

国民の声を医療政策 に反映させるには

全国社会保険協会連合会理事長
東京大学医療政策人材養成講座二期生
伊藤雅治

国民の声とは

- 患者の声
- 市民の声
- 患者・市民の声
- 納税者の声

医療政策に反映させるとは

- 国の医療政策決定プロセスへの働きかけ
 - ①厚生労働省等中央官庁
 - ②政党、国会議員
- 地方自治体への働きかけ
 - ①都道府県の医療計画
 - ②患者への助成策
- 公的病院の運営方針への反映

我が国の医療政策の決定プロセス



平成18年 医療制度改革の議論の土俵

1. 社会保障制度全般を通じて
 - ・経済財政諮問会議
 - ・規制改革民間開放推進会議
 - ・社会保障の在り方懇談会
2. 医療提供体制について
 - ・社会保障審議会医療部会
3. 医療保険制度体系について
 - ・社会保障審議会医療保険部会
4. 中医師の在り方について
 - ・中医師の在り方に関する有識者会議
5. 診療報酬体系の見直し
 - ・中医師協

「政府・与党改革協議会」

審議会の検討プロセスでの 患者代表の参加状況 (1)

1. 医療部会
 - ・委員数25名、患者の立場を代表する委員2名
佐伯晴子(東京SP研究会代表)
辻本好子(NPO法人ささえあい医療人権センターCOML代表)
 - ・関係者からの意見聴取 6名全員が医療提供者
 - ・「医療制度改革に関するご意見募集」
応募者20名、大部分は医師、医療機関経営者
2. 医療保険部会
 - ・委員数20名、医療提供者、保険者、地方3団体、学識経験者等で構成
 - ・意見聴取、パブリックコメント等は実施していない

審議会の検討プロセスでの 患者代表の参加状況(2)

中医協

- 勝村久司(日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員)が1号側委員の枠で参加
- 公聴会の開催(平成18年1月27日)
支払い側推薦3名、診療側推薦3名
公益委員推薦5名中患者団体の代表2名
(日本呼吸器疾患団体連合会、全国パーキンソン病友の会)
- パブリックコメントの実施
4,073通の意見が寄せられたが、ステークホルダー別には不明

辻本委員、佐伯委員の参画の意義

- 医療機関の情報提供制度の推進
- 医療従事者のコミュニケーション能力の向上の研修の必要性
- 患者の自己決定を支援する仕組みの重要性
- 都道府県医療計画の策定に患者の立場の委員の参画
- 医療安全の確保に向けて薬剤師、看護師の配置基準の引き上げ

勝村委員の中医協参画の意義

- 医療費の内容のわかる領収書の交付の義務化
- 産科・小児科医療の評価
- 病院、診療所の初再診料の点数格差が患者の視点から病院、診療所の機能分化、連携を促進する効果がないことを指摘し、初診料の統一、再診料の格差是正に貢献
- 高度先進医療専門家会議(非公開)の内容報告の具体化

政策決定プロセスの検証から 明らかになった問題点

1. 負担と給付の関係について議論する場の不在
2. 患者・市民の視点を反映させる観点からの温度差の存在
3. パブリックコメント、公聴会の結果が審議会の結論に生かされたか
4. 患者代表として誰を選ばよいか
5. 意見表明したくても出来ない多くの患者団体の現状
6. 患者団体に対する不信感、警戒感の存在
7. 患者代表委員のサポートシステムの不在

「患者の視点の重視」の考察

- 主語は供給側か／利用者側か
- 患者の声を「聞く」のか「汲み上げる」のか
- 患者団体への期待と支援策について

「患者の声」を反映する

- 患者の要求を汲み上げる
- 患者参加のかたちをつくる
- 患者の声に耳を傾ける

患者の声を医療政策決定プロセスに 反映させるための政策提言

行政への提言

- 患者・市民が参加する医療政策の基本問題を議論する場をつくる
- 審議会委員の人選、任命についてのルール確立
- パブリックコメントの実施方法の改善
 - ・医療制度改革全体に対するコメントの実施
 - ・意見の違いを概観できるパブリックコメントの実施
- 審議会の運営方法の改善
 - ・患者・市民の声を把握するプランニング
 - ・インターネットによる審議会の公開

患者の声を医療政策決定プロセスに 反映させるための政策提言(2)

患者会への提言

○患者会支援機能を担う組織をつくろう

- ・医療に関する政策動向や審議会等の開催状況を患者団体に知らせる
- ・医療政策について患者団体間での勉強や意見交換
- ・政策立案者と患者団体との橋渡し

○政策形成のため外部の協力者との連携を強化しよう

今後の取り組みの方向

- 医療基本法の制定の検討
 - ・昭和47年医療基本法の国会提出
 - ・数次にわたる医療法の改正
 - ・小泉政権以降の医療政策
 - ・患者の権利法
 - ・医療政策の基本について
 - ・英国におけるPPIの取り組み
(Patient and Public Involvement)

いま一番重要な検討課題は何か

- わが国の医療政策の基本理念の再確認と具体的な制度設計
- 皆保険制度を基盤とした国民の助け合いの仕組みを重視した制度かアメリカのような自己責任の国を目指すのか
- 患者、市民が参加した国民的な議論
- 患者団体に共通の問題は何か
- 医療基本法の制定が必要

(4)

米国医療にみるパートナーシップ

Partnership in the U.S. Medicine

赤津 晴子

ピッツバーグ大学 内分泌代謝内科 准教授

これまでの幾つかのご発表とは少し違った視点から、医療の安全、そして、広義な意味での医療におけるパートナーシップという問題提起をさせていただきます。

昨日、一昨日の学会、そして今日のフォーラムのテーマであります「医療の安全」という本題に入ります前に、我々にとって非常に身近な「車社会における安全」、ということをまず一緒に考えてみたいと思います。

車社会の安全を高めるためには、二つのやり方があります。一つは安全な運転の仕方をきっちり学び実行する、というやり方。もう一つは事故が万が一起こってしまった場合の、事故の対処法を考える、というやり方です。安全運転の仕方といえますのは、言うまでもなくシートベルトを締めるとか、カーブ前にはスピードを落とす、車間距離を十分にとるといったことであります。一方事故の対処法といえますのは、けが人をまず助ける、警察に通報する、ということでもあります。

1点目の安全運転の仕方とは、まさに運転能力にかかわることで、その能力をいかに高めるか。それも一人、あるいは一握りの運転手の能力を高めるのではなく、社会全体として、全ての運転手の運転能力をいかに高めるかによって、車社会の安全を守る、という考え方です。一方、事故の対処法とは文字通り、事故対策で、万が一事故が起こってしまった場合、その被害をどうやって最低限に食い止めるか、又その事故から何を学べるのか、ニアミスをどうやって防ぐか、といったことを考えることであります。事故対策にとって大事なものは、対策本部とか安全委員会のあり方です。一方、安全運転を普及させるために大事なものは、教習所での教育、免許書き換えの際の再教育や視力検査であります。

さて本題であります医療における安全ということを考えてみました場合に、この車の安全と同じように、大きく分けて二つのアプローチの仕方があるのではないかと思います。

1つ目は、まず安全な医療を推進する、という方法。2つ目は万が一事故が起こってしまった場合の対策をきちんととる、という方法です。

2つ目の医療事故対処法は、車の事故対策とあまり変わりません。けが人と申しますか、医療事故に巻き込まれてしまわれた方の危害を最低限に防ぐ、そして起きてしまった事故から学び、二度と同じ間違いを犯さないように努める、というやり方です。 リスクマネジメント、あるいは安全対策室といった病院の部門から今日もお見えの方がいらっしゃると思いますが、まさにそのような部門が中心となって行われる医療安全推進です。

一方、一つ目の安全な医療を推進する、という観点に立って推進される医療の安全とは、

医学教育の在り方、生涯教育の在り方、あるいはEBMと略して呼ばれるエビデンス・ベースト・メディスンの在り方、といった広い要素を含む分野です。例えば、ベッドサイドで問診、身体所見をきちんと行い、患者さんのデータを正確に取得する、といった臨床医療の基本は、その後の検査、治療方針を決定する基盤となる大切なものであります。もしその患者さんのベッドサイドのデータ取得ががいい加減なものであれば、その後のケアすべてががいい加減なものとなり、安全ではない医療につながります。別の例として、抗生物質を選択する例を挙げることができます。目の前の患者さんにとって1番適切な抗生物質を選択することは、その患者さんの為のみならず、耐性を持つ菌を社会としてつくり出さない為にも、大変重要です。このように、抗生物質の選択の一つ、一つも、まさに患者さん、そして医療の安全を直接的に脅かすことにつながる臨床行為です。更に別の例では、このような例もあります。少し専門的になってしまい申し訳ありませんが、例えば甲状腺低下と副腎皮質低下、両方を同時に呈する患者さんがおられたとします。そういう場合には必ず副腎皮質低下をまず治療して、その後で甲状腺の治療に移らないと命取りになりかねません。これは、まさに臨床知識が直接的に医療の安全を脅かすという例の一つです。これらの例からおわかりいただけますように、運転能力が直接的に交通安全につながるのと同じように、医療提供側である、一人一人の医師の臨床能力の高さが、直接的に医療の安全につながります。そして医療における安全を社会に対して守る、あるいはその安全を提供し続けるためには、事故対策も大事ですが、まずは、医師全ての臨床能力をシステムとして高める必要があるのではないか、と私は思います。

では、臨床能力を高めるためには、具体的にどのようなことが必要なのでしょう。一つは、先程も申しましたように、まずベッドサイドで医師が患者さんのデータをきちんと入手できる臨床能力が必要です。次ぎに、そのデータを統合、整理し、全体を見通せる臨床能力。そして、最新の臨床医学知識の幅と深さという意味の臨床能力も不可欠です。

仮に今、頭痛を訴えて来院された患者さんがおられたとします。頭痛なので脳内出血や腫瘍がないことをまず確認しなくてはいけない、ということで頭部のCTをとった。CTで異常が何もなかったので、「取りあえず家に帰って様子をみていただこう」ということにしたとします。しかし、実はこの患者さん大変デプレストされて、うつ病であられたとします。頭痛ということをお口に、心の病気で医療機関に助けを求めてこられた方であったのです。きちんとベッドサイドでまず患者さんから良く話を聞いていれば、そのことはわかったはずですが、にも関わらず、我々医療提供側が正しい診断をつけられず、頭部CTだけ取り、適切なケアを何もできないまま返してしまえば、その患者さんは病院を出られた足で自殺されてしまうかも知れません。これはベッドサイドで患者さんのデータをきちんと取得できなかった臨床能力不足が患者さんの安全を脅かした例であります。

前半の車の例で、免許の書き換えの際の視力検査、という例をいただきました。同様に、我々医師は、常に視力検査が必要です。医師にとっての視力検査とは、臨床能力検査です。臨床能力の重要な要素の一つは、日進月歩で進歩している臨床医学知識に、ど

れだけついていけるか、という能力です。解剖学や生化学といった基礎医学の知識は変わりませんが、臨床に必要な臨床能力、知識というものは世界中で週、月単位でどんどん進歩、書き換えられております。従って、残念ながら医学部で学んだ臨床知識の大方は卒業後数年で使えなくなってしまうという厳しい現実です。そうしますと、それぞれの医師がどれだけ最先端の臨床医学知識を把握しているかが、直接的に患者さんの安全にひびくわけであります。

では、どのようにすればさまざまな複雑な要素を含む臨床能力を、我々医療提供側は向上させていくことができるのでしょうか。一つの答えはチーム医療ではないかと思います。一人では出来ない事も、チームの皆で力をあわせれば可能になります。ここで言うチーム医療には二つの意味があると思います。一つは職業分化が細分化している、という意味のチーム医療、もう一つはピアレビュー、同じ医師であってもさまざまな医師が一人の患者さんを診るという意味でのチーム医療です。

職業分化の細分化ということは、アメリカでは非常に進んでおります。例えば医師を中心としてフィジシャン・アシスタント、ナース・プラクティショナー、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、理学療法士等々、さまざまな職種の間が一人の患者さんのケアをしております。非常に複雑化した 21 世紀の医療にあって、全人的に患者さんをケアするためには、様々な職種のスペシャリストが患者さんのケアにあたる必要がある、という認識に立ったものです。一方、ピアレビューという意味でのチーム医療では、一人の患者さんに様々な医師がチームを組み、ケアにあたる、というやり方です。日本でも VIP 患者さんのケアは医師団と呼ばれるチームで行われるのと同じです。

このようなチーム医療の利点は何かということを考えてみますと、職業分化の細分化に関しましては、まず我々、どの職業を持っておりましても本業に専念することができるため、疲労困憊を防止でき、それが突き詰めるところ、事故防止、効率向上、そしてアウトカム、臨床能力を高めることにつながる点です。ピアレビューに関しましては、風通しのいい透明性のある医療をベッドサイドで行うために、やはり医療ミスを防げる、そしてアウトカムを向上できるという利点があります。その透明性のある医療の裏にはエビデンス・ベースト・メディスン、それから患者さんのカルテがデータバンクとして機能するドキュメンテーションの存在が不可欠ですが、本日は時間の関係上それらの点に関しては割愛させていただきます。

こうして、一人の医師で全てのケアを行おうとしますと、患者さんの提示される本当の問題を見落としてしまったり、臨床知識の欠乏のために間違った臨床上の選択をおこなってしまう危険性もありますが、チームでケアを行うことによって、そのような穴をお互いにカバーしあうことができます。そして、結果として、それが医療従事者側の臨床能力アップ、ベッドサイドで行われる臨床レベルの高まりにつながり、つきつめるところ、医療の安全性を高めることにつながるのではないのでしょうか。

まとめますと、安全な医療を提供する為には、事故の対処法ということはもちろん大事

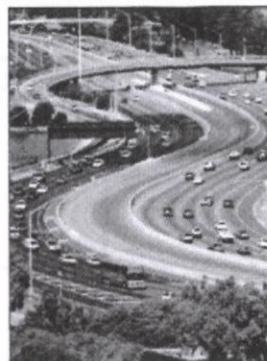
ですが、それ以前に、我々医療提供側が臨床能力を高めることが不可欠ではないか。そして臨床能力を社会として高く維持するためには、広義の意味でのパートナーシップ、チーム医療ということが一つの回答になるのではないか、という問題提起をさせていただきました。ご清聴ありがとうございました。

パネル討論
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

米国医療にみるパートナーシップ ～狭義と広義～

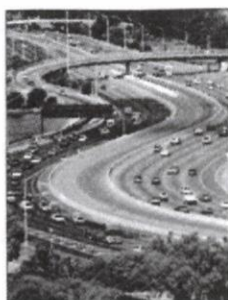
赤津晴子
ピッツバーグ大学

車の運転における安全



車の運転における安全

安全運転の仕方



事故の対処法



車の運転における安全

安全運転の仕方

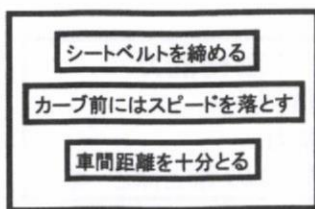


事故の対処法



車の運転における安全

安全運転の仕方



運転能力

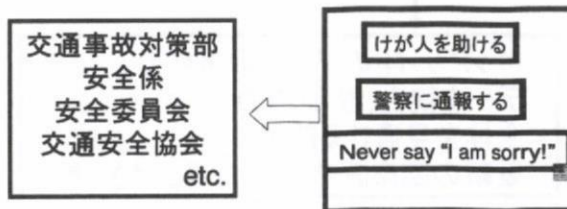
事故の対処法



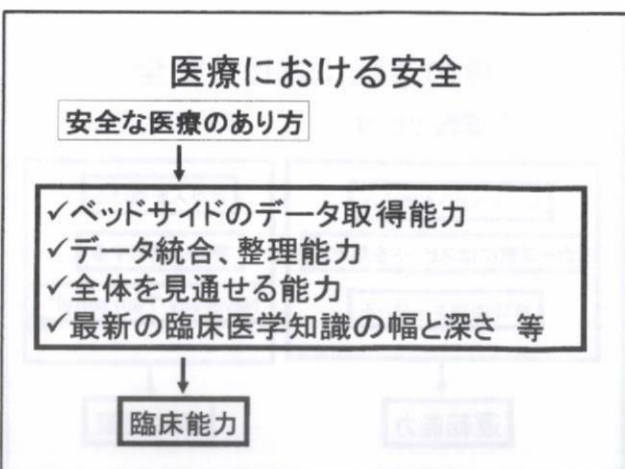
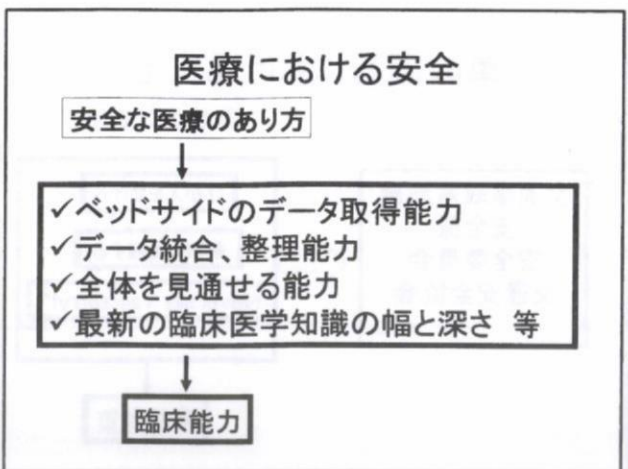
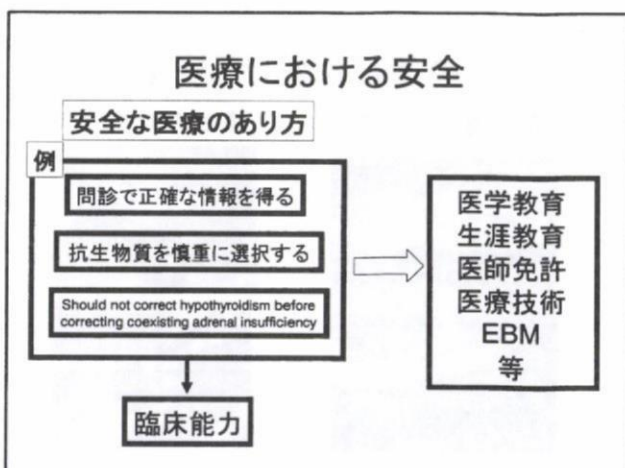
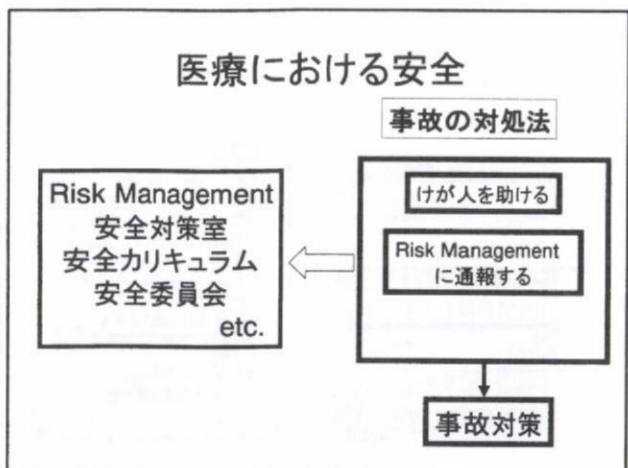
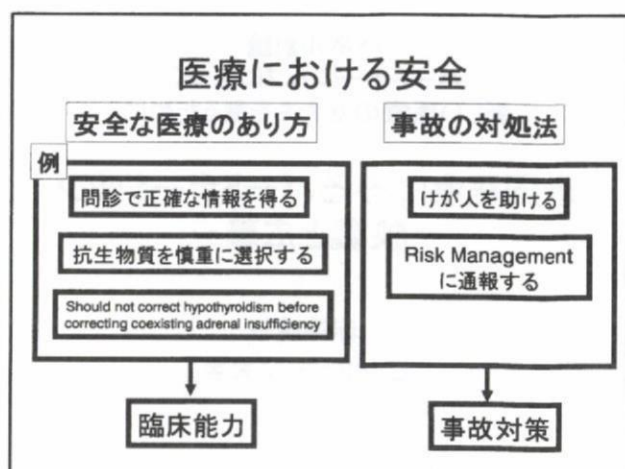
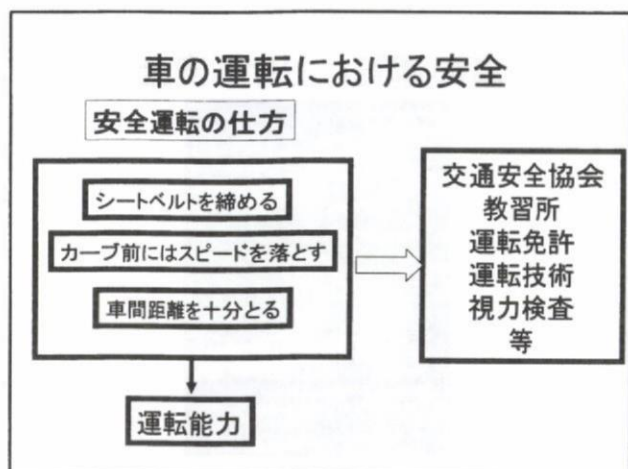
事故対策

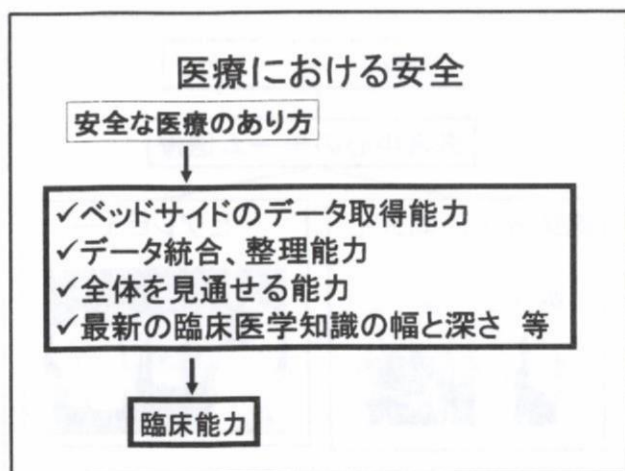
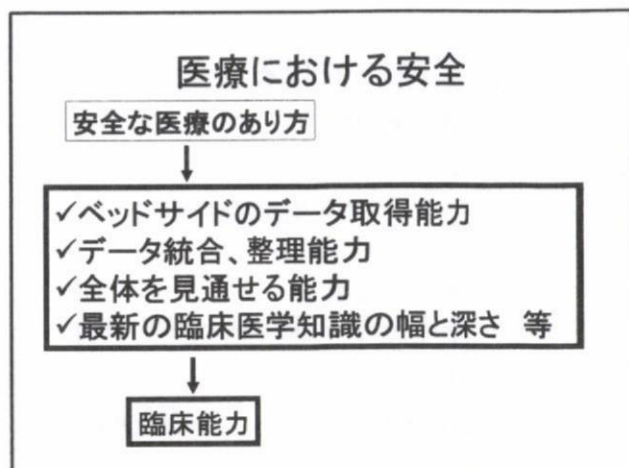
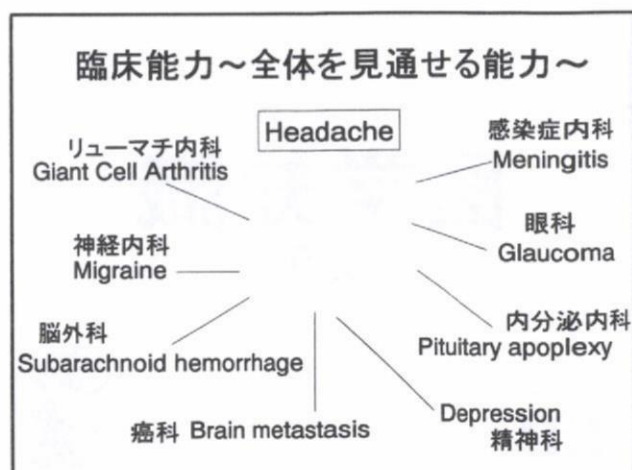
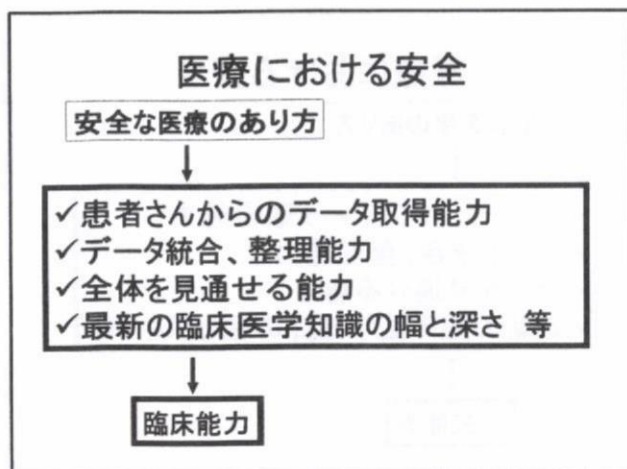
車の運転における安全

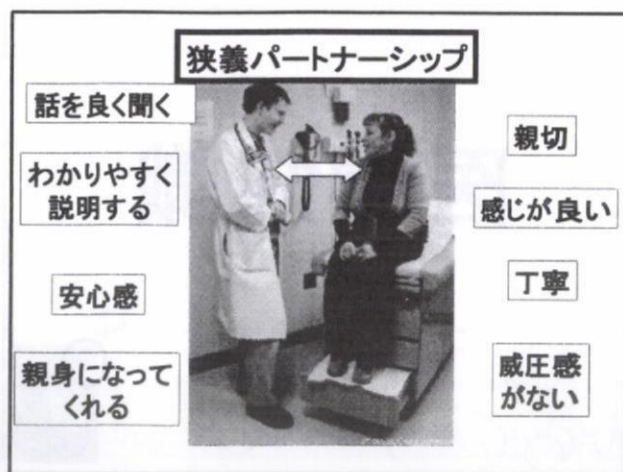
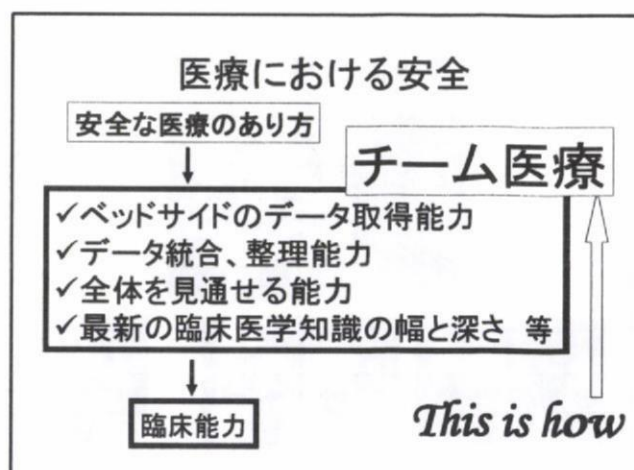
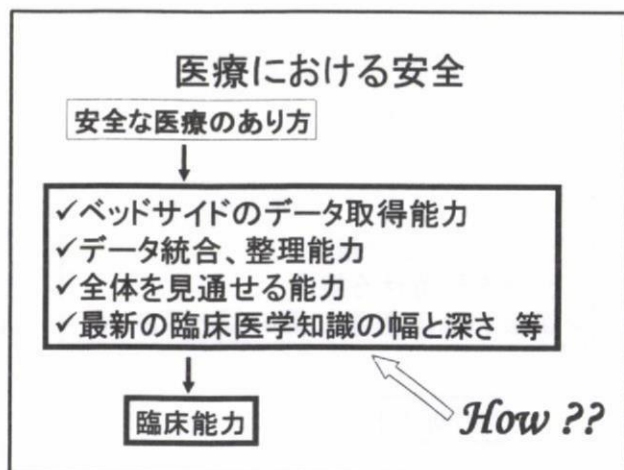
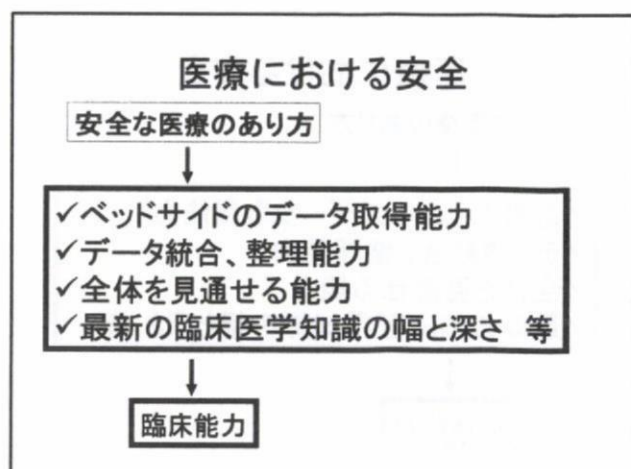
事故の対処法

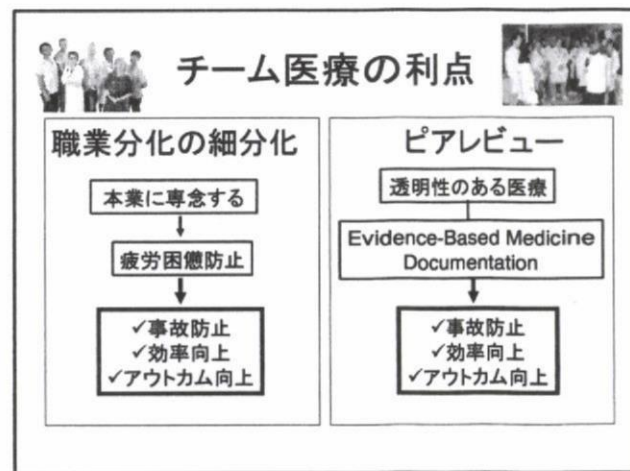
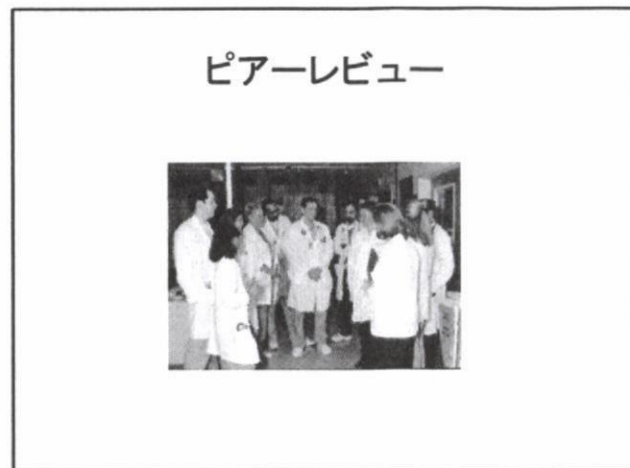


事故対策









安全な医療の実現を

臨床能力不可欠

広義のパートナーシップ
～チーム医療～

事故の対処法