

日本における医師の自律性概念に関する一考察

メタデータ	言語: jpn 出版者: 明治大学情報基盤本部 公開日: 2012-09-27 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 山下, 智佳 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10291/13462

日本における医師の自律性概念に関する一考察

The Study of the Concept about the Professional Autonomy in the Case of Japanese Physician

山下 智佳

Chika YAMASHITA

明治大学大学院経営学研究科

Graduated School of Business Administration, Meiji University

Received : December 17, 2010 Accepted : January 31, 2011

Synopsis : This study examines the concept of medical autonomy among Japanese physicians. This issue is reflected in discussions about the decline of medical autonomy, which is an attempt to reconceptualize professional autonomy. We will compare the concepts of medical autonomies between Japan and America from a historical approach in order to elucidate the unique features in the autonomy of Japanese physicians. This study suggests that in America physicians enjoy structured autonomy and authority as members of an occupational association, through the struggle in the process of establishing medical policy. On the other hand, the autonomy obtained by Japanese physicians is considered as dominance over clients and other health-care occupations. Our results indicate that the Japanese concept of medical autonomy differs from its American counterpart, which is fundamentally based on professional sociology (like America), and that medical autonomy among Japanese physicians is related to organizational mechanisms and the concept of dominance.

Keywords : medical autonomy based on occupational association, medical autonomy relating on organization, medical dominance

I はじめに

本稿の目的は、日本の医師の自律性の概念を明らかにすることにある。この目的は以下のような認識に基づいている。

医療従事者の自律性は、専門職組織としての医療機関において医療の質を決定する重要な要素である。それは、医療従事者のそれぞれの自律性の追求が、職種間の利害や対立につながり、医療機関内のコンフリクトの原因とされているからである。

従来、診療上の意思決定を医師が独占してきたため、その他の医療従事者の自らの判断を医療行為に反映させる可能性は小さかった。しかし、看護師に医療行為を許容することを目指す「特定看護師」創設の議論に見られるような、医師以外の職種の権限拡大のための政策や、技術の発展に伴うコメディカルの一層の専門化などにより、医師の権限や自律性は相対的に低下していると言われている。医師の他の職種に対する自律性のこうした変化は、医療機関における利害調整やコンフリクト解消の在り方にも変化をもたらすと考えられる。

医師（すなわち専門職）の自律性が相対的に低下しているとすれば、その変化によって医療の質や医療機関内の職種間のあり方によどのような影響が生じるのかを考える必要がある。この自律性や専門職の在り方を捉えなおすには、医師の自律性概念そのものについて改めて明らかにする必要が出てくる。このような問題意識のもとで、本稿では日本の医療専門職である医師の自律性について考察するものである。

専門職に関する研究は、日本においては、アメリカやイギリスから発展したいわゆるプロフェッション論に依拠して展開されてきた。専門職の自律性に関する研究もその中に含まれる。プロフェッション論に拠ればその自律性とは、「プロフェッションからなる職業団体が、自らの職業活動に必要な知識・技術体系や規範を自ら規定し、それらに基づいて行動すること」を意味する。これに対し、日本の医師はこのような意味での自律性を有するわけではないということが指摘されているが、その詳細な概念についてはあまり検証されていない。

日本の研究者が依拠してきたプロフェッション論の

自律性概念と、日本の医師の自律性の相違を明確にするために、以下ではアメリカと日本の比較も行う。プロフェッション論において概念化されている「自律性」をアメリカの医師の歴史の文脈から考察し、日本の歴史的な文脈から形成された独自の「自律性」概念と比較する方法を取る。

結論の先取りではあるが、これによって、プロフェッション論における自律性の概念が、職業集団として知識・技術体系や規範を自らの意思で形成し、それに従うことを意味する一方で、日本の医師の自律性が規範を形成するかどうかではなく、むしろ医療機関や他の医療職種との関係性から規定されるものであること、ゆえに、他の医療職種に対する優位性、支配という概念と関係していることを検証していく。

以下では、まずプロフェッション論における自律性概念について検証し、その後、アメリカと日本の自律性の概念の比較検討を行い、その相違を明らかにする。最後に日本の医師の自律性の概念を検討する。

II プロフェッション論と専門職論における「自律性」概念の検討

1. 1980年代の医師の自律性概念の変容と再概念化

「自律性の低下、変容」とは、医師以外の医療従事職種や、患者、患者の家族、潜在的患者である住民などをふくむ医療消費者に対する、医師の強大すぎる優位性が、医師をとりまく外的環境の変化に伴って低下、もしくは変容してきているのではないかとする議論である。1980年代から、医師の自律性の低下もしくは変容という議論が医療社会学者によって提起されてきた (Gabe, et.al. 2004)。

この議論の登場の背景には、医療社会学の確立に多大な影響を与えた Freidson によって、「専門職支配」(professional dominance)として概念化された状況への対抗がある。「専門職支配」とは、多くの医療職種の中でも医師のみが唯一の支配的なプロフェッションとして医療サービスに構造化されている状況 (Freidson 1970:xi)を意味する。1980年代の医師の自律性の低下、変容論では、プロフェッションの自律性そのものが低下しているという議論もある一方で、患者の消費者意識の向上や、他の医療従事職種の知識・技術の向上などに伴う医師の権力の相対的な低下などが議論されてきた (Gabe, et. al. 2004:178-182)。

こうした状況の中、「専門職支配」概念を提示した Freidson 自身、その後の研究において、プロフェッ

ションによる支配 (control) のあり方の変容と、それを踏まえた再概念化の必要性について論じている。

Freidson は、主に消費者の台頭による専門職の権力の低下の議論である「脱プロフェッション化」と、プロフェッションが組織に雇用されていくことによって自己決定の権限が低下していくとする「プロフェッションのプロレタリア化」の議論については批判的に評価する一方で、これまでのプロフェッションの概念が暗に完全な特権を保持することを想定しているため、より現実的に即した新たな概念が必要であると結論付けているのである (Freidson 1994:128-146)。

1980年代の、医師の自律性の変容論、および再概念化についての議論は上記の内容を持つ。

2. プロフェッション論における「自律性」概念

以下、日本の研究者が依拠してきたプロフェッション論を検討する。

自律性の概念を検討するにあたり、より一般的な広義の自律性の概念 (以下、広義の自律性) と対比しつつ、プロフェッション論と専門職論における自律性概念を確認していく。

以下では、プロフェッション研究に基づく専門職概念について述べる場合には、「プロフェッション」という用語を用い、日本の文脈における「専門職」と区別する。また、日本の医療専門職を医師と同義で論じるが、それは専門職としての要件を満たす医療従事職が医師であるためである¹⁾。

(1) プロフェッション論における自律性

広義の自律性とは、「どんなルールに従って行動することが望ましいかについて検討し、従うべきルールを自分の力で考えだし、あるいは自らの決断によって選びとり、それに従って行動すること」(小田中 2006:15)と定義される。プロフェッション論においても、これと同義であるが、自律性を「プロフェッション」と「非プロフェッション」を区別する要素として重みをおくと共に、自律性がプロフェッションをプロフェッションたらしめるために、どのように機能しているかについて検討している点に1つの特徴がある。

そもそもプロフェッション論は、プロフェッションは非プロフェッションと異なる、どのような特性を有するのかという議論から出発しており、プロフェッションの要件は、資格の有無だけではなく、その職業の特性から説明されているのである²⁾。

①「特性アプローチ」

プロフェッションを非プロフェッションから区別する特性については、多くの研究者が論じているが、多くの研究者が共通して提示する要素は ①専門的な知識・技術 ②利他的な倫理綱領 ③自律性 ④専門職集団の存在がある³⁾。これらは伝統的なプロフェッションである医師や弁護士を念頭においたものである。このように特性を列挙してプロフェッションを理解しようとする研究は「特性アプローチ」と呼ばれている(渡辺 2001)。

特性アプローチからは、自律性を有することがプロフェッションとして認められる要素の1つであることはわかるものの、それだけではプロフェッションの理解には不十分であると指摘されている。すなわち、特性アプローチの問題点として指摘されるものは以下の①-③の点である。①諸特性を所与のものとして受容するため、特性それぞれの意味、関連性について目が向きにくいこと、その結果、②自律性がプロフェッションを規定するためにどのような役割を果たしているのかを考えるには十分ではないこと、③論者が自律性を重視しているのか、あるいはその論者が自律性を「なぜ」重視しているのかを個別の研究ごとに理解はできても、プロフェッションの行動や態度のメカニズムにおける自律性の役割や位置づけがわからないこと(渡辺 2004)⁴⁾、である。

これらの問題点に対して、プロフェッションの特性を有機的に捉えたのが Freidson (1970) の研究であり、そのメカニズムの要となる特性として自律性を位置づけたのである。プロフェッションの諸特性を有機的に捉えることでその行動を理解しようとした Freidson は、自律性こそがプロフェッションの要件であり、他の特性は自律性から生み出されるものか、もしくは公衆や政治団体に自律性を容認させるのに有用な条件であると論じている (Freidson 1970:135)。

さらに、この自律性は、プロフェッションと競合する他の職業からプロフェッションを保護する公的な制度によって安定的なものとなるとしている (Freidson 1970:136)。すなわち Freidson は、自律性がプロフェッション外部からの承認によって成り立っているものとして捉えているのである。承認を得るために必要な要素や行動は、特性アプローチで掲げられていた諸特性によって説明可能となるとしているのである。

特性アプローチでは、プロフェッションの特性として、専門的な知識・技術、利他的な倫理綱領、自律

性、専門職集団の存在が共通な特性としていわば並列的にとり挙げられていた。これら特性をキーワードとして Freidson の言うように有機的に説明するならば以下のようなになる。

プロフェッションが外部から承認を得るためには、ほかの職業の従事者には理解が難しい「専門的な知識・技術」を有し、かつ、それらが社会の側にとって、望ましい形で運用されていることを示す必要がある。プロフェッションは「専門的集団」を形成し、そこに「(利他的な) 倫理綱領」を定め⁵⁾、集団内で自発的に監視、監督し合うことでこれを順守する。これらの手続を経ることにより、プロフェッションは社会による承認をうけ、「自律性」という特権を享受する。そして、特権としての自律性を享受するために、自ら高度な知識・技術体系や規範を作りだし、それを自らのルールにしようとする職業集団としての行動が生まれる。この行動こそ自律的なものであるとしているのである。

②「組織化された自律性」

加えて、Freidson(1970)はプロフェッション以外の職業が自律的に活動している状況と、プロフェッションが自律的である状況との相違を明確にするため、「組織化された自律性」という概念を提示している。この概念は2つの要素、「体系的な知識・技能」および、公的に認められた知識や業務の独占で説明されるため、以下で詳しく見る。

体系的な知識・技能を根拠とする議論は、Freidson 以前に、Greenwood によって論じられていた。それはクライアントが理論的な素養に欠け、自らのニーズやプロフェッションの能力を判断できないためにプロフェッションに権威が認められ、判断を独占できるとする議論で、特に重視されているのはプロフェッションの知識や技術が理論体系に基づくということである。理論を体系化する過程において、専門的な知識・技能をプロフェッション集団が独占することにより、他の職業に対して権威を保ちうるというのである。また、権威の保持のためには、実践的な訓練だけでは不十分であり、プロフェッション自らの創出した知識体系を維持するための、正式かつアカデミックな教育が必要なのである (Greenwood 1957)。

一方、仕事の実行過程における裁量としての自律性を有する職業はプロフェッション以外にもあるため、それらとの相違を明確にする必要が生じる。また、専

専門的な知識・技術は権威を生み出すのみならず、逆にサービスを評価できないクライアントから信頼を得るのを難しくする可能性がある。そのため、特権を裏付ける公的な保護が必要となる。ゆえにプロフェッションを特徴づけるものは、公的な制度によって保護されている自律性であり、これはFreidsonが「組織化された自律性」と呼ぶ概念と通ずるものである (Freidson 1970:124-125,133)。Freidsonは「組織化された自律性」を非プロフェッションの自律的状态と、プロフェッションの自律的状态を差別化する要因としても捉えているからである。

さらに天野は、「外部からの承認を必要とする」点を重視し、「……専門職がその職業活動上の自律性を確立・維持するためには、その正当性を、政治活動を通じて、(外部) 社会にアピールしなければならない。ここで、専門職(団体)のアクター(政治主体)としての側面が、重要となる」(天野 2006:26)として、自律性の獲得と政治的側面を関連付けて議論している。

これらの議論を踏まえると、自律性との関わりからプロフェッションを捉える際、プロフェッションは一定の職業を示す概念であるに留まらず、その職業が1つのアクターとして独立し、知識体系の創出、独占や政治的な活動によって社会に働きかけを行っている主体として捉えられる。

また、アクターとして機能するためには、医師なら医師という職業資格を前提に、自律性獲得のために政治的に活動する単位が必要となり、それが「プロフェッション集団」なのである。

プロフェッション論においてプロフェッションの自律性と規定されてきたものは、厳密にはプロフェSSIONナル個人が集団化し、職業として獲得するものであるといえるだろう。個々のプロフェSSIONナルが自律的に職業活動を行っている側面よりも、むしろ、職業集団として社会の中に位置づけられ、自らの従う規範を自ら形成し、社会からの承認を獲得しているということによって自律性が概念化、具体化されているのである。

(2) 日本の専門職論における医師の「自律性」

それでは、日本の専門職論において、医師の自律性はどのように論じられてきたのであろうか。以下この事を確認しておきたい。

日本の医師がプロフェSSION論で概念化されているような自律性を獲得してきたかどうかについては疑問

が提示されている。例えば、猪飼(2001)は、日本の専門職には欧米の専門職に顕著に見られる自律性という概念が欠けていると指摘している。

これを前項の整理に基づいて解釈すると、日本の医師は、医師の職業集団としての活動を通じて獲得するという自律性に欠けているという解釈ができるだろう。このような解釈の一方で、田尾や竹内による日本の専門職研究⁹⁾では「自律性」は存在するという前提に立った議論もある。この解釈の妥当性については改めて論ずるが、ここでは、日本の研究者による自律性概念を確認したい。

田尾は自律性を組織との関係から捉え、仕事の統御権として規定し、「専門的な権威によって、組織のなかのフォーマルに定義された権限関係から離れて、自らの職業上の要請に従って仕事をすすめることができる。」と論じている(田尾 2001:87)。

田尾の見解が独自の統御的な権限を指すのに対し、長尾の見解では自律性の範囲はより限定されているとする。すなわち、なんらかの組織体のメンバーとして活動するプロフェSSIONナルは、仕事の遂行に必要な資源の配分による制約から免れえないため、組織体の目的や運営方針の影響を受けざるをえない⁷⁾。したがってプロフェSSIONナルの仕事上の要望や関心はすべて満たされるわけではないとしている(長尾 1995:23-24)。しかし長尾も「仕事の実行過程において、かれらは他者から指図されたり、監督されたりすることなく、一切その自主裁量に任される」という意味でその「自律性」を認めている。両者の概念における共通点として、自律性とは、個々の職業遂行において他者からの干渉を受けないという形で個人が保持しているものと捉えられる。

ここでプロフェSSION論の文脈での自律性との関係でいえば、①まずプロフェSSION論において自律性が職業集団として保持するものであったのに対し、日本の論者の文脈においては、自律性は職業としての専門職に従事する個人の職務遂行時に保たれているものとされている。また、②プロフェSSION論における自律性が、政府や消費者といった、プロフェSSION集団を取り巻く社会を構成するアクターとの関係で捉えられるのに対し、日本の文脈では、組織との関係性が重視され、組織の制約と個人の自律的活動のバランスが論じられている。これらの相違の背景には、「日本の医師が職務を遂行するのは組織の中においてである」という前提があるように見受けられるが、実はこ

の組織の中での職務遂行こそ、後述するように、日本の医師の成立過程の中で作りあげられてきたものであって、逆にプロフェッション論の中では一般化し得なかった概念なのである。

以上の検討から、次の2つのことを確認できる。まず、第一に日本の医師が自律性を獲得してこなかったという見解に対しては、そもそも、日本の専門職の議論における自律性は、欧米で発祥したプロフェッション論の文脈における自律性とは概念そのものが異なることである。日本の研究者がプロフェッション論に依拠しているため、一見同じようではあるが、「自律性」という概念は日本の研究に取り入れられる際に、日本的な意味に変容してしまっている。つまり、職業集団として獲得する自律性ではなく、組織との関係性で規定され、仕事をする医師個人々の有する、医療機関やほかの職種に対する権威や権限に置き換えられてしまっているのである。

2つ目は、プロフェッション論でも組織の原理とプロフェッションの自律性の対立が議論されてはいるが⁸⁾、「自律性」の概念規定そのものに組織との関係性は見受けられない。つまり、組織との対立を前提とした概念として「自律性」が捉えられているわけではないのである。この点は、組織の存在を前提とした日本の自律性の概念と異なっている。

では、こうした「自律性」概念のずれの存在を確認したうえで、何故日本の医師がプロフェッション論と同様の自律性を獲得できなかったのか、また、どのような形で組織との関係性が成立してきたのかについて、章を改め、歴史的なアプローチからより詳細に考察する。

III 医師の自律性獲得のプロセス—日米比較を通して

1. 日米比較とその視点—職業集団と国家の関係

プロフェッション論の自律性、および専門職論の自律性が、どのように成立したのか、自律性概念がどのように形成されたのかについて、日米比較によりアプローチし、より具体的に自律性の中身について明らかにしたい。

日米比較には少なくとも2つのメリットがある。

1つは、比較により客観性を高めることが可能となる。2つは、医師の自律性を基本に据えて展開してきたアメリカの医療 (Starr 1982、天野 2006) を比較対象とすることで、自律性概念の日本の特徴と英語圏を中心に成立したプロフェッション論⁹⁾における概念を

照らし合わせることが可能となるからである。

歴史的視点として、医師の職業集団としての結束と、それに介入する国家との関係という視点をとる。これは以下の中野、猪飼の指摘に依拠している。

中野は独自の調査に基づき、「自主性は、プロフェッションの重要な特性の1つであり、これはいわばプロフェッション・パーソナリティの支えとなっているものであるが、医療の場合には、その国家的行政介入によって職業活動(診療行為)においてさえ自主性の喪失が実感されているのが現状である。」(中野 1981:269-270)と論じており、また、猪飼(2001)は日本の専門職が自律性に欠けるのは国家の庇護の下で育成されたことによると指摘している。両者とも、自律性が損なわれた根拠として、国家の介入を挙げている。ゆえに、国家の介入とそれに対抗する職業集団として医師の対応を中心に見てみたい。

2. アメリカにおける医師の自律性と政策

アメリカでは、医療政策の歴史において、政府に対する医師集団の対抗が行われてきたことが知られている。先進国の中では公的な医療保障が遅れており、多くの無保険者を抱えるという問題に長く取り組んできた背景には、政策アクターとして「専門職の自治」を守り、政府の医療への介入を抑えようとする医師集団の対抗があった。

医師の政府への対抗によって形作られてきた医療制度に関しては、やや長い引用となるが、以下の広井の指摘が参考となる。「一九世紀において病院が医療施設としての性格を持つようになる中で、ヨーロッパの場合は医師の多くが『勤務医』というかたちで病院の中に吸収されていったが、アメリカの場合は“専門職の自治”を守ることから、医師はあくまで開業医としてとどまりつつ、病院の施設を利用する、という形態—いわゆるオープン病院システム—がとられることとなった。言い換えれば、医師は病院から“給与”をもらうのではなく、あくまで独立の医療専門職として患者に“フィー”を請求する、という考え方であり、このゆえに、アメリカの場合は『ホスピタル・フィー』と『ドクターズ・フィー』という区分がヨーロッパ以上に明確に行われていったのである。」(広井 1994:131)。公的に報酬を決定する日本の診療報酬制度と異なり、行政を介さないで自らの報酬を決定することに政府セクターから自律し、自治を行っていることが見受けられる。

この指摘によると、アメリカのオープン・システム病院の形態は「専門職の自治」を守ることに根拠があると理解されうる。そして、このオープン・システムという病院形態においては、開業医は、病院という組織の中に取り込まれることを拒否することで「自治」を獲得しているため、自治、すなわち自律性は、組織との相対化の次元で論じられるものではないといえるだろう。ここでいう組織とは、組織を管理する原理のことである。オープン・システムでは、開業医が病院の設備を必要とする際に、契約している病院の設備を用いて診療を行ったり、患者を入院させる。もちろん、開業医は自らのクリニックに所属しているし、病院に直接雇用されている医師もいるので、個々の医師の次元でみれば全て組織運営に無関係であるということの意味するわけではないが、あくまでも病院は施設としての位置づけとされ、専門の管理者が病院施設を経営する。医師が組織に取り込まれなかったというのは、オープン・システムという体制を作ることにより、医師が職業集団として病院を職務遂行の手段とみなし、病院の管理は病院管理者の管轄にゆだねることで、自らの職務を組織運営から切り離した医療行為と規定していることを示す。

一方、日本の病院では、勤務医として組織に吸収される医師のほか、多くの部分が開業医として独立するが、オープン・システムと異なり、開業医自らが職務上、病院・診療所を経営する立場として組織原理の中に自ら携わり、取り込まれる構造、および法的根拠がある。この点については後述したい。

また、広井は、上記のヨーロッパと異なる病院の展開がなされた背景として、アメリカ医師会 (American Medical Association : AMA, 以下 AMA) が医師の独立性を主張し、病院組織に雇用されていくのを拒んだことを挙げている (広井 1992:155-156)。雇用されること以外にも政府セクターに対して様々な抵抗をしてきたことは、公的医療保障の導入や、マネジドケアに対する抵抗からも見受けられる。Numbers (1982) は、主に AMA による政府の政策への抵抗を論じている。AMA は 1917 年以降、主に第一次世界大戦後において、政府の公的医療保障の導入に反対の態度を示してきた。その理由として、導入によって医師の経済的な利益が下がることに対する対抗だったとする議論がなされているものの、それだけの理由では十分でなく、むしろ医師の職業としての自由が損なわれることによって医療の質の低下を招く懸念が医師側にあったことを指摘

し、重視しているのである (Numbers 1982)。医師集団はまた、もう 1 つのセクターである企業の資本に対する抵抗も行ってきている (Starr 1982:200-232)。

ここで重要なのは、個々人による政府への対抗ではなく、AMA という職業集団としての主体があったところである。つまり、医師の自律性は、医師の職業集団である AMA と、社会保障政策に介入する政府や民間団体との交渉の過程で獲得してきたものであり、個々人の医師の自律的行動を超えたものであった。

これらは 80 年代までにおける経緯である。80 年代後半以降は、インフォームドコンセントの導入や、コメディカルのエンパワーメントなど、国家に対抗する医師 (集団) という構図とは逆に、医師の自律性そのものに対する国家以外の様々な主体による抵抗が生まれてきた。そこでプロフェッションが変容してきているとする研究も出てきている (Freidson 1994:130-133, Gabe et al 2004,178-182 など)。しかしながら、この変化について進藤は、自律性が低下したのは、プロフェッションがクライアントやほかの医療従事職をコントロールする、「専門職支配」¹⁰⁾を行ってしまったために批判を招いた結果であり、問題があったのは自律性の運用面であって、「自律性の概念そのものに問題や変容があったわけではない」のだと論じている (進藤 2005:36-39)。進藤の議論に従えば、プロフェッションの体系的知識、技術や規範をプロフェッション集団自らで創出し、独占していることという意味での自律性は変化していないということであり、批判を招くような運用面が変容してきているということである。ゆえに国家からは自律していると考えられるだろう。

やや議論が大きくなるが、ここで留意しておきたいのは、医師が政府や企業団体に対抗し、企業や政府との相対関係において自律的地位を築いてきたという点である。新藤は、パーソンズの社会理論に依拠しながら専門職の複合体が、「市場」に象徴される「自己利益」、行政・官庁に典型的に見出される「官僚制」の「ハイアラーキー」の双方における否定的要素に対する社会的なコントロールの制度体であると論じている (進藤 2005:25)。

企業や政府との相対関係における自律性は、このようにマクロなレベルで「市場」の経済原理や「組織」の官僚原理とは異なる原理を行使する、医師の独立的立場を示す性質のものであると捉えることもできるであろう。ここで市場や組織と対抗する原理として専門性があるが、この点については別の機会に掘り下げて

研究したい。

これに対し、日本の医師は、明治以降の近代化推進の下、政府の政策過程のなかに組み込まれて育成されてきたことにより、国家に対する職業としての自律性は育たず、組織との関係性の中で、もしくは他の医療従事職との相対的な優位性を獲得するという意味での自律性が成立してきたと考えられる。次に、日本の医師の自律性の形成過程について考察する。

3. 日本における医師の自律性と政策

アメリカに関しては政府と医師集団の関係性という視点から検討してきたが、日本の歴史では、政府というアクターが出現するのは明治維新以降である。医師の自律制や医師集団、医師の養成プロセスの確認が不可欠であるため、医師集団が形成されなかった要因を江戸時代にまでさかのぼり、検証することとする。

(1) 江戸時代—医師集団の未形成期

日本においては律令国家時代に典薬寮によって医学学校への入学資格を定め、教育、試験を行うことで制度として医師の資格が整備されていたが、律令国家の崩壊後は律令医療制度も分解していたという（久間2003:73-74）。時代は下り、江戸時代には医師になる資格は定められておらず、従って様々な職業の者が独学によって医師を名乗ることもできたし、師から教育を受けた医師でも、流派によってその内容や医学原理は大きく異なり、医師という職業として集団化するための基盤はなかったものといえよう。

鎖国中もオランダより西洋の医学は入ってきてはいたが、漢方医と西洋医学習得者の医学の基盤の相違とは別に、漢方医間での流派ごとの医学の相違も大きなものだったという。例えば、古代である漢代の『傷寒論』への復古を説く実証重視の古方派（古医方）、宋代の朱子学に依拠する医学理論を基にした理論重視の後世派（後世方）の対立のほか、文献の考証や後進の育成を重視した考証派といった流派があった¹¹⁾。これに加え、オランダから医学を学び始める医師はより多様で、こちらも様々な流派ができたほか、通訳経験をもとに西洋医学の医師を名乗るようになったものもいたという¹²⁾。

このように、江戸時代においては、その学術的な基盤も、医師になる教育訓練過程も医師によって多種多様であり、同一の職業集団を形成できる基盤はそもそもなかったものと考えられる。

(2) 明治維新以降—政府主導の医療制度形成期

明治維新以降は、政府により「医制」が導入され、医師の養成や資格の整備は進んだ。しかし、これはあくまでも医師側が自律的に自らの知識・技能体系を規定してきたわけではなく、また、様々な流派が混在している状況から完全に西洋医学に統一できたわけでもなかった。以下で詳しく見てみたい。

ここで見る日本の医師の成立過程とは、西洋からの医学を基礎とする近代医師のことである。日本において国家による医師への統制が始まるのは19世紀半ばのことであり、『医制百年史』によれば、近代的医事衛生制度の整備の始まる以前の医師の状況については、「...漢方医学が主流を占めており、医業について何ら国家的な規制もなく医師は主として徒弟的に養成されていた...」（厚生省医務局編1976:3）という。その結果として、医師の職業集団形成の基盤に欠けていたことは前述のとおりである。

国家は1868（慶應4）年、西洋医学を国家として承認した。1874（明治7）年には『医制』を布告し、近代医療制度を整備するために医師に対する統制も始めたのである。

政府による医制は「医政は七十六カ条よりなり、その定めるところは衛生行政全般にわたり医学教育にまで及んでいるが、主眼とするところは、第一に文部省統轄の下に衛生行政機構を整え、第二に明治五年九月に頒布された学制と相まつて西洋医学に基づく医学教育を確立し、第三にこうして築かれた医学教育の上に医師開業免許制度を樹立し、第四に近代的薬剤師制度及び薬事制度を確立し、衛生行政に確固たる基礎を築くにあつた。」（厚生省医務局編1976:14）という。プロフェッション論においてはプロフェッション集団が担うべきものと捉えられていた医学教育は、日本の医制下においては医療制度創設の一環として政府の政策に組み込まれていたということである。

この背景には当時西洋医学に基づいた医師の絶対的不足という状況があり、かつ、主流であった漢方医には資格制度もなく、医師の資質に公的な保証はないものであった。そのため、医師不足への対応、質の向上が課題となっていたのである。つまり、ここで医師に対する統制として行われたことは、医師集団が主体となった専門職による医師の育成ではなく、国家による医師の育成であった。それまで日本で主流であった漢方医学は、国家の採用した西洋医学とは理論体系が異

なる医学であったため、国家主導で西洋医学の体系的知識を取り入れることとなり、日本の近代医師は当初より自らの職業における体系的知識を創出するプロフェッションとしての機能は有していなかったといえる。

さらに、医師の育成と同時に、不足している医療提供を補う必要にも同時に迫られた結果、のちに医師の職業集団形成の妨げとなる制度が、医学教育、医療提供の双方において形成された。明治初期において設立された病院の多くは、その特徴として患者の治療よりも医師の養成を目的としたものである(菅谷 1981:65、時井 2002:46)¹³⁾。これら医師養成のための病院は東京帝国大学を中心として、ドイツの病院制度を模範とし、医局講座制¹⁴⁾を取り入れてきた。医局は大学教授を中心としたヒエラルキーで構成され、その閉鎖性が問題とされてきたのである。タテ社会構造が強く、互いに他の系列を侵さないという仁義が支配する医局で育成された医師には、プロフェッション全体としての社会的責任を果たそうとする内部批判の仕組みが働かず、また、かばい合いというムラ意識によって、真の同僚(peer)が形成されない(砂原 1983:183-185)¹⁵⁾。

同様に、客観的で標準化されたカリキュラムは、恩師のスタイルを真似て内在化することが求められる閉鎖的な医局教育はなじまない(池上・キャンベル 1996:197)ため、出身医局によって医学的な基礎が異なることとなった。医師が自ら体系的知識・技術を形成できず、政府主導の政策によって育成されてしまったこと、さらにその育成システムそのものの内容の閉鎖性という、いわば二重の制約により、日本の医師の職業集団形成は妨げられてきたといえる¹⁶⁾。

しかしながら、この構造が西洋医学の理論を有していなかった当時の日本において①知識の伝播という目的のための効率的な体制であったこと、また、②医療過疎地域において医師を確保する手段であったことには留意が必要であろう。近年「卒後臨床制度」の導入によって医局の医師派遣機能が弱まり、医療過疎地域の医師不足が加速されたことなどは、医局がマイナスの影響のみならず、一定の社会的役割を果たしていたことを端的に示している。これら医局の機能を念頭に置くならば、近代における西洋医学の採用、さらに医療不足の解消のための政策という点を前提とした場合¹⁷⁾、政府による医師のヒエラルキーの形成、医局講座制の採用は、必ずしも政策上の失敗とは断定できず、したがって、結果として医師がプロフェッション集団を形成できなかったという背景も、プロフェッ

ション化の失敗というよりむしろ、日本の事情の中で成立した日本的性格の専門職として捉える事ができるのではないだろうか。

このような政策的背景を踏まえてまとめると、日本の医師は、プロフェッション論における理念型のプロフェッションとは異なり、政府セクターから独立して成立した、1つの政治的アクターとしての職業集団を形成してはいなかったし、自らの知識・技術体系や規範を規定する主体としての職業集団も育ってこなかった。このように考えると、日本の医師は、プロフェッション論におけるような自律性は獲得できなかったという意味が明確にされるのである。

それでは日本の医師には自律性はないのであろうか。今度は、日本の文脈にあった、組織との関係性に規定される日本の自律性の形成過程について項を改めて考察する。

(3) 日本的な医師の自律性の獲得

日本において、医師の自律性が組織との関係性によって規定されてきた背景には、日本の医師が組織の中に取り込まれてきたこと、より厳密に言えば、その職務が組織原理から離れられなかったという経緯があり、これもまた、近代化政策の過程のなかで作られてきた構造であった。

上記でみたように、政府によって医師養成を主眼とした官立病院が設立され、知識の伝播に適した制度が形成された。他方で、政府の財政上の制約などにより¹⁸⁾、医療の供給主体そのものについては、医制導入前と同様、医師個人が医院を運営する、個人開業形態の民間病院が中心となる。ここに、医療機関という組織に医師が取り込まれる過程もまた見出しうる。

西洋医学の採用によって、医師の資格に関する規定の整備が行われたものの、西洋医学を修得した医師の不足、および従来の漢方医の生活の保障問題などへの対応が必要となった。そこで、開業免許制度を設けることにより、従来漢方医として開業していた医師に対して無試験で開業を認めるという妥協策がとられることとなった¹⁹⁾。時井は、日本の医療の近代化に与えた影響という点で、医師の免許が資格制度ではなく、この開業免許であったことを重視し、次のように述べている。「医師免許制度の樹立については、先に述べたように、他国にみられるような資格免許ではなく開業免許である点が、わが国の医療近代化のあり方に影響を与えることになる。つまり、医師法その他の法令が続々

と制度化され医療従事者の身分そして業務に関する整備がなされるのであるが、保健医療施設の運営に関しては開業免許の名の下に、医師に一元的に委ねられることになる。診療内容に関しては、漢方医学から西洋医学への変容がなされ、施設運営に関しては漢方医のやり方が踏襲されるという、和洋折衷的医業経営が展開することになる。」(時井 2002:48)。

この指摘によれば、病人や貧者の収容施設として発展したアメリカの病院と、医師の管理の下で医師の自宅から発展してきた日本の病院の相違の背景には、明治期以来の政府の改革の影響が要因として挙げられるであろう。アメリカの医師が AMA などの職業集団を通じてプロフェッションの自律性を主張し、施設管理者の業務である病院の管理から解放され、オープン・システムを維持してきたことに対して、日本の医師は政府の政策主導により、自宅医院を開業、拡大することで当初より病院の管理者としての職務を担ってきたのである。つまり、開業するとしても、組織の原理から離れてプロフェッションの自由を享受するというわけにはいかず、医師自ら病院の管理運営を行うことにより、組織原理の中に取り込まれることとなっていく²⁰⁾。これが自由開業医制度として現在の医療提供制度に引き継がれている。

このように日本の医師は、開業医制度の下、勤務医にとっては被雇用者として、開業後は経営者として、組織原理から離れることができない体制の中にいたと理解されるのである。

医師が常に組織との関係の中におかれ、かつ、自らの行動や行動の基礎となる規範を自ら規定したい、つまり自律したいと望むゆえに、日本的な自律性が成立したのではないか。つまり、政策原理からも組織原理からも自由にならないのであれば、仕事における自律性、他の医療従事職からの干渉を受けることなく、自らの属する知識・技術体系に基づいた医療行為を決定し、実行していく権限を求めたと考えられる。さらにこれは、法律によって医師の権限として認められていることでもあり、日本においての専門職による他の職種への支配が形成されてきたといえるだろう。

つまり、日本の文脈において、医師が自律性を求めることは、他の職種への支配へとつながる。診療行為という場で、医師が自らの意思決定権の確立を求めることにより、ほぼ不可避免的に他の医療従事職からの介入を退け、医師による支配が行われるという構造的な背景があったと考えられるのである。

4. 日米の自律性概念獲得の差異

以上、アメリカと日本の比較により、医師の自律性概念形成の歴史を検証してきた。以下でまとめてみたい。

プロフェッション論で想定されているようなアメリカの医師の自律性は、医師が AMA のような職業集団を通じて政府セクターや企業セクターに働きかけ、自らの行動を規定する医療制度そのものに自らの意思を反映させようとする行動のことであり、集団として自律している状態をいう。

一方、日本の少なくとも現在の体制につながっている近代西洋医学の医師は、職業集団として政府アクターと交渉し、医療政策や医療提供体制における自らのあり方や位置づけを決定してくるというプロセスを有することはできなかった。これは医師の力不足、自律性の欠如というよりは、日本における長期間の鎖国や、明治維新での急激な改革、それに続く戦時下の医療の充足といった、必ずしも普遍化できない歴史的、個別的な要因が大きい。日本の医師は、政府セクターの政策の下、組織原理に組み込まれることによって、その自律性を、診療行為上の決定権の確立やほかの医療従事職からの不干渉に求めることとなった。ゆえに、日本の医師の自律性は、必然的に他の職種への権限や支配によって成立するものであったといえよう。

これを、現在議論されている、医師の優位性の低下、すなわちプロフェッションの自律性の低下、およびプロフェッションへの挑戦という社会的背景に照らし合わせて見てみたい。

医師による「専門職支配」に対し、プロフェッション以外、つまり医師の外部より介入があり、医師の優位性が低下してきているという議論をもとに、自律性が変容したのかどうかを検討した進藤(2005)によれば、このプロフェッション論の文脈における自律性は変容していない。進藤によれば、「専門職支配」に変容をもたらしたのは、プロフェッション²¹⁾外部における環境変化であり、プロフェッションによる自己規定ではなかった。この場合、プロフェッションに求められているのは「...クライアントの利益のためという倫理性と高度の知識・技能の維持という契約に、実質的内容をいかに与えるか...」(進藤 2005:38-39)ということであり、それを達成するのはプロフェッションによる自律的な自己規制であるという点に変容はない。つまり、変容したのは、プロフェッションの支配力、優位性の

程度であり、自律性の低下の議論における自律性の概念に変容はないということである。

一方、日本の文脈に照らし合わせると、同じように医師の支配的な医療体制に対し、患者の消費者意識の向上や、コメディカルのエンパワーメントの議論など医師の外部からの対抗が見られる。ここでプロフェッション論の文脈と異なるのは、日本の医師の自律性が、その成立過程において政策、組織原理の中に組み込まれたことによって必然的に他の職種に対する支配性を意味することになったという点である。

プロフェッション論においてプロフェッションによる支配の程度が低下することは、自律性そのものの低下、変容を意味するものではないけれども、日本の文脈においては、医師の支配の程度、相対的優位性を基礎とした自律性であるため、論理的には自律性の変容として理解されるのである。

IV むすび

日本の医師の自律性の概念を再検討し、以下のような結論を導ける。日本の医師の自律性とは、組織の中における概念で、他の職種との相対化によって規定される。したがって、自律性を追求することは、他の職種に対する支配や優位性を伴うものである。そのため、医師の支配に対する抵抗と、それによる医師の優位性の低下は、自律性の変容を意味するものとして解釈することが可能となる。これに対してプロフェッション論の文脈では自律性の概念そのものの変容を意味しないのである。

本稿の課題は、医師の自律性が医療機関の経営や、医療の質に影響を及ぼす要因である以上、その低下や変容が何をもちたすのかを考える必要があるとの認識から出発している。この研究では、日本の医師の自律性の概念を再検討し、明らかにしたとともに、医師の自律性の低下、変容の議論に照らし合わせて、日本の文脈では医師の自律性概念そのものが変化してきている可能性があることを示唆するに留まっている。自律性そのものの変容が、医療機関や医療の質にどのような影響を及ぼすのかについては、残された課題として今後研究していきたい。

【注】

1) 医療に従事するプロフェッション、もしくは専門職を医師に限定することには、コメディカルの専門職化の議論上異論もあり、かつ繊細な問題として取り

扱われているが、本稿ではこの問題についての議論は扱える範囲にはないため、専門職として捉えることで見解の一致している医師に限定したい。

- 2) 資格を要する職業であることだけではプロフェッションとして認められるうえで不十分であることについては池上（1988）が詳述している。
- 3) 本稿の目的はプロフェッションの特性の列挙にはないため、個別の論者については取り上げないが、これらを整理している日本の研究として、竹内（1971）、岩内（2003）などがある。
- 4) 渡辺は同論文において、近代社会におけるプロフェッションの機能に注目した機能主義アプローチについても検討しているが、こちらはプロフェSSIONALの行動原理を考察するものではなく、あくまでも特性アプローチに見られる諸特性を所与のものとしてプロフェSSIONの社会的な意義を検討するというアプローチであるため、機能主義アプローチにおいても特性アプローチの持つ限界が同様に見られると論じている。
- 5) Freidson は、倫理を、当該プロフェSSION集団が信用できるものであることをすべての人に表明する手段であり、自律性という特殊な地位を社会に認めさせる方法であると論じている(1970:135)。
- 6) 厳密には日本の専門職研究もプロフェSSION研究に依拠している形で発展しているが、概念間の相違をこれから述べるため、専門職研究と表記した。
- 7) この点に関し、たとえば石原（1981）は、医師といえども組織の一員である以上、「管理という働きの及びうる分野」については院長や医長の統括に服さなければならないとしている。その分野の範囲は相対的であるとし、診療行為において必要性の判断に関する拘束は受けないが、薬などのような院内資源が十分でない場合には実際の使用において規制をうけることもありうるとしている。
- 8) たとえば組織の管理的権限と、専門職種の権限のコンフリクトに関して議論した二重権限構造などがこれにあたる（Smith 1955, Etzioni 1964, Harris 1977 など）。この概念も日本の研究者は取り上げている（杉 1973,1981, 時井 2002 など）。
- 9) プロフェSSION論が英語圏で成立したことについては、Freidson（1994:2）がレビューしている。
- 10) 専門職支配概念を最初に導入したのはFreidson（1970）であり、これを基に進藤は議論しているのである。
- 11) 江戸時代の漢方医の流派については森谷（1978:102）、梶田（2003:283-289）を参照した。

- 12) オランダ医学の流入については杉田玄白『蘭学事始』(校注、緒方富雄、1959年)を参照した。杉田はオランダからの医学の流派をいくつか紹介しているが、その祖の医師になった経歴は多様である。
- 13) また、菅谷(1981:61)によれば、明治初期に建設された病院は、医学校附属の病院、一般市民を対象とした公的性格を有する病院、その他の特殊病院、軍関係の病院のおおよそ4つのタイプに分類できるが、その代表的なものが医学校附属の病院である。
- 14) 医局とは「通常、医科大学の講座、あるいは大学病院の診療科目に所属する医師(『医局員』という)によって構成される組織である。具体的には医局長、教授、助教授、講師、助手という本来の大学の教員構成に、研修医、他の病院に派遣中の医局員、そしてOBが加わった組織構成になっている。」(漆博雄・角田由佳1998:147)。
- 15) 砂原は、タテ社会、ムラ意識という概念を用いることで、この構造が日本社会の構造に合致することを含意している。タテ社会の議論は中野(1967)に依拠している。
- 16) 日本医師会は医師の集団ではあるが、厳密な意味で職業集団とはみなすことができない。例えば西村(2006)は日本には強制加入の医師の職業団体、および懲戒規定もないことを問題としているが、ここからは日本医師会がプロフェッション組織としての要件を満たしていないことを読み取れるだろう。
- 17) もちろん、西洋医学の採用の是非、もしくは、医療を充足させることを最優先にしたことに対する是非の問題はあるが、本稿では、医療を必要に応じて分配すべきであるという、現行医療制度の理念に基づいて考察を行っている。
- 18) 時井(2002:46)は、民間医療機関中心の医療供給制度の背景に、「医学教育には公費を使うが、一般の病院費には使うべきではないという明治政府の考え」があることを指摘している。その事情としては、池上・キャンベル(1996:48-49)の指摘する富国強兵政策の優先の必要性から医療分野の重要性が低くなったことが挙げられる。また、池上らは医学に対する公費を東京大学に集中させたことを指摘している。
- 19) この事情については、厚生省医務局編(1976:31-34)を参照。
- 20) 医師が組織原理によって制約されている状況については、時井の二元的体系の葛藤(conflict on two line authority)概念に端的に示されている。これは前の注に示した二重権限構造の議論がもとになっている(時井2002:56)。
- 21) 進藤は「医療専門職」という用語を用いているが、

本稿ではプロフェッション論の文脈をプロフェッション、日本の医師の文脈を専門職と表記して区別しているため、プロフェッションとした。

【引用文献】

- 天野拓(2006)『現代アメリカの医療政策と専門家集団』慶應義塾大学出版会。
- Etzioni,A.(1964) *Modern Organizations*, Englewood Cliffs:Prentice-Hall. (渡瀬浩訳『現代組織論』至誠堂、1967年)。
- Freidson,E.(1970) *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, New Brunswick : Aldine Transaction (second paperback printing in 2007) . (進藤雄三・宝月誠訳『医療と専門家支配』恒星社厚生閣、1992年)
- (1994) *Professionalism Reborn*, Oxford: Polity Press.
- Gabe, J., Bury, M. and Elston, M.A.(2004)*Key Concepts in Medical Sociology*, London: Sage.
- Greenwood, E.(1966) The Elements of Professionalization, in Vollmer,H. and Mills, D.(eds.)*Professionalization*. New Jersey:Prentice-Hall. (Reprinted from “Attributes of a Profession”, *Social Work*, 2(3), 1957)
- Harris,J.E.(1977)The internal organization of hospitals:some economic implications, *Bell Journal of Economics and Management Science*,vol.8.
- 広井良典(1992)『アメリカの医療政策と日本』勁草書房。
- (1994)『医療の経済学』日本経済新聞社。
- 久間圭子(2003)『医療の比較文化論 その原理と倫理を求めて』世界思想社。
- 猪飼周平(2001)「明治期日本における開業医集団の成立—専門医と一般医の身分分離構造を欠く日本的医師集団の源流」『大原社会問題研究所雑誌』第511号。
- 池上直樹(1988)「『専門職』と『資格職』—日本における社会保障マンパワーのあり方—」『季刊・社会保障研究』第24巻,第2号。
- 池上直樹・J.C.キャンベル(1996)『日本の医療』中央公論社。
- 石原信吾(1981)「病院組織—辺境的視座からの考察—」『組織科学』第5巻,第1号。
- 岩内亮一(2003)「産業専門職の分析視点」『明治大学教養論集』第366号。
- 梶田昭(2003)『医学の歴史』講談社。

-
- 厚生省医務局編(1976)『医制百年史』ぎょうせい。
- 森谷尅久(1978)『京医師の歴史 日本医学の源流』講談社。
- 長尾周也(1995)『プロフェッショナルと組織』大阪府立大学経済学部。
- 中根千枝(1967)『タテ社会の人間関係 単一社会の理論』講談社。
- 中野秀一郎(1981)『プロフェッションの社会学』木鐸社。
- 西村高宏(2006)「日本における『医師の職業倫理』の現状とその課題」『医療・生命と倫理・社会』第5巻。
- Numbers,R.L.(1982) *The Specter of Socialized Medicine : American Physicians and Compulsory Health Insurance*, in Numbers,R.L.(ed.)*Compulsory Health Insurance*, Westport : Greenwood Press.
- 小田中直樹(2006)『日本の個人主義』筑摩書房。
- 進藤雄三(2005)「医療専門職とコントロール—『自律性』の社会的基底の考察に向けて」宝月誠・進藤雄三編『社会的コントロールの現在』世界思想社。
- Smith, H.L.(1955) *Two Lines of Authority Are One Too Many*, *The Modern Hospital*, Vol.84, No.3
- Starr, P. (1982) *The Social Transformation of American Medicine*, New York : Basic Books.
- 菅谷章(1981)『日本の病院』中央公論社。
- 杉政孝(1973)『病院の組織と人間関係』医学書院。
- (1981)『病院経営と人事管理』日本労働協会。
- 杉田玄白著、緒方富雄校註(1959)『蘭学事始』岩波書店。
- 砂原茂一(1983)『医者と患者と病院と』岩波書店。
- 竹内洋(1971)「専門職の社会学—専門職の概要」『ソシオロジ』第16巻,3号。
- 田尾雅夫 (1999)『組織の心理学 新版』有斐閣。
- (2001)『ヒューマン・サービスの経営』白桃書房。
- 時井聰(2002)『専門職論再考』学文社。
- 漆博雄・角田由佳(1998)「医療スタッフの労働市場」漆博雄編『医療経済学』東京大学出版会。
- 渡辺千原(2001)「プロフェッション概念に関する一考察—アメリカのプロフェッション論・弁護士倫理の議論を参考に—」『立命館法学』第275号。