慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	診療室外における医師患者関係の構築に関する研究
Sub Title	
Author	草野, 康弘(Kusano, Yasuhiro) 秋山, 美紀(Akiyama, Miki)
Publisher	慶應義塾大学湘南藤沢学会
Publication year	2010-02
Jtitle	研究会優秀論文
JaLC DOI	
Abstract	今日の医師患者関係は、パターナリズムと患者の自律性尊重という一見相反する考え方が混在し共存している。特に、慢性疾患の増加に伴い医療者と患者の間の良好な関係構築の重要性が指摘されている。本研究は、現代の医療、望まれる患者医師関係の構築に必要な要素とプロセスについて考察することと、医師と患者の関係性構築に取り組む事例を詳細に分析し、その効果を明らかにすることを目的とした。 経営学の伊丹らが説く「場の論理」に着目し、医師と患者の良好な関係構築に取り組む事例を考察した。その事例の一つである千葉県立東金病院で毎月2回開催されている、専修医対象の住民参加型コミュニケーション研修について、質問紙調査とインタビュー調査を行い、結果として診療室の外で医師と患者がコミュニケーションをとることで、相互理解、相互信頼関係が醸成される事を明らかにした。 本研究では診察室の外で良好な関係構築を築くという視点で、従来の医師患者関係論には無い新しい視点を与える事ができたと同時に、経営学の「場の論理」が医療の場への応用可能性を示すことができたものと考える。
Notes	秋山美紀研究会2009年度秋学期
Genre	Technical Report
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=0302-0000-0632

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

SFC-SWP 2009-A-003

研究会優秀論文

診

療室外における医師患者関係の構築に関する研究

2009年度　秋学期
AUTUMN

草野 康弘　総合政策学部 4年

秋山 美紀　研究会

慶應義塾大学湘南藤沢学会

Keio SFC Academic Society

研究会優秀論文推薦のことば

医療におけるコミュニケーションの改善を目的として草野康弘君が行った研究は、診察室の外で良好な関係構築を築くという従来の医師患者関係論では見られない新しい視点を与えるとともに、経営学の「場の論理」を医療の場への応用可能性を示したものである。草野君は、千葉県立東金病院をフィールドに市民と医療者の関係構築の場づくりの研究を行い、2009年秋の「医療の質・安全学会」の優秀ポスター賞候補にも選ばれた。専門学会で発表される論文に比肩しうる優秀な論文であり、ここに推薦する次第である。

慶應義塾大学
総合政策学部専任講師
秋山　美紀

診療室外における医師患者関係の構築に関する研究

慶應義塾大学総合政策学部４年

草野康弘

Abstract

今日の医師患者関係は、パターナリズムと患者の自律性尊重という一見相反する考え方が混在し共存している。特に、慢性疾患の増加に伴い医療者と患者の間の良好な関係構築の重要性が指摘されている。本研究は、現代の医療、望まれる患者医師関係の構築に必要な要素とプロセスについて考察することと、医師と患者の関係性構築に取り組む事例を詳細に分析し、その効果を明らかにすることを目的とした。

経営学の伊丹らが説く「場の論理」に着目し、医師と患者の良好な関係構築に取り組む事例を考察した。その事例の一つである千葉県立東金病院で毎月 2 回開催されている、専修医対象の住民参加型コミュニケーション研修について、質問紙調査とインタビュー調査を行い、結果として診療室の外で医師と患者がコミュニケーションをとることで、相互理解、相互信頼関係が醸成される事を明らかにした。

本研究では診察室の外で良好な関係構築を築くという視点で、従来の医師患者関係論には無い新しい視点を与える事ができたと同時に、経営学の「場の論理」が医療の場への応用可能性を示すことができたものと考える。

Keywords

1.パターナリズム　2.患者の自律性　3.慢性疾患　4.場の論理

第 1 章　序論 4
1.1 はじめに 4
1.2 研究目的 5
1.3.本論文の構成 5
第 2 章　医師患者関係の変遷 6
2.1 医の倫理とパターナリズム 6
2.1.1.パターナリズムと倫理綱領の歴史 6
2.2.患者の自律性の尊重 7
2.3 疾病構造の変化と患者医師関係モデルの多様化 10
2.4.本章のまとめ 14
第 3 章　関係性構築の「場」づくり 16
3.1.「場の論理」 16
3.2. 医療の場の広がり 19
3.3. 本章のまとめ 25
第 4 章　診療室外の住民と医師のコミュニケーションが患者・医師関係に与える影響 26
4.1 研究対象と方法 26
4.2 結果 27
4.3 考察 30
4.4 結論 31
第 5 章　総括 32
5.1 各章の振り返り 32
5.2 考察 33
5.3 良好な医師患者関係の構築を目指して 34
参考文献 36
謝辞 37

図・表目次

図 1　主な死因別にみた死亡率の年次推移 11
図 2　ヨコの相互作用の発生プロセス　伊丹（2005)より筆者作成..... 18
図 3　場の基本図 伊丹(2005)p49 より転載 18
図 4　「東金病院レジデント研修の全体象」 23
図 5　専修医コミュニケーション研修の様子..... 24
図 6　研修の効果と継続要因..... 31
図 7　診療室外で良好な医師患者関係を築く「場づくり」 34

表 1　エマニュエルらの医師患者関係モデル..... 12
表 2　各事例のヨコの相互作用の条件と発生プロセスの有無..... 25
表 3　専修医コミュニケーションに参加した動機..... 27
表 4　専修医コミュニケーション研修に参加して良かったと思う事柄..... 27
表 5　専修医コミュニケーション研修研修が果たす意味・役割 28
表 6　医師のコミュニケーションスキル向上..... 28
表 7　専修医コミュニケーション研修参加者の意識変化（住民） 29
表 8　専修医コミュニケーション研修の継続参加意欲..... 29

第1章 序論

1.1 はじめに

患者医師関係は、治療上の意志決定や患者啓発などにおいて重要な問題である。現代の医療は医療技術の高度化に伴い、検診・診療の場面で様々な疾患が発見され、治療の選択肢も増えるようになった。また、インターネットの普及により患者自身が得られる情報が増え、価値観やニーズが多様化する一方、誰もが情報の集め方、正しい情報の見極め方といった高いリテラシーを持っているとは言えない。それ故、病気に対する不安や関心も大きくなり、患者自身の意思決定が難しくなっているといえる。そういった今日の医療において専門家である医師は患者に対し、治療に関する説明責任を果たすと同時に患者を教育、啓発をし、患者にとってよりよい治療の選択をしなければならない。すなわち、専門家としての医師は患者へ必要な情報提供を行うことに加え、これまで必ずしも十分とはいえなかった教育、患者啓発という役割を全うすることで、患者の利益を最大化しなければならないという課題に直面している。

これらの問題の根本にあり、再考すべき点に、伝統的な患者医師関係における「パターナリズム」[1]の問題がある。近代医療の誕生以来、医師は患者に対して、患者に利益をもたらすものとされてきたが、70 年代以降、社会の変化と共に、患者の自律性を重んじた意思決定をすべきといわれるようになった。近年では「インフォームド・コンセント」[2]が確立し、患者の「自律性（autonomy）」が尊重され「shared decision making(共有意思決定)」[3]などの考え方が生まれている。つまり、患者と医師の関係が、患者が医師の権威に従う「おまかせ医療」から、患者が医療の意思決定に参加する形に変化してきている。伝統的な医師患者関係に比べて、医師と患者の間のコミュニケーションの重要性はより高まっているのである。「根拠に基づく医療」（EBM : Evidence Based Medicine ）[4]による診療ガイドライン[5]の活用などが言われているが、これは現代の医療が伝統的な患者医師関係である「パターナリズム」から離れ、患者の「自律性（autonomy）」について見直す場面に直面していることを表している。特に患者の意思が尊重される現代においては医療倫理における「医療倫理四原則」や「パターナリズム」の議論は欠かせない。また、患者との情報の非対称性の上に成り立つ医師の専門職としての役割についても改めて考えなければならないだろ

---

1 パターナリズムとは、ラテン語の pater(父)を語源とする言葉で、父権主義や家父長的態度と訳される。医療では、医師が患者の自律性を排除し、患者の利益を前提に意思決定をするものとされる。

2 インフォームド・コンセントとは、information(情報)に基づく Consent(同意・承諾)である。なんらかの行為を人に対して行う際に、その行為についてあらかじめ説明し、相手からその実施について同意をえなければならないことを意味する。

3 共有意思決定と訳される。患者と医師が情報などを共有した上での意思決定を行うことを意味する。

4 EBM（Evidence Based Medicine）とは、「根拠に基づく医療」と訳され、個々の診療場面において、最良の根拠(evidence)に基づき、質の高い医療を実践するというものである。EBM の最も重要な要素は医療の有効性を科学的根拠に基づき考えるということである。

5 米国医学研究所の定義では「特定の臨床状況において、適切な判断を行うために、臨床家と患者を支援する目的で系統的に作成された文書」とされる。

う。どの様な患者医師関係が構築されることが現代の医療の現場では望ましいのだろうか。

1.2 研究目的

本研究の主な目的は、次の二点である。第一に、現代の医療における望まれる患者医師関係の構築に必要な要素とプロセスについて考察すること、第二に、医師と患者の関係性構築に取り組む事例を詳細に分析し、その効果を明らかにすることである。

1.3.本論文の構成

本論文の構成と各章の概要を以下に記す。

第 2 章では、患者の自律を尊重した意思決定が重視されていることや、生活習慣の改善など患者自身の自律性が求められはじめていることを「医療倫理の歴史」と「疾病構造の変化と患者医師関係の多様化」という二つの視点を中心にして整理する。前半では、ヒポクラテス的伝統に立脚するパターナリズムと医療倫理の歴史、患者の自律性尊重に関してインフォームド・コンセント、医療倫理四原則に触れながら概観する。後半では、疾病構造が感染症を中心とする急性期医療から悪性新生物（がん）や生活習慣病を中心とする慢性期医療に変化したことに伴う、現代の医師患者関係の多様化について論じる。

第 3 章では経営学の分野で伊丹らが提唱する「場の論理」に注目し、「場」が生む効果が現代の医師患者関係の構築にとって重要になることを述べる。また、医師患者関係の構築に取り組む事例について「場の論理」を援用しながら考察する。

第 4 章では、千葉県立東金病院で行われる、専修医対象の住民参加型コミュニケーション研修の調査の概要と結果をまとめる。医師のコミュニケーションスキルの向上、住民の予防啓発、医師と患者の良好な関係構築を目的に取り組む「東金病院レジデント研修」の効果があるのかを明らかにし、考察する。

第 5 章では、前章の「東金病院レジデント研修」の調査結果を踏まえ、現代にもとめられる医師患者関係構築の方法についての視座を、総括として述べる。

第2章 医師患者関係の変遷

本章では医師患者関係について整理する。現代の医療では伝統的なパターナリズムだけではなく、患者の自律が尊重された医師患者関係が求められている。そのように至った背景を「医療倫理の歴史」と「疾病構造の変化」という視点から概観することは、医師と患者がどのような場面で、どのような関係を構築することが現代の医療にとって有効であるのかを考えるために意義があると考えられる。

2.1 医の倫理とパターナリズム

2.1.1.パターナリズムと倫理綱領の歴史

患者医師関係について論じる際に重要な領域の一つは「医療倫理」である。現代の医療倫理に最も大きな影響与えたものは、医聖ヒポクラテスが示した『ヒポクラテスの誓い The Oath of Hippocrates)』である。紀元前 4 世紀頃につくられたこの古代ギリシャの集典は、医師が入門する際の誓約書として使用されていた。ヒポクラテスは同時期にギリシャのコス島を中心に活躍した医師である。従来の迷信的要素や思弁的な医学を排除して、科学的実証的な観察を重んずる医学を創始した人物とされる。『ヒポクラテスの誓い』には次のような特徴が記されている。

1)能力と判断の限り、患者の行為となる養生法をとり、悪くて有害な方法をけっしてとらない（善行・無危害の原則）
2)患者の生活について秘密を守る（守秘義務）
3)女と男、自由人と奴隷の違いを考慮しない
4)頼まれても死に導くような薬を与えない
5)婦人を流産に導く道具を与えない[6]

医師患者関係を考える際に最も重要なのは上記①の解釈である。これは「患者にとっての利益を考えるのは医師の能力と判断に基づくものであって、患者自身の判断ではない」と解釈されたことにより、『ヒポクラテスの誓い』そのものがパターナリズムの医の倫理観として考えられてきたという背景を持つ。この解釈について、関根(1998)は、「ヒポクラテス自身、『患者は全てを医師に委ねなさい』とは説いていないのである。パターナリズムの原型となったのは時代の変遷と共に都合よく解釈されてしまったため」と述べている[7]。

先にも述べたようにヒポクラテスは医の倫理綱領に大きな影響を与えた。英国のトーマス・パーシヴァル（Thomas Percival ,1740-1804）によって提案され、1847 年に米国ボストン医学協会によって採択された『パーシヴァル綱領』は近代倫理綱領のさきがけとされており、医療倫理四原則の一つである「善行の原則」を掲げている。このことからも、ヒポクラテス的伝統に影響を受ける倫理綱領といえるだろう。また、1847 年のアメリカ医師

---

[6] 額賀, 2005『医療倫理入門』医療倫理の四原則 勁草書房, p127
[7] 関根, 1998『日本の医の倫理』学建書院, p128

会(American Medical Association)による倫理綱領はパーシヴァルの影響を強く受けているとされる。その後の様々な倫理綱領もヒポクラテス的伝統を受け継いでおり、順を追って紹介していく。

1948年にジュネーブで開催された第二回世界医師会総会で表明された『ジュネーブ宣言』にもその影響は色濃くみられる。全十カ条でつくられたこの宣言の内容は、医師の職業的倫理として、1.医師は人類に奉仕すべきこと、2.医師に感謝の念をもつこと、3.良心をもって医業に従事すべきこと、4.医学の伝統を守ること、5.同僚を兄弟とみなすことの5カ条を挙げている。患者への配慮では、1.患者の健康を第一に考えること、2.患者の秘密を守ること、3.患者を差別しないこと、4.受胎から人命を最大限に尊重して人道に反した医療行為をしないという4カ条が掲げられ、10カ条目に、以上の9カ条を遵守すべきことが誓われている。翌年の1949年にロンドンで開かれた、第三回世界医師会総会で採択された『医の倫理に関する国際規定』では、「医師の一般的な義務」として、1.医療は常に最高水準であること、2.営利に惑わされないこと、3.認められた宣伝は行わないこと、4.職業的独立性をもたないようにすること、5.適正な医療費であること、6.人間に利益のあることのみを行うこと、7.新しい治療は慎重におこなうこと、8.立証できるもののみを行うこと、「病人に対する医師の義務」として、1.任命保護を責務とすること、2.患者に対して誠実を尽くすこと、3.患者の秘密を守ること、4.人道主義で行うこと、「医師の相互の義務」として、1.医療医師には自分がしてもらいたいことをすること。2.同僚の患者をそそのかないこと、3.ジュネーブ宣言を守ることを定めている。

2.2.患者の自律性の尊重

2.2.1 ヒポクラテス的伝統から離れたニュルンベルク綱領

ヒポクラテス的伝統から離れた倫理綱領についてみてみると、1946年に採択された『ニュルンベルク倫理綱領』が初めに挙げられる。この綱領は、第二次世界大戦中のナチスの医師たちが、被験者に対して説明をせず、また同意を得ないままに非人道的な人体実験を行っていたことに対して行われた「ニュルンベルク裁判」によって生まれた。ロバート・ヴィーチは、ナチスの人体実験がヒポクラテス的伝統から離れているというのは、彼らが行った行為が被験者の益を生みだすために行ったものではなく、新たな医学的知識を生みだすことだけを目標にしていた。つまり、ナチスの医師は『ヒポクラテスの誓い』にあるような患者の為の利益に医師が寄与すべきという倫理観を放棄していると指摘している[8]。一方で、ナチスの行為の反省に立ち医学研究においてヒポクラテス的伝統だけを採用してしまうと、人類のための研究さえも禁じられてしまうという問題が挙げられた。その問題に対し、被験者が自身の利益を守ることができるように、被験者から同意をえなければならないという考えを、「人間に対する医学研究を行う指針」として、『ニュルンベルク倫理綱領』(Nuremberg Code1946) のなかに記したのである。この綱領は、はじめてインフォ

[8] ロバート・ヴィーチ, 2004,『生命倫理学の基礎』, p28

ームド・コンセントという概念にはじめて言及した倫理綱領として位置付けることができるだろう。

2.2.2 インフォームド・コンセント

患者の自律性尊重について考える時に最も重要な要素の一つとなるのは「インフォームド・コンセント」である。情報・説明（information）に基づく同意・承諾(consent)と訳される。ここではインフォームド・コンセントの歴史について振り返るが、臨床医学と医学研究とでその歴史を異にすることにも注意しなければならない。

医学研究におけるインフォームド・コンセントは先にも述べたニュルンベルク綱領に端を発し、17 年後の 1964 年ヘルシンキ宣言の中にも登場している。宣言の中では、人体実験をする際に、被験者に「内容を知らされた上での研究、または治療についての同意」という意味で使われている。一方、1981 年に開催された第 34 回世界医師会総会（リスボン大会）で採択された「患者の権利に関するリスボン宣言」では「インフォームド・コンセント」は人体実験の被験者に限らず、あらゆる疾病を対象にした患者にも必要であることが示されている。つまり、医学研究から臨床医学までを包括する概念としてインフォームド・コンセントが確立したのである。宣言には「患者は十分な説明を受けた後で、その治療を受けいれるか、または拒否するかの権利を有する」[9]と示されており、患者の自己決定権と医師の説明義務がより重要視されていることがわかる。前文には、医師は自己の良心に従うこと、患者に最善の利益が与えられるように尽くすという 2 点が述べられている。全六カ条の宣言文の内容は、1.患者は医師を自由に選ぶ権利を有する、2.患者は倫理的判断の下に治療を受ける権利を有する、3.患者は十分な説明を受けた後に、治療の受否を選択する権利を有する、4.患者は医師に機密の尊重を期待する権利を有する、5.患者は尊厳をもって死をむかえる権利を有する、6.患者は精神的倫理的慰めをうける権利を有するというものである。『パーシヴァル綱領』が採択されてから、100 年以上の間ヒポクラテス的伝統が様々な倫理綱領に影響を与えてきたが、されこれまでのパターナリズムを中心とする倫理綱領にはみられない患者の自己決定権の重視されたリスボン宣言となった。

一方、米国で 1973 年に発表された「患者の権利宣言」の中にも「インフォームド・コンセント」の考え方が提唱されているが、こちらは臨床医療を背景として登場した。その歴史は第二次世界大戦以前まで遡り 1914 年の患者の自己決定権を承認したシェレンドルフ判決[10]や大戦後の 1957 年の医師の説明義務付けを示したゾルゴ判決[11]の経験があり、それらによってインフォームド・コンセントの考え方は誕生した。この宣言では、「患者の権利を

---

9 関根, 1998 『日本の医の倫理』学建書院, p139

10 胃の検査に同意した患者から同意なく医が切除されたシュレンドルフとニューヨーク病院協会の裁判。ニューヨーク州最高裁判所の判決により、医師が行った行為が患者にとって必要な治療であったとしても、患者の同意がない場合には医師側に損害賠償請求が課されるようになった。

11 腹部大動脈の造形検査を受けた患者が検査後に下半身麻酔になり、検査の危険性に関する説明が事前に無かったことを問題にした事件。カリフォルニア州控訴裁判所は、患者への情報提供の重要性を指摘。後に同様の趣旨の判決が下されたことにより、危険性に関する説明が法律上の義務となった。

尊重することが医師と患者との関係をより効果的にし、治療に役立つ」[12]と明記している。

その上で、医師や医療機関は患者に対する責務を負っている」[13]とも記している。その内容は、患者の権利として1.思いやりのあるケアを受ける権利、2.疾病についての診断、治療、予後、リスクなどを知る権利、3.医療者側から配慮を受ける権利、4.記録が秘守される権利、5.自己が決定する権利、6.情報を受ける権利、7.点検や説明を受ける権利、というものである。

米国では1983年に「インフォームド・コンセントに関するアメリカ合衆国大統領委員会報告」として、インフォームド・コンセントが法律化された。このようにして米国では、これまで倫理を中心に考えられてきた医師患者関係が、法律を中心とした関係へと変化していったのである。

2.2.3 医療倫理四原則

以上のように、ヒポクラテス的伝統を受け継いだ倫理綱領から、患者の人権尊重という要素が加わり、医師患者関係を考える事となった。1978年にビーチャムが記した『ベルモントレポート』(『生物医学および行動科学研究におけるヒト被験者保護のための国家委員会報告書』)においては、それまでの医療倫理を再考し、自律尊重原則、善行原則、正義原則の三原則が提唱された、さらに翌年の1979年にはそれらの三原則に無危害原則を加えた四原則が提唱され、現在もその倫理が受け継がれている。医療倫理の 4 原則の内容は、自律尊重原則「自律的な患者の意思決定を尊重せよ」、無危害原則「患者に危害を及ぼすのを避けよ」、善行原則「患者に利益をもたらせ」、正義原則「利益と負担を公平に配分せよ」というものである。ヒポクラテス的伝統の善行原則も受け継いでいる。原則とは広辞苑によると「① 他の諸命題が導き出される基本の命題、② 人間の活動の根本的な規則」とされているが、T. ビーチャムとJ.チルドレスの考え方によれば原則とは「意のままに無視できるような経験則ではないが、絶対的な拘束力をもつものでもなく、他の原則と対立しない限り常に拘束力をもつ一応の義務」とされている。また、原則に訴えて医療や健康政策における倫理問題を解決しようとする方法を、原則中心主義という。水野は医療倫理 4 原則の意義を次の 4 点にまとめている[14]。①1970年当時の米国では医学や医療の倫理問題に場当たり的に対応していた。4原則はそれらの問題を統一的に扱うための理論的な基礎を与えた。②当時の医療は、善行原則と無危害原則だけに基づいていた。それに対して、4原則は、自律尊重原則や正義原則の重要性も強調した。③義務論や功利主義といった複雑な倫理理論とは違って、簡潔な四原則は、医療の現場で用いやすい。④異なった倫理理論や道徳観をもつ人が共有できる 4 原則は、彼らが共通の言葉を用いて議論することを可能にした。

---

12 関根, 1998『日本の医の倫理』学建書院, p140
13 関根, 1998『日本の医の倫理』学建書院, p140
14 水野, 2005『医療倫理入門』勁草書房, p54

(1)自律尊重原則

自律（autonomy）という言葉はギリシャ語の autos (self)と nomos (law)に由来する。ビーチャムらは自律尊重原則を消極的責務と積極的責務の二つの形に分けている。消極的責務は、「自律的行為は他者による統御的制約を仮定してはならない」[15]とされ、積極的責務は、「患者の自律的な意思決定を促進するために、情報開示するということ」とされる。これは、患者が自律的意思決定を行うには、数ある選択肢を利用可能とする為に他者による協力が必要であるという立場をとるものである。つまり、単に患者に意思決定の自由を与えるだけではなく、患者の自己決定を助けるという意味も含む。

(2)善行原則

善行(beneficence)とは、他人に利益をもたらすための行為であり、善行原則とは、その道徳的責務である。善行原則は、①害悪や危害を防ぐべきである、②害悪や危害をなくすべきである、③善をもたらしたりそれを促進したりすべきである、という３つの形をとる。

(3)無危害原則

医療倫理における危害(harm)の概念は、物ではなく人に対する害悪に限定される。また人間の意図や過失に基づく行為や不作為がもたらす害悪だけを含む。無危害原則とは、「人に対して危害や害悪を加えてはならない」「危害を引き起こすのを避ける規範」とされ、この原則により、「危害を引き起こすのを避ける」、「害悪や危害を加えてはならない」という二つの責務が導かれる。つまり、これらの責務が課せられるのは、注意義務として、危害が及ぶことを避けるために十分で適切な注意を払うことといえる。

(4)正義原則

正義原則とは、「社会的な利益と負担は正義の要求と一致するように配分されなければならない」というものである。正義原則は、形式的な正義の原則と実質的な正義の原則を含む。形式的な正義の原則は、「類似しているものは、同様に扱わなければならない」というものである。つまり、類似した状況下の患者は、同様の医療を受けられるようにすべきであるということである。一方、実質的な正義の原則とは、二人以上の個人が平等な扱いに値するために何が等しくなければならないのかを特定する原則である。つまり、利用可能な資源と治療の範囲で患者を平等に扱うための判断である。

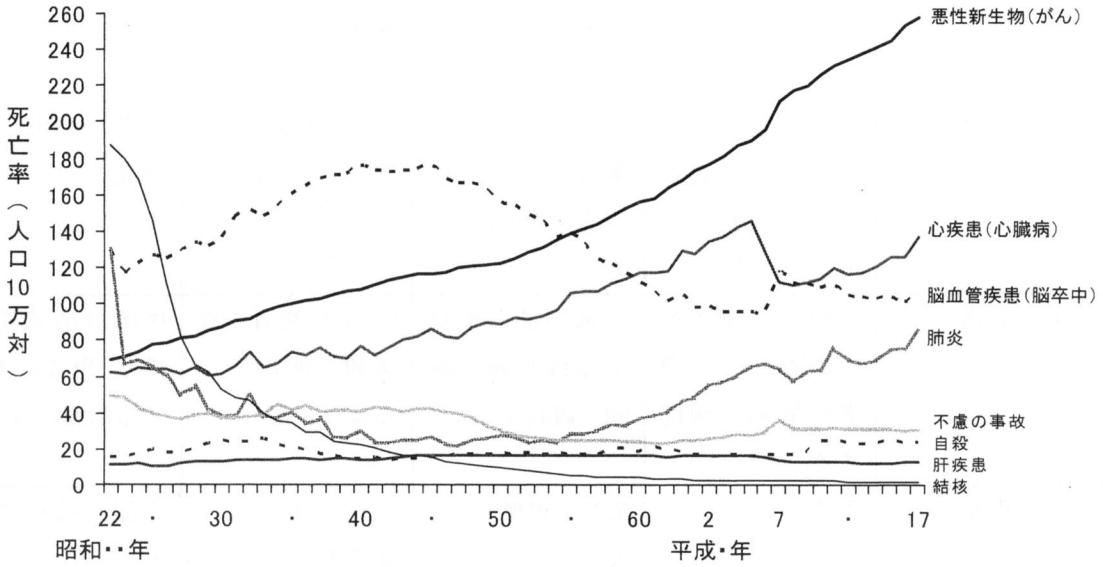
2.3 疾病構造の変化と患者医師関係モデルの多様化

昭和 20 年以降、日本における疾病構造は大きく変化している。結核を中心とする感染症による死亡が大きく減少して、心疾患や脳血管疾患、悪性新生物（がん）などが死因の中心となった（表１）。つまり、このような日本における疾病構造の変化は、日本の医療が急

15 トム・L・ビーチャム, 2009『生命医療倫理』, p80

性期疾患から慢性疾患中心の形に変化していることを意味する。ほとんど全ての国民が慢性疾患に罹患すること、またそのリスクが高まっている状況において、国民一人一人の健康意識の高まりによって患者自身が疾患を予防することの重要性がいわれている。さらに疾病構造の変化によって、予防医療など医療の場が一医療機関にとどまらず地域の場へと拡大しているのである。これに伴い、あらためて患者医師関係の在り方も問われてくるだろう。病気をとりまく様々な場面で医師・患者それぞれがどのような役割を果たすかを明確にすることは大きな意義があると思われる。

図 1主な死因別にみた死亡率の年次推移



出典：厚生労働省平成１７年人口動態統計

これまでの患者医師関係はパターナリズムと患者の自律性尊重の視点を中心に論じられてきた。しかし、それらの議論にはパターナリズム批判が中心に語られてきたという特徴がある。パターナリズム批判は自律性の排除について語られることが多いために、患者の自律性尊重が善で、パターナリズムが悪であるという単純な二項対立の問題として語られがちである。しかしながら、実際の医療現場における倫理的判断はより複雑である。例えば、救急車で運ばれてきた意識がない患者に対する治療においてパターナリズムは有効であるが、生活習慣の改善のような自律性が求められる慢性疾患の患者には同様に有効であるかは、別問題である。医師患者関係はその時と場合により、パターナリズムを選択する場合もあれば、自律性を尊重する場合もあり、医師がその都度、倫理的判断を考慮しなければならないことが指摘できる。つまり、医師と患者がどのような場で、どのような関係を築き、医師が倫理的な判断を行うかというのは今日多様化する医療では重要な問題にな

っている。これまで医師・患者関係のモデルは、サスとホレンダー(1956 年)、ヴィーチ(1972 年)、エマニュエルら(1992 年)、クィルとブローディ(1996 年)、オザール (2004 年) らによって数多くが提唱されている。今回はエマニュエルらのモデルとオザールのモデルについて特徴を述べることにする。

エマニュエルら (1992 年) のモデル

エマニュエルら (1992 年) は患者医師関係をパターナリズムモデル、審議モデル、解釈モデル、情報提供モデルの四つの関係に類型化している。以下、それぞれの特徴を詳細に述べていく。

表 1 エマニュエルらの医師患者関係モデル (Emanuel & Emanuel ,1992 額賀,2005 改変)

	パターナリズムモデル	審議モデル	解釈モデル	情報提供モデル
患者の価値観	緊急事態等の状況で、医師と患者との価値観の相違はない。	患者の価値観は議論により変化する余地がある。	患者の価値観は、未確定で明確にする余地がある。	患者の価値観は、確定し自己決定を行う。
医師の義務	医師は、患者の意向に関係なく、患者の福利を増進する。	医師が最も推奨する価値観を説明し説得する。	医師は、患者の価値観が明確になるよう手伝う。	医師は情報を提供し、患者の選択する治療に従う。
医師の役割	保護者	先生 (教師) 友人	カウンセラー 助言者	有能な技術専門家

(1)パターナリズムモデル

パターナリズム (paternalism) とはラテン語の父 (pater) を語源とし、父親が子供の価値観を無視して、父親の判断で子供にとって善いことをするという関係性のことである。医療の場合においては医師が患者の価値判断を理解しないままに、医師の判断で患者にとって善いことを判断し、治療を選択するという場合の関係性をいう。つまり、医師が患者より圧倒的に医療情報を多く持っているために、医師のみが意思決定でき、それが患者にとっての最大・最善の利益であるという考えに基づくものである。日本において、患者が医師に医療行為の判断をゆだねる「おまかせ医療」もパターナリムモデルに包括されるだろう。このモデルの利点は、患者が重体のまま病院に運ばれてくるような救急医療や、患者が意識不明で患者自身の意思決定ができない場合などの状況において最も有効に機能すると考えられる。つまり、1)患者の価値観が治療法に影響を与える可能性がほとんどない時 (急性虫垂炎など) 2)病気などで患者の判断能力に問題がある時などにこのモデルは有効である。

(2)審議モデル

審議モデルでは患者の価値観が議論によって変化する可能性を有しており、医師はそれに対して最も推奨する価値観を説得し説明するというもので、医師が友人や教師としての役割を果たすモデルである。つまり、医師が患者の価値観を聴き、それが間違っている、または善くないと判断した場合に医師は患者の価値観に変化を促そうと対話により説得するということである。パターナリズムと異なる点は医師の価値観を一方的に与えるのではなく、対話によって説得するという点である。

(3)解釈モデル

解釈モデルでは患者の価値観が未確定であるために、医師がカウンセラーとしての役割を果たし、患者の価値観を明確にするための手助けを行うという義務を持つモデルである。つまり、患者がある治療法を選択したいと考えた時に、その判断はリスクや予後を正しく理解した上での判断であるのかどうかを確認するという目的や、治療の選択に対して十分な情報を持っていない場合には情報を提供するという目的をもつ。また、患者が誤った選択をしていると医師が判断した場合には対話を続ける。以上のように医師はカウンセラーの様な役割を果たしながら患者の価値観を明確にするように手助けを行う。

(4)情報提供モデル

情報提供モデルにおける医師の役割は、治療に関する医学的事実を患者に提供することにある。また患者の価値観は明確にされており、医師はその価値観と治療方針に従うという関係である。つまり、考えられる全ての治療に関する情報を医師は患者に提供し、患者に選択してもらうというモデルである。情報提供モデルは患者の自律が尊重されており、医師の価値観は排除されている。一方で、患者は情報を提供されているだけで医療的に十分な支援がされておらず、医師は患者がその情報を正しく理解して治療方針の意思決定を行っているかという余地がないため、多くの危険を含む。

オザール(2004)のモデル

D.オザールは医師患者関係のモデルをエマニュエルらのモデルと同様に４つに類型化している。「コマーシャルモデル」、「ギルドモデル」、「エージェントモデル」、「インタラクティブモデル」という４つのモデルである。

「コマーシャルモデル」は医師と患者がお互いの利益を最大にすることだけに関心を抱くような、市場における競争関係を前提とする。

「ギルドモデル」は、医師の専門的知識と、それに対する患者の「知識不足」との格差を前提とし、医師が単独で医療の判断を行うことが望ましいとする。つまり、パターナリズムモデルに近いものといえる。

「エージェントモデル」は患者に対する医療サービスは患者の判断にゆだねられているとする。つまり患者の価値観が明確で、医師はその価値観に従うというモデルである。

「インタラクティブモデル」では、医師と患者とが対話をして価値観のすり合わせをおこない、最終的に患者の福利に沿うような意思決定を行う。

以上、エマニュエルらのモデルとオザールのモデルについてまとめると、「パターナリズムデル」と「ギルドモデル」は伝統的なパターナリズム、「エージェントモデル」と「情報提供モデル」は患者の自律だけが尊重されたモデルである。一方で「審議モデル」「解釈モデル」「インタラクティブモデル」はそれぞれに多少の差はあるものの、患者の価値観を明確にするために自律が尊重されながら医師の対話が実現しているという点で共通している。

つまり、疾病構造が変化したことにより患者の自律性は尊重されるべき、また求められるべきであるが、その医師の倫理的判断と患者の価値観によって自律がどの程度、尊重され求められるかには差があるということである。

2.4.本章のまとめ

ここまで、医療倫理とパターナリズム、患者の自律性の尊重、疾病構造の変化と医師患者関係について論じてきた。ヒポクラテス的伝統は「パーシヴァル綱領」、1847 年のアメリカ医師会の倫理綱領、1948 年の「ジュネーブ宣言」など長い間、医療倫理に強い影響を与えつづけた。一方で、1946 年の「ニュルンベルク綱領」1964 年の「ヘルシンキ宣言」は医学研究の立場からヒポクラテス的伝統からの脱却をする。また、1914 年のシェレンドルフ判決や 1957 年のゾルゴ判決によって臨床医療の立場からインフォームド・コンセントという概念が生まれ、1981 年のリスボン宣言では、人体実験のみに適用されていたインフォームド・コンセントが、あらゆる疾病を対象とした患者にもそれが必要であることが示された。以上のように、医師患者関係は伝統的なパターナリズムからインフォームド・コンセントを中心とした患者の自律を尊重した関係へと変化してきた。1978 年には医療倫理三原則として、善行原則と自律尊重原則、正義原則が提唱され、1979 年、その三原則に無危害原則が加わり、医療倫理四原則が確立した。この四原則は、様々な倫理観・道徳観を包括する原則として大きな意義をもったのである。

本章の後半では疾病構造の変化と、医師患者関係の変遷について論じてきた。昭和 20 年代以降、日本における疾病構造は結核などの感染症中心の急性期疾患から、心疾患や悪性新生物（がん）を中心とする慢性疾患へと変化してきた。つまり、患者医師関係において、急性期ではパターナリズムが有効であったが、自生活習慣の改善のような自律性が求められる慢性疾患の患者にも有効であるかどうかという議論が必要なってきたのである。

以上のように、医師患者関係はパターナリズムから、患者の自律が尊重された関係へと変化してきた。また慢性疾患の増加は医療の場を一医療機関から地域の場へと拡大した。患者の自律が尊重されるということは、患者が治療の意思決定場面に参加するということ

である。しかし、患者の誰もが自らの価値観を明確にしているわけではない事に加え、患者は医師に比べて十分な医療知識を持たない。つまり、意思決定に至る過程で医師側には、患者がどれだけ医療知識を持ち、どの程度のリテラシーがあるのかを把握する事や、疾病の背景にある生活習慣などを知る必要がある。また、患者側には医療の参加者としての自覚を持ち、医療知識を学ぶことに加え、自らの価値観を明確化するために医師への働きかけが求められるのである。

以上より、今日の医療現場においては、よりより意思決定を生むために、患者と医師の間で医療知識や社会的情報などの共通理解を生むことが求められるという事である。

第3章 関係性構築の「場」づくり

本章では、医師患者関係構築の事例を、経営学の伊丹が説く「場」の概念に着目して考察を行う。伊丹は組織における「場」の重要性を説き、「場」は「人々の共通理解」「個人の情報蓄積」や「共感」を生むという。これらの要素はいずれも現代の医師患者関係構築にとって重要と考える。第 2 章で述べたとおり、患者医師関係は、主に急性期医療における伝統的なパターナリズムの関係と、慢性期医療における患者の自律が尊重される関係が混在している。特に慢性疾患が増加し、医療の場が病院から家庭や地域へ移行している昨今、医療者と患者は診療室の外で医療知識や社会的情報など様々な情報を共有し共通理解を生むことが求められている。例えば、生活習慣病の患者に対しては、医師は疾患のみならず患者の生活全体をみるプロセスが重要になる。そのような意思決定を積極的に行うためには、医師と患者双方の働きかけが必要になる。しかしながら、医療知識などに対する共通理解は患者と医師の間ではまだ十分ではない。そこで、お互いが医療知識や社会的情報を学び合うための「場」を設ける必要がある。こうした場づくりによって、患者自らの価値観に基づいて意思決定を行えるようになると考えられる。

3.1.「場の論理」

経営学の伊丹は経営組織マネジメントの「場のマネジメント」に焦点をあて、それが生む活性化の効果を「場の論理」として理論化している[16]。「場」とは「情報的相互作用と心理的相互作用の容れもの」と定義されるが、大勢の人が集う空間には、情報が満ちているという特性を、組織の経営の中にうまく使えないかという視点が場の論理の発想の原点であるという。ここでいうマネジメントとは管理する事ではなく、人々の間の情報と心理の相互刺激の舞台づくりをすることを指す。その舞台が「場」と呼ばれるものである。「場」において最も重要視されるものは「ヨコの相互作用」である。それは、組織における上下関係、権限関係などが無く、横に平等な立場の人間が相互に行う情報交換と心理的刺激の事をいう。情報交換と心理的刺激は、「自然で自由な情報発信と受信」「密度の濃い、本音のコミュニケーション」「感情の交流、心理的な刺激」というプロセスによって生まれる。「自然で自由な情報発信と受信」とは、「場」において何気ないコミュニケーションの中で、意図しない情報を得る、または発信するプロセスをいう。「密度の濃い、本音のコミュニケーション」とは、双方向の議論を相手の態度や表情、声の調子などを深く読み取りながら行うプロセスである。また、一人が発する情報が同じ空間を共有することで、同時に多方向へ情報を発信しているという意味も持つ。「感情の交流、心理的な刺激」とは、単なる情報交換を越えて、感情を交流させ心理的刺激を伴うプロセスのこと。情報交換と感情交流は双方向関係であり、情報交換が密になることで感情の交流がうまれ、また打ち解ける事により相手に情報を伝えたくなる、等といった効果がある。以上、三つのプロセスはいず

16 伊丹 2005,『場の論理』p23-p54 参照

れも空間の共有によって生まれるが、すべて当てはまる場合もあれば、そうではない場合もある。

「場」は「人々がそこに参加し、意識・無意識のうちに相互に観察し、コミュニケーションを行い、相互に理解し、相互に働きかけ合い、相互に心理的刺激をする、その状況の枠組みのこと」と定義される。つまり「情報的相互作用と心理的相互作用の容れもの」である。「情報的相互作用」とは、組織の中で行われる人々の情報処理、創造、交換、蓄積のための人々の相互作用と定義される。また、人間同士が向き合って行う情報的相互作用には心理的相互作用が付随される。このような情報的相互作用と心理的相互作用が、継続かつ濃密に自己組織的[17]に起きるためには、情報的相互作用がなんらかの焦点、なんらかの集中を持たなければならない。つまり、「場」という容れものによって継続的で密度の濃い相互作用が生まれるのである。この焦点が無い相互作用は、情報や感情が散漫、拡散してしまう。

「場」で情報的相互作用が継続的で濃密に起きると、自己組織的または自然発生的に「人々の共通理解が増す」「個人の情報蓄積が深まる」「人々の間で心理的共振が起こる」といった効果が生まれる。「人々の共通理解が増す」というのは、周囲の人々と自分が同じ見解をもつということと、ある集団の人と、自分は現実に対する理解が異なるという事をお互いに理解するという二つの意味をもつ。共通理解は組織における「協働」にとって必要な要素となる。意思決定や学習がバラバラに行われるのではなく、個々人の決定や学修や実行が組織として一つのまとまりをもつ、すなわち「協働」が必要なのである。また整合性（意思決定にまとまりがある）をもった協働のためにも、情報的相互作用によって生まれる共通理解が大きな役割を果たす。

「個人の情報蓄積が深まる」とは、情報的相互作用による人々の自然な学習である。その学習の成果の一つの部分が個人間で共通理解が生まれるという事である。同時に個々の学習活動から学ぶこと自体も大きな成果とする。「人々の間の心理的共振がおきる」とは心理的な周波数の共有のことをさす。伊丹は、祭りの輪の中で人々が生き生きとする様を心理的共振の例として挙げている。周囲に自分が理解されたと感じる時、心理的エネルギーが高まり、一方で、共感性の少ないメンバーの間ではエネルギーが下がり、マイナスの心理的共振が起こる。心理的共振は、場のなかにおける濃密な情報的相互作用から生まれてくる。心理的共振の発生プロセスは、情報の伝わり方が心理的刺激を生み、その心理的刺激が心理的共振をうむというものである。つまり、情報的相互作用は心理的刺激を付随するということである。また、共通理解が情報的相互作用から生まれ、その共通理解が心理的共振を生みだす。周囲に自分と類似の見方、類似の感じ方をする人々をみつけたとき心理的共振をする。心理的共振の結果、心理的な連帯感、すなわち共感が人々の間で生まれるというものである

---

17 共通理解・情報蓄積と心理的エネルギーが人々の間に生まれてくるプロセスが、外部からの指令がなく自分で組織化しているという意味。

以上みてきたように、共通理解、情報蓄積、心理的共振、それら全てが情報的相互作用の産物である。これが、伊丹が説明する「場の論理」の基本論理である。

図２　ヨコの相互作用の発生プロセス　伊丹（2005)より筆者作成

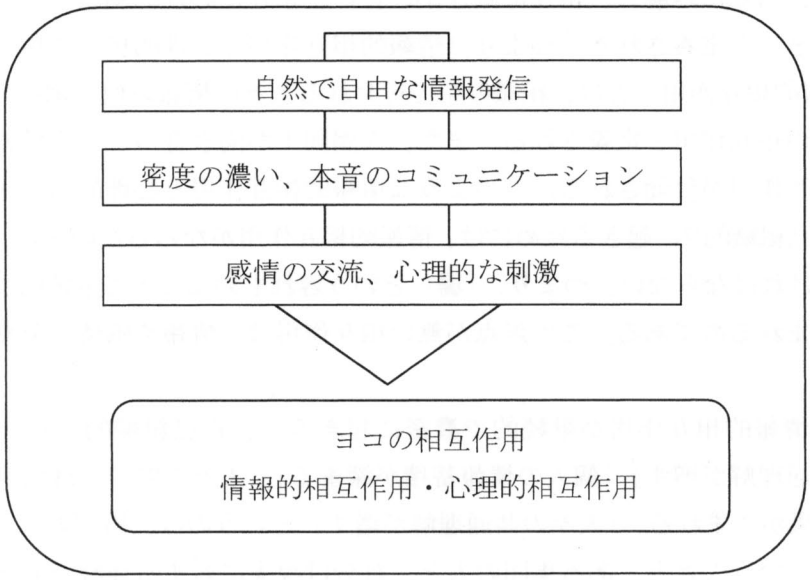
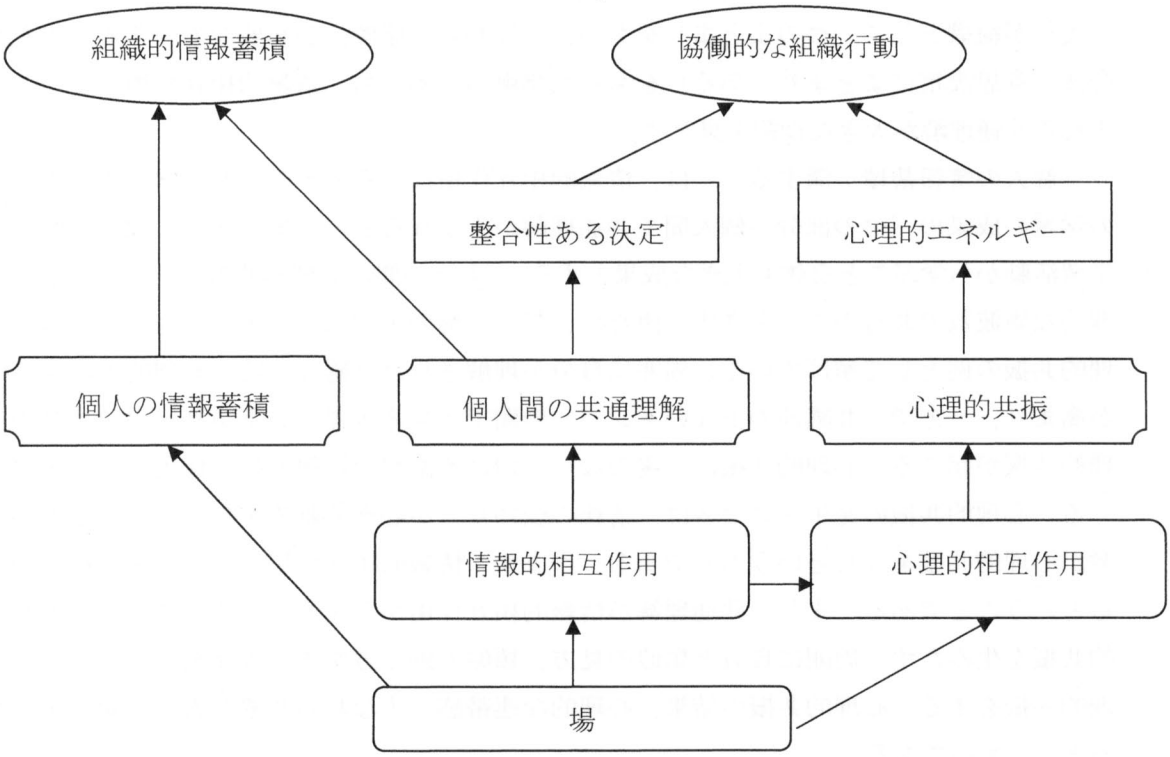


図 3　場の基本図 伊丹(2005)p49 より転載



3.2. 医療の場の広がり

本節では医療の場の広がりに注目する。医師が診察室の場から生活の場に出てくることの重要性は、WHO が 1970 年代に community medicine という概念を提唱するより以前の昭和２０年代に日本の長野県佐久総合病院の若月俊一医師がすでに説いていた。その後近代化に伴い、我が国では昭和 55 年頃から病院で亡くなる人が自宅で亡くなる人を上回るなど、医療の場は生活の場と切り離されていった。しかし、昨今、疾病構造が急性期から慢性医療中心に変化したことで、ふたたび医療は一医療機関では完結せず、家庭や地域へとケアの場が拡大してきているといえる。それに伴い患者医師関係も従来の診察室内の関係にとどまらず、診察室外における関係に関する議論が注目されるようになっている。

我が国でも患者と医師が診察室の場から外にでて、新たな患者医師関係構築の取り組みを行っている事例がある。本節ではそれらの事例を紹介すると同時に、前節の「場の論理」のフレームワークによって、患者啓発の場と医師研修の場の二つの事例に注目し、それらが伊丹の提唱する「場」の概念にどのようにあてはまるかを論じていく。

事例を分析する際には、医師と住民（患者）が権限関係ではなく「ヨコの関係」にあるかどうか検討し、さらにヨコの相互作用の発生プロセスとして、1)「自然で自由な情報発信と受信」があるか、2)「密度の濃い、本音のコミュニケーション」があるか、3)「感情の交流、心理的な刺激」があるか、という枠組みに照らし合わせ、その事例が「場」として機能しているか明らかにする。

医師と患者の関係構築の場のうち、患者啓発を目的とする事例として、1)長野県佐久総合病院若月医師による農民への啓発、2)福岡県遠賀郡芦屋町の患者塾、また医師研修を目的とする事例として、3)千葉県東金病院レジデント研修を取り上げる。このうち「東金病院レジデント研修」の事例については、研修にどのような効果があるのかを明らかにするために、質問紙とインタビュー調査を行っており、それについては 4 章で詳説する。

3.2.1. 患者啓発の場の事例

(1)若月俊一と佐久病院[18]

若月俊一は昭和 20 年代、医師が診療室から生活の場に出てくることの重要性を説いた医師であり、地域医療の先駆け的存在といえるだろう。若月俊一は昭和 23 年、信州臼田町にある佐久病院に赴任した。彼は、元来貧しい農民たちのために医療を行いたいという強い想いがあり、出張診療や農村演劇を通して南佐久の村で健康の大切さを啓発して回っていた。農村演劇とは、佐久病院に勤める医師、看護師、事務局の有志によってつくられた演劇団が、演劇を通じて農民に予防医学をわかりやすく説明するというものだ。当時、出張診療は病院の正式な業務として認められていなかったため、日曜日や休日を利用して出かけていた。

若月は農民が抱える回虫の寄生、過重労働や冷えの問題について村に実際に入り、実態

18 今日の名称は、「佐久総合病院」となっている。

調査をおこなった。それらの経験から農村特有の疾患があることを学び、医師が診察室から生活の場に入ることの重要性を感じ啓発活動や出張診療に取り組むこととなった。また、病院では手遅れの患者ばかりを診ていたが、病気を早期に発見する事のほうが重要ではないかという考えに至り、出張診療をはじめることになる。出張診療を通じて、若月は末期の胃がん患者やひどい高血圧の老人など、病院に来ていない潜在患者の存在の多さに気付いた。それと同時に、病気の予防のためには農民自身の健康に対する自覚が大事だとの認識から、啓発宣伝の仕事にも力を入れた。そして、巡回診療には演劇、紙芝居、指人形、映画を持っていった。若月は自著『村で病気とたたかう』の中で「診療が終わってから、夜おそくまで、部落公民館のろばたを囲んで、焼酎を汲みかわしながら話し合いに時間をつぶすことも、決してまれではない」[19]と述べている。八千穂村の全村健康管理では、農民の健康意識を高めることを基本とし、検査・検診だけでなく、啓発活動、あるいは村人との話し合いに力を注いでいた。

時間は前後するが、昭和 28 年には養蚕祭にあわせて、現在も続いている「病院祭り」が開催された。「病院祭り」とは佐久病院を一般人に開放し、病気の知識や最新の医療機器の説明などを職員が行い、農民の健康に関する知識を深めるという目的がある。とにかく一般人にわかりやすく医療について説明し、医療を農民のものにしようと活動していた。

以上のような若月の活動の根底にある考えとは何であるのか。小海診療所所長清水茂文、医師で医事評論家の川上武、若月医師の三人で行われた座談集[20]の中で、若月は住民のニーズに応えるためには、病院に来る患者だけではなく、潜在患者・潜在疾病にも目を向けなければない。さらに、病院にくる患者を診るのはあたりまえだが、来ない患者まで診るということになると、医者が病院の外へ、すなわち地域にでていかなければならないと述べている。続けて特に高齢社会においては、健康管理や集団検診に加え、在宅ケアを医療者側から進んで行う必要性を説いている。

まさに若月俊一が述べていることは、現代の医療に通じるところがあると言えよう。慢性疾患は予防医療が重要であるため、病院に来る患者だけではなく、潜在患者の存在を意識しなければならい。さらに、診療室内に対話の場が留まっているのでは予防医療のための啓発活動を十分に行うことが難しいということからも、若月の教訓は活かされるだろう。

若月は、以上のような活動を通じて農村の健康意識が変化したかを調査している。調査内容は、健康に対する知識、健康に対する住民としての意識、例えば定期健診を受ける必要性の認識、健康を守る個人的熱意、医療費の公費負担に対する考え、病気の社会的要因や健康生活と政治との関係などについてインタビュー調査を行った。比較対象として八千穂村とよく似た条件（人口、産業、僻地性等）にある、北佐久郡 K 村を選んだ。

健康知識についての結果は、K 村にくらべて八千穂村の方が、統計的に有意差があり、優れている。健康についての意識の程度については「定期健診の必要性」については、八

19 若月, 1971『村で病気とたたかう』, p158
20 南木, 1994『信州に上医あり』, p188

千穂村の方が正しく回答した者が多かったが、「健康を守ることとへの自発性」については、ほとんど差がない。「医療費は公費負担にすべきかどうか」という社会的意識の問題では、医療費というものは、当時の段階でいえば、今後公費負担にすべきものと思われていたが、こういう点についての意識は、八千穂村の方が遅れているのである。「病気の社会的要因」についても、「政治と健康生活の関連」についても、K村の方が進んだ考え方をもっていることが明らかになった。健康管理などの啓発活動を行っているはずの八千穂村の方が、考え方が遅れているという結果は若月たちの期待を裏切った。病院が健康管理をやってくれるという安心感から、実は健康意識が低くなってしまっているのではないかと若月は考えたのである。

若月ら佐久病院の医師たちは農村に入り、出張診療や農村演劇、病院祭りなどを積極的に行い、時には酒を酌み交わしながら農民たちと対話を重ねていた。しかしながら、何故、農民たちに健康意識が根付かなかったのであろうか。この理由を、伊丹の「場の論理」でいう「ヨコの相互作用」が起きているのかという視点で説明可能かどうかを検討する。つまり、医師と患者という立場を越えてヨコの関係で情報交換と心理的刺激が起きているかどうかということである。佐久の事例では、それぞれの場面で医療者が農民に対し啓発活動を行いながら、住民たちとの対話を重視している。つまり医師と患者という権限関係から離れた関係にあると考えられる。また、ヨコの相互作用が生まれるプロセスについて「農村演劇」という場に注目して考察してみる。一つ目に「自然で自由な情報発信と受信」が挙げられているが、佐久の場合は、患者を啓発・教育するという前提にたっているため、これらの場面でお互いが何気ないコミュニケーションによって意図しない情報を得る、発信するといった機会はそれほど多くは存在しなかったと考察される。患者啓発を目的とした農村演劇という場は基本的には双方向の議論がなりたたないため、伊丹が二点目に挙げる「密度の濃い本音のコミュニケーション」も、三点目の「感情の交流、心理的刺激」もあまりなかったのではないかと推測される。つまり、若月たちの活動は農民との対話を重視するというヨコの相互作用を生むための関係にはあるものの、ヨコの相互作用のプロセスを有していなかったといえる。故に、伊丹の言う「場」がもつ機能である「個人の情報蓄積」「共通理解」をもたらさず、人々の間に健康意識が根付かなかったのではないかと推測される。

(2)患者塾

「患者塾」とは福岡県遠賀郡芦屋町にある「おのむら医院」の小野村健太郎医師が主催する患者啓発の場で、月一回開催されている。福岡県内の開業医らが一般市民にもわかりやすいように病気について説明し、医師と患者の関係を近づけようという目的がある。患者塾で取り上げられるテーマは、参加する市民からの事前に集めた質問や、社会情勢に応じて決定される。患者塾は、市民が寄せた質問に対して複数の医師が各々の立場で回答していくことで進行される。つまり、患者の立場の考え方と医師の考え方に様々な立場があ

るということを理解し合おうという取り組みの場である。

医療安全者推進ネットワーク『患者と医師の相互理解を深める患者塾』の掲載記事によると、参加した医師からは、「医師と患者が近づく事が出来る取り組み」「患者から寄せられる 1 つの質問に対して、さまざまな角度から話せるのが良い。自分 1 人では気づかないような発想にも出会え、勉強になる」「一般の人や患者から質問を受ける事で、『ああ、患者はこういう事が聞きたいのか』とわかるようになった」[21]というような発言があり、医師自身も診療室内で聞けない患者の本音を知ることができるという意味で価値を感じているようである。

小野村医師は、患者塾の目的について「とにかく、患者さんに役立ち、わかりやすいのをモットーにしています。自分がいざ病気になった時に、何か医師に聞きたい事があれば、こんな風に聞けば良いとわかってもらえればと思っています」と述べている。つまり、患者が医師に対して診療室内でどのようなコミュニケーションの方法をとったら良いのか、病気という話題を通じて市民に啓発する目的がある。

患者塾の効果としては、患者側には患者塾で得た知識をもとに病院にかかることができ、医師に対する構えがなくなることがある。一方、医師は患者の考えていることを知り、治療の過程で患者の立場を意識するようになるといった効果がある。参加している医師からは「医師と患者が近づくことができる取り組み」との発言も聞かれている。

「患者塾」が伊丹のいう「場」として機能しているのかというと、この事例でも医師が患者を啓発するという立場が前提になっているため、情報の非対称性を前提とする権限関係にありヨコの相互作用が起きているとは言い難い。ヨコの相互作用が生まれるプロセスとして、一つ目に挙げられる「自然で自由な情報発信と受信」については、患者が自由に発言するということが難しいため、見られないと考えられる。二つ目の「密度の濃い、本音のコミュニケーション」と三つ目の「感情の交流、心理的な刺激」も相互の議論行われていないことからも見られない。

以上より、患者塾は伊丹のいう「場」としての機能は有していないと考えられる。

3.2.2 医師教育の場の事例

「東金病院レジデント研修（専修医コミュニケーション研修）」とは地域で医師を育てる事や住民の予防啓発や医療への理解促進などを通じた医療者と住民の良好な関係構築を目的に、NPO 法人「地域医療を育てる会」と千葉県立東金病院が共同で開発した「医師育成サポーター制度」の一環として実施されている医師研修プログラムである。毎月 2 回開催される研修では 19 名の住民サポーターが東金病院の専修医の「病気の予防や治療」に関する講話を聞き、医師のコミュニケーションスキルを評価している。（図 3 参照）

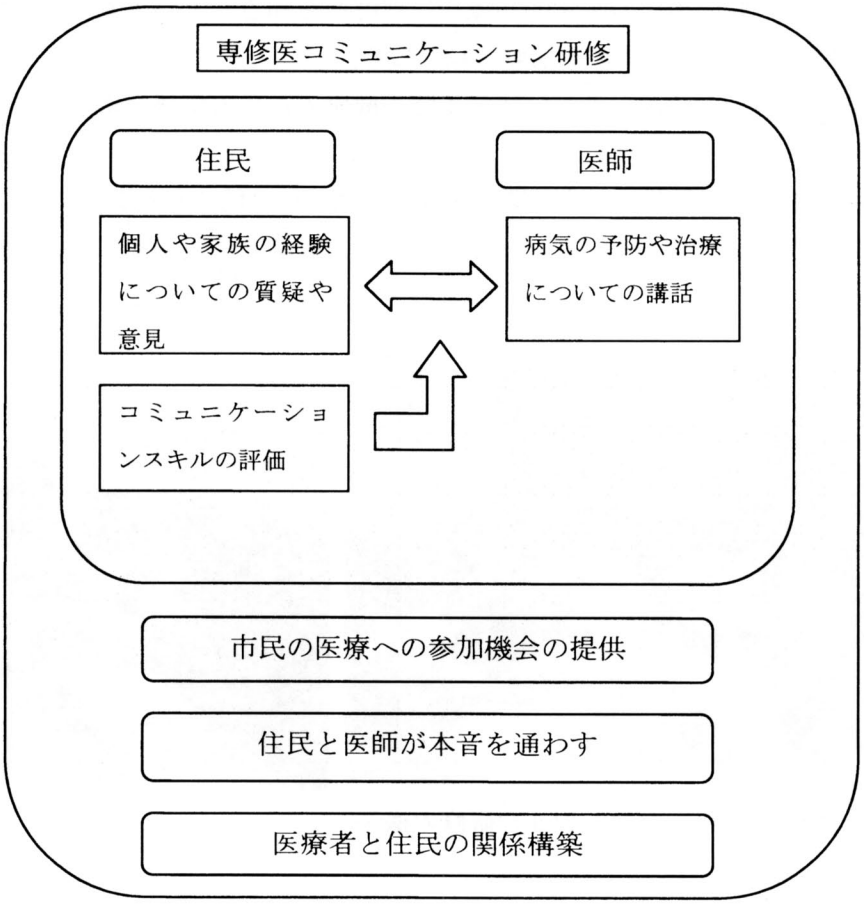
この研修がつくられたきっかけは「東金病院巡回市民講座」に原点がある。東金病院の

---

21 医療安全者推進ネットワーク　患者と医師の相互理解を深める患者塾
http://www.medsafe.net/contents/recent/29onomura.html （10/01/15）

平井愛山院長は、医療圏の住民と直接コミュニケーションをとる場として、2004年から「東金病院巡回市民講座」を隔月で行っている。これは病院の医療スタッフが休日を利用し、

図 4 「東金病院レジデント研修の全体象」



各地域の公民館をまわり、地域住民へ情報発信と予防医療の啓発活動をするものである。「病院以外の場所で、普段着で接することで、住民との距離がぐっと縮まる[22]」と平井院長は述べる。地域の人々にとっては、「健康のチェックが出来ること、正しい病気予防の知識を得られる機会として喜ばれている[23]」とNPOのメンバーは述べる。一方で、時間的制約や規模の問題から、住民が質問をし、自由に意見交換をする時間が十分にもたれていないという問題もある。このような問題意識から「東金病院レジデント研修」では、専修医による健康に関する講話を聴き、住民が医師に自由に質問をし、自分の経験を語るなど、お互いに意見交換をするという機会をつくっている。また、研修という名の通り、ここに参加する住民は医師を育成するサポーターとしての役割を担っている。専修医のコミュニケー

22 平井 2009,『医療再生はこの病院・地域に学べ！』洋泉社 p33
23 NPO法人地域医療を育てる会 Webサイト医師育成サポーターレジデント研修
http://iryou-sodateru.com/ikusei/index.html(10/01/10)

ションスキル、つまり、話の理解しやすさや、傾聴姿勢などを住民が評価し、医師にフィードバックするというユニークな取り組みである。この研修の効果（狙い）としては次の4つがあげられる。（図3参照）

1)医師が、一般の市民の医学的知識や、理解度を知ることが出来、自分の診療場面での説明や、病気予防のための啓発活動に役立てる。
2)一般市民が、医師から正しい病気予防や健康のための情報を得ることが出来、自分の健康に役立てる。
3)地域の中で病気予防に対する関心を高め、病気の予防や早期発見につなげる。
4)双方向のコミュニケーションをとることで、医師と住民の間に良い関係をつくることができる。[24]

図 5　専修医コミュニケーション研修の様子

「東金病院レジデント研修」が伊丹のいう「場」として機能しているかどうかという点であるが、「ヨコの相互作用」については、医師が住民に予防知識などの啓発を行うだけではなく、住民が医師のコミュニケーションスキルを評価するという双方向の（役割）情報のやりとりがあり、医師と患者という権限関係から離れて、ヨコな立場の関係になっていると考えられる。両者が教えあい学びあう「半学半教」という場には、ヨコの相互作用が生まれるプロセスとしての「自然で自由な情報発信と受信」が存在する。この場で医師が住民から聴く質問や経験談は、診療室内では聞くことのできなかった情報である。これらの情報を患者から受けた医師側も予防知識などを住民に提供していることから、伊丹のいう情報的相互作用と心理的相互作用がこの場に起きていると考えられる。「密度の濃い本音のコミュニケーション」については、研修に参加する住民は最大で19人と顔がお互いに見え、相手の表情や声の調子などを深く読み取りながら、コミュニケーションをとることが

24 NPO法人地域医療を育てる会Webサイト医師育成サポーターレジデント研修
http://iryou-sodateru.com/ikusei/index.html(10/01/10)

できる。さらに、一人が発する情報が同じ空間を共有し、同時に多方向へ情報を発信しているといえるだろう。さらに、医師側からも「本音がきけたり、言えたりする場である」との発言がみられた。「感情の交流、心理的な刺激」についても、月に2回の研修で医師と患者の関係が顔見知りの関係になることや、住民が自身の経験を語ることによって、お互いが打ち解けあい、情報交換がより密になっている。これらのことから、「東金病院レジデント研修」は伊丹の言う「場」として機能していると考えられる。つまりこの「場」では情報的相互作用が継続的で濃密に起きることによって、自己組織的または自然発生的に「人々の共通理解が増す」「個人の情報蓄積が深まる」「人々の間で心理的共振が起こる」といった効果が生まれると考えられる。

3.3. 本章のまとめ

本章では経営学の伊丹が説く「場の論理」に着目し、医師と患者関係構築の事例の考察を行ってきた。取り上げた事例3つの事例についてまとめてみると以下のようになる。

表 2　各事例のヨコの相互作用の条件と発生プロセスの有無

	「ヨコの相互作用」の条件	ヨコの相互作用発生プロセス		
	ヨコの関係	自然で自由な情報発信と受信	密度の濃い、本音のコミュニケーション	感情の交流、心理的な刺激
佐久総合病院「農村演劇」	○	×	×	△
患者塾	×	×	×	△
専修医コミュニケーション研修	○	○	○	○

ヨコの相互作用の発生条件である、「ヨコの関係」にあるものは、佐久総合病院と東金病院レジデント研修の事例であった。佐久総合病院の事例がヨコの相互作用の発生条件であるヨコの関係がみられるにも関わらず、東金病院レジデント研修のようにヨコの相互作用が発生するためのプロセスを有しなかったのは、その場の仕組みの違いにあると思われる。農民との対話を重視している姿勢が様々な場面で見られているものの、「農村演劇」という患者を啓発することを主な目的としている場では、患者との対話があまりみられなかったように思われる。つまり、「ヨコの相互作用」を生むために場の仕組みをマネジメントすることが時として必要になると考えられる。東金の事例では、住民を医師が啓発するだけではなく、質疑や経験談、医師のコミュニケーションスキルを測るなど、密度の濃いコミュニケーションが行われる仕組みが十分に出来上がっていたことが「ヨコの相互作用」を生んだ大きな要因であろう。

第4章 診療室外の住民と医師のコミュニケーションが患者・医師関係に与える影響

前章で見てきたように、医療の場が病院から家庭や地域へ移行し、患者や住民と医療者の関係構築の場が診療室の外で求められており、様々なコミュニケーションの場がつくられている。特に、千葉県立東金病院の『専修医コミュニケーション研修』は伊丹がいう「場」として機能し、継続的で密度の濃い本音のコミュニケーションや自由な情報発信によってヨコの相互作用が起きており、医療知識や社会的情報など様々な情報が医療者と患者が共有し共通理解や情報蓄積、共感が生まれることが効果として期待されることを示した。そこで本章で「専修医コミュニケーション」で得られる効果を明らかにすることを目的として、両者の関係性について行った調査を報告する。

4.1 研究対象と方法

千葉県立東金病院で毎月2 回開催されている、専修医対象の住民参加型コミュニケーション研修参加者の協力を得て、以下の調査を実施した

4.1.1 研修参加住民への質問紙調査

ボランティアとして専修医コミュニケーション研修に参加している30 ～ 70 歳代の東金市民19 名中15 名に自記式質問票を配布して実施した。内訳は、男性7 名(30 代1 名、40 代2 名、60 代1 名、70 代3 名)、女性8 名（40 代1 名、50 代1名、60 代3 名、70 代3 名）で、研修参加回数は、9 名が10 回以上、3 名が6 回以上、2 名が3 回以上、1 名が1 回であった。

質問項目は、参加動機、研修に参加したことによる利点、参加による意識変化、研修が果たしている役割等についてで、選択式、一部自由記述で行った。

4.1.2 研修参加医師へのインタビュー調査

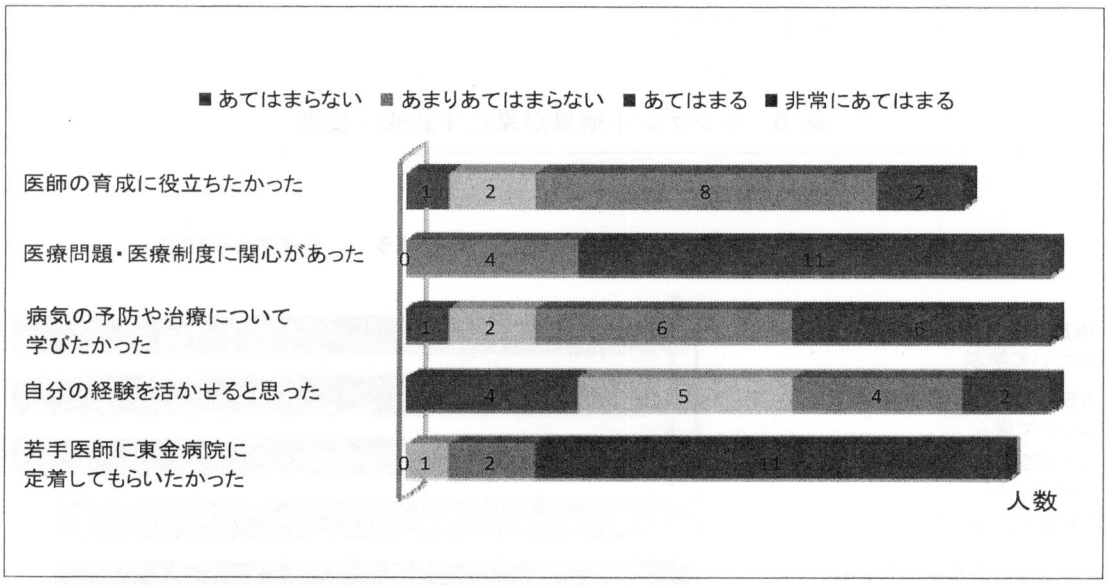
東金病院に勤務する卒後8 年の内科専修医師1 名に、半構造化インタビューを以下の様な質問項目について行った。

1)研修病院としてなぜ東金病院を選びましたか？
2)住んでいる東金地域をどのように思っていますか。
3)研修に取り組み始めた時と現在のご自身の意識や行動についての違いはありますか？
4)診察室での診療ではなく、一般住民との場を持つことでご自身の変化はありますか？
5)この新しい取り組みについてどのようにお考えですか？
6)ご自身の研修意欲を支えるものはなんですか？

4.2 結果

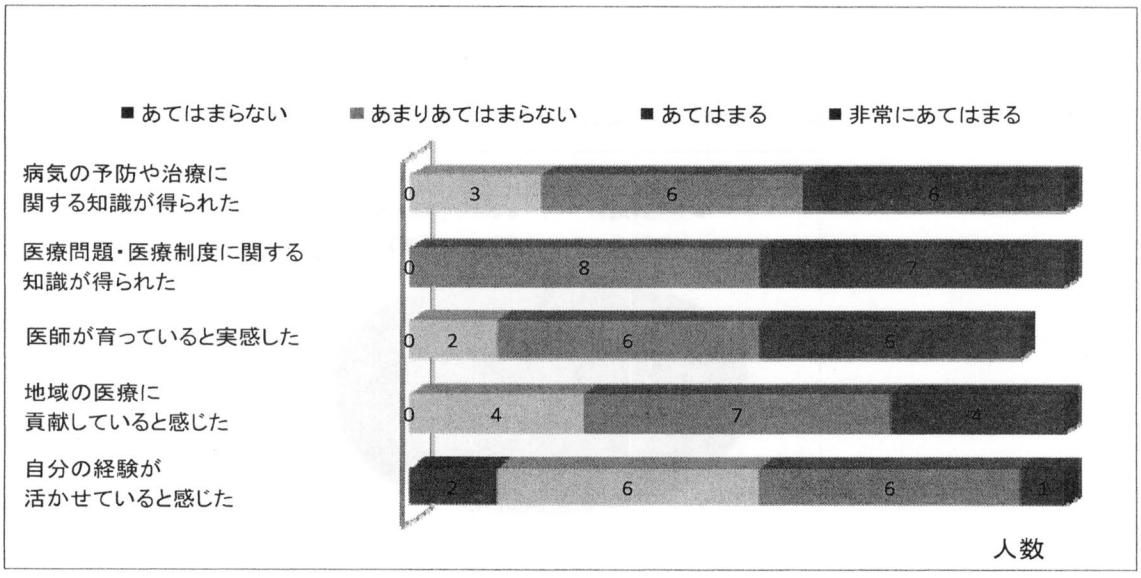
4.2.1 研修参加住民への質問紙調査

表 3　専修医コミュニケーションに参加した動機



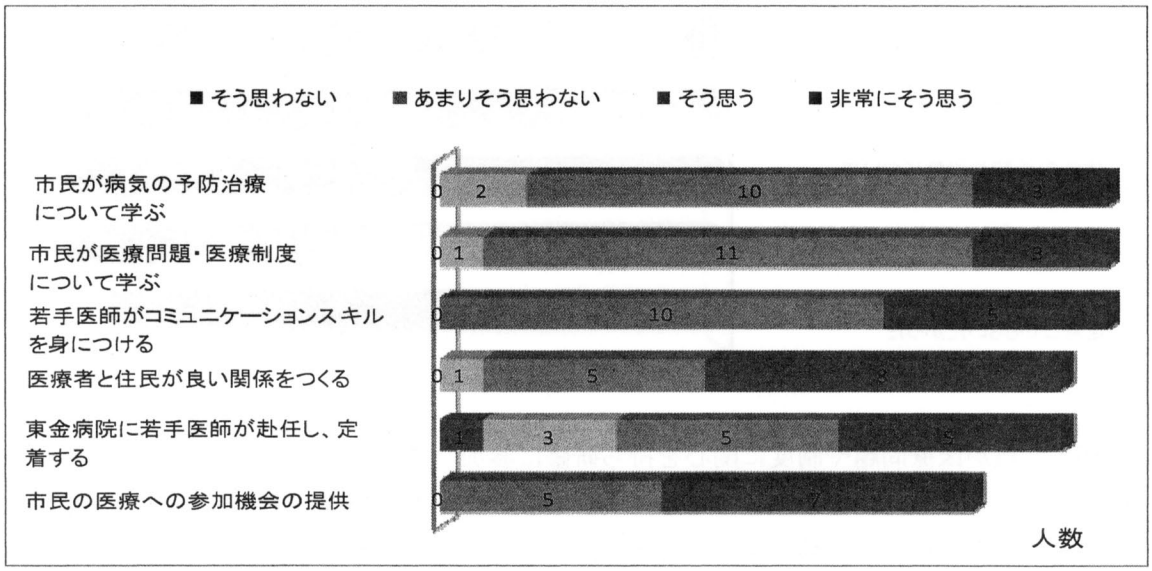
15名全員が医療問題や制度に関心を持ち研修に参加している。また、東金病院に若手医師が定着してもらいたいと感じている住民が13名おり、東金地域の医療を守りたいと感じている。一方、自分の経験が医師の育成に活かせると思い、研修に参加している住民は6名と少ないことが明らかとなった。自由記述の中には「最初は単にすすめられるままに参加したが、回数を重ねるに従って、次第に内容についての理解も深まり積極に参加するようになった。特に医療問題・制度の関心が以前から強かったこともあった。」というような記述が見られた。

表 4 レジデント研修に参加して良かったと思う事柄



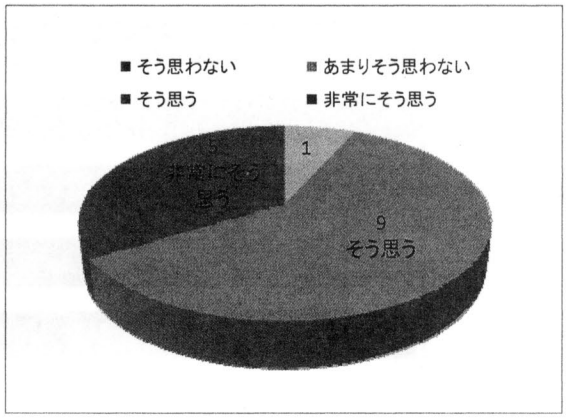
病気の予防や治療に関する知識、医療問題や医療制度に関する知識を、研修を通じて得られる事に満足している住民が多い。また、研修を通じて専修医の成長を実感しており、これらが研修の継続的参加意欲に繋がっている事が明らかとなった。また地域の医療に貢献していると感じている住民も11名いた。

表 5　レジデント研修が果たす意味・役割



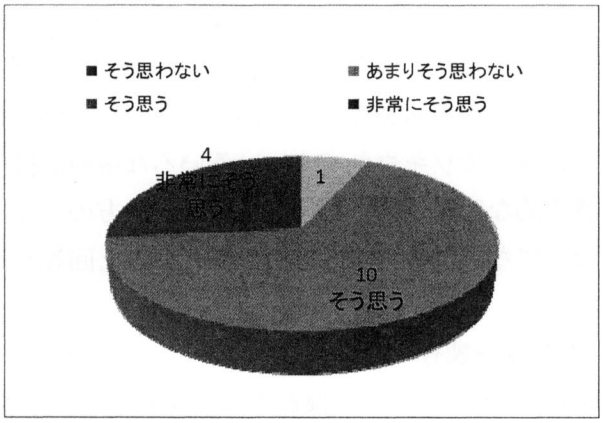
13名が、市民が病気の予防治療について学ぶ、14名が、市民が医療問題・医療制度について学ぶ、15名全員が医師のコミュニケーションスキルの向上、13名が医療者と良好な関係構築、12名が医療への市民参加機会の提供等に寄与していると感じていた。一方、医師が赴任し定着する事が役割と感じているものは10 名に留まった。自由記述の中には「医師が患者に対する構え（緊張、恐れなど）がとれる。」「仲間の病気予防や医療機関への勧めなど、アドバイスができて仲間からも相談されます」「高齢者ではなく若年層の参加を願う」といった記述がみられた。

表 6　医師のコミュニケーションスキル向上



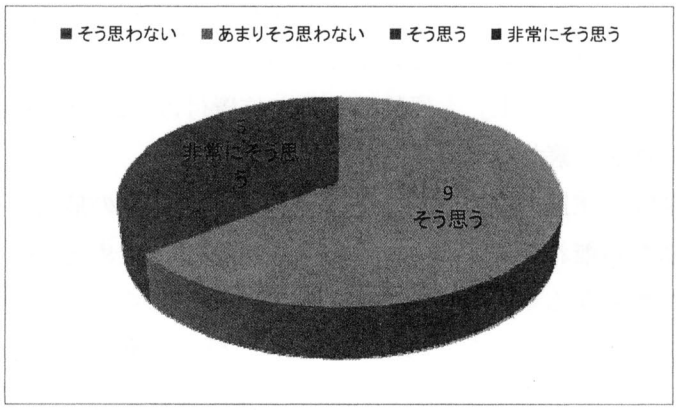
「医師のコミュニケーションスキルは向上していると思いますか」という問いに対して、14名が研修によって医師のコミュニケーションスキルが向上していると感じている。

表 7　レジデント研修参加者の意識変化（住民）



「レジデント研修に参加してみてあなた自身の意識の変化はありましたか？」という問いに対して、「そう思う」「非常にそう思う」と回答した人について、どのような変化があったか、具体的に記述を求めたところ、「『病院』という存在に距離感を持っていましたが、ドクター、院長先生に身近にレクチャーを受けることができることは大変に価値のある経験です」、「医療を受けるに際し受ける側が知らない事があまりにも多い。その事が今の医療者と利用側との大きな溝になっていると思います」、「医師を育てると一口で言っても、研修を受ける医師の個性によって異なるという事を実感した。研修の場において、医師育成サポーターも成長すると感じた」、「医療者側（患者側ではなく）から見た立場の違い、医療制度上の問題点、治療上の留意点など小生が理解していたことと相違している事柄が多々あり非常に勉強になった」、「自分の体験が、医師育成の役に立つと参加しましたが、いろいろな病気について勉強出来て、仲間に伝えられるようになりました」、「現在の医療方針及び、医療の進歩変化を感じた」という記述がみられた。

表 8　レジデント研修の継続参加意欲



「今後もレジデント研修に参加したいと思いますか」という問いに対して、14名が今後もレジデント研修に参加したいと回答し、研修への意欲を示している。

7）その他の自由記述

上記の項目以外に、その他、研修を通じた感想などについての自由記述欄を設けたところ、「レジデント研修に参加させて頂き、毎回自身の勉強不足を感じるとともに、学べる喜びを感じています」、「若手のお医者さんと話ができることは、私も若いエネルギーをもらっていると感じているのでウキウキです。いろいろな情報が得ることができて勉強になります」といった肯定的な記述があった一方で、「先生方のコミュニケーションは上がるかな？おしつけになってないかとちょっと不安」といった回答もみられた。

4.2.2 専修医へのインタビュー調査

卒後８年の内科専修医へのインタビュー調査では、以下のような発言が得られた。

- 最初は住民に対して構えていて、批判される事に抵抗があったが、和気あいあいと話せる関係になった。
- 患者と医師の関係を越え、本音で話し、本音を聞くことができる。
- 医師と住民が診療室以外で話せる場があったらいいと思う。
- 患者さんの本音をききたいという気持ちがわいている。

4.3 考察

住民側からは「病院との距離感がなくなった」「医療者と住民、双方の医療に対する理解の相違にきづいた」といった発言が、医師側からは「診療室で聞けない本音を聞くことができた」「医師と患者の関係を越えて本音を通わせる場である」というような発言がみられ、従来の患者医師関係の下でのコミュニケーションでは得られにくい気づきが両者にあった。 住民にとっては、研修への参加を通して、医療問題や制度、疾患・予防について学ぶ機会になると同時に、「市民の医療への参加機会」「医療者と住民の関係構築」を研修の役割として実感していた。医師にとっては、コミュニケーションスキルが向上することに加え、患者の本音を知ることや、住民の医療知識の理解度について知ることができるなど、双方にとって学びの場になっていることが明らかとなった。また住民は「医師のコミュニケーションスキルの向上」も研修の役割と位置付けており、医師の成長が住民の研修への継続的参加意欲に繋がっていることが示唆された。

以上の様に、医師と住民の間に良好な関係が構築された事の最大の要因は、医師と住民が診察室という場から離れてコミュニケーションを図ったためと考えられる。診察室が持つ独特の緊張感が無くなる事で、お互いに対する構えがなくなり、医師患者関係を越えた信頼関係に近づくことができたのだろう。しかし、単に診療室から離れた場で住民と医師がコミュニケーションをとる事で良好な関係が構築されるわけではない。重要な一つの要

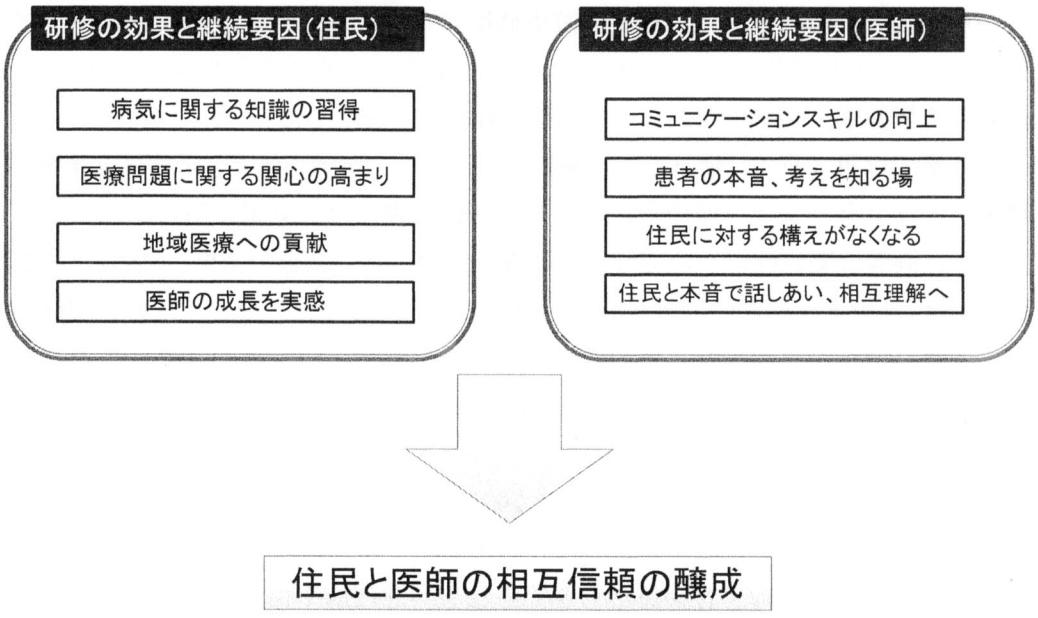
素は、医師と住民の間で継続的で密度の濃いコミュニケーションの場をつくることである。月に2回という比較的継続的に研修は行われ、またメンバーの入れ替えが殆どないことで、顔の見える関係になり、和気あいあいとした関係になっていると言える。そして、その場で行われるコミュニケーションを活性化させる仕組みをどの様にするかというのも重要な視点である。専修医コミュニケーション研修では、病気の予防や治療への講話、住民自身または家族の経験についての質疑や意見、コミュニケーションスキルの評価という、仕組みによって双方向の議論が行われている。その中のコミュニケーションの過程で、医師と患者が良好な関係を構築したのではないかと考えられる。

良好な関係構築とは、「共通理解」や「相互信頼関係の醸成」という言葉があてはまるだろう。言い換えれば、お互いの認識の差などを理解し合うことや、本音ではなしあえる関係になるということだ。研修の効果として、住民と医師の両者に学びがみられたが、これは両者が教え学ぶという態度を有しているからである。つまり「半学半教」の姿勢が相互理解、相互信頼の醸成を促進させた大きな要因の一つとして考えられる。

4.4 結論

診療室の外で医師と住民が、レジデント研修という仕組みによって、密度の濃い継続的なコミュニケーションをとることにより、現代の医師患者関係にもとめられる共通理解や相互信頼関係が醸成されていることが明らかになった。

図 6　研修の効果と継続要因



第5章 総括

本論文は、現代の医療における望まれる患者医師関係の構築に必要なプロセスについて伊丹の「場の論理」から考察し、関係性構築に取り組む事例の効果を詳細に分析し、その効果を明らかにしてきた。本章では、各章の要旨を振り返り、「まとめ」として現代に求められる医師患者関係構築の方法を考察し、結びには本研究の臨床的、実務、理論的インプリケーションを述べる。

5.1 各章の振り返り

第 2 章では、医師者関係について整理した。ヒポクラテス的伝統に立脚するパターナリズムと、患者の自律尊重が混在する医師患者関係に至った背景を、医療倫理の歴史と疾病構造の変化という視点から概観した。考察では、慢性疾患が増加し、医療の場が病院から家庭や地域へ移行している昨今、医療者と患者は診療室の外で医療知識や社会的情報など様々な情報を共有し共通理解を生むことが求められていることを指摘した。

第 3 章では「医療の場の広がり」という論点から、伊丹がいう「場の論理」に着目した。「場」が生む「共通理解」や「個人の情報蓄積」、「共感」が、現代医療における医師患者関係の構築に有益であると考えられるが、医療知識や社会的情報などに対する共通理解は患者と医師の間ではまだ十分ではなく、お互いがそれらを学び合うための「場」を設ける必要があると論じた。そこで、良好な医師患者関係の構築に取り組む事例として、佐久総合病院、患者塾、東金病院専修医コミュニケーション研修を取り上げ、「場」として機能しているかどうかを考察した。東金病院専修医コミュニケーション研修のみが「場」として機能し、ヨコの相互作用とその発生プロセスを有していることが明らかになり、共通理解、個人の情報蓄積、共感が効果として期待されることを示した。

第 4 章では第 3 章で「場」として機能していることが示された、千葉県立東金病院の『専修医コミュニケーション研修』について、研修で得られる効果を明らかにすることを目的として、両者の関係性について行った調査を報告した。調査の結果、「病院との距離感がなくなった」「患者とお互いに本音を言い合える関係になった」など、良好な関係が構築されている事が明らかとなった。その要因として、診察室という場から離れてコミュニケーションが図られることでお互いに対する構えが無くなること、研修が継続的で密度の濃いコミュニケーションの場であったこと、コミュニケーションを活性化させる仕組みとして、両者に学びがある場であったことが、浮かび上がった。以上、診療室の外で医師と住民が、レジデント研修という仕組みによって、密度の濃い継続的なコミュニケーションをとることにより、現代の医師患者関係にもとめられる共通理解や相互信頼関係が醸成されていることが明らかになった。

5.2 考察

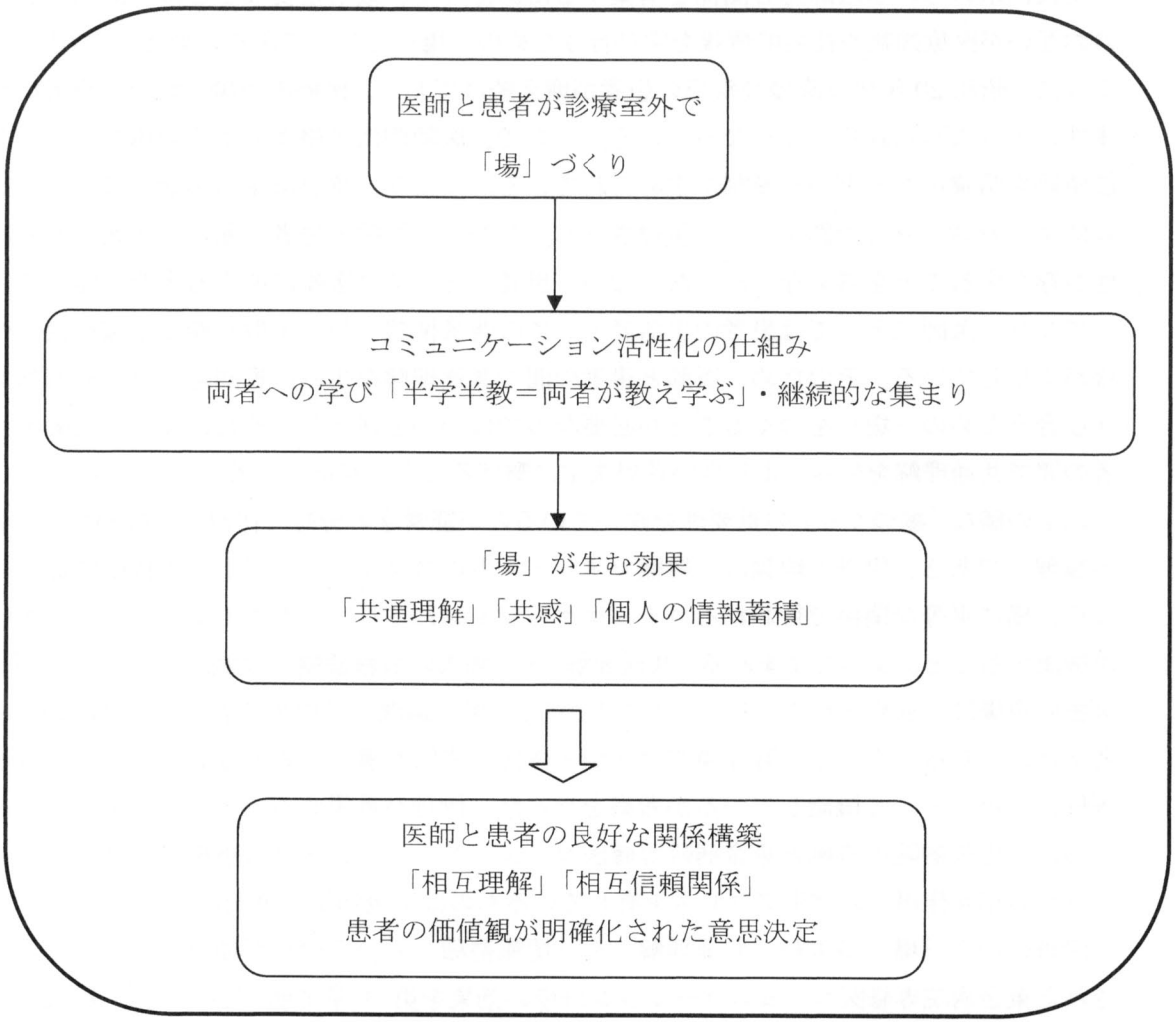
現代に求められる医師患者関係を構築するにあたって、最も重要なことは、医師と患者のお互いが医療知識や社会的情報を学び合うための「場づくり」である。第 2 章で述べたように、昭和 20 年代以降慢性疾患の患者が増え続けており、医療の現場において患者の自律性がより求められるようになっている。一方で、医師側には患者の生活全体をみながら価値観を明確化するという役割が求められている。つまり、意思決定の場面では医師と患者による対話、双方の働きかけが重視される。しかし、医師と患者の間には情報の非対称性が存在することを考えなければならない。患者にとっては医療に関する専門知識が不足しており、医師にとっては患者の生活者としての背景情報や彼らを取り巻く地域社会の情報が不足している。そのため、医師と患者の間で共通理解を生み医療知識や社会的情報を学び合うための「場」をつくることが必要なのではいかと述べた。それにより、医師と患者の間で共通理解を生み、より良い意思決定に繋げることが可能となる。

以上の様な「場づくり」の重要性を説いているのが経営学の分野で伊丹らが提唱する「場の論理」である。伊丹の理論は、組織マネジメントのスタイルとして上下の権限関係ではなく、横に平等な関係で行われるコミュニケーションに注目したものである。その「場」が機能することによって生まれる「共通理解」や「個人の情報蓄積」「共感」というものが、医療の現場にも求められているということから、「場の論理」が援用できるのではないかと考えたのである。そこで、第 3 章では医師と住民の関係性構築に関する 3 つの取り組みを事例に「場」として機能しているか考察を行った。伊丹が重視する「ヨコの関係」にあるものは、佐久病院の事例と東金病院専修医コミュニケーション研修の事例であり、さらに「ヨコの相互作用」の発生プロセスを有しているものは東金病院の事例のみであった。

伊丹のいう「場」が生む「共通理解」や「情報蓄積」という効果が期待されることが示された東金病院専修医コミュニケーション研修の効果を第 4 章で明らかにした。結果、共通理解や相互信頼関係が醸成され、住民と医師の間に良好な関係が構築されていることが示された。しかし、その効果を生むためには、単に「場づくり」を行なうだけではなく、コミュニケーションを活性化させる何らかの仕組みが必要であることが明らかになった。東金の事例では、「医師のコミュニケーションスキルの向上」と、「住民への啓発」という二つの明確な目的を併せ持つ仕組みであることが、コミュニケーションを活性化させるカギとなっていた。研修の効果として、住民と医師の両者に学びがみられた。つまり、両者が教え学ぶという態度である「半学半教」の姿勢が、相互理解、相互信頼の醸成を促進させた大きな要因の一つとして考えられる。また毎月 2 回のペースで継続的に開催していたことも、そうした効果を生んだ要因と考えられる。

医療知識に関して素人である一般市民が医師のコミュニケーションスキルを評価するという非常にユニークな取り組みであるが、コミュニケーションを活性化させる仕組みとしては有効に機能していることが明らかになった。

図 7　診療室外で良好な医師患者関係を築く「場づくり」



5.3 良好な医師患者関係の構築を目指して

医師と患者が良好な関係を構築に向けて、本論文の臨床的、実務的、理論的インプリケーションを述べて、最後に本論文の限界と課題について述べ、結びにかえる。

1. 臨床的インプリケーション

「場」によって、患者側と医師の間で医療知識、社会的情報の共通理解が生まれることで、患者の価値観を明確にした意思決定が行えると考える。つまり、医師の倫理的判断の手助けとなる。同時に、患者自身が医療に参加するという自覚をもち、生活改善に役立つ。

「医師は説明・情報提供によって意思決定や治療への患者の参加を促し、ただ情報を提供するだけではなく、患者の満足度が大きくなることや、信頼関係などの良好な治療関係が育まれるようなコミュニケーションをしなければならない」と（藤崎 2006）が述べるよ

うに、治療とは患者と医師の協同作業であり、「場」がうむ、相互理解や相互信頼は、よい治療結果にもつながる。

2. 実務的インプリケーション

臨床的インプリケーションとも関係するが、医師と患者がお互いに学び合う「場」を設けることで、両者に共通理解が生まれ、実際の診療室の時間を有効に使うことができる。地域の予防意識を高める方法としての視座を与え、医療費の削減につながる。

昨今の医療崩壊の一因となっている、コンビニ受診（安易な時間外診療）や救急車のタクシー代わりの利用など、互いの立場を理解し合わない行動や言動が崩壊を助長している。このような場をもつことは、相互に理解がうまれ、地域医療の再生に繋がると考えられる。

Shared decision making など医師と患者の対話がもとめられる現代の医療において、医師のコミュニケーション教育の実践に有益な視座を与えるものと考えられる。

3. 理論的インプリケーション

本論文でとりあげた「場の論理」は経営学の分野で説かれてきた理論であるが、医療においても応用可能であることが本論文によって示唆されと考える。

4.本論文の限界と課題

一点目に、詳細な分析を行った事例が単一であることから応用可能性について十分では無い事が考えられる。そのため、医師と患者が良好な関係を構築しようとする他の取り組み事例について効果を明らかにし「場の論理」を援用し、分析することが課題である。

二点目に、４章での専修医へのインタビュー調査は医師１名へのインタビュー調査であり、医師側から見る研修の効果が十分に明かされていない事が挙げられる。他の医師へのインタビュー調査を行い、研修の効果について客観性をより高める必要がある。また、実際の診療場面において、研修の効果がどのように活かされているかは明らかになっていない。これらの限界については、今後また別の研究によって明らかになることを期待する。

参考文献

- 赤林朗・稲葉一人・児玉聡・堂囿俊彦・奈良雅俊・額賀淑郎・前田正一・水野俊誠(2005)「入門・医療倫理」勁草書房
- 浅井篤(2002)「医療倫理」勁草書房
- 伊丹敬之 (2005)「 場の論理とマネジメント」東洋経済新報社
- 関根透 (1998)「日本の医の倫理」:歴史と現代の課題　学建書院
- 南木佳士 (1994)「信州に上医あり」:若月俊一と佐久病院　岩波書店
- 平井愛山 (2009)「医療再生はこの病院・地域に学べ！」洋泉社
- 若月 俊一(1971)「村で病気とたたかう」 岩波書店
- Beauchamp,T.L., Childress, J.F. (2001) "Principles of Biomedical Ethics, Fifth Edition "(邦訳:立木教夫・足立智孝監訳(2009)「生命医学倫理」麗澤大学出版会
- Beauchamp, T.L., McCullough, L.B. (1984) "Medical Ethics The Moral Responsibilities of Physicians"(邦訳: 宗像恒・ 山崎久美子監訳(1992「医療倫理学: 医師の倫理的責任」 医歯薬出版,
- Veatch, R.M. (2003) "The Basic of Bioethics, Second Edition" (邦訳:品川哲彦監訳(2004)「生命倫理学の基礎」 メディカ出版

参考としたウェブサイト

- 医療安全推進者ネットワーク
  「医療安全をとりまく動向ここに注目！医師と患者の相互理解を深める患者塾」
  (http://www.medsafe.net/contents/recent/29onomura.html) (2010 年 1 月現在)
- 厚生労働省　統計調査結果報道資料「平成１７年　人口動態統計月報年計（概数）の概況」
  (http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai05/index.html)
- 藤崎和彦(2006)
  「Shared decision making(意思決定のあり方)を支える医師の能力養成の現状と課題」
  (http://www.human.ritsumei.ac.jp/hsrc/resource/series/02/02.Fujisaki.pdf)
- NPO 法人地域医療を育てる会「医師育成サポーターレジデント研修」
  (http://iryousodateru.com/ikusei/index.html) (2010 年 1 月現在)

謝辞

本研究の実施、まとめに際し、数多くの方々にご支援いただきました。この場を借りて、感謝の意を述べさせていただきます。

先ず初めに、秋山先生には、論文のご指導と様々な知見を授けていただくと同時に、研究会に所属して以来、様々な貴重な活動の機会を与えて下さりました。また、内山映子先生にも、研究会に所属以来大変お世話になり、また、本論文の執筆に際し的確なご指導を頂きました。同様に、医学部の武林亨先生にも、医療者の視点から本論文への様々なアドバイス、ご指導を頂きました。信濃町の医学部公衆衛生学教室の場も提供して頂きました。先生方にはいつも温かく、時に厳しく研究活動を見守っていただきまいた。研究会の皆さんとは、「研究とはなにか」「科学とはなにか」という最も大事な問いについて、皆で学ぶと同時に、議論を通じて研究に様々な視点を与えて下さりました。秋山研究会の今後のさらなる発展をお祈りします。

本研究の実施、論文の執筆にあたり、研究の協力を快く受けてくださいました、NPO 法人地域医療を育てる会の皆様、また専修医コミュニケーション研修に参加する医師研修サポーターの皆様と先生、千葉県立東金病院長の平井愛山先生には深く感謝の気持ちを述べたいと思います。本研究の結果が、皆さまの今後の活動と医療現場に還元することができれば幸いです。

以上、皆さまのご指導、ご協力に対し、深く感謝申し上げます。

診療室外における医師患者関係の構築に関する研究

2010年2月25日　　初版発行

著者　草野康弘

監修　秋山美紀

発行　慶應義塾大学 湘南藤沢学会
〒252-0816　神奈川県藤沢市遠藤5322
TEL：0466-49-3437

Printed in Japan　　印刷・製本　　ワキプリントピア

SFC-SWP 2009-A-003

■本論文は研究会において優秀と認められ、出版されたものです。