

精神障害者へのインフォームド・コンセント

馬場園 明

はじめに

一九八八年から施行されている精神保健法では、入院には患者さん本人の同意による「任意入院」の制度が法制化されている。また、一九九一年には、「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」が国連採択され、精神科におけるインフォームド・コンセントの原則が明確となっている。精神障害者にイン

フォームド・コンセントをすることは、患者さんに病名、病態、進行度、治療法、薬の効果と副作用について説明し、治療について同意してもらうことである。

インフォームド・コンセントは、患者さんにとって当然の「権利」であって、医師の当然の「義務」であるように考えられるようになっていくが、精神障害者へのインフォームド・コンセントはわが国で定着しているとは言い難い。告知される側の受容能力や同意能力の判定が困難である

からである。

インフォームド・コンセントの歴史

インフォームド・コンセントの概念がわが国で定着したのは一九八〇年代からであると考えられる。そして、インフォームド・コンセントが医師国家試験に取り上げられたのは一九八九年が最初であり、同年にはじめて厚生省（当時）の卒業臨床研修目標に加えられた。それまでは、もっぱら医師が患者さんの最善の治療法を決定し、その決定を患者さんに説明することが一般的であった。

インフォームド・コンセントが医療に必要であるということが国際的にコンセントを得られたのは、二つの歴史的な理由からである。

ひとつの流れは、第二次世界大戦時に医師によつて人体実験が行われたことによる反省から起こった。一九四七年に「ニュールンベルグ綱領」が定められ、はじめて臨床実験に際して被験者の同意が必要であるとされた。この流れをくみ、ヘルシンキ宣言では、「人間を対象とするいかなる

研究においても、研究対象にされる者は誰でも、その研究の目的、方法、予想される利益、起こるかもしれないリスク、ならびにそれがもたらすかもしれない不快について適切な説明を受けなければならぬ。彼らは、その研究に参加することを拒む自由があり、またいつでも協力への同意を自由に取り下げることができるという説明がなければならぬ。かくて医師は、説明された上での自由意思による同意を、できるなら書面の形で得ておかなければならない」ことが定められた。この概念は医療におけるインフォームド・コンセントにも応用されていった。

また、医療紛争の問題から、インフォームド・コンセントの必要性が認識されてきた流れもある。医療には危険がつきものであり、治療効果も不確かである。患者さんにとつて説明を受けない状態で診療を受けた結果、死亡や障害が起こった場合、納得できないのは当然である。米国で一九六〇年代、自由民権運動の高まりのなか、「自分のからだをどうするかを自分で決定するのは権利である。医療を提供する側はそれを知らせて、わ

れわれに選択させる義務がある」との主張がコンセンサスを得たのは当然であった。

「インフォームド・コンセントをすべきである」という立場は、医師のパターナリズムを排し、患者さんの権利を守って、こうという立場でもある。なお、パターナリズムとは、「対象者の福祉、幸福、必要、利益または価値ともつばら関係する理由によって正当化されるような自己決定権への干渉」と定義される。パターナリズム肯定の前提は、対象者の知識や判断力が十分でなく、もしも不利益が起ったとしても自分で責任をとれないことである。

精神障害とインフォームド・コンセント

「精神障害者にインフォームド・コンセントをすべきである」とした場合、同意能力があると考えられる患者さんに対しては、「病名は統合失調症であり、長期の投薬が必要であり、薬には多くの副作用がある」ことを医師が患者さんに説明し、同意を求めなければならない。統合失調症で

あることを聞かされた患者さんの心にはどのようなことが起こってくるであろうか。なんとか受けとめることのできる患者さんであれば、耐えられない患者さんもでてこよう。また、「自分は統合失調症でないから治療は不要である」ことを主張する患者さんも少なからずいるであろう。この場合、患者さんに同意能力があるか否か判定が行われることになる。

インフォームド・コンセントの原則を杓子定規に応用した場合、患者さんが治療を拒否し、同意能力があると判定された場合、医師は患者さんを治療できない。すべての治療を拒否すれば、統合失調症の治療ばかりか、肺炎の治療もできない。一方、同意能力がないと判定されれば、本人へのインフォームド・コンセントは法的には免除され、代理人が行うことになる。患者さんは自己決定を行う権利を失うのである。また、皮肉なことに、同意能力があると判断され治療を受けなかった患者さんの病気が進行して同意能力がなくなり、法的代理人が同意した場合は、治療されることがありえる。

同意能力の判定

インフォームド・コンセントは、患者さんの権利を目的としながら、患者さんの同意能力の判断を要求し、同意能力がないと判断された患者さんは、バッテリーリズムを受けざるをえない立場になる。

ロスは、患者さんの同意能力のテストを、「選択可能」、「選択結果の合理性」、「選択根拠の合理性」、「選択要因の理解力」、「実際の理解」のテストに分類した。「選択可能」テストでは患者さんが選択できることを示すことができれば、「同意能力あり」とみなされる。「選択結果の合理性」



編集部から、「スナップ写真を」と言われ探しましたが、プライベートでの自分だけの写真がないことに気づきました。これは鹿児島に帰ったときに桜島で撮ったものです。上にいるのは二男です。私の趣味はテニスですが、息子たちが成長して、共に興じることができるのが、今の夢でしょうか。

テストでは、選択したものが合理的であると第三者から判断されれば「同意能力がある」とみなされる。「選択根拠の合理性」テストでは、選択した理由が合理的であるかどうかを判定する。「選択要因の理解力」では患者さんが治療上のリスク、利益、選択肢を理解しているかどうかを判定する。そして、「実際の理解」テストでは、同意のプロセスが合理的であるかどうかで評価する。当然のことながら、これらのどれが正しくてどれが間違っているかということとはできない。

ドレーンは、問題になる医学的な重大性によって能力判定を三種類に分類するスライド性の判定を提案した。第一のスタンダードは、危険性が少なく、客観的に患者さんの利益に合致する判断をした場合は、「選択可能」テストで良い。第二のスタンダードは、ある程度、危険で、本人の不利益になる判断をした場合であり、この場合は「選択要因の理解力」テストでなければならぬ。第三のスタンダードは、輸血拒否のような合理性に反する場合であり、これは高度な同意能力を要求される。このようなスライド性の判定は、患者

さんの判断をパターンリズムの立場で評価しているといえなくもない。

しかしながら、プラグマティズムに基づいたこのスライド性の判定は、現実的であることを否定できない。そして、このような判定が現実的であることが受け入れられていることは、パターンリズムを排し、患者さんの自己決定を優先することが患者さんの尊厳を尊重することになるというインフォームド・コンセントの理念は、ある種の幻想であることを示唆している。例えば、同意能力があると判断された軽い精神障害者が手術のためのインフォームド・コンセントをされたとしても、その患者さんが、インフォームド・コンセントの最中に、治療によって何か悪い事をされるといふ妄想をもったとしても、その妄想のために治療を拒否したとしても、インフォームド・コンセントをする側がそのことを理解できなければ、治療が行われない可能性もある。患者さんは常に妄想があるとは限らない。患者さんが自分の妄想について語らないときに、妄想があることを「推定」することはむずかしい。

わが国の精神障害者のメンタリティ

現在、精神障害者には最初からインフォームド・コンセントが施されて治療行為が施されることは一般的ではない。「病気を治すために薬を飲みましょうね」と言って治療を行っている。「統合失調症だから抗精神病薬を投与する」とインフォームド・コンセントをした場合、医師は患者さんとの信頼関係が崩れたり、患者さんが被害妄想を持つたりすることを恐れるのである。また、医師は精神障害者を含めメンタルヘルスの悪い患者さんに判断を強いることは、メンタルヘルスの悪化を招くことを経験から知っている。不安を増強させるからである。

インフォームド・コンセントを「権利」と「義務」で行うことの価値は、患者さんがどれだけ自己決定権の価値を評価するかによる。欧米人と比較して、わが国の自己決定権の価値は決して高くはないと考えられる。インフォームド・コンセントを行う場合、「先生だったらどうしますか」とか、

「先生のお母さんだったらどうしますか」とか聞く患者さんは少なくない。また、患者さんが、「自分の頭の病気は治らないのではないでしょうか」と聞く場合、「自分の頭の病気は治ると言っ
て欲しい」という意味であることが多い。このようなメンタリティは、自己決定を尊重するメンタリティとは随分ずれている。

医療の目的とインフォームド・コンセント

私は、インフォームド・コンセントは、「パターナリズムを排し、患者さんの権利を守る」ために行うのではなく、「患者さんの生活の質・人生の質を高めるために患者さんと医療スタッフが良い共同作業を行うためのひとつの手段」として行うべきであると考えている。インフォームド・コンセントに関しては、患者さんの生活の質・人生の質を高めることにならないと判断される場合については、差し控えることも必要である。とりわけ、患者さんの受容能力や同意能力が十分でない
と判断される場合は、インフォームド・コンセ

ントに関しては、慎重で良いと思われる。インフォームド・コンセントを「権利」と「義務」として考えるのでは、どうしても限界があると考えるからである。

インフォームド・コンセントの参考図書

熊倉伸宏『臨床人間学―インフォームド・コンセントと精神障害―』、新興医学出版社、一九九四年
加藤尚武、加茂直樹編『生命倫理学を学ぶ人のために』、世界思想社、一九九八年

フェイドン・R、ピーチャム・T『インフォームド・コンセント―患者の選択―』、みすず書房、一九九四年

●馬場園明（ばばその あきじ）

九州大学健康科学センター助教授。教育と医学の会編集委員。医学博士。岡山大学大学院医学研究科博士課程修了。専門は、医療・福祉政策。人間が健康に社会生活を送れるための政策、ヘルスプロモーション、健康支援についての研究を行う。著書に『健康支援学入門』（共著、北大路書房、二〇〇一年）、『現代健康学』（共著、九州大学出版会、一九九八年）など。

編集部から

「教育と医学」のメールマガジン（無料）の配信を11月27日から開始いたします。このメールマガジンの中で、馬場園明先生のコメントを掲載する予定です。ぜひ、ご併読ください。メールマガジンの配信登録方法については、本誌94頁をご覧ください。