

医療安全と信頼のコミュニケーション

1. 信頼のコミュニケーション

医療者は事故を起こすために診療をしたのではなく、直接の原因として個人に過誤がなかったにせよ、結果として有害事象（事故）が起こってしまうことがある。確かに起きてしまった被害に応じて保障されることは当然必要なことである。

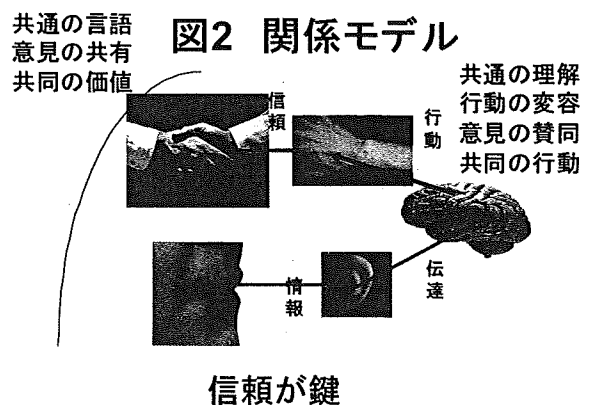
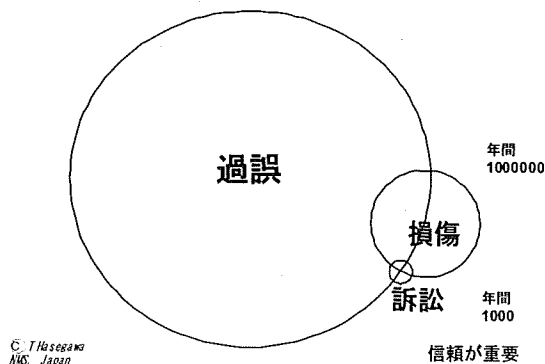
しかし医療者にとっては、その過程で事故に対する手続きが、訴訟の法的措置の場合には大きな戸惑いがある。

ミスや事故を起こしていないにも拘わらず訴えられるケースでは、さらに大きく困惑せざるを得ない。一方で、ミスが明確な場合でも訴えられないことがあり、医療安全と訴訟をめぐる力学は複雑である（図1）。

私はその謎を解く鍵が「信頼のコミュニケーション」であると考えている。

近年、安全対策の考え方として、ひとつの事故の背後に沢山のヒヤリハットが隠れている事故のピラミッド、「ハインリッヒの法則」が提唱されたり（図2）、医療安全では幾つもの防御壁を通り抜けて事故が起こるリーゼンの「スイスチーズモデル」が示されている。しかし実は「患者と医療者間の信頼関係」にも、同様の構造が考えられる。ミスから訴訟の過程で同様に小さな隠れた不信が積み重なって最後の訴訟に

図1 3つの事象の関係 必ずしも一致せず



至る「不信のピラミッド」や、信頼関係に何回かの穴があいて訴訟に至る「信頼のスイスチーズモデル」が想定されるからである（図3）。

古来、医療行為は人類誕生のから今日までの歴史を通して、「治す人」と「治される人」の信頼関係の上に成り立っている。他の商品のように製作者が消費者に手渡せば終わるというのではなく、比較的医療側の役割が多いと考えられている。手術や新蘇生術でさえも患者側の協力なしには成功しえない。そう考えると診療行為はまず、「医療提供者と患者」の最も根元的なチームによって担われねばならない。そしてそのチームの繋がりには医療者と患者の絶え間ないコミュニケーションと相互の理解への努力によって育まれるものである。

図3 伝達モデル

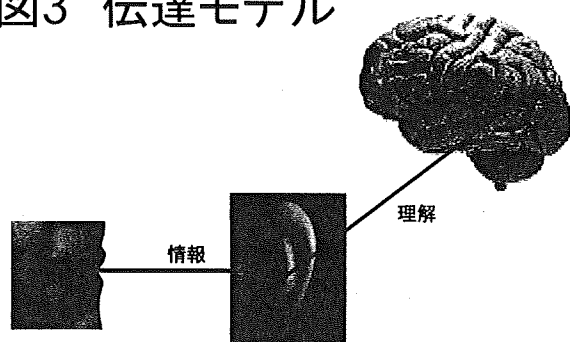
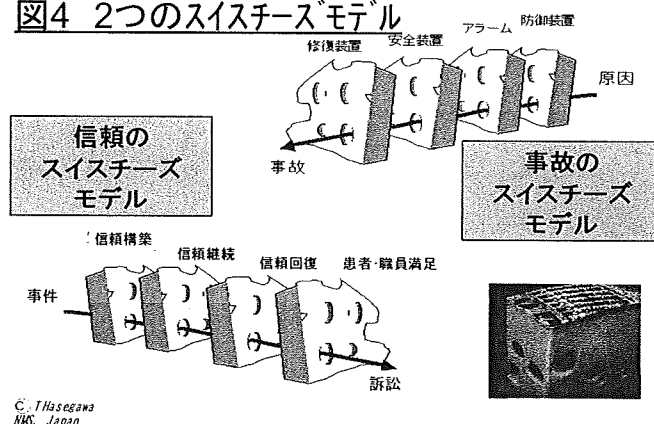


図4 2つのスイスチーズモデル



2. コミュニケーションとチーム

実はコミュニケーションを単に「情報の受け渡し」と考え、それを正確に行えば過誤が起きないと考えている人は、誤解である（図4）。コミュニケーションはそれ以上のもの、つまり互いの応答を前提とした「関係作り」に外ならない。医療におけるコミュニケーション即ち関係づくりは、信頼によって成り立ち、信頼を醸成するものである（図5）。

信頼のチームづくりの方法、即ち信頼のコミュニケーションは最初が肝心で出会った瞬間から「構築」され始める。場合によっては、残念ながらミスや事故によって損なわれる可能性が生じた場合に、いかに信頼を「維持」するかが治療の成否を決め、訴訟に繋がるかどうかを決める。そしてさらに一旦、患者が不信に陥り信頼関係が損なわれた場合も、それを如何に「回復」するかが医療者の側に問われている。

図5 信頼もしくは不信のピラミッド

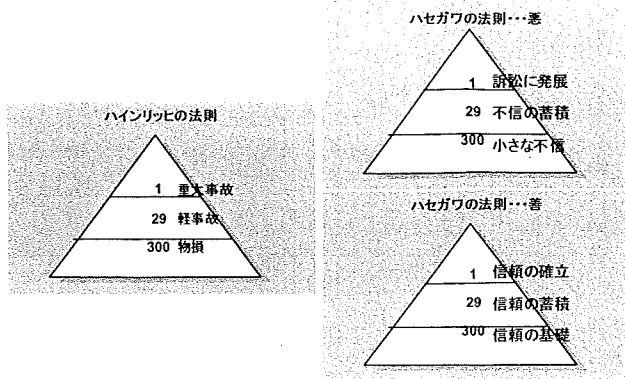
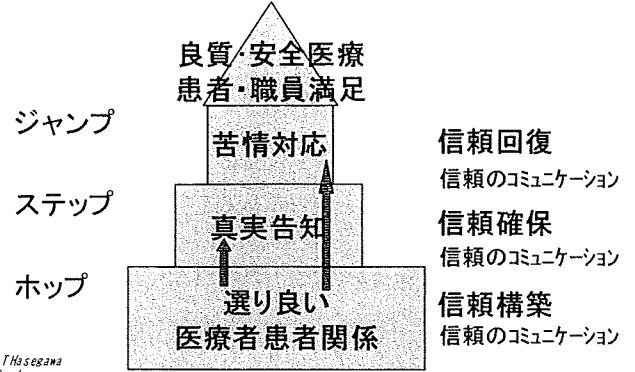
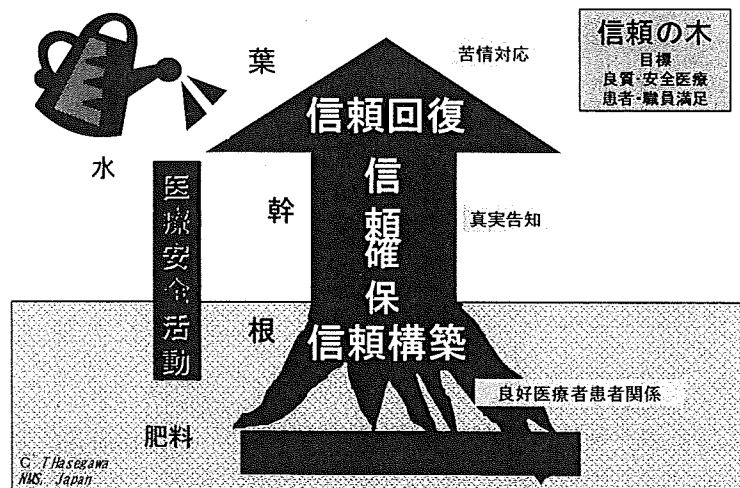


図6 信頼の家



従って、信頼の3ステップ、ホップ・ステップ・ジャンプは、いわば土台にある最初の医療者と患者の「信頼関係の構築」、次いで、事故発生時における真実告知などを通じた「信頼の確保と継続」、さらには不信が生じた場合のメディエーション等による「回復」という、「信頼の家」が想定できる。医療の安全性や患者、職員の満足はその上に構築される（図6）。信頼を大きく育てるものであると捉えるならば、根っことしての信頼の構築、「幹」としての信頼の確保、そして「葉」としての信頼の回復という「信頼の木」が想定され、それが育つためには「肥料」即ちよりよいコミュニケーションが、また「水」即ち医療安全の活動が考えられるのではないだろうか（図7）。



3. 医療安全と信頼のコミュニケーション

我々は病院の中に事故の防御システムの構築など医療安全システムの構築と共に、並行して信頼のコミュニケーションの3ステップを醸成する活動を推し進めなければならない。

ちょうど一昔、10年少し以前、良い医療を提供すべき大学病院で相次いで医療事故が発生し、社会問題となり、医療界全体として取り組まざるをえなくなって、院内に医療安全システムが構築されてきた。そして多くの病院で形は整った。しかし、実績が上がっているのかという疑問も聞かれる。その理由の1つは、職員一人一人の意識、いわゆる安全文化の醸成が成功しているのかという疑問である。

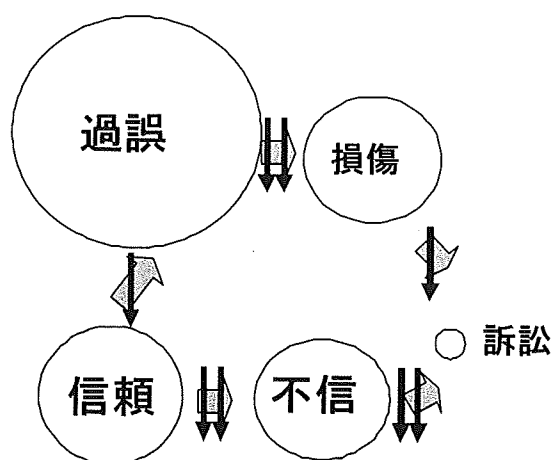
職員にとって医療安全活動、例えば事故報告はたいへん煩雑な業務であり、場合によっては個人のリスク、すなわち報告による過誤の露見と解雇のリスクを意味するからである。しかし、医療安全は個々の職員の支えなしにはあり得なく、そこにジレンマが生じている。

今回提案する信頼のコミュニケーションこそが個人のリスクと組織のリスクを共に軽減し、ひいては医療安全をも推進する「失われた環 (missing link)」といえるのではなかろうか (図8)。

結論

安全の
マネジメント

信頼の
コミュニケーション



© T.Hasegawa
NIMS, Japan

4. 患者の不安と不信が医療訴訟の現況

医療を求めて入院する患者の心境は、突然日常生活から切り離されて見知らぬ、しかも複雑な環境の病院に放り込まれることの不安と恐怖に満ちている。そして、続きと目の前に立ち現れる種々の職種の専門家に対して、うまくチームの一員として参加できないことへの不安である。

医療者側は悪気があるわけでもなく、また意図的でもないが、忙しい日常業務の中で患者をチームの一員として受け入れることを拒む結果となってしまう。また、そのような考えを持たないことも、その原因と考えられる。拒否が繰り返され、最後に患

者が不信感を募らせ、それが医療訴訟の原因となっているのではなかろうか。

病院組織や職員の態度として、まず患者をチームの一員として受け入れる形で設計することが信頼のコミュニケーションの出発点である。そして、共通の目標を持ち、それぞれ役割分担すること、それが安全で効率のよいチーム作りの原点で、かつ訴訟の減少につながる。

5. まとめ

本論文では医療安全研究会が共同でコミュニケーションの原理と医療安全の関係について述べた。ホップ・ステップ・ジャンプとコミュニケーションの3段階をいかにうまく推進するか、実践が問われている

私はこの「信頼のコミュニケーション」によって、事故も訴訟も減り、効率も向上し、患者が、そして医療者の満足も高まると考えている。

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. パーソンズは、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」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。

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「専門医認定制協議会」、2003 年「日本専門医認定制機構」、2008 年「日本専門医制評価・認定機構」と続いてきている

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）を掲げても、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得ない。「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うる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。

（新井 2009）。

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。

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。

3. 信頼論の問題系

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。

⁵ また、信頼論の分類方法にもいくつかある。

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
どのような状況で	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、それを目指す）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。

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て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」

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、あるい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、診察をうける前に、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、信頼をう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

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)。

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ッ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。

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く。

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り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。

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。

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)。

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/shakaihosho/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』(上巻) 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.

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、インフォームド・コンセント、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のかが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ない。そのため原則的にすべての情報を開示すべきとの立場が支持されていると思われる。法的に期待されるべきは、患者の自己決定権に対する情報の開示であるが、患者の教育的な程度や環境、境遇、社会的な立場等によってその理解力と必要情報量は極めて異なると予想される。そこで勢い医療者に対しては「相手に気を配る上手なやり方 a sensitive and tactful fashion」での説明が求められる。このような説明により、処置を受ける前の患者の不安をいくらかでも軽減できると予想しているのである。一方ではこれが医師にとっての大きな業務負担とつながっているのである。

リスク情報に対するこのような態度は、過度に理想主義的である。判例は、リスクに立ちすくむ患者の姿を常に頭の片隅に起きながら、開示義務を論じている。さらに、情報提供者である医師に対しても、自らの技術の限界を告白することなどへの嫌悪感を克服して、自分の携わっている職業の不確実性を認識することを、さらに、患者との対話においては相手の価値観を十分に知るように努め患者の不安感を和らげるような仕方で話すよう求めている。これは問診の必要性な範囲をはるかに超えて、医師－患者コミュニケーションの高度な対話方法を要求しているのである。判例は、現実主義的であるために、どの程度のリスク情報を開示するかという難問がつねに残されているのである。今後は具体的に期間を定めて、実際の診療録から客観的な数値を精査し、IC 取得の時間的な負担にどのくらいの伸びがあるか、どういった内容的な変化があるかを検討する必要がある。さらに、患者の違いによって医師の IC にかかる作業にどのくらいの負担的差異があるかも調べる必要がある。最後に今後 IC に関する指針を策定するにあたっての診療科目別配慮や多職種での実施可能性、ビジュアル化ツールといった医師の IC 開示をサポートするものを考察検討し、どの程度負担軽減が見込まれるかを研究する必要がある。

10. 法的分析

1) 病棟経営と法的課題

峯川浩子

2) インフォームド・コンセント

大磯義一郎

3) 職種間の業務分担について

峯川浩子

病棟経営と法的課題

1. 医療サービスの提供

医療提供の理念＝患者の病態にふさわしい医療の提供⇒患者を中心とした医療。包括的医療。医療サービスを提供するのは医師だけではない。薬剤師、看護師等も医療の担い手。



医療施設は医師が医業を行う場所であり、病院そのものが医師であるように規定している。

1) 医療提供の理念【医療法第1条の2】

医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

2) 医師らの責務【医療法第1条の4】

医師・歯科医師・薬剤師・看護師ら医療の担い手は、第1条の2の理念に基づき、良質かつ適切な医療の提供を行うように努め、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るように努めなければならない。

3) 病院の定義【医療法第1条の5①】－医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、二十人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう。

4) 診療所の定義【医療法第1条の5②】－医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、患者を入院させるための施設を有しないもの又は十九人以下の患者を入院させるための施設を有するものをいう。