

ている。それぞれの要素の組み合わせによって、信頼論のタイプを分けることができるだろう。それを整理したのが下の表である。

問題状況	主語	目的語＝宛先	根拠	型
どういう状況で	誰／何が	誰／何に	何を理由として	どうするのか
・不確実性 ・複雑性 ・リスク	・ヒト ・システム ・モノ	・ヒト ・システム ・モノ	・情報(経験、表明) ・道徳 ・価値観 ・利害	・判断 ・予期 ・行為

ただし、これ以上の定義を与えることは、「本当の(真の)」信頼、ないし、「あるべき(目指されるべき)信頼を定義する(ないし、それを指す)ことになり、信頼論における「信頼の概念規定の混乱へと踏み込むことになる。そして、それは本稿の目的でもない。

定義に関して最後に注意しておくべきことは、信頼の前提が信頼の中で別の形に変換されているということである。信頼の基礎・根拠となるはずの情報は完全には与えられない。AのBに対する信頼はBに対する予期、しかも、Bがその予期に応えるか、反するかについて判明する前に行う予期である。「信頼は、実際の行動の基礎となるほどに十分に確実な将来の行動の仮説として、まさに仮説として人間についての知識と無知の間の中間状態なのである。完全に知っている者は信頼する必要はないであろうし、完全に知らない者は合理的にはけっして信頼することができない」(Simmel 1908=1994: 359)。したがって、信頼は常にリスクを伴う試みである。「信頼は、リスクの処理の手段であるだけでなく、リスクを内包している」(Seligman 1997: 63)。信頼論は、あるリスクに直面した時に、そのリスクを信頼という営みのリスクに変換するという問題に一定の説明を与えることに取り組んでいるのである。

3.2 区別

先にも論じたように、信頼それ自体を明確に定義することが本稿の目的ではない。ただし、信頼論が取り組んでいる問題を考察することのためには、ある程度の方向づけが必要となる。

そこで、ここでは信頼される側(目的語＝宛先)を区別することによって、信頼論が取り組もうとしていた問題の方向を見極めることの手がかりとしたい。信頼が語られる文脈においては、信頼が何であるか、信頼がどのような根拠でなされるのか、このことを明確に捉えることは難しく、どのような意味の信頼を用いているのかは分かりにくい。また、日本語の特性として、主語は省略されやすく、その結果、誰／何が信頼するのかを捉えることができないことも少なくない。しかし、信頼される側については比較的明確に記述されるばかりでなく、信頼が必要となる問題状況とも関連しているため、信頼で何を語ろうとしているのかを理解する際の手がかりになると考えられる。これが信頼の宛先を取り上げる理由である。

山岸は、信頼には質的に異なったいくつかの内容が含まれていることに注意をおかなくてはならないとして、「社会関係や社会制度の中で出会う相手が、役割を遂行する能力をもっているという期待」としての「能力に対する信頼」と、「相互作用の相手が信託された責務と責任を果たすこと、またそのためには、場合によっては自分の利益よりも他者の利益を尊重しなくてはならないという義務を果たすことに対する期待」である「意図に対する信頼」として区別している（山岸 1998: 34-37）。

また、山岸は、相手の人間性・行動特性の評価にもとづく相手の意図に対する期待としての信頼と、相手にとっての損得勘定に基づく相手の行動に対する期待としての信頼とを区別しないことが従来の信頼研究の混乱の源泉であるとして、前者を信頼、後者を安心とした（山岸 1998: 39）。この定義にもとづけば、先のハーディンによる信頼者の利益と被信頼者の利益との一致による信頼は安心ということになる。

山岸の信頼は、信頼の対象があくまで人と人との間の信頼に限定されている。しかし、制度への信頼、知識への信頼といった、人ではない対象への信頼も考えられる。十分な情報が与えられていない状況下での情報の過剰利用として信頼を捉える N.ルーマンは、社会的に観察可能で自分の自由を発揮している人格に対する信頼である「人格的信頼」と、コミュニケーション・メディアやそれに媒介されることによって作動しているシステムに対する信頼である「システム信頼」とを区別している（Luhmann 1973=1990）。

簡単にまとめておけば、人に対する信頼とシステムに対する信頼とを区別することができ、かつ、人に対する信頼でも、人の意図に対する信頼と、人の能力に対する信頼とを区別することができる。このことから、人の問題と、そして、システムの問題とに信頼論が問題を見出していたと考えられる。

4. 医療における「信頼」

4.1 医療者に対する信頼、プロフェッションに対する信頼

本稿の冒頭でも見てきたように、医療の基本は信頼であると言われている。また、3.2 で見たように、信頼の目的語＝宛先には、ヒトとシステムとがある。ここで、医療における信頼とはどのようなものであるかを整理しておきたい。

まずは、医療におけるヒトに対する信頼であるが、これは、第一に、医療者、その中でも、とりわけ医師に対する信頼である。

昔は、医者とは医者であるよりも、あるは少なくともそれと同時に、地域社会の一員でした。しかも、しばしば重要な一員でした。地域全体に、その存在と、人となりと、そして役割とがあらかじめ知られていました。また医者の方で一人一人の患者を病気になる前から知っており、その両親・家族の健康状態や生活の状況、そして過程の経済水準までも予備知識として知っていました。まず患者と同じ地域社会の一員であり、そしていわば二次的に医療技術者としての役割を演じることを求められたのです。（砂

原 1983: 72)

このような人格的なつながり、信頼関係こそが、医者-患者関係の原点と考えられてきた⁶。ここでの信頼は、病気の際、患者・家族が、医師を、経験的に親しいつきあいをしてきたことから、信頼する、ということの意味している。

しかし、このような信頼の前提には、医師の全体性、ないし、それを支える基盤に対する信頼があると考えられる。中川米造は以下のように指摘する。

たしかに、医療において、医療者は信頼されることが必要である。しかし、診察を受ける前に、その医療者が信頼するにたるかどうかを患者が知る方法はほとんどない。問題はむしろ逆であって、医療者は、医療者であること自体が、信頼を受ける存在でなければならないということである。もし、信頼にそむく行動があるとすれば、医療者の内部規正によって、それを排除すべきである。プロフェッションとは、本来、そのような職業的な自律性をもった集団の一員であるということにほかならない。(中川 1975: 63)

個別の医療者が信頼に値かどうかについての情報を得ることができない段階で、患者は医療を受けることになるが、その際、プロフェッションとしての医療者を信頼することによって、イベント前の情報の不足を補うという過程があること、そして、プロフェッションがそのような信頼を可能にすべきであることを指摘しているのである。

このプロフェッション⁷に対する信頼とは、プロフェッションの聖職性に対する信頼とも考えられる(平林 2010: 274)。もう少し厳密に考えるのであれば、医療者の自律性、知識・技術や倫理が維持されていることに対する信頼である。これは、先的人格的信頼とは異なり、信頼される対象が、個別の医療者ではなく、医療者総体が有しているであろう、自律性、知識・技術であり、行為主体とは捉えられない。これが医療におけるシステム信頼である。

その一方で、プロフェッションという職業の信頼性についての社会的認識がプロフェ

⁶ このような人格的な信頼を医療の基礎と捉える記述は数多い(宮本 1969: 1; 星野 1991: 67-68)。このような典型的な記述が成立している歴史は長い。たとえば、日本医師会(1935=1938)は、開業医制度の利点として以下のような点を挙げている。「(イ) 医師がその土地に定着永住するの結果患者の生活事情に精通し従て医師患者間の理解と信頼とを負荷ムルこと。(ロ) 患者は自ら信頼する医師を自由に選択しうること。(ハ) 医師は全生活を犠牲にし供し其の診療機関の如き無制限に均しく患者は何時にても診療を求むることを得受診上の利便他に比類なきこと。(ニ) 医師は患者の信頼に酬ゆるため競うて善を作すの風あること。(ホ) 医師は患者の資力を考慮して医療費を適宜按配しうること。(ヘ) 患者と密接なる連絡あるを以て一般疾病の予防其他公衆衛生の実践指導に便なること。(ト) 古来の慣習に依り患者の資力如何又は医療費支払の如何に係らず患者の診療に従事し事実上国家に代わりて救療の実を挙げつつあること」(猪飼 2010: 135-136)からの引用)。

⁷ 市野川容孝は、プロフェッションを(1) 独占体制、(2) 独自の標準化された教育システム、(3) 職業的自律性=外からの統制からの自由、(4) 独自の倫理を要件とする集団と定義している(市野川 2003: 131-132)。

ションの地位の前提条件となっているとも言われている (di Luzio 2006: 550)。したがって、プロフェッションとプロフェッションに対する信頼との関係は、プロフェッションに対する信頼がプロフェッションの自律性を可能とし、その自律性によってプロフェッションに対する信頼が形成されるという循環の構造になっているのである。

このように、医療者に対する信頼とは、人格的信頼、そして、それを支えるシステム信頼という二段構えによって構成されてきた。

4.2 現代の医療を巡る問題と信頼

しかし、現在、医療における信頼が危機的であるという言説が現われるようになっている。

信頼の低下にはいくつもの要因が考えられる。まずは、社会的な影響が考えられるだろう。たとえば、近代化、産業化に伴い、人の移動が容易になった点が挙げられよう。医療へのフリーアクセスに支えられ、人の移動が容易になった分だけ、医師と患者との個人的な関係の形成が難しくなった。また、疾病構造の転換が現代医療に対する信頼の在り方を変化させるという指摘もある。猪飼周平は、近代医療、権威的な医師—患者関係は、治療医学に対する社会的期待・信任を基礎としていたが、治療と医療の課題が生活習慣病や人口の高齢化への対応と変化する中で「治療」の不可能性に直面し、治療を中心とした医療から QOL を中核とする医療へと転換し、治療医学へ全幅の信頼を置くことがなくなっていると指摘する (猪飼 2010)。

産業化、高齢化以上に、医療の不信と結びつけられるのは、情報化である。現在、患者・市民はさまざまな情報源から、病気についての情報を入手することができるばかりではなく、一部はそれを読み解くリテラシーすら身に付けている。このことから、科学的情報の提供者としての医師への畏怖の念は低下している (Gray 2002=2004)。IT 化社会の進化とともに、患者の医療に対する期待が増大するのに対し、医療者は医療の限界を認識しており、このギャップが医療にたいする不信となっている (平林 2010: 275)。

また、一度も出会ったことのない医療者、行ったことのない病院についての情報を入手することもできる。この情報は、一方で高く評価される医療者・病院への信頼を形成する。しかし、このように医療者・病院が外部によって評価され得るということ自体が、権威的なプロフェッションに対する信頼を侵食する可能性がある。さらには、マスコミを通して、日々、医療者・医療界についての批判的な情報が提供されているが、これもまたプロフェッションの信頼を低下させる要因となっている⁸。

ここで先の「信頼」の構造を思いだして欲しい。ここで言われているところの危機は、信頼それ自体の危機であるばかりでなく、医療において信頼が必要とされる問題状況と接続されることによって、信頼自体の危機と医療の危機とがリンクさせられているのである。

⁸ 医療者に対する信頼に関しては、他にも、特定化と分業の拡大、組織規模の拡大、サービスの標準化、ユーザーの消費主義と独立独行 (self-reliance) の拡大、市場と消費化の浸透、国際化といった社会変動から影響を受けていると指摘されている (Groenewegen 2006: 3)。

人格的信頼の根拠となっていた近接性・相互性、システム信頼の根拠となっていた医師の絶対的な知的権威、これらの成立が難しくなっている。つまり、かつての信頼が成立しにくくなっている、このような状況において新たな信頼を形成することが目指されているのである。したがって、そこでは、信頼を取り戻す、にしても、それはかつてと同じ信頼ではない。信頼が必要であると言うのであれば、「信頼」を再構築する、が正しいのではないだろうか。

新たな信頼の形として、信頼の基礎として道徳を据えることができるかもしれない。E. アスレイナーは、このような他者に対する情報に基づく信頼である戦略的信頼と区別して、他者もまた価値観を共有しているだろうという信念を道徳的信頼と呼ぶ (Uslaner 2002)。確かに多くの信頼は信頼する他者のすべての情報を得た上での信頼ではない。または、ほとんど知らない状態で信頼することになるかもしれない。そのような形で普遍的な信頼を呼び込むことは、あり得る対策かもしれない。しかし、現代は、まさにこの価値が共有されているだろうという信念が成り立たない、もしくは、成り立ち難いという想定が前提となる時代であると考えられる。

問題は行き止まりになる。情報に基づく信頼の危機が認められる中で、それでも信頼を求めるのであれば、やはり何かしらの情報に基づく信頼しかない。その信頼の根拠となる新たな情報こそが求められているのであろう。

本稿はここで答えを出すことはできない。信頼を再構築しようとする場合、その際、信頼の宛先の区別が手がかかりとして、どのような情報が根拠として役に立つか、そのような問いの立て方が必要になるだろう。

5. まとめ

本稿は、医療に関する信頼とはどのようなものであると語られてきたについて検討することを目的としてきた。このことから、個別具体的な問題に対する解決策をここで提示することはできないが、信頼を回復せよと言う場合もどのような信頼であるのかを明確にする必要があること、その際、人格に対する信頼とシステムに対する信頼とを区別することが信頼についての理解を助けるだろうことを確認しておきたい。

文献

新井一, 2009, 「日本専門医制評価・認定機構の求める専門医制度」『脳神経外科ジャーナル』18(1): 12-14.

荒井一博, 2006, 『信頼と自由』勁草書房.

Beck, Ulrich, 1986, *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Frankfurt an Main: Suhrkamp. (=1998, 東廉・伊藤美登里訳『危険社会』法政大学出版会.)

di Luzio, Gaia, 2006, "A Sociological Concept of Client Trust," *Current Sociology*, 54(4): 549-564.

Giddens, Anthony, 1990, *The Consequences of Modernity*, Cambridge: Polity Press. (=

- 1993, 松尾精文・小幡正敏訳『近代とはいかなる時代か?——モダニティの帰結』而立書房.)
- Groenewegen, Peter P., 2006, "Trust and the Sociology of the Professions," *European Journal of Public Health*, 16(1): 3-4.
- Gray, J.A.M., 2002, *The Resourceful Patient*, Oxford: eRosetta Press. (=2004, 斉尾武郎監訳『患者は何でも知っている——EBM時代の意志と患者』中山書店.)
- Hardin, Russell, 2006, *Trust*, Cambridge: Polity Press.
- 平林湧, 2010, 「医に対する人間的、社会的信頼を如何にして取り戻すか」宇沢弘文・鴨下重彦編『社会的共通資本としての医療』東京大学出版, 271-287.
- 星野一正, 1991, 『医療の倫理』岩波書店.
- 市野川容孝, 2003, 「ドイツにおける医療倫理と医療プロフェッション——歴史社会学的考察」『思想』岩波書店, 977: 109-136.
- 猪飼周平, 2010, 『病院の世紀の理論』有斐閣.
- Kimura, Rihito, 1991, "Fiduciary Relationships and the Medical Profession: A Japanese Point of View," Edmund D. Pellegrino, Robert M. Veatch, and John P. Langan eds., *Ethics, Trust, and the Professions: Philosophical and Cultural Aspect*, Washington, D.C.: Georgetown University Press, 235-243.
- 厚生労働省, 2006a, 「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/taikou03.html>, 2010.05.05, DL.
- , 2006b, 『平成18年版厚生労働白書』.
- Luhmann, Niklas, 1973, *Vertrauen: Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*, 2aufl., Stuttgart: Ferdinand Enke. (=1990, 大庭健・正村俊之訳『信頼——社会的な複雑性の縮減メカニズム』勁草書房.)
- 宮垣元, 2003, 『ヒューマンサービスと信頼——福祉NPOの論理と実証』慶応大学出版会.
- 長岡成夫, 2002, 「信頼」『新潟大学教育人間科学部紀要』5(1): 75-85.
- 中川米造, 1975, 『医療的認識の探究——増補解題』医療図書出版社.
- 中谷内一也, 2006, 『リスクのモノサシ——安全・安心生活はありうるか』日本放送出版協会.
- 日本医師会, 1935=1938, 「医療制度改革に関する意見」保険院簡易保険局編『医療制度論文集』保険院簡易保険局.
- 日本専門医制評価・認定機構, 2010, 「機構とは」
<http://www.japan-senmon-i.jp/about/about.html>, 2010.05.05, DL.
- Parsons, Talcott, 1951, *The Social System*, New York: Free Press. (=1974, 佐藤勉訳『社会体系論』青木書店.)
- Seligman, Adam B., 1997, *The Problem of Trust*, Princeton: Princeton University Press.
- Simmel, Georg, 1908, *Soziologie: Untersuchungen über die Formen der*

Vergesellschaftung, Berlin: Duncker & Humboldt. (=1994, 居安正訳『社会学』(上卷) 白水社.)

砂原茂一, 1983, 『医者と患者と病院と』岩波書店.

鈴木厚, 2003, 『日本の医療に未来はあるか——間違いだらけの医療制度改革』筑摩書房.

Uslaner, Eric M., 2002, *The Moral Foundations of Trust*, Cambridge: Cambridge University Press.

山岸俊男, 1998, 『信頼の構造——こころと社会の進化ゲーム』東京大学出版会.

医療・教育・政治における 「信頼」についての雑誌記事分析

1. 問題意識と目的

信頼は重要である、だが、現在は失われている、したがって、取り戻さなければいけない。

近年、どの領域においても同じような文言が繰り返し用いられるのを見ることができる。それだけ、現代社会において重要なものであるという認識が高まり、かつ、共有されていることが伺える。

重要なことは分かった。しかし、問題は、どのような信頼を求めているのだろうか、という点である。その際、本報告書の別稿で述べたように、信頼の区別をして捉えることが必要となる。とりわけ、行為・行動の主体としての人格に対する信頼と、システムやシステムを機能させるメディアに対する信頼とではその意味するところが異なっている。そして、求める場合の方法も異なるだろう。ここでは、その信頼する何かを信頼の宛先と読んでおく。

本稿では、とりわけ信頼の回復が求められる医療、教育、政治の3領域を取り上げ、それぞれの領域において、どのような信頼が求められているのかを検討すること、とりわけ、人格に対する信頼とシステムに対する信頼とを区別して整理することを目的とする。

2. データ

国立国会図書館の蔵書検索・申込システム NDL-OPAC の「雑誌記事索引」を用いて、2008年までの医療、政治、教育の領域において信頼に言及する雑誌記事を収集・分析する。NDL-OPAC は一般的に記述される言説をより広く収集することが可能で、多くの人が比較的容易にアクセス可能なデータベースであり¹、人々の期待構造へ訴えかける言説を分析するのに適したデータを提供していると考えられる。

¹ 通常、このようなデータベースを用いて雑誌記事の言説を収集・分析する研究では、「大宅壮一文庫」が用いられることが多い（たとえば、赤川 2006: 256-86; 橋本 2006: 15-21）。確かに、「大宅壮一文庫」は学術雑誌を採録せず、一般大衆雑誌のみを採録していることによって、言説データの範囲を一般大衆雑誌に限定することが可能になる。ただ、その採録規準が唯一絶対の規準ではない。そして、一般大衆雑誌のすべてをストックしているわけでもない。本文中に挙げた利点を優先させ、本稿では NDL-OPAC を用いることとした。

「信頼」が言及されているデータを収集・整理した手順は以下の通りである。まず、NDL-OPACを用いて、「論題名」のフィールドに、医療の場合は「信頼」と「医」、政治の場合は「政」と「信頼」、教育の場合は「教師」ないし「学校」ないし「教育」と「信頼」を検索ワードとして入力して検索、「論題」「細目」に検索ワードが含まれる雑誌記事を収集した。収集日は、2010年4月24日である。

次に、そのデータ中には、重複している記事や当該領域に関係のない記事、「信頼」といっても「信頼性」「信頼度」「信頼区間」といった統計的な用語の「信頼」が使われている記事も含まれているが、そのような記事は本報告の目的にそぐわないために、それらをデータから除いた。さらに、中心的に使用されている「信頼」²の宛先が当該領域と関連のないものである場合は除外している。残りの記事の中には、特集タイトルにのみ「信頼」が使われており、記事の中では言及しないものもあるが、それもまた「信頼」の使用法の分析にふさわしくないために除外した。この手順については図1でフローチャートを示した。

信頼の宛先については、ヒトとシステムとモノとを区別した。ヒトとシステムとは、その対象に自身の行為・行動を選択する意志を認めることができるかどうかを基準として区別し、認める場合はヒトとし、認めない場合はシステムとした。

このように収集・整理、分類し、領域それぞれの件数をカウントして推移を見ていく。

3. 結果

それぞれの領域における「信頼」記事をヒト／システム／モノに分類して積み上げグラフにしたのが図2である。

医療における「信頼」記事は、全体が307件である。内、信頼の宛先別に、ヒトが199件(64.8%)、システムが80件(26.1%)、モノが28件(9.1%)となった。推移を見ると、2000年以降に記事件数が増加している。件数のピークは2007年の56件、1990年以降の増加率(当年の件数を前年までの累積件数で割った値)のピークは2000年で.545である。

教育における「信頼」記事は、全体で436件である。内、信頼の宛先別に、ヒトが382件(87.6%)、システムが54件(12.4%)、モノが0件となった。推移を見ると、90年代後半から増加し、2007年からまた急増している。件数のピークは2008年で72件、1990年以降の増加率のピークは2002年の.247である。

政治における「信頼」記事は、全体で402件である。内、信頼の宛先別に、ヒトが237件(59.0%)、システムが163件(40.5%)、モノが2件(0.5%)となった。推移を見ると、すべての年代を通して漸増しており、他の2領域に比べて極端な増加は見られない。件数のピークは2007年の41件で、1990年以降の増加率のピークは2002年の.195である。

各領域の「信頼」記事件数の増加時期を比較するために、領域毎の累積相対度数をグラフにしたのが図3である。これを見ると、政治、教育、医療の順に件数の増加が早かった

² 「信頼」の宛先の区別については、タイトルでの使用方法を最優先とし、そこで判別が見つからない場合、特集記事の場合は、本文で使われている「信頼」の使用法から判断した。

ことが分かる。ただし、2007年に関しては、教育と医療の順が逆になっている。

4. 考察

4.1 記事件数の増加——「信頼」のテーマ化

「信頼」記事件数の推移は、どの領域も90年代後半より増加しており、このことはNDL-OPACに含まれる雑誌記事全体の増加によって影響を受けている面があると想定される。しかし、増加を始める時期や、ピークを迎える年など、それぞれの領域で異なっていることが分かる。したがって、それぞれの領域の記事件数の推移には、全体の記事件数の増加だけでは説明できない、領域固有の影響があると考えられる。

「信頼」記事は、「信頼」がテーマとして語られていることを意味する。したがって、記事件数の増加は、ひとまず、当該領域における「信頼」のテーマ化が妥当性を持つようになってきていることの表れである、そのように考えることができる。「信頼」をテーマ化して語るということをは、「信頼」が重要であるということの認識を示すことである。

政治の領域は比較的増加が早く、かつ、80年代以降記事件数は漸増を続けている。このことは、政治の領域でずっと信頼がテーマ化され続けていることを意味している。兵・食・信の中でどれが政にとって重要かという子貢の問い「民無信不立」と答えた孔子が引き合いに出されるように、政治において信頼は最も重要な要素であるとされてきた。また、近年、社会関係資本と民主主義との関連が積極的に論じられる中（たとえば、Putnam 2000=2006）で、社会関係資本の一要素である信頼もまたテーマとして受容されているのであろう。しかし、それ以上に、日本における政治不信は根強い。政治不信は戦後の特徴であったとも言われている（Pharr 1997=2002）。そのことが、テーマとしての信頼を継続的に受容させてきたと考えられる。

教育の領域は70年代以降より継続的に記事が存在し、90年代後半より増加を始めている。このことは、70年代より信頼がテーマ化されて続けていること、そして、90年代以降は信頼というテーマが広く受け入れられるようになったことを意味する。藤田英典は、1980年前後からの一連の教育病理（受験競争、いじめ、不登校、等）や教師の不祥事が引き金となり、社会の変化と相まって、教育制度の適切性が疑問視され、公教育の正当性と特に公立学校への信頼が揺らぎ、低下することになったと指摘する（藤田 2005: 21）。そのような背景で信頼のテーマ化が受容されていったのだろうと考えられる。

医療の領域は、2000年に入って急増する。これには、1999年以降の医療事故、医療訴訟の問題が取り上げられることとの関連があることが想定される。今回の医療における「信頼」記事中で、1999年の横浜市立大学附属病院の事故以降の事故・訴訟が記述されるのは、90年代以降の増加率が一番大きい2000年からそれ以降であった。

このように見てくると、「信頼」記事の増加＝信頼のテーマ化が妥当性を持つようになるということは、単に信頼の重要性が認識されている、それが受容されているということだけではなく、何かしらの問題を契機に、その重要な信頼が失われている、ないしは、存在

していないという認識があるのではないだろうか。もしくは、逆に、「信頼」を用いて記述することによって、その何かしらの問題の存在を指摘することが目指されているのではないだろうか。このように捉えると、「信頼」を用いた記述は、当該領域において発見された解決されるべき問題を提示するための警報のような役割を果たしているのかもしれない³。

4.2 信頼の宛先別記事数の変化

次に、信頼の宛先別の記事数を見てみる。どの領域もヒトに対する信頼が多いことが分かる。しかし、その割合、そして変化の仕方は異なっている。

図2を見ると、政治はもとよりシステムの割合が大きく、ヒトの割合が小さい。逆に教育はヒトの割合がほとんどであり、システムは少ない。医療はちょうどその中間ぐらいの割合である。上で見てきた、医療の「信頼」記事数の転換となっている2000年以降で見ると、それ以前に比べてシステムの割合が増加しているように見える。

そこで、3領域における信頼の宛先3分類にあわせて、00年以降かそれよりも前かという時期区分で場合分けしてみると表1のようになる。

政治と教育の宛先別割合は、時期区分が変わっても比較的安定的である。重要として認められる信頼の宛先は、政治ではシステムが比較的多く、教育ではヒトがほとんどである。

これに対して、医療では、00年以降は、それよりも前に比して、システムの割合が大きく増加している（12.1%から27.7%）。また、図2において、医療の宛先の割合の変化を注意深く見てみると、「信頼」記事数が多い、2002、03、07、08年にシステムに対する信頼の記述の割合が多いことが分かる。このように、近年、医療ではシステムに対する信頼の重要性認識が高まっていると言えよう。

他の2領域での信頼の宛先にそれほど変化はないものの、医療ではヒトからシステムへと変化していることが分かる。このことは、医療の変化と関連しているのかもしれない。かつては、医療者と患者との知的差異に際して、患者が目の前の医者を経験することによって、医療が遂行されていた。人と人とのつながりが医療の基礎にあったと言えよう。現在、目の前の医者が信頼に足りうるような知識を持っているか、または、それを保障するシステムがあるか、もしくは、その医者を信じるに足る情報が他から与えられているか、そういうシステムが信頼の前提になっているのかもしれない。もちろん、以前もシステムに対する信頼が不要であったわけでもなく、また、現在でも人と人との関係が重要でなくなったわけでもない。0か1かではなく、相対的に重視される信頼の在り方が変わってきたのではないかと考えられる。

5. 結論

本稿では、医療、教育、政治の3領域において、どのような信頼が求められているのか

³ このような信頼記述は、それ自体として有用であるが、信頼の回復ばかりが自己目的化されることによって、当初の問題が棚上げされる危険性がある（島山 2008）。

を検討すること、とりわけ、人格に対する信頼とシステムに対する信頼とを区別して整理することを目的として考察を進めてきた。その結果、他の領域に対して医療の領域は信頼のテーマ化が遅かったこと、また、近年ではヒトに対する信頼からシステムに対する信頼へと重視される信頼の在り方が変わってきたことを明らかにした。「信頼」記事の検討を通して、医療の期待される姿が見えてくるのではないだろうか。今後、記事の中身に踏み込んで、質的な検討を行うことで、より深く分析を進めていくことができると考えられる。

参考文献

藤田英典, 2005, 『義務教育を問いなおす』筑摩書房.

畠山洋輔, 2008, 「近代社会における帰責のロジックとしての信頼——信頼論はいかにして信頼を記述するのか」『ソシオロジ』53(1): 21-36.

Pharr, Susan J., 1997, "Public Trust and Democracy in Japan," in Joseph S. Nye, Jr., Philip Zelikow, and David King, eds, *Why People Don't Trust Government*, Cambridge: Harvard University Press, 237-252. (=2002, 嶋本恵美訳「日本における国民の信頼と民主主義」『なぜ政府は信頼されないのか』英治出版, 321-340.)

Putnam, Robert D., 2000, *Bowling Alone: the Collapse and Revival of American Community*, New York: Simon & Schuster. (=2006, 柴内康文訳『孤独なボーリング——米国コミュニティの崩壊と再生』柏書房.)

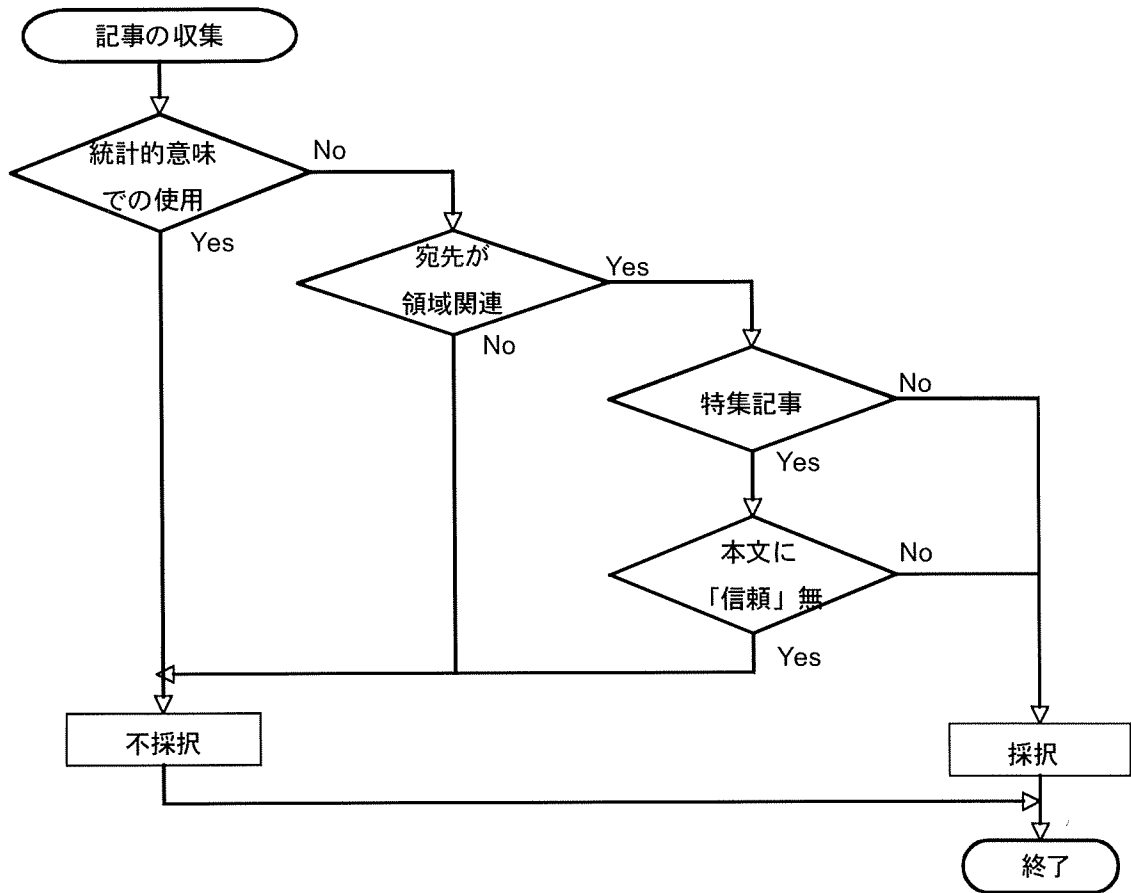


図1 記事採択フローチャート

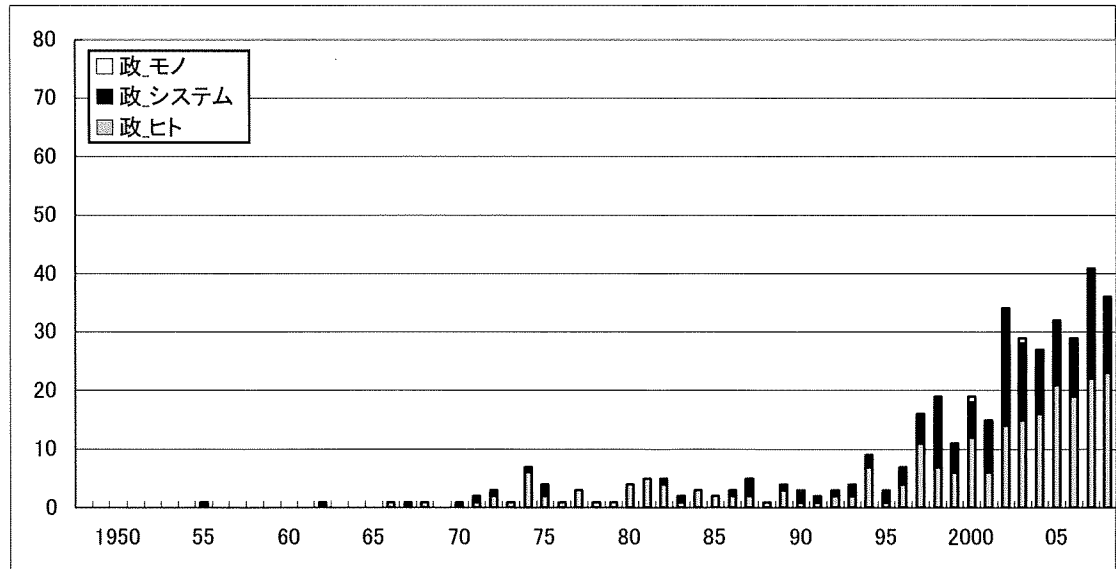
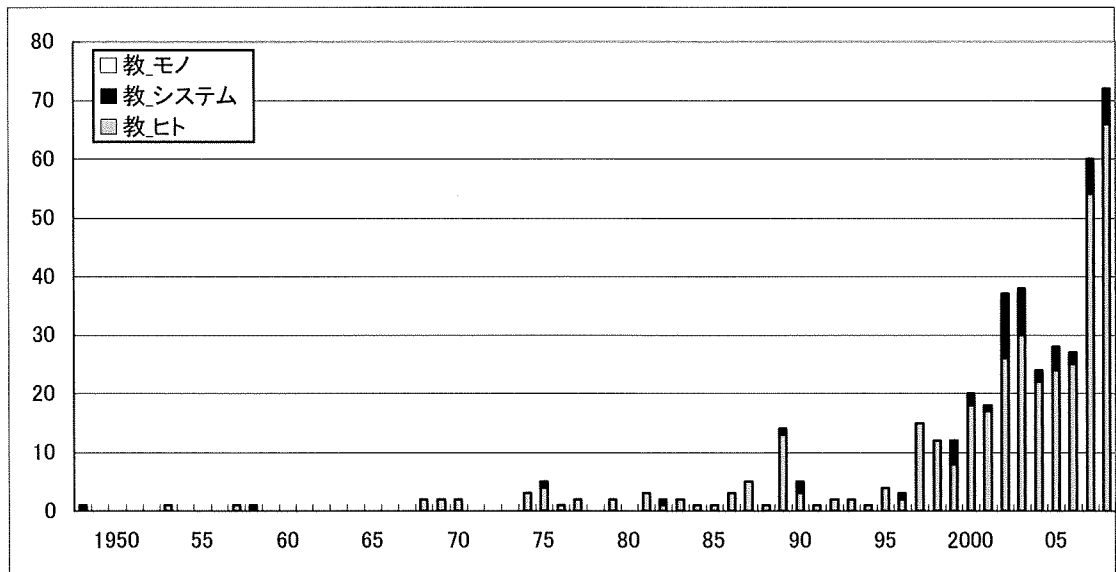
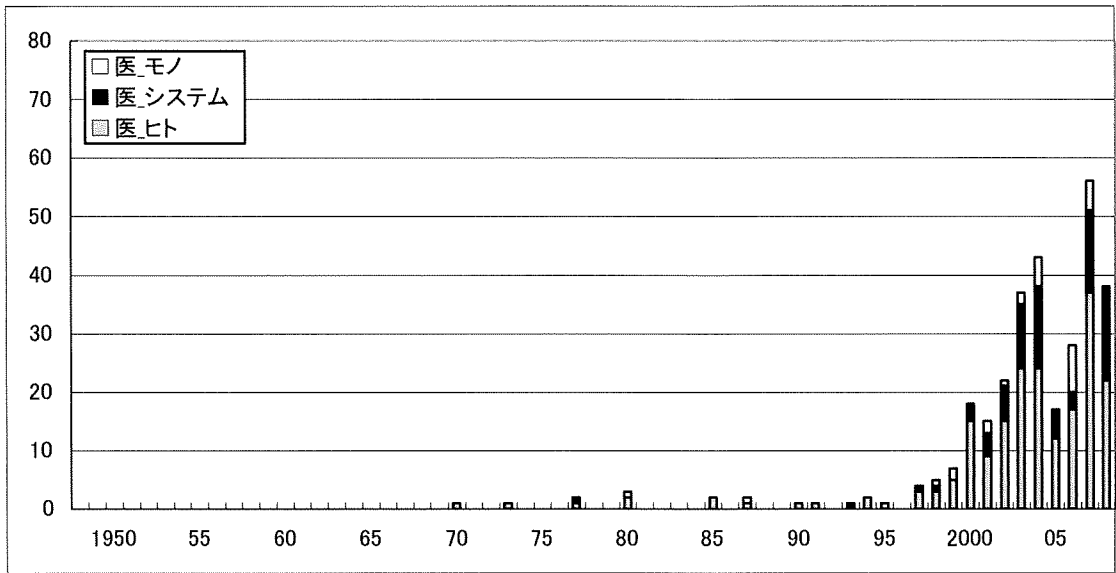


図2 「信頼」記事件数の推移（3領域）

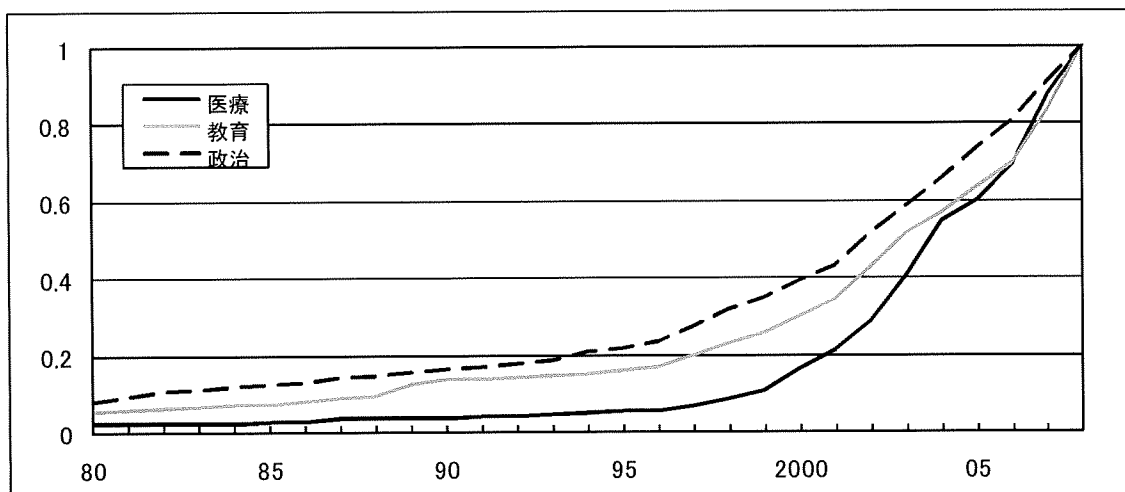


図3 3領域累積相対度数

表1 領域別・宛先別・時期区分別「信頼」記事件数（カッコ内は列％）

領域	宛先	時期区分		合計
		～99年	00年～	
医療	ヒト	24(72.7)	175(63.9)	199(64.8)
	システム	4(12.1)	76(27.7)	80(26.1)
	モノ	5(15.2)	23(8.4)	28(9.1)
	合計	33	274	307
教育	ヒト	100(89.3)	282(87.0)	382(87.6)
	システム	12(10.7)	42(13.0)	54(12.4)
	モノ	0(0)	0(0)	0(0)
	合計	112	324	436
政治	ヒト	89(63.6)	148(56.5)	237(59.0)
	システム	51(36.4)	112(42.7)	163(40.5)
	モノ	0	2(0.8)	2(0.5)
	合計	140	262	402

患者満足度調査における 外来／入院別の知人への推薦意志の検討

1. 問題意識と目的

「患者の価値判断と期待という、患者が最終的な決定者である項目について、医療者がそれに応えたのかどうかの情報がわかるため、満足度は医療の質の評価の中で根本的な重要性を持つものである」(Donabedian 1980=2007: 27)。このように、患者満足は医療の質を評価する上で非常に重要な位置づけがなされている。また、患者満足度は、医療の質のアウトカム指標としてだけでなく、医療サービスに対する評価として捉えることができ、治療上のコンプライアンスや、サービス提供者の変更、そして、自己健康観と関連があると言われている (Pascoe 1983)。

その際、外来と入院とでは、病院に関する患者の経験も大きく異なっているため、患者の満足の在り方も異なっていることが指摘されている (今井他 2000; 徳永 2007)。

本稿では、患者満足度調査でしばしば最終評価として用いられる総合満足度ではなく、知人への推薦意志を取り上げる。知人への推薦医師を取り上げる理由として、第一に、知人への推薦は、個別の患者の満足が他者への紹介へと接続されることであり、次の患者を直接的に呼びこむ可能性があると考えられるからである。また、知人への推薦が、患者を直接に呼び込まなくとも、個別の満足が、口コミ、インターネット等を解して、医師・病院に関する情報として蓄積される。「現在、医療における患者には情報の受け手というだけでなく、情報の発信者としての役割が求められている」(畑中 2008: 57)。これらの情報が、当該病院に対する潜在的な患者の予期 (信頼／不信頼) を形成する要因となるとも想定される。このような点で、知人への推薦意志は、直接的・間接的に病院経営上の重要性を持っている。

第二に、患者の推薦意志の把握は、単に経営上重要であるばかりではなく、患者の価値観の構造を考察するという意味においても有益である。総合満足度は、病院に来た患者本人の評価として、それはそれで非常に重要である。しかし、他者に推薦するという過程には受診した本人が情報を選別する過程が含まれており、そこでは、「自分にとってどのような情報が重要であるか」という本人の価値観の表明だけでなく、「他者がどのような情報を欲しているか」という他者の価値観の予期が含まれている。したがって、知人への推薦

意志は、患者本人が医療に、病院に対して何を重視しているのかといった価値観とともに、他者が何を重視しているかについての予期を含む、複合的な価値観の構造が反映されていると考えられる。

そこで、本稿は、患者の満足と他者への紹介との関連を、外来／入院別に検討することを目的とする。

2. データと方法

使用するデータは、「外来患者さまへのアンケート」「入院患者さまへのアンケート」の2006年版である（以下では、それぞれ「CS06 外来」「CS06 入院」とする）。「CS06 外来」と「CS06 入院」は、総合満足度、局面は違うものの、患者満足に影響を与えるであろう、人や施設に関する項目、イベントに関する項目に、あわせて、知人への推薦意志を聞いている。知人への推薦意志としては、「この病院を家族や知人に勧めたい」という問いに対して、1「そう思わない」から5「そう思う」の5段階で聞いている。人や施設に関する項目については、「CS06 外来」「CS06 入院」どちらにもほぼ同様の項目が含まれている。これらの項目をもとに、知人への推薦意志を被説明変数、人や施設に関する項目を説明変数都市、外来／入院別の推薦意志への影響の差異を検討する。

なお、人や施設に関する共通する項目は、医師に関するもの、看護師に関するもの、職員に関するもの、治療環境に関するものがある。このうち、医師に関するものについては、態度に関するものと知識・能力に関するものとに区別することができる。なお、性別、年齢（階級）を共通の統制変数とし、他に、外来に関しては通院時間を、入院に関しては設備に関する項目、食事に関する項目をそれぞれ統制変数とした。それぞれの質問文は表1の通りである。これらの項目は、1「まったくそうだ」から5「まったくちがう」の5段階で聞いている。これらを主成分分析によってそれぞれ得点とした。

分析においては、外来／入院ともに、医師への満足の内容を区別しない場合（モデル1）と、区別した場合（モデル2）とに分ける。

3. 結果

分析の結果を表2にした。

外来のモデル1では、医師満足が一番大きな要因となっていることが分かる。続いて、職員、環境、看護師の順である。医師とそれ以外の要因との差が大きく開いている。次に、医師の態度と知識・技術を区別したモデル2では、医師の知識・技術、職員、環境、医師の態度、看護師の順になっている。モデル1における医師に関する要因のうち、その多くが医師の態度ではなく知識・技術によるものであることが分かる。

外来に関する統制変数について見てみると、60代までは年齢が上がるにしたがい標準化係数が増大している。また、男性であることが知人への推薦意志を高めていることが分かる。また、待ち時間では、1時間未満においては有意に推薦意志が高まることが示された。

入院のモデル1では、外来と同様に医師の影響が大きく、続いて、看護師、環境、職員の順になっている。モデル2になると、医師の知識・技術、看護師、環境、医師の態度、職員の順となり、やはり外来と同様に医師の影響の多くは知識・技術であることが分かる。ただし、外来と異なり、看護師の影響が大きく、また、職員の影響が小さくなっている。さらに、モデル2での医師の知識・技術と態度との差が、外来に比べて小さくなっている。

入院に関する統制変数について見ると、やはり60代までは年齢が上がるにしたがい標準化係数が大きくなっている。ただし、性別差による影響に有意差は見られなかった。病院の施設に関する統制変数では、食事の影響が大きいが分かる。説明変数の治療環境とこれらとの影響の大きさを見ると、治療環境、食事、トイレ・浴室、施設の順となっている。

4. 考察

外来と入院とでは満足度と知人への推薦意識に差異があるのではないかということについて、モデルを分けて回帰分析することによって関連の構造を分析してきた。

まず、外来と入院とでは推薦意識を高める要因の順に差があることが分かった。影響の大きさについてモデルごとにまとめると、以下のようになる。

外来モデル1

医師 > 職員 > 治療環境 > 看護師

外来モデル2

医師の知識・技術 > 職員 > 治療環境 > 医師の態度 > 看護師

入院モデル1

医師 > 看護師 > 治療環境 > 職員

入院モデル2

医師の知識・技術 > 看護師 > 治療環境 > 医師の態度 > 職員

外来では、看護師の要因は小さく、職員の要因が大きいものに対して、入院では、看護師の要因が大きく、職員の要因が小さい。順序で言うと、外来と入院とではちょうど看護師と職員の要因の順が入れ替わることになる。それは、医師要因を、知識・技術と態度とに区別したモデルでも同様である。

このことは、外来と入院とでの患者の価値観の構造が違うことを意味すると考えられる。外来では職員の対応が重視され、入院では看護師の対応が重視されるということである。この価値観の構造は、外来／入院時における患者の接触度と関連しているとも考えられる。外来患者は、受付で職員と出会い、待合室で待ち、医師の診察室へと入り、必要に応じて、検査・処置を受け、受付を経由して病院から去る。病院に入ってから出るまでの時間が短く、その出入口で患者と接する職員が患者の病院認識にとって重要な位置を占めている。

看護師は、医師の補助的な役割を担うだけにとどまっている。また、入院患者も、入口や出口では職員と接するものの、病院の中で過ごす時間が長く、病室や院内での生活を直接的に支える看護師と接する場面が増える。このように、外来／入院における、患者の接触（接触に関する認識）度の違いが、患者が推薦する際の価値観構造の差異として現われていると考えられる。

次に、モデル1と2との間の差異を見ると、外来／入院ともに、医師については、態度よりも知識・技術の方が推薦意志への影響が大きいことが分かる。このことは、いかに患者とのコミュニケーションの重要性が指摘されようとも、医師の態度は患者が医師に期待する第一の要件にはなっていないということである。また、外来と入院では、医師の知識・技術と態度に対する期待の差が異なっており、外来に比して入院の方が医師の態度に対する期待が大きくなっていることが分かる。この点は、先の看護師か職員かという問題と同様に、患者の接触度の違いによるものと考えられる。

今回の分析におけるいくつかの限界を認識しておく必要があるだろう。4つのモデルともに有意となっているが、調整済み決定係数を見ると.380～.414であり、サンプルサイズを考えれば今回のモデルが患者の意識をそれほど説明できているとは言えない。したがって、推薦意志に関する他の説明変数の存在を考える必要がある。患者のかかっている診療科によってはまったく違う構造が想定できる。また、患者の健康状態（慢性／急性）、患者が推薦する知人との近接性（同居人数、居住地域、等）といった、患者の固有性も影響があると考えられる。

また、今回は、「患者」を全体として分析することにしたが、それでは捉えられない部分があることは想像に難くない。たとえば、患者の年齢を統制変数としたが、年代ごとに、治療に期待すること、病院に期待することは異なると考えられる。そのような影響を検討するためには、グループ化を行った上での分析が必要となる。今回の結果は見通せたものはあるものの、ある程度限定的なものとして捉えることが必要である。

5. 結論

外来／入院別の患者の価値観の構造を検討するために、知人への推薦意志に対する医師・看護師・職員・環境の影響を回帰分析によって考察し、外来と入院とでは患者の期待構造が違うことを明らかにした。今後はより妥当性の高いモデルによる検討、カテゴリー分けしてその上での考察を行っていくことが必要である。そのことによって、医療の質を高め、経営の改善、患者の価値観の構造の適切な把握が進められることが期待される。

参考文献

Donabedian, Avedis, 1980, *Exploration in Quality Assessment and Monitoring: Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, Ann Arbor: Health Administration Press. (=2007, 東尚弘訳『医療の質の定義と評価方法』健康医療評

価研究機構.)

畑中綾子, 2008, 「患者がつくる『市場』——医療評価と患者の決定」久米郁夫編『生活者がつくる市場社会』東信堂, 55-84.

今井壽正・楊学坤・小島茂・櫻井美鈴・武藤孝司, 2000, 「大学病院の患者満足度調査——外来・入院患者の満足度に及ぼす要因の解析」『病院管理』37(3): 241-252.

Pascoe, Gregory C., 1983, "Patient Satisfaction in Primary Health Care: A Literature Review and Analysis," *Evaluation and Program Planning*, 6: 185-210.

徳永誠, 2007, 「外来と入院で病院への満足度に最も影響する項目は何か、変数選択回帰分析による検討」『日本医療マネジメント学会雑誌』8(2): 365-368.