

## インフォームド・コンセントに関する医師へのアンケート調査

江頭玲子・加来英典・小菅涼子  
田中祥子・角田憲治・久島和洋・増田幸弘・斉場三十四

### A Survey on How Clinicians Obtain Informed Consent

Ryoko EGASHIRA , Eisuke KAKU, Ryoko KOSUGA, Sachiko TANAKA,  
Kenji TSUNODA, Kazuhiro HISAJIMA, Yukihiro MASUDA & Mitoshi SAIBA

It is vitally important that an informed consent should be properly exchanged between the patient to undergo treatment and the physician to administer it for them to establish a better doctor-patient relationship. A survey was conducted in which clinicians were asked to fill in a questionnaire showing what their usual practice was in obtaining a patient's consent. Below we shall discuss the survey result and touch on some relevant aspects facing the medical profession in Japan today.

#### はじめに

インフォームド・コンセント（以下I・Cと略す）とは“医師などの医療従事者が患者に対して診療の目的・内容を十分に説明して患者の理解と同意を得た上で診療を行うこと”である。これは、1970年代のアメリカにおける消費者運動の一環として出てきた考え方が、患者の権利を保護するために法的概念として確立されたものである。現在あらゆる医療現場におけるキーワードとして、その重要性が強調されている。この考え方が日本に上陸したことをきっかけに、パターンリズム（父権主義）に陥りがちであった日本の医療が見直され、患者の自己決定権が重要視されるようになった。

I・Cが主張されるようになってきた要因には、①医学の発達により医療手技が多様化し選択の余地が出てきたこと、②生命にかかわるような侵襲の多い手技が可能になったこと、③患者個人の権利意識が高まったこと（これが大きな要因）などが挙げられる<sup>1)</sup>。そして、日本にふさわしいI・Cとは、I・Cが患者の権利の主張と医療従事者の責任回避のための楯となってしまったアメリカの反省点を考慮し、よりよい医療環境を築き、患者のQOLの確保と質の高い医療を達成することを目的にしたもの、と掲げられている<sup>2)</sup>。

このように、患者と医療従事者のよりよい信頼関係を形成するに当たって、I・Cは必要不可欠である。我々は、今後のよりよいI・Cのために、臨床で実際どのようにI・Cが行われているかを知るため、佐賀医科大学付属病院に勤務する医師にアンケート調査を行った。ここでは、その結果をもとに、日本の医療の現状を織り込みつつ、考察を加える。

## 対象と方法

2000年6月の時点で佐賀医科大学付属病院にて臨床に携わっている医師380名を対象にして、院内発送にてI・Cに関するアンケートを実施した。内容は、①I・Cの時に特に配慮していること、難しいこと②I・Cに関する教育の必要性、③I・Cの法制化案についての3点である。医師には性別、医師になってからの年数、診療科を記入してもらった。

回収率は32.6%で、そのうち男性105人、女性15人、無記入4人だった。医師になってからの年数は2年以内が20人、3～5年は5人、5～10年は24人、10～15年は19人、15～20年は26人、20年以上は27人で無記入は3人だった。

なお、今回のアンケートに先行して、同様の調査を佐賀医大と関連のある病院の医師100名に行ったところ、内容に関する不備を指摘されたため、改善を加えたものを使用して、今回の調査を実施した。先に行った調査に関しては、コメントを転載するという形で使用した。

## 結果と考察

### 医療現場におけるI・C

日常診療においてI・Cを患者に行う際に医師が特に配慮している点(A)、また難しいと感じている点(B)を<表1>の選択肢から(A)は三個、(B)は一個選ぶ形式で質問した。その結果を<表1>に示す。

#### 【考察】

(A)では、「説明するときに医学用語や外来語を極力使わない。」が最も多かった。患者にとって医学用語や外来語を理解するのは困難であるため、多くの医師は患者にとってわかりやすい説明をこころがけているようである。

次に多かったのが、「key personを参加させる。」であった。説明を明確に理解出来る近親者(key person)を同席させることにより患者もリラックスし、患者の理解度が乏しいと思われる場合——最近高齢化が進みこのような機会が増加している——には特に、より円滑なI・Cが期待できる。併せて、医師—家族間の信頼関係の構築にもkey personの存在はかなりの役割を果たしていると考えられる。

「患者がどの程度理解しているかを把握する」のが難しい理由としては、「患者によって病気に関する知識や治療に対する意欲は異なる」というものが最も多かった。この傾向は高齢者で特に顕著に見受けられる。大半は理解できなくても「わかりました」、「お任せします」と答えてしまう体制が依然根強いようだ。

(B)で二番目に回答の多かった「医療情報をどの程度提供するか判断する」、と答えた医師の中で特に目立ったのは「患者が悪性疾患である場合の告知は特に難しい」という意見である。近年、カルテの開示など患者に医療情報を全て提供すべき、という声が高まっている一方で、それが非常にデリケートな問題であることが窺われる。

意見の一部を転載する。「本人に充分説明したいと考えても家族がそれを止めることがある。家族や本人に病状や今後の方針を説明するに当たっても医学的に複雑になるため、

完全な理解を得ることはほぼ無理であり、本人・家族の希望をどこまで本当の意志と捉えるべきか、の判断や家族間の意見の一致を見ることが難しい。」

この点については、更に「特に手術前にあまり詳しく話をすると患者さんの気力が萎える場合があり、原則としては詳しく話すことにしているが、きわめて可能性の少ない合併症など、どの程度話すべきか考える。」という意見もある。このように、詳しい説明が患者の落胆を大きくし、患者の治療意欲を減退させる危険性を懸念する意見は、特に侵襲の大きな手術の説明や、難病とされている疾患の告知の際に目立った。

また、説明に十分な時間を確保することは多くの医師が心がけていることではあるが、実際のところ医師は非常に多忙であり、難しいようである。この点については次項で述べる。

最後に、(B)の「その他の意見」の中で興味深いものを転載する。「患者の治療法に複数の選択肢がある場合、患者はよほど理解していないと患者自身で治療法を選択できず、担当医の好みがある程度反映されてしまう傾向がある。」この意見は次項でも提起されている「患者の自己決定権」という問題に結びついている。

次に医師がI・Cを行う際に(C)患者に望むこと、(D)行政（厚生省など）、病院側に望むことをフリーアンサーで質問したところ、<表2>のような結果を得た。

#### 【考察】

患者に望むことのなかでもっとも多かった意見は「わからないことははっきりと聞いて欲しい。」で、これは、「患者からの質問を受けることは、患者自身がどの程度理解しているかを把握する手段になる」ことが多いためであろう。また、4番目に多かった意見「思っていることを正直に言って欲しい。」も同様に、そのことが、医師が患者の理解度を把握するための手がかりになるといえる。

次に多かった「医師に任せきりにならないで欲しい。」に関しては多様な意見が寄せられた。「最初から医師任せにしないで治療・自分の病気に対して興味を持ち、積極的に治療に参加して欲しい。」「治療行為には患者側と医療チームが協力して行うものだとすることを理解して欲しい。」といったものが多かったが、一方で「患者の積極性を引き出すには、医師－患者間の信頼関係が不可欠であり、医師のpersonalityによるところが大きいとするなら患者に何かを望むというのはおかしい。」「患者に望むべきものではなく、医師側が努力すべき」という意見もあった。そして、患者が医師任せにしないで自己決定し、医師I・Cを行いやすくするためには、「患者の病気に対する正しい認識」、「I・Cの重要さの理解の普及」、「書式の統一（I・Cのガイドラインを作る）」が必要という意見があった。

患者の理解度があがると、医師もより説明しやすくなり、患者も医師の説明に対し十分納得した上でより良い選択をすることができ、更に、I・Cを行う時間の短縮も期待できる。そのためには、もっと、テレビなどのマスメディアや学校での教育を通じて、I・Cに関する知識を深めていく環境作りが望まれる。病院内には、患者やその家族が気軽に利用できる図書館や相談所を作るのも望ましい。I・Cの重要さを理解すれば、患者は自己

決定することの大切さがわかり、医師の話をもっと真剣に聞けるだろう。また、現在の説明では医師が黒板に絵を描いたり、様々な臓器の模型を使ったりして行うことが多い。これは患者のヴィジュアルに訴えた方がわかりやすいと考えているからであり、そのような資料の充実も必要である。

「医師への配慮、協力的な姿勢」という意見は3番目に多く、具体的には、「医療への不信感を持たないで欲しい。」「質問をまとめてきて欲しい。」「半端な知識をひけらかさないで欲しい。」などがあった。

少数意見としては、「家族等にリビングウィルを若いうちから伝えておいて欲しい。」という意見があり、これに関して病院に望むものの中で、「初診時に深刻な病気について告知を希望するか否かを病院側にアンケートを取って欲しい。」という意見もみられた。

一方、行政、病院側に望むこととしては「場所が足りない。」との意見が最も多かった。患者のプライバシーを保護し、患者との信頼関係を築くためには外来、病棟でももっと部屋を増やすべきだが現状では改善は難しいだろう。

「時間が足りない。」ということについては、現状の体制では改善が困難という意見が多く、医療スタッフの拡充、システムの改善、また患者側には「医師への配慮」（前述）を求める意見が見られた。佐賀医科大学付属病院では、現在ソーシャルワーカー（以下SW）は勤務していないが、SWの雇用を提案する意見もあった。患者の心理的サポートをする、患者側が気軽に質問できる機会が増える、などSWがI・Cに関して果たす役割も大きいといえる。それに関連して、「法的知識のあるI・Cの専門職（コーディネーター、カウンセラー）を配し、説明の際は医師が同席して医学的な説明を補足する。」というような提案も見られた。これらはもっと質の高いI・Cやチーム医療を行える一案といえる。部屋、時間が足りなくては患者も迷惑するので、この点は改善したい問題である。

また、経済的な裏付けとして「I・Cの文書を保険で認められるようにする。」という意見もみられた。ただI・Cの文書が保険で認められるようになれば、医師はI・Cをもっと積極的に進めるようになるかもしれないが、I・Cが文書を取るだけの行為になってしまう危険性もある。I・Cに対する診療報酬の問題はI・C法制化案の議論に伴って変化していくことが予想される。今後の動向に注目していきたいところである。

少数意見としては「I・Cはあくまで医師患者関係なので望むことはない。」「医療スタッフへの教育」などがあった。医療スタッフへの教育は、より質の高いI・Cを行う上で必要であると考えられるが、詳しくは次項で述べる。

## I・Cと教育

I・Cに関する教育・指導・トレーニング等をどのような形で受けたか、以下の項目の中から複数回答可として選択してもらい、経験したものについてそれぞれ役に立ったか、役に立たなかったか評価をもらった。

その結果、ほぼ全員（97.6%）がI・Cに関する何かしらの教育・指導・トレーニングを受

けていた。役に立ったものとしては、「卒後に、指導医の患者説明に立ち会った」が69.6%、「卒後に指導医から直接指導を受けた」が52.8%と多かった。理由としては、「実際に医師がどのように対処しているのかを体験することが、自分なりに考えるきっかけとなったため」「指導医から要点の指導を受け、自分なりに考えて説明できるようになったため」「多くの患者説明に立ち会うことで、一例一例さまざまな工夫・バリエーションがあることを知った」という意のものが多かった。

1. 学生のと看、病棟実習で患者説明（ムンテラ）に立ち会った。
2. 学生のと看、病棟実習で担当医から指導を受けた。
3. 学生のと看、講義を受けた。
4. 学生のと看、勉強会、討論会などをした。
5. 学生のと看、I・Cに関する講演会などに参加した。
6. 学生のと看、本・ビデオなどで自己学習をした。
7. 卒後に、病棟実習で患者説明（ムンテラ）に立ち会った。
8. 卒後に、勉強会、討論会などをした。
9. 卒後に、指導医から直接指導を受けた。
10. 卒後に、I・Cに関する講演会などに参加した。
11. 卒後に、本・ビデオなどで自己学習をした。
12. その他
13. 今まで上記のような機会はなかった。

役に立たなかったものとしては、「学生のと看、講義を受けた」が16.0%、「学生のと看、勉強会、討論会などをした」が10.4%、「学生のと看、病棟実習で担当医から指導を受けた」が9.6%と多かった。理由としては、「自分の責任として患者との接触・対応をしなければ、十分な理解は得られないため」「現場を知らない状態で講義やトレーニングを受けても現実味に乏しいから」という意のものが多かった。

講義を受けたと回答したのは若い医師に多かったが、その講義自体が役に立ったという人は上述のとおり少なかった。経験年数の長い医師では、学生時代の講義や教育の機会があったという答えは少なく、自分で講演会に参加したという意見もあったが、「結局はケースバイケースになるから」という理由で役に立たないという回答であった。

また、少数ではあるが、「どんな教育でも役に立たないものなどない」、「本人のやる気次第だ」という回答も見られた。

以上の質問とあわせて、実際に医師・医学生にとってI・Cに関する教育、トレーニングなどが必要か、また必要であるとすれば、いつどのような形で行うべきなのかについてもアンケートを行った。

「必要である」という回答が90.4%と大多数であった。その方法については時期によって大きく異なっていた。まず学生時代に関しては、低学年のうち、医療としてのI・Cを行なえるようになるための教育ではなく「I・Cの概念、患者の権利などについて教育を行う」「理論的な思考過程を身につけられるための教育を行う」「コミュニケーションの取り方のトレーニングを行う」という意見が多かった。病棟実習のときは、「学生同士または模擬患者を使ったロールプレイを行う」「なるべく多くの患者説明に参加させる」というものが多かった。卒後のトレーニングの方法としては、やはり、「いろいろな医師（指導医）の説明に立ち会わせる」という意見が多かった。

「必要はない」という意見は少数（8.8%）であった。その理由としては、「経験を積み

重ねることによって自然と身に付くものであるから」「実体験がなければ学べるものではないから」というものが挙げられていた。

### 【考察】

患者や社会の要請する医療を提供し、よりよい医療環境を築くためにはI・Cを成立させることが重要となる。その成立のために、医療従事者には、医学的な専門知識は当然のこと、コミュニケーション能力、豊かな人間性、医療従事者間の共通認識の確立、チーム医療の充実などが求められている。これらの社会的・時代的要求を満たすために、卒前・卒後の教育が重要となる。

今回のアンケートの中で、多くの医師が卒後の指導医による教育が役に立ったと答えていた。つまり、実際に患者と接し、医師として責任感をもって経験することが重要ということであろう。それでは学生への教育をどのように行うか。これは前にも述べたが、実践的な臨床能力や患者との接し方を体得するためには、実際の医療現場で行なわれる臨床実習が非常に重要であろう。臨床実習に出る前の低学年のうちに、基本的なコミュニケーションの取り方、I・Cの概念や理論構成、方法論、患者の権利について習得しておく必要があると考えられる。これらについての教育が学生時代に行なわれていなければ、医師となってから実際の技術を体得していくことは困難であろう。

佐賀医科大学<sup>3)</sup>では1年次から医療倫理教育が取り入れられており、病棟実習前の4年次にはターミナルケアの講義、実際の症例について考える臨床医療倫理、模擬患者を用いて行うインタビュー実習など充実した教育活動が行われている。しかし、病棟実習では医学的問題解決が医療倫理的問題に先立つことが多く、実際に医療倫理的な側面について学生が自ら真剣に考える機会や担当医から指導を受けるという場面は少ない。

I・Cという概念を定着させ、患者・社会の求める質の高い医療を行っていくためには、卒前に医療倫理教育を充実させ、病棟実習ではクリニカル・クラークシップ<sup>4)</sup>の実施や、個々の症例に関する医療倫理的課題に対して問題意識を持ち、議論する場を設けるなどの教育を行い、卒後はさらにそれぞれの症例に対して対処していく能力を養うようなトレーニングを行っていくことが必要ではないかと考える。

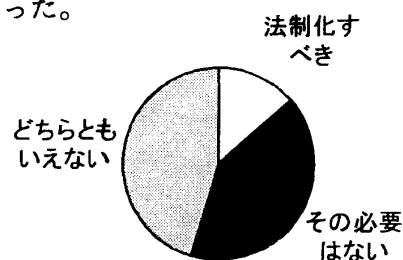
### I・Cの法制化案について

“I・Cの普及、定着を図るために法制化すべき”との見解に対する意見と法制化された場合のメリット・デメリットについて質問し、以下のような結果を得た。

#### ● I・Cを一律に法律上、強制すべきかどうか

「法制化すべき」と答えた人は16名(13%)、「その必要はない」と答えた人が49名(41%)、「どちらともいえない」と答えた人が54名(45%)であった。

「法制化すべき」と答えた人の理由としては、「患者には自己決定権、知る権利があるから」、「医療の透明性が図られるから」、「医事紛争を防ぐ、法的証拠になる」という意見が多かった。



「その必要はない」と答えた人の理由としては、「I・Cは医師として当然のことだから」、「信頼関係が医療を成り立たせるのだから本来法制化にはなじまない」、「I・Cは個々の患者に合わせて行うべきものだから（一律化するとよくない）」という意見が多かった。その他の意見としては「I・Cのための環境整備がされていない」というものもあった。

「どちらともいえない」と答えた人の理由としては、「すべきであるが基準を決めるのは難しい」、「それぞれの患者にあった説明や手段、時期が必要だから難しい」といった意見が多かった。その他の意見としては「I・Cは行って当然であるので法制化するまでもないと思うが、それをできてない医者があり、法制化により改善されるかもしれない」というものもあった。

### ●法制化された場合のメリット・デメリット

アンケートの回答を表3に示す。メリットとしては「I・Cの徹底」や「情報提供が進む」といったような患者側にとってのメリットが上位を占めている。デメリットとしては「時間等の余裕がない」という意見が多く、医師の仕事の多忙さがうかがえる。「形式的になり、質が伴わない」といった意見も目立ったが、おもしろいことに、これはメリットとして挙げられている「I・Cの徹底」と相反する意見である。現時点での医師それぞれのI・Cのやり方の違い（かなりの時間を割いてやっている or 簡単に済ませている）や法制化の捉え方の違いがここに現れているのであろうか。「医師・患者関係」についても同様のことが言える。また、「医師の責任が軽くなる」という項目がメリット、デメリットの両方でみられる。これは、法制化された場合、医師としては“マニュアルどおりにすべてを話してしまえばいいため患者の精神的な面は気にしないで良い”という点でメリットとなり、逆に患者の側に立って考えたときには“精神的な不安が考慮されなくなる”という点でデメリットとなるのであろう。

#### 【考察】

日本におけるI・Cの法制化議論が始まったのは、1992年の第二次医療法改正のときである。しかし、議論はあったものの、法制化すべきという意見が少なかったことや医療関係者からの反発が強かったことが原因なのか（詳細は不明であるが）、改正医療法には付則として、「適切な説明を行い、理解を得るよう配慮する検討を加え、必要な措置を講ずる」などという文が加えられただけであった。

翌93年、改正医療法の付則を受けて厚生省が「インフォームド・コンセントのあり方に関する検討会」を設置し、“義務化すべきか否か”について、議論が繰り返された。ここで出された結論は、「一律に法律上強制すると、責任回避のための形式的、画一的な説明や同意の確認に陥り信頼関係を損なったり、混乱させたりするおそれがある。」というものである。

この結論はそのまま二年後、95年の第三次医療法改正に引き継がれ、「適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」との努力規定としてのみ

盛り込まれることとなった。その後、I・C法制化についての議論はなされていない<sup>5)</sup>。では、現場の医師たちはどのように考えているのか。アンケートの結果を見ると、「法制化すべき」と考えている医師は13%と圧倒的に少なく、「法制化の必要はない」が41%、「どちらとも言えない」が45%と、特に必要性を感じていない人が大多数であることがわかる。

ここで、日本においてI・Cが法制化に結びつかない点はどこにあるのかを考える。

一つの理由として、日本の文化性が挙げられる。そもそもI・Cとはアメリカにおける裁判上の法理であり、純然たる法的概念である。その内容としては、医師の守秘義務・説明義務と、(それを受けて)患者の真実を知る権利・自主判断権および選択権、自己決定権、同意権が含まれる<sup>6)</sup>。しかしながら日本では、アンケートの「法制化の必要はない」の理由に「信頼関係が医療を成り立たせるのだから本来法制化にはなじまない」と挙げられているように、法律とは無関係のものとして解釈されている傾向がある。患者も医師を信頼し、「先生にお任せします。」としてしまうことが少なくない。これは、日本での、法的意識の低さだけでなく、“個”という意識の低さ(個人の意思よりも周囲の意思を尊重しがち)に起因していると思われる。法制化のメリットとして「家族が反対しても、説明を本人に行える」、デメリットとして「信頼関係で成り立っている日本の医療の良さが損なわれる」という意見が出てくるのもこのためであろう。

もう一つの理由として、医療体制の問題がある。現在日本の医師が置かれている状況は、アンケートのコメントを拝借すると、「忙しすぎる」「心にも時間にもゆとりが持てない」と言える。これは法制化のデメリットとしても最上位にランキングされている。I・Cが法制化され、検査や処置、治療の全てに患者説明をしていたら「診療が滞ってしまう」であろう。また、悪い知らせを患者に告げた際、今の状況のままでは、その後の精神面を支えるスタッフが不足しているため、更なる医師の負担となるか、(それも出来ない場合は)「告知しっぱなし」と言う結果をもたらしかねないのである。(しかも日本では、心の支えとなる宗教を持つ人は少ない。)

日本だけの理由ではないが、法制化した場合、具体的な内容をどこまで規定できるかの問題がある。現在、日本では手術に際して手術承諾書を取るようになってきているが、その書式に関する調査によれば、医師の説明内容について具体的記載を前提とするものは18%にしか過ぎず、「説明を受けて同意する」式のタイプが44%、「医師が説明をし、患者が同意する」という2文式(対話型)が40%、「一切意義を述べない」式のタイプ(押さえつけ型)が15%となっている<sup>7)</sup>。I・Cを行った証拠として書類に患者のサインをもらうだけなのか、それとも具体的なチェック項目を作って記載してもらうのか、書類について考えただけでも難しい。アンケートの回答でも、「法制化の必要はない」の理由、もしくは法制化のデメリットとして「一律な法制化では形式的になる」「具体的な内容を決めるのが困難」との意見が多く見られる。法制化されているアメリカにおいても、内容に踏み込んだ規定を設けているところは少なく(e x. ワシントン州、アイオワ州)、規定をしたいが治療方法が多様なため、挫折しているところが多いようである<sup>8)</sup>。また、(仮に具体



的に規定しても)「法律が現場の変化、医療の進歩についてこれない」との意見も挙がっている。

その他、これも日本に限ったことではないが、「患者の理解度に個人差がある」のも大きな問題の一つである。「法制化された際、患者の理解度が低いことを棚に上げて、医師の説明不足だとして罰せられてはたまらない」というコメントも、“訴えられたら負け”である医療訴訟の現状を踏まえた正直な意見である。

ここまでI・Cの法制化について、どちらかと言えば否定的な内容を述べてきた。現場に法制化を望む声が少ないのは事実であるが、その一方で何らかのメリットがあることも認めている人が多い。メリットとして上位に挙げられるのは、「説明不足が減る」「情報提供が進み、患者の権利・要望が反映される」などであり、患者への情報提供が現時点では不足していることを現場の医師自身も感じていることがうかがえる。また、「法制化により、I・Cへの意識・教育が改善される」という意見もあり、近年になって普及してきたI・Cに対し、“勉強不足”を感じている医師がいることもわかる。

アンケートの最後に、自由な意見を求めたところ、「法制化に際しては、現場の意見を取り入れてほしい」「現場を知らない人にいろいろ決められるのは腹が立つ」「診療報酬・点数が付かないとやってられない」「医師がゆとりを持てる労働環境が必要」などの意見が寄せられ、現状の把握・改善を求める声が高いことがわかる。また、「現在の法制化は必要ないが、将来的にはマニュアルもしくはガイドラインの策定が必要」と考えている人も多い。

日本でのインフォームド・コンセントの法制化は、文化的な背景や医療体制の整備が不十分なことなどから、医療現場でもあまり望まれてはならず、現時点では難しい。しかし、医療訴訟が徐々に増加しつつあることを考慮すると、将来的には法制化の必要性が高まることも十分に考えられ得る。

## おわりに

I・Cに関する医療現場の医師たちの意見をもとに、日本の医療の現状を踏まえて、我々なりの意見を述べてきた。I・Cの概念が生まれ育ってきたアメリカと日本では、環境や人々の考え方に大きな違いがあるため、“うまくI・Cを行う”のは難しいのが現実である。今回のアンケート調査でも現場の医師たちの苦勞がうかがえる。今後、日本で、I・Cをより素晴らしいものにしていくためには、医師たちがレベルアップに努めるばかりでなく、環境の整備に加え、患者側の意識の改善を促すような社会的な取り組みが望まれる。

## 謝辞

最後になりましたが、今回の調査において、ご多忙中にもかかわらず、ご協力を頂いた諸先生方に深く感謝申し上げます。

表1

項目	配慮している点	難しい点
説明時に医学用語や外来語を極力使わない。	21.9%	2.6%
key person を参加させる。	17.3%	0.9%
説明する時間を十分に確保する。	15.7%	5.1%
医療情報をどの程度提供するか判断する。	12.7%	24.8%
患者が質問しやすい雰囲気作りをする。	12.4%	4.3%
患者のプライバシーを保護する。	5.4%	0%
説明する時期の工夫をする。	5.1%	0.9%
説明時にビデオ・印刷物の資料を使う。	4.9%	
患者が説明をどの程度理解したかを把握する。		59.8%
その他	1.4%	4.3%
無回答	3.2%	0%

(注) 表中の斜線は該当する項目が質問に入っていないことを示す。

表2

患者に望むこと		行政、病院側に望むこと	
わからないことは何でも聞いて欲しい(多く質問して欲しい)。	16.5%	十分説明できる場所(面談室)	21.0%
医師に任せきりにならないで欲しい。(自己決定する責任を持って)	15.8%	医療スタッフの充実(医師,看護婦,SW,I・C 専門職など)	14.7%
医師への配慮、協力的な姿勢	11.6%	十分説明できる時間	7.7%
思っていることを正直に言って欲しい。	9.4%	I・Cの経済的な裏付け	7.0%
病気への正しい理解、認識	5.8%	患者が理解しやすいような資料、教育	5.6%
key person を決めて欲しい。	4.3%	I・Cの重要さの理解の普及	4.9%
医療は完全でないことを理解して欲しい。	2.2%	書式の統一(I・Cのガイドラインを作って欲しい。)	4.9%
その他	8.5%	その他	5.5%
特になし	10.1%	特になし	11.2%
無回答	15.8%	無回答	17.5%

表3

メリット	デメリット
<b>I・Cの徹底、向上</b> 23 ・最低限の内容は確保される。 ・多くの医師が法制化された方法を行うようになる。 ・医師のI・Cへの意識、教育が変わる。 ・説明不足が減る。	<b>時間、スタッフ、予算、医療費などの余裕がない。</b> 22 ・事務上の手続きが増える。 ・今の診療報酬制度では開業医は時間が取れない。 ・現在の医療スタッフ、給与ではとても無理。 ・説明に時間を取られ、処置が円滑に進まない。
<b>情報提供が進み、患者の権利、要望が反映されるようになる。</b> 18 ・患者が知らないまま検査、治療が行われることが減る。 ・患者が十分理解できるように医療側に要求できる。	<b>形式的になり、質が伴わない。</b> 22 ・マニュアル的になる。 ・医療がお役所仕事になる。
<b>医師の責任が軽くなる。</b> 8 ・全部話すだけでよければ簡単。 ・告知がすべての患者にでき、症例ごとに悩むことがなくなる。	<b>患者が知りたくない(知らせなくてもよい)ことまで知らされる。</b> 13 ・情報を知りたくない患者、知らせるべきでない患者への対応が難しい。 ・言わない方がうまくいくこともある。

裁判の資料になる。 ・医療訴訟への対応書類になる。 ・契約関係が明文化。 ・文書で証拠が残る。	4	患者の理解度に個人差があるため困る。 ・説明してもわかってもらえない場合、次へ進めない。 ・理解できる範囲は異なるので、すべての患者に同じような説明は意味がない。	6
医師・患者間の信頼関係が得られる。 ・医師・患者間の関係の温度差が少なくなる。	3	パターンリズムが必要などときがある。 ・患者がまだ現実を直視し得ない状況など。 ・治療のタイミングを失する。	5
まともではない医師が排除される。 ・いい加減な医師が少しは良くなる。	3	医師の責任が軽くなる。 ・患者の心理的負担が増える。 ・情報をすべて開示し、判断を患者にのみ委ねることによる医師の責任の低下。	5
その他 ・I・C関連の書類が残るので引継ぎ時によい。 ・家族が反対しても説明を本人に行える。 ・医療上のトラブルが減り、スムーズな医療が行われるようになる。	9	医師・患者関係が希薄化する。 ・個々の症例においての医師の判断が求められることが少なくなり、人間関係が疎になる例も出てくる。 ・ペナルティーを課すとすると医師・患者関係が悪化する。 ・信頼関係で成り立っている日本の医療の善さが損なわれる	5
		医療訴訟の原因になる。 ・告知等の際に、家族とのトラブルが起こる可能性がある。	3
		その他 ・法律が現場の変化、医療の進歩についてこれない。 ・告知後の患者をフォローする体制が心配。 ・きちんと説明しなかった場合の罰則。	9

(注) 表の小文字はアンケート中のコメントを転載した。

**参考文献**

- 1) 塚本泰司：医療現場におけるインフォームド・コンセント，保健の科学 1998，40：107-111．
- 2) 厚生省健康政策局総務課：元気が出るインフォームド・コンセント，中央法規 1996．
- 3) 佐賀医科大学における医療倫理教育 <http://square.umin.ac.jp/masashi/rinrikyoiku.html>  
 インフォームド・コンセント <http://square.umin.ac.jp/masashi/ic.html>
- 4) 堀原一：クリニカルクラークシップを進めるために，医学教育 1992，22：147-150．
- 5) 朝日新聞2000年6月22日付20面
- 6) 星野一正編著：生命倫理と医療，丸善株式会社 1994：25-26．
- 7)，8) 平沼高明：医事紛争入門，労働基準調査会 1997：131，134．

**補記**

1 本稿はもと、増田の提案のもと、斉場三十四教授（社会学）のご了解とご指導を得て、当時医学科6年生であった江頭・加来・小菅・田中・角田・久島の6氏（50音順）が、学生を対象とする雑誌への投稿を目的として作成したものである。しかし紙幅の関係から、編集委員の特別の許可を得て、本誌に掲載させて頂くこととした。

2 斉場教授と増田の教官2名はアドバイザーであり、本文の執筆および図表の作成は全て上記の6氏によってなされたものである。

ご多忙の中アンケートにご協力頂いた医師の方々、学生に対して貴重な助言をして頂いた小泉俊三教授（総合診療部）、本稿の掲載を特別に許可して頂いた編集委員の方々に感謝申し上げます。（この項 増田幸弘（法学））

### 要約

患者と医療従事者の間により良い信頼関係を形成するために、インフォームド・コンセントは必要不可欠である。我々は、臨床医が実際にどのようなインフォームド・コンセントを行っているのかを知ることを目的として、アンケート調査を行った。本稿ではその結果をもとに、日本の医療の現状を織り込みつつ、考察を加えた。