

インフォームド・コンセント再考

村 岡 潔

〔抄 録〕

インフォームド・コンセントとは医療における患者の自律（自己決定権）を保障するものだ。近年、わが国でもその言葉自体はすでに流行している。問題は、この北米起源ともいえる医療思想が日本にどのような内容で土着化するかである。元来、患者側の行為であるはずのインフォームド・コンセントが日本的な文化変容の課程で「医師が患者に対して説明・指導しながら行なう作業」であるかの受け止め方をされつつある。

本稿では、患者の自律を支えるがん告知やインフォームド・コンセント概念をめぐる北米的な文脈と日本の文脈との間の差異を2つの事例をもちいながら、臨床の具体的なやり取りのレベルで検討した。一方は「自分ががんだと診断されたら死んでしまうとまで主治医に訴えた患者」の事例で、他方は「外科医がパターンナリスティックな立場から、再発した末期のがん患者に一方的に手術を勧めた事例」とを取り上げ、その意思決定までのプロセスを議論した。

インフォームド・コンセントの思想は日本の文脈に合わせて土着化するものであろう。だが、その通文化的で普遍的な要素のほうが重要なのであり、インフォームド・コンセントを拡大解釈したり、パターンリズム的な医師－患者関係までも再評価したりすることによって、近現代思想としてのバイオエシックスの特質を形骸化するような昨今の日本的ないしはアジア的文化変容の形態には疑問の余地がある。

キーワード インフォームド・コンセント、文化変容、ケース・スタディ、医師－患者関係

1. はじめに～インフォームド・コンセントの文化変容の問題

インフォームド・コンセントという言葉は、すでにわが国の医療現場でも十分な市民権を得たものと言えよう。⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ インフォームド・コンセントとは、一般に医療の場における患者（側）の自己決定権を保証するためのものと理解されており、筆者は「患者が、自分の病気の診断や治療方針に関して、医師やその他の医療者による解説、病院図書館やその他の方法で得られた書物・ビデオ等の閲覧などによって意思決定に必要な十分な医療情報を得て、医師が提案する医療（診断・検査・治療）に同意したり拒否したりすることが保障されるシステム」と定義している⁽⁴⁾。

R・フェイドンとT・ビーチャムは、インフォームド・コンセントの5つの要素として①開示、②理解、③自発性、④能力、および⑤同意を挙げ、インフォームド・コンセントの意味は「患者あるいは被検者が [医師によって開示された内容を] (1) 実質的に理解し、(2) 他人による支配が実質的になく、(3) 意図的に、(4) 医師 [あるいは研究者] に [処置を行なうための] 権限を付託する」⁽⁵⁾ [[] 内は村岡の補遺] ことである。また、H・プロディは、インフォームド・コンセントの本質として「患者は第一に、その医療処置の危険と利益、他に処置法がないかどうかなど、必要な情報を知っていなければならない。第二に、その処置を受けるか否か自発的な選択をするようまかされなければならない。」という点を指摘している⁽⁶⁾。

これに対して日本では、インフォームド・コンセントの概念は、やや異なった角度から理解されてきた。一言で言えば、問題は、インフォームド・コンセントという患者側の作業・行為を、医療者と患者（時には家族を含めた単位）との共同作業であるかの受け止め方をされて来た点という文化変容に関わるものである。森川功は、明確にこの変容の様子を次のように指摘している。「インフォームド・コンセントに関する和文の文献はすでに数多く存在しているが、それらの文献の大多数にみられるインフォームド・コンセントを『行なう』といった表現は、日本ではいまだに医療が医療者中心のもの」であることを示しているが「インフォームド・コンセントは『患者』や『被検者』が『与える』ものであり、医療者が『得なければならない』ものである」と。そして「日本の現状は、ひとことで言えば、日本医師会が与えた『説明と同意』という簡単な訳語に」規定されたものにすぎず「インフォームド・コンセント」ではない。なぜなら、その概念は「医師と患者との間で共有される意思決定」ではなく、「あくまでも患者の『自律』と『自己決定』に基盤を置く概念」⁽⁷⁾ だからである。

ちなみに、インフォームド・コンセントの「インフォームド Informed」という言葉は、「情報を与えるインフォーム Inform」という動詞の受身形（いわく、「情報を与えられた）」ではなく、「情報に通じた」「知っている」「博識の」といった形容詞なのである。このため、これまでの日本語訳としては「熟知同意」が最も原語の語に近いのだが、「情報を与えられた」という誤訳から、医師が情報を与え（開示し）、患者がそれを承諾するという分業による

共同作業の図式が出来上がったものと推測される。日本医師会の「説明と同意」という訳はすでに文化変容をうけた基本的には、こうした誤解を拡大させたものと思われる。

こうした文脈の中で注目されるのは、文化的に違った欧米的なインフォームド・コンセントではなく、日本的なインフォームド・コンセントを形成していく必要があるという見解がしばしば強調され繰り返される点である。たとえば星野一正は「わが国では病気が重いときなどはとくに、医師は患者に病状や病名を告げるよりもまず家族に告げることが多い。…入院加療など長期間欠勤するような場合には勤務先と相談してからでない入院を決定できにくい社会的環境もあるので、アメリカ〔合衆国〕流のインフォームド・コンセントの原則をそのまま、わが国に定着させようとしても無理があろう。」「…わが国の風土になじむ患者や家族との人間関係をつくるのがなによりも大切であらう。」と述べている⁽⁹⁾。

確かに、この十年来、医師が患者側に呈示・提供する医療情報は、量的にはそれ以前より増加傾向にあると考えられる。しかし、筆者が前作の研究ノート「医師－患者関係における医療情報の〈交換〉はいかにおこなわれるべきか」〔註(4)〕で考察したように、そのことは、直ちに医師－患者関係のモデルが「牧師モデル (パターンリズム)」や「工学モデル」から、理想とされる「契約モデル」に変化したということを意味しない。日本の医師－患者関係のモデルもせいぜい工学モデルどまりのように思われる。本稿では、こうした理論的分類では一見わかりにくい、牧師モデル (パターンリズム) や工学モデルとインフォームド・コンセントを保障する契約モデルとの差異や日本的合意形成のもたらす具体的なアポリアについて、2つのケーススタディ (事例検討) を通じて考察する。それはインフォームド・コンセントの本邦における文化変容の形態をみることでもある。

2. がん告知における医療者の思考過程

米国の臨床医で医療倫理学者のプロディは、20年以上前に医療における倫理的意思決定にいたる思路 (思考過程) をシステムティックにトレーニングする目的で66の臨床事例を集めたテキストを刊行している⁽¹⁰⁾。ここでは、告知か被告知かの意思決定に影響 (ジレンマ) を与えるケースをそのテキストから紹介してみよう。こうしたケースは、日本では、しばしば本質的な日米の文化差であるかのように語られるようだが、そう言い切るには更なる研究が必要であらう⁽¹¹⁾。

「【例題7】入院中の男が腫大した頸部リンパ節の生検を受け、[担当医の] あなたはその結果の病理の報告を待っている。患者は検査で多少興奮したようである。彼はとうとうこう言った。「もし生検で癌であることが判ったら、私は死んでしまいたい。またもし陰性 [異常なし] という報告だったとしても、それは私を心配させたくないための嘘だと思うだろうと。」「生検の結果は悪性リンパ腫と出た。更に、詳しい身体検査 [触診だけでなく放射線検査も含まれる；村岡補遺] で腹部腫瘤があることも明らかになり、あらゆる点から見て病気はり

リンパ節起源の悪性のものであるということになった。この型のリンパ腫は一般に化学療法によく反応する⁰⁹。しかし、治療してみるまでは症例〔事例を医療者が言うときの慣用。原語は case；村岡補遺〕によって結果がどうなるか予想しがたい。あなたは、患者に何と言いますか？」

このように、プロディのケーススタディは一般にロール・プレイ（役割練習）の形式をとっており各々の読者が主治医の立場で考察し判断（意思決定）することが求められている。この場合、テキストでは、彼は次のように解説している⁰⁹。もし患者に癌と告げるなら、あなたは、常に真実を告げることを一般的ルールとしているか、あるいは患者の発言は患者の真の精神状態を反映していないとみなしていることになる。もし患者に真実を告げないことを選択するなら、患者にがん告知しないことを一般的ルールとしているか、あるいは、本当の診断を告げると患者が自殺するほど落胆するということを額面どおりに受け取っているか。または、あなたは苦悩に直面するのを避けたいと思っているからであろう。しかし、患者の心理は、言ったことと反対に、本当は知りたいと思っているかもしれない。

実際のこの例では、担当の医師は、レジデント（研修医）であったことも影響していようが、謙虚に自分の能力を勘案して、まずは上記のどの選択肢もとらなかった。そして、患者の精神状態を評価するには精神科医にコンサルテーションした。精神科医は別個に患者と会ってから担当医に患者に正直に話すように勧めた。研修医は驚いたが意を決して患者に検査結果を正直に話した。この例では、患者は前言とは裏腹に「明らかに喜んだ。患者は家族に電話してこのニュースを伝えた。…その夜彼は入院後初めて熟睡した。…退院直前彼は、腹部腫瘤があることは始めから知っていたのだが医師が何と言うかを知ろうとして黙っていたのだ、と打ち明けた。家に帰るとすぐ彼はレジデントの外科医に心をこめて感謝と賞賛の手紙を書いた⁰⁹」という。プロディのコメントはこうだ⁰⁹。

この事例は、第1に、「倫理の問題は経験の問題であると考えてしまう誤ち〔ママ〕をおかすことなく、どうすれば倫理決定に経験的所見を『取り入れる』ことが可能かのすばらしい例」である。レジデントは倫理問題の所在を感知した。彼は患者の気持を聞いて、その感情に関する情報の解釈がこの倫理問題を根底にあるが、自分に欠けている判断能力を精神科医の力を借りて補ったのである。

第2は、「何かを『患者に言う』ということは長い期間かかるもので、1回きりの仕事ではないということである。だから、言葉の綾とか、本当のことを一度に言うか小出しに言うかとか、言ったあとの接触の保ち方とかの全部が、『言う』『言わない』と同じように、倫理決定の大事な部分なのである」。重大な医療情報（病気の診断や予後〔今後の見通し；村岡補遺〕）を知らせると決めることは「倫理的」判断に違いはないが「もし医師がブッキラ棒に言っただけで、患者の気持がおさまるような励ましもしないで行ってしまうなら、『非倫理的』に」なり

うる。「実際医師が、患者と一緒に経過をよく見よう、とか、気分が良くなるようにできることがあればいつでもすぐ来ますとかいうことを保証するのは、悪いニュースそれ自体よりずっと重要であろう。本当のことは教えない方がいい証拠としてあげられている多くの『後味の悪い症例』が不幸な結果になったのは、本当のことをしゃべったからというより、このような感情の交流がないため」であろう [下線、村岡]。

第1の点は、内科や外科で患者と医師が抱える精神医学的な問題に関して科を超えて精神科医が対応するリエゾン精神医学の形でもあり、どの国の臨床でも重要な事である。しかし、私見では、わが国では精神科に限らず他科との連携は日常盛んなわけではない。一つには担当の医師が、患者に対してわからないことはわからないという事ができず、あたかも万能であるかのように振る舞うことを是とする悪習があるからでもあろう。

また、第2の点は、医師－患者関係における情報開示やインフォームド・コンセントにとってさらに重要なことだ。ここで指摘されていることは、まさにパートナーシップな牧師モデルや、患者の身体を何か故障したモノとして扱う冷めた科学主義で修理工として振舞う工学モデルの医師－患者関係の問題点註(4)なのである。医療者と患者の相互行為が患者本位に運営されるためには、医学生や卒後研修における、こうした倫理的感覚や対人サービスの教育が不可欠なのである。医療には、サービス業・接客業的側面が多分にあるのだが、こうした側面の改善は等閑視されてきた。とくに、がん告知は、単に病名や余命を告げるか告げないかの二者択一の問題ではない。ちょうどそれは、試合開始の際に審判が両チームに告げる「プレーボール」という合図のようなものであり、告知に至るまでの検討と周到な準備と、その後のケアとが十分考慮されたプログラムを医療者側は整備している必要がある。

3. 医療倫理演習の課題

なお筆者が医学生・看護学生のみならず非医療系の学生に対しても行なっている医療倫理学の演習では、このケースを検討する思考過程のヒントとして次のような設問(Q)を紙面で用意している。

(Q1) あなたは、この患者に病名についてどのように話しますか？

1. 検査結果通りの病名を告げる
2. 検査結果と違う病名を告げる

(Q2) [病名を告げる場合] どのように病名を告げますか？

1. すぐに告げる：a. 「悪性リンパ腫というガンだった」と告げる
b. 「悪性リンパ腫という悪性の腫瘍だった」と告げる
2. 後日、タイミングをみながら「悪性であった」と直接本人に告げる
3. 家族や第三者を介して患者本人にそれとなく伝わるようにする

(Q 3) [本当の病名を告げない場合] どのように言いますか？

1. 「悪性腫瘍」だが、「癌」ではないと告げる
2. 「悪性ではなく、良性だった」と告げる
3. 「検査では悪性か良性か診断がつかなかった」と告げる

(Q 4) 治療の可能性については、どう話しますか？

1. 化学療法がよく効くから、きっと (かならず) 良くなると告げる
2. 化学療法がよく効く (寛解率60~90%) からやってみる価値ありと言う
3. 化学療法がよく効くがあなたに効くかは治療して見ないと分からないと言う

これらは、医療倫理的に告知 (情報開示) やインフォームド・コンセントの意義を理解している学生にとっては一見、容易な設問と思われるが、考えようによっては思考の迷路に迷い込む。(Q 1) で「検査結果どおりの病名を告げる」を選択しても、次の (Q 2) の多様な選択肢の中でどれを選ぶかは患者との相互行為の中で相手の状況を見ながら行なうしかない。したがって、「すぐに告げる」が必ずしも最善の策とは限らない。特に、日本の状況では3番目の「家族や第三者を介して患者本人にそれとなく伝わるようにする」も告知の可能態と言えよう。

一方「胃癌」を「胃潰瘍」と告げて手術した歴史があるように (Q 1) で「結果と違う病名を告げる」を選択する学生も少なくはない。彼らの多くは、患者が本当の病名を聞くことが悪い結果をもたらすことをおそれている。しかし、それはまず医師 (役の学生) 側の不安なのであって、先述したプロディの解説のように、患者がそれを心から恐れているとは限らないのである。また、この選択の次は (Q 3) に答えることになるが、どの選択肢を選んでも、心のうちで真実が知りたいと望む患者にとっては満足する回答ではない。しかも、医師スタッフは、看護スタッフや家族との間で (患者本人をはずして) 真実はこうだが患者には別にこう説明しているという二重基準のシナリオを日々書き続けていかななくてはならない羽目になる。

このことは、患者本人にとっても医療スタッフや家族の側にとっても精神的な負担となっているはずだが、日本の医療現場では、告知をしない場合、そのシナリオは止むをえないものと諦めているか、その問題性を自覚しないことさえ少なくない。こういった慣習を日常診療のベースにしている場所では、結局は、知識や治療技術を独占的に有する医師スタッフに、患者や看護スタッフなどの他の医療スタッフに対する総指揮権 (統帥権) が付与されている。この何でも医師が仕切りたがる医療文化の環境では、インフォームド・コンセントというような本来 (北米では) 患者自身の行為のはずであるものも、日本医師会の「説明と同意」という訳のように、医師が説明し患者が納得して同意するという分業、あるいは、「患者にインフォームド・コンセントを行なう」という専ら医師側の仕事のように文化変容してもおかしくはない。

4. I氏の事例～日本的医療文化ではまだ珍しくはない診療風景

最後に、インフォームド・コンセントの倫理的意義を反面教師的に示唆してくれる、日本の医療文化の特徴を象徴する事例¹⁰⁾を簡単に検討しておこう。【I氏の事例】I氏はすでに胃がんの手術をし職場復帰していたが、腹部にしこりが触れるようになったため某大学附属病院の著名な外科部長（H教授）に紹介された。

①H教授：「じゃあ、ここに横になって。」（ベッドに横になった患者Iさんの腹部を触診しながら。担当医Kに向かって血相を変えて）「おいっ。これ、前の病院ではなんて言っているんだ。」（K医師はこれまでの経過を医学用語を交えて話す）

H教授：「そんなどころじゃないぞ。すぐに検査だ！」

②（I氏は直ちに検査に回され、結果は2時間半後に判明した。I氏が検査室から戻ってこないうちに、H教授はI氏の妻らの前に来て結果を説明する。）

H教授：「やっぱり私が予想したように、完全にかんが腹腔内に転移している。とくに腸の部分に、かなりそれが見られる。このままでは1～2週間のうちに腸閉塞を起こして緊急事態になってしまう。せっぱつまった状態にある。…

どうしますか？本人には隠しておきますか？」

妻：「ここで甘い事を言っても意味ありません。全部正直に伝えてください。」……

③H教授：（検査から戻ったI氏に）「このままでは、年単位ではなく月単位です。」

I氏：（ぐっとつまり、十数秒間をおいて）「先生、どうしたらよいのでしょうか？」

H教授：（淡々と）「残された道は手術しかないね」

I氏：（折るような気持ちで）「先生に任せれば助けてもらえますか？」

H教授：「任せておけ、100%治る、という状態ではないが、今の段階では手術しかないというのが私の診断です。要はIさんの気力です。がんと闘う決意があり、私たちに任せていただけるならば、全力をあげて、がん細胞をゼロに近い状態にする。それは約束する。」（この結果、I氏は再手術を受けることになった。¹¹⁾）

次に、近藤の指摘を筆者なりに要約しながら、医師と患者とのコミュニケーションにおいて倫理的にとくに問題のある点を列挙してみる。①の場面で、医師（H教授）が、患者（I氏）の目の前で、血相を変えて一方的に検査の必要性を宣言した点。これは患者の気持ちや立場は眼中にないという言動で、患者は、これまでの治療が間違いだったのかと先が不安になったと推定される。また、がんは慢性疾患で一刻一秒を争う緊急事態ではないから、医師は落ち着いてI氏に対応すべきだ。あせった対応は、患者が、自分の病気とその治療について考える冷静な判断力を奪い、患者の自律（自己決定権）を損なう。この時点で、検査の必要性・利点（メリット）や危険性・欠点（デメリット）を時間をかけて十二分に説明するならば、患者のインフォームド・コンセントが理想の状態で得られることになる。

②の場面では、大事な医療情報を患者本人よりも先に家族に伝えている点。日本の医療文化の特徴であり、説明内容も、手術を前提としたもので、治療方針の選択肢（後述）が提示されていないことも問題点。このような説明では、家族は「すぐに手術が必要なもの」と誘導されてしまうだろう。実際には、患者は2週間後の再手術の日まで腸閉塞にはならなかった。むしろ、これまで2回手術しており、さらに手術を繰り返す方が癒着などの腸閉塞の危険性が高い。したがって医師が家族に（本人にも同じように伝えたと思われるが）「確実に腸閉塞になるかのような」不確実な情報を開示したことには問題がある。

③の場面では、医師が「このままでは、年単位ではなく月単位です。」と言い「残された道は手術しかない」と言った点に問題がある。「手術しかない」というのだから、手術による勝算が大きいと思わせてしまう。医師は手術が必要で他の治療法ではダメと思わせるような言動を繰り返している。「年単位ではなく月単位」という点は外科の統計上は概して間違っていないかもしれないが正確には「しこりが触れるようになった（再発や転移した）胃がんの場合、ほとんどの場合が手術をしても、放射線をかけても、抗がん剤を使っても、月単位である」と説明しなくてはならなかった。I氏は、見かけ上は情報提供されたように見えても、実際には、「がんという病名」と「再発したこと」の（本人がすでに知っていたり自覚していたであろう）2つの事実しか伝えられておらず、その他の治療方針を決定する上で重要なことは何一つ知らされていない。これはインフォームド・コンセントのシステムが保障される条件の「情報開示」には相当しない。

また、任せてくれるなら「全力をあげて、がん細胞をできるだけゼロに近い状態にする」と聞くと、患者は100%ではないとしても30%くらいは治るのかと思ってしまうだろう。事実、患者や家族は生還できると信じて再手術を受けたようだ。ちなみに、「がん治療」や「抗がん剤」と聞くと患者や家族、あるいは一般市民は、それが100%治すことを意味すると錯覚してしまう。このように患者が必要不可欠な情報を知らずに、医師に「お任せ」する患者-医療者関係を「牧師モデル」という。

ちなみに、「治療」とは英語では「トリートメント treatment」のことで、医学上、その疾患に対する対処方法のことを指す言葉に他ならない。治癒につながる成功率の高い治療法もあれば、逆に低い治療法もある。ほとんど治癒につながらないものも少なくない（例えば、現時点での遺伝子治療）。しかし、患者側は、通常そうは思わないのだから、それに対して患者に勧める治療法がどのくらいの成功率なのかを正直に正確に伝える義務が医師にはある。I氏は大術後も軽快せず3ヶ月後に死亡した。早期がんとは違い、かなり進行した末期がんの予後は術前に予想でき、それを正直に本人が知っていたらあえて大掛かりな再手術も望まないを選択した可能性もある。

この時期の医療者の役目は、第一に、患者の人生の総決算（最期）を充実したものにするための援助である。本人や家族の希望に合わせ、I氏が、在宅・通院あるいは入院で緩和ケア

(ホスピス・ケア)を受けながら、仕事を続けたり、旅行したり、家族とともに有意義に過ごしたりする選択も十分あったはずなのである。

5. おわりに～されどインフォームド・コンセント

この< I氏の事例>を読んで、この医師は患者に「100%治る状態ではない」と情報を与えている。つまり、インフォームドしている。そして患者はそのことを納得した上で合意(コンセント)しているのだ。」¹¹ と思いこんだ読者は、インフォームド・コンセント(熟知した上での同意)の意味や意義を全く誤解していることになる。

筆者は、(医師のパターナリズムが発揮されている)この種の事例を挙げて日本的なインフォームド・コンセントを模索すべきだという意見には反対である。インフォームド・コンセントの日本的文化変容の意味について「たかがインフォームド・コンセント、されどインフォームド・コンセント」と総括した土屋の洞察によっても、それは「インフォームド・コンセント」の語義に値するとは言えないからだ。つまり、パターナリズムに基づく「ムンテラ」¹²や「説明と同意」といった日本的な同意形成の慣習にも文化的に評価すべき点があるという主張と、それをも「インフォームド・コンセント」と呼ぶべきだという主張を混同すべきではないのである。

確かに“*Informed Consent*”は外来の医療思想であるが、それが指示する内容や機能には、日本への土着化のレベルを超えた普遍的な意義が包摂されていると思う。

しかるに、日本における医療の文化変容の過程では、従来のパターナリズム(牧師モデル)の医師-患者関係の十八番であった「ムンテラ」や「説明と同意」が、その性格を温存したまま外来の“*Informed Consent*”に憑依し擬態したようなキメラ「インフォームド・コンセント」がメディカル・ファッション¹³として立ち現われている。また、日本の諸事情を勘案して、「家族への告知」を評価し、がん告知を患者が希望するかどうかを「事前指示*advance directives*」で決定しようとしたり、「医師は表面的には患者に嘘をいっても、それは日本の文化にセンシティブなやり方で真実を伝えようとしているのだ」とする解釈〔註12〕も“*Informed Consent*”とは異質のイデーとしておくべきであろう。これについては、別に検討したいと思う。

〔注〕

- (1) 鈴木恒夫「インフォームド・コンセント」、今井道夫・香川智晶編『バイオエシックス入門』〔第二版〕東信堂、1995年、173-188頁。
- (2) 森岡恭彦「インフォームド・コンセント」、日本医師会編『医療の基本ABC』診断と治療社、2000年、130-131頁。
- (3) 試みにインターネットで「インフォームド・コンセント」を調べると、29,800件がヒットした(2002年10月5日のウェブ全体の検索)。
- (4) 村岡 潔「医師-患者関係における医療情報の<交換>はいかにおこなわれるべきか」佛教大

- 学『文学部論集』第86号、129-138頁、2002年。
- (5) R・フェイドンとT・ピーチャム『インフォームド・コンセント』(酒井忠昭・秦洋一訳)、みすず書房、1994年、219-225頁。
 - (6) H・プロディ『医の倫理』(館野之男、榎本勝之訳)、東京大学出版会、1985年、54-59頁。
 - (7) 森川功「アメリカ合衆国の現状と日本の現状」、「からだの科学」、日本評論社、通算第181号、1995年3月1日発行、16-19頁。ある病院のカンファレンス室のドアに「ただいまインフォームド・コンセント中」という札がかかっていたり、「初めて [お医者さんから] インフォームド・コンセントを体験しました」と患者が言ったりするのを筆者(村岡)も聞いた経験がある。
 - (8) 「熟知同意」というのは、1980年代初頭の中川米造訳である。前述のH・プロディの翻訳〔註(5)〕では、<Informed consent>は、「十分に説明を聞いたうえでの同意」や「納得同意」と訳されている。
 - (9) 星野一正「インフォームド・コンセントを理解するために」、からだの科学、通算第181号、pp. 12-15、1995年3月1日発行、日本評論社。
 - (10) Brody, Howard: *Ethical Decisions in Medicine*, Second Edition, Little, Brown and Company, Mass., USA, 1981. 邦訳は〔註(6)〕前掲書『医の倫理』(1985年)で副題は「医師・看護婦・患者のためのケース・スタディ」。
 - (11) H・プロディ、前掲書〔註(6)〕、46頁。
 - (12) Akabayashi, A. Fetters, M.D. and Elwyn, T.S.: "Family consent, communication, and advance directives for cancer disclosure: a Japanese case and discussion" *Journal of Medical Ethics*, vol 25, No 4, pp.296-301, 1999.
 - (13) この病気は「悪性リンパ腫」(免疫担当細胞の悪性腫瘍の総称)。この事例は、そのうちのホジキン病に相当し、横隔膜の上下に病巣(病気の場所)がある第3期。ある内科学のテキストでは5年生存率は欧米で71%。治療は化学療法(抗ガン剤・副腎皮質ホルモン)、放射線療法を行なう。各療法による完全寛解率は60~90%で一般に治療に反応しやすい疾患と言えよう。
 - (14) H・プロディ、前掲書〔註(6)〕、46-47頁。
 - (15) H・プロディ、前掲書〔註(6)〕、47頁。
 - (16) H・プロディ、前掲書〔註(6)〕、47-48頁。
 - (17) 例えば、ターミナルケアやホスピスを含め、日本の医療現場では、米国などに比して、医療・生命倫理学、医療社会学、医療人類学などの研究者や宗教家・ボランティアなどは部外者扱いされ、彼らにとっては入るだけでも敷居の高い領域である。医療・生命倫理に関しても、倫理委員会などに形式的には参加している場合もあるが、医師の方はそうした倫理専門家などいなくても自分で倫理問題にも対応できると自負・過信しているきらいがある。医療倫理や、本稿のテーマのインフォームド・コンセントについても、ほとんど倫理学・哲学の正規の教育を受けていないと思われる多くの医師が「経験にものを言わせて」解説書をもっているほどである。こういう状況だから、「患者にインフォームド・コンセントを行なう」という、患者側の行為であるものを医師が主体であるかのように錯覚した言い方が流行することになる。これとは対照的に、木村は、米国のバイオエシシスト(生命倫理学者)が「研究・教育と臨床現場」の第一線で活躍しており、新生児集中治療センターで倫理相談などを実践している様子を報告している。木村利人「Doing Bioethics-バイオエシシストの現場に学ぶ-」、国際BIOETHICS NETWORK、No.35、1頁、2002年。
 - (18) ちなみに、がん告知の問題をテーマにした、吉田剛監督の映画『復活の朝』(松竹映画、1993年、111分、ホームビデオ。)では、告知は患者の精神状況によってするかどうかを決めるべきとする、大竹しのぶ演ずる婦長の反対意見を無視して、患者に「がん告知」し、あとのケアは看護スタッフの仕事だと豪語する、渡瀬恒彦演ずる「告知主義」の外科部長が描かれている。その結果、告知された患者が絶望し不幸な結果になるのだが、この映画の視聴者は、おそらく、こうした告知後のケア・プログラムも持たないやり方を「がん告知」の本質的なすがただと誤解

しかねない。しかも、映画の最後の部分では、ホスピスのもつターミナルケアとしての意義は全く無視して、ホスピスを単にがん治療からの逃避者が行くところであり、濃厚治療の医療現場でがんと果敢に闘うことを善として推奨する宣伝映画になっている。

- (19) もし医師や看護師の資格試験対策の受験勉強中の者でも、容易に「正解」らしきもの〔例えば、Q 1) では、1 番「検査結果どおりの病名を告げる」、Q 2) では1 番「すぐ告げる」、Q 3) は無しで、Q 4) なら2 番という具合〕に到達できる。しかし、この種の筆記試験で学生の理解度が確かめられるとは思えない。むしろ、このケースでも短くても15分程度の口頭試問によって、本人の判断の理由や意味づけを確認する必要がある。医療倫理の演習では、唯一つの正解があるわけではなく、意思決定に至る多様な思考過程の検討作業が不可欠となる。これは1996年10月、来日の折に、プロディ自身が強調した点でもある。
- (20) 医師自身の不安からと推測されるが、主治医が患者のみならず家族にも無断で抗がん剤を投与した次の事例がある。群馬県に住む友人の父親U氏のケースである。U氏は結腸ガンの手術後がん告知はされていなかった。外科から移った内科で主治医から抗がん剤を投与したいと家族(友人ら)に話したが、家族は、その薬の効果が不明であり副作用の問題があるという理由から、それを希望せず退院。2年間、同病院に通院後、近医(内科)に転院して初めて処方薬の説明を受けた結果、患者本人も家族も、ずっと「下剤」だと思っていた薬が、実は抗がん剤であったことが判明した。U氏は約10年後、心疾患で亡くなったががんの再発はなかった。これほどパターナリスティックな医師は稀であろうが、牧師モデルが患者や家族の自律(自己決定権)を侵害した顕著な例である。
- (21) 近藤誠「インフォームド・コンセント」『がんは切ればなおるのか』新潮文庫、P P 181-192を元に筆者が改編・要約したもの。近藤は、早くも80年代に日本でも「がんは告知したほうが治る」などインフォームド・コンセントの重要性をマスメディア上でも指摘し、その後も多くの著書などを通じて日本のがん治療のあり方に警鐘を鳴らし続けている。そのため、一部の外科医からは疎まれることもある。
- (22) I氏の実際の経過：開腹手術するとがんの再発病巣は腹腔内全体に転移しており、前回の手術で残存していた胃、膵臓、脾臓、小腸、大腸、腹壁など、各々の全部もしくは一部など合計約3Kgが摘出されたという。(註(21)) 参照。
- (23) 近藤は触れていないが、例外的には500人~1000人に1人ぐらいの割合でがんの自然退縮(自然治癒)もある。NHK放送、「人はなぜ治るのか」1990年放映。また、近藤は積極的に支持しているかどうかは不明だが、在宅やホスピスなどのターミナルケアという選択肢も無視すべきではないだろう。
- (24) 土屋貴志：「インフォームド・コンセント」、佐藤純一・黒田浩一郎編『医療神話の社会学』所収、世界思想社、217-241頁、1998年
- (25) 佐藤純一：「ムンテラ」、医療人類学研究会編『文化現象としての医療』メディカ出版、290-291頁、1992年。
- (26) 村岡 潔：「メディカル・ファッション」、前掲『文化現象としての医療』、214-217頁。

(むらおか きよし 仏教学科)

2002年10月16日受理