

に、行政の干渉を避けにくくなる。第三に、政府の財政が緊縮一辺倒の中、あらたに臨床医の資格管理に公金を投入することには困難が予想され、財政的な理由から組織の設置そのものが頓挫する可能性が否定できない。世界的には、医師による年間登録維持料(日本円で4万円~7万円程度)によって組織が維持されている場合が多い。ただし、新規に立ち上げる際に必要な初期費用については、公金を投入することを考える必要はあるであろう。

#### 5. 組織の長や理事の人は内閣ないし厚生労働大臣による指名か、臨床医による選挙か

臨床医の質保証団体の長や専門職理事は、その役割を考えると、医師ばかりでなく社会からも信頼の厚い人格者の医師を充てるのが望ましい。一方、自律的な民主主義的組織という意味では、臨床医による直接あるいは間接選挙が良い。英国 GMC では、専門職(医師の)理事は医師による選挙で選ばれ、その他大学関係者1名、Royal Colleges の代表1名、非専門職理事は枢密院からの推薦で決定されている。選挙によって人格者が選ばれるのが最善であるが、組織に対する国民の信頼が確立されるまでの間は指名制とするなどの方法も検討に値する。

#### 6. 多様な医療職で同じ制度を構築するか、医師のみの制度とするか

プロフェッションという概念の歴史が古い先進諸国では、医師以外の医療専門職(歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、など)についても、医師に対するものと同じ体制でその身分を管理する場が増えている。日本でもいずれはその方向で進めることが望ましいが、立ち上げの混乱や財政状況などの制約を考慮すると、まずは医師の質保証団体の設置から始めることが得策と考えられる。

#### 7. 管理の対象とする資格は医師免許か、卒後臨床研修修了認定(単独診療資格)か、保険医資格か

どの資格を管理の対象とするかは、能力不足が明らかとなった医師のどのような行為を停止ないし取消すかを選択することである。

現在、医師免許を有する者は初期研修医を除き自動的に単独診療資格を持ち、さらに通常は、保険医資格を停止中の者を除いて保険医資格も有している。単独診療資格を有するが保険医資格を持たない医師は、自由診療として保険診療と同じ医療行為を行うことは理論的に可能であり、また、予防医療や保健福祉の仕事に従事することもできる。単独診療資格がない医師は、指導医の監督下で診療行為を行うことができるが、その他医療行為ではないが医師にのみ許された行為、例えば病理解剖や司法解剖などが許されるのかどうかは現段階では明らかではない。

保険制度を悪用した不正請求などを含め、経済的な不正行為に対しては、保険医資格の停止や取消の処分が適当との考えはあり得るかも知れない。しかし、通常はこのような行為はプロフェッション全体に対する信頼を損なうという意味で、臨床医としての資格そのものを停止ないし禁止することが適当と考えられ、実際医療先進諸国ではそのような処分が行われている。ただし、医師免許の停止ないし取消、あるいは単独診療資格の停止ないし取消のみ以外の処分、例えば特定の医療行為の禁止や、保険医資格の停止など、より限定的な処分の選択肢も可能とした方が、より実的な運用ができるかも知れない。また、地域でのボランティアへの参加のような教育的な処分も選択肢としている国もある。なお、医師免許ないし単独診療資格の取消処分は、更生が期待できないケースに限るべきであり、また停止処分も、可能な限り短い期間にとどめ、その期間を再教育に充てるべきであることは言うまでもな

い。処分すること自体を目的とした調査に対しては医師側の協力が得にくくなり、再発の防止に結びつきにくくなってしまふからである。

8. 審査開始のきっかけは苦情や報告とするか、無作為抽出した医師も評価するか、全ての医師を定期的に評価するか

全ての医師を定期的に評価すれば、より確実に医療の質の保証が可能となる。しかしながら、そのための費用や労力は膨大となり、医師らによる年間登録維持料は4~7万円では大幅に不足することになるだろう。公金によって賄うことも困難と思われるので、現実はその選択肢を採ることは考えにくい。無作為抽出した医師を評価の対象とする国としてオランダが知られており、一種の抑止力を期待したものであると思われるが、性悪説的な考え方に基づいている点に違和感を覚える人も少なくないだろう。また費用や労力も嵩むため、現在のところ広く普及はしていない。多くの国では、苦情ないし報告をきっかけに予備調査が行われ、その結果に応じて正式に医師の診療適性審査が行われる。そのかわり、直接被害を受けたかどうかには一切かかわらず、誰でも臨床医の質保証団体に能力不足が疑われる医師について報告することができ、受けた報告は確実に調査することによって、臨床医個人の質の保証を担保している国がほとんどである。

9. 評価の対象となるコンピテンシーは医師としての人格(倫理)か、知識や技術も含めるか、過失の有無に限定するか

専門領域の知識・技術や判断については領域別診療医の資格の管理団体に委ねるべきであり、臨床医の質保証団体は、基本的な知識・技術や判断力、および医師としての人格を評価の対象とすべきである。しかしながら実際のケースでは、問題が専門的

な判断にあったのか、あるいは判断力や人格に問題があったのか、自明ではない場合が少なくないと思われる。このため、専門的な知識・技術や判断の問題であることが明らかである場合を除き、臨床医の質保証団体に領域の専門家も参加して審査を行うことになるものと考えられる。特定の患者の診療における過失の有無のみを調査や評価の対象とするのは、目的を懲罰に限定した場合であると考えられる。医療の質保証を目的とする場合には、そのような限定は行うべきではない。

10. 設立の母体は全く新規に立ち上げるか、日本医師会の発展とするか、基幹領域の学会を臨床医会(College)としてその組織が兼ねるか

日本医師会を母体とする、あるいは既存の基幹領域の学会を母体とする場合には、母体となる組織の基本理念や実態を大きく修正する必要があり、また、その団体の従来から担っていた役割との間の利益相反の処理や、社会や他の団体の理解を得るための大きな努力が必要となる。新規に立ち上げる場合には、他の役割との利益相反の心配は少ないが、一定以上の能力を持つ事務スタッフの雇用や初期費用の捻出などの点で労力が必要となることが予想される。

以上、臨床医の質保証団体を特徴づける10項目の要素それぞれで考えられる選択肢を組み合わせると、さまざまな臨床医の質保証団体のあり方が考えられるが、ここでは議論の出発点として、英国におけるプロフェッションの自律の仕組みを紹介し、さらに、日本の実情を踏まえた3つの案を提示する。

#### <英国>

英国は、世界でもっとも古く1858年に医療法によりGeneral Medical Council(GMC)が設立され、医

師によるプロフェッションの自律を確立した国である。英国では、政府が行政サービスとして医療を提供している(国立医療局 National Health Service)。すなわち臨床医の雇用主は政府であり、このため GMC は政府から独立した Registered Charity (登録慈善事業)として存在している。これは、日本では公益法人に近い立場であると思われる。

後述の通り、英国の医籍は GMC によって登録・維持されている。臨床医は、年間登録維持料(2008年4月現在£390、年収£21,391 未満は半額)を支払っており、これが GMC の全収入である。その意味で、医師の自律は財政的にも完全に行政から独立している。なお、GMC は枢密院を通じて国会に年次報告を行うことで、社会に対する説明責任を果たす義務を負っている。

GMC の設置目的は、「医療の実践において適正な水準を保証することを通じて、公衆の健康と安全を守り、促進し、維持すること」と明確に謳われている。すなわち、目的は第一義的にはあくまで公衆を守ることにあり、それを臨床医に委ねていることになる。そのことを通じて、臨床医をも守っていることになる。

この目的を達成するため、GMC は次の4つの役割を果たしている。

1. 臨床医の登録簿の維持
2. 適正診療規範の設定
3. 医学教育の管理
4. 診療適性審査と対処

これらの目的は、医療法(1983年改正)中にも定められており、法的な根拠が確立している。

GMC には、これら4つの役割を果たすための業務方針委員会がそれぞれに設置されている。なおここで、診療適性審査は調査と裁定の二つの段階に分けることができるが、診療適性委員会は調査の部分

のみを担当し、裁定の役割については、事案ごとに独立した裁定小委員会を設置して権限を移譲している。これは、同じ組織が調査と裁定の両方の役割を担うことにより、調査に用いた労力への報酬として必要以上に厳しい裁定を下してしまうなどの利益相反が生じることを防ぐためである(警察・検察と裁判所が分離していることと同義)。裁定小委員会は、132名の非医師および171名の医師の中から事案に適した人材を選定して組織される。

GMC の理事会は現在、医師21名、非医師14名で構成されている。医師の理事のうち19名は、登録医師により選挙で選ばれた各地域の代表である。残る2名の医師は教育機関の代表であり、具体的には王立臨床医会アカデミー(各王立臨床医会の連合会)および医学学校長評議会からの理事1名ずつである。非医師の理事14名は、NHS の委員会が推薦する。

なお、GMC の理事会の構成は、近年大きな変化を遂げている。1858年の設立当初、24名の GMC 理事の3/4は、大学および王立臨床医会の代表で占められていた。1世紀以上この状態が維持された後、1974年ようやく、登録医師の選挙で選ばれた理事と、非医師を含めるようになったが、その割合は小さかった。1980年には選挙による理事の割合が半数を超えたが、同時に理事会は93名と肥大化した。2006年の改革では、理事会は前述のように35名とスリム化され、同時に非医師の理事が4割を占めるようになった。これらの変化は、大学や王立臨床医会という権威に依存した GMC が、真に臨床医による自律団体と変化してきた歴史であると同時に、GMC が公衆を守るための組織としての目的を果たすために、臨床医が支配する組織から、臨床医と公衆が協働し、意志決定を迅速に行う組織へと変化してきたことを表していると言える。さらにこの構成は、Shipman 事件などの影響を受けて2009年

1月には変更され、医師と非医師の比率は50/50となっている。

GMCの予算は、全て医師からの年間登録維持料で賄われている。支出については、2006年現在でその67%が診療適性審査に充てられており、GMCの経済的資源・人的資源の多くが投入されていることを表している。医籍関連事業には21%が用いられ、以下良質水準の設定・維持・配布に2%弱、医学教育の質保証関連に3%弱、通信費に7%強となっている。

GMCの職員は、2006年は総勢457名とのことである。うち3割強の143名は管理事務を担っているが、4割強の124名は診療適性審査に携っている。残りの25%は医籍登録・維持および教育に関する役割を担っている。職員の中には、39名からなる法律担当チームがあり、そのうち25名は資格を持つ弁護士とのことである。

臨床医としての医籍への登録には、借登録、本登録（単独診療資格に相当）、領域別診療医 specialist 登録、家庭医 GP 登録の4種類がある（後二者は本登録されていることが前提となる）。1997年1月より、NHS内では領域別診療医登録がない医師はコンサルタントとして雇用されないこととなった。また、2006年4月より全てのGPはGP登録が必要となっている。登録簿は、常に最新の状態に維持される。

2008年現在、本登録されている医師の総数は189,567名であり、仮登録は5,912名である。領域別診療医 specialist としての登録は34,279名を数えているが、これは本登録医師数の2割弱であり、領域別診療医には高い希少価値があることが判る。

適正診療規範 Good Medical Practice は、GMC

によって設定される臨床医の行動規範である。5年に一度改定され、現在は2006年版である（篠田と野村による日本語訳あり）。適正診療規範は言わば憲法的な存在であり、法律に相当する具体的な指針が数多く公開されている。これらの良質水準（standard）の設定、改訂、配布などの事業にGMC予算の2%弱が用いられている。適正診療規範2006年版は、篠田と野村により日本語に翻訳されているが、ここでは参考までにその目次を再掲する。

#### 適正診療規範 2006 年版 目次

『適正診療規範』について

『適正診療規範』はどのように個々の医師に適応されるか

適正な医師とは

適正な医療ケアとは

適正な医療ケアを提供する

患者によるセルフケアを支援する

近い関係の人物の治療を避ける

患者の安全に関する懸念を提起する

医療へのアクセスに関する判断

非常時の治療

適正診療の維持

最新の状態を維持する

自身の診療レベルを維持し改善する

教育、研修、能力考課、評定

患者との関係

医師—患者間のパートナーシップ

適正なコミュニケーション

子どもと若者

親戚、介護者、配偶者

悪いことが起きたときに隠し立てをせず正直であり続ける

職業としての医師全体に対する信頼の維持

同意

守秘義務

患者との職業上の関係の終結  
他の医療スタッフと共に働く  
チームの中で働く  
共に働く他の医療スタッフの行いと業務遂行  
能力  
共に働く他の医療スタッフへの敬意  
休暇をとる際の診療体制のアレンジ  
職務引き受けと辞職  
他の医師等との情報の共有  
委任と紹介

#### 誠実

正直に、信頼される存在であること  
診療内容の情報提供と出版物への掲載  
報告書や履歴書の作成、証言、文書への署名  
研究  
財務的・商業的な関わり  
利害の相反

#### 健康状態

追加の読み物 (further reading)  
巻末の注釈 (endnotes)

医学教育は、英国では大学が 5 年間である。医師国家試験はなく、医学校の卒業資格 (医学士 Bachelor of Medicine, Bachelor of Surgery; BM BCh) 取得により、GMC に仮登録を申請することが可能である。英国における卒後医学教育制度は 2005 年以降大きな変革 (Modernising Medical Careers) が行われ、初期 2 年間の基盤プログラム (Foundation Program) と、その後 3 年間の GP 研修または 6 年間の領域別診療医研修を受けることとなった。GMC の本登録は、基礎プログラムの 1 年次修了時点で行われ、また GP 研修ないし領域別診療医研修の修了後に、それぞれ GP 登録ないし領域別診療医登録が可能となる。前述のように、英国では医学校卒業時に医師国家試験はない。また、卒後の基盤プログラム、さらはその後の GP 研修や領域別診療医研修も含め、各段

階の教育プログラムを終えた学習者個人の能力を中央で把握するために学習者を直接評価するシステムではない。各段階の教育プログラムを評価し質を保つことを通じて、修了者の能力を担保しているのである。GMC は卒前教育から卒後基盤プログラムの 1 年目までについての質保証の役割を担っており、それぞれ「Tomorrow's Doctors」「The New Doctor 2007」と呼ばれる良質水準を定めている。

診療適性審査は、GMC の 4 つの役割のうち、最も多くの予算と人員を要している。このプロセスは、調査と仮命令までの第 1 ステージと、裁定を下す部分である第 2 ステージに大別される。前述のように、後者は独立した診療適性審査小委員会という裁定組織に権限が移譲されている。

能力不足が疑われる医師に関する通報は、通常まずその医師の務める医療機関に持ち込まれる。医療機関は、GMC への送致が必要な案件かどうかを判断し、必要に応じて GMC へ送致される。GMC では、二名の案件審査官が予備的な調査を行い、警告以上が必要と判断されるか、二名が合意に達しなかった場合に調査委員会による口頭聴聞が行われる。また、患者と医師を守るために必要に応じて医師の登録の仮停止が行われる場合がある。案件は最終的に診療適性審査小委員会に送致され、ここで審判が下される。

GMC の活動量を示す指標として、2007 年の調査件数を見ると、扱った全ての苦情や通報の総数が 5,168 件と発表されている。この数は前年と比較して微増に留まっているものの、過去 5 年の間には 2003 年の 3,926 件から 26% の増加である。これらのうち 83.3% に相当する 4,306 件は、一般市民からの苦情ないし通報であり、残りは NHS 信託ないし警察などの公的機関に属する個人からである。

GMC で受け付けた苦情および通報は、1 週間以内にトリアージされる。トリアージとは、寄せられた苦情ないし通報が、医師個人の診療適性に疑義を抱かせるものであるかどうかを判断することである。医師の診療適性に問題がないと判断されれば、その段階で案件は終結となる。寄せられた情報から医師の診療適性に重大な疑いがある時には、本格的な調査が必要と判断される(経路 1)。一方、寄せられた情報のみからは医師の診療適性に重大な欠失はないと判断されるものの、同じようなことが繰り返されているとすれば問題と考えられる場合には、情報の再収集を行った上で2回目の判断を行う(経路 2)ことになる。

2007 年の場合、経路 1 で本調査に回った案件は 1,388 件であった。これは、前年の 1,864 件と比較して 476 件の減少である。一方、経路 2 で再評価されたのは 1,775 件であり、前年と比較して 932 件の増加であった。しかし、再評価の結果経路 2 から経路 1 へと扱いが変更になった案件は 20 件と、前年の 22 件と比較して増加はしておらず、経路 2 の拡大によって本格的な調査を必要とする件数が減ったと見ることができる。

経路 1 の案件は、2 名の案件審査官により調査が行われる。調査に基づいて調査官が下す判断には、案件の終結、助言つき終結と言った処分なしの場合、警告ないし約定のみの軽い処分の場合、および、聴聞への送致の場合がある。2007 年には、終結が 449 件(38.5%)、助言つき終結が 321 件(27.6%)、警告が 158 件(13.6%)、約定が 39 件(3.4%)であり、聴聞に送致されたのは 196 件(16.9%)であった。なお、2 名の案件審査官の判断が一致せず、調査委員会の紙上審査で判断された案件も 1 件含まれている。聴聞にまで至った件数は、前年の 2006 年と比較すると 335 件から 139 件も減少しているが、これは実は 2005 年とほぼ同じ割

合である。なお、警告という処分が導入されたのは 2004 年 11 月以降であるが、その件数は次第に増加している。

上述のように、案件審査官による警告の処分は 158 件に下されているが、これを不服として調査委員会の聴聞を申し立てた医師の数は、2007 年には 24 名であった(2006 年には 126 名中 18 名)。聴聞の結果警告の処分が取り消されたのは 2006 年 10 名、2007 年 11 名という結果であった。

最終段階である独立した診療適性小委員会による聴聞は、2007 年には 256 名に対して行われた。その結果、2007 年には 60 名の医師が医籍からの除名処分となっている(23.4%)。免許停止は 79 名(30.9%)、条件付き診療が 55 名(21.5%)であり、これらの重い処分が 75%に下されている。約定、警告、戒告はそれぞれ 4 名、8 名、1 名と少数(合わせて 5.1%)であるが、これは診療適性小委員会の審査が本来重い処分の可否を決定するために開催されるものであることを考えると当然と言える。健康上の理由(精神障害や薬物依存)で診療適性の判断に持ち込まれた 47 件では、逆に診療不適格と判断されたのは 13 件(28%)と少数で、34 件は適格と判断されている。

60 名の除名処分のうち、英国出身の医師の数は 22 名である。英国以外の EU 出身者は 7 名、その他の国の出身者が 31 名である。英国の医師のおよそ 3 割が他国出身者である(2007 年 9 月 30 日現在、病院および地域医療サービス従事者 90,698 名中 33,582 名、フルタイムの GP 33,364 名中 7,167 名)ことから考えると、除名処分対象者のうち他国出身者が占める割合(2/3)は高い。

診療適性審査のプロセスは、医師の人生に重大な影響を与える決定を下さなくてはならないことから、

調査や聴聞、裁定には多くの時間と労力が必要となっている。スタッフは総勢 161 名で、全て非医師の調査チームが 50 名、案件審査官が医師 6 名、非医師 5 名、裁定チームは全て非医師の 70 名、法務チームには弁護士を含む 30 名を擁する。案件審査官の役割は非常に重要で、2 名ずつがペアを組んで案件を担当し、案件を終結させるか、軽い処分を下すか、あるいは重い処分を前提に聴聞に送致するかを決定する。また、免許の仮停止委員会に案件をかけるかどうかの決定も行う。2007 年は 447 件のうち 355 件が仮停止委員会に送致された。仮停止委員会の決定が下されたのは 346 件で、152 件が仮停止命令、130 件が仮の条件つき診療命令、64 件は命令なしとなっている。

また前述の通り、裁定を下す診療適性小委員会はおよそ 300 名のプールから案件ごとに 3~5 名が選任される。パネリストの任命は公募であり、診療適性小委員会のパネリストに必要な能力を有しているかどうか審査されて決定される。彼らには、その役割を果たすための特別なトレーニングが提供されている。診療適性小委員会の聴聞は 2007 年で延べ 1,992 日に及んでおり、これは 1 件あたり 7.8 日に相当する。審査の内容は基本的に全て公開されている。

処分の内容は、前述のように約定、条件つき診療登録、免許の一時停止、および除名処分がある。約定とは、当該医師と GMC の間で交わされる合意であり、診療内容や行動の制限、看視、再研修などが含まれる。条件つき診療登録は、医療行為を監督下に限定したり、特定の領域に限定することであり、最長 3 年間である。一時停止は最長 1 年間であるが、これは、長すぎる診療停止は逆に医師としての診療能力の低下につながるためである。除名処分は 5 年以降再申請は可能であるが、事実上認められる可能性は低く、通常は英国で医師として働く

ことはできないことを意味するようである。

診療適性審査に要する時間について、GMC は次のような目標を掲げている。

- 1)90%の案件を送致から 15 か月以内に終結する
- 2)本調査段階の案件の 90%を 6 か月以内に終了ないし送致する
- 3)90%の案件で送致から 9 か月以内に聴聞を開始する
- 4)100%の案件で送致から 1 か月以内に仮停止のための聴聞を開始する

これらの目標の 2007 年の達成率は、それぞれ 92%、85%、72%、97%と報告している。

ここまで述べてきたように、GMC は近年、大きな変化を遂げつつある。その理由は、Bristol 王立病院事件および Shipman 事件を筆頭とする医療スキャンダルなどにより、医師のプロフェッションの自己管理能力に対する信頼が失われたためとされている。このような社会的大事件があると、英国では特別調査チーム (Inquiry) が組織され、その調査結果を受けて保健省が GMC の改革を促す提案文書 (例: Trust, Assurance and Safety - The Regulation of Health Professionals in the 21st Century) を作成するなどの対処がなされる。GMC は政府から独立した組織ではあるが、これらの提案には社会からの強い要望を背景とした重みがあり、その過去の誤りを認めざるを得なかったのである。変化は、理事会メンバーの構成に留まらず、診療適性審査の内容にも及んでいる。1987 年以前は、審査の対象となるのは医師による重大な不品行のみであったが、1987 年には医師の身体的ないし精神的不健康状態による支障が含まれ、さらに 1998 年には業務遂行能力 performance の不足についても審査の対象となっている。審判の根拠となる証拠は、刑事裁判レベルの厳しい証拠を必要とするものから、2008 年には民事裁判レベルのより軽い証

拠に基づいた処分を行うこととなっている。

なお 2001 年には、国立患者安全局 National Patient Safety Agency (NPSA) が設置され、その中の一部門である国立臨床評定サービス部門は、病院やプライマリケア信託からの医師の診療能力に関する問い合わせに秘密厳守で対応するようになっている。また、GMC を初め、各医療専門職種 of 規制団体を監視する組織として、最善の医療規制のための評議会 (CHRE) が 2003 年に設置されている。医籍免許および GP 登録および領域別診療医登録の更新制の導入も決まっており、現在その準備作業が進められている。

<提案1: 単独の独立行政委員会> (詳細は医療の質・安全学会誌 2008;3(1):29-32 を参照)

内閣府ないし厚生労働省の外局の形で、単独の独立行政委員会 (医療評議会と仮称) を、その設置法に基づく組織として全く新しく設置する。委員長の医師は、内閣総理大臣ないし厚生労働大臣の指名を衆参両院が同意した場合に決定する。一度指名された委員長は、内閣府や厚生労働省の干渉を受けずに、過半数の医師資格を持つ委員を指名する。非医師の委員は 1/3~1/2 とし、患者団体や患者代弁者組織からの推薦を受け、内閣総理大臣ないし厚生労働大臣が指名する。組織の運営費用は医師による年間登録維持料で賄うが、組織設置の初期費用は公金より支出する。同様の組織は、将来他の医療専門職についても設置することとするが、まずは医師を対象とした医療審議会の設置を先行させ、ノウハウが蓄積し必要な修正を加えた後に他の職種へも拡大する。委員会の活動内容については、毎年衆参両院へ年次報告を行う他、国会議員からの行政調査も原則として受け入れる。

管理の対象とする資格は、医師免許とする。通報を契機に、あるいは委員会の独自の判断で予備調査

を開始し、必要と判断されれば本調査を開始する。本調査から審判までの間に免許を仮停止する権限も与えて、被害の拡大を防ぐ。評価の対象は医師としての人格 (倫理) については、その判断基準ともなる行動規範を設定し、行動規範は5年ごとに定期的に改定する。審判では、医師免許の停止ないし取消を命ずることもあるが、停止期間はできる限り短くし、再教育を充実させる。処分に不満な場合は高等裁判所へ上告を可能とするが、事実認定の内容が同じであった場合には、高等裁判所や最高裁判所は委員会の処分を尊重する。

その他この組織は、卒前医学教育、卒後医学教育の初期部分の質管理も担う。上記の医師の行動規範は、卒前・卒後医学教育でも繰り返し指導する。

<提案2: 単独の公益法人>

臨床医個人の質保証をその役割とした公益法人 (臨床医の質保証機構と仮称) を設立する。設立の初期費用は公的な補助金などで賄うが、以後の維持は医師による年会費で運営する。理事の 6 割 21 名は医師とし、選挙による開業医代表 (各地区から) 9 名、選挙による病院勤務医代表 (各地区から) 9 名、大学医学部代表 1 名、臨床研修病院代表 1 名、臨床医会代表 1 名とする。非専門職の理事は 4 割とし、日本弁護士会、患者団体などからの推薦を受けて衆参両院の厚生労働委員会の承認を受ける。同様の組織は、将来他の医療専門職についても設置することとする。機構の活動内容については、衆参両院へ年次報告を行う。

機構は、1) 医籍の登録・管理、2) 臨床医の行動規範の設定、3) 医学教育 (医学部~初期臨床研修まで) の質管理、4) 能力の不足が懸念される臨床医の調査 (診療適性審査) と再教育および処分を行うこととし、その権限を持たせるために関連する法律を改正する。

医籍には、医師国家試験合格時に第一回登録、卒後臨床研修修了時に第二回登録を行い、以後医



師は毎年登録内容の確認書類を提出する。登録される内容は、氏名、現住所、主たる勤務先、国家試験合格日、臨床研修修了日、総合診療医ないし領域別診療医(基幹領域)の認定(一件のみ)、後述する機構による処分歴、および刑事前科とする。ただし、卒後臨床研修必修化前に医師国家試験に合格した者は臨床研修修了日の記載は不要のまま、単独診療資格を有するものとみなす。

臨床医の行動規範は、最初の設定後5年毎に改定する。重要な事項については、より詳細な規定を作成し、行動規範の改定に合わせて見直す。

医学部の教育については、全大学からの年次報告を受けて審査し、必要に応じて改善を促し、改善が認められない場合は医学部の認可取消を政府に勧告する。初期臨床研修については、現在の卒後臨床研修評価機構を発展させた卒後臨床研修評価認定機構と共に臨床研修病院およびプログラムの定期的な評価を行い、必要に応じて改善を促し、改善が見られない場合には研修病院指定の取消を行う。また、医学部の教育、卒後臨床研修においては、前述の行動規範を繰り返し教育する。

診療適性審査は、前述の行動規範を判断基準として行う。管理する資格は単独診療資格とする。審査は通報を契機に、あるいは機構の独自の判断で予備調査を開始し、必要と判断されれば本調査を開始する。本調査から審判までの間に単独診療資格を仮停止する権限も与えて、被害の拡大を防ぐ。審判では、医師免許の停止ないし取消を命ずることもあるが、停止期間はできる限り短くし、再教育を充実させる。処分を受けた臨床医が処分に不満な場合は地方裁判所で争うことになるが、事実認定の内容が同じであった場合には、裁判所は原則として機構の処分を尊重する。

#### <提案3:複数の基幹領域臨床医会>

行政からは独立した形で、内科系、外科系、総合診療系などの臨床医会数団体を、現在の基幹領域

学会のいくつかをまとめる形で母体として設立する。組織形態上は公益法人となる。管理する資格は単独診療資格(卒後臨床研修修了認定資格)とし、これらの団体にその権限を与えるための法律を制定する。日本医学会を現在の日本医師会傘下の位置づけから発展的に切り離し、各臨床医会の代表や日本医師会、病院団体連合会、大学医学部の代表などによって構成される組織に改編(日本臨床医会連合会と仮称)、ここで共通の行動規範を設定するが、詳細は各臨床医会に委ねる。行動規範は5年ごとに改定する。各臨床医会理事会ならびに連合会には、1/4ほどの非医師メンバーを入れる。連合会設置の初期費用や運営費用は、各団体の拠出金で賄う。医師は、いずれかの臨床医会に登録することを義務づけ、臨床医会は会員からの登録料で運営する。各臨床医会の活動は定期的に連合会で把握し、必要に応じて改善を指導する。連合会は、国会に年次報告を提出する。

各臨床医会は、報告を契機に、あるいは委員会の独自の判断で予備調査を開始し、必要と判断されれば本調査を開始する。本調査から審判までの間に免許を仮停止する権限も与えて、被害の拡大を防ぐ。審判では、単独診療資格の停止ないし取消を命ずることもあるが、停止期間はできる限り短くし、再教育を充実させる。処分に不満な場合は、地方裁判所に提訴する。裁判所はこの組織の決定に左右されずに、独自の判断を下す。

連合会は、卒前医学教育、卒後医学教育の初期部分の質管理も担う。上記の医師の行動規範は、卒前・卒後医学教育でも繰り返し指導する。

#### V 提言:プロフェッショナル養成制度の強化

医師として求められる知識・技能および判断力に加え、医師として求められる人格(プロフェッショナリズム)を備えた医師の養成が急務である。これは臨床

医の質保証の役割の一部であるが、医師の養成は大学医学部のカリキュラムおよび臨床研修病院のプログラムが担っており、臨床医の質保証団体は、臨床医を対象とした良質水準を基盤として、医学生の良い質水準、研修医の良い質水準、卒前医学教育プログラムの良い質水準、および卒後医学教育プログラムの良い質水準を設定し、教育プログラムの第三者評価の役割を負うべきである。

なお、現在卒前医学教育のカリキュラムで広く適用されている医学教育モデル・コア・カリキュラムは、「医学における教育プログラム研究・開発事業委員会」という組織（東京医科歯科大学の教員を中心とした任意団体）が2001年3月に策定しているが、この組織は非恒常的な任意の組織であり、策定されたコア・カリキュラムも拘束力はない。卒後医学教育では、NPO法人である卒後臨床研修評価機構が、卒後臨床研修プログラムの良い質水準を策定し、大学附属病院を含む臨床研修指定病院の研修機能の第三者評価を行っているが、その受審は任意である。したがって、現存する組織としては卒後臨床研修評価機構が臨床医の質保証団体に合流することが合理的と考えられる。卒前教育については合流できる恒常的組織が存在しないが、コア・カリキュラムについては卒前医学教育プログラムの良い質水準の雛型として活用できるものと思われる。

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 H18-医療一般-005）  
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  
研究協力者報告書

質・安全における患者、市民、地域社会の役割と医療参加

研究協力者 山内桂子 医療の質・安全学会パートナーシップ・プログラム代表

研究協力者 丸木一成 国際医療福祉大学大学院教授

研究要旨

昨今、医療現場やそれを取り巻く環境の中で、医療者と患者・市民との相互不信が生じており、患者・市民が医療に参加し相互理解を進める必要性が増している。また、安全で質の高い医療が行われるには、医療者だけではなく患者の医療参加が必要である。本研究では、日米の医療参加の現状、医療参加の促進をはかるための医療の質・安全学会の取り組み、および医療安全全国共同の行動目標「患者・市民の医療参加」について概観し、それらに基づき、短期的視点と長期的な視点での提言を行った。また、米国のペイシェント・アドボケイトの活動と、日本のお薬手帳の活用について資料を添付した。

1 なぜ今、医療の質・安全のために患者・市民の医療参加が必要か

超高齢時代を迎え、国民が願う安心の生活には、医療や福祉の充実が欠かせない。昨年之内閣府の「国民生活に関する世論調査」〔1〕では、昨年と比べ「生活」は「低下している」と答えた人が10ポイント増え34%にも上る。「悩みや不安を感じている」と答えた人は70%に上り、中でも「老後の生活設計」を上げた割合が前年比4ポイント増えて57%と最も高く、次いで「今後の収入や資産の見通し」が42%、「家族の健康」が41%と続く。世界的規模の経済不況の影響を受けた今年は、「低下」の数値はもっと増えると思われる。政府に力を入れてほしい政策では、5年連続で、「医療・年金等の社会保障構造改革」がトップで、72%を占めた。こうした国民の願いとはうらはらに現実には医療崩壊・病院崩壊が進んでいる。昨年秋、脳出血を起こ

した妊婦が8病院から受け入れを断られ死亡した事件は、医師も病院も多い首都圏で起きただけに関係者にショックを与えた。医師数とベッド数に余裕がなければ、重篤な急患は引き受けられない。現在の医療現場にはその余裕がないという。「十分な体制もなく、事故を起こす恐れのある危険な状況で治療はできない」というのが勤務医の本音のようだ。2006年2月、帝王切開で死亡事故を起こした産婦人科医が逮捕された福島県の「大野病院事件」は、医療界に大きな衝撃を与えた。カルテの改ざんや証拠隠滅などの違法行為がないまま執刀医が逮捕されただけに、ネットを中心に「執刀医を守れ」という抗議の声が広がった。「日常の診療行為で患者が死亡したからといって、責任を問われ、逮捕、起訴されてはたまらない。これでは危険性を伴う手術はできない」。こんな意見が、医師不足を背景に、ネット上でよく見られるようになった。医療界の注目を集めた裁判は、2008年8月、業務上過失致死と医師

法違反容疑に問われた医師は無罪となり、検察側が控訴を断念したことから無罪が確定した。

この裁判を見続けてきたジャーナリストの鳥集徹氏は、①医師は患者の目の前で逮捕された②亡くなった女性は精神的に問題があった③遺族は知り合いの政治家に頼んで警察を動かした—など伝聞に基づく悪意の情報がネット上で飛び交っていたと指摘する[2]。2006年の大淀病院事件などから医療事故被害者やマスコミなどを批判する医師とみられる人たちの論調が目立つようになったという。大淀病院事件は、19病院に受け入れを断られた奈良県内の妊婦が、脳出血で死亡したもので、スクープした新聞社や記者を誹謗する書き込みがネットで相次いだ。

ネット掲示板やブログなどに意見を次々と書き続ける「ネット医」と呼ばれる人たち。批判を超えた誹謗中傷で、医療事故の被害者、支援者を傷つけ、マスコミを攻撃する。地域の病院が閉鎖される中で、過酷な労働を強いられる勤務医の悲痛な叫びともとれなくはない。だが、匿名性に身を隠した心無い言葉が、医療者と患者の相互理解を阻んでいることも忘れてはならない。不確かな情報がネットを駆け巡ることで、ネットを読んだ人たちは、事故の被害者や支援者、マスコミに誤った概念を持つようになる。そこからは「事故を検証し、再発防止に生かす」という視点は生まれにくい。

医療者だけでなく、患者も自覚する必要がある。多数の軽症患者が救急外来を利用し、救急医の疲弊を招いている。救急車をタクシー代わりに使う不心得者も多い。全国で年間約520万件の救急車の出動があるが、実際に患者を搬送するのは480万件で、この差は救急車を呼んでも取りやめたり、いたずらなどという。愛知県岡崎市では、開業医が中心となり夜間急病診療所を開設したところ、市民病院の患者は500人減ったものの、夜間救急診療所を利用する小児科の患者が年間3000人も増え、市民啓発のためパンフや出前講座などを展開し、やっ

と軽症患者の受診を減らしたという。最近では、各地の救急病院で診察の結果、軽症と分かれば、治療費の加算を取る動きも広がっている。多忙な勤務医の実態を患者も理解する必要がある。医療資源の有効利用という観点からも、国民一人ひとりが病気についての知識を深め、節度ある受療行動が持てるよう学校教育で幼いころから学ぶことも重要となろう。患者もモラルが問われる時代だ。

舛添厚生労働大臣の肝いりで発足、昨年6月発表された「安心と希望の医療確保ビジョン」には、3本柱の1つに、「医療従事者と患者・家族の協同の推進」を挙げている。①相互理解の必要性②医療の公共性に関する認識③患者や家族の医療に関する理解の支援の3点を掲げ、安易な時間外受診(コンビニ受診)の自粛など医療の公共性、不確実性に関する国民への啓発活動の推進や、地域で病院と住民が語らうような市民活動への積極的な支援や情報提供を求めている。

このビジョンで指摘されていることは、「医療の質・安全」の運動においても無縁ではない。いかに、患者や市民が医療安全運動に積極的に参加し、立場を超えて知り合うことが大切になる。医療関係者だけでは、低医療費政策の転換はおぼつかない。患者・国民を味方につけてこそ、成し遂げることができる。

現在、医療事故調査を第三者機関で行う医療安全調査委員会の設置に向けて議論がなされている。厚労省も08年医師抑制策からやっとう方向転換、医師養成数の増加に転じるなど、社会保障制度が大きな転換期を迎えている。国民が願う「医療改革」を成し遂げるには、患者と医療者がともに手を取り、WIN、WINの関係を作ることが求められている。

#### 参考文献

- 1)内閣府:国民生活に関する世論調査,2008
- 2)鳥集徹:ネットで暴走する医師たち<医療崩壊>の深部で何が起きているか,WAVE出版,東京,2009.

## 2 患者の医療参加の現状

### 2.1 患者の医療参加に関する研究

安全で質の高い医療が行われるには、医療者だけでなく、患者の医療への参加が必要であることがこれまでも国内外で指摘されてきた[1]-[3]。

Rachel らは、医療の質と安全に関する患者参加 (patient participation) に影響を及ぼす要因を明らかにするために文献のレビューを行なった[4]。その結果、安全への患者参加に影響を与える要因について次の5つのカテゴリが見出された。①患者関連(患者の安全に関する知識や信念、情緒的経験、人口学的特性など)、②疾病関連(重症度、過去の病気やインシデントの体験など)、③医療者関連(医療者の安全や患者参加についての知識や信念、患者との相互作用の方法など)、④医療提供場面関連(primary care か secondary care か、緊急入院か予約入院かなど)、⑤課題関連(患者に求められる患者安全行動が臨床家の臨床能力と対峙するものかどうかなど)。これらの要因の影響度や相互作用についてはさらなる実証的な研究が必要であると考えられる。

すなわち、医療の質・安全と医療参加の関係について体系的な研究はこれまで十分には実施されておらず、今後、その理論を整理するとともに、実践を支援し、またその効果を評価するための研究が必要と考えられる。

### 2.2 米国における患者の医療参加

患者の医療参加を促進する取り組みとして、アメリカでは、JCAHO が展開している「speak up (声に出そう!)」運動や、AHRQ が、2000年に発表した患者のための「医療事故を防ぐための20のヒント」な

どが有名である。「医療事故を防ぐための20のヒント」では、ヒント1として「医療事故を防ぐために、あなたにできるもっとも重要なことは、あなた自身が医療チームの一員として積極的に参加することです。」と患者に呼びかけた上で、ヒント2~19で、薬剤、入院、手術、その他について、「医師があなたの処方箋を書く場合、それをあなたが読めるか確認しましょう。」「あなたの治療にかかわるすべての医療職が、あなたに関する重要な健康上の情報を知っているかどうか確認しましょう。」「検査を受けた後、何も連絡がないからといって結果がよかったのだと思い込まないでください。」などと具体的な参加の仕方を提案している。また、IOM報告書「人は誰でも間違える」[5]においては、薬剤事故の防止が最優先課題である、とした上で、「薬剤事故防止のために、活用されないままになっている資源は患者である」として患者と共に事故防止をする重要性を指摘している。そして、「患者知識を持たせる」ことを提案した。

患者・市民の医療参加の先進的な事例として、ダナファーバーがん研究所の Patient and Family Advisory Councils (PFAC) がある。医療の質・安全学会第2回学術集会(2007年11月)に招かれたデボラ・ホフマン氏によると、PFACのメンバーの役割は、管理者会議への出席、各種の委員会への参加などを通して、経営方針や、プログラム、建築のプロジェクトなどに患者・家族の視点を提供することであり、研究所のすべてのレベルの意思決定に発言権を持っている。デボラ・ホフマン氏はプログラムマネージャーとしてPFACメンバーに対してさまざまなサポートを行っているということである。

また、ダナファーバーがん研究所では、Patient Safety Walk Around といって、患者が医療安全を目的とした院内巡視を行なうという取り組みも行っており、これらの取り組みを、Institute for family-centered care という NPO 団体 (<http://www.familycenteredcare.org/>) がサポートし

ているという(鮎澤純子氏の 2008 年医療安全推進週間公開フォーラムに話題提供による)

米国のピッツバーグ大学病院で医師を勤める赤津晴子氏によると、アメリカの他の病院でも患者の医療参加の取り組みはあるが、ダナファーマーがん研究所の PFAC ほどの組織的な取り組みは少数である(2007 年医療安全推進週間公開フォーラムにおける質疑応答より)。

また、ある医療事故の当事者となった医療者と患者が事故後に協同して、2002 年、医療事故で傷ついた医療者と患者・家族を支援する MITSS(医学的に引き起こされるトラウマサポートサービス)という NPO を設立した例もある(<http://www.mitss.org/>)。

さらに、大動脈乖離で死亡した青年の家族と病院が共同で再発防止対策の具体的な取り組みを行い、病院を超えた活動としている事例もある(鮎澤純子氏の 2008 年医療安全推進週間公開フォーラムに話題提供による)

[http://tmc.methodisthealthconnections.com/archive/index\\_old.asp](http://tmc.methodisthealthconnections.com/archive/index_old.asp)

ジョンズ・ホプキンス大学病院で Patient Advocate の経験がある岡本左和子氏によると、アメリカの病院では、病院に雇用され、トレーニングを受けた院内 Patient Advocate(患者擁護者・団体)がさまざまな形で活動をしているという(P11 参照)。Patient Advocate は、医療安全を直接の目的としたものではないが、患者が自律的に医療に参加できれば、患者が自分が受ける医療を正確に把握することができ、ひいては安全性の向上につながると考えられる。この Patient Advocate の経費は各病院が負担しており、医療機関にとって重要な役割であることが認識されているといえよう。

### 2.3 日本における患者の医療参加

日本では、厚生労働省が 2001 年に医療機関向けに、「安全な医療を提供するための 10 の要点」を発表したが、その 2 番目として「安全高める患者の参

加 対話が深める互いの理解」があげられている。そして、患者に医療内容を十分に説明することや、患者との対話、患者が質問や考えを伝えやすい雰囲気を作るなどを勤めている。また、NPO 法人「ささえあい医療人権センター COML(コムル)」は、「医者にかかる 10 箇条」を発表して、「伝えたいことはメモして準備」「納得できないときは何度でも質問を」などを患者に向けて提案している。

山内は、日本で現在行われている「患者・市民が行う医療の安全、医療の質向上のための活動」の形態について、活動の主な対象別にその形態を示した[6](表 1)。ひとくちに医療参加といっても、患者が自分自身の内服薬の薬剤名を確認して服用するという「自分・家族の医療」を対象とした参加から、患者体験を生かして医療者への教育に関わったり、国や自治体の委員として医療行政に対して意見を述べる、という「医療全体」への参加まで非常に幅広く多様なものがあることがわかる。

このような患者・市民の医療参加の活動を促進するためには、参加しようとする患者・市民を増やすとともに、医療機関の中や外でサポートする患者・市民、医療者、地域などの活動が必要と考えられる(図 1)。特に、医療機関の中での参加のためには、医療者のサポートが不可欠であり、医療者が患者の参加の重要性をもっと理解する必要がある。上原のアンケート[7](2007 年 12 月)によると、医療安全管理者の研修受講者の約 85%が、医療安全目標の一つとしての「患者・市民の医療参加とパートナーシップ」について、「組織的な取り組みがまだできていない」か「あまり徹底していない」と回答しており、医療機関の意識や実践を今後促進していく必要があると考えられる。

昨今、入院患者の持参薬に関する重大事故がたびたび報道されている。患者が高齢化し、慢性的な疾患で日常的に服薬している患者が他の疾患でかかりつけ以外の医療機関に入院する可能性は高い。このような場合に、現在の服薬状況を的確に把握

できる資料が不足しているため、医療機関では入院前に患者が服用していた薬剤の把握や管理に苦心をされており、把握不足による事故が発生している。「お薬手帳」は、患者が自分の服用している薬について正確に把握するために役立つとともに、入院時に医療者が持参薬やそれまでの服薬状況を把握するためにも大変有用なツールである(P15 参照)。

しかし、現在、「お薬手帳」の活用については、医療機関によって、また地域によってその活用度に大きなばらつきがみられる。「お薬手帳」を普及、活用するために、患者の「お薬手帳」の重要性についての意識を高めるとともに、医療機関の認識も改善する必要がある。

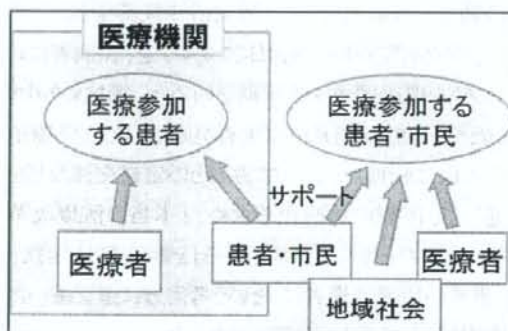
ところで、現在行なわれている「患者・市民の医療参加」活動のうち、疾患別に作られている患者会については、長い歴史を持つものから近年になって作られたものまで、また全国に支部を持つ規模の大きいものから小規模のものまで多数あり、そのリストが書籍[8]-[10]やインターネットのリンク集としてまとめられていて検索できる。例えば、その一つ[8]によると、全国には約1500団体の患者会と、170サイトのネットコミュニティがあるという。また、「患者が自分の疾病や治療について学習する」という参加をサポート活動として、患者が医学情報を入手できる患者図書室などの施設がどこにあるかという情報がインターネットでは一覧表として示されている。  
(<http://www.e7station.com/html/library/>)。

しかし、患者会や患者図書室以外の活動については、具体的にどこにどのような活動をしているグループがあるのか、現在のところ一覧できるような情報がない。潜在している活動の情報が見えるようになれば、「患者・市民の医療参加」はもっと進んでいくと考えられる。

表1 患者・市民が行う医療の安全、医療の質向上のための活動

主な対象	現在行われている活動の形態(方法)の例
自分・家族の医療	・医療者と患者確認、薬剤確認 ・疾病・治療についての学習 ・事故調査委員会への被害者・遺族参加
他の患者	・事故被害者支援、訴訟支援活動 ・闘病記の執筆、WEBへの掲載 ・事故調査委員会等に第3者委員として参加 ・患者体験を伝える病院ボランティア(「患者コーディネーター」) ・疾患別の患者会 ・患者図書室の運営、協力 ・患者の視点での医療機関について情報提供 ・被害経験者によるリスクマネジャー業務
医療全体	・医療行政に事故被害者の立場の委員として提言 ・「患者講師」として事故防止の講演 ・模擬患者として医療者の教育に協力

図1 医療機関の内外で医療参加する患者・市民とサポート  
(※矢印は必要と考えられるサポートを示す)



## 2.4 医療の質・安全学会における取り組み

### 2.4.1 「新しい医療のかたち」

上述のような現状をふまえて、医療の質・安全学会では、「患者本位の医療をめざし患者・市民の医療参画を支える地域社会の活動と医療機関の取組み」を広く推薦してもらい顕在化させることを目的に、2007年11月の第2回学術集会の開催を機会に第1回「新しい医療のかたち」推薦募集を行った。また、同様に2008年には第2回の募集を行な

い、表2の活動が「新しい医療のかたち」賞に選ばれ表彰された。

近年の医療状況や国民の関心を反映した活動、自治体や国の施策に影響を与えた活動、地方の実情に結びついて活動など幅広い活動が選ばれた。

表2 新しい医療のかたち賞を受賞した活動

年	部門	団体名
2007 (第1回)	患者さんを中心とした取り組み部門	鳥取県における『がんサロン』の活動
	医療者・医療機関を中心とした取り組み部門	新葛飾病院 患者支援室
	地域社会の取り組み部門	NPO法人コミュニティケアリンク東京
2008 (第2回)	患者さんを中心とした取り組み部門	医療情報の公開・開示を求める市民の会
	医療者・医療機関を中心とした取り組み部門	緩和ケア支援センター「はるか」
	地域社会の取り組み部門	NPO法人 地域医療を育てる会 県立柏原病院の小児科を守る会

以下、第2回に新しい医療のかたち 賞に選ばれた活動の概略を述べる

#### 「医療情報の公開・開示を求める市民の会」

医療情報を共有することによって、患者と医療者とのパートナーとなる「新しい医療のかたち」をめざす活動で、1996年から、「個人情報保護条例」を使い、市立病院をもつ自治体にカルテを、保険者にレセプトを開示請求する運動を始めた。抵抗もありましたが、1997年6月に厚生省が原則、レセプト開示の方向に転換した後も厚労省との定期交渉などを通じて、医療の透明化を求め、「本当の医療改革は、レセプト・カルテの開示から」と訴え続けてきた。「患者の情報は患者に」という考え方に道を拓いた牽引車として大きな役割をはたした。

#### 緩和ケア支援センター「はるか」

2005年7月に「穂波の郷クリニック」は、「あきらめない」「つながる」「在宅を支える」を理念に開業され、古民家風の建物が地域の人々の交流の場になっている。緩和ケア支援センター「はるか」は、この診療所に併設され、医療ソーシャルワーカーが、訪問看護師、在宅緩和ケア医、介護支援専門員(ケアマネジャー)、社会福祉士、介護福祉士、リハビリテーション体育士、ボランティア、そして家族をつない

で、それぞれの人の人生最後の夢をかなえる独創的な活動を行なっている。

#### NPO 法人 地域医療を育てる会

2004年に始まった新医師臨床研修制度が引き金をひいたかたちで、医師不足にあえぐ地方病院が増した。山武地域にある県立東金病院の医療過疎も深刻であった。どうして地域の病院で診てもらえないのか。疑問を感じた藤本晴枝さんと東金病院長の平井愛山さんの出会いから、2005年「地域医療を育てる会」がスタートした。病院や行政に要望するだけでなく、住民に医療情報や知識を配信し、皆が同じ土壌で話し合えるようになればと医療情報誌「クローバー」を発行している。2007年春からは、若手医師を育てる手伝いをする「医師育成サポーター」を育成している。

#### 県立柏原病院の小児科を守る会

2007年春、兵庫県丹波市にある県立病院が「小児科廃止の瀬戸際」と知って立ち上がった母親たちが中心になって「(昼夜を問わず軽症でも病院に行く)コンビニ受診を控えよう」「かかりつけ医を持とう」「お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう」の3つのスローガンの下に活動してきた。子育て中のお母さんたちの不安軽減のために「病院へ行く、その前に」という冊子や「受信の目安チャート図」を作成し、丹波市の協力で市内の乳幼児のいる全世帯に配布したり、対話重視の手作り勉強会「ママのおしゃべり救急箱」を行なったりしている。

なお、NPO 法人 地域医療を育てる会と、県立柏原病院の小児科を守る会の二つの会は、2008年秋に、住民が地域医療を守っていくことの重要性を訴えた絵本「くまさんせいのSOS」を共同制作した。

#### 2.4.2 私たちの活動展

上述の「新しい医療のかたち」推薦募集と並行し



て、医療安全推進週間公開フォーラムに併設して「わたしたちの活動」展を開催した。「新しい医療のかたち」推薦募集に応募した団体も含み、2007年は60団体、2008年は30団体が展示を行った。これらの団体の活動には、疾患やケア・治療に関する活動のほか、市民教育や市民への情報提供、医療の改善への提言を行う活動があり、医療現場にその情報や経験を活用できれば、医療の安全や質の向上に大きな役割を果たすと考えられた。2008年は出展団体の活動を紹介した冊子を作成して医療の質・安全学会に参加した医療関係者と、医療安全推進週間公開フォーラムへの参加者に配布した。

参加団体からは、幅広い活動が一同に展示をする意義があると評価され、2007年は参加団体間の交流が有益であったとの声が聞かれた。2008年は展示をきっかけに取材を受けて医療関係誌に活動が紹介されたグループもあった。

しかし、医療者の関心は必ずしも高くなく、また、公開フォーラム等のプログラムが継続して開催されており、展示を見るための時間がないなどの問題もあって、展示会場に訪れる人は少数に留まった。今後の課題である。

#### 2.4.3 パネル討議「患者の医療参加」を考える

パートナーとしての「患者の医療参加」について、その意味と意義、医療機関における具体的なあり方を考えるために、2008年11月24日、医療安全推進週間公開シンポジウムの一環として、パネル討議「患者の医療参加」を考えるが開催された。以下のようにパネラーの話題提供が行なわれ、患者参加の意義が明確となるとともに、患者と医療者双方の意識改革と、両者間のコミュニケーションを促進するための条件整備の必要性が提起された。

関原健夫(日本対がん協会常務理事)氏は、日米合わせて六回のがん手術と二回的心臓手術を受けた経験を通して、患者の医療参加の第一歩は、患

者が病や治療に対する疑問や質問を医師に率直にぶつける、即ち医師任せにしない主体的な患者となることだと述べた。医師に質問や疑問をぶつけるためには、患者は己の病気や病状を正しく理解することが不可欠で、米国の病院に入院して感心したことは「質問は患者の権利ですから」と言って検査や治療、病状の説明の後「何か質問はありませんか？」と質問を促してくれたこととした。米国流の医師との良きコミュニケーションこそ患者の医療参加であり、医師への信頼に繋がり、病に立ち向かう原動力になるはずだが、現在の日本の、超多忙な医師や医療現場に良きコミュニケーションを求めるのは過大な期待だ。それを求めるなら患者や保険者、国民はそれに必要なコストを負担しなければなるまいと述べた。

鮎澤純子(九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 准教授)は、すでに「患者参加」は、医療安全における重要なアプローチのひとつとして世界的に認識されている。WHOも「医療安全に大きな成果を挙げている医療機関は患者や家族との協働を推進している」として「partnership」をそのキーワードとして「患者参加」を進めている。また「患者参加の医療安全」を通してとり着くのは「患者参加の医療」である、と述べ米国の患者参加の実例を紹介した。

内野直樹(社会保険相模野病院 院長)氏は、産婦人科医の立場から、産科では、分娩が基本的に疾病ではない、という理由により、導入が容易で、妊娠前期、中期、後期の3回に渡り、患者本人、あるいは夫を交えて、希望する分娩様式、初期の育児方針などについて相談している。婦人科悪性疾患でも正確な診断と経過観察により、外科的治療、内科的治療など患者の希望に応じた治療が行えると述べた。また、これらの治療方針は、大衆迎合型の医療を行うこととは根本的に異なり、十分な説明と情報開示を必要とする。社会保険病院グループで実施中の、「真実を語る、過誤は謝罪する」という方

針で、信頼関係は確固たるものとなり、患者が医療に参加できる道が広がるとした。

#### 2.4.4 ホームページによる活動紹介

2007年に私たちの活動展に参加し希望のあったグループの情報を医療の質・安全学会のホームページで紹介をしている。2009年3月現在56団体。今後、掲載団体を増やすとともに活用しやすい情報としていくことが必要である。

<https://www.qsh.jp/partner/activities/index.php>

#### 2.5 医療安全全国共同行動での取り組み

日本における「患者・市民の医療参加」は、さまざまな場から始まっているものの、医療者の関心はまだ高くないと考えられる。「患者・市民の医療参加」のためには、医療者の理解、協力が必要である。特に、医療機関内で行われるもの、医療者と患者が協同して行うものについては、医療者・医療機関がその意義を理解し資源を提供するなど、医療側の積極的な働きかけや支援が不可欠である。

前述したダナファーマーがん研究所のPFACは、その活動に参加する患者・市民を支援するために病院が専任の職員を配置している。また、第1回「新しい医療のかたち」賞に選ばれた「新葛飾病院患者支援室」の活動も、医療事故被害の経験をもつ医療職ではない豊田郁子氏を、病院長が相談員に起用して信頼し支援し続けていることで、病院内に定着していることに着目する必要がある。

このような状況のもと、2008年5月に開始された医療安全全国共同行動において、「患者・市民と医療者のパートナーシップを通じてケアの質・安全と相互信頼を向上させる」ことを目指して、行動目標8「患者・市民の医療参加」が設けられている。そして、「医療安全全国共同行動」をきっかけにして、「患者・市民の医療参加」を具体的に実現する活動の試みやしくみ(プログラム)づくりに、病院の方針として組織的に取り組むことを推奨している。

参加登録病院には、Patient Advocateの設置や、院内患者会、病院ボランティアの設置・支援、患者用資料作成への患者参加、マイカルテやお薬手帳の活用、Speak up、患者〇カ条の推奨、転倒転落、院内感染、肺塞栓、薬剤誤認などの防止に患者の協力を依頼することなどの中から、自分の施設にふさわしいものに取り組むとともに、それぞれの取り組みから互いに学びあうことを勧めている。また、どこから着手しようか迷う病院のために、2009年3月現在、「安全は名前から」「からだと病気を知るために」「転ばぬ先に」の三つの活動については支援プログラムを提供している。医療安全全国共同行動から提供されているポスターを使用してフルネームによる患者確認を徹底しようとしている病院や、患者図書室の開設に向けて支援チームの助言を受けている病院があることが報告されており、少しずつ活動が広がっている。

#### 引用文献

- 1) 鮎澤純子・山内桂子:患者参加の事故防止〜どう考えるのか、そしてどう取り組むか 第2回,看護,56巻13号76-79,2004.
- 2) 長谷川友紀・和田ちひろ・平原 憲道(翻訳):患者と減らそう医療ミス—患者は安全パートナー,エルゼビアジャパン,東京,2005.
- 3) 山内桂子・山内隆久:医療事故—なぜ起こるのか、どうすれば防げるのか,朝日新聞社,東京,2005
- 4) Institute of Medicine: To Err Is Human: Building a Safer Health System, National Academy Press, 1999(医学ジャーナリスト協会訳(2000)人は誰でも間違える—より安全な医療システムを目指して 日本評論社)
- 5) Davis, Rachel E.; Jacklin, Rosamond; Sevdalis, Nick; Vincent, Charles A.  
Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement?

Health Expectations, September 2007, vol. 10, no. 3, pp. 259-267(9) Blackwell Publishing

6)山内桂子:医療事故防止に心理学はどのように貢献できるか. 三浦利章・原田悦子:事故と安全の心理学—リスクとヒューマンエラー, 東京大学出版会, 東京, 2007

7)上原鳴夫:リスクマネジメントから患者安全へ!“いのちを護るパートナーシップが目指すもの” EBNURSING VOL.8 NO.2.2008

8)和田ちひろ:全国「患者会」ガイド, 学習研究社, 東京, 2004

9) プリメド社「全国患者会障害者団体要覧」編集室: 全国患者会障害者団体要覧 第3版, プリメド社, 大阪, 2006

10) いいなステーション:がん!患者会と相談窓口全ガイド, 三省堂, 東京, 2007

### 3. 提言

#### 3.1 短期的視点での提言

##### 3.1.1 活動のPR

既述した「新しい医療のかたち」で表彰された団体や、私たちの活動展への参加団体などの活動を、インターネットも活用して積極的にPRする仕組みを作り、医療者にも市民・患者にも活用できるそれらの活動を参考にして新しい活動が生まれるきっかけにもなると考えられる。

##### 3.1.2 医療安全全国共同行動の展開

「医療安全全国共同行動」をきっかけにして、多くの医療機関が「患者・市民の医療参加」に取り組みに取り組みことを求めたい。また、市民や行政には、それを支援する働きかけを期待する。

##### 3.1.3 医療者と患者の情報の非対称性の壁を取り除く専門的な研究の促進

医療への患者・市民参加を阻む大きな要因のひとつに、医療者と患者の情報の非対称性がある。

読売新聞社が行った医療についての世論調査(2006年2月)[1]によると、信頼できる医師が「いる」と答えた人が50%、「いない」が46%。その信頼の理由を聞いたところ、「いる」派でトップを占めたのが、「病状や治療法をきちんと説明してくれる」(81%)、「専門医療機関や転院先をきちんと紹介するなど面倒をみてくれる」(32%)。逆に不信感を持った医師の理由では、「病状や治療法をきちんと説明してくれなかった」(45%)、「言葉や態度で傷つけられた」(41%)の順となった。病院や医師についてどのようなことを知りたいかでは、「十分の説明し患者の同意を得るインフォームドコンセントの実施状況」(43%)、「病院や医師の診療方針」(38%)となった。

この世論調査の結果でも明らかのように、国民は病気についての医師からの十分な説明を求めている。一方の医療者もその必要性を感じて、多忙な中で

努力しているのも事実だ。その両者の理解を阻む要因のひとつが、医療の専門用語だ。さきごろ、国立国語研究所が発表した「病院の言葉を分かりやすくする提言」は、医療現場で役立つ専門的な研究として評価することができる。

提言によると、国立国語研究所が平成16年に実施した調査では、8割を超える国民が、医師の説明の言葉の中に、分かりやすく言い換えたり、説明を加えたりしてほしい言葉があると回答。平成20年に実施した調査では、「寛解」や「QOL」の言葉を見聞きしたことがある国民は2割に満たず、「膠原病」「敗血症」などの言葉を正しく理解している国民は4割もいないという。

「病院の言葉」委員会を設け、患者がどのような言葉を分かりにくいと感じ、どのような誤解をしているのかを調査した。患者に言葉が伝わらなかった医師の経験を尋ね、分析したところ、①患者に言葉が知られていない ②患者の理解が不確か ③患者に理解を妨げる心理的負担がある一が分かった。このため「分かりやすく伝える工夫」としては①患者に言葉が知られていない場合は、日常語で言い換える。②患者の理解が不確かの場合は(1)意味が分かっていない(2)知識が不十分(3)別の意味と混同の3タイプが考えられたため、(1)正しい意味を(2)もう一步踏み込んで(3)混同を避けての視点で整理し明確に説明する。③の場合は、心理的負担を軽減する言葉遣いを工夫する一とした。具体的に、検討されたのは、イレウスなどの病名から寛解などの病気の状態、インフォームドコンセントなどの専門用語まで57語が丁寧に解説されている。インターネット上で公表され、出版物にもなっている。

こうした研究は、医療者だけでなく、患者にとっても、有益である。ぜひ、この成果を元に、医療関係者、患者も参加して、より使い勝手のよい「病院の言葉をわかりやすくする提言」を充実させることを提言する。