

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金

(政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業))

医療ネグレクトにおける医療・福祉・司法が連携した

対応のあり方に関する研究

(H20-政策-一般-003)

H20年度 総括・分担研究報告書

主任研究者

筑波大学大学院人間総合科学研究科

宮 本 信 也

## 目次

1. 包括研究報告書（主任研究者 宮本信也） ..... 1
2. 医療現場における医療ネグレクトに関する実態調査（分担研究者 柳川敏彦） ..... 14
3. 医療ネグレクトについての児童相談所における実態調査・事例分析（研究協力者 山本恒雄） ..... 29
4. 医療ネグレクトに関する法的論点の整理（研究協力者 磯谷文明） ..... 52
5. 妊娠・出産・育児期の要支援家庭への訪問指導のあり方に関する研究（分担研究者 佐藤 拓代） ..... 68
6. 家庭訪問員及び支援に関わる専門職の教育プログラムの開発及び要支援家庭抽出の為のスクリーニング法確立の為の調査研究（分担研究者 野見山 哲生） ..... 124

## 医療ネグレクトにおける医療・福祉・司法が連携した対応の あり方に関する研究

主任研究者	宮本 信也	筑波大学大学院人間総合科学研究科
分担研究者	佐藤 拓代	東大阪市保健所
	野見山 哲生	信州大学医学部
研究協力者	磯谷 文明	くれたけ法律事務所
	柳川 敏彦	和歌山県立医科大学保健看護学部
	山本 恒雄	日本子ども家庭総合研究所家庭福祉担当部

### 研究要旨

本研究は、虐待防止対策として新たな施策を講じる必要のある医療ネグレクトへの適切な対応を促進するために、①医療ネグレクトへの対応手引き、及び②訪問事業推進のための支援プログラムを開発することを目的としている。

平成20年度は1年目にあたり、医療ネグレクトに関しては実態調査・操作的定義の検討・法的論点の整理を、訪問事業に関しては要支援家庭発見のためのチェックリスト・スタッフ養成プログラム・事業推進のためのマニュアルの作成と子育て支援シートの検討を、それぞれ行った。

医療ネグレクトに関する研究では、全国の小児科医療機関や児童相談所の35～40%の期間で最近2年間弱に医療ネグレクトを経験しており、決して少なくないこと実態が明らかとなった。また、どちらの専門機関も、医療ネグレクトを疾病の放置や治療の拒否だけでなく、ヘルスケア全体の問題と広くとらえている状況が明らかとなり、医療ネグレクトの定義、タイプ分けに関する議論が必要と思われた。さらに、わが国の現行の法制度における医療ネグレクトへの対応の可能性と問題点を整理し、医療行為の拒否以外に問題がない状況での親権喪失宣告の問題点について議論を展開した。

訪問事業に関する研究では、先進的取り組みを行っている自治体の状況を把握し、両事業のアセスメント指標、支援内容、支援評価指標などの検討を行い、その結果を基に、子育ての背景の変化、子育て支援に必要な視点、両事業の意義と連携、両事業の進め方、研修プログラムなどからなる「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）及び養育支援家庭訪問事業推進マニュアル」を作成し、全国の自治体に配布を行った。また、米国の家庭支援プログラムを参考に、要支援家庭スクリーニング用の15項目からなるチェックリストと訪問事業スタッフの研修のための養成プログラムを作成した。養成プログラムは、実際に約600名を対象に実施した。

平成21年度は、医療ネグレクトの対応手引きの作成と、訪問事業研究において作成したチェックリストやプログラムの有用性を検証する予定である。

## A. 研究目的

本研究は、虐待防止対策として新たな施策を講じる必要のある医療ネグレクトへの適切な対応を促進するために、①医療ネグレクトの実態と課題を整理し対応に関する手引きを作成すること、及び②虐待予防としての生後4か月までの全戸訪問事業と育児支援家庭訪問事業を効果的に実施するための支援プログラムを開発することを目的として、2年間の予定で計画されたものである。

研究計画の具体的な内容は以下の通りである。

### I. 医療ネグレクトに関する研究

- 1) 医療ネグレクトの実態と課題の整理
- 2) わが国の実情に即した医療ネグレクトの操作的定義
- 3) 医療ネグレクトに関する法的論点の整理
- 4) 保健医療・福祉・司法が共有できる対応手引きの作成

### II. 全戸訪問事業・育児支援家庭訪問事業に関する研究

- 1) 要支援家庭発見のための評価方法の作成
- 2) 訪問事業スタッフのための養成プログラムの作成
- 3) 訪問事業推進のための訪問スタッフ対象のマニュアルの作成
- 4) 訪問事業における子育て支援グッズの作成

平成20年度は2年計画の1年目にあたり、上記研究計画のうち、Iの1)・2)・3)、及びIIの1)・2)・3)と4)の一部の研究を実施した。

## B. 研究方法

分担研究者、研究協力者、それぞれの担当の研究目的に応じて、文献研究、質問紙による調査研究、エキスパート・コンセンサス

による検討などの方法を適宜用いた。

倫理面への配慮として、医療ネグレクト・訪問事業研究のどちらにおいても、個人情報の取り扱いには関係法令を遵守し、疫学研究に関する倫理指針の規定も遵守することとした。実態調査は全て、無記名方式で行った。また、本研究で得られたデータは研究目的以外では使用しないこととし、報告書等公表する文書においては、個人が特定されない配慮を行った。

## C. D. 研究結果と考察

### I. 医療ネグレクトに関する研究 (分担研究者：宮本信也)

#### 1. 医療ネグレクトの実態と課題

わが国における医療ネグレクトの実態に関して、医療機関と児童相談所を対象とした調査を行った。

#### 1) 小児科医療機関における実態 (研究協力者：柳川敏彦)

全国の大学病院小児科、総合病院小児科、小児病院合計550病院に勤務する小児科医を対象として、医療現場における医療ネグレクト対応のあり方に関するアンケート調査を郵送にて行った。215病院(回収率39%)の計312名の小児科医から回答を得た。

#### (1)医療ネグレクト・医療拒否の経験

平成19年1月から20年9月までの1年9か月間での医療ネグレクトや医療拒否の経験の有無に関して、298名から回答を得、115名(39%)の小児科医が経験ありと答えていた。その中で、死亡は13例(11%)、重篤な障害は16例(14%)であった。行った対応としては、院内での対応が47%、児童相談所への通告(相談)が39%、その他の機関との連携が7%、放置・観察が5%であった。一時保護、施設入所、親権喪失宣告の申立、保全処分などの法的対応も46例で考慮さ

れ、実際に実施されたのは、一時保護 8 例、児童関連施設入所 3 例、親権喪失宣告の申立 1 例であった。

今回と同一対象で平成 15 年に宮本が行った医療拒否に関する調査(宮本信也;医療拒否の現況に関する研究、平成 15 年度厚生労働科学研究「被虐待児の医学的総合治療システムのあり方に関する研究」班)では、平成 15 年の 1 年間における積極的な医療拒否の経験は回答のあった 328 病院中 60 病院(18%)にみられた。今回の調査では、その 2 倍の経験数であった。また、平成 15 年の調査では死亡例は 60 例中 20 例(33%)であったが、今回の調査では 11%であった。平成 15 年の調査では「疾病や外傷への治療の拒否」として調査をしているが、一方今回は、そうした治療行為の拒否に加え乳幼児健診や予防接種の未実施行為も含めて調査を行った。今回の調査期間が平成 15 年の調査期間よりも長かったことと健診未受診などの健康維持行為の拒否も含めたことの 2 要因が、今回の経験数が平成 15 年よりも多くなったことと関係し、さらに、後者の要因が、今回の調査で死亡例が平成 15 年よりも少なかったことと関係していると考えられた。

## (2)医療現場が感じる医療ネグレクトの課題

医療ネグレクトに関して、医療の立場から感じる課題点について意見を尋ね、71 名から回答があった。あげられた課題は、ルール・ガイドライン関係、家族関係、児童相談所関係、宗教による医療拒否関係、予防関係、健診・予防接種関係、対応関係などであった。もっとも多くの医師があげた課題は、ルール・ガイドラインに関するもので、具体的には、医療ネグレクトの判断の基準、介入の基準、対応の手順、他の診療科や児童相談所との連携手順などであった。また、後述する医療ネグレクトの判断に関する質問において、輸血の必要性など生命身体に重大な影響がある状況に対して、85%以上の医師が介入の必要

性を認識していた。

これらの結果から、医療現場では、生命に関するなど重篤な医療ネグレクトに対する積極的介入の必要性は認識されているものの、その判断基準や介入手続きに関して迷うところが多く、何らかの指針が求められている状況がうかがわれ、医療ネグレクトへの適切な対応手順を整理して医療機関に提示することの必要性が確認された。

## 2) 児童相談所における対応と実態(研究協力者:山本恒男)

児童相談所における医療ネグレクトへの対応実態を明らかにするために、文献研究と実態調査を行った。

### (1)福祉領域における相談・援助ニーズの観点からの医療ネグレクト問題の整理

文献検討により、わが国の福祉領域において医療ネグレクトがどのようにとらえられているのかを整理した。

福祉領域では、子どもの障害や発達の問題は日常的な業務である。そうした相談の中で、保護者の障害受容の困難に伴い、検査、適切な療育や治療を受けることへの躊躇、怠慢や拒否を認めることは稀ではない。また、一般的な養育困難についての相談途上で発生する子どもの疾病や健康問題への不十分な対応などもある。これらの状況が子どもの安全にとって重大な支障をきたす問題となるに従い、事案の子ども虐待問題としての比重が大きくなり、相談支援体制が虐待対応へと移行していくのが福祉領域での一般的な対応状況となっている。つまり、福祉領域における相談・援助の視点から見ると、医療受診や医療処置に関する保護者の怠慢・不作為による子どもの不利益問題の全てが虐待相談として受け取られている訳ではないといえるであろう。そして、児童相談所において医療ネグレクトとしてとらえられる場合であっても、それは、子どもの重大な生命・身

体の危機をもたらす治療拒否に限らず、子どもの虐待相談としての広範囲なヘルスケア・ネグレクト問題の一領域としてとらえられることになるかと理解することができる。

## (2) 児童相談所における医療ネグレクト相談の分類仮説

文献と福祉分野における相談経験を基に、児童相談所における医療ネグレクトの分類を試みた。「子どもの健康被害及び疾病の重症度」という軸と「医療ネグレクトの程度」という軸を設け、その2軸平面に援助対応の視点から受診促しから法的対応までの4領域を設定したマトリックス構造の分類案を構築した。

## (3) 児童相談所における医療ネグレクト相談の現状

児童相談所における医療ネグレクトの相談状況を明らかにするため、全国の児童相談所197か所を対象としてアンケート調査を郵送で行った。134児童相談所（回収率68%）から回答が得られた。

平成20年4月から10月までの7か月間で医療ネグレクトの相談を受けたことのある児童相談所は45所（34%）であった。相談件数は、1件から多い所は8件まであり、1児童相談所当たりの平均相談件数は2.3件となった。また、対象期間中に経験はないが、それ以前に相談を受けたことがある所は22所であった。結局、平成20年10月30日時点で医療ネグレクトの相談を一度でも経験したことがある児童相談所は、67所、回答児童相談所の50%となった。

相談を受けた医療ネグレクトの内容では、最も多かったのは「継続治療が必要な慢性疾患の通院中断・断続状態」で全体の22%、1/5であった。次いで、「風邪や軽い疾病の放置」が17%、「医療管理のための定期的検査未受診」が12%、「乳児の軽度栄養障害」が11%、「生命の危険を伴わない代理ミュンヒハウゼン症候群」が9%であった。

これら5つの状態は、10所以上の児童相談所が経験をしていた。一方、緊急加療が必要な状態での医療行為・入院・手術の拒否事例も2～5所の児童相談所が経験していた。

今回は、風邪の放置から手術拒否、代理ミュンヒハウゼン症候群まで、医療と関係する状態を広く取り上げて（乳幼児健診や予防接種の未実施は含めていない）相談実態を尋ねた。このように範囲を広げて尋ねることで、感冒から生命に関わるような状況までさまざまな医療ネグレクト状態の相談が児童相談所になされている実情が明らかとなった。

## 2. 医療ネグレクトの操作的定義

どのような状態を医療ネグレクトと定義するかについては、いまだ意見の一致を見ているものは存在しない。上述した実態調査でも、特に医療現場において医療ネグレクトの判断基準がないことを問題とする意見も少なくなかった。そこで、医療における実態調査の中に定義や判断に関する質問を含めてこの問題を検討した。また、児童相談所における実態調査の結果からも、判断に関する問題点が出てきたため、それも含めて検討を行った。

### 1) 医療ネグレクトの定義や判断に関する小児科医の意識

小児医療機関を対象とした実態調査において、医療ネグレクトの定義と判断に関する質問も行った。定義に関しては、日本子どもの虐待防止研究会（JaSPCAN）が平成11年に提案した定義をあげて意識を尋ねた。この定義は、「子どもの健康に関することで、医療的ケア、健康ケアが必要であるにも関わらず、適切なケアが施されない結果、心身の障害をきたすもの、あるいはきたす可能性のあるもの」というものである。回答は、「このままでよい」88%、「定義が広すぎる」8%、「定義が狭すぎる」2%であった。

さらに、乳児健診の未受診から必要な手術・治療の拒否まで15段階の健康維持・医療行為に関して医療ネグレクトとしての重篤度の意識を尋ねたところ、最重度の医療ネグレクトとの回答が多かったものは、「宗教の教義のための輸血拒否」と「重度の栄養障害での精査目的の受診の拒否」であり、積極的な介入の必要性を指摘する医師が85%以上であった。一方、医療ネグレクトとは思わないという回答が20%以上あったものは、「風邪や軽い疾病の放置」(31%)と「先天性心疾患で染色体異常があり、術後の予後が不良と考えられる場合の手術拒否」(23%)の2状況であった。しかし、この数字は、逆に言うならば、7~8割の小児科医は、こうした状況であっても医療ネグレクトの範疇に入ると考えていることを示しているともいえる。なお、乳児健診や予防接種の未実施を医療ネグレクトとは思わないとする回答は3~4%に過ぎなかった。

定義と重篤度に関する意識調査の結果から、今回、回答を寄せてくれた小児科医の多くは、医療ネグレクトを疾患の治療に留まらず子どもの心身の健康に必要な対応がされていない状態と比較的広くとらえている状況がうかがわれた。また、生命倫理の視点から検討する必要性が高い状態(予後不良の致死性疾患など)であっても、医療ネグレクトとしてとらえる見方が多いことも示された。

## 2) 医療ネグレクトに関する児童相談所における意識

児童相談所での実態調査において、「風邪や軽度の疾病の放置」、「乳児の軽度栄養障害」、「代理ミュンヒハウゼン症候群」などを医療ネグレクトとして扱っている児童相談所が少なくないことが判明した。質問の仕方が医療機関対象の調査と異なるため、単純に比較することはできないが、児童相談所も医療ネグレクトを単に重篤な疾病の放置と

だけ受け取っているのではなく、子どもの健康状態が脅かされる状態の放置と広く受け止めていることがうかがわれた。

## 3) 定義と判断に関する問題点

今回の調査で、医療ネグレクトの定義・判断については、病的状態の放置から健康維持行為の未実施まで、さらには、生命倫理的な問題まで、専門家であっても多様な考え方があることが明らかとなった。

定義に関しては、医療ネグレクトを「子どもに必要な医療行為を受けさせない」とすることは簡単であるが、この場合、「必要な」の状況の判断によって、虐待としての医療ネグレクトと見なすかどうか異なってくるようにも思われる。また、医療ネグレクトの対象についても、疾病や外傷などの病的状態への治療行為だけとするのか、乳幼児健診や予防接種などの健康維持行為も含めるのかについても議論が必要であろう。

医療ネグレクトの判断に関しては、今回の調査で栄養障害や代理ミュンヒハウゼン症候群を医療ネグレクトとして扱っている回答が見られた。疾病が原因ではない子どもの栄養障害は、成長のために必要十分な食事が与えられていない状況が背景であるとして、これまでは通常のネグレクトの範疇で考えられてきていると思われる。代理ミュンヒハウゼン症候群は、保護者の虚偽の訴えや作為によって、子どもが不必要な検査や治療を受けたり汚物・薬物等により病的状態に陥ったりするなど、直接的な身体的被害を受けるため、身体的虐待の範疇でとらえられることが多かったと思われる。こうしたことを考えると、医療ネグレクトと他の虐待タイプとの区別についての議論も必要と思われた。

## 3. 医療ネグレクトに関する法的論点の整理 (研究協力者：磯谷文明)

医療ネグレクトに関する法的問題を論じ

た文献（主に邦語文献）ならびに関連する既存のガイドラインを参考として、わが国の法制度における医療ネグレクト対応の現状と課題を分析した。

#### 1) 医療ネグレクトが法的議論の対象となる背景

医療ネグレクトが法的議論の対象となるのは、それが単に子ども虐待としてとらえられるからだけではなく、医療行為を必要としているながら、医療行為の実施判断が医療現場のみで行うことが難しいという点があるからである。医療現場だけで解決が難しい理由は、親の親権行使が必要な医療行為を妨げており、医療行為を実施しようとするれば親権を制限せざるを得ないところ、親権を制限するためには基本的に裁判所の判断を仰がなければならないからである。

#### 2) わが国の法制度における医療ネグレクト対応の現状

##### (1) 親権喪失宣告及び保全処分

親権喪失宣告を規定している民法 834 条において、親権喪失宣告の要件は、「親権の濫用」または「著しい不行跡」とされる。医療ネグレクトにおいて検討されるべき要件は前者となる。ネグレクトは親権の消極的濫用と解されている。

医療ネグレクトにおいて親権の濫用を判断する一般的な基準は現在のところ存在しないが、子どもの病状と緊急性、医療行為の効果と危険性、医療行為をしない場合の危険性、医療行為拒否の理由とその合理性などを総合的に判断することが提案されている。

親権喪失宣告手続は審判まで時間を要することが多く、手遅れになることを防ぎ子どもの利益を守るために、家事審判法 15 条の 3 は保全処分を認めている。医療ネグレクトにおいては、この保全処分を活用し、医療行為に反対する親権者の職務執行を停止し（すなわち、親権を停止しておき）、職務代行者を選任し、同人が親権者に代わって医療行為

に同意するという方法がとられることになる。なお、医療行為への同意問題以外に他の虐待等の問題がない場合、医療行為が終われば親権を喪失させる理由がなくなるため、申立を取り下げる例が多い。

##### (2) その他の法制度

親権喪失宣告と保全処分以外のわが国の法制度で医療ネグレクトへの対応に応用できる可能性があるものとして、民法 698 条と児童福祉法 47 条について検討した。

民法 698 条では、義務なく他人の身体等に対する急迫の危害を免れさせるために事務管理を始めた者は、悪意や重大な過失がない限り事務管理によって生じた損害賠償の責任を負わない、とされている。本条を医療ネグレクトのケースに適用できれば、医療行為を行った医師が免責される余地が生じる。しかし、医療ネグレクトが想定される場面においては、医師はすでに診療契約で医療行為の義務を負っていることが多いと思われる点、本条が第三者である親に対する免責を認めているか明らかでない点などから、本条を医療ネグレクトに適用することは困難と考えられる。実際、医療ネグレクトのケースで、本条が正面から問われた例は見あたらない。

児童福祉法 47 条は、児童福祉施設入所児で医療行為の同意を必要とされる状況において、本条 1 項と 2 項が応用できる可能性があると思われる。1 項は、児童福祉施設に入所中の児童で「親権を行う者又は未成年後見人のないもの」について、施設長の親権代行を認めている。「親権を行う者」がない例としては、親権者死亡等のほか、親権者の長期不在、行方不明、重病、精神病、心神喪失、受刑などがあげられており、例えば親が心身の著しい障害がある場合などに施設長が医療行為の同意を行うことに適用できる可能性があるであろう。2 項は、親権者等がいる場合であっても、施設長や里親は「監護、教育及び懲戒に関し、その児童の福祉のため必



要な措置をとることができる」と定めたものである。この点、一定の軽度な医療行為については、施設長等の判断が親権者の親権行使に優先すると解することができれば、そのような医療行為が問題になる場面では、施設長等は親権者の意向にかかわらず本条項により医療行為に同意することが可能となると思われる。

### 3) 既存のガイドラインにおける考え方

#### (1) 宗教的輸血拒否に関するガイドライン

日本輸血・細胞治療学会外4学会の宗教的輸血拒否に関する合同委員会による「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」(輸血ガイドライン、平成20年2月28日)の基本的考え方について整理した。

この輸血ガイドラインの概要は、①子どもが18歳以上なら子どもの意思を尊重し、②子どもが15歳以上18歳未満なら子どもの意思と親権者の意思が合致する場合のみそれを尊重しそうでない場合には医療機関が判断し、③子どもが15歳未満なら医療機関が判断する、とまとめられる。医療機関の判断は、生命を維持する方向の判断が基本とされている。

このガイドラインの背景にある基本的な考え方を3つにまとめると、次のようになると思われる。第一は、子どもは段階的に自己決定能力を獲得していくという考え方である。第二は、子どもの生命維持を基本とするという考え方である。第三は、親権喪失宣告といった司法手続を利用しないで輸血を行うことも可能であるとする考え方である。輸血が子どもの生命維持にとって不可欠であるにもかかわらず、親が合理的理由なく輸血を拒否する場合、その親権行使はそれ自体違法なものであって、裁判所の判断を経ずに輸血を実施したとしても問題ないという考え方は、理解できるものではなかろうか。

#### (2) 米国のガイドライン案

わが国のガイドライン作成の参考とすべ

く、米国のガイドライン(法令を含む)を若干検討した。

米国では州法に詳細な規定が置かれることが少なくなく、例えば子どもの治療に関する同意については、緊急時には同意要件が免除されるなどの規定を置く州、州法による成人年齢より低い年齢で医療の同意権を認める州など、多くの州で立法化されていた。また、性病や薬物依存等特定の病気について子ども本人に同意権を認める規定はほとんどの州に置かれていた。

#### 4) 法的論点の整理

医療ネグレクトについて現在のわが国の法制度内で考えるときの法的論点を4つにまとめた。

##### (1) 子どもの自己決定能力の有無をどう判断するか

最初に検討すべき問題は、子どもの自己決定能力をどの段階から認めるかという問題である。国際的には成人年齢(18歳が多い)を一応基準としながら、個人の能力・状況、医療行為の内容などを考慮して総合的に判断するという考え方が一般的ようである。しかし、子どもが自己決定能力を獲得したとしても、未成年者である以上、なお親の監護権(義務)が機能するという考え方、特に、子どもが自身に不利な選択(必要な治療の拒否や死の選択など)をした場合に、親の監護権を考慮する必要があるとする考え方もある。

##### (2) 子どもに自己決定能力がない場合の親の関わり

次に、子どもに自己決定能力がないと判断される場合、親権者が医療行為を「代諾」するとされてきたが、その「代諾」権の法的根拠をどう考えるかという問題がある。

代諾権の法的根拠に関しては、親権者が未成年者に代わって同意をすることは親権者の身上監護権のうち監護教育権に基づく、とする考え方が一応妥当であると思われる。し

かし、民法 766 条 1 項により親権者と監護者が別になっている場合など、この考え方によると不都合が生じる懸念もある。これとは別に、「代諾」という単純な見方ではなく、子どもの意思と親の監護権との共同作用を観念する考え方もある。

### (3) 親権者が必要な医療行為に反対する場合

親が必要な医療行為に反対する場合、現行法制度では親権喪失宣告と保全処分の申立を行うことになる。申立が認められるかどうかは、主に「親権の濫用」があるか否かの判断にかかることになるが、わが国における審判例は極めて少なく、それらだけでは十分な検討ができない。そこで、わが国の審判例に加えて、米国の多数の裁判例を分析した先行研究の成果をも検討した結果、最大公約数的にまとめると次のように整理できるのではないかと考えた。すなわち、①子どもの意思能力を考慮する余地がなく（または、子ども自身が医療行為を望んでおり）、②医療行為の成功率が非常に高く、③医療行為の効果も高く、④逆に、医療行為を実施しなければ子どもの生命、身体に重大な結果が生じる可能性が高いにもかかわらず、⑤親が自らの宗教など、子どもの利益以外の事項を主な理由として医療行為を拒否する場合には、ほとんどの裁判所は、親の医療行為に対する拒否が不当な親権行使であると判断するのではないかと、というものである。

### (4) 日常的な医療行為

児童福祉施設入所中や里親委託中の子どもについて、一定の医療行為に関して親の同意を得ずに施設長または里親の判断のみで可能かという問題である。この問題については、子どもが児童福祉施設等を日常生活の場とする以上、親が日常生活に属する事項について逐一意見を述べるようでは、子どもの生活が安定しないこと、子どもが親許から離れており、親は日常的に監護することはできないのだから、その監護権は事実上ある程度縮

小していると解し得ること、いわゆる同意入所であれば、そのことを親も暗黙に承知していると解し得るし、児童福祉法 28 条の承認に基づく入所であれば、裁判所の判断により監護権が縮小したと解し得ることなどに照らせば、日常的な医療行為については、施設長や里親の判断に委ねるのが相当であると考える。もっとも、「日常的な治療」をどの程度の範囲と見るかについては、さらなる検討が必要であろう。

### 5) その他の論点

#### (1) 医療ネグレクトの特殊性と親権喪失宣告の不合理性

医療ネグレクトの中には、親の通常の養育には特段問題がなく、むしろ子どもに愛情を注いで養育しているのに、特定の医療行為についてのみ親が強く反対するというものがある。このようなタイプは、特定の宗教教義を背景としていることが多い。このような場合、問題となっているのは特定の医療行為を実施するかどうかだけであるにもかかわらず、親権喪失宣告制度により親権全体を停止してしまうのは過剰な親権制限ではなからうか。親権喪失宣告の要件や手続に、必ずしも子どもの意思を反映する手立てが含まれていない点や、戸籍に記載される点、児童福祉法上の措置と関連づけられていない点も問題である。このように、親権喪失宣告の利用には課題がある。

#### (2) 保全処分における職務代行者選任の問題

保全処分では職務代行者を選任し、職務代行者が医療行為に同意することが想定されているが、職務代行者の権限や責任が明確でないし、そもそも職務代行者のなり手を探すことも容易ではない。また、治療行為に同意するかどうかは職務代行者に委ねられるから、理論上、職務代行者となっても同意しないことも考えられる。このように、職務代行者については検討を要する点が少なくない。

## II. 全戸訪問事業・育児支援家庭訪問事業に関する研究（分担研究者：佐藤拓代、野見山哲生）

### 1. 要支援家庭発見のための評価方法の作成

#### 1) 要支援家庭スクリーニング用チェックリストの作成

訪問事業において、訪問者が支援の必要な家族を適切に把握できるための簡便なチェックリストの開発を行った。

まず、米国で行われているHFAのプログラムを参考にするため、Healthy Family America (HFA)の実施本体であるPrevent Child Abuse America (PCA)の年次総会の視察、文献調査などを行い、HFAのプログラムの特徴の把握を行った。その上で本邦の事業で取り組んだ方が良いと思われる項目を選択した。100家庭を対象とした訪問事業のケース対応会議において要支援と判断された家庭を対象として、すでに作成していた50項目のチェックリスト案(米国HFA オレゴンにおけるチェックリストを参考に作成)を適応し、要支援家庭に特異的な項目の抽出を試みた。要支援家庭が5家庭と少なかったため、統計学的手法によらず少なくとも3家庭でチェックされていた項目を候補とした。特に、「母親の体調が良くない」と「眠れない」の項目は5家庭中4家庭に認められ注目された。これら抽出された項目に米国で重視している喫煙の項目などを追加し15項目から成るチェックリスト第1版を作成した。

#### 2) 訪問の際の評価内容の検討

既に有効な訪問事業を行っている自治体の取り組みを分析し、訪問の際の家庭評価の参考となる内容の整理を行った。結果、①乳児に対する母親の気持ち、②母親の体調、③母親のうつ状態の有無、④乳児の様子(愛着行動や親への反応など)、⑤乳児に対する上の子どもの態度、⑥育児の協力者の有無や状況などの内容を評価することが重要と思われた。これらの項目・内容は、上述したチェックリスト作成過

程で抽出された項目と一致するものが多かった。

### 2. 訪問事業スタッフの養成プログラムの作成

実際に訪問する訪問員、訪問員による要支援家庭を支援し訪問員を育成する訪問員支援員(スーパーバイザー)の両者のための養成プログラムの開発を行った。

チェックリストの作成と同様に米国HFAプログラムも参考としながら、半日単位で実施可能なプログラムを作成した。プログラム、講義と演習からなり、講義では①訪問事業の概要、②子ども虐待、③妊娠や小児に関する医学的知識の3つの内容を概説し、演習では模擬訪問の実演やロールプレイを組み込んだ。このプログラムを4回と米国から専門家を呼んでの愛着障害治療に関する研修会を1回、計5回の研修会を実施した。

### 3. 訪問事業推進のための訪問スタッフ対象のマニュアルの作成

厚生労働省による「乳児家庭全戸訪問事業ガイドライン」及び「養育支援訪問事業ガイドライン」に沿って訪問事業を効果的に推進するためのマニュアルの開発を行った。

厚生労働省のガイドラインを基準として、現在のわが国の子育て状況の概説、ガイドライン内容の説明、有効な訪問事業を行っている自治体の活動紹介などの内容から成るマニュアルを作成した。具体的な内容は、①子育ての背景の変化、②母子保健の現状、③子ども虐待の現状、④訪問事業の意義、⑤訪問事業の進め方、⑥自治体の活動事例の紹介などである。作成したマニュアルは全国の自治体に配付した。

### 4. 訪問事業における子育て支援グッズの作成

米国HFAでは、家庭訪問時に子育てに役立つ内容が書かれているさまざまなシート

を親に渡すことが行われており、特に母親の育児不安を軽減する効果が期待されている。こうした活動を参考として、わが国の訪問事業において活用できる子育て支援シートの開発を行った。

本年度は、小児科医、産科医、助産師、保健師が母親からよく尋ねられる項目を収集し、シートに掲載する項目を検討することを行った。結果、事故防止、SIDS、うつぶせ寝など10項目が抽出された。

### Ⅲ. 次年度に向けて

#### 1. 医療ネグレクトに関する研究

本年度の研究は、わが国の医療機関・児童相談所における医療ネグレクトの実態、及び、これら2つの専門機関の医療ネグレクトに対する意識をある程度明らかとした。そして、実際に医療ネグレクトに対応している専門機関では、病的状態の放置や医療行為の拒否から健康維持行為の未実施まで、幅広くとらえていることが明らかとなった。また、医療ネグレクトに関するわが国の法制度の問題点も整理された。

これらの結果は、医療ネグレクト対応の手引きを作成する上で極めて有用な基礎資料となると考えられる。今回の結果は、医療ネグレクトととらえられる状態はかなり多様であり、一つの手引きでそれら全ての状態に対応させることは適切ではないことを示した。このことは、医療ネグレクトを、病状の重篤度と緊急性、医療行為の効果と危険性、子どもの意志、親権者の不同意理由の合理性などの複数の内容からいくつかの場合分け、あるいは、タイプ分けをし、それぞれに応じた最も現実的な方向性を示すような手引きが求められていることを示しているとも思われる。

本年度の研究結果は、今後、医療ネグレクトに対する現実的で有用な対応手引きを作成することに大いに活用できると考えてい

る。また、関係機関における医療ネグレクトの理解促進のために、今回の結果を各関係機関に提供できるとも考える。

#### 2. 全戸訪問事業・育児支援家庭訪問事業に関する研究

本年度は、要支援家庭スクリーニングのためのチェックリスト、訪問事業スタッフのための養成プログラム、訪問事業推進のためのマニュアルの第1案を作成した。また、子育て支援シートの開発にも着手した。

チェックリストと養成プログラムは、全国の自治体に提供すればすぐにも活用できるものではあるが、その有用性や問題点の検討が不十分であり、今後、パイロット的に活用した結果を解析してより洗練されて有用性と便宜性が高いものにしていく必要があると考えている。マニュアルに関しては、本年度、全国の自治体に配付を行った。

本年度の研究結果は、要支援家庭発見のための簡便で有用なチェックリスト作成と訪問事業スタッフの養成プログラムのモデルを示す上で、さらに、訪問事業の全国的な推進を図る上で大いに活用できると考えている。また、訪問事業推進のためのマニュアルに関しては、本年度、全国の自治体に配付を行っており、訪問事業の推進に貢献することが期待される。

#### E. 結論

虐待防止対策として指診が必要とされている医療ネグレクトへの適切な対応を促進するために、①医療ネグレクトへの対応手引き、及び②訪問事業推進のための支援プログラムを開発することを目的として研究を行った。

医療ネグレクトに関する研究では、全国の小児科医療機関や児童相談所の35～40%の期間で最近2年間弱に医療ネグレクトを経験しており、決して少なくないこと実態が明

らかとなった。また、どちらの専門機関も、医療ネグレクトを疾病の放置や治療の拒否だけでなく、ヘルスケア全体の問題と広くとらえている状況が明らかとなり、医療ネグレクトの定義、タイプ分けに関する議論が必要と思われた。さらに、わが国の現行の法制度における医療ネグレクトへの対応の可能性と問題点を整理し、医療行為の拒否以外に問題がない状況での親権喪失宣告の問題点を指摘した。

訪問事業に関する研究では、先進的取り組みを行っている自治体の状況を把握し、両事業のアセスメント指標、支援内容、支援評価指標などの検討を行い、その結果を基に、子育ての背景の変化、子育て支援に必要な視点、両事業の意義と連携、両事業の進め方、研修プログラムなどからなる「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）及び養育支援家庭訪問事業推進マニュアル」を作成し、全国の自治体に配布を行った。また、米国の家庭支援プログラムを参考に、要支援家庭スクリーニング用の15項目からなるチェックリストと訪問事業スタッフの研修のための養成プログラムを作成した。養成プログラムは、実際に約600名を対象に実施した。

#### まとめ

- ①わが国の医療・福祉の4割前後の機関が、毎年、医療ネグレクトを経験している実態が明らかとなった。
- ②医療・福祉の両領域とも医療ネグレクトをヘルスケア全体の問題と広くとらえる傾向

がみられた。

③医療ネグレクトとしてとらえられる範囲は、明らかな虐待行為から生命倫理的問題と考えられるものまで幅広く、子どもの健康被害の程度や保護者の恣意性など、多様な視点からの分類を検討する必要があると思われた。

④医療ネグレクトへの対応手引きにおいては、医療ネグレクトのタイプ分けとそれに応じた指針を示すことが現実的方向と思われた。

⑤訪問事業において要支援家庭を簡便にチェックできる15項目を抽出できた。

⑥訪問事業スタッフ研修のための養成プログラムを作成・実施し、有用である可能性が推定された。

⑦訪問事業推進のための実施マニュアルを作成し全国に配布した。

⑧訪問事業に役立てられる子育て支援シートに有用と思われる10項目を抽出できた。

#### F. 健康危険情報

該当するものなし。

#### G. 研究発表

別紙

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得なし
2. 実用新案登録なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	ページ	出版年
宮本信也	Ⅱ. 1. 知的障害(精神遅滞)	宮本信也・田中康雄	子どもの心の診療シリーズ2:発達障害とその周辺の問題	中山書店	東京	46-58	2008
宮本信也	V. 1. 発達障害への対応の概要	宮本信也・田中康雄	子どもの心の診療シリーズ2:発達障害とその周辺の問題	中山書店	東京	198-206	2008
宮本信也	自律神経症状の発現機制	中根晃・牛島定信・村瀬嘉代子	子どもと思春期の精神医学	金剛出版	東京	365-375	2008
柳川敏彦	子ども虐待—シグナルを誰かに受け止めてほしい	乾美紀 中村安秀	子どもに優しい学校	ミネルヴァ書房	京都	17-37	2009
柳川敏彦	虐待の徴候	市川光太郎	プライマリ・ケア救急 小児編	プリメド社	大阪	101-107	2008
山本恒雄	児童相談所からみた教育と福祉の連携	岡本正子 二井仁美 森 実	教員のための子ども虐待理解と対応	生活書院	東京	74-99	2009
山本恒雄	子ども虐待の現状と対応課題	日本子ども家庭総合研究所	日本子ども資料年鑑2009	KTC 中央出版	東京	26-27	2009
山本恒雄	子どもと家庭の福祉	日本子ども家庭総合研究所	日本子ども資料年鑑2009	KTC 中央出版	東京	189	2009
山本恒雄	非行児童、情緒障害児のための福祉サービス		社会福祉学習双書2009 児童家庭福祉論	全社協	東京	84-91	2009
磯谷文明		日弁連子どもの権利委員会	子どもの虐待防止・法的実務マニュアル	明石書店	日本		2008
佐藤拓代	虐待予防と親支援—保健所からのレポート	津崎哲郎、橋本和明	児童虐待はいま連携システムの構築に向けて	ミネルヴァ書房	京都市	117-128	2008

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
宮本信也	乳幼児健診システムにおける発達障害児のスクリーニング	小児科臨床	61	2630-2637	2008
宮本信也	子ども虐待の理解	発達障害研究	30	64-76	2008
宮本信也	発達障害と子ども虐待	発達障害研究	30	77-81	2008
宮本信也	小児の痛み 49.心理学的療法	小児科	49	1740-1746	2008
宮本信也	発達障害の概要	治療	90	2259-2264	2008
宮本信也	子どもの心の診療医をいかに養成するか：小児科における取り組み	精神神経学雑誌	110	302-306	2008
柳川敏彦	保健機関と医療機関との連携の実態と課題 —実践—	小児保健研究	67 (2)	274-277	2008
柳川敏彦ら	児童虐待防止ネットワーク設立の影響	和歌山県立医科大学保健看護学部紀要	4	31-41	2008
柳川敏彦ら	児童虐待防止ネットワーク構築と評価への支援—3年間の取り組みより—	和歌山県立医科大学保健看護学部紀要	4	61-68	2008
山本恒雄	学校における児童虐待の対応 保健室と養護教諭のために	あゆみ	54	40-42	2009
磯谷文明	児童虐待の実態と法的対応	刑事法ジャーナル	12号	15~22	2008
佐藤拓代	保健分野における乳幼児虐待リスクアセスメント指標の評価と虐待予防のための体系的な地域保健活動の構築	子どもの虐待とネグレクト	10 (1)	66-74	2008
佐藤拓代	虐待とその予防—周産期医療の視点から—	周産期医学	38 (5)	603-606	2008

その他

山本恒雄 (訳)	性的虐待からの回復のための子ども支援：親のための手引き	厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「子ども家庭福祉分野における家族支援のあり方に関する研究」	平成 19 年度 分担 研究 報告書	187-199	2008
----------	-----------------------------	--	--------------------	---------	------

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）

主任研究者 宮本 信也

## 医療ネグレクトにおける医療・福祉・司法が連携した対応の

### あり方に関する研究

主任研究者 宮本 信也 筑波大学大学院 人間総合科学研究科

### 医療現場における医療ネグレクトに関する実態調査

研究協力者 柳川 敏彦 和歌山県立医科大学 保健看護学部

#### 研究要旨

医療ネグレクトの事例に対する適切かつ迅速な対応が行えることを目標に、医療現場の小児科、新生児科・NICUに勤務する医師を対象に医療ネグレクトのアンケート調査を行った。アンケート内容は、医療ネグレクトの定義、課題、事例の経験と対応（法的対応を含む）、行為に対する認識と適切な対応などである。550病院中約40%から、複数の医師312名の回答が得られた。定義は、「医療的ケア、健康ケアが必要であるにも関わらず、適切なケアが施されない結果、心身の障害をきたす、あるいはその可能性のあるもの」という広い意味の概念と捉え、日常診療の身近な問題としての認識の必要性が確認された。医療ネグレクト、医療拒否は約40%の医師が経験し、死亡例、重篤な障害を残した例は2年足らずで約30名に及んだ。「宗教の教義のための輸血拒否」、「重度の栄養障害での精査目的の受診の拒否」は、85%以上の医師が重度の医療ネグレクトと認識し、「生命身体に重大な影響ある場合」の対応の手順の整備の必要性も確認された。今後の課題として、医療と児童相談所のよりいっそうの連携、協働の重要性が指摘された。

#### A. 研究目的

医療ネグレクトは、子どもが重大な病気になっても保護者が子どもに医療を受けさせない状況をさす児童虐待の1つである。平成20年3月、厚生労働省雇用均等局から、「医療ネグレクトにより児童の生命身体に重大な影響がある場合について」の対応が通知され（雇児総発第331004号）、現行法における対応可能な手続きが示された。一方、日常診療にお

いて、保護者の積極的な医療拒否や乳幼児健診の未受診など、多様かつ幅広い問題が経験され、個人、1機関での対応の困難性が指摘されている。医療ネグレクトの事例に対する適切かつ迅速な対応が行えるよう、以下の点を明らかにすることを目的とする。

1. 医療現場における医療ネグレクトの実態を明らかにすること、
2. 対応についての問題点を整理すること、である。



## B. 研究方法

医療現場の医療ネグレクトの対応のあり方に関する調査を行った。

### 1. 調査対象

全国の大学病院小児科、総合病院小児科、小児病院合計 561 病院である。小児科宛とし、小児科医とともに新生児室・NICU に勤務する医師を対象に加えた。

### 2. 調査方法

アンケート用紙を作成し、郵送により発送、回収を行った。

- ① アンケート内容は、医療ネグレクトの定義、医療現場での課題、事例の経験の有無、対応の方法、認識等である(本稿巻末資料に示す)。
- ② 調査期間:平成 21 年 10 月上旬に発送。回収期限は 10 月 31 日としたが、病院統廃合等の影響から、11 月 30 日までの返信を集計結果とした。

(倫理面への配慮)

アンケートは無記名記入とした。結果の紙面による公表は、集団で扱うこと、事例の内容は個人情報に留意する、などの配慮を行った。

## C. 研究結果

### 1. 回答者 (図表 1)

561 病院中、10 病院が閉鎖、2 病院が 1 病院に合併し、計 550 病院に郵送された。215 病院 39%の回収で、1 病院から複数の回答があり、計 312 名(大学 24%、総合病院 64%、小児病院 6%、その他・無回答 7%)、男 75%、女 17%、無回答 7%であった。小児科勤務(以下小児科)、新生児・NICU 勤務(以下新生児科)は、それぞれ 215 名(69%)、97 名(31%)であった。年齢は、40 代が 39%と最も多く、以下 50 代 27%、30 代 23%の順であった。

### 2. 医療ネグレクトの定義 (図表 2)

平成 11 年開催の第 5 回日本子どもの虐待防止研究会 (JaSPCAN) に先立ち、JaSPCAN の医療従事者会員対象の調査で医療ネグレクトの定義が提案された。すなわち、「子どもの健康に関することで、医療的ケア、健康ケアが必要であるにも関わらず、適切なケアが施されない結果、心身の障害をきたすもの、あるいはきたす可能性のあるもの」に対して、312 名の回答は、「このままでよい」は 88%、「定義が広すぎる」は 8%、「定義が狭すぎる」は 2%、「無回答」2%であった。

### 3. 医療ネグレクトの課題 (自由記載)

小児科から 46 名、新生児科から 23 名の計 71 名(23%)の意見が寄せられた。内容は、①ルール・ガイドライン関係、②家族関係、③児童相談所関係、④宗教、医療拒否関係、⑤予防関係、⑥健診、予防接種関係、⑦発見後の対応、⑧その他に分類された(図表 3)。

#### ①ルール・ガイドライン関係 (16 名)

課題は、医療ネグレクトの判断の基準、介入の基準、対応の手順や、院内の他の診療科との連携や行政との連携の問題などである。

#### ②家族関係 (14 名)

養育者の心身の問題、夫婦関係、経済性や家族環境などの問題と対応の困難性などが課題としてあげられた。

#### ③児童相談所関係 (12 名)

課題は、通告判断の困難性、対応(介入、指導)の実態把握の困難性、法的対応(親権の問題など)の困難性や、医療機関と児童相談所との連携の強化などである。

#### ④宗教・医療拒否関係 (6 名)

宗教上の輸血拒否、治療や管理上の手術（気管切開など）の拒否の問題などの対応の問題があげられた。

⑤予防関係(4名)、⑥健診、予防接種関係(4名)では、健診未受診者、予防接種未施行者、体重増加不良の事例などが挙げられ、医療、保健の支援体制の構築が指摘された。

⑦発見後の対応(3名)では、事例の継続診療、法的対応(家族への刑罰)などがあげられた。

⑧その他(15名)

児の障害の問題など倫理に関すること、長期入院者への対応、死亡事例の司法解剖の必要性、通告医師の安全性の確保の問題、医療ネグレクトの認識の低さなどがあげられた。

#### 4. 経験した事例と対応について(図表4)

19年1月から20年9月の期間の事例の有無を聞いた。有効回答は、小児科201名、新生児科97名の計298名であった。

##### ①医療ネグレクトの事例と対応

事例有は、小児科84名(42%)、新生児科31名(32%)の計115名(39%)であった。115名への対応は、院内での対応が47%、児童相談所への通告(相談)が39%、その他の機関との連携7%、放置・観察5%であった。

##### ②医療ネグレクトと診断しなかった、医療拒否で問題になった事例と対応

事例有は、小児科62名(31%)、新生児科30名(31%)の計92名(31%)であった。92名への対応は、院内での対応が59%、児童相談所への通告(相談)が20%、放置・観察11%、その他の機関との連携5%であった。

##### ③医療ネグレクトと医療拒否の事例に法

的対応をとった、あるいは法的対応を考慮した事例について

事例有は、小児科33名(16%)、新生児科13名(13%)の計46名(15%)であった。法的対応およびその検討は複数回答である。内容は、以下の7つである。

- 一時保護し、児童相談所から通院治療
- 一時保護し、以後入院治療
- 一時保護の後、児童関連施設に一時保護委託し、通院治療
- 一時保護の後、親の承諾のうえ児童関連施設に入所後、治療
- 一時保護の後、親の承諾が得られないため、家庭裁判所の承認により児童関連施設に入所後に治療
- 一時保護の後、児童相談所長による家庭裁判所の親権喪失宣告の申立を行った後、保全処分として親権者の職務停止と職務代行者の選任の申立を行い、職務代行者が保護者に代わって医療を受けさせる。
- 生命を助けるため、緊急避難的に検査、治療を行う。

46名において、実際の対応は、一時保護は、8名で行われ、20名で検討された。また、cからeに示すように、児童関連施設も3名で利用され、18名で検討されていた。親権喪失宣告の申立も1名で行われ、2名で検討がなされていた。

##### ④医療ネグレクト、医療拒否で、死亡または重篤な障害にいたった事例

死亡または重篤な障害は、小児科16名(8%)、新生児科13名(13%)の計29名(10%)で経験されていた。

#### 5. 医療ネグレクトの認識(図表5)

養育者の子どもに対する想定された行為について、程度と対応を聞いた。

想定された15の内容を以下に示す。

- 1) 乳児健診を受けない
- 2) 予防接種を受けない
- 3) 妊婦健診を受けない
- 4) 重い健康状態には至らない風邪や軽い疾病の放置
- 5) 中等度のアトピー性皮膚炎の民間治療
- 6) てんかん、糖尿病など慢性疾患に対する通院あるいは必要である治療（服薬や注射）の中断や断続状態
- 7) 健康被害はないが、医療管理のための定期受診しない、あるいは定期検査を受けない
- 8) 定期受診、検査を受けない結果、健康被害を生じる
- 9) 入院を要する慢性疾患であるが症状が安定しているため、受診を拒否する
- 10) 輸血をしないと重大な状態に陥る危険性があるが、宗教の教義のために輸血を拒否する
- 11) 肺炎や脱水など急性の疾患で入院を要するが、入院を拒否する
- 12) 乳児健診で、重度の栄養障害を指摘されたが、精査目的の病院受診を拒否する
- 13) 致死性の疾患で、苦痛緩和の処置を拒否する
- 14) 致死性の疾患で、気管切開など医療管理上望ましい処置を拒否する
- 15) 先天性心疾患で、手術による治療が必要であるが、染色体異常が判明したため、手術を拒否する

医療ネグレクトの程度は、現在の社会事情、医療事情から判断しての妥当性として、「まったく思わない」、「軽度」、「中等度」、「重度」、「最重度」の5段階とした。

対応の種類は、A：保護者の判断、B：説得、C：指導、D：介入から選択することとした。

小児科、新生児科で有意差を認めたのは、質問14の「致死性の疾患の気管切開で処置を拒否」の1項目のみで、本行為を最重度のネグレクトとしたものが、小児科で有意に高かった（ $P<0.05$ ）。

結果を表5、および図5で示す。

程度について「最重度」の頻度の高い順に並べると、質問10「宗教上の輸血の拒否」および質問12「重度栄養障害での病院受診の拒否」が、医療ネグレクトとして最重度と認識され、対応についても「介入を考慮」すべきという結果であった。やや重度は、質問2,3,6,8,9,11,14,15-①の9項目で、中等度は質問1,5,7,15-②の4項目で、軽度は、質問4であった。なお、程度について「最重度」の高い頻度順と対応について「介入を考慮」の頻度順で並べた項目は、程度順の結果とほぼ同様の結果が得られた。

なお、質問15の染色体異常で、先天性心疾患の手術拒否について、①予後良好の場合は、ネグレクトの程度は「やや重度」と認識されていたが、②予後不良の場合は、「中等度」と認識されていた。

## 6. 医療ネグレクト事例の提示(図表6)

経験した医療ネグレクト事例の、概要の提示は、7例で年齢は生後1か月から13歳、女4名、男3名であった。左心低形成症候群の治療拒否は、生命予後に対する倫理的側面が関係し、ダウン症、先天盲の育児放棄は障害受容の問題が関係し、川崎病例は、西洋医学への強い不信感が根底に存在するなど、生命への影響が危惧された例が多く提示された。

## D. 考察

### 1) 医療ネグレクトの概念と実態

郵送された 550 病院のうち、約 40% の回収率で、回答は 40 歳代が 40% と最も多く、医師経験が比較的長い小児科勤務医、新生児室・NICU 勤務医による実態把握調査である。

「医療ネグレクト」に関する事例は、予防接種の未接種、乳幼児健診の未受診、妊婦検診の未受診など健康管理に関することが十分に行われていない健康ケアネグレクトと、肺炎疾患、脱水などの急性疾患、てんかん、糖尿病などの慢性など疾病に対する治療が十分に行われていない医療ケアネグレクト、さらには手術の拒否や宗教の教義や医療に対する不信から積極的な医療拒否など、子どもにとって不適切な行為、または必要な行為の不履行として経験され、あるいは認識されていることが明らかになった。

子ども虐待は、保護者の意図に寄らず、保護者の子どもに対する対応が子どもの人権侵害を意味するという観点に立ち、医療ネグレクトとは、「子どもの健康に関することで、医療的ケア、健康ケアが必要であるにも関わらず、適切なケアが施されない結果、心身の障害をきたすもの、あるいはきたす可能性のあるもの」という定義は、回答者の約 9 割の賛同が得られ、妥当なものと考えられた。

現場の経験の多様性から鑑みて、医療ネグレクトは、他の子ども虐待の合併の有無や、背景の状況から、下記に類型化された。

- |    |                        |
|----|------------------------|
| I  | 他のネグレクト・虐待に合併する医療ネグレクト |
| II | 単独で生じる医療ネグレクト          |
| A  | 宗教的理由によるもの             |
| B  | 医療不信に基づくもの             |
| C  | 医療倫理に関するもの             |

また、生命との関係や対応の時間から、

- |                |
|----------------|
| I. 生命に関係する場合   |
| ①緊急を要する場合      |
| ②緊急性がない場合      |
| II. 生命に関係しない場合 |

という対応への分類整理が必要である。

保護者の子どもへの行為の内容に対する医療従事者による程度の認識と対応は以下のように、ほぼ一致した。

- |      |        |
|------|--------|
| 最重度  | → 法的介入 |
| やや重度 | → 指導   |
| 中等度  | → 説得   |
| 軽度以下 | → 継続観察 |

ただし、現場医師の視点であり、今後、他領域との意見交換が必要である。

### 2) 医療ネグレクトの課題

医療ネグレクトの判断、対応の手順、適切、かつ適時的な法的対応などが課題であり、医療現場の要望と考えられた。さらに、実例から特に、医療と児童相談所との状況把握、認識の差に基づく困難性から、よりいっそうの連携の重要性が指摘された。

## E. 結論

1. 医療ネグレクトは、特殊な問題でなく、日常診療で身近に遭遇する問題であるという認識が重要である。
2. 幅広いスペクトルの問題であり、医療分野だけでなく、多領域の連携、協働が必要である。
3. 「生命・身体に重大な被害が生じえる場合の対応に焦点をあてた研究、ガイドライン等が必要である。

## F. 研究発表

学会発表：平成 20 年 12 月、日本子ども虐待防止学会・第 14 回学術集会(広島)の分科会で発表した。

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得なし 2. 実用新案登録なし