

【特集】知らないと困る倫理問題

臨床現場でのインフォームド・コンセントを どう考えるか

北村俊則 Toshinori Kitamura

北村メンタルヘルス研究所/こころの診療科きたむら醫院/北村メンタルヘルス学術振興財団

I インフォームド・コンセントの原理

インフォームド・コンセントは医療における患者の自己決定権、とくに治療拒否権の実際的道具として、医療訴訟やその他の活動のなかで醸成されてきた概念である(北村・北村, 2000a, 2000b)。多くの国でパターンリズムに依拠した強制入院と強制治療が精神障害者に行われ、医療についての患者自身の自己決定権が無視されてきた歴史の反省から、治療同意判断能力(民法上の意思能力)のある患者については、その者の判断を優先するという考え方のいわば道具として、インフォームド・コンセントが臨床現場に導入されてきた。

インフォームド・コンセントが正当であるには、①適切な情報が開示されていること、②患者に同意判断能力が備わっていること、③医療者側からの強制や過剰な説得がないこと、が必要であると考えられている。精神科医療現場で臨床心理士が患者に対応する際にも同様の原則が適用されよう。まず、面接の目的、拒否権の存在を説明することが必要であろうし、心理療法の開始場面であれば、治療方針、治療期間(セッション数、治療期間と治療目標)、考えられる治癒像、可能性

のある副作用などの説明も重要である。そうした情報を患者が理解できるかの評価も必要である。「精神障害者=治療同意判断無能力」という偏見の思考の危険性は多く指摘されている(Kitamura, 2000)。患者の判断能力の評価を臨床家が行う際、評価のプレ(評定者間一致率の低さ)が問題となる(Kitamura & Kitamura, 2000)。標準化された判断能力評価法(Kitamura & Kitamura, 2005)もあるので、まずそうした手技を取得し、臨床で応用する努力も大切であろう。

しかし、倫理原則が常に問題なく臨床状況に適合するわけでもなく、倫理的ジレンマを感じる場面も出てくる。次にそうした状況について、いくつか検討してみたい。

II 臨床場面でのいくつかの課題

1 向精神薬の隠し飲ませ

病識が欠け、なおかつ受診を拒否する患者は稀ならず存在する。入院患者では対応にゆとりがもてるが、来院しない患者について、家族から処方への要請があり、水薬を処方することも行われる。家族は味噌汁、スープなどにその薬を混入させ、患者に服用させるのである。こうした隠し飲ませ(covert medication, surreptitious prescription,

concealed medication) は、以前から行われており、現在でも行われているかもしれない。医療者の善意から行うものであるとして、パターンリズムの観点から許容する意見もある。しかし、知らずに服用している患者の立場で考えれば、隠し飲ませは、医療者による騙しに該当する。患者は拒否することもできず、自己決定権の行使もできなくなっている。もし、患者が強制入院に服しているれば、不服申し立ての権利が保障されている。しかし、隠し飲ませであれば、その事実さえ知らないで、不服を申し立てることもできない。また、「治療拒否＝判断無能力」という無条件の図式は、現在の生命倫理学の取る立場ではない。当然、判断能力評価が行われなければならないが、隠し飲ませの場合、そうした評価も行われない。したがって、隠し飲ませが患者の自律・尊厳を傷つけていることは明らかである（北村・北村，2013）。

2 他者への危害を述べる患者

何らかの理由で、特定他者に危害を加えたいとか、危害を加える予定であると述べる患者がいる（北村・北村，1994）。臨床心理士は患者情報に関して守秘義務があるため、こうした状況で倫理的ジレンマに陥ることも少なくない。アメリカにおけるタラソフ事件判決では、治療者に対して、被害にあう可能性の高い人物に、その危険性を通達し、かつその危険を防止する義務があると判示されている。ただし、このことは患者に通報しなければならない（北村・北村，1994）。

日本において、精神障害者であって、なお他害のおそれが明白であれば、措置入院の対象となる。また、精神障害者であって、なお放火未遂、強制わいせつ未遂、殺人未遂であれば、医療観察法に該当する。これら法令順守は患者守秘義務に優先すると考えられる。臨床心理士がこれら通報を怠った場合は、その責任を追及されることもありえよう。

3 自ら閉鎖病棟、隔離室を希望する患者

治療同意判断能力のある患者が、自ら閉鎖病棟への入院を希望する、あるいは隔離室（外側から施錠される）への入室を希望する場合がある。これまでの精神科医療ではパターンリスティックな介入として、閉鎖病棟に不定期に、かつ比較的長期にわたる収容、隔離室への収容、あるいは保護衣による身体拘束や薬物による過鎮静などが行われており、インフォームド・コンセントの原則は、こうした人権への侵害への反省から生まれてきた。こうした拘束は、他に代わりうる方法がないときのみ、正当化される（北村・北村，2008）。

判断能力を有する患者の希望は「すべて」叶えるのが医療者の責務であるという考え方もあろう。「他はすべて同意するが、心理療法でいろいろ心の中のことを聞かれるのはいやだ」と言えば、担当医は心理療法を（しばらくの期間）控え、薬物療法のみで治療を進めることができる。しかし、行動の自由（身体の拘束を受けない自由）は人類の歴史のなかで自律的個人の権利として常に高い価値を与えられてきたものである。したがって、治療同意判断能力のある患者の強い希望であっても、治療同意判断能力がある患者を閉鎖病棟へ入院させる、あるいは隔離室に収容することは許されない。このような患者からの希望はむしろ、本来その患者の持っていた自律的判断が、さまざまな心理的原因でできなくなっているものと判断できよう。

4 権利保護のためのインフォームド・コンセントから治療関係のインフォームド・コンセントへ

従来、インフォームド・コンセントは患者の権利保護の道具として機能してきた。しかし、個人の自律を尊重することはむしろケアの本質である。一時的に自律的判断能力が低下することはある。その際、医療者が行う業務は、患者の自律を援助することである。つまり、本来のパーソナリティを尊重することである。自律を促す重要な手

法のひとつが、患者にわかるように情報を開示し、患者の自己決定を求めることである (Kitamura, 2005)。

個人の尊厳を傷つけず、自律を援助し、個人の健康につながる介入方法が模索され、それが理論化されなければならない。先に述べた事例では、「(判断能力があると考え) 身体拘束を受け付けない」か「(判断能力が欠けていると考え) 医療保護入院させる」というもので、いずれも望ましいものでない。むしろ、患者にとって望ましい選択肢を準備する知恵が医療者に必要とされる。隔離室に入りたいという希望が強い不安からきているなら、そうした不安は多くは一過性のものであるから、不安が強い期間のみ医療者が寄り添うという選択肢は、開放病棟で過ごすことを可能にする。

人間はだれでも弱い部分が存在する。そこを、治療同意判断能力「なし」と評価するのではなく、自律的判断を援助する理論と心理療法の技法によって自律を高める作業こそが、精神科医療の中心課題である (北村・北村, 2008)。

▶ 文献

Kitamura T (2000) Assessment of psychiatric patients' competency to give informed consent : Legal safeguard of civil right to autonomous decision-making. *Psychiatry*

and *Clinical Neurosciences* 54 ; 515-522.

Kitamura T (2005) Stress-reductive effects of information disclosure to medical and psychiatric patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 59 ; 627-633.

北村俊則, 北村総子 (1994) 精神科医療における第三者警告義務—タラソフ判決とその影響について, *こころの臨床 à la carte* 13 ; 151-155.

Kitamura T & Kitamura F (2000) Reliability of clinical judgement of patients' competency to give informed consent : A case vignette study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 54 ; 245-247.

北村総子, 北村俊則 (2000a) 精神医学・医療における倫理とインフォームド・コンセントの歴史—概観. In : 中根允文, 松下正明 編 : 臨床精神医学講座 第12巻 精神医学・医療における倫理とインフォームド・コンセント, 中山書店, pp.3-15.

北村総子, 北村俊則 (2000b) 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 T & Kitamura F (2005) Competency testing in medical and psychiatric practice : Legal and psychological concepts and dilemmas. In : T. Takahashi (Ed.) : *Taking Life and Death Seriously : Bioethics from Japan*. Amsterdam : Elsevier, pp.113-137.

北村俊則, 北村総子 (2008) 医療における自己決定論の盲点—精神科医療のなかで, In : 高橋隆雄, 八幡英幸 編 : 自己決定論のゆくえ—哲学・法学・医学の現場から. 九州大学出版会, pp.108-122.

北村俊則, 北村総子 (2013) 精神科医療における強制医療は許されるか?. *臨床精神薬理* 16 ; 1617-1623.