

日本における「医師の職業倫理」の現状とその課題

西村高宏

(神戸学院大学非常勤講師、哲学・倫理学・臨床哲学)

はじめに

日本における医師の職業倫理に関する規程は、国内の医療状況の進展にともなって徐々に整備されつつある。

日本医師会は、1951年に策定した「医師の倫理」を、現代の医学・医療を取り巻く環境にふさわしい綱領に改め、2000年4月に、それを「医の倫理綱領」として改定した。そして、2004年2月には、「医師の職業倫理指針」を策定し、現在は、「会員の倫理・資質向上委員会」が、『医師の職業倫理指針』徹底の具体的方策について」をまとめるため、とくに各国の医師会の調査を行っている段階である。

しかしながら、日本国内においては、諸外国の現状と比較してみると、これらの規定の実質的な効果についてはあまり期待できない、との指摘が多くなされる。その理由として、第一に、日本における医師の専門職集団(日本医師会)の置かれている現状が挙げられる。日本の医師会は任意加入の団体であり、すべての医師を総括しているわけではなく、また、医師の不行跡に対する懲罰機能も、ドイツのそれと比較すれば、ないに等しい。すなわち、日本における医療プロフェッションは、その組織としての凝集力が極めて脆弱なものである、というわけである。本稿では、諸外国の現状を概観する作業をとおして、日本国内においてこのような指摘がなされる根拠をあらためて確認し、そのうえで、そこで問われている諸課題に対していくつかの処方箋を提示することにしたい。そしてそれが、現在、日本国内において検討されつつある『医師の職業倫理指針』徹底の具体的方策」に関する議論の一助にでもなれば、と思う。

1. 諸外国の現状(ドイツ、アメリカ、フランス、イギリス)

日本における「医師の職業倫理」の現状と課題は、他の諸外国におけるそれとの比較・検証によって、より鮮明になると思われる。以下では、さしあたり、ドイツ、アメリカ、フランス、イギリスにおける「医師の職業倫理」徹底化の具体的な取り組みについて簡単に概観する。

医療専門職による「当事者主義 (Selbstverwandlung)」体制——ドイツ

ドイツには、1956年以降、「医師のための職業規則 (Berufsordnung)」というものが存在し、最近では、毎年のように改定されている。そこでは、あらゆる医師に対して「倫理的な医師」になることが明確に義務づけられている。この職業規則は、医師の行動の規範であり、医の倫理を医師に義務づける規則である。細部は、職業規則の条文に基づいて作

成される指針類¹によって補われている。

ドイツでは、医療専門職による自主管理、あるいは「当事者主義」と言われる独特の方式を採用している。端的に言えば、それは、医療における実務的な規約の作成と、その規約を違反した者への制裁を医療職能集団の組織内部ですべて執り行おうとするものである。ここで言われている「当事者」とは、具体的には、強制加入の自治組織である州医師会、またその州医師会の代議員によって構成される連邦医師会、保険医協会、医師職業裁判所²などのことである。この医師職業裁判所は、医師会の懲戒処分より少し重い事件や特殊な事件を取り扱っており、二審制である。さらに、医師が名誉職裁判官となって不行跡をおこなった医師を裁く³、という参審制のシステムを採用している。このことから、ドイツ国内においては、医師会に対して、いかに医療プロフェッションとしての「自己裁量権」が認められているかが容易に読み取れる。

「倫理・司法問題審議会」の活動——アメリカ⁴

1980年に採択された「医の倫理綱領」で、アメリカ医師会（American Medical Association：AMA）は、前文と七項目で構成された、より簡潔な構文での「医の倫理原則」を作成している。

アメリカにおいて、このような「倫理原則」の徹底化において極めて重要な役割を担っているのが、アメリカ医師会の「倫理・司法問題審議会（Council on Ethical and Judicial Affairs：CEJA）」である。

この審議会は、医の倫理原則および関連する司法上のさまざまな問題点について、アメリカ医師会の定款、細則、規則にそって解釈、分析・調査・整理を行う。さらに、医師相互間および法的・倫理的なあり方についてアメリカ医師会としてのガイドラインと見解、および意見なども作成し、代議員会で発議し、それらの内容を記録して、年鑑としてハンドブックを刊行するなど、会員に対して、それらの具体的内容の周知徹底を図っている。当の会員の資格審査も行っている。くわえて、この審議会は、不正行為、倫理的・法的違反を行ったアメリカ医師会会員を制裁、処罰する機能も果たしている。もちろん、不正行為を行った医師に対する制裁・懲罰については、懲戒規定をもつ各州の強制加入の公的身分団体である医師免許委員会（Medical Licensing Board）もその役割を担っていることを忘れてはならない。

身分団体（Ordre）による医師の職業倫理の監視——フランス⁵

フランスにおける医師職業倫理は、保健医療法に基づく公的な規範であり、準法的な拘束力を備えたものである。この保健医療法の定める医師資格に関する規定によれば、医師には身分団体を作ることが義務づけられており、この身分団体に加入しなければ、医師は医業を行えないとされている。この身分団体は医籍を管理し、医師職業倫理規範（Code de déontologie médicale）を作り、その遵守を監視するとともに、違反者に対して懲戒を行う権限をもつ。この医師職業倫理規範は、首相、法務大臣、厚生大臣が連署した政令として、官報で公布される。身分団体による懲戒裁判の手続きは三審制である。第一審の地域圏評議会⁶、第二審の全国評議会、そして、最終審のconseil d'Etat（国務院：行政裁判の最高裁）である。このように、最終審がconseil d'Etatであることから、医師身分団体

による懲戒が、行政処分に匹敵する準公的なものであることがわかる。

この身分団体のほかに、フランスの医師組織としては、組合（Syndicat）がある。組合は、身分団体とは異なり私的な任意加入の団体であり、職業集団の利益を守るための組織である。医師組合は、保険診療報酬について国と交渉する。このようにして、身分団体と組合の両者は、性格・役割を異にし、共存している。

中央医師評議会（General Medical Council）による問題ある医師の処置——イギリス

イギリスの医師会は、『今日の医療倫理—その実務と哲学』という「医師たちが個別事例の状況に応じて適切な倫理的対応をかたちづくることを援助する」ためのガイダンスを作成している。くわえて、「医師の権利と義務」という company book を出版している。ここでは、制定法と判例法に現れてくる諸問題が詳述されており、あえて倫理問題と区別して論じられていることには十分注目しておかなければならない。このことが、「医療倫理の特定の側面が法の中に組み込まれている他の諸国とは異なり、イギリスにおける専門職集団の機能はおおむね自律（self regulation）を基礎としている」、と言われる所以である⁷。

とはいえ、イギリスの医師会（British Medical Association：BMA）は、自らを、メンバーの利害を代弁し、メンバーにサービスをするための専門職集団であり、職能組合（trade union）であると位置づけている。つまり、問題ある医師への懲戒（discipline）処置は医師会の任ではなく、保健当局と中央医師評議会（General Medical Council：GMC）の任務である、と規定するのである。⁸

医師法（The Medical Act）によれば、GMC とは、全国医師の互選による選出委員が半数以上、枢密院による任名委員（非医療者）から 25 名、大学および医学協会⁹からの指名委員 25 名、という三者で構成され、すべての医師の登録簿（The Register）を管理する組織体である。当然、プロフェッションの水準に達していない医師に対しては、その登録から削除して医療を行う権限を奪うこともできる。

GMC の主な任務は、(1)登録の維持・管理、(2)医師の行動基準（Standards of Practice）¹⁰の設定、(3)医学教育の監督、(4)問題ある医師（problem of doctors）——医師として誤った行動に対する処置、である。最後の問題ある医師に対する制裁機能は、非行（misconduct）、健康、業務遂行（performance）、という三つの側面にわたって機構が整えられており、GMC の最大の任務がここにあると言っても過言ではない。非行に関しては、問題ある医師の審査のために詳しい調査をする機関として、準備手続委員会（Preliminary Proceedings Committee：PPC）が設置されている。そして、さらに重大な職業上の非行（serious professional misconduct）の可能性があると判断される場合には、専門行為委員会（Professional Conduct Committee：PCC）が、GMC の建物内にある法廷において、公開で審理する。最悪の場合には、登録削除（strike off）が言い渡される。

業務遂行に関しても、医師の業務遂行が不適切である（seriously deficient performance、医師登録に疑いを抱かせるほど重大な、適正な専門診療から逸脱する場合）と患者や社会から通報があった場合には、非行と同様の手続きが開始される。そして、勧告に対して問題ある医師が従わない場合、あるいは当初から事柄が重大である場合には、専門業務遂行委員会（Committee on Professional Performance）に回付され、GMC 本部

において、法的なモデルに従った非公開の審理に付され、免許の停止や条件づけの処分がなされる。¹¹

2．日本の現状——行政主導による懲戒規制

以上のように、諸外国における「医師の職業倫理」徹底化の具体的な取り組みをあらためて概観すると、日本における医師の職業倫理の現状と問題点がおのずとあきらかになる。

- (1)日本には、強制加入の医師の身分団体はなく、任意加入の職能利益集団しかない。
- (2)日本には、医師の不行跡に対する法的効力をもつ専門職の倫理規程がない。
- (3)日本には、ドイツにおける医師職業裁判所、イギリスにおける中央医師評議会、そしてアメリカ各州における医師免許委員会のように、その専門職集団の内部で、なんらかの審査を経て、不行跡を行った医師に対して懲戒処分を課すことができるような自律（self regulation）的な機関がない。

このような日本の現状のあつては、仮に医師会が会員に対して何らかの処罰することになったとしても、その当の会員が医師会から脱会して処罰を回避してしまうこともまた可能である¹²。先に触れたアメリカ医師会の「倫理・司法問題審議会」の発効した「倫理・司法問題審議会規則第 〇の（F）項」では、このように退会によって処罰を逃れようとする会員を想定して、退会後であっても、アメリカ医師会会員であった時点でなされた問題行為の場合には、遑って制裁・処罰権を保持することが明記されている。¹³

それでは、日本においては、はたしてどのような仕方で問題ある医師の処罰が行われているのであろうか。日本では、わずかに、医師法および医道審議会令で設置が規定されている厚生労働省の審議会である医道審議会が、医師の不正行為や医療過誤について行政処分を行っているだけ、というのが現状である。すなわち、この審議会は、刑が確定した非行を行った医師に対して厚生労働省が行政処分をすところなのであって、強制加入の自治組織による懲罰委員会ではまったくない。

ちなみに、医道審議会令の定めるところによれば、この審議会は、委員 30 人以内で組織され（第 1 条）、委員及び臨時委員は、 社団法人日本医師会の長、 社団法人日本歯科医師会の長、 学識経験のある者（法哲学、法社会学、倫理学、医療社会学、医療事故防止や危機管理などに関する専門的な知識を有するもの）の三つから構成される。これらは、厚生労働大臣によって任命される（第 2 条）。

医道審議会（医道分科会）でも、2002 年 12 月 13 日に、「医師及び歯科医師に対する行政処分の考え方について」というガイドラインを策定し、「医師、歯科医師に求められる職業倫理に反する行為」をどのように考えるかを明確にしたうえで、その厳正なる対処を試みようとしている¹⁴。しかしながら、医道審議会の審議内容は原則非公開とされており、どのような行為をしたときにどのような処分になるのかの明確な基準を外部から知ることができない、という問題点が予てから指摘されている。くわえて、たとえば 25 年も前に不必要な子宮摘出手術を行った医師が、つい最近まで医師免許を持ち、医療行為の継続を容認し続けてきた医道審議会の処分の仕方や処分内容に関しても、それが国民の感情や被害

者の感情から著しく乖離しているのではないか、また、その対応の遅さに問題があるのではないのか、といった疑念がこれまで完全に拭き去られことはまったくない。さらに、もっとも忘れてはならないことは、そもそも医道審議会とは「医師および歯科医師に対する行政処分」を意図して構成されてきた組織なのであって、医師の職業倫理の徹底化を主たる目的とした機関ではない、ということである。もちろんそこには、医師の職業倫理に反する行為を未然に防ごうとする、いわゆる予防的観点からの倫理教育の充実化といったような発想は皆無である。

このような制度的な状況のなかでは、任意団体の日本医師会がいくら「医師の職業倫理指針」を策定したとしても、その実質的な効果に関しては当然のことながらほとんど期待できない、と言うほかない。事実、日本国内においては、度々医療ミスを繰り返す「リピーター医師」の存在が社会問題化し、これまでにない医療不信が高まってきている。これでは、結局のところ、医師における職業倫理は、個々の医師の良心に任せるほかなくなってしまうのではないか。しかし、個々の医師の良心に任せるだけではそもそもの最初から限界がある。それでは、このような根本的な諸問題を解決するために、われわれはどのようにすればよいのであろうか。そして、その焦点はどこにあるのか。

3 . 日本における「医師の職業倫理指針」徹底化の焦点——専門職集団の 自己規律

さきに確認した日本の現状から鑑みて、その焦点は、あきらかに日本における専門職集団の「自己規律」・「自己浄化」作用にあることは疑いえない。「会員の倫理・資質向上委員会」の活動についての報告書などを見る限り、日本医師会は、「職業倫理指針」を徹底化するための具体的な方策の焦点を、専門職集団の「自律性」のうちに見定めている。

日本医師会もそうであるように、通常、専門職集団と呼ばれるものは、職業倫理に関連する専門職集団として、「自律性」を(1)「ミクロ倫理の争点」——「個人としての専門職と、そのクライアント、同僚、または雇用者である他の個人との、人間関係のモラルに関するもの」と(2)「マクロ倫理の争点」——「集合的または社会的な問題といえるもので、専門職集団のメンバーがグループとして社会との関係において直面する問題点」)¹⁵と、二つの観点から主張する。¹⁶

(1) ミクロ倫理の争点

専門職における「職業倫理」徹底化の議論の際に、ミクロ倫理の争点から専門職集団における自律性の必要性が説かれる理由は極めて明確である。

専門職としての医師は、長期にわたる教育訓練などを通じて、高度に体系化もしくは理論化された「特殊で専門的な知識や技能 (exclusive expertise)」を備えた存在である。またそれらは、「制度化された専門的知識・技術 (institutionalized expertise)」でもなければならぬ。このことは、裏を返せば、それ以外の職種の間や社会が、その専門職の職務内容や職務遂行の是非に関して干渉することがもはや困難である、ということをも同時に意味している。すなわち、専門職の扱う知識は特殊な知識であるがゆえに、その同業者たちがどのように行動すべきかについて最も熟知し、また不正な行動が行われた際にも、それに対してもっともよい判断や対処の仕方を心得ているのは当の専門職集団内のメンバ

ーたちでしかありえない、というわけである。つまり、専門職集団は、その集団内のメンバーたちに対して、各々の専門的な技能の取り扱い方や行動にたいして相互に「監督」しあい、また、各々の専門職性を互いに「批判」・「承認」しあうことなどを義務づけておく必要に迫られる。この専門職集団内の「(職業倫理の)相互監督」義務は、専門職集団内の内的な承認(internal recognition)¹⁷もしくは「メンバー相互間の(職業倫理の)監督」義務、と言い換えることができる。

日本医師会は、「医師の職業倫理指針」(2004年2月)「解説」のなかで、「いわゆる医の倫理は、医を外から拘束するものというよりは、むしろ医そのものに理念として本来的に内在している課題であり、それは生命への畏敬を本旨とし、個人の尊厳を中心的な柱とするものというべきである」、としたうえで、「医というプロフェッション」に求められているものを、「個人としても、集団としても、治療の現場においても、また医学の基礎研究においても、厳正に自己規律し、かつ相互批判を徹底することが求められる」、と明記している。つまり、医療プロフェッションに求められているものは、まさに「メンバー相互間の(職業倫理の)監督」、というわけである。

(2) マクロ倫理の争点

すでに述べた、専門職集団の「自律性」という特徴は、なにも、これまで触れてきた専門職集団内のメンバーどうしの「監督」義務といった<自己規制>的な側面だけではなく、「とりわけ仕事の内容と条件に対する統御権を示す」もの、すなわち専門職集団の職業的な「自己裁量権」とでも呼べそうなものであることを同時に見逃してはならない。「専門職集団の役割」のひとつとして、「専門職の利益を増進すること」を挙げることができるが、専門職の「自己裁量権」こそが、それをもっとも可能にしてくれる。

専門職集団には、その専門職が特権的地位を有する分野における権力を独占し、メンバーの既得権益を擁護する傾向が強い。そのもっとも顕著な例として、その専門分野への外部からの参入をコントロールすることでそれを維持しようとする傾向を挙げることができる。たとえば医師は、大学の医学部などに受け入れる学生の数を決定することなどをおして市場への参入を規制したり、またそこにおいて排他的な教育システムを敷くとともに、医師独自の資格制や国家による法的な承認などといった、「外部からの参入を容易に許さない排除的な制度的基準」を構築しようとする¹⁸。なぜなら、外部からの参入を緩やかにし、医師における職務遂行上の専門的な知識や技術が他者に容易に知られることによりその代行が可能となるのなら、医師という専門職集団は、他の専門職集団からの評価や批判の眼に晒されることになるからである。とはいえ、専門職集団によるこのような「参入のコントロール」が、社会から認められたうえでの「自己裁量権」でなければ到底不可能なことであることはあらためて言うまでもない。すなわち、専門職集団は、社会という「より大きなコミュニティ」からの「外的な承認」をもっとも必要とする「ひとつのコミュニティ」、とすることができるのである。¹⁹

それでは、この専門職集団が社会からの「承認」を獲得するためにはどのようにすればよいのか。まさにそのとき、専門職集団の「倫理規程」が、互いの「専門性」を「監督」し合うための「独自の倫理(職務規定)」といった位置づけとは異なった役割をあたえられ、担ぎ出されてくることになる。その役割とは、「専門職が自律性を主張するためのもの、つ

まり他のグループであれば従わねばならないような社会的な管理を排除するための根拠」という役割に他ならない。つまり、このような「マクロ倫理の争点」から言えば、専門職集団は、高い水準の「道徳的な責務」を記した「倫理規程」の作成と「自己規制」と引き換えに、逆に社会からの「外的な承認」を取り付け、メンバーの既得権益を擁護するための「自己裁量権」を獲得しようとする傾向にあり、という格好になるのである。それだからこそ、すでに触れたように、「専門職」が、社会が他のグループに対して課している以上に高い水準の道徳的責務を課しているという主張は、これまでは「道徳的な意味で最もよく理解されてきたが、現在ではもはや明らかに道徳的意味ではなくなっている」とすら言われるようになるのである²⁰。このように、「マクロ倫理の争点」から捉え返してみると、専門職集団という「ひとつのコミュニティ」と社会という「おおきなコミュニティ」とのあいだには、「高い倫理性」と「自律性（職業的な自己裁量権）」との〈取り引き〉の関係が結ばれていることが見てとれる。²¹

日本医師会も、この争点から主張される「自律性（職業的な自己裁量権）」には当然注目している。

「日医ニュース第997号（2003年3月20日）」のなかでは、これまでの「医業における反倫理的行為への対応としては、長い間、医師法・医療法・医道審議会・健保法等々、行政によって他律的に対応されてきたというのが実情であり、それに反して、医師側の自律的対応というものはほとんどないに等しいか、あっても極めて消極的なものでしかなかった（裁定委員会ばかり、最近ようやく医の倫理綱領の議決、患者相談窓口の設置が実現したに過ぎなかった）」と指摘したうえで、今後、「われわれの主張・要求、例えば診療報酬、税制、医療制度改革などに対する国民、マスコミの理解が得られるよう」にするためには、「医師会が自らを律し、厳しくしている姿勢を国民に見えるよう新しいアクションを起こしていかなければならない」、と訴えかけている。

このように、日本における医師の職業倫理の徹底化のための具体的な方策の焦点が、専門職集団の「自律性」・「自浄作用」・「自己裁量権」のうちに絞られていることが見て取れた。それでは、この医師の専門職集団の「自律性」の問題を日本国内ではどのようにして具体的な方策へと展開させていこうと試みられているのであろうか。最後にこの点を確認することで、そこで問われている諸課題に対していくつかの処方箋を提示することができればと思う。ただその際、これまで日本国内では、この専門職集団の「自律性」・「自浄作用」の問題を、専門職集団内で処罰規定を持つ公的な機関をつくって規制しようという考えからのみで解決しようとしてきた嫌いがある。しかしながら、それだけですべて事足りるとは到底思えない。というのも、これらの医師の職業規程は、単に法的なものであるだけでなく、それが、善を志向する良心のうちなる命令（自律的人格の自己拘束）としての「モラル」を問題にしたものであることを忘れるわけにはいかないからである。医師の職業倫理の徹底化は、単に問題ある医師を裁くといった観点からのみで補われるようなものでは決してない。すなわち、処方箋は、その一つだけではない。

4．日本における医師の「職業倫理」徹底化のための処方箋

これまでの議論から、「自律性」・「自浄作用」を念頭に置いた日本における医師の「職業

倫理」徹底化のための処方箋は、大きく分けて、(1)懲戒規定をもつ公的身分団体(強制加入)による医師の組織化、(2)メンバー間の相互監督義務に対応した医師の職業倫理規定の作成、(3)医師の職業倫理教育の制度化、の三つの切り口から提示することができるのではないかと。もちろん、これらが相互に密接に連動したものであることはあらためて言うまでもない。これらの処方箋の意図と内容をそれぞれ確認しておく。

(1) 懲戒規定をもつ公的身分団体(強制加入)による医師の組織化

これは、日本国内においてもっともよく主張されるものである。厳密に言えば、それは、自律的に懲罰処分を行うことのできる審査機関の設置、のことである。不行跡を行った医師が、外部の医道審議会によっていくらか厳しく罰せられても、医師そのものの信頼回復には繋がらない。ドイツの職業裁判所、イギリスの中央医師評議会(GMC)、アメリカ各州の医師免許委員会のように、第三者を加えた組織によって、医師が自らの職業倫理上の非行を裁く機関を設けてそれを実践していかなければ、医師の信頼回復はありえない。そのためには、身分団体による医師の組織化が急務である。医師の職業倫理の遵守は、法に基づく身分団体による医籍管理と懲戒制度によって担保される。すべての医師に対する有効な処分権限を備えた自治組織が、職業集団としての医師の自律と信頼を維持する。日本でも、こうした身分団体による医師の組織化を行えるよう、医師法の改正を検討すべき時期にきていると言える。

そして、その際、日本においてモデルとされるのが、医師と同じく専門職集団を形成する弁護士会(日本弁護士連合会)の自治的懲戒制度²²である。

弁護士会は、日本医師会とは異なり、現行の弁護士法(1949年)により加入が義務付けられた(弁護士法36条)ここで言う身分団体である。弁護士自治とは、「弁護士の職務活動や規律についても、裁判所、検察庁または行政官庁の監督に服せしめない原則」を言う。現行弁護士法は、弁護士自治に関するものとして、次のような規定を設けている。

弁護士となるためには日本弁護士連合会に備えた弁護士名簿に登録されることが必要である(弁護士法8条)。弁護士に対する指導・連絡・監督権は、所属弁護士会と日本弁護士連合会が持つ(弁護士法31条、45条)。懲戒権も、所属弁護士会と日本弁護士連合会が有する(弁護士法56条2項、60条)。この意味で、日本における現行弁護士法は、ほぼ完全な自治権を有すると言える。さらに、日本弁護士連合会は、弁護士の職業倫理を確立するための規程として、2004年11月に、それまでの「弁護士倫理」(1955年、1990年)を全面的に見直し、新たな時代を見据えた「弁護士職務基本規程」を制定している。また、機関誌『自由と正義』のなかで、懲戒が確定した事例をそのつど告知している。職務の性格の違いはあるが、医師の身分団体の組織化を検討するうえで、参考になるものと思われる。

(2) メンバー間の相互監督義務に対応した医師の職業倫理規程の作成

すでに述べたように、専門職集団は、その集団内のメンバーたちに対して、各々の専門的な技能の取り扱い方や行動を相互に「監督」しあい、また、各々の「専門職」性を互いに「批判」・「承認」しあうことなどを義務づけておく必要がある。そのとき、職業倫理規定が重要な役割を果たす。倫理規程は、正しい行動はいかにあるべきかを記述するもので

ある。人々が倫理規程のすべての条項に合意しなくても、規程がよく構成されていればそれは行動の手引きとして大いに役立つはずである。それに、そもそも倫理規程は、制裁のあるなしにかかわらず、それを防ぐ効果がある。くわえて倫理規程は、人々に直面している状況を説明させる働きを持つ。説明させられることで、人々はその行為の善悪について考えるようになる。倫理規程は、一定の行動基準を明示し、行為について説明させ、それに反する行動をとりにくくさせる。したがって、そのためにも倫理規程は、何にもまして、メンバー同志が互いに専門的な技術の取扱いに関する倫理的なピアレビューが行いやすいものであることを第一の目的として作成しておく必要がある。優れた規程は、単に懲罰規定を盛り込むといった短絡的なものではないはずである。

しかし、残念ながら、日本における「医師の職業倫理指針」は、先にあげたような目的を考慮して作成されたものとは言い難い。この指針は、「第一章 医師の責務」、「第二章 生殖医療」、「第三章 人を対象とする研究と先端医療」の三章から成り、各々の章で、医師のあるべき姿が記述されているが、どれも漠然としており、すぐにメンバー同志のピアレビューの手助けになるとは到底思われない。したがって、日本における医師の職業倫理の徹底化のための処方箋のひとつとして、メンバー間の相互監督義務に対応したかたちでの職業倫理規程の作成が早急に求められるのではないか。

その際、参考になるのが、イギリスの中央医師評議会（GMC）の公表する医師の行動基準（Standards of Practice）²³である。これは、「登録医の患者に対する義務」として、患者のケアを第一の関心事とせよ。患者が自分のケアに関する決定に十分に關れるように、患者の権利を尊重せよ、自分の個人的見解が患者のケアに偏見を与えないようにせよ、などといった全部で 14 のキーポイント項目を簡明に明示したものからなるガイドラインである。このような明確な項目は、十分、ピアレビューの手助けになる。

さらに、メンバー間の相互監督義務に対応したかたちで医師の職業倫理規程を作成するのなら、次のようなチェック項目が盛り込まれていることが望ましい。このプロフェッションの主要なクライアントは誰か。このプロフェッションにおける中心的な価値は何か。このプロフェッションのメンバーとクライアントとのあいだの理想的な関係とは何か。このプロフェッションに求められる犠牲とは何か。またいかなる関心が、その他の道徳的に意味のある考えよりもこのプロフェッションに課せられている責務を優先させるのか。このプロフェッションのための能力の規範とは何か。このプロフェッションのメンバーとその他の競合者との理想的な関係とは何か。より大きなコミュニティとこのプロフェッションとの理想的な関係とは何か。このプロフェッションのサービスを求める人々に対して、それを入手できるようにこのプロフェッションのメンバーは何をなすべきか。このプロフェッションのメンバーが、それらの価値基準を背負う高潔さ（integrity）を保持するために、あるいは、他のメンバーにそれを教育するために義務づけられているものは何か。²⁴

（3）医師の職業倫理教育の制度化—— 予防倫理 という視点

医道審議会は「医師および歯科医師に対する行政処分」を意図して構成されてきた組織であって、医師の職業倫理の徹底化を主たる目的とした機関ではない。したがって、医師の職業倫理に反する行為を未然に防ごうとする、いわゆる予防的観点からの倫理教育の充

実化といったような発想は皆無である。日本における医師の職業倫理の徹底化に関する議論においても、専門職倫理教育の制度化の重要性を説く意見は意外に少ない。医師の職業倫理の徹底化には、専門職としての倫理教育制度の整備が欠かせない。日本医師会は、この点について十分留意しておく必要がある。

日本医師会は、予防的観点からの倫理教育の充実化についても、日本弁護士会から学ぶべきところが多い。日本弁護士連合会は、会員の綱紀を維持し、倫理の保持を目的とし、1997年5月に「倫理研修規程」、「倫理研修規則」を制定し、1998年4月から、日弁連会員が新規登録した年度と、登録後5年、10年、20年、30年ごとの年度において、日弁連もしくは弁護士会が実施する倫理研修に参加することを義務化し、研修を終了した会員に対し、倫理研修ごとに研修終了書を交付している。職業倫理の徹底化のためには、このような倫理研修制度を早急に整備する必要がある。

くわえて、職業倫理の徹底化に際して、予防的観点からの倫理教育の可能性についても真っ向から考えておく必要もあろう。その可能性については、エンジニアリング・エシックスの分野が積極的に取り組んでいるので参考にしてみるべきである。彼等は、ダニエル・キャラハンやロバート・J・バウムなどのヘイスティングス・センターの教育者チームによる仕事²⁵を参考にしながら、専門職として、倫理教育カリキュラムの作成にはやくから取り組んでいる²⁶。ちなみに、ヘイスティングス・センターが実施した高等教育倫理プログラムの2年間の研究の後、その教育者チームは、下記の「倫理プログラムの5つの目標」について合意している。モラル想像力を刺激すること、倫理上の問題点を認識すること、解析的な技量を伸ばすこと、責任感を引き出すこと、不一致と曖昧さを許容すること。これらの能力や感性を専門職としての医師に教育をとおして植え付けることこそが、職業倫理の徹底化へと直接繋がっていくのである。さらに、エンジニアリング・エシックスの分野では、このような専門職の予防倫理教育の現場において、「だれがエンジニアリング・エシックスを教えるべきなのか」、それは「どのような素養(資格)を備えているものであるべきか」などの、「(職業倫理を教えるのに)適切な指導者(The “Right” Instructor)」に関する事柄にまで議論が及んでおり、実質的な職業倫理教育のカリキュラムづくりへと乗り出してもいる。日本における医師の職業倫理の徹底化のためには、このような予防倫理における教育といった処方箋も当然必要となってくることに間違いはない。独自の職業倫理教育カリキュラムを制度化してこそ、専門職の自律性・自浄作用は約束される。

おわりに

現在、日本医師会「会員の倫理・資質向上委員会」が、諮問「『医師の職業倫理指針』徹底の具体的方策について」をまとめるため、各国医師会の調査を行っている。この委員会の基本的な方向性は、第一回の委員会で、医師会の自治権(「職能団体と強制加入制度」)が焦点であることが確認されている。したがって、専門職集団としての自浄作用・自治的懲戒制度に関するところからのみに議論が集中している嫌いがあることには十分配慮しておく必要がある。

第二回の委員会では、韓国医師会(Korean Medical Association : KMA)から講師2名

を招聘し、「大韓医師協会の現況および医師の資質向上のための政策」をテーマに講演がおこなわれ、それをもとに、医師免許制度（免許発効組織と免許更新）や KMA 会員の倫理向上のための具体策および懲罰の現状について意見交換がなされている。

第三回の委員会では、ドイツ医師会に関する調査報告および質疑が行われ、ドイツの職業裁判所の意義と構成について検討している。そして、第四回委員会では、アメリカ医師会・カナダ医師会に関する調査報告が行われ、主に、両国における懲戒制度について議論が交わされている。さらに、昨年 9 月に行われた第五回委員会では、フランスとイギリスの医師会活動についての調査報告が行われている。ちなみにここでは、イギリスの国営医療保険制度（National Health Service : NHS）の説明や、イギリスの医療制度のなかで中央医師審議会（GMC）やイギリス医師会（BMA）が果たす役割についての報告がなされ、そのうち、とくに GMC で倫理指針逸脱に対する懲戒処分が行われているとの報告がなされている。²⁷

このように、日本においては、医師の職業倫理の徹底化の具体的な方策の処方箋を自治的な懲戒制度のうちに求め過ぎている。しかしながら、すでに起ってしまったことを裁くだけで職業倫理が根付くとは到底考えられない。それでは、「医師および歯科医師に対する行政処分」を意図して構成された医道審議会と何の違いもない。重要なのは、医師の職業倫理に反する行為を未然に防ごうとする、いわゆる予防的観点からの倫理教育の充実化といったような発想である。また、そのためにも、職業倫理規程を、メンバー同志がピアレビューしやすいものに作り直す必要も出てくる。つまり、日本における医師の職業倫理の徹底化のためには、先に取り上げた三つの処方箋（(1)懲戒規定をもつ公的身分団体（強制加入）による医師の組織化、(2)メンバー間の相互監督義務に対応した医師の職業倫理規定の作成、(3)医師の職業倫理教育の制度化）無しには不可能なことのように思われる。

【付記】本稿は、2005 年 11 月に、トルコのシャンルウルファで開催された The International Joint Bioethics Congress にて口頭発表した原稿（The Present State and Problems of "the Code of Professional Ethics for the Physician" in Japan.）に大幅な修正をくわえたものである。

注

¹ 具体的には、職業規則の条文によって作成された「患者への説明」や「救急業務」などに関する指針類がそれにあたる。代表的なものである「患者への説明のための指針」の序文には、「これは規則に含まれていないが裁判の背景となる説明義務の法的枠組みを記述している」と記されているように、この指針類は実質的な影響力を持っていると言える。この点に関しては、岡嶋道夫『ドイツの公的医療保険と医師職業規則』（信山社、1996）を参照。

² 職業裁判所は、医師と患者間、医師相互間、医師会や監督官庁と医師との間に生じた義務違反や倫理違反を審理して判決を下すので、その性格や手続きは刑事裁判所と類似している。職業裁判所は、通常の裁判所の下位に位置する。このような職業裁判所は、損害賠償のような民事的な事件は扱わない。岡嶋道夫「ドイツにおける医師の職業倫理」『日本医事新報 No.4052』（2001 年 12 月 22 日）、7 頁参照。

- 3 州によって異なるが、医師職業裁判所の制裁には、「注意」、「戒告」、「被選挙権の剥奪」、「10万マルクまでの罰金」、「被疑者が職業に従事することが相応しくないという決定」などがある（併科も可能）。
- 4 木村利人「アメリカ医師会『医の倫理原則』—その動向と展望—」『日本医事新報 No.4052』（2001年12月22日）、11-15頁、参照。
- 5 棚島次郎「フランスにおける医師の職業倫理」『日本医事新報 No.4052』（2001年12月22日）、16-20頁参照。
- 6 評議会が行う処分は、戒告、譴責、三年以内の医業一時停止、医師名簿除籍（除籍は、三年を経たあと復帰申請が可能）の四種類である。
- 7 宇津木伸「イギリスにおける日常医療の倫理」『日本医事新報 No.4052』（2001年12月22日）、21-22頁参照。
- 8 <http://www.bma.org.uk/public/webdocs.nsf/webdocsvw/history> を参照。
- 9 これは、Royal College of Physicians of London を筆頭とする同業組合のことである。現在、イギリスには6団体が存在する。医科大学19とあわせて25団体が1983年医師法に明記されている。宇津木伸「医師の self-respect」、唄孝一編『医と法と倫理』（岩波書店1983年）参照。
- 10 「GMCの公表するガイダンス」のこと。ここでは、「自分の医師としての地位を濫用しないようにせよ」などといった、14のキーポイントを簡明に明示した「登録医の患者に対する義務」が記されている。http://gmc-uk.org/standards_frame.htm
- 11 宇津木伸「イギリスにおける日常医療の倫理」『日本医事新報 No.4052』（2001年12月22日）、22-25頁、参照。
- 12 たとえば、日本産科婦人科学会の会告を意図的に侵犯しても、せいぜい除名処分によって学会員でなくなるだけで、治療行為は依然として行い続けることができる。
- 13 木村利人「アメリカ医師会『医の倫理原則』—その動向と展望—」『日本医事新報 No.4052』（2001年12月22日）、14頁、参照。
- 14 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/12/s1213-6.html>
- 15 J・ラッド「専門職の倫理規程の追求——知性とモラルの混乱」、ヴェジリンド/ガン『環境と科学技術者の倫理』（社団法人日本技術士会環境部会訳編、丸善、2000年）、214頁、参照。ちなみに、この論文の初出は、1980年。
- 16 この「自律性」もしくは「自己指示（self-direction）」性、あるいは「自己裁量」権こそが、「専門職」の性格を最も明確に特徴づけるものとして理解することができる。社会における「専門家支配（professional dominance）」の制度的な構造を浮き彫りにし、またその弊害を問題にした社会学者のフリードソンは、「専門職」の「この自己指示あるいは自律というただ一つの条件から、専門職のたいていの定義に含まれるすべての他の制度的要素は事実上演繹ないし導出できる」とさえ言っている（E・フリードソン『医療と専門家支配』、新藤雄三・宝月誠訳（恒星社厚生閣、2000年）、124頁参照）。ちなみに、そのほかに、「専門職」であることを裏付ける特徴的な要素としては、理論的な知識に基づいた技能の使用、それらの技能の教育と訓練の必要性、試験によって保証された専門職の能力、専門の一貫性を保証する（倫理）行動基準の作成、利他（愛他）的なサービス、不可避的な公共的サービスへの義務、資格化（制度化）された専門的知識と技能、同僚への忠誠、メンバーを組織化する専門職集団の存在、などが挙げられる（Millerson, G.L., *The Qualifying Association*, London, Routledge & Kegan Paul, 1964/1998, p.180. 参照）。もちろん、それらの特徴的な要素は互いに連動しあうものであることはあらためて言うまでもない。
- 17 Cf. Ozar, D.T., "Profession and Professional Ethics", in : Stephan G Post ed., *Encyclopedia of Bioethics* 3rd ed., Macmillan, 2004, p.2160.
- 18 ただ、日本国内においては、このような権限は行政の機関である「医道審議会」にある。そういった意味からすれば、日本医師会は厳密な意味では「プロフェッション」団体ではない、とも言える。
- 19 Cf. Goode, W., "Community Within a Community : The Professions", in : *American*

Sociological Review, Vol.22, 194-200.

²⁰ その際、「倫理規程」が「社会的な管理を排除するための根拠」となり得るためには、何にもましてそれが次のような条件を備えたものとなっていなければならない。まず、綱領は、規則的なものでなければならない。綱領は、公共の利益を保護するとともに、その専門職のサービスを受ける人々の利益を保護するものでもなければならない。綱領は、自己利益中心的なものであってはならない。綱領は、具体的であり、かつ誠実なものでなければならない。綱領は、強制力をもち、かつ実際にその効力が発揮されるものでなければならない。さらに、これらの5つの条件にくわえて、専門職集団は、この「倫理的な言質」を受け入れることを公に宣誓（*profess*）するものでなければならない。

²¹ なお、この専門職としての医師の倫理規程の問題に関しては、拙稿「専門職としての医師と倫理」、田中朋弘・柘植尚則編『ビジネス倫理学 - 応用倫理学の交差点』（ナカニシヤ出版、2004年）60-88頁において詳しく述べているので参照していただきたい。

²² <http://www.nichibenren.or.jp/en/index.html>

²³ <http://www.gmc-uk.org/standards/>

²⁴ Cf. Ozar, D.T., "Profession and Professional Ethics", in : Stephan G Post ed., *Encyclopedia of Bioethics* 3rd ed., Macmillan, 2004, p.2162.

²⁵ Cf. Daniel Callahan & Sissela Bok ed., *Ethics Teaching in Higher Education*, Plenum Press, New York & London, 1980.

²⁶ Cf. Robert J. Baum, *Ethics and Engineering Curricula*, Hastings-on-Hudson, N.Y. : Hastings Center, 1980.

²⁷ 日本医師会「日医白クマ通信 No.228」参照。ちなみにここでは、新島仁委員により、現在のイギリスの医療をめぐる社会状況として、「ブリストル事件（1997年）、シップマン事件（1998年）を契機に、GMCは身内に甘いのではないかという批判があり、自己改革の最中である。自己改革は進んでいるが、社会的な風潮として、自律的な機関の存在のみでは、次第に社会に許容されなくなってきている感がある」との興味深い報告がなされてもいる。