

2013年度  
関西学院大学ロースクール

A日程

一般入試（法学未修者）

論 文 問 題

○開始の指示があるまで内容を見てはいけません。

## 【論文問題】

問題文をよく読んで、以下の問いに答えなさい。

問題1 専門職としての医師に課せられた課題は何であり、それを実現するために求められている政策はどのようなものであると筆者は論じているか、現在の医療制度についての筆者の問題意識を踏まえて約400字でまとめなさい。

問題2 専門職としての医師が患者としての国民に向き合う時の専門職としての在り方と、専門職としての弁護士が依頼人としての国民に向き合う時の専門職としての在り方との同一性と差異性を対比して約400字でわかりやすく論じなさい。

明治以来、近代日本では医療の基礎に生物学をおく西洋医学を取り入れ、これにもとづいて医療（教育）制度をつくりあげた。すなわち、医師は国家（が認定した）資格であり、だれでもが好き勝手にやることができない職業なのである。病気になったり、重傷を負ったりすると、ひとは医師の援助を求めることになる。こうして、ひとは「患者」になる。医師は特別の専門教育を受け（近代医学を基礎にした体系的知識や高度な治療技術を身につけている）、国家試験に合格して、医師免許をもったものをいう。病気の手当てをすることができる専門家で、その業務を独占している。セクハラに問われることなくひとの身体を触り、傷害罪に問われることなくひとの身体を切ったりすることができるのである。だから、患者になれば「ワラを掴むよりは、医師を掴むこと」を考えたほうがよい。もちろん、医療とはなにか、医師とはなにか、ということについては、それぞれ「医療法」「医師法」などという法律があって、こと細かく説明があるので、読んでおくとよい。しかし、世の中には不思議なこともある。ときどき新聞に載るような話だが、長年「親切な良い先生」だといわれて、患者の信頼も高かった医師が「医師免許」をもっていない「偽医者」だったという（医師法違反）こともあるのだ。医師とは何かと考えるきっかけにはなる。

救急車で緊急にどこかの病院に運ばれば別だが、最近では、医業者の広告がかなり緩和されて郊外の私鉄の駅や街中の電柱に医院などの広告がけっこうある。インターネットなどでも情報が手に入るので、近隣の診療所や病院がどこにあり、なにをやっているかはすぐわかる。友人や知人の「口コミ」で、よい医師を紹介してもらうことも可能だ。けれども、できれば長いつき合いがあり、家族のことなどもよく理解してくれている「かかりつけの医者」（家庭医、主治医）がいれば、これにこしたことはない。医療制度が国家の管理下に置かれているイギリスなどでは、国民は特定の開業医を「かかりつけ医」として登録し、初診時にはその医師の受診が義務付けられる。けれども、そこでは患者の「選ぶ権利」や「かかりつけ医」の質の確保も合わせて保証しなければならない。2008年から導入された「後期高齢者保健制度」では、入院から在宅へという方針（医療費抑制）のもと、（とくに、高齢者にとっては）在宅医療も受けられる「往診」が奨励されるので、近所の「お医者さん」はますます重要な存在になろう。ちなみに、現在約32兆円の国民医療費のうち、75歳以上の医療費は約9兆円（総額の3割弱）、一人当たりでも81万5000円と、40代の5倍を超える。厚生労働省でも、病院勤務医の負担を減らすため、まず診療を受け、必要に応じて適切な病院を紹介するという役割を町の診療所にもたせようと、「総合科」の新設を検討しているという。すでに、大病院では、「紹介状」をもたない新患には、一定の「料金」をとるようだ。

本来、日本では、開業医制度を中心に地域医療が展開した経緯があり、「近所のお医者さん」がどこにでもいたが、家族と近隣共同体が崩壊して、大病院を地域医療の中核とした医療システムの大転換がおこったので、医療の現場も大きくさま変わりしてしまったの

である。だから、医師と患者の関係も、最近では、昔と比べて大きく変わった。それに伴ってあれこれ新しい問題も生まれてきたし、人びとの意識や考え方と同時に、国家権力の介入や医療技術の進展などもあって、医者と患者が接触する場面（医療現場）がきわめて複雑なものになっている。

かつて、医者と弁護士と牧師（僧侶）は古典的な専門職（profession）と考えられてきた。その共通の特徴は、長期間の厳しい訓練で修得した知識や技術を、私的な利益を投げ捨てても、クライアント（助けを求め、かれらに依存する人たち）の福祉・救済のために全力投球することであったが、現実はどうだろうか。

（中略）

1970年代初頭、1961年（昭和36年）に導入された国民皆保険制度による医療需要の増大に対処しきれなくなった政府は、「一県一医大構想」などを実施して、医師の大量生産にのりだした。医師の数は絶対数だけでは比較できないので、人口10万人当たりで語られていたが、そのころの目標値は150－160程度であった。医学部の定員は1961年に2840人であったのに対して、1984年には過去最高の8280人にまでふくれあがった。成果は予想を超えるものであり、地域的な偏在もあるが、人口10万人当たりの医師数が250人を超える都道府県もあらわれた。「これは増えすぎだ」というので、1980年代後半に「1995年をめどに、新たに医者になるものを10%ほど抑制する」というので、医学部の定員をピーク時の7.9%減、すなわち8280人から7625人に削減した（2004年現在）。それが今では、「増員、増員」の合唱である。しかし、ことはそれほど単純ではない。日経メディカルオンラインがおこなった調査によれば、平均すると医師増員に賛成の者46.9%、反対する者38.4%であり、後者では、「増員しても結局偏在するだけ」「実力なき医師は去れ」などと厳しい。また、目下焦眉の急ともいわれる産婦人科医については賛成・反対に有意な差（5%以上の意見の差）はなかったという（ちなみに、増員賛成の筆頭は、脳神経外科であった）。

現在、日本における医師の数は24万9574人（2006年）といわれ、だいたい毎年7千から8千人が医師国家試験に合格する。ちなみに、第102回目（2008年）には、7733人が合格、合格率が90.6%と過去10年間の最高であった。また、女性の合格者も過去最高で2666人（34.5%）、しかも彼女らは合格率で男性を凌駕し、93.8%を記録した。だが、この医師数で、今、医師不足が叫ばれているのである。たしかに、勤務医の激務（超過勤務や当直）、それに24時間の呼び出しにも対応しなければならないとなれば、少しぐらい給料が高いといっても、人間らしい生活もままならず、過労死の危険性さえ抱え込むことになる。それでいて、患者からの尊敬や感謝の念は期待できず、うかうかすると告訴されたり、損害賠償を請求されたりすることもありうる。銀行で資金を借りて診療所を開く開業医の場合も、いわば零細企業であり、「お店」を構えているだけに簡単には逃げられない。緊急時には、

結局、時間外診療や訪問診療もやらなければならない。公立病院が軒並み赤字で、専門医不足のために、産科や小児科を閉じる病院もある。救急車に乗っても、受け入れてくれる病院が見つからないために、「たらいまわし」にされて、死んでしまう急患もいる。お金もひとつも不足だ、と医師たちが窮状を訴えているわけだ。

日本の医療は「安い費用で最高の治療を提供している」と、英国の有名な雑誌 The Economist (July 6, 1991) が特集を組んだのが夢のようである。当時の医師数は約18.3万人、職業世襲率も約3割と高く、女性医師は全体の1割強。人口10万人当たりの医師数は150人ぐらいであった。一例をあげると、今問題になっている産婦人科。お産は病気ではないというので保険がきかないが、時に子供を産んだ母親が死ぬ。最近の統計では、10万件の分娩当たりの母親の死亡数は、アフリカ全体で830人、アジア全体で330人、ヨーロッパでも24人であるのに対して、日本では5、6人とほぼスウェーデン並み、世界に誇れる水準である。ところが、その後、ヒト、カネ、設備、薬剤と日本医療は著しく充実していったにもかかわらず、病気と患者と医療費がどんどん膨らんでいったのはなぜか、この謎をぜひとも解かねばならない。

医師の数が少ないからといって、急に「増産体制」で結果を出せるという妙案はない。すでにみたように、現在供給されている医師数は、女性の進出が着実に増加してはいるが、総数ではほとんど変化がないわけだから、現体制で医師数を急激に増やすことは期待できない。医師の数が少ないのではなく、地域、あるいは診療科のあいだに格差や偏在があるだけで、問題は配分調整であるという意見もある。だが、約30カ国が加盟しているOECD諸国のなかで人口10万人当たりの医師数を比較してみると、日本は217.5人で27位、日本より下位にあるのは韓国、メキシコ、トルコのみという状態なのである(2006年)。ちなみに、最高はギリシアの490人、OECD平均は300人、フランスとドイツがそれぞれ340人で平均を上回っているが、イギリスは230人、アメリカは240人とある。

最近、急に地域の病院から医師が消えたことについては、すでに原因は明らかだ。それは、2004年から導入された新臨床研修医制度のためだ。かつて、地域の医師配分は大学医学部が独占的にこれをおこなっていた。大学の医局はそれぞれ多くの研修医を抱えていて、「名義貸し」(実際には医師を派遣しないのに、名前を貸して、時には不正な金を受取ることもあったかも)などの悪事もはたらいたが、とにかく「縄張り」(僻地であっても)のなかにある病院には医師を送っていたのである。ところが、新制度では研修医が研修先の病院を自分で選択してよいことになったので、医局はマンパワー不足におちいり、派遣先の病院から医師を引き上げ始めた。この結果、地域の拠点病院に医師がいなくなった。それまでも、僻地や離島などでは医師がきてくれないので、破格の報酬を用意して、首長が大学病院をまわるという状況であった。それでも、医者を確保することは至難の業であったのである。なんでも医師がおこなう、決定するというのであれば、医師の業務が過酷

になるのは当然だから、「標準的な医療行為」は「医師助手」あるいは看護師が担うという手もある。

現に、アメリカではナース・プラクティショナー（NP、診療看護師）やフィジシャン・アシスタント（PA、医師助手）という職種があり、診療や治療、患者説明などを担当しているという。彼らは、日本では医師にしか認められていない初期診療や急性の病気の手当て、薬の処方ができる専門職で、免許保持者が14万人以上。日本でも一部、医師不足・過酷な労働状況の解消に、この制度を導入しようとする動きもあるようだ（大分県立看護科学大大学院、国際医療福祉大大学院など）。しかし、これにはどうも医師会が首をタテに振らないようだ（上記の「偽医者」を思い起こそう）。

ところで、ある難関の医学部に入学した学生に、なぜこの学部を選んだのかときいたところ、入学するのが「日本一難しい学部」だったからだという答が返ってきたという話がある。医師という職業を選択するまともな理由や動機づけが皆無なのだ。少し古い筆者の医師調査結果で明らかにしたことだけれど、医師の職業世襲率も高かったからか（約3割）、なぜ医者になったのかという問に、「親が医者だったから」と答えたものが少なくなかった。しかし、彼らの名誉のためにつけ加えておくと、医師になった動機を尋ねたら、「やり甲斐のある仕事だから」という答が3割をゆうに超えていた。また、東京大学医学部学生に理想の医師像を尋ねたところ、「いいお医者さんとは、うまい、つよい、えらい、の三つの言葉で言い表される」と答えたので背筋が冷たくなったという医事評論家（高月清司）のコメントがあった。かれに言わせると、患者と問題を起こす多くの医師がこのタイプだというのだ。「患者とトラブルという意味は、患者の主張と相容れないという意味だが、自分をうまい、つよい、えらい、と思っている医師は、どうしても自己主張を一方的におこなってしまう傾向があり、最後まで患者の視点や争点に合わすことができない。患者側はそこから傲慢とか利己的とかというイメージを固めてしまい、結局お互いが何も得ることがないまま離れ離れになってしまうのだ」。

たしかに、医学と医療技術は日進月歩だから卒後研修は欠かせないし、だからといってひとりの医師がなんでもこなすのは不可能である。日本の医師はもちろんすべての診療科を勉強するし、開業にあたってどのような診療科目を掲げてもかまわない。だが、すくなくとも「腕に自信のある」分野でないはずだろう。そしてその先には、専門医制度がある。たとえば、この分野を得意とする医師のあいだで「糖尿病学会」がつくられ、一定の研修を受けたものを「専門医」と認定するのである。

医学教育では、医学の基礎知識（解剖学からはじめるのがふつう。解剖実習にはふたりの実習生に対して一個の屍体が必要）を修得させるが、どの学問分野でもそうであるように、専門領域はますます細分化・専門化しているので、分業とチームワークが欠かせないことになる。医師には、三種あるとみてよい。一般医と専門医と医学研究者である。前二者のうち一般医は、患者を直接、しかし全人的に診断して、自分の手に負えない場合には、

専門医に紹介する。患者とのよい関係、よいコミュニケーションができなければならない。専門医は、やや職人的な気質があってもよいだろう。脳外科や心臓外科では、人間性も大事だが、高度な技術・技能をもっていなければ話にならないからである。けれども、ここでも医師—患者関係は、基本的には人間関係だから、患者をモノのように扱う専門医は医師の資格を欠くものだといえよう。第三番目の医師は、その経験や知識をもって医療行政にかかわるものもいるが、多くは研究室や実験室に閉じこもって基礎研究に従事する。同時に、教育者として、未来の医師を育成する役割を担うのである。

(中略)

「インフォームド・コンセント」や「セカンド・オピニオン」という言葉が人口に膾炙するようになった。一昔前までは、医者が患者にあれこれ治療の中身を説明するなどいうことはなかった。診療中にドイツ語で書かれるカルテをのぞいても、自分にどんな診断や治療がおこなわれているのか、患者には分かるわけもなかったのだ。すべては「おまかせ」で、患者は「まな板の上の鯉」同然であった。同様に、ひとりの先生にかかったからには、別の医者のところに行くことは「ご法度」。それは当の医者を見捨てることになって、礼を失すると考えられていたのである。こうして、医師に権威があり、患者が医師に満幅の信頼を寄せていたときには、医師—患者関係は権威主義的・家父長主義的であった。この関係は、すでにみてきたような状況変化のなかで、ほぼ完全に崩壊した。

医師と患者の関係は、より平等主義的・民主的になり、「患者が医療の主体」というスローガンのもとで、医療への患者の参加・意思決定が奨励される。医療の現場でも、専門分化、チーム医療の推進などで、医師の特権的優位が後退した。医業も、結局は「生業、なりわい」、ネオリベラリズム的な競争市場で生き残っていかなければならないという宿命もある。それでいて、国家が医療費を「出来高払い」から「定額制」にするという圧力とも戦わねばならない。開業医を中心にしてきた医師会は、いかにして厚生省と戦い医療費（保険診療報酬）の引き上げを実現し、1954年に勝ちとった医師優遇税制を守るか（25年間維持）に腐心した。もちろん、新米の医師と熟練した医師が同じ患者を治療しても料金は同じ、親切な医師も不親切な医師も同じ治療費を受け取るなど、納得できないところもある。少し難しい手術などではこの差は大きいと思われる。「数をこなすこと」で利益を上げようとするインセンティブも生み出されかねない。

国民は、徐々に医療界の実態を知るようになっていった。最近では、インターネットの普及などで病気やクスリの知識がだれでも手に入るようになったし、テレビの番組などでも、シリアスなものから娯楽番組以外のなにものでもないようなものを含めて、病気や健康に関するものが多く放映されている。カルテの公開も請求できるし、クスリをもらおうとそれらしい説明書がついてくる。だから、患者も賢くなって、治療法を選択したり、死に

方を選んだりできるようになったと楽観する向きもあるが、はたして「医療の民主主義」は実現したのであろうか。薬の効用一つをとっても、専門論文をみれば分かるように、そう簡単に素人に分かるものではない。

かつて、いわゆる保守主義者が民主主義の行く末に不安を抱き、その欠点に警告をならした。民主主義がポピュリズムの果てに「愚衆政治」におちいるというのだ。人びとの尊敬や畏敬の念を失ったエリートがその責任を放棄し、他方で、賢くなったと思ひ込んだ大衆が権利を振り回す責任のない「支配者」になってしまうのである。そして、いざ責任のともなう決断や実践では「逃げ」の手を打つ。自由が重荷になれば、人びとはこれを捨てて逃走する（「自由からの逃走」）。2009年5月からスタートした「裁判員制度」。司法への国民の参加が目的だ。けれども、ほとんどの国民はこれに参加することを嫌っているというのが現状である。日常の生活や仕事ができなくなるなどの理由とならんで、法律の素人がひとの生死にかかわる（死刑判決を下さねばならないこともあろう）決断・判決の責任を背負うことに躊躇する気持ちが強いからだともいわれている。それでは、医療民主主義は大丈夫か。

インフォームド・コンセント（よく説明を聞いて、納得づくの同意・決断をする）は民主主義一般の問題でもある。今日、各方面で情報開示、透明性、説明責任、法令順守などが叫ばれているが、それはそっくりそのまま医療にもあてはまる。人間の行為は「不確定性のなかの決断」であるが、もちろん医師も例外ではない。過誤はなくさなければならぬが、それは医師と患者の相互理解、相互協力なしには実現できまい。

中野秀一郎著『明日に希望のもてる医療はあるか 新・医療社会学入門』（関西学院大学出版会、2009年）から抜粋。なお、注などは略。