

うにして医療の質・安全を、社会として守ることができるのであろうか。その一つの答えは「広義」な意味での医療におけるパートナーシップ、つまり「患者中心のチーム医療」であるかもしれない。米国の臨床医療で行われているチーム医療は、職業分化の細分化と、図のように患者に関わる多数の医師によるピアレビューによって実現されている。職業分化の細分化の利点は、本業に専念できることによって、医療者が疲労困憊することを防ぐことである。また、ピアレビューは、透明性のある医療、Evidence Based Medicine をもたらし、これらが、医療の質と安全を守る役割を果たしている。

3) 藤井裕志さん

医療安全支援センターの主な業務

- 患者・住民からの苦情や相談への対応（相談窓口）
- 地域の実情に応じた医療安全推進協議会の開催
- 患者さん・住民からの相談等に適切に対応するために行う、関係する機関、団体等との連絡調整
- 医療安全の確保に関する必要な情報の収集及び提供
- 研修会の受講等によるセンターの職員の資質の向上
- 医療安全の確保に関する必要な相談事例の収集、分析及び情報提供
- 医療安全施策の普及・啓発

藤井裕志さんは、下関市医療相談窓口を担当されている。近年、全国に設けられている医療安全支援センターの一つとして、多くの患者や市民の相談に乗っている立場から話した。

安全の問題？ コミュニケーションの問題？

患者	医療者
<ul style="list-style-type: none"> ○ 適切に主張や質問ができない ○ 医療者の説明を十分理解できない ○ 弱者意識が強く、医療者のちょっとした一言に過剰に反応する。 ○ 当事者意識が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ○ (特にリスクの) 説明が不十分 ○ 医療内容の透明性が不十分 ○ 患者の心理を考慮しない発言が多い ○ 患者の希望を十分確認できないまま治療を行う

不信 対立

患者・家族と医療者の対話がうまく進まないため、医療上のリスクの問題なのか、医療者側が対応すべき安全の問題なのか不明瞭になっているのでは？

下関保健所は平成16年1月に相談窓口を設置した。主な業務は図のようなものである。業務のひとつとして、患者や住民からの苦情や相談への対応があり、平成19年10月末までに1,600件を超える相談を受付けた。

不安や不満が大きくなってから相談に来られる方が多いので、気軽に相談できる環境が大切であると思う。また、

これまで寄せられた相談を解析すると、患者と医療者のコミュニケーション不足により、医療側が対応すべき「安全問題」なのか、「医療上のリスク」に対する患者と

医療者との認識の違いに起因する問題なのかが不明瞭になり、それが医療に対する不信につながっている様子が垣間見えた(図参照)。医療者が安全管理を推進することは当然であるが、患者側も医療のリスクについて知り、主体的に医療に参加しなければならない。

下関市では、医療機関に対し研修会や報告書(事例集)の配布、出前講座を通じて相談窓口で得た知見を提供している。また、医療者だけでなく市民に対しても、市報に実績報告を掲載、また、昨年度より出前講座を開始するなど情報提供に努めている。本年度は市民と医療者の両方を対象としたコミュニケーションに関する研修会を実施する予定である。

4) 伊藤雅治さん

伊藤雅治さんは、厚労省で医療行政に長年携われた視点から、患者・市民の活動を、行政に反映させるには何が重要かについて次のように述べた。

一昨年日本医療政策機構がまとめた「医療政策に関する世論調査」によれば、医療に対する国民の不満は、医療の質やサービスに対してではなく、国民不在の制度決定プロセスに集中している。「患者本位の医療」を実現するには医療政策の決定プロセスに、患者・市民がいかに参画し、政策提言能力を高めていくかにかかっている。私は、東京大学医療政策人材養成講座に参加し共同研究者と共に、平成18年度の医療制度改革のプロセスを検証した。その結果図のような問題点が明らかになった。

政策決定プロセスの検証から 明らかになった問題点



1. 負担と給付の関係について議論する場の不在
2. 患者・市民の視点を反映させる観点からの温度差の存在
3. パブリックコメント、公聴会の結果が審議会の結論に生かされたか
4. 患者代表として誰を選べばよいのか
5. 意見表明したくても出来ない多くの患者団体の現状
6. 患者団体に対する不信感、警戒感の存在
7. 患者代表委員のサポートシステムの不在

そして、その結果を踏まえ、行政に対しては、①患者・市民が参加する医療政策基本問題の議論の場をつくる、②審議会委員の人選、任命についてのルールを確立する、③パブリックコメントの実施

方法を改善する、④審議会の運営方法を改善すること、を提言した。また、患者団体へは、①患者会支援機能を担う組織を立ち上げよう、②政策形成のため、外部の協力者との連携を強化しようという提言を行った。

5) 大平勝美さん

大平勝美さんは、社会福祉法人はばたき福祉事業団の理事長である。「患者が変われば医療は変わる」をコンセプトに薬害エイズ患者へ支援活動をしてこられた立場から発言した。

薬害エイズでは、リスクを否定し、感染の告知を行わないという医療者の態度によって、患者に正確な情報が伝えられず、患者の不信を引き起こした。パートナーシップは医療者の真摯で誠実な態度を原点として築かれると考えられる。また、市民が変われば医療は変わるだろう。小さいころから医療を考える機会を持つことが重要である。

* * * *

次に、上述のパネリストに、「新しい医療のかたち」賞の受賞団体代表者が加わり、①「患者本位の医療」が意味するもの、②患者さんのエンパワーメントとアドボカシーの役割、③患者－医療者のパートナーシップ、④地域社会の役割について意見を交換した。最後に、医療の質・安全学会パートナーシップ・プログラム山内代表が今後のパートナーシップ・プログラムへの支援と参加を呼びかけて閉会した。

第4章 「新しい医療のかたち」「私たちの活動展」

～さまざまな活動を顕在化し、促進する試み

1. 「新しい医療のかたち」の推薦募集と表彰

(1) 募集

募集期間：2008年9月12日～10月31日。

募集方法：「私たちの活動」展の案内と合わせて、医療の質・安全学会のホームページ掲載し、医療の質・安全学会会員メーリングリストで案内した。また、インターネット等で検索した自治体のボランティア支援センター(市民活動支援センター)約100箇所、および、全国の患者会に募集案内を郵送した。

(2) 応募

郵送、FAX、メール、ホームページへの入力の方法により応募があり、募集期間に自薦、他薦で90団体の応募があった。自薦のみ35団体、他薦のみ44団体、自薦・他薦両方11団体であった。

(3) 選考

医療に詳しいジャーナリスト9名に選考委員(選考委員長 大熊由紀子)を依頼した。応募書類および添付された参考資料等をもとに、2回の選考委員会と、メールによる採点・集計および協議により、選考を行った。一次選考で3領域の18団体(患者グループの活動として7団体、医療機関の活動として5団体、地域社会(市民グループ、自治体、企業等)の活動として6団体)を選んだ。さらにその中から各領域1団体、すでに第1章で紹介した、次の3団体を選考した。

1. 患者さんを中心とした取り組み部門

「島根県における『がんサロン』の活動」

2. 医療者・医療機関を中心とした取り組み部門

「新葛飾病院 患者支援室」

3. 地域社会の取り組み部門

「NPO 法人コミュニティケアリンク東京」

(4) 表彰

上記3団体を医療の質・安全学会「新しい医療のかたち」賞として表彰することを、平成19年11月22日に公表した。そして、11月25日(日)13:30-13:50、国際シンポジウム「21世紀の医療と医療システムを求めて」会場において、医療の質・安全学会による表彰式を行った。表彰された各団体の活動内容は、公開フォーラム第一部で紹介された(第1章参照)。

2. 医療安全推進週間公開フォーラム 併設展示 「私たちの活動」展

(1) 募集と展示団体の決定

募集期間：2008年9月12日～10月31日。

募集方法：「新しい医療のかたち」の推薦募集案内と合わせて募集した。

申し込みのあった団体について、詳細な出展要項を送付した。展示要項には申し込み多数の場合、調整や選考を行うことを明記したが、今回は会場のスペースに余裕があったため、展示を希望した団体すべてに展示をしていただくこととした。途中3団体のキャンセルがあり、最終的に60団体の参加となった(表「私たちの活動」展 出展グループ一覧を参照)。

60団体の活動内容は、特定の疾患に関する活動、疾患についての横断的な活動、適正な投薬に関する活動、市民教育に関する活動、社会への働きかけを意図した活動、医療過誤に関する活動、医療の監視・審査・評価に関する活動、外国人支援の活動、医療者教育に関する活動、そして、さまざまな活動を支援するものなど、多岐にわたっていた。また、団体の形態も、市民の任意団体、NPO法人、医療機関、企業など幅広かった。

(2) 展示（場所：東京国際フォーラム ホールB 7階 日時：2007年11月25日

10:30-16:00 ）

展示は、各団体にテーブル1台と椅子2脚、希望する団体にはパネル1枚を貸し出し、資料の展示や配布を行ってもらった。

遠方の団体の参加にも配慮して、団体の担当者が来場しなくても資料をあらかじめ送付すれば、事務局により資料を並べる便宜を図った。多くの団体では、担当者が来場し準備や会場での説明などを行ったが、約10グループは、事務局による準備や撤収を希望した（実際にまったく来場されなかったかどうかは不明）。

当日は、60団体について、同じ領域のものや類似の目的の活動を近接して展示してもらうのではなく、あえて異なる内容・タイプの活動の団体がばらばらに配置されるようにした。これは、たとえば同じ疾患の患者会同士であれば普段から交流を持っていると考えられるが、今回はそのような機会が少ない団体同士が、互いの活動の内容を知り合うきっかけとなり、視野を広げ、また新しいネットワークを作ってもらうことを意図したものである。

(3) アンケート結果と今後の課題

終了後、参加団体に、メールまたはFAXで、団体の活動を医療の質・安全学会のホームページに掲載することについての希望の有無を問い合わせると共に、「わたしたちの活動展」についてのアンケートを送付した。

回答によると、今後の課題として、今回は、展示時間が公開フォーラムの開催と重なっていたこともあって必ずしも入場者が多くなく、せっかくの展示をあまり観てもらえなかったことについて、残念であったとの指摘があった。一方で、「普段はホームページや名前しか知らない団体の関係者と知り合うことができるとても良かった」などの意見が述べられており、出展団体同士の交流が大変有意義であったことが分かる（表参照）。

後日、来場者からも、展示されている活動内容がすばらしかった、学ぶことが多かったとの意見が多く寄せられた。

表 「私たちの活動」展 出展グループ一覧

展示番号	出展団体名称
Aブロック	
A 1	財団法人 ドナルド・マクドナルド・ハウス・チャリティーズ・ジャパン
A 2	日本患者会情報センター
A 3	島根がんサロン
A 4	DIPEX-Japan 「ディベックス・ジャパン:健康と病いの語りデータベース」
A 5	(有) ISAMIYA DESIGN STUDIO
A 6	環境汚染等から呼吸器病患者を守る会(エバレク)
A 7	NPO法人女性特のがんサポートグループオレンジティ
A 8	支えあう会「α」
A 9	NPO法人がん患者団体支援機構
A 10	NPO法人がんネットジャパン
A 11	有限会社 アクティア
A 12	NPO法人Fine
A 13	NPO法人HOPEプロジェクト
Bブロック	
B 14	新葛飾病院 患者支援室
B 15	医薬品・治療研究会「正しい治療と薬の情報」誌
B 16	医療の良心を守る市民の会
B 17	医療情報の公開・開示を求める市民の会
B 18	陣痛促進剤による被害を考える会
B 19	(独)医薬品医療機器総合機構
B 20	医療安全推進センター総合支援事業事務局
B 21	患者の権利オンブズマン東京
B 22	薬害オンブズパーソン会議
B 23	NPO法人 医療制度研究会
Cブロック	
C 24	北里病院 8A病棟
C 25	彩北ネットワーク10
C 26	NPO法人多言語社会リソースかながわ(MICかながわ)
C 27	社団法人日本放射線技師会
C 28	NPO法人わたぼうし
C 29	NPO法人コミュニティケアリンク東京
C 30	大宮医師会看護専門学校
C 31	ライフポート
C 32	有限責任中間法人日本臨床矯正歯科医会社会医療委員会
C 33	国立循環器病センター看護部
Dブロック	
D 34	全国患者図書サービス連絡会
D 35	健康情報棚プロジェクト
D 36	NPO法人性差医療情報ネットワーク
D 37	からだところの発見塾
D 38	ALS推進プロジェクト
D 39	神奈川県病院薬剤師会くすり Get the Answers
D 40	株式会社スキ薬局
D 41	Heart to Heart NY-東京 心臓移植を受ける人をサポートする会
D 42	NPO 日本移植支援協会
D 43	たんぼぼの会(肝移植レシピエントとドナーと家族の会)
Eブロック	
E 44	社団法人 日本てんかん協会
E 45	子宮筋腫・内膜症体験者の会たんぼぼ
E 46	北原脳神経外科病院 ボランティア委員会(ゆうあい会・あしたば・スイミー)
E 47	日本心臓ペースメーカー友の会
E 48	リンパの会
E 49	「すくすく」網膜芽細胞腫の子どもをもつ家族の会
E 50	社会福祉法人はばたき福祉事業団
Fブロック	
F 51	特定非営利活動法人アレルギー児を支える全国ネット「アラジーボット」
F 52	NPO法人全国骨髄バンク推進連絡協議会
F 53	NPO法人不育症友の会(ハートビートくらぶ)
F 54	熱帯フェニックスの会
F 55	千葉乳がん患者の会 わむの会
F 56	マルファンネットワークジャパン
F 57	NPO法人HIVと人権・情報センター全国事務局
F 58	株式会社 三雲社
F 59	つくしの会(軟骨無形成症患者・家族の会)
F 60	全国ポリオ会連絡会

表 「私たちの活動」展 アンケートの主な回答

<p>●出展してよかったと思われる点</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 多方面の医療関係者の方々に活動のPR ができたこと ・ 近隣のブースの方々と名刺交換をして、紹介をさせていただいたり、相談をさせていただいたりできた点 ・ 『みんなで創ろう、私たちの医療』という意識を多くの団体や個人と共有できたこと ・ 参加していた団体が多くの分野にわたっていたこと ・ いろいろな活動をされているほかの出展者と会えた。みなさんががんばっておられるので、刺激になった。 ・ 医療の質・安全を向上するために、患者・市民・住民との取り組みを進めている様々な活動や団体を一度に知ることができた。
<p>●出展して不都合だった点や、改善してほしいとお感じになった点</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 隣室のシンポジウムがずっとあるため、休憩時間の時しかきていただけないこと。その時だけに来室者が集中してしまう。 ・ 私たちの活動展と別室で行われていたフォーラムが、活動展に出展していたものにとってはまったく別のイベントだったこと ・ 見に来られた方が少なかった。会場が奥まったところで、学会の参加者でないと入れなかったのではないかと思う ・ 案内から開催までに十分な時間がなかった ・ フォーラムの参加者自体が少なかった。
<p>●今後、よりよい活動展にするためのご提案</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 来場者が常時くるように、開催プログラムを検討して欲しい。 ・ 1階の人どおりの多いところが会場であって、通りがかりの人ものぞけるようになっていたらよかったと思う。 ・ 一般の方が来場できるような案内や仕組みがあるといい（駅からの案内など） ・ 今回のような活動展は大変意義深く、大きな展示会へと成長させることで医療者や市民から広く認知されることがのぞまれる。そのためには継続していくことが何より重要である。

第5章 おわりに～提言

ここまで報告したように、私たちは、平成19年度に、医療安全推進週間公開フォーラム「みんなで創ろう、私たちの医療 ― 患者・医療者・地域社会の取組み」および、「新しい医療のかたち」推薦募集と表彰、「私たちの活動」展を実施した。またそれらの準備・実施のプロセスの中で多くの個人や団体から情報を収集し、意見を聞いた。

患者団体で選ばれた「島根のがんサロン活動」は、行政を巻き込み、がんの県条例制定まで盛り上げた画期的な運動であり、地域活動のモデルとも呼べるものだ。医療機関の部門で選ばれた東京の「新葛飾病院 患者支援室」は、医療事故の被害者を採用し、患者図書室を整備し、患者とのコミュニケーションに力を入れている。患者と医療者の仲介役である「医療メディエーター」を育てようという新しい医療の流れを先取りした活動といえる。地域社会の部門で選ばれた「コミュニティケアリンク東京」は、超高齢化時代を迎え、在宅医療の推進が叫ばれる中、狭い住宅や核家族化が進む首都圏で、一人暮らしでも安心して死を迎えられ、子供たちも安心して暮らせる新しいコミュニティづくりに挑戦している。首都圏の在宅医療だけでなく少子化対策のモデルとも呼べる地域活動だ。表彰された3団体は、それぞれが大きな意味を持つ活動をしており、他の市民団体にとっても示唆に富む活動といえるだろう。

今回のフォーラムでは、医療の質・安全における患者、市民、地域社会の役割と医療参画の現状が明確となり、患者本位の医療の実現のために、患者・市民、医療者、地域のそれぞれが独自に、また協働して行うことのできる課題があることが分かった。それを踏まえて以下のように提言する。

①日本でも、患者本位の医療、患者の医療参加を目指す動きが、医療現場でも地域でも、始まっている。先進的に取り組んでいる例が海外にも、国内にもあることが分かったので、それらを参考にしながら、これからそのような活動を育成することが重要である。また、進んだ取組み、モデルとなる取組みを積極的に紹介する仕組みも必要で

ある。医療の質・安全学会パートナーシッププログラムでは、ホームページに、患者本位の医療のための取り組みを紹介することを予定しており、その整備、拡充をしていくことも、活動への参加者や理解者を増やす一方法として有用と考えられる。

②医療者には、患者本位の医療の前提として、患者に良い医療を提供しようとする熱意と的確な技術、患者への誠実さ、患者とのコミュニケーションが求められている。そして、医療者の考えや姿勢を適切に伝えるためにコミュニケーションスキルを身につける必要がある。医療者教育の場での訓練に期待したい。

③患者や患者団体の活動については、その継続性が大きな課題であり、それには患者団体同士が、共通の課題について横断的なつながりをもって活動していくことも必要である。また、自分の受ける医療だけでなく医療政策に働きかけ、自ら医療を変える場に参画するという視点が求められる。

患者や患者団体の活動は、それを支援する人やシステムがあることによって力を発揮し継続性をもつ。そのためにも、各団体の交流の場の提供、支援の仕組みの構築が必要である

今回、実施した「私たちの活動」展は、市民や医療者に情報を提供するというだけでなく、活動する団体が交流し刺激しあう場として有用であることが示された。昨今、さまざまな情報がインターネットで得られ、他の団体についても情報としては知ることができるが、他の活動をしている人たちと直接接して得られる情報や刺激は、インターネット上の情報以上に、活動の動機付けを高め、視野を広げ、ひいては活動の継続性高めることにもつながると考えられる。

④ 医療を変えるためには、患者だけではなく市民が変わる必要がある。そのために地域社会(行政)の働きかけや、子どものときから「医療」を考え、市民の医療リテラシーを高めるための教育が必要である。

以上のことを実現するために、医療の質・安全学会においてもその取り組みの一つとして、今後も、患者の医療参加や、患者・市民、医療者、地域社会のさまざまなステージでのパートナーシップについて共に考える取り組みを継続することが重要であると考えられる。

医療事故調査のあり方に関する提言

京都大学医学部附属病院 医療安全管理室長 長尾能雅

研究成果の刊行に関する一覧表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
野村英樹	医療専門職規制と医のプロフェッショナルリズムの世界的潮流	医療の質・安全学会誌	Vol.2 No.2	176-179	2007
篠田知子 野村英樹	Good Medical Practice (適正診療規範)	医療の質・安全学会誌	Vol.2 No.4	420-434	2007

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

野村 英樹 NOMURA, Hideki, MD, PhD

金沢大学医学部附属病院総合診療部・総合診療内科
Division of General Internal Medicine, Department of Internal Medicine
Kanazawa University Hospital

要約

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の車の両輪と考えられる。

キーワード：医療専門職規制，プロフェッショナリズム，情報の非対称性

Abstract

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.

Keywords : medical regulation, medical professionalism, information asymmetry

受理日：2007年7月26日
別刷請求先：野村 英樹
〒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
e-mail: hnomura@med.kanazawa-u.ac.jp

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。

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³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⁴。

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 Charter⁵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師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、不自然なほどに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、極めてシンプルな three-circle model を提唱している⁶。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いければ、医療は人を傷つけさえることがある。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 disadvan-

tage 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⁷⁾。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。

*本研究は、平成19年度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業）「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」（主任研究者 上原鳴夫）の一環として実施した。

文献表

- 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) 医療の質・安全学会誌 2007; 2(2): 204-215.
- 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.

【資料】適正診療規範 Good Medical Practice (2006年改訂版) : 英国総合医療評議会 General Medical Council による医師の自律的規制

篠田知子

東北大学大学院医学系研究科社会医学講座国際保健学分野 非常勤講師

野村英樹

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

解 説

英国における医師の自律的専門職規制の大部分は、総合医療評議会 General Medical Council (GMC) という単一機関が担っている。GMCは1858年のMedical Actにより設立された公的身分団体であり、その活動状況を社会に公開することが義務付けられている。財政的にもGMCは政府から完全に独立しており、収入はすべて年間£290(約6~7万円)の医師の登録料だけである。GMCの役割は大きく分けて4つあり、1) 医師の登録制度の維持・管理、2) 卒前卒後の医学教育プログラムの監督・質管理、3) 適正診療の推進(規範の設定と規範に照らした看視)、4) 問題ある医師の懲戒処分(規範の維持の確保)である。

GMCの業務のなかで最も人とお金をかけているのが、適性に疑義が生じた医師に対する審査や処分の実務を行っている診療適性審査(Fitness to Practise: FTP)部門である。GMC全体では実際の実務を行うスタッフとして2006年の段階で457人が働いているが、そのうち5割弱の190人がFTP部門である。財政的には、FTP部門が支出のうち7割弱を占める。複数のチームから成り、苦情を受け付け調査する調査チーム(すべて非医師の50人で構成)、調査内容を判断し案件を診療適性審査小委員会(FTP小委員会)にかけるべきかどうかを決定する権限を持つ案件審査官(6人の医師と5人の非医師の計11人)、FTP小委員会の聴聞を準備し開催する裁定チーム(すべて非医師の70人)、法的側面についてのサポートを行う法的チーム(約20人の弁護士を含む30人)等がある。これだけの数のスタッフを擁してはじめて、規範の維持が現実的なものとなるようだ。

GMCがこれらの役割を果たす上で“憲法的役割”を担っているのが、本資料で翻訳を行った「適正診療規範」Good Medical Practice (GMP)である。医師に求められる行動と許されない行動が細かく規定されており、違反すると懲戒の対象となるという点で、強制力を持った規範である。理想の医師像を描写したものというよりは、患者の安全を守る上で最低限満たすべき基準を述べたものといえる。さらに、GMPを元にも実際の現場で各々の症例に適應するために、多種の指針が別途用意されている。卒前卒後の教育を通して繰り返しGMPの原則と価値が教えられているため、それに従うのは当然で違反は処分の対象になると認識されているようである。

GMPの中に明記されている医師の義務として、実践的臨床能力 competency や業務遂行能力 performance を維持するという個人としての義務の他、専門職集団(プロフェッション)として自らを律する項目が多数含まれている。2006年11月の改訂版では特に、このプロフェッションに対する社会の信頼を維持するための義務が強調されており、「医師の常日頃の行いが、プロフェッションへの信頼の基となっているのだということを肝に銘じなければならない」とある。また、患者や医療関係者からの苦情申し立てがGMCによる適性審査の途端になるが、「患者の安全が脅かされているという懸念があるならば、それを提起しなければならない」と明記されている。さらに、裁判やGMCの裁定での証言、鑑定書や報告書の作成に関して、正しい情報提供をする義務について記されている。医療の質を保証して患者を守り、プロフェッションに対する社会の信頼を確保することこそが、自律的規制の目的だからである。

GMCによる自律的規制は、近年の市民参加により新たな段階へ発展しつつある。近年の深刻な医療事故・事件を契機に（医師のみによる）純粹な自律的規制では患者は守れないという批判を受けて GMC に対する改革が行われ、総合医療評議会の最高意思決定機関 (governing council) である理事会の構成は 2006 年から新しくなり、一般市民（非医師）が 4 割を占めるようになった。設立当初はすべて医師のみ、それも、教育研究機関から任命された医師が大多数を占めていた。それが時代を経て、登録医師の中から選挙で選ばれた医師の割合が増えていき、1974 年に初めて一般市民（非医師）も理事になり（1 割程度を構成）、そこからさらに約 30 年経過して市民参加とよべるほどの割合になった。また、医師の処分を決定する FTP 小委員会の委員にも、一般市民（非医師）の参加が規定されている。FTP 小委員会の委員は、案件ごとに理事会から任命されるため、理事会の構成は、医師の処分内容を変容させていく可能性を秘めている。市民とのパートナーシップを維持しながら、医師という専門職が自らを律するモデルがどのように機能するのか、今後の動向を見守りたい。

（謝辞）本研究は、平成 19 年度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業）「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」（主任研究者 上原鳴夫）の一環として行われたものである。

Good Medical Practice (適正診療規範)

訳：篠田知子

東北大学大学院医学系研究科社会医学講座国際保健学分野 非常勤講師

野村英樹

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

総合医療評議会 (General Medical Council) に登録している医師の義務

患者の命と健康に関して、患者が医師を信頼できるようにならないといけない。患者の信頼に応えるために、あなたは人の命への敬意を示さなければならず、さらにあなたがしなければいけないことは以下の通りである。

- 患者の治療を最優先課題とする
- 患者の健康と社会全体の健康の両方を守り促進する
- 適正基準を満たした適正な医療やケアを提供する
 - ・専門職としての知識と技術を最新に保つ
 - ・自分自身の医師としての実践的臨床能力の限界を認識し、その範囲内で働く
 - ・患者にとって最善となるような形で他の医療スタッフと共に働く
- 一人ひとりの患者にあった治療を行い、患者の尊厳に敬意を払う
 - ・丁寧に、思いやりをこめて、患者の治療にあたる
 - ・患者の機密保持の権利を尊重する
- 患者と共に歩んでいく
 - ・患者の心配や希望を聞き、対応する
 - ・患者がほしくて必要としている情報を、患者が理解できる形で提供する
 - ・患者が医師と一緒に治療内容を決断する権利を尊重する
 - ・患者が自らの健康を改善し維持するためにセルフケアできるように支援する
- 正直に、心を開いて、誠実に行動する
 - ・あなた自身あるいはあなたが共に働く他の医療スタッフが患者を危険な状態に置いているかもしれないと信じるに十分な理由がある時には、すぐさま行動をおこさなければならない
 - ・決して患者と共に働く他の医療スタッフを不公平に差別してはいけない
 - ・決して患者の信頼を乱用してはならず、国民全体の医師集団への信頼感を乱用してはならない

あなたは個人的に、あなたの専門家としての医療実践に関して説明責任があり、あなたの決定や行動の正当性を説明できるよう常に心積もりしておかなければならない。

適正診療規範は2006年11月13日より効力を発揮する

編集委員会注：本資料は、本誌第2巻3号資料1の解説 (Vol.2 No.3 p318) にあるように、英国 GMC の診療適性審査において、その基準となる Good Medical Practice の日本語全訳である。