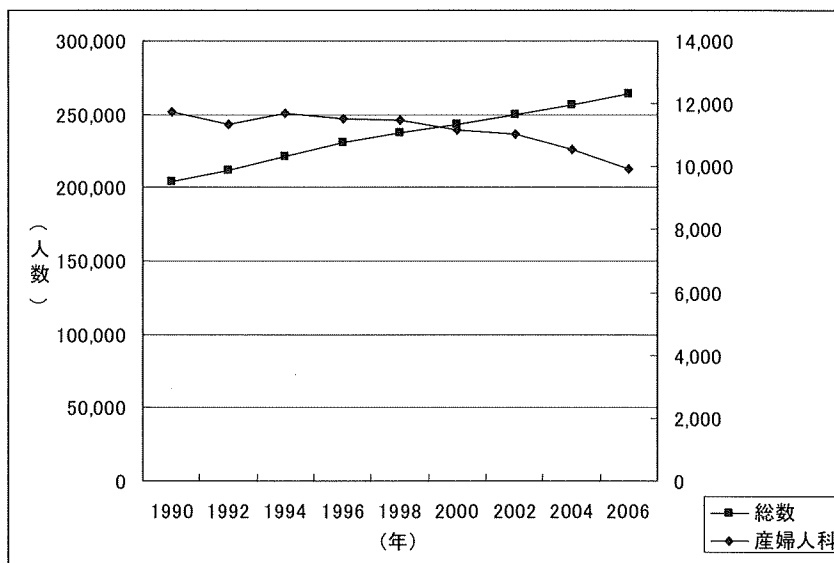


科、脳外科などで、医師が減少しているのは、リスクの高まりに起因する所が大きいと考えられる。

図 2 は医療施設に従事している医師の総数と産婦人科の医師数の比較である。医師の総数としては、やや右肩上がりなのに対し、産婦人科医は減少傾向にあり、特にここ数年で大幅に減少している事が分かる。医師が医療リスクに対して回避的な傾向がはっきりと現れている。

ロス・コントロールにおいて、先に述べた損失予防や軽減手法でコントロールできないほどのリスクが存在すれば、リスクそのものを回避するという手段を必然的にとらざるを得なくなる。リスク回避的である人が、リスクを伴っている生産的な活動であっても、それに安心して従事できるように仕向けることが必要になる。その役割を担うのがロス・ファイナンスである。

図 2 医師の総数と産婦人科医数



(注) 2 つ以上の診療科に従事している場合、各々の科に重複計上したものである。

(出所) 厚生労働省統計表データベースシステム

(<http://wwdbtk.mhlw.go.jp/toukei/index.html>) の平成 18 年度のデータより抽出。

(3) ロス・ファイナンスと無過失補償制度

「ロス・ファイナンス」の主な手段として、「損失の保有」と「保険」がある。損失の保有とは、損失の一部、全部の支払いについて企業や個人が責任を持つ事である。損失に備えて積み立てを行っている行為が「保有」にあたる。そして次の手段が「保険」である。保険契約を結ぶことによって、発生した場合のリスクの一部、もしくは全部を保険会社が請け負う。リスクを保有しきれない場合、保険という手段がもっぱら利用される。

こうした「ロス・ファイナンス」を利用することによって、リスク回避的である人々が、たとえリスクを伴う活動であっても、それに従事するインセンティブを与える事が可能となる。しかし、現在の医療制度では、医療に関する「ロス・ファイナンス」が十分に機能しているとは言い難い。

過失、無過失を問わず医療事故に対して補償を行う無過失補償制度は、医療訴訟を減少させ、発生するリスク・コストを抑制し、その結果、リスク回避的になっている医師に、一定のリスクを伴う活動に従事するインセンティブを付与することが期待されていると言えよう。

（４）無過失補償制度によるモラルハザード

リスク・マネジメントという観点から見れば、無過失補償制度の目的は、医療リスクを保険により移転させ、リスク回避的になっている医師にリスク活動への従事を促す事にある。しかし、リスクの移転は、モラルハザードを引き起こす可能性がある事を忘れてはならない。

何らかの形で、期待コストを移転させれば、それに係わるインセンティブは必ず変化する。リスクの移転とロス・コントロールとの間にはトレードオフが存在する。リスクを移転すればするほど、期待コストを縮小しようとする動機付けは低下する。無過失補償制度は、医師が保有しているリスクの一部を、保険契約を通じて、保険引受者に移転する。無過失補償制度で最も懸念されるのは、リスク移転により、医師のロス・コントロールへのインセンティブが低下し、医療事故防止への取り組みを怠るようになる事であろう。こうした意識の低下を防ぐために、無過失補償制度における、産科医、助産師および学識経験者を中心に構成される「原因分析委員会」が果たすべき役割は大きい。

（５）医療事故における補償額

損害賠償には、一般損害賠償と補償的損害賠償の２種類が存在する。一般損害賠償は、苦痛、負傷または死亡した配偶者との共同関係を失ってしまうことなどの、いわゆる精神的な損害に対するものである。特別損害賠償は、医療費や逸失賃金、身体損害などにより失われたサービスの価値、修繕・取替費用などの使用不能損害などに対する金銭損害に対する補償である。

医療事故による補償額は、一般損害賠償と補償的損害賠償を併せ持った要素を持っている。その事故により苦痛、負傷、死亡した事による精神的な損害に対する補償という要素と、被害者がこうむった身体的損害や財産損失を補償する要素を持っている。こうした補償金額に対する金銭的な見積もりは複雑、かつ多額になりうる。医療事故による損害を全て補償しようとするれば、その額は非常に多額に及ぶであろう。

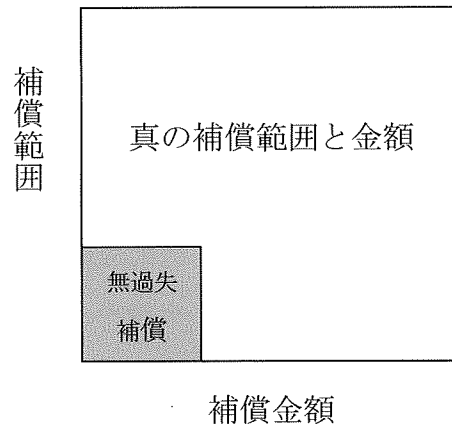
さらに無過失補償では、被害者の過失責任の立証が必要ない。過失の立証が問われないことは保険者である医師と、被保険者である患者にはコスト削減を意味し、保険を引き受ける第 3 者にはコスト増を意味する。そのため無過失補償制度では、保険引受者に極めて高いリスクの引き受けを要求し、多額の損失が発生する可能性を含んでいる。

（６）民間損害保険会社がリスクを負担するための仕組み

民間損害保険会社に無過失補償制度を、株式会社である民間損害保険会社に受け入れ可能なものとするため、２つの点において制度的配慮がなされていると考えられる。１つは補償額が決められている評価済保険契約が導入されている事である。

保険契約には、実損填補契約と評価済契約の２つのタイプがある。実損填補契約（indemnity contract）では、保険会社の支払う金額が、損失発生後に決定され、保険金の支払金額が損害の額に等しく支払われる。実損填補契約は、保険金の支払額が発生した損失額に左右される。

図 3 真の補償範囲・金額と無過失補償制度



評価済契約では、保険事故により生じた損害額とは関係なく、契約開始時点で保険会社に支払う額を確定させておく。そのため評価済契約では、保険金の支払額が契約時に内容に左右される。無過失補償は、この評価済契約に相当する。

当制度の補償額は 2000 万円から 3000 万円に設定される事が予定されており、評価済契約に該当する。評価済契約は、損失発生後にコストのかかる争いを避けるための手段であり、いわゆるモラルハザードを防止する役割がある。補償額の大小は一概には判断できないが、医師賠償責任制度において、年間保険料約 5 万円に対して、保険金の上限が対人 1 事故について 1 億円支払われることを考えれば、補償金額は相対的に低いといえよう。真の補償額に対して実際に支払われる補償金額を少額にすることで、保険会社のコスト負担が増大するリスクを軽減することが可能となる。

2 つ目は補償の範囲についても配慮がなされていることである。当制度では、産科の脳性まひのみを対象としている。過失、無過失に関わらず補償する無過失補償制度では、保険の免責事項が極めて少ない⁸。通常、損害保険商品では、保険会社が承認した損害賠償金や諸費用について、契約された保障限度額の範囲内で免責金額を差し引いた額が支払われる。そのため、保険会社の補償対象が通常の医師賠償責任制度と比べて広くなり、負担が増大する可能性がある。補償対象を産科の脳性まひに限定することで、リスクの範囲を限定している。

⁸現在、検討されている無過失補償制度では先天的な障害によるものは補償の対象から除外されている。

5. 無過失補償制度で期待される役割と限界

「医療崩壊」と呼ばれ、リスクの高い医療に従事することに回避的な人々が増加している現在、リスク活動を積極的に行える環境を整備することは急務である。将来的には、他の科にも無過失補償制度を広げていく事が不可欠であると考えられる。しかし、現在の枠組みでは拡張していくには限界がある。

民間損害保険会社は、医療事故という不確実な事象に対しそのリスクを計量的に見積もることには一日の長がある。しかし、公的機関ではなく、民間損害保険会社が医療事故の全てを無過失補償で請け負うことは不可能である。

損害保険会社は、長らく 20 社体制で、運営され、外資系の損保会社の参入は認められていなかったが、1995 年の保険業法改正によって、多くの生命保険会社が損害保険の子会社を設立したこと、また外資系の損保会社が参入し始めたこと、さらに 1998 年に保険料率の自由化がされたこと、により競争が激化している。こうした動きに対応するために損保会社（生命保険会社の子会社を除く）の全ては株式会社形式により運営されている。

多額のリスクを損害保険会社が請け負うことは、株主訴訟リスクを増大させることになりかねない。現在のわが国における医療事故に対するリスク・コストは膨大なものである。それは、日本医師会の医師賠償責任保険制度は 2003 年末で累積赤字が 139 億円と赤字になっている事からも明らかである。こうした観点から考えれば、今後、当制度を拡大し、補償範囲、金額を拡大することは非常に難しいと言わざるを得ない。

現在の無過失保障制度の枠組みは、保険引受者のリスクとそれに伴うコストを最小限にとどめる観点からは 1 つの有効な手段といえるかもしれない。しかし、保険引受者として民間損害保険会社では、請け負える補償範囲と金額に限界がある。

当制度を拡大し、医療のリスク・コストを抑制するためには、国によるリスク引き受けを含めて制度の再検討を行う必要性がある。

（参考文献）

1. 大羽 宏一「医療過誤を対象とする賠償責任保険の保険事故について」『大分大学経済論集』（大分大学）、第 55 巻、第 2 号、2003 年 7 月、25-38 頁。

2. 尾崎孝良「無過失補償等を巡る判例動向に関する調査研究」『日医総研 Annual Report 2006』第 1 号、83 頁－95 頁。
3. 齋勝 藤美「医療機関におけるリスクマネジメント」『Safety Information』第 49 号 2001 年 1 月、3-4 頁。
4. 三井住友海上火災保険株式会社編『新種保険論（賠償責任）2007 年度版』2007 年。
5. 総務省「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果について」2008 年 3 月 31 日。
6. Harrington, S. E. and G. R. Niehaus, “Risk Management and Insurance, ” 2004. 米山高生・箸方幹逸監訳『保険とリスクマネジメント』東洋経済新報社、2005 年。

国内外における医療事故・医事紛争処理に関する法制的研究

— 「専門職の自己規制の社会学的研究」¹ —

[研究協力者]

中川 輝彦 龍谷大学社会学部 特任講師

■ 研究要旨

医療専門職の自己規制に関する社会学的考察を行った。どのような要因が医療専門職の実効性のある自己規制を促進し、どのような要因がその妨げになるのかを考察し、法制度構築のための基礎資料の作成を目指した。

はじめに

本報告は、2008 年度の「専門職の自己規制の社会学的研究」の成果の報告である。同研究は、数年来の報告者の研究の「中間決算」でもある。「決算」というのは、これまでの研究蓄積を総合し、そこで得られた知見の整理・再検討をめざしていること、「中間」というのは、今後の課題を導出することで 2008 年度以降の研究の展望の開拓をめざしていることを意味している。

このことを反映して、本報告は、以下のような構成になっている。まず、報告者が数年来進めてきた、①専門職の自己規制を主題とする文献研究（既存研究の整理、検討）の成果を紹介し、②心理職を対象とする調査についての成果を紹介する。そして③①②をふまえた「新たな知見」および今後の課題を報告する。①に関しては 1, 2 で、②に関しては 3 で報告する。③に関しては 4 で報告する。

1 文献研究(1)——Freidson の専門職論の検討

報告者は、Eliot Freidson (1923~2005) の自己規制論、特にその視座を検討することから、自己規制論の文献研究を始めた。彼は、おそらく最も著名な専門職の研究者であり、自己規制論の古典的文献 (Freidson [1970]1988 など) を残しているからである。

¹ "A sociological study of professional self-regulation"

Freidson は、前述の文献（Freidson [1970]1988）の中で自己規制研究の視座を定めている。彼は、「専門職」を「自律性（autonomy）」により定義し、それが自己規制により正当化されていると指摘する。その上で自己規制の調査研究を通じて、自己規制（の正当性）を「テスト」という視座である。このことを報告者は、未公刊（作成中）の論文²において次のように指摘した。以下は、そこからの抜粋である。

専門職（profession）論の古典的文献『医療専門職』（1970）において E. フリードソンは、「専門職」の「自律性（autonomy）」は、その自己規制（self-regulation）により、正当化されるとともに、テストされる」と指摘する（Freidson [1970]1988:137）。「正当化される」とは、こういうことである。

専門家は、部外者によるコントロールからの自由という特権を与えられている。この特権は三つのクレームにより正当化される。第一のクレームは、専門家の仕事には特殊なスキル・知識が含まれているため、非専門家はそれを評価したり、規制したりできないというものである。第二のクレームは、専門家は責任感がある——監視されなくても仕事を良心的にするだろう——というものである。第三のクレームは、希に存在する倫理的・技術的に適切に仕事をしない成員に対しては、専門職自体が適切な規制行動をとると信頼してよいというものである。（Freidson 1970a:137）

「テストされる」とは、上述のクレーム通りに自己規制が実践されていなければ、専門家の自律性の正当性は否定されるという意味である。そしてフリードソンは、上述のクレームを疑っている。自らが経験的研究に基づいて、そのクレームを（さらには自律性の正当性）を「テスト」しようとする。それが自己規制論である。

² タイトル未定。作成中のため文章は変更される可能性がある。

ところで Freidson の専門職論の論調は変容したという指摘がなされている。それでは彼の自己規制論はどうか。この点を含めて彼の専門職論の変貌と同一性を検討したのが、近刊の論考「Freidson 専門職論の視座——新旧二著の比較から」（『医療社会学研究会ニューズレター』1号（仮称，近刊））である。以下は、そこからの（この論点に関わる部分の）抜粋である。

〔論調の変化の指摘〕

Eliot Freidson の専門職 (profession) 論の論調は変化したといわれる。例えば市野川容孝は、Freidson は 1980 年代にその論調を「一転」させたという。

1970 年代はじめに「専門家支配」という批判を提示したフリードソンであったが、彼は、その後 1980 年代になると、一転して（医療）プロフェッションの再評価へと向かう（Freidson 1994）。患者の自己決定の尊重を揺るぎない原則として確認しつつも、フリードソンは、専門家と一般人の間の知識の不均衡が不可避のものとしてある以上、医療をたとえば「自由市場」原理で語り、一般の患者をそこに裸で放り出すようなことは回避すべきであり、提供される医療サービスの質をきちんと管理する責務を、医療プロフェッションは依然として果たさなければならないと主張する。……患者本人ではなく、結局は「第三者」にすぎない保険者や行政機関が、医療費削減を名目に課す、さまざまな制約に対抗して、医療プロフェッションの自律性や裁量権を保護することも必要であると述べている。（市野川 2002:27）

こうした議論は、Freidson の論調の変化を伝えると同時に、次のような問いを提起する。それは Freidson の専門職論を貫くものは何か、という問いである。

〔自己規制論の分析〕

Freidson によると専門職の営みの規律性——discipline には「規律」という含みもある——は「組織化された自律」ないし「専門職制度」の正

当化根拠となっている。しかし、この規律性は、必ずしも喧伝されている程のものではないというのが新旧 Freidson の見解である。

旧 Freidson によると、米国の医療専門職の「自己規制（self-regulation）」すなわち成員のパフォーマンスの評価・コントロールはあまり有効に機能してはいない（Freidson 1970a:137-57）。それは「ルーズな規律システム」である（Freidson 1970a:170）。「知識を発展させる自律」はともかく「その知識を応用する実践様式を決定する自律」を専門職に与えることは「不適切」であるというのが、旧 Freidson の主張である。専門職を擁護する傾向が強いといわれる新 Freidson もまた「専門職制度」に関して「複雑・秘儀的な知識・スキルを具えた職業を育成し、コントロールするという専門的問題を解決することに失敗している」と評価している（Freidson 2001:220）。

どうして専門職は「ルーズな規律システム」になるのか。専門職の成員が私利私欲に駆られているからという通俗的な説明を Freidson はとらない。旧 Freidson は、医師の「責任感」の強さを強調する（Freidson 1970a:161-2）。新 Freidson は、専門職成員を「同業者からの尊敬」という「象徴的報酬」を求める行為者としての側面を強調する。前述の「閉鎖」による競争の抑制は「同業者の尊敬を得るための競争、すなわち仕事の質とディシプリンの発展と実践への貢献を報いる賞賛をめぐる競争を強化しよう」と論じる（Freidson 2001:203）。

Freidson が注目するのは、専門職の実践、特に知識の生産ではなく応用に関わる実践の特性である。Freidson によると、成員による応用実践は、ディシプリン内部で生産された知識・技術（「科学」ないし「形式的知識」）の単なる応用ではない。実践に体现されているのは、各成員が個別に状況に応じて変形した知識・技術である。したがって実践やその評価基準は同一専門職内部でもバリエーションが生じる。極端な話、成員一人一人が違った基準で、自らの行為を選択し、評価しているといえる。そしてこの状態を、しばしば成員は正当なものと思っている。これが専門職の「規律システム」を「ルーズ」にする大きな要因である。

この点について旧 Freidson では、臨床医を事例に次のように論じられている。医師はその責任感——正確には、目の前の患者を何とかしたいという責任感——の強さゆえに、科学の提供する知識・技術の限界を痛感することになる。現行の知識・技術では治療できない問題疾患もあるし、各事例には「科学法則・一般原則」では対応できない程のバリエーションがある。例えば、医療においては一般的には有効とされる治療法が、個別事例において有効か否かは不確定である。各医師は、各自は自らの「直接の臨床経験（firsthand clinical experience）」に頼ることで、こうした状況と知識・技術のギャップを埋めようとする。各自の経験を臨床における諸々の判断基準として重視することは、同業者との関係において、他者の判断を尊重すること、さらにはそうした判断に干渉しないことを良しとする態度に結びつく。この態度が自己規制を弱めることになる（Freidson 1970a:162-4）。

新 Freidson は、自己規制への言及は少なく、旧 Freidson の議論に匹敵するような「ルーズな規律システム」の分析はない。しかし、この点に関する議論を否定する主張は見あたらないこと、そして応用の実践は単なる「形式的知識」の応用ではないことを指摘していること（Freidson 2001:33）、前述のように専門職の営みの「コントロール」を「失敗」と評していること（Freidson 2001:220）から、この点に関する Freidson の見解に変更はないと思われる。

以上のように、Freidson の専門職（医師）の自己規制研究の視座および調査結果に基づく評価の一貫性を確認した。これに基づき次なる文献研究の課題（Freidson 以外の論者の調査研究の精査・検討）に進んだ。

2 文献研究(2)——自己規制論の系譜の検討

Freidson の自己規制論（Freidson [1970]1988）を起点に、自己規制論の系譜を「上下」に辿るという作業を行った。何（どのような研究）から Freidson の議論は生みだされたのか、その議論は何を生みだしたのか、を検討した。これは自己規制論の射程および到達点を確認するための作業である。

その成果の一部は「質的研究の会」（2007/6/10, 会場：奈良女子大学）における報告「サイコセラピーの社会学の視座」に反映されている。同報告では Everett Hughes に系譜を遡り、一方では Charles Bosk への Freidson の影響を示した。こうした文献研究では、仕事（診療）ミスの宿命性ととも、同業者の間では、それに対応した職業文化（仕事の特性に関する認識、および、それに対応した仕事の評価基準）が発達すること、そうした職業文化は仕事の相互評価の妨げになることが主張されている。この点を整理したのが、以下の報告原稿からの抜粋である。

仕事を依頼する／されるという関係は緊張を孕んでいる。失敗の宿命性が緊張の源泉である。特定の「作業を反復すればするほど、エラーが生じる理論的確率は高まる」。そして「長期の訓練も高い使命感もエラーを防ぐことはできない」。クライアントの依頼した問題は解決しないかもしれないし、タスクは無事完了しないかもしれない。失敗から直接被害を受けるのは、クライアントである。失敗が生じた場合、クライアントは、失敗者の責任を追求するかもしれない。失敗の宿命性を薄々理解しており、自分の「代わりにエラーのリスクを冒してもらうために人々を雇う」場合ですら、そうなのである。こうした事情から、クライアントから責任を迫られるリスクを含めて「失敗のリスク」を縮減することが、仕事の依頼する側／される側双方の問題となるのである（Hughes [1951]1958:90-3）

仕事を依頼される側は、失敗を（再）定義することで、問題を解決しようとする。仕事を依頼する側にとっては、依頼した問題解決やタスクの完遂以外は全て「失敗」である。仕事をする側は、この失敗定義を受け入れている限り、いつかは失敗者になる運命にある（そして、クライアントから責任を迫られるかもしれない）。この運命を避けるために、同業の人々は「集合的」に仕事の評価「原理」（＝「集合的原理(collective rationale)」）を作りあげるだろう（Hughes [1951]1958:90-1）。この「原理」は、仕事の結果よりプロセスを重視する。それは、問題は解決したのか、タスクが完了したのかではなく、解決方法やタスクの進め方は適切だったのかから、仕事の成功／失敗を判定するのである。「ミス・失敗の概念や良い仕事の

基準を、単なるケースやタスクの成否によってのみ定義する職業が希」なのは、こういった事情による（Hughes [1951]1958:95-8）。

（中略）

E. フリードソンは、臨床医を「実践家」としてとらえる。「実践家」とは「個人の具体的問題の解決の試み」を仕事とする人である。実践家は、医学などの科学を応用することで問題解決を図るのだが、そこには限界がある。というのも、実践家のもとに持ち込まれる問題には現有の知識・技術では解決できない問題が含まれているからである。また、実践家が取り組む個々のケースには、科学の応用では対処しきれないバリエーションがある。この限界に、実践家はどのように対処するのか。実践家は「直接経験（firsthand experience）」（自らの実践家としての活動の経験）に依拠して、形式的知識の応用では果たせない問題の解決を試みる。実践家は、経験を積めば積むほど、形式的知識の限界に直面し、直接経験に傾斜するだろう。「科学法則・一般原則より直接の臨床経験の優位を強調する」態度が育まれるのである（Freidson [1970]1988:163-164）。

実践家は「科学法則・一般原則」を直接経験と照合して評価・取捨選択・再構成する。こうして変形された知識は、実践家の活動に体現される。すなわち、実践家の行為選択の基準やパフォーマンスの評価基準となるのである。経験は同業者であっても完全に同一とは考えられないから、実践家の仕事は各自ユニークなものとなる。実践家は、こうしたユニークネスを自覚しており、そして肯定している。「自分の仕事はユニークで具体的なものであり、一定の規則のセット、あるいは、自分と同じ直接経験を共有しない者によっては、真に評価することはできないと感じている」のである（Freidson [1970]1988:180）。

このユニークネスの感覚は、実践家をして「科学法則・一般原則」を基準とする評価（特に部外者による評価）を避けさせるだけでなく、同業者間のパフォーマンスの評価やそうした評価に基づく活動のコントロールもまた、実践家は忌避する。実践家は、同業者の活動を評価（特に否定的に評価）することを好まず、同業者からの評価を受け入れることを嫌がるのである。同業者といえども各自で活動の基準、すなわち、実践家として

の活動において行為を選択する基準およびパフォーマンスを評価する基準は異なる。たとえば A という実践家が A 自身の基準に依拠して行った活動を、同業の別の B という実践家が B 自身の基準から評価したとしても、それは正当な評価にはならない。このような実践家の認識論からすると、A のパフォーマンスの正当な評価基準は、A 自身の活動の基準だからである。こうした事情から、実践家は、自分は他人の、また他人は自分のパフォーマンスを正当に評価することは困難であると考えている（Freidson [1970]1988:180）。

これと同じ見解を C. ボスクは、教育病院における臨床医（外科医）の調査に基づいて、次のように表現している。医師の世界では「完成したプロの自己（professional self）は、それが適切と考えるように仕事を組織化する権利を有する」（Bosk [1979]2003:185）。ここで「完成した」は、具体的には、研修医の期間を終えたという意味である。「権利を有する」とあるが、それは義務でもある。そこでは「科学的推論」より「臨床経験」に基づく判断の方が優れているという認識論的前提がある（Bosk [1979]2003:84-94）。医師の責務は「最善を尽くす」（Bosk [1979]2003:170）ことであるが、この認識論からするなら、「最善」の仕事をするためには、各自の「臨床経験」から形作られた「スタイル」（Bosk [1979]2003:186）で「仕事を組織化する」必要があるからである。

この主題に関しては、「新生岩田班（専門職自律性・医療倫理）の事前会議」（2008/2/23）でも報告した。

3 調査報告——心理職調査

先行する自己規制論の調査対象は、専門職に偏っている。これに対して報告者は、臨床心理士をはじめとする心理職の自己規制を調査し、それに基づいて理論的發展を試みている（2000 年から）。その成果の一部は、2008 年 2 月に刊行された「実践家としての心理士——個別主義とスーパーヴィジョン」として発表した。「スーパ

ーヴィジョン」というのは、心理士間で行われる心理療法・カウンセリングなどのピアレビューである。

同論文は、同業者間の評価・コントロール（＝自己規制）の実効性の阻害要因と言われていた専門職成員（Freidson の言うところの「実践家（practitioner）」の「個別主義」が、条件次第で実効性の向上要因となることを指摘した。

ここでいう実践家の「個別主義」は、個々の実践家の「ユニークネス」の肯定、および、そこから導かれる他者への不干渉の規範（「サイコセラピーの社会学の視座」でも言及しており、同報告原稿からの抜粋を参照のこと）に体现されている。「個別主義」の意味内容に言及した部分を「実践家としての心理士」から抜粋する。

フリードソンは「実践家というものは、個別主義的であって普遍主義的ではない」と主張する（Freidson [1970] 1988:170）。これは、T・パーソンズの「個別主義／普遍主義」という概念枠を借りつつ、彼の「応用科学者としての医師」（Parsons 1951＝一九七四：四三〇）という見解を批判するものである。パーソンズのいう「普遍主義」とは、行為者が何らかの対象に向き合うにさいして、自己と対象の「関係性」を「超越」した基準に依拠することである。逆に「個別主義」とは、「関係性」に「内在」する基準に依拠することである（Parsons and Shills 1951＝一九六〇：一三〇～一三一）。フリードソンの主張は、こうである。実践家が依拠するのは、その人と対象との「関係性」に左右されないという意味で「超越」的な科学法則・一般原則などの形式的知識ではない。各自のユニークな直接経験に基づいて「変形」された知識である。それは、実践家が誰であるかに左右されるから、実践家と対象の「関係性」に「内在」する。この意味で、実践家は個別主義的である⑤。この個別主義が、同業者間のパフォーマンスの率直な評価や評価に基づく活動のコントロールの妨げとなる。

（脚注は省略した）

それでは、どのような条件下で「個別主義」は自己規制の促進要因へと転化するのか。被評価者が評価者を選択できるという条件下においてである。この論点に該

当する部分を同論文から抜粋する。A, B とあるのは、調査対象者（心理職従事者）に付与された仮名である。

心理士は、各自の「やり方」は尊重されるべきであると考えている。それなのに〔スーパーヴィジョンにおいて〕ヴァイジーは、どうして自らの基準を問題視するような他者（ヴァイザー）からのメッセージを受け入れるのか。

まず、心理士は、各自の面接行為の基準のユニークネスを肯定しているとはいえ、自らの基準を完全なものとは考えていないことを指摘できよう。ここから、スーパーヴィジョンを「自分の会い方っていうのを考えていく」（B の発言）契機としたい、すなわち自分の面接行為の基準を変える契機としたいという意識が生じるのである。

また、ヴァイザーの選択という行為のシンボリックな意味を指摘できよう。自らヴァイザーを選択したという事実が、ヴァイジーをしてヴァイザーの評価を受容させ、「やり方」すら変えさせる根拠になっている。たとえば A は、ヴァイザーの「言葉」は「異物」であり、しばしば「混乱」をもたらすと言う。ヴァイザーの評価基準が、A 自身の基準と同じであれば、ヴァイザーの「言葉」は「異物」とは感受されないだろう。それが「異物」なのは、A とは異なった基準から発せられた「言葉」だからである。それにもかかわらず A は、その「異物」を受け入れようとする。これは、どうしてか。

信頼してるスーパーヴァイザーの言葉っていうのも重いですから、私にとっては。……アドバイスくれるわけやから……それを加味して考えないとヴァイズ〔を〕受けた意味もないし。

ヴァイザーを「信頼してる」とは、「信頼して」その人をヴァイザーとして選んでいるということである。A はヴァイザーとなる心理士に、個人的に頼んでスーパーヴィジョンを受けている。とすると「信頼してる」から「重い」とは、自分が選んだから「重い」という意味になる。ここでは

選択という行為が、スーパーヴァイザーの言葉を受容する根拠となっている。どうして、そうなるのか。心理士の個別主義は、各自が自分の基準に基づく判断を重んじることを勧める。ヴァイザーの選択もまた、ヴァイザーが自分の基準で選択している限り、そうした判断の一つである。ヴァイザーのコメントはAにとって「異物」だが、それは単なる「異物」ではない。Aは「異物」の発信元であるヴァイザーを選択している。それは、AがA自身の基準から選んだ「異物」なのである。心理士の個別主義は、選択者（=A）に、選択の帰結であるヴァイザーの評価を、（たとえそれが「異物」でも）受け入れることを求めるのである。

以上は心理士に関する分析であるが、これを一般化すると以下のような命題になる。

実践家の個別主義は、一般に同業者間のパフォーマンスの実効的評価の阻害要因であるが、被評価者が評価者を選択できる場合、促進要因に転化することがある。

同論文発表後は、心理職の調査データの分析を再開し、上記命題に関連する命題の導出に努めているが、今のところ、新たな命題は発見されていない。また、同命題の医師等の職業への適用・検討は、現在、今後の課題として残る。

4 まとめ

以上を総合・整理した知見および今後の課題は、次のように要約される。

- ① 医師を対象とする自己規制研究は、臨床医＝実践家の個別主義的メンタリティと、それによる自己規制の阻害を繰り返し指摘してきた。しかし、医師研究は、自己規制の阻害要因の中和可能性や自己規制の促進要因を論じていない。

- ② 報告者の心理職研究は、個別主義的メンタリティを自己規制の阻害要因ではなく、促進要因に転化する仕組みについて指摘している。すなわち「実践家の個別主義は、一般に同業者間のパフォーマンスの実効的評価の阻害要因であるが、被評価者が評価者を選択できる場合、促進要因に転化する」という命題である。
- ③ ②の命題は、心理職固有のものか、医師にも適用可能なものかという問題が残る。この問題に関しては、医師間の相互作用（特にインフォーマルなもの）のさらなる研究が必要であると思われる。これは今後の研究課題である。

以上①～③の知見を、「専門職の自己規制の社会学的研究」の最終成果として、ここに報告したい。

参考文献

- Bosk, Charles, [1979]2003, *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*, University of Chicago Press.
- Freidson, Eliot, [1970]1988, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge (with a new Afterword)*, The University of Chicago Press.
- Freidson, Eliot, 1994, *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy, and Policy*, Oxford, Polity Press.
- Freidson, Eliot, 2001, *Professionalism: The Third Logic*, The University of Chicago Press.
- Hughes, Everett, [1951]1958, "Mistakes at work", *Men and their work*, Free Press.
- 市野川容考, 1996, 「医療倫理の歴史社会学的考察」, 井上俊・上野千鶴子・大澤真幸・見田宗介・吉見俊哉編, 『岩波講座現代社会学 14 病と医療の社会学』, 岩波書店, 1-26.
- 中川輝彦, 2007, 「サイコセラピーの社会学の視座」(「質的研究の会」報告資料)

中川輝彦，2008，「臨床メンタリティの研究」（「新生岩田班（専門職自律性・医療倫理）の事前会議」報告資料）

中川輝彦，2008，「実践家としての心理士」，『ソシオロジ』，161号，123-138.

中川輝彦，近刊，「Freidson 専門職論の視座——新旧二著の比較から」（『医療社会学研究会ニューズレター（仮称）』，1号.

Parsons, Talcott, 1951, *The Social System*, The Free Press. (パーソンズ, T., 佐藤勉訳, 『社会体系論』, 青木書店)

Parsons, Talcott and Shills, Edward, 1951, "Categories of the Orientation and Organization of Action", Parsons Talcott and Edward Shills ed., *Toward a General Theory of Action*, New York, Harper and Row, pp53-109. (=永井道雄・作田啓一・橋本真訳, 1960, 「行為の志向と組織化の範疇」, 『行為の総合理論をめざして』, 日本評論社, 86-173頁)

国内外における医療事故・医事紛争処理に関する法制的研究

—医療過誤の予防と無過失補償制度

—スウェーデンにおける制度設計の実態—

[研究協力者]

伊集 守直¹ 静岡県立大学経営情報学部 講師

はじめに

近年、わが国では、医療過誤の予防、あるいは医事紛争処理のあり方に対する関心や政策論議の高まりから、諸外国における制度設計や運用に関する研究調査も次第に進みつつある。とくに、産科医療における無過失補償制度の導入の是非とも関わり、ニュージーランドや北欧諸国において導入されている無過失補償制度の分析が急務となっている。しかし、とくに北欧諸国で実施されている制度の内容については、資料上の制約もあり、まだそれほど明らかにされていないというのが実情である²。そこで本稿は、北欧諸国の中でもいち早く制度を導入したスウェーデンを取り上げ、その制度設計や運用の実態について明らかにすることを主眼にしている。

以下では、まずスウェーデンにおける医療制度を概観したうえで、無過失補償制度の実態や医療過誤予防のための制度的枠組み（レックス・マリア）についての紹介を行っていくことにする。

1 スウェーデンの医療制度³

(1) ランスティングを主体とする分権的な医療供給体制

スウェーデンは、スカンジナビア半島の東側に位置し、国土面積は日本のおよそ 1.2 倍に及ぶが、人口はおよそ 900 万人と非常に規模の小さい国である。国内経済は大きく輸出に依存しており、近年では情報集約産業に対する投資を軸にした産業構造が全体を牽引しており、一人当たり GDP（2006 年）は 42,262 米ドル（日本：同 34,252 米ドル）と、好調な経済成長を見せている⁴。

¹ m-iju@u-shizuoka-ken.ac.jp

² 小松〔2006〕において、スウェーデンの無過失補償制度に関する簡単な制度紹介がなされている。

³ 本節におけるスウェーデンに医療制度に関する叙述は、丸尾・塩野谷編〔1999〕に負うところが大きい。

⁴ 内閣府資料（<http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/h18-kaku/percapita.pdf>）による。