

救急医療現場における成年患者の自己決定権 —法的事項のまとめと臨床適用について—

日本赤十字社和歌山医療センター 第一救急科¹⁾、外傷救急部²⁾

浜崎 俊明¹⁾、稲田麻衣子¹⁾、山田万里央¹⁾、東 秀律¹⁾、久保 真佑¹⁾、
室谷 知孝²⁾、益田 充²⁾、宇山 志朗²⁾

索引用語：インフォームド・コンセント，憲法，医事法学

要 旨

現在、自分の治療方針を自分で決定するという医療の自己決定権は当然のこととなっている。この自己決定権は、憲法13条の幸福追求権から導かれている。自己決定権を行使するためには、病状の説明、複数の治療方針の提示、それぞれの利点と欠点、予後について十分な説明を受け、納得した上で決定することが必要である。しかし、救急医療の現場では、病状が時間経過とともに変化し、診断が不確定な状況や、患者-医師の人間関係が不十分なままでも診療を進めなければならないという難しさがある。意思能力がある患者に対しては、十分な説明を行った上で自己決定権を行使するように努めなければならない。意思能力が低下していれば、検査や治療の意向を親族等に確認しながら診療を進めていくが、あくまでも推定の意味であり、患者にとって最大限利益になる治療方針を選択すべきである。

はじめに

現代の医療において、自分の病気に対する治療方針の選択を自分の意思で決定することは当然のことと捉えられている。しかし、患者や家族に十分な説明をせず、医師の裁量により治療が行われていた時代もかつて存在した。患者や家族の権利意識の変化に伴い、現在では、自分の病状の説明を聞き、治療方針を自らの意思によって決定するということが一般的になり、医療者側も「インフォームド・コンセント」により患者の意思に基づいた治療が行われることが当然であると考えている。

本稿では、自己決定権に関する法的根拠と解釈についてまとめ、救急医療の現場において患者の自己決定権についてどのように対処するのが適切かを検討したい。なお、未成年者の自己決定権に基づく医療同意権については、別の稿で検討する。

医療現場における自己決定権： 定義とその法的根拠について

1. 医療現場における自己決定権とは

自己決定権とは、「自己の個人的な事柄について、公権力から干渉されずに自ら決定する権利¹⁾」である。医学的事項について自分で自分のことを決めるためには、自己の傷病について医学的に認められている複数の治療方針について十分な説明を受け、理解していることが必要である。

(令和2年10月2日受付)(令和2年12月11日受理)
連絡先：(〒640-8558)

和歌山市小松原通四丁目20番地
日本赤十字社和歌山医療センター
第一救急科部

浜崎 俊明

2. 医療現場における自己決定権の経緯

わが国の医療現場に「自己決定権」が広まり始めたのは、1980年代後半になってからである²⁾。1990年「説明と同意」として日本医師会生命倫理懇談会が報告書をまとめて以降、「インフォームド・コンセント」として説明を行ったのち診療の同意を得ることが定着する。末期癌患者へのインフォームド・コンセントを例に挙げると、患者本人に病名を告げていた割合は、1990年前後には13～16パーセントであったが、2012年には73.5パーセントに上昇している³⁾。これは病名や治療方針、合併症を患者本人に説明した上で治療方針を決定することが当然のことと思われるようになっている現われである。

3. 自己決定権に関する法的事項のまとめ

1) 憲法

自己決定権は、個人の尊重と生命・自由・幸福追求の権利について定める日本国憲法13条から導かれている。自己決定権以外の幸福追求権としては、プライバシーの権利、環境権、日照権、静穏権、眺望権、入浜権、嫌煙権、健康権、情報権、アクセス権、平和的生存権などが主張されている⁴⁾。自己決定権について最高裁まで争われた著名な事件としては、エホバの証人輸血拒否事件（最判平成12年2月19日民集54巻2号582頁）がある⁵⁾。この事件は、事前に輸血を拒否していたにもかかわらず手術中の大量出血に対して輸血が行われたことが、患者の人格権や自己決定権を奪ったものとして争われ、精神的苦痛に対する慰謝料が認められたものである。

2) 民法

a) 民法における医療契約の性質

民法は、私人間における法律関係を規定する法律である。診療を受ける患者と医師の関係は、民法においては、医師が患者から委託されて診療行為を行う準委任契約（民法656条）と考えられてい

る⁶⁾。患者からの診療の申し込みに対し、医師が応諾することにより契約が成立し、診療が開始される。

b) 権利能力・意思能力・行為能力

医師－患者間で契約が有効に成立する要件として、当事者双方がア) 権利能力、イ) 意思能力、ウ) 行為能力を有している必要がある。

ア) 権利能力

権利能力とは、私法上の権利主体となる資格を指す⁷⁾。この権利能力は、法律上の人間である自然人の場合、出生に始まり（民法3条1項）、死亡により終了する。死亡の時期について民法の規定は存在せず、医学的な決定である（臓器移植法6条2項による脳死は例外規定）。

イ) 意思能力

次に意思能力とは、自己の法律行為の結果を弁識することができる能力⁸⁾であり、意思能力のない者がした法律行為は無効とされる（民法3条の2）。意思能力は何歳以上で認められるのか、明確な規定はないが、6-7歳で意思能力が備わり出すとされている⁹⁾。

ウ) 行為能力

行為能力とは、契約などの法律行為を単独で確定的に有効に行える能力を指す¹⁰⁾。この能力を制限される者は制限行為能力者と呼ばれ、未成年者、成年被後見人、被保佐人、被補助人が該当する。成年後見制度については、II 3. 2) e) で詳述する。

c) 責任能力

責任能力とは、自分が行った行為の責任を弁識する能力⁸⁾である。未成年者については「自己の行為の責任を弁識するに足りる知能を備えていなかったとき（712条）」、精神上の障害については、

「自己の行為の責任を弁識する能力を欠く状態にある間に他人に損害を加えた者」は、「故意又は過失によって一時的にその状態を招いたときは、この限りでない」としながらも、賠償の責任を負わないとしている（民法 713 条）。そして、責任能力のない者が行った行為に対しては、「その責任無能力者を監督する法定の義務を負う者」および「監督義務者に代わって責任無能力者を監督する者」に賠償責任を負わせている（民法 714 条）。

d) 医療契約の当事者

通説では、医療者側は、医療機関開設者である。実際に診療にあたる各医師は、医療機関開設者と患者間で締結した医療契約の履行補助者である。

e) 成年後見制度について

成年後見制度は、精神上の障害により事理を弁識する能力が不十分なし能力を欠く者の財産の保護や契約の締結を援助するために、親族や第三者が制度に則り後見人等となり、本人を保護する制度である。成年後見制度には、すでに判断能力が不十分となっている者に対する法定後見制度（成年後見、保佐、補助）と、将来判断能力が低下した場合に備えてあらかじめ後見人を選定しておく任意後見制度がある。

法定後見制度のうち、精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く者に対する成年後見人（民法 7 条）には、代理権と取消権が与えられる。精神上の障害により事理を弁識する能力が著しく不十分である者に対する保佐人（民法 11 条）には、特定の事項以外の同意権と取消権が与えられ、一定の範囲で代理権が付与されることがある。精神上の障害により事理を弁識する能力が不十分である者に対する補助人（民法 15 条）には、補助人に一部の同意権と取消権が与えられ、一定

の範囲で代理権が付与されることがある。

後見人・保佐人・補助人には、財産管理権のほか、診療契約の締結や病院の入院手続などの身上監護権が付与されるが、医療関係者が期待する医療の同意権は原則として付与されない¹¹⁾。そのため、侵襲を伴う医療行為に関して被後見人等に同意を得たい気持ちになるが、被後見人等は医療同意権を有しないため、各種医療行為の同意を得たり、同意書への署名を求めたりすることは困難である。親族が後見人に選定されている場合、第三者に比較して患者本人の治療の意思を把握しやすいかもしれない。しかしこの治療の意思はあくまでも推定の意思であり、本人の意思と異なることがあること、また医療の同意権を有しないことに留意が必要である。

f) 当事者が果たすべき義務

医療契約の義務内容は、結果債務（治療の結果の実現、すなわち傷病治療を実現させること）ではなく、手段債務（適正な医療の実施）である⁶⁾。委任事務である診療行為を遂行するにあたり、受任者、委任者双方にいくつかの義務が生じる。

受任者である医療者側当事者にとっては、善良な管理者の注意をもって事務を処理すべき義務（民法 644 条）が生じる。すなわち、患者に対して診療上尽くすべき医療水準に則った適正な医療行為の実施が求められる。手段債務であるため、結果保証を含んでおらず、適正な医療を実施していれば、治療等の結果が得られなくても債務不履行にはならない。また、受任者による報告（民法 645 条）として、医師は診療の状況を患者に説明する義務も有している。

一方、委任者である患者側当事者は、報酬支払い義務、診療協力義務（問診応答義務、症状等報知義務、受診義務、診

療行為協力義務、療養方針遵守義務など）を負う⁶⁾。

g) 医療の代諾権

自己決定権は患者本人の一身専属権に属する事項であり、親族を含めて患者本人以外の第三者に説明する義務はないどころか、患者との人間関係によっては、プライバシーの侵害に該当する恐れもある。自己決定である以上、有効な意思能力を有していると判断されるならば、家族等親族の同意や説明時の臨席は不要であるはずである。しかし、救急患者では特に、来院後に意思疎通が困難となること、患者の意思の最善の理解者であること、実定法上家族には特別な法的地位が認められていること、医事紛争を回避するために本人以外の第三者にも説明と同意を得ておきたいという現場の実際的な意向、医療費の支払いが親族等本人以外の第三者であることがあり得ること等を考慮して、医療現場では慣習的に行われてきている。

成年後見制度における医療同意権と併せて、代諾者による医療同意権をどのように取り扱うか、今後の議論と法整備が望まれる。

医療現場における自己決定権の適用方法

これまでみてきた法的事項のまとめを医療現場に適用して検討してみる。患者が診療を申し込み、医師がその申込みを承諾することにより診療契約が成立する。患者側には報酬支払い義務、診療協力義務が発生するとともに、医療者当事者側には善管注意義務（民法 644 条）が生じ、患者に対して診療上尽くすべき医療水準に則った適正な診療の実施が求められる。また、受任者による報告（民法 645 条）として、医師には診療の状況を患者に説明する義務が発生す

る。

治療方針の決定に際して、医師は、患者が自己決定権を十分に行使できるよう、理解可能な語句による説明と熟慮に必要な時間を提供し、必要に応じて繰り返し説明を行い、患者は熟慮した上で自己の治療方針を決定する。

救急医療現場における自己決定権

1. 救急医療現場の特殊性

これまで一般的な診療場面における医師患者関係について検討してきた。この項では救急医療現場における自己決定権とその現場への適用方法を検討する。

救急医療の特徴としては、①診断が不確定なまま治療を進めていかなければならないこと、②患者が自己決定を行う物理的・心理的な時間がないこと、③患者－医師の人間関係を構築する時間がないこと、④患者の状態が刻一刻変化するため、一旦行った説明内容が次の説明時には変化している可能性があること、⑤患者自身が意識障害その他のために自己決定権を行使できないことがあること、が挙げられる。高齢救急患者の場合、これらの特徴に加えて、⑥同じ年齢でも個人差が大きく治療の反応性も異なること、⑦すでに複数の疾患を有することが多く互いに影響し合っていることがあること、⑧症状が典型的ではないこと、⑨合併症や症状により若年者と同様の検査や治療が選択できないことがあること、⑩原疾患の治癒に時間がかかったり、合併症のために入院期間が長期化するること、⑪独居のため治癒後の介護を行える家族がいないこと、⑫超高齢者に対しては、積極的な治療を希望しなかったり、逆に過剰な治療を希望することがあることが指摘されている¹²⁾。また、高齢者の場合、複数の治療方法およびそれらの利点や欠点を説明しても、「先生にお任せします」と言われることをしばしば経験する。そのため、熟慮した上で自分の診療方針を決定できる一般の診療の場とは大いに異なり、十分

な診療情報が整わないまま迅速な決断を迫られる恐れがあったり、時に他者による治療方針の提案を受け入れざるを得なかったりということがある。このような場合、治療方針の提案が患者本人の意向に沿うものか、他人の治療方針の決断がどのような法的根拠に基づくものか、問題となる。

2. 救急現場における自己決定権の適用方法

表にまとめているように、患者本人と意思疎通が図れるかどうかで対応を考えなければならない。

1) 患者本人と意思疎通が図れる場合

患者本人と意思疎通が図れる場合は、患者本人の意思決定内容を尊重するのが原則である。そのため、自己決定権を行使できるよう、患者本人に十分な説明を行い、自己の選択に基づいた同意を得る努力をする。傷病や環境の変化というストレスによって一過性に判断能力が低下することがあるため、その時点の意思決定能力の状況に応じた対応を行うべきである¹³⁾。同時に、侵襲を伴う医療行為において合併症を生じ、意識障害を生じた場合、患者の意思決定内容を確認する手段はカルテや各種同意書のみとなるため、説明した内容、同席者氏名、

患者の意向や理解度等を詳細にカルテに記載しておく。

実際の医療現場では、先に家族に説明を行い、患者本人に説明するかどうか相談するという、逆のことが行われることがある¹⁴⁾。家族は、患者の意思の最善の理解者であること、実定法上家族には特別な法的地位が認められていること、事後のトラブルを防止するための実際的配慮があること、家族が医療報酬の実質的負担者であること等から、家族の存在をないがしろにできない。しかしこの行為は、患者の自己決定権を行使する上では正反対の行為であり、患者本人の意思決定権を反故にすることになる。このような場合、患者本人の同意を得た上で家族に説明等への臨席してもらうべきである。

2) 患者と意思疎通を図れない場合

成年後見制度を患者が利用している場合、医療契約の締結に関する同意を後見人等に依頼することはできる。しかし後見人等は医療行為の同意権を有しないため、侵襲を伴う医療行為の同意を得ることは原則として不可能である。この場合、医師の倫理や民法644条に基づいた医師としての職務を、医療水準に応じて、患者にとって最大限の利

表 救急現場における自己決定権の適用方法

患者と意思疎通を図れる場合

患者本人の意思決定内容を尊重する
患者本人に十分に説明し、自己の選択に基づいた同意を得るよう努める
説明した内容、同席者氏名、患者の意向や理解度をカルテに記載する
家族の臨席は患者の同意を得た上で行う

患者と意思疎通を図れない場合

医療水準に応じて、患者にとって最大限利益になる治療を行う
例：気管挿管・人工呼吸の開始、昇圧剤の使用、人工透析の導入など
成年後見人等は侵襲的な医療に対する同意権を有していないことに注意

益になる治療（生命に危険のある状態であれば気管挿管や人工呼吸の導入，昇圧剤の使用など）を最大限行わなければならない。

成年後見制度を利用していない場合，本人の意思決定を確認できなければ，上述の通り，医療水準に応じた最大限の治療を行う必要がある。

まとめ

患者の自己決定権は憲法に基づいた患者の権利であり，侵襲的な治療を行うにあたっては，患者本人の同意を得ることが原則である。患者本人と意思疎通が図れず，自己決定権を行使し得ない場合，親族等の本人の普段の意思決定状態を知るものがいればその者の意見を聞き，患者と意思疎通が図れたらその侵襲処置を希望したかどうか，推定するしかない。親族等がない患者については，成年後見制度を利用している・いないにかかわらず，医療水準に応じた最大限の治療を実施する。患者本人以外の第三者の医療同意権を規定する法律はないため，高齢独居者が増えつつある現在，新たな立法政策が望まれる。

謝辞

本稿を終えるにあたり，懇切丁寧に原稿のご校閲・ご指導を賜った，堺けやき法律事務所深堀知子弁護士に心より感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 辻村みよ子. 憲法第6版 2018: 150-152.
- 2) 町野 朔. インフォームド・コンセントの誕生と成長. 日本医師会生命倫理懇談会編・医の倫理の基礎知識 2018年版. [アクセスした日 2020. 7. 14]
<http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/member/kiso/b02.pdf>
- 3) 厚生労働省. 第42回がん対策推進協議会資料. [アクセスした日 2020. 7. 14]
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000037448.html>
- 4) 芦部信喜. 憲法第七版 2019: 128-129.
- 5) 甲斐克典, 手嶋 豊. 医事法判例百選別冊 Jurist No.219 2014: 80-81.
- 6) 米村滋人. 医事法講義 2016: 98-101.
- 7) 内田 貴. 民法I総則・物件総論 2008: 91.
- 8) 中田邦博, 後藤元伸, 鹿野菜穂子. 新プリメール民法1 民法入門・総則 [第2版] 2020: 50.
- 9) 内田 貴. 民法I総則・物件総論 2008: 103.
- 10) 中田邦博, 後藤元伸, 鹿野菜穂子. 新プリメール民法1 民法入門・総則 [第2版] 2020: 51.
- 11) 上山 泰. 患者の同意に関する法的問題点. 新井, 西山編・成年後見と意思能力 2002: 114-135.
- 12) 長谷川 浩. 高齢者救急医療の現状と将来展望. 日本老年医学会雑誌, 2006; 43(6): 685-686.
- 13) 「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」班. 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン. 厚生労働省ホームページ [アクセスした日 2020. 9. 6]
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunit suite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/miyo rinonaihitohenotaiou.html
- 14) 林 美紀. 医療における意思能力と意思決定. 新井, 西山編・成年後見と意思能力 2002: 223-241.

Key words ; informed consent, Constitution of Japan, medical laws

The rights of self-determination in emergency medicine and application for emergency adult patients.

Toshiaki Hamasaki¹⁾, Maiko Inada¹⁾, Mario Yamada¹⁾, Hidenori Higashi¹⁾,
Mayu Kubo¹⁾, Tomotaka Murotani²⁾, Mitsuru Masuda²⁾, Shiro Uyama²⁾

1) Department of Emergency Medicine I, Japanese Red Cross Wakayama Medical Center

2) Department of Acute Care Surgery, Japanese Red Cross Wakayama Medical Center

Abstract

At present, the right of medical self-determination to decide one's own treatment policy is a matter of course. This right to self-determination is derived from the right to pursue happiness in Article 13 of the Constitution. In order to exercise the right to self-determination, it is necessary to receive a thorough explanation of the medical condition, presentation of multiple treatment policies, the advantages and disadvantages of each, and the prognosis, and then make a convincing decision. However, in the field of emergency medical care, there is also the difficulty that the medical condition changes over time, the diagnosis is uncertain, and the medical treatment must proceed even if the patient-doctor relationship is inadequate. For adult patients with capacity, we will try to exercise our right to self-determination after giving sufficient explanation. If the capacity of the patient is weakened, the patient should confirm the intention of the examination and treatment with relatives, etc., but the intention should be estimated and the treatment policy should be selected to maximize the benefit to the patient.

