

## 後期高齢者に対する医療行為の 決定と同意について

—京都府医師会所属医師への質問紙調査から得られたこと—

寺 沢 知 子

### 1 問題の背景

医師が医療を行うにあたって患者の同意を得なければ違法である。これは、法学においてのみならず医学においても認められている共通認識である。<sup>(1)</sup>しかし、判断能力が欠如した高齢者に対して医療を行う場合は問題である。当然、本人の現実の同意を得ることはできない。このような状況に直面すると、とりわけ終末期医療に関わる医療の現場では、医療を（または医療を行わないことを）決定するための要件等を示すいかなる法律もなく、それどころか、判断能力（成年後見制度では事理弁識能力）の低下した成年者の財産管理について民法で規定されている成年後見人や保佐人に、いわゆる「精神保健福祉法」における第一順位の「保護者」として医療保護入院に対する同意権を認めたり（20条2項、33条1項）、予防接種法における「保護者」として成年被後見人に予防接種を受けさせる努力義務を負わせたりするなど（2条4項、8条2項）、民法規定とは相容れない公法上の法規定もある。<sup>(3)</sup>さらに、医療技術が進歩し、高齢者医療、とりわけ終末期医療の選択肢が増えている現実を前にして、その対応は各医師や医療機関に個別の対応が委ねられている。これは、医師にとっては非常に苛酷な現実であり、高齢者にとっても健全な生活を営む環境にあるとはい<sup>(4)</sup>い難い法状況である。これが問題提起の背景となる出発点である。

## 註

- (1) 民法上は、患者の身体への違法な侵害として主として不法行為の問題となると考えられるし、刑法上は、傷害罪に該当すると解されている。もっとも、同意を欠いているために傷害罪として起訴された事例はないとされている(飯田英男『刑事医療過誤Ⅱ』判例タイムズ社(2006年)12頁)。
- (2) 医療行為の決定の場面での同意をするかどうかの判断に関して、意思能力という用語が使われることがある。意思能力の「意思」は法的に特殊な意味で用いられ、「自分のしている行為の法的な意味—そのような行為をすればどうなるか—を理解する能力」(山本敬三『民法講義Ⅰ(第2版)』有斐閣(2005年)39頁)で、この能力があるということは、「意思」によって自分の権利と義務に法的に変動が生じることを判断できるということである。したがって、議論はあるが、厳密に言えば医療行為に対して同意をするかどうかの能力とは同じではない。その他、民法上だけでも、責任能力(不法行為)、行為能力、事理弁識能力など、知的能力に関する能力概念があるが、これらも医療行為を受けるかどうかを判断する能力とは異なっている。本稿では、判断能力という表現を使用しているが、同意能力という表現が使用されることもある。
- (3) 上山泰「身上監護に関する決定権限—成年後見制度の転用問題を中心に—」成年後見法研究7号(2010年)47頁参照。
- (4) 本稿は医療と法ネットワーク(一般財団法人比較法研究センター)主催の第2回フォーラム「高齢者医療における患者の判断能力と医療決定—医と法の対話と協働—」(2012年4月22日開催)における筆者の報告をもとに作成したものである。同フォーラムおよび医療と法ネットワークについては、<http://www.kclcl.or.jp/medical-legal/>を参照。

## 2 問題提起

医療現場に問題の対応が委ねられているという現実がある一方で、医学も法学もそれぞれの視点から問題の一部を切り取って解決への道が模索されている。

例えば、法学では、家族法、主に成年後見制度の視点からこの問題が検討され、日弁連も成年後見人や家族との関係を考慮した法案を提案している<sup>(5)</sup>。しかしながら、法学一般としては議論が定まっていない<sup>(6)</sup>。つまり、治療は原則として治療契約に基づいて行われるとされ、契約の締結は法律行

為であるとされながら、これについての後見人の意思表示が、治療を受けるか受けないかの決定に対していかなる意義・意味を有するかについて、未だ議論が錯綜しているのである。また、医事法、主に医師の民事責任の視点から自己決定権や患者本人の身体の権利侵害の問題として検討されており、未だ判断能力がない者の医療行為の決定についての法的構造如何さえも定まっていない状況にあるといえよう。もっとも、法学における見解の多くは、高齢者の生活環境を勘案し、権利や医療同意の法的性質、そして生命利益・自己決定権などの法的利益や家族など本人以外の利益・権利等を整理した上で、法制定・改正による解決が必要であるとしている。

生命倫理においては、あくまで個人の専門家としての自覚や自主規制そして医師・患者関係における申し合わせ等からの視点において解決が模索<sup>(8)</sup>されている。

医学においても、とりわけ終末期医療に関して医師自らがとるべき自主的な規範の問題として、解決が模索されている。例えば、倫理的な視点から、「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」が老年医学会の事業として作成されている。また、日本老年医学会は、2012年1月に「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する立場表明を改訂・公表し、その中で医療機関等は、高齢者や家族の意思決定の支援や最善の医療・ケア実現のために「倫理委員会」またはそれに相当する委員会を設置すべきとしている。<sup>(10)</sup> 倫理委員会は法律で定められた機関でないことを考えると、同学会がこの問題を法問題とするよりも、むしろ生命倫理の問題としていると理解されるのである。もっとも、医師に対するこれらの問題関心についての質問表調査を行なうに当たって実施した老年医学を専門とする複数の医師との面談によると、後述するように、かかる問題は医療倫理、すなわち医師の自主的な行為規範の問題であるべきという志向性と法的思考に対する距離感が見られながらも、医師の法的責任についての明確な認識と強い関心が見られた。<sup>(11)</sup>

このように、成年後見制度の問題として、医事法（民法・刑法）におけるインフォームド・コンセントや違法性阻却事由の問題として、また患者

に向き合う医師の倫理の問題として、ひとつの視点＝価値から単純に解決を導き出そうと、法学領域からもそして生命倫理領域、医学領域からも努力と模索がなされている。しかし、一つの価値から問題解決を模索するだけでは、現実に医師や高齢者・その家族等が直面する多様多彩な医療決定の現実の状況に対応できない。法的な、しかも一方向の視点のみからの問題解決の模索には医療現場に対する認識不足という限界があるし、また、医学の立場から必要と考えられる問題状況の模索では、法や社会一般に共通する問題解決としては限界があるのである。この問題は、「人が生きること」に関する深刻な問題で、従前の法学や医学の枠を超えた事象であり、これらの事象に対応するために、これまでは法ではなくむしろ文化、慣習、倫理、宗教などによって対応されてきた。しかし、これでは現実に生起する問題を処理しきれなくなっているという現状を直視しなければならないのである。健全な高齢社会を構築するために、高齢者に対する医療決定のプロセスのあるべき制度的枠組みの構築が必要であるが、そのためには、法、倫理、医学、看護学等を有機的に関連させることが重要であり、学際的かつ総合的な視点を持って問題に取り組まなければならないのである。これが、問題提起の大枠である。

## 註

- (5) 須永醇「成年後見制度の解釈運用と立法的課題」成年後見法研究2号(2005年)3頁、同「成年後見制度について」法と精神医療17号(2003年)22頁以下、上山泰「医療同意をめぐる解釈論の現状と立法課題」実践成年後見16号(2006年)43頁等。議論を俯瞰したものとして、永水裕子「医療同意における成年後見人と家族の位置づけ」実践成年後見40号4頁以下参照。
- (6) 日弁連の法案の解説については、赤沼康弘「医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法案の提言—日本弁護士連合会の大綱—」実践成年後見40号16頁を参照。

医療決定というテーマの枠を終末期における医療差控え及び中止という問題に焦点を当てると、医師の免責という視点から終末期医療を考量した法律案が2012年3月(延命措置の差控えについて第1案)及び6月(延命措置中止を加えた第2案)に議員立法案として提出されるという報道がされている(朝日新聞平成24年3月23日朝刊、読売新聞YOMIURI ONLINE平成24年6月6日)。

- (7) 石井美智子「高齢者の医療における家族の同意」年報医事法学15号(2000年)105頁、新美育文「インフォームド・コンセントに関する裁判例の変遷」年報医事法学16号(2001年)106頁、寺沢知子「「承諾能力」のない人への治療行為の決定と承諾」潮見佳男編『民法学の軌跡と展望』(國井和郎先生還暦記念論文集)(日本評論社、2002年)113頁、岩志和一郎「医療契約・医療行為の法的问题点」実践成年後見16号(民法法研究会、2006年)17頁等。
- (8) 箕岡真子「認知症の人々の医療同意の問題を考える—医療の現場および倫理的視点—」実践成年後見40号31頁(2012年)、会田薫子『延命医療と臨床現場 人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学』204頁、219頁(東大出版会、2011年)等。
- (9) 日本老年医学会平成23年度老人保健健康増進等事業「高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン作成」の成果として作成されたものである。なお、ガイドライン作成ワーキンググループの代表者は、清水哲郎東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座特任教授で、本ガイドラインは生命倫理の視点を中心に考察されている。
- (10) [www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachia/jgs-tachiba2012.pdf#search](http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachia/jgs-tachiba2012.pdf#search)
- (11) 次の老年医学の専門家の文献も参照。三浦久幸「高齢者終末期医療と倫理」日老医誌45号(2008年)395頁、植村和正「高齢者の終末期医療—終末期の医療倫理と制度—」内科108巻6号(2011年)1258頁。

### 3 質問紙調査

問題に取り組むためにまず行なわなければならないのは、「学際的」であることで陥りがちな各分野における勘違いや同音異義語を極力排除し、基本的な共通理解を図らなければならぬ<sup>(12)</sup>。そのうえで、これまで各制度から個別の視点でしか研究対象とされなかったために生じる「現実と制度の乖離」をうめる為の「架け橋」的作業が必要となる。「医療と法ネットワーク」(一般財団法人比較法研究センター)(以下、ネットワークと略)が調査主体(調査責任者:寺沢知子)となって、「架け橋」的作業の第1段階として医療決定について医療現場の現実の対応を知るべく、次のような手順で医師への質問紙調査を行なった。

## (1) 調査目的

調査の目的は、高齢者に対する医療の決定プロセスの現実から乖離しない制度的枠組みについての提言を行うための基礎資料作成である。今回の調査では、同意能力の有無に関わらず後期高齢者に的を絞って、その医療決定という医療にとって不可欠な事柄について、法学の視点では問題となりうる点についての法学側からの質問を通して医療現場での現実の認識と対応を調べる。具体的な目的は次のとおりである。

- ① 医療現場にいる医師が法律の存在をどの程度認識しているか（および、これに対して筆者を含めて法学が医療現場をどの程度認識しているか）を明らかにする。
- ② 必要な決定の対象や患者の状態によって医師の対応に違いがあるか。3つの決定の場面（後述）に分けて、それぞれの場面において医師の対応が異なるかどうかを調査する。
- ③ 医師会という母集団においても先述の老年医学会の立場表明や医師との面談から導き出された「法的問題とするよりも倫理的問題としての解決への志向性」があるかどうかの調査・検証を行なう。
- ④ 医療現場が真に必要としていることを明らかにする。

## (2) 調査対象と方法

京都府医師会に所属する医師に対する、書面無記名自記式質問紙調査である。慢性期医療、高齢者の在宅医療、急性期医療に携わり、高齢者医療を専門とせずとも後期高齢者（75歳以上）を含む患者に対して医療を行う医師を調査対象者とした。

医師会を通して265通送付し、<sup>(13)</sup>106人からの回答を得た。

## (3) 質問肢作成

まず、主として老年医学を専門とする複数の医師に対して終末期をも含めた医療決定と同意について面談を行い、次に面談の結果も含めて、法学側が法的に問題となりうると思う点、医学側に対して単純に疑問と思う点

を骨子にして作成した。その際、質問を医療現場の実情に対応させたものにするため、植村和正名古屋大学医学部教授による質問項目等のチェックを受けた。<sup>(14)</sup>

面談の結果得られた情報の概要は次のとおりである。

- ① 法律がないことを認識しているが、判断能力がない患者に対する医療決定の問題は法律により解決できるかどうか疑問である。
- ② (家族と相談した上で) 患者本人の書面による事前の意向表明があれば、法律がないゆえ法的に認められるかどうかはさておき、かかる本人の意向を尊重することが現時点では最良である。
- ③ 特に終末期医療における処置については、個別の医師の「倫理」観(「どのような生き方を選択するか」について)に左右されうる。例えば、判断能力のない患者に対する一度造設すれば取り外す可能性のない胃瘻について、医師がどのようなQOLに対する考え方を有しているかで、患者家族への説明の方法が変わるだろう。

これらの面談結果を踏まえて、法学側の視点に立って筆者を中心にネットワークが仮作成した質問肢について、医学側が当然と理解する情報で、盛込まれていない、あるいは回答が期待できない内容等の指摘を植村教授から受け、最終的に作成した。例えば、法学側は、判断能力のない患者に対する医療決定の場合に「誰の」同意を得るかを重視しているのに対し(成年後見人か家族か、家族の中では誰か)、医療の現場では、家族の中での位置づけを明確に知ることが困難な場合もあり、むしろ発言力や統率力のある「キーパーソン」的な人間を探ることが重要であるなど、現場の事情についての認識の違いを指摘され、質問肢の変更を行なった。

#### (4) 質問項目

項目は、1 回答者の属性(性別、年齢、医師としてのキャリア、所属医療機関の機能、役職等)を前提に、2 入退院、3 侵襲的医療行為、4 人工栄養・人工呼吸器等の導入・差し控えにおける決定プロセスにおいて、① 患者本人から同意がとれる場合における家族の意見との関係、② 患者本人

から同意がとれない場合における本人の意向との関係や家族の意見等にわけ<sup>(15)</sup>て作成した。なお、患者本人から同意が取れない場合とは、患者に判断能力がないという知的能力の問題だけではなく、意識不明など自分の意向を表明できない場合も含む。

## (5) 回答結果

医師会の医師を対象としていたので、回答者の9割以上が診療所・個人病院の医師で、年齢は40歳代から60歳代であり、8割以上がキャリア20年以上40年未満の医師であった<sup>(16)</sup>。したがって、役職・年齢・キャリアによる顕著な有意差は明確にはみられなかったが、次に紹介するように興味深い集計結果もあった。先述(3(1))の具体的調査目的を中心に紹介する。

### ① 法律の存在をどの程度認識しているか。

①-1 判断能力がない患者に対する医療決定についての法律が全くないという現状を知らないとする回答が6割弱(60人)、知っているという回答が4割弱(42人)であった。

①-2 さらに、「患者本人から同意を取れる場合で入退院を進める場合に誰に勧めるか」という設問において、患者本人と家族など本人以外の両方に勧めるとする回答が大半であった(患者本人のみに勧める8人、患者本人+家族・後見人等86人)。しかし、入退院の場合に患者本人のみとした8人の回答者は、侵襲的医療行為についての同意では、本人のみ4人、患者本人+家族・後見人等4人と分かれた。そして、入退院の場合に患者本人+家族・後見人等とした86人の回答者のうち15人が、侵襲的医療行為についての同意では患者本人のみに同意を求めるとしている。本人に判断能力がある以上、入退院も侵襲的医療行為も、法的には本人の同意のみが必要とされるが、医療現場では圧倒的に本人以外の家族等の「理解」も必要と考えられていることがわかる。

もっとも、入退院は契約に関する事、つまり法律行為であるので、侵襲的医療行為についての同意、つまり身体への侵襲の違法性阻却事由や自己決定権とは法的意義が異なっている。これについて大半は入退院と同様

に家族等の「理解」も必要としている一方で、一定の回答（15人）が患者本人としていることを見ると、医療の同意原則またはインフォームド・コンセントの法的意味が全く認識されていないわけではないということがわかる。これは、入退院を勧める場合に、患者の家族等本人以外の人にも勧めるとした回答者も医療行為の決定時に患者から同意を得られない状態にある場合は、家族の意向を重視するよりも（2割強、25人）、本人の事前に表明された意向を重視するとする回答（6割弱、64人）が多いことをみてもわかる。

ただし、家族と後見人の法的意義の違いについてはそれほど重視されておらず、むしろ患者のまわりに複数の人間がいる場合は「キーパーソン」<sup>(17)</sup>の存在が大きい。

①-3 注目すべきは、患者本人から同意が取れない場合には事前に表明された意向を重視するとする回答（6割強）が家族の意向を重視するとする回答（2割強）をはるかに上回っていることである。法律がない状況で、本人の意向にできるだけ沿う医療を行おうとする医師の努力が見られる。もっとも、法的には、本人の事前に表明された意向が「現時点」における本人の真の意向であるかどうかはわからないゆえ、これと本人の「同意」とを同視することはできない。

①-4 このように、本人の同意が必要であるという点は、インフォームド・コンセントや同意原則が認識されているものの、医療現場では、法律の有無はそれほど重視されずに、患者を含めた「患者側」とも言うべき「当事者」の理解と納得を得る努力こそが有意義であるとされていると解せられる。

② 必要な決定の対象や患者の状態によって医師の対応に違いがあるか。

②-1 ①で紹介したように、入退院の場合も医療決定の場合も患者の家族の「理解」も得る努力がなされているとする回答が多いが、医療決定の場合は患者本人の同意や事前に表明された意向を重視するという回答も多く、入退院の場合とは異なった対応がされている場合がある。ただし、法的解決を志向してのものではないことは、本人の事前の意向表明が重視

されていることから窺える。

②-2 人工呼吸や人工栄養の決定は、医師が生命と患者や家族の意向という二つの価値と直接向き合わなければならない点で、通常の医療決定と異なる対応がなされることが予想されたが、結果はほぼ同じであった。すなわち、本人の同意は取れないが本人が事前に意向を書面で表明している場合は、本人の書面でなされた意向を重視するとする回答（医療決定 64人、人工栄養 69人）が家族の意向を重視するとする回答（医療決定 25人、人工栄養 22人）を大幅に上回るが、本人の意向表明が書面によらない場合は両方の決定ともほぼ二分されている（医療決定 49人：37人、人工栄養 50人：34人）。

②-3 本人の事前に表明された意向が医師の適切と考える医療行為と反する場合の決定は、本人（または家族）の意向を重視するとする回答が医師の判断を優先させるとする回答よりも圧倒的に多かったが（74人：9人）、キャリア 20年未満の場合が患者側の拒否の意向に従うとする回答（5人）と医師の判断を優先し（1人）あるいは他の選択肢を模索する（3人）回答に分かれている点は、回答数が少ないとはいえ興味深い。有意差のある分かれ方かどうかは今後さらなる検証が必要である。

②-4 このように、必要な決定の対象や患者の状態によって医師の対応に違いは殆ど見られず、多くがまず本人の意向を重視、次に家族の意向を重視しながらも、患者側の「納得」「理解」を得ようとしている。もっとも、医療決定の場合に、本人の同意を得られる場合でもさらに家族や「本人が選任した友人・知人」、「患者を良く知る人」、後見人等の同意も併せて得るとする回答もあり、医師が本人の同意を担保するものを求めていることが窺える。

なお自由記述欄を見ると、「意見の一致を待つ」「家族でよく話し合ってもらう」「さらに充分な説明」を行い本人と本人の周辺にいる者全員の納得を得ようとしていることが窺える。そして、最終的には倫理委員会や他医療機関の紹介など、他機関に判断を委ねている場合もある。

③ 「法的問題とするよりも倫理的問題としての解決への志向性」があるか。

③-1 本人の同意が得られない場合における医療決定について法律を創設する（1割強、13人）よりも法的拘束力のないガイドライン等による取り決めがあればよいとする回答（7割弱、68人）が圧倒的に多く、倫理的問題としての解決への志向性が明確に見られる。このことは、①、②で整理した回答にも現れている。

③-2 なお、「倫理的問題が起きた場合どうするか」という質問に対して、5割以上の医師が「問題が起きたことがない」とし、3割の医師が病院長などの管理者が問題解決に当たるとしているなど、回答を文字通り理解してよいかどうかの判断が難しいものもある。なぜならば、この質問の自由記述欄には、診療所開設医師には友人の援助や医師会医師のメーリングリストに相談し、また、本人や家族だけでなく市の担当者やケア・マネージャー等との話合いで問題は起きていないと記述するなど、現場の困難な状況下にいる医師の姿が垣間見られるのである。

④ 医療現場が真に必要としていること—調査から見えたこと

これまで紹介したように、6割弱の回答が判断能力のない患者に対する医療決定についての法律が全くないという現状を知らず、7割弱の回答が法的拘束力のないガイドライン等があればよいとしている。つまり、「患者側」の理解や納得を得るための努力はするものの、医師の行動を「社会的に」担保する何らかの行為規範が必要としていると推測できる。「患者側」が同意を得る状況にない場合には、つまり本人に判断能力が欠如しており家族も本人が指定する友人等の他人もいない状況などの場合には、自らの行動が「社会的に」是と認められるために、「倫理委員会」や成年後見人、そしてケアマネージャーや民生委員をも医療決定の過程に組み入れることを認めることもある。このことは「社会的コンセンサス」を医療側が必要としているのではないかとの推測が可能になる。確かに、法的な視点からも、社会的コンセンサスがあれば適法とされることが多いともいえる。しかし、この場合の「社会」はどこの社会を意味するのであろうか？

医学界で受け入れられる自主規制としてのガイドラインがいずれの「社会」においても通有性のある「社会的コンセンサス」であるといえるのであろうか？ 確かに「社会的コンセンサス」として認められる可能性は高いと推測されるものの、しかし国がこの可能性を担保するものではない。

#### 註

- (12) 藤田真幸「コラム医療と法『医師の常識と法律家の常識』」医療と法ネットワーク会報6号(2011年)を参照。<http://www.kclcl.or.jp/medical-legal/>
- (13) 京都府医師会から23箇所の地区医師会に振り分けられた。
- (14) 今回は医師会のご協力を得て調査を行なったが、今後可能な範囲で対象を拡大して同調査を行なう可能性も視野に入れており、そのため倫理委員会の詳細に対する質問など今回の医師会所属の医師に対する調査には不向きな質問もあるとの指摘が回答者である医師から寄せられている。
- (15) 回答をグラフ化したものの一部は、ネットワーク会員に向けて発信されるネットワークの会報に掲載する。
- (16) 本調査は、高齢者に対する医療行為の決定についての基礎資料作成の手始めとして行ったものであり、今後、医学側が抱える問題認識全般を明らかにするためには、大病院や大学病院の勤務医、さらには介護施設などに対する調査が必要と考えられ、残された問題である。なお、調査の回答結果に対して、医学側から「医師会」を対象とすることの特異性が顕著に見られず、医師一般として通有性がみられたのは、開業医師の多くが勤務医を経験しているであろうことが理由ではないかとの意見があった。
- (17) 患者本人から同意を取れない場合で、入退院を勧める場合に患者の家族と家族以外の後見人等がある場合に主として誰に対して勧めるかという問に対して、「誰がキーパーソンかを確認してから勧める」「コミュニケーションが蜜に取れている人」などの自由記述があった。
- (18) 他の回答として、「取り決めの必要がない」8人、「わからない・無回答」17人であった。

## 4 まとめにかえて一再び問題提起

ガイドラインが作成された場合、これがひとつの医師の倫理的「規範」となる。他方、法としての「規範」は、契約責任や専門家責任を前提とした国による強制力を有する規範である。同じ「規範」でも二つの「規範」

の意義も盛込む内容も異なっているはずである。先述のとおり、医療現場では医師の行動についての何らかの担保を必要としているにもかかわらず、調査結果にみられる医療現場の「法的拘束力」や「国による強制力」に対する強い拒絶感は、倫理規範をそのまま法律にスライドさせると認識しているゆえのものではないであろうか。しかも、法律を、医師の先に述べたような行動を社会的に「支援」し、「担保」するための「規範」ではなく、むしろ民事責任や刑事責任を追及するための「規範」として認識しているのではないだろうか。そうであるならば、そこに問題解決の手がかりがあると考える。つまり、法的「規範」と倫理的「規範」の内容と意義を明確にすることによって、拒絶することなく住み分けの可能性を模索することができるのである。もっとも、判断能力のない高齢者への医療の決定に「第三者」が介入する権限の法的根拠については、法学においても議論の分かれるところであるゆえ、これについて議論を尽くすことが法学側のなすべき必須の課題であろう。この議論を前提にして、国による強制力のある法律は必要か否か、不要とするならば起こりうる紛争をどのように解決するのかというシステム作りが必要であろうし、法策定が必要であるとするならば、いかなる法律か、つまり個別の問題に対応した肌理の細かい法システムを策定するか、または「第三者」の介入を認める法的根拠など問題の基幹部分のみについての法策定を行ない具体的には医学側が策定する「規範」を支えるかなど、その住み分けの態様について、医学側と法学側が協力して考究しなければならないと考える。そのためには、まずは先に述べたように、同音異義語の存在を医学側と法学側が認識すること、そして可能である限りの同音同義語を追究することから始める必要がある(20)だろう。

高齢者の生活は、それぞれの視点から焦点を当てて個別に考量しても、真に生活を向上させる支援たり得ず、必要不可欠な連続性を持った支援のあり方を提示しなければならない。さらにこのような支援のあり方を背景に具体的な問題に取り組むということは、医学・医療の分野でも法学の分野でも、すなわち、これまで医療の現場や家族・成年後見人などが直面す

る問題の具体的な解決への道を開くことが可能となり、ひいては患者も含めた医療現場の苦悩を緩和する一助となるという点で、大きな意義がある  
と考える。本調査は、開業医を中心とした医師の、この問題についての関  
心の有無と方向性について探るという、提起した問題解決の第一歩にすぎ  
ない。今後、医と法を中心に総合的な視野を持って学際的な研究として取  
り組むことこそが必要であると考えらる。

#### 註

- (19) 例えば、拙稿「カナダにおける同意能力がない成年者への医療行為と決定」  
実践成年後見 40 号 (2012 年) 38 頁を参照。
- (20) 藤田・前掲注 (12)、および寺沢知子「第 2 回フォーラム (2012 年 4 月 22  
日 (日) 開催に向けて 後期高齢者に対する医療行為の決定について」医療  
と法ネットワーク会報 14 号 (2012 年)。http://www.kclc.or.jp/medical-legal