

英日比較

英国の医事審議会 General Medical Council

—医師の自律的な行政処分から 医療水準向上活動への熱い展開

■東京大学大学院医学系研究科法医学教授 — 吉田 謙一
 ■大阪大学大学院医学系研究科法医学助教授 — 黒木 尚長
 ■東京大学大学院医学系研究科大学院生 — 河合 格爾

前稿(判タ1152号掲載)では、英国の、コロナーによる医療関連死を含めた異状死の死因究明システムを紹介した。本稿では、医師による行政処分を行う医師の自律的管理団体である英国の General Medical Council (GMC) の活動を、最近の改革に注目して紹介したい。その特長は、医師自ら設定した基準に従って行政処分をするとともに、同じ基準を教育・登録(免許取得に相当)に利用するので、実質的に医療水準を医師自らが定めている点である。医療の質の向上に向けて、医師自らがスクリーニングから裁判に至る審議を主導し、そこに、一般人・法律家が参加することにより、透明性・公正性を担保し、社会に対する説明責任を果たしている。死因究明のための届出制度に、医師の専門的評価に基づく行政処分の制度が連動して初めて、医療の質の向上や事故の予防に繋がる行政システムができる。

Ⅰ. 序言

日本では、医師法7条2項に、医師が罰金以上の刑に処せられた場合、医事に関し犯罪または不正の行為を行った場合、又は医師としての品位を損するような行為のあった場合、厚生労働大臣は、その免許を取消し、又は期間を定めて医業の停止を命じることができ、と規定されている。手続きとしては、都道府県知事が届出を受けて医師の弁明を聴取し、報告書など関係書類を厚生労働省に提出し、医道審議会の諮問を経て、処分が決定される。医道審議会の実質的な審査対象は、従来、刑事事件で有罪が確定した事例であったが、最近、刑確定前に免許停止処分が下されるようになった。一方、医療事故と医療ミスを混同した報道による医療への影響が懸念されているが、医道審議会の主要情報源は報道といわれており、事実調査

や審議の専門性に疑問が提起されている。

医師を処分するためには、事実調査を専門的かつ公正に行う必要がある。死亡事故の場合、早期の届出・解剖による死因究明が、事実認定ばかりでなく紛争予防にも重要な役割を果たしている。日本法医学会の異状死ガイドラインでは、診療中及び直後の予期しない死亡につき医師法21条に基づく届出対象に含めているのに対して、臨床の諸学会は、警察届出に反対してきた。平成16年4月13日の都立広尾病院事件最高裁判決(本号95頁)により、明確な医療事故(過誤)に関しては、医師の届出義務が認められたとよいが、現実には、医師の届出は極めて少ないため、年間数万件ともいわれる医療関連死の事実認定は、困難である。そして、平成16年4月2日、日本内科学会・外科学会・病理学会・法医学会が、医療事故の原因究明をする第三者機関の設置に関する共同声明を発表し、実現に向けた具体的な取り組みを始めた。

英国では、死因究明専門家行政官であるコロナーが大部分の医療関連死の届出を受け、多数が法医解剖されて、その結果は開示されている。人口5,000万人余りの英国で、年間約20,000件の手術後死亡例が独立行政調査機関 National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (NCEPOD) に届け出られ、手術関連のみで約6,000件が(大部分、法医)解剖されている。しかし、東京地検扱いの医療事故被疑事件司法解剖事例は、増えたといっても、2001年度29件であり、この半分を手術関連死として全国の人口に換算しても、頻度は英国の1/100程度と推定される。英国の医師達にとって、届出は、医師としての倫理的行動であるとともに、届出後にコロナーが死因を公正な立場で究明し、外部評価をすることに納得している。

日本では、医師の自律的な届出を阻む、医療関連死の届出に対する刑事対応を改めることの重要性を前稿で述べた。

英国では、医師の自律的審査機関である GMC が、医師登録資格に関する処分をすることにより、「不適切な医療を行う医師より公衆を守ってきた」(行動規範)。GMC は、医師を、犯罪・倫理面だけでなく、重大な、あるいは、反復する医療ミスに関しても処分する方針を進めてきた。英国では、1990 年代、ブリストル王立小児病院で 2 名の心臓外科医により 100 名にも及ぶ子供が無駄に命を奪われたと推定されるスキャンダルが世間の注目を集め、2 名の心臓外科医と内部告発を放置した病院長格の医師が登録抹消・停止の処分を受けたが、医師が主導する GMC の医師への処分の甘さに社会の批判が集中した。

これを受けて、2002 年の法改正の後、GMC の活動方針は、従来からの行政処分については、明確に設定した“基準”に照らして医療行為などを評価し法的判断を示すことに加えて、この基準を登録審査・更新、教育に活かす方向に力点をおくようになった。この基準は、「Good Medical Practice」という小冊子で広く医師・一般人に周知されている。この冊子の表紙に記された標語が、「不良医師から公衆を守る」から、「患者を守り (protecting patients), 良い医師に導く (guiding doctors)」に変わったことに、GMC のポジティブな団体への変貌への決意が読み取れる。

今、日本では、医道審議会による悪い医師への行政処分について、より「厳しく罰する」方法が模索されているが、英国では、GMC が一般人や種々の団体と協力しながら、いかに「良い医師をつくるか」、そして、そのために GMC や行政が何をすべきかが熱く議論されている。余談であるが、世界的な医学専門雑誌である British Medical Journal や Lancet などには、GMC やコローナー制度をはじめ各医療行政機関の政策や、個々の事例に対する GMC や裁判における法的判断に対する批判記事や提言が、各方面から多数掲載され、これが、世論形成に重要な役割を果たしている。

医療関連死に関して、刑事対応は懲罰的要求に、民事対応は賠償的要求に答えている。しかし、患者側の医療側に対するより強い要求は、説明・謝罪・事故予防である。死因究明とその説明は、届出後の死因究明制度の問題である。事故予防は、事実認定と評価に基づき医師登録 (英国など) や医師免許 (日本、アメリカ) にかかわる行政処分・指導をすることによって、初めて可能となる。

その審議には、専門的な事実認定と評価、及び透明性が求められるが、日本の医道審議会は、どの点をとっても、GMC に遠く及ばない。この 3 つの視点を満たし、医療事故の予防と医療の質の向上に役立てるためには、医道審議会をどう改革すればよいかについて、考える必要がある。

本稿では、医道審議会の改革を念頭において、英国の GMC を紹介したい。なお、資料としての利用を考え、GMC 関連の資料 (本稿末尾参照) や判例なども、できるだけ原典に忠実に要約して示した。

2. GMC の概要・沿革

1841 年頃、英国の医師の 1/3 は無資格医であった。そこで、1858 年の医師法 (Medical Act) 改正により、社会的に信頼される医師を同定する団体ができた。1950 年の法改正で医事審議会 (General Medical Council : GMC) となり、1978 年の法改正により、登録料等により運営される医師による自律的規制団体となった。英国では、GMC に登録されなければ、実質的に医療に従事できないので、登録抹消は、医師免許取消に相当する。

「良い医療 (Good Medical Practice)」という小冊子 (24 頁) には、GMC 会員として医師が守るべき基準が明示され、GMC の審議・登録更新・教育などが、この基準に従って行われる。専門家の意見を尊重する傾向が強い英国の法廷では、この GMC の基準は、医療水準として大きな法的影響力を持つと考えられている。

GMC の審議会会員は 35 名で、その構成員は、地区選出医師 19 名・指名医師 2 名・一般人 14 名である。一般人は、枢密院 (Privy Council) の推薦により女王から指名される患者団体会員・上級看護師・家裁職員・医療機関や公的機関の医師以外の職員などであり、訓練を受け、医師会員による GMC の審議過程をチェックし透明性を確保するのに貢献している。

2002 年度の GMC の収入は、5567.5 億 £ (約 117 億円) で、収入の内訳は、年会費 4421.4 億 £、新規登録料 294.1 億 £、一時・限定登録料 311.1 億 £、及び EU 地域以外の外国人医師に対する職業語学審査局試験料 286.3 億 £、出版収入等 18.1 億 £、投資収入 92.9 億 £ などであった。医師の年会費は年間 290 £ (約 6 万円) である。なお、2002 年の新規登録者 10,192 名の内訳は、英国 4288 人、EU 諸国 1448 人、その他 4456 人であった。支出の割合は、資格審査 62.8 %、PLAB 試

験 4.5 %，医療水準 1.3 %，教育 1.7 %，再評価 1.4 %，立法・政策 2.4 %，管理・事務 10.6 % などであった。ロンドン事務局には、約 200 名の職員がいて、その内訳はアドバイザー、事務職員、非常勤法律家などである。最近、ロンドンに加えて、マンチェスターに事務所を開設した。

法改正により、2005 年までに GMC の現会員は、再登録し、その後、5 年に 1 回の再登録時に、「良い医療」に基づく評価が行われることになった。また、GMC は、医学部の卒前及び卒後のカリキュラムを策定しており、ここでも、「良い医療」に準拠した良い医師の教育が、「明日の医師達」という小冊子に示されながら模索されている。

GMC の審議やコロンナーによる調査など、医師の処分を巡るプロセスにおいて、医師の法的代理人を務め、医師の権利を擁護する Medical Protection Society (MPS) や Medical Doctor Union (MDU) などの団体がある。GMC も MPS も、実務経験を活かしながら、医師に対する法医学教育を行っており、インタビューした GMC の顧問弁護士も MPS の法医学専門家達（専門医資格と法学修士号の所持者が多い）も、医学部で講義している。英国では、法医学 (legal medicine) とは、医療現場で生じる種々の法的問題の処理・対応に関する実務と教育であり、いろいろな機関に様々な立場を代表する法医学専門家 (医師、法律家) が多数いる。

3. "Good Medical Practice" (良い医療) による基準 (医療水準) の提示

これは、良い医師が守るべき医療水準を示すために GMC が策定したガイドラインが掲載されたバイブルのような小冊子 (24 ページ) である。原則が書かれているこの小冊子の他に、インフォームドコンセント・終末期医療・感染症・GMC への通告・個人情報保護・臨床研究・卒前及び卒後教育等に関する数々の小冊子が発刊されている。これらの冊子に具体的な注意義務の基準が示され、また、関係専門学会や医師保護団体との共同作業により、今後、より専門的な基準が示され、常時、実務において使われ評価されながら、改良されていくと思われる。その結果、今後、医療の質の向上、医事紛争処理や裁判にも良い影響を与えられると思われる。日本では、医事裁判における医療水準は裁判官がつくるものであり、医師は、個々の判例を自ら調べる以外に医療水準を知る基準が無く、医療水準が医師や公に示されることはない。この点、医師自らが基準を設定して医療の

向上に使うという GMC の発想には、見習うべきものが多い。この基準は、公開され、医師の行動規範と見なされ、教育や登録の基準として使われていることより、「医療水準」を示していると見ることができる。

最初の見開きの頁には、目的として、「この小冊子には、良い医療行為の原則と医療行為全般において医師に期待される職能・適性 (competence)、ケア (care)、及び職業倫理 (conduct) の基準が記載されていて、これらの基準に合わない重大な、または、反復する注意義務違反は、登録の取消に繋がる。」として、以下の記載がある。

患者は、自らの生命と幸福を保ちつつ、医師を信頼できなければならない。患者の信頼に応えるために、私達は、医師として良い医療水準を守り人の生命に対する畏敬の念を示さなければならない。そのためには、医師として、特に次の各項に対する義務を負う。

- (1) あなたの患者に対するケアを最優先しなさい。
- (2) 全ての患者を丁寧に思慮深く治療しなさい。
- (3) 患者の尊厳と秘密を守りなさい。
- (4) 患者の声に耳を傾け、その考えを尊重しなさい。
- (5) 患者自身に情報を理解できるように伝えなさい。
- (6) 患者の自己決定権を最大限尊重しなさい。
- (7) あなたの医師としての知識と技能を最新のレベルに保ちなさい。
- (8) あなたの職能の限界を知りなさい。
- (9) 正直で信頼されるように努めなさい。
- (10) 個人情報尊重・保護しなさい。
- (11) あなたの個人的信条が患者に対する医療を左右しないようにしなさい。
- (12) あなた、または同僚が医療に対する適性を欠くことを信じるに足る十分な根拠がある場合、速やかに患者を危険から守りなさい。
- (13) 医師としての立場を悪用してはならない。
- (14) 患者の利益を守るように同僚と協力しなさい。

末尾には、「これら全ての条項について、患者や同僚を不公正に差別してはならない。また、自らの行為を正当化できるようにいつも心がけていなければならない。」と記載されている。後で示すように、審議会の決定を示すときにも、処分の根拠として、この冊子の項目が引用されている。

4. "Fitness to Practice Procedure" (医療適性審議手続き) による審議内容の提示

この手続きに関する小冊子には、GMC の審議

の手続きが書かれている。

GMCは医師に対して、以下の各項に該当する場合、措置を講じることができる

- (1) 医師が有罪判決を受けた場合。
- (2) 医師の行った行為が深刻なため、その医師が医療行為を続けることに関して医師の適性に疑問が持たれると思われるような証拠がある場合（深刻な職業倫理違反・非行）。
- (3) GMCの指針（「良い医療」）の明確な記載の有無に関わらず、医師登録に重大な懸念を生じるに足る適正なケア（医療行為）に関する注意義務違反が反復された証拠がある場合。
- (4) 健康上の理由により医師が医療従事者としての適性がないという証拠がある場合。

GMCは、医師の適性が疑問視されるような最も深刻な懸念のみを想定しており、患者の懸念や苦情には、まず、後記(5)の公的苦情処理システムが対応する。

上記各項の内、日本の医道審議会が現実に対応してきたのは、(1)の刑罰と(2)の医療保険請求等に関する違反に限られている。(3)は、医療ミスを含む概念であるが、英国では、よほど重大でない限り、1回の医療ミスのみで処分の対象となることはないという。

5. GMCの審査の実態

英国では、国民健康保険 National Health Service (NHS) が、医療費の約 85% をカバーする。NHS は、患者の苦情（文書）に対して病院勤務医は 10 日以内、開業医は 20 日以内に文書で答えなければならないとしており、この段階で約 98% の苦情が処理されている。次の段階には、行政の審議パネル、さらに、オンズパーソン審議がある。また、日常、医師（病院）・患者間で、相互に法律家・医師（鑑定人）を立てた評価と法的折衝が行われている。一方、医療関連死亡例の大部分が coroner に届け出られ、多数が法医学解剖されている上、必要な医療関連死事例に対しては、インクエストという検視陪審法廷が開かれ、遺族・医師の死因に関する疑問に答えている。このように、GMC へ苦情が提起される前の段階で、多くの医療に対する苦情が処理されており、死因も究明されている。日本では、私的な民事和解プロセスがあるとしても、このような実効的な行政機構はない。

まず、審議の第一段階として、GMC に対する苦情申し立て (complaint) は、2002 年度の統計に

よると 3,943 件あり、内訳は 3,871 件が職業倫理違反 (professional misconduct)、ケア (care)、及び犯罪疑い (2,764 件で医師を特定) であり、72 件は健康問題であった。申し立ての 76% が一般から、14% が公職者、6% が医師からであった。以下の数字も、全て、2002 年度の統計による。

ブリストル事件では、麻酔科医による心臓外科医のリピーターに関する内部告発を病院長（格）が放置し、この麻酔科医が国外移住を余儀なくされた。「良い医療」は、同僚が患者を傷つける懸念がある場合には内部告発することを勧めている。これは、内部告発なしには医療事故の実態が把握できないこと、内部告発者を保護する必要性に対応した処置と思われる。一方、病院側が医師を訴えることも少なくない。

情報収集に関しては、まず、GMC で訓練を受けたケースワーカーが苦情に対して調査をし、審議の要否を決める。そして、調査が必要な場合、情報報告書、全ての医療記録及び報告書のコピー、苦情の申立書の提出が求められる。また、当該医師には、公的な決定や審議の前に発言の機会が与えられる。

第二段階では、指名された医師の審査会メンバーがスクリーナーとして指名され、次の段階の手続きに進む位深刻かどうか、そして、職業倫理 (professional conduct)、医療行為 (performance)、健康 (health) の内、いずれの審議会にかけるかを検討する。スクリーナーの決定は、1,566 件が不受理、558 件が予備審議会 (Preliminary Proceeding Committee : PPC) へ紹介、102 件が医療行為審議会 (CPP, 後記(6)参照) へ紹介、13 件が健康審議会 (HC, 後記(6)参照) へ紹介であった。スクリーナー段階で結論が出されたのは、1,388 件が標準以下の治療、93 件が不正直、24 件が機能障害、42 件がセクシュアルハラスメント、5 件が暴力であった。

スクリーナーが PPC へ紹介した理由は、292 件が標準以下の治療、149 件が不正直、37 件が機能障害、58 件がセクハラ、5 件が暴力であった。PPC は、私的に集まる医師及び一般人の審査団 (パネル) であり、職業倫理審議会 (PCC, 後記(6)参照) に紹介するかどうかを決める。PPC にかかった 610 件 (前年までの事例も処理されている) の処分の結果は、236 件が PCC へ紹介、29 件が HC へ紹介または自発的健康回復手続き、150 件が警告文書、115 件が忠告文書、80 件が不処分であった。

6. 職業倫理審議会 (Professional Conduct Committee : PCC)

PCC は、GMC の職業倫理（品行）に関する審議の公開される最終段階である。MPS・MDU のような医師の権利保護団体の法医学専門家や弁護士が法的代理人を勤めることが多い。審議会は、医師・法律査定官（legal assessor）・一般審議委員などからなるパネル（審議団）を前に、予備審議会（PPC）委員が一方に訴追側として座り、当該医師・法的代理人・弁護士が他方に対面して座り、必要な場合、鑑定人が召喚され、一般の傍聴が可能な裁判の形をとる。PCC の開催前に、GMC の法律家は証人調書、鑑定報告書、及び医師の審査に必要な全情報を準備する。当該医師が証人として審議会に呼ばれる場合には、多くの注意が与えられ、必要経費が支払われる。当該医師は、宣誓のもとに証言を求められ、パネルに質問される。審議の結果は、処分無し、登録抹消・停止、条件付登録、または、警告である。処分とは別に助言書を発行することもある。2002 年度、延べ 651 日間、PCC がロンドンとマンチェスターで開かれた。ほぼ、1 日 2 件の割合で、PCC 審議（職業裁判）が実施されていることになる。新受件数は 222 件、再審査 22 件、再登録申請 4 件であった。

PCC により結論が出された 238 件の内容は、63 件が無罪・証拠不十分、7 件が有罪であるが不処分、29 件が懲戒、33 件が免許条件付与、24 件が免許停止、48 件が免許取消、4 件が健康委員会へ引継ぎ、10 件が持ち越し、6 件が条件付免許の停止、6 件が停止延長、8 件が登録回復申請であった。登録が回復されたのは 1 件、延期されたのは 2 件であった。条件付与とは、指導医の監督下に医療を行うというような対応である。登録復帰プログラムは、各学会などが示しており、当該医師が自主的に受けた上、復帰申請できる。

7. 医療行為審議会 (Committee on Professional Performance : CPP)

GMC は、医療業務能力に深刻な欠陥があるように見える医師を審議する。CPP は、医師の態度・能力・臨床及びコミュニケーション技術・臨床記録及び監査報告について評価・審議する。また、重大な、または、反復する医療ミスに関する審議をする。予備審議会（PPC）からの紹介事例を審議し、一部は、下記の ARC へ紹介される。GMC は、情報入手後、まず、審議すべき事例か

どうか検討し、必要な場合、医師を呼んで技能や知識を評価する。もし、医師が審議を受けることを拒否した場合、評価検討委員会（Assessment Referral Committee : ARC）に紹介される。ARC は、医師に期間内の評価受諾を命じる。GMC に医師を報告した人は、ARC の聴聞を受けることがある。40 件の ARC への紹介事例の内、15 件が医療行為能力評価へ、17 件が評価不要決定、8 例が自発的抹消であった。ARC の評価が完了した 67 件の内容は、14 件が能力十分、18 件が不適格（CPP 聴聞へ）、8 件が条件付受認、16 件が自発的取消であった。12 件が CPP 評価へ紹介され、8 件で聴聞が行われ、4 件が評価を指示され、3 件は評価不要と判断され、2 件は自発的取消、4 件は年内の CPP 聴聞無しであった。

GMC は、医療行為能力を調べるために、訓練を受けた審議専門家として、通常、2 名の専門領域医師と 1 名の一般人からなるチームを送る。審議は、医師の態度、知識、臨床上及びコミュニケーションの技能、臨床記録及び聴聞結果をもとに行う。審査後、事例は事例コーディネータに報告され、次の段階に進むかどうか決められる。次の段階では、(1)特に重大な医療行為上の問題がない場合、これ以上の措置を取らない、(2)問題があるが、患者に危険性が無い場合、医療業務改善のための対応を要請する、(3)医療行為の遂行能力に深刻な問題がある場合、CPP に紹介する。CPP は、必要な場合、医師登録の停止・条件付与ができる。

2002 年、80 名の医師が CPP に回され、57 名に対して審議が開始された。この内、医療業務評価に回された事例が 15 例（38%）、評価不明が 17 例（42%）、自発的登録取消勧告が 8 例（20%）であった。評価が完了した 67 例の内、医療行為適合 14 例、不適合（CPP 聴聞へ）18 例、評価が許容範囲内（改善要求書）8 例、自発的抹消 16 例であった。2002 年度、新たに CPP に紹介されたのは 18 例、CPP 聴聞実施は 27 例、医療行為受容可能は 9 例、CPP による免許停止は 7 例、条件付免許が 11 例であった。

8. 健康審議会 (Health Committee : HC)

病気が深刻でありながら診療を続ける医師に対して行われる。しかし、可能な場合、GMC は病気を治療して、職に戻ることを勧める。

健康スクリーナーと健康部門に対する苦情の申し立ては、一般が 42%、公職者が 24%、医師が

23%であった。初期スクリーニングの結果は、202件の内、149件が医師召喚・検査、11件が証拠十分として無処分、7件が調査打ち切りの上登録抹消、13件が証拠不十分として調査打ち切り、2件が死亡などであった。

予備審議会（PPC）調査事例を含む71件の健康検査の結果は、23件が医療不適格、33件が適格であるが勧告、15件が助言不要かつ医療適格であった。処分対象者上位の職種は、29%が開業医、24%が精神科医、16%が内科医であった。医学的助言の理由は、46%がアルコール関連、53%が精神疾患関連、14%が身体的理由であり、各々の組み合わせが多かった。

HCの152件の結論は、68件が条件付与、44件が免許停止、12件が無期限停止、10件が不処分、10件が持ち越し、4件が死亡、4件が自発的取消であった。

2004年に導入された新しい審議手続きでは、GMCスタッフ・事例調査官による調査委員会が行う調査の段階と、医療適性審議パネルによる審議会段階が、各々、別のメンバーにより独立して行われるようになった。GMCは、公募等により約150名の専門家パネルを要しており、審議会1日の参加費は、約200£（約42,000円）である。

今後、どの段階においても、事例を職業倫理・健康・医療業務能力に分けずに、これらの要素における医師の適性は結び合った閉じた輪として考えられるように、新しい手順が考えられている。すなわち、重大な職業倫理違反・医療行為能力欠陥・不健康と分けずに、これらが総合された医師の医療業務適性の障害として評価する考え方に変わってきている。

9. 暫定命令審議会 (Interim Orders

Committee : IOC)

GMCは、審査のあらゆる段階で当該医師が患者にとって危険な場合、当該医師自身に危険がある場合、または、公衆の利益に反する場合には、直ちに、登録停止または条件付与ができる。そのため、独立した委員会IOCが審議する。2002年度、IOCから高裁への紹介が57件であったとあり、医師が控訴できる上級審議機関が枢密院から高裁に変わったことと対応しているものと思われる。

10. 審議会開催日数及び審議期間

(2002年)

開催延べ日数は、予備審議会（PPC）41日、職業倫理審議会（PCC）651日、暫定命令審議会（IOC）97日、健康審議会（HC）56日、医療行為審議会（CPP）123日、評価検討委員会（ARC）29日であった。審議期間は6ヶ月以内を目標としているが、もっと早いこともある。

月内達成率（2002年）は、調査・初期審査・スクリーニングは1月74%（258/351）、12月95%（225/237）、健康スクリーニングは1・12月とも100%（8/8、7/7）など、月内達成率が高い。2002年1月に2,900例あった未解決件数が、12月には1,800件に減少した。かねてより、審議期間が長いことが批判されていたが、迅速化に努めた結果と思われる。

以上の審議会の有責処分内容をまとめると、表1のようになる。登録停止及び取消を合わせると、161名が実質的に医療業務従事を停止されていることがわかる。

表1 各審議会の処分内容（有責のみ、2001年度）

	懲戒	条件付与	登録停止	抹消	自発的抹消
職業倫理審議会PCC	29	33	30	48	
医療行為審議会CPP		11	7		
評価検討委員会ARC		8			16
健康審議会HC		68	56(無期12)		4
暫定命令審議会IOC		33*	44*		
合計	29	120	93	48	20

*:他の審議会と重複していると思われる。

11. 審議の実例

① 腹腔鏡手術ミスのリピーターに対する職業倫理審議会（PCC）審議と処分の代表的事例（Siddle NC, ロンドンメディカルセンター登録医）。

1991年9月13日、患者1の手術に際して、尿管を切断したが、術前、尿管の修復に関して、尿管は泌尿器科の領域であり、本来は泌尿器科医に助言を求めるべきところ、求めなかった。患者の膀胱が空虚であることを確認せずに恥骨上膀胱穿刺術を行い失敗したが、術後、患者に術中の合併症を説明せず、10日後、再手術を余儀なくされた。

同年12月4日、手術を行うに足る十分な経験がないにも関わらず、患者2に対して腹腔鏡下経膣子宮摘出術を行った。その結果、ステイプルガンにより右尿管をはさんでしまい不完全閉塞に陥

れた。同月18日に右尿管の再移植術を行ったが、術後、患者の診察を不当に遅らせ、怠った。

1992年1月7日、手術を行うに足る十分な経験がないにも関わらず、患者3に対して、腹腔鏡下経膣子宮摘出術を行った時、膀胱底部に直径2cmの孔を開け、左右尿管を傷害した。同月10日、腹腔鏡手術では無理だとされているのに、直径2cmの膀胱の穴を修復しようとし失敗した。同月15日頃には、左右尿管の修復手術が行われたが、術後、患者の診察を不当に遅らせ、怠った。

同年6月14日、患者4の手術を担当し、腹腔鏡下子宮筋腫摘出術を行う上で、筋腫が大きく出血の危険性があるにもかかわらず、不適切にも日帰り入院とした。

同年8月17日、患者5の手術中、下行結腸に長さ5cmの裂け目を作ってしまったが、最初に一般外科医に相談することなく、修復を試み、同月22日には、腸瘻を作るに至った。

患者は、書面でSiddle医師に苦情を告げたが、自ら速やかに患者に会うこともしなければ、顧問医にも紹介しなかった。また、合併症に関する患者の懸念に対して適切な説明と確認を怠った。以下中略。

結論として、PCC議長は、以下の決定を宣告した。Siddle氏、審議会は、貴下が行った7名の患者に対する術前及び術後の治療のミス、加えて、腹腔鏡・開腹手術における貴下の手術の技量に関する多くの重大な懸念について聴聞した。審議会は、貴下が7名の患者に対して行った医療の水準は、一般人がGMC会員に対して期待する医療水準を大きく下回る水準であると決定した。全ての医師は、患者の医療を最優先すべき義務を負う。そして、治療する時には、十分な能力を備え、職業上の知識と能力の限界を知らなければならない。審議会は、貴下が認め、結果として貴下に責任があることが証明された事実につき、重大な職業倫理違反により有罪と判断し、登録を取り消す。登録は、28日以内に上告（当時は枢密院、現在は高裁）しなければ、取り消される。

② 職業倫理審議会（PCC）事例

救急外傷専門医であるA医師は、専門上、求められないのに、2名の女性を訪問し、その内1名は精神病の病歴のある無防備な女性であるのに、不適切な器具を用いて内診した。

PCCは、「良い医療」には、「患者が医師を信頼しないといけないう職業上の地位を悪用し、医師は患者の信頼を裏切ってはならない」と書いてあるが、A医師は自らの行為により深くこ

れらの基本的原則を侵した。「良い医療」には、さらに、医師は診療に当たり、正確かつ迅速に適切な所見を記載しなければならないと書かれている。Mさんを訪問したときに、カルテの記載を怠ったことにより、A医師は、この責任を果たさなかった。医師は、患者が最善の利益を得るように働かなければならない。審議会は、A医師のMさんに対する行為は、この基本的な原則を破る行為であるので、医師登録を取り消す。

③ 予備審議会（PPC）事例

コンサルタント精神科医であるB医師は、代診として十分な検査と診断を行うことなく看護師に薬物の処方命令を命じた。「良い医療」には、良い臨床ケアには病歴、症状、及び、必要な検査に基づく十分な病状評価を求め、診断・治療を実施・計画する時には、十分な能力を要すると記されている。また、「良い医療」によれば、医師は、患者に必要な場合にのみ、治療・薬剤投与・医療器具使用を指示できるが、この指示に従わなかった。「良い医療」は、また、適切な医療業務、決定事項、患者へ伝えた事項、指示された全ての治療と薬剤について明確・正確・適時に医療記録を記載するように指示している。薬剤濫用クリニック保管の患者ノートには、必ずしも全ての薬剤の処方方針や、看護師との応答が記載されていない。事実、しばしば、看護師と患者の容態について議論せず、薬剤処方が適切でない。したがって、長期間に渡る「良い医療」に対する重大な違反に基づき、本審議会は、登録取消を決定した。

④ 医療行為審議会（CPP）事例

C医師は、地域保健機関からGMCに紹介され、医療業務能力評価に続いてCPPにかけられた。審議会は、彼の能力には重大な欠陥があるとして、以下のように決定した。貴下の医療行為は、「良い医療」の原則に照らして、パネルにより評価され、次の結論に達した。1997年以來の医療行為につき、審議会は、医療費・人的資産を濫用し、救急医療・教育活動において重大な欠陥を有すると判断する。審議会は、治療実施及び計画、転医、カルテ保持、患者とのコミュニケーション、患者への敬意、同僚との人間関係など過去の医療業務についても懸念を見出した。

10. 考察

英国では、GMCが、独自の調査システムに加えて、コローナ制度下の多数の届出と解剖に裏付けられた確かな事実認定を用いて、医師自らによ

る医学専門性が高く公正な審議をしている。審議は、一般人の多数の苦情、内部告発、コロナーなど公的機関からの申し立てを受けて、スクリーニングから職業裁判までの各段階で、医師が、法律家の助けを借りて、一般人との共同作業により効率的・専門的に審議をし、かつ透明性を確保している。

GMCは、年間161名(2002年度)もの医師に対して登録抹消・停止の行政処分をしている。この厳しさにより、GMCと医師は、社会から信頼されている。また、懲罰的な観点でなく、医師の質を高める観点が徹底されていて、医業の条件付許可や、再登録などが、具体的な基準に照らして行われている。日本の医道審議会は、最近、約33年間で約800名に免許抹消・停止の処分をしているが、事実認定の手段が刑事捜査と報道に限られている上、処分は、懲罰的要求には応えても、審議内容が公開されていないので、医師の質の向上には、あまり、役立っていないように見える。GMCの苦情に対応する事実調査のシステムや、専門家参加のシステムは、医道審議会にも取り入れなければならないであろう。

英国では、GMCが審議基準をGood Medical Practice(「良い医療」)等に明記するとともに、教育、登録・再登録時の評価の基準とすることを通じて、より体系的に医療や医師の質の向上に役立てようとしている。この審議基準は、インフォームドコンセント、終末期医療、感染症、治験などに関して、小冊子として次々に発刊されている。その過程では、学会や医師保護団体との折衝が行われている。このように、いろいろな立場の医学専門家集団が、法律家の助言と、一般人の監査の下、実質的に“医療水準”となる審議基準を自ら設定し、自ら守り、守らせるという自律的な運営をすることにより、医療の質の向上に関して、恒常的にポジティブなフィードバックの環ができています。例えば、病院長(格)の医師が内部告発を無視して心臓外科医のリピーターによる多数の子供の死亡を許した事例に学んで、内部告発を推奨し、病院長などの管理責任の違反を処分している。また、内視鏡手術後の合併症に関する外科医の医療行為につき、患者に死や重大な後遺症を与えなくとも、リピーター行為に関して、根拠を示して、登録が抹消されていることを、私達でさえ知ることができる。このように、審議が公開されているので、個々の医師が事例に学ぶとともに、医療事故の予防や医療の質の向上につながる視点を持つことができる。国民にとっても、理解しやすく、

透明性が高いので、信頼できる。また、医師にとっては、処分の基準や手続きが明示されている上、審議の透明性が高いので、処分にも納得しやすい上、普段から注意すべき医療水準を知ることができる。一方、医師保護団体の専門家が法的代理人を引き受け、医師の権利を擁護しながら、紛争対応・予防の視点から、医師を教育している。

日本の医道審議会には、示すことのできる明確な処分の基準がない。そして、個々の刑事事件や報道された事件を、十分な専門的調査をせずに審議をし、懲罰としての処分のみを行っているように見える。あるいは、十分な調査や審議が行われていても、公開されていないので、知るべきがない。医療水準に関して、医療現場では、結局、刑事・民事で裁かれた事例に関する報道、あるいは、判例や解説からしか知る手段がない。また、裁判官が作る水準であるので、医師自らのものとは、自覚されない。自らの行動規範を医師達が共同して創るのと、運悪く懲罰された仲間の判例から学ぶとでは、医師達の、医療の質の向上に対する意欲に大きな差が出るのは、当然であろう。

英国のGMCや米国の州Medical Boardでは、行政処分を、医師の資格審査を通じた事故予防対策と位置づけることによって、医療の質の向上に役立て、審査の公開性と透明性により社会の信頼を得ている。元来、刑事・民事処分には、事故予防や医療の質の向上に対する視点は期待できない。今、医療関連死の届出と、死因究明に関する第三者機関創設の議論が盛り上がりつつあるが、実際に、事故の予防や医療の質の向上に結び付けるには、GMCのような、行政処分(指導)と教育のシステムの構築が必要である。それによって、国民の、事故原因究明と説明、医療事故の予防という尊い要請に応えることができる。GMCの活動において、医師自らが、社会に対する専門家としての説明責任と管理責任を真摯に果たそうとしている点には、学ばなければならない。

医療事故は、民事対応による賠償請求によって解決できる面はあるとしても、刑事対応による個人のミスへの追及は、届出を抑制するので、医療事故予防の観点に立つと、マイナス面のほうが大きい。医道審議会が、刑事捜査に便乗し、自ら専門的調査や審議をしないで懲罰を強化してゆけば、近い将来、司法改革に伴う民事・刑事事件の医療関連訴訟の増加とあい俟って、医療界に大混乱が起こることは間違いない。加えて、医療事故は、個人のミスよりは、医療のシステムの問題に起因することが多いといわれている。院内感染も、

また、行政が対応しなければならないシステムの
問題といえる。さらに、終末期医療や治験のよう
な倫理的な問題にも対応しなければならない。
GMCは、このような問題にも積極的に取り組ん
でゆく意欲を自ら Good Medical Practice 姉妹編の
発刊により示し続けている。何より、GMCが医
学部教育カリキュラムの策定という本来の任務に
加えて、登録・再登録の基準・手続きを定め、
「明日の医師達 (Tomorrow's Doctors)」を小冊子と
して発刊して、医師の再教育に、より一層、力を
入れる姿勢を打ち出した点に、GMCの医療の質

の向上に対する熱い思いを読み取ることができる。

今、日本でも、国民に対する医師の説明責任の
あり方、そして、医道審議会の処分のあり方が、
厳しく問われている。GMCに学び、医師の自律
的な行政処分や教育のシステムを確立し、医師自
らが医療の質の向上に積極的に取り組んでいくこ
とが、一つの道筋である。

(よしだ けんいち／くろき ひさなが／
かわい かくじ)

文献

- 吉田謙一＝黒木尚長＝河合格爾＝武市尚子＝瀬上清貴「英国のコロナー制度にみる医療事故対応—第三者機関のモデルとして」判タ 1152号 75頁
- 吉田謙一＝瀬上清貴＝武市尚子＝河合格爾「ロスアンジェルス郡検死局見学記—医療事故の異状死としての取り扱いを中心に」日本医事新報 4150号 59-64頁 (2003)
- 吉田謙一＝上村公一＝新谷香＝池谷博＝武市尚子＝河合格爾＝中嶋信＝坂幹樹「医療関連急死事例の死因決定制度の問題点と要改善点—医療監察官と医療承諾解剖制度の提唱」日本医事新報 4136号 59-63頁 (2003)
- 宇都木伸「イギリスにおける日常医療の倫理」日本医事新報 4052号 21-25頁 (2001)
- GMC. Good Medical Practice. Approved and issued 2001.
- GMC. Fitness to Practice Procedures. Issued 2002.
- GMC. Annual review 2002. Safeguarding good medical practice.