

# インフォームド・コンセント普及阻害要因に関する社会医学的考察

門司 和彦<sup>1\*</sup>・永田 耕司<sup>2\*</sup>・青柳 潔<sup>2\*</sup>

**要旨** 目的：医師・患者間でのインフォームド・コンセント（IC）の普及を困難にしている日本の社会医療文化とシステムの諸側面を考察し、社会医学にとってのICの重要性を検討する。

方法：文献等により以下の7点を考察した：1）医療費制度，2）医学教育における適切な教育と実習の欠如，3）良く組織されたチーム医療の欠如，4）地域医療システムの欠陥，5）医療者の歴史的文化的パートナーリズム，6）患者の依存的態度，そして，7）ICが、適切な医療を保証促進するための科学的で説明責任の明確な意思決定の強固な手続きであるという功利主義的な認識の欠如。

結果：ICは人権と医療訴訟に関連する道徳的問題と認識され、医療における合理的な意思決定のプロセスとしては認識されていない。ICとエビデンス・ベースド・メディシンの関係や意思決定科学としてのメディカル・エシックスとの関係はほとんど認識されていない。それが、ICが普及しない主要な原因であり、その認識の普及によって地域医療システム、医学教育等も改善が推進される。

結論：ICの科学的・功利主義的理解の促進によってICが普及し、それは日本の医療システムと社会医療文化の改善に影響を与えるであろう。

長崎大医療技短大紀 14(1): 105-110, 2001

**Key Words** : インフォームド・コンセント, 社会医学, 医学における意思決定, 医学教育, 地域医療制度

## はじめに

医療におけるインフォームド・コンセントが脚光を浴びて久しい<sup>1-3)</sup>。しかし、インフォームド・コンセント（以下ICと記す）は、その重要性が認識されつつも、現実として日本で実行に移すことがかなり困難な状況にあるとされる。特に、医療者はICの必要性を感じているものの種々の問題を含むとして消極的であると報告されている<sup>3-5)</sup>。本稿では、アメリカ合衆国でのICの発展、日本への導入を簡単に整理した後、日本でICが十分に普及できない背景について7項目について考察する。ICは一義的に臨床現場の問題であるが、それが一般化しない要因には社会医学的な側面も多く、またICが十分に理解・実行されないことの社会医学的影響は極めて大きいと考えるからである。

これまでICは、患者の人権擁護、医師の道徳的倫理、医療訴訟対処、医師—患者信頼関係形成の面から多く論じられてきた<sup>6)</sup>。しかし、著者らはICを適切な医療を選択・実施するための不可欠な医療プロセスであると考え、ICは医師と患者がともにそれぞれの責任を自覚実行することを可能にし、それによって最も望ましい医療効果を得ることを可能にする医療の手続きであり医療技術である。つまり、ICは医療上の意思決定の不可欠な一部として認識されるべきであり、このような認識の欠如、および、日本の地域医療システム、医療機関内でのチーム医療システム、医療費支払いシステム、医学教育

システム等が日本におけるICの浸透を遅らせたことを解説する。

## アメリカ合衆国でのICの発展と日本への導入

ICの原理は米国では今世紀初期の医療事故訴訟判決にはじまり、1970年代に確立した<sup>7)</sup>。木村利人<sup>8-9)</sup>によれば、医療の荒廃と非人間化への問いかけが患者の人間性回復としての患者の権利運動へと展開して行き、様々な医事訴訟や運動などを経て「患者の知る権利」すなわち医療におけるIC（情報を十分に提供された上での同意）の法理として判例（Canterbury vs. Spence, 1972）で確立していった。自分自身の身体・生命についての最終判断は正常の判断力を持った成人にありとする自己決定権の尊重（Schloendorff vs. Society of New York Hospital, 1914）に基づいて、医師は治療行為に当たって必ず1）診断の正確な内容，2）予定される治療方法の性質と目的，3）その治療方法の成功の可能性とそれによる患者の利益，4）他にふさわしい治療方法の代案，5）それらの治療方法が行われぬ場合の予後，を患者に正確に伝える義務と責任を持つことを当然のこととした。このようにICが法理として確立しかつ医療社会において受入れられていった背景には、米国の頻発する医療訴訟への対応という側面の他に、米国においては同意のないところに信頼関係は成り立ちえない、という発想が根底にあったと木村は解説する。多民族の移民によって成立

\* 1 長崎大学医療短期大学部

\* 2 長崎大学医学部公衆衛生学教室

した米国では契約も同意もなしに他者を信頼することは無謀で受入れがたい行為と判断されるのかもしれない。この流れの中で、がん患者への告知や患者によるカルテ謄写保持が実施され、ICは患者にとっても医師にとっても当然のこととなった。

一方、日本ではICの概念に相当するものがはっきりとは存在せず、その紹介にはかなりの時間がかかった。ICは和訳することが難しく、そのままカタカナ表記されることが現在でも多い。

1990年に日本医師会の生命倫理懇談会がICにかかわる事項を「説明と同意」として報告して以来、ICと「説明と同意」が同義的に使われた。委員の一人であった阿部正和<sup>10)</sup>は「説明と同意は、アメリカでは医療事故裁判上の概念であったものが、わが国では一般診療における患者と医師の信頼関係を確立する上での不可欠な原則、医の倫理の一翼として定着させねばならない」としている。健康教育などでお年寄り達に話をするときに外来語であるICの重要性を唱えても敬遠されるだけであり、ICの日常的な理解と普及のために「説明と同意」という解釈は一定の貢献を果たした。

しかし、その後、ICを「説明と同意」としてだけとらえられることの不十分さを危惧する意見が出されている。「説明と同意」の考え方はICを患者と医師の信頼関係を確立する上での不可欠な原則、医の倫理とした点は理解できるが、一方で患者の人権擁護のための法理としての意義を強調できなかった。現在でも、医師が説明し患者が同意することがICであるという考えが一般的である<sup>11)</sup>。

欧米のメディカル・エシックスの考え方からすれば「医療事故裁判上の概念」と「医の倫理の一翼」とはまったく分離できない関係にあり、どちらも患者の自己決定権が前提となる。日本医師会の生倫懇の報告書は、「医療事故裁判上の概念」を包括しかつそれ以上の「医の倫理の一翼」として「説明と同意」を提案したのかもしれないが、それが十分に伝わらなかった。その一因は「医の倫理」を科学としてのメディカル・エシックス（あるいはバイオエシックス）としてとらえず、医師の職業上のエチケットか、あるいは精神論的なものとしてとらえられる傾向が日本にあるからであろう<sup>12)</sup>。その結果として、日本においてICは患者の自己決定権を基礎とする概念ではなく、医の倫理に基づく医師の裁量権、パターンリズムを前提とした概念であると誤解される余地を残した。

日本医師会の生命倫理懇談会の座長である加藤一郎<sup>13)</sup>は「本人が望まないような場合には無理に『あなたは癌ですよ』と教えることはないだろうと思うのです。アメリカの告知などは少し行き過ぎで、日常的に何でも知らせてしまうことがあるという批判もあります。もう少し、場合に依じて考えてもいいのではないかという議論が出てきているということです。日本ではこれから進めてい

くところですから、患者本人が『お任せします』という場合にまで、いやなことを知らせることはないだろうと思っております。」と述べており、医師の側から積極的にICを推進め、医療を変革していこうという考えではないことを現している。これは同じシンポジウムでの岡崎<sup>14)</sup>、坂口<sup>15)</sup>がICの積極的意義を評価しているのとは対照的である。

日野原<sup>16)</sup>は「一般の日本の臨床医のあいだでは医師と患者間の関係には『説明と同意』といった、医師と患者とが対等な人格体として相接するということからほど遠い現状にある。」ことが問題であるとし、その状況をそのままにして、「病気告知や病気の説明を一通りすればそれでよいというのがICであってはならない。」としている。

著者らは、ICに至る手順は表1に示す段階を経るものと考えている。

表1 インフォームド・コンセントの構成段階

- 1) 患者による診察の要請(自覚症状・健康診断等による)/あるいは、緊急事態の発生による診察の必要性の発生
- 2) 医師による要請受諾と初診診断 (診察結果)
- 3) 医師による患者への情報開示
- 4) 患者による疑問、不安の提示
- 5) 医師による説明
- 6) 患者の理解、納得、それにもとづく診療への要望
- 7) 医師による治療法・治療方針(複数)の提示と医師の専門性に基づく提案
- 8) 患者による理解、選択、意思表示
- 9) 患者と医師の治療に対する合意

次の検査、治療へ進む

### 日本でICが一般化しない要因

では、日本でICが一般化しない要因は何であろうか。以下では表2に示した7点に関連する要因として考察する。

表2 インフォームド・コンセントが日本で普及しにくい要因

1. 医療経済制度の問題
2. 医学教育における適切な教育と実習の欠如
3. チーム医療の未発達
4. 地域医療システムの欠陥
5. 医師のパターンリズム
6. 日本人の文化・歴史性：自己決定の未成熟
7. ICの意義と内容についての認識

ICが、適切な医療を保証促進するための科学的で説明責任の明確な意思決定のプロセスであるという功利主義的な認識の欠如

1) 医療経済制度の問題：日本の健康保健制度は時間や技術に対する評価が薄く、薬や検査を多用に偏る傾向が指摘されている。医療行為の1回あたりの単価が安いことが日本の医療の最大の特徴である<sup>16)</sup>。このような制度下では医師は患者とじっくり話をする経済的インセン

タイプも時間的余裕も与えられていない。その結果、日本の受診1人1回当たりの医療費は米国の1/9であり、その代わり国民一人当たりの年平均受診回数は4倍になっている<sup>17)</sup>。また、病床当たりの医師数は米国の1/2である。この様な状況では十分な説明を医師に要求することが酷な面のあることは事実であり、詳細な説明が一般化しない一因とされる。

しかし、これはICが普及しない直接的な主因だとは考えにくい。なぜならば多くの医師は経済的に許せる範囲で最善の医療を行おうと努力していると考えられ、経済的理由を第一に医療を行っているとは考えられないからである。したがって、この理由は重要な要因の一部ではあるが、本質ではないと著者らは考える。

**2) 医学教育における適切な教育と実習の欠如：**医学教育においてICを十分に得るような訓練の場、時間、条件が与えられていないこともICの浸透を妨げている。医師は最悪の事態を想定して医療を行うように訓練される。また、できるかぎり科学的に病態を把握し治療するように訓練される。しかし、十分に科学的に病態を理解できない場合も多く、医師にとって患者に十分納得がいくように、かつ自分の信条から逸脱せずに説明はすることは一般が考えているほど簡単ではない。また、患者に正確かつ十分にわかりやすく説明するには医学だけでなくコミュニケーションに関する知識、技術、学習、経験、努力を必要とするが、これまで病態を十分に伝えるコミュニケーション能力についての教育・実習はほとんどなされてこなかった。

ICへ至る技法の習得は卒前卒後の教育において十分に教授・訓練される必要があるにもかかわらず、医学教育において患者に病状や治療法を説明する訓練は十分になされていない。その理由は以下の2つが考えられる。

第1はICを十分に得るような訓練のカリキュラムが与えられていないことである。ICへ至る技法は臨床に近い場において模擬患者(simulated patients)等を活用して実践的・経験的に習得することが望ましい。多くの大学で医学概論やバイオエシックスが教えられているが、臨床での実践との距離はまだ大きく、実践的IC教育は少ない。ICを十分に理解習得せずにICを得ようとするればかえって問題をおこす結果となりかねない。また、教官自身がICの教育をうけておらず、理論的かつ実践的指導・訓練を学生に与えることが困難な状況にあり、多くの医学生は何がICかを教授されず、その結果、その重要性を認識できず、どの様にICに至るかを系統的に学んでいない。先生や先輩達のやり方を模倣し試行錯誤しながら習得しているのが現状であり、科学的な教育とは言いがたい状況にある。現在、臨床教授制度やカリキュラム改訂、模擬患者の導入によって状況を改善するための努力が実施されているが、まだ不十分である。

第2の問題は、特定機能病院あるいは第3次医療機関

である大学病院はICの習得に適した場所ではないことである。大学病院は教育病院として率先してICの実践に先駆的役割を果すべきであるが、第3次医療機関としての性格上、難病の患者も多く、諸々の理由でIC促進が困難である。教育病院と第3次医療機関という2つの機能をどのように分離・融合させていくかが、今後の大学病院の課題であろう。

**3) チーム医療の未発達：**3番目の要因として日本におけるチーム医療の未発達を指摘したい。ICが日本で普及しない要因としてアフターケア・システムの未整備があげられる。告知後のケアシステムが確立していないので癌の告知ができないといった問題である。日本の医療は何から何まで医師が決定し責任をもつ体制になっており、一旦説明をはじめるとその後の患者の精神的葛藤などに対して医師はすべて責任を取らなければならない重圧を感じる。情報開示と説明後のケアを的確に行なわなければ、情報を明らかにすることによってかえって問題がおこる。その根本的原因は本来の意味でのチーム医療ができていないことによる<sup>18)</sup>。チーム医療概念の理解が不十分な状況では、看護婦も本来の機能である身体的・精神的ケアを十分に行えない。欧米では病院のなかにケース・ワーカー、カウンセラー、病院牧師 chaplain が医療チームとの連携の上に機能しているが、日本ではそのようなスタッフを常駐させている施設は少なく、十分に普及していない。ホスピス活動もまだ量的には少ない。また、入院患者の精神ケアとしてのリエイゾン精神医学も十分に普及していない。

これらの状況を改善するために、チーム医療について十分な臨床教育が実施される必要がある。そのためには、大学病院ははじめ研修病院でチーム医療がさらに促進されねばならない。また、看護教育等コメディカル教育を強化し、それぞれのスタッフがそれぞれの領域の専門性を十分に発揮できるようにすることも大切である。

**4) 地域医療システムの欠陥：**4番目の要因として地域医療システムの不備を指摘したい。ICは一医療機関内のチーム医療やアフターケア・システムにとどまらず、地域保健医療システム全体のなかでとらえられねばならない。1次・2次・3次医療という地域医療システム全体のなかで、「かかりつけの医師」が専門医を中心とする病院医療チームと連携をとりながら生涯に渡っての医療ケア、および医療と切り離せない生活ケアにかかわり、専門医の説明後のアフターケアにも関与していくことが理想である。しかし、現在のシステムではプライマリケアと第2次、3次医療との間の有機的連携が行ないにくい制度、時には競合的な制度になっており、「かかりつけの医師」にとっても経済的インセンティブも余裕もほとんど与えられていない。また、2次・3次医療機関従事者にとってもICを医療システム全体にかかわる問題

として捉えるという認識は発達していない。また、この様なシステムが機能するためにもっとも重要なことは、まず第一次医療の発端からICが確立していることである。保健、福祉、医療サービスのすべてが患者の自己決定権と医療者の専門性に基づくICを出発点としなければならない。

5) 医師のパターナリズム：5番目に日本の伝統的習慣としての医師のパターナリズム paternalism を検討する。パターナリズムは、父権主義、父性主義、家父長主義、温情主義とも訳される。「医は仁術」で代表される日本の医療倫理観は、日本の医師の道德心を高める効果とともに医師の父権主義的側面を正当化するための暗黙の根拠ともなった<sup>12)</sup>。かつて交通機関が発達せず、医療機関も少なく、患者の医療に関する情報量も少なく、伝統的封建制度的な心情が残っている時代には医療機関の選択幅も現実的に制限されており、また適応できる医療技術の選択幅も制限されており、父権主義的な医師-患者関係がある程度機能した。しかし、現在では「知らしむべからず依らしむべし」という考え方が通用しなくなった。その理由は、第一に患者がすでにマスコミ等を通じて中途半端に知っていることであり、したがって正しく知らせることが不可欠となったためである。「知らなければ依らない」状況ができあがっていることを認識すべきである。不十分・不適切な知識は不安・疑問・不信をもたらす。不安を払拭し合理的な医療を実施するためには正しく教える以外に方法がない。

さらに、現在では非特異的病因による成人の慢性疾患が死因においても有病率においても大半を占めるにいたり、患者自身による疾病の十分な理解と行動変容なくして長期にわたる効果的な医療は実施できなくなった。その結果、「知らしむべからず依らしむべし」では効果的な医療が実施できない状況に至った。適切な療養指導、患者教育、健康教育をすることが医療の機能として重要になった。

この様な変化は、定義にもよるが、パターナリズムのすべてを否定するものではなく、また、パターナリズムとICがまったく相容れないということでもない。医療は本質的に父性的かつ母性的な側面をもつことは否定できず、パターナリズムは本来的に医師の権威や保身を目的としたものでもない。本当に必要とされているものは、情報を開示・説明し、ICを十分に形成しながら、患者が十分に信頼できる専門家としての指導力を発揮し、最適な医療を実施することである。ICの推進やパターナリズム批判を行なう時に、これまでの自分達のあり方を全面的に否定されていると医師が感じ、過剰な感情的反発を生むような方策は医師-患者の対立関係を想起させる危険性がある。ICは、医師-患者の対立関係とは無縁のものである。また、ICを「判断を患者に任せ医療の責任を放棄している」と批判するのもICの内容と意

義を十分に理解していないための誤った見解である。

疾病構造の変化、社会構造の変化、医療技術の発達の結果、日本においても米国と同様に情報の開示・説明と医師と患者との合意のないところに医療関係が成り立たない状況になったことが認識されるべきである。

6) 日本人の文化・歴史性：自己決定の未成熟：ICの一般化への反対意見として日本人の人格形成、権利意識、自己決定の未成熟が取上げられ、日本では文化・歴史的にみてICが馴染まないといわれる。はたして、日本人はそれほど説明を理解する能力、判断を行う能力、同意する能力が劣るのであろうか。また、依存心が強く、自主性がないのであろうか。能力に関しては日本の学校教育から判断して他の国々より劣っているとは考えにくい。また、依存心とICとは直接関係ない。十分に情報提供と説明を受けた後で「医師の判断に任せる」のは十分に自主的で自律的な考え方であり、正しいICの一形態である。したがって、ICの内容と意義が十分に理解され実践されるならば患者は十分に対応できるし、またICの本質からいって患者が十分に対応できるものでなければICではない。

日本での問題は、病名がわかることによって患者本人や家族が社会的に差別される傾向が現在もなお続いており、患者が自らの病名を明確にできない事情があることである。これもICを普及させることによってこの社会的偏見を変革させていく必要がある。

7) ICの意義と内容についての認識：最後に、ICの機能に関する理解の本質的ずれを指摘したい。折原<sup>19)</sup>は「日本におけるICを定着させるには『医師と患者の人間関係』の中に求めるのが妥当であり、法律的に位置づけるのではなく倫理的に位置づけるべきである」と述べている。これが、日本でのこれまでの代表的なICの捉え方であろう。「医師-患者の信頼関係を強化する実践」という考えの他にも「患者の人権」「患者の自己決定権」「医療訴訟における医療側の防衛手段」がしばしばICの目的として指摘されてきた。しかし、これまでも述べてきたようにICの目的は適切な医療を実施することを可能にする点にある、と著者らは考える。当然ながら医療の目的は、最も適切な医療手段を選択し実施することにより患者の便益(QOLを含む)を最大にすることにあり、ICはそれに直接的に寄与する。だからこそICが重要である。この考えは、「ICとは、医療に制約を加えようとするものではなく、医療従事者の知識と技能を最大限に発揮するための環境づくりであり、医療行為の基本的な要素であり、態度であると言える。」としたICの在り方に関する検討委員会報告書<sup>20)</sup>年の見識の延長上にある。

このような実際的な功利主義 utilitarianism に基づく認識が浸透していないために、ICは道徳的・人道的で説教くさく、非科学的かつ抽象的な概念として医療現場

で敬遠され、浸透しないのではないだろうか。著者らは多くの医療供給者と同様に人権の専門家ではない。患者の自己決定権の決定的重要性は認識しているつもりであるけれども、ICを人権の立場から論じることは本著者らの能力を越えている。人権や法律的概念を重視しないわけではないが、ICに至る過程を「適切な医療を行うための具体的な技術」として説明した方が医療者にとって理解しやすく、受け入れやすく、ICの促進に繋がると、著者らは考える。

ICの功利主義的解釈は、メディカル・エシックスの立場からも、またエビデンスベーストメディシン(Evidence based medicine, EBM)を実施する立場からも支持されるものである。欧米におけるメディカル・エシックスは、合理的で説明可能な医療上の意思決定をするための科学である。医療資源の適正配置などがメディカル・エシックスとして論じられるのはそのためであり、道徳的、職業倫理的に理解あるいは誤解される日本の医療倫理とは大きく異なる<sup>20)</sup>。欧米のメディカル・エシックスの立場からは、医療者と患者がICに至る過程によって合理的で説明責任の明確な意思決定が保証されると考える。

近年脚光をあびているEBMは、欧米的な意味でのメディカル・エシックスの臨床における実践である。EBMは、蓄積されたデータに基づき所与の条件のなかで患者の便益を最大にする医療を選択し実施する為の確率論的情報を提供する。患者の検査等から得られたデータと既存確率に関するデータを示し、それを説明することによって意思決定がなされ、合意が形成されるという点で、EBMとICとは医療を実践していくための車の両輪となっている。ICに達するプロセスのなかでそれぞれの条件下における確率を科学的に提示し説明することが要求され、それがEBMを産み、科学に基づいた医療を実践するために寄与している。

#### 終わりに

日本でのICのさらなる普及のためには、医療経済制度、地域医療システム、施設における医療推進体制、医学教育を変更すること、そして何よりもICの正しい科学的認識と効用が理解されることが必要である。それによって、医師のパターンリズムも患者の依存性も変革を遂げていくと考えられる。ICに至る過程が適切な医療をするための必要不可欠な実践的医療プロセスと認識され、その認識のもとにICを一般化する努力が促進されることによって、ICの基づく科学的医療が展開できるように医療構造、社会構造を変革していくことが社会医学的に期待される。

#### 引用文献

- 1) 水野肇. インフォームド・コンセント. 東京: 中央公論社. 1990.
- 2) Morikawa I. Patients' rights in Japan : progress and resistance. Kennedy Inst Ethics J 1994 ; 4 (4) ; 337-43.
- 3) Elwyn TS, Fetters MD, Gorenflo W, 他. Cancer disclosure in Japan : historical comparisons, current practices. Soc Sci Med 1998 ; 46 (9) ; 1151-63
- 4) 坂口彰. 当院における説明と同意—主として産婦人科の立場から. 日本医師会雑誌 1989 ; 102 (2) ; 199-203.
- 5) Tanida N. Japanese attitudes towards truth disclosure in cancer. Scand J Soc Med 1994 ; 22 (1) ; 50-7.
- 6) フェイドン, ビーチャム. 酒井忠昭, 秦洋一訳. インフォームド・コンセント. 東京: みすず書房, 1994.
- 7) 鈴木利廣. 医療事故と患者の権利. メディカル・ヒューマニティ 1988 ; 3 (4) ; 47-52.
- 8) 木村利人. バイオエシックスと「医の倫理」. 病院 1982 ; 41 (1) ; 52-53.
- 9) 木村利人. ICをめぐる—バイオエシックスの視座から— . メディカル・ヒューマニティ 1988 ; 3 (4) ; 42-46.
- 10) 阿部正和. 医師の立場から見た説明と同意. 日本医師会雑誌 1989 ; 102 (2) ; 169-178.
- 11) 河原格. 医師の説明と患者の同意. 東京: 成文堂, 1998.
- 12) 門司和彦. 医療資源配分の医療倫理的検討の発展に向けて—日本の倫理と欧米のエシックスの相違からの検討—. 生存科学 1993 ; 4 (2) ; 75-83.
- 13) 加藤一郎. 法と生命倫理からみた説明と同意. 日本医師会雑誌 1989 ; 102 (2) ; 160-168.
- 14) 岡崎伸生. 癌臨床における説明と同意. 日本医師会雑誌, 1989 ; 102 (2) ; 194-197.
- 15) 日野原重明. 新しい時代の医師と患者—ICを中心に—. メディカル・ヒューマニティ 1990 ; 5 (2) ; 10-15.
- 16) 長崎県国保連合会. 長崎県国保医療費の分析—長崎の医療の未来にむけて—. 長崎県国保医療費問題解析検討委員会報告書, 1997.
- 17) 菅谷良男, 松井賢計, 川口 毅. 日本の医療と欧米の医療の比較. 厚生指針, 1990 ; 37(3) ; 8-13.
- 18) 柏木哲夫. 死にゆく人々のケア—末期患者へのチームアプローチ. 東京: 医学書院, 1978.
- 19) 折原肇. 老年者のインフォームド・コンセント. 日本学術協力財団 (編). インフォームド・コンセント. 東京: 大蔵省印刷局, 1996 ; 29-40.
- 20) インフォームド・コンセントの在り方に関する検討委員会. インフォームド・コンセントの在り方に関する検討委員会報告書. (厚生省 (監修)). 元気の出るインフォームド・コンセント. 東京: 中央法規, 1996.
- 21) Moji K. Ethics and sustainability of international health activities : An example of schistosomiasis control in Kenya. Aoki, K. (ed.) Ethical Dilemmas in Health and Development. Tokyo ; Japan Science Society Press, 1994 ; 161-168.

Social medical consideration on factors disturbing promotion  
of informed consent in Japan

Kazuhiko MOJI\*<sup>1</sup>, Koji NAGATA\*<sup>2</sup>, and Kiyoshi AOYAGI\*<sup>2</sup>

\* 1 Nagasaki University School of Allied Medical Science

\* 2 Department of Public Health, Nagasaki University School of Medicine

**Abstract** This paper reviews some aspects of Japanese socio-medical culture and recognition as well as systems which makes difficult to promoting informed consent between doctors and patients. Seven aspects reviewed were, 1) problems in the medical reimbursement system, 2) lack of proper education and practice of informed consent in medical education, 3) lack of well-organised team medicine, 4) lack of well-structured community and regional medical systems, 5) historical and cultural paternalism of the medical profession, 6) dependent attitude of patients, and 7) lack of utilitarian recognition of informed concept as a rigid procedure for making scientific and accountable decision making which enhances and ensures appropriate medication. Informed consent in Japan tends to be recognised as a moral issue related to human right and to medical lawsuits rather than the reasonable decision-making process in medicine. Relations of informed consent with evidence-based medicine and with medical ethics as a science of decision-making in Western countries have been rarely recognised. Informed consent will be promoted with spread of its utilitarian understanding, and the promotion of IC in turn will have impact on improvement of the Japanese medical system and socio-medical culture.

Bull. Sch. Allied Med. Sci., Nagasaki Univ. 14(1): 105-110, 2001

**Key Words** : informed consent, social medicine, medical decision-making, medical education, regional medical system