



Title	日本人の医療に対する信頼と不信の構造：医師患者 関係を中心に
Author(s)	西垣，悦代；浅井，篤；大西，基喜 他
Citation	対人社会心理学研究. 2004, 4, p. 11-20
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/5396
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

日本人の医療に対する信頼と不信の構造^{1) 2) 3)}

—医師患者関係を中心に—

西垣 悦代(和歌山県立医科大学教養部)

浅井 篤(京都大学大学院医学研究科)

大西 基喜(上北地方健康福祉こどもセンター)

福井 次矢(京都大学大学院医学研究科)

本研究は日本人が経験している医師との関わりの中から、信頼と不信の要因を明らかにすることを目的として行われた。25名の成人男女に対して半構造化面接を実施し、グラウンデッドセオリーアプローチの手法を用いて分析したところ、①医師の医学的能力に関する要因、②医師の態度・言動に関する要因、③医師-患者の感情、コミュニケーションに関する要因の3つのカテゴリーが見出された。それらはさらに①-1. 医師についての評判・伝聞、①-2. 医師の個人的・社会的特性、①-3. 適切な処置と治療の結末、②-1. 医師の診療態度・接遇、②-2. 十分な説明と納得、②-3. 患者の利益の優先、②-4. 背景要因となる限界性、③-1. 医師の配慮・共感、③-2. 医師のコミュニケーション能力と疎通性、③-3. 患者の感情、の10のサブカテゴリーに分類された。医療に対する信頼の場合、能力と意図を切り離すことは難しく、感情的側面が重要な要因であることが明らかになった。

キーワード: 医師-患者関係、信頼、不信、グラウンデッドセオリーアプローチ、質的研究法

背景—医療不信とは何か

最近、医療事故、医療訴訟、倫理的に問題のある医学研究など、医療に関する否定的な事件の報道が増加している。朝日新聞記事データベースによると、見出しまたは本文に「医療事故」、「医療ミス」、「医療過誤」を含む記事は、1990年代は年間16件～25件であったものが、1999年に71件に増え、2000年以降は年間141件～222件に達している。さらに、事故だけではなく、保険医療費の不正受給など金銭的な不祥事や組織的な腐敗、診療のあり方や、医療者の言葉や態度に不快感を持ちたり傷ついたりした経験をもつ人の告発などを含めると、医療に関する否定的な報道の数はさらに増加する。これは単にそのような事象の発生数が増えているだけではなく、世間の関心が高まり、大きく報道されやすくなっていることや、関連した特集記事などがよく組まれるようになったことも影響しているだろう。

否定的内容の報道がこれだけ増加すると、世間一般の医療に対する信頼が低下しても不思議ではない。実際、新聞社が3000人を対象に実施した「身近な医療」世論調査では、医師を「信頼している」と答えた人は62%、「あまり信頼していない」と答えた人は30%であったが、信頼していない人の割合が3年前の調査よりも増加していた(朝日新聞, 2000)。またインターネットで公開されている医療系雑誌が主催する「医療不信・不満に関する電話相談」の内容分析によると、2002年11月の一ヶ月間の相談411件中、不信・不満の対象が明確な事例は271件で、そのうち医師に対する不信・不満が226件(84%)を占めていた(メンタルヘルス, 2003)。

一方「医療不信」という語を前述のデータベースで検

索すると52件ヒットした。医療、病院、医療者などに対する不信感といった意味で使われているようだったが、明確な定義はなかった。そこでNACSISのWeb検索で「医療不信」をタイトルに含む和書を調べると、1990年代に出版されたものが4点存在した。内容は死との対面、患者と医師、患者と家族、公的介護保険制度、医療保険制度、臓器移植、死生観、誤診、臨床試験、病院の選択、カルテの開示、患者の権利、終末医療など、多岐に渡っている。つまり「医療不信」は患者個人の側から捉えると、医師(主治医)との関わり、という限定された人間関係の問題になり、社会問題として捉えると、医療に関する様々な問題を非常に幅広く扱うことになるようだ。本研究では前者の立場を採用し、特定の医師の言動や治療行為に対して、患者やその家族が抱く否定的な態度と感情として捉えることにする。

現代社会において「不信」が生じているのは医療だけに限ったことではないかもしれない。しかし医療は人の生、老、病、死、のあらゆる局面において、現代人の生活と深く結びついている。医師を信頼する、しないに関わらず、人は生涯にわたって医師と関わりを持たざるを得ず、無関心、無関係のままで済ますことはできない。都市化、長寿化、核家族化した現代ではなおさらである。その点で「政治不信」「学校(教育)不信」などと比べても問題の重要性、人々の関心の深さ、切実さにおいて、他に類をみない。人が老、病、死と向き合うとき、その傍らに医師に対して信頼を持っていないとしたら、それは極めて不幸なことであると言えよう。

心理学および医学における信頼の研究

心理学の領域では「信頼」は主に3つの方向から研究

されてきた。いずれも「信頼」を対人相互作用の中心的な概念として扱っており、人が社会の中で生き抜くために不可欠であると考えた立場もある(Rotenberg, 1990)。精神分析の立場に立つエリクソン(Erikson, E. H.)は、乳児期の発達課題は基本的信頼(basic trust)の獲得であると考へた(Erikson, 1963)。乳児は自分の欲求に応えてくれる環境(特に母親)との関わりを通して、自分の身体の安全と精神的な安定を得、それが自分および自分を取り巻く環境に対する信頼感へつながっていく。そして獲得された基本的信頼は、生涯にわたってその人の人間関係の基礎となる。エリクソンの理論は信頼をパーソナリティ特性のひとつとして扱う研究に影響を与えている。

信頼を対人コミュニケーションの重要な要因としてとらえているのが、対人的信頼研究の立場で、信頼を特定の人間関係や状況によって変化する変数と見なしている。信頼の測定は「一般的信頼」(general trust)と「特定の信頼」(specific trust)に分けられ、一般的信頼の測定には Rotter の対人信頼スケール(Rotter, 1967)が広く用いられている。Rotter(1967)は対人的信頼を「他者の用いる言語、約束、話し言葉や書き言葉に表された陳述を当てにできるという期待」と定義している。

信頼に関する行動を実験状況の中で測定しようとするのがゲーム理論を用いた実験社会心理学的研究である。対象者に「囚人のジレンマゲーム」を行わせ、参加者の行動を観察する。ゲームの中での信頼は、自分が多くを失う可能性のある危険な状況下で相手におく信用のことになる(Northouse & Northouse, 1998)。ともすれば定義や測定法があいまいになりがちな信頼研究にあつて、限定された実験状況の中で変数を操作し、具体的な信頼行動を測定することができる点が強みである。

一方、医療の場面では信頼は医師・患者関係の中核となる概念であるとみなされている(Northouse & Northouse, 1998; Pearson & Raeke, 2000)。患者の医師に対する信頼は患者の不安を低減し、自分は医師にケアされているという感覚をもたらす(Mechanic & Meyer, 2000)。さらに信頼によって人間関係は協調的になり、防衛的なコミュニケーションが減少する(Northouse & Northouse, 1998)。その結果、患者の満足度や治療方針への協力、ひいては健康状態の向上につながる事が期待される(Pearson & Raeke, 2000)。しかし、Patient-physician trust に関する研究のレビューを行った Pearson ほか(2000)によると、医療における信頼研究は社会科学系諸学問の研究の影響を受けたさまざまな概念や定義が混在している上、実証的研究もまだ十分とはいえない。

医療の場で信頼が重要視される背景には、医師・患者関係がパターナリズム(父権主義)から、患者の権利や自

律性を尊重する立場に変化してきた(Emanuel & Emanuel, 1992)ことが考えられる。医療が専門家である医療者から患者に対して一方通行的に施されるのではなく、医療者と患者の共同作業であるためには、信頼に裏付けられた医師・患者の十分なコミュニケーションが不可欠となる。さらに 1990 年代に入つて米国の医療保険制度にマネジドケア(managed care)が導入され、治療方針の決定権が医師から保険会社へ移行したため、医師と患者の関係が損なわれる懸念が生じた(Mechanic & Shlesinger, 1996; Kao, Green, Zaslavsky, Koplan & Cleary, 1998; Thom & Campbell, 1997)ことも無視できない要因のひとつであろう。そのため、アメリカで行われている患者の信頼研究は、アメリカの医療制度のあり方を反映したものが多く、たとえば、患者の信頼を測定する米国で開発された代表的な尺度が 3 種ある(Anderson & Dedrick, 1990; Safran, Kosinski, Tarlov, Rogers, Taira, Liberman & Ware, 1998; Kao et al., 1998)が、その項目はいずれも my doctor, your physician という表現を用いており、特定の医師について回答するように作られている。これは米国の民間医療保険の 80%~90%を占めるマネジドケア型保険加入者の場合、患者はまず家庭医や一般医が務めるプライマリケア医(primary care physician)の診察を受け、そこから紹介されて専門医を訪ねる仕組みになっているためである(三浦, 2003; 広井, 1999)。一方日本では、患者が開業医から大病院まで自由に受診し、複数の診療科を掛け持ち受診することも珍しくない。「わたしの主治医」とは誰のことを指すのか、日本では必ずしも明確ではない。また、尺度には医師が「ヘルスプランのコストよりも、あなたの健康を優先して考える」など、医療費に関連した項目が含まれるが、これは定額制あるいは包括制の診療報酬制度の下でしか起こり得ない信頼の問題で、出来高診療報酬制度の日本の実情には当てはまらない。

信頼の概念

前述したように信頼はさまざまな方向から研究されてきたため、信頼の概念は必ずしも明確ではない。信頼概念の整理を行った山岸(1998)は、①相手の能力に対する期待としての信頼と、②相手の意図に対する期待としての信頼を区別すべきだと主張し、彼の研究では②のみを扱っている。また、他者一般に対する「一般的信頼」と、特定の相手についての情報に基づく「情報依存的信頼」を分けている。しかし山岸(1998)も認めているように、我々は日常生活の中ではこれらを意識して区別することなく使っている。

Pearson & Raeke(2000)によると、患者の信頼(patient trust)の定義には、①医師がある種の行動を取らうという信念や期待の集合体とみなす立場と、②

感情的側面をより強調して、医師や医師の意図に対する確信や信任によってもたらされる安心の感覚、とみなす立場がある。しかし、いずれの立場でも患者の信頼には、医師の「意図」と「能力」の両方が含まれている。たとえば Thom & Campbell(1997)は、信頼を「医師が患者にとっての最善を尽くすだろうという患者の確信」と定義しているが、彼らが患者の面接調査から明らかにした医師に対する信頼を規定する7つの要因には、医師の診療能力や、患者とのコミュニケーション能力も含まれている。Mechanic & Meyer(2000)による調査からも、患者の信頼の概念には対人的技能と専門技能が含まれていることが明らかになった。Pearson & Raeke(2000)は、患者の信頼の源となると考えられている医師の行動は、能力、思いやり、守秘、頼りがい、であると分析している。さらに Laine, Davidoff, Lewis, Nelson, Nelson, Kessler & Delbanco(1996)の研究では、患者は医師の臨床技能、対人スキル、患者への情報の提供をほぼ同等に重要であると考えていることが明らかにされている。

山岸(1998)の概念整理に従えば、患者の信頼は特定の医師について情報に基づいて判断される「情報依存的信頼」であり、その医師が信頼できる人格特性の持ち主であるという情報を、本人との接触や評判、社会的カテゴリーなどの間接的な情報から得ることによって、自分を搾取しようとする「意図」を持っていないという期待を持つことである、との定義も可能だろう。しかし患者にとって医師の専門家としての能力を無視して意図だけを問題にすることは意味をもたないし、医師-患者関係を実験室でのシミュレーションによって研究することも難しい。現実の人間関係の中でしかとらえることができない信頼の構造を明らかにするためには、研究者が操作的定義を行うのではなく、対象者の持つ多様な概念を探っていくことが最適の方法であろう。

目的

最初に概観したように、最近日本人の医療に対する信頼が低下している。医師-患者関係のあるべき姿を見直し、医療に対する信頼を取り戻すために何が必要なのかを明らかにする必要があるだろう。そのための基礎的資料を得るためにも、日本における医師に対する信頼に関する実証的研究を行うことは急務である。しかし、海外特に米国と比べて、わが国では医師-患者関係や患者の信頼を扱った研究は極めて少ない。医学中央雑誌の検索でも、1990 年以降に発表された「医師-患者関係」と「信頼」を含む論文はわずか 52 件で、その大半が解説や総論であり、実証的研究はほとんど見られない。一方諸外国で行われた研究は、前節で述べたようにその国の医療制度や国民性などを反映しているため、社会・文化的背景

の異なる日本にそのまま適用できるとは限らない。山岸ほかによる調査や実験によると、日本人とアメリカ人では、一般的信頼や特定の相手との信頼に関する態度にさまざまな違いが見られることが指摘されている(山岸, 1998; 清成・Cook・山岸・大村・鈴木・高橋・谷田, 2003)。欧米流の医師-患者モデルを直輸入しても、ベッカー(1999)が懸念するように「日本人が最近嘆く「医師不信」は治るところか、両者の関係はむしろ冷たくなる一方であろう。」という事態になりかねない。

そこでわれわれは、日本人が現在の日本の医療制度の中で経験している医師との関わりの中から、信頼と不信の要因を明らかにすることを目的として本研究を計画した。先行研究がほとんどなく、どのような問題が抽出されるか未知数であるため、まずは仮説発見型の探索的研究として行うこととした。そして患者の個々の医療体験の中から信頼と不信の要因や構造を深いレベルで抽出するには、質的研究法が最適であると判断した。

方法

調査対象者

近畿地方在住の 42 歳から 68 歳の男女 25 名(男性 11 人、女性 14 人)。平均年齢 54 歳。

調査対象者のリクルート方法

以下の 3 つの条件をすべて満たす人を調査会社を通じてリクルートした。①日本語で意思疎通ができる 70 歳以下の成人であること。②本人または本人の家族が、患者として一ヶ月以上の通院治療または入院治療を受けた経験がある、または現在も治療中であること。③本人または本人の家族が医療従事者でないこと。

調査参加への同意書

面接調査の参加同意は、リクルート時点で調査会社の調査員と、面接開始前に面接者が 2 度 にわたって確認し、参加や中止、離脱が自由な意志によるものであることを保障した。また、研究の目的、プライバシー保護や謝礼についての説明が面接に先立って行われ、理解を得た上で同意書に署名捺印してもらった。

面接場所

京都市内、和歌山市内、和歌山県内農村部にある施設の会議室または面接室。

面接時期

2001 年 12 月～2002 年 11 月。

面接者

研究参加者のうち 3 名が面接をおこなった。

面接方法

最初に調査対象者のデモグラフィックな背景と、通院歴、入院経験、を質問したあと、病気体験と医師との関わりを中心に語ってもらった。話の流れの中で、医師に対

する信頼、不信に関連すると思われる要因について、面接者が質問をするという半構造化面接の形を取った。面接は全てレコーダに録音された。

面接は1回に数人ずつ個別に実施し、その逐語録の発言内容の分析と検討を行った上で、次の面接を計画する過程を繰り返すグラウンデッドセオリーアプローチ⁹⁾(GTA)(Strauss & Corbin, 1990)による継続比較法を取った。ほぼ理論的飽和に達したと思われる時点で調査を終了した。

研究の倫理審査

本研究は京都大学医学部「医の倫理委員会」の承認を得て実施された。

結果

分析の手順

調査対象者25名の総面接時間は1782分、一人当たりの平均は71分(37分～119分)であった。面接の録音記録はすべて書き起こされ、逐語録はA4で586ページとなった。面接者3名がすべて目を通し、1センテンスないし数センテンスごとに区切って信頼や不信を表明していると思われる表現を抽出し、各自コード名をつけた。数名分のコード分析が終わる都度、3名で分析内容の意味解釈の妥当性について検討し、サブカテゴリーを生成し、次の面接を行った。25名の面接終了後、サブカテゴリーをもう一度すべて見直し、検討をおこなって、最終的なカテゴリーを抽出し、命名した。

患者の医師に対する信頼—不信のカテゴリー

抽出されたカテゴリー別に調査対象者の発言を引用し、説明を加える。

I. 医師の医学的能力に関する要因

医師が医学的に十分な能力を有していることは、患者にとって治療の結末を左右する重大な要素であり、それゆえ信頼の重要な要因と見なされていた。だが、素人である患者が医師の能力を客観的に評価する手立ては極めて限られている。

I-1. 医師についての評判・伝聞

決められたプライマリーケア医が医療への窓口となる米国とは異なり、日本では最初にどの医療機関の門をたたか、多くの選択肢の中から患者自身が選ばなければならない。信頼に足ると判断して受診する基準は何だろうか。

「つながりですね。わたしはここへ行って指導してもらった、わたしはここでこんな薬しか貰わなかったとか、選って選って皆が自分の判断で。」

「ちょっと離れてるけど、友達が行ってる所やし、いいなと思って。」

「地域ではやってるって言うか、近くやし、(患者が)大勢行ってる所やし、そこばっかし行ってたわけ。」

客観的な情報の少ない中、人々は口コミを通して地域で評判のよい医療機関を見つけようとしている。特にかかりつけの開業医の選択にその傾向があるようだ。しかし、そのような情報がない人の中には単純に地理的条件で選ぶ人や、困っている人もいた。

「単純に地理的な意味です。病院がね、新しくきれいなところなんです。それ以外何もありません。その病院の技術って言うんですかね、世間的に見て優秀かなんて全然わからないです。」

「周りに誰も医療知識がある人がいないと、本当にどこに相談していいのか判らないんですよ。まずどの病院に行けばいいのかっていう相談ができるようなところがあれば、最高にいいなって。」

I-2. 医師の個人的・社会的特性

医師の専門やくわしい経歴などの情報が得にくい状況の中では、まず、医療機関のブランドイメージが信頼のよりどころとなるようであった。

「5つ星レストランあるでしょ？病院にもこんなん、ありますね。まあ、A大とかB医大、やっぱり5つ星ですから。」

「C病院に行ったらあかんなら、どこに行ってもあかん。ここ(この地域)ではそうです。」

医師個人の特性としては、性別、年齢、出身大学、経験、医学界での地位などが判断の材料となるようだ。

「悪いけど女であることと、若いってことで大丈夫かと思って。僕らどうしても男の先生で経験豊富な(医師が信頼できる)って思って。」

「40歳台で、あまり年もいってなかったし、そんなんでも信頼したんですよ。年のいった先生も偉いかもしれんけど手術するんだと思えばね(若い方がむしろ)。」

「やっぱりお医者さんやったら、経験が一番、あと、どれだけ場数を踏んでるか。」

「ご卒業された大学っていうのは、信頼しますね。(医師の)資質はD大とE医大、この地方だったらその二つしかある程度信じませんね。」

「その先生は、〇〇の医師会の方の偉いさんなんで、いろいろネットワーク持った人で・・・。」

一方、選択について独自の価値観を持つ人もいた。

「周囲の雑音を聞かない。この先生でいいと自分で決めたら信頼していく。」

「がんとかだったら危険性が高いので偉い先生にみてもらいたいけど、命に関わるようなことでなければ、これから長くつきあっていけるような先生を選ぶと思う。」

「一番注目してるのは、格付け機関の日本の医師、医療の格付け。」

あれは楽しみにしてるだけだね。」

I-3. 適切な処置と治療の結末

伝聞や医師の個人的・社会的特性にもとづく信頼は、実際に診療を受けることによって変化する場合がある。治療の過程で患者が医師の臨床能力に疑問や不信を抱くようになる原因は何だろうか。

「何か、院長先生の言われることと、いつもかかる先生の言われることと、何か少しずつ違うような。」

「どんどんお腹は腫れてくるし、いつもよくなるなんて言う思いがあって。入院してるのに、食事ものはかどらないし。大丈夫になって思いが…。」

「様子みましょう、様子見て何もしないでいいんかっていうのがね…。」

「(別の病院で)CT スキャンとかもその時に撮ったんですね。すい臓、肝臓…全部腫れてましたっていわれたんです。その前の(医院での)エコーの検査は何だったんだって。(中略)もう行きません。診察券、破り捨てましたもん。」

一方、治療を受けることによって患者が医師に対する信頼を深めたケースもある。

「非常に上手な先生で…。お薬もぴたっと合うんでね。」

「自分の手に負えないときはF大に紹介してくれて。」

「夜中にものごう血をはいたんよ。(中略)普通の車でいったんじや間に合わんって(その医師が)警察に電話してくれて、で、救急車が(輸血用血液を)運んでくれて、夜中に手術をしてくれて…。」

中には言葉や行動を超えた霊性あるいはカリスマ性とも言うべき能力を患者に感じさせる医師もいるようだ。

「その時に何か知らんけど、この先生に手術してもらおうと思ったんですね。そういう雰囲気があった。」

「わたしの診てもらってる先生は、それ(治療)プラスいわゆる治療能力みたいなものをくれる気がするんですね。」

II. 医師の態度・言動に関する要因

患者は病気が「治る」ことを期待して医療機関を訪れるわけだが、信頼は治療の結果のみによって左右されるわけではない。治療の過程での医師の言葉や態度が患者の信頼に及ぼす影響は大きい。

II-1. 医師の診療態度・接遇

「病院に入って行ったら、よくいらっしやいましたって。僕、初めてお医者さんに挨拶されたと思います。」

「頼んだことに対しては、きちんとしてくださったからね。何々、これこれ、お願いしますって言ったら。だからわたしにとってはいい先生だった。」

「情熱家の女の先生で、私、責任持って身体、治してあげるって。」

ミスや失敗も対応如何で信頼に繋がる場合もある。

「ものすごく丁寧な先生でした。ここ麻酔する時もね、一旦刺したんですけど、ちょっと血が戻るから、もう一度やり直しますねってはっきり言われるんです。」

「逃げはりませんでした、その先生(研修医)は。〇〇さん、申し訳ございませんでしたって。非を認めはりました。私も一生懸命勉強して立派な医師になりますって言われましたね。今はもう、信頼できる先生になりましたからね。」

誠実で丁寧な医師の言葉や態度が患者の信頼を増す一方、高慢だったり誠意の感じられない言葉や態度は不信を生む。

「『血圧も測らないんですか』って言ったら『測りましょうか』ってむすっとした態度で…」

「なんかもう、機械的な診察で…。流れ作業みたいなの。」

「その先生はこの辺から(高いところから)しゃべりはるからね。親の責任でどうやこうとか、なんやかんやとか。僕は説教聞きに来た訳やないんで、子どもがこんなに(脱臼)なってるから来ているわけで…。」

「バンバツって診察して、処方箋と薬だしときますからっていう先生が結構多いんですね。説明してもお前にわかるかって感じの態度の方もいらっしやるんですよ。」

すべての患者が公平な扱いを受けるわけではない、という認識は、肯定的、否定的、両方の立場から出された。特に紹介についての言及が多かった。

「コネクションがあったら、父はもっと早く入院できたのになって思いましたね。」

「病院はやっぱ顔見知りの人には優しいんです、やっぱ。一見さんにはかなりきついんですね。それあります。とってもあると思います。」

「やっぱ教授の紹介ですからね、待遇もよかったですし。他の人とそんな差つけるわけじゃないですけど。入院したときから、先生がご挨拶にいらっしやいましたし。」

「先生もやっぱ常連さんと一見さんとは扱いも違うんですね。近所でよく付け届けしてくれる人には、すごく優しくして、いらんとこまでよく気を回して、こちらから、しましょうか、しましょうかっていうような先生なのに、一見さんが行くと、はいはいはいって感じで、はい終わりました、次ですよってすぐ終わりにしたり…」

II-2. 十分な説明と納得

症状や治療に関する質問に答え、十分な説明をしてほしいという患者の要望は強く、それを実行する医師に対しての信頼は厚く、説明の十分ではない医師に対しては、不信や不満が表明された。

「あなたの状態はこうなっていて、これが原因でこれからこういう治療をやっていくことについてね、筋道だった説明なんて聞いたことないです。」

「信頼できない医者とは、適当に生返事して、もうちょっと様子見ようかって、そればかり。」

「ショックでしたね。先生が(がん)隠しはったことに対して。言ってくれたら、自分自身、立ち向かっていけるんじゃないかなって。」

「ずーっと説明してくれはります。だから、私、いい先生に巡り合ったと思って。」

「みんな呼んで、きっちり説明してもらったんで、まあ納得で手術も受け容れたし…。」

しかし重篤な病気の告知については、賛否があった。

「人(医師)の性格もあり患者の性格もある。ずばりと言って(告知して)大丈夫な患者と、言うたらあかん患者もおる。」

「主人にとっては言わない方がいいのかな…難しいところやと思いますね。」

十分な説明がない場合でも、患者はそこから何らかのメッセージを読み取ろうとする。説明がないことが必ずしも不信に直結していない場合もある。

「いいとも悪いとも(説明が)ないんですよ。悪いと言われなければいいという意味なんです。」

「(有名医師の診察では)何も言われないんですよ。はいよろしいって2、3分で終わりですわ。それだけの大先生が言われることですから、安心はできますわね。」

Ⅱ-3. 患者の利益の優先

医師が患者の利益を最大に配慮、尊重し、時には通常の責任と義務の範囲を超えて、献身的に治療に当たってくれていると患者が感じるとき、それは強い信頼へと繋がっていた。逆に自分の治療や希望を二の次にして、医療者側の立場や都合、利益を優先されたと感じるときには、不信が生じていた。

「夜中であろうとなんでであろうと電話一本で、どこからでも駆けつけてくれた先生なんです。」

「本当に心から患者のためにやっていこうって思ってくださるなって、私たち患者の側が感じるんです。」

「本当にうれしかったのが、あなたが選択した選択肢に対して、私は全力を尽くしますと(医師から)言っていたこと。」

「家の近くにG医大があるんですが、そこを紹介して頂けないでしよかって言うけど『あそこは私の系列と違うから』って断られました。」

「なぜそう(手術を)勧めるのかなって。先生手術したいんだなって思っ…。」

「結局あなた自身いい材料だったんです。これくらいの期間ではやるべきじゃないけれども、ちょうどH大の研修医が来るから、いい資料だから、と病院内の人に言われました。」

「薬出すのを専門にしてはるのかなって、悪く言えば検査ばかりして。そっちの方があれ(儲かる)なんかなって。そういう疑問

も…。」

有無を言わず高い特別室に入れられた、大量の薬を処方された、検査づけにされたと患者が知覚する場合、多くは診療報酬代などを稼ぐための金権主義ではないか、という疑念を招いていた。しかし医師が患者のためを思い、その利益を優先することと、患者の意向を尊重することは、完全に一致するとは限らない。患者の利益を考えてのことと患者が感じれば、医師の厳しい態度や叱責も感謝される。

「よく怒る医者が、いい医者やということもよくあります。」

「患者にちゃらちゃらしている医者がいいとは限りませんね。厳しいところがある方が、決断つきますから。」

Ⅱ-4. 背景要因となる限界性

医師の不適切、あるいは不十分な対応の原因として、病院の診療体制、医療保険制度、医師の過重勤務、人員不足などの問題があるという認識が示された。医師本人の問題ではないが、信頼阻害の背景要因として無視はできないだろう。

「病院は担当医がいんですよ。だから誰に言っているかわからないし、病棟はぐるぐる変わるその日の担当医がカルテ見ながら言うだけで、親身になってしてもらってるって絶対思えないし…。」

「いろんな沢山の患者さんを抱えておられて、(個々の患者に十分なケアをするのは)難しいと思うんですけども。」

「国の制度に問題があるかもしれんけどね」

Ⅲ. 医師・患者の感情・コミュニケーションに関する要因

医師・患者関係は非常にプライベートな部分に関わる人間関係である。病を得て心身ともに弱っている患者は、医師との関わりの中で、さまざまな感情的交流を体験する。第3の要因はこの感情的側面に関する側面である。

Ⅲ-1. 医師の配慮・共感

患者は治療に直接関わる医師の対応のしかただけではなく、ちょっとした言葉からも医師の配慮や共感、ケアの心の有無を感じ取っている。

「ちょっと症状がよくなったときに『先生、治りますね』って聞いたら『一生治らないですよ』って言われたんです。」

「父が3ヵ月後に入院OKになったときに、先生が『おっ、かなり進行してるな』っておっしゃいましたんで。その独り言を聞かせないで欲しかったと思うんです。」

「そういうこと(手術しましょう)を簡単に口にしてほしくないっていうか、患者としてはそれによってどういう気持ちになるか、考えてほしいなって。」

「患者にとって痛みがストレスであるっていうのを認識していただ

いてるって、うれしかったです。」

「体が弱っている時ってやっぱり心も弱ってしまふんです。弱ったときにまず、あなたの辛さに着目してますよっていうお声かけをしていただけたんで、非常に感謝しています。」

「優しさもひとつの医療だと思うんですけどね。」

「(自分のかかりつけ医は)ハードな面だけでなく、非常にメンタルな面もね、患者の性格もよく見てはるね。」

Ⅲ－２．医師のコミュニケーション能力と疎通性 (communicability)

医師-患者間の円滑なコミュニケーションには、医師のコミュニケーション能力が重要である。しかしコミュニケーションは双方向的なものである。患者側の自己規制が両者の間の信頼阻害要因となっている場合もある。

「医学に長けてて、聞きやすい先生っていうのが信頼できますわね。」

「普段の生活のこと、どういふ悩みがあるのかとか、そういうことも相談に乗ってくれたらありがたいな、と思いますけどね。最低限病気のことはちゃんとするっていうのは大前提で、その上で人間同士のコミュニケーションつちゅうかね。」

しかし実際には難しい場合もあるようだ。

「質問したらむっと怒る先生なんですよ。」

「こっちの言うことも何にも、あまり聞いてくれないっていう…。」

医師との間に「何でも聞ける」「気の置けない関係」を望む声が多かった。

「医師と患者という特別な、普通の友達のような人間関係があったほうがいいと思いますね。」

「先生と患者というより、それを超えたようなお付き合いをさせていただいたり、いようなことで。」

「たとえば、兄弟に医者がおってね、お前、こうや、こうやって言ってもらえるような医者がおったら一番いいと思うね。」

患者は遠慮があつてなかなか本音が言えないようだ。

「その時自分の意見をはっきり言えばよかったのかもしれませんが。でもやっぱり自分から言えない。」

「治してもらおうと思ってるから、お世話になっているという頭があるから、不満があつても、よっぽど悪い人でなかったら言うわんのちゃうかな。」

しかし、患者も意見や希望を言う努力をすべきだという意見もあった。

「何も言わなかったらわからないじゃないですか、お互い。やっぱりこうしてほしいとか、ああしてほしいとか言うことも大事やと。」

Ⅲ－３．患者の感情

医師との関係や、医師に対する信頼について、患者はさまざまなことを感じている。

「患者は絶対医者の方に上がれないですよ。梯子ないですけど。医者は患者と同じ目線まで降りることはできるんですよ。これは専門家と専門家外との違いですから。」

「(医療施設は)敵陣に入ってるようなもんやからね。やっぱり中に入ったら怖いし。」

信頼関係を築くために、患者自身の能動的な行動や、責任に言及する人もあつた。

「自分自身が信頼しないと、先生も信頼していただけないでしょう。人間と人間の付き合いですよ。だから自分から積極的に信頼していく。」

「お医者さんは信用しないといけない。お医者さん選ぶのは、やっぱり私たちなんですね。」

しかし、信頼する以外に手立てはない、という患者の弱い立場を指摘する人もあつた。

「信頼できるというより、信頼せざるを得ない。」

「医学はぜんぜん自分にはわからんことやから、(医師から)かなりきつく言われても、信頼するしかないですね。きつく言われても従いますね。そんな時は後味悪いんですけどね。仕方ないかっていう感じで。」

安心して頼りきるタイプの信頼ではなく、積極的に医師との信頼を築き、自己責任を持つべき、と指摘する人もあつた。

「自分でインターネットなんかで、最近は医療情報もございますから、調べてまいりますと、えっこんな情報先生から言っていたいかなかった、っていうことがたくさんございますので。自分の体だから、自分自身も責任を持って調べないといけないのかって。」

「医者が治してくれるわけじゃないです。結局自分自身の意思の問題であつて(中略)それは自分に返ってきますよ。」

「今までだったら、医者っていうことだけで信じましたよね。医者は偉いんだって、上からもの言うて。それでこっちは、はいって聞く方だと思って。今はもう、そういう気持ちはないし。」

「個人の努力っていうのも大事やろうし。医者に頼るばかりじゃなくってね。」

考察

本研究では、グラウンデッドセオリーアプローチの手法を用いて医療に対する信頼と不信の要因を分析したところ、①医師の医学的能力に関する要因、②医師の態度・言動に関する要因、③医師-患者の感情、コミュニケーションに関する要因の3つのカテゴリーが見出された。信頼の形成には医師の臨床的医学的能力の高さと、対人的

特性や対人技能の両方が重要であることは、諸外国で行われた先行研究でも明らかにされていたことであるが(Thom & Campbell, 1997; Anderson & Dedrick, 1990)、日本の医師-患者関係にも当てはまることが明らかになった。3つのカテゴリーのうち2つが対人関係に関わるものであったことは、Thom & Campbell(1997)が指摘しているように、医師の対人技能が単に患者に快適さをもたらす付録のようなものではなく、質の高い治療を实践する上で不可欠な要因のひとつであることの表れと見なすことができるだろう。また、医師-患者関係における信頼では、能力と意図を切り離して扱うことはできないことも、改めて確認されたと言えよう。

本研究で見出された3つのカテゴリーは、①-1. 医師についての評判・伝聞、①-2. 医師の個人的・社会的特性、①-3. 適切な処置と治療の結末、②-1. 医師の診療態度・接遇、②-2. 十分な説明と納得、②-3. 患者の利益の優先、②-4. 背景要因となる限界性、③-1. 医師の配慮・共感、③-2. 医師のコミュニケーション能力と疎通性、③-3. 患者の感情の、合わせて10のサブカテゴリーに分類された。サブカテゴリーの個々の発言には、日本の医療保険制度や、日本人の対人的行動の特性を反映した内容も多く見られた。

現在の日本の医療制度では、患者は基本的にどここの医療機関でも自由に受診することができる。しかし、それは選択の責任が患者に課せられていることでもある。「自分が選んだ医師だから、信頼するのは自分の義務である。」といった趣旨の発言は、それを端的に表している。専門的知識がなく、また、客観的な評価の材料となるデータがほとんど公表されない中、患者は口コミを中心とした伝聞情報で、信頼に足る医療機関を選択している。病院のブランド、医師の年齢や性別、出身大学などの外面的な特性が手がかりとなっているのも、他に情報がない状況ではステレオタイプの条件に依存せざるを得ないためとも言えるかもしれない。

実際に受診した後は、的確な診断や適切な処置など医師の具体的な臨床能力が信頼源となるが、肯定的な経験よりも、誤診、見落とし、症状の改善がない、などの否定的な経験を通してそれらの重要性を認識し、信頼の要因として挙げる人が多かった。患者は専門家たる医師の診断には間違いがなく、適切な治療を行ってくれているもの、という期待を抱いていると思われ、期待通りに事が進んだ時よりも、その期待が裏切られた際のインパクトの方が強いかもしれない。

医師の診療における適切な態度や言動、納得のいく十分な説明、患者の利益を優先する治療態度は信頼形成に大きな影響を及ぼしていた。これらが十分でない医師は患者の信頼を得にくい、中には高圧的な態度で説

教する、ペンを投げつけるなど、常識的なマナーの観点からも問題があると思われる行動を取る医師が存在することも明らかになった。「医療はサービス業である。」という認識を持つ患者もあり、医療者との間に認識のずれが見られるようだ。

しかし、たとえミスや誤診があってもそれを率直に認め謝罪した場合は、むしろ信頼に繋がる場合がある。同様に言葉による説明がなくても、「はいよろしい。」の一言で満足している患者もいる。これは患者にとっては表面上の説明や結果よりも、その背後の意図が信頼の形成により重大な意味を持つことを示唆するものと言えよう。「何でもさらけ出すことだけが、医師と患者の信頼を作るわけではない。」との発言に示されるように、医師の言動に対して、その背後に患者を一人の人間として尊重し、真摯に向き合おうとする姿勢(意図)を患者は読み取ろうとしているようだ。そのため患者は医師の言動に対して非常に敏感である。与薬、検査、入院期間などに対しても、患者はそれが自分の健康回復を優先したものか、経済的利益を優先する医師の「金権体質」なのかを、自分なりに判断している。これら医師の意図に対する患者の認知には、客観的な合理性が伴っているとは限らないが、現実には信頼の形成に重大な影響を及ぼしているのである。医師にとって「よき意図」を持つことはもちろん、それを患者に伝える努力をすること、そのための十分なコミュニケーション技能を持つことが、信頼を得るための重要な条件であると言えるだろう。

一方、患者の側から見ると「よき意図」を持った医師といかにして出会うかは切実な問題である。しかしすべての患者が公平に扱われるわけではないことは、患者にとっては自明のことのようだった。広いコネクションを持つ医師の紹介のお陰でよい待遇を受けられたり、「一見」の患者として訪れたため、診療を拒否されたり冷遇されたと患者が感じた事例が複数報告された。紹介状は医師の「能力」に対する専門家からのお墨付きという別の意味もあり、その恩恵に与れない人にとって(能力的にも、対応の上でも)「信頼できる」医師に当たるか当たらないかは「運しだい」というある種のあきらめも見られた。

長い待ち時間、短い診察時間、行くとびに担当医が変わる、などは信頼形成の阻害要因として挙げられたが、医師個人の問題ではなく、医療者が過重労働せざるを得ず、丁寧な診療が実現しにくい日本の医療制度そのものの問題であるとして、一定の理解が示された。しかし、体のみならず心も弱っている患者に対して配慮や共感、心理的ケアを望む声は強かった。

医師-患者関係は、患者にとっては自己のきわめてプライベートな部分や脆弱さを晒すことになる人間関係である。医師と関わることは、「期待されないが起り得る、

他者の悪意(または善意の欠如)に対する脆弱性の受容」という信頼の定義(Baier, 1986)に示されている状況にいやおうなく置かれることと言えるかもしれない。「信頼せざるを得ない。」や「患者は決して医師と同じ位置には立てない。」という患者の言葉は、信頼する以外他に選択肢のない患者の状況をよく示している。このような患者の立場を理解し、遠慮しがちな患者の希望や質問に耳を傾ける医師の共感・配慮の能力や技能は信頼の形成にとって不可欠と言えよう。

しかし中には「自分が信頼しないと医師からも信頼してもらえないから、自分から積極的に信頼していく。」と、自ら積極的に信頼を示すことによって、医師の信頼行動を引き出そうとする能動的な態度も見られた。清成ほか(2003)によれば、このような「信頼の自己成就機能」に対する信念は日本人に顕著な特徴で、アメリカ人には見られないという。

患者の望む究極の理想は「気の置けない」「兄弟のような」「先生と患者の関係を越えた」医師-患者関係であるようだ。医師と個人的に親しい関係になることによって、特別な便宜が得られるという信念は、紹介状の効用に対する信念と同じだろう。共通の帰属集団を持ったり、同じ内集団に所属することは、日本社会の対人関係では現在でも特別な意味を持つらしい。山岸(1998)は「日本人は特定の相手との関係を維持し、その関係を利用することでその相手から特別な扱いを引き出す『内集団ひいき』の原理に基づく現実的効用が得られるという信念を強く持っている。」と述べているが、医師-患者関係においても明確に見られることが明らかになった。

このような内集団ひいきや信頼の互酬性に対する信念は、医師-患者関係にとっては両刃の剣であると思われる。なぜなら個人的親しさや根拠に基づかない盲信に近い信頼を示すことでしか、医師の互酬的行動を引き出せないのなら、患者が医師に質問したり、自分の希望を述べたり、セカンドオピニオンを取ろうとすることはタブーとなる。そのような行動は逆に医師に対する不信の表明であると解釈され、医師の否定的態度を招く可能性が高いからである。実際、「質問すると不機嫌になる医師」は、面接でしばしば言及された。しかし患者の自己管理、自己責任についての発言に示される通り、一部の患者の意識は既に変わり始めている。医師と患者の関係が、個人的親しさに依存しない真にプロフェッショナルなものとなり、平等なパートナーシップを持てるようになることは、今後の日本の医療をよりよくするために重要なことであると考えられる。日本人の対人関係のあり方に合う新しい医師-患者信頼関係のモデルを模索していく必要があるだろう。

最後に本研究のいくつかの限界と今後の課題を述べる。本研究は GTA による仮説発見型の研究であるため、調

査協力者のリクルートは理論的サンプリングに基づいて行っている。よって得られた知見は即座にすべての日本人に一般化しうるものではない。そのためには今後無作為抽出法によって対象者を選び、大量のデータを収集する量的調査法による分析を行う必要がある。本研究で抽出された日本人の医療に対する信頼の中心的概念は、質問紙を構成する上で非常に有効に利用できるだろう。

もう一点は、GTA の効用と限界である。GTA はカテゴリーの抽出によって、事象の本質を分析するのに有効な手段ではあるが、時系列的な変化を捉えることには向いていない。信頼の形成には時間を要するし、患者は、数十年にもおよぶ医療体験の中で、医療者に対する認識を変化させているが、本研究では個別的な変化の過程は分析されていない。この点は今後、別の質的研究法によって明らかにする予定である。

引用文献

- Anderson, A. & Dedrick, R.F. 1990 Development of the trust in physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physicians relationships. *Psychological Reports*, 67, 1091-1100.
- Baier, A. 1986 Trust and Antitrust. : trust and its varieties. *Ethics*, 96, 231-240.
- ベッカー・カール 1999 インフォームド・コンセントのジレンマ 訴訟回避・協力拒否・擬似信頼のコスト 医学哲学医学倫理, 17, 85-94.
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. 1992 Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267, 2221-2226.
- Erikson, E. H. 1959 *Identity and the life cycle (selected papers of E. H. Erikson)*. New York: International University Press. (小此木啓吾編訳 1973 自我同一性 誠信書房)
- 広井良典(編) 1999 医療改革とマネジドケア 東洋経済新報社
- 医者不信、体験を反映「身近な医療」世論調査 2000 朝日新聞(10月25日朝刊、東京本社版), p.17.
- Kao, A. C., Green, D. C., Zaslavsky, A. M., Koplan, J. P., & Cleary, P. D. 1998 The relationship between method of physician payment and patient trust. *JAMA*, 280, 1708-1714.
- 清成透子・Cook, K.・山岸俊男・大村優・鈴木直人・高橋知里・谷田林士 2003 信頼と互酬性: 分配委任ゲームと信頼ゲームを用いた日米比較実験 日本社会心理学会第44回大会論文集, 176-177.
- Laine, C., Davidoff, D., Lewis, C. E., Nelson, E. C., Nelson, E., Kessler, R. C., & Delbanco, T. 1996 Important elements of outpatient care: a comparison of patients' and physicians' opinions. *Annals of Internal Medicine*, 125, 640-645.
- Mechanic, D. & Meyer, S. 2000 Concept of trust among patients with serious illness. *Social Science and Medicine*, 51, 657-668.
- Mechanic, D. & Schlesinger, M. 1996 The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA*, 275, 1693-1697.
- メンタルヘルス 2003 医療不信・不満に関する相談分析(1月号) <http://www.t-pec.co.jp/mental/2003-01.htm>
- 三浦清春 2003 市場原理のアメリカ医療レポート かもがわ出版

- Northouse, P. G. & Northouse, L. L. 1992 *Health communication: strategies for health professionals (2nd ed.)*. Connecticut: Appleton & Lange. (信友浩一・萩原明人訳 1998 ヘルス・コミュニケーション:これからの医療者の必須技術 九州大学出版会)
- Pearson, S. D. & Raeke, L. H. 2000 Patient's trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 509-513.
- Rotenberg, K. J. 1990 The measure of trust beliefs of elderly individuals. *International Journal of Aging and Human Development*, 30, 141-152.
- Rotter, J. B. 1967 A new scale for the measurement of interpersonal trust. *Journal of Personality*, 35, 1-7.
- Safran, D. G., Kosinski, M., Tarlov, A. R., Rogers, W. H., Taira, D. A., Liberman, N. and Ware, J. E. 1998 The primary care assessment survey: tests or data quality and measurement performance. *Medical Care*, 36, 728-939.
- Strauss, A. & Corbin, J. 1991 *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*, Thousand Oaks, CA.: Sage Publications.
- Thom, D.H. & Campbell, B. 1997 Patient-physician trust: an exploratory study. *The Journal of Family Practice*, 44, 169-176.
- Thom, D.H. 2000 Training physicians to increase patient trust. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 63, 245-253.
- Willig, C. 2001 *Introducing qualitative research in psychology*. Buckingham: Open University Press. (上淵寿・大家まゆみ・小松孝至訳 2003 心理学のための質的研究法入門 培風館)
- 山岸俊男 1998 信頼の構造 東京大学出版会

註

- 1) 本研究は平成13年～14年度文科省科学研究費(研究課題番号13671258)の助成を受けて行われた。
- 2) 本研究の一部は日本社会心理学会第44回大会において報告された。
- 3) 本論文の原稿に目を通し有益なご助言を頂きました、富山大学教授斎藤清二先生に感謝申し上げます。
- 4) マネジドケアとは医療費抑制を目的とした米国の医療保険制度の総称で、「管理医療」と訳される。その主たる方法は(1)診療報酬制度の定額化、(2)保険会社による診療内容のモニタリング、(3)保険会社によるコストパフォーマンスのよい医師・病院の選別、(4)患者の医療サービスへのアクセス制限、(5)健康増進、予防医療の重視である(広井, 1999)。
- 5) グラウンデッドセオリーアプローチはグレイザーとストラウスによって開発された質的研究の方法論で、意味のカテゴリーをデータから発展的に発見し統合する。グラウンデッドとは「データに基づき、ボトムアップ的に」研究するという意味で、継続比較法、理論的サンプリング、理論的コーディングなどの方略を用いる(Willig, 2001)。

Concepts of trust and distrust in physician-patient relationship in Japan

Etsuyo NISHIGAKI (College of Liberal Arts and Sciences, Wakayama Medical University)

Atsushi ASAI (Graduate School of Medicine, Kyoto University)

Motoki OHNISHI (Kamikitachiho Health, Welfare, and Children Center)

Tsuguya FUKUI (Graduate School of Medicine, Kyoto University)

The development and maintenance of trust in the physician-patient relationship is essential for the practice of high quality health care. However, distrust of medicine has been more serious in Japan recently. The purpose of this study is to explore the factors of patient trust and distrust in physicians among Japanese. We conducted 25 semi-structured interviews with Japanese citizens based on grounded theory approach. Categories regarding patient trust included (1) physician's competency, (2) appropriate responses to patients, and (3) emotional aspects of the physician-patient relationship. Ten sub-categories were derived from these categories, which included physician's reputation, personal and social characteristics of the physician, outcomes of the treatment, physician's appropriate manner, full disclosure of medical information and informed consent, respect for patients' interest, limit of providing enough care, sympathy and compassion, physician's communication skill and communicability, patients' emotions. The result of our study shows that some parts of the patient trust we figured out were similar to the factors found in the previous studies done in western countries. However, some parts of the sub-categories we found out seems unique to our culture. More detailed analysis on characteristics of Japanese interpersonal relationship will be needed.

Keywords: physician-patient relationship, trust, distrust, grounded theory approach, qualitative study