

する信頼、不信に関連すると思われる要因について、面接者が質問をするという半構造化面接の形を取った。面接は全てレコーダに録音された。

面接は1回に数人ずつ個別に実施し、その逐語録の発言内容の分析と検討を行った上で、次の面接を計画する過程を繰り返すグラウンデッドセオリーアプローチ⁹⁾(GTA)(Strauss & Corbin, 1990)による継続比較法を取った。ほぼ理論的飽和に達したと思われる時点で調査を終了した。

研究の倫理審査

本研究は京都大学医学部「医の倫理委員会」の承認を得て実施された。

結果

分析の手順

調査対象者25名の総面接時間は1782分、一人当たりの平均は71分(37分～119分)であった。面接の録音記録はすべて書き起こされ、逐語録はA4で586ページとなった。面接者3名がすべて目を通し、1センテンスないし数センテンスごとに区切って信頼や不信を表明していると思われる表現を抽出し、各自コード名をつけた。数名分のコード分析が終わる都度、3名で分析内容の意味解釈の妥当性について検討し、サブカテゴリーを生成し、次の面接を行った。25名の面接終了後、サブカテゴリーをもう一度すべて見直し、検討をおこなって、最終的なカテゴリーを抽出し、命名した。

患者の医師に対する信頼—不信のカテゴリー

抽出されたカテゴリー別に調査対象者の発言を引用し、説明を加える。

I. 医師の医学的能力に関する要因

医師が医学的に十分な能力を有していることは、患者にとって治療の結末を左右する重大な要素であり、それゆえ信頼の重要な要因と見なされていた。だが、素人である患者が医師の能力を客観的に評価する手立ては極めて限られている。

I-1. 医師についての評判・伝聞

決められたプライマリーケア医が医療への窓口となる米国とは異なり、日本では最初にどの医療機関の門をたたか、多くの選択肢の中から患者自身が選ばなければならない。信頼に足ると判断して受診する基準は何だろうか。

「つながりですね。わたしはここへ行って指導してもらった、わたしはここでこんな薬しか貰わなかったとか、選って選って皆が自分の判断で。」

「ちょっと離れてるけど、友達が行ってるところやし、いいなと思って。」

「地域でもはやってるって言うか、近くやし、(患者が)大勢行ってる所やし、そこばっかし行ってたわけ。」

客観的な情報の少ない中、人々は口コミを通して地域で評判のよい医療機関を見つけようとしている。特にかかりつけの開業医の選択にその傾向があるようだ。しかし、そのような情報がない人の中には単純に地理的条件で選ぶ人や、困っている人もいた。

「単純に地理的な意味です。病院がね、新しくきれいなところなんです。それ以外何もないです。その病院の技術って言うんですかね、世界的に見て優秀かなんて全然わかりません。」

「周りに誰も医家知識がある人がいないと、本当にどこに相談していいのかわからないんですね。まずどの病院に行けばいいのかわからない相談ができるようなところがあれば、最高にいいかなって。」

I-2. 医師の個人的・社会的特性

医師の専門やくわしい経歴などの情報が得にくい状況の中では、まず、医療機関のブランドイメージが信頼のよりどころとなるようであった。

「5つ星レストランあるでしょ？病院にもこんな、ありますね。まあ、A大とかB医大、やっぱり5つ星ですから。」

「C病院に行ってもあかんなら、どこに行ってもあかんよ。ここ(この地域)ではそうです。」

医師個人の特性としては、性別、年齢、出身大学、経験、医学界での地位などが判断の材料となるようだ。

「悪いけど女であることと、若いっていうことで大丈夫かなって思って、僕らどうしても男の先生で経験豊富な(医師が信頼できる)って思って。」

「40歳台で、あまり年もいってなかったし、そんなんで信頼したんですよ。年のいった先生も偉いかもしれんけど手術するんだと思えばね(若い方がいい)。」

「やっぱりお医者さんやったら、経験が一番、あと、どれだけ場数を踏んでるか。」

「ご卒業された大学っていうのは、信頼しますね。(医師の)資質はD大とE医大、この地方だったらその二つしかある程度信じませんね。」

「その先生は、〇〇の医師会の方の偉いさんなんで、いろいろネットワーク持った人で…。」

一方、選択について独自の価値観を持つ人もいた。

「周囲の雑音を聞かない。この先生でいいと自分で決めたら信頼していく。」

「がんとかだったら危険性が高いので偉い先生にみてもらいたいが、命に関わるようなことでなければ、これから長くつきあっていけるような先生を選ぶと思う。」

「一番注目してるのは、格付け機関の日本の医師、医療の格付け。」

あれは楽しみにしてるだけだね。」

I-3. 適切な処置と治療の結末

伝聞や医師の個人的・社会的特性にもとづく信頼は、実際に診療を受けることによって変化する場合がある。治療の過程で患者が医師の臨床能力に疑問や不信を抱くようになる原因は何だろうか。

「何か、院長先生の言われることと、いつもかかる先生の言われることと、何か少しずつ違うような。」

「どんどんお腹は腫れてくるし、いつもよくなるなんて言う思いがあって。入院してるのに、食事もおどろかないし、大丈夫かと思って。」

「様子みましょう、様子見て何もしないでいいんかっていうのがね…。」

「(別の病院で)CT スキャンとかもその時に撮ったんですね。すい臓、肝臓…全部腫れてましたっていわれたんです。その前の(医院での)エコーの検査は何だったんだって。(中略)もう行きません。診察券、破り捨てましたもん。」

一方、治療を受けることによって患者が医師に対する信頼を深めたケースもある。

「非常に上手な先生で…。お薬もぴたっと合うんでね。」

「自分の手に負えないときはF大に紹介してくれて。」

「夜中にものごう血をはいたんよ。(中略)普通の車でいったんじや間に合わんって(その医師が)警察に電話してくれて、で、救急車が(輸血用血液を)運んでくれて、夜中に手術をしてくれて…。」

中には言葉や行動を超えた盤性あるいはカリスマ性とも言うべき能力を患者に感じさせる医師もいるようだ。

「その時に何か知らんけど、この先生に手術してもらおうと思ったんですね。そういう雰囲気があった。」

「わたしの診てもらってる先生は、それ(治療)プラスいわゆる治療能力みたいなものをくれる気がするんですね。」

II. 医師の態度・言動に関する要因

患者は病気が「治る」ことを期待して医療機関を訪れるわけだが、信頼は治療の結果のみによって左右されるわけではない。治療の過程での医師の言葉や態度が患者の信頼に及ぼす影響は大きい。

II-1. 医師の診療態度・接遇

「病院に入って行ったら、よくいっしょにいましたって。僕、初めてお医者さんに挨拶されたと思います。」

「頼んだことに対しては、きちんとしてくださったからね。何々、これこれ、お願いしますって言ったら。だからわたしにとってはいい先生だった。」

「情熱家の女の先生で、私、責任持って身体、治してあげるって。」

ミスや失敗も対応如何で信頼に繋がる場合もある。

「ものすごく丁寧な先生でした。ここ麻酔するときもね、一旦刺したんですけど、ちょっと血が戻るから、もう一度やり直しますねってはっきり言われるんです。」

「逃げはりませんでした、その先生(研修医)は、〇〇さん、申し訳ございませんでしたって、非を認めはりました。私も一生懸命勉強して立派な医師になりますって言われましたね。今はもう、信頼できる先生になりましたからね。」

誠実で丁寧な医師の言葉や態度が患者の信頼を増す一方、高慢だったり誠意の感じられない言葉や態度は不信を生む。

「血圧も測らないんですか」って言ったら「測りましょうか」ってむすつとした態度で…。」

「なんかもう、機械的な診察で…。流れ作業みたいだね。」

「その先生はこの辺から(高いところから)しゃべりはるからね。親の責任でどうやこうやとか、なんやかんやとか。僕は説教聞きに来た訳やないんで、子どもがこんなに(脱臼)なってるから来ているわけ…。」

「1ペーパーで診察して、処方箋と薬だしときますからって言う先生が結構多いんですね。説明してもお前にわかるかって感じの態度の方もいっしょにやるんですよ。」

すべての患者が公平な扱いを受けるわけではない、という認識は、肯定的、否定的、両方の立場から出された。特に紹介についての言及が多かった。

「コネクションがあったら、父はもっと早く入院できたのになって思いましたね。」

「病院はやっぱり顔見知りの人には優しいんです、やっぱり。一見さんにはかなりきついですよね。それあります。とつてもあると思います。」

「やっぱり教授の紹介ですからね。待遇もよかったですし。他の人とそんな差をつけるわけじゃないですけど。入院したときから、先生がご挨拶にいっしょにしましたし。」

「先生もやっぱり常連さんと一見さんとは扱いも違うんですね。近所でよく付け届けしてくれる人には、すごく優しくして、いらんとごまよく気を回して、こちらから、しましょうか、しましょうかっていうような先生なのに、一見さんが行くと、はいはいはいって感じで、はい終わりました、次ですってすぐ終わりにしたり…。」

II-2. 十分な説明と納得

症状や治療に関する質問に答え、十分な説明をしてほしいという患者の要望は強く、それを実行する医師に対しての信頼は厚く、説明の十分ではない医師に対しては、不信や不満が表明された。

「あなたの状態はこうなっていて、これが原因でこれからこういう治療をやっていくことについてね、筋道だった説明なんて聞いたことないです。」

「信頼できない医師は、適当に生返転して、もうちょっと様子見ようかって、そればかり。」

「ショックでしたね。先生が(ガン)隠しはったことに対して。言ってくれたら、自分自身、立ち向かっていけるんじゃないかなって。」

「ずーっと説明してくれはります。だから、私、いい先生に巡り合ったと思って。」

「みんな呼んで、きっちり説明してもらったんで、まあ納得で手術も受け容れたし…。」

しかし重篤な病気の告知については、賛否があった。

「人(医師)の性格もあり患者の性格もある。ずばりと行って(告知して)大丈夫な患者と、言うたらあかん患者もおる。」

「主人にとっては言わない方がいいのかな…難しいところやと思いますね。」

十分な説明がない場合でも、患者はそこから何らかのメッセージを読み取ろうとする。説明がないことが必ずしも不信に直結していかない場合もある。

「いいとも悪いとも(説明が)ないんですよ。悪いと言われなければいいという意味なんです。」

「(有名医師の診察では)何も言われないうんですよ。はいよろしいって2、3分で終わりですわ。それだけの大先生が言われることですから、安心はできますわね。」

II-3. 患者の利益の優先

医師が患者の利益を最大に配慮、尊重し、時には通常責任と義務の範囲を超えて、献身的に治療に当たってくれていると患者が感じるとき、それは強い信頼へと繋がっていた。逆に自分の治療や希望を二次にして、医療者側の立場や都合、利益を優先されたと感じるときには、不信が生じていた。

「夜中であろうとなんでであろうと電話一本で、どこからでも駆けつけてくれた先生なんですよ。」

「本当に心から患者のためにやっついていこうって思ってくださるなって、私たち患者の側が感じるんです。」

「本当にうれしかったのが、あなたが選択した選択肢に対して、私は全力を尽くしますと(医師から)言っていたこと。」

「家の近くにG医大があるんですが、そこを紹介して頂けないでしようかって言うどあそこは私の系列と違うから」って断られました。」

「なぜそう(手術を)勧めるのかなって。先生手術したいんだなって思って…。」

「結局あなた自身いい材料だったんです。これくらいの期間ではやるべきじゃないけれども、ちょうどH大の研修医が来てから、いい資料だから、と病院内の人に言われました。」

「薬出すのを専門にしてはるのかなって、悪く言えば検査ばかりして、そっちの方があれ(儲かる)なんかなって。そういう疑問

も…。」

有無を言わず高い特別室に入れられた、大量の薬を処方された、検査づけにされた患者が知覚する場合、多くは診療報酬代などを稼ぐための金権主義ではないか、という疑念を招いていた。しかし医師が患者の思い、その利益を優先すること、患者の意向を尊重することは、完全に一致するとは限らない。患者の利益を考へてのことと患者が感じれば、医師の厳しい態度や叱責も感謝される。

「よく怒る医師が、いい医師やということよくあります。」

「患者にちやらからしている医師がいいとは限りませんしね。厳しいところがある方が、決断つきますから。」

II-4. 背景要因となる限界性

医師の不適切、あるいは不十分な対応の原因として、病院の診療体制、医療保険制度、医師の過重勤務、人員不足などの問題があるという認識が示された。医師本人の問題ではないが、信頼阻害の背景要因として無視はできないだろう。

「(病室は)担当医がいらないんですよ。だから誰に言ってもいいのかわからないし、病棟はくるくる変わるその日の担当医がカルテ見ながら言うだけで、親身になってしてもらえて絶対思えないし…。」

「いろんな沢山の患者さんを抱えておられて、(個々の患者に十分なケアをするのは)難しいと思うんですけども。」

「国の制度に問題があるかもしれんけどね」

III. 医師-患者の感情・コミュニケーションに関する要因

医師-患者関係は非常にプライベートな部分に関わる人間関係である。病を得て心身ともに弱っている患者は、医師との関わりの中で、さまざまな感情的交流を体験する。第3の要因はこの感情的側面に関する側面である。

III-1. 医師の配慮・共感

患者は治療に直接関わる医師の対応のしかただけではなく、ちょっとした言葉からも医師の配慮や共感、ケアの心の有無を感じ取っている。

「ちょっと症状がよくなったときに『先生、治りますね』って聞いたら『一生治らないですよ』って言われたんです。」

「父が3ヵ月後に入院OKになったときに、先生が『おっ、かなり進行してるな』っておっしゃいましたんで、その独り言を聞かせないで欲しかったと思うんです。」

「そういうこと(手術しましょう)を簡単に口にしてほしくないっていうか、患者としてはそれによってどういう気持ちになるか、考えてほしいなって。」

「患者にとって痛みがストレスであるっていうのを認識していただ

いてるって、うれしかったです。」

「体が弱っている時ってやっぱり心も弱ってしまいます。弱ったときにまず、あなたの辛さに着目してまずよってうお声かけをしていただけたんで、非常に感謝しています。」

「優しさもひとつの医療だと思わなくていい。」

「(自分のかかりつけ医は)ハードな面だけでなく、非常にメンタルな面もね、患者の性格もよく見てはるね。」

Ⅲ-2. 医師のコミュニケーション能力と疎通性 (communicability)

医師-患者間の円滑なコミュニケーションには、医師のコミュニケーション能力が重要である。しかしコミュニケーションは双方向的なものである。患者側の自己規制が両者の間の信頼阻害要因となっている場合もある。

「医学に長けてて、聞きやすい先生っていうのが信頼できますわね。」

「普段の生活のことも、どういう悩みがあるのかとか、そういうことも相談に乗ってくれたらありがたいな、と思いますけどね。最低限病気のことはちゃんとするっていうのは大前提で、その上で人間同士のコミュニケーションっちゃうかね。」

しかし実際には難しい場合もあるようだ。

「質問したらむっと怒りよる先生なんです。」

「こっちの言うことも何にも、あまり聞いてくれないって言う…。」

医師との間に「何でも聞ける」「気の置けない関係」を望む声が多かった。

「医師と患者という特別な、普通の友達のような人間関係があったほうがいいと思いますね。」

「先生と患者というより、それを越えたようなお付き合いをさせていただいたり、いうようなことで。」

「たとえば、兄弟に医者がおってね、お前、こや、こやって言ってもらえるような医者がおったら一番いいと思うね。」

患者は遠慮があつてなかなか本音が言えないようだ。

「その時自分の意見をはっきり言えばよかったのかもしれないけど、でもやっぱり自分から言えない。」

「治してもらおうと思ってるから、お世話になっているという頭があるから、不満があつても、よっぽど悪い人でなかったら言うわんっちゃうかね。」

しかし、患者も意見や希望を言う努力をすべきだという意見もあつた。

「何も言わなかったらわからないじゃないですか、お互い。やっぱりこうしてほしいとか、ああしてほしいとか言うことも大事やと。」

Ⅲ-3. 患者の感情

医師との関係や、医師に対する信頼について、患者はさまざまなことを感じている。

「患者は絶対医者の方には上がれないですよ。梯子ないですけど、医者は患者と同じ目線まで降りることはできるんですよ。これは専門家和専門家外との違いですから。」

「(医療施設は)敵陣に入ってるようなもんやからね。やっぱり中に入ったら怖いし。」

信頼関係を築くために、患者自身の能動的な行動や、責任に言及する人もあつた。

「自分自身が信頼しないと、先生も信頼していただけないでしょう。人間と人間の付き合いですよ。だから自分から積極的に信頼していく。」

「お医者さんは信用しないといいけない。お医者さん選ぶのは、やっぱり私たちなんです。」

しかし、信頼する以外に手立てはない、という患者の弱い立場を指摘する人もあつた。

「信頼できるというより、信頼せざるを得ない。」

「医学はぜんぜん自分にはわからんことやから、(医師から)かなりきつく言われても、信頼するしかないですね。きつく言われても従いますね。そんな時は後味悪いんですけどね。仕方ないかっていう感じ。」

安心して頼りきるタイプの信頼ではなく、積極的に医師との信頼を築き、自己責任を持つべき、と指摘する人もあつた。

「自分でインターネットなんかで、最近は医療情報もございましてから、調べてまいりますと、えっこんな情報先生から言っていたいかなかった、っていうことがたくさんございまして、自分の体だから、自分自身も責任を持って調べないといいけないのかって。」

「医者が治してくれるわけじゃないです。結局自分自身の意思の問題であつて(中略)それは自分に返ってきますよ。」

「今までだったら、医者っていうことだけで信じたよな。医者は偉いんだって、上からも言うて、それでこっちは、はいって聞く方だと思つて。今はもう、そういう気持ちはないし。」

「親人の努力っていうのも大事やろうし、医者に頼るばかりじゃなくてね。」

考察

本研究では、グラウンデッドセオリーアプローチの手法を用いて医療に対する信頼と不信の要因を分析したところ、①医師の医学的能力に関する要因、②医師の態度・言動に関する要因、③医師-患者の感情、コミュニケーションに関する要因の3つのカテゴリーが見出された。信頼の形成には医師の臨床的医学的能力の高さと、対人的

特性や対人技能の両方が重要であることは、諸外国で行われた先行研究でも明らかにされていたことであるが(Thom & Campbell, 1997; Anderson & Dedrick, 1990)、日本の医師-患者関係にも当てはまることが明らかになった。3つのカテゴリーのうち2つが対人関係に関わるものであったことは、Thom & Campbell(1997)が指摘しているように、医師の対人技能が単に患者に快適さをもたらす付録のようなものではなく、質の高い治療を実践する上で不可欠な要因のひとつであることの表れと見なすことができるだろう。また、医師-患者関係における信頼では、能力と意図を切り離して扱うことはできないことも、改めて確認されたと言えよう。

本研究で見出された3つのカテゴリーは、①-1. 医師についての評判・伝聞、①-2. 医師の個人的・社会的特性、①-3. 適切な処置と治療の結末、②-1. 医師の診療態度・接遇、②-2. 十分な説明と納得、②-3. 患者の利益の優先、②-4. 背景要因となる限界性、③-1. 医師の配慮・共感、③-2. 医師のコミュニケーション能力と疎通性、③-3. 患者の感情の、合わせて10のサブカテゴリーに分類された。サブカテゴリーの個々の発言には、日本の医療保険制度や、日本人の対人的行動の特性を反映した内容も多く見られた。

現在の日本の医療制度では、患者は基本的にどこかの医療機関でも自由に受診することができる。しかし、それは選択の責任が患者に課せられていることでもある。「自分が選んだ医師だから、信頼するのは自分の義務である。」といった趣旨の発言は、それを端的に表している。専門的知識がなく、また、客観的な評価の材料となるデータがほとんど公表されない中、患者は口コミを中心とした伝聞情報で、信頼に足る医療機関を選択している。病院のブランド、医師の年齢や性別、出身大学などの外面的な特性が手がかりとなっているのも、他に情報がない状況ではステレオタイプ的な条件に依存せざるを得ないためとも言えるかもしれない。

実際に受診した後は、的確な診断や適切な処置など医師の具体的な臨床能力が信頼源となるが、肯定的な経験よりも、誤診、見落とし、症状の改善がない、などの否定的な経験を通してそれらの重要性を認識し、信頼の要因として挙げる人が多かった。患者は専門家たる医師の診断には間違いがなく、適切な治療を行ってくれているもの、という期待を抱いていると思われ、期待通りに事が進んだ時よりも、その期待が裏切られた際のインパクトの方が強いかもしれない。

医師の診療における適切な態度や言動、納得のいく十分な説明、患者の利益を優先する治療態度は信頼形成に大きな影響を及ぼしていた。これらが十分でない医師は患者の信頼を得にくい、中には高圧的な態度で説

教する、ベンを投げつけるなど、常識的なマナーの観点からも問題があると思われる行動を取る医師が存在することも明らかになった。「医療はサービス業である。」という認識を持つ患者もあり、医療者との間に認識のずれが見られるようだ。

しかし、たとえミスや誤診があってもそれを率直に認め謝罪した場合は、むしろ信頼に繋がる場合がある。同様に言葉による説明がなくても、「はいよろしい。」の一言で満足している患者もいる。これは患者にとっては表面上の説明や結果よりも、その背後の意図が信頼の形成により重大な意味を持つことを示唆するものと言えよう。「何でもさらけ出すことだけが、医師と患者の信頼を作るわけではない。」との発言に示されるように、医師の言動に対して、その背後に患者を一人の人間として尊重し、真摯に向き合おうとする姿勢(意図)を患者は読み取ろうとしているようだ。そのため患者は医師の言動に対して非常に敏感である。与薬、検査、入院期間などに対しても、患者はそれが自分の健康回復を優先したものか、経済的利益を優先する医師の「金権体質」なのかを、自分なりに判断している。これら医師の意図に対する患者の認知には、客観的な合理性が伴っているとは限らないが、現実に信頼の形成に重大な影響を及ぼしているのである。医師にとって「よき意図」を持つことはもちろん、それを患者に伝える努力をすること、そのための十分なコミュニケーション技能を持つことが、信頼を得るための重要な条件であると言えるだろう。

一方、患者の側から見ると「よき意図」を持った医師といかにして出会うかは切実な問題である。しかしすべての患者が公平に扱われるわけではないことは、患者にとっては自明のことのようだった。広いコネクションを持つ医師の紹介のお陰でよい待遇を受けられたり、「一見」の患者として訪れたため、診療を拒否されたり冷遇されたと患者が感じた事例が複数報告された。紹介状は医師の「能力」に対する専門家からのお墨付きという別の意味もあり、その恩恵に与れない人にとって(能力的にも、対応の上でも)「信頼できる」医師に当たるか当たらないかは「運しだい」というある種のあきらめも見られた。

長い待ち時間、短い診察時間、行くたびに担当医が変わる、などは信頼形成の阻害要因として挙げられたが、医師個人の問題ではなく、医療者が過重労働せざるを得ず、丁寧な診療が実現しにくい日本の医療制度そのものの問題であるとして、一定の理解が示された。しかし、体のみならず心も弱っている患者に対して配慮や共感、心理的ケアを望む声は強かった。

医師-患者関係は、患者にとっては自己のきわめてプライベートな部分や脆弱さを晒すことになる人間関係である。医師と関わることは、「期待されないが起こり得る、

他者の悪意(または善意の欠如)に対する脆弱性の受容」という信頼の定義(Baier, 1986)に示されている状況にいやおうなく置かれることと言えるかもしれない。「信頼せざるを得ない。」や「患者は決して医師と同じ位置には立てない。」という患者の言葉は、信頼する以外他に選択肢のない患者の状況をよく示している。このような患者の立場を理解し、遠慮しがちな患者の希望や質問に耳を傾ける医師の共感・配慮の能力や技能は信頼の形成にとって不可欠と言えよう。

しかし中には「自分が信頼しないと医師からも信頼してもらえないから、自分から積極的に信頼していく。」と、自ら積極的に信頼を示すことによって、医師の信頼行動を引き出そうとする能動的な態度も見られた。清成ほか(2003)によれば、このような「信頼の自己成就機能」に対する信念は日本人に顕著な特徴で、アメリカ人には見られないという。

患者の望む究極の理想は「気の置けない」「兄弟のような」「先生と患者の関係を越えた」医師-患者関係であるようだ。医師と個人的に親しい関係になることによって、特別な便宜が得られるという信念は、紹介状の効用に対する信念と同じだろう。共通の帰属集団を持ったり、同じ内集団に所属することは、日本社会の対人関係では現在でも特別な意味を持つらしい。山岸(1998)は「日本人は特定の相手との関係を維持し、その関係を利用することでその相手から特別な扱いを引き出す『内集団ひいき』の原理に基づく現実的効用が得られるという信念を強く持っている。」と述べているが、医師-患者関係においても明確に見られることが明らかになった。

このような内集団ひいきや信頼の互酬性に対する信念は、医師-患者関係にとっては両刃の剣であると思われる。なぜなら個人的親しさや根拠に基づかない盲信に近い信頼を示すことでしか、医師の互酬的行動を引き出せないのなら、患者が医師に質問したり、自分の希望を述べたり、セカンドオピニオンを取ろうとすることはタブーとなる。そのような行動は逆に医師に対する不信の表明であると解釈され、医師の否定的態度を招く可能性が高いからである。実際、「質問すると不機嫌になる医師」は、面接でしばしば言及された。しかし患者の自己管理、自己責任についての発言に示される通り、一部の患者の意識は既に変り始めている。医師と患者の関係が、個人的親しさに依存しない真にプロフェッショナルなものとなり、平等なパートナーシップを持てるようになることは、今後の日本の医療をよりよくするために重要なことであると考えられる。日本人の対人関係のあり方に合う新しい医師-患者信頼関係のモデルを模索していく必要があるだろう。

最後に本研究のいくつかの限界と今後の課題を述べる。本研究は GTA による仮説発見型の研究であるため、調

査協力者のリクルートは理論的サンプリングに基づいて行っている。よって得られた知見は即座にすべての日本人に一般化しうるものではない。そのためには今後無作為抽出法によって対象者を選び、大量のデータを収集する量的調査法による分析を行う必要がある。本研究で抽出された日本人の医療に対する信頼の中心的概念は、質問紙を構成する上で非常に有効に利用できるだろう。

もう一点は、GTAの効用と限界である。GTAはカテゴリーの抽出によって、事象の本質を分析するのに有効な手段ではあるが、時系列的な変化を捉えることには向いていない。信頼の形成には時間を要するし、患者は、数十年にもおよぶ医療体験の中で、医療者に対する認識を変化させているが、本研究では個別的变化の過程は分析されていない。この点は今後、別の質的研究法によって明らかにする予定である。

引用文献

- Anderson, A. & Dedrick, R.F. 1990 Development of the trust in physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physicians relationships. *Psychological Reports*, 67, 1091-1100.
- Baier, A. 1986 Trust and Antitrust. : trust and its varieties. *Ethics*, 96, 231-240.
- ベッカー・カール 1999 インフォームド・コンセントのジレンマ-訴訟回避・協力拒否・擬似信頼のコスト 医学哲学医学倫理, 17, 85-94.
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. 1992 Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267, 2221-2226.
- Erikson, E. H. 1959 *Identity and the life cycle (selected papers of E. H. Erikson)*. New York: International University Press. (小此木啓吾編訳 1973 自我同一性誠信書房)
- 広井良典(編) 1999 医療改革とマネジドケア 東洋経済新報社
- 医者不信、体験を反映「身近な医療」世論調査 2000 朝日新聞(10月25日朝刊、東京本社版), p.17.
- Kao, A. C., Green, D. C., Zaslavsky, A. M., Koplan, J. P., & Cleary, P. D. 1998 The relationship between method of physician payment and patient trust. *JAMA*, 280, 1708-1714.
- 清成透子・Cook, K.・山岸俊男・大村優・鈴木直人・高橋知里・谷田林士 2003 信頼と互酬性: 分配委任ゲームと信頼ゲームを用いた日米比較実験 日本社会心理学会第44回大会論文集, 176-177.
- Laine, C., Davidoff, D., Lewis, C. E., Nelson, E. C., Nelson, E., Kessler, R. C., & Delbanco, T. 1996 Important elements of outpatient care: a comparison of patients' and physicians' opinions. *Annals of Internal Medicine*, 125, 640-645.
- Mechanic, D. & Meyer, S. 2000 Concept of trust among patients with serious illness. *Social Science and Medicine*, 51, 657-668.
- Mechanic, D. & Schlesinger, M. 1996 The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA*, 275, 1693-1697.
- メンタルヘルス 2003 医療不信・不満に関する相談分析(1月号) <http://www.tpec.co.jp/mental/2003-01.htm>
- 三浦清春 2003 市場原理のアメリカ医療レポート かもがわ出版

- Northouse, P. G. & Northouse, L. L. 1992 *Health communication: strategies for health professionals (2nd ed.)*. Connecticut: Appleton & Lange. (信友浩一・萩原明人訳 1998 ヘルス・コミュニケーション:これからの医療者の必須技術 九州大学出版会)
- Pearson, S. D. & Raeke, L. H. 2000 Patient's trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 509-513.
- Rotenberg, K. J. 1990 The measure of trust beliefs of elderly individuals. *International Journal of Aging and Human Development*, 30, 141-152.
- Rotter, J. B. 1967 A new scale for the measurement of interpersonal trust. *Journal of Personality*, 35, 1-7.
- Safran, D. G., Kosinski, M., Tarlov, A. R., Rogers, W. H., Taira, D. A., Liberman, N. and Ware, J. E. 1998 The primary care assessment survey: tests of data quality and measurement performance. *Medical Care*, 36, 728-939.
- Strauss, A. & Corbin, J. 1991 *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks, CA.: Sage Publications.
- Thom, D.H. & Campbell, B. 1997 Patient-physician trust: an exploratory study. *The Journal of Family Practice*, 44, 169-176.
- Thom, D.H. 2000 Training physicians to increase patient trust. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 63, 245-253.
- Willig, C. 2001 *Introducing qualitative research in psychology*. Buckingham: Open University Press. (上淵寿・大家まゆみ・小松孝至訳 2003 心理学のための質的研究法入門 培風館)
- 山岸俊男 1998 信頼の構造 東京大学出版会

註

- 1) 本研究は平成13年～14年度文科省科学研究費(研究課題番号13671258)の助成を受けて行われた。
- 2) 本研究の一部は日本社会心理学会第44回大会において報告された。
- 3) 本論文の原稿に目を通し有益なご助言を頂きました。富山大学教授齋藤清二先生に感謝申し上げます。
- 4) マネジドケアとは医療費抑制を目的とした米国の医療保険制度の総称で、「管理医療」と訳される。その主たる方法は(1)診療報酬制度の定額化、(2)保険会社による診療内容のモニタリング、(3)保険会社によるコストパフォーマンスのよい医師・病院の選別、(4)患者の医療サービスへのアクセス制限、(5)健康増進、予防医療の重視である(広井, 1999)。
- 5) グラウンデッドセオリーアプローチはグレイザーとストラウスによって開発された質的研究の方法論で、意味のカテゴリーをデータから発展的に発見し統合する。グラウンデッドとは「データに基づき、ボトムアップ的に」研究するという意味で、継続比較法、理論的サンプリング、理論的コーディングなどの方略を用いる(Willig, 2001)。

Concepts of trust and distrust in physician-patient relationship in Japan

Etsuyo NISHIGAKI (College of Liberal Arts and Sciences, Wakayama Medical University)

Atsushi ASAI (Graduate School of Medicine, Kyoto University)

Motoki OHNISHI (Kamikitachiho Health, Welfare, and Children Center)

Tsuguya FUKUI (Graduate School of Medicine, Kyoto University)

The development and maintenance of trust in the physician-patient relationship is essential for the practice of high quality health care. However, distrust of medicine has been more serious in Japan recently. The purpose of this study is to explore the factors of patient trust and distrust in physicians among Japanese. We conducted 25 semi-structured interviews with Japanese citizens based on grounded theory approach. Categories regarding patient trust included (1)physician's competency, (2)appropriate responses to patients, and (3)emotional aspects of the physician-patient relationship. Ten sub-categories were derived from these categories, which included physician's reputation, personal and social characteristics of the physician, outcomes of the treatment, physician's appropriate manner, full disclosure of medical information and informed consent, respect for patients' interest, limit of providing enough care, sympathy and compassion, physician's communication skill and communicability, patients' emotions. The result of our study shows that some parts of the patient trust we figured out were similar to the factors found in the previous studies done in western countries. However, some parts of the sub-categories we found out seems unique to our culture. More detailed analysis on characteristics of Japanese interpersonal relationship will be needed.

Keywords: physician-patient relationship, trust, distrust, grounded theory approach, qualitative study

医療系学生に対する生命倫理学教育と倫理的態度の不一致

浅井篤*・板井孝壺郎†・スリングスビーBT*

概要

医療系学生に対する生命倫理学教育に携る者は、教室内での議論においてしばしば倫理的態度の相違に遭遇する。倫理的態度の違いは学習者間でも学習者と教育者の間でも生じる。教室内で経験される倫理的態度の不一致には様々なレベルがあり、少なくとも規範倫理的レベル、メタ倫理的レベル、そして特定の倫理的態度の妥当性に関する確信のレベルで生じ得る。今回我々は、教育者は教室内の倫理的不一致に対してどのような態度を取るべきかを考察する。

医療系学生の教育における生命倫理学には、知識や倫理的推論法、問題アプローチ法の提供だけでなく、倫理的問題に関する指針や助言、取るべき態度を示すことも期待されている。生命倫理学教育の基本的目的は患者ケアの質を上げることであり、学習者が患者の利益になる医療を行なえるようにすることである。問題の提示を行い議論のすべてを紹介するだけでなく、どの考えがその他多くの考えよりも倫理的により妥当なのかを示す必要がある。したがって教育者が倫理的不一致に際して完全に中立的であれば、果たすべき役割の方向性が不明瞭となり、具体的な行為指針が見出せなくなってしまう。また一見価値中立的に見える様々な議論の前提も決して中立ではない。

しかし同時に我々が倫理的推論に用いる前提は最終的には理性的に説明できず、教育者が望ましいと「信じている」という主観的な根拠に依拠しているだけではないかという反論も可能である。教育者は自らの倫理的態度と学習者の態度の間に生じる「距離感」によって、学習者との倫理的対話をどのように行っていくべきかという動機付けを与えられる。教育者の発言の出発点になるのは自身の非中立的な倫理的位置であり、それ故に教育的対話を正当化するためには、規範倫理的態度、メタ倫理的態度、そして倫理的確信度の3つの次元における教育者の倫理的位置が、単に不一致を起こしている複数の異なった態度のひとつに過ぎないのではなく、他の態度に比べ倫理的により妥当であることを示さなくてはならない。しかし真理が不可知な時、何が我々に生命倫理学教育者として教育的対話を行なう資格を与えるのか。

我々の考えでは、教育者が倫理的知識の入手と倫理的推論をぎりぎりまで行い、倫理的反省のプロセスを通じて、自分のいちばん深い倫理的信念に気付いていることが学習者と教育的対話を行なう資格を与える。そして 1) 個々の生命倫理学領域の問題を医療の目的や使命を手摺りとして考察する、2) 考え得るすべての

* 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医療倫理学分野

† 宮崎医科大学医学部哲学・倫理学

議論・立場を吟味する、3) 自分の倫理的態度をその他多くの立場のひとつとして自分から突き放し徹底的に相対化する、4) その上で自分の中で生き残った倫理的位置を、適切な倫理的反省のプロセスを経た自己の知的信念として学習者に示すべきだろう。自分の思考能力の限界性、思考基盤の絶対性の欠如をわきまえて倫理的態度の異なる学習者と語り合うこと、そして十分に配慮された説得的コミュニケーションを行なうことが生命倫理学教育者にできることであり、すべきことではないだろうか。

1 はじめに

筆者らは、医療系学生に対する生命倫理学教育に従事・関係している。そして、生命倫理学の学習者（以下、学習者）との教室での議論で、しばしば倫理的態度の相違に遭遇する。問題に関する倫理的態度の違いは、学習者間でも起きるし、学習者と生命倫理学教育者（以下、教育者）の間でも生じる。また、学習者や教育者個人の中で2つ以上の選択肢が葛藤を起こして、倫理的ジレンマに陥り判断が下せないという事態も生じる。

教室内で経験される倫理的態度の不一致には様々なレベルがある。まず規範倫理レベルの不一致である。たとえば、医師による自発的積極的安楽死について議論を行なったとしよう。ある学生たちは「生命の質」と自己決定の尊重派で医師が自発的積極的安楽死を行なうことに賛成する。他の学生たちは「生命の神聖さ」派でその行為に反対する。2つのグループの議論は平行線を辿る。このような時、教育者として何を言うべきだろうか。また学習者の中には、「医学の進歩のためには、一部の患者を犠牲にしてもよい」と硬い信念を表明する者や、性差別的・人種差別的な感情を強く持つ人など、将来、医療に関わる者として全く相応しくないと教育者が考える者がいるかもしれない。そのような人々に対して、教育者はどのような行動を取るべきだろうか。

倫理的態度の不一致はメタ倫理のレベルでも起きる。筆者らは、倫理的に正しいことは文化によって決められると考える者、倫理的なジレンマにおいて正しい答えはないと確信をもって主張する者、さらには倫理的に正しい答えは個人が各自決定するという意見を持つ者など様々な態度を持つ学習者と日常的に遭遇する。これらの意見の相違は上記の倫理

的判断の内容——何が正しいか——に関する不一致ではなく、倫理的に正しいことはどのように決められるのか、正しい真理が存在するのか否か、などのメタ倫理的な意見の不一致である。メタ倫理レベルの不一致に教室内で遭遇したとき、教育者はどのように行動すべきだろうか。またひとつの倫理的態度の妥当性に関する確信度も、ジレンマ事例では異なってくることもあるだろう。つまりある学習者はある状況でジレンマに陥るが、他の学習者は一切の倫理的迷いを感じることなく特定の態度を取り得る。教育者はこの時どうすべきか。

我々が知る限り、今回我々が問題提示した問題は今まで広く論じられてこなかった。しかし、医療における生命倫理学教育に全く効果がないと考えない限り、または単なる教養に過ぎないと考えない限り、この問題は無視できない。なぜなら本論で問題にしている学習者は医療系学生であり、将来医療現場や研究活動において人々の生死や健康に関わる様々な重要決定に関わるからである。また教育者の道徳的良心や教育者としての自己の存在意義に関わる問題もある。目の前で一部の学習者が、教育者がどのように考えても倫理的に許容できない態度を示した場合、どう対処するかは教育上の問題というだけでなく、極めて深刻な個人道徳の問題ではないだろうか。少なくとも真剣に将来の医療従事者に対する生命倫理学教育を行っている教育者は、自分の道徳観に相反する学習者とどう折り合いをつけるか悩むであろう。この意味でも、教室内の様々なレベルの倫理的態度の不一致にどのように対処するかは論じるに値する問題である。

本論では教育者が、教室での倫理的立場の相違に対してどのように対処すべきかを考える。以下、1) 医療系学生に対する生命倫理学教育に期待される役割と目的、2) 教育者の倫理的中立性の可能性と必

要性、3) 生命倫理学教育者の倫理的態度の妥当性について順次考える。そして、生命倫理学教育の意義と生命倫理学教育者の倫理的中立性の不可能性を根拠に、教育者は教室内の倫理的な態度の不一致を放置すべきでなく、教育者が正しいと信じる規範的、メタ倫理的態度を積極的に学習者に示し影響を及ぼす努力をすべきだと結論する。

2 生命倫理学教育に期待される役割

医療系学習者は生命倫理学教育に何を求めているだろうか。彼らはどのような役割を生命倫理学なる実践的応用倫理に求めるだろうか。倫理的知識や教養だろうか、倫理的推論や議論の方法論だろうか、倫理的問題解決のための枠組みだろうか、倫理的問題に関する基本的な行動指針だろうか、それとも実際的な具体的指示だろうか。我々の知る限り、医療関係者や学習者が生命倫理学に何を求めているかを広く、かつ深く調査した研究はない。しかし筆者らの経験では、生命倫理学の専門家に「このようなケースではどうすればよいか」と具体的な助言を求めてくる医療従事者や医療系学生が少なからず居る。たとえば、経験を積んだ医師から「慢性呼吸不全で人工呼吸器から離脱できない患者が延命中止を希望した時どうすべきか」と質問されることは何回もある¹。また臨床実習を行なっている医学生から「家族が反対しているとき、患者にがんの告知をすべきなのか」と尋ねられることも稀ではない。現場で活用できる倫理的な問題アプローチ法を身に付けたいと希望している人々もいる。ある倫理的問題で悩んだことのあるレジデントは、そうでないレジデントに比べ、

その問題に関する倫理指針の必要性を感じるという研究結果もある²。少なくとも医療現場に学習者や医療従事者を悩ます倫理的ジレンマがあるのは間違いない。したがって、医療現場や医療教育において生命倫理学が期待されていることは、知識や倫理的推論法・問題アプローチ法の提供だけでなく、倫理的問題に関する指針（ガイダンス）や助言、取るべき態度を示すことをも含まれると言えよう。純粹に形式的な推論の方法ではなく、ある一定の規範的方向性を持った示唆が求められている。

3 医療における生命倫理学の目的

さて次に生命倫理学の教育目的として現在論じられていることを見てみよう。生命倫理学教育の基本的目的は患者ケアの質を上げることであり、臨床現場の倫理的問題を同定、分析、解決する能力を学習者に提供することであるとしばしば主張される。Myser は生命倫理学教育の目的は、1) 学習者の診療や研究に関わる倫理的問題に対する感受性を高め、2) 学習者自身が自分の個人的職業的価値観や他の人々や社会全体の価値観について批判的に反省することを促し、3) 学習者に臨床的判断の基礎になる倫理原則や価値に関する前提をはっきりと認識させ、4) 倫理的推論や分析法を授け、5) 臨床倫理的決断への体系的なアプローチ法を提供することだと解説している³。

Battin によれば生命倫理学は、academic bioethics、clinical bioethics、policy-oriented bioethics に大別される。clinical bioethics の目的は事実認識に関する不一致と価値観の不一致を区別し、対立している当事者たちが、互いの価値判断の差異を明確化することや代替案の議論などを通して、自分たちで不一致

¹ Seiji Bito, Kazuki Chiba, Atsushi Asai: Clinical Ethics Discussion 3 Should a physician withdraw ventilation support from a patient with respiratory failure when the patient prefers not to undergo tracheotomy? *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 2003; 13: 143-147.

² Atsushi Asai, Minako Kishino, Tsuguya Fukui, et al: Postgraduate education in medical ethics in Japan. *Medical Education*, 32, 100-104, 1998.

³ Catherine Myser: How bioethics is being taught: a critical review. Helga Kuhse, Peter Singer ed. *A Companion to Bioethics*, Blackwell Publishing Group, 1998, Oxford, 485-500.

⁴ Margaret P Battin, Bioethics, R.G. Frey, Christopher H. Wellman, ed. *A Companion to Applied Ethics*, Blackwell Publishing Group,

の本質を理解し、問題を解決するように援助することである⁴。Battinによれば、臨床現場における生命倫理は「カウンセラー」的であり、裁判所のように事例に関する決定は行わず、むしろ関係者が問題に対して、どのように決断を下せばよいかの筋道 (deciding how to resolve them) を示すことになる。このように臨床生命倫理は、ある種の回答を関係者に提示するが、それが真実 (truth)——その物事に関して、例外無くあてはまり、それ以外には考えられないとされる知識・判断⁵——であるという振りはしないという。一方学問的生命倫理 (academic bioethics) の役割は、主に特定の道徳的結論に至る議論の妥当性を評価するものであり、結論そのものの真偽についての判断は行わない⁶。

さて上記を踏まえた上で、医療系学生に対する生命倫理学教育の目的をどのように定めるべきだろうか。少なくとも Battin のいう学問的生命倫理学の役割のみでは不十分ではないだろうか。もちろん純粋な学問的生命倫理学教育は、生命倫理学を一般教養や学問、そして研究テーマとして学びたい学習者に対しては極めて重要であり合目的である。さらに哲学的な倫理学教育は物事をより深く認識するために必要であろう。しかし、医療系学生に対する生命倫理学教育では事情が異なる。なぜなら、前述したように、臨床現場には解決を待っている倫理的問題が常に山積みしており、害を受ける患者やジレンマに悩む医療従事者が後を絶たないからである。結論に至る推論・議論の妥当性の検討だけでは不十分なのである。問題提示は容易い。しかしそれだけでは十分ではなく、多くの考えの中でどれがその他多くよりもより倫理的に妥当なのかを示す必要があるのではないだろうか。医療に関わることになる学習者も一定の方向性を持った示唆を求めている可能性は高い。「我々は最終的な結論には興味がない」では、行動指針——助言やガイダンス——を求めている医療

現場のニーズに応えていないことになる。一方、生命倫理学に何も求めない学習者や医療従事者にその意義を認知させる必要があるだろう。さもなければ多くの患者が医学的には適切でも倫理的には問題のある状況に置かれるだろう。したがって、生命倫理学教育者は教室内でも純粋にカウンセラー的な役割を果たせばよいかと問われなければならない。

我々の理解では、カウンセラーとは指示的なことは一切せず積極的傾聴を通して問題整理役に徹する。カウンセラーは基本的に judgmental ではあってはならず中立的でなければならない。「生命倫理カウンセラー」は、クライアント自身が問題点に気づき、関係者間のコミュニケーションを十分にし、そして適切な形式の手順を示唆することができる。しかし自分の内容を伴った倫理的考え方の表明は差し控えることになる。しかしもし生命倫理教育者が完全に本当に中立的だったら医療における生命倫理学教育の基本的目的を果たすことができるだろうか。基本的目的は患者ケアの質を上げることであり、換言すれば、学習者が患者の利益になる医療を行なえるようにすることである。したがって、問われるべき問題は、「心の中では何を考えているにしろ学習者に対しては倫理的に中立的に振舞っている教育者は、患者の利益に貢献するという目的を果たすことができるか」ということである。

4 教室内での倫理的態度の不一致 に対する教育者の適切な対応について

ここで2つの例を挙げて学習者の倫理的態度の不一致について検討する。第一に教室内で臨床研究におけるインフォームド・コンセントの必要性について議論をしていたとしよう。教室内で学習者が取る可能性のある態度は、1) 規範的倫理上の異なる態

2003, Oxford, 295-312.

⁵ *Shin Meikai Kokugo Dictionary*, 5th edition (C) Sanseido Co., Ltd. 1972, 1974, 1981, 1989, 1997.

⁶ Margaret P Battin, Bioethics. R.G. Frey, Christopher H. Wellman, ed. *A Companion to Applied Ethics*, Blackwell Publishing Group, 2003, Oxford, 295-312.

度、2)メタ倫理レベルで異なる態度に大別されるだろう。すべては挙げられないが——それは本論の目的ではない——主なものを挙げてみよう。規範的に行為の内容について判断を下そうとする人々では、①ヒトを対象とした臨床研究における十分なインフォームド・コンセントはいかなる状況でも必須である、②研究のリスクをあまりに正確に説明すると、研究参加者が不必要に不安になり参加承諾者が減ってしまう可能性がある。したがって重大だが稀しか起きない危険性については研究者の判断で説明しなくてもよい、③ヒトを対象とした臨床研究における十分なインフォームド・コンセントは必要ない、④私にはわからない、などの回答があるだろう。また特定の内容判断には踏み込まないメタ倫理レベルでは、「このような状況で唯一正しい選択肢はない、各人がそれぞれ決めることだ」、「今までの社会的文化的慣習に従えばよい」などの態度が可能性としてはあるだろう。

このような状況における対応には様々なものが考えられるが、教育者としてはそれぞれの立場の根拠や理由を確認し、同時に結論に至る議論の妥当性を確認するという部分は誰もが行なうだろう。推論の一貫性や概念の正確さは確認されるだろう。しかし我々の問題はこの先である。心の中では何を考えているにしろ学習者に対しては倫理的に中立的に振舞っている教育者は、どのような態度を取るだろうか。Non-judgmentalな教育者は決して内容判断には踏み込まないので、②や③の結論を批判しないだろう。①と他の立場を全く同様に扱うだろう。ある特定のメタ倫理的立場に関する批判も行なわないので、主観主義も情緒主義も文化相対主義も表面的には受け入れることになるだろう。

しかし、これは生命倫理学教育者として妥当な態度だろうか。その答えは否である。なぜなら、単純に患者の利益に貢献するという目的を果たすことができないからである。もし将来的に患者の利益に貢献できる医療専門職を教育するつもりであれば、患者のためになる態度は正しく、患者の利益に反する態度は間違っていると明言する教育的対話が行われ

べきだろう。この考えに従えば、教育者が②や③の態度を持つ学習者を批判しないのは問題がある。④のような態度を取るものには医療の目的そのものを教える教育が必要であろう。何が患者のためになるかを自分から積極的に考えない学習者には、医療の実践においては医の職業倫理が指し示す一定の正しさがあることを、対話を通して教授する必要がある。学習者の中には「医学の進歩のためには、一部の患者を犠牲にしてもよい」と硬い信念を表明する者や、性差別的・人種差別的な感情を強く持つ人など、将来、医療に関わる者として全く相応しくないと教育者が考える人物がいるかもしれない。そのような人々に対して、教育者は中立的であってはならないだろう。

一方、上記の臨床研究におけるインフォームド・コンセント事例とは異なり、教育者が生命倫理学教育の目的に照らしてひとつの態度を容易に取れない場合もある。つまり程度の問題ではあるが、倫理的に妥当な態度について確信度が低下する状況である。事例をみてみよう。教室内で今、不可逆的昏睡状態患者の治療について議論しているとしよう。成人男性患者Aが5年以上不可逆的植物状態(昏睡状態)にある。彼には事前指示がない。ある日彼は重症肺炎から呼吸不全に陥り人工呼吸器を装着しなければ救命できない状態になった。患者の配偶者と兄弟は(子供はまだ小さい)人工呼吸器使用に反対で、まだ健在な患者の両親は人工呼吸を含む可能な治療はすべて行ってほしいと希望したとする。教室内の学習者の倫理的態度も大きく割れるだろう。この難題に対して、どのような状態でも生命は尊重されるべきだ、人格のない生命を生かし続けるべきでない、最終決定者は配偶者である、最終決定者は両親である、家族が話し合っただけで、倫理委員会が決めるべきである、このようなジレンマには取るべき唯一の選択肢はない、各人が決めるしかない、裁判所が法的に決めることだ、わが国ではこのような場合必ず救命治療を行なうなどの態度が可能であろう。これらの多彩な態度を前にして生命倫理学教育者はいかに振舞うべきであろうか。何を言うべきだ

ろうか。

率直に言って筆者らには、この事例においてどのような態度を取ることが患者の利益に最も貢献するかわからない。教育者自身が倫理的ジレンマに直面する状況である。このような状況では唯一正しい態度はないように思える。ある1つの態度を支持するにしても否定するにしても、そうする自分に十分な倫理的確信が持てない。患者と患者の家族のためになる医療を行なうことは重要であることはわかる。しかしその先はどのような行為を取ればよいかは明確でない。もちろん患者の意識状態に関わりなく治療を行なうのが当然だという立場や、不可逆の昏睡状態患者に人工呼吸を行なうなど非倫理的だと断定する読者もいるだろう。しかし臨床研究におけるインフォームド・コンセントの必要性に関する倫理的確信と同程度に強い確信を持って、1つの態度の倫理的妥当性を主張することは困難だと思われる。

一般的にこのような解決困難なジレンマの議論における教育者の役割は、あまりに自分の態度に確信を持っている学習者に、より広い視野に立てば考慮すべき多くの事柄が現れ、彼らが思っている程簡単な結論は出ないことを、教育対話を通して理解させることだろう。たとえば「不可逆的植物状態患者の救命には意味はない」と断定する学習者には、家族の気持ちを考える必要性を示唆する必要がある。また「不可逆的植物状態患者の救命は絶対的に必要だ」と主張する学生には、医療費の問題や家族の精神的負担、患者の事前指示などの意義を示すべきだろう。短慮な極論を修正することは必要である。「この状況は倫理的ジレンマなのだ」と気付かせることは生命倫理学教育の重要な役割だと思われる。確信に満ちた学習者が道徳的に気持ち悪くなるだけでも教育の意義が十分にある⁷。このように倫理的確信度に関しても、生命倫理教育者が倫理的に中立ではその役割を十分に果たせないことになる。

5 倫理的中立性の不可能性

さて教育者は中立であるべきでない⁸と述べた。さらに我々は、教育者が自分は倫理的な中立性を保って教育をしていると思っていても、実際には中立的では有り得ないと考える。なぜなら倫理的推論や議論の形式だけから内容に関する結論は導けず、何からの内容を伴った前提が必要だからである。我々の議論は価値判断を含んだ前提を認めなければ成立しない。たとえば、議論における幾つかの広く受け入れられた前提——生は死よりよいもので、健康でいることは病気でいるよりはよいことで、快楽は苦痛よりよいなど——が存在する。患者の利益のために医療を行なうという大前提があり、一般にほとんどの場合患者にとって、生は死よりよく、長寿は短命よりよく、快は苦痛よりよく、安心は不安よりよく、信頼は不信よりよく、治療手段があることはないよりよく、医療を受けられることは医療にアクセスできないよりよく、などと言えるだろう。しかしそれ以上のことは言えないのではないだろうか。なぜなら、それぞれの前提を個別に医療の使命の名の下に受け入れることはできても、これらの前提がなぜよいかについて論理的に応えることはできないからだ。Humeの言うように、いつかなぜ我々がひとつの立場を持つのか答えられなくなる時点で到達する⁸。Rachelsの言うように the impossibility of an infinite regress of reasons は倫理的考察に限ったものではないだろう⁹。しかしだからといってそれが倫理的考察における理性的議論の限界を打ち消すものではない。我々はなぜ快が苦痛よりよいか理論的には説明できない。我々が苦痛よりむしろ快を欲するからだ⁹と回答はできるが、なぜ快を欲するかについては理由などない⁹としかいえないだろう。さらに基本的な前提がお互いに葛藤を来たした場合も根本的な理論的理

⁷ この部分は群馬大学大学院医学系研究科の服部健司氏の個人的発言を取り上げた。

⁸ David Hume: *Enquiry Concerning the Principles of Morals* (ed. by Tom L. Beauchamp), Oxford University Press, 1998 (orig.1751), Oxford.

⁹ James Rachels: *Can Ethics Provide Answers? Life Choices: A Hastings Center Introduction to Bioethics*, Joseph H. Howell, William F. Sale, ed, Georgetown University Press, Washington, D.C., 1995, 3-23.

性的説明はできないだろう。

冒頭の安楽死ケースで教育者が学習者に対して、生命の質を生命の神聖さより尊重するから自発的安楽死を容認すると述べたとしよう。学習者がなぜと聞いた場合、生命の質が大切だからと答えることができる。なぜ生命の質が大切かと問われれば、患者本人が主観的に感じる快・不快がもっとも重要だからだと返答することができよう。ではなぜ快が大切かと訊かれたら、快は望ましいものだからだと言える。しかしなぜ快を望むかと訊かれて、「それを欲するから」以外には答えようがないと思われる。このようにわれわれが倫理的推論に用いる前提は最終的には理性的に説明できず、教育者が望ましいと信じていることであると言ってよいであろう。そしてあれよりこれを望むことは決して中立的ではない。

「自分は社会的合意を根拠にしているのに倫理的に中立だ」と考えることも間違っている。それは politically correct ではある。しかしそれは現時点で教育者がある社会で制度や法、政府の指針などで認められていることに賛成しているという一つの立場である。議論を結論する時にガイドラインの文言を引用しても、それは中立的でも客観的でもない。さらに教育者の中立性を否定する要素として、生命倫理学自体が歴史的に1つの社会的運動として、患者の人権運動のひとつとして成立してきた側面を持つことを認識しなければならない。

6 教育者の議論への動機と三次元的倫理的位置

今まで生命倫理学教育の目的を果たし医療のニーズに応えるには、生命倫理学教育者は中立的ではあってはならず、学習者の様々な倫理的態度に対して教育的対話を通して適切に介入すべきだと述べてきた。しかし同時に学習者の倫理的態度に介入する当の教育者も倫理的にひとつの、最終的には理論的に基礎付けされない倫理的前提を基に考察していることを示した。

ここでもう1つ確認する必要がある。そもそも、

教育者が学習者に教育的に介入しようと動機付けられるのは、教育者側が倫理的に客観的に正しい、そして立場を異にする者が正しくないという目に見える証拠を、教育者が持っているからではないだろう。意を異にする者に語りかけようとする気持ちは、自分の倫理的態度と学習者の態度の間に生じる「距離感」によって生じると考えられる。そして、お互いの距離が遠ければ遠いほど、教育者の教育的対話への意欲は高まるだろう。しかしその距離は、規範的方向性の乖離角度の大きさによって生じるのみでなく、倫理的確信度の違いによって生じる場合もメタ倫理的態度の違いによって生じる場合もある。そして教育者の発言の出発点になるのは教育者自身の非中立的なそれぞれ3つの倫理的位置であることが確認される必要がある。

医療系学生を対象とした生命倫理学教育において教室内で倫理的不一致が起きた場合、教育者は倫理的推論や議論の一貫性の確認以上に、学習者の倫理的態度に教育的対話を通して介入すべきだという主張を支持する根拠は、医療における生命倫理学教育の目的であった。筆者らは患者の利益に貢献しない学習者の態度は改められなければならない—少なくとも教育者は努力をすべきだ—と述べた。しかし生命倫理学教育者の教育的対話による介入を正当化するためには、規範倫理的態度、メタ倫理的態度、そして倫理的確信度の3つの次元における教育者の倫理的位置が、単に不一致を起こしている複数の異なった態度のひとつに過ぎないのではなく、他の態度に比べ倫理的により妥当なものであることを示さなくてはならない。何をもって、ある立場が他の立場より倫理的に妥当と言えるかが問題となる。この問いは倫理的ジレンマを孕んだケース、つまりどのような行動が患者の利益に適うかはっきりしない場合に特に重要である。また医療系学生または医療従事者にとって、生命倫理学には何ができるかというメタ倫理的問題は大きい。生命倫理学的考察によって導かれる判断には現実的な意味がないと考える医療従事者は、少なくないのではないだろうか。つまり「メタ生命倫理」の問題である。すでに述べたように

理性的推論には限界がある。生命倫理学教育者がある物事に関して、例外無くあてはまりそれ以外には考えられないとされる知識・判断を知ることができない時、何が彼または彼女を教育者としての資格を与えているのか。

7 教育的対話の資格、そして教育者の行なうべきこと

筆者らの考えでは、教育者は倫理的知識の入手と倫理的推論をぎりぎりまで行い、倫理的反省のプロセスを通して、自分のいちばん深い倫理的信念に気付いていることが教育者としての資格の一部——もちろんすべてではない——を与えることになる。そして1) 個々の生命倫理学領域の問題を医療の目的や使命を手摺りとして考察する、2) 考え得るすべての議論・立場を吟味する、3) 自分の倫理的態度をその他多くの立場のひとつとして自分から突き放し徹底的に相対化する、4) その上で自分の中で生き残った倫理的位置を、適切な倫理的反省のプロセスを経た自己の知的信念として学習者に示すべきだろう。

ここで言う知的信念は、単に個人的な意見でも客観的に正しい答えでもない。倫理を真摯に考えている者の知的に精製された「理屈を超えて、かたく信じる心」である¹⁰。たとえば我々はなぜある種の生命の存在に価値を見出し、他の生命に価値を見出さないかを理論的には説明できない。根源的には理論を超えた信念になる。また自らの倫理的立場が拠って立っている根拠——たとえば人権、自由、無害、効用、平等、福祉、ケアなど——が今(21世紀)、ここ(先進国)の社会・文化に相対的である可能性はゼロではないことは自覚されなくてはならない。

このように、自分の思考能力の限界性、思考基盤の客観性の欠如を十分認識し、倫理的態度の異なる学習者と語り合うこと、十分に配慮された説得的コミュニケーションを行なうことが生命倫理学教育者にできることであり、すべきことではないだろうか。

絶対者なき人間の世界の倫理は、人と人との間の規範である。現行の医療専門職の職業倫理もこの絶対性の欠如を完全に免れることはできないかもしれない。にもかかわらず、患者の意向を尊重することは重要で、できるだけ患者の選好や価値観を重視しつつ、かつ家族の考え方も考慮するよう配慮した臨床決断を行なうことが倫理的に妥当だと考える。我々には、何が倫理的に正しいのかについての最終的な基礎付けはできない。我々の考えでは、疑うものは哲学者となり、信じるものは信仰者になる。そして疑いつつも信念を捨てないものは生命倫理学教育者になる。いくらリベラルな態度を持っていたとしても、それは中立性や客観性でなく、ひとつの倫理的な態度である。そして、誠実な倫理的反省のプロセスを通して、自分自身の規範的態度、メタ倫理的態度、そして倫理的確信に関する態度を把握しておく必要があるだろう。

しかし当然ながら、教育者が自分の倫理的意見を表明することが大切だとしても、その方法は哲学雑誌や生命倫理学雑誌にあるような、攻撃的で容赦のない完膚なきまでの反対者批判であってはならないだろう。いくら対等を装っても教育者は学習者を評価する立場にある。教育者が不可をつけることができる限り、真に対等な関係は実際には困難ではないだろうか。したがって教室内で教育者が倫理的態度を表明し、教育者が一部の学習者の立場を批判する時には細心の注意が必要である。また決して洗脳や教化(indoctrination)であってはならない。あくまでもリベラルな態度が教育的対話の基本である。

ある問題に関する教育者の倫理的態度と学習者のそれが正反対の場合、大上段に「これが正しい答えだ」と押さえつけるのはおそらく誰もが受け入れない方法だろう。一般的に強引な押し付けや恣意的な誘導は教育上正しくない。また考え方の強制は効果を挙げないであろう。「考え方」や「感じ方」の強制はできない。そして議論の対象が、人間の生命に根源的に関わる信念についてであれば尚更である。し

¹⁰ Shin Meikai Kokugo Dictionary, 5th edition (C) Sanseido Co., Ltd. 1972,1974,1981,1989,1997

かし、同時に医療従事者に対する生命倫理学教育は職業教育の一部でもある。専門職 (professional) に対する生命倫理学教育には、社会が期待している使命を達成するための一連の職業的義務が含まれる。それ故、我々は生命倫理学についての教室内の教育を説得的コミュニケーションとして捉え、教育者がどうしても倫理的に許容できない態度については粘り強い対話が続ける必要がある。この結果、学習者を教育者が好ましいと考える一定の方向に導くことになるだろう。そしてその方向性は、患者の利益になる方向であり、害の可能性を減少させる方向でなければならない。有限な人間である我々、相対化された我々が知ることができる範囲において倫理的に許容されると判断されるなら、倫理的に非中立的な生命倫理学教育は許容されるのではないだろうか。患者や社会の幸福に貢献しない医学・医療に存在価値がないのと同様に、人々の態度や行為に善い変化をもたらさない生命倫理学教育にはあまり意味がないと考える。

8 我々の結論とその問題点

本論で我々は、生命倫理学教育者は自らの倫理的態度を規範的、メタ倫理的、そして倫理的確信度の3つの面から冷静に把握し、徹底した倫理的反省のプロセスを経た自己の知的信念を、自分の非中立性、非客観性、非根拠性（倫理的基礎付け不可能性）を自覚し認めつつ、よりよい医療を行なうことを目的として、学習者に対して教育的対話を行なうべきだと論じた。そして、教育者は自分が持つ倫理的な知的信念を学習者に示し、それを彼らと共有する努力をするべきであろう。

しかし我々が導いた結論も幾つか問題がある。その中でも十分な配慮が必要な問題は、1) 教育者が Activist や狂信者、熱狂的宗教信仰者の場合はどうなるのか、2) 人種差別的な学習者、人権無視的な学習者など、教育者がどのように考えても受け入れることができない者を、学科の成績としてどう評価すべきか、2つであろう。これらについて簡潔に論じ

たい。

第一に、教育者が非常に強い特定の信念を持っている場合、教育者は学習者を「洗脳」し特定の考え方を植付けようとするかもしれない。たとえば胎児の人権保護活動家は、教室内で医療系学生に対してヒト ES 細胞の使用は決して許されないと熱心に説くだろう。こうした「熱心な」教育者が存在しうることを考慮するならば、教育的立場にある者は、自分とは異なる倫理的態度を持つ学習者を「説得」しようとしてはならないと主張されるだろう。この主張はたしかに、教育者が Activist や狂信者、熱狂的宗教信仰者の場合は当てはまる。なぜなら彼らは、我々が本論の核として論じている倫理的反省のプロセスを行なわないからである。彼らはすべての議論・立場を吟味することも、自分の考えを自分から突き放し徹底的に相対化することも、自分の考え方が倫理的根拠を欠いており客観的に正しい答えではないことも認識しない。彼らの信念は知的信念ではない。したがって、自らに対して絶え間ない倫理的反省のプロセスを課さないものは、医療系学生に対する生命倫理学教育に携わる資格はない。

第二に、教育者がどのように考えても受け入れることができない者を、学科の成績としてどう評価すべきかは現実的な切実な問題である。たとえばタスキギー梅毒研究における医学研究者の行為は倫理的に間違っていないとレポートで論じる学生に対して、教育者はどのような評価をつけるべきだろうか。不可をつけるべきか、それとも結論に至る倫理的推論の一貫性や理論展開だけに注目し評価すべきか。おそらく教育者の取るべき態度は後者であろう。なぜなら前者を許容してしまうと、教育者と立場を異にする学習者がすべて不当に低く評価されてしまうからである。前述したように学習者の倫理的立場に対して教育者が抱く疑念や反感は、二者間の3次元の倫理的立場——規範倫理的、メタ倫理的、倫理的確信度——の距離感から起きる。したがって、学習者が下す結論に対する教育者の倫理的距離感が大きい場合、議論されている問題の種類や学習者の結論の内容に関わらず、教育者が学習者に不可をつける

事態が生じるだろう。たとえば中絶反対派の教育者は、中絶は許容されると論じる学習者を低く評価するかもしれない。もちろん我々はタスキギー研究を倫理的に受け入れられると主張する学習者を放置すべきではない。しかし学習者への介入は成績に対する評価という形ではなく、教育の過程での対話や議論によって行なわれるべきである。教育者は学生

に寛容な態度で接し、対等な意見の交換や話し合いを通して、我々は何のために医療を行うのかを認識させ、学習者の持つ態度の問題点を気付かせる努力をすべきであろう。結論のみによって評価することを許せば、我々は学習者を「断罪する」だけになり、やがては教育者の信念を「押し付ける」狂信者への滑りやすい坂道を転がっていくだろう。

インフォームド・コンセントの基本

浅井 篤

Informed Consent

Atsushi ASAI

Keywords: Informed consent, Autonomy, Decision-making capacity, Ethics, Bioethics

はじめに

本稿ではインフォームド・コンセント (informed consent) の概念と構造, 基礎となる倫理原則, その前提となる判断能力について簡潔に述べる。またインフォームド・コンセントと判断能力という概念が持つ問題点も紹介する。

1. インフォームド・コンセントの概念・構造

インフォームド・コンセントは, 生命倫理学・医療倫理学上広く受け入れられている倫理的概念の一つであり, 医療を受ける人々の自律を尊重し, 希望を実現するために最も重要な手続きである。また, 臨床と研究の両分野の倫理で中心的な役割を果たしている。インフォームド・コンセントが紹介されて久しいにもかかわらず, インフォームド・コンセントに関わる倫理的問題は無くなっていない。表1に臨床研究におけるインフォームド・コンセントの有無が問題になった事例を紹介する^{1,2)}。

患者 (または研究対象者) がインフォームド・コンセントを与えるには, 判断能力 (意思決定能力, decision-making capacity, competency: 以下, 判断能力に統一する) があることが前提であり, 開示された情報を十分に理

解できなくてはならず, そして自由に同意を与えること (または同意を差し控えること) ができなければならない。つまり, インフォームド・コンセントとは, 判断能力を備えた患者が, 誰からも強制されていない状況下で, 十分な情報の開示を受け, それらを理解したうえで, 医師が医学的に患者にとって最善と判断・呈示した診療プランに, 患者自身が同意することである。そして, 医師の診療行為を患者自身が許可する過程といえる³⁾。このインフォームド・コンセントの概念は, 表2に示した Beauchamp と Childress が提案した構造を基に考えると理解しやすい⁴⁾。

同時に, インフォームド・コンセントが適応されない状況も確認する必要がある。今まで様々な海外の判例を通して, 1) 患者の救命のために緊急に医療を施さなければならないとき, 2) 意識障害や痴呆のために患者に判断能力がないと判定されたとき, 3) 患者が深刻な診断名や致死的な副作用などに関する医療情報の開示を希望しないとき, そして, 4) 患者が重度のうつ病などの状態で, 開示される医療情報が患者に明らかに有害と考えられる場合の4つには, 十分なインフォームド・コンセント取得なしで診療行為を行うことが許容されると考えられている。しかし, 患者本人のインフォー

京都大学医学研究科社会健康医学系専攻医療倫理学, 京都

Department of Biomedical Ethics, School of Public Health, Kyoto University Graduate School of Medicine, Kyoto
2003年12月5日受付

表1 卵巣がんの化学療法の臨床試験^{1,2)}

1995年から数年間、K大病院で、卵巣がん患者を対象に「CAP」、「CP」と呼ばれる二種類の化学療法の効果を比較する治験が行われていた。そしていずれかの治療法をランダムに患者に割り振っていた。研究の対象になっていた患者たちは、自分たちが研究に参加していることを知らなかった。この研究に参加し4年前卵巣がんがんで亡くなった女性の家族が、「同意なしで研究を行った」として損害賠償を求めた。K地裁は、医師が患者の自己決定権を侵害したと認め、160万円の支払いを国に命じた。同裁判所は「医師は、最善の治療を尽くす以外の目的がある場合、患者本人に説明し、同意を得る義務がある」と述べた。

表2 インフォームド・コンセントの構造⁴⁾

- I. どのような状態にある患者からインフォームド・コンセントを取る事ができるのか？
 1. 患者に判断能力がある。
 2. 患者は誰からも判断を強制・操作されない状態にあり、自由意志で決定できる。
- II. 情報に関する因子
 3. 患者は十分な情報開示を受ける。
 4. 医師は患者に医学的に最も適切な治療について薦める。
 5. 患者は上記3, 4について十分に理解する。
- III. 同意に関する因子
 6. 患者が薦められた治療に沿った意思決定を下す。
 7. 患者が選択された治療プランが実施されることに許可を与える。

ムド・コンセントがない場合は、患者にかかわって、患者のために意思決定を行う家族や代理人からの同意が必須である。さらに患者に判断能力が戻った場合には事後の説明が必要である。

2. インフォームド・コンセントの倫理的基礎

次にインフォームド・コンセントをより基本的なレベルから考え、なぜインフォームド・コンセントは重要（必要）かを問う必要がある。一般に医療従事者が患者からインフォームド・コンセントを取得しなければならない理由は、人格（人）の尊重（Respect for persons）、自己決定の権利（人格・人権・自己の人格を保全する権利）の保障などの患者の自律（autonomy）尊重原則に求められる。ここでいう人格とは、自由な意志に基づいて、自覚的に思考・決断・選択する価値判断や行為の主体である。そして、自律とは「自分で考える」、「自分で決める」、「自分で行動する」、そして「行為の結果に自分で責任を持つ」の4つの側面を持つ。Young は自律的な存在の生き様を次のように描いている。

自律的または自己決定する人とは、自分の人

生の計画を選択し考案する者で、人生の計画を他者から押し付けられたり周囲の状況にそれを左右させたりしない。そしてその計画に従って生きる。しかしその計画とはいわゆる青写真ではなく、常に見直され時には大幅に変更される。自律的な人物とは仕事、ライフスタイル、基礎的な価値などの重大な関心事について単に選択と決定をするのではなく、積極的に自分の人生を形成し方向付け、自分の選択と決定を実現しようとする人である⁵⁾。

3. 説明すべき内容

このセクションでは、インフォームド・コンセントにおける情報開示について検討する。一般に開示されるべきとされている医療情報には、医師が勧める検査や治療の内容、その検査や治療の予想される利益、危険、結果、他の検査法や治療法（alternatives）の予想される利益、危険、結果、そして、医師が勧める検査を受けないことによる危険性などが含まれる^{3,6)}。しかし、提供された医学情報の質と量が問題になる。そして、開示された情報が十分で妥当だったかを判断するための3つの基準が考案さ

表3 インフォームド・コンセントにおける情報開示に関する基準

- ・専門家基準（パターナリスティック・モデル）
- ・合理的患者基準（客観基準・自己決定モデル）
- ・主観基準（個別患者基準・自己決定モデル）

れている（表3）。以下それぞれについて説明するが、詳細については他のところ³⁾ですで行っているの、それから要点のみを抜粋し概略のみを示す。

「専門家基準」は、適切な開示は「医師などの専門家の集団における伝統的な慣行によって決定される」と考える基準である。同基準を提唱した1960年の医療裁判では、「医師の開示義務はリーズナブルな医療者が同じ、あるいは似たような状況下で行うであろう開示に限られる」としている⁷⁾。問題点としては、専門家集団の成員による専門的証言のみが判断材料になる可能性がある、専門家間で合意が得られていない場合に判断ができなくなる、専門家の大多数が不十分な医療情報しか提供していない場合、低い水準の開示基準が認められてしまう、などである。

「合理的患者基準」は、客観基準または理性的人間の基準とも表現される。この基準にしたがうなら、適切な開示とは「理性的人間が、医療を受けるか否かを決定するときに知る必要があると判断するであろう情報を説明すること」になる。しかし問題点もあり、合理的患者をどう定義するか明確でない、抽象的な合理的患者を実例にどう当てはめるか不明で解釈の余地が大きい、医師は合理的患者がどのような質と量の情報を希望するかわからないため、あらゆるリスクを羅列し説明することになる、などの難点がある。

最後に「主観基準」は、仮定上の合理的患者が一般的にどのように考えるかを想像するのではなく、実際に目の前にいる患者がどのような医学的情報を意思決定に必須と考えるかによって開示の適正を判断する。人はそれぞれの人生経験や家庭環境、信仰、健康問題などで何に価

値を見出すかが異なっている。したがって、本当に患者の自己決定を促すためには、個々の患者の個人的背景を熟考した上で開示する情報を決めなくてはならないという考えである。問題点としては、医師は通常、個々の患者の背景や価値観を深く知ることはできない、患者自身も何が最も重要な情報かわからないことがある、治療結果に満足できない患者が、後になって（特に裁判などで）「これこれを知っていたらそのような診療はうけなかつただろう」という報復的な欺瞞的態度を取ることを可能にする、などが指摘されている。

これら3つの基準は過去の裁判例で用いられているものである。倫理的観点からみてどのような基準を取るべきかを熟考する必要がある。少なくとも「専門家基準」は基本的に患者の自律尊重にそぐわないと考えられる。一方、合理的患者基準も主観基準もそれぞれ問題があるので一概にどちらがよいとは言い難い面がある。

4. 判断能力の判定

判断能力は、患者が医療従事者にインフォームド・コンセントを与えるための大切な前提条件のひとつになる。意思決定に関する患者の判断能力は、疾病や傷害などに直面したとき、どのような行動をとるかを合理的に決定する能力である⁸⁾。Devettereによれば判断能力は理解能力、評価する能力、そして論理的に考える（推論する：reason）能力の3つの側面に大別される。関連する情報を理解でき、特定の医療上の選択が自分にとって有益か否か評価でき、つまり医療的介入の効果が自分の利益になるかという価値判断ができ、そして自分の選択がどのような帰結をもたらすかを因果関係や確率の概念を用いて論理的に考えることができるかなり高度な能力と言えらる⁸⁾。

一般的な考え方では、判断能力がないと強く疑われたり、そのように断定されない限り、判断能力があるとみなされる。また判断能力とは何かについては最終的な結論がでていないのが現状だと考えられる。しかし歴史的に利用され