

メディカル・プロフェッション

- メディカル・プロフェッションに与えられる特権＝患者さんの身体を傷つけ、毒(=薬)を飲ませる権限
- 権限を得るにあたって、プロフェッションは誓約を求められる
- 医師免許は、国民に対して、免許を与えられた者が診療を行うために必要な能力を備えていることを保証する

1. "メディカル・プロフェッション"の確立

- Professional Charter (医師憲章)の制定
- 学術研究会である学会を臨床医の質向上とプロフェッションの社会的責任を担う組織に発展させる。または、(学会と連携した)合同臨床医学会を創設。

2. 自律的懲戒制度を含む医師(または専門医療職)の質保証機構の構築

- 臨床医and/or専門医認定機構の確立
- (仮称)「医療評議会」の創設

3. 医療傷害補償制度の確立

- 医療傷害保険
- リスク・シェアリングとリスク・コミュニケーション

プロフェッション憲章の制定(または批准)

- けんしゅう【憲章】
 - 1 重要で根本的なことを定めた取り決め。特に、基本的な方針や施策などをうたった宣言書や協約。「国連—」「児童—」
 - 2 憲法の規則、典章

Medical Professionalism in The New Millenium: A Physician Charter

米国内科臨床医学会、米国内科認定委員会、欧州内科連合(2002年)

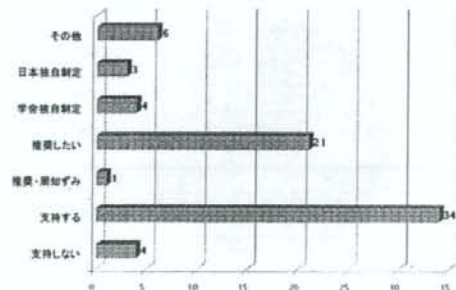
この動乱の時代にあつて医と社会との相互契約を忠実に履行するためには、われわれ委員会メンバーは、医のプロフェッショナリズムの原則に積極的に献身することを再確認しなければならないと信じる。

医のプロフェッショナリズムは、個々の患者の福利に対する個人的な責務のみならず、社会全体の幸福のために医療システムを向上させる医師の集合的な努力を求める。医のプロフェッショナリズムに関する本憲章は、このような献身を促し、その視野と目的によって普遍的な医療職のための行動計画を促すことを意図している。

プロフェッションとしての責務 (A Set of Professional Responsibilities)

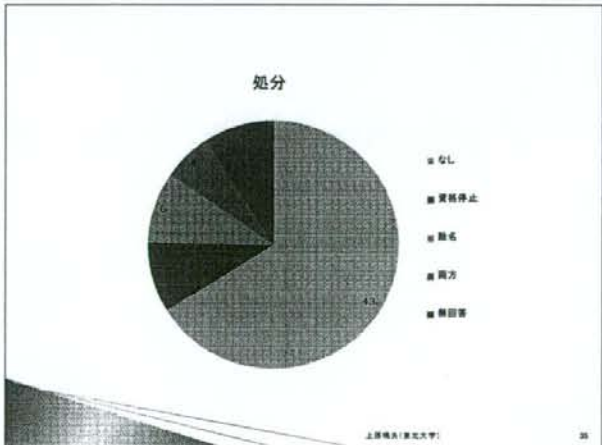
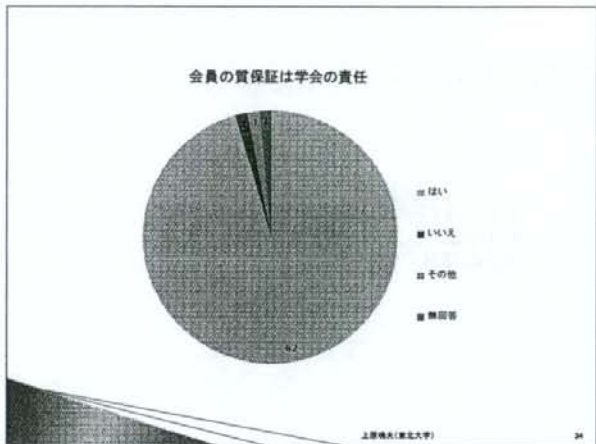
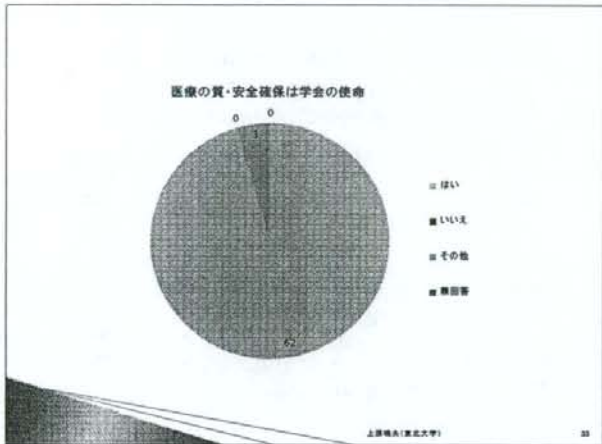
1. プロフェッションとしての能力を保持する責務 *Commitment to professional competence.*
2. 患者に対して正直である責務 *Commitment to honesty with patients.*
3. 患者情報を守秘する責務 *Commitment to patient confidentiality.*
4. 患者との適切な関係を保つ責務
Commitment to maintaining appropriate relations with patients.
5. 医療の質を向上させる責務 *Commitment to improving quality of care.*
6. 医療へのアクセスを向上させる責務 *Commitment to improving access to care.*
7. 有限医療資源の適正配置に関する責務
Commitment to a just distribution of finite resources.
8. 科学的な知識に基づく責務 *Commitment to scientific knowledge.*
9. 利害衝突に適切に対処し信頼を維持する責務
Commitment to maintaining trust by managing conflicts of interest.
10. プロフェッションとしての責任を果たす責務 *Commitment to professional responsibilities.*

医師憲章について





1. "メディカル・プロフェッション"の確立
 - Professional Charter (医師憲章)の制定
 - 研究発表会としての学会を臨床医の質向上とプロフェッションの社会的責任を担う組織に発展させる、または、(学会と連携した)合同臨床医会を創設
2. 自律的懲戒制度を含む医師(または専門医療職)の質保証機構の構築
 - 臨床医and/or専門医認定機構の確立
 - (仮称)「医療評議会」の創設
3. 医療傷害補償制度の確立
 - 医療傷害保険
 - リスク・シェアリングとリスク・コミュニケーション



1. "メディカル・プロフェッション"の確立
 - Professional Charter (医師憲章)の制定
 - 研究発表会としての学会を臨床医の質向上とプロフェッションの社会的責任を担う組織に発展させる、または、(学会と連携した)合同臨床医会を創設。
2. 自律的懲戒制度を含む医師(または専門医療職)の質保証機構の構築
 - 臨床医and/or専門医認定機構の確立
 - (仮称)「医療評議会」の創設
3. 医療傷害補償制度の確立
 - 医療傷害保険
 - リスク・シェアリングとリスク・コミュニケーション

■ 医師の質保証

- 標準化、教育、情報支援
- 懲戒処分

■ 医療傷害の補償

■

処分と補償は切り離す。
しかしセットで考える。

処分制度

1. 処分の目的
2. 処分の対象
3. 審査方法、審査主体
4. 処分決定者と組織

懲戒処分

1. 専門医の質の確保(質保証)はプロフェッショナル・ソサエティの役割

- 資質や能力を欠くと判断した場合は専門医資格を停止。養成と認定と継続教育と不適格者の処分と再教育を担う

2. 保険医として診療を委託する資格要件を満たすかどうかの判断は保険者の役割

- 資格要件を欠けば保険医療機関認定や保険医登録を停止。診療能力の評価はピア審査によるべき

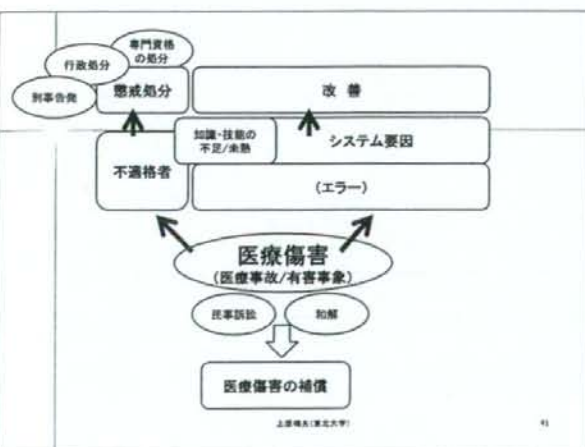
3. 医療行為または結果が契約不履行とみなされるかどうかは(訴えがあった場合は)民事司法の判断

- 賠償 *リスクコミュニケーション、診療計画の共有が重要。

4. 医師免許の授与と条件を満たすかどうかの判断は行政の役割 → 医師免許停止等

- * 免許授与と条件との対応性が求められるので、いわゆる "incompetent physician" (麻薬、アルコール、精神異常、医療責任能力を疑わせる犯罪行為など) が主対象となり、特別な場合を除いては医療過誤は対象にならない。

5. 犯罪行為(意図された傷害行為、治療目的よりも自らの利益を優先して行った不適正治療行為に起因する傷害、事実隠蔽行為など)の処罰は刑事司法の役割 → 刑事処分



(「医療の質・安全戦略」研究班)

提案1. プロフェッションの質保証を担う組織・体制の確立

(例)

- 内閣府または厚生労働省の外局の形で、設置法に基づく臨床医の自律的質保証組織として、仮称「医療評議会」(単独の独立行政委員会)を設置する。
- 毎年衆参両院へ年次報告を行う他、行政調査も原則受け入れる
- 委員長(医師)は衆参両院の同意を経て内閣総理大臣または厚生労働大臣が指名する。
- 委員長は、内閣府や厚生労働省の干渉を受けずに委員を指名する。
 - * 医師憲章を制定する(日本版を策定または国際版を批准)
 - * 死因究明調査等で過失や医師の規範に反する行為が疑われた場合は、上記組織のもとに置かれる審査会が判定し、改善措置や懲戒処分を勧告できる。(原則として、過失は改善措置、規範に反する行為は懲戒の対象となる。)

* 検討事項: 臨床医の登録管理

- 医師憲章＝診療に従事する医師の誓約として
プロフェッションである医師の責任の自覚
- 技術標準の策定と普及
- 臨床医への知識・情報サポートと研修機会の支援
- 教育と資格認定
コンピテンシー：臨床医の資格、保険医の資格、専門医の資格
不適格者の排除・再教育：患者さんを診療することが患者さんと社会
にとって危険であると考えられる医師（医療者）の識別
- 医師憲章の誓約を守るために必要なその他の活動や提言
医療の質・安全確保のためのシステム設計と施策への提言
- 継続教育機会の確保（参考提案）
年間2週間～4週間の研修機会、一定継続年数ごとに3か月～1年間の
研修機会（医師0.5名の増員）
上原晴夫（東北大学）

43

1. 無謬性神話の呪縛からの解放

- リスクを患者さんと共有する
 - リスクに関する研究とデータ
 - 説明ツールの開発と普及
- 医療傷害の補償
患者傷害保険制度（免責補償制度）
 - “医療リスク保険”の可能性

44

上原晴夫（東北大学）

〔「医療の質・安全戦略」研究班〕

提案2. 医療傷害の補償を目的とする医療傷害保険制度の確立

「医療傷害保険」/「医療リスク保険」

- (1) 税金/健康保険料から（スエーデン方式）*
- (2) 自己負担分に加算（自賠償方式）*
- (3) 患者さんが選択（旅行傷害保険方式）**

- * 回避可能と判断されるものが対象
（可能性51%以上＝疑わしきは補償へ）
- ** 手術等リスクの高い治療（＋有害事象一般も？）を対象とする
（補償に加えて、リスク開示の促進もねらい）

上原晴夫（東北大学）

45

- インフォームド・チョイスの実体化ーリスク・効果の認識と選択
- リスク対策の確認と徹底
- 患者さんにできることの説明と患者参加の促進

- リスクコミュニケーションの促進
 - データ、情報、説明ツールの開発と普及
 - コミュニケーション専門職種育成と配置（コミュニケーター、患者教育支援室、患者代理人ほか）
 - 質・安全指標の開発とベンチマーク
- 地域社会の支援と医療参加
 - 患者・医療利用者のための情報作りと提供
 - 「生活者教育」の一環として、健康維持・疾病予防の知識と医療の利用の仕方に関する教育プログラムを確立（学校教育と地域教育）

上原晴夫（東北大学）

46

- 質・安全確保の責任者は病院経営者であることの明確化
- 病院経営者のための質管理指標の提供
 - HSMR（標準化病院死亡率）とSMR（疾患群ごとの標準死亡率）
 - 臨床指標のベンチマーク
- 医療利用者が病院を選択するための情報の提供
 - 治療指針の公開
 - 治療成績の公開
- 家庭医による患者代理人機能の促進（保険での支払い）
- 改善を支援する仕組みと態勢の構築およびインセンティブの提供

上原晴夫（東北大学）

47

「医療の質・安全戦略研究会議」平成20年度 発表資料一覧

<20年4月1日>

「豪州における Medical Emergency Team (MET)」	東京慈恵会医科大学集中治療部 内野滋彦
---------------------------------------	---------------------

<20年9月14、15日>

2003年MRB年次報告からの抜粋	
質・安全における患者、市民、地域社会の役割と医療参加 ～現状とこれから～	医療の質・安全学会 パートナーシッププログラム責任者 山内桂子
質不良のコスト	国際医療福祉大学 池田俊也
プロフェッショナルソサエティの役割	金沢大学医学部附属病院 野村英樹
ドイツにおける医療倫理と医師の自律	東京医科歯科大学名誉教授 岡嶋道夫
「医療費高騰」の実態と質・安全のファイナンスについて	京都大学大学院経済学研究科 西村周三

<20年10月19日>

The role of professional society for quality assurance and patient safety in the U.K.	Brian Jarman
医師と医療の質保証&プロフェッションの役割	国立長寿医療センター 大島伸一
使用環境を考慮した医療機器の安全基準と安全管理体制	自治医科大学医学部 メディカルシミュレーションセンター センター長 医療安全学教授 河野龍太郎
医療の質・安全と教育	佐賀大学医学部附属病院 小泉俊三
英国の総合医療評議会 (General Medical Council)における診療適正審査基準 (Fitness to Practice Procedures)	金沢大学医学部附属病院 野村英樹
Good Medical Practice (適正診療規範)	

<21年1月18日>

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 野村英樹
医師の適性審査と自律的処分	虎の門病院泌尿器科 小松秀樹

<21年2月7日>

医療専門職規制と医のプロフェッショナリズムの世界的潮流	金沢大学医学部附属病院 野村英樹
世界各国の医療専門職規制	
医療専門職規制システムの英独米日比較	
新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム: 医師憲章	

<21年3月15日>

ドイツにおける審判制度と医療倫理	東京医科歯科大学名誉教授 岡嶋道夫
日本と異なるドイツの医療と医療審判制度 30年の歩み	
患者を大切に扱うドイツの医療と医療事故処理	
「医療の質保証におけるプロフェッションの役割とその強化」に関する提言	金沢大学医学部附属病院 野村英樹

<その他>

米国の患者安全および質改善に係る法律(2005年)	佐久総合病院学術顧問 吉本晋一郎
患者安全調査委員会答申書(スウェーデン、2008)	Kaj Essinger
Report on the Swedsh Medical Injury Insurance	Kaj Essinger

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
分担研究報告書

「医療の質保証におけるプロフェッションの役割とその強化」に関する提言

分担研究者 小泉俊三 佐賀大学医学部総合診療部教授
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
主任研究者 上原鳴夫 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教授

研究要旨

医師をはじめとする各医療専門職の集団（プロフェッション）は、社会との間に相互の信頼関係に基づく無書面の社会契約を結んでいると見なされる。この契約の中で、プロフェッションは提供する医療の質の保証と利他的な奉仕、道徳的で誠実な行動、および説明責任を果たすことなどを公約（プロフェス）し、これに対して社会は、独占権（免許）、自律権、経済的報酬、および名声などを与える。わが国では従来、医療専門職の間でもこのような社会契約の認識は乏しく、また制度的に医療専門職に自律権が与えられていなかったこともあり、医療不信が生じたときにその解消を図るプロフェッションの側からの努力が実を結びにくい状況にあったと考えられる。

本研究では、諸外国の制度も参考に、わが国の医師のプロフェッションに現在求められるものとして、① 医師の側からの社会契約の提案である「プロフェッショナルリズム憲章」の制定、② 社会契約の守護者としての臨床医の質保証団体の確立、③ 社会契約の履行の妨げとなり得る利益相反の適切な管理、および、④ 社会契約を全うすることができる医療専門職（プロフェッショナル）養成制度の強化について、提言を行った。

I 背景

医師をはじめとする専門家（プロフェッショナル）がクライアントとの間に個別の無書面契約（医師の場合は診療契約）を結んでいるとみなされることは、裁判でのやり取りや判決などを通じて比較的良く知られている。しかしながら、本邦では広く認識されているとは言い難いが、このような個々のプロフェッショナルとクライアントの間の契約の前提には、専門家の集合体であるプロフェッションがクライアントである患者や一般生活者の集合体である社会との間に結んでいるとされる、いわゆる「社会契約」が存在す

る。なお、プロフェッションと社会との間の契約の前提には、社会の構成員全員が守るべき基本社会契約とも呼ぶべきものがある。これは例えば、幸福を追求する権利は社会の構成員全員に等しく与えられること、他者の社会権的基本権（身体的苦痛を受けずに生存する権利など）を侵すような行動の自由は制限されること、などを指しており、我が国ではその多くが憲法に明記されている。基本社会契約を無視した社会契約や個別診療契約はあり得ないし、社会契約を無視した個別の診療契約はあり得ない。

プロフェッションと社会との間に交わされる、相互の信頼関係に基づく無書面の社会契約では、プロフェッションは提供するサービスの質の保証と説明責任を果たすことを公約(プロフェス)し、これに対して社会は、独占権と自律権を与える。ここで独占権とは、免許のないものには社会に対するサービスの提供を禁止すること(すなわち免許制)であり、自律権とは、誰をプロフェッションのメンバーとして認め、誰をメンバーとして相応しくないものとして排除するか、プロフェッション自らが決定する権利である。プロフェッションとして提供するサービスの質の保証を万全に行うために独占権(免許制)が必要であることはもちろんであるが、自律権もまた、自浄作用を発揮するために欠かすことができない重要な要素である。その意味で自律権は、プロフェッションにのみ与えられる特権であるが、それと同時に与えられた自律権を正しく用いることは義務でもある(特権的義務)。

現在の日本では、医師というプロフェッションに対して独占権は与えられているものの、自律権は与えられていない。医療先進諸国では、調査できた限りでは医師に対して自律権が与えられていないのはノルウェーと日本のみのものである。これら2つの国では、医師に対する処分を行う主体は行政府である。特に日本では、警察・検察が介入して刑事裁判となり、有罪が確定して刑罰に処された医師に対して後追的に行政府(厚生労働省)が医師免許を停止ないし取消の処分を行ってきた特殊な制度であり、そのことが医師というプロフェッションに対する社会の信頼を損なっている大きな原因の一つであると考えられる。

一人ひとりの臨床医の質を担保するため、臨床医(を目指す者)はその生涯を通じて、ステージ毎に設けられたハードルを越え続けなければならない。医師を志望するものは、入学者の選抜過程を乗り越えて医学校に入学し、医学校の臨床前教育の修

了時には臨床教育のステージに進むための試験を受ける。医学校の臨床教育の修了時には卒業試験があり、国によってはさらに国家試験を受け、これらに合格すると医師免許が与えられ、医籍に登録される。医師になってもまず初期研修プログラムの選抜過程をくぐり抜け、初期研修の修了時にはその修了認定評価を受ける。修了が認定されると総合診療医ないし領域別診療医としてのトレーニングプログラムの選抜があり、その修了時には総合診療医ないし領域別診療医認定のための評価を受ける。その後、総合診療医ないし領域別診療医として医療機関の採用選抜、あるいは開業の認可を受けたりするが、希望者は亜領域(サブスペシャリティ)のトレーニングプログラムも受ける。一人前の臨床医として働き続ける過程でも、一定期間毎に認定医更新のための評価を受けたり、国によっては免許の更新も必要である。雇用関係も更新の連続とみなすことができ、高齢となれば雇用が継続されなかったり、国によっては医師の定年制を設けている国もある。これらの多くのハードルはいずれも、医師個人の提供するサービスの質の保証のために設けられたハードルである。特に、いずれかの教育課程を修了し、修了者に相応しい能力を修得したことを保証するハードルが、一般に「資格」と呼ばれるものである。

臨床医に与えられる「資格」としてはまず、国レベル(行政単位レベル)の資格である医師免許・医籍登録が挙げられるが、日本では現在、独立して臨床診療を行ったり医療機関の管理者となったりすることが許される資格は卒後臨床研修修了認定とその医籍登録である。その意味で医師免許は、それ単独で独立した一人の医師として認める資格ではない(指導医の監督の下でのみ診療行為が許される)。さらに国民皆保険制度の我が国では、健康保険を扱って診療を行うことがゆるされる保険医資格も国レベルの資格となっているが、他の国では各保険会社との個別の契約に委ねられている場合もある。

それでも、どの保険会社にも契約に応じてもらえなければ臨床診療を行うことは事実上困難となるので、やはり一種の「資格」と言えなくはない。

次に、何らかの専門領域の認定資格が、その領域の診療を行う上で必要とされる場合があるが、日本ではいわゆる領域別診療医の認定資格はその領域の診療に必須ではないばかりか、認定医でも非認定医でも、保険から支払われる診療報酬は同額に定められている。また、家庭医や総合内科医などの総合診療医の資格認定については、さらに整備が遅れているのが現状である。

その他、医療機関における雇用契約も、どこにも契約されなければ臨床診療を行うことができないという意味において「資格」と同様の意味を持ち得る。明文化されているかどうかは別として、その医療機関で一人の医師がどの分野を担当するのか、どのような医療行為・手技を行うことができるのかも、通常その契約に含まれていると考えられるが、日本ではあいまいな場合が多い。

「資格」は、一度与えられた後も、少なくとも修了時に求められる能力を維持していることを保証するものでもあり、能力不足が明らかとなれば停止したり取消したりする必要がある。その仕組みをいかに上手に構築するか、唯一の正解は存在しえないが、前述のように少なくとも多くの医療先進国では、これらの権限の多くを自律権として臨床医プロフェッションに委ねている。

臨床医として必要な能力(コンピテンシー)について、いろいろなモデルが提唱されているが、ダンディー大学の医学教育学者ハーデンによる「3つの円」モデルは、最も単純なものである。最も内側の円は正しい知識および技術、その外側は科学的に正しい考え方に基づく判断力である。医師が正しい判断に基づいて正しいことを行えば十分のように一見思われるが、医師と患者やその家族との間には情報の非対称性が存在し、医師が本当に正しいことを

正しい判断に基づいて行っているのかを患者やその家族が真の意味で理解することは極めて難しい。このギャップを埋められるのは医師への信頼のみであり、医師は、信頼に値する医師として相応しい人格(プロフェッショナリズム)を備え、信頼に値する行動をとり続けなくてはならない。

臨床医がこれらのコンピテンシーを維持していることを正しく評価できるのは、どのような立場の人間であろうか。知識や技術については、その能力を有し、実際にその能力を用いて診療を行っている同業者が評価(ピアレビュー)することが可能であることは容易に理解できる。一方、その知識や技術、およびそれらを用いて診療を行った経験を有さない非専門職が評価することは困難である。判断力については、一般論として評価することについてはやはり同業者が行うことは可能であるが、実際の患者についての判断が正しかったのかどうかを、後になって全く同じ状態の患者に接触できない状態で評価することはたとえ同業者と言えども容易ではない。ましてや、非専門職がその評価を行うことは到底不可能なのであり、そのために十分なトレーニングを受けた同業者に委ねる他はない。

一方、ある医師が、医師として信頼できる相応しい人格を備えているかについての評価は、同業者でなくとも可能である。むしろ、医療を受ける側の非専門職の方がより正しい判断ができる可能性もある。しかしながら、その判断を行い、人格的に医師として相応しくない人物をプロフェッションから排除するのが同じ医師でない限り、医師というプロフェッション全体が自浄作用を果たしたことはならず、プロフェッション全体に対する信頼を得ることはできない。透明性を確保し、非専門職によるチェックが可能な状況を確認した上で、基本的に医師としての人格の評価も自律の原則に沿って行うことが必要である。

臨床医個人の質を保証するためにもう一つ大切なのは、臨床医がその生涯の各ステージで受ける教育・研修プログラムの質の管理である。具体的には、医学校の臨床前教育、臨床教育、初期研修、総合診療医/領域別診療医研修、サブスペシャリティトレーニング、生涯学習の各プログラムを指すことになる。ここで重要なのは、これらのプログラムで扱われる内容のうち、いずれのステージでも必要とされる共通部分については、どのような水準を最低限求めるのかを定めた「良質水準」(スタンダード)を明確に定めることである。日本では医学部教育の管轄は文部科学省、卒業後のトレーニングについては厚生労働省が管轄しており、十分な情報の交換が難しい構造であることに加え、それぞれの良質水準が明確に確立されていない。医療先進諸国では、これら教育プログラムの管理についても、プロフェッションとして医師の団体に委ねられている場合が多いようである。

さて、医師というプロフェッション全体で果たすべき役割は、「医療者個人の質の保証」だけではなく、「医療の質保証と向上」の役割として、学術研究の推進、科学的エビデンスのレビュー、診療ガイドラインの策定、医療機関あるいは診療部門単位の質の管理など、「社会貢献」の役割として災害医療や国際医療、疾患登録の管理運営と届け出、疾病とその予防や医療の公共性などに関する社会啓発など、「利益共同体」の役割として学習機会の共有、年金制度の運営、政治的・代表および通商交渉代表などが挙げられる。このうち、「利益共同体」としての役割は医師にも社会構成員として等しく与えられた権利であり、「社会貢献」や「医療の質保証と向上」の役割は社会的な義務であり、「医療者個人の質保証」の役割は前述のように特権的義務である。

これらの役割を果たす上で、具体的にどのような組織を構築するかは、唯一正しい正解が存在する訳

ではなく、医療先進諸国でもさまざまである。しかしながら、多くの国の仕組みを俯瞰してみると、プロフェッションの団体には政治的・代表・通商代表団体(トレードユニオン)、研究団体、学習団体、領域別診療医/総合診療医認定団体、および、診療資格管理団体などの類型があることがわかる。重要なのは、それぞれの団体が果たすプロフェッショナルソサエティの役割の間には利益相反があるため、それぞれの役割を果たす団体は独立して存在していることである。その例外として存在するのがドイツにおける州医師会であり、この団体は医師全員の加入が義務付けられた診療資格管理団体であるが、同時に州医師会の連合会であるドイツ医師会は、日本や英国をはじめとする諸国の医師会同様、通商代表としての役割も果たしている。ただし、これには歴史的な背景があり、ナチスに協力したという負の歴史を抱えるドイツの医師たちは、社会の信頼を二度と失わぬよう、通商代表としての役割よりも資格管理団体としての特権的義務を果たし、さらには地域ごとの医師の定員制を設けて都市部への医師の集中を回避するなど、公共の利益を最優先する運営を行ってきたのである。

なお、診療資格管理団体の役割の中でも、医籍の登録と管理を行う組織と、医師の診療適性を審査し、さらに懲戒を決定する組織の間にも、利益相反が生じ得る。このため、両者を別組織として構築している国もあるが、一つの組織の中で別部門とすることで利益相反を管理している国も存在する。

診療領域別の認定団体の役割には、認定医が扱う領域の決定、良質水準(スタンダード)の設定、認定医の必要数およびそれに応じた養成数の決定、認定医養成プログラムの条件の設定とそれに基づいた認定、申請者評価と認定、および、一定期間毎の認定更新などがある。認定団体は、基本的には認定医の数を絞ることでその質の担保を図る。その意味で、会員数の拡大を志向する傾向にある、

その領域における医学研究の推進を目的とする学会との間には、利益の相反が生じる。なお、総合診療医ないし領域別診療医同士の学習機会の共有や社会貢献を主な目的とする臨床医会 (College) とは、本来利益相反は生じないと考えられるが、臨床医会が政治的発言力の拡大を求めて会員数の拡大を志向した場合には、やはり同様の利益相反が生じるであろう。このため医療先進諸国では、資格管理団体は学術研究を目的とする「学会」からは独立して存在しており、また、臨床医会からも独立している場合が多い。ただし、特に連邦制を布いて州単位で資格管理団体を持っている国家 (カナダなど) では、規模の面から各団体を独立させることが現実ではないためと思われるが、臨床医会が資格管理団体を兼ねている場合がある。一方日本では、学術研究団体である学会が臨床医会を兼ね、さらには認定医の認定も行っているが、そのことが認定医資格の乱発につながっている可能性が指摘されている。

保険医の契約 (資格) を管理する権限は、当然のことながら保険者 (日本では健康保険組合およびその連合会など、国によっては疾病金庫や民間保険会社の場合もある) が有している。言い換えれば、通常保険者には、加入者が求める信頼に値する医師と契約する自由がある。ただし、医師側にはこれに対抗してトレードユニオンを組織し、その代表者が保険者と交渉する権利があり、必ずしも保険者の判断通りとはならない場合もあり得る。いずれにしても保険者は、その役割において臨床医のプロフェッションには属さない。保険医の資格の管理を保険者側が医師側に委託した場合には、保険医資格もプロフェッションの自律の原則に沿って管理されることになるが、その委託先がトレードユニオンという医師の利益代表であった場合には、重大な利益相反が生じることになる。

臨床医と雇用契約を結ぶ権限は、本質的に雇用者にある。世界中から多くの医師を輸入して供給している米国では、雇用者の力が比較的強く、能力が不足していると雇用者からみなされた医師の雇用は継続されない傾向にある。逆に、需給関係が大幅に需要過剰である場合、あるいは医師側が組合を組織して医師の配置をコントロールする場合には、雇用者の意に反する医師でも雇用しなければ医療機関が維持できない事態にもなり得る。日本では地域や診療科によっては需要過剰の状態であり、また大学医局が組手的な役割を果たしていたことの負の側面として、雇用者の力は比較的弱い場合が少なくないが、それでも雇用契約という資格の管理者として雇用者の果たす役割は小さくない。医師の能力不足が疑われる場合、第一に資格管理者としての権限を行使して調査を行い、必要な処置を講ずることは雇用者の役割である。

臨床医としての資格 (身分) を管理する団体 (身分管理団体) は、前述のように日本には存在しないが、多くの医療先進諸国にはプロフェッションの自律の原則に従って以前より存在している。その団体の果たしている役割は、人格面の良質水準 (スタンダード) である行動規範の設定、臨床医の登録とその維持、臨床医登録の更新作業、卒前および卒後医学教育 (特に共通部分) の質管理、医師に対する苦情や能力不足が疑われる例の報告の受付、それを受けての診療適性審査、さらに能力不足が明らかとなった医師の臨床医資格の停止や取消、および再教育などである。その他、医事紛争における鑑定や調停の役割を担っている場合もある (ドイツなど)。

このように臨床医としての資格管理では、能力不足が疑われる医師の診療適性の審査を行うことになるが、その場合に問題となるのは、医療事故などの際の原因究明調査との関係である。

日本の民間団体である、「医療被害防止・救済シス

テムの実現をめざす会」設立準備会によれば、医療事故被害者は、1. 原状回復、2. 真相究明、3. 反省謝罪、4. 再発防止、5. 損害賠償の「5つの願い」を持つとしている。ここで、1. 原状回復については2. 真相究明を待たずに進められるべきものであるが、3. 反省謝罪、4. 再発防止、5. 損害賠償については、理論的には2. 真相究明の後に行われることになる。

2. 真相究明については、有害事象による死亡例の場合、検死による死因究明体制の整備はその前提条件である。諸外国では検視官制度が整備され、医療関連有害事象に限らず、あらゆる異状死は原因解明が行われる。ちなみに、日本では検視官制度が未確立であるため、医療関連有害事象による死亡例の場合に限り米国の航空機・鉄道事故調査委員会をモデルにした第三者機関(医療事故調査委員会)を設置することが現在検討されているが、世界的には類を見ない組織のようである。何れにせよ、真相究明のためには、記録の分析や関係者からの正確な情報の入手が不可欠である。

その際の最大の問題点は、3.の反省謝罪や5.の損害賠償、そして医療者個人の刑事処罰や資格取消を前提とした真相究明には、積極的な協力が得にくくなるというジレンマの存在である。このジレンマに対する唯一の既知の解決策は、スウェーデンにおいて発展した、いわゆる無過失補償制度である。無過失補償制度とは、本来は5.の損害賠償の願いに対して考えられた解決策である。本来医療とは不確実なものであり、正しい医療を行っても望まない結果となる場合があることから、過失の有無に関わらず、望ましくない結果(医療関連有害事象全て)に対して補償を行うことを意味している。ところがこの制度を導入することにより、医療側も有害事象の被害者に補償が行われることを望むことになり、また得られた情報が責任の追及に用いられないことが保証されることから、積極的に真相究明につながる情報の提供を行うようになる。特定の有害事象に関

する真相が公表されるわけではないが、この情報はシステムの改善に結びつき、4.の再発防止に役立てられることになる。

ただし、無過失補償制度を通じて得られた情報により解明した真相は、3.の反省謝罪や医療者個人の刑事処罰ないし資格に関わる処分に用いられることはない。現在の日本では、刑事処罰が確定した医療者に対して初めて資格に関わる処分が行われるため、何らかの処分を行うには刑事処罰が必須となっている。この状況は、まずプロとしての処分である資格処分を先に行い、それで不足した場合にのみ、人としての処罰である刑事処罰を科すことによって軽減することができる。

医師個人の質保証のために行われる診療適性審査で得られた情報や結果は通常公表される。無過失補償制度が整備されていない国では、損害賠償は民事訴訟によって争われることになるため、診療適性を審査されている医師の側は真実を隠そうとする傾向があり、システム改善に結び付く情報も得にくい場合が少なくない。この場合、システムの改善については、医療機関からのインシデント・アクシデント報告(通常医療機関や個人が特定される情報は公開されず保護される)に基づいて行われることになる。

3.の反省謝罪は、資格に関わる処分が下された場合に、謝罪すべき人物がいたことが明らかとなる。しかし、仮にその個人に臨床医の身分管理団体が謝罪するよう強制したとしても、それは被害者の願う謝罪ではなく無意味であるし、謝罪しなければならないことを嫌がって調査に協力しないケースも生じ得るため、英国などでは謝罪の強制は行えないことを謳っている。反省謝罪という被害者の願いに対しては、メディエーションや鑑定・調停などを医師の資格団体が提供している国も存在するが、必ずしも全ての国で認められる制度ではない。

II 提言:プロフェッショナリズム憲章の制定

前述の通りプロフェッションは社会との間に無書面の契約を結んでいると考えられている。しかし無書面であるということは、そのような社会契約が存在するという概念そのものについて社会やプロフェッションの構成員全員が知っているとは限らないことを意味しており、また仮に存在を知っていたとしても、その内容について社会やプロフェッションの構成員全員が同じ理解をしているとは限らないことになる。そのようなばらつきが様々な問題を引き起こすことは容易に想像でき、特に社会状況が大きく変化した激動の現代社会にあって、社会契約の存在とその内容について一定のコンセンサスを得る努力が求められるようになってきていると言えるだろう。

2002年に米国内科臨床医会(American College of Physicians)、米国内科認定委員会(American Board of Internal Medicine)、および欧州内科連合(European Federation of Internal Medicine)が合同で発表した医師憲章は、新千年紀の始まりにおける新しい社会契約の、医師のプロフェッション側からの提案である。本邦では、日本内科学会認定内科専門医会(現在は専門医部会)のプロフェッショナリズム委員会による翻訳が出版されており、医療の質・安全学会誌にも転載された。その内容は従来のプロフェッショナリズムの考え方から見て数歩前進を見せた意欲的なものであり、プロフェッションの責務をかなり幅広く捉えている。必ず守るべきものと言うよりは、努力目標的な性格と言えるかも知れない。

医師憲章は発表から15か月の間に、世界各国の90の臨床医会あるいは内科等の認定委員会がこの文書を受諾しており、言わば医師のプロフェッションと社会との契約の世界標準となっている。しかしながら、本邦では医師憲章を受諾したプロフェッションの団体はないようである。本邦においては独自の社会契約が存在しても良いのではあるが、日本でもさまざまな臨床医の団体がこの憲章の内容をそ

れぞれに吟味し、この憲章を受諾するのか、あるいは独自の社会契約を提案するのか、検討することを提案するものである。

新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム: 医師憲章

米欧内科 3 学会・組織合同による Medical Professionalism Project メンバー

<認定内科専門医会会長諮問委員会(プロフェッショナリズム委員会)訳>

出典: 内科専門医会誌 Vol. 18, No.1 2006 February (2006/10/12 更新)

序文(Preamble)

プロフェッショナリズムは、医学の社会との相互契約の根底をなす。プロフェッショナリズムは、医師の利益よりも患者の利益に重きを置くこと、高い水準の能力と誠実さを有し続けること、健康に関して社会に専門的助言を与えること、を要求する。医のプロフェッショナリズムの原則と責任は、医師と社会の双方から明瞭に理解されるものでなくてはならない。この契約にとって根底をなすものは、個々の医師および医師全体としての誠実さ次第で決まる公衆の医師への信頼である。

現在医師は、テクノロジーの爆発的発展、市場原理に基づく圧力、ヘルスケア供給の問題点、バイオテロリズム、そしてグローバル化に直面している。この結果、医師は患者と社会に対する責務を果たすことが困難となりつつあることを認識している。これらの環境においては、すべての医師により追求されるべき理想であり続ける医のプロフェッショナリズムの基本的、普遍的原則とプロフェッショナリズムの立場から尊重される事柄を再確認することが、尚一層重要となる。

医師は、至る所で多様な文化と国家的伝統の中にいるが、彼らはヒポクラテスマでルーツをさかのぼる

治療者 (healer) としての役割を共有している。実に医師は、複雑な政治的、法的、そして市場原理に基づく圧力と戦わなくてはならないのだ。さらに、医の供給と実践には大きいバリエーションが存在し、一般的原则は複雑な形あるいは微妙な形で具現されるのである。これらの相違にも関わらず共通のテーマが浮かび上がり、3つの基本的原則および一連の明確な職業的責務としてこの憲章の基礎が形づくられる。

基本的原則 (Fundamental Principles)

患者の福利優先の原則

この原則は患者の利益への奉仕に身を捧げることを基本としている。利他主義 (altruism) は、医師患者関係の中心となる信頼性に寄与する。この原則は、市場原理に基づく圧力、社会的圧力、管理上の強い要求によって動じてはならない。

患者の自律性 (autonomy) に関する原則

医師は患者の自律性を尊重せねばならない。医師は患者に対して正直であり、且つ患者が治療に関して十分に説明された上で決断できるようにしなければならない。患者自身のケアに関する自らの決断は、倫理的実践に従っており、不適当なケアへの要求とならない限りにおいて、最も重要でなくてはならない。

社会正義 (social justice, 公正性) の原則

医師は医療資源の公平な分配を含めて医療システムの公平性を促進せねばならない。医師は、人種、性別、社会経済状態、民族、宗教、その他の社会的カテゴリーに基づく医療上の差別を排除するために、積極的に活動せねばならない。

プロフェッショナルとしての一連の責務 (A Set of Professional Responsibilities)

プロフェッショナルとしての能力に関する責務 (commitment)

医師は生涯にわたり学習し続けねばならず、質の高い医療を供給するために必要な医学知識、臨床的技術およびチーム医療をその一員として行う技術を維持する責務を有する。より広く言えば、医師全体として、個々の医師すべてが有能であるように努め、また有能となるための適切な仕組みを作らねばならない。

患者に対して正直である責務

医師は、患者が治療に対して同意する前および治療が行われた後にも、完全かつ正直に十分な説明が行われたことを確かめなければならない。このことは患者が治療に関するささいなことも含めてのすべての決断に関わらねばならないことを意味するものではない；むしろ患者が治療の方向性について自ら決められるように支援せねばならない。医師はまた、医療においては患者を傷つける医療過誤が時としておこることを認めねばならない。医療の結果として患者が傷つけられた場合はいつでも、患者は直ちにそのことについて説明されるべきであり、さもなくば患者と社会からの (医師に対する) 信頼はひどく傷つけられよう。医療ミスの報告と分析は、適切な (再発) 予防と改善の戦略、および傷ついた患者側に対する適切な償いの基礎となる。

患者情報を守秘する責務

患者の信用と信頼を得るためには、患者情報を明らかにする際に適切に秘密を保護せねばならない。この責務は、患者自身からの同意を得ることができない場合に、本人に代わって活動する人々にもあてはまる。患者に関するデータをまとめるために電子情報システムが広く活用され、遺伝子情報の利用できる度合いが増加しつつある現代において、患者情報を守秘する責務を果たすことはこれまで

以上に重要性を増している。しかしながら、例えば患者が他人を危険にさらす場合など、この守秘の責務(守秘義務)よりも公益に対する配慮が、時としてより優先されねばならないことを医師は認識すべきである。

患者との適切な関係を維持する責務

患者固有の傷つけられやすさや依存性を考えれば、医師と患者の特定の関係は避けねばならない。特に性的、財政的、あるいはその他の私的な目的のために、医師は患者を決して利用してはならない。

医療の質を向上させる責務

医師は、医療の質の継続的な向上のために献身せねばならない。この責務は、臨床的能力を維持することを課するのみならず、医療過誤減少、患者の安全性向上、医療資源の過剰利用(過剰診療)の最小化、そして治療成果(アウトカム)を最も高めるために、コ・メディカルと協力することを要求する。すべての医師、機関、そして医療供給システムの働きを日常的に評価するために、医師は医療の質をより向上させる測定方法の開発とその応用に積極的に参加せねばならない。医師は、個人的におよび職業団体を介して両方で、医療の質の継続的向上に向けた仕組みを形成し遂行する責務を果たさねばならない。

医療へのアクセスを向上させる責務

医のプロフェッショナリズムは、すべての医療システムの目的は均一で妥当な水準の医療が利用可能であることを強く要求する。医師は、個人であれ集合体であれ、公平な医療に対する障壁を減らすように努力せねばならない。個々のシステムにおいては、医師は(患者の)教育、法律、財政、地理、そして社会的差別に基づく医療アクセスへの障壁を排除するように努めねばならない。公平な医療に対する責務として、公衆衛生と予防医学の促進、私利私

欲のない市民への専門職としての社会全体への働きかけ(public advocacy)が要求される。

有限の医療資源の適正配置に関する責務

医師には、個々の患者のニーズに応えながらも、限られた臨床的資源を用いて、賢明且つ費用効率の高い医療を供給することが要求される。医師は、他の医師、病院や(医療費)支払い者側と共同で、費用効率の高い医療をめざすガイドラインを策定する義務を有する。医療資源の適正配置のために、医師は余分な検査や処置を慎重に避ける必要がある。不必要なサービスの供給は患者を本来避けうる危害にさらしたり、不要な支出を強いるのみならず、他の患者が利用しうる医療資源を減らすこととなる。

科学的な知識に関する責務(科学的根拠に基づいた医療を行う責務)

医療と社会の相互契約の多くは、優れた科学的知識とテクノロジーおよびその的確な使用に基づく。医師には、科学的水準を支え、研究を促進し、新しい知見を見つけた確に利用する義務がある。医師という職業には、科学的根拠と医師の経験に基づくこの知見を完全たんとする責任がある。

利害衝突に適切に対処して信頼を維持する責務

専門職としての責任は、医療専門職およびその組織が私利私欲に走ると危うくなりうる機会が多く、特に医療機器メーカー、保険会社、製薬会社を含む営利企業との私的または組織的關係において、危機に瀕する。医師は、医師としての業務や活動中に生じる利害の衝突について認識し、公衆に公表し、対処せねばならない。特にオピニオンリーダーの医師が臨床試験を指揮し、報告する場合や、論説や治療ガイドラインを執筆する場合、また科学雑誌の編集者を務める場合、それらの判断基準を決定する時には、その医師と企業の間については公開されねばならない。

プロフェッショナル(専門職)の責任を果たす責務
プロフェッショナル(専門職)の一員として医師は患者の治療を最善とするために協力し、互いに敬意を払い、専門職としての基準に合致しなかったメンバーの矯正や懲戒も含めての自己規制の過程に参加することが期待される。また医師は、現在および将来の医師のための教育や規範を組織的に定めねばならない。医師は、これらの過程に個人的に、および全体として参加する義務を有する。この義務には、専門職としての働きのすべての面に関して内部的評価を行い、外部からの綿密な吟味を受け入れることが含まれる。

要約(Summary)

ほとんどすべての文化や社会において、現代における医療の実践はかつてない要求に取巻かれている。これらの要求は、一方に患者の正当なニーズといくつかの要素との隔たりが増加しているからである。すなわち患者の正当なニーズとこれらのニーズに応えるために利用可能な医療資源との間、医療システム変革における市場力への依存性増大との間、そして医師に患者の利益を最上のものとする伝統的な責務を捨てさせようとする誘惑との間に根ざしている。この動乱の時代にあつて医の社会との相互契約を忠実に維持するためには、われわれ委員会メンバーは、医のプロフェッショナリズムの原則に対する積極的献身を再確認しなければならないと信じる。医のプロフェッショナリズムは、医師が個々の患者の福利に対する個人的責務のみならず、社会全体の幸福のための医療システムを向上させる集会的努力を必要とする。医のプロフェッショナリズムに関するこの憲章は、このような献身を促し、視野と目的が普遍的な医療職のための行動計画を促すことを意図している。

翻訳プロジェクト分担者: 前田賢司(プロジェクト責任者)、永山正雄(翻訳主任)、浅野嘉延、肥山淳一郎、郷間巖、小山雄太、板東浩、大生定義(委員長)、Joseph Green (native editor)

III 提言: プロフェッショナルソサエティの役割間の利益相反の管理

前述のように、プロフェッショナルソサエティには

1. 政治的代表的団体
2. 通商代表的団体(トレードユニオン)
3. 研究団体
4. 学習団体
5. 領域別診療医/総合診療医認定団体
6. 資格管理団体

などの類型があるが、それぞれの役割間の利益相反を適切に管理することが重要である。なお患者代弁者として活動するプロフェッションの団体もあり得るが、広い意味で政治的代表的団体に含めて考えることとする。

日本における医師によるプロフェッショナルソサエティには、日本医師会(日医)、日本医師連盟、全国保険医団体連合会(保団連)、全国医師連盟、日本医学会、臨床系の基幹領域学会(日本内科学会、日本外科学会など)、臨床系サブスペシャリティ領域学会、日本医師会系科別臨床医会(日本臨床内科医会、日本小児科医会など)、内科系学会社会保険連合(内保連)、外科系学会社会保険委員会連合(外保連)、日本専門医制評価・認定機構、卒後臨床研修評価機構、全国医学部長病院長会議などがある。

ここで、日本医師連盟は日本医師会の政治活動のための組織である。また、基幹領域学会およびサブスペシャリティ学会の多くは日本医学会に加盟しているが、その日本医学会は組織上日本医師会の傘

下にある(日本医師会定款第10章第40条)。内科系学会の多くは内保連に、外科系学会の多くは外保連に参加している。

日本医師会は任意加盟団体であり、2008年12月1日現在会員数165,390名(組織率は全医師の60%弱)。その51.3%(84,588名)が病院・診療所の開設者・管理者あるいはそれに準ずるA1会員(すなわち開業医)であり、開業医の中の組織率は80%を越えているが、会員の中の開業医の割合は半数をやや超える程度である。会長は代議員による投票で選出されているが、代議員の選出は都道府県医師会に委託されている。都道府県医師会の実質的な活動は、時間的および経済的に余裕のある比較的高齢の開業医が中心であることから、代議員の多くは開業医が占めている。位置づけは「民間の学術専門団体」であり、生涯学習機会の共有の他、生命倫理関係の提言、学校保健、産業保健、国際協力などの公益性の高い活動も行っているが、医療政策審議への参加(特に診療報酬改定の諮問機関である中央社会保険医療協議会)や日本医師連盟を通じた政治活動において、開業医への利益誘導を主張する圧力団体とみなされる傾向がある。また、現在日本には総合診療医(あるいは総合医、家庭医)の認定制が未確立であるが、日本医師会はその制度への関与を試みている。このように日本医師会は多くの役割を担っているが、利益相反の管理が適切に行われていない点を指摘することができる。

全国保険医団体連合会(保団連)は、医科開業医と歯科開業医合同の団体である。歴史的に、診療報酬改定における日本医師会と政府・与党との馴れ合いに反発した開業医らが集まる先となった「保険医団体」「保険医協会」「保険医会」が結集した組織とみなされているが、現在では医科開業医64,772名が加入しており、開業医の中では組織率65.1%であるから、日本医師会と重複する開業医会員が多いと推定される。その目的は、「開業医の

医療、経営を守ること」および「社会保障としての国民医療を守ること」としているもので、開業医の通商代表団体と考えて良いものと思われる。その意味では、利益相反は問題とはなっていないようである。

全国医師連盟は、平成20年6月に設立された、主として勤務医を中心とする団体であり、平成20年12月現在の会員数820名と少数である。インターネットのブログなどを通じて活発に活動していた医師らを中心に発足した団体で、一般に開業医中心の運営とみなされている日本医師会に対して、勤務医中心の団体とみなされている。特に医療事故やその調査(捜査)に関し、政府や日本医師会などの方針に反対する立場からの意見を表明しており、必ずしも医師の代表と言える規模ではないが、政治的団体としての性格を強く持つ団体と言える。一部会員による医療事故被害者への言論攻撃が批判の対象となっているものの、役割間の利益相反の問題はないようである。

日本医学会は、前述のように位置づけ上は日本医師会の下部組織である。ただし、明治35年に16の医学系学会による連合医学会として開催された学会が4年毎の開催となり、昭和22年に常設組織となり、その後の昭和23年に改組途上の日本医師会と合体したという経緯であり、本来は医学系学会の連合会である。参加単位は学会単位であり、現在105学会(分科会という扱いになる)が加盟、基礎・社会・臨床部会の3つの部会で活動している。その目的は「医学に関する科学および技術の研究促進を図り、医学および医療の水準の向上に寄与すること」を謳っており、実際にその活動は純粋に学問的な活動のみを行っている。しかしながら、日本医師会の活動に反対する一部の学会から、日本医学会が医師会傘下の組織という位置づけであることについて疑問が呈されている。すなわち、組織の活動内容として利益相反はないと考えられるが、その組織的位置づけの点で利益相反が問題となっている。

臨床系の基幹領域学会(日本内科学会、日本外科学会など)および臨床系サブスペシャリティ領域学会は、主として研究を目的とした学会である。その活動の中心は通常年1~2回の学術集会和地方会活動などであるが、近年領域別診療医の認定(一般に専門医と呼ばれる)を行う学会が多くなっている。多くの学会では、認定制度発足前からの学会員が試験などを受けずに認定医を取得することができる経過措置を設けた点に批判がある他、認定医の必要数の評価を行わず、学会の勢力拡大や活動費用集めの目的で認定医資格を乱発しているとの批判があり、これは利益相反の問題と考えられる。また、診療ガイドラインの策定も学会単位で盛んに行われているが、日本泌尿器科学会の前立腺がんスクリーニングガイドラインの推奨が厚生労働省研究班のそれと異なるなど、専門領域への利益誘導の恐れがあり、利益相反の適切な管理が求められている。

内科系学会社会保険連合(内保連)および外科系学会社会保険委員会連合(外保連)は、前者は98学会、後者も82の学会が参加する団体であり、各学会の意見を取りまとめて中医協の診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会に働きかけ、内科系、外科系の点数改定に影響を与えている。本来、各領域の新旧技術に詳しい臨床医の意見は診療報酬の決定に必要な不可欠と思われるが、学術研究を目的とする学会による通商交渉活動でもあり、利益相反の適切な管理が求められる。

科別臨床医会は、参加資格を日本医師会員に限定している訳ではないと思われるが、勤務医の多くが活動の中心を認定制度を持つ学術研究団体に置いていることから、実質的に医師会の科別分科会となっており、実際都道府県毎の事務局は各都道府県医師会館内に置いている。臨床内科医会によるインフルエンザ研究など、学術的に優れた活動も行っているが、医師会との関係で利益相反の管理が求められる。

日本専門医制評価・認定機構は、学術研究を目的とする各学会による領域別診療医認定制度を評価し、認定するための団体であり、学会単位の会員制である。2007年11月には、初めて17の認定制度を認証している。この機構自体は利益相反が問題となる他の活動を行ってはいないようだが、学術研究を目的とする学会が認定制度を運営しており利益相反が問題となることについて、現段階では有効な対策は打ち出していないようである。

卒後臨床研修評価機構は、臨床研修指定病院(大学附属病院を含む)の研修機能の第三者評価を行う機関であり、個人会員によって構成されている。ただし現段階では受審は任意である。利益相反が問題となる活動は特に行っていないようである。

全国医学部長病院長会議(英文名は Association of Japanese Medical Colleges)は、本来的には大学医学部長(単科大学は学長)および大学附属病院病院長個人を会員とする団体であり、任意参加団体であるが、実際には全ての大学が参加している。その目的は、医育機関の教育、研究の振興および診療の充実に必要な調査研究と情報の交換、相互協力の外、我が国における医育機関の代表団体として内外の医学教育に関連する団体との交渉および情報の交換、その他会議の目的を達成するために必要な事業としている。しかし直近の数年間は、大学附属病院で臨床研修を行う研修医が減少したことを背景に研修制度に反対するなど、大学医学部および大学病院の権益を主張する圧力団体としての性格を帯びている。なお1969年の日本医学教育学会設立には本会議が協力したという経緯があるようであるが、現在両者は独立して運営されており、日本医学教育学会は1997年には日本医学部の第90分科会となり、2002年には理事・評議員制となっている。

以上より、現在役割間の利益相反の管理が求められているプロフェッショナルソサエティには日本医

師会と臨床系の基幹領域学会および臨床系サブスペシャリティ領域学会があり、また、団体間の密接な関係が利益相反上問題となるのは日本医師会-日本医師連盟、日本医師会-日本医学会、日本医師会-各科臨床医会、臨床系学会-内保連・外保連の各関係である。

日本医師会が医師の通商代表団体としての役割を明確にするのであれば、政治的団体である日本医師連盟との密接な関係は利益相反上の問題はないと思われるが、その場合日本医学会は独立した団体とすべきと考えられる。各科臨床医会については、日本医師会内における各科の通商代表団体(分科会)であるならば、日本医師会との密接な関係は問題とはならない。なお、総合診療医の認定制度を確立する際には、日本医師会からも独立した組織とする必要がある。

臨床系の学会は、自身の領域における研究の推進を目的とする学会とするのか、あるいは学習機会や社会貢献機会の共有を目的とする臨床医会とするのか、両者の間での利益相反が問題となるので、いずれかの立場を選択すべきと考えられる。その場合、基幹領域学会は後者の立場、サブスペシャリティ学会は前者の立場を採ることが一つの指針となるだろう。さらに、領域別診療医認定を目的とする団体は、いずれからも独立して設置する必要がある。また、ガイドライン策定における利益誘導を避けるため、エビデンスレビューは外部機関に委託することが求められるが、現在エビデンスレビューを専門的に受託できる非営利機関が日本には存在しないので、これを設立する必要がある。内保連・外保連との関係は難しいが、学習機会や社会貢献機会の共有の役割を選択した基幹領域学会に限定する方法を検討に値する。

臨床医個人の質保証の役割については、これまで卒前医学教育で医学における教育プログラム研究・開発事業委員会という組織(東京医科歯科大学の教員を中心とした任意団体)が医学教育モデ

ル・コア・カリキュラムと呼ばれる良質水準を策定したり、卒後医学教育で卒後臨床研修評価機構が研修プログラムの第三者評価(任意)を行ったり、また領域別診療医認定で各臨床系学会がその一部を担ってきたが、臨床医全体の質を保証する役割を果たす団体は存在していない。これを目的とする団体が臨床医の身分管理団体であるが、その設立の際には、従来の各団体とは完全に独立した組織として立ち上げるのか、領域別診療医認定団体あるいは臨床医会を母体として別個に設立するか、検討する必要があるだろう。

IV 提言:プロフェッションの自律に基づいた臨床医の質保証団体の確立

臨床医の資格管理団体のあり方には唯一の正解は存在せず、国や州によって歴史的な流れの中で形成されてきているためさまざまである。日本では事実上ゼロからの立ち上げとなるが、そのことは逆に、歴史的な足かせが少ないことも意味しており、多様な選択肢の中から国民的な議論を経て作り上げることが可能であるとも言える。

臨床医の質保証団体を特徴づける要素は10項目程度が挙げられるが、それぞれの要素の各選択肢について、長所と短所を検討する必要がある。

1. 単一組織型か、分散組織型か

臨床医の資格管理団体の各役割の間でも、特に資格の登録とその維持の役割と、診療適性審査の役割、および処分を決定する役割の間では利益相反が生じ得る。その他、良質水準の設定、卒前・卒後医学教育プログラムの質管理などの役割なども含めて、単一の組織としてまとめるか、複数の独立した組織として設置するか、さまざまな考え方があり得

る。医療先進諸国でも、英国やドイツなどの単一組織型、豪州ニューサウスウェールズの分散型などがある。単一組織型の利点は、国民や臨床医から見てわかりやすい制度となることや、統一した良質水準に基づいて様々な機能の整合性を計りやすいことが挙げられる。利益相反については、組織の中の独立性を保つ工夫が必要となる。分散型の利点は、利益相反が生じにくいことであるが、逆に機能感の整合性が取りにくい欠点がある。

2. 独立行政委員会型、公益法人型か

世界的には近年、臨床医の質保証団体に対して、透明性と説明責任がより強く求められるようになっており、また臨床医の質保証団体の活動内容を調査できる仕組みも取られるようになってきている。報告する先、あるいは調査する主体は、国民の代表が集う国会とすることが自然である。また、臨床医の質保証団体の理事に非専門職を（過半数は超えない範囲で）入れることもしばしば行われるようになってきているが、その人選を行う仕組みも必要である。これらを考慮すると、臨床医の質保証団体の位置づけを、会計検査院のような独立行政委員会とする方法が考えられる。米国の State Medical Board などは、こちらの部類と考えられる。一方、行政からの独立性を高め、真の意味での自律組織とするならば、公益法人のような行政から完全に独立した組織とする方法がある。英国の General Medical Council などは、こちらのタイプである。

日本では、医師というプロフェッショナルに対する社会の信頼は十分とは言えず、現段階で行政から完全に独立した組織を立ち上げることにに対しては社会的な抵抗が予想される。一方、医師の側からは、行政の介入を受ける可能性をできるだけ排除した組織を望む声もあるであろう。一つの折衷案として、医師というプロフェッショナルに対する信頼が醸成されるまでは独立行政委員会として立ち上げ、その組織

が社会の信頼を得られたら公益法人として独立する、という考え方もあり得るかも知れない。

また、独立行政委員会型とする場合にも、厚生労働省の外局とするのか、内閣府の外局とするのか、見当が必要である。厚生労働省の外局とした場合、卒前医学教育を管轄している文部科学省との関係が微妙になったり、厚生労働省からの独立性が不十分となる可能性があるが、一方では、厚生行政との関係を密に保つことによるメリットもあると思われる。内閣府の外局とすれば、官僚との結びつきが弱まって、より国民の声を反映しやすい組織となる可能性があるが、厚生行政とのダブルスタンダード状態が問題となる可能性もあるだろう。

3. 設置法に基づく組織か、慣習的な行政府からの委託組織か

臨床医の身分管理をプロフェッションに委ねている国では、ほぼ例外なく、その組織が身分管理を行うことに関する法律を制定して権限を与えている。ただ、日本では現在国が保持しているその権限を、省令ないし通知によって臨床医の組織に委託するというのも理論的に可能かも知れない。現在厚生労働省内には医道審議会が設置され、10名の委員により医師の処分が決定されているが、そこにも医師が過半数参加している。現在の医道審議会を拡大強化する形を想定すればそれに近いかも知れない。ただし、このあり方では行政からの独立性は極めて低くなり、少なくとも形式的にはプロフェッションの自律とは呼びにくくなる。

4. 臨床医からの登録維持料による運営か、公金による運営か

運営資金の出所は、三つの点で重要である。第一に、自律と言いながら運営を公的資金に依存することで、プロフェッション側の覚悟が示されない。第二