

〔論文〕

大学生の診察時における権利の主体性に関する調査

—保育系学生の受診行動の現状と経験について—

佐藤 寿哲
Toshiaki Sato

大阪総合保育大学大学院
児童保育研究科 児童保育専攻

医療における子どもの自己決定権は保障されるべきであり15歳以上の子どもには自己決定権が認められたり、親権や子どもの契約能力等により親の代理決定が行われているが、子どもの医療における自己決定権の現状は明らかになっていない。今回、子どもと大人の間に位置する大学生を対象に保育系大学生の医療における自己決定権に関する質問紙調査を実施した。回答した228名の約半数が20歳未満で、83%が女性、15%に慢性疾患があった。大学生は外科を除き一人で受診していたが、医師とのコミュニケーション、説明の理解、最善の利益の選択はいずれもできると回答した。しかし治療の選択で親と意見が食い違えば、親に従うと回答しており、親への信頼や気遣いやパターンリズムの存在が考えられた。

キーワード：大学生、自己決定権、小児医療、子どもの権利

I. はじめに

1. 児童の権利に関する条約批准以降の医療現場における子どもの権利

児童の権利に関する条約（以下、子どもの権利条約とする）によると、子どもは権利行使の主体とされ『最善の利益』を確保するために意見表明権が保障されている。意見表明権には、自己の意見を形成する能力のある子どもを対象とした『意見を表明する権利』と、どんな子どもにも代理人などを通して『聴聞を受ける機会を保障される権利』の2つの権利が含まれているとされている（外務省, 2007; 鈴木, 1994）。つまり、自己の意見を形成できる能力のある子どもは積極的な『権利行使の主体』となり得るはずである。

子どもの権利条約に1994年に批准して以降、小児医療の現場では、子どもの権利擁護や、インフォームド・コンセント（説明と同意）に代わる幼い子どもの認知能力に合わせたインフォームド・アセント（説明と了承）について、蝦名（2000, 2005）などいくつかの研究がなされ、臨床においても活発にインフォームド・アセントの手段であるプレパレーションが実施されてきた。また同時期にいくつかの倫理指針等が制定されている（日本看護協会, 2003; 日本小児看護学会, 2010）。この様に、小児医療、中でも筆者が専門とする小児看護領域において子どもの権利、自己決定のための様々な取り組みがなさ

れている。ただそれは、成人と同じような自己決定の同意能力や契約能力を認めているわけではない。

現行制度上、病状や治療内容の説明は監護権や法定代理権を有する親権者に対して行えばよいと、医療者が考える傾向があり（西村, 2009）、医療現場での様々な判断は、親が子どもの最善の利益を考慮して決定するケースがほとんどである。小児看護領域では子どもの権利とその家族の権利が同様に扱われており（野嶋, 2005; 永井, 2012）、子ども単独での意思決定についてあまり語られず、家族の意思決定が子どもの意思決定に代わることも多い。また、子どもが理解できないから、不安になるから、親自身が説明を受けた経験がないから子どもに説明をしていないという問題もいまだに指摘されている（園田, 2009）。看護師による子どもへのインフォームド・コンセントの研究でも、子どもには選択権がないからインフォームド・コンセントはないという立場をとっており（蝦名, 2000）、日本小児看護学会も子どもの権利擁護の立場で実際に行うことが難しい倫理実践の指針で『未成年の子どもは親権に服する年齢であり、法的判断の責任は家族にある』との立場をとり、子どもと家族の双方に慎重に関わる必要があるとしている（日本小児看護学会, 2010）。つまり子どもは保護的な『権利享受の主体』であるという立場をとっている。

海外の動向においては、諸外国の子どもの人権への意識は非常に高く議論も活発である。1980年のイギリスの

医療法『Gillick competence』に始まる多くの議論や（家永, 2007; Sonja Rothärmel, 2004; 東和敏, 1996）、アメリカにおける子どもの同意権に関する研究は永水（2003, 2010, 2013）によっていくつかの研究が行われ、大廻（2005）によると、アメリカではインフォームド・コンセントの原則に加えた決定能力を認めるための能力テストに始まり、現在は成人と相違のある未成年の判断要素にスポットが当たり始めているとされる。この様に、諸外国、特に欧米において、様々な司法判断及び議論が行われ、徐々に未成年者の医療上の決定能力は拡大される方向にある。そもそも諸外国における成年年齢は18歳が一般的であり、さらに低い年齢を成年としている国もある。

以上の様に、医療現場において、子どもは積極的な『権利行使の主体』となり得ておらず、また親が代理で権利行使（代理決定）をしている現状にある。この様な現状に対しての問題点とその根拠について述べたい。

2. 医療における子どもの権利に関する問題点

（1）親は子どもよりも、子どもの最善の利益を正しく選択できるのか

親が、自己の意見を形成できる能力のある子どもよりも、子どもの最善の利益を選択できると言い切れない根拠を以下に述べる。

わが国の児童相談件数は、平成24年では66701件と増加の一途をたどっており（厚生労働省, 2013）、虐待をする親が子どもの権利を代理する立場にあるのかと考えた時、疑問を持たざるを得ない状況にある。認知面については、思春期後期の子どもであれば、成人と同じく十分認知発達を遂げているはずであり、近年の研究では、4～5歳の子どもでも疾患や症状の原因を理解したり、さらに生物学的要因が病気の抵抗力に関係することに気付いていることが明らかとなっている（外山, 2015）。先にも述べたが成年年齢は、国際的にも開きがあり、国内においても成年年齢の18歳への引き下げの動きがあるなど、成年という概念そのものが不明確で、成年年齢を根拠に最善の利益が選択できるようになるとするのは無理がある。さらに、わが国では、子どもや大人の年齢の範囲、契約能力が認められる年齢などについて、法や制度によって様々な基準が設けられ、こちらも年齢を根拠にするのは無理がある。またわが国では、男性は18歳、女性は16歳から親になることができるため、未成年の親については矛盾が生じる。また、大人でも認知面が十分でないケースがたびたび存在し、臨床においても繰り返し説明しても在宅での療養生活を理解してもらえないなどノンコンプライアンスな事例に遭遇する。つまり親や

大人は子どもと対峙できる概念とは言い切れないこと、また大人であれば、誰でも健康や医療に関する知識があり、理解できるというのではなく、子どもの最善の利益を正しく選択できるものではない。

（2）親権は、子どもの積極的な権利主体を否定する法的根拠になるのか

親権が、子どもの積極的な権利主体となることよりも優先されるといえない法的根拠を以下に述べる。

親権は本来、親の子どもの権利に対して上位に位置する権利という意味は含まれておらず、他人から不必要に干渉されない法的地位と解されている（日弁連, 2006）。医療現場において『他人』は医師ら医療従事者ということになり、医師らの不必要な干渉のみに親権は効力を発するものとなるはずである。医師の医学的根拠に基づいた治療に対して『不必要な干渉』とすることは、それほどまでに頻繁に起こっているとは考え難い。また、国際法である『児童の権利に関する条約』に批准したことで、親権を含む国内法は法的に改定されなければならない。しかしながら国内法が改正されていないという不備があり、医療現場としてはやむを得ない面もあるが、批准している国際法に従わない状況は問題とされてしかるべきである。

（3）子どもを権利の主体としないことで起きている医療における弊害

小児医療のみならず現在の医療界において、小児慢性疾患患者が小児医療から成人医療へとスムーズに移行できないことが問題となっており、成人移行期支援が大きな話題となっている。その移行期支援の中で最も困難かつ重要な課題が、意思決定の主体者を親・保護者から子ども本人へ移行することとされる（丸, 2016）。そして、小児科から成人科への移行期支援の難しさの原因として、患者をまだ未熟な子どもとして扱うか、自立した大人として扱うのかの違いから生じる医療のバリエーションに対する、患者及び成人医療を担当する医療者の戸惑いがあるとされる（阿部, 2016）。わが国よりも移行期支援が進んでいるアメリカでは、アメリカ小児科学会などが、2002年に小児中心から成人中心型医療への移行を10歳代早期から始める必要性を示している（丸, 2013）。日本小児科学会も現在、自己決定権原則の重要性は患者が子どもであっても何ら変わらず、理解能力と判断能力がある程度備わっている時は子ども本人による決定を認めるべきとして、一般的には10歳後半から20歳台に達した患者を必要に応じて成人医療に引き継ぐとされる（日本小児科学会, 2017）。この様に意思決定の主体を子

どもへ、10歳代早期から少しずつ進めていくことが重要であり、これは小児慢性疾患患者における問題とされるが、一般的な子どもの急性期治療においても、何ら対策は取られておらず、少なくとも倫理的問題が隠されていると考える。筆者は以前より移行期支援の研究を行っており（佐藤, 2012; 吉川, 2012, 2014）、これらへの問題意識が、本研究の動機の一部となっている。

（4）パターナリズムとインフォームド・コンセント

医療の世界では、2000年以上にわたり医の倫理・心得として『ヒポクラテスの誓い』が尊重されてきた。『ヒポクラテスの誓い』は、患者の利益を優先することや危害を加えないことなどと同時に、素人である患者には現在の状況を明かさないうことや決定権を与えないことなども含まれる。これは医の専門家として、患者に対しての善意からくる考えであったが、20世紀半ばになるとこの考えは、パターナリズム（父権主義）として批判されるようになった。その後、パターナリズムから患者中心の医療、自己決定の尊重そしてインフォームド・コンセントへと移行していったとされる（森岡, 2010）。インフォームド・コンセントは患者の自己決定の尊重として重要なものであるが、アメリカのインフォームド・コンセントを『説明と同意』と訳し、わが国に取り入れるきっかけとなったのは、当時社会問題となっていた医師による尊厳死の容認の問題や医療事故訴訟への対応などからである（日本医師会, 1997; 畔柳, 2002）。つまりインフォームド・コンセントは、患者の自己決定の尊重と同時に、医師を医療訴訟から守るという側面が当初からあった。さらにインフォームド・コンセントはパターナリズムと対峙するものではなく、患者に自己決定を押し付けることもあり、ある意味でパターナリズムになっているという指摘も存在する（澤登, 1997）。これらのことにより、単にパターナリズムが悪、インフォームド・コンセントが善という単純なものではないと考える。

パターナリズムからインフォームド・コンセントへと移行したことについて、親子の情に基づく『ヒポクラテスの誓い』を前提とした医療が否定され、いわば『患者は子どもでなく一人前の人間である』ということ（森岡, 2010）と比喩されるように、父権主義とも称されるパターナリズムは親子関係になぞらえて説明されることが多い。となれば、医師が子の代理である親に説明し、子の代理である親が同意したとしても、子の治療に関して親が代理決定するということは、そこに親子の情がある以上、パターナリズムが少なからず存在するとも考えられ、子の自己決定に代わるものではなく、妥協策であるとする。また、『患者は子どもでなく一人前の人間

である』というインフォームド・コンセントの考え方に、すでに子どもを一人前の人間と見ていないパターナリズムが存在しておりパラドックスとなっている。日本において初めてインフォームド・コンセントを「説明と同意」と訳し公式に論じた、日本医師会生命倫理懇談会（1990）による報告に、医師の説明についての例外として、説明を受けて同意するだけの判断能力がない幼児などを挙げると同時に、代理者の同意は、「説明と同意」とよく似てはいるが、本来は違うものであるから、「代理同意」と自己決定とは相容れないことになる、と述べられている。

つまり、子どもを権利行使の主体として、単に子どもが単独で承諾・同意すればよいというものでもなく、同時に親が代理決定すれば、子どもの自己決定が保障されるというものではない。また専門家である医師によるパターナリズムそのものも一概に否定されるべきものではないと考える。

3. 医療分野における子どもの自己決定権についての文献レビュー

医療場面における権利行使の主体として、子どもの意見表明や自己決定を支えるための方法を探るため、関連する研究および現状を知る必要があると考えて、文献レビューを行った（佐藤, 2017）。文献レビューから得た知見について、以下に述べる。

医療においては法的な契約能力は明記されていないものの、民法の遺言能力、労働基準法の就労可能年齢、教育基本法の義務教育終了年齢など多くの一般法と照らし合わせて、宗教的輸血拒否に関するガイドラインの一部、臓器移植改正法の一部、遺伝子検査・保因者診断の一部、医師法上では簡単に診療を拒否できないこと、献血、日本小児科学会の提言、高校生のワクチン接種などで、15歳以上（一部16歳）に親の同意なしに契約できるとされていた。この年齢を含む思春期の子どもは、自己決定に関する意識が高く、自己決定を認められていた。年齢以外では、慢性疾患を持つ子どもは自己決定する機会やニーズが多かった。一方、詳細については不明だが、子どもが自己決定する過程で、大人の支持的な責任ある介入が存在していた。

子どもの自己決定を認めていないケースは親権の解釈による所が大きく、子どもの自己決定に対して、親の信念や価値観が子どもの意見よりも優先されたり影響されたりしていると考えられた。また、思春期の子どもは特異な価値観を持っているとして、思春期の子どもの判断を問題視する意見もあった（松田, 2001）。

以上より子どもの中でも思春期、特に思春期後期の子どもの積極的な権利行使は可能で認めていくべきであると考えられるが、これまでに述べた状況から、実際の子どもの権利行使の状況が、どのようになっているのか不明である。そのため子どもの受診行動の現状から主体的権利行使の状況を明らかにしたいと考えるに至った。

II. 本研究の目的と方法

1. 目的と意義

受診行動の中で、診察時における主体的な権利行使の状況が反映されていると考えられるのは、①自分の意志で判断し責任を持たなければならない状況といえる『単独での受診』、②インフォームド・コンセントを実施するために必要となる『コミュニケーション』及び『医師の説明の理解』ができる、③子どもの権利の基本原則であり自己決定の結果として得られるべき『最善の利益』を選択できるか、④子どもにとって重要な存在である親・家族が同席した場合の影響について、の4点である。そのため以上4点を中心とした受診行動の現状と経験を調査することで、診察時における主体的な権利行使の状況を明らかにすることを目的とした。

しかし、子どもの受診行動の現状を明らかにする前に、18歳以上であるが社会的にも成人とは言い切れない大学生について、まず明らかにする必要があると考え、質問紙調査を行うこととした。大学、専攻を異にする大学生のデータを収集し、最終的には異同を検討するが、本研究では保育系大学生の結果を報告する。

本研究の意義は、大学生の主体的な受診行動の現状と経験を明らかにすることで、今後、高校生や中学生などより低年齢層へ同様の調査を行う際に、より適した質問内容に修正できる。また高校生や中学生の結果と合わせて比較及び分析ができることで、10歳代前半から20歳過ぎまでの連続した主体的な受診行動の変化を知ることができる。と考える。

2. 用語の定義

本論中の中心概念であり頻繁に使用される用語については、次のように定義する。

『権利行使の主体』であることや、『自己決定権』があるということは、単に意見を述べたり、採血等を了承するなどに留まらず、医療行為の同意権などの法的な契約や治療上の重要な決定ができることとする。

『パターナリズム』とは、強い立場にある者が、弱い立場にあるものの利益のためだとして、本人の意思に反してでも介入・干渉することとする。

『最善の利益』とは、単に治療がうまくいくというだけでなく、様々な点を考慮して最もあなたが望む結果（幸福と言い換えてもよい）とした。

3. 研究の方法

(1) 調査対象

調査対象学生は、大阪府内B大学保育系学科の学生228名で、内訳は1年生114名、3年生114名である。

(2) 調査時期

平成29年1月19日～25日の6日間で、実施した。

(3) 調査項目

調査項目を作成するにあたり、筆者が行った文献レビュー（佐藤，2017）で得た知見から、慢性疾患を持っていることが自己決定に影響していたことと、思春期の子どもの自己決定には大人の支持的な責任ある介入があったことと、親権の影響が大きかったことから、それらに関する内容を大学生の属性項目に入れた。質問本体には、『権利の主体性』に必要なインフォームド・コンセントが成立するために患者側の持つべきいくつかの能力と、大学生本人の判断以外にも、親の代理権や親の行動や判断の影響についても知ることのできる質問項目を作成した。具体的な質問項目を以下に示す。

大学生の背景（対象の属性）として、①学科名、②年齢（20歳未満 or 20歳以上）、③性別、④親との同居の有無、⑤家族の状況（共働き世帯、ひとり親世帯、一人っ子、該当なし）、⑥慢性的な疾患の有無、について質問した。

すべての質問における『診察』『受診』は、学校健診や保健室を含まず、また薬の処方のみを受診やリハビリのみの受診も含まないこととした。質問本体は、①一般的な内科受診（感冒などの症状で病院の内科を受診）、②一般的な外科受診（手首にひび程度の骨折を予想し、病院の外科を受診）、③一般的な歯科受診（齲蝕などの症状で、歯科クリニックを受診）、④診察中にやや重大な決断が必要なケース（その決断した結果次第では将来に影響を及ぼすかもしれない治療の選択）、の計4つの場面について質問した。

一般的な診察での質問は、①誰と受診するか（自分のみ or 家族と）、②一人で受診した時期、③家族と受診する理由、④医師に意見をいったり症状を説明したり質問するなどのコミュニケーションができるか、⑤診察で医師の説明が理解できるか、⑥治療でいくつかの選択肢がある時自分の最善の利益が得られるよう選択できるか、⑦治療でいくつかの選択肢がある時親と意見が食い違い

ばあなたはどうか(親の意見に従おうとする or 自分の意見を押し通そうとする)、の7項目であった。回答は、①～③は名義尺度、④～⑦は4段階評定と『わからない』である。

診察中にやや重大な決断が必要なケースでの質問は、①医師に意見をいったり症状を説明したり質問するなどのコミュニケーションができるか、②治療でいくつかの選択肢がある時、自分の最善の利益が得られるよう選択できるか、③あなたの親はあなたに代わって、医師に意見をいったり症状を説明したり質問するなどのコミュニケーションができるか、④あなたの親はあなたに代わって、あなた自身にとって最善の利益が得られるよう選択できるか、⑤親と意見が食い違えばあなたはどうか(親の意見に従おうとする or 自分の意見を押し通そうとする)の5項目である。①～⑤すべての項目は4段階評定(できる、どちらかというとき、どちらかというときできない、できない)と「わからない」である。

(4) 調査方法

質問紙調査を集合調査で行った。

質問紙調査の手順は、調査協力いただいた教員(以下、調査協力者)の担当講義の前後など、授業に影響しない形で、質問紙等を配布し、筆者又は調査協力者が口頭にて説明した後、筆者は退室し、研究協力者が質問紙を回答した。被験者である大学生は回答後、個々に配布された封筒にアンケート用紙を封入し、調査協力者に提出した。

(5) 分析方法

4段階尺度は二分して名義尺度として扱った。例えば、『できる』、『どちらかというときできる』、『どちらかというときできない』、『できない』を、『できる(どちらかというときできる、を含む)』と『できない(どちらかというときできない、を含む)』の2つに分類した。統計処理は2項検定(診療科などの診察場面による差異)及び、Fisherの直接法(大学生の属性による差異)を用いて分析した。統計処理ソフトはIBM SPSS Statistics ver.19を用い、有意水準は危険率5%未満とした。

4. 倫理的配慮

質問紙調査への回答を依頼するにあたり、自由意思で個人を特定することがなく不利益がないこと、成績や評価に影響するなどの不利益は一切ないこと、その他の実施及び保管・公表の方法などについて、被験者である大学生に十分な説明を行い、同意を得た。集合調査で実施したので、回収用封筒を準備したことで、回収時に回答

の有無や内容について調査協力者の目に触れることはなく、より大学生が自由意思での参加が行えるよう配慮した。この調査研究は、筆者が所属する大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(H28.7.21 No.2803)。

III. 結果

1. 対象である大学生の属性 (Table 1)

質問紙は228部配布し、228名(回収率100%)から回答を得た。

年齢は20歳未満113名、20歳以上115名でその比率は約1:1であった。性別は男子学生39名、女子学生189名と女子学生が80%以上を占めていた。親との同居をしている学生は80%弱、家族の状況として共働き世帯約70%、ひとり親世帯約15%、一人っ子5%弱であった。慢性疾患を抱えている学生は約15%であった。

2. 診療科などの診察場面による回答の差異 (Table 2, Figure 1, 2)

『一人で受診するか』については、内科と歯科は『一人で受診する』という回答が多く、外科では差がなかった。一人で受診した時期については、どの診療科でも高校生の時が最も多く、歯科においては小学生の時という回答も比較的多かった。家族と受診する理由については、『支払の問題』と、『特に理由なく子どもの頃からそうしているから』という回答が多かった。『医師とコミュニケーションがとれるか』と、『医師の説明が理解できるか』と、『自分で最善の利益を選択できるか』については、どの診察場面でも『できる(『どちらかというとき』

Table 1 大学生の属性

(n = 228)

対象の属性	結果	
学科名	児童保育学科 228名	
年齢	20歳未満 113名 (49.6%)	20歳以上 115名 (50.4%)
性別	男性 39名 (17.1%)	女性 189名 (82.9%)
親との同居の有無	同居有 180名 (78.9%)	同居無 46名 (20.2%)
	無回答 2名 (0.9%)	
家族の状況 (複数回答)	共働き 159名 (69.7%)	ひとり親世帯 34名 (14.9%)
	一人っ子 10名 (4.4%)	該当なし 31名 (13.6%)
慢性疾患の有無	あり 34名 (14.9%)	なし 189名 (82.9%)
	無回答 5名 (2.2%)	

Table 2 診察場面による権利行使についての差異

(n = 228)

質問内容	診察場面 (有効回答者数)	選択肢		有意差
		ひとりで受診	家族と受診	
誰と受診するか	内科 (222名)	160名 (72.1%)	62名 (27.9%)	***
	外科 (224名)	108名 (48.2%)	116名 (51.8%)	(-)
	歯科 (218名)	186名 (85.3%)	32名 (14.7%)	***
医師と コミュニケーション がとれるか	内科 (217名)	208名 (95.9%)	9名 (4.1%)	***
	外科 (179名)	168名 (93.9%)	11名 (6.1%)	***
	歯科 (202名)	195名 (96.5%)	7名 (3.5%)	***
	やや重大 (189名)	159名 (84.1%)	30名 (15.9%)	***
医師の説明が 理解できるか	内科 (212名)	204名 (96.2%)	8名 (3.8%)	***
	外科 (187名)	177名 (94.7%)	10名 (5.3%)	***
	歯科 (212名)	204名 (96.2%)	8名 (3.8%)	***
自分で最善の利益 を選択できるか	内科 (156名)	135名 (86.5%)	21名 (13.5%)	***
	外科 (147名)	127名 (86.4%)	20名 (13.6%)	***
	歯科 (171名)	158名 (92.4%)	13名 (7.6%)	***
	やや重大 (141名)	114名 (80.9%)	27名 (19.1%)	***
治療の選択で 親と意見が 食い違った時	内科 (175名)	118名 (67.4%)	57名 (32.6%)	***
	外科 (175名)	118名 (67.4%)	57名 (32.6%)	***
	歯科 (173名)	102名 (59.0%)	71名 (41.0%)	*
	やや重大 (144名)	83名 (57.6%)	61名 (42.4%)	(-)

表中の%は、診察場面ごとの有効回答者数に対する割合を示す。

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, (-) 有意差なし (二項検定)

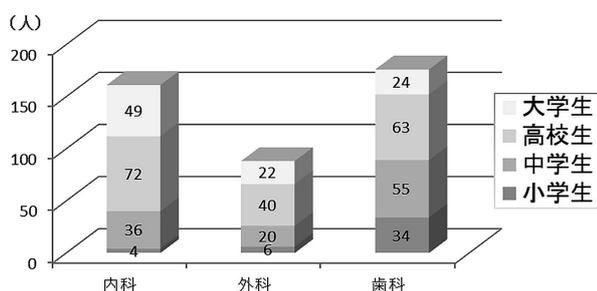


Figure 1 一人で受診し始めた時期

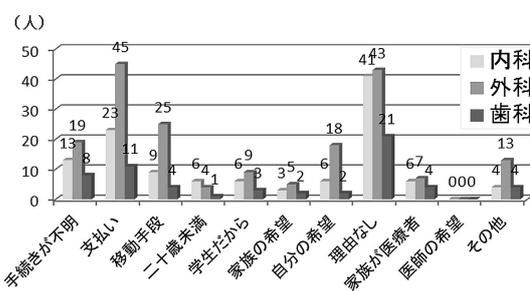


Figure 2 家族と受診する理由 (複数回答)

を含む』という回答が多かった。『治療の選択で親と意見が食い違った時』については、内科、外科、歯科では『親に従う (『どちらかという』を含む)]という回答が多く、やや重大な決断が必要なケースでは回答に差がなかった。

3. 大学生の属性による回答の差異 (Table 3、Figure 3~ 10)

大学生の属性による差異は、『性別』、『年齢』、『親の同居』、『一人っ子』について、一部認められた (Table 3)。質問内容では『誰と受診するか』、『治療の選択で親と意見が食い違った時』、『医師とコミュニケーションがとれるか』、『自分で最善の利益が選択できるか』において一部認められた (Table 3)。

有意差を示したもののみに以下に述べる。一般的な外科

では、男子学生は一人で受診する方が多く、女子学生は家族と受診する方が多かった (Figure 3)。一般的な内科診察において、男子学生及び女子学生とも最善の利益を選択できると回答していたが、男子学生の方が女子学生よりもできると回答していた (Figure 4)。一般的な内科及び外科で、治療の選択で親と意見が食い違った時、男子学生は自分の意見を押し通そうとする方が多かったが、女子学生の方は親の意見に従うと回答していた (Figure 5, 6)。一般的な内科及び歯科では、20歳未満の学生も20歳以上の学生も共に一人で受診する方が多かったが、20歳以上の方が20歳未満よりも一人で受診すると回答していた (Figure 7, 8)。一般的な外科では、親と同居している学生は、家族と受診する方が多く、親と同居していない学生は、一人で受診することが多かった (Figure 9)。一般的な歯科では、一人っ子で

Table 3 大学生の属性による診察場面ごとの権利行使についての差の有無

質問内容	診察場面	属性						
		性別 【男 or 女】	年齢 【20> or 20≤】	親の同居 【あり or なし】	共働き世帯 【はい or いいえ】	ひとり親世帯 【はい or いいえ】	一人っ子 【はい or いいえ】	慢性疾患 【あり or なし】
誰と受診するか 【ひとり or 家族と】	内科	(-)	*** ⁴⁾	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	外科	** ¹⁾	(-)	* ⁵⁾	(-)	(-)	(-)	(-)
	歯科	(-)	** ⁴⁾	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
医師と コミュニケーションが とれるか 【できる or できない】	内科	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	外科	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	歯科	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	* ⁶⁾	(-)
	やや重大	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
医師の説明が 理解できるか 【できる or できない】	内科	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	外科	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	歯科	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
自分で最善の利益を 選択できるか 【できる or できない】	内科	* ²⁾	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	外科	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	歯科	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	やや重大	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
治療の選択で 親と意見が 食い違った時 【親に従う or 自分を押し通す】	内科	* ³⁾	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	外科	* ³⁾	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	歯科	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	やや重大	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, (-) 有意差なし (Fisher の直接法)

- 1) 男子学生の方が一人で受診し、女子学生の方が家族と受診する。
- 2) 男子学生の方が女子学生より最善の利益を選択できる。
- 3) 男子学生の方が自分の意見を押し通そうとし、女子学生の方が親に従おうとする。
- 4) 20歳以上の方が、20歳未満より、一人で受診する。
- 5) 同居ありの方が家族と受診し、同居無しの方が一人で受診する。
- 6) 一人っ子でない方が一人っ子よりも歯科医師とコミュニケーションがとれる。

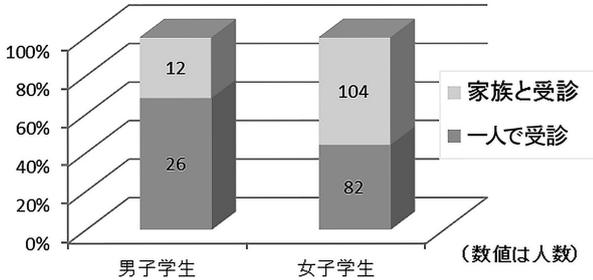


Figure 3 外科受診の性差 (p<.01)

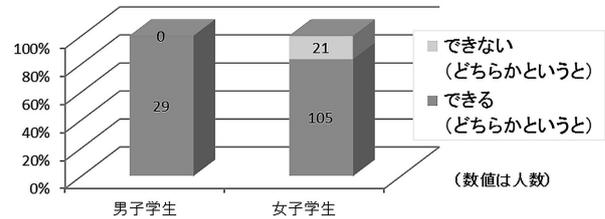


Figure 4 内科での最善の利益の選択の性差 (p<.05)

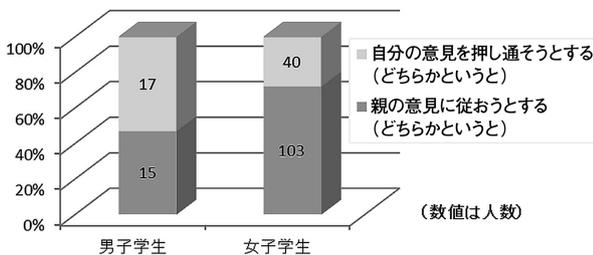


Figure 5 内科治療で親と意見が食い違う時の性差 (p<.05)

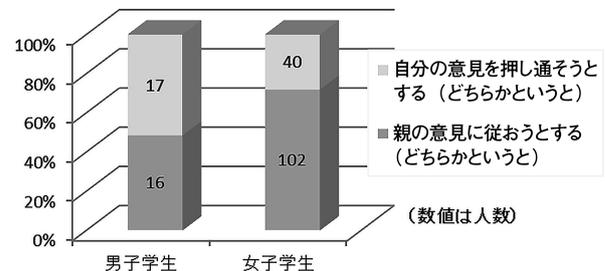


Figure 6 外科治療で親と意見が食い違う時の性差 (p<.05)

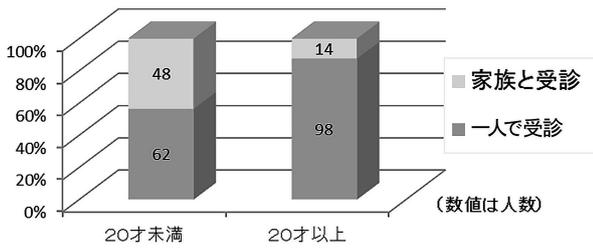


Figure 7 内科受診の年齢による差 ($p < .001$)

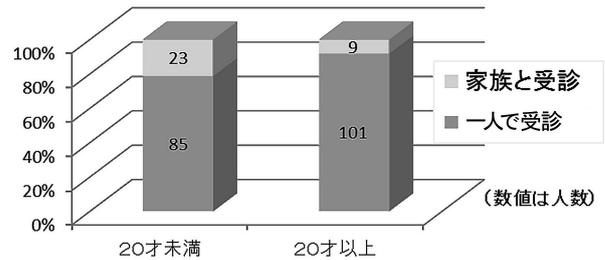


Figure 8 歯科受診の年齢による差 ($p < .01$)

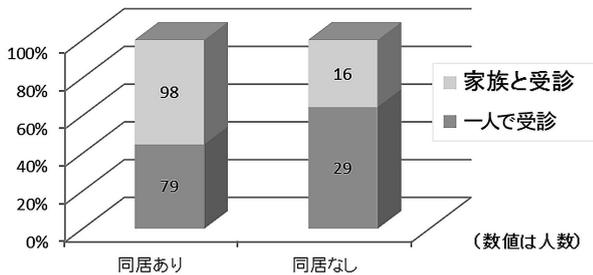


Figure 9 外科受診の親との同居による差 ($p < .05$)

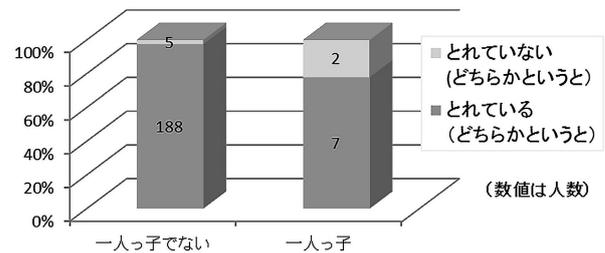


Figure 10 歯科医とのコミュニケーションときょうだいの有無による差 ($p < .05$)

あるか否かに関係なく歯科医師とコミュニケーションがとれていると回答しているが、一人っ子ではない学生の方が一人っ子の学生よりもコミュニケーションがとれると回答していた (Figure 10)。

IV. 考察

診察場面ごとの回答の差異と、大学生の属性による回答の差異の結果について順に考察を行う。

1. 診察場面ごとの差異について

(1) 内科と歯科は『一人で受診する』(Table 2)

一般的な内科も歯科も比較的受診経験が多い診療科であることから、一人で受診することが多くなったのではないかと考えられる。一般的な外科は、内科や歯科に比べて受診する機会は少なく、外科に関する質問への回答総数からも外科に受診したことがない大学生も比較的多く存在した。そのため、経験の多い内科や歯科には一人で受診しやすく、あまり受診経験のない外科には不安感が生じて、一人で受診することが多いという結果に至らなかったと考える。また今回、外科受診の経験が多いことが想像される男子学生が17%と少なかったことも結果に影響していると考えられる。

(2) 一人で受診し始めた年齢 (Figure 1)

診療科に関係なく高校生の時から一人で受診しているケースが多いのは、一般法に照らし合わせて15歳以上(一部16歳)に法的契約能力があるとされていることが多く、医師側の15歳以上の子どもの単独受診に対する受け入れ態勢も一因としてあるのかもしれない。国内法としては、権利行使の主体となる年齢がいまいな中、アメリカ小児科学会のガイドラインでは15歳以上からインフォームド・コンセントを得るべきとされており、高校生という15歳以上というのは、権利行使の主体となり得る現実的な年齢区分であると考えられる。

(3) 家族と受診する理由 (Figure 2)

単独で受診するのが難しいというのは、病気や疾病の理解などが難しく、インフォームド・コンセントが成り立たないという理由を予想したが、学生本人の希望や親の希望や医師の希望といったものはほとんどなかった。『診察料の支払いの問題』というお金の問題については、わが国では質問紙で例として挙げたようなクリニックへの一般的な受診であれば高額になることは考えにくい、親への経済的依存を示している。また、およそいくらの診察料や薬剤処方料がかかっているのかを知らない可能性もある。『特に理由なく子どもの頃からそうしているから』という回答が多かったことについては、まさにパ

ターナリズム的であると考え。これは大人が子どもを擁護するという意識が強く、権利の主体者として認めてこなかった結果を示しているのではないだろうか。また子である大学生の側にも、その自覚が足りないともいえる。子どもから大人へと心身及び社会的にも成長していく中で、親をはじめとする大人の側が、子どもの自立を促していくべきである。大学生になっても家族と受診していた理由が、子どもの頃からそうしているからという回答が多かったということは、受診行動のみならず、その他の社会的自立にも影響していると想像できる。

(4) コミュニケーション、説明の理解、最善の利益の選択ができるとの認識 (Table 2)

単独で受診するのが難しいというのは、病気や疾病の理解などが難しく、インフォームド・コンセントが成り立たないことによると予想したが、18歳、19歳が大学生全体のおよそ半数含まれている中で、ほとんどの大学生ができると答えている。つまり、説明が理解でき、最善の利益が選択でき、コミュニケーションがとれるので、インフォームド・コンセントがとれると回答しているといえる。現状から考えて、本論のはじめに述べた様に、18歳、19歳を含む大学生は自己の意見を形成できる能力があり『意見を表明する権利』を持つ、積極的な『権利行使の主体』となり得る可能性が高いことを示している。ただ、この回答は大学生の主観であり、大学生が客観的に『できる』ことを担保するデータではない。

(5) やや重大な決断が必要な場面を除き、内科、外科、歯科では親の意見に従う (Table 2)

医師ともコミュニケーションがとれ、説明も理解でき、最善の利益も選択が『できる』と自覚している大学生が、親と意見が食い違った時には『親に従う』と答えたことは興味深い。この結果は、『できる』としながらもはっきりとした自信がないということかもしれないし、親への信頼かもしれないし、親への気遣いやパターンリズムかもしれない。ただいえることは、親の意見が優先されやすいという肯定バイアスがかかっていることで、それを大学生本人も、よしとしているという点である。

しかし、やや重大な決断が必要なケースでは、親に従う方が多いものの有意差はなかった。このことからいえることは、大学生は一般的な治療の選択ならば、親に決定を譲ることは許容範囲に入ると考えているが、『やや重大な決断』で、将来に影響が及ぶならば、親にその決定を譲ることを、必ずしもよしとしていない姿が浮かび上がる。このことから、大学生は自身の自己決定能力に関わらず、親との関係性と重大性を考慮して判断している

可能性があると考えられる。大学生であるからこのような他者に配慮した判断になるのか、それとも18歳未満の子どもはもっとこの傾向が強いのかかわからないが、今後高校生、中学生へとより低い年齢層に調査を進めていくことで、明らかにしていきたい。

2. 大学生の属性による差異について

(1) 性差について

外科に家族と受診する理由については今回集計していないが、理由の自由記述で「不安だから」という回答が多数寄せられていた。一般的な外科は、今回、ひび程度の骨折を想定してもらったが、外科は内科や歯科に比べて受診する機会は少なく、外科に関する質問への回答総数からも外科に受診したことがない大学生が比較的多かった。一般的な外科は痛みを伴う処置や、一般的な内科や一般的な歯科に比べてやや重大な要素が含まれることも想像されることから、外科は不安を引き起こしやすい診療科と考えられる。男子学生の方がスポーツなどで外傷を負うことは比較的多いのではないかと想像でき、経験がない場合より経験がある方が不安は少なくなると考えられる。また親の立場から、息子の外傷と娘の外傷を比較した時、不安度は娘の方が高くなると考えられる。女子学生が一人で受診することに不安を感じる理由として親の幼少期からの育て方が影響していることも考えられる。例えば「一般的に親は男の子には自立を促し、女の子には依存を促す傾向にある…(中略)…こうして男の子は女の子よりも自立を奨励され、女の子は他者からサポートを受け入れることを学ぶのかもしれない」(森永, 2006)といわれている。そうしたことから、外科において女子学生は家族(親)と受診することが多く、男子学生は一人で受診することが多いという結果になったと考えられる。またもう一つの可能性として、母性は『抱える』機能(過剰になると『呑み込む』機能)があり、父性は良し悪しを判別しそれを伝える心性であり『切る』機能であるとされる(小川, 2016)。つまり、子どものそばにいることの多い母親は『抱える機能』により子どもの受診に同行しようとする行動し、女子学生も『抱える機能』により母親と一緒に受診しようとするが、男子学生は『切る機能』のため一人で受診しようとするといえるのかもしれない。

一般的な内科受診は感冒症状での受診を想定しており、受診経験の多い診療科の一つであると考えられるので、『最善の利益を選択できる』という回答が男女とも多かったことは想像できる。その中で、男子学生の方が女子学生よりも『最善の利益を選択できる』と回答していた理由は、ジェンダーカテゴリーの特徴の一つとして、女性

は自己肯定感が男性よりも低く、自尊感情も男性より低いとされる(小倉, 2001;青野, 2006)。また同様に、男性は実際の実力よりも高く自分を見積もり、逆に女性は実際よりも低く見積もるとされ、女性は「自分に自信が持てない」と答える人が男性よりも圧倒的に多いことがわかっており、男性は自分を過大評価し、女性は過小評価している(五百田, 2015)などとされている。つまり、思考に性差が存在している。ただ男子学生が女子学生よりも最善の利益の選択を実際にできるかについてはわからない。治療に関して親と意見が食い違った時、男子学生は自分の意見を押し通そうとし、女子学生は親の意見に従おうとすることについても、このような思考の性差が関係していると考えられる。いずれにせよこの様な傾向があるということは明らかであるので、心にとめておかななくてはならない結果と考える。

(2) 年齢について

一般的な内科も歯科も比較的受診経験が多い診療科であると考えられることから、20歳前と後で年齢による差があったものの、一人で受診することが多いという結果になっていると考える。内科も歯科も、大学生が家族と受診している理由として、『20歳未満だから』は僅かであった。20歳前と後で差があった理由は、成年である20歳になることで、単独で法的行為が行え、様々な社会的自立が可能になり、自律した社会生活の中で、より一人で受診するように変化したためかもしれない。

(3) 家族の状況の違いによる親の存在について

一般的な外科では、親と同居している学生は家族と受診する方が多く、親と同居していない学生は一人で受診することが多かった。これは先にも述べたとおり、外科の診察は経験も少なく、不安を伴うことが想像され、親が同居しているなら親が付き添い、親と同居していないケースでは当然親が付き添いにくいという結果と考える。これは親と子である大学生の双方のニーズがあるように感じるが、家族と受診する理由にはそのような回答は見当たらなかったため、大学生本人というよりも親の不安が強いことが想像できる。

次に一般的な歯科で、一人っ子であるか否かに関係なく歯科医師とコミュニケーションがとれていると回答しているが、一人っ子ではない学生の方が一人っ子の学生よりもコミュニケーションがとれると回答していたこと(Figure 10)について以下に述べる。一般的な歯科は齲蝕の治療を想定したが、小さな頃から齲蝕治療の他にも、予防歯科、歯の矯正などで、診察を受ける機会が多い診療科の一つである。『一人っ子』つまり、きょうだい

がないという属性を設定した理由は、親は子どもが少ない分だけ診察に付き添いやすいという想定からであった。一人っ子でない大学生の方がコミュニケーションできるという結果は、一人っ子でない大学生は小さな頃から親が付き添わないケースがあり、医師とコミュニケーションをとる機会が多かった可能性がある。また、きょうだいがいることで、社会性が養われる部分もあるのかもしれない。一方、一人っ子の大学生は親が付き添いやすく、症状の説明など、子どもより先に親が医師と話してしまっている可能性もあると考える。

共働き世帯か否か、ひとり親世帯か否か、慢性的な疾患を有するか否かでは、どの質問項目でも有意な差を認めることはできなかった。『一人っ子』の考察で、親の付き添いやすさを理由に挙げたが、外科に誰と受診するかのみで差が見られたにすぎず、共働き世帯やひとり親世帯についても一人っ子同様の理由から挙げた属性項目であったが差は認められなかったことから、『家族の状況』により、子どもが権利行使の主体となることに影響することは少ないといえる。しかし、ひとり親世帯でも、母のみ、父のみ、祖父母がいる、祖父母がいない等、『ひとり親世帯』にもいろいろなタイプが存在し、祖父母が補完すれば両親家庭に近いとされる(小川, 2016)。今回の調査では、『ひとり親世帯』という属性を入れることについてもその倫理的問題から十分な配慮が求められ、詳細な『ひとり親世帯』の状況を質問しなかった。『ひとり親世帯』に差が認められなかったのは、両親のいる家庭に近いケースも混在していたのかもしれない。

(4) 慢性疾患について

筆者(2017)の文献レビューでの知見として慢性疾患を持つ子どもは自己決定する機会やニーズがあったこと、小児慢性疾患患児の成人医療への移行がスムーズに行っていないことなどから、慢性疾患の有無で何らかの差異が認められると考えていたが、差異は認められなかった。これは、まず慢性疾患を持っている学生が非常に少なかったことが大きな要因と考える。さらに著者(2017)の文献レビューでは慢性疾患の自身が心奇形や筋ジストロフィーや1型糖尿病、弱視などであったこと、成人医療への移行に問題を抱える小児慢性疾患患児の疾患がやや重度の疾患であったことに対し、今回の大学生の調査では病名の確認は行っていないものの、大学まで進学しているということ、保育実習などに耐え得る体力があることなどから、比較的軽症な慢性疾患が多かった可能性があるためと考える。

(5) 並行して実施している A 大学における同じ調査との相違点

筆者(2017)はA大学の看護学部を含む4学科で同じ調査を実施した。149名から回答があり、おおむね分析結果は本論文で報告した大学と同様の結果であった。さらに専攻を異にする大学生のデータを収集・分析中である。やや少なかった男子学生数などを増やすことができ、性差や慢性疾患を持っている学生をはじめとする属性ごとの分析についてさらに信頼できる分析結果を得ることができると思う。

ただA大学の学生の方が、治療の選択で親と意見が食い違った時、どの場面でも親に従うという割合が、今回のB大学の保育系大学生への調査よりも高かった。A大学の学生の回答者の約65%は看護系大学生であり、今回のB大学の大学生は保育系であったので、看護系大学生の方が医療の知識があると考えられ、さらに親に従う傾向がある女子学生の割合もA大学75%、B大学83%であったので、親に従うという回答は、保育系の大学生の方が多く看護系の大学生が少ないのならば理解できるが、逆の結果となった。家族と受診する理由で『家族が医療者』と答えている人数もほぼ同じであり、親が医療者である差もないと考えられる。なぜこの様な逆の結果が生じたのか、誤差範囲なのかは不明であるが、他の看護系学生のデータも入れて、今後検証していく予定である。

V. 研究の限界と今後の課題

男子学生が39名(17%)と少なく、性別にやや偏りが生じた。保育系学生は女子が多いので、男子学生の割合を増やすことは難しいが、他大学での調査を追加して男子学生の絶対数を増やすことで、統計的な性差の差異の信頼性を増すことができると考える。

今回のデータは子である大学生の主観で回答されたものである。そのため『できる』という回答が本当にできるかどうかには疑念が残った。今後、中高生に調査を行うこと、また親や医療者に対しても調査を行い、子どもの権利の主体性について多方面から分析することで、実態をより明らかにしていきたい。また診察時に主体的な権利行使ができる親子関係のあり方や、学校及び家庭での教育についても調査・検討していきたい。

文献

- 阿部哲也、福永幹彦(2016). 受け取る側-心療内科 シンポジウム2:小児科から心療内科への心身症患者への移行 第59回日本心身医学会近畿地方会(2016年7月30日)大阪 抄録集, 28-29.
- 青野篤子(2006). 社会におけるジェンダーの病理 福富護(編) 朝倉心理学講座14 ジェンダー心理学 朝倉書店, 157-178.
- 蝦名美智子(2000). 検査や処置を受ける子どもへのインフォームド・コンセント-看護の実態とケアモデルの構築- 平成9・10・11年度科学研究費補助金基盤研究(B)(1).
- 蝦名美智子(代表)「子どもと親へのプレパレーションの実践普及」研究班(2005). プレパレーションの実践に向けて医療を受ける子どもへのかかわり方 平成14・15年報告書別冊
<http://www.okinawa-nurs.ac.jp/oshirase/syouni/siryo/preparationshiryou.pdf> (2016年11月13日)
- 外務省総合外交政策局人権人道課, 児童の権利に関する条約 全文及び選択議定書(日英対照版パンフレット)
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jido/pdfs/je_pamph.pdf (2016年6月1日)
- 東和敏(1996). イギリス家族法と子の保護 国際書院
- 家永登(2007). 子どもの自己決定権-ギリック判決とその後- 日本評論社
- 五百田達成(2015). 「察しない男」と「説明しない女」のモメない会話術 ディスカヴァー・トゥエンティワン
- 厚生労働省, 児童虐待の現状
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/about-01.pdf (2016年6月1日)
- 畔柳達雄(2002). 医療事故と司法判断 判例タイムズ社
- 松田一郎(2001). 思春期の価値観と医療問題 小児科診療, 64(1), 3-6.
- 丸光恵(2016). 基調講演 小児期発症の慢性疾患患者のための患者・家族中心型の成人移行期支援:看護の視点より. 第59回日本心身医学会近畿地方会(2016年7月30日)大阪 抄録集, 16-17.
- 丸光恵、飯島佳織(2013). 小児医療から成人医療への移行に関する国内外の取り組み-アメリカの動向を中心に 診断と治療, 101(12), 39-47.
- 森永康子(2006). 家族とジェンダー 福富護(編)朝倉心理学講座14 ジェンダー心理学 朝倉書店, 19-37.
- 森岡恭彦(2010). 医の倫理と法 その基礎知識 南江堂
- 永井優子(2012). 家族との援助関係を築くとは 中立的立場を超えて 野島佐由美・渡辺裕子(編) 家族看護選書第6巻家族に向きあう看護師のジレンマとパートナーシップ形成 日本看護協会出版会, 94-101.
- 永水裕子(2003). アメリカ法における子どもに対する医療と同意-生命に関わるが治療効果が不確実な病気の治療に対する親の同意拒否 生命倫理, 13(1), 158-166.
- 永水裕子(2010). 未成年者の治療決定権と親の権利との関係:アメリカにおける議論を素材として 桃山法学, 15, 153-237.
- 永水裕子(2013). 医療ネグレクト-同意能力がない未成年者に対する医療行為への同意権の根拠についての一考察- 桃山法学, 20/21 (法学部開設10周年記念号), 329-369.
- 日本弁護士連合会(2006). 子どもの権利ガイドブック 明

- 石書店
- 21) 日本医師会 (1997). 日本医師会創立記念誌－戦後五十年のあゆみ 日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌 編集部会
 - 22) 日本医師会生命倫理懇談会 (1990). 「説明と同意」についての報告 日本医師会
 - 23) 日本看護協会 (2003). 看護師の倫理綱領
<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf> (2016年11月13日)
 - 24) 日本小児科学会 (2017). 小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言
https://www.jpeds.or.jp/modules/news/index.php?content_id=83 (2017年6月19日)
 - 25) 日本小児看護学会 (2010). 小児看護の日常的な臨床場面での倫理的課題に関する指針, 2-3.
http://jschn.umin.ac.jp/files/100610syouni_shishin.pdf (2016年11月13日)
 - 26) 西村高宏 (2009). 「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－ 医療・生命と倫理・社会, 8, 39-55.
 - 27) 野嶋佐由美 (2005). 家族との援助関係の形成 家族との援助関係の特徴 中野綾美 (編) 家族エンパワーメントをもたらす看護実践 へるす出版, 37-41.
 - 28) 小川幸男 (2016). ひとり親家庭における第二反抗期 別府大学紀要, 57, 67-72.
 - 29) 小倉千加子 (2001). セクシュアリティの心理学 有斐閣
 - 30) 大神田麻子 (2014). 質問のやりとりというコミュニケーション 板倉昭二 (編著) 発達科学の最前線 ミネルヴァ書房, 101-126.
 - 31) 大廻さやこ 未成年者の医療上の決定能力 東京大学
<http://www.j.u-tokyo.ac.jp/jjweb/research/MAR2005/36104.pdf> (2016年6月1日)
 - 32) 佐藤寿哲 (2017). 医療分野における子どもの自己決定に関する文献レビュー 大阪総合保育大学紀要, 11, 205-218.
 - 33) 佐藤寿哲、吉川彰二、永井利三郎 (2012). 小児期に発症したてんかん患者とその家族が成人医療への移行に求めるもの－アンケートの自由記載より－ 第32回日本看護科学学会学術集会講演集, 443-443.
 - 34) 佐藤寿哲 (2017). 大学生の診察時における権利の主体性に関する調査－A 大学の全学生を対象としたアンケート調査から 日本小児看護学会第27回学術集会講演集, 174-174.
 - 35) 澤登俊雄 (1997). 現代社会とパターンリズム ゆるみ出版, 247-253.
 - 36) Sonja Rothärmel (2004). Einwilligung, Veto, Mitbestimmung. 只木誠 (監訳) (2014). 承諾、拒否権、共同決定 未成年の患者における承諾の有効性と権利の形成 中央大学出版部, 337-339.
 - 37) 園田あや、木内妙子、王麗華 (2009). 子どもの予防接種に際して母親が行う説明に関する研究 日本小児看護学会誌, 18(1), 9-15.
 - 38) 外山紀子 (2015). 病気の理解における科学的・非科学的信念の共存 心理学評論, 58(2), 204-219.
 - 39) 鈴木隆史 (1994). 子どもの権利条約における「意見表明権」(総論)－親権体系への受容について－ 早稲田法学, 69(4), 131-149.
 - 40) 吉川彰二、佐藤寿哲、永井利三郎 (2012). てんかん診療における自立促進へのかかわりについて－てんかん診療における移行ケア調査の結果から (3)－ てんかん研究 30(2) 第46回日本てんかん学会 (東京) プログラム・予稿集, 305-305.
 - 41) 吉川彰二、佐藤寿哲、永井利三郎 (2014). 成人医療への移行に向けたレディネス・チェックリストの有用性－てんかんをもつ患者家族への調査結果より－ 第34回日本看護科学学会学術集会講演集, 612-612.
 - 42) 吉川彰二、佐藤寿哲、永井利三郎 (2014). 小児から成人への移行期のてんかん診療の現状と患者ニーズに関する研究 てんかん研究, 32(1), 3-12.
 - 43) 吉川彰二、佐藤寿哲、永井利三郎 (2012). てんかんをもつ子どもの診療とトランジション－小児医療から成人医療への移行の実態 (家族へのアンケートより) 小児保健研究, 71 第59回日本小児保健協会学術集会講演集, 135-135.
 - 44) 吉川彰二、佐藤寿哲、永井利三郎 (2012). てんかんをもつ子どもの診療とトランジション－小児医療から成人医療への移行の実態 日本小児看護学会第22回学術集会講演集, 189-189.
 - 45) 吉川彰二、佐藤寿哲、永井利三郎 (2012). てんかん診療における病気の理解と必要とされる情報提供 第8回日本てんかん学会近畿地方会プログラム・抄録集, 28-28.

謝辞

本論文を作成するにあたり、ご助言ならびにご指導、ご協力いただきました大阪総合保育大学大学院の小椋たみ子先生、渡辺俊太郎先生、弘田陽介先生に心よりお礼申し上げます。

A Questionnaire Survey on the Self-determination Rights at the Clinic for Nursery Department University Students

Toshiaki Sato

Osaka University of Comprehensive Children Education Graduate School

Children's rights to self-determination should be protected in medical care. Although children aged 15 years or older have a reserved right to self-determination, which may also be entrusted to parents depending on the custody and children's capacity to sign a contract, little is known about the realities of children's right to self-determination in the context of medical care. We conducted a questionnaire-based survey on these rights with university students in childcare programs as participants because they were in an intermediary stage between childhood and adulthood. Approximately half of the 228 respondents were under 20 years of age, 83% were females, and 15% had a chronic disease. University students visited their doctors on their own except the department of surgery, they acknowledged their freedom in communicating with their doctors, understanding their explanations, and making choices based on their best interests. However, they responded that they would follow their parents' decisions if they have a disagreement about treatment, which suggested their reliance on their parents, respect for their feelings, and practice of paternalism.

Key words : university students, self-determination rights, pediatric healthcare, Children's rights

