

附表

	フランス	ドイツ	日本の関連事情
制度概要	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医の登録。 ・かかりつけ医以外の医師の診療を受けた場合の一部負担金の増額。 ・かかりつけ医による個人情報カルテ管理。 	<ul style="list-style-type: none"> ・紹介状をもたない外来患者に対する初診料の設定(a)。 ・家庭医モデル事業(b)。 ・疾病管理プログラム(c)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・200床以上の病院における非紹介患者に係る初診は、選定療養の対象、初診料に上乘せして費用徴収可能(p)。 ・生活習慣病管理料(q)。
かかりつけ医等の範囲	<ul style="list-style-type: none"> ・制度上は、一般医、専門医の別、開業医、勤務医の別を問わない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・制度上は、家庭医、専門医の別を問わない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・(p)の紹介元の医療機関に制限はない。
政策手法	<ul style="list-style-type: none"> ・法律によるかかりつけ医登録の義務づけ。 ・医療保険給付面での経済的誘導。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険給付面での経済的誘導。 ・疾病金庫主導の患者受療行動管理メニュー。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険給付面での経済的誘導。
政策目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ゲートキーピング（適切な専門医療選択）。 ・一貫した患者・疾病管理。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ゲートキーピング（適切な専門医療選択(a),(b)）。 ・一貫した患者・疾病管理(c)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ゲートキーピング（適切な専門医療選択(p)）。 ・一貫した患者・疾病管理(q)。
背景事情（関連制度・実態等）	<ul style="list-style-type: none"> ・医師資格に一般医の区分と養成過程あり。 ・国民の8割以上がかかりつけ医を持つ。 ・フリーアクセスは法律上の基本原則。 ・医療保険財源の租税代替の進行（職域連帯から国民連帯への移行）に伴う政府の介入余地の拡大。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師資格に一般医の区分と養成過程あり。保険医診療の区分に家庭医診療と専門医診療の区分あり。 ・国民の9割以上がかかりつけ医を持つ。 ・フリーアクセスを重視。 ・疾病金庫間競争の重視。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師資格に一般医等の区分なし。 ・かかりつけ医の内実が多様又は不明確（内科、外科、眼科、耳鼻科等の診療所、中小病院等）。 ・フリーアクセスを重視。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する 一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
島崎 謙治	「医師と患者の関係 (上・中・下)」	『社会保険旬報』	2296号	pp.12-18.	2006年
			2297号	pp.18-29.	
			2298号	pp.14-20.	
郡司 篤晃	「ケアの質向上への取り組みとその課題」	『海外社会保障研究』	149号	pp.3-16.	2004年
郡司 篤晃	「イギリスのプライマリーケアに導かれた「第三の道」制度改革」	『聖学院大学総合研究所紀要』	34号	pp.429-457.	2005年
郡司 篤晃	「イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携」	『海外社会保障研究』	156号	pp.19-31.	2006年
大和田 潔	「在宅医療の体験例と現状～医療情報伝達(medical information transporter: MIT)と医療生活計画(medical life planner: MLP)を切り口に～」	『難病と在宅ケア』	12巻9号	pp.7-11.	2006年
松本 勝明	「ドイツ社会保障の動向－連邦議会選挙後の展望(上・下)」	『健康保険』	59巻12号	pp.52-57.	2005年
			60巻1号	pp.44-51.	2006年
松本 勝明	「シュレーダー政権下での医療保険改革の評価と今後の展望」	『海外社会保障研究』	155号	pp.4-13.	2006年
塩塚 康子	「医療連携の取り組みからみた病院経営管理」	『日本医療マネジメント学会雑誌』	7巻2号	pp.340-343.	2006年
川越 雅弘	「我が国における医療と介護の機能分担と連携」	『海外社会保障研究』	156号	pp.4-18.	2006年
川越 雅弘	「医療保険改革と介護保険改革(上・下)」	『月刊介護保険』	122号	pp.56-57.	2006年
			123号	pp.64-65.	
尾澤 恵	「(社会保障法判例) 医療法30条の7の規定に基づく病院開設中止勧告に行政事件訴訟法3条2項の処分性を認めた事例(富山県病院開設中止勧告取消訴訟事件上告審判決)」	『季刊社会保障研究』	42巻2号	pp.185-194.	2006年

厚生労働科学研究費補助金

政策科学推進研究事業(H16-政策-一般-019)

医療等の供給体制の
総合化・効率化等に関する研究

平成 16 年度～18 年度 研究成果の刊行物・別刷

および参考資料

主任研究者 島崎謙治

平成 19 (2007) 年 3 月

目次

雑誌論文

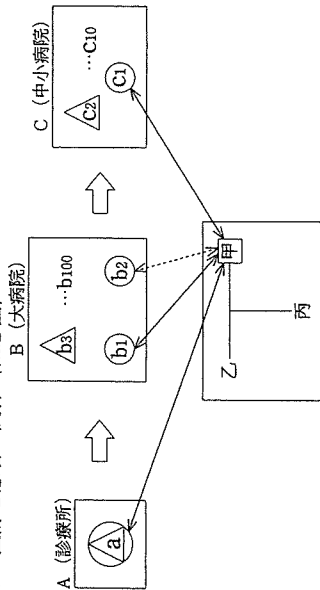
1. 「医師と患者の関係(上・中・下)」(『社会保険旬報』2296号,2006年,pp.12-18., 2297号,2006年,pp.18-29., 2298号,2006年,pp.14-20.所収。)
島崎 謙治…………… 1
2. 「ケアの質向上への取り組みとその課題」(『海外社会保障研究』149号,2004年, pp.3-16. 所収。)
郡司 篤晃……………15
3. 「イギリスのプライマリーケアに導かれた「第三の道」制度改革」(『聖学院大学総合研究所紀要』34号,2005年,pp.429-457.所収。)
郡司 篤晃……………23
4. 「イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携」(『海外社会保障研究』156号,2006年,pp.19-31.所収。)
郡司 篤晃……………39
5. 「在宅医療の体験例と現状～医療情報伝達(medical information transporter: MIT)と医療生活計画(medical life planner: MLP)を切り口に～」(『難病と在宅ケア』12巻9号,2006年,pp.7-11.所収。)
大和田 潔……………47
6. 「ドイツ社会保障の動向ー連邦議会選挙後の展望(上・下)」(『健康保険』59巻12号,2005年, pp.52-57., 60巻1号,2006年, pp.44-51.所収。)
松本 勝明……………51
7. 「シュレーダー政権下での医療保険改革の評価と今後の展望」(『海外社会保障研究』155号,2006年, pp.4-13.所収。)
松本 勝明……………59
8. 「医療連携の取り組みからみた病院経営管理」(『日本医療マネジメント学会雑誌』7巻2号,2006年, pp.340-343.所収。)
塩塚 康子……………65
9. 「我が国における医療と介護の機能分担と連携」(『海外社会保障研究』156号,2006年, pp.4-18.所収。)
川越 雅弘……………67
10. 「医療保険改革と介護保険改革(上・下)」(『月刊介護保険』122号,2006年, pp.56-57., 123号,2006年,pp.64-65.所収。)
川越 雅弘……………75
11. 「(社会保障法判例) 医療法(平成9年法律第125号による改正前のもの)30条の7の規定に基づく病院開設中止勧告に行政事件訴訟法3条2項の処分性を認めた事例(富山県病院開設中止勧告取消訴訟事件上告審判決)」(『季刊社会保障研究』42巻2号,2006年, pp.185-194.所収。)
尾澤 恵……………77

参考資料

12. スウェーデンの社会保障に関する資料……………85
13. ドイツの社会保障に関する講演資料……………95
14. ドイツ社会法典第5編邦訳……………107

雜誌論文

図1 医師と患者の関係 (概念図)



(注) 小文字のアー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、乙は配属者、丙はその子である。

表1 医師と患者の関係モデル

【モデル1：バターナリズム・モデル (情報も決定も医師主導)】
○患者：「いただいたお薬をきっちり飲んでいますが、なかなかよくならないんです」
●医師：「だいじょうぶですよ、私にまかせておいておくらなければなりませんから」
○患者：「そうですが、よろしくお願ひします」
【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)】
●医師：「この前の検査ではここまでわかりました。次の検査を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：「それでは返算をお待ちします」
【モデル3：パートナーシップ・モデル (情報も決定も共有)】
●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ありますね」
○患者：「でも仕方ないですね、それでいきます」
【モデル4：リミテッド・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)】
●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：「検査の内容が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」

(出典) 樋口 (2001)

(1) 各種調査結果からみた医師と患者の関係の現状認識
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例も参照された)。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」といふ)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」といふ)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2005も参照)。表3はその回答

は何か(第4節)、について論じるものである。

2 医師と患者の関係の現状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関係の現状をどのように認識しているのかを突きえ、その上であるべき関係像を考察する必要がある。

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(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ばよい。甲(患者)は、a(診療所)で受診したが、重篤な疾病の疑いがあるためB(大病院)のb1を紹介し手術を受けた。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)の度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。

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、医療ソシアライカーも重要な役割を担

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1)B病院が単立病院であれば、C病院が医療法人立であれば医療法人である(例2)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、医師と患者の関係の「主体」「関係性」の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、

医師と患者の関係

上

●国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整室 島崎謙治

結果である。注目すべき点は次の2点である。

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。医師と患者のいずれも、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バタナリズム・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バタナリズム・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

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バタナリズム・モデル	○	×	○	×
②エージェンシー・モデル	○	○	×	○
③パートナシップ・モデル	○	○	○	○
④リミテッド・パートナシップ・モデル	○	○	○	×

(注) ○は関与を、×は関与していないことを表す。(出典) 樋口 (2001) (2006b)。表3も同じ。

テッド・パートナシップ・モデル (38%) であり、①バタナリズム・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バタナリズム・モデルから既に他のモデルに移行したと考えているが、患者の多くはバタナリズム・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

	現状認識		決定	
	医師	患者	医師	患者
①バタナリズム・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パートナシップ・モデル	27	11	69	59
④リミテッド・パートナシップ・モデル	38	21	4	23

表3 医師と患者の回答結果 (%)

デルの選択については、医師の場合に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き医師に任せろ」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。

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ろ	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、判断は患者に任せろ	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)

1.モデル (27%) であり、④リミテッド・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リミテッド・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つてよいかという疑念を抱かせる。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・モデルを圧倒的第一位にあげているが、その中身は同床異夢の可能性がある。(中略)「共同」という言葉には曖昧さが伴う。同じ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、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」

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が設計されているが、理想モデルとして、医療消費者は④より③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見える」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。もともと、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つては「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と思われる。

なお、樋口 (2001) および医療産業政策研究所 (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

(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 (注1)。したがって、複数の調査結果を照合し検証する必要はある。

樋口 (2001) と類似した調査はいくつかあるが、最も調査フレームが近いのは医療産業政策研究所 (2005) である。この調査では、医師と医療消費者 (注1) 同調査上の用語。国民のことであり有症者約3割が含まれる) 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。

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

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、医師の指示に従ふはよい。」と尋ねている (注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) の40歳以上の者を対象とするインターネット調査があるが、「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、「パートナリ関係」 (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 (注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、「診療時間が短くゆつくり会話をできない」が72.4%、「対等な立場で話ができる雰囲気がない」が51.2%、「話し声が簡潔けて落ちて話せない」が29.5%、「何を質問してよいかわからない」が28.8%となつている。

第3に、U F J 総合研究所(2004)は、20歳から69歳の国民を対象とする調査をしているが、「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、その回答をした者の達成度(実際にやってきたか)をみると、それぞれ54%、76%となつている。

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40.9%、「大体わかった」が47.0%、「よくわか

らなかつた」が9.4%、「ほとんどわからなかつた」が2.7%となつており、「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つた、と評価する見方もあろうと思われる。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%となつており、一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(注5)。

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る。

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と思つている。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と思つている。しかし、患者は情報を咀嚼しきせず、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「情報要求度」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「運のり」は人によって差異がある(注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かを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

然と思つ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、「患者の身になつて、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、医師が「患者の身になつて、考えの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つているのである。そして、それを緊くキ

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が患者か、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1998p86)。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・支援を行う責任がある。

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、患者自身が病状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担う関係である」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、やはり真摯な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、医師と患者の情報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、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」ことを実際にやつてきたとする回答が49.6%と半分以上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間診技術を重要であるが、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。

第3に、「患者の身になつて、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、現実訴訟リスクを抱える中で医師や病院側は自己防衛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、外で待つている患者がいる中で、気が強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つて、説明の補正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・ディージーズ)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る。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

や十分性が問われることになった。インフォームド・コンセントの法理の発展である。

わが国でも、近年、医師に一定の裁量権があることを認めつつも、患者の自己決定権を重視する学説判例が積み重ねられてきた。

一例として、社会的に大きな反響を呼んだ「エボラの証人による輸血拒否事件」を挙げれば、最高裁は、「患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない。(中略) 〇医師らは、右説明(引用者注：他に救済する手段がない場合には輸血をするという治療方針を当該病院が採っていることの説明を指す)を怠ったことにより、A(引用者注：患者を指す)が輸血を伴う可能性のあった本件手術を受けるか否かについて意思決定をする権利を奪ったものといわざるを得ず、この点において同人の人格権を侵害したもとして、同人が被った精神的苦痛を慰謝すべき責任を負う(以下略)。(裁判平成

12・2・29民集54巻2号582頁)と判断した。

これは医師の裁量権というより医師の救命義務と患者の自己決定権が真正面から衝突した事案であり、法学者はこの判決を高く評価するのに対し、医療関係者は概して批判的である(なしいは釈然としないという感想を漏らす)という対照をなす。また、この判決の射程(例えば、宗教上の信念に基づく輸血拒否に限定されるか、さらに延命治療の拒否のようなケースまで及ぶか)をめぐっては法学者の間でも見解は一致しない(注8)。確かに、原判決(東京高判平成10・2・9判タ965号83頁)が医師の裁量権と比較衡量されるべき対象(価値)を「各個人が有する人生のあり方(ライフスタイル)は自らが決定できるという自己決定権」とし広範に捉えるのに対し、最高裁判決は、自己決定権という文言の使用をあえて避け、宗教上の信念に基づく輸血拒否に限定している(したがって本判決の射程は必ずしも広いとはいえない)ように読める。

しかし、輸血も治療法選択の一態様であり、患者の意思も問題な

はその由来ではなく意思の堅固性であることに鑑みれば、宗教上の信念に基づく輸血拒否に限定する理由は立ちにくいように思われる。それはともあれ、最高裁が、輸血を行わなければ救済できないという本事案において、患者が意思決定する権利を人格権の一内容として明確に位置づけ、説明義務を怠ったことがその侵害に当たると認定したことの重みは非常に大きく、実務にも多大な影響を及ぼしている。患者の自己決定権の尊重は、少なくとも理念のうえでは抗いがたいものとなっているのである。

以上が概略であるが、いうまでもなく論すべき点は数多くある。ただし、それらを網羅的・体系的に論ずることは本稿の準備範囲を超え、医師と患者の関係については、「主体」および「関係性」いずれについても議論の余地がある。本節では、その問題に限定し論点を4つに絞り考察する。

(2)「主体」その1—医師の側—

診療契約の主体をめぐるとして、患者の契約の相手側は誰で

あり、どのような義務を有するのかという問題がある。医師が1人しかない診療所の場合には、契約の相手方が医師という方が病院・診療所の開設者という方が、実質的には問題にならない。しかし、病院の場合には違ふ。チーム医療で行われていることや診療報酬請求権は開設者に帰属すること等を考えれば、契約の相手方は開設者と解するべきであり、法律的には医師はその履行補助者であるというのが判例・通説の見解である(野田1987p.372、大阪地判昭和46・4・19判時646号72頁参)。ただし、履行補助者とは、定まった債務内容の履行を行う者であり、「担当医の裁量性を考えると、単なる履行補助者というのはやや不自然な印象は否めない」(内田1997p.280)。この整合を図るため、「診療内容の具体的特定についての権限が病院開設者から主治医に与えられていると解する」(新美1991p.251p.256、岡田川上1994p.64)とか、「病院の医師の場合は、履行補助者である前に、契約内容(法律行為の内容)の決定権すなわち代理権を有する者と構成すべきであろう」(前田他

2000p.213)といった説が唱えられている。

以上の見解について筆者は違和感を覚える。その最たるものは、開設者と医師のみに焦点が当てられ、病院という機関や病院長(管理者)が対象されるか、あるいは開設者と同一視され論じられてしまっ点である。医療過誤訴訟は煎じ詰めれば損害賠償の問題であり、病院長(管理者)は開設者に代わって事業を監督する者(開設者の代行者)であると捉えれば、医師の使用人は開設者という病院院長(管理者)というがさほど重要な問題ではないかもしれない(注9)。しかし、そのことは、医師と患者の関係を論じる際に(あるいは契約当事者論としてさえも)両者を区分しなくてはよいということの意味しない。

第1に、もう一方の契約当事者である患者の意識とは齟齬する。例えば、患者(甲)がA県立の病院でa(主治医)の診療を受けたとしよう。紹介状なしに受診した場合を考えれば、患者は病院の評判等をもとにa(主治医)が決まる。紹介状があればa(主治医)が先に

決まり、病院で受診する。いずれにせよ、病院または主治医を信用・信頼して受診しているのであり、病院の開設者に着目して受診しているわけではない。甲が病院の開設者を意識するのは訴訟になった時だけであるといつても過言ではない。

インフォームド・コンセントも「私の症状等につき主治医から上記の説明を受け納得したので、下記の治療を貴院において受けることを承諾します」といったものが通例であり、同意の相手方は、主治医および病院(長)であつて開設者ではない。また、平成18年6月の医療法の改正(以下、単に「医療法改正」という)により、原則として「入院中に行われる検査・手術、投薬その他の治療(入院中の看護及び栄養管理を含む)に関する計画」および「当該患者の診療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名」等を記載した書面を患者に交付し説明すべきことが規定されている(6条の4)が、その主体は病院等の開設者ではなく管理者である。

第2に、それ以上に重要なことは、医療提供者側は、開設者、病

院長(管理者)、個々の医師の三層に分かれるが、そのような構造の中で、①誰が(主体)、②誰に(対象)、③何に基づく(根拠)、④どういう責任や義務(内容)を負い、⑤三層の主体相互の関係がどのようなものか、が明確であれば、患者との関係において適切な規律づけを行えないことである。開設者と病院長(管理者)を同一視すると、この点が曖昧になる。以下、このことについて詳述する。

先の議論とも関係するが、診療契約のほか、医療法、医師法、医療保険各法において、これらがどう位置づけられているかを一覧表にすると表らとなる。若干脚註を加えれば、医療法上、病院の開設の許可は開設者に与えられ開設者は広範な運営責任を負うと解されるが、具体的な病院の統括管理の権限、例えば従業員等の監督義務(15条)、院内掲示義務(14条の2)、病院報告提出義務(同法施行規則13条)、医薬品等の管理義務(同法施行規則14条)など病院の人的スタッフ・物的設備等を組織的に管理する権限と義務は医療法10条に規定する管理者が負つて

いる。

また、医療保険法上、開設者という文言が用いられるのは医療保険機関の指定の申請者(健康保険法65条等)としてのみである。病院(医療保険機関)と医師(保険医)が保険診療を扱う者として「二重指定」され(その沿革は(5)で後述する)、保険医療機関及び保険医療業務担当機関(以下「業務担拠機関」という)等により、保険医療機関は療養の給付関係の義務(例：療養の給付の担当範囲、一部負担金の受領義務)、保険医は診療に関する義務(例：転医及び対診義務、特殊療法等の禁止)を負うというように、両者の義務は書き分けられている。

なお、身分法としての医師法では、医師の応招義務(19条)、診療録の記載・保存義務(24条)等が規定されているが、医師をはじめ医療関係者の義務は医師法だけで規定されているわけではなく、医療法でも、理念的な訓示規定であるとはいえ、適切な説明義務など(1条の4等)が規定されている。

つまり、チーム医療の管理をはじめ病院における医療の統括管理

は病院長(管理者)が行うのであり、診療報酬の支払いも最終的な帰属先は開設者であるにせよ、一義的には病院という機関(医療保

表5 診療契約や医療法等における医師等の位置づけ

主体	診療契約	医療法	医師法	医療保険各法
A 県	契約当事者	病院の開設者	—	—
a 病院	契約当事者ある者として「管理者」が契約当事者あるいはAの代行者	病院(事業を統括管理する者として「管理者」が設置される)	—	保険医療機関
a1	履行補助者	医師	医師	保険医

(注)この表は簡略化したものであることに留意。例えば、医師法上、診療録保存義務は病院等の管理者の義務である(医師法24条2項)。

院の場合は保険医療機関)に対して行われている。公法や社会保険の世界では、病院という機関や病院長(管理者)は非常に重要な概念なのであり、開設者に包摂されるわけではない(注10)。ただし、誤解がないよう付言すれば、開設者は重要な意味を持たないかという点、決してそうではない。例えば、営利を目的として病院等を開設しようとする者には開設の許可は与えられない(医療法7条5項)。これは、裏を返せば、開設者は広範な責任と権限を有しており、個々の病院の運営方針等に影響を与え得るからである。

そもそも開設者と病院長(管理者)と個々の医師の関係はデリケートな問題を孕む。病院長(管理者)や個々の医師は開設者に雇傭され、個々の医師は病院長(管理者)の統括管理下に置かれる。個々の医師らが全くばらばらに診療を行うとすれば、病院は組織体として適切な機能を発揮することはできない。また、医学の進歩は医療の「標準化」を促す方向に作用することにも留意する必要がある。

ただし、医師は診療に当たつて

一定の裁量権を有していることも間違いない。医療の「標準化」との関係においても、標準に属するのかが、標準から逸脱する部分(Gap)なのかという見極めこそ専門家としての医師の技量が求められる領域である(今井2002, p.248)。したがって、医師は開設者の単なる履行補助者ではない。さらに、医師は開設者の代理人(履行代行者)でもない。医師は開設者に雇傭されているが、医師の裁量権は患者に対する義務の裏腹として認められるものであり、医師が診療に際し一義的に守るべき利益は開設者ではなく患者の利益である。そして、診療の裁量権や義務は、雇傭契約の内容や条件として開設者から医師に付与されるというよりも、医師という専門職能に由来するものと解すべきものである。

抽象的でわかりづらいと思われるので、具体的な例を挙げ説明する。

今日、医療機関の機能分化の推進等の医療政策上の必要により、病院の側から患者に転院を求めることが多くみられる(これは高機能の病院への転院義務が争われた

未熟児網膜症医療訴訟(例えば最判昭和60・3・26民集29巻2号124頁)のような事案とは性格が異なることには留意されたい)。大学病院など特定機能病院で急性期治療が終了したので慢性期病院へ転院を求めるといったケースが典型であるが、引き続きその病院にとどまることを希望する患者とトラブルになることがある(注11)。

契約者の意思の合意を重視すれば、転院先を紹介するか否かは入院等の際の取り決め次第であり、転院先を紹介することが診療契約に付随する当然の義務とまではいえないと考えられるが、実際には地域連携室等を設け転院先の紹介を行っている病院が多い。患者の適切な処遇確保やスムーズな退院を促すために必要だからである。

また、医療法改正により、医療の基本理念の一つとして、「病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所を退院する患者が引き続き療養を必要とする場合には、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図り、当該患者が適切な環境の下で療養を継続することができるよう配慮

しなければならない。」(1条の4第4項)という規定が創設されていることにも留意すべきである。この規定は公法上の理念的・訓示的な努力義務規定であるとはいえず、一定の行為規範としての意味はある。

それならば、患者の転院に当たり療養継続に配慮する努力義務は医療提供側の誰が負うべき義務なのか。医療法で管理者(病院長)の配慮義務としたのは、病院という組織体として対応する必要性を重視したためと思われる。これは至極妥当な考え方である。ただし、個々の医師も一定の義務を負っていると考えられる。なぜなら、転院先の紹介というのは物理的な転院場所を提示すればよいのではない。むしろ、個々の患者の病状等の諸条件を考慮し最も適切な転院先を見つけ出し、かつ、転院先に必要な情報を伝達し診療に支障が生じないようにすることに重要な意義があり、患者の病状等を最も的確に把握しているのは主治医だからである(注12)。

端的に言えば、主治医は転院先の紹介や情報伝達をすべて地域連

ことである。そして、このような義務は何に由来するのかといえば、準委任義務(民法644条)や委任終了後の処分規定(654条)を根拠に診療契約に付随する義務として構成することも可能ではあるが、専門家としての医師の職能・職責に由来する義務として直截に捉えるほうが自然であり適切である。

さらに、病院の開設者も療養継続の配慮義務と全く無縁ではない。療養継続に配慮する努力義務規定から直接導かれるわけではないが、地域における医療・保健・福祉の適切な機能分担と連携体制の整備あるいは働きかけを行う義務は、開設者も負っていると考えられるべきである。そうでなければ、病院長や主治医が個々の患者の病状等の諸条件を考慮し最も適切な転院先を紹介しようと努力しても、現実問題として「適切な照会先が存在しない」ということになりかねないからである。

医療法改正により、管理者と並んで開設者が果たすべき努力義務として、「医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をする」こ

と(30条の7)等が規定された所以でもある。

(3)「主体」その2—患者の側—

医師の側だけでなく、患者側についても契約当事者性が問題になることがある。例えば、小児など意思能力がない場合、成人であつても意識不明の状態や病に拒否者あるいは代理人または代諾者であるいは代理人または代諾者で、その法律構成をいかに考えるかといった問題がある。

(1)「エホバの証人の輸血拒否事件」の判決を取り上げたが、両親がその息手で子どもの輸血を拒否した場合にどう取り扱うべきかという問題もある(現にそのような事件も生じたことがある。年齢が15歳未満であれば救命を優先し、一般に判断能力があるときとされる年齢であり民法961条により適言できる年齢とされる)15歳以上であれば本人の意思を尊重するといったマニュアルを定めている病院もある。しかし、救急で運ばれた意思カードがない場合の本人の意思確認をどうするか、必要なら医療の種類・程度・危険性等によって求められる判断能力は異なり

一概に年齢で切れないなど、個々のケースでは対応に苦慮する場面もあろうと思われる(森岡1994, p.88)。いずれにせよ、患者の契約当事者性については、意思無能力の場合や意思能力はあるが行為無能力の場合など様々なケースがある。それぞれの場合分けを丁寧に行い、患者と代諾者の法律構成をいかにするかといった問題も含め検討する必要がある。判例・学説も分かれている(野田1987, p.378-382, 辻1980参照)が、本稿では深入りしない。以下では、実務上はるかに一般的な問題である病名・病状の説明等における家族の取扱いについて論じることにする。

まず、医療現場における実態であるが、病状等の説明に当たつて家族・親戚に対し患者の病状等の説明を行うことはごく一般的に行われている。がん告知のような場合、患者本人より先に家族に説明し患者に告知することの是非を尋ねることもあるし、家族や親戚から本人告知をしないように要請されることもある。本人告知を原則にしつつケースバイケースの取扱いをしている病院が多いと思われる

る。ちなみに、『医師の職業倫理指針』では、「病名・病状についての説明や告知は、患者に正常な判断能力がある限り、患者本人に対して行うことが原則である。」

わが国では患者と家族の関係が親密であり、相互に寄り添っている関係が認められることが多いので、この場合には患者・家族を一体と考えて、家族に対して真の病名・病状を詳細に説明することも必要である。しかし、患者本人が家族に対して病名や病状を知らせることを望まないときは、それに従うべきである。家族が患者本人に本当の病名や病状を知らせてほしくないと言ったときは、真実を告げることが患者本人のためにならないと考えられる場合を除き、医師は家族に対して、患者への説明の必要性を認めるよう説得することも大切である。」(日本医師会2004, p.13)。傍線は引用者となっており、本人告知が原則であることを明記している。

また、例えば国立がんセンターのように、マニュアルを定め、「特にかん専門病院では「告げるか、告げないか」という議論をする段階ではもはやなく、「如何に事実

を伝え、その後どのように患者に対応し援助していくか」という告知の質を考えていく時期にきている」という基本認識の下に、「本人に伝えることを原則とする」、「「家族には先に知らせない」など明確な対応方針を決めているところもある(注13)。

判例では、胆のうがんの疑いがあると診断した医師が患者にもその夫にも説明しなかつたことが診療契約上の債務不履行に当たらないとされた事例(最判平成7・4・25民集49巻4号1163頁)等がある一方、患者本人はもとよりその家族にも病状等を告知しなかつたことが診療契約に付随する義務に違反するとされた事例(最判平成14・9・24判時1803号28頁)、患者本人に病名等を告知しない場合は、特段の理由がない限り、家族その他の近親者に告知する義務があるとした裁判例もある(東京地裁平成6・3・30判時15222号104頁)。ただし、これらの判決は事例判決(事案の個別事情等に即した判決)の要素が強く、正面からがんの告知をめぐる議論点(例えば患者本人には告知しないことが許されるのに家

族への告知義務が発生するのか)を論じていないからいがある。

また、事案が生じた時点が古く(例えば、平成14年の最高裁判決)でも事案が起きたのは平成2年ないし3年である、その後のがん告知をめぐる状況の変化を必ずしも反映していないという難点がある。したがって、これらの事情等を斟酌せず一般化して論ずることは適当ではないと思われる。

個人情報保護法との関係も問題になる。同法は、個人情報を第三者に提供する場合には、あらかじめ本人の同意を得ることを原則としているからである(23条1項)。ちなみに、厚生労働省が作成した運用ガイドラインによれば、「家族等への病状説明については、患者(利用者)への医療(介護)の提供に必要な利用目的と考えられるが、本人以外の者に病状説明を行う場合は、本人に対し、あらかじめ病状説明を行う家族等の対象者を確認し、同意を得ることが望ましい。(中略)一方、意識不明の患者の病状や重度の痴呆性の高齢者の状況を家族等に説明する場合は、本人の同意を得ずに第三者提供できる場合と考えられる」(厚

生労働省2004, p.8)とされている。このガイドラインは個人情報保護法の施行を機に医療現場の取扱いを変更する内容ではないと解されるが、患者の判断能力がある場合に、本人より先に家族に説明することが許される場合や本人に告知せず家族の判断を尊重してよい場合があるのか、また、その要件や手続は何か、といった医療現場で最も判断に迷う点について、踏み込みを避けているからいがあるように思われる。

以上、現状等を述べたが、この問題について、筆者は3点ばかりコメントしたい。

第一に、原則と例外の関係を明確にした上で、例外の要件をもう少し吟味し明確化する必要があると考える。原則と例外の関係については、『医師の職業倫理指針』の考え方に基本的に賛成する。自己決定権は患者に属するものであり、本人に説明するのがやはり原則である。家族も患者の支援等を行う者として重要であることは間違いないが、利益相反(財産権上の問題)だけでなく、患者の意思が家族の意向により歪められることも含む)の可能性等を考えれば、

患者と家族を全く同一視することは適当ではない。また、国立がんセンターの方針も、がん専門病院という特質(しかも患者もそれを了解の上受診するという前提がある)があるにせよ、累年の経験と実績に裏打ちされたものであり十分傾聴に値すると考える。

以上が原則である。ただし、患者や家族の個別事情等を一切顧慮せず画一的に取り扱うことも適当ではなく、例外的に、本人告知より先に家族告知を行うことや本人告知をせず家族告知でとどめることが許される場合もあり得る。その考慮要素としては、①患者の症状(特に回復が見込まれないこと)、②疾患の進行速度、③患者の性格・精神状態、④患者と家族の依存関係等が挙げられようが、この点については、関係者が限界事例を持ち寄り、医学的な観点に加え、法律的・倫理的な観点からの考え方の整理、(最終的には個別判断にならざるを得ないにしても)その要件や手続などについて、さらに議論を尽くす必要があると考える。

第2に、患者の病状等を家族に説明するのは、家族の利益を保護

するためではなく、家族を通じ患者に対する手厚いケアが期待できるなど患者本人の利益のためであることを認識すべきである。筆者が例外的要件を吟味し明確化するべきことを強調する理由は、患者と家族の利益相反の排除を行う必要があるためである。ただし、これを厳格に行うことは現実には極めて難しい。血縁関係の順位、生活共同関係の濃さ、理解力の高さ等を考慮し、家族のほか親戚の内からキーパーソンを特定し患者の病状等の説明を行うことがよくあるが、その者と患者がどのような人間関係・利害関係にあるのかは短時間ではわかりようもない(注14)。

このような場合、患者の病歴、師範観・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た「家庭医」がいれば、まずその医師に照会し適切かつ客観的な助言を求めることもできようが、そうした者がいない限り、病院の医師等が患者と家族等の利益相反の排除を完全に行うことは現実には不可能に近い。さりとて、病院側としては、患者に告知すべきか否か、特に患者が意思表示できない場合には家族等の誰に説明する

のか決めざるを得ないというジレンマに立たされる。

第三に、病名等の告知もさることながら、その延長線上の問題として治療法の選択の問題があり、さらにその先には、「末期患者の延命治療の差し控え・中止の可否」という難問が控えている。これについては、先日(9月15日)、厚生労働省が「終末期医療に関するガイドライン(たたき台)」を公表した。詳しいコメントを述べる篇幅がないが、これは文字どおりの「たたき台」であるとの印象が否めない。例えば、患者本人の意思が確認できる場合にそれを尊重する見解に立つていることは間違いないが、それができない場合、家族等による患者の意思の推定を広く認める趣旨なのか、それとも限定的かつ参考程度にししか認めないという趣旨なのか、また、それはなぜなのかという根拠が不明確である。また、「家族等の話等」、「家族等の助言」、「家族等が判断(を示さない)」といった重要な文言を使い分けている理由も判然としない。

それ以外にも、論点と筆者の簡単なコメントを括弧書きで記せば、

①終末期医療の定義・範囲の是非(特に非がん疾患の場合には予後予測等が困難であるという問題がある)、②緩和医療(ケア)の現実の必要性(がん以外の疾患の緩和医療も重要でありながら立ち遅れている)、③多専門職種からなる委員会の構成の是非(医療専門職以外に法律家等も加えるべきではないか)、④「医学的妥当性」と「患者にとつての最善の治療方針」との異同(両者の関係が明確ではない)、⑤「積極的安楽死」は明確に否定していることは明らかであるが、「終末期における医療内容の開始、変更、中止」と「消極的安楽死」や「尊厳死」との異同(このガイドラインの射程という意味で重要)、など検討を要する論点が数多くある(注15)。今後、この「たたき台」に対する意見を募集するとともに有識者からなる検討会を設け幅広く議論を行っていくとのことであるが、事柄の重要性に鑑みれば、以上の諸点につき十分議論を尽くす必要があると思われる。

(4)医師と患者の「関係性」
第2節では、医師と患者のある

べき関係像について、医業は医師と患者の信頼を基礎とし同じ方向を自指して行う協働行為として捉えるべきであり、医師は患者の自己決定権を尊重し、「患者の身になつて、最善の診療を行う義務を負っている旨を述べた。それでは、医師と患者のあるべき関係像を築くに当たって重要な法的課題は何か。以下、4点に分けて述べる。

第1に、医師の患者に対する忠実義務が強調されるべきである。医業はスーパーマーケットで商品を手にとつて買うのとは異なる。患者は自らの生命・身体に関わることでありながら、専門家たる医師に一定の裁量権を与え診療を委ねざるを得ない。それだけに、医師には、受益者である患者の利益を専一に考ふる義務（裏からいえば患者の利益と相反する行為をしてはならないという義務）が求められる。これが忠実義務である。

医師と患者の信頼関係を保持する上で、これは最も重要な義務であるが、わが国の医療界において、忠実義務が明示的に論じられることはほとんどない。しかし、それは実態上忠実義務に抵触するような事例が生じないことを意味しな

い。例えば、①医師が患者の診療を自分の研究目的のために行うことや、データ利用を患者の了解なしに自己の研究目的のために行うこと、②出来高払いの下で診療報酬を稼ぐために不必要な検査や投薬を行うことや、包括払いの下でもその算定要件を満たすために診療の程度や回数等を増やすこと、③逆に、包括払いの下で病院の支出（持ち出し）を抑えるために必要な検査や投薬を差し控えること、などが典型例として挙げられる。

また、(2)で述べたこととの関連でいえば、医療機関等の系列化（グループ化）が進むと、患者にとってより適切な紹介先の病院等があるにもかかわらず、逆紹介してもらえないことを期待して系列下にある病院等を紹介することなどの忠実義務違反も起こり得る。

第2に、医師には専門家としての職能・地位に見合った責務を果たすことが求められる。いまでもなく、医師として最も重要な責務は、医学医療の進歩を踏まえ最新の医療の技術水準に適合した的確な診断と治療を行うことである。ただし、患者は診療の単なる客体

ではない。医業の高度化に伴い専門分化が進む中で、「臓器を診て人を診す」ということが起こりがちであるが、個々の医師には患者を全人的に理解することが求められるとともに、主病の主治医が他の医師と必要な調整を行い「統合」された診療を行うことが重要である。

また、患者の自己決定権に関連していえば、患者の真の意思を適切に引き出し、その実現に努力するというマインド（心構え）の要素も大切である。インフォームド・コンセントも、本来、医師と患者の「リスクの配分」ではなく、医師と患者が共通の目標を設定するための契機として捉えるべきものである。しかし、第2節で述べたように、患者の自己決定に至るプロセスは決して「単純」ではなく、また、本節の(3)で述べたとおり、患者と家族等の利益相反を完全に排除することは非常に難しい。患者の病歴・性格・生活歴・家庭環境等を把握し、「患者の身になつて」考えることは病院の専門医の職責として求められることではあるが、これまで患者と何の面識もなかった病院の専門医だけにこれ

を要求することは、「負荷」がかかり過ぎるように思われる。以上述べた点は、次号で述べる4節の政策課題である「家庭医」の制度化の議論と関連する。

第3に、忠実義務や注意義務の履行やそのモニタリング・コストをどうするかという問題がある。義務を課しても、その履行を確認・確保する手段がなければ形骸化するだけである。患者がこれをチェックすることは不可能に近い。外部の機関がモニタリングするにはコストがかかる。例えば、忠実義務のところでも述べた不必要な診療を防ぐために現実に行われていることは、診療報酬請求の際に、レセプトの他にその診療の必要性や理由等を記載した書類を提出させ審査支払機関がこれをチェックすることであるが、これには当然審査手数料がかかる。

さらに、モニタリング・コストとは審査に要する費用だけではなく、それ以上に大きいのは、医療機関側でこうした書類を作成することに費やすコストである。図式化していえば、①ある診療報酬を設定する、②診療報酬点数表や法令・運達の抜け道や裏をかく行為

が発生する。③これが目に余るようになるとそれを防ぐために診療報酬算定業務等の要件が改正され提出書類が増える、という悪循環に陥る。筆者は、忠実義務の強調と併せ医療の職能団体や病院という組織として自主的に規律していくことが重要であると考えている。

また、医療機関の機能分化や連携が進むと、他の医療機関や医師の医療行為の内容を自にすることが増えるが、互いに不適切な医療行為があれば申告・助言し是正させることをより進める必要がある。端的にいえば、ピア・レビュー（同僚による評価）を週し自浄作用を働かせるということである。これは、行政の過剰な介入や広義のモニタリング・コストの増大を防ぐためだけでなく、医療職能団体あるいは医療そのものに対する国民の信頼を確保する上でも必要不可欠であるように思われる。

第4に、そもそも医師と患者の関係を契約法理で捉えることが適当なのかという議論がある。このことを鋭く指摘するのは樋口教授である。要約すれば、①医師と患者はまったく対等な立場にあるわけではなく、患者は医師に依存せ

ざるを得ない関係にある、②医師の義務の内容（適切な診断や説明）はあらゆる医師に求められる義務（社会的に課せられる義務）であり、当事者間の契約によって決まるとするのはフィクションである、③米国の契約（Contract）と異なり日本の契約は義務や責任を導く法理としても重要な役割を果たすにせよ、契約として構成する以上、リスク配分、自己責任あるいは取引という要素が混入し、治療方法の選択は患者の自己決定に拠つたものだとした患者への責任配分がされやすくなる、④米国の信託関係の中核には善管注意義務と並んで忠実義務があるが、わが国の契約法理から米国のような厳格な忠実義務は導けないと指摘する。そして、医師と患者の関係を契約法理で規律することに限界がある以上、信託法理的な考え方を導入することが有益だとする（樋口1999等）。

筆者は樋口教授の見解や主張の多くに共鳴する。もともと、聖定法主義の壁が厚いのも事実である。例えば、「医師と患者との診療契約は、委任契約の一種と考えられているところ、我が国の民法

においては受任者に善管義務及び報告義務があるとされており（民法644条・645条）、それらの内容を専断の内容に応じた当事者の合理的意思解釈によって定めれば、上記論者（引用者注：樋口教授らを指す）のいう忠実義務を肯定したのと変わりのない結論が得られるであろう。そうすると、新たな法的モデルを案出するまでもなく、診療契約の内容を合理的に解釈することによって、上記の危惧を解消できると思われる。」（樋口2006,p.18）という見解がその代表例である（注16）。

この論争に深入りすることは本稿の目的・範囲を超える。ただし、次のことは述べておきたい。医師と患者の関係が委任契約により規律されるという点については、(1)および(2)で述べたように、医師と患者の契約当事者性について議論の余地があるばかりでなく、樋口教授が指摘するように、善管注意義務と本質的には異なる義務である忠実義務がうまく導き出せない（注17）。また、医師の義務の具体的内容は当事者の契約によって必ずしも決まっているわけではない。実際、判例でも、医事法をはじめ

公法の規定が契約上の義務の指定に使われることは数多くみられる。さらに重要なことは、義務の内容を細かく規定しても医療現場における問題がそれによりすべて解決できるわけではないことである。したがって、医療現場において生起している今日的な問題を洗い出し、①医療現場の運用の改善や医療倫理に委ねるべき事項、②法律的に整理すべき事項、③政策的な解決を図るべき事項、の3つに分けて対応策を検討することが必要であるように思われる。これは、契約法理が信託法理のいずれが「運用具立て」として使われているかという議論を行う前提として（あるいは議論を「共通の土俵」に載せるために）も重要であると考えられる。

なお、②に關し付言すれば、今日の医療の実態を踏まえ現行の医師法や医療法等の解釈の見直しや法改正の検討も躊躇すべきではない。例えば、医師法19条1項の応招義務は、病院や診療所の管理者の義務としての側面もある（実際、文理解釈としては多少無理があるように思われるが、病院自体も医師と同様に応招義務があるとした

判例もある。神戸地判平成4・6・30判時1458号127頁。また、医師法19条1項の、診療を拒否できる「正当な理由」は、行政解釈により「医師の不在又は病状等により事実上診療が不可能な場合に限られる」と極めて厳格に解されているが、医療供給や医療保険制度の整備状況等は、この解釈と連動（昭和30・8・1厚生省医務局医事課長通知）が出された当時とは大きく異なる。救急の場合などやむを得ない事情があるケースは別にして、患者が診療費を支払わない場合も診療を拒否できる「正当な理由」に当たらないという解釈は疑問である。

他方、医師の不在等により診療ができない場合というのは「正当な理由」としてごく当然のように思われがちであるが、今日的な課題に即して考えれば、疑問の余地がないわけではない。例えば、在宅医療においては24時間・365日の緊急対応体制の確保が必要であり、患者が急性増悪し医師が連絡を受けた場合に適切な指示を行えるなどの対応措置を講ずることが在宅医としての義務である。

また、現行の応招義務の条文が

らは離れるが、休日・夜間の救急医療をすべて大病院任せとするのではなく、例えば救急輸送制等への開業医の協力義務も強調されて然るべきであるように思われる（注19）。

(6) 社会保険診療における医療機関および医師の義務、医師と患者の関係

わが国は国民皆保険制度を採っており、今日では医療のほぼすべては社会保険診療として行われている。医師と患者の「関係性」を考える場合、自由診療と社会保険診療の異同についても触れておく必要がある。大別して2つの論点がある。

第1は、社会保険診療における医療機関および医師の義務をめぐり、その財源が主に保険料や租税に依拠していること等の理由から、その目的に沿って必要かつ十分に経済的効率性を満たすように行われなければならない。このため、自由診療とは異なり社会保険診療の場合には、社会保険法令により各種の制約を受ける。例えば、社会保険の対象となる医療の範囲や診療報酬

の額はいわゆる診療報酬点数表（健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法の別表）によつて統一的に定められている。

また、療保規則により社会保険診療を取扱う保険医療機関および保険医としての義務が課せられている。これには沿革がある。昭和32年の健康保険法等の改正以前は、療養の給付は医師等の個人が担当することとされていた（個人指定方式）が、病院では医療関係者が一体となつて診療に当たっており診療報酬の備償も病院単位で行われること等の理由から、この改正により、病院、診療所、薬局といった機関指定に改められた。この際、医師等には診療の独立性があることをどう考えるかという議論があり、社会保険としての一定の診療方針の遵守は、機関とは別に保険医個人にも課す必要があるとの観点からいわゆる「二重指定」することとし、それに照応する形で保険医療機関と保険医の義務が書き分けられたのである。

療保規則は抽象的・訓示的な規定が多いと評されることが少なくない。しかし、仔細にみると、特

殊療法・研究的診療の禁止（18条、20条1号イ）、療養の給付としての健康診断の禁止（20条1号ロ）、濃厚（過剰）診療の禁止（20条）、一部負担金等の受領義務（5条）、転医および対診義務（16条）、特定の保険薬局への誘導禁止（2条の5）、診療録記載義務（22条）など、重要な義務が規定されていることに留意すべきである（注19）。ただし、規定の精粗も目につく。例えば、本節(2)で述べた転院先の紹介義務や情報伝達義務は、その重要性並びに療保規則の転医及び対診義務（16条）や診療に関する紹介義務（16条の2）とのバランスを考慮すれば、医療法の訓示的な努力義務だけでなく療保規則においても明示的に規定すべきものと考えられる。

第2に、社会保険診療の場合の診療契約の当事者は誰かという問題がある。社会保険医療の給付は現物給付を前提にしていること等を理由に、契約関係は保険者と被保険者との間に成立し、保険医療機関は保険者が被保険者に対して負う保険給付債務の履行補助者にすぎないとする見解があり、現に医療過誤をめぐる裁判においてそ

のような主張が行われたこともある（注20）。

しかし、裁判所は、「原療診療において、保険者と療養取扱機関（引用者注：法令改正により現在は保険医療機関）との間にどのような公法上の権利義務関係が生ずるかとは関わりなく、保険診療の被保険者である患者と療養取扱機関との間には、診療に関わる合意によつて直接診療契約が締結されると見るべきものである」（東京地判昭和47・1・25判タ2777号185頁）と判断した。その後同旨の裁判例が続き（例えば東京地判昭和56・2・26判タ4446号157頁）、社会保険診療の場合も診療契約の当事者は患者と保険医療機関であるとする見解が今日では判例・通説となっている（一社1999p.154、岩村2002p.13、加藤2005p.91）。

筆者も、患者（被保険者）は「自己の選定する保険医療機関において療養の給付を受ける」（健康保険法63条3項、国民健康保険法26条3項を参照）こととされていること等からすれば、私法上の診療契約と全く別の構成を採ることとは適当ではなく、ただ診療内容

等について医療保険法令に基づき一定の制約や義務がかかるか解すべきものと考える（注21）。

【注】

- (6)ただし、消滅時効、遅延損害金延滞の起算日、慰謝料請求の可否等の点では、両者の相違はある。
- (7)1914年のシユレントルフ対ニューヨーク病院協会事件判決におけるカードナー判事の「成年に達し健全な判断力を有する人はすべて、自分の身体に対して何がなされるべきかの決定権を有するものであり、外科医が患者の同意なしに手術を行うならば暴行（assault）をおかすことになり、その損害につき責任を負わなければならない。」（訳は菅野（2004）p.167による）という有名な言葉がこの考え方を雄弁に語っている。
- (8)この判決をめぐる評釈等は数多くある。吉田（2003）pp.392-409、藤山（2006）pp.22-39、潮見（2006）pp.96-97、畔柳（2002）pp.295-302、樋口（2000）pp.41-43、医師（ただし法学にも造詣が深い）の立場からコメントしたものとして、塚本

- （2004）pp.343-369を参照。なお、この判決自体の評釈ではないが輸血拒否問題に関し医師としての考え方を疑問が率直に述べられた文献として、森岡（1994）79-87も参照。
- (9)ちなみに、「病院の開設者は管理者をして、自己に代わつて従業員業務遂行を監督させるものであつて、管理者に監督義務があるからといって、開設者の監督責任が排除されるものではなく、（中略）開設者は、使用者として損害賠償を負うものと解すべきである。」（昭和36・4・8判時259号32頁）。
- (10)ただし、病院長（管理者）の権限や裁量の大きさは開設者が誰かにもよる。例えば、理事長がオーナーとして運営を切り盛りしている医療法人の場合には、病院長（管理者）の権限は相当制約される。また、開設者は名目的な存在に過ぎず開設者に資金を出資している者が実質的に影響力を行使する場合もある。
- (11)もちろん当該病院で行うべき医療（この事例では急性期治療）が終わっていないのに、患者を放り

- 出すのは論外である。入院治療が不要程度に健康が回復したのに病院の退院勧告に応じないというケースも対象にしない。退院すべき義務があることは当然だからである（東京地裁昭和44・2・20判時556号74頁）。ここで想定しているのは、当該病院の機能として期待される医療は完結しているが、他の病院での入院加療が必要なケースである。
- (12)なお、看護師には療養環境を整えるという職能・職責があり、看護師も転院先の病院等の療養環境の確認等の義務を負っていると考えられるべきである。
- (13)国立がんセンター「がん告知マニュアル」（<http://www.ncc.go.jp/ncc-cis/pro/c/020201.html>）
- (14)なお、患者の退院後の治療・介護等について説明すべき相手方は介護者であり、近親者であっても介護に携わらない者に対しては説明義務はないとする判決もある（東京地判平成13・9・17判タ1181号299頁）。もっとも、この事案は患者の退院後の治療・介護等に関する説明義務が問題になつたものであり、病状の説明等

に一般化して論じることは必ずしも適当ではないと思われる。

(5)この点については、池上直己(2005)、勇美記念財団(2006)『在宅医療テキスト』,pp.104-107『平原佐斗司執筆』を参照されたい。

(6)なお、信託義務として捉えることに対して医事法学者の反発・疑義もみられる。例えば、「医師に信託義務を課し、患者の最善の利益を表現するように義務づけることは、患者が自己決定するように進んできた道のりを逆行するおそれもある。医師―患者関係に不信が存在するところで、一方的な信頼を必要とする『信託』を主張するのはアナクロニズムの側面がないではない。」(手嶋2005,pp.12)との指摘がある。こうした見解を別にしても、わが国において信託法理的な考え方を医師と患者の関係に持ち込むためには、何らかの法律上の正当性は必要であると思われる。

(7)善管注意義務と忠実義務の関係については議論の余地があるが、現在審議中の信託法の改正案でも、受託者の注意義務と忠実義務の規定は書き分けられていることに留意すべきである。

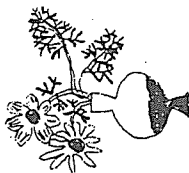
(8)畔柳義雄氏によれば、ドイツの「提議職務規範」では地域救急医療体制が確立していることを所与の前提として、その地域で医療に従事するすべての開業医が救急医療に奉仕する義務を負うとされる(森岡・畔柳2006,55)。なお、応招義務の沿革および今日的な解釈のあり方に関する論考として、樋口(2006)も参照されたい。

(9)なお、療担規則5条および5条の2は、保険医療機関が患者から保険適用外の医療に係る金額の支払いを受けることができる場合を高度先進医療および選定療養に限っており、混合診療の禁止を裏から規定しているとみることができるとする。

(10)松倉豊治(1971)「医師からみた法律」大阪府医師会『医療と法律』は、この見解を唱える。なお、一部負担金の保険者徴収規定(健康保険法74条2項、国民健康保険法42条2項)があることを理由にこの説が唱えられることがある。しかし、国民健康保険法42条2項の規定が昭和38年の新法制定当時設けられたのは(なお健康保険法の規定が設けられたのは昭和55年改正による)、むしろ療養取扱機

関(現在の保険医療機関)の一部負担金の窓口徴収義務を明確にすることに主眼があつた。この保険者徴収規定の運用をどうするかという議論はあるが、この規定があることはこの説の根拠には必ずしもならない。なお、一部負担金の保険者徴収規定が設けられた背景・趣旨等については、厚生省保険局国民健康保険課(1980)『詳解国民健康保険法―国民健康保険調査会』,pp.65-87,pp.7735-755を参照。

(11)岩村(2002)pp.12が的確な指摘を行っているので、参照されたい。



医師と患者の関係

下

● 国立社会保険・人口問題研究所政策研究調整室 島崎 謙治

4 医師と患者の関係の継続性と政策課題

(1)問題の背景・所在

第3節でも若干触れたことではあるが、多少図式化していえば、これまでの日本の医療(特に入院医療)はひとつの医療機関で完結するのが原則であり、転院はその例外であった。しかし、医療機関の機能分化(医療と介護との機能分化を含む。以下同じ)が進めば、原則と例外の関係は逆転する。「自己完結型医療から地域完結型医療へ」という言葉に象徴されるように、ひとつの医療機関で医療が完結することは今日ではむしろ例外となる。脳卒中を例にとれば、

急性期治療および急性期リハビリ、回復期リハビリ、慢性期リハビリ、在宅あるいは介護施設と、いうように、患者の病態等に応じた転院(転医や在宅医療も含む。以下同じ)するのが普通であり、大病院が急性期治療から慢性期リハビリ機能まで対応することは稀である。

医療機関の機能分化は、医療の質の向上や医療資源の効率的な配分の必要性を考えれば、わが国が取り組むべき医療政策の中で最もプライオリティの高い課題である。事実、その推進に向けて「一面」は既に切られている。今後その流れは加速することはあっても停滞することはない。ただし、留意す

べきことは、医療機関の機能分化は医療政策の目標 ①医療の質、②アクセス、③効率的の向上を達成するための手段であり、それ自体が目的ではないことである。言い換えれば、医療機関の機能分化が医療政策の目標と併せて必要になる。この条件の多くは連携という言葉で括られる。「医療機関の機能分化と連携」とワンセットで語られ、病・病連携(病院間の連携)、病・診連携(病院と診療所の連携)、医療と介護の連携、医師と他の職種との連携が強調される理由である。

しかし、連携が重要だということと現実に行われているかは別の

問題である。連携の目標・理想的な姿として「切れ目のない連携」が掲げられるが、連携がこのレベルまで実現できている地域は多いとはいえない。その理由はいくつか挙げられるが、本質的な問題は、「情報伝達ロス」や「インターフェース・ロス」の発生である。

医療機関の機能分化は、別の見方をすれば、異なる組織・職種体の「接合」が増えるということである。伝言ゲームを考えればわかるように、接合が増えれば「情報伝達ロス」は大きくなる。それに加え、異なる職種体の場合には、一種の「インターフェース・ロス」も発生する(注22)。医療は「きわめて顧客化された(customized)サービス」(郡司1998,pp.66)であり、元来、医療情報の伝達は定型化が困難な面があるが、それに加え、文書では伝わりにくい内容が含まれることが少なくない。例えば、がんの患者を転院させる場合、当該患者の病状等のほか告知の有無を伝達することは不可欠である。その際、患者本人や家族に告知しているかだけでは足りない。告知の内容(例:病名告知のほか余命告知まで行っているのか)のほか

レセプト請求用傷病名による**特定疾患早見表**(18年4月版)

B5判 400頁/定価**4,200**円(本体4,000円+税) **発売中**

◆「保険請求時に原則使用するべき傷病名」のうち、特定疾患診療指導料やその他難病に関する指導料・診療料等の算定対象疾患(特定疾患)を50音順に配列した実用早見表です。同義語等からも検索が可能。ICD-10の改正に対応した改訂版です。

〒101-8522 東京都千代田区西田町2-4-6 WTC改訂部110
 株式会社**社会保険研究所** フラッグス 03-3252-7901(代) フラッグス 03-3252-7977

に、患者や家族がそれをどう受けとめているのかといった情報まで伝える必要があるが、これは言語化しにくい微妙なニュアンスを含むことが多いと思われる。

さらに重要なことは、適切な医療を行うためには、患者の性格・病歴・生活歴・家族との関係性を含めた全人的な理解を必要とするが、こうした全人的理解は医師と患者のパーソナルな信頼関係に基づくものであり、転院はこれを「切断」するということである(注23)。患者からみれば、転院先の病院等で再び最初から主治医との関係を築き直さなければならぬことになることの精神的負担は非常に大きい。他方、転院先の主治医も、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の全体像を把握するには相応の時間がかかる。しかも、医療は患者の生活の一部として存在するのであって、その逆ではない。特に、在宅に患者を戻す場合は、患者の病状等やその家族の態様に、医療と看護・介護・福祉など関係分野・関連職種との連携が必要になる。医療は患者の生活にとって重要な固有の領域を

占めながらも、他の領域との関わりを無視しては存立し得ないのである。

(2) 政策的対応

それでは、こうした課題に対して政策的にどのように対応すればいいのか。医療機関の機能分化の推進の流れは止まらないし、止めるべきではない。そうした前提の下で対応方策を考える必要がある。選択肢は大別して2つに分かれる。1つは、医師と患者の関係の継続性を求めることは「ないものねだり」に過ぎず、「情報伝達ロス」の発生等の問題も、それを完全に回避することは難しく、それを最小化することに努力を傾注すべきだとする考え方である。

2つ目は、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ている「家庭医」が、頻度の高い一般的な疾病(コモンディーズ)の診療や予防に加え、患者の病態等に応じ適切な病院や専門医への紹介、看護・介護、福祉のコーディネートなど患者のエージェント(代理人)としてコンシェルジュ機能(相談機能)を果たしていくと

いう選択肢である。

1つ目の選択肢は一見現実的なようにみえる。医師の最大の使命は病気を治療することにあり、患者との関係も「サラサラ」とした、関係として捉えたいほうがお互いに気が楽な面があるという割り切った意見もある。しかし、第2節で述べたように、患者の多くが医師に求めているのはそのような関係ではない。患者は専門家たる医師に「患者の身になって、診療に当たってほしいと切に願っている。また、この選択肢には、病院に「負担」がかかり過ぎるといふ難点がある。その意味は2つある。

第1に、各国の医療供給制度の違いが最も特徴的に表れるのは一次医療と二次医療の「繋ぎ」の部分である(郡司1998,p.112)が、わが国の場合、中小病院の多くは診療所が発展したものであるという沿革的な理由もあって、病院と診療所の機能分担が適切に行われていない。例えば、病院の外来部門と診療所は競合状態にあり、入院外医療費(国民医療費ベース)でみても病院と診療所の比率は2対1程度となっている。これは頻度の高い一般的な疾病(コモン・

ディーズ)の診療を病院やその専門医が「背負い込んでいる」ことを意味しているが、これは医療資源の適正かつ効率的な配分という観点からみて本来好ましいことではない。

第2に、病院の専門医は日々の診療自体に加え、医療の専門分化・高度化にキャッチアップするための研鑽、医療安全・危機管理の対応等に負われているのが現状である。インフォームド・コンセントも診療の1環であるが、第2節および第3節で指摘したように、より丁寧な説明や患者と家族等の利益相区の排除の要請は高まる。適切な転院先への情報伝達等も重要である。病院の専門医からすれば、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的確に把握することは容易ではないが、他方、患者の側も医師に十分話を聞いてもらえないという不満が蓄積している。今後さらに国民の要求水準は高まるとともに、高齢化の進展等に伴う医療情報リテラシーの格差の拡大、認知症患者や高齢者単独世帯の増加などにより、一層きめ細かな対応が求められることになる。

その結果、①病院の医師等の「負担」はさらに増す、②病院側の対応には限界があり患者や家族の要望には十分応え切れない、③患者の不満やトラブルが増加する、④医師をはじめ医療従事者のモラル(士気)が低下する、⑤医療の質が低下する、という悪循環の進行が懸念される。

したがって、筆者は、2つ目の選択肢、すなわち「家庭医」をわが国の医療供給制度の中に明確に位置づけることを真剣に検討すべきであると考えている。「家庭医」とは、ゲートキーパー機能の強弱の差異は別途あるものの、諸外国で family physician、general practitioner、primary care doctor と呼ばれているものとはほぼ同義であり、2つ目の選択肢の考え方は、わが国においてもプライマリ・ケアを医療政策上明確に位置づけ、それを担う医師を制度化すべきだという主張にはかならない。

周知のとおり、「家庭医」あるいはプライマリ・ケアを制度化する議論は昭和60年から62年にかけてあった(家庭医に関する懇談会)が、医師の階層化(二分化)や国家統制を懸念する医療関係者の猛

烈な反対により議論が頓挫した経緯がある。以降、「家庭医」やプライマリ・ケアの議論は、いわば「腫れ物に触る、ように取り扱われてきたきらいがある。しかし、医療機関の機能分化の検討にあたって、病院と診療所の機能をいかに切り分けるかということは最も重要な論点のひとつであり、プライマリ・ケアの議論は避けて通ることはできない。また、医療機関の機能分化は連携と対の関係にあり、医師と患者の関係を「繋ぐ」という役割を「家庭医」が担わなければ、連携は十分機能せず国民の医療に対する信頼を維持することはできないように思われる。

ただし、「家庭医」の制度化は「古くて新しい」問題であり、医学教育やフリーアクセスにも絡む根本問題をはじめ数多くの検討課題があることも事実である。筆者は別種で論じたことがある(島崎2008)が、以下、その要点を簡潔に述べておく。

第1に、「家庭医」の役割と機能である。「家庭医」とは、コモン・ディーズの的確な診療や生活習慣病等の予防を行うとともに、必要に応じて患者の病状等に合

った専門医を紹介し、介護・福祉サービスのコーディネートも行う医師である。医師と患者の関係についていえば、「家庭医」は、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把握し全人的対応が求められる患者の代理人としての役割を担う。米国家庭医学会のキャンペーンの言葉を借りれば、「家庭医はあなたを専門としている医師 (Doctors who specialize in you) である(葛西2005,p.4)。

留意すべきことは、「家庭医」は「かかりつけ医」と同義ではないことである。「家庭医」は、それ自体独自の専門性(ちやうど心臓外科とか泌尿器内科というと同様な意味で)を持つ概念であり、消化器外科には消化器外科固有の専門技術の修得が必要となるように、「家庭医」たるには固有の専門技術や「問題解決技法」の修得が必要である(葛西2001,p.18)。その意味では、専門的な教育や研鑽を通じたトレーニングの重要性が強調される。

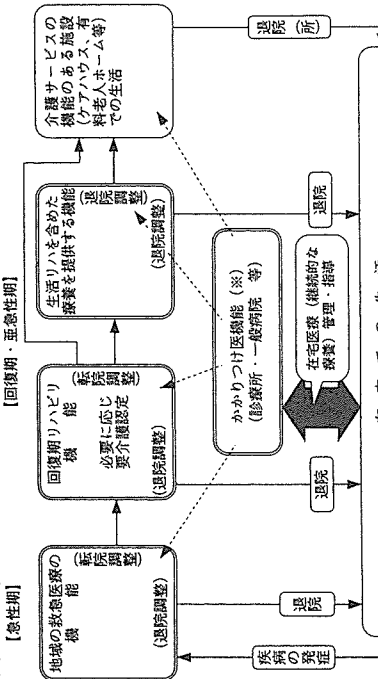
今日問われているのは、このような医師を医療提供制度の中に明確に位置づけるか否かであり、こ

の点を主眼色にして議論すべきではない。例えば、図2は厚生労働省の審議会(社会保険審議会医療部会)の報告書から転記したものである。この図の中の「かかりつけ医機能」から出ている点線は、退院調整等に当たっても「かかりつけ医機能」が「常に患者の立場に立つて重要な役割を担う」ことを表していると考えられる。一見、筆者の主張と同じようにみえる。

しかし、「かかりつけ医」とは、現実に患者が「かかっている」という事実に着目した概念である(したがって「大病院かかりつけ医」という言葉もおかしくないことになる)。そのため、「かかりつけ医」の後に「機能」という言葉を足し、一定の役割や機能を表すものとしたものと推察されるが、これは議論を曖昧にするきらいがある。仮に「かかりつけ医機能」という言葉を用いるにしても、①それはどのような機能であり、退院時等に具体的などのように関わるのか、②その機能を適切に発揮するためには、どのような医学的な技能・技術と一定の修練が必要なのか、③大病院の医師(勤務医)にもそのような機能を認めることの意味、

が明らかにされる必要があろう。
第2に、「家庭医」をどのように養成していくのかという問題がある。日本では、「家庭医」の機能および役割について関係者の間に十分な共通理解やコンセンサスがなく、医学教育において「家庭

図2 脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ



とでも試みられているが、個々の専門領域の「上澄みの集合」が「家庭医」となるわけではない。やはり家庭医を一つの専門領域の医師として位置づけ、それに必要な技術・方法論等を確立し、適切な指導医の下で体系的に教育・研修を行うことが王道で

ある。もともと、「家庭医」を大学教育の中にきちんと位置づけ養成していくことは「王道」ではあるが、全国的に足並みを揃えて行うには相当の時間を要することも否めない。そして、わが国の高齢化が急ピッチで進むこと等を考えれば、それを待つ時間的余裕はない。だとすれば、今必要なことは、「家庭医」の重要性を認識している関係者が、各々できることからチャレンジし、その成果を共有し、それを「踏み台」に更にステップアップしていくことであると思われる。関係学会における国際比較も含めた学術的検討と「家庭医」の認定システムの構築もその一つであろう。また、地域の基幹的な病院と連携し家庭医養成の研修を体系的に行い実践していくことも考慮されるべきである。「家庭医」の明確な達成目標を明らかにした上で、体系的な方法論に基づく教育と実践を積み重ねることが重要だと思われる。
なお、以上の基本を踏まえた上であれば、「家庭医」ないしはプライマリ・ケアのあり方・展開の仕方は多様性があつてよい。地域によつて、地理的条件、人口集積、

住民の意識、医療資源の分布等は大きく異なるからである。例えば、病院勤務医が開業する場合、それまでの専門分野における蓄積をできる限り活用することは医療資源の有効活用という意味でも有意義であるが、大都市部においては、開業医がその専門性を活かし、いわば「縦に繋がる」グループ・プラクティスの形態が機能することもあり得よう。また、開業医の後方支援機能を持つ中小病院との連携によりプライマリ・ケアを担うという考え方もあり得る。さらに、「家庭医」が主軸になりつつ患者の病状等の応じた専門医やケアマネジャー等を交えた「退院時ケア・カンファレンス」等を行い、地域において包括的なケア体制を組むということも有意義である。
第3に、「家庭医」の医療政策上の効果である。十分トレーニングを積んだ「家庭医」が地域医療の中で適切な役割を果たすことは、患者にとつて最善の医療が受けられる可能性を高めるだけでなく、わが国の医療資源の効率的配分という観点からも好ましいと考えられる。端的に言えば、「家庭医」による総合診療機能およびゲートキーピ

ング機能(振り分け機能)を持たせることは、費用対効果の面で優れている。ただし、その手法等については意見が分かれよう。
例えば、「家庭医」のゲートキーピング機能や病院の外来について、英国のように病院の受診は家庭医の紹介状を必須とすることは、フリーアクセスの理念との関係でデリケートな問題を抱えるからである。ただし、これは「家庭医」の質の問題とも関係する。「家庭医」の質が不十分であれば、国民の大病院指向は止まらないであろうし、逆に「家庭医」が第1で述べた役割・機能を發揮すれば、国民の受診行動や医師と患者の関係も変わら得る(注25)。この問題は「鶏が先か卵が先か」という面があるが、筆者は、質の高い「家庭医」を育てることを優先し、その客観的評価を行いながら議論を重ねることが現実的ではないかと考えている。
以上述べたことは空理空論だと思われるむきもあろう。また「家庭医」の制度化が医師と患者の関係の改善に資するということに疑問を感じる人もおられる。そこで参考まで、ひとつの例とし

て、北海道更別村の実践に関する住民意識調査の分析結果を示しておきたい。更別村は帯広市近郊の小村であるが、2001年1月から国民健康保険診療所の運営を医療法人社団カレスアライアンスに委託し、北海道家庭医診療センターの教育と実践のフィールドとなっている。更別村は「一つの比較的限られた地域で完結するタイプの農村型家庭医実践のフィールド」(西2001,p.22)というべきであろうが、現実には医師不足に悩んでいる地域が少なくない中で、「家庭医」の機能と効果を考察する上で一定の意義を有すると思われる。また、今後、大都市部など他の地域における取組みとの比較検討を行う際の素材にもなると思われる。
表6は、更別村診療所に通院中の患者を対象に樋口(2001)と全く同じ調査票を使い調査した結果をまとめたものである。興味深いことは、①あるべき理想モデル(望ましい患者と医師の関係)と更別村診療所の現状モデル(更別村における患者と医師の関係)がほぼ重なっていることである。また、更別村診療所に通院中の患者

が、「日本の患者と医師の関係は理想と現実が乖離している」と更別村の患者が認識していることもうかがえる。例えば、更別村の患者のうち、モデル1(医師が診療の情報も決定も主導するというパートナーシップなモデル)が理想だと考える割合はわずか6.6%であるのに対し、日本の患者と医師の関係の現実モデル1であると考える割合は、27.5%と一番多いからである。しかし、更別村診療所における患者と医師の関係の現実モデル1だと考える割合は7.7%にとどまる。
以上をまとめていえば、更別村の患者の多くは、「日本の他の地域では患者と医師の関係は理想と現実が乖離しているが、更別村診療所では理想とおりの患者と医師の関係が構築されている」と考えていることが推認できる。そして、理想と現実の認識ギャップが小さいことが、良好な医師と患者の関係の構築、患者の医療(または医師)に対するプラスの評価に結びついていると考えられる。実際、以前の体制との比較について患者の意識調査を行った結果は図3のとおりであるが「医師の診察に対

表6 更別村診療所の通院患者の回答結果

あるべき理想	更別村の現状認識	日本の現状認識
① パートナーシップモデル	7.7%	27.5%
② エンカウンターモデル	29.1%	15.9%
③ トレーニング・モデル	31.9%	23.1%
④ ミニマル・パートナーシップモデル	32.4%	33.5%

(出典) 島崎(2006), p.159(1)(職種別集計部分)

5 結語

医療において医師と患者の信頼

【参考文献】池上直己(2005)「終末期医療等に関する意識調査の課題と今後の在り方」終末期医療に関する調査等検討会編「今後の終末期医療の在り方」中央法規出版

今井源(2002)「理想の医療を語れますか」東洋経済新報社

医療産業政策研究所(2005)「医療消費者と医師のコミュニケーション意識調査からみる患者満足度に関する分析」リサーチ・パートナーズ・シリーズNo.29

岩村正彦(2002)「医療保険法—医療保険法の給付(社会保険法入門 第38講)」自治実務セミナー41巻4号

植木哲(2003)「医療の法律学(第2版)」有斐閣

内田哲(1997)「民法II債権各論」東京大学出版会

葛西龍樹(2001)「日本の家庭医の現状と養成に向けたい取り組み」健康保険2001年5月号

葛西龍樹編著(2005)「スタンダード家庭医療マニュアル」永井書店

加藤良夫編著(2005)「実務医療法講義」民事法研究会

河上正二(1994)「診療契約と医療事故」法学教室167号

菅野耕毅(2004)「医療法概論第2版」医歯薬出版

畔柳達雄(2002)「医療事故と司法判断」判例タイムズ社

郡司薫亮(1998)「医療システム研究ノート」丸善ブティック

厚生労働省(2004)「医療・介護関係事業者における個人情報保護の適切な取扱いのためのガイドライン」潮見佳男(2006)「輸血拒否—東大医科研究事件」【別冊ジュリスティック】民事法判例百選

島崎謙治(2006)「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究(平成17年度厚生科学研究費補助金政策研究推進研究事業報告書)」朝日新聞2006年3月11日

副田達彦(2006)「インフォームド・コンセント—その誤解—曲解—正解」NPO法人医薬ビジランタン「インフォメーション」

塚本泰司(2004)「インフォームド・コンセントと医療の信理」信山社

辻伸行(1990)「医療契約の当事者について」獨協法



【参考文献】

池上直己(2005)「終末期医療等に関する意識調査の課題と今後の在り方」終末期医療に関する調査等検討会編「今後の終末期医療の在り方」中央法規出版

今井源(2002)「理想の医療を語れますか」東洋経済新報社

医療産業政策研究所(2005)「医療消費者と医師のコミュニケーション意識調査からみる患者満足度に関する分析」リサーチ・パートナーズ・シリーズNo.29

岩村正彦(2002)「医療保険法—医療保険法の給付(社会保険法入門 第38講)」自治実務セミナー41巻4号

植木哲(2003)「医療の法律学(第2版)」有斐閣

内田哲(1997)「民法II債権各論」東京大学出版会

葛西龍樹(2001)「日本の家庭医の現状と養成に向けたい取り組み」健康保険2001年5月号

葛西龍樹編著(2005)「スタンダード家庭医療マニュアル」永井書店

加藤良夫編著(2005)「実務医療法講義」民事法研究会

河上正二(1994)「診療契約と医療事故」法学教室167号

菅野耕毅(2004)「医療法概論第2版」医歯薬出版

畔柳達雄(2002)「医療事故と司法判断」判例タイムズ社

郡司薫亮(1998)「医療システム研究ノート」丸善ブティック

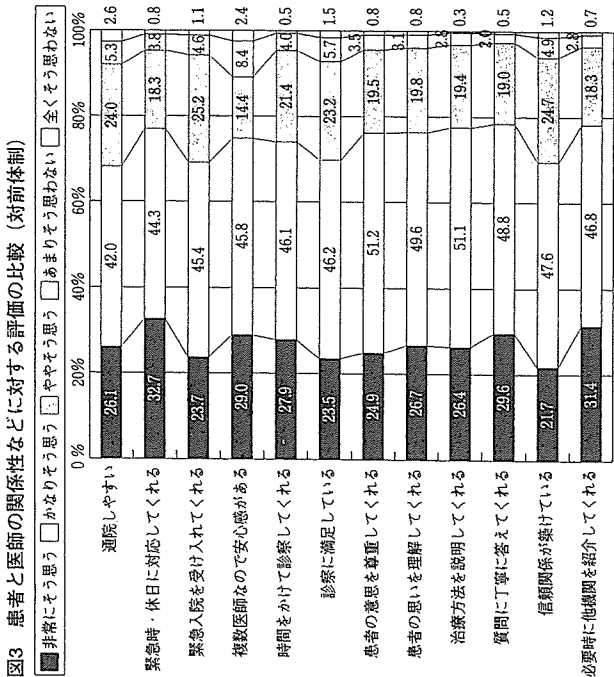
厚生労働省(2004)「医療・介護関係事業者における個人情報保護の適切な取扱いのためのガイドライン」潮見佳男(2006)「輸血拒否—東大医科研究事件」【別冊ジュリスティック】民事法判例百選

島崎謙治(2006)「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究(平成17年度厚生科学研究費補助金政策研究推進研究事業報告書)」朝日新聞2006年3月11日

副田達彦(2006)「インフォームド・コンセント—その誤解—曲解—正解」NPO法人医薬ビジランタン「インフォメーション」

塚本泰司(2004)「インフォームド・コンセントと医療の信理」信山社

辻伸行(1990)「医療契約の当事者について」獨協法



(出典) 島崎(2006) p.162 (0)越後弘毅執筆部分

関係が重要であることは、医療関係者が異口同音に強調することである。しかし、昨今の医療をめぐる訴訟の増加等を見ると、医師と患者の関係は良い方向に向かうよりも、むしろ悪化する方向に進んでいるように思われる。医療関係者は日夜心身を磨り減らし診療に当たっているのに報われないと思

いでいるように思われる。医療関係者は日夜心身を磨り減らし診療に当たっているのに報われないと思

きなことである。それを食い止めるためには、医療関係者、法律家、行政関係者、マスコミ関係者、そして国民が、実態を直視し率直に問題点を出し合い、「対話」を重ねる中で、医師と患者のあるべき関係性の認識を共有し、妥当な解決策を見出していくことよりない

ように思われる。筆者は医師ではなく、また、必ずしも法律の専門家でもない。したがって、見当違いあるいは不十分な議論であるとの批判もあろうと思われる。ただし、本稿で強調したかったことは、医師と患者の関係改善するためには、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(第2節)、②医療現場の実態を踏まえた法的な論点の整理と考察(第3節)、③政策的に解決すべき課題の提示と考察(第4節)、という多面的な検討を行うことが必要であり、そのいずれを欠いても適切な対応策にならないということである。本稿は荒削りの「たたき台」にすぎないが、関係者の建設的な「対話」の素材に多少なりとも資すれば幸甚である。

【注】
①医療職種と非医療職種の違いはもとより、医療職の中でも医師、看護師、コメディカルなど職種が違えば、職能・職責や受けてきた教育等のバックグラウンドが異なるからである。
②ちなみに、米国では、医師と患者の関係は基本的には継続する。米国には応招義務は存在せず、契約あるいは合意に基づき医師と患者の関係に入るか否かは双方の自由である(いわゆる「自己意思決定」)。しかし、一旦医師と患者の関係に入れば、医師には厳格な忠実義務が課せられ医師と患者の関係は継続する。病院で手術を行う場合も原則的には医師が病院と契約しその施設を借り手術を行う(オープン・システム)のであり、患者が病院と契約するのではない。
③例もつとも、最近ではこうした取り組みの萌芽も見られる。例えば、平成18年度から福島県立医科大学に地域・家庭医療部が創設され、大学として「家庭医」の教育養成が試みられている。
④病院・診療所の役割分担推進施策(例：特定機能病院等の紹介状がない場合の初診料の全額自己負

特集：OECD 諸国における医療改革の流れと今後の方向性

ケアの質向上への取り組みとその課題

郡司 篤晃

■ 要約

先進工業国では、平均寿命で見ると健康水準は向上してきた。慢性疾患の時代には生活の質の維持と向上が主眼となり、今後は Health Promotion の考え方で政策の推進が重要である。

医療においては消費者による質の評価が不可能であり、かつ平等の要求があることから、政府の介入が必須である。さらにサービス内容が決定するのは医療施設に到達後であり、そこではいわゆる情報の非対称の大きな相対取引であり、政府の介入によっては、種々の非効率や質の低下などの多様な問題が発生する。

出来高払いのインセンティブを逆転し、医療に管理学の合理性を導入する目的で HMO が考案された。これを基礎に管理競争 (managed competition) の考え方が生まれ、世界的に大きな影響を与えた。しかし、各国の歴史的制約や平等に対する価値観の差、政治思想の違いから、各国における現実のシステムは大きく異なり、いまだ医療・福祉における質と効率を確保する一般解は明らかではない。近年は、情報の非対称を埋めるためのエージェントとインセンティブの設計が、基本的な政策手段となりつつある。

医療の質の管理技法は、同様による評価しかないと言われてきたが、次第に第三者の評価が導入されるようになってきた。その方法は結果による評価から構造的な評価へと移行し、そして近年また結果による評価に回帰しつつある。しかし、医療の結果による評価は医療の失敗にかかわる指標が多くなるため医療提供者には歓迎されない。そこで、近年はバス法のようにプロセスを重視するようになって来た。バス法はいわば医療のプロセスの標準化であり、また医療の全プロセスに関する Informed consent である。しかし、すべての患者が標準的な診療で完結するわけではなく、その限界も明らかである。

今後は情報システムの発達により、adverse event や治療成績を含む診療情報の処理が容易になること、一方国民の情報の公開に対する要求が高まることから、その圧力が医療の質の向上を促進することになるであろう。

わが国の医療システムはプライマリ・ケアが混乱している。責任を明確にすることによって市民に安心感を与え、チームレスで良質、かつ効率的なケアを提供するためには、プライマリ・システムの構築が重要な課題である。

■ キーワード

医療の質、効率、インセンティブ、代理人

I はじめに

ることにある。

その関心は保健¹⁾から医療、福祉にも及ぶ。しかし、同報告書も主として医療を論じているので、紙面の関係もあり、本論では主として医療の質を中心とし、またわが国との関連が深い点に重点を置いて論ずることとした。

また、何が上質な保健、医療、福祉ケアである

かを、個別の技術について論ずると膨大な議論となり、本特集の趣旨にもそぐわない議論となるだろうから、本論では主として医療の質向上のための政策論に焦点を絞る。

II 健康水準の向上とヘルス・プロモーションの妥当性

1. 健康水準の向上

OECD の報告書に拠れば (OECD, 2004)、近年 OECD 各国では「健康水準の劇的な向上」があったとしている²⁾。国などの地域人口集団の最も総合的な健康水準の指標はゼロ歳児の平均寿命 (通称平均寿命) であるとされている。近年、OECD 諸国においてはこの指標は一貫して延長してきた。したがって、この指標で見ると、これらの国々においては健康水準は確実に改善してきた。

しかし、この指標に影響を与える要因は多様であり、必ずしも保健・医療サービスだけが寄与しているのではなく、生活水準の向上による衛生や栄養の改善の方が、その伸長には、大きく寄与している可能性が高い。

感染症の時代には、予防接種などの保健活動の方が、医療サービスの寄与よりはるかに大きかった。多くの人命を奪った天然痘は予防接種によって人類社会から撲滅することに成功したし、ポリオも撲滅寸前まで来た。今後とも再興、新興感染症はあるが、人類がこれまで蓄えてきた医学技術を持ってすれば、対処の可能性については悲観的なものはないであろう。

医療と健康水準との関係について、医療費と平均寿命との相関関係を断面的な国際比較で見ると、2 者の間の相関関係は、きわめて貧困な地域においては見られるものの、先進工業国においてはほとんど無相関である。したがって、その比率を議論することも無意味である。

平均寿命は最も総合的な健康指標であるが、

医療システムの効果を評価するための outcome の指標としてはあまりにも鈍過ぎる。医療システム全体の評価のための outcome 指標にはいまだ適当なものはない。この事実はとりもなおさず、医療、特にその質の平均寿命の延長に対する寄与はかなり限界的であるといわざるを得ない。

医療技術の outcome 評価は、個々の技術ごとに行われなければならない。明確な答えは期待できない。その際、実験的な環境下での効能 (efficacy) と、実際のフィールドでの効果 (effectiveness) は異なることがあるという認識が重要である³⁾。

2. 疾病構造の変化

OECD 諸国は、人口転換をほぼ終了している。その必然的な結果が、疾病転換である。すなわち、急性疾患から慢性疾患への疾病構造の変化である。現在の OECD 諸国においては死因のほぼ 6 割以上が悪性新生物と循環器疾患である。このような demographic な変化に伴い、保健・医療のあり方や政策も大きく変換しつつある。

予防も社会防衛的な性格を減じて、個人の障害の予防へと変化した。医療と予防の境界もあいまいになってきたことの問題は、必ずしも議論されなかった。

例えば、軽症高血圧に対する降圧剤の投与、抗高脂血症の投与は、医療の場で行われているが、これは予防である。慢性疾患の管理では予防と医療の境界が不明確になったのである。

しかし、それらの薬剤投与の疾病予防効果は、効能は証明されていても、効果は十分証明されていないものが多い。効果の評価が新薬の開発に追いつかず、その証拠があいまいのまま、多くの「医療費」が「予防」につき込まれている。また、これらの薬剤にも副作用があり、生活の質は低下する。

3. ヘルス・プロモーションの妥当性⁴⁾

1986 年にカナダのオタワで開催された国際会議