

地域社会における医薬分業と 患者に対する情報開示（上）

Division of Role between Doctor and Pharmacist in Community ; Its Influence on Informed Consent

田 口 宏 昭

Hiroaki Taguchi

目 次

はじめに

- 1 医師－患者関係と権力
- 2 医療社会関係におけるコミュニケーションの二つの型
- 3 情報開示対パターナリズム
- 4 患者の権利とQOL （以上は「上」）

5 院内医薬分業の展開

6 地域社会における医薬分業の展開

7 薬剤師役割の展開

8 服薬自己管理と自己治療

9 患者の参加と自己決定

10 むすび

はじめに

終末期の癌患者に限らず、医師が病気についての正確な情報を患者本人に伝えない傾向があることはよく知られるところである。このような状況は、直接的には未だ根強い患者に対する医療者の責任回避の姿勢と医療者のパターナリズムに帰せられるところが多い。このような状況が認められる反面、他方で

は患者に対する情報開示を求める社会的圧力が次第に高まってきており、患者の権利拡大への世論の要求は増大する医療費の節減という課題をかかえる医療政策推進側の圧力と相俟って、伝統的な権威主義的な型の医師－患者関係に変更を迫りつつある。この両圧力のもとに医療機関は永らく実施が引き延ばされてきた医薬分業の課題をいよいよ推進していかなければならない状況に置かれようとしている。⁽¹⁾ このような医薬分業への動きは、不可避的に医師や医療機関に対して、患者に対する情報開示を迫ることになる。本稿は、特に医薬分業の不可避的な展開という、医師－患者関係にとってはいわば外在的圧力が結果的に患者に対する情報開示を避けがたいものにすることを論じる。

1 医師－患者関係と権力

権力関係には、巨視的な権力関係とは別に微視的な権力関係があると捉えるのが、権力という社会現象に対する説明可能領域を拡大するために有効であろう。権力を国家権力とほとんど同一視したり、あるいは全体社会の階級構造における特定階級の権力について分析するためだけの概念とみなすならば、このような発想は出てこない。もちろん、これら二つのレベルは連結されることが望ましいが、本稿においてはまず、一方では医師－患者間に一般的に見だされる権力関係を、現代社会の巨視的レベルの権力関係の構造的基礎と位置付けながら微視的レベルの権力関係の研究をすすめるH.WaitzkinとJ.D.Stoeckleらの視点に依拠しつつ考察し、他方において医療における微視的権力関係を改変する方向に働く巨視的権力の場を探っていくことにしよう。⁽²⁾

医療は言うまでもないが、一つの社会制度である。制度を個人と社会の結接点にあって、両者を媒介するところの相互連関する役割（期待）パターンの複合体と捉えるならば、医療制度とは一方においては結晶化されかつ分有される社会的価値としての健康価値の実現をめぐって、他方においては社会構成員の健康への欲求の充足をめぐって社会が特定の社会構成員の役割を組織し、またその結果として相互に連関するに至った役割期待の相補性の持続的システムのことである。

制度は、しかしながら、この役割期待の「完全な」相補性によって諸個人の

行為を完全に整序しているわけではない。すなわち、複合的な役割（期待）の間の相補性の欠如という状態は制度としてはありえないし、反対に完全な相補性もまたありえない。相補性は相対的なものである。言い換えれば、相補性という表現によって、価値実現の社会的期待にしたがった役割が当事者によって過不足なく遂行される、ということの意味するわけではない。たとえば次のような場合はどうであろうか。医師の動機指向が、役割期待通り健康価値の実現に向かっていて、患者の動機指向も役割期待通り健康価値の実現に向かっている場合もある。このような場合は一定の相補性を見いだすことができるであろう。

けれども他方においては、医師の動機指向が「身分的な」、あるいは経済的な、あるいは政治的な利害関心の充足に向かっていて、患者の側においても、病気の苦痛から逃れて健康を回復するという動機がはたらいっている場合もあれば、それ以外の動機指向が見られることもある。このように制度の中の諸行為の交差する場は、純粹に制度的価値の実現の場であるのではなくて、それぞれ特殊な利害関心が錯綜する場でもある。否、むしろそれが常態であるとも言える。しかし医師が企業家にはなりきれないのは、役割の正当化の論理が、企業家のそれとは根本的に異なるからである。このことは、もし業務独占の根拠を科学的知識とその技術的応用の能力に基礎を置く専門家としての医師が企業家精神に完全に同化した場合にどのようなことが起こるかを思考実験すれば容易に理解できるであろう。彼は金銭の利害関心は充足できても、そうでなければ失わなくともよい別の特殊な利害—例えば献身価値を具現する人々が世間の人々から受ける尊敬—を手にするチャンスを失うのである。

今日の医療制度においては、このように正当化された役割の最も一般的な規定は法として成文化されている。誰が診断と治療の役割を遂行しえるのか、誰がエックス線の装置を使って人体の内部を探索しえるのか、誰が血液の検査に携わることができるのか—これらについて法は一般的な規定をしている。我々の社会においてはこれらはすべて一定の国家資格を必要とする役割であり、資格を認定されたものだけがこれらの行為を正当な役割として行うことができる。また法が定めるところは一般的な「権利義務」の規定であるとも言い換え

ることができる。法は、もしそれが少なくとも形式的に（行為者の動機指向は問わずとも）かつ全般的に遵守されなければ、制度が機能していかない権利義務を定める。例えば、もし医師が法を逸脱して医師のストライキが全国的にかつ長期にわたって実行されるならば、その義務は完全に履行されないことになり、医療制度は完全に麻痺状態に陥ってしまう。

合法化された支配においては、行為者はただ「形式的に」その義務を履行しているだけでも、結果的に制度的価値の実現を明示的に損なうことがない限り、法的責任は問われない。例えば、医師が「金儲け」をするつもりで治療を行っていても（この場合の動機指向は「金儲け」）、その治療行為が結果において患者を病気の苦痛から解放放す結果になったならば、その行為は道徳的に非難を受けても法的にはなんら責任を問われるものとはならない。それどころか、このような場合医師が「正当な」金銭的報酬を要求することは、制度的、法的にも認められてさえている。

さて、ここで専門家としての医師の権力について考えてみよう。医師は患者の病気の診断と治療を行う権限を社会から（より直接的には国家から）委託されているが、それとの相補的關係において、患者は医師の指示にしたがって健康の回復に努める義務を負う。この場合、医師は患者の抵抗にもかかわらず自らの意志を実現する可能性に応じて権力を持つと言える。この権力は規則が行使の正当性を裏付けるかぎりにおける権力である。医師はこの規則にしたがって権力を行使できる。ただし、この規則は、患者自身が権力行使の客体として権力に規定されるという意味において患者を縛ると同時に、医師が公的な権限として許容されている範囲を逸脱した場合は社会的・法的制裁を受けなければならないという意味において医師をも縛る。これは権力のひとつの側面であり、しかも一つの側面でしかない。

権力のもうひとつの側面は、意思決定の不確定性の領域にある。¹³⁾ M.クロジェによればそれぞれの権利義務を持つ役割行為者は、規則に縛られながらもその行為は状況の不確定性から完全に免れることはない。状況の不確定性は権力の一要素である。例えば、ある通常の状況のなかで権力を行使しえるチャンスを持つ特定の参加者にとっては、「招かざる客」（例えば、子ども）の「不意討

ち」(「秘密の暴露」)は権力の赤裸々な行使の格好の例となろう。¹⁴⁾このような不確定性の例をこの文脈に即して挙げるとすれば、癌患者に対して医師が真の情報を隠している場合である。行為者の意思決定の重要な要素である情報は、行為者にとって状況の確定性を高めるように機能する。このことからすれば、例えば告知して患者に自律的な意思決定を認めることは、医師の権力を弱めることになる。情報を与えないことは、意思決定が医師の側の自由裁量に委ねられる部分がそれだけ大きいことを意味する。この場合、患者は状況の中において状況について適切な定義を下すことができないし、したがって状況は現在においても未来においても不確定なままである。患者にとっては、情報が不足していて、状況が不確定であればあるほど、医師が権力を行使するチャンスはそれだけ大きくなる。私が本稿の最初の部分においてパターンリズムと呼んだのはまさに社会関係におけるこのような情報独占又は情報寡占の条件下での意思決定のパターンの一変種にほかならない。例えば状況のなかに置かれた人々の不安を煽りながら、自らの意思決定に依存させる戦略などは、まさにこれである。このように医師の権力は、規則を超えたところに現れる状況のなかのインフォーマルな位相における医師による情報独占、情報管理・情報統制と深く結び付いているものである。

2 医療社会関係におけるコミュニケーションの二つの型

上に見てきたように、医師－患者関係における最も重要な権力の源泉の一つは情報である。医療制度の軸となる社会関係は医師－患者関係であるが、この両者の社会関係における意思決定のチャンスは言語的及び非言語的コミュニケーションを通じた情報の統制・操作に大きく規定される。言うまでもないが、コミュニケーション手段としての言語は患者にとっては状況の不確定性をより確定的ならしめる上で不可欠な手段である。これに加えて身振り、手振り、眼球の動きを含めた表情なども時に重要な情報を含むこともある。むしろ場合によっては、このほうがより確かな情報が相手に伝わることもある。例えば、言語的手段が真相を覆い隠そうとするときに、非言語的なコミュニケーション手段がその偽装を計らずも露呈してしまう、という例に見られるように。

ところで、医師は検査を行い、診断し、処置をする。医師が自ら直接検査を行わない場合は、臨床検査技師に委ねるが、その検査の結果をどのように解釈し、取り扱うかは基本的には医師の裁量である。一般的に言えば、臨床検査は医師にとって、眼前の患者の心身の変異について可能なかぎりの情報を得ようとする試みにほかならない。確定診断は、検査データが出揃った段階で下されるのが普通であるが、確定診断を行って何を、どれだけ、どのように伝えるかーコミュニケーションの形式と内容ーは、医師－患者関係の在り様と密接に結び付いている。確定診断に続く処置は、このコミュニケーションによって方向づけられるであろう。

医師－患者間のコミュニケーションの型は、医師が情報を患者に伝え、患者が状況について正確な判断が可能となるように患者を援助するコミュニケーションである「自立促進型コミュニケーション」と、患者に提供する情報を制限し、そのことによって患者を依存させ権力の行使を容易にする「権力促進型コミュニケーション」とに分類することができる。

まず第一に、前者の例はホスピスケアを実践している病院におけるコミュニケーションである。

これについて次のような事例を示そう。1990年代前半のある時期に筆者が調査のために訪ねたK病院においては、一定の条件が満たされるならば、医師が把握しえた患者の病気についての情報が、患者に直接伝えられる原則が医師及びその他の病院職員の間で確認されていた。もちろん、患者に対して責任をもって正確な情報を伝える役割は医師のみが負っており、他の職員はこのような医師の役割遂行と齟齬がないように慎重に自らの役割を遂行することになっていた。医師が直接的な言葉によるコミュニケーションを通じて患者に痛であることを伝えることが困難であると認められる場合でも、患者が人生の質を高めるために役立つと医師個人や医療チームが判断した場合には、患者自らが事実を察することができるようなコミュニケーションの機会と形式とを医療チーム側が探求した。⁴⁵⁾ そして一方では情報が開示された患者に対して、他方では通常の形式では情報が開示されていない患者に対して、ともに医師や看護婦をはじめとする職員が患者の病む心理、精神的危機に対する深い共感と洞察を怠

らないことを期待されていた。疼痛管理の技術が探求され、その適用を通して患者の精神的危機に対して医療チーム側がいかなる援助を、どのように提供できるかが検討され、その検討に基づいてプログラムが作成され、実施に移されていた。これによって患者は激痛と死への恐怖・不安がもたらすパーソナリティの無秩序から解放される。

この例に見られるコミュニケーションは「自律促進型コミュニケーション」と言える。患者の病気に関する情報は、原則的には開示するというのが、この病院の緩和ケア病棟の原則である。医療者側が情報を開示することによって患者は治療の方針、治療の方法の意思決定に参加することができるばかりでなく、不確定な状況解釈がもたらす不安や恐怖などの感情を弱め、自己と自己を取り巻く状況を自分で制御することがより容易になるのである。したがって、上記のようなコミュニケーションを「自律促進型」と呼べるのである。

このようにホスピスや一般病院の緩和ケア病棟においてみられるコミュニケーションの型が一般的に「自律促進型」の傾向を持つのに対し、一般病院においてはこれとは対照的なコミュニケーションの型が一般的に見いだされる。この型のコミュニケーションについて次に述べよう。

現代の医療においては一般的に診断に先立つのは種々の検査である。医師の視診、触診、聴診及び問診は患者から情報を得る重要な手段であることに変わりはないが、今日の医療機関においてはエックス線照射のみならず、血液や尿の検査が多く情報を医師に提供するものと見なされており、採血や採尿による検体の分析結果は診断にとって非常に大きな意味を持つようになっている。診療所の多くは外部の検査機関に検体を渡して検査を委託する。検査部門を持っていて、臨床検査の専任職員を雇用している病院は検体を自前で分析するが、それを持たない病院は外部機関に委託する。最終的には検査データにもとづいて医師が確定診断を下しても、その情報を正確に患者に伝えないかぎりは患者にとって状況は、検査期間の間と同様不確定のままである。これに比べて、医師には確定診断を下すだけの情報があるのであるから、選択しえる治療法、患者の病気の状態、予後などに関して状況はずっと確定的である。医師と患者が共に当事者である状況が、一方にとっては確定的であり、他方にとっては不確

定的であるとき、専門家としての権限を持った医師の権力は患者を圧倒してしまう。患者に情報を提供せず、依存させてしまうこのような医師－患者関係のコミュニケーションは「権力促進型コミュニケーション」と呼ばれる。

病む患者は「健康者」（専門家から「患者」と診断されないうちはこのように呼ぶことができる。）とは異なり、「病氣かな」と感じて専門家を訪ねて病気の診断を依頼する段階になると、その事実だけで専門家である医師に依存せざるを得ない存在になる。人間は一個の身体と精神の統一体としての自分という存在が何者で、いかなる特徴を帯び、いかなる状態にある存在であるのかについて知りつつ、日々生成する生の営みの中で自己決定を行いうる存在である。ある他者に服従することもこのような自己決定を含むものである。すなわち、服従行為さえ主体側のある状況判断で行うならば、それは自己決定である。的確な状況判断を下すための情報と、その情報に基づいた自己決定の程度に応じて、その個人は自律的存在と言えるのである。

このような情報のなかでも特に重要なのは病名に関する情報である。患者としてフォーマルなコミュニケーション回路を通して癌患者に情報が伝えられるが、情報のうちでも特に、通常、患者がもっとも関心を持ち、患者が一度その情報を得れば、さまざまな下位情報をそこを起点にして手繰りだすことができるのが病名という情報である。その意味において、正確な病名の提示と説明は、患者による正確な状況判断を促し、患者にとっての状況を確定的ならしめる上で必須の情報であると言える。

典型として終末期の患者を例にとれば、一般に現代の医療機関においてはこの情報が医師から終末期の患者に伝達されている場合は少ない。このような場合患者は、自己の身体の上に進捗している事態について正確に把握するための情報を欠いている。その意味で大きな不確定の状況に置かれているのである。すなわち、患者は明確な状況定義を欠き、自律的に状況に対処できず、不安を抱きながら医師をはじめとする他者の意志、他者の権力に依存せざるを得ないことになる。

一般的に言えば、医師－患者関係には不確定性はつきものである。両者は共に検査、確定診断、治療方針の決定ならびに治療の全過程に関してこのような

不確定性を免れることはできない。将来を予測しえないがゆえに有効な意思決定ができない状況が不確定性であるが、H.Waitzkinらは「この不確定性は医師にも患者にも影響を及ぼすが、両者のあいだの能力のギャップに照らせば、一般的には患者側の不確定性の方が医師のそれより大きいということを示唆している。これまでの研究は、病気の経過あるいは治療の効果についての医師側の不確定性が少なくなっていくときでさえ、医師は患者の不確定性を引き伸ばす傾向がある、と示している。」⁽⁶⁾と述べている。ここに示されている命題はかなりの程度日本における治療過程の医師の行動についても妥当するように思われる。また彼らは、「医師が、医師－患者関係の上に自らの権力を保持する能力は主として患者の不確定性を統制する能力にかかっている。」⁽⁷⁾とも述べている。しかしながらこの問題は次の例を見れば、そう単純ではない。

医師が患者を一方向的に全く無視しながら情報の統制を行うという単純な図式では割り切れない構造が横たわっていることを見逃すことはできない。1990年代のはじめに筆者が調査したある病院の医師が示した例はそのことを示唆している。その医師によれば、彼が治療方針の説明を受けるコミュニケーションの過程において、「いろいろしつこく聞いて先生困らせると嫌われるから（もうこれ以上聞きません）」と患者が答えて、自ら情報を得ることを断念する態度を示す患者がいる。医師に対するこのような服従と依存の態度は、患者の「知る権利」の規範を内面化した患者の態度と対極にあるが、それ自体が情報の不均衡を維持するのに関係しており、医師の側の権力を強化する結果になっている側面を見逃すことはできない。

しかしこれさえも、医師－患者関係の上に医師が権力を保持する能力と患者の不確定性を統制する医師の能力との関係を否定することにはならない。それは、検査過程や治療過程の情報や他の患者が意図的ないし非意図的に提供する情報のうちに、患者自身は事実が何であるかを示唆する兆候を察知し、病気を憶測することがある程度可能であるからである。にもかかわらず、医師が病気についての重要情報である病名を誰にも伝達していないことは、個々の患者にしてみれば、自分が癌であるかも知れないし、あるいは癌の疑いが杞憂かも知れないという大きな不確定性の壁の前に立たされていることを意味するからで

ある。このような型の情報伝達は、一方の当事者の権力行使のチャンスを増大させるがゆえに「権力促進型コミュニケーションと呼び得るのである。この型のコミュニケーションは患者に対する権力行使の意図が医師の側にならずしもないときでさえ、あるいは少なくとも関係の初期段階において医師の側にならないうときでさえ、専門家である医師の知識と技術に自分が全面的に依存せざるを得ない状況を患者が認識すればするほど、患者側の服従の態度は医師の権力行使のチャンスを増大させる結果を招くのである。

以上見てきたように、権力促進型のコミュニケーションと緩和ケア施設における医師－患者関係において典型的に見だされるような自律促進型コミュニケーションのいずれにおいても、情報はそのすべてではないけれども重要な鍵を握っているように思われるのである。

3 情報開示対パターナリズム

情報と権力の関連の典型例は、癌患者に対する告知の問題に現れている。日本の癌患者に対する告知率は、世界の中でも最低水準にある。1995年の11月3日付の毎日新聞は、東北大学医学部の研究グループが癌治療の最前線で働く世界各国の医師を対象に調べた調査の結果を報じた。それによると、調査は1994年10月から1995年7月にかけて行われたものである。世界39カ国の医師それぞれ約20人に調査票を郵送し、28カ国の585人から回答を得た。「自分の国でどの程度患者本人への癌告知が行われているか」という質問に対する回答では、平均告知率は51%で、告知率の平均が最も高かったのはオランダの91%、次いでフィンランドの89%、オーストラリアの88%と続き、米国、デンマークを含む高告知率群の国々がある。ヨーロッパではカソリック信者の多い国が50%前後の告知率で、これらの国々は中告知率群の国々である。日本は告知率が30%未満の4カ国、すなわち低告知率群の一つで、29%であった。この調査のデータは、厳密なサンプリングをしたかどうか疑問が残るし、もしそうしていたとしても回答医師が自分の告知行為そのものを問われているのではなくて、自分の国では一般に医師がどうしているのかを問われているのであるから、かなり主観が混入する可能性のあるデータであると言える。けれども、おおざっぱに一つの

傾向として、告知の現状を推測できるデータにはなるであろう。

他方、家族への告知は世界平均で88%の水準であるから、患者に知らせず、家族にだけ知らせる傾向があることが伺える。

告知に関する同様の調査は従来日本においても実施されており、患者に知らせず、家族にだけ知らせるということを示すデータを否定するようなデータは現在のところ出されていない。

このような、癌患者に対する告知の問題は医療制度の枠組みの中における医師－患者関係の構造を暗示しているものである。すなわち、癌患者に対して説明することに消極的な社会は、その他の病気の患者に対する説明についても消極的である可能性が大きい。ただそのような仮説を立証するだけの資料を今は持ち合わせていない。けれども、例えば日本の社会において、癌患者に対するインフォームド・コンセント（「説明」と「同意」）に対して積極的な医師はその他の患者に対するインフォームド・コンセントについても積極的であることが期待できる。癌患者に対するインフォームド・コンセントの積極性を規定する条件の一つとして、その社会の生死観が問題にされることもあるが、差し迫った死とは関係のない病気についてのインフォームド・コンセントの態度の積極性と癌患者に対するインフォームド・コンセントの態度の積極性との間に正の相関があるならば、生死観は癌患者に対するインフォームド・コンセントの消極的態度の説明条件にはなりにくい。生死観というような文化の根底に横たわる条件が、癌患者に対するインフォームド・コンセントの障壁になっているとすれば、その障壁はそう容易には取り除くことができないはずであるし、障壁を取り除こうとする外部的な圧力がもしあるとしても、それに対して強い抵抗が生じるはずである。

しかしながら、徐々にとはいえ医師の間でのインフォームド・コンセントに対する態度は積極的になりつつあり、その動向の背景の一つに病院の治験におけるインフォームド・コンセントの義務化があることからすれば、外圧によって医師の態度は短期的に変化することがありえるのである。⁽⁹⁾ 堅固な生死観がインフォームド・コンセントに対する消極的態度を支えているのであれば、これほど容易に変化することはないであろう。したがって、癌患者に対するも

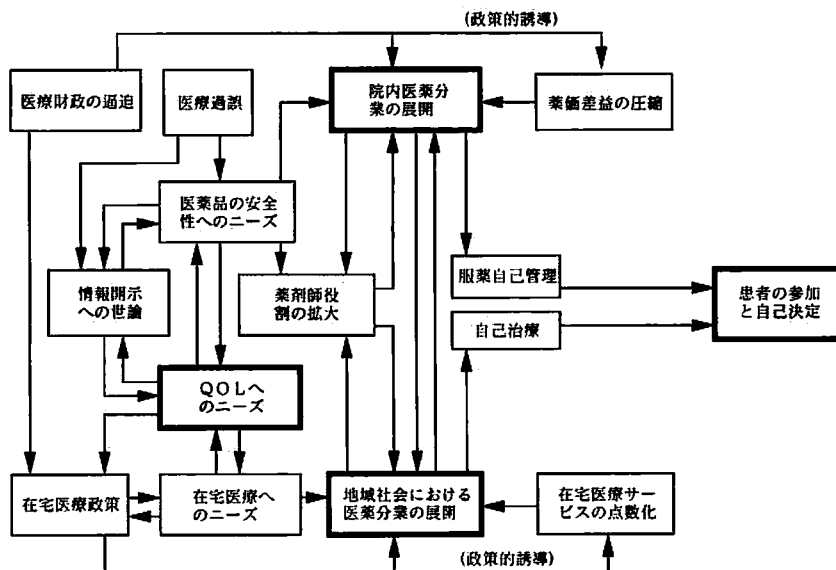
のであれ、他の病気に対するものであれ、インフォームド・コンセントに対する消極的態度は、生死に関する洞察から導きだされた深遠な価値のみに根ざすものとは考えにくい。

むしろ、患者に対するパターンリズムがその基礎にあると考えたほうがよい。パターンリズムは権威主義の一変種であるから、外圧によってその態度は容易に変化する可能性がある。医師には医師の特殊な利害関心があるが、患者に対するミクロな権力を維持拡大したり、名誉を維持拡大したりすることもその例である。パレートは人間の行為における感情の優位性を強調し、論理はそれを正当化するために用いられることを見抜いていたが、一般に権力への利害関心はこの感情のレベルの問題である。この利害関心は行為の真の動機という印象を与えないように、巧妙に隠される。そして、代わりに、集団や他者の利益・名誉の擁護、増進の論理が押し出され、他者が彼の行為に抵抗できないように他者も共有させられてしまっている論理によって彼の行為が正当化される。だから論理を操るのが、いつの時代でも正当性を要求し、大状況においても小状況においても他者を支配する。

しかしながら、このような伝統的な患者支配の構造に変化が見え始めている。専門家である医師の内部からは、ホスピス運動を先導した少数の医師たちの例を除けば、伝統的なムンテラの域を超えて患者の利益を第一に考え、患者に情報を提供し、患者と共に治療に努める姿勢を強調する声は沸き上がってこなかった。情報独占の状況に対する外部からの批判に対しては、「患者が詳しい説明を望んでいない。」「患者に難しい医学的な説明をしても通じない。」「本当のことを話すと無用の不安を与える。」等々、情報提供をしないことを正当化する言説がしばしば表明されてきた。このような医師の態度に対して、患者の側では不満が高まり、情報化する社会の中で医療だけが「聖域」であり続けることができない状況が生まれてきている。確かに、他人の情報を知られたくないというその人の意志に反して知ろうとすれば、プライバシーの侵害になる。けれども患者が自分自身の心身の異変の情報について知ることは患者の権利であり、それは市民的諸権利の基本となる権利であるという認識が広がりつつある。

以上を背景に、従来医師による患者の病気情報の独占とむすびついてきた現代日本の医療制度上の矛盾が次第に露わになるなかで、患者の情報開示への動きは近年にわかな展開を見せ始めている。このことを、次に掲げる第1図をもとに以下考察を加えていくことにする。

第1図 医療分業の展開と患者の自己決定の関連



4 患者の権利とQOL

現行保険制度の問題点 現行保険制度は様々な問題点をかかえているが、なかでも問題になるのは出来高払いの保険制度である。

医師は患者の病気を診断し、治療するのだが、患者が解決を必要としている問題について、患者はいかなるサービスをどれだけ必要とするかについて十分な知識を持ち合わせない。したがって医師は、専門家として患者に助言し、必要なサービスが何であるかを専ら医師が決定し、また実際にそのサービスを提

供するというのが伝統的な医師の役割であると信じられてきた。それゆえ専門的知識の大きな差異から、医師は患者が受け取るべきサービスの一方的な決定者、すなわち需要の決定者であったといえる。この点が他の商品やサービスと医療サービスとの間の決定的な相違である。

このような出来高払いの保険制度が孕む問題性は、医師の治療行為における診療報酬算定の基礎となる保険点数が医師の技術評価よりも薬剤に偏っている場合、医師による多剤療法への傾向を産み出していくという点にある。医療機関における「長時間待ち、短時間診療」の傾向は、このような多剤療法と密接に結び付いている。医師が自らのために、あるいは医療機関のために十分な診療報酬を稼がなければならないとしたら、医師は一人の患者に多くの診療時間を割くよりは、一日にできるだけ多くの患者の診療をこなさなければならないことになる。日本における病院や診療所の経営は、医師の技術報酬に期待するよりは、政府が個々の薬剤について査定する薬価と病院や診療所が薬剤の卸業者から仕入れる際の実際の購入価格（値引きされた価格）の差、いわゆる薬価差に期待し、それに依存することになる。もちろんここでこのような指摘と同時に、医療機関をして薬価差益にその経営を依存させて、技術報酬を軽視してきた従来の医療制度にも根本的に大きな問題があったことも指摘しておかなければならない。

医療財政の逼迫 世界的傾向であるが、医療費が増加の一途を辿り続けている。日本の場合、医療費は医療保険制度や公費負担医療などに関わった費用の流れとして計算することができるが、平成7年版の「厚生白書」によれば、国民皆保険が達成された1961年度から1992年度までの31年間に国民医療費は46倍に増加した。平均増加率は13%強である。また経済の好況期と不況期を通して国民医療費が国民所得に占める割合1979年以降6%を下回ることにはなかった。

国民所得の伸び率が極めて高かった時期に、医療費の伸び率も高かったが、経済の低成長期に入ってから、医療費の伸び率は国民所得の伸び率を上回ることが多く、政府は数次にわたる健康保険の掛け金率及び国保税率の引き上げ改定によってこれに対処しようとしてきた。けれども国民の負担水準を上回る

伸び率で医療費が伸び続けることは、保険制度運営の上で看過できない問題性を含んでいるといえる。このような医療費の増加の主要な要因は上記のような出来高払い制の医療保険制度と多剤療法にあると考えられるが、後に見るように人口構造の高齢化もそれに拍車をかけている。

政府は、このような医療財政の逼迫の問題を解決をしようとして、一方においては、1981年より医薬品の実勢取引価格を調査して、それを改定薬価に反映させるという薬価基準の引き下げ方法を取り入れたが、これは一時的な効果しか持たず、そのため1992年から別の新たな方式である加重平均一定価格幅方式(Rゾーン)を導入し始めた。従来の方式ならば、製薬会社は価格を高めにつけて、試供薬品の贈与や大幅値引きによって医療機関側からの需要を引き出し、それでもなお利益を確保できたが、新しい方式においては一定価格幅を越える大幅値引きは次期の薬価改定に影響する、すなわち薬価引き下げの査定をされることにつながる。すなわち大幅値引きをすることは、もともと薬価そのものを不当に高く設定していたか、もしくは同じことの別の表現になるかもしれないが、大幅値引きをしてもなお利益が上がるレベルの薬価であると判断されて、次期薬価改定時に低い査定をされるおそれがあるということである。したがってこのような事情から製薬会社は大幅値引きをすることが困難になった。このことは、診療報酬の保険請求は政府が定めた薬価通りの保険点数で行い、実際の購入価格はそれを大幅に下回るという事実から産み出される薬価差益にその経営を依存してきた医療機関にとって、経営は非常に厳しい環境になってきたといえる。これは政府による国民医療費抑制のための巧みな政策的誘導の一つであるといえよう(第1図を参照のこと)。1998年には、さらに薬価差益は最大10%に押さえられるので、薬の購入資金の捻出、消費税の支出、投薬に伴う消耗品費、人件費などの負担を考慮に入れた場合、薬価差益はそれを得るコストと比べて小さ過ぎる、と医療機関は判断することになるであろう。

このようにして、政府は医療機関側の薬価差益を圧縮するという政策的誘導によって医療財政の逼迫を切り抜けるための切り札を切ろうとしているのである。この政策的誘導がもたらすもう一つの帰結は、診療所や病院が地域の基準薬局に向けて外来患者の処方せんを発行するという形での医薬分業である。

このことによって、次の3つの変化が生じる。

- (1) 医師の診療内容が、第3者の目でチェックされ、複数診療科受診による重複投薬、相互作用の有無の確認ができるようになる。
- (2) 医療機関や医師による診療報酬の不正確な請求が防止できる。
- (3) 院内薬剤師の活動の場が薬局内から病棟へと広がる。

これらのうち、特に(2)が医療財政の逼迫を緩和する効果をもたらすであろうが、医療機関における医師や薬剤師の役割によって技術報酬が労働の質と量相応に評価されるならば、多剤療法への依存とそれに規定される大量の患者受け入れの必要もなくなり、その結果医師と患者、看護婦（士）と患者及び薬剤師と患者の間の「自律促進型コミュニケーション」のための客観的条件は改善されることになる。⁽¹⁾

医療過誤と医薬品の安全性へのニーズ 現代の制度改革を促すもう一つ別の問題として、医療過誤問題がある。医療過誤問題における一つの焦点は、医薬品の相互作用の問題である。医療過誤は医療側のミスであり、患者にその被害が及んだ医療過誤は医療事故である。医療事故と医事紛争はほぼ同義と見なされることが多いが、医療事故によって被害者となった患者や患者の家族が、意義申し立てをして、医療者側がそれに対して争う構えを示す場合は医事紛争となる。医療過誤は、患者や家族が認識するほどの程度に至らなかった場合や患者や家族が過誤を疑ったりそれを認識しても、意義申し立てをしない場合は、社会的には医療過誤の事実は認識されないで終わることが多い。したがって、医事紛争にまで発展する医療過誤は実際の医療過誤の事実のごく一部に過ぎないとも言える。係争中の紛争は約1500件で、年間新たに300件ほどが訴訟になっていると言われているが、社会的事実として共有されていない医療過誤のいわゆる「闇数」は医事紛争への発展によって明るみに出たそれをはるかに凌ぐ数であると言われている。しかし、残念ながらこのような闇数を明らかにする調査は未だなされていないので、その実態は把握されていない。

このような、大部分が「闇数」として実態が隠されている医療過誤は、本来健康の回復のために用いられるべきはずの医療費を無駄にしているだけでな

く、医療制度が住民の安全への欲求を保障するものとはなっていないという意味においても、医療機関が医療制度のなかでその機能を十分果たしていないことを意味するものである。

このような医療過誤の事実はフォーマルには認知されていなくても、一般市民のインフォーマルな社会的ネットワークのなかを流れる情報の一部となっており、医薬品の安全性への一般市民のニーズにも反映されてくる。患者の権利拡大を求める国際世論の動きとともに、国内でのこのような世論にも動かされながら厚生省は、特に1980年代末以降、認可する前段階での医薬品の安全性のチェック体制を厳しくする政策を取り始めた。すなわち医療機関が、審査を受ける予定の新薬の治験を製薬会社との間で契約して、患者に対して治験を実施する場合、患者に対して病気と薬について説明を行い、患者又は患者の代理人から同意を得るように、医療機関を指導し始めたのである。¹⁰⁾

このようにして、医療における安全性への要求は、医療サービスの提供側の安全性確保義務を制度的に裏付ける行政措置を通して、その充足がはかられつつある。

情報開示への世論 もとより医療過誤は、患者への情報提供すなわち説明があれば、かなりの部分予防できるはずのものである。例えば処方する薬の副作用についても、基本的なことだが、医師が薬に添付されている製薬会社の説明書をよく読むこと、疑問点があれば製薬会社に問い合わせること—このことを実行し、患者に診断と治療法について説明するだけでも医療過誤はかなり予防できる。逆にまた、患者にわかりやすく説明し、患者の疑問に答えられるようにするためには、薬品について正しい詳しい知識を持っていなければならない、ということになる。患者に説明することは、医療行為の結果についての医師の責任を明確にするので、診断のみならず、治療における薬の選択について製薬会社の利害を考慮する基準から患者の利益を優先する基準へと選択基準を移行しなければならない。

薬の処方に関わる医療過誤が社会的広がりを持つ場合、それは薬害と呼ばれるが、薬害は薬の副作用で起きる健康被害の甚大なものである。第二次大戦後

の日本の薬害は1961年の睡眠薬によるサイリドマイド事件、1970年の整腸剤キノホルムの副作用によるスモン病事件、1971年の腎臓病患者の網膜症を引き起こしたクロロキン中毒事件、そして最近ではソリブジン事件などがよく知られている。これらは何れも医師や医療機関が、医薬品の副作用について臨床試験において十分なチェックをし、そのデータを製薬会社に提出しておれば、防げたであろう事件であると考えられるし、またそのデータを非専門家に対して情報公開することが制度化されていたならば未然に予防できたであろう事件である。これらの事件は、製薬会社・医師・医療機関がその役割・機能を本来的に遂行しなかった結果である。製薬会社の責任も大きいですが、患者に病氣と治療・薬剤の処方について正確な情報を提供することを制度化していくことが、日常的な診療の場での医師や医療機関の責任の自覚を促すことにつながるのである。

あらゆる種類の権力は、情報を秘匿し、情報を独占し、情報を操作する。医師の権力もこの例外ではない。医師のパターナリズムにもとづいて正当化される患者の病氣の診断と治療に関する情報の秘匿、情報の独占、情報の操作はそのような行為の結果に対する責任が厳しく問われるようになってくる時代においては、パターナリズムそれ自体の感情的基礎、支配への欲求の有無が疑いをかけられるようになるであろう。

反対に、患者のプライバシーを尊重しつつ、患者の知りたいと思っていることについて患者に積極的に情報を提供することは、医療過誤を防ぐための重要な条件であるにとどまらず、患者のQOLへのニーズにも応えていくことにつながるのである。

（「下」に続く）

註)

- (1) 医薬分業は明治時代以来主張されてきたが、専門職としての西洋医学を修得した医師の制度化の課程で、無視されがちであった。第二次大戦後、その必要性が一応社会的に認知され、法的に明記されることになったのはようやく1958年のことである。ただしその後この法制は医療の現場で実質化されるに至らなかった。しかしながら、国民皆保険制度が整備され、患者が気軽に複数の医療機関にかかるようになったこと、その上、医師が処方する医薬品の種類が飛躍的に増え医師自身が複数の医薬品の相互作用をチェックする能力の限界を超え

- るようになってきたこと—他の事情と共にこれらの事情からも厚生省は薬害防止という大義名分の下、1980年代後半から医薬分業の実質的推進に踏み切った。
- (2) この視点については、田口宏昭『終末期医療・看護のあり方と患者・患者家族の行動と意識についての社会学的研究』(平成3年度文部省科学研究費補助金(一般研究c)研究成果報告書、30-61頁)において既に論じた。
 - (3) この問題に関しては、拙稿「病院化された患者役割」、文学部論叢第12号、熊本大学文学会、1984を参照のこと。
 - (4) このような事例については、E.ゴフマンもその諸著作のなかで彼なりに分析しているところである。
 - (5) これは、McIntosh, J.がいうところの「婉曲語法によるコミュニケーション様式」を含むものである。J. McIntosh, 1978を参照のこと。
 - (6) Waitkin, Howard, 1987, p.350
 - (7) ibid. p.350
 - (8) 厚生省は1989年10月、新薬の臨床試験の実施に関する専門家会議の検討を基礎に、「医薬品の臨床試験の実施に関する基準」(GCP)を定め、これを全国の各医療機関に通知したが、これは「外圧」の一例である。
 - (9) 1988年の医療法の改定により、入院調剤技術基本料が初めて認可され、臨床薬剤業務の制度化がようやく実質を持つものへと動きだした。これは医薬分業の展開にとって画期的意義をもつ。
 - (10) 註(8)を参照のこと。

参考文献・資料

- 1 保健・医療社会学会研究会編、『保健医療社会学の成果と課題』1977、垣内出版
- 2 岡田恭一・米林善男編、『保健医療の社会学』1983、有斐閣
- 3 樹心の会編、『死を看とる心—仏教・ホスピス・脳死—』1986、永田文昌堂
- 4 宝月 誠編、『薬害の社会学—薬と人間のアイロニー—』1986、世界思想社
- 5 厚生省薬務局審査第一課監修、『GCPハンドブック—医薬品の臨床試験の実施に関する基準—』1988、薬事新報社
- 6 エリオット・G・ミューラー他編、『医学モデルを超えて—医療へのメッセージ—』1988、星和書店
- 7 日本医師会庶務課編、『「説明と同意」についての講演・質疑連記録集』1990、日本医師会
- 8 エリオット・フリードソン、『医療と専門家支配』1992、恒星社厚生閣
- 9 季羽俊文子、『がん告知以後』1993、岩波書店
- 10 黒田浩一郎編、『現代医療の社会学—日本の現状と課題—』1995、世界思想社
- 11 厚生省編、『1994年版 厚生白書』1995
- 12 McIntosh, Jim, 'The Routine Management of Uncertainty' in "Communication with Cancer Patients," Alan Davis(ed.), 1978, pp.106-31, Saxon House
- 13 Saunders, Cicely, "Hospice and Palliative Care ; An Interdisciplinary Approach," 1990, Edward Arnold
- 14 Stoeckle, John D. (ed.), "Encounters between Patients and Doctors ; An Anthology," 1987, MIT Press
- 15 Fiedson, Eliot, 'The Impurity of Professional Authority,' in "Howard Becker, Blanche Geer, David Riesman, and Robert S. Weiss (eds.), "Institutions and the Person," 1968,