

のとして「ナースコール」は「すばらしい」という評価とセットであり、満足度の高い病院における看護師のナースコール対応が患者に感動を与えるほどのものであることがわかる。この分析で特徴的と思われるのは、看護師への患者の「親身」という言葉を用いた評価が「治療」「質問・相談・会話」「手術」などにかかるものであり、【図 2】の医師への評価とあまり変わらないことである。むしろ、患者の記述には「医師も看護師も親身であった」という併記があるが、それにしても、従来の看護師の役割から考えれば、「看護師」という言葉が中心であれば「親身」というキーワードは、例えば「親切」や「感謝・ありがとう」や「丁寧」というキーワードに近いのではないと思われるのである。医療サービスそのものにおける看護師への期待が高まっていることや、患者への説明や相談の役割を看護師が担っていることがわかる結果である。

D) チームワーク

【図 5】は、自由記述「病院の良い点」に「チームワーク」という言葉を用いて記述した患者 121 件を分析した結果である。実際に、患者が「チームワーク」という言葉を用いている自由記述は件数が少ないため、特に絞込みはせずに分析した。患者の目から見て、医療チームワークの要となるのは「医師」と「看護師」であることがわかる。助産師とリハビリスタッフは、「連絡」というキーワードの近くにあることが興味深い。その他の医療スタッフの名称（技師、薬剤師など）は、121 件のサンプルでは、チームワークという言葉とは一緒に使われていなかったか、数が非常に少ないため除外された。また、「説明」や「治療」「知識や技術」「質問・相談・会話」などを、患者は「安心できた」「信頼できる」と評価しているが、その中央に「礼儀」という言葉があることも興味深い。この分析では「親身」というキーワードが、総論から離れたところにあるのは、「親身」は患者と医療スタッ

フの一对一の対応について評価される場面が多いからだと思われる。逆に、様々な医療スタッフを思い浮かべて共通項として浮かぶのは「みんな礼儀正しかった」ということなのだろうと思われる。

4) 考察

①病院に対する患者の満足度は、病院が患者に提供する「どのようなサービス」、「職員のどのようなふるまい」と関係があるのか

前述したように、従来、一般的なマーケティングやマネジメントの理論を用いて、患者満足は以下のように説明されることが多かった。

■「レストランは顧客に美味しい料理を提供し、その結果、顧客がそのレストランに満足する」

■「病院は患者に病気やケガの治癒を提供し、その結果、患者が病院に満足する」

今回、抽出された「医師の知識や技術」、「医師の配慮」、「看護師の説明」、「医療スタッフのチームワーク」をレストランに置き換えると、「コックの知識や技術」、「コックの配慮」、「ウェイターやウェイトレスの説明」、「厨房とホールのチームワーク」と置き換えることができそうである。レストランにおいて、コックが美味しい料理を創るために十分な知識や技術があり、顧客の好き嫌いや旬の素材に配慮して料理をつくり、それをウェイターやウェイトレスが顧客にうまく演出・説明し、料理の出てくるスピードや順番等が考慮され温かいものは温かく、冷たいものは冷たく提供されれば、まず間違いなく「美味しい料理」が出てくるであろう。そして、顧客は満足するのである。

一方、病院の場合には、「医師の知識や技術」、「医師の配慮」、「看護師の説明」、「医

療スタッフのチームワーク」が良いことが、患者の満足度に大きな影響を及ぼすのであるが、この4点セットがあっても患者の病気や怪我が治癒するかどうかは別の問題なのである。レストランにおける「美味しい料理」と病院における「患者の治癒」が同一にならない理由は、顧客（患者）のポジションによるものである。例えば悪いが、医療サービスの場合には患者自身がレストランにおける「料理」の立場と解釈されることもあるからである（手術前の心境を、まな板の上のコイ状態などとも言う）。

コトラーは「マーケティング・マネジメント」で「製品（プロダクツ）とは、ニーズまたはウォンツを満たしうると考えられるものをいう。したがって、製品（プロダクツ）とは、モノやサービスだけでなく、何らかの活動、人間、場所、組織、アイデアでもありうる。その場合、製品（プロダクツ）という言葉が不適当ならば、資源、提供、満足を与えるものと置き換えてもよい」と定義しているが、顧客自身が「製品（プロダクツ）」ともなり、その「製品（プロダクツ）」の出来ばえに、「製品（プロダクツ）」である顧客自身が満足する、とまでは定義していない。（形のある）モノ製品に対して、サービスが「無形」であるという説明はよく用いられるものであるが、上記のレストランにおける「美味しい料理」と、病院における「病気や怪我がの治癒」の事例からいえば、サービスにおいては、コトラーが述べたところの「製品（プロダクツ）」と顧客自身を切り離すことが重要なのである。「製品（プロダクツ）」と顧客自身を切り離すことができなければ、サービスは進化することができないからである。なぜなら、医療サービスにおける「製品（プロダクツ）」が、「病気や怪我がの治癒」であれば、それは患者自身のプロフィールやスペックによるところが大きくなる。つまり、患者満足が高いか低いかは、「患者次第」ということになり、病院や職員は努力目標を失う。医療サービスが進化し病院が向上し患者満足を高めていくためには、患者のプロフィールやスペックに左右されない（もしくは依存し

ない)「製品(プロダクツ)」を定義することが重要なのである。現実問題としても、前述したように、高齢化社会において患者の多くは慢性疾患であり、完全な治癒はしないことが多い。また、病院は機能分化し、基幹病院から患者が「治って」退院することは減り、治る前に転院したり、自宅から違う病院に通院したりもする。したがって、基幹病院は「当院で患者が治癒しなくても、患者満足を創造できるような『製品(プロダクツ)』」を定義することが重要なのである。

【図7】は著名なザイタムルのサービスの無形性の図表であるが、このうち「レストラン」から「医療」までがサービスとして表示されている。これらをサービスの代表的な事例として、一般的なマーケティング理論において、その「製品(プロダクツ)」を顧客自身から切り離しやすいものとそうでないものに整理すると以下のようになる。

サービスの種類	一般的なマーケティング理論において「製品(プロダクツ)」と定義されるもの	「製品(プロダクツ)」と顧客のプロファイルやスペックとの切り離しが可能か
レストラン	美味しい料理	◎
旅行	すばらしい景観、特産品買物、豪華なホテル	◎
美容院	素敵な髪型	×
託児保育	安心できる施設や保母、自分の時間	◎
家電修理	直った家電	◎
法律相談	問題や悩みの解決	×

歯の治療	治った虫歯、入れ歯	×
自動車修理	直った自動車	◎
医療	治った病気や怪我	×

上記の「製品（プロダクト）」と顧客のプロファイルやスペックとの切り離しが困難であるものは、新たに「製品（プロダクト）」を定義する必要があるのである。例えば、美容院の「素敵な髪型」は、顧客に似合っているかどうか重要であるし、顧客の希望（ニーズ）にそのまま応じることが顧客の満足につながることも限らない。顧客がアイドル歌手の素敵な髪型と同じにしてくれ、と希望し、それを提供しても、同じになるかどうかは、顧客自身の姿かたちによるところが大きいのである。つまり美容院における「製品（プロダクト）」とは、顧客が「その髪型を希望している」本当の理由や真の目的を知りうるまで相談や会話をし、たくさんの髪形の見本などを見せて顧客に多くの選択肢を提供して、選ばせることであろう。また、日常的に顧客が自分でドライヤー等を使って美容師が手がけたと同じような髪型を再現できる方法を教えることである。法律相談も100%「問題や悩みの解決」を顧客に提供できるとは限らないし、その「問題や悩みの解決」ができるかどうかは顧客自身によるところが大きいサービスである。1円たりとも慰謝料を払いたくないと思っても、100万円の慰謝料を支払うことになるかもしれない。顧客が100万円の慰謝料を支払うことになっても法律家が顧客に満足を提供できるとしたら、それは1千万円ではなく100万円でよかったという「納得性」であるかもしれない。つまり、顧客満足をつくりだせる法律家の「製品（プロダクト）」とは、顧客の言い分を良く聞き、顧客の立場や状況に共感し、相手方との交渉における有能な姿を見せる法律家の姿そのものかもしれない。「歯の治療」と「医療」は似ている。それぞれ患者の症状がどのようなものであるかによって「治るか、どうか」は不確実だからである。当然

のことだが、「歯の治療」や「医療」は、「家電修理」や「自動車修理」とは、顧客満足が形成されるプロセスも要因も異なるのである。

本研究において、医療における「医師の知識や技術」、「医師の配慮」、「看護師の説明」、「医療スタッフのチームワーク」は医療サービスにおける「製品（プロダクト）」と定義することができる。そして、実際の医療の現場における患者満足向上のためには、「当院の医師は知識や技術が高いですよ」、「当院の医師は、患者さんの痛みや恥ずかしさに配慮しますよ」、「当院の看護師の説明はわかりやすく質問もしやすいですよ」、「当院の医療スタッフのチームワークは抜群ですよ」ということを、レストランにおける「美味しい料理」のように、標準化して、わかりやすく患者に伝わり、なおかつ患者がそれを実感できるようにしなければならない。それ以前に、医師や看護師や医療スタッフが、それを「できる」ようにしなければならない。そこで、次に「医師の知識や技術」、「医師の配慮」、「看護師の説明」、「医療スタッフのチームワーク」について、患者の言葉（自由記述）の分析からその手がかりを探索した。

②患者は、病院や職員が提供するサービスや行為が「どのようなものであれば」肯定的に評価するのか

近藤隆雄は「サービスの概念の再検討（2003）」で、以下のように述べている。「『無形性』は普通、サービスの最も重要な特徴として取り上げられることが多い。しかし、最近では、このことについて疑問が呈されるようになった。グルンルースは次のように述べている。つまり、モノとサービスを区分する指標として『無形性』がしばしば指摘されるが、有形である『モノ』であっても、カッコいい自慢の車や美しい晴れ着のように、顧客の『心』にとっては、『無形の意味』や関心の方が重要な場合があると。また、レストランでの料理や自動車修理工場での部品のように、サー

ビスを考えるうえで、モノの存在を抜きには考えられない場合も多くあり、このことも無視することはできない。こうした点を考慮すると、サービスの最も重要な特徴が『無形性』であると主張することには疑問が残る。しかし、またグルンルースはこうも述べている。『サービスの本質とは、しかしながら、現象そのものの無形性にある』と。この指摘は非常に重要である。サービス自体を検討することより、サービスは顧客にとってどんな現象なのか（そしてそこからどんなマーケティングの原則が認識できるか）を考えることの方が重要なのだ、という主張である。

つまり、衣食住が足りている成熟社会では、顧客はモノであれ、サービスであれ、その基本性能だけに満足するわけではなく、むしろ顧客満足には付加機能や付加価値が重要な役割を占めているのであって、顧客独自のストーリーに彩られた「満足できるサービス」の実態を知るためには、顧客の状態や顧客の体験、顧客の気持ちをよく観察することが重要だということであろう。

今回、患者の自由記述を分析して、患者満足における重要なキーワードとして「親身」という言葉を抽出できたことは大変意義深い。なぜなら、「親身」というキーワードがいわゆる接遇とはまったく違うポジションである、「手術」「治療」「診察」「説明」「相談・質問・会話」と関係が深いことがわかったからである。患者への説明や質疑応答、会話を「親身」に行うことが、患者満足を高めると断言しても良さそうである。さらに、先進的な病院では、看護師がこれらの機能を行っており、従来の「看護師＝接遇」という図式は全く見られなかったことも喜ばしい結果である。昨年頃から、先進的な病院では医療サービスにおける「説明」を重視し、手術前の患者や検査・入院・手術の説明等を選任看護師が行うセンターを開設する病院が出てきた。看護師による「親身」な説明や相談、会話が行われることを期待したい。

患者の「安心できた」という評価が、医師や病院の技術レベルやわかりやすい説明だけでなく、医師の「笑顔」や「態度や言葉遣い」とも関係があることも重要であ

り、それはまた、「ノンバーバル・コミュニケーション」の定義とも一致する。アルベルト・メラビアンの「ノンバーバルコミュニケーション」によれば、人はコミュニケーションの場において、メッセージの 90%を話された言葉や内容以外から受け取っている。ボディランゲージ 55%、声の質と語調 35%、話された言葉 10%である。まさに、医療スタッフはノンバーバルコミュニケーションを身につける必要がある。

5) 結論

病院が医療をサービスとしてとらえ、患者満足創造を病院経営の最重要課題と位置づけるようになってから、ずいぶん時間がたつ。医療現場でのサービス改善に役立つようなアイデアや方法論を提供しようと、日々、努力しているのだが、医療をとりまく環境の変化はおそろしく早い。そしてまた、病院間における意識の格差も大きい。おそらく今も「医者は腕で勝負」や「患者はつべこべ言わずに医者に従うべき」というスタンスを崩さない昔ながらの「お医者様」もいるのだろうと思う。今回の研究で、必ずしも「病気や怪我の治癒」だけが、患者満足に結びついているわけではなく、医師や看護師が「親身」に説明したり、相談に応じたり、会話したりすることによって患者満足が創造されることがわかった。我々の仕事は、医療現場でのサービス改善に役立つようなアイデアや方法論を提供することであるから、次の課題は、患者が「親身だった」と感じるためには、医療スタッフは何をどのように行う必要があるのかを、定型化することである。

さらに、患者に対する「親身」な対応やコミュニケーションというと、その否定的な面として「感情労働」が思い浮かぶ。

次の研究としては、患者に対して「親身」な対応やコミュニケーションをしている医療スタッフが、「感情労働」で定義されるような「感情労働に従事する人は、たとえ相手の一方的な誤解や失念、無知、無礼、怒りや気分、腹いせや悪意、嫌がらせによる理不尽かつ非常識、非礼な要求・主張であっても、自分の感情を押し殺し、決して表には出さず、常

に礼儀正しく明朗快活にふるまい、相手の言い分をじっくり聴き、的確な対応・処理・サービスを提供し、相手に対策を助言しなければならない。肉体労働、頭脳労働の疲労は休憩・休暇によってほぼ回復されるが、感情労働による感情の疲労、傷などは単なる休みで回復できるとは言い難い。終業後も、相手から投げつけられた悪罵や罵倒などが念頭を去らず、感情の切り替えができないまま帰宅し、ストレスによるうつ、身体不調を発するケースも散見される。(Wikipedia)」というような問題をもっているかどうかを検証しなければならない。

かりに、そのような問題を持っている場合には、あきらかに個の医療スタッフの犠牲のうえに「患者満足」が成り立っていることになり、そのような方法論が長続きするとは思えない。

逆に、患者に「親身」な対応やコミュニケーションをしている医療スタッフが仕事に「誇りややりがい」を感じているということであれば、「感情労働」とは違う枠組みで、共感のコミュニケーションを提供できていることになるのであるから、ぜひその方法論や全容を解明してみたいと思う。

そして、昨年、患者の自由記述の分析を行う上で、過去に遡り10万件以上の自由記述に目を通す機会に恵まれた。その中で、最も印象に残り、前述した「感情労働」の懸念を吹き飛ばすような記述を最後に紹介したい。「(その)看護師さんは、私が思わず痛いと言った時に、もう少しだから我慢してとか言わずに、『痛いよね〜』と言ってくれました。とてもうれしかったです。」というものである。

参考文献

- ・ 麻生 泰(1) (1997)『ベストプラクティス 飯塚病院の挑戦 質の向上とコスト削減に向けて』 日経メディカル開発
- ・ 麻生 泰(2) (2007)『明るい病院改革』 日本経済新聞社
- ・ 飯田修平 (2003)『医療における総合的質経営 練馬総合病院組織革新への挑戦』日科技連
- ・ 石川秀人 (2008)『図解入門ビジネス 最新5Sの基本と実践がよーく分かる本』秀和システム
- ・ 狩野紀昭編 (1990)『サービス産業のTQM 実践事例と成功へのアプローチ』日科技連
- ・ 川淵孝一 (1993)『これからの医療マネジメント』医学書院
- ・ 現場の問題解決シリーズ研修委員会編(1973) 『能率を向上するには 現場の問題解決シリーズ第2巻』 日科技連
- ・ 新藤久和編著 (2001)『設計的問題解決法』日科技連
- ・ 高原昭男・竹田総合病院 (2005)『病院5Sの進め方 5Sで医療ミス・医療事故をなくす!』(社)日本プラントメンテナンス協会
- ・ 立石春雄 (1994)『病院におけるTQM活動』 麻生飯塚病院
- ・ 佃 律志 (2006)『図解でわかる生産の実務 トヨタ生産方式』 日本能率協会マネジメントセンター
- ・ 長谷川敏彦 (2006)『保健医療セクターにおける「総合的品質管理(TQM)手法」による組織強化の研究』 (独)国際協力機構 国際協力総合研修所
- ・ 長谷川祐三 (2008)『心づくりによる間接部門の新5S活動の進め方』(財)日本規格協会
- ・ 福島繁 (1985)『病院TQC導入と推進』 経営書院
- ・ 牧 潤二著 飯田修平監修 (2003)『QCに学ぶ「医療の品質向上」活動の実践』医学

芸術社

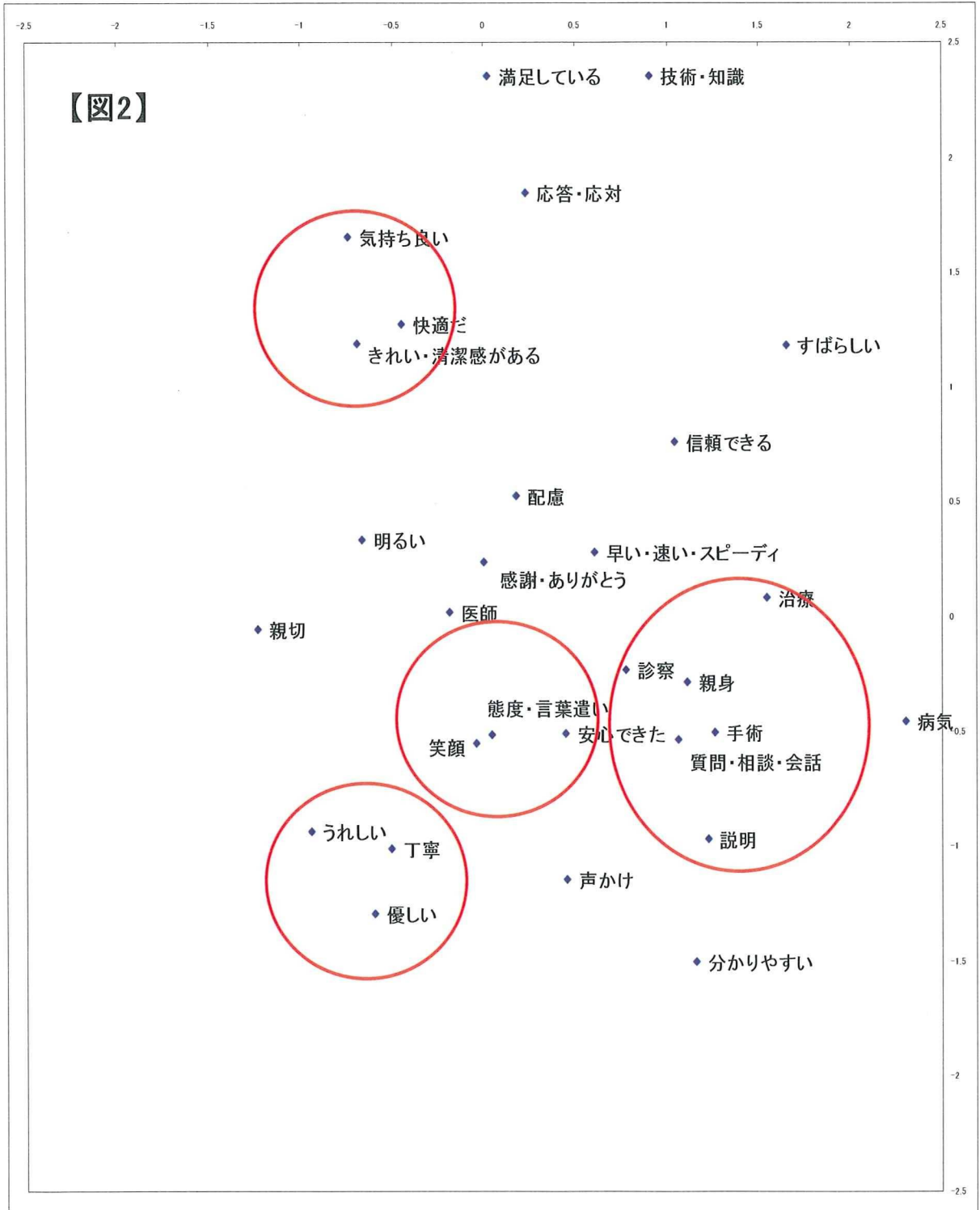
- ・ 山田 秀 (2006) 『日経文庫 1090 TQM 品質管理入門』日本経済新聞社
- ・ 山田正美 (2006) 『図解よくわかるこれからの TQM』 同文館
- ・ TQM 推進委員会編著 (1998) 『TQM21 世紀の総合「質」経営』日科技連
- ・ Berwick D.M., Godfrey A. B., Roessner J. (1990) *Curing Health Care*, Jossey-Bass Inc. (邦訳：立原春雄、竹内百重訳、上原鳴夫監訳(2002) 『キュアリング・ヘルスケア』中山書店
- ・ WHO (2009) *Who are health managers? Case studies from three African countries*. ISBN 978 92 4 159806 4 (NLM classification: W 84)

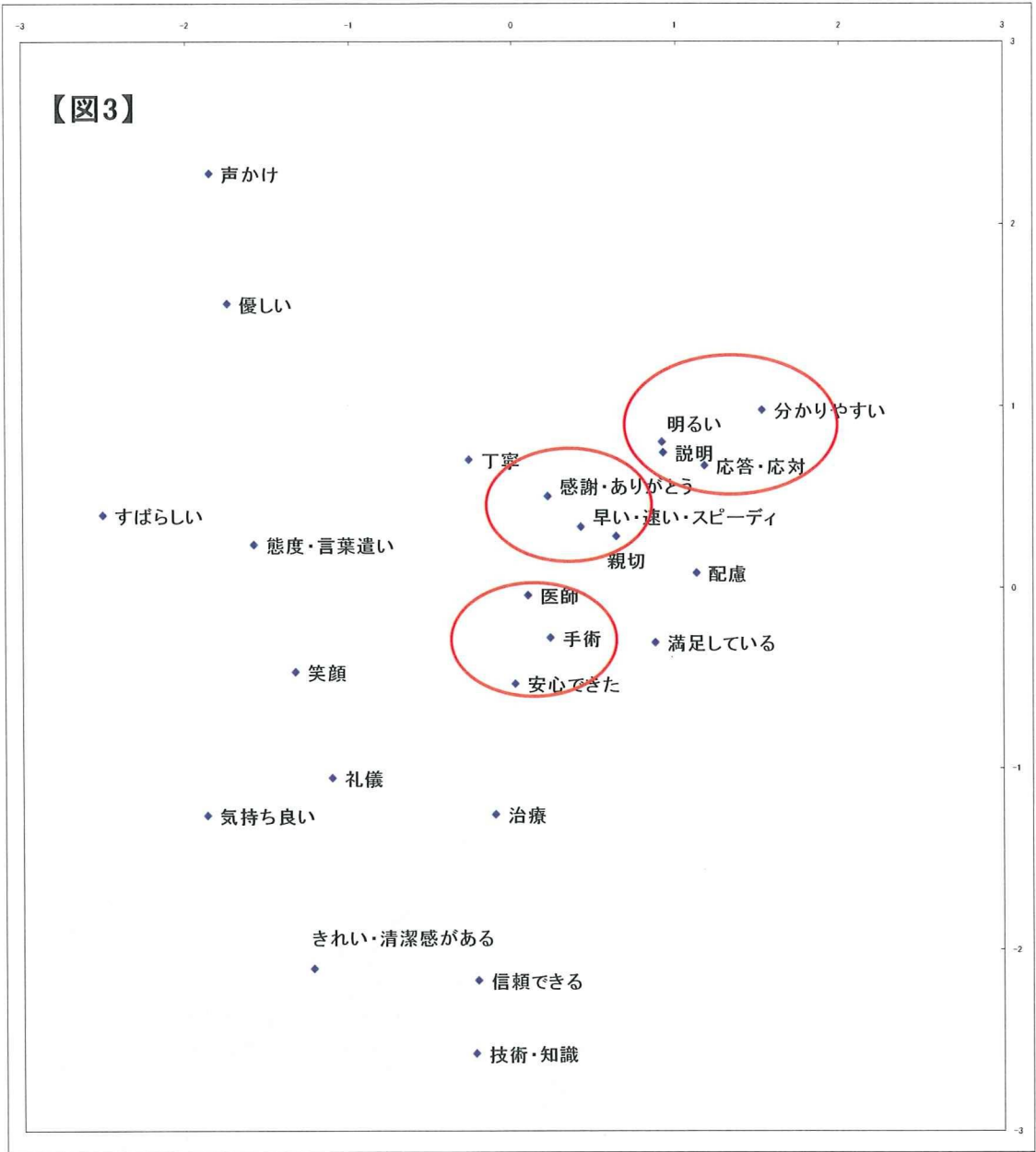
【図1】

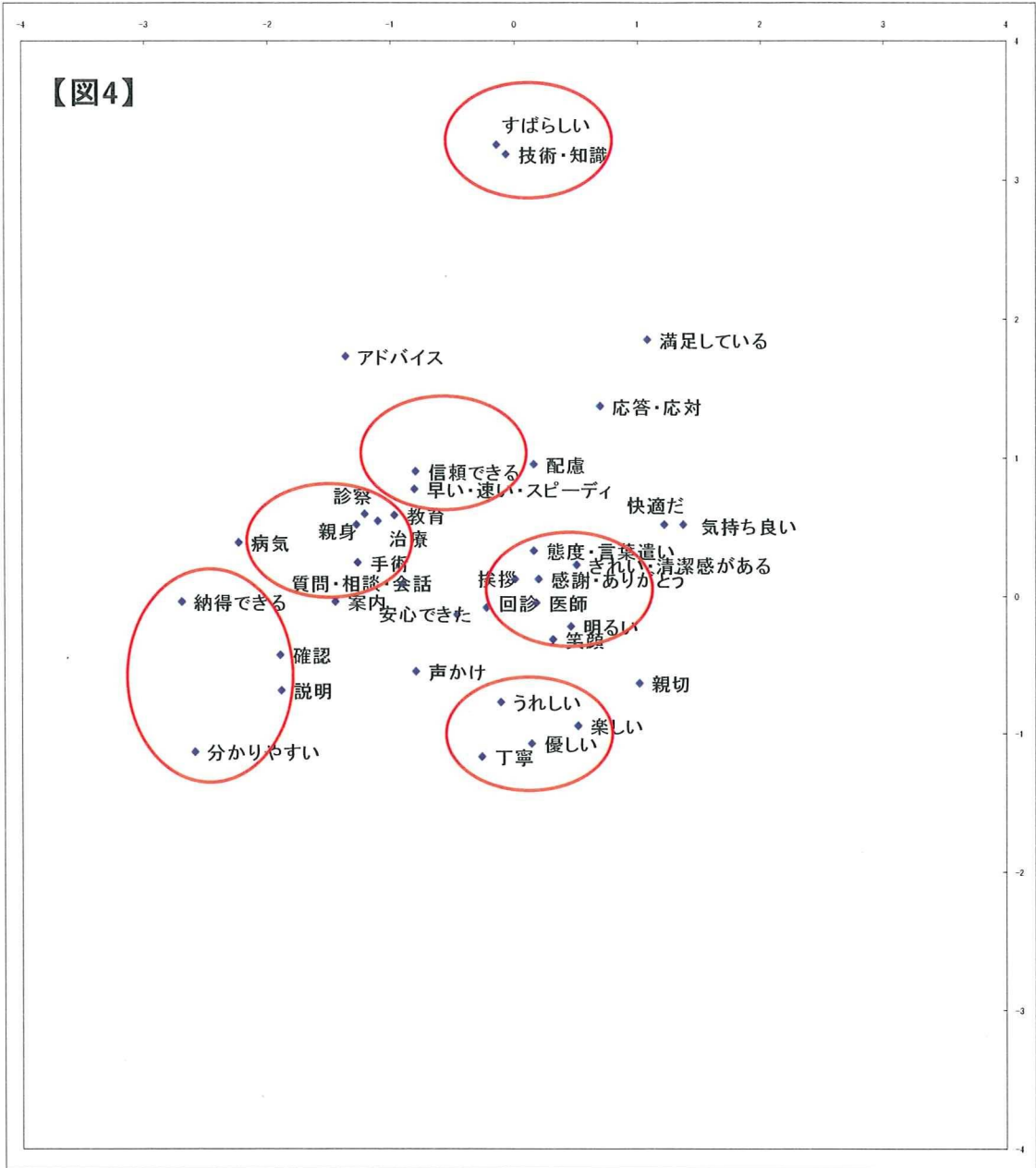
	病院に満足	病院を信頼	家族や知人に薦める	努力向上している
医師の知識や技術	0.538	0.592	0.536	0.531
医師の配慮	0.496	0.524	0.500	0.499
看護師のわかりやすい説明	0.507	0.504	0.500	0.499
医療スタッフのチームワーク	0.508	0.505	0.487	0.522
院内清掃	0.508	0.472	0.455	0.485
治療・改善の実感	0.449	0.467	0.455	0.451
トイレの近さ	0.281	0.255	0.249	0.260

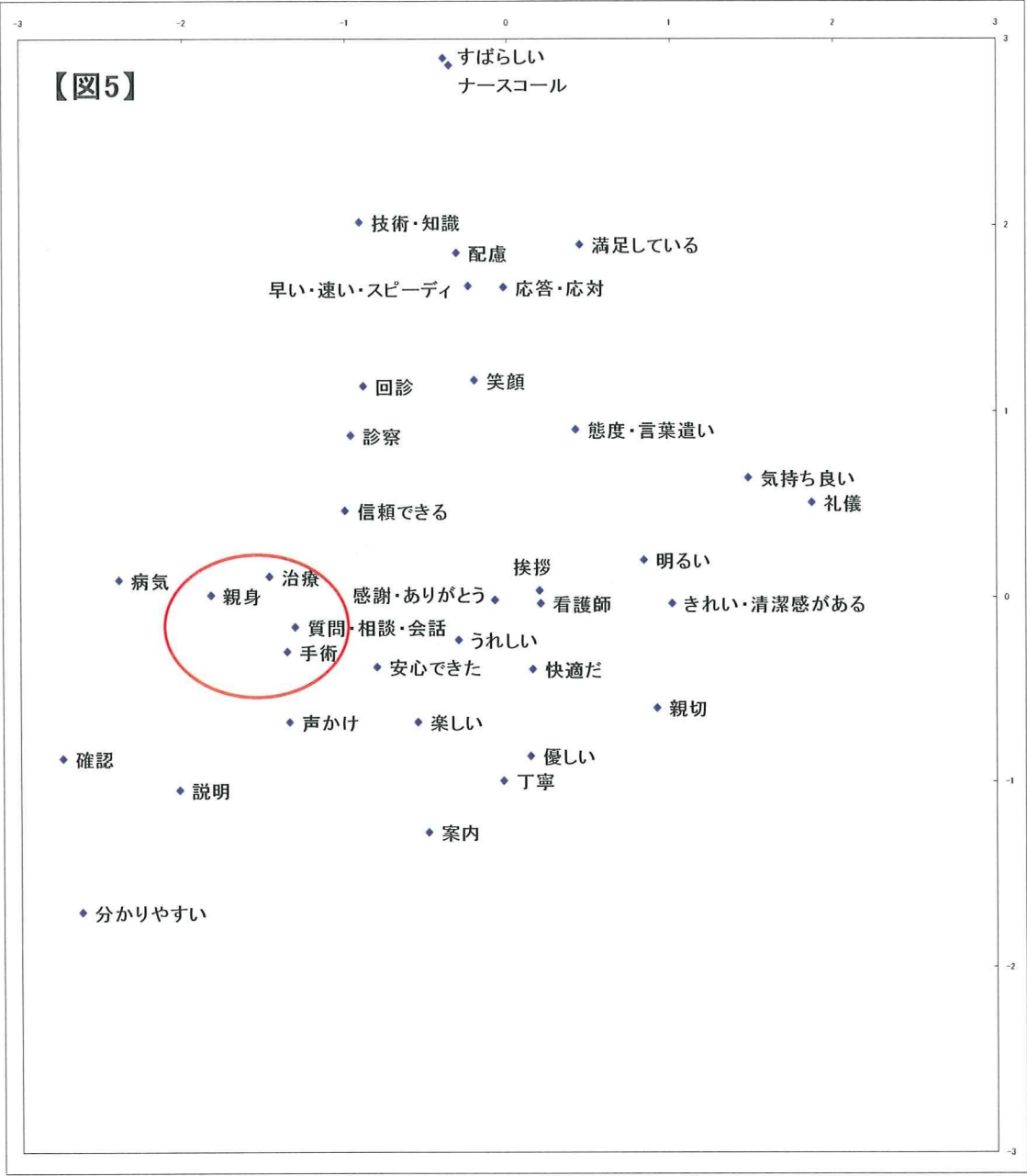
有意確率(両側)0.00

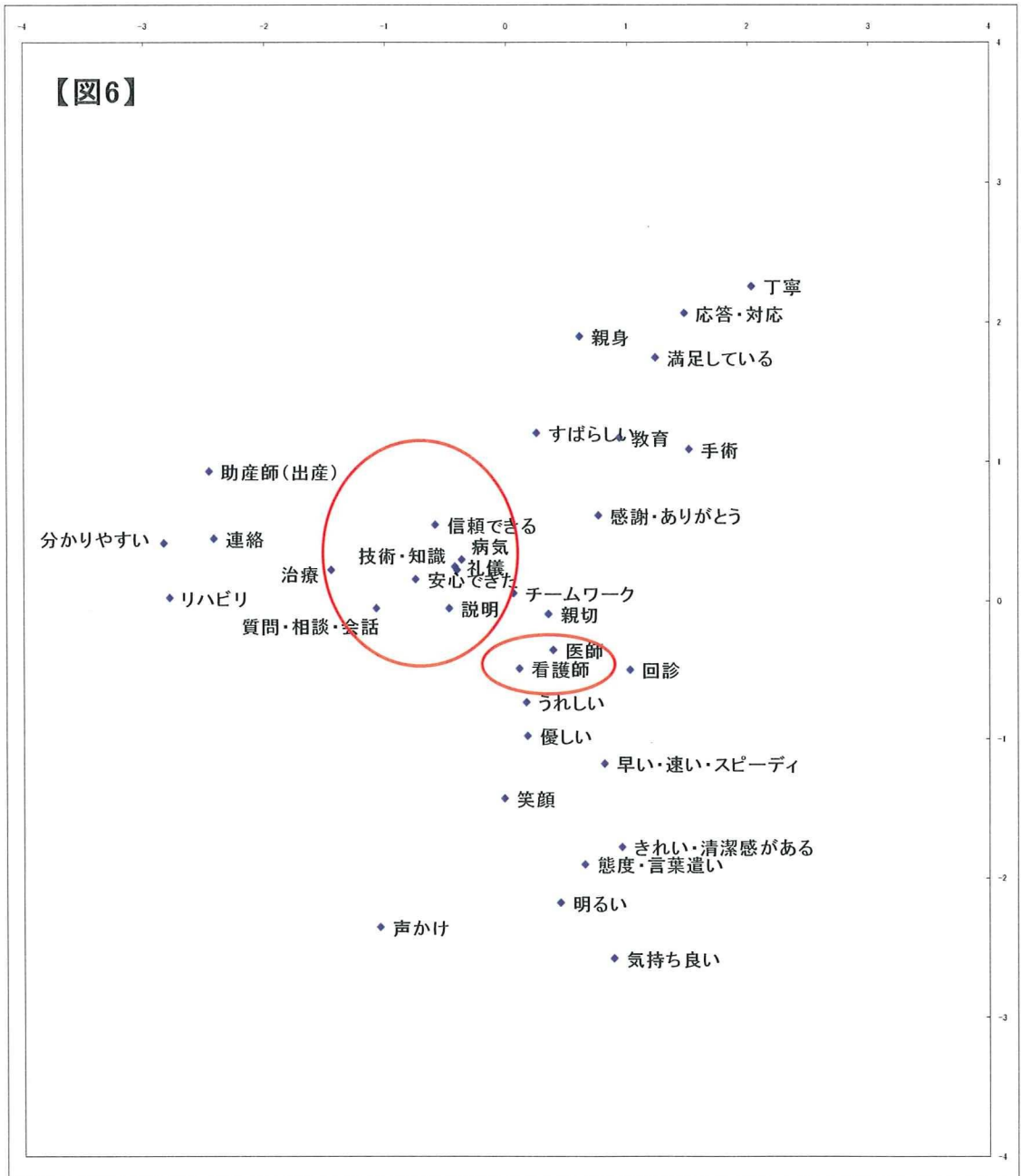
【図2】



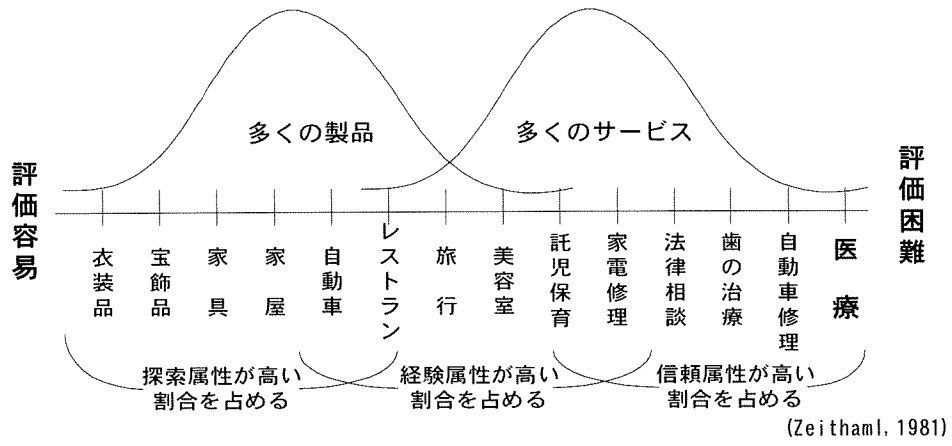








【図7】



医療における「信頼」の構造

1. 問題意識と目的

医療の基本は医療者と患者との信頼関係にある¹。このことを疑う人は少ないだろう²。T. パーソنز³は、医師と患者との関係を、それぞれに与えられている役割期待によって、医師は患者を助けるために全力を尽くし、患者は医師に協力するといった信頼関係として記述する (Parsons 1951=1974: 457)。

しかし、近年、医療事故の多発、患者への医師の説明不足、三時間待ちの三分診療、医師の権威主義などへの批判が重なり医療への評判・信頼性が低下し、「医療にとって最も大切な『医師と患者の信頼関係』が損なわれている」と指摘されている (鈴木 2003: 9)。

平成 18 年医療制度改革の「基本的な考え方」の1つとして、「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」が挙げられている (厚生労働省 2006a)。この前半部分(「安心・信頼の医療の確保」)を大綱では「患者の視点を尊重した医療の推進及び質が高く効率的な医療提供体制の構築」として、都道府県による医療機関情報の集約と公表、入退院時における治療計画等の文書による説明の制度的な位置づけ、広告規制の見直しによる広告できる事項の拡大等が取り組まれてきた (厚生労働省 2006b)。

また、日本学術会議は、2008 年、「医療を崩壊させないために」という副題の付けられた要望「信頼に支えられた医療の実現」の中で、「医療が信頼に支えられたものになることが極めて重要である。医療に対する信頼を保証する最も基本的な基盤として、専門医制度を根本的に見直し、確立しなければならない」としている (日本学術会議 2008)。現在、「学会相互間の協力と連携・交流を図り、社会に信頼される専門医制度の確立、専門医の育成、認定およびその生涯教育などを行うことを通じて、医療の質の向上をめざすこと」を目的とする日本専門医制評価・認定機構がある³。

このように、現在、信頼の確保、信頼の回復は日本医療における課題となっている。し

¹ 宮垣元は、サービス領域のうち、福祉、医療、教育といった、相互関与性(サービス利用者と提供者が相互に主体的に参加しなければならない)と不可逆性(一度なされたら後戻りはできない)という特性を有するサービスであるヒューマンサービスは、その特性ゆえに「利用者と提供者沿う方の関係に「信頼」がないと成立し難いサービス」であるとしている (宮垣 2003)。

² もっとも、日本において信頼関係は人々の間の最も重要な価値であると言われるように (Kimura 1991: 236)、人間関係全般において信頼関係が基本であるかもしれない。

³ 認定医・専門医制度を評価する第三者機関は、1981 年「学会認定制度協議会」、2001 年「専門医認定協議会」、2003 年「日本専門医認定機構」、2008 年「日本専門医制評価・認定機構」と続いてきている (新井 2009)。

かし、多くの場合、この「信頼」の中身が論じられることはない。

現在いろいろな形で医療への不信が表明されているときに、いきなり高邁な信頼という理想（しかもその内容についてはっきりと説明がなされないままのことが多い）を掲げて、それが有力な解決法になるとは思えない。（長岡 2002: 84、下線は畠山）

したがって、重要であり、取り戻されるべき「信頼」とは果たしてどのようなものであるべきなのか、この点を明確にしておくことが、医療において「信頼」を語る上で必要なのである。

後で述べるが、ここでその定義を与えることを目的としない。定義を与えてしまうことは、ある問題は信頼で論じることが正当で、ある問題は信頼で論じることが不当であるという区分けを行うことに繋がる。それは、信頼が多様な文脈で語られていることに対する正当性の判断（どれが、正しい信頼論で、どれが正しくない信頼論か、ということについての判断）を行うことになるが、そのことに積極的な意義を見出すことはできない。むしろ、多様な定義が与えられることの余地が与えられることによって、多様な信頼語りに開かれていることの方が、信頼論を考察する上でも有用であると考えられる⁴。

そこで、本稿は、「信頼」とはどのようなものとして記述されてきたのか、そして、それは医療においてどのような関連を持っているものなのか、このような問いに一定の解を与えることを目的とする。

2. 信頼論という領域

信頼とは何か。これに対する確固たる答えを信頼論に期待することは、それ自体非常に危うい期待であると言わざるをえない。「信頼の概念規定は多様で混乱しており、信頼研究では『信頼概念』が混乱しているというフレーズがほぼすべての論文の枕詞になっている」（中谷内 2006: 187）と言われるように、信頼論ですら1つの定義を与えることができないような状況で、先のような問いに対して答えを与えようというのは無望である。

したがって、ここでは、信頼論が「信頼」をいかにして語ってきたのかを取り上げることで、信頼論が信頼をどのような問題に対する答えとして提出しようとしていたのか、信頼が社会の中でどのような役割を担いようと見ているのかを検討していく。そのことによって、信頼に期待されていることの概要をつかむことはできよう。

信頼論はいくつかの系統に分類することができる⁵。本稿では、信頼論が何であるかを明らかにすることが目的ではない。したがって、広く信頼論を集め、そこから信頼論が取り組んでいた問題を整理していくこととする。

⁴ さらに、何かしらの社会的な問題を前にして信頼を語る場合にも、信頼の定義を確定することによって、信頼を語ることの範囲を狭めるてしまうより、その都度、その問題毎に適切な定義の可能性の余地があることによって、効果的な解決策を模索する糸口になるかもしれない。

⁵ また、信頼論の分類方法にもいくつかある。

3. 信頼論の問題系

3.1 定義

信頼が語られる前提には、ある種の不確実性の存在が挙げられる。意図についての情報が不足している状態である社会的な不確実性が高い状態（山岸 1998）、機能分化が進化する中での社会的な複雑性（Luhmann 1973=1990）、近代社会におけるリスク（Giddens 1990=1993; Beck 1986=1998）等。このように、信頼の前提に社会的なリスク状況の認識があり、そのようなリスクへの対策として信頼が捉えられているのである。

信頼とは、辞書的定義によると、「信じて頼ること」である。この定義からして、信頼論の混乱を予期させる。まず、それは、判断（何かしらが起こるだろうという思考作用）なのか、または、予期（何かしらが起こるだろうという想定）なのか、あるいは、行為（何かしらが起こるだろうと予期した上での行動）なのか。信頼論の中でも、信頼の定義において、予期なのか、行為なのかで揺れている（荒井 2006: 22）。ここでの辞書的な定義は、少なくともこの3つの解釈に開かれている。

次に、信頼の問題を構成する要素についておさえておきたい。R.ハーディンは、信頼することを以下のように記述する。

A trusts B to do X, (A は B を X するだろうと信頼する)

A trusts B with respect to X. (A は B を X という点に関して信頼する)

この信頼者 A と被信頼者 B、そして、被信頼者の行為ないし特性 X との3者関係として信頼を捉えている。その上で、信頼者が信頼するのは、ある選択に際して、被信頼者の利益の中に自分の利益がある（被信頼者の利益と信頼者の利益とが重なる）からであるとしている（Hardin 2006: 19）。

山岸俊男は、情報に基づかない信頼＝一般的信頼と区別して、特定の相手に関する情報を利用して行う相手の信頼性の判断を情報依存的信頼と呼ぶ（山岸 1998: 43）。特定の相手に対する信頼をする際には、その相手に関する情報をもとに信頼するかしないかが決定される。このように、信頼にとって、相手に関する情報が基礎となる。相手に関する情報を信頼の根拠とするのであるが、信頼論によっていくつかの根拠がある。利害の一致（Hardin 2006）、道徳・価値観の一致（Uslaner 2004）等。信頼の手がかりはいくつかの候補があると言えよう。

ここで、以下の議論のために、最低限の信頼の定義をしておく。信頼とは、何かが、何かしらの不確実性を前にして、何かしらを根拠とし、何かに対して、信じるに足ると判断すること、ないし、信じられると予期すること、信じて頼るという行為をすること、である。ここでは、信頼が必要となる問題状況（問題状況）、信頼する側（主語）、信頼される側（目的語＝宛先）、信頼する根拠（根拠）、信頼が表出する型（型）、という要素が含まれ