

Title	日本におけるインフォームド・コンセント
Sub Title	
Author	土田, 純子(Tsuchida, Junko)
Publisher	慶應義塾大学湘南藤沢学会
Publication year	1994
Jtitle	研究会優秀論文
Abstract	本論文は、「日本におけるインフォームド・コンセント」の在りかたについて述べられたものである。まずインフォームド・コンセントの歴史とそれ自体が抱える問題を挙げ、その後日本文化の根底を流れる「甘え」との関係を考察している。そしてそれをもとに医療不信を根拠に「日本におけるインフォームド・コンセント」の必要性に触れた後、その在りかたを面接調査の結果をふまえて提案している。
Notes	池上直己研究会1994年秋学期
Genre	Technical Report
URL	http://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=0302-0000-0551

研究会優秀論文

日本におけるインフォームド・コンセント

土田純子
環境情報学部4年
池上直己研究会
1994年秋学期

慶應義塾大学 湘南藤沢学会
Keio University Shounan Fujisawa Academic Society

1994 年度秋学期 池上研究会レポート

『日本におけるインフォームド・コンセント』

環境情報学部 4 年

79152818

土田 純子

1995 年 1 月 24 日

1 はじめに

現在「癌告知」や「臓器移植」時の「脳死問題」などにおいて、同時にインフォームド・コンセントの問題が取り上げられている。欧米に比べ日本ではあまり受け入れられていないが、その理由に「日本人だから」という、つまり文化的に受け入れ難いものがあるのではないだろうか。また、受け入れ推進の理由にも「患者の知る権利」を主張する欧米とは異なるものがあるのではないだろうか。歴史、文化、人間が異なる以上、同じインフォームド・コンセントである必要性はない。だからこそ日本では「説明と同意」と訳して用いているのである。しかし日本にこれを取り入れるならば、或いはもっと優先されるかもしれない事柄、つまり医者—患者関係の向上が期待されるし、主たる目的をこちらにおくとすれば「説明と同意」という訳が必ずしも適切とは限らない。そこで、ここでは敢えて「説明と同意」といういい方を用いず、「日本におけるインフォームド・コンセント」ということにする。

それでは「日本におけるインフォームド・コンセント」はどのように期待されるのだろうか。この間に答えるために、まずインフォームド・コンセントの歴史とそれ自体が抱える問題を挙げ、その後、日本文化の根底を流れる「甘え」との関係を考察する。そしてそれをもとに医療不信を根拠に「日本におけるインフォームド・コンセント」の必要性に触れた後、その在り方を面接調査の結果をふまえて提案したいと思う。

2 日本人とインフォームド・コンセント

2.1 インフォームド・コンセントについて

インフォームド・コンセントは、ナチスの残忍な人体実験に対する人権への反省から生まれた。第二次世界大戦後、これについて裁判が行われ(1945年11月～1946年10月)、この反省が医学研究(人体実験)に対する基本的な原則(倫理)として「ニュールンベルク綱領」にまとめられたのが始まりである。これが世界各国の医師に衝撃を与え、更に「世界医師会」(医師の専門団体)にまで影響を及ぼし、1948年に「ジュネーヴ宣言」、1949年に「医学倫理の国際綱領」、1954年に「研究及び実験の原則」、1964年に「ヘルシンキ宣言」を次々と出すこととなった。「ヘルシンキ宣言」は、「医学の進歩のためには人体実験が不可欠であることをはっきりと認め、被験者個人の利益と福祉を科学や社会に対する寄与よりも優先すべきである」という原則に立って、臨床研究の倫理を守るための具体的な手続きを明らかにしたもの(『インフォームド・コンセント』)として評価され、これがインフォームド・コンセント

の原点になっている。後に、この根底には「説明と同意」があるということで、知ることは「患者の権利」として受け入れられるようになった。

日本では、戦争中の残虐な医学的事件があまりなく、また戦後はその混乱と、情報源から遠かったため「ニュールンベルク綱領」を知らない人が多く、「ヘルシンキ宣言」が1975年に世界医師会東京総会で改訂された後も、インフォームド・コンセントに対する反応は鈍かった。

インフォームド・コンセントは、アメリカでは特に患者の権利として常識になっている。そして同時に反対論もあり、次のような問題点が指摘されている(『インフォームド・コンセント』)。

1. 患者は治療上の危険は知りたくないのではないか
2. 説明しても情報を理解できない患者がいる
3. 患者に自己決定権を与えても、患者は医師のいうがままに治療を受けるので無意味だ
4. 患者に与える情報によっては、患者がショックを受けて不利益な結果をもたらす
5. インフォームド・コンセントをしていると時間がかかりすぎる

また、患者に治療方法の選択権を与えることについては、訓練された医者でも選択に迷う時に、「(当事者である)患者は冷静な客観的判断ができるか」という指摘もある。このような問題は、当然日本でインフォームド・コンセントを実現するときにも問題となるが、今現在受け入れにくい理由としても考えることができる。

2.2 甘えについて

ところで、欧米の契約社会に対して日本は情の社会といわれる。そして日本語の「甘え」に当たる語が欧米の言語にはないことから、「甘え」は日本人の特徴の一つともいわれる。土居健郎は「甘え」が日本社会の構造の根底にあることを示しながら、欧米人にもこの概念はあるが相対的に弱いただけだと述べている。万国共通の概念であるにしても、日本の考え方として「甘え」を代表させ議論を進めていくことは可能であろう。また、「甘え」には「依存」という意味が少なからず含まれる。「甘え」について土居健郎自身ははっきりと定義していないが、ドアがその著書『日本における都市生活』の中で、「英語の‘to ask’と‘to rely on’のほぼ中間に位する意味をもち、一身上のことで相手の好意あるはからいを期待して委ねるという意味をもつ語」と紹介していることを例にあげ賛同している。これは「甘え」は依存的感情を含むことを示唆するものである。そして「依存」は「信頼」と深い関係にある。後で述べるように医者—患者関係には「信頼」が必要不可欠であるから、「甘え」という切り口でインフォームド・コンセントをみることは意味があると考えられる。

まず、「甘え」について説明しよう。「甘える」という言葉は普段我々が使うもので、専門用語ではない。だからこそその意味をはっきりと断定し難い。そこで、これがもとになっている現象を挙げ、それを「甘え」によって説明する方法を取りたい。

始めは「内と外」の世界についてである。「内」は、うちの子、うちの大学など、所属外の人に向かって所属集団のことを指すときに用いる。「甘え」概念を用いれば、甘えることができるのが「内」であり、できないのが「外」である。生まれて初めて甘えるのは両親、特に母親である。そこで最も甘えることができる、遠慮のないのが家族であり、「内」の世界である。これら「甘え」の支えには精神的な依存心がある。子は親に依存して育つし、甘えても、遠慮がなくても関係が崩れない、それが「内」の世界である。肩が凝らない楽な世界であるから、日本人は「内」の世界に入りたがるし、一度入った後はその中で堅い関係を作り、「外」に対しての防御とする。つまり「外」の世界に対しては、必要以上に身構えるわけである。しかし更にその外の世界には、関係が全くないために遠慮のない世界がある。

「旅の恥は掻き捨て」というが、これは「罪と恥」に対する感覚と関係し、日本人の「悪いことをした」という反省は、その行為が「悪い」という自己内部での反省に因るものではなく、所属集団である「内」の世界を裏切ったことに対して恥じることを関係のある周囲、つまり甘えられない世界に対して表示し、「内」に対しての面目を立てるための感情である。甘えを許される世界と関係のある世界間での反省が「恥」となって現れるのであり、旅先に限られた関係は最も外の世界になり、「恥」にはならないのである。

そして、家族など甘えることが当然許される世界においては、それに対するお礼の必要はない。しかし、甘えることが当然ではない世界、作られた「内」の関係においては、頼らせてもらうことによる支持に対して果たすべきある義務がある。それが「義理」と呼ばれるものである。陰の交換条件ともいうことができよう。これは意識しなくても日本人には自然に発生する感覚で、「有り難う」よりも「すみません」が多用されることも、行為に対して感謝するよりも、してもらうことによりできた借りに対する感情を重くみるためといえる。

また、甘えられる世界では本音が言えるが、それ以外では「外」に対する防御から「本音」、つまり「内」を隠し、「建前」で関係を維持することになる。この「内」としてのグループ(集団)が複雑で、家庭、会社、部、課、同輩がそれぞれ「内」である。「縦社会」といわれるが、横が一つのグループになり、グループのつながりにより形成される。グループ内ではグループ(という名称)に支えられてそれに甘え、構成員は皆等しい力を持つ横の関係となる。一方グループどうしのつながりは、年齢、経験など、差をつける名目となるものを基準に上下(縦)関係が形成される。

ところで、「外」を表れる部分として「表」と考え、「内」が隠れる「裏」であるとする、外部から見たときは、「本音」は「建て前」に隠された「裏」ということになる。一方で日本人は「表」を肯定的なものと考え、本人にとっては「本音」こそが真実、つまり「表」となる。これでは「表」と「裏」は同じものを指し、言葉の上では矛盾してしまう。これらは、視点の転換により起こる、つまり「オモテとウラはすぐれて相対的」(「表と裏」)であるためだが、日本人は「内と外」を無意識的に認めているため言語上の矛盾を気に留めない。言語に付される意味についてあまり深く考えないともいいかえられ、これについて土居健郎は『表と裏』の中で次のように述べている。

日本人とてももちろん言葉を軽んずるわけではないが、しかしどちらかというと言葉が至らないことを意識することの方が多いのではなかろうか。しかもこの意識はしばしば言葉に対する鋭敏な感覚によって裏打ちされている。日本人が昔から多弁雄弁よりも寡黙のほうを好んだのも、同じような理由に基づくと考えてよかろう。

日本人は言語的コミュニケーションが苦手だと言われるが、その理由は、言語よりも「表と裏」の考え方を重視するため、やはり根底に「甘え」が存在するためである。

このように日本の社会は関係に因るもので、これは「甘え」が作る「内と外」という考え方に因るといえる。

2.3 甘えとインフォームド・コンセント

ここでは前に挙げた5つの問題を中心にその理由を考察していくことにする。始めに、問題のうち医者—患者関係に関わる「患者は治療上の危険は知りたくないのではないか」「患者に与える情報によっては、患者がショックを受けて不利益な結果をもたらす」の2点を取り上げることにする。

さて、我々は体に不調を感じてから回復するまでにどのような過程を経るだろうか。サッチマンはこの過程を1. 症候体験段階 2. 病人役割取得段階 3. 医療との接触段階 4. 患者役割段階 5. 回復・リハビリ段階の5段階に分けている。このモデルの評価をすることはここでの目的ではないので避けるが、医者

に関わる前に2段階があることに注目したい。このモデルが正しくなくても、受診前に何らかの段階があることは認められる。つまり、「調子が悪い」と感じてはすぐに受診するわけではなく、売薬を飲むなど自ら何かの処置を講じ、このまま放っておいても改善が期待できないと感じて初めて医者にかかるわけである。この期間は病気により異なるが、このことから医者にかかる時点で患者は「今の状態よりは良くなること」を強く望んでいると思われる。つまり専門家である医者を頼って受診するわけであるから、この時点で甘えが発生することは必至であろう。しかしながら、病名決定の前後では状況が異なる。始めは「どんな病気にかかっているか」がわからず、よって「もしかしたら悪い病気かもしれない」という不安が多少なりともあるのに対し、病気が発見された後は、それが良くても悪くても治療のために患者としての役割を果たす段階に移行するわけで、受診も経過をみるという段階になる。この始めの段階においてインフォームド・コンセントを実施するとすれば、患者の持つ不安ゆえに当然「患者に与える情報によっては、患者がショックを受けて不利益な結果をもたらす」という懸念が生じるのである。

この時点でのインフォームド・コンセントは、特に病名を告知するかどうかに関心が当てられるだろう。しかし、患者の心理状態を考えると、最も不安な時点である。この不安を支えるための「甘え」の方向は、医者に向くであろうし、依存対象とするためには、少なくとも患者の胸中では「医者なら何とかしてくれる」と思い込む必要がある。診断を受けた後の治療の段階では、治る見込みのある場合には不安は軽減される。しかし病気には色々なタイプがあり、特に現在の医学では治療方法がないもの、非常に悪い状態で治る見込みがないものについては、告知時点で不安は解消されず、むしろ恐怖につながる。その時に患者が頼るのは医者である。この依頼心は、恐ろしいことを聞くよりは任せてしまおうという心理に基き、この「甘え」による心理がインフォームド・コンセント受け入れの妨げになっていると考えられよう。

情報を知らされることは、良い情報と共に悪い情報も得るわけで、この時の患者の不安は病名の告知時と同じである。インフォームド・コンセントのもう一つの問題であった「患者は治療上の危険は知りたくないのではないか」についても、同様の結論が導き出せよう。

では、「甘え」による依頼心は医者の何に向いているのだろうか。パターンソンは「医者の三つの権威」として次の項目を挙げている(『医者と患者と病院と』)。

1. 知的権威 (sapiential authority)
2. 道徳的権威 (moral authority)
3. カリスマ的権威 (charismatic authority)

これらをバランス良く持っている医者が望ましいのだろうが、その割合として砂原茂一は、知的権威70%、道徳的権威20%、カリスマ的権威10%を適正比率として提案している。日本人の依頼心から考えると、(個人差があることはいうまでもないことであるが)思っている以上に(患者の心の中にいる)医者にカリスマ的権威を求める気持ちが大いなのではないだろうか。患者にとって医者は特別な人間なのである。医者に自分の体を預けてしまおうと考えることはインフォームド・コンセントの「患者に自己決定権を与えても、患者は医師のいうがままに治療を受けるので無意味だ」という反対論をも支えることになる。

最後に、残りの2つの問題点「説明しても情報を理解できない患者がいる」「インフォームド・コンセントをしていると時間がかかりすぎる」について考えよう。前者については、教育水準が上がり、例えば中等教育段階(中学校・高等学校)の総在学率は1989年のデータでは、アメリカ合衆国80%、イギリス77%に対し日本は97%となっている(『文化統計年鑑1993』)から、日本人の知的水準は世界の中でもトップレベルであるといえ、理解できないという理由によって欧米との大きな差があるとはいえない。また、患者が医者と同じ専門レベルの知識を得ることが目的でもない。ただし、建前と本音を使い

分ける日本人には、言われることに素直に従う「イイ子」が多い。このために情報を理解したかどうかに関わらず、納得した振りをする可能性がある。日本人特有の問題があるとしたら、この点であろう。後者については重要な問題ではあるが、医療システムの問題で、日本人自身に原因が求められることはないだろう。敢えていうならば、日本人は前に述べたカリスマ的権威を強く求めるために、医療システムにおいて患者の適正な分配ができず一部の大病院に集中してしまうこと、医師の専門化、それによる家庭医の減少が診療の時間不足を招いているという原因が挙げられる。

以上のように、日本でのインフォームド・コンセントの導入を妨げる大きな理由として、日本人の特徴である「甘え」から来る依存心が「患者は治療上の危険は知りたくないのではないか」「患者に与える情報によっては、患者がショックを受けて不利益な結果をもたらす」「患者に自己決定権を与えても、患者は医師のいうがままに治療を受けるので無意味だ」の3点の問題の解決を阻んでいることが示される。

3 インフォームド・コンセントの是非を問う

前章で、受け入れ難いということをもとにその理由を考えたが、それでは日本にインフォームド・コンセントを受け入れる必要はないのだろうか。否、必要であると考え。一般にはその理由として、1. 人間の自律性としての自己決定権 2. 現代医療の不確実性が根底にあると考えられ、インフォームド・コンセントが叫ばれる理由に 1. 医事訴訟が頻発するようになった 2. 医学情報が行きわたり、市民の医学知識が高まった 3. 医師は威張っておられなくなり、患者と話し合わざるを得なくなった 4. 一つの病気について、いくつもの治療法が可能になった 5. 医学が進歩したため、医療技術そのものが“両刃の剣”となることが多くなった 6. 患者の権利意識が強くなった 7. 患者本意の医療が求められるようになった(「インフォームド・コンセント」)ことが挙げられる。そこでこの章では、受け入れの必要性について医療不信を根拠として述べたいと思う。

3.1 医療情報に触れる機会の増加

周囲を見渡してみよう。朝夕に届く新聞には健康に関する特集が組まれている。テレビ・ラジオでは～相談をしているし、医療の現状に関するレポートもある。雑誌では読者の投稿による医療ミスについての記事があり、それらに加えて薬・検査・病院や名医選びについての本がある。これらが患者の不安の種を作っているともいえるが、同時にこれら間接的な情報は得たいと考えている日本人が多いのではないだろうか。その証拠にこれらの本はよく売れているという。これはインフォームド・コンセント推進派が売上に貢献しているとも考えられると共に、日本人が医者に付加している希望の現れと考えられる。情報は知りたい。しかし医者からは聞きたくない、或は聞けない状況なのである。

周囲に漂う情報が増えた一方で、患者の目が情報に向かう理由がある。前に考えたインフォームド・コンセントをめぐる問題に、「インフォームド・コンセントをしていると時間がかかりすぎる」ことが挙げられたが、その裏には患者数が多く一人に時間をかけられないという現状があろう。その原因に疾病構造の変化がある。生活環境の変化、高齢化、更には治療技術の向上と方法の開発が寄与し、死に至る割合が減り、その結果慢性病(障害を含む)で医者にかかる割合が増加したのである。平均寿命が伸び慢性病が増えたことは、長期間の治療、良好状態の維持が必要になったことを示している。急性の病気と比べ、いわば猶予期間が与えられたといえよう。期間中、患者はよりよい状態を求める。それは日常生活における必要性からかもしれないし、或いはただ不快感から抜け出したいからかもしれない。いずれにしても患者は少しでも良い状態、それを得るための手段を求めるであろう。

ここで患者と情報が出会う。情報を求める患者の周囲には、数知れない情報が散在しているのだから、両者は容易に結びつく。このように、患者が情報に触れる機会は、かつてに比べ著しく増加したと考え

られる。

3.2 情報の運ぶ大きな期待と現実の差から生まれる不信

昭和36年に国民皆保険制が実現してから、経済的な障壁が取り除かれ、原則的に誰でも何時でも何処でも医者にかかれるようになった。ところが、これが患者の大病院志向の実現に貢献し、結果的に3時間待ちの3分診療といわれる現在の医療供給体制を作りだしている。なぜなら、誰でも何時でも何処でも医者にかかれるためには、医者間に差が無いことが前提条件になる必要があるが、これが崩れてきているためである。

前に挙げたように、周囲には様々な情報が氾濫している。その中には、医療ミスの報道や、新しい治療法についてのレポート、さらに顕著なものには名医を紹介する本がある。これらの情報は、報道の目的からははずれているにしても、医者間の差を表すこととなり、差が無いという前提が崩されることになるのである。

ところで患者の中にある医者の像はどのようなものであろうか。患者はかかっている医者になくとも今以上には良い状態への変化を望むであろう。このような患者の願いから、また、外にある良い情報(〜が治ったという類のもの)から、病気は百パーセント治るという気になってしまうのである。ここに現実と、患者の医者に対する仮想的な信頼とのギャップがあり、しばしばこのギャップが不信につながるのである。これを中村雄二郎は「医療の大きな落とし穴」といい「医学や医療に百パーセントの正しさを患者が期待し、それに対して医者側が、その期待をしばしば安易に自己の権威づけに利用している」(『臨床の知とは何か』)と説明している。

それではこの期待する医者の像はどのように作られるのだろうか。患者の願いや、医学部に対するイメージ、さらに情報によって作られると思われる。患者はおかれている状況から、治療の不確実性を受け入れ難い、或いは受け入れを拒否する。それに加え、様々なメディアは価値の片寄らない情報、いいかえれば中性の情報を伝えているのだろうか。情報が中性である必要はないが、ここでの問題は読者はそれぞれの動機で情報に触れ、情報を常に肯定的に取るということである。読者の利になるように解釈するのである。また読者と同様、著者も個々の考えを持つ。それに従って著す以上、情報は嘘でなくとも片寄った、主観的なものとなろう。直接患者の不安の種をつくる報道に限らず、これらにより得る情報は患者にとって常に有益であるといえるだろう。

次のような例を考えてみよう。本により「ある医者はある慢性病を専門にし、丁寧に一人一人の診療に時間をかける」という情報を得て、その医者を訪ねたとする。ところが同じように情報を得た他の患者により既にこみあっていて、その結果一人一人に十分な時間をかける余裕を持てなくなっていた。更に多忙により医者が倒れてしまったらどうなるだろう。診療は他の医者にできても、この医師の代わりはできない。この医者を訪ねた患者のこの医者に対する評価はどう変わるだろうか。情報、或は情報の発信者(時に医者自身である)に対する不信は、現実には見える相手である医者に向けられてしまう。この場合、本から得た情報に関する患者の情報処理能力が足りなかった一方で、理由はどうあれ不信感が生まれてしまうのである。平成6年の健康保険組合連合会の「健康づくりと医療」に関する調査(平成6年7月に全国の20歳以上の男女2000人を対象に面接調査し、1437人から回答を得たもの)の結果では、「診療に不満・疑問があると回答した人は…30.9%に達し、過去最高」(日本経済新聞1994年11月7日(月)朝刊)であった。医療の基本である信頼関係の低下は重要な問題である。

3.3 情報の不平等

医療現場では、医者と患者の持つ情報は不平等である。なぜなら、医療の「基本的な特異性の一つとして、サービスの内容が複雑で再現性に乏しいため、患者としてそもそもどの様なサービスを必要として

いるのか、あるいはサービスを受けた後で内容が適切であったかどうかを判断できず、そのため専門知識を持った医師に委ねる必要」があるからである。そのために「供給者である医師が需要者である患者の購入すべき医療サービスの内容を決めることが前提となっている」のである（『医療の政策選択』）。それでは、患者が得る情報が増えていくにつれてこの不平等は改善されていくのではないだろうか。専門的な医学知識や、体のメカニズムの理解までは期待できなくても、検査について、薬について、治療について、今までと比較してより詳しい情報を得ることが可能であろう。

ところで世の中に出回る情報が増加しているのに対し、管理されている情報もある。まず例を挙げよう。「長期の旅先で熱を出し医者にかかったところほぼ一ヵ月位の間に三回も胸部レントゲン撮影を行った」（『なぜ医療が信用できないか』より要約）という話である。三回とも異なる病院に行ったためであり、病院によっては診察する前に撮影を行ったところもあった。これについて田中伸尚は「前の病院のレントゲンやカルテのコピーがあれば、二度目の病院の診療やみても変わっていたかもしれない」（『なぜ医療が信用できないか』）とコメントしている。必要が無いにもかかわらず、医者は得た情報を（他の医師には）提供しないことが多いのである。多くの場合これらの情報の所有権は患者本人には与えられていない。

このように考えると、患者が得られる絶対的な情報量は増えたと考えられるが、医者を持つ情報との比、いわば相対的な情報量は減ったといえる。そして隠された情報と、知ることのできる情報がぶつかったとき、疑いが生じるであろう。宮澤潤のいうように、「医療における信頼関係も、その他の人間関係において発生する信頼関係と同様の特徴を持っており、隠すことによっては生まれ得ないもの」（『病院 10』「法律家の立場からインフォームド・コンセントを考える」）だと考える。

3.4 なぜインフォームド・コンセントが必要か

それでは、情報が氾濫している現在、更に情報量が増えると予測できる未来において、医療に対する信頼の回復は望めないのだろうか。憲法第二条で、集会・結社・表現の自由、検閲の禁止、通信の秘密が保障されている以上、情報に制限を加えることはできない。可能だとするならば、それは情報発信者の倫理観に頼るしかないであろう。それでは、医療への信頼が情報の洪水に流されていくのを、ただ見つめているしかないのだろうか。この心配に対し、星野一正は次のような明るい考えを持っている。

インフォームド・コンセントの法理を理解して、しかしそれを法的な規制としてではなく、倫理的な規範として、患者を慈しみ情のある対応をして、患者の身になって考え、患者の希望を生かした医療を心掛けていけば、自然と患者の方から医師を頼り信頼するようになるであろう。患者に信頼されれば、医師もそれに応えて、全人的な医療を心掛けるようになり、医師—患者の人間的な繋がりが深まり、よい医療ができるようになり…（『医療の倫理』）

情報を持って情報を制す。情報の規制ができない以上、情報を旨く処理すること、すなわち医者が専門家の立場を生かし患者の混乱した情報を患者が納得するように整理することが必要であろう。これは、診療に対する不満や疑問の内訳で「病状や治療について十分説明してもらえなかった」ことを挙げる人が44.1%（平成6年7月 健康保険組合連合会の調査）と最も多くなっていることから導き出されよう。同調査では、「インフォームド・コンセントを求める人が四人に三人」に上るという結果も出ている。そして患者が納得するような情報の整理、説明、これこそが医者の信頼回復、医者—患者関係の改善への近道だと考えるのである。

前に引用したように、医者—患者間にある情報は不平等は医療の「基本的な特異性の一つ」によるのだが、この特性は変化しないものだろうか。疾病構造が変わり、治療法についての選択肢（情報）が増加した現在、それらを患者が知ることのできる現在、患者が必要としているサービスは医者の専門知識の

みによって判断され得るものだろうか。サービスの内容が適切であったかどうかの判断の基準は何に基づいているのだろうか。この特性が少しでも変化していれば、「供給者である医師が需要者である患者の購入すべき医療サービスの内容を決める」という前提も変わってくるはずである。患者も自らが購入する医療サービスの内容の決定に関与できる、またその必要があると議論を進めることができよう。

情報社会といわれる今日、正に情報が氾濫している。それらから有益なものを選択する能力が人々に求められる一方で、正しい情報を供給する役割を情報の供給者にも求めたいものである。その一手段として、医療現場におけるインフォームド・コンセントの導入を提案したい。情報社会では、国民皆保険制の前提となっていた「医者間に差がない」という条件が崩れてきている。しかしながら患者の医者に対する期待は変わらず、その結果患者の仮想する医者と現実の医者との間に差が生じ、それが不信につながっている。この信頼回復を主たる目的とするインフォームド・コンセントが必要であると考え。インフォームド・コンセントを、単に告知問題として考えず、むしろ正しい情報の供給の場、患者の持つ情報を整理し不要な不安を取り除く場として位置付けることはできないだろうか。国民皆保険制により個人が支払う医療費には限度があるとはいえ、各人は各々の生活を持っている。患者は同時個々の役割を持っているわけで、特に長期にわたる場合、その生活を無視して治療を行うことはできない。今は、医療のために生活を犠牲にする時代ではなく、生活に必要な医療をうまく取り込む時代だと言えよう。そのための相互調整の場が必要である。つまり「説明と同意」の前者、「説明」の重要性を感じるのである。

3.5 情報を得るのは権利か義務か

では、インフォームド・コンセントを望まない人にはどうするべきだろうか。これにはインフォームド・コンセントを患者の義務とすべきか権利とすべきかの問題と考えられる。患者は自分の体に関する情報を得、治療法を自ら選ぶ義務を負うか、その権利を持っているのか。

自分の体である以上、また病気の原因として環境要因が関わっている以上、医者との共同作業として治療方針を決定し、それに従う役割が患者側にもあると考える。医者に対し情報の提供を求める限り、患者側にもそれなりの義務が課されるであろう。しかしながら前にあげたようなマイナス面もあり、インフォームド・コンセントを望まない人にまで当然の義務として課すことには同意できない。では、ケースバイケースにすべきか。このケースは誰が決めるのか。

他者による決定には本人との食い違いが心配される。医療方針の取り違えについては、大井玄らが昭和60年に佐久市で行った終末期意識の調査に、患者の意向を「医師が正しく当てた数は…わずかに四一%に過ぎない」(『叢書 死の文化 3 終末期医療—自分の死をとりもどすために』)とある。また、同じく大井玄ががん専門病院で「患者たちの生活満足度とそれに関連する心身症状や身体機能などの調査をおこなった」結果は、患者たちが「どんなに惨めな思いで日々を生活しているのだろうか」という予想に反して、「彼らの生活についての満足度は、平均して、対照として調査した一般住民と全く変わらなかった」(『叢書 死の文化 18 終末期医療 II—死の前のクオリティー・オブ・ライフ—』)のである。この結果により、相手の考えを正しく当てるのは難しいことを認めざるを得ないだろう。それでは家族ではどうか。医者よりは関係が近くなるものの、本人の考えをわかっているだろうか。事前に病名を知らせ合うと約束していても言えなかった例もある(『がん告知』)。家族のつながり、端的には家庭の在り方も変化している(『家庭のない家族の時代』)。本人の生き方を左右する問題の決定を、周囲がする権利があるのだろうか。インフォームド・コンセントで重要なのは、本人の生き方を尊重することだと考える。

本人の生き方を尊重することは、全員が治療方法についての自己決定を行っていくべきだという考えにつながっていくかもしれない。しかし、一つ手前の段階、つまり情報を得たいかどうか(説明を聞いた

いかどうか)についても選択肢が与えられるべきであろう。宮澤潤のいうように、「自己の病名・病状を知らされない権利というものも当然認めて然るべき」(『病院 10』「法律家の立場からインフォームド・コンセントを考える」)だと考える。その際、原則としてインフォームド・コンセントを実施すべきだと考える。希望しない人に重点をおき、原則的に実施しない方針をとると、希望者は得た情報に嘘ではないかと疑いを持つ可能性があり、それではインフォームド・コンセントのメリットの一つである医療現場における信頼回復という目的が十分に果たせないからである。よって、実施を原則とした上で、希望しない人をどのように認識するかが実際の問題となる。

4 医療現場における情報伝達に関する面接調査について

前に述べたように、医者のカリスマ的権威の低下と不安の増加が考えられる。しかし日本人の中に権威に対する「甘え」が存在する以上、その方向を他の権威に向ける必要がある。不安が高まっているならその必要性は大きい。治療において患者に強い依存心ができてしまうことは望ましくないが、信頼関係の回復と不安に揺れている患者の心を支持することは必要であろう。そしてその権威を知的権威に求め、この目的でのインフォームド・コンセントの導入を考えたらよいのではないだろうか。

そこで、日本におけるインフォームド・コンセントの実現に向けて、具体的な問題を探るために面接調査、またそれに先だってアンケート調査を実施した。これらについて考察したい。

4.1 目的

日本でのインフォームド・コンセントの導入を妨げる大きな理由として、日本人の特徴である「甘え」から来る依存心が「患者は治療上の危険は知りたくないのではないか」「患者に与える情報によっては、患者がショックを受けて不利益な結果をもたらす」「患者に自己決定権を与えても、患者は医師のいうがままに治療を受けるので無意味だ」の3点の問題の解決を阻んでいることが考えられる。そこでこれらの問題を解決するために、医療現場で情報伝達する時の、受け手側のショックの方向、マイナスの情報に対する意識、自己決定の権利意識について、判断のもとになっている事実を聞くために面接調査を行った。

4.2 方法

慶應義塾大学湘南藤沢キャンパスの、1994年度秋学期に池上直己研究会を履修している4年生5人(男:3人,女:2人)を対象とし、1994年12月に面接調査を行った。面接時間は約30分で、面接の前に6問からなるアンケート(参考資料7.1参照)を行った。(面接調査での質問内容は参考資料7.3参照。)

4.3 考察——アンケート調査について

上記の要領で面接調査を実施したが、まず、それに先だって行ったアンケート調査(参考資料7.1参照)の結果(参考資料7.2参照)についてふれておきたい。

アンケートは病名を告知して欲しいか、危険性を含めた治療法の説明をして欲しいか、治療方針を自己決定したいかについて、当事者が回答者自身の場合と回答者の家族の一人の場合について、同じ質問をした。回答には本人に関しては全てが希望するものであったのに対し、家族に対しては必ずしも同じことを望んでいない傾向が見られた。調査の対象は研究会の4年生ということで年齢に大差はなく、また全員が未婚であり家族の一人として親・兄弟を考えていることをつけ加えておく。ここで家族の一人という表現を使ったことから、それが誰かによって違くと両方の選択肢を選んだ例(参考資料7.2では選

択肢3に分類)があった。今回のアンケート調査は、面接調査の資料とすることが目的であり、標本も少ないため傾向を示すに留まるが、読売新聞が1994年に行った調査と比較して下の表のように病名告知に対する積極派が多いと見られる。これは、1994年度秋学期の池上研究会の研究主題は「日本の医療の現状と問題点」であり、履修者は医療について何らかの問題意識を持ち解決していきたいと考えているためと考えられ、予想していた結果であった。また、読売新聞の調査と今回のアンケートでは、質問の仕方に「ガン」という特定の病名名を用いているかに差があるが、面接調査において「アンケート中の病名は生死にかかわるものと考えた」という声があり、質問の違いが回答の差を導き出したとは考え難い。

かかっている病名の名前を知りたいですか。		
	知りたい	知りたくない
家族に知らせたい	60%	0%
家族に知らせたくない	20%	0%
上記以外	20%	0%

「ガン」にかかったとしたら、そのことを自分に知らせてほしい。

	知らせてほしい N=1325	知らせてほしくない N=606
家族に知らせる	36%	5%
家族に知らせない	46%	89%
上記以外	18%	6%
	100%	100%

(読売新聞、1994年全国調査)

4.4 考察——面接調査について

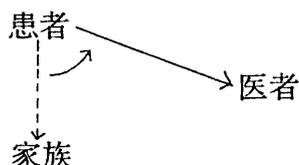
次に面接調査についてである(結果は参考資料6.4参照)。調査の目的にそって3つに分けて整理していくことにする。

まず、医療現場で情報伝達する時の受け手側のショックの方向についてである。インフォームド・コンセントの議論の中で常に病名告知が問題となる。「患者に与える情報によっては、患者がショックを受けて不利益な結果をもたらす」のではないかと考えられるためだが、このショックの方向を知り、それを軽減する努力により、患者にもたらす不利益な結果も最小限に食い止めることが可能だと考える。

質問項目3に対する回答からみてみよう。病名を聞いたときのショックは死という一点に向けられるのではなく、死に至るまでの時間的、肉体的制限に向けられている。これも死に対する恐怖に含まれるのかもしれないが、予想していたよりも恐怖がショックの原因と答えた人が少なかった。また特に死の恐怖については、告知時よりもその後を感じるだろうという回答が多かった。告知時のショックは、近い将来に迎えるであろう死という一時に向けられているというよりは、病気でなかったら滞りなくできたことが制限されてしまうという、目標、夢の喪失に向けられていると予想できる。

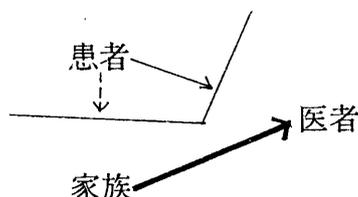
それではそのショックを和らげるものとしては何が考えられるだろうか(質問項目5)。支えるもの、よりかかれるものとまとめられるが、中でも家族という回答が多く、甘えの方向は医者よりも家族に向けられているようだ。それならば、医者に病名を告知され、いわば救いに対する最後の砦が崩されても、

耐え難いショックにつながることはないといえる。患者にはまだ家族がいるのである。ところが、質問項目2に対する回答のうち、当事者である家族(の一人)は耐えられないだろうから知らせたくないと答えたが、「もし(当事者が)希望し、告知後自分がついていられる状況ならば知らせる」とつけ加えた回答者がいた。患者は家族という支えが必要であるが、家族は必ずしもそれに応えられる状況にはない。そこで周囲にいてくれる、いることができる人として医者が挙げられるのではないだろうか。つまり甘えの対象としての医者は、家族の代わりであるといえる。



一方で病名を知らせたくない理由として(質問項目2)、当事者に対する同情よりも、聞くことに対する当事者の反応が恐怖であり、また知らせないことが残される家族にとっての救済となるという回答があった。ところが当事者が回答者本人の場合では、全員が告知を望んでいて、告知時にショックを受けるのではないかという間にもショックを受けても聞きたい、それも病気や死を受け入れる一経過であるという考えを持っていた。家族は知らない方がいい、耐えられないからというのは建て前で、実はショックを受けた家族の姿を見るのが怖い、どう接したらいいかわからないから知らせないで欲しいというのが本音であろう。

しかしながら、告知して欲しいが家族にはしたくないというのは矛盾する。現在の医療現場では、本人より先に家族に病名を伝えることが多く、本人への告知は家族に意見を聞いてからとなっている。つまり家族に告知したくないという意見をより重視すれば、告知して欲しいという願いは聞き入れられないのである。家族に告知しないのであれば、自分自身に告知してもらえないこともないのである。また、一方で患者に特に家族という支えが必要と考えながら、他方で本人への病名告知を避けることは、家族が医者との関係形成するのに対し、患者を外に置くことになり、患者になる前に存在したはずの家族と患者の甘え関係が崩れ、結果的に患者を誰にも甘えられない状況、つまり誰も頼れない状況=支えの無い状況に追いやってしまう。これについて意見を聞いたが(質問項目6)、納得がいかないながらも現在の状況では最も妥当な方法であろうと評価していた。家族をとるか自分をとるかでは、家族をとる人が多いということで、ショックを受けた家族の姿を見ることや、家族を支えていくことに対する恐怖・不安がかなり大きいと察することができる。患者以上に家族へのサポートが重要であるといえよう。甘えの心は患者よりむしろ家族にあるのである。



次に、医療現場で情報伝達する時のマイナスの情報に対する意識についてである。伝達される情報の中には、危険性や副作用などのマイナス方向のものもある。これらはどのように認識されているのだろうか。悪い情報と良い情報については、分けて考えることはなく、むしろ悪い情報を与えないことによ

る不安の方が指摘された。しかし聞きたくない人には、良い情報だけなら与えても問題はないという意見もあった。この調査では全員が回答者本人には情報を与えて欲しいと思っているので、実際マイナスの情報を聞いたときの恐怖が、何に向いているのかはわからない。しかし「患者は治療上の危険は知りたくないのではないか」という疑問には、否定形で答えるのが妥当であろう。

最後に、医療現場で情報伝達する時の自己決定の権利意識についてである。病名を知りたい理由としては、患者は知る権利を持つからというより知りたいという希望に終わっている。全ての人に知らせるか知らせないかの選択では、たとえ自分が知りたくても、家族に知らせないためには教えてもらわなくてもかまわないという消極的な姿勢である。また権利を前面に押し出すことにより、医療現場の雰囲気が悪くなることを危惧する回答者もあり、聞きたいからできれば医者の方から言う姿勢になってくれればという受け身の考え方が支持されている。

治療方針の説明に関しては、それを自己決定するためには必要と考える人が多く、自己決定は当然のこと、または医者或いは知らないことへの不安の解消のためである。この質問では当事者が家族の場合でも本人の意志を重視するという回答が多く、その理由に関しても本人の場合とほぼ一致する。

治療方針の選択については、権利の主張というより、納得していたいという希望である。家族の場合も同様といえよう。悪い情報に対する恐怖に対し、本人の場合は、それにショックを受けても常に納得していたいと考える。三つの質問で分けるなら、自己決定したい、そのためにはショックを受けても全ての情報を得たいという方向につながる。しかし一方で、家族に対しては、家族の反応に対しての恐怖から、告知を希望するかどうか。希望するなら自己決定すべきだから情報が欲しい。しかし希望しないなら自己決定はあきらめるといふ方向につながってしまう。

医者への不信から自己決定を希望する声もある。不信については、医者に風邪以外の病気でかかったことがあるかないかに因るとみられ、氾濫している情報によってのみ生まれることはなさそうである。情報はあくまでも触媒であり、医療現場での不満がその不信の種となるといえよう。すなわち、学生が一定期間を超えて続けて医者にかかることは少なく、逆に年を重ねるにつれて医者にかかり不満を持つ機会が増えるといえよう。従って自己決定を希望する声は増えると思われる。

前に「患者に自己決定権を与えても、患者は医師のいうがままに治療を受けるので無意味だ」という問題が指摘されたが、日本人にとってインフォームド・コンセントの意義は、自己決定したことよりも、医者から話を聞き方針の決定に関わったという、自己内の納得が重要なのではないだろうか。納得により治療に協力的になることでもあれば、それが医者のいうがままの治療でも問題はないだろう。

4.5 結論

調査は標本が少ないため、結果から傾向を見いだすことしかできないが、インフォームド・コンセントを阻む大きな問題は、家族の甘えにあると思われる。さらに当事者と家族は、常に置換される関係であるから、個々人が別の個人をどの様に認めるかという問題に帰結する。面接調査をしている間にも意見が変わっていく回答者がみられ、面接調査後に再度アンケート調査を実施したら結果が変わっていたかもしれない。その意味では、日常からこのような問題を考える機会を持つことで、突然に起こる家族への告知問題に多少冷静に対処することができるであろう。更に告知後の本人のサポートシステムの確立と、家族のそれを整備することが必須である。これらによりインフォームド・コンセントを妨げる日本人特有の原因はなくなるであろう。

5 日本におけるインフォームド・コンセントの実現に向けて

それでは実際に日本において日本流のインフォームド・コンセントを導入するためには、何が必要であろうか。日本におけるインフォームド・コンセントの実現に向けて、インフォームド・コンセントを原則とした上で、それを希望するかしらないかを選択できることを支持する立場から意思の確認方法について、面接調査の結果から家族の支援体制についてのいくつかの提案をしたい。

5.1 患者の意思の確認方法について

患者の意思の確認については、患者が簡単に意思表示できることと、いつでもその変更ができることが必要である。これは、医療機関の受付にアンケート用紙を備え、それに記入してもらい、医師にわかるようにカルテに表示することで満たされると思われる。初診時に限らず患者の考えが変わったときに随時記入すれば、変更も容易にできるであろう。またこのような間接的な方法をとれば、面と向かってものを言うのが苦手な日本人にとって、医者に直接言わなくてもすむという意味で受け入れ易いであろう。

しかしながら、インフォームド・コンセントを行う一つのメリットとして、患者が治療に対し主体的に取り組むことが挙げられる。そのためには、少なからず患者の方から積極的に求めていく姿勢も大切である。よって、初めの段階では上記のような間接的な方法をとったとしても、最終的には医師を含めた希望を直接医者に伝えることや、疑問な点などについて患者側から積極的に尋ねることが必要である。

5.2 家族の支援体制について

面接調査により、インフォームド・コンセントの受け入れには家族側の抵抗が強いことがわかった。家族は多くの場合患者について最もよく知っていると思われるが、患者本人でない以上必ず患者の意思を正しく把握しているという保証はない。医師が歴史的に病名を先に家族に伝えることが本人への告知を阻んできたことから、本人の希望を聞いた上で本人への告知を最優先した場合でも、医者—家族関係の悪化につながる可能性がある。実際に当事者である患者以上に、何もできない家族のつらさは大きいものかもしれない。よって、インフォームド・コンセントを導入する上で、患者についても家族についてもアフターケアの体制を整えることが、一つの重要な問題となる。患者へのインフォームド・コンセントと同時に、医者からの家族への説明やカウンセリングシステムを整える必要がある。或いは、医者と患者、家族の三者を交えた話し合いの場を持つ必要があるだろう。

先に家族に病名を知らせ、本人には病名を伝えないことが多いという現在の状況から脱するために、まず、家族と医者の話し合いの時間を持つようにしたら良いのではないだろうか。これは病名の告知をする第一回目も含めて、何回か行なわれる必要がある。その際に本人がどのように考えていたか、周囲にいる者としてそれを尊重する必要があるのではないかという点を中心に、対等の立場でお互いに意見交換をすることが重要である。

5.3 その他の問題

甘えを源とする日本特有の問題の解決と共に、万国共通の「説明しても情報を理解できない患者がいる」「インフォームド・コンセントをしていると時間がかかりすぎる」問題がある。

前者の問題の解決には医者の努力に頼るしかないが、その際に、一つのマニュアルの作成が役にたつのではないか。医者にとって当たり前となってしまっている専門用語の訳し方や、伝える内容について一つの基準があれば、医者側も導入に対し不安が減り、また実行もし易いであろう。

後者の問題の解決には「患者を分散させる」ことが必要だが、そのためには池上直己のいうように「受診を制限するか、どの病院に行っても同様の質の医療を受けられるようにするか」(『からだの科学』「イ

ンフォームド・コンセントと日本の医療」) しかない。この問題は、長い待ち時間の問題としてしばしば取り上げられるが、予約による受診の制限は、待ち時間の単位が時間であるか日であるかの違いに過ぎず、診療時間の確保の目的は満たせても、待ち時間の減少には必ずしも結びつかず、患者の満足を生むかどうか疑問である。よって、「どの病院に行っても同様の質の医療を受けられるようにする」方を支持する。患者が病状に最も適した医療機関を選択する方向へ持っていくことにより、数の分散を図りたい。そのために、医療機関どうしの協力や医療機関の役割分担と共に、それを患者が学ぶ必要がある。

更に、池上直己は薬の処方期間についても触れているが、薬だけを求めて病院に来る患者にも時間を割いてのインフォームド・コンセントが必要だろうか。医者が必要としているのは、インフォームド・コンセントを必要とする人であり、薬を求めている人に対して病院が対応する必要があるのだろうか。処方箋に対する規制の緩和をし、或いは薬の管理の役割は薬局など別の機関に委託してもよいのではないだろうか。薬で稼げなくなると病院が潰れてしまうという声が聞こえてきそうだが、再診などの保険点数を上げ、患者とのコミュニケーションの時間に対する評価をすべきであろう。

5.4 インフォームド・コンセント受け入れの方法

受け入れの段階としては、まず患者の情報を整理する意味で、慢性病の治療・薬の効果や検査の目的など比較的恐怖が少ない点から、説明・診療時間を増やし医者—患者関係の回復に努めればよいのではないだろうか。同時にホスピスなど新たな支持機関を作り、次の段階に備えるべきであろう。依存対象の喪失という受け入れの問題の解決と共に、「説明と同意」の説明と相互調整に力を入れたインフォームド・コンセントを提案する。幸い日本のインフォームド・コンセントは、アメリカのように医師の裁判に対する自己防衛から生まれたものではなく、また「患者の権利」が強調され独り歩きしたものでもない。これは、日本は情の社会であるため行為よりも精神的なつながり、関係を重視し、弁護士の数もアメリカのように多くないことに因る。その意味でインフォームド・コンセントが生まれた目的である「臨床研究の倫理を守ることに則り、つまり告知という一時点よりも過程としての検査や投薬の功罪・必要性の説明に重点をおけば良い。導入も必要かつ可能と思われる部分からでよい。その過程で、患者・医者両者がインフォームド・コンセントの善悪・諸々の問題、究極的な状況である告知問題について考えること、その機会が与えられることは、現場を抜きにした議論よりも意味があると考え。患者がより積極的に医療に関わるための準備期間にもなるだろう。

日本流のインフォームド・コンセントを考えると、癌告知や脳死問題と切り離して、日本の文化という面からその根底に眠る問題を考える必要があり、導入にはその面の解決方法を考えなくてはならない。

6 参考文献

- 秋山秀樹著『日本のインフォームド・コンセント』講談社 1994
- 『病院 10』OCTOBER 1994 Vol.53 No.10 医学書院
- 土居健郎著『「甘え」の構造』弘文堂 1971
- 土居健郎著『「甘え」さまざま』弘文堂 1989
- 土居健郎著『表と裏』弘文堂 1985
- E. キュープラー・ロス著 川口正吉訳『死ぬ瞬間』読売新聞社 1971
- 遠藤雄三著『医療の社会学』世界思想社 1990
- 星野一正著『医療の倫理』岩波新書 1991
- 池上直己著『医療の政策選択』勁草書房 1992
- 『医療 '93 9月号』メヂカルフレンド社 1993

- 【からだの科学 181号】日本評論社 1995
- 河野友信編『医学と医療の行動科学』朝倉書店 1991
- 水野肇著『インフォームド・コンセント』中公新書 1990
- 中村雄二郎著『臨床の知とは何か』岩波新書 1992
- 波平恵美子著『病と死の文化—現代医療の人類学』朝日新聞社 1993
- 日本経済新聞 1994年11月7日(月)朝刊「「診療に不満」3割超す」
- 小此木啓吾著『現代人の心理構造』日本放送出版協会 1986
- 小此木啓吾著『家庭のない家族の時代』筑摩書房 1992
- 大井玄著『叢書 死の文化 3 終末期医療—自分の死をとりもどすために』弘文堂 1989
- 大井玄著『叢書 死の文化 18 終末期医療 II—死の前のクオリティー・オブ・ライフ—』弘文堂 1993
- Paul S.Appelbaum, Charles W.lidz, Alan Meisel 著 杉山弘行訳『インフォームド・コンセント—臨床の現場での法律と倫理』文光堂 1994
- P.L. エントラルゴ著 榎本稔訳『医者と患者』平凡社 1983
- 砂原茂一著『医者と患者と病院と』岩波新書 1983
- 砂原茂一著『リハビリテーション』岩波新書 1980
- 田中伸尚著『なぜ医療が信用できないか』社会思想社 1994
- ユネスコ編 永井道雄監訳『文化統計年鑑 1993』原書房 1994
- 山内喜美子著『告知せず』文藝春秋 1991

7 参考資料

7.1 アンケート

医療現場における情報伝達に関するアンケート

私は「医療現場における人間関係」を大学での研究のテーマとしていますが、その一環として医師から患者への情報提供について調査したいと思っています。医療現場における情報提供は、今のところ医師の裁量権に委ねられているといえるでしょう。ところで、患者側は実際どのように考えているのでしょうか。皆様の考えをお聞かせ下さい。このアンケートについてご迷惑をおかけすることは絶対にありませんので、よろしくお願いします。

以下の質問について、当てはまる選択肢に○をつけて下さい。

まず、あなたが入院していると仮定して答えて下さい。

Q1. あなたはかかっている病気の名前を知りたいですか？

1. 知りたい 2. 知りたくない

Q2. あなたは病気の治療方針について危険性も含めて医師に説明して欲しいですか？

1. 説明して欲しい 2. 説明して欲しくない

Q3. あなたは様々な治療方法のメリット・デメリットを医師に提示してもらった上で、治療方針を自分で決定したいですか？

1. 自分で決定したい 2. 自分で決定したくない

次に、あなたの家族の一人が入院していると仮定して答えて下さい。

Q4. あなたは本人がかかっている病気の名前を知らせたいですか？

1. 知らせたい 2. 知らせたくない

Q5. あなたは病気の治療方針について危険性も含めて医師から本人に説明をして欲しいですか？

1. 説明して欲しい 2. 説明して欲しくない

Q6. あなたは、様々な治療方法のメリット・デメリットを医師から提示してもらった上で治療方針を本人が決定して欲しいですか？

1. 本人が決定して欲しい 2. 本人が決定して欲しくない

最後にあなたについておしえて下さい。

環境情報学部 総合政策学部 _____年_____歳 男 女

御協力ありがとうございました。

御質問、御意見がありましたら環境情報学部4年土田純子(03-3785-2524,t91281jt)まで
 お願いします。

7.2 アンケート結果

選択肢	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
1	5	5	5	3	3	4
2	0	0	0	1	1	1
3(その他)	0	0	0	1	1	0

*選択肢1・2の両方に印があったものは選択肢3とした。

7.3 面接調査の質問内容

- Q1. 病名を何故知りたい(知りたくない)か。
- Q2. 病名を何故知らせたい(知らせたくない)か。
- Q3. 病名を聞いた時、場合によってショックを受けると思うが、それは何に対してか。
- Q4. ショックに恐れが含まれている時、それは何に対してか。
- Q5. 例えば、何があれば不安やショックは和らぐと思うか。
- Q6. 医者が病名を本人より先に家族に伝えることについてどのように考えるか。
- Q7. 危険性を含めて治療方針を何故説明して欲しい(欲しくない)か。
- Q8. 危険性を含めて治療方針を何故本人(家族の一人)に説明して欲しい(欲しくない)か。
- Q9. 悪い情報を聞きたいか、聞きたくないか。それは何故か。
- Q10. 良い情報だけなら聞きたいか。それは何故か。
- Q11. 家族の一人が病気の人に本人に悪い情報を聞かせたいか、聞かせたくないか。それは何故か。
- Q12. 本人に良い情報だけなら聞かせたいか。それは何故か。
- Q13. 何故治療方針を自分で選びたい(選びたくない)か。
- Q14. 何故治療方針を本人(家族の一人)に選ばせたい(選ばせたくない)か。
- Q15. 医者から説明が欲しいと思ったことはあるか。
- Q16. それはどのような時か。
- Q17. 医者に説明を求めたか。
- Q18. その時の医者の反応は。
- Q19. 医者の反応に対しどう感じたか。
- Q20. 医者の治療方針について不満を持ったことはあるか。
- Q21. その時に自分の希望を伝えたか。

7.4 面接調査の結果

以下が面接調査の結果であるが、調査は選択式の質問ではなかったため、様々な回答があった。類似した答をまとめることもできるが、ここにはあえて語られた言葉通りに記録した。同じ言葉が使われた場合のみ、その数を括弧内に記した。

Q1. 病名を何故知りたい(知りたくない)か。

- 知りたい
- ・ 真実を知りたい
 - ・ ごまかして欲しくない
 - ・ 最期までにやっておきたいことを済ませたいから
 - ・ まわりに気をつかわれるのは嫌
 - ・ おかれている立場をはっきりしたい
 - ・ 自分のことだから
 - ・ 医療は100%でなく、生死にかかわることだから
 - ・ 知る権利があるから

Q2. 病名を何故知らせたい(知らせたくない)か。

- 知らせたい
- ・ 本人の意思だから
 - ・ おかれている立場をはっきり知って欲しい
 - ・ 聞くことに耐え得る人だと思うから
 - ・ 知る権利があるから
 - ・ おちつかせるため
- 知らせたくない
- ・ 本人の意思だから
 - ・ 聞くことに耐えられないと思う
 - ・ 家族にとっての救済
 - ・ ショックを受けた親の姿を見たくない
 - ・ まわりにとっても恐怖だから

Q3. 病名を聞いた時、場合によってショックを受けると思うが、それは何に対してか。

- ・ 恐怖
- ・ 死ぬのが嫌だから
- ・ 死に対する恐怖
- ・ 余命
- ・ 人生設計が狂うこと
- ・ 未来に対して求めているものを今に迫られる束縛感
- ・ 生活が肉体的に制限を受けること
- ・ 苦痛
- ・ 未知(体験していない)のこと

Q4. ショックに恐れが含まれている時、それは何に対してか。

- ・ 死(3)
- ・ 人生が終わること
- ・ 痛み
- ・ わからないこと

Q5. 例えば、何があれば不安やショックは和らぐと思うか。

- ・支えるもの、よりかかかれるもの (2)
- ・家族の支え (2)
- ・周囲の人
- ・信頼できる (最善をつくす) 医者
- ・社会的なサポート・保障 (カムバックしたとき病気でないときと同じ状態)
- ・説明

Q6. 医者が病名を本人より先に家族に伝えることについてどのように考えるか。

- | | | |
|----|----------|--|
| A1 | 良い | 親のために。 |
| A2 | しかたない | とりあえず本人のことをよく知っているから。 |
| A3 | 嫌 | 病気は本人のものだから医者から本人、そして家族という順に情報が伝わるべき。 |
| A4 | 自己決定に反する | しかし家族、特に男から女では感情が入ってしまう。事実を聞く権利というより、雰囲気の問題。 |
| A5 | 反対 | 病名を知りたいし、家族の方が本人よりショックが大きくなってしまうから。しかし今の状況 (自分の体、死、生きることについて考えていない) では家族の方が複数でショックを分散するためよい。 |

Q7. 危険性を含めて治療方針を何故説明して欲しい (欲しくない) か。

- | | |
|---------|---|
| 説明して欲しい | ・常に不安を抱いているのが嫌 |
| | ・100%医者を信じられない |
| | ・自分で選択するために必要だから |
| | ・自分のことだから医者任せがおかしい |
| | ・結果として大差がないなら (治療法を) 選びたい。その前段階として必要だから |

Q8. 危険性を含めて治療方針を何故本人 (家族の一人) に説明して欲しい (欲しくない) か。

- | | |
|-----------|---------------------|
| 説明して欲しい | ・本人の意思だから |
| | ・選択の前段階として必要だから (2) |
| | ・100%医者を信じられない |
| 説明して欲しくない | ・怖い |

Q9. 悪い情報を聞きたいか、聞きたくないか。それは何故か。

- | | | |
|--------|----|-------------------------|
| 聞きたい | 5人 | ・常に不安を抱いているのが嫌 |
| | | ・(よい情報と悪い情報を) 切り離す必要はない |
| | | ・判断の材料になる |
| 聞きたくない | 0人 | |

Q10. 良い情報だけなら聞きたいか。それは何故か。

- | | |
|--------|----|
| 聞きたい | 0人 |
| 聞きたくない | 5人 |

Q20. 医者の治療方針について不満を持ったことはあるか。

ある 2人

ない 3人

Q21. その時に自分の希望を伝えたか。

伝えなかった(2)

