

## 医療における患者の判断能力の概念の国民各層における 差異に関する国際比較研究

(スライド1)

このたび、ファイザーヘルスリサーチ振興財団より国際共同研究費として多額のご援助を賜りました。お陰様で、本日発表させていただきます研究成果を得ることができました。この場をお借りしまして、厚く御礼申し上げます。



国立精神・神経センター  
精神保健研究所 社会精神保健部長

北村 俊則

代理発表：

国立精神・神経センター  
精神保健研究所

北村 總子

(スライド2)

さて、インフォームドコンセントの概念が日本の医療に紹介されてかなりの時間が経過しているものの、その理念が現実の形になって十分に現れているとはいえないのが実情でありましょう。ことに精神科医療においては病名告知すら行われなことが通常であります。

ところで、インフォームドコンセントが成立するための要件は

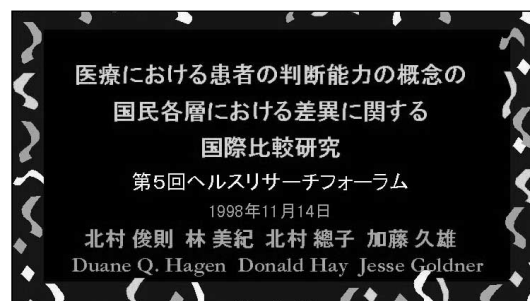
(1) 情報の開示、(2) 患者の判断能力、  
(3) 他から強制されない自由な決定の3つであるといわれております。このいずれが欠けても、患者の承諾は、インフォームされたうえでのコンセントとはいえないのです。我々は、精神科医療でインフォームドコンセントが現実化しないことの理由のひとつに、「精神科患者は判断能力に欠けている。従ってインフォームドコンセントは成立し得ない」との考えが、国民一般や、ことに精神医療の専門家のなかにあるのではないかと仮説を立て、これを検証してみました。

調査方法は簡単で、実際に判断能力審査をおこなっている場面の会話を起こし、これを精神医療の専門家、弁護士、医学部の学生、法学部の学生の4群に配布し、症例ごとに判断能力があるかないかを評価させるというものです。

(スライド3)

対象は9つのグループよりなっています。すなわち、日本精神神経学会会員176名、日本弁護士連合会会員77名、都内某大学医学部生82名、同法学部生74名、米国精神科医48名、環太平洋精神科医連盟会員14名、米国セントルイス地区弁護士82名、セントルイス大学医

スライド1



スライド2



学部生28名、同法学部生90名です。なお、環太平洋精神科医連盟会員の参加が少数だったため、今回の解析からは省いております。

(スライド4)

カナダにありますトロント・クラーク精神医学研究所では、以前より電気けいれん療法を行うに当たって患者の承諾や拒否について、構造化面接を用いた判断能力審査を行ってきております。これらの面接はテープに録音し、文章に起こされています。クラーク精神医学研究所の研究グループは、こうした症例について判断能力の有無を評価しております。そこで、こうした症例の中で、彼等が明かに判断能力があると考えたものを1例、明かに判断能力がないと考えたものを1例、判断能力の有無が微妙なもの3例を選び、これを先に述べた対象に配布いたしました。当然、日本の対象者には日本語に翻訳したものをいたしました。

(スライド5)

5つの症例ごとに、日本と米国の精神科医療の専門家、弁護士、医学部生、法学部生のそれぞれにおいて判断無能力とした者の率をスライドに示しました。例えば、症例Aは明かに判断能力がある症例ですが、これを判断無能力とした率は、日本精神神経学会会員の23%、日本弁護士連合会会員の38%、日本の医学部生の27%、日本の法学部生の32%、米国精神科医の8%、米国の弁護士の31%、米国の医学部生の11%、米国の法学部生の30%でした。

このスライドでは全体の傾向を把握しづらいため、次に、5症例中何例を「判断能力なし」としたかを各群ごとに計算いたしました。

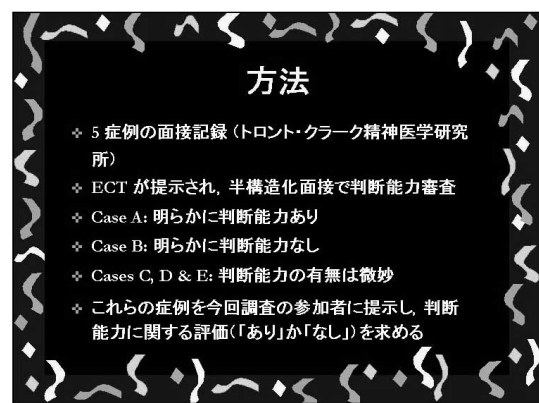
(スライド6)

各グループごとに「判断能力なし」と判

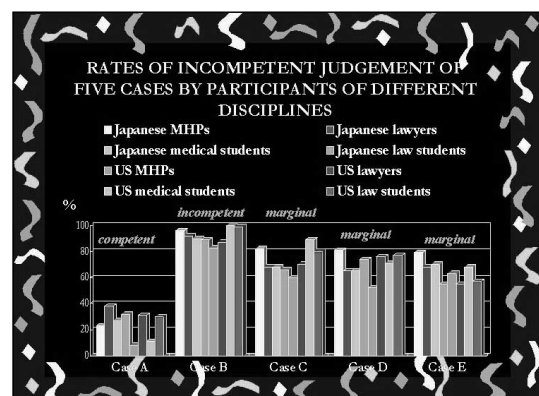
スライド3



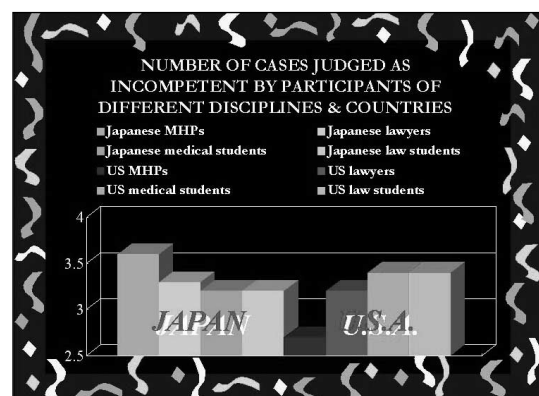
スライド4



スライド5



スライド6



定した症例数は、日本精神神経学会会員で3.6例、日本弁護士連合会会員で3.3例、日本の医学部生で3.2例、日本の法学部生で3.2例、米国精神科医で2.7例、米国の弁護士で3.2例、米国の医学部生で3.4例、米国の法学部生で3.4例でした。この差は一元配置分散分析で有意であり、「判断能力なし」と評価する症例数は、米国の精神科医で最も低く、日本の精神科医で最も高くなっていました。

(スライド7)

次に、各症例の判断能力評価をもとに被検者の非階層的クラスター分析を行いました。クラスターの数を4に設定した際に、最も解釈可能な結果を得ました。第1クラスターは被検者の半数以上から構成されるもので、症例Aを判断能力あり、その他の4症例を判断無能力とするパターンを示し、最も標準的な群と考えられます。したがって standard 群と命名しました。第2のクラスターは一定の傾向のないもので、questionable 群と命名しました。第3クラスターは、5症例のすべてを判断無能力と評価する人々で、conservative 群と命名しました。第4のクラスターは、5症例のすべてを高い比率で判断能力ありと評価する人々で、liberal 群と命名しました。

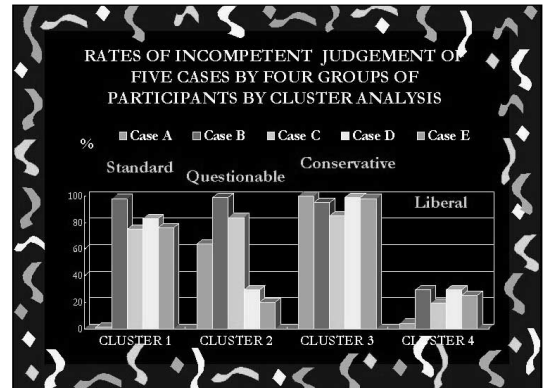
(スライド8)

こうしたクラスターに属する人が、日本と米国の精神科医療や法律の専門家や学生のなかで占める割合は、専門性や国によって異なるのでしょうか。全体を示したのがこのスライドです。この全体像はかえって見にくいので、最も特徴的である conservative 群と liberal 群が、今回の被検者群のそれぞれのなかでどれほどを占めるのかを確認いたしました。

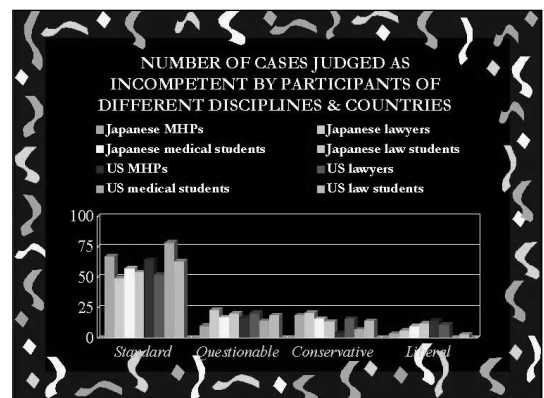
(スライド9)

日本精神神経学会会員のなかではわずか4%が liberal 群であり、19%が conservative 群でした。同じように日本弁護士連合会会員の7%が liberal 群、21%が conservative 群でした。一方、米国の精神科医は15%が liberal 群、4%が conservative 群と比率が逆転しています。米国の弁護士は liberal 群が11%いますが、 conservative 群も16%おりました。

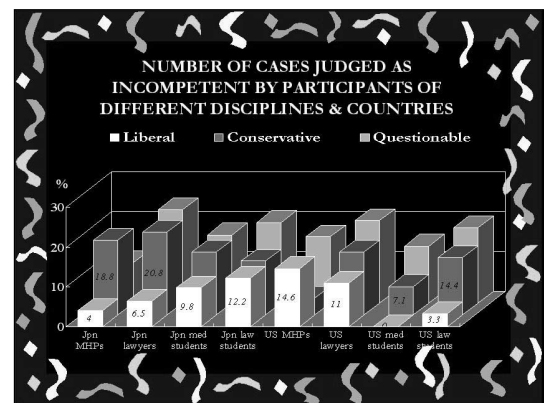
スライド7



スライド8



スライド9



これらの所見から、日米の精神医療の専門家を比較すると、日本では患者の判断能力を「なし」と評価する傾向が強く、一方、米国では患者の判断能力を「あり」と評価する傾向が強いと推測できます。学生や米国の弁護士はこの中間に位置します。また、専門家と学生という分け方をすると、日本では専門家のほうが判断無能力の評価に偏り、一方、米国では学生の方が判断無能力の評価に偏るといえます。

(スライド10)

初めに述べましたように、インフォームドコンセントが成立するための3要件のひとつである「患者の判断能力」が欠けている場合は、患者の承諾はインフォームされたうえでのコンセントとはいえません。そのため情報開示も不必要と考えられてしまいます。今回の調査は、日米間で患者の判断能力の評価に差があり、それは医療担当者に顕著であることを示しております。患者の自己決定権を保障するには、患者の判断に関する適正な審査が不可欠でありましょう。

スライド10



(スライド11)

最後に今後の課題について触れて報告を終えます。第1に、患者の自己決定に必要な医療情報とは何かを定義しなければなりません。第2に、いま述べたごとく、判断能力審査の明確化と審査方法の開発が必要です。審査の結果、判断無能力とされたものについては、特に十分な法的・手続的保護制度が必要です。そして、医療現場でしばしば指摘されるように、目に見えにくい強制についての研究と対策が必要です。

スライド11

