

医療における患者と諸従事者への視座

——「チーム医療」の社会学・序説——

細田 満和子

今日、慢性疾患の増加や医学・医療技術の高度化などに見られるように、医療環境は大きく変化してきている。そして、これらに対応するように患者や医療従事者の在り方にも変化の兆候がみうけられる。本稿では、こうした変化の兆候を、筆者のいくつかの病院を対象としたフィールドワーク等に基づいて実証的に明らかにして、T.パーソンズやE.フリードソンなどが展開した医療社会学の蓄積を批判的に援用しながら、今日の患者と医療従事者に対する視座を提示する。その時、医療にかかわる人々（患者、諸従事者）が対等な立場で健康問題に向き合うという「チーム医療」という概念が、重要な意味を持って立ち現れてきていることに注目する。

1 問題提起

今日の患者の疾病構造は、糖尿病や高血圧のような慢性疾患の増加という傾向が顕著にみうけられる⁽¹⁾。医療の高度化は、脳卒中や心筋梗塞など以前なら救命が困難であった重篤な疾患の患者の治療を可能にし、発病後の身体や脳の機能の回復にも一定の貢献をしている。

患者の側からは、従来からの健康に対する希求に加えて近年、積極的な患者としての権利の主張がなされたり、快適な医療環境の提供を求める声が増えてきたりしている。インフォームド・コンセントやカルテ開示の要求は、そうした潮流の中から主張されてきているものである。また、病気が治った、からだ動かせるようになったというだけでなく、完治しない場合であっても、半健康人として生きてゆかざるをえないこれからの生活を、できるかぎり豊かなも

のにしてゆこうと考える人が増えている。疾患や障害ごとに、各所で様々な患者会などが立ちあげられていることからそれはうかがえる。

一方、医療従事者の側では、医療をめぐる諸学問の発達や医療技術の高度化などによって、既存の職種が専門分化したり、今までにはなかった新しい職種が登場したりしている。既存の職種の専門分化では、医師においては脳神経内科や循環器内科など疾患部位に応じて細分化されることが挙げられ、新しい職種の誕生では、1988年に臨床工学士、1998年に言語聴覚士などが国家資格となったことが挙げられる。疾患の種類によって、また急性期、亜急性期、慢性期などの段階に応じて、ひとりの患者に対して複数の医療従事者が対応することが常態化している。また、病気の治療や機能回復（ADLの向上）だけでなく、病気や障害をもつ患者がいかにして満足のいく生活を送れるかという、いわゆる生活の質（QOL）の向上が、医療における重要

な目標のひとつとして設定されるようになってきている。

こうした患者の側と医療提供者の側、それぞれの今日の傾向からは、医療の在り方が転換期を迎えていることがうかがえる。患者には、医療を受動的に享受するというものから、病気に対するかかわり方を積極的に自分で決めてゆく、ある意味で医療に参加するという変化の兆候が見て取れる。医療提供者の側にも、医療は治療的行為だけでなく、療養生活の看護や機能回復、心理的・社会的サポートからなるものとしてある、という考え方が出てきていることが見受けられる。

こうした患者の側と医療従事者の側の変化の兆候は、共振しながら進展してきたものである。患者の側には、消費者主義に基づく患者の権利主張という側面もあるけれども、医療従事者の側から自己管理や自己決定が促されているという側面もある。医療従事者の側には、医療の高度化に伴う専門分化という側面もあるけれども、リハビリテーション医学や老年医学のように患者の要求する医療内容の変化に対応して生まれてきたものもある。

ところで医療現場では医療における人々の連携は、「チーム医療」という言葉で呼ばれている⁽²⁾。「チーム医療」の一義的な意味は、医療従事者たちが、それぞれの力（専門性）を発揮し、他の医療従事者と協力して、患者に貢献するということである。また、「チーム医療」には、形式的な複数の医療従事者の編成というものの以上の意味も込められている。患者のもつ病気や健康上の問題点に、問題に関わるすべての人々が対等な立場で協働するという、ある意味で感覚的な次元も含めたものとして「チーム医療」という用語が使われることもある。そしてこの感覚的な次元の意味を拡張して、患者自身

をも含めて「チーム医療」が完成するという考え方もある。本稿では、こうした感覚的な次元を含め、患者も共に治療に参加するという医療の在り方が「チーム医療」と呼ばれている点に注目する。

このように「チーム医療」を捉えるとき、それは従来の患者と医療提供者の在り方に代わる新しい医療の在り方を提示しているように見える。これまでの見方というのは、患者は医療に関しては素人で医療の専門家に統制され、医師は医療にかかわる絶対的権限を持って医療ヒエラルキーの頂点に位置し、看護婦など他の医療従事者は医師に対して従属的地位にある、というものが趨勢を占めてきた。しかしながら、今日看取される患者と医療従事者の傾向性は、そうした従来の見方を覆すようなものになる可能性がある。条件によっては、医療における患者と、医師や看護婦などの医療従事者の人的構成を再編成するような可能性までも見いだせるだろう⁽³⁾。

本稿では、患者と医療従事者についての社会学の蓄積を批判的に検討しながら、変化の兆しを見せている患者と医療従事者の現状にどのようにアプローチできるのか、研究枠組みを提示するという作業を行う。そして最後に、「チーム医療」という新しい医療の在り方の可能性と課題について若干の考察を加えたい。

2 患者役割

2-1 パーソنزの病人役割

T.パーソنزは患者を「病人役割」概念でとらえた。病人役割の制度的定義は、「自分ではどうすることもできず、したがって援助を必要としている」存在というものである。病人である時、人は自らの身体の状態に「責任がある」

とはみなされず、病気は「逸脱」状態であり、当人には「いかんともしがたい」ものとみなされるという (Parsons [1951=1974:435])。パーソンズは、こうした病人という役割への「制度化された期待」として次の4点をあげる (Parsons [1951=1974:432-433])。

第一に、病人は「正常な社会的役割」の責務を免除されているということである。病気である限り人は、社会に貢献するという役目から一時的にせよ解き放たれる。第二に、病人は「力をふるいおこして」病気を克服し、健康を取り戻すことが期待されていないということである。病気である間、病人は治療され看護される存在なので、健康を回復するための「決然たる行為」や「意志の仕業」は必要とされない。第三に、病人は「回復」しようとする義務を負うということである。病気であることを望んではいけなく、出来るだけ早く回復することを希望すべきなのである。第四に病人は「医師の援助を求める義務、および回復しようとする過程で医師と協力する義務」があるということである。

第一と第二の点は、病人であるがために確保されている一種の権利であり、第三と第四の点は、病人であるがゆえに負わなくてはならない義務である。パーソンズが、患者に特別な権利と義務からなる病人役割を付与したのは、「病気になると社会的役割を効果的に遂行できなくなる」という機能主義的発想からである (Parsons [1951=1974:425-426])。病気であることは、「逆機能的」な状態なので、病人には、社会生活から逸脱する存在として、一般の社会成員とは異なる特別の役割が振り当てられるのである。

パーソンズのこのような病人役割の議論は、病人としての二つの権利と二つの義務とがセットになって構造化されている点を指摘している

ことに意義があり、普遍性を備えた概念として評価されている (Cockerham [1995:165])。

2-2 現代の病人——病気や障害と共に生きる

まず、社会的責務が免除されているというパーソンズの病人役割の第一の定義の妥当性についてみてみよう。患者のおかれた境遇によっては、病気を抱えていても、社会的責務を免除されないこともある。

脳梗塞患者の場合を見てみよう。脳梗塞は今日のわが国の三大成人病のひとつである虚血性脳血管障害の一つである。通常は糖尿病や高血圧など慢性の基礎疾患があるが、多くの場合脳梗塞は、ある日突然に発症する。発症時は、頭痛や意識障害があったりし、やがて体が麻痺したり、失語や失認などの高次脳機能障害が出てくることもある。基礎疾患である糖尿病や高血圧のために、再発の危険性も十分にありうる。比較的若い患者の場合 (40代から60代の患者は、若い部類に入る) は、障害の程度にもよるが、たとえ障害が残ったとしても社会的責務を免れえないことがある。扶養しなければならない、あるいは世話をしなければならない家族がいる患者は、病気を抱え、障害が残ったとしても、仕事や家事をしなくてはならない。また、そうした仕事や家事などの責務を果たすことを患者本人が望んでいる場合もある。病気や障害があっても仕事がしたい、家族の世話をしたいという希望である。

病人であっても社会的責務の免除を欠くこの傾向は、様々な疾患で日帰り手術に注目が集まっていることからもうかがえる。仕事が忙しい場合、小さな子どもがいる場合、不在の間の仕事の段取りを整えたり、子供の世話を誰かに頼んだりする煩わしさから解放されるという理由から、日帰り手術を希望する患者が増えている

という⁽⁴⁾。

次に、病気の克服に当たっての「決然たる行為」や「意志の仕業」の免除という、パーソンズの病人役割の第二の定義について見てみる。脳梗塞を発病した後は、手や足に麻痺が残ったり、嚥下が困難になったり、失語や失認など高次脳機能に障害が出る場合がある。そうした障害には亜急性期の時期からリハビリテーションが適用される。自由に動いていた手足が動かない、話したいことがあるのに言葉になって出てこない。リハビリテーションは肉体的な痛みに加えて精神的苦痛も伴う。どのくらい訓練すればよいのか、訓練しても状態は改善しないではないか。リハビリテーションは出口の見えないトンネルを歩くようなものだ、という言葉をししばしば耳にする。こうした困難さから、リハビリテーションには患者の「決然たる行為」や「意志の仕業」が決定的に重要となってくる。患者の意欲なくしてはリハビリテーションは成り立たないのだ。

また、患者によっては機能回復に限界があり、たとえば元のように歩けずに、移動に車椅子が必要になったり、発語に障害が残ったりすることもある。そういう場合には、現状を受け入れて、身体状況に合わせて生活（職業生活、家庭生活）を組み直す必要があり、患者自身の強い意志による決断が要求される。

さらに脳梗塞の再発を防ぐためには、基礎疾患としての糖尿病や高血圧をコントロールしてゆかなければならない。それには日常生活における食事や運動、与薬に自分から気を配ってゆかなくてはならない。その意味で、患者自身の徹底した自己管理が要求される。

以上、現代の患者が社会的責務を逃れず、また、病気や障害に対しても自ら立ち向かわなくてはならないという側面を見てみた。では、こ

の側面を指して、今日の患者はその権利を剥奪されていると言えるのか、というとそうではないだろう。パーソンズが提示した病人であることの二つの権利を破棄することは、患者が病気や障害と共に社会で生きてゆく権利を有するようになった、という意味で捉えかえされうるのであろう。ここには病気や障害があっても、社会的逸脱者として扱われることを拒否し、また、それらを消極的に引き受けるのではなく、自らの生の中に積極的に組み込んでゆく姿が看取される。

病人に、やがては回復するものとして一般の社会成員とは異なる特別の役割を振り当てたパーソンズの病人役割概念は、病気を抱えながら生活を送らざるをえない患者には当てはまらない。そうした患者はいまや例外的な存在ではなく多数派を形成しつつある。病気とその連続としての障害についても同様である。病気や障害が排除できるような性質のものでないとき、患者は病気や障害に適応し、共に生きていかざるをえない。そうした状態であっても、復職したり、仕事を変えて働くこともできる。また家屋の構造を変化させて家事を続けておこなってゆく事もできるのである⁽⁵⁾。

患者会の増加も、こうした患者の傾向性を裏付けるものだろう⁽⁶⁾。脳梗塞の発症後に構音障害の残る患者の会において、患者は思うように声はでなくても自分の思いを語ったり、他の患者の思いを聞いたりする。時には一緒に歌を歌ったりもする。そのことによって患者は、病気や障害を受け入れ、闘ってゆく強さを得たり、闘わなくても良い安心感を得たりしている。

こうした病気とその連続にある障害を自ら受けとめながら生活を立て直してゆく患者の姿から、病気や障害と共に生きるという新しい患者像が立てられよう⁽⁷⁾。

3 医療従事者の変容——医療専門職の多様化

3-1 医療専門職＝医師の時代

パーソンズは一貫して医療専門職＝医師という見方をし、歯科医さえそこから除いている (Parsons [1951=1974], [1964=1973])⁽⁸⁾。

医師が専門職のプロトタイプとして描かれてきたのに対して、医師以外の医療従事者については、医療専門職として論じられた社会学の文献は少ない。そのかわり、医師との対比でその劣性が論じられたり、職業に起因する葛藤が論じられたものが多い。

E.フリードソンは、医療専門職 (=医師) に看護婦やコメディカルが従属するという支配—被支配の構造で捉えている。彼はこの位置関係を「制度化された専門技能の階層制 *hierarchy of institutionalized expertise*」と呼び、この構図が変わることはほとんど想定していない (Freidson [1970b=1992:127])。そして、看護婦やコメディカルが確立された専門職としての地位を得ていないことを随所で指摘し、これらの職種を専門職という用語で呼ぶことを注意深く避けている (Freidson [1970b=1992])。A.エツィオーニは、医師や弁護士などを「full-profession 完全専門職」とし、それと対比させて「看護婦は、知識はあるが、その訓練期間は医師のそれよりも短く、治療に関する決定権は医師にある」 (Etzioni [1969:xiv]) という理由から、看護婦を「半専門職 *semi-profession*」と位置付けている (Etzioni [1969:v-vi])。

医師以外の医療従事者を専門職と呼ぶか呼ばないかという問題は、外部から見るとさほど重要な問題ではなさそうではあるが、当事者にとっては職種の存在理由をかけた重要な問題とし

て立ち現れている。看護婦の専門職化に関しては看護学に多くの文献があることからもうかがわれる⁽⁹⁾。

3-2 多様な医療専門職

かつて医療における専門職は医師ただひとりであったかもしれないが、看護婦やコメディカルもその役割の重要さが認められてきており、もはや医療において専門職といわれる職種を医師だけと捉えていては、医療の総体を見渡すことは難しいだろう。医師以外の医療従事者の重要さが認められていることと、その職種が専門職であることとの間には、明らかに遠い距離があるが、当事者レベルでは、このふたつの事柄は密接に結びついている。その隔たりに言及し、間を埋めてゆく作業は別稿にゆずるが、実際に専門職たらんと志向する職能集団が存在し、専門職であることが職能集団の一定の質の確保に有効なのであれば、それらの職種を専門職と呼ぶのは妨げられるものではないだろう。

この立場から今日の医療従事者を捉え、ひとりの患者に対してどのような職種がどのようにかかわってくるのかを見てみよう。ここでは、脳梗塞患者の発病からリハビリテーション、社会復帰という過程を追いながら概観する。

発病してすぐから3、4日までは急性期といわれる。まず頭部CT (コンピュータ断層撮影)、または、MRI (磁気共鳴画像診断) による検査が行われる。そこでは放射線科医、臨床工学士や診療放射線技師が検査にあたる。脳梗塞の一般的な治療は、内科的治療である薬物療法であるが、場合によっては外科的治療である手術が適用になることもある。内科的治療の場合は神経内科医が、外科的治療の場合は脳神経外科医が治療を行う。急性期には、免疫力の低下がおこり、嚥下困難から肺炎、排尿困難から尿路感

染等の合併症を生ずることがある。安静臥床に起因する褥瘡（床ずれ）や廃用症候群（手足の衰え）等の合併症を予防する必要がある。看護婦は、こまめに痰の喀出を促したり、清拭することで全身を清浄に保ったり、体位変換をして床ずれを予防したりしている。理学療法士は他動運動（手足の拘縮を防ぐための他動的な関節可動域の維持と改善のための訓練）をして、手足の衰えを予防している。

次に患者は亜急性期(ADL回復期)にはいる。このころになるとリハビリテーションが本格的に加わってくる。リハビリテーションには、リハビリテーション医、看護婦、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士があたる。リハビリテーション医は、患者の病状を鑑みながら、全体的なリハビリテーションの計画を立てる。理学療法士は主に下肢、作業療法士は主に上肢の機能回復のために患者にあった方法を提示し、訓練室で訓練を行う。失語や失認といった言葉や認識に関する訓練は言語聴覚士が、患者と一体一で向き合っていく。徐々に進行するわけではなく、突然身体の麻痺が降りかかる脳梗塞患者の精神的なショックは計り知れないので、臨床心理士が患者の精神面を支える。そして看護婦は、患者の病室での訓練を援助したり、患者の病院生活における全般的なケアを行う⁽¹⁰⁾。

やがて慢性期が訪れ、患者は病院を退院する段階になる。これに先立って、患者には転院か在宅かふたつの選択肢が示される。転院には二種類の意味があり、ひとつは機能回復に意欲的な患者がリハビリテーションの専門病院で更なる機能回復をめざす場合で、もうひとつは家族の事情により在宅での介護が困難な患者が、老人保健施設等へ転院する場合である。患者の機能回復の可能性と方法を提示できるリハビリテーション医および理学療法士や作業療法士や言

語治療士、患者家族の介護力を見極めることの出来る社会福祉士（ケースワーカー）や訪問看護婦等が、それぞれの専門的視点から収集した情報を提供しあい、患者に説明して選択を促している。

以上のように、ひとりの患者に対しては、そのときどきの問題に応じて様々な医療従事者が関与してきている。医師だけではなく、様々な医療従事者の組み合わせの中で今日の医療の総体は形づくられているのである。

4 医療従事者－患者関係の見方

4-1 相克の関係

フリードソンは医師－患者関係を、病気とその治療をめぐる相互に競争し合う関係、すなわち「視座の衝突」として捉えた(Freidson [1961:175-177])。かれは、医師－患者関係を、医師＝専門家、患者＝素人という図式で、専門的諸特性を保持した医師による患者の支配であることを暴き出した。支配関係を構築するものとして、彼は、医師による情報の統制を上げ、それが意図的に行われていることを示した。情報の統制を促す医師に特有の患者観をフリードソンはこのように述べる。

「患者は専門的訓練を欠いているがゆえに無知であり、どんな情報を手にしてもそれを理解することができず、病気にかかったことでとにかく動転していて、たとえ情報を入手したとしても、それを合理的・理性的に活用することができないのである。」(Freidson [1970b=1992:132])。

このような患者観が基準になると、医師は患者に情報を与えても為にならず動転させるだけで、その結果治療以外の「処理問題」を抱え込むことになる。そこで医師は「患者は成人とし

てというより子供として扱われるべきで、安心は与えても情報は与えるべきでない」(Freidson [1970b=1992:133])と考えるようになるという。

患者にとっては憤慨すべき関係性が医療界にまかり通っていることを、フリードソンは、専門家と素人という立場の違いから生じる帰結として指摘したわけだが、医師が患者に対して優位に立つという不均衡な関係は、従来の医師－患者関係を示す典型的モデルと考えられてきた。

ところで、パーソンズが見た医師－患者関係は、こうした医師＝強者、患者＝弱者という図式のものではない。彼はこう書いている。「医師がこの種のパターン、とくに患者の「個人的な友人」のパターンに自らの役割を同化することに「引き寄せられる」立場におかれている、極めて数多くの例が著者によって収集された。さまざまな複雑な要因がみられるのであるが、概して、医師がこままと感じるいちじるしい傾向が見られた」(Parsons [1951=1974:453-454])。患者には、「個人的な関係の連鎖に医師を同化する」(Parsons [1951=1974:450])という傾向が強くなるので、その傾向を「防衛」するために医師役割が役立っているというのである⁽¹¹⁾。こうした記述からも分かるように、明らかにパーソンズは、医師を自分と同等と考えることのできる人々が患者である場合を想定している。

しかし、だからといってパーソンズも患者と医師とが対等な関係にある、ということはいっていない。医師は、患者を責任能力のある成人とみなさないときには処置の意味と理由を告げず、逆に患者を知的な選択と自己統制をなしうる責任能力のある成人として認めるときには説明をする(Parsons [1951=1974:130])。いずれの場合においても、成人とみなし説明するかしな

いかという判断は医師の側にゆだねられている点で、医師と患者は非対称な関係性である。ここで患者は、病気という苦悩におそわれた無力で受け身の存在である。そこで、患者は専門家である医師の援助を受けるしかないのである。また、その上、患者は治療をする医師が適任であったかどうか、それを見分けることもできない。「かれ(=病人、筆者挿入)には総括的にも細部にわたっても医師の専門的資格を判断する権利がない」(Parsons [1951=1974:437])。かくして病人は、病気のために判断力を失い「理性的のある人間」ではいられず、「一連の非合理的・不合理的な信念や慣行を受け入れやすく、とくにまぬがれない」(Parsons [1951=1974:441])存在となってしまうのである。

4-2 互いに協力しあう関係

医師－患者関係を、フリードソンは相克の関係で、パーソンズは成人と子どもという関係性で捉えているのに対して、サスとホルンダーは協力と平等の関係で捉える視点を提示した(Szasz and Hollender [1956:585-592])。彼らは1)昏睡や精神錯乱、2)急性伝染病、3)慢性疾患に代表される患者の三つの病状に対応した三つの医師－患者関係のモデルを立てた。1)昏睡や精神錯乱というのは、たとえば手術の際に麻酔をかけられて意識がない状態の患者も含み、そこでは医師と患者の関係は親と幼児のように能動－受動(Activity-passivity)というモデルで捉えられている。2)急性伝染病では、親と思春期の子どものように指導－協力(Guidance-cooperation)というモデルで捉えられている。そして、3)慢性疾患では、成人同士のように相互参加(Mutual participation)というモデルで捉えられている⁽¹²⁾。

かつてパーソンズは、「病人は、いうまでもなく、自らを助ける能力がないし、またごく軽

い病気のばあいは別としても、可能なかぎりやってみても、自らを助けるのにはまったく不十分な能力しかない」(Parsons [1951=1974:436]) といったが、サスとホルンダーの指摘するように慢性疾患の患者においては、食事制限や与薬などの自己管理は必須のことである。彼らは言及していないが、リハビリテーションの過程でも患者自らの意志と努力は不可欠である。

こうした患者に対する医療従事者の位置付けは、患者の良くなろうとする意志や継続した自己管理への心構えを、理解し、助言し、援助するというものになろう。また、逆に、そうした患者の病気や障害の改善という成果は、医療従事者にとっても、知識の習得や将来の患者への応用性を教示するものとして、大きなメリットとして捉えかえされる。「患者さんから教わる」と医療従事者がいうのは、そうしたことを指しているのだろう。

脳梗塞発病後、麻痺していた足が動くようになって歩けるようになる、という医療の成果は、一方向的に医療従事者が方法を提供し訓練させ、患者がそれに受動的に従うという医療からは出てこない。それは、患者と医療従事者が相互に話し合ったり行為したりしてゆく中で導き出される成果なのである。そうした成果を引き出すためには、患者と医療従事者が共に医療に参加してゆくという意識が必要とされるのである。

さらに、こうした患者と医療従事者との関係は、慢性疾患やリハビリテーションに限るものでもないだろう。分子生物学の発展を待つまでもなく、意識がないような急性期であっても、患者の体は生きようとするひとつひとつの細胞に支えられていることを認識している医療従事者もいる。いわゆる自然治癒力といわれてきたものであるが、この患者の力を謙虚さをもって

受けとめている医療従事者もいる。手術に向かう患者に向かって「一緒に頑張りましょう」という医療従事者の言葉は、字義通りに解釈しても良いのではないだろうか。

意識がないような状態であったとしても、医療従事者と患者とを、強者や弱者、成人と幼児のような不均衡な関係性に位置付けておくことはいかにも不適切だろう。患者がいかに医療に関わってゆくかという視点、医療の成果を達成する上で患者が重要な役割を演じているという視点も組み入れることが出来る。患者と医療従事者を、病気に対して相互に協力し合う関係として位置付けるモデルを、空虚な理想論といって切り捨てることはできないのではないか⁽¹³⁾。

先に見たように現代の患者の一部は、パーソンズが示したような患者のふたつの権利を失っている。その反面、社会的役割を担ったままの、意志を持つ患者は、別の権利を手に入れることにもなる。それは、医療という特別の空間で社会的責務を免除された病人としてではなく、自律した社会人として振る舞えること、そして医療において自己主張ができることである。患者には、病人である権利を喪失した反面、医療の中心の位置を獲得する可能性が開かれたのである。

逆に言えばその権利を手に入れるためには、患者の側も安定的な存在ではなく、変わってゆかざるをえないのである。日常生活の食事や運動を自分で管理すること、のまなくてはならない薬があるとしたら決まった時間にのむことに始まり、さらには自分の受けたい医療や受けたくない医療についても自分で決定し、それを医療従事者に表明してゆかなくてはならないだろう。病名の告知や死に方という問題を考えることも避けることはできない。「おまかせ医療」に頼っているわけにはいかないのである。

5 医療従事者間関係

5-1 「専門技能の階層制」

前述したように、フリードソンは医師とそれ以外の医療従事者には、「専門技能の階層制」があるといった。「制度化された専門技能の階層制」とは、「単に職務上の地位に付随する権限に対してだけではなく、優れているとされる専門家の知識や判断に対しても従属している」(Freidson [1970b=1992:135]) というものである。これは、たとえば看護婦の専門である看護や、理学療法士や作業療法士の専門である機能回復等があるが、すべての医療にかかわる領域においては、それを専門的に行っている職種を差し置いて医師がヘゲモニーを握っている、ということである⁽¹⁴⁾。

この医療従事者の構成は、アメリカでは医療環境の変貌に伴い、医療専門職(=医師)の支配的地位からの凋落、ということに集約される変化を経験することになる。P.スターは、医療に行政や経営論理の介入が広く行われ、相対的に医師の地位が低下したことを説明している(Starr [1982:446])。そこではもはや医療は、医療専門職が担うものではなくて、行政官僚やビジネス学校を出た経営陣たちの手に移っていった⁽¹⁵⁾。

日本においては、医療従事者それぞれの法的規定を見る限り、医師がヘゲモニーを握っていることは明らかである。すなわち、医師以外の医療従事者の法律(保健婦助産婦看護婦法、診療放射線技師法、理学療法士及び作業療法士法など)には、業務の遂行に当たって「医師の指示」が必要であることが条文としてある。また、病院や診療所の長は医師であることが医療法で規定されている。したがって、法律的には医師以外

の医療従事者は、専門家としての地位(=専門職組織)においても、職務上の地位(=官僚制組織)においても、医師に対する従属を強いられているということになる。

しかしながら、実際の医療は医師だけでなく、さまざまな複数の医療従事者で成り立っており、医療的行為だけでなく看護や検査やリハビリテーションの重要性も増している。たとえばICUやCCU(集中治療室)での治療管理は看護婦が決定的に重要な役割を担っている。機能回復には理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が専門的な知識と技術をもって患者に関わっている。それにもかかわらず、法律的には医師だけが指示をする権限をもつという上下関係が存在しているとしたら、その法律がどこかおかしいと考えた方がよいのではないか。

また、看護(主に看護婦が担う)や検査(診療放射線技師や臨床工学士が担う)やリハビリテーション(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が担う)などの様々に分化している医療の中でも、治療的行為(医師が担う)が最優先されるという側面もある。患者の病気や障害が良くなるのなら、医療従事者の間にヒエラルキーがあろうとなかろうとかまわない、という考え方もある。しかし、こうしたヒエラルキーがあることで、結局は、患者が望む医療、良い医療が受けられなくなることもある。たとえば、嚥下が困難なためにリハビリテーションを行っている患者が、ある日気分がよいからといって食事をとってみることにした。看護婦はそうした患者の意欲を回復の兆候と認識し、食事の介助をしたが、突然医師が処置をするといって病室に入ってきて患者の食事は中断された。処置の後、患者は再び食事をとろうとはしなかった。看護婦は、患者の食事をしたいという意欲を医師に説明し、すぐに必要な処置でなければ時間をずらし

て行うように、と言うこともできたかも知れない。しかしこの場合、医師にも看護婦にも、看護婦より医師が上位で、看護やリハビリテーションより治療的行為が優先されるという、医療従事者間のヒエラルキーの意識があったのだろう。結果として、患者は再び食事をとる意欲をなくし、リハビリテーションは進まず、回復が遅れることになった。

医療従事者間のヒエラルキーは、患者にとって、そのときどきに応じて何か必要なのか、という視点を見失わせやすい。結果として損害をこうむるのは患者である。

5-2 医療従事者の協働

近年、こうした問題を乗り越える概念として「チーム医療」が提起されている。概念図でいえば、患者を中心に、各医療従事者が同心円上に位置するというものである。そこには医療従事者の間にヒエラルキーはなく、すべての医療従事者は平等な関係性で、それぞれの専門性を発揮しながら、協働して、患者を中心にした医療を行ってゆくことが示されている。この概念は、医師の権限の強さと、それに付随して生じる医療従事者間の対等な関係形成の困難を克服するものとして注目されている。いくら様々な職種がそれぞれの専門性をもって患者の治療に当たっていると、それが形式的な人的構成にすぎないなら、医師の権限だけが強いことには変わらない。医療従事者が協働するには、感覚的な次元ですべての職種が平等であることを認識することが不可欠である。今さら言うまでもない、極めて当たり前のようなことだが、医療従事者の間には、こうした認識は希薄であった⁽¹⁶⁾。そこで、医療従事者が互いに協力し合うという「チーム医療」が、理想的な医療従事者の関係を示したものとして注目されている

のである。

むしろ、教科書レベルの記述では、ひとりの患者に対して、異なるさまざまな専門からのアプローチがされること、各医療従事者が協働すべきであることは、すでに所与のことになっている。およそすべての医療従事者は、養成過程においてこのことを教えられているはずであり、「チーム医療」は特に珍しくもなく、ありふれた言葉である。しかし、実際の現場では「チーム医療」の困難さが訴えられているのも事実である。

フリードソンは「医師が他の職種の人々との協同作業に積極的な関心を持つ必要がある」(Freidson [1970b=1992:211])と記したすぐ後に、医療従事者による協働を「ユートピア的」と、一種突き放した見方を示している。協働するには、医師が「仕事の大半を他の職種に委譲」すること、医師とその他の医療従事者が「完全に平等」なチームとなって医療活動を行うこと、これらが条件となるといいながら、それを「本質的にユートピア的」で、「実現不可能である」といっている(Freidson [1970b=1992:158])。フリードソンは、医療における専門家(医師ひとり)の支配を痛烈に批判してはいるが、その変革に関しては非常に悲観的な見方をとっているのである。

また、立岩は「医療・福祉の連携、チーム、ネットワークの必要性」を「起こっている事態への自然な、あるいは誠実な対応ではある」と一定の理解を示しながら、「基本的な部分に、いくつかの層からなる相応の理由のある錯誤、倒錯がある」(立岩 [1996:100])と続け、「連携」や「チーム」には懐疑的な態度をとる。彼によると、医療における連携は、第一に患者の持つ諸問題を医療従事者や医療機関で囲いこむもの、第二に医療従事者(立岩は供給者という)の

「良心」に頼る仕組みで制度的規定がないもの、第三に医療従事者のひとり相撲で患者（立岩は当事者という）が不在になるもの、であるという（立岩 [1996:100-101]）。

このような「チーム医療」に対するペシミスティックな見方は、従来の医療体制を鑑みれば一面では妥当性をもつものではある。しかし、今日の医療状況や医療従事者の意識の変化の兆候を考慮に入れると、いちがいに「チーム医療」に悲観的な視線を送るのは尚早であるといえよう⁽¹⁷⁾。実際に、職種によって専門とする領域があり、それぞれの職種とその専門性を認め、尊重してゆくという傾向もある。「チームでないといけない」といいながら、医師や理学療法士やヘルパーと共に在宅看護の任に当たっている訪問看護婦に対して、「チーム医療」は実現不可能なまやかしみたいなものですよ、といえるだろうか。「チーム医療」の困難が医療従事者の中で指摘されていることも考慮に入れて、立岩の指摘したような疑わしさを、「チーム医療」の課題として設定しなおし、「チーム医療」にアプローチしてゆく試みも一定の意義のあることなのではないだろうか。

6 おわりに

——「チーム医療」の可能性と課題

以上、今日、医療に対する患者と医療従事者の認識、そして医療における患者と医療従事者の関係性が転換期にあるといういくつかの兆候を概観した。こうした兆候は、冒頭で示したように、「チーム医療」という概念と近い内容のものであると考えられる。患者と医療従事者が、従来の医療のあり方に対して異議申し立てを行い、新しい医療のあり方を模索している時、そこで提示される新しい医療の形が「チーム医

療」といい表されているものなのである。

当事者からはその困難が指摘され、研究者も悲観的な見方をとるが、それでもやはり「チーム医療」は注目に値するものであろう。そして、「チーム医療は必要だ」と声高に叫ぶよりも、「チーム医療」が必要となってきた現状、それがこれまで困難であった歴史・社会的背景についての分析がなされるべきであろう。「チーム医療」を必要とし、「チーム医療」の実現に向けて行動している、患者と医療従事者たちがいる。そうした双方の面を、同時に見てゆく必要がある。「チーム医療」に向けて行動している医療従事者は、全体の医療従事者の中ではごく一部かもしれない。しかし、その一部が革新的勢力となって現状を変えてゆく可能性もある。そうした可能性にここでは注意を喚起したい。

ところで医療社会学には、「医療を対象とする社会学 sociology of medicine」と「医療における社会学 sociology in medicine」というふたつの伝統的な立場がある。「医療を対象とする社会学」は社会学の理論的な伝統を踏まえて医療現象を説明しようとするものであり、「医療における社会学」は社会学の理論にはこだわらずに、医療における諸問題にアプローチするものである（Strauss [1957:203]、園田 [1977:24]）。このふたつの社会学の折り合いはよいとは言えず、「医療を対象とする社会学」は「医療における社会学」の陣営から、「難解である」、「現実を見ていない」、「見ていたとしてもそれが現実はどう役に立つのか」という批判を受けている。他方、「医療における社会学」は、「医療を対象とする社会学」の陣営から、「社会的関心よりも医療の側の問題関心に傾斜しており研究に偏りがある」、「ときどきに問題となっているトピックスの研究は多いが理論的研究が乏しい」という批判を受けている（野口

[1994]、朝倉 [1994])。

このふたつの社会学の間の差異が問題とならなくなり、両者が協力し合うべきという主張もなされてはいるが (Freeman, Levine, Reeder [1972:507]、園田 [1977:47])、その実現が難しいことも同時に知られている。ストラウスは、「医療を対象とする社会学」と「医療における社会学」という二つのタイプは、「相互に両立が困難となりがちである」といい、両立を目指そうとすれば、「医療における社会学者」は「同僚を調査することになるので良好な関係を損なう危険」があり、「医療を対象とする社会学者」は「医学教育や臨床研究に距離感を失ってあまりに同一化」して「客観性を失う」ことになるという (Strauss [1957:203])。こうした「医療を対象とする社会学」と「医療における社会学」の両立困難性は、あくまで両立を目指し、実践を行う上での難しさであり、それ以前に、両立と融合の試みはなされてしかるべきであろう。

日本において「医療における社会学」は、先に見たとおり現実に密着しており、応用性はあるのだろうが理論性は乏しく、論文を散見しても社会学的考察がなされているものは少ない。また、「医療を対象とする社会学」は、医療を批判社会的には捉えられているが、それを論ずる社会学者こそ伝統的な医療職観にとらわれていたり、マスコミの情報をうのみにして医療現場の実情と考えている節もある。一部の医師や看護婦を見て、医療従事者の封建的な関係性を弾劾したりすることもある。

筆者になじみが深いのは「医療を対象とする社会学」だが、そこでは医療が徹底的に批判されることが多い。「医療を対象とする社会学」はイリイチやフーコーから大きな影響を受けている。イリイチは、「生活の医療化」や「社会

的医原病」という言葉を用いて、医療の存在そのものを徹底的に批判した (Illich [1976=1979])。フーコーは、近代の主体が医学的権力に絡めとられていることを暴露した (Foucault [1963=1969])。医療が生活の細部にわたって介入してくることで、人々の健康についての権利が剥奪されているという見方も重要なものだろう。

「医療」を批判的に論じることはできる。しかしながら、病人だ人にとってやはり医療は必要なのである。医療そのものを否定することができないことを、フリードソンは医療を対象とする社会学への障壁と捉えた⁽¹⁸⁾。医療を理論的に否定することはたやすいが、現実状況を鑑みたとき医療の存在そのものを否定できないのはある意味で当然であろう。「人々は、未だにできる限り最良の医療を求めているのである」 (Light [1989:471])⁽¹⁹⁾

伝統的な医療従事者のヒエラルキー構造を学問的に解釈したり、そうした構造を批判したとしても、それだけでは現実の社会に対する貢献にはいくぶん距離があることを認めざるをえない。医療を必要としている人のところに、適切な形で医療が行き届いていない構造を解明した後で、そうした構造を変革しようとする主体がいることにも目を配る必要があるのではないか。悪意の行為者を槍玉に挙げ、それを批判するのはたやすい。例もいくらかであろう。しかし、善意の行為者であっても乗り越えることの出来ない、構造的な問題に肉薄し、それを変動の視点から捉え直すことが、今後の課題となつてこよう。それは、「医療を対象とする社会学」と「医療における社会学」の対立を超え、ひとつの試みとなる可能性もあろう。

批判の視点を忘れることなく、しかし、現実に根ざした「建設的な」議論をいかに展開できるか。その時手がかりとなるのが、おそらく

「チーム医療」という概念であろう。今後の研究では、患者も「主体的」（フーコーの用語ではなく）にチームのメンバーとして医療に関わること、そこまでを含めたものとして「チーム医療」を問題提起したい。これはある意味で、医療にかかわる人々——医療従事者、患者、その他の人々——の考え方のドラスティックな変化を予言することにもなる。こうした医療に対する認識の転換までを射程に入れるとき、「チーム医療」は有効な視座を与えてくれるだろう。

註

- (1) 1998年度版の『国民衛生の動向』によると、日本における死因の上位三つは、悪性新生物（いわゆる癌）と脳血管疾患と心疾患である。これらは、生活習慣に起因することや、糖尿病や高血圧といった慢性的な基礎疾患があることが多い。
- (2) 「チーム医療」には、形式的人員構成と実質的協働意識、同一職種内と複数職種間、病院内と地域社会を含めた医療圏等、連携の質や種類、規模によって実は様々な水準があるのだが、詳細については別稿にゆずる。
- (3) もちろん、この条件をひとつひとつ検証してゆくことは大きな問題ではあるのだが、それは今後の筆者の研究課題である。
- (4) 術後管理の問題など、日帰り手術には医学的な観点から否定的な見解も出されているが、ここではその点に触れることは避ける。患者の必要性という観点からのみ、日帰り手術に言及している。
- (5) これらの可能性があることと同時に、それが困難である現状も指摘しておかなくてはならないだろう。復職したいという希望があっても、雇用先から断られることもある。ずっと続けてきた仕事を変更するに当たっては相当な決意がいることでもあろうし、こうした障害者の職業訓練の場も限られている。家屋の構造を変えるにしても、広さの確保という物理的な問題もあるし費用もかかる。
- (6) 患者会は、セルフヘルプ・グループという位置付けをされて良いだろう。セルフヘルプ・グループは、患者やその家族が病気や障害を理解してゆく契機を、自ら作りだし、活用していこうとする人々の集まりである（野口 [1996]）。患者とその家族を同一視することはできないが、ここではその違いには言及しないでおく。
- (7) ただし、実際の場面において、病人役割と社会的責務との関係が取りざたされるときには、相当慎重な態度が必要である。社会的責務に対する見方が当事者や家族、社会環境（職場や学校など）とで相反するとき、結果として患者本人が最も強い葛藤状態となり、悲劇的な結果となることもある。社会的責務は、課せられているにせよ免除されているにせよ、時として患者に加重的な心理的負担を強いることになるのだ。極端な例だが、脳梗塞発症後、治療結果も良好で、リハビリテーションもうまくゆき、多少の高次脳機能障害は残るものの身体機能は回復したと見なされ、退院の運びとなった患者がいた。しかし、彼はもとの会社に復職することが出来ない状況の中で、最終的に自殺をした。家族と会社は、病人は社会的責務を免除されていると考えていたのだが、当人はそうは考えず、復職できなかったことを悲観したのである。こうしたことが起こらないためには、一方では病人には社会的責務が免除される権利があることを示す必要もあろうし、他方では病気や障害を持つ人の社会的責務の別様な在り方を提示してゆくことも必要であろう。
- (8) パーソンズは医師を、職業役割の中でも特に「専門職」役割と捉え、その特徴として、業績主義、普遍主義、機能的限定性、感情的中立性、集合体志向を挙げた（Parsons [1951=1974:429-430]、[449-458]）。すなわち、医師は、医療行為を行う

ことで医師という役割を担うことになり（＝業績価値の取り入れ）、個別主義的ではなく一般に受容された科学的知識に基づく高い水準の知識や技能（＝普遍主義）を要求され、一般化された「賢者」として外交や政治を行うのではなく医療行為のみを行い（＝機能的限定性）、患者が誰であるかにかかわらず病気を客観的で科学的な仕方でも取り扱う（＝感情的中立性）としている。その際、医師は自分の利益を優先させる自我志向的ではなくて、患者の利益を優先させる集合体志向的であるという。そして、最終的に医師への役割期待は「可能なすべてのことをする」ものと結論づけている。

ここでパーソンズが立てている軸は、伝統社会と近代社会を特徴づけるゲマインシャフトとゼメルシャフトという社会構造の類型を基にしている。すなわち、業績主義、普遍主義、機能的限定性、感情中立性という前四者はゼメルシャフト的な近代の人間像で、最後の集合体志向のみが伝統的共同体のゲマインシャフト的な姿を具現している。パーソンズは、この点をもって医師専門職には近代の実業家とは異なり、利他主義の契機が内在している役割が制度化されていることを指摘した（Parsons [1951=1974:464-465]）。

(9) 社会学においても、看護婦の専門職化に関する文献はいくつかはある。E.ヒューズは看護婦の仕事が低位に見られていることを、看護婦自身が自らの地位を低いものとしてみている点にあると指摘する（Hughes [1971:311-315]）。彼によれば、看護業務は看護婦にとってもその特徴を描き出すのが困難で専門性を提示しにくく、最も患者に近い業務は「汚れ仕事 dirty work」といわれ忌み嫌われ、より低い地位の新人看護婦や看護助手などに割り当てられるようになってきているという。そこで彼は、こうした従来の看護婦のイメージを刷新する意図で「汚れ仕事」自体を肯定的に評価する方向性を示した。また、E.ブラウン [1948=1966]

は、看護婦には高度の技術熟練や知識の習得が必要であることを示し、「専門職業看護婦 professional nurse」のヴィジョンを描いた。アメリカ「全国看護会議NNC」の委託を受けた、全米規模で行われた看護教育に関する総合的な調査に基づく「看護の将来」と題された調査報告書の中である。看護婦団体から委託されたからといって看護の利益になるようにという姿勢ではなく、たとえ看護にとって不利益になっても社会の利益になる姿勢をとることを許されていたという序文の記述を信頼するとして、ブラウン・レポートと呼ばれるこの報告書は、看護婦の新しい在り方が示され、以後の看護婦の専門職化に貢献したと評価されている。

(10) ケアの意味は重層的であり、安易にこの言葉を使用できるものではないが、看護婦の業務を指すのに他に適当な用語が見つからないので、ここでは暫定的にケアと呼ぶ。

(11) パーソンズは医師を親しい間柄におきたがる患者から医師が自由になる仕組みとして、普遍主義、機能的限定性、感情中立性などの医師役割があるといっている。

(12) これらの議論がなされていた50年代から60年代という時代的状况を経て、70年代の消費者主義の流れを受けて、アメリカにおける患者像は変化してきたという。L.リーダーは、治療から予防への医療の力点の移行に伴う売り手市場から買い手市場への移行と、医療サービスの官僚制強化による医療従事者の意識の変化を挙げ、患者の地位が変化してゆくことを指摘した（Reeder [1972]）。今日の日本においても、こうした消費者としての患者像をたてる論者もいる（立岩 [1996]、高橋 [1996]）。

ただ消費者主義の文脈でも、相変わらず医師と患者の関係は相克の関係で捉えられている。消費者主義の文脈では患者中心の医療を求める声があるが、患者の医療に対する向き合い方がどう変わ

るのか、といった点については案外無頓着なのではないだろうか。もちろん中には患者の自己意識の変革を求める声はあるが、それはあくまで消費者としての個人、医療利用者としての権利の主張であって、いかに人が医療に関わるのかといった議論をしているものではない。障害者の自立を対象とした立岩の、患者ではなく医療利用者という考え方は正当なものであるが（立岩 [1996]）、彼の議論の際に対象となっているのは医療による干渉から自由になることを希望する、主に自立を望む障害者であり、本論の対象とする医療を必要とする人々とは異なっている。

(13)ただ、こうした関係性を「対等」や「平等」といった概念で説明しようとする、専門職とクライアントとの原理的な問題に突き当たることにもなる（進藤 [1999:55]）。医療従事者と患者とが共に関わってゆくという関係性は、形成できたとしても認識上の関係性にしか到達できない限界があるという見方もあろう。しかし筆者は、こうした認識の形成にとどまらず、経験的実践場面でも対等な関係形成が可能なのではないかと考える。

(14)医療従事者の中で医師が特別の地位にあることで、他の職種が疎外されるという点を論じた研究はいくつかある。看護婦に関して言えば、医師という典型的な専門職に抑圧された存在からいかに脱却してゆくのかが主要な関心事とされ、また看護が自律することの正当性が示されている（Katz

[1969]、Hughes [1971]）。

(15)こうなれば後は、医療は国家政策や経済的効率の問題として、政治学や経済学の問題として取り扱われることになる。こうした方向性も、医療専門職に独占されていたかつての医療と同じように、本当に患者の利益となるかどうかは疑わしいところである。

(16)こうした認識が、患者の側にも根強くあることも指摘される。

(17)医療環境の変化に伴い医療従事者の在り方が変容を迎えているという論調は、看護婦、理学療法士や作業療法士、社会福祉士などの、学会や職能団体を中心に展開されている。看護婦については拙稿（細田 [1997]）を参照されたい。

(18)フリードソンはこういう。「社会化された医療に対しては賛否を表明しえても、医療それ自体に対して賛否の立場をとることはできないし、医療施設における患者の不幸に共感し、その不幸を生み出している態度・知識・状況を解明することはあり得ても、それゆえに民間医療を報じ、近代医療を拒絶することはあり得ないのである」（Freidson [1970b=1992:46]）。

(19)もちろん医療を必要としない人、医療の介入を拒否する人もいるので、そういう場合には、医療の過剰なる拡大化に対して警告を発することは重要である。

【文献】

天野正子 1972 「看護婦の労働と意識」『社会学評論』22巻3号：30-49。

朝倉隆二 1994 「保健医療看護領域における保健社会学的研究の成果と課題」『保健医療社会学論集第5号』日本保健医療社会学会：40-45。

Brown, Esther 1948 *Nursing For The Future*, Sage. = 1966 小林富美栄訳『これからの看護』日本看護協会。

Corwin, Ronald G., 1961 *The Professional Employee: A Study of Conflict Nursing Role*, *American Journal of Sociology* 66 : 604-615.

- Cockerham, William 1983 *The State of Medical Sociology in the United States, Great Britain, West Germany and Austria : Applied vs Pure Theory*, *Sociology of Science and Medicine*, vol.17, no20 : 1513-1527.
- , 1988 *Medical Sociology*, N.J.Smelser (ed.), *Handbook of Sociology*, Sage Publication.
- , 1995 *Medical Sociology*, 6th ed., Prentice-Hall.
- Etzioni, Amitai (ed.) 1969 *The Semi-Professions and Their Organization*, Free Press.
- Freeman, Howard and Levine, Sol and L.G., Reeder (eds.) 1972 *Handbook of Medical Sociology*, 2nd ed., Prentice-Hall.
- Freeman, Howard and Levine, Sol (eds.) 1989 *Handbook of Medical Sociology*, 4th ed., Prentice-Hall.
- Freidson, Eliot 1961 *Patient's Views of Medical Practice*, Univ. Chicago Press.
- , 1970a *Profession of Medicine : A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Univ.Chicago Press.
- , 1970b *Professional Dominance : The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press, Inc.=1992 進藤雄三・宝月誠訳『医療と専門家支配』恒星社厚生閣。
- , 1986 *Professional Powers : A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, Univ. Chicago Press.
- Freidson, Eliot (ed.) 1963 *Hospital in Modern Society*, Free Press.
- Foucault, Michel 1963 *Naissance de la Clinique : Une archéologie du regard médical*, Press Universitaires de France.=1969 神谷恵美子訳『臨床医学の誕生』みすず書房。
- Glaser, Barney and Strauss, Anselm 1965 *Awareness of Dying*, Aldine Pub. Co.=1988 木下康二訳『「死のアウエアネス理論」と看護』医学書院。
- , 1967 *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*, Aldine Publishing Co.=1996 後藤隆・大出春江・水野節夫訳『データ対話型理論の発見』新曜社。
- 細田満和子 1997 「メディカル・プロフェッションの変容——職能集団としてみた看護婦を中心に」『ソシオロギス』21号 : 95-112。
- Hughes, Everett 1958 *Man and Their Work*, Free Press.
- , 1971 *Studying the Nurse's Work*, in *Sociological Eye*, New Brunswick.
- Illich, Ivan 1976 *Limits to Medicine, Medical Nemesis : The Expropriation of Health*. =1979 金子嗣郎訳『脱病院化社会——医療の限界』晶文社。
- Katz, Fred.E., 1969 *Nurses*, in *The Semi-Professions and Their Organization*, Etzioni (ed.) : 54-81, Free Press.
- Light, Donald W. 1989 *Social Control and the American Health Care System*, in *Handbook of Medical Sociology*, forth edition, Freeman H.E.and Levine, S. (eds.) : 456-474, Prentice Hall.
- 野口裕二 1994 「臨床社会学の方法と可能性」『保健医療社会学論集第5号』 : 46-51。
- 1996 『アルコールリズムの社会学 : アディクションと近代』日本評論社。
- Parsons, Talcott 1951 *The Social System*, Free Press. =1974 佐藤勉訳『社会体系論』青木書店。
- , 1964 *Social Structure and Personality*, Free press. =1973 武田良三監訳『社会構造とパーソナリティ』新泉社。
- Reeder, Leo G., 1972 *The Patient-Client as a Consumer : Some Observation on the Changing professional-Client relationship*, in *Journal of Health and Social behavior*.13 : 406-412.
- 進藤雄三 1990 『医療の社会学』世界思想社。

——— 1994 「社会学理論と医療社会学」『保健医療社会学論集第5号』：52-59。

——— 1999 「医師」『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社。

Starr, Paul 1982 *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books.

Straus, Robert 1957 The Nature and Status of Medical Sociology, *American Sociological Review*, 22 : 200-203.

園田恭一 1977 「保健・医療社会学の対象と方法」保健・医療社会学会研究会編『保健・医療社会学の成果と課題 1977』：11-52, 垣内出版。

Szasz, Thomas and Hollender, Marc 1956 A Contribution to the Philosophy of Medicine : The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship, *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, vol.97, no.5 : 585-592.

高橋涼子 1996 「患者からユーザーへ——精神医療から考える患者-医療者関係とインフォームド・コンセント」：151-168, 『病と医療の社会学』岩波書店。

立岩真也 1996 「医療に介入する社会学・序説」『病と医療の社会学』：93-108, 岩波書店。

——— 1997 『私的所有論』勁草書房。

Vollmer, Howard and Mills, Donald (eds.) 1966 *Professionalization*, Prentice-Hall.

Wilson, Robert N., 1970 *The Sociology of Health : An Introduction*, Random House.

(ほそだ みわこ)