

II. 医療における対応

1. 対応の概要

子どもへの対応に関する基本的考え方は、子どもの最善の利益を考えた対応を行うということである。そのために必要な医療行為を拒否され、その状況が医療ネグレクトと判断された場合、医療機関が行うべきことは以下ようになる。

1) 個々の対応

(1) 保護者への対応

治療への同意を得るための可能な限りの努力（説明と説得）

(2) 子どもへの対応

本格的治療が行われるまでの応急処置の実施（必要な場合）

保護者または職務代行者の同意による本格的治療の実施

(3) 児童相談所との連携

医療ネグレクトの判断後の虐待通告

児童相談所からの事情聴取への対応

子どもの状態と医学的見立ての説明

親権喪失宣告の申立等に関して、必要に応じて児童相談所と相談

2) 実際の流れ

① 保護者への説明と説得

② 同意得られず → 医療ネグレクトの判断

③ 医療機関内での対応方針の検討・決定

④ 児童相談所への通告 + 保護者の説得継続 + 必要に応じての応急処置

⑤ 同意なし → 親権喪失宣告の申立（児童相談所から家庭裁判所へ）

+ 保護者の説得継続 + 必要に応じての応急処置

⑥ 同意なし → 保全処分による親権者の職務停止と職務代行者の選定

+ 保護者の説得継続 + 必要に応じての応急処置

⑦ 同意なし → 職務代行者の同意による本格的治療

+ 保護者への治療経過の説明

⑧ 同意あり → 治療継続 + 保護者への治療経過の説明

+ 必要に応じ申立取り下げ（児童相談所と医療機関で協議）

なし → 治療継続 + 保護者への治療経過の説明

※ただし、経過中に急変等で子どもが重篤な状態になった場合は、子どもの生命維持と重篤な後遺症予防を優先し、必要な処置を行う。

※※⑥の保全処分の過程で保護者の同意が得られることがあり、その場合は、必要に応じ親権喪失宣告申立の取り下げを行う。

特殊な場合

① 経過中に子どもが死亡

治療経過の説明 + 保護者への支援（児童福祉機関・保健機関・医療機関）
状況に応じて、警察への通報

② 親権喪失宣告の申立が却下された場合

必要に応じての応急処置 + 保護者要望治療の可能な範囲での実施
保護者が要望する治療が実施可能な医療機関への転院検討

状況によっては、高等裁判所に即時抗告

3) 必要治療終了後の対応

必要な治療が無事に終了した後の対応は、医療拒否以外の養育上の問題（養育能力の問題、その他の虐待など）が保護者や家庭に見られるかどうか、および退院後の治療継続の必要性により異なる。

(1) その他の養育上の問題なし

治療継続の必要性

なし → 申立の取り下げ（児童相談所）

+ 治療経過の説明

同様の状況再燃防止のための助言と再発時の対応方針の説明

あり → 治療継続の必要性と治療内容について説明

同意あり → 申立の取り下げ（児童相談所）

同意なし → 申立継続の検討 + 退院後の治療・処遇の検討

（治療の場所・方法、家族支援など）

(2) その他の養育上の問題あり

治療継続の必要性

なし → 申立の取り下げ検討（児童相談所と医療機関で協議）

+ 退院後の処遇検討（家族支援・家庭分離など）

あり → 申立継続の検討（児童相談所と医療機関で協議）

+ 退院後の治療・処遇の検討

（治療の場所・方法、家族支援・家庭分離など）

2. 個々の対応

以下は、個々の対応についての解説であるが、最初に医療ネグレクトの判断について示してある。医療ネグレクトと判断されることが、以後の個々の対応の始まりだからである。

A) 医療ネグレクトの判断

対象事例が「確認されている疾病に関して医療上必要とされている処置について、保護者の医療拒否・ネグレクトが疑われるもの」であるかどうかの判断手順を示す。

1) 対象となる基本要件を確認する。

- (1) 子どもの医療処置を要する心身の傷病・疾病の医学的診断がなされている。
- (2) 子どもの心身の傷病・疾病の医学的診断に基づく具体的な医療処置が必要とされている。
- (3) 子どもの医療処置について保護者の医療拒否・遅延、放置が疑われる。

2) 危険の程度、緊急性から区分する。

- (1) 生命・身体に切迫した重大な危険がある状況で緊急の医療処置を要するもの。
- (2) 直ちに生命・身体に重大な危険性がある切迫性は認めないものの、医学的診断に基づき必要とされている治療処置について、何らかの心身に危険が伴うもの（服薬の怠慢や通院・受診による治療処置の怠慢など）。
- (3) 明らかな心身の健康への危険は直ちには認められないが、潜在的な危険があるもの（治療教育やリハビリへの参加の怠慢・不履行や、代替的対応の選択の問題など）。

3) 治療方法について検討する。

- (1) 医療機関が提唱する治療方法の有効性は高い。
- (2) 医療機関が提唱する治療方法の成功率が高い。
- (3) 医療機関が提唱する治療方法の危険性より治療から得られる子どもの利益が大きい。
- (4) 医療機関が提唱する治療方法と同程度の有効性が認められる他の方法がない。
- (5) (該当する場合) 子どもの状態に対して保護者が要望する治療方法・対処方法を検討した結果、その有効性が保障されていない。

4) 医療ネグレクト状況としての認識を共有する。

以下の全てを満たす状況であるも関わらず、その医療行為を行うことに保護者が同意しない。

- (1) 子どもが医療行為を必要とする状態にある。
- (2) 医療行為をしない場合に不利益が生じる可能性が高い。
- (3) その医療行為の有効性と成功率の高さが認められている。
- (4) (該当する場合) 保護者が要望する治療方法・対処方法の有効性が保障されていない。
- (5) 通常であれば理解できる方法と内容で説明をしている。

医療機関は、必要に応じ、組織として治療処置の「必要性と有効性」と「危険性」を検討することが望ましいと思われる。医療機関が治療の実施により、子どもの安全、心身の健康、生活の向上の観点からみて、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十分に高いことについて根拠となる情報を確認することになる。

B) 保護者への対応

医療ネグレクトとして判断された後、保護者への説明と説得を行うためには、事前に子どもへの対応方針を決めておくことが望ましい。そうすることで、保護者への説明や医療スタッフの姿勢が一貫したものとなり、保護者への説得力が増すからである。（対応方針の検討については、「C 子どもへの対応」を参照）

1) 説明と説得

(1) 説明する内容

保護者から治療の同意を得るために、できる限りの働きかけを行う。保護者に十分な情報を提供しているか、あるいは提供したかを再確認する。主治医等から保護者に対して表 1 にあげる内容をていねいに説明し、保護者の理解と治療への同意が得られるように説得を行う。この際、根本的な治療への同意がすぐに得られない場合、応急処置への同意は最低限得るように努力しなければならない。

宗教や保護者の信念により、医療機関が進めるのとは異なる治療方法を要望されることがある。その治療方法に関して可能な範囲で情報を集め、現時点で考えられる有効性、危険性、その医療機関でその治療方法が実施可能かどうかなどについて説明を行う。医療ネグレクトと判断されたということは、保護者が要望する治療方法では子どもを救うことができないと判断されたということでもあり、その治療方法だけを行うということもあり得ない。それでも、その治療方法が荒唐無稽なものでない限り、どのような条件下ではその治療が可能と考えているかということの説明するとよい。

医療機関からの説明が納得できない、あるいは疑問がある場合には、セカンドオピニオンを聞くことができることも話しておく。セカンドオピニオンについては、保護者が希望する医療機関へいつでも紹介してもらえることを伝える。希望する医療機関がない場合、こちらでいくつかの医療機関をあげて選択してもらうこともできることを伝える。

表 1 保護者へ説明しなければいけない内容

1. 子どもの疾病の状態
2. 治療が必要な理由
3. 治療をしない場合に予想される経過とその結果
4. 治療によって子どもの生命・身体健康について、どんな効果が期待できるか
5. 治療の一般的選択肢と各治療方法の効果と危険性および費用
6. 保護者が希望する治療方法（代替医療を含む）がある場合
その治療方法の有効性、危険性、実施可能性などについての意見
7. 親権者の同意がなければ治療の実施に入れないこと
8. 同意が得られまでの間の対応方針（表 4 参照）
心身の苦痛を軽減する処置の内容・効果・危険性・費用
急変の可能性、急変時に無処置の危険性、急変時の治療の内容・効果・危険性・費用
これらの処置は、状況により保護者の同意なしで治療を行うことがあること
9. セカンドオピニオンの保障
10. 同意が得られない場合の対応方針（初回の説明時には原則、言わない）
児童相談所への通告、家庭裁判所への申立等の手続きがあること、
そうした法的手続きを行わないで治療したいことなど

(2) 説明の方法

説明は、主治医一人が説明するのではなく、少なくとも最初は病院の関係するスタッフが揃って行うようにする。主治医、指導医、臨床科科長、看護師長、担当看護師、MSW（メディカルソーシャルワーカー）などが同席する。最初の説明は、子どもと同居している家族全員に集まってもらい説明を行う。

説明に際しては、適宜、説明した内容を文章や図表で示すなどして分かりやすさを心がける。説明した内容は、カルテに必ず記載しておく。また、可能であれば、保護者の同意を得て説明の状況を録音しておくのもよい。『文章で書いておくだけでは、微妙なところが抜け落ちるかもしれないので、念のために録音しておきたい』と説明する。録音した内容は、子どもへの対応が終結するまで保存しておく。

2) 特殊な背景のある保護者への対応の留意点

(1) 背景に宗教的信条がある場合の対応

① 宗教的輸血拒否の場合

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」が、平成 20 年 2 月に発表されている。このガイドラインの背景にある基本的な考え方は、①子どもは段階的に自己決定能力を獲得していく、②子どもの生命維持を基本とする、③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 3 点の考え方である。

宗教的輸血拒否の場合は、このガイドラインに準じて対応を考えるのが实际的であろう。このガイドラインでは、15 歳未満の子どもの場合、どのような状況であれ子どもの生命を維持するために必要な輸血は行う、というのが基本姿勢である。したがって小児科の対象となる年齢層の子どもにおいては、輸血が絶対的に必要な状況での判断に迷うことはあまりないと思われる。ただし、輸血後の子どもと保護者の心理面への配慮は必要である。輸血したことを謝罪する必要はないが、輸血されたことで保護者やときに子どもも複雑な気持ちになっていることは理解し、輸血が必要であったことをていねいに説明する。この際、説明を納得してもらおうと保護者と議論にならないように気をつける。宗教的輸血拒否の場合、保護者は輸血の必要性については理解していても輸血を拒否しているのであるから、論点がかみ合わず混乱を生じかねない。保護者の思いは聞きながらも、子どもの命を守る医療の立場での輸血であることの説明に留め、議論しないように配慮することが望ましい。

「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」から 18 歳未満の子どもに関する部分を抜いたものを表 2 に、また判断のフローチャートを図 1 に示す。なお、「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」は以下の URL からダウンロード可能である。

<http://www.yuketsu.gr.jp/information/2008/refusall.pdf#search>

表 2 18 歳未満の子どもに関するガイドラインの概要

1. 子どもが 15 歳未満の場合

1) 親権者の双方が拒否する場合

なるべく無輸血治療を行うが、最終的に必要になれば輸血を行う。

2) 親権者の一方が輸血に同意し、他方が拒否する場合

親権者双方の同意を得るよう努力するが、緊急を要する場合などには、輸血を希望する親権者の同意に基づいて輸血を行う。

2. 子どもが 15 歳以上～18 歳未満で医療に関する判断能力がある場合

1) 親権者は輸血を拒否するが、子どもが輸血を希望する場合

子どもに輸血同意書を提出してもらい輸血を行う。

2) 親権者は輸血を希望するが、子どもが輸血を拒否する場合

なるべく無輸血治療を行うが、最終的に必要な場合には輸血を行う。親権者から輸血同意書を提出してもらおう。

3) 親権者と子どもの両者が輸血拒否する場合

(1) 医療機関が無輸血治療を最後まで貫く場合

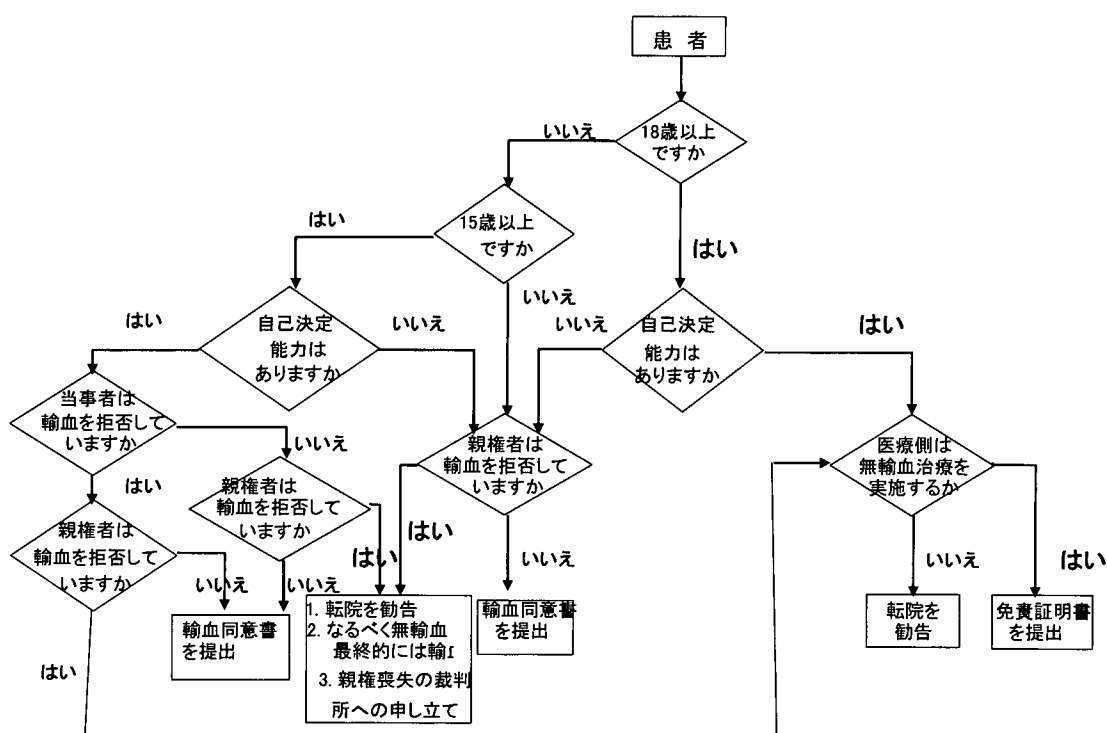
子どもに本人署名の「免責証明書」を提出してもらおう。

(2) 医療機関は無輸血治療が難しいと判断した場合

医療機関は、子どもと保護者に無輸血治療を実施する病院への転院を勧告する。

(「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」から抜粋)

図1 未成年者における輸血同意と拒否のフローチャート



② 輸血拒否以外で宗教が背景にある場合

宗教的輸血拒否と同様に、保護者の宗教的信条で子どもの福祉を害することは問題であると考えている。重要なことは、目今の医療ネグレクトが「子どもの最善の利益にならない」ということで、「A」（判断）、「B-1）」（説明と説得）の手順を踏んで、児童相談所に通告し、児童相談所と連携して対応を進める。

(2) 背景に経済的な問題がある場合の対応

児の疾患や状態が、医療給付や扶養手当の対象となっているかの確認は、非常に重要なポイントである。医師、看護師は行政による医療支援の制度があることを認識し、普段の診療からソーシャルワークの活用を心がけ、病院内の福祉相談部門との連携し、チーム医療を築いておくことが望ましい。福祉相談部門からの説明の機会を設けるよう心がけるが、時間的な制約がある場合に医療機関からとりあえず説明する福祉制度を表3に示す。なお、表3の項目は、福祉制度周知が目的であるから、医療機関としては名称を伝えて福祉機関に相談するように話すことでもよい。

表3 医療費と関係して利用できる主な福祉制度

- 1. 医療給付制度の利用（養育医療、育成医療、慢性疾患、特定疾患など）
- 2. 高額療養費制度の利用（負担上限額の説明）
- 3. 児童手当申請（特別児童扶養手当、障害児福祉手当）
- 4. 日常生活用具の申請（オムツ、喀痰の吸引器、気管拡張の吸入器など）

なお、対応の過程で経済的理由が医療ネグレクトの主たる要因であると判明した場合、一時保護の手続きにより当該の医療処置が公費負担になることがあることを保護者に説明して

もよい（「児童相談所での対応」の項参照）。この場合、事前に児童相談所へ虐待通告を行い、児童相談所と一時保護について相談しておき、公費負担の可能性について打診しておく
とよい。

※一時保護：子どもの心身の安全確保のために、児童相談所が子どもを保護することを一時保護といい、児童相談所がその権限を有している。一時保護された子どもは一時保護所に入所するが、一時保護所の代わりに入院中の病院などに保護を委託するものを一時保護委託という。一時保護委託期間中は、児童相談所の許可がなければ退院はできず、保護者からの強制的な要求を病院として拒みやすくなる。

(3) 保護者に精神障害があり、誤った信念で同意しない場合の対応

保護者の精神疾患・神経症（人格障害、統合失調症、うつ病など）、知的障害などで、医療機関の説明が保護者に十分に伝わり難い可能性のある場合、説明の工夫が必要である。また、説明機会を持ったかどうかが問題となる場合も想定し、その内容を診療録（カルテ）に記録をすることを心がける。なお、この対応は保護者の特性に関わらず、また医療ネグレクトに限らず、子どもの病状の説明においても共通した対応も含まれる。留意すべき点が守られているかチェックする。

- ①立ち話ではなく、説明室を利用する。
- ②医療スタッフが複数で説明する。（医師だけでなく看護師の同席を心がけ、承諾が得られれば、ソーシャルワーカー、心理士などの同席も場合により考慮する。）
- ③説明は必要に応じて、紙やホワイトボードに図示したり、映像を利用するなど、視覚的な分かりやすい工夫をする。
- ④説明をされる側の理解を助けるために、配偶者・パートナー、祖父母などの近縁者の付き添いを依頼し、説明後に付き添い者の理解を確認する。
- ⑤可能であれば説明に用いた内容紙面のコピー等を渡す。
- ⑥説明の日時、説明者、同席者（医療、保護者側双方）の氏名、説明内容を診療録に記載する。
- ⑦保護者の精神障害についての状況の把握も必要であり、保護者の主治医との連携を行う。

C) 子どもへの対応

1) 本格的治療実施までの間の対応

(1) 対応方針の検討

保護者の説得を試みている段階では、保護者の同意なしに根本的治療を行うことは困難である。そこで、子どもの状態に応じたとりあえずの対応方針について医療機関内で決めておかなければならない。決定しておくべき内容を表4に示す。対応方針は、子どもの疾患・外傷の内容や状態に応じた内容とする。

表4 検討しておく必要がある対応方針

- (1) 保護者が要望する治療方法の実施
実施の条件、実施の方法、中止の条件、その他
- (2) 生命の危険が迫っているときの緊急処置
薬物療法、輸液療法、輸血、呼吸管理、外科的処置、その他
- (3) 心身の苦痛を軽減する処置
薬物療法、輸液療法、呼吸管理、外科的処置、その他
- (4) 生命予後を改善するための対応
薬物療法、輸液療法、輸血、呼吸管理、外科的処置、その他
実施の状況・時期

- (5) 重篤な後遺症予防のための対応
薬物療法、輸液療法、輸血、呼吸管理、外科的処置、その他
実施の状況・時期
- (6) 処置に関する保護者への説明方法
説明内容：処置の内容、処置を行う状況、処置の効果・危険性、その他
説明者、同席者、保護者不在時の連絡方法、その他
- (7) 応急処置へも不同意の場合の対応方針
身体的苦痛を軽減する処置は必ず行う
延命処置は行わないが死が避けられる処置は行う
という姿勢の医療スタッフ間での確認と保護者への説明
- (8) 死亡時の対応
警察への通報

この方針決定に際しては、医師、看護師の他、MSWも含めた関係する医療スタッフ全員で検討することが望ましい。検討した方針案は、医療機関内の倫理委員会で承認を得ておく。医療機関の制度上、倫理委員会での審議に時間がかかるとき、あるいは、倫理委員会を開催するまでの時間を待つ余裕がないときは、方針案検討の場に倫理委員会メンバーを含めて検討を行うようにする。

保護者が要望する治療方法については、それを実施できる条件（本質的な治療と並行して行うならば可、子どもの状態が安定した後ならば可、など）、条件が整ったならば誰がどのように行うか、実施した後でも中止が必要となる条件（状態の悪化など）などを検討し、保護者への説明の参考とする。

生命の危険が迫っている状況では、子どもの生命維持を優先した方針を立てる。心身の苦痛が見られるときは、軽減する対応方針を立てる。身体的苦痛が中心となるが、不眠や不安・興奮など精神的な苦痛・不穏状態への対応についても検討しておく。緊急時における応急処置に関しては同意を得られる場合が多いが、先天性奇形や障害が残ることが明らかな場合などは、あらゆる処置への同意が得られないこともある。そのような場合の対応についても事前に検討しておく必要がある。基本は、生命維持と苦痛軽減の対応は保護者の同意なしでも必要に応じて行うという姿勢である。

生命予後改善や後遺症予防のための対応（治療）は、その対応（治療）の必要性の程度により実施する時期を決め、その時期になったら行うという方針でよいであろう。

こうした対応方針を、保護者にどのように伝えるかについても検討しておく。説明する人、同席者、説明した内容の記録方法などである。また、緊急時の保護者への連絡方法、連絡が付かなかったときの医療機関の対応方針についても決めておく。

子どもの疾患や状態が重篤で根本的な治療ができないうちに死亡した場合、死因は病死や外傷死であっても、基本的には虐待死と見なされるので、警察へ通報することが原則となる。警察への通報について、行う条件と行う方法についても検討しておく必要がある。ただし、この検討は、初期段階で行わなくてもよい。

(2) 対応方針に沿った対応の実際

対応の基本方針が決まれば、あとはその方針に沿った対応を行っていく。

生命の危険や身体的苦痛がある場合には、その状態が認められたときに必要な対応を行う。

生命予後の改善や後遺症予防のための対応（治療）については、子どもに苦痛がなく、その対応（治療）を待てる時間的余裕がある場合には、同意が得られるまで行わないということが基本となる。実施する必要性がある状況になったときは、実施に際して保護者への説明を必要とするが、『苦痛や生命の危険が生じるのを予防する処置』と説明するのも一つである。

2) 特殊な状況への対応

以下の特殊な状況における対応については、いろいろな意見があり得る。ここでは、考え方の一例として示してある。

(1) 応急処置へも同意しない場合

死の危険がある状況で延命ではなく死を免れる方法があるときに医師として対処しないということはできない、苦痛を軽減する処置は根本的治療や延命療法とは異なるものであり、子どもの人としての尊厳のために絶対的に必要なものである、ということを説明し、子どもの生命維持と苦痛軽減の処置は保護者の同意がなくても必要に応じて行うことを、早い段階で伝えておく。

その表明に対して反対する保護者に対しては、病院の方針であることを繰り返し伝え、保護者の反対意見は取り合わない。ただし、そうしたやりとりがあったことは記録しておく。

(2) 急変時の対応

急変時は、状態に応じた対応を基本方針に沿って速やかに行う。繰り返しになるが、基本方針は生命維持と苦痛軽減である。

処置と並行して、保護者へ急変したと必要な処置を行っていることを連絡する。連絡したときに、処置をしないように言われることがあるかもしれない。そのときは、すでに処置をしていることと途中で中断することはできないことを伝える。連絡が付かない場合、留守番電話になっていれば必ず連絡事項を留守番電話に入れておく。連絡した日時、連絡者、連絡が付いたかどうか、連絡内容については、必ず記録しておく。

(3) 死が避けられない状況の対応

死が避けられない状況になった場合は、通常のターミナル・ケアと同様の対応を行うことになる。子どもの苦痛の軽減と家族と過ごす時間の保障が優先される。延命治療については保護者と相談し、子どもに苦痛がない限り保護者の意向を優先することになる。

(4) 死亡したときの対応

死亡した場合、死亡までの経緯、治療経過を保護者に説明する。この際、保護者を責めることばを言うてはいけない。保護者は、子どもが死亡した喪失感と、治療へ同意しなかったという自らの行為が子どもの死亡に関係していたかもしれないという思いとで、複雑な心境にあることも少なくない。そうした保護者の心情への配慮は必要である。

根本治療を行えないまま死亡した場合は、保護責任者遺棄罪等が成立する可能性があるので、原則、警察に通報する。最終的に治療への同意が得られて根本的治療を行えたが死亡した場合は、状況により警察への通報を考えることになる。保護者へは、『このような場合、警察へ届けることになっているので』と曖昧に説明するのも一つのやり方である。

治療の遅れがない、あるいは遅れはあったが死亡との関連性は乏しいと思われる場合は、通報の対象とはならないことが多い。治療の遅れが死亡と密接に関連したと判断される場合、通報が原則考えられることになる。

なお、医療ネグレクトが何らかの形で関与して死亡した場合、子ども虐待が関連した死亡となるため、死亡した子どもを臓器提供者とすることはできない。したがって、法律に基づく脳死判定の対象とならない。

(5) 子どもが精神障害の場合

子どもが精神障害で、その治療を保護者が拒否している場合、医療ネグレクトの判断が難しいことがある。子どもでは精神障害の診断が困難なことがあること、精神障害の種類により必ずしも有効な治療方法が確認されている訳ではないこと、精神障害に罹患している子ど

も自身が治療を拒否していることが多いことなどの状況があるからである。

こうした状況では、身体的危険性の高い身体疾患に準じて判断・対応してよい場合とどのように判断できない場合とに分けて考えるのも一つの方法であろう。

重度の後遺症や生命の危険がある身体疾患に準じた判断・対応が可能なものとしては、①身体的に危機的状況にある精神障害（重症の神経性無食欲症や重篤な身体疾患に罹患している精神障害状態など）、②治療方法の有効性がある程度確立されている精神障害（統合失調症や気分障害）、③自傷の虞が強い状態（自殺企図の反復など）などが考えられる。この場合は、治療に関する説得を続け、同意を得られない場合には親権喪失宣告や保全処分の申立を検討する。

前述のような状態でない場合、保護者が望む治療方法があれば、それが子どもの状態に有害でない限り、その治療方法を可能な範囲で検討する。同時に、医療機関が提案する治療方法を併用することを提唱、同意が得られるように説明を続ける。とりあえずは、外来受診が途切れないようにすることに留意する。地域の保健師に精神保健の枠組みで家庭訪問を依頼し、受診が途切れた場合にも状況を把握できるようにしておくのもよいであろう。

(6) 保護者が精神障害の場合

保護者が精神障害であることが明らかな場合、治療に対する同意を得られるための説明と説得を続けながら、保護者の主治医と連絡を取ることが望ましい。保護者の主治医は、自らの患者について十分には説明してくれないこともあり得るが、子どもの状況を伝え、主治医から保護者への説明、説得をしてもらえることの可能性などを相談する。

(7) 親権喪失宣告申立が却下されたときの対応

親権喪失宣告の申立または保全処分が認められなかったときは、保護者の意向を無視した治療を行うことはできなくなる。とりあえず、必要に応じて応急処置を行いながら、保護者が希望する治療方法がある場合、その治療方法実施の可能性を検討する。ある程度実施が可能な場合は、可能な範囲でその治療方法を実施する。実施が不可能で、応急処置でも対応しきれないと判断される場合、保護者が希望する治療方法の実施が可能な病院を探し、そちらへの転院を保護者に提案する。病院が見つかり、保護者も同意すれば、その病院へ転院させる。

なお、却下に対して高等裁判所に即時抗告をすることも可能であるが、児童相談所と十分相談して判断することとなる。

D) 児童相談所との連携

1) 児童相談所への通告の時期・判断などの留意事項

(1) 通告前の「連絡」

医療機関からの説明、説得になかなか応じない状況が続き、患児への治療に関する時間的余裕が乏しくなることが予想される場合、児童相談所へ事例について連絡しておくことが望ましい。事例の概要を伝え、『説明と説得を試みているが、治療への同意が得られず患児の状態が重篤となるおそれがある場合、医療ネグレクトとして虐待通告を行うので、その時点ですぐに対応できるように事前に準備をしておいて欲しい』旨を要請する。児童相談所への相談を早い段階ですることにより、医療機関は適切な助言が得られる利点があり、児童相談所は対応策を早く考えておくことが可能となる。この相談の時点では、児童相談所へ相談することを保護者に伝える必要はない。

(2) 通告の条件

子どもの症状、徴候に基づいた診断とその治療について説明した後、医療ネグレクト状況（2-A-3 参照）が発生した時が、通告を考える起点となる。多くの臨床場面では、口頭による説明と同意（インフォームド・コンセント）により、円滑に治療が行われるため、医療

機関が提示した治療内容に対して、特に「児の生命・身体に切迫した重大な危険がある状況で緊急の医療処置を要するもの」の場合、保護者の治療に対する拒否・遅延、放置は、特殊な事態でもある。この意味で、医療ネグレクト状況が発生した時は、複数のスタッフで今一度、医療ネグレクトの判断である 1)要件の確認→2)区分→3)認識の共有の手順を行う（2-A参照）。そして、説明・説得の工夫（2-B-1）の段階で、医療機関と保護者の双方の意見が一致しない場合、児童相談所への相談(通告)を念頭に置く。

(3) 通告の時期（タイミング）

意見の不一致、説得に応じない可能性を強く医療機関が感じた場合は、「医療の承諾が得られない場合、児童相談所に通告することを考える」旨を保護者に再度伝える。それでも当該医療を承諾しない場合、児童相談所に通告する。この場合、「児の生命・身体に切迫した重大な危険がある状況」があるので、「通告」であることを児童相談所にはっきりと伝える。

2) 児童相談所への通告の方法

(1) 時間的な観点と容易な方法という意味で、まずは電話での連絡となる。

本人を含め、家族の状況など医療機関で把握しえなかった情報が明らかになることもあり、伝えるべき項目を記載する(順不同)。

医療機関の通告者の氏名
児の氏名、生年月日
保護者の氏名、居住地(住所)
きょうだいの氏名、生年月日
医療ネグレクトの判断内容
両親への通告説明の有無
医療機関としての暫定的な方針
今後の医療機関の窓口

(2) 通告についての両親への説明

通告したことについては、保護者に説明する必要がある。ただし、必ずしも「通告前」、「通告した時点」で話す必要はない。保護者に話す時期と内容については、児童相談所と協議して考えるのがよい。関係者間で情報と対応方針を共有しておくことで、保護者へ通告したことを伝えたあとの保護者への説明に関係者間で一貫性を持たせることができる。それでも、説得の段階で『同意が得られない場合は児童相談所へ通告することを考える』ことを伝えてあるので、保護者からどうなったかを尋ねられることがある。その場合は、隠すことはせず通告をした旨を告げるとよい。

3) 意見書の提出

(1) 書式、書き方の実際、留意点

「一時保護」、「児童関連施設の入所」、「親権喪失宣告の申立の保全処分」などの法的対応に進むことを念頭に置き、意見書を作成する。書式は①医療行為の必要性和②当該医療行為が標準的であることの根拠の2点を書くことが望ましいが、時間的な制約がある場合は、①の医療行為の必要性について作成する。それぞれに必要な項目と留意点をあげる。

意見書の例は、主治医意見書(案)を参考に記載する。表では留意事項を右欄に記載したが、提出文書において、留意点は適宜削除願いたい。例示案は、厚児総発第 0331004 号の事例(ファロー4徴症)に対応した意見書例である。

(2) 意見書の記載項目と留意事項

① 基本事項

患者氏名

年齢・性別

疾患名：日本語で記載し、略語は避ける。

② 医療行為の必要性

- ・ 現在の問題点：箇条書き等で簡潔に記載する
- ・ 今回必要な医療行為の内容：手術術式、使用薬剤名などを記載する。
- ・ 当該行為を行わなかった場合に予想される結果：治療しない場合の自然歴、死亡や重大な後遺症が起きる理由などを記載する。
- ・ 医療行為に伴う合併症などの危険性・副作用について：自施設または学会等の集計値を用いた記述が望ましい。副作用は薬剤説明書の出現頻度などの代用可能。
- ・ 当該の医療行為が、標準的であることの根拠

③ 当該医療行為のわが国での実施状況

- ・ 治療法として確立された経緯やわが国での実施頻度など。
- ・ 当該医療行為の自施設での実施状況：自施設での集計値を用いた記述が望ましい。
- ・ 他の治療手段等との比較：代替の治療法の予後や危険性との比較。

④ その他

インフォームド・コンセントの実施状況：説明に用いた紙面のコピー等を添付する。

主治医意見書（案）

患者氏名		
年齢・性別	年 月 日生（ 歳 か月）	男・女
疾患名		日本語で記載、略語は不可
1. 医療行為の必要性について		
現在の問題点		箇条書き等簡潔に記載
今回、必要な医療行為の内容		手術術式、投与薬剤名など
予測される効果		医療行為によって改善される点を具体的に示す
当該行為を行わなかった場合に予測される結果		治療しない場合の自然歴、死亡や重大な後遺症が起きる理由など
医療行為に伴う合併症などの危険性について		自施設または学会等の集計値を用いた記述が望ましい
2. 当該の医療行為が、標準的であることの根拠		
当該医療行為のわが国での実施状況		治療法として確立された経緯や現在のわが国での実施頻度など
当該医療行為の自施設での実施状況		自施設での集計値を用いた記述が望ましい
他の治療手段等との比較		代替の治療法の予後や危険性との比較
3. その他		
インフォームド・コンセントの実施状況		説明に用いた紙面のコピー等を添付

記載日： 年 月 日

施設名： _____ 主治医名（自筆）： _____

主治医意見書（例示）

患者氏名		
年齢・性別	年 月 日生（ 0 歳 4 か月） (男)・女	
疾患名	ファロー四徴、肺動脈閉鎖、 22番染色体部分欠失	日本語で記載、 略語は不可
1. 医療行為の必要性について		
現在の問題点	<ul style="list-style-type: none"> チアノーゼ、哺乳困難、体重増加不良を認める。 生後1日よりNICUにて管理し、長期入院中。 肺動脈血流は、薬剤（プロスタグランジン製剤の持続点滴）で拡張した動脈管で保持されている。薬剤がなければ動脈管は自然閉鎖する可能性が高い。 	箇条書き等簡潔に記載
今回、必要な医療行為の内容	鎖骨下動脈—肺動脈短絡手術（薬剤により確保している肺動脈血流を、バイパス手術で確保する。）	手術術式、投与薬剤名など
予測される効果	肺動脈血流の増加によるチアノーゼの改善、薬剤からの離脱、将来的には、肺動脈の発育による根治手術。	医療行為によって改善される点を具体的に示す
当該行為を行わなかった場合に予測される結果	<ul style="list-style-type: none"> 動脈管は無治療では閉鎖する。薬剤の効果は日齢にしたがい減弱し。増量は無呼吸発作などの合併症の危険が増加し、手術なしに長期生存は見込めない。 動脈管による肺血流量のみでは、根治手術に向けた肺動脈の発育は期待できない。 	治療しない場合の自然歴、死亡や重大な後遺症が起きる理由など
医療行為に伴う合併症などの危険性について	手術死亡の危険率は1%未満。（過去10年間で当施設での手術死亡例は認めない。）、手術合併症の危険率は5%未満（創部感染、短絡血管閉塞、心不全など）。	自施設または学会等の集計値を用いた記述が望ましい
2. 当該の医療行為が、標準的であることの根拠		
当該医療行為のわが国での実施状況	鎖骨下動脈—肺動脈短絡手術などの体—肺短絡手術は、わが国においても〇〇年代頃より開始され、今日ではチアノーゼ型先天性心疾患の外科治療の基本手技のひとつとして定着している（参考文献参照）。全国では、年間〇件以上の手術が実施されている。	治療法として確立された経緯や現在のわが国での実施頻度など
当該医療行為の自施設での実施状況	対象症例数：53例 期間：2006年度 治療結果：手術死亡0例、合併症1例（創部感染1）なお、現時点までに53例中24例が根治手術を完了。	自施設での集計値を用いた記述が望ましい
他の治療手段等との比較	乳児期より太い側副血管を有する症例では、上記手段によらなくとも肺血流量が保たれる場合があるが、本例はこれに該当しない。薬剤のみの治療では長期生存が不能である。	代替の治療法の予後や危険性との比較
3. その他		
インフォームド・コンセントの実施状況	入院時に、薬物治療などを含めたNICU管理についての説明には同意を得た。その後は面会も少なく、手術治療についての面談には拒絶的である。	説明に用いた紙面のコピー等を添付

E) 必要治療終了後の対応

1) 退院前の検討内容

医療ネグレクトの元となった疾患や外傷に対する初期に必要な治療が無事に終了した後の対応は、医療拒否以外の養育上の問題（養育能力の問題、その他の虐待など）が保護者や家庭に見られるかどうか、および退院後の治療継続の必要性により異なる。

退院前に検討しておくべき内容を表 5 に示す。

表 5 必要治療終了時の検討事項

1. 養育上の問題の検討
養育上の問題の有無、内容、程度
2. 治療継続の必要性
治療内容、治療期間、費用、家族の協力可能性、転院など
3. 支援・監視体制の整備
虐待再発防止のための支援と見守り
児童福祉機関、保健機関、保育機関、教育機関、医療機関の役割整理
4. 申立取り下げの検討
取り下げの条件、取り下げの時期など

まず、養育上の他の問題がないかどうかを押さえておかなければならない。児童相談所や保健所・保健センター、行っていれば保育所・幼稚園や学校から情報を集め検討する。

継続治療の必要性は疾患や外傷の状況で決まるが、必要な継続治療について、期間、費用、通院手段の面でその家族が対応できるかどうかを検討しなければならない。自宅が遠方などの場合、近くの医療機関で治療継続が可能かどうかにも検討する。

自宅に戻る場合、さまざまな支援・監視体制を退院前に整備しておかなければならない。退院前に関係する機関に病院に集まってもらい、再発所見の留意点、再発防止の生活指導や親指導の要点、継続治療上の留意点などを説明し、それぞれの機関の役割を整理しておくことよい。特に、児童相談所や保健機関には、定期的な家庭訪問による、家族への支援と虐待再発の監視を要請する。

親権喪失宣告の申立取り下げについては、取り下げる条件を検討する。治療継続が必要な場合、一定期間様子を見て取り下げることにも検討される。

2) 退院後の対応

医療ネグレクト以外に養育上の問題が見られない場合の対応の考え方を表 6 に示す。治療継続の必要性がない場合は、親権喪失宣告の申立を取り下げ、子どもは自宅に帰ることになる。保護者へ、治療経過と今後同様の状況が起こらないようにするための健康維持、事故防止の留意点について説明する。と同時に、もし同様の状況が起こったときには、また同様の対応が行われる可能性があることも説明しておく。

治療継続の必要性がある場合は、その必要性と治療方針について説明を行う。治療方針としては、治療内容、有効性、危険性、治療期間、費用などを説明する。継続治療に保護者が同意した場合には、申立の取り下げを行い自宅からの通院治療となる。退院時、通院を無断で中断した場合には、家庭訪問、指導、一時保護などの対応がとられることを説明しておく。また、保健師などによる定期的な家庭訪問があること、それを受け入れることも指導する。同意が得られない場合は、申立の継続の有無、退院後、自宅に戻るか家庭分離とするかについて児童相談所と医療機関

で協議、検討する。

表 6 養育上の問題がない場合の対応

1. 治療継続の必要性なし

→ 申立の取り下げ（児童相談所）＋ 治療経過の説明
＋ 同様の状況再燃防止のための助言

2. 治療継続の必要性あり

→ 治療継続の必要性と治療内容について説明
同意あり → 申立の取り下げ（児童相談所）＋ 通院治療 ＋ 監視体制
同意なし → 申立継続の検討 ＋ 退院後の処遇と治療の場の検討

養育上の問題が医療ネグレクト以外にも見られる場合には、家庭に戻すかどうかを退院前に検討することになる。児童相談所等の関係機関と協議する。施設入所の方針がでた場合は、入所する施設の場所により治療の場の検討も必要となる。

その他、対応についての考え方を表 7 に示す。

表 7 養育上の問題がある場合の対応

1. 治療継続の必要性なし

→ 申立の取り下げ検討 ＋ 治療経過の説明 ＋ 退院後の処遇検討

2. 治療継続の必要性あり

→ 治療継続の必要性と治療内容について説明
同意あり → 申立の取り下げ検討 ＋ 退院後の処遇と治療の場の検討
同意なし → 申立継続の検討 ＋ 退院後の処遇と治療の場の検討

Ⅲ. 児童相談所における対応

1. 通告受理と児童相談所の立場

子どもの生命・身体が危険にさらされる医療ネグレクトの対応では、医療機関の見解が第一の重要な根拠となる。ただし、子どもへの医療処置を実施できるようにするために、児童相談所が児童福祉法上の申立てにより親権に対する法的介入の手続きをとるにあたっては、児童相談所としての親権に対する判断が問われるので、児童相談所による迅速な調査と判断も必要である。また児童相談所は医療処置後の子どもの処遇についても、子どもの最善の利益の観点において、親権者・家族と子どもの将来についての調整作業も介入と同時に開始しなければならない。

通告受理時には基本的に以下の内容を把握する。

- a. 通告者の氏名 職名 機関名 機関住所 電話番号
- b. 子どもの住所 氏名 生年月日、年齢 所属
- c. 子どもの保護者氏名 電話番号、その他保護者情報
- d. 主治医の担当科、氏名 所在（常勤・非常勤）
- e. 子どもの診断名 病名
- f. 必要な医療処置
- g. 必要な医療処置についての保護者の態度とやり取りの経過
- h. 入院病棟 病室名 保護者の付添の状態
- i. その他、現在の事態の進捗状況や関係責任者名等の補足情報
- j. 今後の児童相談所との連絡方法
- k. 次の連絡日時と連絡方法

2. 通告受理の2つのタイミング

医療機関からの通告は、④ 医療処置の同意問題が発生して親権者への説得が開始された時点、⑤ 一定の医療処置の説得が試みられたが、親権者の不同意が明確となった時点、の二つのタイミングが想定される。

④ の段階では医療機関はとりあえずの情報提供として児童相談所に連絡し、⑤ の段階に来てしまった時点で再度、法的な対応を依頼する意味で正式に通告するという考えをとるかもしれない。しかし児童相談所としては、個人が特定され、問題としてネグレクトの疑いが生じていることを認知した④ の段階で既に通告受理の要件が整っているとして対応することが必要である。医療ネグレクトはしばしば時間との戦いである。医療処置が遅れば遅れる程、病状は進行し子どもの利益が失われる危険性が増す。最短時間での対応を準備するためにも、兆候を認知した段階で通告として対処することが必要である。

もちろん④ の段階では介入や法的対応に直ちに入るわけではないので、周辺調査や ⑤ の段階を予想した事前準備が重要となる。保護者との接触についても医療機関主導の説得の経過を尊重することも必要である。

3. 通告受理後の対応

1) 初期対応体制

通告を受理した児童相談所は緊急受理会議によって以下の対応を開始する。

なお、児童相談所と医療機関、裁判所との具体的な作業手順と優先順位については別紙資料を参照されたい。

- a. 事態の緊急度の確認
- b. 緊急度に合わせた対応内容と優先順位の確認（複数体制での対応）
- c. 必要な対応を同時並行に行うためのチーム体制の構築
- d. 情報管理・進行管理体制の構築

b. c. d. のチーム体制については別紙資料の例を参照

2) 事態の緊急度が一刻の猶予もない場合

緊急度の判断は医療機関からの情報による。一刻の猶予もない状況では、児童福祉上の対応は限られたものとなり、医療機関の判断によって医療処置が執行されるかどうかになる。医療機関の医療処置行為が子どもの生命の安全、子どもの最善の利益の観点から、選択の余地のない、一刻の猶予もないことであれば、例え親権者が同意していなくても、その医療処置の実施を制限したり禁じたりする法的正当性はない、というのが児童福祉法の立場である。

もしも医療処置が保護者・親権者の同意のない状態、あるいは反対しているにもかかわらず実施される場合には、子どもの安全確保のために何が必要か検討しなければならない。場合によっては子どもを入院のまま一時保護して子どもの身柄を児童相談所の管理下に置くことが必要かもしれない。また保護者の付き添いが期待できなくなる場合に子どもへの必要な介助は何で、誰がどのように担当できるか、などが対応課題となる。

3) 事態の緊急度として ある程度の時間的余裕が確保できる場合

児童相談所は時間的猶予条件を念頭に、作業の優先順位をつけながら、直ちに状況把握と判断のための調査を開始する。初動調査は可能な限り複数職員のチーム体制によって順次、同時並行に調査を進めることが望ましい。調査の対象分野は以下の通りである。

◆通告した医療機関への調査および確認事項

医療機関を訪問し（複数職員）、主治医・病院責任者に面接して以下の内容を聴取・確認する。保健師等、医療情報に詳しい職員がおれば同行する。

病状、必要な治療処置

- a. 具体的な病状と緊急度、病状の推移の可能性とこれまでの受診・治療経過
- b. 必要とされる医療処置の内容、期待される効果
特に保護者・親権者が拒んでいる医療処置の内容と必要性、医療処置によって子どもにもたらされる利益とリスクのバランス、それについての家族の受け止め、反応は重要な事項である。

- c. 医療処置の必要性、緊急性についての主治医、担当科、病院としての意見
- d. 医療処置についての子どもの意向
- e. これまでの保護者・親権者への説明とそれに対する保護者・親権者の反応と理由
- f. 日常的な保護者・親権者、家族の状況、病室・病院での子どもと保護者・親権者の様子、保護者・親権者・家族の医療機関への反応等
- g. 通告対応として児童相談所が保護者と接触する際の説明、通告の告知の扱い
- h. 医療機関の責任者、病院の対応体制、児童相談所との情報窓口の確認

保護者・家族についての医療機関からの情報

- a. 対応している家族メンバーの確認
- b. 家族の問題状況の理解の内容と医療機関との関係
- c. 保護者の意思表示の内容と理由
- d. 全般的な家族関係、病院での家族の様子、親子関係の様子

◆子どもと家族についての関係機関からの情報把握

医療機関への調査と同時並行に、子どもと家族が居住する市町村、子どもが所属する関係機関等に子どもと家族についての情報提供を求める。緊急を要する場合には電話による問い合わせ依頼となる。

関係機関からの子どもと家族についての情報

- a. 家族構成、転居歴、出生状況 健康診査等の受診状況
- b. 子どもの所属機関とそこでの状況
- c. 親子関係、家族・親族関係
- d. 家族の経済・就労状況
- e. 家族の地域・近隣との関係
- f. 子どものこれまでの様子。エピソード
- g. これまでの生活における不適切養育の兆候の有無
- h. 今後の対応上必要となる関係機関・部署との協議・連絡のための窓口確認

関係機関からの情報は、保護者・親権者と子どもについての全般的な情報を得る。保護者・親権者の人物像、家庭での子どもの養育の様子、家庭における不適切養育が無いかどうか、子どものそれまでの健康状態や成育歴、疾病の発症とその後の経過について、現在の問題の背景となる情報を整理する。同時に医療処置後、子どもが帰ることになるかもしれない家庭・家族の生活状況を評価することも含まれる。

法的対応の準備

- a. 職権での戸籍謄本及び住民票の写しの入手
- b. 児童相談所が援助を依頼している弁護士との事前協議の開始

4) 子どもの身柄の移送・転院が必要な場合

この段階で子どもの身柄がどこにあるかについては二つの課題がある。ひとつは現在の病院から

他病院への移送が必要かどうかである。もう一つは在宅状態の子どもを入院させる必要性である。

◆病院から病院への移送

現在の入院先での医療設備や技術上の課題、何らかの介入的な対応が開始されることで、子どもの安全管理が難しく、別な病院への移送・転院が必要な場合、親権者の意向に反してそのことを行うとすると、児童相談所は、継続的な相談対応を担当するチームに加えて、子どもの安全確保や移送を担当する緊急対応チームを編成する。同時に医療機関と共同で移送先の打診や医療情報のスムーズな引き継ぎ体制、救急車の手配などを進める。保護介入にあたっての不測の事態に対応するため、警察署長への援助要請を検討する。

◆在宅から病院へ

在宅等で病院への移送・入院が必要な場合には、通告に基づく安全確認と身柄の確保、病院への移送が図られる。保護者が応じない場合には立入調査、臨検・捜索など強制的な職権による介入・保護が図られる。介入的な対応については警察署長への援助要請、子どもの病状に応じての医療関係者の同行、救急車の手配などを行う。

5) 保護者・親権者への面接

保護者・親権者との接触は、医療機関と保護者・親権者の関係と深く関わりあうため、医療機関との十分な事前協議と調整を踏まえて実施する。通告の扱いについては医療機関が通告したことは明白であり、通告の事実と通告の義務について医療機関から保護者・親権者に直接告知されることが望ましい。同時にそのことで保護者・親権者の態度が急変する可能性もあることから、保護者・親権者への通告の告知は、児童相談所の接触体制が整ってから行われるのが望ましい。以下に対応の留意点を挙げる。

◆関係者の同席、情報共有

基本的に保護者・親権者との面接には医療関係者が同席することが望ましい。最初に医療機関から保護者へ通告の告知説明が行われ、次に待機していた児童相談所職員が登場して関与開始の告知が行われるのが最も自然である。次に児童相談所として子どもの病状や必要な医療処置についての保護者・家族の理解の程度や保護者の意向、医療処置を望まない具体的な理由を確認する。この場面には医療関係者も可能であれば同席してやり取りの内容経過と情報提供を行い、関係者全員が一同に会して事態の認識確認と情報を共有することが望ましい。また内容によっては、あらためて保護者・親権者への医療処置への同意を勧め、説得することも必要となる。

◆保護者を非難しない

この接触で重要なことに、児童相談所や関係者は保護者を非難したり責めたりしないことである。医療ネグレクトは法的には虐待事案であり、保護者はいかなる理由があっても結果的に子どもの心身・命に危険をもたらしている当事者なので、法的にその事態がネグレクトにあたること、その為に児童相談所が介入・関与し、事情を調査・確認しようとしていることは正しく告知しなければならない。また子どもが置かれている状況の深刻さ、憂慮すべき事態について説明・確認することは必要である。ただしそのことで保護者を非難したり、責めたりすることは慎重に避けることが必要