

## 第4章 ブリストル病院特別調査委員会の報告と勧告

古瀬 彰\*

本章は、「ブリストル王立病院小児心臓手術（1984～1995）特別調査委員会報告書—ブリストルに学ぶ」<sup>1)</sup>をもとに記述した。

### 1. 報告書の概要

ブリストル病院事件の報告書の概要には特別調査委員会の基本的な考え方が端的に示されているので、下記に引用したい。

「これは悪人の記録ではない、また医療を怠った人物の記録でもなければ、意図的に患者を傷害した人物の記録でもない。これは、患者に献身的にかかわった人々の記録である。残念なことに、一部の関係者には思慮が足りなかった。またその行為には欠陥があった。お互いのコミュニケーションが不足しており、患者の利益のために協体制をとるということができなかった。そこではリーダーシップやチームワークが欠如していたのである。ブリストル病院の医療関係者は当時の全国医療サービスに存在していた大きな欠陥の犠牲者ともいえ、個人の過失はそれに比べれば小さいものであった。これらの人々は、善意をもって献身的に働いてはいたものの、ときには過ちを犯すことがあった。これは、小児心臓手術の実施施設が2ヵ所に分散し、小児専門の集中治療ベッドや専従の小児心臓外科医が存在せず、小児専門看護師があまりにも少なかった医療の記録である。実績評価の標準的方法がなく、医療の質の評価方法が定まっていなかった時代の記録であり、全国医療サービス全体として医療の質を監視する責任者が誰であるかがはっきりしていなかった時代の記録である。理事会が無力で、院長にあまりにも多くの権限が集中していた病院の記録である。こ

れは、ブリストル病院においても全国医療サービスにおいても、小児が優先的に取り扱われていなかったことの記録である。そしてこれは、管理システムの組織化が遅れていた病院の記録である。何かの懸念が生じたさいに何をなすべきかが判然としておらず、その対応に何年もかかった病院の記録である。1991～1995年に開心術を受けた小児のほぼ1/3が不十分な医療を受け、当時の小児心臓外科水準からみると30～35人も多くの患者が死亡した病院の記録である」。

### 2. 施設の問題点

小児心臓手術を受ける患児の治療は離れた2ヵ所で行われていた。一方に循環器科医、他方に外科医がいるという不便な状況となっていた。このような医療の分散が医療成績に大きな影響を与えたことはたしかである。財源不足の中で、施設を単一化すべきであるという考えは無視され、一部の医師の小児心臓外科に関する改善要求は重視されなかった。

外科医の数は、学会などの基準と比較すると日常的に不足していた。また、外科医は成人の手術も小児の手術も行っていた。

小児循環器科医の全国的不足の影響を受けて、ブリストル病院でも小児循環器科の医師が不足していた。小児循環器科医は小児病院の他に、これと数百ヤード離れた坂の下にある王立病院の手術室や集中治療室で小児の治療にかかわり、さらにイングランド南西部とウェールズ南部に点在するクリニックを任されていた。このため、ブリストル病院の循環器科医は手術や集中治療に十分関与できなかった。さらに当時、小児医療の修練を受けた看護師が全国的に不足しており、ブリストル病院の手術室や集中治療室の看護師は絶えず不足していた。

患児は、成人と一緒に集中治療室内で、成人患者の

\* A. Furuse (名誉院長)：JR 東京総合病院 (☎ 151-8528 東京都渋谷区代々木2-1-3)。

隣で看護を受けていた。小児病院においてはしっかりとした医療が行われていたが、心臓手術を行っていた王立病院では状況が異なっていた。王立病院の集中治療室の医療はまったく不統一で、ばらばらの決定がなされていた。いったい誰がその責任者であるかも明らかではなかった。

調査を行っている段階で、ブリストル病院では資金不足のため小児心臓外科の要員や設備が基準を満たしていなかったという声が聞かれた。たしかに、家族に対する設備や小児医療に必要な器具はハートサークルという慈善団体からの資金で賄われていた。しかし、ブリストル病院でみられた小児医療の財源不足は、当時の全国医療サービスではどこでもみられた現象であり、他の施設も同様に困難な状況下で苦闘していた。資金不足は全国医療サービス全体を荒廃させてはいたものの、ブリストル病院事件を財源不足のみのせいにすることはできない。

2000年になって、ようやく現政権が全国医療サービスにおけるニーズと現実のギャップに気づき、医療への予算を有意に増加させ、全国医療サービスへの支出を他のヨーロッパ諸国並みにすると公約した。委員会は、本報告書の勧告を実現させるためには資金を継続的に増加させていく必要があることを強調している。

### 3. 家族の見解

患児の両親の見解はまちまちであった。ある両親は、医師や看護師などのスタッフはこれ以上できないほど献身的にかかわってくれたと述べている。しかし別な意見では、一部のスタッフはよかったが他のスタッフはそうではなかったとしている。また、外科医が治療に熱心でなく、両親に正確な判断をさせてくれなかったとの意見もあった。このように意見は極端に分かれてはいるものの、調査委員会は、両親と一部のスタッフとのコミュニケーションがよくないことが多かったとの印象を受けたとしている。

ブリストル病院では、両親に対して術前に情報をどのように伝えるかということについて十分に考慮されおらず、システムとしての配慮がなされていなかった。ある両親は、医師の説明が手術や術後の集中治療について理解するために非常に役立ったとしているが、一方では紙切れや、ひどい場合にはペーパータオルに図を描いた医師や看護師がいたとの話もあった。調査委員会は、両親に対するインフォームド・コンセントを外科医が雑用のように感じていたという感触を

得た。手術の承認という過程は、自分たちの子どもが手術を受けようとしている両親にとって最大のストレスである。その結果がよいかどうかわからない手術を子どもが受けるという心配に加えて、その手術についてイエス・ノーをいわなければならないという責任を負っているからである。インフォームド・コンセントの過程では、医師と両親のあいだですべての情報が共有されなければならない。両親には、医師からいわれたことを完全に理解し、医師に対して質問したうえで十分に考えるだけの時間的余裕が与えられなければならない。ブリストル病院ではこのようにはされていなかったが、当時はこれが不適切な行為であるとみなされていなかったことも事実である。「両親が知る必要があるのは何か」ということを判断するのは両親自身であって、医療従事者ではないのであるが、当時は「両親にあまりよけいなことを知らせて心配させるべきではない」という見解が主流を占めていた。

両親の中には、支援やカウンセリングを受けたことがよかったと述べているものもいたが、まったくカウンセリングを受けられなかった両親もいた。ブリストル病院は、この点について両親のニーズに十分応えられなかったことを認めている。

### 4. 乳児心臓外科医療の妥当性

調査委員会は、開心術を受けた患児に対する医療は多くの基準からみて不十分なものであったと結論した。ブリストル病院では、ある時期に診療水準が低下したということではなく、進歩がみられなかったのである。ブリストル病院において小児心臓外科が成績不良であると認識するためには、当時スタッフや病院管理者にはびこっていた「楽観主義」、「ラーニングカーブ」、「時間とともに次第に上達する」といった考え方を捨てるべきであった。

調査委員会は、チームワークの不良が実績や結果に悪影響を及ぼしたとも結論している。その責任は小児心臓外科に関係した全スタッフにあるものの、チームワーク不足はリーダーシップ欠如の現れであり、これに起因する小児心臓外科の成績不良については、臨床的に指導的な地位にあるものが責任を負わなければならないとしている。

調査委員会は、ブリストル病院の小児心臓外科の医療提供システムは機能不全状態にあるため、乳児開心術を中止すべきであると結論した。もともとブリストル病院を超地域医療施設として認定すべきであったか否かについても大いに疑問がある。認定を受けた後、

ブリストル病院の実績は一度も改善しなかった。一時は小児心臓移植センターになろうとするなど野心的であったブリストル病院の小児心臓外科がそれ以上伸びなくなり、1980年台後半～1990年台初期においてみられた小児心臓外科の急速な進歩についていけなくなったのである。疲弊とモラル低下が停滞をもたらした。新たな進歩に対応することができなかった。

#### 5. 病院管理の問題点

ブリストル病院だけが問題を抱えていたわけではない。従来の全国医療サービスから新しい信託組織への移行に伴って、すべての施設で管理上の問題が生じていた。ブリストル病院において異常であったのは、そのシステムや文化が院内での自由な議論や調査を妨げていたことである。病院管理者がスタッフにこれらの問題についての情報を開示して議論し合うということはいまならなかった。スタッフが懸念を表明しようと試みても、その声は届かなかった。

Roylance 院長はこの組織の管理システムを確立し、また収支均衡という重要な義務も果たしていた。しかし、理事会は院長からほぼ分離独立したシステムとなっており、両者の連携がまったくなかった。

病院の管理状況を監視するシステムは、院内にも院外にもなかった。しかし、これが1989～1991年当時の全国医療サービスの実態であった。理事会はアウトサイダーとして扱われており、1994年以来ブリストル病院の理事長を務めていた McKinlay 氏は、次のように語っている。「ブリストル病院には、理事会や委員会が医療実績に関与するという伝統や文化はなかった。そのことがわかったのかもしれない。私としては、理事会も実績についての統計情報を共有すべきであったと考えるが、当時そこには縄張りがあった。これ乗り越えて情報を得ることができなかった」。

ブリストル病院の小児心臓外科に関する懸念がはじめて明らかになったのは1986～1987年であるから、かなり以前のことである。1990年には、麻酔科医の Bolsin 医師が Roylance 院長にこのことを手紙で知らせ、データを大勢の医師に示した。1992年に、この情報を超地域医療指導部 (Supra Regional Service Advisory Group) の委員および事務局員がつかんだが、指導部全体には伝達されなかった。

ブリストル病院の医師は、遅くとも1990年には自分たちの実績が英国の他施設に比べ不良であるとの資料をもっていた。これによって少なくとも手術を中止

し、反省することができたのである。しかし、ブリストル病院では乳児心臓手術が継続して行われ、手術を中止したのは1995年になってからである。1994年に英国厚生省の監査があったさい、乳児心臓手術成績を調査する機会があったのであるが、実際にはこれを逸してしまった。

#### 6. 医療の質の管理に関する問題点

全国レベルでは、医療の質の評価を誰が行うかということについて混乱があった。この混乱はちょっとした行政側の責任分担の問題ということでは済まされない。危機に瀕していたのは健康であり、福祉であり、小児の生命なのである。欠如していたのは、ものごとの監視に対して責任をもつ組織なのであった。

超地域医療指導部は、厚生省あるいは英国外科学会 (Royal College of Surgeons) がそれを行っていると考えていた。英国外科学会は、超地域医療指導部なり病院がそれを行っていると考えていたという具合であった。結局のところ医療の質を保証・監視する外部システムは、まったく存在していなかったのである。

1990年台初頭より、厚生省によって全国病院事故統計データベースの運用が開始され、病院内死亡に関する情報が集積されていたが、当時はこれが病院の実績を分析する貴重なツールであるとの認識がなかった。ブリストル病院で小児心臓外科に携わっていた医師は、コンピュータ情報システムによって手術例や死亡例のデータ集計を行い、全国心臓手術登録データベースに毎年報告する一方、全国実績の集計データを受け取っていたのであるが、これによって手術実績の評価を行うことはなかった。

#### 7. 個人責任に関する見解

調査委員会は、ブリストル病院の瑕疵や欠陥は、院内および全国医療サービスの組織や文化に内在しており、誤った行動をとった人物が存在していたと判断した。

調査委員会は調査の最終段階において、これらの人に対して本人にとって不利な報告がなされること、そしてこの決定にいたった証拠がなんであるかということを通告した。各人にはこれに対して意見を述べる機会が与えられた。

調査委員会は、ブリストル病院内の下記の人物に管理方法の瑕疵、リーダーシップの欠如、あるいは患者中心の医療の欠陥を認め、その旨を報告書に記載した。

Roylance 医師 (院長)

Wisheart 医師（心臓胸部外科部長）

Dhasmana 医師（心臓外科副部長）

Joffe 医師（小児科部長）

Maisey 看護師（手術部長，看護アドバイザー）

調査委員会は、プリストル病院外において医療の質の監視が適正に行われなかったことに関して、下記の人物が必要とされる行動をとらなかったと結論した。

Halliday 医師（超地域医療指導部長）

Doyle 医師（厚生省医療担当官）

English 医師（超地域医療指導部員，英国外科学会会長）

## 8. 政府への勧告

調査委員会は、全国医療サービス全体の医療の質を確保するため、198項目の勧告を行った。報告書の勧告の部分は下記の文章で始まっている。

「われわれはプリストルの教訓に学ばねばならない、プリストルで起きたような事件は、今日でも英国で絶対に起らないとはいえないし、この瞬間にも起っているかもしれない。全国医療サービスは毎日何十万人という患者に対して医療を行っているが、それは一方では患者から満足され、他方では医療スタッフが誇ることができるものでなければならない」。

1) 小児医療について：1980～1990年台、英国では小児医療は重視されていなかった。小児の医療ニーズは成人と異なるものであるが、英国看護協会の Liz Jenkins 副総務理事が述べているように、成人に特化した看護師や医師は、小児を小さな成人に過ぎないとみなしていた。

将来的には、すべての小児は小児医療センターの中で、小児医療の訓練を受けたスタッフと小児のニーズに合った設備によって医療を受けるようにすべきである。小児医療に携わる者は小児医療の修練のみならず、若い患児の両親とのコミュニケーション技術のトレーニングが必要である。

小児医療の声を代表する組織として、全国医療サービス内に全国小児医療ディレクター（National Clinical Director for Children）をおき、小児中心の医療を推進すべきである。

小児医療については、いっそうの統合が必要である。フィラデルフィア小児病院のやり方を参考とし、大規模小児医療センターがその地域にあるすべての病院の小児医療に責任をもつという方式をただちに試行すべきである。小児急性期医療にとっての最適な環境とは、急性期一般病院の近くに小児医療センターを設

置することである。技能と経験を有する専門スタッフを限られた数のセンターに集中するようにしなければならない。

現時点では、各病院の医療の質や要員の数は医療施設によって大きな差がある。もしプリストル病院でこの基準の必要性が十分認識されていたならば、ずっと早期にその医療の欠陥を認識することができたと考えられる。

小児医療に関する基準の一部は強制的なものとする必要がある。また、小児医療を向上させるためのインセンティブがなければならない。小児医療の質ならびに実績に関しては文書公開を行う必要がある。

2) 医療の安全について：患者には安全な医療を受ける権利がある。イングランドとウェールズにおいて、毎年入院を必要とする患者数は850万人であるが、そのうちの約5%の患者は通常の医療基準が守られていれば生じなかった可能性のある医療事故に遭遇している。事故のうち死亡にいたった数の詳細はわかっていないが、年間25,000人に達している可能性もある。

プリストル病院の小児医療体制は安全であるとはいえなかった。建物・設備の状態やスタッフの訓練の実態が小児に実害をもたらすとの認識はほとんどなかった。

全国医療サービスは、安全とはいえない医療を根絶するため、安全な医療を妨げる障壁を取り除かなければならない。安全な医療にとって必要な要素は、医療従事者の行為あるいは能力だけにとどまらない。物理的な環境、設備、人員配置、チームワーク、良好なコミュニケーション能力などもその要素である。全国医療サービスは今なお失敗から学ぶことが不得手であるが、この点は改善すべきである。安全がすべての人の関心事となる安全文化が形成されなければならない。また、安全には不断の警戒が肝要である。エラーが起きたさいには、それを予知できなかったか、予防できなかったかという視点で分析しなければならない。

過失を認め、教訓に学ぶというオープンな姿勢が重要で、患者に対して率直であるということは医療従事者の義務である。安全の文化にとってきわめて重要なのは、医療従事者が事故やニアミスを報告しても大丈夫であると感じるような非懲罰的な環境である。透明性の障壁となっている臨床的な注意義務に関する訴訟は廃止すべきである。政府が提言している全国患者安全局（National Patient Safety Agency）は独立した

組織であって、そこに一定のニアミスが報告され、分析されて、その教訓を全国医療サービス全体に伝えるといったものでなくてはならない。非難の文化は、ニアミスの報告、失敗からの学習、安全の向上に必要な透明性の確保のためには大きな支障となる。臨床的過失の調査組織はこのような非難の文化の一部であると考えられるので、廃止すべきである。そのかわりに、エラーやニアミス进行分析し、それから学び、そしてそれらを防止する有効なシステムを設置すべきである。医療事故による被害補償も別な管理組織が行うようにする。ニアミスの報告制度にはインセンティブが必要で、医療者の契約の中に、ニアミスを48時間以内に報告した場合には雇用者あるいは職能団体の懲罰の対象にならないといったことを加えておくべきである。匿名の報告制度も導入すべきである。ただし、報告を怠った場合には懲罰の対象となりうる。

より安全なシステムや器具を導入することによって医療の安全性を向上させるというアプローチも大切である。全国患者安全局は、関係団体を集めて、危険な医療の原因となっている問題に取り組むべきである。

安全管理の推進ならびに指導は、院長ではなく理事会によってなされるべきである。理事長が病院の安全に関する戦略ないし方針を決定する責任者であり、それ以外の理事も安全の文化を醸成するようにリーダーシップを発揮しなければならない。

**3) 医療従事者の質について：**患者には優れた技能と熟練性を有する医療従事者による医療を受ける権利がある。

コンサルタント医師の地位が終身的なものとなっていることが問題である。患者にとって可能な限り最良の医療を提供するためには、医師・看護師・事務職員などは同様に扱われるべきであって、すべての被雇用者は同等な雇用条件と明確な責任ラインをクリアした医療職業人として共同作業に努めるものでなければならない。また現在、病院のコンサルタント医師の任用については、直近の技術や知識を有していることという要件がない。さらに、外科医は正式な申請を行うことなく新しい術式の導入ができることになっている。将来は、コンサルタント医師と病院管理者のあいだの契約に評価を受けること、継続的に技量の向上に努めること、再審査を受けることなどが含まれなければならない。

医療従事者のコミュニケーション技術教育、チームワーク形成、職域を超える相互教育、臨床的審査、

リーダーシップなどを現在よりも重視すべきである。そのため、医学校、看護学校、管理スクールの教育に、合同コースをつくることを提言する。将来の医療従事者は学際的なチームとして働かねばならない。したがって、できるだけ速やかに合同教育を開始すべきである。すべての医療従事者の卒前教育の初年次に使う共通カリキュラムを試験プロジェクトによって開発する必要がある。

医療従事者が仕事上の能力を獲得し、それを維持していることを確認するシステムを作成すべきである。確認事項としては教育、免許、訓練、生涯教育、再認定、懲戒などが含まれる。医学校は、将来の医師の選定項目内に融通性、柔軟性、感受性を含める必要がある。また、学問的あるいは社会的・経済的理由による非常に狭い門戸をくぐらなければ医師になれないという現状を改めなければならない。生涯教育、定期的評価、再認定はすべての医療者にとって強制的なものとする。医道審議会、看護助産審議会などの各種団体の調整および整合を図るために、医療従事者管理審議会(Council for Regulation of Health Care Professionals)を構築する必要がある。

高齢の全国医療サービス管理者も生涯教育、評価、再認定を受ける必要がある。高齢の医師には臨床からいったん外れ、再訓練によって臨床に戻るような特別なカテゴリーの医師免許を設けるなど、管理業務に移動するインセンティブが必要である。そのため、高齢の医師に対しては適切な訓練を行わなければならない。

外科医などが侵襲的な手技をはじめて実施するさいには、その手技がすでに確立したものとなっているものでなければ、適切な訓練を受けた後、直接指導を受けながら実施しなければならない。今まで試みられていない新しい臨床手技を実施する場合には、施設内医療倫理委員会の許可を受けなければならない。患者は同意を与える前に、その医師がどれだけの経験をもっているかを知る権利がある。

ブリストル病院事件が起った当時は、医療従事者個人や病院全体の臨床実績を審査するシステムがなかった。今後は、病院内に臨床実績を精査する組織を設置しなければならない。さらに、独立した外部監査システムによって一定期間の実績の変動を吟味し、実績良好な部門と実績不良の部門を識別する必要がある。

実績不良や医療過誤に対して中心となって対応する責任は雇用者にある。医療従事者の契約中に、職業上

の行動規範が含まれていなければならない。そして当該の職能団体が、その医療従事者の免許取消あるいは停止などを決定する。医師では医道審議会が、看護師では看護助産審議会がこれにあたる。

4) 医療の基準について：患者には適正な水準の医療を受ける権利がある。自分たちのこどもをブリストル病院に連れてきた両親は、そこで提供される医療水準は優れたものであると考えていた。こどもたちは、厚生省が認定した「超地域センター」で治療を受けたのであり、親たちはこの制度を信じていた。小児心臓外科であれ他の専門領域であれ、確立された医療の基準というものはどこにもないということを知っていた親はなかった。

1990年台に入ってから、明快な医療基準というものはない。医療基準は、同意を得た文書として公表され、患者や社会が医療にどこまで期待できるかを知ることができるようになっていなければならない。患者には、明らかな証拠に基づいた良質な医療が自分に対して提供されることを期待する権利がある。

この点に関しては、医療の質を保持するための病院の法的責任の明確化、全国優良医療研究所 (National Institute for Clinical Excellence) による臨床ガイドラインの策定、医療保健機構 (Commission for Health Improvement) による実績調査などを行う必要があるが、現在のところ基準の策定にあたっての調整は不十分で、各種の団体からそれぞれのガイドラインが発表され、混乱がみられている。しかも、これらの基準に対する対応状況は、病院レベルでも全国的レベルでも調査されておらず、また調査機構もない。

将来、全国優良医学研究所が臨床的な医療水準を設定するさいには、とくに全国学会の専門家の意見を聞く必要がある。ただしこの基準は患者中心のものでなければならないのであって、それぞれの専門集団が自分たちだけで話し合った結果であってはならない。この基準には、チームワークの概念やチーム構成員の責任を含める必要がある。ある基準ははじめから絶対に満たす必要があるものとし、一部のものは時間をかけて達成すべき基準とする。

また、病院全体としての医療施設基準も必要であり、これを満たしていない病院は、全国医療サービスの対象機関から外すこととする。この施設基準とは、建物の状態、設備の状況、リーダーシップの質、病院の方針、安全・良質な医療の提供体制などに関連したものをいう。病院は定期的に認可あるいは再認可を受

け、これらの基準を満たしていることを保証しなければならない。再認可とは、その病院が引き続き医療を提供することができるという意味であり、医療保健機構がこの再認定にあたる。

将来、この再認定は病院内の一定の医療にも拡大すべきである。小児に対する急性期医療、とくに小児心臓外科では、これに関する試験的なプロジェクトを開始する必要がある。

5) 医療の質の管理について：全国医療サービス内の実績情報は、医療基準や医療の質に関するシステム構築の根幹となるものであるが、今までは情報収集が非常に困難であった。従来、管理システムと臨床システムが分かれていたが、これは浪費であり時代遅れであって、情報収集の方法やシステムを整理すべきである。情報が医療の副産物として出てくるようにしなければならない。全国レベルでは、臨床実績の調査は単一の組織に集約すべきである。その組織としては、医療保健機構の一部として独立した医療実績調査室を考える。この組織は、監査の役割も果たすようにする。

将来の全国医療サービスの文化は、安全と質の文化、透明性と説明責任の文化、社会への奉仕の文化、良好なチームワークを賞賛する文化、患者のニーズに応じて発展する柔軟性を有する文化でなければならない。患者には、全国医療サービスや自分がかかっている病院の運営に問題がないことを期待する権利がある。この点についての最重要案件は、全国医療サービスのリーダーシップならびに運営の改善である。

全国医療サービスには、医療の質を管理する包括的な独立組織をおく必要がある。現在は院長が医療の質を調査し、改善を図る法的責任者となっているが、院長がこの義務を適切に遂行するためには、① 病院との雇用関係はコンサルタント医師も他の医療従事者と同様とする、② 病院理事会が地域の医療をリードする、③ 院長は一定の基準で選ばれ、適正な訓練を受ける、④ 院長以外の者も院内事項について積極的な役割を演じるといった事項について全国的レベルの支援が必要である。

医療の質は、全国優良医療研究所あるいは健康保健機構のような組織で管理しなければならない。これらの組織は政府からは独立のものとするべきである。これらの組織を統括する別組織として、医療の質に関する審議会をおく必要がある。審議会は、政府ならびに議会に報告書を提出するものとする。

6) 患者への対応について：患者には、医療のすべ

ての段階において敬意を払われ、誠実に対応される権利があり、できる限り自分の医療に関する決定に関与する権利がある。良好なコミュニケーションは医療にとって必須なものであるが、英国外科学会はこのことが多くの外科医に欠けており、苦情の大きな原因となっているとしている。将来の医師、看護師、その他の医療従事者は、その初期教育の段階で、コミュニケーション技術に関する十分な訓練を受ける必要がある。

患者と医療従事者のパートナーシップは改善し、情報の交換と提供が医療従事者と患者のあいだの透明で誠実な関係の柱となってきている。ブリストル病院には無数のデータがあった。もしその気になれば、1980年台末以降のブリストル病院の手術死亡率に関して疑念をもつだけの十分な情報があつた。しかし患児の両親や市民は、このような情報をほとんど知ることができなかった。両親に与えられた情報は断片的なものであり、不明確で理解困難なものであつた。情報に関する透明性がなければ信頼は得られない。透明性とは、情報が自由に、正しく、定期的に提供されることである。とくに、リスクと不確実性という双子の心配に対しては、誠実に、しかも繰り返して対応することが肝要である。将来は、病院やその担当科の実績についての情報が開示されなければならない。

すべての病院には、自分が受けている医療や医療従事者の行為に関する懸念について相談する患者窓口が必要である。ことがうまくいかなかったときには、病院および医療従事者は率直にふるまう義務がある。隠しだてなく、正直にということである。これは患者に対する敬意の表現であるだけでなく、このことによって判明した失敗自体が学ぶべき教訓となるのである。

病院には、患者とその家族への支援やカウンセリングについてのシステムがなければならない。これには十分に訓練され、外部とも連携のあるスタッフが配属されている必要がある。このようなシステムは医療の中心的なものであり、付随的なものではない。

7) 市民の医療への関与について：市民には、自分たちが医療計画、医療組織、医療提供などに関与する

ことを期待する権利がある。患者中心の医療とは、市民のニーズに応ずるために考えられ、計画された医療である。全国レベルの戦略的計画や地方レベルの決定には、市民が関与しなければならない。全国医療サービスは日常的に公衆の利益とニーズを考慮し、それに対応しなければならない。市民が医療従事者の能力の確保の過程、とくに教育、訓練、生涯教育の基準を設定するプロセスに関与しなければならない。

全国医療サービスにおいて医療に関する決定がなされる部分では、いかなる部分でも患者や市民が関与する権利がある。患者や市民の関与は全国医療サービスの構造内に組み込まれ、医療のあらゆる局面に浸透しなければならない。

市民や患者が関与する過程は透明かつ開放的でなければならない。そして、この関与メカニズムの有効性を評価しなければならない。市民や患者が訓練や財政の問題にも関与できる体制になっている必要がある。市民とは広い範囲の個人などを代表するものであつて、一定の「患者グループ」の利益代表であつてはならない。

市民や患者が必要とする情報を得る方法がなければならない。医療者は、市民が関与する過程ではパートナーでなければならない。ある種の決定は市民が行うことはできないが、だからといって不当に市民の関与範囲を狭めてはならない。



今回は「第5章 ブリストル病院事件のインパクト」である。この事件によって英国の医療制度改革は促進され、大幅な医療費増加がもたらされた。一方、医療の質の保証が各施設や専門学会の最大の関心事となった。今回はこれらについて詳述する。

## 文 献

- 1) The Bristol Royal Infirmary Inquiry ; Learning from Bristol ; the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995. <<http://www.bristol-inquiry.org.uk/>> [accessed 12 June, 2006]

\*

\*

\*