医療安全と診療の質

司 会 福井 次矢（聖路加国際病院）

佐々木康綱（昭和大学内科学講座腫瘍内科部門）

新屋 久幸（しんや医院（京都市））

伊藤 航人（東京都済生会中央病院内科）

江崎 宏典（長崎医療センター）

（発言順）

平成 24 年 6 月 13 日（水）収録

福井 本日は、本号の特集「医療安全と診療の質」に関する座談会にご参集いただきまして、ありがとうございます。自己紹介とともに、医療の質と医療安全について、先生方が今どのような認識を持たれているかについてお話をうかがいたいと思います。最初に、私から一点。たまたま先週、国際病院連盟の会議で外国に行ってきました。多くの国の病院協会が加盟しているところで、その連盟によるリーダーシップサミットが開催され、そこで扱われたテーマが5つありました。その中の2つが医療の質と医療安全でした。ちなみにあとの3つは、メディカルツーリズムと病院管理者の教育、公的病院と私的病院のミックスの話でした。5つのテーマのうちの2つが医療の質と医療安全ということで、世界中の病院関係者が非常に大きな問題として共通の認識を抱いているということに、改めて驚いた次第です。

本日は診療されている場が少しずつ異なる先生方にご出席いただきましたので、それぞれの先生方から、医療安全と医療の質について伺い

たいと思います。それでは、佐々木先生からお願いいたします。

大学病院での取り組み

佐々木 私は本年6月末まで、埼玉医科大学国際医療センターという病院で腫瘍内科医をやっていましたが、この病院は大学病院といっても、700床のうち450床ががんセンターで、つまり日本の大学が持っている唯一の、実質上の単独のがんセンターです。そのため、やはり、抗悪性腫瘍薬、いわゆる抗がん剤を用いる場合には、常に過量投与や、投薬方法の間違いの問題が切り離せません。実を言いますと埼玉医科大学では、2000年に抗がん剤の過量投与による大きな医療事故を起こしています。これは、高校生の女の子に、“every week”で投与すべきビンクリスチンを“every day”で7日間連続で投与してしまったという、非常に大きな事故で、社会的にも大きく取り上げられました。ですから、埼玉医大全体では、やはり抗がん剤の安全な投与

Discussion Meeting on Patient Safety and Quality of Medical Care.

Tsuguya Fukui : St. Luke's International Hospital, Japan.

Yasutsuna Sasaki : Division of Medical Oncology Department of Medicine, Showa University School of Medicine, Japan.

Hisayuki Shinya : Shinya Clinic, Japan.

Kazuto Ito : Tokyo Saiseikai Central Hospital General Internal Medicine, Japan.

Hironori Ezaki : National Hospital Organization Nagasaki Medical Center, Japan.

というのは、今もって非常に重要な問題になっていて、さまざまな方策を講じてきたというのが現状です。ですから、常に医療事故を起こさないこと、抗がん剤の過量投与を何とか防止するというのが腫瘍領域における最も重要な課題です。私自身はずっと通院治療センター長として外来化学療法にかかわってきました。1カ月ごとに様々なヒヤリハット情報があがってきます。この中にはこれまで想定しなかったような問題が意外に報告されます。たとえば使用薬剤量をレジメンから逸脱して増量するために、身長、体重を操作して体表面積を上げた事例がありました。

また、がん薬物療法の質的なことまでお話をしますと、抗がん剤というのは決ったレジメンをやっているだけで質がいいかということ、実はこれは大きな間違いです。要するに、決められた量をやる以前に、本当にその患者さんに対してその組み合わせがベストかどうかを判断する専門性が必要となります。意外にも日本では問題にならないのですが、抗がん剤を過少投与する医師が世の中には結構います。副作用を恐れるあまり、量を減らしてリスクを下げるという考え方です。しかしそうすると、それは医療のクオリティーを下げることになります。ですから、もし患者さんが、治療成績が不十分だったひとつの原因として、量が十分でなかったということに気がついたら、この場合もある意味では誤った医療につながります。

ですから、事故を防止するとともに、適正な量の抗がん剤をきちんと入れるということ。なおかつ、患者さんに対して本当にその治療が適正かどうかの判断をするというのが、極めて重要な課題だと思います。

福井 次に、開業されている新屋先生、お願いします。

診療所での取り組み

新屋 私は、京都市中京区で無床の診療所を開設しています。私どもはいま、急性期病院との連携を密接にしなければ、もう生き残っていけないというようになっておりまして、そこで急性期病院の方から質の高い外来診療・在宅診療を求められています。そして、それに応えられないと選択していただけない、紹介しても患者さんが帰ってこないという時代が、すぐここに来ているのではないかと。だから、いくら連携といって契約しても、患者さんも病院も選択肢はたくさんあるわけですし、あまりレベルの低いことをしては見放されてしまうんじゃないかと。常にアップ・トゥ・デート、キャッチアップしていかなければいけないと、日々反省しております。

また、運営上の問題ですけれども、私どもの対象とする患者さんは、同じ地域に住んでいる隣人です。ですから、誤診とか、「診ぞこない」と言いますが、そうするともう明日はないと。とくに、患者さんが、満足度が低かったり、不満をお持ちになってお帰りになると、携帯電話、それからメール等で、あっという間に評価は伝わるようです。ですから、質を保って、少なくとも現行の医療水準に追いついていきたい。また、医療過誤、医療事故は起こしたくないというのは、切実な願いとして持っております。

福井 ほとんどが近くに住んでいる患者さんですか。

新屋 診療圏としては、京都市内ぐらゐのエリアですが、中学校区くらいから来院される方が多いです。ちょっと病院と違って、買い物に行ったら普通に患者さんと会いますし、お互いの家族や家を昔から知っているというこういった環境のなかです。

福井 先生のところで受けた医療の結果が、かなりの患者さんや家族、コミュニティ全体に簡単に広がってしまうと。

新屋 みんな知っていますね。もちろん、こちらには守秘義務というところはあるんですけども、患者さんご本人、ご家族が誰に、何をしゃべろうが、わかりませんので。

伊藤 ツイッターとかフェイスブックとか、そういったものですか。

新屋 僕はそこまでフォローしていないですが、お母様方の携帯電話のメーリングリストとかは、まず覚悟してます。

伊藤 発信されてしまうのですね。

新屋 まず、どんなやつか、専門は、評判はとインターネットで調べて来られるようです。

福井 ありがとうございます。次に、伊藤先生は済生会中央病院の内科で、現在どのように医療安全や診療の質に直面することが多いですか。

市中病院での取り組み

伊藤 私は両親が開業医で、新屋先生のお話はすごくよくわかります。父と近所に買い物に行くと、父が患者さんに話かけられる後ろにくっついており、小さな頃から地域医療が身近にありました。大学にいた間は大学の医療を垣間みて、いまは済生会中央病院という500床前後の東京タワーの近くの市中病院で働いています。

現在週1回父のところに手伝いに行くので、自分がプライマリケア医として心筋梗塞のような症例を送り出す側であって、なおかつ市民病院で受け入れる側でもあると言った現状です。夜間は、中央病院の当直に加え、関連病院の100床前後の向島病院にも当直に行きます。こういったバックグラウンドなので、地方の医療以外は、都市部での1次から3次医療圏での医療は経験しています。

福井次矢氏

私は医師になって5年目ですが、いま私にとって医療の質や医療安全といったときに、どちらかという医療の質よりも、医療安全の方が気になります。ジュニアレジデントやシニアレジデントは常に最前線にいますので、事故を起こしたらいけないというのは常に背中にあるとも思います。現在の臨床研修制度も、ローテーションすることで多角的な知識や技術を身につけ、医療事故につながらない様にプログラムされている側面があり、その世代として育ってきていると思います。

先程、佐々木先生が抗がん剤の話をしていましたが、私も医師1年目で、「ちょっとその赤い薬投与してきて」と言われて投与したこともありましたが、後からそれが抗がん剤だと知りました。看護師さんがきちっと量をはかって、用意していた抗がん剤を投与しにいくという状況だったんですが、今から振り返ってみると、今の臨床研修制度のなかでもそういうことがあって怖いことだなどと思います。

研修システムとして、医療安全委員会に研修医を出席させたりするということは、当院でも行っており、私がジュニアレジデントのときにはやっていなかったもので、どんどん改善されて

佐々木康綱氏

きているという印象はあります。私もこの座談会に参加するにあたり、医療安全委員会に一度出席してきましたけれども、様々な分野に渡って、多方面で議論がされてるというのを実感しました。

逆に、インシデントレポート、アクシデントレポートといったシステムにしばられすぎて、本質が見損なわれているケースもあると思います。たとえばこの前あったのは、質という意味で大事なことなのかもしれないですけども、「患者さんがパンをずっと希望されているのに、栄養科が間違えてご飯を出し続けたことに対して、インシデントレポートを書いたので見てください」という電話がかかってきて、我々のタッチしていくべき本質はそこなのかと感じました。病院での患者さんの闘病生活全てを我々がマネージメントしていくべきなのかもしれませんが、実働部隊として働いていないと感じたり、見えない部分かと思っています。

佐々木 そうですね。どこの病院でもそうだと思いますけれども、そういったインシデントレポートというのは、ナースはたくさん書きますね。埼玉医大ではおよそドクターは、全体の5% ぐらいのレポートしか書いていないわけです。

そうすると、先生が言われたようなことを、ナースはそれでも決められたからといってせっせと書いて、何となく医師のほうは、しらけたようなところがあるのかもしれないですね。

伊藤 確かにあるかもしれないですね。

福井 そういうことも含めて、江崎先生に、病院管理者の立場も含めてお話しいただけますか。

医療センターでの取り組み

江崎 私は、長崎県の中央にあります、長崎医療センターというところの院長をしております。病床数は650床で、地域の中核病院として機能しています。また臨床研修病院として40名以上の研修医の教育も担当しています。

先ほどの医療安全の話ですけれども、私は管理する立場なので、各診療科や各種委員会などのヒアリングを行っているのですが、ヒヤリハットの話でいうと、だいたい年間2,000件ぐらい出てくるんですね。先生もおっしゃったように、ほとんど看護師さんからの報告なんです。今年の目標はと尋ねると、「医師からもう少し報告してもらいたい」と。それは確かに、医療安全という文化を根付かせるために、医師にそういう意識を持ってもらうというのは非常に大事だとは思いますが、医師に報告させるにはもう少しきちんと動機付けをしないと、なかなか医者は動かないですよという話はしたところで、

ヒヤリハットの中身は、どこの施設も一緒だろうと思いますけれども、だいたい大きいのは4つですね。お薬関係が2つ-予薬と注射。それと転倒・転落ですね。これはもう高齢者の入院患者がすごく増えてきていますので、転倒・転落というのは非常に大きな問題です。あとチューブトラブル。だいたいこの4つです。お薬関係というのは、先生が言われたように、過剰投与、

もしくは過少投与—やらなかったとかですね。よく問題になっているのは、ワーファリンを手術のときか何かのために一旦中止して、その後に再開しなくて、脳梗塞を起こしたというものです。問題になっている事例は当院にもあります。あと、いわゆる誤った使い方。このへんが大きな問題になっています。ですから、お薬関係というのは非常に問題ですね。

ヒヤリハットに関していいますと、確かに形骸化して、おざなりになっている面もあるとは思いますが、管理している立場からすると、やはりどういうのがあるかということがあがってくるとするのは非常に重要で必要なものです。やはりこういう制度はあったほうがいいだろうと思います。

うちなどでも、軽微なもの、実際にはやらなかったので何も起こってないというの、けっこう出てくるんです。実際に、準備までしたけど投与までいってないというの、結構出てきますから、そういう報告が増えてきているということは、かなり医療安全の意識が高まってきたのではないかなという感じがします。

あと、先ほどの伊藤先生のところでは、研修医の先生が医療安全委員会に積極的に参加しているというのは、すばらしいなと思って聞いていたんですが、当院ではまだまだそこまですてないんですね。研修医が医療安全委員会に積極的に入って行って、委員会みたいなところで話し合いをするというのは、そこにはいってないです。そういう意味では、今のレジデントの先生たちはかなり忙しくて、そこまでなかなか手がまわらないというところがあって、ぜひそれは今後、積極的に参加をして、彼らにそういう意識を根付かせたいなと思ってるところです。

福井 ちなみに、卒後臨床研修評価機構が研修病院の外部評価をしています。医療安全会議への研修医の出席を求めています。

新屋久幸氏

江崎 求められています。ですから、確かに代表者は入るんですが、それがたとえば40名いて、その人たちが全員それに入ってくれるかという、それはなかなか難しいですね。それを言い出すと、もうぜんぶの研修医が入らなければいけないという話になってきます。非常に大事なところだと思いますけれども、それをどう運用していくかということが、非常に問題になってくるのではないかなと思います。

福井 聖路加病院では、ローテーションで出席してもらっています。

伊藤 うちもローテーションです。トータル24人で、それが12カ月の間の中で、なるべくそういう委員会に夕方出席させるシステムです。

福井 必ず、1年間に1回は出席してもらっていますが、そうすると、たとえばインシデント・アクシデントレポートを書く意味が初めてわかったなどと言うわけです。病院としてどのようにインシデント・アクシデントを吸い上げて、どう対応しているかというメカニズムがわかるというのが、結構研修医の皆さん、よかったと言ってくれますね。

江崎 やはり、参加する先生が限られているというところが、今の問題だろうと思います。

伊藤航人氏

そのようにローテーション形式にするか、研修医のなかで勉強する会みたいなのを作らせて、コミットさせるような形を作るかということを、今後考えていこうと思います。

福井 新屋先生に伺いたいのですが、医師会のネットワークのなかで、現在、医療の質とか医療安全は、大きなテーマになっているのでしょうか。

新屋 切実なテーマでして、医師会とか保険医協会は医師賠償責任保険を扱っていますので、その対策として、会員に対しては常に講演会、講習会、小冊子等で注意啓発をどんどんしています。

福井 佐々木先生は先ほど、抗がん剤の問題が非常に大きいということをおっしゃいましたが、抗がん剤を含めまして、病院全体としてはどういう対応をとっているのでしょうか。

病院全体としての取り組み

佐々木 私が埼玉医大に赴任したのは、2002年なんです。ちょうど事故が起こった2年後です。そのときに、非常に奇異なことを感じたんです。抗がん剤を腫瘍内科の医師が投与しよ

うとして、点滴を順番に落としていきますが、抗がん剤を詰めることから点滴を取り換えることまで、すべて担当医がしなさいというのが埼玉医大のルールだったんです。これは、すごく危ないことです。このような方法がいかに間違っているかということを、当時の埼玉医大の幹部は気がついていなかったと思われます。ですから赴任後全面的にこの方法を改めました。

埼玉医大病院でのこれまでのやり方では、ダブルチェック、トリプルチェックが何もなく、処方した医師が抗がん剤を詰めて、同じ医師が抗がん剤を取り換えていくということを、規則として決めていました。ですから大きな事故が起こったにも拘わらず、その程度の対応しかしていなかったことには本当にびっくりしました。これはチーム医療という基本的な考え方が欠落していたことと、昔流の「注意をしなさい、注意をしなさい」と、医療安全週間、月間で再々注意を呼びかけ、個人の努力にすべて任せて、システムを変えようということをしなかったわけです。その後約3年かけて、抗がん剤の処方入力システムを作り上げました。富士通と相談して、それは体表面積を出して、過量投与を必ずチェックするということと、研修医の処方には上級医のチェックを必須としました。

伊藤 でも、出せるんですね。

佐々木 一応、書けるんですけども、承認がないと出さないというようなシステムにしました。

伊藤 ジュニアレジデントも書けるんですか。

佐々木 書けないです。それでもう一点は、やはり多職種とチームをつくるということです。つまり、機械的にミスを最小限にし、3点チェックのシステムも取り入れたりして、薬剤の取り違えをなくすシステムを導入するとともに、医療関係者の教育をかなり積極的に行いました。電子カルテのいちばんいいところは、たとえば外来の患者さんが今日、抗がん剤を投与すると

すると、主治医が白血球をチェックして、診察して、OKサインを出すと、そのまま薬剤師が同時にカルテをレビューをして、当日に抗がん剤投与の是非をチェックします。また看護師もこれまでの治療歴とか副作用歴で大丈夫かをチェックします。そして、最後は当番医が（ほとんど腫瘍内科医が当番医をします）医学的にレビューをします。いままでのその診療科の先生がやっていた治療と、病気がどのようになっているのか。場合によって、病気が進んでいるにも拘わらず漫然と同じような治療をしていることがあり、その場合には、担当医に連絡し、治療の中止を進言します。このような流れのシステムを作り上げるのに4、5年かかりました。

江崎 抗がん剤は、私達のところも富士通のシステムが入っているんで、たぶん同じような形でやっているんだろうと思うんですね。多職種の人が常にチェックできる体制というのは、非常にいいと思います。

それと、薬剤師と看護師の専門性が高くなって、かつ専断的な形でやってくれと、非常にチェック機能もかかるし、いい診療、治療ができます。多職種が関わるとというのが非常に大事なポイントだろうと思うんですね。

佐々木 ただ、電子カルテのいちばんの弱点は、俯瞰できないんです。大きな治療の流れをサッと理解できない。

江崎 一覧性にちょっと欠けるんですね。

佐々木 このような問題に対して、レジメンが完全に終わったかどうかを記録に順々に残すようなシステムも作りました。そのためその記録を見れば大まかに治療の流れがわかりますが、他の先生が診ているような患者さんの場合には、ぜんぶ引き出しを広げて、どういう経過であるかを短時間で理解することが困難で、それが電子カルテのいちばん弱いところですね。

江崎 非常に手間がかかりますね。

福井 新屋先生のところでは、たとえば急性

江崎宏典氏

期の病院などでそういう抗がん剤治療を受けた患者さんを、引き継いで診るといようなこともありますか。

新屋 抗がん剤、化学療法は病院の方でしていただいています。

福井 それを終わってから先生のところに通うのでしょうか。

新屋 治療クールとクールの間に熱が出た、風邪かな、膀胱炎になった、何かおかしい、これは病院に行ったほうがいいのかなどというようにときには、随時、相談・診療に来院されます。また、治療中の疾病以外になにか問題がでてないかなど、総合的に診るようにしています。

福井 先ほどの抗がん剤の話で、おそらく伊藤先生にとっては当たり前のことかもしれませんが、たとえば、抗がん剤のレジメンを統一するなんていうことは昔はなかったわけで、ドクターごとにそれぞれが別個に違う量を投与していました。カンサーボードもなかった。カンサーボードは大きな変化で、最初に外科的な治療が必要なのか、抗がん剤なのか、放射線なのかということ、それぞれの専門家が集まって話し合うということ自体が、最近までなかったわけで、がんの診療はものすごくよくなりま

座談会

したね。

佐々木　そうですね。常に「チーム医療」と皆で言い続けて、やはりそれに対して努力することが必要であるということと、もうひとつは、カンサーボードのなかでも、緩和医療医とか、精神腫瘍医の参画により、より質を上げることが重要になってきました。そういう考え方が、ナース、薬剤師、あとはソーシャルワーカー、栄養士、そこまで拡がってきています。そういう点では非常に奥行きが出てきたということを感じますし、それは結果的に医療安全の担保にもつながるのではないかと思います。

福井　そうですね。佐々木先生が働かれている病院は、腫瘍に特化していますけれども、一般病院、総合病院では、それだけの質のがん診療が行えていますでしょうか。

江崎　体制的にはですね。ただ、先ほど言われたレジメンをみんなで承認するといいますか、あれは非常に大きいインパクトがあったと思いますね。それまでは個々の医者の方量みたいな形でしていたのが、みんなで委員会みたいなところでディスカッションして、きちんとエビデンスのあるやつを決めましょうということをやってきたというのは、この数年の大きな進歩だろうと私は思いますね。

佐々木　そうですね。やはりエビデンスレベルも、きちんとしたレベルでないと承認しないという風潮が、だいぶ日本全国に広がったと思います。

江崎　ですから、先生のところのような専門のところだけではなくて、一般の病院でもそういう流れが出てきて、レジメンをきちんとやりましょうということをやっている。まだ完全とは言えませんが、そういう流れが出てきているというのは、これは医療の質と、また安全の担保に非常に寄与していると思いますね。

あと、がん治療ともうひとつ当院でよくやっ

ているのは、救急医療です。救急医療というのも、質と安全とくに安全をどうするかというのが課題です。夜間とか休日みたいに人が少ないときにどう質を維持して、安全性を確保するかということが非常に大事なところだと思います。とくに私どものところは3次までやりますけれども、患者さんは1次、2次までぜんぶ来るんですね。そうすると、救急を普通あまり診ていない当直医などが、夜間にそういうのをすべて診るということになったときに、どのように質を維持して、安全に患者さんを診ていくかというの、日々模索しているというか、悩んでいるところですよ。

福井　診療の内容について、フィードバックするというシステムはあるんですか。誰々先生が何月何日にこういう患者さんを診て、こういう診療をしたのだけれども、それはちょっとまずいんじゃないかというような、フィードバックはありますか。

診療内容のフィードバック

江崎　たとえば、当院の場合だと、外向けの救急外来をやるのは、内科、外科、小児科と3系統あるわけですが、内科だったら内科のなかで、そういうディスカッションをするわけですね。あと、内科でも小児科でも外科でも救命センターに入った場合には、救命センターでまた毎日カンファレンスがありますから、そのところでチェックが入ります。

福井　伊藤先生、どうですか。先生方は、半分勉強する立場ですので、上の先生方が行った診療内容についてのフィードバックはかけやすいのでしょうか。

伊藤　入院した症例に関しては、ジュニアやシニアは上級医からかかってくる。さすがにシニアぐらいになってくると、これは今日は帰宅でも、また来てもらわないといけないなとい

う症例を外すということは、だいたいなくなつてきます。ジュニアに関してその質を担保していくとなると、やはりそれは僕らも課題だなというのはすごく感じていて、同じ系列の済生会の他の病院では、前の日に救急外来で帰した症例に関しては、責任医の先生がぜんぶレビューして、必要があれば患者さんに電話をするという対応をとっているという話も聞いたことがあります。だから、質、安全を担保するのであれば、そこまでやる必要があるんだろうなと思います。

逆に、上級医の医療に関してのフィードバックは、内心想うことが有っても、しにくいし、やらないと思います。しかし、ハリソンには、またワシントンマニュアルには、up to dataには〇〇とかいてありますが、どうしてそういうマネージメントをされたのでしょうかと質問することはあります。やはり教科書には書いていないけれど、我々の知らないことを知っていて、経験としてもたれているのが上級医ですから。

福井 ある年齢以上の医師には、診療内容について第三者がフィードバックをかけるのはなかなか難しい。何しろプライドが高い人が多いものですから、場合によっては大変なことになる。若い先生方、少しでも勉強する立場にある先生方にとってはすごく貴重で、どれだけフィードバックをかけられたかによってずいぶん、将来違ってくるんじゃないかと思っています。

開業されていると、診療の内容などについて評価を受ける。リフレクトする、省察するということとはどのように行われているのでしょうか。

新屋 自分たちの診療が、診断が正しかったかどうかというのは、よくならなくて他院へ紹介して、それでぜんぜん診たてが違ふとか、結果が違ふとか、診ぞこないというような反省しかないんじゃないでしょうか。幸いによくなっちゃうとそのままで、正診であつたのか、誤診であつたのかもわからない。

私は、幸いに京都市の国民健康保険の審査をしていたときがありまして、そこで他の医療機関からのレセプトを見る機会があつたんですが、そこでいろいろな診療をレセプトという形で紙の上で見ると、確かに自分自身に振り返って「これはいいのかな」と、紙の上なんですけど、これは適正診療？ 過剰診療？ 過小診療？ 保険診療？ ただ、それをフィードバックして電話をかけるわけにはいかないという、非常にまどろっこしさを感じた経験がございます。レセプトというせつかくの医療情報をうまく使えたらいいのになと思いました。

伊藤 抗生物質の投与量とかも、たとえば福井先生の聖路加病院などはアメリカの量でやってらっしゃいますか。

福井 必ずしもそうではないけれども、ほとんど感染症内科のグループにコンサルトすることになっていますから、彼我の違いを十分考えたうえで量を決めていると思います。

伊藤 感染症科にコンサルトし、感染症科にアメリカから帰ってらっしゃった先生がいらっしゃったりすると、保険の量を超えた高用量の使い方をされたりすると思うんです。保険診療から逸脱したときに、その質と安全というのはどうなんだとなってくると、すごく難しい問題に感じます。僕も上級医の先生から「この量でいけ」と言われたんですけども、ジュニアレジデントから、薬のマニュアルを見ると、「この量は多いんじゃないですか」と言われたりして、「そうだね」みたいなこともありました。

福井 エビデンスがあれば、たとえ保険に通っていないなくても、病院としては容認しています。

佐々木 私自身も、埼玉県社会保険の審査を担当していましたが、がんとと言っても、たとえば原発不明がんに使え抗がん剤は、ただのひとつもないわけです。それはきちんと症状詳細をしてもらって、どういうエビデンスがあるということを書いていただければ問題ないとか

座談会

えます。投与量の違いも多少あって、そういう場合にはやはり、患者さんにそのことを告げることが大切です。「この抗がん剤の投与量は日本で使用されている量を逸脱しています。ただし、それについての安全性はこれこれである」ということをきちんと話した上で、なおかつプロトコル委員会にその量を申請して、承認を受けたらそれは実施可能と思われます。

福井 原発不明がんといっても、たとえば、どうも卵巣がんらしいという場合はプラチナ剤でいくとか、そういう論理は通るんですね。

佐々木 そうです。もうすでに日本臨床腫瘍学会は、原発不明がんのガイドラインを数年前に出しています。それでも、ぜんぶ否定していった、やはり残ってくるものがあるんですね。それに対しては、たとえばカルボプラチンとパクリタキセルを使うとか、一応大まかな方向性というのはコンセンサスがあります。

福井 保険上は、これこれの疑いということでは抗がん剤を投与すれば認められますか。

佐々木 認められません。

福井 だめなんですか。疑いでもだめですか。

佐々木 疑いはだめです。

福井 でも、原発不明がんでは。

佐々木 原発不明がんで、症状詳記をつけて、どういう状況だからこのレジメンを使いましたということを通ります。

福井 症状詳記をしないとだめ。

佐々木 原発不明がんだけでざっと見て、あるいはそういうことが問題ないと思うケースもありますけれども、とんでもない薬がそこで処方されていると、やはり症状詳記が必要だろうと思います。

江崎 この問題は非常に難しく、レセプト上の問題と、病院のなかでそれを認めるかどうかという問題があります。プロトコル委員会がどうする、倫理委員会までかけるかということがあります。ですから、そのへんなかなか難し

いところですよ。

福井 いろいろお話を伺って、私は36年前に医師になりましたが、その頃と比べるとずいぶんよくなりましたね。本当に個人の能力だけに頼っていた医療から、いろいろな職種が、いろいろな段階で、患者さんのケア、診療に関わるようになってきていますので、すごい進歩だと思いますね。

江崎 それから、先ほどの新屋先生の開業の先生がどうフィードバックできるかということですが、情報ネットワークが今後重要になるように思います。たとえば我々のところには地元の医師会が中心となって立ちあげた医療情報ネットワークがあります。開業医の先生の紹介で患者さんが入院され、病院の医師が診療すると、このネットワークで病院の診療内容の全て、検査結果や医師が記載した診療記録、それが電子カルテ上にあれば、ぜんぶ開業の先生から見られるんですね。もちろん、患者さんの同意はとっていますけれども。

ですから、先生がなにか心配事があってというときに、病院でどういうことをやっているのかということが、直接主治医に電話すればわかるんでしょうけれども、なかなか時間がないとかで、できないというときに、実際に直にカルテの内容、もちろん画像も見られますし検査も見られるので確認ができます。そういうシステムが、たぶん今後フィードバックということでも役に立つんじゃないかなと思います。

福井 江崎先生のところは有名な「あじさいネット」といって、開業されている先生方がたくさん登録されていて、患者さんが長崎医療センターに入院したら、その患者さんについてのカルテが見られるんですね。そうすると、場合によっては、「血液検査でこんな異常があるのに、どうも病院の医師は誰も気がついていないらしい」ということもあるんですね。

江崎 開業医の先生から指摘を受ける。「チェッ

クしてるの」みたいな。ですから、そういうので「ああ」というのもあってですね。

福井 結局は、たくさんの人が常に関わるということがチェックにつながる。いっぱい目があるほうがいい。

伊藤 開放病床の様なシステムを、一步手前でやってらっしゃるということですか。

江崎 オープンシステムはあるんですよ。オープンシステムはあるけど、あれがほとんど機能しませんので、それよりはカルテを見せちゃおうという話ですね。

福井 あれはすばらしいシステムですね。画像も見られるし、プログレスノートも見られる。

江崎 ドクターも、ナースのプログレスも。

福井 検査結果もぜんぶ見られる。

江崎 調剤薬局の薬剤師さんも見られます。だから、薬局の薬剤師さんが説明しますよね。そのときに、どんな説明を医者や看護師がやっているかというのがそこに載ってるので、それを参考にまた説明するということで、そういう点では今後、医療の質を上げる、見落としをなくすとか、そういった点では非常に有効なツールになるだろうなと思います。

佐々木 それは非常に重要ですね。とくに、経口の抗がん剤などを処方する場合、互いに相手が見えない不安があります。そうすると、調剤薬局の薬剤師さんが抗がん剤に対してどのくらいの知識を持っていて、どういった説明をするかというのを、私達もわからないんですね。反対に、たぶん向こうは向こうで、医師から患者さんにどういう説明がいつてるかはわからないと思われます。病院の薬剤師についてはだいぶ情報共有のシステムが出来上がってきたと思いますが、病院と調剤薬局の間をどうやって結ぶかというのは、今後の重要な課題だと思います。

江崎 これからは、地域の調剤薬局で抗がん剤の調整もできるようになってきますので、そ

ういう意味でも非常に大事だと思いますね。

福井 結局、医療の質を高める、安全性を高めるということのキーワードのひとつが、多くの異なる職種の人達が一人の患者さんに関わるということなんでしょうね。

江崎 多くの目で見るということですね。

新屋 情報の共有化ですね。そこでみんなで見えて、お互いがフィードバックを受けたら、自分の質もよくなるし、聖路加病院みたいに儲かるようになるし。私達開業医は、なにか利益がないとなかなか動かないところもありますので、やはり「こうやったら診療の質があがりますよ、患者さんが増えますよ、診療報酬も増えますよ」というような方向性を提示していただきますとありがたいです。

福井 そのところがいま世界的なトピックスになってきているPerformance-based paymentとか、Evidence-based payment、またはQuality-based paymentにつながるのではないのでしょうか。あるレベル以上の質、診療内容またはアウトカムについて、診療報酬を増やすとか減らすとかいう考え方です。イギリスやアメリカはかなりその方向に進んできています。日本はこれからどうなるのかわかりませんが、おそらく厚生労働省の中にはもっと質に連動させた報酬体制を導入すべきだと考えている人はかなりいるんじゃないかと思いますが。

伊藤 DPC（診断群分類別包括制度）がシステムとして入って、より医療予算の縮小というか、財政面でよくしていこうという形で入っていると思いますけれども、先日消化器内科をまわっていたときに、胆石の人が入院されて、一回、DPCの関係で退院しないと胆摘のオペができないという状況がありました。もちろん、退院させずにそのままやってもいいんですけども、病院としては財政的に厳しくなるという状況があって、やはりDPCだから帰す。でも、論文としては、病院の外に出さないでそのまま胆

座談会

摘したほうが、合併症のリスクも少ないという論文もあって、そういうのも含めてDPCを構築すべきなのではと思いつながら、DPCというシステムを考えていたんですが、そういったことは、他の病気でもあるんじゃないかなと思います。

福井 DPCは、おそらく現状のものをベースに、今後どうやって質に連動させたインセンティブをつけるかが重要だと思います。スタート時の経緯もあるのですが、医学的なエビデンスとは無関係のシステムだと思います。ただ、膨大なデータを集めた上で、解析し、エビデンスに則った診療の方向にインセンティブをどのようにつけて行くのが大変重要だと思います。

佐々木 その点について行政は、表面上しか見てない気がします。がん診療連携拠点病院は、いま全国で350指定されています。本当にそれらの病院が、がん診療連携拠点病院として機能しているとすれば、そんなに腫瘍内科医が足りないとか言った問題は出てこないはずです。結局、その指定要件を、見かけの通院治療センターがあるとか、専門看護師がいるとかいう話で決めている、真にがん医療のクオリティーを見るような指標をまだ学会でも持っていないし行政も持っていない。だから表面上の要件のみでいま決められているところですね。

福井 いわゆるストラクチャーに基づいてがん診療連携拠点病院が指定されていて、実際にどれくらいエビデンスに則った診療をしているのかや、アウトカムについての評価は、まだまだされていない。おそらく、これからだろうとは思いますが。

佐々木 がん診療連携拠点病院のなかでも、現実問題、とんでもない差があると思います。

福井 そのようですね。

江崎 施設基準があるだけですよ。箱がこうあって、こういう人がいるというだけで、実際にどういう診療をしているかというのはないんですよ。ただ、DPCの話が出てきましたけれ

ども、DPCのデータがけっこう集積されてきて、国立病院機構などでもけっこうそれを集めて、クリニカルインディケーターというかたちで、プロセスとアウトカムをだいで出している。なので、たぶんそういうのが拡がって、有用性が確認されれば、先生が求められるようになる可能性はあると思いますが。

福井 聖路加国際病院では、高血圧で降圧薬を処方されている患者さんの中に、たとえば160/90 mmHgを半年以上も続けて超えているような患者さんがいるときは、個別に担当の医師にフィードバックをかけます。「循環器内科の先生にコンサルテーションしてください」とか、そういうメッセージが飛ぶようにしています。それから、長期間ヘモグロビンA1cが7%以上の糖尿病患者さんについては、個別にフィードバックするようになっています。一人ひとりの医師の診療内容に踏み込んで、安全性だけでなく、やるべきことをきちんとやっているかどうかを、病院として責任を持つということが今後は必要じゃないかなと思います。

実は、そういう話を以前したときに、ある開業医の先生が、自分の診ている糖尿病患者さんのヘモグロビンA1cの値の統計を出して、それを診察室の前に貼り出したとのことでした。

佐々木 それは、すごいですね。

福井 電子カルテを使われている開業医の先生も多くなってきていますので、ちょっと手間はかかるかもしれませんが、自分の診ている患者さんのデータをそういうふうに出していくだけでも、ずいぶん自分自身にフィードバックがかかるんですね。

新屋 私は、患者さんというのは自分の隣人と申しましたけれども、パートナーだと思っているんですね。医療においてもパートナー。医療安全を守るためにも、もはやパートナーでして、決して敵でもないし警戒しているわけでもなくて、逆に「僕がやってること危ないさかい

に、あんたきっちり最後まで見ててや」と。「薬合うてるか、ちゃんと確認せな危ないで」と。「薬局に行っても、チェックせなあかで、絶対、信じたらあかで」というように、パートナーとして抱き込んでいます。そうすることによって、訴えられることも減るんじゃないだろうかとという下心もありまして、抱き込んで、「医療チームの一員として、あなたもちゃんとやってくれよ、僕も一生懸命するし」というような形で、関係を構築していきたいと思っています。

福井 そうですか。

江崎 究極のチェックは、患者さんですからね。

新屋 検査データもぜんぶ渡しますし、MRIなどレントゲンフィルムを外注で撮ったら、「あんた、家に置いときいな。僕、夜、居いひんこともあるし」と言うて。

福井 そうですか。それはすごいですね。

新屋 パートナーとしてやっていけたらなと思っています。

福井 ここまで、いろいろお話を伺いましたが、今後の展望というか、今後こういうふうに医療の質や医療安全に対応したらいいんじゃないか、対応したいとか、そういうことを自由に発言していただければと思います。いままでお話されたことと重複しても結構ですので、いかがでしょうか。夢のある若い伊藤先生から。

今後の展望

伊藤 やはり、多職種で関わっていくということに関して、当院は糖尿病やその関連疾患などに力を入れている病院なので、医師と薬剤師と栄養士と、それからリハビリと、多職種が入ってきてやっています。改めて今日この座談会に参加して、キャンサーボードだけではなくて、いろいろな病気において多職種が大事な役割を果たしているなというのを再認識したので、そ

れがもっと広まるといいんじゃないかなと思いました。

先日、済生会の中のジュニアとシニアの教育の会合があって、ディズニーランドでやったんですね。実際にディズニーの研修を受けたのですが、ディズニーに入ってくるのはアルバイトの人たちがほとんどで、それを半年とか一年間というなかで、ディズニーランドに行ったことがある人ならご存知だと思いますが、あのサービスを提供したり、安全を確保する様な質まで持ち上げていくにはどうやっているのかというのを見ました。それを屋根瓦式医学的教育に落とし込んでいけないかというワークショップやディスカッションを全国済生会のシニアレジデントを中心に、教育責任者の先生方で行ったんです。

私は教育に関して興味がすごくあって、教育というのは医療の質と安全のなかでも中核を成していく部分だと思うので、全く違う業種と連携したり学んでいくなかで、新しい教育システムとか研修システムを医療業界に落とし込んだりすることで、そういった部分で安全の担保や質の向上に何か新しい展開はできないかなと思います。

福井 キーワードは教育、研修ということですね。佐々木先生、いかがですか。

佐々木 今の伊藤先生の考えはすばらしいと思って拝聴しました。やはり、われわれも、どうも医療界の村社会のなかで生活していると思います。以前パイロットの試験官の先生の講演を聞きましたが「この人は人間的には良い人だけれどもパイロットとしては絶対に危ない」という人は、涙を飲んで落とすそうです。それは非常に厳しい世界らしいですね。受験者は、泣いて「何とかしてくれ」というんですけども、それでも絶対に機長として飛ばしてはいけないという人は、そこで切るとのことでした。世の中にはそういう社会もあるんだなと痛感しまし

座談会

た。

村社会なので、最後はちょっとみんなで守ろうというところがあるかもしれません。けれども、やはり同じ患者さんと乗員という、互いに生命を預っている者にとっては、ある意味ではもうちょっと医療界全体としては厳しさが足りないのではないかという気がしました。

福井 それでは新屋先生、いかがですか。

新屋 今日勉強させていただいたことは、先生方、地域の医療関係者、薬剤師さん方といかに情報を共有していくか、とくに、開業医どうしというのは、飲みに行ったりはするんですけども、あまり学問的な話というのは、恥じをかかせるなというようなこともありまして、言わないことが多いので、どのようにそれをお互いがいいフィードバックをして、質を上げていける関係に持っていけるか、今後の課題を頂戴いたしまして、持って帰りたいと思います。

福井 聖路加病院での経験では、高血圧のコントロールにしても血糖値のコントロールにしても、誰かが見ているというメッセージを常に発信しているだけで、医師のパフォーマンスは全く違ってきます。数値が毎年よくなっていく。それは、すごい変化です。誰からも見られていないと思うと、質は落ちていきます。

新屋 電子レセプトが主流になってきていまして、難しい病名や薬剤にはコメントを入れることができるようになってきています。たぶん、これからは血圧とかのデータも、簡単に入るようになるので、電子カルテが日本中にどんどん広まっていったら、データをうまくフィードバックに使えるようになったら、我々にも本当に勉強になるのではないのでしょうか。

福井 レセプトに、理由を書くということですか。

新屋 ええ、電子レセプトですね。

江崎 詳記みたいな感じですね。

福井 予め、書いたものを出す。

新屋 血圧などのデータも入力できるようにできるはずですよ。ということは、それを集計できるわけですね。だから、私だったらレセプトを集計するときに、血圧のデータもザーッと集められるようなシステムを作っておきますから、そうすると先生がおっしゃるように、誰かが見ているというシステムも可能になるのではないのでしょうか。

福井 そうなると、ずいぶん違うでしょうね。

江崎 結局、たとえば電子カルテとかそういうシステムをきちんとしていくというのは、質を担保するとか、そういうことにいいのだろうと思うのですが、ただやはりそれだけでは抜け落ちるところがあるんですね。ですから、ITもいいんですけども、やはりアナログ的なところも残しつつやらないと。先生が言われたように、誰かが見ていると。ピュアレビューみたいなやつを残して、それは別に同僚でなくてもいいし、看護師でもいいし、薬剤師でもいいし、先生が言われた究極の患者さんでもいいと思うんですよ。そういう人たちがきちんと見てるんだということを制度として作っていけば、もっともっとよくなっていくのではないかな。見落としたりとか、漫然とした診療とか、そういうことが改善していくのではないかと思います。

福井 ありがとうございます。結論を導く座談会ではありませんので、医療の質と安全性を巡って、さまざまなお話を伺いました。読者の皆さんに少しでもお役に立てば幸いです。今日は大変お忙しいところ、本当にありがとうございました。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：佐々木康綱：報酬（ペーリンガーインゲルハイム）