

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 28 年 6 月 28 日現在

機関番号：37127

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2013～2015

課題番号：25590027

研究課題名(和文) 意思表示能力が障害された患者の医療契約に関する実務法学的視点からの検討

研究課題名(英文) Obtaining informed consent from patients with consciousness disturbance, problems from legal point of view

研究代表者

橋木 浩朗(chishaki, hiroaki)

保健医療経営大学・保健医療学部・教授

研究者番号：70607093

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,700,000円

研究成果の概要(和文)：脳神経外科に入院した患者を対象に調査を行い、侵襲的医療行為に対するインフォームドコンセント(IC)の現状を調査した。脳出血等による意識障害のために同意能力が制限されている患者のICは多く近親者が行っていることが判明した。同意能力がある患者でも近親者が承諾書に本人の署名をすることがあり、患者の自己決定権の視点から問題があることが判明した。それに関わる議論や立法政策は発展途上であり、米国やカナダの法制度と比較すると未熟であると考えられ、速やかな立法の整備が必要であると考えられた。

研究成果の概要(英文)：We investigated on obtaining informed consent (IC) from patients in neurosurgical department who had consciousness disturbance. Even before invasive surgery, most of signatures of patients were done by family members as if genuinely performed by the patients. This practice was not in accordance with the right of self-determination supported by the civil law in Japan. And Japanese legal system concerning medical consent seemed premature compared to those of USA and Canada. We hope early legislative proceedings in this field.

研究分野：医療契約

キーワード：インフォームドコンセント 侵襲的医療行為 意識障害 同意能力 医療同意 代諾

1 研究開始当初の背景

(1) 患者の救命や機能温存を最優先とする救急現場には、意志表示を十分に行えない患者が多く搬送されている。例えば脳梗塞や脳出血等の脳神経系の救急患者や交通事故等による多発外傷の患者である。そのような患者は自ら同意書に署名出来ない、あるいは発語による意志表示も不可能であることが多い。家族による代諾や代書によって、informed consent (同意と説明、以下 IC) を多く取得している。このような場面で、身体の処分に關する同意は本人のみが行えるという法律の原則に拘ると、同意が得られない為に必要な行為を行うことが出来ないというジレンマに陥ることになる。

(2) 本邦には裁判例等を集積することにより医師の説明義務について検討・考察したものの(「判例にみる 医師の説明義務」藤山雅行(東京地裁判事)編著、新日本法規、平成 19 年 6 月)はあるが、現場における IC 取得の現状について、患者の同意能力の観点から調査した報告はない。また救急現場における本人からの同意取得は、救急救命処置等に差し支えない範囲で運用されているが、医療訴訟が問題になっている昨今の事情を鑑みると、救急現場における同意について慎重に検討する必要があると考えられる。このためには救急現場における同意書の実態調査が必要である。

2 研究の目的

(1) 侵襲的医療行為に対する IC の現状を把握し、法律的観点からあるべき IC と現実の乖離を明らかにすること

侵襲的医療行為を受ける患者は自らの身体の処分に關する自己決定権を持っている。多くの場合この原則は医療現場において、例えば外科手術の場面において尊重され遵守されている。しかし IC の概念が浸透する以前は、例えば胃癌の手術を行う際に患者に真の病名を告知することなく、「胃潰瘍の手術」と説明し手術を行ってきた例は現実に存在した。癌の告知により患者が大きな精神的苦悩を背負うことを憂慮したためである。IC の浸透は本邦においてそれほど長い歴史を持つものではない。医療契約に關わる法制度が十分でない本邦においてその現実を明らかにすることは重要な意味を持つ。

(2) 診療契約に關わる文献的調査 (a) 診療契約論における意思能力の欠缺、(b) 身体の処分に關する同意、(c) 診療契約における代理すなわち侵襲的医療行為における代諾、(d) 医療行為と緊急避難、等の問題に關して、文献的調査を行い、資料を収集し検討する。

(3) 外国の救急医療の現場における IC の現状を調査し本邦の現状と比較検討すること

米国の一般的総合病院を訪問し救急医療の現場で働く医療スタッフと面談し IC の現状について調査することにより、比較考察を

行う事は多面的に本邦における問題を検討することに役立つと思われる。実際の救急現場での体験を語って貰い IC がどの程度救急現場で得られているのか知ること、IC に關する現場スタッフの意識を把握し、「本音あるいは悩みを聞く」事ができれば、問題を考察する上で役立つと思われる。

3 研究の方法

(1) IC の現状把握: カルテレビューによる後ろ向き調査

研究協力施設である社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院脳神経外科を退院した患者の診療録を後ろ向きに調査した。調査項目は 基本情報(年齢、性別、退院時診断名、手術の有無) 入院申込書・各種同意書の本人欄と家族欄の署名の筆跡比較による署名者の推定 可能な場合は社会的背景(家族構成など)である。対象は平成 22 年に頭蓋内出血で同科を退院した患者 284 名と平成 26 年に同科を退院した 537 例である。

(2) 文献的調査

インターネットによる情報の収集し、出版された図書・雑誌等を閲覧・検討した。

(3) 米国およびフィリピンの一般的総合病院を訪問しスタッフにインタビューした。

4 研究の成果

(1) カルテレビューによる後ろ向き調査

(a) 平成 22 年にくも膜下出血や脳出血で聖マリア病院脳神経外科を退院した患者を対象とした調査分

調査項目は年齢、性別、疾患名、手術の有無、手術名、入院時意識レベル(JCS3-3-9 度方式) 同居者について調査を行った。入院申込書、入院診療計画書、転倒転落の説明書、身体抑制同意書、手術同意書、麻酔申込書、造影検査同意書、注射用抗菌薬問診票、輸血同意書、血液製剤同意書の各同意書の患者本人欄と併記された署名を視認により筆跡を比較して、署名者を推定した。平成 22 年の入院患者をくも膜下出血と脳出血に限定したのは、協力医療機関の手術負担を軽減するためである。くも膜下出血と脳出血を対象疾患にしたのは意識障害が起こる可能性が高い疾患であり、意思の欠缺という状態が存在する蓋然性が高いと考えたからである。

症例の内訳はくも膜下出血 60 例(男性 13 例、女性 13 例)、脳出血 224 例(男性 129 例、女性 95 例)で、平均年齢は男性 62.3 ± 13.5 才、女性 70.3 ± 15.7 才であった。患者の意識レベルはくも膜下出血で JCS0 (= 意識清明) 8 例、JCS1 桁 (= 覚醒している) 9 例、JCS2 桁 (= 刺激に応じて一時的に覚醒する) 19 例、JCS3 桁 (= 刺激しても覚醒しない) 23 例であり、脳出血では JCS0 58 例、JCS1 桁 83 例、JCS2 桁 38 例、JCS3 桁 38 例であった。手術はくも膜下出血で 38 例に対して行われ、脳出血では 52 例であった。手術を受けたくも膜下出血患者の意識レ

ベルは JCS0 8 例、JCS1 桁 9 例、JCS2 桁 19 例、JCS3 桁 23 例であり、同じく脳出血患者では JCS0 9 例、JCS1 桁 6 例、JCS2 桁 17 例、JCS3 桁 18 例であった。JCS が記録されていない症例が少数存在した。手術を受けた患者において、意識が清明で法律行為の同意能力があると推定された患者が 17 例（手術患者の 18.8%）存在した。手術に対する同意能力がないと推定したのは JCS2 桁と JCS3 桁の患者は 60 例（手術患者の 66.7%）であった。

診療契約の基本である入院申込書の本人欄に署名した人間は、本人 5.7%、配偶者 38.6%、子 40.2%、兄弟 6.1%、子の配偶者 1.5%、その他 8.0% と推定された。侵襲的医療行為である手術の承諾者である本人欄署名人は本人 3.6%、配偶者 32.1%、子 46.4%、兄弟 6.0%、子の配偶者 0%、その他 11.9% であった。入院中の本人の行動の自由を制限する身体抑制同意書については、本人 1.0%、配偶者 28.3%、子 47.8%、兄弟 11.2%、子の配偶者 3.4%、その他 8.3% であった。患者本人が各種申込書/承諾書にサインをした割合は、入院申込書 5.7%、手術承諾書 3.6%、身体抑制同意書 1.0%、輸血同意書 1.4%、血液製剤使用同意書 1.4%、造影検査同意書 9.0% であった。手術同意書については、本人が署名した割合 5.7% は、意識清明で同意能力があると推定された 18.8% より明らかに少なく、意識清明で同意能力があるにも関わらず、手術同意書は患者本人以外の人間に署名させていた実態が明らかとなった。

（b）平成 26 年に聖マリア病院脳神経外科を退院した患者のカルテレビュー調査

同様の調査を平成 26 年に退院した全ての患者を対象に行った。調査対象は 537 例で男性 296 例、女性 241 例で、平均年齢は男性 57.6 ± 25.3 才、女性 65.6 ± 26.6 才であった。疾患は、くも膜下出血、脳出血、慢性硬膜下血腫、急性硬膜下血腫、外傷、急性硬膜外血腫、等である。

手術が行われ、JCS が評価出来た症例は 155 例であったが、JCS の分布割合は JCS0 53 例（34.2%）、JCS1 桁 44 例（28.4%）、JCS2 桁 17 例（11.0%）、JCS3 桁 41 例（26.5%）であった。JCS0 53 例のうち、手術承諾書の本人欄署名人は本人 11.3%、配偶者 43.4%、子 28.3%、兄弟 3.8%、子の配偶者 3.8%、その他 3.8%、承諾書なし 1.9% であった。意識レベルが清明であるにも関わらず、侵襲的医療行為である手術の本人承諾欄に本人が署名していないケースが多々存在するということが明らかになった。同意能力が損なわれていると合理的に推定できる JCS2 桁では、本人 0%、配偶者 29.4%、子 52.9%、兄弟 0%、子の配偶者 0%、その他 5.9%、承諾書なし 5.9% であった。同意能力がないと考えられる JCS3 桁では本人 0%、配偶者 41.5%、子 31.7%、兄弟 7.3%、子の配偶者 0%、その他 9.8%、承諾書なし 7.3% であった。同意能力

が損なわれている、あるいは同意能力がないと推定された症例についても、手術承諾書の本人欄には本人の氏名が本人以外の手により署名されていた。

身体抑制の同意については、345 例で同意されていたが、本人 0.9%、配偶者 34.8%、子 43.5%、兄弟 6.1%、子の配偶者 2.6%、その他 12.2% であった。

以上の調査から、脳神経外科疾患一般について、本人の同意能力が保持されている患者においても手術などの侵襲的医療行為に対する IC において、本人以外が本人として署名・承諾しているケースが多々存在することが明らかになった。

（c）調査結果に対する考察

研究開始当初は医療契約における意思の欠缺のモデルとして意識障害のある脳外科疾患（脳出血、くも膜下出血等）を選択した。確かに調査の結果同意能力がないと合理的に推定される JCS2 桁（= 刺激に応じて一時的に覚醒する）の患者や、同意能力がないと認められる JCS3 桁（= 刺激しても覚醒しない）の患者において、身体機能を改善するため、あるいは、生命の危機を救うために本人の同意なく手術が行われている現実が明らかになり、これを巡る法律上の問題の検討の基礎をなす実態が明らかになった。

医事契約に関する明確な法制度のない本邦では、医療契約の法的性質について複数の考え方が存在する。代表的なものが、医療契約を準委任契約と捉え、診療申込書あるいは受診申込書の提出や診察券の提出、医療機関の窓口での診療希望の申し出等を診療希望の意思表示として、受診の申込みと考え、患者が診察室に入った時点で医師が診療の申込を受諾したとするものである。この場合に医師は患者を診察室に呼び入れた時点で受諾をしたと見なされ、特段の意思表示は必要がないとされている。患者が医療機関を受診し、医者が診察して治療を行うというごくありふれた行為を法律的に解釈し、現行法制度と整合的に理解するための一理論と言えよう。本邦では国民皆保険制度を基礎として医療制度が構築されているので、保険診療契約というもう一つの契約・法律関係が併存している。保険診療契約は主に医療費の支払いの場面で重要な役割を果たしており本研究との関連は薄いのでこれ以上の検討は行わないが、医療行為を法律的に解釈する際には複数の法律関係が存在することは理解しておかなければならない。

契約・法律行為の中心に行行為者の意思が据えられている。契約の成立に関して、意思の欠缺の問題を検討しなければならないのは、意思のない契約は無効だからであり、また、錯誤が契約解除の事由になりうるのは、『その気がないのに（間違っ）て）約束してしまった場合』に契約による義務を免れさせることが時として必要だからである。医療行為は患者に一身専属的に関わるが、その契約に患者

の意思が反映されない場合は法律の視点からは問題である。行為の結果患者に利益が生じる場合には問題とならないであろうが、望まない結果が生じた場合に、その悪しき結果が意思表示を行わなかった患者本人に直接生じるからである。医療行為の特殊性とこれまでの医療慣行を法律の視点から十分に検討せずに現在に至っており、さまざまな場面で問題となっている。

今回の調査で診療行為に対する同意能力がない患者が存在することが確認された。脳神経外科領域の患者でそのような同意能力が制限された患者は、急性の疾患で意識障害を来している、例えば脳出血やくも膜下出血などの急性疾患や頭部外傷などによる脳挫傷等により意識障害を来してその結果意思能力が制限されてしまう場合が多い。今回の調査でも事前に自らの行為無能力を予見して準備しておくこと、リビングウィルを準備しておくケースはほぼ皆無であった。一般世間の状況を考えてみても自分が行為無能力者あるいは制限行為能力者に突然になってしまうことを考えて、準備している人間はごく僅かであろう。不幸な状況は突然発生しているのが現状である。有効な意思表示が出来ない患者は多く近親者と医療従事者に治療方針の決定を委ねられ、本人の希望は殆ど考慮されずに方針が決定されている現状が明らかになった。

もう一つの問題は、意識レベル上は問題がなく同意能力が保持されていると推定された患者の中で手術承諾書に自分で署名しなかった例が少なからず存在した事である。手術を受けたJCS0の患者のうち僅か11.3%が本人欄に署名したと推定された。残りはほとんど配偶者や子などの近親者によって署名されたと推定された。手術を受けた患者でも意識レベルは清明であったので、担当医の説明は聞いた筈である。その時点で手術を受けることに対してははっきりとした意思表示を行ったので家族が署名欄に代書したというのが最も適法に近い推定であろうが現実には不明である。

これについて医療契約は諾成契約であり承諾書は形式に過ぎないので、署名は代書で構わないと考えることもできる。手術がうまくいった場合には紛争に発展することはないので問題はないであろう。問題は手術が上手く行かず重篤な後遺障害や不幸にして死亡してしまった後紛争に発展した場合であろう。本人の意思を推定するものが手術承諾書の場合、本人の署名が本人以外によってなされた承諾書の有効性が問題になるからである。形式的には法律上無効な承諾書であり、法律上本人の意思を確認する根拠にはならないので、本人の承諾なき侵襲的医療行為と見做される危険性を孕んでいる。

このような無効な承諾書の取得が行われている理由はどのようなものであろうか。一つには医療契約に対する認識が不十分であ

ることが挙げられる。実地医療の現場に厳格な契約論が適用し難いのかも知れない。侵襲的医療行為に対する承諾の代理権に関する規定も民法上は存在しないので、多くの成年後見人が被後見人の手術に先だって手術の承諾を拒むのは、成年後見人がその代理権の範囲を正確に把握しているためであるが一般にはそこまで代理権について把握している人間はいない。救急センターで勤務した経験から言えば、法律を熟知した人間ほど、他人の手術に対する承諾を与えることに対して消極的であり、速やかな治療の支障になる。「連れてくるばかりで何もしない」という印象を与えるものである。厳密な法理論の展開と主張は患者の治療以外のことに興味のとばしい医療人にとっては煩わしいものであることは真実であろう。しかし煩わしいと思うことが契約に関する認識の低さを示しているのである。この状況は改善されなければならないが、医療の現場に厳格な契約論を持ち込むことに違和感を感じる医療人がいることは事実である。

本人の署名を近親者に委ねるという行為は、医療人にそのような署名は無効であることを周知徹底させて本人の署名を得させることにより改善する可能性は高いと考える。「承諾書＝医療行為についての契約書」は本人が署名して初めて有効な書面であることを広く知らしめることによって現状を改善することは可能であると考えられる。

それが可能になったとしても、制限行為能力者あるいは行為無能力者に相当する患者の侵襲的医療行為に対する承諾の問題は残ることになる。本人が承諾して初めて適法な医療行為に対する同意という考えが浸透すればするほど、承諾書の扱いが厳格となり、本人の承諾がないので侵襲的医療行為を行う事ができないという議論が起こる可能性があり、更なるジレンマへと現場は陥る危険がある。

以上聖マリア病院脳神経外科に入院した患者の診療録を調査する事により、侵襲的医療行為である手術においても本人の承諾が記録上明確でなかった症例があることが判明した。承諾書などの医療契約における本人の意思表示の法的意味が曖昧なまま、単に形式的に承諾書に署名が行われていた可能性があり、今後、より正確な informed consent を得るためには、医療従事者と患者および患者家族に広く医療における契約の意味を知らしめることが重要であると考えられる。制限行為能力者あるいは行為無能力者に相当する患者に関する医療同意については現状を踏まえつつ、現場の医療行為にブレーキを掛けないような方策を立てることが肝要である。将来認知症の患者が増加することが予想されており、脳外科疾患に限らず制限行為能力者や行為無能力者に相当する患者に対して侵襲的医療行為を行うケースが増加してることがほぼ確実だからである。

(2) 米国の一般的総合病院の訪問調査

() 平成 26 年 3 月に米国ニューヨーク州の地方都市であるエルマイラ市(人口約 3 万人)にある Arnot Ogden Medical Center を訪問し、救急専従医と救急症例も担当する一般外科医、集中治療室も担当する呼吸器科医と面談した。同センターは様々な救急症例が訪れるベッド数 256 床の 3 次医療機関である。

同院のホームページには「医療費の支払い方」(Pay Your Bill)と「患者の安全」(Patient Safety)の間に「事前指示」(Advance Directives)のセクションが並んでいる。Advance Directives とは患者本人の治療についての希望を伝えるための書類である。Living Will (生前の意思表示、リビングウィル)、Health Care Proxy (医療行為に関する決定権者の指名)、Do Not Resuscitate (DNR) Order (心配蘇生術を拒否)の3部の構成になっており、米国の医療界ではごく普通に認められるものである。患者の意思を文書で表示しておくとの考えが浸透している。

救命処置の必要な患者の治療方針を決定するのは、第一に患者本人の意思であると同院の救急専従医は語った。Advance Directive の方針が浸透している現れである。救急医が救命措置を行わない、あるいは終了する場面は、そのような意思表示があると判明した時点だということである。どのような形であれ急変以前に急変時の医療行為に対しての自分の希望を表明していたことが明らかになれば、例えば親しい友人に心配蘇生術はして欲しくないと語っていたとその友人が証言した時などの場合、その意思を尊重して行動するとのことであった。そのような意思が確認できない場合には緊急処置に参加している全てのスタッフが処置を中止することに同意するまで、つまり十分な医療行為を行ったという認識をスタッフの全員が持つまでは救命処置は継続するとのことであった。スタッフ全員の同意を得て心配蘇生術を止めるという態度は徹底されていたようである。患者の看取りを全員の同意の下に行うというポリシーは、事後のトラブル対策として有効であろう。

患者の意思が確認できない場合は最良の結果を目ざして治療を続けることは日本の救急現場と同じであった。Advance Directive の無い患者で、本人に同意が取れない場合あるいは同意をとる時間的余裕が無い場合の医師のよりどころは、「善きサマリア人の法」(Good Samaritan laws)であると説明された。これは「災難に遭ったり急病になったりした人など(窮地の人)を救うために無償で善意の行動をとった場合、良識的かつ誠実にその人ができることをしたのなら、たとえ失敗してもその結果につき責任を問われない」という趣旨の法である。善きサマリア人の法

はアメリカにおいては判例法であるが、カナダにおいては州法化されている。

医療に対する承諾が本人から得られない場合の承諾者は、Health Care Proxy になるがそれが定められていない場合は、next of kin (最親近者)と説明された。もっとも身近な人間ということになる。州法等で医療に関する代諾の制度が準備されているニューヨーク州では、その法律に準拠する形で本人に最も近い人間を選んで承諾を得れば、その後の医療行為は適法となるとの事である。その辺りはアメリカと日本の法制度や医療上の慣行の違いから来るものである。本邦においても Health Care Proxy に相当するような制度の創設が望まれるところである。

() フィリピン国マニラの病院を訪問しスタッフにインタビューを行う。Quirino Memorial Medical Center (QMMC)と Gat. Andres Bonifacio Memorial Medical Center 訪問

研究計画では米国の大きな都市にある総合病院(大学附属病院等)を訪問する予定であったが Arnot Ogden Medical Center を訪問して、十分なディスカッションと医療同意に関する法制度や運用の実際について相当量の情報を入手出来たので、フィリピン国マニラにある公立病院を訪問することとした。主任研究者の勤務先である保健医療経営大学に JICA に長く関わってマニラの医療事情に詳しい教員がいたため、その教員の助力を得て訪問が可能になったものである。

(a) QMMC における IC 取得について QMMC は 60 年の歴史を持つ、250 床の公立病院である。救急医療も行っている。脳神経外科の専修医に IC について詳しく話を聞くことができた。

IC の取得に関して、医学生の間にも共通の教育を受けていることはなさそうであった。

IC のフォームは各病院で独自のものがあり、QMMC はタガログ語、後に訪問した GAT adres は英語のフォームを用いていた。書かれている内容についても、公立病院と私立病院では異なるとのことである。私立病院の IC フォームは疾患の説明、治療方法や予後について記載してあるとのことである。

IC 取得は、外科的処置や人工呼吸管理のための気管内挿管等は、主治医が行うとのことである。待機的手術の場合は本人に説明を行う。Representative と呼ばれる本人代理人は多く直近の親近者(配偶者、成人した子供、親か兄弟)に説明し IC を得ることが通常。

患者の家族に同意を求める際に説明を行うが、それに相当する単語は educate (教育)であった。十分な説明後代理人が署名するが家族には最も信頼される人物が署名すべきという考えがある。「自分にはその権限がないので、権限のある者が来るまで待つて欲しい。」こともあるとのことである。

IC は主にベッドサイドで取得するとのことであった。ベッド間隔が短い上に、他の患

者の家族がいたり、場合によっては2人の患者がベッドにいることもあるので、プライバシー保護はない様子であった。レントゲン写真で説明する場合は、オープンスペースにあるシャカステンの前で説明を行っているとのことである。説明内容に関するプライバシー保護は出来ていなかった。

IC取得に際しては、患者本人、代理人に対して医師が説明するとのことである。Witnessと呼ばれICフォームにサインする証人は看護師がつとめることが多い、証人が複数いる場合もあるとのことであった。

QMMCでは、IC取得のためのフォームは統一規格(産科部門は特別)を用いて、病名の告知、治療法、考えられる予後などを空欄に書き込むスタイルで、疾患特有の経過や、手術の成績や合併症についての詳細な記述はないとのことである。本人と代理人、医師と、証人の署名欄がある簡単な書式であった。

手術をする場合に本人が署名できるような状態にない状況では、患者署名欄は空白で、代理人の署名だけで手術に進むこともあるとのことである。代理人になり得る人物が見つけれない場合は、病院長の署名で手術に進むこともあるとのことであった。

手術が必ずしも上手く行くものではないこと、それなりの危険が存在することは説明しているようであった。

フィリピンにおける医師-患者関係で医師は非常に尊敬される存在である。治療方針はpaternalisticな風潮があり、「医者にお任せします」という態度も少なくないそうであるが、よりビジネスライクになる場合もあるとのことであった。私立病院ではその点に配慮して詳細な説明書を用意しているらしい。

医療過誤保険は、インタビューした医師で加入している人はいなかった。そこまで医療過誤訴訟が浸透していないのかも知れない。(b) Gat. Andres Bonifacio Memorial Medical CenterにおけるICについて

この病院はマニラ市内で経済的に貧しい地域にあり、マニラ市民は同病院での医療費や入院中の食事代が無料とのことであった。QMMCと同様に一つのベッドに2人の患者が収容されることもあり、産科病棟では1台のベッドに3人収容することもあるので時に入院患者数がベッド数を上回るらしい。病院滞在日数は平均で4-5日程度である。

ICは医者が行い、全診療科共通様式で医師(説明者)患者、代理人と証人の欄がある。

急性虫垂炎の場合、「急性虫垂炎です」「手術しないと重篤になり、死ぬこともあります」「だからこの承諾書にサインして下さい。」という医者主導のIC取得方法のようであった。受診する患者の社会的状態・教育の程度も影響しているらしい。「説明をしても病気のことや手術の内容についてよく理解することが出来ない。」事も多いとのことである。患者の家族が多いために、勢いパターナリスティックなアプローチになる

とのことであった。忙しくて、説明に時間をかけることができないのであろう。

(c) 考察 医療費の自己負担の有無も患者が所謂「患者の権利」を主張する背景になっているようである。QMMCでは、患者が検査治療費を払えるかという問題があるとのことであり、負担できる医療費により検査の内容が変わるとのことである。患者の経済的事情という日本にはない因子が存在していた。ちなみに高度医療機械を持ち、医療費の高い私立病院の説明はより詳しいということ、そのような病院では患者や患者の家族が医師患者関係をよりビジネスライクに扱う傾向があること、などICの内容や取得方法についても医療施設間で大きな差異があることが伺われた。

訪問した2つの公立病院から得られたものは、IC取得について、考慮すべき要因として、患者の教育レベル、患者の社会的・経済的状況、医療を提供する医療機関の性質等、が現時点で考えられる。IC取得も一筋縄ではいかない印象である。

(3) 関連文献の検討

成年後見に関する研究誌である「実践成年後見」(民事法研究会)はNo.16, 2006年1月発行において「医療行為と成年後見」という特集を組んでいる。本誌に掲載された論文は成年後見の視点から医療行為に対する同意について、様々な視点を紹介して、問題を浮き彫りにしている。各論者は成年後見人には医療同意権がないという認識を共通にしている。平成11年の民法一部改正による新成年後見制度について「成年後見の場面についてのみ医的侵襲に関する決定権・同意権に関する規定を導入することは、時期尚早といわざるを得ない。」とされたことによるものである。医療同意に関わる問題を見事に集約しているが、だからといって同意の取得に苦労している現場をそのまましておくのは問題であらう。多くの論者が述べているように法整備による、すなわち立法による解決が必要であると考えられる。現行の法制度では侵襲的医療行為に対する近親者による代諾は、解釈上は可能かも知れないが限界があるからである。

6. 研究組織

(1) 研究代表者

榑木 浩朗 (CHISHAKI, Hiroaki)
保健医療経営大学・保健医療経営学部・特任教授
研究者番号: 70609073

(2) 研究分担者

榑木 晶子 (CHISHAKI, Akiko)
九州大学・医学部保健学科・教授
研究者番号: 60216497