

# 医学の専門分化はどのように起こり、進んできたのか

—George Weisz., 2006, Divide and Conquer における議論を中心に—

\*丸 山 和 昭

1. はじめに
2. 専門医制度の概観
3. 医学の専門分化に関する研究蓄積
4. George Weisz., 2006, Divide and Conquer の貢献
  - 4.1 同書の問いとアプローチ
  - 4.2 医学の専門分化の起こり
  - 4.3 専門医制度による統制と標準化
  - 4.4 医学の専門分化の歴史に関する一般的な結論
  - 4.5 専門医制度における各国の共通点と差異（1950年以降）
  - 4.6 George Weisz., 2006, Divide and Conquer 以降の研究展開
5. おわりに—日本の事例を検討するに当たっての論点

## 1. はじめに

専門職養成を巡る議論において、理論と実践を架橋する人材、あるいは生涯にわたって知識・技術の刷新を継続できる「学び続ける人材」の必要性が提唱されてきたが、急速な技術革新と、それに伴う専門職に必要な知識の拡大、及び既存知識の陳腐化が加速するなかでは、「学び続ける人材」であるに止まらず、自らの実践を研究成果として昇華し、他者にとっての学習の素材となる新たな知識を自ら発信していけるような、質の高い「研究する実践家」の育成に取り組まなければいけないのではないだろうか。

“研究”は多義的な意味を含みうるが、ここで注目したいのは、自らの実践や探究の成果を「学知（論文など文字で書かれた内容）」として形にしていく営みである。専門職は、各領域の特性に応じた実践を文字化する取組を行ってきた（日本教育学会 2023）。そのなかでも医師は、大学外の医師が臨床研究として学術論文を執筆し、アカデミシャンとプラクティショナーの垣根を超えて知見を共有するという形で、学会（あるいは学術的なジャーナル共同体）が重要な役割を担う形

で、実践に基づく「学知」の生成が行われてきた。

このような実践家としての医師と学会の間を近いものとする制度的な仕組みとして専門医認定がある。日本の専門医認定は長らく学会の主導によって行われてきた歴史的経緯を持ち、専門医機構による標準化の取組が進む現在においても、専門医認定や更新の際には、各学会での発表や論文執筆が業績として数えられる。専門医の認定に学会が関わる仕組みは、日本に特有のものなのだろうか。また、専門医制度の成立の前提となる医療の専門分化は、世界的にはどのような経緯で進んできたものであり、そこに学会や高等教育機関はどのように関わってきたのだろうか。

本稿では、このような医学の専門分化の発生と進行、及び専門医制度の成立過程が、英語圏の先行研究においてどのように論じられてきたのかについて、近年のまとまった成果である George Weisz., 2006, Divide and Conquer: A Comparative History of Medical Specialization, 1830-1950, Oxford University Press の議論を中心に検討していく。

## 2. 専門医制度の概観

まず、日本の専門医制度の現況について概観していきたい。日本において専門医になるためには順に、大

\* 名古屋大学大学院教員

学医学部（6年）、医師国家試験、2年間の臨床研修、基本領域（19領域から選択）となる診療科での専門研修プログラム（3～5年）、認定試験、といったプロセスを辿ることになり、試験に合格した医師だけが専門医を名乗ることができる。専門医には原則5年ごとの更新がある。また、基本領域の専門医を取得した後も、より専門性の高い診療科の専門医（サブスペシャリティ領域）を取得することができる。専門医の養成プログラムの制度は関連学会が定めているが、日本専門医機構が各学会の制度の助言や評価に関わり、専門医制度全体の標準化と質の担保を担っている（日本専門医機構 2023）。

日本の専門医制度は、第二次世界大戦後、各学会による自発的な取組として広まってきた。しかし、学会が独自に認定する専門医の種類が多くなるにつれ、各専門医の違いや、認定要件のばらつきが問題視されるようになっていった。このような問題を解決するため、1981年より、関連諸学会が連携する形で、第三者による専門医認定制度設立に向けた議論が進められてきた。このような経緯を受けて、2014年に発足したのが日本専門医機構である。2018年には、各基本領域間で統一された新制度としての専門医養成がはじまり、上述の通り、日本専門医機構が諸学会を横断した専門医養成プログラムの標準化と質の担保のための機能を果たすことになった。この新制度のもと、日本専門医機構の認定による専門医が初めて誕生したのが2021年度であった（日本専門医機構 2023）。

次に欧米における専門医制度の概況である。まず、米国における専門医認定は、民間の第三者機関である米国専門医機構（American Board of Medical Specialties: ABMS）が行う。専門医になるまでのルートとしては、大学（4年）、メディカルスクール（4年）、レジデンシー（3～6年）、専門医認定試験といった流れになる。なお、米国医師免許試験は、メディカルスクールとレジデンシーの期間に受ける（八木 2012, 石垣 2017）。

英国の専門医認定は、公共の慈善団体である中央医師評議会（General Medical Council: GMC）が行う。なお、英国には専門医に該当する概念として Specialist と Consultant があるが、GMC が認定するのは前者である。後者の Consultant は各専門の診療科を担当する病院勤務医を指し、病院のポストに空きがないと採用されない。専門医になるまでのルートとしては、医学部（5～6年）、卒業試験、基礎研修（2年）、専門研修（2～3年）、高度専門研修（4～6年）、Specialist 認定、Consultant 就任といった流れになる（八木 2012,

石垣 2017）。

ドイツの専門医認定は、国・州政府から独立した各州の医師会（Ärztekammer）が行う。また、連邦医師会が専門医研修規則のモデルを作成している。専門医になるまでのルートとしては、医学部（6年、在学中に4回の医師国家試験）、実地研修医師としての仮免許での研修（18か月）、専門医コースの一つを選択して研修指定病院での研修（5～7年）、専門医認定試験といった流れになる（八木 2012）。

フランスの専門医認定は、国の事業として行われている。全国選抜試験（Examen Classant National: ECM）に基づき、試験の成績順に外科、内科、総合診療のコースを選ぶ。専門医になるまでのルートとしては、大学第1学年（共通第一サイクル第1学年）、第2学年進級選抜試験、大学第2学年（共通第一サイクル第2学年）、大学第3～6学年（共通第二サイクル）、全国選抜試験、Internat（外科系専門医5年間・内科系専門医4年間・GP3年間）、コンクール国家試験、といった流れになる（八木 2012）。

### 3. 医学の専門分化に関する研究蓄積

次に、医学の専門分化に関する先行研究について概観する。まず、日本語の文献として発表された研究成果として、科学の分化に関する研究（山崎1995, 川山2012, 神里2020, 等）や、専門医制度の歴史・比較（服部2003, 大西・錦織2008, 八木2012, 田中2020, 日本専門医機構2021 等）が、本稿の関心と関連する。特に橋本（2008）では、英米独の医師養成を概観するとともに、日本の医師養成のレジームの特徴について論じている。そこでは、「イギリスでは自由放任政策が採られ、専門職団体である王立内科医協会に代表される多数の資格付与団体（Qualifying Association）が大きな裁量権を握っており、アメリカでは地方分権的な州政府を後盾とした医師会と、それらの代表から成るアメリカ医師会（AMA）に医師試験が委ねられていた。またドイツ（プロイセン）では、資格試験の統括権はギルドから大学へ、さらに国家の側へと移譲されていた」（橋本 2008, pp.34-35）、「わが国の戦後の医師養成のレジームの成形・変容の分析から引き出されてくるのは、政府セクター、なかでも地方政府の役割の重要性である」（橋本 2008, p.398）といった知見が示されている。また、石垣（2017）は、診療ガイドライン導入と専門医の関連に注目した米英日比較を行っている。そこでは、米国の専門医制度の特徴について、関連学会による共同の「専門医機構」設立運動（1900年代初頭）から、病院協会、医学大学協会、医師会、医学試

験機構の合意を経て、米国専門医機構が設立されたとの点、診療ガイドライン導入の政策においては、学会の影響力が大きく働いた結果、学会の同意を得られず挫折したとの点が示されている。対照的に、英国の専門医制度の特徴については、2000年代初頭まで、米国のように複数の学会で構成される専門医機構は存在せず、各学会が専門医を認定（現在はGMCが専門医を認定）していた点、診療ガイドライン導入の政策においては、学会の影響力が大きく働いた結果、学会の同意を得ることに成功し導入に成功したとの点が示されている。そのうえで、日本の専門医制度の特徴については、1962年の麻酔科標榜医の指導医制度が学会認定の専門医制度の嚆矢となり、その後、学会の連携による「学会認定制協議会」が1981年に発足、1996年に「日本専門医認定制機構」と改称、2014年に「日本専門医機構」と組織を改めたとの点、診療ガイドライン導入の政策においては、学会の影響力は小さく、日本医師会が拒否権プレーヤーとなった結果、医師会の反対により挫折したのものとして考察されている。

英語の文献として発表された研究成果について、医学の専門分化を扱った主要な歴史研究としては、眼科を中心に扱ったGeorge Rosenの著作（1944）がある。その後、1960年代半ばから1970年代初頭にかけて、医学の専門分化の歴史を国別に扱った研究成果が発表されている。たとえば、Hans-Heinzのドイツを対象とした研究（1970）や、Rosemary Stevensのイギリスを対象とした研究（1966）やアメリカを対象とした研究（1971）がある。また、専門職の社会学の理論枠組みを用いた代表的な研究として、Sidney Halpernによるアメリカの小児科の歴史を扱った研究（1988）がある。歴史研究以外では、同時代における医学の専門分化のパターンを国別に比較した研究として、Arnold J. Heidenheimer(1980)、Marion Döhler(1993)、William Leeming（2001）などがある。

これらの研究は、特定の国や地域、特定の専門領域、あるいは、特定の時代に焦点をあてた成果である。これに対し、本稿で中心的に検討するGeorge Weiszの研究（2006）は、フランス、イギリス、ドイツ、アメリカの4ヶ国について、医学の専門分化の全体像を、1830年から1950年にかけての長期的な視野の下に扱ったものである。また、併せて、エピローグとして1950年から21世紀初頭に至るまでの変化も概説している。このテーマに関するランドマークとしての価値を持つ成果であるといえる。

## 4. George Weisz., 2006, *Divide and Conquer* の貢献

### 4.1 同書の問いとアプローチ

同書の全体的な問いは次のようなものである。なぜ医学の専門化がいつ、どこで最初に出現したのか。なぜ、そしてどのようにして、必ずしも問題がないとは言えないまでも、必然的なものとして現れるようになったのか。なぜ、特定の方向に進み、他の方向には進まなかったのか。どこの国でもほとんど同じように進化したのか。これらの問いに基づいて、2世紀間におけるフランス、イギリス、ドイツ、アメリカという全く異なる4つの国の事例が詳細に検討されている（Weisz 2006, p.xi）。

同書のアプローチの特徴は、広範な専門分化（specialization）の歴史を説明することにある。個別の専門分野（individual specialization）よりも「専門分化（specialization）」を重視する。同書では多種多様な歴史的資料が利用されているが、特に専門医（specialist）や専門分野（specialties）がより広い範囲の医療専門職（medical profession）（時には一般市民）と接し、より広い制度的な中での立場を交渉しているものに注目している。そこには、医籍簿、全国的な協会や雑誌、医学部、科学アカデミーや学会などが含まれる。中でも、専門家が同業者に向けて発信する専門誌を厳選して利用している（Weisz 2006, p.xviii）。

タイトルにおけるDivide and Conquerは、医学の専門分化に対する以下のような同書の視点を端的にあらわすものとして選択されている。第一に、それは、問題をより簡単に解決するために、問題をより小さく、より管理しやすい単位に分割する、という基本的な知的戦略を表している。この戦略は現代科学の特徴であり、ほとんど想像を絶する進歩をもたらしてきた。しかし、この戦略には重大な限界があり、より「全体的」あるいは「総合的」な知的戦略の支持者たちによって常に批判されてきたところでもある。第二に、あらゆる意味での管理を容易にするために、共通の属性に基づいて人々をより小さく、より管理しやすい集団に分ける方法を示している。医学の専門化と国家管理との間に非常に密接な関係があることを説明するのは、他の何よりもこの性質である。第三に、一世紀の間に、文字通り分裂し、新しい種類の専門知識に基づく新しい組織形態によって征服された医療機関と医療専門職に何が起こったかを説明するものである。第四に、患者としての経験を描いている。患者は体の特定の部分を治療できるように、特別な病棟や病院に割り当てら

れる。病気は過去のどの時代よりも予測可能に治るか、少なくともコントロールされるようになった。同時に、それは、巨大で細分化された機関によって、患者の自律性と情報に基づく判断能力が著しく制限されるという帰結をもたらした。総じて、専門化の勝利は、痛みを伴うトレードオフを伴うものであった、との見解が示されている（Weisz 2006, pp.xxiv-xxx）。

## 4.2 医学の専門化の起こり

同書においては、医学の専門化が、各国においてどのように起こり、進んでいったのかが明らかにされている。まず、医学の専門化が最初に登場したのは19世紀のフランス、パリであった。この発展の基礎となったのは、都市の教育機関や病院を中心とした新しいタイプの医学研究コミュニティの出現であった。フランスの首都をユニークなものにしているのは、新しい傾向の独占というよりも、この発展の規模であった。フランスの医学界の大多数は、当初、医学の専門化に反対していた。しかし、医学の専門化は、実験室での実験と並んで、医学の新しいビジョンを象徴するものとなり、世紀半ば以降、医学改革者たちの関心を集めた。1862年、パリ医学部の学部長に改革派の学者が就任したことで、同学部では専門医のためのジュニアポジションが設けられた。1870年代後半に第三共和制が施行されると、改革派が主導権を握るようになり、高等教育機関にも新たな資金が提供されるようになった。その結果、パリ市立医学部では医学の専門分野が確立された。しかし、大学の拡大が医学の専門化や科学研究の原動力となりつつあった当時、組織の硬直化と慢性的な資金不足がフランスの高等教育の特徴であったため、地方都市の教育機関が相対的に軽視されることになった。その結果、フランスにおける医学の専門化は、20世紀までパリを中心とした現象であった（Weisz 2006, p.xxii, pp.3-25）。

一方、ロンドンのケースでは、専門化が比較的遅れて、しかも中途半端な形で受け入れられた。イギリスの首都には、パリに存在した制度的条件がほとんどなかった。ロンドンは大都市で、医療資源も豊富であるにもかかわらず、統合された医学研究コミュニティが存在しなかった。その結果、19世紀前半の専門化は、主に診療を志向する比較的地位の低い職業選択として、医療エリートよりもむしろ非医療大衆への直接的なアピールに基づき、発展した。他国で専門化が科学の必然として認識されるようになって、英国の医学エリートはそれに抵抗した。英国のアカデミック・エリートが一般的にそうであるように、教育や実践にお

ける一般知識の理想に固執し続けたのである。この抵抗は、イギリスにおける専門化の発展を阻むことはできなかったが、その範囲をかなり限定し、他国で獲得したものとはかなり異なる性格を持たせることになった（Weisz 2006, p.xxii, pp.26-43）。

19世紀初頭のウィーンには、パリが最初の専門医養成の拠点となったのと同じような資源が豊富に存在した。しかし、そのアカデミックな医学界の規模はかなり小さく、政治的条件も不利であったため、当初この地で専門化が大きな規模で発展することはなかった。他方、専門化が国際的に台頭しつつある新しい医学の不可欠な要素であると認識されるようになると、規模はあまり問題にならなくなり、ウィーンの各機関は驚くべきスピードで専門化の中心地として、外国人医師や医学生を惹きつけるようになった。さらに、この大学がドイツ語圏の大学の大きなネットワークの一部であったことも重要で、このネットワークは世紀後半に大きく拡大し、あらゆる知識領域で学問の専門化を可能にした。フランス以上に、19世紀のドイツにおける医学の専門化は、大学を中心に行われた。学生や科学的名声をめぐる多くの大学間の競争と、科学研究と高等教育への投資が現実的、象徴的、そしてイデオロギー的にもたらず利益を認識した複数の州当局（multiple state authorities）による寛大な資金援助により、ドイツ語圏は19世紀後半には科学・医学研究の国際的な中心地として広く認識されるようになった（Weisz 2006, pp.xxii-xxiii, pp.44-62）。

パリやウィーンにあったような条件は、ほとんどアメリカには存在しなかった。しかし、一部の猛烈的な反対にもかかわらず、1860年以降、アメリカの医学界のエリートたちは、驚くべき速さと熱意で専門化を受け入れた。アメリカの医師たちは、専門家になるためにヨーロッパに殺到した。このような事態を招いた第一の原因は、アメリカの医学の社会的地位が特に低かったため、科学を取り入れることによって医学の地位を高めようとする強い欲求を引き起こしたことにある。専門化は、新しい医学と完全に結びついてしたが、実験生理学のような実験的な学問にはない、身近で実践的なものであった。さらに、学生、顧客、後援者を奪い合う小規模の私立医学部が数多く存在し、ヨーロッパ大陸の医学部に比べて官僚主義やエリート主義ははるかに少なかったため、学術医学に専門性を導入することが必要であり、比較的容易であった。同時に、このような制度的な開放性から、医学界のエリートは、ヨーロッパのエリートよりも明確に区別されず、名声も低かったため、米国では、専門化の科学的正当性と多く

の開業医の純粋な商業的動機を区別することは困難であった。このように、アメリカは専門医制度が直接的に問われるようになった最初の国であった。専門医制度に好意的な医療エリートたちと、それに敵対する一般開業医たちとの間の継続的な対立は、アメリカ医師会によって積極的に調停された（Weisz 2006, p.xxiii, pp.63-83）。

### 4.3 専門医制度による統制と標準化

続いて同書では、専門分化がもたらした状況が、専門医制度の認証によって統制、標準化されていく経過について論じている。まず、専門医の認証に関する議論は、1880年代末にドイツで初めて浮上した。これは主に、専門医と一般医の両方を代表する全国的な医療機関が、他の多くの分野と同様に、この分野で生じていた困難な問題に直面し、議論する強力な立場に早い段階からあったためである。こうした問題の最たるものであり、専門医の規制の大きなきっかけとなったのが、1883年の国家医療保険制度の創設であった。プロイセン政府は、医学教育や医療の規制に介入してきた伝統があり、専門医の問題に積極的な関心を持ったことが、事態を加速させることになった（Weisz 2006, p.xxvi, pp.105-126）。

アメリカでは、アメリカ医師会（AMA）の再編成により、AMA がより代表的で効果的な全国組織となった直後から、ドイツ医学の直接的な影響と、地域分権や無免許・非正規治療者との活発な競争を経験した。両国の構造的条件が類似していたため、両医師会が医師会の代表組織による専門医養成・認定制度を選択したことは偶然ではないと指摘されている。しかし、その仕組みは両国で大きく異なっていた。ドイツでは、専門医の認定は、特定の地域の医療従事者全体を代表する団体が担っていた。アメリカでは、専門医の国家代表団体が決定権を持ち、AMA をはじめとするいくつかの国家団体が、つぎはぎだらけの専門医制度に一貫性を持たせ、より均一な基準を設けるために奮闘していた（Weisz 2006, pp.xxvi-xxvii, pp.127-146）。

フランスでは、20世紀に入るまで、医療専門職は効果的な全国代表機関を持たなかった。そのため、専門化に関する議論はほとんど行われず、専門医資格の問題についても検討が遅れていた。1920年代末によく検討された専門医の認定制度は、全国的な国家統制のもとで行われるという極めて特徴的なものであった。このような野心的なプロジェクトをフランスの政治環境の中で成功させることは非常に困難であったため、長期間の遅れが生じた。フランスの専門医制度は、

ドイツやアメリカの制度が機能し始めてから20年以上経ってから設定された（Weisz 2006, p.xxvii, pp.147-163）。

イギリスの状況は、他のケースとは根本的に異なっていた。20世紀初頭には様々な種類の短期で低レベルの専門医養成プログラムが導入されたが、わずかな例外を除いて、資格取得が広く専門家の需要として浸透することはなかった。1930年代から40年代にかけての専門医養成の圧力は、他の事例のように奔放な専門医の診療を抑制したいという医学的な欲求に結びついたものではなく、改革を切実に必要としている医療制度に十分な訓練を受けた専門医を供給する必要性を反映したものであった。主に非公式の同業者による病院ポストへの任命という形で行われてきた伝統的な専門医の定義は、戦間期において、統一され、調整され、「効率化された」医療システムという技術主義的ビジョンと一致していった。第二次世界大戦後、国民健康サービス（NHS）が導入されると、このような専門分野に対する見方が定着し、拡大した。新しい医療システムを構築する人々にとって、専門医養成を組織化する目的は、国家のニーズを満たすために多くの専門医を輩出することであった（Weisz 2006, p.xxvii, pp.164-187）。

このような各国の違いとあわせて、同書では、1920年代から1930年代にかけて、医学の専門化に対抗する運動があったことにも触れている。1920年代から1930年代は、専門化を前提とした還元主義医学がほぼ全面的に勝利した時代であったが、狭量な専門医を排斥し、総合的な人間性に配慮した新しい医学を目指すホリスティック・リバイバルが生まれた時代でもあった。専門医の狭量さを補うために、総合診療の活性化、グループ診療、1つの医療センターに専門機関を集めるなど、さまざまな制度が提案された。病気と癒しにおける心身医学的要因の重視は、精神医学に新たな生命を吹き込んだ。臓器別の専門分野でも、臓器が個人の「体質」全体への入り口となることを強調することが多い。この時期の反専門主義的な衝動の醜い変種は、専門化の継続的な広がりについて、ユダヤ人の影響を非難することであった。専門化とユダヤ人医師との関連は、特にドイツで広まったが、ドイツに限ったことではなかった（Weisz 2006, p.xxviii）。

また、この時期には、医学団体による国際交流が進んだ時期であったことも指摘している。あらゆる種類の国際的な学会が盛んになり、共通の医学文化に貢献した。1930年代、ある国際学会は、専門化、違法行為、国民健康保険といった大きな問題に各国がどのように対処しているかを大規模に調査した。その結果、

政府の形態がどうであれ、医療と政治の問題、医療と社会の問題は、どの国でも同じである、との結論が示された。他方、このような合意は、各国における専門医の組織化のあり方に大きな違いが生じることを防ぐことはできなかったとも指摘されている(Weisz 2006, pp.xxviii-xxix)。

#### 4.4 医学の専門分化の歴史に関する一般的な結論

各国の歴史の比較を通じた一般的な結論としては、以下の5つの知見が示されている。第一に、19世紀半ば以降、医学研究と教育が、学術界における専門分野の細分化を促す重要な刺激となり、それが医療現場にも波及してきたことである。パリを皮切りに西欧諸国における学術研究部門の発展により、専門化が孤立した個人の職業選択から大規模な社会現象へと変貌を遂げた。19世紀後半には、専門医制度はこうしたエリート環境から切り離され、ますます広く普及するようになった。それにもかかわらず、医学教育・研究部門は、専門医の育成において優位な役割を果たし続けてきた。医学部や病院といった機関がどの程度研究的役割を担ってきたか、また、そうした機関と他の専門職との関係は、各国の専門医制度の特徴に多くの違いをもたらしている(Weisz 2006, p.227)。

第二に、専門規制の実際の導入において、政府は控えめで間接的な役割しか果たさなかったが、それでも政府は、多くの複雑な方法で長期的に重要な役割を果たしてきた。政府は、専門化の主要な拠点となる研究部門を推進してきた。医学部、アカデミー、病院、そして最近では研究機関の設立や運営を行い、研究部門を繁栄させ、ますます専門的な知識を生み出すことを可能にしてきた。公的医療機関は、その管轄下にある大きな集団を、より小さく、より管理しやすいカテゴリーに分割することで対処するのが特徴である。このような単位は、階層的なパターンで組織されることが少なくない。このような仕組みは19世紀初頭のパリの病院や20世紀のロンドンの病院から、専門化が飛躍的に進んだ2つの世界大戦中の軍医院に至るまで、さまざまな場面で見ることができる。健康保険制度は、専門医を定義し、標準化するための絶え間ない圧力源となった。この共生の背景には、功利的な利益が働いているが、科学と行政の世界の間には、より深い一致がある。医学者も行政官も、複雑な問題をより小さく、管理しやすいものにする、つまり分割統治(Divide and Conquer)によって対処してきた。専門的な科学は、単に生産性が高いというだけでは評価されず、公

務員(public servant)にとって意味のある方法で「効率的」であると認識されることで価値を持つ。「国家」の利益とみなされるため、公的機関は常に、特に戦略的とみなされる特定の分野の発展を促してきた。産科、リハビリテーション科、小児科、性病科、眼科など、さまざまな分野で、さまざまな時代、さまざまな場所で、公的なプログラムによって、有効な専門分野が生み出されてきた。最後に、最も一般的なレベルでは、政府は、専門医が生まれ、機能する広範な医療システムのパラメータに、時には決定的な影響を与える。政府は、専門職団体が認定資格を導入できるようにしたり、医師会のような公的機関を設立して、その権限を持たせたりしている。さらに最近では、医療訓練や病院への公的資金投入が、特定の専門分野の発展に決定的な影響を及ぼしている(Weisz 2006, pp.227-228)。

第三に、特定の領域を独占しようとする専門職の戦略が、医学の専門分化の背景に働いていた。ただし、研究機関や行政機関が数多く存在するように、医療専門職もまた多くの集団や組織から構成されている。まず、専門医を代表する者、つまり特定の職業的アイデンティティを持つ個人が出てくる。科学的、技術的、社会的な様々な革新は、個人が狭い分野の知識や実践に集中する理由や機会を提供し、そこから新しい形態の集団的アイデンティティが獲得される。ある時点で市場原理がこのような選択を経済的に有益に、あるいは少なくとも実行可能にし、専門医はこのような市場原理を制御しようと奮闘する組織グループを形成する。専門医は、医学部、病院、全国医師会、そして保険制度など、さまざまな機関に受け入れられようとする。そして、自分たちの領域の境界をめぐって、競合するグループと争う。時には、競争を制限し、自分たちの活動領域を保護するために、専門分野の規制や標準化を求める運動において主導的な役割を果たすこともある。しかし、彼らがこれを単独で行うことはほとんどなかった。このような規制を成功させるために、ドイツとフランスでは専門職全体の協会に依存し、アメリカでは専門職全体の協会と折り合いをつけてきた。各国の医師会の力と性質は、専門医の標準化において大きな変数となっている(Weisz 2006, pp.228-229)。

第四に、「専門性」や「科学」といった概念に対する一般市民の信頼が高まっていることが、医学の専門分化の成功に不可欠であった。専門医は、一般医よりも優れた医療を提供していると患者に信じてもらえなければ、生き残ることはできない。さらに、政府が特定の問題に関心を持つことで専門医の育成が促されるように、世論や民間の慈善事業が、ある種の不幸な人々

（病気の子供や、障がいを持つ人々）に特別な関心を持ち、専門医の育成と統合に重要な役割を果たすようになる機関を支援することがある。公共的な関心は、患者の種類だけに集中する必要はなく、思想的な傾向や流行も表すことができる。第一次世界大戦後、ホリスティックな考え方が広まり、特に心身症や癒しへの関心が高まり、多くの専門分野に影響を与え、精神医学はそれまで享受していなかった、そして間違いなくそれ以降も享受していないレベルの名声を得ることになった（Weisz 2006, p.229）。

第五に、医学の専門分化が普及する過程では、国家間の相互作用、たとえば、医学のエリート層の国を超えた交流も少なからず影響していた。医師は留学し、移住し、あるいは国内会議で互いに出会い、外国で作られた医学文献（あるいはその説明）を頻繁に読むようになる。19世紀後半には、巨大な国際会議が、より管理しやすい専門家集団に分割され、国内の専門家集団のモデルとなったのである。医師は外国の雑誌を読み、他国の事例のプリズムを通して、自国の出来事を理解するようになった。20世紀には、専門分野が国際的な学会や圧力団体を設立し、共通の目的を追求するようになった。さらに、EU加盟国による集団行動は、1970年代以降、専門医のための共通規則を生み出し、同大陸のヘルスケアの発展に大きな影響を与えた（Weisz 2006, p.229）。

#### 4.5 専門医制度における各国の共通点と差異（1950年以降）

さらに、1950年代以降の動向も踏まえた上で、4つの国の専門医制度が、その出発点が大きく異なるにもかかわらず、以下の6つの点において、一連の共通の課題とジレンマに直面し、同一ではないものの、同様の方向へと導かれているとの指摘が示されている。

第一に、どの国のシステムにおいても、専門医の増加が続いていることが問題視されている。そのため、適切で統合されたプライマリーケアを提供する方法を見つけることが課題となっている。その戦略とは、医療においてジェネラリストに大きな役割を与え、公式に承認すること、強制紹介を導入して患者が専門医にアクセスできるように制限すること、専門医の研修や保険診療へのアクセスを制限して専門医の数を制限すること、研修を改善したりこの目的のために家庭医学などの新しい専門医カテゴリーを創設したりして一般診療を評価し強化すること、既存の専門医グループによってプライマリーケアが共有されるようにすること、などがある（Weisz 2006, p.231）。

第二に、いずれの国の医療制度においても、1960年代から継続的に出現している新しい専門医のカテゴリーに対処するという課題を抱えている。これらの新しい専門分野やサブスペシャリティの多くは、これまでと同様、学術研究部門が生み出したイノベーションから生まれたものであり（生殖医療、遺伝学）、また、新しい社会的ニーズとして認識された結果生まれたもの（家族・青年医療、老年医学）である。その起源が何であれ、それらは古い規制の枠組みを著しく緊張させている（Weisz 2006, p.231）。

第三に、専門医の数は全体としては多すぎるとされる一方で、分野や地域によって不均衡が生じている。事実上すべての国が、イギリスと同様に、必要どころに十分な数の専門家を確保するために、何らかの形で労働力計画を策定しようとしている。この目的のために作られた機構は、将来のニーズを計画するという、さらに複雑な任務を担っている（Weisz 2006, pp.231-232）。

第四に、いくつかの要因、たとえば増大し続ける知識量の問題などを背景として、専門医の認定や継続教育の進化が続いている。知識の量が絶えず増加しているため、当局はトレーニングをより長く、あるいはより激しく、効果的に行うことを余儀なくされている。医療官僚の間に新しいタイプの管理的倫理観が広まるにつれ、異なる専門分野間、各国の地域間、さらには欧米諸国間の研修と実践の基準のばらつきが、ますます受け入れられなくなりつつある。このため、専門医のカテゴリー、トレーニング、職務内容、さらには治療法の標準化、「調和」を求める大きな圧力が生まれた。このため、4カ国とも病院を拠点とした専門医研修プログラムを導入し、認定を受けるようになり、研修期間のばらつきは次第に少なくなってきた。このような圧力はヨーロッパでは特に強力で、EUはガイドラインを作成し、抵抗する各国政府や医療関係者にも徐々に影響を与えている。それでもなお、将来の専門医をニーズに合わせて育成すること（そして継続的に再教育すること）と、比較的安価な研修生を利用して病院内のサービスを維持することの間には基本的な矛盾が残っている（Weisz 2006, p.232）。

第五に、専門医の養成における標準化の圧力が強まっており、その影響は医療行為そのものの標準化にまでつながりつつある。高コストや法的責任などの問題が、ほぼすべての地域で大きな割合を占めるようになり、診療のばらつきが深刻な問題として捉えられるようになった。専門医制度は、さまざまな領域で正式な診療ガイドラインを作成するための重要な単位と

なっている。しかし、専門家集団は真空地帯に存在するわけではなく、ガイドラインの作成は、「根拠に基づく医療」の推進者である医学者、健康保険制度の管理者、官庁、経済学者、患者団体など、非常に複雑な領域で行われている (Weisz 2006, p.232)。

第六に、変化を求める圧力の背景には、医療費の増大がある。多くの人が、ばらつきや悪い習慣をなくせば、お金を節約できると考えている。また、高コストの直接の原因であると信じられている多くの専門医をジェネラリストが置き換えることで、節約も可能になる。彼らはジェネラリストよりも高い給料をもらっているだけでなく、最も高額な治療法を実施したり処方したりしている。このことは、専門医の普及を抑制し、ジェネラリストを“ゲートキーパー”として推進する必要性を強く示している (Weisz 2006, p.232)。

そのうえで、各国の差異については、次のような見解が示されている。ジェネラリストとスペシャリストの分布の問題については、各国とも異なる方法で対処してきた。イギリスは、GPの門番的役割を明確に定義する一方で、専門医の研修と専門医ポストへのアクセスの両方を制限していた。米国は、ジェネラリストの衰退を受け入れ、特定の専門医、さまざまな種類の専門医による臨時の仕事、医師以外の開業医への依存を含む、プライマリーケア提供者という不定形のカテゴリーを創設した。フランスは、全国的に研修場所の数を決めることで、専門医の研修へのアクセスをコントロールすることに専念してきた。最近では、一般医療を専門医にするか、少なくとも専門医の特徴を備えた分野にする方向に進んでいる。これとは対照的に、ドイツは、研修を通じて採用をコントロールする努力を避け、代わりに、ある地理的単位で開業医の割当を設けることによって、保険診療（ドイツの文脈では、ほとんどの個人診療を意味する）を規制することに焦点を合わせてきた。また、ジェネラリストをスペシャリストに変えようとし、現在では、幅広いゲートキーピングの役割を持つ一次専門医のカテゴリーを設ける方向で動いている。しかし、この取り組みの成否の判断については、George Weisz は時期尚早としている。各国とも、どのような戦略をとったとしても、ジェネラリスト／プライマリー医は、その役割に特に満足しているわけでも、座りの良いものと認識しているわけでもない、とまとめている (Weisz 2006, pp.255-256)。

#### 4.6 George Weisz., 2006, Divide and Conquer 以降の研究展開

George Weisz は、現在、マギル大学の医学史講座の

教授を務めている。Divide & Conquer 以降の研究としては、慢性疾患の歴史を扱った著作 (Weisz 2014) を公刊している他、近年の研究として、医学教育の世界レベルでの標準化が進むに至った歴史について、WHO の関りを中心にまとめている (Weisz & Nannestad 2021)。Divide and Conquer 以降、他の研究者の手によるもので、医療、医学の専門分化一般を扱ったまとまった成果は管見の限り見当たらない。他方、George Weisz の成果を踏まえた医療、医学の専門分化に関する研究成果としては、一般診療医 (Susan Pickard 2009)、創傷学 (Anna Milena Galazka 2020)、老年医学 (Susan Pickard 2010)、遺伝学 (Willum Leeming 2007)、精神医学 (Nicolas Henckes 2011) 等、特定の専門分野に限定した形で発表されている。その他、Divide and Conquer の知見を直接に踏まえた研究ではないものの、日本における医学の専門分化と、他国の状況を比較した研究としては、真菌医学についての研究 (Aya Homei 2006) や、産科医と助産師の分業を扱った論考 (Ilana Löwy 2007) がある。

### 5. おわりにー日本の事例を検討するに当たっての論点

以上、George Weisz., 2006, Divide and Conquer が示した専門医の歴史に関する知見のうち、まず注目されるのが医学の専門分化と、専門医認定の仕組みが各国に波及しつつも、各国の独自の制度へと帰結する過程である。医学の専門分化が最初に登場したのは19世紀のフランスで、新しいモデルはすぐにドイツ、そしてアメリカに波及した。専門医認定が最初に導入されたのはドイツで、同様の仕組みが、抵抗を受けながらも他の国でも採用されていった。他方、医学の専門分化を早期に受容したフランス、ドイツ、アメリカとは対照的に、イギリスにおいては、医学の統一を維持しようとする勢力が強く働いた。その結果、イギリスにおける医学の専門分化の度合いは、国民保健サービスが導入された後の時代でさえ、他の国よりも曖昧な状況に止まることになった。

また、このような各国の違いは、科学研究と大学教育の仕組みと密接に関連していたとの指摘も興味深い。例えばフランスでは、科学研究と大学での教育が、専門分野の分離を促す決定的な要因となった。対照的に、イギリスでは、医療実践と科学研究、大学教育の関係が相対的に薄く、また、医学のエリート部門においても専門分化への反対が長く続いた。ドイツでは、大学の制度変更、科学研究の急速な拡大、社会保障制度の成長に伴い、医学の専門分化が収束した。ア

アメリカでは、分権化された政治システムと民間市場の競争が、医学の専門分化の受容と普及を促進した。

これらの知見を、日本の専門医制度に関する研究と接続するうえで、ここでは、橋本（2008）の専門職養成レジーム論（国・大学・専門職のパワーバランス）の枠組み援用して解釈を試みたい。まず、専門医の問題は、今回の対象となった米英独仏の4か国の場合、出発点においては「大学」における専門分野の研究、講座開設、及び、それを担う医学教授のポスト配置が発端となっている。仏独米のアカデミック・エリートは、医学の専門分化を積極的に主導した。イギリスのアカデミック・エリートは、病院勤務の専門医（コンサルタント）との関りにおいて医学の専門分化を受け入れたが、総体としては医学の統一性への理念を強く持ち、同国の専門医の普及は他国に比べて強い抑制を基調とすることになった。

その後の資格認定や研修体系整備の動きは、「専門職団体」が主導した。そのなかでも先んじたのは、学術団体、もしくはローカルな職能団体だった。全国的な団体・組織による専門医の統制の仕組みは、各国の事情により、成立時期が大きく異なる。自己規制の仕組みであるドイツとアメリカが早く、フランスは国家認定を目指して時間がかかった。イギリスについては、つい最近まで明確な規制の仕組みを持たなかった。また、独米の間では、専門職団体内部の構成が、専門医の普及の差につながった。ドイツでは、専門医と一般開業医の双方が勢力を持つ州医師会が専門医認定を担ったこともあり、一般開業医の一定の割合が維持された。アメリカでは、アカデミック・エリートが実践に強い関心を有したことも背景の一つとして、専門職団体における専門医認定においても各分野の専門家が主導し、結果として、一般開業医が（専門医を兼ねずに）存在する余地を非常に小さくすることになった。

「国家」による専門医認定への関りは、（1950年までの期間では）間接的であるか、あるいは後追いだった。分権型の政治システムを持つドイツとアメリカでは、地方政府（州政府）の役割が大きい。集権型の政治システムを特徴とするフランスでは、専門職集団にとっての目標が国家認定の確立となった。イギリスも、この書籍が扱った大半の期間においては、専門医の認定の問題に関わってこなかった。他方、イギリスの場合において特筆すべきは、他国と違い、国家の政策が専門医を増やす方向での圧力となったものとして解釈できる。

以上、本稿が示したGeorge Weisz, 2006, *Divide and Conquer*による医学の専門分化に関する比較社会史の

研究成果は、日本における医学の専門分化の経緯や、その特殊性を考察する上での基盤となると考える。特に、近年の医療問題との関連においては、日本においても、専門医の増加と量・質の統制を巡る議論や、医療費の抑制と関わっての総合診療医の育成や「かかりつけ医」制度の是非に関する議論が行われてきた。これらの問題は、George Weiszが描くように、フランス、イギリス、ドイツ、アメリカにも共通するものであるが、各国の歴史的経緯の違いを背景として、問題への対処の方法については国別のバリエーションがある。

日本の専門医制度は、医学の学術団体による個別の認定から始まり、その後、2014年の日本専門医機構の発足を経て、分野横断的な資格認定・更新基準の設定に至ったとの経緯を持つ。そのため、現在でも、各分野の専門医の認定・更新基準については、関連する医学の学術団体の関わるところが大きい。

このような特徴をもつ日本の専門医制度は、国外における動向をどのように摂取し、また、いかなる意味で国外と異なる歩みを辿ってきたのだろうか。この点を理解することは、専門医、総合診療医、かかりつけ医を巡る、今日的な医学教育、医師の継続教育の問題、更には専門医制度の影響を強く受ける隣接諸領域の専門職種の養成や研修の問題を考える上でも、基礎的な課題であると考えられる。

## 〔引用文献〕

- Döhler, Marion, 1993, "Comparing National Patterns of Medical Specialization: A Contribution to the Theory of Professions," *Social Science Information*, 32, 185–231.
- Eulner, Hans-Heinz, *Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes*, Stuttgart, Ferdinand Enke.
- Galazka, Anna Milena, 2020, "From 'dirty wound care' to 'woundology': A professional project for wound healing clinicians," *Sociology of Health & Illness*, 43.1, 99–115.
- Halpern, Sydney A., 1988, *American Pediatrics: The Social Dynamics of Professionalism, 1880–1980*, Berkeley, University of California Press.
- 橋本鉦市, 2008, 『専門職養成の政策過程—戦後日本の医師数をめぐって—』学術出版会.
- 服部伸, 2003, 「専門医制度の成立とオルタナティブ医療—ドイツのホメオパシー医にとっての医師

- 職業団体と患者組織」, 望田幸男・田村栄子(編)『身体と医療の教育社会史』昭和堂.
- Heidenheimer, Arnold J., 1980, "Organized Medicine and Physician Specialization in Scandinavia and West Germany," *West European Politics*, 3, 373-87.
- Henckes, Nicolas, 2011, "Reforming psychiatric institutions in the mid-twentieth century: a framework for analysis," *History of Psychiatry*, 22.2, 164-181.
- Homei, Aya, 2006, "Medical mycology development and epidemiology in the USA, UK and Japan," *Medical Mycology*, 44.1, S39-S54.
- 石垣千秋, 2017, 『医療制度改革の比較政治—1990～2000年代の日・米・英における診療ガイドライン政策』春風社.
- 神里達博, 2020, 「社会は科学や技術とどこまで付き合うか：学問の分化と統合」『年報公共政策科学』14, 13-27頁.
- 川山竜二, 2012, 「科学の専門分野に関する考察—N. Luhmannの機能分化概念を手がかりに—」『年報社会学論集』25, 37-48頁.
- Leeming, William, 2001, "Professionalization Theory, Medical Specialists and the Concept of National Patterns of Specialization," *Social Science Information*, 40, 455-85.
- Leeming, Willum, 2007, "On the relevance of the "genetics-based" approach to medicine for sociological perspectives on medical specialization", *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 44.2, 151-173.
- Löwy, Ilana, 2007, "The social history of medicine: Beyond the local," *Social History of Medicine* 20.3, 465-481.
- 日本教育学会, 2013, 「学問研究の基盤としての知の創造と蓄積」『教育学研究』90.1, 156-165頁.
- 日本専門医機構, 2021, 『日本専門医制度概報【令和3年(2021年)度版】』.
- 大西弘高・錦織宏, 2008, 「内科専門医の国際比較：日本, 米国, 英国の状況」『日本内科学会雑誌』97(12), 3088-3092頁.
- Pickard, Susan, 2009, "The Professionalization of General Practitioners with a Special Interest: Rationalization, Restrification and Governmentality," *Sociology*, 43, 250-267.
- Pickard, Susan, 2010, "The role of governmentality in the establishment, maintenance and demise of professional jurisdictions: the case of geriatric medicine," *Sociology of Health & Illness*, 32.7, 1072-1086.
- Rosen, George, 1944, *The Specialization of Medicine with Particular Reference to Ophthalmology*, New York, Froben Press.
- Stevens, Rosemary, 1966, *Medical practice in modern England: the impact of specialization and state medicine*, New Haven, Yale University Press.
- Stevens, Rosemary, 1971, *American Medicine and the Public Interest*, New Haven, Yale University Press.
- 田中信治, 2020, 「専門医制度の歴史」『日本消化器内視鏡学会雑誌』62.3, 2837-2844頁.
- Weisz, George, 2006, *Divide and Conquer: A Comparative History of Medical Specialization, 1830-1950*, New York, Oxford University Press.
- Weisz, George, 2014, *Chronic Disease in the Twentieth Century: A History*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Weisz, George, and Nannestad, Beata, 2021, "The World Health Organization and the global standardization of medical training, a history," *Globalization and Health*, 17.1.
- 八木聰明, 2012, 「海外の専門医制度(アメリカ, イギリス, 韓国, ドイツ, フランス)」(2012年3月8日開催の「専門医の在り方に関する検討会」での報告資料) <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000024jj2-att/2r98520000024jkj.pdf> 2023年6月11日閲覧.
- 山崎博敏, 1995, 『大学の学問研究の社会学—日本の大学間および大学内の分業を中心に』東洋館出版社.

## How did Medical Specialization Occur and Progress?: Focusing on the Arguments in *Divide and Conquer* by George Weisz, 2006

Kazuaki MARUYAMA\*

Rapid technological innovation has been accompanied by the vast expansion of new knowledge and the obsolescence of existing knowledge. In this background, higher education institutions must address the development of high-quality “scholarly practitioner” able to use their own practical experience informed by research findings, then generate new knowledge as learning material for others.

Physicians have long generated practice-based “academic knowledge” as member of academic societies (or academic journal communities). This has an important function for non-university physicians who may also write or refer to academic papers as clinical researchers. In this way, the boundary between academicians and practitioners is minimalized and important life-saving research can be shared. The certification of medical specialists is one of institutional mechanism that brings practitioner and academic societies closer.

How has the differentiation of medical specialties and the certification of medical specialist been disseminated internationally? And how have academic societies and higher education institutions been involved in this process?

This paper explore these issue by reviewing previous studies, mainly based on the recent results of George Weisz in *Divide and Conquer: A Comparative History of Medical Specialization, 1830–1800*, Oxford University Press, 2006.

---

\* Associate Professor, Graduate School of Education and Human Development, Nagoya University

