The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	「保護主義的子ども観」を超えて : 日本の医療における子どもの権利を考える
Author(s)	西村, 高宏
Citation	医療・生命と倫理・社会. 2009, 8, p. 39-55
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/12880
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

「保護主義的子ども観」を超えて

――日本の医療における子どもの権利を考える――

西村高宏
（大阪大学大学院医学系研究科
附属子どものこころの分子統御機構研究センター・特任助教、臨床哲学）

はじめに――「保護主義的子ども観」から「開放的子ども観」へ

本稿では、日本の医療における子どもの権利保護の現状と今後の課題を、最近とくに主張されはじめている「保護主義的子ども観」から「開放的子ども観」への移行の必要性[1]について触れながら考察する。ここで言う「保護主義的子ども観」とは、親権を子どもに対する権利と捉え、子どもを保護の対象と捉える立場のことである。このような立場のもとでは、医療行為などといった自分自身と直接関わりのある事柄に関して、当の子ども本人による意見表明権が制限される可能性が出てくる。他方、「開放的子ども観」とは「子どもを権利の主体であり人格を有する独立した人間とみる子ども観」のことである。具体的には、子どもにも大人と同じく、「子どもの権利条約」で保障されている精神的自由権や人格権あるいは意見表明権があり、これを国家や親などが不当に侵害することは許されないこと、さらには、子どもには自らの成長・発達のために国家や親に対して保護を求める権利があるとする立場と言える。もちろん、この立場は単に子どもを「小さな大人」のように捉え、子どもにも大人と同等の権利を与えることを主張するものではない。とはいえ、医療における子どもの権利を「開放的子ども観」に基づいて保障するとはそもそもどういうことなのか。本考察は、子どもの権利に関する議論や法整備が進んでいるとはいえない日本の医療の現状にとって極めて意義のあるものと思われる。

1. 日本の医療における子どもの権利の現状

1-1. 日本の医療における〈子どもの権利〉意識の低さ

日本では、諸外国の現状と比べて、臨床研究に被験者として参加する子どもの場合だけでなく、医療行為全般における〈子どもの権利〉に対する配慮が希薄であると指摘されている。その現状は、大きく分けて以下のような観点から把握することができる。

（1）小児科医が、治療や検査に際して子どもたちに適切な説明を怠り、したがって子どもたちのアセントも確認せずに親の同意だけで医学的な処置を施すことがきわめて慣例的に行われている。
（2）日本の医療の現場では「子どもの発言権」に対して気を配られない傾向がある。
（3）子どもが両親に付き添ってもらう権利に関する意識が希薄である。
（4）病院での子どもの生活(教育や遊びの環境など)に関する意識が低い。

（5）医学研究に参加する小児の被験者保護体制が脆弱。

日本医師会生命倫理懇談会による「説明と同意についての報告」（1990 年 1 月 9 日）では、患者本人が幼児のため「説明を受けても同意するだけの判断能力がない場合」には、「父母などに説明をして」「本人に代わっての同意をもとめることになる（「自己決定に代わる次善の策」としての「代理同意」）」が、「ただ、これは、その患者本人についての処置であるので、十分でなくても一応の判断能力があると認められるものであれば、その意向をきいて、それを参考とすべきである」とあり、「説明するかどうかの判断」や「その内容」は関係者の判断に委ねている。さらに、そもそも 1990 年に日本医師会によって「インフォームド・コンセント（IC）」が「説明と同意」として訳されたうえで国内に報告されたこと自体が、「医療者は説明する人」、他方「患者・家族は同意を与える人」といった「役割分担を示すがごとき誤解を生じさせ」、「患者・家族が自らの意志で（主体的に）医療に参画してゆくように患者・家族と医療者が交流を重ねるプロセス」であるICの意義を根付かせることを困難にさせたのではないか、との指摘もある。[2]

成人におけるICも十分に確立していない状況のなかで、日本の医療において「開放的子ども観」を具現化するために必要な「子どもにおけるIC（インフォームド・アセント）」[3]の意識が高まるのは容易ではない。事実、当時の子どもにおけるICへの理解がいかに不十分であったかは、国内でICを普及することを意図して新設された薬剤指導管理料と入院治療計画加算の算定要件をみると明らかである。そこでは、「入院時に治療計画を作成し、文章により病名または病状、推定される入院期間についての説明が入院 7 日以内に行なわれた場合に算定できる」とされているが、「医師の病状等の説明を理解できないと認められる患者は対象とならない」と規定されている。すなわち、当初、日本国内では小児科医が両親にいくら丁寧に説明しても算定の対象とはならなかった。もちろん「この条件は、小児科医などの抗議によりのちに改められたが、ICがいかに付け焼刃的に導入されたか、小児の人権が軽視されたかを如実に物語っている」。[4]

1-2. 日本における子どものインフォームド・アセントの現状

とはいうものの、現在の日本の小児科医は子どもへの説明と同意取得（インフォームド・アセント）をある程度は気にかけるようになってきている。日本小児科学会薬事委員会では、2002（平成 14）年に、厚生労働省医薬局 13 年度委託研究の一環として行われた「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・小児治験での倫理問題研究」の研究報告書を発表している。そのなかで、子どものインフォームド・アセントに関する国内の医療者の意見について、以下のようなアンケート結果が報告されている。[5]

表 1　何歳なら，その子ども自身に対して症状や予後の説明をすべきだと思うか？

	風邪	骨折	腎臓病	白血病
6 歳の子どもに対して	42.8%	49.5%	26.7%	12.3%
9 歳の子どもに対して	76.0%	87.4%	68.0%	35.0%

表 2　子ども自身に治療や検査方法の内容を説明するべきと考える年齢

	3 歳未満	3～6 歳	6～9 歳	合計
静脈穿刺のような痛みを伴う検査	10.6%	50.8%	19.8%	81.2%
風邪薬のような通常の服薬	7.3%	49.2%	24.6%	81.1%
向精神薬の投与	3.3%	16.3%	33.8%	53.4%
コルセットやギプスなどの不自由または恥ずかしいと思う処置	6.6%	43.2%	32.9%	82.7%
外科的な手術	6.0%	43.5%	28.2%	77.7%
繰り返し起こる腹痛に対する内科的検査	3.3%	48.4%	29.5%	81.2%

表 3　治療や検査に対する子ども自身からの同意の必要性

	必要あり	必要なし	年齢による	不明
静脈穿刺のような痛みを伴う検査	9.0%	18.5%	69.7%	2.8%
風邪薬のような通常の服薬	9.5%	30.8%	56.9%	2.8%
向精神薬の投与	10.9%	13.3%	69.7%	6.2%
コルセットやギプスなどの不自由または恥ずかしいと思う処置	12.8%	12.8%	69.2%	5.2%
外科的な手術	11.8%	6.2%	77.7%	4.3%
繰り返し起こる腹痛に対する内科的検査	11.8%	8.5%	74.9%	4.7%

「表 2」によると、向精神薬の投与の場合を除き、外科的な手術や痛みを伴う検査に関しては、日本の 7 割以上の小児科医が 9 歳以下の子どもにも説明の必要があると考えていることがわかる。同じ条件下で、子どもからの同意取得の必要性について質問した結果が「表 3」である。これらのアンケート結果報告から見て取れることは、日本の小児科医は患児にインフォームド・アセントを実施するにあたり、単純に子どもの年齢からだけではなく、発達段階、病気の性質（症状）、検査の侵襲の程度、治療内容の深刻さなどを総合的に鑑みて柔軟に対処しようとしている姿勢である。[6]

しかしながら、実際のところは、日本の医療現場では子どもに対する処置や検査の説明は省かれがちである。子どもが関心をもちそうな話で子どもの気をそらしながら処置や検査を行うことが日常的に行われているという指摘もよく耳にする。このような対応は原則として大人には行わないはずである。それを子どもに対しては行っているということは、一個人としての子どもの人格を最大限尊重していないこと、すなわち子どもの人権侵害に該当する。日本国憲法の保障する基本的人権 [7] は、人間であるという事実のみに基づいた、人が生まれながらにして持っている固有の権利のことであるから、子どもに対しても大人と同じように保障される必要がある。したがって、子どもにも、病状や治療内容の説

明を受ける権利が当然ある。子どもから何らかの同意（コンセントまたはアセント）を得るかどうかに関わらず、病状や治療説明について子ども自身に説明しなければならない。

くわえて、当の子ども自身のほうでも「病状の説明」を求めているという調査報告がある。病気の説明を受けた患児に直接アンケートやインタビューを行ったある調査によれば、①説明を受けた患児の 70%以上が病気説明に賛成であり、②知らせるなら発症後できるだけ早く、年齢で言えば 10 歳なら理解できる、③病気のことを知ったことで、積極的に社会に貢献するような生き方がしたいと考える傾向があった、とのことである [8]。とはいえ、さしあたり子どもの説明の受ける権利を保障するためには、説明を受けた子どもがその内容をできるだけ理解できるような環境整備づくりが特別に配慮される必要がある。具体的に言えば、子どもにもわかる言葉や方法で説明するなどに配慮したプレパレーション（子どもの心理的準備）などを行なう、医師や看護師などとは別の専門的スタッフの充実が急務である。日本では、諸外国に比べてこのような観点に基づいた体制整備の遅れがとくに目に付く。

1-3. 日本の現行制度における子どもの位置づけ――「親権」と子どもの「行為能力」

日本の医療現場において子どもの権利に関する意識が低い背景には、国内の現行制度における子どもの位置づけの問題が関係している。

もともと、日本国内では、現行制度上未成年の子どもは単独で有効な法律行為をなしうる資格である行為能力を制限されているため、医療者は、病状の説明や治療内容の説明は子の監護権や法定代理権を有する親権者（民法 820～824 条）に対してのみ説明を行えばよいと考え、患者本人である子どもには説明を行わない傾向がある。

子どもが病気になると親などの親権者や後見人が医療機関に診療を依頼することになる。その際、日本では、親権者と医療機関の間で、子どものために診療契約 [9]（民法 537 条「第三者のためにする契約」）が締結されることになる。もちろん、このような契約であっても、第三者である子どもが、その契約を承認する意思を表示すれば、子どもは直接医療機関に対して権利を行使することができるが、すでに述べたように、そもそも子どもは、法的に単独での行為能力（意思表示能力など）が制限されているため、結局は子どもが契約当事者として意識されることはないのが現状である。ゆえに、日本の現行制度では、親権者が子の監護・教育権、居所指定権、懲戒権、職業許可権、そして財産管理権・法定代理権を有するとみなされ、これらを行使することで子の成長や発達を保障するという仕組みになっている。そしてその際、親権者がこれらの権利の行使にあって子と協議したり、子の同意を得るなどの子の意思を反映させる義務がないとされていることについてはとくに留意しておく必要がある。[10]

そうすると、子どもに対して、病状や治療内容の説明あるいは生命に関わる病名の告知を行なうことについて、親権者である親が躊躇したり反対したりすることもまたそれが〈ひとつの意見〉である限り自由に行なうことが可能となる。日本の民法は「成年に達しない子は、父母の親権に服する」（818 条 1 項）と規定し、その「親権を行なう者は、子の監護及び教育をする権利を有し、義務を負う」としている。これらの条文を文字通りに解釈すれば、「親権者である父母は、子どもに対し『監護』すなわち監督し保護する権利を有し、子どもはこれに服さなければならないことになる」。そうすると「親権者である親が、監護

の一環として、病状や治療内容等を子どもに説明するかどうかを決めることができ、子どもはこれに従わなければならない」状況が生まれてくる。[11]

くわえて、民法では、「行為能力」（第 2 節）の項目において「年齢 20 歳をもって、成年とする」（同法 4 条）とし、「未成年者が法律行為をするには、その法定代理人の同意を得なければならない、ただし、単に権利を得、または義務を免れる法律行為については、この限りではない」（第 5 条）と明記されており、そのため日本国内では、たとえ 19 歳の者であっても、ICの原則における医療行為の選択・同意・拒否の各権限は、子ども本人にではなく親権者たる親にあるのではないかとの考えが可能となる。すなわち、患者が子ども（未成年者）である場合、子ども本人は法的に有効な同意ができないとみなされる。また同意に限らず、医療行為の選択または拒否についても、まったく同様に、親にその法的な権限があると考えられている。[12]

しかしながら、ICの原則が患者の自己決定権に根拠を有し、患者が医療に主体的に関与することを目的としているものである以上、このような取り扱いはICの原則に反する。自己決定権は、それを行使するものと、それを行使した結果が生じるものとが一致することが原則である。したがって、患者の親が、患者である子どもの自己決定権を行使しているのだとすれば、自己決定権の概念に矛盾を来たしていることになる。ICの原則が患者の自己決定権に根拠を有している以上は、患者が子ども（未成年者）である場合にも、子供本人による選択、すなわち自己決定権の行使をいかに確保するかが課題とされなければならない [13]。ここで、子どもを医療に主体的に参加する主役として位置づけるための糸口となる「開放的子ども観」について考察する必要性が生じてくる。

「子どもを権利の主体であり人格を有する独立した人間」と捉え、「子どもにも大人と同じく（子どもの権利条約で保障されている）精神的自由権や人格権あるいは意見表明権がある」とするこの「開放的子ども観」は、とくに近年、「国連・子どもの権利条約」で明確に主張されているところのものである。したがってここからは、「子どもの権利条約」の基本的な考え方を概観する作業をとおして、日本の医療におけ「開放的子ども観」の可能性について吟味することにしたい。

2. 日本における「子どもの権利条約」受容の現状と医療

2-1. 「子どもの権利条約」を支える「開放的子ども観」

「子どもの権利条約」は、18 歳未満を「子ども」と定義し、子どもの「生きる権利」、「育つ権利」、「守られる権利」、「参加する権利」について規定したものである。大まかに言えばそれは、(1) 生命権（第 6 条）、アイデンティティの権利（第 7 条・第 8 条）、障害のある子どもの権利（第 23 条）、社会保障の権利（第 26 条）、生活水準の権利（第 27 条）などの子どもを保護する規定と、(2) 子どもの意見表明権（第 12 条）、精神的自由権（第 13、14、15 条）、人格権（第 16 条）、出入国の権利（第 10 条）などの子どもの意思選択の自由や行動の自由を保障する規定の二つの骨子によって構成されている。そして、この条約は、なによりも「開放的子ども観」によって推し進められた条約であることを見逃すことはできない。すなわちこの条約には、子どもにも大人と同じく精神的自由権や人格権、あるいは意見表明権が認められており、これを国家や親などが不当に侵害することは許さ

れないこと、また他方では、子どもには、自らの成長・発達のために国家や親に対し保護を求める権利があるという考えが反映されている。これはまさに、子どもを権利の主体であり人格を有する独立した人間と見る「開放的子ども観」によって支えられたものに他ならない。

このような「開放的子ども観」が条約として整備されるまでには長い経緯があった。第一次世界大戦後の「子どもの権利に関するジュネーブ宣言」(1924 年）では、「人類は子どもに対して最善のものを与える義務を負う」とされ、子どもが保護の対象であること（「受益者としての子ども観」）が確認されたに過ぎなかった。その後、1959 年に国連で採択された「子どもの権利宣言」において、部分的にではあれ「開放的子ども観」の考え方が提示されている。その「宣言」では、子どもへの優先的保護や救済（8 条)、放任・虐待・搾取からの保護、売買や有害労働の禁止（9 条）といった保護的な規定がある一方で、健康に成長発達する権利（4 条)、教育を受ける権利、遊びやレクリエーションの権利（7 条）なども規定され、子どもが単なる保護の客体（対象）から権利の主体と位置づけられている。とはいうものの、ここで言われている「権利」とは、それによって子どもが受ける利益を、親や国家が子どもに給付することを保障したもので、子どもはこのような権利を享有しうる地位にあることが法的に認められたというほどの意味に過ぎず、厳密には、子どもが一個の独立した人格ある人間として認められたわけではない。このような「開放的子ども観」が権利として求められるのには、最初に触れた「国連・子どもの権利条約」の制定を待たなければならなかった。

2-2. 日本による「子どもの権利条約」の理解

しかしながら、そもそも日本では、医療の分野に限らず、子どもの発言権に対してあまり気を配らない傾向が見受けられる。この点についてはとくに留意しておく必要がある。

あらためて言うまでもなく、子どもにはじめて「意見表明権」を市民権として認めたのは「子どもの権利条約」である。この条約は、第 12 条 1 項において、子どもの「意見を表す権利」(「自己の見解をまとめる力のある子どもに対して、その子どもに影響を与えるすべての事柄について自由に自己の見解を表明する権利を保障する。その際、子どもの見解が、その年齢及び成熟度に従い、正当に重視される」）を認めた点で画期的な条約といえる。また「子どもの権利条約」が画期的といわれる理由として、これまでの国際協定が「宣言」のレベルにとどまっていたのに対して、それが「条約」であるという点である。条約であれば､当然のことながらこれを批准した国は国内法を整備することが義務付けられる。また、批准した国は「国連・子どもの権利委員会」に対して、批准してから 2 年以内に、その後は 5 年ごとに報告書を提出しなければならないことになっている。

日本は、1994 年 4 月にようやくこの権利条約を批准した（1994 年 5 月に発効)。その後、1996 年に第 1 回締約国報告書を提出し、2 年後の 1998 年に国連子どもの権利委員会による報告書審査を受ける（第 1 回総括所見)。そして、2 回目の締約国報告書を 2001 年 11 月に提出、2004 年の 1 月に国連子どもの権利委員会による報告審査を受けている（第 2 回総括所見)。

このような経緯のなかであらためて読み取れることは、日本政府が、子どもの意見表明権などを含めた子どもの権利に関する法改正や予算措置を行なう必要はないとする一貫し

た姿勢である。このような日本政府の姿勢は、旧文部省が「子どもの権利」条約の国内発効直前 1994 年 5 月に出した通知（文初高等 149 号）のうちにも端的に見てとることができる。

国連・子どもの権利委員会は、すでにこの頃、「子どもの権利条約」の第 12 条（子どもの意見表明権）を条約の一般原則として「子どもの意見の尊重」として位置づけていたにもかかわらず、日本政府はその通知のなかで、「子どもの権利条約」第 12 条を「表明された児童の意見がその年齢や成熟の度合いによって相応に考慮されるべきという理念を一般的に定めたものであり、必ず反映されるということまでも求めているものではない」と認識している。第 1 回締約国報告書（1996 年）においても、日本政府は子どもの権利条約第 12 条を単に子どもの「意見表明の機会」として捉えるだけで、それを「子どもの意見の尊重」とまでは認めていない。事実、その報告書のなかで日本政府は、日本国内における子どもの「意見表明の機会」は、すでに憲法第 13 条、第 19 条、第 21 条をとおして「児童に対しても自己に影響を及ぼす事項について自由に意見を表明する権利が保障されている」と記述するにとどまっている。

このような認識は、2001 年に提出された第 2 回締約国報告書においても依然として変わっていない。たしかにその報告書では見出しが「子どもの意見の尊重」とされてはいるものの、国内の「法制度は不十分なままであるし、実際においても権利とはほど遠い、配慮・考慮事項とされているに過ぎない」。[14]

このような子どもの権利条約に対する日本国内の対応の遅さが、医療の現場における子どもの権利をないがしろにする態度を呼び起こしている。国内では、医療における子どもの意見表明の権利があきらかに無視されている。

2-3. 「子どもの権利条約」と医療

「子どもの意見表明権」をいわゆる「保護主義的子ども観」から問題にすれば、「子どもは保護の客体」に過ぎないものと見なされることになり、当の「子どもには自分と関わりのあることについてさえも発言権が認められない」可能性が出てくる。しかしながら、「開放的子ども観」の立場に立てば、子どもは「一人の人格として尊重され、また権利・自由の主体として理解される」ため、子どもが「自分自身に影響を与えることについては主体的に関与する機会が当然保障される必要」が生じる。すなわち、「開放的子ども観」においては、「子どもの権利条約」第 12 条 1 項に明記されている「子どもの意見表明権は、子ども自身の問題の決定に際して、広く子ども自身の意思を反映させる適正手続きを求める権利であり、かつ、自己の生活条件（みずからの成長発達の場を含む）や社会条件の決定に対して、子ども自身の意思を尊重すること（自己決定の促進）を求めた権利」として理解されることになるのである。そして、このような「子どもの意見表明権」は、何にもまして医療の現場においてこそ尊重されるべきものに他ならないのではないか。なぜなら、「手術などの侵襲性のある行為に限らず、医療行為の結果はすべて患者である当の子ども自身に生じるわけであって」、しかも、そもそも医療行為とは身体及び生命に関わってくる事柄であるため、「自己の生活条件」などに直接的に影響を与える事柄のなかでもとくにその影響が甚大な問題として理解できるからである。[15]

しかしながら、実際のところ日本の医療現場の現状をみてみると、到底子どもの権利意

識が浸透しているとは思われない。その理由のひとつには、先に挙げたように日本政府における「子どもの権利条約」（とくに「子どもの意見表明権・意見の尊重」）受容の遅れを挙げることができるが、そもそもこの「子どもの権利条約」が保障している子どもの権利は、保健サービスを利用する権利を定めた 24 条（健康・医療への権利）[16] などを別として、医療を受けている子どもだけを対象にして規定されたものではないため、具体的にどの条項が医療を受けている子どもたちに適用されるのかが不明確にならざるをえない。したがって、子どもの権利条約の条項に関する解釈を、医療を受けている子どもたちが置かれている状況へとあてはめ直す作業が必要となってくる。そして、この「開放的子ども観」に裏打ちされた「子どもの権利条約」を具体的に医療の現場に当て嵌めた試みとして、(1) WHOからの技術的支援を受けつつ、ユニセフとチャイルド・ヘルス・アドボカシー・インターナショナル（Child health Advocacy International）という団体が取り組んでいる「子どもにやさしいヘルスケア・イニシアティヴ（Child Friendly Healthcare Initiative : CFHI)」と（2)「病院の子どもヨーロッパ協会（European Association for Children in Hospital : EACH)」による「病院の子ども憲章（EACH憲章)」などがあることが指摘されている [17]。日本の医療の現場でも、「開放的子ども観」に基づく「子どもの権利条約」についての各国の取り組みを参考にすべきである。

（1)「子どもにやさしいヘルスケア・イニシアティヴ」

「子どもにやさしいヘルスケア・イニシアティヴ」とは、子どもの権利条約に則したヘルスケアの提供を実現するために提唱される 12 の「基準」から構成され、ユニセフとチャイルド・ヘルス・アドボカシー・インターナショナルという団体が共同で取り組んでいるものである。英国の国営宝くじ委員会（National Lotteries Board）の共有資金によって設立され、WHOや英国看護師会（Royal College of Nursing)、英国小児科小児保健医師会（Royal College of Pediatrics and Child Health）からの技術的支援も受けている。ちなみに、そのうちの「基準 5」では、「すべての医療スタッフは、個別のニーズをもち、プライバシー及び尊厳を守る権利をもつ一人の人間として子どもに接し、ケアに影響を与える決定に子どもたちを関わらせるものとする。提供されるケア及び治療の基準は子どもにとって最も有益なものでなければならない」などのマニュアルが明記されている。[18]

（2)「病院の子ども憲章（EACH 憲章)」

「病院の子ども憲章（Charter for children in hospital)」とは、ヨーロッパで病院における子どもの福祉に関わる非政府組織、非営利組織の 12 団体が、1988 年にオランダのライデンにおいて作成した 10 か条からなる「ライデン憲章」のことで、この「ライデン憲章」の実現を目的として 1993 年に「病院の子どもヨーロッパ協会」が設立された。EACH は、子どもの権利条約を病院内に具現化するために、この「病院の子ども憲章（EACH 憲章)」を推進する活動をおこなっている。

この憲章では、「病院における子どもたちは、いつでも親または親代わりの人が付き添う権利を有する」（「第 2 条」）ことや、「子どもたちや親たちは、年齢や理解度に応じた方法で、説明を受ける権利を有する」（「第 4 条」）こと、「子どもたちと親たちは、自らのヘルスケアに関わるすべての決定において説明をうけて参加する権利を有する」（第 5 条）こ

となどが明記されている。[19]

ちなみに、病院における子どもの権利への関心は、英国を中心に始まったと言われる。英国政府は、「入院している子どもたちにどのようなケアを行うべきか」を諮問し、その成果を 1959 年にプラット報告として提出した。それにより、病院における子どものトータルケアの理念がはじめて打ち出され、さらにはその勧告に沿って「入院している子どもの福祉を守るための全国協議会」という民間の組織が設立された。その後、WHO の「病院における子どもの看護の勧告」（1982 年）が、1984 年には、『入院している子どもの権利に関する 10 箇条の憲章』が作成されてもいる。この憲章は、現在では欧州連合でも承認されており、「子どもとその親は、年齢、理解力に応じて、適切な情報を得る権利をもち」（第 3 条）、「適切な教育を受け、発達段階に応じて、それぞれの子どもの身体的・精神的ニーズを理解しているスタッフからのケアを受ける権利をもつ」（第 6 条）と謳っている。最近では、英国の保健衛生省が、すべての子どものための健康と社会生活をケアするサービスの総括的基準を指し示すために「英国母子医療 10 年戦略（National Service Framework for Children, Young People and Maternity Service）」を策定し、病院のなかでは「子どもの立場に立って、子どものための病院サービスをデザインすることが大切である」と述べている。

3. 子どもが医療に主体的に「参加」する権利を考える

3-1. 日本の医療現場に「開放的子ども観」を根付かせるための視点

もちろん、日本の医療の現場にもこのような「子どもの権利」を反映させようとする試みがないわけではない。たとえば、日本看護協会は、日本において「子どもの権利条約」が批准された（1994 年）ことを受けて、その 5 年後の 1999 年に、看護職者が「子どもや養育者が、健康障害によってもたらされた変化を受け入れ、積極的に治療や検査、訓練などに参加できるように援助する」ための行動指針として「小児看護領域の看護業務基準」を作成してもいる。そのなかでは、「小児看護領域の専門知識」として「臨床看護の領域に限らず、子どもの権利（人権、教育、親権、養育など）、母子保健医療福祉に関する法律や制度、家族関係、子どもを取り巻く文化や社会環境に関する知識」が必要とされているだけでなく、「子どもは、ひとりの人間として尊重され、その成長・発達する権利や幸せを自ら選ぶ権利が常に保障されなければならない。小児看護領域で働く看護職者は、『児童の権利に関する条約』を念頭におき、子どもの権利が守られているかを見極めて看護にあたることが重要である」と明記されている。

さらに、この「基準」においてとくに留意しておくべき点は、「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利」のひとつとして「子どもが自らの意志を表現する自由を妨げない。子ども自身がそのもてる能力を発揮して、自己の意志を表現する場合、看護婦はそれを注意深く聞き取り、観察し、可能な限りその要求に応えなければならない」といった「開放的子ども観」の考えが反映されている点である。とはいえこれは、あくまで日本看護協会という任意加入の専門職団体が独自に作成した単なる行動の指針でしかない。日本の医療現場に「開放的子ども観」に基づいた子どもの権利を、すなわち子どもが医療に主体的に「参加」する権利を根付かせるためにはどのような処方箋を提示することが可能であろう

か。医療の現場に「開放的子ども観」を定着させるために日本が考えるべき視点として、大まかに言って以下の 3 つの側面が考えられるように思われる。

(1)「子どもの権利条約」の第一の特徴である「子どもの意見表明権・意見の尊重」などを含めた子どもの権利を保障するための法改正や予算措置の必要性に関する視点。
(2) 日本の現行制度における「子どもの単独同意権」の可能性や「親権概念の転換」に関する考察
(3) 医療現場において子どもが意見表明を行ないやすくするような、さらには子どもの意見が尊重されやすくするような環境整備に関する視点

これらの問題を考察する際に常に気にかけておかれるべきことは、子どもの権利条約を支える基調ともいえる「開放的子ども観」を、すなわち子どもの権利としての「参加」をいかに医療の領域で保障していくかという視点である。以下、これらの「視点」を少しばかり詳しく考察してみることにしたい。

3-2. 「ニーズ基盤型アプローチ」から「権利基盤型アプローチ」へ

医療の現場に「子どもの意見表明権」や主体的な「参加の権利」を実現していくためには、何よりもまず「それらの権利を法律等に明文で規定していく必要」がある。この視点こそが、日本国内ではもっとも欠けている点である。

「子どもの権利条約」を採択した当初、日本国内では、第 12 条の制定過程をたどりながら、子どもの意見表明権の意義づけや内容に関する検討がなされている。その際、とくに問題にされたのが、そもそもこの権利が「手続き的な権利（適正な手続きを受ける権利）」なのか「実体的な権利」なのか、さらにはそれが「自己決定権を含むか否か」に関するものである。そして、この第 12 条の原案は 1979 年の「子どもの権利の法的な保護に関するワルシャワ会議」で採択された「子どもの権利の法的な保護に関する諸原則の声明」の影響を受けたものであることを考慮すれば、この権利には自己決定的な要素が込められていることは否めない。したがって、子どもの権利条約におけるこの意見表明権は、「子どもの年齢と成熟度の高い段階では、自己決定権とほぼ同義となりうるものであり、その意味で自己決定権につながる権利として理解されるべきなのであって」、「自己に影響を及ぼすすべての事柄（人格的な事柄から社会的な事柄まで含む）の決定過程に関与・参加する権利としての意味を持つ」。そしてこの権利は、「自分の最善の利益を確保する際の手続き的権利」として理解されるべきものと言える。[20]

そして、国連・子どもの権利委員会は「子どもを権利の全面的な主体とし、子どもの権利主体性をいっそう強調し」、条約を批准した国がそのような「子どもの権利主体性」を保障できるよう、「法律の受動的主体としての子どもの福祉（ニーズ）または保護への関心にもとづいたアプローチ（単に恩恵的、福祉的、慈善的観点から子どもの要求するニーズを充足させるための政策を立案するアプローチ）」から「子どもの権利主体性」に関する「立法の包括的見直しを行なう」ことを視野に入れた「権利基盤型アプローチ（the rights-based-approach：BRA）」への転換を要請している。日本はこの転換について大幅な遅れをとっており、事実、2004 年の 1 月に国連子どもの権利委員会による第 2 回報告

書審査のなかで、「日本は、新しい法律や政策の策定・実施にあたり、子どもの意見の尊重の原則と子どもの最善の利益の原則を念頭に置きながら、もっと権利基盤型のアプローチをとるべきである」と指摘されている。ちなみに、ここで言われている「権利（人権）基盤型アプローチの定義と内容」とは、「(a) 国際人権法の目的および諸原則を十分に踏まえ、(b) 条約締約国としての実務義務・説明責任を前提として、(c) 条約および国連の国際人権文書の規定をホリスティックにとらえながら、(d) 権利の保有者を軸とした対話、参加、エンパワメントおよびパートナーシップの精神にのっとって、(e) 子どもの人権および人間としての尊厳の確保につながる変革をもたらそうとするアプローチ」[21] と理解されている。このような視点こそが、子どもの権利を単なる「福祉（ニーズ）」と「保護」の対象として捉えようとする従来の「保護主義的子ども観」からの転換を可能にする。

とはいうものの、子どもの「対応能力」のレベルを考えると、すぐさま子どもを「小さな大人」として捉えて大人と同様の権利をあたえるのもまた困難なことのように思われる。そこで、とくに重要視されているのが (d) にも取り上げられていた「エンパワメント」という視点である。この「子どものエンパワメント」とは、子どもたちが自分の関わる生活における「何らかの問題についての企画・選択・実行・評価といた意思決定プロセスに主体的・共同的に参加することによって」、「民主的社会の形成者としての自らのパワー」を自覚（自己信頼〔self-reliance〕）していく「漸次的獲得」もしくは「自律〔autonomy〕の促進」のプロセスのことに他ならない。つまり、子どもの権利の主体的な「参加」の保障は、この「子どものエンパワメント」という視点を盛り込むことによってはじめて、「外在的な参加の制度的保障と、内在的な権利主体としての子どもの意識変革の両側面の統一の必要性を浮かび上がらせることになる」。[22]

3-3. 日本の現行制度における子どもの単独同意権の可能性や「親権概念の転換」に関する視点

このように、国連子どもの権利委員会の主張する「権利（人権）基盤型アプローチ」にのっとったかたちで子どもの意見表明権の保障を実現するには、当然のことながら具体的な法改正や現行制度の積極的な再解釈を行なっていく必要がある。日本の法律関係者のあいだでは、そのための具体的な課題として (1) 子どもの意見表明権の実質化、(2) 親権概念の転換、(3) 子どもの単独同意権の可能性の吟味、などが提示されている。

まず、(1) 子どもの意見表明権の実質化のためには、「第一に、民法において子どもの意見表明権を明文化し、実務に制度上の保障を与える」必要がある。その際、具体的に考えられうるものとして、「親権の規定の冒頭に、一般的な意見表明権を設けると同時に、親権者の教育・監護権の行使、監護者の決定などの個別の規定においても、子どもの意思を尊重する旨の規定を加えること」などが挙げられている。もちろんこのような具体的な法改正の試みは、(2) 必然的に現行制度上の「親権概念」に関する再検討を余儀なくさせるが、その際には、「第一に親権概念を義務に純化し、『父母は子を監護教育する義務を有する』と改めること」が必要であると考えられる。

現行法の解釈として、「権利の属性」には「①権利者自身の利益を追求するための手段、②権利不行使の自由、③処分の自由」が想定されていると考えるならば、そもそも「親権は子どもの利益のために行使されなければならないとされているのであるから①に反し」、

また「親権には不行使や処分の自由がないのであるから②と③にも反する」ことになる。したがって、それだからこそ「親権は実質においても形式においても義務に他ならず、民法 820 条はその旨を宣言しており、同条の『権利』は権限の意味に解されるべき」であり、「この義務を債務とし、子どもを債権者、親を債務者と捉え、不適切な親権行使を債務不履行」と位置づけ[23]、「法改正まではこうした解釈で対応すべきである」、と言うわけである[24]。

この考え方を医療の現場に適用させると次のような「転換」が可能となる。本稿の「1-3. 日本の現行制度における子どもの位置づけ——「親権」と子どもの「行為能力」」で問題にした「日本の現行制度」の解釈に従えば、「親権者が子の監護・教育権、居所指定権、懲戒権、職業許可権、そして財産管理権・法定代理権などの権利の行使にあって子と協議したり、子の同意を得るなどの子の意思を反映させる義務がない」と理解されるため、「子どもに対して、病状や治療内容の説明あるいは生命に関わる病名の告知を行なうことについて、親権者である親が躊躇したり反対したりすることもまたそれがひとつの意見である限り自由に行なうことが可能」であった。しかしながら、「開放的子ども観」に従って「親権概念を義務に純化」して捉えるならば、親権を持つ者は子どもに対する医療行為について、子どもの意見表明を促し、表明された意見を尊重する義務を負うことになる。

もちろん、このように医療の現場において子どもの意見表明を積極的に促していくためには、子どもに対して病状や医療行為の目的・方法、さらには治療に要する期間などについての説明を行なうことが前提とされる。したがって、「医療行為に対する意見表明とは、医療行為に関する説明を理解した上で、自主的に選択・同意・拒否の意思を表明すること」にほかならず、「これはちょうど、IC の原則やインフォームド・アセントの原則と同じ枠組」の議論とみなすことができる。そして、これまで明らかにしてきたように、子どもの権利条約は「子どもの見解が、その年齢および成熟度に従い、正当に重視されることを求めて」いるため、「子どもの年齢および成熟度もしくは意見表明の対象となっている事柄の内容によっては、子どもの意見表明権はいわゆる自己決定権の行使とその実質を同じくする」ことになる。したがって、「開放的子ども観」の観点から医療の現場に子どもの意見表明権を認めていこうとする議論は、必然的に（3）子どもの単独同意権の可能性に関する議論へと繋がっていくことになる。

とはいうものの、その際、はたしてどのような条件のもとで子どもの「単独同意権」を認めていけばいいのかが問題になる。そこで、医療における子どもの単独同意権を立法化する必要性を説く意見がでてくる（通常の治療の領域にインフォームド・アセントの原則を適用したとしても、最終的には親権者の意思と子どもの意思に齟齬が生じた場合には、現行制度を前提とすれば、実際上、親権者の意思を優先せざるを得ない）。つまり、一定年齢以上の子どもについては、親の同意ではなく、子どもの同意を得なければならないと定めるべき、とする意見である。一般的には、この一定の年齢は 15 歳程度を目安にするのが相当と考えられているようである。ちなみに英国では、1969 年家族法改正法第 8 条により、16 歳に達している未成年者の同意は、その者が成年に達している場合と同様の効力を有し、親または後見人から同意を得ることは必要ないものとしている。

もちろん日本国内にも子どもの単独同意権を指向する考え方がないわけでない。（1）旧厚生省「小児集団における医薬品の臨床試験に関するガイダンス」は、「親権から解放され

た又は成熟した未成年者からは自主的なインフォームド・コンセントと得ることが可能であろう」としており、子どもの単独同意権の余地を認めているし、(2) 日本医師会第Ⅸ次生命倫理懇談会が 2006 年 2 月に発表した「平成 16・17 年度『ふたたび終末期医療について』の報告」においても、難病を持つ小児の終末期において、気管内挿管、引き続き気管切開を伴う侵襲的人工呼吸器管理を受けるか否かの決定については、本人の自己決定、もしくは両親の代理的自己決定を得る、とされている。すなわちこれは、両親の「代理的自己決定」と並んで、子ども本人の自己決定すなわち子どもの単独同意の余地があることを前提にしている。[25] 日本国内では、このような視点についても積極的に議論を進めていく必要がある。

3-4. 医療現場における子どもの意見表明の促進を可能にする環境の整備

とはいえ、いくら子どもの意見表明権を法的に保障しえたとしても、実際に子どもが自らの意見を表明できるような環境が医療現場で整備されていなければ意味がない。したがって、日本の医療現場に「開放的子ども観」を根づかせるために必要とされる最後の視点として、子どもの意見表明の促進を可能にする環境の整備が早急に求められるはずである。

当然のことながら、子どもが自らの意見を表明できるようにするためには、何にもまして周りにいる大人が彼／彼女らの病状や検査方法などについて可能な限りわかりやすく説明したうえで、彼／彼女らの考えをじっくりと聴きとろうとする態度が前提とされる。それでは、具体的に子どもに病気や治療方法の説明をする場合にはどのような配慮が特別必要であろうか。

まず、子どもたちに病状や検査・処置などの病気に関することだけでなく、入院や家族との面会など、病気をもちながらの生活方法も同時に説明することも重要である。説明をする際には、子どもたちがどこまでわかっているかを確かめながら、ぬいぐるみや紙芝居や絵本などを使用した説明を心がけ、子どもたち自身の力でそのイメージが固まるよう配慮しながらおこなうことが必要となる。最近では、このような意図のもと、小児科の病棟内ではプレパレーションという取り組みが試みられている。

プレパレーションとは、一般的には「心理的準備」と呼ばれ、子どもが訪れ、ときに入院により生活することになる病院内のあらゆる場所、さらには病院内におけるあらゆる治療や検査などが子どもに与える不安や恐怖感などのさまざまの心理的困難に対して、医療従事者が子どもの対処能力や頑張りを引き出していけるようなケアを心がけつつ、絵本や遊びなどを通して子どもに説明を行い、これから起こることに対して子どものこころの準備を手助けし、病院内において子どもが少しでも健やかに過ごせる環境を整える試みのことである。このことから、プレパレーションは、子どもにおける IC の文脈で語られることもある。ちなみに、先に触れた「小児看護領域の看護業務基準」のなかにも、「子どもの人権を尊重し、子どもと養育者には、検査・治療・病状・処置などについて適時に説明をし、納得・了解・理解が得られるよう努める。その際は、子どもの発達に相応しい分かりやすい言葉や絵を用い説明し、診療に協力を得る」（「小児看護領域の看護業務基準」2.4）などの基準が設けられてもいる。

とはいえ、子どもが自分自身の病状を理解でき、さらに心の準備ができるように援助することは誰にもできることではない。したがって、より適切なプレパレーションが行なわ

れるためには、子どもが不安なく心の準備ができるよう援助するための専門的な知識と技術を備えた専門職が必要になってくる。このことから、現在、「チャイルド・ライフ・スペシャリスト（CLS）」や「ホスピタル・プレイ・スペシャリスト（HPS）」などの専門職を病院に導入すべきであるとの声が一部の病院関係者たちのあいだで高まってきている。

チャイルド・ライフ・スペシャリストとは、1950 年代から始まった活動であり、この「プログラムの目的は、プレパレーションや遊びに関する専門的な知識・技術をとおして、□子どもが入院・治療に伴う不安、ストレスに対処できるように援助する、□子どもの年齢相応の発達を援助すること」とされている。1971 年に米国小児科学会が、1978 年にカナダ小児科学会が、それぞれチャイルド・ライフ・プログラムの実施・活用を提唱している[26]。ちなみに、CLSとして働くためにはチャイルド・ライフ学会（Child Life Council）による資格認定を受けなければならない。また、同様の資格として、英国には「ホスピタル・プレイ・スペシャリスト」がある。「これは、1992 年に国家資格になり、イギリスの病院では 96 パーセントの割合で小児病棟にHPSが雇用され、子ども 10～15 人に対してHPSが一人という割合で配置されている」[27] とのことである。しかしながら、これらの資格はいずれも日本国内で取得することはできないうえ、仮に米国やカナダの大学院などで勉強を積み、資格を獲得したとしても、日本国内では雇用形態もいまだに不安定で、その専門職性に相応しい地位が与えられていないのが現状である。子どもが医療について説明を受け、きちんと理解でき、そして最終的に自分自身の意見を表明できるようにするためには、これらの資格を有する者たちを含む専門家の配置が必要である。日本は、早急にそのための制度整備をする責務がある。

おわりに――「子ども観」の組み換えと国家的な「子ども政策」の必要性

「人は子どもというものを知らない。子どもについてまちがった観念をもっているので、議論を進めれば進めるほど迷路にはいりこむ。このうえなく賢明な人びとでさえ～略～子どものうちに大人をもとめ、大人になるまえに子どもがどういうものであるかを考えない」[28]。

近代啓蒙期にあって、学問と工芸の進歩は、ただいたずらに不平等を強化するだけで、素朴で純良な習俗を破壊し堕落させるとしてそれらを断罪したルソーは、自身の「自然礼賛（人為排斥）」の哲学を教育論として展開してみせた『エミール』という著作のなかでそのように書きつけ、「子ども観」の組み換えという困難な作業に着手している。そこで彼は、大人を基準とすることで子どもを単なる「未完成の大人」として捉えようとする「子ども観」を徹底的に忌避し、子どもをそれ自体独立したものとして、すなわち大人とは異なる独自性を保持し、「それ自身の完成を自らのうちに内包するもの」として捉えることを提唱している。このようなルソーの「子ども観」は、『エミール』のなかに記された次のようなことばによって明確にされる。

「人生のそれぞれの時期、それぞれの状態にはそれ相応の完成というものがあり、それに固有の成熟というものがある。わたしたちはしばしばできあがった人間ということについて語られるのを聞く。ところで、できあがった子どもというものを考えてみよう。この見ものはわたしたちにとっていっそう新しいものであろうし、たぶん、いっそう楽しくな

いものでもなかろう」[29]。

ルソーによるこのような「新しい」子ども観こそが、「近代人権思想における子どもを人権の主体とみる立場の出発点をなすもの」と捉えることもできる[30]。「開放的子ども観」を考えるうえでも、このような「子どもの成長発達への考慮」もしくは「固有の成熟」という観点が極めて重要である。事実、子どもの権利条約でも「子どもの発達しつつある能力」（第 5 条・第 14 条 2 項）を条約の基本概念のひとつとして位置づけ、子どもの意見表明および参加を促進するうえで重要な意味をもつものと捉えている。また、ユニセフ（国際児童基金）もこのような子どもの「固有の成熟」という観点を踏まえたうえで「新中期戦略計画（2002 年～2005 年）」を提示し、そのなかで、「子ども時代を乳幼児期・学齢期・思春期に大別し、その成長段階ごとのニーズにあわせて総合的な支援を行なっていくという『ライフサイクル・アプローチ』を採用してもいる」[31]。このアプローチは、「最大限可能な発達に対する権利の保障、子どもの発達しつつある能力に応じた対応が必ずしも充分ではなかった」「従来の福祉（ニーズ）アプローチ」を補足する「権利基盤型アプローチ」のあり方を考えるうえで、今後いっそう考慮していくべき視点とも言える。[32]

すでにいくつかの国が、このような「視点」にもとづいた国家レベルの総合的子ども政策を展開しつつある。たとえば、アイルランドの「国家子ども戦略：私たちの子どもたち、彼らの政策」（2001 年 11 月）やニュージーランドの「子どものための課題：子どもたちによりよい生活を」（2002 年 6 月）などがそのよい例であろう。もちろん、この両国における総合的な子ども政策では、ともに「子どもの意見表明・参加の促進」が重視されている。「アイルランドでは 3 大目標のひとつに『子どもが、自分たちに影響を与える事柄について意見を言え、その意見が年齢と成熟度にしたがって正当に尊重されるようにする』ことが掲げられているし、ニュージーランドでも、7 つの行動課題の 2 番目に挙げられているのが『政府・地域の意思決定過程への子どもの参加の機会の増進』」[33] に他ならない。そのほか、カナダでも、1984 年に「児童福祉法」が全面改訂され、子どもは権利行使の主体であるという考え方を基本に据えながら、子どもの意見の代理や代弁を行う際の公的第三者機関として「子どもの家庭サービス・アドボカシー事務所」を制度化してもいる。

英国政府も、「子どもの権利条約」の批准に対応するために、国家によるコンプライアンスを確保する目的で、2004 年、「子ども法（1989 年制定、2004 年改訂）」によって「英国のあらゆる政策における子どもの代弁者（Children's Commissioner for England）」の設置を規定しており、翌年 3 月に初代コミッショナーとしてAl Ansley-Green氏（小児保健学）を選任している。英国「子ども法」によると、「コミッショナーは国内のすべての子どもの代弁者であり、その任務は、英国における子どもの権利と利益を保護し、発展させることを目指し、そのために関連機関への働きかけ、国務大臣に対するアドバイス、子どもと若者の権利と利益に関する事項や、子どもからの苦情や調査と検討、そして取り組みの内容の報告書の作成を行なうこと」（第 2 条）と規定されている。先に触れた「英国母子医療 10 年計画」などからも端的に見てとれるように、英国政府による子ども政策は 10 年先を見据えた中・長期的な視点に立つものという意味において画期的と言える。しかしながら、重要なのはむしろ、その政策が単なる付け焼刃的な政策とは明らかに異なり、各省庁間、行政間の横の繋がりだけではなく、地域の関連機関、専門家、市民の連携といった総合的な対処を目指すものになっていることである。日本もまた、英国の取り組みのよ

うな「長期的・継続的・総合的政策の立案、それを担当する省、そのために働く横断的ネットワークの創設が早急に必要とされている」。[34]

〈注〉

[1] 栃木県弁護士会「医療における子どもの人権を考えるシンポジウム」実行委員会編『医療における子どもの人権』明石書店、2007 年、148 頁。

[2] 白幡聡「小児の病気とインフォームド・コンセント」『日本小児科学会雑誌 107 巻 4 号』2003、646-651 頁。

[3] 米国では、IC には法的契約の意が強く込められているため、法的に無効な小児からの同意は、IC と区別してインフォームド・アセント（informed assent）と呼ばれることがある。

[4] 白幡聡「小児の病気とインフォームド・コンセント」『日本小児科学会雑誌 107 巻 4 号』2003、647 頁。

[5] 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・小児治験での倫理問題研究、研究報告書、2002 年。

[6] 白幡聡「小児の病気とインフォームド・コンセント」『日本小児科学会雑誌 107 巻 4 号』2003 年、648 頁

[7] 日本国憲法（1946 年制定）の保障する基本的人権の終局の目標は、「すべての国民は、個人として尊重される」（13 条前段）といった「個人の尊厳」規定にあるものとされる。そのため、思想・良心の自由（19 条）、表現の自由（21 条）等の自由権はもちろんのこと、生存権（25 条）、教育権（26 条）の社会権も保障されており、さらに個々の具体的な人権カタログでは対処できないような新しい権利（たとえば人格権や環境権等）を保障するために「生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」（13 条後段）として包括的な「幸福追求権」を保障している。また、人権享有の主体について「法の下の平等」を定め、一切の差別を禁止している。そして、それら全体が「侵すことのできない永久の権利」（11 条、97 条）として保障されている。

[8] 東山由実「小児白血病の診断・治療とケア；病名説明後の本人、家族の変化」『小児看護 20(3)』319-324,1997、参照。

[9] もともと、日本では医療行為についての「同意」は「法律行為」ではなく「事実行為」だとみなされており（基本的に大人の場合は、日本国憲法にもとづき自己決定が法的な効力をもつと考えられている）、医師‐患者間の医療契約が準委任契約であるとの考え方が通説とされている。そういった状況からすれば、日本では臨床研究や医療の参加についての「同意」の法的位置づけが不明確にならざるをえないのはある意味当然と言える。

[10] 二宮周平「子どもの意見表明権と家族・福祉法制」『子どもの権利研究 第 5 号』（子どもの権利条約総合研究所編）、2004 年、13 頁。

[11] 栃木県弁護士会「医療における子どもの人権を考えるシンポジウム」実行委員会編『医療における子どもの人権』明石書店、2007 年、206 頁。

[12] この問題は未成年の医療に対する「代諾」の問題として論じられるが、実際のところ、わが国においてはこのような親による「同意」権の所在およびその法的性質は必ずしも明らかにされているわけではない。少なくとも未成年者を現に監護している親権者が行使しうる権限のひとつが医療に対する同意であるという点については一般に認められているといってよいと思われるが、この同意権が親権の一内容であるのか、それとも監護権、あるいは現に監護しているという事実から発生するのかについては明確にされていない。横野恵「子の医療に対する親の同意拒否――わが国の児童福祉法による対応の可能性――」、成育医療研究委託事業研究「重症障害新生児医療のガイドライン及びハイリスク新生児の診断システムに関する総合的研究」分担研究班 2001 年度報告書『重症新生児の治療停止および制限に関する倫理的・法的・社会的・心理的問題』、2002 年 3 月 31 日、参照。

[13] 栃木県弁護士会「医療における子どもの人権を考えるシンポジウム」実行委員会編『医療における子どもの人権』明石書店、2007 年、212 頁。
[14] 荒牧重人「子どもの意見表明・参加の権理論の展開と課題」『子どもの権利研究 第 5 号』(子どもの権利条約総合研究所編)、2004 年、4 頁。
[15] 栃木県弁護士会「医療における子どもの人権を考えるシンポジウム」実行委員会編『医療における子どもの人権』明石書店、2007 年、214 頁。
[16] 「締約国は、到達可能な最高水準の健康を享受すること並びに病気の治療及び健康の回復のための便宜を与えられることについての児童の権利を認める。締約国は、いかなる児童もこのような保健サービスを利用する権利が奪われないことを確保するために努力する。」(「子どもの権利条約」第 24 条 1 項)
[17] 栃木県弁護士会「医療における子どもの人権を考えるシンポジウム」実行委員会編『医療における子どもの人権』明石書店、2007 年、158 頁。
[18] Cf. http://www.cfhiuk.org/publications/cfhi_manual/manual_section2_sta04-05.pdf
[19] Cf. http://www.each-for-sick-children.org/
[20] 荒牧重人「子どもの意見表明・参加の権理論の展開と課題」『子どもの権利研究 第 5 号』(子どもの権利条約総合研究所編)、2004 年、参照。
[21] 平野裕二「子どもの権利条約の実施における『権利基盤型アプローチ』の意味合いの考察」『子どもの権利研究 第 5 号』(子どもの権利条約総合研究所編)、2004 年、78 頁。
[22] 田代高章「子どもの参加の権利研究の到達点と課題」『子どもの権利研究 創刊号』(子どもの権利条約総合研究所編)、2002 年、参照。
[23] 「子どもの権利条約」第 18 条第 1 項後段は、子どもの養育及び発達に関して「子どもの最善の利益」が親の基本的事項となるべきことを定めている。この文脈では、「親権」とは子どもの養育及び発達についての親の責務のことを意味し、その責務を果たすために、親は「子どもの最善の利益」を旨としなければならない。
[24] 二宮周平「子どもの意見表明権と家族・福祉法制」『子どもの権利研究 第 5 号』(子どもの権利条約総合研究所編)、2004 年、17-18 頁、参照。米倉明「親権概念の転換の必要性」『現代社会と民法学の動向　下』有斐閣、1992 年、363-367 頁参照。
[25] 栃木県弁護士会「医療における子どもの人権を考えるシンポジウム」実行委員会編『医療における子どもの人権』明石書店、2007 年、214-217 頁、参照。
[26] 藤井あけみ『チャイルド・ライフの世界――子どもが主役の医療を求めて』新教出版社、2000 年、108 頁。
[27] 栃木県弁護士会「医療における子どもの人権を考えるシンポジウム」実行委員会編『医療における子どもの人権』明石書店、2007 年、88-90 頁、参照。
[28] ルソー『エミール (上)』今野一雄訳、岩波書店、2007 年改版、22-23 頁。
[29] 同上、351 頁。
[30] 日本弁護士連合会編著『子どもの権利ガイドブック』明石書店、2006 年、13 頁。
[31] UNICEF Executive Board, *Medium-term strategic plan for the period 2002-2005*, 4 October 2001.
[32] 平野裕二「子どもの権利条約の実施における『権利基盤型アプローチ』の意味合いの考察」『子どもの権利研究 第 5 号』(子どもの権利条約総合研究所編)、2004 年、83 頁。
[33] 同上、84 頁。
[34] 神陽子「英国が展開する総合的な子ども政策」『英国における青少年をめぐる諸問題』平成 19 年度国際政策セミナー報告書、2007 年、41-45 頁、参照。