

早稲田大学大学院社会科学研究所

# 博士学位申請論文審査要旨

|         |   |
|---------|---|
| 申請学位名称  | 博士（学術）  |
| 申請者氏名   | 山下 耕司   |
| 専攻・研究指導 | 地球社会論専攻 社会哲学研究指導  |
| 論文題目    | 医療供給体制と職業集団としての医師集団の再構築<br>Reconstruction of a Doctor Group as a Healthcare System and Professional Organization  |
| 論文副題    | ゲノッセンシャフトによる高度専門職の水準の維持について<br>About the Maintenance of the level of the Advanced Professionals by Genossenschaft |

## (一) 本論文の概要

### (1) 本論文の問題意識

本論文によると、我が国では、医師は大きな権限を持ちながら、権限に見合う専門性を維持・向上させる仕組みが不完全である。何故なら、日々進化する技術・知識の習得を必要とする高度専門職であるにも拘らず、すべての医師が求められる水準を、確実に習得する仕組みがないからである。これはぜひとも解決すべき課題である。

この課題を改善するには、担い手が必要である。その役割を担うのが、「ゲノッセンシャフト」としての特徴を持つ「同職者の職業集団」である。従って、ゲノッセンシャフトではない現行の医師集団は、再構築されるべきである。これが本論文の問題意識と主張である。

### (2) 本論文の要旨と主張

本論文は序章を含め6章構成となっており、序章でこのテーマの研究の必要性を示し、第一章では、その問題に掲げた点に関するゴールと現実とを対比することで、課題に取り組む必要性と課題に取り組む切口を示す。そして第二章では、現在の医療供給体制を支えるバックグラウンドの歴史的背景を確認することにより、テーマに対する問題の所在を確認する。第三章において「プロフェッションと免許制度」および「職業集団」の観点から、「医療制度の自律を実現する仕組み」を考察する。第四章では、第三章で考察したプロフェッションを活かした制度の過去および現在の職業集団を考察し、この仕組みの活用の有効性を確認する。そして、最終章の第五章で、法的根拠を持つ医師集団の再構築の必要性を述べ、それがゲノッセンシャフト的な組織であるべきだとの結論を導いている。これらの考察は次のように要約できる。

我が国の医療供給体制は「皆保険制度」のため、一見他国と対比しても卓越したもののように見える。しかし、実際は「自由開業医制」「自由標榜制」という江戸時代以来の医師の「自立」に重きを置く仕組みが、温存されているから、医学と言う専門性を不可欠とする職業であるにも拘らず、育成、倫理、事故対応および予防とも、医師個人や医療機関に事実上委ねてしまい、医業が必要とする専門性と実態とが乖離している。国民が必要とする「安全で質の高い医療」の面では、完成された仕組みとなっていない。

また、現在は「市場の自己調整機能」を絶対視する勢力の影響が強くなり、国民の健康を支える医療供給制度であっても、聖域ではなく市場原理を導入すべきという圧力が増している。このような時であるからこそ、体制として不十分な点を見直し、社会の変動にも耐えられる仕組みの構築が求められる。

この仕組みの再構築の検討にあたり、注目すべきは「自律」である。高度専門職としてその役割を全うするには、自律し継続して学習することで経験・技術・知識を習得し続けなければならない。そのためには、構成員を自律的に目的に向かわせる「ゲノッセンシャフト」としての特徴を有する「職業集団」の構築が必要である。

この妥当性を、集団に関する過去の分析や、過去のギルドや職人組合、ドイツ、フランス、イギリス、アメリカの有り方や日弁連のあり方を確認することで、「ゲノッセンシャフト的な職業集団」が主体となるべきであることを確認する。同時に資本主義理念についても、国民の健康を支える医療供給体制については、「アングロサクソン型資本主義」ではなく、「ライン型資本主義」によるべきことを論証する。

この論旨の結果として、医師会を再構築し、自治権のある組織に改編し、質を担保するための組織とすることを提言するものである。

## (二) 本論文の目次

### 序章

#### 第一章 現状のサービス提供上の問題点

##### 第一節 医療供給体制のゴール

- 第一項 医師の育成・・・「一人前」の形成、あるいは専門性と質
- 第二項 倫理・・・医師会の主体的倫理綱領
- 第三項 予防及び事故対応・・・医師会を主体とし、かつオープンな取組の必要性
- 第四項 医師の職業集団・・・自律的職業集団としての裁量
- 第五項 基本財と規制・・・公正に生きるために不可欠な条件

##### 第二節 現状の問題

- 第一項 育成制度・・・個人の尊重と全体構想の欠如
- 第二項 倫理・・・懲戒件数と倫理の関係
- 第三項 医療事故と予防・・・医師会によるオープンな関与の必要性
- 第四項 医療の質に関わる職業集団の動き・・・現行の医師会の可能性と限界
- 第五項 規制と自由・・・規制の破壊が国民の自由を奪う

##### 第三節 医療供給体制改革の鍵

- 第一項 「安全で質の高い医療」の実現・・・職業集団の再構築と目的・仕組みの具体化
- 第二項 問題点・・・規制に保護された曖昧な体制と経済原理の変動

#### 第二章 現在の制度の歴史背景と特徴

##### 第一節 自立の精神の醸成

- 第一項 自由開業医制度の形成・・・行動原理の基盤となる自立の形成
- 第二項 日本の医療の近代化と医師の育成・・・漢方医から西洋医への転換

##### 第二節 自立を培う背景

- 第一項 病院の形成・・・我が国で専門医が開業する理由
- 第二項 所有原理と開業・・・自由開業医制と専門医の自立
- 第三項 職業集団の形成・・・我が国の医師会の形成過程に見る特徴

- 第四項 社会保険制度の形成・・・近代化の矛盾の解消と医師会の糧の形成
- 第三節 歴史的事実としての自立の形成
  - 第一項 行動原理と自立・・・利他的行為信念のない現世利益に基づく自立
  - 第二項 施政と自立・・・近代化による歪の対策と医師の自立の融合
  - 第三項 自律を行う仕組みの不在・・・自律は自己規制を求め、自己規制は強制力のある職業集団を求める

### 第三章 医師及び高度専門職の自律の理念と制度

- 第一節 プロフェッションと自律
  - 第一項 医療の習得・・・知識・技術の生活世界への還元
  - 第二項 専門性と免許制・・・医療資源の希少性と公共の利益について
  - 第三項 個人の自律と自尊とプロフェッション・・・自己規制の推進エネルギー
- 第二節 高度専門職の理念
  - 第一項 社会圏の拡大と集団の分化と個人と自律・・・集団の拡大と規制の拡散
  - 第二項 高度職業集団と自律・・・高度専門職の職責の実現と集団としての自律
  - 第三項 中間集団とそのコントロール・・・職業集団に社会通念を適用する
- 第三節 医療サービスの維持・向上とゲノッセンシャフト
  - 第一項 高度専門職と医師集団・・・医師集団のゲノッセンシャフト化の必要性
  - 第二項 医療サービスの質の維持・向上に必要な点・・・ゲノッセンシャフトと外部コントロール

### 第四章 高度専門職と職業集団

- 第一節 職業集団の歴史
  - 第一項 西欧中世の社会構造・・・誠実と掟および団結
  - 第二項 ギルド、ツunft、同職組合・・・手工業者・職人の自律的職業集団
  - 第三項 ギルド、ツunft・職人組合の衰退・・・社会構造の変化と希少性の喪失
  - 第四項 ギルド、ツunft、職人組合の成立要件・・・希少性と統制
- 第二節 高度専門職集団の実例
  - 第一項 ドイツの医師会の供給体制への関与の仕方・・・強制と任意
  - 第二項 フランスの医師会と行政の供給への関与・・・職業集団と行政
  - 第三項 イギリスの質に関する仕組み・・・行政の独立機関による管理
  - 第四項 アメリカの質に関する仕組み・・・行政と競争原理
  - 第五項 日本弁護士会の自己規制・・・我が国のゲノッセンシャフト
- 第三節 高度専門職とゲノッセンシャフト
  - 第一項 社会システムと自律的職業集団の考察・・・社会の必要要件としての共同体
  - 第二項 同職組合、職人組合の存在意義・・・職業集団の存続と需要者の期待の担保
  - 第三項 現代の自律的職業集団・・・ゲノッセンシャフト実現の可能性の確認

## 第五章 終章 医師会の再構築—ゲノッセンシャフト的組織へ

### 第一節 自立と自律

第一項 医療サービスの供給と経済原理・・・ライン型資本主義と医療供給体制

第二項 求められる仕組み・・・成員に自己規制を行わしめるゲノッセンシャフト

### 第二節 職業集団としてのゲノッセンシャフト

第一項 ゲノッセンシャフトの形成・・・根本的変革を要する医師会

第二項 ゲノッセンシャフトと医師会の親和性・・・希少性の維持と自律的職業集団

### 第三節 医師会の再構築

第一項 ゲノッセンシャフトと医師会・・・身分保障と強制加入

第二項 医師会の自律と外部コントロール・・・自律的職業集団に伴うリスクの緩和

第三項 ゲノッセンシャフトとしての医師会とプロフェッショナリズム・・・個人の自立から集団の自律への意識変換

第四項 医師会による医療圏への責務・・・自由開業医制および自由標榜制からの転換

第五項 再構築された医師会の役割・・・地区医師会による管理

第六項 医師会のプロフェッションをエネルギーとした再構築・・・自律を促すエネルギーとしてのプロフェッショナリズム

## 脚注

### 参考文献

#### (三) 本論文の内容

##### 序章

研究動機、問題意識、それを解決するカギについて述べ、研究の入り口を説明している。

まず動機について、我々は医療サービスを購入しているが、しかし、購入しているサービスの質が満たすべき水準に達しているかについては知りえない。

また近年、国内外の「市場の自己調整機能」を信奉する勢力が、我々が享受している現在の「医療供給システム」を、規制緩和によって破壊すべきとの圧力を加えている。現在は必要な「基本財としての医療」を支える制度として「皆保険」があり、これを前提として医療サービスが提供される。このような状況ゆえ、こうした医療を維持し、また向上し続ける仕組みを検討すべだと言うのが、本論の研究動機である。

さらに我が国は世界で最速かつ最高齢社会に達し、「ヘルスケアシステム」と「医療コスト」の双方の関係を再考せざるをえない。また「T P Pや混合診療」の論議もある。このような状況下で「安全で質の高い医療」が、現行のままで実現可能かどうか大きな課題となってきた。本論はこのような問題意識に立つ。

この課題を解決するためには、医療システムに潜む歴史的に形成された特質を、求められる方向に導く仕組みが必要で、そのカギが「ゲノッセンシャフト」にあると主張する。そこで我が国の医師の特徴の「自立」と、高度専門職に求められる「自律」との違いを明

らかにし、自律を実現する仕組みのゲノッセンシャフトの特徴を考察する。

## 第一章 現状のサービス提供上の問題

国民の必要とする医療の質のあり方を、育成、倫理、事故対応、事故予防という各々のゴールと現状とを対置することにより、この研究の必要性と、克服すべき課題を確認する。そして本論は次のようなゴールの概要は説く

医療供給サービスは、国民の負託に応える医療の質を実現すべきであり、それゆえ質を充たすべく、医師が「一人前」に育成され、更にその後も求められる水準を維持すべく研鑽に努めるべきである。したがって社会通念に合致する専門職としての倫理を定め、その倫理を臨床に携わる全ての医師に徹底し、それに背くことがあれば、相応の処罰がされる。また医療事故があれば、公正で適正な観点から事故対応がなされ、事故を予防するために事故の原因を分析し活用する。

この実現には、専門職としての質を高め合う医療の職業集団、集団自身が成員を自己規制する職業集団が不可欠である。そのような職業集団は、契約によって形成されるが、一体性のある組織としての特徴を持つ「ゲノッセンシャフト」でなければならないと言う。

しかし現状は、育成に関しては、国家資格取得後2年間の臨床義務後は各自に任されている。元来わが国には明確な卒後研修はなく、「医局講座制」がその役割を担うが、臨床と研究は必ずしも一致せず、卒後研修としては不完全であった。また、新たに導入された「臨床研修義務」は、新人医師を医局から解放したが、新人医師の主体性を尊重するあまり、診療科目と地域に関する医師の偏在を助長した。

また専門性についても、専門医の認定は、各学会に委ねられ、学会毎に専門性見極めの基準が異なるため、専門性の水準が様ではなく、必要な水準を充たしているか否かは不明瞭である。学会そのものが研究の団体であり、臨床医の認定と言う点で相応しい組織か疑問でもある。

さらに専門医に求められる医師個人の経験値も、ドイツやアメリカと対比すると低い。同時に医師の「自由標榜制」により、培ってきた専門医療と異なる診療科目の診療を行うことも認められており、患者にとっては「安全で質の高い医療」を確実に受診できるかは、賭けともなる。

倫理に関しては、現行の制度では国家管理であるが、実際は、刑事罰が決したものを管理しているに過ぎず、予防や現在問題となっているケースの管理はされていない。法があっても、機能を発揮する仕組みが事実上不在である。

また医療事故があれば、被害者はしかるべき賠償と、原因の究明、さらに同種事故の発生防止を望むが、医療の専門家の客観的対応は、医師会にある仕組みしかなく、それは医師サイドからしか選択できない。また、事故予防には医療の専門家が事故分析に関わるべきだが、個別の医療機関にはあっても、全国横断的に組織だった仕組みはなく、事故対応・事故予防とも、通常の事案と同じ仕組みしか被害者には用意されていない。

我が国では、質を守るのは医師個人である。しかし個人では限界がある。その一方で、市場の自己調整機能を絶対視する勢力が、医療の分野にも影響力を及ぼし始めている。これは医療サービスを必要とする者が、必要なサービスを購入できなくなるかもしれない岐路にあることを意味している。

## 第二章 現在の制度の歴史的背景と特徴

ここでは我が国の医師の根底にある「自立」の形成過程を考察している。近代以前の江戸期の社会にあって、医師になるのは、身分の枠から飛び出し、かつ生活面でも自立する術であった。したがって自立心のあるものの受け皿として、「自由開業医制」が形成され、「自立」が我が国の医師の根底に培われたという。

明治以降の近代化の中では、西洋医を既存の漢方医と置換するため、医業を行えるものを西洋医と定め、西洋医に業の独占を認めた。また民間で簡易な入院施設を併設する医院を、近代教育を受けた医師が「自由開業医制」に則って開設し、医師の報酬に関わる債権の保護が確立された。このような医業の独占と債権確保の法整備が、明治以前にあった「医師の自立」の気風をより強化したと主張する。

明治になって医療職業集団が成立したが、それは行政の施策の徹底と開業医を中心とする成員の権益擁護のためであり、それゆえ自立が基底にある医師は、サービスの供給対象を所得の中間層以上と捉え、それらが多い都市部に集中した。したがって必要な医療サービスを受けられない者も多数にのぼったゆえ、「社会保険」や「労災保険」が政策として作られることになった。

そして医師は、社会保険の診療報酬決定に影響力を持つ事により、この政策を取り込むことにより「医師の自立」が継続された。このように我が国の医師のDNAに「自立」は刻み込まれてきたが、しかしその一方で高度専門職集団が具備すべき「自律」は、成長してこなかったという。

## 第三章 医師及び高度専門職の自律の理念と制度

我が国では医師が「自立」する存在であり続けたが、業の権限と専門性を「自律的」に維持・向上させる仕組みを持たないという前章の結論から、ここから脱出するための仕組みを考察する。

- ① 医師は、習得すべき事柄が、単に知識、経験や技術だけでなく、患者とのコミュニケーション能力までも必要とするものであり、個人でその涵養には限界がある。
- ② 医師の扱っていることのリスク、専門性の必要性及び公共の利益に供するというサービス内容の特徴から、高度専門職として免許制度に基づき運営されるべきである。
- ③ 個人では限界があることでも、特定の要件を備えた集団であれば、実現できる。それが、プロフェッションだと言う。

以上の観点から、医師は職業集団を形成し、そこで必要な要件を切磋琢磨することで、

医師に求められる水準が、職につくもの全てに、充たされることになる」と主張し、これらの点について敷衍する。

現実の患者と相對するのに必要なコミュニケーションは、医師の自己努力だけでなく、訓練や技術の伝授など組織立った育成が必要であり、育成を行なう集団が必要である。また業の独占をする免許保持者は、常にレベルアップを目指し、一定の水準を保持するには、個々人の努力ではなく、業に属する者の集合として取り組むべきである。職業集団として、業の価値、存在意義、希少性を守るべく努力すべきで、その取り組み姿勢・方法がプロフェッションだと言う。

ここでプロフェッションの3つの特徴として「専門性」「自律性」「倫理」を指摘し、プロフェッションとしての性格を持った集団ならば、この特性を実現するために、集団の成員を自己規制すると言う。同時に医師個人は、職業集団の目標を達成し、同集団の成員から承認を得ることを目指す。その意味でも、同職者の「自律的な職業集団」の形成は必要だと言う。しかし類似したもの同士の常識が、社会通念と乖離する可能性があるから、自律的集団に対しては、外部からの監督も必要だと言う。

他方でジンメル社会学に触れ、集団が小さいほど集団として自己規制を成員に課すことが容易であるが、医師集団は小集団では収まらないので、自己規制をするにはゲノッセンシャフト集団とすることが不可欠だと言う。ゲノッセンシャフトは契約による集団でありながら共同社会としての一体性を持つ集団である。しかし同時にデュルケムの社会学から、集団は常に経済生活の枠組みと結合すべきことも明らかにして、ここに「社会保険」のような「医師のサービスに対する対価」の仕組みとの結合を主張する。

#### 第四章 高度専門職と職業集団

ここでは医療職業集団に関する国際比較をし、いずれが今後の日本の医療職業集団にふさわしいかについて考察している。

「アングロサクソン型資本主義」の国では、医師も患者も機会の平等を重視し、機会の平等さえ与えられれば、機会を逃すことがあっても、それが本人に理由があるならばやむを得ないとする。つまり、極論すれば選択の自由が与えさえすれば良いことになる。

医師の質の管理は、行政や、医師を必要とする医療機関が行なう。そこでは、職業組合の働きは、個々に努力する医師を支援することであり、したがって専門誌の発行等がその主な活動の場となる。他方で社会的弱者の救済は、税で対応すべきとなり、高齢者や貧困者のみを救済の観点から対処すればよいとされる。

ただし同じアングロサクソンでも、イギリスは全ての国民に対し、税でこの点を対応しているが、予算の関係から入院の待機期間が長い等の課題を持っている。これがアングロサクソン型の社会であり、医師も問題が起こればすべて自己責任となるから、常に緊張感に晒されている。従って、基本財としての健康を支える医療の供給システムとしては、不十分かもしれないが、質は担保される制度だと言う。

ドイツやフランスでは強制加入の「医師会」と、社会保険に関与する任意参加の「保険医協会」や「保険組合」の二つがある。倫理面では強制加入が効果を発揮し、悪質な医師を排除する。とくに注目すべきはドイツにおいては、州医師会を中心に育成・倫理・事故対応に取り組み、これが職業集団としてサービスの質に深く関わっている。

また社会保険の報酬面でも、保険医協会として、ドイツでは対価の決定や、個別の医師から請求される報酬の査定にも、職業集団が関与している。保険医協会は、州ごとの保険の診療報酬の請求に基づき、専門医ごとに開業医の定数を算出している。これは、医師の偏在を回避する対策の参考になる。このような取り組みは、共同体における結果の平等を重んじる「ライン型資本主義」の特長にも適う。集団で質を保証するゆえ、患者としては、結果的に平等な治療を期待できると言う。

フランスは我が国同様自由開業医制の国であり、職業集団の関与はドイツほどではないが、全員が強制加入する医師会に所属することで、倫理を守る点ではドイツと同じである。また事故は、事実上行政の仕組みで対応している。他方で医療の偏在の問題では、開業医の早期定年の希望者多すぎて問題になり、その対応に苦慮している。このようにフランスは「アングロサクソン型」と「ライン型」の中間と言ったところだと分析する。

以上の結果、本論は基本財としての健康を支えるには、自律的な職業集団によって、結果の平等の提供を目指すライン型が、より望ましい仕組みだと言う。さらに我が国の「自律的な職業集団」として「弁護士会」を考察し、この点を確認している。

全ての弁護士を都道府県弁護士会に加入させ、問題をおこせば場合によっては、弁護士会から除名し、弁護士活動を禁じる。また、弁護士会独自の使命に基づく活動として、裁判所の支部が担当するエリアに弁護士がゼロの地域を撲滅する運動を行い、成果を出している。

以上のとおりドイツやフランスでは、「医師会法」を根拠として、医師会に医師の監督をさせている。それに対し、現行の我が国の医師会は特段の権限も無く、質を実質的に守る仕組みは不十分であるゆえ、結果の平等を目指す医療職業集団を核とした仕組みづくりが求められている。

## 第五章 医師会の再構築——ゲゼルシャフト的組織へ——

資本主義思想にはアングロサクソン型とライン型がある。金融を中心とし、個人主義に則った展開をするのが「アングロサクソン型」であり、グローバリズムを展開している。一方、共同体に重きを置くのが「ライン型」であるが、これはグローバリズムに席卷された感はある。しかし、ライン型のメリットが完全に喪失したわけではない。実際にドイツでもグローバリズムの影響は強くなりつつあるが、現在でも企業共同体において雇用を守るなど健在だと言う。

とりわけ医療については、アングロサクソン型の対応は好ましくない。また個人の競争が効率に繋がるとは、医療に関しては必ずしも言えない。2010年のOECDのデータでは、

アメリカは高齢化比率が低いのに、GDPに対する医療比率は突出している。自由化は医療費の高額化を招く。また高額化は医療サービスを受けられない層を拡大する。それゆえ医療については、結果の平等を目指すライン型の取り組みが必要だと分析している。

質の面でも特徴が出る。アングロサクソン型は個人の努力を求め、資格や医療機関の審査で個人が活躍する場所を獲得する。また医療サービスを購入できる者だけが、一定の質の医療サービス享受することができる。一方、ライン型では育成は全員加入の医師会が責任を持ち、患者には一定水準の医療が約束される。またライン型のドイツでは、開業医について専門診療科や地域による定員が定められ、偏在を解消する努力がされていると言う。

これらに対して我が国は、卒後2年間の臨床研修以降は、各自に任されており、この点ではアメリカに近いが、専門性や入院特権のような縛りはなく、また「自由標榜制」がある。それゆえ医療サービスの利用者からすると、質という点ではライン型およびアングロサクソン型いずれの理念から見ても、また医療の目的からしても、不十分な状況にあるという結論を導く。

我が国には「皆保険制度」と「自由標榜制」があるゆえ、共助と個人主義が混在している。しかし医療の目的からすると、自由標榜制ではなく、国民の健康を守る「専門医制度」、結果の平等を目指す「ライン型の集団による医療システム」を構築すべきだと主張する。

技術の希少性と訓練、人材の囲い込み、紛争や倫理、品質管理、専門性の承認、これら6点が、「医療職業集団」に任されれば、積極的に専門職としてその役割を果たすことが期待できる。それは、かつてのギルドや職人組合の実例や、現在のドイツの取り組みからも、明らかだと分析している。

さらにこのような職業集団は、一方で集団としての一体性を持つ「ゲマインシャフ」的特質を持ち、他方で広域に点在する専門職である医師をカバーするため、契約によって形成されるところの「ゲゼルシャフ」としての特質をも不可欠だと言う。これら双方の特徴を持つものが「ゲノッセンシャフト」であり、この「自律的共同体」が先に挙げた目的を実現するためには不可欠である。したがって成員を拘束する集団を形成しなければならないと主張する。

要するに、わが国の医療職業集団も、現行の日本医師会と異なり、ゲノッセンシャフトの「自律的共同体」としての強制加入の組織を再構築すべきである。なぜなら集団に所属しなくても集団活動の成果の恩恵に浴することが可能ならば、わざわざ集団に加入する必要はなくなるが、この場合には高度専門職の「集団的自律的行動」を期待できなくなる。医師の自律的行動を促すためにも強制加入が必要であり、ドイツやフランスの医師会や、わが国の「日弁連」が強制加入としているのは、このような理由からだと言う。

またこのような再構築にあたり、機能分化も必要である。質を守る強制加入の医師会と、診療報酬のための保険医が所属する職業集団、政治的目的やその他目的に応じた組織や研究機関などの機能ごとの組織とし、それら職業集団をプラットフォームとして、その上に求められる仕組みを構築すべきだと言う。

しかしながら何事も全てを任せると、そこに腐敗が始まり、全体が機能しなくなる。そこで全員加入の医師会が判断したことについて、異論がある場合の受け皿も必要であるが、ドイツの職業裁判所がこれにあたる。また、国に全てを委ねると、官僚が作った数字のマジックから政策誘導される危惧もある。それに対するため、医師会を支援する現在の総合研究所のような組織も必要だと主張する。

#### (四) 主要な質疑応答

(1) 医師会には開業医だけでなく、勤務医も属している。病院の医師に対する指導も開業を中心とする職業集団が担えるのか。

##### (返答)

現状では、事故が発生した場合、個別医療機関で調査委員会が設けられることもあるが、それは医療機関次第である。また、客観的第三者による判断が、事故や倫理については求められるのは論を待たない。そして、それだけではなく、医師には業に関し裁量権が認められている。従って、医師以外のものが評価・検証するのは難しい。つまり、裁量権に異議を挟むことができるのは、同じ専門性を持つものでなければ困難である。その意味からも、全ての医師が加入する（現状とは異なる）職業集団が、この役割を担うのが相応しいと言える。

また、育成についても、一定の質を担保するには、様々な集団が錯綜しながら行う（例えば医局が違えばやり方が変わる）のではなく、専門科目毎のスタンダードを実現するためにも、同一組織が担うべきである。

また、ここで述べる医師会は現行の医師会ではなく、勤務医と開業医の別なく全ての医師が強制加入させられる職業集団である。だからこそ、小集団の殻に閉じこもることなく、客観性が担保する工夫が可能となるからである。

ドイツでは、開業医、勤務医の別なく、全ての医師が医師会に入り、この医師会が育成、倫理や事故対応に、法的根拠をもって主体的に役割を担っている。そして、医師会として、そのための機関を設けている。例えば、医師に対し申し立てを望むものができれば、医師会が設置する鑑定員会で鑑定を受けることもできるし、更に、調停委員会に申し立てることで、調停による解決を図ることもできる。

このドイツで実施されているように、客観的公正さ、裁量権の壁の問題の解消のためにも、横断的に全ての医師が加入する職業集団こそが担うべきである。

(2) 医師に関する希少性の意味をどのようにとらえるか。医師となった時点ですでに希少性を獲得しているのではないか。

##### (返答)

サービスを人が欲し、そのサービスを供給できるものが限られている場合に、そのサービスの供給者に希少性があるという趣旨で、希少性という言葉を用いている。従

って、サービスの内容が、人が求めるものを満たさなくなれば、それは希少性を喪失したことになる。サービスの内容について、サービス提供者が、技術進歩にキャッチアップする努力を怠り、陳腐化させるようなら、提供者の希少性は失われることになる。

このように考えれば、供給者に与えられた権限があるため、例え陳腐化していても需要者が選択せざるを得ないのならば、それは希少性があると言うより、権限が誤って与えられたため、職業に伴う希少性を担保出来なくなってしまうということになる。即ち、高度な職業でたえず努力が必要なのに、その努力義務の伴わない権限付与は、希少性ではなく特権の構築でしかない。希少性の持つべきあり方と別物となっている。

したがって希少性の喪失と、権限との損失とが一致するような仕組みが必要なのである。そのような仕組みを構築することで、権限を与えられた者は、希少性を維持しようとするインセンティブを持つ事になるからである。

以上から言えるのは、現行の絶えず研鑽が必要な業であるにもかかわらず、一度取得すれば終生失われることがない資格制度に問題があるということである。本来希少性を特徴として持つべき業で、かつ、その業の資格取得者に独占排他性を認めるのなら、資格の更新制度や生涯学習を義務付けるべきなのである。そうすることが、希少性と結びつき、個々の医師自らが、自身の技量を維持、向上させるインセンティブをもつことにもつながる。

- (3) コストの負担をどうするか・職業集団が育成や倫理、事故対応を担うのなら、そのためのコストが必要。費用を誰が負担するのか。

#### (返答)

ドイツを例として述べる。ドイツでは、上記は州医師会が担っている。(1)で述べた鑑定委員会や調停委員会は、州医師会に設置される。費用は医師会が負担するが、委員や専門家は無報酬である。基準より交通費や必要な費用が支払われるだけである。そして、無報酬の委員にインセンティブをつけるために、それをキャリアとして評価する仕組みとなっている。この仕組みは、補完性原理として、外部との関係から共同体内(職業集団内)で可能なことは、その中で実施することの現れである。こうして、仕事の内容が良く分かっている同業の医師が検証することで、医師の裁量権の壁に左右されない判断を出すことが期待できる。つまり、検証する側の医師にプロフェッションを期待する仕組みとなる。

コスト負担と言う意味では、社会保険料の企業負担の割合の再検討があっても良いと考えられる。税負担に関し、我が国は法人税が高額なため、国際競争力に問題をきたすという主張がある。その点につき、真実そうなのかという議論がある。具体的に言うと、企業が負担する法人税等の中に社会保険に関わる分も合算して国際的に比較

してみると日本の企業負担は必ずしも大きくはない。GDPに対する「企業の法人税と社会保険料負担」の合計比率は、日本9.4%、アメリカ11.2%、イタリア14.3%、フランス15.8%、ドイツ9.2%、イギリス8.3%（神奈川県総務部調査報告2004年）である。

- (4) 医師会の再構築をなぜ既存の医師会をベースに行うのか。開業医の私的利益を守るのが既存の医師会の役割とするなら、再構築されるものと、それはどのようにつながるのか。

**(返答)**

現在の医師会は単なる政治団体ではない。組織として倫理方針を定め、医学教育や事故処理の機能も持っている。医療サービスの供給で重要なことは、質と量の確保である。また、活動内容として、実行力について課題はあるが、倫理や育成、事故対応にも関わっている。また、皆保険制度の報酬体系を決める際にも、そこに参加することで影響力を持っている。その事実を軽視するわけにはいかないし、それらのいわば資本蓄積とも言える実績を活用しないことは、社会資本を無駄にするとも言える。

それゆえ組織・機能を質、量に関する機能別に分解し再構成することが必要である。その参考として、ドイツの医師会や保険医協会が参考になる。つまり、医師は全員参加の医師会と、保険医が全員加入する保険医協会を再構築すべきと考える。また、政治団体としては、任意加入の集団として、その活動内容を引き継げばよいと考える。

- (5) 医師の自律に消費者目線をどのように組み込むか。患者から不当と考えられることに関し、どのようにクレームをつけるか。また、マスコミの役割をどのように考えるか。

**(返答)**

医師の裁量権の名の下に、医療過誤事件の中身に立ち入ることができないことが少なくない。例えば、奈良県の山本病院の事件では、生活保護の患者を集め、必ずしも必要のない、あるいは内部告白によれば、薬の投与でむしろ必要な状況を作成して、数多くの心臓カテーテル検査を行い、中には亡くなった患者も出している。しかし、医療費の詐欺で実刑判決が出ているが、傷害致死では医師の裁量権の壁により、罪を問えていない。この病院の開設に当たっては、医師会も当初から問題視し、県にも注意を喚起していたが、現行の制度では為すすべも無く、かかる事態となった。

このような事件の発生を抑止するためにも、医師会が決定力を持った自浄能力を高める必要がある。また、それだけでなく「医師側でクレームを受けつける仕組み」とともに、「問題を提起する者を支援する仕組み」も必要である。

その為の組織として、患者の会や保険者が被害者を支援する組織が考えられる。ドイツではドイツ被保険者協会やドイツ医療被害者協会がある。また、保険者（疾病金庫）

や公的保険に入らないものもいるので、民間の保険会社が支援を行なっている。そして、鑑定医師報酬規定が定められることで、職業集団の中での密室での処理を打破する仕組みも作られている。

こうした仕組みを構築することで、検証の役割を担う医師は、できる限り客観的に検証するインセンティブを持つはずである。このように関係者が、客観的に検証を行い、情報を開示することが、消費者目線での対応を促すことにもなると期待できる。

尚、マスコミはセンセーショナルに動くと誤った方向に導くこともある。現状のように自己規制する仕組みがないなら、その役割は大きい。しかし、リスクもあることは理解しておくべきである。では、自己規制の仕組みが構築された時の意マスコミの役割はどうかと言えば、運営に支障をきたさない事が肝心である。つまり、結果の報道はあっても、検証されている最中の報道は、判断を誤らせる危険があるので控えるべきである。しかし、結果が報道されることもあるとするなら、それだけで、公正に検証しようとするインセンティブを担当する医師に与えることにはなる。

- (6) この論文にいう補完性原理の意味は、共同体の中だけで補完し合うことを言うのか。あるいは、縦の階層の連帯を意味しているのか。

**(返答)**

補完性原理とは階層の縦の関係での連帯をいう。また、階層毎が独立してできることは他の階層を頼らず、自らの階層で対処し解決することも意味する。自分たちでできることは自分たちですることを意味し、この原理を生かしてこそ、専門性があり裁量権も持つ医師の業務に関して、質の改善に効果的にかかわることができる。育成も倫理の遵守も事故対応もこの範疇に入るからである。

しかし、実際にこれを行うためには、権限の付与も必要である。だからこそ、法的根拠も含めた職業集団内で緊張感を持った仕組みを作ることで、自律的に質を高めるインセンティブを構築しうる。

また、縦の連帯として、職業集団（共同体）で吸収できないことは、外部の受け皿としての組織（仕組み）を作るべきである。事故対応であれば、専門職業特有の内容に特化した検証機関を設けることであり、育成であれば、外部機関との連携である。このように補完性原理とは、生きた組織として、能動的に活動する仕組みの根底にある考え方、判断基準とも言える。

- (7) 医師の免許をどのようにすべきと考えるか。

**(返答)**

免許と専門医資格をセットとする。そして、専門医資格を持ってはじめて『一人前』として独立して診療ができるようにする。更に、専門医資格を更新制あるいは、生涯学習の義務を医師に課す。これらが実現すれば、質の根本を改善することができる。

また、制度・資格の変更に合わせてプライマリーケアとセカンダリーケアの仕組みを構築する。まず総合医（専門医）が診療し、セカンダリーケアが必要な場合、総合医が必要な専門医を手配するような仕組みにする。こうすることで、医療ショッピングとでも取れる患者の行動を防止できるとともに、個別医療機関が重複して高価な医療機器を所有することを抑えることにもなる。結果的に、効率的な医療により量的な無駄の削減が可能となると期待できる。

また、自由標榜制は、撤廃が望ましい。日本の医師は基本的には専門医としてキャリアを積んでいるが、自由標榜制があるため、キャリアと診療科目が一致するとは限らず、医療ミスに繋がりがやすい。実際に標榜する診療科目を一致させることが必要である。

#### （五）総合評価

- （1）独創性について。 医師としての専門職技術と知識を確保し維持するため、また職業倫理の水準を高めるために、医師が「集団組織」としてどのように対応すべきかを考察している。このような重要な課題に対して、医師集団の組織に注目したアプローチ方法は、きわめて少なく独創的である。
- （2）重要性について。 最近の医療技術の発展にともなって頻発している医療事故、ならびに医師の地域的偏在などの医療に関する諸問題の認識と、それを解消しうる組織を考察している点で、重要な研究といえる。
- （3）論文構成の妥当性について。 本論は序章と次の5章の内容から成る。①医療サービスの現状と問題点、②日本の医師と医師組織の背景と歴史、③これまでの「医師の自立」に対する「医師の自律」の理念と制度、④これらの諸点に関する国際比較の考察 ⑤医師集団の在るべき組織の在り方の順に考察しており、論文の構成として包括的であり、また適切である。
- （4）貢献度について。 医療制度の歩みと、これに関連する外国の諸制度をはじめ、関連文献の渉猟は十分と言える。このような医師の専門職倫理に関する研究は日本で十分にされておらず、とくに社会学的ならびに哲学的観点からの考察は少ない。今回の研究は、これらの観点から、今後の研究発展に貢献すると期待される。
- （5）実証性について。 論文の中に重要な「実証的なデータ」を取り入れ、論説を実証的に展開している。
- （6）説得力について。 歴史的な検討と、国際比較ならびに学際的な考察がなされており、説得的である。
- （7）専門用語の正確さについて。 社会学 哲学その他の専門的分野に関する概念およびテクニカルタームは、正確かつ適切に使用されている。
- （8）引用の正確さについて。 引用文献に関しては、引用著書、論文および引用ページを明示し、全体的に正確になされている。
- （9）学際性について。 「ゲマインシャフト」および「ゲゼルシャフト」に対する「ゲ

ノッセンシャフト」の特徴を捉えている。とくに個人が組織に埋没しない点では「組織の絆が契約的」であり、しかし同時に「共同体的な絆の要素」をも包含する「ゲノッセンシャフト」という考察など、社会学および思想の複数の視点から学際的に考察している。また医師および患者の双方の立場から、医療を「供給と需要」として分析する点においては、経済学的な視点をも十分に取り入れている。

(10) 卓越性について。 医師集団（組織）の制度の在り方から、今日の医療問題を考察しているが、こうした研究は、これまできわめて稀である。本研究は今後の医療組織の研究の口火を切る卓越した研究と認められる。

本論文は、たとえば「ゲノッセンシャフト」についてより詳しく論じるなどの方法も考えられるが、「現在の医療体制の問題点とその歴史的背景」「専門職の組織の在り方」「医師会の再構築」といった論旨に不可欠な広範囲な視点から論じているので、幾つかの限定的な問題だけを詳しく論述する方法はとっていない。しかし、これが論文の価値を減じているとは言えない。

以上これまで述べた諸点において、説得的な究明と考察をした論文として、「本論文は博士（学術）の学位を受けるに値する」と、審査員全員で判定した次第である。

審査委員

主任審査員 早稲田大学社会科学総合学術院教授

審査員 早稲田大学社会科学総合学術院准教授

審査員 立教大学社会学部教授

経済学博士 早稲田大学

田村 正勝

横野 恵

間々田 孝夫