


事例2は<皮膚・排泄ケア分野>は、

平成18年に認定看護師が診療報酬上大きく評価を受けた「褥瘡ハイリスクケア加算」導入が褥瘡発生率および医療コストに与える効果について。平成19年日本ET/WOC協会（皮膚・排泄ケア認定看護師等で組織）が実施した。「褥瘡ハイリスクケア加算」は通算6ヶ月程度の研修を受けた者、すなわち皮膚・排泄ケア認定看護師を専従の褥瘡管理者として配置することを要件とし、ハイリスク患者1名あたり1回の入院につき500点加算する制度。褥瘡の治癒過程およびその処置にかかる費用の比較での調査。治癒過程への影響をみるために日本褥瘡学会で作成された褥瘡状態の評価法DESIGNツールを使用（点数が高いほど重度の褥瘡であり、悪化は点数の増加、改善は点数の減少であらわす）。調査では3週間の処置にかかる総費用、資材や人件費も含めた総費用と、DESIGN一点減少に要した費用を調査した。導入群（皮膚・排泄ケア認定看護師が就業）と、非導入群の比較調査。明らかに導入群は、平均総費用も一点の減少にかかる費用も著しく減少している。全調査期間の導入群の総費用は8032.7円、非導入群は11514.8円。DESIGN一点を減少させる費用は導入群1537.7円、非導入群4605.9円。平成17年度、日本看護協会の報告では、皮膚・排泄ケア認定看護師の就業群では約5000円、非就業群では約10000円と費用対効果が2倍であることが示された。平成18年度診療報酬改定「褥瘡ハイリスクケア加算」導入後の、平成19年度報告では皮膚・排泄ケア認定看護師が就業する施設において、ハイリスクケア加算導入群と非導入群の比較では、DESIGN一点を減少させる費用に着目すると、導入群は約1500円、非導入群は約4500円であった。皮膚・排泄ケア認定看護師を褥瘡管理者として雇用することにより、費用対効果が高いことが示された。


看護師の業務は臨床指標や明確な数値というものがないと診療報酬の議論にならないということをよく言われる。しかし結果を出すには、プロセス評価は重要である。看護ケアのプロセス評価は、看護師がどのような情報を持ち、それをどのように判断し、実際にどのように実施しているかを評価するものである。そのためにはケア時の看護師の動き、考え、判断プロセスの適切性が非常に影響してくる。認定看護師は、臨床経験の積み重ねのみでは修得し難い特定の知識と技術を基盤にした看護実践により、ケアの評価・改善に取り組んでいることが、組織を動かし、新たな役割の拡大を生んでいる。

2007年11月24日  
医療の質・安全学会ワークショップ

**看護ケアの評価・改善に向けて  
～資格認定制度の現状・課題～**



社団法人 日本看護協会  
廣瀬 千也子

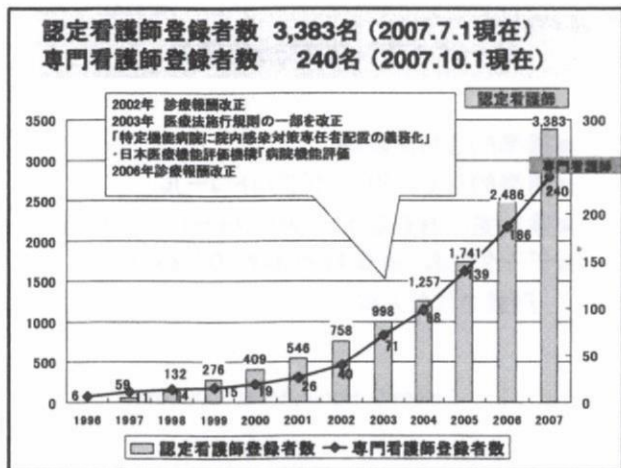
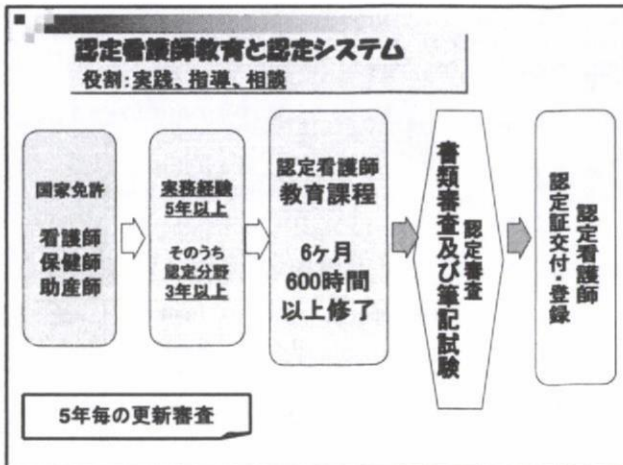
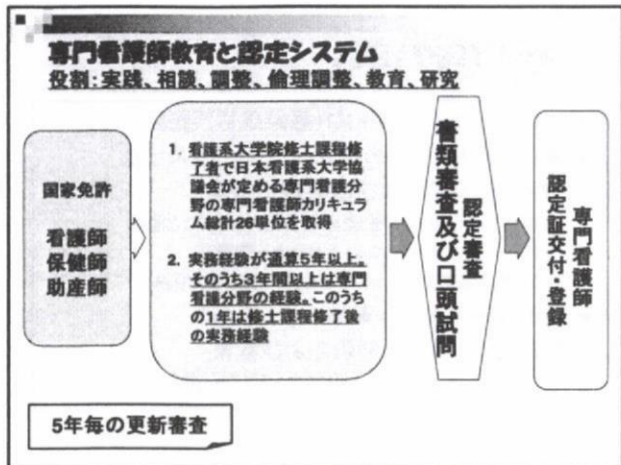


**21世紀の変化に対応するには・・・**

1987年 厚生省「看護制度検討会」報告書  
「近年の医療の変化に対応するには、専門領域での一定の業務経験を有する看護師(士)に対し、一定の研修課程を履修等を要件に、各専門領域の専門看護師(士)として認定するシステムを確立すること」

↓

1994年 専門看護師制度発足  
1995年 認定看護師制度発足  
2007年 看護の専門性資格の広告(改正医療法)



**「広告が可能な医師などの専門性に関する資格名等について」  
一部改正について(平成19年4月) 看護師の専門性資格**

専門看護師9分野	認定看護師17分野	
がん看護	がん化学療法看護	がん性疼痛看護
感染症看護	感染管理	緩和ケア
急性・重症患者看護	救急看護	集中ケア
小児看護	手術看護	小児救急看護
精神看護	新生児集中ケア	摂食・嚥下障害看護
地域看護	透析看護	糖尿病看護
母性看護	乳がん看護	認知症看護
慢性疾患看護	皮膚・排泄ケア(WOC看護)	不妊症看護
老人看護	訪問看護	

### 認定看護分野の特定要件

1. 看護実践経験の積み重ねのみでは修得しがたい、特定の知識や技術を必要とすること。

例：皮膚・排泄ケア(創傷・オストミー・失禁、WOC看護)

- ① ストーマ造設・褥創等の創傷及び失禁に伴い生じる問題のアセスメント及び適切な皮膚ケア
- ② 排泄障害の病態理解及び個人に適した排泄管理、指導(オストミー・失禁ケア)

#### 感染管理

- ① 疫学の知識に基づく院内感染サーベイランスの実践
- ② ケア改善にむけた感染防止技術の導入(サーベイランスに基づく感染対策)
- ③ 各施設の状況にあわせた感染管理プログラムの立案と具体化

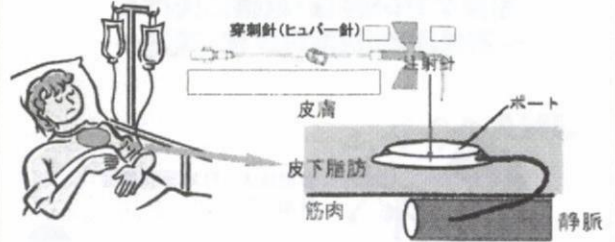
2. 他の看護分野との重なりがあったとしても、独自の看護知識や技術を必要とすること。

3. 何らかの法的支援や経済的支援があるか、または将来それが期待されること。

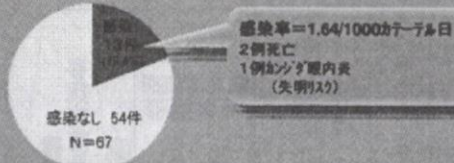
日本看護協会認定看護師規則細則 第4章

### 埋め込み式中心静脈ポート 関連血流感染サーベイランス

崎沢智子:血管内留置カテーテル関連血流感染サーベイランス-TPNは埋め込み式中心静脈ポート関連血流感染のリスクとなる! - INFECTION CONTROL 2007 vol.16 no.2 29-35



疫学的研究デザイン:後ろ向きコホート調査  
サーベイランスの方法:NNISシステムに準拠 電子カルテ活用  
期間:2004年1月~2006年3月 対象:67件  
<結果>



●リスク因子の検討:TPN(中心静脈栄養)→感染リスク5.3倍

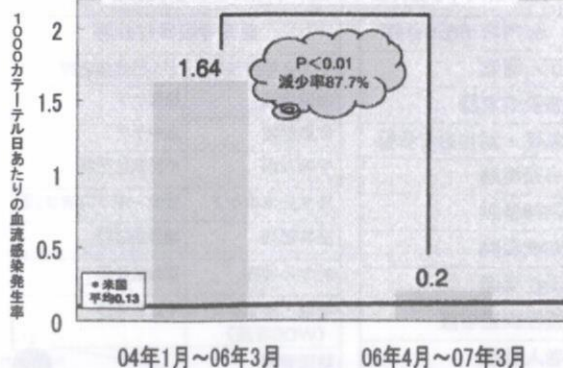
	症例	非症例	相対 リスク比	95% 信頼区間	P値 フィッシャー
TPN*	あり	11	5.3*	1.21- 20.98	0.013
	なし	2			

\*コックスの比例ハザード(多変量解析):ハザード比3.66倍(P=0.163)

### フィードバック:介入

- 2006年5月 ICN+ID(感染症専門医師)
- 消化器内科・外科の定例カンファレンスでのフィードバックおよび改善策の提案
  - ポートからのTPN療法の見直し →NSTと協同
  - カテーテル選択について(IDより教育)
  - 管理方法の統一 →マニュアル化(ICN担当)
- 感染管理委員会へ報告
- 看護部ICN委員会報告および教育
- NST委員会勉強会で報告および教育

### 埋め込み式中心静脈ポート関連 血流感染サーベイランス:介入効果



\* Clinch CJ, Maki DG: Intravascular Device Infections. In: APIC TEXT of Infection Control & Epidemiology, 2004, p.2.

### サーベイランス効果の要素

- 標準的な判定基準
- 標準的なモニタリングプロトコール
- 参加者に有益なデータのフィードバック
- データ収集、改善戦略遂行のための訓練された人材

Teresa C. Horan, MPH CDC USA

**「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」導入が褥瘡発生率および医療コストに与える効果に関する研究  
(日本ET/WOC協会平成19年度)**

**目的**

- 加算導入の有無による院内褥瘡発生率の比較と影響要因の検討
- 加算導入の有無による褥瘡の治癒過程およびその処置に掛かる費用の比較と影響要因の検討

**調査内容**

日本ET/WOC協会会員のうち医療施設に勤務する346名対象

■ 導入群 (n=111)

「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」導入施設

■ 非導入群 (n=78)

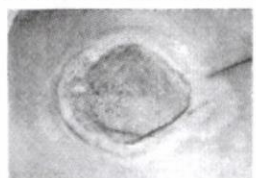
「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」導入していない施設



DIは5点  
EIは3点  
SIは6点  
HIは1点  
GIは5点  
NIは1点  
総点21点

褥瘡状態の評価法:  
DESIGNツール  
(日本褥瘡学会)

点数が高いほど重度の褥瘡で悪化は点数の増加、改善は点数の減少であらわすことができる



DIは3点  
EIは2点  
SIは4点  
HIは0点  
GIは5点  
NIは0点  
総点11点

**院内褥瘡推定発生率の比較**

導入群 n=107	1.3%
非導入群 n=67	1.8%

<推定発生率に寄与した要因>

重回帰モデルで分析で優位な説明変数は  
加算導入の有無

**処置に係る総費用(3週間)およびDESIGN1点減少に要した費用**

	導入群	非導入群
n	67	38
平均総費用	8032.7円	11514.8円
1点減少にかかる費用	1537.7円	4605.9円

**皮膚・排泄ケア認定看護師(WOCN)の活用で比較した費用対効果(DESIGN1点減少に係る費用)**

WOCNがいない施設 (平成17年度報告)	10686.4円
WOCNがいる施設 (平成17年度報告)	5109.1円
WOCNが加算非導入 (平成19年度報告)	4605.9円
WOCNが加算導入 (平成19年度報告)	1537.7円

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

医師に求められるコンピテンシーについては、先ほどお話いたしました①正しい知識や技術、②正しい判断力、③医師として相応しい人格、の3種類に分けて考えたことを思い出していただきまして、これらの能力の不足でどのような不利益が出るのかということを考えてみたいと思います。

普通の医師が維持しているパフォーマンスのレベルを、良質な医療といたします。このレベルを維持していても、過誤を伴わない事故が起こり得るところが医療の難しいところですが、一応、そのレベルの下限付近が良質水準ということになって、それ以下は良質水準未達の医療と定義されることとなります。過誤を伴う事故を起こす医師の例ですが、一つの典型は、マイナーな事故を繰り返しながら最後に大きな事故を起してしまうタイプ (Bパターン)。こういう場合は放置すれば危険な医師ということになりますので、大きな事故を起こしてしまう前に、何らかの対処が必要でしょう。ところが、もう一つ困ったことに、ずっとうまくいっていたのだけれども、ある時、ブツッと切れたように大きな事故を起してしまうパターン (Cパターン) があります。このパターンでは、事故の予測は困難です。一応Bパターンの場合には早期発見、再教育ということになるのですが、Cパターンの場合は止むを得ず事故が起こってしまったから、速やかに対処することになります。

次に、能力不足の医師に対して現在どのような対処が行われているかということですが、放置すれば危険な医師に対しては、①と②の能力、すなわち知識・技術、および判断力については、領域別学会による認定とその更新制ということになります。ただし、学会の勢力の拡大が、もちろん本来はそうではないのですが、何となく学会の目的になっていますので、それとの利益相反があるかもしれません。領域別認定を受けていない医師がたくさん存在するというのも、非常に大きな問題です。③の医師としてふさわしい人格の部分ですが、こちらは日常の診療状況を評価して助言するシステムが必要です。試験を受けて合格というものではありません。従来、大学の医局などがこの機能を担っていた面もありますけれども、医局も医局の論理優先だった。あるいは、医師会にも倫理綱領というものがありますが、どうしても開業医の利益団体としての性格がありましたので、実質上機能していなかったらと思います。そしてもう一つ、誰からも評定を受ける機会がない医師も多数存在していたということが問題点です。

過失を伴う事故を起こしてしまった、うまくいっていたのだけれども、ある時ブツッと切れて事故を起こしてしまった医師への対応ですが、これは現在は民事・刑事責任の追求以外の方法がなく、しかも刑事有罪確定後に医療審議会が免許処分を行っていた。処分されるまでは診療することができます。さらに、処分した後に当該医師の再教育はありませ

んでした。ただし、本年度から2日間の免許講習が行われるようになりました。これは本当に運転免許の免許講習程度のものだらうと想像しているのですけれども、これで本当に再教育と言えるのかどうか、患者さんを守ることができるのかどうかを考える必要があるだらうと思います。

安心・安全な医療を提供している医師については本来、処分は必要ないはずなのですが、過失を伴わない事故やシステムエラーでも、一部で個人の責任が問われる事態が起っています。正しい判断で正しい医療を行っても、結果が悪いことがあります。これは私の好きな「チャングムの誓い」という韓国の番組なのですが、王さまが亡くなると、その担当医だった医女のチャングムは殺されてしまうのです。ここはドラマですから、王さまはチャングムを好きだったので、逃がしてあげるのですが、今の日本ではこれと同じようなことが起っていると云えるのではないのでしょうか。問えるのはあくまでも医師の能力であって、結果ではないはずで、では、医師の能力を誰がどのように判断すべきなのかということに関しては、先ほどお話をさせていただいたように、専門職集団自身が判断していく必要があるわけですが、それでは「医師として相応しい人格」の部分をどのように審査するのかということ、今から世界的な流れについて説明したいと思いません。

診療適性審査と呼んでいますけれども、それには五つのステップがあります。苦情申し立てを受理して予備審査を行って、その段階で本審査は必要ないという場合もあるかもしれませんが、また逆に、処分が決まってから免許を停止したのでは遅くて、その間に余計事故が起ることがあり得ますので、本審査の前に免許停止の仮命令を下すこともあります。そして、本格的な調査があって、その結果を受けて裁定を下すことになります。

例えば、イギリスの GMC、ジェネラル・メディカル・カウンスルでは、最初に苦情を受けつけると予備審査を行い、その後きちんとした調査に入ります。その調査の結果を用いて調査委員会が審査を行い、それと同時に別の組織が仮命令を下すことがあります。仮命令というのは、免許を仮に停止するということです。やはり医師も人間ですので、何かあってもどうしても頑張ってしまう。頑張ってしまうほどドロ沼にはまってしまうことがありますので、これは患者さんを守るためでもありますけれども、同時に医師自身を守るためでもある。そこできちんと止めてあげないと、より大きな沼にはまってしまうことになると思います。最後に裁定を下すところが診療適性小委員会ということになりますが、調査の部分と裁定の部分は別々に行ったほうがいいのかもありません。ですので、ここは第1ステージ、第2ステージとして、全く同じ GMC の中でも別の機関が行うようになっていきます。

日本でどのようなことが行い得るのかということの一つの提案ですが、まず資金は医師が拠出する登録料、年間4~5万円ぐらいで賄います。世界的にも大体このぐらいの登録料です。行動規範、良質水準は5年毎ぐらいに見直しをします。人員ですが、すべてを医師がやるのは無理だと思います。調査には訓練を受けた非専門職の調査の専門人員を配置する。裁定は医師を中心にして非専門職の人もチェック機構として参加していただ

ければいいのではないかと。

審査の契機は、事故は起こしていないけれども能力不足が疑われるケースも、実際に事故が起こってしまったケースも、どちらも申し立てにより審理を開始するということが必要だと思います。仮命令を行って、裁定は行動規範に基づく処分として免許停止、ならびにそれに続く再教育を行う。とにかく、このシステムは決して医師を処罰することをメインの目的とするものではなく、再教育をして、再活用といたら失礼な言い方ですけども、社会に貢献して頂く。ただし不服があれば、高等裁判所に抗告ができるようにしておく必要がある。

他の機関との協力も必要です。システムエラーが原因ならば、安全管理の専門機関に情報提供しますし、犯罪性があると認められたものは司法に速やかに通報する必要があります。これは、決して医師の犯罪を隠すための組織ではありません。

また、透明性の確保が最も重要で、予備審査は公開する必要はないと個人的には思いますが、裁定審理は公開して、また監査機構を設置する。行政に対しては毎年、年次報告もする必要もあるだろう。もちろん個人のプライバシーには留意する必要があります。

こういった自律的処分制度を作ることによりましてどのようなメリットがあるかということですが、患者側の利点としては、事故の有無に関わらず、事故がなくても、医師の能力に関する疑問を持つ者は誰でも申し立てることができる。事故が能力不足によるものなのか公正な判断を期待することができますし、避けられる事故に合う可能性が小さいので、安心して医療を受けられる。医療というのは、100%安全・安心ではないのですが、良質だということに関しては安心できるということになります。

医師側の利点ですが、自らの能力について公正な判断を期待することができる、素人の判断で全く理不尽な処罰を受けることはなくなる。故意の過失や証拠隠滅などの犯罪性がない限り、犯罪者扱いされる恐れから開放されます。必要な再教育を受けて再び社会に貢献することができますし、医師への社会からの信頼を回復して誇りを持って働くことができる。これは医師全体のメリットだと思います。

最後に社会全体の利点ですけども、医師の能力不足による避けられる事故を減らすことができます。税金を投入して養成した人材を有効に再活用できる。医師一人養成するのに3千万円かかると昔聞いた覚えがあるのですが、昨日の話では1億だそうですので、1億円を投入して養成した人材を有効に再活用することが必要なのではないかと思います。

医療の質・安全学会 第2回学術集会  
 ワークショップ5 医療の質保証とプロフェッションの役割  
 第3部 診療適性審査と不適合者の処分・再教育のあり方

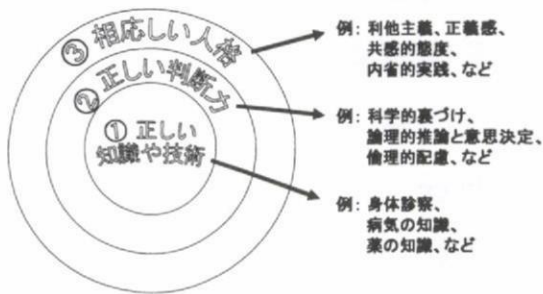
## 変化する世界の医療専門職規制 処分制度の現状

金沢大学医学部附属病院 総合診療部 准教授  
 野村英樹

### メニュー

1. 医師に求められるコンピテンシー(再掲)
2. 医師の能力不足による不利益
3. 医師の能力不足への対処の現状
4. 医師の自律的処分制度の提案
5. 自律的処分制度により得られるもの

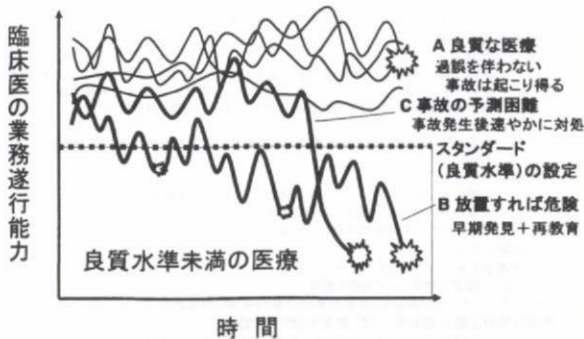
### 臨床医に求められるコンピテンシー



### メニュー

1. 医師に求められるコンピテンシー(再掲)
2. 医師の能力不足による不利益
3. 医師の能力不足への対処の現状
4. 医師の自律的処分制度の提案
5. 自律的処分制度により得られるもの

### 医師の能力不足が発見されるパターン



### メニュー

1. 医師に求められるコンピテンシー(再掲)
2. 医師の能力不足による不利益
3. 医師の能力不足への対処の現状
4. 医師の自律的処分制度の提案
5. 自律的処分制度により得られるもの



## 能力不足医師への対応の現状

- B) 「放置すれば危険な医師」への早期発見・再教育**
- ①② 領域別学会による認定更新制
    - ⇒ 「学会の勢力拡大」との利益相反
    - ⇒ 領域別認定を受けていない医師も存在
  - ③ 医師の日常の診療状況を評価し、助言するシステム
    - ⇒ 「医局」がこの機能を担っていたが、「医局の論理」優先だった
    - ⇒ 「医師会」にも倫理綱領はあるが、開業医の利益団体としての性格上機能せず
    - ⇒ 誰からも評定を受ける機会のない医師も存在
- C) 「過失を伴う事故を起こしてしまった医師」への速やかな対処**
- ①②③ 民事・刑事責任追及
    - ⇒ 有罪確定後に医道審議会が免許処分(刑事有罪確定までは診療可能)、再教育なし(ただし本年度より2日間の講習導入)
- 患者は守れない!

## 能力不足医師への対応の現状 - 2

- A) 「安心・安全な医療を提供」している医師**
- ①②③ 過失を伴わない事故やシステムエラーでも一部で個人の民事・刑事責任を問われている

正しい判断で正しい医療を行っても結果が悪いこともある

王が亡くなればチャングムを裁けるのか?

問えるのはあくまで医師の能力

誰がどのように判断すべきか?

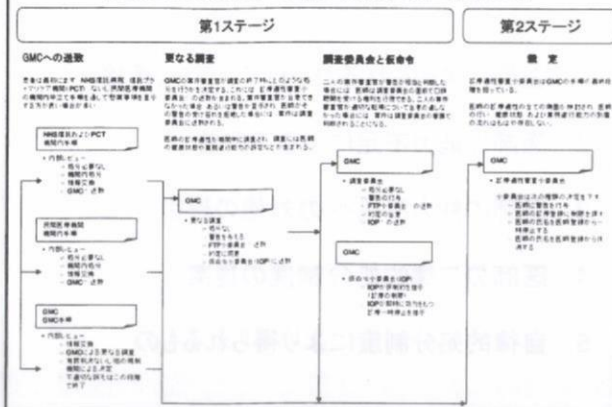
## メニュー

1. 医師に求められるコンピテンシー(再掲)
2. 医師の能力不足による不利益
3. 医師の能力不足への対処の現状
4. 医師の自律的処分制度の提案
5. 自律的処分制度により得られるもの

## 診療適性審査

1. 苦情申立ての受理
2. 予備審査
3. 仮命令
4. 調査
5. 裁定

## 英国GMCの診療適性審査



## 運用案

- 【資金】 医師が拠出する登録料(年間4~5万円)
  - 【行動規範】 5年毎に見直し
  - 【人員】 調査には訓練を受けた専門人員を配置  
裁定は医師を中心に、非専門職も参加
- 【診療適性審査と裁定】**
- 審査の契機
    - 事故が起こっていないが能力不足が疑われるケース(C)も、事故が起こってはじめて能力不足が疑われたケース(B)も、申立てにより審理(ただし死亡事故の場合、今後設置が見込まれる死因究明機関から通知を受けて活動を開始)
  - 仮命令
    - 必要に応じて免許を速やかに仮停止して患者の安全を確保(これは医師を守ることもある)
  - 裁定
    - 行動規範に基づき処分として、免許停止とそれに続く再教育などを行う
    - 改善の見込みがなければ免許取消の処分
    - 不服があれば高等裁判所に抗告可能とする
- 【他の機関との協力】**
- 犯罪性があるものは直ちに速やかに通報
  - (精神)疾患が原因ならば治療を勧告
  - システムエラーが原因ならば安全管理の専門機関に情報提供
- 【透明性確保】 裁定審理の公開、監査機関の設置**  
機関の活動内容を行政に報告(プライバシーに留意)

## メニュー

1. 医師に求められるコンピテンシー(再掲)
2. 医師の能力不足による不利益
3. 医師の能力不足への対処の現状
4. 医師の自律的処分制度の提案
5. 自律的処分制度により得られるもの

### ■ 患者側の利点

- 事故の有無に関わらず、医師の能力に関する疑問を持つ者はこの機関に誰でも申立てることができる
- 事故が医師の能力不足によるものか、公正な判断を期待することができる
- 避けられる事故に遇う可能性が小さいので、安心して医療を受けることができる

### ■ 医師側の利点

- 自らの能力について、公正な判断を期待することができる
- 故意の過失や証拠隠滅などを因らない限り犯罪者扱いされる恐れから解放される
- 必要な再教育を受け、再び社会に貢献することができる
- 医師への社会からの信頼を回復し、誇りを持って働くことができる

### ■ 社会全体の利点

- 医師の能力不足による避けられる事故を減らすことができる
- 税金を投入して養成した人材を有効に再活用できる

米本 昌平

東京大学 先端科学技術研究センター 特任教授

私のように歴史家という立場の者からは、10年、20年のタームで一体医療という体制がどう変わってきているのかということをお知らせさせていただきたいと思います。その意味で、少しだけ私のイントロの一部をあらかじめお話しさせていただきます。

医療プロフェッションの意味と機能を、歴史という窓口と国の統治構造という視点から問題整理をさせていただきたいと思います。実は、西洋近代国家が成立する過程で、ローニッド・プロフェッションという非常に特殊なギルドを近代国家、いわゆる西洋国家は3つ作ってまいりました。普通はギルドというのは身分的に低いのですが、特別な学校を出てギルドの資格を認められると、それとは別に国王から見て、一定の自治が与えられ、特権が付与されるというものです。そういう所属集団が成立してまいりました。自治の一部として自ら職能倫理を遵守します。

この3つの職能集団は、クライアントとの関係が必然的にパートナーシップになります。要するに、専門職能集団の特殊な知識・技能を求めて依頼者がサービスを受けに来るということです。

この中で非常に変わっているというか、最も位が高く、破格に高いというか、世俗より高いところにいたのが聖職者でありまして、この特別なプロフェッションは、ある特別な非常に限られた技能を先験的に扱う。なおかつ、それをもって社会的な機能なり社会的な価値を実現することを託されている特殊なギルドです。

聖職者の場合は、明らかにこれはスピリチュアルな、いわゆる魂の、あるいは神との仲介者という意味では非常に位が高いといえますが、世俗とは別の世界にいて、魂の先導をするわけです。特殊な技能を持って特殊な学校を出る。そうすると、教区の神父になるのですが、下手をすると世俗の教会税まで国王が取ってくれるという非常に特殊な職能集団で、これは特殊な教会法のもとに入ります。

それ以外の2つの特殊なプロフェッションというのは世俗の領域でありまして、王権、もしくは現在の近代国家でいうと、政府から自治と特権が付与されるということでありまして。メディカル・プロフェッションを別にいたしますと、特殊なのは弁護士で、これは法そのものを扱う。実現するのは社会正義です。ですからプロフェッションとしての弁護士は、弁護士会に所属しないと弁護士業ができないと日本の法律ではなっており、非行が疑われれば誰でもその弁護士を所属弁護士会の綱紀委員会に懲戒請求することができます。一般の司法手続とは別の、職業倫理の遵守を前提としたものがあります。

もう一つはメディカル・プロフェッションです。これは、治療もしくは投薬という技術

を先験的に与え、先験的に託された者でありまして、実現される社会的価値というのは、救命・延命というものを実現することが期待されているために、特権が与えられます。

ですから、弁護士の特権は大体「付帯法特権」といいます。警察が現場で現行犯を捕まえるためには相当明確な証拠がなくてはいけなくて、間接的な証拠があると疑える場合には、検事が直接逮捕に行きます。医師の場合、日本の医師法には患者の体を切り刻んでいいとは書いていません。傷害罪が成立しているわけですが、傷害罪では絶対に違法性阻却されます。医者だけは、ある種の身体的侵襲をやっても法に問われないという特権が与えられ、それに見合った職業ルールというのが当然あるべきだというのが近代国家の仕組みということになります。

日本の場合は、懲罰規定を持つギルドとしての法的、公的身分団体がありません。アメリカの場合はパブリックなそれぞれ任意の団体を作って、自分たちの公平なルールを全部オープンにして、パブリックな空間を作っています。

こういった強制参加のギルドとは別に自分たちの地位向上のための組合がありまして、日本医師会はこのあたりに位置することになります。そのほか、専門ごとの倫理のガイドラインがあります。

研究教育のためのガイドラインがあり、日本はこれがそれぞればらばらにありまして、各種専門学会のガイドラインを守っても、一番上の強制参加の身分組織の内部での専門学会ではありませんので、学会勧告を守らなくても医療行為ができるということになります。

なぜ日本がこんなことになっているかということ、法的強制参加の身分組織がないのですが、戦後のGHQが認めなかったといわれています。

しかし、GHQ文書に「これは認めない」ということを記した文書がありませんので、どうも誰かが、「GHQがそう言ってる」と言って、日本の戦後の医師法の中に強制参加の医師会を書き込ませなかった疑いがあります。

それで、我々が現在こういうことを議論している歴史の記憶を正確に分析するのが歴史家だと思います。一体、法的根拠はないのに、日本の戦後、なぜ動いてきたのか。

私は、実は武見太郎さんという方が国師だと思いますが、日本の当時の医学部の体質が信用できなくて銀座で開業されていました。偶然、日本医師会長の職に就かれて、四半世紀間日本医師会の会長を務められました。それで、大学医学部以外の医療行政が全部手の中に入るようなことを考えられて、戦略的に威圧的な態度をとって、なるべく自分の決定権限を増やそうとした。学術を尊重する立場に回って、武見ブレーンをもって、医学会の擁護的立場に回る。

それによって日本の戦後の医療が動いてきたわけですがけれども、武見さんは82年に引退された後、メディカル・プロフェッションが以後どうしたらいいかということ、一切ヒントを残さないまま辞められてしまいました。

その結果、医療は83年以降官僚の業績づくりの草刈り場になってきたのだと思います。21世紀に入って、統治構造の全体の中で境界線引きが必要になっている。特に医療行政と

プロフェッションの線引き。司法警察との再線引きが必要になっているのだと思います。

一番問題なのは、82年に武見さんは辞められましたけれども、実は70年代に世界的に医者患者関係、あるいは医療の専門性の組み換えが大きく起こっていたのに、92年まで武見さんにみんな決めてもらって楽をしてきたということだろうと思います。

結局、医師法改正ということはほとんど不可能なのかということになりますが、日本の場合は、縦割り中央省庁で問題が起こると霞が関に「何か考えろ」ということしか言ってきましたので、厚生省が何か言ってくれないと、メディカル・プロフェッションも動かないというようなマインドになっているのだろうと思います。

医師法改正がなかなか出来ないというよりは、むしろ、日本の立法機能は非常にコストが多くて、なかなか法律を提案できない。逆に日本の医学界、あるいはメディカル・プロフェッションが自治機能を果たすカルチャーがありませんので、むしろその手前の中間戦略を考えたほうが良いと思います。

現実には本来、学術親睦団体である専門学会がレビュー&レポートを行って、実際の質管理と事故対策を行い始めておりますので、これをむしろ積極的にある暫定機能として評価して、実際には退会処分は学会費未納とか二重投稿だったのですけれども、会則違反に学会除名を適用し始めておりますので、学会の機能変容に合わせて、再定義と補助と機能強化と学会の判断がぶれないように周りからサポートしないといけないということになると思います。

もう一つは、現在の議論では医道審議会をもっと強化せよということなのですが、こういうことをどんどんやると、医療行政とメディカル・プロフェッションの独立性がおかしくなります。要するに、医療プロフェッションというのは、救命・延命という社会的価値を実現させてもらうための特権を与えられているわけです。ところが、医療行政というのは国家の財政の懐でやりますので、国家がひっくり返っても社会的価値を断固プロフェッションとして主張してもらわないといけない。それできるかできないかは政治の判断ですので、そういう意味ではともかく、もし、医道審議会を強化しようという声があるのだったら、それは厚労大臣の所管から外す方向で刑が確定する前の医師を処分するような機能を与えないといけないということになると思います。

一つはプロフェッションと司法警察との線引き、運用の明確化で、医療の現場で起こった事故死の扱い。医者の責任追求のような話と、もう一つは、不自然死一般の通報と話が二重重ねになっておりまして、日本は監察医制度が極めて不十分ですので、不慮の事故で亡くなった方が、実は偽装殺人の被害者であったことが見落とされている可能性があると思います。

# 医療プロフェッションの 意味と機能

——歴史の窓と統治構造の中で

米本昌平(東京大学先端科学技術研究センター)

## Learned profession

(特別な学校を出て、資格が認められると、職能集団に属し、一定の自治が与えられ、特権が付与される一方、自治の一部として職能倫理を自ら遵守する。クライアントとの関係はパターナリスティックな傾向になることは不可避)

聖職者 扱う領域、実現すべき価値  
spiritualな領域、魂の先導者

世俗領域、王権・政府から自治と特権が付与

弁護士(law profession) 法、社会正義  
(奉行が優れば、難もその弁護士を所属弁護士会の調紀委員会に、懲戒請求ができる。一般の司法手続きとは別)

医師(medical profession) 投薬治療、救命

### 統治構造からみた医療職能職集団

	イギリス	フランス	ドイツ	アメリカ合衆国	日本
懲罰規定をもつ 公的身分団体 (強制加盟)	General Medical Council	L' Ordre des Médecin (地方一全国)	Bundesärzte- kammer (州支部あり)	(各州のlocal medical society: パブリックな自治)	なし。 (厚労省医道 審議会)
任意加盟の 職能利益団体 (組合)	British Medical Association,	Confédération Syndicats Médicaux Français, など		American Medical Association, など	日本医師会 (任意参加の 社団法人)
専門個別の ガイドラインを 出す組織	Royal College of Physicians, etc.	(政令)	Deutsch Gesellschaft für Chirurgie, etc. (Resolution→ Bundesärztekammer)	各専門学会 (public), NHL, FDA (official)	各種専門学会
医学研究を 助成管理する 国家組織	Medical Research Council	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale		National Institute of Health (NIH)	文科省・厚労 省

GLSS

## 日本の医療職能集団

- 法的強制参加の身分組織がない  
GHQの指令?
- 武見体制という擬制  
医学部の体質は信用できなかったが  
たまたま日本医師会長職に就き、自ら  
の下に権限が集中するよう、戦略的  
に威圧的態度をとった。学術を尊重し、武見ブレインをもち、医学界の  
擁護者の立場に回る。「プロフェッショナル・フリーダム」は武見の造語
- 1983年以降、官僚の業績作りの草刈り場に  
→21世紀に入って、統治構造の境界領域(医療行政、司法  
警察など)との再線引きが必要に

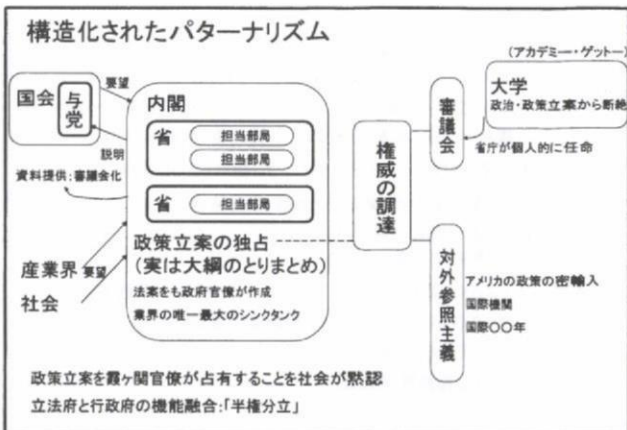
(武見太郎:1957~82年:日本医師会長)

## 武見体制の残響の中で

功績:国民皆保険制度の確立

陰の部分= 1982年まで医学界の丸ごとの擁護と、威圧的ポーズ  
により維持される医療の体制が続いたことによるもの

- 医局の独立、医師の裁量権への不介入  
→「医療の質保証」の欠落
- 狭義の臨床医学の自己拡大→1970年代以降、変質  
をとげた。公衆衛生、医療政策、生命倫理などの研  
究領域の弱体・欠落(武見自身が研究)
- 医療職能の特殊性・特権性の強調  
→医療事故の隠蔽、不適格医師の抱込み



### 日本の現状と政策メニュー

医師法改正が正攻法だが、立法のためのコストはきわめて大きい。職能自治のカルチャーがない。

現実には、ほんらい学術親睦団体である専門学会が review & report を行い、質管理と事故対応。積極的に評価すべき退会処分は学会費未納→会告違反にも拡大。学会機能の変質に合わせた再定義を。機能強化とブレのない対応が必要

例：産科婦人科学会(着床前診断、代理母問題)

移植学会(病気腎移植)、内視鏡事故の学会鑑定

- 医道審議会の強化は愚策。厚労大臣所管から離すべき
- 国家行政組織法3条委員会(例：公正取引委員会)が理想。8条委員会なら、他省所管に (医療プロフェッションの独立性と医療行政が矛盾)

### 脳死臓器移植が日本で進まない理由

- ・ 和田死蔵移植にある、という通説は正しくない(検察庁的な見方)。脳死臨調の議論で固定化。
- ・ 諸外国でも、脳死は人の死かと問われれば、6割がイエス、20%前後がノーと答える。
- ・ 医療職能集団の権威とガバナンスで辛くも行われている限界的医療。制度論的には検視制度との調整が鍵。
- ・ 医療職能集団の自治と、医療行政との再線引きが必要。現行の移植法では、医療の専権事項である脳死判定が行政手続に。

### 人間の移動と臓器売買・生殖医療

- ・ ベラジオ報告(1995年) 国際移植学会による本格的報告
- 21世紀に入って、人間の自由な移動が一段と激しくなり、グローバル化、情報社会化。労働集約的な医療の属地性が薄れ、『医療ツアー』が本格的な流れに。臓器売買、代理母問題はその特殊な部分、という認識をもつべき。
- ・ 国際犯罪に関する国連条約・人身取引禁止議定書に、臓器売買が繰り入れられた
- ・ 世界第二位の経済大国日本がアジアの東端にぼつんと在る、という認識が必要。近隣諸国との政策対話を

法律/条約	科学
1990 ドイツ胚保護法 イギリスHFE法	ヒトゲノム計画開始 《第一次のピーク》 (80年代に生殖技術で報告書)
1992 オーストリア生殖医学法(6/4)	
1994 オーストラリア遺伝技術法 フランス生命倫理法	
1995 EU・個人情報保護指令	
1997 [日本・臓器移植法] 人権と生物医学・条約(発効:99/10) UNESCOヒトゲノム宣言	クローン羊ドリー
1998 ドイツDNA型鑑定法 イギリス個人情報保護法改正 EU・DNAチップ指令(10/27) アイスランド保護データベース法 スイス生殖医学法(12/18)	ヒトES細胞樹立

CLSS

法律/条約	科学
1999 スイス連邦憲法改正(4/18)(発効:00/1/1) ドイツ医師会倫理委員会・保健データ利用に関する声明	
2000 [日本・クローン禁止法] 人権と生物医学条約・ヒトクローン議定書(発効:01/3/1)	《第二次のピーク》
2001 EU・臨床試験ハーモナイゼーション指令(2001/20EC)	
2002 ドイツ議会「現代医療の法と倫理」調査報告(5/14) スイス遺伝検査法案(9/11) スイス胚研究法案(11/20)	
2003 スイスDNA鑑定法(3/20) 人権と生物医学条約・被験者保護議定書案(6/23)	ヒトゲノム解読完了宣言
2004 EU・ヒト組織細胞指令(3/2) フランス生命倫理法改正	

CLSS

### 生命倫理の観点からみた日本の制度的・法的欠陥

#### 日本の生命倫理領域は無法地帯的傾向

ほんらい、法的整備がなされていないといけない主要な対象領域①

- 医師法改正
  - ・ 医療職能集団として、罰則規定をもった強制参加の自治組織がない
- 被験者保護法
  - ・ 法的根拠のあるIRB(施設内倫理委員会)が存在しない
    - 生命科学研究の場での混乱の可能性
    - 臨床研究の海外流出
- 個人情報保護法
  - ・ EU指令が事実上の世界基準になりつつあるのに対して、センシティブ情報を区分けし保護する規定がない
    - ゲノム情報の利用の場での混乱の可能性

CLSS

ほんらい、法的整備がなされていないといけない主要な対象領域②

○ 生殖技術法

- ・ヒト胚の扱い一般の法的規定がない
- ・家族概念の混乱の可能性

○ 移植法改正

- ・法廷臓器の死者・脳死者からの取出ししか扱っていない
- ・生体ドナーの人権を包括的に守る法的根拠がない

○ 人体組織法

- ・臓器移植法による特定臓器以外の人体組織の扱い規定がない  
→ 再生医療の実用化で混乱の可能性

→ 行政文書レベルのガイドラインの濫立

→ 政策立案の基礎となるテクノロジー・アセスメントを行う部門がない

CLSS

## 医療プロフェッションの統治能力の構築・強化とその課題

- 医療の品質保証
- プロフェッション自治機能による不適格医師の排除
- 新しい医療技術の管理
  - 社会的な価値観との調整
  - 「高度先進医療」という枠組みの問題点
- 医療プロフェッションと警察司法との線引き・運用の明確化
  - 医療事故・医療事故死の扱い
  - 不自然死の取り扱い → 監察医制度が弱体

## 妥当な問題定立のためには 権威ある報告書作りが必要

→ 適切なアジェンダ形成のための、政策提案報告・評価報告を作成する機関が必要。その機関が具備すべき条件

- 能力 (capability)
- 権威 (authority)
- 正統性 (legitimacy)

\* 現行の政府審議会は委員の自説を事務局がまとめる傾向

\* ○×の政策比較表は、誤解を広げる危険あり

\* マスコミによるフレームアップと、賛否の単純化を修正し、バランスのとれた共通の課題認識を提示し、フォローアップを。

→ まずは、アカデミズムがプロジェクト予算化。Institute of Medicine のような



## 特別発言：弁護士会の登録審査と懲戒処分

高中 正彦

東京弁護士会所属弁護士

1 プロフェッションをどう定義付けるかについて、先ほど来披露されていますが、医師、聖職者と並ぶ弁護士については、「高度な学識に裏付けられ、一定の基礎理論を持った特殊な技能を特殊な教育または訓練によって習得し、これに基づいて、市民の中から提示された個々の依頼者の具体的要求に応じて具体的奉仕活動を行え、もって社会全体の利益のために尽くす職業」という定義が一般的には承認されているところです。

このプロフェッションが社会的存在として容認されるためには、資格付与、教育訓練、さらに規律保持に関する権限と責任を持った自律的団体が必要であるとされるのが一般です。弁護士の場合は、そのような自律的団体として、全国52の弁護士会とその中央組織である日本弁護士連合会（日弁連）があります。

先ほど医師について医師会への強制加入の問題が指摘されていましたが、弁護士の場合は、必ず弁護士会と日本弁護士連合会へ加入しなければならないという強制加入制度がとられています。弁護士の資格については、司法試験に合格した後に、最高裁判所に置かれた司法研修所の修習を終えることが資格要件になっていますが、日弁連に備えた弁護士名簿に登録されなければ弁護士の身分は取得できないことになっています。弁護士名簿登録がなされると、当然に全国に52ある弁護士会（東京には歴史的な沿革から3つの弁護士会があります）の会員に何らの入会手続を経ずして、当然になり、併せて日弁連の会員にも当然になるという強制加入制度を実施しております。したがって、弁護士会、日弁連に入っていない弁護士というのはあり得ないというシステムになっているわけです。

2 登録審査ですが、先ほど言いましたように、日弁連がその権限と責任を持っています。弁護士登録のための手続ですが、入会をしようとする弁護士会で第一次の資格審査が行われます。その資格審査の際に、弁護士会の秩序・信用を害するおそれがある者、心身に故障があるという者等につきまして、弁護士会内におかれた独立組織である資格審査会の議決に基づいて、日弁連に対する進達拒絶処分ができることになっています。例えば、過去に懲戒処分歴がある、あるいは犯罪歴があるという者につきましては、かなり厳しい資格審査を行って、進達を拒絶して弁護士登録をさせないという仕組みになっています。日弁連も、弁護士回から進達されたとしても、同じような理由で、登録拒絶という処分ができることになっています。

しかしながら、この進達拒絶処分あるいは登録拒絶処分に関しましては、当然のことながら行政不服審査法に基づく審査請求という不服申立てができ、最終的には東京高等裁判所における取消訴訟まですることができるとい司法救済を図っています。

3 次に、懲戒の問題に進みます。世界でも余り例を見ないといわれているのですが、日

本の弁護士法では、弁護士の懲戒権はすべて弁護士会が持っています。戦前は、弁護士の懲戒権は、司法大臣の命によって検事長の請求に基づき懲戒裁判所というところで行われていました。国家機関が弁護士の懲戒権を持っていたわけですが、これでは弁護士の使命である基本的人権の擁護と社会正義の実現ができないということから、我々の先達が大変な苦勞をして、自主的懲戒権を獲得した経緯があります。

懲戒事由ですが、弁護士法、または弁護士会・日弁連の会則違反行為、所属弁護士会の秩序・信用の棄損行為、その他職務の内外を問わず品位を失うべき非行があったときは懲戒を受けるとされています。弁護士に対する懲戒請求は誰でもできることになっています。これは、自治的懲戒権を獲得した以上、懲戒権行使の適正化・透明化を図る上で、誰でも懲戒請求ができるようにしようという制度を採用したわけです。

懲戒請求があると、その後の審査は、2段階構造になっており、まず、弁護士会に置かれた綱紀委員会で事前の調査を行います。その調査を通った場合に、初めて同じ弁護士会内に置かれた懲戒委員会で実質審査を行います。この綱紀委員会、懲戒委員会のいずれにおいても、その委員には弁護士だけではなく、外部委員として裁判官、警察官、学識経験者が入っております。そして、懲戒委員会で懲戒相当であるという議決がなされますと、弁護士会はその弁護士を懲戒するわけです。日弁連にも懲戒権限がありますが、あくまで補充的・二次的なものとなっています。

ちなみに、弁護士会が懲戒しない決定をした場合には、懲戒請求をした人は日弁連に異議の申出をすることができます。特に事前調査機関である綱紀委員会で懲戒委員会の審査に付さないという議決があった場合には、日弁連に、一般の市民委員だけで構成する、つまり法曹関係者が全くいない綱紀審査会で再審査を行うことになっており、懲戒判断の透明性の確保を図っています。

懲戒の種別ですが、戒告、2年以内の業務停止、退会命令、除名の4つがあります。戒告は、非行を戒めるもの、業務停止は2年以内の期間を定めて一切の弁護士の職務行為を禁止するものです。この業務停止は、非常に厳しいものであつ、法律事務所を閉鎖するのはもとより、停止期間中、一切の法律事務を取り扱えません。現に受任中の事件や法律顧問先も、すべて辞任しなければならないことになっています。退会命令は、弁護士会から強制退会させるものであり、除名は、強制退会の効力のほかに、3年間弁護士資格を停止させます。

懲戒を受けた弁護士につきましては、行政不服審査法に基づく審査請求のほか、司法救済として東京高等裁判所に対する処分取消訴訟を提起することができます。

懲戒処分の実例を若干ご報告いたしますと、平成17年の統計ですと、弁護士数2万2千人のところ、懲戒請求が約1,200件ありました。実際に懲戒処分を受けた件数ですが、戒告が35件、業務停止が22件、退会命令が3件、除名が2件という状況になっています。

どういう非行が懲戒になったかといいますと、依頼者に対する説明義務違反行為、依頼者からの預り金の着服行為（これは刑事犯罪ですから当然です）、事件を受任しながら長期間放置しておいた行為、恥ずかしい話ですが、非弁護士、いわゆる事件屋と提携した行為、

コンフリクト、利益相反行為、弁護士会の会費の滞納などが多い状況です。

4 最後に、質の確保、再教育という点について若干お話しさせていただきます。

弁護士法上研修義務は規定されていませんが、各弁護士会では、弁護士倫理に関する研修を義務化しています。受講をしないと非行として懲戒処分の対象となります。弁護士倫理につきましては、それまでの「弁護士倫理」を大幅に見直した「弁護士職務基本規程」という新たな規律を日弁連の会則として制定しました。この新規程は平成17年4月1日から施行されましたが、全体で82カ条という大変ボリュームのあるものになっています。個々の弁護士のスキルアップのための研修も盛んであり、弁護士会あるいは日弁連を中心に充実した活動をしております。

しかしながら、医師の世界ですと専門医がありますが、弁護士の専門認定の問題に関しては、まだ結論を得るに至っておりません。何を以て専門というか。どのような手続で認定するか（試験をするのか、研修受講でよいのか）等の論点があり、現在議論中です。

なお、医療過誤の問題が出ていましたが、実は、弁護士の世界でも弁護過誤案件は近時増加しています。大きく分けると、依頼者に対する関係での過誤と第三者に対する関係での過誤の2つがあります。前者は、委任契約上の善管注意義務に違反したものであり、例えば、上訴期限を忘れたとか、放置しておいて消滅時効にかかったとか、法律解釈を間違えた指導をしたとか、依頼者の了解を取らずに和解をしてしまったというような例です。分類をしてみますと、不誠実型、独断処理型、技能不足型という分け方ができると思います。後者の第三者との関係での弁護過誤は、不当な訴訟提起をしたとか、訴訟内で提出した書面の内容が名誉を毀損したとかいうものです。

なぜ弁護過誤事件が増えたかといえますと、やはり弁護士の大幅増加が一つにあります。数が増えて競争が激化し、あわせて質が低下したことです。もちろん、何を以て質というかという問題がありますが、基礎的な法律知識の量が不足していることは、質の低下といつてよいと思います。さらに、沈黙の共謀意識の希薄化という原因があります。今まで弁護士は身内をかばうという沈黙の共謀をしていたが、数の大幅増加によって弁護士同士でかばい合いはやめようという意識の変化があります。それから、ユーザー、消費者意識が覚醒し、弁護士の過誤を許さなくなったこともあげられます。弁護過誤に関する法律理論が進化したという原因もあります。

弁護過誤をいかにして減らすかが課題ですが、その一つの対策として、全国の弁護士会に苦情窓口を設置しました。依頼者や相手方からの苦情の対処をしているわけですが、残念ながら、その件数は増加しています。私の所属している東京弁護士会では約5,000名の会員がおりますが、年間の苦情は1,000件以上に達しています。弁護士の相手方の無理解とか誤解も相当数ありますが、弁護士自身に問題がある例も相当数にあります。多いのは、事件を放置している、事件処理に関する説明をしない、報酬額が高い等であります。態度が尊大であるという苦情も、ときどき見られます。これらの苦情に対しては、場合により弁護士会の役員が当該弁護士に注意をしたりしていますが、最終的には懲戒請求までいくことがあります。

弁護士がプロフェッションとして存在し続けるためには、社会の信頼を得なければなりません。われわれ弁護士は、そのための活動を続けているところです。