

## 総合討論

(司会) 清水 孝雄 (東大・生化学・分子生物学)  
永井 良三 (東大附属病院・院長)  
飯塚 悦功 (東大・化学システム工学)  
上原 鳴夫 (東北大・国際保健学)



清水 孝雄



永井 良三



飯塚 悦功



上原 鳴夫

**清水** 医学・医療の安全の科学というテーマで充実した討論が行われたと思います。実験分野の方では、現在のところ大きな破綻は起こしていませんが、これはしっかりしたガイドラインや標準があり、また放射線におけるコールドランのようなシミュレーション実験が必ず行われるからではないかと思えます。もちろん、顕在化していない問題が今後起こる可能性もあり、これには今後監視が必要でしょう。

医療の面では工学系や他の分野から出されたいくつかの提起に、医療分野がどう答えてきているのか、という流れとなりましたが、キーワードは標準化、シミュレーション、教育の三つではないでしょうか。標準化はどのレベルで行うのか、一つの医療機関では当然として全国標準にすべきか、するとしたらその内容は何かなど考えていく必要があるでしょう。また、シミュレーションはどの程度行われているのでしょうか。これについては重要なことですが、今回の議論では不十分ですので、調査も含めて今後の課題としたいかがかと思えます。いずれにしてもこのような異なる分野からの率直な討論は大変有意義

であったように思います。

**永井** 本シンポジウムは医療安全を中心に議論されましたが、医学研究における安全性の問題も多くの示唆に富んでいました。基礎研究の成果はいずれ臨床に還元されますが、同時に安全管理の問題も臨床に直ちにかかわってきます。基礎研究で用いられる試料や生物材料は歴史の浅いものも多く、一歩間違えれば環境や健康への影響は甚大です。このような領域における安全対策は、臨床現場に大いに参考になります。さらに今後、医療資源が医療の質や安全確保に基づいて配分される制度の導入が予想されますが、同様に医学における教育研究費も研究における安全管理の状況に基づくことは必須でしょう。

講演の中で最も強調されたのは、標準化でした。大学病院では、ややもすると先端性のみが強調される傾向がありましたが、先端医療と標準医療をどのように両立するかを真剣に考えなければなりません。社会科学と技術を結びつける社会技術研究という分野がありますが、このような手法を医療安全に生かしていくことができると思います。同時に、病院運営のあり方を基本から見直す作業も必要

でしょう。

**飯塚** 医療の外から企画させていただきましたが、安全というものは、私たちがこれまで取り組んできた研究や開発で良好な成績を上げることとは違ったパラダイムを持たなければ、達成できないと認識すべきではないかと改めて感じました。一つは人間が絡んでいるということです。河野さんもおっしゃっていましたが、人間とシステムとのアンマッチによって、さまざまなミスが誘発されてくることを認識しなければなりません。

もう一つは、多くの人が全部行わなければ実現できないということです。確実性と絡みますが、要は危険というゲリラに対して、すべてを守り尽くす体制を持たなければ安全にならないという、きわめて不利な闘いです。どのような方法論でいくかを確立しなければ、これはできないのかなと思っています。起きたものは当たり前に見える、しかしこれから起きることに関して適切に予測はできない状況です。

今回の議論でさまざまな知見が提示され、いくつかの施設においてはすでに実現されています。これをきちんと体系として広めていく、もしくはこのようなことを行っていく、価値を置くという宣言をもって社会に影響を与えていく必要があると思います。

このシンポジウムのテーマは安全ですが、私は質が専門で、質と安全は切り離して考えてはいません。そう考えたときに、医療における質や安全を達成するためには、医療関係者だけが全部責任を持って進めていくという体制を崩さなければだめだと思います。私は社会技術と申し上げました。社会が全体として持たなければならない技術ですから、みんなが取り組まなければならないと思います。

そこで、この分野の私自身の研究テーマに、医療社会システム工学という名前をつけました。社会がどのようなシステムを持たなけれ

ばならないか、これは提供するにしてもそうですし、質を上げていくための活動にしてもそうです。これには医療関係者も、薬、医療機器、行政、さまざまな人たちがかわらなければなりません。そうした方法論が必要であることを提唱しなければ限界があると思います。これは資源の配分等、さまざまな根深い問題が出てきていますが、これらを徐々に解決するためには、新しい価値観、方法、アプローチをぜひここから提案していきたいと強く思いました。

**上原** 私も同じようなことを思いました。初めのご発表の、研究の話を大変興味深くお聞きしました。医療と共通する問題として、やはり理解者がほしい、理解していただくということは、私達にとって都合のよいところを理解していただくことではなく、先端を走るものとして、誘惑が数多くありますが、それにきちんと歯止めをかけてくださることも含めての話です。そのためには、自分達自身をさらすということがないと、本当の理解者も得られないと思います。

医療も科学であるとするれば、そうした理解者が必要です。お金の限らず、いろいろな社会的な仕組みがないとやっていけないのですから、それを決定する人たちが本当に理解してくれないと医療の現場は非常に難しいです。その意味で、昨日はメディエーターという言葉でお話しいただきましたが、そういったものが育ってほしいと思いました。

そのことと関係して、パブリックヘルスというお話をしました。私どもはこの間、飯塚先生や河野さん、さまざまな方のご指導をいただきながら取り組んでいます。それでよかったと思うのは、専門知識でアドバイスをいただくことはもちろん、医療の場に医療者ではない人がおられて、この方々は私達が持っているような「これは多くの事情があって」という言い訳を何も持っておられないわ

けです。私達が言い訳をすると、そのたびにびっくりされることが、私達にとってはまたびっくりであったという、その対話が非常に貴重であったと思います。

医者とは患者になったら変わると昔からよく言われます。武見太郎先生(元日本医師会長)が病気になられてからの本を読んで本当に感銘を受けました。その中で、巨大技術を小さな壺に押し込めようとしているという話をされていましたが、その話がまさにいま現実になっていると思います。

河野さん、飯塚先生、棟近先生ほか、医療以外の方で医療を見ておられる方と話す機会が増えますと私達が仕方ないと言うことを、仕方ないでは済ませてくださらない。それは当たり前で、私達がいくら辛い思いをして、患者さんに申し訳ないと思っても、次の日は別の患者さんのために気持ちを切りかえて対応しているわけですが、患者さんはそれでおしまいです。仕方ないでは済まないという視線を私たちの医療の中に持つことが、非常に重要だと思えます。

私は、マネジドケア自体は悪いものではないと思いますが、米国における行き過ぎを見ていますと、医療者の味方は患者さんだと実感します。最終的には、患者さんが病気をきちんと治してもらい、危険をなくすために、医療者がきちんとした仕事ができるよう、自分たちが何とかしようという声を上げてくださらなければ、私達医療者は孤独であり続けるだろうと思います。米国がマネジドケアの行き過ぎでまさにそういう時代を迎え、患者さんと医療者が連帯し始めたのがクリントンの報告につながり、“To err is human”につながったという経緯があります。

その意味では、医療訴訟が増えてきて、患者さんと対峙する雰囲気ができつつあることは非常に心配しています。私達はもっと患者さんを味方につけていく必要があります。現

実の医療の中にはいい加減なものがあります。私自身、30年臨床に携わってきて、本当にいい加減と思うことがしばしばありました。そうしたものを切り捨てるといっておかしいですが、きちんと指摘し、変えていき、いまはものがない、お金もないけれども、われわれはここまでがんばっている、ここから先は社会的支援がないとできないという限界を見せていかないと、ジャーナリストも国民も理解してくれないだろう。そしてノンメディカルの方々に一緒に参加していただき、証人になっていただきたいと、昨日、今日の話聞いてもう一度確認しました。

永井 ありがとうございます。いくつかのキーワードが出てきたかと思えます。標準化、パブリックヘルス、社会との連携、医療資源の配分、これらが論点かと思えますが、標準化は言うは易く行うは難しというところがありますが、現場で苦闘されていらっしゃる方、いかがでしょうか。

土屋文人(東医歯大) 昨日も申し上げましたが、薬物療法の根本の根本である処方せんの書き方の標準化ができていません。ある病院では、あの先生は大学出身だから、これはこういう意味だという解釈をしています。ここを決めずに「これから先エラーを起こすな」という話ではなく、まず標準化を行わなければなりません。薬剤師が処方せんの書き方を言うのは処方権がないからおかしいのですが、この10年間、東大病院を中心として、処方せんの書き方を変えてきました。ですから、ここで決めなければならぬのではないのでしょうか。決めたら、それに合っていないところは何年以内に変えていく。これは医療情報システムも変えなければなりませんから、かなり大変ですが、一つこれだというものがない限り、標準化以前の話かと思えます。

永井 その場合、各病院がそれぞれ努力す

るのでしょうか、各病院で標準化されても、それがまた違ってきます。医療の難しいのは従事者が移動するという事です。看護師さんも動くし、医師もどんどん変わる、毎年10~20%が入れ替わっていきます。そうすると病院を超えるような権限、監視機構が必要になります。そこはどのようにお考えですか。

**土屋** キシロカインの場合、それぞれの病院がいくら言ってもなかなか聞いていただけませんでした。学会が共通で統一見解を出したところ、かなり説得力がありました。ですから日本医学会など、なるべく大きなところが、基本的にはこうするというのを何らかのかたちで言っていたのがよいと思います。

**永井** 実際には病院で統一する前に、医局や各医師のばらつきがあって、それを越える権限は病院長すら持てないのが現実なのだろうと思います。

**棟近雅彦**(早大) 私は医療の質について取り組み始めて5年ぐらい経ちます。5年前までは製造業の品質管理などに携わっていましたが、その当時は標準化がそれほど重要だとは思っていませんでした。というのは、私がいたところはすでに標準化ができていたので、その重要性に気づかなかったわけです。病院を見るようになって初めて、標準化の重要性について勉強しました。標準化が遅れているのは事実で、各病院では行うべきことは行っていたきたいと思います。

工業界では、何か困ったときにはJIS(日本工業規格)があります。JISはそれほど大したことが決まっているわけではありません。むしろ個別の企業のほうがもっと厳しい規格を持っています。しかし、何かよりどころとなるものを決めるうえでは非常に役に立ちます。いまは決まっていなくても、何かするかというとJISがあるわけです。

病院ごとの標準化は、病院ごとにしっかり

進めていただきたいと思います。医療界全体で標準化してしまえば済むと思うことが多数あります。たとえば処方せんの書き方一つ決まっていないというのは、私も河野さんも非常に驚きだったわけです。みんながそれを決めなければと思っているのに、決めようとする主体もないし、JISのようなものもない。私が言ったように、厚生労働省あたりでJMS(Japan Medical Standards)のようなものを考えるのも必要ではないかと思います。

JISは官主導ではありますが、そのようなかたちでは難しい場合は、次善の策として学会などが主体となって何かを決めるという方法もあります。ところが、医学関連の学会の多さには、私もびっくりしました。いったいこの活動をどこに言えばよいのか、多くのところに言わなければならない。そこも何とかしてほしいというのが希望です。

**上原** 標準といったときに、特に米国でプラクティスガイドラインの押しつけがありました。よい質をとということもありますが、コスト抑制という意図で押しつけられた面もありました。日本で標準というと、こういったイメージになっているところがあるような気がします。

標準というのは、プラクティスガイドラインもそうですが、技術標準もあります。たとえばカテーテルのサイズでもフレンチサイズと号と両方がありました。あるいはダイヤルを右に回すと大きくなるものと小さくなるものがあつたり、スイッチが逆だつたりします。また処方の書き方、たとえば「朝昼晩」だけでも、10種類ぐらい書き方ができると思います。

こういったことを標準化することは別に押しつけでも何でもありません。最初は戸惑うことがありましようが、少なくともこれから習う研修医にとってはどれでもよいわけで、そのことに抵抗はないはずで、そのことに

よって縮小できる労力，時間，負担，ミスは非常に大きいです。標準化はさまざまところで必要ですが，標準化したほうが明らかに現場がよくなると思われるところから進めればよいと思います。

プラクティスガイドラインについては，EBMが強調されていますが，エビデンスはランダムイズド・コントロールド・トライアル（RCT）だけではないと言っています。さまざまなかちのエビデンスがあってよいと思います。とりわけ外科系，処置に関することは，ランダムイズド・コントロールド・トライアルは難しい。

RCTとは限らず，まずは少なくとも学会の権威の方々によるコンセンサスがあってほしいし，たとえばA，B，Cと3種類あってもよいと思います。それと違う方法をとろうと思う人は，それを臨床研究として進める仕組みをつければよいでしょう。コンセンサスができなければ，一つの方法に決めなくても「5つのやり方があるので，5年後ぐらいに成果を比較できるような研究を学会でやりましょう」ということでよいわけです。ただ，大方決まっているところについては，複数でも，EBMになっていなくても，まず「標準案」をつくるのが大事です。つくることによって，その評価ができるようになると思います。

ただ日本では，コンセンサスづくりという部分が弱かったわけです。米国でもコンセンサスづくりは難しかったようです。有名なのは癌治療のNIH Consensus Developmentです。JCAHO（Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations）はデルファイメソッドを使っていました。リーダーシップを持っている方々が中心になって素案をつくって， $\alpha$ テストを行い，それを現場の人に回して，もう一回テストするという3段階でつくっています。できるところからやってみると，標準化が便利だということがわかってき

ます。処方書の書き方の標準も，一度つくってみて便利だということがわかれば，ほかのことでも進めようということになるのではないのでしょうか。

ちなみにNDP（医療のTQM実証プロジェクト）では，インスリンのスライディングスケールの標準化に各病院で取り組みました。最初は大変だったようですが，最終的には，それができることによって，安全に，便利になったという経験をしています。やればできますので，私はまず手を着けてしまうのが早道だと思います。

**永井** 一つのモデル病院ではなく，複数の病院で連合体を形成したほうがよいですね。NDPというのは，飯塚先生を通じて間接的に聞いていますが，こういった活動をなさってきたのか，少しご紹介いただけますか。

**上原** NDPとは米国でバーウィックらが中心となり，ジョンズ・ホプキンス大，ハーバード大，メイヨークリニックなど錚々たる21病院と品質管理の専門家がペアリングして，品質管理の考え方が医療でも有効であることを実証しようということから始めたプロジェクトです。

初めてでしたから，それほどうまくいったというわけではありませんが，いままでと全く違う考え方，プロセス重視で，医療にとって非常に重要だという認識ができました。そこでバーウィックは，勤めていたハーバード・コミュニティ・ヘルスプランを辞めてIHI（Institute for Healthcare Improvement）という推進母体をつくり，JCAHOもそれに基づいてスタンダードを変えてしまうほどのインパクトがありました。

日本のNDPでは，質・安全をきちんとしたいと思われるトップがいて，かつ中間レベルにそれを推進できる職種を超えた「Qエキスパート」の候補がいる病院に参加していただきました。そして飯塚先生のお世話で，品質

管理の現場でトヨタ系やコニカ、前田建設などデミング賞を取られたような企業で、実際に取り組まれてきた優秀な専門家を紹介していただきました。厚生労働省から研究費の助成をいただいておりますが、基本的にボランティアベースで取り組んでいます。

病院合同改善プロジェクトのテーマはまず「投薬ミス」、とりわけ「危険薬の誤投与防止」を中心として、いまの厳しい環境でもここまではできるということを示さないと国民の理解や支援を求められないという思いで取り組んできました。

平成 15(2003)年度までに、誤投薬の防止とインスリンのスライディングスケールの標準化、危険薬の指示あるいは希釈指示の標準化などを提案しました。平成 15 年からは転倒・転落の防止と臨床研修、とりわけ研修医や看護師が行う、しかし潜在的に危険を伴う処置、鎖骨下静脈穿刺や胃管挿入など安全管理の仕組みづくりのため、まずリスク予知分析を行い、平成 16(2004)年からそれを病棟のシステムにどう反映するかということに取り組みます。

2カ月に1回集まっていたいただき、自分たちで問題を見つけ、問題を解決する能力を育てながら、互いの経験を出し合います。病院に帰ると、エキスパートの人は大いにやる気がありますが、ほかの人は聞いてくれない。あるところはうまくいくけれども、あるところはうまくいかない。そういったときに、よその病院でこうやってうまくいったという話は大変励みになります。自分たちの病院だけだとどうしても言い訳に走ってしまいますが、グループの中で一番がんばっているところを目標にするとやっていけます。

厚生労働省から、その成果をどんどん広めるようにと言われておりますので、公開セミナーのかたちで広めながら、意欲のある病院にコア病院として加わっていただいて、発信

力を強めていきたいと考えています。ぜひご支援をよろしく願いいたします。

**永井** 事故や医療の質の問題もそうですが、確率論ですので、規模が小さくないと見えないですね。痛い思いをすると、そこで初めて学習する。大きい病院は、確率は同じですが、経験する回数も多い。だから、まずは特定機能病院などでいろいろ痛い目に遭う。中規模、小規模の病院ではめったに痛い目に遭わない。そのうちにどんと大きな目に遭う。そうすると、連合体で経験をシェアするなど、教訓を早め早めに知っていくことが大事でしょうね。

このあたりのところはいかがでしょうか。フロアでご意見があればお願いします。

**三宅祥三(武蔵野赤十字病院)** 私は平成 12 年ごろからお話ししていますが、いま永井先生がおっしゃったように、事故やリスクの高い医療を行っているのは、特定機能病院や研修病院などある一定規模の病院に多いと思います。なぜかというと、地域でリスクの高い患者さんを全部引き受けているからです。ですから、私の話の最後のほうで申し上げましたが、そうした病院が情報をお互いに共有して改善し、予防していくべきだろう、医療界全体で情報を共有していく必要があるだろうとずっと言ってきました。それが今回、評価機構で情報を集めて行うことになったわけで、大変うれしく思っています。

特定機能病院や研修病院などはリスクを抱えた医療をしているから、研修医の教育にもエネルギーを使っているし、医療安全への情報提供もしているのだから、保険点数を 11 点にしてほしいと書いたり言ったりしたことがあります。日本全体の医療を考えたときに、そうした病院が倒れたら、開業医の医療も成り立たなくなります。ですから、日本全体の医療を考えたときに、重みづけはどうあるべきか。そしてそうした情報をどこで集めて、ど

う還元していくか、それを仕組みとしてつくってほしい。いまそういう動きに変わってきていますので、ぜひ経済的支援も考えていただきたいと思っています。

**永井** 日本の医療はアクセスは非常によいし、コストもわりと安く済んできた。しかし、クオリティは必ずしも確保されてこなかったと思います。医療費の増加があまり期待できないのであれば、アクセスをどのようにするのか、機能分担ということになりますね。医療資源の配分も何に基準を置くのか。エクセレンスに基準を置くのか、確実性に置くのか、継続的な教育・研修に置くのか、このあたりのところが大きな問題になるかと思えます。

**松岡 健** (東医大) 資源配分で私が提案できることは、医療の現場と大学病院という観点です。先ほど清水先生からキーワードでシミュレーションというお話がありました。私はそれが非常に重要だと思えます。私どもの大学でも IVH の問題があって、かなり叩かれましたが、そのあとすぐ教育に取り組みました。結局シミュレーション、IVH のモデルを買おうと、かなり予算をかけるようになります。では、大学だけでやっていてよいのかという問題があります。やはり全体的に考えて、医師会などでスキルスラボをつくっていったらいいのかと常々思っています。特に厚生労働省や文部科学省が特色ある GP というので、大学にけっこう予算を配分しています。私どもも何を買おうか、スキルスラボにしようかと言って、大学はほとんど買っていますが、大したものをつくっていません。それをオープンにつくっていく必要があるというのが 1 点です。

2 点目は、永井先生がおっしゃったように医学教育だと思います。医学教育で、富士研にしても、卒後教育、PMET にしても、ほとんどは教育技法にいつてしまっていて、コースの一つとして安全教育を考えてください、技術を

考えてくださいというだけで終わってしまう。卒後教育のワークショップも指導医教育だけで終わってしまう。医師会なり医学会で、安全管理なり安全だけをやるワークショップができないかと感じています。

**高久史廣** (日本医学会長) 昨日の飯塚教授のご講演で医療安全学のご紹介され、本日の上原教授のご講演でも学際複合科学としての医療安全学のご紹介されました。昨日、本日のシンポジウムでのご講演、討論を聞いて考えたことですが、わが国で医療安全学会を設立する必要があるのではないかと。関連する学会として病院管理学会がありますが、医療安全学会はそれよりももっと幅の広い層の研究者、関心をもつ人たちの集まりとする必要があると考えます。わざわざ学会としたのは、日本の社会では学会としたほうが注目度が高いこと、医療安全に関しては研究、並びに病院管理者などに対する教育が必要なこと、社会に対する発信に際してもその方がより効果的であることなどを考えたからです。

昨日からの議論にもあったように、医療の安全を確保するためには費用がかかります。その費用の必要性を世の中に訴えるときにも、学際的な学会が訴えたほうが医師だけの集団が訴えるよりもより効果的であると考えます。日本の医学界には学会が多すぎる。したがって、個人的には関連学会の融合などによってもう少し学会数をへらしたほうがよいと考えていますが、それでもあえて新しい医療安全学会の設立を提唱したのは、先に述べた理由によります。このシンポジウムに参加された方々が中心になられ、設立の発起人会を発足されてはと思います。日本医学会としてご協力できることがあれば、できるだけのことをしたいと考えております。

**永井** 従来より病院管理学講座もあります。臨床の現場から見ているとちょっと感覚

が違う。医療安全，トータルクオリティマネジメントまで含めた病院管理学ではなかったような気がします。そこまで含めて考える必要がありますね。

**小泉 明** (日本医学会副会長) 大変力強いご発言をいただいています。社会医学担当として責任を痛感しております。医療学に対していろいろなご意見がありました。先ほど永井先生がおっしゃった、病院管理学会は名称としては病院のマネジメントだけれども、内容としては医療そのものを科学として研究する、その研究の発表の場にするということは、20年ぐらい前から論議されています。ただ、医療科学会という名称に変更するところまでもいきませんし、また外に向けて、自分たちの考えていることを提案するところまでまもらないまま今日に至っています。

たとえば日本医学会が、高久会長がおっしゃった医療安全学会を提案するかたちで、医療に関するサイエンスの研究の場が学会として定着していけば、社会医学系統の衛生学、公衆衛生学、病院管理学のメンバーは元気づくと思います。今日は思いがけなく、社会医学に関する重要なご提言をいただいて、大変感銘深く、また責任を痛感いたしました。

**永井** そろそろ時間ですが、これだけ言っておきたいということはいかがでしょうか。

**児玉安司** (三宅坂総合法律事務所) 事後対応というテーマをいただきながらお話しできなかったことがありますので、一つだけ追加させていただきます。

医療というサービス産業は年間70万人以上の方が亡くなって、そのサービスから去っていくという非常に特殊な産業です。先ほど医療社会システム工学という話がありましたが、患者さんは病院で年間70万人以上が亡くなり、さまざまな統計によれば、そのうちの約10%に何らかのエラーがあり、残りの約90%に医療従事者は何らかの悔いを残し

て送り出している。ご遺族に対する癒しとご遺族の許しが得られるような、人の心に働きかける心理学的な、社会学的な知見を踏まえた、組織的、体系的なミッションが組み立てられていない。患者の死をサービスの終わりにしてしまう医療であるから、いま紛争が増大しているのではないか。こうした視点を取り込んだ取り組みを、私たちも含めて考えていかなければいけないと思います。

**永井** 私も最近思いますが、ハイリスクの患者さんの治療、手術等で、結果が悪かったときに、癒しを誰が行うのか。移植医療と同じように、ハイリスクの医療、あるいは一般の医療でもそうかもしれませんが、コーディネーターが必要ではないかと思います。これはいま看護師や医師の隙間になっています。そうした新しい職種をつくって、医療現場に投入できればと考えています。

それでは全体のまとめを飯塚先生よりお願いいたします。

**飯塚** 門外漢の私が全体のまとめをしてもよいのかどうかよくわかりません。ずっとお話をうかがって来て、また私たちからもプレゼンテーションをして、会長からお話がありましたが、私も同じように医療安全に関して、学として確立すべき時期に来ていると感じます。私たちは医療関係以外からのさまざまな理論を拝借できるようになっていますし、医療分野においてさまざまな方法論、技術を適用した実績を持っていますし、それがどうして有効であるかという理屈についてもわかってきているように思います。

中心になる哲学はすでに確立していると思いますし、それを具現化するためのさまざまな要素技術も蓄積されていると思いますし、それをシステムとして構築していく方法論も持っていると思います。では、人間に対してどのように教えていけばよいか、どういった要素が必要であるかについても、だいたい



わかってきています。

そうすると、こういう体系なのだということ、いまはやりの Body of Knowledge、知識体系として整理できるところまで来ているのかと思います。もし可能であるならば、関係者が集まって1,000ページぐらいの医療安全学のハンドブックを書くことが、学の確立の象徴的なできごとだと思います。それをできるかできないかが、日本という社会の医療にかかわる一つのレベルです。新しい治療法ができるのも一つのレベルですが、医療安全を確立できるというのも一つのレベルかと思えます。近い将来、学会の設立と併せて、そうした成果物が出てくることを考えたいと思えます。

もう1点は、これも会長がおっしゃいましたが、学会、専門家集団として、さまざまなメッセージを社会に発信していきたいと思えました。私たちは私たちの価値観でさまざまなことを行っていますが、それをわかしてもらわなければいけない。安全であることをわかしてもらわなければ、安心とは言えません。安全から安心へというのは、いま原子力安全に関してキーワードになっていますが、医療においても同様のことが起こるわけです。

社会から見て、さまざまな誤解や偏った見方がある。これは世論を形成するマスコミにも原因があるかもしれませんが、そうした中で毅然たる態度で、ニュートラルな意見を、

ファクトに基づいて述べていくのは義務ではないかと思えます。それによって社会のレベルが上がってくれば、よい方向に行くと思います。そうした責務を負っているので、私も一緒に取り組んでいきたいと思いますが、ぜひ積極的に進めていただきたい。このシンポジウムがその機会になれば素晴らしいと思います。

私たちもこのようなシンポジウムを数多く経験しています。集まって、その場ではそうだ、そうだ、いいねと思うのですが、それで忘れてしまうことが常です。ですから、フォローアップが大事です。一つはシンポジウムのたびごとに、何らかのコミュニケなり声明なりを出していく。それをフォローするような宿題、課題をしかるべき人に出して、何カ月後にフォローしていく。こうすることによって、着実に前に進んでいくドライビングフォース、ファシリテーターになれるのではないかと思いますので、そのようなこともご検討いただきたいと思います。

門外漢がこのようなところにお招きいただき、ある意味では高名な方の前でご進講申し上げるようなところがありましたが、非常によい経験でした。難しいけれども、道があるという期待を持っています。私もこの分野に入ってきたのですから、少しでも何かできるようにしたいと決意を新たにしました。どうもありがとうございました。