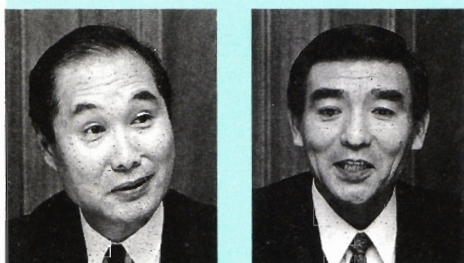




特集

ヘルスケアにおける  
リスクマネジメント

# 第I部 座談会



●出席者

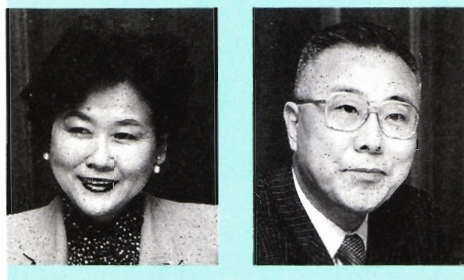
セコム(株)取締役 田中重實氏

葛西中央病院院長 全日本病院協会副会長 早川大府氏

参議院議員 環境庁長官 広中和歌子氏

(50音順)

## そのシステム化がより安全で アメニティの高い医療を導く



●司会

東京女子医科大学医用工学研究施設教授 桜井靖久氏

### ● アメリカにはすでに リスク問題の専門家がいる

桜井 今回のテーマは「ヘルスケアにおけるリスクマネジメント」ですが、以前、アメリカ・カリフォルニア州のある病院にリスクマネジャーと称する人がいると聞きました。この人は女性で、看護婦さんのバックグラウンドを持っている人です。

それで彼女の役目は、ご承知の通りアメリカは医療訴訟がわりあい多く、非常に高額な保険料を払うということがあるので、それをいかにしてセーブするかということで、大変アメリカ的な割り切った発想の話なんです。それにしても、だいたい一つの病院に1人か2人、そういった役目を果たすリスクマネジャーがいるということなんです。

日本では、病院のリスクマネジメントというのはあまり聞いたことがない。そこでものの本

を調べてみると、1920年頃に、損害保険と関連してリスクマネジメントという言葉が出てきたということです。そして、現在では病院でのリスクマネジメントとして品質管理とか自己評価などがされています。

ところで、私ちょっと驚いたんですが、ハーバード大学でニューヨーク州を調査をしたところ、入院した患者の3.7%が、何らかの形で思いもかけない、予期しないような副作用を得た、という結果が出ているんです。そしてその中の20%ぐらいが訴訟に持ち込んでいる。

そのようなことで、これからだんだん日本でも、リスクマネジャーというものが必要になるかなと思います。

### ● 日本のリスク対応の投資は まだまだ低い

広中 最近のニュースで、間違っって消毒液を浣腸されたために亡くなった女性のことが出てい

広中和歌子氏



ました。この場合は訴訟にいたる前に、病院側が非を認めたということなのですが、これまでの日本の感覚ですと、損害賠償というところまではなかなかいきませんでしたよね。

早川 あの事件が起きたのは国立病院ですから、賠償金は国民の税金の中から支払われるだろうと思います。私たちの団体は民間の病院の集まりですので、民間保険に入っております。リスクマネジメントの一番原始的な形態です。その保険には医師個人の場合と、組織体の管理者としての病院長と両方入っているケースが多いですね。

また、病院ではさまざまなリスクが生じます。それはたまたま医療の中身の部分での不幸な出来事、あってはならない出来事だと思ってしまうけれども、それだけでなく建物の中で水が漏れているとか、そういう意味で病院におけるリスクは単に生命の危険の問題だけではないのです。広中 アメリカにあるような一種の火災保険的な総合的なものですか？

早川 火災保険にももちろん入っております。

民間病院の伝統的なやり方というのは、一方では医師の行為に対しては日本医師会の医療賠償保険に入っている。それから医療従事者に対しても入っている。あと建物に対しても火災保険などに入るというものです。

しかし、その程度のコストは払っているが、トータルのリスクマネジメントに払っている金額というのは、まだそういう統計値は出していませんけれども、非常に少ない。それは医療費が安いということがその理由の一つであることは確かですね。

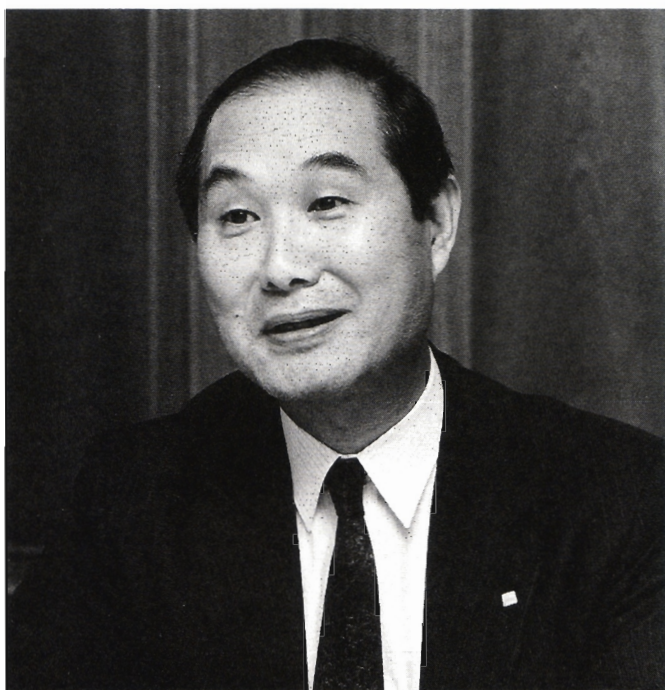
私が知っているアメリカ人の麻酔科医とか、脳神経外科医は、収入の10%台をそのリスクのために払うというんですね。



### コンシューマリズムが 医療にも求められる

桜井 ただ、さきほどの“3.7%のうちの20%”という数字は随分率が高いような気がします。日本ではそれほどはないように思います。

田中 日本の場合は少ないですね。アメリカと



田中重實氏

日本では、医療に対する信頼感が全然違いますけれども。医療のあり方にしても、数字で把握しているわけではないんですが、やっぱり「掘らしむべし、知らしむべからず」ということがありますからね。たとえばインフォームド・コンセント一つとっても、まだどちらがいいのかということで、右往左往している状況です。

ですから、本当の意味で訴訟まで持ち込まれるケースは、アメリカとは1桁以上違うのではないかと思います。

広中 2桁ぐらい違いますね。もっとかもしれません。

早川 これは私の個人的な体験ですが、医師と患者との関係が日本の場合は非常に近いという言い方をするアメリカ人がいました。アメリカはそうではない、だから日本の医師はそういった関係を守るべきだと。どうしてそう思うのかと聞くと、訴訟のことを出してきました。日本では訴訟が少ないと。そのようにとらえている人は多いようですね。

広中 ただアメリカの場合は、とにかく医者

ベストをつくしてやるけれども、患者の命は保証できないわけですから、手術する前に患者は同意のサインをするのではなかったですか。

早川 そうです。日本でも「同意書」といって、昔のは「一切文句を言いません」という形でしたが…（笑）。いまは、〇〇医師の説明を聞いて、いろいろな方法を聞いて、私は手術を承諾しますというように、内容は随分変わりました。

広中 それでその結果、不幸なことに患者が死んだとしますね。もしかしたら医療ミスかもしれないといったようなときは、その同意書には法的な拘束力があるのですか。

早川 それには全然拘束されません。そのサインは手術についての説明を受けて、手術を受けることに同意したということです。

広中 日本の場合は契約関係といったことに、あまり慣れておりませんから、いったんサインしたら仕方がない、お任せという意識がありますよね。

早川 最近はそれほどでもありません。特に、若くして不幸な転帰をとられた方には、必ずオ

ピニオンリーダーのような方がいて、いろいろとアドバイスをするので、泣き寝入りのケースは減っています。本人に知識がなくてもまわりには必ず知識を持っている人がいるもので、説明だけは聞きなさいなどのアドバイスをします。ですからいまは、医療機関側の一方勝ちということはないと思います。国民が知識を持ってきていると思います。

広中 医療訴訟ということが出てきましたが、一般的に患者は医療の事情をよく知っていますか。日本で訴訟が少ないのは、ある種の信頼関係でサインしているからですか。

桜井 その点では日本の場合、もっと情報の公開ということが必要じゃないかと思います。一つのコンシューマリズム(消費者主義)というか。

早川 どんなことがあっても、国民の側に訴える権利はあります。日本の憲法の中に保障されていることですから。それをいたずらに制限するということとはできないと思います。

ただ、そこが実際の運用の問題になりますが、過度になるとディフェンシブ医療となり、それに対してコストがかかってくる。そこは考えなくてははいけません。



## 消費者サイドに立った 経営努力が期待される

広中 あまり申し上げたくはないんだけど、

私はアメリカで病院にかかった経験があります。そして日本に帰ってまいりますと、医療費も安いけれど、医療の技術に関してはわかりませんが、少なくとも設備とか清潔さとか食事や看護のサービスに関して、疑問を感じたことがあるのです。あれは医療費がある意味で制限されているというか、医療保険制度の問題なんでしょうか。

悪口ばかり言うようですが、公害を調べるためにあるところに行ったんです。そこは、高速道路が三つも重なっているようなところで、その病院の屋上に測定器が置いてありました。それで、そこまで上って行ったわけですが、病院そのものが臭いんです。それは公害で臭いのではなくて病院の中においなんですね。

まず第一に、そういう公害の最も悪いところに病院があるということ自体が、土地問題もありますが、ゆゆしき問題だと思ったし、それからあのおいなんかもよく放置されているなと思いました。

これは悪い例で、もっといい病院がどんどん出てきたということは、伺ってはいるのですが、それにしても随分格差があるような気がいたします。

田中 私もある病院の経営に参画して思うのですが、なぜそうなのかという、医療側が消費者サイドに立っていないのです。常にそう





いう視点が抜けていますね。

奈良県の天理よろず相談所病院という天理教の教団の病院があります。そこは、古いのですが、ものすごくきれいなんですよ。なぜかと聞きますと、朝から信者さんが無料奉仕でピカピカに磨いているのです。そこは30~40年たっていますから、建物自体は古いのですが、中に入ると塵一つ落ちていない。アメリカの病院もそうですよね。

**広中** 塵だけじゃないんです。たとえば壁なんかには絵が掛かっているし、花が生けてある。そういうのがボランティアでやられているんです。また、入り口のところにある土産物屋をボランティアの人がやっていて、儲けは最終的には病院の経営の助けになるということもあるようです。

**田中** おっしゃるように病院に対する考え方が日本とアメリカでは違います。最近ロサンゼルス病院を見てきたのですが、全支出の3割ぐらいは寄付で賄っているんですね。廊下には寄付をした大企業の名前がずらっと書いてあるし、反対側には個人の名前が書いてあって、おらが町の病院というか、みんなで育てているということがよくわかります。

**広中** 消費者サイド、受け手の側に立った細かなサービスをするには、看護婦さんは本来の仕事で忙しいわけでしょ。アメリカでは、たとえ

ば患者さんに本を読んであげるとか、話し相手になるとか、そうしたこともボランティアの人の、その人の持ち味を生かしながら有効に使っているんですね。

いまこれだけボランティアの時代と言われながら、コミュニティの中に一体感となるような雰囲気は日本ではできていない。それは、単にお金の問題だけではないんです。経営というのは収支ですけれども、もっとトータルに与えるもの、受け取るものの収支と考えて、そここのころの経営努力がもうちょっとあってもいいのかなと、アメリカの側から見てそう思います。



### 国民意識とともに 病院も変わろうとしている

**早川** たしかに、日本では欧米に比して汚い病院が多いというようなことは事実だと思います。どうしてこうなったのかというのは長い歴史があると思いますが、私なりの見解ですと、個人的な問題と、全体的な日本の社会保障に対する考え方と、そこからくるお金の問題とがあると思います。

ちなみに、アメリカには有名なヒル・バートン法というのがあります。1946年に病院の建て替えをする際に、国家が無利子で貸し付けるようになりました。それと同時に、こういうきれいな病院にしなければだめだというある程度の

早川大府氏



枠組みをつくったわけです。日本では、そういったことは1回も行われていない。

しかし、日本では戦後に、医療法人制度をつくりました。国は金がなかったんですが、歯を食いしばって昭和36年に国民皆保険制度をしたわけです。アメリカでは、2億5000万人の人口の約15%、3700万人には保険がない。きれいな病院はあるがそれには入れない、ということとの違いはお考えいただきたい。これは一つの反論ですが（笑）。

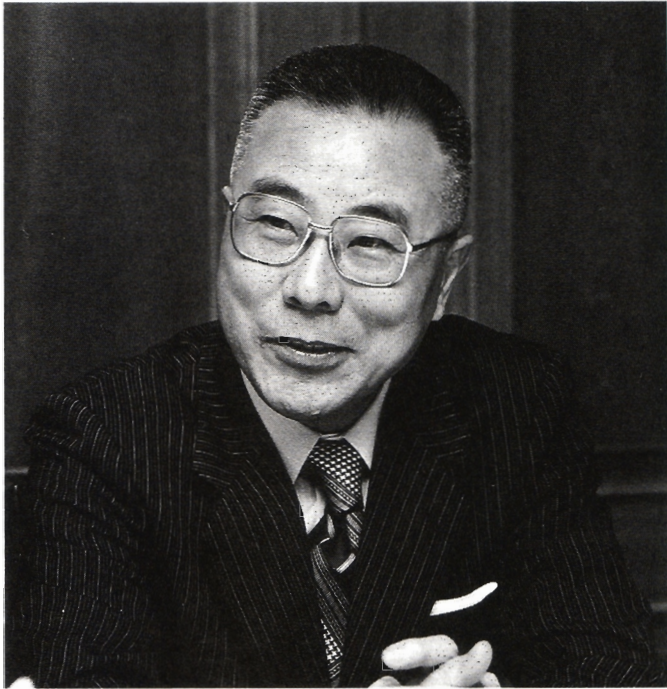
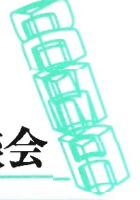
そういったことは過去のことです。しかし、今でも日本の社会保障というのは与えるものだという考え方があります。ですから、いわゆるマーケットの論理、競争をして選択があって、地域の中の病院を育てようということではなくて、先に病院ありきで必要があれば来なさい、診てやる、というようになっています。しかし、それを変えていかなければならないという時期に、いま日本がきているということだと思っております。

たしかに、日本の病院は残念ながらにおいが

あり、汚いということは認めざるを得ない。だけどいまがチャンスなんですよ。特に東京の病院なんか老朽化してきている。それを経営者は建て替えをしたいと思っているわけです。細川内閣になりまして、スプリングラーを含めて厚生省の予算で100億円、制限を軽くして援助しようということになりました。国が1/3、都道府県が1/3、個人が1/3というように、全部が援助されるということではなくいろいろありますが、単なる診療報酬だけでなく、設備に対しても考えていこうという方向にやっとなってきています。

広中 制度の問題でもあるんですね。

早川 なぜかと言いますと、医療の価格というのは、ホテルの価格のように自由に設定できないんですね。中央社会保険医療協議会で値段表が決められるわけです。その通りにしかありませんから、あとは量的に増やすか、値段表の組み合わせを上手にするかしないと、次の改築の資金が出ないという構造に長くなっていたのです。



桜井靖久氏

しかし、泣き言ばかり言っているだけじゃありませんし、国民がそういう方向に向いているのですから、病院の中でもそういう動きに対応していこうと思っている経営者は、増えていることだけは申し上げたいと思います。

国民、受ける側もちろんつらいんですが、経営者も、自分がその病院を運営していて第三者に「あなたのところは汚いね」と言われたら、一番つらい、職員だってつらいです。それができない理由がある点にはご理解いただきたい。ただ、そういう方向には動いていると。

### ソフトを生かすためのシステムを構築せねば

広中 確かに日本の予算の付け方は、建物などのハードには付くのですが、ソフトの部分が非常に弱いという面があります。先日、ある公立の老人ホームに行きました。建物は丘の上にきれいに建ってしまっていて、特におふる場は、おとしよりも横になったまま自動的に入っていくものです。そういう設備にはすごくお金がかかっ

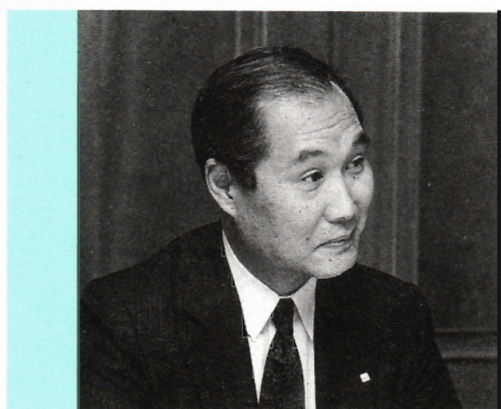
ているだろうと思うんですね。

ところが老人ホームですから、治療の必要な病気でなくてもお入りになっている。そういったところで本当に必要なのは、彼らがいかに楽しい老後を過ごすかというプログラムなわけです。たとえば書道とか音楽の先生を呼んできて、午後のひと時を過ごしていただくとか。しかし、そういう種類のお金が出ない。

そういうところでこれからは予算の出し方を考えていかなければならないし、経営する場合でも、ソフトの面、アメニティの部分にお金をかけていく必要があると思います。

田中 人の手を煩わせる、たとえば技術力だとか看護婦の手間であるとか、我々は在宅医療も始めていますがこれに対するものとか、いわゆるマンパワーに対するソフトの面、システムとして既に仕組まれているものをサポートすることはほとんどありませんね。ハードそのものにはあるんです。

広中 どちらがコストがかかるのかわからないのですが。



田中 それは人手が一番かかります。

広中 人の方がコストはかかるわけですね。しかも、いま人手難ですよ。特に、あまり給料がよくないサービス産業は人材が集まりにくい。恐らく苦勞なさっていると思う。看護婦さんなんかも本当に大変だと思います。それでもやっぱり機嫌よく働いてもらいたいですよね。そうしたらやはり何かの措置、給料を上げるということもあるかもしれないけど、やっぱり最終的にはボランティアの導入が必要なのかなと思います。

アメリカではビジネスとボランティアと組み合わせ、何の問題もないんですね。ところが日本では片方がビジネスで働いて、もう片方がボランティアという、何となくぎくしゃくするようないところがある。もっと大らかになればいいのですが。

田中 ボランティアのいまの状態を見ても、全国的な組織はありませんし、地方に少しあるだけです。ビジネスとして考えたらボランティアはシステムとして全然あてにはできません。

早川 ボランティアをしようとする人がいても、施設がクローズになっていると、そこにはファミリアな感覚がないんです。病院とか特別養護老人ホームなどの施設が全体として地域の中のものだという概念が、残念ながらも開かれていないために根付かないということもあると思うんです。地域の中の病院という形が

できてくると、ボランティアも病院に入ってくるだろうと思います。

本当にまだ少ないのですが、そのために病院見学会から始めているところもあります。地域に対して扉が開かれていて、「私の病院どうぞ見に来てください」と言う自信のある民間病院には地域の人が入ってきています。いったん入ってきてもらうと「何か手伝うことないかしら」、「それではお願ひしましょう」となる。要はもっていき方なんですよ。

広中 まさにおっしゃる通りだと思います。

田中 私はビジネスとして考えていますから、人の善意とか、そういうものには頼らないことが前提なんです。というのは、その善意が崩れたときにすべてのシステムが崩れてしまいますから。ですからシステムとして、「誰がいつやっても同じ質のものが提供できる」を、リスクマネジメントの前提にしています。

私どもは、もともとリスクマネジメントを考え、そのものをビジネスとしていますのでそういう考え方になるわけですね。したがって、たとえば、われわれが家庭に緊急対処で行く場合も、だれかが行けなかったときにだれがバックアップするかとか、そういったバックアップのシステムを常に考えながらビジネスをしています。

それは非常にエクスペンシブ（高価）で、コストもかかります。しかし、リスクが起こった







とき、何か危機に陥ったときには致命的なことになりますので、それを防いでいくにはシステムが必要だというロジックを展開しているわけです。

**広中** 私はそのシステムは非常に大切だと思います。日本ではなぜこうも多くの人が長い時間働いているのか、なぜもっとフレックスタイムができないのかと思っています。看護婦さんなんかフレックスタイムにしたら、もっと働きたい人は増えますよ。

なぜできないかという、1人の人が仕事を抱えこんでしまって、システム化されてないからです。他の人がその部分をしようと思ってもできない。つまりクローズド・システムになっている。

システム開発とはどういうことかという、どの部分の仕事であっても、だれでも対応できるようにシステム化されていることでしょう。だから担当の人がたまたま病気で寝こんでしまっても、次の人が代われるということでしょう。だから私はビジネス化は大いにいいと思うのです。ビジネスで発達してきたシステムを、今度は広く、たとえばボランティアの世界に、プロでなければできない部分、たとえば看護婦さんの部分もシステム化し、ボランティアでできる部分にはボランティアと、やはり組み合わせというのはあり得ると思うんです。そういうシステムをつくっていただくのは……。

**田中** もちろんそういう志向です(笑)。

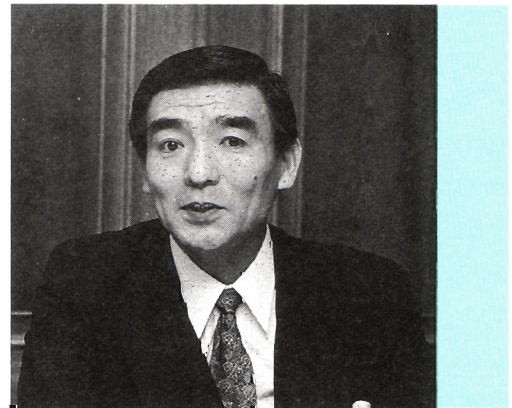
## プロセスを しっかり評価することが リスク回避にも必要

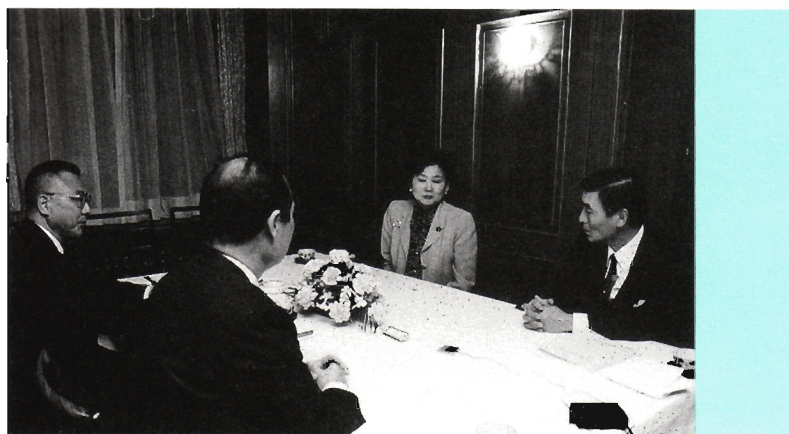
**早川** ヘルスケア事業とリスクマネジメントということで、いま日本の病院で取り組んでいるのが、日本医師会の病院機能評価検討委員会が出した「病院機能評価検討項目」です。これをやっておくと、浣腸の薬剤を間違えたというような不幸な病院の出来事が、なぜ起きたかがわかります。

現象的には1人のナースが、ある薬をAとBと間違えてしまった。その結果、不幸な転帰をとった。しかし、それは最後の結果としてなんですね。

この病院機能評価検討には、チェック項目が1100ぐらいあって、それに基づいてマニュアル化していくわけです。なかなか大変なのですが、それをしていくとプロセスを重視することになります。つまり、プロセスがどのように病院の中でちゃんとできているか、それを評価しようということです。しかもそれを第三者が評価する。

その中には大きく5項目ありまして、もちろん患者サービスの部分も入っていますが、一つは施設の概念ですね。病院を組織として、施設および組織のチェック項目。二つ目はボランティアなども含めて、地域のネットワークの中





で、その病院がどのように協力しているか。三番目は患者サービスとして患者のプライバシー、患者の人権、そういうものを尊重しながらサービスを提供しているか。四番目がそれを含めた経営のマネジメントをどうしているか。五番目が実際の診療内容をきちんと行う、という5項目から、その千数項目に応じて……。

**桜井** それはそういう団体をつくるんですか。

**早川** 第三者機関をつくるんです。こういったことが動き出すと、かなりソフトの面でも地域とのネットワークだとか、そういうことができてるのではないかと思います。

**田中** 私はちょっと違うのですが。そんなことしなくても患者が一番病院のことをよく知っているわけですね。ですからアンケートをしたらいいんですよ。先ほどの項目をいっぱい入れて。要するに実際に病院に来られる方が評価者ですよ。

ですから、やっぱり顧客本位の病院経営をやるうと思ったら、来られる人にいろんなことを聞いていく。それが一番早いと思います。待ち時間にちょっと協力してくださいというようにすれば、案外簡単にできるのではないかと思います。それにドクターの評価もできますしね。

**早川** ただ、これは日本全体の病院をよくしようというものですから。

**田中** でも、そういうコストはだれが負担する

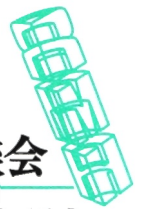
んですか。

**早川** それは個々の病院の負担です。年間300万円ぐらいかかるでしょう。しかし、そういった自主的努力によってよくしていこうという動きもあるわけです。その中で結局リスクマネジメントも当然入ってくる。各部門、薬剤の部門なり、看護の部門なり、診療の実際とは異なる施設の部分であれ、あるいは経理の部門だって、だれかが不正をしていけば、それは場合によればリスクになるわけですから。

### 求められている 患者に選ばれるための 情報戦略

**田中** 病院経営にはこれからある意味で市場原理が働くと思います。現実はこの1年か2年ぐらい、だんだんこれが動きつつあるという気がしますね。

ですから、いままでに出てきたようなことが非常に劣っているような病院は、当然患者さんは来ませんし、いいドクターも来ないということで、自然に淘汰されていく。そういう時代に少なくなってきたような感じがします。もちろんベッド規制とかいろいろありますし、自由な競争をしようというマーケットではないことは確かです。でも、何か最近の動きを見ると、患者が病院を選んでいくべきだという感じがしています。この10年ぐらいで病院のマーケットには、



相当な変革があると思います。

早川 ただ、政府も、平成4年度で20数兆円の国民医療費のうちの23~4%ぐらい出しているわけだから、やはり言いたいこともあるわけですよね。患者さんが選ぶといっても、患者さんは自分の金で全部というわけではなくて、自己負担分は別として保険者を通して払っていますからね。だから保険者も言いたいことがあるということになってきているわけです。

桜井 さきほどの評価の問題なんですけど、やっぱりこれからは情報化社会ですから、いま通信衛星のチャンネルは63ほど日本にはあるんだそうですね。それが1995年になると600とか900という数字になるそうで、桁違いですね。

恐らくそういうものが、アメリカ辺りだとカリフォルニアのオレンジカウンティだけのCATVとか、日本でいえば江戸川区のCATVというようなものでしょう。それが普及してくると、おのずから病院は、非常に重要な社会機能の一つだから、そういうネットワークにのって、いまのアンケートの話はちょっと古典的ではありますが、もっと開かれたものができてるのではないのでしょうか。

早川 絶対に、そこのところにいま金を注ぐべきだと思います。もちろん、住宅環境とか、実際のアメニティの部分もやらなければ、何が豊かかということもあるけれども、日本人は情報を処理するのはまだ上手じゃないんです。その情報インフラ、そういうものをしていかなかったら、これから豊かにならないという予感があります。

広中 アメリカでは、病院はいろいろな機械などを揃えて大きいでしょう。そして地元の診療所があって、そこの医師がそれぞれ登録していて、同時に病院のための診療というか、そこでサービスもするわけです。そういうシステムになっているから機械とかが非常に効率よく使われるわけですね。そしてやはり情報も、それか

ら医師の刺激というのもあるでしょう。そういうシステムなんていうのも、もっと日本でやれないのかなという気がします。

特に、さっきおっしゃった情報社会になったときに、ますますそうした医師のネットワークみたいなものが必要なのに、日本は逆に一人ひとりが一城の主だから、私は経営のことはわかりませんが、病院の世界も自然淘汰で、そして患者が選ぶ、市場原理が働くとおっしゃるけれども、市場原理といっても、患者としては病院のことがわからないんです。見かけがきれいだから行きますというわけにいかないわけですよ。

田中 いま患者さんはそういう情報を欲しがっていますよね。

早川 そういった情報でいえば、週刊誌などで「1000人の名医」とか、いろいろやっていますね。しかし、それも病院での勤務評価をきちんとして報告するのだったら、ある程度事実なんですけど、その判定に非常に疑問がある場合もあります。

さきほどの病院機能評価でもそうなんですけど、いわばフランス料理のようにミシェランのマークが欲しいというわけですね。だけどなかなか難しい部分もあるんですね。

田中 しかし、はっきり言って病院のことは何もわかりませんよ。そこの病院にはどういう特徴があって、どういう資格を持っていてというのは全然知りませんよね。要するに病院の情報はほとんど皆無です。

早川 それでも医療事故は少ないのです。医療の質は高いんです。先進国のレベルで、最低の水準ではないんです。ところが、国民の要求は高まっているのです。

田中 私どもでは電話相談をしていますけど、そういう情報を欲しいという声は多いです。私どもが推薦するドクターはどこのだれですかと、聞かれて困るんです。

早川 めったなことも言えないし、非常に難しいでしょうね。

田中 それでびっくりしたのは、ある市民のボランティア団体で、その主婦の人たちが、自分たちで病院を評価しているのです。

早川 ただ、そこにはやはり問題点があるようです。必要な情報が得られないところで評価をしてしまうということです。病院の機能をしっかり見ないうちに評価をしてしまうというのは、逆から言うとレッテル主義になってしまい、国民のためには役に立たないことがあるのではないのでしょうか。やっぱり評価をするということは、それだけきちんとした調査をしたうえでないと……。

広中 たとえば検査漬けになったとか、食事がおいしい、まずはともかくとして、看護婦さんとかね。

早川 それを国の力で強制的にやるとなると“二重帳簿”的なことになってしまいかねないから、自主的な部分でやることからスタートすることによって、浣腸のミスのような事件も、だんだんと防げるようになると思います。だんだんではなく、もう来年やってくれということだと思いますが、やはりそういったシステムをつくり上げていくことが大事だと……。

田中 世間一般の立場から医療界を見ますと、やっぱり高いところから下を見ているという感じなんです。知る必要はないんだ、こちらの言う通りにしたらいいんだというところがあるように、随所に感じます。そういうことで情報の公開が本当にできるのかどうか、自分できちっと評価できるかどうか、非常に疑問だと思います。

早川 これは自分で評価するんじゃなくて、ほかの人も評価するのですよ。

田中 医療界がそれを受け入れてくれるかどうか。いまのところその土壌も少ないという気がします。

## 直截的な対策が 質を高めるための近道

桜井 リスクマネジメントというと、セーフティとか、管理とか評価とか、いろいろなことがありますね。だけど、たとえば数学では、何か一つの問題があってその証明ができたとする。証明ができたとする、ある定理が成り立つことになるわけですね。しかし、この定理は成り立たないということを証明するのは、ものすごく難しいわけですね。

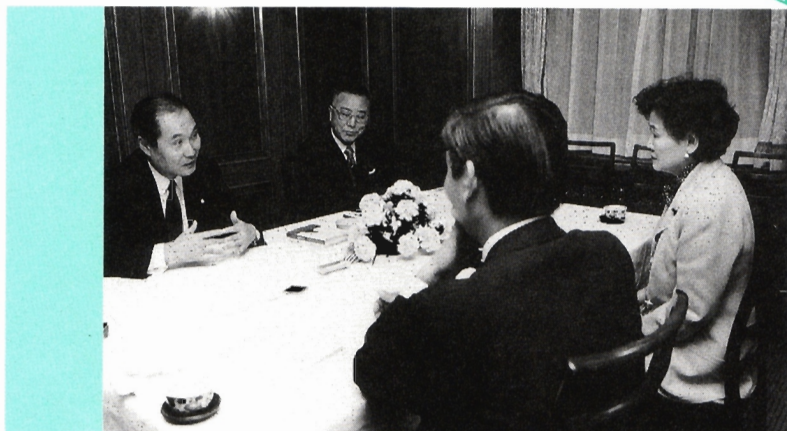
そうすると、リスクマネジメントというのはずばっと切り込んだ話で、非常に直截的だと思うんですよ。セーフティなんていうと割合距離のあるところから、暇があったらやってみましょうというような感じですが。

やっぱり、医療においてもあるいはヘルスケアにおいても、リスクマネジメントという立場からものを見た方が、結局、早くて安全度も高いものができるのではないかという気がしたんです。だから、こういうリスクがあると、まずリスクファクターを洗い出して、これはどのくらいの頻度で起こっている、それにどう対応したらいいか、それをどう防いだらいいかとか、逆にそっちからいった方が……。

早川 端的な例は針差し事故です。エイズの問題があって、激減したんです。これはエイズショックと言われています。そこで一つ言われているのは、院内感染委員会も開かれるようになり、医療従事者の意識が変化したことです。このようにリスクに対してのシステムをつくり上げて、それを日々点検しているところで、そういう事故は少なくなった。

たしかに予期できない事故もありますが、そういう部分では、リスクを考える人は大きな間違いが少なくなる、という考えの方が早いかもしれません。

田中 その通りです。要するにリスクマネジメ



ントというのは、予想できるものを予想して、それに対してきちっとシステムを組んでいくということ、これがやっぱり成長のステップなんです。これがないと成長しません。どこかで致命的なものになってしまう。

**早川** 最初の話に戻りますが、医療がディフェンシブになっていくとコストが高くなる。そのコストをだれが負担するのか。病院は余裕があればそのコストを吸収できますけれども、いまの病院の状態では、東京都においては73%の民間病院は赤字なんですから、そんなコストを吸収できない。

逆に赤字の状態が続けば、リスクファクターは経営の問題だけじゃなくて、ほかのさまざまな部分のリスクファクターも増すだろうと思うんですね。そうすると、だれがそのリスクマネジメントをして、リスクを防ぐためのコストを負担するかという問題は、やはり起きてきます。

**広中** ただ、そのコストもトータルに考える必要があるかもしれませんね。たとえばそういうリスクマネジメントをしたために、賠償金の支払いが減ったというのなら差し引きプラスでしょうか。さきほどの日本医師会の病院機能評価のために300万円とか、そのためにいろいろ費用もかかるかもしれません。しかし、たとえば1回、2回の訴訟と、その賠償金の支払いで何千万円かかるより安ければいいわけです。

最終的にはどのようなコストであっても、末端の消費者、受益者が払うことになると思います。しかし同じ払うんだったら、安く払いたい。そして同じ効果を得たいということだろうと思うんですね。

**桜井** アメリカのリスクマネジャーの考えはまさにそこなんです。医療訴訟がものすごく増えてきて、保険料がどんどん高くなってかなわない。そこで、どうしたらいいかということで、リスクマネジメントをしていったみたいですね。

**広中** だけどこれはあらゆるところに転用されるから、工場などでも昔は結構いろいろ事故もあったわけでしょう。それをきちんとしたシステム化で安全をとということになった。それから環境問題でも、汚染をすると結果的には致命傷になってしまう。

だから、リスクマネジメントは、いままでもあったのでしょうけれども、さらにそれをシステム化して、新たな考え方を注入することによって、ある意味ではアメニティの高い社会ができるのかもしれないね。

**田中** そう思います。結果的に多くのことの質を高めると思います。それは、結局国民にとっては非常にいい質を確保できるわけですから、大変いいことですよ。

**桜井** 非常にいい結論が出たところで終わりたいと思います。ありがとうございました。