

課題 ⇨ **社会全体に波及する医療安全システムをどう構築するか**

要件

安全水準の設定

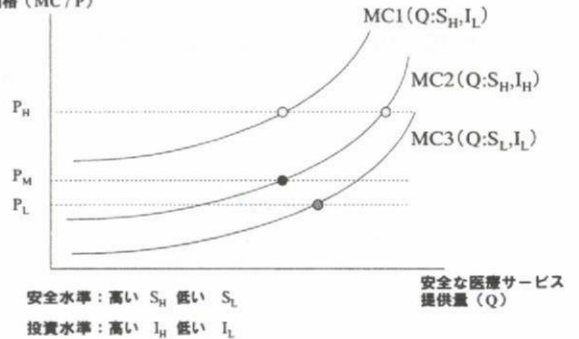
水準達成の管理

水準達成努力に見合った評価システム

医療の需要者、供給者双方にとって便益が存在する

高い安全水準の設定と投資コスト

安全投資の限界費用/
価格 (MC/P)



高い安全水準の設定と投資の経済効果

安全水準Sで提供される医療による消費者（患者）の便益: $B(S) \curvearrowright H, L$

安全水準Sを提供する投資Iにかかる平均コスト: $C(S, I) \curvearrowright H, L$

安全水準Sで提供された医療の価格: $P(S) \curvearrowright H, L$

消費者（患者）にとっての効果

$$B(S_H) - P(S_H) - [B(S_L) - P(S_L)] > 0$$

医療機関にとっての効果

$$P(S_H) - C(S_H, I_H) - [P(S_L) - C(S_L, I_L)] \leq 0$$

社会にとっての費用便益

$$B(S_H) - C(S_H, I_H) - [B(S_L) - C(S_L, I_L)] > 0$$

$$[B(S_H) - B(S_L)] + [C(S_L, I_L) - C(S_H, I_L)] + [C(S_H, I_L) - C(S_H, I_H)] > 0$$

医療安全投資の経済効果

社会的な医療安全水準の設定合意 ⇨ 医療と社会のリスク認知

安全水準達成の管理システム設計 ⇨ 医療版HACCPは可能か

安全水準の達成に相応の経済評価を ⇨ インセンティブ確保

真野 俊樹

多摩大学医療リスクマネジメントセンター

医療安全にはいろいろな定義があり、私も幾つか考えてみたのだが、理想を言えば限りがない。一方、現実的にはお金や人という資源には限りがある。さらにややこしいことに、医療の場合は最善を尽くしたからといって予防できるものと予防できないものが当然ある。そう考えると、目標を高く掲げるのはいいことだが、どこまでのことがやれるのかということも考えなければいけない。

よく、民間でやっていることを学べという議論があり、それはある程度正しいと思っているのだが、恐らく普通の企業の場合は安全というものが医療ほど中心に置かれるものかどうかというところがまずあるだろう。もちろん必要なのだが、医療のように非常に広い部分ではなく、やはりフォーカスしている部分があるのではないか。もっと言えば、利益に直接結びつくかどうかよく分からないので、後ろ向きに取られやすいということも事実である。したがって、医療現場とは重みが違うと考えられる。

今回の大きなテーマである質と安全について、医療の場合はこの二つが非常にリンクしている。一般企業の目的は利益の向上だが、医療の場合は当然患者を治すことであり、予防も含めて安全が非常に大切になってくるということで、質と安全はかなりリンクしてくる。医療機関では安全が非常に重視されるということ的前提にしたうえで、資源は限られていることから、金銭的、あるいは人の部分も含めて幾つかの制約が出てくる。そして、企業では質を高めたことによって売上が上がるのだが、そういう部分が医療機関にあるかどうかという視点まで広げて、患者は医療技術の高い病院と安全性の高い病院のどちらを選ぶかと考えると、患者は病気を治したいので、恐らく医療技術の高い病院を選ぶであろう。もちろん両方を兼ね備えるのが理想だが、いろいろな制約から片方しかできないとすると、患者は医療技術のほうを選ぶかもしれない。となると、安全ということはどうのように考えればいいのかのだろうか。

具体的に、例えば医療におけるクレームの原因を分けると、人と仕組みが半分ぐらいずつになっている。私自身は安全性については仕組みでかなりカバーできる場所があるのではないかと考えているのだが、やはり外科の手術等、医療技術に関してはかなり人に依存することも恐らくまた事実であろう。人に関しては、教育とモチベーションアップが必要になってくるのではないかと。そして、仕組みについては内部での仕組みと外部での仕組みに分けられると考えている。

人については教育とモチベーションアップということで、一つの方法としてギャップ分析のようなものもやることも恐らくできるであろう。つまり、大きな訴訟になるような原因として、実際に事故があったかどうかということもさることながら、コミュニケーションが問題になっているので、やはり患者と医療従事者がお互いに考えていることのミスマッチを埋めるというような努力も必要なのではないかとということである。もちろん医療関係者が考えていることと患者の考えていることが全く一緒になるということはいないのだが、少なくとも何が違うのかといったことを考えなければいけない。一方で、やはり我々医療サービスの提供者は強者という位置づけになるので、患者のような弱者との関係性は、単純にいろいろ伝えたからいいのかというような議論も含めて考えなければいけないということになると思う。そういったことも含めて、教育やモチベーションを人に関してはやっていかなければいけないのではないかと。

仕組みについては、先ほど倉敷中央病院のお話があったが、これは非常に規模も大きく、かなり投資という意味ではお金を使っておられる病院だと思う。実は、今回アメリカの病院に安全についてどれぐらいのお金を使っているのか聞いてみたのだが、残念なことあまり答えてもらえなかった。特に売上の何%かということは教えてくれないのだが、アメリカの病院は基本的に日本の病院に比べて売上が非常に大きく、単体の病院でも1000億円の売上を上げているところがざらにある。したがって、仮に投資額を1.8%としても、日本の病院の多くて2億という額に比べれば非常に多い。仕組みを作るときには、もちろん割合も大切なのだが、やはり絶対額がある程度必要であると私は考えている。なぜなら、IT投資も含めて、ある程度固定費用的に作らなければいけないものがあるからで、その固定費用的なところを考えると、やはり数千万円程度ではなかなか厳しいのではないかと考えている。

ただし、やれそうなことも幾つかある。例えば内部に監査の仕組みを作る、今は企業経営でもよく言われている内部統制や法令遵守（コンプライアンス）の仕組みを作るというようなことは、もちろん人件費はかかるにしても、何億円という話には恐らくならないので、試みるのもいいのではないか。あるいはピアレビューがきちんとできるような仕組みを考えるということもあるだろう。また、外部からの評価ということになると、医療機能評価やISOといった第三者評価も考えなければいけない。一方で患者の評価も必要だが、患者の考えていることと医療関係者の考えていることはおのずから違う部分があるので、もちろん参考にはしなければいけないものの、患者の評価だけでいいのかという部分もあるだろう。もう少し細かい話になると、例えばクリニカルパス（クリティカルパス）を比較するような評価もある。特にピアレビュー的に医療関係者で評価すると、かなり精度の高いものになると思う。また、インフラも整えなければいけないのだが、これには非常にお金がかかる。

ここで、患者に対して外部の仕組みについて調査をした結果をご報告する。約1200人の患者に対して、第三者評価を知っているかということで、この場合はISOと医療機能評価を意識して聞いたところ、知っていると答えた人は少なかった。さらに、第三者評価を受けているかどうかを病院を選ぶときに参考にするかどうかという質問に対しては、何もしていないより恐らく安全性が多少はいいだろうと考えられるのだが、参考にする程度の人がほとんどであった。

第三者機能評価といったようなかなり客観性の高いものであっても、必ずしも患者に強く訴求しているわけではないとすると、具体的に医療機関がどうやって安全に対して投資するか、仮に経営者という立場で見た場合にどのような視点から投資するのかということ是非常に悩ましいところだと思う。先ほど遠藤先生から診療報酬というお話があったが、そういったところや、安川先生からあったように安全というものは広く社会で考えなければいけないという広い視点で見ないと難しいような感じもする。患者も事故の確率を考えて病院にかかっているとは思えないので、どうしても技術のほうに過大な期待をかけることになるのではないか。

医療機関側としては、やはり資源や資本が有限であることから、目標を明確にしなければいけない。そうすると、安全は非常に重要なのだが、どういう根拠でどれだけの額を投資できるのかということも考えなければならぬ。医療機関単独では難しいところがあるので、むしろ社会インフラ的な部分も含めて、研究費なのか診療報酬なのかは分からないが、そういったところも含めていろいろ考える必要があり、その中で医療機関も戦略を立てていく必要があるのではないだろうか。

安全を確保する新しい医療システムについて：
医療経営の視点から

多摩大学
真野俊樹

医療安全の定義・範囲・目標

- おそらく医療行為を行っている間のトラブルがまったく起こらないことが目標
- しかし、医療の不確実がある以上、ある程度は許容しなければならないのか。。。

一般企業での重み

- 安全とはトラブルや副作用対策
- 安全は後ろ向きに捕らえられやすい

医療の場合には

- 質と安全の関連が強い

それでも

患者さんがどちらを選ぶか？

- 医療技術の高い病院
- 安全性の高い病院

どちらに多く依存するか

- 人: 医療技術
- 仕組み: 安全性

方策

- 人: 教育、モチベーション: ミクロ組織論
- 仕組み: 内部と外部: マクロ組織論

人

- 受け手と送り手の関係性: ギャップ分析、強者と弱者
- 教育とモチベーション

仕組み

内部

- 内部監査、内部統制、コンプライアンス
- ピアレビュー

外部

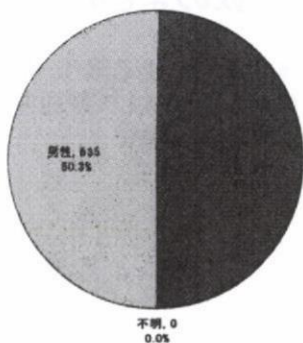
- 第三者評価
- 可視化による比較: 同業者あるいは患者から

インフラ

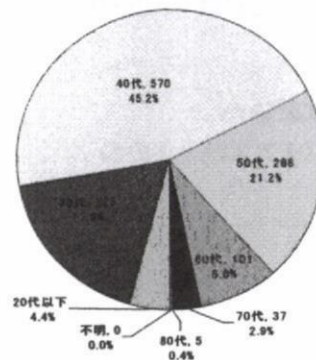
- IT
- データ

仕組みについての患者さん調査

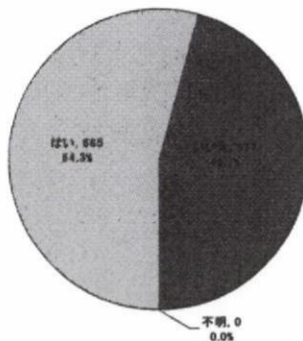
Q1. 性別 (n=1262)



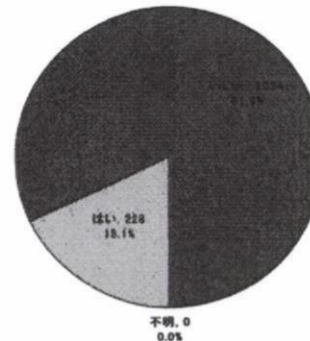
Q2. 年齢 (n=1262)



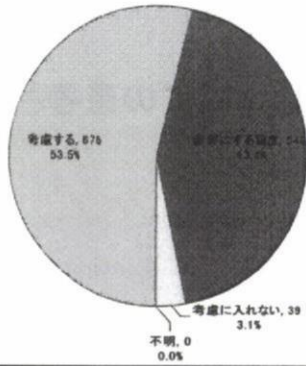
Q4. あなたは現在、治療のために定期的に病院(又は診療所)に通院していますか? (n=1262)



Q5. 医療機関に対する第三者評価制度が存在するのを知っていますか? (n=1262)



Q8. (1)あなたが医療機関を選ぶ際、第三者評価を受けていることを考慮しますか。(n=1262)(n=1262)



患者さんがどちらを選ぶか？

- 医療技術の高い病院
- 安全性の高い病院

患者の選択

- 純粋な確率論か
- 期待にバイアスがあるのか

仮のまとめ

- 資源・資本が有限である限り、何を目標にしているのかを明確にして戦略を立てる必要があるのではないか。

小笠原 敬三

財団法人倉敷中央病院 副院長

ここまでの発表は、病院で発生する有害事象によって国民的な損害を受けており、その損害に対して国の政策としてどのくらい投資すればいいのかというマクロ的なものだったが、私からは病院に勤務する者として、有害事象をいかに防止するかという具体的な活動状況と、安全医療活動にどのくらいのコストがかかっているかについてご報告する。

当院は医師 343 名、看護師 1019 名、病床数 1116 床の急性期病院である。過去 15 年間の入院患者数と平均在院日数の推移を見ると、新入院患者数は 2 倍に増加し、救急患者も 3 倍に増加している一方、平均在院日数は 26 日から 13 日と半減している。その間、医師数は何とか 2 倍まで確保しているのだが、看護師はたった 4 割しか増えていないという、非常に危機的な状況である。

その中で医療安全組織を病院の組織としてどう立ち上げていくかということで、当院においては医療安全管理室、セーフティマネージャー会議、医療安全管理委員会という三つの組織を活用しており、GRMとしてはその3組織が十分機能することを心がけている。また、GRMは同時に診療録の管理、クリティカルパス、それから臨床研修医の教育にも関与している。

当院の医療安全上の主な活動としては、まず 1999 年の事故から全国的に医療事故を防止しようという運動が立ち上がった際に、医療事故防止委員会というものを作っている。これは最近、医療安全管理委員会に名称を変えている。また、その 3 年後にはリスク・マネージャー会議を立ち上げた。医療安全管理委員会は 30 名の委員で構成されているのだが、月 1 回の議論では必ずしも実行部隊にはならないために、各診療科、部署でセーフティマネージャーを任命して活動をしてもらっている。また、2004 年には医療安全管理室が開設されて、現在ではこちらを中心として活動を行っている。

医療事故を減少させることはなかなか難しいのだが、我々は職員一人一人が医療安全に対する意識を高め、水際で事故防止を図ることが重要であると考えている。したがって、医療事故は身近にあることを知り、医療事故防止行動への意識を高めるということを研修会でも常に目標にしている。そのために、類似事例の分析や講演会の開催、KYT（危険予知訓練）、マニュアルの整備や指さし呼称、あるいは人間工学的なバーコードリーダーを用いた医療事故防止に関しても積極的に取り組んでいる。

当院においては、医療安全活動について年間計画を立てている。これは、目標管理を行って到達度を評価し、また次年度へつなげていくためである。今年度の方針は、ハイリスク医療の安全性確立である。特に、当院でも電子カルテが導入されたので、電子カルテの危険性を知る必要があると考えている。

毎月の医療安全のための活動の流れも決まっており、第 1 週に院長、GRM、事務長が集まってミーティングを行い、懸案事項について議論している。そして、第 2 週に実行部隊のセーフティマネージャー会議を開き、ここでは各診療科のドクターも入って前月の医療事故について検討し、対策を議論する。このマネージャー会議のあとで各病棟、部署をラウンドして、対策が実行されているかどうかを監査している。次の週にはセーフティマネージャー会議で立案された対策案を医療安全管理委員会に提出し、マニュアルが本当に実施可能かというようなことを検討して、病院全体で実施するという結論が出たら、第 4 週めの診療管理会議で発表して実施するという形になっている。

医療事故情報は非常に貴重で、これをどのように有効に利用していくかということは各病院において重要なことだと思うが、当院では医療事故報告書、インシデント報告書、合併症報告書の3種類を医療安全管理室に提出してもらうことになっている。そして、セーフティマネージャー会議で事故分析及対策立案を行い、医療安全管理委員会に提出し、全部署に報告して、巡視による評価をセーフティマネージャーや医療安全管理室員が行っている。

2004年に開設した医療安全管理室には、現在、専従2名、兼任4名のスタッフがあり、安全管理の重要な核となっている。ここは事故事例の収集と同時に、現場へ行って調査を行い、セーフティマネージャー会議や医療安全管理委員会にも関与して、教育・研修の企画・運営にも当たっている。

教育・研修の具体的な事例として、5年前から全医師を対象にした医師向けセーフティマネジメント研修会を開始した。また、医療KY活動セミナーを、中央労働災害防止協会から講師をお招きし行っており、現在まで4回実施した。KYT実習は医師向けのセーフティマネジメント研修会でも取り入れている。今年からは、手術開始前のタイムアウトも行っている。患者誤認を防止しようということで、アメリカではルーチンで行われているそうだが、それを当院においても開始した。また、1か月に1回、一斉にセーフティマネージャーが医療安全巡視をしており、医療事故想定訓練もしている。

このような教育・研修の企画と同時に、医療安全のためのマニュアルも診療科（部署）ごとに作り、イントラネットに入れている。また、タイムアウトや指さし確認に関してはデモンストレーションビデオを作った。

医療安全に関する取り組みについては、医療安全にかかわる事項として、人員配置や委員会運営、機器・設備等の導入、内部レビュー・ラウンド、院内・院外研修、マニュアル作成等、また、インфекション・コントロールにかかわる事項として、内部レビュー・ラウンドやサーベイランス等の取り組み等、病院として費用が生じる。その他、外部評価を受けたり、医療機器・医薬品の管理にも費用がかかってくる。

京都大学今中教授が、300床以上の8病院における1999年以降の医療安全対策に関する費用について報告書を出されており、その調査に当院も参加したので、併せてご報告する。委員会、院内研修、レポートの作成・集計・分析、医薬品管理に、1日8時間として延べどのくらいの人員を要するかということ、例えば委員会に関しては、病院によって非常に活動条件が異なるものの、156人から1500人となっている。そして、これに人件費をかけると、総額で9800万円から2億7000万円の費用がかかっていることになる。これは、医業収益の0.6%から2.6%に当たる。

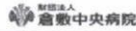
ちなみに当院における医療安全委員会活動の費用は、講演会等々を含めて3500万円と試算されている。さらに院内研修や医療安全管理室の運営、医療機器管理、廃棄物の処理等、すべてを勘案すると、総額約1億5000万になるという試算になっている。

医療安全については、一病院だけでやって完全というわけではない。病院の中の活動のみでは限界がある。全国の病院とともに共通の活動を積み上げることが必要で、患者誤認、薬剤誤認、転倒・転落防止は全国の病院での緊急課題となっている。もちろん患者識別機器はあるのだが、もう少し低価格にならないと普及しないだろう。また、薬剤師も服薬指導や薬歴管理の活動で非常に重要になっている。薬剤にバーコードを入れるという話もあるが、調剤には有用であっても最終的にベッドサイドへ行ったときにバーコードのみでは必ずしも役に立たないという意見もあると聞いている。やはり安全活動は総合的な活動として行われることが必要であろう。

医療現場における医療安全対策の現況

倉敷中央病院 副院長・GRM
小笠原敬三

平成18年11月23日医療の質・安全学会

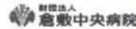


病院概況

	1991年	1999年	2006年	増加率
新入院患者数(人)	13,433	17,530	28,500	212%
平均在院日数(日)	26.0	22.1	13.3	51%
紹介率(%)	15.0	25.3	47.0	313%
救急患者数(人)	22,467	34,496	67,500	300%
手術件数(件)	7,327	9,837	11,500	157%
職員数(人)	1,519	1,838	2,416	159%
医師(人)	160	202	343	214%
看護師(人)	712	811	1,019	143%



医療安全組織体制



当院の医療安全活動

- ・ 医療事故防止委員会(1999年10月)
= 医療安全管理委員会
- ・ 医師リスクマネジメント研修会(2001年8月開始)
- ・ リスクマネージャー会議(2002年12月)
= セイフティマネージャー会議
- ・ 医療事故ニュース(2002年より発行)
- ・ 医療安全管理室便り(2003年12月より発行)
- ・ 医療安全管理室開設(2004年4月)
- ・ 院内KYT研修会(2005年3月より)
- ・ リストバンド(2005年8月開始)
- ・ 電子カルテ稼働(入院2005年7月、外来11月)
- ・ 注射オーダ(2005年8月開始)



当院の事故発生率を減少させる対策

「医療事故は身近にあることを知り、事故防止行動への意識を高める」

- (1) 類似事故事例分析
- (2) 医療安全講演
- (3) 危険予知訓練 KYT
- (4) 手順書や規則による対策
マニュアルの整備
クリティカルパスの作成・実施
指差し呼称
- (5) 工学的対策
バーコードリーダーを用いた識別など
- (6) ロールモデル、刷込みによる安全文化の育成



2006年度医療安全管理活動計画

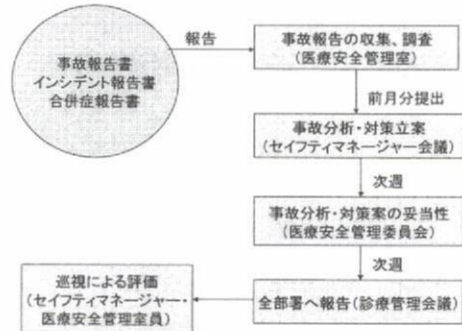
項目	具体的内容
ハイリスク医療の安全性確立	・ 診療計画説明・インフォームドコンセント ・ 注射・投薬の施行者および患者との相互確認 ・ 情報開示・セカンドオピニオン ・ 事故後の患者説明など情報の共有化
電子カルテの安全な運用	電子カルテ、注射オーダ、入力ミス、新任医師への部門教育、薬剤部監査
KY and T活動の展開	指差し確認の習慣化 5S(整理・整頓・清掃・清潔・習慣化)の励行
年度計画の管理推進、進捗の周知徹底	月別テーマのセイフティマネージャーの一斉監視
医療事故の調査、要因分析と再発防止対策立案 同類事象の抽出対応	月例事例検討会 医療事故の調査・解析・対策立案、マニュアルの改訂
医療事故・インシデントについての情報収集と 同類事象への対応発信	院内外情報の収集と関連リスクの掘り起こしと対策 「医療安全管理室だより」毎月発行 「医療事故防止ニュース」随時発行
教育研修の企画・実施と結果評価	医療KY活動セミナー(6月、7月) 医療安全週間(春季、秋季)ポスター募集など 医療安全講演会(4月、11月)
委員会・会議の開催	医療安全管理委員会(月1回) セイフティマネージャー会議および監視(月1回) 医療安全管理室定例会議(週1回)



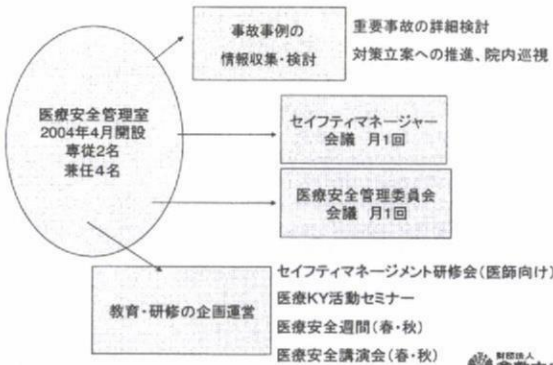
医療安全月間業務内容

- 第1週 院長、GRM、事務長、医療安全管理室ミーティング
検討すべき事故報告例、院内懸案事項について討論
- 第2週 セイフティマネージャー会議(17:30~19:00)
前月医療事故の検討(4~5例)、改善案の立案
作成マニュアルについて意見交換、伝達
点検事項について院内部署のラウンド
- 第3週 医療安全管理委員会(17:30~19:00)
前月医療事故検討例の報告
作成されたマニュアルについて問題点の検討
- 第4週 診療管理会議
事故事例、対策を発表

医療事故情報の収集・対策立案・対策実施・評価



医療安全の実効的活動



医師向けセイフティマネージメント研修会



2001年より開始
新任医師、シニアレジデント1年目の
全員を対象に1泊2日の合宿形式

医療安全のためのマニュアル

- 周術期肺塞栓症予防ガイドライン
- 内科疾患での深部静脈血栓症および肺塞栓症の予防ガイドライン
- 中心静脈カテーテル挿入(CVC)に関するガイドライン
- 注射用抗菌薬使用時の手順
- 経鼻胃管による経腸栄養法の手引き
- 輸注ポンプの取り扱い方法
- 人工呼吸管理マニュアル
- シリンジポンプチェックリスト運用手順
- 口頭指示受けメモ
- リストバンド運用手順
- インスリン指示運用手順
- 当院におけるドルミカムの使用基準
- UKカテーテル抜去後の止血方法
- カテーテル検査室における感染防止対策マニュアル
- 手術患者確認マニュアル
- ハイリスク循環作動薬に関する運用手順
- 化学療法実施マニュアル
- フィルター付テスト肺 使用についてのガイドライン
- 人工呼吸器回路交換について

- デモンstrーションビデオ
- 手術開始前_タイムアウト
- 指差し確認(薬剤部)
- 指差し確認(一般撮影)
- 指差し確認(一回配薬)
- 指差し確認(点滴更新)
- 医療事故に関する文書
- 事故連絡書
- 事故報告書
- 来院後24時間以内死亡連絡書
- インシデント報告書
- 重大事故初期対応チェックシート
- その他
- 倉敷中央病院へ入院される患者さまへ
- 同姓同一科受診患者一覧の出力について

医療安全に係わる事項

安全管理に係わる事項

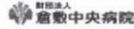
- ・ 人員配置
- ・ 委員会・会合
- ・ 機器・設備等の導入
- ・ 内部レビュー・ラウンドなど
- ・ 院内・院外研修
- ・ インシデントレポート作成・分析等
- ・ マニュアル・手順書の作成

感染制御に係わる事項

- ・ 人員配置
- ・ 機器・設備の導入
- ・ 職業感染防止対策
- ・ 内部レビュー・ラウンドなど
- ・ 院内感染サーベイランスなど

その他

- ・ 外部評価の受診
- ・ 医療機器の管理など
- ・ 医薬品等の管理など
- ・ 賠償責任保険への加入
- ・ 安全管理、医薬品安全使用に係わる機能連携



安全管理および感染制御に係わる活動増分

300床以上の8病院における新たに追加された医療安全対策費

今中報報告2006年

1999年を基準としての増加分

委員会・会合	156.9~1508 人・日
院内研修	146.1~ 948 人・日
インシデントレポート作成・集計・分析	109.4~1362 人・日
医薬品管理	平均 1620.1 人・日
総計	2426.8~9817.5 人・日
総額9800万円~2億7000万円(医薬収益の0.6%~2.6%)	

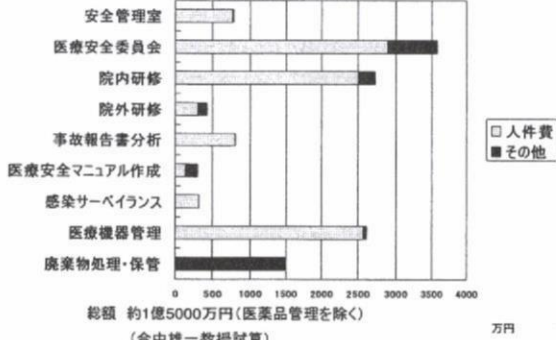
医薬品管理に最も費用がかかっている。

病院により重点活動に差があり、コストの差がある。



医療安全にかかる費用(医薬品管理を除く)

倉敷中央病院の場合



倉敷中央病院の特徴

- ・ 医療安全管理室が医療安全活動の中心になっている。
- ・ 医療安全管理委員会とは別に、セイフティマネージャーが事故の分析・対策立案、リスク対策の監査のための巡視を行っている。
- ・ 医師を主な対象とした医療安全研修会を定期的の実施している。
- ・ 感染制御の内部レビュー(ラウンド)を毎週実施している。
- ・ 病院感染サーベイランスを作成している。
- ・ 医薬品管理では、この5年で薬剤師が10名増加し、さらに服薬指導や薬歴管理の活動が拡大された。



医療安全への課題

- 1) 患者誤認の防止
全国共通の患者診察券(保険の種類、血液型、アレルギーなど)
患者識別機器の開発、低価格化(ICチップ、バーコードリーダーなど)
- 2) 薬剤誤認の防止
薬剤の名称・効用・効果・表示法の総点検
薬剤名の統一化(同一薬剤の同一名称化など)ジェネリック薬剤など
- 3) 高齢者に対するケア、転倒転落防止
- 4) 医療安全活動に対する診療報酬上の保証・拡大



ワークショップ 6

米本 昌平

科学技術文明研究所

私は、科学技術政策や、医療政策の国際比較を行っている。ここでは日本の医療に関する報道がどうなっているのかについて、話題提供させていただきたいと思う。

日本のメディカル・プロフェッションは、強制参加の組織ではなく、その機能は社会が考えているよりは自己統治機能が脆弱で、そのぶん新聞などにどう書かれるかに、大変に神経を使う結果になっている。そのため、非常に防衛的な態度を取りがちで、新規で複雑な問題は倫理委員会にかけることになっているが、概して日本の倫理委員会は遺漏がないようにと、どんどん厳しくなる方向にいく傾向があるのではないかと思う。

医療職能集団とメディアの関係は、社会の仕組みがどうなっているのかについて、お互いに正確に理解したうえで、緊張感あるやり取りがあるのが理想だろうと思う。社会の側は、メディアを介してさまざまな情報を受け、これによって一般の印象が形成される、いわば消極的な集団である。そういう意味で、医療職能集団および社会の両方からメディアというものを考えてみると、たとえば新聞は分かりにくい基準で紙面を作っているのではないかと思う。

新聞はともかく、ニュース性という基準で紙面作りをしているようである。医師に対しては、ちょうど政治権力に対するように、専門性があり権力あるとみなし、どちらかというところと詰問調になりがちなのではないか。それから、新聞の中でも科学部と社会部ではその視点や価値基準が違い、大きな事件が起こると、どうしても社会的な紙面づくりになってしまう。

こういう分析は、ハードなデータが残る新聞が研究対象になりやすいが、日本のアカデミーがよくないところは、テレビという圧倒的に社会に対して影響があるメディアを分析研究の対象にしないことである。個人的な印象を言えば、テレビの中でも特にワイドショーの非常に短いコメントが社会に与える影響が大きい。ネガティブに言うと、「俗情」と言ってもいい、普通の人の感情からして言ってほしかったことを言ってくれるような人たちの発言が、社会に大きな影響を与えている可能性がある。

少し具体的事例を分析しようと思い、今年の3月の富山県射水市民病院の事件の報道を調べてみたのだが、この場合はどちらかというところと単純な事例で、あまり話題にはならなかった印象がある。この事件は、今から振り返ってみると、外科部長の呼吸器取り外しの指示を、看護師が新しく来られた医院長に通報し、この二人のドクターの考え方や方針が微妙にずれていたため、病院として過去のカルテを調べ、警察にその結果が報告されたということなのだろう。病院管理者と外科部長の方針が違っていたことで問題が病院組織の外に出たという印象である。

ほとんどの新聞が、延命中止という客観的な言葉で見出しをつけている。ただし、東京新聞は「安楽死疑惑」としている。これが安楽死に相当するのかが問題だが、メディアはそういう誘導をしたがるもので、サンケイ新聞も「安楽死」という言葉を使っている。読売は比較的落ち着いた見出しである。

この場合は、取材する側が家族の意向には関係なく、医師が一方的に外したのではないかという疑いを持ち、そういった側面から呼吸器の過去の取り外しについて同意をしていたかどうかを取材したようなのだ。最初、家族は混乱していたようで「頼んでいない」と言ったようだが、途中から「実は同意していた」という発言に変わり、家族の側は実は同

意をしており、ドクターには悪感情を持っていないということ、自宅の玄関に張り出された。しかし、そのあとも警察は態度をはっきりしないまま、同意の内容について調べたということである。結論的には、これは同じ病院の中で考え方の差が出たということなのだろう。しばらくたって、実際に人工呼吸器を外されたドクターが月刊誌に見解を出している。

最近の例で言うと、宇和島徳州会の腎臓移植の件が、メディアの報道のしかたによって社会側の心象が振れた例だと思う。もともとこれは、最初はドナーとレシピエントの間のトラブルで臓器売買の疑いが発覚したものだが、病院が調査した結果、過去に病気の腎臓を移植していたという別の文脈が明らかになったのである。

このあとメディアがいろいろな書き方をするのだが、やはりいちばん問題なのは、医療行為として病気の腎臓として取り出したものを、第三者の腎移植を待っているかたに植えていいかどうかという、純医学的な評価と行為の妥当性の問題だと思う。メディアはインフォームド・コンセントの取り方や文章による同意がなかったこと、提供病院に対して別の説明をしていたという手続き上の欠陥を後追いの問題にしているが、これは付随的な話であり、そういう意味では最初の入り口を忘れてしまい、別の印象が社会の側には残ることになる。

医の質、安全の視点から、これらの課題に対してメディアの影響をうまく取り込む一つの手段は、これまで報道されたものを追跡調査し、事実の経過と報道内容を対比し、その結果を公表するのがよい。医療職能集団と、それとは違う社会機能を担うメディアと、それを介して情報なり価値を受け取る社会との間の機能を理解したうえで、正確に問題整理をしておくべきだろうと思う。

日本のプロフェッションは強制参加の組織を持ってないので、学会の基準と末端で日常診療をやっているドクターとの意識が、長い間にずれてくる可能性がある。したがって、何かのタイミングで標準化する必要がある。そういう意味では、こういったトラブルをきっかけに、医師の判断や処置を標準化するような機能として、報道の在り方を後から調べて整理分析するということも、本学会がやるべきことではないかと思う。

医療の質・安全と メディアの機能

科学技術文明研究所
米本昌平

医療機能集団vsメディアvs社会

- 自己統治(ガバナンス)の機能が社会が考えているより脆弱
- メディアとくに新聞にどう書かれるかに神経をつかう
→防衛的態度に
→倫理委員会は遺漏がないようにという心理に
- 「ニュース性」というわかりにくい採用基準
- 医師に対して、詰問調になりがち。
- 科学部の視点 vs 社会部の視点
- テレビのワイドショー
→俗情の増幅装置

富山県・射水市民病院の報道 06年3月26日朝刊1面の見出し

外科部長の呼吸器取り外しの指示を、看護師が院長に通報。
病院として過去のカルテを調べ、警察に報告

- 東京新聞: 医師は「尊厳死」主張 安楽死疑惑
- 朝日新聞: 病院「医師が延命中止」 呼吸器はずし
- 産経新聞: 医師「尊厳死だ」 7人安楽死
- 毎日新聞: 呼吸器はずし死亡7人
- 読売新聞: 延命中止 院長「倫理上問題」



朝日(2006年3月26日)



東京(2006年3月26日)

富山の病院 7人安楽死



産経(2006年3月26日)

富山の病院 50歳外科部長

呼吸器外し死亡7人

同意書なし「尊厳死」と説明

25 年 日



毎日 (2006年3月26日)

富山の病院 50歳外科部長

院長「倫理上問題」

呼吸器外し 外科部長が判断

同意書なし「尊厳死」と説明

25 年 日

読売 (2006年3月26日)

呼吸器外し

家族頼んでない

中止の患者 病院と食い違い

27 年 日

朝日 (2006年3月27日)

富山 呼吸器科

患者の「同意」重点捜査

「尊厳死」協会に照会



朝日 (2006年3月27日)

富山の延命中止

外科部長 恨んでない

遺族が胸中

「同意書なし」ルール未整備に不安

31 年 日

読売 (2006年3月31日)

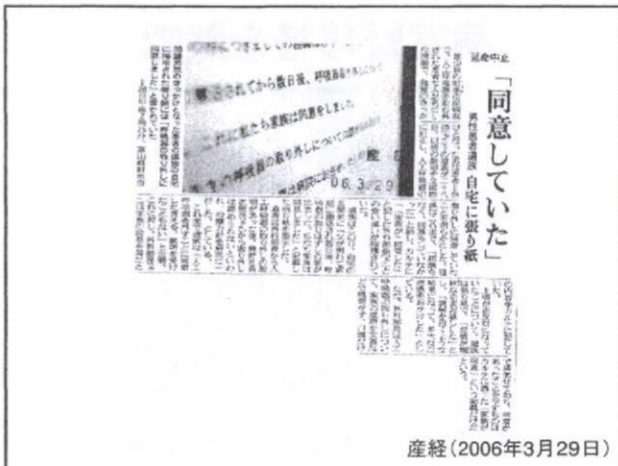
呼吸器外し 6.3.28 (火)

同意得た 県警に説明

朝 外科部長、任意聴取で

31 年 日

朝日 (2006年3月28日)



産経(2006年3月29日)



朝日(2006年4月23日)



朝日(2006年4月2日)



朝日(2006年10月2日)



週刊現代(2006年9月号)

宇和島徳州会・腎臓移植

- 最初は、ドナー=レシピエント間の、臓器売買の疑い
- 病院の調査により、病気腎の移植が判明
- 医療としての妥当性の問題が、最重要。

世界的には、腎臓癌の摘出では腎を残す。英国・生体腎ドナーのガイドライン: 癌の再発は不明と指摘

- しかし、メディアは、インフォームド・コンセント、文書による同意、摘出病院に対する説明など、万波医師の手続き上の欠陥を、非体系的に報道。

腎臓提供者に金品

移植患者ら逮捕 ■ 大量 売買容疑、初の摘発

読売(2006年10月2日)

病気腎移植を黙認

宇和島徳洲会病院 3件腎臓がん ■ 検出 医師に任せていた

読売(2006年11月4日)

「病気腎臓 確信の独走」

学会と距離、現状非難

2006年11月5日)

医の質・安全の視点から 考える対応策

- 医療に関わる事件として報道されたものを、個別に追跡調査し、事実の経過と報道内容との対比を示し、インターネットで公開する。
→社会との認識ギャップの修正
- 年報を作成し、情報を体系的に蓄積する。
*フィードバックによる、医療スタンダードの定期的な更新。法や行政指針に頼らない自動更新。

■ 医療の質と安全をおびやかしている構造と姉齒事件 ■

日本の医療政策、福祉政策は、姉齒事件によく似ていると私は考えています。素人目にはお徳用です。平均寿命は世界一、しかも費用は国際的に格安なのですから。けれど、鉄筋の本数にあたる人手が、密かに大幅に減らされています。医療法も、介護保険法も、障害者自立支援法も、いずれも国際的には極めて低い水準です。でも、鉄筋の本数が減らされていることに、素人が地震が起きるまでは気づかないように、多くの人は自身が医療や福祉が必要になるときまで気がつきません。

国際水準に比べて医療、福祉の費用のパイがとても小さい。この根本的な状況を変えようとせず、小さなパイの取り合いをするという悲しい現実があります。

お医者さんや看護師さんたちは、日本の医療が人手も環境も貧しい状況にあることを知っているかもしれませんが、でも、それを社会にわかるようには、アピールしてこられませんでした。ジャーナリストの役割のひとつは、そのような現実を無関心な人々にも伝え、行動を起こすきっかけをつくることだとおもいます。図1・2・3は、1970年、科学朝日に書いた『経済大国日本の医療―悪循環の4つの輪』という警告的記事の中で使った図です。その場しのぎの医療界の振る舞いが、低い医療報酬を固定する結果を生んでいると書きました。同様のことが、いま、介護報酬の世界で起こっています。

図4は、私が担当した朝日新聞の社説をあつめた本『福祉が変わる医療が変わる―日本を変えようとした70の社説+α』（ぶどう社）の中の1ページです。日本の医療費がOECD諸国に比べてどんなに低いかを社説でたびたび訴えた、それを補足した図です。

■ 虫の目、鳥の目、歴史の目 ■

ジャーナリストの仕事の基本は、「虫の目、鳥の目、歴史の目」で物事を見ること、「ほんとうだろうか?」と疑うこと、「なぜだろう?」と調べ尽くすことだと私は考えています。

1984年、私が科学部から論説員室に移った時のことです。「西暦2000年には、我が国の寝たきり老人は100万人になる」と言われ、厚生行政の大問題になっていました。そこで、虫の目になって現場へ行ってみて、図5・6のような悲惨な風景に出会いました。

歴史の目でみると、この原因が、1979年に打ち出された「日本型福祉」がもたらした「日本型悲劇」であることがわかりました。日本型福祉というのは、「北欧やイギリスのように福祉に力をいれると経済が傾く」という誤った仮説にもとづいて考えられた、家族の相互扶助とボランティアを頼りにした政策です。それが医療費のいびつな増加を引き起こすことになりました。

「日本の高齢化は世界一で、手本はない」とよく言われます。ところが、鳥の目で見てみると、手本が実にたくさんあることがわかりました。図7をごらんください。確かに高齢化率の伸びのスピードは速いのですが、日本より先に高齢化社会、高齢社会を経験している国が山ほどあることがわかります。それらの失敗を学び、いいところを取っていけばうまくいくのではないかと、ヨーロッパに出かけました。

* 日本医学ジャーナリスト協会は1987年に発足、2006年9月、NPOとなったため、幹事は、理事に名称が変更されました。