⅸ因子製剤がある。この2つは先天性凝固異常症——先天性フィブリノゲン欠乏症ならびに第Ⅸ因子を欠く血友病B——の治療薬である。

C型肝炎についても補足しておく。C型肝炎は、文字通り、C型肝炎ウイルス感染によって生じる肝臓の疾患である。C型肝炎ウイルスは1988年に

発見された。発見以前は「非 A 非 B 型肝炎ウイルス」と呼ばれていた。また、発見されるまで C 型肝炎ウイルスを不活性化しきれていなかったために混入してしまい、血液製剤による感染をもたらした。例えば C 型肝炎ウイルス対策が組み入れられまで、血液製剤の 1 つである輸血用血液製剤による感染は 8.7% あった（北海道赤十字血液センター 2019）。

C 型肝炎は、発症当初ならびに慢性肝炎にいたっても、症状らしき症状があまり出ない。時間経過とともに重病化する致命的の高い疾患であり、20 ～ 30 年かけて徐々に肝硬変・肝臓がんが増悪する。とくに、自覚症状がないので、気がついた時には手遅れになってしまっていることもある。薬害肝炎として係争化した 2000 年代前半の C 型肝炎患者の置かれた状況は、肝硬変から肝臓がんが増悪する割合は年 7%、肝臓がん死亡者数は全がん中 4 番目の多さで、5 年生存率は 9% であった（薬害肝炎全国弁護団 2012）。

2010 年代半ばまでの主たる C 型肝炎の治療方法は、インターフェロン——「ヒトの身体にウイルスなど異物がしたときにその増殖を抑えるために体内で作られる蛋白質の一種」（薬害肝炎全国弁護団 2012: 52）——が用いられていた。静脈注射でインターフェロンを輸注して、免疫を高めてウイルスの増殖を抑えるという治療方法であった。しかしながら、その治療効果は弱く、ウイルスを排除して完治できたのは全患者の 20% 弱であった。ただ、2010 年代半ばに C 型肝炎治療は劇的に進歩し、ウイルスに直接作用して増殖を抑える経口の直接作用型抗ウイルス薬が現れて、C 型肝炎ウイルスを体内から排除できるようになっている。ただし、この治療薬では肝炎の炎症によって壊れてしまった細胞は治せないで、経過観察を必要とする。

薬害肝炎についても補足しておく。薬害肝炎の「被害者」は、出産時や外科的手術時の出血を止めるために知らないうちに（説明もなく）血液製剤を使用された、いわゆる患者である⁴⁾。「最終提言」において「被害者の被害実態の調査」が報告されている（厚生労働省 2010）。回答した「被害者」数は、患者 880 名／遺族 54 名である。「被害者」本人が回答している「患者に対す

る調査」結果を挙示すると、回答者の約 8 割が女性で、血液製剤が投与された理由として、出産時の出血 63%、外科的手術 29%である。使用された血液製剤は、フィブリノゲン製剤 93%、第Ⅸ因子製剤 7%である（第Ⅸ因子製剤は出血がひどい場合に使用されたようである）。とくに 1970 年代半ば以降、産科領域でフィブリノゲン製剤の使用が常態になっていたようである。

3. 薬害肝炎にかんする記述の社会学的分析

本章の目的は薬害肝炎にかんする事柄の記述を社会学の視点より腑分けすることにある。分析対象となる資料は教本である。2 章も教本などを使用してまとめている。この点で、本章の論述は 2 章のそれと、重複している（同じことを再度論述している）ように見えるかもしれない。しかしながら、分析視点が異なる——詳しくは後述——ということをあらかじめ述べておく。

『薬害肝炎裁判史』という文献資料がある。これは薬害肝炎全国弁護団が編修（編集）したものであることから、薬害肝炎に対する弁護団ならびに原告団の公式見解、ないしいわゆる「正史」であるとみなせよう⁵⁾。教本の薬害肝炎についての記述は、『薬害肝炎裁判史』あるいは「最終提言」などをふまえて、書かれていると思われる⁶⁾。原告や弁護士が薬害肝炎の章などを担当して執筆している教本もある（医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団 2012, 2016）。参考文献リストが付されていないものの、本文中に「最終提言」を直截参照して記述している教本もある（日本公定書協会 2011; 医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団 2013; 川西他編 2023）。

薬害肝炎を記述したものなかで、詳述しているのが『薬害肝炎裁判史』であろう。A5 判で総頁 584 頁である。他の教本は紙幅などの制約があるため（当然、薬害肝炎だけでなく他の薬害などについても挙示しなくてはならない）、例えば川西他編（2023）の場合、B5 判・総頁 612 頁中、薬害肝炎

についての記述は5頁である(川西らの本は、薬害にかんする世間一般向けの啓発本というよりも、副作用の視点よりまとめられた薬学系の教科書である)。また、厚生労働省が配布するパンフレット「薬害を学ぼう」はA4判で表紙・裏表紙を含めて総頁8頁しかないので、これまで起こった薬害をごく簡単に紹介するにとどまる。例えば薬害肝炎は以下のような説明である⁷⁾。

出産や手術の際に、止血剤として使用された血液製剤にC型肝炎ウイルスが入っていたために、多くの人がウイルスに感染し、慢性肝炎や肝がんなどの病気になりました。製薬企業の製造責任は重く、国は甚大な被害の発生、拡大を防止できませんでした。(厚生労働省 2011: 2)

このように記述量に差がある。言い換えれば、知識の組織化に違いがあり、『薬害肝炎裁判史』においては触れられているある事柄が、教本においては触れられていなかったりしている。すなわち、教本において記述のマタイ効果——富める者は富み、貧しき者は貧しくなる——が見られ、一方である事柄はほぼ触れられるのに対して、もう一方で他の事柄はまったく記述されないということが起こっている。この知識の組織化の差異、あるいは「記述の不在」が本稿の社会学的発見である。以下、まず3-1で(ほぼ)記述されることを、そして3-2で「記述の不在」を見ていく。

3-1 教本において記述される事柄

教本のなかで薬害肝炎はどのように記述されているだろうか。その記述を便宜的に5W1H——Who(だれが)、When(いつ)、Where(どこで)、What(なにを)、Why(なぜ)、How(どのように)——の視点から、整理してみよう。まず、上で挙示したパンフレット「薬害を学ぼう」の場合である。

Who、すなわち、薬害肝炎の登場人物は、「多くの人」、「製薬企業」、そして「国」の3者である。「多くの人」とは、当然、出産や手術での治療の際

に血液製剤を使用されC型肝炎ウイルスに感染してしまった患者である。別頁（3頁）で、「薬害とはどのようなものなのか被害者の声を聴いてみよう」とあり、「多くの人」は「被害者」でもある。それに対し、製薬企業と国は、上の説明文はそれらの責任を問うていることからわかるように、被害の原因をつくりだした者、いわゆる加害者の位置づけである。

次に When についてである。「薬害を学ぼう」には年表を模した頁（見開きの1-2頁）がある。各薬害の説明文が発生した時期付近に配置されている。上で挙示した薬害肝炎の説明文は、1970年代半ばから1980年代半ばぐらいの位置に置かれている⁸⁾。

そして Where である。あわせて How についても述べる。「出産や手術の際に、止血剤として使用された」とある。「出産」に留意するならば、とくに産科領域（Where）で、ということになる。そして、その場所でなされた止血剤＝血液製剤の投与という治療によって（How）、感染がおこったと説明されている。

最後に、What と Why を見ていこう。「多くの人」がC型肝炎ウイルスに感染してしまったのは、当該「ウイルスが入っていた」血液製剤の使用によってである。Why がC型肝炎ウイルスの血液製剤への混入、What が血液製剤にあたる。

では、他の教本においてはどのように記述されているだろうか。その記述は基本的に「薬害を学ぼう」と同じである（日本公定書協会 2011; 医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団 2012, 2013, 2016; 川西他編 2023）。ただ、パンフレットと違って紙幅に余裕がある分、もう少し詳しい説明がなされている。上での整理の仕方と多少順番が異なるけれども、まとめてみよう。

まず Who である。「薬害を学ぼう」の3者＝「多くの人」・「製薬企業」・「国」は、各々、「(フィブリノゲン製剤を投与された)患者(妊婦)」、具体的な「製薬企業名」、「厚生省」と表される。そして、後者の2者の問題点

(責任など)がより詳しく言及される(そのことは Why のところで扱う)。その3者に加えて、臨床現場の医師、とくに産科医が現れ、「感染に関する意識が希薄」(日本公定書協会 2011: 82)などと非難されることもある。

次に What の血液製剤についてである。教本では、以下のように、フィブリノゲン製剤に限定して記述される⁹⁾。本節における以下の議論も教本に倣い、フィブリノゲン製剤に限定する。

「血液製剤(フィブリノゲン製剤)による HCV 感染(C型肝炎事件)」
(日本公定書協会編 2011: 79)

「血液製剤(フィブリノゲン)による HCV 感染事件」(医薬品医療機器
レギュラトリーサイエンス財団編 2013: 56)

「フィブリノゲン製剤による C 型肝炎(薬害 C 型肝炎事件)」(川西他編
2023: 25)

さらに Where と How にかんしては(When もあわせて)、例えば 1987 年に起こった青森の産婦人科医院でのフィブリノゲン製剤による集団感染例などが紹介される。

最後に、When と Why である。C 型肝炎ウイルスへの感染、言い換えればフィブリノゲン製剤へのウイルス混入を「何度も止められる機会があった」(医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団編 2013: 70)とし、以下の4つの時点が紹介される。

第1が1964年のフィブリノゲン製剤の審査と製造・販売の承認である。厚生省(当時)は、十分な臨床試験のデータがなかった(製薬企業がきちんとした臨床試験をおこなっていなかった)にもかかわらず、製造・販売の承認してしまった。第2は1971年に導入された医薬品の再評価制度のすり抜けである。厚生省は、1967年9月30日以前に承認されたすべての医薬品を再評価しようとした(再評価の背景としてサリドマイド薬害の発生がある)。

フィブリノゲン製剤は再評価を受ける前の1976年3月に製品名変更——フィブリノーゲンからフィブリノゲンに変更——をおこなっていた。名称変更の承認によって、フィブリノゲン製剤は新規品目扱いになってしまい、再評価からすり抜けてしまった。第3は1977年12月の米国での出来事である。FDA（食品医薬局）は医薬品などの認可をおこなう米国の政府機関である。そのFDAが、フィブリノゲン製剤の効能に疑問があること、「肝炎（ないしB型肝炎）」の感染リスクが高いこと、そしてそのリスクがより低い他の製剤によって代替しうることを理由として、フィブリノゲン製剤の製造承認を取り消していた¹⁰。第4は、上で挙げた1987年の集団感染である。この4つの機会を厚生省や製薬企業が逸したために、薬害肝炎が起こった（被害が大きくなった）と指摘されている。

あわせて、原告や弁護士が執筆者の教本の場合——『薬害肝炎裁判史』においてはより詳細に——、フィブリノゲン製剤にC型肝炎ウイルスが混入した要因として、「売血の危険性」と「プール血漿の危険性」なども指摘される。フィブリノゲン製剤を含む血液凝固因子製剤用の原料血漿は売血由来であった（薬害エイズをきっかけとして1992年に献血由来に切り替わる）。売血の危険性について以下のように述べられている。

売血は献血と異なり、供血者が社会の最貧困の階層の人々に限られ、供血者の健康管理状態や管理衛生状態が一般に比して劣悪であることが多く、（薬害肝炎全国弁護団編 2012: 71）

そして、売血で得られた数千から数万人規模の血漿をひとまとめにして——そのひとまとめした血漿が「プール血漿」である——製造していた。この製造方法は、供血者が一人でもC型肝炎ウイルスなどのヒト血漿由来ウイルスに感染していたら、プールした原料血漿全体が汚染されて、血液凝固因子製剤に混入しうるものであった。このように、教本（ないし公式見解）では、

「売血の危険性」と「プール血漿の危険性」が非難されている。

3-2 教本における「記述の不在」

本節では教本における「記述の不在」を見ていく。そもそも記述量が大きく異なるので、『薬害肝炎裁判史』では触れられつつも、教本においてはそうではないことが多々ある。そうしたなか、当たり前のことだけれども、薬によってもたらされた「被害」のことを記述しない教本はない（これまた当然、『薬害肝炎裁判史』においては様々な「被害」が記述されている）。「被害（者）」が薬害にかんする記述の主要な要素（事柄）であるということである。したがって、この節では「被害（者）」の記述に着目する。「被害（者）」を記述する際の不在を、Who と What に焦点を絞って——誰が何（いかなる血液製剤）によってC型肝炎ウイルス感染したのか——、明らかにする¹¹⁾。

前節で確認したとおり、「被害」にかんし教本において必ず記述されているのが、誰が何によって感染を被ったのかということ、誰は出産や手術の「患者（ないし妊婦）」であり、何は「血液製剤（ないしフィブリノゲン製剤）」である。

上述したように、血液製剤は上位概念で、下位概念として輸血用血液製剤と血漿分画製剤が、さらに血漿分画製剤の下位概念として血液凝固因子製剤が、そしてその外延にフィブリノゲン製剤と第Ⅸ因子製剤がある。フィブリノゲン製剤と第Ⅸ因子製剤とは先天性凝固異常症の治療薬である。同じ製剤を使っていたのだから至極当然なこととして、先天性凝固異常症患者もC型肝炎ウイルスに感染していた。これも上で述べたように、輸血用血液製剤による感染もあった。これらの事実は教本において不在となっている（念のために記しておく、『薬害肝炎裁判史』ではごく簡単に触れられている）。そして、こうした事実と密接に結びつく別の事実も不在である。この別の事実（の不在）は、すぐ後で述べる。

2008年に制定された薬害肝炎救済法は「被害者」を規定している。すな

わち、誰を救済するのかを定めているということである。薬害肝炎救済法の「被害者」とは「特定C型肝炎ウイルス感染者」である。では、「特定C型肝炎ウイルス感染者」とはどのような属性を有する感染者なのだろうか。「特定C型肝炎ウイルス感染者」は2つの属性を持っていなければならない。

第1の属性は、何=いかなる血液製剤によってC型肝炎ウイルスに感染したのかで決まる。血液製剤のうちフィブリノゲン製剤または第Ⅸ因子製剤によって感染した者が「被害者」として救済対象となる。輸血用血液製剤のような他の製剤で感染した者は「被害者」ではなく、救済の対象外となる。第2は誰=感染者の属性である。フィブリノゲン製剤や第Ⅸ因子製剤による感染であったとしても、先天性凝固異常症患者は「被害者」ではなく、除外される。「獲得性の傷病」によってそれら製剤の投与を受けた者が「被害者」であり、「特定C型肝炎ウイルス感染者」として救済対象になる。つまり、「特定C型肝炎ウイルス感染者」以外の先天性凝固異常症のC型肝炎ウイルス感染者と輸血用血液製剤による感染者は、単なる感染者にすぎず、「被害者」ではないということである¹²⁾。こうした「特定C型肝炎ウイルス感染者」以外の感染者が「被害者」ではないことは、教本において不在である。また、ある意味で当たり前のことだけれども（教本は社会学の本ではないので、「記述の不在」や、その視点によって分節させることができる「被害とはなにか」——感染（非被害）と被害の境界線——という社会的に非常に興味深い論点についても、教本において記述されていない。

4. 医学（部）教育における「（薬害）教育の困難」

前節（3-2）で見た「記述の不在」などの社会学における新しい知見は、医学（部）教育においては教えにくかったりする。すなわち、「教育の困難」がある¹³⁾。次にそのことを論じる。ただその前に、医学（部）教育についてごく簡単に概説しておく。

こんにち、医学（部）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, 2022）。学修時間の約 3 分の 2 はコアカリを踏まえたものに、残りの 3 分の 1 は各々の大学で自主的・自律的に編成できる。そして、臨床実習開始前には「CBT（Computer Based Testing）」と「OSCE（Objective Structured Clinical Examination）」、臨床実習を終えた後には「臨床実習後 OSCE」という 3 つの「共用試験」が設けられ、前者の 2 つに合格しなければ臨床実習の授業を受けられないし、臨床実習後 OSCE に合格しなければ卒業できない¹⁴⁾。さらに、国際基準という視点からも医学（部）教育は標準化を求められおり、医学教育分野別認証を受けなければならない¹⁵⁾。医学教育分野別認証認可を得るにあたって、コアカリへの準拠が要件となっている。このように、医学（部）教育においてコアカリは「コア」である。

医学（部）教育においてももう 1 つ重要なことは医師国家試験——以下、国試と略記——である。国試ならびにコアカリはそれぞれ管轄する官庁が異なる。国試は厚生労働省であり、コアカリは文部科学省である。各々に対する姿勢には差異が見られる。国試の出題基準について述べている箇所以下のような記述がある。

医師国家試験出題基準は、卒前教育・卒後臨床研修・専門医の育成等を含めた一連の医師養成課程の中で、医師が医療現場での第一歩を踏み出す際に少なくとも具有すべき基本的知識・技能・態度を各項目に分類し、具体的に示したものである。これは、卒前教育の全てを網羅するものではなく、また、卒前教育のあり方及び内容を拘束するものではないが、医師の任務を果たすのに必要な事項を示すものである。（厚生労働省 2023: 1）

医療に対するニーズが拡大している近年の状況を踏まえ、社会的に要請の高い分野を含めた幅広い領域から出題するほか、頻度や緊急性の高い疾患についても優先的に出題することになる。(厚生労働省 2023: 1)

国試の出題基準は「医師が医療現場での第一歩を踏み出す際に少なくとも」弁えておくべき知識などを基に作成されているということである。他方で、コアカリのほうは自らと国試との整合性が重要であると主張している(文部科学省 2022)。この主張は、コアカリと国試と間に整合性を欠く場合があるからこそ、なされたものであろう。この点で、逆説的である。コアカリだけでは国試に対応できないことが起こりうる。したがって、大学独自で編成できる学修時間の3分の1を使って、例えば「国試対策系科目」を設定することになる。なぜならば、国試の合格率は大学のウリとして気になければならない指標の1つだからである。

次にコアカリのなかでの社会学の位置づけについて確認する。2016年度改訂によって、「B-4 医療に関連のある社会科学領域」——「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」(文部科学省 2017: 24)——が追加され、医療社会学がコアカリのなかに組み込まれた。この流れは2022年度改訂にも踏襲され、「GE-04: 社会の視点とアプローチ」(文部科学省 2022: 25)という項目が設けられている。つまり、医師が患者などを理解するために医学(部)教育において学ばなくてはならない知識として、社会学、とくに医療社会学があるということである。

各大学(医学部)において社会学などの社会科学系科目は1、2年生などの下級学年で設定される傾向があると思われる。いわゆる教養系科目——筆者が勤める医科大学での名称で言えば「総合教育」である——としての位置づけであり、国試対応の比重は低い。筆者の場合であれば、国試のことを考

慮して教えてはいない。

下級学年ないし国試対応の比重が低い科目であれば、例えば上述の「記述の不在」ないし「被害とはなにか」ということを授業で取り扱いうる¹⁶⁾。ただ、学生は社会科学系科目の基礎的知識を学ぶ機会がほぼないことから、まずそうした知識の教示をおこなわなければならない、なかなか「記述の不在」や「被害とはなにか」という本筋の話には入れなかつたりする。しかし、このことが「教育の困難」ではない。「教育の困難」は上級学年（6年生）で「国試対策系科目」に組み込まれたときに起こりうることである。

国試対策系科目には2つの制約がある。第1に「正解があること」である。新説が科学学界内などで論争になっている、あるいはまだ定説にまでいたっていない場合、正解を一義的に定めることができない。国試には必ず正解がなければならない、一義の正解を欠く新説（の事実）は問題として出題されない。言い換えれば、国試対策系科目では確定済みの事実をメインにして、あるいはそうした事実だけを、教えることになる。第2の制約は、限られた授業時間で国試の出題範囲を満遍なく教えなければならないため、教える内容がどうしても「広く・浅く」になってしまうことである。

国試対策系科目において薬害のことを教えようとするとき、確定済みの事実は各薬害の弁護団や原告団の公式見解（＝「正史」）となる。授業時間が限られており薬害だけにかまっていられないため、しかしこれまで起こった薬害を網羅する必要性から、各々の公式見解をなぞるかたち——広く・浅く——になる。公式見解を広く・浅くまとめてくれているのが教本である。便宜の点から教本を使って教えることになる。

3-2で、社会学の分析視点として「記述の不在」と、そこから分節させることができる「被害とはなにか」という論点を挙示した。「記述の不在」——例えば先天性凝固異常症のC型肝炎ウイルス感染者など——は公式見解、とくに教本において文字通り「（記述の）不在」であり、社会学的分析によって可視できたことである。公式見解・教本をたんになぞるだけでは「記述の

不在」は決して見えてこない。しかし、国試対策系科目の制約から、公式見解・教本をなぞることがメインになってしまうため、授業で「記述の不在」について触れることは容易ではない。このように、「記述の不在」のようなまさに公式見解・教本において示されていない新しい知見は教えるにくくなる¹⁷⁾。また、学生——とくに卒業試験や国試対策に追われている6年——にしても、国試に出ない知見よりも、国試に出題される確定済みの知識を、授業で教わりたいと思うかもしれない。この点においても、「教育の困難」がある。

さらにより根本的な「教育の困難」がある。確定済みの事実で広い・浅い内容の教示は、薬害にかんして言えば、教本を使って淡々と話をすればいいだけなので、非常に簡単ではある。しかし、それでは公式見解・教本を追認ししかない、あるいは公式見解・教本が触れていない・見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って、もはや社会学などの科学を教えているということにはならないように思われる。すなわち、国試対策系科目の二つの制約は社会学などの学問としての特性——例えば社会学的想像力——を損なわしうることである。そして、現状の国試に（医療）社会学が組み込まれれば組み込まれるほど（具体的に言えば、医療社会学の領域から必ず出題されるといったように制度化が進めば進むほど）、これら2つの制約によって、社会学的想像力の毀損——学問としての危機（困難）——に拍車がかかることになるだろう¹⁸⁾。さらに、社会学的想像力を欠く浅薄な知識を教えられることによる学生への弊害（という困難）もある。例えば薬害の公式見解・教本はリスク認知——予見ならびに回避——できてあたり前であったという前提で構成されているため、いかにリスクを、とくに不確実なリスクを捉えたいのかといった方向に議論を展開させるのが難しい。つまり、公式見解・教本を使っての教育が良い医師（ないし医療者）を育てることへの障壁になりうるのである。

こうした「教育の困難」をいかに解決していったらいいだろうか。小手先の

案としては、上述した大学独自の学修時間枠を使って、カリキュラムを作成（変更）するということになるだろう。例えば、上級学年であっても、国試対策系科目ではなく、演習・実習系の授業であれば、「記述の不在」などの新しい知見についての教育は可能だと思われる。しかし、国試（対策）を重視する現状をふまえると、カリキュラム変更という小手先の案でさえも実現はそれほど容易なことではなかったりする。

本章の頭で触れた医学教育分野別認証が、医学（部）教育が変わる（を変える）起爆剤になりうるように見えた。確かに、臨床実習の時間が増えるなどして、カリキュラムの面では変わった。しかし、目下、国試（対策）を重視する姿勢に基本的に変化はない。つまり、国試もしくは医師養成制度、ひいては「医師」という大本の制度自体が変わらないと、「教育の困難」の解決は難しいように思われる。必ずしも全医学部ではないけれども、一部の医学部——筆者の勤める大学においても同様——では、国試合格率は至上命題である。そうした医学部において、社会学教育はまさに岐路に立ちつつあると言える。

【付記】 本論文は日本学術振興会科学研究費補助金（基盤研究（B）（一般）課題番号：20H01590）ならびに（基盤研究（B）（一般）課題番号：23H00892）による助成援助を受けてのものである。記して謝意を表したい。

注

- 1) サリドマイド薬害とは、1950年代末から60年代初めにかけて、化合物であるサリドマイドを含有した睡眠薬などを妊娠初期の妊婦が服用したことで、胎児に奇形をもたらした薬害である。薬害エイズは、本稿で取り上げる薬害肝炎と同様に、血液製剤へのHIV混入によって1970年代末から80年代半ばにかけて起こった健康被害である（種田2019）。
- 2) 本稿の議論は、薬学部・看護学部教育にもあてはまるかもしれない。しかしながら、それらの分野に対して筆者は知識を欠くので、本稿では医学（部）教育に限定した（筆者は医学部の教員であり、それなりに医学（部）教育に対して知識を有している）。医

- 学部・薬学部・看護学部教育以外の分野、例えば社会学（部）教育において、「教育の困難」があるかどうかはよくわからない。ただし、本文で後述しているように、医学（部）教育のような特徴——とくに卒前の資格系（国家）試験のため教育——を社会学（部）教育が有していないのであれば、同様の困難はないように思われる。
- 3) 1964年は厚生省（当時）がフィブリノゲン製剤を認可した年である。1994年はフィブリノゲン製剤製造にC型肝炎ウイルスを不活性化する新しい技術が導入された年である。
 - 4) 本文で述べた通り、C型肝炎ウイルスへの感染発生時期は1964～94年である。日本においてインフォームドコンセントの概念が紹介されたのは1990年代初頭で、臨床現場への導入はもう少し後のことになる（制度化はさらに後である）。つまり、感染の発生時期——汚染された血液製剤が使用された時期——は、インフォームドコンセントの考え方自体がなかった時期である。
 - 5) 薬害肝炎の弁護団ならびに原告団はサイトで情報発信をおこなっている（薬害肝炎全国弁護団2020; 薬害肝炎全国原告団2020）。これらサイトも公式見解とみなせる。
 - 6) 検討委員会の委員として原告も参加しており、「最終提言」も原告団の公式見解であると言える。
 - 7) パンフレット「薬害を学ぼう」では、薬害肝炎ではなく、「血液製剤によるC型肝炎ウイルス感染」という名称が使われている。
 - 8) パンフレット「薬害を学ぼう」において薬害肝炎以外の他の薬害は、当該の薬害名の上にその薬害が起こったおおよその時期が書かれている。薬害肝炎については時期が明記されていない。この不在について本稿では考察しないけれども、社会学的な論点であるように思われる。
 - 9) 教本のフィブリノゲン製剤に限定しての記述は、言い換えれば第Ⅸ因子製剤の記述が不在になっているということである。この不在も本稿では考察しないけれども、社会学的な論点であると思われる。
 - 10) FDAが想定していた肝炎ウイルスは「B型肝炎ウイルス」（薬害肝炎全国弁護団編2012: 426）である。ところで、本文でも挙示したフィブリノゲン製剤の有効性に対するの疑念や肝炎ウイルスへの感染リスクの高さなどを理由とするFDAによる製造承認取り消しは、どの教本においても記述される。しかしながら、正確に肝炎ウイルスを「B型肝炎ウイルス」と記述しているのは、管見によれば、川西他編（2023）しかない（『薬害肝炎裁判史』においても、その第Ⅶ部「資料」でFDA文書の原文ならびにその翻訳を載せつつも——「B型肝炎ウイルス」と挙示——、本文では「肝炎感染」と述べるにとどまる）。この記述の仕方も社会学的な論点であろう。例えば、「B型肝炎ウイルス」を肝炎ウイルスと表象するのは、薬害肝炎全国弁護団ないし原告団の「pratique」よるFDAのテキストの「appropriation」——「受けとったものを変形し、再定式化」（Chartier 1991=1994: 29）すること——と解せるように思われる。

- (appropriation に対して「領有」や「独自の摂取=利用」などの訳があてられている)。
- 11) 「被害(者)」の記述以外で、他にどのような「記述の不在」があるのか紹介しておこう(注釈8と9においても不在について触れているので参照のこと)。本文中、「売血の危険性」と「プール血漿の危険性」が教本などで触れられることを指摘した。これらの主張に対して批判は可能である。紙幅に限りがあるので、「売血の危険性」についてのみ批判を挙示する。1974年以降、輸血用血液製剤はすべて献血によって得られた血液から製造されていた。それにもかかわらず、C型肝炎ウイルス対策が組み入れられるまで、本文でも触れたように輸血後肝炎の発生率は8.7%であったことを見落としてはならない。つまり、売血か献血かといった血液の収集方法の問題ではなく、血液のスクリーニングや不活性処理の問題なのである。しかしながら、薬害肝炎の公式見解や教本において、こうした議論は見られない。
 - 12) 薬害肝炎全国弁護団は原告要件を設定している(薬害肝炎全国弁護団2020)。先天性凝固異常症患者はその要件を満たしておらず、原告自体になれない。要件が設定された理由については『薬害肝炎裁判史』などを参照のこと(薬害肝炎全国弁護団編2012; 種田2023)。
 - 13) 「教育の困難」は社会学固有の問題というわけではなく、他の分野においても同様の問題があると思われる。
 - 14) CBTとOSCEは卒前の臨床実習に、臨床実習後OSCEは卒後の初期研修に、入ることができ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。CBTは医学的知識を、OSCEと臨床実習後OSCEは技能や態度などを見る。補足として記しておくと、CBTと医師国家試験は医学的知識(の修得)を判定する学力試験、OSCEと臨床実習後OSCEはいわゆる実技試験、の位置づけである。
 - 15) 医学教育分野別認証の認定機関は日本医学教育評価機構である。認定を受けないと、卒業生が例えばアメリカ合衆国で医師になるための申請資格を与えられないといったデメリットを被ることになる。念のために記しておくと、当然のことながら、医学教育分野別認証と機関別認証とはまったく別物である。
 - 16) 実際、筆者は例えば薬害エイズにかんして公式見解と異なる見方についても教えている。詳しくは種田(2021)を参照のこと。
 - 17) 補足として記しておくと、薬害の弁護団や原告団の公式見解と真っ向からずれる社会学の新しい知見の場合、なおさら困難になる。公式見解とのあいだで論争が起こってしまえば、正解が定まらないため、国試対策科目で教えるのに妥当とは言えない内容と評されるだろう。
 - 18) 「教育の困難」と「学問としての危機(困難)」とは分析的にはわけて考えたほうがよいと思われる。この点については今後の課題としたい。

参考文献

- Chartier, R, 1991, *The Cultural Origins of the French Revolution*, Duke University Press,
(=1994, 松浦義弘訳『フランス革命の文化的起源』岩波書店)
- 北海道赤十字血液センター、2019、「NAT（核酸増幅検査）」（アクセス日 2019年12月25日、https://www.bs.jrc.or.jp/hkd/hokkaido/process/m3_01_01_02_00000138.html）
- 本郷正武他編、2023、『薬害とはなにか——新しい薬害の社会学』ミネルヴァ書房
- 宝月誠、1986、『薬害の社会学——薬と人間のアイロニー』世界思想社。
- 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際——企業リスクの最小化を目指して』薬事日報社
- 川西正祐樹他編、2023、『みてわかる薬学 図解 薬害・副作用学 改訂3版』南山堂
- 厚生労働省、2010、「薬害再発防止のための医薬品行政等の見直しについて（最終提言）」（アクセス日 2019年12月25日、<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/04/dl/s0428-8a.pdf>）
- 厚生労働省、2011、「薬害を学ぼう」（アクセス日 2019年12月25日、https://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakugai/data/yakugai_print.pdf）
- 厚生労働省、2019、「血液製剤とは何か」（アクセス日 2019年12月25日、<https://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/iyaku/kenketsugo/2q/pdf/1-4.pdf>）
- 厚生労働省、2023、「医師国家試験出題基準 令和6年度版」（アクセス日 2023年7月20日、<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001082885.pdf>）
- 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」（アクセス日 2023年7月20日、https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf）
- 文部科学省、2022、「医学教育モデル・コア・カリキュラム 令和4年度改訂版」（アクセス日 2023年7月20日、https://www.mext.go.jp/content/20230207-mxt-igaku-000026049_00001.pdf）
- 種田博之、2011、「分析結果を公表することの困難——『汚染された輸入非加熱血液製剤によるHIV感染問題』調査を事例として」、『社会と調査』第6号、5-11
- 種田博之、2019、『パラドクスとしての薬害エイズ——医師のエートスと医療進歩の呪縛』新曜社
- 種田博之、2021、「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」、日本社会学会社会学教育委員会編『社会学は医学専門教育カリキュラム

- 改革にいかにかコミットできるのか 社会学教育委員会(2019～2021年)報告書』(アクセス日 2023年5月23日、<https://jss-sociology.org/wp/wp-content/uploads/2021/11/113f5fd28d56dba4d21124dfed357237.pdf>)、55-61
- 種田博之、2023、『薬害肝炎——感染と被害とは必ずしも同義ではない』、本郷正武他編『薬害とはなにか——新しい薬害の社会学』ミネルヴァ書房、155-172
- 薬害肝炎全国弁護団編、2012、『薬害肝炎裁判史』日本評論社
- 薬害肝炎全国弁護団、2020、『薬害肝炎全国弁護団 トップページ』(アクセス日 2020年2月13日、<http://www.hev.jp/>)
- 薬害肝炎全国原告団、2020、『薬害肝炎原告団 トップページ』(アクセス日 2020年2月13日、<https://www.yakugai-hev.jp/>)
- 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1分冊 論考編』特定非営利活動法人ネットワーク医療と人権
- 財団法人日本公定書協会編、2011、『知っておきたい薬害の知識——薬による健康被害を防ぐために』じほう