

単なる”義行”で終わらせないために ～私たちにできることは何なのか？

市川 衛（NHKディレクター）

「きちんと名乗れ」―― 志村さんは研修医に、そう厳しく指導するとい  
います。

技量や経験がまだまだ不十分な研修医、そのことを患者さんに知られること  
は、ちょっとプライドが傷つくことかも知れません。伝えないことはウソでは  
ない…そうってしまうのも理解できます。しかし、自分を担当している医  
師がどの程度の経験や技能があるのかは、患者さんにとって最も知りたいこと  
ですし、安心して治療を受けるために欠かせない情報です。それを隠し、きち  
んと伝えないことはフェアではありません。

志村さんのお話を聞いていると、どんな出来事にも感情を動かさずに飄々と  
向き合う冷静な人柄を感じます。しかしその胸の奥底には、ウソを許さない真  
っ直ぐな気持ちが強く根付いている、そのことが今回の行動へと志村さんを向  
かわせたのだと感じました。

研修名目による、歯科医師による麻酔の横行。そして、患者に情報を隠した  
まま続けられた強引な腹腔鏡手術。それぞれ大きな問題を抱える行為です。し  
かし、きっと現場にいる医療関係者たちは、それほど「悪いこと」をしている  
という意識を持ってはなかったのではないかと勝手に想像します。

「手術現場に麻酔科医が足りない。だから”必要悪”として歯科医師を使っ  
ているのだ。わざわざ患者さんを不安がらせることもなかろうから、言わなく  
て良いじゃないか」

「高度な手技に挑戦することは、医療の発展のために欠かせないことだ。事  
故はいわば”必要悪”として起きること。わざわざ患者さんに伝えることじゃ  
ないし、伝えたら、断られるに決まっているじゃないか？」

医療現場に限らず、組織においては往々にして、このような間違っただ論理が  
「正論」として蔓延する現象が起きます。そのような組織の内部で声を上げる  
存在は、むしろ邪魔者として爪弾きにされることのほうが多いのです。過去の  
例を見ても、告発者が「自分だけ良い子ぶる偽善者」と周囲に指差され、筆舌  
に尽くしがたい扱いを受けることが少なくありません。志村さんが病院におい  
て、パワーハラメントによって味あわされた仕打ちの理不尽さはいかほどの  
ものだったのでしょうか。志村さんは6年もの長い期間、そうした仕打ちに耐え、  
ついにひとつの動きを作り出しました。その粘り強さに敬服しますし、まさ

に” 義行” と呼ぶにふさわしいものと思います。

しかし。その尊い行いが単純な” 美談” に終わってしまえば、何も変わりません。固着した医療界の” 常識” をほんの少しでも変え、悲劇が再び起きないようにするために、何が必要なのでしょうか？

志村さんはそのヒントとして、イギリスで起きた事件についてお話をくださいました。にわか勉強で恐縮ですが、今日1日、ネットで検索して見つけた資料をもとに経緯を記してみます。（下記の経緯の大枠は末尾の参考資料からの引用ですが、筆者による編集・省略が行われています。また筆者は裏取りをしていませんので、不確実な情報が含まれている可能性があります。講義レポートという性格上、これらの問題点をご容赦ください）

\*\*\*\*\*

舞台となったのは、イギリス・ブリストル。ロンドンの西、美しい村の風景で知られるコッツウォルズをさらに西に行き、ウェールズとの付近にある地方の中核都市です。この町で3次救急を担うブリストル王立小児病院において事件が起きました。告発したのは、ひとりの小児麻酔科医。1995年までの数年間に、53人の小児が複雑心奇形のため心臓手術を受け、その29人が死亡しました。異常な死亡率であり、病院に所属する特定の外科医の手腕に問題があることは明白でした。義憤を感じた麻酔科医は院長に告発。しかし、その訴えは黙殺されます。結局この事態はマスコミによりイギリス全土に報道され、議論を巻き起こしました。

心臓手術後に死亡した子どもたちの遺族が医師と病院を相手に医療訴訟を起こし、医師の登録監査機関である General Medical Council は院長と1人の心臓外科医を医師免許停止、もう1人の心臓外科医を一定期間心臓手術に携われないという処分を行いました。

しかし遺族は医師の処分にとどまらず、さらなる詳しい調査を求めました。

イギリス政府は特別調査委員会を設置し、徹底的な疫学研究を行いました。詳細な聞き取りや、カルテを含む90万ページに及ぶ記録の調査、そして7回に及ぶ公聴会が開かれました。例えば「3次救急を行うこの病院には、とくに重症な子どもが入院したからこそこうした事態が起きたのでは？」という疑問に対しては、全イギリスのデータをもとに特殊な統計手法による分析が行われ、

病院の患者の特性をかんがみたとしても、この死亡率は統計的に異常であると結論付けられました。

イギリスから学ぶべきは、これらの事故を単に医師個人の資質に帰着させるのではなく、「システム」の問題だと考えたことです。公聴会を通して、(1) 制度や病院運営に患者・一般市民を参画させること (2) 危険な診療と問題から学ぶ教育システムを制度化すること (3) 学会レベルではなく、国レベルで標準的な診療を提示すること (4) 診療成績を透明化し、外部からの評価を受けること など 198 に及ぶ提言が示されました。その後イギリスでは、ブレア労働党政権のもと、科学的根拠に基づく最適な診療を示す NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) や、診療成績の監査を行う Healthcare Commission を設立、診療ガバナンスの実現に国全体で取り組む姿勢を示し、いまでも取り組みを続けています。個人の問題に矮小化するのではなく、徹底的にシステムをカイゼンすることによって、物事をより良く変えていこうとしているのです。

\*\*\*\*\*

志村さんの強い思いを、社会を変えるためにどう生かすべきか。そのひとつの答えが、イギリスのこの姿勢に現れているように思います。メディアのはしくれにいる身として、新たなテーマを頂戴した思いです。

昨日は体調が万全でない中で長野から来ていただいたと聞きました。本当に、有難うございました。今後のご活躍をお祈りしつつ、重ねて御礼を申し上げます。

(参考資料)

※イギリスの医療は問いかける 「良きバランス」へ向けた戦略 著：森 臨太郎 医学書院 (序文のみ)

<http://www.igaku-shoin.co.jp/bookDetail.do?book=58635>

※アカウントビリティ ブリストル王立小児病院 術後過剰死亡の事例に学ぶ 著・浦島充佳 (Web 公開スライド)

<http://dr-urashima.jp/pdf/r-5.pdf>