

表1 外来／入院別分析使用項目

外来	入院
<p>医師の態度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>症状や治療について質問できないことがあった</li> <li>声が小さく、話が聞きとりにくい医師がいた</li> <li>プライバシーに配慮しない医師がいた</li> <li>あわただしく、私のために十分な時間をとってくれなかった</li> <li>顔を向けずに説明をしたり、いやな顔をする人があった</li> </ul>	<p>医師の態度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>症状や治療について質問できないことがあった</li> <li>声が小さく、話が聞きとりにくい医師がいた</li> <li>プライバシーに配慮しない医師がいた</li> <li>私のために十分な時間をとってくれない医師がいた</li> <li>顔を向けずに説明をしたり、いやな顔をする医師がいた</li> </ul>
<p>医師の知識・能力</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>説明のわかりにくい医師がいた</li> <li>検査数値や画像を用いて説明してくれない医師がいた</li> <li>処置の下手な医師がいた</li> <li>複数の治療法がありうることを説明しない医師がいた</li> </ul>	<p>医師の知識・能力</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>説明のわかりにくい医師がいた</li> <li>検査数値や画像を用いて説明してくれない医師がいた</li> <li>処置の下手な医師がいた</li> <li>複数の治療法がありうることを説明しない医師がいた</li> </ul>
<p>看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>説明のわかりにくい看護師がいた</li> <li>医師の指示や処置を間違えた看護師がいた</li> <li>質問や相談をしたが、対応してくれない看護師がいた</li> <li>プライバシーに配慮しない看護師がいた</li> <li>看護師と話していて、いやな気持ちになることがあった</li> </ul>	<p>看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>説明のわかりにくい看護師がいた</li> <li>医師の指示や処置を間違えた看護師がいた</li> <li>質問や相談をしたが、対応してくれなかった</li> <li>プライバシーに配慮しない看護師がいた</li> <li>看護師と話していて、いやな気持ちになることがあった</li> </ul>
<p>職員</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>電話での対応が悪い</li> <li>守衛・警備員の態度や言葉づかいが悪い</li> <li>受付の職員の態度や言葉づかいが悪い</li> <li>職員の私語が多い</li> <li>待つのが当然という態度の職員がいた</li> <li>会計の職員の態度や言葉づかいが悪い</li> </ul>	<p>職員</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>売店員や清掃員、警備員など医療スタッフ以外の態度や言葉づかいが悪い</li> </ul>
<p>治療環境</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>診察中、外の会話等が聞こえたり、のぞかれたことがある</li> <li>診察室が汚い、または整理整頓されていない</li> <li>使用する器具や機器が不潔だった</li> <li>カルテやレントゲンのフィルムなどの管理がずさんであった</li> <li>椅子・ベッドなどは、患者の快適さに配慮されていない</li> </ul>	<p>治療環境</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>病室が狭すぎる、または隣のベッドとの距離が狭すぎる</li> <li>病室、ベッドの周り、シーツなどが汚い</li> <li>照明が明るすぎる、または暗すぎる</li> <li>暑すぎる、または寒すぎる</li> <li>携帯電話やインターネットが使えないので不便だった</li> </ul>
	<p>トイレ浴室</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>トイレまでが遠すぎる</li> <li>トイレや浴室が汚い、不潔、臭いと思ったことがある</li> <li>トイレや浴室が狭すぎる</li> <li>洋式トイレ、車椅子用トイレ、ウォシュレットなどが少なすぎる</li> <li>トイレや浴室で、人から見られるなど恥ずかしい思いをしたことがある</li> </ul>
	<p>施設</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>廊下や階段が狭すぎる</li> <li>必要な場所に手すりやスロープがなくて不安だと思ったことがある</li> <li>廊下や階段にものが置かれていて歩きにくい所があった</li> <li>エレベーターの数が少ない、または狭すぎる</li> <li>廊下や階段で滑りそうになったことがある</li> </ul>
	<p>食事</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>食事の時間が早すぎる、または遅すぎる</li> <li>冷たすぎる、または熱すぎる</li> <li>配膳や片付けの時、乱雑でうるさかった</li> <li>食事や食器が不衛生な感じがした</li> <li>食事を選べなかった</li> </ul>

表2 知人への推薦意志に対する回帰分析（標準化係数）

	外来		入院	
	モデル1	モデル2	モデル1	モデル2
医師満足	.310 ***		.267 ***	
医師満足(態度)		.069 ***		.091 ***
医師満足(知識・技術)		.258 ***		.189 ***
看護師満足	.047 ***	.039 ***	.127 ***	.129 ***
職員満足	.190 ***	.194 ***	.031 ***	.031 ***
環境満足	.144 ***	.144 ***	.126 ***	.125 ***
年齢(10代以下を参照グループ)				
20代	-.003	-.004	-.020 **	-.020 **
30代	.031 ***	.031 ***	.016 *	.016 *
40代	.047 ***	.048 ***	.044 ***	.044 ***
50代	.087 ***	.087 ***	.072 ***	.071 ***
60代	.109 ***	.109 ***	.109 ***	.109 ***
70代	.121 ***	.121 ***	.112 ***	.111 ***
80代	.062 ***	.061 ***	.059 ***	.058 ***
90代以上	.016 ***	.016 ***	.017 ***	.017 ***
性別(女性=0)				
男性	.013 ***	.015 ***	.004	.005
待ち時間(3時間以上を参照グループ)				
30分未満	.050 ***	.052 ***		
30分～1時間未満	.034 **	.036 **		
1時間～1時間30分未満	.013	.014		
1時間30分～2時間未満	.005	.006		
2～3時間未満	-.004	-.003		
トイレ・浴室満足			.041 ***	.040 ***
施設満足			.018 **	.019 **
食事満足			.105 ***	.104 ***
adj_R Square	.410	.414	.380	.382
F	2609.2 ***	2512.4 ***	1546.9 ***	1464.8 ***
N	67525	67525	40307	40307

\*\*\*  $p < 0.001$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$

---

---

# 病院経営と医療コミュニケーション

---

---

## 1. 医療コミュニケーション研究会

2009年8月からおよそ半年間にわたって、日本医科大学医療管理学教室内において「医療コミュニケーション研究会」を開催した。医療コミュニケーションは臨床推論能力の中核をしめる重要な課題であり、この分野は医療科学的な臨床的側面から社会科学的な理論的側面まで、幅の広いエリアをカバーしている。また臨床診療能力のみならず、医療事故との関わりにおいては、重要性をますます認識され、ひいては医療の質向上の大きな要因であるとしてクローズアップされつつある課題でもある。そこでコミュニケーションは病院経営のマネジメント手法として欠かせない要素であると捉え、本研究会では、「医療コミュニケーション」を社会科学的側面、医学的側面等様々な面から分析を行った。

研究会のメンバーは医療関係者に限らず、広く学際的な人材を募り、医療コミュニケーションの横断的な研究を目的とした。

## 2. 患者のセルフマネジメントプログラム —医療コミュニケーションへの示唆—

松繁 卓哉（国立保健医療科学院）

### 2-1 目的と概要

近年、「セルフケア」「セルフマネジメント」等の語が象徴するように、保健医療の領域で患者自身が自らのために行う「ケア」に、ますます大きな期待が寄せられ、様々な領域でこのテーマに関する研究が取り組まれている。本報告では、報告者がこれまで行ってきた「セルフケア」「セルフマネジメント」の調査研究の中から、医療コミュニケーションへの示唆に富むと考える内容を紹介し、今後の医療コミュニケーションの在り方を検討するうえでの幾つかの論点を提起する。

### 2-2 ‘Expert Patient’ という概念

‘Expert Patient’ という概念は、近年のIT技術の発達と消費文化の浸透と密接な関係にある（松繁 2010）。自らの疾病について、インターネットを利用した情報収集によって豊富な知識を獲得し、治療の意思決定に積極的に参画する患者、という

のが基本的な語義であるが、それ以外に、より重要と考えられる含意がある。

イギリスの医療社会学者 S. Nettleton (2006) は、情報化社会における医師と患者の関係を、「専門知識を保有する専門家 (knowledgeable expert)」と「無知な素人 (ignorant lay person)」との関係として捉える事が出来るのか、という問いを提起した。ここで Nettleton が強調しているのは、患者が、収集した情報と自身の置かれている社会状況や個人史とを相互に照らし合わせながら、固有の状況に対し合理的な判断を下す存在であるという点である。このような視点は決して新しいものではなく、例えば 20 年以上前に Tuckett ら (1985) が診察の場を *Meetings between Experts* (専門家同士の協議の場) として位置づけている。

しかしながら問題は、多分に「理念的」なこの概念が臨床実践において具体的にはどのような形で活用されるのかという段になると、途端に茫漠とした話になってしまうところにある。報告者は、このような‘Expert Patient’の問題に取り組むべく、一方において、この概念を国家プロジェクトとして国民の保健医療に取り入れた英国の Expert Patients Programme (EPP) の調査を、他方、政府の白書や学術論文等において用いられる‘expert patient’‘lay expert’‘patient expertise’などの語の「語られ方」の分析 (松繁 2007) <sup>1</sup>に取り組んできた。

### 2-3 患者は何を持っているか

さきに、患者が「豊富な知識」を獲得したり、「合理的な判断」を下したりする、と述べた。ここで考えなければならないのは、どういうことだろうか。EPP では、以下の表に示されている概念区分に基づいて慢性疾患患者を対象としたトレーニングセッションを続けている。

要するに、患者の「知識」や「合理性」を、医療者のそれと同じ基準で捉えることの無意味さが示唆されているわけである。つまり、成り立ちの異なる「専門知識」がここで想定されているわけである。「コンプライアンス」から「コンコーダンス」へ、と言われて既に久しいが、表の左半分の意味するところへの理解不足から「コンプライアンス/ノンコンプライアンス」という発想の一端が形成されるのかもしれない。

表 1. 患者と臨床医の「専門知識」区分

患者	臨床医
病の経験	診断
社会環境	病因
リスクに対する心構え	予後診断
価値観	治療法の選択肢

<sup>1</sup> Expert Patients Programme の概要等について、この文献に記述がある。

## 2-4 セルフマネジメントの中で行われる「知」のシェアスタイル

EPP では、慢性疾患患者同士<sup>2</sup>の間で、各々が長期間にわたる「患者経験」を通じて獲得したセルフマネジメントのスキル（例えば、発作への対処法、医療者とのコミュニケーションの取り方、薬の飲み方の工夫、等々）をシェアしていた。しかし、そこで繰り広げられていたシェアのスタイルは、例えば科学の領域の知識・技術のシェアと同質ではない。

観察を通して見られたのは、第一に、他者の事例を構成する要素を、自らのそれと比較した上で、ある要素は割り引いて、ある要素は割り増しをする、という「目分量」の微調整が行われている。したがって第二に、事例の妥当性は、それを活用する本人自身によって常に価値判断・取捨選択される。つまり「有効性」の吟味過程において、必ずしも情報は一般化（generalization）の対象ではなく、言わば「非一般化」の「知」として交換されている。

さらに興味深い点は、こうした EPP の実践が様々な角度からアセスメントを受けており、この取り組みが「妥当」なものであるか、各種の標準化尺度を用いて「評価」が行われていることである。

## 2-5 結語

診察室に、患者が「疾病」ではなく「問題」（Sackett et al. 1996）を持って来るとするならば、問題を終結へと導くためのアクターとして、情報を一般化し、要素還元化し、有意性を検討する者（表の右側）と、他方で、情報を分節化しないまま、ある種の価値判断を行う者（表の左側）とが参画するのが必然であると考えられる。患者の話への「傾聴」とは全く異なる、このような「シェア」のスタイルへの着目は、まだ途上にある。

## 文献

Coulter, A., 2001, *Research and Values: Consumer Participation*, Picker Institute. [Internet] Available from <[http://www.healthservicesconference.com.au/presentations/a\\_coulter.pdf](http://www.healthservicesconference.com.au/presentations/a_coulter.pdf)> [Accessed July 21, 2006].

松繁 卓哉 (2007) Lay Expert (素人専門家) の制度化をめぐる — 英国 Expert Patient Programme に見るジレンマ —, 『年報社会学論集』第 20 号, 関東社会学会, p.108-18.

松繁 卓哉 (2010) 『「患者中心の医療」という言説—患者の「知」の社会学—』立教大学出版会.

Nettleton S (2006) *The Sociology of Health and Illness 2<sup>nd</sup> Edition*. Cambridge, Polity Press.

Sackett DL et al. (1996) 'Evidence based medicine : what it is and what it isn't' *BMJ*. 312 (7023) :

<sup>2</sup> 疾患別の形式ではなく、様々な慢性疾患患者が構成するグループでプログラムを進めていく 'generic self management' が EPP では主流となっている。

71-72.

Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A (1985) *Meetings between experts*. London and New York: Tavistock Publications.

### 3. 医療における会話分析

畠山洋輔

#### 3-1. 会話分析とは

会話分析 (Conversation Analysis : CA) は、エスノメソドロロジー<sup>3</sup>的研究方法の1つであり、人びとが会話をテープやビデオなどで録音・録画し、「いかに正しい方法でこの資料を成員たちが生み出しているのか」(Schegloff and Sacks 1972=1995: 178) 分析・記述する方法である。データの記述には、G. Jefferson によって定式化された方法が用いられる (Heritage and Maynard eds. 2005: xiv-xix; 西阪 2008: xvii-xxiii)。我々が日常の会話の中で特定の行為を構成するためにどのような表現をどう用いているかについて、相互行為の組織化の仕方について記述することによって、すでに知っていることに対して「見通しのよい表現」を与えるのである。

#### 3-2. 医療の会話分析

医療場面の会話分析は、医療者と患者とのコミュニケーションの研究法の1つとして蓄積されてきた。そこでは、クリニック内外における実践の組織化の仕方の連続性、そして、社会関係のマネジメントの仕方について示唆している (Heritage and Maynard eds. 2005)。

次の場面は、不妊治療に通う患者に医師が、妊娠が期待できないことを暗示、患者もそれに同意した後、医師が人工授精の説明をした後に続く会話である (川島 2008: 170)。

- 医師： それを体内に戻した方[が-  
患者： [が(.)]より[確率は- そっか. ]  
医師： [>より確率が高いです.<]  
患者： あ:[はい.]  
医師： [ただ]女性は[ね, ]  
患者： [ええ.]  
医師： 妊娠して, 出産して,  
患者： °はい.°  
医師： はい終わりじゃ[ないから,]  
患者： [ない.] はい.

<sup>3</sup> エスノメソドロロジー Ethnomethodology は H.Garfinkel (1967) を祖とする「…日常生活のさまざまな複雑な課題をどう成し遂げるかという成員自身の方法を発見しようとする試み」(Psathas 1988=1995:14) である。

医師： こっから先が永遠[とエンドレスだから、]  
 患者： [°長いでもんね。° ]はい。  
 医師： 一日でも早いほうがいいですものね。  
 患者： =ねえ。  
 医師： >だったら、<確率のよい方法で  
 患者： ええ。  
 医師： 効率的にやった方が(.)  
 医師： [いいと:]° 思う。°  
 患者： [いいと-] はい。  
 医師： [というのが結果です。  
 患者： はい,わかりました。°

医師によって人工授精による妊娠の「確率が高い」という説明がなされたのに対して、患者が「はい」と理解を表明している（説明-理解）。患者の理解を得た後、医師は「確率のよい方法で」「効率的にやった方が」「いいと思う」という提案を行い、患者が「はい」と了承を与えている（提案-了承）。このようなペアとなって特定化しあう発話は隣接ペアと呼ばれる（Schegloff and Sacks 1972=1995: 185-186）。このように会話分析は、会話における発話による秩序の組織化の過程に説明を与える。

以下は、医師 A が触診する前に、患者 B が自身の兆候について説明する場面である（Gill and Maynard 2005: 141）。

Ms. B: .hhh An:::d then I get a lot of tenderness: in this area hh.

And agein:. It's probably: (1.0) [ wheter: it's ] in the=

Dr. A: [In the front?]

Ms. B: =gall bladder? Kidney? [Er

Dr. A: [Up in here.

Ms. B: Yeah. Like under the r:ib. Where I can't get- >it'll get- <

(1.0) very sore.

(0.8)

Ms. B: °.hhh° Pitch [A:::nd, hhhh ]

Dr. A: ['Bout how often does] that come.

Ms. B: Uh:: hhhh (1.0) This cn: (1.5) m- be like at least once or

twice a week. And I've been trying to see if I've been:::

>you know,< lifting something or doing something. °.hhh°

(1.5) ((Dr. A gaze at patient, then turns to record))



Dr. A: How long does it last when you g[et it. ]

Ms. B: [Ah::m] (.) maybe a day or  
two

ここで医師は診断の前に患者の経験的な情報の収集に当たっている。患者が違和感をもつ場所について、患者が説明をし、医師の質問に患者が「Yeah」と肯定することによって、特定がなされた後に、いつごろからか、そして、どれくらい続いているのか、という質問が続いている。ここでは、医師と患者とのやりとりは、「患者による説明→医師の質問→患者の応答→医師の質問……→医師による肯定／否定」として続いている。V. Gill と W. Maynard は、医師（専門家）が患者（素人）による自身の病の説明を元に診断を行う過程を分析することを通して、医師と患者との対立は、両者の本来的な緊張関係（生物医学モデル／生活世界モデル）ではなく、両者のコミュニケーションの組織化の差異（会話 talk／医療面接 medical interview）に由来することを示唆する。

会話分析が提示する記述が、分析者個人の「主観的」な記述なのではないか、したがって、それを科学的に評価することは難しいのではないか、そのようなことが指摘される。しかし、会話分析では、会話を生み出している参与者同士においても秩序立っていると評価され、次の実践の前提とされるからこそ、会話資料を分析する分析者にとっても秩序立っている（として記述可能）という仮説にもとづいてなされている。

また、会話分析の提示する説明が実践的問題へどのように適用できるのか、という問いがなされることもある<sup>4</sup>。そのことに対しては、そもそも会話の中で参与者が秩序を評価することによって、実際に実践している、ということの再考をもって応えとしたい。分析者の分析以前に、相互作用の中で秩序の解釈が用いられているからである。

### 3-3. 医療における会話分析

会話分析は秩序立ったやり方で参与者が会話を構成していることを分析する方法である。しかし、その前提となるエスノメソドロジーが、分析の方法論と同時にそこでなされている実践の方法論をも意味しているのと同様に、会話分析もまた分析者／参与者の別なく行っている方法論であると考えることができる。したがって、医療の (of) 会話分析、であると同時に、医療における (in) 会話分析と捉えるべきであろう。

医療の／における会話分析を学ぶことは、医療面接においてなされるべき発話の在り方を学ぶことではない。普遍的に適用可能な発話があるだろうという

<sup>4</sup> 以上二つの問いは、本年度研究会において参与者によって提示された問題点である。

仮定は、対話という相互性を無視している。そこでは、日常の会話と同様に、その都度の相手に合わせた会話の組織化が要求されている。患者との会話の組織化を見て、その中で自身の発話をコントロールしていく見方を身に付けること、そのことが会話分析を学ぶことの意義なのではないだろうか。

## 文献

- Garfinkel, Harold, 1967, *Studies in Ethnomethodology*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Gill, Virginia Teas and Douglas W. Maynard, 2005, "Explaining Illness: Patients' Proposals and Physicians' Response," John Heritage and Douglas W. Maynard eds., 115-150.
- Heritage, John, and Douglas W. Maynard eds., 2005, *Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients*, Cambridge: Cambridge University Press.
- 川島理恵, 2008, 「不妊治療方針に関する提案の構造」西阪仰・高木智世・川島理恵『女性医療の会話分析』文化書房博文社, 157-176.
- 西阪仰, 2008, 『分散する身体——エスノメソドロジエ的相互行為分析の展開』勁草書房.
- Psathas, George, 1988, *Ethnomethodology as a New Development in the Social Sciences*, Lecture Presented in the Faculty of Waseda University, Tokyo. (=1995, 北澤裕・西阪仰訳「エスノメソドロジエ——社会科学における新たな展開」『日常性の解剖学——知と会話』マルジュ社, 5-30.)
- Schegloff, Emanuel A., and Harvey Sacks, "Opening up Closings," *Semiotica*, 7: 289-327. (=1995, 北澤裕・西阪仰訳, 175-241.)

## 4. まとめ

医療コミュニケーションの本質を探ろうとした、様々な新しい取組が行われていることを、本研究会で知ることができた。今後の課題はこういった新しいコミュニケーションの捉え方をどのように実践、つまり実際の診療行為や教育トレーニングに取り入れていくかということが想起される。医学教育にもいろいろな形でコミュニケーショントレーニングが導入されつつあり、教育プログラムとしては統一されたものが未だ開発されるに至ってはいない。おそらくは医療を単なる診療行為としてのみ捉えるやり方から、一步踏み出て経営という観点で教育も見直される必要があるだろう。コミュニケーション教育は将に転換点に立つものと示唆される。

## 6. 法的分析

---

---

# インフォームドコンセント

---

---

## 1 序文

我が国において、インフォームドコンセントが本格的に議論され始めて15年程度が経過した。しかるに、医療現場、司法、法学者、倫理学者、市民団体間でインフォームドコンセントに対する定義や機能、目的について、考えが一致していないように思われる。

特に、この10年で強制力を有する司法における医療現場への介入の度合いが深まることにより、医療現場が大きく混乱した。

例えば、近年、医師に課せられた書類作業は増加の一途をたどっており、栃木県医師会の調査によると、診断書作成等付随事務処理に負担感を感じている医師は51%いる。また、ある施設では、胃切を行うに当たり必要な同意書数が29枚であった等医療現場への負担は重く、医療崩壊の原因の一つとなっている。

本稿では、それぞれの立場が考える各インフォームドコンセント間の相違点を明らかにすることで、今後の発展的な議論の基礎となれればと考える。

## 2 最近の日本判例

日本において、説明義務に係る最高裁判決が初めて出たのが1981年（最高裁昭和56年6月19日判タ447号78項）であり、現在までで計9件しかない。しかも、その9件のうち6件は平成12年以降のものである。

つまり、日本においては、インフォームド・コンセントが本格的に議論され始めてまだ10数年しか経っていないのである。

最近のインフォームド・コンセントに係る判決は、量的・質的にも過剰な義務を医療者に課す傾向が強く、相互矛盾をきたすものや、法理論上理解し難いものまで認められるなど、司法自体にも混乱が生じているように見受けられる。

末期胃癌の患者に対し、患者の娘に対し告知しようとしたところ、患者より娘への連絡を拒否されたため、患者本人の弟に告知し、患者本人及び娘には告知しなかったという事例において、裁判所は、「被告は、患者の弟に面接して家族のことを聞いているのであるから、同原告の住所等を聞き出すことは十分可能であったと考えられ、同原告に対する告知

を安易に断念したことは妥当とはいえない。」として患者の娘の連絡先を真摯に調査する義務を介して説明義務違反を認めた。(東京地判平成6年3月30日判時1522号104項)

実親の病状を知ることなく、実親の死を迎えた娘が悲嘆に暮れたことは理解できるが、警察組織でもない医療機関になぜ契約当事者以外の私人を調査する法的義務があるとするのか。その裁判所の姿勢は、過剰な介入であるとの謗りを免れえない。

このような司法の過度の介入が、医療現場における適法行為の予見可能性を奪い、医療現場を混乱に導いた。それぞれの立場、機能をわきまえた対応を再度見つめ直し、あるべき対応を考え直す必要があるものとする。

### 3 インフォームドコンセントの歴史的背景

#### (1) 医療現場には古来よりあった

インフォームドコンセントという単語は、米国司法より生まれた言葉である。しかし、医療現場においては、そのような概念が生ずる遥か以前より、プロフェッションとして当然のごとく、診療をする医師が、患者、家族に対し自らが診療した内容、今後の検査、治療方針について説明をしていた。

そもそも、医療行為は医師と患者との共同行為であり、医師・患者間の信頼関係は医療にとって不可欠の要素である。したがって、古来より、医師・患者間においては、診療に関する事柄以外についても信頼形成のための様々なコミュニケーションを言語、非言語問わず行ってきた。

そして、その医師・患者間の対話の一部を切り抜き、インフォームドコンセントと定義づけたのは、つい50年前のことではないのである。

#### (2) 米国司法で生まれたインフォームドコンセント

米国裁判においてインフォームド・コンセントが生まれたのは1900年代に入ってからである。1905年のモーア対ウィリアムズ判決、翌1906年のプラット対デービス判決において、その萌芽が芽生える中で、1914年、シュレンドルフ対ニューヨーク病院協会事件判決において、「成人に達し、健全な精神をもつすべての人間は、自分の身体に何がなされるべきかを決定する権利がある。したがって、患者の同意なしに手術をする主治医は暴行を犯すことになり、その損害への責任を負う。」とした判示(暴行理論)がなされた。

このように、まずは、自分の身体の処分についての自己決定権を核に同意(consent)の必要性が示されることとなった。

そして、1957年、サルゴ事件の判決において、「医師らは提案した治療への患者の知的な同意のために必要なあらゆる事実を開示する義務がある。」と判示された。

即ち、シュレンドルフ事件判決で示された同意の前提として、医師らによる説明義務が存在するとしたことにより、初めてインフォームド・コンセントという概念が誕生したのである。

ここで、明らかとしなければならないことは、医師・患者間の継続的な信頼形成過程のうち、ほんの一部を切り抜いて、かつ、既存の法理論にあてはめたものがインフォームドコンセントであるということである。

### (3) 生命倫理学の勃興

米国司法におけるインフォームドコンセント概念の発生を受け、それを学術的に理論化、体系化するよう図られたのは、学術領域としてはまだ歴史の浅い生命倫理学であった。

生命倫理学において、インフォームドコンセントが扱われるようになった大きな契機は、タスキギー事件と呼ばれる事件であった。本事件は、1934年から1972年にかけて、アラバマ州タスキギーで、黒人男性約600人を対象に米国連邦政府公衆衛生局が行った梅毒研究において、患者には無償で治療を行うとして参加させたにもかかわらず、適切な治療を行わなかったという許されざるものであった。

1972年に本事件がメディアにより明るみに出され、大きな議論となった。そして、本事件を契機に米国内において生命倫理学は急速な発展を遂げることとなった。1970年当時、米国には、生命倫理学の講座を有する大学は2か所しかなかったが、10年間で約60の大学に講座が設置されることとなったのである。

また、その成果として、1978年には有名なベルモントレポートが作成され、インフォームド・コンセントを中核とした三原則が謳われたのである。

### (4) 三つのインフォームドコンセント

古来より医師・患者間の信頼関係構築のために行われていたコミュニケーションの一部としてインフォームド・コンセント（信頼構築型IC）は存在した。そして、それを切り抜き、既存の法理論に当てはめたのが司法におけるインフォームド・コンセント（紛争解決型IC）である。

両者はその発生からもわかるとおり、かたやプロフェッションを基盤にした信頼関係の構築・発展のために行われる医師・患者間のコミュニケーションの一部であり、もう

一方は、国家権力を背景に国民の権利・義務の内容を画することで国民の自由を保障するとともに紛争解決をはかるルール設定とまったく目的、手段、効果の異なるものである。

そして、生命倫理学によって学術的理論付けがなされたインフォームド・コンセント（倫理的 IC）は、医学研究領域において明らかとなった問題を解決するために、それまでになされた司法判断を理論的に構築したものである。

#### 4 各インフォームド・コンセントの整理

##### （1）紛争解決型 IC

米国司法で暴行理論より発生した紛争解決型 IC は、その後、倫理的 IC による理論的支えを受けながら発展をとげた。

現在では、医師の説明義務は、診療契約上の受託義務（忠実義務、善管注意義務）から生ずるものであり、説明義務違反は診療契約上の債務不履行に当たると理解されている。

そして、この説明義務違反を軸としたインフォームド・コンセントを司法というシステムを用いて表現しようとする、自己決定権を保護するために、医療者に説明義務を課し、それを怠ったものに損害賠償を支払わせるというサンクションを課するという規制を行うということとなる。

その際、私人に対し、サンクションを課す以上、公平性、明確性を要することとなり、義務を負わされる医療者にとって、その説明義務の内容があらかじめ明確にされていなければならない。

また、説明義務は診療契約に基づく義務であるから、説明主体は基本的に契約当事者の病院の職員であれば足り、医師でなくともなんらの問題もなく、説明の方法も口頭に限らず、説明文書を交付する方法でも足る。

したがって、「病院受付で IC 書類を患者に渡し、それにサインしなければ入院できない。」という形態であったとしても構わないのである。

重要なことは、それが倫理的に称賛されるべきか否かではなく、法というツールを用いて説明義務を取り扱おうとする場合には、それ以上のことは求められないということである。

そして、この紛争解決的 IC を私人に強制することにより、少なくとも本過程を経ることにより患者は、自身の疾患につき正しい情報を知る機会を得ることができることとなるのである。

##### （2）倫理的 IC

生命倫理学が華やかに花開いたのは、米国ではタスキギー事件という許されざる人権侵害が契機であった。人間は過ち易く、また、過ちを繰り返しやすい性質を有している。同事

件のみでなく、ドイツ、日本における過去の歴史も含め、しっかりと記録にとどめ、このような事件が繰り返されないようにするためにも、学術領域、教育の果たすべき役割は重大であり、このことはいくら強調してもしすぎることはないであろう。

また、医療の高度専門家にともない、尊厳死の問題や、遺伝子治療等、今まで遭遇したことのない新しい倫理的問題も発生した。

司法は、あくまで過去に発生した個別具体的な事件に対し、権利義務を介して法的判断を下す機関に過ぎない。まだ現実に発生していない抽象的な問題に対し、法壇を降りて積極的に介入するという機関ではないのである。

したがって、上記のような新しい倫理的問題を生じうることについて、倫理学の果たすべき役割は大きいものとする。

ただ、倫理学において培われた結論が現実社会にそのまま投影された場合、その背景を正義や道徳に求める学問領域故の硬直性及び一般的合理人という架空の人格を対象としていることから、現実社会をゆがめ、場合によっては破壊することがあることに留意する必要があるものとする。

### (3) 信頼構築型 IC

歴史的に医療が他の職業と異なるものにとらえられ、プロフェッションによる自律的統治を基礎としてきたのは、単に生命を扱う職業であるからという理由からではない。

医療の本質は、患者と医師が病を相手にともに闘い、ときにともに歩むという営みである。資本主義、自由主義が想定する合理的一般人が、自らの利益の最大化を目指し、ゼロサムゲームをするといういわば騙し合いを基礎に制度設計がなされている領域とは大きく異なるのである。

民事司法が相互不信をベースに秩序維持をはかろうとしているのに対し、医療は法を背景にせずとも相互の信頼が生ずる営みである。

そして、医師・患者間の信頼形成・維持のために、言語・非言語を問わない信頼のコミュニケーションが絶えず行われ、その一内容として病状等の説明が含まれることとなる。

また、その実施主体も医師、看護師から患者に対し一方的に行われるものではなく、患者から医師へ、ときには同室の患者から患者へと双方向性、多様性を持ったベクトルで行われるものである。

医療は、このような信頼のコミュニケーションの積み重ねにより営まれていくものであり、それを支えるシステムがプロフェッショナルオートミーとなる。



	目的	手段	効果	実施主体	客体	方法	特徴
信頼構築型 I C	医師・患者間の信頼関係構築・維持	言語・非言語的コミュニケーション	医師・患者間の信頼関係構築・維持	医師、患者、看護師、同室の患者等	医師、患者、看護師、同室の患者等	口頭	双方向性、多様性 プロフェッションによる制御
紛争解決型 I C	自己決定権の保護	訴訟（司法）、損害賠償	手続保障	診療契約の当事者	患者	書面、ビデオ等	適法行為の予見可能性、明確性、書面主義
倫理的 I C	学術的・理論的整理、啓蒙	開かれた議論、教育	学術的・理論的整理、教育、啓蒙				論理的整合性、よき道標、智の記録、継承

## 5 結語

今回、インフォームド・コンセントが論じられている目的・手段・効果等の相違から三つに分類し、検討した。

昨今の、インフォームド・コンセントにかかる医療現場の混乱の原因のひとつは、司法が自らの領域を飛び越え、倫理的指導や、プロフェッションによる統制の領域にまで踏み込み、無批判に司法的手法を行使した結果であるといえる。

司法はその権力性を自覚し、抑制的に対応する必要がある。また、その一方で、医療者においても、プロフェッショナルオートノミーの欠如・不足により、このような介入を受けざるを得なくなったという背景も否定できないのであるから、真摯に反省し、信頼回復をはかる必要があるものとする。

## 参考文献

- 1) 富田清美：家族に対する説明の義務。医療過誤判例百選[第二版]。26頁
- 2) 新美育文：家族へのガン告知検討義務。私法判例リマークス 28号 26-29頁
- 3) 橋口賢一：チーム医療として手術が行われるに際し、患者やその家族に対してする手術についての説明を主治医にゆだねたチーム医療の総責任者が、当該主治医の説明が不十分なものであっても説明義務違反の不法行為責任を負わない場合。法律時報 81巻 3号 117-120頁
- 4) 古川俊治：メディカルクオリティ・アシュアランス。医学書院。2005
- 5) 樋口範雄、土屋裕子編：生命倫理と法。弘文堂。2006

- 6) 樋口範雄、土屋裕子編：生命倫理と法Ⅱ，弘文堂，2006
- 7) R. フェイドン、T. ビーチャム：インフォームド・コンセント，みすず書房，2007
- 8) 前田正一編：インフォームド・コンセント，医学書院，2007

---

---

# コミュニケーションから見た インフォームド・コンセント

---

---

## 1. はじめに

インフォームドコンセント（以下ICと略）は患者と医師が、診療を行う際の信頼形成に不可欠のものである。一方では、ICはその内容が日本の医療現場で十分に理解されているとはいいがたく、1997年に発表された文化庁の調査でも、19%の人しかその意味を知らず、もっとも理解されていないカタカナ外国語の1つであった。それだけにそれを担当する医師にとっては負担のかかる業務であると推察できる。

ICには歴史的に2つの流れがある。1つはヘルシンキ宣言をベースとした臨床研究に対するものであり、もう1つは米国での消費者運動の高まりから派生した患者の自己決定権に対するものである。後者はより日常の診療と密接に関わり、判例は患者の自己決定権をベースにその理論的な裏付けを形成してきた経緯がある。しかしながら、判例上その内容や手続きについては詳細を示すことなく、実際のIC実施は現場の医師乃至は医療機関の業務に委ねられており、指針はない。そのため「何をどれだけ必要か」が限定されておらず、かなり些細な手技にまでICを取っている医療機関も見受けられる。そこで、本研究では現場の医師に対して、ICに対する考え方、及びICが業務に与える負担とその理由について調査を行った。日本における医療訴訟数は、2004年までの10年間で2.3倍増加した。その際医療訴訟の相当数では、説明義務が争点化していた。この事実は、1990年の日本医師会の「説明と同意」の発表、97年改正医療法におけるインフォームド・コンセント（以下IC）条項の追加等の取り組みなど日本におけるICの導入が医療訴訟の抑止にはあまり効果がなかったのではないかと、との疑問を生じさせる。換言すれば、ICが臨床現場で正しく機能・運用されなかったのではないかと、むしろ現場では混乱を生んでいるのではないかと思われる。

ICは当然のことながら、診療行為における中心的なコミュニケーションプロセスである。その中心的な役割は情報開示である。ではどこまでの情報を開示する必要があるかと言えば、相互尊重を基調とした会話の中で医療者が提供すべき核心的情報として次の三点があげられる。(1)患者の現在の医学的状態（治療を行わない場合の予想される結果を含む）。(2)処置と予後（提案されている処置の概要、その処置に伴うリスクと利益の発生確率及び

その結果、さらに治療を受けるときと受けないときの将来予測を含む)。(3)最善の選択肢と思われるものについての専門家としての意見、である。そこで本研究では、IC をコミュニケーションの観点から考察をした場合、どのような理論的展開が考えられるかをまず検討し、必要な IC の範囲とは何かを提示しようと試みた。

## 2. 方法

全国の社会保険病院(社団法人 全国社会保険協会連合会)に働く医師に調査紙を送付し、37施設より返送があり、総計934名から回答を得た。有効回答者の属性は全体929名(41.8名、SD9.96)、男性764名(平均年齢43.0歳、SD9.89)、女性165名(平均年齢36.5歳、SD8.49)であった。診療科別では内科系科、外科系科、産婦人科、小児科、精神科、麻酔科、病理、放射線科、その他の9科目である。調査紙中の質問項目では、業務量の変化(最近4年間で)を聞くものと業務に負担を感じる(現在)ものとをそれぞれ尋ねた。また、負担が増加している原因と思われるもの(事故、インフォメーション、経営強化、新研修医制度、保険書類の煩雑化、その他)について順位付けをしてもらった。なお、統計処理にあたってはSPSSVer.16を用いた。

## 3. 結果

全体ではICの業務量が増えたとした者が69.7%(有効データ346、欠損588)、また負担が増加したと思われる者が64.4%(有効データ855、欠損79)と大きかった。その2つの項目の相関を調べると両者には正の相関がみられた(相関係数=0.569  $P<0.01$ で有意とした)。さらに診療科別にみると、業務量が増えたのは産科(89.5%)と麻酔科(78.3%)であった。負担感が増加したのは精神科(75.5%)と産科(66.0%)であった。

## 4. 考察

今回の調査の結果、医師の業務では全体的に60%以上の者がICに関して業務が増え、負担が増したと感じていることが本研究ではわかった。診療科別では特に産科が多くどういった点で増えているのかを仔細に検討する必要がある。先行される研究では2006年に発表の佐賀医科大学(当時)の斉場教授のもとで行われた研究があるが、その中では医療情報をどの程度患者につたえたらよいかの難題であると指摘されている。

医療については常に不確実性がつきまとう。医療に伴う不確実性については以下のものがある。第一は医学的知識・技術の限界、第二は経験的な知識そのものが持つ不確実性、第三は医療処置そのものが絶対確実なものではなく確率論的性格を有している点、ICの法的展開において問題とされていたのは、それぞれの処置にともなうリスク情報であり、第三のものである。第三の不確実性は医療の本質的な不確実性である。

判例においては、あまりに可能性の少ないリスクを開示することが患者にとって必ずしも望ましいことではないとの考えがあり、この点で開示範囲は確定的なものが示されてい