

## 「同意」から「合意」、そして「協働」へ

久田 満

上智大学総合人間科学部心理学科

## Key words :

説明, 意思決定, 協働

## From Consent, then to Consensus, and then on to Collaboration

Mitsuru Hisata

Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Sophia University, Tokyo, Japan

## はじめに

私が心理学の立場から「医療倫理」を学び始めた1990年ごろ、まだ「informed consent (IC)」という用語は医師や看護師の間にも広がっておらず、「がん告知は是か非か」が議論されるというような段階であった。手術承諾書の内容に関する日米比較研究を行ったが、溢れんばかりの情報が盛り込まれているアメリカのそれに比べて、日本の承諾書は薄っぺらで、「患者の私は、いっさい異議を申しません」という記載もあったほどである。

ちょうどそのころ、日本医師会生命倫理懇談会が「『説明と同意』についての報告」を発表した。そこには、「医師-患者間の信頼関係の基礎を築くうえで必要な原則」としてICが位置づけられ、それまでの病名すら知らせてもらえない医療のあり方が問い直されたのである。確かに急性期医療においては、患者としては説明に時間をかけるよりも、さっさと治療に取りかかってほしいと願うだろうし、ある種のパターン化された医療で対応可能であった。その場合の患者には、医師ならば「最善の努力をしてきて、最良の結果をもたらしてくれるに違いない」という信頼があった。「善行の原理」に基づくパターンリズム医療で良かったのである。

今でも、パターンリズムから逃れられない一部の医師が、ICを「権威ある医師が、何も知らない愚かな患者に説明してあげること」と限局的に解釈して「いつ、ICをしようかな？」などと言うのを耳にするが、それ

でも「後で文句を言われぬように、患者からサインを取り付けること」という理解よりはましかもしれない。言うまでもなく、ICの基本思想は、患者の自律性、つまり知る権利と自己決定権を最大限尊重し(自律尊重の原理)、患者から「私の身体を検査し、治療してもよろしい」という許可をもらう(自律的権限の付託)ことである。先に述べた「説明と同意」という訳語が上記のような誤解、すなわち医師は治療行為の一環として「説明」を行い、患者は提示された医師の意向に「同意」という解釈を招いたという指摘も多い。

しかし、時代は大きく変化した。医学生や看護学生が手にする医療倫理の教科書には、科学技術の進歩、高度情報化社会、地域社会の崩壊、少子高齢社会の到来、慢性疾患の増加、人権意識の高まりなどという用語が飛び交い、著名な社会学者、T.パーソンズが1950年代に記述した「医師の役割」や「患者の役割」は大きく変化したのである。高齢社会に突入し慢性疾患が増えたということは、決定的な治療法が定まらず、医療者と患者の関係が長期にわたるということである。医療に適用できる科学技術が格段に進歩したおかげで、医療上の選択肢が増えた。インターネットの普及で患者や家族は、質の良し悪しは別として、膨大な情報の収集が可能となった。地域には新しい形態の医療や福祉施設が増設されている。当然の成り行きで、医師や看護師以外の医療専門職が生まれている。そういう時代になってしまったのである。

このような時代の変化とそれに伴う人々の意識や行動の変化を十分に考慮すれば、「自律尊重の原理」に基

別刷請求先：〒102-8554 東京都千代田区紀尾井町7-1

上智大学総合人間科学部心理学科 久田 満

づくICのあり方も、問い直されなければならないのではないか。たいした臨床経験もなく、浅学非才の私が意見を述べることは、長年臨床の現場で数多くの患者やその家族と真摯に向き合ってきた医療者の方々に対して甚だ不遜であり大きな躊躇が伴うが、どうか寛容な精神でお許し願いたい。

### 患者側の理解と意思決定

ICで謳われている「患者中心の医療」を実践しようとする時、問題になるのは、「果たして患者は、自分の身に何が起きているのか(病状の意味)を正確に理解し、その事実を冷静に受け止め、治療の効果について過剰に期待せず、副作用の内容と生起確率を把握し、何らかの治療を受ける、あるいは受けないという意思決定ができるのか」という疑問である。欧米での多くの研究、また日本でのいくつかの研究から、医師が正しく説明しても、患者は病状の理解が十分にできないことが指摘されている。

未知の事象を他者からの説明によって理解するには、まず第一段階として、説明に含まれる単語や句が何を指すのか把握しなければならない。単語や句が示すものが概念化できると第二段階に進むが、そこでは文章としてまとめられた内容の把握が要求される。そして第三段階では、先行知識を動員し、説明によって得られた新しい情報を加え、それらの情報を精緻化・統合化し、課せられた問題の解決に活用することになる。このような情報処理過程を経て理解に至ることが、人間の思考や言語を研究する認知心理学という分野で実証されつつある。英語を全く理解できない人が、初めて一人でアメリカに降り立ち途方に暮れる場面と似ている。空港の係官に身振り手振りで意思を伝えようとするが、まるで機関銃のように「説明」されて途方に暮れるという状況である。

なんとか医師の説明が理解できたとして、では最適な意思決定ができるのか。日々の「買い物」から「結婚」という人生の一大事に至るまで、われわれは可能な限りの情報を集め、それらを統合し、何らかの決断、すなわち意思決定をしているが、近年の認知心理学の知見によると、人間は必ずしも合理的で一貫した意思決定をしているわけではないことが明らかとなっている。人間の意思決定には大小さまざまな心理的バイアスが影響するのである。新たにパソコンを購入するという場合は、希望するパソコンの性能、価格、デザインなどが明確であり、「確実性の下での意思決定」と呼ばれ、比較的合理的にどの品を買うかが決められるが、医療現場での「リスクを伴った意思決定」や「不確

実性の下での意思決定」では、患者本人の希望や価値観、説明を受けたときの感情状態などによって、医師からみれば不合理な判断がなされる場合がある。

たとえば、重大な病気だと悟った段階で「もうダメだ」と思うか「大丈夫、きっと治る」と思うかで選択する治療方針が異なってくる。患者が悲観的になると医療者は励ましたくなるし、逆に楽観的過ぎるととがめたくもなろう。自分の都合の良い情報のみを受け入れ、不都合な情報を聞き流してしまう患者も少なくない。命にかかわるようなシビアな情報には耳をふさいでしまう「否認」や「歪曲」という反応は、心理学的には自分の心が壊れないようにするための「防衛機制」であると解釈できるが、不可解な言動を示す面倒な患者だというレッテルを張られてしまうかもしれない。感情面への配慮(共感)をお願いしたい。

私もこれまでの人生で何度か手術を受けた経験があるし、母や息子の大手術に先立って担当医師からの説明を受けた経験もある。一方、臨床心理士として精神科病棟や緩和ケア病棟での実務経験もあり、全くの素人というわけではない。にもかかわらず、改めて受ける説明の際には緊張感でいっぱいになる。そのような緊張状態で、なじみのない専門用語が飛び交うと、言語以外の情報を得ようと必死になる。医師の態度や姿勢、声のトーンなどから、医師の技量や治療に対する意欲などを推測しようとする。そのような推測も理解の一種と考えられよう。知的な理解ではなく、直感的あるいは情緒的理解と呼べるかもしれない。しかし、現実には、多くの患者が、医療者が望むような知的・合理的理解ではなく、直感的・感情的理解の下に治療方法を選択し、サインしているように思える。それは決して批判されることではなく、人間としての自然な反応である。医療者からは不可解だと受け取られても、患者にとっては「適応的な」意思決定に基づく行動なのである。

### 医師からの説明

説明とは文字どおり、「説いて明らかにする」ことである。英語の“explain”の語源はラテン語の「平らにして見通しをよくすること」であり、お先真っ暗な患者が先行きの見通しを持てるようにすることが医師の説明の目的である。心理学では、説明を「説明者と被説明者の相互作用」と捉え、①説明が必要な状況、②説明のプロセス、③説明の方法、④説明の効果、⑤被説明者の支援などといった多岐にわたる問題が研究されている。

良い説明と判定される条件は「正確さ」と「分かりや

すさ」である。まず正確さに関しては、説明者の長期記憶に蓄えられた知識なり情報の量と質によって決定される。医師の説明が良かったかどうかは、患者に伝えられた情報が正確だったかどうかで判定されるが、医療の世界は日進月歩である。EBMの重要性が叫ばれている昨今、全く根拠のない「学説」らしきものを患者に伝えるのは言語道断としても、今持っている情報がどの程度確かかは、最先端をいく者でさえも分からないのではないかと。医師には、日頃から最新の知見を得る努力をし続ける義務が課せられるが、限界がある。一方、患者の方も情報収集に熱心になってきている。マスコミやインターネットを通じて、あるいは患者会で、専門医に負けないくらいの情報を入手する患者もいる。しかし、自分の病気に関する限られたものだけであり、その情報から何らかの結論を導き出すのは危険である。

医師が正確な情報を持っているとして、次に問題になるのは「分かりやすさ」である。分かりやすい説明をするためには、どんな点に注意すべきかが研究されている。

まず、被説明者の知識状態(量と質)を把握しておくことが重要である。異国に降り立っても、ある程度その国の言語と文化を知っていれば、受ける説明の理解度が深まるであろう。それと同様に、患者にある程度の医学的知識があれば、説明が分かりやすくなる。第二に、被説明者の心理的特徴を知っておくことである。医師は、患者の人生観や価値観(生きていくうえで大切にしていることや目標など)を把握しておくこと、説明する内容に工夫ができる。しばしば、医師の伝えたいこと(たとえばリスク)と患者が知りたいことが食い違うことがあるが、知りたいことを伝える方が患者の満足度は高くなる。知りたくなくても知らせなければならぬことをいかに伝えるかが課題であろう。第三に、分かりやすい説明には、説明者のスキルが影響するということである。説明には上手下手がある。コミュニケーションスキルを磨くことも必要であるが、さまざまな工夫を考案することも大切である。言葉によって相手の聴覚だけに働きかけるのではなく、図や表、絵やマンガ、あるいは映像という表現方法を用いて視覚に働きかけることが効果的であることが実証されている。英語の「I see.」とは「なるほど、分かった」という意味である。「百聞は一見にしかず」という諺もある。

最後に、一度に大量の情報を提供しても処理しきれないので、何度もこまめに繰り返し説明する機会を持つことが重要である。粘り強さが要求される。「これ

から僕がICをしておくから、後のフォローはお願いね」と看護師に言う医師は、ICの意味を限定的に捉えているだけでなく、ICとは一度限りの「イベント」だという解釈である。慢性疾患の場合は、患者の病状は長期にわたって変化するものであり、また患者の気持ちも変化する。その場合のICは、折に触れて繰り返される「プロセス」だと考えてほしい。

### これからのICとは—期待を込めて—

以上の現状認識から、これからのICのあり方を考える際、以下の問題点が指摘できる。

まず第一に、患者は医師からの説明を十分に理解し、何らかの合理的判断を下すことができるかということである。換言すれば、患者の持つ意思決定能力の問題である。精神障害者や認知症高齢者、あるいは小児が対象の医療現場において問題にされてきたことであるが、ごく普通の知的能力を有する患者でも、これまで述べてきたように、最適な判断は困難であろう。したがって、これからの医療では患者教育という側面が重要性を高めるようになると思われる。その教育プログラムの中には、病気に関する医学的な内容だけでなく、予防やセルフケアに関すること、さらには患者としての権利と義務に関する倫理的要素も不可欠である。

もう一つの課題は医師側の状況にある。医師不足、燃え尽き症候群、過労死、病院の経営破綻、医療崩壊などという暗い言葉がマスコミに登場するようになった。そんな現状では、医師は最低限の責務を遂行するだけで疲れ果ててしまう。そこに「正確で分かりやすい説明をせよ」とか「コミュニケーションスキルを磨け」と要求するのはいささか酷である。特に慢性疾患の場合は、患者からの要求が刻々と変化し、医師が一人で背負い込むのには限界がある。

その一方で幸いなことに、医療の現場にはさまざまな専門職種が登場してきている。小児科医、小児外科医、麻酔科医などの医師群、看護師、助産師、保健師といった看護職群、そのほかにも栄養士や理学療法士などのコメディカルが、一人の患者を取り巻くように支える体制が整いつつある。かつてのチーム医療は、主治医が中心となり、その他のコメディカルスタッフは医師を支える役割を演じてきた。「患者不在」と批判されても仕方がないだろう。しかし、慢性疾患の時代では、医療の中心に患者や家族がいて、その周辺を医療者が取り囲む、あるいは下から支えるという形態に移行しつつある。緩和医療の現場では看護師の意見で医師の処方が変わることは日常茶飯事である。

多様化したのは専門職だけではない。患者が生活す

る場も時代の要請に従って多様化している。慢性疾患を抱えた小児の場合に限っても、近所の診療所、小児専門病院、幼稚園や保育所、保健所、学校(特別支援学校)など、さまざまな子どもを支える施設が存在している。そしてその先には、大学や専門学校、社会人としての生活が待っている。つまり、患者を支え伴走する人や環境が急速に多様化しつつあるということである。

このような時代的背景を考えると、これからのICは、患者が医師の意向に対して受動的に「同意」するのではなく、関係者がそれぞれの立場から意見を出し合って「合意(consensus)」するという形式が望ましいのではないだろうか。心理学では「集団的意思決定」と呼ばれ、研究が進んでいる。そもそも小児医療では、個人的意思決定は存在し得ない。医師が小児個人だけに「同意」を求める状況はありえない。既に、父と母、時に祖父母、そしてもちろん小児外科医や看護師の意見を考慮に入れつつ「合意形成(consensus building)」を行っていると考えられる。この現状をさらに精緻化・制度化させ、小児循環器医療におけるICは、患者や家族の意思を尊重した「合意」によって展開し、時に数十年にもわたる長期的プロセスであるということを宣言してはどうだろうか。他の医療分野の見本とも成り得ると思われる。

患児と家族を含む多種多様な関係者がその時々で「合意」を形成していくという作業は、まさに「協働

(collaboration)」と言えるだろう。一人の専門家では解決できない状況に直面した時、当事者はもちろん他の専門家や非専門家(ボランティアなど)が協力すれば、個人では思いもつかなかった新たな解決方法を産み出すことが可能となる。個人にのしかかる負担は分散され、さまざまな意見やその根拠を知ることで専門家も素人から学ぶことができるのである。「患者から学ぶこと」は臨床の基本である。「informed consent」から「informed collaboration(情報を共有しながらの協働過程)」へという時代の流れは、徐々にではあるが確実に医療現場にも入り込んでいると思われる。そんな中で、心理学は医療現場にどのような貢献ができるのか。これからも考え続けていきたい。

#### 【参考文献】

- 1) 田久保由美子, 宗村弥生, 奥野順子, ほか: 先天性心疾患の子どもをもつ保護者への説明に対する医師の意識. 小児保健研究 2008; 67: 625-631
- 2) 広田すみれ, 増田真也, 坂上貴之(編著): 心理学が描くリスクの世界—行動的意思決定入門改訂版. 東京, 慶應義塾大学出版会, 2006
- 3) 比留間太白, 山本博樹(編): 説明の心理学—説明社会への理論・実践的アプローチ. 京都, ナカニシヤ出版, 2007
- 4) 久田 満: 患者の意思決定と医療者の役割—認知心理学からの示唆. 医学のあゆみ 2006; 218: 719-722
- 5) 吉武久美子: 医療倫理と合意形成—治療・ケアの現場での意思決定. 東京, 東信堂, 2007