

てインフォームド・コンセント（告知同意）がシンポジウムのテーマとして取り上げられた。

これまでに、強制入院と強制医療における医師の説明義務と患者の同意に関しては、ロボットミ手術にかかわる事件判決で、札幌地裁判決および名古屋地裁判決がある。2件とも同意入院により本人の意思に基づかない強制入院に服した患者の事案である。同意入院は、精神保健福祉法が改正される以前の精神衛生法に規定されていた強制入院形態の一つで、本人ではなく保護義務者の同意に基づく入院をいう。なお、名古屋地裁判決事件では、患者は同意入院の後、措置入院となっている。

札幌地裁判決の事案は、同意入院に服した患者にも、「自己の身体に対する侵襲を含む治療を受けるか否かを決定する権利を保留して」おり、ロボットミ手術を拒否する意思を抱いていたことが明らかであったにもかかわらず、患者の妻の承諾（同意）で足りると考えて手術を行ったことに説明義務違反があったとして、違法性を認めた。

名古屋地裁判決の事案においては、患者は同意入院から措置入院に切り替えられたが、「措置入院が当然には本件手術の治療受任義務を強いるものではなく、患者に与える影響の大きさから、「より一層患者本人の同意を尊重すべきであり・・・患者は判断能力を有していたことは明らかであり、入院直後から一貫して本件手術を承諾していない」として、説明義務違反があると判示した。

上記判決は昭和53年、および56年の判決であるがすでに、入院後の治療については、入院手続きとは別になされなければならないこと、強制入院が治療を受けるかどうかの判断能力がないことを即座には意味しないことを示していること、医師の説明義務を論じている点で、下級審判決とはいえ、非常に重要な判決である。

#### IV. 日本の精神科医療における情報開示

他の工業化国にくらべ、日本ではインフォームド・コンセントの必要性の認識は、遅れたものの徐々に拡大している。これは一般医療のみならず、精神科医療においても同様であろう。しかしその一方で、(1) 精神科患者には判断能力がない（あるいは減弱している）(2) 患者の自己決定権よりパターンリスティックな介入が是である (3) 医療に関する情報開示が患者の治療に不利益を与える、といった考え方が日本のなかで、そして精神科医療の現場の中で存在することも指摘されている（Kitamura, Kitamura, Mitsuhashi, Ito, Okazaki, Okuda, and Kato, 1999a, 1999b）。前述したように医療情報開示はインフォームド・コンセントの基礎をなす行為である。しかし、臨床場面でどのような種類の情報がどれほど医師から患者に開示されているかについての実態調査は大変少ない。開示する情報の種類や内容について、何らかの要因が影響を与えることも考えられる。そこで今回は、実際の精神科医療と（対照群として）内科医療において、主治医から入院後の患者に何がどれほど開示されているのかと、そのような開示内容を規定する要因について調査を行った。

#### V. 臨床場面における情報開示の実態：研究方法

##### 告知内容調査表 Disclosure Content Check List (DCCL)

告知すべき医療医学情報は多岐に亘ると考えられる。われわれは医療全般について患者の治療同意判断能力を評価するための構造化面接（判断能力評価用構造化面接 Structured

Interview for Competency and Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory; SICIATRI) を作成する過程で、患者の治療に判断を下す能力は医師が事前に与えた情報量に依拠するであろうと考えた(北村總子, 北村俊則『精神科医療における患者の自己決定権と治療同意判断能力』)。そこで、SICIATRI の各項目に対応して、医師が情報を事前に与えたか、与えた場合にはどのような内容であるかを確認する項目を作成した。これが告知内容調査表 Disclosure Content Check List (DCCL) である(付録参照)。

開示されたか否かを確認する DCCL 項目は (1) 決定権の保有 (2) 決定の依頼 (3) 治療の推薦 (4) 治療から期待できる利益の説明 (5) 治療から予測できる危険の説明 (6) 代替手段の説明 (7) 無治療の場合に期待できる利益の説明 (8) 無治療から予測できる危険の説明 (9) 病名告知である。そして担当医に、患者が判断能力を有するか否かを(評価尺度などを使わず、通常の診察で行なっているように) 概括的に判定する項目を設定した。<sup>ii</sup>

これまで西欧諸国の判例・学説を基礎にしてインフォームド・コンセントの理念が臨床現場に導入されてきた。そうした動きに触発されて日本における患者の自己決定権尊重の流れが出てきたと考えられる。日本においては患者や当事者の自律的決定を尊重する傾向が強くなってきつつあるものの、collectivism の影響はいまだ残っているとされている(Hayashi, Hasui, Kitamura, Murakami, Takeuchi, Katoh, and Kitamura, 2000)。西欧のように患者の自己決定を前提とした上で開示すべき情報は何かを議論するのと比べ、日本では、そもそも患者に自己決定権があることを開示しなければならないという事情がある。そこで DCCL では(1) 決定権の保有 (2) 決定の依頼 を加えたのである。

#### 対象

本研究の実施病院は国立精神・神経センター国府台病院精神科および内科ならびに東京歯科大学市川総合病院精神科である。前者の病院は精神科を主体とし、比較的重症の患者が入院する施設であり、後者は比較的軽症の患者を自由入院で収容する施設である。調査の対象は新規に内科病棟または精神科病棟に入院してきた患者とした。対象から除外したものは20歳未満の者、面接が施行できないほど重症の精神状態の患者である。患者の診断上の内訳は、器質性精神障害8名、精神病性障害32名、気分障害23名、非精神病性非気分性障害(神経症)17名、身体疾患23名であった。また、精神科患者の法律上の分類は自由入院28名(全員東京歯科大学市川総合病院)、任意入院25名(国立精神・神経センター国府台病院開放病棟)、医療保護入院27名(国立精神・神経センター国府台病院閉鎖病棟)であった<sup>iii</sup>。調査は1993年9月から1996年5月までの期間に実施した。なお、医療保護入院の患者を開放処遇することも可能であるが、今回の対象患者において、すべての医療保護入院患者が閉鎖病棟に入院していた。

#### 手続き

対象患者それぞれの入院に際し担当医師が入院後1週間以内に説明した事柄について、当該主治医が DCCL の項目を埋めることで調査した。さらに、精神科患者については、その精神症状を Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall and Gorham, 1962) の Oxford 大学版 (Kolakowska, 1976) の日本語訳(北村ら, 1985)を用いて評価した。BPRS は主として重症の精神疾患を有する患者の症状プロフィールを評価するための評価尺度である。BPRS は18項目の症状評価を各7段階で行い、そこから4つの下位尺度(陽性症状、陰性症状、抑うつ症状、躁症状)<sup>iv</sup>を求める構成になっている。いずれも得点が高いほどその症

状が重症であることを示す。本研究ではこれら下位尺度得点を求め、DCCL と比較した。

## VI. 臨床場面における情報開示の実態：研究結果

### DCCL 項目の因子構造

DCCL の 12 項目を見ると、その内容には質的に異なるものが含まれると思われた。場合によって精神科・内科の担当医はある項目は説明するが他の項目はそれを控えるという一定の傾向があることも予想された。こうした開示の有無の偏りを明らかにするために、DCCL の 12 項目について OBLIMIN 回転（斜交回転）による因子分析 factor analysis を行った<sup>4</sup>。患者に何を告知するかは項目は当然に関連しあうと想定できたため、斜交回転を実施した。固有値 1.0 以上にて因子数を決定した。表 1 に見られるよう 4 つの因子が得られた。特定の因子に高い因子負荷量を示す複数の項目がより近縁のものであると推定できる。そこで因子負荷量の高い項目の内容を検討した。

第 1 因子に高い因子負荷量を示した DCCL 項目は「無治療の場合に期待できる利益の説明」「代替手段の説明」「治療から予想できる危険の説明」「薬物療法の名称」であった。これらの項目のいずれかについて内容を開示する（あるいは開示しない）と参加医師はこれらの項目のうちの他の項目についてもその内容を開示する（あるいは開示しない）ことが多いことを示している。第 1 因子の項目は、治療の医学的説明であり、何と言う名称の薬物を投与し、その副作用にはどのようなものがあるのかを伝えた項目である。提示した治療を実行すればどのような副作用が発生し、実行しなければそうした望ましくない現象は避けることができることを教えるのがこの因子である。そこでこの因子を「治療の危険 Risks expected from treatment」と命名した。

第 2 因子に高い因子負荷量を示した DCCL 項目は「治療の推薦」「治療から予想できる危険の説明」「無治療から予測できる危険の説明」であった。ここで医師が説明した事柄は、もし治療をしなければどうなるか（悪化することや長期化することが含まれる）、治療すればどれほど良くなるかである。そこで、第 2 因子を「恩恵的示唆 Benevolent suggestions」と命名した。

第 3 因子に高い因子負荷量を示した項目は、病名の告知、その場合に医学上の正式名を使用する、治療法についても「気持ちを落ち着かせる薬」といった漠然とした表現でなく正式名称を伝えるといった項目である。第 3 因子を「診断と治療の正式名称 Diagnosis and formal terms of treatment」と命名した。

第 4 因子の項目は、患者に自己決定権があることを伝え、さらにこの権利を利用するよう促すというものである。第 4 因子を「法的決定権 Legal right to decide」と命名した。

因子数の決定を scree test にて行っても抽出した因子は 4 つであった。以上の結果から、各因子に 0.5 以上の因子負荷量を示した項目の得点（0 点か 1 点）の総和を項目数で除したものを DCCL の下位尺度得点とした。従って、各下位尺度得点は 0.0 ～1.0 点を取る。高得点ほど多くの開示がなされたことを示す。

表 1. DCCL の因子構造

DCCL 項目	因子			
	1 治療の危険	2 恩恵的示唆	3 診断と治療の正式名称	4 法的決定権
無治療の場合に期待できる利益の説明	.77	-.03	-.25	.29
代替手段の説明	.76	.03	-.14	.13
治療から予想できる危険の説明	.74	.05	.05	-.01
薬物療法の名称	.45	.23	.17	.06
治療の推薦	-.05	.94	-.11	.03
治療から期待できる利益の説明	-.01	.89	.07	.00
無治療から予測できる危険の説明	.40	.48	.14	-.12
医学上正式の診断名	-.09	-.04	.88	.11
医学上正式の治療名	-.10	.13	.76	.12
病名告知	.50	.14	.55	-.17
決定の依頼	-.01	-.04	.14	.93
決定権の保有	.20	.05	.05	.84

告知内容に関連する要因

次に告知内容の各下位尺度を規定すると考えられる要因 — 診断分類、法律上の入院形態、性差、精神症状 — をそれぞれ検討した。

まず、告知内容下位尺度得点を診断分類に分けて比較した（表 2）。その結果、治療の危険得点、診断と治療の正式名称得点、法的決定権得点について診断群の間で有意の差を認めた。すなわち、治療の危険得点は精神病性障害群と身体疾患群に比べ神経症群と気分障害群に有意に高く、診断と治療の正式名称得点は精神病性障害群に比べ身体疾患群と気分障害群に有意に高く、法的決定権得点は精神病性障害群に比べ身体疾患群、神経症群、気分障害群に有意に高かった。恩恵的示唆得点はいずれの群でも高得点を示し、群間に差を認めなかった。

次に、告知内容下位尺度得点を法律上の入院形態に分けて比較した（表 3）。なお、医療保護入院の患者はすべて精神科閉鎖病棟、任意入院の患者はすべて精神科開放病棟に入院していた。また、精神保健福祉法によらず自由入院している患者は通常の内科入院患者と同様の開放式の病棟に入院していた。

表 2. 診断分類ごとの告知内容下位尺度得点

診断分類 (人数)	告知内容下位尺度			
	治療の危険	恩惠的示唆	診断と治療の 正式名称	法的決定権
器質性精神障害 (n = 8)	0.50 (0.40)	1.00 (0.00)	0.63 (0.33)	0.63 (0.52)
精神病性障害 (n = 32)	0.25 (0.33)	0.89 (0.28)	0.42 (0.33)	0.36 (0.44)
気分障害 (n = 23)	0.71 (0.35)	1.00 (0.00)	0.78 (0.28)	0.72 (0.45)
神経症 (n = 17)	0.75 (0.40)	0.94 (0.24)	0.63 (0.29)	0.79 (0.40)
身体疾患 (n = 23)	0.29 (0.25)	0.96 (0.21)	0.84 (0.26)	0.85 (0.24)
全体 (N = 103)	0.46 (0.40)	0.95 (0.21)	0.64 (0.34)	0.64 (0.45)
群間比較	NEU, MOO > SOM, PSY	-	SOM, MOO > PSY	SOM, NEU, MOO > PSY

ORG, 器質性精神障害; PSY, 精神病性障害; MOO, 気分障害; NEU, 神経症; SOM, 身体疾患  
( ) 標準偏差; 群間比較は Scheffé *post hoc* comparison

表 3. 入院形態ごとの告知内容下位尺度得点

入院形態 (人数)	告知内容下位尺度			
	治療の危険	恩惠的示唆	診断と治療の 正式名称	法的決定権
医療保護入院 (精神科 閉鎖病棟) (n = 27)	0.27 (0.31)	0.94 (0.21)	0.49 (0.33)	0.17 (0.34)
任意入院 (精神科開放 病棟) (n = 25)	0.23 (0.21)	0.88 (0.30)	0.67 (0.40)	0.56 (0.46)
自由入院 (一般病院精 神科病棟) (n = 28)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	0.61 (0.27)	1.00 (0.00)
医療法入院 (内科病棟) (n = 23)	0.29 (0.25)	0.96 (0.21)	0.84 (0.26)	0.85 (0.24)
全体 (N = 103)	0.46 (0.40)	0.95 (0.21)	0.64 (0.34)	0.64 (0.45)
群間比較	GEN > MED, LOCK, OPEN	-	MED > LOCK	GEN, MED > OPEN > LOCK

LOCK, 医療保護入院 (精神科閉鎖病棟); OPEN, 任意入院 (精神科開放病棟); GEN, 自由入院 (一  
般病院精神科病棟); MED, 医療法入院 (内科病棟); ( ) 標準偏差; 群間比較は Scheffé *post hoc*  
comparison

診断分類と同様ここでも、治療の危険得点、診断と治療の正式名称得点、法的決定権得点について診断群の間で有意の差を認めた。治療の危険得点は他の3群の患者に比べ自由入院（一般病院精神科病棟）患者に有意に高く、診断と治療の正式名称得点は医療保護入院（精神科閉鎖病棟）患者に比べ医療法入院（内科病棟）患者に有意に高く、法的決定権得点は自由入院（一般病院精神科病棟）、医療法入院（内科病棟）、任意入院（精神科開放病棟）、医療保護入院（精神科閉鎖病棟）の順であった。恩恵的示唆得点はいずれの群でも高得点を示したため、群間に差を認めなかった。

性別による差も認められた（表4）。すなわち治療の危険得点は女性に有意に高く、女性の方が副作用や後遺症などについて多く教えられていることが認められた。一方、診断と治療の正式名称得点は男性に有意に高かった。残る2下位尺度（恩恵的示唆、法的決定権）について男女間に有意の差は認めなかった。

表4. 性ごとの告知内容下位尺度得点

性別 (人数)	告知内容下位尺度			
	治療の危険	恩恵的示唆	診断と治療の 正式名称	法的決定権
男性 (n = 34)	0.30 (0.33)	0.94 (0.20)	0.78 (0.33)	0.65 (0.44)
女性 (n = 69)	0.54 (0.40)	0.95 (0.21)	0.57 (0.32)	0.64 (0.45)
全体 (N = 103)	0.46 (0.40)	0.95 (0.21)	0.64 (0.34)	0.64 (0.45)
群間比較	F > M	-	M > F	-

F, 女性 ; M, 男性 ; ( ) 標準偏差 ; 群間比較は Scheffé *post hoc* comparison

情報の開示内容と程度は精神症状にも影響されうる。患者の症状を見て、医師が医療情報の開示内容とその量を意識的・無意識的に変更することはありうる。そこで精神科患者に限定して BPRS の4つの下位尺度得点と DCCL の下位尺度得点の積率相関係数 *correlation coefficient* を求めた（表5）。尺度の性質上、BPRS を内科患者には使用しなかった（内科患者に BPRS で測定するような精神症状が出現する可能性は低い）。

その結果、陽性症状が高いほど診断と治療の正式名称得点と法的決定権得点が低くなることが明らかになった。つまり、幻覚や妄想などの症状が強いほど、医師は病名や正しい治療名の説明を渋っていることが分かるのである。また、陰性症状と抑うつ症状が高いほど治療の危険得点と法的決定権得点が高くなることが明らかとなった。

これまで見たように、告知内容調査票の各下位尺度得点はいくつかの要因に関連していた。しかし、これらの関連要因は相互に影響しあっている。例えば精神病性障害の患者は高い確率で閉鎖病棟に入院されるし、精神病性障害の患者の陽性症状得点が高くなる出ることが予測できる。そこで、こうした交絡 *confounding* の可能性を統計学的に統制するため、精神科患者に限定し、各告知内容調査票下位尺度得点を基準変数、診断分類、入院形態、性別を説明変数、4つの BPRS 下位尺度得点を共変量 *covariate* とした共分散分析 *analysis of covariance* (ANCOVA) を施行した。なお、内科患者は BPRS による精神症状測定を行わなかったことと、内科入院患者の診断分類が全員身体疾患であるため、ANCOVA の対象から除外した。ANCOVA で主効果が認められた説明変数のみが基準変数と真の関連を持つも

のと認められる。また複数の説明変数の組み合わせが基準変数に関連しているかは interaction として確認できる。

表 5. BPRS による精神症状評価と告知内容下位尺度得点

BPRS 下位尺度	告知内容下位尺度			
	治療の危険	恩恵的示唆	診断と治療の正式名称	法的決定権
陽性症状	- 0.20	- 0.18	- 0.25 *	- 0.23 *
陰性症状	0.49 **	0.16	-0.15	0.36 **
抑うつ症状	0.58 **	0.20	0.16	0.43 **
躁症状	- 0.16	- 0.15	- 0.02	- 0.16

\*  $P < 0.05$ ; \*\*  $P < 0.01$  値は積率相関係数

ANCOVA の結果、治療の危険得点と法的決定権について入院形態が、診断と治療の正式名称について診断分類が主効果を示した（表 6）。つまり、治療の危険得点は診断分類、入院形態、性別によってそれぞれ差があった、真の差を呈したのは入院形態のみであり、他の要素は交絡による「見かけ上の所見」であったのである。法的決定権については、診断分類と入院形態によってそれぞれ差があったが、そのうち真の影響を呈していたのが入院形態であった。一方、診断と治療の正式名称をどれほど伝えるかは診断分類、入院形態、性別のうち、診断部類のみが真の影響を与えていたのである。2-way interactions は診断と治療の正式名称得点に関して診断分類 x 入院形態のみが有意の所見を呈した。

## Ⅶ. 考察：今回の所見

これまで医師がどれほどの医療情報を患者に告知・開示したかを簡便にかつ標準的に測定する手法はなかった。患者がインフォームド・コンセントを与えるに際して、事前に知っていなければならない情報を選択し、それらと一致した項目立てにしたものが今回開発した DCCL である。従って、患者の同意がインフォームド・コンセントと呼ばれるためには、DCCL の項目のすべてについて情報が開示されなければならない。しかし、精神科病棟に限らず内科病棟においても DCCL 得点が常に最高点ではなかった。今回の所見は、今回対象の患者についてインフォームド・コンセントの前提である情報開示が必ずしも十分ではないことを示唆している。

DCCL の項目が因子分析で 4 因子に分かれたということは、精神科医や内科医が担当の入院患者にインフォームド・コンセントの前提となる情報を開示する際に、その情報をいくつかのグループに分けて提示していることを意味している。ひとつの因子に属する DCCL 項目は一連の説明事項として提示されていたのであろう。

第 2 の因子「恩恵的示唆」について、情報開示は患者の属性にかかわらず非常に高いものであった。つまり、医師であれば誰でも、放置しておけばどのようになり、だからこうした治療が必要だと推薦するのである。この点は診療科による差もなく、また患者の属性

による差もなかった。

表 6. 各告知内容調査票下位尺度得点の ANCOVA

	告知内容調査票下位尺度			
	治療の危険	恩恵的示唆	診断と治療の正式名称	法的決定権
covariates	F (4) = 36.1 ***	F (4) = 1.6	F (4) = 3.5 *	F (4) = 12.2 ***
陽性症状	F (1) = 14.9 ***	F (1) = 2.1	F (1) = 4.9 *	F (1) = 9.8 **
陰性症状	F (1) = 31.5 ***	F (1) = 0.9	F (1) = 4.1 *	F (1) = 10.3 **
抑うつ症状	F (1) = 46.3 ***	F (1) = 0.2	F (1) = 5.4 *	F (1) = 12.4 **
躁症状	F (1) = 0.8	F (1) = 0.2	F (1) = 0.3	F (1) = 0.0
主効果	F (6) = 16.8 ***	F (6) = 0.7	F (6) = 3.3 **	F (6) = 7.7 ***
診断分類	F (3) = 2.2	F (3) = 0.6	F (3) = 4.3 **	F (3) = 1.3
入院形態	F (2) = 32.3 ***	F (2) = 1.1	F (2) = 0.3	F (2) = 20.1 ***
性別	F (1) = 3.7	F (1) = 0.0	F (1) = 2.8	F (1) = 0.1
2-way interactions	F (11) = 0.8	F (11) = 0.6	F (11) = 2.1 *	F (11) = 1.3
診断分類 x 入院形態	F (6) = 1.0	F (6) = 0.5	F (6) = 3.2 **	F (6) = 0.9
診断分類 x 性別	F (3) = 0.6	F (3) = 0.5	F (3) = 1.5	F (3) = 2.5
入院形態 x 性別	F (2) = 0.1	F (2) = 0.5	F (2) = 3.2	F (2) = 0.8
3-way interactions	F (2) = 0.9	F (2) = 0.4	F (2) = 0.9	F (2) = 1.8
診断分類 x 入院形態 x 性別	F (2) = 0.9	F (2) = 0.4	F (2) = 0.4	F (2) = 0.4

\* P < 0.5; \*\* P < 0.01; \*\*\* P < 0.001

ところが他の情報については患者属性による差が生じていた。まず、第1因子「治療の危険」について、情報は自由入院の精神科患者に最も頻回に伝えられており、それは内科患者より多いものであった。性別では男性への開示が低かったが、ANCOVAでは主効果を得るには至らなかった。つまり、性別と治療の危険の開示の関連は「見かけ上の所見」であった。ところで、なぜ自由入院の患者が治療の危険についてもっとも多くの情報開示を受けていたのであろうか。内科において医師が治療の効果を伝えることで情報開示が十分であると感じ、副作用などについては伝えない傾向にあることが理由であるかもしれない。これまで日本の精神科医療は少なくない「スキャンダル」を生み出し、患者の人権侵害があるといわれていた。学会内部でもこうしたことへの反省から、人権擁護に関連する事項をテーマとしたシンポジウムなどが多く企画された。加えて政府は数次に亘る精神保健福祉法の改正を行ってきた。当然、精神科医療従事者も人権に関する関心は高まってきて



おり、こうしたことから、治療の危険性についてはその開示の程度が内科に比して劣るものでなく、自由入院患者については内科患者より勝るものになったのかもしれない。

ところが、第3因子「診断と治療の正式名称」について、その内容の開示は内科患者と気分障害（主としてうつ病）の患者には十分であったが、精神病性障害（主として統合失調症）の患者への教示が低いものであった。入院形態でみると医療保護入院の患者への開示が低く、性別では女性への開示が低かった。ANCOVA で主効果が有意であったものは診断分類であった。入院形態や性別による開示の程度の差はおそらく見かけ上のものであり、主として診断のさい差異が「診断と治療の正式名称」の情報開示の程度の差を生じていたのであろう。BPRS の各下位尺度得点と第3因子「診断と治療の正式名称」得点の相関係数を見ると、陽性症状が強いほど「診断と治療の正式名称」の情報開示が行なわれない傾向にあることが分かった。つまり、今回の調査に参加した精神科医が精神病性障害の患者に診断名や治療の正式名称の説明を渋るのは、症状の全体的重症度が高いからではなく、幻覚や妄想などの陽性症状が強いからである。「説明しても病名は理解できない」であろうとの意識や、「説明することでかえって治療関係が悪化する」との考えがこうした所見の背景に存在するのかもしれない。

第4因子「法的決定権」の開示は第3因子と似た傾向を示した。すなわち、診断分類上、他に比べ精神病性障害の患者で明らかに低く、入院形態では自由入院、医療法入院（内科）、任意入院、医療保護入院と進むに従って開示が低減していた。精神病性障害の患者ほど医療保護入院の可能性が強く、今回の所見の原因が診断分類にあるのか入院形態にあるのかを確認するために ANCOVA を施行した結果、「法的決定権」の情報開示に与える影響は診断分類ではなく、入院形態であることが明らかになった。つまり、医療保護入院（閉鎖病棟への入院）の患者に対し、治療内容の決定を患者が行なえることを伝えることや、自ら決定するよう依頼することを医師が控える傾向にあることが認められたのである。しかし、医療保護入院は本人の同意なく入院させることが許された制度であり、必ずしも患者の治療に当たって同意を求めることを不要とするものではない。ある治療法について説明した上で患者から同意を得る場合、複数の治療法（例えばうつ病であれば、精神療法、薬物療法、電気けいれん療法）を提示し、その中から患者に選択を求めるとというのがインフォームド・コンセントの原則である。そうであれば、何らかの理由（例えば病識の欠如）で医療保護入院が必要な患者に対しても、DCCL の各項目に属する情報を開示することは可能であり、また必要であると考えられる。

## VIII. 考察：今後に向けて

すでに述べたように、患者の自律の尊重が倫理原則であり、その臨床現場での表現型がインフォームド・コンセントの取得であり（同意が得られなければ医療の中断・未施行であり）、情報開示がその大前提であるとするなら、そして日本において臨床倫理学や臨床各科において患者の自己決定権の重視が常識化している中で、今回の研究結果が示すように、医師が開示する情報は患者の属性に影響を受けているのはどうしてであろうか。浅井(2004)はその総説の中で自律とインフォームド・コンセントに関する倫理的諸問題として8点を挙げた（表7）。これらの諸点は精神科医療に直接の関連はないが、日本における臨床倫理と現場の医療者の考え方を表したものであり、今後の進むべき道を考察する上で有

用な示唆を与えるものと思われる。そこでこのうちのいくつかを引用しつつ、今回の研究結果の倫理的意味について考察したい。

まず、表7の表現から、患者に与える心理的負担（distress といえるであろう）を極力軽減しようとする日本の医療界の態度が窺える。病態の差異が開示非開示を決めるべきという意見（「HIV に関する告知と癌に関する告知、遺伝子診断についての告知に倫理的差異はあるのか？」「末期癌の告知と治癒可能な癌の告知に倫理的差異はあるのか？」）は、現場では根強い。こうした傾向は日本に限ったものではない（Elger, and Harding, 2002; Mystakidou, Tsilika, Parpa, Katsouda, and Vlahos, 2005; Plaat, and McGlennan, 2004; Mystakidou, Parpa, Tsilika, Katsouda, and Vlahos, 2004）。しかし、文化差（『ここは日本だから癌の非告知は正当化される』という態度は正しいか？）がそうした主張の根拠として日常的に用いられる。精神科医療において、気分障害や神経症に比較して精神病性障害の予後は比較的悪いことが知られている。こうした診断内容の説明を控えるのは、意識的あるいは無意識的に患者に与える distress を避けることを考えた結果であろう。陽性症状を呈する患者は病識に欠けることが多く、こうした患者に病名を告知することでかえって治療関係が悪化し、服薬遵守性が損なわれることを危惧して、病名告知を延ばすことも要因であるかもしれない。しかし、少なくとも身体科における医療情報の開示は患者のストレスを減弱することが知られており（Kitamura, 2005a）、重篤な副作用の説明が必ずしも服薬遵守性を下げたものでないとの報告もある（Kleinman, Schachter, Jeffries, and Goldhamer, 1996）。Beauchamp and Chidress (2001) のいう倫理原則のひとつである nonmaleficence からしても患者に負担を与えるべきでないという主張もあろう。この背景には「悪いニュースを受容できない患者がいる」（「真実に対する希望と受容能力、どちらを優先すべきか？」）という臨床家の思考形態が存在する。しかし、ここで区別すべきは distress と harm であろう。例えば悪性腫瘍が予後不良であると聞かされれば患者の不安の水準は上昇する（例：Tattersall, Gattellari, Voigt, and Butow, 2002; Tattersall, Voigt, Butow, and Gattellari, 2002）。もし、「悪いニュース」の開示が harm であるなら、すべての悪性疾患の情報開示は行なえなくなる。日本においてこれまでに同意なき医療行為を違法とした判例に多く悪性腫瘍の事例が含まれていることを考えると、「悪いニュース」が情報不開示の根拠にはならないであろう<sup>vi</sup>。

表7. 自律とインフォームド・コンセントに関する倫理的諸問題

自律はそれ自体として、自律がもたらす結果に関係なく価値があるのか？
インフォームド・コンセントの情報開示基準は、専門家基準、合理的患者基準、個別患者基準のいずれがもっとも適切か？
生体臓器移植者のドナーは、本当に自律的な決定が行なえるか？
どのような状況で、医師は判断能力ある患者の医療に関する決断を拒否しうるか？
「ここは日本だから癌の非告知は正当化される」という態度は正しいか？
真実に対する希望と受容能力、どちらを優先すべきか？
HIV に関する告知と癌に関する告知、遺伝子診断についての告知に倫理的差異はあるのか？
末期癌の告知と治癒可能な癌の告知に倫理的差異はあるのか？

浅井 (2004) より引用

何をどこまで開示するかについて日本の医療には基準がない。「インフォームド・コンセントの情報開示基準は、専門家基準、合理的患者基準、個別患者基準のいずれがもっとも適切か？」との問は、日本における医療者の態度と患者の態度の差を表していると思われる。専門家基準は医療者にとって安心できる基準である。しかし、開示の範囲や量が狭く少量である場合にはそれ以上の変化を疎外してしまう。また専門家基準は全国的に共通の情報提供という方向に向かい、一定の書面ですべての情報開示に代えるという臨床態度を生起してしまうであろう。患者によって理解力も異なるのであるから、こうした方向は、本来の自律の尊重にはそぐわないものである。

さらに、個人の価値より医療上の価値が優先されるべきだとする信念が医療者には根深く存在している（「自律はそれ自体として、自律がもたらす結果に関係なく価値があるのか？」）。これは医療や医学の発生そのものに源を有するものであり、国内外に共通のことであるが（Elger, and Harding, 2002; Fulford, Broome, Stanghellini, and Thornton, 2005）、日本の医療、ことに精神科医療では強く存在していると思われる（北村總子, 北村俊則, 1998）。精神医学の診断には実は医療者の価値観が見えない形で組み込まれており、そもそも心理現象に診断名をつけること自体が自然科学的根拠に平均的医師（とその者が所属する社会）の価値観が加わっている（Fulford, Broome, Stanghellini, and Thornton, 2005; Kitamura, 2005b）。従って、患者の判断が医師の判断にあわない場合、「自律より価値があるもの」との思考が始まるのであろう。また、本来、自律の中には「おろかなことを考える権利」が含まれている。いったん判断無能力と評価されるとすべての自己決定が否定されるという医療の特性も重大である（Sabat, 2005）。自律より尊重されるべき価値の中に、医師自身の価値が入っている可能性を考慮すべきであろう。

強制医療が日常的に存在するのが精神科医療の特徴のひとつである。これはいずれの国でも行なわれていることである。しかし精神科患者であることが即判断無能力を意味するものではない（友田ら, 1998）。判断無能力が確認された場合にはじめて強制医療（患者の決断の拒否）が正当化される。強制医療にデュー・プロセス *due process* を求めるのであれば、それに合理的目的があり、目的に沿った手続きによってのみ実施され、その手順がだれの目にも明らかで、かつ公平なものでなければならない。従って、日常の精神科医療において標準的判断能力審査方法を導入すべきであり（Tomoda, Yasumiya, Sumiyama, Kitamura, and Kitamura, 1997; Kitamura, Tomoda, Tsukada, Tanaka, Kawakami, Mishima, and Kitamura, 1998）、可及的に具体的なガイドラインを作成する必要がある。日本の精神科医療の中で情報開示をさらに広げるには、今後もさまざまな努力が必要であろう。

医療は民法上、準委任契約であるといわれている。契約であれば他のサービスの授受と本質的差はない。サービス提供者と利用者は常に対等な立場に立っている。ただ、医療サービスの現場では、患者が恒ならざる状態にあることが多く、本来であれば発揮できる自律的自己決定が困難になることも临床上知られた事実である。今後精神科医療にインフォームド・コンセントを定着させるには、医師が患者に行う説明の内容、説明の方法などについて、患者の理解を導けるような工夫が必要になろう。加えて患者の知る権利を補佐する役割を担う者の存在も必要であろう（北村總子, 北村俊則, 1998）。これまでの「権利」としての自律の尊重から、良き医療関係の一部としての自律の尊重へと見方を変える主張

も、こうした流れと一致したものであろう (Olsen, 2003)。

加えて「悪いニュース」を開示する医療技術の開発と教育が不可欠になる (Romm, 2002)。本来、患者の自己決定は自分の人生や生活にとって重大な影響を与えるであろう病状に至ったときに、受ける治療内容について自ら決めたいという希望が根底にある。予後が不良だという理由から開示を保留することは本来の理念とは一致しないものである。

患者が情報を要求しない、あるいは権利を放棄する場合にどうすべきであろうか。医療開始時点から患者の意思を確認し、希望すれば情報開示を保留することも可能である。しかし、そうする大前提は、患者が疾患に恐怖感を抱いておらず、本来持っている自律を発揮できることの確認である。重大な疾患に罹患すれば「すべて任せてしまいたい」と感ずることはむしろ普通であろう。こうした患者の見かけ上の請求を受容し、情報開示を保留することが、真に倫理的行動であろうか。なぜ、不足した情報に満足し、あるいは情報開示自体を求めないかを、個別に問うてゆく態度こそが医療者に求められよう (Ågård, Hermerén, and Herlitz, 2004)。

医療者も判断に迷うこともある。最善の治療法について先行研究が少ないとか、先行研究の結果が分かれていることもある。こうした際、evidence-based medicine の成果を患者と共有する態度が医師には求められる。医師がわからないからこそ患者に決定を委ねるべきであろう (北村俊則, 2006)。

## VIII. まとめ

実際の精神科医療と (対照群として) 内科医療において何がどれほど開示されているのかと、そのような開示内容を規定する要因について検討するため、精神科入院患者 80 名と内科入院患者 23 名に対して、主治医が入院直後に開示した内容を告知内容調査表 Disclosure Content Check List (DCCL) にて確認した。DCCL の 12 項目は因子分析から治療の危険、恩恵的示唆、診断と治療の正式名称、法的決定権と命名できる 4 因子に分かれることが示された。各因子に 0.5 以上の因子負荷量を有する DCCL 項目の得点と DCCL の下位尺度得点とした。治療の危険得点は他の 3 群の患者に比べ自由入院 (一般病院精神科病棟) 患者に有意に高かった。診断と治療の正式名称得点は精神病性障害群に比べ身体疾患群と気分障害群に有意に高かった。法的決定権得点は自由入院 (一般病院精神科病棟)、医療法入院 (内科病棟)、任意入院 (精神科開放病棟)、医療保護入院 (精神科閉鎖病棟) の順であった。医療・法律情報の開示はインフォームド・コンセントの前提であるが、それは医療の現場では必ずしも実行されてはいなく、その要因として入院形態や診断分類があることが示唆された。

## 引用参考文献

Ågård, A., Hermerén, G., and Herlitz, J. (2004), When is a patient with heart failure adequately informed? A study of patients' knowledge of and attitudes toward medical information. *Heart & Lung*, 33, 219-226.

浅井篤 (2004), インフォームド・コンセントの基本. 健康人間学, 16, 11-15.

Beauchamp, T. L., and Childress, J. F. (2001), *Principle of Biomedical Ethics* (5<sup>th</sup> Edition). Oxford University Press.

- Birnbaum, M. (1960), Right to Treatment. *American Bar Association Journal*, 46, 499-505.
- Elger, B. S., and Harding, T. W. (2002), Should cancer patients be informed about their diagnosis and prognosis? future doctors and layers differ. *Journal of Medical Ethics*, 28, 258-265.
- Fulford, K. W. M., Broome, M., Stanghellini, G., and Thornton, T. (2005), Looking with both eyes open: fact *and* value in psychiatric diagnosis? *World Psychiatry*, 4, 78-86.
- Grisso, T. and Appelbaum, P. S. (1998). *Assessing Competency to Consent Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals*. 『治療に同意する能力を測定する：医療・看護・介護・福祉のためのガイドライン』北村總子, 北村俊則 (訳) 日本評論社 (2000)
- Harvard Law Review (1974), Developments in the law: civil commitment of the mentally ill. *Harvard Law Review*, 87, 1190-1406.
- Hayashi, M., Hasui, C., Kitamura, F., Murakami, M., Takeuchi, M., Katoh, H. and Kitamura, T. (2000), Respecting autonomy in difficult medical settings: a questionnaire study in Japan. *Ethics and Behavior*, 10, 51-63.
- 北村總子, 北村俊則 (1998), 精神疾患を有する者のための権利擁護者制度—その歴史と役割—. *精神保健研究*, 11, 45-60.
- 北村總子, 北村俊則 (2000). 精神科医療における患者の自己決定権と治療同意判断能力. 学芸社.
- Kitamura, F., Tomoda, A., Tsukada, K., Tanaka, M., Kawakami, I., Mishima, S. and Kitamura, T. (1998). Method for assessment of competency to consent in the mentally ill: rationale, development, and comparison with the medically ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21, 223-244.
- Kitamura, T. (2005a), Stress-reductive effects of information disclosure to medical and psychiatric patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 627-633.
- Kitamura, T. (2005b), Looking with both eyes and heart open: the meaning of life in psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*, 4, 93-94.
- 北村俊則 (2006), EBM は医療を変えるか? 上島国利, 三村将, 中込和幸, 平島奈津子 (編) EBM 精神疾患の治療 2006-2007. 中外医学社.
- Kitamura, T., Kitamura, F., Mitsunashi, T., Ito, A., Okazaki, Y., Okuda, N. and Kato, H. (1999a). Image of psychiatric patients' competency to give informed consent to treatment in Japan: I. a factor analytic study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22; 45-54.
- Kitamura, T., Kitamura, F., Mitsunashi, T., Ito, A., Okazaki, Y., Okuda, N. and Kato, H. (1999b). Image of psychiatric patients' competency to give informed consent to treatment in Japan: II. a case vignette study of competency judgement. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 133-142.
- 北村俊則, 町澤静夫, 丸山晋, 中川泰彬, 森田昌宏, 佐藤哲哉, 須賀良一, 南海昌博, 内山真, 藤原茂樹, 杠岳文, 伊藤順一郎, 児玉和宏, 古関啓二郎, 高沢昇, 森平淳子 (1985), オックスフォード大学版 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) の再試験信頼度: 国立精神衛生研究所主催多施設共同研究の予備調査. *精神衛生研究*, 32; 1-15.
- Kleinman, I., Schachter, D., Jeffries, J., and Goldhamer, P. (1996), Informed consent and tardive dyskinesia: long term follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 517-522.
- Kolakowska, T. (1976), *Brief Psychiatric Rating Scale: Glossary and rating instructions*. Oxford: Department of Psychiatry, University of Oxford.

- 松下正明、高柳功、中根充文、斉藤雅彦 (1999) 監修『インフォームド・コンセントガイド—精神科治療編—』先端医学社
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., and Vlahos, L. (2005), Patterns and barriers in information disclosure between health care professionals and relatives with cancer patients in Greek society. *European Journal of Cancer Care*, 14, 175-181.
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Katsouda, E., and Vlahos, L. (2004), Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Support Care Cancer*, 12, 147-154.
- Olsen, D. P. (2003), Influence and coercion: relational and rights-based ethical approaches to forced psychiatric treatment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 705-712.
- Overall, J. E., and Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Plaat, F., and McGlennan, A. (2004), Women in the 21st century deserve more information: disclosure of material risk in obstetric anaesthesia. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 13, 69-70.
- Romm, J. (2002), Breaking bad news in obstetrics and gynecology: educational conference for resident physicians. *Archives of Women's Mental Health*, 5, 177-179.
- Sabat, S. R. (2005), Capacity for decision-making in Alzheimer's disease: selfhood, positioning and semiotic people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 1030-1035.
- Tattersall, M. H. N., Gattellari, M., Voigt, K., and Butow, P. N. (2002), When the treatment goal is not cure: are patients informed adequately? *Support Care Cancer*, 10, 314-321.
- Tattersall, M. H. N., Voigt, K. J., Butow, P. N., and Gattellari, M. H. N. (2002), When the treatment goal is not cure: are cancer patients equipped to make informed decisions? *Journal of Clinical Oncology*, 20, 503-513.
- Tomoda, A., Yasumiya, R., Sumiyama, T., Kitamura, F., and Kitamura, T. (1997), Validity and reliability of Structured Interview for Competency Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 443-450.
- 友田貴子, 木島伸彦, 斎藤令衣, 北村總子, 住山孝寛, 安宮理恵, 塚田和美, 田中眞, 三島修一, 川上郁子, 北村俊則 (1998), 精神疾患と判断能力—内科患者との比較を通して. *精神保健研究*, 11, 37-43.

#### 引用参照判例

- Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees (1957)
- Schloendorff v. Society of New York Hospital, 211 N.Y. 124, 105 N.E. 92 (1914)
- Natanson v. Klein, 187 Kan. 186, 354 P.2d 670 (1960)
- 札幌地裁昭和 53 年 9 月 29 日判時 914 号 85 頁
- 名古屋地裁昭和 56 年 3 月 6 日判時 1013 号 81 頁

# 告知内容調査票 Disclosure Content Check List (DCCL)

北村 俊則 北村 總子

国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部

判断能力評価用構造化面接を行うに先立って、主治医、担当看護婦、その他の医療従事者は、これから行おうとしている医療行為の内容と、そのことに対する同意権限について患者に説明しなければならない。この告知内容調査表は、こうした事前の説明を行う際に記入するものである。

医療側が説明しようとする医学医療情報の範囲と内容は、現時点での患者の精神状態や協調性に依拠するものであり、すべての情報を告知内容調査表に記載するまでに患者に説明する必要はない。

主治医、担当看護婦、その他の医療従事者は、告知同意に必要な医学・医療情報の開示の有無、その内容について記載する。各項目には「はい・いいえ」の2者択一もしくは複数の選択肢が与えられているので、患者に与えた医学・医療情報に従って、それぞれ記入用紙に記載する。その上で、今回提示している治療法についての患者の判断能力の有無を概括的に評価する。最後に自由記載形式により、患者の判断能力を記述する。

施設名：

患者氏名：

説明（告知）者氏名：

科目名：

性別：

1: 男性

2: 女性

説明（告知）年月日：

19 年

月

日

生年月日：

19 年

月

日

年齢：

結婚状態：

1: 未婚

2: 既婚

3: 死別

4: 離婚

医療費支払い形態：

1: 国保

2: 生保

3: その他

## 決定権の保有

〔治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項〕の施行の前に、患者自身が行う行わないの決定をする権限を有することを説明しましたか。

- 1: はい
- 2: いいえ

#### 決定の依頼

〔治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項〕の施行について、患者自身に決定するよう求めましたか。

- 1: はい
- 2: いいえ

#### 治療の推薦

〔治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項〕の施行を、その名称（例えば、電気けいれん療法、向精神薬の経口注与、抗生物質の点滴静等）を含めて患者に薦めましたか。

- 1: はい
- 2: いいえ

はいの場合：その内容

治療を薦めた場合：医学上正式の名称（例えば電気けいれん療法、抗うつ薬、クロールプロマジン、利尿剤）を用いましたか。あるいは非医学的名称（例えば精神分析療法を単に「お話し」）もしくは予想できる患者のショックを和らげるために変更した名称（例えば抗精神病薬を「安定剤」）を用いましたか。

- 1: 医学上正式の名称
- 2: 非医学的名称もしくは変更した名称

薬物療法を薦めた場合：どういう名称を使用しましたか。

- 1: 全般的名称（例えば、お薬、錠剤、お注射、点滴）
- 2: 何に効果があるかを説明する名称（例えば、胃の薬、安定剤、睡眠薬）
- 3: 医療上の分類名称（例えば、抗不安薬、抗潰瘍薬、抗生物質）
- 4: 当該薬剤固有の一般名もしくは商品名（例えばハロペリドール、セレネース、アスピリン）

#### 治療から期待できる利益の説明

〔治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項〕から期待できる利益について説明しましたか。

- 1: はい
- 2: いいえ

はいの場合：その内容

#### 治療から予想できる危険の説明

〔治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項〕から予測できる危険について説明しましたか。



- 1: はい
- 2: いいえ

はいの場合：その内容

#### 代替手段の説明

[治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項]の代替手段について説明しましたか。

- 1: はい
- 2: いいえ

はいの場合：その内容

#### 無治療の場合に期待できる利益の説明

[治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項]を実施しない場合に考えられる利益について説明しましたか。

- 1: はい
- 2: いいえ

はいの場合：その内容

#### 無治療から予測できる危険の説明

[治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項]を実施しない場合に予測できる危険について説明しましたか。

- 1: はい
- 2: いいえ

はいの場合：その内容

#### 病名告知

正式診断名（精神科の場合は DSM-III-R）を記載して下さい。

病名を説明しましたか。

- 1: はい
- 2: いいえ

はいの場合：その内容

病名を告知した場合：医学上正式の診断名を使用しましたか。あるいは非医学的診断名（例えば、神経衰弱、ひどく弱っている、できもの [腫れ物]）もしくは予想できる患者へのシ

ヨックを和らげる診断名（例えば、統合失調症をノイローゼ、胃癌をかなり大きい胃潰瘍）を使用しましたか。

- 1: 医学上正式の診断名
- 2: 非医学的診断名もしくは変更した診断名

<sup>i</sup> 本書では医療を開始する際の情報開示を主題として論を進めた。近年は医療事故の際の情報開示が研究の対象となっている。これは重要な研究事項であるが、本論とは別の接近法が必要である。例： Héber, P. C., Levin, A. V., and Pobertson, G. (2001), Bioethics for clinicians: 23. disclosure of medical error. *Canadian Medical Association Journal*, 1654, 509-513. Mazor, K. M., Simon, S. R., Yood, R. A., Martinson, B. C., Gunter, M. J., Reed, G. W., and Gurwitz, J. H. (2004), Health plan members' views about disclosure of medical errors. *Annals of Internal Medicine*, 140, 409-418. Wu, A. W., Folkman, S., McPhee, S. J., and Lo, B. (1991), Do house officers learn from their mistakes? *Journal of the American Medical Association*, 265, 2089-2094.

<sup>ii</sup> 与えられた医療情報の評価手段は他には稀である。癌患者に与えられた医療情報を評価する方法として次の文献がある。Arraras, J. I., Wright, S., Greimel, E., Holzner, B., Kuljanic-Vlasic, K., Velikova, G., Eisemann, M., and Visser, A. (2003). Development of a questionnaire to evaluate the information needs of cancer patients: the EORTS questionnaire. *Patient Education and Counseling*, 54, 235-241.

<sup>iii</sup> なお、精神保健福祉法には、措置入院、医療法入院、応急入院という3種類の強制入院制度が準備されている。措置入院は法29条に「都道府県知事は、第27条の規定（＝通報を受けて行なう指定医による診察）による診察の結果、その診察を受けたものが精神障害者であり、且つ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、その者を国若しくは都道府県の設置した精神病院又は指定病院に入院させることができる」と規定されている。医療保護入院は法33条に「精神病院の管理者は、次に掲げる者について、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくともその者を入院させることができる。1 指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であって当該精神障害のために第22条の3の規定による入院（＝同意入院）が行なわれる状態になると判定されたもの 2 第34条第1項の規定により移送された者」と規定されている。精神保健福祉研究会（監修）『改訂精神保健福祉法詳解』中央法規

<sup>iv</sup> BPRSの下部尺度は次のような項目の得点合計である。陽性症状（思考解体、衝動的な行動や姿勢、疑惑、幻覚、思考内容の異常）、陰性症状（感情的引きこもり、運動減退、非協調性、情動鈍麻・不適切な情動）、気分変調（不安、罪業感、緊張、抑うつ気分）、躁症状（誇大性、高揚、精神運動性興奮）。

<sup>v</sup> いくつかの変数の間に潜む共通の要因を探り出す統計手法を因子分析という。例えば、英語、数学、理科、国語のテスト結果（こうした数値を変数あるいは変量という）があるとしよう。テスト得点の間の相関を見ると、英語のテスト結果がよい学生ほど国語の成績も良いという傾向が認められた。また、数学の成績がよい学生ほど理科の成績が良いという傾向も認められた。その一方で、英語の成績と数学や理科の成績にはなんら相関がなく、同様に国語の成績と数学や理科の成績にもなんら相関がなかった。こうした結果を目にして我々は、英語、数学、理科、国語のテストは4つの別個の（独立した）能力を測定しているのではなく、国語と英語は「文系的能力」を、数学と理科は「理系的能力」を評価していると想像し、国語得点と英語得点の和を「文系的能力得点」、数学得点と理科得点の和を「理系的能力得点」と設定し、以降の解析にはこうした2つの得点を用いようとする。英語、数学、・・・など個別の複数の変数の得点から導かれる変数を合成変数と呼び、こうした得点を下部尺度得点と呼ぶ。石村貞夫、デズモンド・アレン『すぐわかる統計用語』東京図書

<sup>vi</sup> 例えば、インフォームド・コンセントの我が国におけるリーディング・ケースといわれる事件では、乳がんのある右乳房については患者の承諾を得ていたが、乳腺症のある左乳房については将来がんのおそれがあるとして、承諾を得ずに全摘した事件がある。本件判決は、医師は「事情を患者に十分に説明したうえでその承諾を得て手術をなすべきであったと解するのが相当である」と判示した。（東京地判昭和46年5月15日）

## Regular Article

# Egalitarian sex role attitudes among Japanese human service professionals: Confirmatory factor analytic study

MASAYO UJI, MD,<sup>1</sup> MASAHIRO SHONO, PhD,<sup>2</sup> NORIKO SHIKAI, MA,<sup>1</sup>

HIDETOSHI HIRAMURA, MD<sup>1</sup> AND TOSHINORI KITAMURA, FRCPSYCH<sup>1</sup>

Departments of <sup>1</sup>Clinical Behavioral Sciences (Psychological Medicine) and <sup>2</sup>Public Health, Kumamoto University Graduate School of Medical Sciences, Kumamoto, Japan

### Abstract

The psychometric properties of the short form of the Scale of Egalitarian Sex Role Attitudes (SESRA-S) were studied among human service professionals. An exploratory factor analysis yielded two factors interpreted as reflecting women's rights (e.g. women at home and men at work [a reverse item]) and women's independence (e.g. working outside is equally important for women [a non-reverse item]), respectively. Confirmatory factor analysis showed a good fit. Impact of participant age, sex, residential area, and type of profession on sex role egalitarianism were examined by four-way layout ANOVA. Men in rural areas had the lowest score in the women's rights subscale and psychiatrists in rural areas had the lowest score in the women's independence subscale.

### Key words

human service professionals, residential area, sex role egalitarian attitude, women's independence, women's rights.

## INTRODUCTION

The move towards egalitarian sex roles has been observed not only in industrialized countries but also in developing countries. Conflicts caused by such movement may be greater in those countries where men have been in the dominant position, and become precipitants of psychological maladjustment.<sup>1,2</sup> Therefore, sex role egalitarianism is an important issue in psychology and psychiatry. Many instruments have been developed<sup>3,4</sup> and have been used to examine the relationship of sex role egalitarianism with acculturation,<sup>2,5-8</sup> attitudes towards violence against women,<sup>7,9</sup> marital adjustment,<sup>5,10-12</sup> perception towards rape,<sup>13</sup> attitudes towards occupation<sup>14-16</sup> and acceptance of divorce.<sup>17,18</sup> Among several instruments that measure attitudes regarding sex roles, Suzuki developed the Scale of Egalitarian Sex Role Attitudes (SESRA).<sup>19</sup> The original version of the SESRA consisted of 40 items measured on a 5-point Likert scale. The SESRA contains 15 reverse items such as 'Raising children is

the most important job for a woman' and 25 non-reverse items such as 'For a woman, the roles of wife and mother are important, but working outside is equally important'. Higher scores indicate more egalitarian attitudes.

A short version of the scale (SESRA-S) was developed by selecting 15 items that had factor loadings of  $\geq 0.5$  exclusively on a single factor in at least three of six different factor analyses.<sup>20</sup> Thus, Suzuki demonstrated a single factor structure of the SESRA-S; however, this was based on a fairly small population and performed with an orthogonal rotation.<sup>20</sup> Nor did Suzuki conduct a confirmatory factor analysis.

In order to examine the construct validity of the SESRA-S, Suzuki expected that higher scores of the measure would be obtained by women than by men,<sup>4,21-26</sup> by people with higher educational attainment,<sup>27,28</sup> by employed people than by unemployed people,<sup>29</sup> by younger people,<sup>25,29-31</sup> and by people who felt more flexible about the change of a women's surname after marriage. All these expectations were confirmed.<sup>20</sup> However, Suzuki paid no attention to possible confounding effects of these variables on the score of the SESRA-S.

As shown in previous studies, people vary in the degree to which they hold gender role egalitarianism depending on the culture they belong to: that is, ethnicity, gender, generation etc.<sup>8,13,32</sup> The clinical setting is

Correspondence address: Masayo Uji, MD, Department of Clinical Behavioral Sciences (Psychological Medicine), Kumamoto University Graduate School of Medical Sciences, 1-1-1, Honjo, Kumamoto, Kumamoto 860-8556, Japan. Email: ujimasayo@excite.co.jp

Received 7 July 2005; revised 14 November 2005; accepted 4 December 2005.

an environment in which different cultures meet and interplay. Of clinical importance in sex role egalitarianism is its influence on the attitudes of human service professionals, such as nurses, psychiatrists, social workers, psychologists, health visitors, and school teachers. Different human service professionals construct their own cultures. When such professionals interact with clients, patients, or students who have problems with marital relationships, sexual victimization, or family disharmony, they may treat these people based on their own sex role values; this may result in positive or negative influences on client mental health.

The aims of the present study are (i) to conduct exploratory and confirmatory factor analyses of the SESRA-S; and (ii) to assess the impact of age, gender, type of human service profession, and residential area on the subscale scores of the SESRA-S in a Japanese sample of service professionals.

## METHODS

### Participants

Human service professionals (e.g. nurses, health visitors, social workers, psychiatrists, clinical psychologists, school teachers, pediatricians, gynecologists, pharmacists, nutritionists, telephone counsellors, speech therapists, and occupational therapists) were solicited to participate in a questionnaire survey. Participation was requested at one general social service counselling center, four health centers, six psychiatric hospitals, three psychiatric clinics, one junior high school, one technical college, two psychiatric departments at general hospitals, and one infants' and neglected children's home. We asked the head of each institution to distribute the questionnaire to employees and confirm an autonomous decision as to participation. The questionnaire was answered anonymously and returned to the researchers. Of a total number of 774 distributed questionnaires, 662 (85%) were returned. Of these, 623

were usable for further analysis (Table 1). As expected, there were more female than male nurses and health visitors ( $\chi^2 = 68.23$ ,  $P < 0.01$ , d.f. = 6). There were more people living in urban areas for health visitors, psychiatrists, and psychologists than for other professionals ( $\chi^2 = 74.65$ ,  $P < 0.01$ , d.f. = 6). There was a significant difference in the mean age across different professionals ( $F = 4.34$ ,  $P < 0.00$ ). Scheffe's post-hoc comparison showed that there was a significant difference in the average age of the nurses and social workers, with nurses being older. The men were significantly younger than the women ( $t = -5.06$ ,  $P < 0.001$ ; Table 2).

### Measurement

To assess sex role egalitarianism, the SESRA-S was used.<sup>20</sup> The SESRA-S is a self-report measure of egalitarian attitudes towards the roles of men and women. The measure contains 11 reverse items and four non-reverse items with a 5-point scale. A higher score indi-

**Table 2.** Age distribution

Age range	Men	Women	Total
<21	1	0	1
21–30	62	108	170
31–40	40	82	122
41–50	30	158	188
51–60	20	114	134
61–70	2	4	6
71–80	0	1	1
81–90	0	1	1
Total <i>n</i>	155	468	623
$\chi^2$ (d.f.)	35.33 (7)***		
Mean $\pm$ SD	34.62 $\pm$ 10.81	41.64 $\pm$ 11.24	40.34 $\pm$ 11.35
<i>t</i> -test	$t = -5.06$ ***		

\*\*\* $P < 0.001$ .

**Table 1.** Participant data

	<i>n</i>	Female/male*	Urban/ rural area*	Mean age $\pm$ SD*
Nurses	388	303/85	104/282	41.9 $\pm$ 10.7
Health visitors	46	46/0	34/12	39.6 $\pm$ 11.4
Social workers	31	14/17	15/16	34.7 $\pm$ 10.8
Psychiatrists	26	7/19	17/8	40.8 $\pm$ 13.7
Psychologists	16	9/7	9/7	35.4 $\pm$ 10.5
School teachers	13	4/9	4/9	37.2 $\pm$ 9.2
Others	103	80/23	59/42	37.7 $\pm$ 12.3
Total	623	468/155	243/376	40.3 $\pm$ 11.4

\* $P < 0.05$ .