

害反応防止のため情報共有を進めよう

2025年6月12日インド西部で旅客機が墜落し、乗客乗員242人のうち241人が死亡しました。こういう記事を見ると航空事故は多いと思ってしまうが、実際の事故発生率は、他の交通機関と比較して非常に低いとされています。その理由の一つは強固な安全対策です。事故調査委員会が徹底した事故防止策を立案し、それが全世界の航空会社で共有されています。

医学の世界でも、失敗や事故を共有し改善する取り組みはあります。しかし民営化や規制緩和が進むと、「赤字を出さない」ための圧力が高まります。「患者中心の医療」が叫ばれて久しいですが、営利が優先されると、医学・医療の画一化が進み、患者の求める医療から、外れてしまいがちです。たとえば、入院後の作業手順標準化（クリニカルパス）の取り組みは、誤りを防ぎ、入院期間を短縮することに役立ちます。しかし患者が予想外の反応を示したとき（バリエーション）への対処が省力化されていると、単に画一的な医療を押しつけるだけに終わってしまいます。そして害作用出現の危険性が高まる。

日本の場合、患者は症状に応じて複数の診療科を受診せねばなりません。処方科ごとにこなされ、受診するごとに処方量は増えてしまいます。全体の処方を統括的に調整する診療科は、現在のところ、存在しているとは言えません*。残薬調査さえ計画的になされていません。処方された薬剤を服用するかどうかは、薬剤師の最終チェックの後には、患者に任されてしまいます。また薬剤を服用して体調が悪くなったとき、患者は別の診療科を受診するかもしれない。すると害が害を呼び寄せてしまう、害反応 - 処方カスケードが起こる危険性が高まるのです。

前号でご紹介した「医療消費者は、最も重要な役割を担っている」（チャールズ・メダワー）という言葉の通り、患者からの情報還元なしに安全な医療の提供は不可能です。診療の場面で健全なインフォームド・コンセントが実現すれば、害反応 - 処方カスケードの危険性を減らすことが可能です。そのためには、医師以外にも、看護師や薬剤師、他の医療スタッフが、患者から積極的に情報を受け取ることが大切です。医療者には患者と情報を共有し活用することが問われています。

* 医師会提唱のかかりつけ医制度は、現状で、統括的役割を果たしているとは思えない。