

## 博士論文 概要書

(医療供給体制と職業集団としての医師集団の再構築)

(－ゲノッセンシャフトによる高度専門職の水準の維持について－)

(Reconstruction of a Doctor Group as a Healthcare System and  
Professional Organization)

(－About the Maintenance of the Level of the Advanced  
Professionals by Genossenschaft－)

早稲田大学大学院社会科学研究科

地球社会論専攻社会哲学研究

(山下 耕司)

## 1. 論文の目的

我が国では、医師は大きな権限を持ちながら、権限に見合う専門性を維持・向上させる仕組みが不完全である。何故なら、日々進化する技術・知識の習得を必要とする高度専門職であるにも拘らず、求められる水準を確実にどの医師もが習得する仕組みを我が国は持っていないからである。これはぜひとも解決すべき課題である。

課題を改善するには、担い手が必要である。その役割を担うのが、ゲノッセンシャフトとしての特徴を持つ同職者の職業集団である。従って、ゲノッセンシャフトではない現行の医師集団は再構築すべきである。これが当論文の主張である。

## 1. 論文の構成

テーマに従って、その妥当性を述べるために、次のように序章を含め6章構成とする。序章でこのテーマの研究の必要性を示し、本論に論を進める。第一章では、この問題に掲げた点に関するゴールと現実を対比することで、この課題に取り組む必要性と課題に取り組む切口を示す。そして、第二章では、現在の医療供給体制を支えるバックグラウンドの歴史的背景を確認することで、テーマに対する問題の所在を確認する。第三章では、医療制度の自律を実現する仕組みを、プロフェッションと免許制度および集団が形成されるべき必然性から考察する。第四章では、第三章で考察したプロフェッションを活かした制度の過去・現在の職業集団を考察し、この仕組みの活用の有効性を確認する。そして、最終章の第五章で、法的根拠を持つ医師集団の再構築の必要性を述べる。

## 3. 各省の要旨

### 序章

研究動機、問題意識、それを解決するカギについて述べ、研究の入り口を説明する。

まず動機である。われわれは当たり前のように医療サービスを購入している。しかし、購入しているサービスの質が確固として満たすべき水準を充たしているかどうかを知らない。一方、内外の市場の自己調整機能を信奉する勢力が、現行の我々が享受している医療供給システムを、規制緩和によって破壊すべきとの圧力を加えている。このような状況ゆえに必要な基本財を支える制度としての「皆保険」を前提として提供される医療サービスの質を、維持・向上し続ける仕組みを検討すべきである。これが課題に対する研究動機である。

次に問題意識について述べる。我が国は長寿を達成し、ヘルスケアシステムがよく機能していると言われるが、必ずしもシステムだけで達成している訳でない。また、従来言われてきたコストの低さも曲がり角に来ているとも言われている。更にTPPや混合診療と言った論議もある。このような中、医療に求められる「安全で質の高い医療」を、果たして、このままで実現することが可能であろうか。これが問題意識である。

そして、最後に、この課題を解決するカギがゲノッセンシャフトを特質とする職業集団

にあると主張する。掲げた課題を解決するには、職業者に潜む歴史的に形成された特質を、矛盾なく、求められる方向に導く仕組みが必要である。そのため、我が国の医師の特徴の「自立」と、高度専門職に求められる「自律」との違いを明らかにし、果たすべき自律を実現する仕組みのゲノッセンシャフトの特徴に触れる。そのための考察方法として、本論文の構成をここで最初に示した。

## 第一章 現状のサービス提供上の問題

国民の必要とする医療の質の在り方を育成、倫理、事故対応、事故予防という各々のゴールと現状とを対置することで、この研究の必要性と克服すべき課題を確認する。

ゴールの概要は次となる。

医療供給サービスは、国民の負託にこたえる医療の質を実現するものでなければならない。つまり、質を充たすべく、医師が「一人前」に育成され、更にその後も求められる水準を維持すべく研鑽に努める。そして、社会通念に合致する専門職としての倫理を定め、その倫理を臨床に携わる全ての医師に徹底し、それに背くことがあれば、相応の処罰がされる。更に、万一医療事故があれば、公正で適正な観点から事故対応がなされ、事故を予防するために事故の原因を分析し活用する。これらが求められる。

この実現には、実行の主体やそれを運営する理念が必要である。その主体として相応しいのは、専門家同士が切磋琢磨して、専門職としての質を高め合う職業集団である。この職業集団も同職者が単に集合するものではなく、職業の価値を高めるために、集団自身が成員を自己規制する職業集団でなければならない。そのような職業集団は、契約によって形成されるが、一体性のある組織としての特徴を併せ持つゲノッセンシャフトでなければならない。

また、医療は健康を支えるサービスであり、求められる水準のサービスを必要に応じて供給すべきであり、医療供給体制は、この理念を前提に形成されねばならない。職業集団はこれを実現する主体でなければならないし、この主体が自らの集団に対し、自己規制することで、質の維持・向上を実現する。これがゴールの姿である。

それに対し現状は、育成は、国家資格取得後2年間の臨床義務後は各自に任されている。元来我が国には明確に意図された卒後研修はなかった。医局講座制が、その役割を担ってきたが、臨床と研究は必ずしも一致している訳ではなく、卒後研修としては不完全なものであった。また、新たに導入された臨床研修義務は、新人医師を医局から解放したが、新人医師の主体性を尊重するあまり、診療科目と地域に関する医師の偏在を助長してしまっている。また専門性についても、専門医の認定は、各学会に委ねられているが、学会毎に専門性見極めの基準が異なるため、専門性の水準が一樣ではない。つまり、求められる水準を充たしているか否かは不明瞭で不安定である。また、学会そのものが研究の団体であり、臨床医の認定と言う点で相応しい組織かも疑問でもある。さらに、実際、専門医に求められる医師個人の経験値も、ドイツやアメリカと対比すると低い。求められる水準の専門性確保と言う点では、現行の仕組みは不完全なのである。

更に自由標榜制により、培ってきた専門医療と異なる診療科目の診療を医師は行うことも認められており、患者からすれば、「安全で質の高い医療」を確実に受診できるかは、賭けともなる。

また、倫理は、現行の制度では、国家管理である。しかし、実際は、刑事罰が決したものを管理しているに過ぎず、予防や現在問題となっているケースの管理はされていない。法があっても、機能を発揮する仕組みが事実上不在なのである。

医療事故があれば、被害者はしかるべき賠償と、原因の究明、又、同種事故の発生防止を望む。しかし、医療の専門家の客観的対応は、現行の体制では、医師会にある仕組みしかなく、それは医師サイドからしか選択できない。また、事故予防には医療の専門家が事故分析に関わるべきだが、個別の医療機関にはあっても、全国横断的に組織だった仕組みはない。また、事故対応・事故予防とも、通常の事案と同じ仕組みしか被害者には用意されていない。

端的に言えば、育成や倫理、事故対応、予防等で主体となりうる職業団体も、現行のそれは任意団体に過ぎず、現状はゴールと対比すると求められるものとは違う。主体が主体として機能するように整備されていない。

我が国では、質を守るのは医師個人である。しかし個人では限界がある。その一方で、市場の自己調整機能を絶対視する勢力が、医療の分野にも影響力を及ぼし始めている。これは医療サービスを必要とする者が、必ずしも必要なサービスを購入できなくなるかもしれない岐路にあることを意味している。従って、かかる現状と新たな脅威に抗するためにも対策が必要である。

## 第二章 現在の制度の歴史的背景と特徴

我が国の医師の根底にある「自立」の形成過程を考察する。近代以前の江戸期の社会の特徴は、身分社会で、定められた身分に固定的な社会であったことと、信仰は現世利益的であり、西欧のような慈善を為さねばならないと言う一種の強迫観念はなかったこと、また、貧しいものを救うべきという救貧法も例外的な施策は別として、特段なかったことがあげられる。

しかし、そのような社会にあつて、医師になるのは、身分の枠から飛び出し、かつ生活面でも自立する術であった。従って、自立心のあるものの受け皿として、近代化以前の我が国に、自由に開業する自由開業医制が形成され、自立が我が国の医師の根底に培われたのである。

明治以降の近代化の中では、西洋医を既存の漢方医と置換するため、医業を行えるものを西洋医と定め、西洋医に業の独占を認めた。他方、本来の施策であった官の医療機関の設立は財政上の問題から進展しなかった。結果的に、公的医療機関の代わりに、民間で簡易な入院施設を併設する医院を、近代教育を受けた医師が「自由開業医制」に則って開設し、それが我が国の医療の近代化の主体となった。また、近代化は法制度も整備し、医師の報酬に関わる債権の保護が確立された。このように、業の独占と債権確保の法整備が、

明治以前にあった「医師の自立」の気風をより強化した。

職業集団も明治になって作られたが、その特徴は行政の施策の徹底と開業医を中心とする成員の権益擁護が根幹であった。また、自立が基底にある医師は、サービスの供給対象を所得の中間層以上と捉え、それらが多い都市部に集中した。結果的に、必要な医療サービスを購入できない者も多数出ることになった。そして、当時求められていた壮健な兵士の確保もままならない状況を生じさせた。このため、「社会保険」や「労災保険」が政策として作られることになった。

このような施策に対し、当初は診療報酬の引き下げになるとして反発していた医師も、社会保険の診療報酬決定に影響力を持つ事により、この政策を自らの側にある意味取り込んだ。つまり、どのような状況の変化の中でも「医師の自立」は揺るぎなく継続された。その一方で、医師のように業の独占を行う者は、業の権益に見合う自己研鑽を自律的に行う必要がある。それにも拘らず、我が国においては、この点が制度面でも、仕組みの点でも、作られることなく現在に至った。これが課題である。

以上のように、我が国の医師のDNAに「自立」は刻み込まれてきた。しかしその一方で、高度専門職集団が具備すべき「自律」は、十分に成長してこなかった。これが我が国の医師の特徴である。この不可欠である自律を具備するために必要な仕組みを、次章で検討する。

### 第三章 医師及び高度専門職の自律の理念と制度

我が国で医師は自立する存在であり続けたが、業の権限と専門性を自律的に維持・向上させる仕組みを持たなかった。それを実現するために検討すべき点と方法を、この章で考察する。

そして、次の3点から、職業集団による仕組みこそが、以上の課題を実現する方法だと主張する。

- ① 医師は、習得すべき事柄が、単に知識、経験や技術だけでなく、患者とのコミュニケーション能力までも必要とするものであり、個人でその涵養には限界がある。
- ② 医師の扱っていることのリスク、専門性の必要性及び公共の利益に供するというサービス内容の特徴から、高度専門職として免許制度に基づき運営されるべきである。
- ③ 個人で限界があることでも、特定の要件を備えた集団であれば、実現できる。それが、プロフェッションである。

以上の観点から、医師は職業集団を形成し、そこで必要な要件を切磋琢磨することで、医師に求められる水準が、職につくもの全てに、充たされることになる。

上記について、以下幾つかの点で、敷衍して述べる。

まず、病や怪我の回復のため、患者は患者としての役割を、医師は医師としての役割を果たさなければならない。この医師の役割とは、患者とは一定の距離をとり、客観的に、求められる水準の医療行為を、患者に施すことである。そのために、知識・技術や患者と

のコミュニケーション能力を常にブラッシュアップし続けなければならない。

現実の患者と相對して、これらを実際に行なうには、医師の自己努力だけでなく、必要な訓練や技術の伝授等、組織立った育成が必要になる。つまり、育成を行なう集団が必要である。

また、現行の制度は医師に業の独占を免許資格制度に基づき認めているが、これは、専門性を持つ者のみが業を行なえるようにすることで、少しでもリスクを低減させるためである。同時に医療サービスに不可欠な公共性を担保するためである。

だから、免許資格を持つ者は、業に期待される水準を常に維持できるよう努めるべきである。また、業の独占をする免許保持者は、常にレベルアップを目指し、その存在価値、希少性を保ち続けるインセンティブを持つことになる。そうでなければ、免許など既得権のための障壁に墮ちてしまう。この点では、免許制度など不要とするフリードマンの主張もあながち誤っているわけではない。

その上で、一定の水準を業に携わる者として保持するには、個々人の努力ではなく、業に属する者の集合として取り組むべきである。職業集団として、業の価値、存在意義、希少性を守るべく努力すべきで、その取り組み姿勢・方法がプロフェッションなのである。

プロフェッションには3つの特徴があるといわれている。即ち「専門性」「自律性」「倫理」であり、免許は、この特性を持つ職業集団にこそ付与されるべきものである。プロフェッションとしての性格を持った集団ならば、この特性を実現するために、集団の成員を自己規制するからである。

また、自立した個人を能動的に職業集団の目標に沿わせる必要もある。専門家は、この集団の目的に能動的に動き、かつ、同集団の成員から承認を得ることを目指す。その意味でも、同職者の職業集団の形成は必要である。

但し、自律的集団を例え形成できたとしても、外部からの監督は必要である。類似したもの同士の常識が、社会通念と乖離する可能性があるからである。そうすることが、職業集団自身の殻に閉じこもることなく、社会が求める目的を見失うことなく、活動を続けることが可能とする。

以上のように、プロフェッションとしての職業集団が必要である。しかし、「自立」の性格を強固に持つ医師が、このような集団を形成しうるのだろうか。この点を、次に確認する。

人は自立を望むが、その一方で人は社会的生物と言われるように集団を形成する。そして、それはそこに暮らす人にとっての社会である。この社会はそこに暮らす人の生活圏の拡大とともに、社会圏は拡大していく。そして、分化した諸集団の中で類似したもの同士や、他の社会圏にあっても同様の特性を持つものが結びついたりする。このように、個人は社会に所属しながら、個人の意思によって様々な集団に自ら所属する。

自立性が強くとも、医師が集団を形成するのは以上のような傾向から当然とも言える。但し、ジンメルのように集団の大きさに反比例して集団の責任は変化する。つまり、小集団ほど集団として自己規制を成員に課すことが容易である。しかし、医師集団は、小

集団では収まらないので、自己規制をするには仕組みが必要である。

小集団に収まらないならば、集団の特性は契約に基づくゲゼルシャフトの特性も持たざるをえない。しかし、ゲゼルシャフトの特性だけでは自己規制は困難なので、契約による集団でありながら共同社会としての一体性という特性を持つゲノッセンシャフトであることが、集団としての自己規制を行なうために必要なのである。医師集団の目的は公共性、専門性及び希少性の維持であり、ゲノッセンシャフトにこれを期待できるからである。

但し、テンニースの述べたゲノッセンシャフトだけでは不十分で、ヘーゲルの言うように外部からの統制も必要である。このような枠組みがあって、求められる仕組みができる。具体的には、求められる仕組みは常に経済生活の枠組みと結合していなければならない。そうでなければ、デュルケムが述べたように、仕組みそのものが消失してしまう。そのためのかげを伴った、職業集団を基礎とする目的にあった仕組みを形成することが、求められているのである。

経済的仕組みとは、社会保険のような医師のサービスに対する対価の仕組みである。安定した仕組みがあって、自己規制機能を持った職業集団の維持も可能となる。医師という高度専門職は、医療という常に公益に貢献し続けることが運命付けられた職業である。だからこそ、以上のような骨組みを持った仕組みを構築する事が、目的と運用とが整合し、継続的に存続できる仕組みとなる。

この章で理論的組み立てを以上のように確認し、次章で、現実の職業集団と高度専門職の関係を、過去・現在について確認する。特に現在について国際比較の視点から医師を中心に検証する。

#### 第四章 高度専門職と職業集団

自律的職業集団を歴史的に考察する事から始める。するとそれは、とりわけゲルマン人の団体意識の上に構築されてきたことがわかる。ゲルマン人は、土地の支配ではなく、人と人との関係で、支配と従属の関係を作った。そして、ゲルマン人は自分たちが生活基盤とする団体の中では、強制や規制を受け入れた。

人と人との関係が重視されたので、誠実の原則がそこには存在し、もし、人と人とも関係のうえにある法以前の絶対的規範である掟を領主が破れば、民衆の共同体は領主に抵抗できるし、その逆に共同体が掟に背けば、領主は共同体に介入する口実ができることになる。このような関係が存在した。

それゆえ、共同体は、それ自身として、成員同士は連帯し、かつ、共同体でできることは他人に任さず自ら行なうという伝統を持った。この伝統にキリスト教の修道院の生活方式が影響を与え、連帯性原理や補完性原理が形成され、社会システムとなった。

このような強制や規制が及ぶ人と人との関係から形成される共同体の延長上に、かつて手工業者の同職組合や職人組合が存在した。彼らは団結して共同体、つまり、職業集団を形成することで業の独占を行なった。その際、業への参入制限、徒弟の選別を行い、職人、親方に至る教育システムを作り、更に、品質検査を行い、品質に満たないものは排除した。

そうすることで、業としての信頼と希少性を維持するよう努力した。これは共同体の持つ強制と規制の特性であるとともに、共同体の目的を成員が連帯性原理と補完性原理で実現することでもあった。

また、これはプロフェッションの専門性・自律性・倫理の体現でもある。業自身に価値があり、育成システムが機能している間は、この仕組みは自律的に循環した。しかし、宗教戦争やマニファクチュアの勃興等、システムを支えていた仕組みに変動が生じるにつれて、手工業者や職人の組合は衰退して行った。しかし、逆に言えば、システムに変動を加える要因がなければ、この仕組みは有効だということである。現代でも未だに専門性に特化している職業ならば、この仕組みが有効に機能する可能性がある。それを確認するために、幾つかの国の医師の同職組合について考察する。

高度専門職による職業団体の形成は、資本主義の理念により、その在り方は一様ではない。「アングロサクソン型資本主義」の国では、医師も患者も機会の平等を重視し、機会の平等さえ与えられるなら、機会を逃すことがあっても、それが自身に理由があるならやむなしとする。つまり、極論すれば選択の自由が与えさえすればよいことになる。

質の良いものがあるのがわかっているにもかかわらず、対価を支払うことができなければ、それを購入できなくとも、やむをえないとする考え方である。従って、このような理念の国では、医師個人が力を発揮するため、夫々が精進し、活躍する場所を勝ち取る社会となる。その結果、このような社会では、医師の質の管理は、行政や、医師を必要とする医療機関が行なうことになる。そのためそこの職業組合の働きは、個々に努力する医師を支援することとなる。従って、専門誌の発行等がその主な活動の場となっている。

この考え方から、医療サービスの購入者は、対価の支払能力如何で、得る結果が変化することになる。そして、社会的弱者の救済は、税で対応すべきとなり、高齢者や貧困者のみを救済の観点から対処すればよいとされる。これがアメリカの制度である。但し、同じアングロサクソンでも、イギリスはアメリカとは異なり、全ての国民に対し税でこの点を対応している。しかし、予算の関係から入院の待機期間が長い等の課題を持っている。つまり、何事も自己責任であり、公共性に関わる点は、できるだけ切り詰めて他人に負担をかけさせないという発想がそこにはある。

但し、職業集団の質への関与は少ないとはいえ、問題があれば、直ちに訴えられるのがアングロサクソン型の社会であり、医師はそのような緊張感に常に晒されている。従って、基本財としての健康を支える医療の供給システムとしては不十分かもしれないが、質は担保される制度となっている。

一方、ドイツやフランスは異なる。これらの国には強制加入の医師会と、社会保険に関与する任意参加の保険医協会や保険組合の二つがある。倫理面では強制加入が効果を発揮し、悪質な医師を排除するようになっている。特に注目すべきはドイツである。州医師会を中心に育成・倫理・事故対応に取り組み、職業集団としてサービスの質に深く関わっている。

また、社会保険の報酬面でも、保険医協会として、ドイツでは対価の決定や、個別の医

師から請求される報酬の査定にも、職業集団が関与している。他方、保険医協会は、州毎の保険の診療報酬の請求に基づき、専門医毎に開業医の定数を算出している。これは、医師の偏在を回避する対策の参考になる。このような取り組みは、共同体内での結果の平等を重んじる「ライン型資本主義」の特長にも適う。何故なら、集団で質を保証するゆえ、患者からすれば、結果的に平等な治療を期待できるからである。

フランスは我が国同様自由開業医制の国であるが、職業集団の関与は、ドイツほどではない。しかし、全員が強制加入する医師会に所属することで、倫理を守ることににおいてはドイツと同じである。しかし、専門をどのように決めるかでは、教育の場の成績が重視され、成績の良いものが、優先的に自分の専門を決めていく仕組みになっている。また、事故は事実上行政の仕組みで対応している。偏在の問題では、開業医の早期定年の募集を行なったところ、希望者が多すぎ、それも逆に問題となっているようである。このようにフランスも顕現してくる問題に対応しているが、その対応の仕方は、「アングロサクソン型」と「ライン型」の中間と言ったところにある。

基本財としての健康を支えるという意味では、自律的な職業集団によって、結果の平等の提供を目指すライン型が、より望ましい仕組みといえる。次に我が国の「自律的な職業集団」として、弁護士会を確認した。

我が国の弁護士会は、検察との間の不平等があったため、それを克服するため、法曹一元化、司法の自治の獲得のため、職業集団は、闘争を行ってきた。それを戦後実現したのであるが、それと同時に、自らを律するために弁護士を、すべからく都道府県弁護士会に加入させ、問題をおこせば、場合によっては、弁護士会から除名し、弁護士活動を禁じることになっている。また、弁護士会独自の使命に基づく活動として、裁判所の支部が担当するエリアに弁護士がゼロの地域を撲滅する運動を行い、成果を出している。そして、都市部では法のサービスが不十分な地域の支援も行なっている。このような結果がでてるのは、強制加入と言う強い仕組みがそこにあるからと考えられる。

ドイツやフランスの医師会や我が国の弁護士会は、法に根拠付けて医師会に医師の監督をさせている。それに対し、現行の我が国の医師会は特段の権限も無く、質を実質的に守る仕組みは不十分である。

以上のように、健康と言う基本財に関わるサービスの性格から、結果の平等を目指す職業集団を核とした仕組みづくりが求められている。

## 第五章 終章 医師会の再構築ーゲノッセンシャフト的組織へー

資本主義思想にはアングロサクソン型とライン型がある。金融を中心とし、個人主義に則った展開をするのが「アングロサクソン型」であり、グローバリズムとして展開している。一方共同体に重きを置くのが「ライン型」であるが、これはグローバリズムに席卷された感はある。しかし、ライン型のメリットが完全に喪失したわけではない。現に、ドイツでもグローバリズムの影響は強くなりつつあるが、企業共同体において雇用を守ると言う意味では、今も健在である。

とりわけ、医療について言えば、アングロサクソン型の対応は好ましくない。また、個人の競争が効率に繋がると言うのは、必ずしも医療に関しては真実ではない。2010年のOECDのデータで見るとおり、アメリカは高齢化比率が低いのに、GDPに対する医療比率は突出している。自由化は医療費の高額化を招くのである。

また、高額化は医療サービスを受けられない層を拡大もする。健康は人が生きていく際の基本財であり、基本財を支える医療の配分が不十分であるならば、自由主義が冒涇される。少なくとも、医療については、結果の平等を目指すライン型の取り組みが、必要なはずである。

質の面でも特徴が出る。アングロサクソン型は個人の努力を求め、資格や医療機関の審査で個人が活躍する場所を、獲得することになる。資力もあり、医療サービスを購入できるものならば、一定の質を享受することができる。一方、ライン型では育成は全員加入の医師会が責任を持ち、患者には定められた水準の医療が約束される。また、ライン型のドイツでは、開業医について専門診療科や地域による定員が定められ、少しでも偏在を解消する努力がされている。

それに対し、我が国は、卒後2年間の臨床研修以降は、各自に任されているという意味ではアメリカに近いが、専門性や入院特権のような縛りはなく、更に自由標榜制があるので、医療サービスの利用者からすると、質という点では、ライン型、アングロサクソン型いずれの理念から見ても、また、医療の目的からしても不十分な状況にある。

我が国には、「皆保険制度」があり、「自由標榜制」がある。つまり、共助と個人主義が混在している。しかし、混在はサービスの特徴からすると、サービスを必要とする者全てに対する質の担保ができず、望ましい在り方ではない。医療の目的からすると、結果の平等を目指すライン型の集団による医療システムの構築が必要である。そのためには、個人主義の現れである自由標榜制ではなく、国民の健康を守るために整備された「専門医制度」が構築されるべきと考えられる。

その為には、新たな仕組みが必要である。それがライン型による構造変革となる。質を担保する仕組みを、全体の水準を整える観点から再構築するためには、それにあった職業集団を作らなければならない。

法で業の独占を認められるような高度な専門職であれば、職業集団を形成し、職業として獲得した権益を守るため、また、そうあり続けるためにも質を維持・向上させることが、職業集団の使命となるはずである。ドイツの州医師会はこの役割を担っている。我が国にも、このような職業集団を作らねばならない。

技術の希少性、訓練、人材の囲い込み、紛争や倫理、品質管理、専門性の承認、これら6点が、職業集団に任されれば、積極的に専門職としてその役割を果たすことが期待できる。それは、かつてのギルドや職人組合の実例や、現在のドイツの取り組みからも、明らかである。

ただ、これを行なう職業集団は、「ゲマインシャフト」的特質を持った集団としての一体性を持つもので無ければならない。またそれだけではなく、広域に存在する専門職であ

る医師をカバーするため、契約によって形成される集団という「ゲゼルシャフト」としての特質も必要である。これら双方の特徴を持つものが、「ゲノッセンシャフト」であり、この自律的共同体が先に挙げた目的を実現するためにはこの特質が不可欠である。そのために、成員を拘束する集団を形成しなければならない。

何故なら、集団に所属しなくても集団活動の成果の恩得に浴することができるならば、わざわざ集団に加入する必要はない。すると、個々の高度専門職に集団のための自律的行動を期待できなくなる。自律的行動を促すためにも、強制加入が必要なのである。ドイツやフランス、又日弁連が強制加入としているのには、このような理由がある。

従って、我が国の職業集団も、現行の日本医師会と異なり、ゲノッセンシャフトとしての自律的共同体としての強制加入の組織を再構築すべきである。再構築にあたり、機能分化も必要である。現行の医師会を、質を守る強制加入の医師会と、診療報酬のための保険医が所属する職業集団、そして、政治的目的やその他目的に応じた組織や研究機関、これらに分解し、より相応しい組織に再構築することが必要なのである。そして、それら職業集団をプラットフォームとして、その上に求められる仕組みを構築すべきなのである。

しかしながら、何事も全てを任せると、そこに腐敗が始まるし、全体が機能しなくなる。従って、全員加入の医師会が判断したことについて、異論がある場合の受け皿も必要である。ドイツの職業裁判所がこれにあたる。また、国に全てを委ねると、官僚が作った数字のマジックから政策誘導される危惧もある。それに対するため、医師会を支援する現在の総合研究所のような組織も必要である。

これらの仕組みができることで、高度専門職であるプロフェッションは、一層専門性を高めるための推進力ともなり、輝きを増すことになる。