

国民生活研究

KOKUMIN SEIKATSU KENKYU

(Journal of Research on Social and Economic Life)

第 59 巻第 2 号 2019 年 12 月

【特集】医療と消費者 ～コミュニケーションの重要性～

- [論 文] 医療と消費者 今後の展望 …………… 松 本 恒 雄 … 1
- [論 文] 医療に求められる変化～患者満足を高めるために～
…………… 真 野 俊 樹 … 16
- [論 文] 「医療契約」の法的特性と説明義務の意義
——自己決定の支援と抑制の構造 …………… 村 山 淳 子 … 34
- [論 文] 患者参加型医療が医療の在り方を変える
——21世紀医療のパラダイムシフト …………… 小 松 康 宏 … 56
- [報 告] 患者と医療者のより良いコミュニケーションを目指して
…………… 山 口 育 子 … 81
-
- [調査報告] 消費者教育推進指標からみた全国主要都市における消費者教育施策の
動向と課題 …………… 色川 卓男、小久江 茜、小野田 葵 …100
- [調査報告] 脚立からの転落事故の発生状況 —東京消防庁管内の実態分析—
…………… 清 水 鉄 也 …130
- [書 評] 樋口一清 著『消費経済学入門 —サステイナブルな社会への選択』
(中央経済社、2019年) …………… 井 内 正 敏 …143



独立行政法人

国民生活センター

「国民生活研究」第 59 巻第 2 号 (2019 年 12 月)

【特集】医療と消費者～コミュニケーションの重要性～

【論 文】

医療と消費者 今後の展望

独立行政法人国民生活センター理事長

松本 恒雄

-
- 1 医療サービスと消費者相談
 - 2 医療機関の広告－一方的コミュニケーション
 - 3 インフォームド・コンセント－双方向的コミュニケーション
 - 4 コミュニケーションの進化－医療への患者参加
 - 5 むすびにかえて
-

1 医療サービスと消費者相談

古くは、医療の問題は消費者問題か、保険診療は契約かといった古典的な論点があり、現在でも異論を唱える向きもあるが、一般論としては、これらは当然のことと考えられてきている。本特集においても、真野俊樹「医療に求められる変化－患者満足を高めるために」は、国民皆保険の下で保険料が給料から天引きされている状況では国民（患者）がコスト意識を持ちにくく、かつ保険診療報酬というスタイルで医療機関へのファイナンスが行われることから医療機関の行動パターンが必ずしも顧客である患者を向いたものになっていない面があるが、慢性疾患対象への疾病構造の変化や医療が生活の一部になってきたことから、患者は医療サービスを「購入」し、消費することで満足を得るようになってきていると評価している。また、村山淳子『「医療契約」の法的特性と説明義務の意義－自己決定の支援と抑制の構造』は、医療契約の法的特性から、医師の説明義務と患者の自己決定権の意義を論じている。

実際、全国の消費生活センターにおいても、医療にかかわる相談は一定の割合を示しており、参考資料「医療に関する消費生活相談の概要」によると、年間 9,000 件近い相談が

寄せられている(図 1)。年間の総相談件数は平均約 90 万件であるから、おおよそ 1%が医療に関する相談ということになる。医療に関する相談のうち、美容医療に関するトラブル・苦情が多いのではないかと想像されたが、医療全体の中で5分の1程度を占めるにとどまっている。言い換えれば、美容ではなく、疾病の治療を目的とする通常の医療についてのトラブル・苦情がかなりを占めており、この点からも、医療の問題が消費者問題の一部であることが明らかである。

次に、相談内容別の分類(表 2)では、医療全体にあっても美容医療にあっても、医療の質にかかわる「品質・機能、役務品質」が多いとはいえ第 2 位であり、過半数が「契約・解約」に関するものとなっている。このことは、医療に関するトラブルの多くが、契約トラブルの面をもっていることを意味している。とりわけ興味深いのは、美容医療では、「契約・解約」が全体の 4 分の 3 を占めており、奇しくも消費生活相談全体の内容別分類における「契約・解約」とほぼ同じ割合を示していることである(表 3)。

また、「販売方法」に関するものが、消費生活相談全体では、52%を占め第 2 位であるが、医療全体では 19%で第 5 位であるのに対して、美容医療では 31%で第 3 位となっている。販売方法、言い換えれば、勧誘の方法の面でも、美容医療に関する相談は消費生活相談全体に近いということである。そのようなこともあって、2017 年 12 月 1 日から施行されている改正「特定商取引に関する法律」（特定商取引法）では、美容医療のうち、①脱毛、②にきび・しみ等の除去、③皮膚のしわ・たるみの軽減、④脂肪の減少、⑤歯牙の漂白等について、特定継続的役務提供の要件（提供期間：1 カ月超、金額：5 万円超、治療内容・方法等）に当てはまる場合は、一定期間内のクーリング・オフや、一定期間経過後の中途解約ができることとなった¹⁾。

次に、参考資料では、本号の特集のテーマである医療者と患者（消費者）のコミュニケーションという観点から、「接客対応」に関する相談を分析している（2）。まず、消費生活相談全体では、「接客対応」に関するものは 14%で第 4 位であり、美容医療では 17%で第 6 位であるのに対して、医療全体では 29%を占め、第 3 位となっている。相談事例の概要として、「治療に関する医療機関の説明不足、言動に関する苦情が目立つ」に加えて、「治療に関して患者（消費者）から積極的に質問していない例もある」、さらに「クレーム対応時の医療機関の言動に対して苦情が目立つ」とされ、最後は「信頼関係がなくなり、治療中断を求める事例がみられた」と整理されている。最後に行き着く先は、前述した「契約・解約」に関するトラブルということになる。

相談事例の分析から言えることは、治療の開始時点や中途において、医師から患者への説明にとどまらず、患者から医師に希望を述べ、疑問をぶつけ、医師がそれに応えるという双方向的コミュニケーションが必要ということである。

2 医療機関の広告――一方的コミュニケーション

医療機関が行う広告は、医療機関による消費者への一方的コミュニケーションと位置づけることができる。

この点で、参考資料は、相談事例において、美容クリニックのホームページを見て出向く事例が多くみられ、美容医療に関する相談中の「表示・広告」を問題とする相談の割合を年度別にみると、いずれの年度においても 10%前後を占めていると指摘している（3（3））。

事業者による広告は、商品・サービスの種類や販売手法を問わずに適用される「不当景品類及び不当表示防止法」（景品表示法）や不正競争防止法などの一般的規制を受けるとともに、特定の商品・サービス・販売手法については、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」（医薬品医療機器等法）や医療法などの特別法の規制を受ける。

このうち、2017 年改正前の医療法第 6 条の 5 第 1 項は、医療機関による広告に関して、「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関しては、文書その他いかなる方法によるを問わず、何人も次に掲げる事項を除くほか、これを広告してはならない」との厳しい規制を課すとともに、医療機関において提供される医療の内容として、「検査、手術その他の治療の方法については、医療を受ける者による医療に関する適切な選択に資するものとして厚生労働大臣が定めるもの」に限られていた（改正前同条同項第 11 号）。そのうえで、広告が許される事項についても、「その内容が虚偽にわたってはならない」（改正前同条第 3 項）とされていた。

ところが、2007 年の「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針」（旧医療広告ガイドライン）²⁾において、インターネット上のホームページについては、「当該病院等の情報を得ようとの目的を有する者が、URL を入力したり、検索サイトで検索した上で、閲覧するものであり、従来より情報提供や広報として扱ってきており、引き続き、原則として広告とは見なさないこととする」として放任されていた。そのため、とりわけ、美容医療を中心に、不当な表示が行われていた³⁾。

そこで、内閣府消費者委員会は 2011 年に「エステ・美容医療サービスに関する消費者問題についての建議」⁴⁾を行い、厚生労働省に対して、消費者視点で好ましくないと判断されるインターネット上等の表示を取り締まるための措置を講ずることを求めた。

これを受けて、厚生労働省は、2012 年、医療機関の自主規制基準としての「医療機関のホームページの内容の適切なあり方に関する指針（医療機関ホームページガイドライン）」⁵⁾を策定し、また、上記旧医療広告ガイドラインを 2013 年に改正して、バナー広告等とリンクする病院等のホームページについては医療法上の広告として取り扱うことを明確化した⁶⁾。それにもかかわらず美容医療関係の苦情相談件数はなお増加する傾向にあったことから、2015 年、消費者委員会は、再度、「美容医療サービスに係るホームページ及び事前説明・同意に関する建議」⁷⁾を行い、①改正前医療法第 6 条の 5 の規定に基づき規制の対象とされている「広告」の概念を拡張し、医療機関のホームページも「広告」に含めること、②少なくとも改正前同法第 6 条の 5 第 3 項によって禁止されている「虚偽」の広告並びに改正前同法同条第 4 項及び改正前医療法施行規則第 1 条の 9 によって禁止されている類型（比較広告、誇大広告、広告を行う者が客観的事実であることを証明できない内容の広告及び

公序良俗に反する内容の広告）の広告を、医療機関のホームページについても禁止することを求めた。

この建議を受けて、厚生労働省は、2017 年に医療法を改正した。改正医療法第 6 条の 5 は、改正前の広告の原則禁止規定（改正前同条第 1 項）と虚偽広告の禁止規定（改正前同第 3 項）の配置を逆転させるとともに、「医療を受ける者による医療に関する適切な選択が阻害されるおそれが少ない場合として厚生労働省令で定める場合」は、原則禁止されていた事項についても広告ができることとなった（改正医療法第 6 条の 5 第 3 項）。そして、第 1 項を「何人も、医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して、文書その他いかなる方法によるを問わず、広告その他の医療を受ける者を誘引するための手段としての表示（以下この節において単に「広告」という。）をする場合には、虚偽の広告をしてはならない」として、広告に「医療を受ける者を誘引するための手段としての表示」が含まれることを明らかにした。また、第 2 項に、比較優良広告、誇大広告、公序良俗に反する内容の広告、「患者その他の者の主観又は伝聞に基づく、治療等の内容又は効果に関する体験談の広告」、「治療等の内容又は効果について、患者等を誤認させるおそれがある治療等の前又は後の写真等の広告」（後 2 者は医療法施行規則第 1 条の 9）の禁止を定めるなど、広告規制の一般法に近い規定ぶりとなっている。

同時に、旧医療広告ガイドラインと医療機関ホームページガイドラインが廃止され、新たに、「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針」（新医療広告ガイドライン）⁸⁾ が策定された。

3 インフォームド・コンセント－双方向的コミュニケーション

医師と患者との双方向的コミュニケーションは、法学の分野では、村山論文で論じられているように、患者の自己決定権、医師の説明義務、インフォームド・コンセント（十分な説明を受けた上での同意）の問題として論じられてきた。ここでの同意は、医療契約における治療内容への同意という契約面での同意の意味と、医療行為の多くが患者の身体への医的侵襲を伴うものであることから、他人による自己の身体への侵襲行為の違法性を阻却するための要件としての同意という意味の二重の意味をもっている。

このような考え方の実践面での背景にあるのが、医療過誤をめぐる訴訟の増加である。かつてのわが国の医師・患者関係は、契約関係というには程遠く、情報の圧倒的格差を前提にすべてを医師に任せて患者は文句をいわないという従属関係であった。しかし、患者は医療サービスを受ける消費者であるという意識が高まるとともに、治療の結果に対する医師の責任も問題とされるようになった。とはいえ、医師の過失やその治療行為と結果との因果関係を患者の側から立証することは容易ではない。

ここで着目されたのが、インフォームド・コンセントを欠いた治療行為は、個々の治療行為についての医師としての過失の有無を問題とせずとも、それだけで違法になるという考え方である。これは、医師の告知義務の問題とも関連している。病状について告知を受けなかったために、手術の機会を逸したとして、医師に損害賠償を求める訴訟もおきてい

る。もっとも、患者に生じた損害のうちどこまでを、インフォームド・コンセントを欠いた、あるいは告知をしなかったという医師の「不作為」と相当因果関係にある損害として認定するかは大きな問題であり、十分な治療を受ける期待権の侵害や延命利益の侵害の問題として議論されている。

医療の問題から出現したインフォームド・コンセントという考え方は、現在では、他のさまざまな領域でも議論されている。たとえば、個人情報・プライバシー保護の問題である。医師による患者の身体への医的侵襲行為が合法的なのは患者の同意があるからであると考える考え方と同様に、氏名の収集・利用についても権利主体の同意によって始めて違法性が阻却されるという考え方である。現行の個人情報保護法は、このような考え方を一部採用している。この考え方は、個人情報・プライバシーについての自己情報コントロール権という考え方に立っており、これは患者の自己決定権とパラレルな関係にある。このような考え方を進めると、たとえ公表されている名簿や電話番号であっても、本人の同意が及ばない者による利用や、同意の及ばない態様による利用の場合には、その利用は本人のプライバシー侵害にあたることとなる。

なお、村山論文では、2 つのタイプの患者の人間像、すなわち、インフォームド・コンセントの理論の前提となる「強く、賢く、自立的な患者像」と、十分な情報を与えられても必ずしも理性的にふるまうことのできない「人間にとって本質的な苦悩を抱く生身の患者像」が提示され、現実の患者はこのあいだにあるとされていることが興味深い。このような 2 つの人間像は、消費者問題において議論されている 2 つの消費者像ときわめて類似している。医師による患者の自己決定の支援が必要であるのと同様に、事業者による消費者の自己決定の支援が必要な取引分野は、金融商品を典型として多い。

4 コミュニケーションの進化－医療への患者参加

インフォームド・コンセントの考え方は、医師の責任の追及をよりやりやすくするという役割を超えて、村山論文によると、インフォームド・チョイスから、インフォームド・デシジョン、さらに現在では、共同意思決定の提案にまで至っている。共同意思決定の目的は、患者がその価値観と選考を反映した治療方法を、医師とともに選択できるようにするために、治療の危険と利益に関する患者の知識を改善して、より現実的な理解を与えることにあるとされる。医療の決定に向けた患者への支援と患者の参加がキーポイントとなる。

同様に、小松康宏「患者参加型医療が医療の在り方を変える－21 世紀医療のパラダイムシフト」においても、21 世紀医療のパラダイムシフトとしての患者参加型医療が論じられている。患者参加の様式・方法は、①治療法の選択決定やセルフケアなどの患者個人のレベルにとどまることなく、②患者仲間による支援（ピア・サポート）や病院の運営に参加し、患者の視点を反映させること、さらには、③国レベルの医療政策の立案への参加や医学研究への参加まで含むものと広く理解されている。このうち、わが国では、病院レベルの患者参加型医療が遅れているとされる。

さらに、真野論文でも、生活習慣病等の慢性疾患が医療の中心になってきているという疾病構造の変化に伴い、客観性のみを追求する医療から患者の主観的な満足を考慮しなければならない時代になってきているとされ、患者満足度を高めるために、患者経験（PX）の重要性を指摘し、診断や特に治療行為に自ら参加するという患者参加が推奨されている。

山口育子「患者と医療者のより良いコミュニケーションを目指して」は、認定 NPO 法人 ささえあい医療人権センターCOML の活動経験に基づいて、患者サイドからの様々なレベルにおける医療への参加の実情を伝えている。患者もチーム医療の一員に位置づけられるようになったとして、賢い患者を 5 つの定義にまとめている。すなわち、①病気は自分の持ち物であるという「自覚」をし、②どんな医療を受けたいかを考え、③それを「言語化」して伝え、④医療者とコミュニケーションをとりながら協働（自分にできる努力を）し、⑤一人で悩まないことをあげている。さらに、COML では、小松論文のいう国レベルでの医療政策の立案のための審議会や臨床研究の審査委員会への参加に積極的に取り組むとともに、これらへの市民の参加を進めるための講座をいくつか開設している。

また、小松論文では、急性疾患の場合、患者は医療者から医療サービスを一方的に受け取る人、すなわち消費者と考えられてきたが、慢性疾患の場合は治療の成否は患者のセルフケアに依存するところが大きく、また医療の専門分化が進むとともに治療・ケアの継続性が分断され、診療の全課程に関わるのは患者だけといえる状況になっていることが、医療のプロセスへの患者参加を不可欠とする状況を生み出しているとされる。山口報告においても、高齢社会で複数の慢性疾患を抱える患者が増えているが、慢性疾患は医療者の努力だけでは治療効果があがらず、患者も努力しながら医療に参加していることが大切だとされる。

消費者が事業者から一方的に商品やサービスの提供を受けてそれを消費する形態は今でも多いが、消費者の努力あるいは参加が不可欠のサービスも従来から存在する。教育サービスや痩身サービス、各種のトレーニング・サービスなどがその典型である。教育にあっては、いくら学校や教師側が高度の教育サービスを提供しても、学ぶ側が一定の努力をしてそれを自分のものとしないと学力は伸びない。授業に出席さえすれば何点伸びるというようなものではない。急性疾患の場合は、医師にお任せというパートナーリスティックな対応でもよかったが、慢性疾患の場合は患者自身の努力、セルフケアも求められるという点で、医療サービスは教育サービスと類似しているといえる。

5 むすびにかえて

社会の超高齢化が進み、医療においても慢性疾患の問題が大きな比重を占めてくると、医療の問題は、介護の問題とつながり、さらにいつかは必ずやってくる死に向けての準備の問題ともつながってくる。すなわち、医療サービスにおける医療者と患者のコミュニケーションや患者の参加は、介護サービスにおける介護サービス従事者や家族と被介護者のコミュニケーションの問題と連続しており、さらに、終末期医療のあり方、リビング・ウィル、尊厳死の問題などがこの延長上に出てくる。

1962 年の名古屋高等裁判所の判決(名古屋高判昭和 37 年 12 月 22 日高民集 15 卷 9 号 674 頁)⁹⁾ は、脳溢血で倒れて全身不随になり、衰弱はなはだしい父が、激痛を訴えて「殺してくれ」と大声で口走り、医師も「あと 7 日か、よくもって 10 日」といつている場合に、息子として耐えられない気持ちにかられ、殺虫剤の入った牛乳を飲ませて死亡させたという事件で、次の 6 つの要件をすべて満たす場合に、安楽死は違法とはならないとした。すなわち、①不治の病で死期が目前に迫っていること、②病人の苦痛がはなはだしいこと、③病人の死苦の緩和の目的でなされたこと、④本人の真剣な依頼または承諾のあること、⑤医師の手によること、⑥倫理的に妥当な方法によることである。実際の判決では、⑤と⑥の要件を欠いているとして有罪とされた。

この判決は、安楽死も許される場合があることを述べたものとしてよく知られているが、安楽死には、この事件の場合のように死苦から解放するために積極的な行為で生命を断つ場合(積極的安楽死)と、いたずらに病人を苦しめるだけの延命措置を差し控える場合(消極的安楽死)とがある。オランダのように積極的安楽死が法律によって容認されている国もあるが、わが国では、積極的な手段による安楽死はそもそも許されないとする考え方が支配的である。

そこで、積極的安楽死と区別するために、消極的安楽死のみを意味する用語として「尊厳死」という言葉が用いられるようになった。尊厳死とは、たとえば、ガンの末期状態であったり、頭部外傷で植物状態になったりして、ベッドの上で人工的な器具を多数装着されて単に生かされ続けているよりは、そのような延命措置を拒否して人間らしい尊厳をもって自然な死を迎えたいという願いを意味している。

意識がなくなったり、植物状態になってしまってからでは、本人自身が延命措置の拒否を求めることはできないから、あらかじめ本人の意思を明示しておく必要がある。これが、リビング・ウィルである。リビング・ウィルは、法律によって効力の認められているものではないが、多くの医師はこれを尊重する傾向にあり、日本学術会議も、1994 年 5 月の総会で、①複数の医師が回復不能であると一致して診断している、②患者が尊厳死を希望するリビング・ウィルがある、③担当医が医学的判断に基づいて実施することを条件として尊厳死を容認する見解を承認した¹⁰⁾。

東京消防庁は、終末期患者らを救急搬送する際に、救急隊員が現場で、蘇生を望まないという意思を家族から示された場合、かかりつけ医に連絡し、患者が成人で、生前に本人の同意があることなどを医師から確認できれば、蘇生を中止できるようにする新ルール¹¹⁾の運用を 2020 年 1 月 16 日から始めることを公表している¹¹⁾。

尊厳死の前提には、患者には自分の病状と治療方針について十分に医師から説明を受けた上で、治療の拒否をも含めて、最終的には自分の意思で決定するという患者の自己決定権の考え方がある。

[注]

1) 国民生活センター「美容医療でクレンジング・オフが可能なケースも！ー特定商取引法に美容医療のルールが加わりましたー」(2017 年 12 月、http://www.kokusen.go.jp/news/data/n-20171207_1.html) 参照。

- 2) <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001s3g6-att/2r9852000001s44z.pdf> 参照。
- 3) 国民生活センター「高額な施術の契約をせかす美容医療サービスーきっかけはキャンペーン価格等の広告ー」（2010 年 7 月、http://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20100707_1.pdf）参照。
- 4) https://www.cao.go.jp/consumer/iinkaikouhyou/2011/1221_kengi.html 参照。
- 5) <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002kr43.html> 参照。
- 6) https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc0036&dataType=1&pageNo=1 参照。
- 7) https://www.cao.go.jp/consumer/iinkaikouhyou/2015/0707_kengi.html 参照。
- 8) <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000209841.pdf> 参照。
- 9) 裁判所ホームページ（http://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail3?id=23053）参照。
- 10) 日本学術会議 死と医療特別委員会報告「尊厳死について」
（<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/13/15-41.pdf>）参照。なお、2008 年の日本学術会議 臨床医学委員会 終末期医療分科会 対外報告「終末期医療のあり方についてー亜急性型の終末期についてー」
（<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-2.pdf>）は、終末期には事態の進行速度より終末期には急性型（救急医療等）、亜急性型（がん等）、慢性型（高齢者、植物状態、認知症等）があるとし、亜急性型の終末期に限定して、患者本人の意思が確認できないまま終末期に入った場合の医療の対応のあり方を論じている。
- 11) 東京消防庁報道発表 2019 年 11 月 20 日「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」
（<https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/hp-kouhouka/pdf/011120.pdf>）、東京新聞 2019 年 11 月 28 日朝刊など参照。

参考資料

医療に関する消費生活相談の概要

全国の消費生活センター等に寄せられる医療に関する相談¹⁾（以下、「医療全体」という）をみると、疾病等の治療を主目的とした医療サービスや、美容医療²⁾を中心とした治療を主目的としない医療サービスなど、医療の内容によってトラブルの傾向が異なる。

そこで、医療全体に関する相談の概要に加え、美容医療に関する概要についても以下の通り取りまとめた。

1. PIO-NET³⁾における医療全体と美容医療に関する相談の概要

（１）相談件数の推移

医療全体については 2014 年度が最も多く、その後、若干の減少傾向にあるが、依然、年間 9,000 件近くの相談が寄せられている状況である。また、2019 年度（2019 年 7 月 31 日までの登録分）は 2,401 件であり、2018 年度同期件数（2018 年 7 月 31 日までの登録分）は 2,465 件で、2019 年度においても同程度の相談が寄せられている（図 1）。

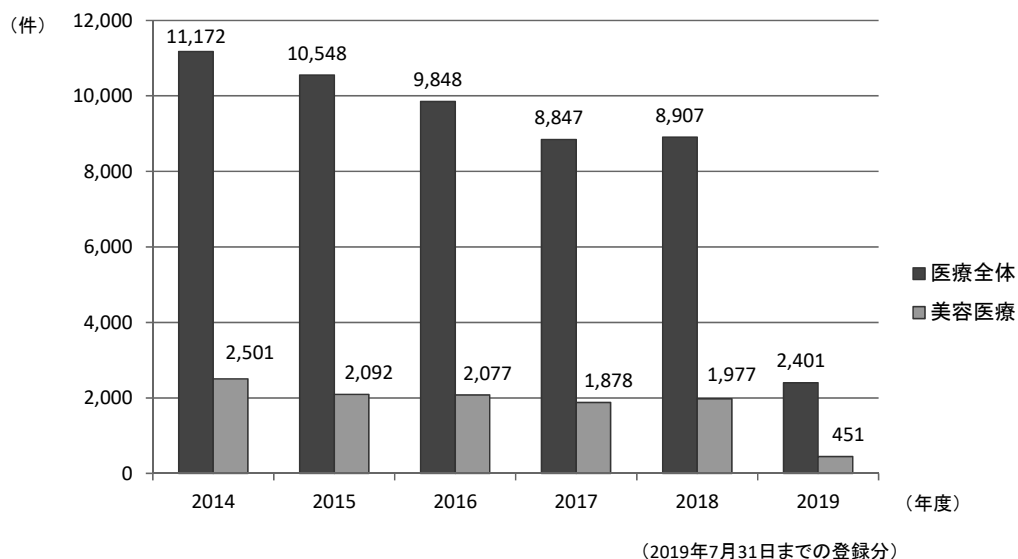
美容医療に関しても 2014 年度が最も多く、その後、若干の減少傾向であったが、2018 年度には 2,000 件近くの相談が寄せられている。2018 年度同期件数（2018 年 7 月 31 日までの登録分）は 533 件で、2019 年度（2019 年 7 月 31 日までの登録分）は 451 件と前年度より微減しているが、おおよそ同程度の相談が寄せられている。

¹⁾ ここでは、医師（歯科医師を含む）が行う医療サービスを指し、「医療サービス」「歯科治療」「人工植毛」「医療（全般）」を合わせた相談をいう。

²⁾ 本資料における美容医療サービスとは、医師による医療のうち、「専ら美容の向上を目的として行われる医療サービス」を指し、医療脱毛、脂肪吸引、豊胸手術、二重まぶた手術、包茎手術、審美歯科等が主な施術（医学的処置、手術及びその他の治療）である。

³⁾ PIO-NET（パイオネット：全国消費生活情報ネットワークシステム）とは、国民生活センターと全国の消費生活センター等をオンラインネットワークで結び、消費生活に関する相談情報を蓄積しているデータベースのこと。消費生活センター等からの経由相談は含まれない。相談件数は 2014 年度から 2019 年度までの相談受付、2019 年 7 月 31 日までの登録分。

図 1 年度別相談件数

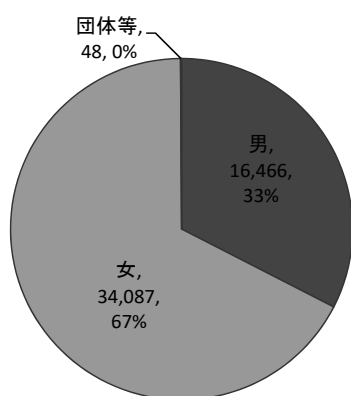


(2) 契約当事者の属性

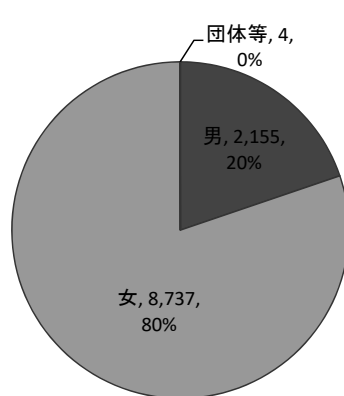
契約当事者の性別等をみると医療全体については、男性が約 3 割、女性が約 7 割、美容医療については、男性が 2 割、女性が 8 割で、いずれにおいても女性が多かった（図 2）。

図 2 契約当事者の性別

医療全体 (n=50,601)



美容医療 (n=10,896)

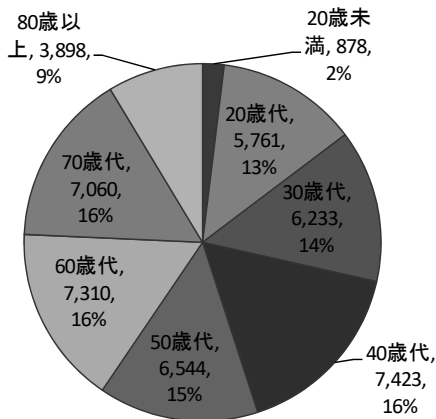


(不明・無回答を除く。％は小数点以下を四捨五入。そのため、合計しても必ずしも 100 とならない。以下同じ。)

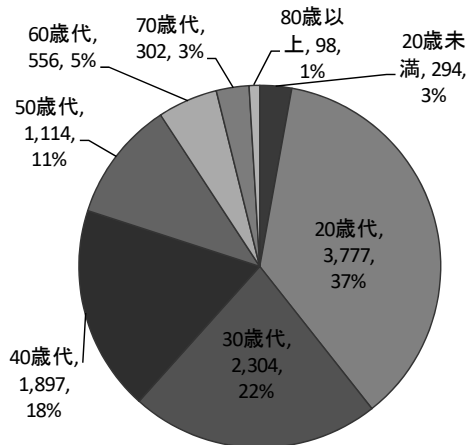
契約当事者の年代をみると、医療全体に関しては、おおむね幅広い年代の契約者の相談が寄せられている一方で、美容医療に関しては、20 歳代が約 4 割、30 歳代、40 歳代がそれぞれ約 2 割を占め、20 歳代からが最も多く相談が寄せられている（図 3）。

図 3 契約当事者の年齢

医療全体（n=45,107）



美容医療（n=10,342）



（不明・無回答を除く）

（3）商品・役務別件数と契約購入金額

商品・役務別にみると（表 1）、医療全体、美容医療のいずれにおいても、「医療サービス」「歯科治療」「医療（全般）」「人工植毛」の順で相談が多かったが、契約購入金額の平均額でみると、「人工植毛」「歯科治療」の順で高かった。

「人工植毛」は自由診療であり、「歯科治療」「美容医療」はその多くが自由診療となるため、契約購入金額が高くなる傾向にある。

表 1 商品・役務別件数とその契約購入金額の平均額

医療全体

商品・役務	件数	平均額(円)
医療サービス	34,844	478,982
歯科治療	16,099	632,875
医療(全般)	734	267,435
人工植毛	46	1,056,417

美容医療

商品・役務	件数	平均額(円)
医療サービス	10,045	646,834
歯科治療	876	721,212
医療(全般)	29	566,731
人工植毛	26	1,224,809

（4）相談内容

相談内容の内容別分類（複数回答項目）についてみると（表 2）、医療全体、美容医療のいずれに関しても、「契約・解約」、「品質・機能、役務品質」がそれぞれ 1 位と 2 位を占め

た。

3 位に関しては、医療全体は「接客対応」に関する相談が 29%、美容医療に関しては「販売方法」に問題があるとする相談が 31%の順で多かった。4 位は、医療全体、美容医療のいずれにおいても、「価格・料金」に関する相談で、25%前後となった。

表 2 内容別分類（複数回答項目）

医療全体

順位	内容別分類	件数	割合
1	契約・解約	26,603	51%
2	品質・機能、役務品質	18,394	36%
3	接客対応	15,021	29%
4	価格・料金	13,008	25%
5	販売方法	9,813	19%
6	安全・衛生	9,070	18%
7	法規・基準	2,009	4%
8	表示・広告	1,689	3%
9	計量・量目	92	0%
10	施設・設備	82	0%

美容医療

順位	内容別分類	件数	割合
1	契約・解約	8,094	74%
2	品質・機能、役務品質	4,793	44%
3	販売方法	3,425	31%
4	価格・料金	2,890	26%
5	安全・衛生	2,825	26%
6	接客対応	1,863	17%
7	表示・広告	1,061	10%
8	法規・基準	253	2%
9	計量・量目	6	0%
10	施設・設備	3	0%

参考までに消費生活相談全体の内容別分類（表 3）と比べると、医療全体や美容医療は、「品質・機能、役務品質」という医療サービスの内容を問題とした相談の割合が高い。

また、本特集のテーマに関連する「接客対応」については、消費生活相談全体では 14%であり、特に、医療全体の「接客対応」に関する相談の割合が高いことが分かる。

表 3 消費生活相談全体の内容別分類（n=4,957,628）（複数回答項目）

順位	内容別分類	件数	割合
1	契約・解約	3,663,910	74%
2	販売方法	2,575,402	52%
3	価格・料金	723,117	15%
4	接客対応	679,988	14%
5	品質・機能、役務品質	573,727	12%
6	表示・広告	303,470	6%
7	安全・衛生	151,642	3%
8	法規・基準	133,599	3%
9	施設・設備	8,169	0%
10	計量・量目	5,524	0%

主な相談内容（複数回答項目）をみると（表 4）、医療全体では「施術不良」が 13,136 件（25%）、「説明不足」が 13,086 件（25%）、「高価格・料金」が 10,988 件（21%）だった。美容医療においても、「施術不良」が 3,829 件（35%）と多く、「解約（全般）」が 3,529 件（32%）、「高価格・料金」が 3,491 件（32%）だった。

表 4 主な相談内容（複数回答項目）

医療全体

主な相談内容	件数	割合
施術不良	13,136	25%
説明不足	13,086	25%
高価格・料金	10,988	21%
返金	8,158	16%
解約(全般)	6,768	13%

美容医療

主な相談内容	件数	割合
施術不良	3,829	35%
解約(全般)	3,529	32%
高価格・料金	3,491	32%
返金	3,343	30%
説明不足	2,560	23%

本特集のテーマに関わる、医師と消費者のコミュニケーションに関連するものをみると、「説明不足」は医療全体では 25%（13,086 件）、美容医療では 23%（2,560 件）、「クレーム処理」は、医療全体では 11%（5,882 件）、美容医療では 9%（1,019 件）、「販売態度」は、医療全体では 10%（5,023 件）、美容医療では 4%（385 件）を占めた。

2. 医療全体の「接客対応」に関する相談

医療全体については、「接客対応」に関する相談の割合が高い傾向があることから、医師と患者のコミュニケーションに問題があると思われる相談事例の概要をまとめた。

なお、以下に例示するものは、相談者の申し出に基づくものであり、必ずしも事実関係が確認できているものではない⁴⁾。

（1）治療に関する医療機関の説明不足、言動に関する苦情が目立つ

治療方針や治療費について、事前に「医師から説明がなかった」という申し出が目立った。特に、歯科治療や美容医療などの自由診療分野を中心に目立つ。

治療方針については、「医師に質問してもイライラされて、疑問が解消されないまま手術を受けた」という申し出や、「料金説明は受けたがリスク説明はなかった」「検討する余地を与えてもらえず、初診の日に手術した」という申し出もあった。

また、勧められるがまま歯科治療を受け、治療後に数十万円の請求を受けた例もあった。

患者（消費者）自身の障害（精神障害や発達障害等）を事前に伝え、配慮を求めているが配慮してもらえなかった、治療を断られた、などの申し出もあった。

⁴⁾ 消費生活センターの相談対応としては、美容医療などの契約トラブルについてあっせん解決を目指すこともあるが、医療サービスの妥当性など医療の内容に関わる相談については、保健所や医師会などを紹介することが多く、補償や慰謝料を求める相談については、弁護士会や法律相談などを紹介するケースが少なくない。このため、相談者の申し出に対する医療機関側の認識を確認できていない事例が多い。

（２）治療に関して患者（消費者）から積極的に質問していない例もある

医師による説明がなかったという相談が目立つ一方で、患者（消費者）から質問する機会があったが質問しなかったと思われる事例もあった。

治療方針を説明された際、手術による切除範囲について思ったよりも広いと疑問に思いはしたものの、質問しないまま手術を受け、本人の希望より広く切除されてトラブルに至る事例もあった。

（３）クレーム対応時の医療機関の言動に対して苦情が目立つ

医療機関に治療に関する困りごとや苦情を申し出たら、「文句を言うなら来なくてよい」「弁護士を立てろ」などと言われ、相手にされない、親身になってもらえない、という申し出がみられた。

なお、相談者の居住地域に医療機関が少ない場合や、入院中の場合、今後も医療サービスを受けるため、医療機関に苦情を申し立てにくいという申し出もあった。直接病院に申し立てられないので、消費生活センターに情報を伝えたいとして相談する事例もみられた。

（４）信頼関係がなくなり、治療中断を求める事例がみられた

長期的な治療を受けている場合、治療途中で医師の治療内容や言動に不信感を持つなどして信頼関係がなくなり、治療をやめたいと申し出るケースが散見された。

歯列矯正など、長期的な医療サービスを契約している場合においては、治療をやめても残りの治療費を支払う契約となっているなど、金銭的なトラブルとなる事例もあった。

3. 美容医療に関する近年の相談傾向

美容医療は、2017 年 12 月の改正特定商取引法の施行により、特定継続的役務提供の要件に該当する美容医療サービスについては、クーリング・オフすること等が可能となった。また、改正医療法に基づく広告規制が 2018 年 6 月 1 日から施行となり、医療機関のホームページについても規制対象となった。

以下では、近年の美容医療の相談傾向について触れる。

（１）改正特定商取引法施行後の相談事例について

改正特定商取引法の施行によって、相談件数が大幅に減少するなどの傾向はみられなかったが、施行後は、クーリング・オフや中途解約による解決も見られた。

その一方で、特定継続的役務提供に該当する契約についてクーリング・オフを申し出たところ解約料を求められた事例や、クーリング・オフした後の返金が遅いなどの申し出もあった。

（２）特定継続的役務提供の対象とならない美容医療について

改正特定商取引法が施行され、特定継続的役務提供の要件に該当する美容医療に関して

は、クーリング・オフ等できるようになった一方で、特定継続的役務提供の要件に合わないと思われる美容医療に関する相談がみられた。

例えば、主に、包茎手術、豊胸手術、二重まぶた、脂肪吸引などの、1 回限りの手術等を行う美容医療⁵⁾に関する相談が依然多くみられた。

また、継続的に受ける美容医療ではあるが、特定継続的役務提供の対象とならないものとして、薄毛治療、発毛治療の相談が一部みられた。

（３）「表示・広告」に関する相談について

相談事例において美容クリニックのホームページを見て、出向く事例は多くみられた。

美容医療に関する相談において、「表示・広告」を問題とする相談の割合を年度別にみると、いずれの年度も 10%前後で、大きな増減はなかった（表 5）。

表 5 美容医療の「表示・広告」に関する年度別相談件数と割合（複数回答項目）

年度	表示・広告	割合
2014	251	10%
2015	205	10%
2016	206	10%
2017	171	9%
2018	189	10%
2019	39	9%

（参考資料は、「国民生活研究」編集担当が作成）

⁵⁾ なお、治療が 1 回限りであっても、付随して提供される役務や関連商品を含めた契約全体の実態からみて、役務が継続的に提供されていると判断される場合は、特定継続的役務提供に該当すると考えられる。

「国民生活研究」第 59 巻第 2 号（2019 年 12 月）

【特集】医療と消費者～コミュニケーションの重要性～

【論 文】

医療に求められる変化～患者満足を高めるために～

真 野 俊 樹*

要旨

超高齢社会において医療費の負担が増えている。ただし、ここで言う医療費には二種類あることが重要である。一つは国民全体が支払っている国民医療費であり、もう一つは医療が必要な時に患者になった国民が支払う自己負担の金額である。

また、疾病構造の変化に伴い、客観性のみを追求する医療から徐々に患者の主観的な満足を考慮しなければならない時代になってきている。しかしながら医療においては、情報の非対称性など患者が誤った期待を持つ可能性がまだまだ残っている。

ICT の進歩や医療機関側の情報公開やインフォームドコンセントによって、このような間違った期待は今は減っていくであろう。しかしながら最も重要なことは、患者が自ら病気に対峙する気持ちを持つことである。患者参加の医療と言い換えても良い。ここでは、いくつかの国での取り組みに触れる。

ICT の発展に伴い、医療が身近なものになってきている。そして、医療にも消費という概念が入ってきている。企業の経営において、ユーザーエクスペリエンス（UX）という考え方がひろがってきているのに伴い、近年では患者経験（PX）という考え方が生まれてきている。PX は、「患者が医療サービスを受ける中で経験するすべての事象」と定義される。国側も、患者経験を計測する方法論の開発や、そのデータを用いて保険システムを改善しようとする国が増えている。これは、患者の視点や経験を考慮することの重要性を証明するものである。

本論文では、医療が現在抱える問題を概観し、患者側の医療を選択する意識の変遷、医療の現況について触れる。また、そういった背景を踏まえて患者満足度をいかに高めるかについても論じてみたい。

-
- | | |
|-------------|-----------|
| 1 はじめに | 5 患者参加の意味 |
| 2 医療の抱える問題 | 6 海外の例 |
| 3 医療サービスの変化 | 7 終わりに |
| 4 患者満足とは | |
-

*まの としき（中央大学大学院戦略経営研究科 教授）

1 はじめに

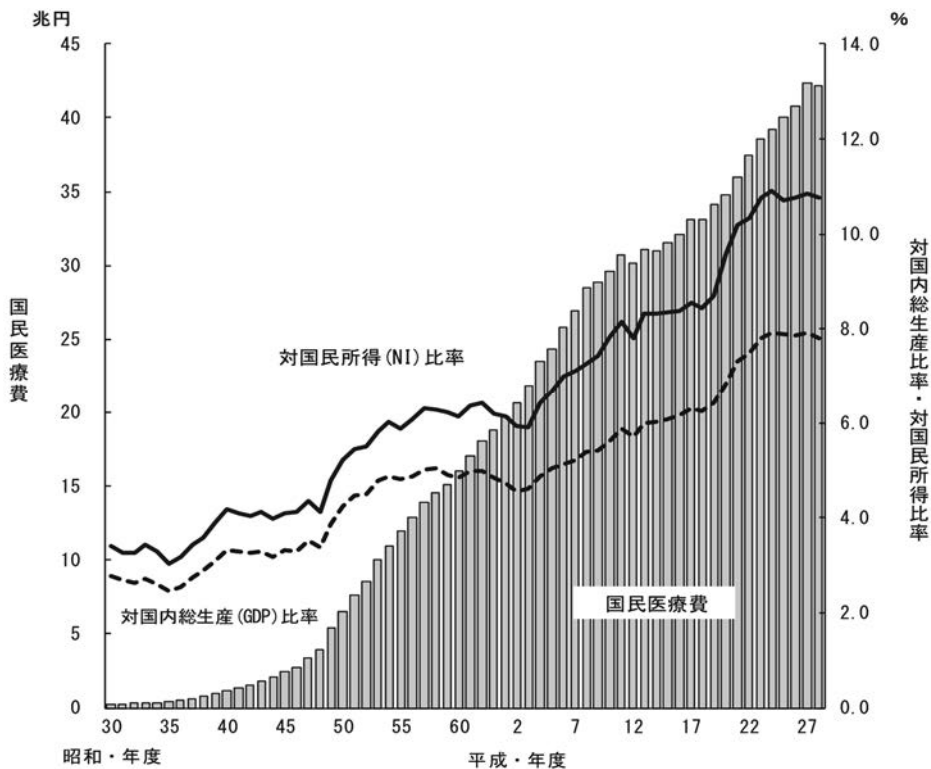
本論文では、医療が現在抱える問題を概観し、患者側の医療を選択する意識の変遷、医療の現況について触れる。また、そういった背景を踏まえて患者満足度をいかに高めるかについても論じてみたい。

2 医療の抱える問題

（１）医療費の負担

超高齢社会において医療費の負担が増えている(図 1)。ただし、ここで言う医療費には二種類あることが重要である。一つは国民全体が支払っている国民医療費であり、もう一つは医療が必要な時に患者になった国民が支払う自己負担の金額である。その中で近年の医療の進歩により非常に高額な薬剤が増えているために、高額療養費の制度の適用が増えている。

図 1 国民医療費・対国民総生産・対国民所得比率の年次推移
(出典：厚生労働省 平成 28 年度 国民医療費の概況)



高額療養費制度とは、医療機関（薬局も医療機関とされる）でかかった医療費の自己負担額が、ひと月（ある月の初めから終わりまで）で一定金額を超えた場合に、その超えた金額が支給される制度である。年収によって区分されており、いくつかの例を示す（表 1）。

表 1 高額療養費制度の自己負担額〈69 歳以下の方の上限〉（出典：厚生労働省 WEB サイト「高額療養費制度を利用される皆さまへ（平成 29 年 7 月診療分まで）」より作成）

適用区分（年収）	ひと月の上限金額（世帯ごと）
健保：標準報酬月額 83 万円以上 国保：年間所得 901 万円超	252,600 円 + （医療費 - 842,000 円）×1%
健保：標準報酬月額 53 万円～79 万円 国保：年間所得 600 万円～901 万円	167,400 円 + （医療費 - 558,000 円）×1%
健保：標準報酬月額 28 万円～50 万円 国保：年間所得 210 万円～600 万円	80,100 円 + （医療費 - 267,000 円）×1%
健保：標準報酬月額 26 万円以下 国保：年間所得 210 万円以下	57,600 円

近年保険収載されている抗がん剤は非常に高額である。抗がん剤で 1 回の投与で 3,000 万円の薬剤であったとしても、標準的な給与所得（標準報酬月額 28 万円～50 万円）の方は、80,100 円 + （30,000,000 円 - 267,000 円）×1% = 377,430 円となる。もちろん高額であるが、かなりの金額が公的な費用でまかなわれていることに気がつく。

そのため患者の自己負担額は減っており、国民から見ると自己負担が増えている気はしないであろう。しかし一方保険料は年々増加をしているので可処分所得が減っている。

ただ多くの日本人にとっては、こういった保険料は天引きという形で給料から引かれているので、こういった保険料が高くなったという実感がない人が多い。

一方、米国においてはこういった公的な保険の仕組みがないので、医療費の支払いで破産したり、医療を受けるためには非常に高額な保険料を払わなければならないといったことが日常茶飯事になっている。

そのために医療に対する国民の関心は非常に高く、選挙の争点に医療問題、例えばかつてのオバマ大統領が、提案したように米国でも国民皆保険制度があるべきだといったことが大統領候補の政策論争の焦点になったりする。

しかしながら、日本でも、医療とお金の問題が話題になるにつれ、医療費に対する関心は増えている。言い換えれば、医療を受ける患者が、消費者としての意識を持つようになってきているといえよう。

（2）医療が抱える問題

本論文の読者は医療関係者ではないと思われるので、簡単に現在の医療が置かれている

問題点を紹介しておこう。

現在の日本は超高齢社会になっている。簡単に言うと、平均寿命が非常に長くなり、また少子化が進み子供の数が少なくなったために、将来的には働き手である国民が多くの高齢者を養わなければならないような環境になる。ここで養うというのは年金保険や医療保険、介護保険制度によって、若年層が高齢者の保険料を負担しなければならないということの意味している。

もう一つの大きな問題点は、医療提供の側である。今回のテーマの主題に近い問題点であるが、簡単に言えば日本の医療制度においては、診療報酬という形で医療機関が行った診断や治療に対して支払いが行われるというスタイルで医療機関へのファイナンスが行われてきた。そのため、医療機関の行動パターンが必ずしも顧客である患者を向いたものになっていないということである。

筆者が著書「日本の医療、くらべてみたら 10 勝 5 敗 3 分けで世界一」（講談社+α 新書）で述べたように、日本の医療レベルは客観的に見れば非常に高い。これは国民皆保険制度によるところも大きいですが、医療の提供体制という視点で言えば、厚生労働省が診療報酬という形で客観的に正しい方向を追求し、また、診療報酬によるインセンティブに対して医療機関が忠実に従ってきたという点が大きいだろう。

しかし、近年の生活者の傾向は必ずしも客観的にレベルが高いことに対して満足するわけではなくなっている。

3 医療サービスの変化

（1）消費の対象になった可能性がある医療サービス

一つ重要な視点がある。それは、患者が消費者なのかどうかという点である。消費者とは、経済学的には、ものやサービスを消費することで満足を得る存在とされる。ここで二つ疑問がある。患者は医療サービスを「購入」しているのだろうか。また、消費することで満足を得ているのだろうか。

経済学の考え方では、人は費用の自己負担がなければ利益をとことん追求するとされる。つまり、日本では医療保険に加入しているために自己負担率が低いので、患者がコスト意識を持たないという考え方になる。しかし、上述したように確かに自己負担額は低いが、最先端の医療の導入に伴い、コスト意識を持たない、といえる金額ではなくなっている。

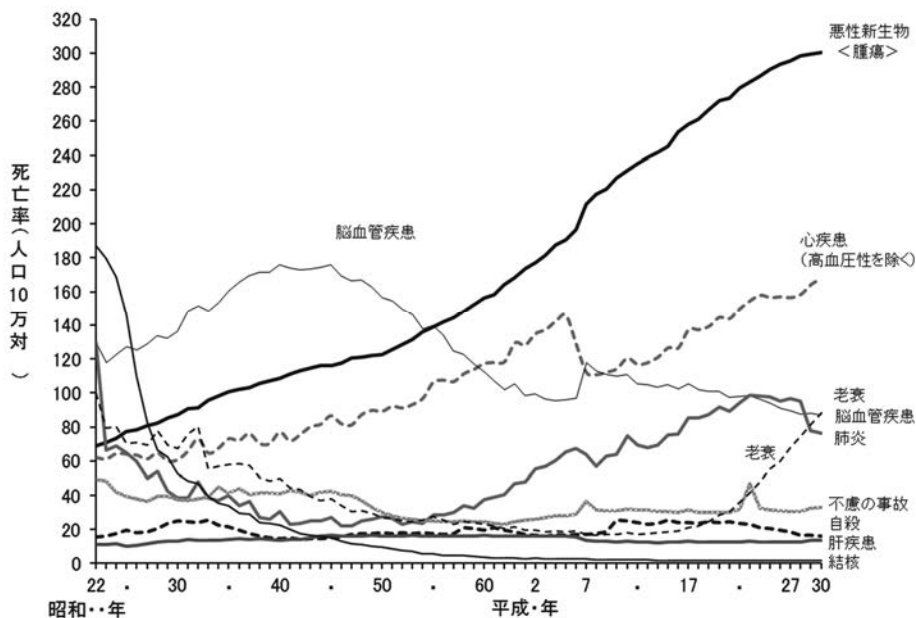
一般の商品のように単純に考えれば、自ら支払う価格が高ければ、購入を手控えることは多いし、当然の考え方のようにもみえる。しかし、医療においてこの考え方が正しいのかどうかは、なかなか証明することが難しい。

所得が 1%増えたときに、ある財の消費が何%伸びるかという値をその財の「所得弾力性」という。経済学では所得弾力性が 1 より大きい財をぜいたく品、1 以下の財を必需品といい、すなわち、所得が 1%伸びれば消費量がそれ以上伸びる財がぜいたく品で、1 以下の財が必需品となる。言い換えれば、所得の高低にかかわらずある程度の消費をせざるを

得ないので、所得が上下したからといってそれほど消費は変化しないのが必需品になる。米国では、日本のような国民皆保険制度がないので、医療がぜいたく品になっているという説明がなされる。日本でも上述したような、高額な医療に対して、ぜいたく品なのか必需品なのかという調査がのぞまれる。

感染症や外傷中心の医療から、慢性疾患対象への疾病構造の変化(図 2)や、後述するように医療が生活の一部になってきたことから、本節最初の疑問でいえば、筆者は、患者は医療サービスを「購入」し、消費することで満足を得ているようになってきているのではないと思われる。

図 2 主な死因別にみた死亡率（人口 10 万対）の年次推移
（出典：厚生労働省 2018 年人口動態統計月報年計〔概数〕）



（2）医療が身近なものに

医療が身近なものになりつつある。一つ目の理由には高齢社会を迎え、病気や介護というものが極めて身近になってきたということがある。これは、テレビでの健康医療番組の増加からも裏付けられるし、若い人もその影響を受け健康に関しての関心が増えている。皇居の周りなどは、老若男女を問わずランナーが群れを成している。

その結果、10 年前に比べれば、国民に医療や健康知識が増加した。そのうちの多くが、食事や運動など日々の生活に関連があるために、医療が身近なものになってきている。

二つ目の理由は、医療従事者の増加である（表 2）。すでに医療従事者数は 823 万人で全

就業者の 12.5%になっている。医師国家試験合格者も年間 9,000 人を超え、少子化に伴い就労者における医師の割合が増加している。読者の皆さんの身近に医師などの医療従事者と知りあいになっている割合も増えているに違いない。

また、「週刊ダイヤモンド」、「東洋経済」といったビジネスパーソン向けの週刊誌にも、医師自体の特集が組まれていることがよくある。医師自体とは医師の生活、医学部についてなどで、これらは、ビジネスパーソン向けの雑誌であるにもかかわらず、医療や健康についての特集ではないことが特徴である。逆に言えばこういった記事に関心を持つ人が増えているということになる。

一方、医療側も様子が変わってきた。以前であれば、聖職という立場で、自らの腕を磨くことに専心し、時間外労働に代表される労働者的な概念はなかった世界である。たとえば、筆者が勤務医であった、20 年程前には、「医師は管理職扱いなので労働者ではない」と言う都市伝説のようなもので説得された覚えがある。その時には時間外手当は 20 時間分しかもらっていなかったが、実際の労働時間は 100 時間を優に超えていたと思われる。

しかしながら、近年働き方改革の動きに伴い、医師も労働者であるという認識を持つ人が増えてきた。これはある意味時代の流れとして当然とも言えるが、それに伴い、言葉を選ばずに言えば、医師自身が俗世間化している様子も見られる。また一方では、国民も医師も自分たちと同じ労働者であったのか、と身近に感じる場合も多いであろう。

表 2 医療・介護の患者数・利用者数および就業者数

（出典：厚生労働省 2040 年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材））

			現状投影			計画ベース		
			2018年度	2025年度	2040年度	2018年度	2025年度	2040年度
患者数・利用者数等 (万人)	医療	入院	132	144	155	132	132	140
		外来	783	790	748	783	794	753
	介護	施設	104	129	171	104	121	162
		居住系	46	56	75	46	57	76
		在宅	353	417	497	353	427	509
就業者数 (万人)	医療福祉分野における就業者数		823 [12.5%]	933 [14.7%]	1,068 [18.9%]	823 [12.5%]	931 [14.7%]	1,065 [18.8%]
	医療		309	327	334	309	322	328
	介護		334 (200)	402 (241)	501 (301)	334 (200)	406 (245)	505 (305)
人口 (万人)	総人口		12,618	12,254	11,092	12,618	12,254	11,092
	15～64歳		7,516(59.6%)	7,170(58.5%)	5,978(53.9%)	7,516(59.6%)	7,170(58.5%)	5,978(53.9%)
	20～39歳		2,696(21.4%)	2,471(20.2%)	2,155(19.4%)	2,696(21.4%)	2,471(20.2%)	2,155(19.4%)
	40～64歳		4,232(33.5%)	4,163(34.0%)	3,387(30.5%)	4,232(33.5%)	4,163(34.0%)	3,387(30.5%)
	65歳～		3,561(28.2%)	3,677(30.0%)	3,921(35.3%)	3,561(28.2%)	3,677(30.0%)	3,921(35.3%)
	75歳～		1,800(14.3%)	2,180(17.8%)	2,239(20.2%)	1,800(14.3%)	2,180(17.8%)	2,239(20.2%)
	就業者数		6,580	6,353	5,654	6,580	6,353	5,654

※ 患者数はある日に医療機関に入院中又は外来受診した患者数。利用者数は、ある月における介護サービスの利用者数であり、総合事業等における利用者数を含まない。
 ※ 就業者数欄の「医療福祉分野における就業者数」は、医療・介護分に、その他の福祉分野の就業者数等を合わせた推計値。医療分、介護分ともに、直接に医療に従事する者や介護に従事する者以外に、間接業務に従事する者も含めた数値である。〔 〕内は、就業者数全体に対する割合。()内は、介護職員の数。なお、介護職員数は、総合事業(従前相当及び基準緩和型)における就業者数を含む。

(3) 進む医療の遠隔診療や AI 化など

ここで近年の大きなトレンドとして、ICT の普及による生活の変化と、さらに将来の AI による社会の変化を考えてみたい。まず ICT の普及であるが、これは日本の医療機関においては必ずしもペースが速いとはいえない。

電子カルテの導入においては、諸外国の先陣を切っていた日本であるが、近年の ICT の変化である情報の共有については遅れを取っている。生活者の視点で見ても、スマートフォンの普及に伴い、様々な情報をスマートフォンで共有したり管理するようになっている。

本稿の最後にいくつかの他国の例を示すが、諸外国ではこのような変化が随所に見られる。しかしながら日本においてはなかなかこのような動きについて行っていない。最も大きな理由は、政府あるいは厚生労働省が医療提供者側から情報の共有化を試みていることが挙げられる。医療提供者側から見れば、患者個人の情報は非常にセンシティブな個人情報であるので、管理を厳重にせざるを得ない。また、自分の行っている医療内容を他の医師や医療機関に公開するのに躊躇する場合もある。

下記に述べるように、海外の場合には、政府や地方自治体がかなり強いリーダーシップを取って情報の共有化を進めた。あるいは医療機関がリーダーシップをとって患者情報の共有を進めているが、前者のようなリーダーシップは日本にはなく、後者を行うには日本の医療機関は規模があまりにも小さい。

もう一つの変化である AI についても述べておこう。AI については日本でもかなり進展がみられる。例えば大腸がんの画像診断において AI で行うといったことが診療報酬で償還されるようになった。

ただ、AI について国が判断するということになる、難しいのは AI というものが自ら変化するものである点がある。つまり AI は日々学習する可能性がある、学習することによって AI は成長していくのだが、得られた情報が質の良くない情報の場合には、AI 自体が悪い方向に影響を受ける可能性もある。

認可した時とは状況が変わった時に誰が責任をとるのかというのが、大きな問題である。逆に言えば、AI 自体がその判断の根拠がブラックボックスになる場合があるので、その点においても国が責任を取れないということである。

では、このような場合に誰が責任を取れば良いのか。筆者は最終的には自己責任ではないかと考える。実際、我々がスマートフォンを利用し、例えば交通のナビゲーションを使った時を考えてみよう。この時に目的地に行く方法がいくつか AI によって指示されたとして、そしてその場合に個人が最善の選択肢を選ぶことができなかったとしても、これは最終的には選んだ個人の責任であり、言い換えれば個人の選択であるということになる。

もちろん、選択肢そのものが間違っていれば大問題であるが、通常の AI では選択肢そのものに大きな間違いを犯すことはないであろうし、先ほどの例ではないが、悪い方向にその AI が変化したのか、変な選択肢ばかりを提示してくるようになれば、その AI を使用することをやめることが個人においては簡単である。

このように ICT が進歩し、さらにそこに AI が加わると、個人の自己選択の重要性が非

常に増す。もっと言えば、個人は必ずしも客観的に判断するわけではなく、主観的に判断するケースも多い、その部分をどのように考えるかが今後の大きな課題になる。

4 患者満足とは

(1) 患者満足に対する見方

患者満足を考える場合に、本論文では、「医療が社会に埋め込まれたもの」と考える視点をとりたい。これは、上述したように医療が身近になってきていることとほぼ同義である。

すなわち、患者満足の研究をそれだけで行うのではなく、社会のほかの因子に患者満足が影響されると考える。

わかりやすく言えば、こういうことである。社会科学の中でも、客観性が強い経済学では、分析をするときに、ある前提を置くことが多い。すなわち、個人は合理的にその最大の利得を得るように行動する、という仮定である。他人に影響されたりすることなく、冷静客観的に考え、最大の利得を追求するのが個人であるとする。もちろん、人の行動はそこまで単純ではない。特に日本人は、他人に影響されやすいのではないだろうか。

実は、最近の経済学でも、このように単純な仮定を置かなくなっている。ゲーム理論やマッチング理論といったように、相手の状況を読んで行動したりする個人を考えて、確率理論を駆使して、現実に近いようにモデル化し分析している。

少し話がそれだが、満足度も個人の気持ちである以上、周囲の影響を大きく受けることになる。たとえば、世の中で消費者としての権利意識が向上してくれば、患者としての権利意識も向上するだろうし、同じように聖職とされる教育に対して、モンスターペアレンツが出現すれば、医療機関にモンスターペイシェントも出現する。

その意味で、患者の満足というものも少しおかしな表現で、病院などの医療機関に対する顧客満足というのが正しい表現であろう。ただ、本論文では、慣例に従い、医療機関を受診する顧客の満足度という意味で、患者満足度という言い方を使用する。

(2) 顧客満足度に対する考え方

あまり、この議論に深入りするのは本論文の趣旨ではないので、顧客満足度に戻ろう。一般に顧客満足は次のように定義される。

「企業、製品、もしくはサービスに対する顧客の期待と、
それらの達成度に対する顧客の知覚の差によって生じる感情」

知覚した達成度が期待に合致する、もしくは期待を上回るものであれば顧客は満足するが、そうでなければ不満を覚える。知覚なので認識したもの、すなわち主観的なものになる。だからこそ、企業は顧客の期待を正しくコントロールし、企業が何を提供しようとし

ているかを顧客に正しく理解させなければならないのである。この後半部分も実は医療機関にとっては重要で、いいものを提供できない場合もあることを患者に認識してもらう努力も必要ということになる。

顧客満足は、以下の式で定義される。

$$\text{顧客満足} = \frac{\text{知覚されたサービス}}{\text{期待されたサービス}}$$

医療がサービスかどうかは、筆者のほかの書籍に譲るが、当然、サービスが顧客の期待に合致する（あるいはそれを上回る）ことが望ましい。もし、顧客が実際に提供されたサービスを期待以上と知覚すれば、顧客は満足するうれしい気持ちになる。もし、期待を下回れば、不満を持ち、腹立たしく思うだろう。顧客は、当該サービスに対する満足に従って、サービスの質を判断する。

もう一つのポイントは、分子にある期待である。「希望サービス」とはサービスについて切望されるレベルのサービスで、顧客は本来このレベルのサービスを受けることが可能であるし、また受けるべきとも考えている。「限界サービス」は、顧客が不満足をかううじて感じないで受け入れられるぎりぎりの最低限度のサービスをいい、「予測サービス」はサービス組織が実際に提供すると顧客が考えるサービスの質を指す。したがって、この場合の顧客満足はきわめて主観的なものである。

このような期待の違いから容認範囲という考え方が生まれる。容認範囲とは、サービス提供における変動を顧客がそのまま受け入れる範囲のことだ。「希望サービス」と「限界サービス」との幅が「許容できる範囲」であり、言い換えれば、この範囲を下回ると顧客に不満が出る。さらに、顧客の期待は、サービスの購買プロセスの全ステージ（購買前ステージ、サービス購入時、購入後ステージの三つのステージ）で重要な役割を果たす。

（３）患者経験の重視

企業の経営において、ユーザーエクスペリエンス（UX）という考え方がひろがってきている。この考え方は、製品やサービスとユーザーとの間のあらゆる側面での相互作用をユーザーエクスペリエンスとしてとらえるというものである。つまり使用前、使用中、使用後すべての側面でのユーザーの経験にフォーカスするということで、それが累積されていって顧客の経験価値になると考える。また、使用前、使用中、使用後のどこでの経験が累積された最終的な経験価値に最も影響を与えるのかが、非常に重要である。

医療が特殊な領域でなくなるにつれ、あるいは米国のように最初から消費の対象であった国では、患者経験（PX）という考え方が生まれてきている。PX は、「患者が医療サービスを受ける中で経験するすべての事象」と定義される。

サーベイの仕方も工夫がなされており、患者がいつどこでどういった経験をしたのかを

問う。たとえば「ナースコールを押してから看護師が来るまでどのくらい待ちましたか？」といった客観的な「経験」を問うスタイルである。

諸外国では日本と異なりこういった患者視点の指標を、政府も評価している。患者の経験指標に対する取り組みを行っている国はデンマーク・ノルウェー・英国・オランダ・カナダ・米国である。英国では 2002 年から PX の調査が行われ、ブレア政権が 2002 年患者経験のサーベイを実施し、2010 年に BMJ に PX の重要性を示した論文が発表された。

その結果、日本と診療報酬の仕組みは違うが、通常診療の領域であるプライマリケア領域においては、パフォーマンスによって評価するという Pay for Performance (P4P) の仕組みの中に PX が組み込まれている。

米国も高齢者対象に政府が行っている保険制度であるメディケアの費用償還制度の中でのポイントに、PX が組み込まれている。そもそも高額な医療サービスを提供している米国では、患者中心思考が日本より強く、全米でも有数の病院であるクリーブランドクリニック（オハイオ州）が中心になり PX のサミットを行って普及に努めている。

（４）患者にとっての理想

患者にとっての理想は、安く、いいものを、いつでも（すぐに）得られることになろう。

わかりやすい例として、ファーストフードを考えてみよう。「うまい、安い、早い」といった表現が思い出される。しかしここで言う、「安い」と「早い」は客観的に証明される点であるが、「うまい」においては、値段の割に「うまい」ことであり、値段の割にという枕詞がなくなってしまうのが、誤解のもとである。

2 万円のフランス料理と、300 円のファーストフードが同じものであるはずがないし、おなじ「うまさ」であるわけがない。

しかし、国民皆保険下で公定価格で平等を旨としておこなわれている日本の医療では、うまさは値段と切り離されている。これが、すでに述べてきたように、お任せ医療になった原因の一つである。

しかし、ポイントは、日本の医療が、客観的には世界一であるのに、主観的な満足度では必ずしも高くないことである。

この理由は、「うまい」が主観的なものであることだろう。人間の主観は便利なもので、このくらいの値段であれば味はこんなものだろう、ということで満足してしまうのである。そもそも日本の医療の値段は安いのであるから、患者さんが費用対効果を考えれば医療の成果を考えた場合には、いいものになるはずである。

しかし、これは難しい。というのは、値ごろ感というのは何か比較の物差しを持って初めてわかることだからである。通常、医療は個別性が強く、自分の病気の値ごろ感を比較することは難しい。だからこそ、公定価格が設定されているのである。

つまり、医療においては値段との比較では満足度は上がりにくい。翻って日本の医療の場合に満足を感じてもらうには、客観性を目標にしていたものを、主観性を目標に変えればいいことになる。すでに取り上げたように、急性期の医療は数が少なくなり、糖尿病やがんといった、長期にわたり闘病しなければならない病気が増えてきた。その場合には、

患者は客観的に正しいことだけではなく、自分の人生という主観的な中で満足を求めるのである。

（５）情報の非対称と患者満足

患者が医療サービスに対して、満足しない理由には、既に述べたような価格がシグナルとして働かないという要素もあるが、もう一つはやはり提供されている医療サービス自体の内容がわからないという点があるだろう。

患者と医師の関係では、疾患やその治療に関する情報量に違いがある、経済学で言う「情報の非対称性」が存在するため、過剰な期待を持ってしまう可能性がある。「情報の非対称性」とは、ある財の需要側と供給側との間に、保有する情報の質や量に差異がある状態のことである。多かれ少なかれ、どんな財でも需要側と供給側との間に情報の差はある。どんな商品でもサービスでも 100%、その製品やサービスを理解してから、購入することはできない。

しかし、医療分野では「情報の非対称」が大きい。

情報が得られない、あるいは得られても理解が難しいことは、上述した患者満足度の公式に規定する、満足度の大きな要因である期待に影響を及ぼす可能性がある。言い換えれば、医師に対して、あるいは医療機関に対して過剰な期待を持つので、その結果の満足度が下がるという理由である。繰り返しになるが、ここで、価格という判断の要素があったりすれば、値段との見合いで期待が下がることもあろう。また、価格を考えるとところで自らが選択している、という気持ちが生まれる。

しかしながら、日本の医療サービスにはそれがない。

5 患者参加の意味

（１）患者参加の重要性

このように、患者が主体的に医療サービスあるいは医療について考えることが重要だと思われる。

後述する PHR（Personal Health Record）の導入の動きは日本にも出てきている。また、述べてきたように世界的には、患者が診断や特に治療行為に参加するという機運が生まれてきている。

これにはいくつかの理由がある。一つは、疾病構造の変化により生活習慣病が医療の中心になってきているために（表 3）、生活習慣を改善する、あるいは継続的に薬剤を服用する、といった患者の意識が治療の結果を決めることが増えてきているということがある。

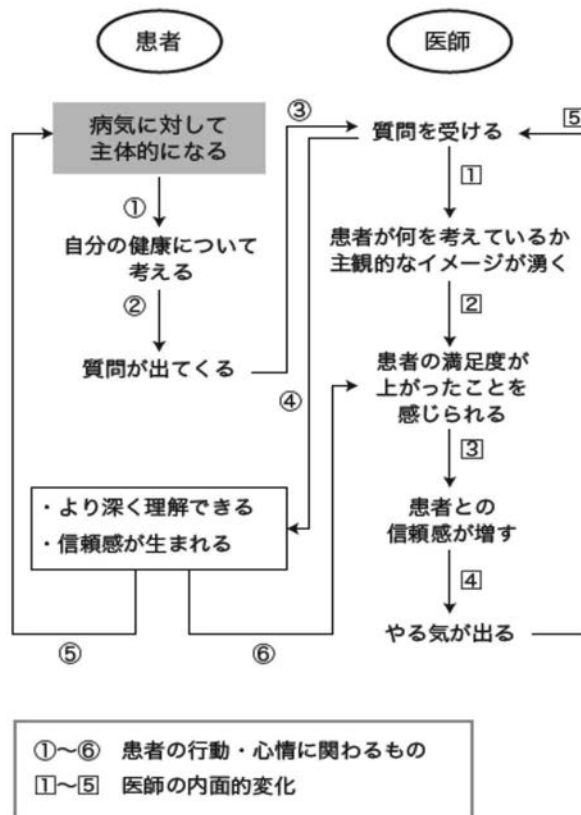
もう一つの理由は、まさに医療に限らない ICT の発達により、患者が自らの選択なり、自らの価値判断を重視する社会風土が徐々に醸成されてきているということがある。また患者の満足度も、自らが選択した結果については、批判なしに受け取り、その結果満足度が向上するということになるし、患者経験という視点においても、選択という経験から参加しているわけだからプラスになるといいであろう。

たとえば、筆者は、図 3 のような形の患者参加を提唱している。

表 3 生活習慣病の患者数（推定値）（出典：厚生労働省 2017 年患者調査の概況より作成）

主な傷病	総数	男性	女性
糖尿病	328 万 9,000 人	184 万 8,000 人	144 万 2,000 人
高血圧性疾患	993 万 7,000 人	431 万 3,000 人	564 万 3,000 人
脂質異常症	220 万 5,000 人	63 万 9,000 人	156 万 5,000 人
心疾患（高血圧性のものを除く）	173 万 2,000 人	96 万 3,000 人	77 万 5,000 人
悪性新生物（がん）	178 万 2,000 人	97 万人	81 万 2,000 人
脳血管疾患	111 万 5,000 人	55 万 6,000 人	55 万 8,000 人
慢性腎臓病	39 万 3,000 人	24 万 2,000 人	15 万 1,000 人

図 3 患者と医師の好循環



著者作成

(2) 患者満足と医療倫理

次に、医療倫理の視点から考察したい。すでに述べてきたように社会保障の一部でもある医療の場合は、単に患者の選択や自己責任とすればいいというものでもない。そのため倫理の視点で患者の選択や患者の参加といったものをどのように考えているかを見てみたい。

医療倫理は、医療の中で倫理的問題の解決への指針となる原則である。「自律的な患者の意思決定を尊重せよ」という自律尊重原則、「患者に危害を及ぼすのを避けよ」という無危害原則、「患者に利益をもたらせ」という善行原則、「利益と負担を公平に配分せよ」という正義原則からなる。

患者の権利に関する世界医師会 (WMA) のリスボン宣言というものもある。これは、1981 年 9 月/10 月、ポルトガル、リスボンにおける第 34 回 WMA 総会で採択
1995 年 9 月、インドネシア、バリ島における第 47 回 WMA 総会で修正
2005 年 10 月、チリ、サンティアゴにおける第 171 回 WMA 理事会で編集上修正されたものである。

ここには、以下が定められている¹⁾。

2. 選択の自由

患者は、民間であると公的であるとを問わず医師や病院あるいは保健サービス施設を自由に選択し変更する権利を有する。

患者は医療のどの段階においても別の医師の意見を求める権利を有する。

3. 自己決定権

患者は、自己決定権、すなわち、自分自身について自由に決定を下す権利を有する。
医師は、患者が下そうとする決定によりどんな結果がもたらされるかについて患者に情報を提供すべきである。

判断能力のある成人患者は、いかなる診断手続あるいは治療であれ、それを受ける事を承諾あるいは拒否する権利を有する。患者は自己決定を行う上で必要な情報を得る権利を有する。いずれの検査や治療についても、その目的、もたらされる結果、拒否した場合に予測される事態を患者が明確に理解できるよう配慮されるべきである。

6. 患者の意思に反する処置・治療

患者の意思に反する診断上の処置あるいは治療は、法が特に許容し、かつ医の倫理の諸原則に合致する場合にのみ、例外的に行うことができる。

7. 情報に関する権利

患者は、自分の診療録 (カルテ) に記載された自分自身に関する情報を開示され、自己の健康状態 (自己の病状についての医学所見を含む) について十分な情報を得る権利を有する。しかし、カルテに記載されている第三者に関する個人的情報はその第三者の承諾なしには患者に開示すべきではない。

情報開示により患者の生命あるいは健康に重大な害を与えると信ずるに足る理由がある場合には、例外的に患者への情報開示を差し控えることができる。

情報開示は患者の属する文化的背景に従い、患者に理解可能な形でなされるべきである。

患者がはっきり望む場合、第三者の生命の危機に関与しない限り、自己の情報を知らされずにおく権利を患者は有する。

患者は、自分に代わって自己の情報の開示を受ける人物を選択する権利を有する。

次いで先行している海外の例をみてみよう。

6 海外の例

（1）エストニアの例

1991 年にソ連から独立したエストニアは、ドイツに学んで医療保険制度の導入を図る。疾病金庫という形で健康保険組合ができるが、国で統一されており一つである。把握されている失業者（日本でいう傷病手当金は給与の 8 割で 6 か月間）や障がい者、18 歳までの子供や大学生や主婦（数が少ない）、約半数の成人で給与の 13%になる保険料を支払っている人（個人負担なし）、高齢年金受給者が対象で 94-95%の国民がこの保険に加入しているが、日本のような国民健康保険はない。

エストニアは、英国や北欧のように登録式のかかりつけ医制度をとっていて、1 名の医師に対して 1,200-2,400 名（平均 1,700 名）の登録だという。かかりつけ医への支払いは人頭払い部分と出来高部分のミックスで、病院など専門医への受診には紹介が必要になるが、後述するように患者の基本的なデータは即時共有される。

英国や北欧の国でみられるように、受診には時間がかかるので、早く見てほしい人あるいはいきなり専門医を受診したい人は自費（その後の医療も全額自費）を選ぶ場合もあるという。

医療関連の ICT 化は 2008 年から始まり、ほかの分野と同様にデータ交換基盤のレイヤー、データベースのレイヤー、アプリケーションとサービスの三つのレイヤーからなる。ICT による変化は EHR（Electronic Health Record）、電子画像、と電子処方箋と電子予約（レジストリ）である。電子予約は、診察を受けることができるまでの待ち時間が長いので、せめて医師の予約を取りやすくするために導入されたが、まだあまりうまく機能していないという。その意味では、医療分野の目玉は二つである。一つは EHR や電子画像によるデータの共有化、もう一つは後述する電子処方箋である。

EHR は日本でも、徐々に進みつつあるが、エストニアの場合には、2009 年から、かかりつけ医を含むすべての医師はカルテすべてではなく、その要約を電子化し共通サーバー上で保管する義務がある（ただし罰則規定はないようである）。これによって、当該患者の診察に関係する医師は、家族歴や既往歴、過去の経緯、画像、薬剤アレルギーの有無、薬の服用歴といった医療の基本情報にアクセスできる。

この、サマリーの共有情報は、患者も医師もアクセスが可能である。ここで、EHR と PHR という用語の定義を行っておく。EHR とは医師などの医療従事者が 1 か所以上の医療機関

からのデータをもとに管理することで、病院ではなく、個人が管理する場合を PHR という。その意味では、エストニアは PHR といってもいいであろう。看護師もこの情報にアクセスできる。

どの医師がいつ自分の情報にアクセスしたのかは、患者ポータルを通して患者が知ることができるため、必要以上に医師が自分の情報にアクセスしていれば、おかしいということで確認することができる。さらに患者は、健康保険組合から医師にどのようなお金が支払われたかの詳細をネット上で確認することもできる。

個人情報保護についてはオプトアウトが原則で、患者の方でどの情報を医師に伝える（あるいは専門医に伝える）といったことをコントロールすることが可能である。

「21 世紀のおばあちゃん」という医療サービスも利用可能である。これは、かかりつけ医が 24 時間 365 日電話でアドバイスを受け付けるというサービスである。年に 2 万件のアクセスがある。海外からもアクセスが可能で、一部の国のみであるがその医師が情報を送ったりして、救命できたケースもあるようだ。

エストニアの薬局は 2010 年から薬の処方箋をオンラインで発行することになっているので、患者は処方箋を入手しなくても処方された薬剤を手に入れることができる。継続処方の場合には医師を受診せずに処方してもらうことも可能である。2016 年現在で 99% の患者が電子処方箋を利用している。

これにより、通院回数を最小限に抑えられるので、医療費の削減や患者の時間節約に貢献しているほか、手書きの処方箋によって起きる間違った薬の処方を未然に防ぐことも可能となった。EHR と同じで、医師による処方内容も監視できるため、薬の横流しなど不法行為を抑制する効果も生んでいるという。

（2）米国の例

10 万人以上の患者が PHR を利用しているクリーブランドクリニック（オハイオ州）は、PHR のメリットを下記のように評価している。

1. 家族など親しい人に情報を共有することができる。
2. 二重になりがちな、診断や治療を避けることができる。そのために、医療費の節減になったり無駄な時間を減らすことができる。もちろん医療機関のムダも減らすことができるであろう。
3. 患者参加という気持ちになることが容易である。
4. 状況によっては介護者に医療情報を提供することも可能である。
5. 旅行中などの急な疾病や怪我についても情報の提供が可能になる。
6. 他の医者に受診する時も情報の提供が可能になる（米国はかかりつけ医を持っている場合が多い）。
7. 予約やワクチン接種といった予定を忘れにくくなる。

ここでは、筆者が 2019 年 2 月に視察した米国の子供病院の例を紹介しよう。

IT 化には非常に注力しており、2010 年には HIMSS Davies 賞（医療情報管理システム協会 電子カルテ優秀賞）を受賞し、HIMSS Stage 7 レベルであるということで、HIMSS から紹介されての視察になった。

スマートフォンを通しての遠隔医療も積極的に行っている。診療科目は循環器、神経内科、栄養科、内分泌科など 16 科目である。

ただ、日本で言う遠隔医療というよりは、7 日間 24 時間いつでも care connect という形で患者や家族と医師がつながっているというシステムでもある。具体的には、音声、アラーム、テキストデータでつながった遠隔医療でスマートフォンを活用している。コミュニケーション回数は年間に音声で 369,169 回、アラームが 3,398,727 回、テキストが 4,821,006 回であったという。

ちなみに、医師との遠隔診療を行わなかった場合には、10%の患者は何もアクションを起こさず、26%が ER、34%がアージェントケア、28%が医師のオフィス（いわゆる外来）を受診するという。そして分析によればこのシステムの導入のおかげでフロリダ州政府は 134 億円の医療費を削減できたと試算される。

データや生体モニターも共有化されている。自宅で生体モニターたとえば酸素飽和度をモニターしていればそのデータは毎分毎分病院に送られるし、そのデータ自体を患者側も見ることが出来る。

米国の ICT への包括的な取り組みは病院だけではない。

Healthix は全米で最大規模の公共非営利の医療情報交換組織（Health Information Exchange: HIE）である。組織の起ころは 2005 年にさかのぼるが、統合を重ね現在の Healthix は 2012 年にできた。その後も統合を重ね、現在ではニューヨーク市全域と近隣のロングアイランドの地域の病院から、病院、長期ケア施設、亜急性医療施設、健康保健会社、小規模地域保健センター、開業医、診療所まで約 4400 施設とつながり、登録患者数は 1,600 万人となっている。従業員は少なく 55 名の組織である。また他の公共／民間 HIE と接続し、データを共有しており、この中でも重要なパートナーは SHIN-NY（Statewide Health Information Network for New York：ニューヨーク州全土の医療情報ネットワーク）である。

他の州、たとえばインディアナ州、ミシガン州、オハイオ州、カリフォルニア州、ネバダ州などでも同様の試みはなされているが、ここでの取り組みが規模において全米最大である。ただし、インディアナ州などのようにほかの州でのデータとの共有は行われていない。

なお、データ共有について、医療者は特に新しく入力するといった手間はかからない。患者が直接アクセスすることができない点が、エストニアの取り組みとは異なっている。

これによってより容易にセキュアに（高セキュリティー環境で）患者ケアが医療従事者間で連携できる。個人情報オプトインで許可を取っている。情報共有、連携体制により、患者ケアの品質やスピードの向上ばかりでなく、不必要な検査の重複を避けることもでき、コスト削減にもつながる。実際に、2017 年の 10 月には、48,125 件の患者サマリー、3,470 件の電子カルテが会員によって閲覧された。もちろん、ケアを提供する会員の間での直接のメールなどでのやり取りも行われる。

その中のデータには、患者の名前、性別、人種、対応言語、アレルギー、投薬、投薬に対するアレルギー、喫煙の有無、予防接種歴、通院歴、身長・体重・血圧・BMI といった簡単なバイタルサイン、さらには薬局からのデータ、薬剤データ、患者の問題リスト、検査結果、放射線科のレポート並びに画像、病気の診断名、行われた手技、認知力、もし入院したことがあれば退院の時の指示及びサマリーなどがある。

収集管理されたデータをもとに行動をおこすこともこの組織の特徴である、たとえば、かかりつけ医には当該患者がどこかの病院の ER を受診したら、あるいはナーシングホームに入所したらといった情報がリアルタイムに連絡される。患者が万が一死亡した場合にも情報がメールで送信される。2017 年 10 月において、こういった情報が 904,646 件配信されている。

また、収集したデータの予測分析により Population Health Management(PHM)という観点から、地域の人口の 慢性疾患の予防から予後までのリスクの低減化に活用もできる。

現在は、ニューヨーク州政府の補助金事業として行っており、無料であるが、どこかで持続可能な事業化を求められる可能性があるかもしれないということであった。

(3) ドイツの保険制度の展開

述べてきたような動き、つまり情報が個人のモノとなり選択を重視する、という流れと逆の動きも見られる。1833 年の医療保険制度の創設がドイツのビスマルクによることはよく知られている。それ以降ドイツは、1885 年の事故に対する保険の創設、1891 年の年金保険の創設、1927 年の雇用保険の創設、1995 年の介護保険の創設といったように保険制度を充実させてきた。

ドイツの医療保険制度には極めて面白い特徴がある。すなわち、年収が 54,450 ユーロ以上の高額所得者や自営業者、公務員は、必ずしも公的な保険制度に加入しなくてもいいということである。少し説明しよう。ドイツは国民皆保険の国である。したがって何らかの医療保険制度に全国民が加入しなければならない。しかし先ほど述べたように高収入者や公務員は国の公的な保険制度に加入しなくてもいいのである。公務員の場合は各自が民間保険に加入し、その費用を国が各自に償還する仕組みになっている。言い換えれば、これらの人は民間保険に加入してもいいということになる。

民間保険に加入すると提供される医療レベルは公的な保険と同じであるが、診察してくれる医師を選択できる、プライマリケアの医者(家庭医)を通さずいきなり専門の診察ができる、入院の時に個室を選べる、診察の折の待ち時間が短くなるといった、医療周辺のメリットがある。

医療費の支出において民間保険は全体の 8.4%と少額である。しかしながら近年の民間保険を選択できるということに対して批判が起きてきている。つまり公的保険は連帯という原則であるが、民間保険は連帯ではなくあくまで多くの金額を支払ったものが多くのメリットを受けるという仕組みだからである。

このように社会保障においては、選択がいいものなのか、許されざることなのかという哲学的な課題があることを付記しておきたい。

7 終わりに

疾病構造の変化に伴い、客観性のみを追求する医療から徐々に患者の主観的な満足を考慮しなければならない時代になってきている。しかしながら医療においては、情報の非対称性など患者が誤った期待を持つ可能性がまだまだ残っている。ICT の進歩や医療機関側の情報公開やインフォームドコンセントによって、このような間違った期待は今後は減っていくであろう。しかしながら最も重要なことは、患者が自ら病気に対峙する気持ちを持つことである。患者参加の医療と言い換えても良い。

海外の事例を見ても、公的な仕組みの中で、医療情報の共有化が日本以上に進んできている。国民皆保険制度を持たず私的な医療の側面が強い米国においても州が音頭を取って医療情報の共有化に取り組んでいることは興味深い。さらに、患者経験を計測する方法論の開発や、そのデータを用いて保険システムを改善しようとする国も増えている。これは、患者の視点や経験を考慮することの重要性を証明するものである。日本においても、こういった世界の動きに敏感であることが、優れた日本の医療を維持するために必須ではないかと考える。

[注]

- 1) 世界医師会「患者の権利に関するWMAリスボン宣言（2005 年 10 月）」

<http://dl.med.or.jp/dl-med/wma/lisbon2005j.pdf>

[参考文献]

真野俊樹 医療マーケティング 第3版 日本評論社 2019 年

真野俊樹 医療危機 高齢社会とイノベーション 中公新書 2017 年

真野俊樹 治療格差社会 ドラッカーに学ぶ、後悔しない患者学 講談社+α 新書 2018 年

真野俊樹 米国におきている ICT を含む医療技術の変化とその影響 共済総合研究 Vol.79 (2019.9) 80-97

加藤浩晃 医療 4.0 (第 4 次産業革命時代の医療) 日経 BP 2018 年健康保険組合連合会『医療に関する国民意識調査』(2013) <http://www.kenporen.com/include/press/2011/20111117.pdf>

Healthix ホームページ. <http://healthix.org/>

The Nemours ホームページ. <https://www.nemours.org>

Chris Salisbury, Marc Wallace, Alan A Montgomery, Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling

BMJ 2010; 341 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c5004> (Published 12 October 2010) Cite this as: BMJ 2010;341:c5004

「国民生活研究」第 59 卷第 2 号（2019 年 12 月）

【特集】医療と消費者～コミュニケーションの重要性～

【論 文】

「医療契約」の法的特性と説明義務の意義 ——自己決定の支援と抑制の構造

村 山 淳 子*

-
- 1 序論——本稿の問題意識と目的
 - 2 患者の人間像の考察——医師患者関係の解釈の出発点として
 - 3 「医療契約」の法的特性——2つの憲法上の価値を内包する契約
 - 4 医師の説明義務の意義——自己決定の支援と抑制の構造
 - 5 結論——本稿の成果と射程
-

1 序論——本稿の問題意識と目的

（1）本稿の問題意識

医療において、患者の意思決定（自己決定）が重要であること、そしてその前提には、医療者と患者のコミュニケーションが必要であることを、否定する者は、いまやいない。そしてそこにおいて、医師の説明義務が大きな役割を果たしていることは、疑うべくもないことである。

しかし、この医師の説明義務は、長いこと、医事法の主要テーマの1つでありながら、その内在的な、法学的意味に則した究明がおこなわれてこなかった。

このことは、医師と患者の法的関係が、訴訟における証明分配といった華やかな外在的論争¹⁾の下にあって、真に問われるべき意味内容の究明がおこなわれてこなかったことと、深く関係している。このような医師患者関係に対する内在的理解の不足が、そこにおける法規範の解釈の深化を阻んだ一面があるのである。

*むらやま じゅんこ 西南学院大学法学部 教授

(2) 本稿の目的

本稿は、かかる問題意識に立ち²⁾、医師と患者の法的関係を、契約法的アプローチから、その法学的意味に則して、内在的にあきらかにし、その成果との対応関係において、そこにおける医師の説明義務の法学的意味とそれに則した内容を詳らかにすることを目的とする。

医師患者関係の考察にあたっては、契約法的アプローチでも、不法行為法的アプローチでも、結論として、到達する価値判断に大差はない³⁾。本稿では、従来不法行為法的アプローチから研究されることの多かったこの問題に、あえて契約法的アプローチからの論考を挑むことで、他の非対称な法律関係に関する研究との比較の俎上にあげられるような研究成果をあげることを意図している（そして、本稿の研究成果は、不法行為法的アプローチからの解釈論に、やがて反映されてゆくだろう）。

医師（医療者）の説明義務というテーマは、全体像を俯瞰するならば、法学以外の、生命倫理・哲学・介護・福祉など多領域におよぶ学際的課題である。本稿では、そのことを認識し、他領域の研究業績にも素材を拡げ、それを力として、法学的研究の進展につとめたい⁴⁾。

2 患者の人間像の考察——医師患者関係の解釈の出発点として

(1) 解釈の出発点としての患者の人間像

非対称な法律関係の解釈や立法は、そこにおいて保護すべき劣位者の具体的な人間像の実態によって主に基礎づけられる⁵⁾。したがって、医師患者関係を考察する出発点としては、患者の人間像の克明な描出こそふさわしい（この点では、不法行為法的アプローチであれ、契約法的アプローチであれ、同じである）。

かつての「お任せ医療」が前提とした、「先生にお任せします」というタイプの患者像が、克服の対象であることは、いまや異論のないところである。本稿で取り扱うのは、その次の段階にあたる患者像である。

今日、本テーマの関係領域において、患者像は、以下(2)(3)で各々叙述する対極的な2つの人間像のあいだで認識されている。現実の患者は、この対極的な2つの人間像のあいだで、多彩かつ流動的な個人差や状況差をもって、揺れ動く、いずれとも言い切れぬ不確かな存在である。

(2) 強く、賢く、自律的な患者像の志向と限界

まず第1に、いわば「強く、賢く、自律的な」とでもいえる患者像がある（もっとも、最小限の支援は必要としているのだから、民法学が前提とする人間像とは異なっている）。

この患者像は、かつて権威的医療を批判し、患者の自己決定権を叫んで、インフォームド・コンセント論⁶⁾が誘った⁷⁾患者像である。いまや限界が認識されている患者像であるが、それでも、原則であって、これを理想像として志向することを止めてはいけない。

この患者は、自身の身体や生に関し、あらかじめ自律的に形成された自らのしっかりし

た価値をもち⁸⁾、常に理性的であって感情に流されず、ものごとを熟慮し、それにしたがって判断し行動することができ、そうすることに自覚的・積極的である。自己決定の条件さえ整えば——つまり、誰からも何からも統制を受けずに自由であって、自己決定に必要な情報を得ることさえできれば——医療において、成熟した自己決定ができるし、またそうしようとする。ここでの自己決定は、自己責任を問うことができる。

（3）人間にとって本質的な苦悩を抱く生身の患者像

そして第 2 に、その対極にある人間像として、現実の人間の弱さをもつ、いわば「生身の」患者像が存在する。

この人間像は、とくに判断能力の不十分な患者を対象とした医療や、倫理問題を含む医療に関して、第 1 の患者像の限界が認識され、包括的な支援や特別なケアを要するという、より進んだ認識の下で提唱された。人というものの本来的な性質に加えて、患者は傷病ないし死にすら直面する過酷な状況下で、人間的な苦悩に苛まれていることが、この患者像の前提とする認識である。

この患者は、十分な情報を与えられ、他から統制を受けなくとも、必ずしも理性的にふるまうことはできないか、あるいはそうしようとしなない。ある者は意思決定をしようとして（またはそれを嫌い）、ある者は価値において一貫性のない選択をし、ある者は非理性的で感情に流されやすく、またときに、ある者は自らの身体・生命を傷つけたり危殆化させるようなふるまいや選択をすることさえある（この最後の点が、後述する医療契約の内容規制、そして患者の自己決定を抑制する機能をもつ医師の説明義務を基礎づけてゆく）。

（4）小括——2つの患者像の存在を出発点として

いまや多くの論者は、理想的な強い患者像と、人間的な弱さをもつ現実の患者像という、対極にある 2 つの人間像の存在をいずれも認識している。民法研究者を中心に、第 1 の患者像に傾倒を示す者がある一方で⁹⁾、医事法・生命倫理・哲学・介護・福祉などの諸領域におけるように、第 2 の患者像をありのままにみとめ、その支援や保護に心を砕く者もいる¹⁰⁾（これは、研究者としてのスタンスや研究アプローチの違いである）。

向かうべき理想像として第 1 の患者像（つまりは、それを前提とした理想の医療）の価値をみとめることを止めてはならない。しかし、生身の、具体的患者の状況ごと個人ごとに生ずる諸種の必要への応接を切り捨ててはならない。

このような対極にある 2 つの人間像の存在を、いずれとも認識することを出発点とし、つまりは複合的に、医師と患者の法的関係、そしてなかんずく、医療契約の法的特性と、そこにおける医師の説明義務の意義と内容を考察しなければならないのである。

3 「医療契約」の法的特性——2つの憲法上の価値を内包する契約¹¹⁾

（1）憲法上の価値を内包する契約

医療契約の法的特性は、多様に存在し拡大を続ける憲法上の人権の中でも、とりわけ歴

史的に裏打ちされ中核的な、自己決定権と生命・身体権という、相対峙する 2 つの憲法上の価値を内包するという点に求められる。医療契約では、医療債務（医療契約）内容の確定過程において繰り返される当事者合意とその実質化、および医療契約内容の規制が、いずれも、医療契約に内包される 2 つの憲法上の価値の保護の要請により、基礎づけられるのである。

以下、医療契約に内包される 2 つの憲法上の価値の保護の要請から基礎づけられる、医療契約内容の確定過程における当事者合意とその実質化、および医療契約の内容規制——一言でいえば、医療契約における患者の保護法益と保護の手法の構造をあきらかにしよう。

（２）患者の自己決定権¹²⁾の保護の要請が基礎づけるもの——医療契約内容の確定過程における当事者合意とその実質化

本項目では、患者の自己決定権とは何かをあきらかにしたうえで（a）、その保護の要請が基礎づけるところの、医療債務（つまりは医療契約）内容の確定過程における当事者合意とその実質化について（b、c）考察する。

（a）患者の自己決定権とは何か¹³⁾——身体処分に関する利益（＝違法性阻却構成説、治療傷害説に対応）か、人格の自由に関する利益（＝注意義務構成説、治療非傷害説に対応）か

憲法学上、自己決定権は、同法 13 条の保障する個人の尊重もしくはそれをふまえた幸福追求権に包括される基本的人権とされる。しかし、その保障内容について、学説は多岐にわたり、人格的利益説¹⁴⁾と一般的行為自由（一般的自由権）説¹⁵⁾とに大別される。もつとも、この論争は、本稿に直接的な影響を与えるものではない（このレベルで限定的に捉えても、無限定に捉えても、いずれにせよ、医療における患者の自己決定権は含まれる）。

そこで、憲法学上の上記論争はひとまず措き、患者の自己決定権の保障内容をあきらかにしよう。この点をめぐる学説の対立は、①説明義務の法的性格（あるいは、説明と同意の関係）をめぐる学説の対立、および②（主に刑法学で展開された）専断的医療行為の法的評価をめぐる学説の対立と対応関係にある。以下、第 1 説と第 2 説に分けて整理しよう。

第 1 説は、患者の自己決定権の保障内容を身体利益の処分権¹⁶⁾、または身体の一体性（bodily integrity）を基礎においた自己決定権¹⁷⁾とする立場である。第 1 説の立場をとるならば、医師の説明は医療行為の違法性を阻却する同意の有効要件であり、その不履行は患者の同意を無効にする（①における違法性阻却構成説に対応）。そして、同意なき専断的医療行為は、刑法上、身体侵害（罪）であると評価される（②における治療傷害説に対応）。

第 2 説は、患者の自己決定権の保障内容を意思決定の自由、自己実現に対する権利、自己の運命について決定する権利¹⁸⁾、あるいは人格権¹⁹⁾といった、人格にかかわる抽象的で包括的な自由権と捉える立場である。第 2 説の立場によるならば、説明は同意の有効性の問題と一応切り離された医師の注意義務であって（①における注意義務構成説に対応）、同意なき専断的医療行為は、刑法上、身体侵害（罪）を構成せず、無罪か、せいぜい自由侵害（罪）に該当するにとどまる（②における治療非傷害説に対応）。

民法学説²⁰⁾および（明確な理論構成は示されぬながら）裁判例は、一般的には、第 2 説

の立場をとるとされる²¹⁾ (もっとも、このテーマについてふみこんだ考察を行う民法学説は、第 1 説と第 2 説を区別したうえで、段階的ないし併存的な捉え方をしている²²⁾)。

(b) 医療契約内容を確定する合意の構造

このような患者の自己決定権は、不法行為法的アプローチをとるならば、端的に、不法行為法上の保護法益と位置づけられる。しかし、契約法的アプローチをとると²³⁾、患者の自己決定権は、医療契約内容の確定過程における患者の主體的関与と表現できる、より行為規範的な文脈の中でかたられることになる。

医療契約において、医療債務の内容 (つまりは医療契約の内容) は、契約締結当時の抽象的・概括的・枠組的な合意²⁴⁾を出発点に、実際の医療の経過と当事者の経時的交渉のなかで、医師の裁量と患者の自己決定が複合的に絡み合い、日々刻々と流動的に変化しながら、具体的に²⁵⁾確定されてゆく²⁶⁾。すべての契約内容が確定するのは、契約終了時、あるいは患者の死後にまで及ぶ、契約の効力消滅時であるといつてよい²⁷⁾。

このような医療契約内容の確定過程において、随所におよぶ当事者合意を²⁸⁾——その実質的確保の基盤ないし手続の整備をも含めて——要請するのが、患者の自己決定権である。

(患者の自己決定権の保障内容について第 1 説をとるのであれば、第 2 説をとるのであれば) すくなくとも最大公約数として、医的侵襲に先立っては、医療契約の締結合意とは別個独立に、患者の同意をたしかめること (同意取得義務を独立に認める学説もある²⁹⁾) が必要不可欠として求められる。この手続を特約によって排除することは許されない³⁰⁾。さらに、第 2 説によるならば、(立ち入った考察をする多くの民法学説によれば) これに上乗せして³¹⁾、多くの機縁と事柄において、すくなくとも患者に自己決定の機会が与えられなければならない。

そして、かかる自己決定において、患者の自己決定を実質的に確保するための基盤ないし手続として、医師の説明義務を整備することが要請されるのである (後述 4 を参照されたい)。わが国では、医療契約の内容確定過程における患者の自己決定とその実質化という要請は、医師の説明義務という形をとって一体的に実現される。

(c) 患者の自己決定の領分について

医療契約内容の確定過程における内容決定因子は、医師の裁量³²⁾と患者の自己決定³³⁾であり、両者は相対する関係にある³⁴⁾。2 つの内容決定因子の振り分けに関して、裁判例・学説の状況からは、以下のような基準ならびに具体的該当事項を抽出することができる³⁵⁾。①まず、医学的な専門的判断に依存する事項は、基本的に、医師の裁量に属している³⁶⁾。これは具体的には、診断法・療法の選択 (ただし後出②に該当する場合は除く)、療法の実施方法・時期・限度などである。

②これに対して、身体に対する医的侵襲の諾否に関しては、絶対的に、患者の自己決定を要する。さらに、加えて、以下の事項に関しても、患者は自己決定するか、すくなくとも自己決定の機会を与えられなければならない (以下の複数カテゴリーに重複して該当する場合もある)。すなわち、患者の価値観やライフ・スタイルにかかわる事項³⁷⁾、複数の選択可能な療法が存在する場合における、医療水準に適合するか、実施数・評価・患者の関心など特段の事情のある療法³⁸⁾などである。

上記②が、医療契約の内容確定過程における患者の自己決定の領分であり、その実質的確保の基盤ないし手続たる医師の説明義務の範囲もまた、これにかからしめられる（後述 4 参照）。

近年の傾向として、患者の自己決定権の拡張にともない、①と②のバランスの比重は、ますます②に移行し、その分、①が食い込まれてきている。

（3）患者の生命権・身体権の保護の要請が基礎づけるもの——医療契約の内容規制

本項目では、患者の生命権・身体権という憲法上の価値の保護の要請が、医療契約の内容規制を基礎づける可能性について確認したうえで（a）、かかる医療契約の内容規制の原理（b）および方法（c）について考察する。

（a）患者の生命権・身体権の保護の要請が基礎づける医療契約の内容規制

医療契約は、患者の生命権・身体権という憲法上の価値を内包している。これらは、人間の尊厳にかかわる、自由主義社会の基礎をなす³⁹⁾、そして（過程や手続を内容とする自己決定権とは異なり）実質的価値を内容とする⁴⁰⁾、やはり中核的な基本的人権である。これらは、自己処分（放棄）が制限され、なかんずく生命権は、原則として自己処分（放棄）できない。

契約の内容規制に関し、統一的な見解があるわけではない。しかし、憲法上の価値の保護の要請が、その重要な理由の 1 つとしてありうることは、ひろく認識されるところである。自己処分（放棄）ができず、かつ実質的価値を内容とする憲法上の価値の保護の要請が、（過程や手続を内容とする自己決定権に基礎を有する）契約の内容決定の自由を、何らかの原理と方法で規制することが正当化されうことは、考えられることである。

（b）医療契約の内容規制の原理——自己加害阻止法理

医療契約の内容規制は、医療契約に内包され、いずれも患者に属するところの 2 つの憲法上の価値の衡量によって正当化される⁴¹⁾。すなわち、患者には、身体処分に關して自ら決定する憲法上の権利があるとともに、生命権・身体権という自身でも放棄できない実質的な内容を有する憲法上の権利も属している。ここにおいて法は、患者の自己決定権に過剰に介入しないことを守りながら、患者の生命権・身体権に最小限の保護を与えることが求められる。いうなれば、医療契約の内容規制は、本人による自己加害的行為を阻止することを求めるものであって、本人の自己決定から本人を保護することが問われている⁴²⁾。このような医療契約の内容規制の典型的な想定場面とは、医学的に合理的な措置を患者が拒絶したり、逆に、不合理な措置を希望した場合に、広い意味で（規制方法の多様性については（c）で後述する）、法が当事者合意に否定的に作用する場面である。

なお、本稿では、生命・身体権という価値を設定しているが、論稿によっては、人間の尊厳として、倫理的問題も含めたより広い価値をになわせているものもある。

（c）医療契約の内容規制の方法

かかる規制原理のもと、医療契約については、以下の①②と順序立てて段階化して示すことができる、広い意味での、特殊な内容規制の方法が用意されている。

①第一次的な規制方法——専門家集団による自主的規律

医療契約の内容規制は、第一次的には、専門家集団による自主的・組織的規律にゆだねられている。これは、医師の自律的な職業像、そして医療行為の個別性ゆえに⁴³⁾、国家や法は、個々の医師の具体的な業務内容や医療行為に、事前的・強行的・画一的に介入することに抑制的であるべきであるとの思想によるものである。

この医師集団の自主規律は、医療水準、医師の職業倫理、そして医師の社会的責任などから成る（これらは②の判断基準にもなる）、いくつもの不文の社会規範のまとまりである。すなわち、医師は、医師集団により醸成された専門的知見に基づき、医療技術とその適用において、客観的・科学的なレベルを保持し、またそうできるように自ら研鑽しなければならない。また、医師は、その職業倫理⁴⁴⁾に適った振る舞いを考え、その行動準則に従わなければならない。のみならず医師は、国家目的を託された、国家資格を有する専門家として、社会的責任を自覚し、ときに医療の公共性への潜在的考慮をもって行動しなければならない⁴⁵⁾。

これが部分的に明文化したものが、医師会や学会の倫理綱領、近年の診療ガイドライン⁴⁶⁾である。

かかる自主規律こそが、医師（集団）に社会的信頼を獲得させ、その専門性と外部からの圧力の排除を裏づける⁴⁷⁾。プロフェッショナリズム⁴⁸⁾と換言してもよいだろう。

②二次的（最終的）な規制方法——例外的な司法介入

医師が医療水準や合理的裁量を逸脱し、またはその職業倫理ないし社会的責任から導かれる行動準則にしたがわず、それが法的に有責と評価され、その結果として、患者に損害を発生させた場合、患者が訴求したならば、司法裁判所によって、事後的な介入が行われることになる。

ここでの司法判断は、①を基礎としつつ（医療水準は過失の判断枠組みである⁴⁹⁾。医師の職業倫理ないし社会的責任は、信義則や医療債務の抽象性を介して法的な注意義務ないし行為義務と化し、あるいは有責評価の判断基準になる。①違反が公序良俗違反を構成して特約を無効化することもある）、個々の医師の広範な裁量を前提とした、抑制的なものとなる。

（４）小括

医療契約の法的特性は、患者の自己決定権と生命・身体権という歴史的に裏打ちされ中核的な、相対峙する２つの憲法上の価値を内包するという点に求められる。患者の自己決定権の保護の要請ゆえに、医療契約の内容の確定過程において、当事者合意、とくに患者の自己決定、もしくは自己決定の機会を与えること、そしてそれを実質化することが求められ、医師の説明義務という形をとって、一体的に実現される。そして、患者の生命権・身体権という本人でも放棄しえない憲法上の実質的価値の保護の要請ゆえに、自己加害阻止を規制原理として、医業の自律性や医療の個別性に配慮した特徴的な規制方法をとって、医療契約の内容は必要最小限の規制を受けうるのである。

4 医師の説明義務⁵⁰⁾の意義——自己決定の支援と抑制の構造

(1) 本項目で行うこと——先行研究との関係

以上のような患者の自己決定権と生命・身体権という憲法上の 2 つの価値を内包する医療契約の特性、そしてそこにおける患者の保護法益と保護の手法の構造から、医師の説明義務のいかなる意義や機能、そしてそれに則した帰結される内容や方法が導かれるだろうか。

すでに先行研究により、医師の説明義務は、医療ならびに医療訴訟において、多様な意義や機能を有することが認められている。この点に直接かかわる先行研究⁵¹⁾であるところの、説明(義務)の分類論によれば、医師の説明は、①患者の有効な同意を得るための説明(または患者の自己決定のための説明)と、②療養方法の指導としての説明(または悪しき結果を回避するための説明)に 2 分される⁵²⁾。学説によっては、これに③転医勧告を加えたり(3 分説)⁵³⁾、また近年では、③「顛末報告(弁明)」⁵⁴⁾を加えて(新 3 分説)⁵⁵⁾、3 分することもある。批判的な独自説の提唱も散見される⁵⁶⁾。

なお、本稿内容には直接かかわらないが、上記分類論とは別に、医療訴訟において、医師の説明義務違反を理由とする請求が、医療技術過誤を理由とする請求を補足する機能⁵⁷⁾を果たしていることも指摘されてきた。

本稿では、以上の先行研究によりあきらかにされた医師の説明義務の内容を前提に(分類論自体にはふみこまない)、とりわけ患者の自己決定(意思決定)に何らかの作用を及ぼす医師の説明義務(あえて上記分類でいえば、①ならびに③の一部に対応する)を対象として、医療契約の法的特性と構造に対応する意義と機能、そしてそれに則したあるべき内容・方法を詳らかにする。

(2) 医師の説明義務の法的根拠⁵⁸⁾

(a) 自己決定における患者の要保護性——患者の人間像を基礎として

前述 3 であきらかにしたように、患者の自己決定権という憲法上の価値の要請により、医療契約の内容の確定過程において、患者は一定の事項に関し、自己決定するか、その機会を与えられる。この自己決定にさいし、前述 2 で述べた患者の人間像を基礎として、以下のような患者の要保護性が存在する。

①まず、強く・賢く・自律的な第 1 の患者像を想定してみよう。そうであっても、患者は、真の意味での自己決定をする条件の整備のために⁵⁹⁾、専門的知見とその具体的なあてはめの補充を必要としている。日常的行為における意思決定とは異なり、医療における自己決定では、その決定が、患者自身の価値や生にどのような影響を与えるのかをわかっていなければおこなうことはできない⁶⁰⁾。すべての患者は、このような自己決定に必要な専門的知見を有さず、その具体的なあてはめもできないという意味で、情報弱者である。

②次に、現実の人間的な弱さをもつ第 2 の患者像を想定してみよう。患者は十分な専門的知見とその具体的なあてはめの補充を得たとしても、必ずしも理性的にふるまうことはできないか、あるいはそうしようとしなない。そのような患者は、専門知の補充以上の、価

値への働きかけをも含む人間的な支援を必要としている。

③なかんずく、自己加害的な患者は、ときにその意思決定を抑制してでも、生命権・身体権を保護されなければならない場合がある。正面からの契約の内容規制までゆかなくとも、緩やかに意思を抑制される必要がある場合もある。

（b）信義則を根拠とする医療契約上の付随義務

以上のような患者の要保護性にかんがみ、その法的対応として、整備することを求められるのが、医師の説明義務である。この医師の説明義務の法的根拠に関しては、以下のような理論化が可能である。

①まず、医療契約においては、専門的知見もなくその具体的なあてはめもできない患者は、医療契約の内容確定合意にさいして、真の意味での自己決定を行うことができない。そのために必要な専門的知見とあてはめを補充する役割を、一般的には、それをなす唯一の専門家であり契約の相手方である医師に期待するものである。かかる期待は、医療契約当事者において一般的に了解されている定型的期待として、信義則によって護られる。

②また、人間的な弱さを持つ患者に対しては、医師の予見可能性や医療の種別によってという限界づけを前提にしながら、価値への働きかけを含む人間的な支援を内容とする説明までも、これに含まれる可能性がある。

③そして、なかんずく自己加害的な患者に対しては、患者の意思決定を緩やかに抑制する説明義務までもが、すくなくとも形式的には、同一理論構成の中に収めて根拠づけられるのである。

（3）医師の説明義務の意義と機能——自己決定の支援と抑制の構造

以上のように形式的には根拠づけられるところの、患者の自己決定に作用する医師の説明義務は、実質的には、患者の自己決定権と生命権・身体権という相対峙する憲法上の 2 つの価値を内包する医療契約の特性と構造に対応して、相対する以下の 2 つの意義と機能を併せ有することになる。

①②まず、患者の自己決定権という憲法上の価値の要請により、医療契約内容の確定過程において、患者が自己決定する、あるいは自己決定の機会を与えられることが求められる。この自己決定にさいして、患者の自己決定を支援し、当事者合意を実質化するために、医師の説明義務が整備される。そうした医師の説明義務は、患者の自己決定を支援する意義を有するものであり、医療契約の内容確定機能を営んでいる。これが、本来的な意義と機能である。

③しかし、他方で、患者の生命権・身体権という実質的価値を内容とする憲法上の価値の要請により、医療契約の内容規制が行われる中で、その一端として、あるいは代替的に、医師の説明義務が内容規制機能をになうことがある。すなわち、第 2 の患者の人間像のうち、とくに自己加害的な患者に対して、患者の自己決定を抑制する意義を有する医師の説明義務が存在している。

このように医師の説明義務が、自己決定の支援のみならず、その抑制という意義と機能をも担うことを進行させる背景事情として、全法秩序ならびに社会全般にわたる自己決定

権の強化ならびにその思想の広がりがある。患者の自己決定権が強調され、その意思や要望に正面から反する対応をとりにくいと感ずる状況下で、医師は、医師集団の自主規律ないし法の規制により不応諾ないし拒絶で対応してもよい、あるいはすべきことがらに関しても、極力、説明の加重、助言、あるいは説得をもって対応することを選好するのである。

（４）医師の説明義務の内容とあり方

以上のような意義と機能を有する医師の説明義務には、いかなる内容とあり方が求められるのだろうか。

（a）他の非対称契約の情報提供義務との違い——契約締結過程における情報提供義務との違い、説明義務の範囲、注意義務説が求めること

まず、検討の前提として、医師の説明義務と他の非対称関係の優位者が負う情報提供義務の違いを確認しておこう。

医師の説明義務は——不法行為法的方法のアプローチはもとより、契約法的方法のアプローチであっても——契約締結過程における（契約締結意思決定に奉仕する）情報提供義務のことでは、通常ない。既述のとおり、医療契約関係において、契約締結合意はあまり意味がなく⁶¹⁾、重要なのは、医療同意の方である⁶²⁾。患者の自己決定に作用する医師の説明は、医療契約の内容確定過程において行われ、医療における患者の人格にかかわる自由な意思活動に奉仕する⁶³⁾。

医師の説明義務の範囲⁶⁴⁾は、患者の自己決定の領分に対応する。すなわち、前述 3（２）で述べた医療契約の内容確定過程における医師の裁量と患者の自己決定の具体的な棲み分けの中で、患者の自己決定の領分に振り分けられた事項——医的侵襲の諾否を核として、価値観やライフ・スタイルとのかかわりといった要素により拡大を続ける領分——に及ぶ。そこにおける患者の自己決定の領分の拡大傾向は、すなわち医師の説明義務の範囲の拡張傾向を意味する。

説明と同意を一応切り離して考える注意義務違反構成説の立場によれば、医師の説明義務の範囲は、同意の前提たることがらを超え、患者の自己決定を左右することがらでなくとも、患者に自己決定の機会を与えるべきことがらにも、及ぶことになる（実際、民事裁判例の認容例の多くが、説明義務違反をみとめながら、それと逸失利益等の発生の際に（相当）因果関係をみとめていない⁶⁵⁾ことにも呼応している）。

（b）説明義務の質的変容と機能分化⁶⁶⁾

とりわけ、本稿の問題意識から注目すべきは、患者の人間像の認識の進展を基礎とし、医療契約の法的特性に対応した、説明の質的変容、そして説明の機能分化である。

①専門知の提供

医師の説明にすくなくとも含まなければならないのは、客観的な専門的知見とその当該事例へのあてはめである⁶⁷⁾。専門的知見（専門知）とは医師の専門性を基礎に体系づけられた知を意味し⁶⁸⁾、これが具体的患者の状態にあてはめられてはじめて、医療上の意思決定が可能となる。証拠に基づいた医療（Evidence Based Medicine, EBM）の普及により、診療ガイドラインが多数作成されるにともない、専門知の客観性とアクセス可能性は高ま

りをみせるも⁶⁹⁾、そのあてはめの主観性とアクセス困難性は残されている状況にある⁷⁰⁾。もともと、いずれにせよ、氾濫する一般的な医療情報や、当該患者の単なる身体データで、代わりうるようなものではない⁷¹⁾。

②価値への働きかけと人間的支援

これが、患者の人間的な弱さの認識を経て、部分的に、質的変容を遂げる。すなわち状況と患者によっては、医師は説明を通じて、患者の価値に働きかけ⁷²⁾、その価値の形成を助け、あるいは、患者の価値を合意形成過程に取り入れて合意内容に反映させる方法（後出（c）参照）をとらねばならない⁷³⁾。顕著な場面は、がんなどの予後不良な疾患の告知、終末期医療、遺伝子治療、生殖補助医療などの医療に関して、人として患者と対話し、患者の苦悩や心理的葛藤に共感し、寄り添うことが求められる場面である⁷⁴⁾。

③自己決定の支援から抑制へ

第 2 の患者像の中でもとりわけ、自己加害的な患者像を基礎に、患者の生命権・身体権という憲法上の価値が要請する医療契約の内容規制の一端を、いわば代替的に担う、患者の自己決定を抑制する機能を有する説明が存在している。患者が生命にかかわるような医療措置の全てを、明確かつ有効な現実の意思表示⁷⁵⁾でもって、拒絶していることがあきらかなケースでは、この種の説明は、これを阻止する唯一かつ最終手段である（かかるケースにおいて、すくなくとも正面から、医師が医療措置を断行することは許されていない⁷⁶⁾）。そうでなくとも、医療措置の部分的拒絶を含む、不合理な医療措置を患者が要求ないし希望するケースにおいて⁷⁷⁾、より好ましい手段である（(3) で述べたように、患者の切なる希望を即拒絶するよりは、この方法が選好される現状がある）。この種の説明は、負の要素（リスク、危険性、副作用等）に対する説明の加重、説得（これまで、説得義務を説く論者は存在していた⁷⁸⁾）、撤回可能性の強調といった内容をもつ。

（c）合意形成方法の変容

医療における合意形成の方法それ自体についても、変容の兆しや提案がある（契約法的アプローチから説明すると、流動性債務の内容の確定過程における債権者と債務者の交渉の仕方に、特殊な変化が起こっているといえることができる）。合意形成の方法が変わることは、自ずと、医師の説明義務の内容やあり方が変わることでもある（(b) で述べた説明の内容における患者の価値への働きかけの要素は、合意形成方法そのものの変容の中で捉えることも可能である）。

元来、インフォームド・コンセントは、医師が患者に唯一の選択肢を示して、それに対する同意を取得するものであった。それが、インフォームド・チョイス（Informed choice）（情報をあたえられた上での選択）、インフォームド・ディシジョン（Informed decision）（情報をあたえられた上での意思決定）、そして、現在注目される共同意思決定（Shared Decision-Making）が提案されるに至っている。

共同意思決定（Shared Decision-Making）⁷⁹⁾とは、一義的でないが、「患者が適切な治療を選択するに際して参加することが推奨されるプロセス」⁸⁰⁾、あるいは、「患者と医師が患者の価値観と嗜好と同様に最善の科学的証拠を考慮に入れて医療の決定を一緒に行う協力プロセス」⁸¹⁾などと表現される。

共同意思決定の目的は、患者の価値観と選好を反映した治療方法を、患者が医師とともに選択できるようにするために、治療の危険と利益に関する患者の知識を改善して、患者により現実的な理解を与えることである⁸²⁾。

具体的には、患者に対して、当該具体的状況下で選択可能な治療の選択肢について、エビデンスに基づいた客観的な情報が、ビデオやパンフレット、疾患に関する質問・自己の価値観を明らかにする質問を含む書面等を用いて、患者の選好と価値観を患者自身に考えさせるように作成された「決定支援のためのツール (Decision Aids)」を通じて、伝えられるというものである⁸³⁾。この決定支援ツールを参照することで、患者は自分の情報を再吟味する機会をもち、医師との討論に十分に準備することができるという⁸⁴⁾。

この共同意思決定は、患者が自ら自身の価値観を明らかにするのを手助けする要素を含んでいるから、(b) で述べた患者の価値観への働きかけを説明内容に含むことと、対応しているといえるだろう。

(5) 小括——自己決定の支援と抑制の構造

以上のように、患者の自己決定に作用する医師の説明義務は、患者の自己決定権と生命・身体権という 2 つの憲法上の価値の要請により、また、患者の人間像に対応して、自己決定の支援と抑制という相反する意義と機能を併せ有し、それに則した内容とあり方が求められる。

もっとも、これら理論的には区別される意義と機能は、連続的であって境を接し、境界を画するのが実際には難しい。そしてこれらは、同じ説明の中に混在し、重複し、そして流動的・動態的に変動しつつ存在しうることを忘れてはならない。基より、医師の説明義務全般について、事前および事後にわたり、多様な機能と側面を併せ有しながら実際には存在するといえるのである。

広範かつ多様な要素を含む説明の担い手たる医師は、このような法学上の意義と機能の違いを理解し、それに則した説明をし、ひいては患者とのコミュニケーションをとり、そこに含まれる倫理問題にも適切に応えうる能力を備える必要がある。そしてかかる負担は⁸⁵⁾、養成教育における法学者の関与、そして時間的・経済的支援があつてこそ、担いうるものであろう。

5 結論——本稿の成果と射程

(1) 本稿の成果

以上、本稿は、医療契約の法的特性をあきらかにし、そこにおける患者の保護法益とその保護の手法の構造を析出したうえで、その成果との対応関係において、医師の説明義務の意義と機能、そしてそれに則した内容や方法を詳らかにする研究を行った。その成果は以下のとおりである。

医療契約は、患者の自己決定権と患者の生命権・身体権という相対峙する 2 つの憲法上の価値を内包する契約である。その各々の憲法上の価値の保護の要請により、以下のよう

な私法上の保護法益と保護の手法が導き出される。まず、患者の自己決定権は、医療契約の内容確定過程における当事者合意とその実質化を要請し、医師の説明義務という形をとって一体的に実現される。次に、患者の生命権・身体権の保護の要請により、医療契約の内容は必要最小限の規制を受け、医師の説明義務がその一端を担う。ゆえに、かかる医療契約の特性と構造に対応して、医師の説明義務は、患者の自己決定の支援と抑制という 2 つの意義と機能を併せ有し、それに則した内容とあり方が求められるのである。

本稿の成果は、人間の尊厳に深くかかわる、憲法上の 2 つの価値を内包する、特殊なタイプの契約類型に関して、憲法学と民法学の両領域を結びつける解釈論を提示するとともに、そこでの情報提供義務の特徴的な意義をあきらかにするものである。

(2) 本稿の射程

本稿が取り扱った医師(医療者)の説明義務というテーマは、多領域にわたる学際的テーマであって、広大な射程と膨大な先行研究の蓄積を有している。本稿では、他の非対称な法律関係に関する研究成果と共通の基盤に立つことを意図し、取り上げる対象と内容をかなり絞り込んだことをお断りしなければならない。

医師(医療者)の説明義務論全体を俯瞰するならば、むしろ、判断能力の不十分な患者(高齢者・精神病者・子どもなど)に対する医療や、倫理的問題を含む医療(終末期医療・生殖補助医療・がん医療・ゲノム医療など)に、識者の関心は集まっている。

そこでは、「自己」決定のみならず「他者」決定の支援、精神面・生活面および家族へのサポート、多職種連携のあり方、そして地域・国家の役割のあり方などにも議論は及び、さながら弱者の包括的な支援論の様相をみせている。

このような医療者の説明義務論全体の中で位置づけるならば、本稿の問題意識、対象や内容は、民法や消費者法領域の関心に偏ったものといえるかもしれない。意思決定(自己決定)支援の位置づけや問題意識において、民法や消費者法領域とそれ以外の関連領域では、それほどに隔たりがあるのである。

【付記】

本稿は、消費者法領域の読者を主に想定し、消費者法領域における問題意識にもふれる論旨の運び方をこころがけた。

本稿は、本格的な領域比較の体裁を採るものではないが、非対称な法律関係における劣位者の人間像、合意と法の関係、そして優位者が劣位者に対して負う情報提供義務という共通の基盤の存在を意識し、そのなかで、とりわけ医師患者関係、なかんずく医療契約、そして医師が患者に対して負う説明義務は、いかなる特徴を帯びるのだろうかという潜在的な視点を持ち続けて執筆したものである。

なお、本稿は、西南学院大学 2016(平成 28)年度国内研究、JSPS 科研費 JP 17K03519、JP22530100 および JP26380156 の助成を受けた研究成果の一部である。

[注]

- 1) 医療過誤の法律構成を問う論争 (不法行為構成か、債務不履行構成か)、そして医療契約の法性決定論争 (準委任契約か、請負契約か) という民事医療過誤法の代表的な 2 つの論争。加えて、外国法から示唆を得た信認関係説も注目されている。
- 2) 筆者は、すでに先行業績において、この問題意識から、医療契約の内容究明に取り組んできた。村山淳子『医療契約論——その典型的なるもの』(日本評論社、2015 年)における成果は、その一步を担う研究成果である。
- 3) いまや学界の共通認識である (例えば、稲垣喬『医療過誤訴訟の理論』(日本評論社、1985) 235 頁等多数)。私見では、医師と患者の法的関係は、不法行為法原理と契約法原理のいずれかに専ら親和性をもつというのではなく、解釈の起点は双方に存在する (具体的なテーマや事例群によっても異なる)。裁判例の分析から一定の棲み分けを看取することもできる。
- 4) 法学以外の諸領域の文献資料の収集にあたっては、所属学会の機関紙、ならびに明治大学 E L M『医事法学界の歩み』を足掛かりとした。
- 5) 法と人間像というテーマにつき、ラートブルフ／桑田三郎ほか (訳)「法における人間」『ラートブルフ著作集 5 法における人間』(東京大学出版会、1962 年) 11 頁以下参照。
 本稿にとくに影響を与えた著作として、「(特集) 法は人間をどう捉えているか」法時 80 巻 1 号 (2007 年) 4 頁以下 (法と人間像についての学際的な特集)、および西谷敏『規制が支える自己決定』(2004 年、法律文化社) 151 頁以下 (非対称な法律関係における劣位者の人間像について、労働法領域からの成果)。
 これらをふまえ、筆者はこれまでの研究において、患者像と比較する目的で、消費者像と労働者像の描出を試みてきた (村山淳子「消費者契約法と労働契約法」早稲田法学 91 巻 3 号 (浦川道太郎教授古稀祝賀退職記念論集) (2016 年) 137 頁以下)。本稿で検討した患者像も含めると、劣位者 3 像 (消費者・労働者・患者) は、三者三様でありながら、強さと弱さ、抽象性と具体性、理念と現実、規範性と具体的妥当性という対極の要素を併せ持つ 2 つの人間像のあいだで揺れ動く、相対的・流動的な存在であることがわかる。
- 6) 患者の同意ないしインフォームド・コンセント論についての先駆的業績として、唄孝一「治療行為における患者の意思と医師の説明」『契約法体系 7』(有斐閣、1965 年)、新美育文「医師と患者の関係 (1) ～ (3・完)」名古屋大学法政論集 64 号 (1975 年)、65 号 (1976 年)、66 号 (1976 年)。また、浦川道太郎ほか編『専門訴訟講座 4 医療訴訟』(民事法研究会、2010 年) [村山淳子] 25 頁以下での理解も参照されたい。
- 7) 甲斐克則編『ブリッジブック医事法第 2 版』(信山社、2018 年) 34 頁 [小西知世]によれば、インフォームド・コンセント論は、患者を、消極的で無自覚な医療の対象から、積極的で自覚的な医療の主体へと誘うものであった。
- 8) 濱崎絵梨／葛生栄二郎「End of life care における医師と患者の対話——死についての語りに着目して」生命倫理通巻 25 号 (2014 年) 182 頁を基に考察した部分。
- 9) 近年では、例えば、村山・前掲注 (2)、平野哲郎『医師民事責任の構造と立証責任』(日本評論社、2018 年) 等。
- 10) 医事法・生命倫理・哲学・介護・福祉などの領域のほとんどにみられる傾向。医事法領域では小西知世の業績に顕著である。

- 11) フィリップ・ストフェル＝マンク／山城一真 (訳)「フランス契約法と基本権」早法 87 巻 4 号 (2012 年) 301 頁以下 (2011 年 11 月 3 日に早稲田大学において開催された、科研費基盤研究 (B) 22330035 (研究代表者: 淡路剛久) による研究企画、フィリップ・ストフェル＝マンク (Philippe STOFFEL-MUNCK) 教授 (パリ第一大学) 講演の翻訳) は、「契約法の基本権化」という現代フランス契約法の動向を伝える中で、基本権と契約法の関係、とくに基本権が契約法にどのような作用を及ぼすかについて、示唆的な内容をもつ。
- 12) 本項目にとくにかかわることであるが、「インフォームド・コンセント」、「自己決定」、「同意」、「意思決定」、「合意」など、類似の専門用語が散乱する状況が生じている。本稿では、それぞれの用語の学術的背景を意識し、以下の使い分けをこころがけた。すなわち、アメリカの国情を背景とする「インフォームド・コンセント」はできるだけ避け、身体処分の違法性が問題となる場面では「同意」、契約関係を意識している場合には「合意」、法的意味合いを込めて使うときには「自己決定」、単なる事実を指すときには「意思決定」を用いる方針をとっている。
- 13) この部分については、浦川ほか編・前掲注 (6) 23 頁以下〔村山〕にて詳述。
- 14) 佐藤幸治『憲法 (第 3 版)』(1995 年、青林書院) 459 頁等。
- 15) 坂本昌成「プライバシーと自己決定の自由」樋口陽一編『講座憲法学 3』(1994 年、日本評論社) 219 頁以下等多岐にわたる。
- 16) 町野朔『患者の自己決定権と法』(有斐閣、1986 年) 131 頁(「身体処分権」と表現)。近年、同じく刑法学者の天田悠は、さらに考察を進め、傷害罪の保護法益の研究を通じて、専断的治療行為が侵害するのは、身体利益と、それと結びつく限りでの自己決定権であるとしている(天田悠『治療行為と刑法』(成文堂、2017 年))。
- 17) 加藤一郎＝森島昭夫編『医療と人権』(有斐閣、1984 年) 181 頁〔唄孝一〕参照(「身体の一体性にのつかった自己決定権」と表現)。
- 18) 前田達明ほか『医事法』(有斐閣、2000 年) 256 頁以下〔稲垣喬〕。
- 19) 最判平成 12 年 2 月 29 日民集 54 巻 2 号 582 頁(エホバの証人信徒輸血拒否事件)。
- 20) 民法領域では、専断的医療行為が患者のいかなる利益を侵害するという意味で違法なのかについては関心が払われなかった。罪刑法定主義の要請により具体的な刑罰法規によって保護された法益が侵害されたことを要する刑法領域とは異なり、内容の如何を問わずおよそ法益を包括的に保護する領域的個性によるものである(詳細は浦川ほか編・23 頁〔村山〕に譲る)。民法領域では、患者の自己決定権の保障内容や、説明と同意の関係についての理論的究明も進まなかったのである。
- 21) これに対して、刑法学説は、第 1 説を基盤とするところの、違法性阻却構成説ならびに治療傷害説をとる。もっとも、謙抑主義、そして臨床医療の現実への対応の必要性から、緩やかに運用され、同意がないとして刑事責任を問われた事例は存在していない。
- 22) 例えば、米村滋人は、患者の同意と自己決定(インフォームド・コンセント)を区別したうえで、両者を段階的に捉える(米村滋人『医事法講義』(日本評論社、2016 年) 129 頁およびその他の業績)。小西知世は、承諾には医的侵襲の違法性阻却と自己決定権保護の 2 つの役割があるとする(小西知世「医療と法の潮流を読む(11) 残された課題—意思決定を中心に」病院 77 巻 4 号 (2018 年) 334 頁以下およびその他の業績)。

なお、医師の説明義務の解釈においても、かかる二元的構成はみられる。例えば、伊澤純は、「侵襲行

為の事実」を説明範囲の最低基準と位置づける(伊澤純「医療過誤訴訟における医師の説明義務違反(3)」成城法学 65 号 (2001 年) (3) 128 頁)。西野喜一は、「医的侵襲について承諾を得る前提としての説明義務」と「患者の人生に対する自己決定権行使のための説明義務」を分ける(西野喜一「医師の説明義務とその内容」法政理論 3 巻 3 号 (2002 年) 10 頁)。近年では、筆者が、典型的な医療契約類型において、医的侵襲に関する説明義務について別段の取り扱いをしている(村山・前掲注 (2) 116 頁)。

- 23) これまで、患者の自己決定権を医療契約の中で位置づけようとした研究は少ない。しかし、例えば、川副加奈「療法選択をめぐる医師の説明義務について—最近の最高裁判決から—」金沢法学 49 巻 2 号 (2007 年) 406 頁以下が、医師の説明義務を「患者の自己決定権の保障あるいは尊重の要請を基礎とするもの」とし、自己決定権を支援すべき診療契約上の債務と構成している。
- 24) 裁判例によると、内容的には、「病的症状の医学的解明とその治療」(神戸地龍野支判昭和 42 年 1 月 25 日下民集 18 巻 1-2 号 58 頁) というものである。
- 25) ここでの具体的内容とは、当該具体的状況のもとで、医師が給付結果を実現するために具体的にすべき、あるいはしてはならない行為義務および注意義務、それに対応して必要とされる患者の協力行為のことである。
- 26) 手嶋ほか「関係的契約論とインフォームド・コンセント、自己決定権(応用研究分野ワークショップ報告記録)」(神戸大学大学院法学研究科 CDAMS (「市場化社会の法動態学」研究センター) ディスカッションペーパー (2007 年) 19 頁〔手嶋豊報告〕(「医療契約の発展的性格」、河上正二「診療債務について(覚書)」法学 74 巻 6 号 (2011 年) 72 頁(「時系列の中での動態性」)ほか多数。
- 27) この点につきとくに、手嶋ほか・前掲注 (26) 10 頁〔山下登報告〕参照(「治療が終わった最終段階で、やっと契約内容が確定しているのではないか・・・」)。

以上、医療債務内容の確定過程について、より詳細な叙述は、村山・前掲注 (2) 134 頁を参照されたい。

- 28) 前田泰「非典型契約の総合的検討(4) 診療契約」NBL923 号 (2010 年)(椿寿夫=伊藤進編『別冊 NBL 非典型契約の総合的検討』(商事法務、2013 年)に所収) 73 頁も、この点を診療契約の特有の性質と考えているようである。
- 29) ドイツ法の影響を受けた唄孝一の立場(唄孝一『医事法学への歩み』(岩波書店、1970 年) 9 頁)等。
- 30) 人格の基礎にあり、人格と一体化した身体処分に關する自己決定権は放棄することができないことは、魂と肉の一体性に関する宗教的議論の延長線上にある価値判断であり、人間の尊厳や自由概念(カントらによれば、自由はその放棄を禁ずることで確立される)を介して、比較法的にも普遍性をもって承認されている価値判断である。

わが国でも、ドイツ法の影響を受けた唄孝一が、インフォームド・コンセント論における、肉体的完全性に対する権利の重大性を説く。すなわち、「人間は人間としてのひとかたまりの肉体がここにあるというそのことだけで、その存在自体を権利として主張できる。しかも・・・精神もそこにくっついていゝわば実存につながる」(同「(講演) インフォームド・コンセントと医事法学」(1994 年第 1 回日本医学会特別シンポジウム「医と法」での講演(同記録集 18 頁以下所収) 22 頁)。

- 31) なお、絶対に最低限同意をたしかめなければならない事柄と、それに「上乗せ」(米村・前掲注 (22) 72 頁)して、自己決定を尊重すべき事柄を段階的にとらえるべきことは、このテーマに関しふみこんだ研究を行う多くの民法学者が共有するところである。明示する近年の学説として、村山・前掲注 (2) 134

- 頁、米村・前掲注 (22) 72 頁等。注 (22) も再参照。
- 32) 医師の裁量 (権) とは、一定の事項・分野・処置について、決断と選択の自由な領域を医師に認めるものである (稲垣喬『医事訴訟入門』(有斐閣、第 2 版、2006 年) 63 頁)。
- 33) 前田達明「医療契約について」『京都大学法学部創立百周年記念論文集第 3 巻民事法』(有斐閣、1999 年) 98 頁は、医師の説明は契約内容の確定要件としての側面も有するとする。また、手嶋ほか・前掲注 (26) [山下報告]は、「・・・インフォームド・コンセントの議論と診療債務の確定の話は従来、切り離されて論じている傾向がありましたが、必ずしもそうであるべきではない。説明－同意の過程を通じて、医療内容が具体化される。・・・それ故、説明義務は診療債務と有機的に密接につながっている・・・ (10 頁)」、「医療契約は「練り上げ型の契約」である・・・ I C (インフォームド・コンセント) は・・・当初未確定であった診療契約を・・・具体化する手段としての意義をも有している (12 頁)」と述べる。そして、河上正二「診療債務について (覚書)」法学 74 巻 6 号 (2011 年) 74 頁も、可塑性のある医療債務は、新たな合意と医師の裁量によって形成されてゆくのだとする。ほか類似の指摘をする学説多数。
- 34) 唄・前掲注 (30) 28 頁参照 (「患者の自己決定権に対峙するもの」として「医・プロフェッションの自由と責任」をあげる)。
- 35) もっとも、黙示ないし推定的同意や自己決定の放棄がみとめられていることを考え、両者の境界線は相対的であると認識せねばならない。
- 36) 稲垣喬『医師責任訴訟の構造』(有斐閣、2002) 29 頁。近年では、近藤昌昭＝石川紘紹「医師の説明義務」判時 2257 号 (2015 年) 3 頁以下がこの点を強調。
- 37) 最判平成 13 年 11 月 27 日判時 1769 号 56 頁 (いわゆる乳房温存療法事件。乳房を温存するかどうかというライフ・スタイルや価値観にかかわる)、また前出最判平成 12 年 2 月 29 日 (エホバの証人信徒輸血拒否事件)、ほか、美容整形や歯科医療など。
- 38) 前出最判平成 13 年 11 月 27 日 (いわゆる乳房温存療法事件。未確立療法に患者が関心を有していることを医師が知っていた)、最判平成 17 年 9 月 8 日判時 1912 号 16 頁 (2 つの確立した分娩方法のうち、実施予定でない方の分娩方法の希望が妊婦らから表明されていた)、最判平成 18 年 10 月 27 日民集 221 巻 705 頁 (未破裂脳動脈瘤に対する予防的手術に関して、緊急性がなく選択のための時間的余裕があったことが考慮された)。近時の大島眞一「医療訴訟の現状と課題－最高裁判例の到達点－」判タ 1401 号 (2014 年) 42 頁以下の最高裁判例の類型化も参照。
- 39) 山本敬三『公序良俗論の再構成』(有斐閣、2000 年) 69 頁参照 (自由主義の社会にあっても、「どうしてもなくてはならない基礎的な価値」は存在する (具体的に「生命・身体・健康の保障」「人間の尊厳」「自己決定権」をあげる)。それは各人が「善き生」の構想を追求しうる基盤であり、それが各人に等しく保障されていてこそはじめて、各人はそれぞれの「善き生」の構想を追求できる。したがって「個人がみずから「善い」と信ずる生き方を等しくできるようにするためには、そのような基盤を破壊するような行為だけは－そうした行為が「善い」ことだと信ずる者に対しても一許すわけにはいかない」(注は削除した) 旨が述べられている)。
- 40) 自己決定権は自己決定の過程ないし手続を内容とする価値であるとし、「実質内容をもった価値」と対置させるものとして、吉田克己『現代市民社会と民法学』(1999 年、日本評論社) 164 頁以下参照。西谷・前掲注 (5) 180 頁も参照。
- 41) かかる衡量判断について、憲法の私人間適用の基本構成に関する山本・前掲注 (39) が参考になる。

すなわち、ある基本権を保護することは別の基本権に制約を加えることになるという認識に立ったうえで（202 頁）、保護する基本権に憲法上要請される最小限の保護を与えるべきこと（過小保護の禁止）、そして犠牲となる基本権に過剰な介入をしてはならないこと（過剰介入の禁止）を守りながら、双方の基本権の衡量によって判断すべきとしている（202 頁以下）。

- 42) 自己決定と弱い人間の「保護」を論ずる文脈の中で、自己加害行為の阻止について考察する、西谷・前掲注（5）180 頁参照。また、憲法学者の竹中勲『憲法上の自己決定権』（成文堂、2010 年）85 頁以下も、基本的人権の制約の正当化事由の 1 つとして、自己加害阻止原理（パターナリズムと同義であるとする〔86 頁〕）を挙げ、阻止される自己加害行為の具体例として、自殺行為や安楽死を挙げている（96 頁、147 頁以下）。

ここで留意すべきは、患者は自身の自己決定から護られるのであって、契約の相手方である医師から護られるわけではないということである。医師と患者は、経済的利益を奪い合う競争者の関係には通常ない（それどころか、医師は患者の基本権の第一次的な護り手でさえある）。たしかに医療契約でも、交渉力の不均衡が法の介入を正当化する要素もないわけではない（例えば、医療過誤の責任制限条項、自由診療における価格交渉など）が、主たる要素ではない。

- 43) すなわち、医療とは、医学という医師集団により培われ高度に体系化された専門的知識・技術を、医療行為が内包する本来の危険性・不確実性、そして人体の生体反応の多様性をふまえたうえで、個別具体的に適用してゆくことである（小西知世「民事法の立場から／シンポジウム『医療安全とプロフェッション』」年報医事法学 26 号（2011 年）163 頁参照）。このような医療の特性からすれば、医学的な専門判断については、医師の専門的で時宜に適した比較量的判断にゆだねることが、良き結果を招来し、結局は患者に利することになる（稲垣喬『医事訴訟入門』62 頁と前田ほか・前掲注（18）251 頁〔稲垣〕を併せ参照して考察した内容）（以上、村山・前掲注（2）135 頁を基にした内容である）。

- 44) 具体的には、患者の健幸を増進し、その利益を守り、倫理に適った医療を施すというものであり、そこには患者の意思や主体性も含まれる。

- 45) 河上正二「診療債務について（覚書）」法学 74 巻 6 号（2011 年）98 頁注（5）参照（説明義務には紛争予防・事故抑止への公益的配慮が流れこんでいると指摘し、そしてそこにこそ、従来「専門家責任」として語られてきた「特殊な契機」（河上正二「医師の死因解明義務について—手段的訴訟物考—」平井宣雄先生古稀記念『民法学における法と政策』（有斐閣、2007 年）614 頁）——つまり「専門家的自己自律の一環としての社会的説明責任」（同論文 610 頁）という思想のことであろう——が潜むのではないかととの所感を述べる（同論文 614 頁）。

- 46) 診療ガイドラインについては、多様な種類と多様な見方があるところであるが、例えば小谷昌子「医療の内容に対するコントロール——医師の診療上の注意義務違反を中心に」（早稲田大学審査学位論文（博士））は、医師集団の策定した診療ガイドラインにより、医師集団が組織的・意図的に医療の内容をコントロールできるようになると、医業の自律という視点から評価している。

- 47) 小谷・前掲注（46）や、とくに専門家としての管轄（専門性・排他性）の維持について、渡辺千原『訴訟と専門知——科学技術時代における裁判の役割とその変容』（日本評論社、2018 年）179 頁以下などを参照して考察した。

- 48) プロフェッショナルリズムに関しては、医事法や生命倫理の領域で、視点は異なるが、かなりの研究の蓄積がある。本稿はこれらの諸研究を考察の背景として認識しつつ、本稿の課題に則した整理を試みてい

る。

49) 最判昭和 57 年 3 月 30 日民集 135 号 563 頁 [一連の未熟児網膜症判決の中から]、最二判平成 7 年 6 月 9 日民集 49 巻 6 号 1499 頁、最三判平成 8 年 1 月 23 日民集 50 巻 1 号 1 頁。先駆的文献として、松倉豊治「未熟児網膜症による失明事例といわゆる「現代医学の水準」判例タイムズ 311 号 (1974 年) 64 頁以下等。比較的近年では山口齊昭「医療水準論」の形成とその未来—医療プロセス論に向けて—」早稲田法学会誌 47 巻 (1997 年) も参照。なお、近年、診療ガイドラインに言及する下級審判決群が出現している。

50) 医師の説明義務とは、医師が患者ないし家族 (遺族) に対し、一定の事項を説明すべき義務の総称である。

関連文献は膨大だが、ここでは、先駆的業績として、唄孝一「治療行為における患者の意思と医師の説明」『契約法体系 7』(有斐閣、1965 年)、根拠と内容につき詳説した伝統的業績として、稲田龍樹「説明義務 (2)」根本久編『医療過誤訴訟法 (裁判実務体系 17)』(青林書院、1990 年) を挙げる。

51) 医師が説明義務を尽くしたかの判断基準についての学説も伝統的に繰り返されてきた (合理的医師説、合理的患者説、具体的患者説、二重基準説) が、本稿の内容にはかかわらない。

52) 2 分する見解として、稲田・前掲注 (50) 等多数。

53) 金川琢雄「医療における説明と承諾の問題状況」法律時報 55 巻 4 号 (1986 年) 225 頁。

54) これに関連して、比較的近年、遺族への死因解明・死因説明義務を認める下級審裁判例が相次いで登場し注目されたが、法律構成についてはいまだ定説をみない。

55) 手嶋豊「医療と説明義務」判例タイムズ 1178 号 (2005 年) 185 頁。

56) このような枠組みを批判し、独自説を提唱する論者も散見される。例えば、樋口範雄「患者の自己決定権」岩波講座現代の法第 14 巻『自己決定権と法』(岩波書店、1998 年) 81 頁は、自己決定権と関連づけて統合的に把握しようとする。近年では、米村・前掲注 (22) 126 頁以下が、医療的決定保護を目的とする情報提供義務とその他の利益保護を目的とする情報提供義務の 2 類型を立てる。

57) 分類論とは別次元で、古くから指摘されてきたのが、説明義務の訴訟における補足的機能である (以下、稲垣喬『医事訴訟入門』(有斐閣、第 2 版、2006 年) 75 頁以下などにおける稲垣喬の主張等)。すなわち、医師の説明義務は、医療技術過誤の請求における立証の壁を回避し、医療側に攻め込む手段となる請求権構成を構築するという、訴訟上の発生基盤をもつものであり、医療訴訟において、説明義務違反による請求は医療技術過誤によるそれを補足する機能を担っているというものである。近年の裁判例 (および認容例) の減少という事情の変化をふまえても、なお説明義務違反は多く主張され、この機能は存続しているといえるだろう。

58) 医師の説明義務の法的根拠については、裁判例の関心事ではなく (裁判例の関心は、むしろ説明義務の範囲や程度に向けられている (近藤=石川・前掲注 (36) 12 頁等参照)、学説もひととおり述べる (患者の自己決定権の尊重、医師と患者の協働関係、あるいは医療債務は不確定で流動的であり説明によって契約内容が決定されることなどを理由とする、医療契約上の付随義務、信義則上の義務、あるいは信義則上の付随義務など) 以上に深化することはなかった。

59) 西谷・前掲注 (5) 178 頁参照 (「自己決定のための環境整備」)。

60) 日笠晴香「意思決定における自律尊重の考察——価値の一貫性と変化の観点から」生命倫理 通巻 26 号 (2015 年) 102 頁を参照して考察した。

- 61) 一般の医療契約において、患者からの契約解除は黙示的なものも含めほとんど随意無制限に認められており、したがって契約には拘束されず、契約関係に入ること自体のリスクはない。
- 62) 米村・前掲注 (22) 94 頁も参照 (「個々の医療行為の内容に関する決定は契約の履行過程に位置づけられることとなり…契約締結に関する諸規範 (契約締結上の過失に関する判例法理や消費者契約法等の規範) は適用されない」)。
- 63) 民事裁判例の概況をみれば、説明義務違反の法的効果は、基本的には、自己決定権の侵害 (表現はバラつきがある) による慰謝料の賠償にとどまっている。後出注 (65) 参照。
- 64) 裁判例は、説明義務の範囲について一般的な判示をしておらず、個別性の強い事例判断の積み重ねを読み解いてゆくしかない (太田幸夫「医師の説明義務——最高裁判決に見る——」駿河台法学 27 巻 2 号 (2014 年) 149 頁等多数)。したがって前注 (37) 以下も再参照されたい。
- 65) 最判平成 13 年 11 月 27 日民集 55 巻 6 号 1154 頁 (いわゆる乳房温存療法事件) 等。近年では、最判平成 18 年 10 月 27 日判時 1951 号 59 頁 (未破裂脳動脈瘤の予防的手術の説明義務違反)、東京地判平成 25 年 8 月 8 日 (脳動静脈奇形 (AVM) 的手術の説明義務違反) 等。逸失利益等の賠償までみとめた例として、秋田地大曲支判昭和 48 年 3 月 27 日判時 718 号 98 頁 (いわゆる舌癌事件。説明義務違反により同意の存在を認めず医療行為を違法とした希少な判決と評される)。近年では、岐阜地判平成 21 年 11 月 4 日裁判所ウェブサイト (未破裂脳動脈瘤の手術の説明義務違反) 等。
- 66) 以下、医師の説明義務の内容および方法については、法学以外の領域でも、研究が進んでいる過程にある。
- 67) 法社会学者の渡辺千原は、従来あまり区別されてこなかった専門的知見 (専門知) と、それを個別事例にあてはめること、つまり専門家として行う仕事 (専門家のプラクティス) を区別する視点を示している (渡辺・前掲注 (47) 173 頁以下および 179 頁以下)。本稿もこれにしたがう。
- 68) 例えば、木内さゆり「医療情報によって塗りかえられる患者の意識 —乳癌闘病記における、情報を受け取った患者の思い」生命倫理 24 号 (2013 年) 148 頁では、「専門性を基礎として体系づけられた知」と表現されている。
- 69) 手嶋豊「診療ガイドラインと民事責任」甲斐克則編『医事法講座第 3 巻医療事故と医事法』(信山社、2012 年) 109 頁以下および渡辺・前掲注 (47) 同箇所参照。
- 70) 渡辺・前掲注 (47) 同箇所はこの点を示唆する叙述も行っている。
- 71) 留意すべきは、求められているのは専門家としての責任ある識見の提示であり、考え得る選択肢をすべて示して、適切な医療行為の選択を患者にさせ、責任転嫁することではないということである。この点は多くの論者によって指摘されているところである。近年では、大島 眞一「医療訴訟の現状と将来——最高裁判例の到達点」判タ 1401 号 (2014 年) 39 頁 (医師の適切なアドバイスの必要性を説く)、近藤＝石川・前掲注 (36) 3 頁、また 4 頁 (患者にとって何が適切な医療行為であるかということは、医師が責任をもって決定すべきことがらであるとする)、カライスコス アントニオス「(特集「医療」と「法」) 裁判例からみるインフォームド・コンセントの現状」法律のひろば 71 巻 4 号 (2018 年) 15 頁 (インフォームド・コンセントとは、専門家として適切と判断する方法について情報を提供したうえで、患者の同意を得るという趣旨のものであるとする) 等。
- 72) 哲学者である日笠晴香は、患者の意思「決定を尊重する必要性を確保した上で、その時点での価値に沿った決定が可能となるように関係者が働きかける観点も保持する必要がある」とする。そしてその方

- 法として、「例えば生存への関心を構成する焦りや恐怖などの感情を変化させること」を挙げる（日笠・前掲注（60）96 頁以下（引用は 102 頁））。
- 73) これは、医師が患者に自分の価値を押し付けたり、1 つの方向に誘導するような説明を行うこととは、区別すべきことである。それは、裁判例（大阪地判平成 14 年 10 月 31 日判時 1819 号 74 頁等）でも、医療倫理としても、否定されている態度である。
- 74) 終末期医療における精神的苦痛の緩和を問題とし、本稿とはいささか趣旨が異なるものの、法哲学ないし宗教学の分野から濱崎絵梨／葛生栄二郎は、「医師と患者双方の人生観や価値観が最も反映される」（179 頁）終末期医療の患者に対するケアに関して、「医師と患者という特別な関係下ではなく、同じ死すべき限界をもった生身の人間同士の人格的対話」（178 頁の要旨）、「人格と人格の対話による共感」（183 頁）を重視する。それによって、医師は、「患者に学び、自身の死生観について考察を深めてゆくこと」（178 頁の要旨）が重要であるとする（濱崎絵梨／葛生栄二郎「End of life care における医師と患者の対話——死についての語りに着目して」生命倫理通巻 25 号（2014 年）178 頁以下）。
- 75) この場合の意思表示の有効要件と手続は厳格化する。患者の判断能力や医師の説明不足の疑いも含め真意からなることの慎重な確認を要し、書面を交わすことが望ましい（刑法学の観点からであるが、町野朔『患者の自己決定権と法』（東京大学出版会、1986 年）178 頁以下参照）。
- 76) この点は、民事上も刑事上も一致するところである。刑法学者の町野朔の「患者の現実的な拒絶意思は治療行為の合法性の絶対的な限界、「柵」である。患者の自己決定権の法律的な意義はまず第一次的にこのような患者の治療拒絶権にある」との言明は、端的である（同書 184 頁）。
- 77) このケースに包摂されうる事例は広範多岐にわたる。従来よく言及されたものとして、信仰上の理由による輸血拒否（前出最判平成 12 年 2 月 29 日など。本判決は相対的無輸血の方針に関する説明義務違反を問題とするにとどまり、不合理な医療措置の希望に対する対応の問題には答えていない）がある。また、考えようによっては安楽死や尊厳死も包摂しうる。
- 78) 医療職務のあり方を一貫して研究してきた平林勝政は、医師の説得義務を主張する（平林勝政「シンポジウム『インフォームド・コンセント再論』」年報医事法学 8 号（1993 年）74 頁）。その根底には、責任ある医業務には何らかのパターナリズムは含まれてあるべきこと——かつてのパターナリズムへの回帰やその復権ではなく、新たなあるべきパターナリズムを模索する思想——がある（「強いパターナリズム」と「弱いパターナリズム」を区別し、前者は正当化されえないが、後者は正当化されえるという（（想定例は異なるが）「（ワークショップⅡ）医事法学のアイデンティティを求めて——インフォームド・コンセントを手がかりとして」年報医事法学 34 号（2019 年）59 頁注（4）（平林勝政執筆部分）が最近の該当論稿）。また、法学以外（倫理学）の領域では、石田 安実「IC における「緩やかなパターナリズム」の正当化の検討」生命倫理 24 巻 1 号（2014 年）154 頁以下が相通ずるものがある。
- 79) 1982 年のアメリカ大統領委員会の報告書 Making Health Care Decision で明らかにされ、平林勝政「Making Health Care Decision—《インフォームド・コンセントに関する大統領委員会報告書》紹介」唄孝一編『医療と法と倫理』（岩波書店、1983 年）523 頁でわが国に紹介された。近年では、手嶋豊教授が一連の論稿の中でわが国への導入を検討している（例えば、手嶋豊「医療における共同意思決定について」神戸法学 60 巻 3・4 合併号（2012 年）454 頁以下（頁が昇順）参照）。なお、本稿は主に同論文を基にして考察した内容である。
- 80) 手嶋・前掲注（79）453 頁で Coulter, Implementing shared decision making in the UK, A report for the health

Foundation 7,2009,The Health Foundation を邦訳のうえ引用

81) 手嶋・前掲注（79）453 頁で Campaign for effective patient care を邦訳のうえ引用

82) 手嶋・前掲注（79）452 頁参照。451 頁も参照（アメリカの議論の紹介の中で）。

83) 手嶋・前掲注（79）451 頁参照。

84) 手嶋・前掲注（79）451 頁参照。共同意思決定を用いることができるのは、患者の選好を考慮する余地のある場合に限られる（救急医療やある方法を選択することがあきらかな場合にはあたらない）（同頁および同頁注（7）参照）。また、医療上の選択に積極的でない傾向にある、教育程度の高くない患者にとって意義があるとされている（同頁参照）。

85) 臨床現場からはインフォームド・コンセントや説明義務の普及による負担増の声は常に上げられ続けている。

「国民生活研究」第 59 巻第 2 号 (2019 年 12 月)

【特集】医療と消費者～コミュニケーションの重要性～

【論 文】

患者参加型医療が医療の在り方を変える —21 世紀医療のパラダイムシフト

小 松 康 宏*

-
1. はじめに
 2. 「患者参加型医療」の背景、定義、意義
 3. 患者参加型医療の諸形態
 - 1) 疾患・治療法を理解する—カルテ共有
 - 2) 治療法決定に参加する—共同意思決定 (SDM)
 - 3) 治療に主体的に参加する—家庭透析、血糖管理、入院患者の引継ぎへの参加
 - 4) 患者ピア・サポート
 - 5) 病院運営に参加する—患者諮問委員会
 - 6) 医療政策立案に参加する
 - 7) 医学研究に参加する
 4. 患者参加型医療を評価する
 5. 患者参加型医療推進の課題
 6. わが国における患者参加型医療の現況と課題
 7. 結語
-

1. はじめに

医療が高度・複雑化し、複数の併存疾患を有する高齢患者が増加している今日、安全で質の高い医療を実現する方法として「患者参加型医療」が国際的に注目されている。患者参加型医療とは、患者や家族が医療者と協働で医療の質と安全を向上することを意味し、

*こまつ やすひろ 群馬大学大学院医学系研究科 医療の質・安全学講座 教授

参加様式は、治療選択決定や、セルフケアなど患者個人のレベルだけでなく、病院の運営、医学研究のあり方や医療政策に関わることまで、広範な領域を含んでいる^{1) 2) 3) 4)}。2018 年 4 月に開催された第 3 回閣僚級世界患者安全サミットの中で発表された「患者安全に関する東京宣言」の中でも、「患者及び患者家族の参加を促す」重要性が宣言されている⁵⁾。本稿では、21 世紀医療の中心概念である「患者参加型医療」の国際的な現況と今後の展望について概説する。

2. 「患者参加型医療」の背景、定義、意義

近年、医学・医療の専門誌や、学会で頻繁に遭遇するキーワードとして Patient-centered care (患者中心の医療)、Patient and family engagement (患者・家族参加)、Shared decision making (共同意思決定) をあげることができる。20 世紀の医療、特に急性期疾患に関しては、「患者は専門知識と技術を有する医療専門職から医療サービスを受け取る人たち」、いわば「消費者」と考えられてきた。21 世紀になり、医療が高度・複雑化し、複数の併存疾患を有する患者が増加するにつれ、患者の抱える多数の複雑な問題を一人の医師が解決することは困難となり、複数の施設、多職種が診療・ケア担当するようになっている。専門分化がすすむとともに治療・ケアの継続性は分断され、診療の全過程に関わるのは患者だけといえる。複数の治療選択肢がある場合、多様化するニーズの中で、どれが患者にとって最善かを医師が決定することは難しい。糖尿病、高血圧など慢性疾患の治療の成否は患者のセルフケアに依存するところが大きい。こうした中、「患者は医療チームの重要な一員として、共に医療をつくっていく担い手」であり、医療の様々なプロセスに患者・家族を巻き込むことが 21 世紀の医療には欠かせないという考え方に発展している。

自らの診療に参加するだけでなく、病院運営や医療政策立案への患者・市民参加もすすんでいる。1978 年に WHO が採択したアルマ・アタ宣言は「人々は、個人または集団として自らの保健医療の立案と実施に参加する権利と義務を有する」ことを明らかにした⁶⁾。1986 年に第 1 回健康づくり国際会議で採択されたオタワ憲章も患者・市民の医療政策立案への参加を提言している⁷⁾。欧米にとどまらず低・中所得国でも地域、国レベルの医療政策立案への市民参加がすすんでいる⁸⁾。わが国でも、行政や医療機関等における検討会・委員会、学会の診療ガイドライン作成委員会などの構成メンバーに患者側委員が含まれるようになっている。

患者参加型医療に相当する英語には、Patient participation、Patient engagement、Patient involvement、Patient-centered care、Patient engaged care などがある。患者参加 (Patient engagement) の定義も統一されておらず、患者参加の概念、定義を論じた論文も多い^{3) 9) 10)}。Carman らが 2013 年に米国の医療政策専門誌である「Health affairs」に発表した論文中の定義、「患者参加型医療とは、患者、家族、代理人、医療者が医療の様々なレベル、すなわち直接の診療、病院体制の構築とガバナンス、医療政策レベルで、医療の質と安全向上のために積極的に協働することである」が引用されることが多い¹⁾。そのほかの代表的な定義を表 1 に示すが、共通する要素としては、(1)医療に関わる様々な場面で、患者、家族、医

療者が協働すること、(2)協働は、具体的な行動や組織の基本方針などにみられること、(3)患者と家族は医療チームに欠かせないチームメンバーであること、(4)患者の健康、医療の質と安全、医療のありかたを改善するための協働であること、が含まれている^{9) 11) 12) 13) 14) 15)}。

人口の高齢化、慢性疾患の増加とともに、家族の役割が重視されるようになり、「患者参加」から「患者・家族参加（Patient and family engagement）」という呼称が用いられることも多い。例えば、集中治療室（ICU）で治療をうけている患者は、全身状態や意識レベルが悪く、治療法の選択決定の多くは家族に委ねられることが多い。「家族」も、血縁や戸籍

表 1 患者参加型医療の主な定義

出 典	定 義
Carman 2013 ¹⁾	患者、家族、代理人、医療者が医療の様々なレベル、すなわち直接の診療、病院体制の構築とガバナンス、医療政策レベルで、医療の質と安全向上のために積極的に協働すること
Maurer M, AHRQ 2012 ⁴⁾	患者、家族、医療者の一連の行動と組織の一連の方針と手順であり、患者と家族を医療チームのアクティブ・メンバーに含め、また、医療者・医療組織との協力的関係を促進するものである。患者・家族参加によって期待される目標の一つは、病院の医療の質と安全の改善である。
WHO 2016 ¹¹⁾	保健医療の安全、質、患者主体性を強化することを目指して、患者、家族、医療者が、患者がケアに積極的に関与することを促し、支援能力を構築するプロセス
米国病院協会（AHA）2012 ¹²⁾	患者と家族を医療チームに含め、患者、家族、医療者、コミュニティの共同のパートナーシップを育てる医療者の一連の行動、医療機関の一連の方針・手順、個人と集団の一連のマインドセットと文化的哲学（考え方、philosophies）
Minniti, Abraham (IPFCC) 2013 ¹³⁾	患者・家族中心の医療システムを達成するための戦略であり、参加は 4 つのレベルで行われる。(1)診療現場-患者と家族が実際のケア、治療計画、意思決定に参加する (2)医療機関レベル-患者と家族が病院の質改善活動や運営の再構築(redesign)に参加する (3)地域レベル-患者と家族が地域の資源を医療組織（病院）、患者、家族と結びつける、(4)政策レベル-自治体、地域、国レベル
Coulter A. 2011 ¹⁴⁾	患者と市民が、医療上の決定に与える影響を強化するため、患者と市民が健康ならびに医療に参加することを促進し支援するように患者と医療者が協働すること
Healthcare Quality Ontario, 2017 ¹⁵⁾	患者、家族、インフォーマルな介護者、医療専門職がオンタリオ州の医療の質改善のために積極的に協働すること。個々の医療専門職、医療機関、自治体が患者と家族とさまざまな形で協働し、患者経験価値と意向、ニーズを理解し、それに応えようとすることを含んでいる。

上の家族に限定されず、「生物学的（血縁）、法的、あるいは気持ちのうえで結びつきのあ
る 2 人ないしそれ以上の人間関係」と定義される¹⁶⁾。対象を医療機関に限定せず、広く地
域社会を包含するために People-centered care という用語も提唱されており、患者参加型医
療の「患者」は疾患の治療をうけている患者だけでなく、過去や将来に患者になりうるす
べての人、つまり家族、介護者、市民をも含むものである¹⁾。本稿中の「患者参加型医療」
は、特に断らない限り「患者・家族参加型医療」を指している。なお、わが国では「患者
参画」という用語が、特に行政関係の文書で用いられることが多い。新明解国語辞典（三
省堂）によれば、「参画」は「事業などの計画の相談に加わること」、「参加」は「団体・組
織など、目的を持った集まりの一員となり、行動を共にすること」とある。Carman らの定
義にみられるように患者が医療に関わる形態は広範なので、本稿では「参加」の用語を用
いることとする。

患者参加型医療は、患者の経験価値・満足度、治療遵守度、治療成績を向上させるだけ
でなく^{17) 18) 19)}、患者・医療者間の信頼関係の強化、医療者の職務満足度の向上²⁰⁾、医療者
の燃えつきや離職の軽減につながる事が期待されている^{21) 22)}。患者が主体的に自らの治
療に参加すれば不要な入院や救急外来の受診が減少し、入院期間も短縮され、結果的には
医療費の削減にもつながるので、医療政策上も重要な課題ととらえられている。

3. 患者参加型医療の諸形態

患者参加型医療の患者参加様式は(1)治療選択決定や、セルフケアなど自分自身の医療に
主体的に取り組むこと、(2)病院の運営に参加し、患者の視点を反映させること、(3)国レベ
ルの医療政策や研究に参加すること、と広範である（表 2）。以下、患者参加型医療の主な
形態をまとめる。

1) 疾患・治療法を理解する一カルテ共有

自らの疾患と治療法について理解することは、患者参加型医療の大前提である。患者の
理解を促す方法として、海外では、患者カルテ（診療録）の共有がすすんでいる。代表的
な試みは 2010 年に米国で開始された「OpenNotes」研究であり、ハーバード大学、ワシン
トン大学などの研究者によって 2010 年に開始された²³⁾。ボストン、ペンシルベニア、シ
アトルのプライマリケア医が参加し、患者がオンラインで自分のカルテを閲覧できるよう
にしたものであるが、その後、世界中に拡がり 2019 年 11 月現在、4,300 万人以上の患者
が自分のカルテを閲覧できるまで発展した。研究開始時には医師の間でもカルテ共有には
議論があったようである。研究参加対象となった医師のうち、患者のカルテ閲覧システム
に賛同するものは約半数で、64%の医師は患者の不安が高まることを危惧していた²³⁾。診
察時間が長引いたり、従来以上に患者から質問されることを懸念する医師も多かったが、
カルテ共有がすすむ中、多くは杞憂にすぎず、診察時間に大きな変化はなく、患者からの
クレーム等もほとんどないとのことである。

表 2 患者参加型医療（Patient and Family Engagement）の様式

患者参加の方法	具 体 例
自分の診療・ケアに参加	自分の疾病や治療について学習（電子カルテ閲覧も含む） 各種カンファレンスに参加 検査、投薬に間違いがないかいっしょに確認する 医療者とともに治療法選択を決定する
病院運営	各種病院委員会への参加 患者体験に基づき他の患者への助言・支援 説明同意文書、患者教育資料の作成支援 ご意見箱の投書から優先課題を選定
医療政策	公聴会の参加 医療行政の審議会・委員会に患者の立場から参加 研究費助成基金の委員として患者視点で研究を評価 研究グループの一員として研究計画・実施に参加 専門雑誌の査読者の一員となる

カルテ共有は患者の病気や治療に対する理解を深め、治療法決定を容易にする²⁴⁾。一般に、患者は医師から説明された内容の 40～80%を間違っ理解したり、忘れてしまう²⁵⁾。患者は医師が忙しいことを知っており、聞きたいことや話したいことがあっても遠慮して口に出さないことも多い²⁶⁾。自宅でゆっくり自分のカルテを読むことで、自分の病状を理解し、治療計画を忘れず、次回の外来受診に備えることができる。患者が自分の好きな時間にカルテを読むことができるようになってから、処方に関する理解が深まり、服薬遵守率も向上したとの報告もある^{27) 28)}。さらに、患者が検査結果を確認したり、カルテ記載の不備を指摘することで、診断関連エラーの減少につながることも期待されている²⁹⁾。

2019 年時点で、米国では 4,000 万人以上の患者がカルテにアクセスできるという³⁰⁾。欧州では、病院、開業医など全医療施設の 65%で患者はカルテにアクセスできるが³¹⁾、英国ならびにスウェーデンでは 2020 年までにはすべての患者がカルテを閲覧できるよう準備がすすんでいる³²⁾。

わが国でも、先進的な病院やクリニックが患者とのカルテ共有に取り組んでいる。亀田総合病院（千葉県）は以前から患者や地域医療機関とのカルテ共有をすすめているし、恵寿総合病院（石川県）は、病院、診療所、介護保険施設などの患者・利用者が、自身の診療情報の一部を、インターネットを介しいつでも閲覧できるシステムを構築し、世界病院学会で、「国際病院連盟賞 特別賞」を受賞している。国立大学病院では、群馬大学医学部附属病院が 2019 年 4 月から入院患者を対象にカルテ共有制度を開始した。患者は病棟に設置された患者専用電子カルテにアクセスし、自分のカルテを閲覧できる。

カルテ共有を、医療の質・安全の向上や医療者・患者の信頼関係強化に活かすためには、医療者・患者の意識改革、電子カルテシステムの発展が求められる。医療者は患者と共有

する情報をわかりやすく記載する工夫が必要である。患者や家族がカルテ記載の不備を見つけた場合、医療者を非難するのではなく、協働でよりよいカルテをつくっていく、患者や家族も医療の質と安全の担い手であるという意識を高めることが望まれる。現行の電子カルテシステムは、医事システム支援機能は充実しているが、診療情報の共有と活用面でユーザーフレンドリーとはいえない部分が多い。重要な情報が電子カルテ内に書かれていても、他の職種が記載したものを探し出せないことはまれではない。誰でも必要な情報に簡単にアクセスできる、入力しやすく、読みやすいカルテシステムの開発を期待したい。

2) 治療法決定に参加するー共同意思決定 (SDM)

医療上の重要な決定を下す際に、患者も、医療者も苦慮することがある。特に、複数の治療選択肢の中から一つを選択しなくてはならない場合が難しい。がんの治療では、手術療法、化学療法や放射線療法があるし、手術療法にしても、従来の手術以外に腹腔鏡を用いた手術やロボット手術もある。乳がんでは、乳房全摘術を選択するか、乳房部分切除と放射線療法にするかの選択、透析療法が必要になった慢性腎臓病の患者では、血液透析、腹膜透析、腎臓移植、あるいは保存的腎臓療法のいずれかの選択が必要となる。複数の選択があり、生命予後や生活、QOL に与える影響が異なる場合、どれが最善の選択かを決めることは容易ではない。そのため、患者にとって最善の医療上の決定を下すためのプロセスとして重視されるようになったものが「共同意思決定 (シェアード・ディシジョン・メイキング、Shared Decision Making, SDM) であり、患者参加型医療の根幹をなしている。

米国の National Quality Forum は共同意思決定を次のように定義している。「(共同意思決定とは) 医療者と患者が協働して、患者にとって最善の医療上の決定を下すに至るコミュニケーションのプロセスである。共同意思決定は次の 3 つの要素を必要とする。(1) 合理的な選択肢 (何も治療しない選択も含む) とそれぞれの利点、リスクに関する明確で、正確で、バイアスのない医学的エビデンス、(2) エビデンスを個々の患者にあわせて伝える医療者の専門技能、(3) 患者の価値観、目的、意向、治療の負担も含めた懸念事項³³⁾」

医療上の決定を下す方法は、医師が患者にとって最善と思われるものを決定するパターンナリズム (父権主義)、医師が患者に十分な医学情報を提示し、患者が最終決定を下すというインフォームド・コンセント、そして医療者と患者が協働して決定を下す共同意思決定に 3 分類することができる^{[注 1] 34)}。パターンナリズムとインフォームド・コンセントでは、医師から患者に、エビデンスに基づく医学的な情報が提供されるが、SDM では、さらに患者から医療者に対して患者の価値観、意向、懸念事項などが伝えられる。血液透析と腹膜透析のどちらを選択するかに際して、それぞれの 5 年生存率や合併症について論じるだけではなく、患者はどのような生活を望んでいるのか、それを実現するにはどちらの治療法が優れているかという視点で検討することになる。

最終決定者に関しては、パターンナリズムでは医師が決定し、インフォームド・コンセントでは患者が決定するが、SDM では医療者と患者が協働で話し合ったうえで最終決定に至る。従来のインフォームド・コンセントでも、医療者は提案する治療法だけではなく、代替手段やそれぞれの利点、リスクを説明するし、患者に心配なこと、わからないことを質

問している。共同意思決定が、従来のインフォームド・コンセントと異なるのは、決定を下すにあたって患者が主体的に関わる点と、患者の価値観、意向、懸念事項を含めて考える点にある。

共同意思決定は、インフォームド・コンセントと同様に、「私のことは私抜きできめないで（nothing about me without me）」という、患者の自己決定権、自律を尊重するという倫理的な要請に応えるだけでなく、患者の経験価値・満足度、患者の自己管理、QOL、治療成績などの向上につながるものである^{35) 36) 37)}。さらに、治療選択・医療の質の地域格差が減少し、患者・医療者関係・信頼関係が強化され、医療者の職務満足度の向上にもつながることも報告されている。わが国でも、共同意思決定は精神保健医療の質の向上と患者の治療への参加、医療への満足度を高めることや、在宅医療での看取り、療養に際して、家族の主体的な受け入れを促すことが報告されている^{38) 39) 40)}。

患者が検査・治療の利点と危険を十分に理解した場合、侵襲的処置ではなく危険が少ない方を選ぶことが多い。その結果、不要な検査、処置、入院が減るので、医療資源の有効な活用につながる⁴¹⁾。台湾では、共同意思決定による腎代替療法選択によって腎臓移植、腹膜透析の選択率がそれぞれ 38.5%と 112.9%増加したと報告されている⁴²⁾。

共同意思決定をすすめるにあたり、医療者は「医学的情報をいかにわかりやすく伝えるか」といった視点から、「患者にとって大切なこと、患者が不安に思っていることをどのようにして聞き出すか」という発想の転換が必要になる。Makoul と Clayman らは共同意思決定に関するシステマティック・レビューを行い、共同意思決定の基本要素として表に示した 9 項目をあげている⁴³⁾（表 3）。このなかで、「選択肢を提示、利点・欠点・費用を話し合う、理解を確認する、治療決定ないし延期」という部分は、従来のインフォームド・コンセントの手順に含まれるが、患者の参加が必要な問題があることを示すこと、患者の価値観や懸念事項、患者の能力、自己効力に関する話し合い、医療者からの提案・推奨という点は、共同意思決定で重視される部分である。

表 3 Makoul & Clayman による共同意思決定の 9 基本要素⁴³⁾

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 問題を定義・説明する 2. 選択肢を提示 3. 利点・欠点・費用を話し合う 4. 患者の価値・意向 5. 患者の能力・自己効力に関する話し合い 6. 医師の知識と推奨 7. 理解を確認 8. 治療決定ないし延期 9. フォローアップ予約 |
|---|

英国の The Health Foundation は共同意思決定の実践にあたって、①問題の提示と患者参加を促す話し合い（チョイス・トーク）、②治療選択肢の説明（オプション・トーク）、③最終決定を下すか保留する（ディシジョン・トーク）の 3 段階を踏んだ話し合いを提唱している^{44) 45)}。

チョイス・トーク（Choice talk）とは決定が必要なことを共有する段階である。患者に、複数の治療選択肢があり、それぞれ生活や生命予後に与える影響が異なること、選択にあたっては患者の思いが重要であることを伝え、話し合いに患者を巻き込むプロセスである。自分で決められないので医師に決めてほしいという患者も多いが、患者に決めてほしいというのではなく、患者と医療者がいっしょに考えていくことを理解してもらう。

オプション・トーク（Option talk）は複数の選択肢を検討する段階であり、医療者が選択肢を説明したうえで、患者の理解度を評価し、決定を支援する。医師が時間をかけて詳細に説明しても、患者が理解できるとは限らない。手術の説明に関する調査では、説明を聞き、同意文書に署名した後でも、18～45%の患者は主なリスクを覚えておらず⁴⁶⁾、44%は手術自体をよく理解せず⁴⁷⁾、60～69%は自分が署名した文書を読んでいないという⁴⁸⁾。腎臓専門外来を通院中の患者の 3 分の 1 が、自分が腎臓病であることを理解していないとの報告もある⁴⁹⁾。米国の Russel らは、患者教育資料を直接患者に手渡しても、約 9 割の患者は渡されたことを忘れていたと述べている⁵⁰⁾。

重要な説明を患者が理解しているかどうかを確認する方法に、ティーチ・バック（Teach back）がある。単に、「わかりましたか?」「質問はありませんか?」と聞くのではなく、患者の言葉で説明した内容を述べてもらう⁴⁵⁾。口頭での説明だけでなく、視覚的にもわかりやすい、患者が繰り返し参照できるような教育資料、患者意思決定ガイド（Patient Decision Aid）を活用することも患者の理解を助ける。多くのツールが開発されており、決定支援ガイドの質を保証するための国際基準 IPDAS（International Patients Decision Aids Standard）も作成されている。

ディシジョン・トーク（Decision talk）はエビデンスと患者の意向をあわせて決定を下す段階である。患者の価値観、懸念事項を引き出すことは難しい。米国でも、患者は「面倒な患者」と思われないように、医師に質問したり、医師の提案に異議を唱えることを躊躇することもある⁵¹⁾。医師も患者の真意を誤解し、良かれと思って選択したことが、患者にとって最良ではないこともある⁵²⁾。どのような治療法を選択したとしても、最終目的は「決定を下す」ことではなく、患者にとって最良の選択となることである。そのため、「フォローアップ」を行い、治療選択が患者にとって満足できるものかどうかを評価し、ときに治療法の変更を検討することも必要となる。

医療者が日常の診療で共同意思決定プロセスを実践できるスキルを身につけるには、ロールプレイなどを用いたグループ研修が有効である。筆者が代表幹事を務める腎臓病 SDM 推進協会では、腎臓・透析医療を専門とする医師、看護師を対象に、半日の研修セミナーを開催し、2018～2019 年に合計 16 回、約 1,000 名の医師、看護師が受講した⁵³⁾。共同意思決定の意義、手法に関する講義の後で、医師と看護師がペアを組んで、6～8 名程度のグループにわかれる。患者・家族役、医師役、看護師役として患者や家族との話し合い

を体験した後、患者の視点、医療者の視点から気づいた点、改善点を共有する。患者や家族役になると、いかにこれまで医療者視点の一方通行の説明になりがちだったか、患者は言いたいこと、聞きたいことがあるのにもかかわらず、話し出すタイミングをつかみにくいことなどを実感できる。

3) 治療に主体的に参加する一家庭透析、血糖管理、入院患者の引継ぎへの参加

慢性疾患の治療では患者参加型医療が広まっている。高血圧患者は自ら家庭血圧を測定し、糖尿病患者は食事療法に加え、血糖を自己測定しインスリンを自己注射している。腹膜透析患者は、毎日自宅で透析療法を実施し、病院を受診するのは月 1 回である。

患者が検査、処方、治療内容について理解し、不明な点は積極的に医療者に質問することも患者参加型医療の一つである。患者や家族が積極的に質問したり、自分の病状を伝えるなど積極的であればあるほど、医師は患者の立場にたった詳しい説明をすることが知られている⁵⁴⁾。

病棟回診や看護師の引継ぎに患者や家族が積極的に参加することも医療の質と安全を高める。米国の研究では、小児病棟の回診で薬物療法に関して家族が積極的に発言した場合、処方が適切に変更され、医療安全上も、服薬遵守度も、患者満足度も向上したことが報告されている⁵⁵⁾。回診時に家族が同席した場合と不在の場合を比較した 17 の研究をまとめた系統レビューでは、家族が同席したほうが治療成績、患者満足度の向上につながっていることが示されている⁵⁶⁾。

医療への患者参加は医療安全をすすめるうえでも重要である。米国医療研究品質庁 (AHRQ) は、医療事故防止には患者が医療チームの一員となり、医療のあらゆる決定に参加することが不可欠であるとの視点に立ち、2011 年に「医療事故を防ぐ 20 の秘訣」という患者参加で医療事故を減らす行動を提案した⁵⁷⁾ (表 4)。医療関連感染症、投薬エラー、画像診断結果の見落とし、退院直後の再入院などの多くは、ここに示された 20 の秘訣を実践することで防ぐことができるだろう。

4) 患者ピア・サポート

同じ病気や問題を持った患者・仲間 (ピア、peer) による支援、すなわちピア・サポートは、心理的なサポートだけでなく、病気の理解を助け、自分に合った治療方針を選択し、自己管理を促進する教育的意義を持っている。

人間は社会的な生き物である。医療においても、「医師対患者」という狭い関係だけでなく、周りの環境も視野に入れることが重要で、この視点が公衆衛生学でいう「社会生態学的モデル (Socio-Ecological framework)」である。食事療法や運動療法の遵守度なども単に患者の「自己管理」の問題ととらえるのではなく、大きな視点からとらえることで隠れた問題や新たな対策の発見につながる。

表 4 米国医療研究品質庁（AHRQ）が提唱している医療事故を防ぐ 20 の秘訣

1. 自分が服用している薬剤を医師が把握しているかを確認しましょう。
2. 診察時には自分が服用しているすべての薬剤、サプリメントを持参しましょう。
3. 薬剤アレルギーや薬剤の副作用に関する既往を医師が把握しているか確認しましょう。
4. 医師が処方箋を発行したとき、あなたが読めるかを確認しましょう（手書き処方箋）。
5. 薬について、あなたが理解できるまで質問しましょう（薬の目的、用法用量、副作用、他の薬剤との相互作用、食事内容で留意することなど）。
6. 薬局で薬を受け取るとき、医師が自分に処方したものかを確認しましょう。
7. 薬剤に関する説明事項で不明な点があれば質問しましょう。
8. 薬剤師に水薬の量を測る最善の方法をききましょう。
9. 副作用に関し、文書での説明書をもらいましょう。
10. 入院中は、あなたに接触するすべての医療者に、手指衛生をしたかどうか確認しましょう。
11. 退院時には、退院後の自宅での治療計画について尋ねましょう。
12. 手術をうけるときは、あなたと担当医と外科執刀医が術式、部位について正しく理解していることを確認しましょう。
13. 手術をうけるならば、可能ならば、その手術の実施件数が多い病院を選びましょう。
14. わからないこと、心配なことがあればはっきり伝えましょう。
15. かかりつけ医など、あなたの治療全体を把握し、調整する医師をつくりましょう。
16. あなたの治療に関わるすべての医師が重要な診療情報を共有していることを確認しましょう。
17. 診察時には家族や友人を連れていきましょう。
18. 多ければ多いほど良いわけではありません（検査や治療の必要性を尋ねましょう）。
19. 検査をした場合、「知らせがないのは良い知らせ」と思わないでください。（検査結果をいつ、どのようにして知ることができるかを尋ねましょう。）
20. あなたの病気や治療について、医師や看護師、その他の信頼できる情報源を使って理解しましょう。

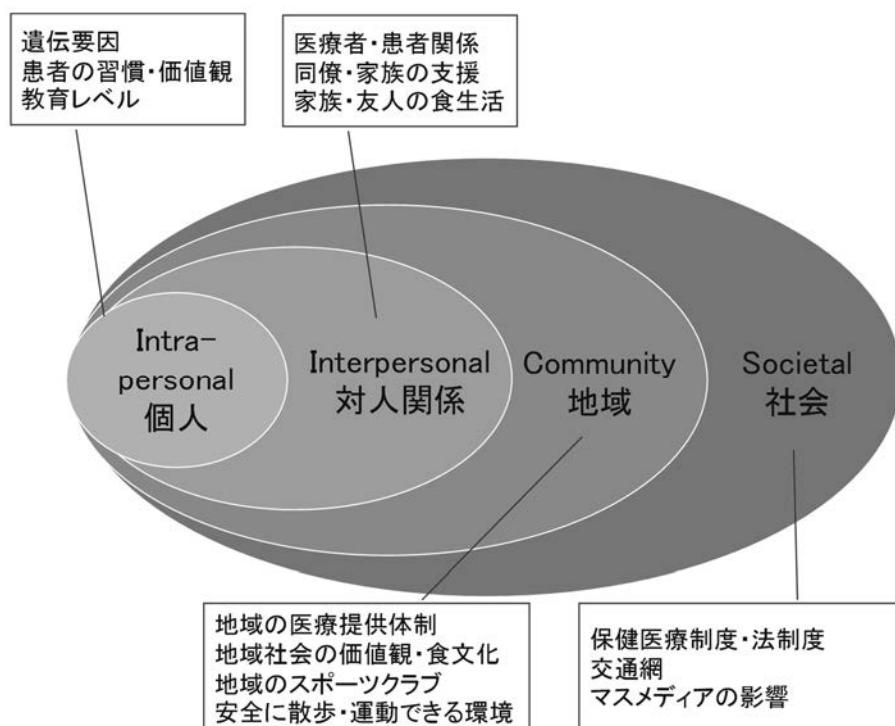
エコロジカル・アプローチは人間の健康や行動は、個人レベル（生来の遺伝要因や個人の価値観、習慣など）、対人レベル（家族や仲間の支援など）、地域・コミュニティレベル（地域の環境、価値観、公共設備など）、社会・政策レベル（法律、マスメディアなど）など様々なレベルの相互関係が影響していると考えられる。そのため、患者の行動を変えたり、疾病の予防や治療をはかるには、単に個人に対する医学的治療や教育介入だけでなく、周囲の環境、ネットワークに対しても介入したり、周囲の環境からの介入、さらには国レベルでの政策も考慮する⁵⁸⁾。図 1 に糖尿病患者の健康増進に関するエコロジカル・モデルの例を示す。わが国の高齢者を対象とした研究でも、社会参加や連帯感、互助が豊かな地域に暮らす高齢者は健康度が高いことが明らかにされている^{59) 60)}。

ソーシャルサポートの中でも、実際に同じ闘病経験をした患者がほかの患者をサポートするものをピア・サポートと呼んでいる。ピアとは英語で、同僚、仲間という意味であり、

Dennis によればピア・サポートは「情緒的、称賛、情報提供の支援を、対象者と同じ特定の行動・ストレスに関する経験に基づく知識と、同じ特徴・性格を有する、組織的なソーシャルネットワーク・メンバーが提供するもので、潜在的ないし現実的にストレスをうけている個人の健康関連問題を扱うもの」と定義される⁶¹⁾。ピア・サポートにも(1)対面したグループでの自己管理プログラム、(2)ピア(仲間)のコーチ、メンター、(3)地域の健康ワーカー、(4)電話でのピア・サポート、(5)インターネットやeメールでのピア・サポート、などがある。

ピア・サポートは多くの領域で実施されており、患者の QOL や臨床成績の向上、医療費の適正化につながる事が多くの研究で示されている⁶²⁾。英国では腎臓病、透析患者に対するプログラムがあり、Hughes らはロンドンの 2 つの病院で実施した腎代替療法の選択に関するピア・サポート・プログラムについて報告している^{63) 64)}。そこではピア・サポートを、医療専門職による患者教育を補完するものと位置づけ、ピア・サポーターとしての約 10 時間の研修を修了した患者がボランティアで行っている。1、2 回の面談や電話を通じて、情報を伝えたり、精神的な支援を行うものだが、どのピア・サポーターをどの患者に紹介するかは、社会環境、年齢、教育レベルなども考慮し、施設の看護師が調整している。ピア・サポートの主な役割には、患者の話に耳を傾け、病気、治療法、生活について

図 1 エコロジカル・モデルの概念図



の質問に答えること、わからないことは質問していいのだという自信を持ってもらうこと、治療法の決定を支援し、はげますこと、他の情報源や支援組織について助言することなどである。

ピア・サポートに対する患者の反応はおおむね好意的であり、医療専門職による教育と異なり、時間的な制約がなく、経験に基づく情報を得ることができる点を評価している。自らも透析患者であるピア・サポーターが元気そうに、幸せで楽しそうな毎日を送り、健常人と変わらないと思えることが、不安を持っている患者にとっては最大の安心と希望となっているようだ。一方、ピア・サポートが誤った情報を伝えたり、患者の不安を強めたりすることのないよう、ピア・サポーターに対する事前の研修、適切なピア・サポーターの選択、ピア・サポートの内容と結果に対する評価とフィードバックなどが重要である。

5) 病院運営に参加する－患者諮問委員会

病院の公式な委員会に患者・家族を含めることで、患者の視点を病院運営や医療の質・安全の改善に活かすことができる。わが国でも、倫理委員会や研究倫理委員会には市民の立場を代表する委員が加わっているが、海外では医療の質改善に患者の視点を取り入れるための「患者諮問委員会 (Patient advisory board, patient advisory council、PFACs)」が積極的に活動している。患者諮問委員会とは、病院の方針や各種活動に関して、病院幹部、医療者、病院職員、患者・家族アドバイザー (Patient/Family Advisor, PFA) が協働するために定期的に集まる公的なグループである。患者・家族アドバイザーとは、病院の診療・ケアを向上するために医療者と協働する患者や家族であり、患者や家族の経験をもとに、患者・家族の視点や助言を病院の改善に反映させ、患者諮問委員会のメンバーを務めたり、他の委員会やタスクフォースに参加したりするものである。Herrin らの報告では 2013 年～2014 年の時点で、米国の急性期病院の 38% に患者諮問委員会が活動している⁶⁵⁾。ニューヨーク州では 59% の病院に患者諮問委員会があり、12.4% は設立準備段階である⁶⁶⁾。半数以上の委員会は年 10 回以上の定例会議を持ち、8 割の病院では年次報告書を理事会に提出している。マサチューセッツ州は 2008 年に州のすべての病院が患者諮問委員会を設立することを義務化し、米国の病院機能評価機構である The Joint Commission (TJC) の基準の中に、患者とのコミュニケーション、協働、患者参加が審査項目に含まれている⁶⁷⁾。このような行政からの要請や、病院認証機関の基準となっていることは患者諮問委員会の普及を促進するものである。

患者諮問委員会は定例会議を開催し、医療の質・安全や、病院運営に関する情報を収集し、提言をまとめ、年次活動報告を作成している。その他に、患者・家族アドバイザーが患者・家族のメンターを務めたり、研究審査委員会や安全・質改善委員会に参加したり、学生や職員への教育研修を担当したり、多様な活動を行っている。

6) 医療政策立案に参加する

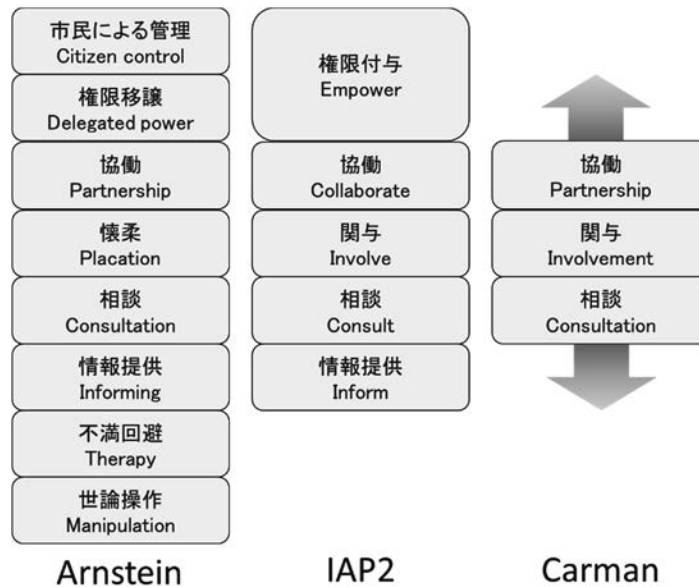
医療政策の立案、実施、評価に患者・市民が参加することは民主主義の基本であるとともに、患者中心の医療を実現する必要条件でもある。北米、英国、欧州、豪州などでは以前から患者・市民の参加がみられているが、低・中所得国においても市民参加がすすめられている⁸⁾。医療政策上の優先課題を選定したり、現行の医療制度の問題点を見出すうえで、自らの疾患と治療を実体験している患者が貢献できることは多い。

米国医学院 (Institute of Medicine) は医療の質を構成する 6 領域として、安全(Safe)、適時(Timely)、効率的(Efficient)、効果的(Effective)、公平(Equitable)、患者中心(Patient-centered)をあげている⁶⁸⁾。国全体の医療の質を高めるには、公平という点で健康格差の是正が必要となるが、わが国でも健康格差、すなわち収入、学歴、職業などの社会経済要因による人々の健康の格差が近年問題となっている^{69) 70) 71)}。その対策には国、地域レベルでの取り組みが必要であり、日本学術会議は、「わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善に向けて」の中で、「国民参加による健康の社会格差に向けての取り組み」を提言している⁷¹⁾。また、公益財団法人医療科学研究所が提案する「健康格差対策の 7 原則」にも「住民や NPO、企業、行政各部門など多様な担い手をつなげる」、「まちづくりをめざす健康以外の他部門との協働」が含まれている⁷²⁾。これらは、患者・家族・市民の参加であり、社会全体の健康向上をめざすという見地からは患者参加型医療といえるであろう。

患者・市民の参加形態は、広報などを通じた情報、パブリック・コメント、公聴会、審議会委員など多様である。米国の社会学者、Sherry Arnstein は市民参加の「8 段階の梯子モデル」を提唱した⁷³⁾。これは、行政による操作、不満回避、情報提供、相談、懐柔(行政のいいとこどり)、協働(partnership)、権限移譲、市民による管理、の段階を踏んで市民参加が発展するというものである。国際市民参画協会(International Association for Public Participation, IAP2) は市民の参加を、情報提供、相談、関与、協働、権限付与の 5 段階に整理している⁷⁴⁾。また、Carman らは、医療における患者参加も、相談(consultation)、関与(involvement)、協働(partnership)の 3 段階で発展することを示した¹⁾(図 2)。相談の段階は、行政が医療政策上の課題について患者の意見を求めることであり、関与の段階は政策立案にあたって、患者が示す優先課題を取り入れることが該当する。協働の段階では、医療政策上の予算を決定する委員会に患者が対等の立場で発言できるようになる。市民参加がすすんでいると思われる英米でも、市民の意見を聞き出す「相談」の段階であり、「市民代表」といっても、公募でなく少数の知り合いの中から選出し、多くは中流階級の白人である^{75) 76)}。

医療政策への患者・市民参加は、医療供給体制の改善、社会全体の健康増進や医療資源の有効活用につながる事が期待できるが、そのためには形だけの(tokenism)の市民参加ではなく、医療を必要としている人たちの声が十分に反映されるようなしくみを作り、実効性がある形に発展させていくことが求められる。

図 2 患者・市民参加の発展段階



7) 医学研究に参加する

患者や市民が研究に参加することは研究者にとっても患者・市民にとっても有益と考えられており、国内外で推進されている。研究者にとっては、研究開発をすすめる上での新たな視点と価値を獲得でき、患者の不安・疑問点を解消し、医学研究・臨床試験の理解を促進することができるし、患者・市民にとっては、医学研究・臨床試験の参加者にとっての利便性を向上、理解を促進させることができることや、医学研究・臨床試験が身近になり、医療に対する関心を高めることができる⁷⁷⁾。

研究への患者・市民参加の定義や様式は国、組織によって若干異なっている。Shippeeらは患者・市民の研究参加に関する先行研究を系統的にレビューし、患者の研究参加には8段階あり、患者・市民はそれらの各段階に参加できることを報告している⁷⁸⁾。準備期として①研究課題の設定と助成金審査、実施期として②研究計画立案、③研究参加者の募集、④データ収集、⑤データ分析、トランスレーション期として⑥研究結果の普及、⑦研究成果の実用化、⑧研究の評価である。米国では、患者参加（engagement）を研究課題の選定、計画立案、実施だけでなく、研究結果の発信、共有、応用までを含めることが多い⁷⁹⁾。これに対し、英国では患者・市民参加の「参加」に相当する用語として“engagement”ではなく“involvement”を用い、主に研究の準備・実施の段階を対象とし、研究成果の普及や実用化などトランスレーション期は含まないようである⁸⁰⁾。日本医療研究開発機構（AMED）は、患者と研究者の協働を目指す第一歩として「患者・市民参画（PPI）ガイドブック」を作成し、研究の「8ステップ」を示している。AMEDは、「『医学研究・臨床試験における患者・市民参画』とは、医学研究・臨床試験プロセスの一環として、研究者が患者・市民

の知見を参考にすること」と定義している。欧米では患者参加の主語が、患者と研究者であるのに対し、わが国では研究者が主語となっている点で異なっている。

患者・市民の研究参加の目的の一つは、研究者が気づいていない研究開発上の新たな視点と価値を反映することにある。前提として参加する患者・市民が、研究対象となる集団の価値観を正しく代弁できることが求められるので、患者・市民の募集方法に配慮が必要である。Ellis らは米国の患者・市民参加型の 14 研究を対象に、研究グループに参加した患者の背景を調査した⁸¹⁾。患者参加メンバーの 3 分の 2 は女性で、多くは白人で、3 分の 2 以上は職業を持ち、大学ないし大学院卒であった。参加者は主任研究者の個人的な知人か、知人を介して選出されている。このようにして選出された「患者・市民」が患者集団を代表しているかは疑問である。患者の価値観を研究に反映させたくても、研究対象とは異なる市民の視点が強く影響されれば、意図した成果が得られない可能性がある。一方、幅広い市民の視点を取り入れるため、ヘルスリテラシー（健康情報についての情報リテラシー）が低く、医療や健康に関心がなく、低所得層に属する市民の参加を求めても、これらの患者層が公募に応じることは期待しにくい。研究内容を理解し、会議で自分の意見を適切に伝えることができるかも疑問である。患者団体の代表が研究グループに参加することも多いが、患者団体に属するメンバーは、一般市民を代表するとは限らず、所属団体の価値観、利益に影響されやすい。こうした点から、Largent らは患者参加を意味あるものにするためには、特定の患者層ではなく、広い範囲から、研究者の個人的つながりから便宜的に招くのではなく、広く公募すること、研修を提供することを提唱している⁸²⁾。わが国でも、診療ガイドライン作成にあたって、患者・市民の参加をすすめるガイドライン（PIGL）が提案されている。ガイドライン作成者である栗山らは、委員の要件を明確にすること、患者・支援者団体の活用、複数の候補者から選考すること、委員に研修の機会を提供することを提唱している⁸³⁾。AMED が実施した「臨床研究等における患者・市民参画に関する動向調査」の調査委員会副委員長である武藤は、「経験ある被験者」として、一定数の治験参加者がその経験を他者のために役立てる能力や意欲を潜在的に持っており、倫理審査委員会のみならず、患者・市民参画政策にも貢献しうる重要な人材候補であると指摘している⁸⁴⁾。

4. 患者参加型医療を評価する

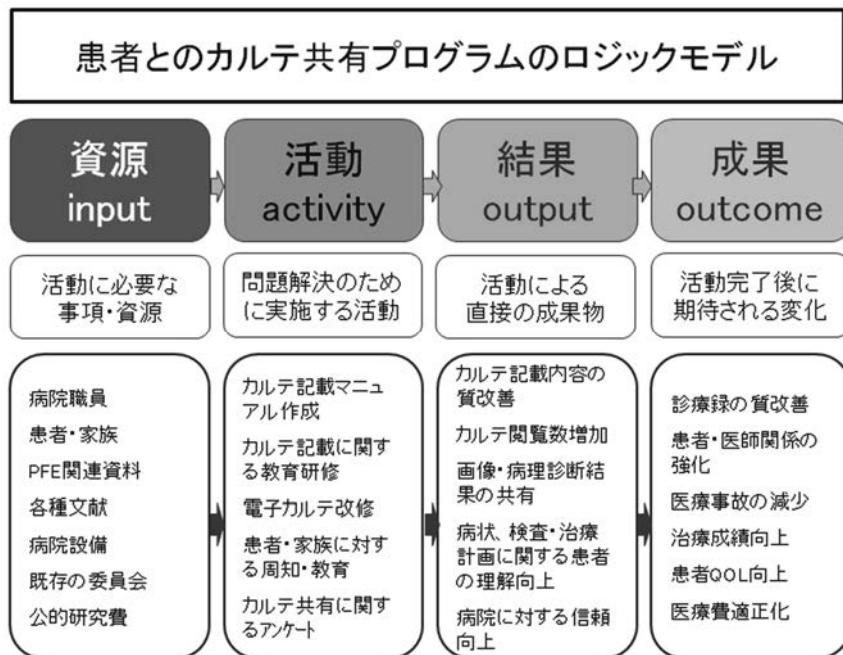
患者参加型医療を推進するためには、患者参加の程度やその効果を測定、評価することも欠かせない。評価項目は、患者が主体的に自らの医療に参加しているか、病院や社会が患者参加型医療を推進しているかどうか、さらに患者参加型医療は患者や社会にとって有益な成果をもたらしているかどうか等である。

患者が自らの治療に参加する程度は、患者アンケートやインタビューで評価することができる。治療法決定にどのように関わっているかを測定する尺度として SDMQ9 などの共意思決定尺度が開発されている。病院レベルでの患者参加推進の程度を評価するツールも多数開発されている。American Institute of Research（AIR）のホームページからは、患者

参加型医療を測定する様々な評価ツールを参照することができ、例として、カルテへのアクセスの可否、面会制限時間、引継ぎやコミュニケーションの体制や実施内容、患者参加に関する病院の方針や体制、患者参加のモニタリング、共同意思決定などの項目がある⁸⁵⁾。ちなみに、AIR のディレクターは 2012 年に米国保健福祉省、AHRQ（医療研究品質庁）に提出された「患者家族参加ガイド：現況報告書」の筆頭著者である Maurer 氏が務めている。

組織レベルないし個別のプログラムを開発、評価するためにはロジックモデルを用いたプログラム評価手法が有用である⁸⁶⁾。ロジックモデルとは事業や活動がその目的を達成するにいたるまでの論理的な因果関係を明示したもので、投入される資源（インプット）、実施される活動（アクティビティ）、活動の直接の結果（アウトプット）、長期的に生じる成果（アウトカム）の関係を図示したものである⁸⁷⁾。「患者とのカルテ共有システムを構築すれば、患者が自らの医療情報を理解し、治療遵守度と患者・医療者関係が高まり、長期的には治療成績、患者 QOL の向上につながる」という仮説に基づいてカルテ共有システムを導入した場合、取り組みが期待通りにすすんでいるかを途中で評価し、必要に応じて計画を修正することができる。患者が自分のカルテを自由に閲覧できるシステムを導入しても、実際に閲覧する患者が少なければ患者の知識が増え、行動が変わるという変化は期待できない。閲覧数が少ない理由は、患者が制度を知らないのか、電子カルテの操作が難しいのか、医療者の記載方法がわかりにくいいためなのか、など原因を探り、プログラムの改善につなげることができる（図 3）。

図 3 ロジックモデルの例



患者・市民の病院運営、医療政策への参加が患者、社会に有益な成果をもたらしているかを客観的に評価することは難しい。1990 年代のシステマティック・レビューでは、無作為比較対象試験 (RCT) が少ないことから、有効性に関するエビデンスは欠如していると結論づけるものもあった。しかし、患者・市民参加がもたらすであろう地域社会の健康度の向上や医療資源の適正な利用などは、単一の介入ではなく、複数の要因が複雑に影響した結果である。そのため、患者参加の有効性評価を、薬物療法などと同様の単一の「介入」と考え、従来の EBM の手法を用いることの限界も指摘されており、新たな評価手法の開発が求められている^{88) 89)}。

5. 患者参加型医療推進の課題

患者参加型医療を推進するうえで患者、病院、社会レベルでそれぞれ課題がある。

患者や家族には、おまかせ医療ではなく、自らの病気や、検査結果、処方内容を理解し、治療方針を決定することに関わることで、医療者に医学的な情報、希望や懸念事項を積極的に伝える姿勢が求められる。しかし、多くの患者・家族にとって医療は未知の分野であり、できるならば専門家に委ねたいと感じる患者は多い。自立心が旺盛と思われる欧米の患者も例外ではなく、Fredriksson らの研究によれば、英国の 66%、スウェーデンの 70% の患者は自らの治療上の決定を専門家に委ねたいと答えている⁹⁰⁾。自分の病気に関する正しい情報を入手し、活用する能力、すなわちヘルスリテラシーを高めることも必要である。患者の知識、行動を変えるには医療者の態度と支援が重要である。診察時に、患者・家族がわかる言葉で、患者の状況に合わせた形で説明すること、患者の言葉をまとめなおして確認すること、患者の発言や質問を促し、評価すること、共感を示したり、間をあけることなどは、患者にとっても好ましい結果をもたらす。診察室や回診時に医師が忙しそうな雰囲気醸し出せば質問を遠慮する患者も多い。

患者・家族が理解しなくてはならない情報量は膨大である。手術前に説明する項目として、手術、麻酔、輸血、造影剤を用いた画像診断、中心静脈カテーテル留置、術後の静脈血栓塞栓症予防対策、術後の治療計画などがあり、すべてを詳細に説明しようとするれば数時間はかかるであろう。多忙な医療現場では、理解を助ける資料やツールの開発、医師以外の職種による説明、ピア・サポーターとしての患者・家族による説明なども検討していく必要がある。

病院組織には患者参加を促進する構造・体制・組織づくりが求められる。病院の方針文書など患者参加型医療を推進することを明記したうえで、患者・職員に対する啓発活動を行う。具体的な方法には、家族の面会時間制限の緩和、回診や看護師の引継ぎに患者・家族を含めること、退院計画カンファレンスに患者・家族を含めること、カルテ共有などがある。病院の運営に患者・家族の視点を取り入れるには、患者諮問委員会を設立したり、医療安全などの既存の委員会に患者代表を加える方法もある。

社会、国レベルでは、患者参加型医療が当然であるという世論形成、患者・市民の視点を行政に反映させる多様な取り組みをすすめること、医療機関に対する経済的な支援が必

要である。

6. わが国における患者参加型医療の現況と課題

わが国でも患者参加型医療は様々な形で取り組まれてきた。患者自らが血圧を測定することを早くから提唱したのは日野原重明 聖路加国際病院名誉院長であり、今や患者が血圧を自宅で測定することは当たり前となった。同じ疾患を持つ患者やその家族が病院単位で患者会をつくり、情報や経験を共有するピア・サポート活動もすすんでいる。2007 年には医療政策への患者参加を支援することを目的に「日本患者会情報センター」が設立され、地域別・疾患別に患者会を検索できる「患者団体マッチングデータベース」を無料で提供している。1990 年には患者が自立・成熟し、主体的に医療参加することを目指す「ささえあい医療人権センターCOML」も設立された⁹¹⁾。COML は、「医療関係会議の一般委員養成講座」も開催しており、病院運営や医療政策への患者・市民参加の促進が期待される。

行政レベルでは、1990 年代後半から各種委員会に患者側委員が含まれるようになった。厚生労働省が 2001 年に発表した「安全な医療を提供するための 10 の要点」には、「(医療の) 主役である患者が医療に参加することが重要です。」と明記され⁹²⁾、2015 年に発表された地域医療構想策定ガイドラインにも「地域医療構想の策定段階から地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴く必要がある」とされている⁹³⁾。

一方、諸外国に比べると、病院組織としての患者参加型医療の取り組みは遅れている。患者参加型医療や患者中心の医療を病院方針に掲げてはいても、具体的な取り組みは個々の医療者や部署にまかされることが多く、組織的に患者参加を推進する体制を保証している病院は多くない。患者が自分のカルテを自由に閲覧できる病院やクリニックは一部の施設に限られている。研究倫理審査委員会には患者・市民を代表する委員が含まれるが、米国の患者諮問委員会に相当する委員会が設立されている病院はきわめて少ない。群馬大学医学部附属病院は、2018 年 6 月に患者・家族を代表する委員を含む「患者参加型医療推進委員会」を設立し、年 4 回の委員会を開催している。これは大学病院としては国内ではじめての患者諮問委員会に相当する試みであり、今後の発展が期待される。

わが国で患者参加型医療を推進するためには、医療者レベル、患者レベル、病院レベル、行政レベルでの対策が求められる。医療者に対し、患者参加型医療の重要性や医療コミュニケーション、共同意思決定の手法に関する研修を行うこと、患者・家族に対しても積極的に質問することの重要性を伝え、質問しやすい雰囲気、場を提供することが必要である。病院として、患者参加型医療推進を方針に明記し、患者諮問委員会やカルテ共有等のシステムを構築すること、医師の説明・記録に要する労力を軽減し、支援するための工夫も必要である。行政レベルでは、患者参加型医療を推進している病院・クリニックに対して診療報酬上の優遇措置、治療方針決定に際し意思決定支援ツールの活用や、医師以外の職種が相談に応じることに対する診療報酬加算なども期待したい。

7. 結語

患者や家族が、医療の単なる受け手ではなく、医療者と協働し医療をつくっていくチームの一員であるという患者参加型医療は 21 世紀の医療に欠かせないものである。患者参加型医療の範囲は広く、直接の診療・ケアだけでなく、病院運営や医療安全、医療政策や研究にも貢献しうるものである。患者参加型医療を実効性のある形に発展させていくには、患者、医療者の理解と参加、さらに社会、行政の支援が不可欠である。

助成

本研究は、H31-33 年度文科省科学研究費基盤 B「患者参加型医療推進と治療法決定プロセス改善に向けた組織的アプローチ」（研究代表者：小松康宏 課題番号：19H03867）の一部により実施した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

[注 1]

インフォームド・コンセントとは、狭義には「医師から十分な説明を受けた上で、患者が正しく理解し納得して、同意すること」であるが、広義には「患者が特定の医学的介入に対して許可・同意するに至る、医療者と患者のコミュニケーションのプロセス」を意味する⁹⁴⁾。共同意思決定は広義のインフォームド・コンセントに含まれるとの考えもあるが^{94) 95)}、本稿中のインフォームド・コンセントは「医師から医学的情報提供があり、それに基づいて患者が決定する」狭義の定義によるものを意味している。

[参考文献]

- 1) Carman KL, Dardess P, Maurer M, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs* 32:223, 2013
- 2) Frampton, S. B., S. Guastello, L. Hoy, et al. *Harnessing Evidence and Experience to Change Culture: A Guiding Framework for Patient and Family Engaged Care*. National Academy of Medicine, Washington, DC. <https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/01/Harnessing-Evidence-and-Experience-to-Change-Culture-A-Guiding-Framework-for-Patient-and-Family-Engaged-Care.pdf>, (accessed 25 October 2019)
- 3) Castro EM, Regenmortel TV, Vanhaecht K, et al. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99 :1923-1939, 2016
- 4) Maurer M, Dardess P, Carman KL, et al. *Guide to Patient and Family Engagement: Environmental Scan Report* AHRQ publication No.12-0042-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2012
- 5) 第 3 回閣僚級世界患者安全サミット. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000204000.html>, (accessed 25 October 2019)

- 6) Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR; September 6-12, 1978
https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, (accessed 25 October 2019)
- 7) The Ottawa Charter for Health Promotion.
<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>, (accessed 25 October 2019)
- 8) Dukhanin V, Topazian R, DeCamp M. Metrics and Evaluation Tools for Patient Engagement in Healthcare Organization- and System-Level Decision Making: A Systematic Review. *Int J Health Policy Manag* 7(10), 889-903, 2018
- 9) Cene CW, Johnson BH, Wells N, et al. A Narrative Review of Patient and Family Engagement: The “Foundation” of the Medical Home. *Med Care* 54(7):697-705, 2016
- 10) Halabi I, Scholtes B, Voz B, et al. Patient participation and related concepts: A scoping review on their dimensional composition. *Patient Educ Couns* 2019
- 11) WHO 2016. Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf?sequence=1>, (accessed 22 November 2019)
- 12) American Hospital Association. Engaging health care users: A framework for healthy individuals and communities. Chicago, IL: American Hospital Association; Jan. 2013 2012 Committee on Research, Benjamin K. Chu and John G. O’Brien, co-chairs
- 13) Minniti, M.; Abraham, M. Essential allies—Patient, resident, and family advisors: A guide for staff liaisons. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care; 2013
- 14) Coulter A. Engaging Patients in Healthcare. Maidenhead, UK: Open University Press; 2011
- 15) Ontario’s Patient Engagement Framework Creating a strong culture of patient engagement to support high quality health care. Healthcare Quality Ontario
- 16) Clay AM, Parsh B. Patient- and Family-Centered Care: It’s Not Just for Pediatrics Anymore. *AMA Journal of Ethics* 18(1):40-44, 2016
- 17) Frosch, J. L., D. Rincon, S. Ochoa, and C. M. Mangione.. Activating seniors to improve chronic disease care: Results from a pilot intervention study. *Journal of the American Geriatrics Society* 58(8):1496-1503, 2010
- 18) Stamp, K. D., S. B. Dunbar, P. C. Clark, C. M. Reilly, R. A. Gary, M. Higgins, and R. M. Ryan.. Family partner intervention influences self-care confidence and treatment self-regulation in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 15(5):317-327, 2016
- 19) Strom, J. L., and L. E. Egede. 2012. The impact of social support on outcomes in adult patients with type 2 diabetes: A systematic review. *Current Diabetes Reports* 12(6):769-781
- 20) Coulmont, M., C. Roy, and L. Dumas.. Does the Planetree patient-centered approach to care pay off?: A cost-benefit analysis. *The Health Care Manager* 32(1):87-95, 2013
- 21) Gazelle, G., J. M. Liebschutz, and H. Riess. Physician burnout: Coaching a way out. *Journal of General Internal Medicine* 30(4):508-513, 2015
- 22) Nelson, K. M., C. Helfrich, H. Sun, P. L. et al. Implementation of the patient-centered medical home in the Veterans Health Administration: Associations with patient satisfaction, quality of care, staff burnout, and

- hospital and emergency department use. *JAMA Internal Medicine* 174(8):1350-1358, 2014
- 23) Walker J, Leveille SG, Ngo L, et al. Inviting Patients to Read Their Doctors' Notes: Patients and Doctors Look Ahead: Patient and Physician Surveys. *Ann Intern Med*.155(12): 811-819, 2011
- 24) Fossa AJ, Bell SK, DesRoches C. OpenNotes and shared decision making: a growing practice in clinical transparency and how it can support patient-centered care. *JAMIA* 25:1153-1159, 2018
- 25) Kessels RP. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med*. 96:219-222, 2003
- 26) Joseph-Williams N, Elwy G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns* 94:291-309, 2014
- 27) DesRoches CM, Bell SK, Dong Z, et al. Patients managing medications and reading their visit notes: a survey of OpenNotes Participants. *Ann Intern Med* 171:69-71, 2019
- 28) Wright E, Darer J, Tang X, et al. Sharing physician notes through an electronic portal is associated with improved medication adherence: quasi-experimental study. *J Med Intern Res* 17:e226, 2015
- 29) Blease CR, Bell SK. Patients as diagnostic collaborators: shifting visit notes to promote accuracy and safety. *Diagnosis* 2019
- 30) OpenNotes notches another big milestone, with 40 million patients now seeing their EHRs. *Healthcare IT News*. 2019-07-05. Retrieved 2019-10-07
- 31) Scandurral, Jansson BA, Forsberg-Fransson BM-L, Ålander T. Is 'patient's online access to health records' a good reform? Opinions from Swedish healthcare professionals differ. *Procedia Comput Sci* 2015;64:964-8doi: 10.1016/j.procs.2015.08.614
- 32) Armstrong S. Patient access to health records: striving for the Swedish ideal. *BMJ* 357:j2069, 2017
- 33) National Quality Forum. National Quality Partners Playbook. Shared Decision Making in Healthcare. 2018
- 34) Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Sci & Med* 49:651-661, 1999
- 35) Hughes TM, Merath K, Chen Q, et al. Association of shared decision-making on patient-reported health outcomes and healthcare utilization. *Am J Surg*. 216(1):7-12, 2018
- 36) Légaré F, Ratté S, Stacey D, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 May 12;(5):CD006732
- 37) Stacey D, Légaré F, Col NF, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jan 28; 1:CD001431.
- 38) 宮本有紀、辻脇邦彦、樋口和央. 看護師等による向精神薬に対する効果的な情報提供・支援法の開発に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業) 向精神薬の処方実態に関する国内外の比較研究 分担研究報告書 2011:87-101
https://www.ncnp.go.jp/tmc/pdf/22_report09.pdf, (accessed 22 November 2019)
- 39) 大原宏夫、佐藤睦子. 在宅医療での看取り、療養に際しての Shared Decision Making の有用性の検討. 癌と化学療法者. 41(1):39-41, 2014
- 40) 久我咲子、可知悠子、井上真智子、川田智之. Shared decision making を実践する医師の特徴. 日本プライマリケア連合学会誌 39(4):209-213, 2016

- 41) Schoen C., et al. Bending the curve: options for achieving savings and improving value in U.S. health spending. The Commonwealth Fund. Commission on a High Performance Health System. December 2007
http://www.commonwealthfund.org/use_doc/Schoen_bendingthecurve_1080.pdf,(accessed 22 November 2019)
- 42) Lee CT, Chen CY, Yu TM, et al. Shared Decision Making Increases Living Kidney Transplantation and Peritoneal Dialysis. Transplantation Proceedings, 51, 1321e1324 ,2019
- 43) Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. Patient Educ Couns 60(3):301-312, 2006
- 44) Joseph-Williams N, Lloyd A, Edward A, et al. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. BMJ 357:j1744, 2017
- 45) Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. J Gen Intern Med 27(10):1361-7
- 46) Saw, K. C., Wood , A. M., Murphy, K et al.. Informed consent: An evaluation of patients' understanding and opinion (with respect to the operation of transurethral resection of prostate). Journal of the Royal Society of Medicine, 87(3), 143-4, 1994
- 47) Byrne, D. J., Napier, A., Cuschieri, A.. How informed is signed consent? British Medical Journal (Clinical Research Edition), 296(6625):839-840, 1988
- 48) Parker, R. Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. Health Promotion International, 15(4), 277-283, 2000
- 49) Wright Nunes JA. Education of patients with chronic kidney disease at the interface of primary care providers and nephrologists. Adv Chronic Kidney Dis. 2013;20:370-378.
- 50) Russell JSC, Boulware LB. End-stage renal disease treatment options education: What matters most to patients and families. Seminars in Dialysis. 31:122-128, 2018
- 51) Frosch DL, May SG, Rendle K, et al. Authoritarian physicians and patients' fear of being labeled 'difficult' among key obstacles to shared decision making. Health Aff (Millwood). 31:1030-1038, 2012
- 52) Berger Z. Navigating the unknown: shared decision-making in the face of uncertainty. J Gen Intern Med. 30:675-678, 2015
- 53) 腎臓病 SDM 推進協会.
<http://www.ckdsdm.jp/>,(accessed 22 November 2019)
- 54) King J, Moulton B. Group Health's participation in a shared decision-making demonstration yielded lessons, such as role of culture change. Health Aff (Millwood). 2013 Feb;32(2):294-302.
- 55) Benjamin JM, Cox ED, Trapskin PJ, et al. Family-initiated dialogue about medications during family-centered rounds. Pediatrics. 2015; 135(1):94-101. [PubMed: 25511116]
- 56) Cypress BS. Family presence on rounds: A systemic review of literature. Dimens Crit Care Nurs. 31(1):53-64, 2012
- 57) AHRQ. 20 Tips To Help Prevent Medical Errors
<https://www.ahrq.gov/patients-consumers/care-planning/errors/20tips/index.html>,(accessed 22 November 2019)
- 58) McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health

- Educ Q 15(4):351-77, 1988
- 59) Nakagomi A, Tsuji T, Hanazato M, Kobayashi Y, Kondo K . Association Between Community-Level Social Participation and Self-reported Hypertension in Older Japanese: A JAGES Multilevel Cross-sectional Study. *Am J Hypertens*. 32(5):503-514, 2019
- 60) Saito M, Kondo N, Aida J, Kawachi I, Koyama S, Ojima T, Kondo K. Development of an instrument for community-level health related social capital among Japanese older people: The JAGES Project. *J Epidemiol*. 27(5):221-227, 2017
- 61) Dennis C. Peer support within a healthcare context: a concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 40:321-332, 2003
- 62) Peers for Progress. Global evidence for peer support: Humanizing health care. Report from an International Conference.
<https://mhanational.org/sites/default/files/140911-global-evidence-for-peer-support-humanizing-health-care.pdf>,(accessed 22 November 2019)
- 63) Hughes J, Wood E, Smith G. Exploring kidney patients' experiences of receiving individual peer support. *Health Expectation*12: 396-406, 2009
- 64) Hughes J, Wood E, Cox S, Silas L, Smith G. No white coat between us'. Developing peer support services for kidney patients. 2008. Guy's and St Thomas's NHS Foundation Trust / King's College Hospital NHS Foundation Trust
- 65) Herrin J, Harris KG, Kenward K, et al. Patient and family engagement: a survey of US hospital practices. *BMJ Qual Saf* 25:182-189, 2016
- 66) NYS Health Foundation, 2018. Strategically advancing patient and family advisory councils in New York state hospitals.
<https://nyshealthfoundation.org/wp-content/uploads/2018/06/strategically-advancing-patient-and-family-advisory-councils.pdf>,(accessed 22 November 2019)
- 67) Advancing effective communication, cultural competence, and patient-and family centered care: A roadmap for hospitals. Oakbrook, Terrace, IL: Joint Commission; 2010
- 68) Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academy Press; 2001.
- 69) 近藤克則、『健康の社会的決定要因(1)「健康の社会的決定要因」と健康格差を巡る動向』、日本公衆衛生雑誌 57(4): 316-319, 2010
- 70) 近藤克則 . 健康格差社会への処方箋 : 医学書院、2017
- 71) 日本学術会議 . 提言 わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善に向けて. 東京 : 日本学術会議; Sep 2011 2011
http://www.scj.go.jp/ja//info/kohyo/pdf/kohyo_kohyo-21_t133-7.pdf,(accessed 22 November 2019)
- 72) 公益財団法人医療科学研究所. 健康格差対策の 7 原則 Ver. 1.1.東京 : 公益財団法人医療科学研究所
http://www.iken.org/project/sdh/pdf/17SDHpjver1_1_20170803.pdf,(accessed 22 November 2019)
- 73) Arnstein, SR. "A Ladder of Citizen Participation," *J Am Planning Assoc* 35(4):216-224, 1969
- 74) International Association for Public participation. IAP2 Spectrum of Public Participation.
https://cdn.ymaws.com/www.iap2.org/resource/resmgr/pillars/Spectrum_8.5x11_Print.pdf,(accessed 22 November 2019)

2019)

- 75) Ocloo J, Matthews R. From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *BMJ Qual Saf.* 25:626-632, 2016
- 76) Martin GP. Representativeness, legitimacy and power in public involvement in health- service management. *Soc Sci Med* 67:1757-65, 2008
- 77) 日本医療研究開発機構. 患者・市民参画 (PPI) ガイドブック、2019
- 78) Shippee ND, Garces JP, Lopez GJP, et al. Patient and service user engagement in research: a systematic review and synthesized framework. *Health Expectations* 18:1151-1166, 2013
- 79) Sheridan S, Schrandt S, Forsythe L, et al. The PCORI Engagement Rubric: Promising Practices for Partnering in Research. *Ann Fam Med* 15:165-170, 2017
- 80) INVOLVE.
<https://www.invo.org.uk/find-out-more/what-is-public-involvement-in-research-2/>, (accessed 22 November 2019)
- 81) Ellis LE, Kass NE, “How Are PCORI-Funded Researchers Engaging Patients in Research and What Are the Ethical Implications?,” *AJOB Empirical Bioethics* 8(1): 1-10, 2017
- 82) Largent EA, Lynch HF, McCoy MS. Patient-Engaged Research: Choosing the “Right” Patients to Avoid Pitfalls. *Hastings Center Report* 48(5): 26-34, 2018
- 83) 栗山真理子、北澤京子、中山健夫. 診療ガイドライン作成に患者が参画するための提案・支援者 PIGL2016 の骨子について. *日本医事新報*. 4818. 13-15、2016
- 84) 武藤香織. 臨床研究への患者・市民参画政策の黎明期に―「経験ある被験者」の貢献を考える・医療と社会 28(1): 129-139, 2018
- 85) Patient and Family Engagement Measure Inventory
<https://aircpce.org/pfe-measure-tool>, (accessed 22 November 2019)
- 86) Sofaer S. Using the Taxonomy and the Metrics: What to Study When and Why Comment on “Metrics and Evaluation Tools for Patient Engagement in Healthcare Organization- and System-Level Decision-Making: A Systematic Review”. *Int J Health Policy Manag* 8(1), 51-54, 2019
- 87) W.K. Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide. 2004
<https://www.bttop.org/sites/default/files/public/W.K.%20Kellogg%20LogicModel.pdf>, (accessed 22 November 2019)
- 88) Dukhanin V, Topazian R, DeCamp M. Metrics and Evaluation Tools for Patient Engagement in Healthcare Organization- and System-Level Decision Making: A Systematic Review. *Int J Health Policy Manag* 7(10): 889-903, 2018
- 89) Abelson J, Humphrey A, Syrowatka A, et al. Evaluating Patient, Family and Public Engagement in Health Services Improvement and System Redesign. *21:61-69*, 2018
- 90) Fredriksson M, Eriksson M, Tritter J. Who wants to be involved in health care decisions? Comparing preferences for individual and collective involvement in England and Sweden. *BMC Public Health*, 18:18, 2018
- 91) 認定 NPO 法人 ささえあい医療人権センター COML
<https://www.coml.gr.jp/>, (accessed 22 November 2019)

- 92) 厚生労働省医政局 医療安全対策検討会議。安全な医療を提供するための 10 の要点
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/dl/tp1030-1a.pdf>, (accessed 22 November 2019)
- 93) 厚生労働省。地域医療構想策定 ガイドライン。
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000088511.pdf>, (accessed 22 November 2019)
- 94) American Cancer Society. What Is Informed Consent?
<https://www.cancer.org/treatment/finding-and-paying-for-treatment/understanding-financial-and-legal-matters/informed-consent/what-is-informed-consent.html>, (accessed 22 November 2019)
- 95) NATIONAL QUALITY PARTNERS™ ACTION BRIEF. Shared Decision Making: A Standard of Care for All Patients.
http://www.qualityforum.org/NQP/Shared_Decision_Making_Action_Brief_-_March_2018.aspx, (accessed 22 November 2019)

「国民生活研究」第 59 巻第 2 号（2019 年 12 月）

【特集】医療と消費者～コミュニケーションの重要性～

【報 告】

患者と医療者のより良いコミュニケーションを目指して

山 口 育 子*

-
- 1 62,000 件を超える電話相談と向き合って
 - 2 電話相談に届く患者の意識の変遷
 - 3 2025 年問題を目前に起きている変化
 - 4 最近の相談の特徴
 - 5 患者側が不信感を抱く原因と患者の課題
 - 6 「説明不足」を訴える真相とは
 - 7 賢い患者と 10 箇条
 - 8 子どもの「いのちとからだの 10 か条」
 - 9 患者・市民として発言できる人を養成
-

1 62,000 件を超える電話相談と向き合って

認定 NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML（以下、COML）は、患者の自立と主体的な医療への参加を目指し、1990 年に活動をスタートしました。当時、患者には情報が閉ざされていた時代のなかで、多くの患者は「医療のような専門性の高い内容は説明を受けても理解できない」と“受け身”で“お任せ”に甘んじていました。しかし、そこから脱却し、私たち患者一人ひとりが「いのちの主人公」「からだの責任者」としての自覚を持った「賢い患者になりましょう」と呼びかけ続けてきました。

*やまぐち いくこ（認定 NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長）

特に、日常の活動の柱は電話相談で、これまで 29 年間に届いた患者・家族のなまの声は 62,000 件を超えています。最近では、治療も入院から外来へとシフトするようになり、不安や疑問が生じたときに、すぐそばに医療者が存在する時代ではなくなっています。そのようなときに、まずは想いを吐き出してもらい、問題整理のお手伝いをしたうえで、可能な情報提供やアドバイスをおこないます。しかし、何もできない相談も数多く存在するだけに、私たちにできることとして、相談者の気持ちを受け止め、寄り添いながら聴き切るほどにしっかりと耳を傾けることを心がけてきました。そのため、1 件の相談には平均 40 分を要し、1 時間半や 2 時間に及ぶ相談も珍しくはありません。

理念として特に大切にしてきた姿勢は、患者と医療者は対立するのではなく、“協働”が大切ということです。本来、患者と医療者は同じ目標に向かって歩む必要があるはずですが、それなのに、対立していたのでは二人三脚で前に進んでいくこともできません。

特に“協働”という熟語にはこだわってきました。“キョウドウ”にはさまざまな漢字がありますが、その中でも“協働”は「同じ目標に向かって歩む立場の異なる者同士が、それぞれの役割を果たし合う」という意味が込められているということを知ったからです。

現在、患者の主流は慢性疾患が占めています。高齢社会になり、複数の慢性疾患を抱える患者も増えてきました。慢性疾患は、医療者の努力だけでは治療効果があがらないのです。私たち患者も適切に薬を服用したり、生活習慣を整えたりと役割意識を持って自分にできる努力をしながら医療に参加していくことが大切です。さらには、治療方法の選択肢が増え、患者の価値観も多様化するなかで、かつてのように医師が「私に任せておきなさい」「あなたにはこの治療方法が一番」と明確に言える時代ではなくなってきました。自己決定はときに厳しさも伴いますが、医師をはじめとする医療者の説明を理解する努力をしたうえで、「自分はどのような医療を受けるか」を考える必要性が生じています。

2 電話相談に届く患者の意識の変遷

COML がこれまで地道に取り組み続けてきた電話相談に寄せられた内容の変遷を見ると、患者の意識が大きく変化を遂げてきたことがわかります。

活動を始めた 1990 年当初は、患者には情報が閉ざされていたため、届く相談も受け身の姿勢が多く、「これまで誰にも言えなかった」という想いを吐き出す人が少なくありませんでした。その話が一段落したあと、解決方法についての話になると「自分で何か行動を起こすなんてとんでもない」「話を聴いてもらえただけで気持ちが楽になりました」と話す相談者が多かったのです。

しかし、1990 年代は患者を取り巻く環境が目まぐるしく変化した 10 年間でした。まずは情報化が進み、1990 年代半ばにはがん患者に病名とステージを伝えることは当たり前になりました。そして、1990 年代後半には余命を含めてすべて伝える時代へと変化しました。

前向きな情報だけではなく、副作用や合併症などのネガティブな情報も事前に伝える必要性が叫ばれ、手術を受ける際には全身麻酔による死亡率まで説明されるようになりました。さらには、それまで表沙汰にならなかったマイナスの情報も明るみに出るようになり、

ソリブジン事件（抗ヘルペスウイルス薬のソリブジンと抗がん剤の併用による副作用死 15 名）や塩酸イリノテカンという抗がん剤の副作用による死亡者の発生、薬害エイズ事件など、さまざまな医療に関する事件が世間を騒がすようになっていきました。そのような変化とともに患者の権利意識が台頭し、不信感が芽生え始めた時期でもあります。

また、活動スタート当初は皆無だった医療費にまつわる相談が、1997 年ごろから届くようになりました。20～30 円の費用の支払いを巡っての相談まであり、コスト意識の高まりも感じました。

そして、“医療安全元年”と呼ばれる 1990 年代最後の 1999 年は、医療のその後にとってとても大きな年となりました。年明け早々の 1 月 11 日に、横浜市立大学医学部附属病院での患者取り違い事件（患者が入れ替わってしまい、心臓と肺の部位を間違えたまま手術）、1 ヶ月後の都立広尾病院での点滴に消毒液を誤注入された患者の死亡事故をきっかけに、マスメディアの医療事故・ミスの報道が一気に過熱しました。連日続いた報道にまるで煽られるかのように、COML に届く電話相談は医療不信一色となり、件数も右肩上がりに増加していきました。

その後、医療不信に伴う相談は 2003～2004 年にピークを迎え、平均時間約 40 分かかる電話相談が月に 500 数十件届いていた時代がありました。この 2 年間は年間新たに提起された医療訴訟が 1,000 件を超えたこれまでにない 2 年間でもあります。受話器を取るなり「医療事故が発生した」「賠償金はいくら要求できるか?」「医療訴訟を起こすために必要なことを教えてほしい」と訴える相談が、一日中続きました。

その後、医療不信は少し下火になった様相を呈しましたが、それでもしばらくその傾向は続きました。ただ、2007 年になると、マスメディアの方向性が少し別の方向へとシフトし始めました。“医療崩壊”という名の下に「医師不足」や「救急医療の危機」という医療の課題を前面に押し出した報道が増え始めました。そうすると、医療事故・ミスの報道は影を潜め、それに見事に呼応するかのように、「医療訴訟に訴えたい」という相談が激減しました。

ただ、医療不信が高まったことによってプラスに働いたこともありました。それは、医療現場で医療安全への対策が講じられるようになったことです。医療安全管理者が医療機関に配置され、医療事故はヒューマンエラーから、「人は誰でも間違える」が主力になって、システムエラーへと考え方が変化しました。

それとともに、患者と医療者のコミュニケーションや接遇（丁寧な患者対応）の必要性が重視され、私たち患者側から見ても目に見えて医療者の患者対応が変化しました。そして、何か問題が起きても医療機関のなかできちんと対応する相談窓口や体制も整えられていったのです。

さらには、2015 年 10 月から医療事故調査制度が始まりました。これは、医療に起因した死亡で、死亡することが予期できなかったときに、日本医療安全調査機構に設置された医療事故調査・支援センターに報告をし、速やかに院内調査をおこなって遺族とセンターに報告をするという制度です。医療法の改正により、報告することが法で定められたのです。

3 2025 年問題を目前に起きている変化

このような患者の意識の変遷を辿ってみると、いかに一般の人々の意識がマスメディアの報道に左右されているかがわかります。そして情報化の時代がさらに加速するなかで、別のジレンマも生じています。それは、多くの人に知ってもらいたい情報を伝える手段が、年々減ってきていることです。

その原因として、現在、新聞を読む人やテレビを見る人が減っていると言われています。多くの人々の情報源が「ネット」に変化してきたのです。ネットは関心のある情報を選んでさらに深堀しますから、今は関心がなくても、知っておいてほしい情報を目にする機会がどんどん減ってきているのです。これは情報社会がもたらした新たな課題ではないかと思っています。

日本は他の国に例を見ない急速な高齢化が進んでいます。特に「2025 年問題」と呼ばれているのは、団塊の世代（1947～1949 年生まれ）が全員後期高齢者となり、全国平均で 3 人に 1 人が 65 歳以上、5 人に 1 人が 75 歳以上という超高齢社会を迎えるにあたってのさまざまな問題です。特に高齢者が急増するのは都市部で、地方では全体的に深刻な人口減が進むと言われています。高齢者数がピークを迎えるのは 2040 年で、それ以降は日本全体の人口が減少していくわけです。

そのため、まずは 2025 年にどのような医療が必要とされるのか各都道府県でビジョンを作成することになり、2017 年 3 月までにすべての都道府県で「地域医療構想」が策定されました。そしてその構想に向けて、現在、医療機関の調整がおこなわれています。

高齢者が増えるということは、認知症を含む複数の慢性疾患を持つ人が多くなるということです。そのため、医療と介護を切れ目なく利用するための対策が急ピッチで講じられています。

しかし、この問題を“我が事”として考えている一般の人は、ごくごく一握りです。しかし、本来は私たち国民一人ひとりの問題なのです。自分の暮らしている地域の医療や介護の現状はどうなっているのか、在宅医療を望むとすれば訪問診療をしてくれる医師や訪問看護ステーションは十分なのか。介護が必要になったら、どこに相談して、どのような手続きが必要か。2025 年には自分や家族が何歳を迎えていて、誰とどこで暮らしているのか。そのようなことを考えて、今から準備しなければ、2025 年の理想は実現しません。

現在、医療で進められているのは、医療機能の分化です。医療機関が機能別に役割分担をし、患者はそれぞれの病状に合わせて、その病状に適切に対応する医療機関を選ぶ必要性が生じてきています。ところが、電話相談には今なお「入院するとまだ治療半ばなのに、転院や退院の話をされるのはどういうことだ?」「病院は患者を短期間で追い出すのか?」という声が届きます。

急性期病院と呼ばれる病院は、短期間で積極的・集中的・専門的な治療をおこなうことが役割です。診療報酬の改定ごとに医療機関の機能分化が際立つような方向性が示され、機能に応じた対応をしないと経営的に成り立たない仕組みになっています。つまり、急性期病院では患者の入院期間を短くし、症状が落ち着くと紹介元の診療所や地域病院に戻っ

でもらったり（逆紹介）、回復期や慢性期など、別の機能を持った医療機関に転院を促さないと経営が立ちゆかなくなるのです。このようなことを知っておくと、「私の病状なら、どのような機能を持った医療機関を選べばいいのだろう」と発想の転換ができます。それが冷静に医療を受けることに繋がるのです。

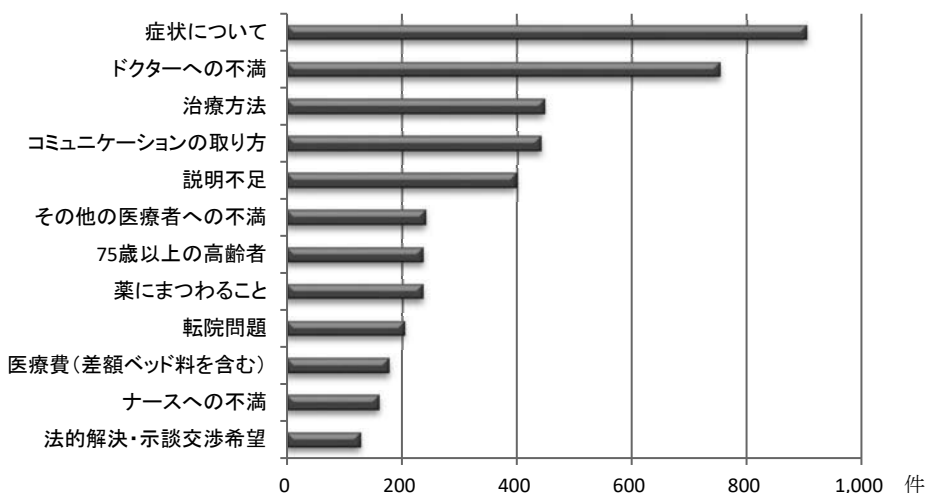
もちろん、そこには医療者の丁寧な説明が必要なのにもかかわらず、「当院は長く入院できないのです」「2週間経つと転院・退院する決まりになっています」という本質的な内容を避けた説明に終始して、患者・家族の理解につながっていない問題点もあります。それだけに、医療現場でもきちんと本来の理由を伝える姿勢が求められています。

4 最近の相談の特徴

最近の相談の傾向としては、最も多いのが「症状について」です。医療現場では長時間かけて丁寧に説明するようになり、インターネットの普及も相まって私たち患者の周りには情報があふれています。情報が増えたら、それを理解し、自己決定できる人も増えたかという、実のところは情報の波に溺れる人が増えてきているのです。

更に、遺伝子レベルで細かいことまでわかるようになると、医師の説明はより専門性が高まって難解になります。「1時間以上説明を受けたけれど、難しくてよくわからなかった。私が理解できるように解説してほしい」「インターネットで調べたらサイトによって書いてある内容が微妙に違う。どのように理解すればいいかわからない」という基本的な相談が逆に増えているのです。

COML に寄せられた電話相談の項目別相談件数（2018 年度）



※複数回答。相談内容によっては上記項目に当てはまらないこともある。

また、患者側の不満が不信感に発展してしまった内容も数多く届いています。特に患者・家族の期待がいまだ医師に一極集中している“裏返し現象”で、不満や不信の矛先は医師に向けられがちです。相談全体の約 45%が医師への不満なのです。

それでは、実際に医師の態度が悪くて不満になっているのかというと、あながちそうでもないと感じさせられます。なぜなら、医師の不満のなかには、本来ならほかの職種に向けられるべき内容ではないかと思うものも多く、多職種に期待が分散されていない現状が見えてくるからです。薬の情報も日常生活の工夫も、リハビリの問題、転院問題まで、医師への期待として語られるのが現状です。

相談に対応するなかで、この原因を考えていくと、チーム医療をおこなうにあたっての基本的説明が欠けていることが問題ではないかと私は考えています。医療者にとって医療はチームでおこなうものだという意識があまりに当たり前すぎて、医師以外の医療者の専門性や役割を患者に伝えていないのです。今では、患者もチーム医療の一員に位置づけられるようになりました。しかし、チームを構成しているメンバーの専門性や役割を理解できていなければ、チーム医療は適切に機能するとは思えません。それだけに医療従事者には改めてチーム医療を見直し、患者に何が期待できる専門職なのかを伝えていくことから始めてもらいたいと思っています。

5 患者側が不信感を抱く原因と患者の課題

電話相談を介して、どのようなときに患者・家族が医師に不満を抱くのかを見ていくと、原因は「不十分な説明」「いい加減な対応」「話や想いを聴いてくれない」「不誠実な態度」「結果に納得がいかない」が挙げられます。そして、それらが複数重なると不信感へと発展するのです。

不信感にまで発展した相談のなかで最も多いのは、急変による患者の死亡について「何かあったに違いない」と訴えてくる遺族からの相談です。まだ死に至るような病状だとは知らされていなかったのに、予期せぬ急変で家族が亡くなり、医師から十分な説明がない、あるいは説明があっても納得できる内容ではなかったというときに不信感に陥ってしまいがちです。

特に強い不信感を抱いている相談に見受けられる共通点が、急変の知らせを受けて医療機関に駆けつけた家族に対して、医療側からの言葉かけや手当がほとんどなされていないということです。そのうえ、処置中だからと病室にも入れてもらえず、廊下で延々と待っていると、家族は患者の状態を想像するしかありません。あれこれ家族で想像しているうちに、マイナスの想像ばかりが膨れ上がります。医療現場は「検査結果が出そろった」「説明できる材料がそろった」となってから説明しようという体制に入ります。しかし、そこに至るまでにはかなりの時間が経過しているのです。

それだけに、まずは駆けつけた家族に声をかけて心配している気持ちに共感し、「何が起きたか説明をしたいが、思いがけない急変で、病院側にも今はまだ説明できるだけの情報がない」ことを説明するという発想の転換が必要だと思っています。そして、何かその後

に新たにわかったことや変化があれば、短い時間で少しずつでもいいから伝えていく。そうすれば、不安であることに変わりはなくとも、ここまでの不信感に至らずに済んだのではないかと思う相談が多いのです。

また、情報の共有ができていない場合も、後々の不信感に発展してしまうことがあります。医療では“情報の非対称性”と言われ、患者と医療者では前提となる専門知識や情報の質と量が異なります。当然ながら、医療者のほうが専門的な知識や情報は圧倒的に多いのです。そればかりか、一般的な日本語を介しても、イメージに隔たりが起りがちなのが医療です。例えば「簡単な手術」と言われたときに、医師のイメージする「簡単」と患者とでは思い描く内容が異なりがちです。それだけに、お互いのイメージが乖離したまま治療を受け、思い描いていたことと異なる結果が生じると、「こんなはずではなかった」となりがちです。

そして、何かマイナスの事態が起きた場合に、どのような対応をしたかによっても、患者側がある程度気持ちを納めるのか、不信感へと突き進むのか道が二つに分かれがちです。特に医療は限界があり、不確実性を伴います。いつ何が起きるかわからない現場です。それだけに、何か予期せぬ事態が生じたときは、医療者に求められるのは真摯な対応だと考えています。真摯な対応の基本としては、迅速な初期対応、適切な言葉づかい、逃げ腰ではなく向き合う姿勢、一貫性のある説明が挙げられます。

ただ、これらは何か起きてからの対応です。何か起きる前の日常からより良いコミュニケーションが構築できていれば、少々問題が生じたとしても「この病院の職員の言うことだったら」と好意的に受け止めてくれる患者も増えるでしょう。しかし、日ごろのコミュニケーションがギクシャクしていると、小さなボタンの掛け違いでも、事態は泥沼化してしまいがちです。それだけに、いかに日常的なコミュニケーションを良好にしておくかが問われているのだと思っています。

次に感じているのが、医療現場では患者と医療者の思いのズレが起りやすいことです。

例えば、最近ほどの医療機関でも「患者の取り違い」を防止するために、患者自らにフルネームを名乗ることを求めて患者確認しています。つまり、これは医療安全対策の一環なのです。ところが、それが医療安全の患者参加と理解できていない人の中には、「いったい何度名乗らせるんだ!? 名前なんて診察券に書いてあるから、それを見ればわかるだろう!」と怒鳴り出す人がいます。それだけに私は、せめて初診の人が初めて名乗らないといけない部署のスタッフが「当院では医療安全の取り組みの一環として、患者さんを間違えないようにお名前をフルネームで名乗っていただいて確認しています。この先、何度か名前を聞かれると思いますが、医療安全のためなので、どうぞご協力ください」と説明することが大切だと思っています。

また、医療現場で悩ましい事故の一つに“転倒・転落”があります。さまざまな対策が講じられているにもかかわらず、一向に事故件数が減らない「よく起きる事故」というのが医療者の“常識”です。しかし、患者・家族はなぜか漠然と医療現場は安全なところだと信じてしまっているのです。そのため、事故が起きると家族が「なぜ入院しているのに転倒して骨折するんだ!？」と怒鳴り込んでしまうのです。

それだけに、医療者にとっては当たり前だけれど、それが患者側と共有できていない点を見出し、溝を埋めない限りはいつまで経っても課題はなくならないと思っています。

でも、患者の要求や行動の理由を理解することができれば、物事は前向きにとらえられるのだと思います。患者側は率直に確認することを恐れ、医療側は「どうせこうだろう」と思い込んでしまうことで、思いにズレが生じていることに気づかなくなります。患者と医療者がもう一歩踏み込んだコミュニケーションを取ることによって、お互いの本音が出し合え、お互いの理解につなげていくことが大切なのです。

6 「説明不足」を訴える真相とは

前述したように、医療現場では医療者から患者に詳しい専門的な説明をし、すべて伝える時代となりました。それだけに、私たち COML ではインフォームド・コンセントは医療者の専売特許ではなく、半分の役割は患者も担わないといけないと考えてきました。つまり、説明をして同意を得るのが医療者のインフォームド・コンセントの役割ならば、患者は病状や治療方法について詳しい説明を受け、その内容を理解する努力をしたうえで、どのような治療を受けるかを選ぶ——つまり「理解と選択」は患者にしか迎れないインフォームド・コンセントのプロセスだと考えています。

しかし、患者と一括りに言っても、もともと持っている情報や知識、理解度などは人によってさまざまです。誰でも一律に理解、選択ができるわけではないだけに、医療者には患者が理解するためのサポートをしてほしいとお願いしています。

その一方で、医療現場には患者の理解を妨げていると感じる要因があります。以前から「医師は忙しそうにしている、ろくに患者の顔を見ない」とよく言われてきました。最近では「先生はパソコンに向かって話す」と言われます。私はこの苦情はコミュニケーションの苦情だとずっと受け止めていました。ところがある高齢の方からの相談で「高齢になると耳から入ってきた言葉が頭のなかでつながるのに時間がかかる。それなのに、あらぬ方向（パソコン）を見て説明されると、自分の問題だという認識ができず、理解するスタートラインにすら立てない」という話を聴かされたのです。きちんと目を見て話してくれないというのは、単なるコミュニケーションの苦情ではなく、理解を妨げている要因の一つなんだと教えられる思いでした。

また、最近は 1 時間以上の長時間をかけて説明してくれる医師も増えています。しかし、ショックを受けたり、シビアな病状だったりすると、途中で頭のなかが真っ白になってしまい、いくら一生懸命説明してもらっても、内容が頭に入っていないことは起こりがちです。心筋梗塞や脳卒中などの一刻を争う場合は別として、ある程度時間に余裕がある場合は、1 時間を 2 回に分けて、最初は概要を 10 分ほどで伝える。そして精神的に落ち着いたところで、後日残りの 50 分かけてじっくりと細かい説明をする、といった工夫をすれば、お互いにとって合計 1 時間は実りの多い時間になるのではないかと思うだけに、場面によってそのような工夫をする必要性も感じます。

また、情報の共有が不足していても、患者の理解を妨げることになります。というのも、

COML に届く電話相談には「説明不足」を訴える相談者がいまだに後を絶たないのです。私自身、患者や家族の立場として医療を受ける機会もありますが、最近説明してくれない医師に出会う機会はまずないと言っていいほど、詳しく丁寧に説明する医師が増えました。

それだけに不思議に思い、説明不足の結果に陥っている相談者に医師からの説明の機会の有無を確認するようにしています。すると、大きな決断を要するような病気の場合は、ほとんどの人が「説明は 1 時間ほど受けました」という返事が返ってくるのです。

そこで、その原因を分析してみると、皮肉なことにインフォームド・コンセントの定着が大きな要因であることに気づきました。

インフォームド・コンセントは“患者の権利”の概念として米国で生まれました。つまり「どんな病気や病状であっても、患者が知りたいと望めば説明を受ける権利がある」というのが、インフォームド・コンセントの原点なのです。ところが、日本に上陸して以来、インフォームド・コンセントは「説明すること」と解釈されて広まりました。そのため、現在の日本の医療現場におけるほとんどのインフォームド・コンセントは医師が必要だと思った情報のある種一方通行の提供になっていると私は感じています。

しかも、長時間かけて詳しい専門的な内容を口頭で説明されます。医療にまったくの素人である患者が、それらの説明のすべてを理解し、記憶に留められるわけがありません。恐らく、理解し、記憶できる患者のほうが少数派でしょう。そのため、医師は時間をかけて説明し、患者も一度は耳を通過させた内容であっても、「理解できなかった」ことは、結果的に「聞いていない」ことになってしまっているのです。

それでは、せつかく長時間、多大なエネルギーをかけて説明した内容も生かされません。それだけに、十分な説明を患者が理解し、情報の共有に至ってこそ、成熟したインフォームド・コンセントになるのであろうと考えています。

その具体的な方策として、医師が説明した後、研修医や看護師が「今日担当医から大切な説明があったと思いますが、どのような治療で、どれぐらいの治療効果が期待できると受け止めましたか？」と患者自らに言語化してもらうことを医療者に伝える機会があるたびに提案しています。そうすれば、もし患者が誤って思い込んでいる内容があれば浮き彫りになり、理解が不十分な内容も明らかになります。その後はチーム医療で情報の補填をします。治療を始める前のできるだけ早い時期に、このような情報の共有をはかることが、後々の不信感を防ぐことにもなると思います。

7 賢い患者と 10 箇条

患者の自立と主体的医療参加を目指す COML では、活動をスタートして以来、「賢い患者になりましょう」を合言葉にしてきました。賢い患者とは、知識をいっぱい詰め込んだ頭でっかちの患者という意味ではなく、自立的な患者を目指す高い“意識”を持った患者です。

COML では賢い患者を 5 つの定義にまとめています。①病気は自分の持ち物であるという“自覚”をする。医師をはじめ医療者からの説明を理解する努力をしたうえで、②自分は

どんな医療を受けたいか考える。考えた結果は黙っていては伝わらないので、③どのような医療を受けたいか“言語化”して伝える。医療を受けると決めたら、④医療者とコミュニケーションを取りながら協働する(自分にできる努力をする)。ただし、いつ、どんな病気になるかわからないので、戸惑ったり動転したりすることは当然のこと。そこで、⑤一人で悩まない、ことも賢い患者の定義に加えています。

このような賢い患者になるための心構えとして、COML では 1998 年から『新 医者にかかる 10 箇条』という小冊子を発行し、普及に努めてきました。これまでに 21 万冊を超える小冊子を世に送り出してきました。

新 医者にかかる 10 箇条

あなたが“いのちの主人公・からだの責任者”

- ① 伝えたいことはメモして準備
- ② 対話の始まりはあいさつから
- ③ よりよい関係づくりはあなたにも責任が
- ④ 自覚症状と病歴はあなたの伝える大切な情報
- ⑤ これからの見通しを聞きましょう
- ⑥ その後の変化も伝える努力を
- ⑦ 大事なことはメモをとって確認
- ⑧ 納得できないことは何度でも質問を
- ⑨ 医療にも不確実なことや限界がある
- ⑩ 治療方法を決めるのはあなたです

この『新 医者にかかる 10 箇条』を発表するきっかけになったのは、1997 年に当時の厚生省(厚生労働省になったのは 2001 年)から COML に 1 本の電話がかかってきたことでした。

担当者が「これからますますインフォームド・コンセントを医療現場に充実させていかないといけない。そのためには、医師が努力する必要があることはもちろんだが、これからは患者さんにも最低限これだけは聞いてほしいという『医者に聞こう 10 箇条』を国として発表したいと考えている。そこでこのたび研究班を立ち上げることにしたので、多くの患者の声を聴き、さまざまな立場の人がかかわっている COML が研究班の一員として入って、まず素案を提出してほしい」という依頼でした。

私は素案を作ることからが研究班の仕事ではないのかと思ったのですが、その研究班は 3 人で構成されているので、多くの意見を聞いたうえで、まずは COML から素案を提出してほしいと依頼されました。

患者の立場、医療者の立場の人たち 10 数人で集まり、何度か話し合いを重ねました。そのなかで、「医者に聞こう 10 箇条と言っても、初診なのか再診なのか、検査を受けるときなのか、薬が処方されたときなのか、あるいは手術を受けると決まったときなど、場面によって聞きたいことが異なる。それを 10 項目にまとめるのは無理だ」という結論に至りま

した。そこで、受診する際の心構えなら 10 箇条にまとめることができるのではないかと考えた結果、「医者にかかる 10 箇条」となったのです。

また、その 10 箇条の普及方法について厚生省の担当者に確認したところ、「記者発表する予定」とのことでした。しかし「発表だけで終わったら、一時的なものになってしまう。時間をかけて普及につなげていくには、小冊子という“成果物”を作成してはどうか」と提案したのです。小冊子では 1 項目ごとに見開きで右側に条文、左側にイラストで条文の意味を解説しました。そして予算のなかから 4 万冊の無料配布ができることになったのです。ただし、⑨と⑩の項目は「時期尚早」という声が挙がり、曖昧な表現に変わってしまいました。

配布についての担当も COML になったのですが、4 万冊という配布数は私たちにとって未知数でした。どのようにして配布したらいいのかと頭を抱えていたところ、厚生省が 1998 年 7 月に記者発表した内容を共同通信社が「上手な医者とのつきあい方教えます」という見事な見出しで記事にし、全国の地方紙に配信したのです。その記事は全国のさまざまな地方紙で掲載され、それによって、4 万冊が 3 ヶ月で底をつくという勢いで入手希望が殺到しました。

無料配布の小冊子がなくなっても希望する人が後を絶たなかったため、厚生省と研究班の班長と相談した結果、「ほぼ COML が作成したようなものだから、今後は有料化して COML が発行したらいい」ということになりました。それなら⑨と⑩の項目を元に戻したいと伝えたところ、研究班の班長が「それなら『新』をつけて気分一新『新 医者にかかる 10 箇条』としてはどうか」と提案してくださり、1 冊 100 円と送料実費で販売を始めることになりました。それが現在も継続し、累積の発行部数が 21 万を超えています。

この『新 医者にかかる 10 箇条』の読み解き方の 1 例をご紹介します。

①伝えたいことはメモして準備

「診察室では緊張して、頭のなかが真っ白になってしまった」「質問しようと思っていたのに、忘れてしまった」という経験をした方は少なくないと思います。ましてや短い診察時間ですから、要領よく伝え、質問するのは簡単なことではありません。そこでメモの活用です。言いたいこと、聞きたいことをすべて書き出し、優先順位をつけます。そのなかから上位 3～4 つをメモに箇条書きにします。メモは診察室で広げてもいいし、事前に看護師に渡せばカルテにはさんでくれることもあります。

②対話の始まりはあいさつから

診察室に入ったとき、医師は下を向いてカルテに記入していたり、パソコンに入力していたりすることがよくあります。しかし、考えてみてください。初対面なのに、あいさつもせずに始める人間関係なんて、日常生活ではあり得ません。患者のほうから積極的にあいさつして人間関係を築きましょう。



③よりよい関係づくりはあなたにも責任が

コミュニケーションは双方向性です。どちらか一方だけが努力しても成立しません。それだけに、よりよい関係づくりには、患者の努力も欠かせないのです。患者の質問の仕方や態度によって、医師のいい感情を引き出すこともあれば、悪い感情を引き出してしまうこともあります。

④自覚症状と病歴はあなたの伝える大切な情報

たとえどんなに名医と言われる医師だとしても、黙って目の前に座った患者の自覚症状と病歴を言い当てることは不可能です。特に初診のときは、自覚症状と病歴を間違えないように事前にメモを準備して持って行くことをお勧めします。

⑤これからの見通しを聞きましょう

検査が終わって病気が診断され、治療方法も決まりました。このような状態のとき、患者にとって気になるのは「治療を受ければ治るのだろうか」「治るのはいつだろう」ということです。しかし、医師は専門家といえども、治るかどうかや時期を正確に予想することは不可能です。ただ、治療のスケジュールや、治療の目標、日常生活への影響はどのようなことが予想されるかなど、見通しを確認することは可能です。大まかな見通しを知って、患者自身が努力すべきことを考えてみましょう。

⑥その後の変化も伝える努力を

治療が始まれば、症状も変化します。悪化した場合はつらく不安も伴いますから、ドクターに伝えますが、「よくなった」ときの変化は伝えるのを忘れがちです。よくなったことも含めて、変化を伝えるのを忘れないようにしましょう。

⑦大事なことはメモをとって確認

①で準備したメモを広げて「忘れてはいけないのでメモをしてきたんです」と言いながら質問し、医師から回答があると、「忘れないうちに書き留めていいですか?」と聞きやすくなります。また、医師から専門用語が飛び出したり、どこの部位か理解できない説明を受けたりするときは、「いまの用語はどんな字を書くのですか」「その部位はどこにあるの

か図を書いていただけますか」と頼むこともできます。このようにメモを活用することで、自分の疑問とその回答、プラスアルファの情報が 1 枚のメモで得られます。それを帰宅してファイルに保存すれば、自分だけの大切な情報ファイルになります。

⑧納得できないときは何度でも質問を

説明が理解できなければ、きちんと質問することが大切です。もちろん、理解するための努力もせずに、何度も同じことを繰り返し聞いてもいいという意味ではありません。理解できていないのに、わかったふりをすることが禁物なのです。

また、一度説明を受けただけよく理解できなかったときは、(例えば手術の合併症の説明が理解できなかったときは)「先ほど合併症について説明していただきましたが、十分理解できなかったのもう一度ご説明いただけますか?」と少し言葉を添えましょう。そうすれば、「聴いていたけれど、十分理解できなかったのもう一度お願いします」という気持ちが伝わり、嫌な顔をせずに説明をしてもらえははずです。

⑨医療にも不確実なことや限界がある

残念ながら、すべての病気を治せるほどに医学は進歩していません。また、医師も人間ですから、“絶対”や“完璧”を求めることはできません。医療の不確実性と限界を知り、「私の病気は医療の力でどこまで回復できますか?」と冷静に向き合う姿勢が大切です。

⑩治療方法を決めるのはあなたです

治療方法も多様化している時代。医師が「あなたにはこれが最善」と 1 つの選択肢だけを示してくれるのとは限りません。治療方法が複数ある場合は、それぞれの治療方法の長所、短所を医師から聞き出し理解したうえで、よく考え相談して自己決定しましょう。

8 子どもの「いのちとからだの 10 か条」

ただ、長年、多くの電話相談に耳を傾けてくるなかで、私がジレンマを感じてきたことがあります。それは、「大人になってから急に賢い患者になるのは難しい」ということです。大人になってから主体的に医療参加できるように意識を変えるのは容易ではなく、コミュニケーション能力も急に高められるわけではありません。やはり、子どものころから基礎を築いておく必要性は活動を始めた当初から感じていました。

そこで、COML 創立 25 周年を間近にした 2013 年 12 月にプロジェクトチームを立ち上げ、2014 年 4 月に子どもの『いのちとからだの 10 か条』をまとめました。子どものころから、いのちやからだに関心を寄せてほしい。そして、医療を受けるときは自分が主役なんだと自覚して、積極的に医療参加してほしい。小学生になれば、自覚症状を伝えるのは自分自身なんだ。そのうえで、自分のいのちも他人のいのちも同じように大切にし、障がいがあっても“個性”と受け止めて温かく互いを認め合える人になってほしい——そういうメンバーの熱い想いを込めてまとめたのが次の 10 か条です。

いのちとからだの 10 か条^{じょう}

- ① いのちとからだはあなたのもの
- ② 食事・すいみん・手洗い—予防^{よぼう}が大事^{だいじ}
- ③ からだの変化^{へんか}に気づこうね
- ④ お医者さんには自分で症状^{しょうじょう}を伝えよう^{つた}
- ⑤ わからないことはわかるまで聞いてみよう
- ⑥ 自分がどうしたいかを伝えよう
- ⑦ 治療^{ちりょう}を受けるときはあなたが主人公^{しゅじんこう}
- ⑧ お薬^{くすり}は約束^{やくそく}守^{まも}って使^{つか}おうね
- ⑨ みんな違い^{ちが}いがあつて当^あたり前^{まえ}
- ⑩ だれのいのちもとっても大切^{たいせつ}



④
お医者さんには
自分で
症状を伝えよう

子ども向けということで、5～6 歳から小学生を対象にしました。そして『新 医者にかかる 10 か条』と同じ大きさの小冊子を作成、同様に見開きで条文とイラスト解説をつけました。また、広く子ども向けということで、必ずしも受診の必要性のある子どもを対象にしません。ただ、せっかく COML から発信する子ども向けの 10 か条なのだから、いのちの主人公・からだの責任者としての意識を持つこと、日々の生活で気をつけること、そして受診の必要性が出てきたときの姿勢を伝えたい。そして、そのうえで他者も含めた“いのち”とどう向き合ってほしいのかをメッセージの骨子としました。

この小冊子も『新 医者にかかる 10 箇条』と同じく、最初に無料配布をして追い風にしたいと考え、子どものころからの意識化に共感してくださる方に無料配布のためのファンディング（寄付を募ること）をおこなったところ、1 年余りで約 500 万円の寄付が集まりました。それによって 2016 年 9 月までに 3 万冊の無料配布を終え、現在は 1 冊 100 円と送料実費で販売をしています。

この『いのちとからだの 10 か条』を使ったワークショップもおこなっています。保護者とともに参加してもらい、子どもたちから 10 か条それぞれの条文について意見を引き出し、いくワークショップです。参加した子どもたちは豊かな感性で、さまざまな意見を届けてくれます。

ワークショップに参加した保護者からの後日談で、「受診するときは自宅で練習して自ら症状を伝えるようになった」「具合が悪いと、率先して熱を測るようになった」という声が届いています。やはり柔らかい感性はすぐに必要なことを吸収し、身につけてくれます。つくづく子どものころからの意識化が必要だと改めて感じています。

9 患者・市民として発言できる人を養成

COML に対して厚生労働省をはじめとする審議会・検討会の委員就任依頼が増え始めた 2005 年ごろ、「これからはますます患者・利用者の立場の委員が必要となるはず。しかし、医療のことを理解していないと冷静かつ客観的な意見は発言できない。委員候補となる人を養成するためにも、ボランティアをはじめとして深く医療にかかわる人を増やす必要があると思うので、そのための活動を COML で始めよう」と企画の話が持ち上がりました。

しかし、当時は患者側の医療不信がピークに達していたところで、最前線で多くの医療不信の相談を受け続けていた私には、「医療を理解する活動」なんて、とても受け入れてもらえると思えませんでした。ただその後、2007 年辺りからメディアの報道内容に変化が見え始めたこともあり、医療への不信感が和らいできました。

そこで 2008 年に「そろそろ受け入れられる世の中の素地ができたのではないか」と判断して、一気に企画をしました。それが「医療で活躍するボランティア養成講座」です。委員を目指すことを前面に打ち出すと、ハードルが高いと感じる人も多いと考え、病院ボランティア、患者情報室スタッフ、模擬患者、病院探検隊、電話相談などでのボランティア活動に加え、委員として政策提言することも加えた活動に対象を広げました。そして、1 回 3 時間、合計 5 回のプログラムで、市民が参加できる医療分野のボランティア活動の内容や特性を紹介するとともに、医療の歴史や変遷、医療機関や医療職の種類・役割の紹介、医療にまつわる制度・課題、医療費のしくみ・内容など、幅広く学んでいただきながら、自らも賢い患者になる意識を高めてもらうことも目的にした講座を創り上げました。

講座 1 医療現場で活躍できる市民参加活動

講座の目的

COML の基本姿勢と活動紹介

ボランティアとしての心得

どんな活躍ができるのか

（病院ボランティア、模擬患者、電話相談スタッフ、検討会や審議会の委員など）

講座 2 医療の基本

- 医療の変遷（制度、できごと、患者の権利の発展）
- 医療機関や専門職の種類と役割
- 医療現場の課題
- 医療費の基本

講座 3 医療相談の実際

- COML の相談対応の基本姿勢と実際
- 相談から見える患者の意識の変遷
- 相談対応に必要な情報と姿勢
- 相談内容の紹介とディスカッション

講座 4 医療を知る I

- 病院選びと賢い患者の心構え
- セカンドオピニオン
- 医療費の知識

講座 5 医療を知る II

- 医療にまつわる社会的な知識
 - （納得できないときの解決方法、個人情報保護法、成年後見制度、高額療養費制度、医療費控除）
- 薬にまつわる情報
 - （治験、ジェネリック、医薬分業、副作用被害など）

＊内容は制度や時代の変化に合わせて毎年ブラッシュアップしています。

講座を開始した 2009 年だけでも、参加者は 120 名に達し、医療に対して高い関心を持つ人が実は水面下にたくさんいることを実感しました。また、実際に修了者のなかには、その後、具体的なボランティア活動を始めた人も数多くいます。しかし、5 回修了したからといって、即どこかの委員に紹介できるわけではないことを私は思い知り、なかなかそこからの発展にまでは至っていませんでした。

2011 年に COML 創設者の辻本好子が他界し、私が後を継いで理事長に就任しました。その後、私の日常は講演と数多くの会議への出席が主要な役割になっています。

特にここ数年、医療界のあちらこちらで「市民参加」の必要性が叫ばれるようになってきました。たとえば、2014 年 12 月 22 日（2017 年 2 月 28 日一部改正）「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」では、臨床研究の倫理審査委員会において一般市民の外部委員はそれまでメンバーの構成要件だったのが、倫理審査委員会自体の開催要件になりました。つまり、一般市民の委員が出席しないと、倫理審査委員会は成立しないのです。そう

すると、1 人しか就任していなければその人が欠席したら会議が開けませんので、複数の一般市民の委員の就任が必要になります。

2017 年度からは特定機能病院の承認要件の一つに、医療安全監査委員会を設置することが盛り込まれ、半数以上が外部委員で構成しないとイケない中に、「医療を受ける立場の者」を入れることが明記されました。

2018 年 4 月施行の臨床研究法でも、認定臨床研究審査委員会が新たに設置されることになり、ここでも一般市民の委員が必要です。

2015 年から始まっている地域医療構想も、策定前の段階から「住民の声を聴く必要がある」とガイドラインに明記されました。さらには、各種学会が作成している診療ガイドラインでも、作成段階からの市民参加が推奨され始めています。独立行政法人化している病院は外部評価委員が必要ですし、公的な病院では自主的に運営委員会を開催して、市民委員も公募するところが増えてきています。

COML で活動をするうえでは、現在議論されている最先端の話題に、常に、しかも横断的にかかわることができる非常に恵まれた贅沢な立場だと思っています。委員として多くの経験をさせていただき立場として、今後ますます増えるであろう市民参加の要請に応えられる基盤づくりをするのも使命の一つではないかと感じてきました。

会議はある種“生き物”ですから、たいていの開催時間 2 時間は常に集中力が必要です。あらかじめ準備していた意見をどのタイミングで発言するか、場合によっては意見修正も必要です。またほかの委員の意見に対する意見や反論が新たに出てきた場合には、その都度挙手して発言もします。

とくに厚生労働省や文部科学省でおこなわれる会議は、ステークホルダーとして内容に応じてその道のエキスパートや各医療団体を代表する方々が各分野から出席されているわけです。居並ぶ専門家のなかで、患者・市民の立場で発言するのは最初、恐怖心を伴うこともありました。なぜかと言うと、大きな会議になると、関係者やマスメディアなど 100 名以上の傍聴者がひしめき、射るような多数の視線を感じることもあるからです。

慣れないうちは、「こんな意見は的外れではないだろうか」「私は十分理解できているんだろうか」「どのタイミングで発言すればいいのだろうか」と常に不安が先行していました。また、検討会での物事の決まり方も最初はよく理解できていませんでした。それでも多くの会議は患者・市民の立場が私一人だけなので、必ず最低 1 回は発言しようと自らに課して出席を重ねてきました。

そのような経験を積むなかで、徐々に患者・市民の声が求められる風潮の高まりが生じてきました。一方で、その候補者が少ないという声も耳にしていました。患者の立場というと、団体として数多くの患者会があります。しかし、患者会の主な目的は、特定の疾患の互助であり、その疾患の患者にとって利益になることを求めることでもありますから、新薬が承認されることの遅れであるドラッグラグをはじめとする医薬品関係やがん対策などに委員要請が集中するようです。

また、患者会や被害者団体の人は、地域医療構想や医療計画、データベース関連、薬局、看護、歯科など医療全般のことを話し合う会議には参加されることがほとんどありません。

それに、私自身数多くの会議に出席するなかで、COML や私自身に利害関係がないからこそ、発言しやすいと感じることが多々あります。また、利害のない発言だから他の委員にも共感や同調していただけたと感じたことも少なくありませんでした。それだけに、偏りのない中立な立場を維持する努力も必要です。

ということは、ある程度医療の基本的な知識、課題、現状などを理解したうえで、特定の病気に特化することなく、あくまでも患者・市民の立場を逸脱せずに意見を述べるとすれば、一定の訓練が必要ではないかという思いに至りました。

つまり、患者・市民を代表して意見を述べる一般委員とはどのような役割であるかを理解し、冷静かつ客観的な意見を述べるにはどうすればいいかの訓練という次のステップが必要だと考えました。さらには、一般委員を務める人たちが集い、ときには研修を積んだり、悩みを共有したりして、互いに高められる場づくりも必要です。

そこで、「医療で活躍するボランティア養成講座」を「医療をささえる市民養成講座」と改称して基礎コースに位置づけ、1 年に 4 回（大阪 1 回、東京 3 回）開催しています。その修了者を対象としたアドバンスコースとして 2017 年度から「医療関係会議の一般委員養成講座」を始めました（年 1 回東京開催）。

アドバンスコースの講座は 1 回 3 時間の 7 回開催です。基礎コースと異なり、全回参加が条件です。まずは一般委員の役割や委員会の種類などを知り、厚生労働省や文部科学省の実際の議事録を読んで、一般委員の果たしている役割や自分ならどのような発言をするかを考え、発表して話し合います。

そして、第 3 回目の 4 回目では、コミュニケーション教育の専門家で、ディベート教育の普及活動をしている立教大学経営学部教授・松本茂氏に「会議で発言できる能力を養うことに力点を置いたディベートセミナー」を外部講師として依頼しています。

そして、第 5 回目までに厚生労働省を中心とした実際の検討会を 2 つ以上傍聴してきてもらい、第 5 回目に傍聴報告会をおこないます。実際の会議を傍聴することで一般委員のイメージが具体化するとともに、「予定調和の会議ではなく、真剣に議論していることがわかった」「タイミングよく意見を言わないと、二度と発言する機会が巡ってこないことが実感できた」「活発に議論されていた会議だったので、気になって翌日ウェブニュースを見てみると、まったく正反対の内容が報道されていて驚いた。これからは報道を鵜呑みにするだけではいけないと思った」といった感想を持たれるようです。

そして、第 6 回目と 7 回目では「模擬検討会」をおこないます。講座の受講生のみの「模擬検討会」ではなく、専門委員役として大学教授、東京都医師会理事、研究者、専門職の研修センター元理事といった方々、事務局役として厚生労働省の技官にも協力をいただいて実施している臨場感ある模擬検討会です。

模擬検討会のときの発言は専門委員役や事務局役、COML 関係者が採点し、それまでの講座での発言内容も加味して合格者を決めます。合格者は COML の委員バンクに登録する資格が与えられるという仕組みです。現在は東京で開催していますが、今後の夢としては全国各地のブロックごとにバンク化できること。バンク登録者が増えることが、医療を冷静にとらえられる、成熟した患者の増加につながると期待しています。

私が理事長を引き継いで以来、ずっと活動のなかで意識していることがあります。どのような集団も、多くの人が集まって統計をとるとベルを伏せたような形の正規分布曲線を描きます。“医師”という集団であれば、一方に人格に優れ、知識も豊富で、常に学ぶ意欲があり、腕も確かという少数の方がいて、もう一方には患者の気持ちなどお構いなしに問題を起こす医師もいるわけです。

“患者”という集団も同様に、一方に冷静で自立・成熟した賢い患者が少数いて、もう一方にはモンスターと呼ばれる無理難題を押しつけてくる患者もいます。これまで、ともすれば両者とも相手のマイナス部分にいる人たちを問題視して、“叩いて”きました。

しかし、それでは医療は良くならないと私は感じてきました。そこで、COML では正規分布曲線の中央値を前にずらすことのできる活動に力を入れたいと考えているのです。これはもちろん、患者だけではなく、医療者への働きかけも視野に入れています。そうすれば、良い人たちが増える一方で、後ろの人たちも前に引っ張られます。このようなイメージを具現化したのが「医療関係会議の一般委員養成講座&バンク化」です。歩みはまだ始まったばかりですが、確実な歩みへと育てていきたいと思っています。

そして、夢は全国ブロックごとの「COML 委員バンク化」です。COML 委員バンク登録会員がリーダーシップをとることで、冷静に医療者のコミュニケーションのとれる人が増えることをこれからも目指していきたいと思っています。

「国民生活研究」第 59 巻第 2 号（2019 年 12 月）

【調査報告】

消費者教育推進指標からみた全国主要都市における 消費者教育施策の動向と課題

色川 卓男^{*}、小久江 茜^{**}、小野田 葵^{***}

-
1. 問題の所在
 2. 先行研究と指標の構築
 3. 結果と考察
 4. 総合考察
 5. まとめと課題
-

1. 問題の所在

本稿の課題は、2009 年度の消費者庁設置年度から 2016 年度までの全国 19 万人以上の基礎自治体（以下では主要都市とする）における消費者行政部局による消費者教育施策の動向と課題を検討していくことにある。本稿は色川・小久江・小野田（2018）「近年の全国主要都市における消費者行政の動向と課題」（以下では色川他（2018）とする）の続編にあたる。

本稿では、色川他（2018）で把握した消費者行政体制の動向をふまえて、消費者教育施策の動向と課題について検討していく。なお便宜上、学校における消費者教育推進のための支援施策を「教育」、その他一般向けの消費者啓発施策を「啓発」とし、これらをあわせて消費者教育施策とする。

また本稿では、色川他（2018）で述べた基準の重要性をふまえて、消費者教育施策の水準を示すとともに、それに基づいた消費者教育推進指標を構築し、各自治体がどのようなレベルにあるのかを示していくことにした。基準については、以前消費者庁は地方分権の

^{*} いろかわ たくお（静岡大学大学院教育学領域 教授）

^{**} おぐえ あかね（静岡大学教育学部 卒業生）

^{***} おのだ あおい（静岡大学教育学部 卒業生）

時代ということをふまえて、国の方針として基準等を設けるべきではない¹⁾ (消費者庁 2011) と述べているが、他方、消費者安全法には消費生活センターの設置要件があり、2015 年に示された地方消費者行政強化作戦では都道府県・政令市においては、消費者教育推進計画 (以下では「推進計画」とする) の策定、消費者教育推進地域協議会 (以下では「協議会」とする) の設置を目標としているように、「メルクマール」を示している。また消費者庁の「消費者教育の推進に関する基本的な方針」においても指標化に関する調査研究の必要性を述べている²⁾。但し、相談員数や行政職員数については特に要件にはなっていないように、具体的な基準等を示すのには消極的だが、大枠の方向性に関わる基準に類するものを示しているという曖昧な状況にある。これは地方消費者行政が自治事務でありながら、同時に法令の改正につながる消費生活相談情報の収集など国の仕事を代わりに請け負っているという側面があるからこそ、線引きが曖昧になってしまうと考えられる。消費者教育施策にも同様の構図がある。この重要な論点を充分ふまえつつ実態を把握していくのも、本稿の主要なテーマである。

さて、具体的な進め方であるが、2 節では色川他 (2018) で示しきれていないデータの概要や分析に用いる消費者教育推進指標について述べ、3 節では消費者教育、消費者啓発についての調査結果と若干の考察を行い、その上で消費者教育推進指標からみた動向と課題について論じ、4 節で総合的に考察を加え、5 節でまとめと課題を述べる。

2. 先行研究と指標の構築

(1) データの概要と分析方法

分析に利用するデータは色川他 (2018) と同様に色川研究室が 2017 年に実施した全国主要都市調査 (以下では「主要都市調査」とする)³⁾ である。人口 19 万人以上の全国市区全 141 自治体を対象にアンケートを実施し、118 ケースの有効回答を得た。調査項目は大きく 4 つに分かれており、体制、相談、施設、消費者教育である。このうち本稿では消費者教育に関する調査項目である、学校教育との連携状況、出前講座などの啓発関係の状況などについての動向に焦点をあてる。そのため、2009 年度と 2016 年度の両年度に消費者教育に関する調査項目のデータがある 94 ケースを分析対象にした。なお、消費者教育に関する調査項目のうち、一般向けの出前講座の回数については消費者庁によってほぼ毎年実施されている「地方消費者行政の現況調査」(以下では「現況調査」とする) の各年度版で補った⁴⁾。

主要都市調査ではアンケート調査だけでなく、42 ケースでインタビュー調査も行っているが、その際には、消費者教育施策に関しても具体的な取り組みや職員の意識等を伺っているので、分析や考察を行う際には参考にする場合もある。

改めて確認すると、本稿で対象となる人口 19 万人以上の基礎自治体は 2016 年度において消費者行政の事務分掌があり、市民相談などの業務も行っている複合の消費生活センターを入れるとほぼ 100%消費生活センターを設置している。つまり、地方消費者行政としては比較的体制が整った基礎自治体である。

分析においても色川他 (2018) を踏襲し、人口規模で 5 つのグループに分けた。具体的

には、政令グループ（以下では政令 G とする）は政令指定都市と人口 70 万人以上の特別区（17 ケース）、第Ⅰグループ（以下では第Ⅰ G とする）は人口 40 万人から 70 万人未満の非政令市と特別区（28 ケース）、第Ⅱグループ（以下では第Ⅱ G とする）は人口 30 万人から 40 万人未満の市と特別区（17 ケース）、第Ⅲグループ（以下では第Ⅲ G とする）は人口 25 万人から 30 万人未満の市と特別区（13 ケース）、第Ⅳグループ（以下では第Ⅳ G とする）は人口 19 万人から 25 万人未満の市と特別区（19 ケース）である^{5)、6)}。

分析には IBM SPSS Statistics ver.24 を利用し、主に代表値の 1 つである中央値や半数以上が該当する値を中心に集計した⁷⁾。これによって、各人口グループの典型タイプを見いだすとともに、指標構築の基礎データとした。

（２）消費者教育推進指標の検討

① 先行研究の概要

本稿で構築する消費者教育推進指標に関連する先行研究として、色川(2010)、色川(2012)、色川(2014)がある。

色川(2010)と色川(2012)は、調査対象が異なるものの、指標そのものにはほとんど違いはない。色川(2010)は政令指定都市の消費者教育施策の実態を検討したものであり、そこでは消費者教育施策項目（表－１）と消費者啓発施策項目（表－２）の該当状況から実態を把握し、それらをもとに、消費者教育指標として、教育に関する質問項目の実施数から、5 項目実施を「高」、0 項目実施を「低」、その間を「中」とした。消費者啓発指標として、人口 1,000 人あたりの受講人数を 3 等分して、上から「高」、「中」、「低」とした。そしてそれらの結果をあわせて消費者教育・啓発施策の総合評価を行い、「両施策とも高水準の政令市がない。各政令市では、教育施策と啓発施策に強弱をつけていると考えられる。そしていずれも低水準であるところが 3 市ある。この結果を見ると、各政令市間では教育・啓発施策の取り組み状況にかなり差があるといえよう」⁸⁾とまとめている。

表－１ 消費者教育施策項目

①センター内資料の利用促進
②センターのしおり配布、授業での活用
③役立つHPを記載したチラシの配布、授業での活用
④授業用資料の作成、配布
⑤教諭に対する研修会・講座の実施
⑥教諭の交流会の実施
⑦授業実践例の情報誌発行
⑧実態調査の実施
⑨モデル校の設置

出典：色川（2010）

表－２ 消費者啓発施策項目

《公開講座》
① 1 回講座
②連続講座
③体験テスト講座
④特定の対象向き講座
《出前講座》

出典：色川（2010）

しかしこの指標では、教育施策は項目該当数で評価し、啓発施策は人口あたり参加人数で評価しているが、教育施策項目ごとに重要度には違いがあり、評価を単純に該当数で把握して良いのか、啓発施策の参加人数で評価してしまうと、少人数の出前講座などを過小評価してしまうのではないかという課題が残った。

一方、色川(2012)では消費生活センターと教育委員会との連携プロセスを示している。色川(2012)によると、具体的には「地方消費者行政部局から学校現場に対して『何もしない』から始まり、『出前講座』も特に働きかけないで、学校現場から依頼されるのを待っている場合があり、そうではなく、こちらから『出前講座』を働きかける場合がある。そして、教員委員会や学校現場に『出前講座』以外にも『資料の提供』などの働きかけを行い、さらに進めば教材作成を働きかける。それがうまくいったならば、さらに消費者教育施策全般にわたって、意見交換を行い、教員の中から、消費者教育推進委員を選び、彼らの成果として、授業実践例をまとめた情報誌を刊行する」⁹⁾ というプロセスである。

この連携プロセスは、各自治体がこれらのプロセスのどの段階なのかということを示すような指標として利用されているわけではないが、当時行われたインタビュー調査の結果をふまえて、このようなプロセス把握に至ったわけであり、この指摘そのものが調査自治体にとって、連携を考えると時の手がかりになるという意味で、指標同様の効果をもたらすと考えられる。但し、このようなプロセスは時代によって変化する可能性もあるだけでなく、このようなプロセス自体も指標以前に研究課題ともいえるため¹⁰⁾、指標にはなじまない。

また色川(2014)では静岡県内すべての市町を対象にして、人口規模別グループを作成した上で、地方消費者行政評価指標を構築して実態を評価している。人口が数万人の基礎自治体から人口が 80 万人を超える基礎自治体まで網羅する包括的な指標を作成したため、利用できる指標項目も限られたことや、消費者行政総体の指標であったので教育・啓発指標に関しては出前講座(年間開催回数)、出前講座(人口 10 万人あたり年間開催回数)、親子講座の有無、教諭に対する研修会という 4 項目のうち 1 重要項目を示すにとどまり、色川(2012)よりも項目数が減少している。但し、ここでは重要項目の該当数を優先してカウントした上で、その他項目の該当数も加えてカウントするという、項目の重要性の度合いを考慮した上で、総合評価を行うというアイデアが提示されている。

以上をふまえると、本稿で利用する消費者教育推進指標には、時代に即した項目を利用するとともに、重要項目とその他項目を明確にして評価にメリハリをつけることが求められることになる。

② 消費者教育推進指標の構築

前項をふまえて、本項では消費者教育推進指標(以下では推進指標とする)を改めて構築することにしたい。まず指標項目を設定した上で、その中から重要指標をあげていく必要がある。重要指標に該当するものは、多くの自治体が目指すべき指標であり、事業の重要性も難易度も高く、2009 年度と 2016 年度の両年度においても検討できるものが望ましいだろう。分野としては「教育」にあたる学校に対する取り組みと「啓発」にあたる一般

に対する取り組み状況に分けることが可能である。そしてそれらを支える職員や予算等の体制、「推進計画」等の制度も重要である。しかし体制の状況については、色川他(2018)において論じているので、指標として取り上げることはせず、ここでは消費者教育施策に直接関係する制度、教育、啓発という 3 側面から整理していくことにした。

②-1 制度指標

まず制度では、消費者教育施策の推進に関連するであろう消費生活基本計画（以下では「基本計画」とする）、「推進計画」、「協議会」の有無についても指標にした（表-3）。

但し、計画等については、非政令市では少数にとどまることからみて重要指標にはしなかった。「推進計画」等は 2009 年度にないもので、2009 年度は指標が 1 項目、2016 年度は指標は 3 項目になる。

表-3 制度指標

【指標項目】	2009年度	2016年度
消費生活基本計画がある	○	○
消費者教育推進計画がある		○
消費者教育推進地域協議会がある		○
合計指標数	1	3

注) 指標として利用する項目は、○がついている。

出典：「主要都市調査」

②-2 教育指標

次に教育指標はアンケートで尋ねている項目をもとに、近年の期待される事業をふまえ、「学校に出前講座を行う旨の広報をした」（以下では「学校出前広報」とする）、「センターのホームページを改訂して、消費者教育部分を充実させた」（以下では「HP 学校充実」とする）、「学校教育における消費者教育の実態調査をおこなった」、「消費者教育推進地域協議会に学校現場の関係者が参加している」、「学校と消費者行政部局を繋ぐコーディネーターと配置した」（以下では「コーディネーター配置」とする）、「推進校を設置した」、「教諭に対する研修会・講座を実施した」（以下では「教員研修」とする）や「授業用の教材を発行した」（以下では「教材発行」とする）などを指標にあげた（表-4）。重要指標として、「授業用の教材を教諭たちと作成した」（以下では「教員と教材作成」とする）、人口 10 万人あたり学校向け出前講座（以下では「人口あたり学校出前講座」とする）の回数をあげた。「教員と教材作成」は、センターが教材を出版社等から購入して配布するのではなく、教諭たちも巻き込みながら行政部局も苦労して教材を作成しているという意味で難易度が高く相対的な意義が大きいからである¹¹⁾。さらに学校向け出前講座（以下では「学校出前講座」とする）の回数は、学校現場に対してどれだけ食い込めているのかを示す直接的な指標として意義が大きい、人口規模を調整するため「人口あたり学校出前講座」の

回数を重要指標にした。「コーディネーター配置」を重要指標にあげることも検討したが、政令 G でもまだ 2 割程度にとどまっていることからみて、重要指標として取り扱うには時期尚早と判断した。同様に「教員研修」に関しては、インタビュー調査の結果をふまえると、年 1 回程度行ったからといって、あまり効果が期待できないことから重要指標にはしていない。つまり 2009 年度の指標は重要指標はいずれの年次も 2 項目、その他をあわせたすべての指標は 2009 年度が 5 項目、2016 年度の指標は 10 項目になる。

表－4 教育指標

【指標項目】	2009年度	2016年度
学校に出前講座を行う旨の広報をした	○	○
センターのホームページを改訂して、消費者教育部分を充実させた		○
学校教育における消費者教育の実態調査をおこなった		○
消費者教育推進地域協議会に学校現場の関係者が参加している		○
学校と消費者行政部局を繋ぐコーディネーターを配置した		○
推進校を設置した		○
教諭に対する研修会・講座を実施した	○	○
授業用の教材を教諭たちと作成した	◎	◎
授業用の教材を発行した	○	○
学校向け出前講座の回数		
人口10万人あたり学校向け出前講座の回数（中央値）	◎	◎
学校向け事業数（中央値）		
重要指標数	2	2
合計指標数	5	10

注 1) 指標として利用する項目は、○がついている。また重要指標は◎がついている。

注 2) 人口 10 万人あたり学校向け出前講座の回数は、学校向け出前講座の回数を当該自治体の人口で割り、人口 10 万人あたりの数値になるように調整した。

出典：「主要都市調査」

②－3 啓発指標

最後に啓発では、「一般向け出前講座を行う旨の広報をした」（以下では「一般出前広報」とする）、「ホームページに出前講座メニューを示した広報を行った」（以下では「HP 一般出前メニュー」とする）、「一般向け講座を実施した」（以下では「一般講座」とする）、「福祉関係者に研修・講座を行った」（以下では「福祉向け研修」とする）、「消費者教育の担い手を養成する講座を実施した」（以下では「担い手講座」とする）、他に推進地域などを指標にあげた（表－5）。この中で重要指標として、「福祉向け研修」と「担い手講座」の有無と人口 10 万人あたり一般向け出前講座（以下では「人口あたり一般出前講座」とする）の回数をあげた。「福祉向け研修」や「担い手講座」については現在期待されている事業であり、ある程度実施されているため、取り上げることにした。前項で述べたように、人口

規模を調整し、「人口あたり一般出前講座」の回数も重要指標にした。出前講座の回数もまた、行政部局の努力が現れやすい指標であると考えたからである。つまり重要指標はともに 3 項目、その他をあわせた 2009 年度の指標は 6 項目、2016 年度の指標は 9 項目になる。

表－5 啓発指標

【指標項目】	2009年度	2016年度
一般向け出前講座を行う旨の広報をした	○	○
ホームページに、出前講座のメニューを示した広報を行った		○
一般向け講座を実施した	○	○
福祉関係者に研修・講座を行った	◎	◎
消費者教育の担い手を養成する講座を実施した	◎	◎
推進地域を設定した		○
市民意識の実態調査を行った		○
消費生活展を実施した	○	○
一般向け出前講座の回数		
人口10万人あたり一般向け出前講座の回数	◎	◎
一般向け事業数		
重要指標数	3	3
合計指標数	6	9

注 1) 指標として利用する項目は、○がついている。また重要指標は◎がついている。

注 2) 一般向け出前講座の回数は該当する「現況調査」のデータとすりあわせて確認した。

注 3) 人口 10 万人あたり一般向け出前講座の回数は、一般向け出前講座の回数を当該自治体の人口で割り、人口 10 万人あたりの数値になるように調整した。

出典：「主要都市調査」。但し一般向け出前講座の回数は「主要都市調査」と「現況調査」から作成。

②－4 各項目のレベル分け

そしてグループごとに各項目の該当数や中央値を超えているかどうかでレベル分けを行った。レベル分けには、まず重要指標をいくつ満たしているのかによって分けた上で、その他指標を含んだ合計の該当数で分けることにした。この意味は、その他項目の該当状況がどうあれ、重要指標の多くを満たしていれば、質的にレベルの高い事業を行っているというのである。例えば重要指標が 3 項目あり、それらをすべて満たしていれば A、2 つ満たしていれば B とした上で、他の項目をあわせた合計の該当数とそのグループの平均該当数より多ければ、そのままのレベルとして評価し、平均該当数より少なければマイナスという表記をつけることにした（表－6）。そして指標レベルはあくまでその指標分野ごとのものであるため、例えば教育指標の A レベルは、教育 A というように、分野ごとのレベルであることを明記した（その他、制度指標の A レベルは制度 A、啓発指標の A レベルは啓発 A、総合指標の A レベルは総合 A とする）。但し制度指標に関しては、重要

指標がないこととともに、2009 年度の指標が 1 つしかないので、2016 年度のレベルとあわせるために、2009 年度で指標を満たしていれば制度 C、満たしていなければ制度 D とし、2016 年度は指標を 3 つすべて満たしていれば制度 A、2 つならば制度 B、1 つならば制度 C、0 ならば制度 D とした。

表－6 消費者教育推進指標レベル一覧

レベル	重要指標の 該当数	合計該当数平均 を基準にして
A	全て	上
A－		下
B	-1	上
B－		下
C	-2	上
C－		下
D	-3	上
D－		下
E	-4	上
E－		下
F	-5	上
F－		下

注) 重要指標が 2 つの場合は C レベルまで、
3 つの場合には D レベルまでしかない

②－5 総合指標のレベル分け

そして制度、教育、啓発の各指標の結果をあわせて構築したのが総合指標である。先ほど示した方法と同様に、総合指標は 3 指標分野の重要指標である合計 5 つの該当数でレベル分けした上で、その他指標を含んだ合計の平均該当数より上か下かでさらに分けることにした。

なお、検討にあたっては、事業が該当していた場合あるいは中央値を超えていた場合には、水準を超えているという文言を利用する。これらを指標の水準と呼ぶのは、これがあくまで実証的に現れた相対的な水準に過ぎず、基準といってしまうと、法令等で定まったものと誤解されてしまう可能性を避けるためである。また、2009 年度の指標項目の水準と比較して 2016 年度の多くの水準は明らかに高くなっている。例えば、ある自治体は 2009 年度と 2016 年度とも「人口あたり一般出前講座」回数が 4.7 回だとした場合、2009 年度時点では中央値である 4.5 回という水準以上であったとしても、2016 年度にその水準が 6.0 回に上がったため、その水準以下になってしまう可能性があるということである。つまり推進指標は、当該年度の全体の推進状況からみて、当該自治体はどう位置づけられるのかを相対的に把握するものである。

3. 結果と考察

ここではまず各項目の状況から動向を把握した上で、推進指標による動向を検討する。

（１）制度

まず「基本計画」は 2009 年度から 2016 年度にかけて、第ⅢG 以外では増加しており、特に政令Gは 47.1%から 64.7%と大きく増加している（表－７）。「推進計画」の 2016 年度時点での策定状況は政令Gで 58.8%、第ⅢGが 15.4%であり、それ以外のグループではいずれも 1 割に満たない。さらに「協議会」は、2016 年度時点では政令Gが 58.8%なのに対して、第ⅠGが 17.9%、第ⅡGが 11.8%、第ⅢG以下はない。

表－７ 制度

【指標項目】	全体(N=94)		政令(N=17)		Ⅰ(N=28)		Ⅱ(N=17)		Ⅲ(N=13)		Ⅳ(N=19)	
	2009	2016	2009	2016	2009	2016	2009	2016	2009	2016	2009	2016
消費生活基本計画がある(%)	9.6	18.1	47.1	64.7	3.6	14.3	0.0	5.9	0.0	0.0	0.0	5.3
消費者教育推進計画がある(%)		17.0		58.8		7.1		5.9		15.4		5.3
消費者教育推進地域協議会がある(%)		18.1		58.8		17.9		11.8		0.0		0.0
全項目平均該当数	0.1	0.5	0.5	1.8	0.0	0.4	0.0	0.2	0.0	0.2	0.0	0.1

出典：「主要都市調査」

これらをまとめると、いずれの計画も半数以上で策定及び設置しているのは政令Gだけであり、それ以外のグループでは少数にとどまるということである。第ⅡGまででは「協議会」の設置率が、「推進計画」策定率より高いのは、「推進計画」の策定のために「協議会」を開催しているためではないかと推察できる。それに対して第ⅢG以下の人口規模の小さいグループでは、「推進計画」を策定しても、「協議会」を設けない自治体もあることを示している。インタビュー調査の結果によると、大都市の場合、もともとある「基本計画」に「推進計画」を入れ込んだり、審議会に地域協議会の機能ももたせるという対応が多くみられただけでなく、まだ実施していない政令Gでもいずれすべての自治体で「推進計画」と「協議会」を何かしらの形で策定・設置すると述べていた。これらの動きは 2015 年度に消費者庁から示された「地方消費者行政強化作戦」の指標になっていることから、国による働きかけの効果が垣間みえる。

（２）教育

① 事業内容

教育事業の動向について検討していくと（表－８）、2009 年度から 2016 年度にかけて、全体の半数以上の自治体で取り組みがみられたのは、「学校出前広報」と「学校出前講座」である。「学校出前広報」は 28.9%から 56.4%に、「学校出前講座」は 50.8%から 69.1%に

いずれも増加し、出前講座関連の事業が学校向けの中心になっている。その他割合が高くなっているものとして、政令 G では「協議会」に学校現場の関係者が参加していることや「教員研修」等の開催、「教材発行」が 5 割程度になっている。「教員と教材作成」も 4 割になっており、意外と行われている。他方、「コーディネーター配置」に関してはこの時点で 2 割に届いていない。

その他のグループの特徴をみると、「学校出前広報」をしている自治体が半数以上になっているのは、第 I G と第 II G、実際に「学校出前講座」を行っている自治体が半数を超えているのは、第 I G、第 II G、第 III G となっている。

他の項目をみると、「教員研修」は第 I G 以下で 2016 年度でも 2 割未満、「教材発行」でも第 I G と第 II G が 2 割程度、「教員と教材作成」に関しては第 I G でも 2 割に届かないように、必ずしもメインの取り組みにはなっておらず、第 I G 以下では出前講座関連が学校向けの主要事業となっているとまとめられる。

表－8 教育

【指標項目】	全体(N=94)		政令(N=17)		I (N=28)		II (N=17)		III (N=13)		IV (N=19)		単位
	2009	2016	2009	2016	2009	2016	2009	2016	2009	2016	2009	2016	
学校に出前講座を行う旨の広報をした	28.9	56.4	40.0	82.4	33.3	57.1	41.2	64.7	15.4	30.8	10.5	42.1	(%)
センターのホームページを改訂して、消費者教育部分を充実させた	.	17.0	.	29.4	.	17.9	.	17.6	.	15.4	.	5.3	
学校教育における消費者教育の実態調査をおこなった	.	8.5	.	23.5	.	10.7	.	5.9	.	0.0	.	0.0	
消費者教育推進地域協議会に学校現場の関係者が参加している	.	14.9	.	47.1	.	14.3	.	5.9	.	0.0	.	5.3	
学校と消費者行政部局を繋ぐコーディネーターを配置した	.	5.3	.	17.6	.	3.6	.	5.9	.	0.0	.	0.0	
推進校を設置した	.	1.1	.	5.9	.	0.0	.	0.0	.	0.0	.	0.0	
学校に出前講座を行った	50.8	69.1	75.0	94.1	60.7	78.6	52.9	76.5	46.2	53.8	15.8	36.8	
教諭に対する研修会・講座を実施した	10.6	19.2	47.1	52.9	7.1	17.9	0.0	0.0	0.0	15.4	0.0	10.5	
授業用の教材を教諭たちと作成した	7.5	13.8	11.8	41.2	14.3	10.7	5.9	11.8	0.0	7.7	0.0	0.0	
授業用の教材を発行した	10.6	20.2	23.5	47.1	14.3	21.4	5.9	23.5	0.0	0.0	5.3	5.3	
学校向け出前講座の回数（中央値）	1	2	5	9	2	3	1	2	1	1	0	0	(回)
人口10万人あたり学校向け出前講座の回数（中央値）	0.2	0.6	0.2	0.8	0.4	0.7	0.3	0.6	0.3	0.3	0.0	0.0	
学校向け事業数（中央値）	1	2	2	5	1	2	1	2	0	1	0	1	
重要項目平均該当数（2項目）	0.5	0.6	0.6	0.9	0.6	0.6	0.7	0.6	0.5	0.5	0.2	0.5	
全項目平均該当数	1.0	2.1	1.6	4.0	1.2	2.1	1.2	1.9	0.7	1.1	0.3	1.2	

注）人口 10 万人あたり学校向け出前講座の回数は、学校向け出前講座の回数を当該自治体の人口で割り、人口 10 万人あたりの数値になるように調整した。

出典：「主要都市調査」

全体として学校向け事業数をみると、2009 年度から 2016 年度にかけて 1 事業から 2 事業に増加しており、いずれのグループも増加している。但し政令 G が 2 事業から 5 事業に 3 事業増加している一方、第 I G 以下のグループは 1 事業の増加にとどまっている。

これらをみる限り、2009 年度に比べて 2016 年度は、人口規模に関係なく、学校向け事業に取り組んでいる自治体が増えており、出前講座関連事業の拡大・充実がその中心になっている。それに対して「教材発行」等に関しては、政令 G でもまだ半数に届かず、「教員研修」は政令 G 以外では多くても 2 割に届かない。「コーディネーター配置」に至っては、政令 G 以外ではほとんど取り組みがみられない。このような状況になるのは、インタビュー調査の結果もふまえると、まだ本格的な取り組みを始めたばかりという点だけでなく、人員、予算などの体制に制約があるため、様々な事業に手を出す余裕はなく、主に職員・相談員がコーディネーター機能を担って、出前講座を開催している自治体が多いのだらうと推察される。

② 出前講座の回数（中央値）

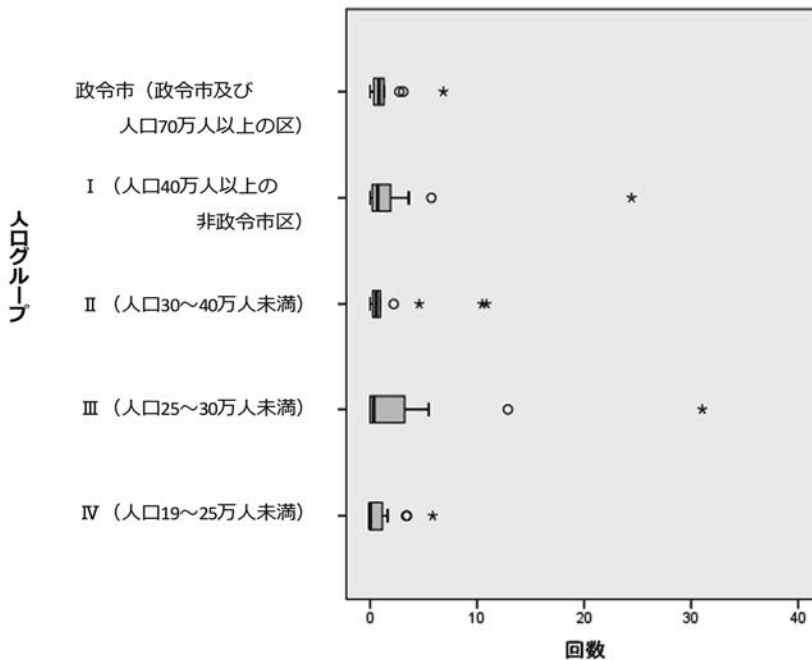
全体として「学校出前講座」の回数は 2009 年度から 2016 年度にかけて、1 回から 2 回に増加し、「人口あたり学校出前講座」の回数は 0.2 回から 0.6 回になっている（表－8）。これらからみると、2009 年度はほとんど組織的な学校向けの取り組みはなかったが、2016 年度にはそれらがわずかにみられるようになったといえるだろう。これは消費者教育推進法（以下では推進法とする）の制定によって、消費者行政部局の業務として明確に位置づけられた影響が出ていると考えられる。

しかしグループ別にみると、すべてのグループで増加しているのではなく、第ⅢGでは 1 回のままであるし、第ⅣGでは 2016 年度でも出前講座の回数は 0 回であり、「人口あたり学校出前講座」でも増加していないように、現状では政令 G、第 I G、第ⅡGという人口 30 万人以上の人口が多い自治体での取り組みにとどまっている。

この出前講座の回数を箱ひげ図でみると（図－1）、政令 G のバラツキは相対的に小さいものの、いずれの自治体でも外れ値が複数みられるように、各グループ内でのバラツキが大きく、少数だが突出した自治体が存在している。特に第ⅢGでのバラツキが大きく、全体をみても「人口あたり学校出前講座」の回数が最も多い自治体が存在している。2009 年度と 2016 年度の標準偏差を比較すると、全体では 3.1 から 4.5 に拡大し、すべてのグループでも標準偏差が拡大しており、出前講座の回数を積極的に増加させている自治体と出遅れている自治体とに二極化していると推察できる。

先ほどの事業内容をふまえて、各グループで典型的な取り組み状況をまとめると、政令 G では「学校出前広報」とその実施を行い、「教員研修」を実施するとともに、「教材発行」し、一部では「教員と教材作成」をしているといえる。その他グループでは、「学校出前広報」とその実施が典型的な取り組みということになる。

図－１ 人口 10 万人あたり学校出前講座の回数（2016 年度）



注）外れ値は○と★で示されている。○は箱の上下端から箱の幅の 1.5～3 倍にあるケース、★は箱の上下端から箱の幅の 3 倍を超えるケースをさす（酒井 2004）
 出典：「主要都市調査」より作成

（３）啓発

① 事業内容

啓発事業の動向全体について検討していくと（表－９）、2009 年度と 2016 年度でともに半数以上の自治体で取り組みがみられたのは、「一般出前広報」、「HP 一般出前メニュー」と一般向け出前講座実施、「一般講座」、消費生活展の実施である。2016 年度から半数以上の自治体で取り組みがみられたのは、「福祉向け研修」である。一般向け事業数全体も 2009 年度から 2016 年度にかけて、4.3 事業から 5.4 事業に増加している。

グループ別にみると、政令 G では、全体での事業動向に加えて、「担い手講座」と市民意識の実態調査が半数近くの自治体で実施されている。市民意識の実態調査は「推進計画」策定と連動して実施されることが多いので当然の結果といえる。第 I G は全体の動向と近似している。「福祉向け研修」は、最も該当率の低い第 III G でも半数近くあり、どのグループでも近年の主力事業になっている。事業数でみると、政令 G が 7 事業、その他グループが 5 事業ということで、教育と比較してグループ間の差は小さい。この結果をみる限り、啓発事業は、どのグループにとっても従来からある事業であったからではないかと推察できる。

表－9 啓発

【指標項目】	全体(N=94)		政令(N=17)		I (N=28)		II (N=17)		III (N=13)		IV(N=19)		単位
	2009	2016	2009	2016	2009	2016	2009	2016	2009	2016	2009	2016	
一般向け出前講座を行う旨の広報をした	67.0	86.1	82.4	94.1	78.6	82.1	52.9	88.2	69.2	84.6	47.4	84.2	(%)
ホームページに、出前講座のメニューを示した広報を行った	50.0	74.5	70.6	88.2	67.9	75.0	23.5	70.6	38.5	69.2	36.8	68.4	
一般向け出前講座を実施した	96.8	96.8	100.0	100.0	96.4	96.4	100.0	100.0	100.0	92.3	89.5	94.7	
一般向け講座を実施した	83.0	89.3	100.0	100.0	89.3	85.7	76.5	94.1	69.2	69.2	73.7	94.7	
福祉関係者に研修・講座を行った	38.3	61.7	70.6	88.2	35.7	53.6	35.3	52.9	23.1	46.2	26.3	68.4	
消費者教育の担い手を養成する講座を実施した	8.5	20.2	23.5	47.1	7.1	10.7	5.9	11.8	7.7	23.1	0.0	15.8	
推進地域を設定した	.	2.1	.	5.9	.	0.0	.	0.0	.	0.0	.	5.3	
市民意識の実態調査を行った	.	13.8	.	47.1	.	10.7	.	5.9	.	0.0	.	5.3	
消費生活展を実施した	69.2	66.0	64.7	70.6	75.0	75.0	64.7	47.1	76.9	76.9	63.2	57.9	
一般向け出前講座の回数（中央値）	18.0	25.5	43.0	45.0	18.5	22.5	17.0	25.0	16.0	16.0	6.0	17.0	(回)
人口10万人あたり一般向け出前講座の回数(中央値)	4.3	5.2	4.3	3.6	4.3	4.8	5.2	7.4	6.7	5.9	2.7	7.7	
一般向け事業数（中央値）	4.3	5.4	6	7	5	5	3	5	4	5	3	5	
重要項目平均該当数（3項目）	1.0	1.3	1.5	1.9	1.0	1.1	0.9	1.2	0.8	1.2	0.8	1.4	
全項目平均該当数	3.7	4.6	4.7	5.9	4.1	4.4	3.1	4.2	3.4	4.2	3.0	4.5	

注 1) 一般向け出前講座の回数は該当する「現況調査」のデータとすりあわせて確認した。

注 2) 人口 10 万人あたり一般向け出前講座の回数は、一般向け出前講座の回数を当該自治体の人口で割り、人口 10 万人あたりの数値になるように調整した。

出典：「主要都市調査」。但し出前講座の回数は「主要都市調査」と「現況調査」から作成。

まとめると、「一般出前広報」や一般向け出前講座実施、「一般講座」は、どの人口規模グループにおいてもほぼすべてで行われており、「福祉向け研修」や消費生活展はほぼ半数以上で実施されていることになる。但し消費生活展は全般的に低落傾向にある。他方、「担い手講座」が約半数で実施されているのは政令 G のみで、以下のグループではあまり実施されていない。

以上からみて、啓発事業も教育事業同様、2009 年度から 2016 年度にかけて増加しており、教育事業と比べると事業の該当率の割合も高く、もともとある程度実施されていた啓発事業が、推進法を契機にして、さらに増加したと理解することができる。

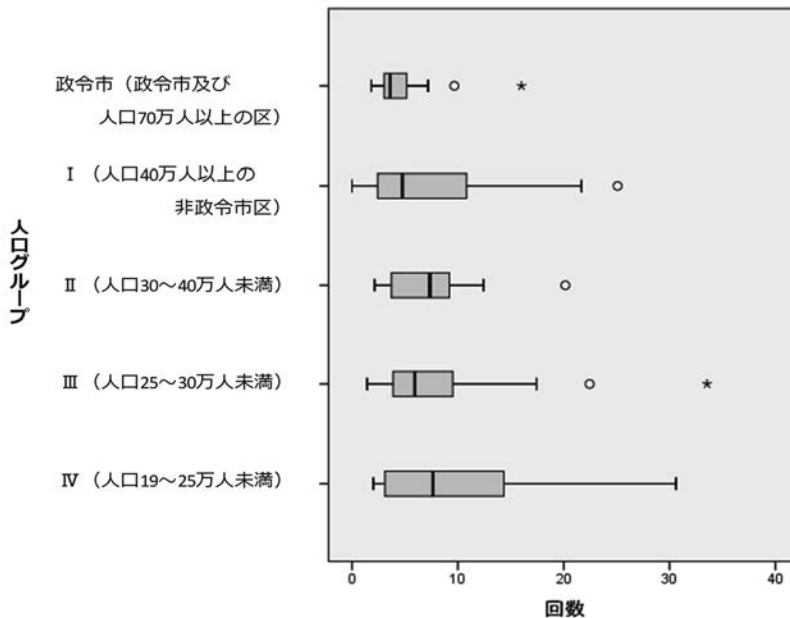
② 出前講座の回数（中央値）

全体として、一般向け出前講座の回数は 2009 年度から 2016 年度にかけて、18 回から 25.5 回に増加し、「人口あたり一般出前講座」の回数は 4.3 回から 5.2 回に増加している（表－9）。これらからみると、2009 年度から 2016 年度にかけて、着実に増加していったといえる。この背景にも推進法の制定によって、消費者行政部局の業務として明確に位置づけられた影響が出ているといえよう。

グループ別にみても、第ⅢG以外のグループで増加しており、特に第ⅣGでの増加率が高い。これはもともと実績があった比較的人口規模の大きい自治体とは異なり、人口規模の小さい自治体では推進法等をきっかけに取り組み始め、福祉向けの講座を出前講座として実施し、ここにカウントされている場合もあるためと推察される。いずれにせよ、2009 年度よりグループ間の実施回数のバラツキは減少している。

この出前講座の回数を箱ひげ図でみると（図－2）、政令Gのバラツキは相対的に小さいものの、他グループでは箱や枝が長くなっている。「学校出前講座」回数の箱ひげ図と比べて、数値も大きいだけでなく、外れ値があまりないため、学校向けよりはバラツキは相対的に小さい。但し、2009 年度と 2016 年度の標準偏差を比較すると、全体では 7.7 から 7.0 に縮小しているものの、標準偏差が拡大しているグループは、政令G、第ⅠG、第ⅣGであり、縮小しているグループは第ⅡGと第ⅢGにとどまり、拡大しているグループの方が多い。学校向けの出前講座の方が標準偏差は小さかったが、それはもともと行っていなかった自治体が多いため、数値に差が出にくいためであって、これまでも実績がある一般向けの出前講座の方が、積極的に実施している自治体とそうでない自治体との格差が出やすいからであると考えられよう。

図－2 人口 10 万人あたり一般出前講座の回数（2016 年度）



注）外れ値は○と★で示されている。○は箱の上下端から箱の幅の 1.5～3 倍にあるケース、

★は箱の上下端から箱の幅の 3 倍を超えるケースをさす。

出典：「主要都市調査」と「現況調査」より作成

先ほどの事業内容をふまえて、各グループで典型的な取り組み状況をまとめると、「出前広報」や「HP 一般出前メニュー」、一般向けの出前講座実施、「一般講座」実施、及び「福祉向け研修」や消費生活展はどのグループでも実施されている。政令 G では、それらに加えて「担い手講座」が実施されているのが典型的である。そして該当率で見ればわかるように、教育事業と比較すると、啓発事業の方がはるかに取り組んでおり、それらを多くの自治体で充実させているが、出前講座の回数でみるように、バラツキはいまだ大きいとまとめられる。

ここまではグループ別の動向をもとに典型的な状況を示したが、ここであげた典型的な状況は、1 つずつの事業に対する該当率や中央値をもとにした典型であって、各自治体がこの典型という水準に対してどのように位置づけられるのかは不明である。そこで次項では、ここでいう典型的な状況を水準にした推進指標から動向をみることで、自治体ごとの動向はどうなっているのか、また先進的な自治体はどのような状況なのか等を検討していくことにする。

（４）消費者教育推進指標からみた動向

① 制度

推進指標については既に 2 節で示しているように、前項までにみた典型的な状況を水準にしたものである¹²⁾。まず「推進計画」や「協議会」の有無から制度的な整備状況を見ると（表－10）、2012 年の推進法制定によって、基礎自治体にとって「推進計画」や「協議会」設置が努力義務になったわけだが、2016 年度には政令 G の 5 割近くが「基本計画」、「推進計画」、「協議会」をもっているだけでなく、8 割程度の自治体で「推進計画」や「協議会」等の何かしらをもっており、明らかに制度的には整備されてきたことになる。他方、第 I G においても 3 割弱がこれらの制度の一部を整えている程度であり、第 II G 以下では 8 割以上が全く整備されていない状況にある。つまり推進法による制度改正の影響は、2016 年度時点ではほぼ政令 G だけにみられるということである。

表－10 消費者教育推進指標（制度）

レベル	政令 (N=17)				I (N=28)				II (N=17)				III (N=13)				IV (N=19)			
	2009		2016		2009		2016		2009		2016		2009		2016		2009		2016	
	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%
制度A			8	47.1			0	0.0			1	5.9				0.0				0.0
制度B			2	11.8			3	10.7			0	0.0				0.0				0.0
制度C	8	47.1	3	17.6	1	3.6	5	17.9	0	0.0	1	5.9	0	0.0	2	15.4	0	0.0	2	10.5
制度D	9	52.9	4	23.5	27	96.4	20	71.4	17	100.0	15	88.2	13	100.0	11	84.6	19	100.0	17	89.5
動向の向き	該当数		%		該当数		%		該当数		%		該当数		%		該当数		%	
↗	11		64.7%		7		25.0%		2		11.8%		2		15.4%		2		10.5%	
→	6		35.3%		21		75.0%		15		88.2%		11		84.6%		17		89.5%	
↘	0		0.0%		0		0.0%		0		0.0%		0		0.0%		0		0.0%	

注）2009 年度は指標が一つであり、2016 年度とあわせるために 1 ならば C、0 ならば D とした。

出典：表－7 のデータより作成

② 教育

教育指標をみると（表－11）、重要指標である「教員と教材作成」を実施し、「人口あたり学校出前講座」の回数が中央値以上を両方満たす教育 A の自治体は、2009 年度から 2016 年度にかけて政令 G で 2 割台に増加し、第Ⅱ G、第Ⅲ G で増加しているが、いずれも 1 割前後である。第Ⅳ G では一つもない。

各グループ最頻値の動向でみると、2009 年度から 2016 年度にかけて、政令 G では教育 C－から教育 B と教育 C－へ、第Ⅰ G では教育 C－から教育 B へ、第Ⅱ G では教育 B と教育 C－から教育 C－へ、第Ⅲ G では教育 B から教育 C－へ、第Ⅳ G では教育 C－のままである。これらをみると政令 G では 2 つの重要指標のどちらかを満たす自治体が増加していることになる一方、第Ⅰ G 以下ではいずれも満たさない自治体が、いまだに多いことになる。但し、2016 年度で教育 B－以上の自治体においては、2009 年度から 2016 年度にかけて政令 G と第Ⅰ G、第Ⅳ G では重要指標のいずれかを満たす自治体が増加している。

2009 年度から 2016 年度にかけての動向の向き（表－11 の矢印の向きを指す。以下も同様）をみると、政令 G 以外では、どのグループもレベルが変化していないケースが最も多くなっており、特に第Ⅲ G では 7 割が変化していない。プラスとマイナスとを比較すると、プラスが相対的に多いのは政令 G、第Ⅰ G、第Ⅱ G、第Ⅳ G であり、第Ⅲ G はマイナスになっている自治体の方が多くなっている。

まとめると、教育指標において全体としては各自治体が水準を高めていこうという動向はみられるが、その動きに取り残されている自治体が多いグループが第Ⅱ G と第Ⅲ G であるといえよう。

表－11 消費者教育推進指標（教育）

レベル	政令 (N=17)				Ⅰ (N=28)				Ⅱ (N=17)				Ⅲ (N=13)				Ⅳ (N=19)			
	2009		2016		2009		2016		2009		2016		2009		2016		2009		2016	
	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%
教育 A	1	5.9	4	23.5	3	10.7	2	7.1	1	5.9	2	11.8	0	0.0	1	7.7	0	0.0	0	0.0
教育 A－	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
教育 B	7	41.2	5	29.4	5	17.9	10	35.7	6	35.3	4	23.5	7	53.8	3	23.1	3	15.8	6	31.6
教育 B－	1	5.9	3	17.6	4	14.3	3	10.7	4	23.5	3	17.6	0	0.0	1	7.7	0	0.0	3	15.8
教育 C	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	21.4	0	0.0	1	5.9	0	0.0	0	0.0	1	5.3	0	0.0
教育 C－	8	47.1	5	29.4	13	46.4	6	21.4	6	35.3	7	41.2	6	46.2	8	61.5	15	78.9	10	52.6
動向の向き	該当数		%		該当数		%		該当数		%		該当数		%		該当数		%	
↗	8		47.1%		10		35.7%		5		29.4%		1		7.7%		6		31.6%	
→	7		41.2%		14		50.0%		8		47.1%		9		69.2%		12		63.2%	
↘	2		11.8%		4		14.3%		4		23.5%		3		23.1%		1		5.3%	

出典：表－8 のデータより作成

③ 啓発

啓発指標をみると（表－12）、重要指標である「福祉向け研修」と「担い手講座」を実施し、「人口あたり一般出前講座」の回数が中央値を超えているという 3 つの指標の水準を満たす啓発 A の自治体は、2016 年度の政令 G では 3 割程度なのに対して、第Ⅲ G と第Ⅳ G では 1 割程度みられる。

表－12 消費者教育推進指標（啓発）

レベル	政令 (N=17)				Ⅰ (N=28)				Ⅱ (N=17)				Ⅲ (N=13)				Ⅳ (N=19)			
	2009		2016		2009		2016		2009		2016		2009		2016		2009		2016	
	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%
啓発A	1	5.9	5	29.4	0	0.0	1	3.6	0	0.0	0	0.0	1	7.7	2	15.4	0	0.0	2	10.5
啓発A－	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
啓発B	8	47.1	6	35.3	6	21.4	8	28.6	4	23.5	5	29.4	2	15.4	1	7.7	1	5.3	5	26.3
啓発B－	0	0.0	1	5.9	0	0.0	0	0.0	1	5.9	2	11.8	0	0.0	1	7.7	0	0.0	1	5.3
啓発C	2	11.8	0	0.0	8	28.6	7	25.0	2	11.8	3	17.6	2	15.4	2	15.4	9	47.4	6	31.6
啓発C－	5	29.4	3	17.6	7	25.0	4	14.3	4	23.5	3	17.6	2	15.4	3	23.1	4	21.1	2	10.5
啓発D	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	7.7	0	0.0	1	5.3	0	0.0
啓発D－	1	5.9	2	11.8	7	25.0	7	25.0	6	35.3	4	23.5	5	38.5	4	30.8	4	21.1	3	15.8
動向の向き	該当数		%		該当数		%		該当数		%		該当数		%		該当数		%	
↗	7		41.2%		6		21.4%		6		35.3%		5		38.5%		10		52.6%	
→	8		47.1%		22		78.6%		8		47.1%		7		53.8%		7		36.8%	
↘	2		11.8%		0		0.0%		3		17.6%		1		7.7%		2		10.5%	

出典：表－9 のデータより作成

各グループの最頻値の動向でみると、2009 年度から 2016 年度にかけて、政令 G では啓発 B のまま、第Ⅰ G では啓発 C から啓発 B へ、第Ⅱ G では啓発 D－から啓発 B へ、第Ⅲ G では啓発 D－のまま、第Ⅳ G では啓発 C のままである。2016 年度には 3 つの重要指標のうち 1 つ以上を満たす啓発 C－レベル以上の自治体は政令 G で約 9 割弱であり、割合の高い順に第Ⅳ G、第Ⅱ G、第Ⅰ G、第Ⅲ G と続き、一番割合が低い第Ⅲ G でも 7 割弱と重要指標を 1 つも満たさない自治体は少数になっている。

2009 年度から 2016 年度にかけての動向の向きをみると、第Ⅳ G 以外は変化していない割合が一番高い。特に第Ⅰ G では 8 割近くが変化していない。プラスとマイナスの割合を比べると、いずれのグループもプラスの方が多く、第Ⅳ G ではプラスの割合が 5 割を超えている。

まとめると、啓発事業は教育事業以上にレベルアップしているところが多く、特に第Ⅳ G の上昇が目立つ。これは従来から消費者行政部局が取り組んできたものであるために、教育事業よりは取り組みやすいためであるといえるだろう。いずれにせよ、推進法の影響が教育事業だけでなく、啓発事業にも及んでいる。

④ 総合

制度、教育、啓発をあわせた総合指標をみると(表-13)、5つの重要指標である「教員と教材作成」、「人口あたり学校出前講座」の回数、「福祉向け研修」、「担い手講座」、「人口あたり一般出前講座」の回数がすべて水準以上である総合Aの自治体は、2016年度の政令Gでも2ケースしかない。また重要指標の4つを満たす総合Bレベル以上の自治体は、2016年度の政令Gでは3割程度あるが、以下のグループでは、最も多い第ⅢGでも2割に届かず、わずかになっている。

表-13 消費者教育推進指標(総合)

レベル	政令(N=17)				Ⅰ(N=28)				Ⅱ(N=17)				Ⅲ(N=13)				Ⅳ(N=19)			
	2009		2016		2009		2016		2009		2016		2009		2016		2009		2016	
	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%
総合A	0	0.0	2	11.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	7.7	0	0.0	0	0.0
総合A-	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
総合B	2	11.8	3	17.6	1	3.6	0	0.0	1	5.9	1	5.9	1	7.7	1	7.7	0	0.0	1	5.3
総合B-	0	0.0	1	5.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
総合C	3	17.6	2	11.8	4	14.3	8	28.6	2	11.8	3	17.6	1	7.7	1	7.7	1	5.3	3	15.8
総合C-	0	0.0	1	5.9	1	3.6	0	0.0	0	0.0	1	5.9	0	0.0	1	7.7	0	0.0	0	0.0
総合D	5	29.4	3	17.6	6	21.4	7	25.0	1	5.9	0	0.0	2	15.4	0	0.0	2	10.5	6	31.6
総合D-	3	17.6	2	11.8	4	14.3	4	14.3	5	29.4	5	29.4	1	7.7	0	0.0	0	0.0	3	15.8
総合E	0	0.0	1	5.9	2	7.1	2	7.1	2	11.8	1	5.9	2	15.4	1	7.7	7	36.8	2	10.5
総合E-	3	17.6	2	11.8	4	14.3	2	7.1	4	23.5	4	23.5	3	23.1	5	38.5	4	21.1	2	10.5
総合F	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	7.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
総合F-	1	5.9	0	0.0	6	21.4	3	10.7	2	11.8	2	11.8	3	23.1	3	23.1	5	26.3	2	10.5
動向の向き	該当数		%		該当数		%		該当数		%		該当数		%		該当数		%	
↗	11		64.7%		11		39.3%		6		35.3%		5		38.5%		12		63.2%	
→	3		17.6%		13		46.4%		5		29.4%		5		38.5%		5		26.3%	
↘	3		17.6%		4		14.3%		6		35.3%		3		23.1%		2		10.5%	

出典：表-10、表-11、表-12のデータより作成

各グループの最頻値の動向でみると、2009年度から2016年度にかけて、政令Gでは総合Dから総合Bと総合Dへ、第ⅠGでは総合Dと総合F-から総合Cへ、第ⅡGでは総合D-のまま、第ⅢGでは総合E-と総合F-から総合E-へ、第ⅣGでは総合Eから総合Dへと変化している。グループ間でみると、やはり第ⅡGと第ⅢGの出遅れ状況がみられる。重要指標を1つも満たさないFレベルについては、2016年度の政令Gではなくなり、明確に減少したのは、政令Gと第ⅠG、第ⅣGである。2016年度にはどのグループでも重要指標を3つ以上満たしている自治体が2009年度より増加しており、総合的には消費者教育施策が推進されている。

動向の向きをみると、変化していない割合が最も高いのは第ⅠGだけである。プラスの割合が高いのは、政令G、第ⅣGである。教育指標と啓発指標のいずれもプラスの割合がマイナスのそれより多かったのは、政令G、第ⅠG、第ⅣGである。

まとめると、2009 年度から 2016 年度にかけて、いずれのグループも総合的には推進している自治体が多いが、同時にどこのグループも推進の遅れている自治体がみられ、とりわけ第ⅡG でそれが顕著に現れている。

（５）各グループ別にみた消費者教育施策推進の事例と特徴

さてここまでの把握をもとに、各グループでみられる具体的な推進状況について、推進指標からみた動向を事例としてまとめておきたい。その際には、色川他（2018）で一部分析した人員と予算からなる体制の水準も含めて検討する（表－14）。このような方法をとるのは、体制が整っていることが、消費者教育の推進に対してどのような意味をもつのかを検討するためである。

表－14 体制

【項目】		政令(N=17)		Ⅰ(N=28)		Ⅱ(N=17)		Ⅲ(N=13)		Ⅳ(N=19)	
		2009	2016	2009	2016	2009	2016	2009	2016	2009	2016
人 員	人口10万人あたり定数内専任職員（数）	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6	0.6	0.4	0.0	0.5	0.0
	人口10万人あたり事務職員数合計（数）	0.7	0.9	1.0	1.2	0.9	1.2	1.3	1.8	1.6	2.0
	人口10万人あたり相談員数合計（数）	1.0	1.0	1.3	1.2	1.2	1.4	1.8	1.7	1.7	1.7
予 算	人口あたり消費者教育関連自主財源最終予算（円）	6.6	3.0	6.7	4.3	6.4	3.4	8.6	3.1	4.9	2.9
	人口あたり消費者教育関連基金等最終予算（円）	6.4	11.0	4.8	4.8	3.1	6.1	7.9	10.9	1.6	9.6
	人口あたり消費者教育関連最終予算（自主財源＋基金等）合計（円）	13.0	14.0	11.5	9.0	9.5	9.5	16.5	14.0	6.5	12.5

注）データが得られず、各グループの予算に関するケース数が減少する場合がある。政令Gの2009年は15ケース、第ⅠGの2009年は24ケース、2016年の合計が27ケース、第ⅡGの2009年における自主財源部分が15ケース、基金と合計部分が14ケース、2016年は16ケース、第ⅢGの2009年における自主財源部分が8ケース、基金と合計部分が6ケース、2016年における自主財源部分が9ケース、基金と合計部分が8ケース、第ⅣGの2009年における自主財源部分が15ケース、基金と合計部分が14ケース、2016年における自主財源部分が17ケース、基金と合計部分が16ケースである。

出典：「主要都市調査」

① 政令G

政令Gでは2009年度から2016年度にかけて総合Dから総合Dと総合Bに変化したタイプが最頻値であった。ここではレベルを上げた状況をみていくため、総合Dから総合Bに変化したタイプの1ケースを検討する。

このケースは2009年度時点においては「基本計画」があり、教育事業では「学校出前広報」をし、「人口あたり学校出前講座」の回数は水準を超え、啓発事業では「一般出前広報」と「HP一般出前メニュー」を行い、「一般講座」と「福祉向け研修」と消費生活展を実施したが、「人口あたり一般出前講座」の回数は水準に達しなかった。そして2016年度には

「基本計画」に加えて、「推進計画」、「協議会」があり、教育事業では「学校出前広報」を行い、「協議会」に教員が参加し、コーディネーターを配置し、推進校を設置している。そして「教員と教材を作成」し、「人口あたり学校出前講座」の回数は水準を超えている。啓発事業では「一般出前広報」と「HP 一般出前メニュー」を行い、「一般講座」と「福祉向け研修」を実施し、推進地域も設定している。市民実態調査と消費生活展も実施し、「人口あたり一般出前講座」の回数も水準を超えている。まとめると、もともとある程度事業を実施していたが、2016 年度までに「推進計画」や「協議会」を策定し、「福祉向け研修」に加えて、「教員と教材を作成」し、「人口あたり学校出前講座」と「一般講座」回数の水準を超えており、教育事業も啓発事業もあわせてバランス良く推進している。

以上のようなケースの人員や予算の体制をみていくと、2009 年度と 2016 年度とも人員の 3 項目すべてで水準を超えていた。予算についてみると、2009 年度はいずれの項目も水準に達していなかったが、2016 年度はいずれも水準を超えていた。このケースは、もともと人員が整っているだけでなく、2016 年度にかけて消費者教育関連の予算も増加させたことによって、総合的に推進できるようになったと考えられる。

政令 G で先進的な例として、2016 年度において総合 A である 2 ケースの自治体を取り上げる。該当する自治体は、2009 年度時点では総合 B（以下では a ケースとする）と総合 C（以下では b ケースとする）であった。総合 A ということは、5 つの重要指標を満たしていたということであり、教育事業において「教員と教材作成」を行い、「人口あたり学校出前講座」の回数が水準を超え、啓発事業では「福祉向け研修」と「担い手講座」を行い、「人口あたり一般出前講座」の回数が水準を超えているだけでなく、教育事業も啓発事業もその他指標をあわせた平均該当数もその平均を超えていたということである。2009 年度にはいずれのケースも「担い手講座」を実施していなかったが、2016 年度にはそれを行うようになり、b ケースは 2009 年度に「教員と教材作成」をしていなかったが、2016 年度にはそれを実施するようになった。

2009 年度には全 13 指標のうち、a ケースが 11 項目、b ケースは 10 項目を満たしており、2016 年度には全 22 項目のうち、いずれも 17 項目を満たしていた。グループ内でも最も多い該当数である。

当然のことながら、いずれのケースも 2009 年度時点から教育事業、啓発事業ともある程度、実績があり、それをさらに拡大したことになる。人員や予算等の体制も、2009 年度においてはいずれのケースも人員 3 項目と予算 3 項目のすべてで水準以上であり、2016 年度も予算の自主財源部分が 1 ケースで水準に達していなかったが、あとはすべて水準を超えていた。やはり先進的な自治体ほどの実績を上げていくためには、体制が整備されていないと厳しいといえよう。

② 第 I G

第 I G では 2009 年度から 2016 年度にかけて総合 D と総合 F から総合 C へと変化したタイプが最頻値であった自治体になる。このうち総合 D から総合 C になったタイプは 2 ケースある（以下では c ケースと d ケースとする）。

このケースは 2009 年度時点においてはいずれも「基本計画」はなく、教育事業では「学校出前広報」をし、「人口あたり学校出前講座」の回数は水準を超え、啓発事業では「一般出前広報」と「HP 一般出前メニュー」を行い、「一般講座」は実施しているものの、「福祉向け研修」と「担い手講座」はなく、「人口あたり一般出前講座」の回数は水準を超えていた。そして 2016 年度には c ケースは「推進計画」、「協議会」があり、教育事業ではともに「学校出前広報」を行い、さらに c ケースは「協議会」には教員が参加し、「教員と教材作成」している。そしてともに「人口あたり学校出前講座」の回数は水準を超えている。啓発事業ではともに「一般出前広報」と「HP 一般出前メニュー」を行い、「一般講座」を実施し、「人口あたり一般出前講座」の回数も水準を超えている。うち c ケースは消費生活展を実施し、d ケースは「福祉向け研修」を実施している。まとめると、いずれも教育事業、啓発事業の出前講座を積極的に行っているが、c ケースは教育事業に力点をおいて進めつつ、啓発事業も行っているのに対して、d ケースは教育事業、啓発事業ともバランス良く進めているといえる。

以上のようなケースの人員や予算等の体制をみていくと、2009 年度と 2016 年度とも人口 10 万人あたり相談員数はどちらのケースも水準に達していないが、定数内専任職員数と事務職員合計数の水準を d ケースは常に超えているのに対して、c ケースは常に達していない。予算についてみると、2009 年度と 2016 年度ともいずれのケースも自主財源部分は水準に達していなかったが、人員が水準を達していなかった c ケースは、両年度ともに基金等及び基金等をあわせた合計の消費者教育関係の予算 2 項目は水準に達していた。これらからみると、人員もしくは基金を含めた合計予算が水準以上であることが、推進の要件になっている。

第 I G の先進的な例として 2016 年度に総合 C であった 8 ケースになるが、前で述べた 2 ケースも該当し、そのうち d ケースが 2016 年度には全 22 項目のうち 13 項目満たしており、このグループでは最も多い該当数であった。d ケースは 2009 年度にも全 13 項目中 10 項目で該当しており、着実に事業を増加させていったことになる。c ケースは、人員が水準に達していなかったが、基金等を水準以上に利用していた自治体であり、これをみる限り、第 I G 内の先進的な自治体レベルならば、基金等を利用すれば推進可能であると考えられる。

③ 第 II G

第 II G では 2009 年度から 2016 年度にかけて総合 D のままだったタイプが最頻値であった自治体になる。このタイプは 2 ケースある（以下では e ケースと f ケースとする）。

この 2 ケースは 2009 年度時点においてはいずれも「基本計画」はなく、教育事業では e ケースが「人口あたり学校出前講座」の回数は水準を超えていたものの、f ケースは教育事業に関する取り組みがなかった。啓発事業ではともに、「人口あたり一般出前講座」の回数は水準を超えていたが、e ケースは「一般出前広報」と消費生活展を行っていたものの、「一般講座」と「福祉向け研修」と「担い手講座」はなく、教育事業がなかった f ケースは、啓発事業において「一般講座」と「福祉向け研修」、消費生活展を行っていた。そして

2016 年度にはともに「基本計画」、「推進計画」、「協議会」はなく、教育事業ではともに「学校出前広報」を行い、「人口あたり学校出前講座」の回数は水準を超えていた。啓発事業ではともに「一般出前広報」を行い、「人口あたり一般出前講座」の回数も水準を超えていた。e ケースは消費生活展を実施し、f ケースは「一般講座」と「福祉向け研修」を実施しており、2009 年度と同様であった。まとめると、2016 年度はいずれも学校向け、一般向け出前講座を中心に事業を組み立てており、2009 年度時点から両方向けの出前講座を推進していたか、それとも「福祉向け研修」を行っていたかの違いがある。

以上のようなケースの人員や予算等の体制をみていくと、2009 年度と 2016 年度とも、f ケースは人口 10 万人あたり定数内専任職員数と相談員数の 2 項目で水準を超えていたが、e ケースは人員の 3 項目とも水準を超えていた。予算額はともに両年度とも不明だが、いずれのケースも総合 D- のままであったことからみて、人員がある程度水準を超えていても、推進できるとは限らないと推察できよう。

第Ⅱ G の先進的な例として 2016 年度においては B レベルであった 1 ケースの自治体を取り上げる。2009 年度時点においても B レベルであり、「基本計画」はないものの、重要指標のうち教育事業においては「教員と教材作成」を実施し、「人口あたり学校出前講座」の回数を満たし、啓発事業においては「福祉向け研修」と「担い手講座」の 4 項目が該当し、その他の指標を含めた全 13 項目のうち 7 項目で該当していた。2016 年度ではいずれも「推進計画」と「協議会」はなく、教育事業と啓発事業の重要指標は 2009 年度と同様の状況であり、その他の指標を含めた全 22 項目のうち 10 項目で該当していた。このようにこのケースはもともと先進的であったのだが、それが 2016 年度時点まで持続しているということである。このような状況であるため、人員や予算等の体制も両年度とも人員 3 項目、予算 3 項目のすべてで水準を超えていた。この先進的な自治体は、第Ⅱ G 内の他の自治体と比べて突出したレベルにあり、他の自治体からみると目標というよりは、別格と把握されてしまう可能性もある。

④ 第Ⅲ G

第Ⅲ G では 2009 年度から 2016 年度にかけて総合 E- と総合 F- から総合 E- へと変化したタイプが最頻値であった自治体になる。ここでは推進の状況を把握するため、後者である総合 F- から総合 E- 上昇した 1 ケースを取り上げることにする。

2009 年度時点においては「基本計画」がなく、教育事業には取り組んでおらず、啓発事業では「一般出前広報」と「HP 一般出前メニュー」、「一般講座」と消費生活展を行ったものの、一つも重要指標を満たしていなかった。そして 2016 年度には「基本計画」、「推進計画」、「協議会」はなく、教育事業では学校出前講座を実施したが回数は水準を達しなかった一方、啓発事業では「一般出前広報」と「HP 一般出前メニュー」、「一般講座」と「福祉向け研修」、消費生活展を行ったものの、「人口あたり一般出前講座」の回数は水準を達していなかった。つまり 2009 年度には消費者教育施策は行っていなかったが、2016 年度には教育事業で「学校出前講座」を始めた一方、啓発事業の「福祉向け研修」事業を増やしたことになる。

以上のようなケースの人員と予算の体制をみていくと、人員においては 2009 年度と 2016 年度とも人口 10 万人あたり定数内専任職員数だけ水準を超えていた。予算では 2009 年度は消費者教育関係の自主財源予算が水準を超えていた一方、2016 年度は 3 項目全てで水準を超えていた。人員と予算という体制からみると、グループ内ではある程度水準以上であるからといって、消費者教育施策の推進にはつながらずとは限らないとまとめられる。

第Ⅲ G の先進的な例として 2016 年度においては総合 A であった 1 ケースの自治体を取り上げる。2009 年度時点においては総合 C であり、「基本計画」はないものの、重要指標では教育事業においては「人口あたり学校出前講座」回数の水準を超え、啓発事業においては「福祉向け研修」を実施しており、「人口あたり一般出前講座」回数も水準以上であり、その他の指標を含めた全 13 項目のうち 7 項目で該当していた。2016 年度では「推進計画」があり、5 つの重要指標をすべて満たし、その他の指標を含めた全 23 項目のうち 11 項目で該当していた。このようにこのケースはもともと出前講座を中心に実績があったが、それに新たな事業を付け加えていったということである。インタビュー調査の結果によると、ここで特徴的なのは「推進計画」の策定によって、これまでの取り組みが加速したということである。「推進計画」の策定や「協議会」の設置などは、形だけになるのではないかと思われるが、このケースのように「推進計画」策定がさらなる推進の契機となることもあるとまとめられよう。このケースの人員や予算等の体制をみていくと、2009 年度と 2016 年度とも人口 10 万人あたり事務職員合計数だけを満たす一方、予算の 3 項目とも水準を超えていた。このケースをみると、人員がそれほど整わない中でも、予算をしっかりと確保することで、先進的な消費者教育施策の推進ができているといえるだろう。

⑤ 第Ⅳ G

第Ⅳ G では 2009 年度から 2016 年度にかけて総合 E から総合 D へ上昇したタイプが最頻値であった自治体になる。このタイプは 2 ケースある（以下では g ケースと h ケースとする）。

2009 年度時点においてはどちらのケースも「基本計画」がなく、教育事業も取り組んでおらず、啓発事業は「一般出前広報」と「一般 HP 出前メニュー」と「一般講座」、消費生活展に取り組み、「人口あたり一般出前講座」の回数が水準以上であった。そして 2016 年度には g ケースは「推進計画」を策定し、教育事業の「学校出前広報」と「協議会」に教員が参加し、「HP 学校充実」を図り、その結果として「人口あたり学校出前講座」の回数は水準を超えていたが、h ケースは、この年度も教育事業の取り組みがなかった。啓発事業においてはともに「一般出前広報」と「一般 HP 出前メニュー」、「一般講座」と消費生活展に取り組み、「人口あたり一般出前講座」の回数が水準以上であった。そして教育事業の取り組みがなかった h ケースでは「福祉向け研修」も実施していた。つまり重要指標でみると、2009 年度時点では啓発事業の「人口あたり一般出前講座」回数だけが水準以上であったが、2016 年度には啓発事業の「人口あたり一般出前講座」の回数が引き続き水準以上であるだけでなく、g ケースは教育事業に乗り出し、h ケースは教育事業に手を出さず、啓発事業の充実を図ったということになる。

以上のようなタイプの人員や予算等の体制をみていくと、2009 年度には g ケースは人口 10 万人あたり定数内専任職員数だけが水準を超えていた一方、h ケースでは専任職員はおらず、事務職員合計数、相談員数が水準以上であった。この h ケースだけ 2009 年度の予算データがあったのだが、予算 3 項目とも水準に達していなかった。2016 年度には g ケースでは事務職員合計数だけが水準を超え、h ケースでは事務職員合計数、相談員数が水準以上であったが、予算の 3 項目とも水準に達していなかった。このようにみると、g ケースは職員合計が若干増加し、「推進計画」を策定したことで、教育事業も推進していったといえる一方、もう h ケースはその様子はみられない。ここに示した消費者教育施策の推進程度ならば、体制がそれほど整わなくても可能であると考えられよう。

第ⅣG の先進的な例として 2016 年度においては総合 B である 1 ケースの自治体を取り上げる。2009 年度時点においては総合 D であり、「基本計画」はないものの、重要指標では教育事業においては「人口あたり学校出前講座」の回数が水準を満たし、啓発事業においては「福祉向け研修」を実施しており、「担い手講座」や「人口あたり一般出前講座」の回数は水準に達していなかった。その他の指標を含めた全 13 項目のうち 4 項目で該当していただけだった。2016 年度では「推進計画」はなく、重要指標では教育事業においては「人口あたり学校出前講座」の回数が水準を超え、啓発においては「福祉向け研修」と「担い手講座」を実施しており、「人口あたり一般出前講座」の回数も水準を超えていた。その他の指標を含めた全 23 項目のうち 9 項目で該当していた。このようにこのケースは教育事業において出前講座を充実させているだけでなく、啓発事業では求められている事業を拡大させていったといえる。

さらに、このケースの人員や予算等の体制をみていくと、2009 年度には人口 10 万人あたりの定数内専任職員数だけが水準を超えていたが、予算は、3 項目とも水準に達していなかった。しかし 2016 年度には人員 3 項目で水準を超えるとともに、予算の 3 項目も水準を超えていた。この先進的なケースをみると、体制の充実が事業の充実につながると言うあたりまえの姿が現れている。

4. 総合考察

（1）消費者教育施策を推進する要因

ここまで把握したことをふまえて、何がいえるのだろうか。まず具体的な推進の状況として取り上げた最頻値の動向からみると、全体としては推進基調にあるといえるだろうが、同時に政令 G とそれ以外のグループとの取り組み状況には大きな格差があるということである。政令 G では、「推進計画」等を策定して重要指標のほとんどすべてを満たすことが当然のレベルであるのに対し、それ以外のグループでは、従来から行われてきた啓発事業の 1 つである一般向け出前講座の回数を増加させながら、学校向けにも出前講座を広げているとしており、「福祉向け研修」以外の取り組みは、あまり進められていない状況にある。政令 G 以外のグループでは、2016 年度時点でも総合 F 以下という、重要指標を 1 つも満たしていない消費者教育施策の推進に出遅れている自治体が各グループ内で最低でも 1 割以

上ある。地方分権時代である以上、自治体による取り組み状況の差は仕方がないところだが、どこまで自治体間の格差は許容されるのかという問いが現れる。

では具体的にどうすれば、消費者教育施策を推進できるのだろうか。ここまでの分析をふまえて整理していきたい。

まず第 1 に第 I G 以下での「推進計画」の策定や「協議会」の設置は、消費者教育の推進にとって大きな意味をもつ場合があるということだ。これらがなくても推進できる場合もあるだろうが、第 I G 以下でそれらを行っている少数の自治体はいずれもレベルを上げており、相対的に人口規模の小さい自治体ほど、これら制度の整備は推進の必要条件といえるだろう。なぜこれらが推進の契機になるといえるのだろうか。それは「推進計画」や「協議会」を行うには、消費者行政部局の職員による、地域関係者等の「掘りおこし」や関係部局との意見調整、予算措置など多くの尽力が必要になり、そのプロセスが消費者教育施策を推進するための契機となるからである。もちろん、このようなことに取り組む意欲があること自体、消費者教育施策を推進するためのエネルギーがあるともいえる。

他方、政令 G では従来から審議会を設置している自治体が多く、相談体制が整備され、「基本計画」を策定していたため、「推進計画」の策定や「協議会」の設置は、それらの上書きにすぎない場合も多いが、もともと審議会や「基本計画」をもっていなかった自治体ならば、今回の「推進計画」策定や「協議会」設置は、消費者教育推進の契機となるだけでなく、消費者行政部局総体の充実につながる可能性もあるだろう。

第 2 に、消費者教育施策の推進にとって、人員や予算等の体制が整っていることが必要である。しかし現状ではその問題があまり現れていないケースもみられる。こうなる理由は 2 つ考えられる。1 つは自治体が消費者教育を推進しているといっても、まだそれほど拡充しているわけではないから、体制の制約がそれほど響かないのではないかということである。実際にインタビュー調査の結果によると、事務職員の増員はないのにもかかわらず、職員の尽力で出前講座の回数が増加した例もあったように、特に人員や予算が増えなくても、推進できる場合もあるということである。2 つ目の理由として消費者行政部局内の人員や予算に限界があっても、地域の関係者にうまく関わってもらえれば、ある程度カバーできるということがある。実際に、インタビュー調査でもそのようなことを話していた自治体もあった。しかしいずれもある程度まではこれらで推進できるだろうが、例えば各グループの先進的な自治体のレベルまでの本格的な拡充を図ろうとすれば、人員、予算の体制の制約というリソースの限界にぶつかると思予想できよう。言い換えると、現状では体制等のリソース不足に陥るほど、消費者教育の推進が行われていないということである。

第 3 に、地方消費者行政活性化基金等は消費者教育施策の推進にとって重要であるということである。基金の利用状況をみる限り、全体で約 500 億円のうち、半分程度が消費者教育・啓発事業につぎ込まれている¹³⁾。自治体の中には、教育関係の自主財源がほとんどないものの、基金等の補助金によって、消費者教育施策を推進しているところもある。全体でみると、2009 年度の教育予算に占める基金等の割合は 3 割だったのに対して、2016 年度は 6 割と倍増している。この期間に消費者教育の推進が全体として図られていることから、基金等の影響はかなり大きいといえる。しかし問題はその先にある。基金等の特定

補助金は本来「基金を活用し、効率的・効果的に事業を推進し、消費者行政の充実を図るとともに、消費者行政予算の自主財源（交付金相当分を除く。）の充実に努め、活性化事業終了後においても、基金の活用により充実・強化した地方消費者行政の体制の維持・充実に努めるもの」と述べられているように、基金等を利用して、消費者行政を充実し、その実績をもとに自主財源の拡大に努め、「体制の維持・充実に努めるもの」といわれている。つまり基金等は自主財源等による体制の充実に努めるための手段にすぎないはずである。しかしインタビュー調査の結果によると、基金がないとやっていけない、基金が切られれば、その場合は事業を縮小せざるを得ないという言い方をしたケースがほとんどであり、基金で充実した事業を実績にして、自治体の財政当局を説得し、今後は自主財源でカバーしていく努力をしたいという、基金の趣旨に沿った発言をした自治体はほんのわずかであった。ここには自治体と国との意識のズレが明確にみられるとともに、基金等が縮小されつつあり、その先行きが不透明な現在の状況をふまえると、今後の基礎自治体による消費者教育の推進は、これまで以上に厳しくなってくると想像できよう。

第 4 に、消費者教育の推進にあたっては、当該自治体に関係している研究者、消費者団体、適格消費者団体等有識者の役割は重要であるということである。インタビュー調査の結果によると、2016 年度時点で先進的な自治体といわれたケースの中には、行政職員や相談員の努力だけでなく、上記有識者によるコミットが重要な意味をもっていた場合もあった。地域の有識者は「推進計画」策定や「協議会」への参加等だけでなく、地域の消費者教育施策について発言する機会が多いはずである。その意味でいえば、例えば推進指標において低い評価となった自治体は、行政職員等の努力が足りないだけでなく、地域の有識者にもその責任の一端はある。そもそも消費者教育施策に対して専門的な知見をもっている人材は少数であるからこそ、有識者は地域の状況に目を光らし、自治体による消費者教育施策の推進のあり方についての責任を積極的に果たすだけの自覚が求められよう。

（２）都道府県や国に期待されること

以上の考察をふまえて、都道府県や国が基礎自治体に対して行うべきことは何だろうか。

まず都道府県は基礎自治体とは異なり、消費者教育を推進するための制約条件があることを自覚すべきである。色川他(2018)でも指摘したとおり、地方自治法や推進法をふまえると、都道府県は基礎自治体が行うべきことを行うのが本務である。例えば一般的な出前講座の実施等は、第一義的には基礎自治体の仕事であって、都道府県の仕事ではない。よくいわれる高校以上は都道府県で、義務教育は基礎自治体という区分も、法令上、明確に分担ルールがあるわけではなく、高校は県立が多く、義務教育は市町村立が多いという理由で分けているところが大半である。しかし地方自治法にあるように、二重行政を避け、行政の効率化を図るためには、都道府県と基礎自治体とは業務が重ならないように明示的な分担を考えるべきである。さらに都道府県は広域自治体である以上、基礎自治体の支援も業務である。どのような支援が求められているのかをよく検討して、事業を進めるべきである。例えば本稿で示したように 2016 年度時点でも総合 F- という評価になってしまっている基礎自治体は相対的に遅れていることになる。しかしその都道府県下では人口規模

の比較的大きな基礎自治体であり、近隣基礎自治体に対する影響も大きい。その意味から都道府県は該当自治体に対して何かしら支援をすべきではないだろうか。そして逆によく取り組んでいる基礎自治体に対しては、その領分に手を出さないという都道府県の良識も求められているといえるだろう。

国の課題としては、地方公共団体を支援するにしても、基金等の特定補助金交付はともかく、直接、出前講座を行ったりすることはそもそも考えにくい施策である。しかし「地方消費者行政強化作戦」によって目標化された課題に対してすべての政令市が反応して「推進計画」を策定し、「協議会」を設置する予定になっているように、国の影響力はたいへん大きいものがある。そういう中で、国に期待されていることは 2 つある。1 つ目としては今後も「地方消費者行政強化作戦」のような「メルクマール」を示して、地方公共団体の道案内をしていくことである。その際には政令市だけでなく、せめて本稿で取り上げた基礎自治体レベルまでの消費者教育施策に関する「メルクマール」を定期的に示してもらいたい。2 つ目としては都道府県及び基礎自治体の消費生活センターを消費者教育の拠点化にするための支援である。そもそも拠点化とは何か。拠点化とは「様々な情報を集積し、地域住民に消費者教育を提供する場として、また、消費者教育の担い手を育成する場として活用すること」¹⁴⁾ としているが、これまでのように出前講座や教材を作成することだけではない。学校のニーズ等を考慮すれば、図書館のレファレンス係のように、消費者教育関係の問い合わせに対して、的確かつ迅速に対応できる体制をもつことも重要である。そのためには例えば消費者教育全般について、学校の先生に対して適切に助言できるだけの能力をもった人あるいは機能が必要であり、単に自分たちが作成した教材を示し、最新の消費生活相談事例を話すだけでは不十分である。全国あちこちで作成された教材を常に研究していることや、学校現場のニーズや悩みを適切に理解し、対応できるというような高度な専門的な能力が求められるだろう。そして「国は、それらの充実のため情報を提供する」だけでなく、それを積極的に支援する方策を示していくことが期待されるのである。

5. まとめと課題

さて前論文（色川他 2018）では、2009 年度から 2016 年度にかけて人員、予算等の体制はそれほど充実しておらず、国から継続的に支出されている基金・交付金は、その低落傾向を抑制する効果があったとまとめていた。

このような施策を実施するための体制等のリソースが充実していかないという厳しい状況の中でも全国主要都市の消費者教育施策は、どのグループにおいても教育、啓発とも推進されていた。但し、推進のスピードは、人口規模が大きい基礎自治体ほど速い傾向にあったが、同時に各グループ内で推進スピードの格差もみられたし、まだ推進の入り口だからこそ、リソースの制約があまり顕在化していない。さらなる推進をしていくためには、先進的な自治体のケースからわかるように、人員や予算等のリソースの充実が求められるだろうし、地域住民や有識者等を巻き込んでいくような仕掛け作りもさらに必要であろう。都道府県や国による様々な支援も継続的に必要であるのもいうまでもない。あらゆるス

テークホルダーが自分の責任を自覚し、主体的かつ良識をもって関わっていくことこそ、現在、推進にあたって最も求められていることであろう。

今後も検討すべき課題として推進指標そのもののさらなる研究の必要性がある。本稿で提示した推進指標は、人口規模別の実態に基づく実証的な指標であるが、消費者教育施策はこうあるべきではないかという理想の姿を基準にした理念的推進指標から実態を評価する方法もありえるかもしれない。また最近の政策評価手法であるロジックモデルからみると、例えばこの推進指標で取り上げた出前講座の回数や教材の作成等はアウトプットレベルで構築されており、アウトプットの先であるアウトカムまで考慮されていない。たとえ現状ではデータの制約もあり、アウトプットレベルまでに指標でしか、消費者教育の推進を把握できないにしても、今日、あらゆる施策に明確なエビデンスが求められているように、消費者教育施策の推進においてもエビデンスをどう得るかという点についても含めて、さらに深く検討する必要性があるだろう。

今後も消費者教育施策の動向をフォローしつつ、上記した課題をふまえて検討を続けたい。

謝辞

本研究を進めるにあたって、消費者庁、本研究の調査対象になった全国主要都市のご担当者の皆様には大変ご協力をいただいた。ここに記して感謝申し上げたい。なお本研究は科学研究費基盤研究 (c) 研究課題番号 16K00748 の助成を受けている。

〔引用及び参考文献〕

- 色川卓男 (2010) 「政令指定都市における消費者教育・啓発施策の実態と課題」『国民生活』2010 年 5 月号、独立行政法人国民生活センター、2010 年 5 月、pp.20-23
- 色川卓男 (2011) 「消費者行政活性化計画はどうなっているかー地方消費者行政の現在」『静岡大学教育学部研究報告 (人文・社会・自然科学篇)』第 61 号、2011 年 3 月、pp.211-219
- 色川卓男 (2012) 「全国主要都市における消費者教育・啓発施策の実態と課題」『消費者教育』第 31 冊、日本消費者教育学会、2012 年 9 月、pp.103-111
- 色川卓男 (2014) 「地方消費者行政評価指標による実態把握の試みー静岡県内市町の消費者行政調査を事例にしてー」『消費者教育』第 34 冊、pp.1-10
- 色川卓男 (2015) 「消費者市民社会に向けた地方における消費者教育施策の現状と課題」『国民生活』2015 年 3 月、独立行政法人国民生活センター、pp.1-4
- 色川卓男 (2016) 「全国都道府県における消費者教育施策の実態と課題ー予算、事業数と講座状況を中心にー」『消費者教育』第 36 冊、日本消費者教育学会、pp.53-64
- 色川卓男 (2018) 「政令指定都市における消費者教育推進計画の構成と内容について」『消費者教育』第 38 冊、日本消費者教育学会、2018 年 9 月、pp.143-153
- 色川卓男・小久江茜・小野田葵 (2018) 「近年の全国主要都市における消費者行政の動向と課題」『国民生活研究』第 58 巻第 2 号、2018 年 12 月、pp.86-114
- 色川卓男・小谷茜・柏木沙紀 (2015) 「地方公共団体における消費者教育施策の歴史的推移

に関する研究—福岡県、滋賀県、広島県を事例にして—」『国民生活研究』第 55 巻第 1 号、2015 年 7 月、pp.50-110

大森 彌（2014）『変化に挑戦する自治体—希望の自治体行政学— Kindle 版』第一法規

柿野成美(2019)『消費者教育の未来—分断を乗り越える実践コミュニティの可能性』法政大学出版局

(財)農林水産政策情報センター(2003)「ロジックモデル策定ガイド」(翻訳)

(http://www.maff.go.jp/primaff/about/center/hokoku/attach/pdf/200308_hk066.pdf 2019.9.16)

酒井麻衣子(2004)『SPSS 完全活用法 データの視覚化とレポートの作成』東京図書、p.12

消費者庁（2011）、「地方消費者行政の充実・強化に向けた課題」消費者庁制度ワーキング・グループ、2011 年 1 月

(http://www.cao.go.jp/consumer/history/01/kabusoshiki/chihou/doc/110125_sankou1-2.pdf 2019.9.16)

消費者庁(2018a)「地方消費者行政推進交付金の制度概要」第 26 回消費者委員会本会議資料 3-1

(https://www.caa.go.jp/policies/policy/local_cooperation/local_consumer_administration/block_meeting/chubu_hokuriku/pdf/chubu_hokuriku_2017_0004.pdf 2019.9.16)

消費者庁(2018b)「消費者教育の推進に関する基本的な方針」平成 30 年変更

(https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_education/consumer_education/basic_policy/pdf/basic_policy_180320_0002.pdf 2019.9.16)

消費者庁「地方消費者行政の現況調査」各年版

田中菜採兒（2014）「消費者教育の経緯と現状」『調査と情報』第 818 号、pp.1-12

(http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_8433063_po_0818.pdf?contentNo=1 2019.9.13 取得)

[注]

1) 「地方消費者行政の充実・強化に当たっては、国から『消費生活センター』や消費生活相談員などの『設置基準』、『配置基準』を設けるべきとの意見もあります。(略) 現在、政府においては、『地域主権改革』の取組が進められ、自治事務に対する『義務付け・枠付け』の廃止・縮小が進められており、参考にあげた例の多くもその廃止・縮小が求められているところであり、こうした政府全体の取組も踏まえた検討が必要と考えます。仮に、何らかのメルクマールを示す必要があるのであれば、『地方公共団体への期待』、『事例紹介』といったものとするのが適切ではないかと考えます。」(消費者庁 2011 p.18)

2) 消費者庁(2018b)p.35

3) 全国主要都市調査の概要は以下の通りである。アンケート調査については対象が人口 19 万人以上の全国の基礎自治体（141 ケース）で、調査時期は 2017 年 5 月～10 月、調査対象年度は 2009・2015・2016 年度の実績を調べている。調査内容は体制、相談、施設、制度、消費者教育等であり、回収率は 83.7%（118 ケース）(政令市：100%)となっている。その後行ったインタビュー調査および施設調査については、対象がアンケート調査結果をみて、特徴がみられた人口 19 万人以上の基礎自治体（42 ケースうち 17 政令市含む）で調査時期は 2017 年 7 月～11 月、調査内容はアンケート結果の確認、追加質問、施設

見学等を行った。（色川他 2018 p.87 表-1 より作成）

- 4) 「主要都市調査」の一般出前講座の回数を「現況調査」の「講習会等のうち出前講座開催(回)」のデータとつきあわせて確認するとともに、「主要都市調査」で無回答や空欄だったものについては、「現況調査」のデータを利用した。学校出前講座の回数が把握できている場合には、この学校出前講座の回数から「講習会等のうち出前講座開催(回)」を引いて、一般出前講座の回数を把握した。なお「現況調査」データは消費者庁のご厚意でマイクロデータをお借りしている。
- 5) 色川他(2018)で記載したとおり、インタビュー調査は、アンケートで回答があった 118 ケースの中から、42 ケースで実施した。具体的には、政令 G は 17 ケース（77.3%）、第ⅠG は 13 ケース（40.6%）、第ⅡG は 2 ケース（9.1%）、第ⅢG は 8 ケース（44.4%）、第ⅣG は 2 ケース（8.3%）と、各グループ間でバラツキがある。これは、アンケートの回答状況で特徴がみられたところで、かつ、インタビュー調査にご協力いただけたところに問い合わせたため、結果的にバラツキが出たということである。
- 6) なお、質問項目によっては未回答もあるため、ケース数が減少する場合もある。詳しくは色川他(2018)を参照のこと。
- 7) 平均値だと外れ値の影響が現れ、ある年次に突出した取り組みをしていたケースの影響が現れてしまい、実態把握にはそぐわないと判断したからである。
- 8) 色川(2010)p.23
- 9) 色川(2012)p.108
- 10) 柿野(2019)は、この点について検討している。
- 11) 教員と教材作成は難易度が高く、毎年やっていることに意義があるというよりは、それが持続的に改訂され、あるいは学校現場で利用されることも重要であるため、2016 年度に作成していなくても 2015 年度に行っていた場合やアンケート項目にある「平成 28 年度で利用可能な消費者教育教材、啓発、広報資料」にあがっていた資料のうち、これに該当するものがあれば、カウントすることにした。
- 12) 推進指標は各グループ内の該当率や中央値から構築されており、これから全体でみるのは適切ではないので表には入れていない。
- 13) 消費者庁(2018a)
- 14) 消費者庁(2018b)p.21

「国民生活研究」第 59 巻第 2 号（2019 年 12 月）

〔調査報告〕

脚立からの転落事故の発生状況 —東京消防庁管内の実態分析—

清 水 鉄 也*

-
- 1 はじめに
 - 2 対象と方法
 - 3 結果
 - 4 考察
 - 5 結語
-

1 はじめに

脚立の転倒、脚立からの転落による事故が発生しており、死亡例や重症例も確認されている。本調査では、「脚立」は専用脚立、三脚脚立及び脚立状態のはしご兼用脚立を指し、作業台、踏み台及びはしご状態のはしご兼用脚立は含まないこととし、上っていた脚立が転倒したり、脚立から転落することにより受傷した事案を「脚立からの転落事故」と呼ぶ。独立行政法人製品評価技術基盤機構（以下「NITE」という。）の報告によると、日本国内で発生し NITE に通知された製品事故情報（就労中、就労外の両者を含む）のうち、2006 年度から 2010 年度の 5 年間に脚立による事故（転落以外の事故も含む）で 5 人の死亡例があり¹⁾、2011 年度から 2015 年度の 5 年間では、脚立による事故（作業台による事故も含む。転落以外の事故が含まれている可能性がある）は 162 件あり、このうち人的被害が重傷であったのは 80 件（49.4%）であった²⁾。また、2006 年に日本国内で発生した休業 4 日以上 の労働災害の 25.5% を分析した菅間らの研究では、脚立に起因する災害が 992 件抽出され、うち墜落・転落による災害は 849 件（85.6%）であった³⁾。日本国内ではしごや脚立から転落し救命救急センターに搬送された傷者 9 例（うち就労中の受傷 3 例、脚立からの転落

*しみず てつや 東京都生活文化局消費生活部生活安全課（現 東京消防庁消防技術安全所活動安全課）

7 例。どの傷者が脚立からの転落かは示されていない）の報告では、集中治療室退室時の転機は、死亡が 1 例（就労中に受傷）、重度障害が 3 例（うち就労中の受傷 1 例）であった⁴⁾。脚立からの転落事故では受傷部位は四肢に多いが、死亡や重症事例では頭部に多かった^{3), 4)}。

一方で、消費者の脚立からの転落事故の総数は把握されておらず、就労外の脚立からの転落事故を調査する必要がある。前述の NITE の報告は、NITE へ通知がなされた件数であり、実際の事故発生件数とは隔たりがあると考えられる。また、菅間らの報告は、厚生労働省が収集した労働者死傷病報告に基づいており、全て就労中に発生した事案である。さらに、脚立とはしごは、前者が自立する構造であるのに対し、後者は自立しない構造であり、事故の発生機序は異なる可能性があるが、脚立からの転落事故ははしごからの転落事故と合わせて集計されることが多く^{4), 5), 6), 7), 8), 9), 10)}、脚立のみの事故発生状況は不明なことが多い。

事故の総数に加え、受傷した消費者の属性や、受傷時の作業内容等を明らかにする必要がある。英国の研究では、就労外に発生した脚立からの転落事故による傷者の平均年齢は 57 歳であり¹¹⁾、デンマークやオーストラリアにおける就労外のはしごや脚立からの転落事故に関する研究では傷者は男性の割合が高かった^{6), 8), 9), 12)}が、日本国内で就労外に脚立から転落した傷者の平均年齢や男女比は明らかになっていない。またスウェーデンの研究では、就労中・就労外の両者を含む脚立からの転落事故において、製品の不具合に起因する事故は少なかった¹³⁾。このため、脚立からの転落事故を減少させるには、事故発生時の使用状況を把握し、発生率の高い対象に効果的な予防策を行うことが有用であると考えられる。さらに、はしごや脚立からの転落事故は剪定作業中に多い¹⁴⁾が、東京都内では地域により住宅の植栽の状況が異なるため、地域別の発生状況の分析も必要と考えられる。

本調査では、消費者の脚立からの転落事故を抑制する取組に資するため、東京消防庁の救急活動記録を用いて、消費者が脚立から転落した事故の件数及び事故発生時の作業内容等を分析した。さらに、東京消防庁管内（東京都内のうち、稲城市、島しょ部を除いた地域）の地域別による脚立からの転落事故の発生状況の違いについても分析した。

2 対象と方法

東京消防庁の救急活動記録から必要となるデータを得た。救急活動記録は、救急隊が出動する度に作成される記録であり、東京消防庁では電子データ化されている。東京消防庁に対しデータ提供を依頼し、匿名化されたデータの提供を受けた。提供を受けたデータは、2016 年及び 2017 年中に東京消防庁の救急隊が出場した事案のうち、救急隊が事故種別を、労働災害事故や交通事故等に分類されない不慮の事故である「一般負傷」として、かつ原因器物を「脚立・踏み台・足場」として登録し、傷者が救急搬送された救急事故についての、覚知年月、覚知時間、救急要請のあった行政区市町村名、傷者の年齢・性別、救急隊が記載した事故の概要、初診時傷病程度であった。提供を受けたデータは 951 事案分であった。

データ中の事故の概要欄を精査し、本調査の対象外の事案や、調査対象であるか不明の

事案を調査対象から除外した。除外事案を図 1 に示す。調査対象となるデータは 649 事案分であった。この調査対象から、傷者及び事故の属性と、発生月と事故発生時の作業内容を集計し、さらに傷者が救急搬送された脚立からの転落事故の粗受傷率を求めた。次に、事故発生時の作業内容と、傷者の属性、転落時の高さ及び初診時傷病程度の集計を行った。加えて、地域別に、傷者が救急搬送された就労外の脚立からの転落事故の標準化罹患比（SIR:Standardized Incidence Ratio）を算出し、地域と、傷者及び事故の属性の集計も行った。

地域は、都民生活に関する世論調査¹⁵⁾での分類を一部参照し、表 1 のように分類した。剪定作業は住宅の庭が広い方がより従事時間が長くなると予想されることから、表 1 には宅地面積に対する建築面積の割合を付記した。事故発生時の作業内容は、表 2 のとおり分類した。SIR の参照罹患率は、本調査における傷者が救急搬送された脚立からの転落事故全ての、2017 年 1 月現在の東京消防庁管内の人口に対する性・年齢階級別発生率とし、標準化罹患比の 95%信頼区間は Byar の近似式¹⁶⁾で計算した。SIR=110 の場合、その地域は性別・年齢を調整したうえで東京消防庁管内全体より 1.1 倍発生率が高いと解釈することができる¹⁷⁾。

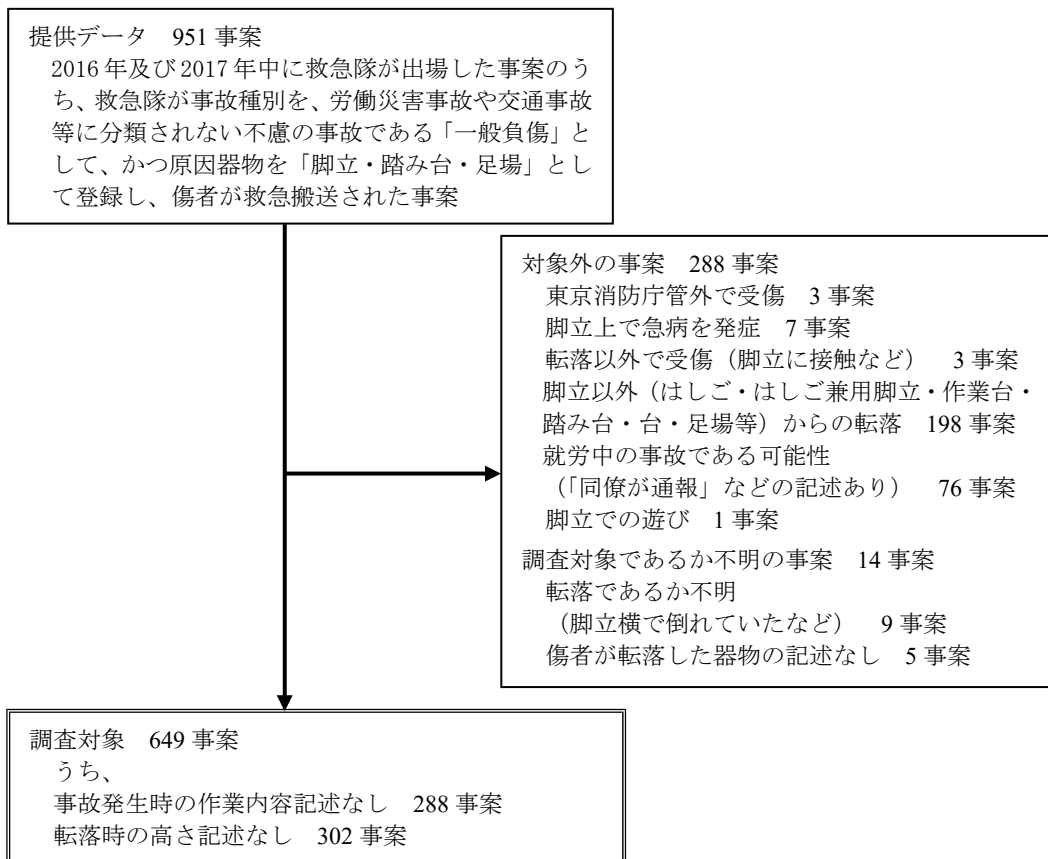


図 1 調査除外事案

表 1 地域分類

地域名（地域内区市町村の 宅地面積に対する建築面 積の割合の中央値(%)）	区市町村名（宅地面積に対する建築面積の割合(%)）
センター・コア (55.3)	千代田(48.1)・中央(69.0)・港(49.2)・新宿(55.1)・文京(55.3)・ 台東(67.5)・墨田(60.8)・江東(47.4)・渋谷(51.3)・豊島(58.0)・ 荒川(58.1)
23 区内その他 (50.95)	品川(50.9)・目黒(51.6)・大田(49.5)・世田谷(47.8)・中野 (54.4)・杉並(50.0)・練馬(47.9)・北(51.0)・板橋(51.1)・足立 (47.7)・葛飾(51.4)・江戸川(51.8)
多摩東部 (40.15)	武蔵野(44.9)・三鷹(41.1)・調布(44.8)・小金井(39.7)・小平 (37.5)・東村山(38.3)・国分寺(41.2)・狛江(47.7)・清瀬(37.1)・ 東久留米(40.9)・西東京(42.7)・立川(40.6)・国立(39.0)・府中 (41.2)・昭島(38.8)・福生(42.3)・東大和(38.6)・武蔵村山 (37.6)・羽村(39.5)・瑞穂(38.2)
多摩西部 (36.6)	八王子(37.0)・町田(36.0)・日野(39.0)・多摩(36.6)・青梅 (36.5)・あきる野(35.2)・日の出(29.2)・奥多摩・檜原

宅地面積に対する建築面積の割合は、東京都都市整備局都市づくり政策部土地利用計画課. 東京の土地利用（平成 23 年東京都区部）. 2013.、東京都都市整備局都市づくり政策部土地利用計画課. 東京の土地利用（平成 24 年東京都多摩・島しょ地区）. 2014. を参照した。奥多摩町、檜原村については記載がなく、多摩西部の宅地面積に対する建築面積の割合の中央値は、奥多摩町、檜原村を除いたものである。

表 2 事故発生時の作業内容分類

剪定・果実収穫
取付・修繕・塗装
清掃・片づけ
電灯交換
積降ろし
操作（ブレーカー操作、カレンダーめくりなど）

3 結果

傷者及び事故の属性を表 3 に、発生月と事故発生時の作業内容を図 2 に示す。東京消防庁管内で就労外の脚立からの転落事故は年間 300 件程度発生していた。傷者の男女比はおよそ 2:1 であり、年齢は 70 歳代が最も多かった。事故のおよそ半数である 303 件は「23 区内その他」地域で発生しており、事故発生時の作業内容は「剪定・果実収穫」が約半数を占めていた。転落時の高さは 100 cm 以上 200 cm 未満が 38.6% と最も多かった。初診時傷病程度は軽症が 53.2% と最も多かったが、重症、重篤も合わせて 21 件発生していた。死亡例は認められなかった。発生月別では、「剪定・果実収穫」時の事故が多い 6 月、11 月と、「清掃・片づけ」時の事故が多い 12 月に事故が多発していた。また、2017 年に就労外の脚立からの転落事故により救急搬送された傷者の人口 10 万人対の粗受傷率は 2.39 であった。

事故発生時の作業内容と、傷者の属性、転落時の高さ及び初診時傷病程度の集計結果を表 4 に示す。男女比は事故発生時の作業内容により異なり、「剪定・果実収穫」、「取付・修繕・塗装」、「電灯交換」では男性の割合が高かったが、「清掃・片づけ」では男女比はほぼ同じであり、「積降ろし」、「操作」では女性の割合が高かった。年齢では、「取付・修繕・塗装」で他の作業内容より低年齢の傷者が多く、最も多い年齢は 60 歳代であり、50 歳未満の傷者も多く発生していた。転落時の高さでは、「取付・修繕・塗装」で 200 cm 以上が 53.6% と高い割合を示した。初診時傷病程度では、重症、重篤は「剪定・果実収穫」、「取付・修繕・塗装」で発生しており、他の作業内容では認められなかった。

地域と、傷者及び事故の属性の集計結果を表 5 に示す。SIR は「センター・コア」で 68.6(95%CI54.6-85.0)と有意に低く、「多摩東部」、「多摩西部」でそれぞれ 123.6(95%CI 105.0-144.5)、124.7(95%CI102.1-150.8)と有意に高かった。男女比では、「多摩西部」で男性の割合が 79.2% と他の地域に比べ高かった。事故発生時の作業内容では、「センター・コア」では「剪定・果実収穫」の割合が低く(27.9%)、「清掃・片づけ」の割合が高かった(27.9%)。これとは対照的に、「多摩西部」では「剪定・果実収穫」の割合が高く(57.6%)、「清掃・片づけ」の割合が低かった(10.6%)。初診時傷病程度の割合では、地域による大きな違いは認められなかった。

表 3 就労外の脚立からの転落事故における傷者及び事故の属性

傷者・事故の属性	n(%) または Mean±SD		傷者・事故の属性	n	(%)
発生年			発生月		
2016 年	323	(49.8)	1 月	39	(6.0)
2017 年	326	(50.2)	2 月	28	(4.3)
性別			3 月	47	(7.2)
男	447	(68.9)	4 月	40	(6.2)
女	202	(31.1)	5 月	61	(9.4)
年齢	70.2 ±13.3		6 月	67	(10.3)
9 歳未満	3	(0.5)	7 月	66	(10.2)
10 - 19 歳	0	(0.0)	8 月	36	(5.5)
20 - 29 歳	6	(0.9)	9 月	41	(6.3)
30 - 39 歳	8	(1.2)	10 月	52	(8.0)
40 - 49 歳	31	(4.8)	11 月	79	(12.2)
50 - 59 歳	64	(9.9)	12 月	93	(14.3)
60 - 69 歳	158	(24.3)	転落時の高さ*(cm)		
70 - 79 歳	202	(31.1)	(記述なし 302 件を除く。n=347)		
80 - 89 歳	160	(24.7)	50 未満	17	(4.9)
90 - 99 歳	17	(2.6)	50 以上 100 未満	128	(36.9)
100 歳以上	0	(0.0)	100 以上 200 未満	134	(38.6)
地域			200 以上	68	(19.6)
センター・コア	83	(12.8)	初診時傷病程度		
23 区内その他	303	(46.7)	死亡	0	(0.0)
多摩東部	157	(24.2)	重篤	7	(1.1)
多摩西部	106	(16.3)	重症	14	(2.2)
事故発生時の作業内容			中等症	283	(43.6)
(記述なし 288 件を除く。n=361)			軽症	345	(53.2)
剪定・果実収穫	176	(48.8)			
取付・修繕・塗装	54	(15.0)			
清掃・片づけ	53	(14.7)			
電灯交換	38	(10.5)			
積降ろし	33	(9.1)			
操作 (ブレーカー操作、カレンダーめくりなど)	7	(1.9)			

小数点第二位を四捨五入したため、%の合計が 100 にならない場合がある。

* 脚立 1 段の間隔は 30 cm 程度、脚部と地面との角度は 75 度が一般的であることから、脚立設置時の接地面からの 1 段当たりの高さを 29 cm として計算した。従って、救急活動記録で転落位置が「1 段目」と記載されていた場合は 50 未満、「2 段目」「3 段目」は 50 以上 100 未満、4 段目は 100 以上 200 未満に分類した。

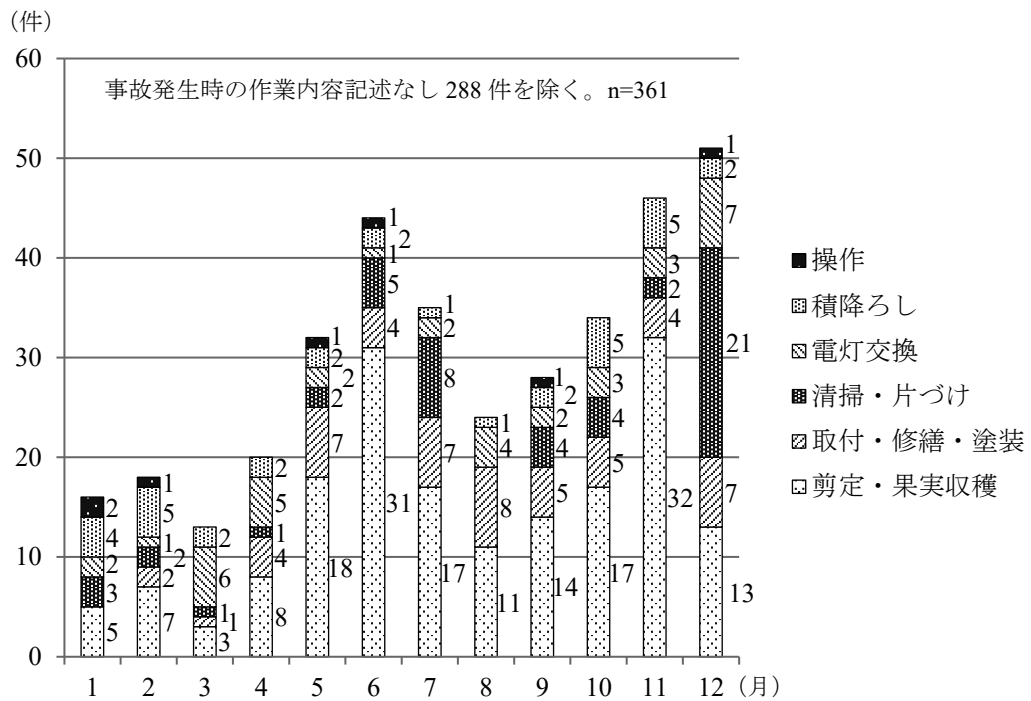


図 2 就労外の脚立からの転落事故の発生月と事故発生時の作業内容

表 4 就労外の脚立からの転落事故における事故発生時の作業内容と、
傷者の属性、転落時の高さ及び初診時傷病程度

	事故発生時の作業内容 n (%)					
	剪定・ 果実収穫	取付・修繕 ・塗装	清掃・ 片づけ	電灯交換	積降ろし	操作
性別 (n=361)	176 (100.0)	54 (100.0)	53 (100.0)	38 (100.0)	33 (100.0)	7 (100.0)
男	153 (86.9)	45 (83.3)	27 (50.9)	27 (71.1)	9 (27.3)	2 (28.6)
女	23 (13.1)	9 (16.7)	26 (49.1)	11 (28.9)	24 (72.7)	5 (71.4)
年齢 (n=361)	176 (100.0)	54 (100.0)	53 (100.0)	38 (100.0)	33 (100.0)	7 (100.0)
50 歳未満	6 (3.4)	7 (13.0)	4 (7.5)	2 (5.3)	1 (3.0)	0 (0.0)
50 - 59 歳	12 (6.8)	9 (16.7)	10 (18.9)	5 (13.2)	6 (18.2)	0 (0.0)
60 - 69 歳	48 (27.3)	16 (29.6)	9 (17.0)	10 (26.3)	5 (15.2)	1 (14.3)
70 - 79 歳	62 (35.2)	13 (24.1)	22 (41.5)	13 (34.2)	10 (30.3)	4 (57.1)
80 - 89 歳	46 (26.1)	9 (16.7)	8 (15.1)	7 (18.4)	9 (27.3)	2 (28.6)
90 歳以上	2 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.6)	2 (6.1)	0 (0.0)
転落時の高さ(cm) (記述なし 168 件 を除く。n=193)	94 (100.0)	28 (100.0)	32 (100.0)	16 (100.0)	18 (100.0)	5 (100.0)
50 未満	3 (3.2)	0 (0.0)	1 (3.1)	0 (0.0)	3 (16.7)	1 (20.0)
50 以上 100 未満	21 (22.3)	8 (28.6)	15 (46.9)	7 (43.8)	11 (61.1)	3 (60.0)
100 以上 200 未満	39 (41.5)	5 (17.9)	13 (40.6)	9 (56.3)	4 (22.2)	1 (20.0)
200 以上	31 (33.0)	15 (53.6)	3 (9.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
初診時傷病程度 (n=361)	176 (100.0)	54 (100.0)	53 (100.0)	38 (100.0)	33 (100.0)	7 (100.0)
重篤	3 (1.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
重症	7 (4.0)	6 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
中等症	87 (49.4)	21 (38.9)	20 (37.7)	17 (44.7)	18 (54.5)	4 (57.1)
軽症	79 (44.9)	27 (50.0)	33 (62.3)	21 (55.3)	15 (45.5)	3 (42.9)

小数点第二位を四捨五入したため、%の合計が 100 にならない場合がある。

表 5 就労外の脚立からの転落事故における地域と、傷者及び事故の属性

	地域 n (%)または SIR(95%CI)			
	センター・コア	23 区内その他	多摩東部	多摩西部
SIR	68.6 (54.6-85.0)	95.9 (85.4-107.3)	123.6 (105.0-144.5)	124.7 (102.1-150.8)
性別	83 (100.0)	303 (100.0)	157 (100.0)	106 (100.0)
男	54 (65.1)	200 (66.0)	109 (69.4)	84 (79.2)
女	29 (34.9)	103 (34.0)	48 (30.6)	22 (20.8)
年齢	83 (100.0)	303 (100.0)	157 (100.0)	106 (100.0)
50 歳未満	6 (7.2)	23 (7.6)	12 (7.6)	7 (6.6)
50 - 59 歳	8 (9.6)	29 (9.6)	16 (10.2)	11 (10.4)
60 - 69 歳	26 (31.3)	69 (22.8)	43 (27.4)	20 (18.9)
70 - 79 歳	28 (33.7)	90 (29.7)	49 (31.2)	35 (33.0)
80 - 89 歳	13 (15.7)	83 (27.4)	33 (21.0)	31 (29.2)
90 歳以上	2 (2.4)	9 (3.0)	4 (2.5)	2 (1.9)
事故発生時の作業 内容(記述なし 288 件を除く。 n=361)	43 (100.0)	161 (100.0)	91 (100.0)	66 (100.0)
剪定・果実収穫	12 (27.9)	78 (48.4)	48 (52.7)	38 (57.6)
取付・修繕・塗装	7 (16.3)	22 (13.7)	12 (13.2)	13 (19.7)
清掃・片づけ	12 (27.9)	23 (14.3)	11 (12.1)	7 (10.6)
電灯交換	8 (18.6)	16 (9.9)	10 (11.0)	4 (6.1)
積降ろし	3 (7.0)	20 (12.4)	7 (7.7)	3 (4.5)
操作	1 (2.3)	2 (1.2)	3 (3.3)	1 (1.5)
転落時の高さ(cm) (記述なし 302 件 を除く。n=347)	46 (100.0)	154 (100.0)	86 (100.0)	61 (100.0)
50 未満	4 (8.7)	8 (5.2)	3 (3.5)	2 (3.3)
50 以上 100 未満	11 (23.9)	68 (44.2)	26 (30.2)	23 (37.7)
100 以上 200 未満	21 (45.7)	58 (37.7)	29 (33.7)	26 (42.6)
200 以上	10 (21.7)	20 (13.0)	28 (32.6)	10 (16.4)
初診時傷病程度	83 (100.0)	303 (100.0)	157 (100.0)	106 (100.0)
重篤	1 (1.2)	4 (1.3)	0 (0.0)	2 (1.9)
重症	2 (2.4)	5 (1.7)	4 (2.5)	3 (2.8)
中等症	41 (49.4)	128 (42.2)	69 (43.9)	45 (42.5)
軽症	39 (47.0)	166 (54.8)	84 (53.5)	56 (52.8)

小数点第二位を四捨五入したため、%の合計が 100 にならない場合がある。

4 考察

本調査では、東京消防庁管内で就労外に年間 300 件程度傷者が救急搬送された脚立からの転落事故が発生しており、重症者も発生していることが明らかになった。はしごや脚立の事故では、事故の多くは使用上の不注意によるとされている¹⁸⁾。脚立の誤った使用を防ぐため、適切な使用法の普及啓発が重要となる。

就労外の脚立からの転落事故は、初診時傷病程度が中等症以上の割合が高かった。中等症は、生命の危険はないが入院を要するものと定義されている¹⁹⁾。2017 年に東京消防庁管内で救急搬送された事故種別「一般負傷」の傷者に占める中等症以上の割合は 33.7%²⁰⁾であった。本調査の中等症以上の占める割合は 46.8%であり、他の一般負傷に比べ傷病程度が重いことがわかった。

傷者の年齢では、高齢者の占める割合が高かった。本調査における 60 歳から 69 歳、70 歳以上の傷者が占める割合はそれぞれ 24.3%、58.4%であり、2017 年に東京消防庁管内で救急搬送された事故種別「一般負傷」の傷者に占めるそれぞれの年代の割合 (10.7%、53.6%)²¹⁾よりも高かった。傷者の平均年齢は、イギリスにおける就労外の脚立からの転落事故の研究における 57 歳¹¹⁾に対し 70.2 歳と上昇していた。この違いは、対象とした地域の人口構成の違いや高齢化の進展に伴うものと考えられる。オーストラリアでの研究では、就労外のはしごや脚立からの転落では、傷者が高齢の場合重症化しやすいことが示されており⁹⁾、高齢者の事故予防は重要な意味を持つ。脚立からの転落事故防止の働きかけは、高齢の者を中心に実施する必要があることが明らかになった。

傷者の性別は男性の割合が高かった。本調査では男性傷者の占める割合は 68.9%であり、2017 年に東京消防庁管内で救急搬送された事故種別「一般負傷」の傷者全体での男性の占める割合 48.1%²¹⁾よりも高かった。就労外にはしごや脚立から転落した傷者の研究では、男性の占める割合はデンマークで 72% (足場からの転落も含む)⁶⁾、82%¹²⁾、オーストラリアで 78.5% (入院した傷者を対象)⁹⁾、80%⁸⁾であった。これらの研究でははしごが含まれ、さらに対象とした地域の人口構成が異なるため単純に比較することは困難であるが、男性傷者の割合が高いことは脚立からの転落事故の特徴のひとつである可能性がある。ただし、事故発生時の作業内容別に見ると、「清掃・片付け」、「積降ろし」及び「操作」では、傷者の男女比がほぼ同じか、女性の占める割合が高く、特にこれらの作業について女性に重点を置いた注意喚起が必要と考えられる。

「剪定・果実収穫」作業の危険性も明らかになった。事故発生時の作業内容では、「剪定・果実収穫」が 48.8%とおおよそ半数を占めた。「剪定・果実収穫」作業では枝に沿って作業箇所が存在するため、作業者は脚立を頻繁に移動させ、その度に脚立を昇降しなければならない。作業者が移動と昇降の労力を減らそうとすると、脚立を移動させずに広い作業範囲をカバーしようと脚立上からできるだけ身を乗り出して作業することとなり、その結果バランスを崩し転落しやすくなると考えられる。例えば、リンゴ栽培においては収穫等に脚立が使用されるが、リンゴ栽培農家に対するアンケート調査では、1 年間に脚立からの転落を経験した者は男性 36.2%、女性 23.7%であった²²⁾。消費者はリンゴ栽培農家ほど頻

繁に脚立を使用するわけではないが、「剪定・果実収穫」は脚立からの転落危険性が比較的高い作業と考えられ、「剪定・果実収穫」を行う者への重点的な安全啓発が必要である。

東京消防庁管内であっても、地域により SIR に違いがみられた。SIR は、「センター・コア」で低く、「多摩東部」及び「多摩西部」で高かった。東京消防庁管内全域では事故発生時の作業内容として「剪定・果実収穫」が最も高い割合(48.8%)を占めるが、「センター・コア」では割合が低く(27.9%)、「多摩西部」では高かった(57.6%)。脚立からの転落事故防止活動は、「剪定・果実収穫」が盛んな地域において積極的に推進されるべきと考えられる。一方で、「多摩東部」では、事故発生時の作業内容の割合は東京消防庁管内全域と大きな違いはなく、どのような作業内容が SIR 上昇に影響を与えているのかは不明である。

脚立からの転落事故の被害軽減のために、労働災害防止のための手段を採用することが検討されてもよい。消費者が注意すべき脚立からの転落事故防止対策としては、脚立を跨いで使用しない、天板に乗ることが禁じられているものは天板に乗らない、傾斜のある地面や不安定な場所で脚立を使わないなどが挙げられる²³⁾。はしごや脚立からの墜落、転落による労働災害を防止するために、厚生労働省では、高さ 1m 未満の場所での作業であっても墜落時保護用のヘルメットを着用することを呼び掛けている²⁴⁾。費用面等の課題はあるが、「剪定・果実収穫」が盛んな地域などでは、消費者の脚立使用時にも墜落時保護用ヘルメットを着用することで、事故の被害軽減に効果を示す可能性がある。

脚立からの転落事故の実態を解明するうえでの課題として、はしごと脚立が区分されずに集計されていること、脚立の使用実態が不明であることの二点が挙げられる。先行研究では、はしごと脚立を明確に区分して集計していなかったり^{4)、5)、6)、7)、8)、9)、10)}、区分されていてもはしごと脚立別の傷者の年齢、性別や受傷機転が示されていない^{11)、13)}。本調査では脚立からの転落事故の発生状況の一部を明らかにしたが、事故の詳細を知るためには脚立を対象とした研究の蓄積が必要である。また、就労外でのはしごや脚立の使用者や使用頻度、使用目的についての研究は一例しかなく²⁵⁾、その研究も標本の代表性に課題があるため、今後、脚立の使用実態に関する詳しい調査が待たれる。

本調査の限界として、データの収集方法が挙げられる。本調査は、脚立からの転落事故により救急搬送された事案を集計した。したがって、転落したが受傷しなかった事案や、自力で受診した事案は集計されていない。医療機関の受診データに基づく就労外に発生したはしごや脚立からの転落に関する研究では、入院割合はデンマークで 19%⁶⁾、21%¹²⁾、オーストラリアで 24%⁸⁾であった。これらの研究には自力通院した傷者が含まれるため本調査の入院割合(初診時傷病程度が中等症以上。46.8%)が相対的に高くなったと考えられ、このことから救急搬送されていない傷者が相当数存在する可能性があることがわかった。また、脚立の種類や、転落時の高さなどのデータを一部正確に反映できていないおそれがある。救急隊の活動は傷病者の救護を主眼として行われるため、事故の原因となった器物の正確な特定や分類はできない場合がある。転落時の高さについても、傷者や周囲にいた者の証言に基づいているため、転落時の高さを必ずしも正確に反映しているとは言えない。しかし、上記の点を考慮しても、本調査は地域における脚立からの転落事故の実態を明らかにするうえで一定の役割を果たすと考えられる。

5 結語

東京消防庁の救急活動記録を用い、救急搬送された就労外の脚立からの転落事故の総数や、受傷した消費者の属性、受傷時の作業内容等を明らかにした。東京消防庁管内における脚立からの転落事故は年間 300 件程度発生しており、事故は男性、70 歳代、多摩東部、多摩西部、剪定・果実収穫作業中に多く発生していた。被害軽減のため、このような属性を持つ消費者や剪定・果実収穫作業を多く行う消費者を重点対象とした脚立の正しい使用方法の普及が求められる。

謝辞

データをご提供いただいた東京消防庁防災部防災安全課と、調査に際し助言をいただいた東京都生活文化局消費生活部生活安全課の皆様に感謝申し上げます。

[注]

- 1) 独立行政法人製品評価技術基盤機構製品安全センター『はしごや脚立等による事故の防止について（注意喚起）』2 頁（独立行政法人製品評価技術基盤機構、2012 年）。
<https://www.nite.go.jp/data/000005146.pdf>（参照 2019 年 9 月 3 日）。
- 2) 独立行政法人製品評価技術基盤機構『はしごや脚立の転倒・転落事故にご注意ください。News Release』3 頁（独立行政法人製品評価技術基盤機構、2016 年）。
<https://www.nite.go.jp/data/000081712.pdf>（参照 2019 年 9 月 3 日）。
- 3) 菅間敦, 大西明宏「脚立に起因する労働災害の分析」労働安全衛生研究. 8 巻 2 号 91-98 頁（2015 年）。
- 4) Nosaka, Nobuyuki.; Goda, Yu. et al. 「Characteristics and costs of ladder fall injuries : A report from a single emergency center in Okayama」 Acta Medica Okayama. 69 巻 5 号 275-278 頁（2015 年）。
- 5) Partridge, Robert A.; Virk, Alamjit S. et al. 「Causes and patterns of injury from ladder falls」 Academic Emergency Medicine. 5 巻 1 号 31-34 頁（1998 年）。
- 6) Faergemann, Christian.; Larsen, Lars B. 「Non-occupational ladder and scaffold fall injuries」 Accident Analysis and Prevention. 32 巻 6 号 745-750 頁（2000 年）。
- 7) D'Souza, Anjali L.; Smith, Gary A. et al. 「Ladder-related injuries treated in emergency departments in the United States, 1990-2005」 American Journal of Preventive Medicine. 32 巻 5 号 413-418 頁（2007 年）。
- 8) Bedi, Harvinder S.; Goldbloom, Daniel. 「A review of nonoccupational ladder-related injuries in Victoria: As easy as falling off a ladder」 Journal of Trauma. 64 巻 6 号 1608-1612 頁（2008 年）。
- 9) Vallmuur, Kirsten.; Eley, Rob. et al. 「Falls from ladders in Australia: comparing occupational and non-occupational injuries across age groups」 Australian and New Zealand Journal of Public Health. 40 巻 6 号 559-563 頁（2016 年）。
- 10) 消費者庁『脚立・はしごからの転落に注意！～庭木の剪定、屋根修理で、死亡事故の危険も～』1-16 頁（消費者庁、2014 年）。
https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_safety/release/pdf/141222kouhyou_1.pdf（参照 2019 年 9 月 3 日）。

- 11) Muir, L.; Kanwar, S. 「Ladder injuries」 Injury. 24 巻 7 号 485-487 頁 (1993 年).
- 12) Faergemann, Christian.; Larsen, Lars B. 「The mechanism and severity of nonoccupational ladder fall injuries」 Journal of Safety Research. 32 巻 3 号 333-343 頁 (2001 年).
- 13) Björnstig, Ulf.; Johnsson, Jeanette. 「Ladder injuries: Mechanisms, injuries and consequences」 Journal of Safety Research. 23 巻 1 号 9-18 頁 (1992 年).
- 14) 独立行政法人製品評価技術基盤機構製品安全センター・前掲注 1) 9 頁.
- 15) 東京都生活文化局広報広聴部都民の声課『都民生活に関する世論調査. 平成 30 年 7 月調査』⑤頁. (東京都生活文化局広報広聴部都民の声課、2018 年).
http://www.metro.tokyo.jp/tosei/hodohappyo/press/2018/11/27/documents/01_02.pdf (参照 2019 年 9 月 3 日).
- 16) Rothman, Kenneth J.; Boice, Jhon D. Jr. 『Epidemiologic analysis with a programmable calculator』 30-31 頁 (National Institutes of Health, Public Health Service、1979 年).
- 17) 静岡県健康福祉部健康増進課総合健康班『静岡県市町別健康指標 (Vol.27) (市町別・傷病分類 SMR)』 (静岡県健康福祉部健康増進課総合健康班、2018 年).
https://shizuoka-sogokenkocenter.jp/area_health/pdf/sihyo/27/27-1.pdf?date=2018 (参照 2019 年 9 月 3 日).
- 18) 独立行政法人製品評価技術基盤機構・前掲注 2) 6 頁.
- 19) 東京消防庁救急部『救急活動の現況 平成 29 年』 1 頁 (東京消防庁救急部、2018 年).
<http://www.tfd.metro.tokyo.jp/hp-kyuukanka/katudojitai/29.pdf> (参照 2019 年 9 月 3 日).
- 20) 東京消防庁救急部・前掲注 19) 110 頁 (東京消防庁救急部、2018 年). より算出した。
- 21) 東京消防庁救急部・前掲注 19) 111 頁 (東京消防庁救急部、2018 年). より算出した。
- 22) 江武瑛「リング栽培における脚立作業の人間工学的研究—第 1 報、脚立の使用状況や労働負担に関する調査」日本農村医学会雑誌. 32 巻 1 号 1-5 頁 (1983 年).
- 23) 独立行政法人製品評価技術基盤機構・前掲注 2) 10-12 頁.
- 24) 厚生労働省.『はしごや脚立からの墜落・転落災害をなくしましょう!』 1 頁 (厚生労働省安全衛生関係リーフレット、2017 年).
<https://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/170322-1.pdf> (参照 2019 年 9 月 3 日).
- 25) Oxley, Jennie.; Ozanne-Smith, Joan. et al.『Report on the reduction of major trauma and injury from ladder falls』 53-65 頁 (Monash University Injury Research Institute、2014 年).
<https://www2.health.vic.gov.au/Api/downloadmedia/%7BAFDFD27A-0DD5-4688-8FF8-F672F9749B4E%7D> (参照 2019 年 9 月 3 日).

「国民生活研究」第 59 巻第 2 号 (2019 年 12 月)

[書 評]

樋口一清 著
『消費経済学入門 ―持続可能な社会への選択』
(中央経済社、2019 年)

井 内 正 敏*

本書の著者である樋口一清氏は、経済政策、消費者政策、環境政策の各分野で豊富な行政経験を積まれた後、約 20 年にわたり教員として大学及び大学院でミクロ経済学や消費経済学などを中心に教鞭をとられてきた。同時に、わが国の消費者政策やミクロ経済学の実証分析をテーマとした研究を精力的に行うとともに、日本消費者政策学会の初代会長を務められるなど、理論と実務において豊富な知見を有されている。

社会的活動の面においても、長野県の消費生活条例制定にあたって検討会座長として参画し、初代の消費生活審議会会長を務められるなど、地方の消費者問題にも精通されている。また、国の消費者政策に関しては、産業構造審議会や消費経済審議会の下に設けられた委員会などの調査審議に参画するとともに、内閣府の消費者委員会委員として、各種政策の提言や各省庁が実施する施策の監視など、長年にわたり消費者政策の推進に尽力されて来られた。

本書は、以上のような豊富な経歴を有されている、消費経済学及び消費者政策の分野の第一人者である著者による消費経済学に関する入門書である。本書のねらいは、「はじめに」において述べられているように、ネット社会の出現、超高齢社会の到来、グローバルな経済の拡大といった現代経済社会の大きな潮流の変化に即応した実践的な経済学のあり方を提示することである。このような経済学として、新たな消費経済学の確立を著者は探求しており、本書において、その核をなす概念は「情報の非対称性」「限定合理性」「サステナビリティ (持続可能性)」の 3 つであることを明らかにしている。

本書の構成は、前半では、序章「怒りの葡萄」において「情報の非対称性」と「限定合理性」の概念を紹介しながら市場経済システムの限界について論じ、第 1 章では「市場経

*いのうち まさとし (日本消費者政策学会副会長)

済システムの論理と倫理」、第 2 章では「サステナビリティ」、第 3 章で「消費経済学の課題と方法」について詳しく論じている。後半では、消費経済学の観点から、第 4 章で「企業」の問題、第 5 章で「消費者」の問題を取り上げ、第 6 章において「市場の機能と消費者政策」について論じている。

まず序章（怒りの葡萄）では、ノーベル賞作家であるスタインベックの「怒りの葡萄」の中に描かれている農民たちの過酷な生活状況を引きながら、市場経済システムの限界を豊作貧乏など複数の事例をもって浮かび上がらせている。すなわち、今日における世界の基本的な価値観の 1 つである「サステナビリティ」という観点からみると、資源を浪費し、貧富の差を拡大する市場経済システムには限界があり、サステナブルな経済を実現するためには、消費者の視点に立った経済学としての「消費経済学」が重要であることを指摘している。

「情報の非対称性」や「限定合理性」の意味するところを、有名小説の中の話を用いしながらわかりやすく説明しており、読者を引きつける導入部となっている。

第 1 章（市場経済システムの論理と倫理）では、ビジネスや生活の様々な局面でわれわれが否応なく市場経済システムと付き合わざるを得ない現実の中で、市場経済システムの機能やその問題点を正しく認識し、いかにシステムをコントロールしていけるかという視点から検討が加えられている。

具体的には、まず、標準的な経済学の基本的前提である「経済人（ホモ・エコノミクス）」とは相容れないとみられている「倫理」や「社会目的」が経済学においてどう扱われているのかを、アダム・スミスやアマルティア・センの主張に沿って整理している。さらに著者は、スミスの「共感」やセンの「共感」と「コミットメント」という抽象的な概念に代わる価値として、今日の世界の多くの地域や文化において受入れ可能な「サステナビリティ」という社会的価値に注目すべきであると指摘している。

「情報の非対称性」や「限定合理性」の概念については、標準的な経済学においても、現在幅広く受け入れられ、経済事象の説明に頻繁に活用されているが、著者が本書において、「サステナビリティ」という社会的価値を前提に、「情報の非対称性」と「限定合理性」を柱にして新しい経済学、新しい消費経済学を構想している点が独創的であり、また高く評価されるべき点と考えられる。

第 2 章（サステナビリティの視点）では、新たな消費経済学の根幹をなす概念であるサステナビリティについて、スチュアート・ハートが提唱した「サステナビリティと 3 つの経済」に関する定義をもとに、その本質について考察している。ハートは、途上国での企業活動を考えるに当たって「市場経済」、「生存の経済」、「自然の経済」という 3 つの経済の調和が求められることを主張した学者である。著者は、こうしたハートの考えが、われわれの身近な日常生活にも適用可能であることを明らかにし、消費経済学の視点から、あらためてサステナビリティの概念を定義している。同時に、パソコン等の電子ゴミの問題をはじめ様々な事例の紹介を通じてサステナビリティの具体的な意味やその実践的な内容についても明らかにしている。

こうした検討の結果、著者は、サステナビリティの実現に向けて、消費者の選択行動

とそれを踏まえた企業の価値創造が果たすべき役割の重要性を強調している。

第 3 章（消費経済学の課題と方法）では、新たな消費経済学の基本的な課題と方法について明らかにしている。まず、現代消費者社会の構造変化として、①ネット社会の出現、②超高齢社会の到来、③地球規模でのサステナビリティへの取組みという 3 点を指摘し、こうした構造変化に応じた新たな消費経済学の出発点として、①情報の非対称性、②限定合理性、③サステナビリティを基本概念とすべきことを論じている。

情報の非対称性の観点からは、ネット社会の到来が消費者と企業関係を大きく変化させ、市場における情報の問題に新たな課題が生じていることを指摘している。また、現実の消費者や企業の行動を分析し、消費者と事業者の間に生じる様々な形の消費者トラブルを防ぐためには、標準的な経済学が仮定する「合理的経済人」から離れ、限定合理性を前提として、行動経済学等の知見を活用しつつ、消費者被害の実態に即した実践的なアプローチを行うことが不可欠と指摘している。また、市場における消費者の選択行動を通じてサステナブルな経済社会を実現するためには、消費経済学においても、「生存の経済」や「自然の経済」といった市場経済の外部性を取り込んだ体系化や調整プロセスが必要なことを指摘している。

本書全体を通じて指摘できることであるが、特に本章では、標準的な経済学が有する課題とそれを克服するための新たな経済学としての消費経済学の必要性やその内容について、政策運営と教育研究の両面で豊富な経験を有されている著者ならではの指摘と論説が展開されている。

第 4 章（企業の役割）では、サステナブルな経済社会を実現するため、市場経済システムの中で、企業はどのような役割が求められているかについて、主として「取引コスト」論に依拠しながら論じている。特に「コースの定理」を引きながら、取引コストゼロのケースと取引コストの大きなケースについて言及しており、これまでの経済学ではしばしば前者のケースのみの紹介にとどまっていたが、本章では A. M. ポリンスキーの事例を用いて、現実的な後者のケースでは、効率的な資源配分を達成するためにはルールの設定（法規制等）が重要であることを、数値例を用いてわかりやすく示している点は極めて意義深い。

すなわち、取引コスト論によれば、不完全情報及び限定合理性の下では、市場メカニズムだけでなく、市場におけるルールの設定（法規制等）という補完的な機能の存在により、資源の最適配分や衡平が達成されるとされる。著者は、この問題は、ネット社会における市場や企業の役割を考える際にも重要な意味をもつとし、とりわけ、法規制の一類型としてのソフトローや、新たな企業形態としての社会的企業に注目する。サステナビリティを実現するためには、ハードローだけでなく、市場におけるルール的一端を担う、自主ルール、ガイドラインなどのソフトローの役割が大きいことを指摘している。また、企業が、単なる生産要素を生産物に変え利益を生み出す組織ではなく、経済的価値と社会的価値（社会的責任）を実現する存在であるとすれば、これらの価値を同時に追求する社会的企業という企業形態も、サステナビリティの実現において重要な役割を担うと主張している。さらに、企業の本質を理解する観点から、国連「グローバル・コンパクト」や「ISO26000」

などを紹介しながら、ソフトローの具体的な展開の状況を概観するとともに、英国、カナダ、イタリア、米国における社会的企業制度の動向についても紹介している。同時に、わが国における一部の自治体における CSR 認証への取組みについても触れられている。

本章及び本書においては、「消費者志向経営」や「サステナブル経営」といった用語は用いられていないものの、これらを推進する立場からも、本章で示されている社会的企業のあり方をはじめとする企業の役割に関する考察は、多くの面で大変示唆に富む内容となっており、今後、この分野における具体的研究が着実に進むことが期待される。

第 5 章（消費者の心理と行動）では、消費者の心理と行動を理解する観点から、行動経済学の考え方に基づいて考察を行っている。

本章の前半においては、「フレーミング効果」、「ヒューリスティック」、「プロスペクト理論」など、行動経済学のエッセンスについて、具体例を挙げながらわかりやすく解説を行っている。すなわち、現実の消費者の行動は限定合理的であり、経済学のモデルにおいて想定されるような「経済人」の合理的行動とは大きく異なっていることを指摘した上で、消費者の市場での実際の選択行動が、感情や直感、リスク、時間とどうかかわっているのかを行動経済学のこれまでの成果に基づいて整理を行っている。

後半では、こうした考え方に立って、頻発する消費者トラブルへの対応のあり方について具体的に検討を加えている。消費者トラブルの原因の多くは、悪質業者（実際にはしばしば犯罪者が事業者の名を騙っている）が消費者の心理につけ込んで、消費者を騙すということが多いという現実がある。本章では、桜井健夫東京経済大学教授による悪質業者の勧誘文言と行動経済学の関係についての興味深い分析に基づきながら、具体的な事例を複数紹介することによって、読者の理解を深めている。さらには、「消費者の脆弱性（特に状況の脆弱性）」、「ネット社会」、「エシカル消費」の 3 つのテーマについて、消費経済学の視点から検討を加えることによって、現代の消費者が直面する諸課題について、消費経済学のアプローチの可能性について論じている。

著者は、超高齢社会の到来により、消費者の脆弱性の問題は一層深刻な状況になると指摘するとともに、ネット社会の拡大により、C to C の取引が拡大し、プラットフォームと言われるような新たな企業も出現し、従来とは異なる課題が生じる一方、企業と消費者の価値共創を促進する要因ともなっていると指摘している。このような新たな消費者や企業の出現が市場経済にもたらしている革新的な変化についても、フィリップ・コトラーや C. K. プラハラードの論や各種調査の結果を踏まえながら、大きな潮流として論じている。

第 6 章（市場の機能と消費者政策）では、消費経済学の観点から、第 4 章の「企業」、第 5 章の「消費者」に続き、企業と消費者が“会う”「市場」の問題を取り上げている。消費者が、市場における取引において、トラブルに遭うことなくサステナブルな選択行動を通じて積極的な役割を果たしていくためには、悪質業者を市場から排除し、市場における「競争の質」、「情報の質」、「製品の質」を確保することが不可欠な課題であると指摘している。

まず、消費経済学の立場からは、ソフトローや市場への情報提供などを通じた「規範的市場メカニズム（Market Governance Mechanism）」により、市場機能を高めることが重要

であると論じている。著者は、「規範的市場メカニズム」とは、①税、補助金などの経済的インセンティブ、②法規制、自主ルールなどの社会規範、③認証、企画などの情報提供など、市場における企業行動や消費者の選択に影響を与える制度的要因によるガバナンス機能を総称するものとしている。

次に、このような規範的市場メカニズムの役割を踏まえた上で、消費者政策のあり方について論じている。具体的には、「市場のルールの体系」及び「市場を支える制度」の視点から、わが国の消費者政策の現状を整理するとともに、これまでの消費者問題と消費者政策について、4 つの期にわけて解説をしている。わが国の消費者問題とそれに対応した形でつくりあげられてきた消費者政策の変遷について、コンパクトでありながら、要点をついた極めてわかりやすい形での説明が行われている。

さらに、これまでの消費者政策の変遷を踏まえた上で、消費経済学の視点に立って、行動経済学で提起されたナッジやリバタリアン・パターンリズムの考え方を消費者政策に活用していくことの可能性と課題、そして消費者市民社会の意義について論じている。

著者は本書の「おわり」において、「サステナビリティを 3 つのサブ経済システムの間の調和のプロセスと定義したが、市場経済において規範的市場メカニズムを通じて消費者の適切な選択が行われれば、市場経済と生存の経済や自然の経済との調和も実現可能なものとなる」との考えを明らかにしている。

本書の内容は、新しい消費経済学のあり方を体系的に整理しながら提示する精力的なものとなっている一方で、幅広い読者層を念頭に執筆がなされており、経済学の専門知識がなくとも興味深く読みすすめられるように工夫がなされている。著者のその工夫は成功しており、経済学を専攻する学生や研究者にとどまらず、経済や経済学、消費者問題や消費者政策に関心をもつビジネスパーソンや行政職員など社会人一般の方々に広く手にとっていただきたい好著である。

本書によって消費経済学について興味をもたれた方々には、著者により専門書として著された「サステナブル地域論」及び「サステナブル企業論」をあわせて読みすすめられることを推奨したい。同時に、本書において示された新たな消費経済学の内容を深化させるために、現実の経済社会における諸課題の解決に貢献する実践的な消費経済学の立場に立った調査研究が、アカデミズムの場を中心に広がることを期待したい。

