



Title	医師の自律的専門家集団の必要性和実現性に関する考察：高度専門職の権限と義務の相補性の実現
Author(s)	山下, 耕司
Citation	年報 公共政策学, 10, 213-234
Issue Date	2016-03-31
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/62438
Type	departmental bulletin paper
File Information	APPS10_14.pdf



医師の自律的専門家集団の必要性和実現性に関する考察

－高度専門職の権限と義務の相補性的実現－

山下 耕司*

1. 序章
2. 専門家支配の必要性和付随する問題
 - 2.1 医師が適切な判断と医療サービスを提供するために解決すべき課題
 - 2.1.1 対象・環境・条件の複雑さに起因する治療の対処の困難さ
 - 2.1.2 患者と専門家の隔たり
 - 2.2 適切な医療を実現する為に身に着けるべき技術
 - 2.2.1 現象学による対象の意識下での理解
 - 2.2.2 言語ゲームによる相互理解（振る舞いによる類推・理解）
 - 2.3 一定水準の質を担保するために必要な仕組みの構築
 - 2.3.1 高度専門職の個としての自律と集団化する特質
 - 2.3.2 個として自律し権威を持った高度専門職の統制の必要性
 - 2.3.3 支配的専門職の権威の問題点（公共性を根拠とした支配と義務）
 - 2.3.4 権威を守り、公共性を担保する手段としてのゲノッセンシャフトの構築
3. 日本の医療供給体制の特質と問題
 - 3.1 医療の近代化と質の育成システムの欠落
 - 3.1.1 日本の近代化と医療の在り方
 - 3.1.2 皆保険制度及び臨床研修義務と医療の質との関係
 - 3.2 日本における医療サービスの質と体制
4. 医師集団が質に主体的に関わる事例（ドイツの取組を中心に）
 - 4.1 ドイツの医療供給体制
 - 4.1.1 ドイツでの医師の育成・倫理の確保
 - 4.1.2 具体的仕組み
 - 4.2 専門家支配と質・倫理等の共存の実現
5. 日本の現実に対し望まれること

1. 序章

世の中には自分でできることもあれば、人の手を借りなければならないこともある。

* 経済社会学会会員 ya58723@da3.so-net.ne.jp

ただ、歴史の進展とともに分業が進むと、最初から何もかも全てを自己完結して行うのは難しくなる一方、逆に科学技術文明の成果である技術を使用することで、目的を達成できることが多くなってきた。しかし、まだまだ技術の成果を使っても目的を達成しがたいことも多い。そのため専門家といわれる人が存在し、専門分野の幾つかでは、国が資格を認め、業の独占を認めている。

医療もそうである。例えば、体、もしくは患部をスキャンすれば原因から対処法まで誰にでもわかるのなら、医師などは不要である。しかし、現実はそのような状況ではない。だから、免許資格の無い者の自由を制限してまで、専門家である医師に医療の独占が認められているのである。¹⁾

しかし、この強力な権限を持った医師たちは、需要者の期待に応じるだけの努力を、果たして行っているのであろうか。逆に、業の独占を奇貨として、努力を怠ってはいないか。このような疑問を患者側が抱き、心配するのもまた自然である。

この疑問を残したままでは、国民の制度への信頼は、何時か揺らぐことになるだろう。だからこそ、現行体制に潜む問題を解明し、その解決の糸口を見出さねばならない。私自身としては、「質の維持・向上を目的とする医療供給体制には、専門家支配の権威と内部統制機能も含めた集団の自律化及び外部から支えるインフラと法的制度が必要」と考える。しかし何故そうなるのか。そこで、次のような観点から論を進めることを通じて、こう考える理由を明らかにしていくこととしたい。

- ① 医療という分野での専門家の必要性の根拠
 - ② 専門家はその分野を独占し、支配する合理性と発生する問題点
 - ③ 歴史的に形成されてきた医師の在り方と近代化とが現代の医療体制へ及ぼした影響
 - ④ 質に関して参考となると考えられるドイツの医療体制の在り方
 - ⑤ 以上の考察の結果を踏まえて、今何を進めていくべきか
- そこで上記の①について考察する事から始める。

2. 専門家支配の必要性和付随する問題

医療は豊富な経験と繊細な判断とが必要なため、専門家が支配すべき分野と我々は当然視してきた。しかし、M. フリードマンのように医師免許など社会の障害に過ぎないという者もいる。しかしながら、私はやはり、医療は強い権限を持った専門家を必要とする分野と考える。では、何故専門家は必要とされているのか、その理由・合理性を、序章で述べた問題意識の観点からまず論じ、そして、何が求められているか

1) フリードマン (2008)『資本主義と自由』村井章子訳 日経BP 社p. 288. 医療分野でも自由に誰にでも医療行為をさせた方が発展するし、問題は市場が解決してくれると主張されている。しかし私は、人間が生きて行く上の基本財で、かつ、専門性を要することにこのような極論は現実的ではないと考える。

を検討してみようと思う。

2.1 医師が適切な判断と医療サービスを提供するために解決すべき課題

問題の答えは往々にして現場にある。そこで、専門家が必要な理由を知るには、現場で医療サービスが、医師によって提供されるあり方、つまり、医師が患者の状態をどのように診て治療を提供するのかの確認を通じて、問題の本質を考えてみることにする。

2.1.1 対象・環境・条件の複雑さに起因する治療の対処の困難さ

通常の自然科学なら、所与の条件があれば、結果が自ずと決まる。しかし、この所与の条件が曲者である。何故なら現実の問題は、実験室のように教科書と同様な状況を整えるのは、「言うは易し、行うは難し」だからである。つまり、医学のように対象とする人間それ自体が複雑な構成物となると、実験室と同様な条件の設定自体が困難なのである。

もし、完全に条件を整えられるなら、自然科学的に主観－客観を一致させつつ、ことを進めもできよう。しかし、複雑に事情が絡み合う人体は、ある種のカオスなので、一つの事象と別の事象とが関連し、次々と問題が生じることがある。つまり、医学では、対象を単純化した純粋な条件だけで対処する通常の科学実験とは異なり、既に複雑化した構成物への対応が求められているのである。

また、純粋な実験と異なって、一度実行すればリセットできない、即ち再現性がなく、やり直しがきかない。そのため、複雑な選択肢の中から慎重な対応を求められている分野と言える。

以上のように、医学は近代化の中で目を見張るような発展をしてきた基礎科学分野とは異なって、対象を公式に当て嵌めて解を求めるような分野ではない。だから、複雑で困難な業務を果たせる者に任さざるを得ないのである。

2.1.2 患者と専門家の隔たり

医学を適切に行う上での困難さの一つに、医師と患者の認識の隔たりもある。既述のように、医療に関わる問題は、近代科学の発展の成果だけで課題をすぐに解決できるものではない。しかし、自然科学の成果である公式に当て嵌めれば、自ずと回答に至るとする主客一致の信仰は、患者の中では今も生きているのも事実である。

実際、かつては、自然科学への信仰から、主客一致を目標とする治療がもてはやされた。科学進歩がそれを可能とするはずと考えられたからである。これが「19世紀以降の医療」である。²⁾しかしながら、実際はそうとうまくはいかない。

2) 行岡哲夫 (2012)『医療とは何か』河出ブックス pp. 78. 19世紀的な医療は、原因を特定し、

でも、患者の認識は、今も「19世紀以降の医療」のままなので、「医師なら自分の困った状態を何とかしてくれる」つまり、「治してくれる」、あるいは、「そう思おうとしている」、というのが患者の実状である。このように、患者の思いと医療の現実との間にはギャップがある。この差を患者に納得させ、現実の医療に合わせながらどうすれば、うまくすすめていくことができるのか。これが医師の課題である。

逆に、もし、主客が一致しているものなら、何事も教書通りにでき、かつ、患者自身がそうすればよく、職業的専門家など不要となる。実際売薬で、専門家を頼らずとも目的を実現できることもある。また、経験のある知人に相談すれば、解決できるかもしれない。³⁾

しかし、実際は素人ではできないことが多い。何故なら、書籍や売薬ではカバーしきれないだけでなく、誤解したり、あるいは知識及び経験がなければ、適切な選択・対応ができないことも多々あるからである。つまり、より適切な方法の選択には専門家が必要なのである。

また、より繊細で微妙な状況の判断・対応が必要なケースでは、一層、専門家の真価が問われる。しかし、専門家であっても全ての事に精通しているわけではない。だから、時には、力及ばず、最悪の結果となって患者が亡くなることもある。⁴⁾しかし、そうであっても、最悪を回避して目的に近づく為には、専門家が不可欠であることには変わらない。

何故なら、専門家だからこそ、あるがままの内容を正しく評価し、医師と患者との思いのズレを補正しつつ、患者とともに「治す」という目標に立ち向かえるからである。こうすることで、主観と客体の隔たり、また、医師と患者の隔たりを埋め、目標に少しでも近づけることになる。実際、患者とのコミュニケーションや、検査結果を通じて、医師は情報を収集し、自身の知識・経験を検証しながら、医療に関わる技術を選択・適用していく。こうして対象との隔たりを埋め、課題の解決を図っているのである。

では、これは実際どのようにして為されるのであろうか。問題の解決のためには方法があるはずである。それが、現象学や言語ゲームの考え方の具体的適用である。というのも、それらは実際の治療の進め方に示唆する点が多いからである。それを次節で述べる。

それを解決するという自然科学的な考え方で、上記のように対処をするように努力した。

- 3) フリードソン (1992)『医療と専門家支配』恒星社厚生閣 pp. 14-15. 病者の問題解決行動は、他者との相談もその一つの方法である。相談する相手は専門家である医師に限定されるわけではないが、最も明確で安定した相談者が専門家である。
- 4) パーソンズ (1994)『病気と医師役割』広島法学18巻1号 (渡辺智恵・高城和義訳) p. 253. 病になると、最も軽い場合を除き、病気の治療のための特殊な資格を持つ人の援助、なかんずく医師の援助が必要な状態となると、自身の回復に努力する過程で、治療者・即ち医師に協力義務を負う。

2.2 適切な医療を実現する為に身に着けるべき技術

医療では、対象をしっかり理解し、患者と目標を共有する必要がある。つまり、物事の理解と共感がポイントとなる。では、それはどうすればできるのか。それを現象学や言語ゲームを使って考えてみようと思う。

2.2.1 現象学による対象の意識下での理解

先ず現象学である。物事を理解する方法を、フッサールの考え方を借りて記述してみる。現象学では、対象を人の意識内で理解するとする。それは次のようなプロセスとなる。

即ち、人は、そこにあるものをそのまま理解するのではなく、一度あるがままに理解しようとするのを中断し（エポケー）、自分の意識の中で分解、つまり、対象を自分の内面にある確かなもの（ノエマ）にまで分解して、それを直感的・超越的に再構成（ノエーシス）する。これにより意識下で確かなものと把握する。これが理解のプロセスである。

これを直感的知覚的に人は経験する。それを行う場が、「生活世界」（現実に我々が生きていいる世界）である。だから、ここでの知覚的经验が豊かであればあるほど、対象をより確かなノエマに分解（現象学的に還元）できる。そして、経験を踏めば踏むほど、磨かれた直感でノエーシス（再構成）することが可能となり、意識の内面下で、より確信をもって自分なりに理解できるようになる。

このプロセスは、医師や患者の治療行為でも同じである。彼らは共通の対象に関し、それぞれの内面の意識下で、それぞれが置かれた生活世界での経験・学習により、意識下に溜めた「情報」「知識」「経験や生活世界で既に確立された技術」等に基づいて、対象を確かなものに現象学的に還元して、そしてまた直観的に超越的に再構成（ノエーシス）することで、対象に的中させ理解するのである。以上から分かるように、医師は生活世界の経験を深めることで、対象をより適切に理解できるようになることが期待できる。⁵⁾

このように、客体となる課題を解決するためには、専門的訓練を十分に受け、日々研鑽を続けることが重要である。そうすることが、対象を確かなものにまで分解できるようになるし、又超越的直感的な判断の助けにもなるからである。

このように、色々な知識を習得し、経験を積むことが、生活世界に根差す直感を働かすことを可能とし、そうして習得した知識・経験が、無意識層に蓄積することで、患者の思いとしかるべき技術の交錯する点を、意識下で直感的判断により選択できるようになるのである。ただ言えるのは、この超越的直感的な判断は、座学で簡単に習

5) フッサール、細谷恒夫・木田元訳（1995）『ヨーロッパ諸学の危機と超越論的現象学』中央公論 pp. 89-97.

得できるものではなく、豊富な知識や経験に裏付けされたものだということである。

2.2.2 言語ゲームによる相互理解（振る舞いによる類推・理解）

前項で、人の内面の意識下での対象の理解の方法を既述した。しかし、それだけでは不十分である。医師と患者が同じ目標を理解して治療に取り組まねばならないからである。そこで、次に、人々が相互に対象を理解する方法として言語ゲームを取り上げる。

医師が対象を理解するには、対象から情報を取り出す必要がある。情報に関して言えば、検査で取り出せるものもあれば、患者本人から聞き出すこともある。翻って考えれば、治療は患者と医師との共同作業でもある。双方が協力しなければ、目的に支障が出る。だからそうならないように、相互理解の上、治癒や改善と言う目標に向かって取り組まねばならない。しかし、それには、双方が、何が問題で何をすべきかを理解していなければならない。その為の方法が言語ゲームなのである。⁶⁾

実際の治療は、言語ゲーム的にすすめられる。つまり、言葉やしぐさのやりとりで、事象を理解しつつ、本人の同意を得ながら次の工程に進むからである。このようにして、ズレの補正をしながら、時には目標を補正しながら治療は進められる。

この相互の理解の研鑽はどのようにして実現できるかと言えば、それは実践にある。実践を通じて、ある事象に対する人の数列的反応とも言える「振る舞い」を覚えていくことで（ある種の行為に対する数列的規則性を見出すことで、相手の意図が分かるようになる）、相手の行為が読めるようになる。

従って、経験を重ねることで、ルール（振る舞い）を理解する術を身に着け、相手が分かるような言葉やしぐさで、必要な情報を相手から引き出せるようになるし、又対象を相手に分かるように説明ができるようになる。だから、複雑な分野で有ればあるほど、十分な知識や経験があり、振る舞いのルールをよく身に着けている専門家が必要だし、専門家はそうある為に日々研鑽に努めなければならないのである。

では、このような各自に求められる水準を獲得するための研鑽行動を、各自に任せていてよいのであろうか。答えは否である。それでは期待される一定の水準を担保出来ないからである。そこで、この目標を実現するための在り方、仕組みを次に考察する。

2.3 一定水準の質を担保するために必要な仕組みの構築

前節で医療行為には十分な研鑽が必要と述べた。そしてこの研鑽は一定水準以上で

6) 言語ゲームとは「人が何故相互に理解できるか」を考察したヴィトゲンシュタインのアイデアである。人が事象に関しどのようにふるまうかを経験することで、同じ事象に対し、他人とともに「分かる」ことになる。これは言葉だけでなく、しぐさでも同じである。人がその内面でどのように認識しているかは分からない。しかし、経験で、事象に対してどのようにふるまえばよいのかが分かるようになる。

なければならないし、そしてまた、そのための仕組みが設えられていなければならない。しかし、全く新しい仕組みを構築するのは大変である。寧ろ特徴を生かして既存の仕組みを活用の方がより現実的である。そこで、ここでは専門家の特徴の確認を行い、どうすれば固有の特徴を生かして、求める仕組みを構築できるかを見てみることにする。

2.3.1 高度専門職の個としての自律と集団化する特質

専門家である医師の特徴は何であろうか。それは自律と集団化である。これらは一見相反するようにも見えるが、実際は矛盾するものではない。その点をまず述べる。

最初に自律である。自律、他律、しばしば耳にする言葉である。医療供給体制を考える場合、自律は重要な意味を持つ。では、専門家にとっての自律とは何であろうか。それは、専門家が誰の指図も受けず「自己指図」で行動できることである。つまり、自律的専門家とは、自己の専門とする分野では自己の判断で自由に誰からも束縛されることなく行動できる者なのである。

しかし、自律に伴う権限は、専門家なら誰にでも付与される訳ではない。例えばある専門領域に異なった複数の専門家が関わっていれば、自律は支配的権限を持つ専門家にしか許されない。だから医療分野では、自己指示ができる専門家の医師が支配的専門家となり、その他の専門家は従属的専門家となる。⁷⁾

次に集団化である。それは、ジンメルやアダム・スミスの考察する通りであり、端的に述べれば次のようになる。

ジンメルは『社会的分化論』で、人は集団を形成し、それは拡大とともに社会圏となり、社会圏の中で集団はまた分化し、同様なものが集まって、別の集団を形成する、としている。⁸⁾ アダム・スミスの『国富論』も参考になる。それによると、分業には大きく分けると2つの在り方がある。一つはよく知られているように単純作業を分岐して分業を形成し、生産性・効率性をアップすることである。もう一つは、従来とは別の新たな特定作業を創生することである、としている。⁹⁾

以上のように、知識・技術の高度化・細緻化は、専門職の登場を要請するだけでなく、高度な作業の実現の為に専門職集団の形成を促す。このように科学的合理主義の拡大、技術・産業構造の高度化は、各職業・職業団体の知識・技術基盤の体系化・高度化を要請し、専門職集団の形成を促してきた。

では、医師が集団化するのは何故か。それは上述の意味もあるがそれだけでない。集団化することで、支配的専門家の立場を勝ち取ることもその目的である。つまり、

7) 野村一夫 (1997) 『社会学のプロフィール』 八千代出版 pp. 196-198.

8) ジンメル (1890) 『社会的分化論』 石川晃弘、鈴木晴男訳 世界の名著58 中央公論社 (1980) p. 427, p. 431. 参照

9) アダム・スミス (1978) 『国富論 I』 大河内一男訳 中公文庫 pp. 19-20.

結束することで、支配的専門家の地位を手に入れ、決してそれを手放さないために、集団の権力を利用しているからである。

例えば、明治期にはまだ漢方医が多くいた。この現状に対し、医師会の活動目的は、西洋医以外を医療制度から放逐することであった。また、戦後では中医協での折衝の際、戦術として保険医総辞職と言った国民の健康を質に取ったとしか言えない行動もとった。これらは、共通利益のために集団の影響力（権力）を利用した典型例である。

以上のように、医師は支配的専門家として自律し、集団を構成することで、対外的に権威を持つ。他方、この権威の故に医師の行為は聖域となり、医師に問題があっても、本人自身が訂正する気持ちにならなければ、問題は放置されることになっている。

他方、集団の機能はこのような外部への圧力だけではない。集団自身の価値を高めることが構成員自身の価値増加にもつながるなら、構成員は自発的・他発的に集団のために行動する事も期待できるからである。この特性を利用できれば、内部統制ひいては自治も可能になるので、これは医師全体の質を高める仕組みを検討する際の切口となる。

いずれにせよ専門職が自律し、更に集団化して、自らを聖域として外部には権威による影響力を持つようになると、その統制はままなくなる。そこで次の項では、このように自律し集団化したもののコントロールの必要性について考察を加えてみたい。

2.3.2 個として自律し権威を持った高度専門職の統制の必要性

前項で述べたように、集団化は高度専門職が手に入れたい自律やより良い処遇を獲得するための装置である。この装置の力で免許制度を勝ち取り、職業集団の構成員は「自律」して行動できるようになった。そこで、専門職が得た「自律」が、どのような意味を持つのか、それを次に考察してみる。

この自律性とは、「独立しており、自由で、他からの指示を受けない、という特質ないし状態」であり、かつ、「仕事の内容と条件に対する統御権を持つこと」でもある。そして、それを実現するために公的に政治的に認められたのが免許である。この免許によって、その分野内では、専門性を根拠に、他からの制約を排除して取得者のみが自由にふるまえ、かつ、他に対する制御も可能となった。そしてその結果が、聖域の構築である。結局、自律と免許は裏腹な関係にあると言える。

逆にもし免許制度がなく、知識と技術を誰でも使用可能なら、専門家はその分野の統御もできなくなり、単に詳しい人に過ぎなくなる。だからこそ、専門家集団は自分の所属する職業集団が他の集団からの支配を受けず、かつ、その業を独占するため、免許制度を求めるのである。¹⁰⁾

10) 時井聰 (2002)『専門職論再考』学文社 pp. 23-5. 各種職業・職業集団の困って立つ知

しかし、職務の目的に照らしても、自律した専門家となるには資格を取っただけでは不十分である。それは、自らを律し続けることで、免許に求められる質を保たなければならないからである。戦前の我が国では、弁護士は検察の管理下にあった。しかし、これでは公正な刑事裁判を行えない。そこで、弁護士会は集団として自律することと引き換えに、司法の自治を求めている。そしてこれが戦後実現した。この仕組みが、個々の弁護士を国の監視から開放し、専門職の自治を実現した。¹¹⁾ここで注目すべきは、個人ではなく集団としての自律に責任を負う点、つまり、個々人が一定水準の質を保持することに関して集団が責任を持つと言う点が重要である。

免許保持者は特定の分野で自由を付与されると、その一方で免許不保持者を特定分野から排除するようになる。しかし、それだけでは必要な質が維持され続けるとは限らないので、弁護士の場合、全ての弁護士を各地の弁護士会に強制加入させ、その個々の構成員を集団として律し、自律に見合う責任を集団が個々人に果たすように指導監督している。つまり、品格にもとめるようなことがないよう、集団が個々の免許保持者を倫理や知識の面で管理しているのである。

一般に、同職者は集合し、その集合が大きくなると、管理が必要となる。しかし、専門家の管理は難しい。何故なら、自律し自由を得た専門家からみれば、知識も権限もない者（素人）の意見は、不正確かもしれないし、また、専門家の専権事項の侵害でもあるからである。その為、支配的専門家の集団は、管理が最も困難な対象といえる。だから、専門分野で専門家を管理するなら、彼らに匹敵する専門性が不可欠である。例に挙げた弁護士会は、こうした質の管理を実現した一例である。

以上のように、自律した専門家の制御は困難なので、管理するには集団としてのコントロールが必要であることを実例を挙げて述べた。それに対し次項では、改めてこの自律の根拠となる医師免許の権威と、権威が認められる理由とを考察することで、現行の問題を明らかにする。

2.3.3 支配的専門職の権威の問題点（公共性を根拠とした支配と義務）

免許を持つ専門家は、単に専門性で優れているだけでなく、法的権限による特権階級でもある。俗に権利のあるところ、義務があると言われている。では、医師の場合どうだろうか、それをここで考察する。

医師は免許制によって、医業で他者を指示や評価する権限を持っている。つまり、医療分野なら、その権威により、いわゆるコメディカルに対して、支配と従属の関係

識・技術の体系化・高度化の養成や、社会の構造・機能分化に伴う各種職業・職業集団の自律化の要請等が、専門職の集団化・多様化をもたらした。つまり、社会的要請や公共的な必要性から自律化を進め併せて排他性も生んだ。

11) 高中正彦（2001）『弁護士法概説』三省堂 p. 12. 国家からの自由のために職業集団として自治を獲得した。

にある。これは、古典的な意味での官僚制ともいえ、これにより、医師以外の者は医療機関の職位の違いによる権限だけでなく、専門家としての資格の違いによってもまた、医師に従属することになる。こうして、医療機関では、患者や医師以外の労働者は、医師に従属することで医療体制の中に組み込まれた。その結果、官僚組織に由来するのと同様な病理現象を医療組織は抱えこむことになった。¹²⁾これが、医療分野では医師以外のものが医師をコントロールするのが困難となる理由である。

では何故、このような権限が医師に認められるのか。それは、公共の利益に資する職業だからである。このような権威が付与されれば、当然、医師自体が誠実に質の保持に努め続けることが期待される。しかし、免許が終生有効なら、要件を満たす努力を懈怠する者が出る潜在性もあるし、また、努力するインセンティブの劣化も否定しがたい。何故なら、現行の免許資格の多くが片務的な任免者との契約だからである。つまり、資格者は任免者から諸権利を認められながら、資格を保持するための義務を必ずしも課せられていないからである。

もし、義務が尽くされていない事が分かれば、自由を制限された側は不満に思うだろうし、制度への信頼も揺ぐ。しかし、今までは、情報の非対称性があつたため、それが顕在しなかった。だが、それも情報化社会の進展によって変化しつつある。その意味からも問題を解決する仕組みが必要となってきた。

公共性を根拠に集団化と言う装置でもって自律を裏付ける免許制度を確立することで、専門職はその職掌する分野を聖域としてしまうことを述べた。しかし、完全に聖域化されると問題があつてもコントロールが困難となる。そこで、その問題を克服するための仕組みについて次に考察する。

2.3.4 権威を守り、公共性を担保する手段としてのゲノッセンシャフトの構築

この節で述べてきた課題の解決の鍵は職業集団にある。普通、医師は同職の職業集団と、その業務に直接関わる組織（例えば医療機関）とに両属しているが、この内の同職集団の機能に、この解決の鍵を求めようとするのがこの項の課題である。そこで、集団に関する基本的な考え方を確認した上で、どうすれば集団に機能を持たせられるかを考えてみることにする。

考察するには理論が必要である。そこで、テンニエスの社会・集団に関する分析を使って論じることとする。彼は、集団を一つはゲマインシャフト「共同体的社会」と、もう一つを選択的目的で集まるゲゼルシャフト「利益社会」の二つに明別した。その端的な説明は次のとおりである。

すべての信頼し合った親密な閉鎖的共同生活は、ゲマインシャフトとしての生活と解せら

12) フリードソン (1992)『医療と専門家支配』恒星社厚生閣 pp. 124-125.

れ、公共生活や世界は、ゲゼルシャフトである「FerdinandTonnies, 1887: *Gemeinschaft und Gesellschaft* 重松俊明訳（1963）p. 36.」。

以上の意味することは、ゲマインシャフトとは、過去の村落共同体のような成員と集団とが一体性のある状態を指し、一方ゲゼルシャフトとは、契約による構成員が集まった組織であり、特定の目的のために任意に集まり行動するものであるということである。

一体性のある集団なら、集団は個人のために、個人は集団のために行動する。そしてまた、個人は集団へ自発的に貢献し、集団は集団のために個人への強制も行う。このように一体性が実現しているなら、全体の価値増のために個人も能動的に行動するはずである。

他方、任意に形成された集団では、集団に所属するとしても、各構成員は独立しており、その行動を拘束されることはない。そのため、義務を促し強制することもできない。また、全員の共通利益の為であっても、他の構成員任せにし、特段協力せず果実だけを享受するフリーライダーも存在する。

それでは、どのような集団が求められるのか。近代社会は過去の束縛からの開放で成立した。だから、原始共同体の精神の保持を前提としたゲマインシャフトの再現は無理である。しかし、契約に基づく単純なゲゼルシャフトでは、通常の利益社会の再現でしかない。だからここで求められるのは、ゲゼルシャフトでありながらゲマインシャフトの性格も併せ持つ集団、ゲノッセンシャフト、あるいはヘーゲルの言う市民社会を構成する職業集団でなければならない。

何故なら、本来、業の独占は公共性の故に権利を与えられたのだから、競争市場とは違い、権利を付与されたものは、社会に責任を持つと同時に、公共性実現の努力を強制されることにもなるので、その実現のための強制力を持った仕組みでなければならないからである。この集団の構築が、課題解決の鍵となる。

以上のように特性に応じた有べき姿を考察した。では、現実はどうなのか。それを次章で述べる。

3. 日本の医療供給体制の特質と問題

2で自律した高度専門職は、十分な経験知識があつて始めて成り立つものなので、強制加入の職業集団の管理下に置くことで、各自の権利を守るとともに、義務も担保されるようにすべきであると述べた。それに対し、わが国の医療供給体制がどのようなになっているかを次に考察することとする。

3.1 医療の近代化と質の育成システムの欠落

既存の体制はその歴史的経過の中から形成される。つまり、我が国の医師の質を巡

る体制も、その歴史的経過の確認抜きに述べることはできない。そこで歴史的に形成されてきた我が国の特徴を示すとすると次の下記の3点に集約できる。

- ① 西洋医学として導入されたドイツ医学に付随して持ち込まれた医局講座制
- ② 江戸時代以前から根付いていた自由開業医制・自由標榜制
- ③ 皆保険制度

これらがベースとなって医療供給体制が形成されてきた。それが今の制度にどのような影響を与えているかを述べる。

3.1.1 日本の近代化と医療の在り方

日本の医療の近代化は、江戸期に既に形成されていた開業医という基盤の上に、西洋医学を導入して進められた。この西洋医学による近代化は、明治期のドイツ医学導入から始まったが、これと同時にドイツの大学教育制度にあった講座制も導入された。¹³⁾

表 1. 年次別 10 万人当たりの医師数の推移

	人口	医師数	10万人当たりの 医師数
明治7年	32,794,897	28,262	86.2
明治24年	40,718,677	40,123	98.3
明治34年	45,446,369	33,508	73.7
大正元年	52,524,227	40,088	76.3
昭和元年	63,069,489	45,900	72.8
昭和45年	103,720,060	118,990	114.7

(出典) 10万人当たりの人口は「日本帝国統計年鑑」、医師数は「医制八十年史」809頁、昭和45年は厚生省大臣官房統計による

一方、この近代化により、医療の西洋化を目指し、法的整備や大学の設立等を行った。しかし、富国強兵政策に財源を取られ、医療の財源は不十分だったため、公的支出によって実現できたのは、研究のための大学や実地教育の場としての公立病院の提供にとどまった。¹⁴⁾ その結果、実際の治療のインフラは、地域に存在する開業医に委ねられた。

また、この近代化は西洋医にのみ医療行為を認めるという方針であったが、表1にあるように、明治初期には既に多数の医師がいた（もちろんその大多数は、従来の漢方医である）。そこで、スムーズに転換する為、漢方医に当面の医療行為を認め、それを西洋医に漸次置き換えていく方策がとられた。

もくろみ通りこの方法は、次のような理由から順調に進んだ。

- ① 開業のためのイニシャルコストがそれほど多くを要しなかった。
- ② 元々医師になるのは維新以前より人が自立する術であり、その中で自由開業医制が定着していた。だから、資格を取った医師の開業は普通の事であった。

13) 島崎謙治 (2011) 『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会 p. 34. 地方財政が逼迫する中で乏しい財源を医学校に充てることを政府は危惧し、府県立医学校の費用を地方税から支出するのを禁じた。

14) 厚生省医務局 (1976) 『医制百年史』・猪飼周平 (2010) 『病院の世紀』有斐閣

結果として、漢方医は自然減し、西洋医が置き換わっていった。この新たな開業医が医療を支えたのである。¹⁵⁾

このように、医療の近代化は、教育面は国家の力により公的病院で行われ、実際の医療は開業医を中心に展開した。ただ、この政策はいわば看板のすげ替えが目的であり、質担保の仕組みは顧みられることはなく、課題として残されたのである。

3.1.2 皆保険制度及び臨床研修義務と医療の質との関係

皆保険制度は人の命を平等に守るための社会権の実現と言える。しかし、これは、自由開業医制でかつ自由標榜制と言う特色を持つ我が国では、質の維持・向上とは逆の効果をもたらした。何故なら、皆保険は個々の医師の技術差と関わりなく報酬を保証するからである。

加えて、2004年の臨床研修の義務化は、新人医師を医学部から解放したが、これは、医局の影響を減殺し、従来曲がりなりにも機能していた非公式の卒後研修を揺るがした。特に問題は、従来の制度に代わる育成体制を準備しないまま、臨床研修の義務化が開始されたことで、その結果、極端な言い方をすると個人の解放という名の放任となってしまった。

3.2 日本における医療サービスの質と体制

我が国の医師による医業支配の法的根拠は、免許資格や医師法7条で定められた医業の独占にある。しかし、これは一種の権利であり、権利のあるところには義務があるべきである。つまり専門性の故に認められた権利なら、それを発揮できるよう常に準備していなければ、法の趣旨から外れるからである。そこで、実際の現状がそうなのを確認するために、サービスの質として問題となる医師の育成・倫理・紛争解決の現状を確認する。

まず、育成であるが、それを単純に示すと次のようになる。

医学部入学→医学部卒業→国家試験合格→卒後2年間の臨床研修→医師

日本では医療法70条の自由標榜制により、上記を経た医師は、どのような科目であっても自由に診療科目を掲げて開業ができる。つまり、どれほど訓練を経た熟練した医師も、資格を得て臨床研修を済ませただけの新人も、また、学んできた専門科目と違っていても、どのような医療行為でも医師なら行えるだけでなく、皆保険制度により同じ診療報酬を得られる。

ではこのように自由に開業できる医師は、卒後どのように育成されるのであろうか。まず述べなければならないのは、今も続いている医局講座制である。この制度では、診療科のトップに教授を据え、その下に准教授、講師、助手といった身分保障される

15) 町淳二・宮城征四郎(2006)『「国民主役」医療への道』日本医療企 p. 93.

ものを置き、さらにその下に臨時職員と位置づけられる研究生や院生や臨床研究医を置く階層構造となっている。その運営には、教育、研究、診療の3本の柱がある。

この3本柱もトップのコントロール下に有り、教育・人事等一切をその組織の長が掌握している。このように、教授に全権を与え、その他は全て教授の手足となる構造となっている。つまり端的に言えば、この仕組みは教授の研究のためであって、患者の治療を目的とするためのものではない。¹⁶⁾他方この制度下で、医師は大学病院と関連病院を行き来することで結果的にキャリアを形成している。つまり、医師資格を取得後は、質に関する公的研修制度がないので、その代替として、医師は医局に所属することで、臨床の研鑽を積んできたのである。

本来医療サービスを提供するには、豊富な経験・知識が必要なはずである。しかし、我が国には上記のような非公式な制度しかなく、いわんや、育成にあたる指導医にインセンティブが用意されたり、時間的余裕も付与されてもいない。ありていにいえば、各自の意識の高さに委ねられてきたのである。専門医制度が改められるが、それとて自由開業医制と言う土台に変化はない。しかし、諸外国も同じと言う訳ではない。その幾つかの例を纏めたのが表2である。

表から見てとれるように、資格も含めた卒後研修が、公的に用意されている国も少

表2. 先進各国の医師の育成制度

	日本	アメリカ	イギリス	韓国	ドイツ
学部教育	高校卒業後6年	学士卒業後4年生の専門職業大学院	高卒後5年	高卒後6年もしくは学士取得後4年の専門職業大学院	6年間の大学教育
資格	専門区別のない免許・更新の必要なし	試験合格後、州毎に審査され、免許が交付。2～3年毎に更新が必要。	卒業後無試験で免許が付与、但し、専門領域ごとの認定医試験がある。	専門区別のない免許・更新の必要なし	大学の6年間に第一部・第二部の試験を受け、国家資格を取得。
臨床研修	初期臨床研修2年以上	インターシップ1年・レジデント3～6年・この後認定試験合格後医師活動が可能・フェローシップ3～10年その後専門科認定試験	ファンデーションプログラム2年、研修後の試験合格後医師活動が認められる	医学部卒業後開業が可能	標榜科目一つにつき3年以上の州医師会による卒後研修を受け、その終了を認められる必要がある。また、家庭医も5年の卒後研修がある。その後も研修義務があり、基準を満たさないと、社会保険の減額規定がある。

(出典) ドクターラーゼ海外の医師養成(前編)』 日本医師会と岡嶋道夫作成2009年8月8日「患者を大切にするドイツの医療と医療事故処理」 レジメから著者作成

16) 町淳二・宮城征四郎(2006)『「国民主役」医療への道』日本医療企画 p. 64.

なくない。他方、我が国の公的医師の育成制度は、医師資格を取って臨床研修を終えれば、義務としての研修は終了する。その後の研鑽は、我が国にも、専門医制度はあるものの、修練の義務化もされてないので、自主的に努力をしなければ、求められる水準を充たせない。対比することで、この差がハッキリ見てとれる。

又、例えば倫理は、厚生労働省の医道審議会がその役割を担っている。しかし、厚生労働省のホームページによると、2012年11月14日の審議会で25人の医師に行政処分がされているが、その内容は道路交通法、大麻取締法、わいせつ罪で、医療倫理そのものとは異なる。参考までに先進国の医師に関する処罰の医師数を対比して算出したものを、表3に示してみた。すると、国による違いもあるが、体制による違いが顕著なことがわかる。

最後に紛争処理であるが、弁護士会の中に医師も関与する ADR が設けられつつある。¹⁷⁾しかし、まだ、十分な広がりを持っているわけではない。従って、当事者の示談や訴訟に頼る事が多い。

結局、以上のように医師全体に関する自律機能は不十分な状況にある。

表3. 先進各国医師の懲罰比率

	医師数	処罰数合計	処罰率
イギリス	91157	42	0.046%
アメリカ	701249	3401	0.485%
フランス	171807	446	0.260%
スウェーデン	27300	365	1.337%
韓国	53372	150	0.281%
日本	255792	42	0.016%

(出典) 森岡恭彦 (2004)『医の倫理と法』pp17処罰率は筆者が加筆

4. 医師集団が質に主体的に関わる実例（ドイツの取組を中心に）

既述のように、支配的専門家が職掌する分野は聖域となり、医師以外からの批判は許されなくなっており正常とは言い難い状況にある。そこで次にこの課題に取り組んだ例として、近代化に際し我が国が参考にしたドイツの仕組みを考察する。

4.1 ドイツの医療供給体制

ここでは、わが国が近代化の範としたドイツが、医療供給体制に関し、質の維持・向上のためにどのような仕組みを取っているかを確認し、参考にするべき点を考えてみる。

4.1.1 ドイツでの医師の育成・倫理の確保

医師は高度な専門職である。当然その育成には、学校教育での選抜・資格取得・その後の研鑽がかかせない。しかしその仕組みは各国で様々である。その中で医師による医師の育成を職業集団として行う仕組みを採用しているのがドイツである。また、ドイツは育成だけでなく、倫理や紛争解決も積極的に医師集団に関与させている。そ

17) 日本弁護士連合会 ADR センター編 (2011)『医療紛争解決と ADR』弘文堂 pp. 46-57.

の仕組みは、連邦政府と州政府が各種利害関係者・団体と連携して政策を策定し、中間団体である州医師会に、所属する医師の監督・育成を任せ、質の確保を図る方法となっている。

その背景には2点ある。一つはフーコーの言う国家医学であり、もう一つは自治であり、これらの関係は縦の関係でもある補完性原理の体现とも言える。つまり、国家医学で上から水準を示し、それを末端に徹底させ、全体の底上げ・平準化を促している。¹⁸⁾他方、サブシディアリティ原則、即ち補完性原則で、これにより、現実の実践活動は国家内の各階層が、国家という上位に対する下位の立場で可能なことは上位に頼らず行う、つまり自治である。

以上のように補完性原理というバックグラウンドの上に、国家医学という目標を示す大枠が作られ、そして科学技術の進展・市民社会の変化による方針が、州医師会におろされ、医師会がそれを実行する流れとなっている。また、下される目標は、利害関係者が参加する審議会等の答申を受けてのもので、専門家の独善にならないようになっている。¹⁹⁾

4.1.2 具体的仕組み

医療の質の維持管理は、医師の育成、その倫理の徹底と、紛争の解決からなっている。前項で述べたようにドイツでは、中間団体がこれの基本的役割を担っている。具体的には医療は州の管轄なので、州の医療職法で医師の監督権を医師の自治組織である州医師会に委任し、これに基づき、州医師会は「医師職業規則」を公布し、医師の監督という行政行為を行っている。

育成について、州医師会は、研修プログラムの作成と実施及び個々の医師をそれに参加させる責任を負っている。そして、医師個人もまた、生涯研修を義務付けられている。また、それだけでなく、研修の指導医は、研修医育成の実績も、キャリア形成の一環として評価されるので、積極的に育成にかかわるインセンティブも工夫されている。²⁰⁾

紛争については、医師会の内部に設けられた医療事故鑑定委員会や調停所 ADR において、当事者の申請に基づき個別に対処される。このように、医師会が公正な判断

18) ミシェル・フーコー (2006) 『フーコー・コレクション』「社会医学の誕生」小倉孝誠訳ちくま学芸文庫 pp. 170-178.

19) 国立国会図書館海外立法情報調査室齋藤純子 (2007) 『外国の立法234』〔ドイツ倫理審議会法—生命倫理に関する政策助言機関の再編〕ドイツ倫理審議会法では、特別調査委員会は、「広範囲にわたる及び重要な専門的問題群に関する決定の準備のために」連邦議会が設置できる。議員がその審議にメンバーとして参加することが前提とされている。それと同時に、議員以外の専門家もメンバーとして加わる。

20) 岡嶋道夫 (2004) 「MM 418 ドイツの医学教育に見られる最近の動き」・南和友 (2008) 『こんな医療でいいですか?』はる書房 p. 90.

に参加することで、自律的に問題の解決が図られている。そして、決着しない場合には、行政裁判所や民事訴訟で決着をつけることになっている。また、訴訟以前に上記機関で判定された内容は、裁判でも大凡同じような判断となり、専門家集団の自律的活動の公正さの裏付けともなっている。更に鑑定書の作成も、医師のキャリア評価の対象となり、内部統制への自律的参加の誘因となっている。²¹⁾

また、倫理については、医師会のメンバーからの申請に基づき、倫理規則に則って審査され、州医師会が懲戒処分等を下している。2003年のノルトライン医師会が公表する統計によると、45件が州医師会で何らかの処分がされ、31件が職業裁判所での審理に移行したことがわかる。²²⁾

我々の感性では同職集団に任せると、仲間内ということでお手盛りの結果となるのではという疑念も出そうであるが、しかし、そうならないよう委員へのインセンティブが工夫された仕組みが中に埋められている。そして、医師会内で解決できないと、民事や行政上の職業裁判が用意されている。この行政裁判では、職業裁判官だけではなく、名誉職裁判官（医師）も必ず参加することで、適切な判断ができるように整備されている。

ここで、注意が必要なのは、如何なる仕組みであっても、それを可能とするインフラが必要だという点である。例えば、ドイツと我が国では医師人口が違う。OECD 2010年統計によると千人当たりの医師数はドイツが3.7人に対し、我が国は2.2人しかない。人がいれば、指導医は育成に時間をさける。また、職業裁判所の制度も、我が国よりはるかに多い裁判官というインフラに支えられている。²³⁾ 制度を考える時、このようなインフラの負担の検討も重要な点である。

4.2 専門家支配と質・倫理等の共存の実現

医療の目標を実現するには専門家支配が不可欠であるが、それに付随する階層性の弊害もある。この課題解決のために、補完性原則に基づいた集団による自律した仕組みの構築が求められる。その参考としてドイツの制度を例としてあげた。つまり、当論文で言わんとすることは、自律的内部統制機能を持った職業集団の形成や、それを補完する外部の仕組みが必要だということである。

その趣旨に基づいて現行体制を見直すとすれば、医師会を内部統制機能を持った強制加入の組織にし、かつ、それを外部から補助する職業裁判所制度を設けることとな

21) 吉田謙一（2007）『事例に学ぶ法医学・医事法』有斐閣ブックス p. 347.

22) 岡嶋道夫（2004）「M 421ドイツの医師の職業義務と裁判外紛争処理」

23) ハンス・ペーター・マルチェ（2012）『ドイツ法入門改訂第8版』有斐閣 p. 255. 2010年末現在ドイツの裁判官数は住民4,000人に一人に対し、我が国では35,000人に一人となっている。岡嶋道夫（2004）「M 421ドイツの医師の職業義務と裁判外紛争処理」

る。²⁴⁾

しかし参考として挙げたドイツにも多くの問題がある。大きな政府の為コストがかかるし、重い負担に対する企業サイドの反発もある。また、ロビイストの影響力で、福祉の場ですら利益誘導がされている事実もある。また、勤務医の報酬が周辺国より低いため、人材流出が続いている。²⁵⁾ これらは運営の難しさを示している。確かにドイツの制度にも問題はあるが、現に質の具体的取組を行っている仕組みであり、十分研究に値するものと考えられる。

5. 日本の現実に対し望まれること

ここまで確認してきたことから分かるように、質の維持・向上を目的とする医療供給体制には、専門家支配の権威と内部統制機能も含めた集団の自律化と外部から支えるインフラ及び法的制度とが必要である。そのために、今の日本には見直すべき点が2点ある。それを示すと次となる。

- ① 日本にも専門家集団は存在し、法律的にも専門家支配は実現されているが、これらの集団の目的は、職業集団としての利益に関する活動が中心で、集団内の内部統制、つまり、倫理や教育の義務・紛争処理を含む自律的であつそれを遵守させるための仕組みではない。また、集団の一つである医局の目的は研究に有り、臨床現場の質の確保はあつたとしてもそれは副次的なものに過ぎない。
- ② 集団の外部も整備は不十分である。わが国では、倫理は医道審議会で、紛争は民事・刑事で対応することになっている。しかし、倫理問題を扱う医道審議会は有罪として既刑事犯として裁かれたものにしか目が向いていないし、医療に関し、民事・刑事を専門に扱える裁判所も少ない。そして、医師会も参加したADR活動も、まだ限られている。

以上のように、紛争に関し、高度な専門性を持って対処しようとする動きもあるが、倫理や育成は、いわば個人の品格・努力任せとなっており、ドイツのそれとは程遠い現状にある。

ドイツでは上部組織が中間団体に育成・倫理・紛争処理を委ね、中間団体がその役割りを果たす構造となっている。また、中間団体に全てを委ねるのではなく、司法がそれを外部から支えている。²⁶⁾

日本でこれらを実現するには、医師の専門職集団を自律的な専門集団へ変革するこ

24) 牧山康志 文部科学省 科学技術政策研究所第2調査研究グループ(2005)「科学技術の社会的ガバナンスにおいて専門職能集団が果たす自律的機能の検討」STUDY No.11 p.32.

25) 熊谷徹(2006)『ドイツ病に学べ』新潮選書 p.192.

26) 牧山康志 文部科学省 科学技術政策研究所第2調査研究グループ(2005)「科学技術の社会的ガバナンスにおいて専門職能集団が果たす自律的機能の検討」STUDY No.11 pp.43-44.

とが不可欠である。つまり、集団の性格を、現在の任意参加の集団から強制加入のそれへ変更するとともに、集団の目的の重心を、参加者のための共通利益から、公共利益にシフトする必要がある。そしてそれと同時に、それを支える外的制度を整備しなければならないのである。

この実現には、例えば法科大学院制度により増大した法曹人口の活用がある。この制度は、「日米規制改革および競争政策イニシアティブに基づく要望書」（年次改革要望書）の影響下で導入されたので、元来の意図とは異なるかもしれないが、管理のためのインフラとして、余剰となっている法曹人口を充てるのは合理的である。又、日本でも品格を持った高度専門職の自律化・健全な発展を促すため、行政裁判所に設置された職業裁判所のような仕組みも検討しては如何であろうか。

また、制度に予算はつきものである。しかし、ドイツの州医師会や日弁連では、品格を守るためや質を向上させるために選ばれる委員は、手弁当でその役割を果たしている。高度専門職自身の品格や信頼を保ち続けるのは、彼ら自身がプロフェッションとして社会から認められることでもあり、また、自分たちの誇りを守るためにも必要な行動なら、自発的貢献も自然に湧き上がってくるのではなかろうか。そして、このような活動がキャリアとして認められるなら、それを担うインセンティブが、構成員に芽生えるはずである。このように高度専門職が持つプライドやプロフェッションとしての自己実現は、仕組みを構築するとき、重要な要因になることが期待できる。

制度や体制は長年の歴史的蓄積の上に築かれたものであり、現在の姿も過去の現実的かつ合理的選択の結果であろう。しかし、この論文で述べてきたように、現行の医療供給体制は、質と言う観点では不十分であり、かつ、体制の根本のところがこのままでは改善は望めない。だからこそ、その改善の為に、この論文が一つの参考になればと思う次第である。

参 考 文 献

- アダム・スミス、大河内一男訳（1978）『国富論 I』中公文庫 Adam, Smith “*An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*”
- J. G. フィンリースン、村岡晋一訳（2005）『ハーバマス』岩波書店 James, Gordon Finlayson “*A Very Short Introduction HABERMAS*”
- ジンメル、石川晃弘、鈴木晴男訳（1980）『社会的分化論』世界の名著 58 中央公論社 Georg, Simmel “*Soziale Differenzierung*”
- パーソンズ、渡辺智恵・高城和義訳（1994）『病気と医師役割』広島法学18巻1号
“*an illness and the Role of the Physician*” *Sociological Perspective, American Journal of orthopsychiatry, vol.22*
- ユルゲン・ハーバマス、長谷川宏訳（1970）『イデオロギーとしての技術と科学』紀伊国屋書店「認識と利害」 Jürgen, Habermas (1968) “*TECHNIK UND WISSENSCHAFT ALS*

IDEOLOGIE”, Suhrkamp Verlag

フッサール、細谷恒夫・木田元訳 (1995) 『ヨーロッパ諸学の危機と超越論的現象学』中公文庫 Edmund Husserl (1954) “*Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente anomenologie: Eine Einleitung in die phänomenologische Philosophie Husserliana*” Bd. VI, Haag, Martinus Nijhoff

フリードソン、進藤雄三・宝月誠訳 『医療と専門家支配』恒星社厚生閣 Eliot, Freidson, (1970) “*Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*”, Atherton Press, Inc.

フリードマン、村井章子訳 (2008) 『資本主義と自由』日経 BP 社 Milton, Friedman (1962) “*Capitalism and Freedom*”, The University of Chicago Press.

ハンス・ペーター・マルチュ (2012) 『ドイツ法入門改訂第8版』有斐閣

Hans, Peter arutschke “*Einführung in das Recht der Bundesrepublik Deutschland*”

ミシェル・フーコー、小倉孝誠訳 (2006) 『フーコー・コレクション6』「社会医学の誕生」ちくま学芸文庫 Michel, Foucault (1977) *El nacimiento de la medicina social* (《*La naissance de la medecine sociali*》: trad D.Reynie), *Revista centroamericana de Ciencias de la Salud*, n. 6, janvier-avril pp.89-108.

J. ロールズ、田中成明・亀本洋・平井亮介訳 (2004) 『公正としての正義再説』岩波書店

John, Rawls (2001) “*JUSTICE AS FAIRNESS A RESTATENENT*” Harvard University Press

テンニエス、重松俊明訳 (1963) 『ゲマインシャフトとゲゼルシャフト』世界思想教養全集 ドイツ19 河出書房新社 Ferdinand, Tonnies (1887) “*Gemeinschaft ud Gesellschaft*”

行岡哲夫 (2012) 『医療とは何か』河出ブックス

猪飼周平 (2010) 『病院の世紀の理論』有斐閣

大野正男 (2013) 『職業史としての弁護士および弁護士団体の歴史』日本評論社

熊谷徹 (2006) 『ドイツ病に学べ』新潮選書

島崎謙治 (2011) 『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会

高中正彦 (2001) 『弁護士法概説』三省堂

竹田青嗣 (2012) 『超解説！はじめてのフッサール「現象学の理念」』講談社現代新書

田村正勝 (2007) 『社会哲学原論』早稲田大学出版部

田村正勝・臼井陽一郎 (1998) 『世界システムの「ゆらぎ」の構造』早稲田大学出版部

時井聰 (2002) 『専門職論再考』学文社

永井均 (1995) 『ウィトゲンシュタイン入門』ちくま新書

南和友 (2008) 『こんな医療でいいですか?』はる書房

日本弁護士連合会 (2011) 『医療紛争解決とADR』弘文堂

日本弁護士連合会 (2009) 『安全で質の高い医療を実現するために』あけび書房

野村一夫 (1997) 『社会学のプロフィール』八千代出版

橋本大三郎 (2009) 『はじめての言語ゲーム』講談社新書

町淳二・宮城征四郎 (2006) 『「国民主役」医療への道』日本医療企画

吉田謙一（2007）『事例に学ぶ法医学・医事法』有斐閣ブックス

岡嶋道夫（2004）「医療に関連する外国の資料」<http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/>

村山淳子（2011）「ドイツの医療法制」The Seinan Law Review, Vol.43, N0.3・4

牧山康志 文部科学省 科学技術政策研究所第2調査研究グループ（2005）「科学技術の社会的ガバナンスにおいて専門職能集団が果たす自律的機能の検討」STUDY No.11

A study on the feasibility and necessity about Autonomous professional group of doctors - Realization of complementarity for Rights and Obligations of advanced profession-

YAMASHITA Kouji

Abstract

The purpose of this paper is that the medical service system of Japan must establish the autonomous occupational group of physicians in order to control the quality of medical services. In order to prove this proposition, I relate the discussion of the following three reasons.

- The first reason is that persons other than the physician may not be able to manage the physician.
- The second reason is there is no history of autonomous professional group in Japan.
- The third reason is, in fact, professional group of doctors are doing the management of quality autonomously in Germany.

Its system should be realized.

Keywords

quality of medical care, experts domination,
the autonomous occupational group of physicians ,genossenschaft,