わが国における医療拒否に関する調査

I. 日本子ども虐待防止学会（JaSPCAN）医師会員対象の調査（2003、宮本）

1. 対象：JaSPCAN 医師会員約 250 人
2. 方法：郵送による調査用紙の配付・回収
3. 調査時期：2003 年 9・10 月
4. 結果：回答医師 100 人（約 40%）

1) 回答者の勤務先

病院：47 人（大学病院 16、総合病院 19、一般病院 12）、診療所：16 人、障害施設：6 人、その他：31 人

2) 回答者の専門領域

小児科：50 人、精神科：32 人、法医学：4 人、その他：14 人

3) 積極的医療拒否について

(1) 子どもの疾病や奇形、外傷への医療に関して、はっきりことばに出して保護者から拒否された（積極的医療拒否）経験の有無

ある：57 人 ない：43 人

(2) 積極的医療拒否の経験患児数

1～5 人：40 人、 6～10 人：10 人、 20 人：1 人 未記入：6 人

4) 積極的医療拒否で印象に残っている患児についての質問

(1) 患児の年齢

0 歳：27 人、 1～3 歳：7 人、 4～6 歳：6 人、 7～9 歳：1 人、
10～12 歳：3 人、 13～15 歳：2 人、 16～18 歳：4 人、 未記入：7 人

(2) 患児の性別

男児：27 人 女児：21 人 未記入：9 人

(3) 主な疾病・奇形・外傷

先天性奇形：14 人、染色体異常：7 人、神経・筋疾患 6 人、腫瘍性疾患：5 人、
内分泌疾患：5 人、精神障害：5 人、発達障害：4 人、その他：11 人

(4) 医療拒否で中心的役割を果たしたのは

母親：18 人、両親：15 人、父親：11 人、祖父母：7 人、里親：1 人、未記入：5 人

(5) 積極的医療拒否の推測理由（複数回答）

- ①他の対応方法を希望：18 人
- ②子どもの状況の理解不良：15 人
- ③疾病等がある子どもを育てる自信がない：10 人
- ④医療側に対する不信感：8 人
- ⑤保護者の宗教では提案した治療方法が禁止されている：8 人

(6) 患児自身の治療への思い

- ①治療を望んでいたと考えられる：7 人
- ②治療を望んでいなかったと考えられる：2 人
- ③分からない：44 人 未記入：4 人

(2) 患児の性別

男児：37人 女児：19人 未記入：4人

(3) 患児の状態

- ① 短期間内の死亡が免れない状態：2人
- ② ある程度の期間後に死亡が免れない状態：5人
- ③ 生命を維持することは可能な状態：6人
- ④ 適切な治療・対応で介助つきで生活できることが望める状態：17人
- ⑤ 適切な治療・対応で大きな支障のない生活が望める状態：17人
- ⑥ 治癒が望める状態：8人
- ⑦ その他：5人

(4) 医療拒否の中心的役割

両親：19人 母親：15人 父親：16人 祖父母：5人 その他：5人

(5) 医療拒否の推測理由（複数回答）

- ① 他の対応方法を希望：10人
- ② 子どもの状況の理解不良：18人
- ③ 医療側に対する不信感：6人
- ④ 保護者の宗教では提案した治療方法が禁止されている：2人
- ⑤ 『命は自然に任せるべき』など、宗教以外の保護者の死生観の問題：3人
- ⑥ 助からないのなら子どもを苦しませたくないという保護者の心情：13人
- ⑦ 疾病等がある子どもを育てる自信がない：19人
- ⑧ 保護者が子どもを最初から拒否：7人
- ⑨ 治療費が払えないなどの経済的問題：5人
- ⑩ 子どものことを考えていない（虐待としての診療拒否が疑われる）：5人
- ⑪ その他：9人

(6) 患児自身の治療への思い

- ① 治療を望んでいたと考えられる：2人
- ② 治療を望んでいなかったと考えられる：1人
- ③ 分からない：50人
- ④ その他：3人 未記入：4人

(7) 保護者の拒否への対応

- ① 自科だけで説得を試みた：18人
- ② 他組織（院内を含む）に相談：39人
- ③ その他：3人

(8) 患児への最終対応状況

- ① 中断となった：10人
- ② 対症的な最低限の治療を続けられた：18人
- ③ 提案した治療もある程度まではできた：16人
- ④ 提案した治療を完全にできた：11人
- ⑤ その他：3人 未記入：2人

(9) 患児の最終転帰

- ① 完全回復：3人
- ② 軽度後遺症：5人
- ③ 重度後遺症：3人
- ④ 死亡：17人
- ⑤ 不明：11人
- ⑥ その他：19人

未記入：2人

(10) 患児への保護者の思いへの推測

- ①深い愛情を持っていたと思われる：14人
- ②ある程度の愛情を持っていたと思われる：32人
- ③愛情は持っていなかったと思われる：6人
- ④不明：7人
- ⑤その他：1人

(11) 医療拒否に関する医療側の総合的判断

- ①狭義のメディカルネグレクトに相当する拒否：6人
- ②代替医療や他の非医学的処置を希望しての拒否：13人
- ③他の医療処置（代替医療は含まない）を希望しての拒否：1人
- ④宗教の狭義による拒否：4人
- ⑤完治が望めない将来を案じての拒否：24人
- ⑥致死的状态での医療に対する抵抗感としての拒否：2人
- ⑦その他：6人
- ⑧分からない：4人

III. 全国小児医療機関対象の調査（2008、柳川）

1. 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 550 病院の小児科医

2. 方法：郵送による調査用紙の配付・回収

3. 調査時期：2008年10・11月

4. 結果：回答 215 施設（回収率 39%）の 312 名の小児科医

1) 回答医療機関の内訳

大学病院 24%、総合病院 64%、小児病院 6%、その他・無回答 7%

2) 回答医師の内訳

小児科勤務 69% 新生児科勤務 31%

40代 39% 50代 27% 30代 23%

3) 医療ネグレクトの経験（2007年1月～2008年9月の期間で）

※調査時使用の医療ネグレクトの操作的定義

「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」（JaSPCAN、1999）

あり：115名／298名（39%）

4) 医療ネグレクトへの対応

院内での対応：47% 児童相談所への通告(相談)：39% その他の機関と連携：7%
観察：5%

5) 医療拒否の経験（2007年1月～2008年9月の期間で）

あり：92名／298名（31%）

6) 医療拒否の対応

院内での対応：59% 児童相談所への通告(相談)：20% その他の機関と連携：5%
観察：11%

7) 法的対応の検討 (医療ネグレクト+医療拒否事例)

検討あり：46名

一時保護 20名が検討 → 8名が実施
児童福祉施設入所 18名が検討 → 3名が実施
親権喪失宣告申立 2名が検討 → 1名が実施

8) 重篤な転帰

死亡：13例 (11%) 重篤な障害：16例 (14%)

IV. 児童相談所対象の調査 (2006年、才村)

対象：全国児童相談所

結果：2006年4月～11月で医療ネグレクトの相談件数の回答 59件

V. 児童相談所対象の調査 (2008年、山本)

1. 対象：全国の児童相談所 197所
2. 方法：郵送による調査用紙の配付・回収
3. 結果：回答 134 児童相談所 (回収率 68%)
 - 1) 医療ネグレクト相談の経験 (2008年4月～10月の期間で)
あり：45所 (34%) (過去も含めると 67所、50%)
1所の相談件数 平均 2.3件 (1～8件)
 - 2) 主な医療ネグレクト内容
「継続治療が必要な慢性疾患の通院中断・断続状態」：22%
「風邪や軽い疾病の放置」：17%
「医療管理のための定期的検査未受診」：12%
「乳児の軽度栄養障害」：11%
「生命の危険を伴わない代理ミュンヒハウゼン症候群」：9%

VI. 医療ネグレクトの概念に関する意識 (2008年、柳川・山本)

1. 小児科医

1) JaSPCAN (1999) 提唱の定義に対する意見

「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」

「このままでよい」 88% 「定義が広すぎる」 8% 「定義が狭すぎる」 2%

2) 医療ネグレクトの重篤度に関する意識

乳児健診の未受診～手術・治療の拒否までの 15段階の健康維持・医療行為

積極的な介入が必要 85%

「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」

医療ネグレクトと判断しない

「風邪や軽い疾病の放置」31%

「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%

→ しかし、この数字は、逆に7～8割の小児科医は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？

2. 児童相談所職員

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」などが医療ネグレクトとして扱われていた

→

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

参考：積極的医療拒否の解決についての意見（小児科医自由記述、2003）

「生命」を大切にする教育や環境の整備

ケースワークの充実

インターネットにて second opinion plaza なるものを開設し、様々な相談事業を行なう。

ケースワーカーの充実

ソーシャルワーカーの協力

できるだけ児と接する場をつくり、話し合いの機会をもつのが、現在出来ることと思います

ネグレクトについては、親との話し合いの機会を増やすことでコンタクトをつけられることが多い。身体的虐待は困難

ひとりの医師で抱え込まないようにできるような、コメディカルスタッフとの連携体制が必要である

ファミリーケア、心理カウンセリングなど。出生前のファミリーケア、プレネイタルビジット

マネジメントやカウンセリングの専門家の配置

医療チームに医療者以外にカウンセラー、法律家などが含まれると良い。カウンセラーや宗教家なども最初の話し合いから加わる。

医療では限界がある。法律上の解釈が必要

医療の目的が、建前では「命大切」と述べている限り、よい医療にはならない。「何もしないこと」が happiness の追求の1つの手段として認められる環境作りが大切/医療-司法の迅速な連携がとれる体制が必要。まず「医療ネグレクト」の社会的認識を高めること

医療側の質の向上

医療費の公的負担などの制度を活用する。また、制度を柔軟に適応してもらう。

児相、警察等の理解を高めてもらい、法的に対応できるようにしてもらう

家裁などの第三者機関/家族とのコミュニケーション

家族の心情を勘案したうえで、真摯に話し合う以外にはないと思われる

各地区医師会の弁護士をスタッフに入れた「MN 対策委員会」などのようなものがあり、相談できると良いと思います

各都道府県に拠点病院があるとよい。再診療のみでは成り立たず、診療報酬の算定が必要。完治を望めない患者では、家族をサポートする制度や体制ができれば、変わってくるのではないか。今の日本では、結局家族が全ての重荷を背負うことになる

疑わしい例では、児相の早期介入

虐待にあたるようなケースでは、児相への通告で親権の停止など医療継続に必要な手続きが速やかに行なわれると良い

警察に連絡して直ちに児を保護できるシステムが必要/呼吸障害を伴う重度重複障害児の収容施設が県内に欲しい

公的第三者機関の介入（家裁、児相）

行政（児相、保健師）を中心とした follow up 体制を作るべき。その際、子どもを守るために法律の柔軟な運用が必要。

裁判所が介入できる体制があるとよい

児の人権を守る法廷整備/児相、保健師等の介入。院内児童虐待防止委員会の設置、対応児相に間に入ってもら

児相のすばやい対応。

児相への相談

児相の体質強化

治療が行なわれるまでの親権の一時停止

主治医以外にカウンセラー、心理士や心臓を守る会等の団体への働きかけ

十分に疾患の理解が深められるような媒体の整備やセカンドオピニオンを聞きやすくする体制の整備

親の治療拒否に対して、どうすれば子どもの人権が守られるのか、法律家を含めた専門チームが相談に乗ってくれる体制があるとよい

親の責任を追及を含め、多様なケースに対応できる公的機関が必要。病院内では限度がある

親の不安を減じるためにカウンセリング、ピアカウンセリング

親権剥奪、ペナルティーを厳しくする

積極的拒否の理由として、経済的理由、医療不信、ネグレクトがあるので、セカンドオピニオンを医師に求めても本質的解決にはならない。

ソーシャルワーカー、弁護士、行政など非医療者の介入の方が望ましい

専門チーム（医師、看護師、臨床心理士、ケースワーカー、社会福祉士等からなる）

相談しやすいホームドクターや保健師をつくっていくこと/他職種とのミーティングを開く

第三者が客観的に判断を下すシステムが欲しい。治療に時間的な余裕がない場合などは、”粘り強い説得”にも限界がある

児の権利をしっかりと擁護するシステムが欲しい

第三者機関の存在が必要と思います

第三者的な機関やCWがいればよいと考えます

同じ疾患の方の親の会や実際の生活をみさせてもらう

同じ疾患を乗り越えた家族からのアドバイスを受けることができるような仕組み
病院関係者ではない、地域の保健センター、児相などの人との対話も試みしてみる
複数の立場の人間が関与する。親族にも十分説明する

保健所、市まで自治体職員の訪問

母親に知的障害、PDD が認められるケースが多い。母親に精神科的治療が必要

法規制—法的な問題として扱えるかどうかの判断

法制化、児が治療を受ける権利の保障

法的な整備が欲しい。病院で相談できる弁護士が欲しい。

法的な第三者による裁定があればよいが、実際拒否をしている親に無理をして手術を行な
っても、その後の患児の養育がうまくいくかどうかは難しいと思われる

命を救うことが出来る医療行為の存在、その医療行為のリスクの低さ、親の児に対する否
定的感情がある場合の医療拒否には、法的に介入するしかない

予後不良な場合など、疾患説明の前に、胎児に対する愛情形成が必要であり、その際には、
看護婦、ケースワーカー、心理士などによる説明が必要である。

両親の考え方の問題であり、教育から改善する必要がある

倫理委員会への相談。裁判所の関与

臨床心理士の常勤体制

臨床心理士や精神科医、ソーシャルワーカー等との協力体制