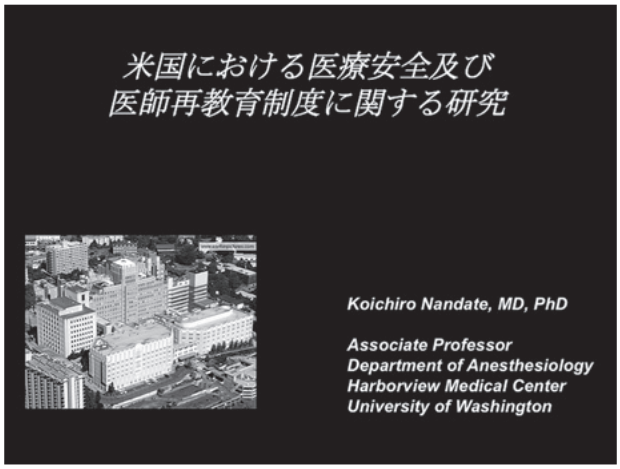
米国における医療安全及び医師再教育制度に関する研究

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　准教授
（東京大学 特任教授　児玉 安司氏の代理発表）

【スライド1】

今回はアメリカ、特にワシントン州における医療安全と医師再教育制度に関する研究を行いましたので、報告します。

スライド 1

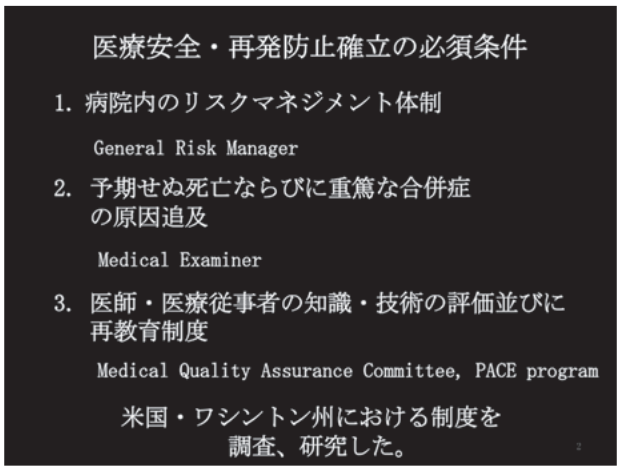


【スライド2】

日本、アメリカを問わず医療安全・再発防止確立の必須条件としては、まず病院内のリスクマネジメント体制が充実していること、予期せぬ死亡や重篤な合併症を起こした場合に、どうしてこういうことが起こったのかという原因をしっかり追及すること、それから、原因となってしまった医師・医療従事者の知識や技術の評価ならびに再教育制度、この3つが確立して、初めて良いシステムになると考えます。

今回は、私がワシントン州で勤務している関係で、ワシントン州における制度を調査・研究しました。

スライド 2



方法としては、まずRisk Managerに対するインタビューを行い、続いて、ちょっと聞きなれない言葉ですけれども、Medical Examinerという専門医がいますので、それにインタビューをしました。最後は、ワシントン州で医師の質を管理しているMedical Quality Assurance Committeeと、それから再教育制度を担当している…これはカリフォルニア大学のサンディエゴのプログラムですが…PACEプログラムの方に意見を伺いました。

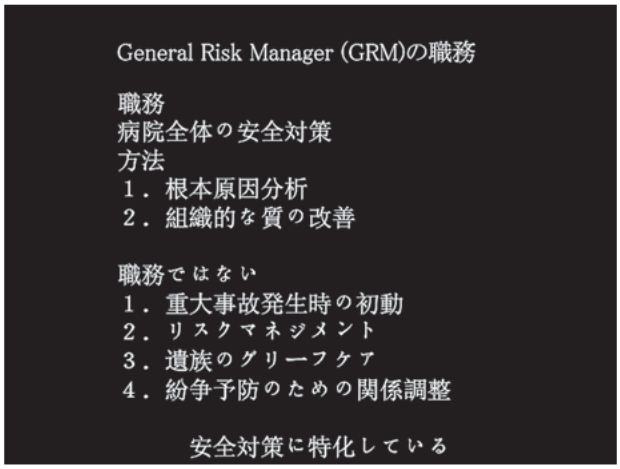
【スライド3】

まずRisk Managerについて。

チーフのGeneral Risk Managerの職務ですが、彼の仕事は病院全体の安全対策にのみ特

化していて、方法としては、問題が起こった場合のRoute Cause Analysis…いわゆる根本原因分析と、あとは起こってしまったことを分析して、それをどういうふうに改善していくか。病院全体として組織の質の改善を主な職務としています。

スライド３



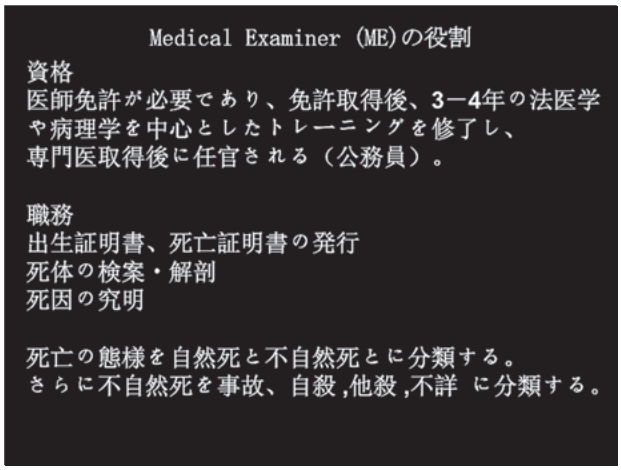
日本的にRisk Managerというと、いろいろな仕事をするのではないかなと考えます。例えば、何か事故が起こったときの初動のアクションを起こす。あるいは簡単なリスクマネジメント…転倒防止だとか、そういったこと。亡くなってしまった患者さんの遺族の最初の心のケアだとか。不幸にも裁判になったときの紛争を、裁判にならないための予防のため遺族とドクターの間の関係調整をするとか。そういったことは全くやっておらず、本当に安全対策に特化した仕事のみがGeneral Risk Managerの職務でした。

【スライド4】

次いで、Medical Examinerというのは、医師免許が必要で、医師免許取得後3年から4年ぐらいのトレーニングをして、専門医の資格を取得をした後に公務員として任官される方たちです。

職務としては出生証明書、死亡証明書の発行から、死体の検案、解剖、死因の究明を行っています。主に死亡を自然死と不自然死とに分類して、さらに不自然死を事故、他殺、自殺、不詳に分類しています。

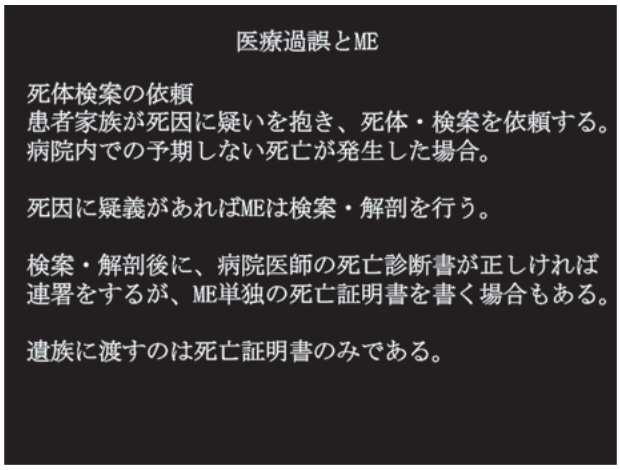
スライド４



【スライド5】

では、このMedical Examinerが医療過誤とどう関係しているのかということになりますが、主な関係は死体検案です。例えば、患者家族が亡くなってしまった原因に疑いを抱いた場合に、直接患者家族からMEに死体検案を依頼することができます。また、院内で予想しなかったような

スライド５



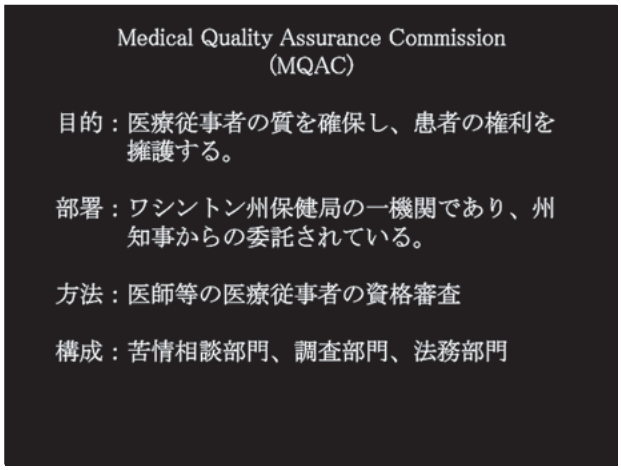
死亡が発生した場合は、院内のRisk Managerから、あるいは面白いことですがドクター自身もMEに、「なんで死んだのかよく分からんから、ちょっと調べてくれ」というようなこともよくやっています。

もし死因に疑義があれば、MEは検案・解剖を行います。検案・解剖後に、病院の医師が書いた死亡診断書が正しければ、そのまま連署をしますけれども、それとマッチしなかった場合には、MEが単独の死亡証明書を書く場合もあります。この場合でも、遺族に渡すのは死亡証明書のみとなっています。

【スライド6】

続いて、Medical Quality Assurance Commission…以下MQACと略しますが、これは医療従事者の質を確保し、患者の権利を擁護することを目的としています。部署としてはワシントン州保健局の一機関で、日本風に言うと厚労省の地方の一機関のようなものです。州知事からの全面委託で業務を遂行しています。

スライド 6

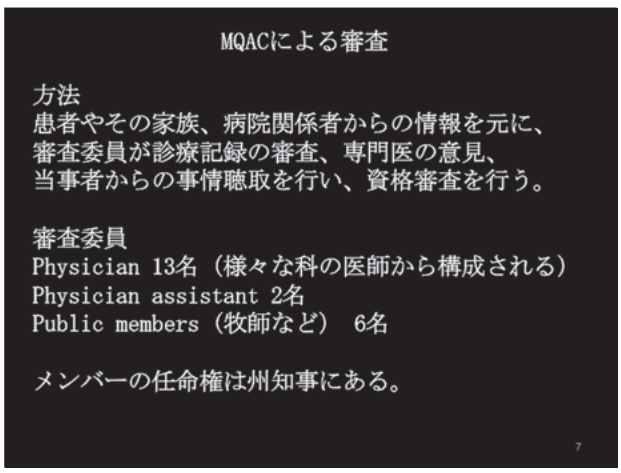


方法としては、問題を起こした医師や医療従事者の資格審査をCommitteeで審査するということになっていて、苦情相談部門、調査部門、法務部門の3つからなっています。

【スライド7】

どんな審査をしているのかということですが、患者、家族、あるいは病院関係者からの情報を元に…というか、患者さんが直接MQACに調べてくれということももちろんできるし、病院からいくこともできます…ということで、審査委員が診療記録の審査、専門医の意見、あるいは当事者からの事情聴取を行って資格審査を行います。

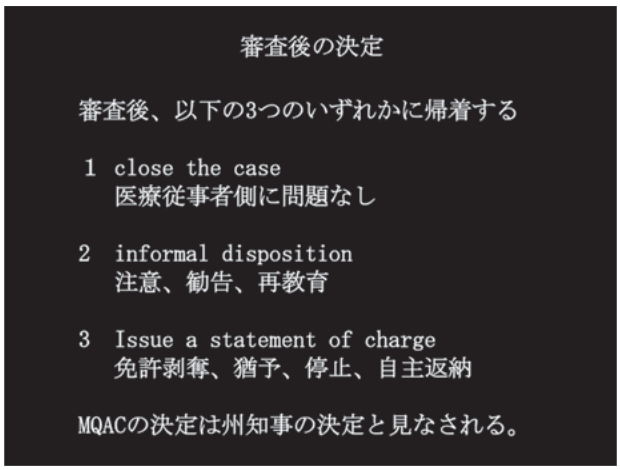
スライド 7



審査委員は現時点では20名前後で、ベテランのドクター…いろいろな方から選ばれた、ほぼリタイアしたようなドクターが13名、それから、Physician assistantという職種があるのですが、そこから2名、あとは、医療界からではなくて、一般の牧師さんとか先生とか、そういう人が6名です。ただ、メンバーの任命権は州知事にあります。

【スライド8】

スライド 8



小さなCommitteeが始まって、「これは一大事だ」ということになると、もうちょっと大きなCommitteeが組まれて、審査して、以下の3つのいずれかに帰着されます。

この研究を通じて、適切な訳語がないので英語のままclose the caseとかinformal dispositionとかと書かせてもらっています。

最初のclose the caseというのは全く医療側に問題がない。要するに言いがかりであったり患者さんの勘違いだったりするので、医師や医療従事者は処罰されない。

2のinformal dispositionというのは、医師や医療従事者が自分の失敗を十分認めて、カルテなどに一切の虚偽を書いていないということを前提に、Committee側が注意や勧告、あるいは再教育をさせるタイプです。

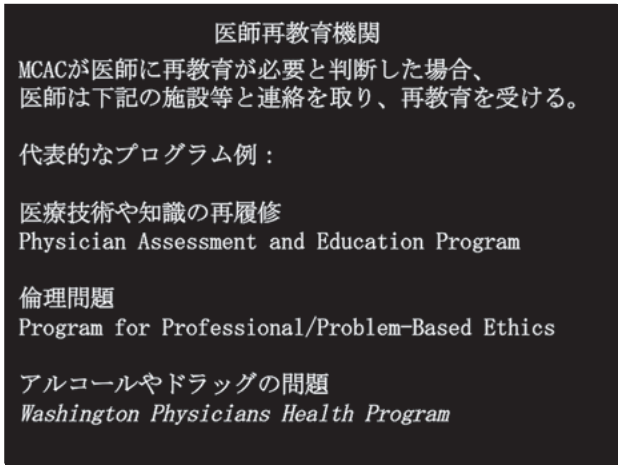
最後が一番厳しくて、1と2で9割ぐらいで、残りの10パーセントは、免許剥奪、免許を使うのをしばらくやめろ、サスペンド、それから、こちらから取り上げることはしないけど返しなさい、と。

この3つに分けられます。

MQACが下した決定というのは州知事の決定とみなされて、非常に重要なことになります。それから、ワシントン州で免許剥奪になった場合はこのドクターはワシントン州で働けないことになってしまう。

【スライド9】

スライド 9



2番目の帰着で医師再教育というのがアメリカには結構いくつかプログラムがあり、代表的なプログラムとしては、先ほど言ったPhysician Assessment and Education ProgramがUniversity of San Diegoにあります。

あるいは倫理問題。どういう倫理問題かというと、患者さんと非常に不適切な関係になってしまったとか、そういった再教育機関もあります。

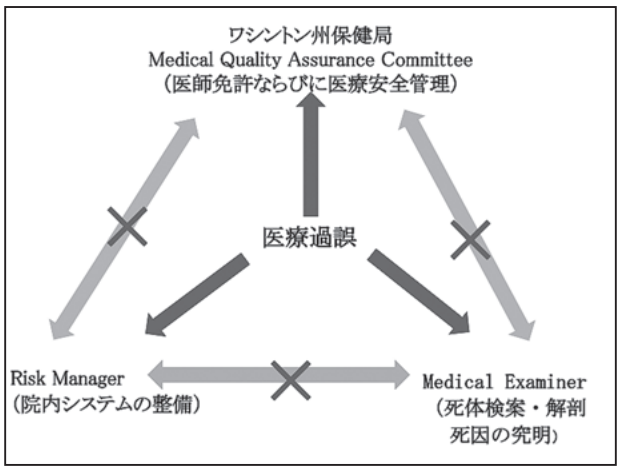
それから、アルコール、ドラッグにabuseしてしまうドクターもいます。ワシントン州の場合、これが今深刻で、ワシントン州の中でWashington Physicians Health Programというのが最近できています。

【スライド10-1】

医療過誤が不幸にして起こった場合に、次の3つの機関がアクションを起こします。Risk Manager、Medical Examiner、それからワシントン州保健局MQACです。

3つは実は全くお互いは連動しなくて、勝手に動いているわけで、お互いが何をやっているのか、どういう調査しているのか、ほとんど知らない状況です。

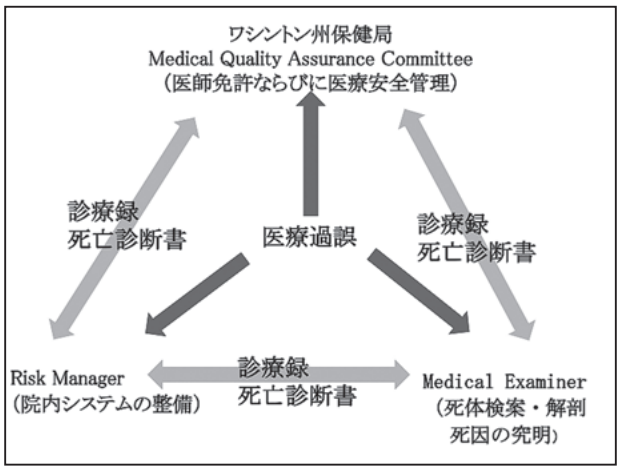
スライド 10-1



【スライド10-2】

では、全く連絡しないまま最後まで行ってしまうのかというと、そういうわけではありません。例えば、お互い情報が欲しければ必ず聞いていますけれども、そのとき、お互いが情報として流すのは診療録と死亡診断書からの情報のみで、これ以外のことは全く情報としては漏らさないことになっています。

スライド 10-2



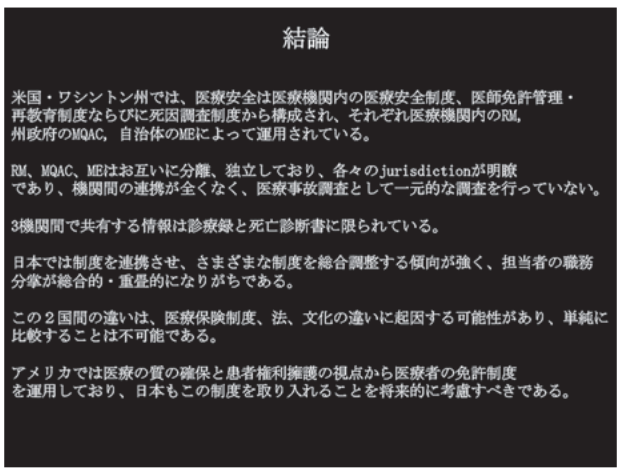
【スライド11】

結論です。

ワシントン州では医療安全は医療機関内の医療安全制度、医師免許管理・再教育制度、ならびに死因調査制度から構成され、それぞれRisk Manager、MQAC、MEによって運営されています。

この3つは互いに分離、独立していて、各々の…これもどういう日本語が適しているか分かりませが、jurisdictionが明瞭であって、お互いの三つの機関は連携がなく、医療事故調査としては一元的な調査を行っていません。

スライド 11



3機関で共有する情報は診療録と死亡診断書に限られています。

一方、日本では制度連携され、さまざまな制度を総合調整する傾向が強くて、担当者の

職務分掌が総合的、重畳的になりがちです。

この日本とアメリカとの大きな違いは、医療保険の制度、つまり医療の土台となる保険制度が違うし、これまでの法律に対する考え方も、医療法に限らず違うし、もちろん文化も違う。こういったことに起因する可能性があるので、単純にアメリカの制度が日本にうまく適応できるとは思いませんけれども、それは可能ではないかと思っています。

最後に結論というか、これはかなり僕の個人的な感想ですけれども、アメリカでは医療の質の確保と患者権利擁護の視点から医療者の免許制度を運用していまして、日本もこの制度を取り入れることを将来的に考慮すべきではないかなと思います。

質疑応答

座長： 結論のところで、一元的な調査はないと、スライドでも明確になりましたけれども、その結果、患者側からの不満というか不安というのはどうなのでしょうか。私は、MQACが最終的には結論を出してくれて、患者側からすれば結構納得のいく結果ということに、少なくともシステムとしてはなっているのかなという気がするのですけど、そうではないですか。

南立： 患者さんが納得するというのは、医師の処罰に対してということですか。

座長： いや、結論に対して。

南立： 例えば医療過誤があったときに、これはドクターのミスだったかどうかということですか。それは、恐らくそうだと思いますけども、どちらかというと患者さんは、ある医療過誤の結果を知りたいということよりも、アメリカの場合はどうしても裁判になってしまうということもあるので、裁判で有利になるか不利になるかということを考えます。それはMQACとは全く別問題なのですけど、結局MQACによりドクターのミスだったということが分かれば、それはそれで患者さんは納得すると思います。

座長： それぞれの3つの仕組みというのは、その結論が、裁判にかけたときに患者にとって極めて有効なデータですよね。不利になるか有利になるかは別として。

南立： そうだと思います。

座長： 日本のほうは何となく曖昧にされていて、調整役みたいなことばかりやっている

わけでしょう。

南立： 日本のことはよく分からないので…

座長： というのは、われわれマネジメントの世界で、日本のリーダーは調整型なんですよ。要するに、自分で決定して「おまえら、これやれ。俺が責任取る」というタイプは組織の中ではほとんど出世できない。私なんか、そのほうだと思っているのですが…（笑）。システムもそうなってしまっているのではないか。ですから、南立先生の日本もアメリカ的な制度を検討すべきだという提案は、その辺のことをお考えになっておられるのかなと思ってお聞きしたのですが。

南立： というか、これもまた僕の個人的な意見なのですが、結局、今、日本は、刑事罰を犯して、医道審議会にかけられて、それで初めて医師免許停止とかということになるのがほとんどなわけです。そうではなくて、例えば、今度できた医療事故調査制度などがもっと積極的に動いているのが望ましいのではないかと思っているのです。日本の場合は紛争前解決とかもあるので、アメリカみたいに争ったら必ずすぐ裁判というわけでないと思うから、そこも多少は違うのだと思います。

座長： これは、われわれ全体が単純に文化の違いということで放置する問題ではないと思います。ですから、ぜひこの研究を続けていただきたいと思います。ありがとうございました。