

いうふうに区別するののかということになるわけですが、ここでは少しふわっとした形で、ヒューマンエラーは個人に起因するもの、システムは、もう少し広い組織や医療提供体制そのもの、もしくは医療政策そのものといった、少しふわっとしたことで考えたいと思います。

この医療提供体制が非常に複雑なために、医療者個人に責任を課すことで、根本的な解決にならない。次の事故を防ぐことができないのではないかと考えられるものではないかと思えます。

#3

そこで本報告の問題関心です。今申し上げたように、医療者個人の行政処分を科すことで、こういった複雑な過程を経て起こる医療事故の責任追及手段としては、十分ではないのではないかということです。

では、現在の法令上、医療事故のシステムエラーについて、医療機関の行政処分を規定したものはあるかといいますと、それはありません。直接、規定したものはないとわれます。

#4

そうしますと、今の議論ではどうなっているかといいますと、現在、出ている報告書等で、システムエラーと行政処分の関係について指摘されたものを拾って見てみますと、例えば死因究明等の検討会では、システムエラーの改善を目的とした医療機関に対する処分類型を、医療法に創設するべきであると提言されています。ここでは医療機関に対して、体制整備に関する計画書を作成して、再発防止策を講ずるよう業務改善命令を行うという提言がなされています。

また、自民党の「医療紛争処理のあり方検討会」の報告書の中では、個人に対する処分のみではなく、医療機関への改善勧告等のシステムエラーに対応する仕組みを設けるべきであると言われていています。

#5

次に、では現在の法令上どうなっているかといいますと、現在の法令で関係するものは医療法と健保法にあります。医療法の限界ということで、既に限界があると言っているわけですが、医療法では関連するものとしてどういうものが挙げられるかという、

この 23 条の 2 や 24 条、28 条、29 条があります。

例えばこの 23 条の 2 に何が書いてあるかといいますと、「都道府県知事は病院の人員の配置が著しく不十分な場合に、その業務の全部または一部の停止を命ずることができる」と書いてあります。ほかには「病院が清潔を欠くときや病院の管理者に犯罪または医事に関する不正行為があるときには、業務の全部または一部の停止を命ずることができる」と書いてあります。「不適切な医療提供を行っている医療機関に対しては、業務停止をすることができる」ということが医療法の中には書いてあるわけです。

また、この 29 条の 3 では「地域医療支援病院の承認を取り消すことができる」「特定機能病院の承認を取り消すことができる」と書いてあるのですが、こういったことは結局、人員不足に起因するものであったり、衛生上、有害なものといった定義に当たらない場合は、医療法の条文を使うことはできないということになります。

#6

次に健康保険法ではどう書かれているかというと、80 条 1 項があります。ここには「厚生労働大臣は、次の各号の指定を取り消すことができる。保健医療機関の指定を取り消すことができる」。この保険医の取り消しがあれば保険診療ができなくなるので、非常に大きなダメージになるわけです。

こういった「処分の取り消しができる」というふうに、健康保険法の中には書かれています。この健康保険法で「不適切な医療を行った。診療の内容、または診療報酬の請求について監査をし、もし監査において不適切であれば、指定の取消ができる」と書かれているわけですがけれども、実際にこの取り消しが行われている事例を見てみますと、不正請求等の保険事業の関係にはほぼ限定されているといえます。取り消しは 11 件とか、すべてが不正請求に関するもの。つまり不正請求に関するものしか、この健保法は現在には使われていないといえます。

#7

処分内容のバリエーションということで、業務改善命令や部分的な診療報酬を減算したり、加算を外すという仕組みが考えられますし、また特定機能病院の特定取消、保険医療機関の指定取消ということは、一応は考えられます。

ただ、そのときにどういうことが課題として考えられるかというと、健保法が現在、不正請求を中心に実際には運用されているわけですから、医療内容の不正や重大な過失を評

働ける仕組みが現在は十分に整っていないといえます。

また、実際に処分の結果、診療報酬の減算をしたり、加算を外す、保険の取り消しをすることになると、この医療機関の機能が一部なり全部、停止するわけです。そうすると、その地域の医療として、例えばお産ができなくなるとか、ある一定の手術ができなくなる。保険診療ができなくなるとすると、医療事故には本来、無関係であった地域医療や地域住民に影響が及ぶこととなります。

#8

また、その調査をする能力や調査権限という点でも、まだ課題があります。例えば医療法上の立ち入り検査では、都道府県の保険局の職員あるいは地域の厚生局職員が現在、立ち入り調査を行いますけれども、現在、地方厚生局については、行政処分のために十分な調査が可能な人員がいないということ。また、その医療内容に立ち入った行政処分を行うのであれば、現在、設備構造や人員の配置といった客観的な基準で評価する、もしくは不正請求などの帳簿を見る能力ではなくて、医療内容そのものを理解する人材あるいは専門家の協力が必要となります。

#9

そうしますと、まとめとしては、地域医療や地域住民への影響を考えると、医療機関の業務停止や保険指定の取り消しは、全部あるいは一部であっても非現実的ではないかと、私個人としては考えます。もちろん、それを実行するかどうかはともかくとして、こういった強い処分が後ろに控えていることに意義を見いだすと考える方もいらっしゃると思います。

そうしますと、こういう医療機関に対しての業務改善命令、あるいはそれ以前の注意、勧告というのが、現在、最もあり得る方法なのではないかといえます。国のバックアップとしても、そういった再発防止策や原因究明といった院内事故調査体制の充実を支援していくというソフトな手段を取る方が、全体のバランスから見て有効ではないかということです。

また、ここでシステムエラーという言葉が随分と広く使われているところにも懸念があって、実際に組織が悪い、システムが悪いというシステムエラーを認めていくにしても、この言葉を言えば、全く医療者個人が責任を問われないというふうに、何となく責任をあいまいにするような形でシステムエラーという言葉が使われる可能性があるのではないかと

ということが少し懸念されます。

こういったシステムエラーを指摘する場合には、結局、最後、病院の組織として具体的な改善策、その後の定期的な改善勧告を行うことも必要です。また、最終的には医療政策の財政上の課題や地域的な特色がこのシステムエラーの一つの要因となることもあるわけですから、政策提言を行っているパスを確保していることも必要ではないかと考えます。以上です。

(高本) どうもありがとうございました (拍手)。

時間が過ぎていきますので、次に行きたいと思います。「再教育制度の望ましいあり方」を、今、WHO からマニラで活躍されています国立保健医療科学院の種田先生、よろしくお願いします。

I - iv) 再教育制度の望ましいあり方

種田 憲一郎 (国立保健医療科学院)

種田と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

今、ご紹介がありましたように、国立保健医療科学院に所属しておりますが、今は国際派遣という形で、マニラにある WHO の西太平洋事務局で患者安全および医療の質の専門官として勤務しております。

今日、私に与えられたテーマですが、非常に大きなテーマで、実際に私がこれについて理想的な再教育の在り方について、とてもお話しできるとは思っていません。むしろ、私自身がこれまで関わって参りました、現在行われている再教育、特に集合研修の部分についての現状、どのような研修が行われているかということをご紹介した上で、皆さんと一緒に「望ましいあり方」考える機会にしたいと思っています。

現在の再教育については、まずは皆さまのお手元の「行政処分を受けた医師に対する再教育制度の概要」という厚生労働省から出されている資料をご覧ください。

いろいろな処分があり、処分の期間がさまざまですが、実際に行われている再教育としては大きく二つあります。一つは団体研修としての集合研修で、再教育の内容で①団体研修とあると思います。1日目と2日目があります。2日間ありますが、1日で終わられる方もいますし、2日間、参加される方もいます。私自身は、他の先生方と一緒に、この団体研修に関わってきておりました。その内容について、後ほどお話し致します。

これとは別に、処分が重い方に関しては、団体研修の後に個別研修という形で、個別に助言者という方に付いていただいて、それぞれの処分に定められた期間、研修をするという形になっています。

現状の団体研修について、ご説明します。まずこの処分の対象になった理由が本当にさまざまです。それこそ交通事故から診療報酬の不正請求、セクハラに関する事、麻薬等に関する事など、さまざまです。かつ、医科の医師と歯科の医師と一緒に再教育の研修をしています。そのような中で、集合して研修する一つの大きな目的は、今後の診療において、より安全で安心な医療を行っていただくということです。

研修内容や実施方法についてさまざまな議論がありました。実際、研修に関わっているわれわれの中でも、今でも議論があります。このように様々な処分背景の方たちに、どういった研修をすべきか。例えば診療報酬の不正請求があった方に対して、そうすることがないようにしてほしいのですが、それを目的とする教育研修というのは、実際には難しいと思

っています。

そこで私たちがさまざまな議論も踏まえて目指しているのは、処分の理由は何であれ、この研修に参加された方たちは、この処分の研修の後に臨床現場に戻られるはずなので、処分を受けた方たちが、研修を受け、最終的に医療現場に戻った際に、安全で安心な医療を提供していただくことです。これに関しては、処分の理由が何であれ、共通した目標だと思っています。

そういった理由から、この団体研修の研修項目に入っていますが、医療関連の法令や事故の予防に関する取り組み、インフォームドコンセントといった内容について研修をしています。そして、当然、講義一辺倒では効果的な研修は難しいので、できるだけ参加をしていただくような形でグループワークなどを主体にしています。

この研修の非常に難しいところは、行政処分の理由そのものが非常にさまざまであることだけではありません。参加者の年齢もさまざまです。大変高齢な方もおられます。非常に難聴で、多分、講義もなかなか聞き取れていなかったり、グループ演習のときにも、他のグループのメンバーの発言が非常に聞きとりにくい様子の方もいます。そのような方には、ファシリテータの医師がそばで支援して頂きました。女性の数は非常に少ないです。大勢の男性の医師の中で、限られた人数の女性の方は多分、いろいろなプレッシャーも抱えながら参加されると思っています。健康に問題のありそうな方たちもいます。ファシリテータとして協力して下さる看護師の方々の配慮が欠かせません。そういったさまざまな背景の方たちに対して、2日間ですが、どんな効果的な研修ができるかということ、私たちは一生懸命検討し、配慮しながら実施しています。

もっとも難しいことのの一つは、研修に参加される方々が、必ずしも処分に関して納得されておらず、当然、自ら望んでこの研修に来ているわけではありません。自らの意思で参加されてはいますが、参加したくて来ているわけではありません。それこそ最初に研修を実施したころは、この研修に参加したくないということで、大きな声を出す方もいました。今でも、研修開始時には腕組みをして、講義も含めて、なかなかグループワークにも参加できていない方も中にはいらっしゃいます。そのような状況の中で、講師やファシリテータである私たち、医師と看護師が一緒になって、参加者を支援するメッセージを伝えるように努めています。参加者の皆さんがこの研修の後に現場に戻られた際に、ともに安全、安心な医療を同じ医療人として提供していただくために、一緒に考えながら研修をさせてください、というメッセージを発信しています。その結果、腕組みをしていた参加者が、次第にグループ演習をリードする様子もみられています。今後の再教育の在り方に関して

は、まずそういったメッセージを私たちがしっかりと発信しながら、再教育をしていただくことが非常に重要だと思います。

今日のこのシンポジウムの中で議論される再教育のあり方において、現状の再教育と大きく異なる点は、現状はさまざまな処分の理由の方々が一緒に研修していますが、ここで議論されているのは、まずは医療事故に限った方たちの再教育であると考えています。したがって、これから私たちは新しい形での研修を、ここで皆さんと一緒に議論しながら考えなければいけないと思っています。

これまでの再教育の団体研修の参加者の中には、だいぶ人数は減っていますが、医療事故に関わる方たちも一緒に研修して頂いていました。これについては、当初から議論があり、われわれ多くの医療安全に関わる者が「個人の問題よりはシステムの問題である」と言いながら、そこに個人として処分を受けた方たちが一緒に研修をしていました。これに関しては、当初から医療事故に関わる処分を受けた方々とそうでない方々を分けた研修をした方がいいのではという議論もありました。このような観点から、既に何人かの先生方のご提案にもありましたが、あくまでも処分をする主体である厚生労働省と、再教育を担当する主体は、分けて研修することが、再教育のこれからの在り方としては重要かと思っています。

最後にお伝えしておきたいことは、さまざまな再教育の取り組み方について、いろいろ議論がされていますが、医療安全の取り組みを通して私自身が学んだことは、医療界の問題を医療に関わる者だけで解決するのは非常に難しいと感じています。そういう意味では、一つのモデルとして、例えば弁護士の先生方の現在の取り組みなど、ほかの業界、専門職、プロフェSSIONALの方たちの取り組みからも、私たちは学びながら医療界を変えていくことが個人的には必要ではないかと思っています。

非常に雑ばくな話になりましたが、現状の再教育についてのご紹介と、これから新たに取組むべき医療安全に特化した処分を受けた方々を対象にした再教育のあり方について、あくまでも私個人のコメントとして、一つの考え方として、皆さんに紹介させていただきました。

(高本) 何かご質問はございますでしょうか。

先生、もし医療安全だけに特化したとなると、1年間で教育する人数は、そんなにめちゃくちゃ多くないですね。

(種田) 多くないと思います。それこそ医療安全に関わる理由で対象となった方というのは、多くの場合が、まず事故そのものの原因がシステムだという考え方からすると、むしろその方の所属する組織の改善も当然していただきながら、個人としてやはり知識や技術が足りなければ、そこに対して、今ある既存の専門の学会等が支援をするという形になると思います。

また、非常に難しいのは倫理的な問題です。技術的な知識の問題が足りないだけではなくて、いわゆる英語で disruptive behavior という言い方もしますが、非常に無謀な診療や医療をされるような方など、倫理的な問題について、私たちがどこまで介入して研修や教育ができるかというところは、やはりこれからの課題ではないかと思っています。

(高本) はい。何かご質問はございますか。それでは、どうもありがとうございました。

全部で質疑応答が10分ありますが、何か皆さん、この最初の四つで今回、このわれわれの班研究でやりましたラフなといいますか、われわれの初期に思っていた新しい形の再教育、それからシステムエラーに対するわれわれの処置ができる新しいシステム。医療安全倫理審議会と宮田先生が紹介していただきましたが、こういうものを考えて、それを医師の自律的な働きの下、もちろん経済的にも、自律的といっても、われわれだけがやれるわけではありませんし、それは行政からのサポートも必要だろうと思いますが、こういう形で再教育、システムエラーに対する、われわれのそれを改善する仕組みができればいいのではなかろうかという提案でございます。

皆さん、ここまでで何かご質問はございますでしょうか。どうぞ。

(Q1) すみません。としま昭和病院の神田橋と申します。

例えばシステムのエラー、あるいは個人の話でもいいのですが、別にその人が悪いだけではなくて、その病院のシステムが悪いわけではなくて、全部のシステムが悪くて、たまたまこの病院が事故を起こしたということは十分考えられると思うのですけれども、今後、それはどうやって減らしていこうとか、その辺は何かありますか。

(高本) 畑中さん。

(畑中) それは例えば政策提言という形なのではないかと思うのですが、いろいろなシステムで共通する課題があつて、ある医療機関で事故が起こってしまった。

例えばどういうのがいいのか、ちょっと私は医療者ではないので、思いつかないのですが、輸血パックの準備が十分ではなくて、その患者さんが亡くなってしまった。もしかしたらということで、輸血パックの準備をすべきだったのかもしれないけれども、それはできなかった。それはなぜかという、財政上の問題だったり、あとは地域的に輸血パックを十分に確保することができなかったかもしれないということかと、私は今、ちょっとイメージで思ったのです。そういった場合には、こういった事例がたくさん積み上がる。もしくは、その場合には隣の県から借りられるとか、そもそも財政上、足りないのであれば、財政上のバックアップが必要という政策なり、こういった医療提供体制全体の課題として挙げておく仕組みを、今回の医療事故調査制度の体制の最終的な提言の中で、国とのつながりがあればいいと考えましたけれども、いかがでしょうか。

(Q1) なるほど。では、すみません、議論みたいになります、例えば今の例で、一つの病院で、たまたまそうやって輸血が足りなくて、死んでしまった。輸血をもっとそこに用意しておけば良かったですね。だったら、世の中のすべての病院も、ひょっとすると同じときに同じようなことがあったら、同じことが起きたかもしれない。それを常に比較対照しながら、では、これはどうやれば防げたのか。あるいは防げなかったのか。あるいはそのシステムエラーというのは、ここの病院だけ、たまたま足りなかったのか、それともほかにも実は全部のところ、そうになっているのか。どちらなのかというところを、きちんと比較検討した上で、上に上げていくというシステム、そういう仕組みがビルトインされているように作ろうということでしょうか。

(高本) システムエラーというのは、いろいろな段階が多重に重なっていると思うんですね。現場の不注意とか、不注意でもセーフになるような、セーフプルーフといったものがあると、より安全です。

でも、医療機器の中に本当に注意しなければ、それができないようなものは、普通にそれは安全にいくという仕組みです。それはもっと経済的なバックアップもあるかもしれません。予算のことがあるかも分かりません。システムはもっともっと大きくなって、これをちょっと直すのに多くのお金が必要となると、多分、全部は直せないだろうと思うのです。それでも、ほかのところではできるだけ努力をして、これを少なくする努力はできるのではないかと思います。

パーフェクトな形で、どんなシステムエラーも絶対ゼロにするという形にはまずはなら

ないと思うのですが、それぞれの場所で、マルチプルなファクターを全部分析して、できるだけこれをなくすという努力が、私は大事なのではないかと思います。

(Q1) ちょっと問題意識の部分がずれているかもしれません。つまり、あらゆるところで同じエラーがあって、たまたまそこだけ結果が悪くなってきていて、その結果を引き起こしたエラーは確かにここにあるのだけれども、それらはどこでも共通してあるような出来事である。ではそのときに、この機関を教育するなり、この人を教育するなりして、ここを起こさなくすることは、果たしてみんなにとって、将来、それを減らすことに役立ってきているのだろうかという話です。

(高本) はい、どうぞ。宮本さん。

(宮本) 厚生労働省で医療安全を担当しています宮本と申します。後ほど時間をいただいておりましたので、少しそういった関係したところを申し上げようかと思っておりました。そこを先取りした形で少し紹介させていただこうと思います。

まず行政処分と再教育というテーマで、医療安全の観点からしますと、唯一の方策といえますか、それだけで対応しようという性格のものではなくて、いろいろと医療安全対策を、現在もご担当されているということなののでしょうか。その中でフラットに考えていくものの一つのメニューとしてあると思います。

もともとこのテーマをご検討いただいている経緯として、事故調査制度を刑事司法との関係で平成19年から20年にかけて集中的に検討しました。そういう流れの中で、刑事司法との関係でよりソフトな手法ということで課題に挙がってきたという経緯がございます。

今、私どもの直接の担当は、より医療安全を目指すという立場なのですが、制度の中のご紹介もありました、それを規制するという意味ではなくて、多様な手段で効果というか、影響を持ってそれぞれの現場で考えていただくことが重要だと思います。どのような形になっても、すべての現場を行政がレギュレーションすることはあり得ません。それは自明のことですので、いろいろな多様な方法を一緒に考えていただくことがとても大切だと思っています。

その中で、今回の検討は恐らく中長期的なテーマになると思いますので、いろいろな意味で検討を続けていただくことが重要だと思っておりますが、もう一つ、純粋に医療安全の立場からお願いしたい点としては、エビデンスベースに有効性のある手法を幾つも作って

いただきたい、確立していききたいという思いがすごくあります。現在の医療環境、いろいろと患者さん側、国民側の方から、いろいろな要望が増えてきていると思いますが、そういう状況になっているのは、典型的には教育と医療については、これまでの実践に比べて、国民側の要求がすごく上がっている分野になっていると私は思っています。

その中で、教育に対してよりも、医療側の方がエビデンスベーストに実践を重ねていかなければいけないという思いを持って、医療安全はほぼ10年にわたる歴史があるわけですが、そういう感覚は共有していただいているのではないかと。その分がアドバンテージとしてあると思っています。

それも一つの例示ですが、例えば日本の中でまだあまり聞かない、教科書だけ出ていると私が思いますのは、トリガーシステムといって、有害事象が発生したり、しそうだったりする状況を、ある程度、自動的に警報を出す。電子カルテの導入と並行してだと思のですが、そういうアイデアと実践が医療安全の教科書には出ております。こういったものの有効性、実践は、日本ではどうなのかということは興味があります。

またもう一つ、これも例示ですが、各施設の医療文化のスコア化を測定する。例えば非常にシンプルな質問を職員にするわけですが、それぞれの職員に「あなたがもし病気になって、自分の施設で治療を受けたいですか」といった、非常にシンプルな質問が幾つもあるのです。そういうものによって、非常に鋭敏に医療安全の程度や、その施設の状況、さらに細かくセクションの状況を、測定できるという提案もあると聞いております。日本の中でまだそれほど、私としては知らないのですが、実際にはあるのかもしれませんが。話を聞いたことはあります。これは単純に例ですので、医療安全を向上するための、ほかの診療を上げるのと同じように、さまざまな手法が提案されて、実践されて、確かめられている。そういうものが世界に一斉に行われている状況だと思います。そういうものを含めて一緒に考えていただければと思います。

その中に再教育の手法も、これは必ずしも行政が主導するものだけではなく、含まれると思いますが、併せて有効な方策と一緒に考えていただければという流れなのではないかと思っています。ぜひ一緒に考えていただければと思います。

ちょっと時間を取り過ぎてしまい、申し訳ありません。後ほど、もうあまり時間が要らなくなると思います。よろしく申し上げます。

(高本) どうもありがとうございました。次にも、後の方でもディスカッションの時間を設けております。

それでは、5分休憩を取りまして、次のセッションに移りたいと思います。どうもありがとうございました。

(司会) 本日のシンポジウムは、後日、報告書でまとめる予定ですので、その報告書をご希望の方は、受付の方でお名前、ご住所をご記入ください。

Ⅱ 新しい制度構築のための具体的模索

司会 山口 徹（虎の門病院 院長）

（総合司会） 引き続きまして「新しい制度構築のための具体的模索」といたしまして、第2部、何人かの先生にお話をいただきたいと思います。司会の山口徹先生、お願いいたします。

（山口） 虎の門病院の山口でございます。前半の後半の部分の司会をさせていただきます。

私は現在、日本医療安全調査機構がやっていますモデル事業を2005年に内科学会が始めましたときに、中央事務局長を仰せつかって、それから5年です。その前も、医師法21条の届出制をどうするかということから、少し関わっていたものですから、いまだにまだちょっと足を洗えずに現在に至っております。そういうことで後半の司会をやれということだったのだらうと思っております。

後半は、今日のテーマの行政指導、再教育について、各世界での現状のご紹介と、それからいろいろな各立場からのありようについてのご意見をいただけたらと思っております。

それでは、プログラムにございますように、最初、アメリカにおける制度について、ユニバーシティ・オブ・ワシントンの南立先生をお願いいたします。よろしく申し上げます。

Ⅱ-ⅰ) アメリカにおける制度

「アメリカ（ワシントン州）の現状」

南立 宏一郎（ワシントン大学ハーバービュー医療センター／厚生労働科研 高本班 研究員）

では、アメリカは広いので、私が勤務しているワシントン州の現状をご報告させていただきます。

#1

これが僕が働いているワシントン大学ハーバービュー医療センターという病院で、大体1年間に3500人ぐらいが救急車で運ばれてくる病院で、毎日毎日、患者さんがどこかで死んでいる病院です。

#2

これは先ほど宮田先生がご紹介してくださった新しい案の一部です。これを見まして、恐らく今後、この総合調整医という役割と医療安全委員会という役割が非常に大事になってくると思って、今回は特にワシントン州の中で総合調整医がどういう役割をしているのか、医療安全委員会がどのように機能しているかをお話しします。

#3

その前に、アメリカには州法があって各州で微妙に異なりますが、大原則があって、診療行為に関連した予期しない死亡、あるいはその疑いがあるものは、日本の場合は法医学会の異状死ガイドライン等や医師法 21 条の関係があって警察へ届けることがほぼ義務化されているわけですが、アメリカの場合は故意でなければ、これはありません。

僕はこの1年間、いろいろな人にインタビューして伺ったのですが、「日本では警察に届ける」と言ったら、ほぼ100%、みんなが驚くのです。「何で？」と聞きます。いろいろ事情を話しますけれども、ほとんどの人がやはり驚いています。「警察は医学の知識があるのか」と言われるので、「いや、それはない」と言うと「何で警察に届けるのか」ということに、どうしてもなってしまいます。

#4

総合調整医というのは、アメリカでの名前はMedical Examinerという名前がついていて、この人たちは一応、医学部を卒業して、医師免許が必要です。3~4年程度のトレーニングを受けて、各専門医としては法医の専門医であったり、病理の専門医であったりします。雇用は州政府に雇用される、いわゆるお役人になります。

もう一つの医療安全委員会というのは、これは各州で名前が微妙に異なりますが、ワシントン州の場合はMedical Quality Assurance Commission、略称MQACという名前で機能しています。これはワシントン州政府からの全権委任になっています。

#5

これはアメリカの地図です。ワシントン州はこの北西に位置しています。

#6

これはワシントン州の地理です。人口は全部で670万人、面積は18万4827km²で九州の約4.4倍、人口は九州の半分ぐらいです。何で九州を出したかという、僕が九州出身だからというだけです。

行政区分は39のカウンティーに分かれています。このうち、すべてがMedical Examinerを雇用するほどの財力はやはりないです。ここの赤字で示しているカウンティーにMedical Examinerがいます。では、ほかのところには誰もいないのかというと、そういうわけではなくて、コロナー (coroner) という、日本でいうと検死官の人たちが、必ずしも医師免許を持っている必要はありませんが、何かあったときの検死等を行って、非常に問題があれば、この中央のMedical Examinerにコンサルトする形になっています。

僕が今、住んでいるこのワシントン州シアトルで、かつてイチロー選手がいたところですが、人口190万人、面積は東京の約2.5倍、人口は5分の1ぐらいです。ここはワシントン州の中では一番大きなカウンティーで、190万人の人口がいますが、そこは7人のMEを雇用しています。大体30万人程度で1人のMEを雇う感覚になっています。

#7

Medical Examinerがどういう症例に対して検死をしないかということ、幾つかありますが、死亡直前まで健康である、死亡前36時間以内に病院で診療を受けていない、あるいは不自然な、不合法な疑いのある死亡、原因がよく分からない、暴力行為が関わっているような死亡例が条件です。

またMedical Examinerは診療関連死だけを扱っているわけではなく、伝染病に起因する死亡例や身元不明である死亡例も扱います。身元不明はどういうことかということ、いきなり……。2年ぐらい前にありましたが、地下鉄の工事をしているときに骨が出てきたので、これは何かあったということと呼ばれたら、人間の骨ではなかったという笑話があったり、身元不明というのは要するにホームレスが非常に多いので、そういった人たちの確認もMEがやっています。

#8

では、何か病院の中であったときにどういう経路、あるいは誰がMedical Examinerに報告するかということですが、これは病院によってまちまちなので、僕の病院の例ですと、外傷、交通事故、ガンショットで死亡した症例、入院後25時間以内および手術室で死亡した症例、医療過誤が疑われる症例は院内のリスクマネージャーがMEに報告します。

1度報告されても、MEが果たして本当に何かおかしいことが起こっているかということは、すべてME判断になって、これ以上、調べる必要がないという、それで終わりです。ですから、MEの判断は非常に重要になります。

先ほども故意でなければということですが、例えば犯罪が疑われるとか、あるいはこれは故意であるということになると、すぐにローカルポリスへ報告されます。調査によって医療過誤の疑いがあれば、MEから、先ほどご紹介しましたMQACへ連絡が入ります。

#9

Medical Quality Assurance Commission、略称MQACですが、目的としては患者さんへの安全性の確保が目的で、構成は二十数名からなります。現在、ドクターが13名、いろいろな科の人がいます。それから、フィジシャン・アシスタントとあって、ドクターの監督下で臨床行為をやる人が2人。それから、医療とはあまり関係のない弁護士さんや公民館の監督者といった人が6名。

先ほども言いましたが、メンバーの任命権は州知事にあつて、州知事の委託でやりますから、この人たちの決定はもう州の決定ということになります。1人、顔写真が出ているのが、現在のMQACのチーフをされている*Bruce Cullen (DVD1:01:24:33 現チーフはMimi Pattison?) *さんという方で、僕の病院の前の前の部長をされた方です。大体、ドクターをリタイヤされたか、ほぼリタイヤされたような人が集まってきており、ベテランから成っていることが多いです。

#10

MQACの主な役割は、患者さんなどからクレームの対応。クレームというと医療過誤ばかりではなくて、例えば「何でこんなにお金を払わなくちゃいけないのか」ということまで来るのですが、それはその時点で断ることになっています。

それから、医師など医療従事者への懲罰、再教育の決定。医師など医療従事者の免許の有効化、無効化。医師法の改定案、草案作成等も関わっています。かなり結構な権限を持っています。

#11

MQACへ報告はどこから来るのか。先ほどMEから来ることを話しましたが、ほかにもあります。自己申請。例えばドクターでも薬中だったり、アルコール中毒だったドクターが

怖くなって、MQACへ報告することもあります。それから、患者、家族、本人以外の医療従事者、一般市民。病院からはリスクマネジャー、看護師さん、薬剤師さん。リスクマネジャーを通さなくても、薬剤室から「あの先生はいつも決まった量の10倍、20倍の処方をごっちに送ってくるから、調べてくれ」という報告も入ります。

それから、医療訴訟事例から、弁護士から来ることもあります。National Practitioner Data Bankというドクターの辞典みたいなところから問い合わせが来ることもあります。州政府、専門委員会、それから警察がおかしいと思った場合に、MQACへ意見を聞くこともあります。

#12

通報後、どういう流れで決まるかというと、最初に2~3人程度で小さな会議をやりまして、これはちょっと問題が非常に複雑なので、みんなで話し合った方がいいのではないかとということになると、今度は二十数名の中から、十数名から成る委員会で、最終的な決定を下す討議をします。討議が終わりますと、今からご紹介する三つのどれかに帰着されます。

まず1は、特に問題ないだろう。これはドクターのミスではない。あるいは医療従事者のミスではないという。

2番は、公式に大きな懲罰を与えることはしなくてもいいけれども、このドクターにやはり再教育、あるいはリハビリをやらなければいけないだろう。

3番目に、これは非常に厳しいのですけれども、公式に懲罰する場合があります。懲罰というのは戒告、保護観察、免許取消、猶予、停止、医療行為の制限など非常に複雑です。

MQACの決定事項は、インターネットにて一般公開されます。ドクターの医師免許等の番号と名前が分かれば、一般市民でも誰でもアクセスできます。

#13

2番目に紹介した非公式な懲罰というのは、必ずしもすべてに出されるわけではなくて、このドクターが記録改ざんや偽証などをしていない。当事者はこれ以上の異議を申し立てはしない。要するに自分の過失というか、失敗を認めているのと同時に、自分はやはり再教育、リハビリ等の必要があると認めた場合だけです。この場合は、免許停止やはく奪には基本的にはなりません。懲罰や再教育方法の内容もインターネットで一般に公開されます。

#14

MQAC がドクターに紹介している医師再教育やリハビリ機関というのは、ここに載せてある幾つかの機関があります。これはインターネットで調べられますので、後で見てください。

最後に、アルコールや薬物乱用の問題とありますが、これは結構、深刻です。医者が自分で麻薬を打ったり、アルコール漬けになったドクターも結構、ワシントン州にもいます。

#15

免許はく奪等の公式決定が下される場合というのは、やはりかなり慎重です。そのドクターが異議を申し立てれば、聴聞会はもちろん催されます。聴聞会があった場合には、ヘルスロージャッジが責任を負う形になるし、MQAC から 3~5 人程度の委員が、陪審員としてどうしても出頭しなくてははいけません。確実に間違いのない証拠が必要です。怪しいとかでは駄目で、絶対的にこの人は黒だという証拠がないと、さすがにやはりここまではいきません。

#16

これは半年前に出た公式懲罰の一つです。ちょっと英語で申し訳ないのですが、個人の情報を出してはいけないので、名前は隠しています。要するにこの人は、247 の余計な皮膚の標本を患者さんから採っている。全く必要ないのに、どんどん繰り返し採っていて、これは非常にモラルにも反するし、患者さんに対する abuse だし、とんでもないことだということで、最後の 1 文、“The Commission permanently revoked Respondent’s license.” ということで、このドクターは免許はく奪になりました。二度と医師としては働きません。

#17

懲罰を受ける主な理由としては、医療過誤もあれば不正行為、改ざん、不正請求もあります。薬物乱用、調査に非協力であった場合、患者さんに対するセクシャルハラスメント、診療以外で医師としてふさわしくない行動というのも結構あります。それから、認められていない医療行為、例えば内科医が外科的なことをやったりすると、これだけでも懲罰になります。

#18

MQAC の決定がドクターの一生に与える影響ですけれども、もちろんはく奪となれば失業するわけですし、医療行為を限定されると、専門医の失効にもつながります。公衆にさらされることによる罪悪感、ドクターがうつになったり、その後、奥さんと離婚したりして、家族が分裂したりすることになります。もちろん、お金も当然、問題が出てくるわけですし、罰金が科されることもあれば、その罰金も 1 万ドル、2 万ドル単位の罰金なので、結構大きいです。それから、再教育やリハビリに対する費用は自己負担ですから、これも結構な額になります。

こういった懲罰が与えられることになると、保険会社からの支払いが滞りますから、先ほど非公式懲罰では免許を失うことはないと言ったのですが、こういうことがあって保険会社からの支払いがなくなれば、雇用がなくなるわけで、そうするとその人は失業するわけで、医師免許はほかの免許には使えませんから、結局は職場を失うことと等しいことになってしまいます。

#19

これは最後のスライドです。今日、マスコミの方も来られているようなので、最後にちょっとこの例をご紹介します。

1 年半前にシアトル小児病院で、カルシウムの過剰投与でこの子が亡くなりました。もちろん、このとき、ME も動いて、MQAC も動いているのですけれども、マスコミの報道が非常に先行してしまって、投与したのは看護婦さんなのですが、看護婦さんが一生懸命頑張ったから、この子の寿命がどんどん延びていったのですけれども、最後にはその看護婦さんが、言葉は悪いですけれども、とどめを打ってしまったということです。

MQAC、ME の調査が進んでいる間に、マスコミの新聞社などがこの看護婦さんの、医療とは全く関係ないプライベートなところ、同性愛者であったことなどをどんどん暴露して、結局どうなったかという、この人は MQAC の調査が終わらないうちに自殺されました。

これは非常にかわいそうなケースで、恐らく新しい制度が始まれば、ドクターも何らかの形で公衆の面前にさらされることはあると思うのですけれども、そういったときにどこまで情報を流すかというのは一つ、今後の問題になるのではないかと思います。

ちょっと駆け足でしゃべりましたが、以上です。ご清聴ありがとうございました。

(山口) ありがとうございます。いろいろお聞きしたいこともあるのですが、ちょっ

とここで聞いていると時間がどうもなさそうなので、一応、ご発表いただいたところで、もしありましたら、また後で詳しくお話を伺いたと思います。

ちょっと院内の事故調という話は全くありませんでしたけれども、そういうものは。

(南立) いや、ありますよ、院内の事故調は。

(山口) それはそれでまた、あるのですか。では、またそれは後のディスカッションで。

(南立) 僕も出席しました。

(山口) そうですか。ありがとうございます。ぜひ聞かせてください。

それでは、続いてヨーロッパにおける制度について、ユニバーシティ・カレッジ・ダブリンから小館先生、お願いいたします。