

《体制の継続》

X 市センターでは医療機関の質のボトムアップをセンターの目標に据えており、それにはフィードバックを重ねるなどのプロセスが必要であると考えられるため、効果が出る、つまり苦情が減るまでには、長い時間が掛かると考えられていた。したがって、質の高い相談支援体制を構築することと同様に重要なこととして、その体制を継続することであると捉えられていた。具体的には、相談業務に携わる人の継続的な育成と、継続可能な体制作りをし、加えてその体制を人が変わっても維持することであった。その理由は、行政の機関では 2 年から 5 年程度で人事異動があるという現状によるものであった。

《役割遂行のための課題》

センター職員が認識している役割遂行のための課題は、サブカテゴリー〈苦情・相談分類の困難さ〉および〈他センターとの交流〉に分けられた。

〈相談・苦情分類の困難さ〉

X 市では、医療安全支援センター総合支援事業で行っている「相談・苦情分類」をさらに細分化したもの（X 市のある都道府県センターと共通書式）を使用していた。相談・苦情の件数は、「医療内容」、「説明不足」、「職員の対応」が大半を占めている。コンフリクト事例は医療行為への苦情と判断されるため、「医療内容」に含まれていた。しかし、さまざまな訴えがあり、かつ、原因・結果双方に「説明不足」や「職員の対応」などが複雑に絡んでいることから、1 種類に分類しづらい現状があることが明らかになった。

〈他のセンターとの交流〉

全国に 372 箇所のセンターがあるが、互いに交流しているセンターの数は不明である。X 市センター職員からは、他センター職員との関わりの中かで、相談支援体制についてのヒントや気づきの機会となったことが語られた。

D. 考察

1. 認識されている目標と役割

筆者の調べた限りでは、センターの職員を対象とした研究は従来ほとんど行われておらず、職員がセンター業務の役割をどのように捉えているか必ずしも明確になってはいなかった。行政が医療相談を受けることの意義を「市民が何を求めているか」や「市民のため」という表現によって多く語られていた。今回の結果から、センター職員が医療法によって与えられた権限の枠の中でセンターの目標を医療の質のボトムアップであると認識し指標を定め、そこにある資源を最大限に活かして役割を果たしている姿が見て取れた。

2. 広報と苦情・相談件数の関係

平成 24 年度医療安全支援センター総合支援事業運営調査によれば、全国のセンターの広報はホームページと自治体ホームページのみで広報しているセンターが多数を占めているが、X 市では多くの市民に積極的に利用してもらおうという試みから、広報に工夫があった。苦情・相談件数が多いということは、必ずしもその地域に苦情を発生させるような劣悪な医療機関が多い、もしくはその地域にクレーマーが多いということを指すのではない。医療機関に不満

を持っている人がいても、センターの認知度が低ければ、相談先が分からず潜在化する可能性は十分ある。X市における相談件数の多さは、積極的な広報によって住民のセンター認知度が高いことが一つの要因となっていることが推測された。

3. 質の高い相談支援とその要因

X市の例では、相談支援の質の高さに関連するものとして、医療監視業務との関係が語られた。自治体によっては、必ずしも医療監視部門とセンターの担当者が重なっているわけではない。相談支援の質に医療監視の存在がリンクすると仮定するのであれば、現在のセンターにおける医療監視の兼任率の調査をしていくことが今後の課題としてあげられる。

加えて、相談員の配置の有無や体制にも自治体によって大きく異なる。これらの差異が業務等に与える影響があるのかどうかも今後検討する必要がある。

4. 寄せられた苦情の活用

現在、医療安全支援センター総合支援事業で把握している範囲では、保健所設置市区で協議会を設置しているセンターはそれほど多くない。また、持っていたとしても、その機能が形骸化している協議会も少なくないと言われている。それゆえ、センター職員が寄せられる苦情を活かし医療の質向上に発展させるためには、協議会の現状を把握した上でそれを活用する方法について改めて考えていく必要があると思われた。

5. 医療安全支援センター総合支援事業の課題

今回、センターの課題として挙げられた

相談・苦情分類の困難さと他センターとの交流については、センターを支援する医療安全支援センター総合支援事業の運営上の課題として考慮する必要があると思われた。中でも、苦情・相談分類を各自治体がどのように行っているか実態を調査し、分類方法を検討する必要がある。変更するとなれば、平成19年から行ってきた調査との直接比較が不可能になることを十分配慮して行わなければならない。もう一つの課題は、センター同士の交流や連携の要望がある中で、そういった場をどのように提供していくか検討する必要があると考えられる。

6. 本研究の限界

本研究の限界は、今回は1か所の保健所設置市区センターのみで調査を行ったため、必ずしも今回の結果がX市以外のセンターに当てはまるとは限らないことである。また、今回の分析は筆者一人で行ったものであり、筆者の主観により分類されている可能性は否めない。今後さらに同種の研究をいくつかのセンターで行う必要がある。

E. 結論

医療安全支援センター職員を対象に、センターの役割認識についてインタビューを行った。その結果、センターの目標は医療の質のボトムアップであり、その目標を達成するためのセンターの役割は、住民ニーズに合った《目標と評価指標の設定》《広報》《質の高い相談支援の提供》《体制の継続》《苦情・相談の活用》であった。同時に《役割遂行のための課題》の存在も明らかになった。

F. 健康危険情報

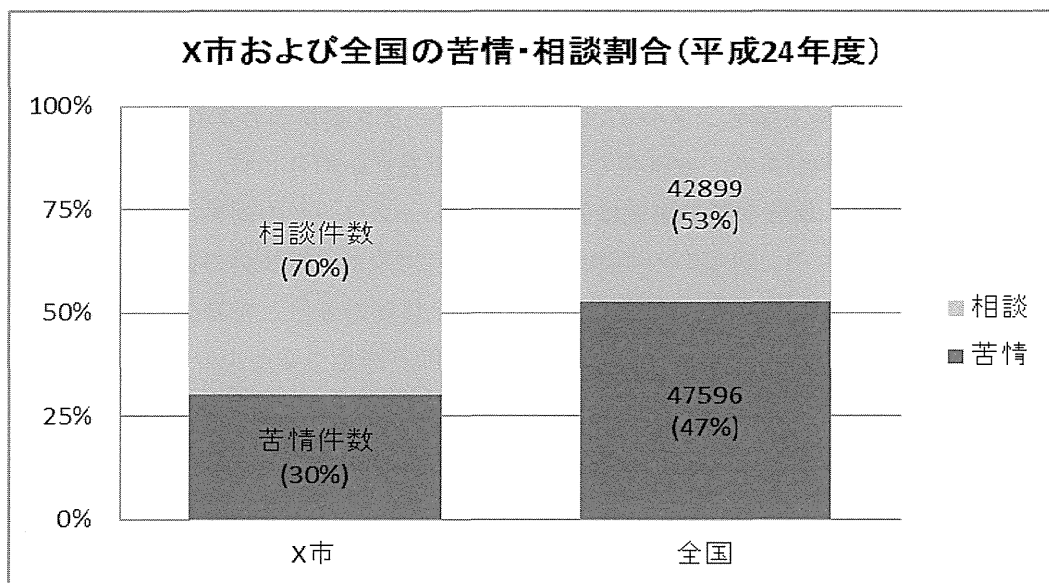
なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の取得状況

なし



(図1)

医療安全支援センターにおける効果的なサービス提供のための研究

～支援者の支援～受け皿作りの取り組み～

研究協力者 水木麻衣子 東京大学大学院医学系研究科医療安全管理学 特任研究員

研究要旨

医療安全支援センターには効果的なサービス提供のために「支援者の支援」の役割がある。本研究で「支援者の支援」の形として、相談員が集う場をつくり、情報交換や事例検討を行うグループワークの効果について考察を行ったところ、地域の相談体制の強化だけでなく、相談員の相互支援につながるということがわかった。今後は、地域の相談体制の強化と相談員の相互支援につながるグループワークプログラムや評価方法をつくっていく必要がある。

A. 研究目的

医療安全支援センター（以下、支援センターとする）は2006年に制度化し、都道府県、保健所設置市区、二次医療圏に設置された医療に関する相談窓口である（医療法第6条の11）。その機能は患者・住民からの医療に関する苦情相談への対応、医療機関ならびに国民への助言・情報提供である。全国372か所にある支援センターには年間約9万件的相談や苦情が寄せられている。相談と苦情の内訳は約1：1。苦情の上位は医療内容・医療行為（38%）、医療従事者の接遇（25%）、医療費（14%）について、相談の上位は健康や病気に関すること（39%）、医療機関の紹介（28%）となっている。苦情の多くは、患者・住民と医療機関の認識のギャップから発生しているものと考えられる。例えば、医療機関は標準的な治療を提供し、説明もしているが、それが患者・住民に十分理解されておらず、結

果に不満足の際に患者の不信や不満につながり、その結果苦情になるといった状況である。また、医療機能によって治療の場、療養の場が変わることが当たり前の医療者とそのことを知らない患者・住民の認識のギャップが考えられる。

院外の持ち出された苦情相談9万件という事態に対し、支援センターの相談員は、患者と医療機関の認識のギャップをうめるべく相談対応をしているが、支援センターの対応でギャップをうめていくには限界があり、支援センターと地域医療機関の相談窓口が連携してギャップを埋めていくことが求められている。医療機関には相談窓口が設置されているものの、相談支援の研修機会は少なく、かつ組織の理解も乏しい部署であることが多い。患者と組織の板挟みになっている相談窓口も少なくない。支援センターは行政に設置されている苦情相談窓口であり、その目的には、地域の安全、

安心が含まれている。もともと、「場」をつくる役割として行政は力があり、経験もある。同じ苦情相談対応をしている支援者を支援することは、支援センターにとっては最も適切な役割ともいえる。しかし、連携は進んでいないのが実態である。その理由は、支援センターが医療機関のニーズを把握していない、連携のきっかけがつかめない、交流会や研修会を企画運営する人材がないといったことが考えられる。医療安全支援センター総合支援事業では、支援者の支援として、グループワークが効果的であると考えている。そこで平成24年度に実施した、下記の二つのグループワークの研修を通して、今後の支援者の支援のあり方について考察する(①A市医療安全支援センターが行った、管内医療機関の相談担当者とのグループワーク②ブラッシュアップ研修として支援センター職員同士のグループワーク)。

B. 研究方法

1. 病院相談担当者と支援センターのグループワーク研修

A市医療安全支援センターは、院内外の相談窓口の連携を促進するために、2012年6月に市内にある17病院の相談員を集めて情報交換会と事例検討のグループワークを実施した。事前準備では、全病院にアンケートを配布し、各病院の相談状況、相談事例の集計分類方法、相談員の職種等の情報を把握した。情報交換会の内容は、前半はアンケート結果の報告と支援センターの概要、相談事例の説明を行い、後半はグループワークとした。グループワークでは、実際の相談事例2例を使い、その事例をどのように考えるかをグループワークで話し合

い、その後まとめを発表し合い全体共有を行った。

2. 支援センター職員のグループワーク

2012年に医療安全支援センター総合支援事業で行った「ブラッシュアップ研修」は相談員が自己の相談対応を振り返る機会と、同じ立場の人との意見交換を通してお互い学びあい、支援しあうことを目的に開催した。内容は相談事例をつかったロールプレイで、相談者、相談員、観察者をそれぞれが体験して感じたことを共有しあった。参加者に①参加の動機、②ロールプレイの難易度、③支援センター主催のグループワーク付研修企画の希望について聞いた。

上記二つのグループワークを通して「支援者の支援」の形について考察する。

(倫理的配慮)

本研究は、すでに公表されたデータを用いて考察している。

C. 研究結果

1. 病院相談担当者と支援センターのグループワーク研修

情報交換会には、市内17病院から23名が参加。相談員の所属、職種、相談対応の考え方は様々で、相談支援に関する研修を受けたことがある人は2名だけだった。また、他院の相談状況、支援センターの存在を知っている人はほとんどいなかった。アンケートの回答では、他の医療機関の職員と話ができたこと、他の医療機関の対応がわかったこと、多職種間でいろいろな情報交換ができたことに満足していた。

2. 支援センター職員のグループワーク

研修参加者56名のアンケートでは、参加の動機は、「毎日の相談の対応に悩んでい

た」、「他の人の対応を学びたい」といったことがあり、グループワーク（ロールプレイ）には苦手意識があるものの、実施してみると相談者の気持ちに近づくことができるなど、発見の多い研修だったことがわかる。支援センター主催のグループワーク付研修企画の可能性については56名中54名が効果的な研修と回答しており、様々な形で「実施したい」意欲はみられる。しかし、「実施困難」「支援があれば実施したい」という回答も多かった。

D. 考察

1. 病院相談担当者と支援センターのグループワーク研修

参加者は、グループワークを通し自施設以外にも患者・住民と医療機関の認識にギャップがあることを共有し、連携して対応することの必要性を確認した。それだけでなく、他院の取り組み、他の相談員の悩み、支援センターのサポート体制を知ること、日頃感じている孤立感や不安全感は薄れその場は相談員の相互支援の場にもなっていた。

支援センターという行政からの呼びかけに参加しやすく、同じ地域で同じ立場で相談業務に関わっている人と交流することが、自施設内での問題解決や自分自身の相談対応の振り返りの機会になるという効果があった。

2. 支援センター職員のグループワーク

「支援者の支援」の形として、相談員が集う場をつくり、情報交換や事例検討を行うことは、支援センター職員の日ごろの相談対応の問題が解決できるなどの効果があった。また支援センター職員が主催して地域医療機関への「支援者の支援」の形についても興味をもち、企画してみたいと思っ

ていることがわかった。しかし、各支援センターが「支援者の支援」を行っていくには、教材づくりや企画運営支援の方法、グループワーク研修の人的、予算的サポートが必要になると考えている人が多かった。

3. 「支援者の支援」の意義

地域には様々な相談窓口があるが、それぞれが個別の対応をしていることが多い。同じ医療の苦情相談を受けていても、お互いを支え合うことは難しい。しかし、同じ立場同士が集まり、日頃の相談の振り返りを一緒に行い、お互いを知ることで、自分の相談対応のスキルアップになり、連携の基盤にもなる。特に医療機関の相談員は研修の機会や困りごとを相談する場所もなく、消化できない事例を抱えて孤立していることも多い。行政として支援センターが相談員の連携の場をつくることは、支援者の支援にも、地域の相談体制の強化にもつながった。

一方で、支援センター職員のグループワークでも同様の効果があり、また、「支援者の支援」という役割を見据えてグループワークの研修に参加していることもうかがえた。二つのタイプの違ったグループワークではあったが、支援センターが「支援者の支援」として、相談員が集う場をつくり、情報交換や事例検討を行うことは、地域の相談体制の強化だけでなく、相談員の相互支援につながることもわかった。その方法として特にグループワークの実施は有効であった。今後は、地域の相談体制の強化と相談員の相互支援につながるグループワークプログラムや評価方法をつくっていく必要がある。

E. 結論

医療安全支援センターが実施する「支援者の支援」は、地域の相談体制の強化だけでなく、相談員の相互支援につながる。今後は、地域の相談体制の強化と相談員の相互支援につながるグループワークプログラムや評価方法をつくっていく必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

水木麻衣子, 加藤加代子, 鈴木雅子, 松浦知子, 瀬川玲子, 原田賢治, 児玉安司. 「病院の相談窓口と院外の相談窓口の連携を目指した取り組み」. 第7回医療の質・安全学会学術集会 (2012年11月23-24日 埼玉)

H. 知的所有権の取得状況

なし

【資料 1】

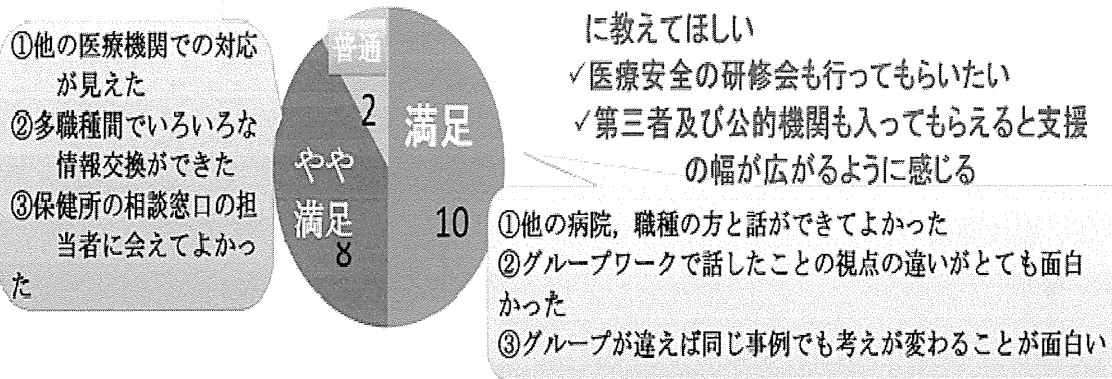
参加者の職種

看護師	薬剤師	MSW/SW	事務職	PSW
7名	1名	4名	4名	4名

参加者のニーズ

- ✓医療安全対策を推進する上で患者・家族教育が必要と言われているのでお願いしたい
- ✓今後も他施設との情報交流がとれる機会を作ってほしい
- ✓相談事例を問題にならない程度に医療機関に教えてほしい
- ✓医療安全の研修会も行ってもらいたい
- ✓第三者及び公的機関も入ってもらえると支援の幅が広がるように感じる

参加者の満足感



【資料 2】

①参加の動機

- ・相談に必要な知識と技術を身につけるため
- ・日常業務で苦勞しており、相談対応力を上げるため
- ・医療相談に関する実践研修を受ける機会画なため
- ・勉強では分からない、相談者への伝え方、言葉の使い方、対応方法、よい方法を他の方から盗んで帰りたい
- ・毎日こんな対応でよかったのかと悩みながら過ごしていたので振り返りのため
- ・新しい知識獲得のため
- ・上司のすすめ
- ・今の自分に不足していることをロールプレイを通して把握したいから

参加者の経験年数

職種	1年未満	2~4年	4年以上	総計
医療資格 (人)	6	3	0	9
看護系 (人)	12	13	5	30
行政職 (人)	8	5	1	14
総計 (人)	26	21	6	53

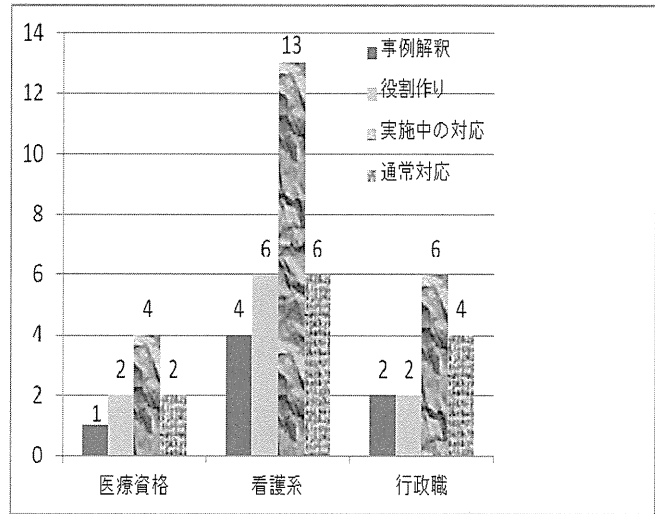
職種の類型は、書かれた回答の中で下記のように分類 「医療資格」は薬剤師、臨床検査技師、放射線技師。「看護系」は看護師、保健師、助産師、相談員。「行政職」は行政職、事務

②ロールプレイングの難易度

- ・自信をもって対応するために知識が必要であることを改めて感じた
- ・医療制度や診療報酬，法的な知識をもつと活用していく必要性を痛感した。
- ・電話相談対応に必要な幅広い知識を学ぶことができた
- ・相談に上がってきやすい，問題になりやすい点に絞られていたので参考になった
- ・相談者の気持ちに近付けた
- ・今までの対応でよかったと確認できた
- ・他の人の受け答えに学べた
- ・相談者には対応者の気持ちが伝わるのが分かった
- ・新しい発見があった
- ・傾聴することが大切であると，スキルを含め再認識した
- ・自分の相談について皆さんからの率直なご意見を頂けて本当によかった

ロールプレイングの難易度

職種	難しい	普通	簡単	総計
医療資格 (人)	7	2	0	9
看護系 (人)	17	14	0	31
行政職 (人)	11	4	0	15
総計 (人)	35	20	0	55



③支援センター主催のグループワーク付研修企画の希望

職場や近隣の支援センター職員向けに実施したい

職種	実施したい	支援があれば	実施は難しい	総計
医療資格 (人)	5	2	2	9
看護系 (人)	19	8	3	30
行政職 (人)	12	3	1	16
総計 (人)	36	13	6	55

◆実施困難な理由◆

- ・やりたいのだが，非常勤のためやりにくい
- ・講師の派遣があれば実施してみたい
- ・各区の事情が異なることもあり難しいのでは，と感じる

医療機関の相談担当者向けに実施したい

職種	実施したい	支援があれば	実施は難しい	総計
医療資格 (人)	4	2	3	9
看護系 (人)	18	10	1	29
行政職 (人)	11	1	3	15
総計 (人)	32	13	7	53

◆実施困難な理由◆

- ・立場が違ふし、対応方法も違ふので難しい
- ・体制が異なり、関心度合いに差があり難しい
- ・保健所と病院が合同で行うと腹を割った話ができないのでは？
- ・行政の立場でどこまで行えるか不透明
- ・講師の派遣があれば実施してみたい

医療機関で病院の職員向けに実施したい

職種	実施したい	支援があれば	実施は難しい	総計
医療資格 (人)	4	2	3	9
看護系 (人)	14	7	8	29
行政職 (人)	8	4	3	15
総計 (人)	26	12	14	53

◆実施困難な理由◆

- ・人・物・金がない
- ・講師の派遣があれば実施してみたい
- ・時間的に難しい
- ・日程調整が難しい
- ・行政の立場でどこまで行えるか不透明
- ・医療機関への研修担当ではないため難しい

医療安全支援センターにおける効果的なサービス提供のための研究

ーセンター設置保健所の医療法と地方自治制度的観点からの分析ー

研究協力者 長川真治 東京大学大学院医学系研究科医療安全管理学 客員研究員

研究要旨

医療安全支援センターが設置されている保健所の機能を地方自治法関連及び医療法関連から分析し、かつ適宜現地調査を実施することにより、市民または患者サービスに資するセンター業務内容の可能性を提言するとともに、その限界についても見極めたい。

現状は各自治体でのセンター業務に対するスタンスや、その自治体規模やセンター業務に携わるスタッフの専門性の違い等から、それぞれ千差万別の状態になっている。それぞれのセンターのスタッフもその業務の限界及び可能性を最大限活用出来ずに、自らが分かる範囲で最大限の活動をしているのが実態と考える。

A. 研究目的

医療安全支援センターでの現地調査を基に、現在の各レベルの地方自治体に委ねられた医療保健政策立案及び実施機能から、各支援センターでの業務内容の可能性とその限界を追究し、市民にとって有用かつ地方自治体にとり効率的な相談支援体制を構築するための提言を行う。

B. 研究方法

既に医療安全支援センターが設置されている保健所が有する又は委任されている許認可業務を分析し、それを踏まえた上で当該保健所がどのような医療安全支援センターを運営しているかを分析する。分析については必要に応じ現地調査を行う。

C. 研究結果

詳細な調査研究は今年度になるが、総合支援事業でのインタビューなどからはそれぞれの地方自治体の有する調査・許認可権限を踏まえた上で活動している事が伺える。

D. 考察

我が国での保健所設置の歴史的経緯から、その後生じた医療保健上の社会問題に対応する為に制度に関しては増改築を重ねてきた状況になり、現在では各保健所が外観上は違いを見いだせない状況になっている。

各地での支援センターが同じ形態で運用される必要は無いと考えるが、その特性を踏まえた上でのモデルセンターを提示する事により、活動要領に戸惑いがある医療安全支援センターに対し、その活動の資とな

ればと考える。

E. 結論

医療安全支援センター設置保健所の医療法及び地方自治的観点からの分析と実態調査を実施する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況

なし

医療安全支援センターにおける効果的なサービス提供のための研究

－訴訟事例からの患者医療者間での情報の非対称性の分析－

研究協力者 長川真治 東京大学大学院医学系研究科医療安全管理学 客員研究員

研究要旨

総括でも述べられているが、患者・家族側は医療に関する専門的知識を持っておらず医療機関側との間で「情報の非対称性」を生じている事が多いといわれる。そしてこれから生じる権威勾配を患者権利擁護の取り組みで補正してもものコミュニケーションギャップは容易には埋まらない。

今回本研究ではこの「情報の非対称性」を訴訟事例から検討するとともに、当事者間での話し合いに委ねたいわゆる「インフォームドコンセント」の法理の限界について提言した。

A. 研究目的

インフォームドコンセントが日本の医療現場で実践されるようになり20年以上になる。現在ではインフォームドコンセント（以下IC）の法理は医事紛争での説明義務違反の根拠とされている。今回訴訟事例を分析して、ICを実施する上での医療現場での障害を検討した。

B. 研究方法

過去の医療裁判事例で説明義務違反が争点となっているもの7例を判例から分析した。

C. 研究結果

裁判事例から分かることは以下の二点である。①原告側に何らかの医療上の不都合が生じている。②実施された診療の実施前の培養認識に関して、少なくとも齟齬を生

じている。ICの本質では情報開示は必要条件ではないが、裁判では医師から患者への説明というイベントが重視されている。

D. 考察

ICの法理では「患者が自己決定をし得るに足りる十分な説明を聞いた」上で治療選択をしていることが条件となっているが、実際に医療者が十分な説明をしたのかどうか、あるいは患者が十分に理解出来たのかどうかを事後の資料から認定する事は不可能である。これは「情報の非対称性」が診療方針を決定する場面でも解決出来たかどうか分からない事になる。実際の裁判での認定は裁判官の単なる予測に過ぎない。「情報の非対称性」を当事者間の解決のみに委ねるのではなく、何らかの手段でICの現場で状況の可視化が行われない限り、今の事後解析では真実は分からない。

E. 結論

現在の医療現場の状況では IC が実践されたかどうかを事後解析する事は不可能である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

「インフォームドコンセントと合意形成
-いわゆるムンテラから何が変わったのか-」日本生命倫理学会第24回年次大会（平成24年10月28日）

H. 知的所有権の取得状況

なし

インフォームドコンセント と合意形成

— いわゆるムンテラから何が変わったのか —

東京大学大学院医学系研究科
医療安全管理学講座
長川 真治

はじめに

- ① 1990年の日本医師会の報告後、インフォームドコンセント(以下IC)は日本の医療現場で実践されるようになってきて20年以上になる。今では自己決定原理(ICの法理)が法曹界での判例に支持され、医事紛争での説明義務違反事例の根拠に用いられている。
- ② 一方でICの法理のもと、医師には「説得」に偏ることのない客観的な説明を行うことが求められるが、言語行為論や社会構築主義の見地からすれば、実際の医療場面において「説明」は「説得」と不可分であるとされている。⁽¹⁾
- ③ 実際の現場での説明義務でのコンフリクト事例を振り返りつつ社会から要求されるICを実施する上で医療現場での障害は何なのかを考えたい。

先行研究と事例から

いわゆる「ムンテラ」から 「インフォームドコンセント」へ

- ICが導入される以前は、「医療パターナリズム」という言葉に象徴されるように優位な医師が劣位にある患者を保護する関係にあり⁽²⁾、この関係の中で合意形成が行われた。この関係の中で形式的な同意書を得る一連の行為がいわゆる「ムンテラ」と呼ばれるものである。
- ICが導入されて以降、「医師は患者の病状と治療方針の候補について、適切かつ十分に患者に説明しなければならず、患者はそれを理解した上で、どうするかを自己決定する」というような決定へのプロセスが提示され⁽³⁾、このプロセスに基づいた合意形成が行われるようになった。

インフォームドコンセントの要素

- ICの7要素 (Beauchamp & Childress) ⁽⁴⁾
 - 1) 患者の意思能力
 - 2) **重要情報の医師による開示**
 - 3) 医学的処置の医師による推薦
 - 4) 開示された情報と推薦された医学処置の患者による理解
 - 5) 医学的処置の患者の決定
 - 6) その決定を行う際の患者の自由意志
 - 7) **患者が選択した医学処置の実行に関する患者による授権**
- この中で2)と7)が特に重要とされている。
- 4)のみが患者と医療者双方の要素を含んでいる。即ち成立しているかどうかを確認することが困難である。

過去の医療裁判事例から

被告側と原告側での説明義務違反に関して争われた訴訟

1. 抗真菌剤投与のリスク (平成15年 大津地裁)
2. くも膜下出血手術後の血管撮影のリスク (平成16年 東京地裁)
3. 大動脈弁置換術における術者の説明 (平成16年 大阪地裁)
4. 甲状腺腫瘍での事前検査の有無 (平成17年 東京地裁)
5. 白血病での治療選択プロトコルの説明 (平成17年 広島地裁)
6. 下顎矯正術に関する手術リスクの説明 (平成19年 鹿児島地裁)
7. 肺がんでのイレッサ使用の合理性とリスク (平成21年 東京地裁)

裁判事例から分かること

- 被告側に関して何らかの医療上の不都合な事態が生じているが、医療上の過失がないと仮定すれば「医療の不確実性」から生ずるものである。
 - 治療効果の不獲得
 - 副作用の発現
- 被告(医療側)と原告(患者側)の間で実施された診療の実施前の内容認識に関して少なくとも齟齬が生じている。
- 理由としては以下の可能性がある。
 - 1) どちらかが詐称している可能性がある。
 - 2) 診療内容の認識で実施前から両者に不一致がある。
- 1)については、一旦コンフリクトが始まれば真実の確認が不可能になる。
- 2)については、先のICの7要素の4)に問題が生じているが、現状では外観から確認するのは困難である。

医療安全支援センター事業から

- 平成23年度調査(平成22年4月～同23年3月)
 - 総相談件数 42345件
 - 苦情件数 22389件
 - 内訳
 - 医療行為・医療内容 8154件
→相談全体約2割、苦情の約4割が医療自体に関する苦情
 - 医療機関従事者の接遇 5079件
 - 医療機関の施設 480件
 - カルテ開示 492件
 - 医療費 3154件
 - セカンドオピニオン 146件
 - その他 5376件

ICでの合意形成のプロセス(3)(4)

- ◆ 決定の分担論
 - オリジナルのアメリカ文化的なIC概念
 - 医師の裁量権の範囲と患者の自己決定権の範囲を定め、両者の間に境界設定をして、「ここまでは医師が決めること、ここからは患者が決めること」というように主権が及ぶ領域を分けることによって、両者の衝突を避ける理論
- ◆ 共同決定論
 - 医療者側から患者への説明と患者側から医療者側への説明という双方向の流れを通して、決定の基礎となる情報を共有した上で、一方が他方に同意するというより、双方の合意を目指すというプロセス
 - 複数人間が共同で決定する為には状況について共通の把握をしていることがまず必要となる

日本におけるICに 内在している問題(3)(5)

1. ICの本質では情報開示は必要条件ではないが、説明自体にも重きを置いたことから半分は医師主体である。
2. 「患者がinformedという状態になる」ことより、「医師が適切な説明をする」ことの方に焦点が合わされている。その他の必要な支援が度外視されている。
3. プロセスの大枠把握により、「説明」される医学的情報が、あたかも意思決定の要となる情報の全てであるような誤解が生じている。



いずれもが「医師から患者への説明」というイベントが重視されることにより生じた問題である。

考察

フレーミング効果と 状況依存的焦点モデル

- フレーミング効果とは⁽⁶⁾
 - － 同じ意思決定問題であっても意思決定問題を記述する言語の相違等による視点の変化により、選好が逆転し意思決定の結果が異なる現象

- 状況依存的焦点モデルでの仮説⁽⁷⁾
 - － ネガティブな言語表現がなされる場合よりもポジティブな言語表現がなされる場合に、確実性に対する注意量が増大する
 - 「ポジティブ」とは意思決定者にとって効用が増加する態度
 - 『ネガティブ』とは意思決定者にとって効用が減少する態度