

(70)

資料：秋田大学医学部保健学科紀要11(2)：168-175, 2003

臨床場面におけるインフォームド・コンセントについて 看護師が感じている問題

渡 會 丹和子

要 旨

臨床場面におけるインフォームド・コンセントの実態をふまえて、看護師が感じている悩み、問題であると感じている状況を明らかにすることを目的に調査を実施した。

その結果、情報提供は実施されていたが、それはインフォームド・コンセントの基本理念に基づく情報提供ではなく、患者の自由な同意も行われていない状況であった。看護師が患者を擁護する活動を展開するためには、情報提供の在り方についての工夫と同時に、権限をもたない看護師自身が同僚およびチームと管理者、倫理委員会などのサポートを得ることが不可欠になる。インフォームド・コンセントにおける看護師の役割は、患者が最善の医療を受けられるように調整すること、看護ケア実施にあたっては患者への説明、同意を得ること、の2つの責任があると考えられる。

I. はじめに

1. インフォームド・コンセントの歴史的経緯

インフォームド・コンセントの歴史は、第二次世界大戦中に行われたナチスの人体実験を裁いたニュールンベルグ裁判において、人を対象とする実験的医療では被験者の同意が絶対に不可欠であるとした「ニュールンベルグ綱領(1947年)」¹⁾に始まる。これを受けて第18回世界医師会総会の「ヘルシンキ宣言(1964年)」²⁾では人を対象とする実験的医療・臨床試験の倫理基準が確立した。当時、公民権運動が活発であった1960年代から70年代にかけてのアメリカ合衆国では、医療消費者としての「患者の権利」確立を求める気運が高まり、1973年全米病院協会が「患者の権利章典」³⁾を採択し全国7000病院に配布している。これを契機に、アメリカ合衆国では州法としてインフォームド・コンセントが立法化され、1983年にはアメリカ合衆国大統領委員会報告書『医療における意思決定(Making Health Care Decisions)』³⁾において、インフォームド・コンセントの概念を医療の場における意思決定の中

軸とするという検討結果がまとめられた。

その後、インフォームド・コンセントの定義は、1991年12月の国連総会が決議した「精神病者の保護及び精神保健ケア改善のための原則」⁴⁾の原則11-2において「インフォームド・コンセントとは、威嚇又は不適當な誘導なしに、患者が理解できる方法及び言語により、適当で理解できる以下の情報を患者に説明した後に、自由に行われる同意をいう。

- a 診断の評価
- b 提案された治療の目的、方法、予測される期間及び期待される利益
- c より押しつけ的でない (less intrusive) ものを含む他の治療方法、及び
- d 提案された治療で予測される苦痛又は不快、危険及び副作用」

一方、日本におけるインフォームド・コンセントの歴史は、1984年10月14日、医療過誤訴訟に取り組んでいた弁護士を中心とする医療者・住民を含む患者の権利宣言全国起草委員会による「患者の権利宣言(案)」⁵⁾に始まる。その内容は、患者の知る権

利や自己決定権が人としての基本的権利であることを基に、医療者が患者の権利を擁護する使命を負っていると主張されている。この運動の背景には、当時、脳死・臓器移植問題、末期医療のあり方などの議論が注目され始められた時期であり、医療の現場では患者の権利が守られていない状況にあったことによる。

そのような中で、政府がインフォームド・コンセントに注目したのは、厚生省（現厚生労働省）の国民医療総合対策本部が1987年6月に発表した「中間報告」において、「第4 患者サービス等の向上」の中に、「インフォームド・コンセントという考え方を踏まえた医療機関による医療サービス指針の作成と普及方策の検討」を発表したことに始まる。1989年5月の「患者サービスのあり方に関する懇談会」報告では、患者サービスにインフォームド・コンセントの考え方が強調された。1984年「患者の権利宣言（案）」の提案と活動は、患者を主人公とする医療の実現を社会に広めることに貢献した。しかし、医療の閉鎖性は厳然として存在しているという6年の経過を基に、1991年には患者の権利法をつくる会が結成され、「患者の権利法要綱案」⁶⁾を提案し、患者の権利法をつくる活動が展開された。

当時の医療に対する社会情勢で注目されていたことは、末期医療におけるがん告知の在り方、「脳死臨調」の審議から臓器移植法成立を目指そうとする動向であった。そのような背景において、1992年には40年ぶりに医療法が改正された。改正にあたっては、衆参両議院の厚生委員会において、審議の半分の時間を費やしインフォームド・コンセントの法制化、教育の問題、診療報酬の問題が審議されたが、改正には、インフォームド・コンセントの基本理念も明記されず、法制化にも至らなかった。ただ、医療法の「付則」と「付帯決議」に盛り込まれ検討課題にとどまった⁷⁾。検討課題は、翌1993年「インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会」の開催につながり、2年の討議を経て「～元気の出るインフォームド・コンセント～」⁸⁾を副題とする報告書の公表に至った。その主な内容は、医療従事者が行う説明に重点をおいた、インフォームド・コンセントの基本的な考え方、インフォームド・コンセントの普及のための提言であったが、主役である患者の意思確認、自己決定についての検討は不十分なものであった。

日本におけるインフォームド・コンセントは、10年以上の検討を経て1996年社会保険診療報酬改定において、入院時医学管理料の入院治療計画加算に

200点として新設された。翌1997年には厚生省（現厚生労働省）に「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」が設置され、1998年の報告書には法制化によるカルテ等の診療記録の開示が提起された。この結果を受けて、1998年には国立大学病院における診療情報の提供に関する指針（ガイドライン）の作成が検討され、翌1999年2月「指針（ガイドライン）」⁹⁾の発表に至ったが法制化はなされていない。診療情報提供が診療報酬（入院治療加算）として新設（1996年）されて以来、加算額200点は翌年350点に改定され、1998年の改定では結核・精神・療養・老人病棟、診療所の各病棟にも適用拡大が認められた。その後、情報提供は当然のこととされるようになると、2000年の改定では情報提供未実施の場合、入院治療計画加算350点の減算が設定されるようになった。

2. インフォームド・コンセントにおける看護師の役割

ICN看護師の倫理綱領には、前文に看護の本質として「人権の尊重」が謳われており、さらに4つの基本領域として、①看護師と人々、②看護師と実践、③看護師と看護専門職、④看護師と共働者、それぞれにおける倫理的行為の基準が示されている。特に、「1. 看護と人々：看護師は、個人がケアや治療に同意する上で、十分な情報を確実に得られるようにする。2. 看護師と実践：看護師は、ケアを提供する際に、テクノロジーと科学の進歩が人々の安全および尊厳、権利を脅かすことなく、これらと共存することを保証する。4. 看護師と共働者：看護師は、個人に対するケアが共働者あるいは他の者によって危険にさらされているときは、その人を安全に保護するために適切な処置をとる。」¹⁰⁾以上の内容は、インフォームド・コンセントの基本理念に基づく医療が行われるために、看護師として担う役割を明確に示しているものといえることができる。

また、専門職団体である日本看護協会は「看護師の倫理規定」として10項目を定めているが、その中で、「1. 看護師は、人間の生命を尊重し、また人間としての尊厳および権利を尊重する。5. 看護師は、対象のケアが他者によって阻害されているときは、対象を保護するよう適切に行動する。」¹¹⁾と規定しており、ICN看護師の倫理綱領と同様に、インフォームド・コンセントにおける看護師の役割を示しているといえる。しかし、実際の医療場面において、看護師は自らの役割をどの程度発揮できているであろうか。インフォームド・コンセントには、①医療従事者側から患者の理解が得られるよう懇切

丁寧な説明（検査、診断、治療、予防、ケア等の提供において）の部分と、②患者側の理解、納得、同意、選択という2つの部分があるが、看護師は、いずれの場面においても役割が求められる。

渡辺¹²⁾は、看護師に求められる役割を、具体的に以下のように示している。

- ① インフォームド・コンセントを求める説明の場に同席する。
- ② 患者が医師から受けた説明をどう理解したかを知り、必要なときに補足説明をする。
- ③ 患者と家族の病名、病状、治療法などの受け止め方と、心に受けた衝撃の程度を観察する。
- ④ 患者と家族の衝撃が早期に適応に向かい、新しい価値観をもってたくましく病氣と闘えるように導く。
- ⑤ 看護師自らの責任において患者を自己決定に導き、最後まで支え続ける気持ちを持ち、ケアを行う。
- ⑥ 患者同様、あるいはそれ以上に衝撃を受けている家族に対するケアを行う。
- ⑦ インフォームド・コンセントに関わる情報を記録し、患者に関わる医療者共通の理解とはたらかかけの基盤をつくる。

また、季羽¹³⁾は、インフォームド・コンセントを患者がコンセントにたどり着くプロセスととらえ、看護師の役割をA. 医師が行ったインフォームド・コンセントを補完する役割、とB. 看護活動に関して看護師が主体的にインフォームド・コンセントを行う、という2つの役割あげている。看護師の関わる内容は、

- ①情報の整理や説明を追加することにより、医師から伝えられたことへの理解を援助する。
- ②患者の「自己決定」のための心理的援助として、感情を受容し共感を示す。
- ③問題を整理できるよう、迷いや葛藤を認識できるようなコミュニケーションを行う。としている。

インフォームド・コンセントに関連する具体的な実践例としては、多職種（医師、看護師、薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカー、事務職）とボランティアで構成されたメンバーで、1992年癌研究会付属病院内に発足した癌研緩和ケア研究会の活動がある。活動の一貫として、診療情報を提供された患者が、その内容を理解できているか術後化学療法を受けている患者にインタビュー調査した結果、「十分に理解できた」と答えた人は21.7%にすぎず、多くの患者は疑問を残したまま医師の判断を尊重している現状を報告している。この結果および説明不足による

精神的損害の賠償を求める訴訟を起こすケースが増えているという社会背景をふまえて、同病院では1993年告知マニュアル、告知・インフォームド・コンセントシート（IC RECORD）を作成し実施を開始した。告知マニュアルは、告知の目的、効果、告知を可能とする条件、告知の方法が示されており、医師、看護師が患者・家族と一体になり良好な医療者—患者関係の成立を目指す取り組みになっている。さらに、同病院におけるインフォームド・コンセントに関する看護の取り組みについては、がん専門病院の特徴をふまえて、検診者の予防看護、診断時のがん告知のフォローアップ、積極的な治療時期の看護、ターミナルケアに至るまでいずれの時期においても看護師の役割があり、患者のサポーター、パートナーと位置づけている。具体的な看護活動の内容として、

- ① 説明時および説明後の患者の心理状態や理解度の把握。
 - ② 悩んでいる、困っている患者の相談相手になる時間をつくる。
- そして、①②の患者の反応を医療者間で連絡を密にとる必要があるため、
- ③ インフォームド・コンセント後の患者の理解度、反応、および看護師が行った補足説明を告知・インフォームド・コンセントシートに残す。という取り組みを実践し、『事例でわかるインフォームド・コンセント—患者への告知とサポート体制の実際—』に事例集として報告されている¹⁴⁾。

3. 本調査の目的

医療の提供は、患者を中心としたインフォームド・コンセントに基づくものであると制度化されたが、患者が疾病や治療、療養生活について理解していないのではないかとと思われる発言を聞く機会がある。そこで、臨床場面で看護活動する看護師が、インフォームド・コンセントの実態をふまえて、困っていること、問題であると感じている内容を明らかにすることを目的とする。

II. 調査および分析方法

1. 調査方法

日本看護協会主催の研修会に参加した会員に、研修内容とは直接関係ないが、医療場面のインフォームド・コンセントに関わる看護師としての悩み、問題と感じている内容の記述を依頼する調査用紙を配布し、1週間後に回収した。

2. 結果の分析方法

51名から回答が得られたうち、悩みや問題と感じ

ている内容が記述されている36名の記述内容を分析対象として、問題毎の分類と患者や家族から問題解決を求められることが予測されるケースに分けて内容を分析した。

3. 本調査の倫理的配慮

- 1) 紙面により調査目的を説明し、無記名による調査を依頼して同意を得た。
- 2) 本調査の目的上、追加質問が必要と考えた場合、記述者が協力できると判断した対象には、氏名・連絡先の記載を求めた。
- 3) 1) 2) いずれの記述内容も個人を特定できないように処理を行い、調査結果を学術誌に発表することの了解を得た。

III. 結 果

記述者の背景については、本調査の目的上とくに問わなかった。しかし、研修会の内容から、看護師経験が15年以上の回答者が多く臨床指導者、第一線の監督者が多く含まれていた。

36名の記述内容は、問題毎に1. インフォームド・コンセントに対する医師の認識不足7名、2. インフォームド・コンセントのすすめ方に関連する問題20名、1) 専門用語使用による説明および一方的な説明の問題(20名中8名)、2) 医師の個人差による問題(20名中6名)、3) 情報提供に対して患者が納得していない状況(20名中6名)、3. 告知に関する悩み・問題5名、と3つのカテゴリーに分類できた。その他に、患者や家族から問題解決を求められることが予測されるケースの記述は4名からあり、4ケースとしてとりあげた。

1. インフォームド・コンセントに対する医師の認識不足

記述内容の主なものは、入院治療計画を書かない、あるいは看護師が催促しないと書かない医師の存在を指摘していた。その理由としては、多忙である、面倒であるという姿勢をあげている。医療に関する患者や家族への情報提供の説明は、多忙、面倒を理由に実施せず入院治療計画を書くだけ、一部の医師は、医療に関するすべての説明を看護師に押しつけていて、看護師側からは改善の余地がないという現状を問題として記述していた。

2. インフォームド・コンセントのすすめ方に関連する問題

1) 専門用語使用による説明および一方的な説明の問題

記述内容の主なものは、入院治療計画書に書いている内容あるいは口頭で専門用語をもちいて説

明し、患者・家族の理解および同意を確認しないままに検査・治療を開始している状況を問題ととらえていた。しかも、患者・家族が理解不足を理由に再度説明を求めても、一度説明したという理由で希望がかなえられない状況の指摘があった。その他には、医師の一方的な説明に対して、患者・家族が「おまかせします」と言わざるを得ない状況で意思決定を迫る場面を問題として記述していた。

2) 医師の個人差による問題

病院には医療法に定められた一定数の医師が存在するが、インフォームド・コンセントの基本理念を尊重した丁寧な説明と説明内容を患者・家族に文書として手渡し記録に貼付する医師、上司を見習い一方的な説明をする医師、情報提供を看護師が催促しても取り合わない医師など、医師の個人差を問題として記述していた。

3) 情報提供に対して患者が納得していない状況

手術前の情報提供後には、納得した証拠として同意書にサインをしてもらおうが、手術後に合併症を併発した場合、まさか本当に、自分に起きるとは思わなかった、と納得できない患者・家族の状況を問題としてとらえている記述があった。また、入院決定から入院までの期間が長時間になると、入院決定時の説明には同意していても、入院後の説明では患者から「聞いていない」と言われることもあるという記述があった。

3. 告知に関する悩み、問題

記述の主な内容は、家族の希望で病名を告知していない場合、病状進行による症状出現・悪化、治療による副作用の出現に対して、適切な説明ができていなかったり、看護師個々による説明の違いが、患者に不信感を与えてしまう患者一看護師関係に起こる状況を問題として記述していた。

精神科領域では病名を告知しないこともあり、とくに問題となることは、入院予定期間の長さやそれに伴う入院費用に対して適切な援助の難しさが指摘されていた。

4. インフォームド・コンセントに関連して患者や家族から問題解決を求められることが予測されるケース

以下のケース1～4は、先述した看護師が感じている問題のカテゴリー1～3に分類が可能な部分もあるが、回答者の詳細な記述には、患者や家族が「苦情」という不愉快な感情への対応を求めることに止まらず、問題解決を求めることに発展する内容が含まれていると判断したためケースとしてとりあ

げた。

(ケース1) 問題状況：危篤状態を電話で知らせる医師の存在，看護師—医師間の話し合いによっても解決できない状況

患者が危篤状態になると，家族に対して，電話で，患者が死亡する可能性があるとして連絡する医師が存在する。この医師に対して，電話での説明は家族に対して不誠実な対応であり，脅威を与えることになると話し合いの機会をもったが聞き入れてもらえず，医師—看護師関係が今まで以上にギクシャクするようになった。

(ケース2) 問題状況：短期入院治療時のインフォームド・コンセントのあり方

一泊二日入院で行われる治療の説明について，検査・処置のすべてが看護師のみの説明で実施され，入院治療計画書も看護師が手渡す状況にある。外来で診察し，治療を決定した医師と治療を担当する医師は同一人物でないことが多い。しかも治療場面では，担当する医師が主治医と名乗ることもなく，治療の説明も行われていない。

(ケース3) 問題状況：状態・経過の説明不足の

医師，その結果，責められる看護師の対応
医師の判断により，家族へ患者の病状は説明されていなかった。ある看護師が，その患者から，家族に電話をかけてほしいと依頼された。伝達内容は，見舞いは病状が落ち着いてからということであった。電話をかけた直後，突然，患者は急変し死亡した。主治医は救急蘇生中，駆けつけた家族に対して“この病気にはこういうことがある”と話していた。数日後，電話をかけた看護師に対して，家族より，なぜ電話の時，すぐ病院に来るように言わなかったのかと苦情があった。病状の説明をしていない主治医への苦情はなく，たまたま患者から電話を依頼された看護師がなぜ責められなければならないのか疑問に思った。

(ケース4) 問題状況：親権者が納得できていない治療が行われている，医師個人の対応の問題

重篤な状況にある患者の家族に対して，緊急処置および治療の変更を全く説明せずに実施する医師が存在する。その医師は，家族が説明を求めても，事前に申し込みがないから，あるいは昨日説明したから話すことはない，としばしば説明を拒否している。同僚の医師もこの状況を知っているが，誰も注意をすることはなく，看護師—医師間で話し合いを予定している。

IV. 考 察

本調査の結果から，インフォームド・コンセントの基本理念に基づく医療が，患者に提供されていない状況があり，看護師が患者の権利を守れていない状況や問題が明らかになった。インフォームド・コンセントが制度として認められて8年が経過した現在でもなお，臨床場面における患者と医療従事者の関係には，上下関係の対立が見え隠れする。最善の医療の提供とはスローガンにすぎず，患者や患者の家族に自分になったら，理不尽なことに対して我慢し続けなければならないのではないかと考えさせられる状況が存在する。この調査結果は，一部の看護師が感じている悩みや問題状況の記述であり，医師，患者，患者の家族から情報を得たわけではないことから限界があるが，今，まさに臨床の現場で起きていること，として提供された記述であるため以下の視点で考察する。

1. インフォームド・コンセントの実施状況と医師の認識

調査結果より，入院治療計画書がない医療機関は皆無であり，記入が遅れる医師が少数あるほかは，診療報酬上，加算できる状況にあった。その書面を基に，患者には口頭で情報提供が行われており，新たな情報の説明も口頭で実施されていた。しかし，悩みや問題状況の記述には，かたちだけの説明，専門用語を使用した一方的な説明，患者・家族が理解不足の場合，再度の説明を求めても希望がかなえられないという指摘があった。この結果は，情報提供の義務を負っている医師が，書類は書いた，説明もした，とあくまで自分なりの基準でインフォームド・コンセントを捉えているのではないかと考えられる。インフォームド・コンセントの基本理念である，患者の意思決定に基づくという部分を忘れているか，あるいは医師の説明には従って当然，という無意識の権威の行使とは考えられないだろうか。一方，患者側にもいまだに「おまかせする」といった態度の人や，困りごと，苦情などは看護師には話しても，医師には話さないことを選択する人が存在する。このことは，封建社会における家父長制の伝統で，あるじ（上の者）の方針にさからわないような育てられ方のなごりと，近代西洋医学の普及が学用患者の存在ですすめられ，その結果，患者に説明する義務を感じない医師が養成された歴史が，患者—医師関係を上下で捉えるような考え方が根底にあるのではないかと考えられる。

2. インフォームド・コンセントのすすめ方の問題

インフォームド・コンセントの基本理念である丁寧な説明とは，医療に精通していない一般の人々に

対して、彼らに“わかることば”を用いて、コミュニケーションを取りながら会話をすすめていくことである。調査結果には、専門用語を使用し一方的な説明の実態や医師の個人差が記述されていた。この結果は、医師のインフォームド・コンセントに対する認識の問題もあるが、多忙もその理由として考えられる。そうであれば説明時の工夫、例えばあらかじめ作成した資料や視聴覚教材の活用、医療関連職者との連携による情報提供なども必要となる。インフォームド・コンセント実現の背景にあった象徴的な「がん告知」を例にすると、実践の工夫として紹介されている東京慈恵会医科大学で考えられた「ビデオクリティカルパス」⁵⁾がある。この工夫は、説明に要する時間不足を補い、患者と医療者側が情報を共有し、コミュニケーション不足を解消しようとする試みといえることができる。また、癌研緩和ケア研究会開発の「告知・インフォームド・コンセントシート」¹⁴⁾は、慢性で長期の経過をたどるがん患者に対して、経時的に説明内容と説明対象者の反応、サポート体制が記録されているものである。このシートの活用は、新たな変化に対して、患者・医療者側双方が、過去の状態・反応をふまえてこれからどのように立ち向かうかの体制を整える際に貴重な資料になるといえることができるし、がん以外の疾患においても応用が可能であるといえる。

3. インフォームド・コンセントに関連して患者や家族から問題解決を求められることが予測されるケースの分析

記述されていたケースは、組織社会学者ダニエル F. チャンブリスが通算2年の時間をかけて、病院の看護師を対象にインタビューと観察法によりまとめた著書『ケアの向こう側—看護職が直面する道徳的・倫理的矛盾—』の総括で述べている内容を端的に表している現象といえることができる。すなわち、チャンブリスは、「ナースが直面する問題は、論理的な困惑ではなく政治的衝突であり、単発的な出来事ではなく反復するパターンであり、心理的な“ジレンマ”ではなく政治的衝突であり、またそれらに関して決定を下すのは最も思慮深いあるいは教養のある人でではなく、最も権力のある人である。さらに“最も権力のある人”は次第に人間ですらなくなり、組織あるいは保健医療制度全体となってきている。」¹⁶⁾とまとめている。つまり、病院で起こる倫理的問題（インフォームド・コンセントは患者の権利であり、もし、その権利が損なわれるようなことがあれば、倫理的な問題であるといえることができる。）は、組織的、社会的環境と切り離して考えられない

ものだと指摘している。渡會¹⁷⁾が事例分析した臨床場面でも多く遭遇する医師の価値観と看護師の衝突における問題解決は、医師—看護師間の話し合いでは全く決着がつかず、かえって関係性がギクシャクし、結局、病院管理者が交代した時点で、医師が退職することで決着した。ケース1～4の問題解決は、チャンブリスの指摘する“最も権力のある人”の決定、たとえば渡會が事例分析したケースの決着のようなあり方が実行されなければ、極めて困難であるといえることができる。

4. インフォームド・コンセントにおける看護師の役割と問題解決の方策

インフォームド・コンセントにおける看護師の役割として医師への補完的役割の他に、季羽¹³⁾が指摘した看護活動に関して、患者に同意を得た看護ケアの実施も同時に考える必要がある。しかし、調査結果からは、看護ケアのインフォームド・コンセントについての記述は皆無であり、認識の低さがうかがえた。例えば、最近、臨床場面に導入されているクリティカルパスは書面を用いて説明し、一度説明すれば終わり、手渡せば終わりではない。経過にそって看護ケアのインフォームド・コンセントを患者から得ながらすすめ、疑問や患者の反応を表出させるようなコミュニケーションをとり、患者—医療者間の連携を調整する看護師の役割を実践することがもとめられる。

一方、インフォームド・コンセントにおける医師の補完的役割が遂行できない状況として提供された問題の解決方法は、どのように行えばいいのだろうか。チャンブリスによると「保健医療の重大問題は、議論不足によるものでなく構造的なものであるため、教育の強化や、倫理セミナーの開催や、(情けないが)著作活動などでは解決しない。」¹⁶⁾としながらも、「ナースが自らを“患者の擁護者”であるというイデオロギーをもち(中略)自分たちの言い分を聞いてもらうためには、ナースが自らの経験と価値観に基づいて、自らの権限で発言しなければならない。」¹⁶⁾と主張する。南¹⁸⁾は、倫理的問題における看護師のジレンマを解決する方策として、所属する病院のサポート体制を、①同僚同士の話し合いによるサポート、②チーム(担当医も交えた)として話し合いおよび管理者によるサポート、③医療倫理委員会によるサポート、と実例を紹介しているが、これですべての問題が解決できるとは考えにくい。そうであれば、患者のアドボケーター(擁護者)としての看護師の役割は、セカンドオピニオンの紹介や2003年4月、厚生労働省が患者の苦情や相談に対応

するシステムとして打ち出した「患者相談窓口」「医療安全支援センター」設置に関わる活動なども考える必要がある。セカンドオピニオンについては、土屋¹⁹⁾がドクターハラスメント問題の解決のために2000年に設立した「キャンサーフリーピア」という有料のセカンドオピニオンがある。現役の外科医である土屋が、週2、3日で、初回1人2時間、完全予約制のシステムで運営している。土屋がボランティア活動ではなく、プロのセカンドオピニオンとして実践する意味は、臨床の現場に実在する構造的な問題解決には、患者側を強め、患者の権利を守ることに責任をもつためであるとしている。土屋の有料セカンドオピニオンに限らず、セカンドオピニオン機関の情報提供もインフォームド・コンセントに関連する問題解決の方策として看護師の果たす役割と考える。

次に、インフォームド・コンセントに関連する問題解決の方策としては、医療の安全と信頼を高め、患者サービスの向上を図る国の施策として特定機能病院と臨床研修病院に設置を義務づけられた「患者相談窓口」、都道府県および二次医療圏単位に「医療安全支援センター」として2003年5月現在、24都道府県に設置された機関の活用が考えられる。患者や家族の苦情や相談に迅速に対応し、かつ医療機関への助言・情報提供を目的とした機関である²⁰⁾。これより先、東京都では2001年より「患者相談窓口」が誕生し、1日平均40件の相談が寄せられている。そのなかで、インフォームド・コンセントの問題が関係していると思われた相談は2割を上っているという報告があり、窓口設置による対応が問題解決の手がかりになっているといえることができる。

さらに、病院単位の取り組みとしては、患者の権利を守る制度の確立を訴える主張に刺激されて2001年4月、神奈川県七沢リハビリテーション病院脳血管センターと岡山旭東病院に「患者アドボカシー室」が開設され、活動を開始している²¹⁾。この部署は従来の病院側の立場で対応する相談窓口とは違い、苦情・相談・質問から問題解決策を探る働きを、病院長直轄の独立部署として看護師長が担当している。

以上に示したインフォームド・コンセントに関連する国の施策による機関の整備、病院・NPO団体・個人単位の取り組みは、臨床の場においていかに患者が守られないかを示しており、問題解決には組織や職種の対立を越えた活動が必須であることを裏づけるものといえることができる。

おわりに

インフォームド・コンセントについて看護師が感じている悩み、問題についての調査結果から、医療に関する情報提供が、かたちだけの説明や一方的な説明であったり、患者の疑問にこたえてもらえない状況が明らかになった。この状況を変えるには情報提供の工夫と同時に、患者の権利を擁護する看護師の役割が重要となる。組織における看護師の立場は、単独で問題を解決することができるほどの権限をもっていないが、同僚間、チームと管理者および倫理委員会のサポートなどを得て、患者が最善の医療が受けられるように整える役割を担っているといえることができる。

文 献

- 1) 星野一正：医の倫理<岩波新書201>。岩波書店、東京、1991、pp232-234
- 2) 日本医師会訳：ヘルシンキ宣言—ヒトを対象とする医学研究の倫理原則—世界医師会、2002年修正。看護管理基本資料集。日本看護協会出版会、東京、2003、pp45-48
- 3) 厚生省健康政策局医事課編：生命と倫理について考える—生命倫理に関する懇談報告一。医学書院、東京、1985、pp294-296
- 4) 池永満：患者の権利。九州大学出版会、福岡、1994、pp274-279
- 5) 患者の権利宣言全国起草委員会編：患者の権利宣言(案)。東京、1984
- 6) 患者の権利法をつくる会編：患者の権利法をつくる。明石書店、東京、1992、pp237-257
- 7) 1992年の改正医療法、入手先 <http://www.yokkaichi-u.ac.jp/~ushijima/be-info/thema/ic/9206.html> (参照2003-8-11)
- 8) 厚生省健康政策局総務課監修、柳田邦男編集：インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会報告書—元気が出るインフォームド・コンセント—。中央法規出版、東京、1996、pp2-15
- 9) 国立大学病院における診療情報の提供に関する指針(ガイドライン)、入手先 <http://www.hosp.med.osaka-u.ac.jp/guideline/preface.html> (参照2003-8-12)
- 10) 日本看護協会訳：ICN看護師の倫理綱領、国際看護師協会、2002年改訂。看護管理基本資料集。日本看護協会出版会、東京、2003、pp42-44
- 11) 日本看護協会編：日本看護協会編ガイドライン集、看護職者の基本的責務。日本看護協会出版会、東京、2002、pp7
- 12) 渡辺孝子：告知とインフォームド・コンセント。がん

- 看護学. 三輪書店, 東京, 1998, pp88-89
- 13) 季羽倭文子: インフォームド・コンセントと看護の役割. ターミナルケア19: 273-277, 1999
- 14) 癌研緩和ケア研究会: 事例でわかるインフォームド・コンセント—患者への告知とサポート体制の実際—. 日総研出版, 名古屋, 1999
- 15) 読売新聞, 2001年11月7日. 患者と医師コミュニケーション不足解消へ.
- 16) ダニエルF. チャンプリス, 浅野祐子訳: ケアの向こう側—看護職が直面する道徳的・倫理的矛盾—. 日本看護協会出版会, 東京, 2002, pp247, pp249, pp250-251,
- 17) 渡會丹和子: 看護場面における倫理的課題と看護婦に期待される役割. 群馬パース看護短期大学紀要1: 53-55, 1999
- 18) 南由起子: 倫理的感受性の育成に必要なサポート. 看護51: 62-66, 1999
- 19) 土屋繁裕: ドクターハラスメント—許せない! 患者を傷つける医師のひと言—. 扶桑社, 東京, 2002, pp200-204
- 20) [コラム] 医療の安全と信頼を高め、患者サービスの向上を図るための国の施策. 看護55: 63-64, 2003
- 21) 読売新聞, 2003年9月2日. 病院の中に相談室

Problems noticed by nurses relating to informed consent in a clinical setting

Niwako Watarai

Course of Nursing, School of Health Sciences, Akita University

The purpose of this study was to disclose concerns of nurses and areas which nurses feel to be problematic in regard to the current situation of informed consent in clinical practice.

Results showed that although there was provision of information, it was not based on the concept of informed consent, and the patient's free consent was not sought.

In order for nurses to further develop patient protection, it is essential that there is a structure for information provision, and that the nurse, who lacks jurisdiction herself, gets support from a supervisor or the Ethics Committee.

I think that the nurse has two roles with regard to informed consent: making it possible for the patient to receive the best medical treatment, and explaining and obtaining consent from a patient as to the implementation of nursing care.