

# 障害新生児の生存保障について ——医療ネグレクトの視点から——

井 上 薫

## はじめに

本研究は、子どもの権利や児童虐待防止などの子どもの福祉という観点から障害新生児の治療停止および制限の問題について考察することを目的とする。具体的には、問題の背景、問題の要因整理、実態、解決のための基本的視点、現行制度化での当面の対応、今後の具体的取り組みのあり方について考察を進めていくこととする。

## I 問題の背景：新生児および障害児の抹殺

まず、新生児および障害児の生存が、尊重されてこなかった歴史を概観し、先行研究においてどのように整理されてきているかを手短かにまとめる。

### (1) 乳児の抹殺等の歴史

乳児殺 (infanticide) とは、「新生児期からある年齢までの子どもを意図的に抹殺すること」を意味している<sup>①</sup>。乳児殺は、古代から現代まで、地球上の多くの地域・文化圏において、また未発達な社会だけでなく発達した社会においても発生している。例えば、「古代ローマ法では、望まれない子どもを殺すことが認められていた」し、「アリストテレスも、障害

や先天的な障害のある子どもが生まれた場合の嬰兒殺しに賛成」していた。「インドでは19世紀まで女の赤ん坊をガンジス川に捨てる習慣が広く見られ」、「20世紀の北アイルランド田園部では、先天的な障害を持った子どもや、単にかわいくない子どもは、生きたまま火の上であぶられ」た<sup>(2)</sup>。

日本においても、乳児殺について古来から度々記述されてきている<sup>(3)</sup>。古事記にある伊邪那岐（イザナギ）命、伊邪那美（イザナミ）命の神話において「生まれた子どもの水蛭子（ひるこ）を葦舟乗せて流した」記述<sup>(4)</sup>があるが、これは奇形、障害を持った子どもを抹殺した最初の例である<sup>(5)</sup>。江戸時代においても「間引き」という新生児殺、新生児遺棄致死が行なわれていた<sup>(6)</sup>。また、養育料目当ての貰い子殺しが戦前戦後にも起きている<sup>(7)</sup>。

## (2) 新生児の殺害・遺棄の実態

戦後の詳細な調査として、1973年度中（1973年4月～1974年3月）に発生した事件を厚生省（現厚生労働省）が全国の児童相談所を通じて調査している<sup>(8)</sup>。調査対象は、3歳未満の子どもが被害者となった『虐待』、『遺棄』、『殺害事件』である。報告によれば、この調査では「殺害事件とは、3歳未満の児童が殺害されるか、または殺害されようとしたもの」と定義し、その内容から、「殺害遺棄」、「殺害」、「心中」の下位分類を設けている。

殺害事件は1973年度に258件発生しており、殺害遺棄が137件、殺害が54件、心中が67件であった。

殺害遺棄135人については、被害児の年齢を見ると、「出産直後（1日以内）」が最も多く117人（86.7%）、「0か月」は7人（5.2%）、被害児に「心身障害等あり」が1人（0.7%）であった。被害児の養育環境（複数回答可）としては、「養育忌避」が19.6%と最も多く、次いで「経済」の7.7%であった。

殺害51人については、被害児の年齢は、「出生直後（1日以内）」が14

## 障害新生児の生存保障について

人（27.5%）、「0 か月」が5人（9.8%）であった。被害児の「心身障害等あり」が14人（27.5%）であった。養育環境では、「養育忌避」が25.5%と最も多く、次いで「経済」（19.6%）、「家庭の不和」（15.7%）であった。心中については、「出産直後（1日以内）」や「0 か月」はなく、各年齢に平均して発生していた。被害児の「心身障害等あり」が10人（15.4%）であった。養育環境については、「家庭の不和」が46.2%と最も多かった。

また、殺害事件とは別に、「遺棄（いわゆる棄児として児童相談所で受け付けたもの）」は、139人発生していた。被害児の年齢は、分析対象126人中、「出生直後（1日以内）」が22人（17.5%）、「0 か月」が34人（27.0%）あった。また、被害児の「心身障害等あり」が、分析対象126人中、22人（17.5%）であった。養育環境は「養育忌避」が25.7%、「経済」が19.7%、「家庭の不和」が17.8%であった。

以上から、1973年度においては、遺棄、殺害遺棄、殺害が出生直後（1日以内）に多く発生し、遺棄、殺害、心中では「心身障害等あり」が少なからず見られたことがわかる。

このように、新生児や心身障害のある子どもが抹殺される可能性が高いことが、1973年のデータではあるが、示されている。

1973年調査と同水準の詳細な近年のデータは見つけられなかったが、加藤ら（2001）<sup>9)</sup>によれば、1995年から1999年の5年間で82人の新生児の虐待死（産み捨て・心中を含む）が、新聞等で報道されている。これは、把握数563人のうちの14.6%に相当する。さらに、子どもの虐待ネットワーク・あいち（CAPNA）（2001）<sup>10)</sup>によれば、2000年1月～12月の1年間で、34人の新生児の虐待死（産み捨て・心中を含む）が新聞等で報道されている。これは把握数139人の24.5%に相当する。

1973年度の厚生省調査においては殺害事件には未遂のものも含まれているので、1973年の調査の数字と加藤らやCAPNAの調査の数字とは厳密には比較できない。しかし、現代においても、依然として新生児が抹殺

される事実が存在することが理解できる。

### (3) 問題の整理に関する先行研究者の見解

それでは、新生児や障害新生児の抹殺についてどのように捉えたらいいのだろうか。

ワイヤー (1991)<sup>(11)</sup>によれば、子どもが幼児殺しの被害に遭わず成人への生き延びる可能性について、一定の特徴が見られるという。すなわち、①男児、②その社会の基準からみて嫡出、③人種や宗教における多数派、④誕生後すでに数週間か数ヶ月（あるいは数年）経っている場合、⑤身体的・知的に明らかに正常な場合、に生存の可能性が高くなる。反対に、①女児、②少数グループの子ども、③新生児、④障害児、の場合は殺される確率が高くなり、これらの特徴をいくつか兼ね備えた子ども達は、最も頻繁に殺されたという。

中村 (2002)<sup>(12)</sup>は、墮胎や間引きによる幼児殺しの要因と方法を分類整理し、幼児殺しの要因は、①貧困、②女性差別、③倫理観違反、④選別（ハンディキャップのある児を選別する）があり、方法として、①胎児に対する墮胎、②出産時に産婆と結託して死産と見せかける、③乳幼児に対して間引きをする（事故死に見せかける、棄てる）があるとまとめている。

新生児の殺害、殺害遺棄、遺棄、心中の事件は、マスコミ報道でも大きく取り上げられることはないし、子ども虐待研究としてもこれまでじゅうぶん焦点が当てられていない。年間2桁以上の死亡ケースがあるにもかかわらず、子どもが死亡した場合には、児童相談所への連絡する制度がなく、家族背景など福祉的な考察の対象になりづらい。新生児殺について子ども虐待のひとつの領域として取り上げ、この層に的を絞った対策を講じる必要がある。

こうした新生児・障害児の抹殺の防止には、周産期の保健施策や、思春期からの妊娠・出産・子育て準備教育の充実が重要であろう<sup>(13)</sup>。特に、

望まない妊娠・出産に焦点を当てた母子保健活動が重要になる<sup>(14)</sup>。

なお、望まない妊娠・出産に焦点を当てた児童福祉ソーシャルワーク実践として、新生児里親委託<sup>(15)</sup>の取り組みは評価でき、今後の展開が期待される。

## Ⅱ 新たな問題：障害新生児の選択的治療停止および制限

前章で、新生児、障害児が抹殺される傾向があり、これは、古くから行なわれてきたものであり、現代でも数としては減ってきてはいるものの、依然として存在することをみてきた。

日本の母子保健の水準は、保健衛生や栄養状態の向上、医療の進歩、母子保健を中心とした法律・制度面の整備などにより、飛躍的に改善してきた。例えば、乳児死亡率（出産千対）は、明治大正期は150～160あったのが、1952年に50を割り、1975年に10.0となり、2000年には3.2となり、世界でも最低率国のひとつとなっている<sup>(16)</sup>。また、最近ではNICU（新生児集中治療管理室）やPICU（周産期集中管理室）が各地に設置されたことより、ほぼ毎年、減少している<sup>(17)</sup>。

こうした中で、従来家族内で新生児が抹殺されるタイプのものとは、違ったタイプの新生児の扱いの問題が起きてきた。それは、NICUや産科病棟で、じゅうぶんな技術をもった医療スタッフとじゅうぶんな設備を備えた環境で起きている。つまり、「障害新生児の選択的治療停止および制限」の問題である<sup>(18)(19)(20)(21)</sup>。

### (1) アメリカ合衆国での状況

まず、ワイヤー（1984）の紹介した例を見ておきたい。

事例1：ジョンホプキンス病院の男児。家族構成は、母は34歳の病院

看護師、父は35歳の弁護士、家庭内に正常な子ども2名。1963年、夫婦に男の未熟児が生まれ、まもなくダウン症と診断され、さらに十二指腸閉鎖を合併していた。十二指腸閉鎖は、ほとんど危険のない手術で矯正できるが、手術できなければ授乳できず死亡する。母親は、手術の承諾を拒否し、夫も賛成した。医師は、ダウン症児のIQや予後について説明したが、両親は拒否し、病院は両親の決断を取り消すための裁判所命令を求めることはせず、この子は11日間にわたって飢餓におかれたすえに死亡した<sup>(22)</sup>。

さて、このような子どもについて、専門職や社会としてどのように考えどのような対応をすればいいのかというのが本研究の焦点である。

まず、ここでは、事例1のような比較的軽い障害の事例から、ずっと重い障害の事例までの多様性があることをおさえておきたい。つまり、「ある種の遺伝性疾患、神経的欠陥、染色体異常または超低体重児は、治療や矯正が非常に難しく」、「医学的方法や集中的治療を駆使しても、重度障害児の命を引き伸ばすぐらいのことしかできない」、「悪くすると、容態のよくない新生児の延命努力がかえって仇となり、病態を悪化させ」、「助けるどころか、身体を侵襲し、医療が『危害』になってしまう」というケースが存在するとのことである<sup>(23)</sup>。

ワイヤーは「必ず行なうべき治療」と「選択の余地のある治療」とに区分している<sup>(24)</sup>。「必ず行なうべき治療」とは、「通常の治療」であり、「①予後上利益になることが十分期待でき、②バランス上、患者に危害を与えない」ものである。また、「選択の余地のある治療」とは、「通常でない治療」であり、「①バランス上、新生児に『利益』をもたらし、②バランス上、新生児に『危害』をもたらし、③バランス上、一つの単位として機能している家族にとって『危害』をもたらし」、ものであると定義している。そして、選択の余地のある治療では、選択的治療停止が倫理的に許

容されるとしている。

立法についてアメリカ合衆国では、ベビー・ドゥ事例<sup>(25)</sup>等をきっかけに、障害新生児の治療停止および制限について一定のガイドラインが整備されてきている。

「子ども虐待防止および処遇法」によれば、医療ネグレクトおよび乳幼児の選択的治療停止については次のように記載されている。

「医療的に必要な処置を差し控えること」という用語は、子どもの生命を脅かす状態に、治療（適切な栄養補給、水分補給、および薬の投与を含む）により対応しないことであって、治療を担当する医師、もしくはその他の医師の合理的医療判断において、当該状態の緩和もしくは治療のために最も効果的であるとされる治療をしないこと。ただし、治療担当の医師、その他の医師の合理的医療判断において下記であるとみなされる場合に、乳幼児に治療（適切な栄養補給、水分補給、もしくは薬品投与以外）を施さないことは同用語に含まれない。(a) 乳幼児が、長期にわたり、回復不能な昏睡状態にある。(b) 当該治療の提供が、(i) 単に死期を延ばすに過ぎない。(ii) 当該乳幼児の生命を脅かす状態の緩和もしくは治癒のためには効果がない。または、(iii) その他乳幼児の生存という観点において、無益である。または、(c) 当該治療の提供が、乳幼児の生存という観点において実際上無益であり、当該状況で治療そのものが、非人道的である<sup>(26)</sup>。

## (2) 日本の状況

2000年に成立、施行された「児童虐待の防止等に関する法律」（以下、「児童虐待防止法」という）では、児童虐待の定義として、身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待が定義されているが、医療ネグレクト、中でも障害乳児の治療停止および制限については明示されていない。

また、障害新生児の治療停止をめぐる、児童虐待の観点からの議論はまだ十分されていないように思われる。

しかし、現実的には、多くの障害新生児が生まれ、医療機関でケアされていることは事実であり、医療関係者と家族の間で、困難なやり取りが行なわれていると推測できる<sup>(27)(28)</sup>。

その中で、障害新生児の治療停止についてのガイドラインについては、仁志田（1999）<sup>(29)</sup>の提起が参考になる。

東京女子医大 NICU における倫理的観点からの医療方針決定の基本においては、第1に患者にプラスになるかが判断の原則になる。第2に、医学的、社会的、経済的、法的、倫理的情報を収集するが、医学的情報が全てに優先する。第3に、判断のプロセスとして、医学的データを中心とした情報の解析、家族への情報提供および最大限の意見聴取とその解析、関係医療従事者全員の意見聴取を行なう。第4に、NICU 責任者が家族および関係医療従事者の意見に基づき判断する。家族に最終判断を迫らない、関係医療従事者間の不一致がある場合は決定を急がない。第5に、最終判断の対応として、class 分けによる対応をする。医療従事者の不調和音および最終判断の不徹底は厳に慎む。安易な方針変更は行なわない。

その上で、classification を①Class A：あらゆる治療を行なう、②Class B：一定限度以上の治療は行なわない（心臓手術や血液透析等）、③Class C：現在行なっている以上の治療は行なわず一般的養護（保温、栄養、清拭および愛情）に徹する、④Class D：全ての治療を停止する（消極的安楽死）、⑤Class E：死期を早める操作を行なう（積極的安楽死）、に分類している。

そして、Class C, D の場合、緩和ケアがおこなれ、その症例報告も出されている<sup>(30)(31)</sup>。

さて、このクラス分けを適用する上で、検討を要する事項は次の2点である。(1) クラス分けは、子どもの医学的重症度なのか、家族の背景や意



向も含むものなのか？ (2) 医療者の判断と、家族の望む治療がずれた場合の対応をどうするか？

事例1では、子どもの医学的状態像のクラス分けとしてはAとなり、医療者としては、積極的治療の判断であったが、両親は対応として消極的安楽死（クラスC）を望んだことになる。

事例2（仁志田（1999）の事例）：脊髄髄膜瘤の事例。32週、2,750グラムで出生した。病院側は、家族の事情があろうとも、致死的な奇形ではなく知能も正常なことが期待できるならば、できる限りの治療をするのが従来の方針であった。父親は、子どもを認知し、手術を受けることに理解を示し、手術後は乳児院か里親へという考えになったが、母親は手術を拒否したため、クラスCの対応となった。母親は1週間で退院し、子どもは入院継続となり、母親は面会を重ねた。生後1ヶ月で母親は手術に同意し（クラスA対応）、手術は成功し、水頭症シャントの管理、両足麻痺への対応、導尿テクニックを学び、生後4ヶ月で母親が引き取った<sup>(32)</sup>。

この事例は、仁志田は「複雑な家族背景を考えると、奇跡的なよい結果をもたらした事例」と表現している。病院と父親は、クラスA対応の判断であったが、母親が拒否したため、一旦クラスCの対応を選択したのである。しかし、その後母親が手術に同意したためクラスAの対応に変更することができたのである。

ここでは結果として専門職が望む結果になっているが、母親が手術拒否をした時点で、子どもの生存や治療方針について、母親の意向や家族的背景を考慮に入れて判断している点が注目される。この点については、筆者は異なる見解を持っている。つまり、親の意向とは独立して判断すべきであると考える。

舟戸（2000）は、障害新生児医療の意思決定のプロセスについて、「医療チームの倫理的判断、児の最善の利益を代弁した両親の希望、そしてその希望が倫理的許容範囲内かどうかの判断が必要である。さらに、倫理的許容範囲を超えて両親と医療チームの意見が対立する場合、法的問題も含んだ倫理委員会での審議が必要になる。」<sup>(33)</sup>としている。ここでは法的問題という用語が使われているものの、どのような法的問題なのかまでは言及されていない。

筆者は、医療チームと家族との間、もしくは倫理委員会という病院内組織と家族の間だけでは解決できない事例が存在しており、児童虐待対応制度との関係を考察するべき時期にきていると考える。

児童虐待防止法制定以前、津崎（1992）は、次の事例を紹介している。未熟児で出生し、脳内出血と髄膜炎を発症し、水頭症を併発した。髄液を除去するためのシャント術が必要になり、医師は度重なる要請を行なったが、父母は同意せず、子どもは症状の進行によって植物人間に近い状態となった。これは「定義からいえばあきらかに児童虐待に相当する」が、「保護者の同意を得ない手術や医療行為は実際にはできにくいというのが、今のわが国の医療制度の実態でもある」<sup>(34)</sup>ととらえている。

さらに、津崎（2000）は、児童虐待防止法が成立した年に、児童虐待防止法がクリアできない実務的に残された課題として、米国のような裁判所の医療命令がないため、手術拒否に対応が困難であることを提起している<sup>(35)</sup>。

### Ⅲ 「障害新生児の治療停止および制限」問題についての解決の基本的視点

#### (1) 「子どもの権利」の視点の確立

児童の権利に関する条約（以下「児童の権利条約」という）では、「締約国は、全ての児童が生命に対する固有の権利を有することを認め」（第

## 障害新生児の生存保障について

6条1)、「締約国は、児童の生存および発達を可能な最大限の範囲において確保」(第6条2) するとしている。さらに、障害児については、「その尊厳を確保し、自立を促進しおよび社会への積極的な参加を容易にする条件の下で十分かつ相応な生活を享受すべきであることを認め」(第23条1) ている。また、医療については、「到達可能な最高水準の健康を享受すること並びに病気の治療及び健康の回復のための便宜を与えることについての児童の権利を認め」、「いかなる児童もこのような保健サービスを利用する権利が奪われないことを確保するために努力する」(第24条1) としている。

すなわち、児童の権利条約を踏まえれば、新生児には生命に対する固有の権利があり、その生存発達は最大限確保される権利があり、医療を受ける権利がある。また障害があっても、その尊厳は確保されなければならないし、医療を受ける権利も奪われてはならない。

### (2) 子どもの生存・発達・医療の権利保障のための公的責任の確立

児童の権利条約では、養育者と公的責任との関係について明らかにしている。第18条において、「父母また場合により法定保護者は、児童の養育および発達についての第一義的な責任を有する」が、それは「児童の最善の利益」を確保するように行使される必要がある。そして、児童が虐待・放置等を受けている場合には、「締約国は、それからその児童を保護するための適当な立法上、行政上、社会上および教育上の措置をとらなければならない。」(第19条) とされている。

つまり、児童は生存及び発達・医療に関して、じゅうぶん享受する権利があり、また実父母は児童の養育について第一義的な責任を有しているが、それが児童の最善の利益を確保できず、むしろ虐待や放置怠慢な扱い、不当な扱いである場合には、児童は国から保護される権利を有しているのである。

### (3) 意思決定の手続きの確立

磯谷（2000）は、親権の究極の目的が子の福祉であり、子どもの福祉を害する場合には制限されざるを得ないものと解すべきととらえ、施設入所中に親権者が適切な医療行為を拒否した場合の対処について次のように論じている。

当該医療行為を受けるべきかどうかは患者本人の自己決定にゆだねられるべき事項であり、子ども自身がじゅうぶんな意思能力に従って判断した結果ならば、親権者の意思と異なっても子ども自身の判断に従うべきである。さらに、子どもの意思が明確でない場合や意思能力が十分でない場合には、社会通念によって意思を補完的に解釈することになる。医療行為が相当リスクが高いものである場合には、医療行為を受けない場合に予想される事態と比較考量するがその基準は一般人に置くべきである。判断が一般人の視点でなされることを担保するためには第三者からの意見聴取が必要である。親権者の意見は、医師や施設職員、児童相談所職員等の意見に優先するのではなく、同等に扱われるべきである<sup>(36)</sup>。

つまり、障害新生児の治療選択に当たっては、子の福祉を基準に、親権者と医師、福祉関係者等の意見を同等に扱い、決めていくべきであると読み取ることができる。

さらに、国際的な宣言との関係を取り上げておきたい。1995年9月の世界医師会（WMA）第47回総会における「患者の権利に関する〈改訂〉リスボン宣言」によれば、「すべて人は、差別なく適切な医療行為を受ける権利を有し」（1(a)）、「処置は一般に認容されている医療基準に則してなされなければならない」（1(c)）。また、患者には「自己決定の権利」（3(a)）があり、「患者が未成年もしくはその他の理由により法的に無能力である場合には、法律により法定代理人が定められている時にはその者のコンセントを要する。その場合にも、当該患者はその能力の許す限り意思決定に参加させられなければならない」（5(a)）。しかし、「患者の法定代理人も

しくは患者から権限を与えられた者が、医師の意見によれば患者にとって最善と判断される処置を禁じた場合、医師は、適切な司法機関その他の機関に対し、その検証を求めなければならない」(5(c))。なお、「救急の場合には、医師は、患者の利益のために行動することができる」(5(c))<sup>(37)</sup>。

成人に至らない者は、単独では契約などの有効な行為をすることはできず、その行為は取り消すことができる不完全なもので、法定代理人（通常は親権者）の同意があって初めて有効なものになる（民法第4条）。親権者がいる場合には、通常親権者が法定代理人となって代諾することになる。その際、改訂リスボン宣言を尊重すれば、法定代理人は患者にとっての最善の処置を判断しなければならない。もし、医師が判断した最善の処置を法定代理人が拒否した場合には、医師は適切な司法機関その他の機関に検証を求めなければならないのである。

現在、日本においては、医師がこの「検証を求める制度」が確立されていない<sup>(38)</sup>としたら、確立に向けた議論をしていくべきである。

#### IV 現行制度下で可能な対応

当面、医療関係者が親権者との間で、選択的治療停止および制限のテーマにぶつかった時にとりうる対応についてまとめておく。

##### (1) 医療関係者と家族の話し合い

医師等は、障害についての医学的な知識や予後、将来の生活を予測できるようにいろんな社会資源や同じ障害を抱えている家族へのアクセス方法について率直に話し合うことが必要である。

また、両親の障害受容のプロセスとして、①ショック、②否認、③悲しみ、怒りおよび不安、④適応、⑤再起の段階がある。医療関係者は、両親の反応を理解するとともにカウンセリング的対応が必要である<sup>(39)</sup>。

さらに、「実の親や親権者に育てられることこそが子どもにとって幸せであり、親が拒否しているのなら、その子は不幸であるので、実親の意向だけを優先して処遇を決定する」という固まった観念を持たず、場合によっては里親や養子縁組、児童福祉施設（乳児院や障害児系の居住型児童福祉施設等）の利用など社会的養護に委ねることも選択肢として可能であることを医療者も家族も理解しておくことが極めて重要であると指摘しておきたい。

そのことによって、当事者は自分が「生かせるか死なせるか」の選択権を持っているとの思い込みから脱却し、「自分たちで支援を受けながら育てるのか、他の家庭や社会に育ててもらえるのか、どちらが子どもと家族それぞれにとって望ましいのか」という選択肢への検討に入ることができる可能性が生まれるのである。

## (2) 病院内の委員会の対応

親権者と医師の意見が対立した場合、通常医療機関では、院内委員会（倫理委員会や虐待予防委員会）で検討することになる。ただし、虐待対応について相当詳しいメンバーが複数含まれていなければ、院内で対応できる事例なのか院外とも連携すべき事例なのか判断できないので、そういう場合には、外部の詳しいメンバーを入れて検討すべきであろう。

## (3) 児童福祉法等による法的な対応

院内の検討の結果、子どもの福祉の観点から考えて法的な対応の検討が必要な事例であるとわかった時点で、福祉的な対応を院外の機関・メンバーと連絡をとってケース会議を開いて検討する。つまり、児童虐待防止制度を中心とした福祉的・法的対応を検討する必要がある。

柳川ら（2000）<sup>(40)</sup>は、医療ネグレクト全般についての考察の中で、その対応として次の対策を明らかにしている。①緊急状況での手術拒否の場合

には、緊急避難や社会的正当行為として違法性が阻却される。②もう少し余裕のある場合には、家庭裁判所への親権喪失宣告請求（民法 834 条、児童福祉法第 33 条の 6）およびその保全処分（家事審判法第 15 条の 3 第 1 項）の申立をし、同時に親権の職務代行者を選任し、職務代行者の判断で手術をする。③手術の危険を伴わない程度の治療の場合には、児童相談所が一時保護をし、委託先を病院とし、看護権の範囲内で治療・検査を行なう。

次に、児童福祉法第 28 条手続きを本案とする審判前の保全処分申立事件で、①親権者の転退院手続き禁止、②児童相談所の一時保護と親権者のこれへの妨害禁止を内容とする保全処分を認めた事例（浦和家裁平成 8 年 3 月 22 日審判）がある<sup>(41)</sup>。

さらに、坂井（2002）は、障害新生児の手術拒否について、児童相談所による病院への一時保護委託（児童福祉法第 33 条）と病院長による手術同意による対応について報告している。

**事例 3**（坂井、2002）：ダウン症で十二指腸閉鎖を合併。緊急に手術しないと 2 週間以上の延命が難しいということであったが、両親が治療を拒否した。両親が拒否といっても母親はまだ出産したばかりで、しかも障害の告知を受けたことを含めストレス状態にあり、治療拒否は主に父親と親族が主張した。

この事例に対して、医師から児童相談所にネグレクトとして通告し、児童相談所は病院に一時保護委託をし、手術の承諾書は病院長がサインする方針を示したところ、最終的には母親が手術に同意をした<sup>(42)</sup>。

筆者も参加して検討を加えた事例 4 は、事例 3 と似ている。

**事例 4**（A 虐待防止市民団体に相談のあった事例）：主訴は次のとおり。

名前や住所など患者と家族を特定する情報を抜いて、病院の小児科医からケース検討を求められた。2002年に満期産で生まれたダウン症児に、十二指腸閉鎖と心臓障害があり、まず十二指腸閉鎖の手術を行なう必要がある、それは手術により改善される見通しがあるが、両親が最初の手術に同意しない。

この事例に対しては、事例3を参考にして、同様の方針を採ることとして、関係者が両親との面接を重ねたところ、手術の同意が得られた。

このように、現行の虐待防止制度下でも、叡智を集めれば、取り組みが可能であり、また前例ができることにより、対応も進んでいくと考えられる。

## V 当面取り組むべき事項

### (1) 医療ネグレクトおよび障害新生児の治療および制限についての法的定義の確立

児童虐待防止法が成立・施行され、第2条で児童虐待の定義と例示がなされたことや法律施行に伴う啓発活動によって、国民や医療関係者に児童虐待の認識が高まった。それは、通告件数の増大や、児童相談所職員が虐待している家族に対して「それは虐待である」と説明しやすくなったと同時に家族も虐待という概念の受け入れがよくなるという児童相談所関係者の発言に現れている<sup>(43)</sup>。

そういった流れからすると、この問題について、定義を児童虐待防止法の条文に組み入れることは、後で述べる社会への啓発に対してきわめて有効であると考えられる。

提案1：医療的放置の定義の明確化と児童虐待防止法への記載。児童虐



## 障害新生児の生存保障について

待防止法第2条第2号について「医療的に必要な処置を差し控えること」（医療的放置）を含むこととする。「医療的に必要な処置を差し控えること」とは、「子どもの生命を脅かす状態に、治療（適切な栄養補給、水分補給、および薬の投与を含む）により対応しないことであって、治療を担当する医師、もしくはその他の医師の合理的医療判断において、当該状態の緩和もしくは治療のために最も効果的であるとされる治療をしないこと」である。

提案2：医療的放置に、「生命が脅かされる状態の障害児に医療的に必要な処置が差し控えられる事例」を含むこととする。

提案3：医療的放置の除外規定を検討すること。

アメリカでは、「子ども虐待防止および処遇法」に関連して、治療を差し控えたり停止することが認められる3つの場合が明示されていることは、すでに述べた。これを土台に、日本においても、医療ネグレクトであると判定しない基準（除外規定）を確立していく必要がある。

その際には、子どもの権利条約や改訂リスボン宣言に則って、①最善の医療についての医学的判断を中心とする、②障害の程度や種類には関係ない、とする必要がある。

### (2) 啓発活動

障害新生児の治療停止および制限について、児童虐待のひとつのタイプであるという認識の啓発は、医療機関者に対してその啓発活動が不十分であると思われる。

「シェイキングベビーシンドローム」や「代理によるミュンヒハウゼンシンドローム」などは取り上げられているものの、本テーマについては、日

本医師会監修のマニュアル<sup>(44)</sup>をはじめの医療関係者向けマニュアルの中で取り上げられていない現状がある<sup>(45)(46)</sup>。ただし、ただし「地域保健活動マニュアル」<sup>(47)</sup>においては、「メディカルネグレクト」についての記載はあるものの、本テーマについては触れられていない。

今後は、医療ネグレクト（医療放置）の概念の日本における確立とともに、医療関係者や一般市民に対して、このテーマを認識してもらえるような活動を行なう必要がある。

(3) 親権者が拒否する場合の治療処置の代諾にかかる親権制限制度の検討  
親権の制限についての司法審査については、現行では、児童福祉法第28条と親権喪失宣告請求が主なものである。

児童福祉法第28条の承認の申立に当たっては、①虐待、監護懈怠、その他福祉の侵害があること、②児童福祉法第27条第1項第3号（子どもを里親委託または児童福祉施設等に入所させること）の措置が保護者の意に反すること、の2要件が必要であるとされている<sup>(48)</sup>。

また、親権喪失宣告請求は、「父または母が、親権を濫用し、または著しく不行跡であるとき」が要件となっている。親権の回復制度があるというものの、将来的にも改善の見込みがなく子どもの福祉にとって親権喪失が必要な時に限って、親権喪失宣告請求の本案の承認はされるべきである。

保全処分によって親権を一時停止することは、児童福祉法第28条手続きにしろ、親権喪失宣告制度にしろ、本案の申立を必要とする。第28条手続きは児童福祉施設入所承認を、親権喪失宣告請求は親権全体の剥奪を、それぞれ目的としている。いずれも、治療措置についての親権者の代諾に焦点化していないところに問題が残る。

この点に関して、日本子どもの虐待防止研究会（JaSPCAN）は、児童福祉法第28条を本案とする保全処分、または親権喪失宣告請求を本案とする保全処分によるのではなく、「親権の一時停止制度の新設」、および医

療拒否にも対応できるように「親権を個別的具体的に制限する裁判所命令（保護命令）の新設」を検討課題に挙げている<sup>(49)</sup>。

制度改正が実現するまでは、現行制度を工夫して活用しながら、子どもの最善の医療を受ける権利を保障するための介入を続けて、事例を積み上げていくしかない。

今後は、親の監護権のうち治療処置についての代諾のみを制限するような一時的で柔軟な親権制限の制度が必要である。

児童虐待防止法には、施行後3年目の見直し規定があり、この見直し作業の中で、医療ネグレクトや障害新生児の治療停止および制限の問題を是非取り上げてもらいたい。

## VI まとめ

障害新生児の選択的治療停止の問題は、古代からある「有用でない子ども」を抹殺してきた歴史の延長上にある。医療水準が発達し、子どもの権利を認識して保障しようとする現代社会においては、認識し対応すれば減らすことができる。この問題を虐待制度の中に位置づけると、それは医療ネグレクトのタイプのひとつであり、現行制度の中でも工夫すればある程度対応できる。

しかし、医療関係者や社会がはっきり認識して対応していくためには、当面、①医療ネグレクトの定義の法定化、②障害新生児の選択的治療停止および制限の定義の法定化、③除外ケースの検討、④それらの概念の啓発、⑤裁判所に治療処置の承認を求める制度の創設、に取り組む必要がある。

祖父江（2002）が語っているように、われわれは、小さい人より先に生まれてきた者であり、後から生まれてきた小さい人を守り育てる責任がある<sup>(50)</sup>。先に生まれた者の責任として、後から生まれてきた小さい人が「生まれてきたことが間違いであった」と思うのではなく、「生まれてきて

いいんだ」、「生きていて大丈夫だ」、と思える社会を構築していかなければならない。障害新生児の治療停止および制限の問題は、われわれが認識をもてば解決が可能であり、われわれは人としての責任を果たすべきである。

### 引 用 文 献

- (1) Weir, R. F. *Moral Dilemmas of Life and Death; Selective Nontreatment of Handicapped Newborns*, Oxford University Press, New York. 1984 (高木俊一郎・高木俊治訳 『障害新生児の生命倫理——選択の治療停止を巡って』(学苑社、1991)、全 369 ページ)、3 ページ。
- (2) Clark, R. E, Clark, J. F. and Adamec, C. *Encyclopedia of Child Abuse*, 2<sup>nd</sup> ed. 2001. (門脇陽子・萩原重夫・森田由美訳 『子ども虐待問題百科事典』(明石書店、2002))、exposure (邦訳 86 ページ)、infanticide (邦訳 116 ページ)、neonaticide (邦訳 161 ページ)。
- (3) 中村茂樹『棄民の文化人類学』(明石書店、2001) (全 277 ページ)、15 ページ～45 ページ参照。
- (4) 倉野憲司(校注)『古事記』(岩波文庫、1963)、20 ページ参照。
- (5) 柳川敏彦「子ども虐待の歴史」小児内科、第 34 巻、第 9 号、2002、1335 ページ～1339 ページ。
- (6) 池田由子「児童虐待の認識と取り組み」母子保健情報、第 42 号、2000、4 ページ～7 ページ。
- (7) 池田由子『児童虐待の病理と臨床』(金剛出版、1979) (全 258 ページ)、13 ページ～25 ページ参照。
- (8) 厚生省児童家庭局「昭和 48 年度児童の虐待、遺棄、殺害事件に関する調査結果について」(児童虐待調査研究会、児童虐待 昭和 58 年度・全国児童相談所における家庭内児童虐待調査を中心として、日本児童問題調査会、1985)、57 ページ～65 ページ参照。
- (9) 加藤悦子・安藤明夫「過去 5 年間に報道された子ども虐待死事件の傾向と課題」子ども虐待とネグレクト、第 3 巻第 1 号、2001、204 ページ～210 ページ。
- (10) 子どもの虐待防止ネットワーク・あいち『防げなかった死資料集 2002』(キャプナ出版、2001)。
- (11) Weir、前掲書。邦訳 24 ページ～25 ページ参照。

## 障害新生児の生存保障について

- (12) 中村茂樹、前掲書。28 ページ～29 ページ参照。
- (13) 健やか親子 21 検討会『健やか親子 21 検討会報告書——母子保健の 2010 年までの国民運動計画——』2000 年 11 月。
- (14) 子ども虐待予防地域保健研究会（佐藤拓代編著）『子ども虐待予防のための地域保健活動マニュアル——子どもに関わる全ての活動を虐待防止の視点に——』（社会保険研究所、2002）。28 ページ～65 ページ。
- (15) 矢満田篤二「要養護児童処遇の現状と改善策」児童養護、第 23 巻第 2 号、1992、17 ページ～20 ページ。
- (16) 厚生統計協会『国民の福祉の動向 2002 年』（厚生統計協会、2002）。139 ページ。
- (17) 加藤忠明「母子保健」（福祉士養成講座編集委員会編『児童福祉論』、中央法規、2001）、112 ページ～125 ページ。
- (18) Weir、前掲書。邦訳 31 ページ参照。
- (19) Gregory, E. P., *Classic Cases in Medical Ethics: Accounts of the Cases That Have Shaped Medical Ethics, Third edition*, McGraw-Hill, 2000.（宮坂道夫・長岡成夫 訳『医療倫理 1、2』みすず書房、2001）。
- (20) 玉井真理子（編）『重症新生児の治療停止および制限に関する倫理的・法的・社会的・心理的問題』（生育医療研究委託事業研究「重症障害新生児医療のガイドラインおよびハイリスク新生児の診断システムに関する総合的研究」分担研究班（分担研究者 玉井真理子）2001 年度報告書、2002）。
- (21) 斎藤茂男『生命かがやく日のために』（共同通信社、1985）。
- (22) Weir、前掲書。邦訳 61 ページ参照。
- (23) Weir、前掲書。邦訳 264 ページ参照。
- (24) Weir、前掲書。邦訳 267 ページ～279 ページ参照。
- (25) Gregory、前掲書。邦訳 296 ページ参照。
- (26) Clark、前掲書。邦訳 282 ページ参照。
- (27) 斎藤、前掲書。
- (28) 加部一彦『新生児医療はいま』（岩波書店、2003）。
- (29) 仁志田博『出生をめぐるバイオエシックス 周産期の臨床に見る「母と子のいのち」』（メジカルビュー社、1999）。
- (30) 船戸正久「NICU における緩和ケアとそのプロセス」*Neonatal Care*, 1999, 12 巻、10 ページ～20 ページ。奥起久子・高橋有紀子・田中秀男「予後不良の先天異常児に対する緩和ケア」*Neonatal Care*, 1999, 12 巻、20 ページ～26 ページ。野間大路「重度脳障害児（IVH・HIE）の緩和ケア」*Neonatal Care*, 1999, 12 巻、27 ページ～32 ページ。竹原志穂「NICU における緩和ケアと看

- 護」Neonatal Care, 1999, 12 巻、33 ページ～37 ページ。宇野知子「NICU における緩和ケアと家族のサポート」Neonatal Care, 1999, 12 巻、38 ページ～42 ページ。
- (31) 仁志田、前掲書。167 ページ～198 ページ参照。
  - (32) 仁志田、前掲書。184 ページ～190 ページ参照。
  - (33) 船戸正久「選択的治療停止の意味と実際」周産期医学、第 31 巻、2000。538 ページ～542 ページ。
  - (34) 津崎哲郎『子どもの虐待』（朱鷺書房 1992）。71 ページ～76 ページ。
  - (35) 津崎哲郎「自治体・民間団体の取り組み——児童相談所の対応実態を中心に」ジュリスト、1187 号、2000。35 ページ～40 ページ。
  - (36) 磯谷文明「親の権利主張をめぐる」（松原康雄・山本保（編）『児童虐待——その援助と法制度——』エディケーション、2000）98 ページ～114 ページ参照。
  - (37) 特定非営利活動法人 患者の権利オンブズマン『Q&A 医療・福祉と患者の権利』（明石書店、2002）。290～294 ページ参照。
  - (38) 磯谷、前掲書。110 ページ参照。
  - (39) Kenell, J. H. & Klaus, M. H. Parent-Infant Bonding, 2<sup>nd</sup> ed. C. V. Masby Company 1982（竹内徹・柏木哲夫・横尾京子訳 『親と子の絆』、医学書院、1985）邦訳 327 ページ～373 ページ参照。
  - (40) 柳川敏彦・下山田洋三・紀平省悟・南弘一・埼玉美知代・北野尚美・小池道夫・前田哲也・市川光太郎・峯本耕治「メディカルネグレクトの対応について」子ども虐待とネグレクト、第 2 巻第 1 号、2000。101 ページ～109 ページ。
  - (41) 家庭裁判月報第 48 巻第 10 号 168 ページ（日本子ども家庭研究所（編）『厚生省 子ども虐待対応の手引き 平成 12 年 11 月改訂版』（有斐閣、2001）、356 ページ～360 ページ）。
  - (42) 坂井聖二「子どもの虐待、その発見・対応における医師の役割」子どもの虐待とネグレクト、第 4 巻第 1 号、2002。97 ページ～103 ページ。
  - (43) 川崎二三彦「児童虐待と児童相談所」母子保健情報、第 42 号、2000。46 ページ～50 ページ。
  - (44) 日本医師会監修『児童虐待の早期発見と防止マニュアル——医師のために——』（明石書店、2002）。
  - (45) 愛知県健康福祉部児童家庭課『医療機関用子どもの虐待対応マニュアル』2000。
  - (46) 名古屋児童福祉センター『医療機関用子どもの虐待防止マニュアル』2000。
  - (47) 子ども虐待予防地域保健研究会（佐藤拓代編著）、前掲書。16 ページ。
  - (48) 日本子ども家庭研究所（編）『厚生省 子ども虐待対応の手引き 平成 12 年 11 月改訂版』（有斐閣、2001）。123 ページ参照。

障害新生児の生存保障について

- (49) JaSPcAN 理事会案・平湯真人（解説）「児童虐待防止法・児童福祉法改正への提言および意見」子ども虐待とネグレクト、第4巻第2号、2002。204ページ～209ページ。206ページ参照。
- (50) 祖父江文宏「曽根さんに送る愛のエール」（曽根富美子『子どもたち！1』2002、講談社、所収）。

（本学専任講師・児童福祉論）