

医師は定められた価格以上の請求をすることがあり⁴¹、支払機関は定められた価格に対して定率で償還するので、患者の自己負担は増えることになった。

この支払い制度においてもモラルハザードがあることが知られている。後述するように‘DRG creep’とか‘unbundling’などの病院側の行動によって期待されたほどの医療費節約にはならなかったことも事実のようである。

請負制については、アメリカにおけるシステムのところで述べる。

Managed competition

ケアの提供システムを社会主義的なシステム、あるいは行政サービスとして行なうことは失敗であることは、イギリスを始め北欧の国々の経験で明らかとなった。一方、ケアにおいては、市場は失敗することが知られている。そこで、考え出された考え方が Managed competition という考え方である。

即ち、手を加えなければ市場が失敗するなら、市場が機能するように、組織と制度を作っていくという考え方である。しかし、その具体的な制度化には、国の歴史的な背景もあり、極めて異なる形を取っている。以下、アメリカとイギリスにおけるその導入を、ケアの質と効率の観点から概観する。

USA

アメリカにおける Managed competition の考え方は、HMO を中心とした大きな組織間の競争を促進することによって、市場が機能しケアの質と効率が確保できるというものである。

HMO は Henry Kaiser が管理学を医療にも導入する目的ではじめたものであるが、その基本には出来高払いをやめて、医師のインセンティブを逆転するということがあった。そのため医師のグループとは加入者 (enrolee) を年間定額で契約し、契約金額以下で済んだ場合には、余剰の 1/2 を医師に提供するとした。そうすることによって、医師が予防指向になることが期待された⁴²。

HMO を中心に保険者間の競争を促進することを Managed competition を呼び、医療の質と効率を確保するアメリカ的な制度となることを主張したのは Enthoven らであった^{43,44,45}。

クリントン大統領はこの考え方で皆保険を実現することを公約に大統領に当選したが、その実現には失敗した⁴⁶。しかし、失敗後、むしろ HMO や民間の保険者間の競争は激化し、民間保険者は HMO に価格で対抗するためには医師の行動に介入せざるを得なくなった。これが Managed care と呼ばれるものである^{47,48}。

介入の方法はまちまちである。わが国でよく知られているのは Second opinion であるが、より深刻なのは Gag 条項の存在である。つまり、保険者が医師に対して保険で認められない診療方法を患者に説明しないように指示することである。

これに対して、患者の権利の侵害であるとして、民主党が推進して患者の権利を法的に規定するべきだとする動きもあり、共和党間での大きな政治問題となっている。

ここで問われている問題は多々あるが、基本的な問題点は、医師が患者の代理人ではなくなったという点である。即ち、市場競争の結果、医療の質の技術的な要素ばかりで

はなく、患者と医師の信頼関係を損ない、人間関係的要素が悪化したことである。

UK

イギリスの医療制度改革については昨年、詳細に報告した。ここでは、ケアの質と効率の観点から、議論となるだろう部分を述べるにとどめる。

Blair 政権は、NHS については、1997 年 The New NHS: modern, dependable を公表し、医療の質の向上を目指すとして基本方針を明確にした⁴⁹。そして、良質の医療を無料で効率的提供しようということを目指した。また、長年の懸案であった医療と福祉の統合に取り掛かった。

政策手法としては、市場機構の力ではなく、目標の設定とインセンティブによる管理であるが、政策基盤は前保守政権の改革を引き継いだ点が多い。即ち、内部市場と予算管理 GP は公約どおり廃止したが、purchaser-provider split は残し、PCG が手上げ制によっていたが、GP の強制加入による PCT 化を進めた。そして、予算の執行権限を PCT に残し、2 次医療機関とは価格の交渉は行なわないが、国家目標を実現するための量的な 3 年間の契約を結ぶ、とした。

新たな政策の成否は、1) 新たな地域組織である PCT、さらには CT がうまくいくのか、2) 2 次医療への介入が効果的であるか、にかかっている。

1997 年の計画では PCG から PCT への移行については今後の可能性として提示されたが、実際にはその移行は急速に進み、現在までにすべての PCG は trust に移行を済ませ、5 年間で NHS の動きを根本的に変えた。現政権は、PCT を組織して NHS 改革の機軸としていくことが正しいアプローチであるという「完全な合意が得られた」として自信を深めると同時に、今後は、医療・福祉・公衆衛生を統合する役割を担わせたいとしている。

NHS と福祉(personal social service)の統合は、長年の懸案であった。例えば NHS の病院に入院していれば無料であるが、自宅に帰って福祉サービスを受けると自己負担が生じた。したがって、入院の長期化がおり、2 次医療の非効率化と待ち行列が長くなる大きな要因となっていた。また、例えば在宅で入浴サービスを受ける場合に、福祉のサービスと NHS のサービスで、その負担と財源が異なるなど、さまざまな不合理が生じていた。

そのため、中央の行政機構を改革した。国においても 2 大臣を統合し、1998 年には医療と福祉の統合を促進するための課 (The Joint Unit)⁵⁰を新設し、医療の地方組織 (Regional Health Authority) を縮小し、情報収集などを主務とする Strategic Health Authority に改変した。

1999 年に Health Care Act: Partnership Arrangements を制定して、以下の 3 つの仕組みを整備した。

- ① 予算をプールして医療と福祉の双方から使えるようにする、
- ② 対象に対する責任の明確化、
- ③ 管理組織を統合する。

福祉 (Social Service) については、1998 年に白書⁵¹が公表されたが、特に注目を集めたのは、long-term care に対する Royal Commission の報告書⁵²をどう扱うかであ

った。結局、労働党政権はそれを拒否して、PCG/Tに期待することとした。

2001年のThe Health and Social Care Actで、PCTをさらに発展させ、CT (Care Trust) を発足させることにより、医療と福祉の間のシームレスなケアを提供する体制づくりを推進した。PCTは住民に対して、支出やサービスの質向上、患者の選択の範囲拡大などについて計画を公表しなければならない。新たに医療と福祉それぞれの審査官を任命し、審査結果を毎年議会に報告する。

入院の長期化によるbed blockingを解消するための対策はこれまでも採られてきたが、必ずしもその効果を見ることは出来なかった。しかし、福祉施設に入所できず基準以上長期に入院した場合にはその料金を福祉財源に請求するという制度改正によって効果を出しつつあるという⁵³。

しかし、種々の困難が残されている。即ち、福祉はLAの仕事であり、有料であり、地域差もある。一方、医療は国営であり無料であるから、この統合は政府間関係の修正となる。地理的な行政圏が医療と福祉では一致していないところが多い。

そのような多くの基本的な問題を抱えているため、急速な進展は困難であるが、少しずつ進展をみている。医療・福祉の財源の統一も、各項目別にPCTごと、さらにはCTごとに推進されている。項目としては高齢者のケアや精神疾患対策が多くなっている。

2004年の末までに、8つのCTが組織された。また、それらの地方組織の協議会(Integrated Care Network)を設置し、それぞれの経験の交流を推進している。現在、CTの数はまだ少数にとどまるが、PCT/CTの協議会(Integrated Care Network)を組織して経験の交流を促すなど、下からの盛り上がり期待されている。

労働党政権の社会保障制度改革の中で、プライマリーケア組織の再編成は最大の業績となるであろう。また、多くの研究はその点に注目している。

PCの方式には多様な方式が出現し、Blair政権の改革でもっとも大きな変化をもたらした点である。従来から、GPによる一時医療の質の悪さが問題となっていた。その対策として、各PCTにClinical governanceの責任者を配置して、GPの質向上に努めている。現在は処方内容などについての相談・指導が主な活動内容となっている。

さらに、GPのケアの質改善を目的として、2004年からパイロット的に、GPに対して従来的一般医療の契約方式にかえて、新たな契約方式(PMS: Personal Medical Services)が試行されている⁵⁴。この契約方式は、主要疾患に関するガイドラインの示すどこまでの診療をするか、そのほかチーム医療、夜勤などの条件を明記した契約方式となっている。現在までに半数近くのGPが新たな契約方式に変更している。

2次医療に対する介入機能の評価のリビューが、2004年9月に、King's FundのThe Health Foundationから出版された⁵⁵。それによれば、この介入の機能は、PCT側に高度な事務機能が必要であり、その事務費用は高いが、病院の効率の向上に役立っているという証拠は全くない、というものである。

そのため、2005年2月からPractice based commissioningなる制度を発足させた⁵⁶。これは価格の交渉はないが病院の選択を自由化するという意味では、内部市場の方向への復帰と見ることが出来る。

質と組織の Performance 評価^{57,58,59}

Blair 政権は NHS の改革においては質の改善に特別な力を入れている。その骨子は以下の様である。

政府が主なる疾患の診療のガイドラインを整備する。医療の質及び費用対効果を分析するための NICE を組織して、診療の標準を明確にする。

各医療組織には臨床の質の管理責任者を置く。

NHS Performance Assessment Framework を定めて、それに従って地域の第三者評価機関を設けて評価を行う。また、国全体の患者調査を行う。

前保守政権は GPFH による Trust からのサービス購入に関するモニターを行ってきたが、現政権はそれでは視点が狭すぎるので、おおよそであっても包括的な評価をしようとして、次の 6 側面をバランスよく評価しようとしている。6 要因とは以下のとおりである。

- 1) 健康水準の改善、(例：Premature death)
- 2) 公正なアクセス、
- 3) 有効な医療の提供、
- 4) 効率 (例：在院日数、日帰り手術の割合、疾病単価、労働生産性、管理費、資本効率性など)、
- 5) 患者/提供者の経験、新たな患者調査、新たな NHS 憲章、
- 6) 健康アウトカム、例：感染症の発生率のトレンド。

医療と福祉、PCT など、それぞれに評価項目が定められているが、それらの多くは、計画のフレームワークと、国の目標とその達成率をモニタリングするものである。これは地方ごとに推進速度の自由度を認めている。また、国の目標以外はモニターの頻度等は低くても良い。

この評価の計画は 2001 年からはじめ、2003 年 6 月までに、すべての Trust と PCT の評価を一巡した。次は 2003 年から 3 年間の予定だが、さらに次の計画周期は 2004 年の秋から始まり、2005 年～2008 年までをカバーする。

評価組織の統一と評価結果の公表

NHS の評価は、2002 年の白書 *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*⁶⁰によって設立された独立の評価機関である the Commission for Health Improvement が実施してきた。この組織はが、NHS だけでなく民間の医療の質をも監視するために、既存の 4 つの監視機構を統一し、2003 年の the Health and Social Care (Community Health and Standards) Act⁶¹で the Commission for Health Audit and Inspection (CHAI)に改組され、2004 年の 4 月から活動することになった。

The Commission for Social Care Inspection (CSCI)も同法によって、福祉サービスの質を、公私にかかわらず、標準に照らして評価し、情報を取り公開する⁶²。同じく、2004 年から以下のような活動している。その仕事は、

- ・ 福祉サービス提供者の達成度と質を評価
- ・ 地方自治体の達成度評価
- ・ 政府によって設定された基準に照らして、介入者と提供者の評価

(appropriateness, responsiveness, equity, efficiency, effectiveness)

- ・ 福祉事業者の登録、情報公開、改善の指示
- ・ 政府や政策立案者に対する、政策の効果についての情報のフィードバック
- ・ 公開性、透明性を重視し、その活動には利用者を含める。政府と議会に対して報告書を提出する。
- ・ CHAI、Modernisation Agency、the Social Care Institute for Excellence などと密接に協働する。
- ・ 評価は4段階で行われ、各組織の評価結果はインターネット上に公開されている⁶³。最近、これら2つの第三者評価組織は統合されたが、現実にはまだ別々に活動が行われている⁶⁴。

VI. 考察と日本に対する示唆

わが国の詳細な項目別出来高払い制と中央政府による制御のシステムは制度疲労を起こしている。項目別出来高払い制度はケアの項目を増加させる方向へインセンティブが働くため、消費量が増大し、そう医療費は少なく見えるが、本質的な効率の向上にはならない。

医療費削減を目的に単価を下げると、医療施設はサービス量を増大させて採算を取ろうとするため、貴重な医療収入は薬品その他医療資材を提供する側に偏って配分され、医療施設には少ししか残らない。従って、最大の原価項目である人件費にしわ寄せが来る構造となっているため、日本の医療スタッフの数は極めて少ない。スタッフが少ないことがケアの質に影響することは十分考えられる⁶⁵。

アメリカ型の Managed competition が医師患者関係を毀損することによって医療の質が危機に立たされている。本来、人道的な活動を市場機構と整合させるとこの困難性を示していよう。

一方、イギリスにおいては、同じ Managed care の考え方から出発して、全体としては、市場競争ではなく、目標とインセンティブの設定と評価により、相変わらず無料の医療を提供しているという事実は重いものがある。また、コミュニタリアン的な地方分権化により、医療と福祉の統合を着実に進めつつあることは注目に値する。

しかし、PCTなどに医療福祉予算の75%の配分を任せるという大胆な政策は、民主化という点では評価できるとしても、政府組織ではない新たな地方組織が官僚化しないか、予算の執行を任せられるということにより、GPをはじめケア提供者が政府のエージェントともなっていることに問題は生じないのかは今後の検証を待たなければならない。

競争は一般的には対立と分断を生む。あるいは、水平・垂直の経営統合を生じさせる。アメリカにおいても HMO の営利法人化と系列化が進行している。わが国においても医療施設を中心としたケアシステムの統合と地域独占が進んでいるが、そのメリットとデメリットを質と効率の観点から、十分評価する必要がある。

イギリスにおける医療と福祉の連携が地方組織への分権化と評価結果などの透明化、民主化とともに進められていることは注目に値する。

医療資源はますます限られてくるため、終末論的には配給制 (Rationing) となる可

能性がある⁶⁶。配給制度のもとでは、政府及び専門家支配になり消費者主権はない。消費者の主権を尊重し、シームレスなケアの質と効率を確保するシステムは、分権化と透明化、利用者との協働によらなければならないだろう。そのためにもわが国におけるプライマリー・ケアのビジョンづくりが急務である。

V. 結論

1. ケアの質と効率を確保する政策立案と運営には、慎重なインセンティブの設計が必要である。
2. 医療の質と効率を確保するためには、医療費の項目別支払い制度を、ケア提供者も分配に責任を持つものに改変しなければならない。
3. ケアの質と効率向上を確保する政策は、現場の人々のエートを励ますものでなければならない。
4. わが国においては医療と福祉の連携が重要となるが、その促進にはプライマリーケアのビジョンが必要である。その組織は透明性の高い、民主的で住民との協働体でなければならない。

¹ Julian Le Grand (2003), *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights & Knaves, Pawns & Queens*, Oxford.

² 例えば、単なる医療費の抑制は、いわゆるバルーン効果やモラルハザード（誘発需要）を引き起こしてきた。

³ 「準市場」は、売り手が多様で、必ずしも利潤を目的としていないものがある。つまり、目的が定式化できないので、モデルによる分析も不可能である。

⁴ インセンティブを設計しても現実にはその通りに動くとは限らない。これを“rationality mistake”という。わが国の診療報酬制度は多くの良い例を提供している。A. Barlow, S Duncan and R. Edwards, *The Rationality Mistake: New Labour's communitarianism and 'supporting families'*, in P. Taylor-Gooby (ed), *Risk, Trust and Welfare*, Macmillan Press Ltd., 2000.

⁵ 社会保障システムの評価が質と効率という側面だけでよいわけではない。システムの評価には評価の枠組みが必要である。医療システムの評価の枠組みは、例えば郡司篤晃（2003）「医療システム研究ノート」丸善プラネットを参照。

⁶ わが国のいわゆる「社会的入院」は典型的な例。イギリスではNHSは無料、福祉は有料であるので、長期ケアの必要な人が病院のベッドを占有してしまう。そこで、近年そのような人の費用を福祉の方に請求できるようにした。

⁷ 施設に入所すればケアに対する責任は明確になるが、在宅の場合にはケアに対して責任を持つ者がいない。在宅における問題は、何かが起こったときの不安にどう対処するかであるが、関係者の連携とは誰もが責任を持たないことにもなりかねない。イギリスのGP制度は、住民が最寄のGPに登録するので、曲がりなりにも責任体制となっている。今後、在宅ケアを推進する場合には考慮すべき重要な点である。

⁸ ケアのtimeliness, comprehensivenessなどはケアの質では重要である。

⁹ 医療におけるニードは、患者の状態に対して専門的な対応によってその状態が改善する可能性があるときに、ニードが存在すると考える。対応が不可能な場合にはニード

- があるとはいわない。従って、ニードとは本来専門的な概念である。
- ¹⁰ 介護保険においてはニードと需要が必ずしも明確に区別して議論が行われていない。例えば、佐藤信人（2004）「介護サービス計画作成の基本的考え方? : 試論ノート」全国介護支援専門員連絡協議会。
 - ¹¹ 医療の質を大きく分ければ、1) 技術的要素と 2) 人間関係的要素になるとしたのは Donabedian である。Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its assessment*, Health Administration Press.
 - ¹² 現在のいわゆるケア・マネージャは介護提供事業者の被雇用者であることが多いという点で、誰の代理人かという問題がある。
 - ¹³ 医療の質は様々に定義されている。アメリカ医師会(1986)は良い医療とは「生命の延長と質に確実に寄与するケア(care which consistently contributes to the improvement or maintenance of quality and/or duration of life)」と簡明に述べている(AMA 1986)。Institute of Medicine(1990)はもう少し丁寧に、「期待する健康状態をもたらす可能性を増大し、最新の専門知識に合致したサービス (quality consists of the “degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.”)」述べている(Medicine 1990)。即ち最新の医学知識に合致したものであることを加えている。Donabedian は質の良い医療とは「医療に伴う利益と損失の差を最大化すると期待される医療である (“the kind of care which is expected to maximize an inclusive measure of patient welfare, after one has taken account of the balance of expected gains and losses that attend the process of care in all its parts.”)」と述べた(A. Donabedian 1980)。即ち、医療によってもたらされる便益 (benefit)、あるいは効用 (utility)とリスクとのバランスで見ようとした。
 - ¹⁴ 医療の技術的要素は診断と治療に大別すると、診断では情報処理的要素が大きく、治療は行為的要素が大きい。診断の質の要素には精度、時間的要素(timeliness)ばかりでなく、同じ診断に到達するなら冗長度の低いプロセスがよい(the law of parsimony)。治療においては、技術は特に大きな要素である。技術的要素には技術そのもの (technology)と、その適用(art)の要素が含まれる。
 - ¹⁵ 医療の場合、agent は医療提供者であり、principal より圧倒的に多くの情報を持っている。医療におけるさらに詳細な代理人理論については、郡司篤晃（2003）「医療システム研究ノート」丸善プラネット、pp.73-77.
 - ¹⁶ Roberts, JS, Coal, JG and Redman RR (1987). A History of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. *JAMA* 258(7): 936-940.
 - ¹⁷ Berwick, D.M. (1985). Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. *NEJM* 320: 53-5.
 - ¹⁸ このやり方を “bad apple” だという。即ち、収穫されるりんごには質のばらつきがあるが、ある基準で悪いりんごを捨てれば残りは良いりんごであるということ。
 - ¹⁹ 「かいぜん」は平均値を上げれば切り捨てられるものがなくなり、質も全体として向上する。Imai (1986). *KAIZEN*, Random House.(今井正明、「カイゼン」講談社 1988.)
 - ²⁰ 本方法は ‘critical path’ とか ‘clinical pathway’、‘CareMapTM’ などと多様な名称で呼ばれているが、われわれは邦語訳として「パス法」と呼んでいる。郡司篤晃（2000）「パス法：その原理と導入・評価」へるす出版。
 - ²¹ 目標による管理 (MBO: management by objective) であろう。
 - ²² 従来の informed consent (説明と同意) は重大な侵襲のある検査や治療についてのみ行なわれてきたが、パス法は診療の全プロセスに関する説明と同意であるので、患者の診療への参加が促進される。
 - ²³ 生産性向上の目的は、①患者満足、②職務満足、③質と効率の向上である。
 - ²⁴ 郡司篤晃（2005）「診療情報は医療を変えるか」日本診療録管理学会誌 16(3): 9-13。
紀伊国献三、郡司篤晃、ほか「診療記録、医学教育、医療の革新」医学書院、1973
 - ²⁵ それまでの「出来るだけのことをする」という倫理から compassion への変化である。
Kübler-Ross, E (1969) *On Death and Dying*, Macmillan (川口正吉訳「死ぬ瞬間」読売新

- 聞社、1971)
- 26 Moira Stewart, Judith Bell Brown, W Wayne Weston, Ian R McWhinney, Carol L McWilliam and Thomas R Freeman (2003), *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method* (2nd Edition), Radcliffe Meical Press.
 - 27 Susan B. Frampton, Laura Gopin, and Patrick A. Charmel (2003), *Putting Patients First: Designing and Practicing Patient-Centered Care*, Jossey-Bass (John Wiley & Sons, Inc.)
 - 28 Debra Roter (2000), The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship, *Patient Education and Counselling* 39(5): 5-15.
 - 29 NPO 医療の質に関する研究会 : <http://www.npo-shitsuken.org/>
 - 30 大熊由紀子、開原成允、服部洋一編著 (2006)「患者の声を医療に生かす」医学書院。
 - 31 IOM、Health Literacy: *A Prescription to End Confusion*, The National Academies Press, 2004
 - 32 http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4006801&chk=UQCoh9
 - 33 「全国マイケアプラン・ネットワーク」、<http://www.mycareplan-net.com/>
 - 34 和田ちひろ監修 (2004)「全国『患者会』ガイド」学習研究社。
 - 35 能率給は ‘incentive payment’ と呼ばれ、Taylor が Scientific Management の重要な管理手法として考案したものである。デンマークでは、GP の所得の 1/2 を出来高払い制度にしたら、GP から専門医に対する紹介の 1/4 が減少し、病院への紹介の 1/3 が減少した。Mooney, G. (1995). An international perspective on health services reform: Is it taking us where we want to go? *病院管理* 23(supplement): 36-43.
 - 36 Enthoven, A. C. (1988). *Theory and practice of managed competition in health care financing*. North-Holland.
 - 37 老人の寝たきり者の医療費の地域差は最大の地域と最小の地域では約 8 倍もある。地域差研究会 (2001)「医療費の地域差」東洋経済新報社
 - 38 倫理的に許される範囲の需要誘発については、郡司篤晃 (2003) 前掲書を参照。
 - 39 具体的なグループの償還額は、まず人件費の地域格差を考慮して、その他の費用も併せて、地域ごとの医療費の単価を計算する。それに、病名、手術のあるなし、年齢を考慮してグループ化しそのグループの医療費(実際には計数化した数値)をかけ算し、定額の価格とする。それに、その病院が教育病院であるような場合にはそのための費用や腎透析や腎移植などの例外的な高額な負担や慈善的な医療の支出が予想されるような病院に対しては補正的な手当を加えて償還額としている。
 - 40 病院の病床の占床率は 1980 年には 78%であったが、1985 年には 64.8%、1990 年 64.5%、1995 年 59.7%となった。Heffler, S. K., C. S. Donham, et al. (1996). Health care indicators: Hospital, employment, and price indicators for the health care industry: Fourth quarter 1995 and annual data for 1987-95. *Health Care Financing Review* 17(4): 217-256.
 - 41 この上乘せ請求を ‘balanced billing’ と呼ぶ。
 - 42 HMO 発足当時、San Francisco の Kaiser Permanente には自動化総合検診システムが設置されたが、加入者は必ずしもそれを利用せず、著しい効果は上がらなかった。その部分だけがわが国に輸入されたものが「人間ドック」である。
 - 43 Enthoven, A.C. (1988) op.cit.
 - 44 Ellwood, P. M., Enthoven, C.A., Etheredge L., “The Jackson Hole initiatives for a twenty-first century American health”. *Health Economics* 1(3): 149-68, 1992.
 - 45 Enthoven, A. C., “The history and principles of managed competition”. *Health Affairs* 12: 24-48, 1993.
 - 46 詳細は、郡司篤晃 (2003) 前掲書、12 章世界の医療制度改革を参照、pp.173-191.
 - 47 田村誠 (1999)「マネジドケアで医療はどう変わるか：その問題点と潜在力」医学書院
 - 48 日本でも近年、多くが紹介されている。例えば、<http://www.med.or.jp/nichikara/lee.html>

-
- ⁴⁹ Secretary of State for Health (1997), *The New NHS: Modern, dependable* (Cm 3807), HMO.
- ⁵⁰ <http://www.doh.gov.uk/jointunit/index.htm>
- ⁵¹ Secretary of State for Health (November 1998), *Modernising Social Service: Promoting independence, improving protection, raising standards* (Cm 4169), The Stationery Office.
- ⁵² Royal Commission on Long Term Care (March 1999), *With Respect to Old Age: Long term care – Rights and Responsibilities*, The Stationery Office.
- ⁵³ Julian Le Grand, personal communication, 2005年3月.
- ⁵⁴ DHS (18th March 2004), *Sustaining Innovation through New PMS Arrangements*. [WWW.dh.gov.uk/AndGuidance/OrganisationPolicy/PrimaryCare](http://www.dh.gov.uk/AndGuidance/OrganisationPolicy/PrimaryCare).
- ⁵⁵ Judith Smith, Nicholas Mays, Jennifer Dixon, Nick Goodwin, Richard Lewis, Siobhan MacClelland, Hugh McLeod, Sally Wyke, *A review of the effectiveness of Primary care-led commissioning and its place in the NHS*, The Health Foundation.
- ⁵⁶ DH (23 February 2005), *Making practice based commissioning a reality – technical guidance*.
- ⁵⁷ Department of Health (1998), green paper *A First Class Service: Quality in the New NHS*.
- ⁵⁸ Department of Health (2002), *NHS Performance Ratings and Indicators*.
- ⁵⁹ Department of Health (July 2002), *NHS Performance Ratings: A-Z Performance Ratings and Indicators*
- ⁶⁰ The Secretary of State for Health (April 2002), *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*. Cm5503.
- ⁶¹ *The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act*, 2003.
- ⁶² Department of Health, *National Standards, Local Action: Health and Social Care Standards and Planning Framework 2005/06-2007/08*
- ⁶³ <http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/>
- ⁶⁴ CSCIにおける Personal communication, 2005年3月
- ⁶⁵ 例えば、看護職は在職年数の短い。従って未熟練な最終行為者となることが多いので、医療事故などの危険が増大することは当然である。東京都のインシデント・アクシデント報告においても看護職の報告件数は経験年数にともなって少なくなる。
- ⁶⁶ Bill New (Ed) (1997), *Rationing: Talk and Action in Health Care*, King's Fund.

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

主任研究報告書

③ 医師と患者の関係

主任研究者 島崎謙治 国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官

（平成 18 年度実施）

研究要旨

医師と患者の関係は、①患者が医師や医療機関に何を望み何に不満を感じているかという分析、②医療現場の実態を踏まえた法的な論点の整理と考察、③政策的に解決すべき課題の提示と考察、の 3 つを行わないと適切な分析にならず有益な政策論に結びつかない。

各種調査結果を分析すると、医師の大半は現状の医師と患者の関係はパターナリズムモデルではないと思っているが、患者の多くはパターナリズムモデルが支配されていると考えており、認識ギャップが大きい。医師と患者の関係は一般に契約関係（準委任契約）だと捉えられているが、開設者の履行補助者である医師と患者の家族（いずれも契約当事者ではない）が患者の治療方針を決める場合があるほか、契約の具体的内容は必ずしも契約によって決まるのではなく専門家としての社会的規範によって定められている。政策的に重要なことは、①開設者、管理者、医師という 3 層構造の中での責任の所在を明確にすること、②医療機関の機能分化が進むことにより「切断」される医師と患者の関係を「繋ぐ」者が必要になることである。連携の本質は「情報伝達ロス」や「インターフェースロス」を最小化することであるが、病院勤務医にもっぱらその役割を担わせることは過重な負担になる。その解決策は、「家庭医」を医療政策上明確に位置づけることである。「家庭医」とはそれ自体が専門性をもった概念であり、教育・研修システムの確立等が必要である。

質の高い「家庭医」は、医療の効率性等を向上させるほか、医師と患者の関係の改善にも資すると考えられる。北海道更別村の医師と患者の関係の調査結果はそのことを推認させる。

A. 研究目的

医師と患者の関係について、①患者が医師や医療機関に何を望み何に不満を感じているかという分析、②医療現場の実態を踏まえた法的な論点の整理と考察、③政策的に解決す

べき課題の提示と考察、を行うこと。

B. 研究方法

文献調査による。

(倫理面への配慮)

個人情報等に関係しないため不要。

C. 研究結果

各種の調査結果を分析すると、医師の大半は現状の医師と患者の関係はパートナーリズムモデルではないと思っているが、患者の多くはパートナーリズムモデルが支配されていると考えており、認識ギャップが大きい。

医師と患者の関係は一般に契約関係（準委任契約）だと捉えられているが、開設者の履行補助者である医師と患者の家族（いずれも契約当事者ではない）が患者の治療方針を決める場合があるほか、契約の具体的内容は必ずしも契約によって決まるのではなく専門家としての社会的規範によって定められているなど、法律的に整理すべき課題が少なくない。

医療機関の機能分化が進めば「情報伝達ロス」や「インターフェースロス」が生じるため、それを最小化するためには全体を「繋ぐ」者が不可欠であり、「家庭医」を医療政策上明確に位置づけることである。北海道更別村の調査結果から、「家庭医」の存在は医師と患者の関係の改善に資することが推認される。

D. 考察および E. 結論

政策的には、①開設者、管理者、医師という3層構造の中での責任の所在を明確にすること、②医療機関の機能分化が進むことにより「切断」される医師と患者の関係を「繋ぐ」

者が必要であること、③その中心になるのは「家庭医」であり、医療政策上明確に位置づけるとともに、「家庭医」の教育・研修システムの確立等が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

島崎謙治（2006）「医師と患者の関係（上）・（中）・（下）」『社会保険旬報』2296号(pp.12-17),2297号(pp.18-29),2298号(pp.14-20)。

2.学会発表

島崎謙治「医療と介護のより良い連携のために」第13回日本グループ診療研究会総会・学術大会（平成18年11月26日、於：東京国際フォーラム）

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

[この研究は、平成18年度に行った研究である。]

第3章 医師と患者の関係

島崎謙治（国立社会保障・人口問題研究所）

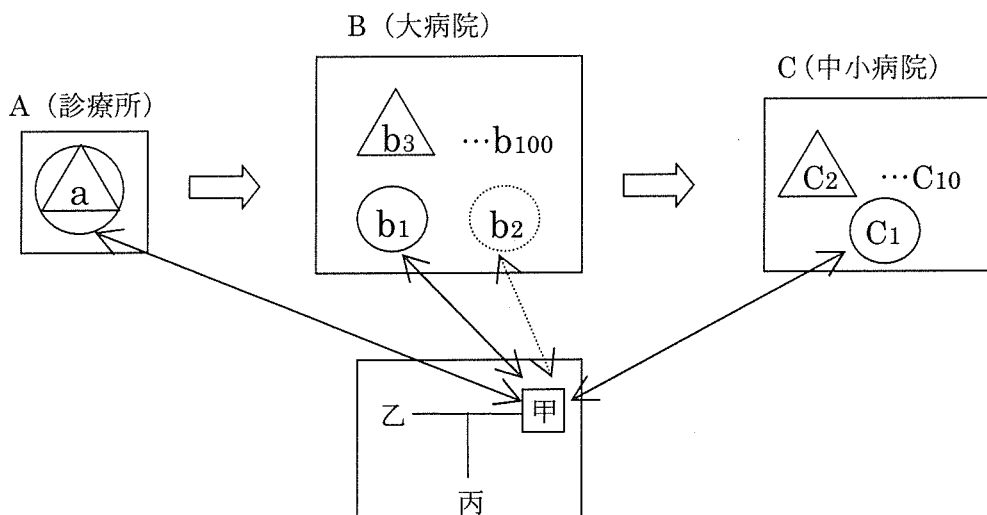
1. はじめに—本稿の目的と問題意識—

医師と患者の関係は医療の基本問題であり、これを論じた文献は数多くある。それにもかかわらず本稿でこれを取り上げるのはなぜか。最初に多少紙幅を割き、本稿の目的および問題意識を述べておきたい。

医師と患者の関係は、特定の医師と患者との1対1の信頼を基礎とする関係であり、法的には契約（準委任契約）により規律されていると一般に考えられている。しかし、このような捉え方は今日の医療の実態等に必ずしも適合していないように思われる。

第1に、特定の医師との関係が継続しているわけではない。図1は、医師と患者の関係の概念図である。次のようなケースを想定してもらえればよい。甲（患者）はa医師1人のA（診療所）で受診したが、重篤な疾病の疑いがあるのでB（大病院）のb1を紹介され手術を受けた。その診断の過程で他の疾病も発見されその治療も受けた（b2はその主治医である）。B病院における急性期治療が終わったので、C（中小病院）を紹介され転院した。この場合、甲の主治医はa、b1、c1と変わっていく。B病院ではb2も主治医である。確かに、全体の中の特定の場面を切り取れば、そこには特定の医師と患者との関係は存在する。しかし、その関係は継続しない。基本的には転院・転医（以下、単に「転院」という）のたびに別の医師と患者の関係が新たに形成されていくのである。

図1：医師と患者の関係（概念図）



(注) 小文字のアルファベットは医師を表し、B 病院では 100 人、C 病院では 10 人いるとする。

丸括弧は主治医、三角括弧は管理者を表す。甲は患者、乙は配偶者、丙はその子である。

第 2 に、医師と患者の関係といっても、主治医と患者以外に様々な者が「登場」する。診療所を別にすれば主治医 1 人で医療を行っているわけではない。診察した医師と手術の執刀医が別のこともある。麻酔医を含め複数の医師が関与するほか看護師やコメディカルも大きな役割を果たしている。いわゆるチーム医療である。さらに医療職ばかりでなく、医療ソーシャルワーカーからも重要な役割を担っている。病院の総合的機能や病院長の統括管理の力量が問われる理由である。他方、患者の側も「登場人物」は患者 1 人ではない。インフォームド・コンセントの際に家族（図 1 では乙および丙）が同席することはごく普通にみられる。患者本人にがんの告知をすべきかの判断が家族に求められることもある。

第 3 に、医師と患者の関係は契約により規律されるという点についても議論の余地がある。確かに診療契約は存在しよう。しかし、患者の契約の相手方は、個々の医師ではなく病院等の開設者（例：B 病院が県立病院であれば県、C 病院が医療法人立であれば医療法人）であると解されている。実際、債務不履行を理由に医療過誤訴訟が提起される場合に被告となるのは病院等の開設者である。また、医師の義務の内容は契約によって決まっているのか、医師と患者の信頼は契約法理でうまく説明できるのか、といった疑問もある。

要するに、医師と患者の「主体」、「関係性」いずれについても検討を要する点は決して少なくない。そしてより重要なことは、医療政策がパラダイムシフトしている中で、医師と患者の「関係のあり方」も再考が求められることである。例えば、医療機関等の機能分化が急速に進展しているが、これは見方を変えれば転院が進むということである。医師と患者の関係は特定の医師との関係が継続するのではないと述べた。しかし、だからこそ、転院に伴い「切断」される医師と患者の関係をいかに「繋ぐ」のかということが重要な政策課題となる。

本稿は医師と患者の関係を抽象的・観念的に論じることを意図するものではない。医療を取り巻く環境や国民の価値観が大きく変化し、医療そのものや医療政策が変容する中で、①医師と患者の関係をどのように捉え再構築していくべきか（第 2 節）、②法的にはどのような論点と課題があるのか（第 3 節）、③医師と患者の関係を再構築するための喫緊の政策課題は何か（第 4 節）、について論じるものである。

2. 医師と患者の現在の関係認識とあるべき関係像

医師と患者の関係について論じる以上、まず、医師・患者双方が医師と患者の現在の関係をどのように認識しているのか押さえ、その上であるべき関係像を考察する必要がある。

(1) 各種調査結果からみた医師と患者の現在の関係認識

樋口範雄教授は、「情報」と「決定」への医師と患者の関与に着目し、医師と患者の関係を 4 つのモデルに分類した（表 1 および表 2 を参照。なお表 1 の各モデルに照応した会話を

例も参照されたい)。そして、全国の医師と患者それぞれを対象に、①医師と患者の望ましい関係のモデル（以下「理想モデル」という）はどれか、②医師と患者の現状がどのモデル（以下「現状モデル」という）に近いか、という意識調査を行った（樋口 2001。簡単な解説として樋口 2006b も参照）。表 3 はその回答結果である。注目すべき点は次の 2 点である。

表 1：医師と患者の関係モデル

<p>【モデル1：パターンリズム・モデル（情報も決定も医師主導）】</p> <p>○患者：「いただいたお薬をきっちりのんでいるのですが、なかなかよくなるんですが・・・」 ●医師：「だいじょうぶですよ、私にまかせておいたら必ずなおりますから」 ○患者：「そうですか、よろしくお願いします」</p>
<p>【モデル2：エージェンシー・モデル（情報は共有だが、決定は患者主導）】</p> <p>●医師：「この前の検査ではここまでわかりました。次の検査に進めてもよいですか？」 ○患者：「次の検査をするか 2、3 日考えてから返事します」 ●医師：「それでは返事をお待ちします」</p>
<p>【モデル3：パートナーシップ・モデル（情報も決定も共有）】</p> <p>●医師：「次に、この治療をする必要があります。しかし副作用が心配です」 ○患者：「副作用はどの程度のものでしょうか？」 ●医師：「人によっても違いますが、こんな症状が出る可能性が強いですね」 ○患者：「でも仕方ないですね。それでいきましょう」</p>
<p>【モデル4：リミティッド・パートナーシップ・モデル（情報は共有だが、決定は医師主導）】</p> <p>●医師：「この前の検査結果はこうで、こんなことが考えられます。次は、ここを明らかにするために、この検査を行います。まかせておいてください」 ○患者：「検査の内容だけでももう少し説明してください。あとはぜんぶおまかせします」</p>

（出典）樋口範雄（2001）

表 2：各モデルにおける「情報」・「決定」の関与

	情報		決定	
	医師	患者	医師	患者
①パターンリズム・モデル	○	×	○	×
②エージェンシー・モデル	○	○	×	○
③パートナーシップ・モデル	○	○	○	○
④リミティッド・パートナーシップ・モデル	○	○	○	×

（注） ○は関与を、×は関与してないことを表す。

（出典）樋口（2001）（2006b）。表 3 も同じ。

表 3：医師と患者の回答結果

	現状認識		あるべき理想	
	医師	患者	医師	患者
①パターンリズム・モデル	28%	64%	0.2%	0.4%
②エージェンシー・モデル	7%	3.5%	27%	18%
③パートナーシップ・モデル	27%	11%	69%	59%
④リミティッド・パートナーシップ・モデル	38%	21%	4%	23%

第 1 に、医師と患者の間には大きな現状認識ギャップが存在する。医師も患者いずれも、理想モデルとしては、③パートナシップ・モデルを選択する割合が非常に高く、①パターナリズム・モデルを選択した割合は 1 %にも満たない。しかし、現状モデルについては、患者の 64%は①パターナリズム・モデルを選択している。これに対し、医師の側は、現状モデルの回答として一番多いのは④リミッティッド・パートナシップ・モデル (38%) であり、①パターナリズム・モデルを選択した割合は 28%にすぎない。つまり、医師の多くは日本の医療はパターナリズム・モデルから既に他のモデルに移行したと考えているが、患者の多くはパターナリズム・モデルが支配的だと思っているのである。

第 2 に、理想モデルの 2 番目以降の選択が医師と患者で大きく異なる。医師の理想モデルで、③パートナシップ・モデル (69%) の次に多いのは、②エージェンシー・モデル (27%) であり、④リミッティッド・パートナシップ・モデルはわずか 4%である。これに対し、患者は、③パートナシップ・モデル (59%) の次に多いのは、④リミッティッド・パートナシップ・モデル (23%) であり、②エージェンシー・モデル (18%) より多い。つまり、診療方針の決定に関し④の医師主導モデルを選択する医師は極めて少数にとどまるのに対し、患者の約 4 分の 1 は④の医師主導モデルが理想モデルだと考えているのである。これは無視できない差異である。そしてさらに、このことは患者が③のパートナシップ・モデルを選択した数字を額面通り受け取ってよいかという疑念も抱かせる。樋口教授の言葉を借りれば、「理想型として医師も患者も③のパートナシップ・モデルを圧倒的の第 1 位にあげているが、その中身は同床異夢の可能性がある。(中略)『共同』という要素には曖昧さが伴う。同じパートナシップでも、患者は、決定の部分についての判断は医師に頼りたいと思ひ、医師のサイドでは、むしろ患者の自己決定に委ねることを望んでいるように見える」(樋口 2006b,p.112) からである。

意識調査は質問票の設計や対象者の属性等によって結果が左右される。樋口 (2001) の会話例 (表 1 参照) が各モデルを適切に「表現」しているかも議論の余地がある¹。したがって、複数の調査結果を照合し検証する必要がある。

樋口 (2001) と類似した調査はいくつかあるが、最も調査フレームに近いのは医薬産業政策研究所 (2005) である。この調査では、医師と医療消費者 (注: 同調査上の用語。国民のことであり有病者 3 割を含んでいる) の双方に治療方法の意思決定の理想と現実について尋ねている。表 4 はその調査結果である。そのポイントは次の 2 点である。

1 例えば、モデル 2 の会話例は、医師の側からみれば、共同で意思決定する前提として患者に十分納得する時間を与えたと取れなくもない。だとすれば、「医師のサイドでは、むしろ患者の自己決定に委ねることを望んでいる」とまでは言いがたいように思われる。

表4：治療方法の意思決定の選好

	現状認識		あるべき理想	
	医師	医療消費者	医師	医療消費者
①治療方法については全て医師に任せる	1.0%	28.7%	0.1%	1.1%
②医師から最良だと思ふ治療方法について説明を受け、患者が同意	15.7%	46.3%	6.4%	6.9%
③医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、医師が最良だと思ふ治療方法を説明し、患者が同意	61.9%	16.3%	55.9%	35.5%
④医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、患者が医師と相談して決める	19.1%	7.4%	32.2%	54.2%
⑤医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、判断は患者に任せる	1.6%	1.1%	4.5%	2.3%

(注) 医師については未回答(現状認識は0.7%、あるべき理想は0.9%)がある。その他、医療産業政策研究所に直接照会し記入した数字がある。

(出典) 医療産業政策研究所(2005)

第1に、医療消費者の理想モデルの選択は、医師も医療消費者も、「③医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、医師が最良だと思ふ治療方法を説明され、患者が同意する」および「④医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、患者が医師と相談して決める」との回答が大半(約9割)を占める。しかし、現状モデルの選択については、医師の場合は理想モデルとそれほど食い違わないのに対し、医療消費者の側は、「②医師から最良だと思ふ治療方法について説明を受け患者が同意する」が46.3%と半分近くを占め、理想モデルとしてはわずか1.1%に過ぎない「①治療方法については全て医師に任せる」が、現実モデルとしては28.7%も選択されている。つまり、樋口(2001)の調査結果と同様に、医師と医療消費者の現状認識ギャップが鮮明に表れている。

第2に、③に比べ④のほうが患者の関与度は高くなるよう質問票は設計されているが、理想モデルとして、医療消費者は③より④を選択する割合が高く、医師は④より③を選択する割合が高い。つまり、「治療方法の決定に関し、患者は医師に依存し、医師は患者に委ねたいようにみえる」とする先の樋口説とは逆の結果を示していることになる。もっとも、医療の現状(医師主導)に対する医療消費者の強い不満が患者の決定への関与・参画を尊重すべきとする理想モデルの回答を押し上げている可能性があるほか、④の質問中の「医師と相談して」という医療消費者にとっては“魅力的”に感じられる文言が④の選択を誘引した可能性があり、断定的な解釈は慎むことが適切だと思われる。

なお、樋口（2001）および医薬産業政策研究所（2005）の他にも、参考になる調査結果がある。紙幅の制約上、その要点のみを箇条書き風に記しておく。

第1に、日医総研（2003）では、国民と患者に対し、「(A)、(B)2つの意見のうち、どちらに賛成しますか。(A) 病気は、患者自身の問題であり、治療内容については患者自ら十分に説明を聞き、納得した上で治療を受けるべきだ。(B) 医療は高度・専門化しており、患者は説明を聞いてもよくわからないので、医師にまかせて、医師の指示に従えばよい。」と尋ねている²。その回答結果をみると、(A)に賛成する割合は、一般国民が73.6%、患者が76.5%と約4分の3を占めるが、(A)と(B)の中間の意見とするものが、一般国民が7.1%、患者が11.2%、(B)に賛成する割合は、一般国民が17.7%、患者が9.8%となっている。

第2に、日経BP社（2003）は40歳以上の者を対象とするインターネット調査であるが、『医師と患者の関係』はどのような形を望みますか」という質問に対する回答をみると、「パートナー的関係」（74.1%）が圧倒的に多く、「患者が主導する関係」（14.4%）、「医師が主導する関係」（11.1%）となっている³。また、「医師とコミュニケーションを取りにくいと感じたことがあるか」との質問に対し、「よくある」と回答した者が10.4%、「時々ある」と回答した者が46.8%、合計で58%に達しており、その理由（複数回答）として、「診療時間が短くゆっくり会話できない」が72.4%、「対等な立場で話ができる雰囲気がない」が51.2%、「話し声が筒抜けで落ち着いて話せない」が29.5%、「何を質問してよいかわからない」が28.8%となっている。

第3に、UFJ総合研究所（2004）は、20歳から69歳の国民を対象とする調査であるが、「安心して受診するために患者としてできること」を尋ねている。「納得できるまで治療に関する説明を聞く」、「きちんと自分の症状を医師に説明する」を挙げた者は55.1%、32.3%いる（複数回答あり）が、達成度（実際に行ってきたか）をみると、それぞれ40.7%、49.6%となっている。

第4に、厚生労働省『平成17年受療行動調査』では、医師から受けた説明の理解度等を尋ねている。例えば、入院の場合の「治療の方法・期間」については、「よくわかった」が

2 日医総研（2003）では、医師と患者の現状認識ギャップの調査も行っているが、そのギャップは樋口（2001）および医薬産業政策研究所（2005）の調査結果に比べ小さい。ただし、「患者の個別状況に応じた医療が行われているか」という質問に対し「行われている」とする回答をみると、医師（89.6%）、患者（66.4%）、一般国民（38.4%）となっており、「心のケアを行っているか（受けているか）」という質問に対し「行っている（受けている）」とした回答も、医師（81.9%）、患者（52.1%）、一般国民（29.0%）となっており、大きな差異がみられる。

3 日経BP社（2003）の調査は40歳以上の者を対象にしているが、インターネット調査であり、かつ、有効回答率も18.6%と低いことから、比較的「意識の高い者」が回答しているというバイアスがかかっている可能性があることに留意する必要がある。

40. 9%、「大体わかった」が 47. 0%、「よくわからなかった」が 9. 4%、「ほとんどわからなかった」が 2. 7%となっており、「よくわかった」と「大体わかった」を合計すると、9割近くが「わかった」と回答していることになる。ただし、自己決定の前提となる情報の理解は完全性が求められることを重視すれば、約半数を占める「大体わかった」を“わかった”の範疇に入れ肯定的に評価するのではなく、“完全にはわからなかった”と評価する見方もあると思われる。また、入院の場合の「治療方針の決定者」の回答をみると、「患者本人」が 23. 1%、「担当の医師」が 44. 9%、「家族・親族・友人」が 12. 0%となっており、「担当の医師」の影響力が大きいことがみてとれる。

(2) 医師と患者のあるべき関係像と課題

以上の調査結果等を基に、医師と患者の関係の現状、目指すべき関係像、課題等について考察を行う⁴。

まず、自己決定のプロセス等に着眼し、患者からみた医師と患者の関係像や期待等をまとめると、概ね次のとおりとなろう。

第 1 に、患者は自分の病名や状態等については正確に知りたいと思っている。自分の生命・身体に関わることだからである。また、どのような治療法の選択肢があるのかも知りたいとも思っている。しかし、患者は情報を咀嚼しきれず、治療法の選択肢の説明を受けても完全に理解できているわけではない。また、多くの患者は納得できるまで医師に質問できていない。一言でいえば、患者の「情報希求度」は非常に高いが、それが満たされていないのである。

第 2 に、患者の自己決定に至る「道のり」は人によって差異がある⁵。もちろん、宗教上の信念を有する患者や極めて理性的な患者であれば、明確な意思表示を即座に行うこともあり得よう。しかし、患者の多くは、不安と願望が交錯する中で診断結果が告げられ、いずれの治療法を選択するのか迫られても躊躇するのが普通である。複数の治療法の内容や期待される効果・予想されるリスク等の説明を聞いてもよく理解できないという理由もあるが、重い決断を具体的に迫られた時と普段漠然と思っている時の人間の心理や切実度は異なるという理由もある。患者は、気持ちが揺らぐ中で、主治医の意見も聞き、家族とも相談しながら、徐々に自分の意思を固めていくのが通常の姿だと思われる。

第 3 に、主治医に対し、“患者の身になって”相談にのり支援することを強く期待している。これは患者の身勝手や責任回避ではない。患者は医療に関する知識も経験も乏しい以上、専門家である医師としての判断や助言を期待するのは当然だからである。そして、医

4 筆者は過去数回肉親のインフォームド・コンセント（その中には、セカンド・オピニオンを要するものも含まれている）に立ち会ったことがあり、この個人的体験も反映されている。

5 なお、「情報希求度」と「自己決定希求度」が異なることについては、前田（2005）,pp.248-249 およびその参考文献を参照されたい。

師が“患者の身になって”考える姿勢があれば患者は医師に信頼し耳を傾ける。逆にそれがなければ、患者は“突き放された”という思いを抱き不信を募らせるだけである。

以上を要約していえば、患者の多くは自己決定することを決して拒否しているわけではない。しかし、決定すべき内容は重大であるにもかかわらず、患者はその前提となる情報を正確に評価できない。だから、専門家としての医師の助言を得て決定したいと思っているのである。そして、それを繋ぐキーワードが「信頼」である。その意味では、診療方針の決定を行うのは医師か患者か、決定のリスクはどちらが負うのかという議論の立て方は適切ではない。本来、医師と患者の関係は対立する構造にあるわけではなく、医療は医師と患者が同じ方向を目指して行う協働行為として捉えるべきである（郡司 1998,p.66）。そして、医師と患者にはそれぞれ固有の責任がある。患者には自分の気持ちや疑問を率直に述べ自らの意思を明らかにしていくことが求められようが、医師には患者が真の意思を見出し適切な自己決定を行えるよう助言・支援を行う職責がある。

このように医師と患者の関係のあるべき姿を捉えることについては、医師をはじめ医療提供者もそれほど違和感はないと思われる。例えば、日本医師会の『医師の職業倫理指針』でも、「医療における医師・患者関係の基本は、直ちに救命処置を必要とするような緊急事態を除き、医師は患者に病状を十分に説明し、患者自身が病気の内容を十分理解したうえで、医師と協力しながら病気の克服を目指す関係である」と記されており、表現の多少の差異はあれ、本節で述べてきたことと齟齬はない。しかし、問題なのは、各種の調査結果が示すように、理想と現実との間に大きなギャップが存在することである。課題としては次の3点が挙げられよう。

第1に、医療提供者側の改善努力が必要である。医師は患者の立場に立ち対等に接しているつもりでも患者はそうは思っていないという調査結果は、やはり真摯に受けとめるべきである。また、インフォームド・コンセントを例にとれば、医療現場では、「説明しましたので、この同意書に署名して下さい」式の“押しつけ”や、「診療方針の選択肢を示しました。どれを選択するかは患者さんが決めて下さい」といった“突き放し”が多くみられる（谷田 2006、前田 2005）。これは自己決定権の尊重やインフォームド・コンセントの理念とは似て非なるものであり、医師と患者の信頼関係を損なうばかりでなく、医療そのものに対する不信に繋がる。これらの本質の正しい理解と適切なコミュニケーション技法の修得に関する医学教育や卒後研修の充実も必要だと思われる。

第2に、医師と患者の協働関係を築くためには、患者側も自らの責任を自覚し診療に臨む姿勢と努力が求められる。この意味では、既述したU F J総合研究所（2004）の調査結果、とりわけ「きちんと自分の症状を医師に説明する」の達成度（実際に行ってきたか）が49.6%と半分以下であることは気になる点である。医療は患者側が症状等を説明しなければ始まらないし、適切な診断は行えない。それを上手に引き出す医師の問診技術も重要であるが、患者も説明すべき点や聞きたい要点をメモして診療に臨むなど自らの取組みの重要性を認識する必要があるだろう。

第3に、“患者の身になって”考える者が必要である。第1および第2の点については、医師、患者それぞれに「言い分」があると思われる。例えば、医師からすれば、多忙の中で説明の時間を十分に割けない、患者の理解力等には大きな差があり医療の本質や限界について理解してもらえない、現実に訴訟リスクを抱える中で医師や病院側は自己防御的にならざるを得ない、本人の価値観・性格、生活歴や家族関係等の事情は短時間ではわからない、といった不満があろう。一方、患者の側も、外で待っている患者がいる中で気忙しく聞きたいことを十分聞けない、医師の気分を害さないか気後れする、という意見もあると思われる。その対応としては、診断結果の説明等の責任はもちろん一義的には主治医にあるにしても、看護師や医療ソーシャルワーカーらが医師と患者の間に立って、説明の補足や患者に質問を促すこと等を含め患者の相談・支援を行うことが有用だと思われる。しかし、これは多くの病院で現実に行われており、こうした取り組みだけで問題がすべて解決できるとは思えない。筆者は、頻度が高い一般的な疾病（コモン・ディジーズ）の診療に加え、患者の病歴、価値観・性格、生活歴、家族との人間関係をはじめ家庭環境等を熟知し患者の相談機能（コンシェルジュ機能）をも果たす「家庭医」を医療供給体系の中にきちんと位置づけることを真剣に検討すべきであると考え。これは政策課題として最も強調したい点であるが、3節の議論とも関連するので4節でまとめて述べる。

3. 医師と患者の関係に関する法的論点と課題

(1) 医師と患者の関係に対する法的規律

医師と患者の関係は、その性格上、専門家たる医師の職業倫理規範によって律せられる部分が少なくない。ただし、法も医師と患者の関係の規律に多大な影響を及ぼしてきたことも間違いはない。自己決定権の尊重やインフォームド・コンセントの理念が急速に広まり、

「知らしむべからず、よ^よ、由らしむべし」というパターンリスティックな医師と患者の関係の見直しが迫られたことがその典型である。また、医療過誤訴訟において当事者間で争いになれば裁判所が裁断を下すことになるが、その結果（判決の結論および判旨）が医師と患者の関係の規律にも影響を及ぼすことになる。(2)以降の議論の前提として、診療契約の法的性格や患者の自己決定をめぐる問題等につき通説的な見解に立って概略を述べると次のとおりである。

医療（診療）は一般に患者の求めに応じ専門家である医師が行う行為であり、医師と患者の間で診療契約が結ばれている。診療契約は民法の典型契約の中では準委任契約（民法656条で準用する643条以下）が性質的に最も近く、医師と患者の関係もこれにより規律されると考えられている。委任と準委任との相違は、委任する事務の内容が法律行為か否かの違いであり本質的な違いではない（したがって、以下単に「委任」という）。委任契約において受任者が負う債務は目的の実現に向けて最善の努力（民法の言葉を使えば善管注意義務。644条）を尽くすこと（手段債務）にある。目的の完成そのものを債務の内容（結