

医療における患者の判断能力の概念を規定する要因

本日は第3回ヘルスリサーチフォーラムという貴重な場で発表させていただきチャンスを与えていただきまして、まことにありがとうございました。お聞きするところでは大変応募の数が多いという中で、私のような発表をお許しいただきましたことを感謝申し上げます。

本日お話ししますのは、「医療における患者の判断能力の概念を規定する要因」(スライド1)ということです。

実は、本日どうしても申し上げなければいけないことが2つあります。その第1は、平成6年度のファイザーヘルスリサーチ振興財団の外国人研究者短期招聘助成を頂戴いたしました。おかげさまで、スライド2のようにトロントのクラーク精神医学研究所のBean氏を招聘することができ、精神科医療における治療同意判断能力の評価法の開発と標準化に関する研究の端緒につくことができました。改めて感謝申し上げます。



北村 俊則 先生

国立精神・神経センター
精神保健研究所

本日ご時間をいただいて発表しますのは、このときにスタートした研究の成果の一部です。

実はファイザーヘルスリサーチ振興財団の外国人研究者招聘に関しては報告書を出しているのですが、その報告書の中ではデータについては殆ど触れていませんので、本日の場をお借りして、その一部をご報告させていただきます。

私共の研究の最大の興味は、告知同意の理念を臨床現場で実現するということです。残念なことに日本の医療の中では、告知同意（インフォームド・コンセント）の理念が必ずしも十分実現されているとは思いません。特に精神科医療においては、その状況はさらに悪くなっているというのが実感です。これは恐らく老人医療や小児医療においても同じであろうと考えていますが、たまたま私の出身が精神医学ですので、精神科に焦点をあてて検討を行ないましたが、念頭にあるのは医療全般についてです。

これはもう本日ご出席の皆様方に改めて申し上げる必要はないとは思いますけれども、そもそもインフォームド・コンセントの構成要素というのは、1つには、必要で十分な医学・医療情報を治療者が患者さんに開示

スライド1

第3回 ヘルスリサーチフォーラム

医療における患者の 判断能力の概念を 規定する要因

国立精神・神経センター
精神保健研究所
社会精神保健部
北村 俊則
北村 総子

スライド2

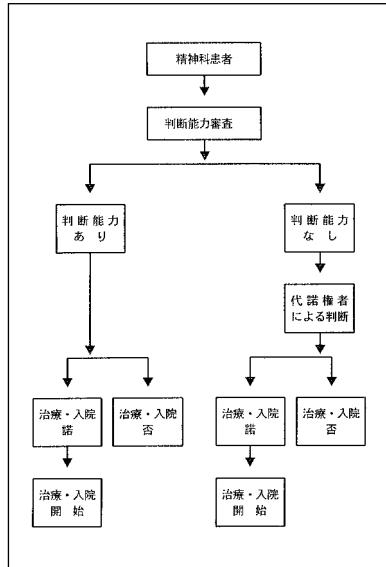
(財) ファイザーヘルスリサーチ振興財団
平成6年度 外国人研究者短期招聘助成

受付け番号	94D003
申請者名	北村 俊則
所属機関	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部
招聘目的	精神科医療における治療同意判断能力 の評価法の開発と標準化に関する研究
招聘研究者	Dr. Graham Bean Clarke Institute of Psychiatry Toronto Canada

スライド3

告知同意の構成要素
医学情報の開示
判断能力
自発性

スライド4



するということ。2番目に患者さんの方がその与えられた医学・医療情報を理解でき、判断できる。つまりその情報を使って自己の決定をするだけの能力があるということが2番目の要素です。3番目には他から強制されないということが当然重要な課題になるわけです（スライド3）。お医者さんが言うからそのようにしますとか、うちの人間が言うからそういうようにしますとか、そういうことではいけない。ご本人の自発的な判断でなければ、当然契約法上は医療契約になりませんので、自発性ということが問題になります。ところが従来のインフォームド・コンセントの議論というのは、1番の医学情報の開示について、何をどのくらい、いつ開示するという議論は多くありました。2番目3番目についてはあまり議論がありませんでした。そこで、私共は2番目の判断能力についてどうするかということを検討したわけです。

その理由 これは精神科について申し上げることなのですが（スライド4）精神科において強制入院、強制治療が現実に行なわれています。強制入院については、日本の場合には精神保健福祉法という法律があり、その法律にのっとって、患者さんの同意を得ずして強制的に当該患者さんを精神科病床に入院させることができます。これは同意なしですので、したがってインフォームド・コンセントの本来的な意義からははずれることになります。しかしそれが許容されるのは、理念的には（法文にはそう書いていませんが）その精神科の患者さんがその疾患ゆえに、ご自分の置かれた状況や与えられた医療情報を十分理解して、ご自分で判断する能力に欠けている、減弱しているということから代諾権者による判断を行なって、代諾権者がイエスと言えばそこで治療、入院を開始するというのが基本的な骨格です。

この骨格は日本に限らず諸外国においても全く同じ議論をされていまして、このことについては特段争う余地がありません。私が争いたいと思っていますのは、判断能力の有り無しをどこでどのように判定するのかということ。多くの人は判断能力はgradationの問題だと言いますが、患者の身からすると、強制的に入院させられて強制的に注射や薬が与えられるのと、ご自分の拒否権が発動されて飲みたくない薬を飲まないのは、ゼロイチ判定…オール・オア・ナンです。ところがそといった結果として、オール・オア・ナンに至る前提の判断能力というのは、必ずしもゼロイチではないだろうということで、私共は調査研究を行なうことになりました。

そして先ほどのように短期研究者助成をいただき、研究することができました。

スライド5

精神科患者 = 判断無能力 ?

ですが、16歳の高校生に全く判断能力が無いというのは無茶な議論だし、精神科の患者さんについても同じことが言えるだろうと思っています。

話しが込み入って申し訳ないのですが、Bean氏を招聘して、私共で開発しました判断能力評価用構造化面接と、彼等がちょうどその頃独立して作っていたカナダ版の判断能力評価用構造化面接を比較して、意見の交換をしました。そして、私共のインタビューを改善して、日本で症例を集めて、おかげさまである程度の妥当性、信頼性のものができ、Journal of Clinical Psychologyに投稿することができました。もうそろそろプリントになります。これについては今日ご説明しませんが、ある程度のものができたということだけご報告します。

そうした中で、実は私共は、そもそも判断能力ということが、心理学的に単一の理念かどうかについて非常に迷うことになりました。そのことは後でまた細かいご説明ができると思うのですが、そこで、カナダのトロントのクラーク精神医学研究所で作ったアンケート用紙を日本語に翻訳して、いくつかの層の人々をこれで調査しました。

対象は医学部の学生82名、法学部の学生75名と、日本精神神経学会の会員7960名から、およそですが無作為抽出して賛同していただいた178名に、全く同じ調査を行ないました。

調査は簡単なもので、電撃療法を行う前の患者さんの判断能力を確認するために、必要と思われる項目、質問文としてはどんなものがあるでしょうか、以下のものを重要でない、やや重要、非常に重要、必須だという4段階で評価してください、というものです。

スライド6

Competency questions ratings by medical and law students and mental health professionals					
	Groups			P(2,332)	P
	MS (N=82)	LS (N=75)	MHP (N=178)		Differences
What are the harmful effects or risks associated with ECT?	2.39(0.86)	2.40(0.93)	2.31(0.85)	0.4	0.7001
Are you aware that you have been asked to make a decision regarding ECT?	2.24(0.89)	2.33(0.86)	2.34(0.84)	0.4	0.6718
Why did you agree/refuse to have ECT?	2.13(0.89)	2.27(0.88)	2.18(0.79)	0.5	0.5984
How could ECT benefit or help you?	2.06(0.88)	2.13(0.86)	2.24(0.80)	1.4	0.2403
Are there any other available treatments for your illness that you know of?	2.07(0.86)	2.04(0.94)	2.21(0.81)	1.4	0.2396
Do you feel that you need some kind of help or treatment?	1.85(0.82)	1.96(0.96)	2.30(0.69)	10.7	0.0000 MS < LS < MHP
Do you want to make your own decision to accept or refuse ECT?	2.17(0.72)	2.25(0.87)	1.97(0.81)	3.9	0.0218 LS < MHP
Do you feel that you have been pressured or coerced into making a decision?	2.00(0.87)	2.04(1.01)	1.97(0.86)	0.2	0.8333
Do you feel that you have an emotional problem or a psychiatric illness?	1.59(0.94)	1.97(0.93)	2.15(0.83)	11.6	0.0000 MS < LS, MHP
Do you want to get better?	1.48(0.89)	1.89(1.01)	1.88(0.83)	6.6	0.0016 MS < LS, MHP
Are you having trouble deciding whether or not to accept or refuse ECT?	1.79(0.73)	1.67(0.89)	1.82(0.73)	1.1	0.3447
What do you think will happen to you if you do not have ECT now?	1.62(0.94)	1.85(0.98)	1.77(0.84)	1.4	0.2557
Do you think that your doctor has your best interests in mind?	1.55(0.89)	1.67(1.03)	1.79(0.85)	2.1	0.1227
Why do you think that the doctor feels you should stay in hospital?	1.44(0.82)	1.55(0.90)	1.87(0.81)	8.8	0.0002 MS, LS < MHP
Do you want someone else to decide for you?	1.28(0.85)	1.51(0.89)	1.57(0.76)	3.7	0.0264 MS < MHP

MS = medical students; LS = law students; MHP = mental health professionals; ratings 0 = can not judge, 1 = not important, 2 = important, 3 = essential; group difference was calculated by one-way analysis of variance with Scheffe's post hoc comparison (< 0.05).

それで結論先取りで言いますとスライド5になります。ときに精神科医から聞かれる言葉なのですが、精神病の患者というのはその病気ゆえに基本的に理解力がないのですと。しかし、それは間違いだらうと私は思っています。精神科患者 = 判断無能力ではない。一部の患者さんは確かに判断無能力と判定されても仕方ないだらうと思っていますが、イコールでは必ずしもない。

この精神科患者というところを痴呆患者に置き換えて良いですし、小児病棟の患者に置き換えて良らしかろう。確かに1歳の子供には判断能力は無いのですが、16歳の高校生に全く判断能力が無いというのは無茶な議論だし、精神科の患者さんについても同じことが言えるだらうと思っています。

スライド6でMSと書いてあるのがメディカル・ステューデント(医学部の学生)です。ロー・ステューデント(LS)は法学部の学生です。それからメンタル・ヘルス・プロフェッショナルズ(MHP)というのは日本精神神経学会会員の178名です。このそれぞれにつき、各項目について、どの程度それが患者の判断能力を評価するに重要なかというものをあげさせた得点です。点が高いほど重要なだと思っています。

そうするといつかの点において、この3群に差が出てきました。

例えば、「あなたが何らかの治療や援助を必要だと感じていますか」というものが重要だと思っているのが精神科医であって、医学部の学生や法学部の学生よりも、有意の差をもって強く重要だと思っているという値が出ました。

ところがその一方、「あなたはご自分で電撃療法を受けたり拒否したりすることを決めたいですか」という質問がより重要だと思っているのが法学部の学生で、それは精神医療の専門家よりも統計的に有意に強く重要だと思っていました。

それから、「あなたは精神科疾患を持っているとご自分で考えますか」という質問に関しては、それが重要だと答えたのは法学部の学生と精神科医療の専門家で、医学部の学生はさほど重要ではないと答えています。

「あなたは良くなりたいと思っているのですか。良くなりたいですか」という質問が重要だと答えたのは法学部の学生と医療の専門家で、医学部の学生はこれは判断能力を聞くための設問としては比較的重要ではないと答えている。

主治医が「あなたが何故病院にいなければいけないか、その理由について知っていますか。何故そう思っていると思いますか」という質問をするのが非常に重要だと思っているのは医療の専門家であって、学生群はそれほどは重要とは思っていない。必須のアイテムだとは思っていない。

「あなたは他の人に電撃療法を受けるか受けないかについて決めてもらいたいですか」という質問は医療の専門家は重要だと思っていますが、学生の方はそれほど重要とは思っていないという結果が出てきました。

これらの質問はいずれも重要な項目ですので、本当はどれが特に重要というはずはないのですが、判断力を評価するにあたって、医学部、法学部という専門分野の違い、それから実際に医療に携わっているか携わっていないかという違いによって、重要な思うアイテムが異なってくるということがわかりました。

そこで医学部の学生、法学部の学生、医療の専門家の答えを全部合わせて、今の15項目の得点…すなわち「全く重要でない」から「必須のアイテムだ」というその0・1・2・3・4の得点に因子分析をかけました。因子分析はVarimax回転を行いまして、因子の抽出はscree methodによって因子の数を決定しました。

そうすると大きく分けると3つの因子が出てきました（スライド7）。

項目の内容から読むと、第1因子は、治療の内容について理解しているかどうか、これは治療から得られる利益、それから副作用等の危険性、そもそも電撃療法は自分に良いと思っているのか、それから電撃療法を受けなかつたら何が自分に起るということが分かっているのか…つまり治療に関する基礎情報を患者さんが知っているかというアイテムが、まず第1因子として抽出されます。

第2因子は、あなたは治療や援助が必要な状態だということを分かっていますか、それから、なぜあなたが病院にいなければいけないか主治医がどう考えているか分かっていますか、あなたは良くなりたいですか等、

スライド7

Factor analysis of competency questions among the whole subjects, the medical and law students and the mental health professionals			
Questions to tap patients' competency	I	II	III
[Understanding the treatment]			
What are the harmful effects or risks associated with ECT?	0.814		
Are there any other available treatments for your illness that you know of?	0.808		
How could ECT benefit or help you?	0.753		
What do you think will happen to you if you do not have ECT now?	0.576		
Why did you agree/refuse to have ECT?	0.475		
Are you aware that you have been asked to make a decision regarding ECT?	0.443		
[Insight]			
Do you feel that you need some kind of help or treatment?	0.697		
Why do you think that the doctor feels that you should stay in hospital?	0.681		
Do you want to get better?	0.648		
Do you feel that you have an emotional problem or a psychiatric illness?	0.632		
Do you think that your doctor has your best interests in mind?	0.461		
[Autonomy and coercion]			
Do you want to make your own decision to accept or refuse ECT?	0.723		
Do you want someone else to decide for you?	0.676		
Do you feel that you have been pressured or coerced into making a decision?	0.573		
Are you having trouble deciding whether or not to accept or refuse ECT?	0.549		

スライド 8

(財) ファイザーヘルスリサーチ振興財団 平成 8 年度 国際共同研究助成	
受付番号	96A057
申請者名	北村 俊則
所属機関	国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会精神保健部
研究課題	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

病識、病感、洞察、インサイトに関するアイテムが出てきました。

第 は、ご自分で治療を受けるか受けないかを決めたいですか、その反転項目になりますけれども、誰か他の人に治療を受ける受けないについて決めてもらいたいですか、それから、決定をするのに強制をされた圧迫されたと感じていますか、というようなことが集合してきます。我々はこれをすなわち自律性と強制の因子というように考えました。

で、ここから現段階で結論として考えられるのが、我々が今まで判断能力と言って色々議論してきたものは、心理学的にみると恐らく少なくとも 3 つに分かれらるだろう。1 つは治療内容について自然科学的に理解しているかどうか。2 番目に自分の有している疾病についてどういう理解を持っているか。3 番目に自分は自律性を

持って治療を受ける受けないについて決定できる権利を有していると理解しているかどうか。この 3 つがあつて、初めて判断能力というものがあるのだろうと。

そうであれば、今までどうしても先に進まなかったインフォームド・コンセントの議論は、(精神科の場合特にそうなのですが) 患者さんに判断能力を認めるか認めないかという議論をするときに、その判断能力という 1 つの言葉にくくっているために議論が進まなかつたのであって、今後の議論はおそらくこの 3 つに分ける必要があるだろう、そしてこの 3 つについてそれぞれ個別に評価する尺度が必要であろうと思います。尺度については私共が開発しておりますのでそこで何とかなるのではないかと考えています。

で、これもご報告ですが、この内容についてはつい先週やっと論文がまとまって、あと 2、3 週間の間に投稿します。国際誌に投稿しようと思って作っていますので、これがプリントされましたら、もちろんファイザーヘルスリサーチ振興財団に提出させていただきます。

そういうことで私共が行なったのは、医学部の学生、法学部の学生それから医療関係者です。一つ抜けているのは法律の専門家で、その人達に対して全く同じことをやってみたいと思ったのが 1 つ。それからさらにはインフォームド・コンセントでは日本よりも先に進んでいる西欧のいずれかの国において、全く同じものを施行して、国による差、文化による差が果たしてあるのか、また、ヨーロッパ、アメリカの各国においてはそういう職種による差、あるいは患者さんに接しているか接していないかで、患者さんの判断能力のイメージについて差があるのかどうかを見てみようと思いました。そこがわかればひょっとすると、何故日本でインフォームド・コンセントがなかなか先に進まないのか理由がわかるのではないかと思いました。

そして実はこの夏、ファイザーヘルスリサーチ振興財団に国際共同研究を申請させていただきました。通るとは実は思っておりませんでしたが、先日受理というご報告をいただきまして(スライド 8) 私共の研究グループ一同本当に感謝しております。この席を使わせていただいて、その点を感謝させていただきたいと思います。大変多額な研究費をいただき、これで所期の研究を遂行できることになりました。

結果については来年の 9 月までにきちんとデータをまとめまでご報告させていただきます。

本日の最後に言いました、残った設問についてはあと 10 ヶ月の間に結論を出して、報告書としてまとめて提出させていただきたいと思います。

質疑応答

Q： 悪性腫瘍の患者さんの転移した脊椎に対する手術というのをかなりやってきたのですが、そのときやはり正しい理解、判断ができる人なのかどうかをどうやって見分けるかというのに、先生方非常に苦慮してきたわけです。それで非常に勉強になったんですけども、先生最後にちょっとと言われた、日本ではインフォームド・コンセントがなかなか進まないのはそのへんがうまくいかないからだということが、ちょっとひっかかったんです。何故そう、そういう考え方があるからだと思うんですか。先生は本当にそう思われるんですか。

本当はやはり良いサービスをしようと思っているからじゃないのでしょうか。そういう心が供給する側にないんだということにふうに理解すべきじゃないかと思うんですが。

A： あの、ちょっとご質問にとまどっておりまして…。というのは私の本日の発表の枠組みの中で答えればよろしいのかです、それともその枠を超えて…

Q： 非常に勉強になりましたので、ただ一つだけ気になったもんですから。そうじゃないんだということだけちょっと付け加えたかったんです。

A： まず今日の枠の中だけで、私の考え申し上げさせていただきますと、特に精神科医療はそうですが、恐らくは老人医療をなさっていたり子供の医療をなさっておられる方も同じようなことを感じておられると思いますけれども、そもそも精神科の患者は、そもそも痴呆老人は、あるいはそもそも子供は、判断する能力がないから我々が代わってその人達に一番良い、幸せになることを決定してあげているのだという、(妄想とは言いませんが)多分にミスリーディングな情報を、医療、看護、その他の教育で受けているのだろう。それを信じきって我々は医療界に入ってきましたけれども、それは大きな間違いであったというような考え方です。

判断能力が無いと言いますけれども、我々のこれは別の調査でも出ていることなのですが、治療内容についてはパーカーフェクトにわかっているけれども病識の全くない方もおられます。ところが病識があって自分は分裂病だとはっきりわかっておられていて、そして治療をしないとどうなるということもわかっているし、副作用のこともわかっている。聞いてみるとちゃんとわかっている。だけでも今自分はとても自分で決定できる状態でないので、親に決めてもらいたい、兄貴に決めてもらいたい、という方もおられます。その順列組合せというものもいくつもございます。ですからそれをやっぱり分けて考えるべきであろうと。

どこから以上が判断能力があってどこから以下が判断能力がないと決めるのは、これはサイコメトリーをやっている人間ではなくて、国民全体の合意で決めること。ここから以上は強制をしましうね、ここから以下は強制はだめだよという、そういう国民全体の同意が必要であろうと思います。

それは、一方では患者さんの自立性を極力尊重するという立場がありますが、もう一方で医療に携わる側からしますと、医療事故を最小限度に防ぐということからも、絶対必要になるであろうと思います。そうでなければ「私はあのとき判断能力があったのに、強制的に医療を行なわれた」と言って、患者さんから訴えられて、賠償請求で負けてしまうということが山のように起きてくるだろうと思います。

あとは、枠を超えて申し上げますと、さっき申しましたように、そもそもそういう教育を受けてこなかつたわけですし、また間違った教育を受けてきておりますので、そこらへんの教育から立て直すべきではないのだろうか。

で、もうこれはもう、せっかくのチャンスですから暴言を吐きますけれども、そもそも医療、看護というのは聖職だという考え方で来ましたが、ある意味では非常に正しい考え方で、我々は身を粉にして働くなければいけない。しかし同時にサービス業だという感覚ですね。サービスするためには当然、そのサービスを受ける方にご納得いただかなければならないという、そういう教育が少なくとも私の受けてきた教

育では、少なかったのではないだろうか。そこらへんが、つまり、サービスをするんだからサービスを受ける方のご希望になるべく沿うというのが、平たく言ってしまえばインフォームド・コンセントの基本的な理念ではないかと私は思っています。

それをやはり、紙の上の理念ではなくて、日々の若い方への教育の現場の中でどう実現していくのかということが重要なのかな。

先ほどのご発表のように薬物の説明についても、やっぱり患者さんに何回かステップを踏んでご説明をしなければいけないわけですから、決して「わからなかつたから強制治療」ではなくて、わかるまでご説明するというのが、インフォームド・コンセントの理念です。「どうしてもわからない方を最後の段階で強制医療」ということの徹底が、日本の国内でもうちょっと必要なのではないかというように私は思っております。

すみません暴言を吐きました。

Q : 変なことを言って申し訳ありませんでした。

治療は誰が決めるかという問題ですが、私共は整形外科やってきたので、その領域では大部分の方が判断できるし、サービス業であるからたくさんのメニューを出してご依頼をいただく。それに対するインフォメーションから徹底的にやるのですが、先生の領域である精神科、あるいは小児科というのは非常に困るわけですね。それから特に悪性腫瘍の場合は告知してほしくないという人もいるわけですから。

聞きたくないという、一人ひとりの我がままにお手伝いをするのが我々の義務…まあ、サービス業の原点ですから、聞きたくない人に聞かせなければいけないというのはとんでもない話だと思うんですね。

先生は判断能力といふものの国民的なコンセンサスを作るために、いろんな人に聞いてみて…判断能力も限りなく連続量ですから、まあその連続量が得られたときに、それをまたどういうふうにお使われになるのか。

究極のところ何か治療法を決めるのか。決めるという意味は、我々が一人ひとりの将来を予測できたとして、放置するものも含めて何も手を下さないというのも治療の一つとすれば、何らかの選択をしなければならないという場合に、その限りない連続量の中である程度の中ぐらいに判断能力があるとしたとき、先生はどうされるのかという興味が私尽きないもんですから。

A : はい、一言で申し上げますと、基本的には治療を与える場合も、治療を与えない場合も、必要な情報を患者さんに十分量与えた上で、ご本人の判断を待つというのが当然基本でございますね。

で、どうしても判断できない場合には、当然代諾権者(ご本人の権利を代行する人で、親権者であったり精神保健法であれば保護者であるわけですが)がいて、その者が患者さんになり代わって権利行使するのが基本ですね。知りたくないという方の場合には、これは判断能力があるわけですから判断をさせなければいけないと私は思っております。ただ今日は決めたくないという心理的な状態は当然ございますので、決められる心理状態まで待つか、それが待てないのであれば、その中で医療看護の技術をもって患者さんのお気持ちを楽にしてあげて、そして十分その日の中で決めなくてはいけない。1時間以内に決めなくてはいけないということもあるでしょうが、そうであれば、1時間以内にご本人の気持ちを楽にして、ご自分の意思決定能力を行使できるだけの心理状態にする技術を、精神医学なり看護学で、我々は教えなければいけない。それができないくらいであれば専門家という名前には値しないであろうと私は思っております。