

医学ジャーナリストを問う

秋元 秀俊さんさんのプレゼンテーション草稿

医学ジャーナリスト協会シンポジウム 2009.5.23

まず、このシンポジウムのきっかけになった、エピソードをほんの少し振り返っておきたいと思います。

去年の3月のことですが、医学ジャーナリスト協会の会員に、大野会長から東大医科研の上昌広准教授のメールが転送されました。わたしは、上先生からのメールを以前から受け取っておりましたので、勤務医の意見を掬い上げる面で有用なものがある反面、事故調に関して意図的な解釈を示されていたものですから、内容を吟味せずに転送することは不適切である旨のメールを大野さん宛に送信しました。すでに1年以上前のことですが、私のプライベートのメールは大野会長によって会員宛てにそのまま転送されてしまいましたので、ご記憶の方もおられると思います。

その後、転送されたメールの中には、上先生からのものばかりでなく、このようなものもありました。金沢大学の打出医師からのものです。インターネットの医師専用サイトの掲示板やブログで、医療事故被害者への誹謗中傷が増えていくという記事のコピーです。

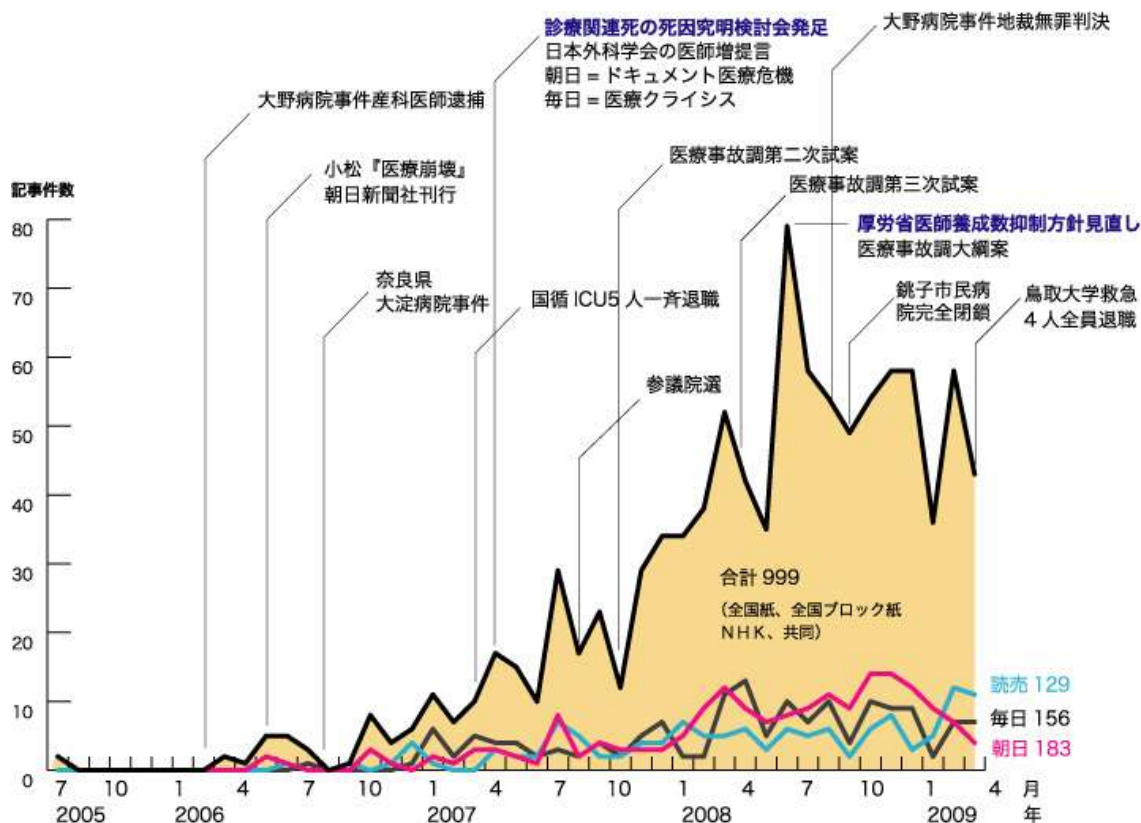
金沢大学の産科の打出先生ご自身がインターネット上で「日本の全ての医師の敵」と攻撃されたことが書かれており、「ネットでの匿名の中傷は恥すべきことだ」とコメントされています。

さて、今日の主題は、情報発信力とともに検証力ということですが、時間の節約のために『医療崩壊』というターミノロジーにフォーカスを絞ります。

ご存知のようにこの言葉は、2006年5月に朝日新聞社から刊行された小松秀樹医師の著書の書名です。

ニフティの新聞記事検索で、『医療崩壊』という言葉が文中に出てくる記事を全国紙、ブロック紙、NHKなどについて月単位で検索し、その数を記録してみ

ました。



2006年の秋までに『医療崩壊』という言葉が記事に出てくるのは、ほぼこの本の書評だけです。しかし、『医療崩壊』は、診療関連死の死因究明検討会すなわち事故調検討会とともに、現在の医療をめぐる多様な問題をひとことで表現する言葉として、すなわちひとつのものの見方として広がり、産科の閉鎖、小児救急の不足、さらには地方自治体病院における医師不足、そして医師養成数抑制閣議決定の見直しおよび事故調大綱案が発表される昨年7月をもって、その数は頂点に達するのです。

なお、この間、朝日新聞は183回、読売新聞は少し少なく129回、メディアによってこの流行語の使われ方には大きな違いがあり、NHKニュースでは『医療崩壊』という言葉は、この期間に2回しか使われていません。

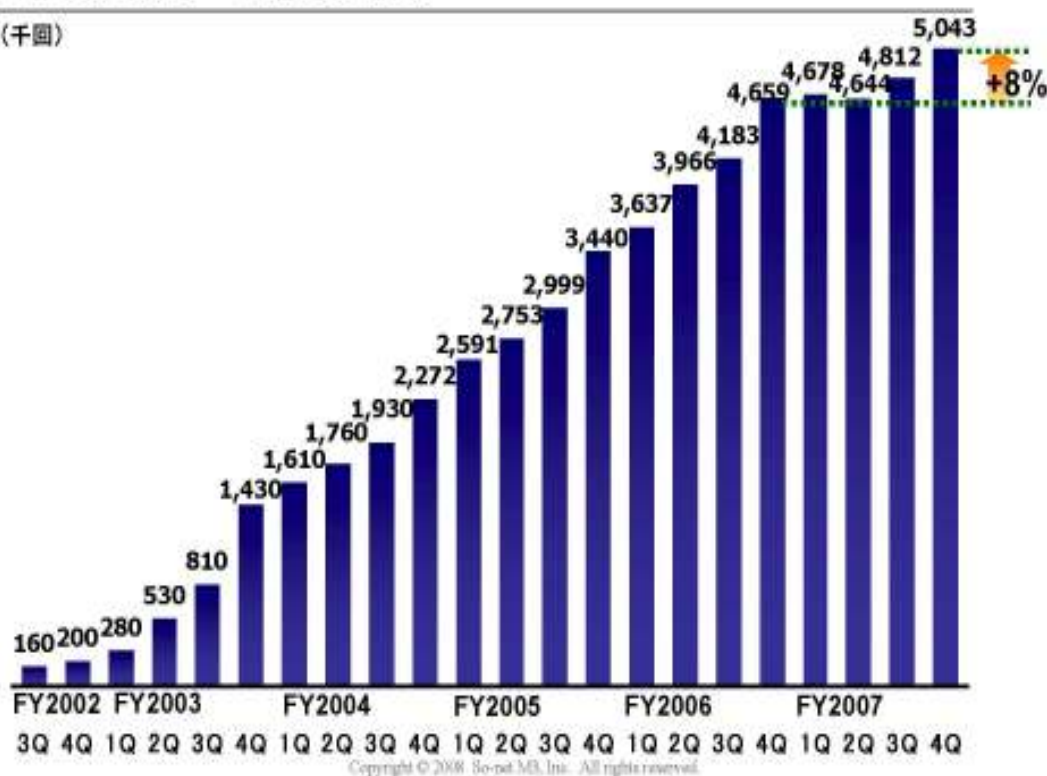
これはまた、新聞の情報発信力が衰えるなかで、インターネットによる情報発信が急速に拡大したこの数年間とも重なる現象でした。

一例として、医師専門サイトであるソネットエム3は、この時期に医療事故調問題、大野病院事件に関する情報発信の中核的役割を果たし、急成長しています。

m3.comへのログイントレンド

FY2002.3Q～FY2007.4Q

(千回)



8

さて、『医療崩壊』とは、現在では医師不足や医療費抑制によってもたらされた諸問題を表すフレーズとして使われていますが、元々の小松医師の著書では、若い医師が急性期医療の現場から離れてしまう現状を「立ち去り型サボタージュ」と名付け、それによって現在の医療供給体制が崩壊しつつある事態を指して、使われた言葉です。

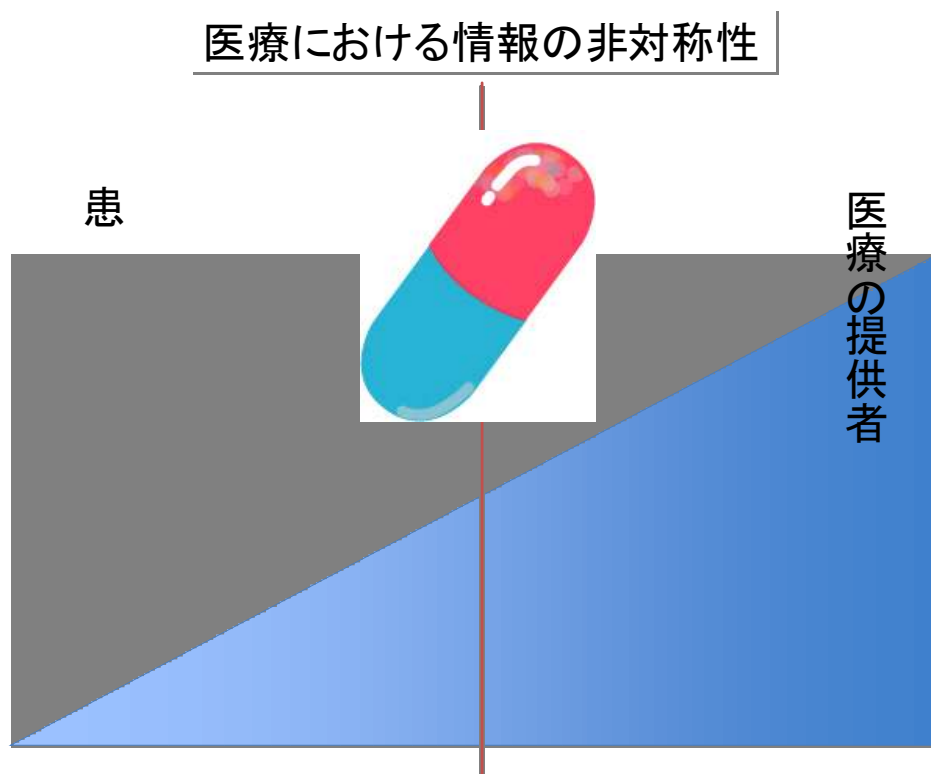
同書では、現在の諸問題を医療事故の刑事責任追及に求めましたが、ちょうどこの時期に、冒頭で話題にした医科研・上准教授が中心となって「現場からの医療改革推進協議会」が活動を始め、ロハスメディカルやソネットM3を通じて情報発信が始まりました。

「現場からの医療改革」グループの影響力は非常に大きなものになり、舛添厚労大臣の政策決定のための「安心と希望の医療確保ビジョン」は、その具体化に関する検討会の委員 11 人、舛添さん本人を含めて 12 人のうち半分が「現場からの医療改革」の発起人あるいは賛同者によって占められるという事態になりました。

ソネットM3の橋本さんやロハスの川口さんの事故調検討会の記事は、検討会の翌日に委員の発言を克明に報告するもので、大手メディアは、インターネットによって発信される2次情報、3次情報の後追いをするというような結果になりました。

そして、この時期にモンスターパシエント、クレーマー患者、コンビニ受診、医療に対する過大な期待などがひんぱんに、インターネット上、とくに医師限定サイトで問題視され、コメントされるようになりました。

たしかに、医療分野全体で、かつてのような安定した情報の非対称性は崩れ、医師にとってやりにくい時代になっていることは、おおいにあるでしょう。



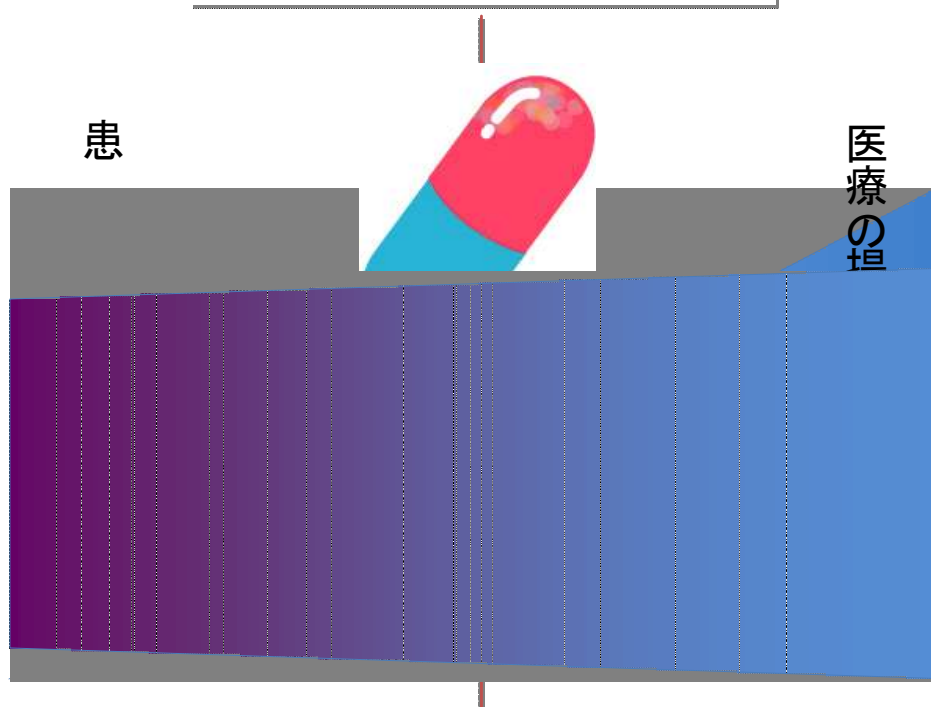
しかし、これは人びとが感謝のきもちを失ったとか、礼儀を弁えなくなった

という問題ではありません。昔から患者の情報量が医療者のそれに近い分野で、患者が最近礼儀知らずになったという話はありません。

情報の非対称性は情報量の非対称から、情報の質の非対称に変化しています。長く障害を抱える人は、その障害の専門家です。医師は、その病気の感覚にちょっとやそっとでは、追いつきません。病気の慢性化あるいは軽症化、急性期後の障害の長期化と増加によって、パターンリズムが成り立つ場面は非常に少なくなっていると思います。

このような背景があるからでしょう。『医療崩壊』キャンペーンのなかでは、患

医療における情報の非対称性



者・家族と病院の間の対立感情が医師によって強調されるようになりました。

<クレーマー患者 と 献身的に働く医師>という図式です。

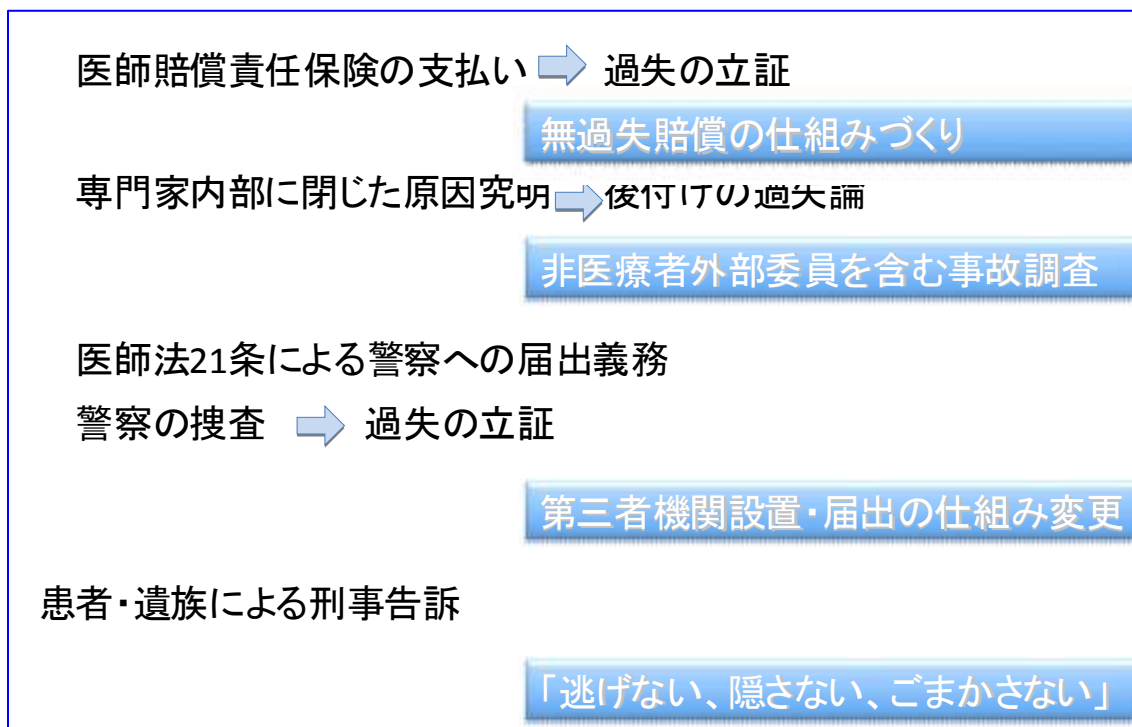
情緒的には、理解できますが、しかし、これは、虚構の図式です。

新聞記者は、現場に出向き、当事者に話を聞く、足で稼ぐといいますが、医療の現場から得られるコメントは、ネット上の2次情報を情報源とした3次情報かもしれません。この対立の構図は、医療事故に関する限り、あきらかに「虚構の物語」なのです。



いくつかの医療事故で医師の刑事責任が追及されることになった原因は、
 <クレーマー患者 と 献身的に働く医師>の間に生まれるコンフリクトではなく、
 むしろ<病院の管理者と現場>の間に生ずるコンフリクトでした。

まず、医師賠償責任保険の支払いに過失の立証が求められることが、その大きな理由です。過失の立証は、多くの場合、医療者個人がツメ腹を切られることとなります。



また事故調査は、今も多くの場合、専門家のみで行われていますが、専門家内

部に閉じた原因究明が、医療者個人の過失責任を追究する傾向を生みます。専門家は現場の状況に想像が働くために事実認定が甘くなり、システムエラーを見ません。医師の世界では、後医は良医と言われますが、医師のピアレビューにおいては概して、事故調査は「なぜ」ではなく「だれの」責任かに向かいます。こうして、しばしば後付けの過失論を作り上げてしまいます。大野病院事件も、その例外ではありません。

情緒的に〈クレマー患者〉が元凶だとすると、社会システムの改善は大変困難です。しかし、〈病院の管理者と現場〉の間に生ずるコンフリクトが元凶だとすると、無過失賠償制度や外部非医療者委員の参加した院内事故調査が解決策となります。

もちろん厚労省から病院管理者に対し、医師法 21 条による警察への届出が指導されていることが警察介入の大きな要因になっていることは、言うまでもありません。

届けなければ、管理者の責任が問われ、届け出れば、現場の医療者が刑事捜査の対象になります。いったん刑事事件になってしまえば、業務上過失致死の構成要件を立証するのが警察・検察の仕事ですから、捜査目的は原因究明を離れ、行為者の過失立証のみに向かいます。

これに対しては、院内事故調査、それで間に合わなければ第三者機関によって診療関連死を医師法 21 条から外すことが解決策になります。

患者遺族の刑事告訴に強く反発する医療関係者は、〈クレマー患者 と 献身的に働く医師〉という図式は情緒的に作りあげたものではないと言うでしょうが、刑事告訴された医療事故は、例外無く、その前提に病院による悪質な事故隠しがあります。その事実を重く見れば、「逃げない、隠さない、ごまかさない」という名大病院で確立された有害事象対処方針こそが、この解決につながります。

このように、〈医療者 対 病院〉の間につくられたコンフリクトを解消することが「医療事故の刑事責任追及がもたらす医療崩壊」の解決策であると考え

られます。

私も事故の当事者となって警察の取り調べを受けた方、3人だけですが、お話を聞いておりますが、いずれも以上の考え方をサポートするお話です。

この問題を繰り返し議論してきた女子医大の西田先生も会場にいらっしゃっておりますので、あとで是非、ご発言いただきたいと思います。

ネット上で嘸し立てられるように「クレーマー患者 対 献身的に働く医師」という構図で医療崩壊を考えるならば、死生観の教育、患者の啓蒙、あるいは病院を支える患者会によって医療に理解を広める、というようなことが歓迎されるのですが、これは社会システムではなく文化の問題です。

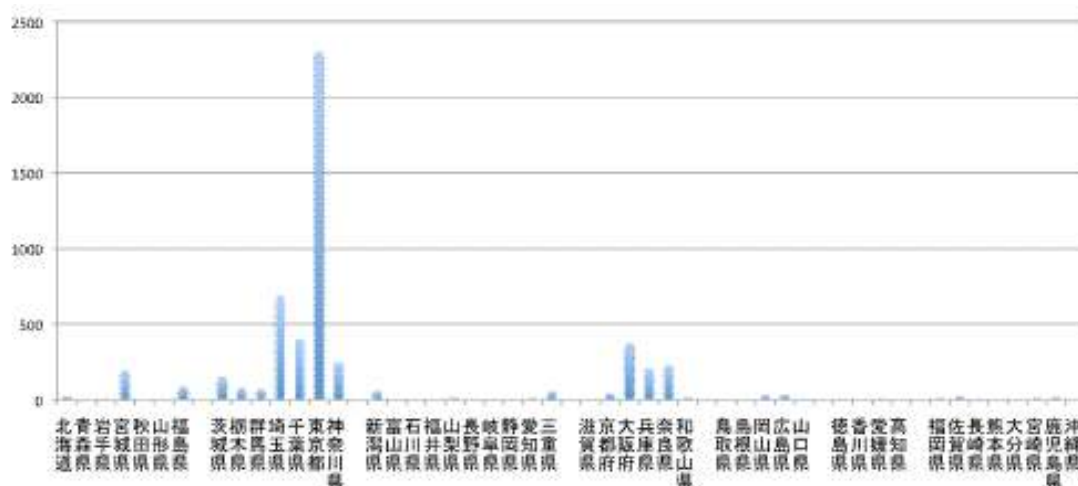
また、救急患者のたらい回し報道は、しばしば『医療崩壊』の象徴として扱われ、医師不足論の根拠にされますが、病院関係者であればだれでも知っていることでは、これは2次救急の数が、少ないのではなく、むしろ数が多いために起こっている問題です。

都市部にはたくさんの2次救急がありながら、多くの2次救急医療機関は各科の当直医師が担当する救急ですから、自分のところが最適な搬送先だとは自覚できないために、照会回数がある程度積み上がらないと受け入れないという事態が起こっています。

このグラフは重症救急患者の受け入れ先を6回以上照会した回数を県別に示したものです。これがメディアによってたらい回しと称されるのですが、たらい回しは2次救急の過剰な首都圏に集中しています。

(青字は時間の関係で当日は省かれた部分です)

重症患者の受入照会回数6回以上の件数(平成19年度)



消防庁報道資料2008.3より

このたらい回し報道をめぐって、メディアと医療界は対立を深めてきたのですが、
じつは、たらい回し報道によって、救命救急センターが充実するという構図が
つづいてきました。

子どもでも老人でも、軽くても夜中でもいつでも受け入れる北米型ERは、それを担当する医師としては、何でも屋で、専門性のない医師と軽視され、メディアにおいてはコンビニ受診キャンペーンによって罪悪視されてしまいます。そして2次救急の問題を、救命救急の方々が話し合い、救命救急センターの充実に向かう。これは、メディアと救命救急が手を取り合って作り上げてきたものです。

医療ジャーナリズムというものがあるとするれば、
「救急の不足という図式」で救急たらい回し報道に留まるのではなく
厚労省も一体となった救命救急の利権構造こそ問題として取り上げるべきです。

医療ジャーナリズムというものがあるとすれば、医療における、支配的なものの見方から距離をおいたものの見方をしなければなりません。今日の医療における、支配的なものの見方とは、際限のない「社会の医療化」です。医学の専門家が生病老死のすべての専門家であるとするものの見方です。医療ジャーナリズムは、読者が健康という名の病に取り憑かれないように常に警戒すべきですが、残念ながら、メディアは、医療の際限のない拡大を後押ししています。

高コレステロールという病気をつくりだして、健康な高齢者にスタチンを処方し、高血圧というリスク因子をいつの間にか病名に変え、高度に都市化が進んだために増加する社会的不適応に、つぎつぎにあたらしい精神病名をつけて、薬物療法の対象にしています。

はげからシワまでが治療対象となり、限りなく小さな未熟児が育つことに喝采を送ります。

不確実性の高い医療における不慮の事故について、世間は過失を疑うようになっていきます。

避けがたい有害事象であっても、患者家族は過誤を疑うようになっていきます。しかし、そもそも医療が確実なものであるという神話は、医療の専門家が不可避的な合併症を含む診療関連死を隠し続けることによって作りあげてきたものです。

隠したのは昔の話だと、多くの医師は言いますが、8年前は患者にとって昔のことではありません。医療安全の考え方も、5年前と今では様変わりしています。しかし、心だん病気に関係のない人は、5年前と今を区別することはできません。

一般人が医療の不確実性を理解するためには、有害事象をオープンにするだけでなく、検診や薬や治療の有用性が必ずしも高いものではないことをもっと正確に患者に教えるべきです。医療の現場が、医学サイエンスの進歩をそのまま反映するものではないという当たり前の事実を認めるべきです。

医療ジャーナリズムというものがあるとすれば、その使命は、社会の医療化に疑いの目をもつこと、すなわち医療の社会化です。

