



- A:** 福祉機関は説明・説得指導により子どもの健康状態の向上・安定を高めるように保護者に働きかける関係機関の連携による見守りを行う
必要なら警告や強い指導を行う
- B:** 医療機関は保護者に対して必要かつ適切な医療ニーズを説明して保護者がそれに従って対応するように促す
- C:** 主として対応は保護者の主体的な判断に委ねられる
- D:** 医療機関・福祉機関は基本的には保護者に事態を理解させ関係者の説明・説得によって適切・必要な医療対応に入るように促す
一定の説明・説得、あるいは事実関係を了解した上でも必要な医療行為を拒否・忌避、或いは不履行の場合、法的対応によって介入することを検討

図3. 医療ネグレクトの基本的考え方 機関対応と介入的に対応のイメージ：修正案1

「福祉領域における医療ネグレクト問題についての調査」(依頼)

このたびは「福祉領域における医療ネグレクト問題についての調査」にご協力いただき誠にありがとうございます。

本調査は平成20年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学研究事業(政策科学推進事業))「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在り方に関する研究(主任研究者:宮本信也)」において、児童相談所における医療ネグレクト相談の課題状況を整理するための調査として計画されています。

児童相談所における医療ネグレクト問題は、広範囲な子どものネグレクト問題の一部分としてのヘルスケアの不足、乳幼児の深刻な低体重状態、疾病や障害の治療に関する不作為や放置、さらには急を要する医療的処置の拒否など、多岐に渡る状態を含んでおります。本来はそれらの事例を集積してその多様な実態と課題を分析することから研究を進めるべきところですが、臨床事例の扱いのデリケートさ、個人情報の管理責任から、そうした生データによる研究は困難と考えられるため、今回、別紙にあるように、「子どもの健康被害・疾病の重症度」と「医療ネグレクトの程度」の2軸平面に、想定される課題領域を配置し、それぞれの領域における課題と領域配置の妥当性をお尋ねすることで、児童相談所が関わり合ってきた医療ネグレクト問題の課題像を確認できないかというのが今回の調査の趣旨です。また、医療処置・手術拒否問題への対応として、児童相談所が親権喪失の宣告の申し立てを本案とし、審判前保全処分として親権者の職務執行停止と職務代行者選任の申し立てをすることで、親権者が拒否している医療行為・手術の実施を可能とする法的対応がとられています。実際の経験の有無にかかわらず、この対応の判断基準やそうした対応での課題についてもお考えをおうかがいしたいと考えました。

つきましては、公務ご多忙のところ誠に恐れ入りますが、本調査の趣旨をご理解いただき、裏面の「記入にあたっての注意」を良くお読みいただいた上で、ご回答いただければ幸いです。多大な職務を担われている中で、さらなるご負担をおかけすることは大変恐縮ですが、多くの機関からのご協力を賜りたくお願い申し上げます。

調査結果は、研究報告書及び「日本子ども家庭総合研究所紀要」(翌年度夏頃に厚生労働省、全国児童相談所等へ送付予定)、当研究所ホームページや各種学術会議等において公表してまいります。集計・分析は数値による統計処理を行い、個人情報の保護には細心の注意を払い、個人が特定できないよう配慮すると共に、児童相談所及び自治体名が特定されることは一切ないよう取り扱います。

何卒、調査研究の趣旨をご理解いただきまして、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

平成20年11月4日

各児童相談所長 様

日本子ども家庭総合研究所
家庭福祉担当部長 山本 恒雄

＜ご記入にあたっての注意＞

- 1 調査回答基準日が指定されている設問については、その基準日でのご回答をお願いします。特に断りのない場合は、平成19年度中の状況についてご回答ください。
- 2 回答はそれぞれの指示にしたがい、適当な数字をご記入いただくか、該当する選択肢の番号または項目に○をお付けください。
- 3 設問3については、別紙「**図表1**」**、**「**図表2**」を参考にしながらご回答下さい。
- 4 自由記述の部分は、大変お手数ですが、できるだけ具体的にお書きください。
- 5 回答期限：平成20年12月26日（金）までに、返信用封筒にてご返送いただくようお願いいたします。
- 6 本調査に関するお問い合わせ、ご質問は下記までお願いいたします。

日本子ども家庭総合研究所
家庭福祉担当部長 山本 恒雄
TEL03-3473-8373 FAX03-3473-8408
Email yamamoto@aiiku.or.jp

※ 追加質問

大変恐縮ですが、調査票本文7ページ、設問8(1)について、以下の質問にもご回答いただき、番号をご記入下さい。

8. (1) 追加質問

保健師の配置にあたっては、

- ① 児童福祉司の定数内で配置されている
- ② 児童福祉司の定数外で追加配置されている



記入例：(1) 保健師の配置 1.有 2.無

①または②

「福祉領域における医療ネグレクト問題についての調査」

- 児童相談所名 ()
 □調査回答者名 (職名 氏名)

1. 貴児童相談所で取り扱った児童虐待相談のうち、医療ネグレクト事例として対応した事例件数
 (平成 20 年 4 月 1 日～平成 20 年 10 月 30 日現在) () 件)
2. そのうち、法的対応(児福法 28 条、児福法 33 条等)に至った事例件数
 (児福法 28 条) 件)
 (児福法 33 条) 件)
3. 別紙 - **図表 1**、**図表 2**を参考に、貴児童相談所で対応した医療ネグレクトの事例の対応経験の有無、標準的な課題、初期対応等についてお答えください。(平成 20 年 4 月 1 日～平成 20 年 10 月 30 日現在)
 ①～⑩までの代表的な事例について、
 標準的課題は、**図表 1** - 左下表の選択肢より、あてはまる番号すべて(複数回答可)に○印をお願いします。
 標準的初期対応は、**図表 1** - 右下表の選択肢より、優先的事項と思われる番号(最大 9 項目)に○印をお願いします。
 なお、経験のない事例については、「なし」に○印をしていただき、「標準的課題」部分については記入がなくても結構です。

① 重い健康被害(医学的治療を要する状態)には至らない風邪や軽い疾病の放置状態	
事例経験の有無	1.あり 2.なし
経験した事例の標準的課題	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22 (あてはまるものすべて)
その他(課題)	
想定される標準的初期対応	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19 (優先項目最大9つまで)
その他(初期対応)	
② 医療管理のための定期的な検査受診不履行(健康被害は認められない)	
事例経験の有無	1.あり 2.なし
経験した事例の標準的課題	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22 (あてはまるものすべて)
その他(課題)	
想定される標準的初期対応	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19 (優先項目最大9つまで)
その他(初期対応)	

③ - 1 未知（架空）の疾患状態への不適切な医療要求（ex.子どもへの存在しない特定の疾患への固執、あるいは必要が認められない治療へのこだわり要求等）	
事例経験の有無	1.あり 2.なし
経験した事例の標準的課題	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22（あてはまるものすべて）
その他（課題）	
想定される標準的初期対応	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19（優先項目最大9つまで）
その他（初期対応）	
③ - 2 代理によるミュンヒハウゼン症候群の疑い（ex.問題症状やその兆候は確認されないにもかかわらず、保護者が「ひきつけがあった」とか「下痢、腹痛が続いている」等といった申し立てをして、治療を求め、その継続性、様態から代理によるミュンヒハウゼン症候群にあたると思われる場合）	
事例経験の有無	1.あり 2.なし
経験した事例の標準的課題	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22（あてはまるものすべて）
その他（課題）	
想定される標準的初期対応	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19（優先項目最大9つまで）
その他（初期対応）	
④通院加療と継続服薬の必要な慢性疾患における親の都合による中断、断続状態	
事例経験の有無	1.あり 2.なし
経験した事例の標準的課題	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22（あてはまるものすべて）
その他（課題）	
想定される標準的初期対応	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19（優先項目最大9つまで）
その他（初期対応）	
⑤軽度の乳児栄養障害	
事例経験の有無	1.あり 2.なし
経験した事例の標準的課題	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22（あてはまるものすべて）
その他（課題）	
想定される標準的初期対応	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19（優先項目最大9つまで）
その他（初期対応）	

⑥医療管理のための定期的な検査受診不履行（健康被害を認める）	
事例経験の有無	1.あり 2.なし
経験した事例の標準的課題	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22（あてはまるものすべて）
その他（課題）	
想定される標準的初期対応	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19（優先項目最大9つまで）
その他（初期対応）	
⑦-1 子どもに入院加療を要する慢性疾患の状態がある。病状は軽微で安定している。保護者の受診怠慢の疑い。	
事例経験の有無	1.あり 2.なし
経験した事例の標準的課題	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22（あてはまるものすべて）
その他（課題）	
想定される標準的初期対応	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19（優先項目最大9つまで）
その他（初期対応）	
⑦-2 子どもに入院加療を要する慢性疾患の状態がある。病状は軽微で安定している。保護者は受診を拒否。	
事例経験の有無	1.あり 2.なし
経験した事例の標準的課題	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22（あてはまるものすべて）
その他（課題）	
想定される標準的初期対応	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19（優先項目最大9つまで）
その他（初期対応）	
⑦-3 子どもは入院加療を要する慢性疾患の状態がある。病状は軽微で安定している。保護者は入院を拒否。	
事例経験の有無	1.あり 2.なし
経験した事例の標準的課題	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22（あてはまるものすべて）
その他（課題）	
想定される標準的初期対応	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19（優先項目最大9つまで）
その他（初期対応）	

⑦-4 子どもは入院加療を要する慢性疾患の状態がある。病状悪く症状は重い。保護者は入院を拒否。	
事例経験の有無	1.あり 2.なし
経験した事例の標準的課題	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22 (あてはまるものすべて)
その他(課題)	
想定される標準的初期対応	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19 (優先項目最大9つまで)
その他(初期対応)	
⑧重症状態、臨死状態での医療措置の選択の問題	
事例経験の有無	1.あり 2.なし
経験した事例の標準的課題	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22 (あてはまるものすべて)
その他(課題)	
想定される標準的初期対応	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19 (優先項目最大9つまで)
その他(初期対応)	
⑨重度の栄養障害	
事例経験の有無	1.あり 2.なし
経験した事例の標準的課題	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22 (あてはまるものすべて)
その他(課題)	
想定される標準的初期対応	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19 (優先項目最大9つまで)
その他(初期対応)	
⑩-1 緊急入院、要加療状態での受診怠慢、入院拒否	
事例経験の有無	1.あり 2.なし
経験した事例の標準的課題	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22 (あてはまるものすべて)
その他(課題)	
想定される標準的初期対応	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19 (優先項目最大9つまで)
その他(初期対応)	

⑩-2 緊急入院、要加療状態での受診怠慢、医療行為拒否	
事例経験の有無	1.あり 2.なし
経験した事例の標準的課題	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22 (あてはまるものすべて)
その他(課題)	
想定される標準的初期対応	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19 (優先項目最大9つまで)
その他(初期対応)	

⑩-3 緊急入院、要加療状態での受診怠慢、手術拒否	
事例経験の有無	1.あり 2.なし
経験した事例の標準的課題	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22 (あてはまるものすべて)
その他(課題)	
想定される標準的初期対応	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15 16. 17. 18. 19 (優先項目最大9つまで)
その他(初期対応)	

4. 上記で標準的課題の22、初期対応の19、の項目に留まらず、①～⑩の課題状況のいずれにも該当しない課題があった場合、個人情報保護の要件に抵触しない範囲内で、大変お手数ですがその課題の概要と設定された標準的課題、初期対応の課題事項があればお書き下さい。

- ・課題領域の概要

- ・標準的課題となったこと

- ・初期対応

5. 児童福祉法第 33 条の申し立てによる医療ネグレクトへの法的対応について、児童相談所としての対応の取り決め確認事項、手順、要綱などの有無（あてはまる番号に○印）

1. あり 2. なし 3. 現在検討中

※もし、何かの取り決めや要綱をお持ちでしたら是非ご提供いただけるとありがたく存じます。

6. 取り決めや要綱の有無に関わらず、医療ネグレクトの法的対応について提示されている以下の 4 つの確認事項の考え方を読んで、より適切な表現や要件、考え方があれば、修正、追記 あるいは全く別に記載してお示しください。

『医療ネグレクトに関する児童福祉上の法的対応を検討する上での 4 つの確認項目』

- (1) 医療機関が、子どもの治療の必要性およびそのメリットが明らかにデメリットを上回ること、治療の安全性が危険性と比較して明らかに高いこと、子どもの生命の安全、健康、生活の向上が、治療を実施しない場合に比べて明らかに良好な状態になる可能性があることを保障しており、当該医療機関が組織として、その治療を保護者が拒むことは医療ネグレクトと言わざるを得ないと確認している。

[]

- (2) 保護者は子どもの疾病の状態、治療が必要な理由、治療をしない場合に予想される結果、治療によって子どもの生命・身体の状態について、どんなメリットが期待できるか、医療処置に伴う危険性、デメリットの程度も十分に認識し、さらには親権者の同意がなければ治療の実施に入れないことを十分に理解した上で、なお、親権者としてその治療についての同意を拒んでいる。

[]

- (3) 児童の最善の利益の立場からみて、子どもの生命、身体の状態について、当該治療を拒否することが、重大なデメリットをもたらす危険性が極めて高いと認められる。

[]

- (4) 上記 3 点の内容が満たされており、子どもの安全のニーズ、子どもの最善の利益の観点から、治療同意についての監護件を親権者から職務代行者に移して再度公平・中立の観点から総合的に判断し直して治療の必要性について判断を求めることが必要かつ望ましい。なおこの手続きの間も、保護者への説得は続ける。

[]

7. 医療ネグレクトの法的対応について、ご意見や課題等ありましたらお書き下さい。

● 児童相談所における保健師による子ども虐待対応ヘルスケア 医療ネグレクトに関する対応に関して

8. 保健師の配置について、お答え下さい（平成20年4月1日時点での状況）

(1)保健師の配置 1.有 2.無

(2)保健師の人数・性別（ ）人 内・女性（ ）人 男性（ ）人

(3)配属場所（ ） 例：子ども〇〇課〇〇班〇〇グループ

(4)職名（ ）

(5)今後の配置予定 1.有 2.無 3.検討中

(6)配置の希望 1.有（→問7へ） 2.無

(7)希望する配置形態と業務内容（配置形態： ）
（業務内容： ）

(8)児童相談所として、保健師を配置したことによる効果や課題についてお書き下さい。（配置している場合）
今後、保健師の配置を検討している場合には、どんなことを期待しているかお書き下さい。

※これ以降の調査項目に関しては、児童相談所に配置されている保健師の方がお答え下さい

9. 保健師の担当業務について（関与している業務番号すべてに○印）（平成19年度から現在の状況）

担当業務の分野		業務内容	関与している業務番号に○印、複数可		
I	一般相談対応	児童福祉司等と同等の相談担当	1		
	医療機関対応	医療情報収集、調整	2		
II	乳幼児	育児支援	3.(0～2歳)	4.(3歳以上)	
		低体重児	5.(0～2歳)	6.(3歳以上)	
		疾病	7.(0～2歳)	8.(3歳以上)	
		発達・障害児の相談	9.(0～2歳)	10.(3歳以上)	
	健康問題	性的虐待対応	11.(0～2歳)	12.(3歳以上)	
		性教育・非行問題	1 3		
		精神保健	1 4		
		禁煙教育	1 5		
		その他子どもの健康問題	1 6 内容：		
	関係機関との連携	保健所、保健センター医療機関との連携	1 7		
III	その他	内容：			

10. 問5の表左欄、I、II、IIIに分類した担当業務分野ごとの業務比率について（いずれかひとつに○印）

1.すべてI	2.ほとんどI、わずかにII、III
3.すべてII	4.ほとんどII、わずかにIとIII
5.それ以外の比率で業務担当（ ）	

11. 問5に関連して、業務担当の形態と件数について、ご記入下さい（把握できている範囲でお願いします）

- (1)専任担当 ケース数（ ）件
- (2)チーム担当 常に複数対応のメンバーとして ケース数（ ）件
- (3)チーム担当 ワンポイントのスタッフとして 回数（ ）回
- (4)児童福祉司との共同ケースとして継続指導等を担当 ケース数（ ）件
- (5)児童相談所職員として市町村職員とチーム対応 ケース数（ ）件
- (6)緊急出動・保護の応援 回数（ ）回

12. 児童相談所における保健師の役割について、回数をご記入下さい（平成19年度中の実績）

	保健師の役割・機能区分	実際の動き	回数
1	個別ケースへの対応	緊急受理会議、援助方針会議等の所内会議、打ち合わせへの参加	
2		家庭訪問（単数対応）	
3		家庭訪問（複数対応）	
4		面接（単数対応）	
5		面接（複数対応）	
6		援助活動チームへの参加	
7		専従（家庭復帰支援等）チームのカンファレンス参加	
8		一時保護所観察会議への参加	
9	保健福祉事務所及び市町村保健師との連携・支援	保健福祉事務所の母子保健連絡会議への参加	
10		市町村等が主催する事例検討会への参加	
11		児童相談所管内の母子保健担当保健師との連絡会議等の開催	
12	地域の関係機関との連携	市町村との連絡調整会議への出席	
13		市町村の要保護児童対策地域協議会への出席（実務者）	
14		市町村の要保護児童対策地域協議会への出席（個別）	
15		都道府県保健所との連絡会議等への出席	
16		児童相談所管内の保健福祉事務所関係各課との連絡会議等の開催	
17		児童虐待防止に関する研修等への協力（機関向け）	
18		児童虐待防止に関する研修等への協力（子ども向け）	
19	調査・研究	調査・研究活動への協力、参加	
20	その他	内容：	

出典：神奈川県「児童虐待防止対策に関する児童相談所における保健師業務のあり方検討委員会」報告書
（平成19年11月） 2頁～4頁、業務モデル表の項目を参考に作成。

13. 保健師としての児童相談所の業務について、成果や感じること、課題等あれば、お書き下さい。

調査へのご協力ありがとうございました。

■経験した事例での標準的課題（選択肢 2 2 項目）

1. 子どもや家族の健康管理の問題：無関心
2. 子どもや家族の健康管理の問題：過敏
3. 子どもの病気の理解不足
4. 妥当性を欠いた病気の理解 治療要求
5. 信仰・思想信条による治療方針の拒否
6. 家族・保護者の生活課題：経済的困窮
7. 家族・保護者の生活課題：非協力・不和
8. 障害・疾病の受容困難
9. 何らかの理由でなかなか受診しない
10. 入院の拒否
11. 手術の拒否
12. 輸血の拒否
13. 信仰、思想信条による治療拒否
14. 医療機関との連携上の課題
15. 医療機関以外の関係機関との連携上の課題
16. 子どもの状態確認の困難 接触の困難
17. 家族の状態確認の困難 接触の困難
18. 医療ネグレクトとしての妥当性判断の困難
19. 法的対応の課題：立証性の困難
20. 法的対応の課題：職務代行者選任の困難
21. 原因不明の疾病 代理ミュンヒハウゼンの疑い
22. その他（ ）→別途記載

■想定される標準的初期対応（選択肢 1 9 項目）

1. 関係機関からの情報収集
2. 医療機関からの情報収集
3. 子どもの安全確認 間接
4. 子どもの安全確認 直接
5. 保護者に受診要請・説得 間接
6. 保護者に入院要請・説得 間接
7. 保護者に治療処置の説得 間接
8. 保護者に調査面接 直接
9. 保護者に受診要請・説得 直接
10. 保護者に入院要請・説得 直接
11. 保護者に治療処置の説得 直接
12. 子どもの保護＝病院への入院を検討
13. 子どもの保護＝別の病院へ転院検討
14. 子どもの保護＝病院入院
15. 子どもの保護＝転院
16. 家裁申立による法的対応検討開始（法 28 条）
17. 家裁申立による法的対応検討開始（法 33 条）
18. 警察への通報・相談・告発の検討
19. その他（ ）→別途記載

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 くれたけ法律事務所弁護士

研究要旨

わが国における医療ネグレクトに対する法的対応として、最近利用されるようになった親権喪失宣告及びその保全処分について、その仕組みと実際の運用を明らかにした。次に、平成20年2月28日に公表された宗教的輸血拒否に関する合同委員会作成の「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」を検討し、その背景にある考え方を分析した。そのうえで、現行法制度を前提としたガイドライン作成を念頭に置きつつ、①子どもの自己決定能力をどのように考えるか、②子どもに自己決定能力が認められない場合、誰がどのようなかたちで医療行為の同意をするのか、③親が医療行為に反対する場合に親権喪失宣告及びその保全処分が利用されることが想定されるが、どのような枠組で判断するか、④施設等に入所している子どもに対する日常的医療行為について、親権者が反対しても裁判手続によらずに実施することが可能か、といった論点について、主に邦語文献を参考にしながら整理を試みた。

第1 研究のねらい

医療ネグレクトは相当数の医療機関において問題になっており、すでに司法の場にも持ち出されるほどになっているが¹、いまだ医療機関において有用なガイドラインが存在するとは言い難い。そこで医療ネグレクトの対応上の留意点を明らかにしたガイドラインを作成することが、本研究の最終的な目的である。

ガイドラインの中核は、現行の法制度を前提に、医療現場に対し、ケースを裁判所に持ち込むべきなのかどうかについて、あ

る程度の予測可能性を提供することになると考えている。なぜなら、医療ネグレクトが医療現場で問題とされる最も大きな理由は、それが医療現場のみで解決できない点にあるからである。そして、医療現場で解決できない理由は、親の親権行使が必要な医療行為を妨げており、解決するには親権を制限するほかにないが、親権の制限は基本的に裁判所の役割なのである。従って、医療現場としては、目の前の医療ネグレクトのケースを、①親権者の意向にかかわらず現場判断で医療行為に踏み切つてよいケースなのか、それとも医療行為を実施す

るには裁判所による親権の制限が必要なケースなのか、②仮に裁判所による親権の制限が必要であるとして、それが認められる可能性が高いのか、それとも認められる可能性は低いのか、といった視点で分類し、それに応じて対応を決定できることが望ましい。その判断基準を示すことが、本研究のめざすガイドラインであると考えている。

しかし、そのようなガイドラインの作成は解決困難な矛盾を内包する。そもそも現場が安心して頼ることのできるガイドラインには、判断に迷うことのない明確性ととともに、そのガイドラインに従いさえすれば後に責任を問われることのない安全性が求められる。特に後者は、医療現場が強く期待するところであろうと思われる。そのようなガイドラインが提供できれば、それに越したことはない。

ところが、最終的に、医療機関の責任の有無を判断するのは裁判所であり、裁判官である。裁判官は独立性を有しており、法と良心にのみ拘束される²。したがって、そもそも裁判所の判断を確実に予測するのは不可能に近い。そのなかで、ガイドラインに高度の安全性を求めるならば、誰が見ても明らかな事例のみを救済の対象とし、そうでない事例を排除することになってしまうだろう。それでは医療ネグレクトから救われる子どもはほんの一握りにとどまりかねない。一方、保護の範囲を拡大しようとする、責任を問われるものと問われないものとの限界が曖昧にならざるを得ない。ガイドライン作成には、このように拮抗しがたいジレンマがある。

しかし、実際に判断を行う裁判官は、その時代の社会通念を無視することはできない。特に法律の定める要件の抽象度が高ければ高いほど、社会通念を取り込んで判断することになるはずである。後に述べる

ように、現在、医療ネグレクトの解決のために親権喪失宣告制度を活用する例が複数報告されている。親権喪失宣告の要件は「親権の濫用」（民法 834 条）であるところ、そこに盛り込まれる具体的内容は、親子関係をめぐる社会通念の変遷による影響を受けざるを得ないとされている³。

とすれば、ガイドラインにも社会通念を取り込むことで、救われる子どもの間口を狭めることなく、ガイドラインとしての明確性、安全性を確保できるのではなかろうか。何が現代の社会通念かを探求するひとつの方法は多くの審判例を分析することだが、わが国においては医療ネグレクトに関する審判例はあまりに少なく、この方法には限界がある。そこで、本研究では諸外国の対応例を検討することで補完したいと考えている。

確かに、わが国と諸外国では家族や医療をめぐる文化に少なからぬ差異があることは否めない。しかし、特に生命に関わる深刻な問題については、人種や文化を超えて人間として共通の受け止め方があるのではなかろうか。例えば、米国で形成されたといわれるインフォームド・コンセントの考え方も、わが国においても定着しつつあると思われるし⁴、わが国で問題になっている宗教的理由に基づく輸血拒否は、すでに欧米でも大きな社会問題になり、これに関する裁判例も相当数ある。諸外国の規範を無批判的に輸入する危険性はいうまでもないが、先に述べたようにわが国における審判例の蓄積が甚だ少ないことを踏まえ、ガイドライン作成の参考とすることはやむを得ないものとする。

このような視点に立ち、本稿では次のように論を進めたい。まず、わが国の法制度の概要と運用について説明を行う。次に、わが国において先行する医療ネグレクト

に関連するガイドラインを紹介し、主な論点について分析を試みる。あわせてアメリカのガイドライン（立法を含む）についても簡単に紹介する。最後に、わが国において現行法制度を前提として、ガイドライン作成にあたり検討すべき論点を整理する。

なお、本研究はまだ折り返し点に差し掛かったところで、調査や検討が不十分な点があることは否めない。また、本研究は共同研究であるところ、まだ他の共同研究者との間で十分な議論を経していない。従って、本論文はガイドライン作成を目的とする論点整理の域を出ないものとし、基本的には結論めいたものを提示することは差し控えたい。

第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 わが国の法制度～親権喪失宣告を中心に

(1) 親権喪失宣告及び保全処分の概説

ここでは最近、医療ネグレクト対応に利用される親権喪失宣告及び保全処分について、基本的な仕組みを概説する。なお、吉田判事が実務の視点に立って詳しく解説している論文⁵があるので、詳細はそちらを参照されたい。ここでも吉田論文として適宜引用する。

まず、親権喪失宣告を規定しているのは民法834条である。同条は、「父又は母が、親権を濫用し、又は著しく不行跡であるときは、家庭裁判所は、子の親族又は検察官の請求によって、その親権の喪失を宣告することができる。」と定めている。親権喪失宣告の要件は、①親権の濫用、または②著しい不行跡であるが、医療ネグレクトにおいて検討されるべき要件は、①親権の濫

用である。ネグレクトは親権の消極的濫用と考えられるところ、親権の消極的濫用が認められるために親の帰責事由が必要か否かはひとつの論点とされている。この点、吉田論文は、仮に帰責事由が必要だという立場に立ったとしても、「親権者が未成年者に対する医療行為の必要性と医療行為を行わない場合に生じる結果などについて、関係機関などから情報提供を受けるか、情報提供を受ける機会をもちながらも、合理的な理由なくこれに同意せず、そのため未成年者の生命・身体に重大な危険が生じている場合には、未成年者に疾患があることにつき親権者に帰責事由がなくても、医療行為への同意という親権行使義務の不履行につき親権者に帰責事由があるものとして、親権喪失を認めてよいのではないかと考える」と述べて⁶、帰責事由に関する立場の違いにかかわらず、親権喪失宣告の可能性を肯定する。

医療ネグレクトのケースにおいて、具体的にどのような事情があれば親権の濫用があるといえるのか。この点、吉田論文は、「現時点において、一般的な判断基準を確立するのは困難である」としつつ、「①未成年者の疾患及び現在の病状、②予定される医療行為及びその効果と危険性、③予定される医療行為を行わなかった場合の危険性、④緊急性の程度、⑤親権者が未成年者に対する医療行為を拒否する理由及びその合理性の有無等を総合的に判断し、親権者が合理的な理由なく未成年者に対する医療行為を拒否しており、そのことによって未成年者の生命・身体に重大な危険が生じることが明らかと認められる場合には、「親権の濫用」に該当するというべきであろう。」と述べる⁷。

親権喪失宣告手続は審判まで時間を要することが多いが、それまで親権者の親権

行使を放置すると、最終的に親権喪失が認められたとしても手遅れになってしまい、守るべき利益を守れないことがある。そのため、家事審判法 15 条の 3 は保全処分を認めている（保全処分事件に対し、親権喪失宣告申立事件を本案という）。保全処分の具体的内容は家事審判規則において本案の審判事項ごとに規定されており、親権喪失宣告については同規則 74 条 2 項が、①親権者の職務執行を停止する決定、②親権の職務代行者の選任という、ふたつの方法を定めている。医療ネグレクトのケースにおいては、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、親権を停止しておく）、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。

いったん医療行為が完了すると、他に虐待等の問題がない場合、もはや親権者の親権を喪失させる理由がなくなる。吉田論文において報告されている 6 例のうち 5 例は取り下げによって終了し、親権者は親権を回復し、職務代行者はその地位を失っている⁸。

一連の手続の申立権者は、子の親族、検察官、児童相談所長とされているが（民法 834 条。児童相談所長については児童福祉法 33 条の 6）、検察官による申立はほとんど例がなく⁹、医療ネグレクトの場合には迅速かつ専門的な対応が不可欠であるから、児童相談所長が行うのが適切であると思われる。吉田論文において報告されている 6 例はいずれも児童相談所長による申立てとされる。

親権喪失宣告が確定すると子どもの戸籍にその旨が記載されるが（戸籍法 13 条 8 号、戸籍法施行規則 30 条 1 号、同 35 条 5 号。家事審判法 15 条の 2、家事審判規則 2

1 条の 2 第 1 項、同 78 条の準用する同 71 条により裁判所書記官から戸籍管掌者に通知される）、その保全処分についても子どもの戸籍にその旨が記載される（家事審判規則 21 条の 2 第 2 項）。これは親権喪失ないし停止の事実を戸籍の記載によって公示し、第三者が親の親権がなくなっていることに気づかずにその代理により子どもと取引をするなどの事態を防ぐためである。

（2）親権喪失宣告及び保全処分の実際

申立から終結までの流れは、概ね次のようになっている。

医療機関等から医療ネグレクトの疑いがあることが児童相談所に通告される（児童福祉法 25 条、児童虐待の防止等に関する法律（児童虐待防止法）6 条 1 項）。通告を受けた児童相談所は受理会議を開き（児童虐待の場合、定例の受理会議ではなく、緊急受理会議が開かれることが多い）、直ちに調査を開始する。児童相談所は子どもの安全確認をする一方（児童虐待防止法 8 条 2 項）、当該医療機関その他の関係者、関係機関から事情を聴取する。特段の支障がない限り、医療行為に反対している親からも事情を聴取するであろう。

親権喪失宣告等の申立を行うことになった場合、児童相談所は申立書等の準備と並行して、管轄の家庭裁判所に事前連絡をしておく、裁判所が態勢を整える時間的余裕が生じ、その後の手続が多少なりとも迅速になるかもしれない（児童福祉法 28 条申立て等について児童相談所が家庭裁判所に事前に一報を入れる運用がなされているところがあるようである）。児童相談所は申立書に関係資料を添付し、家庭裁判所に申し立てる。親権喪失宣告の申立てと同時に保全処分の申立てを行う¹⁰。

申立時において、裁判所が申立人から事情を聴く受理面接を実施するのが効果的であるとされるが¹¹、この際、可能であれば当該医療機関の医師またはスタッフを同行することも考えられよう。家庭裁判所においては迅速性を確保するため審判官が中心になって¹²、まずは保全処分の要件を中心に進められる。実質的な要件は、①本案審判が認容される蓋然性と、②保全の必要性である¹³。①は要するに親権濫用の有無であるが、短時間に結論を迫られる保全では、心証は本案ほど高度でなくてもよく、疎明¹⁴があれば足りる（家事審判法15条の3第3項）。一方、本案審判を待てない事情、すなわち②保全の必要性も審理の対象とされる点は、本案の審理より加重されているともいえる。裁判所は親権者から陳述を聴くことが望ましいとされるが、本案と異なり必須とはされていない（家事審判規則76条は保全事件に適用されない）。

裁判所が保全処分の要件を満たす旨の心証を得ると、保全処分を行う（家事審判法上、審判という形式による）。主文は、おおむね、「本案審判申立事件の審判が確定するまで、事件本人（注・親）の未成年者〇〇に対する親権者としての職務執行を停止する。上記期間中、〇〇を職務の代行者に選任する。」といったものになる。保全の審判は「これを受ける者に告知することによってその効力を生ずる」（家事審判法15条の3第4項）。「告知」の方法は「裁判所ノ相当ト認ムル方法ニ依リテ之ヲ為ス」（家事審判法7条によって準用される非訟事件手続法18条2項）。通常は審判書を民事訴訟法の定めに従って送達しているが、必ずしもこれに拘束されるわけではない。緊急を要する場合は書記官が直接親権者のいるところへ赴いて交付することによって告知することも可能であ

ると思われる。

保全処分の審判が親権者と職務代行者に告知されると、職務代行者は直ちに問題とされた医療行為に同意し、医療機関はその同意に基づいて医療行為を実施する。親権者は、職務執行を停止する保全処分に対し即時抗告を申し立てることができるが、即時抗告をしても、高等裁判所または家庭裁判所が特に執行停止の決定（家事審判規則15条の3第3項）をしない限り、保全処分の効力に影響を及ぼさない。医療行為の目的が達成され、他に親権者の職務執行を停止しておく必要がなければ、児童相談所長は親権喪失宣告申立事件と保全処分申立事件を取り下げ、事件が終了する。なお、取り下げにあたり、親権者に一定の誓約をさせる例もあるようである¹⁵。

2 わが国の法制度～その他の法制度

（1）緊急事務管理（民法698条）による医療行為

民法698条は、「管理者は、本人の身体、名誉又は財産に対する急迫の危害を免れさせるために事務管理をしたときは、悪意又は重大な過失があるのでなければ、これによって生じた損害を賠償する責任を負わない」と定める。管理者とは、「義務なく他人のために事務の管理を始めた者」（同697条1項）であり、その管理について契約関係等が存在しないことが前提とされている。仮に、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。

そもそも、本条を適用した裁判例で公表されているものがほとんどない状況であるから、今後の検討を待たなければならないが、以下の理由から、医療ネグレクトのケースにおいて適用できる可能性は大き

くないものとする。

第一に、医療ネグレクトのケースでは、医師は患児ないしその親との間で診療契約を締結していると解されることが多く、その契約の効果として医療行為を提供する義務を負っているから、「義務なく」事務管理を行っているとは言い難いと思われる。

第二に、医療ネグレクトのケースでは、「本人」は子どもであると解されるところ、例えば親の親権行使に反して医療行為を行った場合、損害を主張してくるのは親であろう。この点、民法 698 条は「本人」、すなわち子ども自身に対する関係では免責を認めているものの、第三者である親に対する関係で免責を認めているといえるかどうかについては必ずしも明らかではない。これを否定的に考えると、医療機関が親からの責任追及を免れる理由とはならない（もっとも、親が医療行為が子どもの自己決定権を侵害するものとして子どもを代理して損害賠償を請求した場合には、事情によっては本条を適用しうるように思われる）。

第三に、医療機関としては、親が特定の医療行為を拒否しているという事実を知りながら、当該医療行為を行っているのだから、「悪意」は争い難いと思われる。

以上のように考えると、先に述べたとおり、本条を医療ネグレクト対応のひとつの抛り所とするのは困難であるとする。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。

(2) 児童福祉法 47 条

児童福祉法 47 条 1 項は、児童福祉施設に入所中の児童について「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た規定である。「親

権を行う者」がないという意味は、親権者の死亡、親権喪失等のみならず、親権者はいるが事実上親権を行っていないものも含むとされている。親権を事実上行い得ない例としては、従来、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いる¹⁶。

医療ネグレクトのケースにおいてあまり適用範囲が広いとはいえないが、例えば、子どもが児童養護施設に入所しており、親が精神病により心身に著しい障害がありながら、医療行為に消極的である場合などは、施設長が親権を代行して医療行為に同意することも考えられよう。

児童福祉法 47 条 2 項は、児童福祉施設に入所中の児童や里親に委託中の児童について、親権者や未成年後見人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」と定めている。この規定は、実際に子どもを養育する施設長や里親が何ら法的権限をもたないと養育に支障が生じるため、一定の権限を認めたものであるが¹⁷、親権者の親権行使との調整については何ら予定されていない¹⁸。

しかし、仮に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。

第3 既存のガイドライン

1 「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」

平成20年2月28日、日本輸血・細胞治療学会外4学会による「宗教的輸血拒否に関する合同委員会」が「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」（以下、「輸血ガイドライン」と称することがある。）を公表した。輸血に関する場面で、かつ、親が輸血を拒否する理由が親の宗教的理由に基づくという限定された場面においては、明確な場合分けを用いた有用なガイドラインとなっている。

このガイドラインの概略を紹介する。ガイドラインは、子どもを15歳と18歳のラインで分類する。そして、子どもが18歳以上で医療に関する判断能力があると認められる場合は、基本的に子どもの意思を尊重し（従って、親権者の意向は問わない）、子どもがあくまで輸血を拒否すれば輸血は行わないとする。次に、子どもが15歳未満か、または15歳以上18歳未満でも判断能力がない場合は、親権者の意見を聴き、輸血の必要性について理解を求め、最終的には親権者の意見にかかわらず輸血を行う。親権者が治療に反対するのみならず、治療行為を阻害するような状況においては、児童相談所に虐待通告した上で、先に述べた親権喪失宣告申立てを利用する。興味深いのは15歳以上18歳未満で判断能力があるとされる場合である。この場合、ガイドラインでは、子ども自身が輸血を希望すれば、親権者の意見にかかわらず輸血を行うとする。逆に親権者が輸血を希望すれば、たとえ子どもが輸血を拒否しても最終的には輸血を行うとする。しかし、子どもも親権者も輸血を拒否する場合は、18歳以上の場合に準じて輸血を行わないものとする。やや乱暴に整理すれば、子どもが18歳以上なら子どもの意思を尊重し、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、子どもが15歳未満なら医療機関が判断する、ということになる。そして、医療機関が判断する場合は、基本的に生命を維持する方向で判断することとされている。

このガイドラインの背景にある考え方を推測してみると、第一に、わが国の成人年齢、すなわち20歳で分け、成年に達した途端に、子どもが突然に自己決定能力を獲得するという考え方ではなく、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に立っていると思われる。この考え方は、イギリスにおけるギリック判決で、フレイザー卿が述べた次の言葉に通じるものがある。すなわち、「子ども、または青年は、一定の成人年齢に達するまでは事実上親の完全な監護権のもとに置かれたままであるが、成人年齢に達するや突如として独立を獲得するというのは、私の考えでは、人類の日々の経験、少なくとも今世紀の西欧社会における経験に反している」¹⁹。子どもが段階的に自己決定能力を獲得していくという考え方は、西欧社会のみならず、わが国においても十分に共有されているといえよう。

第二に、基本的には、子どもの生命維持を指向している。特に、判断能力のある子ども自身が明確に輸血を拒否しない限り、親権者の意見にかかわらず、輸血を実施することとしている点に顕著に現れている。この点は、おそらくこのガイドラインが、輸血が子どもの生命維持にほとんど欠くべからざるものである一方、輸血に内在するリスクは非常に小さいという状況を想定しているであろうことと無関係ではない。宗教的理由さえなければ、誰であっても輸血を希望するであろう状況であれば、輸血が子どもの最善の利益（best interest）