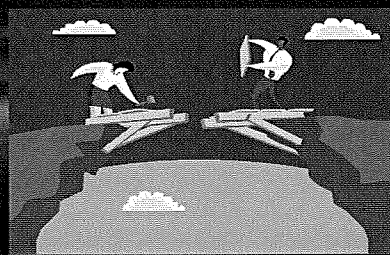


## 仲介職の特徴



### 特徴その1「黒衣」としての仲介職

- 黒衣はその場に居ても、「居ない事」として舞台上で活躍する
- 黒衣が居なければ舞台は素早く転換しない
  - － 高い存在価値・・・高度の専門性が必要
- 表立って評価されにくい
  - － 本来は当事者だけで解決できることが理想
    - 自分の存在を消す事を目的とした矛盾した存在

## 特徴その2 仲介職の存在が 効率性を阻害する？！

- 勝手に判断できない
  - 関係する多くの当事者の意向確認が不可欠
- 対話が中心
  - そもそもお互いに理解するまでには時間がかかる
    - 意思統一のための会議が不可欠
  - 相談、報告の手間が増える
  - 効率性と矛盾する？・・・しかし結果満足度は？

## 特徴その3 常に板ばさみ

- 複数の「当事者」が関与
- 少しずつ価値観が違う専門職
  - 葛藤状態が起こりやすい
  - 優先順位を付けにくい
  - 自分の意向は抑圧しがちに
- 自分のメンタルヘルスを保つ工夫が必要
  - ピアサポート(同業者でのエール交換)が不可欠



## 特徴その4 質の評価

- これからの検討課題
  - 専門職として本当に必要な知識や技能はなにか？
  - 最低限必要な質や量は？
  - どうやって測定するか？
  
  - 長期に続けられる職業として成立するのか？
  - 適切な報酬基準？
- 事例を重ねて検討していくしかないだろう

アメリカの「専門職戦略」

## アメリカの医療機関で働いている 「医療以外の」専門職

- American Society for Healthcare Engineering (ASHE)  
施設管理: 設備基準、感染制御、事故防止など
- American Society for Healthcare Environmental Services (ASHES)  
環境整備: 清掃、リネン、家具、備品などの管理
- The National Association of Healthcare Transport Management (NAHTM)  
移送管理: 郵便、患者の搬送(院内、院外)、物流管理、検体移送
- American Society for Healthcare Human Resources Administration (ASHHRA)  
人材管理
- American Society for Healthcare Risk Management (ASHRM)  
医療安全管理、リスクマネージャー
- Association for Community Health Improvement (ACHI)  
地域医療との関係: 病院へのアクセス、慢性疾患の管理、地域の特性分析、広報など
- Association for Healthcare Resource & Materials Management (AHRMM)  
物流: 資源や物の管理
- Association for Healthcare Volunteer Resource Professionals (AHVRP)  
病院ボランティアコーディネーター
- Association of Healthcare Administrative Professionals (AHCAP)  
病院経営
- Medical Fitness Association (MFA)  
メディカルフィットネス
- Society for Healthcare Consumer Advocacy (SHCA)  
患者アドボカシー
- Society for Healthcare Strategy & Market Development (SHSMD)  
マーケティング、経営

## アメリカ病院協会 (AHA)

- 各部門に関する専門性を高く評価
  - 加入、資格認定などを援助
- 継続的専門教育の提供
- 専門書の出版援助
- 同業者のネットワークの促進
- 専門分野でのリーダーシップ発揮の機会提供
  - 各専門職の全米医療機関への普及を援助
  - 病院機能の洗練

## アメリカの patient advocacy

- 様々な呼称
  - Patient advocacy
  - Patient representative
  - Patient relations
- その他の仲介職
  - Patient liaison
  - Patient coordinator



## institutional change agent

- 相談業務
  - 通訳の手配
  - 入院時手続きのチェック
  - 患者の権利擁護
    - 事前指定や代理人の決定
  - 苦情対応
- 医療の説明
  - 院内、院外の情報提供
  - 院内の調整役
- 質の管理
  - 苦情の分析報告
  - 患者満足度調査
    - 退院後の患者のフォロー
  - スタッフ教育
  - サービス・エクセランス
- その他の業務
  - リスクマネジメント
  - ボランティアサービス
  - ソーシャルワーク

## 患者一人の苦情から発生する損失 (SHCAの試算)

- 一人の患者が支払う平均的医療費 5000 \$
- 患者が一生の間入院する平均回数 5回
  - 不満を感じて、他の医療機関へ行ってしまふ損失 25000 \$
- 一人の不満な患者がいれば、不満を口に出さない6人の患者がいる
- それらの患者が口コミで伝える悪評の人数 平均9~10人
  - 病院に対する否定的なコメントを耳にする潜在的な患者
    - $(1+6) \times 9 = 63$ 人
- 聞いた人の1/4が否定的なコメントに影響を受けて、受診しなくなると仮定する
  - その悪評を信じてこなくなる患者の数 =  $63 \times 1/4 = 16$  16人
- 彼らが他の医療機関で使う医療費 25000 \$
  
- 一人の苦情のある患者から潜在的に発生する損失  
=  $16 \times 25000 = 400,000$  \$

出典: In the name of the patient (AHA)

## 専門職化すること

- メリット
  - 利用者の問題が解決出来る!
  - 社会的地位(医療界での発言権)、満足感
  - 専門的スキルの習得、蓄積
  - 収入の確保?
- デメリット
  - 権威化すると、患者さんから遠のく?
  - さらなる経費
  - 人材不足: 患者さん全員にはつけない

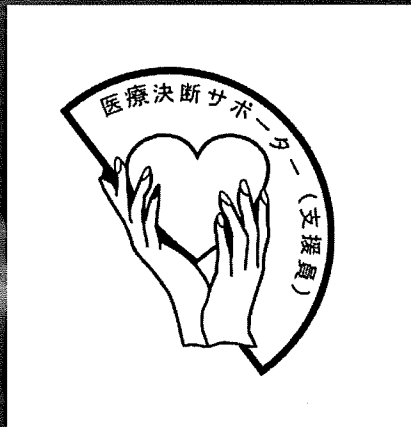
## 「ジェネラリスト」と「プロフェッショナル」

- 解決すべき問題
  - キャリアパス
    - 従来の中間的職種は「燃えつきる」人が少ない
- 考え方
  - 「包括的支援」の専門家
  - (包括的支援)も出来る「専門家」

## 全ては「患者さん」のために

- “In the Name of the Patients”
  - 「SHCA」のテキスト標題より
- 患者さんのニーズがそこにあるなら働く価値がある
- 急速に少子高齢化する日本
  - 家族負担の軽減、社会での分担
- 気がついた人から創ってみよう

ご清聴ありがとうございました





HOME > 週刊医学界新聞 > 第2817号 2009年02月09日

▼ 第2817号

- 【特集】History, History.  
History!!「ローレンス・ティアニ  
一、松村正巳、青木真」
- ローレンス・ティアニー氏による  
金沢大学でのカンファレンス
- 【連載】名郷直樹の研修センタ  
一長日記(終了) (61) 知らざる  
を知らずとす、再び——ピカソ  
とモンスター患者(名郷直樹)
- 【連載】レジデントのための  
日々の疑問に答える感染症入  
門セミナー(終了) (11) 失敗ケ  
ースから学ぶ！ 最初の抗菌  
薬治療に失敗したら(後編)(大  
野博司)
- 【連載】臨床医学航海術 (37)  
医学生へのアドバイス(21)(田  
中和豊)
- 【連載】「風邪」診療を極める  
(終了) (6) 甘くない風邪診療：  
糖とケトンを蹴っ飛ばせ！(瀧  
藤中哉)
- 【連載】レジデントのための  
Evidence Based Clinical  
Practice (2) COPD患者へのア  
プローチ(谷口俊文)
- 【連載】小児科診療のフレーム  
ワーク(終了) (2) KLRモデルを  
用いた日常診療のススメ(土  
嶋智幸)
- MEDICAL LIBRARY 書評・新  
刊案内

▼ 申込・変更

- メールマガジン
- 紙媒体

広告のご掲載をお考えの方へ  
医学書院 **AD BOX**

第2817号 2009年2月9日

## 小児科診療の フレームワーク

Knowledge(医学的知識)－Logic(論理的思考)－Reality(現実的妥当性)の  
「KLRモデル」に基づき、小児科診療の基本的な共通言語を共有しよう！

### 【第2回】KLRモデルを用いた日常診療のススメ

土嶋智幸

(手稲漢仁会病院・小児NIVセンター長)

（前回からつづ）

他の科から小児科研修に来てまず思うのは、「なんかアバウトじゃない？」ということでしょう。

「ゼイゼイしてる？」「元気ある？」と、飛び交う言葉は定義があいまいなことが多いのです。「小児科医として経験を積むしかない」と言われても、研修医の先生や他科志望の先生には無理な話です。今回は、KLRモデルという、小児科診療を初心者にもわかりやすくするために便利なフレームワークを紹介します。

#### ■K: Knowledge／医学的知識

これは読んで字のごとく、教科書や論文などの「情報」としての知識です。マニュアルやガイドラインもこれに当たります。今では常識となった、Up To Dateなどのデータベースもそうです。もう少し広げて考えると、先置研修医や指導医、他の職種の人たちが持つ知識もここに分類されます。

#### ■L: Logic／論理的思考

Knowledgeは一般的なことについてであるのに対し、Logicは、目の前の患者さんの臨床的問題点をどのようにとらえ、どうアプローチするか、ということを考えるスキルです。

言い換えると、患者さんの問題点に対し、どのようにKnowledgeを使っていくか、ということになります。例えば、Knowledgeにおいて「症状Aならば治療B」という情報があり、目の前の患者さんがAという症状をもっていれば、Bという治療が答えとなる、というものです。実際の臨床ではこのようにわかりやすいものから、複数の問題点が複雑に絡み合っているものまでさまざまです。

#### ■R: Reality／現実的妥当性

これは、「医学的ではないが、患者さんのマネジメントに影響を与えること」を意味します。

例えば、児の状態としては入院適応はないが、家族が連日の介護で疲労がたまっているため入院、というケースや、本当はこの薬を使ったほうがよいが、保険適応になっておらず経済的にも厳しいため使用できない、といったようなケースが考えられます。

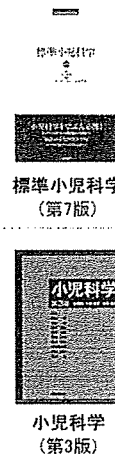
また、研修医でよくあるのは、「点滴を変更しようと思ったが、看護師さんが忙しそうだったので言えなかった」などもここに入るでしょう。

これらはすべて、純粋に「医学的に正しいかどうか」という点で考えるとどうでもいいことなのですが、実際の患者さんのマネジメントにおいては、非常に重要なことなのです。他の科と比べて小児科が「なんとなくアバウト」と感じるのは、実はこの部分が非常に大きいことによるのです。

#### KLRモデルを用いた診療の一例

喘息で人工呼吸器管理となった既往のある5歳女児、夜10時に呼吸苦・喘鳴でER受診。「呼吸促進は軽度で、状態としては喘息の小発作だ(K:重症度の判断、第1回参照)。普通だったら帰宅可能で外来フォローとなるケースだけど、この子は重症化するリスクファクターがあるから注意が必要だ(L:目の前の患者さんの情報をKに当てはめている)。でも、下に小さい弟がいるから母親はできれば帰宅したいと言っている(R)、それに今日は小児科病棟が満床だったな(R)。こんな夜遅くに、転院してまで入院が必要なケースだろうか(R)。本当に帰宅可能かどうか、もう一度考えてみよう(L)。カルテを見直してみると、いつも夜間のERしか受診していない。呼吸状態が悪くなったら再診してくださいと言っても、きちんと受診してくれるだろうか(L、R)。こういうケースは『治療のコンプライアンスも悪くて注意が必要』って指導医の先生が言っていたな(K、L)。よし、ERで点滴しながらもう少し様子を見ることにしよう(L)。あれ、なんだか看護師さんが忙しそうだな。点滴するって言ったら怒られるかな……(R)」

関連書



細菌性髄膜炎の診療ガイドライン



AAP/ANA新生児感染症テキストブック



小児心療内科読本  
わたしの考える現代の子ども

あらためて考えることはめったにありませんが、皆このようなことを考えながら診療を行っているのです。上のケースで、例えば「他院への転院が必要かどうか」ということが一番大きな問題点となるのであれば、「Logicとして、絶対に入院が必要かどうか」を考えればよいこととなります。また、「Logicとしては入院が必要だが、母親がどうしても帰りたいと言っている」ということが問題になれば、「母の希望があるので帰宅」が正解ではなく、「帰宅することでの危険性をよく説明して入院してもらおう」ということが必要になるわけです。

**K・L・Rを身につけるには**

優秀な医学生は、Kタイプと言えるでしょう。ですが、優秀な研修医になるためには、KLタイプになる必要があります。そして、優秀な医師になるためには、KLRタイプにならなくてはなりません。なぜこんなことを考えなければいけないかという、医学部を卒業して研修医として働くなかで、最もぶつかりやすい壁が、「自分は何かわかっていないのかわからない」というものだからです。目の前の患者さんをよくするために、今まで勉強してきた知識を使って一生懸命考えて指示を出す。しかし指導医や看護婦さんに「ホントにこれ必要？」と言われてしまう。指導医は「この患者さんにこの治療は適切？(K, L)」と聞いており、看護婦は「必要なのはわかるけど、今すぐやらなきゃだめですか？(R)」と聞いているのにその違いがわからず、それが何度も続く自信をなくしてしまう。なんとかしようと一生懸命勉強するが(K), L・Rのスキルが不十分なのでどうしてもうまくいかない。

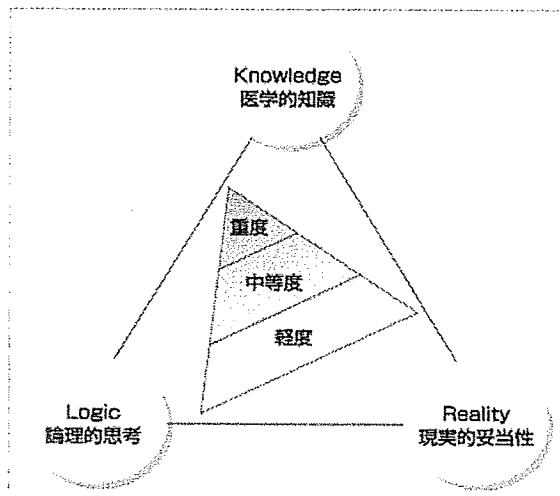
これまでこのような研修医をたくさん見てきましたが、KLRモデルで考えることにより、「自分は何かわかっていないか、何ができていないか」ということがわかるようになるのです。

Kについてはとにかく勉強するしかありませんが、あらかじめすべてを記憶しておくのは無理です。そこでおすすめするのが、「引き出し記憶法・目次勉強法」です。どの情報がどこにあるのか、つまり引き出しの位置だけを記憶するのです。教科書も最初から読み始めるのではなく、目次だけを頭に入れます。何かわからないことがあれば、どの目次の部分をチェックすればいいかということだけを覚えておくのです。世界中のあらゆる情報にアクセスできる現代で学ぶべきことは、アクセスの仕方を覚えることなのです(ただし、医師国家試験に通るぐらいの基礎知識がある、という前提ですよ)。

Lについては、自分の診療について一つひとつ理由をつけるということです。なぜこの検査をするのか、なぜこの治療がこの患者さんに必要なのか、それらをカルテに書く習慣をつけます。指導医にプレゼンするときも、「～の所見があるんですけど、どうしたらいいですか」ではなく、「～の所見があったので、～の可能性を考え、～の治療をしようと思うのですが、それでよろしいですか」というYES/NOクエスチョンにします。毎日の診療でそれらを心がけることで、自然とLogicのスキルが身につけてきます。

最後に、Rについては、言い換えれば「コミュニケーション・スキル」ということになりますが、これを意識して身につけることが一番難しいのです。しかしながら、すべての医師にとって、とりわけ小児科医にはとても重要なスキルです。学生さんであれば、在学中にさまざまな人と話して話す努力をしましょう。特に、医療関係でない人々と話すことが重要です。なぜなら、コミュニケーションとは、共通の理解がない状況でそれを埋めようとするスキルだからです。研修医の皆さんは、自分のアクションについて“NO”を出されたときに、その理由を聞いてみましょう。わからないことをそのままにしておくのはよくありませんし、何がわからないかわからないというのはもっとよくありません。

次回からは、救急外来でよく診る症状・疾患について、前回出てきた「重症度判定」を学びながら、KLRモデルをうまく回すための基本的なツールを身につけていきましょう。



臨床判断におけるKLRモデル 軽度であればあるほど、Rを考える必要性が増す。

(つづ)

**連載一覧**

- [連載] 小児科診療のフレームワーク(終了)(13)
- [連載] 小児科診療のフレームワーク(終了)(12)
- [連載] 小児科診療のフレームワーク(終了)(11)
- [連載] 小児科診療のフレームワーク(終了)(10)

HOME > 週刊医学界新聞 > 第2862号 2010年01月11日

▼ 第2862号

第2862号 2010年1月11日

【新春企画寄稿】指導医に聞く  
研修医の忘れられないひと言  
(川尻宏昭, 林 寛之, 古屋 聡,  
今 明秀, 尾藤誠司, 名郷直樹)

【寄稿】航空機内における医療  
について考える(佐藤健一)

『今日の診療』が第3回JEPA電  
子出版アワード・ロングセラー  
賞を受賞

【連載】レジデントのための  
日々の疑問に答える感染症入  
門セミナー アドバンスト(10)  
各科コンサルテーションへの対  
応(3)腎臓内科での発熱の考  
えかた(2)(大野博司)

【連載】臨床医学航海術(48)  
医学生へのアドバイス(32)(田  
中和豊)

【連載】ノエル先生と考える日  
本の医学教育(8)これまでの  
議論を振り返って(ゴードン・ノ  
エル, 大滝純司, 松村真司)

【連載】レジデントのための  
Evidence Based Clinical  
Practice(13)市中肺炎へのア  
プローチ(谷口俊文)

【連載】小児科診療のフレー  
ムワーク(終了)(13)研修医教育  
に活かすKLRモデル(土島智  
幸)

【連載】論文解釈のビットフォ  
ール(10)重篤度が異なるエンド  
ポイントの複合で起こる問題  
(植田真一郎)

【連載】知って上達！アレルギー  
(10)喘息をハルカ——肺機  
能検査(森本佳和)

【連載】研修病院見学ルポ(9)  
虎の門病院(水野篤)

MEDICAL LIBRARY 書評・新  
刊案内

## 小児科診療の フレームワーク

Knowledge(医学的知識)－Logic(論理的思考)－Reality(現実的妥当性)の  
「KLRモデル」に基づき、小児科診療の基本的な共通言語を共有しよう！

【第13回(最終回)】研修医教育に活かすKLRモデル

土島智幸

(手稲漢仁会病院・小児NIVセンター長)

(前回からつづく)

いよいよ最終回です。今回は番外編として、連載第2回でご紹介したKLRモデルにもとづいた、研修医の教育について考えてみます。医学生・研修医の皆さんには、現在の自分にはどんな勉強が必要なのか、指導医の先生方には、どの段階でどのようなことを指導すればよいのか、それぞれが考える機会にしてくださいと思います。

### 医師の発達段階

連載第2回で、医師に必要なとされるスキルには、Knowledge(医学的知識)、Logic(論理的思考力)、Reality(現実的妥当性の判断力)の3つがあるとお話ししました。医師としてのトレーニングを行う上で、これらをバランスよく身に付けていかなければならないわけですが、すべてを同時に学ぶことはできません。どの時期にどのスキルを学ぶかということは、子どもの発達段階に「医師の発達段階」を当てはめて考えてみるとわかりやすくなります(図1)。

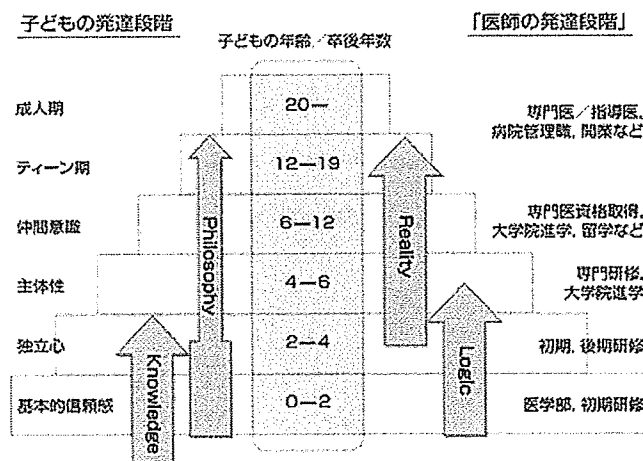


図1 子どもの発達段階と医師の発達段階(矢印は、各スキルを重点的に学ぶ時期)

ここで大事なことは、発達段階に応じて学ぶべきスキルがある、ということです。例えば、独立心が芽生え始めた2歳の子が「ひとりで外に行きたい」と言ったとしても、親はそれを許可するでしょうか。4歳くらいの子がひとりで包丁を使って料理をしたいと言っても、側で見守らないことがあるでしょうか。もともと優秀な研修医ほど、「あいつはひとりでやらせても大丈夫」と言われ、気がついたら側で見守ってくれる指導医がおらず、叱られることもなく育っていつかという事態に陥りがちです。

医師になってすぐの時期は、医学部で学んだKnowledgeが実際の臨床現場では役に立たない場合が多いことに気づき、臨床医としてのKnowledgeを得るのに必死になります。また、それらのKnowledgeをいかに目の前の問題解決のために使用するか、つまりLogicも学ぶことになります。このように奮闘するうちに、Philosophy(医師としての哲学)と呼べるものを無意識下に形成していきます(後述)。

関連書



▼ 申込・変更

メールマガジン

紙媒体

広告のご掲載をお考えの方へ  
医学書院 AD BOX

一方この段階で、看護師さんなど周りのスタッフといかにうまくコミュニケーションを取るか、また、患者さんの家族といかにうまくかかわるか、といったRealityの部分をおもにも重要視しすぎると、学ぶべきことが多くなりすぎてしまいます。初期の段階では、特に小児科で多いRealityに相当する部分については上級医・指導医がカバーし、まずは「医学的に」きちんとした判断を下すことができるように指導しましょう。学ぶ順序を間違えると、「医学的に」入院が必要な状態なのに、「Realityとして」家族と相談して帰宅させてしまう、といったことになりかねません。

「評価」による「価値判断」を避ける

また、研修医を評価することは非常に重要ですが、その評価をもとにして価値判断をしてしまうことは避けなければなりません。具体的には、「2年目なのにこんなこともできないから、あいつはダメだ」とか、「あいつはRealityのスキルがないから、もめそうな症例については担当を外そう」といったようなことです。このような価値判断によって、研修医がむしろ最も努力しなければならない領域において、チャレンジする機会が奪われてしまうこととなります。指導医に必要なことは、評価にもとづいた価値判断ではありません。悪い結果も含め、評価をきちんと研修医に伝え、それでもチャレンジする機会を与え続け、見守り続ける、という意思を示すことです。それによって、研修医は安心して、自分の得意でない領域にもチャレンジすることができるのです。

Philosophy: 医師としての哲学とは

しかし、KLRモデルを使って研修医の教育にかかわっていくうちに、KLRをバランスよく身につけることができれば、それで立派な臨床医になれるのだろうかという疑問が生じてきます。

そこで私が気づいたのは、P:Philosophy(医師としての哲学)というものが別にある、それがLogicとRealityのスキルに大きな影響を与えているということです(図2)。

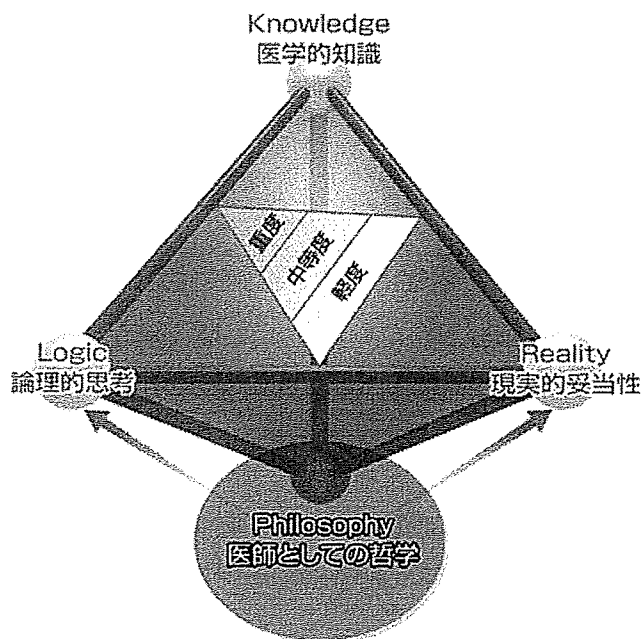


図2 修正KLRモデル(連載第2回の図を改変)

このPには、人間としてのPはもちろん、医師としてのPもあれば、小児科医としてのPもあります。具体的には、「小児科医としては当然こう考えるでしょ」という慣習や、「この病院ではこうする」といったローカルルールや文化など、「うまくは説明できないが、いつもそうしていること」をすべて含みます。

これらのスキルは、自分で努力して学ぶというよりも、集団のなかで、あるいは側にいる指導医を見て、無意識下に学んでいくことが多いのです。指導医と一緒に重症患者を夜通し診る、背伸びをして大きな間違いを起こし怒鳴られる、指導医が飲み会でいつも同じ武勇伝を語るなど、体育会系というか、泥臭いというか、従来の日本的な教育で重要視されていたものが多く含まれていると考えられます。

医師としての、あるいは小児科医としてのこのPhilosophyは、学生時代のアルバイトや遊びも含めた経験から形成された個々人のキャラクターも大きく影響し、キャリアの初期、2-3年間でほぼ固まってしまうだろうと考えます。ですから、親が子どもを側で見守るように、指導医が側で研修医のことをいつも見守り、ときには叱ることも必要だということなのだと思います。親になる準備が完璧にできたから親になるわけではないのと同様、指導医も研修医との関係を通じて、一人前の指導医になっていくということなのでしょう。

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金「医療安全に焦点をあてた  
総合的医療リスクコミュニケーション教育プログラムの  
開発と実践」 八木先生ヒアリング報告（案）

日時：2010年2月25日（木）11：00 ～ 12：20

場所：大阪大学コミュニケーションデザインセンター 大学教育実践センター教育研究棟 I 4階

出席者：八木先生、橋本先生、事務局 古場

■医療のリスクコミュニケーションの特徴

- ・ 医療の特徴として「非定常」であり個人差が大きい点があると考えられる。原子力は定常状態が普通で非定常は特別な状態である。（八木先生）
- ・ 消防団員の安全も建物の特性、周辺の環境、風や天候、救助者の有無など現場の状況による個別性が強い。医療に似ているのではないか。ヒヤリ・ハットが適応しにくいといったこともあるのではないか。特性を踏まえて向いている手法とそうでない手法を明確にしてはどうか。（八木先生）
- ・ 医療の特徴として、リソースにも個別性が強いことと、リソースが多いことがある。子どもの友達のお母さんに看護師さんがいて、そういったリソースをうまく活用できないかと思うことがある。（八木先生）

■科学技術の市民社会への適用

- ・ STS 学会は 2002 年に設立された。医療者の参加は少なく、医療場面に関する研究は多くないのではないか。学会では理論的、思想的研究が主流。（八木先生）
- ・ STS は、2005 年（？）ごろから科学技術振興調整費において、東大、早大、北大などにお金がついたもので、それぞれ特徴的な取組みを行っている。（八木先生）
- ・ コンセンサス会議については、科学哲学から応用へと展開してきた流れがある。この背景には大学側の事情もあるようだ。（八木先生）
- ・ コンセンサス会議の目的は政策決定、合意形成がメインで、医療で言えば臓器移植などのテーマが考えられる。また、教育効果も高く、教育への応用も有効と考えて、大学院教育などで実践している。教育として行う場合は、与えられたテーマについて考えさせ相互に意見を出し合うので、学生が多様である方が望ましい。（八木先生）
- ・ コンセンサス会議の基本的なフレームとしては、1）市民が集まってそのテーマに関するレクチャーを受ける、2）市民がそのテーマに関するキークエスチョンを設定する、3）キークエスチョンに関連する専門家を呼び意見を聞く、4）提言としてまとめる。（八木先生）

■市民とは何か

- ・ 市民の階層化の問題と言うのは確かにある。市民とは何かということについて、国際的には NGO は含めないというのが（研究上の？）ルールになっている。一方で NGO からは「私たちこそ市民」という意見が出されることもある。何も関心がない人を市民とするのかどうか。その点で、医療は誰もが必ず参加するという点が特徴的と言えるのではないか。（八木先生）
- ・ また、医療の場合は対応のフェーズ（健康で受診していない段階、健康不安を持って受診を考える段階、受診した後の段階など）という点も重要だろう。医療事故によるトラブルを見ると、実はか

なり前の段階からトラブルの芽があるということも少なくない。8割くらいは医療上の問題とは別のところに問題があるのではないか。そのような問題への対応を医師が行うべきなのかどうか。(八木先生)

- ・ 聖路加国際病院では、元院長などの病院 OBOG が院内で患者に対する相談対応などのボランティアを行っている。「小児科を守る会」などの患者側からの動きもある。また、横浜国大付属小学校のような学校教育の中での取り組みもある。(橋本先生)

#### ■安全の全体最適化の必要性

- ・ どんどん医療を開いていくべきかという問題もある。例として「カルテを分かりやすくするべき」という議論があるが、専門家として一般の人にはわからないタームを用いることでコミュニケーションが正確かつ効率的なものになるのであれば、そのほうがよいということもある。分かりやすく書くことに医師が時間を取られてしまうと安全が阻害されるということを、患者側も理解する必要があるだろう。専門家の領域の線引きが必要ではないか。(八木先生)
- ・ ただし、そのようなことは、医療者の側からは言いにくいいため、なかなか公にならない。(八木先生)

#### ■医療に対する信頼とは

- ・ 自分だったら、信頼できる医師に判断を任せ、この人が判断を間違ったら仕方がない考える。(橋本先生)
- ・ 大事なのはこの人だったら絶対大丈夫という信頼ではなく、このひとが間違えるのだったら失敗も納得がいくという信頼であるはず。内容ではなくその考え方。マクロ的にも、このメンバーで検討したのであればとか、この手続きだったらといったようにプロセスに対する信頼を持ってもらう装置が必要なのではないか。(八木先生)
- ・ かつては医療全体がそういう装置だったのだろうが、それが変質してきたということ。医療と社会との対峙の構図はここ数十年のことで、医療の側が社会とのギャップに気づかず説明を怠ってきたということではないか。(橋本先生)

#### ■その他

- ・ 市民参加論が進むと専門家の責任放棄にもなりかねないので注意が必要である。医師が選択肢だけは提示するが、どれがお勧めか言ってくれないこともある。(八木先生)
- ・ 小さい子どもを持つ母親としては、どのように医師とコミュニケーションをとればいいのか教えてもらえるなら参加したい。(八木先生)

以上

「医療安全に焦点を当てた総合的リスク  
コミュニケーション教育プログラムの  
開発と実践に関する研究」  
— 科学技術社会論からの話題提供 —

2010年2月28日  
於: 学士会館  
東京大学大学院総合文化研究科  
山邊昭則

## 目次

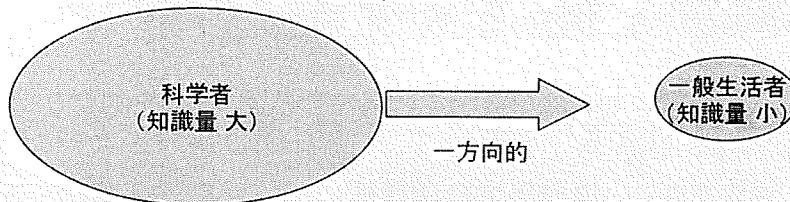
- 「欠如モデル」という暗黙の前提
- 科学的知識の流れ
- 「わかる」の多義性
- フレーミングについて
- 再び欠如モデルについて
- 文脈モデル—文脈に即した知識—
- 素人の専門性モデル(文脈モデルの発展型)
- 市民参加モデル(文脈モデルの発展型)
- (参考) Participatory technology assessment
- (参考) Upstream engagement
- 現代における科学リテラシーとは
- 当初の問題意識との関連(1)(2)
- 科学技術社会論からの主題への示唆

## 「欠如モデル」という暗黙の前提

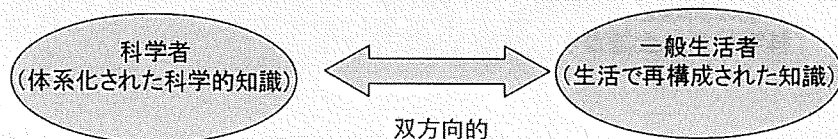
- 科学は正答誤答が一意に定まる知識の集合であり、素人はそれらを受け取る人々。知識は測定可能(○×などの正誤があり量的)なもの。素人はそれらの知識が「deficient(欠けている、不十分な)」のに対し、科学の側は「sufficient(十分な、足りている)」な状態。
- →科学的知識が不十分であることによって、素人は非合理的な主張や恐れ、無理解を示す。
- →科学的知識が増えれば科学に対する信頼が回復し、その受容についても肯定的な態度を取るようになる。
- →従って、素人に科学的知識を注ぎ込み理解増進を行おう、という発想へ(欠如モデルの典型例)。

## 科学的知識の流れ

従来モデル PA: Public Acceptance → 欠如モデル



近年のモデル PUS: Public Understanding of Science





## 「わかる」の多義性

- 「わかる」・・・「事の筋道がはっきりする」「了解される」「合点がゆく」「理解できる」「明らかになる」「判明する」。「納得」・・・「承知すること」「なるほどと認めること」「了解」。
- (英語で)「わかる」・・・「make it reasonable」「come to an understanding」「make sense」「understandable」「become clear」「verified／justified」。「納得」・・・「agree」「recognize as truth」。
- 「それまで頭の中に持っていた知識との関連性がつくこと」、「新しく入ってきた情報、新しく受け取った情報をそれまでの知識構造の中で位置づけること」などと換言できる。
- →人々はどのように知識や情報を受け取っているのか？

## フレーミングについて

- 「複雑な状況下で何を中心的な問題として位置づけるか」という枠の付け方、問題の切り取り方、問題の立て方。
- trans-scientific questions(どのリスクを避け、そのためにどれだけのコストを支払うのかなど、科学に問うことはできるが科学だけでは答えられない問題群、科学だけでも政治だけでも解決できない境界領域の問題群)では、利害関係者によって状況の定義の仕方が異なり、フレーミングそのものの違いや対立によって解決を得られないことが観察される。
- フレーミングの機能を別の観点から捉えると、「知識や経験を組織化し、ある一群の出来事に対する理解の仕方を指示する効果を持つ」と表現することもできる。

## 再び欠如モデルについて

- 欠如モデル→科学的知識は客観的で、確固とした揺るぎ無いものである(「固い科学」観)。理科教科書的科学的観。
- しかし、科学の最先端の現場は、実験結果や解釈の違いで溢れており、「科学的知見は常に書き変わる」、「刻々と移り変わる科学」という言い方のほうが現実に近い(「作動中の科学」観)。
- 科学は常に未完成であること、世の中科学で解決できないものばかり、という側面は忘れられがちに。
- →科学的知識を「受け取ること」の多様性、人々はどのようにそれを受け取るのかということに着目した研究(類型化など)の必要性。

## 文脈モデルー文脈に即した知識ー knowledge in context

- 「科学的知識を受け取るということは、教科書的な知識をそのまま受け取り、その知識の有無が問われる問いに正答できる知識を記憶することではなく、それらを日常の文脈のなかで位置づけ、自らのまわりの状況に役立つ形で蓄積すること。」
- ※「患者の社会的合理性(患者個別的妥当性)に基づく意思決定」「患者や医療環境の個別性・特別性を考慮したリスクコミュニケーション」「家族・親族・代理者を含めた〈関係性〉のなかの意思決定)」

## 素人の専門性モデル: lay-expertise model (文脈モデルの発展型)

- 文脈に即した知識→組織化したもの。
- 「知識を受け取るということは、それらを日常の文脈のなかで位置づけ、自らのまわりの状況に役立つ形で組織化すること。受け取る“側”は固定されず、専門家も知識を受け取る側になり得る双方向型。」
- ※「患者や患者会の経験的な医療知識」「在宅医療の文脈を最も知りうる当事者(患者・家族)による疾病・リスク管理」「Shared Decision Making」

## 市民参加モデル(文脈モデルの発展型)

- 「知識を受け取るということは、受動的に知識を受け取るのではなく、受け取った情報をもとに主体的な判断や意思決定を行い、次の行動を力づける(エンパワーする)こと。社会的な連帯をとおして市民活動へ展開されるケースなど。」
- ※「住民参加型の地域医療再生活動」「社会におけるリスク・ベネフィット・不確実性の共有と意思決定(コンセンサス会議など)」「参加型テクノロジーアセスメント」「Upstream Engagement: 上流からの関与」

(参考) Participatory technology assessment  
参加型テクノロジーアセスメント

- 1970年代にアメリカで始まったテクノロジーアセスメントは、当該技術に関連する専門家によって、その技術の有用性やリスク、社会的影響などが評価されてきた。それに対し、専門家以外のさまざまな利害関係者を評価主体にして、1980年代後半にデンマークで始まり、90年代後半以降、世界的に普及してきたのが参加型テクノロジーアセスメント。コンセンサス会議、シナリオワークショップ、市民陪審などさまざまな手法が開発され、問題の性質や参加者のタイプに応じた使い分けが行われている。

(参考) Upstream engagement  
上流からの関与

- 従来のテクノロジーアセスメントや科学技術をめぐる社会的論争が、既に当該の科学技術が実用化された後や、実用化される直前の段階(下流)で実施されたり発生してきたのに対し、研究開発の初期段階(上流)から、専門家や政策決定者以外の多様なアクターとのコミュニケーションと、それに基づく科学技術のアセスメントを行い、その結果を随時、研究開発や政策決定の場に還元し、漸進的に科学技術の研究開発と社会的適応を図ること。下流段階では、すでに多くの技術的スペックが決定され、多大な投資を受けた後であるため、アセスメントの結果を技術に反映させ修正することが困難であったり、社会的論争が不信など感情的なこじれを伴ったりすることから、必要性が唱えられている。