

——最 終 講 義——

2012年2月9日：長陵会館 記念ホール

## 21世紀医療システムの課題とプロフェッションの役割

東北大学教授

上 原 鳴 夫



## 略 歴

上原鳴夫

生年月日 1948年2月4日

最終学歴 1972年9月 京都大学医学部医学科卒業

職 歴

1972年12月 京都大学医学部附属病院・大阪大学特殊救急部にて外科系卒後研修

1974年12月 大阪大学特殊救急部研究生

1975年3月 京都桂病院外科医員

1976年7月 松江赤十字病院外科医員

1977年11月 倉敷中央病院外科医員，副医長

1981年7月 滋賀医科大学第一外科文部教官助手，病棟医長，肝胆膵外科主任

1987年10月 国立病院医療センター国際協力部厚生技官，外科併任

1988年9月 1988-89年度武見フェローとして米国ハーバード大学公衆衛生大学院国際保健プログラムに研究留学。（1989年8月帰国）

1992年4月 東京大学講師（非常勤）に併任，東京大学大学院医学系研究科授業担当

1993年6月 国際協力事業団の委嘱によりインドネシア保健省計画局顧問としてインドネシア出張（1997年2月帰国）

1998年4月 東北大学大学院医学系研究科社会医学講座国際保健学分野教授

2007年1月 ニカラグア自由大学名誉教授号授与

2012年3月 東北大学を定年退職

学 位 1996年11月 保健学博士（東京大学）

所属学協会と役職

日本集団災害医学会 理事（1996年～），第11回学術総会会長（2006年）

日本品質管理学会 代議員（1999年～2003年）

日本クリニカルパス学会 評議員（2001年～2009年）

日本公衆衛生学会 評議員（2002年～2005年）

東北国際保健研究会 代表幹事（2002年～），第1回学術総会会長（2002年）

日本医学教育学会 推薦評議委員（2003年～2007年）

医療の質・安全学会 副理事長（2007年～），第2回学術総会会長（2007年）

日本国際保健医療学会 理事（2008年～2011年），第24回学術総会会長（2009年）

日本医師会 国際保健検討委員会委員（2008年～2011年）

衛生学公衆衛生学教育協議会 国際交流委員会委員長（2008年～2011年）

医療安全全国共同行動 運営会議委員・企画委員長（2008年～）

一般社団法人医療のTQM推進協議会 理事長（2010年～）

## 21 世紀医療システムの課題とプロフェッションの役割

## Agenda for the Health Service Systems in 21st Century and the Roles of Medical Profession

上 原 鳴 夫

東北大学大学院医学系研究科 国際保健学分野

国際保健学は、国際的な保健医療問題の正しい理解と解決のあり方に関する知見の形成と、グローバルな視点と知見を途上国と日本の保健医療の向上に生かすことを使命とする。1998年に新設された東北大学の国際保健学分野は、さまざまな脅威と欠乏によって「防ぐことが可能な死」(可避死)の危険にさらされている人々の尊厳ある生命と健康を守るために医療が果たすべき役割を探究し Human Security の実現を目指すことを目的として、とくに保健開発政策、災害保健管理、医療と保健医療システムの質・安全管理に関する研究・教育・社会貢献活動を行ってきた。(表1) エコノミストは、経済発展後進国での保健医療分野への投資をムダと考えるのに対して、国際保健学は同じ経済発展レベルでも人々の健康状態は国や地域で差があり、途上国での死亡の多くは現在の医学知識と基本技術で防げるものであることから適切なシステムと政策のあり方によって可避死の低減が可能と考える。(図1) 所与の医療資源のもとで、現代医学の知見が実現できるはずのこと (Efficacy) と実際にできていること (Effectiveness) の間にはギャップがあり、これは医療システムの改善の余地 (Efficiency in quality) を反映している。(図2) このギャップを縮めるための方策として、改善の手法 (EPQI; Evidence-based Participatory Quality Improvement) と医療システムの質管理モデルの開発に取り組んできた。

途上国と先進国は医療資源と利用可能な技術に大きな開きがあり、主要死因疾患も異なるが、「限られた医療資源のもとでの質と平等の確保」は途上国と先進国がともに直面する課題である。従来は欧米や日本が途上国の保健開発政策の目標になっていたが、20世紀の終盤に向けてこれら先進国が抱える悩みが一気に顕在化したことで、新たなシステムモデルと開発戦略が模索されるようになった。

表1. 東北大学国際保健学分野の主な活動 (1998~2012)

- 
- ◆ 保健開発政策と国際協力
    - 東北国際保健研究会の設立
    - アジア経済危機調査 (インドネシア), MDGs 政策評価 (東南アジア), 保健開発政策セミナー (英語圏アフリカ諸国/世銀), 人間の安全保障基金事業の評価調査 (南アフリカ)
    - 可避死のシステム要因に関する研究 (インドネシア), マラリア対策の改善課題の評価 (ミャンマー), 地域保健情報システムの質に関する研究 (フィリピン)
  - ◆ 災害保健とヒューマンセキュリティ
    - JMTDR (国際緊急援助隊医療チーム) の態勢整備 (日本)
    - ボリビアサンタクルス州救急災害医療システム (SISME) の計画立案 (ボリビア), ベトナム災害保健計画立案への協力 (WHO/ベトナム)
    - 東北大学ヒューマンセキュリティ連携国際教育コースの創設 (4 研究科連携)
    - 東日本大震災における災害対応支援 (災害保健医療支援室)
  - ◆ 医療の質・安全・システム
    - フォーラム「医療の改善活動」の設立, 医療の TQM に関する実証研究 (NDP), ISO9000 (QMS) の医療への適用指針の策定 (日本)
    - 地域保健医療システム強化 (EPQI/TQM の技術移転)
      - ・インドネシア (ジャカルタ州政府), フィリピン (医療保険公社)
    - EPQI 指導者養成コース「仙台セミナー」(中米 8 か国)
      - ・5 年間で 99 名を養成, コスタリカとパナマで中米地フォーラム開催, 中米地域 Public Health Network 形成支援
    - 医療の質・安全学会の設立, 医療安全全国共同行動の企画・推進 (日本)
    - 医療と医師の質保証に関する諸制度の国際比較 (欧米)
    - アジア若手研究者招聘セミナー (東南アジア・インド・中国)
-

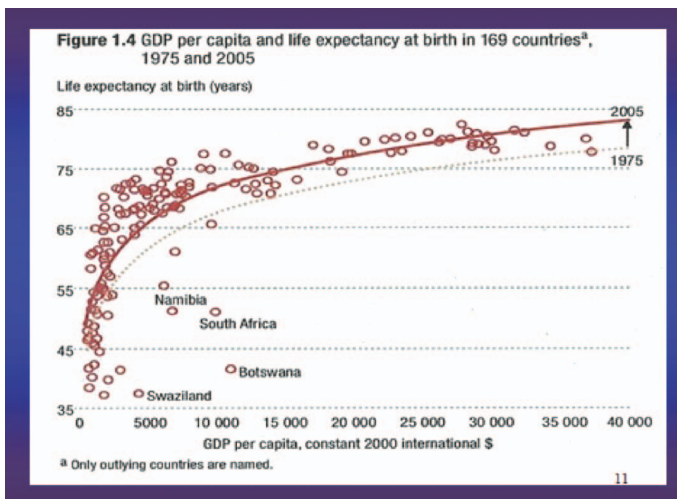


図1. 国民一人当たり GDP と平均寿命の分布 (WHO)

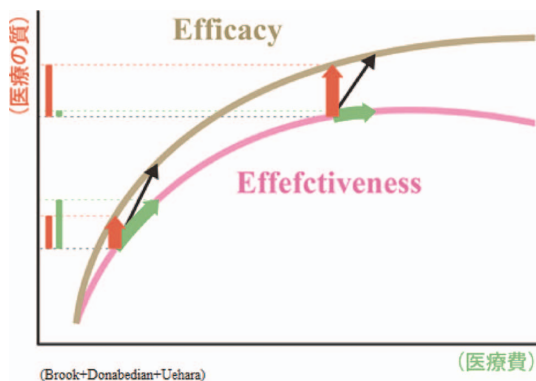


図2. システムの(質の)効率

## 21 世紀の医療と医療システムに 求められていること

私が医師免許を得て臨床に従事するようになったのは40年前のことである。医療の長い歴史の中で40年はあっという間だが、この間に進んだ医療技術の革新と拡大は、過去数百年にも匹敵すると思われるほどである。これは化学や物理学、生物学、情報科学、工学等諸科学の発展に導かれ、医療の産業化がこれを後押しした。結果、その受け皿になった医療者と患者は、かつては望むべくもなかった利便と恩恵を享受する一方で、今や医療の主役になった“技術”と“技術を使うシステム”との間に生じたズレと矛盾を体現する役まわりになった。“Halfway technologies”(有効性や安全性が確立していない開発途上の技術)の急激な増加

と対照的に、“Appropriate technologies”(有効性が明らかで平等に利用できる技術)は普及に時間がかかり、国・地域・施設間の不均等性や格差がますます顕著になっている。アジアやアフリカの国々ではいまだに簡単な検査やごく基本的な治療も受けられないまま亡くなる人が大半を占める中、Harvard Medical Practice Study は米国では入院患者の2.9~3.7%が医療行為に伴う有害事象を経験していると指摘し、IOM (National Academies) が公刊した報告書(“To err is human: Building A Safer Health System”)は、(病気自体でなく)医療プロセスに起因して亡くなる人の数が毎年44,000~98,000人にのぼると警告した。現代医療の疫病とも言われる医療事故・有害事象の多発は国を超えて広がっており、WHO 総会は患者の安全を守る取り組みが急務として国際的な共同行動を呼びかけた。イヴァン・イリイチが“Medical Nemesis”(過信した医療への天罰)という表現で警告したことがあたかも現実となりつつあるいま、21世紀の医療システムのあり方が深刻に問われており、技術主導の医療から患者中心の医療への回帰、医学の進歩と適正な技術が安全かつ有効に生かされるしくみと態勢づくりに向けて、各国で抜本的な改革が進められている。

医療システムの第一の目標は、現在の医学知識と医療技術で防ぐことができる死と苦痛と障害(Preventable deaths, sufferings and disabilities)を確実に防ぐことであり、再構築を進めるうえでカギとなるのは、医療の質の考え方の転換(「卓越する」—できないことを可能にする—という質から「確実さ」—できることを確実に実現する—という質の重視へ)と、Profes-

表 2. 21 世紀の医療システムへ—何が変わらなければならぬか？

---

1.	「無謬神話の呪縛」からの解放と医療事故救済制度
2.	「医療の質」の考え方の転換—「エクセレンス」と「確実さ」
3.	システムによる質・安全の確保
4.	質保証におけるプロフェッションのリーダーシップ
5.	クリニカル・サイエンスの再構築
6.	教育とナレッジマネジメント
7.	患者・市民の医療参加
8.	適正技術・安全技術の開発
9.	医療における質・安全管理のモデル構築
10.	いのちと健康をまもる学際複合科学としての Public Health の構築

---

sion のリーダーシップである。(表 2)

### 学際複合科学としての Public Health の 学術基盤の形成を

医学の発展と技術開発に人材投資してきた日本は、技術進歩に対応した医療環境整備やシステム設計など患者と国民の視点に立って医療のあり方を研究し政策形成に寄与する学際的な研究基盤や専門家 (professional degree としての Master of Public Health) を育てるしぐみを持たない例外的な国であり、これらの点ではアジア諸国にも後れをとっている。医療技術開発において医学と自然科学の融合が進む反面、医療を支える人文社会科学 (医療社会学, 医療経済学, 医療人類学, 政策科学, システム科学, 倫理学, マネジメント科学など) が未発達で、医療のあり方を政府と医師団体に一任している。医療の医学的なあり方は医療専門家に負うとしても、それを患者と社会のために有効に活かすための方法や制度づくりには諸学の知恵が集められるべきである。

### Medical profession に期待される役割

周知のように、“Profession” は高度な教育と熟練に基づく専門性によって社会から信任された専門職業集団を指す。医師に他人の体にメスを入れ毒 (薬) を盛る特権が与えられるのは、患者に害をなさず (“Do no harm”), 自分の利益のためでなく患者のためのみそれを行う (“Beneficence”) ことを医師が誓い、社会がこれを信頼するからである。英・独・仏などでは全医師で構成する自律組織が法律で規定され、医師と医療の質を担保する役割を担っている。(英国の GMC は、診療医の医籍登録管理, 適正診療規範の策定, 医学教育の改善, 診療適性審査と対処を, ドイツのカンマーは専門医認定や適正配置, 政策提言も行う。) 医療の市場商品化が進み最も危機感が高まっているアメリカでは、内科専門医会の呼びかけに米欧の専門医会が呼応して新しい時代にふさわしい医師憲章を提案し医師の社会的責任を再確認することを呼びかけている。(参照: <http://acpjc.naika.or.jp/jpnchap/chart3.html> 認定内科専門医会による邦訳) ヒポクラテスの誓いやこれに代わる通過儀礼を行わない日本では “Medical Profession” の意識が薄く、医師の社会的責任を担保する組織が存在しない。そのため一部の不祥事が医師全体への不信に直結する結果となっている。日本にも GMC やカンマーのような組織が必要だが、現状でも学会や専門団体が質保証にリーダーシップが発揮することで改善できることがたくさんある。(診療の根拠となる臨床科学の確立, 治療指針や安全対策・臨床指標の標準化, 日々増加し変化する医学知見と情報の共有支援, リスクコミュニケーションのツール開発など) 患者と医療者が安心して治療に専念できる環境づくりを社会に求めることも Profession の役割と考える。

### おわりに

在職した 14 年間、いつも援けていただいた東北大学の諸先生方と、一緒に汗をかいていただいた国内外のパートナーの皆様にご心より感謝申し上げます。ありがとうございました。