

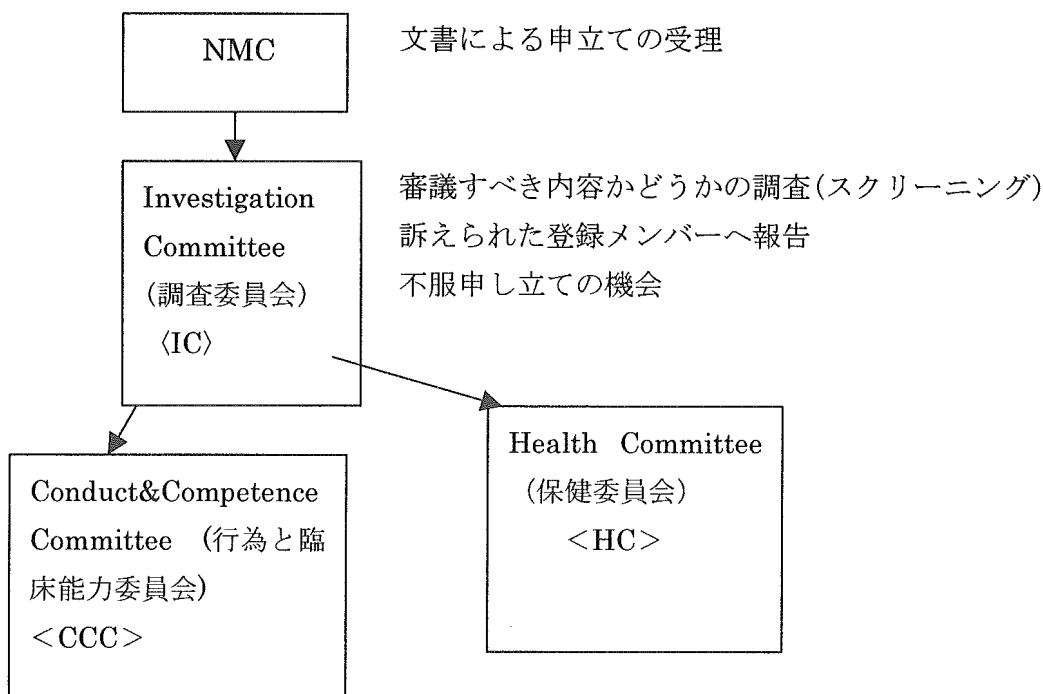
している。そのための手引書 (*Reporting unfitness to practise: A guide for employers and managers.*<sup>35)</sup> 職務不適格に関する報告手引書・雇用主/管理者用、*Complaints about unfitness to practise: A guide for members of the public.*<sup>30)</sup> 職務不適格に関する苦情手引書；一般用) を発行している。

これによると以下の事項について登録助産師の職務適性が損なわれているという申立てがあった場合、NMC は調査を行い当該助産師の職務適性を判断し、登録継続か除籍か等の決定を下すことになる。

- ① 違法行為  
(例 虐待、言葉による暴力、窃盗、不十分なケア、偽の記録など)
- ② 臨床能力不足  
(例 薬投与について計算ミス、投与ミス、記録ミスなど)
- ③ 健康が損なわれている場合  
(例 アルコールや薬物の使用、精神障害など)
- ④ 有罪判決や刑事警告を受けた場合
- ⑤ NMC 登録に関して不正を行った場合

#### 助産師への申立てから決定までの流れ

登録メンバーについての職務不適格の報告や苦情は以下のような手順で処理される。



NMC に届いた申立ては IC によりスクリーニングされ、内容により CCC か HC の委員会に審議が渡される。HC 委員会にかける内容は登録メンバーの健康に関わることなので、守秘遵守のためめったに公開されることはないが、それ以外はすべて公開性である。インター

ネットのホームページ上では公聴会のスケジュール（例として1つ紹介する）が発表され一般の参加を促している。

公聴会の例 2005年9月8日（木）10時から

ヒルトンエンジンバラエアポートホテル（住所あり）

Mary Anne Richard 46歳（仮名、実際は実名が掲載）

精神科ナース（グラスゴー出身）

2003年8月28日/29日

リチャードは処方された薬を投与せず、投与したかのように不義の記録をしたことで訴えられている。

さらにホームページ上では、これまでの審議の結果が掲載されている。一例を紹介する。（名前は仮名、実際は実名が掲載）

例 聴聞の種類；行為

登録者の名前：Sarah J. Ostin

NMC ケース番号：18573

公聴会の日程と場所：2004年6月20日 ロンドン、ハイヤットホテル

州：イングランド

決定：除籍

さらに登録者の名前をクリックすると、ケースの詳細がわかる。どんな違法行為が行われ、それを証明するのにどのような証拠や証言があったか、委員会がどのような理由でどう決定したかについて細かく説明されている。また、ホームページ上では登録している助産師すべてについて現在の登録状況がわかるようになっている。

### 臨床能力欠如を理由として報告する場合について

これは2004年8月から新たに施行された項目である。違法行為と別個のカテゴリーとして設けられた。この報告の詳細についてはその案内書（*Reporting lack of competence: A guide for employers and managers.*<sup>36)</sup> **臨床能力欠如の報告手引書：雇用主と管理者用**）が発行されている。その概略を紹介する。

「臨床能力の欠如」とは、助産師が臨床現場において、その専門分野の知識や技術不足、または判断力の欠如のために安全に効果的に職務を遂行する適性に欠けている場合をいう。助産師についての臨床能力の確保と維持についての責任は、助産師本人、雇用主、助産師のスーパーバイザー、そしてNMCが担うものである。従って、それぞれの立場であらゆる機会を通して、助産師に教育と技術獲得の機会を与えることが前提とされている。例えば雇用主（例 病院のトラスト）はプリセプター制度、メンター制、技術や知識評価制度、研修プログラムの提供などを通して助産師が職務を自律して責任持って果たせるレベルを維持することが求められる。さまざまな手立てを講じても以下のような状況の場合 NMC に

報告することになる。

- ✓ある一定期間の間において、技術、知識不足、判断の誤り、チーム連携不能、同僚や患者に対してのコミュニケーション欠如などの理由で、助産師が誤りを繰り返し、職務が遂行できるレベルに達していない。
- ✓技術や知識向上のためのさまざまな機会を与えたにも関わらず、レベルの上昇がみられない。
- ✓専門職としての適性欠如に対して認識不足。

報告する場合には、職務能力欠如を示すエピソード、助産師に与えられた教育の機会などについてすべて報告書にまとめて NMC に提出することになる。その後は、NMC の CCC 委員会にて審議され、当該助産師の登録を維持するかどうかの決定が下される。

### 2003/04 年度の職務行為年次報告

2003/04 年度期の職務行為年次報告より統計結果を紹介する。この統計は看護職（看護師、助産師、保健師）として公表されているので、助産師に特化したものではない。

- 申し立てられた不適切行為（違法行為）は 1460 件。前年度よりは 159 件増で増加傾向（例えば 98～99 年度は 1077 件）。
- 申立ての 48%は雇用主から。警察で有罪判決を受けたケースは 298 件。他は一般（患者）、同僚、スーパーバイザーなどからの申立てがあった。
- 地域別にすると、イングランドが 89.3%、次がスコットランドで 6.3%
- PPC (Preliminary Proceedings Committee 現 IC の前身)においてスクリーニング調査を受けたケースは 1511 件（複数のスクリーニングを受けたケースもあるので数が微増）
- PPC での調査結果；875 件はさらなる審議の必要なし、393 件が再調査、53 件は健康診断の必要、30 件は警告処分（5 年間は登録名簿に記載）、160 件は審議が PCC (Professional Conduct Committee で、現 CCC の前身)に委託。HC に委託されたのは 250 件であった。
- PCC にかけられた反則行為の内訳は；
  - ✓ 35%は看護職として不適切な職務内容（怠慢なケア、薬剤ミス、安全性に欠く行為など）
  - ✓ 15%は専門家として正確な記録の怠り
  - ✓ 30%は患者への虐待行為（身体虐待、言葉の暴力、性的虐待、窃盗など）
  - ✓ 3%は業務とは無関係の不適切行為
- PCC の決定は；
  - 登録からの除籍 127 件、警告処分 45 件、反則行為であったが問題の終結 2 件、不法行為の証拠不足 13 件、その他であった。
- HC に委託されたケース内容；アルコール依存 32%、薬物中毒 23%、うつ疾患 21.5%、その他の精神疾患 19%、健康障害 4.5%

- HC の決定 (217 件) ; 適性に問題なしで終結 63 件、一時業務停止 46 件、登録の除籍 13 件、決定の延期 41 件、医療診断待ち 54 件

## 6. 産科医の質の確保

今回の調査では助産師に焦点をあてたため産科医については大枠にとどまるが、インターネット上、文献、コンサルタント産科医へのインタビューを基に報告する。

### (1) 医師の質管理を担う GMC (General Medical Council)

GMC の概略については先に述べたので、ここでは医師の質管理をどのように行っているかについて報告する。

#### GMC の改革

GMC ではライセンスを持つ医師すべてが最新の医療を行い、適正が満たされていることを患者が常に確信できるようにする為に、GMC 史上 150 年来の改革を開始している。その 1 つが医師の登録方法、再登録に関する条件である。登録と医師ライセンスを分けて取り扱うことと、5 年毎に適性を証明する書類の提出が義務づけられることになる。最終的にどういう形になるかは、現在保健省や他の団体と話し合いを進めているところである。

#### Good Medical Practice

GMC ではすべての患者が医師から一定水準の医療行為を受けられるように、医師としてどうあるべきかについて Good Medical Practice を定めている。医師はこれに従うことが求められ、苦情や訴訟の場合、この基準に従っているか問われる。大項目のみ紹介する。

- ① 良質な医療ケア
- ② 一定水準の医療行為の維持
- ③ 教育、研修、評価、アセスメント
- ④ 患者との関係づくり
- ⑤ チーム医療
- ⑥ 真摯な態度
- ⑦ 健康

#### 医師の職務適性審査について

GMC には *Professional conduct committee (PCC)* (専門職行為委員会) があり、ここで医師への訴えは審議される。審議は 2 段階に分けられている。第 1 段階では医師に対する申立て内容が弁護士により口頭で陳述され、それに対して医師の弁護士がその申立てに異議があるかを述べる。弁護士からそれぞれの陳述に対して証言がなされた後、委員会だけで討議が行われ、審議すべきかを決定する。審議続行となった場合、第 2 段階に進

む。ここではさらに詳しく状況が報告され、さまざまな証拠、証言が付け加えられる。審議の後委員会だけで再び討議が行われ、最終的に医師の職務についての判定が下されることになる。委員会のみの討議以外は公開性である。

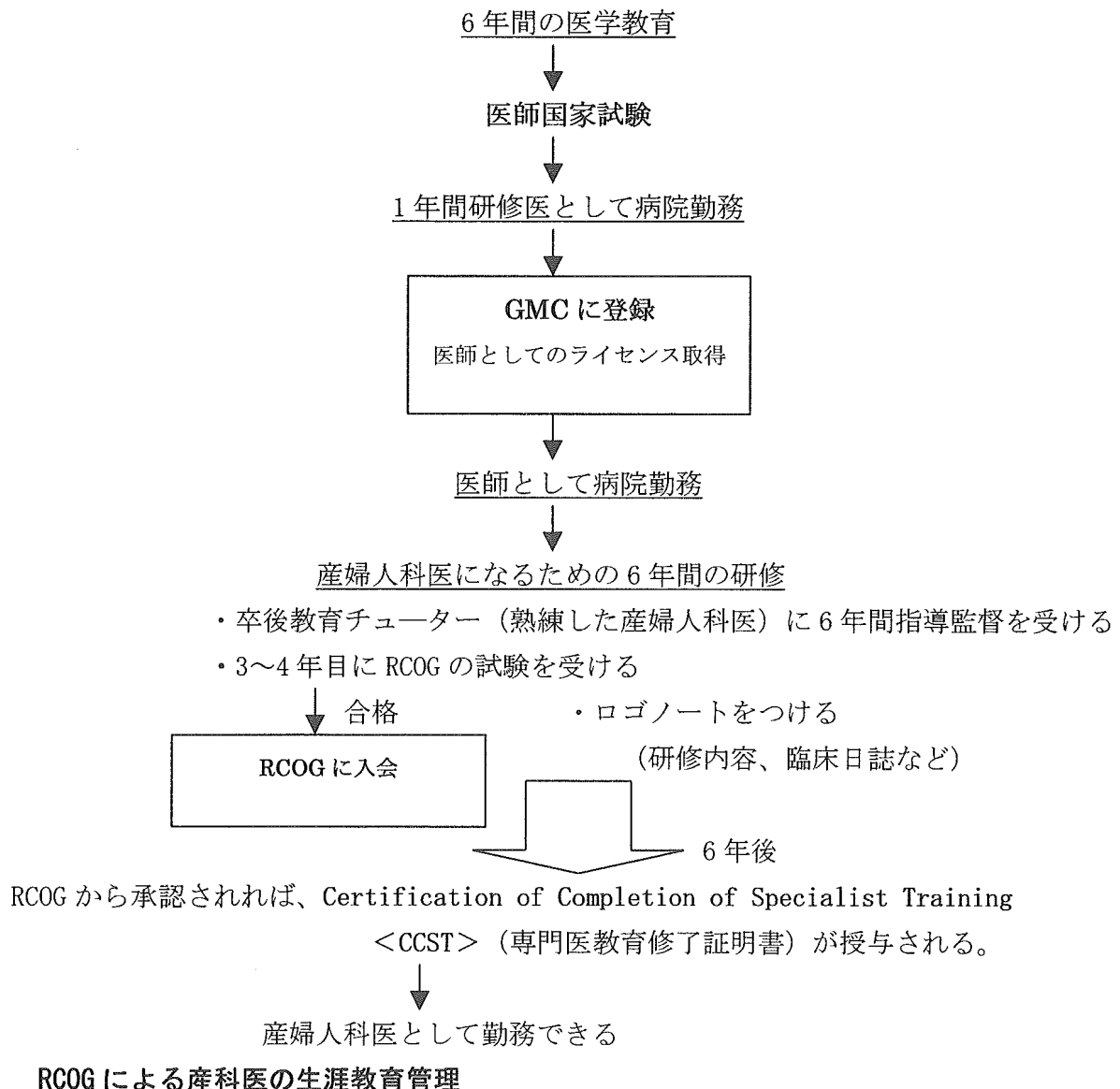
委員会は申し立てられた医師に対して以下の権限を持つ。

- ❖ 医師を登録から除籍する
- ❖ 医師の登録を一時停止する
- ❖ 医師の登録に条件を課す
- ❖ 医師の登録はそのままであるが、公けに警告を与える

## (2) 産科医の質管理について

### 産科医になるまでの道

産科医になるまでの道のりを以下の図で示した。その資格認定までには時間はかかるが、きちんとしたシステムの上に成り立っている。



RCOG では産婦人科医の生涯教育を *Continuing professional development (CPD)* として位置付け、そのフレームワークを提示し義務付けている。このフレームワークには 2 つの柱がある。

① 産婦人科医として要求される臨床教育に関する学習

② 臨床教育に直接関係しない学習、または産婦人科に特化しない臨床に関する学習

サイクル期間は 5 年毎。この間に最低 250 単位、そのうち 50 単位は上記 1 に属するものであることが最低条件である。さらに DIARY を記録することが求められている。これは医師が自己学習や臨床内容について常に記録するものである。DIARY の提出は義務ではないが、いつ提出を求められてもよいようにしておかなければならない。提出を求められた場合には、これに添えて、国内外のカンファレンス、学会等への出席証明書、ワークショップなどへの出席証明書、自己の出版物のリストなどを提示することになっている。5 年毎に RCOG から条件を満たしていることが認定されれば、CPD リストに名前が掲載される。このリストはインターネット上で一般を含め誰でもアクセス可能であり、医師の資格現況を知る手がかりとなる。この生涯教育についての詳細は GUIDE の冊子 (*CPD Guide, CPD Diary*)<sup>37) 38)</sup> が RCOG から出されており、医師はこれを参考に医師としての自己研鑽に努め、それを記録 (証明書とともに) し、報告するというシステムが整っている。

## 7. 考察と日本への提言

リスクマネジメントは当初いかに訴訟を減らすかという観点から始まった。それはニアミスや有害事象が起こった時に、院内で報告書に記入し、内部だけで討議し訴訟に備えての対策とした。それは施設内だけの機密事項であった。その概念から前進し、ニアミスや有害事象から学び、リスクを減らし患者の安全向上を確保するためのリスクマネジメントに進化している。さらに英国のクリニカルガバナンスという総合的フレームワークのように、医療管理のあらゆる視点からリスクマネジメントに取り組み、医療サービスを質的に向上させる体制になっている。今回はそうした総合的リスクマネジメントの視点で英国の産科医療を調査した。順をおって英国の実態を考察し、我が国の参考となる事項を明確にすることで日本の産科医療への提言としたい。

### 1) リスクマネジメントの出発点；良質な医療者を育む

医療リスク回避の根本は、自律して機能できる有能な医療者を養成すること——教育——から始まる。そして教育の質と内容は国が (私たちが) どのレベルの助産師を社会に送り出したいかという達成項目によるだろう。周産期ケアの担い手である助産師養成を考えてみる。妊婦、産婦、褥婦、新生児のケアが、どういう出産環境 (自宅、助産院、クリニック、病院) でも自律してケア管理できる助産師を育てるのか、産科医の指示のもとで、アシスタント的に有効に機能できる助産師を育てたいのかで、求める教育は違ってくるだ

ろう。以下、助産教育について要点のみ英国と日本を比較してみる。

- ① [英] 看護教育とは別枠の助産教育である。  
[日] 4年間の大学看護教育（看護師と保健師養成）の中に組み込まれているのが最近の傾向である。
- ② [英] 養成期間は3年間。看護師レベル1の資格を持つ場合、1年8ヵ月。  
[日] 6ヵ月が規定。
- ③ [英] 教育修了のための臨床条件が厳しい（妊婦で100例以上、分娩40例以上、新生児100例以上など）  
[日] 10例程度の分娩のみ。
- ④ [英] 国家試験はないが、養成機関はNMCの要求する基準に従い毎年監査を受ける。それゆえ学校修了後、助産師として登録し、その後も研修が義務。  
[日] 国家試験に合格すると永久ライセンス取得。卒後研修義務はない。

単純に要点のみ英国と比較した場合、我が国の助産師養成は、自律して周産期ケアを管理できるレベルに到達できにくいのが明白である。教育機関をどこに位置づけるかということ（専門教育、専攻科、大学、大学院）も大切であろうが、まず新人助産師としてどの教育機関を卒業しても最低の水準が明確にされ、その水準達成のためには期間、臨床内容、臨床経験数が必要かなどをもう一度根本から見直すことが必要と考える。助産の専門職として自律してケア管理ができる助産師を育てることで、我が国の目指す安全で快適な出産、産科医不足問題の解消へとつなげる可能性を示唆したい。

### 産科医養成

調査で明らかになったことは、英国で産科医になるには医ライセンス取得後、6年間の研修が必要であり、専門医として位置付けられているということである。また産科医となった後の継続教育システムも明確である。今回はわが国の医学教育調査は行っていないので、英国と比較して考察することは控える。

## 2) 医療者の質の管理

我が国と大きく異なるところは、英国では助産師にはNMC、医師にはGMCという独立したカウンシルがあり、ここが医療者の質管理の中核となり、国民に安全な医療提供確保のために機能していることである。助産師も医師もそれぞれ自己研修の記録を保存し、専門家としての研鑽に励むことが再登録への条件である。また個々の助産師、医師に対する苦情の申立てに対して職務適性審査を行っている。NMC/GMCで調査の必要がありとされたケースについては、公開性の審議を経て登録についての決定が下される。NMCのインターネット上では実名でケースについて詳細が書かれてある。国民は知りたい医療者の登録状況などをインターネット上で知ることができる。

医療者の不適切行為に対してここまで公けにすることに多少の抵抗はあるが（犯罪行為は別である）、システムが誰の目にも明確であり、ある意味、専門職としてのあるべき姿、

倫理に対しての厳格な取り組みは、専門職としての自覚を高めることになるだろう。また公聴会にまで進むケースは医療人としてはあるまじき特殊なケースであり、悪意のないインシデントなどについてはかなりの支援システムが整っている。我が国ではこれまで審議の対象になったケース（医道審議会）はあまりないだろうがまず公には明白ではない。現実に医療倫理に反する行為が英国に比べて少ないのか、システム化されていないため見えていないのかは定かではない。いずれにせよ、医療人の質管理については明確なる監査機能を有していない我が国では議論が待たれる。

### 3) 周産期ケア現場でのリスクマネジメントの完備

英国の産科現場ではリスクマネジメントが整い有効に機能しはじめている。国は訴訟の多い産科に対しては別枠の詳細なる基準により2年ごとの監査を実施している。その他に、病院全体の監査機構であるヘルスケアコミッション、そして地方監督局からの年次監査がある。産科現場では、外部団体のNICE、RCOG、RCM、BAPMから出ているガイドラインを参考にさまざまなトピックについて病院独自のプロトコールが整っている。スタッフには各種の研修が提供されており、例えば母親や新生児の蘇生術については毎年更新しなければならない。インシデント報告は院内でシステム化されており、その分析結果がスタッフに返され、勉強会が開かれている。あらゆる機会を通して、スタッフは安全な医療が提供できる支援システムに支えられている。

我が国の産科医療現場ではこれからこうした内容を整備していくことが緊急課題であろう。また、産科医療担い手の大半はクリニックという我が国の現状を考えると、例えば近隣の大きな病院とチームを組んで、リスクマネジメントの研修、教育提供の機会などを共有するといった措置も必要であろう。

### 4) 協働思考

最終的にリスクを減らすのは人々の意識ではないだろうか。ヒエラレキーで硬直した組織ではなく、風通しのよい人間関係がリスクマネジメントを支える根底にあるといってもよい。英国の周産期ケアは助産師と産科医の役割が明確化し協働体制で運営されている。助産師が女性とパートナーシップをとり、女性のケアへの主体的参加を促す役目を担う。こうしたことが国の方向性としてしっかり明文化され、各組織により具体的な取り組みが始まっている。産科に訴訟が多いのは先進国ではどこも同じである。それだけに、助産師、産科医、女性がそれぞれの役割と責任を尊重し、協働思考の下、より良い周産期ケアに向けてチームで取組む文化づくりが大切である。「人間は間違える」という可能性は決してゼロにはならない。リスクは絶えず存在する。しかし、医療側がオープンで人間としてできる最良のケアを施す努力を怠らずインシデントを最少限にする手立てを行い、また女性側は自らも積極的にケアの決定に参加（インフォームドチョイス）していくことにより、インシデントは減り、たとえ起ったとしてもそれが訴訟に至るケースは減ることであろう。

さらに人間関係だけでなく、このことは組織関係にも同じことがあてはまる。英国での



調査を通して見えてきた一つが、横の組織間のつながりが強化され、協働することによりより良い結果、より早い結果を導いていることである。医療安全に関して、NPSA が、ヘルスコミッションや訴訟局などとたえず情報交換を行う。NMC が教育の認定プロセスのために保健省の教育質保障課と共同してガイダンスを作成する。医療に関わる学術団体が、トピックに相応して共同で戦略を考案する。助産師と産科医の王位協会が共同で安全な周産期医療のためのワーキンググループを編成して声明を発表する。それぞれの組織がそれぞれの立場と役割を尊重して協働する。情報がスムーズに流れ、同じ理念のもとに活動が進むために効果的な取り組みにつながり目標が早く達成される。閉じた発想では発展が限られる。人と組織のこの協働思考こそがこれからの安全な医療ケアの鍵になると考える。

## 5) 最後に

時代の流れは早い。テクノロジーは人間の意識変化を待たずに医療現場を変えていく。もちろん人々の医療に対する意識も進化してきた。当然、一昔前に作った、法律、規定、システムでは事がうまく運ばない。医療のモダン化に取り組む英国は、次々とあらゆる事の改革に躊躇せず着手している。医療安全に向けてのこの5年間の改革は目をみはるものがある。現在も改革が続行中である。我が国は確かに医療の技術面では優れているし、周産期指標も先進国の中ではかなり安全性が高い。しかし明確な政策が見えてこないのと、改革への足踏み状態を感じることもある。新たな周産期医療モデルを模索している我が国ではあるが、英国の産科管理のあり方は大いに参考になるのではないか。

## 8. 引用、参考文献

- 1) The National Patient Safety. *The National Patient Safety Agency: Annual Report and Accounts 2004-2005*. TSO, London UK, July 2005.
- 2) *Business Plan 2004-05*. NPSA, London UK, 2004.
- 3) Correct Site Surgery. *Patient safety alert 06*. NPSA, March 2 2005.
- 4) The National Patient Safety Agency. Medical error. NPSA, London UK. 2005
- 5) *Building a memory: preventing harm, reducing risks and improving patient safety---The first report of the National Reporting and Learning System and the Patient Safety Observatory*. NPSA, London UK, July 2005.
- 6) Safety Alert Broadcast System, [[www.info.doh.gov.uk/](http://www.info.doh.gov.uk/) ]
- 7) マタニティサービス枠組み、2004 [[www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndsocialCareTopics/ChildrenServicesInformation/fs/en](http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndsocialCareTopics/ChildrenServicesInformation/fs/en) ]
- 8) NHS 訴訟局 [[www.nhsla.com/](http://www.nhsla.com/)]
- 9) ヘルスケアコミッション [[www.healthcarecommission.org.uk/](http://www.healthcarecommission.org.uk/) ]
- 10) 妊産婦と子供の健康のための守秘調査所 [[www.cemach.org.uk/](http://www.cemach.org.uk/) ]
- 11) Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. *Why Mothers Die*

- 2000-2002. RCOG Press, London UK, Nov. 2004
- 12) AIMS [[www.aims.org.uk](http://www.aims.org.uk) ]
  - 13) ビバリー・A・ローレンス・ビーチ. 「女性に『エビデンス』と『勇気』を」 *助産雑誌* 58 (6) : 64-68、2004.
  - 14) Association For Improvement in the Maternity Services. Why are more mothers dying? *AIMS JOURNAL* 16 (4) 2004/5.
  - 15) *Making a complaint about maternity care*. AIMS, London UK.
  - 16) 英国助産師王位協会 [[www.rcm.org.uk/](http://www.rcm.org.uk/)]
  - 17) The NHS Knowledge and Skills Framework [[www.doh.gov.uk/](http://www.doh.gov.uk/)]
  - 18) 英国産婦人科医王位協会 [[www.rcog.org.uk/](http://www.rcog.org.uk/)]
  - 19) Clinical Governance Advice No.2 リスクマネジメント 2001&2005. RCOG [[www.rocg.org.uk/index.asp?PageID=477](http://www.rocg.org.uk/index.asp?PageID=477) ]
  - 20) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists&Royal College of Midwives: *Towards Safer Childbirth. Minimum Standards for the Organisation of Labour Wards; Report of a Joint working Party*. RCOG Press, London UK, 1999.
  - 21) 産科医と助産師の共同声明 [[www.rcog.org.uk/printindex.asp?PageID=1168&Print=Yes](http://www.rcog.org.uk/printindex.asp?PageID=1168&Print=Yes)]
  - 22) Nursing and Midwifery Council [[www.NMC-uk.org/](http://www.NMC-uk.org/)]
  - 23) The Nursing and Midwifery Order 2001 [[www.opsi.gov.uk/si/si2002/20020235.htm](http://www.opsi.gov.uk/si/si2002/20020235.htm)]
  - 24) General Medical Council [[www.gmc-uk.org/](http://www.gmc-uk.org/) ]
  - 25) National Institute for Health and Clinical Excellence [[www.nice.org.uk/](http://www.nice.org.uk/) ]
  - 26) British association of Perinatal Medicine. [[www.bapm.org/](http://www.bapm.org/)]
  - 27) *Midwives rules and standards*. NMC, London, UK, 2004
  - 28) *The NMC code of professional conduct: standards for conduct, performance and ethics*. NMC, London, UK, 2004.
  - 29) *Standards of proficiency for pre-registration midwifery education*. NMC, London, UK, 2004.
  - 30) *Complaint about unfitness to practice: A guide for members of the public*. NMC, London, UK, 2004.
  - 31) *Guidelines for the administration of medicines*. NMC, London, UK, 2004.
  - 32) *Standards for the preparation of teachers of nurses, midwives and specialist community public health nurses*. NMC, London, UK, 2004.
  - 33) *The PREP handbook*. NMC, London, UK, 2005.
  - 34) *Employers and PREP*. NMC, London, UK, 2002.
  - 35) *Reporting unfitness to practise: A guide for employers and managers*. NMC, London, UK.
  - 36) *Lack of competence: A guide for employers and managers*. NMC, London, UK.

37) *CPD Guide*. RCOG, London, UK.

38) *CPD Diary*. RCOG, London, UK.

## 9. インタビュー対象者 (順不同)

- 1) Susan Williams, Joint Chief Executive. The National Patient Safety Agency.
- 2) Sue Osborn, Joint Chief Executive. The National Patient Safety Agency.
- 3) Carol Littlehales, Head of Midwifery Services, NHS Hospital.
- 4) Beverly Lawrence Beech. Hon Chair, Association for Improvements in the Maternity Services
- 5) Sue Jacob, Student Services Advisor, Learning Research and Practice Development. The Royal College of Midwives.
- 6) Francine Allen, Regional Officer, The Royal College of Midwives.
- 7) Christina Mckenzie, Head of Midwifery, Nursing and Midwifery Council.
- 8) Dr. Donald Gibb, Consultant Obstetrician
- 9) Jacqueline Dunkley-Bent, Consultant midwife of public health & Joint head of Midwifery and Nursing, NHS Hospital.
- 10) Naoko Natsume, Independent Midwife

## 謝辞

今回の現地調査では、英国在住開業助産師である夏目奈緒子さんが研究協力者として視察やインタビューのアレンジを全面的に引き受けてくださり、視察ではすべてに同行して通訳の労までしていただいた。彼女の多大なるご協力のおかげで多くの情報を入手することができた。ここに深く感謝したい。また、インタビューに応じてくださった方々は、オープンで忌憚ない返答による情報提供をしていただいた。合わせて深謝したい。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍 特になし

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌 特になし

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年