

## インフォームド・コンセントの法理的側面 からみる認知症病名告知の課題

— 認知症病名告知に伴う行動条件と  
その特徴を踏まえて —

### The problem of disease notification of dementia judge from the side of the principles of law of informed consent

— On the basis of condition of conduct with disease notification  
of dementia and the characteristic —

鈴木道代

#### 1. はじめに

クリスティーン・プライデンは1995年、アルツハイマー病の告知を受ける。この状態を『私は一夜にして‘認知症の人’になってしまったのです』と述懐している」という（小澤2005：102）。小澤（2005：103）は「だが、それだけではない。彼女はだれにも譲れないクリスティーン・ボーデン（当時の名前）という固有名詞をもった存在を奪われ、『認知症のひとつの症例になってしまった』と感じたのである」と述べている。また、このように「認知症というレッテルは、以後、人の手を借りて受動的に生きてゆかねばならない、という含意を併せ持つ」あるいは「認知症にまつわるステレオタイプ、つまりは偏見との闘いでもある」と指摘している。さらに「認知症である」という告知は、介護する家族にとっては、例えば「認知症者の妻」というような新たな自己同一性を確立させようとする（小澤2005：178）のである。須貝（2005：17-18）によれば、認知症の症状を持ったお年よりを

連れて受診に訪れる家族に結果を説明する際「アルツハイマー病です」と告げると「老人性痴呆じゃないんですか」と言って愕然とする家族が多いという。

一般に認知症の人は、自分がもの忘れをしているということに気付かない、つまり病識がないと理解されている。しかし、病識とまではいかななくても、通常の生活がうまく営めないと感じている人たちもおり、その程度が悪化していくことによって、日常生活に支障をきたすようになる（加藤2007：46）。認知症の人のさまざまな心理的な問題を、認知症の人自身が語ることは非常に難しい。しかし近年では認知症の人が自らの体験や苦悩を周囲の人にアピールできるようになったことは、大きな進歩といえる（加藤2007：47-48）。この進歩と言えるような状況を小澤（2005：147）は「告知が日常化し、軽度の認知症が増えてきていることが、このような事態を生むのだろうか」と述べている。けれども、やはり認知症の人が自らの言葉で伝えることができるのは、初期段階であることが多く、認知

症が進行してくるとその苦悩を伝えること自体が困難となる(加藤 2007: 47-48)。また、高崎(2007: 159)によれば2000年4月から実施された介護保険制度により、医療保健福祉のサービスは大幅に増え「申請主義」と「契約」という言葉に象徴される新制度の下で、特に知的機能やADLレベルの低下した高齢者が、はたして権利と責任、自己決定という概念を調和させて行動し、必要なサービスが受けられるかという課題があるという。

このように、「認知症」あるいは「アルツハイマー病」と告知されることによって、患者本人は「レッテルを貼られた」「偏見との闘い」ということを認識する(但し、上述したように、このような認識は初期段階の患者が多い)。また疾患の進行によっては苦悩を伝えることが困難となる(加藤 2007)ばかりか、必要なサービスを受けることができるのか(高崎 2007)という課題もあり、認知症患者本人は、「人の手を借りて受動的に生きてゆかなければならない」状況にあると言えよう。一方、家族は、小澤(2005)のいうように「新たな自己同一性の確立」を強いられる可能性があり、また「愕然」とする状況に陥ると考えられる。このように一見、認知症患者本人や家族が病名を知ることはマイナスの機能しか果たさないように思われる。

しかしながら、本間(2007b: 198)も言うように、アルツハイマー型に対する治療薬の開発や、財産問題、介護に対する希望を事前に示しておくことができる意味においても、認知症の早期発見は意義があり、そのためには診断名の告知についてさらなる議論が各方面で活発にされるべきであろう。最近では、一家の大黒柱として働いた男性や主婦として育児や家事を支えていた女性が早くから認知症になって重い介護が必要となる(須貝 2005: 38)若年認知症の割合も増えてきており、他方で日本ではほぼ5人に1人が65歳以上の高齢者であり、そのなかの13~14人に1

人が認知症という割合(本間 2007a: 13)である。若年あるいは高齢に関わらず、これから生と死をとらえて生活していくのであれば、自らがどのような病であるかを知るということは上述した困難あるいは課題に向き合っていくためにも必要なのではないだろうか。

## 2. 目的と方法

では、本間(2007b)が認知症早期発見のためには、診断名の告知についてさらなる議論が各方面で活発になされるべきと提起しているように、実際に診断名の告知の議論はどのようになされているのであろうか。それを専門的な分野から議論するならばインフォームド・コンセント(Informed Consent: IC)の概念から議論することが可能である。

ICの定義は様々存在するが「患者が医療従事者より十分な説明を受け、それを理解した上で、自らのなされる検査や治療について選択、同意、拒否することをいう。医療従事者からは、病名・病状、検査や治療の目的・内容・危険性・予想される副作用・成功の確率、代替治療法の存在、治療拒否の場合の予後などが説明される」(近藤ら(編) 2002: 75-77)こと、あるいは「一般的に『説明と同意』と訳し、『十分に説明を受けた後の患者の承諾』」であり、「治療実施の承諾を得るには、病気の本質(診断内容)、これから行おうとする治療方法の特質とその目的(中略)などについて説明をしなければならない法理」(加藤(編) 1993: 58)である。

ICの内容の中で、本研究においてICの焦点を「病名告知」と限定するのは、『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』において「特別に種々の条件を考慮することが求められる例」において「ICを成立させる要因として、病名そのものの告知が問題となる」ということ。また伊東ら(2004:

68) が「この国で告知の問題でいうと、癌の病名告知の是非の論議ばかりがとりざたされている。そもそも癌だけが告知問題の焦点ではない。進行性変性疾患、遺伝疾患、精神疾患、一部の感染症などスティグマのはりついた病気に関しても同様」であると述べていることから、「病名告知」について論ずることはその意味においても重要であると考えられ、これが、本論の焦点の限定理由である。次に IC に関して議論する場合、その着目点には「法理（法的問題）」と「倫理（倫理的問題）」があると考えられるが、本研究では、法理的側面から認知症病名告知について検討する。そして IC の法理とした時、その意味を“医師に対して一定の義務を課す”ということにする。というのは、IC は法理であるにも関わらず、認知症患者本人には病名を伝えても理解できるのだろうか(できないだろう)、という認識のもと、結果的に本人に対して病名告知がなされていないと思われる。けれども、このような従来の認知症患者への慣習的な病名告知の考え方ではなく、認知症患者自らが自分の病が何であるかを知るためにはどうしたらよいのかという考えから、その原則確立に向けた法的な根拠付けを行うためである。このように認知症患者の病名告知を IC の法理的側面から検討することは、認知症患者が病名を知る機会を作り出すためにも重要であると思われる。

さて、上述してきたように、認知症患者を取り巻く状況は様々な困難や課題が山積している。その中で、認知症患者が生と死を捉えて生活し、それらの困難や課題に向き合っていくとするならば、自分がどのような病気であるかを知ることが重要であり、同時に、どのようにそれを知っていくのが問題となるだろう。それを知る方法の一つとして病名告知がある。「認知症病名告知」の議論は、これ以降から検討するように、他疾患同様に高まってきており、「病名告知をする方向に向

かっている」(宇野 2005:73) が、「しなくてもよい」あるいは「慎重になるべきである」という見解もある。この後者の理由としては、「理解力の低下によって病名告知しても意味がない」ということを筆頭に「医師・患者関係ができていないうちにすることはかえって精神症状を悪化させるだけである」(小阪 2005:484) というものが挙げられる。このように疾患の特徴や人間関係、精神的衝撃といったことを条件に挙げながら「告知しない」方向を示す一方で、最終的には告知を受け入れられる社会体制ができ、サポート体制が整備されてから「告知するべきである」というように、それぞれの立場において議論が進められていることが窺える。けれども認知症患者が疾患を抱え、その中で権利や自己決定という概念と調和させながら生活していく(高橋 2007) 意味において、このような既存の研究にある二つの選択肢もしくはその中間とでもいべき議論では、いつまでも患者本人が病名を知る状況が作り出されないのであろう。そのため、少なくとも患者本人が病名を知ることができるような状況を作り出すために、IC の法理からの病名告知を検討する必要性があると考えられる。

そこで、なぜ認知症病名告知に関して、そのような議論がなされているのかを検討し、そこから、患者本人が病名を知ることが可能となるように、医師に病名告知を課すという IC の法理の観点から病名告知に関する原則確立に向けた根拠付けを行うことが必要となる。

そのための方法として、一つの疾患に関しただけではなく、他疾患における「病名告知」の特徴あるいは議論のあり方を検討することが挙げられる。なぜならば他疾患における病名告知の特徴あるいは議論のあり方を検討することで「認知症病名告知」に関する特徴と分析することが可能であると考えられるためである。他疾患には「がん」「統合失調症」

「HIV/AIDS」「ハンチントン病」がある。しかしながら、本報告において4疾患に関する病名告知の特徴、さらに認知症病名告知との比較を記載すること、上述した「患者本人が病名を知ることが可能となるように、医師に病名告知を課すというICの法理の観点から病名告知に関する原則確立に向けた根拠づけを行うこと」は、紙幅上困難であるため、今回は「認知症」病名告知に関する先行研究レビューを行い、それに基づいて「認知症病名告知に伴う行動条件」を提示、さらに「認知症病名告知」に関する議論等の特徴を整理し、最後に認知症病名告知における課題を提示することに限定する。

### 3. 「認知症」病名告知に関する先行研究レビュー

「認知症」とは「生後いったん正常に発達した種々の精神機能が、慢性的に減退・消失することで日常生活・社会生活を営めない状態」にあることを言い、その原因としては一般的にアルツハイマー病 (Alzheimer' disease : AD)、脳血管障害による血管性認知症 (vascular dementia : VD)、レビー小体型認知症 (dementia with Lewy bodies : DLB) 等が挙げられる (朝田 2005 : 2-3)。このように認知症には原因疾患が多数ある。しかしながら、病名告知の問題となると「認知症病名告知」とする一方で、後述のようにその内容はADに限定されて論じられているのが窺える。しかし、なぜ認知症病名告知はADに限定されて行われているのかを明確に述べているものはない。平井 (1996 : 431-432) はADとVDとでは告知の問題について同一に論じられないということを指摘している。実際、平井 (1996) 以外に認知症の原因別で病名告知に関する研究がされているものはないに等しい (但し、ADの病名告知をしない理由を述べる上で、しばしばVDの病名告知に関する記述

はある)。このことが、認知症病名告知に関する問題点の一つと考えられる。つまりそれはAD病名告知の議論を認知症病名告知の議論の代表としてしまっているということである。

このように「認知症病名告知」の研究でありながらAD病名告知に傾斜している動向を前提に、以下においてはわが国における「認知症病名告知」に関する諸研究について整理していく。なお、それぞれの研究者の研究を概観するにあたり、それをその研究者の「説」として説明しながら概観し、その後、検討を加えていく。

#### (1) 日本における「認知症病名告知」の見解

「認知症病名告知」に関する研究を紹介し、そこにおける議論のあり方を含めた病名告知の特徴を述べ、それらを検討していく。

##### ①平井 (1996)

平井 (1996 : 432-435) は認知症におけるADとVDの病名告知について論じている。結論から言えば、両者ともに患者の家族に告知をしておくことが必要であるが、患者本人に対する告知は必要ないという見解である。その見解の理由としては、AD疾患の特徴である病識の早期消失を挙げている。さらに病初期のADに関しても告知できるほどの診断基準は少なく、診断確定の経過をみている間に、やはり病識が失われてしまうためであるという。また現在においても有効な治療法はなく、むしろ自分の物忘れを自覚している段階では、患者の不安を増大させるばかりである。そして間もなく告知された病名もまったく忘却してしまうという点から患者本人に対する告知は不要であり、意味がなく、時には有害であると指摘している。しかしその一方、家族に対しては早期に告知しておく必要性を述べている。それは認知症になってからのケアや経済的問題等、前もっていろいろ準

備をしておくことが家族には必要であるためである。VDについては、本人・家族に関してそもそもVDというのは脳血管性障害による一つの病態であるため、その事実を伝え、改めて「痴呆」で告げる必要はないということであった。

平井説で注目すべき点はAD・VDによって患者本人・家族に対する病名告知「する」「しない」の条件が異なってくるということである。そして、家族に告知を「する」条件は介護・経済的問題を挙げ、家族に告知を「しない」条件はVDに限ってのみで、ADではその条件を述べられていないということである。

### ②須貝ら (1999)

須貝ら(1999:1372)は、AD病と告知について病初期から自分が痴呆症であるとの病識を欠いている場合が多いため、こうした患者に病名告知をして、受診拒否ということが起きないように患者本人への病名告知には慎重に考えるべきであるという見解である。患者本人に告知するというよりはむしろ、介護家族に病名を告知し、治療法と予後について説明するのが現実的であるという。

須貝ら説はAD病に限定して病名告知について述べている。患者本人への病名告知は病初期の患者では病識を欠いている場合が多いということで、慎重になるべきであるという立場に留まっているものの、「病識を欠いている」という点で患者本人への病名告知に躊躇する条件としては平井説と同様である。つまり病識の有無が病名告知する、しないことを左右する条件となると捉えてよい。一方家族に対しても、平井説と同様に、治療法や患者の変化していく状態等の説明をするうえで病名告知は必要であるとしている。

### ③長濱ら (2004)

長濱ら(2004:151-153)はAD患者本人へ

の告知について慎重な立場を示している。その主な理由は七点である。第一に患者自身がADであると知ることの精神的衝撃である。第二に第一と関連して患者本人の精神的衝撃への配慮によって、本人告知を家族が望まないということ。第三に「ADだからどうしようもない」というような安易な告知が患者と家族を苦しめる場合があるということ。第四に実際に病名告知をしなくても患者・家族への指導・介入が可能なが多く、婉曲な指導でも成果があるということ。これを裏付ける理由として「自動車運転の禁止や成年後見制度の利用も、病名告知を告げなくても『患者の状態』を説明することで成功することも多い」という。第五に認知症特有の問題としてADでは時間経過とともに認知機能障害が進行するため、病名告知後に自分のおかれた状態を受容できるまでの時間と認知能力が残されているとは限らず、性急に現実を直視させようとすれば患者の不安や精神症状を増悪させる危険があるということ。第六に法律的には患者の自己決定権を保障するために医師には説明義務があるが、「告知は『病名告知』とは限らず」、「ICについての判決でも、当該治療行為を採用する理由、治療内容、その危険性、等」について説明すればよいとされており、病名を必ずしも告げなければいけないとは言っていない」ということ。第七に患者の「知りたくない権利」の尊重、である。これらの慎重とする理由から「現状では『告知しない』ほうが患者・家族のQOLや患者—家族—治療者関係を良好に保てる可能性があることも選択肢に加える必要」があり「患者と家族を継続してサポートし続ける姿勢が不可欠」とであると指摘している。

長濱ら説はAD病に限定して病名告知について述べている。患者本人へは慎重な立場をとっているとしているが、概ね患者本人への病名告知には否定的立場をとっていると見てよいであろう。上述した7つの理由に

ついて、初期 AD 患者に伴う精神的衝撃については、平井説同様、患者本人への病名告知をしない条件である。しがしながら、この点について、長濱ら（2004：151）は「文献上は AD の告知と患者の精神的負担の関連について実証した報告はないとされている」ということを指摘している点で矛盾している。第二の家族が患者本人への告知を望まないということが「告知しない」条件となっている。この条件を正当化するものとして、上述した理由の他に次の理由にも挙げられている。すなわち「痴呆を介護する家族の、精神的・肉体的・時間的・経済的負担がいかに重大か」を日々の臨床場面から実感するという、また無理に現実認識させることによって更なる精神的衝撃を煽ることは痴呆介護の基本的態度に即していないということである。

したがって、長濱らは法的には医師には説明義務があるということは認めつつも、必ずしも病名告知をしなくても IC が成立すると考えている。その理由としては、病名告知をしなくとも婉曲な説明の仕方によって指導、介入が可能なためである。しかしながら、家族が望まないから患者本人への告知をしない、あるいは婉曲な説明の仕方によって指導・介入が可能であるといったことが果たして IC の法理として病名告知をしない条件になるのであろうか。また長濱らは、必ずしも病名告知をしなくても IC が成立するという見解から、IC に病名告知を位置づけていないと考えられる。このように IC に病名告知を位置づけるか否かによっても、病名告知に対する立場が異なってくると思われる。

#### ④小阪（2005）

小阪（2005：484）は認知症病名告知に関して慎重論をとる立場である。その理由は、認知症の進行に伴い本人は病名告知をされても理解することができず、意味がないということである。また、初期 AD や MCI であるから

といて、医師の説明義務や患者の知る権利・自己決定権を持ち出しても、実際の診療場面では、医師－患者関係ができていないうちに、また診断が確定できていないうちに告知をしても精神的に悪影響を与えるため、告知することに躊躇するということである。その一方で小阪（2005：487）は「医師により積極的に病名告知をする場合と告知に慎重である場合がある。前者では、医師の説明義務・患者の『知る権利』『選択の権利』などを根拠にしていることが多く、その主張はもっともであり、否定し得ないものである」と述べている。けれども「積極的賛成論はある意味では理想論であり、告知を受け入れるような社会体制ができ、告知の仕方や告知後のサポート体制が充分整った時には適用するべきであろう」と指摘している。

小阪説も長濱ら説と同様に慎重な立場をとるとしながらも、患者本人への病名告知をすることに對しては否定的立場をとっていると言ってよく、家族への病名告知に関しても他説と同様の理由、すなわち将来の介護等の説明を行う必要性から家族に告知する立場である。小阪説の患者本人へ病名告知をしない条件は、進行性、理解力がなくなる、医師・患者関係ができていない、診断が不確定、精神的衝撃を伴うということである。したがって、告知は「告知を受け入れられるような社会体制ができ、告知の仕方や告知後のサポート体制が充分整ったときに適用すべきである」ということになる。そして医師の説明義務・患者の権利を根拠に患者本人に告知をするべきであるというのは理想論にすぎないと指摘している。

しかしながら、このような考え方は順序としては逆である。なぜならば小阪説では告知を受け入れられるような社会体制、告知の仕方、告知後のサポート体制が充分整ったときに患者の知る権利、選択の権利などを根拠とした医師の説明義務を適用すべきとしている

が、医師の説明義務・患者の権利が法的に成立しなければ、そのような条件整備の義務が生じないと考えられる。だからこそ、認知症病名告知において、医師の説明義務法的に成立させることが必要であり、そのことによって、小阪説の言うような、患者が社会からサポートを受けながら権利を保障されていくと言えよう。

#### ⑤松田 (2005)

松田 (2005: 1084-1086) は臨床的診断がついた時点で、患者本人への病名告知ができないか否かを常に考えるべきであり、ほとんどの認知症に根治的治療法はいまだにないが、根治的治療がない進行性疾患であること自体は告知しない理由になりえないと指摘している。根治的治療がないのは他の多くの慢性疾患でも同様であり、この場合の究極的な目的は患者の QOL を向上させることであると思われる、このことが告知の根拠の一点であることは強調されてしかるべきであるという。その一方で、告知することが患者の QOL にとって無益であり、今後の診療に際して支障になり、患者の不利益になると感じられた時に告知をしないという発想はパターンリズムであるという批判は理解できるが、患者に病名を理解させるよりも、家族や介護者に病気の性質、認知症患者の病態、さらに陥りやすい心理を理解することのほうが重要であると述べている。

松田説は改めて他説のように家族に対する病名告知に対する立場は述べていないが、上述の見解からも家族に対しては病名告知をする立場をとっているといえよう。一方、患者本人への病名告知は QOL 向上を根拠とするならば、告知をする必要があると述べてはいる。しかし、このように説明するのであれば認知症患者の QOL とは何か、受診前よりも患者あるいは家族の QOL が向上するとはどういったことなのかということを議論しな

れば、QOL が病名告知をする根拠とはなり得ないであろう。但し、松田説が上述した他説と異なる点は、根治的治療がない、進行性疾患であるということが、病名告知をしない理由にはなり得ないと指摘していることである。この指摘は、小阪説と相違する点であり、治療法や進行度の問題、またこの2つ（治療法や進行度の問題）が病名告知をする・しない（を左右する）条件になり得ると言えよう。

#### ⑥今井 (2004a、2004b、2005、2006)

今井 (2004b: 107) は「IC (説明と同意) は、患者自身の病気に対する“知る権利”とその治療法を自身で“決定する権利”を満たすために、医師が患者に行われなければならない医療行為の一つである」としている。また IC の際には「その認知機能の障害に伴う理解力や判断力の障害のために、患者本人の意思決定が問題となる」という。しかし、「IC は病名告知を意味することから、その実施に際しては AD 型痴呆をはじめとする痴呆疾患の病名告知が避けられない」と述べている。

今井 (2004b: 109-110) は AD 型痴呆などの痴呆患者に病名告知を行う意義を二点挙げている。第一に初期に患者が家族とともに人生の終末のあり方や医療について話し合える。第二に成年後見制度を有効に活用できるならば、認知機能が著しく低下をきたした後でも患者の自律性が法的に尊重されるということである。また AD 型痴呆の疑診の段階から疑診であることも含めて病態、経過、治療法ならびに介護支援に関して十分な説明を本人ならびに家族に行くと同時に、治療者は患者への告知に対する家族の不安を解消するために、予測される事態に対する受け入れ体制を整える必要があると述べている。今井 (2004a: 139) は民法 645 条に謳われている「医師の診断結果等に関する説明義務」を挙げ「『医師は、少なくとも本人の請求があるときは、その時期に説明・報告をすることが相当でな

い特段の事情のないかぎり、本人に対し、診断の結果、治療の方法、その結果等について説明・報告をしなければならない』とされ」ていることを指摘し、「ここでいう『説明・報告をすることが相当でない特段の事情』とは、意識障害や重度の痴呆の場合」であると解釈している(今井 2004a : 140 ; 2005 ; 2006)。このことから今井 (2004 : 144 ; 2005 ; 2006) は「医師は、いかなる患者にも診療情報を提供する民法で定められた義務がある。それが履行できない状況とは、患者の意識障害や客観的にみて患者本人の事理弁別の能力にまったく欠けた状態であり、また本人が自分の意思で告知を拒否したときであるが、そのときでも医療行為に際しては法定代理人や親族への IC は欠かせない」という。また「AD の初期あるいは中期においても患者本人の判断力や意思がまったく障害されるわけではない。医師が短絡的に AD だから患者は理解ができないと判断することや、あるいは告知することで精神的な負担が生じる、といった根拠のないその場の判断で告知が行われなかったら、それは明らかに説明義務の不履行になる」と説明している。

今井説は AD 病を中心に病名告知について論じてはいるが、根本は認知症全体の病名告知に対する考え方として捉えてよいと思われる。すなわち IC は患者の知る権利・決定する権利を満すために医師が行わなければならない医療行為であり、病名告知もその医療行為の一つということである。この態度を本研究においても取っていく。今井説は、長濱ら説とは異なり、IC に病名告知を含め、医療行為として位置づけているのである。また民法 645 条を根拠に患者に診療情報を提供することの義務を指摘している。

ここで整理しておくが、今井説では患者本人へ病名告知をする条件としては民法を根拠とし、また AD の病初期が想定されて論じられている。一方、重度の痴呆患者に対して病

名告知をしなくてもよいとする根拠も、民法に照らしている点は、他説と異なる条件づけである。そしてそのような法文の解釈の結果、今井は法定代理人や親族への病名告知が欠かせないとしている。AD に限定されているが、理解力がないあるいは精神的負担が生じるといったその場の根拠のない判断、診断の不確実性が患者本人に病名告知をしない理由にはならないと指摘しており、この点も他説とは異なる。このように他説とは異なって、民法上から、病名告知をする・しないを根拠付けることができるという見解は重要である。

#### ⑦新井 (2005)

新井 (2005 : 167) は病名告知について、医療行為の法的性質、特に契約という点から説明している。患者本人が告知を望むかどうかの議論はあるが、告知をしないということは、医療契約上では許されないと考えるのが妥当であり、医師には報告義務 (告知義務) があり、IC を行うことで医師はこの報告義務をはじめきちんと果たしたことになる。そして患者がその内容を正しく理解して本人が自分の意思で了解することが、すなわち同意することになる。医療契約においては、以上の経過は必ず経なければならない、それが IC の法的な説明であり、医療侵襲行為が刑法で規定される傷害罪等の違法性を阻却する根拠であるという。

これらの内容を踏まえ新井 (2005 : 170) は認知症患者と告知の関係について、認知症患者は告知されても理解する能力がないということから、一般的に医師は家族に同意を求めることが多く、告知も家族にするケースが多い。しかし家族は本人ではない。医療行為の報告義務は、一身専属的のといって、ある人にもみ専属であるということが法律でいわれているのであり、本人自身に対して存在し、それを逆にいえば他人に報告してはいけないということになる。したがって本人の代わりに



本人の配偶者や子どもに告知すればよいということは法的には言えないのであるという。この点は非常に重要な点で、医療現場において医師はさきに述べたように「家族に告知すればそれでよし」とする傾向があるようであるが、法的にはそうではないということを銘記してほしいと述べている。

新井説は民法を根拠に患者本人への病名告知を義務として、患者本人に理解力がないということから義務が果たされないことは違法であるとしている。また病名告知を医療行為の報告義務として位置づけ、その報告内容は患者の一身専属的なものであるから、先述した理解力がないという理由から患者本人ではなく家族等に告知することでよしとすることも法的には言えないと指摘している。

ここで問題となるのが、今井説では「相当でない特段の事情」があった場合は、法定代理人あるいは親族への病名告知が欠かせないとしている一方で、新井説では病名そのものが一身専属的なものである捉えることから、家族等に対して病名告知を行うことが法的には支持されないという点である。今井説は「相当でない特段の事情」の場合は理解できないため、代理人を必要とするとし、他方、新井説はあくまでも病名は一身専属的なものであるため、代理人が告知を受けることは法的に支持されないと指摘しているのである。

このように病名の所有者、患者の理解力の捉え方の違いによって、病名告知における代理人の位置づけをどのように取り扱うのかという問題が発生するのである。

#### ⑧斎藤（1994、2005）

斎藤（1994：1005）はAD患者の自律が損なわれないうちに診断し、それを告知することには診断の確実性の問題、精神的衝撃という抵抗があるとしている。また斎藤（2005：748）は診療契約の際、ICを可能とする要素に意思能力を挙げ、その基準として Appell-

baumによる基準を紹介、臨床上の留意点を指摘をしている。すなわち、操作的基準として法的な意思能力を0か1で判断することは、0であれば免責されるが法律行為を行う権限を失い、1であれば権限を保証されるがその結果については全責任を負うことになる。これに対し、臨床医療の場面における医療同意能力は、0から1までの間断のないグラデーションであって、ときによって変動し、同意すべき医療行為の性質によっても変動するものであるため、法的な意思能力の有無というのは実際の臨床場面では必ずしも円滑に機能するものではないということである。さらに斎藤（2005：748）は認知症の告知は障害された認知機能を前提としてなされるが、告知なくしては診療は進まず、「認知症診療において、正しい病名を告知すること以上に重要なことは、今、何が起きているかを患者に理解できるよう、繰り返し説明することである」という。

しかしながら、「認知症の進行によって、患者の同意に基づく治療の遂行が不可能になる」ということから、法的代理権を持った成年後見人等は医療同意の代諾権は持ち得ないのか、また日常診療における家族等への同意を求めることは問題ではないのか、という問題を提起している。そして「医療行為の事前的正当化を可能にする法的枠組みが必要である」と指摘している。

斎藤説は従来の告知には診断の確実性の問題（ADの場合）や精神的衝撃があるという見解に対して、患者本人に病名告知をしない条件とはならないとしている点で、今井説と同様であり、さらにそのような条件は医師の力量によって如何様にもなり、告知をしなければ診療は進まないことを指摘している。この斎藤説の指摘から見れば、診断精度の問題や精神的衝撃を伴うからという理由によって、病名告知を行わない方向にあった議論は医療者側の論理であったということが言えよ

う。一方で、斎藤説はいくつかの問題提起をしている。すなわち、新井説にもあったように、まず、検査結果等の医療情報は本人に属するものであり、家族に対してといえども本人の了解なしに開示されてならないのではないかという問題である。そしてICを可能とする要素に意思能力を挙げ、その基準としてAppellbaumによる基準を紹介していたが、認知症の診療において法的な意思能力の有無を問うことは重要なことではあるが、臨床医療現場でその有無を基準とすることはふさわしくないと考えている。

しかし、法的な意思能力を0か1で判断するものである、という捉え方について、筆者は異なる見解を示す。というのは、民法の一部改正することで始まった成年後見制度は、認知症患者の能力の程度によって段階的に能力が区分されているからである。このことは法的能力が0か1ということを示すものではないという根拠のひとつになると考えられる。

ここでの0か1というのは、意思能力が「ある」「ない」の二分法であり、段階的に能力が区分されているということは、斎藤説が指摘しているように、その医療行為の性質によって必要とされる能力の程度を意味していると言える。法的意思能力を0か1で捉えることについては異論を唱えるが、斎藤説の指摘に続くと、次には「医療行為の性質によって必要とされる能力の程度」とは何かということになる。つまり、そもそも病名告知における患者の意思能力とは何かということが、明確ではないために、それは法律行為としての意思能力である「自己の行為の意味や結果を弁識できる程度の精神的能力。判断能力ともいう」(中川ら(編)1990:27)意味において「ある」「なし」で捉えるのか、あるいは認知症患者を「いずれの能力の有無の境界的な『グレーゾーン』に属する人たち」(熊倉1994:52-53)として、その能力が時間の経過に応じて変化

する「連続量」(熊倉1994:53;山崎2007:067)と捉えるのかである。このように患者の能力を二分法、または連続量として捉えるのかという議論に影響されるのが、法律を根拠とした場合の病名告知をするかしないかの問題であると言えよう。

しかしこのような能力論によって患者本人への病名告知に関する議論を行うには限界があると思われる。というのは、これらの議論は、そもそも能力をどのように定義するのか、二分・連続量のどちらかのみで捉えられるのか、どちらかに捉えられたとして、それをどのように測るのかというように、能力それ自体の問題となり、最終的にはそのような議論が抜け落ちて、認知症患者には意思能力がないため、病名告知を行わないということに集約されてしまうと思われる。この根底にある問題は、認知症患者への病名告知が民法を根拠とした医療契約の関係で捉えきれるのか(“契約”では意思能力があることを前提にされている)ということと関連してくる。

そのため、この点を本研究では“契約説”とする。またこれも後に見るように、病名告知をしない正当化理由として能力論を根拠とした無意味説、および能力論の延長とでもいえる契約説の二つに分かれる。

#### ⑨宮永(編2006)

宮永(編2006)は、専門外来を受診するには本人への告知が前提となっており、検査結果が出された時点で、家族と患者本人の前で、検査の結果・初期診断を話しているという。かつての診療の場においてあったように、病気について隠すことは本人やそのご家族にとってあまりメリットはなく、むしろ告知することで、本人もご家族も協力して病気に立ち向かっていけると述べている。また認知症だからといって患者の心のすべてが失われているわけではないと指摘している。

宮永説は患者本人・家族に対して病名告知

をする必要があるという立場である。認知症であるからといって患者の心のすべてが失われているわけではないというのは非常に抽象的な表現だが、あえてこの部分を具体化するならば認知症患者の場合でも理解力は保たれているということとも捉えることができよう。

#### ⑩宇野 (1999; 2005)

宇野 (1999: 213) は AD は治療法も予防法も現在のところ無いに等しいため、病名告知に対して苦痛を感じるという。また痴呆性疾患といっても、その初期における理解力・判断力のまだ保たれている段階と疾患が進行し、知的能力があるレベル以下に低下した段階では、IC との関わり方が異なると説明している。しかし宇野 (2005: 75) によれば、実際は患者本人に告知するかどうかは家族と話し合い、そして時には病名も曖昧にする場合もあるという。そして「必要なことは、告知は単に病名を知らせることではなく、その後、患者・家族をどのようにサポートしてゆくかの方針をもつことである」と指摘している。また痴呆患者の医療において患者がまだ能力を有する間に家族ないしそれに変わる代理者を立てる必要性を指摘している (宇野 1999: 212)。

宇野説は平井説のように AD と VD というように原因疾患によって病名告知する意味の違いを指摘している。平井説と異なる点は VD の場合、早期においては服薬と生活スタイルの指導が可能であるため患者本人に病名告知することに躊躇しないということである。AD に関しては、その疾患の特徴を説明したのみで、「同意能力」の問題を提起し、患者がまだ能力を有する間に家族ないしそれに代わる代理者を立てる必要性を指摘している。この代理者の問題については、先の新井説、斎藤説と同様である。しかし、患者本人への告知は家族と相談してから行う、もしくは

は曖昧な病名を告げるということであり、さらに病名を単に知らせることよりも、その後の患者・家族をどのようにサポートしてゆくかの方針を持つことが必要であるというように、最終的結論が長濱ら説と類似している。

#### ⑪朝田 (2004)

朝田 (2004: 158) は AD 病の告知に限定し、その問題点と必要性を述べている。AD では治療の選択幅も効果のほども十分ではなく、最も確立している薬剤であっても根治は不可能であり、進行を抑制する程度であり、薬物・非薬物のいずれであっても中核症状である認知機能を維持・改善し続ける効果は期待し難いという。次に痴呆 (特に軽度) の診断精度の問題を挙げている。AD の場合、従来の報告では専門医の臨床診断は、病理学所見に照合して 90% 程度の正診率を有するとされている。しかしそれは DSM-IV や ICD-10 などの操作的診断法によって診断されるほど進行した例についての話しである。それに対しても忘れ外来に来られるレベルの早期あるいは前駆期での診断精度は未知数である。AD の臨床経過は様々に異なるため、認知機能と身体能力低下の速度を予測すること、精神症状・行動異常の有無と経過を個々に予知することはきわめて難しいと述べている。そして第三の問題として患者の理解、判断力を挙げている。進んだ痴呆に対する告知は本人が真に理解できないであろうと思われるが、実際には本人に衝撃を与え、少なからぬ不安や不穏を惹起する場合もあるという。また告知の必要性として生活指導や社会サービスの利用という点から述べている。けれども朝田 (2004: 159) は実際のところ積極的に告知を行っているわけではなく、軽度の痴呆状態の場合は、本人・家族が告知を希望していると判断した場合に限るという。

朝田説の見解において重要な点は、進行したら病名を言われても理解できないだろう。

そのため病名告知を本人には行わないのであるという見解があるのに対し、進行した患者に対して病名告知を行うと結果的には衝撃や不安を惹起させてしまうのだが、何らかの反応を示すということを指摘している点である。そのため一律に理解力がなくなるという理由を持ち出し、それを患者に告知しない条件とするというわけにはならないと言える。

#### ⑫山口 (2006)

山口 (2006 : 690-691) によれば医療行為は原則として患者本人との契約によってなされ、その場合 IC が必須となる。その前提として、医師に病名告知を含めた診療説明義務があり、認知症患者への診療行為においても、原則として病気に関して十分に説明し、本人から同意を得なければならないと指摘している。そのため、意思能力低下時の IC 取得のあり方と法整備の検討、特に臨床場面における病名告知の基準や方法の標準化の検討が必要であり、同時にいつのタイミングで、誰から誰に、どのように話すかなど、患者の状況に合わせた個別化の検討、および家族、メディカルスタッフを含めた告知から告知後のサポートシステムの構築に取り組んでいく必要があると考えられると説明している。

そして AD など認知症患者への病名告知に関する問題点を 5 点挙げている。第一に判断能力低下に伴う、法的な意思能力（自分の行為の性質を判断できる認知機能：契約や遺言などの法的効果）が低下することである。第二に診断精度についてである。第三に AD は根治的治療法がなく、進行性に悪化し、予後に関してがん以上に治癒が見込めないことである。そのため病名告知が患者本人や一部の家族に強い衝撃を与える恐れがある。さらに理解力・判断能力が低下しているという認知症特有の症状が、不安や混乱などの惹起を助長する可能性があるということ。第四には、

これまでの病名告知に関する研究報告において、患者本人の意向と家族の意向に隔たりがあること。第五には精神的衝撃といった患者の反応が AD 病期や重症度によって異なるという点で、画一的な対応ではなく、各患者に合わせた個別の対応が必要となることである。

山口説は患者本人への病名告知は診療説明義務であるとした上で、AD など認知症患者への病名告知の問題点を 5 点挙げていた。この 5 点は告知する・しないことを左右する条件であり、従来の認知症病名告知の是非論の中で取り上げられていることを集約しているため詳細に検討していくことにする。

第一点目は判断能力低下に伴う、法的な意思能力が低下することである。このことから「通常では、家族などしかるべき代諾者にも説明を行い、その上で同意取得に努めることになる」（山口 2006 : 690）という。このように代諾者の必要性については新井説、宇野説、斎藤説と同様である。なぜ患者の法的な意思能力の低下が問題となるのか。それは新井説が医療行為を医療契約と捉えているように、医療契約が民法 643・656 条によって導き出される（準）委任契約であるからである。民法 656 条における「準委任契約」の性質をもつ「医療契約」とは「疾病の診断・治療を患者が委託し、医師・医療施設がこれを受諾することによって成立し、それにより医師・医療施設は（中略）完治に向けて最善の医療を施すという手段に対して法的責任を負う」ことである。そしてその準委任契約により「医療者は患者に対して治療内容等に関する説明義務を負う（民法 645 条）」（近藤ら（編）2002 : 57）のである。代理人の必要性は法律行為には意思能力が必要となり、意思能力のない者の法律行為は無効となる。そこで無能力者であれば法定代理人が代わってこれを行うことになる（竹内ら（編）1989 : 24）からである。この点を⑧斎藤説の検討において「契約説」

とした。

けれども山口説による意思能力とは「自己の行為の性質を判断できる認知機能」（新井 2004：114）をいう。この意思能力について新井（2004：114）は「この用語はわが国の民法の条文上には存在しないが、意思能力を欠く者の行った法律行為が無効であることはについては異論はない」と述べている。しかしながら、この概念は「画一的な概念ではなく、法律行為の内容に応じて決定される相対的な概念」であるという。すなわち「痴呆の患者であっても、すべての法律行為について意思能力を欠くわけではなく、簡単な内容の法律行為であれば意思能力を有していることもありうる」ということである。またこのことは上述した斎藤説が Appellbum による意思能力、特に臨床医療場面におけるその性質について問うているように「認知症病名告知」における「意思能力」に関する解釈は一樣ではないのである。それにも関わらず「意思能力」というキーワードを用いて患者側に困った形で「認知症病名告知」が慎重にならざるを得ないあるいは困難であるという状況が作り出されていると考えられる。

第二点目は診断精度についてであり、小阪説では病名告知しない条件として、斎藤説、朝田説では問題点として挙げられていた。診断精度が問題となるのは、朝田（2004：158）が指摘しているように症状の進行程度による臨床診断の精度が問題となるのであろう。中安（2007：39）によれば精神科臨床診断は二段階の診断過程からなり、第一段階は状態像診断、第二段階は疾患診断である。この第二段階の疾患診断とは最も蓋然性の高いと思われる一つの疾患を選択することであり、臨床場面では「確定診断」（中安 2007：3）と呼ばれているものである。また第一段階の状態像診断は臨床場面では「疑診」（中安 2007：3）に相当する。中安（2007：2-3）は臨床診断について「臨床診断とは現在におけるもっとも

蓋然性の高い判断であるということにすぎず、あらたな情報（治療に対する反応も含めて）の入手によっては未来における変更の可能性を残したものであり、「仮説設定」であると説明している。そしてそこにおける臨床診断名は「多数例から得られた事実認定としての疾患概念が最大の準拠枠になる」のである。この中安の臨床診断に対する見解から、「診断精度の不確実性」が患者本人への病名告知をしない条件となるのであろうか。

すなわち、症状の進行程度に伴う診断精度、特に臨床診断に関して「疑診」の段階であっても治療への反応を含めて、最大の準拠枠となる疾患概念を用いて臨床診断名をつけなければならないのである。なぜならば臨床診断は「仮説設定」（中安 2007：3）であり、変更可能である。病名が確実でないにしても、今後の方針を指示する以上、どのような病気を疑っているのかを説明する必要がある（繁田 2006：156）、また「現代医療の不確実性」（水野 1994：39）がある以上、診断精度が不確実であることで、仮の診断名すらもつけることもできないという理由それ自体が、患者本人に病名告知を行わない条件とはならず、このことは斎藤説が指摘したように、医療者側の姿勢あるいは技術の問題であると言えよう。

第三点目の問題にはいくつかの条件が混在している。すなわち、根治的治療法がないということ、進行性であるということ、精神的衝撃を与える恐れ、患者本人のさらなる不安や恐怖の惹起を助長する可能性である。根治的治療法がない、進行性であるという点については、松田説によってそのことが患者本人に病名告知をしない条件とはなりえないということが指摘されている。次に精神的衝撃を与える恐れについても長濱ら説の中で矛盾した見解があったが、それに関する実証報告はないとされている。そして更なる患者の精神的衝撃の惹起については、この点については、長濱ら説が懸念していたことであり、

痴呆介護の基本的態度からも症状を悪化させるような無理な現実認識をさせる必要はないということであった。しかしながら、このことも無理な現実的認識をさせない受容的な対応が更なる精神的衝撃を与えないという根拠はない。

第四点目の問題は認知症病名告知の調査結果をみるとわかるように（本報告では割愛）確かに、病名告知を望む、望まない、の意向が異なることがわかる。しかしながらこのような患者本人・家族に対する調査に対して、伊東ら（2004：66）は意識調査の落とし穴として「告知を望む人がどれだけいる、望まない人はどれだけいるというデータをいくら集めたところで、真実告知がなされるべきかどうかの一般論な答えを導くことはできない」と述べ、それは「人々が何かを望んでいるという経験的な事実のみに基づいて、それは望ましいものかどうか、それは望まれるに値するといった価値判断を下すことは正しくないという自然主義的誤謬」であると指摘している。

そして最後の問題は、長濱ら説、小阪説、宇野説が述べていたサポート体制の十分な整備とも関係してくると思われるが、病名告知に伴う精神的衝撃があるとすれば、それによって起こる反応が異なるということは、あたりまえのことと言え、またその精神的衝撃に対する個別的対応を行うことも当然のことである。ここに、痴呆介護の基本的態度を用いて支援することが必要であると思われる。そのため病名告知への反応、その後の対応の仕方の問題が病名告知の是非を論ずる際の問題となったとしても、そのことを理由に患者本人に告知しないということにはならないと言えよう。

#### ⑬浅野（2006）

浅野（2006：88）は認知症の人に対して、説明と同意を得るか否かという議論をする段階は過ぎており、今や、どのように説明し、

どのような方法を用いるのかということこそ課題となっているという。

浅野説は長濱ら説、小阪説、宇野説と同様であり、患者本人、家族に病名告知をする・しないの議論をする段階は過ぎており、方法論が課題となっていることを指摘する立場をとっていた。浅野説のように病名告知を積極的に行っていくための対策として課題を挙げることは重要であると思われる。

#### ⑭繁田（2006）

繁田（2006：147）はAD患者に対して病名告知を行う意義を二点挙げている。第一に自分自身の病気について「知る権利（知らない権利）」である。第二に今後の人生をどのように生きるのか、また自分自身にかかわるさまざまな判断を誰に委ねるのか、そうした点を「決定する権利」である。このような意義を踏まえ、患者の状態を考慮し、また家族の了解が得られるならば本人に告知すべきであり、家族に対しては今後長期間にわたって援助をしていくのは家族であるということからも、告知する意義はあるという。

繁田説は患者本人の「知る権利（知らない権利）」「決定する権利」の観点から患者本人に告知すべきであるとしていたが、それを保障するための医師の説明義務については指摘されていない。また長期的援助を行うのは家族であるという観点から、家族に対しても告知する必要があるとしていたが、それが法文上の解釈からの指摘なのかは定かではないが、患者・家族両者に告知する必要性があるという立場をとっている。

#### ⑮志村（2007）

志村（2007：186-187）はAD病の告知について、日本の場合、家族は本人がショックを受けるという理由から患者本人への告知を望んでいない傾向があるということを示した上で、医療に携わる者としては、本人に告知

すべきであるという立場をとっている。その理由としては、告知しない場合に患者の通院拒否、検査拒否という状況が予想されるからである。また、家族に対してはもちろんのこと、親戚、職場の同僚、近所の方に対しても、「患者さんの安全を守るネットワークを作る観点」から伝えるべきであるという。

志村説も繁田説同様に患者・家族ともに治療への参加あるいは患者の安全を守るためということから両者に告知する必要があるという見解を示していた。

①～⑮の見解から、認知症病名告知をめぐる見解を整理してみれば、図1に示す分類が可能である。図1は「認知症病名告知」に関する諸研究の「評価」「立場」を分類したもので、第一象限から第四象限からなる。「立場」とは実際に患者あるいは家族に病名告知を「する」のか「しない」のかということである。「評価」とは、後述する様々な条件間の関係を考慮した上で患者あるいは家族に「病名告知をする」ことに対する「肯定」「否定」の評価である。「問題・課題提起」とは、患者あるいは家族に病名告知をする・しない場合における問題点を挙げ、さらに今後、議論を展開していく上で必要となる課題を提起している立場である。

第一象限である病名告知に対して「肯定」的评价を示し、実際に病名告知を「する」という立場の中には「患者本人」「家族」あるいは「両方」にしていることがわかる。第二象限である「否定」的评价を示しながらも、実際に「する」といった立場は当然のことながら見られなかった。第三象限である「否定」的评价を示し、病名告知を「しない」という立場の中には、第一象限と対称的行動をとる立場が見られた。つまり、第一象限で「家族」に病名告知を「する」といったものは、第三象限で示されている通り「患者本人」にしない（「しない」軸にある②の行動も含め）とい

うことである。⑦の立場である「家族」に「しない」というのも同様である。第四象限である「肯定」的评价を示しながらも、病名告知を「しない」という立場はいなかった。

「肯定」の軸にある⑩は「患者」「家族」の希望があればという見解に留まっていたので、⑭は本人には「知る権利」「決定する権利」があるから、家族については、長期的援助を行うのは家族だからと理由で、両者に告知をする必要があるという見解であったが、実際の立場については言及されていなかったもので、軸上に置いた。⑫は行動に対する見解が明確ではなかったので、軸上に置いた。但し、⑤⑫は病名告知に関する問題提起をしている。⑧は第一象限の評価・立場を示す一方で、問題提起をし、⑩はVDに対して第一象限の評価・立場を示し、ADに関しては⑧同様である。⑬は評価・立場を示すというのではなく、課題提起を行っていた。

このように、概して認知症病名告知の諸研究者の立場を改めて分類すると第一象限である「肯定」「する」という評価・立場と第三象限である「否定」「しない」という評価・立場、そして「問題・課題提起」となる。

次に、①～⑮の見解から論点を整理してみれば、AD・VDでは病名告知する条件がことになってくる可能性があるのではないかと、医師に対して法律的な説明義務を認めながらも、家族が望まないこと、法的意思能力の低下という点から本人に告知をしないとすればその根拠はどのようなものか。認知症患者において法的意思能力を捉える場合、それは果たして0か1というような二分法なのか、あるいは連続量となるのだろうか、という論点が浮かび上がる。類似した論点として民法によって医師の説明義務を根拠づけ、患者本人に病名告知をしなければならぬとする一方で、やはり能力あるいは重症度との照合によって、本人への病名告知が左右されるのはなぜか。さらに、告知を受け入れるような社会体

制、告知の仕方、告知後のサポート体制が充分整備されたときに医師の説明義務を適用すべきとあるが、それは順序としては逆であり、そのような説明義務が法的に成立しなければ、そのような条件整備の義務は生じないのではないかという論点も指摘できる。そして最後に、これらの論点と関連して本人に告知しない場合の「代理」問題は病名告知においてどのように位置づけられるのかという論点も指摘できる。

これらの論点を更に整理するために、病名告知を能力論で捉えた場合、二つの観点から検討する必要がある。一つは上述してきた“契約説”であり、もう一つは後述する“無意味説”である。

まず認知症病名告知を“契約説”から捉えるには限界があると思われる。そのため、それを理由に病名告知の是非論を展開したとしても同じ議論が繰り返されるだけである。つまり「意思能力とはなにか」に始まり、「本人に病名告知をしない」、または「ケースバイケースに病名告知をしましょう」ということになる。さらに“契約説”で捉えることに限界があるとしても、初期の患者は理解力が保たれているから病名告知を本人にする意味があるけれども、重症になると理解力が保たれていないから本人に病名告知しても意味がない、理解できないのだからという“無意味説”（理由付けは“契約説”とほぼ同じ）によって、「本人に病名告知しなくてもよい」または「個別的対応」でよいということになってしまうのである。

また告知を受け入れられるような社会体制、告知の仕方、告知後のサポート体制が充分整備されたときに本人に病名告知をする必要があるという“社会資源必要説”や病名告知において代理問題が発生する。但し“社会資源必要説”や代理問題が発生するのは、概して患者が“よりよい生活を送ること”を保障するためであると思われる。けれども“契

約説”“無意味説”“社会資源必要説”があることで、逆に認知症患者本人が確実に病名を知る状況にないと言えよう。

これらのことから、少なくとも認知症患者が病名を知る状況を作り出すためにも、医師の説明義務として病名告知義務の原則が法的に成立していなければならぬのではないかという論点がだされる。つまり、患者本人に対する病名告知の原則を確立してはじめて、これらの問題への回答や行動の義務が生じると考えられる。

## (2) 認知症（痴呆）の認識と病名告知

ここでは「痴呆」高齢者を取り巻くイメージを概観することで、「痴呆」の社会的認識・位置づけを検討し、「認知症（痴呆）」が病名告知に与える影響について述べる。新村(2000 a：2-15、2000 b：387-390、2002)、今村(2004)、小澤(2005)に依拠しながら認知症（痴呆）をめぐる社会的認識について概観すると次のようにまとめることができる。すなわち、新村(2000 ab；2002)によれば、「痴呆」は歴史的に「廃人」、「白癡の人」、「狂生」、「老耄」と表現され、老いに付随して生じるものとして、厄介なもの、鬼業を働くもの、時には神の属性を分有するとも考えられていた。しかしながら、不治の病として、さらに不安、恐れのお気持ちを強く煽る病として認識されてきことがわかる。このような認識は認知症（痴呆）の病態と同時に、病名がもつ疾患の実態を超えたさまざまなイメージを喚起する力（今村2004：133）によってもたらされていたと考えられる。このことを顕著に示す出来事として、2004年6月以降、厚生労働省によって進められてきた「『痴呆』に替わる用語に関する検討会」において（厚生労働2005：48）2004年12月、「痴呆」という用語が「認知症」に変更されることが正式決定した（小澤2005：6）ことが挙げられる。小澤(2005)は病名告知の是非よりは、「認知症をかかえて



も生き生きと暮らせる道は必ずある」という確信を社会が共有することのほうが重要であると指摘しているが、今村（2004）が「疾患の実態を超えたイメージにどう対応するか」という問題意識なしに、アルツハイマー病の告知を論ずることはできない」と述べているように、「痴呆」という用語の問題点として挙げられている「侮蔑感を感じさせる表現であること」というように、表象によって喚起される力が、「早期発見・早期診断等の取り組みの支障になる」、すなわち、病名自体が病名告知に影響を与えていたということも言えよう。

このような「痴呆」「認知症」の字義を巡る病名告知への影響は、後述する「社会的」要因と言えよう。

#### 4. 「認知症病名告知に伴う行動条件」

上述してきた先行研究レビューより「認知症病名告知に伴う行動条件」として「個人的」「医学的・医療的」「法的」「社会的」要因「その他」の5つに分類することができる。その概要を表1に示した。表1の見方は、縦軸を【本人A】【家族B】、横軸を【告知しないC】【告知するD】とした。そのようにすると、例えば【AC】では【本人に告知しない】となり、後述するが、その中にある「①～⑩」の数字が【本人に告知しない】行動条件なる。【BD】では【家族に告知する】となり、「①～⑩」の数字が、【家族に告知する】行動条件となる。

ここで、先行研究レビューより得られた結果を分類した理由とそれぞれの定義を述べる。病名告知に伴う行動条件を5つに分類したのは、他4疾患を含めた5疾患の病名告知を横断的に見る枠組みが必要となるためである（但し、本報告では他4疾患は記載しない）。

次に、それぞれの定義を述べる。「行動条件」とは認知症病名告知がされる（する）、されない（しない）要因のことをいう。「個人的」要因は患者本人あるいは家族に帰属される条件

である。「医学的・医療的」要因は医療技術に関すること、疾患の特性を踏まえた条件である。「法的」要因は社会秩序維持のための規範によって保障あるいは義務付けられている条件である。「社会的」要因とは、「人々の関係の総体がひとつの輪郭をもって現れる場合の、その集団」（『広辞苑』1998）が「社会」であり、その社会において生み出される、そして用いられる条件である。「その他」とはそれらに分類しきれなかったものである。また表1の下欄に○印で書かれていることは、病名告知是非論の時代は過ぎ、治療関係を形成することが先決である、あるいは告知後のサポート体制が整備されてから病名告知をする必要があるというような見解であり、要因というよりは“社会資源必要説”として捉えていくことにする。

ここで「個人的」要因は「医学的・医療的」要因にもなり得るのではないか。同様に「社会的」要因でありながら「法的」要因とも言えるのではないか。「社会的」要因にすべての要因が、その逆で「個人的」要因にすべての要因を含めることができるのではないかということも考えられる。もちろん、それらの関連性は否定できず、当然起り得ることである。けれども、要因内の条件を混在させて「病名告知の行動条件」を論じてしまうことは、それぞれの疾患の病名告知の特徴が浮き彫りにならなくなり、結局のところ“さまざまな条件が関係してくる”という、従来の議論または結論となってしまうと考えられる。そこで、いまいちど、「その他」を含めて5つの要因に分け、条件を分類することで、どの点が強調されて病名告知の是非論が議論されているのかが明確になる点で意味があると考えられる。また、それぞれの要因内にある「①から⑩」の数字は5疾患を相対的比較する上で便宜的につけたものである。これらの共通枠組みを用いることによって、「認知症病名告知」の特徴や議論のあり方、そして課題が明

確になると思われる。

さて、行動条件を分類した結果、本人に告知しない（【AC】）「個人的」要因としては「①病識」が挙げられる。これに関連して「①-1病識がある」ことで「②精神的衝撃」・「自殺」を伴うということが懸念される。そのため「③家族が望まない」ということもある。一方「①-②病識がない」ということから病名告知しても「①-2意味がない」と認識される。このことは「⑥理解力がない」ということも同様である。「医学的・医療的」要因としては「⑦診断精度」がある。「⑦診断精度」は「⑦-1初期」においては「⑦-1診断精度が不確実」ということ、そのような状況で告知することは「②精神的衝撃」にもつながり、さらには「⑤患者・医師の関係性が崩壊する」という。一方で「⑦-2重度」においては「⑦-2診断精度が確実」となるが、その時点では「⑥理解力がない」ということ、あるいは「④将来が見通せない状態」であるということから本人に告知する意味がなくなるのである。その他に「医学的・医療的」要因として挙げられるは、「⑧進行性のため」「⑨根治的治療法がない」「⑩医療体制の不整備」を挙げることができるが、これらは患者本人に病名告知をしない条件にはなり得ないということを上述で検討した。次に「法的」要因としては「病名告知」そのものが「⑪医師の説明義務の範囲外」であるということ、患者の「⑫知りたくない権利」を尊重するべきであるということから「告知しない」条件に含まれる。「その他」としては病名告知しなくても「⑭婉曲な説明によって介入が可能」であるということ、病名告知することで精神的衝撃を与えるのではなく、そもそも認知症介護の基本的態度のひとつである受容的態度で対応する（⑮）というほうがよいということである。

本人に告知する（【AD】）「個人的」要因としては「⑥本人の希望」「④生活指導が可能となる」「④社会サービスを利用するため」「⑥

理解力が保たれている」ということから究極的条件として「⑯QOLのため」が挙げられる。「医学的・医療的」要因は「個人的」要因を満たすためにも「⑤患者・医師の信頼関係の形成のため」が挙げられ、治療薬の開発も含まれる。「法的」要因としては「診断精度」同様に「初期」「重度」ということが民法の適応、不適応を左右する要因（⑩）となっており、不適応になった場合は代理権問題が発生する。そして患者の「⑫知る権利」が挙げられる。

他方、家族に告知しない（【BC】）条件として挙げられるのは唯一「法的」要因に含まれる、医療情報が患者の一身専属的なもの（⑩）という観点のみである。一方、家族に告知する（【BD】）条件である「個人的」要因は介護・経済的問題を考えるためとしての「④将来の見通し」が挙げられる。これは「医学的・医療的」要因である「⑦診断精度の不確実・確実」に関わらず、あるいは「⑨治療法がある」ということよりも、家族に告知する条件として成立する中核的条件と言えよう。

## 5. 認知症病名告知の課題

以上のことを踏まえ「認知症病名告知」に関する議論を含めた特徴は七点である。第一に、病名告知に対する立場を「する」「しない」、対象を「本人」「家族」（「代理人」）と分類することができる。しかし、先行研究からは、直接医師が患者に病名告知を行っている（行った）というものは見られなかった。おそらく、認知症病名告知の場合、医師が家族に病名を知らせるというパターンが多いのであろう。あるいは、本人と家族と一緒に病名告知を受けるという場合も考えられる。そして前者のパターンであれば、その後、家族によって本人に告げられるか、改めて医師から患者に告げられるか、家族内に留まるかのパターンとなるのであろう。よって、病気になった

のは本人であり、患者自身が病名を知ることが当たり前であるというような(一身専属的)理由も挙げることはできるが、未だ直接患者が病名告知をされる対象にはなっていないと言える。

第二に認知症病名告知の議論は主に、ADを中心にされていた。しかし認知症にはADをはじめVD、あるいは治る認知症と呼ばれるものもある。AD病名告知のあり方(問題状況も含め)に傾斜した、あるいはAD病名告知を認知症病名告知の代表のような形で議論することは、ADの疾患の特徴を軸に病名告知の根拠づけがされてしまうため、その根拠づけにも偏りが出ると思われる。

第三に「認知症病名告知に伴う行動条件」の類型分類を行ったが、第二点目の特徴と関連して、ここで分類した本人に告知する／しない「個人的」「医学的・医療的」「法的」要因のほとんどがADの病状期あるいは重症度によって左右されるということである。

では、家族の場合はどうであろうか。家族に対しは、家族に告知する条件にある「④将来的見通し」を考える、つまり小澤(2005)で言うならば「認知症の家族」であるがゆえに介護・経済的困難を抱えていかなければならないという事実がその条件として成立すると考えられる。

次に「社会的」要因に含まれている「③隠喩的影響」によって、本人にあるいは家族に告知しづらかったという状況は、病名変更によって解消されたと言え、「社会的」要因は本人に告知する条件として位置づけられると言える。最後に、「法的」要因は「個人的」「医学的・医療的」要因によって左右されるということを先に述べた。このことは、認知症病名告知では「個人的」「医学的・医療的」要因に重点を置いて本人に告知する／しないという根拠づけがされ、必ずしも「法的」に医師の説明義務としての病名告知義務を規定することが想定されていないと言える。

一方、この要因から本人に告知しない条件をみると、そこには説明義務の範囲外、「②知りたくない権利」が挙げられていた。けれども「知りたくない権利」が告知しない条件になるならば、その時点で患者には「知りたくない」という意思表示をすることができているということになる。ということは、【個人的】要因である病識の有無や理解力の有無というのは、告知しない条件としては成立しなくなると思われる。

第四に、これも第二点目そして三点目の特徴と関連する。つまりAD疾患に傾斜した議論によって、医師に病名告知をしなくてもよい例外を設けることを可能にしていると考えられる。AD疾患の特徴として挙げられる進行性に伴う病識、理解力が失われていくという医学的特徴が告知の例外を認めてしまう可能性があるということである。このことは理解力がないのだから病名を告知しても意味が無いという“無意味説”に相当する。けれども、このような“無意味説”を設けることは患者本人が病名を知る状況を阻害していると言える。

第五にICをどのように認識するかの違いである。つまり、長濱ら説がその例として顕著であるが、そもそも“病名告知”をICの内容として捉えていないということである。病名告知をICの内容として捉えていないため、結局のところ、病名告知しなくても治療はできるといった見解に至るのである。このことは医師の説明義務内容とも関連してくる。けれども、今井説(他説もあるが)が明確に指摘しているように、病名告知も医療行為の一つであり、またICの定義にも病名が含まれていることから、病名告知をICとして捉えるという態度を本研究ではとっている。

第六に、山口(2006)が挙げていた「認知症病名告知」の問題点は本人・家族に告知する／しない条件として左右する問題点である

ことは、山口説を検討する時に指摘した。しかし、それらの問題点は一定の根拠をもって本人・家族に告知しない条件にはなり得ないと言えよう。その根拠を端的に言えば、診断精度の確実性という医療技術の問題は医師側の論理である、精神的衝撃を与えることは当然のことである、根治的治療法がない疾患は他にもある、進行性であるということは他疾患も同様であり、また認知症病名告知の議論ではADに傾斜していることから、その点が強調されるということである。

但し、一点目の問題として挙げられていた判断能力の低下に伴う法律的意思能力に関連することは本研究における認知症病名告知の課題の土台となる。なぜならば「認知症病名告知」における「意思能力」に関する解釈は一樣ではないにも関わらず、「意思能力」というキーワードを用いて患者側に困った形で「認知症病名告知」が慎重にならざるを得ない、あるいは困難である、というような議論が展開されているためである。

認知症病名告知を能力論の観点から捉えた場合二つに分けることができる。一つは、「契約説」であるが、このような議論には限界があるということを指摘した。そしてもう一つが、「無意味説」を病名告知をしない正当化理由にしていることである。しかしながら、患者の様々な権利を保障するために、認知症患者への病名告知が必要とされていながらも、このような能力論から認知症病名告知を捉えることは、認知症患者の持つ課題・困難の一つの源となり得ると言えよう。

第七に病名告知に対する「肯定」「否定」の評価、「する」「しない」といった立場、そして「問題・課題提起」といった議論がある中で、それらから飛躍したような議論が見られる。それは、議論の段階は過ぎ、告知後のサポート体制の整備を含め、どのような方法で説明するかが課題となっているという「社会資源必要説」である。ICの法理を軸とし、認

知症病名告知を捉えた場合、それらの議論によって軸のズレが起きているという特徴がある。この軸のズレを生じさせる要因として「個人的」「医学的」要因が影響を与えていると考えられる。

これらの特徴、つまり病名告知をしない条件が、「個人的」「医学的・医療的」要因から導き出され、議論の最終的な結論として、婉曲な説明の仕方によって指導・介入が可能である、あるいは「積極的賛成論はある意味では理想論であり、告知を受け入れるような社会体制ができ、告知の仕方や告知後のサポート体制が充分整った時には適用するべきであろう」（小阪2005：487）という見解に収斂されてしまっている。しかしながら、既に指摘したように、このような考え方は順序としては逆である。告知を受け入れられるような社会体制、告知の仕方、告知後のサポート体制が充分整ったときに患者の知る権利、選択の権利などを根拠とした医師の説明義務を適用すべきとしているが、法的（正当性をもって：本研究における「法的」要因として）に医師の説明義務・患者の権利が成立しなければ、そのような条件整備の義務が生じないと考えられる。

よって本研究で言うならば「認知症病名告知」は「個人的」「医学的・医療的」要因、あるいは「契約説」「無意味説」「社会資源必要説」といった立場からは、医師に病名告知義務を課すという法的正当性を持ちえるようなICの法理の点から議論が生み出されず、認知症患者本人に病名告知するというを等閑視させていると考えられ、そのことが正に認知症病名告知の課題であると思われる。

## 6. おわりに：認知症病名告知課題に対するICの法理的検討への一視点としての「信託・信認関係」

ICの法理的側面から認知症病名告知の課

題を検討しようとした場合、そもそも認知症病名告知の議論において、ICの法理的側面、すなわち本研究における「医師に病名告知義務を課す」という点から認知症病名告知を捉えているものは少ないと言えよう。その理由としては上述の「契約説」「無意味説」「社会資源必要説」といった立場が医師と認知症患者という関係を捉え難くさせていたとも言えよう。そこで、そのような理由に左右されることなく、「診る医師」「診られる患者」という事実関係が成立している（今井2003）ということから、医師には認知症患者に少なくとも病名告知を遂行する義務があるということをも原則として位置づけていくために、「信託・信認関係」として捉えることが、認知症病名告知の課題へ何らかの解答を与えてくれると指摘しておくにとどめたい。

## 文献

- 新井 誠(2005)：「契約論からみた医療現場の告知」『老年精神医学雑誌』16(増刊III)、167-171。
- 朝田 隆(2004)：「アルツハイマー病の告知」『精神治療学』19(2)、157-161。
- 朝田 隆(2005)：「認知症の存在診断・鑑別診断のポイント」『精神科臨床ニューアプローチ6 老年期精神障害』メジカルビュー社、2-17。
- 浅野弘毅(2006)：「認知症の診断 診断結果 告げられる側と告げられる側」『からだの科学』251、84-87。
- 平井俊策(1996)：「Alzheimer 病/脳血管性痴呆」『脳神経』48(5)、431-435。
- 本間 昭(2007a)：「第2章 認知症の人の現状」『認知症ケア標準テキスト 改訂・認知症ケアの基礎』ワールドプランニング、11-18。
- 本間 昭(2007b)：「第5章 地域で認知症高齢者を支えるために」『認知症ケア標準テキスト 改訂・認知症ケアにおける社会資源』ワールドプランニング、193-213。
- 今井幸充(2004a)：「痴呆症の告知—積極的立場から—」『老年精神医学雑誌』15(増)、139-146。
- 今井幸充(2004b)：「家族を含めたインフォームド・コンセント」『CLINICIAN』529、107-112。
- 今井幸充(2005)：「告知と権利擁護」『臨床看護』31(8)、1166-1170。
- 今井幸充(2006)：「かかりつけ医のための認知症Q&A 認知症告知に関して 告知をする場合の留意点と告知のメリット・デメリット」『CLINICIAN』548、11-14。
- 今井嘉文(2003)：「信認義務と自己責任原則—継続的証券取引を中心として—」『神戸学院法学』33(3)、1-39。
- 今村 徹(2004)：「告知のあとに—隠喩としてのアルツハイマー病を考える—」『老年精神医学雑誌』15、133-138。
- 伊東隆雄・服部健司(2004)：『医療倫理学のABC』メヂカルフレンド。
- 加藤雅信(2007)：『新民法大系Ⅳ 契約法』有斐閣。
- 加藤正明(編)(1993)：『新版精神医学事典』弘文堂、58。
- 加藤伸司(2007)：「第4章 認知症の人の心理学的特徴」『認知症ケア標準テキスト 改訂・認知症ケアの基礎』ワールドプランニング、43-58。
- 近藤 均・酒井明夫・中里 巧ほか(編)(2002)：『生命倫理事典』太陽出版、75-77、216-217。
- 小阪憲司(2005)：「認知症の治療導入期における説明」『精神科臨床サービス』5、484-487。
- 厚生労働省老健局計画課痴呆対策推進室(2005)：「『痴呆』に替わる用語に関する検討会報告書について—『痴呆』という用語は『認知症』に替わります—」『厚生労働』60(2)、48-51。
- 熊倉伸宏(1994)：『臨床人間学 インフォームド・コンセントと精神障害』新興医学出版社。
- 松田 実(2005)：「インフォームド・コンセント、病名告知」『Modern Physician』25(9)、1083-1086。
- 水野 肇(1994)：『インフォームド・コンセント』中公新書。
- 宮永和夫(編)(2006)：『若年認知症本人と家族が紡ぐ7つの物語』中央法規。
- 長濱康弘・松田 実(2004)：「痴呆症の告知—慎重な立場から—」『老年精神医学雑誌』15(増)、147-153。
- 中川善之助・遠藤 浩・泉 久雄(編)(1990)：『体系民法事典 第三版 増補』青林書院。
- 中安信夫(2007)：『精神化臨床を始める人のために—精神科臨床診断の方法』星和書店。
- 新村 拓(2000a)：「歴史における老いと痴呆と介護」『歴史論評』608、2-15。
- 新村 拓(2000b)：「社会・生活の中で歴史にみる痴呆老人」『作業療法ジャーナル』34(5)、387-390。

- 新村 拓 (2002) : 『痴呆老人の歴史 揺れる老いのかたち』 法政大学出版局。
- 小澤 勲 (2005) : 『認知症とは何か』 岩波書店。
- 斎藤正彦・片山成仁・佐野威和雄ほか (1994) : 「痴呆性疾患を中心とする老年期精神疾患におけるインフォームド・コンセント — 患者の人権と臨床上の諸問題 —」 『精神経誌』 96(11)、1001-1006。
- 斎藤正彦 (2005) : 「認知症診療をめぐる倫理・社会的諸問題」 『神経治療』 22(6)、747-749。
- 繁田雅弘 (2006) : 「第 8 章 病気の説明の仕方」 『臨床医のためのアルツハイマー型認知症実践診療ガイド』 じほう、147-159。
- 志村秀樹 (2007) : 『本当の若年性アルツハイマー病』 アスペクト。
- 須貝祐一・吉田亮一 (1999) : 「アルツハイマー病」 『内科』 83(6)、1369-1372。
- 須貝祐一 (2005) : 『ぼけの予防』 岩波書店。
- 高崎絹子 (2007) : 「第 7 章 認知症の人の身体拘束・虐待」 『認知症ケア標準テキスト 改訂・認知症ケアの実際 I : 総論』 ワールドプランニング、157-177。
- 竹内昭夫・松尾浩也・塩野 宏 (編) (1989) : 『新法律学辞典 (第三版)』 有斐閣。
- 宇野正威 (1999) : 「3 告知とインフォームドコンセント」 『精神科治療学』 14 (増)、209-214。
- 宇野正威 (2005) : 「認知症の告知」 『精神科臨床ニューアプローチ 6 老年期精神障害』 メジカルビュー社、73-78。
- 山口 登 (2006) : 「認知症患者への病名告知に関する研究」 『公衆衛生』 70(9)、690-691。
- 山崎信之 (2007) : 「『夫婦関係調整』 事件における意思能力」 『精神医療』 46、63-70。

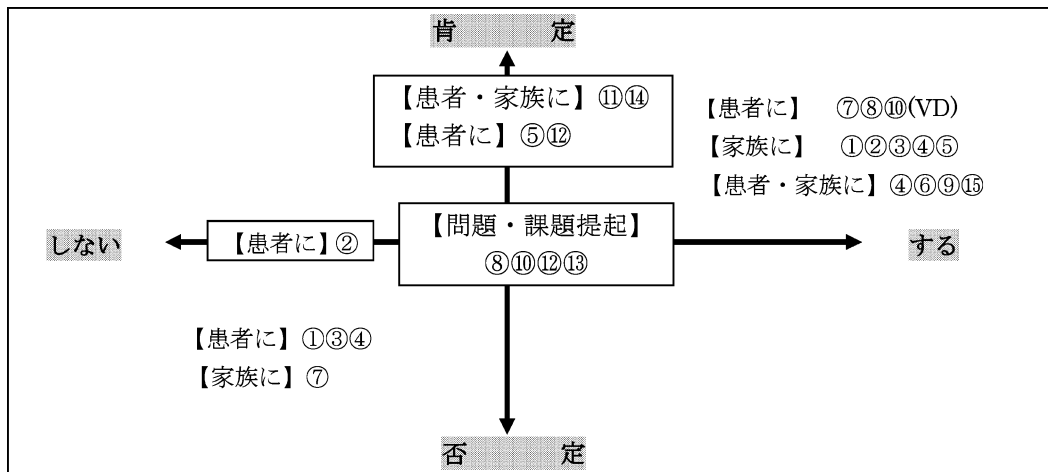


図1 「認知症病名告知」に関する諸研究の「評価」「立場」の分類

表1 「認知症病名告知に伴う行動条件」

	告知しないC	告知するD
本人A	<p>【個人的】</p> <p>①-1 病識（ある）→②精神的衝撃 自殺 ←</p> <p>①-2 （ない）→意味がない ←</p> <p>⑥理解力（初期）→なくなる ←</p> <p>（重度）→ない ←</p> <p>【医学的・医療的】</p> <p>⑦-1 診断精度（初期）→不確実 ←</p> <p>⑦-2 （重度）→確実 ←</p> <p>⑧進行性のため ⑨根治的療法がない ⑩医療体制の不整備</p> <p>【法的】</p> <p>⑪説明義務の範囲外 ⑫知りたくない権利</p> <p>【社会的】</p> <p>⑬隠喩的影響⇒社会的偏見・差別</p> <p>【その他】</p> <p>⑭婉曲な説明により介入 ⑮痴呆の介護の基本的態度</p>	<p>【個人的】</p> <p>⑥本人希望 ⑮QOL</p> <p>④生活指導可能 ④社会サービスの利用</p> <p>⑥理解力が保たれている</p> <p>【医学的・医療的】</p> <p>⑤信頼関係の形成 ⑨治療薬開発 （脳血管性認知症の場合、脳血管性疾患の治療が可能のため）</p> <p>⑰治療開始のため</p> <p>【法的】</p> <p>⑪民法に基づく医療行為 （初期）→適応 （重度）→不適応 ⇒代理権発生</p> <p>⑫知る権利</p> <p>【社会的】</p> <p>⑬「認知症」への病名変更</p>
家族B	<p>【法的】</p> <p>⑪医療情報は患者の一身専属のもの</p>	<p>【個人的】</p> <p>④将来的見通し（介護・経済的・治療方針等）</p> <p>【医学的・医療的】</p> <p>⑦診断精度→不・確実 ⑨治療法がある</p>
	<p>○患者・家族の QOL ○治療関係が保たれてから ○告知後のサポート体制を整備してから</p> <p>○議論の段階を過ぎ、どのような方法で説明するかが課題である</p>	