

引用文献

- 1) 森岡恭彦：「インフォームド・コンセント」（NHKブックス）2001. p.10
- 2) 日本医師会生命倫理懇談会：「『説明と同意』についての報告」1990
- 3) 国立国語研究所病院の言葉委員会：「病院の言葉をわかりやすくする提案：医療者に対する用語意識調査」
<http://www.ninjal.ac.jp/byoin/tyosa/yogo/situmon/>（2011年9月10日アクセス）
- 4) 国立国語研究所病院の言葉委員会：「病院の言葉をわかりやすくする提案：非医療者に対する理解度等の調査」
<http://www.ninjal.ac.jp/byoin/tyosa/rikai/>（2011年9月10日アクセス）
- 5) 文化庁文化庁国語課：「世論調査報告書平成9年1月調査—国語に関する世論調査」1997
- 6) Narumi J, Miyazawa S, Miyata H, Suzuki A, Sugiura T, Oshiumi M & Kosaka S.: Patients' understanding and opinion about informed consent for coronary angiography in a rural Japanese hospital. *Internal Medicine* 37:18-20,1998
- 7) Akkad A, Jackson C, Kenyon S, Dixon-Woods M, Taub N & Habiba M. : Patients' perceptions of written consent: questionnaire study. *British Medical Journal* 333:528-529,2006
- 8) Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K & March V.: Informed consent-why are its goals imperfectly realized? *New England Journal of Medicine* 302:896-900,1980
- 9) Riecken HW & Ravich R.: Informed consent to biomedical research in Veterans Administration Hospitals. *Journal of the American Medical Association* 248:344-348,1982
- 10) Paasche-Orlow MK.: The challenges of informed consent for low-literate populations. Schwartzberg JG, VanGeest JB & Wang CC(eds.). *Understanding healthliteracy: implications for medicine and public health.* AMA Press, 119-140, 2005.
- 11) 国立国語研究所「病院の言葉」委員会：「病院の言葉をわかりやすく—工夫の提案—」（勁草書房）2009
- 12) Rimer B, Jones WL, Keintz MK, Catalano RB & Engstrom PF.: Informed consent: a crucial step in cancer patient education. *Health Education Quarterly* 10:30-42,1984
- 13) Krupp W, Spanehl O, Laubach W & Seifert V. Informed consent in

neurosurgery: patients' recall of preoperative discussion. *Acta neurochirurgica* 142:233-238,2000

- 14) 野呂幾久子, 邑本俊亮:「インフォームド・コンセント説明文書に対する一般市民の理解度とわかりやすさ・安心感の評価」*医療の質・安全学会誌* 2: 365-377, 2008

<資料 1> ニュールンベルグ綱領

- 1 被験者の自発的同意は絶対的本質的なものである。これは、被験者本人が法的に同意する資格のあることを意味するが、さらに、暴力、欺瞞、虚偽、強迫や他の制約や強圧の間接的な形式のいかなる要素の干渉を除いた、自由な選択力を働かしうる状況におかれること、および実験目的を理解し、啓発された上での決断をうるために被験者に十分な知識と理解を与えなければならない。そのためには、被験者によって肯定的決断を受ける前に、実験の性格、期間および目的、行われる実験の方法、手段、予期しうるすべての不利と危険、実験に関与することからおこりうる健康や個体への影響などを知らさなければならない。
同意の性格を確認する義務と責任は、実験を計画するもの、指導するもの、実施するもの、すべてにかかわる。これは個人的な義務と責任であり、罰を免れている他人に委ねることはできない。
- 2 実験は社会の善となる結果を生むべきものであり、他の研究方法手段をもってはえられないものであり、さらに放縦・不必要な実験であってはならない。
- 3 実験は、動物実験の結果、病気の自然史の知識、または研究上の他の問題により、あらかじめ実験の実施を正当化する結果が予想されることを基盤にして設計されねばならない。
- 4 実験は、すべて不必要な肉体的ならびに精神的な苦痛や傷害をさけるようおこなわなければならない。
- 5 死や回復不能の傷害がおこると信ぜられる理由が演繹的にある場合、実験をおこなってはならない。ただし、実験をする医師自らが被験者になる場合は、この限りではない。
- 6 おこりうべき危険の程度は、その実験によって解かれる問題の人間への貢献度を越えるものであってはならない。
- 7 被験者を傷害、死から守るため、いかに可能性のすくないものであっても適切な設備を整えておかねばならない。
- 8 実験は科学的に資格のあるものによってのみおこなわれなくてはならない。実験を指導するもの、実施するものは、実験の全段階を通じて最高の技倆と注意を必要とする。
- 9 実験中、被験者は、実験を継続することが彼にとって不可能な肉体的精神的状態に達したときは、実験を中止する自由がなければならない。
- 10 実験中、責任をもつ科学者は、実験の続行が、被験者に傷害や死を結果しうると思われるときに要求される誠実性、技倆、判断力の維持に疑念の

生じたときには、いつでも実験を中断する用意がなければならない。
＜資料 2＞ヘルシンキ宣言—人間を対象とする医学研究の倫理的原則

1964年 6月	第 18 回 WMA 総会(ヘルシンキ, フィンランド)で採択
1975年 10月	第 29 回 WMA 総会(東京, 日本)で修正
1983年 10月	第 35 回 WMA 総会(ベニス, イタリア)で修正
1989年 9月	第 41 回 WMA 総会(九龍, 香港)で修正
1996年 10月	第 48 回 WMA 総会(サマーセットウェスト, 南アフリカ)で修正
2000年 10月	第 52 回 WMA 総会(エジンバラ, スコットランド)で修正
2002年 10月	WMA ワシントン総会(アメリカ合衆国)で修正(第 29 項目明確化のため注釈追加)
2004年 10月	WMA 東京総会(日本)で修正(第 30 項目明確化のため注釈追加)
2008年 10月	WMA ソウル総会(韓国)で修正

A. 序文

- 1 世界医師会 (WMA) は、個人を特定できるヒト由来の試料およびデータの研究を含む、人間を対象とする医学研究の倫理的原則として、ヘルシンキ宣言を発展させてきた。
本宣言は、総合的に解釈されることを意図したものであり、各項目は他のすべての関連項目を考慮に入れず適応されるべきではない。
- 2 本宣言は、主として医師に対して表明されたものであるが、WMA は人間を対象とする医学研究に関与する医師以外の人々に対しても、これらの原則の採用を推奨する。
- 3 医学研究の対象となる人々を含め、患者の健康を向上させ、守ることは、医師の責務である。医師の知識と良心は、この責務達成のために捧げられる。
- 4 WMA ジュネーブ宣言は、「私の患者の健康を私の第一の関心事とする」ことを医師に義務づけ、また医の国際倫理綱領は、「医師は医療の提供に際して、患者の最善の利益のために行動すべきである」と宣言している。
- 5 医学の進歩は、最終的に人間を対象とする研究を要するものである。医学研究に十分参加できていない人々には、研究参加への適切なアクセスの機会が提供されるべきである。
- 6 人間を対象とする医学研究においては、個々の研究被験者の福祉が他のすべての利益よりも優先されなければならない。
- 7 人間を対象とする医学研究の第一の目的は、疾病の原因、発症、および影響を理解し、予防、診断ならびに治療行為 (手法, 手順, 処置) を改善するこ

とである。現在最善の治療行為であっても、安全性、有効性、効率、利用しやすさ、および質に関する研究を通じて、継続的に評価されなければならない。

- 8 医学の実践および医学研究においては、ほとんどの治療行為にリスクと負担が伴う。
- 9 医学研究は、すべての人間に対する尊敬を深め、その健康と権利を擁護するための倫理基準に従わなければならない。研究対象の中には、特に脆弱で特別な保護を必要とする集団もある。これには、同意の諾否を自ら行うことができない人々や強制や不適切な影響にさらされやすい人々が含まれる。
- 10 医師は、適用される国際的規範および基準はもとより、人間を対象とする研究に関する自国の倫理、法律および規制上の規範ならびに基準を考慮すべきである。いかなる自国あるいは国際的な倫理、法律、または規制上の要請も、この宣言が示す研究被験者に対する保護を弱めたり、撤廃するべきではない。

B. すべての医学研究のための諸原則

- 11 研究被験者の生命、健康、尊厳、完全無欠性、自己決定権、プライバシーおよび個人情報の秘密を守ることは、医学研究に参加する医師の責務である。
- 12 人間を対象とする医学研究は、科学的文献の十分な知識、関連性のある他の情報源および十分な実験、ならびに適切な場合には動物実験に基づき、一般的に受け入れられた科学的原則に従わなければならない。研究に使用される動物の福祉は尊重されなければならない。
- 13 環境に悪影響を及ぼすおそれのある医学研究を実施する際には、適切な注意が必要である。
- 14 人間を対象とする各研究の計画と作業内容は、研究計画書の中に明示されていなければならない。研究計画書は、関連する倫理的配慮に関する言明を含み、また本宣言の原則にどのように対応しているかを示すべきである。計画書は、資金提供、スポンサー、研究組織との関わり、その他起こり得る利益相反、被験者に対する報奨ならびに研究に参加した結果として損害を受けた被験者の治療および／または補償の条項に関する情報を含むべきである。この計画書には、その研究の中で有益であると同定された治療行為に対する研究被験者の研究後のアクセス、または他の適切な治療あるいは利益に対するアクセスに関する取り決めが記載されるべきである。
- 15 研究計画書は、検討、意見、指導および承認を得るため、研究開始前に研究倫理委員会に提出されなければならない。この委員会は、研究者、スポンサーおよびその他のあらゆる不適切な影響から独立したものでなければならない。当該委員会は、適用される国際的規範および基準はもとより、研究が

実施される国々の法律と規制を考慮しなければならないが、それらによってこの宣言が示す研究被験者に対する保護を弱めたり、撤廃することは許されない。この委員会は、進行中の研究を監視する権利を有するべきである。研究者は委員会に対して、監視情報、とくに重篤な有害事象に関する情報を提供しなければならない。委員会の審議と承認を得ずに計画書を変更することはできない。

- 16 人間を対象とする医学研究を行うのは、適正な科学的訓練と資格を有する個人でなければならない。患者あるいは健康なボランティアに関する研究は、能力があり適切な資格を有する医師もしくは他の医療専門職による監督を要する。被験者の保護責任は常に医師あるいは他の医療専門職にあり、被験者が同意を与えた場合でも、決してその被験者にはない。
- 17 不利な立場または脆弱な人々あるいは地域社会を対象とする医学研究は、研究がその集団または地域の健康上の必要性和優先事項に応えるものであり、かつその集団または地域が研究結果から利益を得る可能性がある場合に限り正当化される。
- 18 人間を対象とするすべての医学研究では、研究に関わる個人と地域に対する予想しうるリスクと負担を、彼らおよびその調査条件によって影響を受ける他の人々または地域に対する予見可能な利益と比較する慎重な評価が、事前に行われなければならない。
- 19 すべての臨床試験は、最初の被験者を募集する前に、一般的にアクセス可能なデータベースに登録されなければならない。
- 20 医師は、内在するリスクが十分に評価され、かつそのリスクを適切に管理できることを確信できない限り、人間を対象とする研究に関与することはできない。医師は潜在的な利益よりもリスクが高いと判断される場合、または有効かつ利益のある結果の決定的証拠が得られた場合は、直ちに研究を中止しなければならない。
- 21 人間を対象とする医学研究は、その目的の重要性が研究に内在する被験者のリスクと負担に勝る場合にのみ行うことができる。
- 22 判断能力のある個人による、医学研究への被験者としての参加は、自発的なものでなければならない。家族または地域社会のリーダーに打診することが適切な場合もあるが、判断能力のある個人を、本人の自由な承諾なしに、研究へ登録してはならない。
- 23 研究被験者のプライバシーおよび個人情報の秘密を守るため、ならびに被験者の肉体的、精神的および社会的完全無欠性に対する研究の影響を最小限にとどめるために、あらゆる予防策を講じなければならない。
- 24 判断能力のある人間を対象とする医学研究において、それぞれの被験者候補は、目的、方法、資金源、起こりうる利益相反、研究者の関連組織との関わ

り、研究によって期待される利益と起こりうるリスク、ならびに研究に伴い
うる不快な状態、その他研究に関するすべての側面について、十分に説明さ
れなければならない。被験者候補は、いつでも不利益を受けることなしに、
研究参加を拒否するか、または参加の同意を撤回する権利のあることを知ら
されなければならない。被験者候補ごとにどのような情報を必要としている
かとその情報の伝達方法についても特別な配慮が必要である。被験者候補が
その情報を理解したことを確認したうえで、医師または他の適切な有資格者
は、被験者候補の自由意思によるインフォームド・コンセントを、望ましく
は文書で求めなければならない。同意が書面で表明されない場合、その文書
によらない同意は、正式な文書に記録され、証人によって証明されるべきで
ある。

- 25 個人を特定しうるヒト由来の試料またはデータを使用する医学研究に関し
ては、医師は収集、分析、保存および／または再利用に対する同意を通常求
めなければならない。このような研究には、同意を得ることが不可能である
か非現実的である場合、または研究の有効性に脅威を与える場合があり得る。
このような状況下の研究は、研究倫理委員会の審議と承認を得た後にのみ行
うことができる。
- 26 研究参加へのインフォームド・コンセントを求める場合、医師は、被験者候
補が医師に依存した関係にあるか否か、または強制の下に同意するおそれ
があるか否かについて、特別に注意すべきである。このような状況下では、イ
ンフォームド・コンセントは、そのような関係とは完全に独立した、適切な
有資格者によって求められるべきである。
- 27 制限能力者が被験者候補となる場合、医師は、法律上の権限を有する代理人
からのインフォームド・コンセントを求めなければならない。これらの人々
が研究に含まれるのは、その研究が被験者候補に代表される集団の健康増進
を試みるためのものであり、判断能力のある人々では代替して行うことが
できず、かつ最小限のリスクと最小限の負担しか伴わない場合に限られ、被
験者候補の利益になる可能性のない研究対象に含まれてはならない。
- 28 制限能力者とみなされる被験者候補が、研究参加についての決定に賛意を表
することができる場合には、医師は、法律上の権限を有する代理人からの同
意のほか、さらに本人の賛意を求めなければならない。被験者候補の不同意
は尊重されるべきである。
- 29 例えば、意識不明の患者のように、肉体的、精神的に同意を与えることが
できない被験者を対象とした研究は、インフォームド・コンセントを与えるこ
とを妨げる肉体的・精神的状態が、その対象集団の必要な特徴である場合
に限って行うことができる。このような状況では、医師は法律上の権限を有す
る代理人からのインフォームド・コンセントを求めるべきである。そのよう

な代理人が存在せず、かつ研究を延期することができない場合には、インフォームド・コンセントを与えることができない状態にある被験者を対象とする特別な理由を研究計画書の中で述べ、かつ研究倫理委員会で承認されることを条件として、この研究はインフォームド・コンセントなしに開始することができる。研究に引き続き参加することに対する同意を、できるだけ早く被験者または法律上の代理人から取得すべきである。

- 30 著者、編集者および発行者はすべて、研究結果の公刊に倫理的責務を負っている。著者は人間を対象とする研究の結果を一般的に公表する義務を有し、報告書の完全性と正確性に説明責任を負う。彼らは、倫理的報告に関する容認されたガイドラインを遵守すべきである。消極的結果および結論に達しない結果も積極的結果と同様に、公刊または他の方法で一般に公表されるべきである。刊行物の中には、資金源、組織との関わりおよび利益相反が明示される必要がある。この宣言の原則に反する研究報告は、公刊のために受理されるべきではない。

C. 治療と結びついた医学研究のための追加原則

- 31 医師が医学研究を治療と結びつけることができるのは、その研究が予防、診断または治療上の価値があり得るとして正当化できる範囲内にあり、かつ被験者となる患者の健康に有害な影響が及ばないことを確信する十分な理由を医師がもつ場合に限られる。
- 32 新しい治療行為の利益、リスク、負担および有効性は、現在最善と証明されている治療行為と比較考慮されなければならない。ただし、以下の場合にはプラセボの使用または無治療が認められる。
- * 現在証明された治療行為が存在しない研究の場合、または、
 - * やむを得ない、科学的に健全な方法論的理由により、プラセボ使用が、その治療行為の有効性あるいは安全性を決定するために必要であり、かつプラセボ治療または無治療となる患者に重篤または回復できない損害のリスクが生じないと考えられる場合。この手法の乱用を避けるために十分な配慮が必要である。
- 33 研究終了後、その研究に参加した患者は、研究結果を知る権利と、例えば、研究の中で有益であると同定された治療行為へのアクセス、または他の適切な治療あるいは利益へのアクセスなどの、研究結果から得られる利益を共有する権利を有する。
- 34 医師は、治療のどの部分が研究に関連しているかを患者に十分に説明しなければならない。患者の研究参加に対する拒否または研究からの撤退の決定は、決して患者・医師関係の妨げとなってはならない。

- 35 ある患者の治療において、証明された治療行為が存在しないか、またはそれらが有効でなかった場合、患者または法律上の資格を有する代理人からのインフォームド・コンセントがあり、専門家の助言を求めた後であれば、医師は、まだ証明されていない治療行為を実施することができる。ただし、それは医師がその治療行為で生命を救う、健康を回復する、または苦痛を緩和する望みがあると判断した場合に限られる。可能であれば、その治療行為は、安全性と有効性を評価するために計画された研究の対象とされるべきである。すべての例において、新しい情報は記録され、適切な場合には、一般に公開されるべきである。

<資料3>患者の権利章典に関する宣言

- 1 患者は、思いやりのある〔人格を〕尊重したケアを受ける権利がある。
- 2 患者は、自分の診断・治療・予後について完全な新しい情報を、自分に充分理解できる言葉で伝えられる権利がある。そのような情報を<直接>患者に与えることが医学的見地から適当でないと思われる場合は、その利益を代行する適当な人に伝えられねばならない。患者は、自分に対するケアをコーディネートする責任を持つ医者はだれであるか、その名前を知る権利がある。
- 3 患者は、何かの処置や治療を始めるまえに、インフォームド・コンセントを与えるのに必要な情報を医者から受け取る権利がある。緊急時を除いて、そのような知らされたうえでの同意のための情報は特定の処置や治療についてだけでなく、医学上重大なリスクや予想される障害が続く期間にも及ばなくてはならない。ケアや治療について医学的にみて有力な代替の方策がある場合、あるいは患者が医学的に他にも方法があるなら教えてほしいといった場合には、そのような情報を受け取る権利を患者は持っている。
- 4 患者は、法律が許す範囲で治療を拒絶する権利があり、またその場合には医学的にどのような結果になるかを教えてもらう権利がある。
- 5 患者は、自分の医療のプログラムに関連して、プライバシーについてあらゆる配慮を求める権利がある。症例検討や専門医の意見を求める際、検査や治療に際しては秘密を守って慎重に行なわれなくてはならない。ケアに直接かわる医者以外の者は、患者の許可なしにその場に居合わせてはならない。
- 6 患者は、自分のケアに関係するすべての通信や記録が守秘されることを期待する権利がある。
- 7 患者は、病院がそれをするのが不可能でないかぎり、患者のサービス要求に正しく応えることを期待する権利がある。病院は症例の緊急度に応じて評価やサービスや他医への紹介などをしなくてはならない。転院が医学的に可能な場合でも、転院がなぜ必要かということと転院しない場合どのような代案があるかということについて完全な情報と説明とを受けた後でなければ、他施設への移送が行なわれてはならない。転院を頼まれた側の施設は、ひとまずそれを受け入れなくてはならない。
- 8 患者は、かかっている病院が自分のケアに関してどのような保健施設や教育機関と連絡がついているかに関する情報を受け取る権利を持っている。患者は、自分を治療している人たちの間にどのような専門職種としての〔相互の〕かわり合いが存在するかについての情報をうる権利がある。

- 9 病院側がケアや治療に影響を与える人体実験を企てる意図がある場合は、患者はそれを通報される権利があるし、その種の研究プロジェクトへの参加を拒否する権利を持っている。
- 10 患者は、ケアの合理的な連続性を期待する権利がある。患者は、予約時間は何時で医者は誰で診療がどこで行なわれるかを予め知る権利がある。患者は、退院後の継続的な健康ケアの必要性について、医者またはその代理者から知らされる仕組みを病院が備えていることを期待する権利を持つ。
- 11 患者は、どこが医療費を支払うにしても請求書を点検し説明を受ける権利がある。
- 12 患者は、自分の患者としての行動に適用される病院の規定・規則を知る権利がある。

第4章 医療事故後の対応（協調的解決をめざして）

1. いまなぜ仲介役が必要か

医療紛争の70%は医療ミスでなくコミュニケーション不足であると言われて
いる。したがって医療事故が起きたとしても、事前のコミュニケーションが十
分に取れていれば、紛争という事態を避けることができる。

しかし、コミュニケーションは双方向性の性質を持つので、事前に医療者側
が最善を尽くしたつもりでも、患者家族側にはそれが通じていない場合もある。
特に医療事故直後は被害者家族は気が動転してしまっている。感情的な変化も
激しいものがある。

そのような際には、被害者家族と直接医療者が冷静に話し合うことは困難で
ある。そこで考え出されたのがメディエーションという考え方である。いわば
仲介者がいれば紛争のかなりの部分を避けることができるのではないか。

2. メディエーションとは何か

医療メディエーションは次のように定義される

医療メディエーションとは、患者側と医療者側との対話を促進することをとおして情報
強雨を進め、認知齟齬（認知的コンフリクト）の予防・調整を支援する関係調整モデルで
ある。

医療メディエーターは対話仲介者で、患者側と医療者側双方の語りを、どちらにも偏ら
ない位置で共感的に受けとめ、自分からは見解や評価・判断を示さず、当事者同士の対話
の促進を通して情報共有を進め、認知齟齬（認知的コンフリクト）の予防・調整を支援す
る役割を担う人材である。

医療メディエーターはできるかぎり患者側にも医療者側にも中立である必要があり、医
療機関からの期待を背負ってはならない。したがって、評価、判断、説明、意見の表示な
どは一切行わないように努める。あくまで当事者に語ってもらい、当事者同士が互いの深
い思い、なぜそのような行動をとったかの背景に気づけるようにサポートするのである。

3. 医療メディエーションの前提条件

（1）医療メディエーションは医療の基本的対話モデルである

医療の基本は患者と医療者のコミュニケーションにある。コミュニケーション
の主たるものは対話である。

患者医療者相互の深い情報共有を促す対話モデルとしての医療メディエーションは医療の基本である医療行為そのものとして位置づけることができる。

(2) 医療メディエーションの主役は当事者である

医療メディエーターは主役になってはならない。裏方に徹する。

無理やりに苦情を抑え込んでしまうやり方は望ましくない。

患者側医療者側が直接に向き合っただ対話をし、その中で情報共有により問題を乗り越え、関係を再構築していくことこそが大切であり、医療メディエーターの役割はその手助けをすることである。

(3) 医療メディエーションの目標は「解決」でなく「関係構築」である

苦情や事故時の問題が単に解決したり、決着したりすることを目標としない。苦情や有害事象によって傷ついた「患者側と医療者側との関係」を修復ないし、再構築するようにする。

死亡事故のような不可逆的な有害事象が発生していれば、そもそも患者側にも医療者側にも、ここで終わりというような終着点はあり得ない。

事後も続いていく患者側と医療者側の終わりなき対話を少しでも前向きで意味のあるものにできるように、両者の関係の再構築をめざしていくものである。

(4) 医療メディエーターは構造的な中立性でなく信頼に基づく不偏性を重視する

医療メディエーターは医療機関内の職員が務めるべきである。医療機関以外に中立機関を設けても、派遣が直ちにできるわけではない。タイミングよく当事者に対応できるのは院内メディエーターである。

先入観のない中立よりも、ある程度当事者の情報を持っていた方が有益な支援をしやすい。

時に患者側を保護するために支援したり、時に医療者側を支援したりする、しかしいずれにも偏らないことが大切である。このような信頼に基づいた「不偏性 (impartiality)」を維持する。これはやじろべいのように不偏性を保つことである。

4. 医療メディエーターの行動規範

(1) 伝言で仲介するのではなく、直接対話を促進させる

片方からの考えを聴いて相手方に伝言するのではなく、患者側と医療者側が直接向き合っ自分たちで関係を調節し、問題を克服していけるように援助することである。

医師や病院側の代弁をする人を医療メディエーターとは呼ばない。

(2) 判断、評価、意見の表明、提案はしない

医療メディエーターはあくまでサポーター役であるから、自分の意見や見解を表明したり、評価や判断の提示などは決してしてはならない。

(3) 解決ではなく「情報共有と関係構築」を目的とする

医療メディエーターの役割は患者側と医療者側とを「つなぐこと」であって、問題を「解決すること」ではない。

(4) 分け隔てのないケアの姿勢で心を聴く

患者側と医療者側の言い分を言葉で聴くという姿勢でなく、それぞれの深い思いとその背景を想像して心で聴く姿勢が大切である。

そのため、医療メディエーター自身は、患者側と医療者側の深い思いに気づき、寄り添うセンスとマインドを持っている必要がある。

5. 医療事故と医療メディエーション

(1) 適正な医学的検証

事故調査が適切に行われることが医療メディエーションの必須の条件である。患者目線から見た医療安全、安心の医療への期待を学び取って検証する必要がある。

(2) 誠実な医学的説明

医療メディエーターが医療側に的確に質問して、専門用語を使わない医学的説明を求める。患者側に理解しがたい言葉などはメディエーターが通訳して理解を求める。

(3) 患者側のニーズ

悲嘆体験からの回復が最も基本的なニーズである。

次に真相の究明を求めている。

そして医療者側に誠意ある対応と謝罪を求める。

さらに自分たち以外の人に危害が加わらないように再発防止策を求める。

(4) 医療者側のニーズ

患者側と同様に事故体験から回復したいと考えている。

客観的な事実経過を知り、なぜ防げなかったのか真相究明に対するニーズを持っている。

誠意ある対応と謝罪をしたい。再発防止策も講じたいと考えている。

(5) 相互のニーズ共通性

このようにそれぞれのニーズを考慮するとかなりの点が共通していることが分かる。したがって、共通したニーズに対応していけば、対話と関係の修復が可能となる。

6. 医療メディエーションの実際場面

医療メディエーションの考え方は事故後の対応ばかりでなく、日常業務の中で次のような機会にも使うことができる。

- ①患者相談窓口
- ②インフォームド・コンセント
- ③終末期の倫理
- ④日常診療

文 献

和田仁孝、中西淑美：医療メディエーション —コンフリクト・マネジメントへのナラティブ・アプローチ、シーニュ、東京、2011

第5章 患者の視点に立ったコミュニケーション

1. 医療におけるコミュニケーションが重視される背景

(1) いまなぜコミュニケーションが重視されるのか？

診察時のコミュニケーションは手段であって目的ではない。正確に診断をつけること、診断に基づきその患者にふさわしい治療方法を選択していくことが医師の仕事である。

近年医学の進歩に沿うかのように患者の権利意識も次第に増大してきた。医師患者間の医療情報の非対称性を考えれば、権利の増強は進歩でもあるのだが、自らの義務を無視し、権利のみの主張をよしとする患者も後を絶たない。市場原理主義や消費社会化が進行する中で、人々にお客様意識が高まってきている。

「モンスター - ペーシェント」という表現も登場した。学校に対する「モンスター - ペアレント」から派生した言葉であろう。「学校に理不尽な要求を突き付ける親」から「病院に理不尽な要求を突き付ける患者」を連想させるのに便利な言葉である。

しかし、医療に対する患者の不信感を増強させている要因は患者側の変化ばかりではない。医療の側にも問題が山積している。

主たる病気が感染症から生活習慣病へ移り、疾病構造は大きく変化した。また、それに対応する医学も急速な進歩を遂げた。感染症は早期に治癒するか、死に至るか、比較的決着が早く着くことが多かった。生活習慣病はほとんどが慢性の経過をたどり、病を抱えながら生活する。そのためキュア (cure) よりもケア (care) やマネジメント (management) が医師の業務で大きな位置を占めるようになった。

そうなる時代の変化と共に、患者は医師の臨床的技術ばかりでなく、医師の人間性にも関心を向けるようになった。患者や家族は医療が万能でどのような病気も治してくれると信じるようになった。自分の病気が常に正確に診断され、治癒していくことが当然であって、治らない場合は医師の側のミスと判断する人が増加してきた。そのためこれらの患者や家族に対しては丁寧に「医療の不確実性」を説明し、ある程度の理解を得るための技術や態度を医師が持つ必要性が生じてきた。それがコミュニケーション能力である。

(2) 医療におけるコミュニケーションの特徴

もちろん医療におけるコミュニケーションは、日常生活でのそれと異なる部分が多い。日常生活ではコミュニケーションがとれなければ、関わりを持たないで済むこともある。しかし、医師患者間のコミュニケーションが不十分であ

れば、検査や治療方針の行き違いが生じ、場合によっては患者の身体を傷つけたり、命を脅かす事態も生じるからである。

また、医師の説明内容と実際の経過がことなれば、容易に訴訟に発展する可能性があるのも医療コミュニケーションの特徴である。

医療におけるコミュニケーションを医師から患者への「医学知識の伝達」にあると考えている医師も少なくない。一方通行では単なる伝達であって、伝えられたことを患者がどう理解し、どのように考え、反応するかを無視している。大切な点は患者側がまず病歴と自分の思いや解釈、自己服薬などを存分に語れることである。医師が患者の語りを傾聴することを通して患者を受容することである。また病気に関する説明を丁寧に専門用語を使わず行うことである。それに対する相手方の反応を見ながら、相互に心を通い合わせることがよいコミュニケーションの基本である。

(3) 信頼感は医師と患者の 関係性の中から生まれる

患者との信頼関係の確立がないと患者が自ら考え、自ら行動する医療（セルフケア）は育たない。

社会は経済発展の鈍化や格差の拡大もあって、不平不満の多い状況となっている。そのため、市場では顧客の満足度調査が行われるようになり、医療においては患者満足度調査が行われるようになった。その結果の多くが患者満足度は医師患者間のコミュニケーションに左右されることを示している。

患者と医師の間には医学知識の非対称性をはじめとして大きな溝がある。その溝を完璧に埋めることはできないが、患者ばかりでなく医師の側にも患者の信頼を損ねる要因があることをふまえ、対応を考えるべきである。具体的方法については初診時のコミュニケーションの項で述べる。

2. 外来診療におけるコミュニケーション技法

(1) 初診時の技法

医師を見て患者が持つ第一印象が重要である。ごくふつうに患者が求める医師像は親しみやすく、清潔で丁寧、礼儀正しい、よく聴く姿勢、共感的、あたたかい、軽くない、分かりやすく説明してくれる、質問にも丁寧に答える、感情を素直に表現するなどである。

逆に、医師の側に不潔、冷たい、いばっているという状態がある際には患者は不安感を増強させる。

患者は大きな不安を持って外来を訪れる。少なくともその不安を増強させない配慮が必要である。

そのためには話しの焦点の当て方が特に重要である。うっ血性心不全と歩行

が次第に不安定になってきた患者がいたとする。患者が歩行の問題を相談に来たのに内科医である心臓の問題のみに対応していると患者は「医師には話を聞いてもらえなかった」「私のことを真剣に受けとめてくれなかった」と考える。

患者に敬意を持つことができるかがどうか患者側にも微妙に伝わる。しかし、見ず知らずの人に敬意を持つことはあり得ない。

敬意の気持ちはどこから生まれるか。長く社会に貢献してきた人もいれば、そうでない人もいる。しかし、その人の存在意義はある。フランクフルは人間の価値を3種類に分類した。創造価値、体験価値、存在価値である。医療場面では存在価値を見出すことが大切である。

しかし、家族ですら見放している場合もある。

まったく神経を使わずに淡々と診療することもできないわけではないが、感情を押し殺すことで果していい診療ができるかということそれは難しい。患者はそのような医師からは良い印象を受けない。

そこで有効な方法は人はなぜ病気になるかを考えることである。

生活習慣病が多いとはいえ、人が病気になるのは自己責任ばかりではない。経済的要因や生活において知恵が生かされない場合（教育的要因）も少なくないのである。人間関係によるストレスも人の健康を大きく左右している。したがって、そうした状況を聴くこと、および語られない場合は表情、しぐさ、服装などの外見から知的心理的状况を想像することである。その際に医師側に生じるあたたかいものが患者に対する敬意の源泉である。

初診時の目標は主訴、ないしは受診理由の元になった疾患を診断すること。できればなぜそのような病態になったかを推察できることである。

病歴は風邪を引いたという単純で短時間で話が終わるものから、診断がつかずドクターショッピングを繰り返している例などかなり長くかかる場合もある。後者も患者は隠したい例も多いので、医師の側から根掘り葉掘り聴かないほうがよい。

患者からの話は開かれた質問で尋ねても2分以内に終わることが多い。そのため、忙しい外来診療であっても、医師の方から遮らないほうがよい。

高齢者で認知機能が低下している例では、同じことが繰り返されるので、「そうですか。なかなか大変なのですね。お話はまたあとで聴くことにして、診察をしてみましょう」と面接から診察に移したほうがよい。

（2）再来時の技法

よいコミュニケーションは患者の健康状態によい影響を及ぼす。良心的な医師に診てもらっているという安心感が血圧の安定や血糖の安定をもたらすとの報告がある。

再来では初診時よりも短時間であるが、患者に対し支配的でない医師、情報

を十分提供する医師、患者の個別性に着目して対話できる医師、患者をほめるなどの感情を表現する医師は患者に安心感を与える。

また、患者側もポジティブな面もネガティブな面も両方表現できる患者が経過良好と報告されている。ポジティブな面とは処方された薬がよく効いた、症状が軽くなったなどでよく聞かれることである。ネガティブな面とは、薬を飲んでも症状が軽くない、副作用などで新たな症状が出たということである。信頼感がない患者は別の医師のところに行くか、医師にかかることをあきらめることが多い。再来患者がネガティブな表現も包み隠さず話してくれたら、それらに対し感謝の意を表現する、あるいは薬剤の選択が適切でなかったことを謙虚に詫げるほうが患者に好印象を与える。

(3) 患者満足度

医師が患者の訴えを十分時間をかけて聴き、患者を受容し、患者固有の特徴を把握してくれたかどうかが患者満足度を左右する。

また、医師の見立て、今後の診断方法、治療方針などに関して分かりやすい説明をしてくれたかどうかが患者の満足度を左右する。

医師が専門用語を使うことによって悪影響を及ぼすという研究結果もある。

また、せきたてられた、何も説明がなかった、無視された、コミュニケーションがとれなかったというようなことが医療訴訟につながると言われている。

(4) 医師の満足度

患者との関係が適切であれば、医師のやりがいや健康維持に役立つ。患者とのコミュニケーションが取れると医師の満足度も高まるという報告もある。

医師がワークライフバランスを取っていくためにも、患者とのコミュニケーションがきわめて重要である。

(5) 特徴ある患者とのコミュニケーション

1) 要求の多い人

医師は患者の要求に最大限応えるべきであると考えている患者がいる。生半可に医学知識を持っている。あるいは友人からの口コミで、「あの検査をしてもらえ」「この薬を出してもらえと」言われていて、自分もそうしてもらわなければ損と考えている。

医師は患者の要求すべてに応えることができない。また、医学的に判断して必要なものと不必要なものを判断する。

ある検査を不必要判断しても、その説明が患者に理解されない場合、検査を実施したほうが時間の節約になる場合もある。また、医師には検査をすることによって医療機関の収入を増加させるという気持ちが働くこともある。

すべての要求をかなえていく必要はないが、簡単な検査を施行し、「あなたの病気について一所懸命考えています。この検査だけでもおおよそ見当がつきま

す」などと説明して、病名をつけ、病態を図示して説明すると納得してもらえ
る。

薬剤を多く要求する場合は、副作用の説明をして、必要最小限にとどめるべ
きことを伝える。

2) 几帳面な人

このタイプの患者は薬の数に対するこだわりや再診予約日までの薬剤数など
の計算が優れているので、それらをほめながら計算を手伝ってもらったり、緻
密に確認をしておく。

相手におおらかに生きるほうが健康的であることを少しずつ気づいてもらう。

3) 苦労性の人

自分や自分の周囲にどのような問題が起きても、自分の責任と思い込んだり、
自分を責めたりしがちである。真面目さ、一所懸命な姿勢をほめてあげる。人
生には思い通りにならないことも多く、誰の責任でもなく運命としか言いよう
ないことも起こることを説明する。

4) 疑い深い人

人に裏切られた経験や挫折経験を持っていることが多い。医療に対する強い
不信感が心を支配している例が少なくない。そのため医師に対しても懐疑心が
強い。訴え、特にその背景にある患者の思いや物語を聴く努力をする。病状の
見立て、疑われる疾患、特に悪性疾患を否定するための検査を丁寧に選ぶなど
の努力も必要である。

薬害に対しても熱心に調べていることが多いので、副作用を考慮し最小限の
薬剤を使用する。

5) VIP 待遇を求める人

診察前の待ち時間が長いことにクレームをつけたり、逆に自分の診察時間が
短くてもクレームをつけてくる。他の患者と差をつけることは人道上問題があ
るので、できるだけ患者が少ない日時に予約を取るようにする。

場合によっては、著名な教授や名医と言われている医師宛に紹介状を書き、
大病院でVIP待遇を受けることの難しさを体験してもらう。

6) 孤独を好む人

治療のための人的資源を拒否することが多い。たとえば高齢者の一人暮らし
で、ヘルパーの受け入れが必要なのに断るタイプである。

人に対する好き嫌いがはっきりしているので、医療機関内外で馬の合うスタ
ッフがいればサポート役を依頼する。

7) せっかちな人

すでに自分で病気の診断をしていて、1分でも早く薬をもらって帰りたいと考
えているので、長く引き留めないほうがよい。ただ、重大な病気が隠れている