

氏 名	種 田 博 之
学 位 の 専 攻 分 野 の 名 称	博 士（社会学）
学 位 記 番 号	乙社第33号（文部科学省への報告番号乙第337号）
学位授与の要件	学位規則第4条第2項該当
学位授与年月日	2010年3月3日
学 位 論 文 題 目	「薬害エイズ」の知識社会学的考察 —不確実な状況下の医師の「常識」と意思決定—
論文審査委員	（主査） 教 授 高 坂 健 次 （副査） 教 授 荻 野 昌 弘 教 授 三 浦 耕吉郎 蘭 由岐子（神戸市看護大学准教授）

論文内容の要旨

序論では、本論文の考察対象と理論的枠組み、資料について論じている。

1980年代、汚染された非加熱製剤が治療で使用され、HIV に感染してしまうという痛ましい「薬害」が起こった。「薬害エイズ」である。HIV への感染を被ったのは、非加熱製剤を主たる治療薬としていた血友病患者であった。HIV を不活性化した加熱製剤に切り替えられるまでの間に、血友病患者の約4割（1500人を超える）がHIV に感染してしまった。「薬害エイズ」についての主要な言説（「非難言説」）は、医師、とりわけ血友病治療に携っていた医師の行為（もしくは、意思決定）に限定するならば、非加熱製剤の使用継続と HIV 感染告知についての非難—いわば医師としてのモラルの欠如—の2点に集中していた。

R. K. マートンや R. C. フォックスらは、科学者ないし医師が一般には「価値と規範の複合体」にしたがって認識し行為していることを明らかにしてきた。こうした知見から類推すれば、「薬害エイズ」に関わった医師も、単にモラルを欠いていたというよりも、ある「価値と規範の複合体」を通して認識し行為していたと考えることができる。そうした「価値と規範の複合体」が医師にとっていわば「常識」となっていたのではないか。これが本論文の出発にあたっての著者の仮説である。

本論文は、1980年代において血友病治療に携わっていた医師への聞き取り調査から得られた語り（医師13名／のべ31回分）と医学論文を資料として、非加熱製剤の使用継続と HIV 感染告知のあり方について検討をおこなっている。その検討を通して、血友病とそのリスクおよび HIV / AIDS とそのリスクがどのようなものとして捉えられ、医師はどのような行為—意思決定（診断および治療の選択）—をおこなったのか、決定にいたるまでの迷いと決定後の迷いを含んだ、医者「常識」を明らかにしようとしている。

第1部では、本論文の考察対象の背景的知識が概説されている（第1章、第2章）。第1章では、血友病ならびに HIV / AIDS に関する医学的事実とその事実に対して海外（主としてアメリカ合衆国）の研究者および日本の医師ないし研究者が如何なる対応をとってきたのかを概観している。

第2章では、「薬害エイズ」という非難言説の性質の検討を通して、医師の「常識」に着目する必要性があることを浮き彫りにしている。「薬害エイズ」の言説は、非加熱製剤の使用継続と HIV 感染告知の2点について、医師のモラルの欠如から説明し非難した。しかしながら、医師の行為はモラルの欠如によってひき起こされたというかたちでは必ずしも説明できないこと、むしろ逆に、ある規範—医師の「常識」—にした

がってなされたことを明らかにしている。

第2部では、「薬害エイズ」における非難の一つである非加熱製剤の使用継続について考察されている（第3章～第5章）。1980年代前半の非加熱製剤の使用継続は、当時の血友病治療の実態と文脈を知っておかなければ捉えることができない。第3章と補論1では、非加熱製剤を使用することが如何に「常識」になっていったのかについて述べている。1980年代前半、医師はHIV／AIDSの情報に触れた。しかし、当時、HIV／AIDSは不確実そのものであった。第4章、補論2、補論3では、加熱製剤の治験が始まるまでの間（1984年前半）、医師がHIV／AIDSのリスクと血友病のリスクをどのように捉えていたかについて考察している。第5章では、加熱製剤の治験開始から認可までの間（1984年前半から1985年の半ばにかけて）のリスク認識について考察している。

第3章では、血友病ないしその治療について医師が如何に認識していたかについて考察している。血液製剤がなかった頃、血友病の止血管理は困難をきわめた。血液製剤の出現によって、血友病治療に対する医師の認識は激変した。クリオ製剤によって、止血管理しうようになったのである。次に非加熱製剤が現れると、止血管理はさらに容易なことになった。そして、出血にともなう障害を取り除く（あるいは引き起こさない）治療、いわゆる血友病患者のQOLをひき上げることを目指す治療がおこなわれるようになっていった。そうした治療を可能にしたのが非加熱製剤であった。しかしながら、血液製剤、とくに非加熱製剤の使用には血液を媒介とする感染症への罹患がともなっていた。そうした感染症の典型として肝炎があったが、肝炎は、多くの場合、無症状であったため、医師は感染を許容し、血友病治療のほうを優先した。血友病をより良く治療しようとするならば、非加熱製剤は不可欠なものであり、まさに使用することはあたり前のこととして認識されるようになっていったのである。

補論1では、血友病患者の頭蓋内出血に特化して考察している。非加熱製剤によって、頭蓋内出血の治療成績は確実に上がった。しかしながら、治療できるようになればなるほど、逆に治療できないことが規範からの「逸脱」となった。そのため、よりよく治療しようとして、さらなる非加熱製剤を使用する、という循環を生んだ。こうして非加熱製剤は治療において必要不可欠なものとして位置づけられ、非加熱製剤を使用することはあたり前のことになっていった。

第4章では、加熱製剤の治験が始まるまでの間（1984年前半）、医師がHIV／AIDSのリスクと血友病のリスクについてどのように捉えていたのかを考察している。医師は、HIV／AIDSのリスク（非加熱製剤を使用して、HIVを感染させて、AIDSを発症させてしまうリスク）について感じていなかったわけではない。しかし、当時、HIV／AIDSは不確实现象であった。それに対し、血友病のリスクは医師にとって既知であり、その分医師にとっては血友病のリスクのほうがりアルであった。医師にとって、非加熱製剤による治療は血友病のリスクをより小さくしようとするには最良の方法であって、血友病のリスクとHIV／AIDSのリスクとは二律背反的關係にならざるをえなかった。医師は自分にとってよりリアルであった血友病のリスクのほうを重視して、非加熱製剤の使用継続という意味決定をおこなうことになった。

補論2では、第4章の考察を補完するために、医師の「比較衡量」という考え方に焦点を絞り考察している。医師は、HIV／AIDSのリスクと血友病のリスクに関し医学的視点から比較衡量し、非加熱製剤の使用継続という判断をおこなっていた。しかしながら、単に比較衡量をおこなったのではない。その比較衡量という考え方に先立って医師の「常識」が働いていたために、HIV／AIDSのリスクよりも血友病のリスクを重視してしまうことになったのである。

補論3では、第4章の考察を補完するために、T. パーソンズとR. C. フォックスらによる「医学の不確実性」の議論に依拠し、医師によるHIV／AIDS（のリスク）の不確実性処理について考察している。医師はHIV／AIDS（のリスク）の不確実性を処理する過程で、HIV／AIDSのリスク自体を過小評価する結果を招いた。

第5章では、加熱製剤が認可されるまでの間（1985年の半ばまで）、HIV / AIDS のリスクと血友病のリスクの二律背反状況のなかで、医師がそれぞれのリスクについてどのように捉えていたのかを考察している。1984年半ば以降、血友病患者のなかの少なくない数の患者が HIV 抗体を持っていることを、HIV 抗体検査によって、医師は知ることになった。これにより医師は非加熱製剤による HIV 感染リスクをこれまでよりも強く意識することになった。しかし、HIV 抗体に対する理解には差異があった。レトロウイルスの研究者以外は、HIV 抗体を「持続感染」の証ではなく、免疫を意味する「防禦抗体」として捉えていた（また、HIV 感染から AIDS を発症するまでの期間については不確実であった）。そのため、医師は既存の感染症に関する知識を通して HIV 感染を捉え、HIV 抗体を持っているにもかかわらず、AIDS の臨床的症状を示す者がいないことから、AIDS を発症頻度が少ない感染症として認識することになった。HIV 抗体検査は、一方で非加熱製剤による HIV 感染リスクを強く抱かせたものの、他方で HIV / AIDS 自体に対するリスク認識を弱めてしまうという「諸刃の剣」として働いた。

第3部では、「薬害エイズ」のもう一つの非難である HIV 感染告知が考察されている（第6章～第8章）。1985年の半ばから86年にかけて、HIV 抗体を持つということは HIV への持続感染であることが明確になっていった。それにともない、医師は HIV 感染告知をどうするのかという「新たな問題」に直面することになった。HIV 感染告知をめぐる、医師の対応は感染告知に対して消極的な「慎重派」と是とする「告知派」に二分化した。第6章では告知をおこなうことに慎重な立場＝「慎重派」の論理を、第7章では告知をおこなうことを是とする立場＝「告知派」の論理を、それぞれ考察している。慎重派と告知派は告知に対する立場を異にするものの、その考え方の根底には同じ医師としての「常識」が働いていたことを著者は明らかにしている。その後、告知をめぐる二分化した対応は、感染告知をおこなう方へと一本化された。すなわち、「告知転換」されることになった。第8章では、この「告知転換」が如何にしてなされたのかについて述べている。

第6章では、「慎重派」の論理を考察している。1980年代半ばから後半にかけて、HIV 感染から AIDS を発症するまでの時間と発症率はまだ解明されていなかった。また同時期、血友病患者における HIV 感染者の AIDS 発症者数は、男性同性愛者などの他のリスク・グループと比較すると低い割合にとどまっていた（血友病患者は他のリスク・グループとは異なり、発症率が低い可能性があるということも述べられていた）。しかし、一度 AIDS を発症すると、効果的な治療方法を欠いていたために死亡率は極めて高かった。AIDS を発症するかどうか分からないのに（また治療方法もないのに）、感染告知をおこなうことは患者に不安を与えるだけの配慮を欠くこととして、慎重派には映った。慎重派は、「患者を不安にさせてはならない」という医師としての「常識」に動機づけられていた。また、慎重派は、感染告知をおこなわないことに対して「心苦しさ」も感じていた。その「心苦しさ」は、「患者に対して誠実（正直）でなければならない」という医師としての「常識」に抵触したからである。こうして慎重派は、感染告知について悩むことになった。悩むのは、医師としての「常識」が相異なる（もしくは矛盾する）対応を要請したからである。悩んだ末、慎重派は、感染告知をおこなわないことのほうが血友病患者のためになるのではないかと考え、あえて感染告知に慎重である立場を選択することになった。

第7章では、「告知派」の論理について考察している。告知派は感染告知をおこなうことを、「二次感染の防止」、「患者の権利」、「フォローすること」という点から根拠づけていた。しかし、血友病治療に携わっていた告知派の医師にとって、感染告知をおこなうことには「ためらい」があった。告知派も患者に対して誠実／正直でなければならないという「常識」と患者を不安にさせてはならないという「常識」の間で板ばさみの状況に陥っていた。告知派は、迷いのなかで、二次感染の報告や患者の権利という考え方への共鳴、あるいは「フォローすること」のほうがより重要と考えることによって、感染告知をおこなうという選択をとることになった。

1980年代末、「HIV 感染者発症予防・治療に関する研究班」は、感染告知をおこなうほうにむけて動き出

すべき時期にきているという「告知転換」の方針を打ち出した。第8章では、この「告知転換」の方針が如何にしてなされたのかについて述べている。「告知転換」の方針は、「HIV 感染者発症予防・治療に関する研究班」が開いた「血友病・HIV カウンセリングワークショップ」において議論され決定された。しかし、この方針の決定はワークショップにおいての議論に基づいてなされたからというわけではなく、ワークショップによって、実質的に議論することを可能とした「困難の共有化」と、患者を支えることがより重要であるということの「共通認識」が生まれたことによる。医師は、ワークショップを通して他の医師もまた自分と同じ悩みをかかえていること、そして自分の悩みを理解してくれることを知ることになった。この困難の共有化によって、それまでのように告知に対する立場の相違によって闇雲に対立することがなくなった。そして、患者を支えることの重要性とする共通認識も生じるようになった。ワークショップは、告知をおこなうことに向けて「地ならし」としての役割を果たしたのである。

終章では、以上の議論をふまえて、汚染された非加熱製剤による HIV 感染問題から私たちの社会が学ぶべきことについて考察している。情報公開は必要だ。しかし、不確実性をともなった事象に関し如何にして情報公開をおこなっていくのがより重要な課題として問われなくてはならない。それは医師という専門家だけの課題ではない。汚染された非加熱製剤による HIV 感染問題においては、医師だけが問い、そして答えてしまったが、患者／市井の人々も関わっていかなくてはならない。そのためには、患者もまた不確実性自体について理解する必要がある、と著者は提言している。そのうえで、医師と患者は、状況の変化に注意を払い、その都度、ともに考え答えを出していくことが必要である。不確実であることで患者が損害を被りうる可能性がある。そうなった場合、現行制度ではその損害は補償されない。救済のための新たな制度が必要だ。また、HIV 感染問題の「原因」を医師の行為にだけ求めるのではなく、その行為はある「構造的要因」の「結果」として捉えることによって、私たちの社会においていかなる制度を欠いているのかという問いに到達できるししなければならぬ、と著者は結論づけている。

論文審査結果の要旨

1980年代、血友病患者に対して汚染された非加熱製剤を投与されたことで HIV（ヒト免疫不全ウイルス）に感染してしまうという「薬害」が起った。HIV を不活性化する加熱製剤が開発されてからでもその投与が斯界で承認され実施されるようになるまで2年余りが過ぎた。その期間に血友病患者の約4割にあたる1500人余りが HIV に感染してしまったのである。加熱製剤の開発以後、ただちに承認・投与されなかったことは、今から振り返れば、「取り逃がした機会」であった。後の民事・刑事両訴訟で原告側が訴えたのは、血友病の専門医ひとり、厚生省の責任者、製薬企業の責任者たちであった。訴訟運動のなかで、行政の「不作為の罪」、産（＝製薬業界）・学（＝血友病治療に携わっていた医師）・官（旧厚生省）の「癒着」が非難的になった。最終的には、菅直人厚生大臣（当時）の謝罪と「和解」（いずれも1996年）によって収束に向かったものの、この「薬害」事件は広範な社会運動を巻き起こすとともに、多様な角度からの研究の対象ともなった。

（１） 種田博之氏の研究は、このうち医師の「常識」をめぐる知識社会学的研究である。すなわち、本論文は、薬害が生じた原因の一つとして社会的に非難されてきた医師の行為（非加熱製剤の使用と告知の遅れ）に関して、従来の薬価差益等の利害にもとづいた説明に代えて、医師たちが共有している「常識」（さらには、医学のエートス・「価値と規範の複合体」）による説明を試みた点に、きわめて斬新かつオリジナルな視点を見出すことができる。

（２） とりわけ、米国等における最先端の研究でもエイズを十分に解明しえていない「不確実な状況下」において、日本の医師たちがいかなる選択をとりえたか（あるいは、とりえなかった）という観点からする著

者の分析は、医師が拘束されている「バイアス」や、医師が不確実性を「処理」するために駆使している様々な技法の存在を明らかにすることを通じて、これまでの科学者然とした「冷静な医師」像とはまったくかけはなれた「二律背反的な翻弄される医師」といった、きわめて人間的かつ現実的な医師像を呈示しえたことは大きな貢献である。

(3) 「人が知っていることは、その人の知識のストックである。そのストックはしばしば内的に矛盾していたり、ほんの部分的にしかクリアでない」。これは A. シュッツの知識社会学の出発点であった。シュッツのばあい、専門家である科学者はそうした市井人の日常生活における知識とはちがって無矛盾的で明晰な知識体系を有しているやに受け止める傾向があった。しかし、種田氏が医学論文の記述の分析（＝徹底的な読み込み）や聞き取りから再構成することを通して呈示した医師像は、「知識」の扱いをめぐる暗に指定していた素人と専門家の間の違いを一度は取り払ってしまう必要さえあることを示唆している。その意味において、種田氏の知識社会学に対する貢献を認めることができる。

(4) 「知識」の扱いをめぐる素人と専門家の間の違いを取り除く必要があるとはいえ、医師が医学そのものや医療行為、医療倫理をめぐるもっている「知識」は紛れもなく専門家としての知識である。これまで、医療社会学においては医療システムの変化や医療領域における権限のヒエラルヒー構造としての「専門職支配」、医師－患者関係などが関心の中心を占めてきたが、医師の「常識（的知識）」について具体的に肉迫できた例は他にない。その意味において、種田氏の仕事には医療社会学に対する貢献も認めることができる。種田氏と共同研究に従事した研究者のなかには医師のナラティブ（南山浩二）、医師のライフストーリー（南山浩二・本郷正武）、臨床医の経験（藪由岐子）、臨床医の役割（青山陽子）、「告知」をめぐる医師の語り（大北全俊）、医師－患者関係（好井裕明）加熱後の血友病診療医（日笠聡）らの業績があるけれども、医師の「常識」とその変化を体系的に時間的に追究しえたのは偏に種田氏の功績による（輸入血液製剤による HIV 感染問題調査研究委員会編『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』第一分冊 論稿編、2009年3月）。

(5) 「薬害」は「薬害エイズ」に限ったことではない。戦後の日本社会に限ってみても「薬害エイズ」より前に、「スモン事件」、「筋短縮症事件」、「クロロキン被害」、「サリドマイド事件」などがあつた。今一度、こうした「薬害」についても、不確実な状況下での医師の「常識」と意思決定という種田氏の視点に立ち返って再検討しておくことは遠回りのようであっても意義深いことであろう。こうした点にも潜在的貢献が認められる。

(6) 医師の「常識」をめぐる問題は、医学という科学のなかの出来事であるという意味において科学社会学の研究関心でもある。種田氏自身、マートンらが着目した「価値と規範の複合体」に大いなる示唆を受けており、その意味では科学社会学の正統な流れを汲んでいる。さらに医師をとりまく社会状況と医師の「常識」の再生産とを結びつけつつ「薬害エイズ」にしばって具体的に分析してみせたことは、現場知（ローカルノレッジ）に耳を傾けることに期待を寄せようとする最近の科学社会学（藤垣裕子『専門知と公共性』2003）に対しても一定の反省的貢献を認めることができる。

(7) こうした著者の分析を可能にしていたのが、関係する医師にたいする地道な聞き取り調査の結果であつたという点も、本論文における方法的な独自性として、特筆してよい。なぜなら、現役の医師は、多忙かつ守秘義務等の制約を負っているうえに、事柄の性質上「口を噤む」こともありうる状況のなかにあつて、社会学的なインタビューの対象としては最も困難な対象者のタイプに属するからである。さらに、医師という専門職従事者に対する聞き取りが効果をあげるためには、事前の一定水準の医学的知識を体得しておくことが聞き手に要求される。種田氏はその要求をもっとも真摯に受け止めた一人であり、そのことが医師への聞き取りを実りあるものにした要因でもあつた。さらに言えば、種田氏の採った言わば「方法論的非加担主義（methodological disinterestedness）」が多くの率直で自発的な「語り」を引き出すことに成功した要因でもあつた。患者の遺族ら「当時を生きた人々」のなかには、再現された「医師の語り」について「不全感」（＝

自分が体験した医師の当時の言動や態度を十分には再現しきれていないという感覚)を表わす向きもあるようだが、政治運動や闘争化しやすい、そして事実そうだった状況下でここまでの「語り」を引き出すことができたことの功績はやはり高く評価しなければならない。種田氏の方法的スタンスは、共同研究全体としての「バックボーン」ともなった。

以上のような貢献を十分に認めたいうえで、以下、各審査委員から提出された疑問や今後への期待は少ない。それらについて摘記しておきたい。

(a) 本論文の主タイトルの展開

本論文の主タイトルは『薬害エイズ』の知識社会学的考察』となっている。本来なら知識社会学的考察とは何かについての議論や、知識社会学の流れのなかに本論文を著者自らが位置づける独立の章が欲しかった。また、本研究が「知識社会学」、「医療社会学」、「科学社会学」の三者の境界領域に位置するところから、それらの関連についての見通しについても著者自身の見解が記されていれば、研究の位置づけがより明確になったであろう。

(b) 「薬害エイズ」問題の解明に向けた知識社会学的研究の可能性と限界性

本論文の研究対象は、「薬害エイズ」問題に関係した医師の「常識」であったが、知識社会学的方法をもちいて「薬害エイズ」問題の全貌を解明しようとすれば、医師のみならず、(血友病)患者やその家族の思いや「常識」についての研究も必要であろう。とりわけ、医師の「常識」と患者や家族の「常識」とが、どのようなかたちで共犯関係を結んだり、くいちがったり、あるいは衝突していたのか、という点は、本論文の医師の行為を理解するためにも、必須の研究課題ではないかと思われる。さらに、本論文が批判の対象とした「(医師への)非難言説」を行ったジャーナリストや医師たちの保持している「常識」の解明も、同様になされねばならないだろう。なぜなら、彼らの「常識」のなかには、現実に薬価差益によって利益を得ている医療者や、日本の血液行政にたいする正当な批判的観点も、たしかに含まれているからである。もしも、そうした批判的な探究を併せて行わないとすれば、知識社会学は、たんに言わば「医師の言い分」を優先することで、医師の行為を正当化(免罪)するための保守的機能を担うだけに終わってしまいかねない。著者が終章で述べているように、「薬害エイズ」問題の全貌を解明するためには、知識社会学のアプローチだけでは不十分であり、構造論的なアプローチが不可欠である。

(c) 薬害肝炎事件との比較の必要性

本論文は、「薬害エイズ」問題にかんする限り、当時の医者への選択は、ある意味でやむをえないものとして描きだしているように見える。上に「保守的な機能」と述べたのは、そのことにかかわる。今後、このような問題を二度と起こさないためには、医師の行為にたいしても、もっとラディカルな批判が必要になるのではないか。その点に関しては、「薬害エイズ」問題を、その後に問題化した薬害肝炎問題と比較してみると、医師の果たすべき別の役割があったのではないかと思われる。薬害肝炎にたいする社会的対応が、「薬害エイズ」問題の場合と大きく異なり、批判の矛先が、主として国や製薬会社に向けられており、医師の行為はほとんど問題にされてこなかった。これは、きわめて興味深い知識社会学的事実ではないだろうか。こうした分析によって、日本社会が、医師のいかなる行為に対して責任を求め、どのような医療行為については、医師に責任があるとは考えてこなかったか、が分かるからである。じつは、薬害肝炎事件の原因となった血液製剤の一つは、1972年に輸入・製造・販売が承認された非加熱の第Ⅸ因子製剤に肝炎ウィルスが混入したものだ。血友病の治療のためには、「肝炎への感染はやむなし」とするのが医師の「常識」であったことを、本論文は指摘している。しかし、ここであえて、なぜ、当時、血友病の専門医たちは、肝炎への感染防止対策を、国や製薬会社に対して強く要請してこなかったのか。肝炎対策にたいする医師の側からの働きかけの鈍さは、HIV問題が生じたときの非加熱製剤の徹底回収や、危険な輸入製剤の使用停止、安全な製剤の国

内での開発を早期に行うようにという医師側からの働きかけの鈍さと、同様の根をもっているようにさえ思われる。こうした医師側の「常識」と、「薬事行政」「血液行政」等の構造的要因との関連については、今後是非とも解明して頂きたい。

(d)「常識」のよりダイナミックな様態の解明

本論文では、医師の「常識」と、医学のエートス・「価値と規範の複合体」とを、等値しているように見受けられる。しかし、両者は概念的に異なるのではないか。後者は、基本的に固定的だろうが、前者のなかには、慣習的な部分と、エイズや肝炎の危険性についての認識にみられるように、短期的ないし中期的に変容する部分とがある。変容や反転等をふくみこんだダイナミックな様態として「常識」を捉える視点が必要ではないか。

本論文で活用された医師に対する聞き取り調査は、種田氏独りで可能になったわけではない。医師に対する調査の発端となった「ネットワーク〈医療と人権〉MERS」、「輸入血液製剤による HIV 感染問題調査研究委員会」のそれぞれメンバーの共同作業があつてはじめて可能になったものである。種田氏は2002年度から3期に亘った科学研究費補助金のうち、2007-2008年度の代表をつとめた。グループとしての研究成果のうち、本学位請求論文は種田氏の単独の名前で公刊された諸論文から成るものであり、「輸入血液製剤による HIV 感染問題調査研究委員会」の承認を得たうえで提出されたものであることを付記しておきたい。

広い読者を想定した本論文の公刊に向けては、年表を付したり、現「補論」を本文に組み込むなどさらに分かりやすく編集する（＝リーダー・フレンドリーにする）などにも腐心されることを薦めたい。注文や期待が多くなったけれども、本論文において達成された綿密で粘り強い踏査と緻密な記述から得られた学問的貢献がオリジナルで貴重なものであるという結論をゆるがすものではない。本審査委員会は、本学位論文の内容と研究活動を慎重に審査し、2010年2月26日に行われた公開審査の結果をも加味して判断し、種田博之氏が博士（社会学）の学位を受けるのにふさわしいとの結論を得たのでここに報告する。