

思春期の子どもへのインフォームド・アセントと ケア倫理の必要性

本 田 優 子

1. はじめに

本稿は、医療における子どもの権利を守るとはどういうことかという疑問から出発しており、その疑問を解決するために、医療における子どもの権利擁護の現状を分析する。そして、これまで行われてきたインフォームド・コンセントの概念を、そのまま子どもへ適応する場合の弊害について考察し、インフォームド・コンセントの概念が子どもには適応されにくいこと、および他の観点から子どもの権利擁護を考えるべきことを指摘する。それはつまり、インフォームド・コンセントの基盤となってきた「強い個人」を前提とする正義の倫理にかわるケアの倫理という観点であるが、この「弱い個人」を前提とするケアの倫理が基盤となるときに初めて、実質的な子どもの権利擁護がなされる可能性について言及したいと考える。

まずはじめに、現代医療におけるインフォームド・コンセントと子どもの権利、パターナリズムと子どもについて概観し、子どもの中でも思春期の子どもへのインフォームド・アセントおよびケア倫理について述べる。次いで、医療者への質問紙調査から導き出された思春期の子どもへのインフォームド・アセントの実態とケア倫理との関連について分析することで、子どもの権利擁護の基盤としてのケア倫理の必要性について述べようと思う。

2. 現代医療とインフォームド・コンセント

現代医療において、患者の人権尊重は自明のものであり、医療者への「お任せ医療」から自律した決定を行なう強い患者イメージが広がっている。これは、個人として尊重されることが当たり前という考え方が海外から我が国に入ってきたことで、人権意識が高まったことが背景にある。具体的には、医療現場では、医療者からの十分な説明とそれに基づく患者からの同意というインフォームド・コンセントの形態をとっている。

そもそもインフォームド・コンセントの理念は、人間の主体性を尊重し、自分に行なわれる行為について十分に理解したうえで決定することを大切にするという原則（自律）に基づいており、ここには、真実を知ること（真実告知）、わかるように説明を受け強制されずに選択できること（自由意志による選択）、自分で決めること（自己決定）などの権利が含まれる¹⁾。

しかし、実際は、そのような自己決定が出来る患者ばかりではなく、また、直接患者本人に告知をする医療者ばかりではないのが現状ではないだろうか。それは、インフォームド・コンセントの考えが海外から導入されたものであり、我が国の文化・思想とは異なる背景をもともと持ったものであることが、理念と現実のズレを生じさせていると思われる。つまり、津崎²⁾が指摘するように、我が

国の社会が村落共同体としての集団意識と、中国から伝わった儒教思想の影響で、集団秩序社会を形成してきたため、集団や上位者に対する義務の観念は発達しても、個々人の権利の観念は発達する余地に乏しかったため、個人の権利に基づくインフォームド・コンセントの実践に、やや無理が生じるのは当然だと考えられる。

とはいえ人権尊重の立場から、患者へのインフォームド・コンセントは主流になりつつあるが、その基盤は、「強い個人」³⁾ という自律や自己決定できる個人におかれている。それは、そもそも、医療は当事者の契約によってなされ、対等な関係の上に成り立つものであるという認識があるからであるが、そのような認識は我が国の医師・患者関係には意識されてこなかったといえる。そのため、現在でも患者の中には、「強い個人」になりきれず、医師にお任せすることを良しとする考え方の人も多い。よって、成人であっても、必ずしもインフォームド・コンセントが適用されることが最善とは言いきれないのが現状である。それはさておき、本稿では、「子ども」について言及することとする。

それ故、インフォームド・コンセントは「強い個人」として判断能力があるとみなされる成人に適用されることとなり、判断能力や自己決定の主体とみなされ難い「子ども」⁴⁾ は、インフォームド・コンセントの対象とはなりえない。また、実際のインフォームド・コンセントに対する子どもの理解や決断力に関する客観的な評価指標もまだ無く⁵⁾、子どもへの対応は模索段階といえる⁶⁾。

そもそも、インフォームド・コンセントは、医師からの説明、患者の理解と判断（選択）、患者の決定と決定の責任を取るという流れを持つものであるために、理解や判断・決定さらに責任について、子どもには能力があると保障されないことや、親の代諾が可能であるという法的側面から、インフォームド・コンセントは子どもには適応されないのが現状である。例えば、インフォームド・コンセントの一部をなす説明でさえ、金子⁶⁾によれば、原則としてすべての子どもに病名を説明している医師は10%、治療の見込みがある場合に子どもに知らせる医師は14.4%だったと報告されている。このように、医師から子ども本人への説明は低い割合に留まるのが現状であろう。

3. 子どもの権利とインフォームド・コンセント

それでは、子どもへのインフォームド・コンセントは必要ないのであろうか。これまで、我が国の医療現場では、子どもに十分な説明をすることなく、親への説明と親の代諾により子どもへの治療や検査を行ってきた経緯がある。それは、共同体的意識が強い我が国においては、家族を一共同体とみなし、患者が大人であってもまずは家族に真実を知らせるという思想的背景があるため、家族の承諾がないと患者本人への真実告知は出来にくいのが現状である。ましてや子どもは親の保護の下にあり、子ども自身の体に関することであろうとも自己決定しにくいいため、子どもは二重にインフォームド・コンセントを適応されにくいといえる。

しかし、1989年に国際連合総会で採択され、日本では1994年に批准した「子どもの権利条約」⁷⁾ に代表されるように、子どもといえども一個の独立した人格を持つために、年齢や理解に合った説明を受け、自分の意見を自由に制約なく表明する権利があるとされている。

具体的には、第17条の「特に児童の社会的、精神的及び道徳的福祉並びに心身の健康を促進する目的の情報及び資料を利用できるよう確保しなければならない」によれば、子どもは医師に情報公開を求める権利があること、第12条の「自己の意見を持つ能力ある児童には、自己の意見を自由に表明する権利（意見表明権）を保障しなければならない」並びに第13条の「表現の自由の権利を有する」と

いう条文によれば、子どもには、自分への治療や処置に対して意見を表明する権利があり、医療者ならびに親は、その機会を保障しなければならないという解釈も可能である。

この「子どもの権利条約」は、子どもを保護されるべき対象から、保護される権利（保護の内容に異議をはさむ権利）を持った主体として捉えなおすことを表明した画期的なものである。しかし、「保護」という言葉以外で説明することで、子どもの人権を捉える必要があるとして、内野⁸¹は、成人とは異なり、子どもの人権を「状態権（静的人権）」と「行為権（動的人権）」に分け、未成年者の人権保障としての状態権は、本人が「自由な状態におかれていること」であり、行為権は「未成年者が自分の判断で自由にふるまえること」としている。つまり、自由に意見を述べるにとどまらず、自由な状態、子どもが健康なときと出来るだけ同じ状態になるよう環境を整えること⁹¹も、子どもの人権尊重には必要といえ、そのためには、大人側の視点のみでなく、子どもの視点を取り入れた環境づくりのために、子どもの納得が求められると考えられる。

このように「子どもの権利条約」の意味するところを考えると、一般的な「権利」とは異なる「子どもの権利」の擁護という考え方があることが分かる。つまり、権利を主張するためには、それなりの義務を負うという権利・義務関係としての権利ではなく、「保護される権利」という義務なき権利という位置づけであり、これは、後で述べる「ケア」の考え方と共通する思想的基盤をもつものであると考えられる。

4. パターナリズムと子ども

これまでの医療において、子どもの意見や自己決定が尊重されなかった背景を考えると、先に述べた家族を一単位としてみなす日本の思想とともに、親が自分の子どもを扱う形態に近い、いわゆる「パターナリズム」による医療者のアプローチが主体であったことも要因と考えられる。これは、医療者側が「患者にとって良かれと判断したこと」を、たとえ患者の意思に反する場合でも、患者に勧め行なうことが、「患者にとっての最善」であるという考え方だが、一方では、患者側の「お任せしたい（責任は医師に採ってもらいたい）」という心情と表裏一体となっていたとも考えられる。しかし、このお任せ医療も先に述べたように、患者の権利尊重の立場からのインフォームド・コンセントの導入により、大人への対応は様変わりしたものの、子どもへの対応は依然パターナリズムの段階から抜け切れていない現状であると考えられる。

このパターナリズムについて中村¹⁰¹は、「よきパターナリズム」と「あしきパターナリズム」があることを指摘している。ここで、よきパターナリズムとは「自律の領域への干渉・介入は、干渉・介入を受ける個人の自律の実現・補完のためにのみ正当化され得る」というものである。

また、梶村¹⁰²は、憲法学者である佐藤¹⁰³の「未成年者については、その自律の助長促進という観点からの積極的措置が要請されるとともに、人権の制約は未成年者の発達段階に応じ、かつ自律の助長促進にとってやむをえない範囲内にとどめなければならない」という見解を紹介し、さらに具体的な「未成年者の自由への直接的介入は、成熟した判断を欠く結果、長期的にみて未成年者自身の目的達成諸能力を重大かつ永続的に弱体化せしめる見込みのある場合に限って正当化される」という考えを引き、日本国憲法および児童の権利条約の解釈論として優れていると述べているが、これは先に述べた、中村のパターナリズムが正当化され得る条件と符合する。

しかし、中村の「よきパターナリズム」でさえ、個人の自律の実現・補完のためという目的がつく

限り、また梶村が評価した佐藤の「自由への直接的介入が正当化される条件」でも、それが自律の助長促進という観点が含まれる限り、直接的には成人の間で成り立つことであり、子どもには適用できにくいものと言わざるを得ない。

5. 思春期の子どもへの援助

さらに、子どもの中でも、思春期年代は、大人と同じ決定権はないが、判断力は年齢相応についており、親の代諾のみでは済まない年代であろう。よって、パターンリズムでは対応できず、かといって、インフォームド・コンセントの適用が出来るほどの法的決定権はない。いうなれば「境界領域」に位置する年代だといえる。

次に、この思春期はどのような時期なのかを考えてみたい。発達期の区分について、野沢はその著書『青年期の心の病』¹³⁾の中で、10-12歳を前思春期 preadolescence、12-15歳を思春期 early adolescence、15-18歳を青年期前期 adolescence proper と区分している。つまり、思春期の中核は12-15歳の中学生年代と考えられる。

そして、思春期の発達課題として、第二の分離固体化 (second separation-individuation) への志向と身体-自己意識 (body-self consciousness) の形成をあげている。つまり、それまでの親への依存から、一人の人間として自立へ向かう意識が芽生え、さらに、性ホルモンの分泌増加による第二性徴という大人の身体への変化を受けて、さらに自己意識が高まる時期である。野沢の区分では思春期は日本の中学生年代にあたる。実際は、急激な身体変化に戸惑うと共に、抑えがたい衝動性に不安が高まり、親や権威的なものへの反抗心が現れる。また、親からの心理的自立と依存というアンビバレントな感情、つまり、甘えたいが自立したいという相反する感情を持て余し、不安を共有してくれる同姓同年代の仲間との付き合いを求めるようになる。

しかし、現代は受験競争といわれ、同年代の仲間が作りにくい背景があり、また、幼少時の親とのコミュニケーション不足から他者との良好な関係作りを苦手とする若年者が増えている。このように思春期は、子どもから大人への中間にあり、自我への目覚めという「自分とは何か」を見つめ直し始める時期であり、心理的にも乗り越えることが大変困難な時期である。

12歳以上の思春期年代の子どもについて蝦名¹⁴⁾は、倫理的思考が発達し、病気の原因や因果関係や結果の予測が可能となり、また、逆に結果から原因を推論するなど、論理性の可逆性が可能となること、また、病気になることで、独立やプライバシーを失いやすく、そのような状況の中で無力感を強め、自我の拡散、不信、疎外感、怒り、非協力を生みやすいこと、親の過保護や医師のパターンリズムはこれらの反応をますます助長させることを指摘している。そして、この時期の子どもに対しては、親や医療者は、子ども自身の決断を無視するわけにはいかない状況となると述べている。

よって、このような時期にある中学生年代の子ども達にとっては、自分を見つめ、自分への肯定的感情を育みながら、他者との関係作りの中で、将来への展望や希望を持てるような援助が必要と考えられる。そして、その援助は、自立と依存の葛藤状況にある中学生年代を相手とすると、一方的な援助では十分な援助とはならない。つまり、援助する側も、援助することによって深く自分を見つめ、相手から学び成長するという姿勢が求められると考えられる。具体的には相手の心の声に耳を傾けること、十分相手の感情を受け止めること、正しい情報を分かりやすく伝え、納得を得ることが重要と思われる。このような対応によって初めて、思春期という困難な節目にある子ども達の成長に役

立つ援助となるのではないだろうか。また、そのような対応はまさに、ケア的と呼ぶことができるだろう。

6. 医療における思春期の子どもへのインフォームド・アセント

それでは、医療において、思春期年代の子どもを尊重したアプローチとはどのようなものであろうか。

子どもに対するインフォームド・コンセントについては、第29回世界医師会総会東京大会（1975年）で、ヘルシンキ宣言（1964年）が修正されたときに始まると一般的に言われており、「責任ある親族の許可をもって未成年者の許可の代わりとすること」が確認され、さらに、第37回世界医師会総会ベニス大会（1983年）では「未成年者からもインフォームド・コンセントを得る必要がある」と追加修正されている。それらの背景を元に、米国小児科学会は、「インフォームド・アセント」という表現で、医師が7～14歳の子どもにはアセント（assent）をとること、つまり、「親の同意を得て医師が親の同意内容を子どもに説明して子どものアセントを得ること」を勧めており、15歳以上にはインフォームド・コンセントを行なうことを勧めている¹⁵⁾。

つまり米国では15歳は成熟した未成年（matured minor）¹⁶⁾であり、20歳未満でも医療行為についての理解・判断能力があると認められれば、子ども本人の承諾でも足りるとも考えられている¹⁷⁾。また、オランダでも7歳以上からアセントをとり、14歳以上からはコンセントをとっている¹⁸⁾。

また、我が国では医療以外の領域において、親の同意なしに子どもが意思決定できる事項¹⁹⁾が明文化されているが、それは遺言する能力は15歳以上（民法961条）、養子縁組の意思決定も15歳以上（民法797条）、不法行為の損害賠償責任も15歳以上、そして、現在改正され刑事罰は14歳以上（少年法20条）であり、ほぼ法的には15歳以上ならば意思決定能力があると考えられていると思われる。よって、15歳以上ならば大人と同様に本人の意思を尊重すべきであろう。

具体的に筒井¹⁸⁾はアセントの要素として、1) その子どもの発達に応じた適切な awareness（知ること、気づき）を助ける、2) 検査や処置で何が起こるかを話す、3) 子どもが状況をどのように理解しているか、また、処置や治療を受け入れさせるための不適切な圧力など子どもに影響を与える因子を査定する、4) 上記のことを吟味したうえで、最終的に患者がケアを受けたいという気持ちを引き出す。決して子どもをだましてはいけない、以上の要素を挙げている。

これらの動きをみると、米国やオランダでは、児童期から思春期年代の子どもに対しては、医師からの説明を行い、子どものアセントを得る体制があると理解される。そして、その子どものアセントは、親の同意を経た後のものであるにしても、「子どもに説明し、アセントを得ること」が、明らかにされている点で評価できると考えられる。

7. 子どもの同意から納得へ

しかし、このインフォームド・アセントを我が国に適用した場合、医療者側の反応や子ども本人、あるいは親の反応がどのようなものになるのか、まだ不明確な部分が多く、これからの調査が期待されている。そして、子どものアセントが実質的な自己決定として医療行為の採否を決定するものではないかぎり、同意の前段階としての「納得」について問題にすることが必要であり、それが実質的には子どもを一個の人格として尊重するという子どもの権利条約の精神を実現するものと考えられる。

また、アメリカ小児医学学会の生命倫理委員会からの1995年の答申でも、子どもへの介入が親権によって法的には代諾されることがあっても、子どもからのアセントを得る努力が重要とされている¹⁹⁾。さらに後藤²⁰⁾は子どもの権利の観点から大切なのは、その判断のプロセスにどれだけ子どもが参加したか、どれだけ子どもが自分の病気や体の状態について理解できたか、そして、親と子どもの双方の理解と納得を得ることが何よりも重要なことであると述べている。

また、後藤²¹⁾は、子どもの最善の利益が保障される状態としての状態権の保障のためには、コンセント（同意）ではなく、「納得」を得ることが重要であると主張し、子どもを支える環境を前提とした真実告知について言及している。

これらつまり、「子どもの納得」を求めていく姿勢が医療者側に必要であるということであり、それは、とりもなおさず、子どもとの人間関係を重視した取り組みとならざるを得なくなる。つまり、言語表現が未熟で、ましてや自分の気持ちの確認もおぼつかない子どもを前にして、納得を得る作業は、根気の要るものである。まずは安心する雰囲気の中で相互理解を深め、わかりやすい言葉や工夫によって治療内容を説明し、子どもからの疑問には丁寧に答えながら、理解を深めさせる必要がある。さらには、子ども自身にとっての治療の必要性や見通しが持てるように配慮しつつ、治療を受ける自信が持てるような励ましや支持が必要となると考えられる。

8. 子どもの納得を支えるケア倫理

これらの、人間関係を基盤とした子どもの納得への取り組みには、先に述べたパターナリズムでもインフォームド・コンセントでもない、第三の考え方が拠り所として必要になると思われるが、それは、「ケアの倫理」ではないかと考えられる。

ケア²²⁾自体は、人間の歴史とともにあるものであり、人間が最も人間らしくあるためのものであり、自律的に行動する強い個人ではなく、相互依存を必要とする弱い個人²³⁾が想定されている。そして、ケア倫理とは、ケアの考え方を倫理の中核に据える倫理観であるが、それはまた、現代社会の中で苦悩する生身の人間へのアプローチとして近年注目を浴びてきている。

ここで、現代におけるケア概念について、その一般的特徴を描写しているメイヤロフ²⁴⁾の言葉を引きながら考えてみたい。メイヤロフにとってケアの対象は人間のみに限らず、芸術作品や様々な構想等も対象に含まれる。その意味で、ケアは人間の生にとって本質的な要素をなすとされている。

メイヤロフは、「ケアは他者の成長をたすける」ものであり、同時にケアする者は、ケアをとおして自己実現すると述べており、相互性を指摘している。彼が強調するのは、ケアを行なう人の関心がケアの対象にあることであり、ケアしている自分に関心が置かれているときには、もはやそれはケアとは言えないという。つまり、「自己の関心が他者に焦点化」しケアの対象の中に自分を無くす、無私になる、集中するということであるが、そのことが結果として、ケアする人の自己実現につながると思われる。

この「無私」という状態は、現代の多くの利己的人間にとっては、甚だ達成し難い境涯ではないだろうか。そして、己を無くす「無私」の状態になるとは、どのような状況だろうか。それは、例えば、子どもや大切な人に重大な危機が迫っているときに、我を忘れて行動してしまう状況などが考えられる。

看護婦とは何かについてナイチンゲールは著書『看護覚え書』²⁵⁾の中で、「自分自身は決して感じ

たことのない他人の感情のただ中へ自己を投入する力をこれほど必要とする仕事はほかに存在しない」と述べ、自己投入の力の必要性を強調しているが、一方では、ケアの対象と共に、自分自身をも冷静かつ客観的に捉える力も必要としている。

よって、メイヤロフにとっても「無私」は完全な没我ではないと考えられる。

そして、この他者の成長というケアの目的のためには、具体的には、他者の心の声に耳を傾けるといふ対応が必要になると考えられる。また、メイヤロフはケアにおける自責感について、「良心ゆえに私は相手と自分自身に立ち返ることができる」と述べている。つまり、「無私」の行動であるケアがケアする人の自己実現につながるというのは、ケアが「他者の成長を願う自己を発見するプロセス」であることを意味していると考えられる。そして、自分を知ることについては、メイヤロフも「成長したいという自分自身の欲求を良く理解し、それにこたえることができはじめて、相手に関しても、その成長したいという欲求や努力が理解できるのである」と述べているように、ケアの相互性があるものと考えられる。

また、成長を知る目安として、メイヤロフは、学ぶこと、人格の再創造、明確な自己決定、喜んで責任をもてることを挙げているが、とりわけ成長することによって対象となる人がケアできるようになることを強調している。

さらに、メイヤロフは、「ケアは、対象が変わらないこと、連続性を前提とし、発展的過程をさす」という。これは、ケアが他者の成長をたすけることであれば、個別的・連続的過程を必要とし、そうならざるを得ないであろう。そして、「ケアは価値を決定し、人生に意味を与える」と述べ、ケアするという責任感に立ったときに、人は人生における様々な物事の序列をつけることができ、自分にとっての価値あるものを見出すことができ、人生に対する態度が変化するという。

これは例えば、子どもを養育し始めることで、親は自分の役割や自分の人生の意味を再確認できることと関連すると考えられるが、医療者に置き換えれば、ケアを行なうことで、医療者としての自分の役割や自分の人生の意味を再確認することが出来るといえる。

ケアを道徳性の側面から分析・考察したノディングズ²³⁾は、「ケアリング」は自然なケアリングと倫理的ケアリングがあり、前者は「～したい」という自然な感情にもとづき、後者は自然なケアリング感情に引き続き起こる「～しなければならない」という義務感にもとづく感情であると述べている。つまり、倫理的な行動は時として努力を要するといえる²⁴⁾。

さらに、ノディングズはケアリングの中心概念として、「専心没頭 (engrossment)」と「動機の転移 (motivational displacement)」を挙げているが、前者は「なにかや、だれかについての、心配や、恐れや、気づかひの状態の中にあること」であり、後者は「ケアの動機はもはやケアするひとの側ではなく、ケアされるひとの側にある」のである²⁵⁾。つまり、ケアによって、ケアする人は対象への気づかひの状態にあり、その人のためにケアしているといえる。

以上のように、見てくると、ケア倫理の前提する人間とは、ケアすることまたケアされることによって、共に成長するような人間であり、独立で自由な強い個人ではない。また、その具体的アプローチは、良き人間関係の形成・維持のための行動・配慮であり、目的は人間関係を基盤とした相互成長を目指すものであると考えられる。

9. ケア倫理と思春期の子どもへのアプローチ

では、なぜ、医療において、このケア倫理が思春期の子どもへのアプローチに必要といえるのであろうか。それは、思春期の子どもの納得のためには、ただ単に十分な説明を行なうだけでは足りず、子どもと医療者との信頼に基づくよき人間関係が求められるからであり、「よき人間関係を基盤とした相互成長」という視点がケア倫理には含まれているからだと考えられる。

これまでの大人と子どもの関係は、対等な人間という目線に立ったものではなく、能力において上下関係になる傾向が多分にあったために、いわゆるパターナリズムの正当性が容認されてきたと考えられる。これは、保護の対象として子どもを捉えた当然の帰結であるが、子どもの権利条約に見られるように、子どもを保護されるべき対象から、保護される権利（保護の内容に異議をはさむ権利）を持った主体として捉えなおすこと、さらに自由な状態を保障すること（状態権）も視野に入れて、子どもの権利を考えなければならない現状では、子どもと医療者との間に信頼関係を構築することや、子どもの納得いく対応を提供するという責任感、つまり、「その人のために」というケア倫理意識が医療者には必要となると考えられる。

そして、「相互成長」のケアの視点に立った場合には、医療者も子どもへのケアによって、自分の人生の意味を再確認し、医療者としての役割を確認できることが期待されると思われる。

10. 子どもへの説明と納得に関する研究

これまで、子どものインフォームド・コンセントに関する研究がなされてきているが、ケア倫理の観点から子どもと医療者の関係性について取り上げたものは見当たらない。しかし、子どもへの説明と納得へ向けての医療者の取り組みについて取り上げた研究はいくつかなされている。例えば、半田²⁹⁾は、海外と国内の文献67件を検討し、子どもが検査や処置を納得し、協力するプロセスには、子どもの納得のしかた、納得のさせ方、納得を持続させる方法が関与していることを明らかにしており、2-6歳では処置の状況をじっと見ることで理解しようとしていること、事実を伝えられることで子どもの気が楽になり治療に意欲的に取り組むようになったこと、小児がんの子どもでも発症直後で、10歳から説明を希望していたこと、母親の協力と、視聴覚教材が有効だったこと、子どもに選択を任せたり見通しが立つ説明をすることで処置への協力が得られたことなどを報告している。

また、筒井²⁷⁾は、さまざまな場面で子どもが説明してもらいたかったことをまとめ、子どもへの説明の項目について、子どもの行動を観察することにより、子どもの知りたいことは何か、子どもに何を説明したほうがよいかかわることや、これから起こることやその意味を、子どもの年齢や性格に合わせて説明することなど6項目をあげている。

さらに、子どもの納得のためには、発達段階による納得の仕方の違いを踏まえておく必要があることを検討した研究²⁸⁻³⁰⁾や、思春期年代の事例を検討したものなどがある³¹⁾。

以上のような、子どもへの説明と納得に関する研究はみられるが、ケアの観点からみた医療における子どもへのアプローチについての研究は見当たらない。よって、今回は、医療者へ質問紙調査を行なうことで、解決への糸口を探ってみたい。

11. 医療における思春期の子どもへのインフォームド・アセントとケア倫理に関する調査研究

上記のように、子どもへの説明と納得に関する研究を概観すると、仮説的に予想されることは、子

どもへの説明と納得についての医療者の関心は、あまり高くないと考えられる。それは、親が子どもの代諾ができ、さらに子どもの理解力の低さによると思われる。また、重い慢性疾患については、継続した子どもの協力が必要なことから、病名や病態の説明を親の同意をもとに行なわれていると考えられる³²⁻³⁴⁾。さらに、思春期年代への説明は、言語的に可能であるため、詳しい説明の工夫はなされていないのではないかと考えられるが、この年代でも病気の説明は親に行い、子どもには生活上の注意だけが行われることが考えられる³⁰⁾。しかし、常松³⁵⁾や土屋³⁶⁾の研究からは、「納得いく配慮を受けた子どもは、病気を伝えられることに耐え、乗り越えることができ、コミュニケーションが円滑となり、協力的になり、不安がなくなる等、成長への変化が伺われる」という結果があるため、このような子どもの変化に期待がもてる医師は、納得いく説明を子ども本人に行っていることが推察される。これらのことから、思春期年代の小児が納得する必要性について、医療者の認識は低いと予想されるものの、医療者自身の子どものに対する期待度によっては、小児の納得を重視する対応が行われているのではないかと考えられる。

また、子どもへの真実告知の問題も、中学生年代であれば、親への説明が優先されるため、本人への告知は親の意向に左右されられると思われる。さらに、これら、子どもの納得への取り組みや意識の程度は、医療者自身がもつ他者へのケアに関わる倫理観や自己に対する評価（自己評価）と関連しているのではないかと考えられる。それは、ケアは他者との人間関係の中にあり、ケア自体は他者の自己実現を目指すとともに、自らの成長をも目指すものであるからである。

調査では、まず、医療に携わる医師が、思春期年代の小児に対してどのような説明を行っており、どのような考えを持っているのかを明らかにする中で、ケア倫理的なアプローチの実態について明らかにしていきたい。

1) 研究目的と方法

(1) 目的：医療における子どもへのインフォームド・アセントの実態と医療者である医師の意識を明らかにし、ケア倫理的なアプローチの有効性について明らかにする。

(2) 方法：①対象：K県内の総合病院、大学付属病院、一般病院に勤務する勤務医（常勤・非常勤を含む）353名。②調査方法：医療における小児への説明と納得に関する自由記述を含む選択式質問紙を作成し、対象者に郵送し返信を求めた。③調査内容：対象者の性別、年代、臨床経験年数、職場及び勤務形態、専門の診療科（16科より複数選択）、中学生年代の小児への診療頻度（選択肢：①ほぼ毎日～⑤ほとんどない）、「中学生年代の小児本人が納得いく説明」をするかどうかを左右する要因13項目（選択肢：1当てはまる、2どちらともいえない、3当てはまらない）、中学生年代の小児の検査や治療をする前に小児本人に対して行なう説明13項目（選択肢：1当てはまる、2どちらともいえない、3当てはまらない）、中学生年代の小児への説明の適切さの認識（選択肢：①適切と思う～④あまり適切と思わない）、中学生年代の小児本人が検査や治療について納得する必要性（選択肢：①いつも必要～⑤全く必要ない）、医師にとって中学生年代の小児本人が検査や治療について納得するような説明や配慮をする理由11項目（選択肢：1当てはまる、2どちらともいえない、3当てはまらない）、検査や治療について納得できる年齢（3歳～20歳より一つ選択）、検査や治療について大人と同じように本人に同意をとるべき年齢（6歳～20歳より一つ選択）、大人と子どもの事例についての病名告知の考え（選択肢：1必ず本人に病名告知する～4たいていは本人には病名告知しない）、

子どものイメージ18対項目（選択肢：左右の1～4）、ケアに関わる倫理観18項目（選択肢：1 いつもそう思う～3 あまりそう思わない）、自己評価10項目（選択肢：1 そう～4 ちがう）、以上である。

調査にあたり、「納得」とは「ある程度説明の内容が理解でき、検査や治療を受けることが自分にとって必要であると承知すること」と定義した。

ケアに関わる倫理観については、菊池³⁰⁾作成の20項目からなる思いやり行動の質問紙を参考に作成し、これをケアに関わる倫理観を測る尺度として用いた。また、自己評価は菅の Self-Esteem 尺度³¹⁾を用いた。

④分析方法：質問紙内容の各項目について、単純集計ならびに平均値を出し、さらに、各項目間のクロス集計を行った。統計学的有意差は、 χ^2 検定にて危険率1%および5%の確率で求めた。調査内容の自己評価については、各質問項目における選択肢「1 そう～4 ちがう」による調査結果を、集計時には、「4 そう～1 ちがう」へ置換して自己評価得点とした。つまり、得点が高いほど自己評価が高いということとした。そして自己評価が30点以上を自己評価高群（以下、高群）、20～29点を自己評価中間群（以下、中間群）、19点以下を自己評価低群（以下、低群）として分類した。

2) 結果

(1) 調査用紙の回収について

調査用紙353部を郵送し、回収125部、そのうち有効と判断された123部を分析対象とした。回収率34.4%、有効回答率98.4%。

(2) 対象者の属性について

男性が93%であり、40代が半数以上（55%）を占めた。臨床経験年数は、10年以上の人が87%であり、20年以上の人でも29%を占めた。職場及び勤務形態は、総合病院と大学病院の勤務医が88%だった。中学生年代の小児へ診療を行う頻度は、ほぼ毎日・週に数回という人が29%、2週に数回・月に数回という人が26%だった。自身が専門とする診療科については、（複数回答含む全体125回答）小児科・小児外科14.4%（18名）、内科28.0%（35名）、外科15.2%（19名）、その他42.4%（53名）だった。

(3) 「中学生年代の小児本人が納得いく説明」を医師であるあなたがするかどうかを左右する要因として、どのようなものがありましたか、について

全体的には、「小児本人の理解度」74%、「親の意向」72%、「検査や治療の必要性の高さ」66%が上位に挙げられた。反対に低かった要因は、「小児本人が納得いく説明を医師である自分ができるかの自信の有無」22%、「検査や治療の複雑さによる説明のむずかしさ」23%、「時間の余裕の有無」27%であった。

(4) 「中学生年代の小児の検査や治療をする前に、小児本人に対して行う説明」について

全体的には、「小児からの検査や治療についての疑問・質問に答える」91%、「小児からの日々の生活上の疑問・質問に答える」76%、「小児の気持ちを聞く」76%、「小児の表情や視線・行動を観察し、気持ちを把握する」74%が上位であった。ただ「本人の理解度にかかわらず、説明する」は当てはまる、どちらともいえない、当てはまらない、それぞれへの回答比率が30%台と意見が分かれた。「母親から小児へ説明してもらおう」は当てはまらないが最も多く38%だった。「納得しているか確認する」は68%にとどまった。

(5) 「中学生年代の小児本人への検査や治療に関する、あなた自身の説明のあり方」は適切だと思

いますか、について

全体的には「ほぼ適切と思う」51%、「どちらともいえない」33%が多く、「適切と思う」は7%にとどまった。

(6)「中学生年代の小児本人が検査や治療について『納得』することは、必要だと思いますか」、について

全体的には「いつも必要」55%、「場合によっては必要」40%という回答が多かった。

自身の説明の適切さと小児が納得する必要性との関連をみると、有意な関連 ($P > 0.01$) があり、自身の説明が適切又はほぼ適切と思う人は、中学生年代の小児が納得することを必要と感じる傾向にあった。

(7)「中学生年代の小児本人が納得するような説明や配慮をするのは、何のためですか」、について
全体的には、「本人の体に対して行われる検査や治療のことだから」が91%と最も多かった。次いで、「医師として本人に納得して受けてほしいから」も81%だった。権利尊重の立場の「本人が持って生まれた権利だから」(74%)や「同じ人間として尊重されるのは当たり前だから」(80%)も高い回答率であり、「医師としての責任だと思うから」も73%と高かった。反対に、低い回答は「検査や治療について訴えられたときに備えるため」33%だった。

自分の説明の適切さと中学生年代の小児へ納得する説明・配慮をする理由には有意な関連が見られ、特に、自身の説明を適切だと思う人ほど、納得する説明・配慮をする理由に「医師として本人に納得して受けてほしいから」や「よい人間関係を結ぶためには必要だから」と回答する傾向があった。

また、中学生年代の小児本人が納得する必要性を感じる人ほど、そのような説明・配慮をする理由に「本人は納得して検査や治療を受けたいだろうと思うから」($P > 0.01$)や「本人が持って生まれた権利だから」($P > 0.05$)、「本人にとっての最善だから」($P > 0.05$)と回答する傾向があった。

(8)「本人が検査や治療について一般的に『納得』できる年齢は何歳以上」だと思いますか、について

平均11.42歳だった。回答割合をみると、多い順位に15歳(13.8%)、10、12、13歳(各12.2%)だった。5歳(2.4%)や6歳(4.1%)でも納得できるという回答もわずかながらあった。

専門の診療科と納得できる年齢との関連をみると、小児科・小児外科という小児専門の医師ほど納得できるとみなす年齢が低く、9.8歳であり、内科や外科、その他の診療科医師は、13.0歳、11.7歳、11.3歳の順であった。また、本人に同意を取るべき年齢も、小児科・小児外科という小児専門の医師ほど同意を取るべきとみなす年齢が低く、12.3歳であり、他の診療科医師に比べて低い年齢であった。中学生年代の小児本人が納得する必要性と、納得できると思われる年齢との間には関連は無かった。

納得できる年齢と納得するような説明や配慮をする理由との関連を見ると、「納得できる年齢」と有意な関連(いずれも $P > 0.01$)があった「小児本人が納得するような説明や配慮をする理由」の項目は、「本人が持って生まれた権利だから」、「同じ人間として尊重されるのは当たり前だから」、「本人は納得して検査や治療を受けたいだろうと思うから」、「医師として本人に納得して受けてほしいから」であった。これらはいずれも、納得できる年齢として、4つの年齢、つまり7歳、10歳、12-13歳、15歳を挙げている。

(9)「本人の検査や治療に関して大人と同じように本人に同意をとるべき年齢は何歳以上」だと思いますか、について

平均13.48歳だった。多い順位に15歳(17.9%)、13歳(13.8%)、16歳(11.4%)だった。6歳(5.7%)や7歳(3.3%)もあった。

専門の診療科と同意をとるべき年齢との関連をみると、やはり、小児科・小児外科という小児専門医ほど本人に同意をとるべきという年齢が低く、12.3歳であった。

納得できる年齢と本人に同意をとるべき年齢の間には有意な関連($P > 0.01$)があり、両者の平均では約2歳の開きがあった。

(10) 予後不良の急性白血病の事例を元に、大人本人の場合と中学生年代の子ども本人の場合を想定し、病名告知するかどうか回答を求めた

大人本人の場合は、「必ず本人に病名告知する」38.2%、「ほとんど本人に病名告知する」30.9%というように、7割弱の医師が本人へ病名告知をする傾向が見られた。しかし、中学生年代の子どもの場合には、半数近くの医師が「本人に病名告知するかは状況しだいである」(46.3%)と回答した。「必ず本人に病名告知する」のは12.2%にとどまった。

大人と子どもの病名告知には、有意な関連($P > 0.01$)があり、大人本人に病名告知する人は、中学生年代の子ども本人へも病名告知する傾向が見られた。

また、中学生年代の小児本人が納得する必要性を感じる人ほど、小児本人への病名告知に積極的な傾向があった。

(11) 子どものイメージについて

子どもイメージは、明るく、活発で、敏感なイメージがあり、好きな傾向があった。一方で、子どものイメージは、感情的で、情熱的、軽率、不注意というイメージも高かった。

(12) ケアに関わる倫理観について

最も回答数が多く、いつもそう思う傾向にあった項目は、「家族の者が具合の悪いときは、看病してあげたいし、そうすべきだ」(1.19)であり、次いで「まわりの人に元気に挨拶したり話し掛けたりしたいし、そうすべきだ」(1.30)と「苦しい立場にある友達には親身になって助けたいし、そうすべきだ」(1.30)であった。

倫理観の質問項目「家族の者が具合の悪いときは、看病してあげたいし、そうすべきだ」と専門の診療科には有意な関連($P > 0.01$)があり、小児科及び小児外科を専門とする医師(76.2%)は、内科・外科・その他の医師(83.3%)より、この質問項目に対して「いつもそう思う」割合が低く、また、内科の医師(62.9%)は、小児科・小児外科・外科・その他の医師(83.0%)よりも、同じくこの質問項目に対して「いつもそう思う」割合が低かった。

(13) 自己評価について

全体的に自己評価合計の平均は、23.21点だった。

小児本人が納得いく説明を自分がするかどうかの要因と対象者の自己評価の程度との関連をみると、「小児本人の理解度」は自己評価の程度にかかわらず当てはまる傾向があるが、「親の意向」については、自己評価が低い人がより当てはまると回答する傾向があった。「小児本人が納得いく説明を医師である自分ができるかの自信の有無」については、自己評価の程度による差はなかった。

小児本人への説明と自己評価の程度との関連は、自己評価の低い人は「小児の表情や視線・行動を観察し、気持ちを把握する」や「小児の気持ちを聞く」、「小児からの検査や治療についての疑問・質問に答える」に対して、当てはまると回答する傾向にあった。

小児が納得する説明・配慮をする理由と自己評価の程度との関連は、「本人の体に対して行なわれる検査や治療のことだから」が自己評価の程度にかかわらず当てはまるという回答が多かったが、自己評価の低い人は、「医師として本人に納得して受けてほしいから」に対して、最も多く当てはまると回答していた。

納得できる年齢と自己評価の程度との関連は、自己評価の高い人が、他の群と比較して最も低い年齢（10.85歳）を納得できる年齢としており、自己評価中間群（11.66歳）・自己評価低群（11.57歳）と差が見られた。同じく、同意をとるべき年齢も、自己評価の高い人が他群（中間群13.86歳、低群14.14歳）よりも低い年齢（12.75歳）であった。

（14）中学生年代の小児が納得いく説明をする必要性に関して

中学生年代の小児が納得いく説明をする必要性に関して、「いつも必要」と答えた人と「場合によっては必要」と答えた人を、他の質問項目に関して比較した。

中学生年代の小児本人が納得いく説明をするかどうかを左右する要因については、「（納得は）いつも必要」という人のほうが「場合によっては必要」という人より比較的、当てはまるとした要因は、「小児に病名ないし病状告知をしているかどうか」、「小児本人が納得いく説明を医師である自分ができるかの自信の有無」であった。

小児本人に対して行なう説明について、「（納得は）いつも必要」という人のほうが「場合によっては必要」という人より比較的、当てはまるとした要因は、「本人の理解度にかかわらず説明する」、「今後の見通しについて説明する」、「小児の望む方法を探り、選択肢を提示する（穿刺部位や体位など）」であった。反対に、「（納得は）いつも必要」という人のほうが「場合によっては必要」という人より比較的、当てはまらないとした要因は、「最初は母親（保護者）に説明し、母親から小児へ説明してもらう」であった。

子どものイメージについて、「（納得は）いつも必要」という人のほうが「場合によっては必要」という人より比較的、強くイメージする項目は、「気持ちよい」、「ひかえめな」、「のんびりした」であった。

ケアに関わる倫理観について、「（納得は）いつも必要」という人のほうが「場合によっては必要」という人より、いつもそう思う傾向があった項目は、「友達の悩みを聞いたり、相談相手になりたいし、そうすべきだ」であった。反対に、「（納得は）いつも必要」という人のほうが、あまりそう思わない傾向があった項目は、「友達のお祝いの日や誕生日などには何かしてあげたいし、そうすべきだ」であった。

自己評価について、「（納得は）いつも必要」という人のほうが「場合によっては必要」という人より、そう思う傾向があった項目は、「私は自分に対して前向きな態度をとっている」であったが、反対に、「（納得は）いつも必要」という人のほうが、ちがうと思う傾向があった項目は、「わたしはときどき自分がまるでだめだと思う」、「私は時々、たしかに自分が役立たずだと感じる」、「もう少し自分を尊敬できたならばと思う」、「いつでも自分を失敗者だと思いがちだ」であった。

3) 考察

(1) 思春期の子どもへのインフォームド・アセントの実態と意識

(1)-1 思春期の子どもの納得への対応と意識

医師が中学生年代の小児の検査や治療をする前に、小児本人に行う説明は、「治療・検査や生活上の疑問・質問に答える」、次いで、「小児の気持ちを聞く」というものが多く、なるべく小児が理解できるようにしようという姿勢が感じられるが、「小児本人が納得しているか確認する」割合が68%だったことは、疑問・質問に答えることが、必ずしも小児本人の納得を意識したものとは考えにくい。さらに、中学生年代への説明にもかかわらず、母親から本人へ説明してもらう割合が38%あったことは、本人の納得を重視するというよりも、親の理解および納得のほうを重視した対応であると考えられる。これは、本人が納得いく説明を医師がするかどうかを左右する要因の中で、「小児本人の理解度」が74%であり、「親の意向」が72%であったことと関連していると思われる。つまり、親の意向によって小児本人への説明が十分納得いくものになるか左右されと考えられる。しかし、蝦名¹⁴⁾は、12歳以上の子どもの理解について、論理的思考が発達し、病気の原因や因果関係や結果の予測が可能となる、と述べていることから、中学生年代の小児に対しては、母親を介した理解を得るのではなく、直接説明をすることが重要であると考えられる。

このような実態であるが、自身の説明の適切さについては、「ほぼ適切」と思う人が51%、「どちらともいえない」人が33%と、医師自身も納得いく説明に至っていないことが感じられ、さらに、小児本人が納得することの必要性についても、「いつも必要」が55%、「場合によっては必要」という人が40%であり、必ずしも中学生年代の小児本人が納得することが必要だとは言いきれないという考えがあると思われる。

中学生年代の小児本人が納得するような説明や配慮をする理由については、「本人の体に対する検査・治療だから」という回答が最も多く9割以上あった。これは、子どもの体について行われる検査や治療の決定権が誰にあるか、引いては、子どもに自己の生命・身体の処分権があるかという問題につながることで考えられる。現在、子どもの治療に関する決定は、法的には親の承諾によってなされているが、後藤²⁰⁾が述べるように、治療をするかしないかの判断は他人が行ったとしても、実際に治療を受けたり、治療を受けなくて死ぬのはその子本人である。よって、生命・身体の処分権は本来子ども本人の権利であると考えられるため、子どもの判断を尊重すべきだといえる。しかも、中学生年代ならば、分かりやすい説明を丁寧に受ければ、検査や治療についての理解ができると考えられるため、今回、医師も、子どもといえども中学生年代の小児を対象とした場合には、子どもの体は子ども自身が処分権を持つと感じていたために、9割という回答となったと考えられる。これは、納得する必要性について、「いつも必要55%」、「場合によっては必要40%」という回答を合わせると9割以上あったことから、小児本人の納得は、小児本人の生命・身体に関する事柄について判断する時は必要と感じているものと思われる。

また、納得できる年齢についても、全体平均で11.4歳（最多15歳：13.8%）、同意をとるべき年齢の平均も13.5歳（最多15歳：17.9%）であり、中学生年代の小児に対して医師は、本人の同意をとる必要性を感じていると考えられる。また、専門の診療科別に納得できる年齢および小児本人に同意を取るべき年齢をみると、小児専門医のほうが他の専門医よりも低い年齢を納得できる（9.8歳）ある

いは同意を取るべき(12.3歳)と答えていることから、日々小児の診療にあたる小児専門医は、小児の納得や同意の実態を理解しているため、それ以外の専門医では考えられないほど低い年齢でも、小児は納得できると感じ、同意を取るべきだと感じる年齢も自ずと低くなったものと考えられる。

この小児専門医の認識についての調査結果³⁰⁾によると、子ども自身に治療や検査方法の内容を説明すべきと考える年齢は、向精神薬の服薬を除けば、9歳以下の子どもに説明すべきと考える医師が7割以上であった。さらに子ども自身からの同意を必要とする治療や検査は、「年齢による」と答えた医師が6～7割という結果であった。これらより考えられることは、医師は、10歳前後でも治療や検査方法の説明が必要と考えているということである。

また、「医師として本人に納得して受けてほしいから」という回答も8割以上あったが、一方「もって生まれた権利だから」、「人間として尊重されるのは当たり前だから」という自然権としての人権意識から、納得の必要性をいう回答もみられた。

納得する説明や配慮をする理由を、「医師の責任だから」という回答は73%だったが、説明すること自体は医師の責任としても、納得させるまでを医師の責任の範疇に捉えられていることが伺える。これは、近年の患者の権利意識の高まりから、医師は十分な説明を求められ、その結果として患者からの同意が得られるという、患者からさらには社会全体からのニーズが背景となっていると考えられる。しかし、ここでは中学生年代の小児への説明であるが、それでも7割の医師が納得する説明・配慮を医師の責任と捉えている意識の高さが感じられる。

小児への説明の適切さについては、適切だと思う人ほど「医師として本人に納得して受けてほしい」、「よい人間関係を結ぶため」と回答していることから、適切な説明の意味としては、小児の納得やよい人間関係につながることを「適切な」説明の要素としていると考えられる。

(1)－2 真実を知らせることについての対応と意識

大人の患者については、7割弱の医師が本人への病名告知を回答したものの、子どもの患者への病名告知については、小児本人へ納得いく説明をするかどうかの要因として、約半数の医師が状況次第と回答している。これは、さまざまな要因があると考えられるが、7割以上の医師が「親の意向」を挙げていることから、まずは、親に相談してから小児本人への告知を決定するという考えと解釈される。これは、中学生年代という年齢的なものからも考えられるが、日本的な家族を一単位としてみなす伝統的な考え方と関連していると考えられる。ただ、中学生年代の小児に対して必ず本人に病名告知するという医師も12%いたことから、医師本人の考え方にもよると思われる。つまり、大人本人への告知傾向と小児本人への告知傾向には関連が強かったことや、小児本人が納得する必要性を感じる医師ほど、小児本人への病名告知に積極的な傾向があったこととの関連が考えられる。

(1)－3 納得の必要性和説明の在り方・子どものイメージ・自己評価

医師が小児本人の納得する必要性を、どのように感じているかによって、小児への説明の在り方に違いが見られるかみると、小児の納得がいつも必要と感じている医師は、本人の理解度にかかわらず説明し、今後の見通しも説明する傾向にあった。また、小児の望む方法を探り選択肢を提示するなど、小児が検査や治療に参加できる工夫をしていると考えられる。さらに、小児の納得がいつも必要という医師は、場合によっては小児の納得が必要という医師よりも、母親を介した本人への説明をしない

傾向にあった。以上のようにみていくと、いつも小児の納得が必要であると感じている医師ほど、小児が選択できることはその機会を与えることで、小児本人が検査や治療に参加できるように工夫しており、また十分な説明と見通しを与えていることが分かる。このような対応は、思春期年代の小児にとって、自律を支援するものであり、過度の医療者によるパターンリズムから小児を解放するものだと感じられる。半田²⁶⁾も4歳以上の子どもであれば部分的に選択させたり見通しを持たせた説明をすることで、子どもは納得して積極的に協力ができていたと述べており、また、6歳の小児に怪我の処置について、縫うか接着するか選択させた例では、この方法は「子どもとの十分な共同作業」により成功すると述べている³⁹⁾。

このような小児に参加させる方法は、なるべく小児自身が主体的に検査や治療にかかわることができ、さらに自己決定につながるため、子どもの精神的成長が期待できると考えられる。これはまさに、自己決定という自律を促すケアの働きであると考えられる。この方法はまた、子どもが参加可能な事柄を見つけ出すという医療者側の配慮が求められることであり、まさに、共同作業で取り組むことだといえるが、小児看護領域では看護業務基準⁴⁰⁾の中に、「子ども自身が理解・納得することが可能な年齢や発達状態であれば、治療や看護について判断する過程に子どもは参加する権利がある」と明確にされていることと関連している。

(2) ケアに関わる倫理観および自己評価と子どもの納得への対応

ケアに関わる倫理観の項目のうち、高い選択率だった項目が「家族の者が具合の悪いときは、看病してあげたいし、そうすべきだ」であったのは、やはり医師という職業上、患者・家族のかかわりを目の当たりにし、日々洞察していることから推測される。また、自己評価について、まず、自己評価の低い医師は、親の意向を小児への説明の要因とする傾向にあり、実際の説明については、小児の表情・視線・行動などの観察をして気持ちを把握したり、気持ちを小児から聞いたり、小児からの疑問・質問によく答える傾向にあるなど、注意深い配慮が感じられる。それは、自己評価の低い人は、小児が納得する説明・配慮をする理由のトップに、「医師として本人に納得して受けてほしいから」が挙がっていたという回答にも現れていると考えられる。一方、自己評価の高い医師は、納得できる年齢・同意をとるべき年齢ともに、低い年齢を回答する傾向にあったが、これは、医師自身の自己評価が高いゆえに、小児が低年齢でも理解できるという確信あるいは理解させることができるという自信の表れではないかと考えられる。

小児の納得はいつも必要と思う医師ほど、友達の悩みを聞いたり、相談相手になりたいし、そうすべきだと考える傾向にあった。これは、普段の友達との人間関係において、よく友達の話をしきという姿勢、つまり、納得してあげたい、理解してあげたいという態度のため、小児であろうと理解し納得することを尊重する傾向になるものと考えられる。また、小児の納得がいつも必要という医師は、自分に前向きな態度をとっているという傾向がみられたように、自他共に前向きな生き方をしていると考えられる。つまり、他者との人間関係といっても、自分への姿勢がそのまま他者への態度、ここでは、小児であろうと納得が必要だと思う態度に表れるものと考えられる。

4) 調査研究のまとめ

医師を対象として、中学生年代の小児への説明と納得に関する経験と意識を問うた。結果としては、

小児本人の納得を必ずしも意識した説明を行なっているとは言い切れず、むしろ親の納得を重視した説明という感が否めなかった。しかし、中学生年代の小児本人が納得するような説明や配慮をする理由を問うと、特に小児本人の生命・身体に関する事柄については本人の納得が必要だと感じていることが明らかとなった。これは身体の処分権の所在は本人にあるという考えから出てきた結果であると思われる。さらに、医師として中学生年代の小児に納得して（検査や治療を）受けてほしいという割合も8割以上あり、納得する説明や配慮を行うことを医師の責任であるという割合も7割以上見られており、小児の納得についての関心が高いと考えられた。これらから考えられることは、実際の説明では親の納得を重視してはいるが、小児の納得についても関心が高く、医師としての責任の範疇であるという意識の存在である。

また、小児の納得がいつも必要と感じる医師は、小児本人の理解度にかかわらず検査や治療について説明し、今後の見通しも説明しており、小児の希望する方法を選択できるように配慮していた。これらは、思春期年代の小児の自律を支援する関わりであると考えられる。

最後に、このような小児の納得がいつも必要と考える医師に特徴的なことは、普段の人間関係においても他者を理解しサポートしたいという考えがあり、自分の生き方に対しても前向きな態度をとっていることであった。つまり、小児の納得を重視する「個としての尊重」の考え方と、他者との人間関係の重視や前向きな生き方は関連していると考えられる。

12. おわりに

これまで、医療における思春期年代の子どもへの説明のあり方は、どうあることが望ましいか探求してきた。

そして、医療者への調査から明らかとなったことは、思春期年代の小児本人の納得の必要性については高い認識があり、納得いく説明を小児本人にすることを医師の責任と考えているものの、実際の対応としては、親の同意を重視する説明となっていた。ただ小児本人の生命・身体に関する事柄については本人の納得が必要と医師が考えていることも明らかとなった。

このような、意識と実際のずれがどこから来るかについては、まず、後藤⁹⁾が指摘するように、医療を引き受けるという決定を下す「意思決定主体」とその結果を引き受ける「結果発生主体」とのずれがあることから生じていると考えられる。それは、親が代諾する法的権限があるため、子ども本人への治療ないし検査であるにもかかわらず、決定権を親が担うという構図である。それによって、医師は親の同意を得なければ医療行為ができないことになるため、理解力不足の小児の納得は二の次とならざるを得ないと考えられる。

さらに、白幡¹⁰⁾が小児科医がインフォームド・コンセントを実践する上での最大の阻害要因として「時間的・精神的ゆとりがないこと」、次いで、「家族の精神的ゆとりのなさ」、最後に「急性疾患が多い小児医療の現場では、時間をかけて説明することが困難であること」を挙げている。そして、医師に代わって、家族や小児本人への共感的対応を行う人として、ナースコーディネーターの配置を提案している。つまり、医師だけに小児本人への納得いく説明を求めることは、現状では難しいため、チーム医療の立場から、看護師がその役割を担うことが望ましいという提案である。これは、小児本人の納得が得られる体制を整えようとする場合には実際の現実的な試みであろう。しかしながら、たとえ看護師が小児の納得に向けたかかわりを行うにしても、小児とのあるいはその親との人間関係を

重視した信頼関係に根ざしたアプローチでなければ、小児の納得は得られないため、ケアの根底にある感覚が基盤として重要であると考えられる。つまり、メイヤロフ²¹⁾が述べたケアするものが感じる「他者がその成長のために自分を必要としている」という感覚であり、「一種の信頼感の中で、私が他者から必要とされていると深く感じ取っている」ところの感覚であると言えよう。

次に、思春期年代の小児本人への説明はどうあれば良いかについて、調査結果から考えてみたい。まず、小児の納得がいつも必要と感じている医師は、本人の理解度にかかわらず説明し、今後の見通しも説明する傾向にあり、また、小児の望む方法を探り選択肢を提示するなど、小児が検査や治療に参加できる工夫をしていると考えられた。これは、思春期年代の発達課題である「第二の分離固体化」¹³⁾としての自我の確立・自律への欲求に応えるものであり、小児側から見れば望ましく、発達促進的対応であると考えられる。

そして、思春期年代の小児には検査や治療を受けるか否かに関する法的決定権は無くとも、個々の処置に際しては、小児本人の身体になされる医療行為であることから、納得いく説明を基とした選択が、道徳的に必要であると考えられる。つまり、法律的観点からではなく、道徳的観点から思春期年代の小児への説明が必要であると言える。

また、小児の納得の必要性と他者への思いやりならびに自己評価との関連をみると、小児の納得がいつも必要と思う医師ほど、友達の悩みを聞いたり、相談相手になりたいし、そうすべきだと考える傾向にあり、小児の納得がいつも必要という医師は、自他共に前向きな生き方をしてきた。これらから推察されることは、ケア的な人間関係の重視さらには他者のために役立ちたいという思いは、ケアの対象としての小児の納得と関連しているということ、また、自己に対する肯定的態度は小児の納得を求める態度と関連していると考えられる。このことは、メイヤロフ²¹⁾が「ケアの相互性」と表現し、「自分自身が成長するのを信じている人だけが、(中略)確信をもって相手の成長を信じられるのである」と述べたことと関連すると考えられる。

本稿では、まず、「強い個人」に適應されるインフォームド・コンセントは、子どもには適用できないことを述べてみた。そして、自律・自己決定という文脈ではなく、子どもの保護される権利を実質的に守るためには、法的権限を伴う同意ではなく、納得への配慮こそが医療者に求められることを主張した。つまり、親だけでなく子ども本人が、治療や検査内容を納得することを求めていくアプローチが必要である。

また、医療者が子どもの「納得」に配慮することは、同意が求められにくい子どもの意見表明権を最大限に尊重するものとなると考えられる。さらに、「納得」への配慮は、これまでの権利主張・権利擁護の立場とは異なる視点を与えてくれる。つまり、権利の擁護においては、医療を受ける相手が「権利を持つ」ということが擁護の出発点となるが、納得への配慮は、医療を受ける相手が「個として尊重される」ことが出発点となる。このことは、明らかに権利を持つと考えられにくい、弱者(子どもや浮浪者など)や意思表示不能者(植物状態の人、瀕死状態の人など)に対する配慮の場合と同様である。

では、「個として尊重される」とは、どういうことであろうか。「権利を持つ」というのは、法的に付与された力を持つこととみなされるが、「個として尊重される」というのは、法的な事柄が関与し

ているのではなく、身近な人間関係を基盤にしたかかわりから生まれる倫理的配慮であると考えた方が自然である。つまり「納得」は身近な他者との信頼関係を基盤とした理解・了解であり、そしてまた、「尊重」されるとは、豊かな人間関係を背景としたものと考えられる。白幡¹⁾は、「医師が患児を中心にその家族と向き合って交流を繰り返し、患児・家族のQOLを少しでも健康な子どものレベルに近づけてゆく、そのための信頼関係をつくり出すプロセスこそがインフォームド・コンセントの真髄」であると述べているが、個人の権利尊重よりも人間関係重視のケア的土壌の我が国では、このような解釈をしない限り、子どもへのインフォームド・アセントは受け入れがたいものと考えられる。

さらに、「個として尊重する」ためには、対象となる個々人の中に、自分と同じ人間としてのかけがえなさ、生命力、可能性などが確信されていることが前提となる。それが、心の底から感じられる時に、対象は「個として尊重されている」と言えるのではないだろうか。またそれは、自律し自己決定し自己責任を引き受けていく強い個人ではなく、悩み、迷い、自己決定できない「弱い個人」としての個であり、高橋²⁾が述べるように、関係性の中にある傷つきやすい人として捉えられた個である。

これらはとりもおさず、ケア倫理の思考様式そのものであり、このように考えてくると、「納得」を目的とする子どもへのインフォームド・アセントは、ケアの倫理的基盤を持つときに、最も自然に達成されると考えられる。

最後に、本研究の限界と今後の課題について述べることにする。今回は、医師を対象とした質問紙調査を行うことで、思春期の子どもへのインフォームド・アセントにおけるケア倫理の必要性について考えてきた。まず、ここでの調査結果は、対象となる医師が小児専門医だけではなく、一般の医師も対象として含んだものであったため、小児に直接かかわらないことの多い医師の意見も含んだ結果であるということを弁えておく必要がある。さらに、量的調査の限界であるが、今回は思春期年代の小児への対応と意識についての概要が捉えられたものの、実際の対応や意識の具体的なあり方については、今後の事例研究を積み重ねる必要がある。また、医療を受ける側である小児本人や親、さらには一般の人々の意識や考えについても把握することで、小児医療に対する様々な立場からの意識・倫理観などを明らかにし、子どもへの望ましいアプローチのあり方を見出すことが今後の課題である。

引用文献

- 1) 片田範子：子どもの権利とインフォームド・コンセント、23 (13)、小児看護、1723-1726、2000
- 2) 津崎哲郎：児童福祉と子どもの権利条約、児童青年精神医学とその近接領域、35 (2)、154-162、1994
- 3) 樋口陽一：人権、三省堂、1996
- 4) 星井桜子：小児におけるインフォームド・コンセント、透析フロンティア、7 (3)、2-5、1997
- 5) 星野一正：新しい医の倫理と小児医療、新しい医の倫理、小児患者への告知の難しさ、東京小児科医会報、13 (4)、4-6、1995
- 6) 金子安比古、他：小児がん医療における病名告知インフォームド・コンセント；アサーティブケアの現状、日本小児科学会雑誌、99 (2)：534-539、1995
- 7) 永井憲一、他：解説 子どもの権利条約、日本評論社、東京、1990
- 8) 内野正幸：教育の権利と自由、有斐閣、1995

- 9) 後藤弘子：医療と子どもの権利、医療と子どもの権利（吉峯康博編）、11-54、明石書店、1998
- 10) 中村直美：ケア、正義、自律とバスターナリズム、89-116、熊本大学生命倫理研究会論集2、ケア論の射程、中山 将・高橋隆雄編、九州大学出版会、2001
- 11) 梶村太市：子どもの人権と児童の権利条約—その法学的検討—、35 (2)、135-144、児童青年精神医学とその近接領域、1994
- 12) 佐藤幸治：憲法 [新版]、東京、青林書院、1990
- 13) 野沢栄司編著：青年期の心の病、星和書店、1984
- 14) 蝦名美智子：子ども・親へのインフォームド・コンセントと看護者の役割、病と共に生きる子どもの看護（及川郁子監修）、93-107、メヂカルフレンド社、東京、2000
- 15) Bartholome, W.G.: Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics, Pediatrics, 95 (2): 314-317, 1995
- 16) Forman, E.N., Ladd, R.E.: 小児医療の生命倫理 ケーススタディ、松田一郎訳、診断と治療社、東京、1998
- 17) 石川恵美子、他：子ども法律カウンセリング、有斐閣、1991
- 18) 筒井真優美：子どものインフォームド・コンセントをめぐる課題、小児看護、23 (13)、1731-1736、2000
- 19) 片田範子：子どもの権利とインフォームド・コンセント、23 (13)、小児看護、1723-1726、2000
- 20) 後藤弘子：医療における子どもの権利—「児童の権利に関する条約」の意味するもの—、日本小児看護研究学会誌、4 (2)、7-15、1995
- 21) Mayeroff, M. (田村真他訳)：ケアの本質—生きることの意味—、ゆみる出版、1987
- 22) Florence Nightingale, Note on Nursing-What It Is and What It Is Not: 看護覚え書、湯横ます他訳、現代社、1982
- 23) Nel Noddings, Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education, Berkeley: University of California Press, 1984 《ノディングズ（立山善康、林泰成、他：ケアリング、見洋書房、1997）
- 24) 林 泰成：ケアリング倫理の観点からの道德教育、道德と教育、44 (2)、93-97、1999
- 25) 林 泰成：ケアリング倫理と道德教育、上智教育大学研究紀要、17 (2)、589-601、1998
- 26) 半田浩美：「子どもへ検査・処置について説明を行うこと」に関する文献検討、小児看護、23 (13)、1768-1773、2000
- 27) 筒井真優美：子どものインフォームド・コンセントをめぐる課題、小児看護、23 (13)、1731-1736、2000
- 28) 荒木紀子、他：入院患児の年齢発達段階と家族背景の側面からみたインフォームド・コンセントのすすめ方、小児看護、23 (13)、1717-1722、2000
- 29) 鈴木敦子：小児看護学教育とインフォームド・コンセント—子どもの人格発達をふまえて、小児看護、23 (13)、1727-1730、2000
- 30) 蝦名美智子：子どもの発達段階からみた医師・看護婦・親の子どもへの説明の実際、小児看護、23 (13)、1763-1767、2000
- 31) 福地本晴美、他：インフォームド・コンセントにより治療を自己決定した患児の看護—子どもの権利を考える—、小児看護、23 (13)、1710-1716、2000
- 32) 細谷良太：死にゆく子どもと権利：医療と子どもの権利（吉峯康博編）、197-212、明石書店、1998
- 33) オボクレイグヒル滋子：病名説明（告知）の日米比較、小児看護、20 (3)、295-298、1997
- 34) 土屋博之：手術同意とインフォームド・コンセント、小児内科、26 (4)、533-535、1994

- 35) 恒松由記子、掛江直子：がんの子どもへのインフォームド・コンセントとオープンコミュニケーション、小児科、38 (7)、891-900、1997
- 36) 菊地浩一：また思いやりを科学する—向社会的行動の心理とスキル—、川島書店、1998
- 37) 菅 佐和子：SE (Self-Esteem) について、看護研究、17 (2)、21 (117) - 27 (123)、1984
- 38) 日本小児科学会薬事委員会、厚生労働省医薬局13年度委託研究、インフォームド・アセント実施マニュアル作成に関する研究・小児治療での倫理問題研究、研究報告書、2002
- 39) Ross-trevor,J:Informed consent and the treatment of children .Nursing Stand,10 (50) : 46-48, 1996
- 40) 日本看護協会：小児看護領域の看護業務基準、1999
- 41) 白幡 聡：小児の病氣とインフォームド・コンセント、日本小児科学会雑誌、107 (4)、646 - 651、2003
- 42) 高橋隆雄：日本思想に見るケアの概念、47 - 88、熊本大学生命倫理研究会論集2、ケア論の射程、中山 将、高橋隆雄編、九州大学出版会、2001

注

- 1) 子ども：子どもをどのような存在としてみるのかという問いは、人間を大人と子どもとして区別して捉えるということであるが、広井 (広井良典：ケア学—越境するケアへ、医学書院、2001) によれば、そもそも「人間は生物学的には他の哺乳類と異なり三世代モデルを持つ」という。つまり、「子ども・大人・老人」である。人間以外の哺乳類は、成長して子孫を残すことが目的であり、子孫を産み落とした後の生の時間は僅かであるか或いはすぐ死んでしまう。しかし、人間は大人になり子孫を持った後の人生の時間が他の哺乳類に比べて格段に長くなっており、老年期が存在する。一方、子ども期も長く特に社会的な意味での大人となるには長い年月を必要とする。確かに、生物学的にみて寿命の長い人間は、子どもや老人の期間が他の哺乳類より長く、特徴があると思われる。それら各世代の特徴について、広井は、「特に産業化以前の社会では、生産・労働に追われる大人に対して、子どもは遊びと学習に、老人は遊びと教育に専心できるため、この子ども期と老人期の存在が世代間伝達に大きな役割を果たした」という。つまり文化の伝達といえるものだと考えられるが、「子どものなるものこそが、人々の通念や常識を打ち破り、創造的な仕事を成していく母胎である」(池田大作、A. リハーノフ：子どもの世界—青少年に贈る哲学、第三文明社、1998) と言われているように、子どものなるみずみずしい感受性と創造性こそが文化創造と継承の原動力になると思われる。

日本における子ども観を、河原の『子ども観の近代』(河原和枝：子ども観の近代—「赤い鳥」と「童心」の理想、中公新書、1998) をもとに見てみたい。明治維新以前は、人々の区別が封建制度によっていたため、子どももそれぞれ武士・町人・農民の子どもとして区別され、それぞれの階層に相応しい大人となるよう教育された。そして、本格的学校教育としての「学制」(明治5年、1872年)によって、学校が出来、「児童」というカテゴリーが誕生した。さらに、この「学制」とともに、「文学によって児童が発見された」と児童文学者たちは述べており、それは明治末期に小川未明をはじめとする文学者達の「夢」あるいは「退行的空想」として見いだされたという。そして、これから子どもを無垢な存在として見るロマン主義的な子ども観が興り、大正中期の「童話・童謡」運動につながることで、新しい「子ども」のイメージが創られていった。先の「童話・童謡」運動の中心的役割を果たしたと思われる「赤い鳥」について、大正7年から昭和4年までの作品から、「子どものイメージ」を取り出すと3つになるという。それは、「良い子 (善良さ)」と「弱い子 (弱さ)」と「純粋な子 (純粋さ)」であるが、これらのイメージは今日の子どものイメージにも十分通じていると考えられる。また、アリエスが分析した「子ども期へのまなざし」の一つである「無垢と弱さの感覚」に通

じるイメージであるとも思われる。

その後、世界大戦中の日本社会は、軍国主義の思想にあり、子どもも国のために奉仕し我慢することを余儀なくされており、その保護や養育は国レベルでは全く重視されなかった。そして、戦後の米国による占領により、民主主義の思想が日本に入ってきたことで、子どもを一個の人間として尊重する意識も徐々に、浸透していったと考えられる。しかし、資本主義社会の発達により人々の生活が便利になり快適になり豊かになった反面、大量生産大量消費による生産過剰や資源枯渇の危機、環境破壊などの弊害もうまれており、子ども達の健康的な心身の成長発達にとって有害な影響を及ぼしている。例えば、情報社会が進んだことで、消費者として子どもがダイレクトに標的とされるようになり、子どもの浪費傾向が助長されるようになった。これは、少子化により家庭における子どもの重みが増し、子どもの言い分が通りやすくなったためとも考えられる。また、環境汚染や自然破壊の影響により、健康な生活環境が失われつつあり、子どもにとって必要な遊び場が減少していること、教育偏重による過剰な受験競争などにより、病んだ子ども達が目立つようになってきた。つまり、戦後は、子どもを一個の人間として尊重する意識が芽生えたものの、資本主義産業の発達の影響を受けて、子どもの健全な成長発達が阻害されてきたといえる。

以上のように、日本においても、近代の学校制度の成立により、それまでの家庭内や階層毎の教育から、年齢区分をして一斉教育の形態が始まったことで、教育制度の面から「児童」が生まれたといえる。しかし、この児童は、イメージとしての子どもと重なる部分があるにしても、教育制度上の名称として限定され、社会背景を受けての子ども観とは区別しなければならないと考えられる。さらに戦後は、子どもを尊重する意識が高まる一方で、産業化の影として、様々な問題が子ども達に起こってきた。これら日本の問題は、先進国に共通する問題である。

- 2) 成熟した未成年 (matured minor) : 示された治療の本質、目的、リスクを理解でき、コンセンツを与えることが出来る未成年者。一般に15歳以上の未成年者。その場合の治療はこれまでの医学概念で必要と判断され、本人の利益になるものでなければならない。(小児医療の生命倫理—ケーススタディー、松田一郎訳、診断と治療社、2000)
- 3) エマンシペイトド・マイナー (emancipated minor) : いかなる医学的診療についても両親の制御なしに、インフォームド・コンセンツを与えることの出来る18歳以下の未成年者。州で異なるが、次のような状況で適用される法的立場。結婚している、妊娠している、子どもを養育している、独立して生活している、軍隊に籍をおいている、高校を卒業している、両親が親権を放棄している。(小児医療の生命倫理—ケーススタディー、松田一郎訳、診断と治療社、2000)
- 4) ケア : ケアの歴史を見ることは、人間の歴史を見ることになると思われる。というのも、古代ローマの神話に登場する女神「クーラ」が泥で形作った人間がクーラと名づけられ、その人間が生きている限りクーラは人間を掌握することとなったことから、クーラから派生する「ケア」は人間存在と切り離せない、さらに言えば人間にとってケアは本質的なものであると考えられるからである。この古代ローマ時代のケア概念は、『バイオエシックス百科事典』(トム・L・ピーチャム、ジェイムス・F・チルドレス (永安幸正、立木教夫監訳) : 生命医学倫理、成分堂、1997) によれば、①悩み、苦勞、不安②他人に幸福を与えること、という2通りの、基本的であるが対立する意味を持っていたという。ここで、なぜ対立すると思われる2つの意味を一つの概念が持ち合わせたのかを考えると、前者の悩みや不安などは、人間が生きていく時に必然的に起こってくる感情であるが、自身の悩みや不安を体験するがゆえに、他者が同じように悩みや不安を体験するとき、自然と共感生まれ、他者に心を向け声を掛け、悩みや不安を分かち合おうとすると考えられる。つまり、自然の流れとして、ケアには2つの意味が備わったと言えるのではないだろうか。そして、人間とは本質的に、悩み、他者に共感

し、他者を心配するケア的存在である。またさらに、ケアの意味を細かくみていくと、4つのクラスターに分けられる。その意味を典型的な英語で表わせば、care about は～を心配する・悩む、concern for は～に関心を寄せる、take care of は～を世話する、care for は～を心配する、になるが、最後の care for は深い意味での配慮や同苦を表している。つまり、自分から外的な事柄、例えば仕事や天気などを心配すること、次に、自分のことを悩むこと、そして他人を実際に世話すること、最後に、他人や物事を一心に考えることというように、ケアの意味が深くなるにつれ、自己への関心から解放されて、ケアの対象に専心することにつながると考えられる。

Informed Assent of an Adolescent Child and the Needs for Ethics of Care

HONDA Yuuko

What is the desirable communication in a medical treatment between a doctor and an adolescent child? And what is the relationship between that communication and care ethics? According to the result of the questionnaire I did in September 2003, the doctors actually take parents' agreement seriously, though they are aware of the need of the consent of an adolescent child. Moreover, the more strongly a doctor thinks it necessary to get an assent from a child, the more he makes an effort to explain and show the alternatives for a child to take part in the medical treatment etc. I conclude that care ethics is necessary as an ethical basis for making much of acquiring an assent from a child because care ethics presupposes a weak and vulnerable individual who is inevitably related to other persons.