

## 第1部 業界別リスク対処法

(1) 日本の医療システムと医療安全管理 島根大学 廣瀬昌博先生

**(原子力学会HP掲載に当たって)** 医療事故は、単一の原因のみでなく、ほとんどは種々の原因が複雑に絡み合って発生するものです。1つの事故について、たくさんの専門家がいろいろな論評を出しておられますが、本講演では、わたくしの意見を述べさせていただいているもので、他の異なる意見もあると思います。また、本講演では実名等を挙げさせていただきましたが、HPに掲載されるとのことですので、実名はなるべく差し控えさせていただきました。ここに、お断りをさせていただきます。(廣瀬昌博)

みなさんこんにちは。島根大学の廣瀬です。



このたびはこの日本原子力学会にお招きいただきまして、関係者の皆さま、先生方には感謝を申し上げたいと思います。今回は、この原子力学会でリスクコミュニケーションをテーマに、異業種からそれぞれの意見を聞いて、原子力学会としてのヒントを探るためにお声掛けをいただいたものと考えています。それでは、「日本の医療システムと医療安全管理—日米比較を通じて—」のお話しをさせていただきます。

先日来、みなさんも記憶に新しいと思いますが、〇〇大学病院で多剤耐性アシネトバクターという感染者・死亡者9人という感染がありました。わたくし、実は病院医学教育センターという、医療安全だけではなくて感染対策についても実務の責任者をさせていただいている関係で、



Shimane University Hospital

# 日本の医療システムと医療安全管理

## —日米比較を通じて—

島根大学医学部附属病院  
病院医学教育センター  
廣瀬 昌博

前 京都大学医学部附属病院安全管理室長  
平成16年度安倍フェロー

Masahiro HIROSE, MD, PhD, DrPH.  
日本の医療システムと医療安全管理

09/15/10

1

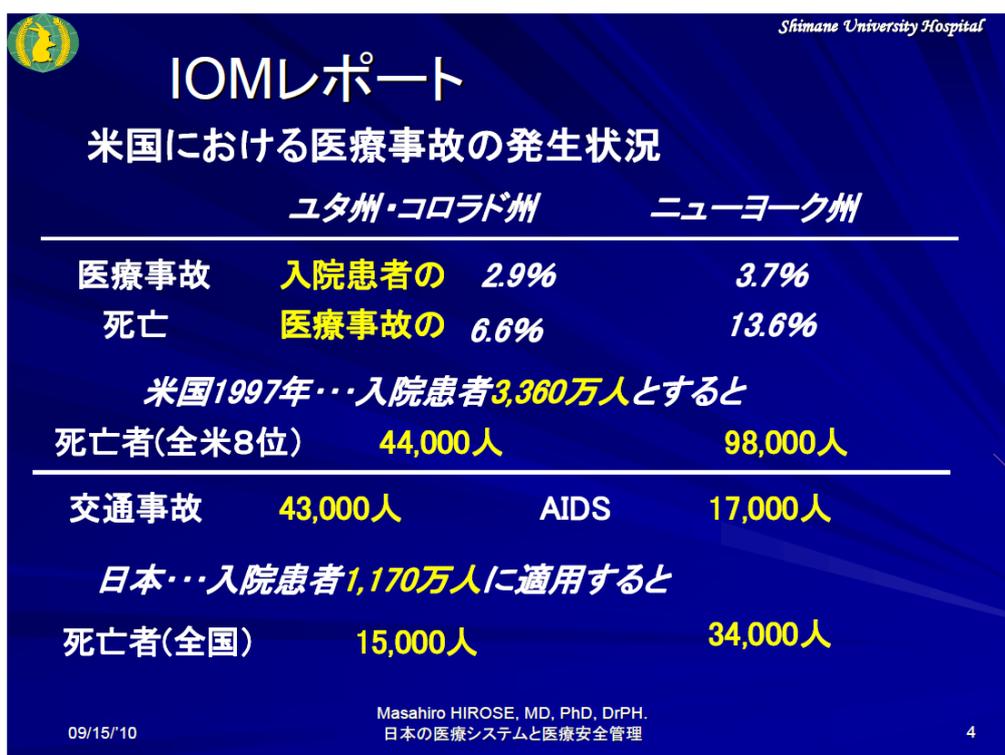
これについても医療安全と結び付くところがあると思っています。それで、日本の医療は安全か、(安全でなければ) どこに原因があるか、あるいは(改善するためには) どうすればよいかということですが、まず日本の医療安全管理活動についてお話をさせていただいて、そのためにはわが国の医療システムで日本の医療の現状はどうかということと、日米の質コントロールの相違を通して、それを理解していただこうと考えています。それでは、30分という非常に短い時間ですが、お話しをさせていただきます。

1999年、これは非常に印象深い、われわれ、医療安全管理に従事する者にとって、覚えておかなければならない年です。今から10年ほど前になりますが、〇〇大学で患者間違いの事故がありました。その患者間違いが原因で患者さんが亡くなったわけではなりませんが、肺の手術と心臓の手術が間違われ、肺の手術をするべき人に心臓の手術、心臓の手術をするべき人に肺の手術をしてしまいました。これが日本の医療安全管理活動のきっかけとなったと考えてよいでしょう。一方で、1999年、米国ではIOM “Institute of Medicine”、日本語では米国医学研究所と訳しますが、このような報告が発表されています。このIOMレポートは、ユタ州・コロラド州での研究、ニューヨーク州での研究をベースにしたものです。

その報告には4万4千人(ユタ州・コロラド州)、9万8千人(ニューヨーク州)もの人が、1年間に医療事故に関連して死亡していると推測される(estimated)と書いてあります。

これが、世界の医療者にとっては非常に衝撃的な数値で、話題になりました。

日本に当てはめると年間1万5千人から3万4千人の方が亡くなっていると考えられるということです。そして、医療安全の取組みへの契機とな



った医療事故、これはよく引用される4つの事故ですが、先程の〇〇大の事故、これについてはいろいろな報告書が出ていますが、わたしは看護師不足が真の原因だと思っていま

す。なぜかという、二人の患者を病棟から出しますが、途中で一人のナースがもう一人のナースにお願いして二人を連れていくわけです。そこで、誤りが起こっても不思議はありません。当時はまだ紙カルテの時代ですから、一般的にはストレッチャーの下にフィルムとかカルテを乗せていきます。そうすると、手術室に行き、申し送りをする際に、カルテが入れ替わる。そういうことは容易に考えられます。そういったことで、片方のAというナースがBというナースに患者を手術室に搬送するよう依頼し、そして、一人のナースが二人の患者を連れていく、それだけ日本の医療が恒常的に忙しいということだと思えます。

それからこの1カ月後に、首都圏の公立病院で消毒薬の点滴の誤薬があり、死亡したということがありました。それから□□大学病院で、人工呼吸器の加湿器へのエタノールの誤注入というのがあり、これも実は看護師不足が原因であります。それから○△大学病院で、実際は経口の抗生剤を静脈内へ投与してしまったということがありました。先程

Shimane University Hospital

## 医療安全施策取組みへの契機となった医療事故

- 1999年1月: ○○大学医学部附属病院で手術患者取り違え手術 **看護師不足が真の原因**
- 1999年2月: △△病院で消毒薬点滴誤薬投与で死亡 **医師法21条違反**
- 2000年2月: □□大学病院で人工呼吸器の加湿器へのエタノール誤注入 **看護師不足が問題**
- 2000年4月: ○△大学病院で静脈内への誤注入 **教育システムの不備**

09/15/10 Masahiro HIROSE, MD, PhD, DrPH. 日本の医療システムと医療安全管理 5

の○○大の事件を受けて、国立大学病院長会議は文部科学省との協力で、取組みを行っています。それで、今では当たり前になったリスクマネージャーの配置は、実はこれがきっかけであります。そして大学病院間の相互チェックもこれから始まっています。実は毎年10月、11月頃に、国立大学で色々組合せをして、それぞれ医療安全あるいは感染対策についてのチェックを行うことになっています。

一方、厚生労働省は、実は先程の○○大学の事件があつてすぐさま行動を起こしています。あれが1999年の1月に起きましたが、○○大学は特定機能病院から取り消されます。この事件を受けて特定機能病院として2000年2月1日から、医療安全体制の確保が承認要件となりました。それが2002年の10月1日から開始されたすべての病院、および有床診療所に対する安全管理対策に結び付いてきます。

このようにいろいろな医療安全管理対策を講じています。特定機能病院や臨床研修病院



## 厚生労働省の取組み

- 病院および有床診療所に対する安全管理体制の義務付け(2002.10.1)⇒社会診療報酬減算⇒医療安全対策加算(2008.4.1)⇒(2010.4.1)
- 特定機能病院に対するより厳格な体制の整備(2003.4.1)
- ヒヤリ・ハット事例収集事業
- 医療事故の全国的発生頻度調査(堺班)
- 事故報告範囲の公表(前田班;2004.1.9)
- 事故報告義務化(2004.10.1)
- 第5次医療法改正(2008.4.1)

09/15/10

Masahiro HIROSE, MD, PhD, DrPH.  
日本の医療システムと医療安全管理

7

には2003年4月からより厳しい要件、つまり安全管理部門を設置すること、あるいは患者の相談窓口を設置すること、等々があります。それから医療事故報告の義務化とか、第5次の医療法改正、その改正では「医療の安全」という言葉

が医療法の中に初めて入れられたという経過をたどっています。ところで、先程の2002年の10月1日から始まった4つの項目とは、①安全管理のための指針の整備、②院内報告制度の整備、③安全管理委員会の設置、④安全に関する職員研修の実施、になります。このような医療安全対策の義務化が開始されてから8年ぐらいになりますが、これはごくごく当たり前の、日常のリスクマネジメントということになります。

わたくしは、リスクマネジメントに従事した、それまでの経験から、医療事故に関するテーマで、ハーバード大学公衆衛生大学院で1年ほど勉強させてもらいましたが、そこで、米国の医療を勉強させてもらいました。では、少し話を変えましょう。みなさん、わたしたちの国の医療の特徴を三つあげると言われると言えるでしょうか？このスライドにはキーワードを示していますが、一つは「国民皆保険」、この保険制度は1961年に始まりました。政治が55年体制とよく言われますが、わたしは勝手にこれを61年体制と呼んでいます。1961年の国民皆保険。そ



## わが国の医療の特徴

- だれでも(国民皆保険)  
いつでも・どこでも(フリーアクセス)  
安く(低負担)
- 超高齢者社会の到来
- 医療費の増大

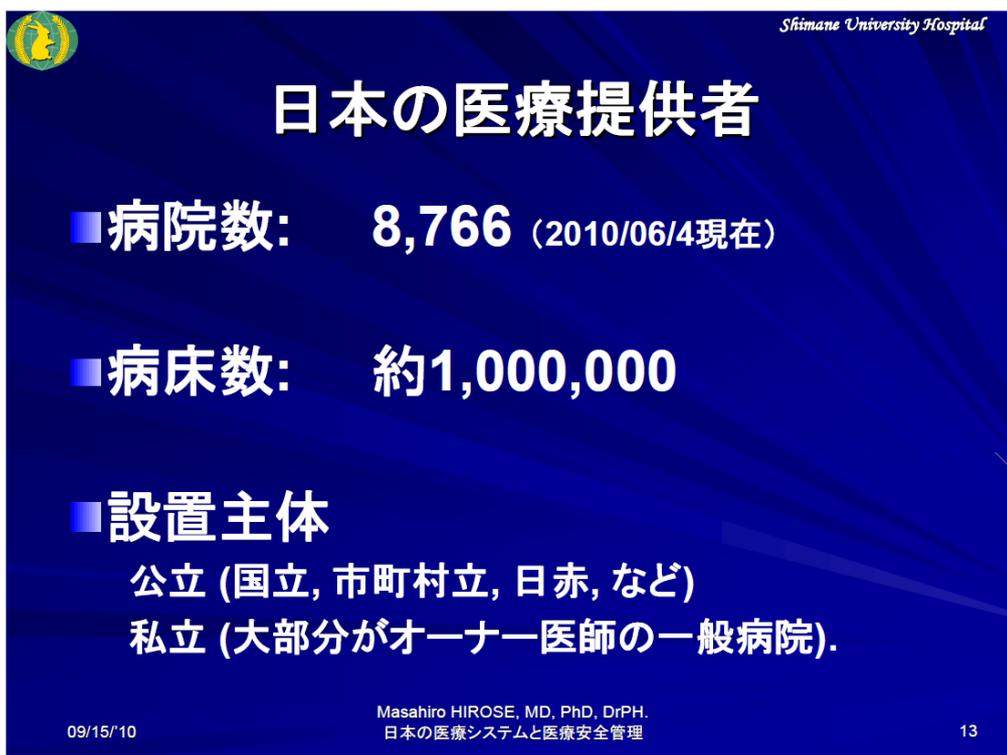
09/15/10

Masahiro HIROSE, MD, PhD, DrPH.  
日本の医療システムと医療安全管理

12

れから「フリーアクセスポリシー」。いつでも、どこでも、誰でもどの病院でも行けるとい  
う、そういったことです。それから、医療費が高い高いと言われても、まだまだ日本の医  
療費は世界に比べると国際的には安い方です。こういった3つの特徴があります。これら  
は医療システム（制度）の特徴ですが、これに加えて医療の特徴と言えば、やっぱりわが  
国は超高齢者社会。超高齢化社会ではなくて超高齢者社会。それに伴って医療費が増大し  
てきているということです。

それで、どういうことになったか、日本の現状をちょっと見ていきましょう。今、6月4



*Sfimane University Hospital*

## 日本の医療提供者

- **病院数:** 8,766 (2010/06/4現在)
- **病床数:** 約1,000,000
- **設置主体**  
 公立 (国立, 市町村立, 日赤, など)  
 私立 (大部分がオーナー医師の一般病院).

Masahiro HIROSE, MD, PhD, DrPH.  
日本の医療システムと医療安全管理

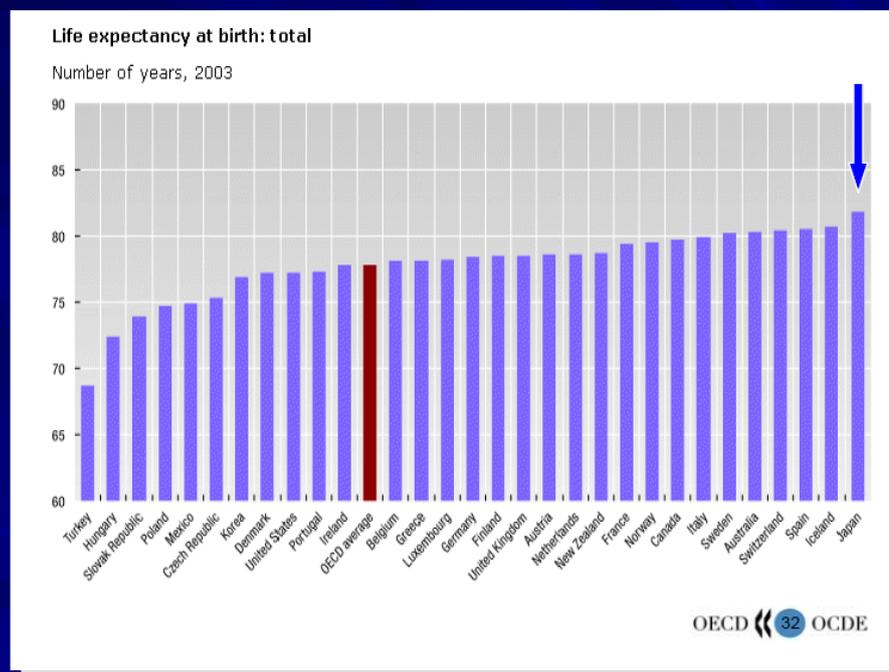
09/15/10 13

日現在ですが、日本の病院は8,766あります。これは非常に多い。米国は2億3千万ぐらいの人口で6,000ぐらいです。日本は1億2千万人で8,700。どう考えても多いですね。ただし、この内訳が問題です。実はベッド数150以下の病院4,800ぐらいを含ん

でいます。ということは、小規模の病院が多いということです。それからもう一つ、実は医師の約3人に1人がクリニック（診療所）の院長ということです。そういう医者が十万人います。これはあまりニュース等には出てきませんが、診療所が一ヶ所増えると医療費が1億円増えると言われていています。実はそんなところにも問題があります。ということで、病院数が多い、ベッド数が多い、それで先程も言いましたが、私立のオーナー医師と言われる病院を持った医者、こういったことがわが国の医療での問題に結び付いているということも、あるわけです。

## OECD 加盟国の平均寿命の比較

ところで、日本の医療はどうかというと、平均寿命は日本がダントツです。それから、日本は乳幼児の死亡率が非常に低い。それから、医療システム総合的達成度が世界一位です。ただし、満足度は別です。それから、日本の総医療費はGDP比でみると、



非常に先進国なのに総医療費は少ない。英国は3, 4年前の医療改革で医療にお金を投入しようということなり、日本をすでに抜いております。つまり、先進国の中で日本は対GDP比に対する総医療費は世界でも最低のレベルにあるのです。

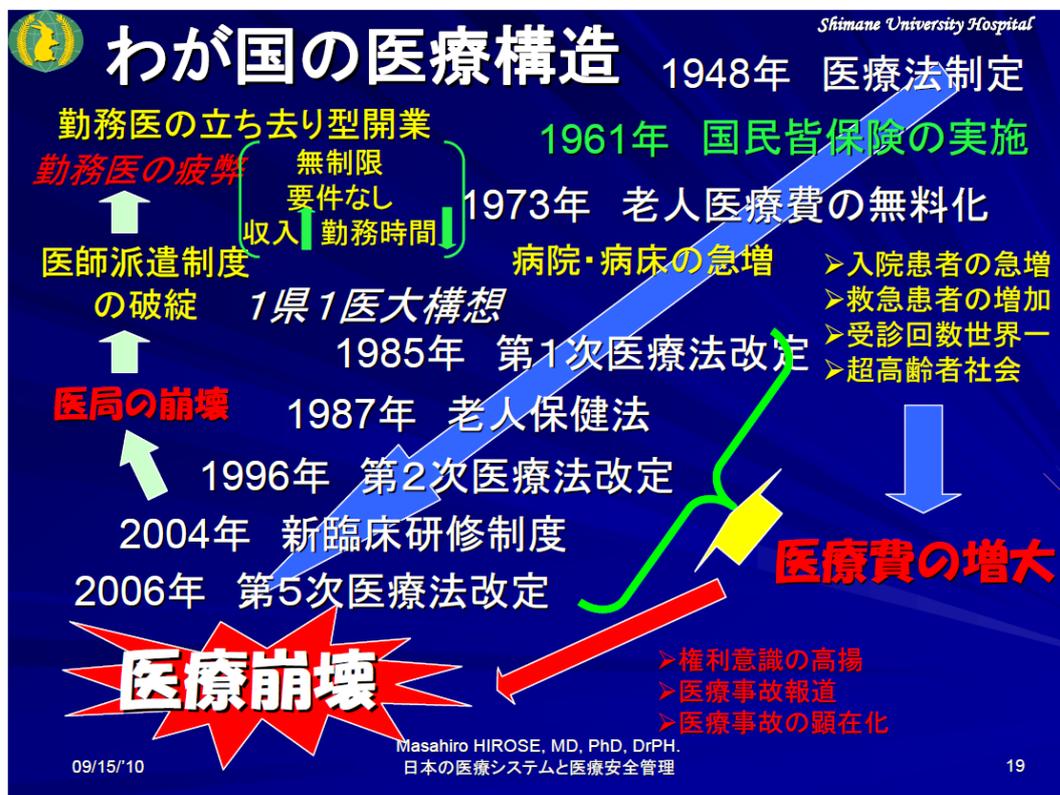
ですから、医療費が本当に高いのかどうかは問題です。それと在院日数が非常に長い。島根大学では17日を切っており、もうすぐ16を切ると思いますが、全体ではそういう状況で、長い日数になっています。

## 総医療費(対GDP比)



一方、米国では、例えばわたしが在籍したハーバードの隣にあったブリガム・アンド・ウィミンズ病院では2日か3日です。そんなところと日本の医療とを、実際には簡単に比べることはできませんが、こんな問題があります。

なぜ日本は長いかというと、一つには後方支援施設である、例えば老人保健施設とか特別養護老人ホームとか、そういった施設が少ないことも問題なのです。じゃあ、短いからいいのかというと、これまた問題があります。ここでは紹介はしませんが、そういったことで、日本の今の医療を考えてみましょう。先程、61年体制と言



ましたが、このとき国民皆保険が実施されました。それまで病院を受診するというのは非常に敷居が高く、当時は国の公的な負担と自分の負担が1対1だったそうです。それがどんどん病院を受診するようになった。それとともに、その時ちょうど高度経済成長期で、家が狭い、おじいちゃんやおばあちゃんの、ちょっと調子が悪くなると病院に連れていく。そうすると病院の病床が急増するということが起こって、やはり医療費が増大する。こういう意味では、受診をする国民の側にも、きちんとした考えを持っていただく必要もあるかもしれません。高度経済成長期は医療費を保険料で賄うことができたので、それでもやっていけたのですが、そういったことで医療費が増大したために、1985年の第一次医療法改定で、どちらかというと抑制政策に変更していきました。そして、この2004年、平成16年ですけれども新臨床研修制度になって、従来は大学を卒業した学生がそのまま医局に残っていたのが、医局に残らなくなった。ほとんどが都会に出てしまっ、大学は医師を派遣することができなくなった。特に、非常に不便な土地ではそういうことになってしまい、勤務医が疲弊して、勤務医が立ち去り型開業を行うということになってしまったのです。

以上が医療の現状です。次に医療環境の現状について考えてみましょう。現在、以前に比べ裁判が非常に増えているという状況です。それで医療事故事例を見ていきますと、取り違え手術ありましたね。これはわたしが先程も言いましたが、一種の看護師不足が真の

原因で、結果的に肺と心臓の手術を間違えたということです。

これを見てください。左は日本の〇〇大学、右は米国の有名大学病院です。ご覧のよう

に、〇〇大学のナースは当時 620 名、米国の方は、フルタイムのナースが 1,391 名でパートタイムが 1,305 名ということで、5 倍ぐらいの違いがあります。ましてや、この表を見ると全職員だと日本は米国の 10 分の 1 ぐらいで、

しかもこの数字にはドクターの数は含まれていません。これは米国と日本で医療のシステムが異なるからです。いずれにしても、これだけの医療従事者数が異なる中で一所懸命やっているとというのは、日本が非常に効率的な医療をやっていると考えていいかもしれません。

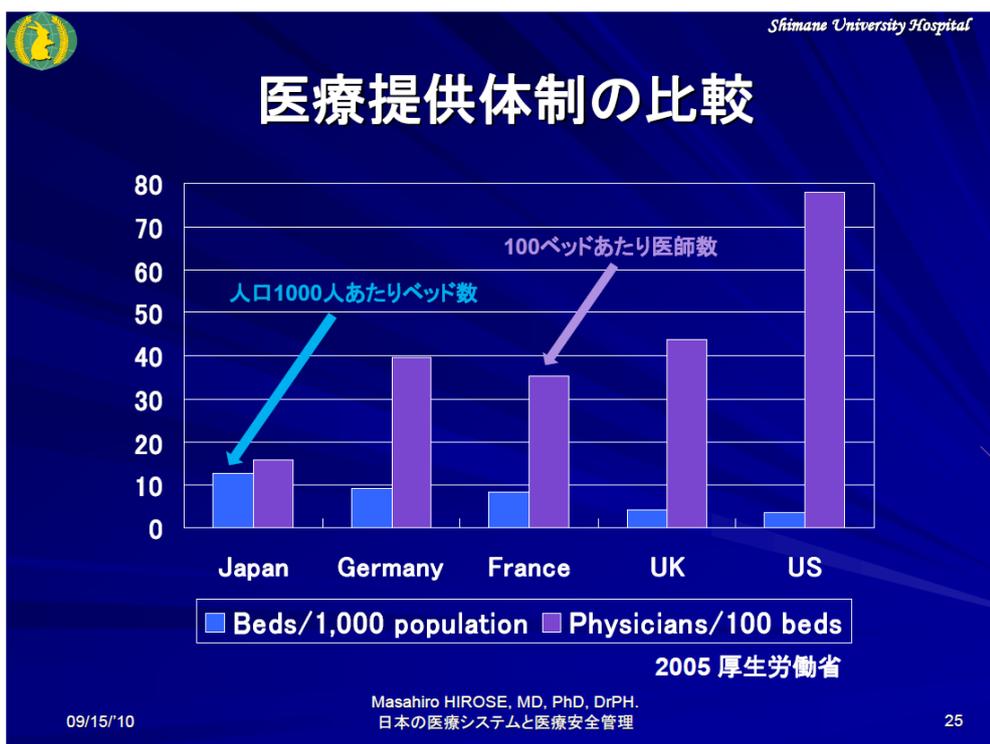
Shimane University Hospital

### Both Hospitals' Activity

	KUH	BWH
Number of beds	1,240	750
In-patients: 368,137 pt. days		Admissions: 43,100
In-patient Surgeries	5,832	17,422
LOS (dys)	25	2-3
Out-patients	570,801	652,607
Out-patient Surgeries	2,420	11,512
ER visits	Included out-pts.	53,483
Registered Nurses	Full: 620	Full: 1,391, Part: 1,305
Total Facility personnel	Full: 1,254 310 Drs. included	Full: 7,993, Part: 3,289 Drs. not included

Masahiro HIROSE, MD, PhD, DrPH.  
日本の医療システムと医療安全管理

09/15/10 24

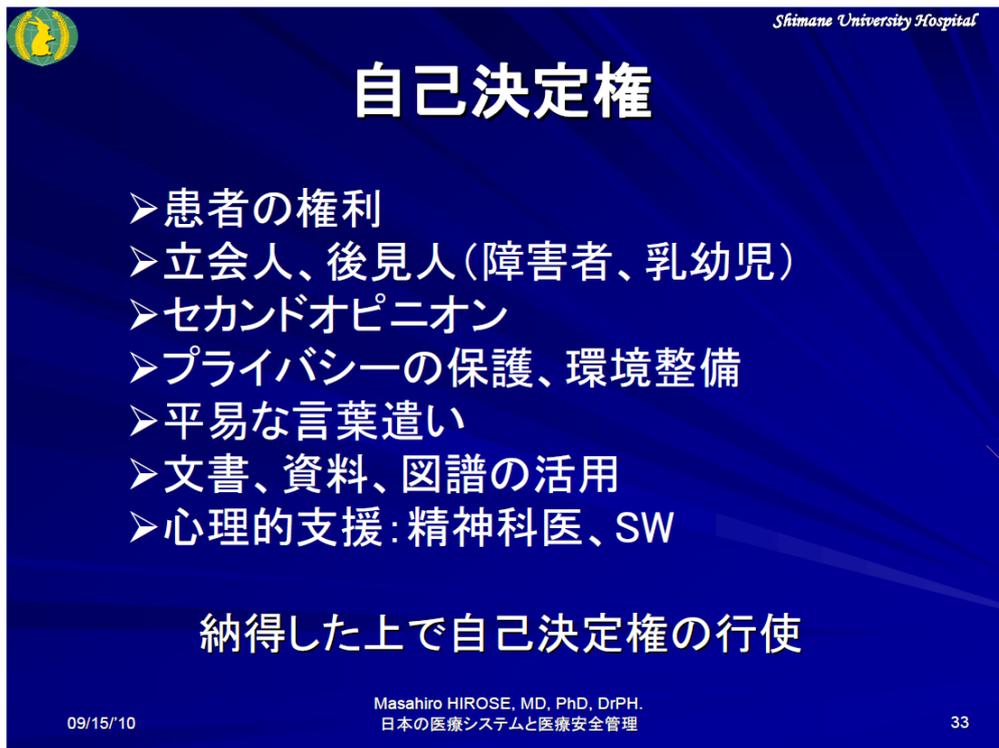


それで医療提供体制の比較ですが、日本は、ベッド数は多いけれども医者は少ないという現状です。つまり、医療従事者の戦力が分散し、結果的に医療従事者が不足すると

いうことです。

それでいろいろありますが、先ほどの首都圏の公立病院の話、それから ×○大の心臓手術の話、×○大では実はカルテを改ざんした執刀医が有罪になっています。ところが人工心肺を担当した助手の方はカルテ改ざんには関与していませんので、無罪が確定しています。こういった倫理的な問題というのが、日本は非常に手薄になっています。

医師法 24 条には診療記録をきちんと書かないといけないことになっています。訂正と改ざん、これは違いますので、改めるべきところは改めて、患者さんに十分な説明をし、そして同意を得る。同意というのは、説明した内容をもとにその患者さんにどのような治療を行うのか、自己決定権を行使していただくという



Shimane University Hospital

## 自己決定権

- 患者の権利
- 立会人、後見人(障害者、乳幼児)
- セカンドオピニオン
- プライバシーの保護、環境整備
- 平易な言葉遣い
- 文書、資料、図譜の活用
- 心理的支援: 精神科医、SW

納得した上で自己決定権の行使

Masahiro HIROSE, MD, PhD, DrPH.  
日本の医療システムと医療安全管理

09/15/10 33

ことです。ところが医療従事者の中には、これ（説明と同意）をいまだにちょこちょこつと説明したら、それが説明と同意だと勘違いしている者もいます。これにもやはり医療倫理の問題が付きまとっています。

最後に、手術修練システムの不備の話をしてします。これは○○医科大学で起きた腹腔鏡下前立腺摘出手術で患者さんがなくなった事例です。これは一週間後に亡くなりましたが、この○○医師ら 3 人の医師がこの手術の経験がないにも拘わらず実施したということで問題になった。これは実は教育の不備だと思っています。

それから、わたしの経験ですが、わたしは、愛媛県にもおりました。この愛媛大学や島根大学も含めて新設医科大学は、実は、昭和 54 年の医師不足解消のために新設された病院です。ところが未だに医師不足です。その時に問題を検証しないまま国立大学、私立大学の医学部を安易に増やしてしまったからです。大学が新設された当時の愛媛県の主たる外科の病院は、× ×大学の外科がほとんど占めていました。そうすると新設の愛媛大学の卒業生は働くところがありません。このような状況では、外科修練のシステムが十分にはできておらず、わたしは外科系の学会にそのシステムの提案をしました。

学会で発表し、ここに「学会の責任において修了させよ」という提言をして論文も書きました。ところが当時の学会の編集委員会は、「受理はできるが掲載できない。それはコンセンサスが得られていない。時機尚早だ。」と言うんですね。学会のよう

なところが提言しないで、どこが提言するのかと言いたかったのですが、実はその時に、これを契機に医療管理学などのこういった仕事をしようと決心しました。それがちょうど10年前です。

もう一つ、日米の「医療の質コントロール」のことについてお話します。米国は訴訟が非常に多い。ただし、これは民事です。日本の訴訟も10年前と比較し、2.5倍程度になっています。刑法は患者安全を高めるということもありますが、このよう

なところが日米の違いがみられます。やはり、わが国では、ピアレビュー (Peer review) ですとか、モービリティ・アンド・モータリティ・カンファレンス (Morbidity and Mortality conference)、そういったお互いの話ができないような状況になっています。しかし、米国の病院ではそういうことを行っていま



## 日本消化器外科学会への 提言

1. 必修臨床研修後の修練にもマッチングプログラムを適用する。
2. 臨床研修、外科修練、消化器外科修練を一貫性継続性を持たせた教育を行うこと。
3. 医師国家試験を合格した者すべてに過不足のない修練プログラムを作成し、学会の責任において修了させること。

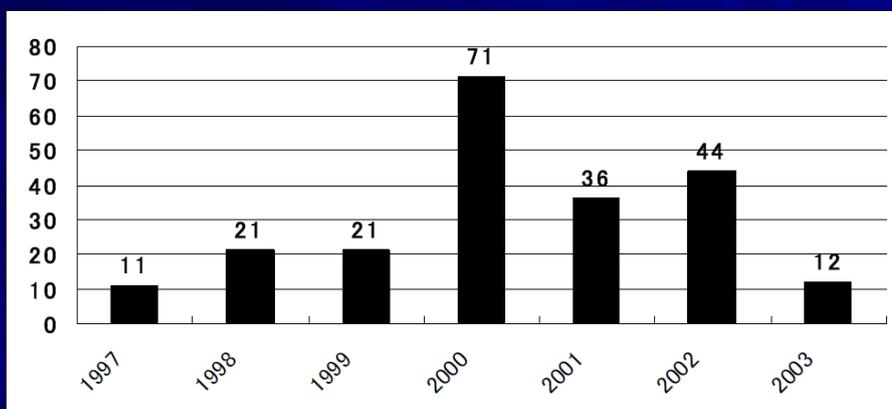
09/15/10

Masahiro HIROSE, MD, PhD, DrPH.  
日本の医療システムと医療安全管理

39



## 刑法は患者安全を高めるか？ 医療事故に対する警察の調査より (日経新聞2004.4.30)



09/15/10

Masahiro HIROSE, MD, PhD, DrPH.  
日本の医療システムと医療安全管理

43

す。実は、米国では刑事免責という法律的な支えがあるということもありますが、日本は法律的に刑事免責はありません。また、医療の質向上を目的として、日本医療機能評価機構が病院機能評価ということもやっておりますが、非常に不十分な状況にあるということです。医療の質コントロールという観点からみますと、わが国は医療事故が発生した場合、刑事訴追が基本です。



*Shimane University Hospital*

### Quality Control in Health Care System Among two countries

Quality Control	U.S.	Japan
Media exposés	+	++
Peer review & MM Conference	+	-
Medical license/Surgical training system	+	-
Hospital accreditation	++	+/-
Health agency guidance	++	+
Civil medical malpractice lawsuits	++	+
Criminal prosecutions	-	++

Masahiro HIROSE, MD, PhD, DrPH.  
日本の医療システムと医療安全管理

09/15/10 48

それを、まとめたのがこのスライドです。このスライドは米国ペンシルベニア大学のアーノルド・J・ロソフ先生からいただいたものです。米国の研究者からみた場合でも、日本の場合は、メディアが医療者側に非常に厳しく、また、刑事

訴追が医療安全を高めているという側面もあるということです。しかし、わたしは、ピアレビューとか病院（機能評価）認定というのが医療の質を高めるのではと思います、もっともっと広めていきたいと思っています。

医療事故が起こると、患者さんたちは実は「真実が知りたい、謝ってほしい、誠実さが欲しい」と思っています。ところが、医療者側で問題になるのは、隠している、逃げている、誤魔化しているということで、これもやはり医療倫理の教育の不備が原因だと考えています。医療の質を向上させるためには、先程の病院認定や病院機能評価が必要です。この病院機能評価の中にも医療者の倫理という項目があり、倫理についても非常に不備な状況であるということです。例えば、病気腎移植というのが数年前に話題になりましたが、こんな実験的医療が一般病院で何の申請もされずに、議論もされずに行われているという日本の医療の現実があるということです。こそういったことで、わたしは、実は医療事故などの医療の問題点は医療倫理にあると思います。

# 「病気腎移植」の問題点

- 説明と同意: 同意文書が残っていない、移植患者2名は摘出腎の病名を知らされていない
- 医学的妥当性(見地): 病気腎摘出の必然性、移植患者への影響; 各学会、厚生労働省
- 選択基準: 移植患者選択の基準が不明、公平性
- 診療報酬: 確立されていない治療法の実施⇒保険医および医療機関の取消しの可能性
- 監視体制: 倫理委員会未設置

2006.12.02付 愛媛

ところで、米国では、こういった CITI (Collaborative Institutional Training Initiative) プログラムという、非常に簡便で良い医療倫理プログラムがあります。これは Web で配信されています。

わが国では、実は

「臨床研究に関する倫理指針」が平成 20 年 7 月に全面改訂しまして、臨床研究に従事する研究者は医療倫理教育のプログラムの受講が義務付けられましたが、その内容が示されていません。そこで、医療倫理教育プログラムについて、これで補っていただければと思っています。まあ、いろんな医療事故対策があるかと思いますが。医療倫理委員会とか、いろ

09/15/10

Masahiro HIROSE, MD, PhD, DrPH.  
日本の医療システムと医療安全管理

62



# CITI-Japanプログラム

## 上質で効率的な倫理教育の受講機会の提供



- 2000年4月米国10病院
- E-learning方式
- 2008年WHO生命倫理教育機関

09/15/10

Masahiro HIROSE, MD, PhD, DrPH.  
日本の医療システムと医療安全管理

68

んなフレームワークを考えておりますが、日本の医療安全を考える上では、医療システムと日本の医療の現状、そういったところをよくよく理解してやっていかなければならないと思っております。以上です。

## 【質疑応答】

Q. 東京大学 木村先生

本筋とは離れてしまかもしれませんが、スライドの 53 番に、医療者の取るべき態度・姿勢として「隠さない、逃げない、誤魔化さない」と提示されていますが、一方でモンスターペイシエントに対してはどのように対処されていますか？

A. モンスターペイシエントの問題については、実はわたしも〇〇病院という〇〇県〇〇市のベッド数 1400 の病院に 1 年間いました。そこで、休日を週に 1 回とって、外勤の病院にも行っておりました。そしたら、その時の説明が悪いということで、島根までいろいろ文句を言ってきた方がおられました。わたしはその病院の方法に従って、患者さんの旦那さんに説明をして、そのナースにすればそれでいいですよということだったのですが、なぜ患者本人に言わないのかと、あちらの言葉で分からないような文句をいっぱい言われました。その時は電話で言わせるだけ言わせて、電話代 3 千円ぐらいで済みましたが、モンスターペイシエントにさせている日本の文化というか土壌があるとわたしは思います。一つには救急車も同じです。みなさん、救急車をただで使っていますよね。アメリカでは 300 ドル必要です。そういったことも含めて、命は平等だという誤解があると思います。やはり働いた人、税金を払った人が救急車に乗るのはいいのですが、その辺の飲んだくれの人たちがその辺にぶっ倒れているのを、全然知らない人が電話をかけて救急車で運ばれる。で、治療を受ける。金は払わない。そんなこともあると思います。ですからやはり、医療を受けるのであれば医療を受けるような態度、あるいは自分の行い等々、まあこれをどうやって規制するのかという難しい問題もあると思いますが、わたしはそんなことと同じような話だと思います。今の話ですが、具体的にはそういった対応は患者相談窓口とか事務の関係の人たちがほぼ毎日苦労してやっているのが現状です。

Q. 東京大学 諸葛先生

アメリカでやっている医療システムの改善の方法がいくつか提示されていました。ピアレビューについては我々の世界でもやっていますが、もう一つの刑事免責を伴う closed な仲間内のディスカッションというのが大変興味深い。それがアメリカの医療の世界で行われている、その医者立場でのインセンティブとはどういうものになるのでしょうか？

A. 今のお話しはモービリティ・アンド・モータリティ・カンファレンスということで、これは病院のなかでやっているのが現状です。どういうことかといいますと、わたしが在籍した米国の病院では外科系の医師 100 名ぐらいが、ここの倍ぐらいの部屋で毎週水曜の午前 7 時から集まって、その 1 週間の合併症など問題のあった患者のサマリーが書かれた紙を用意します。それは持ち出し禁止ですが、それを持って中に入り、それぞれの症例について他の医者から、例えば「お前の診断はおかしかったんじゃないか」とか「判断が間

違っていたんじゃないか」とか、そういうことをフランクに話す場があります。このようなカンファレンスは刑事免責にしないと、率直な意見が出ないだろうということです。わが国では、例えばインシデントレポートという院内報告制度も、例えば刑事事件になった場合にはそれを提出しろという話もありまして、そういったことが、インシデントレポートが出ないという原因になっていると思われま

す。それ（モービリティ・アンド・モータリティ・カンファレンス）を実際にはやっていきたいと思いますが、まだまだ難しい状況だと思います。ただ、いくつか、全国的には〇〇総合病院とかでは、今のような、例えば死亡した患者について本当に今までの治療が適切な治療だったのか、そういうことを議論しています。そういった議論によって、次の患者の治療に活かしていくという面もあるので、わたしは必要だと思いますが、まだまだ難しいところがあるかと思

藤田保健衛生大学 横山さん

Q. 医療現場でいろんな仕組みができて倫理委員会があつて、わたしたちがデータを使おうと思つてもなかなか難しいような状態になっています。そういうシステムがかっちりしてくると、医療事故は実際、減ってくるものなのでしょうか？

A. 1999年からはまった医療安全への活動ですが、わたしはその活動で医療事故が減ったという実感は全くありません。それはなぜかという、小手先の医療安全の活動では医療事故は減らないということです。ただ、医療事故というのは患者さんから見ると医療事故だけど、医者から見るとそうではないものもやはりあるわけです。そのところのギャップをどう埋めるかということの問題もあるかと思

います。今日大きく取り上げたのは医療倫理の話ですけれども、患者さん、あるいは社会から信頼されるような医療をやっているんだということを示す、そういう仕組みがなければ、やはり患者さんや社会から信頼されない。そんなところをしっかりとしていけば、医療訴訟も減っていくのではないかと思います。と言いますのは、わたし、外科の医局に17年いましたが、時々困ったこともありました。一番印象に残っているのは、ある病院で5年間通院していた人が胃の全摘することになってわたしのところに回ってきました。わたしが手術をして2週間後に、今だったらごくごく当たり前ですけど、肺塞栓ということで亡くなってしまいました。それは〇〇県で、当時はまだ橋もできていないときでした。患者さんが亡くなったとわたしの後輩から連絡があり、その時松山にいましたが、「今から行くから」と奥さんに言いましたところ「来なくていい。先生にはよくしてもらった」と言われました。その時に一言、「5年間も診ていて、なぜ分からなかったのですか？ 内科の先生には文句を言いたい」と言われました。その時には、わたしはそれなりに患者さんに接していたので、わたしには問題はないと言われたのです。結局、医師としての基本がなっていないから、患者側からすると、医療事故で

ないものまで医療事故だと思いがちになり、結果として医療事故も増えるんだと思います。そのあたりを医療倫理なり、あるいは公衆衛生大学院の話が要旨に書いてありますが、そんなところにも目を向ける必要があるんじゃないかと思います。