

インフォームド・コンセントのあり方に関する一考察 —ホスピタリティ概念からのアプローチ—

Consideration Concerning Ideal Way of Informed Consent

—Approach from the Concept of Hospitality—

吉原 敬典
(Keisuke YOSHIHARA)

【要 約】

本論文の目的は、インフォームド・コンセントのあるべき姿を導き出すことである。すなわち、サービス概念とホスピタリティ概念の両面からインフォームド・コンセントの概念について考察し、再解釈およびインフォームド・コンセントの再編集を試みることである。研究方法は、文献調査法を適用する。本研究において、インフォームド・コンセントはサービス概念とは相容れない概念であることが分かった。また、インフォームド・コンセントの概念はホスピタリティ概念とは適合関係にあることが分かったところである。

キーワード：インフォームド・コンセント、サービス、ホスピタリティ

【Abstract】

The purpose of this thesis is to derive the way it should be of informed consent. That is, the concept of informed consent is considered from both sides of the service concept and the hospitality concept, and the reorganization collection of the re-interpretation and informed consent is tried. The research method applies the document investigation method. As for informed consent, it has been understood that it is a contradictory concept with the service concept in the present study. Moreover, it to a hospitality concept and to have understood that it was in the agreement relation as for the concept of informed consent.

Keyword : Informed consent, Service, Hospitality

1. はじめに

1. 1 本研究の背景

病院が揺れている。何故か。医療の質の向上を唱えながらも、医療費の抑制を理由に医療政策が混乱をきたしているからである。そこには、人間の生涯にわたる課題や人間の心理を軽視した政策の断行があると考ええる。まさに国民にとっては新たな政策の断行に適応できるだけの時間的な余裕と心理的な余裕がないといえる

のである。

また、医療界を概観すると、2つの本質的な問題がある。一つは、救急患者の受け入れを行なわない病院の出現である。もう一つは、在院日数の短縮化政策に基づいて一定基準の在院日数を超えた患者が病院を追い出され家族が翻弄されている現状がある。しかしながら、このことは医療関係者による悪意に基づくものでないことは明らかである。それどころか、医師をは

じめとした病院関係者は何とか現状を打開したいと考えているに違いないと思うからである。これらの本質的な問題については1990年代から顕著になり、未だに解決の筋道は見えないのである。

このような閉塞状況の中で、病院の本質的な存在意義とは何か、病院経営の原点とは何か、と考えた時に、医師と患者の関係のあり方を問い直さなければならないという問題意識を持つに至ったものである。

1. 2 本研究の目的と方法

本研究の目的は、このような認識のもと、インフォームド・コンセントの概念についてサービス概念、及びホスピタリティ概念の視点から検討し、インフォームド・コンセントの再解釈と再編集を試みることである。研究の方法については、文献調査法を適用して、研究の目的を達成するものである。

1. 3 本研究の価値・期待される成果

財源不足を理由にした医療政策が国民の不信を生み出している中、ホスピタリティ・マネジメントに基づいて根源的な問いを出し考察することは価値があると考えられる。これまでの研究成果を概観すると、患者側からのインフォームド・コンセント論であった。本研究では、サービスとホスピタリティの両概念から検討を加えていることが特徴である。医療改革について本質的な解決が見えない中、医療の質の向上を目指しホスピタリティ・マネジメントの視点からアプローチしようとしている筆者にとって、「人間性」「社会性」「公共性」といった価値に着目し、医療界の発展に貢献することが期待される成果である。

2. 先行研究のレビュー

インフォームド・コンセントに関する先行研究については、下記の3つのアプローチに分けることができると考える。一つは、医療倫理の視点からの研究である。二つ目は、コミュニケーション論の観点から捉えている研究である。三つ目は、法律の観点から判例による解釈をめぐって今後の方向性を示す研究がある。

第一の医療倫理については、唄孝一が1970年に「治療行為における患者の承諾と医師の説明」のもと、インフォームド・コンセントの概念について説明した経緯がある。⁽¹⁾

これが、日本におけるインフォームド・コンセントの始まりである。医療倫理に関する研究においては、諸外国で策定された多くの宣言を取り上げている。「ヒポクラテスの誓い」「ニュールンベルク綱領」「ジュネーブ宣言」「医の倫理の国際綱領」「医師の倫理」「ヘルシンキ宣言」「患者の権利に関するWMAリスボン宣言」「インフォームド・コンセントに関するアメリカ合衆国大統領委員会報告の概要」「患者の権利章典に関する宣言」「患者の権利と責任」「シドニー宣言」「障害者の権利宣言」「マドリッド宣言」「THE PATIENT SELF-DETERMINATION ACT」などである。医療倫理は、医師をはじめとして医療に携わるものの行動規範を提供するものである。主に患者との関係のあり方について研究が進んでいるといえる。ヒポクラテスの誓いの中にあるように「善行の原則」から患者の自律を尊重する「自律の原則」へ規範の変換を促していることは一つの成果である。これは、フェイドンとビーチャム（1986）による研究成果である。⁽²⁾ 現在、インフォームド・コンセントは、医療倫理の中心的なテーマになっているといえる。しかし、インフォームド・コンセントを実践の段階まで導いているかと言えば、そうではないのが現状である。むしろ、医療倫理が抽象性の高い世界であるとすれば、これを具体的な世界と結びつける活動が必要であると考えられるが、そこまでは至っていないのが現状である。

第二は、医療におけるコミュニケーションの中でインフォームド・コンセントを取り上げているアプローチである。これまでのインフォームド・コンセントに関する研究は、患者の意識や意向を尋ねる研究が多く見受けられる。たとえば、佐伯（1993）らが行なったアンケート調査などはこれに該当する。⁽³⁾ 医師による説明のわかりにくさを患者が納得していない理由の一つに挙げている。また、西垣（2004）や中西（1995）の研究についても同様である。西垣他は、患者の医師に対しての不信の構造について明らかにしている。⁽⁴⁾ 中西は、患者の「ゆれ」に

焦点をあて、患者が医師による治療に対して納得がいかない事例を取り上げている。⁽⁵⁾ また、吉武（2007）はインフォームド・コンセントにおける意思決定の課題と方法、及び医療における意思決定のあり方について研究している。⁽⁶⁾ 中には、精神論の域を出ない研究も見受けられる。その多くは情報の非対称性について言及したうえで、医師と患者は対等な関係にはなり得るものではないとする論である。このような受け止めは多いと思われるが、情報の非対称性に関わる議論においては医師と患者はコミュニケーション不能であるとするところまで踏み入っていると見える。果たして、人間の存在を言い当てているものなのかどうか、再検討しておくことは価値があるであろう。

第三は、法律的な解釈からインフォームド・コンセントに対してアプローチする研究である。診療契約については、民法645条を根拠としている。受任者の報告義務として、「受任者は委任者の請求あるときは何時にても委任事務管理の状況を報告し又委任終了の後は遅滞なく其顛末を報告することを要す。」とある。診療行為の本質としての報告義務について述べているのである。これは、医師の説明義務の根拠になっている。また、医師法第23条には、「医師は、診療したときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない。」としている。このアプローチは判例を主な研究対象として、次の項目について明らかにしている。説明義務の種類、説明義務の範囲と程度、説明義務の内容、説明の方法、医療水準との関係、医師の裁量権、責任の帰趨、医師の説明義務違反、説明義務違反の効果、治療方法の決定、損害賠償の範囲と因果関係、説明義務違反の立証責任等である。また、家族に対する告知・説明義務や確定診断のための検査拒絶の医師の注意義務、患者の治療拒否と医師の注意義務についても含むものである。これらは、承諾の方法と内容を含めて患者の自己決定権を重視する傾向が強くなっていることについて言及しているとともに、自己決定権を保障する観点から研究が進んでいるものとする。⁽⁷⁾ これらの研究においては一つの価値判断は提供しているものの、インフォームド・

コンセントという場において望ましい実践ができるかどうか、については研究対象の外である。そこには立場や役割は異なるが、おのずと医師と患者の双方ともどのような存在なのか、について確認しておく必要があるであろう。

以上の点をふまえて、上記した3つのアプローチ共通に言えることは、マネジメントの発想が不足している点である。本研究は第4のアプローチ、すなわち第4の選択であるといえよう。インフォームド・コンセントを研究対象としサービス概念からアプローチしているが、類似する研究はないと考える。また、ホスピタリティの視点から考察した研究についても見当たらない。現状では、インフォームド・コンセントとサービス概念の関係について、またホスピタリティ概念との関係について実証的研究が行われていないと考えるものである。

ホスピタリティの語源はラテン語のHOSPESであるが、語源から派生した言葉の一つにHOTELがある。それと並んで、HOSPITALがある。このような言語的な成り立ちや意味からすると、病院すなわちHOSPITALは極めてホスピタリティ溢れる場でなければならないと考えるものである。このことを実際に検証する必要があるが、ホスピタリティ概念から病院という存在にアプローチした研究は未だ見当たらない。

ホスピタリティ実践のための一つの場としてインフォームド・コンセントの場を捉えることは可能である。筆者が知り得る限りにおいて、ホスピタリティの視点からインフォームド・コンセントについて検討している研究はない。さらには、HOSPITALとしての病院において一人の主体者である医師を対象にアンケート調査を実施したことについても挑戦的な試みであるといえる。したがって、本研究は新規性が高いと考えるものである。

3. 医療サービスの特徴について

医療は、サービス業であるとする主張がある。これまで商品との対比で論じられてきたサービスについて、医療の視点から論じることは意味があると考えられる。そこで、サービスの基礎理論について述べておくことにしたい。

以下、順次、サービスの意味は何か。サービスの基本的な特徴は何か。モノとの違いは何か。サービスが生み出す価値は何か。サービス価値を提供するために、それも継続的に安定的に提供してゆくためには何をどのように考えればよいのか。一つ一つ述べていくことにする。

3. 1 サービス概念について

これまでサービスは、商品の従属的な位置づけにあったといえる。しかしながら、今日、サービスは形あるモノと同様に組織の繁栄を支えるための構成要素にまで進化している。サービスの本質は何か。それは、顧客が本来的に行なえること、行なえないことを代行して提供する活動や機能のことであると捉えることができる。医療の場合には、患者が本来行なえないことを専門的な医学知識や医療技術によって提供する活動・機能であると捉えられる。法律的には、委任契約を取り結ぶ行為として捉えることができる。

サービスの語源はエトルリア語から派生したラテン語のServusであり、転じてSlave（奴隷）やServant（召し使い）という言葉を生み出している。⁽⁸⁾したがって、主にホスト（Host）である医師が、ゲスト（Guest）である患者に対して従属的な関係を維持し固定化させることを意図しているといえる。

医療サービスは、本質的には医師による代行機能の提供であり、その提供に対して対価・診療報酬が支払われることを基本的な仕組みとしている。よって、経済的な動機に基づいて行なわれる経済的な活動として捉えることができるのである。

一般的にサービスに関して事業を起こす場合には、次の3つの視点が考えられる。第一は、顧客が持っていない能力を提供する場合について起業チャンスがあるであろう。医療サービス事業については、医師による業務独占事業であり、患者は医師に依存せざるを得ない関係にある。第二は、資源を組み合わせる活用する場合が考えられる。たとえば、旅行会社がイニシアティブを取って交通、ホテル、レストラン、テーマパークなどがそれぞれ持っている資源を組み合わせる事例が挙げられる。医療の場合に

は、病院とドラッグストアや介護事業との連携が考えられる。また、勤務医と開業医との連携についても考えられるところである。地域医療についても基本的にはこの考え方に基づくものである。第三は、経験の中から蓄積してきたノウハウを提供する場合がある。経営に関するコンサルティングなどが一つの例である。医学知識や医療技術の進化については、数多くの経験を積み重ねて精度が高まり成し遂げられるものである。

筆者は、サービス活動の目的は効率性を高めることであり、内部的には組織を継続的に維持するに足るだけの適正な利益を確保することであると考える。すなわち、「無駄なく」「無理なく」「ムラなく」を達成する概念であると考えられる。その目的のために、売り上げを上げること、コストを削減すること、利益を上げることなどの経営指標が基本になるものと考えている。医療についても同様に考えられるが、全体的に効率性を高める取り組みが弱いといえる。施策として標準化、システム化、マニュアル化、IT化等が考えられる。診療報酬が決められている中、売り上げを増やすためには患者数を増加させる必要がある。また同時に、コストを削減することによって利益を確保できるのである。病院で働く人間をはじめとして経営資源を有効に活用することも検討していかなければならない。これからの医療経営を考えると、手を打つべきことは多いといえる。

3. 2 サービスの基本的な特徴について

サービスとモノ（製品・商品）とは何が異なるのであろうか。⁽⁹⁾サービスは具体的な形ではなく、活動や機能としての医療行為を提供しその行為を受け取ることが第一の特徴である。ある機能や活動を提供して、対価としての診療報酬を受け取るのである。この点、無形性（Intangible goods）が基本的な特徴であるといえる。しかし、実際には形あるモノを使用して提供されることがよくある。たとえば、レストランに入ってオーダーする料理（モノ）はお店の人が行なう接客行為とともに提供されている。中には、モノは販売されないがモノを介してサービスが提供されていることも考えられる。交

通サービスなどは一つの例である。医療行為についてはどうか。種々の道具（モノ）を介して行なわれている点では同様であるが、治癒された後の身体や心理状態については生産されたものとして把握できると考える。神の被造物である人間が対象であるが、決してモノとは表現できない。また、すべきではないと考える。一定の活動結果として、心理状態を伴った形ある身体として捉えることが可能である。このように考えると、医療サービスの場合、有形性（Tangible goods）についても兼ね備えているものと解釈することが可能である。

第二の特徴は、同時性である。サービスを生産して提供する行為とサービスを享受して消費する行為が同時に行なわれるところに特徴がある。作り置きできない、やり直しがきかない、などはサービスの基本的な特徴であるといえる。たとえば、理容サービスなどがこれにあたる。すなわち、サービスは本来的には失敗ができないのである。医療サービスについては、まさに繰り返しができない行為であるといえる。医師が最善を尽くす行為として捉えられる所以である。また同時に、医療ミスや医療事故が問題になる根拠でもある。

第三は、一方向性という特徴がある。⁽¹⁰⁾ サービスは主として医師から患者への一方向的な理解に基づいて行なわれる行為であると捉えられる。インフォームド・コンセントについてもそのように言えないであろうか。その点、一般的には機械的で義務的に行なわれる傾向が指摘されるところである。

したがって、サービスはもともとクレーム（Claim）やコンプレイン（Complain）が生み出されやすい土壌であるといえるのである。では、何が足りないのか。何が加わることでサービスが持つデメリットを補うことができるのか。このことについては、本研究の本題であるので第四章で論述するものである。

3. 3 サービスが生み出す価値について

サービス行為が生み出す価値とは何か。第一は、効率性という価値である。無駄なく、無理なく、ムラなく、より多くのものを提供できるようにすることである。そのためには当該業務

を標準化し、システム化する。また、具体的にはマニュアル化を行ない、誰が行なっても同じ出来栄えや仕上がりになるようにすることである。現実的には、人間が単位時間当たりによくの動作を行なうことが可能となるように、ITやロボットを利用した機械化や自動化を組み込んでいるところである。第二の価値は、迅速性であり、より速く提供することが期待されている。短い時間内に複雑な手続きを終えることは、サービス享受者のイライラ感を軽減することに大いに役立っている現状がある。第三は、サービスを利用する際の料金体系等の明瞭性である。当時の業界内においては異例であったヤマト運輸の宅急便等が一つの良い例である。第四は、施設・設備面や働く人の身なり等に関する清潔性価値が挙げられる。第五は、最も重要な価値として安全性に関する価値である。安全性の価値については、医療機関と患者の約束事として捉えることができる。何はさておいてもすべての価値の基本になくしてはならない。いわば、医療サービス事業の生命線に当たる価値であり、事業継続の資格が問われる価値でもある。

3. 4 サービス・サイクルについて

上記したサービス価値を生み出し実質的に提供し続けるためには、図1にあるように3つのサービス・サイクルが相互に呼应しながら機能することが欠かせない。また、3つのサービス・サイクルのうちサービス管理サイクルが中心になって、サービス理念サイクルとサービス実施サイクルが相互関係性の中で機能することを意図するものである。

(1) サービス理念サイクル

組織の中に患者満足度を向上させるという方針があり、そのための施策を計画し実施してゆく取り組み全体を組織共通の価値観とするものである。この価値観の具現化を通じて、患者が満足し再び来院することになる。そうすると、売り上げや利益が向上する可能性が出てくる。売り上げや利益が高まれば、働く人の給与が向上することが期待できる。これによって、一時的に働く人の士気が高まり満足する（Employee satisfaction）ことにつながるのである。さらに、働く人は患者が満足するように施策を実施する

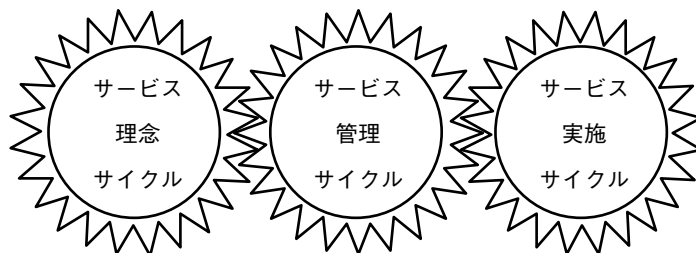


図1. 各サービス・サイクルの相互関係

のである。このような循環で機能する一連のサイクルを「サービス理念サイクル」と名づけることにしよう。

(2) サービス管理サイクル

第二のサービス・サイクルは、サービス管理サイクルという。どのようなサービスをどの対象にどのような水準でどのように提供するのか。それも継続的に安定的に提供してゆくのか、という問いに対して实际的に具体的に解を導き出すサイクルである。この「サービス管理サイクル」は、3つのサービス・サイクルの中で全体を機能させるうえで鍵となるサイクルである。次の4つのステップから成る。第一のステップは、サービスにおけるビジネス・モデルを設計し、目標と施策を組み立てることである。特徴ある診療科の育成については、一つの好例である。第二は、目標達成へ向けて人の活動と物的資源を編成し動員して活用するステップがある。第三は、サービスを均質的に安定的に提供する仕組みをつくるステップである。第四のステップは、サービス利用者からフィードバックされるサービス評価表を設計し、アンケートやインタビュー等の調査を実施して、その評価結果を次の目標設定にフィードバックするのである。

(3) サービス実施サイクル

実際にコアサービス⁽¹¹⁾やサブサービス⁽¹²⁾を提供するサイクルのことである。たとえば、レストランにおける「サービス実施サイクル」は次の通りである。レストランを訪れたカスタマーのお出迎えに始まり、クール提供、オーダーリング、ドリンク等の先出し提供、料理提供、中間バッシング、喫茶等のアフター提供、レジ会

計、お見送り、最終バッシング、待機、というように一連の機能や活動を組み立てて効率的に実施するサイクルのことである。医療の場合はどうか。患者の視点に立つと初診の場合、受付からスタートし診察券が発行される。その後、診療科において診察を受け医療行為が行なわれる。この間に検査が行なわれることもある。診察が終了すると、薬を受け取り会計窓口にてお金を支払い、サービス実施サイクルが完了したといえるのである。

3. 5 CS活動は何をもたらすのか

サービスには、満足という概念が適合する。なぜならば、サービスは患者の不足や必要などの欠乏動機に対応する行為だからである。したがって、ニーズ (Needs) という言葉が適合するのである。

CS (Customer satisfaction) とは、「顧客が満足する」ことである。しかしながら、現状では「顧客を満足させる」ことを目指してCS活動が行なわれている場合が少なくない。大切なことは、「顧客が満足する」ことである。サービス享受者の期待に対してサービス提供者が行なう行為がかみ合えば、顧客が満足したと解釈することができるのである。もし患者の期待に対して医師が対応できなければ、患者は不満足な感情を持つことになる。また、患者は病院側が思うほど満足しているとは限らない場合についても考えられる。満足というほどではないが、近くにある他の病院と比べて良いからという理由で妥協し選択している場合があるからである。その上にサービス提供が機械的に義務的に行なわれたとしたら、患者は自らが満足するどころ

か、怒りの感情をあらわにして敵意 (Hostility) に基づいた敵対的な行為をとることになるのである。

サービスは、効率性の追求が第一義的な目的である。このことから、その運営については当該業務を標準化してシステム化することを考えて実施される。また、具体的にはマニュアル化することが基本的な施策である。この背景には誰がサービス機能を提供しようともその様子や仕上がり具合はいつも同じ水準で、しかも継続的に安定的に供給されることを旨としているからである。このように、合理性に存在理由をもつサービスのみでは、飽きやすく移り気で多様な顧客の求めに応えることができないばかりか、ファン (Fan) になるとかリピーター (Repeater) になることは考えにくいといえるのである。

また、ホストである医師はゲストである患者の限りない欲求充足に応えることについても限界がある。逆に、患者が医師の都合による合理性のために不本意ながら従わざるを得ない場合についても同様である。これらのケースはどれも、医師から患者へ、逆に患者から医師への一方的な働きかけを通じて行なわれるものである。したがって、基本的には患者の期待に応えることを通じて患者満足のみを追求するサービス提供を目的にしたマネジメントになりがちであるといえる。なぜならば、サービス概念で捉えたと、一方的な理解に基づく働きかけであって、人間の特性を考慮していないからである。決められたことを決められたように行なうこと、また自らが決めたことを決めたように行ない続けることだけではだいに人間の個性や創造性を失わせることになるであろう。さらには、機械的で心からの行為とはならない傾向に陥る危険性をも内包しているといえるのである。すなわち、個々人が行なう心遣いや心配りは病院経営にとって非効率的な働きかけであるとして排除されることも考えられるのである。

サービスはモノとは異なり、その生産と消費については同じタイミングで行なわれることから、医師と患者の立場の違いこそあれ、共に人間が担い、互いの関係のあり方こそがその成否を左右することになる。その点、患者を満足さ

せる視点から役に立つことを一方向的に行なうサービス活動のみでは患者の心をつなぎとめて離さないといったことにはなり得ないのである。すなわち、リピーターにはなり得ない可能性が出てくることが考えられるのである。患者が「満足すること」と、「歓喜する、感動する、感激する、驚嘆する、感銘すること、魅了すること」とは明らかに峻別しておく必要があるであろう。

また、患者に提供する前の段階として、コンセプトやビジネス・モデルなどをはじめ、形ある商品と形のない活動・機能を組み合わせて創造し提供することが何よりも望まれていることである。したがって、今後は、人間が本来持っている「心」を働かせ、「頭脳」を駆使して、各人の働き甲斐や生き甲斐につなげていくことを考えていかななくてはならない。

このように、サービス概念のレベルを越えたマネジメントが必要になる理由が、ここにあるといえるのである。

4. インフォームド・コンセントについて

本章では、インフォームド・コンセント (Informed Consent) の概念がこれまで検討してきたサービス概念に適合するのかどうか、について論理的に導き出すものである。また、理論的に医師と患者の関係について言及し、本研究を焦点化し方向づけることがねらいである。なお本章は、病気が治癒する急性期医療を前提にして、また自ら判断することが可能な患者を対象とするものである。

4. 1 インフォームド・コンセントの概念について

インフォームド・コンセントは、医師の説明と患者の同意・承諾を中心にして患者の自己決定を支援する概念であると言えることができる。⁽¹³⁾ また、インフォームド・コンセントは、言うまでもなく医師と患者の両者が存在して成り立つ概念である。そして、患者が健康⁽¹⁴⁾ を害した時に初めて、医師はいなくてはならない存在となる。医師は、初診を含め診察して、診断し、治療するという手順で進める。一方、患者にとっては非日常でしかない病 (Sickness) が発生

した時にそれに立ち向かうこととなる。両者の目的は、早期に病を治癒させることである。患者のみが治すことに懸命になったとしても、医師はどうか、が問われなくてはならない。また、医師のみが病を治癒させるべく最善を尽くしたとしても、病は治らないことは自明である。医師と患者の双方が共通の目的である病の治癒に向かうことが必須条件である。

したがって、インフォームド・コンセントの概念については、先述したサービス概念のみでは説明することができないと考える。両者の対等な関係性を介して成り立つ概念であると捉えることができるものである。たとえば、医師が患者に医学的な侵襲を行なう場合には、患者やその家族に説明しなければならない。そして、患者の承諾を得なければならないのである。⁽¹⁵⁾以下、患者の権利と医師の説明義務の観点から法的な根拠を明らかにする。

4. 2 患者の権利について

インフォームド・コンセントの概念を構成する一つが、「コンセント」である。コンセントには、医師の説明に対して患者が同意するという意味がある。また、承諾との日本語をあてる場合がある。適正な医療行為であっても、患者の承諾がなければ違法となる。すなわち、患者は自身に何が行なわれようとしているのか、について医療行為の目的とその内容を理解し認識していなければ、どのような承諾も有効とはいえない。また、治療等を拒否する権利についても包含している概念である。したがって、患者が自己決定する権利について規定しているものである。⁽¹⁶⁾

また、治療による副作用や治療に伴うリスクがある場合、代替可能な治療方法の選択や治療そのものを拒否することについても患者本人に選択権があると捉えられている。⁽¹⁷⁾

日本においては、1991年に患者の権利法をつくる会が「患者の権利法要綱案」を公表した。⁽¹⁸⁾それによると、全体は第六章から構成され、第四章において患者の権利各則を示している。権利各則は13項目から成り、3番目に「インフォームド・コンセントの方式、手続きに関する権利⁽¹⁹⁾」を挙げている。

さらに蛇足的に言えば、4番目には「医療機関を選択する権利と転医・退院を強制されない権利⁽²⁰⁾」がある。1995年あたりから医師が治療の必要性を判断しても医療費の削減を理由に長期療養の患者が退院を余儀なくされるケースが頻発している。これについては、インフォームド・コンセントと並んで、緊急の課題であると考えられるものである。それは、国家が基本的な人権を軽視している可能性があると考えられるからである。

4. 3 医師の説明義務について

一方、医師は患者と民法上の診療契約を結び、また医療行為に対して準委任契約を結ぶものであると解釈できる。⁽²¹⁾したがって、法律적으로는何らかの義務が発生することになる。明確に患者を意識したところでは、説明(Informed)義務が発生すると捉えられているのである。仮に説明がなされないまま、患者の承諾を得た場合には無効であるとされる。⁽²²⁾

医師が患者に病状等について説明する場合、下記の15項目が考えられる。1) 病名と病状、2) 病気の進行度、3) 検査の目的と内容、4) 治療しないもしくは拒否の場合の予後、5) 当該患者に最適な治療方法の目的と内容、6) 代替的な治療方法の内容・目的・必要性・根拠・効果、7) 治療に対する患者の納得度、8) 治療後に予測される経過・結果、9) 治療に際して予測されるリスク・副作用、10) 予測される後遺症、11) 完治率、12) 成功の確率、13) 治療に要する期間、14) リハビリテーションの内容、15) セカンド・オピニオンの勧めなどである。

では、説明義務の法的な根拠は何であろうか。昭和60年の東京高裁の判例がある。⁽²³⁾それは、以下の通りである。「いかなる医療措置を採るかを一に患者の『自己決定権』ないし選択に委ねるべきことを前提として、そのために医師が患者に対する説明義務を負う。⁽²⁴⁾」と述べられている。

しかしながら、果たして上記したことのすべてを患者に説明する必要があるのだろうか。それは、個々のケースで検討を要することであろう。実際的には、個々の患者がどこまで説明

を求めているのか、について尋ねることで無用な不安心理を回避することが有効であると考えられるからである。まさに個別に捉えることが求められているといえるのである。この点について法学的にはどうなのか。このケースについては、承諾を得たことにならないのか、調べてみる価値はあるであろう。説明にあたっては、患者の理解力や心理的な状態によって、説明の仕方を工夫することも考えられる。また、患者が求める情報や知識を説明することが大切であると考えられる。その点、診療情報の開示請求があった場合には原則として応じること、またセカンド・オピニオンの希望が出された場合には対応することも医師の対応としてはインフォームド・コンセントとセットであると考えべきであろう。⁽²⁵⁾

4. 4 医師と患者の関係について

インフォームド・コンセントの取り組みが、今日までの状況になる迄には多くのプロセスや経緯を経ている。直接的には、ニュールンベルク綱領が後のインフォームド・コンセントへ発展していく端緒になったといえる。⁽²⁶⁾ 日本においては、唄孝一が1970年に「治療行為における患者の承諾と医師の説明」のもと、インフォームド・コンセントの概念について説明した経緯がある。⁽²⁷⁾

筆者が考えるところ、医師と患者の関係には、以下の4つがあると考えられる。一つは、医師が医療技術等を提供し患者はそれを受け取るという機能的な関係がある。第二は、医師が主人

で患者は従者であるとする固定化した主従関係が考えられる。医師のパターンリズムの意識や患者の医師任せの意識については、これに該当するものである。第三は、医師が説明したうえで患者自らが治療方法等を決定するように促す関係である。第四は、医師と患者が双方ともに自律した存在として互いに働きかけあうパートナー関係が考えられる。

筆者は、今後のあるべき姿としては上記した第4番目の関係であると考えられるものであるが、この関係のあり方はインフォームド・コンセントの概念に適合するものであろう。果たして、このような関係のあり方が実践されているのか、という問いが提起されるのである。

なぜならば、法律でいくら規定したとしても止むを得ず義務的に行なっていることが考えられるからである。これは、まさに本末転倒の現象である。

また反対に、医師のプロフェッション (Profession) としての自覚を信じ促進したいところである。その理由は、人間には個々人が抱く使命感や心理的な作用を重視する姿勢が認められるからである。法律で規定される以前の課題ではあるが、医師にはプロフェッションとしての見識や成長モデルに基づく人間観が求められると考える。普遍的な治療方法を適用したとしても、医師が向かい合うべき対象は個別的人間だからである。それだけに、今後の医学教育の中に法学教育と並んで、人間教育のウエイトが高まることを期待するものである。

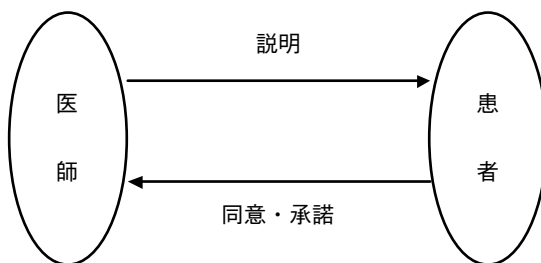


図2. インフォームド・コンセントにおける医師と患者の関係

4. 5 インフォームド・コンセントの方向性について

インフォームド・コンセントという概念について、また医師と患者双方の立場について検討してきたところである。以下、わかったこと、ならびに今後の課題について明らかにしておきたい。

医療を考える時には、法律的な解釈が重要である。神の被造物である人間が相手であることを考えれば、その人間存在についてどのように捉えるのか、甚だ一般的な真理が求められてしかなるべきであろう。それが、法律の存在価値であると考えられるものである。医療の中に占める法律の役割は大きい。しかし、インフォームド・コンセントについて医師自らが人間として、また一人のプロフェッションとしてどのように対応すべきなのか、という問いに対しては医師自らの確信に基づいた自発的な行為として捉えたいところである。その点、法律の限界は自ずと認識されるべきであろう。

医師は説明義務が発生することとなり、もし文字通り義務的に止むを得ず患者に説明することがあったとしたら、インフォームド・コンセントの概念は成り立たないことになる。したがって、情報の非対称性を克服しながらも、医師と患者の対等関係を育てていく必要があると考えるものである。これまでインフォームド・コンセントについて言えば、内容的には医師の視点からの議論がほとんどであるといえる。主導権は医師にあったのである。

今後、対等な関係を形成するうえで、患者が行なうべきことは何か、また患者が備えなければならない要件とは何か、等について検討する必要があるであろう。現在は、この点の議論が欠落しているといえるのである。今後は、インフォームド・コンセントを実施する際に認識されている障害の克服とその解決が望まれているところである。

5. ホスピタリティ概念について

これまで検討してきたように、サービス概念が具備している傾向を克服しなければならない。医師と患者の共通の目的が成就しないからである。そこで、筆者がサービスを超越するとい

う意味において想定している概念はホスピタリティである。なぜならば、ホスピタリティ概念を適用することによって人間の存在そのものを説明することが可能だからである。また、ホスピタリティ概念は一人ひとりの人間を個別的に捉え対応する概念だからである。その点、筆者はホスピタリティ概念によるマネジメントの実践に可能性を見出すものである。

したがって、サービス機能を補完するという意味において、ホスピタリティ概念によるインフォームド・コンセントのあり方について研究する価値があると考えられるものである。しかしながら、これらの議論の前提として忘れてはならないことは、継続的で安定的なサービス活動・機能が基本的な条件として整っていて、はじめてホスピタリティの実践が安定的に可能になる点である。

ホスピタリティの実践対象は、「製品・商品・モノ」「サービス」「人間」「物的資源、施設・設備」「環境（自然環境、動物、植物）」の5つである。本研究では「サービス」に焦点化して、これまで論述してきたサービスそのものの中に内包されている、また認識される限界を可能性へ変換するために、ホスピタリティ概念の援用を求めるものである。

5. 1 医療経営の目的は患者価値の創造

サービス経営の目的は、顧客価値（Customer value）を創造し提供して、それを最大化することにあると考える。医療の場合には、顧客は患者である。従来は、顧客や市場の動向に適應して対象顧客のニーズを満たすことであると捉えていたといえる。ニーズとは、欠乏、不足、必要を意味しており、満足は顧客の期待が基準である。いわば顕在化した期待値に基づいてマネジメント活動を行なうものである。今後は、患者の成熟化に伴って病院マネジメントについて組み立て直し対応していく必要があるであろう。患者価値を創造するマネジメントを実践することによって、病院組織を継続的に発展させるとともに、病院で働く個人は職業人として成長することが可能であると考えられる。逆を言えば、組織も個人も現状のみを見て、できることから行なおうとする発想のみでは競争優位の条

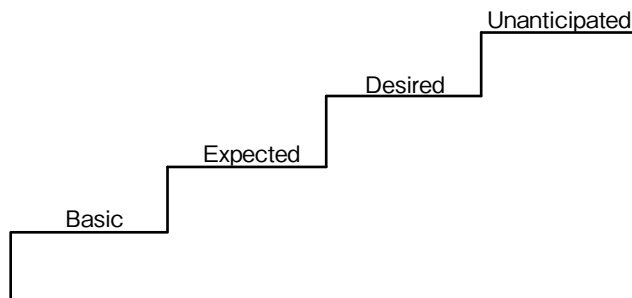


図3. 顧客価値 (I)
出所：参考文献 [30] 外国語文献のpp.113。

件を築くことができないばかりか、自らの存在価値を低下させることになるのである。

顧客価値とは、「顧客によって気付かれたサービスの体験の心理的結末⁽²⁸⁾」である。したがって、顧客が評価する価値のことであるといえる。顧客価値は図3にあるように4つの段階がある。⁽²⁹⁾ 基本価値 (Basic value) は、「顧客に提供するにあたって基本として備えておかなければならない価値要因⁽³⁰⁾」である。期待価値 (Expected value) は、「顧客が選択するにあたって当然期待している価値要因⁽³¹⁾」である。また願望価値 (Desired value) については、「期待はしていないが潜在的に願望して提供されれば評価する価値要因⁽³²⁾」のことである。そして、未知価値 (Unanticipated value) は「期待や願望を超えてまったく考えたことのない感動や感銘や驚嘆を与え魅了する価値要因⁽³³⁾」である。とくに未知価値と願望価値については競争優位の条件を築くうえで必須の価値要因であるといえる。ヤン・カールソンが言うように、モーメント・オブ・トゥルース (Moment of truth) の積み重ねが顧客によって評価されるのである。⁽³⁴⁾ これが、患者価値の実体である。

現在の障害を除去し業務を効率的に遂行するということは、組織関係者からの要求により業務機能が決まり、与えられた資源を最大限に活用することによって業務を的確に効率的に遂行することである。これはマネジメント活動の基本にあたり、これを怠るとクレーム (Claim) やコンプレイン (Complain) を増加させることとなる。患者離れ現象を引き起こすばかりではな

く、特徴のある病院づくりができなくなることが考えられる。

5. 2 ホスピタリティ概念と患者価値

インフォームド・コンセントについては医師の側からすると、患者に対してのサービス機能の提供プロセスの一つではあるが、サービス概念のみでは説明することはできない。それは、インフォームド・コンセントが経済的な動機に基づいて行なわれる経済的な行為ではないからである。また、患者が抱えている病を治癒させることを目的にしているからである。さらには、効率性のみの発想に基づいて行なわれる行為でもないからである。また、どちらか一方の都合によって一方向的に行なわれる取り組みでもない。これらの理由が、インフォームド・コンセントがサービス概念のみに依拠していない根拠である。

では、ホスピタリティ概念についてその意味するところを見えてみることにしよう。筆者は、表1で表わしたように、上記した未知価値と願望価値についてはホスピタリティ価値であるとして明確に位置づけるものである。なぜならば、カール・アルプレヒトは顧客価値についてはサービスであると解釈し、ホスピタリティについては言及していないからである。⁽³⁵⁾ また、未知価値と願望価値については患者によって価値の質的な内容が異なることから、患者との個別な関係性と相互性が欠かせないと考える。すなわち、医師と患者が相互関係を形成するプロセスは予定調和的な取り組みではなく、ダイ

ナミックで有機的な創発を促すプロセスになると考えるからである。さらには、ホスピタリティ価値を創造し提供することは患者にとっては未知の経験に遭遇することで新たな感覚や感情を味わうことができるであろう。また同時に、病院組織やそこで働く人にとっては心を遣い頭脳を働かせることで能力の開発につながるからである。特徴ある病院にしてゆくための一つの視点である。

一方、基本価値と期待価値についてはサービス価値であるとして明確に区別したいと考えるものである。サービス価値は競合する組織が既に行なっている、もしくはタイムラグを伴って同様の内容で行なうようになることが一般的である。したがって、サービス価値を提供することはホスピタリティ価値を創造する前提であるとしても、それだけでは競争優位の条件を築くことができないと考えるべきであろう。つまり、継続的に患者から支持されるとは考えにくいのである。

また、患者は、何に基づいて一つ一つの積み重ねによってどのような評価を下すのか。カール・アルブレヒトは、次の7つの評価要因を挙げている。①施設や設備に関する環境要因、②何を見て何を聞か、五感に関する感覚的要因、③接客態度等の人間要因、④訪問から購入に至るまでの手続き要因、⑤得られる情報要因、⑥何を提供されるのか、についての提供物要因、⑦リーズナブル (Reasonable) な価格なのか、についての価格要因、などが考えられる。顧客は真実の瞬間 (Moment of truth) の積み重ねによって評価しているのである。⁽³⁶⁾

表 1. 顧客価値 (II)

ホスピタリティ価値	未知価値
	願望価値
サービス価値	期待価値
	基本価値

出所：参考文献 [24] 95頁の図表6-1。

5.3 ホスピタリティの言語的な意味について

では、そもそもホスピタリティとは言語的などのような意味を有している言葉なのだろうか。上記したホスピタリティ価値を提供するうえで、押さえておかななくてはならないことである。ホスピタリティは、先述したようにサービスの上に位置しサービス機能を補強するものである。それは、下記の3点に要約することができる。⁽³⁷⁾

(1) 自律と応答

第一は、医師 (Host) と患者 (Guest) は時間と空間を超えて交互に入れ替わることを意味していると捉える。医師も病に罹り患者になり得るということである。したがって、背景にはその人が健康を維持し増進させる意思を明確に持ち、そのことはとりもなおさず自分で考え行動するところの「自律性」について含意しているものとする。ここから、人間は自らが軸になる「主体性」を表現したところの、自らが関係者に働きかける「自発性」や他者からの働きかけに対してレスポンス (Response) するところの「応答性」等の行為が交互に繰り返されるのである。また、変化への適応を意味する「柔軟性」をも兼ね備えていることが考えられる。このことは、病に陥った患者という立場になっても同様である。まさにインフォームド・コンセントの場面を想定するものである。重要なことは、自律とは決して他者との関係を遮断する概念ではないことに注意を要する点である。

(2) 対等と関係

第二は、主人 (Host) と客人 (Guest) の両方の意味を有していることである。すなわち、医師と患者双方のことであると捉えられる。このことは、何を意味しているのだろうか。上記 (1) からその時々立場は異なるにせよ、人が人と関わることで生まれ、進展する関係のあり方やあり様について示唆しているものと解釈することができるであろう。両者が同じ土俵で関係づくりをしようとしている心理的な営みについて示唆しているものと考えられる。すなわち、サービス概念のように一方的な働きかけではなく、心理的なエネルギーも含めて互いが対等の関係になることを志向しているのである。まさにインフォームド・コンセントの場面

における医師と患者の関係であると捉えることができる。オープン・パートナー (Even partner) と呼ぶにふさわしい「対等性」について含意しているものと考えられるのである。

(3) 受容と交流

第三には、客人 (Guest) は恐るべき敵であるという意味を有している。医師から見ると、患者がこれに該当しているといえる。敵とは、ホスピタリティとは正反対のホスティリティ (Hostility) をあらわにするということである。すなわち、二者間の関係は油断ができないことを意味するものである。ホスピタリティの本質である関係者を受け入れる「受容性」とともに、関係者間の相互関係のうえに相互作用を促進する「交流性」を重視することの必然性について含意しているものといえる。これらの受容性と交流性に基づいていえることは何であろうか。一人ひとりを大切な存在であるとして個別に働きかけ対応する「個別性」、互いの関係形成を重視する「関係性」、関係者の感情や気持ちの領域に焦点化したうえで理解しこちら側がわかっていることを表現する「共感性」、関係者の考え方や行動に対して同じように感じそのことを心から表現するところの「共鳴性」、互いに心と心の絆を形成し合い感じ合うところの「連帯性」、関係者が共に学び合う「学習性」、互いに頼りにできるとして信じ合う「信頼性」、共に働きかけ合い共に力強く活動する「共働性」等に

ついて示唆していると考えられることができる。

これまでの議論をふまえ、サービスとホスピタリティについて比較すると、表2の通りである。医師と患者の関係が一方向的で固定化されている場合には、両者の共通目的である病の治療については相互参加で行えないことを意味するものである。先述したところの、機能的な関係や主従関係がこれに該当する。インフォームド・コンセントを実施する場合には、医師が診察し診断して治療方法について両者で話し合い、互いに納得したところで決定することが望ましい姿である。患者の側からすると、自分の身体に何が起きいているのか、今どのような状態なのか、何を行なうべきなのか、等について知りたいところである。医師のアドバイスがどれ程の安心感をもたらすことか、またその働きかけがどれだけ心強いことか、測り知れない。医師は、患者の主訴によりこれまでの経過や現在の症状について問診するとともに、客観的な検査データに基づいて、まさに個別的に最良の治療方法を検討し選択するのである。そこに、インフォームド・コンセントは医師と患者双方が互いの心理面に向き合う行為であると捉えることができるのである。医師は患者に問診を行なうことで依存し、患者は医師に診察やその後の治療・治療について依存する。医師は患者がいなければ成り立たない職業であり、もう一方の患者は自らが病に陥った時に医師が傍らにい

表2. サービスとホスピタリティの比較

キーワード項目	サービス	ホスピタリティ
顧客価値	サービス価値	ホスピタリティ価値
目的	効率性の追求	価値の創造
人間観	道具的	価値創造的
人間の特徴	他律的・受信的	自律的・発信的
関係のあり方	上下・主従的	対等・相互作用的
関わり方	一方向的で固定化している	共に存在し働きかけあう
組織形態	階層的	円卓的
情報	一方向・伝達的	共感的・創造的
文化	集団的・統制的	個別的・創発的
成果	漸進的	革新的

出所：参考文献 [24] 26頁の図表2-1。

なくてはならない。そのような相互依存の関係を形成することの中で、インフォームド・コンセントの概念は成立するといえるのである。双方の働きかけ等がホスピタリティを実践する方向で進むことによって、インフォームド・コンセントという概念が再解釈されると考えるものである。

5. 4 ホスピタリティを実践する人材について

ホスピタリティを具現化する主体は、理論的には一人ひとりの人間である。また、ホスピタリティ実践の土台として機能するサービスの担い手についても機械化やロボット化が進んではいるものの、基本的には「人」である。人こそが、すべての「もの」や「こと」を創り出す担い手であり財産であり、かけがえのない資産である。筆者は、ホスピタリティの語源であるホスピスの原義⁽³⁸⁾を根拠にして、ホスピタリティを具現化する人材を導き出すものである。

筆者は、表1で表わしたように、上記の未知価値と願望価値についてはホスピタリティ価値であるとして明確に位置づけるものである。そして、ホスピタリティ価値を創造して提供することについては医師にとっても患者にとっても相互成長や相互幸福の場として捉えるものである。一方、基本価値と期待価値についてはサービス価値であるとして明確に区別する。また、サービス価値を提供するだけでは競争優位の条

件を築くことができないと考える。すなわち、早い段階で存在するサービス価値すらなくなるのである。

筆者は、上記した言語的な根拠に基づいて、病院で働く人間を「ホスピタリティ人財」と呼称する。⁽³⁹⁾ その働き方については、ホスピタリティ価値を進化させるとともに、サービス価値を安定的に継続的に提供し続ける姿を志向するものである。すなわち、図4にある通り、自律性の源泉である「自己」の領域、交流性の源泉としての「親交」の領域、対等性を背景にもった「達成」の領域について、それぞれ明らかにし組み合わせ提示するものである。また、ホスピタリティ概念が上記したように「自律性」「交流性」「対等性」等の意味を内包していることによって、現代社会に対してどのような示唆を投げかけているのか、についても洞察することが重要である。言語的な意味に基づいて、インフォームド・コンセントの場における医師と患者をどのような存在であると捉えるのか。

いろいろな志向や経験をもっているという意味での「多様性」、関係者が代わる代わるに作用し合う「相互性」、互いが提供し合う価値は双方にとって報酬となる「互酬性⁽⁴⁰⁾」、互いが力を出し合って一つの全体をつくるという意味での「補完性⁽⁴¹⁾」、アイデンティティを意味するところの「独自性」、互いが対等な関係を維持しつつ共に力を出し合い何かを創造することに貢献

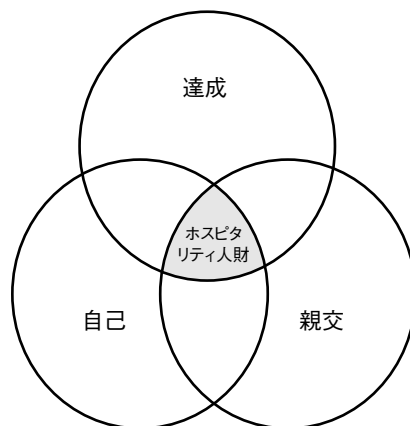


図4. 3つの領域

出所：参考文献 [21] 19頁の図表序-3。

する「共創性」、互いに成長し合うところの「成長性」を帯びた存在であると考えられないであろうか。

したがって、ホスピタリティ概念自体が人間を複合的に捉えようとするスタンスにあることがわかることである。医師はプロフェッションとして、また患者は一人の人間として極めてホスピタブルな存在であるといえるのである。

5. 5 ホスピタリティ概念に基づく経営について

ホスピタリティ概念に基づく経営⁽⁴²⁾は、これまでの売上げの増加や利益の向上を目的とする経営とは大きく異なる。すなわち、目指す経営の「質」が異なるといえるのである。ホスピタリティ経営の目的はホスピタリティの言語的な意味を根拠とすれば、互いが喜び合う、感動の場を創造する、感動を分かち合うといったことである。俗にいう「儲け」のためにホスピタリティを実践するとしたら、理論的には矛盾をきたすことになる。なぜならば、ホスピタリティはもともと無償性をその特徴にしているからである。

ならば、どのように考えればよいのであろうか。たとえば、医療経営の目的は患者が喜ぶこと、また感動することである。ぜひ対象とする患者が喜ぶ顔を見たい、患者の喜びが私の喜びである、患者と一緒に感動の場を創りたい、感動を分かち合いたい、感銘の瞬間に立ち会いたい、などの事例については利益を上げることが目的にしているというよりは人間が生きていく目的そのものであると捉えることができるであろう。したがって、筆者は「ホスピタリティは、人間が生きる価値を生み出す源泉である。」と捉えるものである。

いま一度、ホスピタリティ経営の目的は何であると捉えることができるであろうか。「潤い」「安らぎ」「癒し」「憩い」「寛ぎ」「暖かみ」「温もり」「味わい」「和み」「深み」「高み」などの状況づくりであると表現することができる。この状況づくりには、人間の心の働きと頭脳の働きが必要である。意欲や志が必要であり、人間が抱く思いが不可欠である。個別的な関係者との連携が考えられる。すなわち、関係者の組織

化が考えられる。

したがって、ホスピタリティ経営を具現化するために、これからのインフォームド・コンセントは医師主導でもなく、患者主導でもないところに成り立つものとする。どちらがイニシアティブを取るのかという問題はあるにせよ、結果的には両者主導によって両者の相乗効果を高める姿が求められていると考えるものである。患者と病院関係者が出会い交流し合い、相乗効果を高めることは大いに楽しみなことに違いない。なぜなら、不治の病についても医療の進化に伴って治るかも知れないからである。したがって、ホスピタリティ経営は病院に關係のある組織関係者の間にインタラクティブ (Interactive) な関係と場の形成を志向するものである。この中に、マネジメント活動をしっかりと位置づけることである。

6. おわりに

本研究は、ひとまず本章で終えるものである。ここに本研究のまとめと今後の課題について明らかにするものである。

6. 1 まとめ

本研究において分かったことは、インフォームド・コンセントはサービス概念とは相容れない概念であることが分かった。また、インフォームド・コンセントの概念はホスピタリティ概念とは適合関係にあることが分かったところである。

6. 2 今後の課題

今後、柔軟的に研究を続行し、患者を対象にした調査を実施して実質的に医師と患者が対等な関係のもと病に立ち向かう環境を整えることが課題である。また、セカンド・オピニオンについても視野に入れ体系的に研究していきたいと考える。さらに、医療の世界に踏み入って日が浅い筆者にとって、今後、下記の5点は研究する価値があると考えられるものである。筆者の専門であるホスピタリティ・マネジメント論の視点から明らかにしていきたいと考える。

(1) 患者満足を補強するマネジメントの研究について

患者満足に関する理論を補強する理論の開発が必要である。満足とは患者の期待を基準にして、「欠乏」「不足」「必要」を満たすことによって得られる感情のことである。明らかに、「感動」「感激」「驚嘆」「魅了」「感嘆」「感銘」といった感情とは区別しておく必要がある。病院においてそれらの感情を醸成するためのマネジメントとは何か。この問いに解を導き出す必要がある。

(2) 人事処遇の体系に関する研究について

人事処遇が低いためにモチベーションが高まらないとよく聴くことがある。医療ミスについても、このことが理由であるかのように表現する人もいるぐらいである。何が不満要因なのか、調査し処遇の体系を設計する必要がある。その際に、人的資源管理という表現を使用することがあるが、筆者は今後、人間力マネジメントと表現したいと考える。なぜならば、人的資源という表現は病院で働く人を業績達成のための道具と捉えかねないからである。また、管理という言葉についてもコントロールの発想が見え隠れするからである。人間力マネジメントについては、人間はヒューマン、力はリソース、そしてマネジメントとして捉え直し、あらためて「ヒューマン・リソース・マネジメント」とするものである。

(3) 相乗効果向上のためのマネジメントの研究について

医師と患者が互いに力を出し合い、相乗効果を高めるためのマネジメントのあり方について研究する必要がある。医師も患者も互いに共通の目的に近づくために、双方が自らの力を出しあい、互いに働きかけあう関係が望ましい。次の段階は、互いの働きかけが $1 + 1 = 10$ にも 20 にもなることを目指し、どのようなマネジメントをすればよいのか、解明する必要があると考えるものである。患者の視点からすると、後障害のない人生、そのためにどのような治療方法を選択すればよいのか、を考えたいところである。患者の視点を重視する医師を養成するにはどのようなカリキュラムにしたらよいのか。患者と人生を語り合うことができる医師を養成することも、今後の課題である。

(4) 自律性の研究について

情報の非対称性を持ち出して、もともと医師と患者は対等な関係にはなり得ないと考えている研究者は少なからずいる。しかし、真にそう理解し今後とも医師と患者の関係が機能的な関係や主従（上下）関係のままよいのか。答えは、否である。筆者の考えは、病（sickness）、疾病（disease）、病気（illness）に関わらず、治癒（curing）のみの働きかけでは事態は変わらないのではないかと。むしろ、病院機能が病の予防、及び健康の維持と増進に力点を移すようになれば、医師と患者の関係が変わるかもしれない。医師本人も患者と同様に人間として、予防医学に立脚して健康の維持と増進を進めていくことが欠かせないと考える。病の治癒を目的にした真の自律性（autonomy）とは何か。このテーマについて論理的に解を導き出す必要がある。

(5) 病院機能の研究について

上記の（４）で取り上げた病院機能の問い直しが必要である。病院とはどのような存在なのか。ストレスフルな現代社会において、現状においては快適な時間と空間を提供しているとはいえない。病気の予防と健康の維持・向上を射程内に収めた病院とはどのような機能を備えているのであろうか。また、備えるべきであらうか。病院改革の方向性に関して明示することが、今後の課題である。

〔謝辞〕

本稿は、東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医歯科学専攻修士課程医療管理政策学（MMA）コースの修士論文として著した研究成果の一部である。ご指導いただいた高瀬浩造教授に厚く御礼申し上げます。なお、本研究は、平成20年度目白大学特別研究費を受けて進めた研究成果の一部であることを記しておきたい。

【注】

- (1) 参考文献 [1] を参照。
- (2) 参考文献 [28] を参照。
- (3) 参考文献 [13] を参照。
- (4) 参考文献 [10] を参照。
- (5) 参考文献 [9] を参照。
- (6) 参考文献 [26] を参照。
- (7) 参考文献 [4] を参照。
- (8) 参考文献 [14] の110頁から引用し適用した。なお、同文献においては従来からのサービスマネジメントの限界を指摘したうえでホスピタリティ・マネジメント理論の援用について言及している。
- (9) 参考文献 [7] を参照。サービスの基本的な特徴の一つとして「協同性」が挙げられ、サービス提供者とサービス享受者との相互作用論を提起している文献が多い。しかしながら、サービスの本来の意味、及びサービス活動の実態と相互作用という表現との間には、その乖離のみを印象づける結果になっているといえよう。
- (10) 参考文献 [14] を参照。
- (11) 参考文献 [7] の35-36頁を参照。
- (12) 参考文献 [7] の36-38頁を参照。
- (13) 参考文献 [4] の86頁を参照。
- (14) WHO憲章によると、健康の定義は「身体的、精神的ならびに社会的に完全に良好な状態にあることであり、単に病気が虚弱ではないことにとどまるものではない。到達しうる最高度の健康を享受することは、人種、宗教、政治的信念、社会・経済的条件のいかにかわからず、全ての人類の基本的権利の一つである」とある。
- (15) 京都地判平4. 10. 30判時1475号の125頁を参照のこと。
- (16) 自己決定権の概念については、人格権として捉えられるであろう。憲法13条の「生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利」の一環として位置づけられると解釈できる。
- (17) 参考文献 [6] の6頁を参照。
- (18) 参考文献 [6] の7頁を参照。
- (19) 参考文献 [6] の7頁を参照。
- (20) 参考文献 [6] の7頁を参照。
- (21) 準委任契約は診療契約の本質であり、民法645条に規定されている。
- (22) 民法645条が、説明義務の根拠である。
- (23) 参考文献 [4] の93頁を参照。
- (24) 参考文献 [4] の93頁を引用し適用した。
- (25) インフォームド・コンセントがホスピタリティ概念に包含されるように、セカンド・オピニオンも同様である。その他に、ケア、バリアフリー、ユニバーサルデザイン、ユビキタス等もホスピタリティ概念に含まれる。
- (26) 参考文献 [4] の86頁を参照。
- (27) 参考文献 [1] を参照。
- (28) 参考文献 [30] 外国語文献のpp.112-115を引用し適用した。
- (29) 参考文献 [30] 外国語文献のpp.113を引用し適用した。
- (30) 同上。傍点は筆者による。
- (31) 同上。傍点は筆者による。
- (32) 同上。傍点は筆者による。
- (33) 同上。傍点は筆者による。
- (34) 参考文献 [29]、及び [30] 外国語文献を参照。
- (35) 参考文献 [30] 外国語文献のpp.88、及び参考文献 [14] の103頁を参照。ホスピタリティ価値については、参考文献 [23] の150頁、及び参考文献 [24] の94頁を参照。筆者による造語である。
- (36) 参考文献 [29] 外国語文献のpp.128-129頁を参照。
- (37) 参考文献 [16] の321-322頁。
- (38) 参考文献 [16] の321-322頁、および参考文献 [3] [16] [17] [18] [31] を参照。
- (39) ホスピタリティ人材は、筆者による造語である。参考文献 [22] の281-290頁、及び参考文献 [24] の11-15頁、35-37頁を参照。また、参考文献 [24] の113-121頁を参照のこと。筆者は、職業人としての成長段階に応じた能力発揮力の評価を提案している。成果と能力を結びつける能力発揮力については、「自己傾注力」「親交促進力」「達成推進力」から構成するものである。
- (40) 参考文献 [24] の16頁を参照。
- (41) 補完性については、参考文献 [12] の122-138頁に詳しい。
- (42) 筆者による造語で、「ホスピタリティ経営」と表現する。ホスピタリティ概念による経営(Management by the concept of hospitality)のことである。ホスピタリティ経営が創造する価値とは、「ホスピタリティ価値」と表現する。ホスピタリティ価値は、筆者による造語である。参考文献 [23] の150頁、及び参考文献 [24] の94頁を参照。また、参考文献 [30] 外国語文献のpp.106-126を参照のこと。筆者は、これまでホスピタリティ概念の具現化を志向して、ホスピタリティ・マネジメントの枠組みに関する研究(I)と同研究(II)を発表してきた。また、ホ

スピタリティの語源であるホスピス (Hospes) が何を意味しているのか、について考察してきたところである。私たちは自らがホスピタリティを実践しつつ具現化する (Manifest) ことを考えなければならないが、参考文献 [23] でホスピタリティ・マネジメントについて定義づけた。また同時に、ホスピタリティを具現化するという視点からマネジメントの種類とマネジメント課題についても類別し、これらの課題を達成するマネジメントを通じて組織関係者の相互成長・相互繁栄・相互幸福がもたらされることを論じてきた。さらには参考文献 [25] において、ホスピタリティを具現化する主体は人間であるとして時代の変遷とともに今まで適用されてきた人間観について概観し、ホスピタリティ具現化に向けて価値創造の人間観を提示してきたところである。

【参考文献】

- [1] 唄孝一 (1970) 『医事法学への歩み』岩波書店
- [2] 伏見清秀編著 (2006) 『DPCデータ活用ブック』じほう
- [3] 今村仁司 (2000) 『交易する人間』講談社
- [4] 医療倫理Q & A 刊行委員会編 (2005) 『医療倫理Q & A』太陽出版
- [5] 河原和夫 (2001) 「医療計画と健康日本21の政策構造」『Public Health, 50 (4)』J. Natl. Inst.
- [6] 畔柳達雄・高瀬浩造・前田順司 (2004) 『わかりやすい医療裁判処方箋—医師・看護師必読書』判例タイムズ社
- [7] 近藤隆雄 (1995) 『サービスマネジメント入門』生産性出版
- [8] 前田正一編集 (2005) 『インフォームド・コンセント：その理論と書式実例』医学書院
- [9] 中西睦子 (1995) 『インフォームド・コンセントにおける患者の決断の“ゆれ”と看護婦の対応に関する研究』平成7・8年度科学研究費補助基礎研究B研究成果報告書
- [10] 西垣悦代・浅井篤・大西基義・福井次矢 (2004) 「日本人の医療に対する信頼と不信の構造」『対人社会心理学研究』4.
- [11] 西谷修 (2008) 「理性の探求—15 医における知と信—医療思想史のために」『UNIVERSITY PRESS』Number 424, 東京大学出版会
- [12] 西山千明 (1991) 『新しい経済学：世界のための日本の普遍性』PHP研究所
- [13] 佐伯英行・高嶋成光・土井原博義 (1993) 「乳癌におけるインフォームド・コンセントのすすめ方」『癌治療と宿主』5 (2)
- [14] 佐藤知恭 (1995) 『「顧客満足」を超えるマーケティング』日本経済新聞社
- [15] 高瀬浩造・阿部俊子編 (2000) 『エビデンスに基づくクリニカルパス—これからの医療記録とヴァリエーション分析』医学書院
- [16] 梅田修 (1990) 『英語の語源事典』大修館書店
- [17] 鷲田清一 (1999) 『「聴く」ことの力：臨床哲学試論』TBSブリタニカ
- [18] 鷲田清一 (2001) 『弱さの力—ホスピタブルな光景—』講談社
- [19] 谷田憲俊 (2006) 『インフォームド・コンセント その誤解・曲解・正解』NPO医療ビジランスセンター
- [20] 吉原敬典 (2000) 「ホスピタリティ・マネジメントに関する実証的研究」『日本ホスピタリティ・マネジメント学会誌HOSPITALITY』第7号, 日本ホスピタリティ・マネジメント学会
- [21] 吉原敬典 (2001a) 『「開放系」のマネジメント革新：相互成長を実現する思考法 (第4版)』同文館出版
- [22] 吉原敬典 (2001b) 「ホスピタリティを具現化する人財に関する一考察」『長崎国際大学論叢』第1巻 (創刊号), 長崎国際大学研究センター
- [23] 吉原敬典 (2004) 「ホスピタリティ・マネジメントの枠組みに関する研究 (I)」『日本ホスピタリティ・マネジメント学会誌HOSPITALITY』第11号, 日本ホスピタリティ・マネジメント学会
- [24] 吉原敬典 (2005) 「ホスピタリティ・マネジメントの枠組みに関する研究 (II)」『日本ホスピタリティ・マネジメント学会誌HOSPITALITY』第12号, 日本ホスピタリティ・マネジメント学会
- [25] 吉原敬典 (2009) 『ホスピタリティ・リーダーシップ (初版第二刷)』白桃書房
- [26] 吉武久美子 (2007) 『医療倫理と合意形成：治療・ケアの現場での意思決定』東信堂
- [27] Breugh, J. A., The work autonomy scales: Additional validity evidence. *Human Relations*, 42, 1989, pp.1033-1056.
- [28] Faden R.R, Beauchamp T.L, A History and Theory of Informed Consent: Oxford University Press 1986.
- [29] Jan, Carlzon, "Moment of Truth" Ballinger Publishing Co. 1987. = ヤン・カールソン著, 堤植二訳 (1990) 『真実の瞬間』ダイヤモンド社
- [30] Karl Albrecht, "THE ONLY THING THAT

MATTERS” Harper Collins Publishers Inc.,
1992.= カール・アブレヒト著, 和田正春訳
(1993)『見えざる真実』日本能率学会マネジ
メントセンター

[31] Rene Scherer, ZEUS HOSPITALIER, Arm
and Colin Editeur, Paris, 1993.=ルネ, シェレー
ル著, 安川慶治訳 (1996)『歓待のユートピア』
現代企画室

