



インフォームド・コンセントにおける「説明」のあり方に関する小考察

茶谷, 直人

(Citation)

倫理創成講座ニューズレター, 3:7-11

(Issue Date)

2005-03

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/81001714>





インフォームド・コンセントにおける「説明」のあり方に関する小考察

茶谷 直人（哲学／文化学研究科助手）

「インフォームド・コンセント (informed consent, 以下 IC)」という手続きは、ナチスによる非人道的な人体実験に対する反省に端を発して以来、消費者運動などの隆盛による後押しをも受け、米国などでは今や医療の現場において不可欠のものとして定着している。そして日本の医療現場でも遅ればせながらその定着は進みつつあり、社会的にも少なくともその名称は誰もが知るところのものとなっている。IC についての詳細な定義は今控えるとして、その内実を極端に単純化すれば、「患者が、病状や考えられる治療上の選択肢について医師から必要な説明を受け (informed)、しかもそれらを理解した上で選択肢のいずれかに同意すること (consent)」であると規定できよう (以下では治療に限って話を進める)。この手続きは、法的には侵襲的行為 (例えば手術における身体の切開) に関する違法性阻却要件として機能する一方、倫理的な主旨としては、「自律 (autonomy)」 (一定の判断能力を持つ個人が外部からの不当な干渉なしに自らの意図によって選択・行為すること) を存立根拠とするものである。

しかし、日本では確かにICの知名度は高まったとはいえ、果たしてその内実の認知が定着したかという疑問である。他国に比べ伝統的にパターンリズムの色彩が濃い日本の社会では、個人の自律を基礎とするICについて理解が進み難いのは致し方ない面もある。また専門的文献にさえ散見される「医師がICを行なう」といった誤用や、国立国語研究所による「納得診療」という言い換え案から示唆されるように、「医師が情報開示すること」「患者の了解を得ること」といった一面的理解が医療現場でも一般社会においても少なくないように思われる。これらを単なる認識不足や個人主義の未成熟によるものとして片付けるのは容易いが、しかし一方で、「説明を受けた上での同意」という抽象的な概念自体に一定の捉え難さがあることも事実であろう。確かに、「同意」はひとまず直観的にイメージできるにしても、「説明」については、果たして「いつ」「どのような仕方」「何を」「どこまで」(etc.)説明すべきかが直ちに明らかではなく、そのことがICの難解さの一因となっているように思われる。そこで、「同意」「理解」と並んでICの基本要素とされるこの説明(情報開示)という手続きに関して、従来の言説を紹介してみたい。

ICにおいて適切な説明とは何か、という問に関してまずもって従来から議論されるのは、周知の通り、「情報開示に如何なる基準を採用するか」という開示基準に関する議論である。諸説は大きく三つの立場に分類が可能であり、それらの規定と主な問題点をピーチャム&チルドレスの整理(『生命医学倫理』成文堂100-106頁参照)に倣い簡略に纏めれば次のようになりそう。

<A>専門家基準説：開示情報は、専門家集団内での伝統的慣行によって決定される

- 主要問題点：(1) 慣行的基準が確固として存在するかどうか不明確
(2) 専門家集団内に怠慢が浸透するおそれがある
(3) 不十分な水準の情報が慣行である場合には低水準の開示基準が正当化される

合理人(合理的患者)基準説：開示情報は、理性的人間を想定しその人を尺度にして決定される

- 主要問題点：(1) 「理性的人間」や「重要な情報」といった概念の定義は困難
(2) 実際に医師がこの基準を具体的にどう採用できるか疑問
(3) 何が重要な情報かは個々の患者と合理的人間では同じとは限らない
(4) 合理的患者が必要とする情報が何かを医師が理解しない場合、説明はあらゆる情報の羅列になりかねない

<C>個別的患者基準説：開示情報は、各患者ごとの具体的必要性に照らして決定される

- 主要問題点：(1) 個々の患者に理性的人間の基準の要素をどの程度採用するかが問題

- (2) 患者は如何なる情報が重要か解らない場合があるし、個々の患者の背景や性格を医師が完全に分析することは不可能なので、この基準だけに頼るのは問題

このようにどの説にも問題はある以上、いずれかへの安易な一元化は禁物であろうし、ケースに応じた複合的適用が求められるのが実情であろう。とはいえ、ICの倫理的本質、即ち自律的権限付託（患者が自分の意志で医師に治療の権限を与える）という点を考慮すれば、少なくとも原理的には、患者が何を望むかを基本に据える立場（特に個々の患者の必要性を重視する＜C＞）がICの主旨に最も適うことは確かである。というのも、＜C＞に見られる問題についてはその難易はともかく技術的レベルで解消可能である一方、＜A＞と＜B＞に見られる問題、特に＜A＞の(1)と(3)、＜B＞の(1)は、各説に定義上——即ち＜A＞の場合は慣習を基準とすることに、＜B＞の場合は「合理的人間」という規定困難な概念を基準とすることに——内在するものだからである。そして実際＜C＞を尊重する流れが近年支配的となりつつあり、この流れ自体はICの主旨からすれば好ましくまた当然であろう。

ただし、開示基準を焦点とするこうした議論は、ICにおける説明のあり方を探る試みとしては、ある一定の限界を抱えてはいないだろうか。即ちそれは、先の疑問句でいえば、「何を」「どこまで」説明するか（説明範囲）に特化して語られる議論だからである。つまり＜A＞～＜C＞のどの立場をとるにせよ、どの基準が妥当かを探る一連の議論はそもそも、「どの程度まで開示すれば同意は法的に有効なのか」という法的関心から導入された議論だからである。それは「どこまで開示すれば侵襲行為の違法性が阻却されるか」という問題関心であり、身も蓋もない言い方をすれば、「良好でない結果に至ったとき、事前にどこまで開示しておけば患者に告訴されても敗訴せずに済むか」という問題関心にも繋がる。そしてこうした法的議論は医療従事者の側においては、患者の人権保護よりも訴訟対策に関心が集中する傾向に陥る危険がある。しかし、自律を倫理的支柱とするICの本義に立ち返るならば、開示基準をめぐる議論から洩れる問題が残るように思われる。例えば、患者が複数の選択肢から一つを選ぶにあたって各選択肢の内容をうまく理解・評価するには如何なる説明のあり方が必要かを考えるとき、先の疑問句で言えば「どのように」説明するかという問も不可欠であろう。それは一般化すれば、「如何なる説明の仕方が、説明内容についての患者の理解を促し得るか」という問（即ち「説明」と「同意」を結節する「理解」に注目しつつ説明のあり方を探る問）である。なぜこうした問が重要かといえ、ICが必要な状況には患者による理解の困難をひき起こすような様々な要因が存在するからである。例えば、ICが必要となる医療上の処置の多くは高度に専門的であるため、口頭での説明、説明書や同意書、書面を提示する際の補助説明などの内容もある程度専門的にならざるを得ない。また患者は通常専門的知識を持たないため説明

内容の理解は当然容易でないし、自己流の予断や種々のバイアスが介在したり、疾病を抱えての緊張、不安、鬱状態、合理的思考能力の低下などを伴うことも少なくないであろう。そして実際、これらを示す調査報告も多数見られる（例えば、同意書の内容が難解、癌で初回治療の患者の一定数が反応性鬱状態にあるなどの報告や、説明の理解度の低さを示すアンケート結果など）。もちろん、完璧な理解をもたらす説明などそうありえないし、理想論を展開したところで現場には無益であろう。とはいえ、例えば患者が単純に評価しにくい選択肢が複数ある場合や、患者に治療のための努力が必要な場合（糖尿病など）などを考えただけでも、開示内容（病状・病名、処置の目的と方法、代案、各利点とリスク、予後などについての説明内容）についての患者の必要最低限の理解は、同意成立の前提として必要であることは明白である。

では、こうした事情を考慮した上で説明のあり方を考えたとき、どんな策が考えられるであろうか。まず考えられるのは、1) 説明自体の様々な工夫、2) 患者への質問喚起などによる対話の充実、3) 説明の際の良好な環境の確保（例えば患者がリラックスできる場にする、医師が高慢に振る舞わないこと）などである。ここでは内在的で基本的な策である1) に絞って考えれば、書面に関しては一定の形式性はやむを得ないものの、面談による口頭での説明についてはその線での工夫が特に発揮可能であろう。従来の指摘を踏まえつつ列挙してみれば、次のような案が考えられる。

[a] 情報過多を避けるための策：

人間が短期記憶として保持できる情報の限界を考慮し、それを超えないように説明する。

[b] 表現法（枠組）効果の活用：

同件事態でも表現の仕方により聞き手の印象が異なることを利用する。

[c] 患者が情報を適切に解釈するための諸策：

医師の提示する情報の意味を患者が適切に解釈しなければ理解はあり得ないが、解釈のためのデータベース（既知の情報群）が患者に乏しい場合が大半なので、それを補う仕方

で説明する。

これらの内まず[a]としては、馴染みのない言葉や未整理の情報を避け、情報を内容別に（目的、処置、リスクなどに）分類・整理すること、専門用語の羅列・濫用を避けること、可能な限り説明の時間を確保することなどが考えられる。患者の情報処理能力の限界を考えれば情報過多は当然避けるべきなので、情報の量的圧縮や秩序付けを、専門用語の羅列による情報過多の助長を避けつつ行うことは、（患者の自律を保つ範囲内ならば）有効であろう。そして実際これらは論者が挙げる典型的策であるし、医療現場でも現にある程度実施済みとの報告もあるので、今後ともこの策の発展的継続が望まれよう。ただし[b]については、例えばある治療法のリスクを生存率で表すか死亡率で表すかで患者の選択傾向が異なるという報告から示唆されるように、悪用すれば患者の

自律を侵害する恐れがあるため、慎重な使用が必要であろう。最後に[c]はどうか。具体的には、(c1) 図やビデオの活用など視覚的効果の援用、(c2) 専門的情報をうまく伝えるため、専門的情報と患者に馴染みの日常の出来事とをアナロジーにより説明することなどが挙げられる。ICの際医師が提示する専門的情報の多くは患者に未知のものであり、また患者は新しい情報を理解するにあたり既知の情報（知のデータベース）を元手にするしかない。こうした厳しい状況と適切な解釈の必要性を考え併せれば、この策の重要性は明らかである。特に、情報の専門性がある程度不可避免の場合には、情報の切り詰めだけでなく解釈というレベルでの探究も必要であろう。特に(c1)については、概念的解釈が困難な場合に非言語的表現は専門的情報と患者に既知の情報との橋渡しに役立つだろうし、実際ある程度実行されているとの調査もある。ただし(c2)のアナロジーについては、従来あまり論じられてこなかったのが実情であり、今後さらに検討が必要であろう。今その具体的な吟味は控えるが、最後に述べ添えておきたいのは、この(c2)に限らず、理解との相関においてICにおける説明の問題を考えるとときには、医学的観点や法理的観点に限定されない、より広い視野に立った総合的アプローチが不可欠である、ということである。

（※本稿のテーマに関連するより詳細な分析と提言については、拙稿「インフォームド・コンセントにおける〈情報開示〉と〈理解〉の関わりをめぐって——アナロジーの可能性」（『生命倫理』第15号、日本生命倫理学会編、2004年、pp.176-183）を参照いただければ幸いである。なお紙面の都合上割愛した参考文献についてもそちらを参照いただきたい。）

