

200732030A

# わが国における医療の質・安全の取り組みの現状と課題

(医療の質・安全学会第2回学術集会特別企画の講演記録集)

平成19年11月

「医療の質・安全を確保する新しい医療システムを実現するための戦略に関する研究」資料

平成18年度厚生労働科学研究費補助金 医療安全・医療技術評価総合研究事業

研究課題番号 H18-医療一般-005 (主任研究者 上原鳴夫)

## 目次

- 会長講演 「21世紀の医療と医療システムを求めて」  
東北大学大学院医学系研究科 教授 上原鳴夫 1
- 鼎談 「医療の不確実性と患者安全」
- 1 医療者と患者の意識差を埋めるもの  
ノンフィクション作家、評論家 柳田邦男 15
- 2 医療の不確実性と患者安全  
国立がんセンター中央病院 病院長 土屋了介 21
- 3 医療の不確実性：質と安全を決定するパラダイム  
聖路加国際病院 院長 福井次矢 25
- 特別講演 The Vision and Strategies of Patient Safety Initiatives in The U.S.  
*Former Senior Clinical Advisor, Centers for Medicare & Medicaid Services* Stephen F. Jencks 33
- 特別セミナー Leadership and Safety  
*Former Senior Clinical Advisor, Centers for Medicare & Medicaid Services* Stephen F. Jencks 37
- 特別報告1 「院内感染の現状と対策」
- 1-1 院内感染の現状と対策  
名古屋大学大学院医学系研究科 機能構築医学専攻 救急・集中治療医学 教授 武澤純 41
- 特別報告2 「医療従事者の勤務環境に関する調査報告：実態と国際比較」
- 2-1 日本における医師の勤務実態－既存調査のまとめ  
東北大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学分野 准教授 藤盛啓成 53
- 2-2 看護師の労働環境－リンダ・エイケンとの国際共同研究から－  
東京女子医科大学看護学部 教授 金井 Pak 雅子 64
- 特別報告3 「質不良のコストと質・安全に必要な財務基盤」
- 3-1 質不良のコスト  
国際医療福祉大学 教授 池田俊也 75

### 3-2 質と安全：測定可能性と支払評価の壁

東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻 教授 橋本英樹 86

## ■シンポジウム1「岐路に立つ医療－「崩壊」から再建へ」

### <第一部>医療は崩壊するか？

#### 1-1 崩壊への要因

虎の門病院 泌尿器科部長 小松秀樹 99

#### 1-2 地域医療は崩壊している

社団法人全国自治体病院協議会 会長 小山田恵 105

#### 1-3 健康保険制度改革と医療

慶應義塾大学経済学部 教授 金子勝 108

### <第二部>質と安全確保のために、医療業務体制と労働環境はいかにあるべきか

#### 1-4 産婦人科医の労働状況と救急医療体制

日本医科大学 産婦人科 教授 中井章人 114

#### 1-5 小児科医の業務体制と労働環境

大阪市立住吉市民病院 副院長・小児科部長 舟本仁一 123

#### 1-7 看護職の定着をめざす職能

社団法人日本看護協会 看護職確保定着推進戦略プロジェクト 次長 奥村元子 134

### <第三部>地域医療システムの質と再建の課題

#### 1-8 医療経済から見た医療の質・安全

京都大学大学院経済学研究科 教授 西村周三 143

#### 1-9 ジェネラリストの役割

社団法人医療振興協会 公立黒川病院 管理者 山田隆司 158

## ■シンポジウム2 World Now : Introduction of Safety Initiatives in Oversea Countries

(New Zealand, Australia, Thailand, Malaysia and others)

### 2-1 Global overview of patient safety research

*Research Tracks, World Alliance for patient safety research, WHO*

*Takeshi Morimoto* 169

## 2-1 50 minutes around the world

### Initiatives on Patient Safety in New Zealand

*Director of International Relations, Ministry of Health, New Zealand*

*Don Matheson* 174

### The Australian Quality and Safety Agenda

*Professor of Public Health La Trobe University*

*Vivian Lin* 180

### Patient Safety Initiative in Thailand

*CEO, Institute of Hospital Accreditation, Thailand*

*Anuwat Supachutikul* 185

### The International Classification for Patient Safety

*Peter Hibberd* 190

## ■ シンポジウム 3 「医療安全と情報」

### 3-1 病院薬剤師のあるべき業務と役割

東京医科歯科大学歯学部附属病院 薬剤部長 土屋文人 195

### 3-2 知的医療行為間連携による医療安全情報システム構築の試み

東北大学大学院医学系研究科 教授 根東義明 199

### 3-3 医療の質と情報マネジメント

マサチューセッツ工科大学 秋山昌範 205

### 3-4 医療情報学と医療安全学

大阪大学大学院医学系研究科 内科系臨床医学専攻医療情報学講座 教授 武田裕 211

## ■ シンポジウム 4 「医療安全の目標と行動提案」

### 4-1 日本版「医療関連死・10万人削減キャンペーン」への期待

東京大学医療政策人材養成講座 特任助教授 埴岡健一 215

### 4-2 医療事故削減対策

社団法人日本病院会 会長 山本修三 223

### 4-3 医療事故を減らすために Preventable Error の防止から

社団法人日本医師会 常任理事 木下勝之 229

4-4	看護協会の取り組みと共同行動に向けての提案	社団法人日本看護協会 常任理事 楠本万里子	237
-----	-----------------------	-----------------------	-----

4-5	医療安全の目標と行動提案 ～医療安全における臨床工学技士の役割～	社団法人日本臨床工学技士会 会長 川崎忠行	245
-----	----------------------------------	-----------------------	-----

## ■ワークショップ1 「医療安全の観点から見た health professionals の人材育成」

1-1	医師養成課程における医療安全の位置づけ	東京大学医学教育国際協力研究センター 教授 北村聖	251
-----	---------------------	---------------------------	-----

1-3	歯学部、歯科医師臨床研修における医療安全教育の現状	日本歯科大学附属病院 教授・病院長 住友雅人	259
-----	---------------------------	------------------------	-----

1-4	看護師養成課程における医療安全教育	東京医療保健大学 医療保健学部看護学科 学科長 坂本すが	266
-----	-------------------	------------------------------	-----

1-5	多職種による医療安全教育カリキュラム開発モデル	国立保健医療科学院政策科学部 安全科学室長 種田憲一郎	277
-----	-------------------------	-----------------------------	-----

1-6	医療安全教育の方向性	京都大学大学院医学系研究科 医学教育推進センター 講師 森本剛	283
-----	------------	---------------------------------	-----

## ■ワークショップ2 「医療事故の類型と調査分析の方法」

2-1	京大病院の医療事故調査の検討	京都大学医学部附属病院 医療安全管理室 医療安全管理室長 長尾能雅	289
-----	----------------	-----------------------------------	-----

2-2	航空事故に対する防止対策	航空・鉄道安全推進機構 理事 杉村守	295
-----	--------------	--------------------	-----

2-3	医療事故の外部調査経験からみた医療事故の類型と調査法	JR 東京総合病院 名誉院長 古瀬彰	311
-----	----------------------------	--------------------	-----

2-4	M&M (Morbidity & Mortality) カンファレンスについて	名古屋大学大学院医学系研究科 救急・集中治療医学講座 准教授 高橋英夫	323
-----	---	-------------------------------------	-----

2-5	医療安全とモデル事業	東京大学大学院法学政治学研究科 教授 樋口範雄	328
-----	------------	-------------------------	-----

## ■ワークショップ3 「医療事故被害救済制度のあり方」

### 3-1 「無過失補償制度」の理念

昭和大学医学部 産婦人科学教室 主任教授 岡井崇 339

### 3-2 医療被害防止・救済センター構想

栄法律事務所 弁護士 加藤良夫 350

### 3-3 医療事故情報収集等事業と最近の話題

財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止センター 医療事故防止事業部長 後信 356

## ■ワークショップ4 「医療機関における質管理システムと組織体制」

### 4-1 質・安全推進のための組織管理体制と評価

前田建設工業株式会社 総合企画部 部長 村川賢司 365

### 4-2 武蔵野赤十字病院がめざす質管理システム

武蔵野赤十字病院 呼吸器外科 部長 矢野真 369

### 4-3 TQM 活動における病院組織の構造化

株式会社日立製作所 水戸総合病院 院長 永井庸次 377

### 4-4 DPC と医学の質

産業医科大学 公衆衛生学 教授 松田晋哉 391

## ■ワークショップ5 「医療の質保証とプロフェッションの役割」

### <第1部> 特別発言と報告：医療の質と安全におけるプロフェッショナル・ソサエティの役割

#### 5-1 特別発言：専門家・学会の自己管理と使命感に期待する――患者からの期待

社会福祉法人はばたき福祉事業団 理事長 大平勝美 397

#### 5-2 報告：変化する世界の医療専門職規制

金沢大学医学部附属病院 総合診療部総合診療内科 准教授 野村英樹 399

#### 5-3 報告：医療の質・安全に関する各学会の取り組みの現状―アンケート調査報告―

京都大学医学部附属病院 医療安全管理室 医療安全管理室長 長尾能雅 409

### <第2部> パネル討議：プロフェッショナル・ソサエティによる質保証への取り組み

#### 5-4 心臓外科領域学会の医療の質への取り組み

名古屋大学大学院医学系研究科病態外科学講座心臓外科 教授 上田裕一 415

#### 5-5 専門医の質と専門医制度

日本専門医認定機構 副代表理事 吉村博邦 420

- 5-6 日本医師会生涯教育制度のボトムアップによる「かかりつけの医師」の質の担保  
 社団法人日本医師会 常任理事 飯沼雅朗 430
- 5-7 看護ケアの評価・改善に向けて  
 社団法人日本看護協会 常任理事 廣瀬千也子 436
- 5-2 (続き) 報告：変化する世界の医療専門職規制  
 金沢大学医学部附属病院 総合診療部総合診療内科 准教授 野村英樹 442

### <第3部> 診療適正審査と不適格者の処分・再教育のあり方

- 5-8 特別発言：医療プロフェッションの意味と機能 —歴史の窓と統治構造の中で  
 東京大学先端科学技術研究センター 特任教授 米本昌平 448
- 5-9 特別発言：弁護士会の登録審査と懲戒処分  
 東京弁護士会所属弁護士 高中正彦 454

## ■ワークショップ6 「使用環境を考慮した医療機器の安全基準と安全管理体制」

- 6-1 ヒューマンファクター工学に基づく安全な人間-機械システムの運用  
 自治医科大学医学部医療安全学 准教授 河野龍太郎 459
- 6-2 医療現場からみた医療機器の安全な使用上の問題点  
 名古屋大学大学院医学系研究科 救急・集中治療医学講座 准教授 高橋英夫 479
- 6-3 医療機器安全使用のための中央管理体制の必要性  
 東京女子医科大学病院 臨床工学部・ME 機器管理室 臨床工学技師主任 酒井基広 486
- 6-4 医療機器の保守に関わる人員数の問題点  
 北里大学医療衛生学部 医療工学科臨床工学専攻 准教授 廣瀬稔 505
- 6-5 安全設計への取り組みと安全使用に向けて  
 テルモ株式会社 駿河工場開発課 課長 沓澤章雄 511
- 6-6 医療機器のライフサイクルにおける理念と戦略  
 神奈川県健康福祉大学 教授 小野哲章 517

## ■ワークショップ7 「放射線医療の安全」

- 7-1 放射線治療の安全システム  
 兵庫県立粒子医療センター 院長 菱川良夫 525
- 7-2 「放射線業務の安全の質管理指針」と「同・管理マニュアル」  
 : 3団体合同プロジェクト班による策定  
 横浜市立大学附属市民総合医療センター 放射線部 天内廣 535



- 7-3 国立大学病院放射線部門におけるインシデントの原因分析と改善について  
 全国国立大学病院放射線技師会 副会長／福井大学医学部附属病院 放射線部技師長  
 東村享治 541
- 7-4 「医療被ばく低減施設認定」の意義  
 社団法人日本放射線技師会 常務理事 諸澄邦彦 546

## ■ワークショップ8 「医療安全の監視（ビジランス）」

- 8-1 医薬品医療機器総合機構における安全対策について  
 独立行政法人医薬品医療機器総合機構 安全管理監 川原章 553
- 8-2 医療事故情報収集等事業の現況について  
 財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止センター 医療事故防止事業部  
 主任 坂井浩美 561
- 8-3 透明性が最善の策－医療の質安全を高めるための処方箋  
 The Informed Prescriber 「正しい治療と薬の情報」編集長 別府宏圀 574

## ■ワークショップ9 「患者の医療参加と Patient Advocacy」 Communication and Patient Advocacy

- 9-1 Patient participation and the role of patient advocacy  
*Program Manager, Center for Patients and Families Dana-Farber Cancer Institute*  
*MSW, LCSW*  
*Deborah E. Hoffman* 583
- 9-3 米国における患者の医療参加と Patient Advocacy  
 東京医科歯科大学 岡本佐和子 592

## ■ワークショップ10 「急変時の緊急対応と RRT & 肺塞栓症対策」

- 10-1 わが国の周術期肺塞栓症の予防と対策  
 自治医科大学医学部 麻酔科学・集中治療医学講座 主任教授 瀬尾憲正 603
- 10-2 侵襲的処置に対する準備は万全か？～危険予測と緊急対応～  
 京都大学医学部附属病院 初期診療・救急部 准教授 山畑佳篤 608
- 10-3  
 獨協医科大学越谷病院 救命救急センター 池上敬一 616
- 10-4 看護師を対象とした「患者急変対応コース」の開発  
 獨協医科大学越谷病院 救命救急センター 浅香えみ子 621

■医療安全推進週間公開フォーラム 「みんなで創ろう、私たちの医療  
—患者・医療者・地域社会の取組み」

2. 患者本位の医療をめざす患者・医療者・地域社会の取組み

(1) 患者さんの取組み

読売新聞社記者 本田麻由美 631

(2) 医療機関の取組み

元ジョンズホプキンス大学病院 Patient Advocate 岡本佐和子 642

(3) 地域社会の取組み

日本経済新聞社記者 前村聡 651

3. パネル討議ディスカッション

「パートナーシップに基づく新しい医療のかたちを創るために」

(1) 「患者本位の医療」が意味するもの

Patient Empowerment and Patient Advocacy

*Program Manager, Center for Patients and Families Dana-Farber Center Institute  
MSW, LCSW*

*Deborah E. Hoffman* 661

(2) 患者市民の医療参加と患者・医療者のパートナーシップを促進するために行政にできる  
ことやるべきこと

下関市医療相談窓口（下関市立下関保健所）主任 藤井裕志 667

(3) 患者・市民活動発展のために必要なこと

Patient and Public Involvement in Health Policy-making Process

社団法人全国社会保険協会連合会 理事長 伊藤雅治 672

(4) 米国医療にみるパートナーシップ

Partnership in the U.S. Medicine

ピッツバーグ大学内分泌代謝内科 準教授 赤津晴子 679

# 会 長 講 演

「21 世紀の医療と医療システムを求めて」

◆ 会長講演 ◆

ただ今より、会長講演「21 世紀の医療と医療システムを求めて」を行います。座長の高久史麿先生、よろしくお願い致します。

高久 それでは、ただ今から会長講演「21 世紀の医療と医療システムを求めて」ということで、上原会長にお話をお伺いしたいと思います。

上原先生のことを簡単にご紹介しますと、先生は 1972 年に京都大学の医学部を卒業されて、外科とか救急医学の研修をされ、その後松江赤十字病院、倉敷中央病院、滋賀医科大学、国立国際医療センターなどを経て、1998 年から現職の東北大学大学院医学系研究科の教授になっておられます。また 1998 年には、ハーバード大学の公衆衛生学大学院に留学されておられますし、また数々の国際的な活躍を JICA の専門家として、あるいはその他の役職で務められておられますけども、特に上原先生の 1 番中心とされておられることは、この学会のテーマであります「医療の質と安全」の問題でありまして、この学会の推進役として、学会が始まって以来活躍しておられます。

今回、第 2 回の会長としてご講演をいただきたいと思います。それでは上原先生、よろしくお願い致します。

上原 高久先生、ご紹介いただきましてありがとうございます。それでは、「21 世紀の医療と医療システムを求めて」と題しまして、今回の学術集会に向けて、またこの学会にぜひ実現してほしいと思っていますことにつきまして、少し述べさせていただきたいと思いますので、お付き合いいただけると幸いです。

私がまだ若いころ、沖中重雄教授の最終講義で「誤診率が 14.3 パーセントだ」とお話しされたことが、マスコミで大きな話題になったことがありました。一般の人の目から見れば、あれだけの偉い先生が 14.3 パーセントの誤診率だという、そういう驚きがニュースになったと聞いておりますけれども、医療界では「さすがに沖中先生だ」と評判になりました。これは、私がまだちゃんとした医者になる前のことですから、「医学というのはまだ発展途上なのだ」と思ったように記憶しています。

私は外科医の道を志して研修をし、診療にあたってきたわけですが、その中でアーネスト・エイモリー・コドマンという人に、文献の上ですけれども、出会いました。

医療は不確実なもので、その中で私たち医療者はリスクとベネフィットのバランスをとっていかないといけないし、そして日々改善の努力をしなければいけないわけですが、そういうことを今から 1 世紀も前に痛感し、それを具体的なプログラムとして提言した方です。彼はハーバード大学の教育病院として有名なマサチューセッツ総合病院の外科医でした。彼は「病院にとって効率とは何なのか」ということを問いかけました。

効率というと、しばしば私たちはいかに合理化をしてコストを下げ、目に見えるパフ

パフォーマンスをすることに走ってしまいがちです。特に最近の日本の流れを見ていますと、「何のための効率なのか」ということを疑問に思うことが多々ございます。100年前のアメリカ、ボストンも、同じような状況だったようです。医療に効率よくお金を使っている、といいますが、効率というのはインプットとアウトプットの比較です。「医療にとって製品とは何か」—それはその時々患者さん、たとえば6,896人の患者さんに対する治療の成績こそが病院医療のアウトプットなのではないか。このアウトプットの質を高めるために効果的にお金を使うことこそが効率なのではないか、ということに彼は提起しました。そして自ら“End Result System Card” というものを作りまして、自分がかかわった患者さん1人1人の転帰を、医療のアウトカムを記録し、分析し、改善するというをやったわけです。

治療は不完全なものである。自分たちが思ったような結果が出ないことが多々あるわけです。だからこそ、退院した後にその後の経過がどうなったかを追跡して、思うようにならなかった原因、失敗の原因を分析しました。その中には専門知識や技術の不十分さによるものもあれば、判断の誤りもあります。あるいは看護の部分で、また、適切な機材の用意がなかったため、あるいは外科に送られてくる前の診断に誤りがあったとか、失敗（エラー）の要因には様々なものがあります。外科医としての知識や技術の研さんで改善できるものもあれば、病院の組織的な取組みによって改善しなければいけないこともあります。

私が尊敬の念を覚えましたのは、結果がうまくいかなかった中には「患者さんの病気がすでに手に負えないものだったから」というものがあります。「もっと早く来ればよかったのに」と思うことは私も臨床の場で多々ございました。あるいは、勧めた治療を患者さんが拒否した結果—。こういったことを「それは患者さんのせいだろう」で終わらせるのではなく、患者さんたち、地域の人たちへの市民教育＝“Public Education” をしっかりやることで、人々が医療を適切に利用し、私たちが勧める治療を自ら正しく判断して一緒に治療に向き合えるようにしていかないといけない、と言い、そのことを提案しました。今の言葉で言えば、そうすることで防げる有害事象も少なくありません。

また、医学が分かっていることというのは、人々の健康と病気についての全体のほんの一部にすぎません。これまでの認識を変えさせるような新しい知見、新しい技術が年々あらわれてきています。したがって私たちは、未経験の出来事や解決策が見つからない新しい問題にたびたび直面しています。そういったことが起きたときに、彼はこのように言いました。自分たちがまだ解決法を知らない問題が起こったときは、このことをすぐほかの医師たちにも知らせよう。そしてパブリック、地域の人々にもこれをすぐ知らせよう。なぜなら、こういうことがあるという危険を知っていることで防げることもあるからです。そして自分たちの知恵を出し合って、一日も早くその問題を解決し、予防する方法を研究しなければいけない、と指摘しました。彼が提案したことは、① 失敗から学ぶことで医療の質を不断に改善しなければいけない、ということ。そしてもう一つは、②適切な医療を提供できる環境や体制を作っていないといけない、ということでした。

“End Result System”―彼は自らこれを実践するとともに、病院がこういった仕組みを作ることによって医療に対する質の評価を、また、地域の人たちが自分の病気に適したドクターは誰なのかということを選べるように（彼は”Informed Buy”という言葉を使いました）、そのような情報を提供すべきであるということも言ったわけです。

彼の提案したことは、まず ”Standardization of Hospital” すなわち病院の標準化。自分がいくら頑張っても、きちんとした医療ができる環境が整っていない病院が、全国に多すぎる。そういった病院には要望があれば出かけて行って、足りないところを指摘し改善の方法をアドバイスをすることで、医療がきちんと行える環境を確保しようと言ったわけです。

彼は実際にそれを実現しました。1913年にアメリカ外科学会を設立致しまして、同じ思いの人たちと一緒にボランティアな病院認定活動（Hospital Accreditation）を立ち上げました。それが1951年のJCHOの設立につながり、現在日本やアジア、世界の各地で行われております病院機能評価ということのひな型になったわけです。もともとの趣旨は、「自分たちは自分たちのやるべきことをきちんとやる。診療上の不明な出来事については臨床研究をやる、失敗から学ぶ。だから病院は、きちんとした医療ができる環境を作ってください」というのが、“End Result System”のデータを基にして彼が訴えたかったことだったので。

質と安全にかかわる現在のいろんな取り組みやしくみの多くは、コッドマンの提唱したことに端を発しています。その当時、カルテというものはほとんど医者だけのメモでしかありませんでした。これをきちんとした「記録」にし、他の人も分かるようにする。そして、患者とのコミュニケーションやパブリック・エデュケーション、失敗から学ぶ文化、とかいったことは、すべて彼の提言を引き継ぐものです。また、医師の評価であるとか、そして”Morbidity & Mortality Conference”と言われるもの。アメリカの外科レジデント、外科医を養成するトレーニングの中では、死亡例と合併症例に関してはすべて分析をするというのが長い伝統になっています。とは言いましても、私が80年代の末にある有名な病院のMMカンファレンスに出た時には、本来の趣旨はいくぶんか形骸化していました。しかし歴史的には、死亡と合併症の例からいかに学び、いかにして改善につなげるかかということを先輩から学び、後輩に教えてきたわけです。

それから100年近くたった今、日本では1999年の市大の取り違え事件を契機として、なぜ？と思われるような医療事故、医療ミスが日々相次ぎました。これは99年を境にして報道件数をカウントしたものですけれども、これはここから急に事故やミスが増えたのではもちろんありません。そこから「明らかになった」ということでして、こういったミスや事故は私が研修医の時代からずっとあったわけです。おそらく増えていると思いますが。

日本では、どうしても横浜市大の患者取り違え事件やその後の幾つかの「単純ミス」（という言葉で表現された）による深刻な事故の印象が強いものですから、これは日本特有の

問題であるとか、あるいは看護師さんやあるいは研修医がうっかりして重大なミスを犯した、集中力が足りなかった、とかいった「個人の問題」に帰してしまっている人たちが、いまだにたいへん多いと感じています。

同じ 1999 年の 11 月に、クリントン大統領の肝いりでできました「全米医療の質プロジェクト委員会」が、“To err is human” (=あやまちとは人の常)というタイトルの中間報告を出しました。その中で、入院中に医療行為による傷害を受ける人の数は、2.9 から 3.7 パーセント、何らかのエラーに起因するのはその半数強と言っています。それによって死亡する人の数を大胆に推計しますと、年間約 4 万 4 千人から 9 万 8 千人の患者さんが、防ぐことができるはずの医療傷害で亡くなっているということを、白書とも言えるような国民全体に対する報告書の中で明記したわけです。

他の国々でも調査が行われました。これは WHO がまとめているものですが、これによりますと、どの国もほぼ同じような頻度で医療による傷害が生じています。日本では厚労科学研究の堺先生の班で調査をされました。カナダと同じ方法によると、ほぼ同じような数字になりました。医療に伴う傷害、有害事象は現代医療が直面している普遍的な問題なのです。

例えば、私たちは原子力発電を怖いと思います。飛行機に乗るのも怖いと思いますが、死亡するような事故が起こっている件数、頻度がこれです。化学工場も飛行機もしっかり安全対策をやっていますし、安全にお金を投入しています。一定の頻度はあっても、実際に年に亡くなっている数は (Y 軸です)、そんなに多いわけではない。実はこれは両対数グラフでして 1 目盛りは 10 倍を示しています。医療というのは、死ぬような事故が起こる率が高く、実際に亡くなっている人の数もたいへん多いという位置にあるわけです。にもかかわらず、登山のときの備え、チャーター飛行の備え、化学工場や原子力発電の備えのように、安全に対して十分な投資を行い安全の研究を推進するというのが、医療の場合にはありませんでした。

なぜなかったのだろうか。それは、現場の医師や看護師などに「おまえたちが気をつけてやれ」と、すべて現場に押し付けていたわけです。私が医師になった 30 年前と現在とを比べてみますと、医療技術はたいへん変わりました。外科の病棟の様子を見比べれば一目瞭然です。医療革新が急速に進展しました。技術主導、産業主導の技術革新であったと思います。これは医療への期待感を大いに高めました。一方で、効果が不確実で、危険を伴う治療や処置が飛躍的に増えました。医療プロセスが多様化し、複雑になりました。

医療現場にいて、私はあるとき「2-6-2 の法則」といったものがあるのではないかと思ったことがありました。どういうことかと言いますと、医療の現場が急速に変わっていつているにもかかわらず、医療技術も患者さんも変わっていつているにもかかわらず、これを行う医師の数、看護師の数、職種の数、勤務態勢など、医療を提供するシステムはほとんど変わってこなかったのです。

私が研修医の頃には、70 歳の患者さんに手術をするときは手術の是非について慎重な議

論が交わされていました。今では70歳はふつうです。当然その人たちが持っている合併症にしても、必要とする処置にしても、昔とは危険度が全然違います。機器や道具はいいものがいろいろできましたが、使う人の側は以前とほとんど一緒です。教育システムもほとんど変わっていません。では、現場ではどのようにしてこれに対応していたのか？

それが、この「2-6-2」だと気づいたのです。例えば10人のドクターや10人のナースがいますと、2人あるいは3人は、自分を省みず、患者さんのためには仕方がない、と思って（仕方がないと思っていたら疲れるから当然だと自分に言い聞かせて）徹夜を重ね、ある看護師さんは非番のときにも出てきて術後の患者さんに声かけしていました。

システムや態勢ができていないので、誰かがその穴を埋めないと患者さんが危ないことを実感しているからです。真ん中の人たちは、頑張っているけれども自分の生活を犠牲にするようなことまではできません。どこまでやるかは職場の雰囲気やリーダーの考え方が左右します。残りの2人というのは、どういうシステムになっても、主たる関心事は別にあるので、なぜ自分を犠牲にしてまでやらなければいけないかと思う方々が、おそらくどこにもおられるでしょう。確かに無理を期待する方がおかしいわけですが、しかし医療の場合はある程度の無理は覚悟しています。

システムができていない。しかし、その穴を2人や3人で埋めるということがもはやできなくなっているにもかかわらず、その結果として実際に事故やいろいろな傷害が起こっても、それが表に出なかったために、何とかやれていると思いつ込んでしまっていました。個人の自己犠牲的な献身は素晴らしいことではありますが、本来、あてにできないものです。そういった素晴らしい医師やナースに、どの国と比べても、日本は恵まれています。しかし、それをすべての医師やナースに要求することはできませんし、あてにはできません。自分が病院に行ったときにたまたまそのようなドクター、看護師に当たれば、これはラッキーです。外国では得られないような信頼関係が得られるかもしれませんが、しかし、自分が医師を選ぶことは、普通の人にはできないわけです。ひどい人に当たったら、今はシステムが不備なために、困ったことになってしまうことが現実に行っているわけです。本来なら、この頑張っている「2」の人たちが必要と感じてやむなく自己犠牲的に頑張っていることを、無理なくできるようなシステムと態勢をきちんと作れば、他の人たちも同じようにできるようになるので、患者さんにとっては当たりはずれがなく、いつも安心できる。それが、求められている医療の「質」すなわち「確実さという質」です。しかしそういった仕組み作りや体制整備がされてこなかったのです。なぜか？ それで何とかなっていると思っていたからです。誰がそう思っていたか？

昨今の医療崩壊が言われる前から、現場はかなり疲弊しています。特に、頑張っている人たちが疲弊していますが、マネジメント、行政あるいは国民の方々が、医療というのはそれでうまくいっていると思って、そういったところへの支援や改革を考えていただけなかったのです。

医療の提供者は、コッドマンの時代と変わりました。コッドマンの時代は、医療はほとん



ど医者がやっていました。メディカル・ケアです。今医療というのは、医師1人だけできることはほとんどありません。医療を提供しているのはチームとシステムであり、これを支える組織と体制です。ですから言葉もメディカル・ケアではなくて、ヘルスケアと呼ぶのが一般的になってきています。このように、医療技術革新に対応するシステムと体制ができなかったということが、直面している医療安全の諸問題の最大の要因であると考えています。

21世紀の医療システムをどう設計し、どう構築するのか。これは日本や地域レベルのシステムと病院や部門単位のマイクロ・システムと、双方においてこれを再設計する必要があります。

何が変わらなければならないか。たくさんの方が変わらなければならないと思います。その中で、特に私はこの10のことが重要であると思っています。

一つは、「医療はミスを犯さない」という神話が、自分たちを縛っていました。これから、解放されないといけない。そして、医療が持つリスクを患者さんや社会と共有させていただきたい。医療の質の考え方を転換する。最も重要な質は「確実さ」という質です。確実さを確保したうえで、エクセレンスの質（他の誰にもできないことをできるようにする）を追求するのでなければなりません。

システムによる質、安全の確保。質保証におけるプロフェッションの役割の発揮。臨床医療をサイエンスとして構築する。どんどん増えていく知識をどうやって獲得し、共有するか？ 教育と情報支援とナレッジ・マネジメントが重要です。患者、市民の医療参加を進める。安全を考慮した技術開発。安全を重視する技術評価。医療における質管理モデルの構築。そして学際複合科学としての医療の質・安全学を構築することです。

私は医療に品質管理の考え方をぜひ活用したいと思って、多くの方々と一緒に取り組んでまいりました。その中で、自責と他責という言葉があります。自責というのは自分たちの努力で解決できる問題で、他責というのは自分たちの努力だけでは解決できない問題です。多くの場合、問題を分析しようとする、すぐ他責に行ってしまいます。自分では解決できないような問題を取り上げて、結局はお金が無いから、結局は人が足りないから、となるわけです。改善は、それぞれの立場で自責の問題、自分たちの努力で解決できる問題に取り組むことが重要です。かといって、それに甘えられても困ります。今まではそうでした。本来、社会や行政や業界にきちんとやってもらわないといけないことについては、きちんと声を上げてそれを求めていかないといけないと思います。現状は、医療者も業界も、患者、市民も、政策を決めている人も、みんなが他責を述べ合って、誰も解決に踏み出さないという状態にあると思います。

システム作りは医療者と医療を必要とする社会との共同作業でなければ、実現できません。その中で、どうやれば療の質と安全が確保できるかということは、医療界の責務であろうと思います。中でも、プロフェッションが果たすべき役割はたいへん大きいのではないかと考えています。

これまでの日本のリスクマネジメントの取り組みは、どちらかと言えば訴訟対策あるいは事後の対応、これがひどかったですから、これをきちんとやろうということに力を注ぎできました。それはかなりできてきたと思います。今必要とされているのは、医療事故を防止、撲滅する取り組みです。これが遅れていると思います。

ちなみに、アメリカでも同じような声があります。アメリカでは、2004年から2006年まで、「10万人の命を救え」キャンペーンというのを全国の5,500のうちの3,100の病院が参加して取り組みました。これは、すべての急性期病床の78パーセントに上る病院が参加したということでございます。その結果、計算上12万人の命を救うことができたという報告しています。この成功を受けて、現在は500万件の医療事故、医療傷害を無くするという目標に取り組んでいます。

私たちがぜひ日本で、医療界を挙げた取り組み、そしてそれに対する社会の支援というものを呼びかけていきたいと思ひまして、明日最終のセッションでこのことについて討議しますので、ぜひ皆さんご参加いただきたいと思います。

医療事故がゼロになることは大変難しいとは思いますが、しかしゼロになることが本当に難しいのは「エラー」です。エラーはゼロにはできません。しかし、エラーが起きて患者さんに重篤な危害を与えないということは、システムを作ればできるのです。私たちは、エラーは完全には防げないが、事故は防ぐことができるのです。このことを私たちは具体的にやり遂げる必要があると思います。

プロフェッションの使命は、医療の質を保証することと医療者の質を保証することです。医師も看護も薬剤師も、です。教育においても、質と安全を重視した21世紀に求められるプロフェッショナルのあり方が見直され、シミュレーターの積極的な活用であるとか、あるいはMMカンファレンスをコッドマンが提案したときのように本気でやろうというように、今世界でさまざまな取り組みが進められています。

日本で1番遅れていると思うのはこれです。医療者の質管理と医療の質管理に、プロフェッショナル・ソサエティーなどリーダーシップをとるところが見えないということです。国民に対して質を保証するには、自律的な処分制度ということも考える必要があるのではないか。プロフェッションとしての自覚や信頼を担保する仕組みがないために、今のよう医療の質に対して刑事罰がなされるというような、世界でもまれな事態が起こっているのだと私は思います。

21世紀の医療というのは、おそらくこれまでのような技術主導・産業主導—新しい技術ができたから何かに使えないかと症例を探すというのではなくて、医療を必要としている人々、ターゲット・ポピュレーションの顔が見え、その人たちが必要としている技術が何であるかがきちんと分析され、その技術と知識をどういう人が持ち、どのように提供するのがいいかということがデザインされて、それが適正な医療提供システムと患者・医療者・地域社会のパートナーシップによって支えられる。そういうものにならないといけないのではないかと思ひます。

ちなみに、ドナベディアンが提唱しました「ストラクチャー・プロセス・アウトカム」というのがございますけれども、これはアウトカムを出すために必要なストラクチャーを指標として、病院の評価やってきたわけですが、要求されるアウトカム、ニーズは大きく変わってきました。私たちはターゲット・ポピュレーションのニーズからスタートして、どのようなアウトカムが必要で、どのようなプロセスが必要で、そのためにどのようなストラクチャーが必要かを明らかにして、これを国民に保証していただくよう求めていかなければならないだろうと思います。

過つのは人の常であります。しかし私たちは患者を傷つけることについては、医療界を挙げてこれを防ぎ、かつ撲滅するために、力を合わせる必要があるのではないかと思います。この学会にご参集いただいている方々が、それぞれの場で、同じ共通の目標を持って、お互いに力を合わせながら取り組めば、アメリカが成し得たことが私たちにできないはずはないと思います。

私たちが新しい医療システム作りに向けてともに力を合わせ、目に見える成果を上げることができるよう、この3日間の学術集会の成功と合わせて祈念いたしまして、私のお話を終えたいと思います。ご静聴ありがとうございました。

高久 上原先生、長年この問題に取り組まれた先生としての力強いメッセージ、どうもありがとうございました。それではまた、拍手をお願い致します。

## 21世紀の医療と医療システムを求めて — 何が変わらないといけないか？

東北大学大学院医学系研究科  
国際保健学分野  
(Quality & Health System)

上原鳴夫

1

## 誤診率 14.3%

(沖中重雄教授)

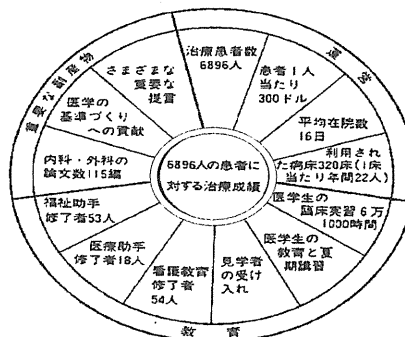
2



E.A. コッドマン

3

### 病院にとって「効率」とは何か？



マサチューセッツ総合病院の成果

4

### エラー分析

外科治療が不完全だったと判断される転帰を示した症例(治療のエラー)に関する原因の分類

- **Es:** 専門知識や技術の不十分さによる誤り
- **Ej:** 外科的判断の誤り
- **Ec:** 患者ケアや機材に起因する誤り
- **Ed:** 診断技術の不十分さによる誤り
  - 以上については組織的な取組みによって解決可能 —
- **Pd:** 患者の病気が手に負えないものだった
- **Pr:** 患者が治療を拒否した
  - 以上については公衆教育によって解決可能 —
- **C:** まだ解決法が見つかっていない外科的トラブルや事故, 併発症など
  - 以上については, 医師や公衆に知らしめ, これを予防するための方策を研究する必要がある —

(コッドマンの最初の分類、1908年)

■ 医療の質の改善と  
適切な医療を提供できる環境づくり

6