

リピーターに対してどう対応するか	対策	組織	リピーターの内容を分類すること 個人の特長要素 因子がわかっているか	リピーターを分類すると それぞれがどんな要素 因子をもってわかっているか、どんな時に生じやすいか ミスは生じやすい状況？	525 リピーターがいくつかの内容に分かれてきて、それぞれに意図的な要素 因子を持っているかどうか、その結果として分かっていくか、という方向に分析を行うようにつなげていかないと ヒューマンプロセスはより問題となる
リピーターに対してどう対応するか	対策	組織	事例分析を行う重要性	事例分析を分析することが必要	624 どういう時に問題が起りやすいか、とかいう方向に分析を行うようにつなげていかないと ヒューマンプロセスはより問題となる
リピーターに対してどう対応するか	対策	組織	事例分析のための情報公開の必要性	事例分析を分析することが必要	625 事例分析が必要になるか、というように話を詰める必要がある
リピーターに対してどう対応するか	対策	組織	事例分析で 正確な判断 評価をすることの必要性	事例分析を分析することが必要	627 事例分析が必要になるか、というように話を詰める必要がある
リピーターに対してどう対応するか	対策	組織	病院が提出させているレポートでは、同じ人が同じ問題を繰り返しているのかどうか 把握できない。	個々の事例について 病院はレポートを提出させているが、無記名形式のため、初回か二回目かのレポートか 把握することはない	628 個々の事例で 相違 正しい判断をしない
リピーターに対してどう対応するか	対策	組織	事例を特定させることは困難。	事例をあまり特定しようとする	629 個々の事例を、ものすごく特定し過ぎると、どこかの事例で、誰がとかいってしまえば、それはたまたまあるよ、と
リピーターに対してどう対応するか	対策	組織	個人の責任は問わないと表向きに、現場では、誰がやったか 現場では、誰がやったか	個人の責任は問わない	631 個人の責任は問わないのが、周囲なんかの基本原則
リピーターに対してどう対応するか	対策	組織	事故を起した一年位前までさかのぼった行動を調べると 得られる情報があるのでは？	事故を起した一年位前までさかのぼった行動を調べると 得られる情報があるのでは？	634 個人の責任は問わないのが、周囲なんかの基本原則
リピーターに対してどう対応するか	対策	組織	フリーの医師を雇い入れる場合 病院は賛成する。	フリーの医師を雇い入れる場合 病院は賛成する。	636 個人の責任は問わないのが、周囲なんかの基本原則
リピーターに対してどう対応するか	対策	組織	医師としての能力を 以前所属した病院に尋ねることもある	医師としての能力を 以前所属した病院に尋ねることもある	637 個人の責任は問わないのが、周囲なんかの基本原則
リピーターに対してどう対応するか	対策	組織	(調査の結果で) 雇わないということはなくとも 注意する作業は行っている	(調査の結果で) 雇わないということはなくとも 注意する作業は行っている	638 個人の責任は問わないのが、周囲なんかの基本原則
リピーターに対してどう対応するか	対策	組織	自分のところで採用すれば、後で問題がわかって、すぐに首を切れない。	自分のところで採用すれば、後で問題がわかって、すぐに首を切れない。	639 個人の責任は問わないのが、周囲なんかの基本原則
リピーターに対してどう対応するか	対策	組織	問題医師を 大学医局に引き取ってもらう。	問題医師を 大学医局に引き取ってもらう。	640 個人の責任は問わないのが、周囲なんかの基本原則
リピーターに対してどう対応するか	対策	組織	グループ病院で集めている情報を公開すると、多くの施設の実態が明らかになる	グループ病院で集めている情報を公開すると、多くの施設の実態が明らかになる	641 個人の責任は問わないのが、周囲なんかの基本原則
リピーターに対してどう対応するか	対策	組織	問題を起しやすくない人は、一人で仕事をさせられないのか？	問題を起しやすくない人は、一人で仕事をさせられないのか？	642 個人の責任は問わないのが、周囲なんかの基本原則

リピーターに対してどう対応するか	対策	そのほか	(一人をやっている) 開業医の先生は情報を開示してフィードバックができない状況にある。	開業医の先生など一人やっていると先生はフィードバックが出来ない状況だ。	389 この出席者は「暫 勤務医だから 組織に所属している人間だ。先ほど出てきた様な 開業医の先生など一人やっていると先生はフィードバックが出来ない状況だ。どうだろうか？」
リピーターに対してどう対応するか	対策	そのほか	医療過疎地で医師の労働力が売り手市場(医師が優位)の場所では(問題のある医師が集まってきた)危険な状況になるか	医療過疎地のような(医師の労働力が売り手市場(医師が優位)の場所では(問題のある医師が集まってきた)危険な状況になるか)	741 医療過疎地の 医師の労働力が売り手市場の所ではどうしてもしばらくの間は そういう意味では危険です。
リピーターに対してどう対応するか	対策	そのほか	大学病院は リピーター医師の再教育としての役割がある。	大学病院は 困った医師の再教育としての役割がある。	743 大学病院って その困った人達の修理工場みたいな
リピーターに対してどう対応するか	対策	そのほか	マンナングで人の行き来が活発になると 出身大学に聞わらず 優秀な人を探ろうということになるのではなにか	マンナングで人の行き来が活発になると 出身大学に聞わらず 優秀な人を探ろうということになるのではなにか	747-1 最近ほ どのどん置わってきでよきで マンナングであちこちから研修医が来るようになるし 深用する側からは 少しでも良い人が来ればそれだけで 困ったドクターに遭遇した場合 留々の病院は 対処をい
リピーターに対してどう対応するか	対策	そのほか	大学の医局制度のもとでは 一般病棟が問題医師に遭遇した場合 解決策が期待できる	大学の医局制度は 一般病棟が問題医師に遭遇した場合 解決策が期待できる	749 大学の医局制についてのは なくならないと言われている。病院がそのリピーター医師じゃないけど 困ったドクターに遭遇した場合 留々の病院は 対処をい
リピーターに対してどう対応するか	対策	そのほか	国が 医師の自賠責保険の保険者に なると 法権が変わるだろう	医師の自賠責保険は 国が保険者になれば 情報を開示するようになり 方向に 法権が変わるかも知れない	839 医師の自賠責保険を 厚生省とか郵政とかが法権を奪って全部 国が払うようになれば 医師に開示してあげれば情報はオープンにするって法権にすれば 可能かもしれない
リピーターに対してどう対応するか	対策	そのほか	医師が不足している地方では リピーター医師の排除は困難	医師が不足している地方では リピーター医師を排除することはできない	850 でも どちらかと言うとやっぱリピーター医師不足の病院については非常に多い訳です。
リピーターに対してどう対応するか	対策	そのほか	リピーター医師が集まってきた	リピーター医師が集まってきた	851 いや そこはだから 石が足りない地方 病院でリピーター医師を集まってきた
リピーターに対してどう対応するか	対策	そのほか	医師過剰の地方では リピーター医師を排除できる	医師過剰の地方では リピーター医師を排除できる	852 先生の所は供給過剰ですよね たから排除できま
リピーターに対してどう対応するか	対策	そのほか	全てが治療可能かどうかは不明	全てが治療可能かどうかは不明	920 全て治療可能と書ってしまったば 921 あまりにも楽観的過ぎる
リピーターに対してどう対応するか	対策	そのほか	今までは 出身大学がずつと面倒をみるというシステムがあった	今までは 出身大学がずつと面倒をみるというシステムがあった	747 今まではPUSHして 卒業させて入局したらそこで面学させて医者にして 卒業させて入局したらそこで面倒をみるっていうシステムがあったと書
リピーターに対してどう対応するか	対策	そのほか	大学の医局は 困った医師に独自で対応できない個々の医療機関が医師を投げ返せる場所として保障されている	大学の医局は 困った医師に独自で対応できない個々の医療機関が医師を投げ返せる場所として保障されている	751 大学からの派遣で運んで来たならば 大学にお返しします。事ができる とも最後はそこしやないかな 多々ある時期思うようになった。いろいろ批判が多々ある。この医局制度がなぜなくなると言った。留々の医療機関が組織として 組織防御のため 困ったお医者さんが来た時に 自分で独自に対応できないから 留々の研修医を採用して保障
リピーターに対してどう対応するか	対策	そのほか	自前で研修医を育てている病院は (問題のある) 研修医を何とか再教育していた。	自前から自前で研修医を育てている病院は (問題のある) 研修医を何とか再教育していた。	752 以前から自前で研修医を採用している病院は 意味困った研修医採用した場合に 自分とどこで何とかそういう人達の事を 再教育か何かこう 何らかの形でその人達に対して対処していく気がする。それができないとなると まあそこら辺は大学に投げ返すとか 留々の医師不足なんじゃないかという気がする
リピーターに対してどう対応するか	対策	そのほか	医師が不足している地方では 医療の質よりも 医師数確保の意図で医局が役割を果たしてきた	地方の場合は 医師不足のため 医療の質よりも 医師の数を確保するという意味で 医局の役割は大きい	753 留々の医師不足なんじゃないかという気がする。留々の医師に頼んで貰えてもらって 困った人達から 無くて 真実の 数が減った時の担保なんですよ。何かの具合でその人が出来なくなると 一挙に診療は難しくなる。そういう場合には 医局に代わりの人を出してよ、という形になるって

医療安全にかかる
リピーター(仮称)対策と処分制度の
現状と課題

医療事故リピーターの特徴及びその把握と再教育・処分制度のあり方についての研究
「医療安全にかかるリピーター(仮称)対策と処分制度の現状と課題」

分担研究者 上原鳴夫 (東北大学大学院医学系研究科国際保健学分野)

研究協力者

ショーシ・アナス(ホストノ大学/医事法学)

シノーブ・オテガール(スエーデン厚生省)

篠田知子(ハーバード大学公衆衛生大学院)

安井大策(東北大学大学院医学系研究科)

研究の目的

ヒューマンファクターが深く関与する医療業務上のエラーやこれに起因する医療事故は、背景にある誘因やシステム要因にたいする改善を行なわれない限り再発が避けられない。一方で、医療事故は医療従事者個人の能力や医療に関わる姿勢に由来するのではという疑念もいまだに根強くあり、そういった背景から(医療事故の)「リピーター」という言葉がてき、不適格な医師や看護師に対する処分や排除が必要との議論も行なわれている。

実際のところ、適性や倫理観等において医療ミスや事故に繋がりがかねない要素があれば、これを適切に識別し対処することは、安全確保の上でもプロフェッションへの信頼を担保する上で重要で、また、そうすることによって、なへて個人の資質に還元しかちな(非難で終わってしまいかちな)事故対策の現状を改め、医療事故対策の重点が安全なシステム作りに向けられるものと期待する。

上記の問題意識に基づいて、本研究では以下の点を明らかにしたいと考えた。

- (1) リピーターという概念は存在するか? 存在しうるとすればその定義は何か?
- (2) リピーターを作らないために、何かなされるべきか?
- (3) リピーターまたは不適格者を早めに見つけることで事故を防止しようと思えば、リピーター予備軍または不適格者をどうやって見つけ、どんな対処を講じるべきか?
- (4) 医療事故の当事者となった医師に対して、提供すべき支援(安全教育や技術教育など)としてどんなことをどのように実施するのかよいか?

本分担研究では、① 医療事故と資質要因に関する諸事項に関して、米国における現状をレビューした、② スウェーデンにおける医療専門職に対する処分制度の仕組みと実施の現状のレビュー、に関する調査研究、および、③ 臨床医の養成過程における安全管理対策のありかたに関する検討、を行なった。

研究の方法

- (1) 米国におけるリピーター関連事項に関するレビュー調査、
- 以下の事項に関して訪問調査、面接調査、文献 資料調査を行った。
- ① 医療過誤訴訟事例での参考事例の収集と抽出、② Incompetent physician に関する議論のレビュー、③ 専門団体その他の団

体や機構が果たしている役割と仕組み、④リピーター医対策における行政の役割と制度の現状、⑤マネンドケアと病院におけるリピーター対策、⑥ハーバート リスク マネジメント財団の活動

(2) スエーデンにおける処分制度に関する調査、スエーデン政府が行なっている医療事故事例の審査と処分の制度について、文献資料調査とプログラム担当者への聞き取り調査を行った。

(3) 臨床医の養成過程における安全管理対策のありかたに関する検討、臨床研修指定病院の担当者によるワークショップをもって、安全管理対策のありかたについて検討した。

結果と考察

A 「米国におけるリピーター関連事項に関するレビュー調査」

I 米国におけるリピーター概念の有無

医療過誤とは、通常に認められるケア基準を下回る医療を行い、その結果患者に傷害が生じることを言う。「ケア基準」とは、医療業界自体が設定する。繰り返しおこる医療過誤とは、同じ医師が1度以上犯す過誤をいい、同しような事実関係のハターンにかかわることが多い。繰り返し起った医療過誤事件にかかわった医師は、過失—negligent (基準ケアを下回る医療をおこなった)、無能力—incompetent (安全な医療を行えない)、不適格—impaired (例 薬物、アルコール、痴呆により)、犯罪—criminal (故意に法律に違反する)に分類できる。医療の専門家、マスメディア、消費者団体は、これらの両方に分類される医師を「リピーター」と呼ぶことが多い。繰

返しおこる医療過誤を減らし、患者の安全を保護するためには二つの戦略がある。リピーターがさらに患者に傷害をあたえるのをやめさせること、それ以外の医師がリピーターになるのを防ぐことである。

品質評価と保証の“システム構造“は、システムの失敗や瑕疵か人間の誤りを生ずるという予防原則に基づき、個人の労働条件と、誤りを避けたり影響を抑えるための条件に重点をおく。エラー プルーフ組込システムでも無能な又は不適格な医師がおかす「過誤」を防ぐことができません、これらの医師が「リピーター」になる可能性が高いという証拠がある。合衆国では、少数のリピーター医師が大半の医療過誤をおこしている。

II リピーター対策に関する政府機関の役割

州医事委員会が医師に対して医師免許を与えたからには、医師の業界では沈黙が守られるという文化があるため、無能な医師を見出すことは困難である。リピーターは制限なしに医療を続けることが多い。調査と懲戒とは医事委員会と医療過誤訴訟当事者に一任されることになる。

<各州> 医師免許交付と監督は各州政府の管理下にある。米国50州と保護領には、免許

交付、医師に対する苦情の調査、医師の懲戒、医師の行動規範 規則の公布を行う権限を州議会から委譲される医師免許委員会 (Medical Licensing Board) がある。すべての医師は医療をおこうために州免許を取得し、これを維持しなければならない。医師は医療過誤にかきらず、さまざまな違法行為について懲罰を受けることがある。医療過誤調査のほとんどは、傷害を受けた患

者又は患者の家族の申立てで始まる。医師の一般的過失やそれを監視する公的機構はない。申立てが行われると、州の医事委員会は調査を行い、申立てを受けた医師か弁護士と聴聞会を含む憲法で保障される妥当な保護を与える義務がある。州の免許委員会は非公式あるいは公式に医師を譴責又は懲戒し、医師免許を停止又は抹消し、補足的教育、精神科ケア及び/又は医療の継続を監督下に行うことを義務付ける。

州医事委員会連合 (Federation of State Medical Boards, FSMB) は、医師の教育 免許付与について統一基準を設けており、すべての州がこれに従っている。そのため医師がある州で免許を取得すれば、他の州でも申請書に記入し料金を支払うことにより、通常免許が受けられる。FSMB の監督下には、州委員会や他の政府機関が医師に対して行った懲戒処分について情報を収集するデータ収集機構である連邦医師データセンター (the Federation Physician Data Center) がある。これは州の医師免許委員会が主として利用するためだが、2001 年にはデータ収集システムが一般に公開された。

<連邦政府> 医師免許交付、監督、監視、制裁について連邦政府が果たす役割は非常に限られている。1986 年議会は「ヘルスケアの質向上法 (Health Care Quality Improvement Act)」を可決し、全国開業医データバンク (the National Practitioner Data Bank - NPDB) を設立した。NPDB は医師の懲戒処分、医療過誤訴訟と和解に関する情報を全国的に収集した。NPDB は、州の医事委員会、医療提供者、保険業者、医師、健康維持団体、その他、医

師に対して特定の権利を与え、雇用し、免許を付与しようとする組織や団体に公開されている。テータバンクは一般には公開されていない。 議会は、1) ピアレビュー団体 (同僚が審査を行う団体) が州医事委員会と症例に関する情報を共有すること、2) 医師が規制薬物の処方 調剤を行うときは 米 国 麻 薬 取 締 局 (U S Drug Enforcement Agency) へ登録することを義務付ける法律を可決した。

III リピーター対策に関する医療機関の役割

1 ヒアレビュー 病院に勤務しようとする医師は、スタッフ特権や患者を入院させる特権について申込みをしなければならない。病院のヒアレビュー委員会 (Peer Review Committees - CPRs) は資格審査を監督し、勤務申込審査を行い、個々の医師が行使できる特権を決定する。ピアレビューの過程では、品質保証テータ、診断と検査利用報告、その他医師の臨床経験に関する情報の審査を通して医師の成績を継続的に評価、モニターする。医師の能力に関する PRC の所見は、病院の経営委員会に届けられ、委員会は資格審査についての決定、医師の特権を拒否、更新、減少又は撤回を行う。病院はヘルスケア団体認定合同委員会 (Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations - JCAHO) が制定したピアレビューに関するいくつかのカイトライン、連邦法ならびに州法に従う義務がある。

<免責と報告義務 ヘルスケアの質向上に関する法律> (The Health Care Quality Improvement Act - HCQIA)

1986 年に議会は「1986 年ヘルスケアの質向上に関する法律 (the Health Care

Quality Improvement Act - HCQIA) を制定した。HCQIA は、医師が善意に基づき同僚を評価する PRC の法定保護と限定的責任を決め、医師やその他のヘルスケア従事者についての「不利な情報」の保管場所としての全国実地医家データバンク(the National Practitioner Data Bank - NPDB)の設立を義務付けた。

2 マネージドケア団体と医師が所有する保険

マネージドケア団体 (Managed Care Organization MCO) は、その受益者に対して金銭的インセンティブを開示し、ケアの質とコストのバランスをとり、そのプロバイター委員会のメンバーである医師を適切に選び、監督し、支配する義務を有する。MCO は利用評価 (utilization review - UR) を通して医師の医療行為をモニターするが、これは医師が提供し勧める医療ケアの必要性と適正さを評価する認定方法である。

病院と同様に、医師が所有する保険会社にもピアレビュー委員会があって、支払請求を審査し、保険契約による担保を継続するか否かについて勧告を行う。医師の実績、利用の審査記録、州委員会の懲戒、医療過誤の申立、患者の苦情などに基づき、保険会社あるいは MCO は医師に対して保険契約を拒否したり、その委員会から医師を除名できる。保険会社 1 社以上が医療過誤保険契約を断った場合、医師は、保険に加入できなくなったり、掛金が高くなり加入が困難になることがある。最低強制保険契約に加入していないと、医師は患者を入院させる特権を失う。

3 メディケア利用と質の管理のためのヒアレビュー組織プログラム

メディケアの利用と質の管理のためのヒアレビュー組織 (the Medicare Utilization and Quality Control Peer Review Organization - PRO 又は QRO) プログラムは、メディケア受益者のための医療か、医療上必要で専門家が認定するケア基準に達しており、適切な環境で提供されることを保証するための連邦政府の主たる手段である。PRO 審査では、入院患者の医療記録を確立された実地医療基準に照らして審査する。PRO はさらにメディケア受益者が申立てた苦情やメディケアの詐取や誤用の告発を調査することにより、「良い質を保つ」責任を取る。PRO は「専門家が認定する基準に合った質」の医療上必要なケアを提供すべきであるという法律上の義務にかなりの数の症例が違反したり、一度ならずその義務に基たしく違反した医師を懲戒することもある。1990 年に議会は PRO が州の医事委員会と症例情報を共有すべきとした法令を制定した。

IV 医療過誤と保険担保範囲

< 医療過誤 > 医療過誤 (Medical Malpractice) とは、医療上の過失で、その結果患者に傷害をもたらすものを言う。医療過誤訴訟とは傷害を受けた患者が、傷害を生じたのは基準以下の医療の所為だったと主張、医師を訴える民事訴訟を言う。医師に対する過誤訴訟は過去 50 年間に劇的に増加したか、医師により傷害を受けた患者の大多数は訴えを起こさない。平均して、医療過誤を訴えた患者の約八倍か医療過誤による傷害を受けており、裁判を続ける患者の約十倍の患者が途中で訴えを取り下げ、かつ訴訟の半分以上が後日放棄される。

< 医療過誤保険 > 医療者は、医療ミス

結果多額の賠償金を支払うことになる可能性に備えて医療過誤保険に加入する。医師の多くは、医療過誤の“危機”が存在していると感じているか、これは医療過誤保険料の急激な値上りと全般に保険利用ができるか否かの問題からくる“医療過誤保険の危機”というべきだろう。医師免許交付、制裁、不正行為に関するコモンローが州法の領域にあるのと同じく、保険規則も州法の管轄下にある。医療過誤訴訟は数の上では減少しており平均和解金額が低いという証拠にも係らず、医師や提供者らは保険規則の変更や患者の安全に関するより効果的な処置、医師の監督、監視、懲戒よりも、過誤（不法行為）に関する法律上の“改革”を推進し続けている。

<医療過誤と州免許交付制度> 合衆国では、傷害に対して補償を行い、苦情申立ての場を提供し、医師による不法行為を抑制するために医療過誤裁判が容認されている。残念なことに現存するわずかな研究は、医療過誤裁判は何度も繰り返される医療過誤抑制に役立っていないと示唆している。本報告書の第2部で詳細に論じたように、州の免許付与法令は医業参入、制裁行為、ヘルスケアサービス提供を管理する。ごく限られた少数の医師が医療過誤申立全体の半分以上について責任があるにも係らず、何度も訴えられた医師が州の免許付与委員会によって制裁を受けることは稀である。しかし医師が何件かの事件で賠償金を支払うと、その後医療過誤保険に加入するのは難しくなり、保険料が非常に高くなる。すべての州が免許付与の条件として最低限度の保険加入を義務付けているので、州の医事委員会が行おうとせず、また行えない何

度も“過誤を犯す”医師（「リピーター」）に対する制裁を医療過誤訴訟が“私的に”行うことになる

V 卒後教育

医師となるべき者が医学校を修了し「ナショナル ホート」と呼ばれる国家試験に合格すると、彼らは卒後医学教育すなわち「レジデント実習」へと進む。卒後レジデント訓練の主たる目的は、医師が独立して医療を行えるようにすることである。レジデント訓練は、医学校と提携している「教育病院」で行われる。教育病院の使命は、安全で質の高い患者ケアを提供することはかりではなく、医学教育と研究をも提供する。レジデントの成績を評価する一方で患者の安全を確保することは、独特の問題を提起する。

卒後医学教育認定委員会(The Accreditation Council for Graduate Medical Education - ACGME)は、民間専門家組織で、合衆国におけるレジデントプログラムの認定を行う。ACGMEの目標は、高い質の教育、安全で効果的な患者のケアとレジデントの安全である。レジデント教育の認定を受け、これを維持するには、レジデントプログラムが認定基準に適合していることか必要となる。

ACGMEとアメリカ専門医委員会(the American Board of Medical Specialists - ABMS)は、レジデント教育改良のためには、伝統的な“システム アント プロセス”による評価法よりも“認定手段として結果の評価を用いる”イニシヤティブを開発した。アメリカ医科大学協会(the Association of American Medical Colleges - AAMC)も、“誤答分析(error analysis)”

の利用を唱導しているか、本シリーズ第1部で論じた現代医学の“システムアプローチ”をよりよく反映しているからである。〈レジデントの能力評価〉

医学生を評価する手段は、二重の目的にかなっている。今後医師になろうとする者の臨床能力について正確な評価を行うことと医学教育におけるカリキュラム改革の成功と失敗を測れると考えられているからである。研究の“統合と単純化(synthesis and simplification)”によれば、能力とは“知識、技量、態度という構成要素からなる複雑な一定の行動”を言う。

処置上の誤りは、医療過誤の重大な源である。研究者らは、従来の体系化されていない能力評価システムに代わる包括的カリキュラムで補足した別個（レジデントと教員）の遡及オンラインアンケートと、レジデントの成績をモニター評価できる有資格の教員陣から成る“医療処置サービス(Medical Procedure Service - MPS)”を提案した。MPSは、過誤の発生率と医療処置上の過誤による合併症を減少するだろう。臨床成績の良さ以上に、教育者は医学校のカリキュラムとレジデント訓練において社会性をつけ、専門家意識をもつ重要性を強調し始めた。医学校とレジデントプログラムでの専門家としてふさわしくない行動や劣悪なコミュニケーション技術は、州医事委員会による懲戒措置、繰り返される医療過誤訴訟や繰り返しておこる医療ミスなどと密接した相関関係にある。ロールモデルは教育や臨床での良い成績を評価するだけでなく、社会における専門家としての有能さを評価する重要な手段である。医業実施の大部分が自己規制のもとに行う

ものであるゆえ、医業に文化的適切さを積極的に与えることが重要である。

〈継続教育〉

州医事委員会連盟(the Federation of State Medical Boards - FSMB)とナショナル・ホート資格試験委員会(the National Board of Medical Examiners - NBME)は医師をモニターし、監督する重要な手段を二組創設した。免許取得後評価制度(the Post-Licensure Assessment System - PLAS)と連邦医師データセンター(the Federation Physician Data Center - FPDC)である。さらに、医事委員会が医師の中核的医学資格を審査をする際に役立つ連邦資格審査サービス(the Federation Credentials Verification Service - FCVS)が設立された。

医事委員会の中には、治療法の選択・実施について最新の知識を学び、防止可能な過誤を避けるために医師に対し“生涯教育”コース受講を義務付けているところもある。医事委員会かもっと積極的に問題医師の“リハビリ”や“再教育”をすべきだという提案が多数なされている。というのも厳しい制裁が行われることは非常にまれだからである。救済と再教育が成功するか否かについての研究はわずかで、その結果は決定的なものではない。

アメリカ専門医委員会(The American Board of Medical Specialists - ABMS),アメリカ内科委員会(the American Board of Internal Medicine- ABIM)は自発的な再認可プログラムを始めた。ABMSのような専門医団体は再認可の義務付けや医師の能力評価継続を支持しているか、大部分はそうではない。

B 「スウェーデンにおける処分制度に関する調査」

I スウェーデンの医療事故報告システム

第一は、National Board of Health and Welfare(NBHW)への申立である。この国立厚生委員会への申立は、Lex Maria 法により義務づけられている。医療ミスを起こした医療従事者は、所属機関の責任者にその事例を届け、それが Lex Maria 法に規定される重大な事故の場合、その責任者により NBHW に届けられる。

第二に、医療事故被害者救済のための無過失保険制度を運営している保険機構 (Patient Compensation insurance PCI) に対する賠償金の請求のための申立である。患者やその家族は医療事故による補償を受ける権利があると感したら、この保険機構に請求することかでき

る。2001 年には 9500 人以上の患者が賠償金請求のための申立を行い、45%強が最終的に賠償金を得た。

第三に、Medical Responsibility Board (MRB) への申立である。

NBHW、MRB、PCI は、それぞれ独立した機関で、PCI と他の2機関(MRB,NBHW)とは、情報共有を行っていない。

図(1)医療事故報告のプロセス

