



Tokyo Gakugei University Repository

東京学芸大学リポジトリ

<http://ir.u-gakugei.ac.jp/>

Title	コメント：当事者からみる医療事故と保健医療社会学：市民的合理性とlaypersonの視点の必要性(fulltext)
Author(s)	朝倉,隆司
Citation	保健医療社会学論集, 20(2): 20-25
Issue Date	2009
URL	http://hdl.handle.net/2309/117173
Publisher	日本保健医療社会学会
Rights	本論文の著作権は『日本保健医療社会学会』にあります。

コメント：当事者からみる医療事故と保健医療社会学 —— 市民的合理性とlaypersonの視点の必要性 ——

朝倉 隆司

東京学芸大学

Comments on "Medical Accidents/Malpractices from the view of the person concerned and the Sociology of Health and Medicine"

—— Civic Rationality and Role of Layperson ——

Takashi ASAKURA

当事者、すなわち医療被害を受けた患者の家族や医療裁判に係わられた医師による、それぞれの体験に基づいた医療事故とその裁判、医療ADRに関する講演を受けて、4つの観点からコメントを行った。すなわち、1) 医療界、法曹界における専門職や専門機関のあり方の問題、2) 専門家とlaypersonあるいは非専門家との関係性、3) 日常生活のリアリティと市民的合理性、4) 医療事故や医療過誤の当事者の語り、である。そして、このテーマに関する保健医療社会学の課題は、実証研究、理論研究を通して、保健医療のフィールドで専門家と非専門家とのインタラクションによって起こる様々な現象について、専門家の世界と日常生活者の世界のギャップを埋める架け橋の役割を果たすことだと考える。

キーワード：市民的合理性、非専門家、専門家、保健医療社会学の課題、medical citizenship

I. はじめに

なぜ、どのようにして“医療事故”、“医療過誤”は起きたのか。また、なぜそれが訴訟・裁判となり、どのような点を争わなければならないのか。さらに、双方の当事者、すなわち患者・家族、病院・医療従事者は、その後、どのようになっていくのだろうか。また、このプロセスは、どのようにすれば明らかにできるのだろうか。そもそも医療事故を未然に防いだり、医療訴訟、医療裁判となる前に解決する良い手立てはないものか。医療事故、医療過誤、そして医療訴訟、医療裁判をめぐる疑問や懸念は尽きない。

医療訴訟や医療裁判を通して医療事故、医療過誤の様相が少しずつではあるが社会の明るみに出され、病院の管理者、医療従事者は、医療事故対策や医療安全に取り組み始めている。しかし、いまだに私たちにとって、医療事故や医療過誤の多くは暗闇の中であり、しかも複雑な現象であり、理解できていないことが多い。十分な情報や知識がない現状であるからこそ、“医療被害を受けたと感じている患者や家族”の抱える問題、同時にその疑いや訴えを受ける医療機関あるいは医療者という専門家側の問題でもあるが、に対して保健医療社会学として、何ができるのか、課題を明らかにしていく必要性を強く感じている。

このシンポジウムでは、当事者、主に医療被害を受けた患者の家族の体験を基にした講演から、医療事故とその裁判について知り、冒頭にあげた問いのいくつかに対する考察を深める良い機会となり、“保健医療をフィールドとする研究者は、まさにそれを専門のひとつとし、自らの課題として考えることができるし、またその必要もある”という企画者である佐藤哲彦氏の意図を、自分なりに受け止めてコメントを考えてみた¹⁾。さらに、シンポジウムは医療ADRや医療メディエーターのあり方をめぐる問題を考える良い機会

もあった。

結論を先取りして言えば、保健医療社会学は、保健医療のフィールドで専門家と非専門家とのインタラクションによって起こる様々な現象に関して、実証研究、理論研究を通し、専門家の世界と日常生活者の世界とのギャップを埋める架け橋の役割を果たすことができるのではないかと考える。

II. 4つの観点からのコメント

1. 医療界、法曹界における専門職と専門機関のあり方の問題

3つの講演を受けて考えたコメントの観点のひとつは、医療界、法曹界における専門職と専門機関、司法制度のあり方に関わる問題である。プロフェッショナリズムの功罪を検証する必要性でもある。さらに、医療機関においては、医療と医療組織は誰の利益を守っているのか、言い換えれば、ステークホルダーは誰かという問題でもある。医療行為ですら、患者や家族のためが第一であることは明白だと思われがちだが、実際には医療提供者、医療機関の経営者等との利害調整の産物になっている。看護師、医師等の医療従事者の労働条件や待遇と無関係ではないし、提供される治療やケアの選択と保険点数の軽重とも無関係ではないであろう。さらに医療機関となると、その利害に係わる主体の数は多くなる。このような複雑さが、情報の開示や「オネスト・トーキング」を難しくするかもしれない。このような社会・経済的関係の中で、どうやって患者は守られていくのだろうか。

医療、司法・裁判においては、その質やあり方の問題が立ちはだかっている。それらは専門家の視点から構成されており、非専門家に対しては専門的知識と制度・組織による壁が厚いと思われる。

たとえば、医療裁判の不備、司法側の問題点として、患者側に課された立証責任が大きすぎることが指摘されている。すなわち、非専門家である患者や家族側に、専門的な、つまり過剰な証明の質が求められている。裁判官の質、証拠保全措置の不備など、患者側の権利が守られる仕組みになっているとは言い難い。

また、医療側の問題としては、カルテの改ざんなど証拠隠滅、医療者間のかばい合い・不誠実さが指摘されており、いずれも専門職制度の自浄作用が十分に機能していないことの表れであろう。専門職集団が専門職たる拠り所となる自律性、自己規制の不十分さに問題がある。そもそもEBMは科学的な根拠となる知見の単純な適用ではなく、社会(患者や家族)の価値観や社会資源とのかねあいで意思決定されていくべきものであり、社会の目や社会科学的視点を必要とする現象だと考えるべきであろう(J.A.M. Gray., 2001, p.11)。無意識か意識かは不明だが、日本におけるEBM論議では、この社会的側面がしばしば見落とされがちである。

医療にしる、裁判にしる、専門的な制度化、官僚組織化が行き過ぎてしまうと、制度や組織に私たちの生き方を合わせることが強く求められ、制度や組織と一般社会生活の現実の間にかかなりのギャップが生じるので、私たちの社会生活の現実に合わせた制度や組織にし、一般社会に通用する“公正なルール”を適用していく必要があるだろう。医療において患者やその家族の視点、司法において裁判員としての市民参加が求められる所以である。これはsocial citizenshipの拡大と考えられる(Turner, 2004, p.295)。しかし、次のような問題が生じてくる。

2. 専門家とlayperson、非専門家の関係性

次に、専門家とlayperson、非専門家の関係性である。専門家は、もともと素人(layperson)から批判的なこと、出しゃばったことをされるのを好まない。二項対立で単純化すべきではないかもしれないが、両者が共に当事者となって深く対立する場合、「専門家と非専門家・layperson」の問題を改めて考えてみる必要があるだろう。とりわけ、専門家支配の強い医療や司法・裁判の領域においてlayperson、非専門家の視点や彼らが参加することの意義という観点である。これは、医療における患者の視点の活用、患者の参加、裁判における一般市民が参加する裁判員制度の導入という流れとなって社会に現れてきている。報告者の一人である豊田郁子氏の新葛飾病院患者支援室における活動もこの社会的文脈上にあると言えよう。これに一定の社会的意義があることは十分に認められる。しかし、医療に患者の視点、裁判に市民の参加を取り入れれば全てうまくいくという単純なものでもないであろう。

医療や法律・裁判の専門家ではない患者や市民は、専門家の代用品や代弁者であってはならないし、病院や医療者のために、患者や体験者が必要とされ、存在させられているのであってならない。そのためには、代用品や代弁者としてではないlaypersonの智恵と力を活用する、あるいは尊重する社会文化的な土壌が、とりわけ専門家支配の強い世界において十分に育っているのか、も問われなければならない。

一方、医療者、法律の専門家から、このような社会の動きに対して、声高ではないにしても、不安視する声が聞こえてきても不思議ではない。したがって、当然ながら、この問題にはpowerの問題が絡むことになる。

3. 日常生活のリアリティと市民的合理性

専門家とlayperson、非専門家の関係性の問題には、知識の“正当性”の問題、あるいは質の違いの問題が絡んでいる。つまり、専門家の知識とlayperson、非専門家の知識との関係である。「真実あるいは事実」はどこにあるのか。誰がそれを認定するのか。医療や医療裁判における、真実あるいは事実とは、専門的知識にのみ依って立つものなのか、という問いである。言い換えれば、市民的な合理性や価値観は、医療や裁判において、どのように取り扱うことができるのか。あるいは、そのような「合理性」を認めることができるのか、という問いである。とりわけ、医療事故や医療裁判において、専門家の専門的な知識や合理性、価値観と対峙せざるを得ない状況において、非専門家の「市民的な合理性や価値観」を、私たちの社会はどのように位置づけることができるのだろうか。

これまで当事者の非専門家は、医療、医療裁判に対する違和感を覚え、市民感覚とのずれの大きさを感じてきたと思われる。したがって、科学的合理性、専門的知識に基づく合理性に根拠を置き、専門家の意見を重視し、一般の社会生活のレベルで通用する市民感覚的な合理性や価値観が軽視されてきた制度のありかたを見直していく必要がある。専門家の合理性と日常世界における社会的な常識レベルの合理性との葛藤であり、部分的であれ、powerのバランスを後者寄りにシフトさせていくべきであると考えられる。専門家優位が揺るがない限り、立証責任が患者側に課されている限り、医療事故や医療過誤の問題においても、率直な話し合いや正直な説明を期待するのは難しいと思われる。

その一方で、近年の語り(ナラティブ)に対する注目の大きさは、非専門家、素人であ

るが、彼らが体験的に得た“知”の価値や意味づけを重視していることのひとつの表れであろう。医療においても、たとえば、医療者が患者体験を通して、現代医療の中で「患者」であることの意味について初めて知る、あるいは衝撃を受けるという物語がいくつか出版されており、これ自体がひとつのテーマとして存在しているかのようである。要するに、医療者の患者体験物語である。このことは、医療者が、「当事者としての医療者」と「当事者としての患者・家族」がいかに異なった世界から物事を見ており、体験をしているかを、率直に認めているひとつの証拠である。興味深いことに、患者はこのような体験をした医療者を身近な存在だと感じ、信頼を寄せ共感を覚えるのである。

私の狭い知識からでも、エリート心臓外科医が自ら喉頭部のがん患者となったことにより“患者である”ことの意味を知り、同僚の医療ミスをかばって証言することを断るに至った「ドクター」（1991年）という映画が思い浮かべられるし、マーフィーは「ボディサイレント」（1992）において、「患者間のこの平等が特につらく感じられるのは、かつて病院で絶大な権力を持っていた医者が自ら病におちて一介の患者達と同様の扱いを受けねばならない時だろう。」と洞察している（pp.31-32）。科学的な合理性、専門的な知識に基づいた“無色”の制度や仕組みは、それを社会生活の現実として体験するときに、鮮烈な“カラー”を持って体験され、決して“無色”ではありえないことを思い知らされるのである。専門職や専門的な制度・機関の重要性は十分に認めて憚らないが、医療や司法・裁判という制度やそれを支える専門職を、日常生活世界からのまなざしや一般社会の常識レベルの価値、に基づいて見つめ直す必要があるのではないか。

4. 医療事故や医療過誤の当事者の語り

最後に、このような医療事故や医療過誤の当事者の語りをどのように生かせるのか、という観点である。ここで、ある医療事故や医療裁判の当事者とは、専門家側と一般市民（非専門家）の側の両方を含むので、「当事者性」という言葉は注意して使用されるべきであり、「当事者としての医療者」という視点も重要であることを指摘しておく。

さて、体験の語りを聞けばよい、当事者が参加すればよいという話ではないであろう。体験は多元的、多義的であり、医療事故や医療過誤における双方の当事者の語りは、重要な素材であり、様々に利用されうる。どのように有効に、良い方向に向けて使うのか、フレームワークが必要ではないだろうか。非常に難しいだろうが、「当事者としての医療者」の語りは、医療事故のプロセスの謎に光を当てるものであり、医療安全、医療者教育、患者や家族のケアにおいても広く役立てることができる重要なアプローチであると考えられる。このような語りを通して、「オネスト・トーキング」の一部でも実現できるのではないか。当然ながら、「当事者としての患者やその家族」の語りも、上記のような目的に対して大きく寄与することができるだろう。

そこで私は、医療事故や医療過誤のような保健医療のフィールドで専門家と非専門家とのインタラクションによって起こる現象に関して、専門家の世界と日常生活者の世界とのギャップを埋める架け橋の役割を果たす、という視点から保健医療社会学の研究者が、「当事者としての医療者」あるいは「当事者としての患者やその家族」の語りの質的な研究に取り組むことを期待している。このようなフレームワークが、保健医療社会学らしいのではないかと考える。

なお、非常にプラクティカルな点だが、事象の再現の責任においては、本人が麻酔をされて手術を受けていたり、亡くなっていたり、家族が詳しい状況を知り得ないという状況では、残念ながら体験を役立てることができない場合が多いと思われる。

Ⅲ. おわりに

“一般の社会生活の常識レベルで通用する市民感覚的な合理性や価値観”、“一般社会に通用する公正なルール”など、本稿では随分と概念的に曖昧な用語を用いてコメントを展開したので、批判もあるだろう。では、医療、法律、司法という専門性が高く、確立された制度や専門機関のハードルも高い領域において、いかにそれらの知識やpowerを相対化することができるのか。医療事故や医療過誤の問題は、この一点にかかっていると思われるのではない。そのための良い概念的なツールを創造するのも、また保健医療社会学の役割であろう。

たとえば、もし医療事故や医療過誤等の問題、それに伴う医療訴訟が、社会において医療や司法・裁判制度に対する信頼を低下させるとしたら、それはsocial capitalの低下の一例相とも考えられる。それに対抗する方策として、Turner (2004, pp.293-302) は citizenship (市民の権利) を拡張させることを提案している。すなわち、医療事故や医療過誤について触れられてはいないが、医療技術が提供する治療の機会の偏在や医療技術に潜在するリスク・危険を想定し、それらから平等に市民の健康を守ることに関わる特有の権利の概念として、medical citizenshipという概念を提示している。“医療や健康に関わる市民の権利”とでも訳すのであろうか。このような権利概念は、social citizenshipの下位概念という位置づけになるのかも知れないが、一般社会学では道徳的価値を含むものであるために、研究テーマとして忌避されてきたと指摘されている。このような領域に踏み込めるのは、保健医療社会学の強みだと考える。

補 注

- (1) シンポジウムでのコメントと本稿の準備に当たり、シンポジストから紹介された文献、石川寛俊：医療と裁判 弁護士として、同伴者として、岩波書店、東京、2004を参考とした。しかし、本稿の見解に誤りや偏りがあるとすれば、その責任は著者にある。

引用文献

- J.A.M. Gray.: 2001, Evidence-based Healthcare 2nd ed., Churchill Livingstone, p.11.
 R・F・マーフィー：ボディサイレント．新宿書房、東京、pp.31-32、1992
 B. Turner: 2004, The New Medical Sociology Social Forms of Health and Illness, W.W. Norton & Company, pp.293-302.

英文要約

Presentations about medical accidents, malpractice, and court cases were carried out based on experiences of patients, their families, and a doctor who has presented experts' reports for cases of malpractice. My remarks related to presentations were made from four viewpoints related to the sociology of health and medicine: 1) barriers related to the professional role in

medical and judicial systems; 2) relationships between professionals and laypersons, or non-professionals; 3) realities of daily life and civic rationality in our society; and 4) application of narratives about medical accidents and malpractice offered by patients and by medical experts. In conclusion I believe, an important role of the sociology of health and medicine is to bridge gaps between the perspectives of professionals and that of laypersons in the field of health and medical care through provision of evidence of theoretical and positivistic research.