

**Translated Article****インフォームド・コンセント再訪：日本とアメリカ\***

赤林朗（東京大学大学院医学系研究科）

ブライアン・テイラー・スリングズビー（東京大学大学院医学系研究科）

翻訳：玉手慎太郎（東京大学大学院医学系研究科）

インフォームド・コンセント、意思決定様式、そして患者－医師関係は、世界中の臨床医療の重要な側面である。われわれは進行した肝臓ガンに苦しむ 74 歳の女性の事例を提示する。彼女の主治医は、家族の要請に従って、彼女に本当の診断内容を伝えなかった。われわれは分析を通じて、自身について「独立的」および「相互依存的」解釈を抱いている患者の間での、インフォームド・コンセントの様式の相違を探究し、それによって国際的な臨床倫理の文脈においてこの立場からもたらされうる含意について明らかにする。最終的にわれわれは、彼あるいは彼女がアメリカに住んでいるのか日本に住んでいるのかにかかわらず、患者それぞれのニーズにふさわしいインフォームド・コンセント様式を再評価することの必要性について論じる。

キーワード：インフォームド・コンセント、意思決定様式、日本、自己解釈

**「訊かないで下さい、教えないで下さい」<sup>1</sup>**

74 歳のある女性に、高血糖と発熱が認められた。CT スキャンによって複数の肝腫瘍が見つかった。生検によって、扁平上皮がんであることがわかった。患者の家族（一人の娘と二人の息子）には診断内容が告げられたが、しかし病院の方針に反して、患者には告げられなかった。彼らは、診断内

容を知ることによって彼女の生きようという意志が減退し、それゆえ寿命が短くなってしまふことを恐れていた。彼女は平日のうちのほとんどを娘と過ごし、そして週末は家で独身の息子と過ごしており、家族との繋がりはとても強かった。どの角度から見ても患者には認知能力があった。

看護スタッフは主治医の許可なしに彼女に診断内容を告げるつもりはなかった（そして患者は、入院していることについて動揺していたにも関わらず、決して尋ねなかった）。主治医は、自分はまだ 30 年以上も患者たちを見てきており、患者からどこがどう悪いのかと尋ねられない場合には、自分から告げることはないと言った。患者は「たいいどこがどう悪いのかのみち了解し、そして

<sup>1</sup> この事例はフィクションであるが、1990 年代にアメリカで起きた実際の事例に基づいている。国際交流基金日米センターからの助成（ケース・ウェスタン・リザーブ大学のマーク・オーリシオを事業責任者とする）を受けて開催された文化横断的意見交換フォーラム「Clinical Bioethics: A Starting Point for Dialogue」（2003 年 6 月に京都大学医学部にて開催）におけるディスカッションの基礎となった。本稿はこの文化横断的意見交換フォーラムの成果である。

非常にうまく順応するものだ」と彼は考えていた。主治医は、彼らのどこがどう悪いのかを患者に告げることが「流行している」と理解していたが、自分はその馬鹿げた趨勢には賛成しない、と述べた。

患者に真実を告げることが再び持ちかけられたとき、家族は、非常にうろたえ、そして患者は自らの診断内容を告げられるべきだという「病院の方針」の正当性に対して疑問を投げかけた。

## 1. はじめに

この論考では、日本の観点から上記の事例がどのように解釈されるかについて検討を行う。第一に、日本におけるインフォームド・コンセントの簡単な歴史を追いながら、インフォームド・コンセントの現在の法的・社会的重要性について記述する。第二に、このケースがいかなる形で、ありうる様々な意思決定様式を映し出しているのかを検討する。とりわけ、自身についての「独立的」解釈および「相互依存的」解釈を抱いている患者の間での、インフォームド・コンセントへのアプローチの相違について検討し、それによって国際的な臨床倫理の文脈においてそれらの立場のそれぞれを支持することからもたらされうる含意について明らかにする。そして最後に、彼あるいは彼女がアメリカに住んでいるのか日本に住んでいるのかにかかわらず、患者それぞれのニーズにふさわしいインフォームド・コンセントの様式を再評価することの必要性について論じる。

## 2. 日本におけるインフォームド・コンセント：過去と現在

“Informed Consent”という言葉は日本語では「説明と同意」あるいは「インフォームド・コン

セント」と翻訳されてきた。前者の用語を英語へと再び翻訳すれば“Explanation and consent”であるのに対し、後者は英語の音声表象〔音声的代替物〕である。日本語は、他国の言葉の音声的複写のために独自の記述形式——片仮名文字——を用いる点でユニークなものである（他にもたとえばパスタ、シャワー、Eメール）。一方で、前者の用語は被験者あるいは患者に対して適切な説明を与えそして同意を得るという、研究者および医療従事者の義務を強調している。それによって、インフォームド・コンセントが被験者あるいは患者に対してなされなければならない義務であることを含みとして持つことになり、インフォームド・コンセントが患者の権利であるということも適切な形で明らかにするものとなっていない。他方で片仮名の方は、中立的である。

インフォームド・コンセントの概念は1980年代に非常に大きな注目を集めた。1985年、日本の厚生省（MHW：現、厚生労働省MHLW）によって最初に採用された訳語は「知らされた上での同意」、語の意味としては“consent upon being informed”であった（MHW 1985, 153）。この訳語には、患者が意思決定者であるということが適切に示されていたが、しかしおそらくはその語の冗長さゆえに、定着することはなかった。

1990年、日本で最も大きな医療専門家団体である日本医師会（JMA）が、インフォームド・コンセントの訳語として「説明と同意」を採用する委員会報告を提出した（JMA 1990）。この報告では、インフォームド・コンセントはアメリカにおいて生み出された概念であるが、専門家は日本の文脈にこれを適応させる必要がある、ということが強調された。加えてまたこの報告は、日本におけるインフォームド・コンセントの実施のための日本

の努力の一つであると考えられるかもしれない。しかしながら、この翻訳が提案されたすぐ後に、「説明と同意」には患者の権利の強調が欠けているという多くの批判が出された。

1993年、厚生省は日本におけるインフォームド・コンセントについての委員会を立ち上げた。この委員会は、様々な訳語のそれぞれの意味について検討した上で、1995年に最終報告を提出した(MHL 1995, 2)。その報告はありうる複数の訳語をリストにしたが、一つの訳語を特定することはしなかった。とはいえ、最終的に委員会は、「インフォームド・コンセント」と片仮名の形を用いることに決定した。それ以来、マスメディアやいくつかの学術団体、そして官公庁は片仮名表記を主として用いるようになった。

### 3. 日本医師会の立場

日本の臨床医療におけるインフォームド・コンセントおよび家族の役割を考える上で注目に値するものとして、新たに発行された「医師の職業倫理指針」(JMA 2004)がある<sup>ii</sup>。この指針は2000年に日本医師会によって発行された職業倫理規約〔すなわち「医の倫理綱領」〕について詳細に説明するものである。三つの章によって構成されており、それぞれ医師の責務、生殖医療、および先端医療技術を扱っている。

この指針は医師が患者に告知する倫理的義務を有することを指摘しているが、しかし患者に直接には告知しない余地を医師に残している。「医師の患者に対する義務」と名付けられた節〔第1章2節〕では、患者に関連するすべての情報を完全に開示する必要性について述べられているが、しかし医師に対して、そうするのが適切とみなされるならば情報の開示を見合わせる自由を与えても

いる。

・・・[医師は]患者本人に対して病名を含めた診断内容を告げ、当該病気の内容、今後の推移、およびこれに対する検査・治療の内容や方法などについて、患者が理解できるように易しく説明する義務がある。しかし例外的に、直ちに真の病名や病状をありのまま告げることが患者に対して過大の精神的打撃を与えるなど、その後の治療の妨げになるような正当な理由があるときは、真実を告げないことも許される。(JMA 2004, 3)<sup>2</sup>

患者に対して真実の告示が差し控えられる際には、患者の家族に伝えることが医師の義務となる。その次の節では、日本の臨床環境における家族の重要性についてさらに詳述され、患者と家族の双方に告知するのが理想であるとも述べられる。

わが国では患者と家族の関係が親密であり、相互に寄り添っている関係が認められることが多いので、この場合には患者・家族を「一団」と考えて、家族に対して真の病名・病状を詳細に説明することも必要である。しかし、患者本人が家族に対して病名や病状を知らせることを望まないときには、それに従うべきである。家族が患者本人に本当の病名や病状を知らせてほしくないと言ったときには、真実を告げることが患者本人のためにならないと考えられる場合を除き、医師は家族に対して、患者への説明の必要性を認めるように説得することも大切である。(JMA 2004, 3-4)<sup>3</sup>

<sup>2</sup> [原文の英語は] 著者による翻訳。

<sup>3</sup> [原文の英語は] 著者による翻訳。またイタリアは原文にはない。

いずれのセクションにおいても患者に対して告知する倫理的義務が明記されているが、しかし文脈的な解釈の余地もまた——すなわち、家族にのみ伝え患者本人には伝えないで自由が——残されている<sup>iii</sup>。

#### 4. 法的な動向

日本でのインフォームド・コンセントのプロセスにおける家族参加の強調は、二つの有名な裁判例によっても明らかとなる。1995年の最高裁判決の事例（1983年の事件に関する）では、主治医が患者（49歳の女性）に対し、最初の受診の際に胆嚢がんの所見を告知しなかった〔ことの是非が争われた〕（最高裁判決 1995年4月25日）。主治医は彼女に対し、病状を告げる代わりに、胆石があるので入院の必要があると告げた。彼女の入院が認められたのちに、家族に告げる必要があるだろうと主治医は考えた。患者はしかし、入院を認められなかった。裁判所は、もし真実を知ることが患者に対して不都合な衝撃を与えかねないと判断された場合には患者の自己決定権に目をつぶってもよい、ということを根拠に、被告側〔つまり医師側〕に有利な判決を下した。

より最近になって、これと対照的に、2002年の最高裁判決の事例（1990年の事件に関する）では、患者（77歳男性）とその家族に対して医師が診断内容を告知しなかった〔ことの是非が争われた〕（最高裁判決 2002年4月24日）。裁判所は患者にもその家族にも告知しなかったことについて病院側の（医師の）罪を認めた。この事例において、医師が患者に告知しなかったのは、そうすることが不都合な影響をもたらさだろうと感じたからであった。そうする代わりに医師は、その家族のう

ちの一人に告知しようとした。転院してしまう前に、彼は何度か機会をもって家族に面会しようとしたが、しかし結局のところコンタクトを取ることができなかった。患者が転院した後、その医師は家族に対して話すことも、また患者を引き継いだ医師に対して、患者に診断内容を告知するように頼むこともしなかった。

二つの事例の共通点は、患者かその家族のいずれかに告知する義務について強調されたことにある。最高裁判所がより最近の事例において被告側の罪を認めたという事実は、日本におけるインフォームド・コンセントの普及を反映しているのかもしれない。

#### 5. インフォームド・コンセントの二つの異なる様式

74歳の女性を対象とするわれわれの事例においては、家族が患者に対してがんの診断を伝えることを差し控えている。現代ではアメリカにおいても日本においても、不開示の伝統はもはや日常的に実践されるものではない。1999年に出した論文において、われわれは日本で起きた同様の事例について検討した（Akabayashi et al. 1999）<sup>4</sup>。

<sup>4</sup> 事例：62歳の日本人女性が発熱と背中中の鋭い痛みのために東京の病院を訪れた。診察における精密検査によって、進行した胆嚢がんが肝臓と背中に転移していることが明らかになった。診断内容ははじめに彼女の家族、すなわち彼女の夫と息子に対して、患者から離れた場所で告げられた。夫と息子は娘とも話し合った上で、患者には告げないでほしいと要請した。まだ健康だった頃、患者はもしがんが発症しても告げないでほしいと言っていたのだ、と家族は説明した。苦痛と発熱に対する初期治療の後、患者の容体は安定し、意思決定に参加することができるようになったが、いささか遠慮がちであり従属的であった。担当医師と家族は家族と面会し、家族同席の上で医師は彼女に次のように告げた。「まだ何かのがんがあるわけ

いずれの事例も、日本において生じたものかアメリカにおいて生じたものかに関係なく、意思決定に対する「家族によって手助けされる (family-facilitated)」アプローチを好む患者の間で共通にみられるインフォームド・コンセント様式を反映している。

インフォームド・コンセントに対する《家族によって手助けされる》ivアプローチは——このアプローチにおいては、家族とその患者が単一のユニットとして機能する——より一般的な一人称 (first-person) アプローチとは異なる。この論文においてわれわれは《家族によって手助けされる》アプローチを以下のように定義する。すなわちそれは、患者家族が主治医および医療スタッフとコミュニケーションを行い、そしてしばしば処置に関連する意思決定を行うような、インフォームド・コンセントの一つのプロセスである。これは家族が代諾者として振舞うこととは異なる。というのも、患者が自分の家族を公式に指名するわけではないからである。家族によって手助けされる意思決定とは、したがって患者と家族間の信頼関係が存在しており、そして患者が自分自身を独立した個人としてよりもむしろ家族というユニットの構成要素とみなしている、という前提に依拠している。以下の節でわれわれは、インフォームド・コンセントへの一人称アプローチと《家族によって手助けされる》アプローチ、それぞれに固有の心理を描写する。

---

ではありません。しかしもし治療をしなければ、がんが発症してしまうでしょう。」これに対して、患者はそれ以上の詳細は何も尋ねなかった。積極的な疼痛コントロール計画が続けられ、彼女は断続的に昏睡しつつ、4ヶ月後に、身体的苦痛に苦しんでいる様子はないまま亡くなった。医師が診断内容について患者と明確に話し合うことは決してなかった。

## 6. インフォームド・コンセントと自己

人類学、社会学、そして心理学の領域における複数の研究者が、自己解釈は個人的経験のまさにその本質に影響を与え、そして多くの場合においてそれを決定するものとみなされる、と考えている (Geertz 1975; Holland et al. 2004; Markus and Kitayama 1991; Sampson 1988; Triandis 1989; van Baaren et al. 2003)。マークスとキタヤマは二つの異なる自己解釈を定義する (Markus & Kitayama 1991)。すなわち、独立した見方と相互依存的な見方である。われわれはこれら二つの自己解釈をレンズとして用い、いかにして、インフォームド・コンセントへの《家族によって手助けされる》アプローチが相互依存的な見方を有する患者に適しており、それに対して一人称的な様式が独立した見方を有する患者に適しているのか、そのことを明らかにする。

独立した見方を有する人物は、自らを、個人的な価値集合および単一の観点を有する、自律的な個人とみなす。

自己についてのこの [独立的な] 見方は、各々の人格の内的諸態度の配置についての完全性および単一性への確信から引き出されるものである。・・・この見方には、その必須の側面として、自律的であり独立した人格という形で自己についての構想が含まれる。

(Markus & Kitayama 1991, 226)

ヘルスケアの場面においては、従って、独立的な見方を有する患者たちは一人称的な——治療上の選択肢のそれぞれについてリスクとベネフィットとを知らされた上で自ら決定する——様式を好むだろう

相互依存的な自己解釈を有する個人は、自分のことを、家族、友人、およびその他の密接な結びつきのある集団との間の、個人間関係の混和物とみなすだろう。

自己、および自己と他者との関係性をめぐるとこの見方は、社会的文脈から切り離されたものとしてではなく、よりいっそう他者と密接に結びつきそしてまたよりいっそう他者と区別しがたいものとして、人格を特徴付ける。

(Markus & Kitayama 1991, 226)

従って、相互依存的な見方を有する患者たちは、彼らの家族、友人、あるいは医療提供者と共同での意思決定に参加することにより一層の満足を感じるだろう。われわれはさらに、この共同的な方法において、相互依存的解釈を有する個人は意思決定を家族あるいは医療提供者に委ねる傾向にあるだろうと考える。実際のところ、自らについての決定を家族および（あるいは）医療提供者に委ねる患者はしばしば、意思決定に直接に参加することがない。

目下の事例に関して、われわれは、患者が意思決定を彼女の家族に委ねたいと考えていたのかどうかを問わなければならない。しかしながら、これは大部分、彼女と家族との間の関係性および彼女の自己解釈に依存している。患者には「認知能力があり」（適格であり）、「家族との繋がりはとても強かった」のであって、さらに彼女は主治医に自分の診断内容については一切尋ねなかった。これらの事実から判断すると、もし彼女が意思決定を家族に委ねるつもりがなかったのなら、彼女は家族あるいは主治医に対して自分の病気について直接尋ねていただろうというのが、おおいにあり

そうなことである。それゆえ帰納法論理は彼女が実際に相互依存的な見方を有していたこと示唆する。しかしながら、自らの意思決定について委ねたいという彼女の意思を読み取る主治医の能力は、大部分において、彼・彼女の、患者のコミュニケーション様式および患者との関係性について文脈的に理解する能力に依存している<sup>5</sup>。

## 7. 自己解釈を理解する：インフォームド・コンセントの異なる様式に注意を払う

文学作品によって示唆されているように、多くの西欧文化が自己についての独立的解釈を支持しているのに対して、アジア、アフリカ、そしてラテンアメリカの多くの文化は自己についての相互依存的解釈を有している。アメリカの大部分の人々は独立的な見方を示しているが、相互依存的な見方を有するアメリカ人も非常に多く存在する (Bellah et al. 1985; Johnson 1985; Markus and Kitayama 1991; Sampson 1988)。加えて、非アングロサクソン系のアメリカ人の多くが意思決定への《家族によって手助けされる》アプローチを好んでいることが、臨床研究によって示されている (Blackhall et al. 1995; Cooper-Patrick et al. 1999; Hsu et al. 1985)。日本における動向もまた

<sup>5</sup> 以前の研究においてわれわれは、行動およびコミュニケーションの反照的な様式について知るための、一つの認識論——知覚と理解の一つの方法——について述べている (Slingsby 2005)。この認識論、すなわち「関係的主観性」は、個人の文脈的理解の能力に相互依存的なものである。関係的に主観的な個人は、自覚的にかあるいは無自覚に、各々の状況および他人の発言の微妙な差異の、その動向を考慮に入れる。したがって、行動およびコミュニケーションの関係的に主観的な様式は、しばしば、他者および状況に対するその人の関係性にとって最も適切だと思われるものによって形づくられる。

多彩である。日本人の精神構造は典型的には相互依存的な解釈を示すものであったが (Sampson 1988)、ますます多くの日本人が独立的な——区別され、自律的で、個人主義的で、そして自己充足的な——見方を示すようになってきている。加えて、医師—患者間の意思決定モデルについての臨床研究では、ますます多くの日本人が医療上の意思決定に積極的に参加するようになってきていることが示唆されている (Sekimoto et al. 2004; Slingsby 2004)。

独立的解釈がアメリカ人の間でよりいっそう支配的であるかもしれず、また相互依存的解釈が日本においてはより一層共有されているのかもしれないが、とはいえ、われわれの考えるところでは、この「文化的理解」は、個々の患者及び家族について理解する必要性に比べればほとんど重要性を持たない。すなわち、患者集団は世界中どこでも共通に、独立的な見方と相互依存的な見方のいずれかを有する個人から成り立っているとすれば、医療提供者はそれぞれの患者集団内部に広く行き渡っているその差異に注意を払う必要がある。

## 8. 新しい意思決定モデルの必要性：家族の役割を尊重する

非常に多くの数の患者が、インフォームド・コンセントへの《家族によって手助けされる》アプローチを好んでいるかもしれないという事実にも関わらず、この前提の上に機能するようなモデルは存在しないままである。近年では、医師—患者関係について、患者を中心においた共有型意思決定 (shared decision making) に焦点を当てたモデルがいくつか提案されてきている (Emanuel and Emanuel 1992; Lizz et al. 1988; Quill and Brody 1996; Veatch 1972)。しかしながらそれら

のモデルの大部分は、家族によって手助けされる意思決定を考慮に含んでいない。たとえばクイルとブローディは (Quill and Brody 1996)、「患者と医師に積極的な意見の交換を促し、相違点を明らかにするような形で話し合い、そして患者の最善の利益に資するよう権力と影響力とを共有する」ような、自律促進型モデルを提案している。このモデルは、患者と医師の間での強固な共同体制を強調するが、患者家族を排除している。患者を中心においたモデルおよび共有型意思決定は、より良いコミュニケーションとより高いレベルでの患者の自律の尊重とを助長するがゆえに、促進されるべきである (Quill et al. 1996)、ということにわれわれは同意する。しかし、それらのモデルは家族によって手助けされる意思決定を好む患者たち——日本における、またその他の非西洋コミュニティ (アメリカ及びイギリスにおけるいくつかの下位文化を含む) の患者たち——の特質と価値観を無視してしまっている (Blackhall et al. 1995; Cooper-Patrick et al. 1999; Hsu et al. 1985; Ruhnke et al. 2000; Sekimoto et al. 2004)。世界中で多くの患者が《家族によって手助けされる》アプローチを好んでいるかもしれない、というこの経験的証拠は、インフォームド・コンセントのプロセスの再評価の必要性を明らかにするものである。

さらに言えば、《家族によって手助けされる》アプローチは必ずしもアメリカにおける自律尊重という一般的な倫理原則を否定するものではない。実際のところ、インフォームド・コンセントへの《家族によって手助けされる》アプローチは患者の個人的選択を尊重するものでありうる——すなわち、もし相互依存的な見方を有する患者が家族によって手助けされるアプローチを好む傾向性を

持っているならば、インフォームド・コンセントへのこのアプローチを提供することは実際には患者の自律を尊重することとなるだろう。しかしながら、日本の臨床医療の文脈における、自律の（あるいは自律に近い何事かの）明確な定義が存在しないことをふまえれば（Akabayashi et al. 1999）、この議論はさらなる分析を必要とする。

## 9. 結論

ここで議論されたアメリカでの事例は、家族によって手助けされるインフォームド・コンセント様式を好む患者たちの間に広がる相互依存的な文化底流をより深く評価する必要性を映し出すものである。インフォームド・コンセントの多様な様式を再評価することによって、われわれは一人称の様式に対して抵抗を感じている患者たちに対して、医療上の意思決定をめぐるより適切かつ正当なアプローチを提供することができるようになるだろう。アプローチを更新する必要性は、日本におけるのみならず、アメリカおよびイギリスのいくつかの下位文化に属する患者及び家族の必要性についても当てはまる。今日の我々が直面している疑問は、患者を特定の様式でのインフォームド・コンセントに強制的に従わせることなしに倫理的な行動を確かなものとするは、いかにして可能かということである。われわれの論じるここでは、インフォームド・コンセントの様々な様式について再評価する必要性は、普遍的なものである。

## 参考文献

Akabayashi, A., M. D. Fetters, and T. S. Elwyn. 1999. Family consent, communication, and advance directives for cancer disclosure: A Japanese case

and discussion. *Journal of Medical Ethics* 25(4): 296–301.

Bellah, R. N., R. Madsen, W. M. Sullivan, A. Swidler, and S. M. Tipton. 1985. *Habits of the heart: Individualism and commitment in American life*. Berkeley, CA: University of California Press.

Blackhall, L. J., S.T. Murphy, G. Frank, V. Michel, and S. Azen. 1995. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *Journal of the American Medical Association* 13 274(10): 820–825.

Cooper-Patrick, L., J. J. Gallo, J. J. Gonzales, H. T. Vu, N. R. Powe, C. Nelson, and D. E. Ford. 1999. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *Journal of the American Medical Association* 11 282(6): 583–589.

Emanuel, E. J., and L. L. Emanuel. 1992. Four models of the physician–patient relationship. *Journal of the American Medical Association* 267(16): 2221–2226.

Geertz, C. 1975. On the nature of anthropological understanding. *American Scientist* 63: 47–53.

Hsu, J., W. S. Tseng, G. Ashton, J. F. McDermott, Jr., and W. Char. 1985. Family interaction patterns among Japanese-American and Caucasian families in Hawaii. *American Journal of Psychiatry* 142(5): 577–581.

Holland, R. W., U. R. Roeder, R. B. van Baaren, A. C. Brandt, and B. Hannover. 2004. Don't stand so close to me: The effects of self-construal in interpersonal closeness. *Psychological Science* 15(4): 237–42.

JMA (Japan Medical Association). 1990. Setsumei to doi nituiteno houkokusho [Report on explanation and consent]. *The Journal of the Japan Medical*



- Association* 103(4): 515–539. (in Japanese)
- JMA (Japan Medical Association). 2004. Ishi no shokugyou rinnri sisinn [Professional Ethics Guideline for Physicians]. *The Journal of the Japan Medical Association* 131(7): supplement. (in Japanese)
- Johnson, F. 1985. The Western concept of self. In (Eds.) A. Parsells, G. DeVos, and F.L.K. Hsu, *Culture and self*. London: Tavistock.
- Markus, H. R., and S. Kitayama. 1991. Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review* 98: 224–253.
- MHW (Ministry of Health and Welfare). 1985. *Seimei to rinri ni tuite kangaeru* [Considering life and ethics] Igaku-shoin, Tokyo. (in Japanese)
- MHW (Ministry of Health and Welfare). 1995. *Infomudo consento no arikata ni kansuru kenntoukai houkokusho* [Report of meeting on the modality of informed consent]. Ministry of Health and Welfare, Tokyo, Japan. (in Japanese)
- Quill, T. E., and H. Brody. 1996. Physician recommendations and patient autonomy: Finding a balance between physician power and patient choice. *Annals of Internal Medicine* 125(9): 763–769.
- Ruhnke, G. W., S. R. Wilson, T. Akamatsu, T. Kinoue, Y. Takashima, M. K. Goldstein, B. A. Koenig, J. C. Hornberger, and T. A. Raffin. 2000. Ethical decision making and patient autonomy: A comparison of physicians and patients in Japan and the United States. *Chest* 118(4): 1172–1182.
- Lidz, C. W., P. S. Appelbaum, and A. Meisel, 1988. Two models of implementing informed consent. *Archives of Internal Medicine* 148: 1385–1389.
- Sampson, E. E. 1988. The debate on individualism: Indigenous psychologies of the individual and their role in personal and societal functioning. *American Psychologist* 43: 15–22.
- Sekimoto, M., A. Asai, M. Ohnishi, E. Nishigaki, T. Fukui, T. Shimbo, and Y. Imanaka. 2004. Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan. *BMC Family Practice* 5(1): 1.
- Slingsby, B. T. 2004. Decision-making models in Japanese psychiatry: Transitions from passive to active patterns. *Social Science and Medicine* 59(1): 83–91.
- Slingsby, B. T. 2005. The nature of relative subjectivity: A reflexive mode of thought. *Journal of Philosophy and Medicine* 30(1): 9–25.
- Supreme Court Decision. April 25, 1995. *Hanrei Jihou*, Vol. 1530:53. (in Japanese). (<http://courtdomaino2.courts.go.jp/schanrei.nsf>)
- Supreme Court Decision. September 24, 2002. *Hanrei Jihou*, Vol. 1803:28. (in Japanese). (<http://courtdomaino2.courts.go.jp/schanrei.nsf>)
- Triandis, H. C. 1989. The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychological Review* 96: 506–520.
- van Baaren, R. B., W. W. Maddux, T. L. Chartrand, C. de Bouter, and A. van Knippenberg. 2003. It takes two to mimic: Behavioral consequences of self-construals. *Journal of Personality and Social Psychology* 84(5): 1093–1102.
- Veatch, R. M. 1972. Models for ethical medicine in a revolutionary age. *Hastings Center Report* 2: 5–7.

## 【訳注】

\* 本稿は以下の論文の翻訳である。Akira Akabayashi & Brian Taylor Slingsby. 2006. “Informed Consent Revisited: Japan and the U.S.” *The American Journal of Bioethics*, 6(1): 9-14.

i 現時点での所属は、公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金。

ii 「医師の職業倫理指針」はその後さまざまな改訂を加えられ、現時点での最新版は2016年発行の「医師の職業倫理指針 [第3版]」である。日本医師会のウェブサイトからダウンロード可。

iii 本文にある引用箇所は、第3版では以下のようになっており、ほぼ同様の趣旨のまま維持されていると言って良いだろう。

医師には患者を診察したときは患者本人に対して病名を含めた診断内容を告げ、今後の推移、および検査・治療の内容や方法などについて、患者が理解できるように丁寧に分かりやすく説明する義務がある。しかし、例外的に、真の病名や病状をありのまま告げることが患者に対して過大な精神的打撃を与えるなど、その後の治療の妨げになる正当な理由があるときは、真実を告げないことも許される。・・・また、告知をする場合でも、家族と共に、説明をする必要がある場合も多い。医師、本人、家族が協力して病気に立ち向かうことが必要な場合などには、病名・病状の説明がその第一歩になるからである。ただし、患者本人が家族に対して病名や病状を知らせることを望まないときには、それに従うべきである。家族が患者本人に本当の病名や病状を知らせてほしくないと言ったときには、真実を告げることが患者本人のためにならないと考えられる場合を除き、医師は家族に対して、患者への説明の必要性を認めるように説得することも重要である。

iv 二重山括弧《》は訳者による挿入。以下同様。