



Title	インフォームド・コンセントに関する心理学的研究について：治療選択に関する意思決定研究の概観
Author(s)	鈴木, 要子
Citation	大阪大学臨床老年行動学年報. 1998, 3, p. 23-28
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/4525
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

インフォームド・コンセントに関する心理学的研究について ——治療選択に関する意思決定研究の概観——

鈴木要子

医療における強いパターナリズムを見直し患者中心の医療の実施を目指すために、インフォームド・コンセントが広く謳われるようになってきた。インフォームド・コンセント（以下、ICと略す）は「十分な説明のもとづく同意」と訳されている。医療におけるICは、医師が患者に診療の目的や内容を納得できるように説明し、患者は誰にも強制されない自由な立場で検査や治療法を選びとり、その同意に基づいて医師が医療を行う原則を意味し、十分な説明を受けた上で患者は納得・同意して検査や治療を受ける原則が医療において不可欠であるとする考え方を示している（森岡、1994）。つまり、ICは治療方針を決定し開始するための第一段階であり、患者のQOLを考えた医療が行われるために不可欠な患者と医療者とのコミュニケーションの機会でもある。そこで本稿では、がん末期の治療方針決定の際のICのあり方を探る一歩として、ICの歴史的背景と、これまでに行われてきた治療選択に関する心理学的研究についてまとめた。

1. インフォームド・コンセント (informed consent : IC)

ICは欧米の医療と司法の歴史の中で生まれた理念である。18世紀末から、医師の同意取得義務と説明義務の2つの法的要請が、医療における患者の人権擁護の目的から慣習法として成り立っていた。医療におけるICは、第二次世界大戦中に行われた敵国の捕虜を使っての非人道的人体実験が人々の非難的となり、それを受けた世界医学会が1964年に「人間を対象とする生物学的研究に関する倫理綱領」を採択し、ヘルシンキ宣言として提唱したことに始まっている。その内容は、「人体実験は医学の進歩のために必要である」とした上で、「目的、方法、予想される利益、可能性のある危険やそれに伴う苦痛などについて被験者に十分説明し、被験者の自由な意志による同意をとりつける必要がある」とするものである。同じ頃より、アメリカを中心として公民権運動が盛んになり、医療におけるICが強調されるようになった（Faden & Beauchamp, 1986）。

わが国では、1960年代より医事法学の領域でICが取り上げ論じられるようになり（中島、1995）、医療の場で取り上げられたのは、ヘルシンキ宣言を受けて1990年に日本医師会が「『説明と同意』についての報告書」を発表したことにはじまる。その報告書は、1. 病状・処方薬剤および治療の内容の説明、2. 手術・検査の承諾、3. 新薬の臨床試験の同意、4. 社会医学的処置の説得（予防接種や伝染病の検査などを患者が拒否した場合、病気の蔓延を防ぐために必要であることを十分説明し同意を得る）、5. がんの告知、6. リビング・ウィルやDNR（do not resuscitate）の意志、7. その他（宗教上輸血を拒否する患者に対し医師が説得し意志を確認するなど）のIC、についてまとめられたものであった。その後、1994年に日本病院会が「『インフォームド・コンセント』について病院の基本姿勢」を発表して以来、欧米流に患者の人権やICに関する意識が浸透し始めた（森岡、1994；中島、1995）。最近では健康保険制度においても文書による患者への情報提供料

が制定され、IC の普及対策がとられている（森岡, 1996）。

2. 治療選択に関する心理学的研究

IC に概念を分析する際には、開示・理解・自発性・能力・同意（もしくは意思決定）の、5つの構成要素にもとづいて論じられている（Faden & Beauchamp, 1986）。その中でも、心理学においては、同意（もしくは意思決定）する能力や、情報の開示と理解内容、情報と意思決定の関連などについて検討されてきた（Faden & Beauchamp, 1986）。医療における IC は、検査を含めた治療の選択の場となるが、心理学において治療選択に関する行動は、意思決定という概念で検討されてきた。

意思決定とはある複数の選択肢（alternative）の中から、1つあるいはいくつかの選択肢を採択することである（竹村, 1996a）。治療選択の意思決定に関する研究は、ギャンブル場面やくじ選択場面と同じく、リスク下や不確実事象における意思決定の範疇で研究が行われてきた（Tversky & Kahneman, 1981 ; McNeil et al, 1982 ; McNeil et al, 1988 ; Bell, D.E. et al, 1988）。特に、医療場面に関しては、患者の意思決定が医師の情報の提示によって影響されることが注目され、患者が筋の通った医学的決断ができる目的として研究されてきている（Eraker & Sox, 1981 ; Drane, 1984 ; Grisso, 1987 ; Rybush & Roodin, 1989 ; Llewellyn-Thomas et al, 1995 ; Mazur & Hickam, 1997）。

意思決定をする場合に陥りやすい現象として、これまで指摘されたものに、確率と判断のウエイトのズレ、枠組み効果、利得と損失、確実性効果、後悔効果がある（福井, 1988）。その中でも、命が脅かされている医療場面（life-threatening medical condition）との関連で多く研究が行われている「枠組み効果」と「利得と損失」について概観し、がん末期の治療選択決定の IC のあり方を模索する上でそれらの研究に必要となる観点についてまとめた。

枠組み効果（framing effect）、利得（gain）と損失（loss）

枠組み効果とは、全く同じ内容の意思決定問題でも、生存率を提示したポジティブ・フレーム条件と死亡率を提示したネガティブ・フレーム条件では、決定結果が異なるというものである（Tversky & Kahneman, 1981）。Tversky と Kahneman (1981) は次のような質問を作成した。「アメリカで600人の人々を死に追いやると予想される特殊なアジアの病気が突然的に発生したとします。この病気を治すために2種類の対策が提案されました。」それに続いて、ポジティブ・フレーム条件では「対策A：この対策をとれば200人助かる。対策B：この対策をとれば600人助かる確率が3分の1で誰も助からない確率は3分の2である。」とし、ネガティブ・フレーム条件では「対策C：この対策をとれば400人が死亡する。対策D：この対策をとれば誰も死しない確率は3分の1で600人が死亡する確率が3分の2である」とし、対策を選択させた。すると、ポジティブ・フレーム条件ではリスクを回避する対策Aが選択され、ネガティブ・フレーム条件ではリスクを志向する対策Dが選択された。このことから、ポジティブ・フレーム条件では利得という心理的枠組みで捉えられ、できるだけ確実に効果を得ようとする選択を行い、ネガティブ・フレーム条件では損失という心理的枠組みで捉えられ、不確実であっても効果が得られる可能性のある選択を行う傾向が示された。この効果は、知覚における錯視現象と同様に頑健な現象とみなさ

れている（竹村, 1996b）。

McNeil らは、肺がんに対する治療選択課題として手術治療と放射線治療の効果を生存率で示す場合と死亡率で示す場合で比較した。その結果から、患者・医師・統計学や決定理論を専門的に学んだ大学院生においても、枠組み効果がみられることが指摘された（McNeil et al, 1982 ; McNeil et al, 1988）。また、生存率と死亡率を併記したポジティブ＋ネガティブ・フレーム条件ではネガティブ・フレーム条件と似た結果が示され、死亡率の情報が生存率の情報よりも注目されやすいことが示唆された（McNeil et al, 1988）。日本においても、同じ選択課題を用いて医師・医学生・患者を対象に行った調査で同様の結果がみられた（福井, 1988）。

「枠組み効果」における立場の違いついで

これらのことから、枠組み効果は医学的知識の有無や統計学的知識の有無に関係なく意思決定に強く影響を及ぼすと考えられている。しかし、Tversky と Kahneman (1981) も McNeil ら (1982 ; 1988) も福井 (1988) も、これら意思決定の際に教示した質問の仕方は「どちらの治療がよいですか？（Which treatment would you prefer ?）」や「どの治療を選びますか？」であり、いったい治療を受ける主体としての好みか、治療する主体としての好みかがはっきりしない。「患者だった場合」に限定し、患者・医師・医学生を対象に肺がんの治療選択における枠組み効果について調査した結果では、これまでと同じ結果が得られた（Bell et al, 1988）。しかし、治療する医師としての選択に枠組み効果や利得と損失の効果がどのような行動を導くかは調べられていない。

Rybash と Roodin (1989) は、重い心臓病を持った男性患者が危険度の高い手術に同意するシナリオと拒否するシナリオを作成し、手術の説明文をポジティブ・フレーム条件とネガティブ・フレーム条件の 2 つで違いがみられるかを調べた。大学生の被験者は、この男性が行った同意または拒否の意思決定について 3 つの立場から評価を求められた。1 つは今の自分の立場からみて男の決定をどう思うか、2 つ目はこの患者の立場だったらどのような決定を行うか、3 つ目はこの患者の医師の立場だったらこの男の決定を変更するように説得するかどうか、であった。結果は、どの立場においても、ネガティブ・フレーム条件で手術を説明された場合に、手術をする決定を肯定したり勧めたりした。このことから、立場に関係なく意思決定に枠組み効果が影響することが示された。しかし、立場の違いによって、治療選択が異なる場合があることに関しては、なんら検討がなされていない。

治療選択場面において患者が担う責任と医師が担う責任は内容も程度も大きく異なる。枠組み効果とそれによる利得と損失の認知には、頑健性が認められてはいるが、その選択行為にコミットする立場の違いを越えて、それらがどれほどに影響を及ぼすかは検討されていない。医師と患者がそれぞれの合理的判断能力を越えて、枠組み効果にどれほど影響を受けるかを知ることによって、臨床場面における治療選択の際に注意すべき点が指摘され得ると考えられる。

「枠組み効果」と治療決定に影響を及ぼす可能性がある他の要因との関連

IC の場面で提示される情報が危険と蓋然性に関するものであるために、表現上の必然と

して「枠組み効果」による影響を完全に避けることは不可能であろう。したがって、情報提示上の問題として指摘されている、口頭説明と文書による説明の違い (Emanuel et al, 1989 ; Emanuel, 1989 ; Emanuel et al, 1992)、確率を明記した決定樹の提示による違い (楠見, 1992)、治療名を「手術」などと明確にする場合とあいまいな表現の場合の違い (McNeil et al, 1982) などの問題との関連を検討する必要があると思われる。また、治療内容の問題として指摘されている延命効果の確からしさや副作用の強さの影響 (Eraker & Sox, 1981) や、患者側の要因として挙げられている患者の年齢の影響 (Rybush & Roodin, 1989) などとの関連を見る必要であろう。主に大学生を対象にした意思決定に関する実験的研究の結果から、IC の場面でも影響を及ぼすことが予想される、個人のリスク回避（志向）傾向 (楠見, 1992 ; 楠見, 1993 ; 楠見, 1994)、決定時の感情 (Isen & Means, 1983 ; 竹村, 1988a ; 竹村, 1988b ; Forgas, 1989)、決定時間の長さ (Takemura, 1994) などについても、それぞれが IC 場面で及ぼす影響を調べることとともに、「枠組み効果」をはじめとする情報提示上の問題との関連を調べることが必要となろう。

実際の医療場面における意思決定の特殊性

医療場面において提示される選択肢は、不確実性の強い状況下にありながら、過去の研究結果から導かれたあいまいさを含んだ確率によってしか設定できない。医師は患者に対して、病気の見通しや治療の効果や危険性について説明し、治療についての選択肢を提示するが、全く同一の症例は存在せず、その効果や危険性の確率が不明確にならざるを得ない。その上、決定のための情報材料として、この不明確さを大いに含んだ内容以外を求めることが不可能である。例えば、「ある病気の患者に手術を行うと30%の確率で治る」という選択肢があった場合、その手術を受けたとしても、その30%の効果が必ずしも得られるとは限らない。診断と治療方針を提示するまでの医師の行動について完全なる信用が得られたとしても、手術を受ける経過の中で新たな病気が出現する場合なども考えられ無くはない。しかし、治療を選択する時点ではこの不確実な確率を基準に決定するしか無いのである。また、この様な情報についての特殊性だけではない。患者の余命が短い場合、その患者とその医師が同じ危機感を持っているとは限らない。置かれている状況を最初に捉える心理的枠組みによって、同じ治療選択肢を見ても、それを利得として捉えるか損失と捉えるかは、異なっていることが考えられる。したがって、治療決定が医師と患者の間での意見交換において行われるという決定状況の特殊性から、医師と患者の捉え方の違いが大きく影響する可能性がある。また、患者が完全なる自律性を発揮し自己決定できる場が得られたとしても、患者が病気による身体的苦痛や心理的苦痛によって精神的に不安定なことがある。このように、実際の医療場面における意思決定は、一般的な意思決定と異なる点が多い。

3. おわりに

これまで見てきたように、IC における意思決定には心理学的要因だけを見ても様々な問題が絡んでおり、さらにはがん末期の治療方針決定の際の IC のあり方を考えてみると、より複雑な問題が関係していることがわかる。しかし、患者の自律性を尊重した医療や、患者の QOL を第一に考えた末期医療の実施が求められている現在、IC に関する心理学的研

究が推し進められ、多くの知見がもたらされることも必要であろう。それによって、実際の医療におけるICのあり方で注意しなければならない点が示唆されるだろう。さらに、ICに関して実際の医療現場が抱えている問題と研究結果から導き出された解決策との乖離から、意思決定研究が前提としている合理的情報というものが、実際の医療現場において入手可能か、またどの程度必要かという、根本的問題についても検討される必要があろう。

引用文献

- Bell, D.E., Raiffa, H & Tversky, A. 1988 Descriptive, normative, and prescriptive interactions in decision making. In Bell, D.E., Raiffa, H. & Tversky, A.(Eds.) *Decision Making*. New York : Cambridge University Press., Pp. 9-30.
- Drane, J.F. 1984 Competency to give an informed consent. *Journal of the American Medical Association*, 252, 925-927.
- Emanuel, L.L. 1989 Does the DNR order need life-sustaining intervention ? Time for comprehensive advance directives. *American Journal of Medicine*, 86, 87-90.
- Emanuel, L.L. & Emanuel, E.J. 1989 The medical directive : a new comprehensive advance care document. *JAMA*, 261, 3288-3293.
- Emanuel, L.L., Barry, M.J., Stoeckle, J.D. & Emanuel, E.J. 1992 Advance directives : do scenario based treatment choices extrapolate to different decisions ? *Clinical Research*, 40, 611.
- Eraker, S.A. & Sox, H.S. 1981 Assessment of patients' preferences for therapeutic outcomes. *Medical Decision Making*, 1, 29-39.
- Faden, R.R. & Beauchamp, T.L. 1986 *A history and theory of informed consent*. New York : Oxford University Press. 酒井忠昭・秦 洋一(訳) 1994 インフォームド・コンセント — 患者の選択 — 東京：みすず書房.
- Forgas, J.P. 1989 Mood effects on decision-making strategies. *Australian Journal of Psychology*, 41, 197-214.
- 福井次矢 1988 臨床医の決断と心理 東京：医学書院.
- Grisso, T. 1987 Consent as an autonomous act. *Contemporary Psychology*, 32, 693-694.
- Isen, A.M. & Means, B. 1983 The influence of positive affect on decision-making strategy. *Social Cognition*, 2, 18-31.
- 楠見 孝 1992 意思決定の及ぼす基準比率情報と個人のリスク志向の効果：医療場面における患者としての意思決定 日本心理学会第56回大会発表論文集, 549.
- 楠見 孝 1993 リスク回避志向の個人差が意思決定の及ぼす効果 日本心理学会第57回大会発表論文集, 432.
- 楠見 孝 1994 不確実事象の認知と決定における個人差 心理学評論, 37 (3), 337-356.
- Llewellyn-Thomas, H.A., McGreal, M.J. & Thiel, E.C. 1995 Cancer patients' decision making and trial-entry preferences : The effects of "framing" information about short-term toxicity and long-term survival, *Medical Decision*

- Making*, 15, 4-12.
- Mazur, D.J. & Hickam, D.H. 1997 The influence of physician explanations on patient preferences about future health-care states. *Medical Decision Making*, 17, 56-60.
- McNell, B.J., Pauker, S.G., Sox, H.C. & Tversky, A. 1982 On the elicitation of preferences for alternative therapies. *The New England Journal of Medicine*, 306, 1259-1262.
- McNell, B.J., Pauker, S.G. & Tversky, A. 1988 On the framing of medical decisions. In Bell, D.E., Raiffa, H. & Tversky, A. (Eds.) *Decision Making*. New York : Cambridge University Press., Pp. 562-568.
- 森岡恭彦 1994 インフォームド・コンセント NHK ブックス, 711, 東京：日本放送出版協会。
- 森岡恭彦 1996 癌告知とインフォームド・コンセント — 告知の実際 — 外科治療, 75, 315-319.
- 中島一憲 1995 インフォームド・コンセントとは 中島一憲(編) インフォームド・コンセント これからの医療のあり方現代のエスプリ, 339, 9-14.
- Rybash, J.M. & Roodin, P.A. 1989 The framing heuristic influences judgements about younger and older adults' decision to refuse medical treatment. *Applied Cognitive Psychology*, 3, 171-180.
- 竹村和久 1988a 意思決定過程の研究(XII) — 感情及び関与が意思決定過程における情報探索行動に及ぼす効果 — 日本グループ・ダイナミックス学会第36回発表論文集, 23-24.
- 竹村和久 1988b 意思決定過程の研究(XIII) — 感情及び関与が意思決定過程における情報の再検討行動に及ぼす効果 — 日本心理学会第52回大会発表論文集, 198.
- Takemura, K. 1994 The influence of elaboration on the framing of decision. *Journal of Psychology*, 128, 33-39.
- 竹村和久 1996a 意思決定の心理 東京：福村出版。
- 竹村和久 1996b 意思決定とその支援 市川伸一(編) 認知心理学4 思考東京大学出版会, Pp.81-105.
- Tversky, A. & Kahneman, D. 1981 The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211, 453-458.