

ません。

私は派遣切りを通告され当初一人で活動していましたが、一人である事の無力感や限界性を感じ労働組合と出会いました。一人では相手にもされなかった事が、労働組合と活動すれば労働局や企業の対応が全く違うものになりました。また、経験や知識も得る事ができ不安や悩みも減り、団結や人の和の重要性を知りました。

労働組合活動を通じて、市民運動に参加する機会も多くなり、その中で自分の置かれた状況も重なり民主主義とは何かを考えるようになりました。

それはやはり国民が政治に参加し民意の団結でより良い社会的ルールをつくっていく事にあるんだと思うんです。

しかし、この二〇一三〇年の間、市民運動は年々弱体化し、国民は政治に無関心になったのではないのでしょうか？

私は国の政策としてこのような方向に向けてきたと考えていますが、それにつられ私達が政治に無関心になった事が、非正規切りの実態や教育環境の悪化等、あらゆる所に悪い方向でハネ返ってきた

んだと思います。

だからこそ問題点に気づき、悪い所は変えていく事が必要です。市民が団結し運動する事は国民の主張であり選挙以外

## 医の倫理と医療の安全性について



つるが生協診療所医師

大門 和

### 一．はじめに

医療が安全でなければならぬことは、言うまでもない。医療の大前提としても良い。

しかし、安全であることが絶対条件であつても、医療行為そのものは極めて危険な行為でもある。逆説的な言い様をしたが、医療の安全性に関する問題は、その狭間で揺れ動き、今大きな議論を私達

での政治参加でありますから、私も多くの市民運動に参加して、権利を守る事や悪法の改善を主張して行きたいと決意しています。

医療者と患者に投げかけている。

先日、ある会議の場で、医療現場におけるインシデントが報告され、暫時話題となった。医療現場におけるインシデントとは、医療事故を含めた医療行為に伴う有害事象やそれに結びつきかねないニアミスなどである。医療従事者は、自らの医療行為の安全性に常に気を配り意識的に緊張感を持続させて仕事をしているが、それでもヒヤツとする事が決して少

なくない。そのため、インシデントの事を「ヒヤリハット」とも呼んでいる。

会議では複数の事例が報告された。その時、会議の参加者の一人が「基本は医療従事者のモラルの問題である」と断定的に発言した事がとても印象深かった。この方は医療者ではないが、マスコミ関連の仕事もされ、社会的識者に属する立場にあつたから、一層記憶に残った。

インシデント、さらには医療事故が、はたして「基本は医療者のモラルの問題」なのであろうか？ 私は勿論のこと、同席した医療従事者は皆、大きな違和感をいだいたに違いない。それと同時に、それが今日の大多数の国民の認識であることも間違いないと思つた。医療者と患者・国民の間には医療の安全性に関して、半ば埋めがたい大きな認識の乖離がある。立場が異なれば、致し方ない事ではあるが、医療をめぐる今日の様々な問題点の背景には、両者の言い分の違いが横たわっている。致し方ないと捉えてしまふのは簡単だが、それでは、今日益々深刻化する医療崩壊とそれによって脅かされる医療の安全性の問題を解決に導く

事はできない。

あらためて、「医のモラル」医の倫理」と「医療の安全性」、さらには両者の背景に礎となつて存在する「患者の権利」を生み出した人権思想の歴史について考察してみる事は、決して無駄ではないという考えを強くした。

## 二・ 医の倫理とは

医の倫理について述べてみたい。

ギリシャの医聖、ヒポクラテスの誓いが、医の倫理の原点としてしばしば引用される。しかし、そこに説く「人間愛」も、実は自由民の医療であつて、奴隷に対しては、問答無用の無差別で均一な治療(獣医的な医療)であつたとされている。

中世になると、病院は「疾病に悩む貧民を隔離収容するところ」「最も非衛生的な所」と位置づけられた。一方、開業医は、裕福な王侯貴族や大商人のお抱えで全盛を極めた。

近世の病院は、貧民を無料入院させ、教育研究に利用される場となつた。近世における多くの臨床医学的進歩・発展は、

今日の我々が恩恵を受ける近代医学の礎となつているが、こうした人権軽視の医療現場で構築されたものであることは知っておくべき事である。

そして、この病院のあり方は、基本的に今の病院医療にも少なからず面影を残している。

医の倫理に関しては、第二次世界対戦後、質的に大きく変化することになる。

ナチスドイツの人体実験の反省から、一九四七年に「ニュールンベルグ綱領」が策定され、医学実験には患者の同意が必要となつた。

一九四八年の第三回国連総会では、「世界人権宣言」が採択され、「健康権」が国際的に確認された。

一九六四年の第一八回世界医師会総会における、「ヘルシンキ宣言」においては、人におけるバイオケミカル研究に関わる医師のための勧告がなされた。

同じ頃、ベトナム反戦運動を契機とした米国の人権運動の高まりによって「バイオエシックス」医の倫理」という概念が登場することになった。

その後、二〇〇〇年には、四度の改訂

を経て「ヘルシンキ宣言」が「人を対象とする医学的研究の倫理的原則」として、今日の多くの医学に関する倫理綱領に取り入れられている。

その他、臓器移植についての「シドニー宣言」（一九六八）、インフォームドコンセントと患者の自己決定権を謳った「リスボン宣言」（第三四回世界医師会総会一九八一年）、末期医療、尊厳死についての「ベニス宣言」（第三五回世界医師会総会一九八三年）などが、発表されている。

後述する、日本医師会の「医師の職業倫理指針」も、こうした規範に基づいて作成されたものである。

### 三、医療における人権思想 （基本的人権）について

人権思想は、近代市民革命によって生み出された基本的人権として人の意識に上るようになったものである。一六四〇年より半世紀かけたイギリス市民革命は、一六八〇年代に医師でもある哲学者のジョンロックによる人権思想の確立

で、それ以降の社会制度のあり方を大きく変えることとなった。そこに述べられる「自然権」では、「生命、健康、自由、あるいは所有物」を自然権とし、人間はかかる自然権の主体として自由で平等な存在である」と謳っている。また、有名な「社会契約説」は、「健康やかからだの自由はその人固有の絶対不可侵のもの、これを相互に尊重する合意により社会が成り立っている」、という近代契約思想である。

こうした人権思想は、フランス革命、アメリカ独立宣言を経て、日本国憲法の中にも生きている。

日本国憲法の中では、「基本的人権」は次のように記述されている。

一条…【基本的人権の享有と性質】  
国民は全ての基本的人権の享有を妨げられない

三条…【個人の尊重と公共の福祉】  
生命、自由及び幸福の追求にたいする国民の権利については…最大の尊重を必要とする。

四条…【法の下の平等】  
すべての国民は、法の下に平等であつて、人種、

信条、性別、社会的身分または門地により…差別されない

二五条…【生存権】  
すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

以上より、誰もが平等で、その時々々の最高水準の医療を人間らしいやり方で受ける権利が導かれる。

具体的には、①「患者になる権利」、②「資源が許す限り最善の医療を受ける権利」、③「医療の現場で健康の主人公として尊重されらる権利」、である。

富める者のみがこの権利を有し、社会的弱者は対象外と言うのでは、全くこの理念に反する。そして、こうした人権思想が欠如すると、医療はどこまでも落ちてゆくことになる。

ジェノサイドを意に介さなかったアウシュビッツの医師達や、中国大陸で捕虜の人体実験をおこなった旧日本軍の「七三一部隊」の行為を振り返れば、「これがなくなると医学は生物学、生物淘汰学になる」という事は明白である。

医療において、人権は二つの側面を持つ。

一つは、「公的医療政策（生存権）」によるものであり、もう一つは「医療現場での患者の人権」である。

生存権は、日本国憲法にうたわれていた基本的な人権であるが、政府の医療費抑制政策により、今は時代に逆行した「脅かされる人権思想」となっている。後でも述べるが、「疾病自己責任論」「受益者負担主義」、「相互扶助、自助努力」など、この十数年間政府によって作られた世論で、憲法違反、基本的人権の放棄がおこなわれているといっても過言ではない。

そしてついに、後期高齢者医療制度に見られるように、高齢者の医療の内容を値引きする、「生命の質」に踏み込んだ論議が堂々と語られるような時代となっている。

もう一つの人権「医療現場での患者の人権」についても、これまで十分保障されないうちであったが、次に述べるように、いびつではあるが、大きく変わりつつある。

#### 四、患者—医師（医療従事者）関係の変化

かつて、患者—医師関係は「パターンリズム」（父権的権威主義）にさええられて成り立ってきた。「よらしむべししらしむべからず」（すべて先生に任せなさい）という医師の感覚が、自然なものとして捉えられていた。患者も、頼りになる医師に、自らの健康管理を任せることに異論は無く、「先生にお任せします」と応じた。

さらに「医療」と「医学」の関係で述べると、本来は「初めに医療ありき」で、患者のために医療があり、医学が存在する。しかしながら、日本では最近まで、医学が医療の上に立ち、医学至上主義的考え方が支配的であった。そして「医療とは、医学の社会的適用である」（武見太郎）という様な古い考えは、徐々に変わりつつあるが、多くの医師がそこから完全に抜け出せないでいた事も事実である。こうした医師患者関係は、今大きく変わりつつある。

疾病構造が、急性疾患中心から、生活

習慣病と呼ばれる高血圧や糖尿病などの慢性疾患へと変化した事により、患者の協力が無いと治療そのものが成功しない、成り立たない状況となってきた、また、医学医療の進歩により、治療の選択肢が増えて、単一の決定ではおさまらなくなってきたこともある。

患者の権利意識の高揚も大きい。

この事に関して、医療過誤、医療事故、医療訴訟の増加等々、大々的にマスコミに報道されるのが通例である。

これまで、医療の現場で医師の顔色をうかがい、半ば無権利状態に置かれていた患者の人権が尊重されるようになった事は前進であり喜ばしい。

患者の基本的人権の尊重を医療の分野でも明確にすることが、医療者にも求められている。その事が、「よりよい医師患者関係による、よりよい治療効果の期待」に結びつくからである。

日本医師会も、「医師の職業倫理指針」（平成二〇年六月改訂）を策定して、こうした考えに基づき、十分なインフォームド Consent と、患者の自己決定権を尊重して診療を行わなくてはならない事

を明確に謳っている。

しかし、医療現場でのこれら変化は、「かけ声だけに終わっている」と、患者の多くが今も感じていることも事実である。むしろ、医師や医療現場への不信感、患者満足度の低下は一層深刻となっている。

こうした患者の権利意識の変化に関しては、一般的には歴史的な必然性・当然のことと認識されているが、医療者側にとっては、いささか冷静さを欠いた現象とも捉えられている。「現代医学では全ての病気が患者の思い通りに治せるものであるとの誤解がある」と評する人もいる。

その一つの表れが、モンスターベイシエントという言葉が用いられるようになった事である。ウイキペディアには、「医療従事者や医療機関に対して自己中心的で理不尽な要求果ては暴言・暴力を繰り返す患者や、その保護者等を意味する和製英語である。」と、わかりやすい記述がある。医療界だけではなく、教育の現場でも同じような意味で、モンスターペアレントという言葉が使われるようになっており、社会全体に及ぶ現象のようだ。いずれにしても、別の意味で医師患者

関係がギクシャクしてきた。

双方の苛立ちがあつて、その原因が何処にあるかといえ、実際にはかなり複雑な要因が絡み合っている。

例えば、一定期間たった後の「退院勧告」などは、患者にとっては「追い出し」「非道な病院の仕打ち」と捉えられがちだ。しかし実際は、医療機関が、年毎に改悪される医療法や診療報酬によって定められた基準を遵守して病院経営を強いられているためでもある。

そう考えると、パターンリズムの克服は大前提であるが、医師患者関係においても、今日かなり踏み込んだ相互理解が、双方から求められているような気がする。

## 五. 相次ぐ「医療事故」報道

今から丁度一〇年前の一九九九年に、私達医療関係者にとつては忘れがたい二件の重大な医療過誤にかかわる事件が発生した。今から冷静に振り返ると、異なつた意見も出てくるだろうが、当時の新聞・マスコミはこれらの事故を、許しが

たい大きな事件として報道している。

まだインターネットが現在ほど普及していない頃だったから、現在に置き換えてみると、インターネットを媒体として更に大きな取り上げ方をされたに違いない。

一つは一九九九年一月一日に、横浜市立医大付属病院で発生した、患者取り違え事件である。それぞれ心臓と肺の手術をする予定の患者二人を乗せた二台のストレッチャー(移動式ベッド)を、同じ病棟から一人の看護師が手術室まで運んで引き継いだ。引継ぎのときに患者を取り違えて申し送り、結局取り違えられたまま手術が終了し、術後その事に気付いたというものである。福井新聞の見出しはこうである『患者をモノ扱い―流れ作業化した医療現場』。別の日付では、『疑問感じつつ手術―取り違えは運搬中』とある。

確かにあつてはならない事故であると共に、複数のスタッフが関わるなかで、誰も気付かなかつたとは俄かに信じがたい事件である。

もう一件は、同年二月一日、都立広尾病院で起きた、看護師が誤って消毒薬



を点滴して患者が死亡した事件である。あらかじめ詰め所に用意しておいた注射器に入った二つの薬液が似通っており、間違つて別の看護師が消毒薬を患者のベッドまで運び、さらに別の看護師が疑問を持たずにこの劇薬を注射した。患者は直後に急変して、病院側は医療ミスであることに気付き、患者家族にもその旨の説明をおこなつたという。しかし、遺族から指摘されるまで警察に届けなかつたため、関係者が刑事告発される事件となつた。

新聞報道の見出しは、『ミス隠し組織ぐるみ―元院長ら九人送検』とある。

以降、医療過誤が次々と報じられるようになり、わが国の「医療の安全性」がきわめて心もとなく、医療の現場の安全対策が立ち遅れている事などが指摘され、医療不信が増幅していった。患者の命を預かる医療に十全の安全性が確保されていなければならぬ事は言うまでも無く、その不備を非難する数々の指摘は当然といえる。

そして、これら事件をきっかけに、わが国の医療の安全性にたいする取り組み

は第一歩を踏み出したといつてよい。

医療界からは、「医療事故はあつてはならないもの」との認識を離れ、「人は過ちをおかすもの」との現状認識を前提とした考えと、被害者には事実を隠さず誠実に謝罪することの大切さが示された。

厚生労働省も、医療の安全性の取り組みを本格化させていった。

しかし、そうした取り組みとは無関係に、医療訴訟件数は増え続け、医師・医療者を告発する動きも強まつていった。

広尾病院の事件については、「異常死」を即座に警察に届けなかつた事が罪に問われている。裁判では、当事者の言い分が語られ、警察に即座に届けなかつた理由として、「異常死」の解釈について論じている。

異状死については、医師法二二条で「医師は、死体または妊娠四月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、二四時間以内に所轄警察署に届け出なければならぬ」と規定され、違反に対し二万円以下の罰金刑の刑事罰を課すと定められている。明治時代の医師法にすでに同様の規定があり、その届出の趣旨は、

死因として「殺人などの犯罪を疑う場合の司法警察への協力」であり、今日の医療事故などは想定外である。

しかし、いささか認識に混乱を生ずる事態が一方で存在する。代表的なものは、異常死の定義についての二つの学会の解釈の相違である。

日本法医学会では、「診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるものは異常死に含める」と定義し、外科関連学会協議会では「説明が十分になされた上で同意を得て行われた診療行為の結果として、予期された合併症に伴つて患者の死亡・傷害が生じた場合については、診療中の傷病の一つの臨床経過であつて、重大かつ明らかな医療過誤によつて患者の死亡・傷害が生じた場合と同様に論じるべきではない」と解釈している。

医療行為には危険が伴うが、法医学会の定義に基づけば、結果生じた死亡事故をすべて犯罪性のある「異常死」として届けなくてはならない。

一旦警察に届ければ、警察も刑事事件として取り扱わざるを得ない。刑事事件

として扱えば、加害者を特定し刑罰を加えなければならぬ。刑罰を加えるには、その犯罪性を述べなければならぬ。

医療事故報道と共に、医師をはじめ多くの医療従事者が逮捕され罪を問われる事となつていった。

もちろん、広尾病院の場合は、いずれの解釈でも免責されないことは当然であるが、医療現場で働く者が、戦々恐々とした思いで診療に当たらなくてはならなくなつたの言うまでもない。訴訟を恐れて、リスクの高い外科や産婦人科、小児科を敬遠する動きにもなつた。

## 六. 医療費削減政策による 受診抑制と医療現場の疲弊

医療事故の原因を一面的に捕らえるのは正しくない。複眼的に考察しなければならぬが、ここでは「社会（医療）の現場から」という立場で、要因の一部を挙げてみたい。

いささか古い話になるが、第二次臨調路線で国策を決定して行こうとしていた一九八〇年代にさかのぼると、一九八二

年に「第二次臨調答申」が出された。その中で、「日本は追いつき型近代化はほぼ達成されたといえる。：婦人や高齢者の社会活動への参加意欲も強まっている。こうしたなかで自立・自助を基本とする新たな社会を形成していくための条件も整いつつある：云々」と述べられている。自立自助の強調のもと、あらゆる分野で「自己責任」論がさらに強調され始めているのが伺える。

当然、医療費抑制政策も同時に進められることとなり、世論作りとして「疾病自己責任論」が登場してくる。

一九九〇年代に、それまで成人病と呼ばれていた糖尿病や高血圧症など多くの慢性疾患が、前述したごとく「生活習慣病」と呼ばれるようになった。そこには、疾病を生み出す社会背景よりも、個人の生活習慣が大きな役割を果たしており、発病や病状の悪化は個人の生活習慣の乱れにあるという「自己責任」が語られている。

昨年は、当時の麻生総理大臣も「たらたら飲んで、食べて、何もしない人の分の金（医療費）を何で私が払うんだ。」

と公言しているから、生活習慣病なるものが、医療費抑制策遂行のため極めて意図的に登場してきたと勘ぐられても仕方がないだろう。

肺がん患者六人が「喫煙で病気になる」として、国やJ.Tを相手取って起こした訴訟で、二〇〇三年一〇月、東京地裁は「自分の意思で禁煙可能」であるとしてその請求を棄却しているほどである。最近ではメタボな体型を持った方が、会社で肩身が狭い思いをし始めている。

休日時間外の医療機関受診に関しては、マスコミを利用して「コンビニ受診」という言葉で、病院へのアクセス制限の世論作りがなされている。私が日当直時に接する限り、私の尺度で測るなら、それらしい患者は極めてまれである。百歩譲つても、結果論の域を出ない。

こうした形で患者の受診抑制を図り、一方で医療供給側にもメスが入れられた。地域偏在だけでなく、絶対的な医師不足・看護師不足が今深刻となっているのは周知の事であるが、今に始まった問題ではない。そして、医療事故の多発とも密接に関係している。

一九九九年二月一六日の朝日新聞「論壇」に、国立循環器センター名誉総長（当時）の川島康生氏が、前述した横浜市立医大病院患者取り違え事件に触れて、『医療事故招く病院の職員不足』の見出しで、論説している。医療機器の最高水準を誇る大病院で、「なぜ看護師が一人で二人の患者を手術室まで運ぶという『離れ業』を恒常的におこなわなければならなかったのか？」と問いかけ、「少ない人員で診療しなければ赤字を招くという医療費体系のなせるところでもある」「患者の取り違えといったばかばかしい医療過誤の底にある原因を取り除くため」と、わが国の異常な低医療費政策を批判している。

人口当たりの医師数や看護師数は欧米先進諸国の三分の一〜五分の一であり、国民一人当たりの医療費は米国の半分にも達しない。病院の医師や看護師は、疲弊している。そして、医師は勤務医を辞めてゆき、益々病院の医師不足の悪循環をまねいている。これを、「医療崩壊」の著者である虎ノ門病院の小林秀樹医師は「立ち去り型サボタージュ」と命名している。

立ち去らなくても、過労からくる「うつ病」などの精神疾患で休職中の医師が自治体病院で非常に増えているのは、余り知られていないが現実である。教育の現場でも今、教職員のメンタルヘルスが問題となっており、この雑誌『生徒とともに』第三八号にも座談会「教師のうつ病」の特集が組まれており、過重な職場環境は実に似通っているような気がする。座談会の中で、ある教師に自分のうつ発症の背景として、「昔と比べて、生徒が変わってしまった、昔のやり方では通用しない。保護者についても同じことが言える。そのような状況が大きなストレス源です」と語らせている。

## 七. 医療の安全性を強めるための、新たな展開

二〇〇六年二月二八日、わが国全ての医師が「仰天するような」事件が起こった。

福島県立大野病院の産婦人科医が、業務上過失致死罪および、異状死の届出義務違反（医師法違反Ⅱ前条）で、刑事事件としての逮捕されたのである。翌日の福井新聞には『帝王切開ミス―医師逮捕 母死亡、胎盤癒着経験なし』の見出しで報道されている。患者さんが死亡しているのに、無念な思いや遺族の憤りは痛いほど良くわかるが、殆どの医師は不当な逮捕であるとして、逮捕された医師に同情を寄せた。詳細は省くが、「孤軍奮闘」で地方自治体病院の産婦人科診療に従事していた医師の医療行為が結果として患者の死を招いた事をもって、一年もたつてから「証拠隠滅の恐れあり」として逮捕されたことへの違和感である。事故が発生したのは、二〇〇四年二月のことである。

このことは同情にとどまらず、医療過誤に対する司法の有無を言わさぬ対応や、多くの医師が自らが置かれている厳しい現状を再認識する契機となった。以降、自分の所で分娩を取りやめる医療機関が相次いだ。卒後研修医の産科医志望も大きく減ったという。



福井県でも勝山市の社会保険病院が、二〇〇七年四月一日より分娩を取りやめ、そのホームページで「産婦人科医師一人となったため、分娩休止となっております。」と述べているのは、この流れから理解するとわかりやすい。

日本産婦人科学会や外科学会など多くの学会が次々と、その逮捕を不当として抗議声明や反対の表明をすることとなった。インターネット上で、逮捕された産婦人科医を支援する組織も結成された。我国の医学界全体を巻き込んだの大きな議論が沸き起こった。

そして、二〇〇八年八月二〇日、この事件は福島地裁で無罪の判決となり、検察も控訴を断念した。翌日の福井新聞「表層深層」には、「聖域守った」医療界に安堵の見出しで、医療界に与えたインパクトの大きさを論評している。

こうした医療事故の処理の仕方については、医療事故の再発防止に結びつくものではない。再発防止に向けては、警察の介入を制限して、まずは第三者機関による医療事故の評価や処理が求められるところである。

厚生労働省が、そのための機関として「事故調査委員会」を設置する準備を始め、二〇〇八年六月には、第三次試案が公表された。異常死についての解釈には結論を出していないが、医療事故として医師個人に届出義務を課すのではなく、医療機関の責任で「事故調査委員会」に報告するとされている。事故についての専門的な調査を行う事を前提としながらも、警察に届けるべき事案かどうか、調査委員会が判断することになる。

司法の介入の余地を残した事や、マンパワー不足で実効性が危ぶまれる事、異常死の解釈が明確でない事など、数々の批判や要望は出されているが、おおむね多くの学会で「試案」を認め、一定の前進であると評価している。私も同意見である。

## 八. 改めて求められる、医の倫理と医療の安全性についての医療者・患者間の共有

医療事故防止のための、国の医療費削減政策の見直しや新たな制度の導入など

の、大きな動きがあるのと同様、医療現場でも取り組みが前進している。

その取り組みの一つが、ヒヤリハット、インシデントの事例をできるだけ多く拾い上げる事と、その再発防止の解決策を現場の「システムの問題」として捉えて業務改善を図ってゆくことである。さらには、それぞれの日常業務のなかで医療過誤に結びつく可能性のある作業手順を、「リスクアセスメント」という手法を用いて拾い出し改善してゆく取り組みも、広く行われるようになって来た。

医療過誤が、すべて医療紛争や医療訴訟に結びつくわけではない。その多くは、事故発生直後やその後の医療者の対応に起因するという。自らが医師でもある知り合いの調停委員は、私に「実際に調停する場において感じる事であるが、多くの医療訴訟は、医療者特に医師の対応に不満や不信をつのらせ、訴訟に至る事が多い。ちょっとした気配りが足りない」と語ってくれた。医療者の誠意や気配りは、医の倫理や医療者としてのモラルに大いに関係するところであるから、医療過誤を医療訴訟にまで発展させないために、

極めて大切な要素であることはうなずける。医療の結果についての医療者の予測と患者の期待には差がある。その差を認識した上でインフォームドコンセントなどを行わなくてはならない。

最近では、医師を対象とした各種研修会に、ロールプレイが取り入れられるようになってきたのも、そのためであろう。

医の倫理に関しては、その具体的な取り組みとして、各医療機関における「倫理委員会」の設置があげられる。

インフォームドコンセントのあり方、終末期医療のあり方、侵襲性の高い（危険性の高い）医療行為採用の適否、医学・臨床研究の妥当性の検討、情報公開に関すること、などが主に委員会で取り上げられている。

委員の構成は、医療者だけでなく第三者委員として法律家や宗教家等を含み、患者代表的立場の委員が加わる倫理委員会もある。今日、そこで語られる課題については、どれをとっても一朝一夕に答えが出るものではない。しかし、医師・医療者がパターナリズムの座から降りて、目線を患者と同じ位置におき、幅

広い思考回路で自らの医療行為を振り返りながら医のモラルを検証してゆくことは、医療の安全性にとっても不可欠のことである。

倫理委員会などと大仰なものを持ち出さなくても、医の倫理が医療の安全性にとって大切であることは、職場の「安全文化」の確立という形でも語られる。

ヒヤリハットの経験を、「まあいいや」と個人であいまいにしてしまうことなく、同僚にしっかりと伝えること、同僚の危うい医療行為に気づいたら、「まあいいか」と見過ごすのではなくしっかりと相手に指摘すること、そしてそれらを職場あるいは事業所全体で共有する姿勢こそが、最も大切な医療者のモラル＝倫理であり、医療事故を防ぐ「安全文化」を醸成することである。

## 九. おわりに

教育現場での学級崩壊が、金八先生の登場だけで解決できないのと同様に、医療の安全性は、決して医の倫理・医療者のモラルだけで解決するものではない。

医療者サイドから、こう結論付けることによる、患者からの反発は承知している。医療の現場において患者の人権が尊重される環境が今日においてもまだ極めて貧しいと、多くの患者が実感しているからでもある。

しかし、高度に発達して取り扱いが複雑化した医療機器を駆使しながら、同時に全人的に患者に寄り添うことが常に求められている、人手不足のわが国の医療現場で、その点のみに解決を求めるとすれば、「竹槍で米軍の本土上陸にそなえよ」と命じた戦前の為政者の精神風土となら変わらない。いずれ疲弊して白旗を掲げるに違いない。

そうさせないためには、長い時間を要するではあるが、同じテーブルで地道に相互理解を図りながら安全な医療をおこなえる環境づくりを進めてゆくことが大切であると、改めて強調したい。