

医療サービス・マーケティングにおける 医療インタラクションの特質 —医療法制の観点からのアプローチ—

鷲 尾 紀 吉

アブストラクト：

医療サービス・マーケティングの研究にはいくつかの潮流がみられるが、本論文は、サービス・マーケティングの概念と枠組みは医療サービス・マーケティングにも適用できるとの前提に立って、医療サービス・マーケティングにおけるサービス・トライアングルのもとで、医療法制の観点から、医療機関、医療従事者および医療を受ける者という3つの構成主体を示し、各構成主体の概要を述べるとともに、医療機関と医療を受ける者の関係、医療機関と医療従事者の関係および医療従事者と医療を受ける者の関係を説明する。

上記の3つの構成主体間の関係のうち、本論文はサービス・マーケティングにおけるインタラクティブ・マーケティングに該当する医療従事者と医療を受ける者の関係である医療インタラクションに焦点をあてて、医療インタラクションの概念を提示し、その特質を明らかにする。

医療インタラクションにおいては、一方で医療従事者の診療、医学的適合の医療提供（医療水準に適合する医療行為）、説明義務とインフォームド・コンセントを含む医療の取組みと、他方で医療を受ける者の受療の権利、協力義務等の行為を対比させ、それぞれが双方向で作用し合う関係であることを述べ、このような相互作用は、①信頼関係に基づくパートナーシップ関係、②主体的な医療協力による共同作業関係、③受療の選択・自己決定を支援する医療関係という特質にまとめることができる。

最後に、医療のメルクマールは医療を受ける者（患者）の権利の最大限の尊重であり、医療サービス・マーケティングもこのような患者権利主義に立脚するアプローチが求められることを述べる。

キーワード：医療サービス、医療インタラクション、インフォームド・コンセント、説明義務、医療水準

はじめに

本論文は、サービス・マーケティングにおけるエクスターナル・マーケティング、インターナル・マーケティングおよびインタラクティブ・マーケティングの概念と枠組みは、

医療サービス・マーケティングにおいても応用できるという前提で、医療サービス・マーケティングのトライアングルとその構成主体を示し、医療機関、医療従事者および医療を受ける者のそれぞれの関係を述べた上で、医療従事者と医療を受ける者の医療インタラク

ションの特質を論じるものである。

医療インタラクションは、医療従事者の医療水準に適合する適正な医療行為と説明義務・インフォームド・コンセントおよび医療従事者の受療の権利・協力義務等の双方向的な相互作用であるところに、その本質があり、本論文ではその考察過程を経て、その具体的相互作用の内容を明らかにする。

なお、外国文献の引用はすべて邦訳書によっているので、著者名は和文名（カタカナ表記）としている。

1. 問題の所在

戸田（2013, p.86, pp.96-97）は、医療マーケティングの研究成果を渉猟し、それを再構成すると、日本における医療マーケティングには、第1に医療マーケティングは本質的に企業マーケティングとは変わらないという前提の下での既存の伝統的なマーケティング戦略枠組みを応用する研究、第2に医療サービスもその他のサービス業と共通して「顧客満足」の獲得を目的としている点に注目して、サービス・マーケティングの研究成果を応用する研究、第3に患者と医療機関の長期的な関係に注目し、関係性マーケティングの成果を基礎とする研究という3つの潮流があると述べる。

医療マーケティングの研究対象や範囲に関しては、恩蔵・岩下編（2018）は、医療マーケティングの対象には医療機関だけでなく、医療機器メーカー、医療ディーラー、薬局等を含む内容となっており、また真野（2009）、同（2016）は、医療機関を中心として、医療マーケティングを論じており、上記の戸田（2013）は、病院による組織運営の効率化や患者満足対応の戦略的働きかけという病院のマーケティングを医療マーケティングととらえており、同じく医療マーケティングという言葉を用いても、その範囲や対象が定まっていない。

医療とは、「単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む」（医療法1条の2第1項）内容であり、コトラー・ケラー（2008）が述べる無形性、不可分性、変動性、消滅性というサービスの特性を有することは一般に認識されており、平成7（1995）年版『厚生白書』は、医療は、「人が生まれるときから死ぬまで、国民一人一人に密接に関連するサービス」とし、「重要なサービスである医療」とであると記述し、これは、厚生労働省（当時は、厚生省）が医療はサービスであるとの認識を公的に示したものであり（井部, 2007, p.67）、今日では『厚生労働白書』（厚生労働省）のほかに、内閣府発行の『高齢社会白書』においても、「医療サービス」という言葉が公に用いられている。そこで、本稿では、医療を担う医療機関が提供する医療サービスを研究対象とするマーケティングを医療サービス・マーケティングと呼ぶこととする。

戸田（2013）が述べているように、日本では医療サービスに関するマーケティング研究の1つアプローチとして、サービス・マーケティングの研究成果を取り入れて応用する方法がとられ、その方面からの先行研究も多くみられ、本論文においても、医療サービスにつき、サービス・マーケティングの観点からのアプローチを試みることにする。

コトラー（2000, 邦訳, p.536）は、サービスのマーケティングには、エクスターナル・マーケティング、インターナル・マーケティング、およびインタラクティブ・マーケティングがあると述べる。この概念の下で、企業、従業員、顧客というサービス・マーケティングを構成する3つの部門（構成主体）によってマーケティングが行われるというサービス・トライアングルの構図を提示している（同上, 邦訳, p.537）。

コトラーの述べるサービス・トライアングルおよびそこでの3つの構成主体という考え方は、医療サービス・マーケティングにおい

ても、サービスという共通概念の下で適用されるのであろうか。適用されるとすれば、サービス・マーケティング一般で述べられている企業、従業員、顧客という3つの構成主体は、医療サービス・マーケティングにおいては、どのような概念と内容としてとらえればよいのか、これが第1の問題である。本論文では、医療サービス・マーケティングにおける3つの構成主体につき、後述するように、企業＝医療機関、従業員＝医療従事者、顧客＝医療を受ける者としてとらえる。

次に、エクスターナル・マーケティングにおいても、またインタラクティブ・マーケティングにおいても、医療機関と医療従事者がマーケティング遂行の主体として同じく位置づけられている。この考え方に立つならば、医療を受ける者に対する医療機関と医療従事者の関係にはどのような違いがあるのだろうか。特に、医療従事者の医療を受ける者との関係をどのようにとらえればいいのだろうか。

サービス企業一般において従業員はマーケティング遂行上重要な要素であるが、医療においては、医療従事者は生命・身体に直接かわる業務に従事することから、すべて国家資格を有することが義務づけられ（ただし、准看護師は都道府県知事）、なかでも医師は医業をなす専門家であり、医療施設（病院または診療所）における管理者は医師（臨床研修等修了医師）でなければならないなど、医療機関において重要な責務を担っている。

しかし、医療サービス・マーケティングにおいては、医療機関と医療従事者の立場が違うので、医療機関と医療を受ける者の関係と医療従事者と医療を受ける者の関係において、それぞれが医療において担う分野も異なる。医師をはじめとする医療従事者は医療において重要な職責を担っているが、彼らは医療機関において雇用されて就業し、医療機関においてはすべて履行補助者であり、医師であれば、いわゆる勤務医である。

医療を受ける者との間で、医療契約が成立するとされるが、医療契約の当事者は医療機関（医療機関開設者）であって、医療従事者は医療契約に基づき、個別医療内容を決定し、治療等医療行為をなすのである。すなわち、医療サービスの提供に当たり、医療機関と医療従事者は連携をとらなければならないが、医療機関が主として担う分野と医療従事者が主として担う分野は異なるのである。先行研究の中で医療サービスとして提案、提示される内容につき、それはどの主体が担うのか、混在している場合もみられることから、医療機関と医療を受ける者の関係における医療機関の担う分野と医療従事者と医療を受ける者との関係における医療従事者が担う分野をそれぞれ明確にする必要がある。これが第2の問題である。

さらに、インタラクティブ・マーケティングについてみると、そこでは医療従事者と医療を受ける者との医療インタラクション（相互作用）が重要な概念となる。医療インタラクションは、コトラーらが述べるインタラクションの操作という概念でとらえられるものではなく、また医療サービス品質に対するスキルということだけに限定されるものではない。医療インタラクションは、医療の送り手からだけでなく、医療の受け手からの行為という双方向の相互作用関係であり、そこでは医療従事者、なかでも医師の医療サービス提供に関する履行補助者としての個別医療行為と医療を受ける者の受療と協力という関係に基づく医療インタラクションが重要であり、このような双方向的な相互作用に基づいた医療インタラクションの特質を明らかにしなければならない。これが第3の問題である。

医療は、人の生命・身体・健康等に直接かわる分野であり、そこでは強い倫理性、公益性をもち、そのため医療に対する使命感や自己規律が求められ、かつ病院・非医師開設診療所の開設は許可制であり、医療従事者には国家資格の取得を義務づけるとともに、医

療法、医師法をはじめとする医療関係法や医療行政上の各種規定・指針等が制定され、医療分野および医療サービスの提供について種々の規制あるいは規律を課すなどして、国家が医療分野に大きく介入するという、他のサービス分野ではあまりみられない特殊性を有している。

こうした医療におけるさまざまな医療法制による多くの規制あるいは規律の存在という医療サービス分野の特殊性、独自性は医療サービス・マーケティングにおいても見逃すことができないものであるばかりか、むしろこれを積極的に取り入れて論じることが求められることを意味する。そこで、本論文では、上記で提示した問題に対し、医療法制の観点から、医療サービス・マーケティングにおけるサービス・トライアングルの構成主体の内容や医療を受ける者に対する医療機関と医療従事者の関係および役割を論じうえて、医療インタラクションの特質を明らかにするものである。

2. 医療サービス・マーケティングの 構図と構成主体

2.1 医療サービス・マーケティングのサービス・トライアングルの構図と構成主体

コトラーが紹介するサービスのマーケティングの概念と枠組みを借りて、医療法制の観

点から医療サービス・マーケティングにおけるサービス・トライアングルとその構成主体の関係を図示すると、図2-1のように示すことができる。

先行研究においては、医療サービス・マーケティングにおいて企業に該当するものとして、医療機関、医療者、医療サービス提供者、病院などと記述されているのが多くみられるが、前述したように、本論文では、厚生労働省（『厚生労働白書』）が用いている「医療機関」という用語を用いる。同様に、従業員に該当するものとして、医療スタッフ、医療提供者、医療従事者などと記述されているが、本論文では、医療法（4条1項1号）で規定されている「医療従事者」という用語を用いる。

さらに同じく、顧客については、患者、医療消費者、医療顧客、医療を受ける者などと記述されているが、前述したように、医療は治療だけでなく、疾病予防措置やリハビリテーションを含む広い概念であり、かつ医療の受け手を医療法（1条、1条の2、1条の4など）や医師法（30条の2）では、医療を受ける者と規定していることから、医療の受け手一般概念として、本論文では原則として「医療を受ける者」という用語を用いる（医療法では、患者という用語も用いている。この点の使い分けについては後述する）。なお、医療機関には、いわゆる開業医が開設する医療機関も含まれ、この場合は、医療機関と医師

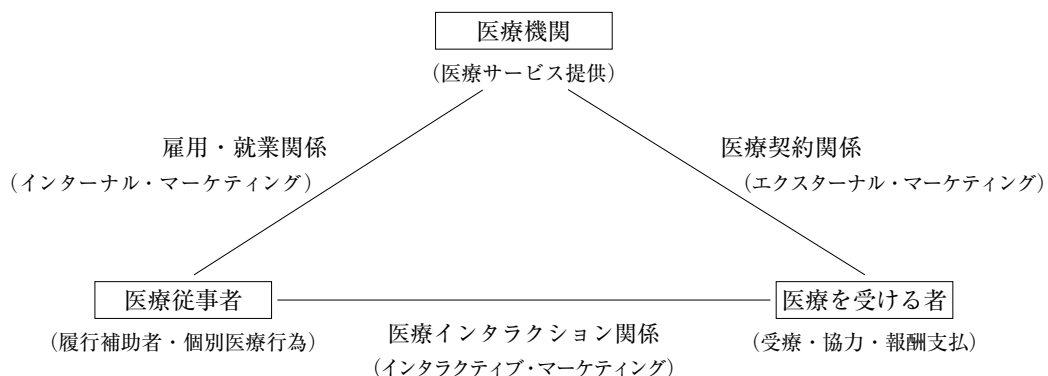


図2-1 医療機関、医療従事者、医療を受ける者の関係構図（サービス・トライアングル）

が同一人となるが、本論では、法人の医療機関である場合を前提とする。

医療機関は、医療を受ける者との医療契約に基づき、医療サービスを提供する主体であり、医療従事者は、医療機関の医療サービス提供の履行補助者として、個別医療行為をなす主体である。医療を受ける者は、医療機関から適正な医療を受け、そのために受療の協力と報酬の支払が求められる主体である。

2.2 サービス・トライアングルにおける各構成主体

(1) 医療機関

医療機関についてはいくつかのとらえ方がなされているが、本論文では病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設（「医療提供施設」という。医療法1条の2第2項）等を有する組織を広く、医療機関と呼ぶこととする（前述したように、厚生労働省の『厚生労働白書』においても、医療機関としている）。医療サービスを提供する上で中心的な役割を果たす医療機関は病院と診療所である（厚生労働省は病院と診療所（一般診療所と歯科診療所を含む）を「医療施設」と呼んでいる）。

病院とは、「医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、20人以上の患者を入院させるための施設を有するもの」であって、「傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便益を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない」（同法1条の5第1項）と規定されている。つまり、病院は、医療施設として施設面（入院病床数20床以上）および医療の内容（科学的で適正な診療）の両面から規制されている。

診療所とは、「医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、患者を入院させるための施設を有しないもの又は19人以下の患者を入院させるための施設を有するもの」（同法同条第2項）である。病院との違いは、法文上では、入院施設がないか、あっても19人以下という小規模医療施設であることと、科学的で適正な診療を行い得る組織を有するという要件が設けられていないという点である。

医療施設の現況を開設者別にみると、病院および診療所別の施設数については以下のようになっている（表2-1）。

表2-1 開設者別医療施設の施設数

（平成29年10月1日現在）

	病院数	一般診療所数	歯科診療所数
国	327	532	5
公的医療機関	1,211	3,583	265
社会保障関係団体	52	471	7
医療法人	5,766	41,927	13,871
個人	210	41,892	54,133
その他	846	13,066	328
計	8,412	101,471	68,609

備考 1. 国：厚生労働省、(独)国立病院機構、国立大学法人、(独)労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、(独)地域医療機能推進機構、その他の機関
2. 公的医療機関：都道府県、市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
3. 社会保険関係団体：健康保険組合・同連合会、共済組合・同連合会、国民健康保険組合
4. その他：公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

出所 厚生労働省「平成29年（2017年）医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概要」によって作成

全国の医療施設（病院および診療所）は、平成29年（2017年）10月1日現在、178,492施設で、うち病院は8,412施設（全体の4.7%）、一般診療所は101,471施設（同56.8%）、歯科診療所68,609施設（同38.4%）で（端数処理のため、100%とならず）、施設数からみると、病院は医療施設の5%弱を占めるに過ぎない。

また開設者別に施設数をみると、病院は医療法人が5,766施設と最も多く、病院全体の68.5%を占め、次に公的医療機関が1,211施設で14.4%となっている。一般診療所は医療法人41,927施設と個人41,892施設がほぼ同数となっており、この2つの組織形態で一般診療所全体の82.6%と大多数を占める。歯科診療所は個人が54,133施設と全体の78.9%と大多数を占め、次に医療法人が13,871施設と20.2%となっている。

このようにみると、公的セクターに属する医療機関が、特に病院では18.3%（国及び公的医療機関の合計割合）と2割弱を占めており、かつ民間医療施設であっても営利を目的として開設は認められないなど（医療法7条6項）、一般のサービス・マーケティングにおけるサービス組織からみると、特異な点があることがうかがえる。

(2) 医療従事者

医療機関に雇用され、就業する従業員には、医療に直接従事する者のほかに、医療ソーシャルワーカー、介護職員、さらには医療事務担当者（医療クラーク等）などすべての医療関係者を含むこととなり、マーケティングにおける組織全体の顧客志向の考え方によれば、これらすべての医療関係者が医療を受ける者（患者）志向の立場に立つが、医療サービス提供場面では、直接的に医療行為を行う部門が医療サービス提供の中心となるので、本論文では、これらの部門に属する医療従事者を対象として述べる。

医療従事者とは、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者」をいう（医療法4条1項1号）。医療従事者は、医療の専門化、

複雑化に伴って、個別医療従事者ごとに国家資格（厚生労働大臣。准看護師は都道府県知事）に基づく免許（行政学的には許可）が必要であり、現在、主要な医療従事者の資格には、医師（医師法）・歯科医師（歯科医師法）、保健師・助産師・看護師（保健師助産師看護師法）、薬剤師（薬剤師法）、診療放射線技師（診療放射線技師法）、臨床検査技師（臨床検査技師等に関する法律）、理学療法士・作業療法士（理学療法士及び作業療法士法）、言語聴覚士（言語聴覚士法）、臨床工学技士（臨床工学技士法）等がある。

このように、医療施設に属して勤務する医療従事者は、医師のほかに他の医療従事者もすべて国家資格を保有するなど（准看護師は都道府県知事）、一般のサービス業にくらべ従業者の地位や属性等が大きく異なることが特徴といえる。

医療従事者のうち、医師は医業（医業とは、医行為を業としてなすこととされる）をなす者であり、医師でなければ、医業をなしてはならない（医師法17条。歯科医師の場合も歯科医業の独占業務である（歯科医師法17条））。現行法上、医師は、他の医療従事者がなし得る医療行為をすべてなし得るとされており、この意味で医師の資格は万能資格と位置づけられる。従って、法律上の資格からみると、医師と医師以外の他の医療従事者が大きく2分されており、医療における医療従事者の占める位置は、医師（歯科医師を含む）が医療の中心を占め、他の医療従事者は医師の指示の下で診療の補助等を行うなど、医師の周辺を囲むという状況になっている¹。

医療施設別に医療従事者の状況をみると、病院では医師は217,567.4人、うち常勤は172,192人で、常勤割合は79.1%と8割ほどとなっている。看護師は805,708.0人、准看護師113,496.5人を含めると919,204.5人（医師1人当たり4.2人）、さらに看護業務補助者175,234.8人を加えると、1,094,439.3人と百万人を超え、医療従事者として看護師の役割は極めて大きいこ

とがうかがえる。次に、放射線を人体に照射する診療放射線技師44,755.4人、検体の検査や生理学的検査を行う臨床検査技師54,960.2人、リハビリテーションを担う理学療法士78,439.0人および作業療法士45,164.9人などの医療従事者が比較的多くみられる。

一般診療所では、医師135,605.7人、うち常勤は102,960人で、常勤割合は75.9%で病院におけるよりもやや低くなっている。看護師は准看護師を含めると、225,929.4人（医師1人当たり1.7人）、さらに看護業務補助者19,152.1人を加えると、245,081.5人となり、一般診療所においても看護師は医療従事者として大きな割合を占めている。

歯科診療所では、歯科医師97,980.7人、うち常勤は84,729人で、常勤割合は86.5%で一般診療所よりも10.6ポイント高い。歯科診療所における看護師は准看護師を含めても943.8人と一般診療所よりも大幅に少ないが、その代わりに歯科衛生士111,262.5人、歯科技工士9,880.5人と多い。歯科診療所の特性からみて当然のことであろう。

(3) 医療を受ける者

医療法1条の4第1項は、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第1条の2に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない」と規定しているように、医療を受ける者とは、医療機関との医療契約（診療契約）に基づき、医療機関・医療従事者から医療サービスの提供や医療行為を受ける対象であるということができる。

医療法では、医療を受ける者と呼ぶことのほかに、患者という言葉も用いているが（例えば、医療法4条1項1号。このほかに、医師法22条などでも患者という言葉が使われている）、このような両者の言葉の使い分けについては、法文上明確に定義されていない。そこで、本論文では、厚生労働省「患者調査の概要」における記述を参考に、患者とは、原則として医療施設（病院および診療所）における入院または外来により受療する者としてとらえることとする。したがって、前述したように、医療を受ける対象を広くとらえ、医療

表2-2 医療施設別にみた主要医療従事者数（常勤換算）の状況
(平成29年（2017年）10月1日現在)

	病院	一般診療所	歯科診療所
医師	217,567.4 (常勤179,192)	135,605.7 (常勤102,960)	202.2 (常勤74)
歯科医師	9,825.1 (常勤7,705)	2,088.2 (常勤1,297)	97,980.7 (常勤84,729)
薬剤師	49,782.2	4,297.6	481.6
看護師	看護師 805,708.0 准看護師 113,496.5	看護師 138,019.7 准看護師 87,909.7	看護師 741.8 准看護師 202.0
助産師	22,881.7	7,661.3	—
理学療法士	78,439.0	13,255.8	—
作業療法士	45,164.9	2,687.1	—
診療放射線技師	44,755.4	9,457.7	—
臨床検査技師	54,960.2	11,905.8	—

備考 常勤換算 = $\frac{\text{従事者の一週間の勤務時間（残業は除く）}}{\text{医療施設で定めている常勤者の一週間の勤務時間}}$
ただし、医師、歯科医師の常勤は実人員である。

出所 表2-1に同じ

の受け手一般をさす場合は、原則として医療を受ける者（その中で、患者という語を入れた方が分かりやすい場合は、医療を受ける者（患者）と表記し、また患者と呼ぶことが実態的にとらえやすい場合や法律や判例、行政法規・指針等で患者と表記している場合はそれに従い患者と呼ぶが、本論文における記述において必ずしもそのように厳格に用いている訳ではないことをお断りしておきたい。

なお、医療を受ける者または患者を医療消費者と呼ぶ例もみられる。田村・水谷（2009, pp.506-507）によれば、医療消費者という言葉の原拠は、消費者運動を介して生まれ、患者運動の根本思想をもつコンシューマリズムを背景としており、そこでは医療に対して消極的で受動的な対象であった患者から、医療に対して消費者意識を強く持ち、医療への主体的なかかわりを持って主張する医療を受ける顧客（消費者）という意味で、医療消費者という言葉概念化している。

従来、日本では、患者は治療の対象、規制の対象ではあっても、権利の主体であるという理解は、ことに医療の局面では十分ではなかったという（手嶋, 2018, p.23）。しかし、医療の進歩や患者に対する考え方の変化等により、医療を受ける者の利益が重視されるようになり、後述するように、医療機関においては患者の権利を公表する例もみられ、その中でインフォームド・コンセントとして、患者の自己決定権を尊重する旨の記載がなされている。また、患者の自己決定権が尊重されずに医療行為が行われた場合や医師による治療等について説明義務が十分に尽くされていない場合には、当該医療機関・医療従事者に法的責任を問うというような最高裁判例がみられる。この意味からすると、患者は医療受益者と呼ぶこともできるであろう。

伝統的なマーケティングにおいては、標的市場を設定する前提として市場細分化戦略がとられるが、サービス業のマーケティングも同様に、市場細分化の基準を設定し、4つの

細分化のための変数（地理的変数、人口統計的変数、心理的変数、行動的変数）を用いてセグメントを明確化するという手法がとられる（コトラーら, 2002, 邦訳, pp.149-156）。

医療市場における市場対象は患者ということになるが、患者側の立場では、何らかの傷病にかかり、健康を害したときに、受療ニーズが生じる。これに対して、医療施設側は患者の傷病別または身体上の傷病・疾患部分（例えば、脳、耳鼻、胸、胃腸等）別に、医療体制を整えている（例えば、脳外科、耳鼻咽喉科、呼吸器科、消化器科等）。このことからすると、前述のサービス業のマーケティングにおけるように、4つの細分化変数を用いて市場（患者）を細分化するという手法を患者市場においてそのまま単純に適用することは無理であろう。

患者はどのような傷病にかかって医療施設を受療しているのか、厚生労働省「平成29年（2017）患者調査の概要」によれば、傷病別に入院別および外来別の患者の状況（推計）をみると、上位5位までの傷病は表2-3のとおりである²。

表2-3によれば、入院または外来によって、患者の傷病に相違がみられ、これは患者に対する医療行為が入院または外来によって異なることによるものである。つまり、患者の傷病によっては、入院によって在院受療が必要となるものと、外来によって受療ができるものがあるからである。入院による受療対象傷病は、外来にくらべると、「精神及び行動の障害」、「新生物（腫瘍）」、「損傷、中毒、その他の外因の影響」が多く、外来の場合は「消化器系の疾患」が最も多く、「循環器系の疾患」は、入院、外来とも多くみられる傷病となっている。現状、患者はこのような傷病に対する受療を求めていることがうかがえる。

表2-3 傷病分類別（上位5位）入院別・外来別推計患者数

（平成29年10月）

入 院 （患者数：単位千人）			外 来 （患者数：単位千人）		
	傷病名	患者数		傷病名	患者数
1	精神及び行動の障害	252.0	1	消化器系の疾患	1,293.2
2	循環器系の疾患	228.6	2	循環器系の疾患	888.9
3	新生物（腫瘍）	142.2	3	筋骨格系及び結合組織の疾患	877.2
4	損傷、中毒、その他の外因の影響	137.7	4	呼吸器系の疾患	629.9
5	神経系の疾患	126.2	5	内分泌、栄養及び代謝疾患	442.9

出所 厚生労働省「平成29年（2017）患者調査の概要」、p.5

3 医療機関、医療従事者および 医療を受ける者の関係

3.1 医療機関と医療を受ける者との関係

コトラーの紹介するサービスのマーケティングでは、サービスの送り手と受け手の関係をエクスターナル・マーケティングとし、それは顧客に提供するサービスを用意し、価格を設定し、流通し、プロモーションを行う通常の業務であると述べていることから（コトラー，2000，邦訳，p.536）、いわゆる伝統的なマーケティングとしてとらえている。

医療サービス提供における医療法制的観点からは、医療機関（医療機関開設者）と医療を受ける者との関係は両者の間に医療契約が成立し³、そこでは当該医療機関が医療サービスを提供し、医療を受ける者が診療を受け、協力し、その対価として診療報酬を支払うという関係としてとらえる。

医療機関は、医療契約の下で適正な医療サービスの提供を行う（医療提供義務）。この義務は、治癒の結果の実現（結果保証）ではなく、適正な医療の実施（医療水準に適合する医療の実施）を行えば治癒等が得られなくても債務不履行とはならない。

医療を受ける者は、医療機関から医学的適合の適正な医療を受けることができる（適正受療の権利がある）。また医療は、後述するように医療機関や医師をはじめとする医療従事者が一方に行うものではなく、医療を受け

る者と協働してつくり上げていく共同作業であるとの認識や考え方が広く受け入れられており、この意味で協力（義務）も求められている。

さらに、医療行為に対する報酬支払義務も負っている。今日、多くの場合、患者が受療する診療は社会保険診療であり、社会保険診療の場合には診療報酬額は厚生労働省で定められており、全国一律の公定価格である。社会保険診療制度は、医療において大きな役割を果たしており、保険医登録医師の診療を療養の給付（保険給付）と呼び、これに対し患者（被保険者）は保険医療機関（厚生労働大臣指定）に一部負担金を支払い、残額は保険者（健康保険組合、共済組合等）から支払われる。この合計額が診療報酬額となる。

サービス提供において、サービス品質は重要な要素であるが、サービス品質の評価尺度については、パラシュマン・ベリー・ザイタムルは、有形性、信頼性、反応性、確実性、共感性を提唱しているが（鷲尾，2016，p.19）、医療機関の提供するサービス品質としては、サービス業を対象とした7Pの1つである物的証拠（Physical Evidence）に関し、医療に際しての快適な環境（待合室、検査室等）の整備、利便性の向上（簡便な予約システムの導入等）や窓口対応の改善等のコミュニケーション、医療行為上での不測の事態に対する取組みや院内感染等に対応した安全・安心のための管理等があろう。また医療の質の

改善と向上を図るため、クリニカルインディケーター（臨床指標）を導入している医療機関が多くなっているのを、これを活用することも有効な手法であるといえる⁴。

3.2 医療機関と医療従事者との関係

医療機関と医療従事者の関係は、医療法制の観点からみて、医療機関が医療従事者を雇用し、医療従事者がそこにおいて就業する形態としてとらえられる。医師の場合でいえば、医師はいわゆる勤務医という立場になる。つまり、医療サービスを提供する主体は医療機関であり、医療従事者はすべて履行補助者という地位になる。

履行補助者といっても、単なる履行補助者ではなく、例えば担当医は医療内容の決定に際し相当な裁量性を有する。また、医療施設（病院または診療所）の開設者は、「管理者」（多くの場合、病院長などの役職名がつけられる）を置く義務を負うが、管理者は臨床研修等修了医師（歯科医業の場合は、臨床研修等修了歯科医師）でなければならない（医療法10条）。なお、医療施設開設者が医師（歯科医師を含む）である場合は、原則としてその者が管理者とならなければならない（同法12条1項）。

管理者（医師）は、当該医療施設に勤務する他の医療従事者を監督し、その他当該医療施設の管理運営につき、必要な注意を払い（同法15条1項）、また検体検査を行う場合は、検体検査の業務を行う施設の構造、管理組織、検体検査の精度の確保の方法その他の事項を検体検査の業務の適正な実施に必要なものとして厚生労働省令で定める基準に適合させるようにしなければならない（同法15条の2）などと規定しているように、医療施設の管理には医療業務の内容を把握し、医学の専門知識を有する医師を充てているなどからみて、医師は履行補助者という立場ではあるが、医療機関における医療サービス提供において、重要な職責を担っているといえる。

コトラー（2000, 邦訳, pp.536-537）の紹介するインターナル・マーケティングでは、顧客に満足してもらえるサービスができるよう従業員を教育し、モチベーションを高めることであると述べるが、従業員の教育という点では、医療機関においても同様に、医療従事者の教育、資質の向上、医療技術向上の研修等が行われている⁵。内部的には、例えばDVDの視聴、カンファレンス（医療に関する情報の共有や共通の理解を図り、問題解決を図るための会議）、チーム医療のための専門職種と他職種間の連携（多職種連携）対応等が行われ、また外部的には特に医療技術向上のために、外部機関が実施する医療従事者向け研修への参加などが行われている⁶。

3.3 医療従事者と医療を受ける者との関係

コトラー・アームストロング（1997, 邦訳, p.303）は、サービス業におけるインタラクティブ・マーケティングとは、サービス提供時の買い手と売り手のインタラクション（相互作用）を操作することであるとする。またそれは顧客に対応する従業員のスキルのことであり、顧客はサービスの良し悪しを技術的品質（例：手術は成功したか）だけでなく、機能的品質（例：外科医が気遣いを見せ、安心感を与えたか）によっても判断するとされる（コトラー・ケラー, 2006, 邦訳, p.511）。

医療従事者である医師の医療行為と医療を受ける者の受療・協力の関係は、インタラクティブ・マーケティングにおいては、医療サービスの提供における医師と医療を受ける者の双方向的な相互作用である医療インタラクションの関係ととらえることができる。しかし、それは、医師と医療を受ける者との医療インタラクションを操作するという概念でとらえられるものではなく、また医師の医療行為はスキルだけに限定されるものではなく、医師のなす医療行為の概念や範囲を医療サービス提供の観点から明確にする必要がある。

前述したように、医師は医療契約に基づき、

医療を受ける者に対し医学的適合の医療行為を行い、それは、医療技術的医療行為（コトラーらのいう技術的品質の側面）のみならず、医療を受ける者の不安を取り除くための丁寧かつ分かりやすい説明（コトラーらのいう機能的品質の側面）も含まれる。他方、医療を受ける者は医学的適合の医療行為を受けることを求めており、また受けられる権利があり、医学的適合な医療行為を受けるためには、自己の健康情報をできるだけ正確に提供し、診療に協力することが必要となる。

このような関係が医療インタラクションであり、本論文における中心的なテーマである。この医療インタラクションの概念や特質について、次章で医療法制や医療機関の取組み事例等から詳しく考察することとする。

4. 医療従事者と医療を受ける者の 医療インタラクション

4.1 医療インタラクションの概念

医療従事者と医療を受ける者の医療インタラクションの概念は、図4-1のように図示することができる。この概念図は、一方で医療従事者の医療行為と、他方では医療を受ける者の受療の権利・協力の義務等の行為を対比させ、それぞれの行為から医療インタラクションの関係を提示したものである。

医療従事者は医療の理念に基づき、医療を

受ける者に対して、良質かつ適切な医療行為を行う努力義務がある（医療法1条の4）。これは、単に生命・身体に危害を加えない義務ではなく、医療を受ける者の医療的利益を保護する義務を意味する。医療的利益とは、医療によって実現されうる医療を受ける者の生命・身体・健康等の実体的利益の総体を意味し、その有無・内容が個々の医療を受ける者や医療従事者等の意思によらず決定される客観的利益であるとされる（米村, 2016, p.115）。

本論文では、医療従事者の医療上の行為には、生命・身体・健康等の保護（医療的利益の保護）を目的とする点から診療行為があり、またその方法の相当性の点から医学的に適合と認められる医療（医療水準に適合した医療）の提供がある。さらに、医療上の診療経過や医療上の専門的知見等の診療情報を提供し、説明するという説明義務および説明の上で同意を得るというインフォームド・コンセントが含まれるとする。一方、医療を受ける者には医療水準に適合した医療を受療する権利と受療に対しての協力義務等がある。このような医療従事者と医療を受ける者との関係から医療インタラクションが組み立てられる。

なお、診療従事者のうち、医師は医療行為をなすに当たって中核的な役割と責務を負うことから、本論文では、医師の医療行為を中心に述べることとし、また医療を受ける者は原則として患者を前提としている。

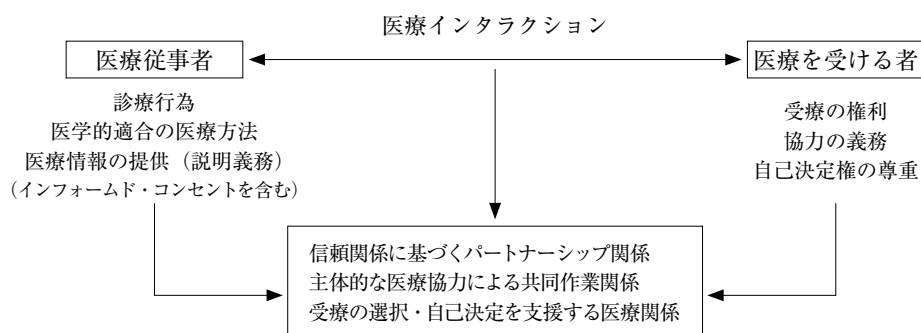


図4-1 医療インタラクションの概念図

4.2 診療行為

診療には、診療過程に即して診断、治療、その他医療付随行為に分けられる（以下（1）と（2）の説明は、米村（2016, pp.117-121）の記述によっている）。

（1）診断

医師は、治療を開始する前提として、患者の医学的な状況を判断する。この判断を診断と呼んでいる。具体的には、疾患・異常等の有無や重症度・分類等についての判断、手術・投薬等の治療に対する適性を判断するために他疾患の有無や患者の素因・医学的背景等の把握、診療経過中における副作用・合併症や他疾患の兆候出現の逐次確認等の診断が要請される。診断過程においては、さらに以下の診療行為が行われる。

①診察

医師は、診療過程の各段階で患者の診察を行う。具体的には、問診・聴診・打診・視診・触診などの一般的な診察のほか、器具を用いた特殊な診察もある。

②検査実施

適正な診断に至るために、適正な検査を行う。具体的には、血液検査・細菌学的検査・生理学的検査、画像診断のための検査等専門的な検査がある。

③適正な診断

医師は、種々の診察所見や検査所見等を総合的に考慮して適正な診断を行う。診断が適正か否かはどう判断すべきなのであろうか。実際の医療においては、診察所見や諸検査の結果を総合してもなお、原因疾患や病態を正確に診断できない場合が多数存在する。これは、医療の客観的な限界であり、事後的に見て正しい診断を行っていなかったとしても、そこから直ちに医師の診断に対する義務違反が肯定されるものではない。医師の診療に対する義務は医療水準に適合する診断の実施であり、診断時点までの診療・検査等の所見から通常の医師がなしうる診断をなすことを内容とする。この点は、医療水準論として後述

する。

④経過観察

医師は、診断後においても臨床経過や検査所見等に十分な注意を払い、従前の診断につき継続的に検証を行うことが要請される。また、患者の病態が不明である場合や状態悪化の徴候があるか否か微妙な場合など、直ちに検査や治療を実施すべきであるとはいえなくても、状態の変化が生じた場合には、直ちに適切な治療等を行えるよう、慎重に経過観察が行われる。

（2）治療

一定の診断がなされた後は、当該診断に対応する治療法が存在する限り、当該診断に従った治療を行う。ここでの治療は、疾患の治療を目指す治療（生活指導、投薬、内視鏡治療、カテーテル治療、手術等）のみならず、症状緩和目的の処置・投薬、リハビリテーション、カウンセリング、さらに予防的な処置・投薬等が含まれ、それぞれを事例に応じて選択適用する。治療に当たっては、適正な治療法を選択し、個別治療を適正に実施することになるが、一通りの治療終了後における自宅療養の内容、方法およびその後の受診等に関する説明や指導（療養指導義務）も含まれる。

（3）その他の医療付随行為

他医療機関への転送、診療録の作成・保存、処方箋の作成・交付、診断書・証明書等の作成・交付等があげられる（これら行為は、医師法により医師の義務として定められている）。

（4）診療行為と診療ガイドライン

臨床医学関係学会等により特定の臨床状況にある患者に対して推奨される診断・治療の内容を記載した「診療ガイドライン」が作成、公表されている⁷。これは、診療行為に当たって、医師が診断・治療を有効に行うための有効な指針となる。診療ガイドラインは、EMB（Evidence-based Medicine、根拠に基づく医療）の考え方にに基づき、科学的根拠のある治療を普及させることを主たる目的とし

て作成されているが、臨床医のみならず、患者にとっても標準的な医療が受けられることが期待できるという側面ももっている。

診療ガイドラインは、医学的知見を知るための有力な指針であるが、医師が診断・治療に際し、ガイドラインに従った治療を実施しなかったとしても、そのことをもって直ちに当該医師の責任が認められることにはならないといわれている。

4.3 医学的適合の医療の提供

―医療水準に適合する医療行為

人の生命及び健康を管理すべき業務に従事する者は、その業務の性質に照らし、危険防止のために実験上必要とされる最善の注意義務を要求され（最判昭和36年2月16日）、上記でいう最善の注意義務の基準となるべきものは、診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準であり（最判昭和57年3月30日判決）、医療水準が医療機関および医師の医療提供義務の基準になることを明らかにし、医師の裁量は、医療水準の範囲内でのみ認められる（最判平成21年3月27日）⁸。つまり、医療は当該診療当時における臨床医学的に認められた相当な方法、すなわち医療水準に適合した医療行為の方法により行うことが求められ、それが適正な医療の提供ということになる。

医療水準は、もともと医療過誤に関する過失判断の問題として論じられたが、医療契約における医療機関・医師の医療提供義務の基準としても機能する。しかし、そこでの医療水準はすべての医療機関に共通する義務の絶対的な基準となるのではなく、医療機関の特性に応じて相対的に決定されることになる。したがって、特定機能病院と位置づけられる医療機関・医師は、高度な医療行為を提供する義務があり、他方、何らかの理由により医療水準に従った医療行為をなせない診療所等の医療機関・医師は、患者を実施可能な医療機関に転送することが当該医療機関・医師

の義務とされる。

なお、医師が医療慣行に従って治療していたからといって、それが適正な医療であるとはいえない。医療水準と医療慣行の関係については、医療水準は医師の医療行為上の注意義務の基準（規範）となるものであるが、それは平均的医師が現に行っている医療慣行とは必ずしも一致するものではない。医師が医療慣行に従った医療行為を行ったからといって、医療水準に従った注意義務を尽くしたと直ちにいうことはできない（最判平成8年1月23日）。医療慣行は医療を取り巻く各種の社会的要因が決定するものであるのに対して、医療水準はあくまでも医療の見地から医師が何をなすべきかという当為の観点によって決定されるからである（手嶋, 2018, p.245）。

4.4 診療情報の提供（説明義務）

(1) 情報の非対称性

情報の非対称性は、経済学などで論じられることが多く、市場における各取引主体が保有する情報に格差がある状況のことであり、医療の分野でいえば、医療を受ける者には通常、専門知識を有していないことが多いため、医療に関する情報は医療機関・医療従事者に圧倒的に偏在しており、医療機関・医療従事者と医療を受ける者の間の情報の非対称性は大きいといえる。情報の非対称性を放置すると、供給者誘発需要などが生じる可能性があるとともに、何といたっても医療を受ける者の選択の幅が狭められるという問題が生じる。

医療の分野は医学上の高度な専門知識を必要とすることから、これら専門知識を医療を受ける者自身が獲得し、その専門情報そのものの格差を縮小することは困難を伴うことが多い。そこで、医師をはじめとする医療従事者から診療中および診療過程における診療情報を提供する義務（説明義務）があるとされる（説明義務にはインフォームド・コンセントも含まれるが、これについては節を改めて述べることとする）。

(2) 診療情報の提供（説明義務）

厚生労働省は、患者等に対する診療情報提供の重要性に鑑み、「診療情報の提供等に関する指針」（平成15年9月12日、平成22年9月17日改正）を策定している。

本指針によれば、診療情報とは、診療の過程で、患者の身体状況、病状、治療等について、医療従事者が知り得た情報をいい、診療記録とは、診療録（カルテ）、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約その他の診療の過程で患者の身体状況、病状、治療等について作成、記録又は保存された書類、画像等の記録をいう。

診療情報の提供は、口頭による説明、説明文書の交付、診療記録の開示等具体的な状況に即した適切な方法により、患者等にとって理解を得やすいように、懇切丁寧に診療情報を提供するように努めなければならないとされる。

診療中の診療情報の提供に際しては、①現在の症状及び診断病名、②予後、③処置及び治療の方針、④処方する薬剤について、薬剤名、服用方法、効能及び特に注意を要する副作用、⑤代替的治療法がある場合には、その内容及び利害得失、⑥手術や侵襲的な検査を行う場合には、その概要、危険性、実施しない場合の危険性及び合併症の有無、⑦治療目的以外に、臨床試験や研究などの他の目的も有する場合には、その旨及び目的の内容の各事項等について、丁寧に説明しなければならないが、患者が「知らないでいたい希望」を表明した場合には、これを尊重しなければならない。患者が未成年者等で判断能力を有しない場合には、親権者等に対してなされなければならない。

診療記録の開示が求められた場合には、原則としてこれに応じなければならない。診療記録の開示の際、患者等が補足的に説明を求めてきたときは、できる限り速やかにこれに

応じなければならない。この場合にあっては、担当の医師等が説明を行うことが望ましい。

診療記録の開示を求め得る者は、原則として患者本人であるが、法定代理人等の一定の範囲の者にも認められる。診療情報の提供が第三者の利害を害するおそれがあるとき、患者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがあるときには、診療情報の提供の全部又は一部を提供しないことができる。

現在では、厚生労働省の定めた上記診療情報提供指針に沿って、各医療機関において患者に対する医療情報の提供に関する指針を作成し、患者に対する情報提供に対応しているのが見受けられる⁹。

4.5 インフォームド・コンセント

（説明と同意）

（1）インフォームド・コンセント

（informed consent）の本質

医師は、医療行為に先立って、患者に対して医療行為の内容等について説明し、同意を得ることが必要である。患者の同意とは、医師からなされる治療等医療行為に対し、患者がその治療等医療行為を受けるか否かを自らの自由な意思で判断するということであり、それは患者が自ら決定するという自己決定権であり、この自己決定権の保護・尊重がインフォームド・コンセントの本質であるとされている¹⁰。

したがって、医師は患者に対する治療等医療行為について説明を尽くし、そのうえでの患者の同意を得ることが必要となり、この説明と同意の義務を履行しないで医療を実施した場合は、たとえ患者の健康状態が改善されたとしても、自己の生命・身体のことについては自身で決定するという患者の自己決定権の侵害に当たるとされる。この自己決定権は、生命・身体とは別個の権利であり、身体侵襲医療行為が適法であったとしても、自己決定権それ自体が侵害されたとして、法的責任（損害賠償責任）が問われるというものである。

(2) インフォームド・コンセント法理の形成
インフォームド・コンセントの概念、法理はアメリカで発展、形成されていったといわれているが、古川原 (2011, p.121) によれば、インフォームド・コンセントという言葉は初めて使ったのは、1957年のサルゴ (Salgo) 判決で、「患者が提案された手術に合理的な同意を形成する基礎として必要な情報を医師が与えなかったのであれば、医師は患者に対する義務に違反し、責任を負う」と判示し、医師側からの情報公開の義務と必要性を述べた。

情報公開の義務と必要性があるとしてもそこでの妥当な基準は何かという議論がなされたが、これについて、1972年のカンタベリ (Canterbury) 判決では、医師には提案した治療について、患者の立場にある合理的な者が治療を受けるか受けないかを決定するために重要であると考えるすべての情報を提供することが求められると述べ、これまでの合理的医師基準 (説明されるべき事柄は、同様あるいは類似の状況下での合理的な医学的慣行の範囲内に限られるという基準) に代わって、患者志向の合理的患者基準を提示した。この基準においては、医師の説明義務の範囲は、医師の慣行ではなく、患者の決定権によって定まることとなり、こうした患者志向の合理的患者基準の法理はまたたく間に多くの裁判所の採用するところになったという (同上, p.123)。

日本におけるインフォームド・コンセントは、アメリカの影響を受けつつ、医師の説明義務と患者の同意のための要件に関する中で論じられて発展してきたとされているが、医療法1条の4第2項は、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得よう努めなければならない」と規定する。本規定は、インフォームド・コンセントを明記したものと一般に解されている¹¹。

(3) インフォームド・コンセントの適用事例と取組み

インフォームド・コンセントが適用された事例を判例でみると、例えば①乳がん手術に当たり、療法として未確立の療法であっても患者が乳房温存療法について関心を示していることから、医師は知っている範囲内で説明義務があるが、その説明をしなかった (最判平成13年11月27日)、②帝王切開を希望する夫婦に対して、十分な危険性を説明せずに、経膈分娩によるのが相当であるとして、経膈分娩を勧めた (最判平成17年9月8日) という事例について、いずれも患者が適切な診療情報をもとに自由な判断をする (自己決定) 機会が奪われたとして、インフォームド・コンセント違反とされた。また、③未破裂脳動脈瘤の治療に際し、開頭技術とコイル塞栓術の利害得失とともに、コイル塞栓術においてもコイルが瘤外に逸脱する可能性があり、その場合には開頭手術が必要になることを説明するに当たっては、分かりやすい説明を行うことと、患者の治療選択につき熟慮する機会を改めて与えることは必要であるとし、説明の仕方・態様への配慮や患者の治療選択に際しての熟慮の機会の付与をインフォームド・コンセントには必要であると判示する (最判平成18年10月27日)¹²。

現在、各医療機関・医療従事者において、インフォームド・コンセントの取組みが行われているが、例えば、医真会八尾総合病院では、診療の始まりから終了までの全工程において診療内容を逐次解説し、理解・納得して同意を得ることとしており、また患者の知る権利と選択権を保障し、個人のプライバシーを保護する配慮を行い、必要な場合には家族等の同席も考慮している。インフォームド・コンセントで主たる役割を担うのは医師であるが、チーム医療を実践するために他の医療スタッフも立ち会うことも必要とされることや説明の際には患者一人で説明を受けるか、家族等の第三者と一緒に説明を受けられるか

を選んでもらうことを伝える。説明に十分納得できない場合は、同意を拒否・保留することができることや、一旦同意されても後で取り消すことができることを伝える。また他の医療機関での意見（セカンドオピニオン）を聞くことも可能であること、さらにこれらのことが患者の不利になることが決してないことを十分に説明している。

患者に医療を受けていただくには、安全性および危険性について十分な説明が必要とされることから、同院および担当医師における治療実績が開示される体制をとる。また、医師の治療法の選択理由や患者が医師の提案と異なる治療法を選択された場合の予後説明が科学的根拠に基づいた説明になるようにする、というようなインフォームド・コンセントに取り組んでいる¹³。

4.6 医療を受ける者の権利と協力

(1) 医療を受ける者の権利の考え方

医療は、医師を始めとする医療従事者と医療を受ける者との信頼関係に基づき、および医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるものであり（医療法1条の2第1項）、医療を受ける者の意向を十分に尊重して提供されなければならない（同法同条第2項）。また、医療従事者は医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない（同法1条の4第1項）、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得よう努めなければならない（同法同条第2項）。

前段の記述は、医療に関する基本的な考え方、姿勢を示すものであり、後段の記述は努力規定ではあるが、医療従事者の医療を受ける者に対する責務を規定するものである。これらの規定は、医療を受ける者の側からみると、受療に際して、医療を受ける者の意向が尊重され、適切な説明による理解の上で、良質かつ適切な医療が受けられるということであり、これを患者の権利と表現されている。

患者の権利とは、患者が医療を受けるに際

して一方的に自己の権利というものを主張するということではなく、患者の権利を考える意味について、手嶋（2018, pp.23-24）は、以下のように述べる。

従来、日本では、患者は治療の対象、規制の対象ではあっても権利の主体であるという理解は、ことに医療の局面では十分ではなかった。医療の進歩により新しい治療や検査方法が生み出され、これらの新しい技術には死亡・重度障害といった重大な結果を招来する危険性があるものも少なくない。したがって、こうした医療の有する利益と危険とを十分に患者に知らせ、場合によっては生じるおそれのある危険を引き受けるかどうかについて患者自身に判断させることが、患者の権利の見地から要請されている、と説明する。

世界医師会（World Medical Association）は、「患者の権利に関する WMA リスボン宣言」（1981年採択、1995年、2005年一部修正）において、良質の医療を受ける権利、選択自由の権利、自己決定の権利、情報に対する権利等を患者の権利として認めている。

(2) 患者の権利・義務—事例紹介

医療においては、患者の権利とともに、患者の権利の保護のための患者の義務（責務）についても定めている医療機関が多くみられ、その具体的内容について以下のように掲げられている。

都立病院については、東京都病院経営本部が「都立病院患者権利章典」を作成し、患者中心の医療の理念のもとに、患者は人間としての尊厳を有しながら医療を受ける権利を持つとして、以下の権利をあげる（東京都病院経営本部ホームページ「都立病院患者権利章典」2019年8月8日閲覧）。

- ①だれでも、どのような病気にかかった場合でも、良質な医療を公平に受ける権利がある。
- ②だれもが、一人の人間として、その人格、価値観などを尊重され、医療提供者との相互の協力関係の下で医療を受ける権利があ

る。

- ③十分な説明と情報提供を受けたうえで、治療方法などを自らの意思で選択する権利がある。
- ④自分の診療記録の開示を求める権利がある。

一方、良質な医療を実現するためには、医師をはじめとする医療提供者に対し、患者自身の健康に関する情報をできるだけ正確に提供する責務がある、また納得できる医療を受けるために、医療に関する説明を受けてもよく理解できなかったことについて、十分理解できるまで質問する責務があるなど、協力義務も併せて設けることによって、患者の医療に対する主体的な参加を支援している(なお、ここで掲げた患者の権利・義務の事項は、「都立病院患者権利章典」の抜粋である)。

また、京都大学医学部附属病院においても、患者の権利として、①人としての尊厳を保ちながら、良質の医療を受ける権利、②十分な説明と情報提供を受け、自らの意思で治療法などを決定する権利、③個人に関するプライバシーを保護される権利、他方責務として、①自己の健康情報を医療者に対して正確に提供する責務、②診断や治療にあたって積極的に理解し協力する責務、③他の患者や医療者の医療提供の支障とならないように配慮する責務を定めている(京都大学医学部附属病院ホームページ「基本理念・患者さんの権利と責務」2019年7月24日閲覧)。

さらに、虎の門病院では、上記リスボン宣言の精神のもとに患者の権利を十分守り最良の医療を提供することとし、医師および医療従事者とのより良い人間関係を築けるよう、患者に対し、自分自身の健康・生命を守る自覚、健康情報の正確な伝達、受ける医療に対する納得、医療行為における不確実性・危険性の認識、医療の安全性を保つ等のための規則の遵守などの協力を求めている(虎の門病院ホームページ「患者さんの権利と患者さんへのお願い」2019年7月8日閲覧)。

他の病院、例えば北里大学病院においても、上記事例に掲げた患者の権利・義務について、上記医療機関と同様に、平等かつ安全で良質な医療を受けることができること、担当医師から提示された治療方法を選択、あるいは拒否することができるなどの権利とともに、自身の治療に関する希望、または希望しないことを担当の医師に伝えること、治療中または療養中に不安を感じた時は、直ちに知らせることなどのお願いを求めている(北里大学病院ホームページ「患者の皆様の権利・お願い」2019年7月1日閲覧)。

なお、患者に対するこれらの義務(責務)は、患者の医療を受ける際の一方的な義務あるいは責務ということではなく、患者の良質かつ適切な医療を受ける権利を保護するための義務あるいは責務と理解すべきであろう。

4.7 医療インタラクション関係

以上のようにみえてくると、医療インタラクションの下では、医療従事者である医師は、医療を受ける者に対し、診療を行い、その方法は医学的に適合する方法、すなわち医療水準に照らして適正な方法であり、また当該医療行為に当たっては、診療中および診療過程における診療情報を提供し、かつ丁寧に分かりやすく説明しなければならない。他方、医療を受ける者は、良質かつ適切な医療を受ける権利があり、これが保護されるためには、医療に対する理解や自身の健康状態等に関する情報を正確に伝達するなど受療に際しての協力義務(責務)が求められる。

そして、受療に際しては、治療法等の選択・決定等について医療を受ける者(患者)の自己決定権が尊重されるべきであり、医療を受ける者(患者)に対し適切に説明し、納得してもらい、同意を得た上で(インフォームド・コンセントの下で)、医療行為を行うべきであるという医師側の責務が課せられている。

以上のような観点に立つと、医療インタラクションにおいては、①安全、良質、適切な

医療の提供のためには、医療従事者と患者が良好な信頼関係を築き、双方のより良いパートナーシップ関係が求められる、②医療は患者が主体的に医療に協力し、医療従事者との間で協働してつくり上げていく共同作業関係である、③自分自身の健康・生命を守る最高の担い手は患者自身であるとの認識に基づき、治療等医療を受療するに際し、自ら選択・自己決定し、それを支援する医療関係である、というような医療インタラクションの関係が成り立つといえる。

5. 議論

本論文は、コトラーらが紹介するサービスのマーケティングを構成するエクスターナル・マーケティング、インターナル・マーケティング、およびインタラクティブ・マーケティングというサービス・トライアングルの概念と枠組みは、医療サービス・マーケティングにも適用できるということを前提としており、またこのサービス・トライアングルの点から医療サービス・マーケティングを論じている先行研究もみられる。

この3つのサービス・マーケティングで成り立つサービス・トライアングルの下では、医療を受ける者に対する医療の提供という面では、エクスターナル・マーケティングの構成主体である医療機関とインタラクティブ・マーケティングの構成主体である医療従事者が、どちらも医療提供・医療行為の主体であり、サービス・トライアングルの概念からすれば、両者は同列の主体である。また医療法制の観点からみても、医療従事者、特に医師は医業をなす者であり、これは医師の独占業務となっており（医師法17条）、医師の存在しない医療機関はエクスターナル・マーケティングとしての医療サービスの提供をなすことができず、医師の医療機関における存在は極めて大きい。

しかし、このように医師をはじめとする医

療従事者が医療機関の医療サービス提供における医療行為において重要な存在であり、医療サービス・マーケティング上は医療機関と同列ととらえることができて、医療法制上は、医療を受ける者との関係では、医療契約の医療側当事者はエクスターナル・マーケティングの構成主体である医療機関（医療機関開設者）であり、インタラクティブ・マーケティングの構成主体である医師をはじめとする医療従事者はすべて履行補助者の地位に立つと解されている。つまり、医療現場においては、医療を受ける者が直接に診断を受け診療方針・診療内容が決定されて、治療を受け、また診療過程等においてさまざまな説明をなすのは医療従事者であるが、それは医療契約の当事者としてではなく、あくまでも医療に関する履行補助者であり、医療機関との雇用関係に立つ就業者として医療に当たっているのである。

医療機関の提供する医療サービス提供行為と医療従事者のなす個別医療行為とは相互に関係・関連があるものの、また関係・関連して連携すべきであるものの、両者の置かれている地位は違うことから、それぞれの医療において果たすべき役割や内容、さらに負うべき責務も異なるのである。この点につき、医療機関と医療従事者の地位や立場の違いは医療法制上の違いであって、医療サービス・マーケティングの研究は医療法制とは異なる次元であるとして、これを特に問題視しない見解もみられるかもしれない。しかし、医療サービス・マーケティングにも医療法制の下で行われることから、エクスターナル・マーケティングの構成主体である医療機関の医療サービス提供とインタラクティブ・マーケティングの構成主体である医療従事者の医療行為との役割や内容、責務等を明確に区別して論じなければならない。

医療サービス・マーケティングの研究において、これまで医療の質、医療施設の快適さや利便性、対人コミュニケーションなどの点

について考察が加えられているが、これらはエクスターナル・マーケティングとして医療機関がかかわるものなのか、それともインタラクティブ・マーケティングとして医療従事者がかかわるものなのか、医療機関または医療従事者の地位や立場の違い等からみて、不明確、あるいは混同している例がみられる。これらが曖昧、あるいは混同されたままで議論を進めると、医療インタラクションにおける医療従事者と医療を受ける者（患者）との関係（相互作用）も不明瞭、不明確になるおそれが生じる可能性があると考ええる。

次に、医療サービス・マーケティングにおいては、文字通りサービスの特性を有する医療を研究対象とする。この点につき、富田（2011, p.78-79）は、マーケティング研究（主にサービス・マーケティング研究）で医療が研究対象となる際は、アメニティや医療者との対人関係に目が向けられており、診療を考慮しないことが多い、つまり本質機能に触れず、付随機能だけしか触れていないと指摘する。この指摘は妥当なものだと考えるが、ではそれは何故なのであろうか。多くの医療サービス・マーケティング研究者は医療に関して専門家ではないからであると推察できる。

しかし、医療サービス・マーケティングを論じるに当たって、中心的かつ中核的な要素である医療の内容を避けて考察することはできないであろう。しかし、そうは言っても、医療そのもの、あるいは適正な医療行為とは何かという問題を医学的な見地から考察することは医師や医学研究者の専門的領域に属するものであり、それには医療や医学に対する専門的な医学的知見が要求される。

例えば、ある特定の患者に対するがんの診断やその治療法の選択（手術でがん細胞を切除する、エックス線などで放射線を当てる、薬剤でがんの増殖を防ぐ、あるいはこれらを組み合わせて併用する）などの診療内容や治療方法の決定およびその評価等について、医

療サービス・マーケティングが医療を対象とするといっても、これについて論評を行うことは、医師であり、かつ医学的知見を有するマーケティング研究者ならば可能であろうが、多くのマーケティング研究者はそのような地位や立場にいないのが通常であることから、相当の困難を伴うであろう。また、医学的視点から、あるいは医学的知見を用いて、医療内容それ自体を考察する、または医学研究を評価することなどは、少なくとも現在における医療サービス・マーケティングの領域の範囲を超えることになるといえよう。しかしながら、医療サービス・マーケティングにおいて中核的かつ本質的な要素である医療を外して医療サービス・マーケティングを論じるとすれば、極めて内容が薄く深みのない貧弱なものとならざるを得ない。

この問題に対して、本論文では、医療が人の生命・身体・健康等に直接かかわる分野であり、医療分野に対して種々の規制、規律が課せられており、このため医療関連法や医療行政上の各種規定・指針等が制定されていることから、この面からのアプローチを行うこととした。そこでは、医療上の行為には、生命・身体・健康等の保護（医療的利益の保護）を目的とする診療、診療情報の提供（説明義務）とインフォームド・コンセント、およびサービス品質に当たる医療水準（医学的に適合する医療提供方法の水準）が含まれるとして、それぞれの内容を展開した。医療の概念、医行為の定義については医療法制や厚生労働省の通知（例えば、平成17年7月26日医政発07260005号）などで明らかにされており、また適正な医療または医療行為とは何かについては、判例や判例研究における医療過誤の事例を考察することなどにより、医療法制や医事法の専門家でなくても、窺い知ることができる。

このような医療関連法や判例にあらわれた医療事例からの研究は規範的な内容とならざるを得ない面もあるが、医療サービス・マー

ケティングにおける中核的かつ本質的要素である医療に対する1つの、されど有力なアプローチとなると考える。

さて、本論文の主たる目的は、医療サービス・マーケティングにおける医療インタラクションの特質を明らかにすることであるが、医療インタラクションは医療従事者と患者が双方向から作用しあう関係であるという点に着目して、図4-1に示したような概念図を提示した。そこでは、医療従事者という送り手のなす医療行為だけでなく、その受け手である患者からの作用や地位の保護という点を重視した。

これまでの医療サービス・マーケティング研究では、多くは、いわゆる患者志向という立場で、積極的な医療情報提供の提案、治療時の親切さ、あるいは7Pミックスから物的証拠（Physical Evidence）としての医療施設や人（People）としての人的サービス、コミュニケーションの充実等の点に考察が加えられてきたが、本論文では、患者の権利・義務という観点から、患者の人間としての尊厳の確保、患者としての意向・選択および自己決定が尊重される権利、その一方ではその権利が確保・保護されるための受療に際しての協力義務などの点を取り上げ、その内容を述べた。ここでいう権利・義務とは、必ずしも医療法制上、あるいは医療法制上の解釈として認められる権利・義務ということだけではなく、一般的な意味（特に倫理的意味）での権利・義務という色彩が強い。

今日においては、患者の権利の見地から、患者の医療（受療）というものがとらえられており、それは、患者の権利を認めることが患者のわがままを増長させるものではなく、患者の権利は医療関係者の良心的な判断の意義を否定したり、ないがしろにしたりする意図を有するものではないのである（手嶋, 2018, p.24）。また、医療は患者との相対行為であり、医師が医療行為をなすに当たっては、患者の受療行為が必ず必要となることから、患者の

義務とは、患者からの一方的な義務ではなく、この受療のための義務であり、良質かつ適切な医療が受けられる権利を確保・保護するための受療協力義務である（なお患者には、この他に診療報酬支払義務があるが、この支払義務は医療契約の当事者である医療機関に対するもので、医療従事者に対するものではない）。このような意味での患者の権利・義務は、マーケティングの主体からのアプローチである患者志向というものではなく、あくまでも患者としての利益を保護するための患者の固有の権利・義務としてとらえるべきであると考えている。

患者の権利に関連して、インフォームド・コンセントがある。医療サービス・マーケティング研究においても、インフォームド・コンセントが医療サービスへの参加意欲を高めたり、あるいは信頼関係の構築に寄与するなどの考察が行われているが、本論文では、インフォームド・コンセントについても患者の権利からアプローチし、インフォームド・コンセントは患者の自己決定権であり、それ自体が保護・尊重の対象であり、たとえ身体侵襲医療行為が正当、適法であったとしても、患者の自己決定権それ自体が侵害されているならば、法的責任が問われることが最高裁判決で明らかになっているように、インフォームド・コンセントは患者側の医療に対する権利（自己決定権）である点、またインフォームド・コンセントにおける説明の態様は、患者に対する「分かりやすい説明」とともに、治療の選択につき「熟慮する機会を改めて与える」必要がある点等をインフォームド・コンセントの取組み事例を紹介することなどにより明らかにして述べた。

インフォームド・コンセントのこうした側面については、これまでの医療サービス・マーケティング研究では多くは見られないが、インフォームド・コンセントに限らず、患者のインフォームド・コンセントを含む医療上の権利については、医療機関における医療従事

者（特に医師）の取組み事例で紹介したように、組織的に対応しており、医療サービス・マーケティングにおいても、このような意味での患者権利主義ともいえるべき観点に立脚したアプローチが必要であると考え。

6. 結び

本論文は、サービス・マーケティングにおけるエクスターナル・マーケティング、インターナル・マーケティングおよびインタラクティブ・マーケティングの概念と枠組みをもとに、医療サービス・マーケティングのトライアングルとその構成主体を示し、医療機関、医療従事者および医療を受ける者の関係を述べた上で、医療従事者と医療を受ける者の医療インタラクションの概念と特質を論じた。

医療インタラクションは医療従事者の医学的に適合する適正な医療行為と医療従事者の受療の権利・協力義務等の双方向的な相互作用の関係であり、医療機関の取組み事例等を参考に考察すると、そこには大きく3つの特質があることを明らかにするとともに、患者の権利が最大限尊重されるべきであり、それが医療におけるメルクマールである。このような観点到立てば、医療を受ける者に対する医療サービス・マーケティングは、患者権利主義に立脚したアプローチが求められるといえよう。

マーケティングの概念の拡張に伴い、そのアプローチも多様化しており、したがって医療サービス・マーケティングにおいても、本論文のように、医療法制的観点からの医療サービス・マーケティング研究も1つのアプローチであるといえるだろうと考える。

[注]

- 1 チーム医療が進んでいる近時の医療において、医師と他の医療従事者の関係は、単純な上下関係ではなく職能分担を前提とする協働関係として理解される傾向が強いため、将来的にはこのような観点を踏まえ医療従事者法制的再編成を行うことが望ましいと指摘されている（米村，2016, p.36）。
- 2 上位5位以下の傷病には、入院で多い順に「呼吸器系の疾患（95.9千人）」、「筋骨格系及び結合組織の疾患（71.3千人）」、「消化器系の疾患（66.1千人）」、外来で同様に「眼及び付属器の疾患（358.5千人）」、「腎尿路生殖器系の疾患（321.5千人）」、「皮膚及び皮下組織の疾患（303.5千人）」となっている。なお、「患者調査の概要」は毎年行われており、調査結果は厚生労働省のホームページにも掲載されている。
- 3 医療契約の性質については、疾病の治療には数回の通院あるいは入院等を要する場合があります、一連の診療過程で多数の医療行為がなされうることから、一般に医療契約はこれら個々の医療行為をすべて包括しうる抽象的な単一の契約であり、かつ継続的契約であるとされる（米村，2016, pp.93-94）。
- 4 クリニカルインディケーターとは、診療の質を定量的に評価する指標のことで、評価指標の項目は、多くの医療機関では厚生労働省の「平成22年度医療の質に関する評価・公表等推進事業」に参加した日本病院会の指標を取り入れて、評価項目を作成している。例えば、横浜市立市民病院では、患者満足度、褥瘡発生率、予防的抗菌薬投与率、救急医療入院率、血糖コントロール、退院時スタチン処方割合、早期アスピリン投与割合、統合指標（手術、虚血性心疾患、脳卒中）（項

目名は、一部略している)等日本病院会指標のほか、同病院独自指標を設定し、その内容を公表している(横浜市立市民病院ホームページ「臨床指標(クリニカルインディケーター)」2019年8月15日閲覧)。

- 5 医師に対しては、医師法で臨床研修を受けている医師の臨床研修の専念義務(同法16条の3)、医療関係者(国、都道府県、大学等)における医師研修のための役割分担と協力義務(同法17条の7)、厚生労働大臣の医療研修の実施(同法16条の9)等、法律をもって医師の研修について規定している。
- 6 例えば、肝炎情報センターの肝炎専門医療従事者研修、難病医学研究財団の特定疾患医療従事者研修、日本腎臓財団の透析療法従事職員研修、厚生労働省の遠隔医療従事者研修などがあり、また地域中核病院においても地域医療従事者向け研修が行われている。
- 7 診療ガイドラインは、臨床医学関係学会等で多く作成されているが、例えば、日本臨床腫瘍学会は『がん免疫療法ガイドライン(第2版)』(2019年)、『頭頸部がん薬物療法ガイダンス(第2版)』(2018年)、『原発不明がん診療ガイドライン(改訂第2版)』(2018年)等がん診療に関する一連の診療ガイダンスを作成(編集)しており、また日本腎臓学会も『エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018』(2018年)、『腎領域における慢性疾患に関する臨床評価ガイドライン』(2018年)、『腎疾患患者の妊娠:診療ガイドライン2017』(2017年)等腎臓病に関する診療ガイダンスを作成(編集)している。これらのガイダンスは学会ホームページで公表されていることから閲覧することができ、また医学系出版社等から公刊されているものもある。
- 8 医療水準の概念を明確にし、その適用方

法を示した代表的な事例が、未熟児網膜症に対する光凝固法という治療法の有効性と実施義務等に関する最高裁の判断である(最判平成7年6月9日)。その内容については、米村滋人(2014)「医療事故責任における高度の注意義務と医療水準」(甲斐・手嶋編, 2014, pp.98-99)において評釈されている。

- 9 例えば、国立大学病院では、「国立大学病院における診療情報の提供に関する指針(ガイドライン)」を作成し、診療情報を患者と共有することが行われている。
- 10 厚生労働省の説明では、インフォームド・コンセントとは「説明と同意」のことであり、ここでの同意は、患者の自由な意思にもとづく文書での同意であるとしている(厚生労働省ホームページ「インフォームド・コンセント」2019年8月8日閲覧)。
- 11 この見解について、米村(2016, p.80注記)は、「理解を得る」ことは、「同意を得る」こととは異なる上に、民刑事法において、個別的な説明や同意は義務となる場合とならない場合が存するとされており、場面を特定せず一律の努力義務とすることは、義務化すべき場面では過少規制、義務化すべきではない場面では過剰規制となり、適切ではないという。
- 12 これらの判例については、甲斐・手嶋編(2014)に収録されており、①は千葉華月(2014)「選択可能な未確立療法と医師の説明義務」、同上pp.68-69、②は峯川浩子(2014)「分娩方法に関する説明義務違反と機会の喪失」、同pp.70-71、③は木下正一郎(2014)「保存的治療が存在する場合の説明義務」、同pp.86-87において評釈されている。
- 13 本記述は、社会医療法人医真会 医真会八尾総合病院作成「インフォームドコンセントのガイドライン(第2版)」によっており、このガイドラインは上記の方針

の下で、さらに具体的な取り組みを行っており、またそのための体制を整備している。

参考文献

- 井部俊子 (2007) 「遅れてやってきた『サービスとしての医療』」 KEIO SFC JOURNAL (慶応義塾大学湘南藤沢学会), Vol.6, No.1, pp.66-76。
- 尾形裕也 (2017) 『看護管理者のための医療経営学 (第2版)』 日本看護協会出版会。
- 恩藏直人・岩下仁編 (2018) 『医療マーケティングの革新』 有斐閣。
- 甲斐克則編 (2018) 『ブリッジブック医事法 (第2版)』 信山社。
- 甲斐克則・手嶋豊編 (2014) 『医事法判例百選 [第2版]』 別冊ジュリスト219号, 有斐閣。
- 古川原明子 (2011) 「治療行為とインフォームド・コンセント法理」『現代法学』 (東京経済大学現代法学会), 第20号, pp.115-155。
- 近藤隆雄 (2010) 『サービス・マーケティング [第2版]』 生産性出版。
- 田村久美・水谷節子 (2009) 「医療消費者とは何か—患者運動の根本思想とコンシューマリズムの再興—」『川崎医療福祉学会誌』 (川崎医療福祉大学), Vol.18, No2, pp.501-509。
- 手嶋豊 (2018) 『医事法入門 [第5版]』 有斐閣。
- 戸田裕美子 (2013) 「医療マーケティング研究の学説史研究」『商学集志』 (日本大学商学部), 第83巻, 第3号, pp.81-106。
- 富田健司 (2011) 「医療の質とサービスの質」『同志社商学』 (同志社大学), 第63巻, 1・2号, pp.70-82。
- 真野俊樹 (2009) 『医療マーケティング [実践編]』 日本評論社。
- (2016) 『[新版] 医療マーケティング』 日本評論社。
- 米村滋人 (2016) 『医事法講義』 日本評論社。
- 鷺尾和紀 (2016) 『パーソナルファイナンス・サービス・マーケティング』 創成社。
- Fisk, R.P., Grove, S.T. and John, J. (2004) *Interactive Services Marketing*, 2nd ed. South-Western. (小川孔輔・戸谷桂子訳『サービス・マーケティング入門』 法政大学出版局, 2005年)
- Kotler, P. (2000) *Marketing Management*, 10th ed. Prentice- Hall. (恩藏直人監修/月谷真紀訳『コトラーのマーケティング・マネジメント ミレミアム版 (第10版)』 ピアソン・エデュケーション, 2001年)
- Kotler, P. and Armstrong, G. (1997) *Marketing : An Introduction*, 4th ed. Prentice- Hall. (恩藏直人監修/月谷真紀訳『コトラーのマーケティング入門 第4版』 ピアソン・エデュケーション, 1999年)
- Kotler, P., Hayes, T. and Bloom, P. N. (2002) *Marketing Professional Services*, 2nd ed. Learning Network Direct. (平井義男監修/平林祥訳『コトラーのプロフェッショナル・サービス・マーケティング』 ピアソン・エデュケーション, 2002年)
- Kotler, P. and Keller, K.L. (2006) *Marketing Management*, 12th ed. Prentice- Hall. (恩藏直人監修/月谷真紀訳『コトラー & ケラーのマーケティング・マネジメント (第12版)』 ピアソン・エデュケーション, 2008年)