

<巻頭言>

「医師不足」

(財) 医療科学研究所評議員 自治医科大学公衆衛生学教室教授 中村好一

<医療安全管理の現状と展望 特集論文>

「特集にあたって」 pp.1-3

(財) 医療科学研究所客員研究員 国際医療福祉大学薬学部教授 池田俊也

「医療機関における医療安全への取組状況：「患者安全推進年」から1年後の状況」
pp.5-16

(財) 医療科学研究所 国際医療福祉大学薬学部 池田俊也

国際医療福祉大学小田原保健医療学部 小林美亜

「わが国における報告制度の変遷と外部報告制度の今後の課題」 pp.17-32

財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部 木村眞子

「医療安全管理の現状と展望：京都大学医学部附属病院における医療安全管理の現状」
pp.33-53

ハーバード大学公衆衛生大学院客員研究員 (平成16年度安倍フェロー)

京都大学医学部附属病院安全管理室 廣瀬昌博

「医療安全管理を巡る諸問題について：インシデント・アクシデントレポートを中心に」
pp.55-71

三重大学大学院医学系研究科環境社会医学講座医療管理学

三重大学医学部附属病院安全管理室 兼児敏浩

「手術・麻酔の安全管理」 pp.73-83

滋賀医科大学医学部附属病院医療安全管理部 坂口美佐

「インシデント・アクシデントにより発生する医療費推計の試み」 pp.85-96

国際医療福祉大学小田原保健医療学部 小林美亜

(財) 医療科学研究所 国際医療福祉大学薬学部 池田俊也

国際医療福祉大学附属三田病院 国際医療福祉大学大学院 武藤正樹

「産科における有害事象に関する研究」 pp.97-109

横浜国立大学大学院国際社会科学部研究科博士課程後期 渡邊弥生

国際医療福祉大学小田原保健医療学部 小林美亜

(財) 医療科学研究所 国際医療福祉大学薬学部 池田俊也

(財) 医療科学研究所 慶應義塾大学医学部 池上直己

「フランスにおける有害事象・当事者エラー・組織エラーの全国調査：病棟スタッフとの共同による前向き調査」 pp.111-125

フランス医療監督庁 Philippe Michel

フランス アキテーヌ県臨床評価・質調整機構 Jean Luc Quenon

(訳) (財) 医療科学研究所 国際医療福祉大学薬学部 池田俊也

「医療におけるエラープルーフ化」 pp.127-137

中央大学理工学部経営システム工学科 中條武志

ノースカロライナ州立大学繊維学部 Timothy G. Clapp

ノースカロライナ州立大学繊維学部 A. Blanton Godfrey

<研究ノート>

“ Avoiding Pandemic Influenza: Improvements and Concerns in China ’ s Public Health System ” pp.139-145

The Japan-China Joint Team for Medical Research and Cooperation

<巻頭言>

「医師不足」

(財)医療科学研究所評議員 自治医科大学公衆衛生学教室教授 中村好一

(全文)

私の勤務する自治医科大学ではこの春、医学部に 106 人の学生が入学した。定員は 100 人なので、6 人の超過である。昨年は 104 人、一昨年は 102 人と、年々 2 人ずつ増加している。これは昨今の地域における医師不足の問題で、総務、文部科学、厚生労働の 3 省の合意のもとに行われていることである。地域医療を旗印に 47 都道府県が出資している学校法人が運営している自治医大にこのような任務が回ってくるのは当然といえば当然であり、まさしく不足しているのは専門医ではなく、自治医大が目指している地域で活躍する総合医なのだから致し方ない。自治医大の定員 100 人を都道府県の数 47 で除すると 2 (余り 6) となる。多くの都道府県からは 2 人、そして一部の都道府県からは 3 人の新入生を採用するのだが、昨年度は「3 人採用して欲しい」という要望が 41 都道府県から大学に対して出されている。学生が増えると教員の負担もそれだけ大きくなるが、自治医大に対する追い風であることには間違いはない。

話は一転するが、私の専門とする疫学の分野では数年前、倫理問題で相当の逆風が吹いた。曰く「対象者の健康に関する個人情報が無断で研究に利用している。」これに対して国や日本疫学会の倫理指針等の整備や、各研究施設における倫理審査委員会の設立など、環境整備が行われてきたのも事実ではある。一方、「揺れた振子はまた元に戻るよ」とその頃から言っていた（だからといって何もしていないわけではない。日本疫学会の倫理関係の文書の原案は全て私が作った）が、まさしくその通りになってきて、最近では個人情報保護法に基づく個人情報の取扱いに起因する問題の提起などもなされている。

医師不足問題についても、自治医大への追い風がなくなるのは少し寂しい（困りはしない、これまで 30 余年に渡って地域医療に対して貢献してきたという自負はあるし、評価もされている）が、早く揺り戻しが起こって欲しいと思うし、起こすようには行動を起こさなければならないと思う。

＜医療安全管理の現状と展望 特集論文＞

「特集にあたって」 pp.1-3

（財）医療科学研究所客員研究員 国際医療福祉大学薬学部教授 池田俊也

（全文）

医療を提供する上で最も優先されるべき課題は「安全」であることは言うまでもない。マスコミでは医療事故や医事紛争について連日のようにショッキングな報道がなされており、国民の関心も大いに高まっている。

しかし、わが国において医療安全（患者安全）に対する本格的な取り組みが開始されたのは、ほんの5～6年前のことである。その契機となったのが、1999年1月の横浜市立大学医学部附属病院における患者取り違い事故と、同年2月に起きた東京都立広尾病院での消毒薬静脈内誤注入による患者死亡事故という2つの大きな医療事故であった。これらの状況を受けて、厚生労働省は、2001年を「患者安全推進年」と位置付け、患者の安全を守ることを旨とし、幅広い関係者の参画の下に体系的かつ広範な取組を推進するため、「患者の安全を守るための医療関係者の共同行動（PSA）」を実施することとした。その具体的な行動としては、2001年度（平成13年度）予算に基づき、医療安全対策検討会議を設置し、中長期的かつ体系的な医療安全対策の全体構想を検討・構築すること、ならびに、医療安全対策を効果的に推進するため、厚生労働省医政局総務課に医療安全推進のための企画・立案などを行う「医療安全推進室」を設置することなどであった。

その後、各医療機関では、医療安全管理者の配置やインシデント・アクシデント報告の収集・分析など医療安全対策が進展している。その一部の情報は財団法人日本医療機能評価機構に集められ、全国規模での集計が行われている。また、医療界のみならず航空業界等さまざまな異業種で開発された手法の普及や、諸外国で開発された研究手法の国内への適用など、様々な試みがなされてきている。このような状況の中で、「医療安全管理の現状と展望」という特集号が企画されたことは、誠に時宜を得たものであり、企画された編集委員の先生方に敬意を表する次第である。

今回の特集では、医療安全に関する最近の動向ならびに今後の課題について、第一線の研究者に執筆いただいた。前半の5編は、医療安全の現状ならびに今後の課題・提言を示した論文である。池田らは、行政による本格的な取り組みがスタートした「医療安全推進年」から1年後の時点で医療機関に対するアンケート調査を実施し、黎明期における現場の取り組み状況を報告した。木村は、日本医療機能評価機構においてインシデントおよび医療事故情報の分析に従事された経験を踏まえ、外部報告制度のあり方について提言を行っている。廣瀬は、安全管理室室長として自施設での医療安全管理体制と業務の実際について紹介している。兼児は、医療安全管理の現状と問題点についてインシデント・アクシデントレポートシステムを中心に考察を行っている。坂口は、麻酔科

専門医の立場で、手術室における安全管理に向けた最近の手法について紹介している。

後半の4編は、より研究的要素の強い論文である。先進諸国では、予防可能な医療事故・有害事象の発生頻度と社会的コストに関する研究が進展しており、わが国でも、医療安全対策を実施するための基礎的データを得るために同様の研究が求められている。小林らは、インシデント・アクシデントレポートが提出された症例のレセプトを詳細に分析し、「インシデント」ならびに「アクシデント」により発生した追加医療費の集計を実施している。渡邊らは、先進諸国における調査方法に基づいた診療記録の遡及的レビューにより把握した産科領域における有害事象の発生頻度に関する全国調査結果を報告している。Michel らは、フランスにおいて全国規模で実施された、有害事象頻度把握調査の概要を報告している。中條らは、製造分野で発達したエラープルーフ化の手法を医療分野で効率的に進める方法について、米国における経験を基に論じている。

なお、マスコミ報道などでは「医療事故」「医療過誤」「医療ミス」などの用語が混乱して用いられ、誤解を招くことも少なくないので、本特集号における用語の基本的な定義を記しておきたい。

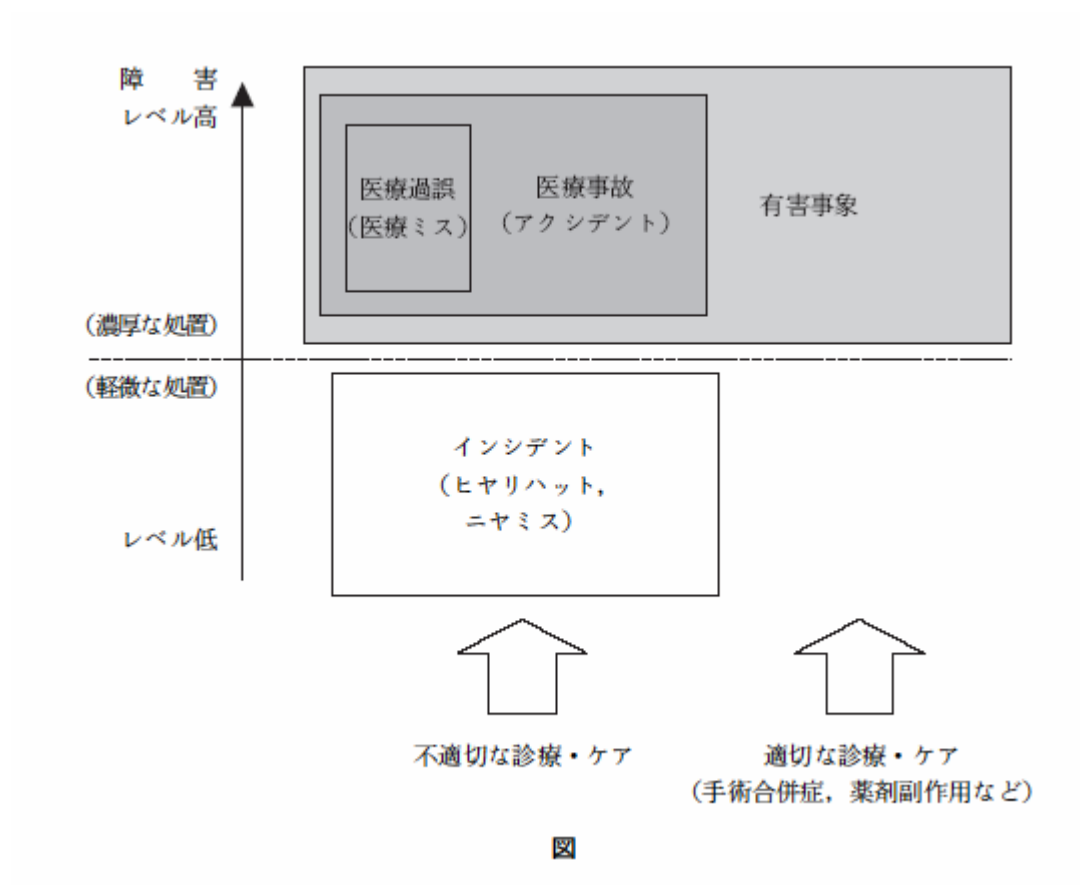
「医療事故」とは、医療提供者に過誤があった事象（医療ミスや医療過誤）のみを意味するのではなく、過誤の有無を問わず、患者・家族・医療者等に障害を与えた事例を指して用いている。「アクシデント」も同義で用いている。

これに対し「インシデント」は、「ヒヤリハット」「ニヤミス」と同義であり、アクシデントには到らず患者に障害を生じなかった事例を指す。但し、患者に障害を生じた場合でも、外来で実施できる程度の軽度の処置・治療で済んだ場合にはインシデントに含めている。

「有害事象」は、患者に障害が残った事象すべてであり、医療事故だけではなく、適切な診療を実施したにもかかわらず偶発的に発生する手術合併症や薬剤副作用などが含まれる（図）。

医療提供者が、訴訟やクレームに萎縮することなく安心して最新の医療技術やケアを提供し、受療する患者側もそれを信頼できるような社会的基盤を確立することが何よりも重要である。そのためには、医療安全管理に関する研究を進展させ、その成果を積極的に発表し、医療現場に生かすとともに、一般国民への啓発にも努めていくことが必要と考える。本特集号がその一助になれば幸いである。

最後に、限られた準備時間の中で労作をご提供いただいた執筆者の先生方に感謝申し上げますとともに、小生に医療安全管理に関する研究の機会と環境を与えてくださった池上直己教授（慶應義塾大学医学部）ならびに新木一弘部長（広島県福祉保健部）にこの場を借りて御礼申し上げます。



「医療機関における医療安全への取組状況：「患者安全推進年」から1年後の状況」
pp.5-16

(財)医療科学研究所 国際医療福祉大学薬学部 池田俊也
国際医療福祉大学小田原保健医療学部 小林美亜

厚生労働省は、2001 年を「患者安全推進年」と位置付け、毎年 11 月 25 日を含む 1 週間を「医療安全推進週間」と定めて医療安全に関する意識向上をはかることとした。また、医療安全に関する基本的な考え方を取りまとめた「安全な医療を提供するための 10 の要点」（以下、「10 の要点」と略）を公表するとともに、この標語をもとにそれぞれの医療機関においてその特性などに応じた独自の標語が作成できるよう、各標語に解説と具体的な活用方法を記載したパンフレットを作成した。しかしその普及状況については明らかでなかった。そこで筆者らは、2002 年 9 月の時点における、「医療安全推進週間」ならびに「10 の要点」の認知度、独自の標語の作成状況などについて、全国の医療機関に対してアンケート調査を行った。

調査対象は、大学病院本院 80 施設、国立がんセンター、国立循環器病センター、その他の病院 918 施設、有床診療所 594 施設とし、自記入式調査票を用いて、2 段階に分けて実施した。第一次調査票の回収数は 428 通、第二次調査票の回収数は 118 通であった。

医療安全推進週間の存在を知っていた医療機関は約半数のみであった。また、「10 の要点」の内容をよく知っているとの回答は約 3 分の 1 であり、医療機関における認知度は高くない状況であった。独自の標語を策定した医療機関も約 3 割に留まっていた。しかし、今回の調査において、安全管理に対する意識の高い医療機関から様々な取組みが報告されており、有益で他施設へも適用可能な活動が数多く含まれていた。これらの知見を参考にしながら、各施設においてより安全な医療を提供できる安全文化が醸成されることが望まれる。

「わが国における報告制度の変遷と外部報告制度の今後の課題」 pp.17-32

財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部 木村真子

安全管理を行うにあたり、最初に行わなければならないのはまずどこに危険が潜んでいるかを明らかにすることである。今日、この risk identification のために最も一般的なのは、医療事故やニア・ミス事例に関する報告制度であろう。本稿では、2000 年以降にわが国で急速に制度整備が進められた医療機関内、並びに外部報告制度の変遷と報告制度が医療機関や周辺環境に及ぼした影響を概観したうえで、外部報告制度の今後の課題について検討した。報告制度の歩みは、わが国における医療安全の取り組みの進展と大きく重なっている。わが国では、制度開始当初に体系的に情報の収集・分析を行う体制が整っていた医療機関はごく一部であったが、2000 年以降、医療安全を目的とした報告制度は広く国内の医療機関で取り入れられ、また外部報告制度の整備も進められてきた。わが国の外部報告制度は、当初からリスク・マネジメントでなく医療安全のために、組織を超えた学習の場となることを目指して設計されてきた。しかし、社会の制度に対する認識や外部の制度と医療機関の内部体制の整備との間にはギャップが存在している。こうした問題を解決しなければ、外部報告制度において質のよい情報を得ることは望めない。今後は、こうした組織内部の状況も視野に入れた上で、医療安全に対する社会全体のコミットメントの確保や制度の改善を検討する必要がある。

「医療安全管理の現状と展望：京都大学医学部附属病院における医療安全管理の現状」
pp.33-53

ハーバード大学公衆衛生大学院客員研究員（平成 16 年度安倍フェロー）

京都大学医学部附属病院安全管理室 廣瀬昌博

わが国の医療安全活動は、1999 年 1 月横浜市立大学病院で発生した医療事故を契機に始まったと考えてよい。一方、米国では 1999 年 11 月に米国医学研究所から「IOM レポート」として医療安全に対する方策が発表された。この 1999 年は、医療安全に関与する者にとって印象深い年である。わが国でも IOM レポートがわが国の医療安全の牽引力となったことは事実であるが、それよりも同年の大学病院における医療事故によって医療安全の活動が大きく前進したのである。

1999 年 1 月の医療事故の後、2001 年国立大学附属病院長会議から「医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて」（提言）が公表され、“医療事故防止委員会の設置”、“専任のリスクマネジャーの配置”、“インシデントレポート報告体制の採用”などが提言された。また、国立大学附属病院安全管理協議会が国立大学医学部附属病院における医療安全に関する事項について検討する場として、2002 年度よりその活動が開始された。

一方、厚生労働省は、2002 年 10 月すべての病院および有床診療所の管理者に対し、医療に係る安全管理のための“指針の整備”、“委員会の開催”、“職員研修の実施”、“インシデントレポートの採用”などの医療安全体制の確保を義務付けた。さらに、翌年 4 月、同省は特定機能病院や臨床研修病院に対し、“医療に係る安全管理を行う者の配置と部門の設置”、および“患者相談窓口の設置”などを義務付けた。

京都大学医学部附属病院では、2000 年 2 月末に医療事故が発生し、医療安全活動が開始された。それは“医療事故防止委員会の設置”、“総括リスクマネジャーの任命”、“インシデントレポート制度の採用”などであった。さらに、2 年後の 2002 年 4 月には専任医師によるリスクマネジャーが任命されるとともに病院長直轄の安全管理室が誕生した。

本稿では、わが国の医療安全に関する活動について概観するとともに、京大病院において、とくに安全管理室の設置された 2002 年 4 月から 2005 年 3 月までの医療安全に関する活動を、日常的な事項と医療事故発生時について述べる。

「医療安全管理を巡る諸問題について：インシデント・アクシデントレポートを中心に」
pp.55-71

三重大学大学院医学系研究科環境社会医学講座医療管理学
三重大学医学部附属病院安全管理室 兼児敏浩

本邦の医療安全対策において、インシデント・アクシデントレポートシステムは中心的な役割を果たしてきたが、いくつかの問題点が明らかになってきた。特にレポートを提出しても多くは有効な改善策を提示できないことが問題であり、このような事例が増加することによりシステムの信頼性が低下することが危惧される。また、このシステムは殆どの病院で導入されているが、医師からのレポートが一件もない病院が 50%にのぼり、これらの病院では医療安全対策そのものが適切に実施されていない可能性がある。医療安全の推進にはインシデント・アクシデントレポートの問題点を理解の上、適切に活用することが必要である。

「手術・麻酔の安全管理」 pp.73-83

滋賀医科大学医学部附属病院医療安全管理部 坂口美佐

本稿では手術・麻酔領域における有害事象発生の現況、手術室で発生しやすいエラー、安全管理に向けた最近の手法を紹介するとともに、インフォームド・コンセントを含めたリスク・マネジメントについて概説する。米国、オーストラリア、ニュージーランドにおける調査研究によると、手術に関連した有害事象は全有害事象の 24～66%を占めている。手術室で発生しやすい予防可能なエラーとして、患者・部位の間違い、異物残存、薬剤誤投与が挙げられる。これらを予防するためには、より包括的な確認システムの構築が必要と思われる。また、手術室の職場環境は独自の特徴を持ち、航空業界との共通点が多いといわれている。航空業界から学んだ安全管理の手法として、インシデントレポートと CRM (Crew Resource Management) について述べる。一方、手術・麻酔のリスク・マネジメントにおいては、インフォームド・コンセントおよび患者とのリスク・コミュニケーションはきわめて重要である。しかし、日本においては麻酔の説明内容の標準化および説明内容の記録は十分ではなく、今後の課題と思われる。手術・麻酔のリスク・マネジメントにおいては、原子力や航空など他のハイリスク産業から学ぶ点が多いと思われ、医療に適した新しい手法の開発と現場での活用が期待される。

「インシデント・アクシデントにより発生する医療費推計の試み」 pp.85-96

国際医療福祉大学小田原保健医療学部 小林美亜

(財) 医療科学研究所 国際医療福祉大学薬学部 池田俊也

国際医療福祉大学附属三田病院 国際医療福祉大学大学院 武藤正樹

本調査研究は、ヒヤリ・ハット事例（インシデント）及び医療事故（アクシデント）によって発生した医療費の推計を試みた。地域中核病院1施設を対象とし、1年間に提出された487件の出来事報告書の中から、追加的医療行為が発生した事例を抽出した。次に、出来事報告書から、インシデントもしくはアクシデントに関連した治療や検査などの医療内容の特定をさらに詳細に把握した。そして、特定した医療内容をもとに、レセプトから、薬剤、処置、検査、追加入院日数などの各費用を把握した。出来事報告書から追加的な医療行為が認められた112例のうち、インシデントは99例、アクシデントは13例であった。インシデント、アクシデントにより、患者1人あたり、それぞれ、平均約1万円、約12万円の追加医療費が発生していた。インシデントもしくはアクシデントが発生した患者で費やされた総医療費は、約195万円であった。アクシデントが発生した場合には、濃厚処置・治療が発生し、中には入院期間の延長を招いた症例もあり、インシデントよりも医療費が高かった。把握されたインシデント、アクシデントには、予防対策を未然に講じることで防ぎ得ることができると考えられる事例も少なからず含まれていた。医療費を抑制する観点からも、防ぎ得る事例を確実に予防していくことが重要である。

「産科における有害事象に関する研究」 pp.97-109

横浜国立大学大学院国際社会科学研究所博士課程後期 渡邊弥生

国際医療福祉大学小田原保健医療学部 小林美亜

(財)医療科学研究所 国際医療福祉大学薬学部 池田俊也

(財)医療科学研究所 慶應義塾大学医学部 池上直己

本調査研究では、諸外国で行われた遡及的診療記録レビューによる有害事象の把握調査の手法に則り、訴訟件数が多い産科領域に焦点をあて、医療の質保証の観点から、有害事象の性質、頻度を明らかにすることを目的とした。

本研究で把握する有害事象は、「患者への意図せぬ傷害 (injury) や合併症で、一時的または恒久的な障害 (disability) を生じ、疾病の経過でなく医療との因果関係が認められるもの」と定義した。対象は、産科を診療科にもつ 13 病院 (特定機能病院 3 病院と、その他の 10 病院) において、2002 年度に退院した入院患者 (精神科を除く) の診療記録各 250 冊を無作為抽出した中から、産科症例 313 例を調査対象とした。レビュー方法は 2 段階方式から成り、はじめに、有害事象の可能性のある症例をスクリーニングするための 18 の基準に基づいて看護師が調査し、次に、18 の基準に該当した診療記録について複数の医師が有害事象の判定を行った。

遡及的診療記録レビューの結果、産科の有害事象の発生率は 2.9% であった。本調査研究で把握された産科の有害事象の特徴としては、予防可能性が低く、もしくは予防は実際上困難という事例が殆どであった。しかし、「産科出血に対する対応の遅れ」といったような予防可能性が高い有害事象も認められ、このような事象に対しては予防対策を講じていくことが重要であると思われた。

「フランスにおける有害事象・当事者エラー・組織エラーの全国調査：病棟スタッフとの共同による前向き調査」 pp.111-125

フランス医療監督庁 Philippe Michel

フランスアキテーヌ県臨床評価・質調整機構 Jean Luc Quenon

(訳) (財) 医療科学研究所 国際医療福祉大学薬学部 池田俊也

本研究は、公的病院と民間病院において、入院の原因となった有害事象および入院中に発生した有害事象の両方の頻度を調査し、予防可能性を評価するとともに、その主な当事者エラーや組織エラーについて分析することを目的とした。入院患者を最長で7日間にわたり観察し、有害事象発生率を調査した。対象は、層化三段無作為抽出法により抽出した。対象となった各病棟では、まず看護師の調査者が17項目のスクリーニング基準を用いて有害事象を把握した。次に医師調査者が、患者の受持医と協力するとともに、診療記録を閲覧して、有害事象の医療との因果関係の程度、予防可能性、当事者エラーを分析した。その後、一部の有害事象について根本原因分析を実施した。

71病院、292病棟における8754人の患者が対象となり、のべ35,234日分の在院期間（内科系病棟は17,194日分、外科系病棟は18,129日分）について調査が行われた。把握された有害事象450件（外科系247件、内科系203件）のうち、40%は予防可能と判断された。66%の外科系病棟と58%の内科系病棟では、各病棟における7日間の調査期間において少なくとも1件の有害事象が把握された。有害事象は虚弱患者に多く発生しており、有害事象発生患者の平均年齢は全体の平均年齢より4歳高かった。全入院のうち3.9%（95%信頼区間3.4～5.6%）は有害事象が原因となっていた。その3分の2は地域（一般医）により提供された医療によるもので、残りは以前の入院が原因となった再入院であった。これらの有害事象のうち、47%は予防可能と考えられた。薬剤関連が約40%を占めていた。

入院中に発生した有害事象頻度は入院1000日につき6.6件（95%信頼区間5.5～7.5）であった。これらのうち35%は予防可能と考えられた。侵襲的処置、特に外科的治療は、入院中に発生した有害事象の半分を占めていた。予防行為や診断行為に関連した当事者エラーは、治療行為によるものより予防可能なものが多かった。組織エラーは分析した45件の有害事象のうち37件（82.2%）を占めていた。全145件のエラーのうち、チームワークの問題がもっとも頻度が高く、有害事象の発生に密接に関連していた。

フランス全土では、予防可能な入院が12.5万～20万件、入院中に予防可能な有害事象が12万～19万件発生しているものと推計される。周術期ならびに高齢患者の診療について、注意を払う必要がある。特に、啓発、トレーニング、エラーや有害事象の分析に基づくリスク管理文化が、緊急に、幅広く、必要とされる。

「医療におけるエラープルーフ化」 pp.127-137

中央大学理工学部経営システム工学科 中條武志

ノースカロライナ州立大学繊維学部 Timothy G. Clapp

ノースカロライナ州立大学繊維学部 A. Blanton Godfrey

多くのエラープルーフ化の対策が、医療分野で実施され、成功をおさめている。しかし、それらのほとんどは、医療分野におけるエラープルーフ化に関する既存のノウハウをうまく活用することなく、個別に考案されている。また、これらの対策は、既に発生したエラーに対して事後的に行われている場合が多く、FMEA 等を用いた未然防止の立場からのアプローチが求められている。本論文では、エラープルーフ化を進めるプロセスを①改善の機会を見つける、②対策案を生成する、③対策案を評価・選定する、という3つのフェーズに分けて捉えた上で、各々のフェーズにおいてどのような困難さがあるのかを明らかにした。また、これらの困難さを克服するための具体的な支援ツールとして、①ヘルスケア一般化失敗モード、②エラープルーフ化対策案を生成するための質問、③SPNの3つを提案するとともに、医療分野における6つの実際のエラープルーフ化プロジェクトの観察を通して、その有効性を検証した。結果として、これらの支援ツールを3つのフェーズに沿って用いることにより、列挙される失敗モードの数や生成される対策案の数が増加し、エラープルーフ化をより効率的に進められることがわかった。

<研究ノート>

“Avoiding Pandemic Influenza : Improvements and Concerns in China’s Public Health System” pp.139-145

The Japan-China Joint Team for Medical Research and Cooperation

Avian influenza has been surged in the mainland of China. The outbreaks and the occurrence of human cases are testing China’s capacity to cope with a potential pandemic. China’s government has taken precautions to strengthen its public health system and improved its transparency and accountability after SARS crisis. However, rural areas, extremely vulnerable spots in the country’s public health system during a long period, remain a concern. There are obstacles to prevent and control the disease, such as a high opportunity of human exposure to infected poultry, a limited access to disease information, and lack of human and material resources for medical facilities. Thus, relevantly high risks of acquiring the infection lie in China’s rural areas. To re-establish the primary level of public health system, to reduce poverty in rural areas, and to avoid the potential threat of the pandemic, the government shoulders a heavy responsibility.