

医療の質の保証に資する「プロフェッションの自律」
の制度化に関する研究

金沢大学医学部附属病院総合診療部准教授 野村英樹

東北大学大学院医学系研究科 篠田知子

厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事 H18-医療-一般-005）
医療の質・安全を確保する新しい医療システムを実現するための戦略に関する研究
研究協力者報告書

医療の質の保証に資する「プロフェッションの自律」の制度化に関する研究

研究協力者 野村 英樹 金沢大学医学部附属病院総合診療部准教授

研究要旨

医療に対する信頼が大きく揺らぐ中で、専門職集団（プロフェッション）としての医療職による自律の必要性の認識が高まっている。本研究では、医療先進諸国における医療専門職規制（medical regulation）の目的とシステムの全体像について調査し、その中で医療専門職の自律的処分に相当すると考えられる部分について詳細な調査を行った。また、身分団体としての弁護士会の役割とそれについての議論や、公正取引委員会の役割および同委員会を総務省外局から内閣府外局へと移行させた経緯、国土交通省の審議会である航空・鉄道事故調査委員会の外局化（2008年3月現在法案審議中）の経緯、などについての情報を収集した。それらの調査結果に基づき、本邦の医療ならびに司法制度と整合性のある医療職の自律的処分制度の確立へ向け、厚生労働省の審議会である医道審議会の外局化（医道評議委員会の設置）を提言した。

A. 研究目的

本邦における医療専門職規制に、医療専門職（プロフェッション）の自律の原則を取り入れるための具体的な制度設計提言を行う。

B. 研究方法

- ① 医療先進諸国の医療専門職規制の現状と潮流について調査し、規制の目的とそのためにプロフェッションの自律が果たしている役割を明らかにする。
- ② 本邦の医療専門職以外の専門職規制制度の変革の流れについて把握する。
- ③ ①および②に基づき、本邦の上位法体系と医療・司法制度と整合性のある医療職の自律的処分制度の制度設計に向けた提言を行う。

C. 研究結果

＜医療先進国における医療専門職規制＞

医療先進各国の医療専門職規制の概観については研究業績 1～3（本報告書に添付掲載）、英国における医師の自律的処分制度の詳細については研究業績 4 および 5（同じく添付掲載）に報告した。これらの結果の要点をまとめると、

- 医学部教育～卒後初期臨床研修～総合医／特定領域医研修～特定亜領域医研修～生涯学習に至るまで、各国の医師の養成過程にはスタンダードが設定され、医育機関がそのスタンダードに沿った教育を提供しているか、学習者の能力（コンピテンシー）が修了後にスタンダードに到達しているかを評価するシステムが存在する。
- 医師の能力（コンピテンシー）は、1. 知識

や技術、ならびにそれらを正しく使いこなす論理的思考能力と、2. プロフェッショナルとしての人格的行動能力（プロフェッショナルリズム）に分けられる。前者については総合医ないし各特定領域医による団体（総合臨床医会ないし領域別臨床医会）がスタンダードを設定して認定を行い、後者についてスタンダード（行動規範）を設定して医療業登録を行う機関は独立して存在する（英国の総合医療評議会 GMC など）。いずれも、医療者による自律の原則に沿って設置されている。

- ▶ 行動規範については、医師養成の各過程での整合性をとるために、単一の医療専門職規制機関が管轄するか、あるいは過程毎の規制機関が密接に協力して管理している。
- ▶ 行動規範の設定、医籍の管理、医師の診療適性の調査・裁定を単一機関の権限とすることは避ける傾向にあるが、英国のように単一機関による管理を維持している国も存在する。ただし、単一機関内での各役割の独立性を保つ努力がなされている。また、中央の機関に集約されている国もあれば、地方に分散させている国もあるが、後者は共和国ないし連邦制を敷いている国に見られる体制である。
- ▶ 各国の医療専門職による自律的規制機関は近年、理事会への非医療職の参加比率の拡大や、各種手続きの透明性の確保、および関係官庁・議会への説明責任をより強く求められる傾向にある。
- ▶ 多くの国で、医師の臨床能力の定期的評価と、その結果に基づく免許／医療職業登録更新が課される方向性が見られている。
- ▶ 多くの国で、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、その他の種々の医療職の自律的専門職規制を、同じ体制で行う方向性が示され

ている。

<国内他業種における専門職などの規制制度>

- ▶ 司法試験委員会は、かつては「司法試験管理委員会」の名称を持つ外局であったが、2004年1月1日国家行政組織法第8条による審議会等に移行して現在の名称になった。司法試験は、法曹（裁判官）、検察官、弁護士資格を付与するための国家試験である（司法試験法1条）。司法試験合格者が弁護士業を営む際には、所属事務所の所在する単位弁護士会と、同弁護士会を通じて日本弁護士連合会に登録しなければならない（弁護士法第9条）。公権力からの独立性を維持するため、弁護士の懲戒は弁護士会が自治的に行っている（弁護士自治）が、これについては批判も多く、民主主義的な弁護士監視機関を設けるべきだとする意見もある。
- ▶ 公正取引委員会は2003年4月9日、電気通信事業・放送事業・郵政事業の監督行政を所管する総務省の外局となっていることの問題に対応するため、総務省外局から内閣府外局に移行。公正取引委員会が独占禁止法に違反する行為・状態を発見した場合、排除措置命令や課徴金納付命令などの処分を下す。これに異議がある場合に審判請求を行うことで審判が開始される。原則として、委員会が指定する審判官による公開の審判手続きを経て、審判委員会による審決を行う。一般人による傍聴は自由。審決取消訴訟は、東京高等裁判所を第一審とすることが定められている。事実認定に関して実質的な証拠がある場合は、裁判所も公正取引委員会の審決に拘束される（実質的証拠の法則）。また、公正取引委員会の告発がないと、主要な違反類型については刑事処

罰できない。

- ▶ 会計検査院は、内閣からも完全に独立した憲法機関であるが、憲法の改正なしに新たに完全独立機関を作ることは難しいとされている。独立行政委員会には、人事院、公正取引委員会、国家公安委員会（独自の大臣を頂く大臣委員会）、公害等調整委員会、公安審査委員会などがある。
- ▶ 国土交通省の審議会である航空・鉄道事故調査委員会と、外局である海難審判庁の事故調査機能を統合して、新たに運輸安全委員会を外局として 2008 年中に設置する予定(2008年3月現在衆議院で法案審議中)。その理由の一つに、国連の専門機関である国際海事機関（IMO）の条約改正が 2008 年夏に行われる見通しで、懲戒と分離した再発防止のための海難調査が求められているが、現在の海難審判庁は原因究明と懲戒が一体となっており、懲戒機能を分離する必要に迫られていたことが挙げられている。また、法令上外局を持たない航空・鉄道事故調査委員会に対し、外局である運輸安全委員会は全国 8ヶ所に「地方運輸安全事務所」を設置する全国組織として、航空・鉄道・船舶事故の原因調査と、情報収集活動に当たる。海難審判庁が行っていた懲戒機能は、「国家行政組織法第 3 条第 2 項の委員会及び庁」ではなく、「国家行政組織法第 8 条の 3 の特別の機関」として「海難審判所」を設置して対応する。航空・鉄道関係の懲戒を行う機関は特に設置されていない。

＜医療職の自律の制度化の提言＞

- ① 現在の医道審議会設置の法的根拠である厚生労働省設置法第 6 条第 1 項、第 10 条、および国家行政組織法別表第一を改定、また厚生労働省設置法第 4 章に新たに第 4 節を加

えて、医道審議会を国家行政組織法第 8 条に基づき設置される「審議会等」から、第 3 条第 3 項に規定される「委員会及び庁」にあたる厚生労働省の外局（医道評議委員会と仮称する）とする。医道審議会令は廃止する。

- ② 医道評議委員会の委員長は、国家資格を有する医療職を厚生労働大臣が任じる。任命にあたり、厚生労働大臣は日本医学会、日本学会議、最高裁判所、日本弁護士会などの代表や内閣特別顧問らにより構成される諮問委員会の意見を聴く。
- ③ 医道評議委員会の委員は、臨床家医療職が過半数を維持することにより医療職の自律の原則を担保するが、患者や社会の視点を取り入れる目的で非医療職（患者代弁者、法曹、弁護士、社会学者、保険支払い者など）にも参加を要請する。また、研究者医療職にも若干名参加を要請する。
- ④ 医道評議委員会は、医療職の行動規範を制定し、5 年毎に見直しを行う。
- ⑤ 医道評議委員会は、全国 8ヶ所（東京都、大阪市、名古屋市、広島市、福岡市、仙台市、札幌市、高松市）に地方事務所を、6ヶ所（金沢市、岡山市、松江市、宮崎市、那覇市、秋田市）に地方事務所の分室を置く。
- ⑥ 医療職の国家試験は従来通り厚生労働省医政局医事課試験免許室が管轄する。国家資格医療職は、医道評議委員会に所定の年間登録料を支払うことで、医道評議委員会を通じて医籍登録を維持する（A 登録と仮称する）権利を有することとする（選択制：ただし、医療機関ごとに医道評議委員会経由の登録を雇用の条件とすることを妨げない）。A 登録を行っている医療職は、医道評議委員会による審判を受ける権利（④～⑥）を持つ。委員会を経由せずに直接医籍登録を維持（B 登録と仮称する）している医療職は、医道評議委

- 員会による審判を受ける権利を持たず、従来通り刑事処分後に医道評議委員会による行政処分を受ける。
- ⑦ 医道評議委員会には、
- (ア) 医療職の行動規範に照らして能力不足が疑われる医師の調査を行う部署（審査小委員会）
 - (イ) 患者の安全が損なわれる恐れがある場合に、緊急に医療職の免許を仮停止する部署（仮停止小委員会）
 - (ウ) 医療職の免許に関する審判を行う部署（審判小委員会）
 - (エ) (ウ) の審判に基づいて医療職の再教育を行う部署（再教育小委員会）
 - (オ) 医療職の行動規範に基づく卒前医学教育の認定、および医療職の領域別認定制度の監督を行う部署
 - (カ) 社会に対して医療制度の保持に関わる広報や教育を行う部署
- を設置する。各部署の独立性は厳密に担保する。(ア)～(エ)にかかる費用は、原則としてA登録の医療者が収める年間登録料で賄う（設置当初は政府予算を交付して補う）。
- ⑧ 医療職の免許に関する審判は、審判請求をもって開始する。審判請求は誰でも行えることとする。
- ⑨ 医道評議委員会は行政調査権を持ち、審査小委員会の審査官が調査を行う。審査官は訓練を受けた非医療職を常勤で配置する。登録医療職ないし医療機関が行政調査に従わない場合には罰則を設けるが、直接強制はできないものとする。
- ⑩ 医道評議委員会の仮停止小委員会は、患者の保護のため緊急を要する場合には、審判を待たずに医療者の資格を仮停止することができる。
- ⑪ 調査の結果正式に審判が必要と判断された場合は、審判小委員会に事案を送致し、担当の審判官による公開の審判手続きを経て、審判小委員会による審決を行う。審判小委員会の審判官は、医療職2名、法曹出身者1名で構成する。
- ⑫ 審判小委員会が悪質と判断した事案は、検察庁に告発する。その際、審査小委員会の調査結果や審判小委員会の審判記録は検察庁に送致され、証拠として刑事裁判に用いられる場合がある。逆に、医道評議委員会の告発がないと、主要な違反類型については刑事処罰できないこととする。
- ⑬ 審査小委員会の調査結果や審判小委員会の審判記録は、民事裁判において裁判官の請求により裁判所に送致され、証拠として採用される場合がある。
- ⑭ 審決取消訴訟は、医道評議委員会の地方事務所ないし分室の所在地の高等裁判所本庁（8ヶ所）ないし同支部（6ヶ所）を第一審とする。事実認定に関して実質的な証拠がある場合は、裁判所も医道評議委員会の審決に拘束される（実質的証拠の法則）。
- ⑮ 医道評議委員会を通じて医籍に登録（A登録）している医療職については、その氏名、主たる勤務先医療機関、医師免許取得日、行政処分歴と現状についての情報公開を行う。
- ⑯ 医道評議委員会は、衆議院ならびに参議院に対して年次報告を行い、これを公開する。

D. 考察

医療職の懲戒処分は、医療職自らが行うことも、外部の組織が行うことも理論上は可能である。しかし、外部に処分を委ねている以上、医療職全体に対する社会からの信頼を得ることはできない。医療職が専門職集団（プロフェッション）として自らを律する姿勢を示し続けることで、

大きく揺らいでいる医療への信頼を回復し、さらには医療への資源投入に対しての社会の理解も得られるものと考えられる。医療先進各国では、患者を守ることを主たる目的とした医療専門職規制が、医療職の自律の原則に沿った形（医療職の身分団体が自律的に規制を行う）で永年行われている。

多くの国では、医療専門職規制機関は役割別に独立して複数設置する方向にあるが、設置当初からわかりにくいシステムとなってしまうため、英国のように一つの機関に集約したシステムを提案した。また、地方ごとに独立した規制機関を設置する国もあるが、中央政府の権限が比較的強い上に地方自治体数が多く、国土の比較的狭い本邦においては、中央単一機関とすることが望ましいと考えた。

近年各国では、医療への信頼を揺るがす大きな事件などを契機として、医療者の身分団体に対して行政府に監査機能を持たせる方向性が見られており、本邦の法制度下でこれを実現する方法として、医療専門職規制機関の独立性を保ちながら行政府による看視、立法府への説明責任を課すことができるよう、医道審議会の外局化の形を取ることを提案した。

ここで、新たに設けられる海難審判所は外局ではなく国家行政組織法の第8条の3に基づく「特別の機関」として設置される予定だが、医療職というプロフェッションの懲戒・再教育を行う機関の自律性を担保するため、また刑事捜査の開始や裁判の判決においても公正取引委員会の活動のようにその決定が尊重されるよう、「外局」として設置することが望ましいと考えた。また、弁護士会のように行政から完全に独立した身分団体とする形もあり得るが、医療者が弁護士のように患者を守るために公権力と対峙する機会は考えにくい（患者が公権力と対峙する場合には弁護士に依頼することになる）こ

とや、現在の弁護士会への批判なども考慮した。厚生労働省の外局とするか、公正取引委員会のように内閣府の外局とするかについては、医道評議委員会と厚生労働省との間に特別な利益相反が存在することは考えにくく、医療に関する行政を所轄する厚生労働省の外局とすることが望ましいと考えた。なお、医療職の国家資格の付与については、懲戒・再教育機能とのコンフリクトを避けるため、従来通り厚生労働省内局で行うことを提案した。

さて、医療専門職規制の主たる目的は患者を守ることにあるが、医療職自らが医療職の能力（コンピテンシー）の評価を担うことにより、適正な医療を行っている医療者を守ることができ、また適切な再教育を受けて再び社会に奉仕することもできる。今回の提言では、新たな制度への参加については、医療者ごとに自らの意志で選択できることとした。少なくとも一定期間は従来の制度に基づいて調査・処分を受ける選択肢も残し、いずれの制度が医療職にとってより公正なものであるかを判断できるようにとの意図である。

E. 結論

厚生労働省の審議会である医道審議会を外局化して医道評議委員会とし、医療者による自律的身分団体としての役割を課すことを提言した。

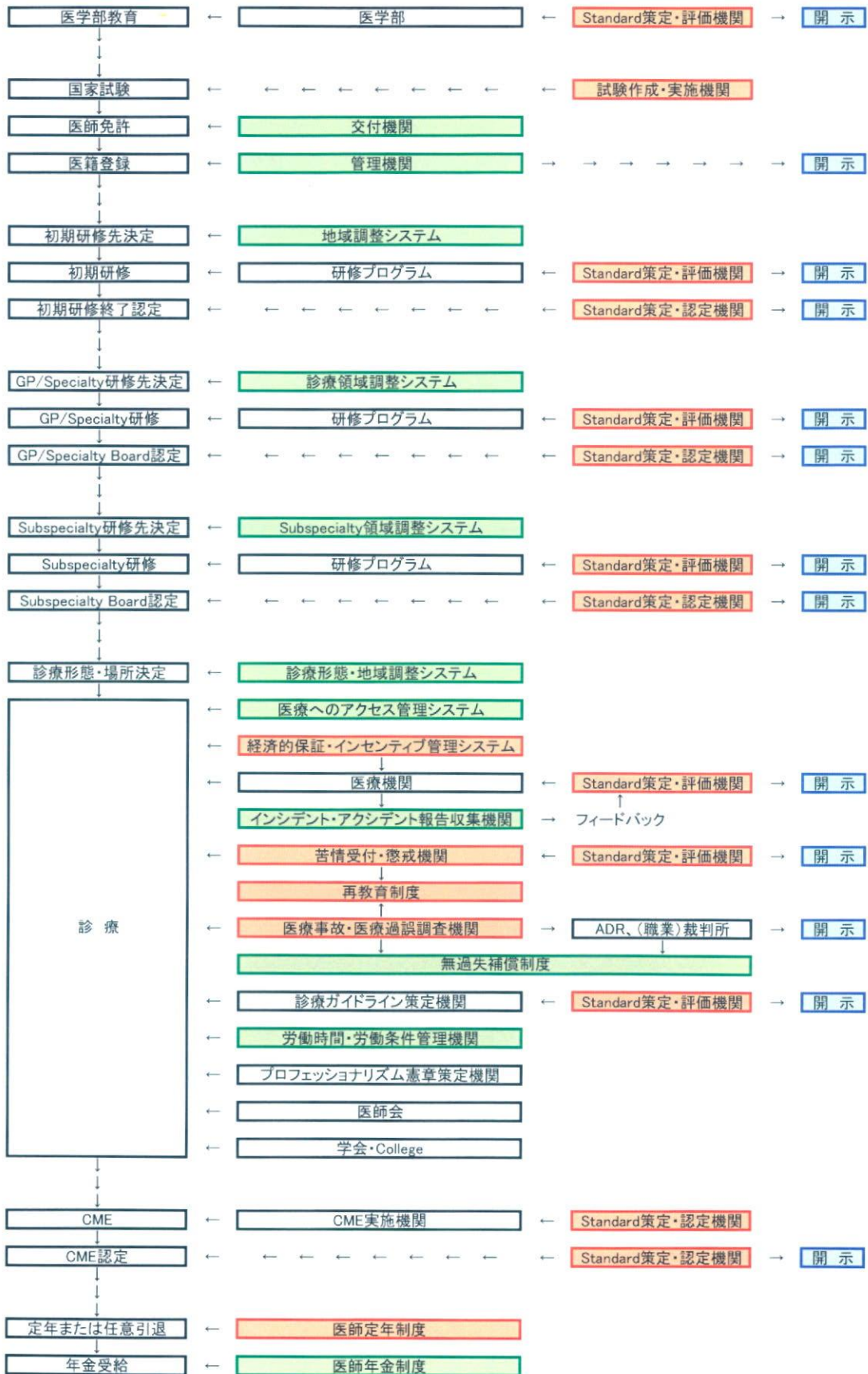
H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

研究業績

1. 野村英樹. 医療専門職規制（medical regulation）と医のプロフェッショナルリズム（medical professionalism）の世界的潮流. 医療の質・安全学会誌 2007;2:176-179
2. 野村英樹, 訳. 世界各国の医療専門職規制

- (「Good doctors, safer patients」第6章より). 医療の質・安全学会誌 2007;2:204-215
3. 野村英樹. 医療専門職規制 Medical Regulation システムの英独米日比較. 医療の質・安全学会誌 2007;2:324-331
 4. 篠田知子、野村英樹、訳. 英国の総合医療評議会 General Medical Council における診療適性審査手順 Fitness to Practise Procedures . 医療の質・安全学会誌 2007;2:318-323
 5. 篠田知子、野村英樹、訳. 英国の総合医療評議会 General Medical Council の適正診療規範 Good Medical Practice.

Professional Regulation



1 論文標題、簡略標題、著者名および所属名(正式名称)

医療専門職規制medical regulationと医のプロフェッショナリズムmedical professionalismの世界的潮流

Global trends in medical regulation and medical professionalism

医療専門職規制とプロフェッショナリズム

Medical regulation and medical professionalism

野村英樹

Hideki Nomura, MD, PhD

金沢大学医学部附属病院総合診療部・総合診療内科准教授

Division of General Internal Medicine

Department of Internal Medicine

Kanazawa University Hospital

2 別刷請求先(連絡先住所/所属名/氏名/Eメールアドレス)

〒920-8641 金沢市宝町13-1

金沢大学医学部附属病院総合診療部・総合診療内科

野村英樹

hnomura@med.kanazawa-u.ac.jp

3 著者校正宛先(連絡先住所/所属名/氏名/電話/FAX番号/Eメールアドレ

〒920-8641 金沢市宝町13-1

金沢大学医学部附属病院総合診療部・総合診療内科

野村英樹

076-265-2042

076-234-4281

hnomura@med.kanazawa-u.ac.jp

4 利益関係 なし

5 目次用要約

医療の質・安全の確保を目的に近年先進諸国で推進されている、医療専門職規制の改革と医のプロフェッショナリズム普及活動が持つ意義について、情報経済学等の視点から解説する。

和文要約・キーワード

1990年代より先進諸国では、医療専門職（プロフェッショナル）規制システムの改革と、医のプロフェッショナルリズムの推進という大きな潮流が見られている。サービスを提供する側と受ける側との間に大きな情報の非対称性が存在する市場では、逆選抜（質の低いサービスが市場を占拠する現象）を防ぐためにシグナリング（情報優位者から質を保証するシグナルを送ること）が必要であるが、医療専門職規制はこのシグナリングの制度化に相当する。しかし、命や健康、プライバシーまでも預けなければならない医療において、シグナリングのみによって患者や社会の信頼を得ることは困難であり、医療者は個人の人格や行動（プロフェッショナルリズム）を高めて、信頼を得るあらゆる努力を払うことが求められる。このように医療専門職規制の改革とプロフェッショナルリズムの促進は、医療の質と安全を保証し、患者や社会から信頼を獲得する上で車の両輪と考えられる。

医療専門職規制、プロフェッショナルリズム、情報の非対称性

Abstract, Keywords

Since 1990s, two major trends of restructuring medical regulation system and promoting medical professionalism have been observed in developed countries. Medical regulation is an institutionalization of signaling (information-advantaged parties sending signals that assure the quality of service), a word known in information economics as a way to prevent adverse selection (defective articles of commerce dominating the market) in markets with information asymmetry between providers and recipients of service. But in medical service to which patients must put their lives, health, and even privacy, medical practitioners cannot win the trust of patients and the society solely by signaling. Medical practitioners are expected to cultivate their moral character and behavior (professionalism) as an effort to win the trust by the patients. By this means restructuring medical regulation system and promoting medical professionalism are the two-side wheels of a car to assure the quality of medical service and patient safety, and as a result to win the trust by patients and the society at large.

medical regulation, medical professionalism, information asymmetry

プロフェッション 複雑な知識体系への精通、および熟練した技能の上に成り立つ労働を核とする職業。複数の科学領域の知識あるいはその修得、ないしその科学を基盤とする実務が、自分以外の他者への奉仕に用いられる天職。その構成員は、自らの力量、誠実さ、道徳、利他的奉仕、および自らの関与する分野における公益増進に対して全力で貢献する意志 (*commitment*) を公約 (*profess*) する。この意志とその実践は、プロフェッションと社会の間の社会契約 (*social contract*) の基礎となり、その見返りにプロフェッションに対して実務における自律性 (*autonomy*) と自己規制 (*self-regulation*) の特権が与えられる。プロフェッションとその構成員は、自らの奉仕の対象者および社会に対し説明責任を負う。(1)

オックスフォード英語辞典の記述に基づいた上記の「プロフェッション」の解釈は、ごく近年まで、欧米では医療界のみならず社会全体のコンセンサスを得ていたようである。言うまでもなく、医師という職業は典型的な「プロフェッション」とみなされており、医師は一連の知識・技能の適用に関して、いずれの国においても医師免許という独占権 (*monopoly*) を与えられている。医師は自らの努力により常に *up-to-date* な知識や技能、ならびに態度を保持することが求められ、一定の水準に満たない医師は、医療界の自浄努力により再教育されるか、ないしは医療界より排除されるものとされていた。

ところが、20世紀終盤から21世紀初頭にかけて、先進諸国は上記のような医療界による自己規制のモデルを改め、医師（あるいは医師を含む医療専門職）というプロフェッションの規制（管理）を、医師と非専門職が共同で行なう方向に大きく方向転換している。これは、医療における安全の確保が大きな注目を集めるようになったことが主な理由である。英国では、約250名の患者を殺害した医師 Shipman の事件などを契機として、英国政府医療長官 Chief Medical Officer が医療専門職規制制度の改革に向けた提言書 *Good doctors*,

- safer patients を 2006 年に発表(2)し、これを受けて英国保健省が具体的な制度改正に着手している。この提言書の第 6 章で医療長官は、世界数ヶ国の医療専門職規制改革の動きを調査した結果を要約して紹介しているが、これは医療長官による提言の基盤ともなった非常に重要な情報を含んでいる（ただし、英国による調査なので英国の状況は記載されていない）。医療の質・安全学会誌の本号では、この提言書第 6 章全文の翻訳が資料として掲載されている(3)。

一方、同様に 1990 年台より、先進諸国の医療界では医師のプロフェッショナリズムに関する議論が盛んになっている。医療に対する経済的圧力の増加や患者の権利意識の向上などがその原因と考えられているが、この議論の集大成とも言えるのが、やはり本号に掲載されている、American College of Physicians、American Board of Internal Medicine、European Federation of Internal Medicine が 2003 年に合同で発表した医師憲章 Physician Charter(4)である。ここでは、プロフェッショナルとして医師がどのような価値を患者や社会に提供すべきなのか、またプロフェッショナルとして医師が果たすべき責務とは何かが提言されている。

筆者の知る限り、このような医療専門職規制の変革と医のプロフェッショナリズムの動きは別々の潮流と存在しており、不自然なほどお互いにほとんど言及されていない。では、例えばプロフェッショナリズムの推進を行なえば、医療専門職規制の必要性は低くなるといった関係が存在する可能性はないのだろうか。

情報の非対称性と市場の失敗

英国の医学教育学者 Harden らは、医師に求められる能力を表すものとして、極めてシン

ブルな three-circle model を提唱している(5)。中央の円は、タスクの遂行能力 Performance of Tasks である。例えば、医師は身体診察が正しく行なえなければならないし、ある病態に対する薬剤を想起できなければならない。虫垂を切除する技術を持つことも、タスクの遂行能力である。次に、この中央の円を囲んでいる 2 番目の円が、タスクの捉え方 Approach to Tasks である。患者にとって重要なアウトカムとは何か、好ましいアウトカムを得る上で最善の方法は何か、正しい考え方を持っていなければ、医療は人を傷つけさえすることがある。すなわち医師は、正しいことを、正しい考え方で行なう能力を持っている必要がある。

患者や社会は、当然のことながら、医師が正しいことを正しい考え方で行なってくれることを期待している。ところが、患者は医師が行なっている医療が正しいのか、正しい考え方で行なっているのかを判断することは多くの場合難しい。医師が患者への説明責任を果たすべく、時間をかけ誠意を持って説明したとしてもである。すなわち、医療の専門家ではない患者は、医学知識の点で大きな不利 disadvantage を負っているのである。このように、商品やサービス、労働などの提供の際に当事者間で情報の質や量に偏りがある状態を、情報経済学の分野では「情報の非対称性」と呼ぶ。

情報の非対称性が存在する市場の典型例としてしばしば用いられるのが、中古車市場である。通常、車の専門家ではない中古車の買い手は、良い中古車と悪い中古車を見分けることが困難である。質の悪い中古車は業界用語でレモンと呼ばれるが、これは、痛んだレモンも外見からは見分けがつかないことに由来するそうである。中古車市場の中に一定の割合で質の悪い中古車（レモン）が売られていると、買い手は騙されることを恐れて、良質な中古車にも高い代金を支払うことを控えるようになる。すると、良質な中古車が適正な価格で売れないことから、売り手側は良質な中古車を市場に出さなくなる。結果として悪

質な中古車の比率が増え、すると買い手側は悪質な中古車を掴まされる確率が増えるから、同じ中古車に以前と同じ値段を払わなくなり、次第に失敗を覚悟で安い中古車に手を出すようになる。このようにして、良質な中古車が市場から消えてしまい（逆選抜 *adverse selection* と呼ばれる）、中古車市場そのものが縮小してしまう。これが、情報経済学で有名なレモン市場(6)である。

転じて医療界（医療市場）はどうだろうか。患者は、良質な医師と悪質な医師を見分けることは困難である。さらに、日本では医師の行なう医療行為に対する診療費は、医師の技量とは全く無関係に一定である。患者は、悪質な医師に当たってしまうことを恐れて、少しでも良質な医師がいることを期待して大病院を受診する（いわゆる大病院志向）。言わば「代理選抜」とも呼べる現象である。結果として、大病院には本来の専門医療を必要としない患者が殺到して多忙となり、大病院本来の専門医療の質が落ちてしまう。大病院志向を是正するために小規模医療機関（主として診療所）に手厚い診療報酬体制が採られた結果、医学的に必要のない検査や投薬を行なって不当に収入を上げる悪質な医療機関が出現し、良質な医療を行なっている小規模医療機関にも疑いの目が向けられてしまう……。この状態は、レモンドクター市場と呼べるかも知れない。

幸い、レモン市場における逆選抜には、これを防ぐ方法が二つ知られている。一つはシグナリング *signaling* である。シグナリングとは、情報優位者の側から、情報劣位者の側へ、質を保証するシグナルを送ることである。中古車市場の場合、例えば中古車公正取引協議会に加盟して店内にその認定証を表示したり、あるいは中古車の年式や走行距離、事故歴などを開示することを義務づける法律を制定する、などである。医療界では、例えば有名研修病院での研修を修了する、学会の認定する専門医資格を取得する、病院であれば医療機能評価機構の認証を取得する、などが挙げられる。

もう一つはスクリーニング screening であるが、これは情報劣位者の側が、情報優位者を篩いにかけることである。中古車市場ではあまり良い例がないが、他の例では入社試験を行なって優秀な社員を確保する、などである。医療界では、患者の口コミによる病院ランキング本などが一例と言えるだろうか。

既にお気づきのように、医療専門職規制とは、医療提供側によるシグナリングを制度化したものに他ならない。当然のことながらシグナリングは、シグナル自体が提供される商品やサービスの質を保証するものでなければ、情報劣位者側の不信感は払拭することはできず、市場の失敗は回避できない。世界各国で安全な医療を求める声が高まるということは、従来のシグナリングが不十分となったことを意味しているので、世界各国でシグナリングを目的とした制度の改革が行なわれるのは従って自然の流れと言える。

さて、制度としてシグナリングが必要なのは間違いないが、これを徹底的に行なうことにはデメリットもある。本来良質な医療を提供している医療者までが、シグナリングのために多大な時間と労力を割かなければならなくなると、これは本末転倒となってしまう。したがって、制度としてのシグナリングは、主として患者を危険に晒す可能性のあるハイリスクな医師（苦情を受けた医師、高齢の医師、処分歴のある医師など）に重点を置く場合が多くなる。このため、医療専門職規制のみで患者や社会から全幅の信頼を得ることは、現実的には困難である。

3 番目の円：プロフェッショナリズム

Harden らによる three-circle model の一番外側の円は、プロフェッショナリズム professionalism であり、これは医師個人の人柄、資質、ないし人格である(5)。すなわち、

医師は、正しいことを正しい考えで行なえる正しい人である必要がある。いかに制度として正しいことを正しい考えで行なっていることを保証しようと試みても、患者は正しくない人に自らの命や健康、プライバシーを預けようとはしないだろう。プロフェッショナリズムとはしたがって、「患者や社会からの信頼を得るために、医師が個人としてあるいは集団としてあらゆる努力を払うこと」と定義することができる。英国のロンドン王立内科臨床医会 Royal College of Physicians of London も、「Doctors in Society」と題する報告書の中で、「医のプロフェッショナリズムは、医師に対する公衆からの信頼の根拠となる一連の価値観、行動、および（人間）関係と定義される」としている(7)。そして、時代によって信頼の根拠となる価値観・行動・関係は変化するが、現代の社会状況の中でどのような価値観・行動・関係が求められているのかを示したものが医師憲章であると考えることができるだろう。

上記から容易に理解できるように、プロフェッショナリズムは全ての医師に求められる資質である。その点で、ハイリスク医師を主たる対象とする医療専門職規制の動きとは異なっており、医療専門職規制を予防医療におけるハイリスクストラテジーに喩えれば、プロフェッショナリズムはポピュレーションストラテジーに喩えることができる。医療専門職規制と医のプロフェッショナリズムは、我々医療者が提供する医療の質・安全の確保を推進し、患者や社会からの信頼を得る上で、いずれも欠くことのできない車の両輪なのである。

参考文献

1. Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. Professionalism for Medicine: Opportunities and Obligations. *MJA* 2002; 177: 208–211.
2. Chief Medical Officer for England. Good doctors, safer patients. Department of Health. London, 2006.
3. 野村英樹、訳. 世界各国の医療専門職規制. (「Good doctors, safer patients」第6章より)
4. ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter.
5. Harden RM, Crosby JR, Davis MH, Friedman M. AMEE Guide No14: Outcome Based Education; Part 5 — from Competency to Meta-competency: A Model for the Specification of Learning Outcomes. *Med Teacher* 1999;21:546-552.
6. Akerlof GA. The Market for ‘Lemons’: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *Quart J Econ* 1970;84:488-500.
7. Royal College of Physicians. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. London: RCP, 2005.

【研究業績2】

世界各国の医療規制 「Good doctors, safer patients」第6章の翻訳と解説

野村英樹（金沢大学医学部附属病院総合診療部）

本章の要点

- 最も優れた実践（best practice）として国際的に認められている医療規制のモデルが存在するわけではない
 - 本報告に資する目的で調査を行なった国々では、医療規制が急速に発展しつつある
 - 医療規制機関は、その手続きや業務の進め方に関してより透明性を高め、また外部の関係官庁に対して説明責任を求められる傾向にある
 - 規範（standards）の設定、登録簿（Register）の管理、調査、訴追、および裁定を単一の組織の権限とすることを避ける傾向にある
 - 医師向けの適正診療基準（codes of good practice）の多くは、求められる水準を特定することはせず、こうあるべきと言うよりはこうありたいという願望を述べるものとなっている
 - 調査したほとんどの国において、診療能力の定期的評定義務を課す方向への動きが認められる
 - （医師としての）診療妥当性再確認の制度の設計に用いることが可能となるほどに評価され、コスト計算が行なわれた認定更新ないし再認証のモデルは一つもない
 - 不適切な診療への対処に関与する関係者の多様性は、過去に比べより広がっている
1. 医療専門職を規制する必要性は英国に特有のものではなく、規制システムの設計とその運用に内在する課題もまた同様である。私（注：英国政府医療長官 Liam Donaldson 卿）は、この報告書（注：Good doctors, safer patients）の一部に資するため、リンカーン大学の Judith Allsop 教授に対し、世界各国における医療規制に関する調査を依頼した。本章の内容のほとんどは、Allsop 教授の調査結果に基づいている。
 2. 調査報告でレビューされた国々の多く（オーストラリア、カナダ、アメリカ合衆国、オランダ、ニュージーランド、およびフィンランド）は、比較的最近に医療規制の法制度の見直しを行っていた。
 3. これらの国（州）のほとんどで、近年医療規制上の重点は変化しつつある。自己規制の原則に基づき、同業者により非公式で非公開に行なわれて来た旧来の専門職規制のあり方は、より高い透明性、より公式な規則、そして外部の関係官庁に対するより強い説明責任を持つものへと道を譲りつつある。

4. 医療規制はレビューされた国々で急速に発展しつつあるが、評価が確立しコスト計算も行なわれていて、そのまま輸入することができるモデルは一つもない。
5. この章では、6カ国（州）における医療規制で用いられている方法を要約する。続いて、世界各国に共通の課題や傾向を抽出した。

各国の事例調査

オーストラリア

6. オーストラリアでは、医療に対する責任は国家政府（連邦）と州政府の間で分担されている。連邦政府は政策を構築し、公立病院での治療、救急隊サービス、および薬剤サービスを無料でカバーする全国民共通の公的医療保険の枠組みを通じて主に財源を提供する。民間医療保険も大きな役割を果たしており、民間医療保険に保険料を支払う者は部分的に割戻しを受けることができる。1990年代初期よりオーストラリア国家政府は、オーストラリア医療の安全と質評議会（Australian Council for Safety and Quality in Health Care）の確立を通じて、医療の質と安全に大きな重点を置いた（これは最近新たな質管理機関に置き換わっている）。
7. 州、準州、および地方自治体は医療サービスの提供および管理の責任を負っている。医師の登録は州医療審議会（State Medical Board）の責務である。

オーストラリア、ニューサウスウェールズ州

ニューサウスウェールズ州では、州知事が州内の医師に対する法定規制機関である医療審議会（Medical Board）を任命する。被任命者の多くは、他の機関からの推薦による。審議会は15名の専門職および5名の非専門職メンバーからなる。審議会は、大臣らを通じて議会に対し、訴えられた苦情、実施された診療評定および取られた対応を詳述した年報を提出する。州の登録簿に記載された情報は、医師に課された診療上の制約について問合せを行なった住民に対して開示されなければならない。ただし、純粋に医師の健康に関する事項については、公開はされない。

2000年以降、ニューサウスウェールズの全ての医師は、自らが診療適性を維持していることを毎年証明しなければならなくなった。医師らはこれを、幅広い内容の自己申告を提出することで行なうことになる。ここに含まなければならない情報には、現在の認定医資格および経験、健康状態、刑事訴訟および判決、懲戒および「プロフェッショナリズム」が挙げられている。「プロフェッショナリズ