

<b>Title</b>	インフォームド・コンセント(IC)に関する考察 : 医者・患者における暗黙の人間関係論
<b>Author(s)</b>	丸山, 久美子
<b>Citation</b>	聖学院大学論叢, 11(1): 89-110
<b>URL</b>	<a href="http://serve.seigakuin-univ.ac.jp/reps/modules/xoonips/detail.php?item_id=603">http://serve.seigakuin-univ.ac.jp/reps/modules/xoonips/detail.php?item_id=603</a>
<b>Rights</b>	

聖学院学術情報発信システム : SERVE

SEigakuin Repository for academic archiVE

# インフォームド・コンセント (IC) に関する考察

— 医者・患者における暗黙の人間関係論 —

丸 山 久美子

Remarks on the Problem of Informed Consent in Japan

— The Doctor-Patient Relationship and Implicit Personality Theory —

Kumiko MARUYAMA

In Japan it is very difficult to investigate the matter of telling the truth to terminally-ill cancer patients or to obtain informed consent from patients. The reason is that there is no consensus about obtaining informed consent from terminally-ill cancer patients or other dying patients. In this study a questionnaire was used regarding cancer notification, informed consent, and the impressions formed of doctors and nurses by various kinds of patients.

University students were surveyed regarding implicit personality theory as applied to the human relationships of doctors and nurses to patients. Students understand the concept of informed consent, and they desire to know the diagnosis from the chief doctors before the doctors tell it to the family. Moreover, the structure and process of forming impressions of the patients by the doctors and nurses was discovered. Patients also formed their impressions of the doctors and nurses. Most important was the ability, activity and gentleness of the doctors and nurses toward the patients.

These results indicate that in the future it is necessary to investigate the patient's living will to know the truth.

インフォームド・コンセントは、本来、倫理的性格を持つ法的概念である。

「医療における意思決定」米国大統領委員会報告書 (1983)

## はじめに

初対面の人の印象がどのように形成されるのかという研究は、人間関係形成論の研究の大半を占める重要な課題である。対人関係認知研究が、Heider (1953) の研究を皮切りに体系的に論じら

---

**Key words;** Informed Consent, Doctor-Patient Relationship, Implicit Personality Theory, Formation of First Impressions

れて以来、多くの対人認知の研究が輩出したが、そこで取り扱われている課題は、1) 他者の性格特性の認知、2) 人と人の関係の認知に大別される。ここにおける人の性格特性の認知というのは、人物評定ともいうべきもので、それが、いわゆる、対人的印象形成過程の研究と一般に云われているものである。この研究は、Asch (1946) によって初めて実験的に取り上げられた。その後、Asch の古典的研究を踏まえて、多くの対人的印象形成過程の研究が論じられ、検討されてきた。

Asch の印象形成過程の実験的研究というのは、ある特定の仮定的人物を特徴づける性格特性名のリストを人に見せて、その人物の印象を記述させ、次に、一組の対語の性格特性語（例えば、明るい—暗い、慎重な—軽率な）の中から、その人物を最も適切に特徴づけていると思われる性格特性名を選択させると云うものである。あるグループの性格特性のリストは「知的な、器用な、暖かい、決断力のある、実際のな、用心深い」と云うものであり、他のグループのリストは「暖かい」の代わりに「冷たい」という性格特性名を並べ替えたリストである。その結果、ある特定の仮定的人物の印象形成が二つのグループで全く異なった印象を形成することが判明した。

つまり、この人物の印象は「暖かい」か「冷たい」かのいずれかの性格特性によって全体の印象形成が異なるのである。Asch の実験的研究結果から印象形成には刺激となる人物に中心的に働く性格特性語があり、これが人物の印象を決定し、その印象の周辺で全体像が形作られて行くというものである。これを暗黙の性格観、あるいは内包的性格特性論 (Implicit personality theory) という。暗黙の性格観は俗に云えば、ある種の偏見やドグマニズム、固定観念、更にその人の経験や環境、性格特性によって、未知の人物を評価するの類いである。例えば、心理学者は人の心理がすぐに解る、学者は実践的ではない、女性はヒステリーである、看護婦は白衣の天使である、医者には権威的である等々。

本研究はインフォームド・コンセント（説明と同意）との関係で、日本人における医者と患者の人間関係における印象形成の問題を考察する。

### 暗黙の性格論に関する研究

「暗黙のパーソナリティ論」と云う用語は Bruner, Tagiuri (1954) が初めて用いたもので、人はだれでも他の人がどんな人であるかについて自分なりの見方を持っているという考えを意味する。端的に云えば、ある人の諸属性が相互にどのように関係しているかについての個人の考え方を指す。「声の大きい人は耳が遠い」、「日本人は働き蜂である」、「宗教家は献身的である」というような考え方である。暗黙の性格論では、属性（性格特性）推量と性格判断の体系的な構造を図式化することによって、人の印象形成構造の糸口にする。この研究の顕著なものは、印象形成過程の研究に用いられる性格特性語の次元構造を調べ、そこで用いられる評定尺度の信頼性や妥当性を検証する事である。Rosenberg, Nelson, Vivekananthan (1968) は様々な性格特性語の多次元構造は直交軸で

はなく、斜交軸による2次元空間に収束する事を検証した。彼らの研究の成果は図1に示されている。これは、25の対語で表される性格特性語を多次元尺度法によって抽出した構造図である。このパターンは上限右上から下限左下にかけて知的活動への望ましさが減少し、横軸の右横から左横上にかけて社会的能力が減少するという図である。つまり、性格特性語は知的活動性と社会的適能力の2次元が、他者の印象を推定するときの主要な情報となることを説明している。しかし、この2次元は直交軸ではなく、斜交軸であるがゆえに、相互に独立の次元を示しているのではなく、そこに因果関係が存在するわけではない。つまり、知的な人は社会的適能力も優れているという厳密な因果関係が保証されていない。ただ、知性が社会的行動に幾らか関連しているという事を意味している。又、この図には光背効果が明確に表されている。知的にも社会的にもよい性格を持っている属性は右よりの方向にあり、その反対に知的にも社会的にも悪い性質を持つものは全て左寄りに表されている。この結果は単に光背効果を表すだけではなく、Aschの「暖かい-冷たい」という性格特性語が印象形成に中心的に働くという研究に一致する。つまり、図1から説明されるのは、社会的善悪の次元に「暖かい-冷たい」という属性が配置されている事である。社会的善なる人は暖かい人である、又は社会的悪なる人は冷たい人であるとうことである。従って、Aschの実験の被験者は暖かいという性格特性が含まれている人の印象は社会的に善良な人が持っている性格特性を持っていることを推測したのであり、冷たいという性格特性が含まれている人は社会的に

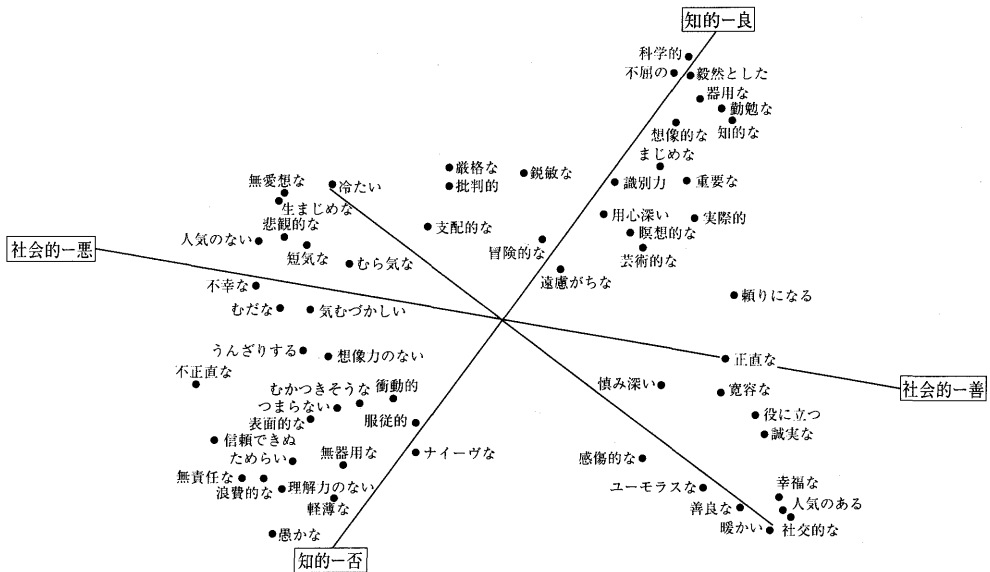


図1 属性推量の構造：社会的善一悪と知的良一否  
(Rosenberg,S., Nelson,C., & Vivekananthan, P.S., 1968)

(注) 「暖かい」から「冷たい」の直線は筆者による。

インフォームド・コンセント (IC) に関する考察

悪人である人の持っている性格特性によってその人の印象を推測したのである。このように、暗黙の性格論は人が日常生活において、常日ごろ抱いている心情や観念に基づき、人の印象を整理統合し、暗黙のうちに他者の印象を推定している。社会的に重要な地位にある人は極めて知的であり、人間関係においても円滑に物事を進めて行く事の出来る優れた人物であると言う診断が下されるのである。意識されることのない暗黙の内的過程は対人認知や対人関係の認知の研究に重要である。意識化出来ない暗黙の心の動きを Freud (1896) は無意識と名づけ、その存在の重要性を強調した。

彼は一見、無意味と思われる物忘れや云い間違いや意味の解らない夢の分析から、無意識の世界を推論することが可能であると画期的な精神分析の緒を開いた。暗黙の性格観はこの無意識の世界から導き出される無意識の印象形成ともいえる。しかし、暗黙の内的過程にはなんらかの手がかり、刺激、枠組みが存在する。Kretschmer (1954) は、精神病と体格を性格に結びつけ、肥満している人は躁鬱病であり、躁鬱気質であるという性格の類型論を提示した。これは暗黙のうちに体格が性格を決める枠組みとなる例である。暗黙の枠組みは、その外にも目の色や肌の色、容貌や服装、貧富、友人関係、家族構成、同胞の出生順位、知能指数、学力偏差値、出身学校、民族、宗教等無数に存在する。

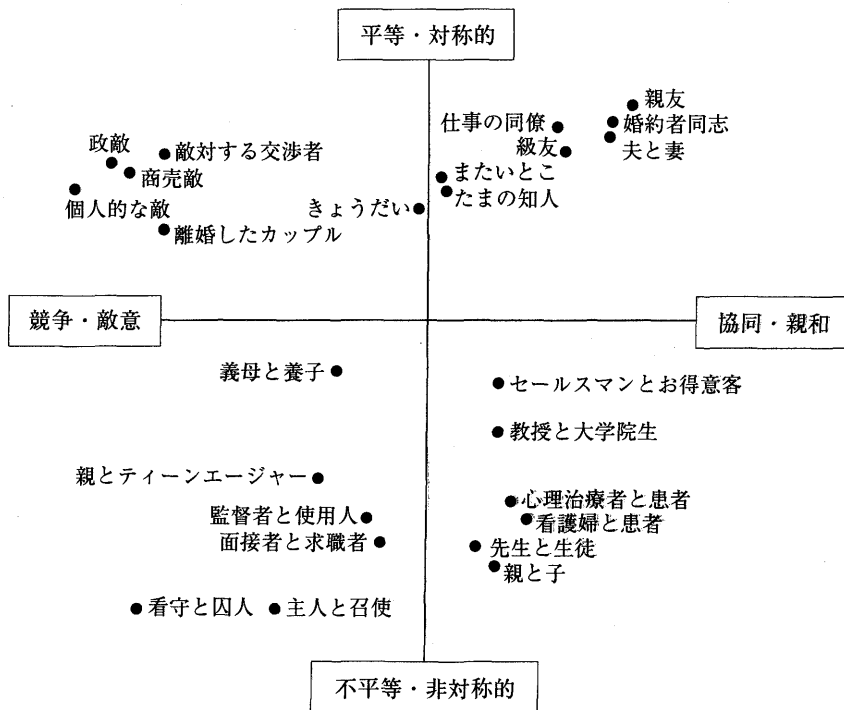


図2 社会的関係の主要な次元：愛好性（競争・敵意 ↔ 協同・親和）と支配性（平等・対称的 ↔ 不平等・非対称的）

(Wish, M., Deutsch, M. & Kaplan, S. J., 1976)

では、人は目前に展開する人間関係をいかに観るのであろうか。人と人との間の基礎的な関係について興味深いのは、Wish, Deutsch, Kaplan (1976) の2者関係の認知の研究である。彼らの研究は種類の異なった多くの2者関係、例えば、親しい友人関係、夫婦関係、兄弟関係から看守と囚人の関係等多岐にわたる2者関係認知をSD (Semantic Defferential) 法 (Osgood, etc. 1957) によって評定させ、多次元尺度法により、図2、3のような2次元空間布置図を得た。彼らは種々の人間関係の類似性や差異性を4次元を用いてうまく説明できるとした。図2は「競争・敵意-協同・親和」と「平等・対称的-非対称的・不平等」、図3は「表面的-親密的」と「社会情緒的・非形式的」と「課題志向的・形式的」と云う次元によって2者関係の印象が描かれている。25組の2者関係（親友、心理療法家と患者、看護婦と患者、先生と生徒、政敵、面接者と求職者など）は4つの次元であらわされる。第一次元は「競争・敵意的」か「協同・親和的」であらわされ、その組の人々がお互いを嫌っているか好んでいるかにより決まるという評価的次元である。第二次元は「平等-不平等」で、彼らの関係は支配性によって特徴づけられる。例えば、「主人と召使い」「看守と囚人」という組は、この軸上の不平等のほうに非常に接近して傾き、明らかに一方が他方を支配しているという印象が持たれている関係である。この軸の端に近いところに位置している「政敵」や

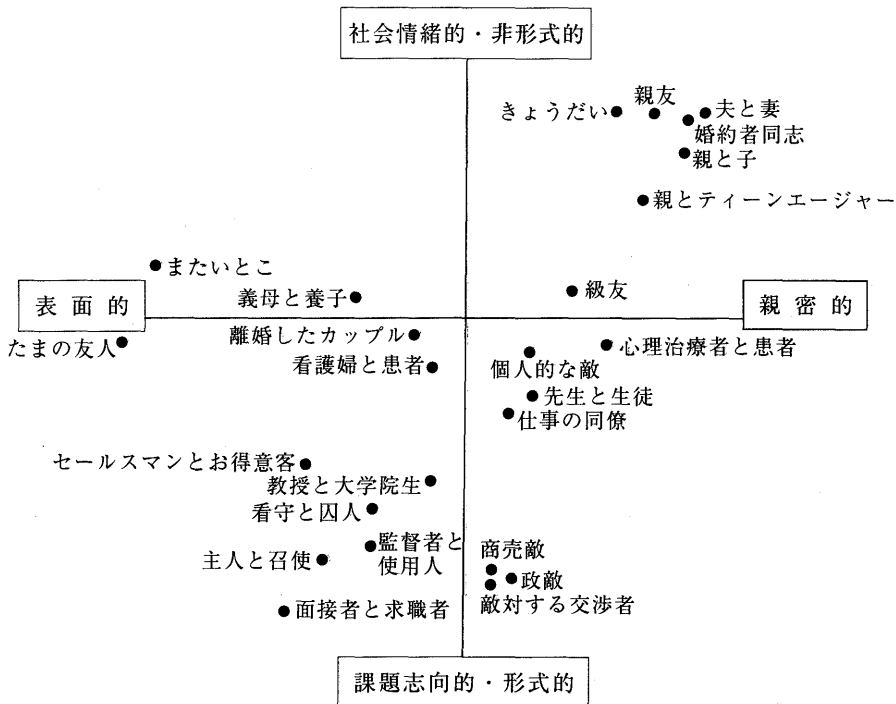


図3 社会的関係の主要な次元：所属性（表面的 ↔ 親密的）と形式性（社会情緒的・非形式的 ↔ 課題志向的・形式的）

(Wish, M., Deutsch, M. & Kaplan, S. J., 1976)

「商売敵」は二人のうちどちらが支配権をもっているか否かが解らない関係である。そこで、第一次元は「愛好性」と第二次元は「支配性」という側面が重要な対人関係の認知であると規定することができる。第三の次元も同様に見て行けば、二人の関係がどのような関係集団に所属している人であるかによって特徴づけられている。たまの知人や又従兄弟などの関係は親子、兄弟、夫婦などの関係に比べれば表面的であり、関わりの少ない関係である。そこで、この軸を「所属性」の次元という。第四の次元は課題遂行を目的とするためにできた一時的な関係集団と永続的な関係集団の違いを表している。つまり、前者はある感情の下につながっていたいと思っている人々の関係であるが、後者はお互いになんらかの目的、思想、事件などに関与している関係である。「課題遂行性」の次元という。

対人関係の認知は第四の次元を除いた「愛好性」、「支配性」、「所属性」の関係概念が基礎的な印

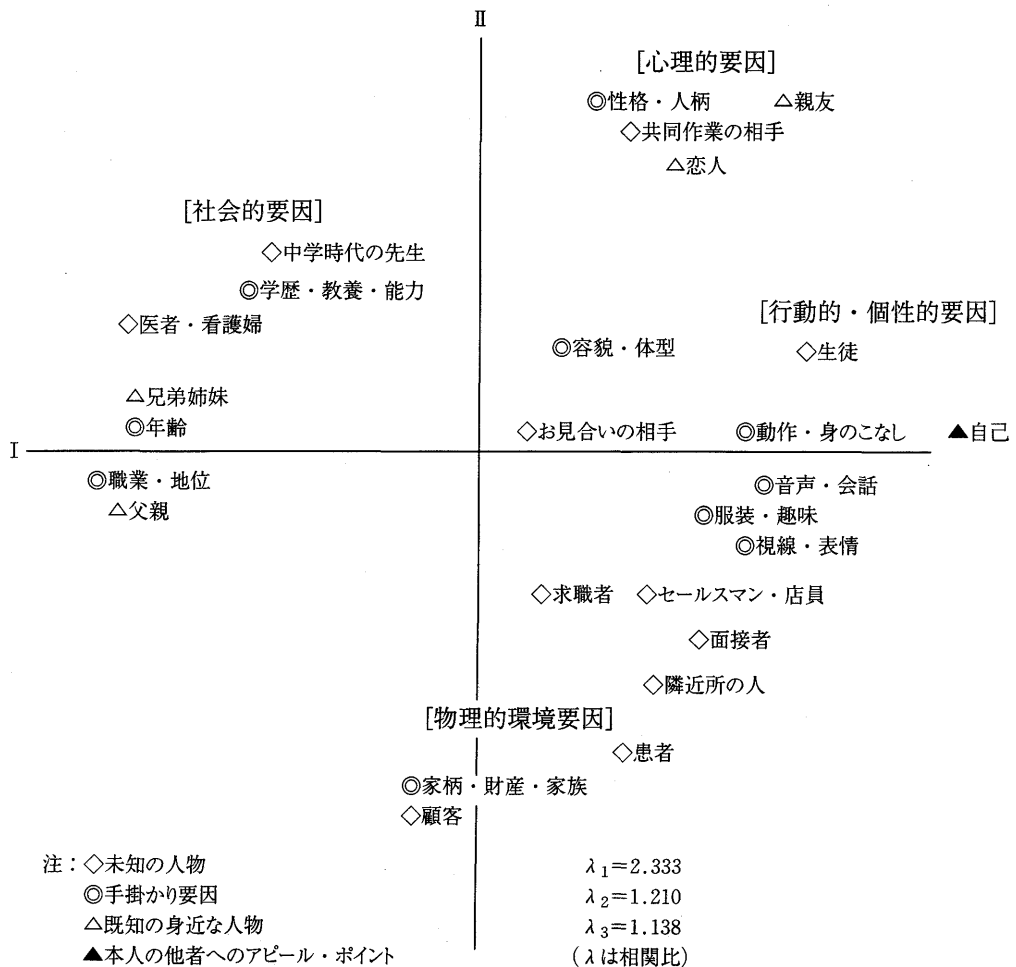


図4 他者の印象形成手掛かり要因の構造

インフォームド・コンセント（IC）に関する考察

象形成に寄与する要因である。

対人接触場面を想定して、未知の人物と既知の人物の印象形成に預かる要因を実験的に研究した丸山（1984）によれば、図4，5，6に示されるような印象構造を得た。印象手がかり要因として

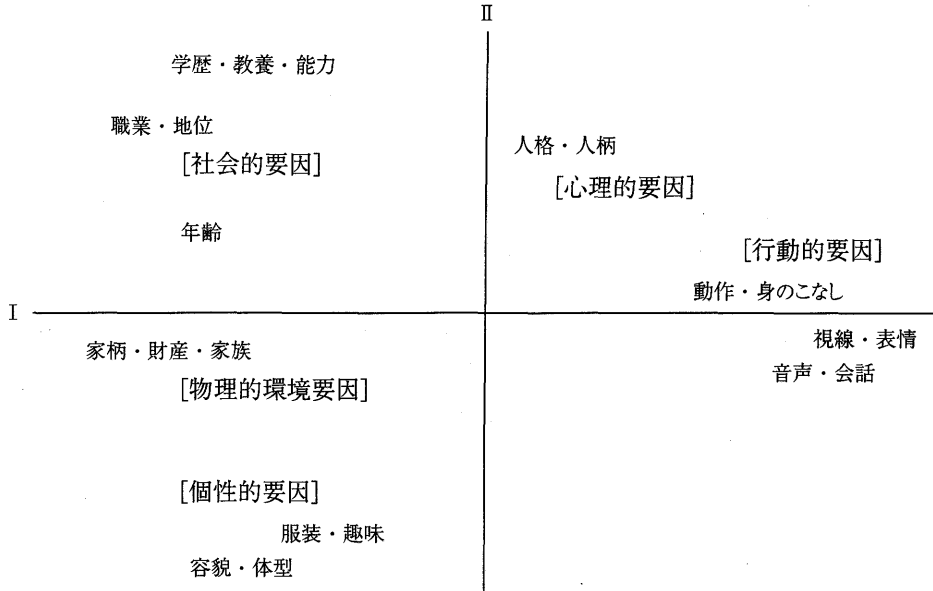


図5 「医者・看護婦」の印象形成手掛かり要因布置図

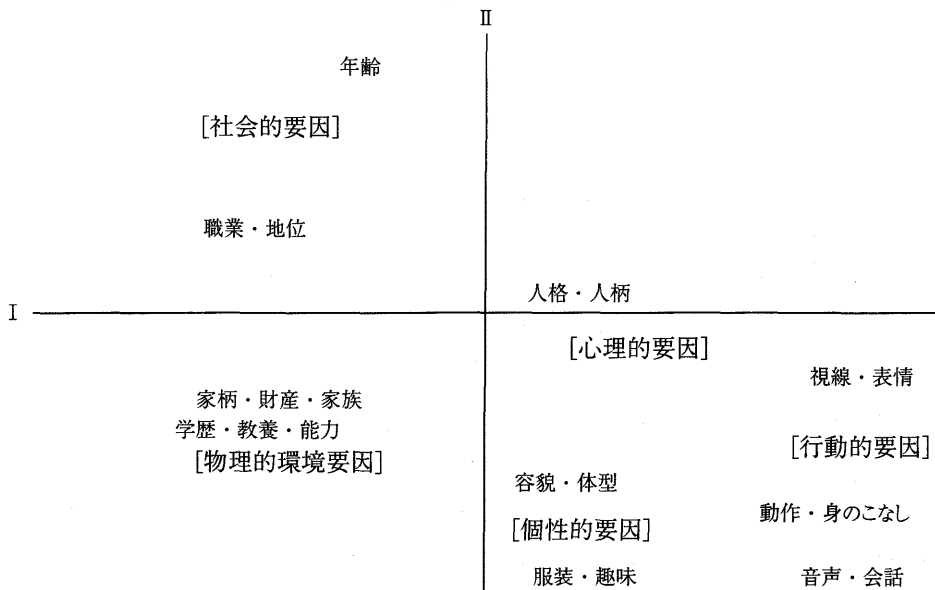


図6 「患者」の印象形成手掛かり要因布置図



## インフォームド・コンセント（IC）に関する考察

「年齢」、「職業・社会的地位」、「学歴・教養・能力」、「家柄・財産・家族」、「容貌・体型」「服装・趣味」、「動作・身のこなし」、「視線・表情」、「音声・会話」、「性格・人柄」の10要因を用い、未知の人物「お見合いの相手」、「協同作業の相手」「医者・看護婦」、「セールスマン・店員」、「面接者（就職試験、入学試験などの場合）」、「隣近所の人」、及び既知の人物「親友」、「父親」、「恋人」、「兄弟姉妹」、「中学時代の先生」、更に面接者の立場から「求職者」、店員の立場から「顧客」、医者・看護婦の立場から「患者」、先生の立場から「生徒」の印象を形成するときに手がかりとなる要因の順位をつけさせ、最後に「自分自身」が他者に与えるであろう印象形成要因の順位をつけさせた結果を多次元尺度によって二次元空間上に図示したものである。

ここでは、とくに医者・看護婦と患者の印象形成手がかり要因にふれてみよう。

その結果、3次元空間布置図を示す因子は第一次元は「一般因子（表面的要因）」、第二次元は「確定因子（心理的要因）」、第三次元は「特殊因子（個性的要因）」と命名された。医者・看護婦と患者の印象形成手がかり因子はほとんど第一次元に収束している。すなわち、医者・看護婦は学歴・教養・能力を印象形成の手がかりとし、患者は家柄・財産・家族関係がその印象形成に関わると云った結果である。又、未知の人物については表面的物理的な因子で構成される職業、学歴、年齢などの一般因子によって印象形成され、既知の人物については確定因子とされる性格や人柄などの心理的要因によって印象形成される。医者・看護婦の印象が技能的能力的側面を暗黙のうちに取り込んで印象形成し、患者は家族的つながりやそれに付随する財産、家柄などが暗黙の印象形成に深く関わっているということが理解された。

このような結果は今後情報開示（カルテの提示など）が優先する現代医療において、かなり興味深い問題を提供しているものと思われる。

## インフォームド・コンセントと病名告知

インフォームド・コンセント（Informed Consent：説明と同意、日本医師会訳）とは患者にとって、最も望ましい医療を合理的に選択するために、医師から十分な説明を受け、自分自身も納得の行くような方法でそれを受け入れる、即ち、現在の病状と、治療しない場合に予想される経過措置、医師が勧める治療の具体的、かつ解りやすい内容の説明、それ以外の治療方法などを患者が医師から提示され、その方法の説明を受ける権利があり、医師もそれに適切に応答する義務があるという趣旨である。何故このような普通のことの問題になるのかと云えば、臨死期の患者に対して、医師は患者に最早生命が保証されず、いかなる手段によっても助からないのだと告知することは患者に精神的な痛みを与えることであると確信し、沈黙を守る事こそ、医師の患者に対する思いやりであると云うピポクラテスの誓いを忠実に守り、医師の患者に対するパターンリズム（父権主義）の実践を行ってきたからである。これまで、父親である医師は死に至る病を病んでいる子供である

## インフォームド・コンセント（IC）に関する考察

患者の生きる希望を失わせることなく、死に至る道を出るだけ余計な苦しみを与えず安らかに逝く事を患者の家族や周辺の人たちの協力を得て実行してきた。確かに、この事実は医師の倫理的献身的特性が保証されている場合には患者に対するパターンリズムの実践として、望ましい態度であろうと思われる。しかし、1940年から50年にかけて、先端医療技術や薬理学の画期的な発展により、人工呼吸器、心肺蘇生（CRP：Cardio Pulmonary Resuscitation）等の生命維持装置が開発されると、これまでの医師の倫理的姿勢に陰りが生じた。死に逝く末期患者を目の前にして成す術もなく呆然と佇んでいた医師が、この驚くべき医療を活用して、死に至る患者を蘇生させ、死を克服することができるという確信を抱くようになった。以前は患者の命が3ヵ月であったとしても、医療技術によって12ヵ月間、医師は死に至る患者を延命できるようになったのである。病名告知をすることが悪であると信じてきた父権主義の医師は新たな治療体制を病氣と死に対する福音と感じ積極的に医療技術を取り入れるようになった。1950年代のアメリカでは医者の90%が患者への病名（とくにガン）告知に反対した。表1によれば1961年の調査でも、医者の88%が病名告知に反対している。しかし1977年になると医師は98%病名告知をするようになった。その間、何が医師の患者に対

表1 アメリカにおける告知

1961年	原則として告知しない医師が88%
1977年	原則として告知する医師が98%

出典：Novack, et al. 米国医師会雑誌 241号, 1979年

するこれまでの態度を変化させたのであろうか。アメリカにおいて、1960年代から70年代にかけて、診断と治療に関する説明義務違反で医師が告訴され、勝訴する事例が多くなった。この判決が先端医療技術万能時代の医療におけるインフォームド・コンセントの法的原則を強化する引き金になり、医師の患者に対する態度を一変させた原因である。医師が患者に訴訟される時代が到来し、医者はどのように苛酷であると思われる病名であっても患者に正直に説明し、それに対して患者は医師に治療方法を指示するまでになった。今日では医師は病名告知を100%行うことが義務づけられている。少なくとも成人で知的判断力のある患者はインフォームド・コンセントの権利を十分に活用して、自らの残り少ない人生設計を懸命に模索する自由を獲得できるようになった。ただし、ここで問題になるのは、患者の知的判断力がどれほどのものかという判断基準の設定である。即ち、幼児、重度の精神障害者、精神病患者はもとより、今日、老人性痴呆が増加し、高齢化社会の到来と共に、自らの病気に関する知的好奇心や能力の欠如した患者が急増すると、これまでのように医者の判断に依存してきた老人達は全てをお任せする方式を採用する可能性が大きい。とくに、日本の文化的風土の中では患者の置かれている立場は弱く、医師の権威が大きければ、情報開示の遅れている国情との相乗作用からインフォームド・コンセントの実施はかなり厳しい。欧米諸国から遅れること10数年後、厚生省は情報開示がおくれたためにエイズ薬害訴訟で告発され、日本医師会も医師の倫

理規定の改定を迫られ、新しい医学教育の実践に踏み切るためのカリキュラムの改定が余儀なくされている。今後、大学の医学部に入学してくる医学生がはじめに接する「ピポクラテスの誓い」に盛り込まれているパターンリズムの新たな解釈を巡って、多くの問題が発生するだろう。

厚生省人口動態社会経済調査（悪性腫瘍）によれば、ガンによる死亡者の遺族に対して、死に至るまでの死亡者本人と家族の状況を「告知」、「説明と同意」、「末期医療の状況」などを中心にした調査の結果の一部を表2に示している。この調査結果の所謂「説明と同意」インフォームド・コンセントの状況を見ると「医師からの説明」、医師が病名の告知をしたケースは全体の22.5%に過ぎない。それにもかかわらず、自分がガンであると知っていた（52.1%）、あるいは察していた（79.9%）人が半数以上であるのは日本人の家族主義に原因がある。医者は患者本人に病名告知をするのではなく、家族に告知し、家族の意向によって患者は自分の病名を知るところとなる。

表2 告知の状況別に介護者よりみた死亡者に対する「医師からの説明」の有無

	死亡数	構成割合 (%)			
		総数	亡くなられた本人が受けた	亡くなられた本人は受けなかった	わからない
総数	1,918	100.0	22.5	77.1	0.2
知っていた	349	100.0	47.9	52.1	—
察していたと思う	815	100.0	19.9	79.9	0.1
知らなかったと思う	481	100.0	11.4	88.4	0.2
わからない	241	100.0	15.8	83.4	0.8
その他	23	100.0	34.8	65.2	—

注：総数には、告知の状況不詳及び死亡者に対する「医師からの説明」不詳を含む。厚生省人口動態社会経済調査（悪性新生物）1992年

多くの難病、治癒不能の病名を患者に告知する問題は、今日の日本の医学会（臨床の場）や倫理学、法学、心理学などの学際的研究を踏まえて、議論が積み重ねられなければならない。しかし、超法規的措置によって緊急に処置しなければならない場合も多々あるだろう。多くの異なった意見を持つ学者や臨床家が論議する場はおおむね、先送り、時期早少などの文言でけりをつけたがる可能性があるからである。

今日、漸く「脳死」と「臓器移植」が法案化されたが、臨床の場では、うまく機能していない。臓器移植を申し出る人が少なく、そのことが周知徹底されていないからである。臓器移植法案施行から半年以上も経過しているのにも拘らず、臓器提供施設が未整備施設であり（96臓器提供施設のうち、未整備施設は21施設）、脳死判定医が15施設（16%）であるなど対応の遅れがめだっている。この現状では、臓器提供を書面で明示した脳死者が出ても、善意が無駄になる事を意味しているために、臓器提供協力体制促進と合わせて、提供施設の拡大整備が重要な課題となっている。

脳死判定や臓器移植法案が可決しても、その対応の遅れは日本人の死生観にも関係がある。従っ

## インフォームド・コンセント（IC）に関する考察

て、日本におけるインフォームド・コンセントのあり方は日本民族の価値観、死生観を考察しなければ、欧米諸国のように迅速に普及するとも思えない。如何に患者の知る権利が取りざたされても、医師は自分の勧める治療法が患者に素直に受け入れられる場合は患者の知る権利条項を評価する立場に立ち、反対に医師の勧める治療法を受け入れない場合は患者の正確な判断力を否定する立場を取る場合がある。殊に、地方の医師は患者の知る権利、情報開示、カルテの公開などはもってのほかと考えている。彼らは患者が自分の利益に反する意見を述べ、病気の詳細な説明を求めれば求めるほど、かえって偏見を持った権威的態度で患者を威嚇する。良い患者とは医師の述べることを忠実に守り、カルテの開示などを求めず、医師を信頼して従順に従う人のことであると暗黙のうちに考えている。1960年後半以降、欧米諸国ではリビング・ウイルや事前意思表示（Advance Directive）という言葉が使われ始めた。延命治療を拒否したいと考えていた多くの人々が、家族、友人、医師、聖職者などに公に手紙を書いて、末期治療に関する自分の意志を伝えた。当時はスパゲッティ症候群といわれる末期患者が病室で、一秒でも長く延命するためにたくさんの管を体中に挿入され、およそ人間らしさを失った姿で誰れにも見送られず孤独に死んで逝くことが大勢であった。このような現実を基礎に、最早治療不能な患者への延命治療はそのために費やされる膨大な治療薬を思えば、資源の無駄遣いであるとさえ云われ、人間の尊厳死について議論され、医療における身体不犯の原則（患者の自己決定権）とインフォームド・コンセントに発展した。リビング・ウイルやアドバンス・ディレクティブは法的拘束力がなかったが、これらがインフォームド・コンセントと結び付けば、間違いなく患者の意志が尊重され、判断能力を失った患者個人の権利を守る代理人（幼児の場合は両親、考人の場合は家族や弁護士など）をも立てることができる様になっている。1970年代後半になると先端医療は生物科学の爆発的な発展のため、試験管の中で生命を誕生させたり、クローン技術の開発などで、神の領域にまで人間のあくことなき探究心が拡大され、最早歯止めなく人類は生命科学の分野を驀進する可能性が増大し、生命倫理の問題が浮上した。インフォームド・コンセントの問題も又生命倫理の重要課題となった。1983年には既にアメリカでは大統領領委員会の報告を読む限り、インフォームド・コンセントは定着していた。そこで論じられているインフォームド・コンセントとは「ヘルス・ケアの提供者が単に患者の同意を求めるだけでなく、医療を行う側と患者の間で、医療の内容を明らかにしたうえで、十分な討議をするプロセスを通じて、十分な説明を受け理解したうえで患者の同意を得るようにすること」である。又、インフォームド・コンセントがアメリカで盛んになった理由は「医療過誤訴訟から医師を保護するためで、1970年代はじめに、米国病院協会が文書で推奨し始め、保険会社自体が誤解による訴訟の防止と、訴訟された場合に弁護が容易であることから、医師と病院に対してインフォームド・コンセントを要求した」からであると云われている。訴訟が盛んな国柄を反映している。日本の場合はどうだろうか。1970年から1980年にかけて、医療過誤事件が続発するようになると、さしもの従順な日本人の患者は極めて異例ながら弁護士を立て、人権感覚に乏しい医療従事者に鋭く迫った。医療過誤

## インフォームド・コンセント（IC）に関する考察

訴訟には三つの壁が立ちはだかっているという。「専門性の壁」、「密室性の壁」、「封建性の壁」である（加藤，1993）。その後，医療問題弁護団が組織され，患者の権利宣言書が作成された。

患者の権利宣言は「知る権利」と「自己決定権」の2本の柱から成っているが，これはとりもなおさず，インフォームド・コンセントの基本理念である。アメリカでは医療従事者を訴訟から守るために制定された基本概念が，日本では患者を医療過誤から守るための権利宣言から生み出されたといっても良いであろう。1984年のことである。医療過誤事件の患者側に立った弁護士達の訴訟は日本の医療構造における患者の人権の無視や蹂躪の状況を目の前にしての問題提起であるから迫真性がある。人権問題となると如何にも人間関係が疎外され，個人の利益だけが優先して，他者との関係が崩壊されるというイメージが強い。しかし，日本において医療は施すものであり，医者は絶対的権限を持ち，患者の人権など考慮外であったから，インフォームド・コンセントという言葉の訳語「説明と同意」に疑問を呈する場合がある（和田，1996）。

つまり，「医者が必要な同意を求めるために，医者が説明する」という文脈に読み取れ，そこには患者が脅迫されてやむを得ず同意すると云ったニュアンスがあるというのである。もしそれが事実ならば，これまでの医者－患者の関係は従来通りで，お任せ医療の現状維持のままである。医療上のパターナリズムは，一方的な権威を与えるものとして批判されるようになったが，説明と同意の医者－患者関係であれば，それは良い意味でのパターナリズムであると言える（日本医師会，生命倫理想談会「説明と同意」についての報告書，1990）。本来，インフォームド・コンセントは患者の自立を促す目的で作成されたのであるが，ここでもアメリカとは異なる角度から医者の権利を擁護する向きが強い。日本では医者任せ，良い意味でのパターナリズム等，医者の職業倫理を強調した上での説明と同意であり，患者の自律性を配慮したものではない。

1995年度の「厚生省インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会」の報告書によれば，座長が医師会のメンバーではなく，民間人であることから医者と患者の両方に配慮したものである。医者と患者の関係を上下関係ではなく，対立構造，臨床の場における闘争ではなく，相互に相手を尊重し，患者のQOLを高めるための良い医療を達成することが医療の中核であると締めくくっている。それにしても，インフォームド・コンセントが医者の立場か患者の立場でなされるのかという議論がいまだに日本の医療全般で議論されていることは医者が支配し，患者が服従するという構図を引きずっており，お任せ医療を断ち切っていないということである。患者がカルテ開示を求めても，カルテの中身がドイツ語や英語などの理解不能な文字で書かれた文面を読むことは並大抵ではない。カルテ開示に必要な丁寧な文字，誰が読んでも理解可能なカルテを患者が要求する事は医療情報開示の基本であろう。

## 「病名告知」と「インフォームド・コンセント」に関する調査

目的：病名告知を前提とするインフォームド・コンセントは日本の医療現場や社会全般に定着することが可能であろうか。この問題に着目して、インフォームド・コンセントと日本人の価値観や医療従事者と患者の人間関係の実際を検討する。

方法：印象形成手がかり10要因を対象概念A～Kについて、どれから先に印象形成するのか順位をつけさせる。

印象手がかり要因：1) 年齢, 2) 職業・社会的地位, 3) 学歴・教養・能力, 4) 家柄・財産・家族, 5) 容貌・体型, 6) 服装・趣味, 7) 動作・身のこなし, 8) 視線・表情, 9) 音声・会話, 10) 性格・人柄。

対象概念：A) 医者, B) 看護婦, C) 同室の患者, D) 賄い人（食事運搬者）, E) 見舞い客（友人, 親戚など）, F) 付添い家政婦, G) 家族（親, 兄弟, その他）, H) ソーシャル・ワーカー, I) 牧師, 神父, 僧侶, J) 医者の目からみた患者, K) 看護婦の目からみた患者。

付帯質問：もし、あなたが病気になったと仮定して；

1) これから患者は医師を選ぶ権利がある時代になりました。あなたはどのような基準で医師を選びますか、

2) 万一自分がガンであった場合、誰から病名を告げてもらいたいですか

調査対象：東京近郊に通学する一般の男女大学生

（印象形成順位 男子学生108名, 女子学生50名）

（付帯質問 男子学生 82名, 女子学生38名）

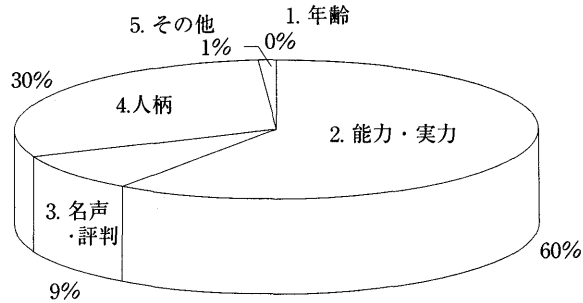
調査日時：1998年1月下旬

## 結果と考察

まず付帯質問の結果を図示してみよう。サンプルサイズが少ないので、男女差は考慮しない。図7によれば、医者は圧倒的に能力や実力で選び、続いて人柄が大切な要因となっている。図8は病名告知は家族の誰かではなく、直接医者から告知されたいと思っている。現在の大学生はおおむね1984年の丸山の調査と同じ回答結果を示す。サンプル・サイズが大きくてもこの傾向は変わらない。因に、昭和大学医学部第一内科学教室の調査結果によれば、表3に見られるように、告知希望者は20才代で61.7%である。

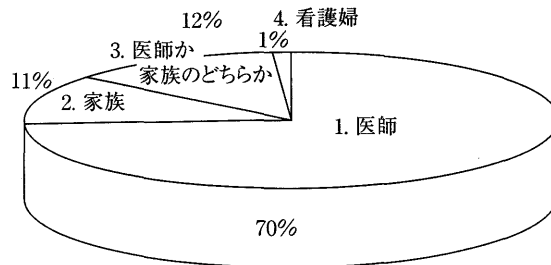
外来患者の背景因子は性別、年齢、学歴、職業、一家の経済の担い手か、宗教、身近かな人の癌の有無、等である。癌告知希望者はこれらの背景因子に有意差なく、非告知希望者に、有意差があ

インフォームド・コンセント（IC）に関する考察



調査対象：一般の大学生120名（男子82名・女子38名）

図7 これから患者は医師を選ぶ権利がある時代になりましたが、あなたはどのような基準で医師を選びたいですか。



調査対象：一般の大学生120名（男子82名・女子38名）

図8 万一自分がガンであった場合、誰から病名を告げて欲しいですか。

る。即ち、女性は男性よりも、年齢が高くなるほど、学歴が低いほど、職業を持っていない人ほど告知を希望しないと云う結果が読み取れる。告知希望者は50%～70%の間にある。図9によれば、圧倒的多数で医者から直接癌の告知をしてほしいと回答している。

これらの研究報告は1989年昭和大学医学部第一内科外来を通常の診療時間内に受診した初診者988名を対象としたもので、回収率は56.4%、557名であった。そのうち男性は252名、女性は296名となっている（表3参照）。

このように実際の外来患者のインフォームド・コンセント、病名告知に関する回答傾向は一般の大学生男女の場合と同じで、今後これらの問題は臨床医学の場において、十分に考慮される必要がある。

暗黙のパーソナリティ論による医者、看護婦、患者の印象形成過程がどのような構造を持っているのかを検討してみよう。図10は印象形成手がかり要因に関する因子分析の結果を示している。これらの10の要因は既に報告されているように4つの領域に分かれている。

表3 各因子別の告知希望率と非告知希望率

		告知希望率	非告知希望率	
性別	男	65.1% (164/252)	5.5% (14/252)	**
	女	55.8% (165/296)	16.2% (48/296)	
年齢別	10歳代	52.2% (24/46)	6.5% (3/46)	**
	20歳代	61.7% (79/128)	4.7% (6/128)	
	30歳代	63.7% (58/91)	7.7% (7/91)	
	40歳代	62.2% (51/82)	8.5% (7/82)	
	50歳代	57.7% (41/71)	18.3% (13/71)	
	60歳代	56.3% (45/80)	17.5% (14/80)	
	70歳代	72.2% (26/36)	13.9% (5/36)	
学歴	中学卒	68.0% (51/75)	13.3% (10/75)	*
	高校卒	58.4% (101/173)	13.3% (23/173)	
	大学卒	63.4% (64/101)	3.9% (4/101)	
職業	有	64.9% (179/276)	6.5% (18/276)	*
	無	56.9% (111/195)	12.8% (25/195)	
一家の経済の担い手か	はい	66.7% (128/192)	7.3% (14/192)	
	いいえ	57.5% (188/327)	12.2% (40/327)	
宗教	有	62.6% (77/123)	12.2% (15/123)	
	無	60.5% (231/382)	9.4% (36/382)	
身近な人の癌の有無	有	59.6% (130/218)	11.9% (26/218)	
	無	61.6% (186/302)	9.3% (28/302)	

\* : P < 0.05, \*\* : P < 0.01

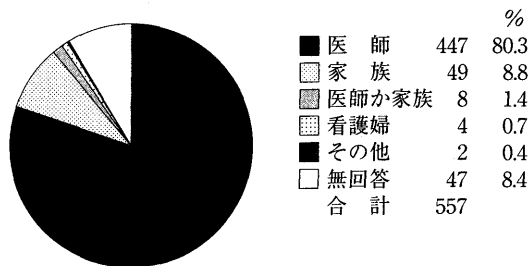


図9 誰から告げて欲しいか

注：「癌告知に関する意識調査－外来患者に対するアンケート調査－」、佐藤郁世、他11名、昭和大学医学部第一内科学教室、J. Japanese Social Cancer Therapy, 29(9), 1677-1685, 1994)転載



インフォームド・コンセント (IC) に関する考察

- 1) 環境的・物理的要因 (家柄・財産・家族関係)
- 2) 社会的要因 (学歴・教養・能力: 職業・社会的地位)
- 3) 個性的, 個人的要因 (音声・会話: 視線・表情: 服装・趣味: 身のこなし・動作: 容貌・体型)
- 4) 心理的要因 (性格・人柄)

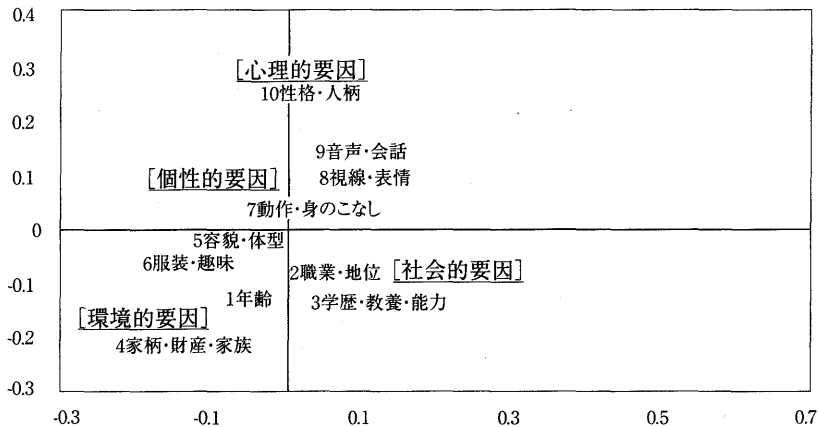


図10 他者の印象形成要因構造分析

心理的要因と環境的・物理的要因は二軸の対極に位置しているが、個性的要因には心理的要因に近いものとして [音声・会話, 視線・表情], 環境的・物理的要因には [服装・趣味], かつ社会的要因の [学歴・教養・能力, 職業・地位] の要因が相互に近く位置づけられている。原点付近に固まるのは [動作・身のこなし, 容貌・体型] である。この場合, 印象形成手がかり要因はおおむね3次元空間に収束することが推察される。

第一次元は [環境的・物理的要因—心理的要因], 第2次元は [社会的要因—個人的要因], 第3次元は「個性的要因」である。第3次元の個性的要因はその人物が持っている特殊なパーソナリティ傾向であり, 自分を他者にアピールするとしたら, 個人はこの次元を強調するであろう。しかし, 暗黙のパーソナリティは表面的な環境的・物理的側面, 社会的側面から暗黙のうちに他者をその枠にはめて印象形成するのである。第一印象は暗黙のうちに既に定まっている。まず, 医者は暗黙のうちに, 知的で権威的で, 学歴教養が高く, 尊敬される社会的身分の高いエリートであるという印象が形成されている。図11によれば, この傾向は明確である。同様に看護婦の第一印象も同様で, ナイチンゲールの誓詞を唱和した美しく清楚で慈愛に満ちた女性像が浮かび上がる。彼女たちの印象形成構造は図12に見られるように個性的要因のうち容貌・体型が抜群で, その近傍に年齢要因が存在している。これが暗黙のうちに形成された看護婦の印象である。

図13に患者の印象構造が描かれている。この構造は二次元空間上に概ね収まっており, 年齢から始まり, 職業, 財産の環境的社会的側面を通り抜けて, 個性的要因と心理的要因に直線的に並ぶ。

インフォームド・コンセント（IC）に関する考察

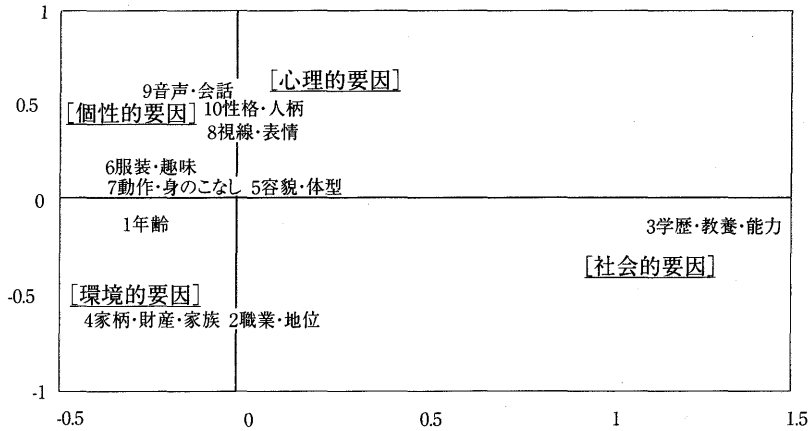


図11 医者の印象形成要因構造

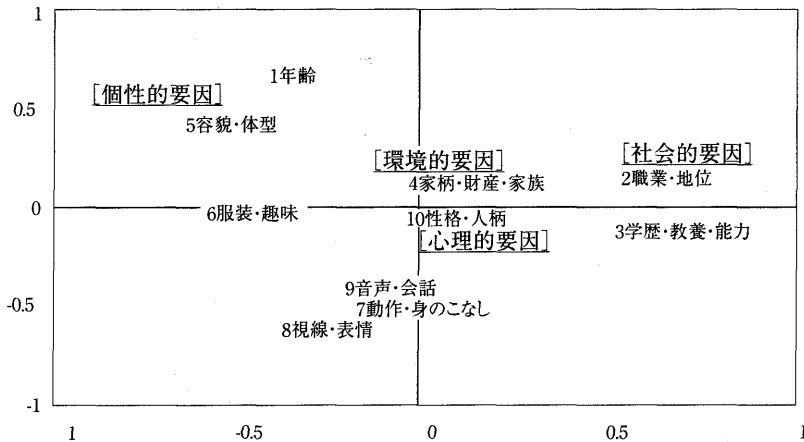


図12 看護婦の印象形成

つまり、患者は特に物理的環境、社会的環境が重視され、病状の重さは2次的印象形成のうちに内包される。この問題は自然の成り行きに思われる。患者の印象は医者にとって、病状の特殊性が記憶に長く残るものであるが、第一印象は当然その人物の社会的環境要因が重要な手がかりとなる。この問題はインフォームド・コンセントの普及になんらかの意味を与えるに違いない。

図14は対象概念の2次元空間布置図であるが、この構造は二つの集団に分割されている。病院の中には今日様々な医療従事者が介入して、チームを組む、病人の介護に当たるのであるが、しかし、医者、看護婦、患者の3者は彼らとは一線を画している。患者が求めるのは病院の中では医者であり、看護婦である。その外に従事する介護者は家族といえども患者の心を慰めに導かないとしたら、今日、患者のQOL向上に重く寄与するはずの家族、ソーシャル・ワーカー、宗教家、さらには病室での患者同士の人間関係は別の次元で論じられる問題であろう。学生たちは今日の医療現場の状

インフォームド・コンセント (IC) に関する考察

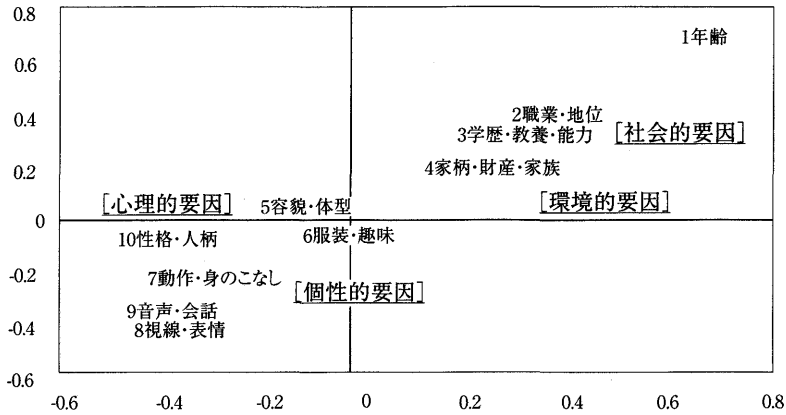


図13 患者の印象形成要因構造

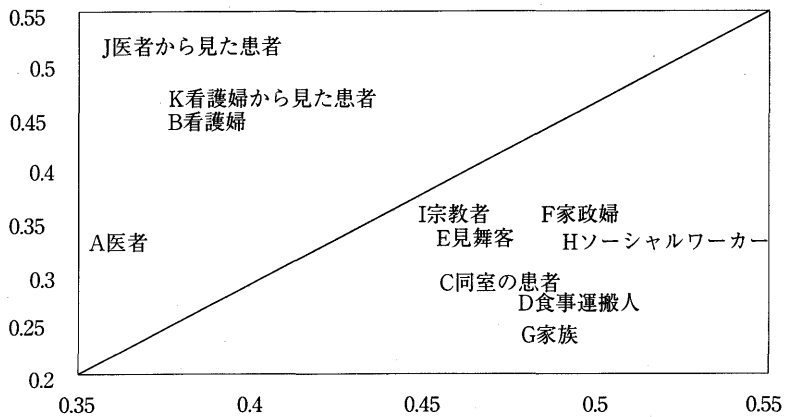


図14 対象概念の構造分析

況について理解が及ばないのであるとも言える。従って、この問題は今後さらに外来患者、通院患者、入院患者、医者、看護婦などの印象形成について拡大調査し、その印象形成の構造を抽出することが必要であろう。

おわりに

インフォームド・コンセントは本来第二次世界大戦時にナチス・ドイツが行った非人道的人体実験が世界中に知れ渡った時にそのあまりの残忍非道な人体実験の有り様が非難的になり、ニュールンベルグ軍事裁判で厳しく糾弾され、1964年にヘルシンキで行われた第18回世界医師会はこれを受けて「人間を対象とする生物学的研究（臨床実験）に関する倫理綱領」を採択し、それが「ヘル

## インフォームド・コンセント（IC）に関する考察

シンキ宣言」と呼ばれ、今日でも「医の倫理」として広く尊重されている。人体実験といえば、その言葉事態に暗黙の嫌悪感が印象づけられ、医者への印象と相乗して、何か不気味な感じが付き纏う。しかし、本来医学はその過去に多くの人体実験の積み重ねによって発展してきたことも事実である。「ヘルシンキ宣言」は人体実験は医学の進歩に必要であることを認めたとうえで、人道的な見地から、患者の人権尊重を基に、人体実験について、厳しい条件を付け、患者に医師から強制ではない状況での自由意志を尊重するという原則を示したものである。この考えは「医の倫理」の基本原則であるから、医師のパターナリズム（ピポクラテスの誓い）を医者への倫理観として今日、医師の倫理の基本をなすものとされている。だが、医学の急激な進歩の中で、日本流の「赤ひげ先生」はどこかに追いやられている。日本人が好む人情溢れる「赤ひげ先生」はピタゴラスの誓いに忠実な医師像を浮き彫りにする。医者－患者間の人間関係の中には暗黙の信頼関係が必要十分条件である。少なくとも、日本人が抱く最も信頼できる医師像は暗黙の信託が容易に行われ、医師の慈悲、良心、人間愛、恩恵の義務がすべて含まれる善意の医療行為なのであって、かならずしもパターナリズムが批判されるような風潮を生み出す社会がよいとはいえない。医者への倫理や精神はピタゴラスの誓いに組み込まれている「医の倫理」の実践であったならば、インフォームド・コンセントをあえて取り上げる必要はない。しかし、患者の人権を尊重せず、権威的にパターナリズムを振りかざす医師の存在が社会問題となっており、それが医者への独善的判断と権威的象徴として患者の医者に対するイメージとして残存するのである。それにしても、現在の医療現場の状況は極めてインフォームド・コンセントを実践しにくいものになっている。所謂「3分診療」といわれる医者－患者の診療関係に納得の行く説明や同意が為されうるのか。日本において、インフォームド・コンセントがスムーズに行われにくくしているのは、先にあげた「3分診療」の他に家族の関与、医師の説明についての診療報酬が定められていないために、出来るだけ沢山の患者を診断して報酬を得ること、医師の裁量権が大きいこと、医師は情報提供に対して保守的であることなどが挙げられている（久田，他，1996）。

いずれにしても、医者－患者のインフォームド・コンセントを支える医療契約は、世界的潮流であるが、現場の医療従事者にとってこの種の契約医療は、医者－患者の冷めた人間関係の始まりであると日本医師会は危惧している。日本人に馴染まない契約医療の概念がどれ程普及するかは今後の重要な課題として検討されるべきであろう。

## 参考文献

- 池上直己・キャンベル，J. C. 『日本の医療—統制とバランス感覚—』，中公新書，1996  
飯島宗一・加藤延夫 [監修]，堀田知光・太田美智男 [編] 『人間性の医学』，名古屋大学出版会 1997  
江口研二，他・がん治療におけるインフォームド・コンセントの在り方とそれに関連する諸問題の検討，厚生省がん研究助成金による研究報告集，Annual Report of the Cancer Research, Ministry of Health and Welfare, 1993

## インフォームド・コンセント (IC) に関する考察

- 砂原茂一 『医者と患者と病院と』, 岩波新書 1983
- 星野一正 『医療の倫理』 岩波新書 1991
- 星野一正 『インフォームド・コンセント—日本に馴染む六つの提言—』, 丸善ライブラリー, 1997
- 久田満, 岡崎伸生, 甲斐一郎, 野村和, 佐伯英行, 坂田安之助, 名倉英一, 江向洋子, 種村健二郎, 平岡 純, 石谷邦彦・がん医療におけるインフォームド・コンセントに対する外来患者の意識, J. Jpn. Soc. Cancer Ther. 30(3), 171-185, 1996
- Hill, T.P., D. Shirley, A good death: taking more control at the end of your life by choice in dying. Addison-Wesley, Pub., 1992 (白井徳満, 白井幸子共訳, 望ましい死—人生の終わりのより良い選択のために—, 誠信書房, 1998)
- 久保昭仁, 中川和彦, 宮本裕介, 梁 尚久, 伊藤和信, 工藤新三, 益田典幸, 松井 薫, 楠 洋子, 高田 実, 福岡正博・肺癌患者における Informed Consent: 大阪府立羽曳野病院第2内科における現状, J. Jpn. Soc. Cancer Ther. 30(4), 664-679, 1995
- 小林国彦, 川崎千佳, 矢島千歳, 後藤 功, 伊東邦彦, 酒井 洋, 米田修一, 野口行雄, 小笠原秀人, 武田文和, 吉田清一・肺癌患者における告知状況の解析, J. Jpn. Cancer Ther. 29(7), 1001-1009, 1994
- Maruyama, K. The structural approach to impression formation of others. Behaviormetrika, Vol. 3, 17-28, 1976
- 丸山久美子 対人的印象形成の研究 未発表論文 1988
- 丸山久美子 QOLD 評価測定尺度に関する基礎的研究 (1), 聖学院大学論叢 第9巻 第2号 139-156, 1997
- 丸山久美子 医者と患者の印象形成の構造—インフォームド・コンセントが効果的に行われるために—, 第4回ヘルスリサーチフォーラム講演録—新しい時代の保健医療を考える—その科学的評価を求めて—, 129-132, 1997
- 丸山久美子, 四戸智昭, インフォームド・コンセントと日本における医者—患者の人間関係, 日本緩和医療学会総会抄録集, 1998
- 水野 肇 『インフォームド・コンセント—医療現場における説明と同意—』, 中公新書 1990
- 水野 肇 『医療・保険・福祉・改革のヒント—社会保障存続の条件—』, 中公新書 1997
- 森岡恭彦 『インフォームド・コンセント』 NHKブックス 日本放送出版協会 1994
- 大井 玄 『終末期医療—自分の死をとりもどすために—』, 弘文堂 1989
- Osgood, C.E., Suci, J.G. and Tannenbaum, P.H. The measurement of meaning. University of Illinois Press. 1957
- 佐藤郁世, 田沢公樹, 深浦麻人, 賀島直隆, 堀地直也, 藤井博文, 杉原佐知子, 望月俊男, 桂 隆志, 中島宏昭, 足立 満, 高橋昭三・癌告知に関する意識調査—外来患者に対するアンケート調査—, J. Jpn. Soc. Cancer Ther. 29(9), 1677-1685, 1994
- Rosenberg, S., Nelson, C. & Vivekananthan, P.S. A multidimensional approach to the structure of personality impression. Journal of Personality and Social Psychology, 9, 283-294, 1968
- 和田 努 『カルテは誰のものか—患者の権利と生命の尊厳—』, 丸善ライブラリー
- Wegner, D.M., R.R. Vallacher, Implicit Psychology: An introduction to social cognition. Oxford University Press, 1977 (倉智佐一, 滝野悦, 倉盛一郎, 高芝雅彦, 足立京一, 倉地暁美共訳, 暗黙の心理—何が人をそうさせるのか—, 創元社, 1988)
- Wish, M., Deutsch, M. and Kaplan, S.J. Perceived dimensions of interpersonal relations. Journal of personality and Social Psychology, 33, 409-420
- 日医・生命倫理懇談会・「説明と同意」についての報告 (上) (下), 日本医事新報, No. 3430, 3432, 1990

〔資料1〕

ヒポクラテスの誓い（小川鼎三 訳）

医神アポロン、アスクレピオス、ヒギエイア、パナケイアおよびすべての男神と女神に誓う、私の能力と判断にしたがってこの誓いと約束を守ることを、この術を私に教えた人をわが親のごとく敬い、わが財を分って、その必要あるとき助ける。その子孫を私自身の兄弟のごとくみて、彼らが学ぶことを欲すれば報酬なしにこの術を教える。そして書きものや講義その他あらゆる方法で私のもつ医術の知識をわが息子、わが師の息子、また医の規則にもとづき約束と誓いで結ばれている弟子どもに分ちあたえ、それ以外の誰にも与えない。私は能力と判断の限り患者に利益するとおもう養生法をとり、悪くて有害と知る方法を決してとらない。

頼まれても死に導くような薬を与えない。それらを覚らせることもしない。同様に婦人を流産に導く道具を与えない。

純粹と神聖をもってわが生涯を貫き、わが術を行う。結石を切りだすことは神かけてしない。それを業とするものに委せる。

いかなる患者を訪れるときもそれはただ病者を利益するためであり、あらゆる勝手な戯れや墮落の行いを避ける。女と男、自由人と奴隷のちがいを考慮しない。医に關すると否とにかかわらず他人の生活について秘密を守る。

この誓いを守りつづける限り、私は、いつも医術の実施を楽しみつつ生きてすべての人から尊敬されるであろう。もしもこの誓いを破るならばその反対の運命をたまわりたい。

〔資料2〕

ナイチンゲール誓詞

われはここに集いたる人々の前に厳かに神に誓わん――

わが生涯を清く過ごし、わが任務を忠実に尽くさんことを。

われはすべて毒あるもの、害あるものをたち、悪しき薬を用いることなく、また知りつつこれをすすめざるべし。

われはわが力の限りわが任務の標準を高くせんことを努むべし。わが任務にあたりて、取り扱える人々の私事のすべて、わが知り得たる一家の内事のすべて、われは人にもらさざるべし。

われは心より医師を助け、わが手に託されたる人々の幸いのために、身を捧げん。

**The Nightingale Pledge**

I solemnly pledge myself before god and in the presence of this assembly:

To pass my life in purity and to practice my profession faithfully.

I will abstain from whatever is deleterious and mischievous, and will not take or knowingly

インフォームド・コンセント（IC）に関する考察

administer any harmful drug.

I will do all in my power to elevate the standard of my profession, and will hold in confidence all personal matters committed to my keeping and all family affairs coming to my knowledge in the practice of my profession.

With loyalty will I endeavor to aid the physician in his work, and devote myself to the welfare of those committed to my care.