

200907067A

厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

医療従事者の再教育及び医療事故に関わった
医療従事者への支援に関する研究

平成21年度 総括研究報告書
研究代表者 前沢 政次

平成22(2010)年3月

厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

目次

総括研究報告書

医療従事者の再教育及び医療事故に関わった 医療従事者への支援に関する研究	1
---	---

研究代表者 前沢 政次

米国における医師再教育の先駆的モデル	5
--------------------	---

研究分担者 小泉 俊三

再教育団体研修の問題点	15
-------------	----

研究代表者 前沢 政次

医療事故に関わった医療従事者の支援に関する研究	21
-------------------------	----

研究分担者 稲葉 一人

平成21年度 厚生労働科学研究費補助金 (地域医療基盤開発推進研究事業)
総括研究報告書

医療従事者の再教育及び医療事故に関わった医療従事者への支援に関する研究

研究代表者 前沢 政次 北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野 教授

研究要旨

行政処分された医師・歯科医師に対する団体研修を年度内2回実施した。医療安全がプログラムの中心となっているが、医師・歯科医師の基本姿勢を再確認できるプログラム内容である。参加者、講師の評価も概ね良好であった。

<分担研究者>

小泉 俊三	佐賀大学医学部附属病院 総合診療部 教授	俣木 志朗	東京医科歯科大学大学院 歯科医療行動科学分野教授
種田 憲一郎	国立保健医療科学院 政策科学部安全科学室長	井上 清成	井上法律事務所弁護士
稲葉 一人	中京大学法科大学院 教授	青田 孝子	関東労災病院医療安全 医療安全管理者

<研究協力者>

荒木 孝二	東京医科歯科大学 医歯学教育システム研究センター 教授	佐藤 芳江	埼玉県立精神医療センター 医療安全管理者
岡田 智雄	日本歯科大学附属病院 総合診療科 教授	鈴木 まち子	昭和大学藤が丘病院 中央手術室看護師長
葛西 一貴	日本大学松戸歯学部 歯科矯正学講座 教授	田辺 真理子	日本医科大学付属病院 医療安全管理部
藤井 一維	日本歯科大学新潟病院 歯科麻酔・全身管理科 教授	原 雅子	社会保険船橋中央病院 安全管理者
		松浦 真理子	東京厚生年金病院 医療安全管理者

A.研究目的

平成17年4月に出された「行政処分を受けた医師に対する再教育に関する検討会」の報告を受けて、平成19年度より団体研修および個別研修を実施してきた。本研究は実施内容を企画し、実施後の評価を行い、よりよい再教育への指針を提供することを目的とする。

B.研究方法

班会議を開催し、主任研究者、分担研究者、研究協力者が一堂に会し、団体研修の内容について討議する。研修プログラム案を決定し、年2回の団体研修を実施する。参加者および講師（ファシリテーター）が実施内容について評価する。

C.結果と考察

決定したプログラムは下記の通りである。

[第1日]

10:30～12:30

オリエンテーション

「研修の趣旨とワークショップの進め方」

グループワーク1

「医療事故の予防に関する取組」

スキルトレーニング

「なぜなぜ分析」

12:30～13:30 昼食

13:30～14:45

グループワーク2

「患者の視点に立ったインフォームド・コンセント」

14:45～14:55 休憩

14:55～16:00

講義「医療関連の法令遵守と職業倫理」

(16:00～16:30 修了登録申請手続き)

[第2日]

9:30～10:45

グループワーク3

「医療事故後の対応とコミュニケーション」

10:45～10:55 休憩

10:55～12:10

グループワーク4

「安全管理のための方策」

(12:10～12:40 課題学習(又は個別研修)及び修了登録申請に関する説明)

グループ討論に対する参加者の関与は概ね良好であった。一部高齢の方が消極的であったり、プログラムに拒否的な態度を示した。一方的な講義形式の研修よりもワークショップ形式は再教育団体研修に適切であると思われた。

医療安全を中心としたプログラムであったが、医師としての基本姿勢の確認に役立ったと回答する人が多かった。ただし、病院で行われる医療行為に対しては開業医師や歯科医師の中には現実感を持ってないと回答する者もいた。医科歯科連携を要するシナリオは医師・歯科医師双方に好評であった。

平成19年第1回目の研修はグループ討論のプログラムが一つ多く、食傷気味であったが、その後行ってきたグループ討論4コマは適切であると思われた。

行政処分の担当部署と団体研修の主催者は同一であるべきではなく、再教育は処罰と切り離して、医師としての再出発への支援を行う独立した組織であることが望ましい。

個別指導のあり方やその評価はほとんど明らかにされておらず、今後はその開発研究を行うべきである。

D.結論

2日間の団体研修は現状のプログラムが適切である。医療安全がプログラムの中心となっているが、医師・歯科医師の基本姿勢を再確認できるプログラム内容である。今後は医療経済や医師の価値観に関する研究等を踏まえて、多様なルール違反に対応する再教育プログラムの開発が望まれる。また、個別研修の指導者養成の講習会実施が必要である。

米国における医師再教育の先駆的モデル

研究分担者報告 小泉 俊三 佐賀大学医学部附属病院総合診療部 教授

【報告概要】

2010年2月20日から23日にかけて、分担研究者小泉俊三(佐賀大学医学部附属病院総合診療部教授、日本総合診療医学会運営委員長)が the University of California, San Diego の Physician Assessment and Clinical Education (PACE)プログラム (=医師の再教育についての米国での先駆的なプログラム) を視察してきた。

上記 PSCE プログラムの意義については、Family Medicine の世界的権威で the University of California San Francisco (UCSF)で教授職を務められていた故 Jonathan Rodnick 博士 (2008年1月26日急逝) の推薦による。

PACE プログラムの紹介に先立ち、その理解に必要な文献の内容を紹介する。

【文献紹介】

PACE プログラムの紹介に先立ち、本プログラムの概要を理解していただくために、以下、視察に際して PACE プログラムから用意された文献を簡単に紹介する。

最初は、2005年12月号の New England Journal of Medicine に掲載された論文である。

(文献)

Papadakis MA, Teherani A, Banach MA, Knettlar TR, Rattner SL, Stern DT, Veloski JJ, Hodgson CS. Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. N Engl J Med. 2005 ;353(25):2673-82.

本研究は、the Federation of State Medical Boards (FSMB) (全米各州の医師

免許局の連合体=本邦における業務所掌の面からみれば、厚生労働省医道審議会医師免許分科会または厚生労働省医政局医事課試験免許室に相当すると思われる)で処分を受けた医師が医学生時代にどのような行動を取っていたかということを通じて評価したものである。この論文の筆頭著者の Maxine A. Papadakis 教授は UCSF の医学教育担当副学部長で、この方面で活発に研究されている方であり、今年7月に日本医学教育学会でも講演される予定である。また、著者群の後ろから3番目に名前のある David T. Stern 先生は、医師のプロフェッショナリズムについての著書もある著明な専門家である。

本研究の概要は、その医師が医学生時代に、unprofessional な行動を示したものの、特に、具体的には、無責任な行動[実習に出席しない・患者の治療に関する活動に従事しない等]や、自己改善能力を認めないもの

[建設的な批判を受け入れない・口論になり易い・粗悪な態度を示す等]) を示したものが、その後処分を受ける危険性が高くなるのがケースコントロール研究で示されたということである。

次に、2006年1月号の *Annals of Internal Medicine* (AIM) で取り上げられた報告である。

(文献)

Leape LL, Fromson JA. Problem doctors: is there a system-level solution? *Ann Intern Med.* 2006; 144(2):107-15.

本報告は、「問題のある医師について、システムレベルでの解決策はあるのか」という題目についてのもので、筆頭著者は Lucian L. Leape 先生という米国の外科医・医療安全の著明なリーダーの1人である。

本報告の概要は、患者の医療安全という観点から、病院が医師の能力をモニターし、医師の能力で水準に達しないところがあればそれを見つけて修正する、正式なモデルシステム構築の必要性と、それが個々の病院の能力だけでは限界であることから、国家的な努力が必要であるという提案である。

次の2008年1月号に掲載された AIM の論文は、同じく Maxine A. Papadakis 先生のもので、「研修医時代の評価がどうであったかということと、最終的に、医師として処分を受けるということが、どのように関連するのか」について書かれたものである。

(文献)

Papadakis MA, Arnold GK, Blank LL, Holmboe ES, Lipner RS. Performance during internal medicine residency training and subsequent disciplinary action by state licensing boards. *Ann Intern Med.* 2008; 148(11):869-76.

本論文は、上述の2005年12月号の *New England Journal of Medicine* に掲載された同著者の論文をさらに発展させ、内科研修医をコホート研究によって追跡することで、処分を受ける医師について関連する、類似の予測因子を見る研究内容となっている。先行研究同様、unprofessional な行動を示す、さらには追加因子として、内科認定試験の成績が低い(理解度が低い)という2種類が予測因子として明らかになっている。研修医の間に、行動・理解の双方の評定を測定することで処分を受ける可能性のある医師を予測し得ること、それが the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) の基準を支持する結果になったことも示されている。

次の the 10th Cambridge Conference をまとめた2002年10月号掲載の *Medical Education* の2種類の記事と、2009年12月号掲載の *Academic Medicine* の記事は、「現場での実績評価をどのように行えば良いか」ということについて書かれた論考である。

(文献)

Schuwirth LW, Southgate L, Page GG, Paget NS, Lescop JM, Lew SR, Wade

WB, Barón-Maldonado M.

When enough is enough: a conceptual basis for fair and defensible practice performance assessment. *Med Educ.* 2002; 36(10):925-30.

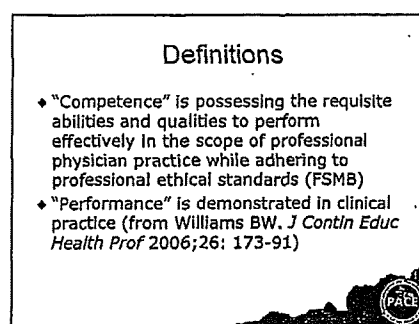
Lew SR, Page GG, Schwirth LW, Baron-Maldonado M, Lescop JM, Paget NS, J Southgate L, Wade WB. Procedures for establishing defensible programmes for assessing practice performance. *Med Educ.* 2002 ;36(10):936-41.

Hauer KE, Ciccone A, Henzel TR, Katsufraakis P, Miller SH, Norcross WA, Papadakis MA, Irby DM. Remediation of the deficiencies of physicians across the continuum from medical school to practice: a thematic review of the literature. *Acad Med.* 2009 ;84(12):1822-32.

上述の Medical Education の論考は、臨床評価そのものの、社会、及び、評価される者に対する影響の大きさから、公正かつ正当な評価の重要性を問うたものである。前者の Schwirth 先生らは、その基本概念の中で、量的・質的双方の見方、及び、全体像の把握が必要であることを主張している。後者の Stephen R Lew 先生らは、実際、公正かつ正当な評価を行う上でのガイドラインを打ち出している。

同じく上述の Academic Medicine の論考は、医学生（卒前医学教育）、研修医（卒後医学教育）、実地医家（生涯教育）に渡る、医師の再教育の文献を総説の形でまとめ、医師の再教育プログラムに必要な要素をモデルの形で打ち出したものである。

公正かつ正当な評価の基本概念・ガイドラインの理解に先立ち、以下で、“competency”と“performance”の言葉の定義の違いについて触れる。



Schwirth 先生らの Medical Education の文献にもある通り、“competency（能力）”と“performance（実績）”については、様々な異なる定義が存在するが、いずれにも共通する点は、主に、“competency（能力）”が、「その人にとって望ましい条件下で、その人が行えるだろう事柄（ある仕事に対して特定の知識・技術・態度を発揮することが難しいことを知っている）」を指し、“performance（実績）”が、「人目につかない、日々の現実の場において、その人がどのように行動するか」を指すことである。（補足説明） Schwirth 先生らの論考 ～公正かつ正当な評価の基本概念について

評価において、客観的な再現性を追求する者は、評価を構成化して出来ない（＝客観的な評価が出来ない）部分を無視することによって、問題を解決しようとするかもしれない。しかしながら、臨床上の行動について、幾つかの重要な要素（例えば患者とのラポール形成）は主観的なものであって、客観的な評価は出来ないことを認識し

なければならない。

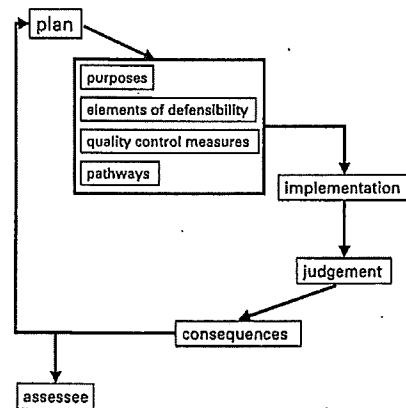
公正かつ正当な評価を行う方法の概念の例として、点画を挙げる。点画で公正かつ正当な評価を行うには、絵画を構成する各々の点の質、点の数、さらには絵画全体を考え、その結び付きを考慮する必要がある。すなわち、点画全体を見るということである。

評価の際、主観に関する誤った概念が存在する。主観は不確かなものであり、客観は確かなものであるから、結果として、確かさを改善する唯一の方法は、より客観的な評価が出来るよう評価に構成を持たせることである、というものである。しかしながら、その考え方は、それを改善するどころか、評価そのものの価値を軽くしてしまう危険を伴う。点画の芸術的な評価は、点の数や質だけでは決まらない。より重要なのは、それらの結び付き、点画全体の評価なのである。

評価者のバイアスで再現性に悪影響があると考えるならば、客観性を重視して過度に詳細なチェックリストを作るよりも、多くの評価者から、独立した評価をもらう方が良いのである。ある画家の芸術性を評価する際の、合理的な評価とは、10人の異なる専門家が、独立に、その画家の10枚の異なる絵画を見ることである。それぞれが主観的・質的かもしれない100の評価パターンが生まれるが、平均的評価は普遍的なものとなるだろう。芸術性に対する細かなイエスノー基準を作る必要はない。同様の議論が臨床評価にも当てはまる。エラーを生む可能性のある、あらゆるところからサンプルを得ることが出来れば、個々の観察結果が主観的なものであっても、その結果は

高度に再現可能なものとなる。

これらの概念も踏まえ、著者らは、また、評価の手順について行うための計画の流れについても、図で提示している。



(同論文の図 2 より引用)

この計画については、プロジェクトの計画同様、正式な形の文書で示されることが重要である。その文書の中で、記載が考慮されるべきことは、(1)評価手順の目的、及び、その手順が、どのように目的に適合するように組み立てられているのかということ[出来るだけ詳細に]、(2)評価の構成、結果の扱い、反駁の可能性、(3)方法、専門領域、判定、与えられる課題、時間の枠組み、(4)費用対効果の分析、さらに良いのは、投資対便益の分析、(5)選択された方法についての、合理性・科学的根拠、(6)エビデンス(判定・結果の蓄積の集合体)、価値基準(何が理想的な判定・結果であるべきか)、評価基準(評価を受ける者が習得すべき内容はどうであるか)の間の関係性、である。

(補足説明) Stephen R Lew 先生らの論考～ 公正かつ正当な評価を行うためのフレームワーク

Purposes and outcomes	
1	What are the purposes of the assessment? Whose purposes are being met? Are the purposes clearly stated and accessible prior to implementation of the programme?
2	What is the regulatory structure of the assessment and what are the possible outcomes and consequences of the decisions? What does the assessor expect to learn from assessing the doctor's performance?
Planning the programme	
1	What steps were taken in planning the assessment programme to ensure its fairness and defensibility? Is the plan clearly described?
2	Who are the assessees? Who are the assessors? How are the judgements determined?
3	How were the assessors chosen?
4	How is the sampling done?
5	Why were these instruments chosen? What is known about their technical characteristics?
6	How is the standard set?
Processes	
1	What steps were taken in the process of administering the assessment to ensure its fairness and defensibility? Communication and preparation of assessees Preparation of assessors Time allocations Equity and security Ability to appeal How are the assessees supported through the entire process? Cost

(同論文の表 1 より引用)

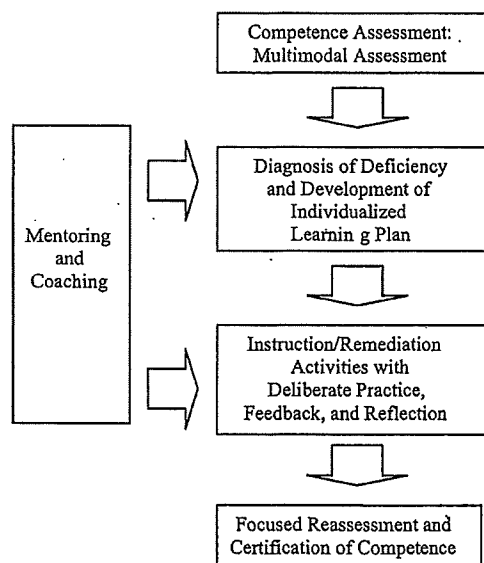
目的と結果：最初かつ最も重要な解決質問項目である。改善されるべき評価項目を同定するなどの、明らかな目的があるのは勿論であるが、一方で隠された力（労働力調整や強制圧力）が働いている場合も想定される。患者・医師・医師免許委員会・病院経営者等が、皆、異なる目的・価値ある視点を持っている可能性がある。評価目的は、曖昧さのないように、明示される必要がある。

プログラムを計画すること：評価を行うには、評価手段を組み合わせたツールによる判定が必要である。何もかもを把握することはしばしば実行不可能である。しかしながら、そのプログラムは、公正かつ正当な手段の組合せによる何らかの方法で構成されていなくてはならない。正当な評価を

計画するには、判定の質・評価手段の質に焦点を当てることである。

実施プロセス：前述のプログラムが滞りなく進められるためには、確固とした確かな実施機構が不可欠である。実施に際して重要な項目が、ここに挙げられたものである。

(補足説明) Karen E. Hauer 先生らの論考～ 研修医・実地医家に対する医師再教育プログラムのモデル



(同論文の図 1 より引用)

13 の医師再教育に関する先行研究文献に基づいて、著者らは、再教育プログラムを成功させるために必要な要素をモデルの形で提示している。コアとなる 4 つの要素とは、(1)医師の問題点を同定するための、複数の評価ツールを用いた最初の評価（スクリーニング）、(2)問題点の診断と、個別に作られた学習計画の樹立、(3)指導（これには、意図的な実践・フィードバック・省察が含まれる）、(4)再評価と能力の認定である。

再教育に関する最良の実践を指針するエビデンスは不足しており、多施設でのアウ

トカムベースでの再教育方略に関する研究
(将来の長期フォローアップを見据えた)
が急務である。

次の、2006年12月号の *Academic Medicine* に掲載された記事は、「これからの米国の医師免許のあり方」ということで、James N. Thompson 先生(この方も著明なリーダーの方である)が、米国が州毎に設けている医師免許委員会(米国では医師免許取得は州毎であるが、本邦で言えば、医師国家試験の免許を統制している組織に相当する、州の連合体)である FSMB が医師免許の将来像をどのように展望しているかについて記したものである。

(文献)

Thompson JN. The future of medical licensure in the United States. *Acad Med.* 2006; 81(12 Suppl):S36-9.

本記事の中では、将来の米国の医師免許について、現在は最初の免許取得の際にしか測られることのない知識の理解力、臨床力、コミュニケーション技術について、一般の人々や公的機関から、安全で高い質の医療を提供出来るよう医師の能力を継続的に評価し続けることが求められていることが挙げられている。また、現在、州ベースの免許となっている米国医師免許について、それを全米スケールで共通に使えるようなシステムは構築出来ないか、さらには、国際的なスケールで共通に使えるような免許システムには発展させられないかということも指摘されている。さらには、免許の内容的にも、現在は専門性の限定がない医師

免許であるが、時代が専門分化してきた昨今、今のままの免許が良いのか、あるいは、専門毎に免許が出されるべきかという議論まで踏み込まれている。

最後の2005年6月号の *BMJ* の記事は、米国同様、英国でも、一般の人々が医師の説明責任を強く求めるようになってきている社会背景を受け、将来的な医師の能力維持とその免許の問題という点で、米国の医師免許の事情と問題点が掲載されたものである。

(文献)

Cain FE, Benjamin RM, Thompson JN. Obstacles to maintaining licensure in the United States. *BMJ.* 2005; 330(7505):1443-5.

本記事も、上述の James N. Thompson 先生が著者に加わっており、*Academic Medicine* に掲載された記事同様、現在の米国の医師免許の制度のあり方が、医師の能力維持という観点からは不十分であること、その能力評価の方法が議論されていること、一般的なレベルの医療と専門的なレベルの免許はどうするのかも問題になっていること(最初に与えられる一般的な知識・技術に加えて、専門的な知識・技術まで求めるかどうかということ)が記載されている。

以上の文献紹介を踏まえ、以下では、本視察の目的である PACE プログラム見学に関連した内容を簡単に紹介する。

【視察報告】

本プログラムは、2009年8月号の *Academic Medicine* の記事にも掲載がある

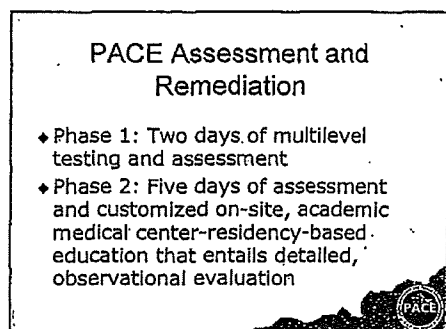
通り、筆頭著者の William A. Norcross 先生が最初、ボランティアで医師の評価を行ったことから始まったものである。

(文献)

Norcross WA, Henzel TR, Freeman K, Milner-Mares J, Hawkins RE. Toward meeting the challenge of physician competence assessment: the University of California, San Diego Physician Assessment and Clinical Education (PACE) Program. Acad Med. 2009; 84(8):1008-14.

本報告にも見られる通り、類似のプログラムにおいても、筆記試験（知識や患者治療に関する評価）は思いつきやすく多々行われているものの、実際現場で行っている医師の診察まで踏み込んで評価することは少ないようであり、これは PACE プログラムの優れた点である。

この San Diego の PACE プログラムについては、以下の通り、評価に 2 段階あり、最初に 2 日間のコースがあり (Phase 1)、次に 5 日間のコース (Phase 2) が用意されている。かなりシステムティックに内容が組まれている。



ついつい我々は、米国が進んでいて、本邦が遅れていると考えがちであるが、米国でも多様な歴史的経緯の中で、このプログラムが出来上がったのは比較的最近の約 15 年前(1996 年)である。しかし、すでに評価された医師数は 800 人を超え、教育を供した医師数は 2,000 人を超えるとのことである。

例えば、本プログラムでの事例として、約 20 年間、1 人での診療を行っていた 48 歳の General Practitioner(GP)の医師の例や、他にも数人の事例が挙げられた。事例内容の詳細は省略するが、本プログラムで、一番印象深かったことは、この企画が Norcross 先生のボランティア的な発想で始まったということ、それから、「困った医師がいる」ということが州の医師免許委員会で議題に上ると、本当にその医師は問題があるのだろうかということが Norcross 先生に相談され、「実際に会ってみる」ことで、Norcross 先生が実際に接して評価してきたことにある。すなわち、最初から「問題がある」というように見下したように調べるのではなく、「相手を尊重し、相手の立場を考えた上で面接を行い、評価する」ことにある。面接を受ける医師も、最初は嫌がるとしても、このプログラムでの医師本人の扱われ方が非常に良いために、悪い気持ちを持たず、自分の問題点を話し、ディスカッションし、その結果を報告出来ることにあり、その結果を持って、医師本人には適切な教育コース受講が勧められるようになっている。

例えば、medical record cue、すなわちカルテの書き方がひどい、字が汚い、あるいはまともにカルテを書かないという人はそ

の書き方のコースを受講してもらう、処方
の書き方や内容がひどい人には、処方の仕
方を学んでもらう、そういった幾つかのコ
ースが用意されている。

プログラムの受講場所（PACE プログラ
ムのオフィス）も、何の変哲もない普通の
オフィスビルで、何の看板も出していない、
だから、人の目にもつかず、プライバシー
にも配慮されているので、医師本人は安心
してそのコースを受講出来る。そこで、評
価を受けるための小さな個室（カンファ
レンスルーム）が6つほど用意され、そこで、
例えば知識の項目に問題があれば、コンピ
ュータに向かい評価を受けた上で面接を受
けるが、それより上のレベルであれば、実
際にその医師のオフィスに行って、どうい
う診療を行っているか実地見聞をするとい
うこともある。ここでは、単にペナルティ
を受けるというよりも、自分の欠点を見つ
けてもらって改善出来れば良いという考え
方である。

Norcross 先生が何度も話されていたのは、
自分達は、(the Federation of) “State
Medical Boards” (州において、医師会側に
相当する組織)と “State Medical Society”
(州において、政府側に相当する組織) の
丁度、間に立っている感じで、州によって
事情は違うらしいが、この PACE プログラ
ムは州政府機関と医師会（医師団体）の中
間的な立場にあり、どちら側からも信頼も
受けて評価を行っているとのことである。

では、どのような医師が実際に紹介され
て来るのかということであるが、昔は
FSMB の方で問題があると認定された医師
が紹介されて来ていたが、最近では、このプ
ログラムが広く知られるようになり、全米

の各地の病院で「自分の病院の、～科の～
先生は困る」というような相談がある場合、
その病院から問題のある医師に対して
「PACE プログラムを受講しなさい」と勧
告するというパターンが増えているとのこ
とである。従って、元々は FSMB からの紹
介がほとんどであったが、現在は、FSMB
からの紹介は 6 割程度に留まり、残りは各
病院が自発的に問題のある医師に対してプ
ログラムを受講させているとのことである。
最近では医療安全の問題について関心が広ま
ってきているので、問題のある医師を病院
の幹部が発見したら放っておけないという
事情があり、このようなプログラムを利用
しているというのが実態である。自律性・
自発性が尊重される中で発展しているプロ
グラムである。

このようなプログラムが全米各州に全て
あるかということとそんなに数は多いわけでは
なく、Colorado 州に Center for Personalized
Education for Physicians (CPEP) というの
があり、実際に行われている代表的なプロ
グラムはこの 2 つとのことである。あとは、
他にもリストアップされているもので 20
くらいあり、University of Wisconsin
School of Medicine and Public Health に
よる Physician Assessment Program や、
Post-Licensure Assessment Program
(PLAS) (ほとんど筆記試験を行うだけのプ
ログラム) というものもある。多様なプロ
グラムが用意されているということが今回
の視察で判明した。

(注：詳細については FSMB から出され
ている、“DIRECTORY OF PHYSICIAN
ASSESSMENT AND REMEDIAL
EDUCATION PROGRAMS” (last

updated: 14 November 2008. 参照)

(URL : http://www.fsmb.org/pdf/IPE_Directory_AssessmentRemedial_Programs.pdf)

最後に、このような医師免許・医師の資格管理に携わる国際連合組織、International Association of Medical Regulatory Authorities (IAMRA)についても、視察時に参加の勧めがあったので紹介する。今年は、9月26-29日にPhiladelphiaで学術会議が予定されている。

IAMRAは、世界各国の医師国家試験委員会に相当する組織が加盟しているが、残念ながら、本邦は未加盟である。(例えば、隣国の韓国は、National Health Personnel Licensing Examination Boardという名前で加盟しているし、マラウィも Medical Council of Malawi という名前で加盟している。オーストラリアやカナダは複数の加盟団体を持つ。政府単位で加盟している場合も多い。英国は医療全体を管理する GMC がこの組織に加入している。)やはり、国家レベルでの参加が必要と思われる。

さらに、もう1つ補足として、英国では、医療を動かす組織である National Health Service (NHS) の中に National Clinical Assessment Service (NCAS) という組織が含まれているのであるが、そこでは、問題のある医師の対応について、一般の方々もアクセスし書き込みによる訴えが出来るような形になっている。また、民事訴訟で一定額以上の賠償金額で訴訟が和解決着したような事例についても、全てここで公表しているサイトに提示されるようになってい

る。

本邦では、今回の医師の再教育プログラムに参加しているのは、刑事事件で有罪判決を受けた数十人程度であるが、今回紹介したようなプログラムを生かすことで、少なくとも人口割合にして、その5倍くらい少なくなることが期待される。本邦の場合は、刑事事件で有罪判決を受けた段階から出発しているので、それですでにかなり限られた数・範囲となってしまいが、本邦の医療現場の様々な労働事情を考慮したとしても、病院・社会全体のためにも、もう少し早く現場のレベルで、対応・評価を行うシステム・プログラムを作らなくてはならないと考えられる。

【質疑項目・懸念される点】

同プログラムで教育を受けた医師が、元の現場に復帰可能かという点が懸念されるが、まさにそのためにこのようなプログラムがあると考えて良い。Norcross 先生に、なぜこのようなプログラムを始めることを考えられたのかとの質問をした時、以下のようなエピソードを話された。

昔、喉の診察を十分行っていなくて咽頭癌を見逃した GP に対して、State Boards は、「あなたは咽頭癌を見逃したから、咽頭癌の勉強をなさい」と勧告したそうである。このような指摘は明らかに的外れであって、根本の問題は、診療に対する姿勢とか、そういうところにあるはずである。たまたま見逃したのが咽頭癌なのであって、「咽頭癌の勉強をなさい」では何の解決にもならない。もう少し、真にその医師が抱える問題について評価しなくてはならな

いということであった。

経済的な問題として、プログラム実施の費用も懸念されるが、実施するに当たっての料金は請求している。(病院からの依頼であれば病院から支払われ、教育プログラムに限って言えば本人から[=医師本人のためになることであるので]ということである。州からの指示で受講する場合には、評価の部分に限れば州が負担するようである。)教育プログラムの本人負担については、このような更正プログラムを受講しなければ、医師の免許自体が返ってこないことになっているため、自己負担であっても、医師本人は受講すると思われる。

再教育団体研修の問題点

研究代表者 前沢 政次 北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野 教授

研究要旨

平成19年度より3年間実施されてきた再教育団体研修のあり方について明らかにする目的で本研究を行った。

倫理教育に強い関心を持つ2名の教育者と意見交換を行い、テープ起こしを行い、逐語的記録からカテゴリー化を行った。

14のサブカテゴリーと3つのカテゴリーに分類された。

次の意見に集約された。

新しい時代、変化の大きい社会にふさわしい倫理教育のあり方について議論していく必要がある。

法律違反の原因分析を重視すべきである。

再教育は厚生労働省のみが医師・歯科医師免許制度のすべての役割を果たすのではなく、医師・歯科医師集団が担うべき課題も少なくない。

A. 研究目的

医師が相対的欠格事由に該当する場合、または医師としての品位を損するような行為があった場合には、医道の観点からその適正等を問い、厚生労働大臣はその免許を取り消し、又は期間を定めて業務の停止を求めている。

この行政処分は医師法第7条第2項において「医師が第4条各号のいずれかに該当し、又は医師としての品位を損するような行為のあったときは、厚生労働大臣は、その免許を取り消し、又は期間を定めて医業の停止を命ずることができる」と記されていることによる。第4条各号とは①心身の障害により医師の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定める者、②麻薬、大麻又はあへんの中毒者、③罰金以上の刑に処せられた者、④前号に該当す

る者を除くほか、医事に関し犯罪又は不正行為のあった者、を指している。

これまでわが国では、行政処分を受けた医師に対して、自己責任に任せるのみで、再研修等に対して不十分ではないかという意見も多くみられた。同じようなミスを繰り返して患者を死に至らしめたり障害を残したりしながらも、何の制裁も処分も受けず、反省もせず、研鑽も積まず、診療を続ける医師をリピーター医師として、行政処分後の指導のあり方の問題点が指摘されていた¹⁾

こうした状況の中から、平成17年4月厚生労働省の「行政処分を受けた医師に対する再教育に関する検討会」は医業停止処分を受けた医師に対して再教育を義務づけるべきであるとした。具体的取り組みについては、平成18年度より研究班が組織され、

団体研修の方法論が検討された。平成 19 年度には研修テキストが編纂され、19~21 年度に実際に年 2 回の団体研修が実施されてきた。

こうした流れの中で、再教育のあり方について実施当事者でない外部からの意見を聴取し、今後どのような課題に取り組むべきかを明らかにする目的で本研究を実施した。

B. 研究方法

インタビューは大学医学部において倫理教育を担当してきた 2 名の教員を対象とした。実施当事者が司会を担当し、団体研修の概要を説明し、自由に発言を求めた。平成 22 年 2 月に実施した。インタビューを録音し、逐語化し、質的に分析した。

C. 結果と考察

表 1. 再教育の問題点に関するカテゴリ分類

1. 倫理教育のあり方
 - 価値観に対して倫理教育は有効か
 - 学生教育の良否があるか
2. 法律違反の原因分析の不備
 - 医療経済問題
 - 法律違反の好発年齢
 - 医薬分業の弊害
 - 孤独な医師
 - 保険制度の問題点
 - 出身校での差はあるか
3. 再教育の方法
 - 厚労省の役割拡散
 - 日医の役割が不明確
 - 再教育対象者の個別指導が不透明
 - 団体研修内容における医療事故への偏り

ディベートの活用 再研修者への配慮

14 のサブカテゴリと 3 つのカテゴリに分類された。

第一のカテゴリは「倫理教育とは何か」という根本問題である。人が社会的ルールを守れるかどうかは、単に倫理観によるものなのかどうか。それとも価値観が優先されるのか。職場環境、広くは社会状況の影響もあるのではないか。医療事故関連の問題と診療報酬の不正請求やわいせつ罪とは同次元で論じてよいのか、議論の多い課題である。

現時点では「医療安全」というテーマが、参加者の倫理観にも価値観にも働きかける要素を有しているので、団体研修のテーマとしては適切であろう。価値観の問題は団体研修よりも、個別研修のあり方検討でより深めていくべき課題である。

近年、品位論、品格論が活発化する一方で、「武士道」から「商人道」への転換が提唱されている^{2,3)}。その端緒は Jacobs J がその著書に記述した MORAL SYNDOROME A (Commercial Syndrome) と MORAL SYNDOROME B (Guardian Syndrome) にある。

Jacobs は人間の歴史においては二通りのモラル体系があることを見出した⁴⁾。「市場の倫理=商人道」と「統治の倫理=武士道」である。前者の代表的な教えが「正直たれ」「契約尊重」「節儉たれ」「樂觀せよ」であり、後者の代表が「規律遵守」「位階尊重」「忠実たれ」である。Jacobs はこれら二つの倫理を混同して用いることは救い難い腐敗をもたらすと主張する。

山岸俊男は安心社会よりも信頼社会を築くことが重要であるとする²⁾。信頼社会においては、社会が提供する安心に頼ることなく、自らの責任でリスクを覚悟で他者と関係を積極的に結んでいく集まりとしている。簡潔に表現すれば、縦型社会に頼らず、横のつながりを大切にしたい社会を形成するということであろう。医療保険は本来相互扶助という横の関係であるべきものが、税の一部投入という理由から縦の関係が強くなっていることで、捻じれが生じやすくなっている。

松尾匡は身内集団倫理と解放個人主義倫理に分け、同様の論理を展開している³⁾。医師・歯科医師集団も身内集団主義に固執しやすいわけであり、慎重な内部吟味が必要である。

医師としての倫理教育は学生時代に行われるのが主である⁵⁾。その良否が医師としての仕事の質にどう影響するのか、わが国では真剣に受けとめられたことはない。今後の課題である。

第二のカテゴリーとして「法律違反の原因分析不備」が指摘された。ルール違反の原因を明らかにし、その治療と予防方法を検討しなければならない。これまでの集計によると処分対象者は診療報酬の不正請求などの医療経済問題、わいせつ罪などの性犯罪、医療事故関与など診療行為に大別される。

医療経済問題の原因は複雑である。歯科領域では若年者のう歯所有本数も減り、歯科医療需要が減少し、収入減を余儀なくされている。医科領域では医療費抑制策、医師数不足、過重労働から医師の新規開業、特に都市部での開業増加も進んでいる。ま

た度重なる診療報酬のマイナス改定により、医療経済の歪みも進行している。こうした統治の問題と市場の問題の関わりの中で、医師誘発需要とルール違反が紙一重の状況におかれている。医療保険制度をどう維持していくかは大きな問題であり、個人の原因追求に終始するだけでは問題解決にならない。

性犯罪の原因に関しては個人の資質や感情面が大きく影響することから、個別の再教育に委ねるべき課題である。医師、歯科医師であることを利用した犯罪には特に厳しい処罰が下されることは、医師・歯科医師の持つ社会的役割から当然のことであろう。

医療事故に関しては、原因に関する究明も進んでおり、医療施設が再発予防策をシステムとして構築することに成功している例が増加した。そのため医療事故の件数が減少傾向にある。原因分析が事故減少に貢献している。

これらすべての問題に共通して論議になったのは孤独な医師・歯科医師問題である。医師会に属さないか、属しても一切の行事に参加しない。ピアレビュー的な相互評価のない職場で医師は独善的に陥りやすく、ルール違反の誘惑に負けやすいことが推察される。この辺の原因も集計分析されることが望ましい。

3 番目のカテゴリーは「再教育の方法」についてである。

まず問題になったのは厚労省の権限の多さである。役割が拡散しているとも言える。行政処分・再教育に関連した仕事だけでも、医師・歯科医師国家試験を行い、臨床研修を取り仕切り、問題のある医師に対して医

道審議会医道分科会で審議を経て、処分者への再研修を行う。あまりに権限が大きいため、再教育が再処罰と受け取られかねない。団体研修、個別指導とも、厚労省内ではなく外部に権限をゆだねるべきとの意見も根強くある。厚労省の本研修担当者もほぼ2年で交代し、当方から依頼していた資料提出等も時間切れで進展しない状況が続いている。

次に、医師の倫理的諸問題を扱うには日本医師会がふさわしいのではないかという意見も多い。平成10年には坪井栄孝日本医師会会長は、医師の倫理向上をめざして「会員の倫理向上に関する検討委員会（平成16年からは「会員の倫理・資質向上委員会）」を創設した。平成16年には、日本医師会独自の「医師の職業倫理指針」を作成し、会員への周知をはかっている⁶⁾。にもかかわらず、再教育の実施母体にはなっていない。日本医師会は2年毎に役員の改選があり、担当常任理事が交代すると再研修への取り組み姿勢も変化する事態となる。再教育に対する一貫した姿勢が保持されることを期待したい。

ついで、個別指導がどのように実施されているかについては、ほとんど情報を得ることができない。課題論文もあるようであるが、その評価方法もフィードバックも不透明である。個別指導も研修者が指導者を自ら選ぶ方式になっている。せめて都道府県医師会か地元医育機関が指導者を準備する形にしてほしいものである。

実際の団体研修方法は小グループ討論を主に体験学習を重視している。また、参加者全体に占める医療事故関与者の割合が少

ないにもかかわらず、医療事故防止を主たるプログラムにしているが、そのプログラムがかなり練られてきていること、患者・家族とのコミュニケーションやインフォームド・コンセント学習方法にも通じる点が多々あることから、現時点では良い方法と考えられる。ただし、再研修担当者にとって無視できない点は、処分する組織とすでに処分が決定した医師への再教育を担当する組織は別で互いに独立しているという点である。処分軽重のブレ⁷⁾などは再教育にも影響を与えるので、相互に一貫性、平等性に留意しなければならない。

D. 結論

医学教育の立場からの意見聴取を行い、再教育団体研修のあり方について検討した。

新しい時代、変化の大きい社会にふさわしい倫理教育のあり方について議論していく必要がある。

法律違反の原因分析を重視すべきである。

再教育は厚生労働省のみが医師・歯科医師免許制度のすべての役割を果たすのではなく、医師・歯科医師集団が担うべき課題も少なくない。

文献

- 1) 貞友義典：リピーター医師 なぜミスを繰り返すのか？ 光文社、東京 2005
- 2) 山岸俊男：日本の「安心」はなぜ、消えたのか 社会心理学から見た現代日本の問題点 集英社インターナショナル、東京 2008
- 3) 松尾匡：商人道ノススメ 藤原書店 東京 2009
- 4) Jacobs J. : Systems of survival, A

dialogue of the moral foundations of
commerce and politics Vintage Books,
1992

5) 吉田雅幸：倫理に関するわが国の医学
教育の課題 日医雑誌 139:382-385, 2010

6) 森岡恭彦：医師の倫理・資質向上への
日本医師会の取り組み、日医雑誌 139:361
-363, 2010

7) 勝又純俊：医療事故に関与した医師・
歯科医師に対する行政処分の細菌の状況
Acta Crim. Japon. 76:12-24, 2010