

原著論文

臨床心理学におけるインフォームド・コンセント

中京大学心理学部 首藤 祐介
中京大学大学院心理学研究科 山本 竜也
中京大学心理学部 坂井 誠

Informed Consent in the Field of Clinical Psychology

SHUDO, Yusuke (School of Psychology, Chukyo University)
YAMAMOTO, Tatsuya (Graduate School of Psychology, Chukyo University)
SAKAI, Makoto (School of Psychology, Chukyo University)

The concept of informed consent is now widely understood by not only health care professionals, but also the general public. Therefore, clinical psychologists recognized as professionals who engage in interpersonal communication and human support must have a thorough knowledge of the code of professional ethics surrounding informed consent. In clinical psychology, informed consent has become an essential component of practice. This paper outlines the purpose, content, and process of informed consent along with the roles of both practitioner and subject in these cases. The implementation of informed consent in the field of clinical psychology is examined.

Key words: informed consent, professional ethics, clinical psychology

はじめに

インフォームド・コンセントの概念は、第二次世界大戦当時のドイツのナチスによる人体実験とユダヤ人の大量虐殺という悲惨な史実に対する深刻な反省を発端とし (吉田, 2015), その概念発達には医療情報の提供や医療過誤に対する裁判の増大, 個人権の拡大の影響からの医師-患者関係のあり方に対する見直しに関係している (岡本, 1995)。

この用語は「説明と同意」と訳され使用されているが, 本来の意味は「医師の情報開示と患者の選択権」である (小笠原・松本, 2003)。医療や援助は医師と患者の共同作業であり, 両者の信頼関係をベースにし, 医師が必要な情報を提供し, 患者は自身の持つ背景や意思に基づいて選択を行うことを指す。法的な観点からも, 患者にはインフォームド・コンセントを得る権利, すなわち自己決定権があることはよく知られている (五十嵐, 2004)。

インフォームド・コンセントは医療における用語として知られるようになり, 医師だけではなく一般の人々にも広く浸透してきている。しかし, 精神医療領域はその初期より統合失調症者や知的障害者等の現実検討能力に制限がある人をも対象としてきており, 自己決定権の制限が出发点にある領域であっ

た (前田, 1995)。そのため, 一般医療と比較し, 精神医療領域でインフォームド・コンセントの概念が論じられるようになるまでには時間がかかっている (岩野・横山, 2013)。精神医療領域と密接に関連する臨床心理学とその周辺領域でも, 精神療法がインフォームド・コンセントの概念の中で議論されるようになったのは一般医療よりもずっと後のことであった (尾久, 1996)。このような経緯があり, わが国における臨床心理学領域でインフォームド・コンセントの概念が十分に浸透しているとは言いがたい現状がある。その一方で, 公認心理師法が2015年に成立し, 公認心理師が臨床心理学的実践を行う上での重要な資格になり, 心理臨床家全体がより一層法律に基づいた活動を求められると予測できる。そのため, インフォームド・コンセントを含めた職業倫理の重要性はこれまで以上に高まると考えられる。

そこで, 本論文ではインフォームド・コンセントと心理臨床家の関係, その目的, 内容, 実施者, 対象者, プロセスに分けて概略し, 臨床心理学におけるインフォームド・コンセントの実施について検討する。

インフォームド・コンセントと心理臨床家

臨床心理士に代表される心理臨床家が、対人援助に関わる専門職として広く認知されてきている以上、インフォームド・コンセントをはじめとした職業倫理について無知であることは許されなくなっている。

例えば、医療法第一条の四には「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得よう努めなければならない」と記されている。法的な側面から見てもインフォームド・コンセントは医師だけが関与するものではなく、医療に携わる者全体の責務であると言える。したがって、医師の指示のもと心理療法を行う心理臨床家もここに含まれる可能性が生じる。

医療領域以外で実践を行う心理臨床家も無関係ではない。心理臨床家とクライアントの関係は、医師-患者関係に類似した関係であることを認めた判決（「カウンセラーが面接により知り得た相談者の私的事柄等を無断で書籍に記述したことについて、守秘義務違反として債務不履行責任が認められた事例」東京地裁平成7年6月22日判決、判例時報、1996、1550号、40-44）があり、心理臨床家-クライアント関係は、医師-患者間の診療契約と同様の法的側面を持つ可能性が高いことが指摘されている（金沢、2006）。十分な説明とクライアントの同意によって臨床心理学的援助が行われなかった場合、説明義務違反として債務不履行、不法行為（過失により権利を害し損害を与えること）に基づく損害賠償義務が生ずることもある（出口、2009）。このような現状から、領域を問わずあらゆる心理臨床家にとってインフォームド・コンセントの知識は不可欠であるといえる。

インフォームド・コンセントの目的

インフォームド・コンセントでは、治療を受けるかどうかを決定するにあたって3つの要素が要求される。第1は医師からの情報が開示されること、第2に、自発的な選択ができるような環境でなされること、第3に、患者に治療を受けるかどうかを判断する能力が備わっていることである（北村・北村・塚田・加藤、2006）。これらの要件は、治療関係の

あり方に関する原則であり、医師と患者の対話を通して治療関係をより信頼のあるものとし、共同の意思決定を行うことで患者自身が主体的に治療に取り組んでいくことを目的とする（中島、1995a）。医師と患者との間に存在する情報の差を可能な限り縮小させ（五十嵐、2004）、最終的には、実際に治療を受ける患者自身の意思や価値観などに基づいた患者の自己決定権が優先されなければならない（金沢、2006）。

心理臨床家の行うインフォームド・コンセントの目的も医療における目的と変わることはない。クライアントが自己決定できるように十分な情報を伝達し、自己決定の上でクライアントが主体的に臨床心理学的援助に取り組めるように支持する。

インフォームド・コンセントの内容

インフォームド・コンセントは一般に医師による治療について行うものであり、その内容は、検査や治療についての目的や内容、病状と診断結果（病名）、治療方針、治療内容（投薬内容など）、予測される死亡や身体障害のリスク、見通し（予後）、検査や治療行為に伴って生じる生活上の変化、治療のために利用可能な各種の保健福祉サービスについての情報、かかる費用などである（志自岐、2006）。これらは方針を自己決定するために必要とされる情報であり、患者は説明を元に自身の価値観に基づいて方針を選択する。

心理臨床家の行うインフォームド・コンセントの内容も医師が行うものと本質的に異なるものではない。金沢（2006）は心理面接におけるインフォームド・コンセントの具体的内容として、援助の内容・方法について（援助の効果とリスク、援助を行わない場合のリスクと益など）、秘密保持について（秘密の守られ方とその限界についてなど）、費用について（費用と支払い方法など）、時間について（時間帯・相談時間、場所、機関など）、心理臨床家の訓練などについて（心理臨床家の訓練、経験、資格、職種、理論的立場など）、質問・苦情などについて（カウンセリングはいつでも中止することができることなど）、その他、の7点を挙げている。

これらは、(a) 援助の根拠や援助方法、予想される結果に関する説明、(b) 臨床心理学的援助の実施者である心理臨床家自身に関する説明、(c) 時間帯や場所、費用など実施機関やシステムに関する

説明、に大まかに分類することができる。

心理臨床家のインフォームド・コンセントでは、医師の場合の「病状と診断結果」に該当する内容としてクライアントの問題に関するアセスメントやケース・フォーミュレーションが当てはまる。したがって、(a) ではアセスメントやケース・フォーミュレーションをクライアントと共有しつつ、幾つかの援助方法を提案する。クライアントは与えられた情報と自身の価値観を照らし合わせて援助方法を選択し、その実施に同意することになる。

方法そのものだけでなく、(b) も意思決定に際して重要な情報になる。例えば、有効な援助方法が複数ある場合、心理臨床家の訓練経験や専門領域等の情報は、クライアントの選択に影響を与える可能性が高い。また、心理臨床家自身について説明することは、インフォームド・コンセントに留まらない向治療的な効果も期待できる。例えば、心理臨床家側からの適度な自己開示は相手を尊重し対等な人間であることを伝える意味があり、クライアントとの良好な治療同盟の形成に貢献する可能性が指摘されている(葛西・徳永, 2003)。ただし、クライアントの知る必要のない情報が含まれる過度の自己開示は適切な治療関係からの逸脱になるため、その自己開示が客観的に見て援助プロセスに必要なのか吟味する必要がある(金沢, 2006)。

心理面接では、継続して来談する必要があるケースも少なくないため、(c) に含まれる費用や時間といった要素が意思決定に与える影響も軽視すべきではない。たとえば、援助方法や心理臨床家能力には満足しているが、平日は仕事をしているために日中の来談ができない、といった場合にはクライアントの来談可能な時間に実施可能な施設へのリファールを考える必要がある。クライアントやその家族の経済的な負担も無視できない要因である。

インフォームド・コンセントの内容はすべて説明することが望ましいが、現実的には時間の制約等があり全てを行うことが困難な場合もある。しかし、インフォームド・コンセントでは説明に基づいた意思決定を可能にする情報が重要であるとされ(Neilson & Chaimowitz, 2015)、伝えられる情報には優先順位があることになる。ここで優先されるのは、その人の自由な意思決定につながる情報である。例えばリスクが気になるクライアントであればリスクに関する情報やリスクを減らす方法、費用を重視するクライアントであれば手続きにかかるコス

トや費用面をサポートする制度などである。また、リスクについて積極的に尋ねるが費用面については気がついていない、など意思決定につながる可能性があるが、クライアントが目を向けていない面があれば、それを伝えることも必要である。もちろん、正確に伝えることが前提となるが、納得した上での意思決定に至るために、クライアントの価値観や心情に配慮したわかりやすい説明も必要となる。

インフォームド・コンセントの実施者

Dyer (1988) は同意を求める側は次の点を満たしている必要があると述べている。すなわち、手続きや措置を公正に説明していること、不快や危険を述べていること、予想されている利益を述べていること、代替手続きを明らかにしていること、どんな質問にも答える用意があること、自由に同意を撤回したり中断できることを教えていること、同意を撤回しても不利益をこうむらないこと、である(訳は村本(1998)による)。

臨床心理学においても、インフォームド・コンセントを行う心理臨床家は専門的方法についてよく理解し、その内容や利点だけでなく、生じうる問題についても説明できなければならない。さらに代替手続きの観点から、心理臨床家自身が実施を想定している臨床心理学的援助法以外にも有効な方法がある場合、それを説明する必要がある。自身がその手続きを実施できない場合は他の心理臨床家や他機関へリファールすることが必要となる。当然、自身の専門とする方法を誇張したり、他の有効な手段を秘匿することで、クライアントが特定の方法を選択するように誘導することは慎まなければならない。さらに、心理面接が開始してからも、その方法を継続する意思があるかを確認することが望ましい。

したがってインフォームド・コンセントを適切に行うために、日頃より専門家としての資質向上に努めている必要がある。インフォームド・コンセントに限らず、知識や技術の研鑽は秘密保持や多重関係の問題と並び職業倫理として挙げられる内容である。例えば日本臨床心理士会倫理綱領第5条は「資格取得後も専門的知識及び技術、最新の研究内容及びその成果並びに職業倫理的問題等について、研鑽を怠らないよう自らの専門家としての資質の向上に努める」、日本カウンセリング学会認定カウンセラー倫理綱領第3条の1は「その行為が人々の生活に大き

な影響を及ぼす可能性の自覚の上に立って、常に自己の限界を知り、研鑽に励むとともに、職務の遂行に当たらなければならない」としている。よって、十分な教育を受け、研鑽に努めていることは、インフォームド・コンセントの実施者に求められる要件であり、同時に職業倫理の実践でもあると言える。尾久は、「自らの立場、専門性を客観視すること、および自らの欲望をコントロールすること（尾久，1996，pp. 81）」が必要であるとしている。

インフォームド・コンセントの対象者

インフォームド・コンセントでは、情報開示と並んで同意能力の有無も要件になる。この同意能力がインフォームド・コンセントの対象者に求められる条件になる。この同意能力の判断には様々な取り組みがあるが、例えば Roth & Meisel (1977) は同意能力のテストを、選択可能、選択結果の合理性、選択根拠の合理性、選択要因の理解力、実際の理解に分類している。選択可能テストでは選択できることを示すことができれば同意能力ありとみなされる。選択結果の合理性テストでは、選択したものが合理的であると第三者から判断されれば同意能力ありとみなされる。選択根拠の合理性テストでは、選択した理由が合理的であるかどうかを判断する。選択要因の理解力では治療上のリスク、利益、選択肢を理解しているかどうかを判断する。実際の理解テストでは、同意のプロセスが合理的であるかどうかを評価する（馬場園，2004）。

同意能力に問題のない成人のクライアントであれば、当事者がインフォームド・コンセントの対象者であり、当事者に説明の上での同意を得ることになる。一方、倫理的観点からの検討が必要になるのは、同意能力に問題のあると考えられるクライアントについてである。たとえば統合失調症を中心とした精神病では現実検討能力が阻害されており、同意能力に欠けると考えられていた。同様に、知的能力障害者や乳幼児等も能力的な限界のために同意能力に欠けるとみなされる場合がある。

同意能力に問題があるケースでは、患者本人ではなく家族や親族などの代理人による同意が求められる。しかし、この代理同意は患者本人の同意なしに行われるので、患者のプライバシーを侵害する行為でもある（小川，2010）。また、インフォームド・コンセントの本質を考えると、同意能力に欠ける場

合であっても、自律した主体との関係を結ぶことを試みる必要がある（高木，1996）。つまり、同意能力に欠けるためインフォームド・コンセントの要件を満たさない事例においても、説明が省略されて良いことにはならず、その患者が非自発的な治療を可能な限り抵抗なく受容でき、医師 - 患者間系を損なわないような治療の配慮を踏まえた説明を行うべきである（中島，1995b）。このような同意は法律上有効ではなくとも治療を行う上では重要なことである（尾久，1996）。

臨床心理学的援助の観点で考えると、例えば同意能力に欠ける幼児が母親に連れられて来談した場合、母親から代理同意を得るとともに、幼児に対しても年齢や能力に即した理解しやすい、かつ受け入れやすい説明を行い、信頼関係構築を行うことになる。なお、統合失調症や知的能力障害等の特定の障害の存在、または未成年であるといった年齢の問題がインフォームド・コンセントの実施の可否を決めるわけではないことも留意すべき点である。インフォームド・コンセントの要件になるのは特定の障害の有無や年齢ではなく、同意能力の有無である。従って、統合失調症や知的能力障害、未成年であっても、同意能力があると見なされるクライアントはインフォームド・コンセントの権利を有していることになる。

インフォームド・コンセントのプロセス

インフォームド・コンセントをミクロ的な視点で捉えると、医療者側の十分な説明と、利用者側の理解、納得、同意、選択の2段階に分けられる（志自岐，2006）。2段階目ではクライアントが納得のいく選択を行うために、医療者側との双方向のコミュニケーションを行い、時には1段階目に戻ってさらなる説明を行う。このようなコミュニケーションを行う中で医療者-患者間の信頼関係を形成し、最終的な合意にたどり着く。

一方、マクロ的な視点では、治療上の意思決定に関して医療者と患者の関わりはイベントモデルとプロセスモデルに分類できる。意思決定はある時点に起こるイベントであるとするのが前者であり、治療上の意思決定は絶え間ないプロセスであるとするのが後者である（Appelbaum, Lidz, & Meisel, 1987）。

臨床心理学において、尾久は「精神療法におけるインフォームド・コンセントは、対話を十分に重ね、反復、繰り返され、取り消しのできるものでなけれ

ばならない (尾久, 1996, pp. 78)」とし、プロセスと捉えて持続的に更新されていくものであるという考えを示している。したがって、マクロな視点から見ると、インフォームド・コンセントのプロセスはインテーク面接で始まり、援助の間に継続して続けられることになる (Corey, Corey, & Callanan, 2002)。

臨床心理学的実践の場では、心理臨床家はクライアントに対して十分な説明を行い、クライアントは疑問があれば率直にたずねる。心理臨床家は疑問に対しては誠実に答えるが、選択肢に対しては中立的態度を貫き、価値判断を控え、あくまでクライアントが自己決定できるように促しそれを援助する (重野, 2003)。このような対話を繰り返す中で心理臨床家-クライアント間の信頼関係を構築し、クライアントが自己決定を下すといったプロセスをインフォームド・コンセントでは迎えることになる。そしてこの自己決定は1回のみでの対話で下すのではなく、プロセスの中で到達することが望ましい。特にプロセスモデルによるインフォームド・コンセントは、過度な依存を予防することから重症型パーソナリティ障害や統合失調症のクライアントで重要であると指摘されている (米倉, 1996)。一方、心理査定は一期一会の出会いであり、イベントモデルの立場に立つ (米倉, 1996)。岩野・横山 (2013) は、この心理査定による検査の結果をフィードバックすることもインフォームド・コンセントであるとしている。

おわりに

インフォームド・コンセントとはクライアントの自己決定を支持し、そのために必要な情報を伝達するプロセスであり、心理臨床家-クライアントの信頼関係をベースにする。このクライアントの知る権利を尊重し十分に説明を尽くす努力と、治療的なアプローチとは本来矛盾するものではない (橋本, 1996)。対話を通じて信頼を深め、信頼に基づく援助関係を構築し、その援助関係の中でクライアントが自らの問題に向き合い、洞察や解決に進んでいくこと、臨床家はそのクライアントの歩みを援助することであり、これはすなわち心理臨床の基本である (金沢, 2006)。

インフォームド・コンセントという、臨床心理学においてあまり馴染みのない言葉を用いることに心理臨床家の戸惑いが生じるかもしれないが、その核

となる精神はクライアントの成長と自己決定を促進していく心理療法となら矛盾することはなく、むしろそれらを押し進めていくプロセスであると考えられる。その一方で、臨床心理学におけるインフォームド・コンセントの歴史はまだ浅く、医療における指針や手続きがそのまま適用できるかについて明確ではない。今後の活発かつ十分な議論が望まれる。

引用文献

- Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Meisel, A. (1987). *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice*. Oxford University Press. (アッペルbaum, P. S.・リッズ, C. S.・マイセル, A. 杉山 弘行 (訳) (1994). *インフォームド・コンセント 臨床現場での法律と倫理* 文光堂)
- 馬場園明 (2004). *精神障害者へのインフォームド・コンセント 教育と医学*, 52, 86-91.
- Corey, G., Corey, M. S., & Callanan, P. (2002). *Issues & Ethics in the Helping Professions*, 6th Edition. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- 出口治男 (監) (2009). *カウンセラーのための法律相談 心理援助をささえる実践的 Q&A* 新曜社
- Dyer, A. R. (1988). *Ethics and Psychiatry: Toward Professional Definition*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 橋本元秀 (1996). *精神療法とインフォームド・コンセント 精神分析研究*, 40, 56-60.
- 五十嵐雅哉 (2004). *医療におけるパターナリズムが正当化される条件* 日本老年医学会雑誌, 41, 8-15.
- 岩野香織・横山恭子 (2013). *心理検査の結果をフィードバックすることの意義: インフォームド・コンセントの観点から* 上智大学心理学年報, 37, 25-35.
- 葛西真記子・徳永啓牟 (2003). *カウンセラーの「適切な自己開示」に関する研究: 試行カウンセリングを通して* 鳴門教育大学研究紀要 教育科学編, 18, 67-75.
- 金沢吉展 (2006). *臨床心理学の倫理を学ぶ* 東京大学出版
- 北村總子, 北村俊則, 塚田和美, 加藤元一郎 (2006). *日本の精神科医療における情報開示: 実態と規定要因* 先端倫理研究: 熊本大学倫理学研究室紀要, 1, 39-62.
- 中島一憲 (1995a). *インフォームド・コンセントとは現代のエスプリ*, 339, 9-14.
- 中島一憲 (1995b). *意思決定能力の問題* 現代のエスプリ, 339, 66-76.
- Neilson, G., & Chaimowitz, G. (2015). *Informed Consent to Treatment in Psychiatry*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60, 1-11.
- 前田雅英 (1995). *インフォームド・コンセントの法的側面* 刑法の視点から 現代のエスプリ, 339, 48-56.
- 村本詔司 (1998). *心理臨床と倫理* 朱鷺書房
- 小笠原昭彦・松本真理子 (2003). *心理テスト査定論* 岡堂哲雄 (編) *心理テスト査定論* (pp. 203-290) 誠

信書房

- 小川芳男 (2010). 医療倫理学 (3改訂版) 北樹出版
- 岡本直 (1995). 精神療法におけるインフォームド・コンセント 現代のエスプリ, 339, 131-139.
- 尾久裕紀 (1996). 精神療法におけるインフォームド・コンセント 精神分析研究, 40, 11-20.
- Roth, LH, Meisel A, L. C. (1977). Tests of capacity to consent to treatment. The American Journal of Psychiatry, 134, 279-284.
- 重野豊隆 (2003). インフォームド・コンセントにおける「非指示的」態度について 医学哲学医学倫理, 21, 153-166.
- 志自岐康子 (2006). 人を大切にする保健医療とは：インフォームド・コンセントの視点から 日本保健科学学会誌, 8, 195-200.
- 高木俊介 (1996). 分裂病の病名告知と精神療法：インフォームド・コンセントの理念にもとづいた病名告知 精神分析研究, 40, 30-39.
- 米倉五郎 (1996). 臨床チームにおける精神療法のインフォームド・コンセントをめぐる：臨床心理士の立場から 精神分析研究, 40, 44-50.
- 吉田宗平 (2015). 医学・医療と生命倫理 パターナリズムからインフォームド・コンセントへ 関西医療大学紀要, 9, 1-3.