

《はじめに》

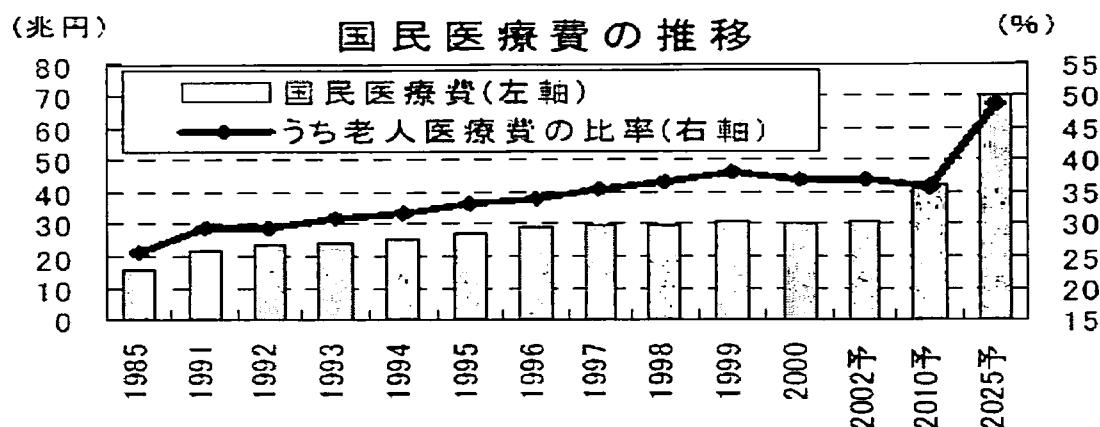
今日、増大を続ける医療費対策は多くの先進諸外国で共通課題であり、医療費問題は国家的な経済問題となっている。わが国では、「医は仁術」という言葉で代表されるように医療は非営利的なものという認識が根強く、経済ベースで医療を論じることがタブー視される傾向がある。しかし、人間である以上、誰でも病気になるものである。政治経済に素人であっても、人は毎日何らかの経済活動をしているのと同様に、医療は、全ての人が論ずる資格がある問題なのである。また、インフォームド・コンセントと医療の標準化については、医療の問題や患者と医師の関係を語る上で重要なキーワードとなる言葉である。

本論では、医療の現状と医療費、医療費の国際比較、インフォームド・コンセント、医療の標準化、医療費問題という章立てで、医療問題を考察していく。

一、医療の現状と医療費

現在の医療は「保険料と税金」で運営されている、年間 20 兆円をはるかに超える巨大産業となっている。平成 12 年度の国民医療費は、30 兆 3583 億円で、前年の平成 11 年度の、30 兆 9337 億円に比べて 5754 億円、1.9%の減少となっている。これは、平成 12 年 4 月から介護保険制度が施行されたことに伴い、従来の国民医療費の対象となっていた費用のうち、介護保険の費用に移行したものがあつたためであるが、国民医療費は年々増加傾向にある。国民一人あたりの医療費は、23 万 9200 円で前年の平成 11 年度の、24 万 4200 円に比べ 2.1%減少している。国民医療費の国民所得に対する割合は、7.98%（前年度 8.10%）となっている。

また平成 9 年の 9 月 1 日から医療保険制度が変わり、医療費の個人負担が大幅にふえた。平成 8 年度の国民医療費は、28 兆 6000 億円。1 年間に約 1 兆 6000 億円の増加である。問題は高い増加率である。医療費のこの急激な上昇の原因として 2 つのことがあげられる。1 つは「薬」である。諸外国に比べて、わが国では薬を使いすぎるといふのである。もう 1 つは「高齢者」である。老人医療費は平成 8 年度で 10 兆円にせまり全医療費に占める割合も 34%になっている。

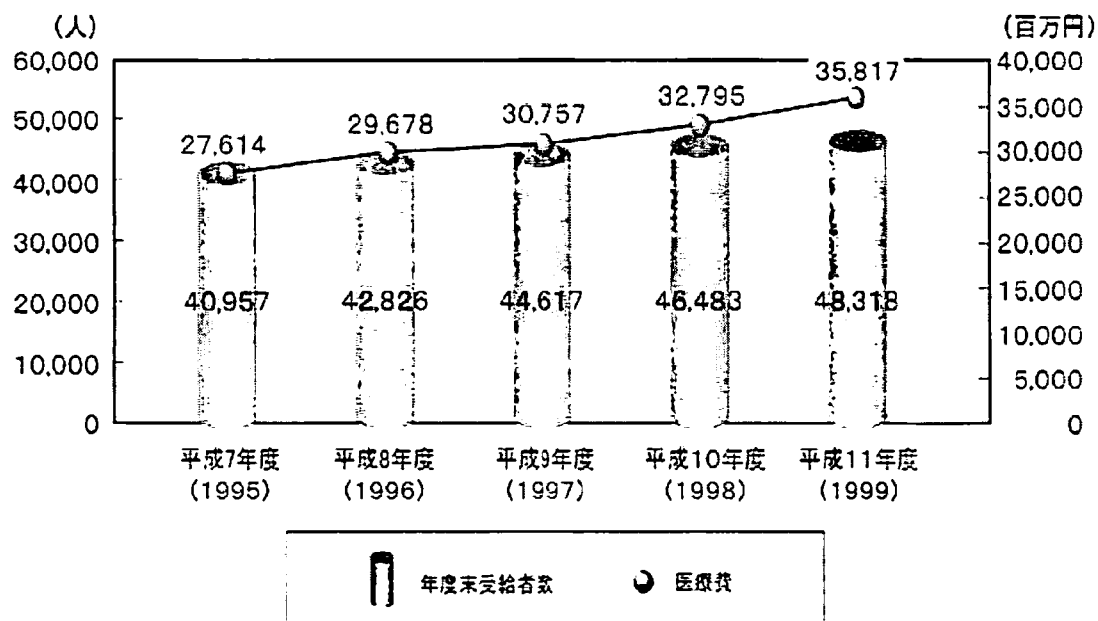
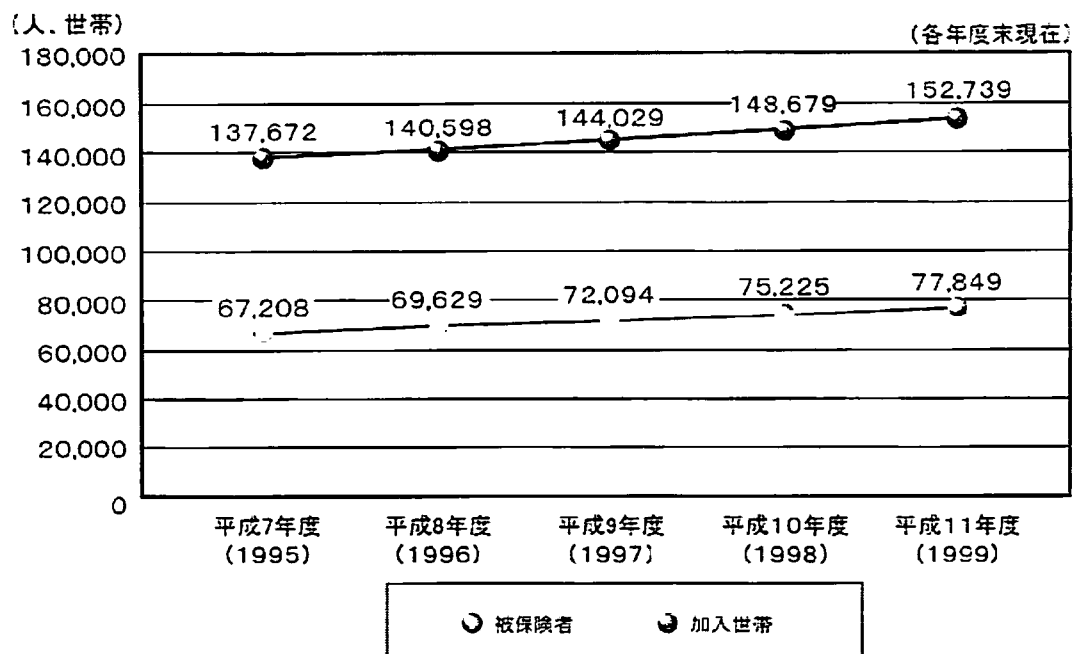


* 2000年から創設された介護保険へ医療費の一部が移行。
(出所:厚生労働省)

高齢者の1人当たりにかかる年間医療費は若者に比べて格段に高く、30歳代の11万円に対し75歳以上は84万円となっている。(2000年度)。そのため、厚生労働省の予測(2002年)によれば、高齢化の進行によって65歳以上の高齢者人口割合が2000年の17.4%から2025年に28.7%へ上昇する見込みである。これまで、75歳以上の高齢者の医療費については、窓口での自己負担を1割とし、残りの医療費のうち3割を国などが負担(公費負担)、7割を自営業者や企業の退職者などが加入する「国民健康保険」と現役サラリーマンが加入する健康保険組合などの「職域健康保険」が拠出する「老人保険制度」が負担する方法をとっていた。しかし、高齢化の進行などから、現役世代の拠出金負担は増加して、世代間の負担格差が広がると共に、「国民健康保険」と「職域健康保険」の財政状態は年々悪化している。そこで、2002年10月より老人保健制度の対象を75歳以上に引き上げ、公費負担を順次5割まで引き上げるなどの制度改革が行われた。

厚生省は、薬の値下げたり、薬の使用を抑制すること、「介護保険」を導入して、高齢者対策を福祉の方向へシフトさせたりすることで医療費を抑えようとしている。しかし、「薬」と「高齢者」だけで医療費の上昇を説明することはできない。老人の医療費に占める割合はたしかに高いが、それは老人の有病率が高いことや、受診の絶対数が多いだけのことである。

グラフは国民健康保険被保険者及び加入世帯数の推移と老人保健法医療給付状況を表したものである。



グラフからは、被保険者・加入世帯とも増加していることがわかる。また受給者も医療費も増加していることがわかる。無職者や高齢者の加入率が増加したことがこの原因であるといえる。これによって、保険料財源の基盤が弱まり、中間所得層への保険負担のしわ寄せが問題となっている。今後一層高齢化が進んでいくため、老人医療費の増大は避けられず、高齢者の医療費負担のあり方もまた問題となっている。

二. 医療費の国際比較

医療費の上昇には構造的で歴史的な経過がある。その第 1 は、国民皆保険により医療機関へのアクセスをよくしたことである。保険証 1 つあれば日本中どここの医療機関にも受診できるようにしたのである。アクセスのよさにより、患者は医療機関に殺到した。第 2 は、出来高払いにしたため、医療機関が利潤を求めて奔走したためである。厚生省は出来高払いをやめる方向へ転換して医療費抑制に乗り出しつつある。しかし、国民皆保険制度は、アクセスのよさのためにつぶすことはできなかった。なぜなら、これこそが日本の医療が世界に誇ることだったからである。というのも、わが国は、GDP 対比の医療費が OECD 諸国 20 位の低位でありながら、平均寿命・健康寿命とも世界 1 位の効率性を誇っているからである。

欧米の主要国では近年、社会保障の構造改革が大胆に進められている。公的年金改革もその一つである。主要国のなかで公的負担増を今後予定しているのは日本政府のみであり、他は公的負担率の据え置き、ないし、その引き下げすらも考慮中である。各種給付の切り下げという難事業に取り組まざるをえない。過剰ぎみの給付を一部切り下げるのであれば問題はないが、給付切り下げは新たな別の問題（貧困者層の増大、所得格差の拡大等）を引きおこしかねない選択である。以下では、スウェーデン・ドイツ・イギリス・アメリカの社会保障についてみていくことにする。

まずスウェーデンでは高齢化が 21 世紀になるとさらに進むと見込まれているが、年金保険料の引き上げは予定されていない。当然のことながら 1 人ひとりの給付額は実質的に切り下げられる。なお、かつて保険料は全額事業主負担であった。これが将来、徐々に労使折半に変わる。事業主負担分を減らせば、賃上げの余地が生じる。賃上げ分を本人負担分にまわせば被用者本人の手取り賃金に変わりはない。年金給付費は現在すでに賃金総額の 30%に達している。改革により、その割合は 2010 年には 27.6%まで下がると予測されている。年金受給者は増大するものの、総費用はむしろ相対的に減少する。これが、今回の改革によって期待されている財源節約分である。当然のことながら 1 人ひとりの給付額は実質的に切り下げられる。現在の経済状況ではこの切り下げも仕方がない、というのがスウェーデン国民の考え方である。なお 40 年加入のモデル年金の場合、現行の給付率は 58%となっている。これが 2010 年には 53%まで下がる。スウェーデンは人口 870 万人の小国であるものの、「外科手術」をいとわない、きわめて進取の気性にとんだ国民性をもっている。そのチャレンジ精神には見習うべき点も少なくない。

次にドイツについてみていくことにする。ドイツの失業者数は1996年に400万人を超え、失業率は10%超となった。ドイツにとってもっとも深刻な政策課題は、失業問題といっても過言ではないのである。ドイツでも公的年金は若者に不人気である。年金受給期間も平均余命の伸長によって長くなっている。今後とも平均余命はさらに伸びる。このような問題意識に基づいて年金改革に関する新提案をとりまとめた。その内容は、①年金給付と年金保険料負担との関連性を今後とも維持する、②保険主義の強化、③賦課方式の維持、④積立金を早期に積み増すことはしない。さらに、いままでヨーロッパ主要国の中でドイツのみが今後とも保険料を引き上げていくと考えられていたが、これも見直されることとなった。このような方向転換を行ったことによって、世界の先進工業国の中で将来における年金保険料の引き上げを予定している政府は日本だけとなったのである。

次にイギリスについてみてみることにする。イギリスは1986年の年金改革により、将来の年金負担を実質的に軽減させることに成功した。公的年金負担問題はイギリスにはもはやないのである。

社会保障給付費の対国民所得比の国際比較

	社会保障給付費の対国民所得			
	統計	医療	年金	その他
日本'90	13.7	5.3	7.1	1.4
日本'93	15.0	5.8	7.7	1.5
アメリカ	16.6	4.9	8.2	3.5
イギリス	21.9	6.3	9.0	6.6
旧西ドイツ	27.5	7.4	13.2	6.9
フランス	34.1	8.4	16.7	9.0
スウェーデン	46.5	12.4	16.9	17.2

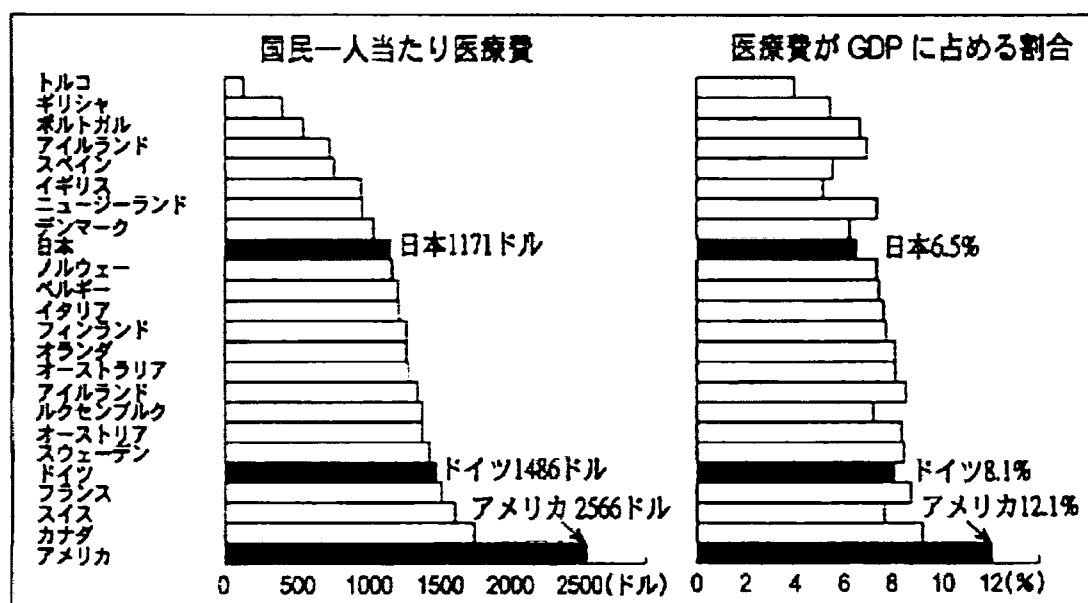
	高齢化率	租税負担率	社会保障負担率	対国民負担率
日本'90	12.0	28.1	11.5	39.6
日本'93	13.1	25.6	12.5	38.1

アメリカ	12.5	25.9	10.4	36.3
イギリス	15.7	40.1	10.2	50.3
旧西ドイツ	15.3	29.2	21.8	51.0
フランス	14.0	33.7	28.1	61.8
スウェーデン	17.8	56.3	21.5	77.8

日本の社会保障給付費の規模は 13.7%で、旧西ドイツ (27.5%) やフランス (34.1%) と比較して半分ないしそれ以下であり、国民負担率の方も日本が 39.6%であるのに対し、ヨーロッパ諸国はいずれも 50%を越えており、福祉国家であるスウェーデンは 77.8%の高水準となっている。年金支出の増大等、人口の高齢化に伴って、社会保障費の規模は拡大する傾向にある。日本の高齢化率は各国に比較して低い段階にあるが、各国の社会保障の状況はかなり異なっており、対国民所得比 13.7%の社会保障給付費が高いか低いかは問題ではない。

次のグラフは医療費の国際比較である。左が国民一人当たりの医療費で、右が GDP に占める医療費の割合である。

医療費の国際比較 (1990年)



(出所) OECD Health Data File, 1992

この統計は 1990 年のものであるが、日本は国民 1 人当たりの医療費が 1.171 ドルとなって

おり、アメリカの 2.566 ドルとは大きな開きがある。これから、日本の医療費は外国と比較すると決して高いとは言えない。

わが国の医療経済は、国の定めた診療報酬という医療行為の対価基準で統制されている一方で、医療サービスの供給主体は民間医療機関の市場原理が働いている。このため、民間医療機関では患者獲得にしのぎを削り、収益性をあげることに大きなエネルギーが費やされている。人口の高齢化に伴う医療ニーズの増加とあいまって、医業の経営努力が医療費をますます増大させていく。日常生活の中のサービスは、サービス購入者がサービス内容や質を選択し、納得したうえでなければその対価は支払われない。

ところが、医療サービスについては、高度な専門性という理由でサービス購入者の患者はサービスの供給側である医療者の決定に全てを委ねてしまうことが多い。つまり、今日の医療経済は、サービスの受益者である患者不在のまま医療サービスの価格決定がなされている。それは医療者の最大の目的が国から負担金を徴収することにあるからだ。したがって、患者に高額な料金を請求しつつも、サービスとしての視点が患者ではなく国に向く。

だからこそ、カルテさえ満足に開示しない風潮が蔓延する。医者にはカルテも X 線フィルムも患者の所有物という意識が欠落し、国や医者のもんと思いこんでいる傾向がある。医療費の増大が社会問題化し、財源負担のあり方が大きな論議となっているが、まず、医療サービスの価格決定システムを見直す必要がある。

これらのことから、患者中心に発想し、欧米の医療サービスの質との比較をするとわが国の医療サービスは、医療供給サイドの都合で組み立てられていることがわかる。そして、患者主体の医療といいながら、その現状は患者を管理し支配している。病院の都合にあわせた入院、知らしむべからずといった医療情報の提供姿勢など患者の権利を尊重した欧米の医療サービスと大きな隔たりがある。患者にコスト意識を持たせることでの意義はあるが、医療経済における医療費の発生源を抑制していかないかぎり、今後も国民の負担増は続くように思われる。

三. インフォームド・コンセント

医療サービスは、患者の健康という最も基本的な人権に関わるものであるから患者の人権は十分に保障されなければならない。したがって、医療サービスの提供者は、患者が意思決定できるようにインフォームド・コンセントに努めることが大前提である。当初インフォームド・コンセントには多くの誤解があった。医療者の側からは「インフォームド・コ

ンセントとは法的な承諾書を取ることで、患者がこれにサインをしたということは医師の説明に納得したということだから、医師が医療上の責任を問われることはない。」患者の側からは「インフォームド・コンセントとは医師が患者に十分説明することだ。医師の説明以外のことが生じたときは、告知義務違反で責任を問うことができる。」という言い分である。これらはどちらも誤った考えである。大統領委員会も以下のように説明している。

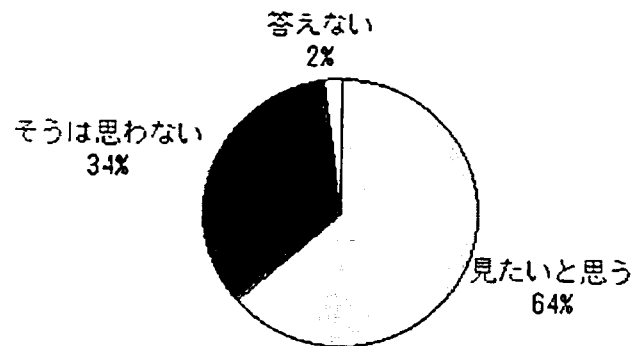
1. まずインフォームド・コンセントは、医師が法律上のトラブルを避けるためのものではなく、より良い医療を行うためのものである。
2. よって医療従事者は自分にとって都合が悪いからといって、情報の提供を拒んではならない。
3. 患者は自らの人生観と目標に基づいて医療内容を決める権利を有する。だからといって、患者は医療の倫理や医師の道徳的信念をこえた要求をしてはならない。
4. ゆえに、医師の説明と患者の同意がいかに合法的なものであっても、相互を尊重し合う精神と、相互が参加する意思決定がなければ、インフォームド・コンセントとはいえない。

つまり、患者からインフォームド・コンセントを取り付けたからといって医師が医療上の責任から免れることはないが、患者もインフォームド・コンセントをたてにとって医師を責めることはルール違反なのである。

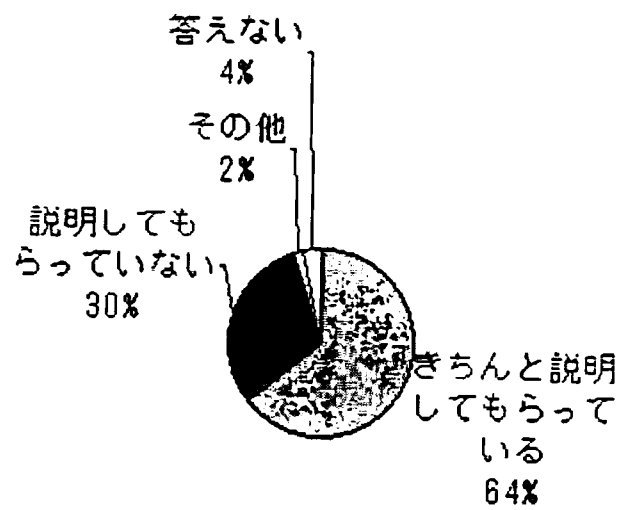
インフォームド・コンセントとは、患者および被検者本人が、医療措置について必要かつ十分な説明を受け、十分に理解した上での選択・同意・拒否である。医師が一方向的に説明し、患者から同意書をとる、というやり方は、単なる医療者主導の「説明と同意」ではない。

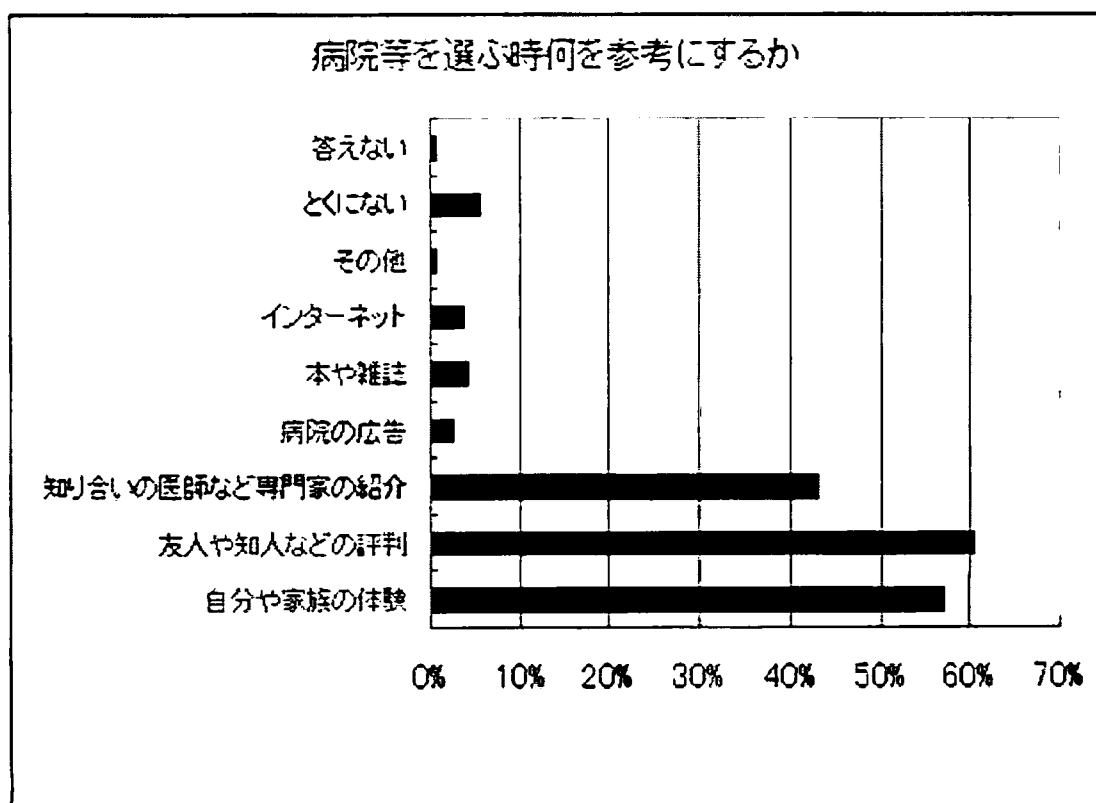
医師ら医療者は、1) 病名や症状、2) 治療に必要な検査の目的と内容、3) 治療のリスクや起こりうる副作用、4) 治療法や処置の成功率、5) 考えられる別の治療法や処置、6) 治療を受けなかった場合に予想される結果などをわかりやすい言葉で患者に説明する。こうした説明を患者が十分に理解し、納得し、同意して初めてインフォームド・コンセントは成り立つ。そこには自分の生命や身体のこととは最終的には自分で決めるという「自己決定の原理」が導入されている。インフォームド・コンセントは患者の権利を守り、患者と医療者とのよりよい人間関係を築くためのキーワードなのだ。

カルテや看護記録を見たいか



治療内容等説明されているか





このグラフは、読売新聞のアンケート結果をもとにしてできたものである。1つ目のグラフは、カルテの開示についてである。カルテの開示については、99年に法制化が先送りされたが、日本医師会が患者の要望があれば開示にも原則応じるとの趣旨の指針を独自に作成、運用するなど、患者への診療情報提供や開示の動きが進んでいる。

そこで、診断や治療を受けるときに、医師が書いたカルテや看護記録などを見たいかどうかを聞いたところ、「見たいと思う」は64%で、「そうは思わない」の34%を上回った。

次のグラフは、治療内容等の説明の有無についてである。医師や薬剤師から、治療内容や薬の効用、副作用について「きちんと説明してもらっている」という人は、65%にのぼり、「説明してもらっていない」の30%を大きく上回った。同様の質問は96年以降、今回を含めて計4回行っているが、「説明してもらっている」は96年調査に比べて26ポイントと大きくアップしており、患者が医師の説明を聞き納得したうえで治療を受けられるようにする、インフォームド・コンセントが医療現場に根付きつつあることがうかがえる。

3つ目のグラフは「自分や家族が病気になって、病院や医師を選ぶ場合、どのような情報を参考にするか」という質問である。その中で、「友人や知人などの評判」が60%で最も多く、これに「自分や家族の体験」57%、「知り合いの医師など専門家の紹介」43%が続くなど、口コミやコネが頼りという人が大半を占めた。「病院の広告」は、各選択肢中もっとも

少ない3%。病院や診療所の広告についての規制緩和が行われ、カルテの開示や常勤医師の出身校や勤務歴などについての情報を広告に盛り込めるようになったが、「本や雑誌」「インターネット」（各4%）を下回っている。

インフォームド・コンセントにより患者に権利があるといっても、患者に知識がない限り、本人にとって最良の治療方法を選択することはできない。患者も医師と同じ知識を持つことが望ましいが、それは無理なことである。医師が忙しそうだから、不愉快そうな顔をしたから聞きたいことを聞かないのではなく、医師に時間を割いてもらうくらい真剣に望むべきである。適切な質問には、誠意をもって、きちんと答える必要性が、また義務が医療従事者にはある。患者は、病気について何も分からないから、医師にすべて任せるのではなく、自分自身の病気について真剣に向かい合い、理解しようとする気持ちが大切である。専門職である医師と、患者の関係は、人間と人間の関係である。お互いに信頼関係を築くことによって、最良の方法を選択できるようになるのではないだろうか。これが良き患者と医師との関係であると考える。

四. 医療の標準化

現在の日本においては、国民が医療機関を選ぶ際に、医師等の医療スタッフや診療内容などの医療情報が公開されていないため、フリーアクセスというシステムをもちながら、的確な選択ができがたい状況にある。また、十分な説明がされていないという問題や、カルテなどの診療情報の開示も義務づけられていないためのトラブルが発生している。

医療内容については、標準化が行われていないため、かかった医療機関によって治療内容等が違い、医療水準や安全性、効率性が担保されていない。医療の標準化とは、唯一絶対的な治療方針、治療方法を定め、それを画一的・一律的に適用していくことを目指すものではなく、患者中心の医療を実現し、そして疾病ごとに治療や看護、投薬、リハビリテーションなどの一連の医療行為のプロセスについて「標準化モデル」を作り、それをもとに疾病・看護を提供することによって「経営学的な裏付けを持った医療」を実現し、医療の質や効率性の向上につなげていくための材料として活用することである。

これは、適切な医療の普及とそれに見合った医療費、つまり無駄のない医療を無駄な金を使わずにやる、といった経済引き締め政策の一端に他ならない。

第一に、医療の透明性を高め、患者の理解や納得を得ていくためのツールとして標準化を捉えることができる。科学的根拠に基づいて体系的にまとめられた診療ガイドラインと、

患者個人の特性を踏まえて、医師が最善と判断した治療方針や治療内容を併せて示すことにより、プロセスの透明性が向上するとともに、患者の理解や納得を深めることができる。

第二に、根拠に基づく医療を実践し、医療機関や医師によってばらつきのある医療の質を一定水準以上に保つためのインフラとしての標準化である。患者が公開された情報に基づいて適切に判断し、医療機関や医師に対して適切なチェックを行うためには、価値判断の評価軸となり得る一定の合理的・客観的な指標・標準を定めておくことが有効である。専門分野毎のエビデンスデータの継続的な収集・分析・提供、エビデンスデータに基づく診療ガイドラインの策定・逐次更新、実際の診療現場での活用・応用を促進していくことが重要である。

第三に、診療報酬体系の合理化を図り、医療の質と効率性を向上させるための枠組みとしての標準化である。出来高払方式においては過剰診療が、包括払方式においては粗診粗療が問題点として指摘される。このような問題点を克服するためには、適正な診療行為とは何であるのか、さらには、その適正な診療行為にかかる適正なコスト水準はどれくらいなのかについて、科学的根拠とデータに基づく一定の標準を定めることが必要である。このためには、診療実績に関する全国的なデータベースを整備・蓄積し、医療技術の進歩等にも適切に応じていくことが重要である。

五. 医療費問題

個人開業医から大規模病院まで、あるいは幅広い診療を行う医療機関から狭い専門的医療を行う医療機関まで渾然一体となって存在している。このことは、患者の医療機関選択にあたって混乱を生じているだけでなく、医療費の支払い方式が出来高払い主体であることとあいまって、非効率な医療が行われ、医療費の無駄が生じる要因ともなっている。様々な規模、機能を持つ医療機関に対する医療費支払い方式（診療報酬体系）は、ほぼ同一であるため、それぞれの医療機関に相応しい医療が行われにくくなっている。

また、支払い方式の9割以上を占める出来高払い制度は、個々の患者に応じて必要と考えることを自由にできるというメリットがある反面、無駄が多くなって医療費の増加に歯止めがかからないとか、医療技術が評価されないという欠点がある。一方では、医療費抑制のため新技術や新薬を採用することが難しいという問題も生じている。

薬価制度については、公定価格制度であるために、仕入れ価格を下げることによって薬価差益が生じ、その薬価差益を求めて薬が必要以上に多く使われたり、より高価な薬が使

われる傾向がある。また、公定薬価の決め方や保険薬としての承認制度にも問題がある。

これらの問題を解決するために、まず情報公開を徹底するとともに、渾然一体として存在する各種医療機関を、目的別・機能別にきちんと整理することが必要である。診療報酬支払方式は、医療の標準化を進め、標準化のできる治療分野から定額制を導入する必要がある。定額制は粗診粗療を招くとの意見もあるが、情報公開と第3者機関評価によって担保できる。

また、一定額の中でいかに効率的に治療するかという意味で、裁量性が増し、技術が評価される方式とも考えられる。薬価については公定価格制をやめ、市場原理に委ねるべきである。その際、売り手側の言い値で薬価が高騰しないために、買い手である患者や医療機関のパワーを発揮するシステムを組み込むべきである。診療報酬を定額払い制にすることによって、コスト削減のために薬剤購入費を下げたり、必要最小限の費用対効果の良い薬を使おうというインセンティブが働く。

次に医療保険制度についてであるが、わが国の医療保険制度は、欧州諸国を範として、職域ごとに逐次整備されてきた。今日、欧州においては、高齢化や産業構造の変化に対応して、分立する医療保険制度の統合や財政調整を行うことによって全国民の「負担と供給」の公平をはかる方向をめざしている。当初設立された職域を越えて、被保険者の加入の自由化を行うことや、そのことを通じての保険者機能の強化も模索されている。

一方、わが国では、完全な国民皆保険制度を確立し、農業者・自営業者のみならず、零細企業の被用者、さらに無職者等、被用者保険制度に加入できないすべての国民の受け皿として、国民健康保険制度を整備してきたという特徴がある。また、そのような経過から、国民健康保険には医療費の半額の公費を投入しているという特異な財源構造が生じている。

高齢化が進み、無職者・年金受給者のほとんどが国民健康保険に加入するという実態から、国民健康保険制度は、保険料によって運営することはますます不可能となっている。もう一つの日本の医療保険制度の特徴は、老人医療の無料化に淵源をもつ、老人保険制度という独特の制度があることである。アメリカのような、国民皆保険制度を有しない国では、ある一定年齢以上を独立した制度として区分している。そして、その財源を「拠出金」という形によって各保険者で分担するという制度であり、保険者機能がまったくそなわっていないのである。このことから、日本は、国民皆保険制度という、優れた制度をとっているということがわかる。

《おわりに》

わが国の医療サービスは、医療供給サイドの都合で組み立てられている。そして、患者主体の医療と叫びながら、その現状は、患者を管理し、支配している。病院の都合に合わせた入院、知らしむべからずといった医療情報の提供など、患者の権利を尊重した医療サービスとは、大きな隔たりがあるという事実があった。これは、インフォームド・コンセントや、医療の標準化を行うことにより、医師と患者がお互い真剣に向き合い、信頼関係を築いていくことで、解決できると考える。

また、わが国の現在の医療費問題は深刻かつ重要課題である。現行の保険医療制度を維持するために保険料アップや患者負担増はやむをえない状況といえる。しかし、医療コストの削減、効率化を図り、医療経済の視点から医療政策を論じる必要性は高いだろう。

日本の医療制度は、国民皆保険制度の上に成り立っており、さらに、フリーアクセスという特徴をもった優れた制度である。これを支える政府と企業が、経済的にきつくなったので、今まで通りの右肩上がりの医療費増加は認めない、という経済的観点に立った問題が、本来の日本の医療問題である。このまま、医療費を抑制するだけでは、質の高い医療にはつながらず、粗診粗療の蔓延という望ましくない結果を招く恐れもある。将来にわたって持続可能な医療保険制度を構築するためには、医療システムの抜本的な改革を行うことが不可欠である。何よりも、医療制度改革について、国民の理解と支持を得るためには、国民の負担に見合う医療サービスが提供されることを約束する改革でなければならない。すなわち、これまでの「規制による質と量の確保」に重点を置いた医療システムから脱却して、医療システムを新しい視点で再構築するべきである。これが、医療問題の解決につながると思う。

参考資料

- * 1. <http://www.hospice-care.net/nishikawa-8.htm> 『高齢社会の医療サービス』
- * 2. <http://www.urban.ne.jp/home/haruki/kougakui.html> 『高額医療と救急医療への提言』
- * 3. <http://www1.doc-net.or.jp/~IBARAKI/newspaper/iryouhizouka.htm> 『医療費の増加と高額医療』
- * 4. http://www.dpi.or.jp/seisaku/kovou/BOX_KO00382.html 『医療制度および医療』

保険制度改革案』

- * 5. <http://www.nv.airnet.ne.jp/ckc/tuburaki/essay5.html> 『21世紀初頭での我国の医療を考える』
- * 6. <http://osaka.yomiuri.co.jp/oldtopics/monosiri/ms1217.htm> 『インフォームド・コンセント』