

(提案9)

(案)

報 告

全員加盟制医師組織による専門職自律の確立
－国民に信頼される医療の実現のために－



平成25年（2013年）〇月〇日

日 本 学 術 会 議

医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会

この報告は、日本学術会議医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議 医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会

委員長	廣渡 清吾	(連携会員)	専修大学法学部教授
副委員長	樋口 輝彦	(第二部会員)	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 理事長・総長
幹事	池田 眞朗	(第一部会員)	慶應義塾大学大学院法務研究科教授
	小幡 純子	(第一部会員)	上智大学大学院法学研究科教授
	中田 力	(第二部会員)	新潟大学脳研究所統合脳機能研究センター長・教授
	岡野 光夫	(第三部会員)	東京女子医科大学先端生命医科学研究所所長・教授
	武市 正人	(第三部会員)	独立行政法人大学評価・学位授与機構教授
	桐野 高明	(連携会員)	独立行政法人国立病院機構理事長
	寶金 清博	(連携会員)	北海道大学病院長
	本田 孔士	(連携会員)	京都大学名誉教授
	磯部 哲	(特任連携会員)	慶應義塾大学大学院法務研究科准教授
	市野川 容孝	(特任連携会員)	東京大学大学院総合文化研究科教授
	宇都木 伸	(特任連携会員)	東海大学名誉教授

本件の作成に当たっては、以下の職員が事務を担当した。

事務局	中澤 貴生	参事官(審議第一担当)
	伊澤 誠資	参事官(審議第一担当)付参事官補佐
	藤本 紀代美	参事官(審議第一担当)付審議専門職

調査	中島 由佳	上席学術調査員*
	辻 明子	上席学術調査員

*は平成25年3月現在

要 旨

1 作成の背景

日本学術会議は、平成20年(2008年)6月に要望「信頼に支えられた医療の実現—医療を崩壊させないために」を公表し、日本の医療の現状について緊急の改善を要する問題を指摘し、広く社会に対して改善のための努力を呼びかけた。

その後、学術会議においては、同「要望」に盛り込まれた改革提案の実現を検証しながら、日本の医療制度の改革にとってより抜本的な中長期的課題として、自律的な全員加盟制医師組織の在り方の検討を始めた。本委員会(「医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会」)は、この課題を具体的に調査・検討することを目的に平成23年(2011年)12月の幹事会決定によって設置された。

委員会は、全員加盟制医師組織による専門職自律(プロフェッショナル・オートノミー)の必要性および具体的な制度設計について、欧米先進諸国との比較も含めて、調査・検討を進め、一定の成案をえるに至った。

本報告は、委員会の調査・検討の成果を報告するものである。具体的には、法律に基づいて全員加盟制医師組織を設立し、専門職自律の原則に立ってこれを運営することにより日本の医師と医療の質保証を一段と増進し、もって国民が信頼できる医療を実現する道筋の構想を提示するものである。

本報告は、日本の医療の改善を目指す1つの提案である。本委員会は、この報告が、広く日本の医師に受け止められ、医師の専門職自律の実現に向けた議論において有意義な素材となりうることを心から願っている。

2 現状および問題点

国民すべてが公的医療保険に加入する、いわゆる国民皆保険制度が昭和36年(1961年)に導入されて以来、日本の医療はその制度に支えられてきた。その結果、世界最高水準の平均寿命を実現し、基本的には「誰でも、いつでも、どこでも」一定レベルの保険医療を受けることができる医療体制を作り上げている。このような医療の「量的保証」を今後維持することも易しい課題ではないが、加えて、近年では先進国に共通して医療の「質保証」が課題とされている。日本では、医師と医療の質保証の制度的整備が大きく遅れ、また、少子高齢社会の進展、先端医療・生殖医療などについて早急な対応が求められる中で、質保証の抜本的改善が必要となっている。

問題点の第1は、質保証を目指すなどの医療制度の改革を進める中で医師が全体としてその意見を自律的にとりまとめる体制が存在せず、その結果、政府に利害調整と解決が委ねられてしまい、専門職集団としての医師が国民に対して直接に社会的責任を果たしていないことである。

問題点の第2は、これまですでに医師の質保証のために「専門医制度」の導入や医療事故に関する事故調査システムの導入の議論が進み、改善の見通しが示されつつあるが、これらの制度を真に実効的に機能させ、中途半端なものにしないためには、日本のすべての医師を包摂し、専門職自律の原則に立って医師を規律できる医師組織が必要となることで

ある。専門医制度や事故調査システムがその目的通りに質保証に資するためには、全員加盟制医師組織による専門職自律の確立と表裏一体のものとして位置付けられるべきである。

問題点の第3は、現在の医師の義務違反に対する処分制度の在り方である。国（厚生労働大臣）が処分を行う現在の制度は、制度としても運営の現状をみても、医師の倫理性確保と質保証を絶えず前進させるものではなく、国民に対して医療の質保証を約束するものとなっていない。処分を媒介にして医師と医療の質保証を前進させるためには、医師の義務違反に対する処分をもって、専門職自律を担う全員加盟制医師組織による自己規律として位置付け直すことが必要である。

以上のような現状と問題点の把握に立つとき、日本において、全員加盟制医師組織を設立し、これをもって、専門職自律の原則の下に厳格な自己規律として医師の倫理性確保と質保証を行い、かつ、医療制度改革に向けて国民に責任を持つ主体とする、という課題が導かれる。医師が専門職として患者の利益を自らの利益の上に置き、専門職としての能力と誠実さの水準を維持し高めるために、専門職自律を担う全員加盟制医師組織を公的に確立することは、世界に普遍的な考え方であり（細部の違いはあるものの英、独、仏はいずれもこの形をとる。アメリカは例外的に複数のNPO団体がこの役割を担う）、国民にとっての医療の質保証の基本的土台となるものである。

3 提案の内容

具体的な制度設計は、本文の参照を願うことにして、大まかな論点のみを示す。いずれも現行の医師法、医療法などの改正、場合によっては新法の制定が必要である。

(1) 日本において、医師の専門職自律を承認し、全員加盟制の医師組織を法律に基づいて設置する目的は、いかなる意味でも医師の私益のためではなく、日本の医師の質を保証し、医療制度改善のために医師が共同して努力することを確保し、もって、国民に信頼できる医療を実現することである。この組織は、このようにもっぱら公益に資することを目的とするものであり、それゆえ、同業組合的活動や政治的活動は、その本質に反するものとして、厳に禁止され、また診療報酬問題に組織として関与することも排除される。

(2) 設立する全員加盟制医師組織を仮に「日本医師機構」と称する。日本医師機構は、国民の福祉の基幹である健康を守り医療を担う医師の組織として、日本の全医師を代表して国民に向かいあい、その内部の運営に国民の参加を求めるとともに、医療に対する国民と患者の批判と要求を受け止め、専門職として適切に応答する社会的責任を担うものとなる。

(3) 日本の医師は、医業をなすために、日本医師機構に登録しなければならない。医師の免許権限は従前通り厚生労働大臣が保持するが、大臣による処分は日本医師機構の申し出に基づいて行われるものとする。日本医師機構は、独立の法主体として活動するために法人とし、日本医師機構の財政は、原則として登録医師の登録料・会費をもって財源とする。

(4) 日本医師機構は、二層構造をとるものとし、日本医師機構の下に、都道府県を単位に地方医師機構（〇〇医師機構）を設立する。医師は医業を行う地域の地方医師機構に登録を行い、この登録をもって日本医師機構の登録医と認められる。二層の構造の下で、民主性、内外に対する自律性、適法性、説明責任を確保しうる意思決定機関と執行機関が日本医師機構および地方医師機構に設置される。

(5) 日本医師機構の目的は大きく3つある。第1に専門的立場から長期的展望を持って医療政策を常時検討し、国民が信頼できる医療制度の実現にイニシアチブをとり、かつ、責任を負うことである。この責務を果たすために医療に関する情報の蓄積・分析・発信の機能を整備する（政策提言の担い手）。第2に、日本の全医師の質の確保について責任を負うことである。すなわち、医師の業務について倫理・職務規範を制定し、その順守を図り、違反行為に対して懲戒手続きを行い、専門医制度を確立・運営し、医療事故問題の対応システムを設ける（医療の質保証の担い手）。そして第3に、医師と医療の問題、とくに医療の安全の問題について、国民と患者に直接に向き合い、いわば「社会的責任の追及の相手方」となることである。ここには生命倫理に関する問題について専門職としての考え方をとりまとめて社会に発信することも含む（医療安全に対する社会への応答責任の担い手）。

(6) 3つの目的を達成するために、日本医師機構は内部的な諸機関を設置する。機能的には、それらは、規則制定・政策立案担当機関、懲戒担当機関、患者安全担当機関、専門医認定担当機関などに分けられる。この運営において、最も重要な原則は、非医師参加原則である。内部諸機関のそれぞれに一定の割合で日本医師機構の外部者（非医師）を国民代表として加えなければならない。これは、医師の専門職自律の概念を“professional self-regulation”から“professionally-led regulation”に発展したものとして捉えることに基礎づけられる。

(7) 本報告は、日本において国民に信頼される医療を実現する上での中長期的な課題として、全員加盟制医師組織の設立による専門職自律の確立を位置付け、その具体的な設計を試みたものである。今後、日本の医師の中で専門職自律を実現するための議論が進められること、本報告がそのための有意義な素材として寄与できることを願っている。

目 次

1	本報告の作成に至る経緯および趣旨	1
2	日本の医療制度改革をめぐる現状と課題	2
(1)	医療の現状と政策転換・制度改革における医師の役割	2
(2)	「質保証」の実効性を持つ専門医制度の確立	3
(3)	「質保証」のない医師の診療行為が許容されるという問題	5
(4)	医療事故対策と再発防止制度の整備	6
(5)	専門職自律を担う全員加盟制医師組織の意義と必要性	8
3	専門職自律を担う医師組織の制度設計	11
(1)	先進諸国の比較事例の検討	11
①	ドイツについて	11
②	フランスについて	11
③	イギリスについて	12
④	アメリカについて	12
⑤	まとめ	13
(2)	専門職自律を担う全員加盟制医師組織を基礎づける考え方	13
(3)	日本における全員加盟制医師組織の設立	15
①	日本医師機構の構成員	15
②	医師の免許権限	15
③	日本医師機構と地方医師機構の二層構造	15
④	日本医師機構の意思決定機関と執行機関	15
⑤	日本医師機構の法人格と財政	16
⑥	日本医師機構の内部機関と非医師の参加原則	16
(4)	日本における全員加盟制医師組織の目的および機能	16
①	3つの目的	16
②	具体的な機能のしかた	17
(5)	何が変るのか—国民にとっての意義	20
4	おわりに—医師の中での議論を期待する	21
	<参考文献>	22
	<参考資料1>	23
	<参考資料2>	24
	<参考資料3> マドリッド宣言	25
	<参考資料4> 各国の医師団体について	28
①	ドイツ	28
②	フランス	29
③	イギリス	30
④	アメリカ	31
	<参考資料5> 医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会審議経過	34

1 本報告の作成に至る経緯および趣旨

日本学術会議（以下、「学術会議」）は、これまでも国民の健康を守る日本の医療制度の改善を目指して、少なくない提言などを発表してきた[1]。とくに平成20年（2008年）6月には、要望「信頼に支えられた医療の実現—医療を崩壊させないために」[2]を公表し、日本の医療の現状について緊急の改善を要する問題を指摘し、広く社会に対して改善のための努力を呼びかけた。

その後、学術会議においては、上記「要望」に盛り込まれた改革提案の実現を検証しながら、日本の医療制度の改革にとってより抜本的な中長期的課題として、自律的な全員加盟制医師組織の在り方の検討を始めた。本委員会（「医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会」）は、この課題を具体的に調査・検討することを目的に平成23年（2011年）12月の幹事会決定によって設置された。

委員会は、全員加盟制医師組織による専門職自律（プロフェッショナル・オートノミー）の必要性および具体的な制度設計について、欧米先進諸国との比較も含めて、調査・検討を進め、一定の成案をえるに至った。

本報告は、上記の調査・検討の成果を報告するものである。具体的には、法律に基づいて全員加盟制医師組織を設立し、専門職自律の原則に立ってこれを運営することにより日本の医師と医療の質保証を一段と増進し、もって国民が信頼できる医療を実現する道筋の構想を提示するものである。本報告の前半は、こうした構想を必要とする日本の医師と医療の現状の問題を論じ（→2）、これらを踏まえて後半は自律的医師組織の制度と役割についての考え方を述べる（→3）。

本報告は、日本の医療の改善を目指す1つの提案である。本委員会は、この提案が、広く日本の医師に受け止められ、医師の専門職自律の実現にむけた議論において有意義な素材となりうることを心から願っている。

2 日本の医療制度改革をめぐる現状と課題

(1) 医療の現状と政策転換・制度改革における医師の役割

国民すべてが公的医療保険に加入する、いわゆる国民皆保険制度が昭和 36 年（1961 年）に導入されて以来、日本の医療はその制度に支えられてきた。その結果、世界最高水準の平均寿命や高い水準の医療提供体制を実現しており、基本的には「誰でも、いつでも、どこでも」一定レベルの保険医療を受けることができる状態にある。日本の医療制度は、国際的に極めて高い評価を受けている¹。とはいえ、重視されてきた医療における公平性をどこまで維持しつつ、医療の発展を実現できるのか、日本の医療は大きな試練にさらされている。

現在、とくに重要なことは、医療がいつでもどこでも受けられるという医療の「量的保証」に加えて、高い質の医療が受けられるという医療の「質保証」が求められることである。これは先進国共通の現象であるが、日本では、そのような要求に応える医療提供体制の整備が遅れ、医療の「質保証」のために、新たな人的・物的な資源の投入が十分に行われず、医療費の抑制どころか、削減さえも行われるという状況があった。

すなわち、平成 13 年（2001 年）から始まる小泉政権の下で進められた社会保障改革は、約 1 兆円と予測される社会保障費の自然増分を 2200 億円削減して、総額を抑制するものとなり、2 年毎に行われる診療報酬改定では、薬価の抑制によって総額抑制が行われたが、平成 12 年には先んじて医療費の本体部分の切り下げが行われていた。このために、各病院はこれまで以上の「経営の合理化」を迫られることになった。

また、平成 16 年（2004 年）から国立大学法人化の下で厳しい経営改善を求められていた国立大学病院にとって、この医療費削減政策は大きな負荷となった。加えて同年より初期臨床研修制度が開始され、それまで 70%以上が大学病院において研修を受けていた卒後の医師は、より実質的な教育体制を求めて他の研修病院を選ぶようになり、大学の研修医の割合は 50%を切ることになった。その中で、若手から中堅層の医師の争奪戦が起こり、医療体制に大きな問題を生んだ。

平成 20 年（2008 年）6 月に公表した学術会議の要望「信頼に支えられた医療の実現—医療を崩壊させないために—」（以下、「20 年要望」）は、上記の事態が医療の崩壊を招きかねないという危機意識のもと、①医療費抑制政策の転換、②病院医療の抜本的な改革、③専門医制度認証委員会の設置、など緊急に進めるべき課題を提起したものである。

このうち、平成 22 年度になって、診療報酬は全体で 0.19%というわずかではあるが、プラス改定となり、この中で病院の急性期医療に手厚い配分が行われ、産科、小児科、救急医療など、病院医療の現場への配慮が行われた。また、初期臨床研修制度についても、開始から 2 年後の平成 18 年（2006 年）に研修を終了した医師が戦力に加わり、研修制度の緊急的な見直しが平成 22 年（2010 年）から実施されたことなどにより、病院医師の過酷な勤務体系も一息つくことができた。その後、医師不足対策として、大学医学部

¹ 世界的影響力を持つ英国の医学誌 Lancet は、日本の皆保険制度導入から 50 年の節目にあたる平成 23 年「日本：国民皆保険達成から 50 年」と題する特集を発行した。日本の医療制度の現状を世界に広く知らしめることが、世界の保健医療の改革に資するとの考えに基づいて企画されたものであるが、却って多くの日本の医療関係者を勇気づけるものとなった。

に地域枠などの増員が平成 31 年（2019 年）までの 10 年間認められることとなり、医学部入学定員は約 1400 名増加して 9000 名を超え（2013 年 3 月現在）過去最大数となった。依然として地域の医師不足は深刻であるが、ほぼ 15 年後には総数として OECD 平均を越え、充足状態となった後に過剰に転じるとされている。

医療の現状は、このような対症療法的な手当てによって、最悪の事態がやっと思われているが、問題は伏在したままであるといえる。そして、より根本的な問題は、日本の医療がようやく成熟社会型²の方向へ転換し始めた時に、少子高齢社会の新たな課題に直面していることである。ここでは、急性期医療から慢性疾患の医療へ重点の移動、治療より予防、医療より介護が喫緊の課題となるが、それに対する医療制度の整備や医療提供側の準備は整っているとは言い難い。また、臓器移植医療、生殖医療や再生医療など医療倫理に関わる問題、後述するような医師と医療の質保証に関わる制度問題など、医師が専門職として直面する問題は山積している。

医療の現状を把握し、分析し、必要な政策転換や制度改革を進める上で、日本の医師の専門職としての力はどのように発揮されているのだろうか。たとえば、初期臨床研修制度は、その必要性が長く訴えられながら、インターン制度の導入から 58 年、その廃止からでも 36 年を要した。このような遅滞をくりかえさないためには、専門職としての医師がその知見と能力を活かし、共同して政策形成や制度改革にイニシアチブを発揮できる体制を作ることが必要である。ここに、専門職自律に立つ全員加盟制医師団体の設立を必要とする 1 つの理由がある。

(2) 「質保証」の実効性を持つ専門医制度の確立

医師の質を一定の水準に維持し、医療の安全を確保することは、医療制度を運営する近代国家にとって重要な関心事であり、そしてまた、医師自身の責務でもある。近代国家は、医師の能力を保証するために似通ったシステムを採用しており、医師となる教育を課し、ある一定の水準に達したものに医師免許を与えるという制度を持つ。この上にさらに設定される医師免許取得後の質保証の制度や仕組みは、国によって異なるが、日本は、これにほとんど見るべきものがないことが問題である。

医師免許取得後の質保証の仕組みとしては、①医師免許の更新制度、②厳格な専門医制度、③医師の倫理審査制度、④保険医の資格審査制度、⑤病院医師としての資格審査制度、⑥開業医としての資格審査制度、などが考えられる。このうち、日本で有力な制度として議論されてきたのは、専門医制度である。アメリカでは、後述のように、24 に分類される専門医資格が医師免許と同等に重要な資格と位置付けられている³。

日本では、医学領域の各専門学会がそれぞれの専門分野ごとに専門医制度を導入し、専門医試験を実施している。その中には、関係者の努力によって非常によく運営されて

² 「20 年要望」は、わが国の医療が、アクセスを重視した途上国型から、①充実した教育体制と専門医制度、②病院機能の集中化・集約化、③病院と診療所の密接な連携体制、④チーム医療の推進、⑤医療安全と患者権利尊重という特徴を持つ成熟社会型の医療への転換が必要であると訴えている。

³ 後述 3 (1)④アメリカについて参照。

いる専門医制度もある。しかし、日本の専門医制度は、あるべき姿からはほど遠いと言わざるを得ない。あるべき専門医制度の認定システムを想定すれば、資格を取得するまでの教育プログラムが制定され、それに基づき上位の認証機関が教育を行う病院を認定し、また、一定の試験を行って専門医を認定するものである。教育の質を維持するためには、訓練のための一定の症例が必要であり、それに応じて養成医師数の大枠が定まり、専門医の数の制御が行われることになる。現在の各専門医学会がそれぞれに運用する「専門医」制度には、上位の認証機関と専門医認定のための統一的な基準や要件が存在せず、「専門医としての質保証」それ自体に保証が欠けている。また、専門医の養成数についての制御を行うようなものではなく、現実の問題である専門医の偏在に対してもまったく有効でない。

専門医学会を主体とする専門医制度は、こうした問題を抱えたままで、昭和37年(1962年)の日本麻酔指導医制度の発足以来、徐々に進展してきた。転換点は、昭和56年(1981年)に22学会の代表よりなる学会認定医制協議会が発足したことである。これは、平成13年(2001年)に専門医認定制協議会に改称したが、そこでは、協議会を上位の機関としてその下で個々の学会が専門医の認定を担当するという専門医制度の統一的運営の考え方が共通の認識とされた。また、専門医資格として、基本的診療科とそれより分化した副専門(サブスペシャリティ)の診療科の区分が構想された。そして平成14年(2002年)には日本専門医認定制機構(後に日本専門医制評価・認定機構)が法人格を取得し、専門医制確立に向けて活動を進めている。

上記「20年要望」は、専門医制度認証委員会の導入を検討すべきことを政府に要望した。日本ではひとたび医師免許を取得すれば、「自由標榜制」によってどの診療分野を標榜することも可能であるが、どのような訓練を受け経験を積んだかは、本人が自称する以上のことは分からない。「20年要望」は、この事態を根本的に転換し、すべての医師について、統一的に整備された専門医制度によって医師としての質保証を行い、国民のための医療水準の確保が必要であることを強調した。

平成23年(2011年)10月、厚生労働省に「専門医の在り方に関する検討会」が設置され、専門医制度についての検討が開始された。ここでは、日本専門医制評価・認定機構のこれまでの経験を参考にして、個々の学会の代表による運営ではなく、より公的な性格を有し、かつ医師の専門職自律に則った公正な専門医制度認証機関の在り方について審議が行われ一定の結論に達しつつある⁴。

専門医制度の確立は、「20年要望」が強調したように、今後の日本の医師の質保証にとって決定的に重要な制度である。それゆえ、日本のすべての医師をこの制度に包摂することが必須である。そして、専門医制度についての包括的、統一的な設計を担当し、その下で各専門医学会の専門的知見を活かしうる、上位団体としての医師の自律的組織が求められる。すなわち、専門医制度の確立は、専門職自律の原則に立った全員加盟制医

⁴ 「検討会」は、2013年4月22日に「専門医の在り方に関する検討会・報告書」を公表した。それによると、独立した第三者機関が統一基準を設けて「総合診療専門医」を含めて19種類の専門医を認定する制度が創設される。

師組織の設立と表裏一体のものとして位置付けることが最も適切であろう。

(3) 「質保証」のない医師の診療行為が許容されるという問題

ここで、前項の補論として、日本の医師の実情について述べよう。医師の質保証は、医師免許を取得した後、医業を行うかぎり、医師が日々進歩する医学・医療の知識・技術を習得することを求めるものである。しかし、日本においては、上述のように、この観点から用意された制度にみるべきものがない。対比する意味でアメリカのシステムについて簡単にみてみよう⁵。

アメリカの医師免許は州の管轄下にある。カリフォルニア州の場合、医師免許は2年毎に更新することが義務づけられており、その際には正式に認可された生涯教育（CME）の所定の単位の獲得が必要である。また、臨床医にとって専門医資格の取得は医師免許と同等に重要であり、専門医資格なしで臨床に携わることはほぼ不可能である。この専門医資格の更新のためには10年ごとに再認定試験を受験しなければならないが、そのためには常時、医師免許更新の際のCMEに相当する生涯教育研修活動（MOC）に参加する義務がある。

このようにアメリカでは、医師免許を取得した後においても、2年毎の免許更新のための生涯教育への参加が必要であり、かつ、専門医資格の取得およびその更新についても生涯教育研修活動への参加が義務づけられており、これらがすべての医師に対する質保証のシステムとして機能している。

一方、日本では、医師免許は医師国家試験に合格することで取得できるが、更新の制度はなく、生涯教育の義務は課せられない。医師免許を取得した医師の初期研修が義務化されたのは平成16年（2004年）のことであり、2年間の研修において一定の水準の医療技術、医学知識、倫理規範、職務規律を身につける制度が定着した。この制度は初期の2年間のみではあるが、臨床医の質保証の1つの制度として評価される。これに加えて、上述のように、個別専門医学会の認定による専門医制度が行われてきた。

これまでのところ、専門医取得状況は専門科目によって異なる。その取得率の幅は50%～90%（専門医の数を医療施設に従事するその科目の医師数で除した値、100%を超える科目があるのは、ある診療科に従事する医師が別の診療科の専門医を取得していることがあるため）であり、アメリカのようにほぼ100%という状況にはない（参考資料1参照）。また、専門医取得者数（年度毎、学会毎の新規専門医取得者数の推移）を見ると、新臨床研修終了者が一定の経験年数を経て、専門医を取得するというサイクルが順調に確立しているわけではなく、学会によってはむしろ新規専門医数が減少の傾向すらある（参考資料2参照）。

このように、現在行われている専門医制度は、形式的にみても、つまり、カバーする範囲からみても、日本の医師の生涯教育の制度として決して十分な機能を果たしていない。結果として、日本の医師は、極端な場合、医師国家試験に合格して医師免許を取得

⁵ 詳細については後述3(1)④アメリカおよび参考資料4参照。

し、2年間の新臨床研修を受けた後は、何らの教育・研修を受けなくても医師として生涯、医業を行うことが可能である。この事情を踏まえるならば、日本の医師の質保証のためには、少なくとも専門医制度の確立が必須である。あるべき専門医制度は、上述のように、すべての医師を包摂し、個別の専門医学会を認定の基礎単位としながら統一的な運用方針と認定基準を持つシステムでなければならず、また、より一層の医師の質保証のためには、すべての医師が服する職務規定・倫理規定を実効的に制定・運用するシステムが必要である。これらを実現するためにこそ、専門職自律の原則に立つ全員加盟制医師組織が設立されなければならない。

(4) 医療事故対策と再発防止制度の整備

国民の命と健康をあずかる医療は、最大の安全を求められる。医療の現場では、限られた時間の中で医学を可能な限り応用して、複雑な病態に対応し、患者の命を救い健康を守らなければならない。このような中で、思いがけない事故の発生を完全には阻止することはできない。いわゆる医療事故とよばれるものである。この場合に問題となるのは、①「事故」の原因は何であるのか、②「事故」について医師や医療機関に責任があるのか、③「事故」の再発を防止するために何をなすべきか、である。

医療の現場は、医師と患者が協同して病気と戦うべき場所であり、相互に対立するところではない。上記3つの問題は、この観点から取組まなければならない。事故原因が詳細に調査分析され（その結果として医師や医療機関の責任が問われることがある）、患者に対して事故原因について十分の説明が行われること、その上で、再発防止策が示され、かつ、これらのことがすべての医師に周知徹底され、再発防止の実効性が確保されることである。このように考えるならば、医療事故において医師の法的責任の追及（刑事・民事責任）が中心になることは、決して問題への適切な対処とは言えない。つまり、法的責任の追及においては、患者と医師が対立する立場に分かれることによって事故原因が何であるかの徹底した事実解明が妨げられる可能性が大きく、また、再発防止の措置が十分にとりえないからである。上記①、②および③の3つの問題を総合的に解決するためには、すべての医師を包摂した総合的な処理を図る体制が必要であるが、この体制がこれまで日本には存在せず、結果として医療事故について法的責任の追及が中心になってきたのである。

日本では、こうして、平成20年（2008年）に大野病院事件に無罪判決⁶がでるまで、医療事故について刑事責任追及が問題解決の中心とみなされることが続いた。これに対しては、日本医学会に加盟する主要19学会が平成16年（2004年）に「診療行為に関連した患者死亡の届出について—中立的専門機関の創設に向けて」を發表し、また日本学術会議も平成17年（2005年）に「異状死等について—日本学術会議の見解と提言」[3]を公表し、医療行為の過程で予期しない患者死亡が発生した場合（つまりいわゆる医療

⁶ 平成16（2004）年福島県立大野病院において出血多量により妊婦が出産後死亡し、手術を執刀した産科医が約1年後に業務上過失致死罪と医師法違反（21条の「異状死」届出義務違反）によって起訴された事件。平成20（2008）年8月20日に福島地方裁判所は無罪の判決を行い、検察側が控訴せず、無罪が確定した。

事故)、「異状死」として所轄の警察署に届け出るという現行制度(医師法21条)を変更し、「異状死」に関する適切な医療評価を行う新制度の確立を要望した。

このうち、厚生労働省において「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」の下に、「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」が設置され、医療事故を中立的な立場から調査し、再発防止に活かすための第三者機関の設立に向けて構想がまとめられ、平成25年(2013年)秋にも国会に医療法改正案が提出されるという見通しである。

ここであらためて、WHO(世界保健機構)の医療事故に関するガイドラインをみてみよう⁷。これによれば、一旦事故が発生すれば、①事故の真相を明らかにし、②事故から得た教訓を共有し、③事故の再発を防ぐために、システムの改良や関係者の再教育を行うことが重要である。そしてこのためには、事故後直ちに警察が捜査に入るのではなく、責任追及を目的とせず、非公開で独立に調査・分析を行う専門家委員会が事故の解明にあたる必要があるとされる。

他方で、患者と社会の側からみて最も肝要なことは、事故調査にあたる専門委員会の手続きの進め方や調査結果が、公正であり、納得できるものであり、再発防止の医療体制作りがなされることが明瞭であることである。事故原因が医師の故意や許容しがたい過失による場合には、医師の責任が当然に問われなければならない。

それでは、上記の厚生労働省の検討部会の提案する第三者機関は、医療事故によって生じる問題の解決のために十分な役割を果たせるものになるだろうか。検討部会の案によれば、第三者機関は全国に1つ置き、独立性・中立性・透明性などを持つ民間組織であり、事故案件ごとに各都道府県におかれる支援法人・組織と一体で調査を行う、とされている。

第三者機関は、日本のすべての医師と医療機関の信頼に基づいて、すべての医師および医療機関に対して活動できるものでなければならぬ。必要な調査権限をもち、調査の結果をすべての医師と医療機関に周知徹底し、再発防止につなげる有効な方法と手段を持っていなければならない。また、場合によっては医師や医療機関に対する指示、勧告あるいは医師の処分を提案できるものでなければならない。このような第三者機関の構成メンバーは、だれがどのように選ぶのか。たんなる「民間機関」で、このような重大な役割を有効に遂行することができるだろうか。そして、この第三者機関の運営の適切性は、だれがどのようにチェックするのか。

このように問題を整理するならば、ここでも、日本のすべての医師をメンバーとする自律的組織を設立し、それを前提にした医療事故対応の仕組みを作ることが根本的な対策であることが明瞭になる。医療事故への有効な対応は、国民の命と健康に関わり、医療の安全を確保すべき、医師全体の責務である。全員加盟制の医師組織は、すべての医師を包摂し、専門職自律の原則に立った運営の下に、具体的には、医師以外の外部の第三者の協力と関与の下で(第三者調査委員会の設置)、医療事故の調査と分析を行い、患

⁷ WHO Draft “Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems” 2005の第6章参照。

者に対する納得のいく説明を用意すると同時に、事故原因の解明と再発防止に関し、全医師・全医療機関に周知徹底することができる。また、場合によって医師の処分が必要なときは、この自律的組織が「自己規律」の制度として設置する懲戒手続きに付することができる。このような考え方に基づく医師の自律的組織による医療事故対応の具体的仕組みは、後述の「3 専門職自律を担う医師団体の制度設計」(3)において提案する。

繰り返して言えば、医療事故への有効で適切な対処のためには、専門家である医師が責任を持って自律的にこれを担うとともに、すべての医師がその運営に関して納得し、同時に社会からの揺るぎない信頼を得られるようなシステムを用意しなければならない。これは、政府の役割ではなく、また、政府にはできない役割である。全員加盟制の自律的な医師組織こそが、医療安全と医療事故防止に関する公正で公平な制度の運営を可能にすると考えられる。

(5) 専門職自律を担う全員加盟制医師組織の意義と必要性

以上のように、日本における医療の現状および改革をめぐる議論を見ながら明らかにしようとしたことは、国民に信頼される医療の確立を目指して、日本のすべての医師が加盟する自律的組織を設立し、医師自らが国民に対して医師と医療の質保証に責任を負う体制を構築することの必要性である。日本では、専門医の認定制度にしても、医療事故に関する第三者機関の設置にしても、政府（厚生労働省）が医師の意見を聞き、意見を調整しながらまとめてあげていくという構図が見られる。この構図の下では、行政側も医師側も国民に対する責任主体としての地位があいまいになっている。これに代えて、日本の医師が全体として1つにまとめ、専門職の立場に立って、国民に直接に責任を負う、という関係が作り出されなければならない。専門職自律を担う全員加盟制医師組織は、日本の医療制度の持続可能性、つまり、その質保証を持続させるために、まだ活用されていないリソースと考えるべきである。

1987年に世界医師会（World Medical Association）は、医師のプロフェッショナル・オートノミー（専門職自律）の確立とそれを基礎づける職業的自己規律の重要性を確認し、「プロフェッショナル・オートノミーと専門職の自己規律に関するマドリッド宣言」（WMA Declaration of Madrid on professional autonomy and self-regulation. これは2009年に改訂された。参考資料3を参照）を採択した。これは、各国医師団体による自己規律の効果的・効率的なシステムの確立が必須であることを訴えている。

マドリッド宣言は、良質の医療が安全に行われるために、質の向上を絶え間なく求める努力、医療安全の確保と医師の能力の担保、そして医師の職務規範・倫理規範の順守のすべての点において、医師の専門職団体が重大な関心を持って常に目を光らせていなければならないことを強調している。これを社会の側から見るならば、医師と医師団体にプロフェッショナル・オートノミーを認めることは、医師の役割を最も適切に果たさせるためであり、その必須の条件が医師団体による厳格な自己規律ということになる。

医師の専門職自律が制度として認められていない日本では、医師の規律（懲戒）は医師免許権限を持つ厚生労働大臣によって、つまり国によって行われている。厚生労働大

臣は、医師免許の取消し、3年以内の医業停止、または戒告の処分を行うことができ、その際には医道審議会（医師その他によって構成される）の意見を聞かなければならない（医師法7条）。

この制度は、医師法平成18年（2006年）改正によって処分庁に間接強制調査権限が付与されたとはいえ（同法7条の3、33条の2第3号）、調査のための機関を具備しているわけではないなど、なお有効に活用されていないのが実情であり、医療過誤による刑事罰や民事判決等の後を追う形での処分が中心とならざるをえず、医師の倫理性確保と質保証に十分に寄与しているとは言いがたい。医師の懲戒制度が倫理性確保と質保証の手段として実効性を持つためには、医師全体を包摂する組織が、医師の倫理規範・職務規範の制定の下、医師間の相互批判を含めて自己規律として処分を行うことが必要である。そして、この自己規律をチェックするためには、運用と手続きに外部者としての国民の関与が必須である（自律的組織による懲戒手続きの在り方は後述「3 専門職自律を担う医師団体の制度設計」(4)②において提案する）。

日本では既成の医師団体（個人加盟の日本医師会、病院を加盟単位とする日本病院会、専門分野ごとに組織される多様な学会など）が活動しているが、かりに全医師を代表することが標榜されても、いずれも医師全体を包摂する医師の自律的組織としての役割を果たすものではない。それゆえ、日本においては、専門職自律を担う全員加盟制医師組織を法律的基础の上に、新たに設立することが必要である。

その理由について、以上述べてきたことをまとめよう。

第1に、医師が専門職として患者の利益を自らの利益の上に置き、専門職としての能力と倫理の水準を維持し高めるために、専門職自律の原則に立って自己規律を行う全員加盟制医師団体を設立することは、国民にとって医療の質保証の基本的土台であり、これは医師の「プロフェッショナル・オートノミー」として世界に普遍的な考え方である。

第2に、これまでは、様々な医師団体がある中で、医療制度の改革を進めるについて、医師全体の意見を自律的にまとめあげ、社会に対して積極的に提案することが困難であり、政府に利害調整を委ねて解決を図る結果となり、専門家集団としての医師の社会的責任が十分に果たされてこなかった。これは、国民のための医療制度改革を進める上で大きな負荷となっており、全員加盟制の自律的医師組織が必要である。

第3に、医療の質保証のために、専門医制度の導入、医療事故調査システムの導入などの議論が進められ、専門職自律の考えに則った活動の方法が採用されつつある。とはいえ、これらの運営において、制度の目的を実効的に果たして医師の質保証に資するためには、すべての医師を包摂し、専門職自律の原則に立って規律できる医師組織が必要であり、これらの制度は、全員加盟制医師団体による専門職自律の実現と表裏一体のものとして考えるべきである。

第4に、医師の義務違反に対する処分は、医師の倫理性確保と医療の質保証の最も重要な手段であるが、現在の国家による規律システムは、いわば「外から」の規律として、処分を媒介にして医師の倫理性確保と質保証を絶えず前進させるという正の循環を作り出せず、結果において国民に対して医療の質保証を約束するものとなっていない。それ

ゆえ、処分をもって、専門職自律を担う全員加盟制医師組織による自己規律と位置付け直すことが必要である。

3 専門職自律を担う医師組織の制度設計

それでは、日本において専門職自律を担う全員加盟制医師組織を設立するとしたら、どのような構成をもち、どのような任務を持つものとして考えることができるか。そして、そのような組織を設立すれば、国民にとってどのような意義があるのか、これまでと比べて何がどのように変わり、医療と医師の質保証を前進させることになるのかを検討したい。まず、先進諸国においても共通に全員加盟制医師組織が役割を果たしていることを確認したうえで、日本の制度設計とその意義について述べることにしよう。

(1) 先進諸国の比較事例の検討

先進諸国の事例としては、ドイツ、フランス、イギリスおよびアメリカを検討した。結論を先にいえば、アメリカを除いて、ドイツ、フランス、イギリスのいずれにおいても、法律に基づいて設置された全員加盟制の医師組織が大きな役割を有していることである。アメリカは、社会の在り方について民間組織を重視する固有の伝統と文化をもち、その上に立って国の法律による加盟強制という方法なしに、多様な医師集団の自主的な取組みによる医師の質保証のシステムを作り出している。アメリカのシステムは、建国以来の固有の社会的条件を基盤としており、実情を異にするヨーロッパや日本では成立を期待しえないものと考えられる。したがって、日本としては、法律に基づく強制加盟方式というヨーロッパ各国の例にならうことが適切である。

各国の医師団体の在り方について、そこから1つのモデルを明瞭に引き出すことはできないが、日本における具体的設計を考える素材として以下に紹介する。詳細は巻末に参考資料4として掲載し、ここでは各国の要点を述べるにとどめる。

① ドイツについて

ドイツにおける医師団体は、医療の質保証機能を持つ強制加入組織と同業組合的機能を持つ組織が併存する。強制加入組織としては、連邦制国家の下で、連邦医師会と各州医師会がある。前者の連邦医師会は州医師会を束ねるが公法上の団体ではなく、個々の医師に対して直接の懲戒機能などを持たず、各州の職務規定などを統一するための各種指針を策定するが、最終的な決定権は後者の各州医師会にある。

医師の規律の役割を担うのは、各州の州医師会（Landesärztekammer）であり、医師は医業を行うについて、医業を行う州ないし居住する州の州医師会に加入する義務を負う。州医師会は独自の職務規定（Berufsordnung）をもち、これに違反した場合は、多くの州で行政裁判所に併設されている職業裁判所で審理が行われ、そこで違反の事実と程度が確定すれば、警告、譴責、罰金、医師会内での選挙権・被選挙権の剥奪、医師としての適性否認（その場合は国家資格を管理する別の公的機関でさらに免許剥奪が検討される）といった処分が下される。職務規定には、研修プログラムに関する規定や医療倫理に関する各ガイドラインも含まれる。

② フランスについて

フランスにおいて、「医師の統制」の中心的役割を果たすのは、「医師会（l'Ordre des

médecins)」であり、県評議会、州評議会および全国評議会と段階的に構成されている。医師会は、法律により設置され、フランスで医療を行う医師は原則として加入を義務づけられる。これとは別に、職種または政治的立場の違いに基づいて組織される複数の医師組合が活動している。

医師会の任務は、「医師の職業上の義務の遵守を確保する」などであり、その任務の範囲内において、医師会には一定の公権力の行使、すなわち、(a)医師の名簿への登録（業務免許の賦与に相当）、(b)医師に適用される「医師職業倫理法典(Code de déontologie médicale)」の起草（コンセイユ・デタ⁸の議を経た政令（デクレ）として公布される）、(c)懲戒裁判などの諸権限が付与されている。ただし、公権力の行使に対しては、必ず何らかの形でコンセイユ・デタが統制を及ぼす構造になっている。フランスの医師会は、これらの権限行使を通じて医師の「職業上の規律」を行い、医師の業務の質について社会に対し責任を負っている。

③ イギリスについて

イギリスの多様な医師団体は、1) 16 世紀発祥の王立カレッジ群（Royal Colleges. 勅許状を与えられた同職者組合）、2) 19 世紀前半発祥の実務家中心の任意団体としての英国医師会（British Medical Association）（現在は労働組合の一つとして位置付けられる）および、3) 医師総評議会（General Medical Council）の3つに大別される。

医師総評議会は、1858 年に法律によって設置された資格登録組織である。登録の要件は、医学士号または王立カレッジの会員資格である。登録の効果は法的には「名称独占」でしかないが、国民医療サービス（National Health Service）への雇用、証明書発行権限を独占する。医師の統一的国家試験は、自主性・多様性などを損なうとして、今日に至るまで否定されているが、医師総評議会が教育機関と教育内容に対する監督権限を持つ。医師総評議会は、当初から、資格登録・取消、医学校の監督（臨席権限）の権限を持った。その後、医学校の卒前、卒後、継続の全教育課程につき調整機能を与えられ、業務適性（fitness to practice）の確保については、「病める医師（sick doctor）」対策を加え、懲戒機能を拡充し、また、同僚医師に関する不適格情報の提供責任を各医師に課すなどの措置を講じている。

④ アメリカについて

アメリカには、全員加盟制の医師団体はないが、多様な医師団体（NPO=非営利団体）が連携し合って医師と医療の質保証を行う仕組みを作り上げている。アメリカで医療の臨床現場に立つためには、医師免許（medical license）、専門医（board certification）および入院特権（admission privilege）の3つの事項で要求される条件を揃えていなければならない。

⁸ 政府の準備する法令案などの諮問に応じるとともに、行政裁判所の最上級裁判所としての権限を持つ国家機関

「医師免許」は、州ごとに規制され、たとえばカルフォルニア州では、Medical Board of California (MBC) の管理下にあり、その取得、維持に州によって様々な条件が課されているが、医師免許試験そのものには、USMLE (United States Medical Licensing Exam) と呼ばれる全国的統一試験制度が採用されている。USMLE は、FSMB および NBME に管理された試験制度である。「専門医」は、中心となるのが 24 専門医資格で、ABMS の認可制度の下にある。アメリカの臨床医にとって医師免許と同等に大切な資格が専門医資格である。特殊な例を除き、現在、専門医資格を持たない医師が医師免許だけで臨床現場に立つことは、ほとんど不可能となっている。「入院特権」は、外来に相当する診療オフィスを持つ医師が適切に臨床活動を行うために自分が使える病院を持つ必要があり、申請によって取得する病院の使用許可を意味するものである。それぞれの病院は TJC の管理下にあるが、入院特権の審査プロセスも TJC の監視下にある。TJC も独立した NPO である。これら 3 つの事項のそれぞれについて、資格の取得・喪失のチェックと懲戒機能が働くとされている⁹。

⑤ まとめ

初めに述べた通り、以上の 4 カ国の事例の検討から導かれる結論は、質保証に関与する全員加盟制医師団体がドイツ、フランスおよびイギリスにおいては法律によって設置され、実質的に、医業を行う者が必ず加入しなければならないとされていることである。アメリカにおいては、このような医師組織なしに医師の質保証の仕組みが作りあげられているが、これはアメリカに固有のものというべきである。質保証の手段としてとくに留意すべきは、医師の職業的義務の明確化、それに基づく規律化と懲戒、資格のコントロール、教育と研修などが中心であること、ドイツやフランスでは、医師の職業的義務について、医師団体が作成する服務規定や医師職業倫理法典が法的効力を持つことである。さらに、全員加盟制医師組織が存在しても、同業組合的な医師団体のほか、目的に応じて多様な医師団体が活動していることが指摘される。

(2) 専門職自律を担う全員加盟制医師組織を基礎づける考え方

明治 7 年の医制以来、わが国では、医師・医療を統制する主体者は常に国であった。国は、西洋医学を中心に医学教育・医療供給体制を整備することを目的とし、これを牽引する必要から、「国家的規制」としての法的な統制を進めた。

この中で、国家法に規定される医師の職業義務は、最小限度のものにとどまり、その適用も消極的であり、「事件」になるような形でしか問題が表面化しないという事態が続いてきた。つまり、国家的規制は、医師と医療の質保証を積極的に改善、向上させるといった目的にはうまく作用してこなかった。医師の全員加盟制組織を設立し、医師の専門職自律を確立することで、医師の倫理性確保と質保証を図り、もって医療の質保証を充

⁹ 本文中の略記の正式名称は次の通りである。FSMB=Federation of State Medical Boards, NBME=National Board of Medical Examiners, ABMS=American Board of Medical Specialties, TJC=The Joint Commission

実させ、国民に信頼される医療を実現しようとする事は、比較法的検討でみたように、ヨーロッパ先進諸国の採っているところであり、日本の従来からの在り方からの根本的な転換を意味する。

医師の専門職自律およびそれを担う全員加盟制組織の必要性は、次のような基本的考え方に根拠づけられる。

第1に、個々の医師は、患者の健康上のニーズを理解して最適な診療を行うために、専門家として判断する自由と独立を保証されていることが不可欠である（医師の臨床上の判断の自由保証）。

第2に、個々の医師が専門家として自由と独立の下に行う判断が患者にとって最適であるためには、医師が専門家として相応しい資質・能力と責任を有しなければならない。このことが確保されてはじめて、国民の側は、医療に対して安心と信頼を持つことができる（国民のための医療の質保証）。

第3に、このような医師の専門家としての資質・能力と責任を確保するためには、専門のますますの高度化という事情を踏まえれば、国家の権力的介入と外的規制によるのではなく、医師自らが資質・能力と責任、また業務について厳しい自己規律・自己研修を行い、医師相互の批判と監視の下にこれを進める体制を作る必要がある。その仕組みが、専門職自律の原則に立って自己規律を行う医師の全員加盟制組織である（医師の自律的組織による質保証）。

第4に、他方で、医師の専門家としての活動は、国民の生命健康に直結する。したがって、医師の資質・能力と責任そして業務の在り方に対して、国民の側がチェックをする機会を持つことが必要である。つまり、医師の専門職自律の仕組みについて、国民の適切な関与を確保することが重要である（専門職自律の仕組みにおける国民の関与の確保）。

以上の4つが、医師の専門職自律（プロフェッショナル・オートノミー）を実現するための医師の自律的組織の基礎づけであるが、その「オートノミー」の考え方について、とくに上記第4の論点が重要であり、補足しておく。上述した1987年の「プロフェッショナル・オートノミーと専門職的自己規律に関するマドリッド宣言」は、医師の自己規律の在り方を“professional self-regulation”として表現した。このマドリッド宣言は、2009年に改訂され、そこでは新たに“professionally-led regulation”という表現が採用された。前者と後者の差異をどのように理解するかについては議論のあるところだが、後者の意味を積極的に受け止めれば次のようになる。すなわち、プロフェッショナル・オートノミーとは、自律的組織を非医師・第三者の関与を許さない排他的なものとして運営するのではなく、運営において医師が主導的な役割を持ちつつ

(professionally-led)、非医師・第三者の関与を重要なものとして位置付けるものである¹⁰。他方、オートノミー (autonomy) という概念は、患者の側からも「患者のオートノ

¹⁰ Professionally-led の概念については、Jessica Asato (ed.), PROFESSIONALLY-LED REGULATION IN HEALTHCARE—JUST A COSY CLUB ? Social Market Foundation 2004 を参照。

ミー」(patient autonomy)として主張され、ここでは患者の自己決定の尊重が医師の側にとっての倫理原則にならなければならない。このような理解に立ってはじめて、医師の専門職自律は社会的に承認されると考えられる。

(3) 日本における全員加盟制医師組織の設立

それでは、日本における全員加盟制医師組織は、どのような組織として具体的に考えることができるか。これまでにないものを作るのであるから、イメージが必要であり、以下に1つの試案を示すことにする。この医師組織は、「日本医師機構」と仮に呼ぶことにしよう。日本医師機構は、おおむね次のような組織原則を有するものとする。この場合、現行の医師法の改正ないし新法の制定など、法制的整備が必要なことはいうまでもない。

① 日本医師機構の構成員

日本医師機構は、医師の資格を持って業務を行う者がすべて加入すべき組織として設立される。現行医師法は、「医師でなければ、医業をなしてはならない。」(17条)と規定するが、これはたとえば「医師は、医業をなすためには、日本医師機構に登録しなければならない。」と改正する。

② 医師の免許権限

現行医師法によれば、医師の免許権限は厚生労働大臣に属する。厚生労働大臣は、この権限に基づき、免許の取消し、3年以内の医業停止、および戒告の処分を行うことができ、この際には医道審議会の意見を聞かなければならないとされている(医師法7条)。日本医師機構の設立後も、厚生労働大臣は免許権限を保持するが、医師免許の取消しなどの処分を行うにあたっては、日本医師機構の申し出に基づいて行うべきものとする。この限りで、日本医師機構は、現行法上の医道審議会に代わるものであり、また、より強い権限を持つものとなる。

③ 日本医師機構と地方医師機構の二層構造

30万人の日本の医師を一体的に組織することは、現実的でなく組織的な運営も困難である。それゆえ、日本医師機構の組織は、二層構造を採るものとし、都道府県を単位として地方医師機構(〇〇県医師機構)を設立する。医師は、医業を行う地域の地方医師機構に登録を行い、この登録をもって日本医師機構登録医と認められる。

④ 日本医師機構の意思決定機関と執行機関

日本医師機構の運営については、民主性、内外に対する自律性、適法性、説明責任などが確保されなければならない。仮に構想するとすれば、日本医師機構の意思決定機関と執行機関は、代議員会および理事会とする。

地方医師機構においては、当該地方医師機構に登録するすべての医師の直接選挙により代議員が選出され、地方医師機構代議員会(地方代議員会)を構成し、代議員会

の互選（無記名・秘密・平等選挙）によって地方医師機構理事会を選出する。

日本医師機構においては、各地方代議員会によって指名された全国代議員によって全国代議員会が構成され、全国代議員会は互選（無記名・秘密・平等選挙）によって日本医師機構理事会を選出する。日本医師機構の代表は、理事会において互選（無記名・秘密・平等選挙）によって選出される理事長が務める。地方医師機構の代表も同様とする。

⑤ 日本医師機構の法人格と財政

日本医師機構は、独立の法主体として活動することが必要であり、法人とする。日本医師機構および地方医師機構の財政運営は、原則として、登録医がその所属する地方医師機構に納入する登録料および会費（登録継続料）をもって財源とする。

⑥ 日本医師機構の内部機関と非医師の参加原則

日本医師機構の内部機関は、後述する目的と機能に応じて、大きく2つの役割を担うものが必要である。1つは、医師機構としての意見を調整し、意見をまとめあげていく機能である。ここでは、医師が業務を行う現場に応じて、たとえば、専門医学会分科会（個別の専門医学と総合診療医学を含む）、医学部・医科大学分科会、国公立病院分科会などを設置し、医師機構の総意を形成する工夫を行う。

もう1つは、国民に対して医師と医療の質保証を進める仕事を担う機関である。ここでは、大きく3つに分けることができる。1つは、規則・政策担当部局、2つは、懲戒担当部局、そして3つは、患者安全担当部局である。必要に応じて別途の機関を配置する。それぞれの部局が何を担当するかは、次の(4)で説明する。

内部機関について最も重要なことは、内部機関のそれぞれに一定の割合で日本医師機構の外部者を国民代表として加えるべきことである。これは、上述の「基礎づける考え方」の第4の論点による原則である。

(4) 日本における全員加盟制医師組織の目的および機能

では、日本医師機構は、何を目的とし、いかなる機能を果たすのか。もとより、このことが医師機構の必要性を根拠づける核心である。

① 3つの目的

日本医師機構の目的は、大きく3つである。

第1に、日本の全医師を構成員とする組織として、その専門的立場から長期的展望を持って医療政策を常時検討し、成果を社会と政府に向けて発信し、国民が信頼できる医療制度の実現にイニシアチブをとり、かつ、責任を負うことである。日本医師機構は、そのような役割が社会において尊重されるように努めなければならない。そのためにも、医師機構は、医師と医療に関する現場の情報をもれなく集約し、データを整理する医療情報管理機能を整備することが重要である（政策提言の担い手）。

第2に、日本の全医師の質の確保について責任を負うことである。すなわち、(i)

医師の業務について倫理・職務規範を策定し、その順守を図り、違反行為に対して医師に対する懲戒手続きを行うこと（最終的には厚生労働大臣に処分を申し出る）、(ii) 各専門医学会の認証制度を設け、専門医学会が行う専門医認定のための基準の策定を通じて監督し、国民の信頼を受け、国際的にも評価される専門医制度を運営すること、(iii) いわゆる医療事故について事故調査のための第三者委員会を設置し、届け出られた事故事例の調査と多面的分析によってえられる再発防止の知見について、迅速に全医師が共有することを促進すること、などが具体的な内容となる。また、日本医師機構は、質保証の基盤として医師の研修制度の確立に意を用いなければならない（医師の質保証の担い手）。なお、専門医認定制度および事故調査第三者委員会制度については、前述のように別途すでに法制化が予定されている。したがって、全員加盟制医師組織が設立される場合には、先行して発足した制度との調整が必要である。

第3に、日本医師機構は、医師と医療に対する国民と患者の意見と批判を受け止め、その内容を専門家の立場から把握し、常に責任ある応答を行わなければならない。医師機構は、医師と医療の問題について、いわば「社会的責任追及の相手方」となるべき覚悟を必要とする。専門職自律の承認を国民に対して求めることは、そのような責任を負うことを意味する。とくに医師機構は、患者の安全に関わる問題について専門機関を設置し、諸事例の調査分析を通じて、患者側に適時の応答をしつつ、医療の安全確保の対策を充実、強化していく。また、全医師が向き合うべき問題として「生命倫理」に関わる問題について、専門職としての考え方を取りまとめ、社会に発信することは、とりわけて重要な課題である（医療安全に対する社会への応答責任の担い手）。

② 具体的な機能のしかた

日本医師機構の内部機関として、上記(3)⑥において、3つの部局、すなわち、規則・政策担当部局、懲戒担当部局および患者安全担当部局を挙げた。ここでは、この3つの部局等がどのように活動するかを想定し、日本医師機構の上述の3つの目的の実現を担う具体的な機能のしかたについて述べよう。

1) 第1に、規則・政策担当部局である。当該部局は、まず、医師の倫理規定・職務規定案の作成を行い、必要に応じて見直しを図る。見直しに際しては、とくに後述の懲戒担当部局による懲戒事例の分析を踏まえることが重要である。医師の倫理規定・職務規定は、全国理事会が提案し、全国代議員会が決定するものとし、担当部局は理事会への原案提出の役割を持つ。決定された倫理規定・職務規定は、広く社会に公表される。

また、当該部局は、医療情報の集約および分析を行い、国民からの意見の聴取、医師機構内部の医師の意見集約を経て、日本医師機構としての政策提言・政策立案を準備し、理事会に提出する役割を果たす。地方医師機構にも規則・政策担当部局が設置され、全国の規則・政策担当部局は、地方の担当部局と連携して活動を進める。全国理事会は、必要に応じて、医療政策に関し、規則・政策担当部局に諮問し、それに基づいて日本医師機構としての意見を公表する。

- 2) 第2に、懲戒担当部局である。当該部局は、全国代議員会が決定した医師の倫理規定・職務規定の医師機構内における周知徹底を図り、規定違反をおかした医師に対する懲戒手続を行う。

医師に対する懲戒は、地方医師機構および日本医師機構の2段階の審査を経て決定される。地方医師機構の懲戒担当部局には、「苦情窓口」、「事前審査委員会」および「調査・裁定委員会」が置かれる。苦情窓口に寄せられた案件は、事前審査委員会によって審査され、審査の結果、「懲戒案件として審査相当」の判断が下された場合に調査・裁定委員会に送付される。いずれの委員会にあっても、医師の倫理規定・職務規定が審査基準である。

地方医師機構の調査・裁定委員会が「懲戒相当」として処分案を決定した場合には、日本医師機構の懲戒担当部局に送付される。当該部局に置かれる懲戒委員会は、審査を経て、(a)厚生労働大臣に処分を申し出る、(b)日本医師機構の定める独自の処分を行うこととし理事会に報告する、(c)地方医師機構に意見を付して差し戻し再調査を命じる、のいずれかを決定する。他方、地方医師機構の調査・裁定委員会が「懲戒不相当」の決定をした場合には、苦情案件の申立人は、日本医師機構の懲戒委員会に再審査を求めることができる。

以上は、懲戒手続の流れについての試案であるが、重要なことは、苦情の申し出に対する日本医師機構としての適切な応答責任であり、また、苦情事例および処分事例の総括と分析を積み重ねて公表し、全医師の注意を喚起するとともに、医療の改善に資することである。

- 3) 第3に、患者安全担当部局である。この部局の役割は、医療事故に対応し、事故の調査、蓄積された事故事例の分析および再発防止措置の徹底を進めることであり、日本医師機構と地方医師機構の2段階システムによってこれを行う。

日本医師機構の患者安全担当部局（全国患者安全担当部局）は、患者の安全に資することを目的にして医療機関内で事故として届けられるべき事例の基準、医療機関から地方医師機構に届け出られるべき事例と届出事項に関する基準、ならびに地方医師機構において行われるべき調査・分析手続および対応策に関する基準を制定する。

地方医師機構の患者安全担当部局は、全国患者安全担当部局の制定した基準に基づいて、医療機関から届け出られた事故案件につき、第三者調査委員会（事前に準備されている調査委員会名簿より委員を選任する。「非医師の参加原則」により必ず一定割合の非医師委員を含む）を設置する。各医療機関には、医療事故届出システムが置かれるべきものとする。

第三者調査委員会は、事故案件の調査・分析を行い、(a)調査結果の患者安全担当部局への報告、(b)医療者・医療機関に対策を提示して注意を喚起、(c)事故案件が一般性を持つ場合にはその旨を患者安全担当部局に通知、(d)医療者・医療機

関の故意または重過失が認められるなど懲戒処分が相当と判断する場合には懲戒担当部局に通知、のいずれかの措置を行う。第三者調査委員会の調査の内容および結論は、患者および関係者に適時に説明される。

地方安全患者担当部局は、上記(c)の通知を受けたときは全国患者安全担当部局に報告し、同部局は対応策を含めて全国的な周知徹底を図る。また、上記(d)の場合は、懲戒案件として調査・裁定委員会の審査に付される。

医療機関は、全国患者安全担当部局が制定した基準にしたがい、医療事故案件のほか、ヒアリハット¹¹についても地方患者安全担当部局に届け出なければならない。この場合、地方患者安全担当部局は、当該案件につき、ことからの重大さによって必要と認めるときは管轄地域内の医療機関に情報を伝達するとともに、全国患者安全担当部局に通知する。

地方患者安全担当部局は、事故案件を含め取扱った事例について、内容の要約および分析結果を患者、関係者に個別に通知するとともに、公表し、また、定期的に全国患者安全担当部局に報告する。全国患者安全担当部局は、地方患者安全担当部局からの報告をとりまとめ、分析し、必要な対応策を含めて、全国的に周知徹底を図る。

以上は、患者の安全に資するための医療事故などに対応する制度の構想である。厚生労働省は、「医療版事故調」としての第三者機関の創設に向けて法案を平成25年(2013年)秋の国会に提出予定と伝えられている。日本医師機構が設立されるならば、上述のように、「医療版事故調」よりさらに患者の安全に資する徹底した制度を整備することができるであろう¹²。

- 4) 第4として、専門医認定のシステムについて述べよう。専門医の資格認定が医師の質保証にとって重要であることは前述した。日本医師機構は、たとえば「専門医学会評価委員会」を設置し、手続きと要件を定めて、各種の専門医学会を認証し、また、専門医の認定についての基準(教育プログラム、試験方法など)を策定するものとする。専門医学会の認証は、当該学会が専門医を認定する資格を有するどうかを判定するものである。認証は、時限的であり、定期的な再審査が行われるものとする。認証された専門医学会による専門医認定をもって、日本医師機構による専門医認定とする。学会の認証および専門医の認定についての疑義は、専門医学会評価委員会の下に設置する再判定委員会が取扱い、専門医学会評価委員会に報告し、ここで最終決定を行う。なお、専門医認定制度については、別途法制化が予定され

¹¹ 患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、ヒヤリとしたり、ハッとした経験を有する事例。

¹² WHO ガイドラインは、専門家による用語法や分類法の統一がない限り適切な事案の集積や分析は困難であり、現場を知る専門家の視点なくして適切な対策案は望み得ないこと、またその全医療機関への適確な伝播(dissemination)には人的・財政的に大きな資源を必要とすることを強調している。そういう意味で、日本医師機構の設置は不可欠であり、効率的である考えられる。(WHO Alliance for patient safety; WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning System, 2005.)

ているが、この制度は、上述のように全員加盟制医師組織を基盤とすることによって医師の質保証により強く貢献することができる¹³。

以上、4つの分野について、日本医師機構が具体的にどのように機能するかを述べた。これらは試案であり、今後の議論の素材として提供される。

(5) 何が変わるのか—国民にとっての意義

医師専門職の自律性を承認し、全員加盟制の医師組織を法律に基づいて設置すること（法律に基づいて医師に加盟を強制すること）、そのような趣旨で日本医師機構を設立することは、いかなる意味でも、医師の私的な利益のためではない。目的は、日本の医師の質を保証し、医療制度改善のために医師が共同して努力することを確保し、もって、国民に信頼できる医療を実現することである。このように日本医師機構は、もっぱら公益に奉仕する目的をもつものであり、それゆえ、医師の自益を目的とする同業組合的活動や政治的活動を行うことはその本質に反し、厳に禁止される。また、つねに社会的争点になる診療報酬問題に医師機構として関与することは不適切であり、排除される。

では、国民にとって、日本医師機構が設立されることによって、何が変わるのか。それは、日本の全医師を代表して、国民と患者の批判と要求を受け止め、専門職として適切に応答する社会的責任を担う、医師組織が生まれるということである。

第1に、日本医師機構の設立は、医療各方面の多様な専門家よりなる医療政策集団を作り出し、長期的展望と実効性をともなう国民のための医療政策提言を期待することができる。

第2に、全医師が順守すべきものとして日本医師機構によって決定され、公表される倫理規定・職務規定は、日本の医師の国民に対する服務規定となる。服務規定違反は、国民が追及し、また医師相互によって点検され、医師機構が自律的に処分し、有効な制裁を加える。国民が主導権を握り、医師組織が自律的に処理する点において、現在の医師法の下で厚生労働大臣が医道審議会の意見を聞いて行う処分からの決定的な転換であり、大きな前進である。倫理規定・職務規定は、医学と医療技術の発展にあわせて、また、国民の批判をえて、たえず見直しがかげられ、実効性が確保される。

第3に、患者の安全のための制度整備が行われる。日本医師機構と地方医師機構に医療事故に対応する機関が設置され、事故調査、再発防止策の提案、日本の全医師への周知徹底などを担当する。この機関は、患者側が納得する責任を持った応答と同時に、当該医療者・医療機関へのアドバイスや場合によっては日本医師機構として懲戒処分を行う。また、事件事例の収集とデータ分析により、再発防止の知見の全医師による共有が促進される。

第4に、日本医師機構は、自らの構成員の教育をコントロールする可能性を持つ。つまり、医学知識や医療技術の標準の提示を医師の全員加盟制組織が自律的に行うことに

¹³ 中田力「なぜ新しい専門医制度の構築が必要なのか—複雑系民主国家における利益相反の原則」『日本医事新報』4520号、2010年12月は、専門医制度の構築によって全臨床医を質保証のシステムに包摂する構想を示している。その限りにおいて本報告の趣旨に通底する。

よって、その総合性、一貫性、継続性が担保され、医学部教育、卒後教育、生涯教育に方向性を与え、国民のために医師の水準を確保し、発展させることができる。専門医資格の認定は、医師が各専門医学会において研鑽を積むことを前提にするものであり、医師の質保証への重要な寄与となる。

最後に確認しよう。日本医師機構は、国民の福祉の基幹である健康を守る医療を担う医師の組織として、国民に向かいあい、その内部の運営に国民の参加を求めるとともに、医療が目指すもの、医療への要求、医療への批判についての国民の声を専門家として受け止め、判断し、応答する責任を負うものである。これらの活動は、国民の評価にさらされ、医師の専門職自律が真に国民の福祉増進に寄与しているかがたえず試される。日本の医師にとっては、大きなチャレンジであり、かつ、歴史的な意義のあるチャレンジであろう。

4 おわりに—医師の中での議論を期待する

本報告は、日本の医療が直面し、また、今後対応すべき諸課題をみすえて、国民が信頼できる医師と医療を確保するために、中長期的な目標として、日本にも専門職自律の原則に立った全員加盟制医師組織を設立すべきことについて、調査・検討し、その実現の是非の議論のための素材を委員会審議の成果として報告するものである。

本報告の提案は、医師の自律的組織の形成を核心とし、日本の医師全体の議論なしには、そもそも成り立たないものである。日本には、日本医師会をはじめとして多くの既成の医師団体が活動しており、また、多様な専門医学会も存在している。日本の医師の中で、議論が進められ、専門職自律の原則に立った全員加盟制医師組織の設立の必要性が認知されること、そして医師自らがそのことを国民に対して、また、政府に対してアピールすることが重要である。医師の専門職自律の実現に向けて、本報告が寄与できることを願っている。

<参考文献>

- [1] 日本学術会議 臨床医学委員会 医療制度分科会、対外報告「医師の偏在問題の根底にあるもの—提言：量から質の医療への転換による克服」、2007年6月21日.
- [2] 日本学術会議、要望「信頼に支えられた医療の実現—医療を崩壊させないために」、2008年6月26日.
- [3] 日本学術会議、対外報告「異状死等について—日本学術会議の見解と提言」、2005年6月23日.

<参考資料1>

表1 各科別専門医取得率

資料 1

各科別専門医取得率

平成22(2010)年12月31日

	医療施設に従事 する医師数 (B)	専門医の数 (A)	A/B×100%
総数	280431 (人)	160848	
(従事する診療科)			
1 内科	61,878	14,647	23.7%
2 呼吸器内科	4,944	3,866	78.2%
3 循環器内科	10,829	10,026	92.6%
4 消化器内科(胃腸内)	12,188	14,204	116.5%
5 腎臓内科	3,085	2,803	90.9%
6 神経内科	4,094	3,585	87.6%
7 糖尿病内科(代謝内)	3,488	3,522	101.0%
8 血液内科	2,118	2,347	110.8%
9 皮膚科	8,470		
10 アレルギー科	209	2,375	
11 リウマチ科	1,058	4,208	
12 感染症内科	303	886	
13 小児科	15,870	10,972	69.1%
14 精神科	14,201		
15 心療内科	856	412	48.1%
16 外科	16,704	19,144	114.6%
17 呼吸器外科	1,527	1,135	74.3%
18 心臓血管外科	2,812	1,690	60.1%
19 乳腺外科	1,266	919	72.6%
20 気管食道外科	62	1,013	
21 消化器外科(胃腸外)	4,369	5,477	
22 泌尿器科	6,514	5,269	80.9%
23 肛門外科	417		
24 脳神経外科	6,695	5,741	85.8%
25 整形外科	19,975	14,188	71.0%
26 形成外科	2,135	1,490	69.8%
27 美容外科	427		
28 眼科	12,797	8,437	65.9%
29 耳鼻いんこう科	9,032	6,925	76.7%
30 小児外	663	574	86.6%
31 産婦人科	10,227	9,345	91.4%
32 産科	425		
33 婦人科	1,717		
34 リハビリテーション科	1,909		
35 放射線科	5,597		
36 麻酔科	7,721	5,648	73.2%
37 病理診断科	1,515		
38 病理検査科	480		
39 救急科	2,267		
40 臨床研修医	14,552		
41 全科	249		
42 その他	3,473		
43 不詳	1,313		

※厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室「平成22年(2010) 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」改定

<参考資料2>

表2 専門医取得者数の推移

専門医取得者数の推移①															資料 2	
(出典:全国医学部長病院長会議 専門医研修(いわゆる後期研修)についてのアンケート調査集計(平成24年10月現在))																
番号	学会名	専門医の名称	専門医取得者数の推移(新規研修修了者が取得し始めた年に○印をつけて下さい)											備考		
			新規入会者数													
			平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年			
新たに専門医資格を取得した者の数											平均人数 (A) 新入会者数 前(平成14-15) (B) 制度導入時 数(A/B×100)	制度導入前年の 数(A/B×100)				
1	日本内科学会	総合内科専門医	3,577	4,007	3,027	3,515	3,387	3,245	3,246	3,075	3,235	2,988	1,791	3,792	3,112	82
			436	464	467	2,394	3,144	160	218	232	○281	329		465	305	66
2	日本小児科学会	小児科専門医	740	861	391	472	704	729	797	797	770	676		601	754	94
			365	410	492	451	304	○440	603	578	553	560		388	574	148
3	日本皮膚科学会	認定皮膚科専門医	212	336	276	478	243	378	303	257	277	395	33(計算から除外)	274	296	108
			171	195	205	196	224	210	211	○179	166	197	217	183	181	99
4	日本精神神経学会	精神科専門医	484	646	1,202	1,038	1,595	918	684	574	674	450		565	624	110
			0	0	0	0	1,738	2,152	3,363	○3192	120	0		0	1,656	-
5	日本外科学会	外科専門医	1,019	1,024	489	707	816	910	832	892	1,031	1,054		1,022	892	87
			-	-	-	-	-	268	278	○796	814	900		-	603	-
6	日本整形外科学会	整形外科専門医	648	821	281	396	523	954	590	500	590	483	243	635	353	58
			472	461	585	596	497	554	593	568	326	○478	400	467	438	94
7	日本産婦人科学会	産婦人科専門医	417	415	138	164	358	385	447	497	540	493		416	510	123
			349	298	271	312	352	331	349	○339	305	393		318	346	109
8	日本眼科学会	眼科専門医	400	379	131	86	329	307	330	247	263	234		420	252	60
			329	426	354	351	353	446	299	172	○228	283		378	258	68
9	日本耳鼻咽喉科学会	耳鼻咽喉科専門医	307	256	52	71	176	184	195	228	200	203	177	282	202	72
			262	394	215	194	257	258	243	95	○173	160	未定	273	167	81

専門医取得者数の推移②																
(出典:全国医学部長病院長会議 専門医研修(いわゆる後期研修)についてのアンケート調査集計(平成24年10月現在))																
番号	学会名	専門医の名称	専門医取得者数の推移(新規研修修了者が取得し始めた年に○印をつけて下さい)											備考		
			新規入会者数													
			平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年			
新たに専門医資格を取得した者の数											平均人数 (A) 新入会者数 前(平成14-15) (B) 制度導入時 数(A/B×100)	制度導入前年の 数(A/B×100)				
10	日本泌尿器科学会	泌尿器科専門医	243	230	102	77	171	193	169	199	169	213	192	237	191	81
			227	198	176	187	245	185	232	69	○159	178	156	212	164	78
11	日本脳神経外科学会	脳神経外科専門医	230	226	96	155	160	212	195	210	250	207		228	229	100
			192	222	208	191	202	200	227	208	○189	185		207	167	81
12	日本医学放射線学会	放射線科専門医	291	298	162	168	320	336	352	318	312	299	211	295	255	87
			213	224	202	218	245	225	224	85	169	○233	244	219	239	109
13	日本産科科学会	産科科専門医	443	488	281	369	559	569	636	807	573	496	391	466	496	107
			270	285	254	223	321	336	141	156	194	○323		278	323	116
14	日本病理学会	病理科専門医	-	-	-	-	246	186	222	209	274	258	111	-	185	-
			74	76	91	52	48	89	86	64	62	○73	72	75	73	97
15	日本臨床検査医学会	臨床検査科専門医	212	237	266	306	255	325	410	283	279	248	200	225		
			27	27	33	24	26	23	29	15	18	18	18	27	0	-
16	日本救急医学会	救急科専門医	673	874	1,027	1,176	1,009	892	825	699	735	692		774	699	90
			156	110	148	166	155	117	147	167	○211	237		193	224	146
17	日本形成外科学会	形成外科専門医	215	201	141	165	224	181	188	137	141	187		208	154	74
			77	74	88	90	76	93	110	110	○143	149		76	146	193
18	日本リハビリテーション医学会	リハビリテーション科専門医	565	548	508	512	538	438	421	513	419	509		567	490	85
			33	40	29	46	50	48	59	○49	62	71		37	81	166

<参考資料3> マドリッド宣言

「専門職主導の規律に関する世界医師会（WMA）マドリッド宣言」（2009年）

WMA Declaration of Madrid on Professionally-led Regulation

Adopted by the WMA General Assembly, New Delhi, India, October 2009

The collective action by the medical profession seeking for the benefit of patients, in assuming responsibility for implementing a system of professionally-led regulation will enhance and assure the individual physician's right to treat patients without interference, based on his or her best clinical judgment. Therefore, the WMA urges the national medical associations and all physicians to take the following actions.

1. Physicians have been granted by society a high degree of professional autonomy and clinical independence, whereby they are able to make recommendations based on the best interests of their patients without undue outside influence.
2. As a corollary to the right of professional autonomy and clinical independence, the medical profession has a continuing responsibility to be self-regulating. Ultimate control and decision-making authority must rest with physicians, based on their specific medical training, knowledge, experience and expertise
3. Physicians in each country are urged to establish, maintain and actively participate in a legitimate system of professionally-led regulation. This dedication is to ultimately assure full clinical independence in patient care decisions.
4. To avoid being influenced by the inherent potential conflicts of interest that will arise from assuming both representational and regulatory duties, National Medical Associations must do their utmost to promote and support the concept of professionally-led regulation amongst their membership and the public.
5. Any system of professionally-led regulation must ensure
 - a) the quality of the care provided to patients,
 - b) the competence of the physician providing that care and
 - c) the professional conduct of physician.To ensure the patient quality continuing care, physicians must participate actively in the process of Continuing Professional Development in order to update and maintain their clinical knowledge, skills and competence.
6. The professional conduct of physicians must always be within the bounds of the Code of Ethics governing physicians in each country. National Medical Associations must promote professional and ethical conduct among physicians for the benefit

of their patients. Ethical violations must be promptly recognized and reported. The physicians who have erred must be appropriately disciplined and where possible be rehabilitated.

7. National Medical Associations are urged to assist each other in coping with new and developing problems, including potential inappropriate threats to professionally-led regulation. The ongoing exchange of information and experiences between National Medical Associations is essential for the benefit of patients.
8. An effective and responsible system of professionally-led regulation by the medical profession in each country must not be self serving or internally protective of the profession, and the process must be fair, reasonable and sufficiently transparent to ensure this. National Medical Associations should assist their members in understanding that self-regulation cannot only be perceived as being protective of physicians, but must maintain the safety, support and confidence of the general public as well as the honour of the profession itself.

(翻訳 中田 力 医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会委員)

専門家自身による規制の制度を実現化する責任を踏襲するために、患者の利益を追求する医療従事者が協調して行動を起こすことは、結果として、一人ひとりの医師が、他からの干渉を受けず、自分自身が最適と信じる医学的判断に基づいて患者の治療を行う権利を助長し、また保証することになる。したがって、世界医師連合は、各国の医師が作る連合およびすべての医師に対し、以下に掲げる行動を凜として実践することを強く求めるものである。

1. 医師は社会から高度な専門家としての自律性と診療の独立性を与えられた存在であり、したがって、医師は、外部からの不当な干渉を受けることなく、患者が最大の利益を受けるための助言を成すことができる。
2. 高度な専門家としての自律性と診療の独立性の権利の当然の帰結として、医師は自己規制を行う持続的責任を負う。最終的な規律と判断の権限は、特異的な医学教育、知識、経験と専門性を持つ医師自身に帰属すべきものである。
3. 各国の医師は、専門家自身による規制の法制化とその維持に積極的に参加することが強く求められている。この積極的な貢献が、結局のところ、患者の臨床方針の決定における、完全な独立性の究極的な保証を成すのである。
4. 専門職集団を代表する存在であると同時にその専門職集団の規制をも行うという立場から必ず生まれて来る回避不可能な利益相反による負の影響を避けるために、各国の医師連合は専門家自身による規制という概念の理解と合意を、自分達のみならず社会全体

からも獲得するために、可能な限り最大の努力を払う必要がある。

5. どのような集団であれ、専門家自身による規制の制度は以下の条項を担保するものでなければならない。

a) 患者の治療の質

b) 医療実践を行う医師の適切な能力

c) 医師として適切な行動

質の高い臨床実践を担保するために、医師は常に、自身の臨床知識、技術、適切な能力を最新のものに維持するための、生涯教育に積極的に参加しなければならない。

6. 医師の専門職実践は常に、それぞれの国家において医師が遵守すべき倫理規範に基づいていなければならない。各国の医師連合は、患者の利益を守るために、医師の専門家として適切で、かつ、倫理的な行動を担保しなければならない。倫理規範に反した行動は速やかに認識され、報告されなければならない。違反した医師に対しては適切な懲戒を課し、再教育により医師として社会復帰が可能である場合は、その再教育を実践する必要がある。

7. 専門家自身による規律に対する不当な脅威となる可能性を秘めた、新しい問題の発生に対して、各国の医師連合が、お互いに支援し合い、協力して対処することを強く求めるものである。各国の医師連合の間で、情報と経験との交換を常時継続して行うことは、患者の利益を守るために不可欠である。

8. それぞれの国家における医療専門家による、効果的でかつ責任を負った専門家自身による規制制度は、専門職の内部擁護を自己目的としてはならず、自律の手続きは公正で責任あるもので、かつ、透明性の高いものでなければならない。各国の医師連合はその構成員に対し、自律は医師の権利を守るだけのものではなく、すべての人の安全を確保し、社会の支援と医療に対する信頼を維持し、結果として、医師自身の専門職としての名誉を守るためのものであるとの認識を、徹底する努力をしなければならない。

<参考資料4> 各国の医師団体について

① ドイツ

ドイツの医師数は現在、約 30 万人であり、その組織は、イギリス、フランスと同様、機能と加入形態という 2 つの観点から、いくつかに分類できる。前者の機能については、それが専門職としての技量的・倫理的なクオリティ・コントロールにあるのか（医療の質保証ための規律機能）、それとも専門職としての経済的利益などの保護にあるのか（同業組合的利益機能）、後者の加入形態については、任意加入か、それとも全員加入か、という区別をそれぞれ立てることができる（表 3 参照）。ただし、この規律機能と利益機能という区別は、背反的なものではない。どの組織も多かれ少なかれ、両方の機能を担っており、違いはどちらの機能に重きがあるかに止まる。

表 3 ドイツの医師組織

	強制加入	任意加入
規律機能	州医師会 連邦医師会	専門医職業団体連合（GFB）
利益機能	保険医協会（KV）	ハルトマン同盟 ドイツ開業医協会（開業医） マールブルク同盟（勤務医）

本委員会で作成

規律機能を担う強制加入の医師組織としては、まず「州医師会（Landesärztekammer）」がある。これは、公法上の団体であり、医師の国家資格を取得した者はすべて、自分が医業を行う州ないし居住する州の医師会に、（医師資格を喪失しないかぎり）生涯にわたって加入する義務を負う。州医師会は独自の職務規定（Berufsordnung）をもち、これに違反した場合は、多くの州で行政裁判所に併設されている職業裁判所で審理が行われ、そこで違反の事実と程度が確定すれば、警告、譴責、罰金、医師会内での選挙権・被選挙権の剥奪、医師としての適性否認（その場合は国家資格を管理する別の公的機関でさらに免許剥奪が検討される）といった処分が下される。

職務規定には、研修プログラムに関する規定や医療倫理に関する各ガイドラインも含まれる。各州の医師会を束ねるものとして「連邦医師会（Bundesärztekammer）」があるが、これは公法上の団体ではなく、懲戒権も有さない。連邦医師会は、各州の職務規定などをなるべく統一するための各種指針を策定するが、職務規定などに関する最終的な決定権は各州の医師会にある。地方分権の色彩が強いドイツのこうした仕組みは、これを否定したナチ時代の強制的同質化政策に対する反省に基づいている。加えて、戦後の（西）ドイツの医師会は、国家（の定める法律）の専制からの自由や独立を追求することで、非ナチ化を達成しようとした。

全員加入のこれらの医師会と異なり、任意加入ではあるが、27 の各専門医団体を束ね、計 10 万人以上の医師が加入している「専門医職業団体連合（Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände）」も、専門医としての技量向上を促すという点で、一

定の規律機能を果たしていると言えよう。

他方、主に利益機能を担う、全員加入の組織としては、ほぼ州単位で組織され、計 17 ある「保険医協会 (Kassenärztliche Vereinigung)」がある。これも州医師会と同様、公法上の団体であり、連邦レベルの組織もある。社会保険で診療を行うすべての医師は、医業を行う州の保険医協会に所属しなければならない。保険医協会は、保険組合と交渉しながら、診療報酬の在り方などを決めてゆく。また、任意加入で、主に利益機能を担う組織としては、すべての医師に開かれた「ハルトマン同盟 (Hartmannbund)」、開業医の組織である「ドイツ開業医協会 (Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands [NAV])」、勤務医の組織である「マールブルク同盟 (Marburger Bund)」の三つがある。

② フランス

フランスにおいて、「医師の統制」の中心的役割を果たすのは、専門職同業団体(ordre professionnel)たる「医師会 (*l'Ordre des médecins*)」である。医師会は、県評議会、州評議会および全国評議会と段階的に構成されている。1945 年の法令 (オールドナンス) によって医師会制度は、ほぼ現在の形に整えられた。なお、医療保険の給付範囲の決定などに関して疾病金庫との間で全国協約の交渉を担う組織として医師組合がある。医師組合は、職種または政治的主張ごとに組織され、代表的なものとして、フランス医師組合連合 (CSMF) とフランス医師連盟 (FMF) がある。

医師会制度の基本的特徴としては、1) 法律により設置され、フランスで医療を行う医師は原則として加入を義務づけられること、2) 「医師の職業上の義務の遵守を確保する」などの医師会の担う任務が法律上明記されていること、3) その任務の範囲内において、医師会には一定の公権力の行使、すなわち、(a) 医師の名簿への登録 (業務免許の賦与に相当)、(b) 医師に適用される「医師職業倫理法典 (Code de déontologie médicale)」の起草 (コンセイユ・デタ¹⁴の議を経た政令 (デクレ) として公布される)、(c) 懲戒裁判などの諸権限が付与されていること、4) 公権力の行使に対しては、必ず何らかの形でコンセイユ・デタが統制を及ぼす構造になっていることなどを指摘できる。フランスの医師会は、これらの権限行使を通じて医師の「職業上の規律 (*discipline professionnelle*)」を行い、医師の業務の質について社会に対し責任を負っている。

医師会は、判例によれば、「公役務の任務を担う私法上の機構」とされている。公法人というよりは、「団体自身はあくまで行政組織外の自治的制度だと見るべき」である。医師会の任務は、その同業団体的性格にも関わらず、「真の公役務を執行」することであり、「単に職業的利益の擁護のみ関わるのではなく、何よりもまず、公益の目的のうちにプロフェッションを組織化し規律を図ることにある。」とされる。機構内部では、民主性の確保が重要な要素とされ、執行部は会員の選挙によって選出される。その活動は、政府・行政当局の監督下におかれるのではなくコンセイユ・デタによる適法性の統制を受ける

¹⁴ 政府の準備する法令案等の諮問に応じるとともに、行政裁判所の最上級裁判所としての権限を持つ国家機関

こととされている。

医師会の権限は、段階によって異なる。県評議会は、名簿への登録（業務免許）、専門医の認定、第2医院の許可、医学生代理などを所管する。州評議会は、伝統的に第一審懲戒裁判所であり、医師の一時的業務停止決定などを行う権限も持つ。全国評議会は、医師プロフェッションを代表する権限を有する。とくに、すべての医師会構成員によって職業上の諸義務、職業倫理法典の諸規範が遵守されるよう監視する。医師プロフェッションの集团的利益に関わる事案において私訴当事者となるほか、規則制定・保健大臣の所掌する諸問題・諸提案について調査、医師会名簿への登録あるいは医業の一時停止に関する州評議会の決定に対する上訴の受理などを担う。

懲戒手続は、2002年法により改正された。現在では、従来の州評議会と同一の管轄レベルに行政裁判官が主宰する第一審懲戒部が、また、その控訴審として全国評議会から分かれた全国懲戒部が設置された。全国懲戒部はコンセイユ・デタ評定官が主宰する。全国懲戒部の判決に対する破毀申立てはコンセイユ・デタに対して行う。これによって、州評議会・全国評議会は行政的権限に特化し、司法的機能をもたない機構として再構成されたことになる。また、この改正では、患者などの一般国民が懲戒手続に一定の関与を認められた。これは、「医療利用者も医師と並んで医師の職業倫理の発展に参加する」という理念の発現であると指摘されている。

③ イギリス

イギリス医師組織の理解については、国民医療サービス（National Health Service）制度下で国に医療提供責任があること、歴史的に多様な自主的医師団体が存在してきたことが前提として重要である。多様な医師団体は、次の3つに大別される。

- 1) 16世紀発祥の王立カレッジ（Royal Colleges. 勅許状を与えられた同職者組合）は、医学の教育・研究に責任を担う基本単位であり、現在16団体ある。その代表者からなる医学王立カレッジアカデミー（Academy of Medical Royal Colleges）は、医学界の見解を代弁する存在である。
- 2) 英国医師会（British Medical Association）は、19世紀前半発祥の実務家中心の任意団体であり、現在は労働組合の一つとして位置付けられる。組織率は全医師の60%程度である。社会的に医学、倫理、福祉などに関して極めて重要な活動を展開しており、世界医師会のメンバーとして大きな役割を果たしている。
- 3) 医師総評議会（General Medical Council）は、1858年に当時の諸団体の妥協の産物として法律によって設置された資格登録組織である。登録の要件は、医学士号または王立カレッジの会員資格であり、登録の効果は法的には「名称独占」でしかないが、国民医療サービスへの雇用、証明書発行権限を独占する。医師の統一的な国家試験は、自主性・多様性などを損なうとして、今日に至るまで否定されているが、医師総評議会が教育機関と教育内容に対する監督権限を持つ。

その他、4) NHS 所属者からなる団体や、5) 訴訟などのための互助組合なども別途ある。医師資格の管理機関である医師総評議会は、創設当初は王立カレッジと医学校の代表

者からなる 40 名弱の組織であった。1970 年代の改革運動によって 1978 年に医師法が改正され、評議員数が 100 名程度、うち、全国医師の投票による代表者が 50 余名とされ、また、医師以外のメンバーも加えられた。その後、医療をめぐる現代的な問題が頻出し、多くの改革提案が行われたが、現在は、2007 年に発表された保健大臣白書「21 世紀における保健専門家の規制」に基づいて大幅な組織改編が進んでいる。これによると、保健医療従事者による種々の自律的規律組織（医師、歯科医師、看護師、薬剤師、ソーシャル・ワーカーなど）を監督する機関（CHRE=Council for Healthcare Regulatory Excellence）が置かれ、医師総評議会もこれに服することになった。2013 年からは、医師総評議会は、医師 6 名、医師以外のメンバー 6 名の 12 名で構成され、公募による選任手続を経ることとされている。

医師総評議会は、当初から、資格登録・取消、医学校の監督（臨席権限）の権限を持った。1978 年の法改正によって、医学校の卒前、卒後、継続の全教育課程につき調整機能を与えられ、視察官を置き、いつでも臨検が可能となり、教育内容の水準保持の体制が作られた。また、業務適性（fitness to practice）の確保については、「病める医師（sick doctor）」対策を加え、独自の調査委員会を新設して懲戒機能を拡充し、視点を苦情処理から医療と倫理性の水準保持に移した。さらに、条件付き（監視）処分制度を設け、同僚医師に関する不適格情報の提供責任を各医師に課すなどの措置が講じられた。

現在の体制は、医師総評議会自体の機能を高度政策決定・戦略設定・執行部管理に限定し、その下の諸委員会が実務を担当する。医師登録は、一般医（General Practitioner）登録と専門医（Specialist）登録に分けられ（EC 指令に対応するため）、登録再評価制度（revalidation）への移行準備として、2012 年から業務ライセンス（licence to practice）制度を導入し、これを 5 年毎に更改するものとしている。

④ アメリカ

アメリカの医療制度は、1910 年の Flexner Report（Carnegie Foundation Bulletin Number Four）と呼ばれる報告書に基づいて実践された医療教育制度改革により、革命的に一新したとされている。鋼鉄王 Andrew Carnegie の支持を受けた教育学者 Abraham Flexner が掲げた基本哲学は、「如何にして良い臨床医を作るか」であった。医療制度を作為的に検討しなくても、良き臨床医を作る制度さえ確立すれば、質のよい医療は保証されるという考え方である。ここに示された考え方は、一世紀を過ぎた現在でも、アメリカ医療の根幹をなすものとして尊重されている。アメリカの医療制度と医師組織の理解には、この Flexor Report の基本思想とアメリカ社会の基本構造を考慮する必要がある。

アメリカ社会は「自己責任と自律」の原則に基づいて形成されており、いかなる「利益相反」も許さない。医療の質の管理も例外ではなく、固定された「権威」に基づくのではなく、利益相反が生じるたびに新設される多くのチェックポイントにより制度が構築されている。それぞれのチェックポイントは、その現場に関与する人間達により管理され、臨床行為の実践という最終ゴールに到達するためには、すべてのチェックポイン

トを通過することが求められる。そのゆえに、かつて、アメリカ各州における医師免許認可組織は「医療品質保証委員会 (Board of Medical Quality Assurance)」と呼ばれていた。

アメリカの制度については、次の3つの事項、医師免許 (medical license)、専門医 (board certification)、入院特権 (admission privilege) が重要である。特別の場合を除き、アメリカで臨床現場に立つためには、この3つの事項で要求される条件を揃えていなければならない。これらの事項は、健全な医療行為の監視手段として基本的にすべてが自律組織の管理下にある。アメリカの医療は、下記のように、いくつもの自律組織の上に成り立っているのである。

ア 医師免許

アメリカでは、「特権 (privilege)」を持つための「免許 (license)」を与えるプロセスに、連邦政府が直接関与することはない。運転免許から医師免許まで、すべては州の管轄である。医師免許に関して最も厳格な州にあたるカリフォルニア州を例にとろう。

医師免許は Medical Board of California (MBC) の管理下にある。その取得、維持には州によって様々な条件が課されているが、医師免許を取得するための試験そのものは、USMLE (United States Medical Licensing Exam) と呼ばれる全国的統一試験制度が採用されている。USMLE は、FSMB (Federation of State Medical Boards) および NBME (National Board of Medical Examiners) に管理された試験制度であり、Step I、II、III が存在し、最後の Step III が免許を獲得するための試験である。FSMB、NBME は、独立した非営利団体 (NPO, non-profit organization) である。

カリフォルニア州医師免許は2年ごとの更新が義務づけられている。更新に際しては、1) 入院特権 (後述) を含むすべての「医療特権」が否定されていないこと、2) 医療行為に対する訴訟の当事者となっていないこと、3) 正式に認可された生涯教育 (continuous medical education, CME) で、所定の単位を獲得していること、などが問われる。CME に正式な認可を与えるのは American Medical Association (AMA)、CME を実施する施設の認可を行うのは Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) であり、共に独立した NPO である。ちなみに、AMA は、日本医師会に相当する任意加盟の医師組織であり、免許を持つ医師の3割弱を組織している。

イ 専門医

アメリカの臨床医にとって医師免許と同等に大切な資格が専門医資格である。特殊な例を除き、現在、専門医資格を持たない医師が医師免許だけで臨床現場に立つことは、ほとんど不可能となっている。

アメリカの専門医資格は細分化されているが、中心となるのが 24 専門医資格で、American Board of Medical Specialties (ABMS) の認可制度の下にある。それぞれの専門医取得に必須の卒後研修 (graduate medical education) はそれぞれの専門医組織の代表で組織される Residency Review Committee (RRC) の管理下にある。現在、すべての専門医制度は、10年ごとの再認定試験を課している。また、再認定試験の受

験資格を獲得するためには、常時、Maintenance of Certification (MOC) と呼ばれる、生涯教育研修活動に参加する義務がある。これは、医師免許における CME に相当するものであるが、それぞれの専門医に特化した生涯教育研修である。MOC の認定は、それぞれの専門医組織が行っている。

ウ 入院特権

これは、アメリカ以外の医師にとって理解困難な制度であるが、医療の質を管理する上で最も効果的な現場のチェックポイントである。

医師免許の取得者は、外来に相当する診療オフィスを持つことだけで臨床活動を開始できる。しかし、実務上は入院治療や特殊検査ができる病院を使えなければ、適切な臨床の施行は不可能である。それゆえ、すべての臨床医は、自分が使える病院を持つ必要がある。特殊な場合を除き、アメリカの病院はそれぞれが独立した NPO であり、医師は希望する病院（複数可）に申請し、使用許可を得なければならない。これを、「入院特権を獲得する」と表現する。実際には、許可が包括的ではなく、個々の医療行為に対して認証をえることが必要である。入院特権の審査は、それぞれの病院に行われている審査委員会が行うが、通常、一年ごとに更新を求められる。更新に際しては、医師免許、専門医資格などの有効性、適切な研修の有無など、必要な条件の確認が行われる。それぞれの病院は The Joint Commission (TJC) の管理下にあるが、入院特権の審査プロセスも TJC の監視下にある。TJC も独立した NPO である。

以上がアメリカにおける医療の質保証に関わる医療自律組織の概要である。臨床医は、ほとんどすべての組織の管理下にあり、かつ、それぞれの組織の運営に参加する。なお、懲戒制度は、それぞれの組織に応じて存在し、機能する。

＜参考資料5＞ 医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会審議経過

平成23年（2011年）

- 12月21日 日本学術会議幹事会（第142回）
医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会設置

平成24年（2012年）

- 1月27日 日本学術会議幹事会（第144回）
委員の決定
- 4月19日 医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会（第1回）
役員を選出、今後の活動等について
- 5月30日 委員会（第2回）
参考人からの報告と審議
- 7月6日 委員会（第3回）
参考人からの報告と審議
- 9月19日 委員会（第4回）
参考人からの報告と審議
- 10月31日 委員会（第5回）
参考人からの報告と審議
- 11月29日 委員会（第6回）
審議のとりまとめについて
- 11月30日 日本学術会議幹事会（第166回）
設置期間延長の決定

平成25年（2013年）

- 3月6日 委員会（第7回）
要望案の審議と決定
- 4月22日 委員会（第8回）
要望案について査読後の検討
- 5月27日 委員会（第9回）
報告案の作成について
- 5月31日 日本学術会議幹事会（第173回）
設置期間延長の決定
- 7月17日 委員会（第10回）
報告案の審議と決定
- 月○日 日本学術会議幹事会（第○回）
医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会 報告「全員加盟制医師組織による専門職自律の確立-国民に信頼される医療の実現のために-」
について承認