

201201007A

厚生労働科学研究費補助金

(政策科学総合研究事業)

「我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究」

平成24年度
総括・分担研究報告書

研究代表者 小林美智子

平成25年(2013)3月

厚生労働科学研究費補助金

(政策科学総合研究事業)

「我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究」

平成24年度

総括・分担研究報告書

研究代表者 小林美智子

平成25年（2013）3月

目 次

総括研究報告書

- 我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究 …………… 2
研究代表者 小林美智子 大阪府立母子保健総合医療センター発達小児科顧問

分担研究報告書

- 子どもの死亡事例登録検証の医療モデル構築に関する研究 …………… 11
研究分担者 奥山眞紀子 国立成育医療研究センター
- 小児の死亡登録フォーム作成報告と実際の運用に向けての検討 …………… 18
研究分担者 山中 龍宏 産業技術総合研究所デジタルヒューマン工学研究センター
傷害予防工学研究チーム、緑園こどもクリニック
- 東京都チャイルド・デス・レビュー2012年パイロットスタディ研究報告 …………… 34
研究分担者 森 臨太郎 国立成育医療研究センター成育政策科学研究部
- 東京23区における小児異常死例の疫学的検討 …………… 46
研究分担者 福永 龍繁 東京都監察医務院
- 虐待死亡事例における保護者の心理社会的特徴の分析：その3
刑事裁判の判決文の分析を通して その2 …………… 50
研究分担者 西澤 哲 山梨県立大学
- 児童の虐待死に関する文献研究 …………… 64
研究分担者 川崎二三彦 子どもの虹情報研修センター
- 地方自治体保健福祉機関および関連機関における情報保持項目の検討 …………… 68
研究分担者 小林美智子 大阪府立母子保健総合医療センター
- 乳幼児期に死亡した子どもの事例記録の検討 …………… 72
研究分担者 小林美智子 大阪府立母子保健総合医療センター
- 子供の死に直面した家族への介入に関する文献的研究 …………… 80
研究分担者 米本 直裕 国立精神・神経医療研究センター
- 米国におけるチャイルド・デス・レビューに関する法制度、ならびに
米国における多機関連携チャイルド・デス・レビューのメンバー構成について …………… 82
研究分担者 奥山眞紀子 国立成育医療研究センター子どもの心診療部

- シンポジウム …………… 89

厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)

「我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究」

平成24年度 総括研究報告書

研究代表者 小林 美智子 大阪府立母子保健総合医療センター発達小児科顧問
研究分担者 奥山 真紀子、川崎 二三彦、佐藤 喜宣、西澤 哲、福永 龍繁、
森 臨太郎、山中 龍宏、米本 直裕

研究要旨

目的：わが国の乳児死亡率は世界一低率だが、幼児・学童死亡率はそうではない。諸外国では、「予防できる子どもの死亡」を無くす策を見出すために、子どもが死亡した場合に詳細に検討して、チャイルド・デス・レビュー(Child Death Review、以下CDRと略す)を行って、成果を上げている。わが国にもCDRを導入するために、海外のCDRについて調査し、我が国でのCDRの在り方検討する。

一昨年度の結果と結論：CDRを実施している諸外国は、個々の死について医学的原因だけでなくその背景・死に到る経緯・子どもの症状・受療状況・剖検等について、詳細な報告用紙を作って情報収集し、多機関チームで分析し、毎年報告書を公表し、死亡を減らすための具体的提言を行い、施策につなげている。それを行うために、法制定し、調査・分析・制度構築・研修するための中心機関を設けている。わが国でも虐待死亡検証が始まり、そこから具体的な施策が打ち出されている。しかし虐待死亡を減らすには、潜在する虐待死亡の把握も不可欠で、それには子どもの死亡全体の検証が必要である。その他の「予防できる死亡」である不慮の事故・自殺他殺・受診の遅れなどによる死亡を減らすにも多面的な分析が必要であるが、その分析に必要な情報は、わが国ではどの機関も収集していない。多機関での分析には現行では、個人情報保護等のために情報集約が困難であり、法整備や制度構築が不可欠であろう。また、より正確な医学的死因の分析には、わが国には普及率が低い剖検の充実も必要である。

昨年度の結果と結論：前年研究からわが国にもCDRが必要であり、実施には制度構築が不可欠であることが明確になった。実施に向けての課題を見出すために、英米CDRが使用している情報収集用紙やマニュアルの翻訳を行った。またCDR実現には、医療機関と行政が鍵機関になると判断し、小児医療機関と東京都の二つの試行の準備を、関係機関と調整を始めた。また、保健機関の可能性を検討したが、死亡を検証することは少なく、CDRに必要な情報保持も少ないことが分かった。そして、司法関係者の検討でも、CDR実施にはわが国でも立法化と制度整備が望ましいと考えられた。

今年度の結果と結論：過去2年間準備してきた試行を、小児医療機関(群馬県)と地域試行(東京都)で開始した。実施準備からは、医療機関で死亡時に救急隊情報と医療情報から基本情報収集して、予防の可能性の有無を判断して、可能性があるものは多機関での分析対象にすることが現実的であること、死に至る経緯や背景についての情報は把握されていないものが多く実施には関係者の理解が必要であること、病院内多職種チーム組織化と地域委員会の設置が必要であること、それらの実施には実務担当者や専門性を有する中心機関が必要であること、個人情報保護や守秘義務への対策が制度構築には必要であること、等が明らかになった。一方で、監察医務院の分析や、児童虐待死亡の自治体検証や保健機関保健師の経験から、子どもの死亡予防策を見出すには子どもの全死亡のCDRが必要であることが分かった。3年間の研究から導かれた、「わが国に創設するためのガイドライン」を作成した。

研究分担者

- 1) 奥山真紀子 国立成育医療研究センター
こころの診療部・部長
- 2) 西澤哲 山梨県立大学人間福祉学部・教授
- 3) 佐藤喜宣 杏林大学医学部法医学教室・教授
- 4) 山中龍宏 産業技術総合研究所デジタルヒューマン工学研究センター傷害予防工学研究チーム、緑園こどもクリニック
- 5) 米本直裕 国立精神・神経医療研究センター・トランスレーショナルメディカルセンター・室長
- 6) 森臨太郎 国立成育医療研究センター政策科学研究部・部長
- 7) 川崎二三彦 子どもの虹情報研修センター研究部・部長(平成 23 年度年から参画)
- 8) 福永龍繁 東京都監察医務院・院長(平成 24 年度途中から参画)

A. 研究目的

わが国の乳児死亡率は世界第一位の低率だが、幼児・学童死亡率はそうではない。欧米諸国等では「子どもの予防できる死亡」を減らすために、子どもが死亡した場合に、その原因や死亡の状況を詳細に検討して、予防できる死亡を無くす対策を見出すことを目的として、チャイルド・デス・レビュー(Child Death Review、以下 CDR と略す)を導入し、具体的対策を見出して成果を上げている。わが国でもチャイルド・デス・レビュー制度を導入するために、欧米等の CDR について、各国の制度の詳細と各国間の相違点の調査・研究を行い、我が国でのチャイルド・デス・レビューの在り方を示す。

研究初年度である一昨年度は、英国・米国・豪国の制度について分析するとともに、わが国の「予防できる子どもの死亡」の実態を分析し、CDR を行うための課題について分析した。昨年度はさらに、海外の CDR 制度の実施方法の詳細を調べるとともに、わが国で幾つかの領域や地域での試行の準備や可能性の検討を行った。

今年度は今までの調査を元に、わが国で使用可能な調査用紙を作成して、小児科医療(群馬県)と地域(東京都)で実施体制を準備して試行を行い、わが国での創設についての具体的方法と課題の検討を進めた。さらに、CDR に深く関与することが明らかになってきた監察医務院の子どもの実態、グリーフケアや法的側面や保健機関の役割、わが国の虐待死亡検証報告の事例分析、虐待死亡事件の刑事裁判判決文の分析についても検討を進めた。また、3年間の結果から、わが国に CDR を創設するためのガイドラインを作成した。

研究課題

当研究班では、分担研究者の職種や業績から以下の分担で研究を進め、その結果を全員で討論して、わが国の CDR の実現に向けての検討を行う。その分担は以下の通りであるが、研究班最終年度である今年度は、チームを編成して試行し、そこから CDR 創設への具体案と課題を提示することに重点を置いた。

1. 諸外国の CDR の実態と我が国におけるあり方を、全体として検討する(小林美智子)。
2. 米国、英国等の CDR の調査を行い、わが国の実情にあうチャイルド・デス・レビューのあり方を検討する。
 - 1) 子どもの虐待死と自殺に関する医学的検証のあり方に関する研究(奥山真紀子)、2) 子どもの虐待死の加害者の心理社会的な検証について(西澤哲)、3) 児童の虐待死に関するわが国の文献研究(川崎二三彦) 4) 法医学・監察医務院から見たチャイルド・デス・レビュー(佐藤善宣、福永龍繁)、5) 子どもの不慮の事故予防からみたチャイルド・デス・レビュー(山中龍宏)、6) チャイルド・デス・レビューのデータ・ベース構築のあり方(米本直裕)
3. 我が国の幾つかの地域や領域で試行して、CDR 創設に向けての課題を分析する。
 - 1) 我が国でのフィールドを構築して試行する(森臨太郎、佐藤喜宣、米本直裕)、2) CDR の鍵機関である医療機関で試行する(奥山真紀子、

山中龍宏 3) 保健機関が CDR に果たせる役割
(小林美智子・平山哲、上野昌江)

B. 一昨年度昨年度の研究と結果

一昨年度の研究と結果: 一昨年度の研究から導かれる結果は、諸外国で始まっているチャイルド・デス・レビューは、予防できる子どもの死亡を減じるための具体的な提言を多々行い、施策に反映させ、成果を上げていることが分かった。わが国でも幼児・学童死亡を減じるには、虐待だけでなく不慮の事故・自殺他殺などを含めた予防できる死亡を減じる策が必要である。また、その策は乳児死亡に含まれる予防できる死亡を減じることにも繋がる。

そのようなチャイルド・デス・レビューを行うには、医学的死因分析だけでなく、死に至る経緯や心理社会的背景の分析が必要であり、現行のわが国の死亡票のみでは分析不可能である。個々の死亡について、必要な詳細な情報を収集することから始めて、事例を集積して多角的に分析する。また、医学的死因を正確に把握するには剖検制度の充実も不可欠であり、これらを実現するには、法整備も含めた制度構築が不可欠であることが分かった(奥山、森、米本)。

そして、米国の CDR を具体的に知り、試行に向けての準備として米国 CDR マニュアルを翻訳し(奥山)、事例報告用紙を翻訳して一部の医療機関で試行して登録ソフトウェア作成の準備を行った(奥山、山中)。特定地域での試行に向けて関係機関の準備を始めた(森)。保健機関での可能性と課題を保健師にヒアリング調査した(平山・小林)

CDR 創設時に重要になると思われる関連事項についての調査を行った。1) 法医学の実態について(佐藤)、2) 文献から子殺し・虐待死・ネグレクト・嬰兒殺・新生児殺に関する文献調査(小林・川崎)、3) 厚生労働省死亡検証事例から保護者の心理社会的特長の分析(西澤)である。どれもが、わが国の過去の分析報告は多くないこと、わが国の子どもの死亡の全容を分析したもの

はないこと、予防の可能性を分析するにはもっと詳細な情報が必要な事を明らかにした。つまり、CDR 制度の創設が重要であることを示唆している。

また、わが国で子どもの死亡に出会う立場にある多領域の関係者が集い、海外状況やわが国の実情を共有して意見交換する公開シンポジウムを行った。皆が CDR 制度の創設を望んでいることが分かった。

昨年度の研究と結果: 一昨年に続いて、海外 CDR の詳細を調査するとともに、試行に向けての体制整備のために関係機関との各種調整を進めた。児童福祉機関は CDR には不可欠であるために、川崎二三彦研究協力者を分担協力者として加えた。

海外の CDR の調査としては、米国 CDR で使われている「Training Manual: Sudden Unexplained Infant Death Investigation」の翻訳を行った(奥山)。英国で行われている Serious Case Reviews についてセミナー参加した(米本)。

わが国での地域・領域試行としては、海外の登録フォームを元に、わが国の医療現場で使用する病院用 CDR 紙版を作成するとともにタブレット端末用のソフトウェアを開発した(山中)。地域試行としては東京都で関係機関の組織化を行った(森)。

関係事項として 1) 地方自治体保健機関の CDR 参画の可能性を検討するために、母子保健事業で把握している情報を整理し(小林・平山)、保健所が把握する乳幼児虐待死亡について、保健師の関与実態について事例分析を行い(上野)。2) 虐待死亡の判例報告から加害者の心理社会的分析を進め(西澤)、3) 法制度から CDR 実現に向けて必要な事項を考察し(西澤・中村)、4) 母親による実子殺、ネグレクト死亡、親子心中、虐待死に関するわが国と英米の文献について俯瞰した(川崎)。

C. 平成 24 年度研究方法

実施期間: 2012 年 4 月～2013 年 3 月

実施方法：

班会議を3回行い、CDR創設に関係するいくつかの側面についての分析を続け、各研究者の内容を議論しあうとともに、ガイドライン案を皆で討議した。今年度の最大の研究である試行は、山中・奥山の合同チームと、森・佐藤・米本・福永の合同チームを作って、開始した。また今年度も公開シンポジウムを行い、本研究班の3年間の成果を伝えてわが国にCDR創設するための課題を意見交換した。

D. 平成24年度研究の結果

1. 子どもの死亡事例登録検証の医療モデル構築に関する研究(奥山眞紀子、溝口史剛、山田不二子、山中龍宏)

昨年度に引き続き、当研究班では、医療機関中心で実施できる体制を整備すべく、群馬県をモデル地域として、前方視的死亡登録制度の確立に向けたフィールドワークの実施準備を行った。本年度中に、実際の運用に基づくフィードバックを行うまでには至らなかったが、継続的に事業として行う素地は形成された。群馬県というフィールドは日本の人口のわずか1.5%をカバーしているにすぎない。CDRはエビデンスがない事象に、エビデンスを積み上げるために存在するものである。エビデンスの積み上げのために実施するというよりも、先行モデルとして実施した事業の方法論から学んだことを基に、全国展開可能なモデル提示を行うとともに、制度として実施しうる、施策化がなされていくことが望まれる。

2. 小児の死亡登録フォーム作成報告と実際の運用に向けての検討(山中龍宏、溝口史剛、山田不二子、奥山眞紀子、北村光司、西田佳史)

理想的な多機関連携でのチャイルドデスレビュー施行をめざし、群馬県ではまず、小児科における前方視的な小児死亡事例登録・検証体制を整備中である。昨年度試作した登録フォームを再構成し、実際の運用時に使用する登録フォームを、小児の死亡に関わった医療職が分担して記入す

る形が可能なフォームとして作成した。また将来的により発展的な形での運用が可能となった際に活用すべく、コンピューターベースの登録フォームの試作品も完成させた。登録フォームに関して、実際の運用に基づくフィードバックを行える状態までは到達できなかったが、今後継続して小児死亡登録・検証を実施する体制は、少なくとも医療機関単独ではあるが整備された状態であり、今後も登録フォームの修正情報や、実際の検証方法に関しての情報発信体制を整える必要があると考えている。

3. 東京都チャイルドデスレビュー2012パイロットスタディ研究報告(森臨太郎、米本直裕、佐藤喜宣、椎間優子、森崎菜穂、宮地麻衣)

東京都内で1年間に発生する0歳～4歳の小児全死因とそれに関わる状況を調査し、それらの情報を分析することで予防策の検討を行った。今後多分野連携型前方視的な小児の死因究明制度を施行するに当たっての問題点抽出を試みた。

東京都内で2011年1月1日から12月31日までに発生した、新生児を含む0～4歳の乳幼児全死亡症例について症例の登録及び聞き取り調査を行った。2013年2月14日時点で該当症例のある施設は31施設、対象症例は249症例であった。その内29施設で研究協力の同意が得られ、対象症例の聞き取り調査を行っている。今後それらを10のカテゴリーに分類し、それぞれのカテゴリー別にパネルレビューを行い、予防可能かどうか、さらには予防可能な因子について検討を行った。

4. 東京都監察医務院で扱った5歳未満児の分析(福永龍繁、鈴木秀人、引地和歌子)

東京都23区内で発生したすべての異状死は、監察医務院が取り扱い死因の究明を行っている。本研究では、我々が行った5歳未満の検案及び行政解剖事例について、その背景を調査し、疫学的分析を行うことにより、実態を把握すると共に、子どもの死亡率の減少に貢献することを目的とする。

平成23年1年間の東京都監察医務院における5歳未満の取扱事例32例について、死体検案調書及び剖検記録より年齢、性別、職業、発見日時、発見場所、発見状況、死因、成傷器、病歴の有無、解剖の要否、解剖症例ではその所見の詳細について分析した。

チャイルド・デス・レビューには、死亡前後の状況調査とともに解剖による死因調査が必須である。これを全国規模で、且つ体系的に行うことが望まれる、異状死には、監察医制度のような死因究明制度が全国的に展開される必要がある。中でも子どもの死亡は、すべての事例に対して詳細な状況を調査し、死に至る過程と背景を明らかにしなければならない。それは犯罪死の見逃し防止の目的だけではなく、公衆衛生の向上、全国民の安心・安全を保障するためにもつながる。

5. 虐待死亡事例における保護者の心理社会的特徴の分析：その3 刑事裁判の判決文の分析を通して その2 (西澤哲)

本年度は、昨年度に引き続き、虐待死亡事件の刑事裁判の判決文の分析を行った。判例データベースの検索により、過去10年間の裁判事例から、昨年度の分析対象となった事例を除く19件(子どもの死亡数は23人)の判決文を抽出し、これらの判決文の分析によって、子どもを死に至らしめた加害者である親等の精神的特徴および心理社会的特徴を検討した。

その結果、身体的虐待による死亡事例では、継父や母親と内縁関係にある男性の暴力による死亡が多く、継関係となった父親が家族における地位を確立しようとして暴力を用い、さらに社会文化的な無力感を背景として強い支配性を表し、それに対して子どもが否定的な反応・行動を示し、こうした子どもの反応・行動が継父等の怒りや攻撃性を激化させ、その結果、子どもを死に至らしめるような暴力が生じるというパターンが示唆された。また、昨年度の分析と同様、ネグレクトによる子どもの衰弱死もしくは餓死事件が少ないことが示された。ネグレクトによる衰弱死

の背景には、母親の依存をめぐる心理的問題が存在している可能性が示唆された。父親には薬物依存、アルコール依存、ギャンブル依存などの依存症が見られたが、母親には「男性依存」という対人依存が非常に多く、こうした男性依存が母親に「女性-母親葛藤」をもたらし、母親が女性性を優先した結果、子どもがネグレクトされ衰弱死に至るというパターンがあることが示された。

また、虐待死を遂げた子どもは、死亡以前に、家族・家庭内において、「家庭内隔離」、「家族内疎外」、「社会的隔離」および「子どもからの離脱」という、家庭・家族における特異的な扱いを受けている可能性が高いことが示唆された。

本年度の分析の対象となった事例では、子どもが死亡する以前に医療機関や児童相談所などの関係機関がかかわりを持ちながら、医療機関が子どもの状態を誤診したり危機感の欠如から通報を行わなかったり、児童相談所が明らかな判断ミスで介入に失敗し、その結果、子どもが死亡した事例が少なからず認められた。こうした、予防できたはずの子どもの死を減らすためにも、チャイルド・デス・レビューの蓄積によって、虐待・ネグレクトで子どもを死亡させる親や家族の心理社会的な特徴を理解、把握することには大きな意味があると言えよう。

6. 「児童の虐待死に関する文献研究」(川崎二三彦、相澤林太郎、長尾真理子、山辺沙欧里)

わが国におけるチャイルドデスレビューを適切に行うために、現在行われている児童虐待による死亡等重大事例についての検証報告を収集して分析を行った。その結果、虐待死の全てが検証されているわけでないこと、検証の内容に関しては、虐待死亡を防ぎえなかった関係機関等の課題の抽出や改善策の提言等は積極的に行われているものの、虐待死の背景や要因などの分析が行われているものは少なく、こうした点からも死亡全例に目を向けたCDRの必要性が浮き彫りになった。

7. 地方自治体保健福祉機関および関連機関における情報保持項目の検討(平山哲、小林美智子)

小児の死亡を防ぐためにはその原因となる事項を明らかにし、次につなげていく作業が必要であるが、そのためには小児死亡情報の統計をまとめていく必要性が認められる。一昨年度は小児の死亡に関わる地方自治体保健福祉機関においてインタビューを実施し、また昨年度は行政手続き様式として用意されている資料をもとに検討した。その結果として保健福祉行政機関では保持されている情報が大きく制限されていることが明らかとなった。

今回、検討対象機関を地域の各種協議会等に広げ小児に関連する情報の保持範囲を明らかにし、チャイルドデスレビューを施行するために必要な手続きを考案するために保持情報を検討した。結果、持続的に保持している情報は非常に限られ統計作業には結びつける作業は困難なものと思われた。また、資料としては残らない特定人のみ知り得る内容があることも判明したため、今後適切な記録形式を考案していく必要性が認められた。

8. 乳幼児期に死亡した子どもの事例記録の検討(上野昌江、小林美智子、山田和子)

地方公共団体が実施した児童虐待死亡事例等検証報告書のなかで乳幼児期(0-3歳)の事例を保健機関の支援について分析した。転帰は、で死亡21事例(80.8%)、重症5事例(19.2%)、虐待の種類は、身体的虐待23事例(88.5%)、ネグレクト3事例(11.5%)であった。妊娠中・出産後の状況および保健機関のかかわりは、飛び込み出産が〈0-3歳事例〉で2事例(7.7%)、〈0歳事例〉2事例(8.3%)、妊娠中の保健機関(保健師)の関わりの記載なしが〈0-3歳事例〉で16事例(61.5%)、〈0歳事例〉で14事例(53.8%)、出産後の関わりの記載なしが、〈0-3歳事例〉で9事例(34.6%)、〈0歳事例〉で4事例(16.7%)あった。保健師の継続的関わりあったにも関わらず死亡に至ったのが〈0-3歳事例〉で7事例(41.2%)、〈0歳事例〉で6事例(30.0%)であ

った。また、妊娠中の状況の記載なしが約6割、出産後の状況の記載なしが〈0-3歳事例〉で約3割、〈0歳事例〉で1割強あり、今後の検証において、妊娠・出産、新生児期、乳幼児期の情報を加えて予防を検討していくことが課題である

9. 子どもの死に直面した家族への介入に関する文献的研究(米本直裕、遠藤香)

チャイルド・デス・レビューの実施における問題として、子供の死に直面した家族へのケアの問題がある。子供の死に直面した家族への介入の効果について、文献データベースを用いた系統的レビューを行った。介入のほとんどは心理社会的な介入であり、個人だけでなく、集団で行うものも多かった。

どのようなサポートやケアを行うべきか、今後十分に検討する必要があると思われる。

10. 米国におけるチャイルド・デス・レビューに関する法制度、ならびに米国における多機関連携チャイルド・デス・レビューのメンバー構成について(奥山眞紀子、藤田香織、飯島奈津子、山田不二子、溝口史剛)

日本におけるCDR制度の導入を念頭に、アメリカ合衆国各州におけるCDRにまつわる法制度の概要・特徴を調査し、報告する。ならびに米国の多機関連携でのチャイルドデスレビュー施行のチームメンバー構成につき、合わせて調査し、本邦におけるチームメンバー構成につき考察した。米国CDR州法の枠組みに関する一覧を作成し、その過程で理解が深まった実現に向けての法的な枠組みについて、西澤分担研究班の中村弁護士と協力のもと、ガイドラインにその知見を反映させた。

実際には、現行の刑事訴訟法、警察官職務執行法、地方公務員法、個人情報保護法等のもと、多機関連携の枠組みでCDRを構築することはかなり困難であり、新法の制定が必要と考えられた。

1.1. 公開シンポジウム

関係者と、CDRの意義を学びあいわが国の創設を議論するために、毎年公開シンポジウム「ひとりの死から学び、多くの子どもの守るには一子どもの「予防できる死」をなくすことは、その背景を知ることから始まる」を行った。全国の医療・福祉・保健等の子どもの死亡に会う関係者が集まった。どの領域の関係者も子どもの死亡を防ぐためには詳細な分析の必要性を切望していることが分かった。

初年度はわが国CDR関係実態を共有する企画とし、「児童虐待死亡検証の実態報告」(奥山)、「被虐待児の法医解剖剖検例に関する報告」(佐藤)、「児童の虐待死に関する文献研究」(小林・川崎)、「厚生労働省死亡検証事例から保護者の心理社会的特長」(西澤)の報告を受けた。

2年度は「各領域で始まっている‘死因究明制度’から‘子どもの死亡検証制度’を考える」とし、日本小児科学会の「子どもの死に関するわが国の情報収集システム確立に向けた提言書」(山中、溝口)を基調講演し、シンポジストは、「わが国で始まっている児童虐待死亡検証の現状と課題」(川崎)、「死因究明制度の現状と課題」(岩瀬:犯罪死の見逃し防止に資する死因究明制度の在りかたに関する研究会)、「死因究明に資する死亡時画像診断の活用」(相田:厚生労働省同検討会)、「児童生徒に自殺が起きた時の調査の在り方」(坪井:文部科学省児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議)とし、CDR構築では相互に連携する必要性が話された。

3年目は、「CDRは何をなしうるか?—活動を始めた検証から学び、次への発展へ—」として、シンポジウムⅠでは「自治体の児童虐待死亡検証から見る実態と今後の課題」を、シンポジウムⅡでは「わが国で始まったCDR試行—期待できる成果と実現へのハードル—」を行った。参加者は医療関係者と児童虐待関係者が半々で、保健関係・司法関係・立法機関等からも参加を得た。自治体による虐待死亡検証は深まりつつあり、個々の事例の詳細な検証は国の検証報告を補完する

分析で多くの提言を出し、虐待対策の発展に大きく寄与している。さらなる発展には、関係機関の制度履行の課題についての分析に加えて、虐待が起きた経緯や背景についての分析がなされることで死亡予防が進む可能性があることが示された。CDRの試行についてのシンポジウムでは、全ての子どもの死亡を分析する方法についてに関心が集まった。つまり、剖検等の医学的究明の必要性と、死に至る経緯と心理社会的背景の分析の必要性についてである。そして、わが国にCDRを創設するために、今後も皆で検討を進めるとともに、それぞれの現場での死亡検証の積み重ねが不可欠であることを確認しあった。

E. 考察

一昨年・昨年の、海外CDRの実施についてとわが国の関連機関の実態についての調査を元に、1年以上を掛けて関与機関調整を行い実施体制を準備してきた試行を開始した。

医療機関と地域の二つの試行である。その方法は両者とも、①CDRの始まりは子どもの死亡に関与した医療機関で、②米国のCDR報告用紙を参考にして、わが国の医療者等が実施できるように試作した報告用紙・入力ソフトを利用し、③医療機関の情報と救急隊の情報を記録して、④その情報を元に医療現場で予防の可能性を判断して、⑤自然死は医療機関情報のみで分析し、外因死や予期せぬ死亡等は個別に関係機関の情報を収集して、⑥中心機関に集約して分析を行う、ものである。試行は始ったばかりで⑦多機関チーム分析はまだ行っていないが、今後行うことになる。

今の段階の医療機関内の試行でも多くの課題が見えてきた。CDRを行うには、①多くの院内職種の協働が必要であり、家族の理解が不可欠であるために、CDRが子どもや国の未来にとって不可欠であることを行政や社会や関係者や当事者が認識する必要があること、②死亡時に家族に登録用紙項目についての問診が必要になるが困難さが予測され医療関係者の躊躇を払拭する必要があること、③関係者が日頃問診しないし記録

しない多くの項目を把握して記録して入力するという多大な労力が医療現場で必要になること、④医療機関内にも多職種チームでの委員会が必要であること、⑤医療機関内での倫理委員会の承認が必要であり、情報を外部機関に集約することに個人情報保護の制約があること、⑥これらの作業を進めるにはコーディネーターが必要であること、⑦中心機関の分析には統計と子どもの死亡についての高度の専門性が不可欠であること、⑧関係機関との調整力がCDRの精度を左右するほど重要であること、⑨中心機関にはCDRの意義と方法を関係者に啓発する教育機能が不可欠なことなどである。そして、中心機関には、関係機関からの情報のきめ細かい精度管理、個別の詳細分析には関係した多機関の検証会議を組織して実施すること、統計結果を専門家チームで検討すること、などである。これらを行うには、専従者を持つ中心機関の設置が不可欠である。

情報収集は医療機関から始めることが現実的で、救急隊との協働から始めて、検察医・法医学、児童相談所、保健機関との協力体制構築へと進むことを想定しているが、警察の協力を得ることの難しさが想定される。多機関からの情報を収集して分析するには、児童虐待防止法のような、CDRを国の制度として行い自治体の役割を定め、関係者の協力を定めて、個人情報保護や守秘義務違反に問わないことを保障する法律が不可欠であり、さらに刑事訴訟法、警察官職務執行法等にも抵触しないことを保障する法の制定が不可欠であろう。また、死亡情報は最高度の個人情報であり遺族の心情への繊細な配慮が不可欠であり、多くの情報を収集し、高度な統計分析を行い、多機関検証を組織して実施することになるので、国主導の制度構築と新機関の創設が不可欠である。

今年度はさらに、観察医務院の統計や虐待死亡検証の分析から、子どもの死亡の正確な実態を知るには医学的死因のみならず心理社会的背景も分析するCDRが不可欠であることや、表面化しない虐待死亡の存在の可能性が強く示唆されるために、虐待死亡の全容を把握するためにもCD

Rが必要であることが改めて強調された。昨年度までの研究で保健機関はCDRに必要な情報を持っていないことが分かったが、虐待死亡事例への関与は少なくない。要保護児童対策地域協議会(児童虐待についての市町村の組織)の分析では、児童虐待対策として定められた対象について定められた内容の検討を行っており、CDRとは対象も分析内容も異なり、即移行できそうもないと思われた。しかし、保健機関や要保護児童対策地域協議会はCDRには不可欠の機関である。

わが国にCDRを創設するための考え方や方法については、3年間の研究結果からガイドラインにまとめた。試行は開始したばかりで、事例集積も少なく、多機関分析はまだされていないために、現段階で見えた課題はまだ一部である。試行が進むことで、今後さらに具体的な方法や課題が見えてくると思われる。ガイドラインは海外の経験からも学んで作成している。このガイドラインが礎になって、さらなる検討が進んで、わが国のCDR創設へと進むことを願っている。

F. 結論

- ①個々の子どものCDRの始動は子どもの死亡に関する医療機関からである
- ②米国のCDR報告用紙のような報告用紙・入力ソフトが不可欠である
- ③医療現場で医療内多職種から情報収集し、家族に面接し、救急情報を収集し、登録用紙に記入または登録フォームにする入力する
- ④死因を大別して、自然死は医療機関情報のみで分析し、外因死や予期せぬ死亡等については関係機関チーム分析にする
- ⑤自然死以外は、警察・福祉・保健・教育等の情報を収集し、必要に応じては検証会議を行う
- ⑥それらの情報を中心機関で分析を行う
- ⑦その情報を外部の特定機関に集約することに個人情報保護の制約がある
- ⑧中心機関の分析には統計と子どもの死亡についての高度の専門性が不可欠であり、関係機関との調整力がCDRの精度を左右する、CDRの意

義と方法を関係者に啓発する教育機能が不可欠

⑨中心機関には、関係機関からの情報のきめ細かい精度管理、個別の詳細分析には関係した多機関の検証会議を組織して実施すること、統計結果を専門家チームで検討することなどの実務を行うために専従者が必要である

⑩多機関からの情報を収集分析するには、児童虐待防止法のような、個人情報保護や守秘義務違反に問わないことを保障する法律、刑事訴訟法、警察官職務執行法等に抵触しないことを保障する法制定が不可欠である

⑪死亡情報は最高度の個人情報であり遺族の心情への繊細な配慮が不可欠であり、死亡時に家族に問診するには困難さが予測され医療関係者には躊躇がある。米英のようにグリーフケアを同時に行う必要があるとされている

⑫CDR実施には国主導の制度構築と新機関の創設が不可欠である

⑬このようにCDR創設には多くの課題があるが、CDRが子どもや国の未来にとって不可欠であることを行政や社会や関係者や当事者が認識する必要がある

提唱

3年間の研究から、「子どもの死亡予防のためのチャイルド・デス・レビュー創設のためのガイドライン」を作成した。基本的考えは、1.子どもの予防できる死をなくしていくためにはCDRが必要であり、1. CDRは子どもの未来に寄与する物でとならなければならない、1. CDRは個人の問題に帰着する物であってはならない、1. CDRは国が必要な体制を整備し実施する必要がある、1. CDRは地方自治体(都道府県)が主体となり実施する必要がある、1. CDRは医療機関と福祉機関そして行政機関が連携する必要がある、1. CDRは医療職種ほか司法職種を含め多職種が参画する体制とする必要がある、1. CDRはすべての国民に還元されなければならない、とした。

G. 健康危険情報

該当なし

H. 研究発表

なし

I. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

該当なし

厚生労働科学研究費補助金 (政策科学総合研究事業)

「我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究」

分担研究報告書

子どもの死亡事例登録検証の医療モデルの構築に関する研究

研究分担者 奥山 眞紀子 国立成育医療研究センター
研究協力者 溝口 史剛 群馬大学大学院小児科学分野、済生会前橋病院小児科
山田 不二子 特定非営利活動法人子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク
山中 龍宏 産業技術総合研究所デジタルヒューマン工学研究センター
傷害予防工学研究チーム、緑園こどもクリニック

研究要旨 昨年度に引き続き、当研究班では、医療機関中心で実施できる体制を整備すべく、群馬県をモデル地域として、前方視的死亡登録制度の確立に向けたフィールドワークの実施準備を行った。本年度中に、実際の運用に基づくフィードバックを行うまでには至らなかったが、継続的に事業として行う素地は形成された。群馬県というフィールドは日本の人口のわずか 1.5%をカバーしているにすぎない。CDR はエビデンスがない事象に、エビデンスを積み上げるために存在するものである。エビデンスの積み上げのために実施するというよりも、先行モデルとして実施した事業の方法論から学んだことを基に、全国展開可能なモデル提示を行うとともに、制度として実施しうる、施策化がなされていくことが望まれる。

A. 研究目的

チャイルド・デス・レビュー (CDR) を行う第一義的な目的は、子どもの予防可能死を最小限せしめる体制の整備である。CDR を行う上で中核となる機関の一つに、医療機関があげられるという点に関しては疑いの余地はない。法的なバックグラウンドのない状態で、わが国の CDR の確立に向けた取り組みとして、“先づ隗より始めよ” という意味からも、医療機関で死亡事例登録・検証を開始する意義は大きい。昨年度に引き続き、当分担研究班は、医療機関における、小児死亡登録検証体制の確立をめざし、山中分担研究班と協働し登録フォームの作成を行いつつ、実際の小児死亡登録を実施する体制を群馬県において実施する準備

を行った。

B. 研究方法

昨年度試作した登録フォームをもとに、実際の運用に向けて登録フォームを再構築し、その他の実運用に向けた体制につき、実際の運営主体となる群馬大学小児科学教室との複数回の協議を行い、かつ医療モデルとして実施していく上での重要なカウンターパートとなる消防・救急隊との連携協議を実施するに至った。実際の運営に関しては、平成 25 年 7 月をめどに開始予定である。なお、群馬県内での実施に関しては、改正臓器移植法における 5 類型病院に属し、かつ虐待対応組織も確立しており、県内の小児医療の中核病院と位置付けられてい

る、群馬大学附属病院、群馬県立小児医療センター、前橋赤十字病院の 3 病院で先行実施し、対応体制を明確化したうえで、今後は全県下での実施へ段階的に進めていく予定である。

(倫理面への配慮)

群馬県における実施は、前方視的検討に該当する。あくまでも実施体制の確立に向けた、2 か年の研究企画であり、この間に登録フォームの検証を行うとともに、登録された情報の検証体制の確立を目指す“研究”として位置付けたものである。ただし、当然実際の事例に基づき対応を行うわけであり、連結不可能匿名化は不可能であり、連結可能匿名化研究の方法論を採用することになる。そのため使用する登録フォームを含め、群馬大学附属病院の倫理委員会に申請し、承認を得た。また、合わせて病院ホームページなどに、小児死亡登録の実施につき掲示するとともに、疑義に答えられる体制も整備した。群馬大学附属病院以外の対象病院についても、当該施設の倫理委員会での審議予定である。

C. 研究結果

実際に使用していく登録フォームの内容と使用方法については、山中分担研究班報告書を参照いただきたい。実際には、死亡事例のみならず、予防体制の構築の重要性も鑑み、死亡に至る可能性のあった重篤事例も対象とすることとなった。実運用には報告書作成時点では至らなかったため、あくまで草案ではあるが、図 1 に死亡・並びに死亡に至る可能性のあった重篤事例が、対象施設で生じた場合のフローチャートを提示する。実務的には有志の医師のみでの実施は困難であり、関連各科医局・各施設

病院長の許可に加え、実務的には救急隊・救急部スタッフ・ICU スタッフ・小児科を中心とした病棟スタッフ、そして医療ソーシャルワーカーや医事課を中心とした事務スタッフの協力は欠かせないものである。図 1 はここに述べた関連職種とのコンセンサスが得られた前提でのフローチャートである点にご注意頂きたい。このような協力体制を得ていくことが困難な場合は、ほとんどの登録事項について、有志の医師がひとりで登録を行うことになり、その負担は極めて大きいものとなる。

当該医療機関が致命的となり得たと判断した事例に関しては、その後の転機にかかわらず発生時から 1・2 枚目の用紙への記入を積極的に依頼することとしている。

その後救命し得た事例の場合には、致命的となり得た事象について作為/不作為行為(すなわち虐待・ネグレクト・監督不全)の可能性につき当該医療機関の複数スタッフで考察し、その可能性があれば以降は当該医療機関の CPT (院内虐待対応委員会) に引き継いで対応していただき、関連がないと判断された事例については致命的となり得た事象の予防可能性につき検討していただき、予防可能性があるものについては予防策への提言を組織的に行うため、小児死亡事例登録・検証委員会に登録してもらうこととした。

また、その後に死亡した症例の場合には、医師が以降の登録用紙の 3-7 頁に記載し、その後小児死亡事例登録・検証委員会に登録してもらうこととした。

現時点で適切な CDR 実施担当部署が各医療機関にあるわけではなく、また死亡事例の登録・検証のスキルは、多くの部分で CPT の行うべき活動との類似性がある。適切な

対応が整備されるまでは、死亡事例登録システムの運用面で、CPT が主治医をサポートすることが望ましいと考え、いずれの場合であっても、当該医療機関の医療ソーシャルワーカー・CPT が、小児死亡事例登録・検証委員会事務局への事例登録の窓口として働くことと位置づける予定である。

小児死亡事例登録・検証委員会に登録の一方があった以降の対応としては、ブランクとなっている情報の可能な限りの追加収集や、登録時点で判明していない検査情報・剖検情報の補完情報以降の対応に関しては、小児死亡事例登録・検証委員会により任命された、「小児死亡事例登録・検証コーディネーター」が当該医療機関の MSW・CPT と協力し行う予定とした。(当該医療機関の主治医と「小児死亡事例登録・検証コーディネーター」が直接のやり取りを行うことは、様々な軋轢を生む可能性があるため)。

将来的には「小児死亡事例登録・検証コーディネーター」を、情報の収集に関して個々の病院の CPT のサポートを行い、CPT のない病院での死亡事例の情報収集に努め、地域の「小児死亡症例検討会」で専門的・包括的な意見を発信するなどの、個々の医療機関という枠を超えて横断的に活動する専門性の高い存在として位置づけていく必要があるが、システムが周知され機能を発揮していくまでは、群馬県においては教育的・啓発的な意義も含め、大学附属病院のレジデントが持ち回りで担うことが望ましいと考えており、適宜、各分野のサブスペシャリティーの専門医が助言を行うという体制で行うこととしている。

図 2 に、対象事例についての情報を収集したのちの、予防を第一義とした小児死亡

事例検証の開催要綱につき掲示した。

当然のことながら、これも地域の实情により方法論は当然異なるものであろう。やはり地域での取り組みの 1 参考例として、ご参照いただきたい。

開催は年 4 回の日本小児科学会地方会の開催に合わせ実施する予定としているが、当該医療機関から登録されたとしても、情報を整理し効率的なレビューを行うためにはある程度の時間が必要とされる。よって原則的には地方会開催一ヶ月前までの死亡事例を対象とするが、それ以前の事例でも継続的検討が必要な事例や、開催直前の死亡事例でも速やかな検討が望ましい事例に関しては、対象としていく予定である。

地域小児死亡登録・検証委員会構成メンバーは、以下を予定している。①小児科学会地方会理事長 ②小児科学会地方会理事長から適任者若干名(理事会で互選) ③管轄区内の三次医療機関小児科責任者 ④死亡登録医療コーディネーター ⑤その他、小児科学会地方会会員から適任者若干名(理事会から推薦)

以上のメンバーを常任委員とし、委員から委員長・副委員長を互選する(任期は 2 年:再任を妨げない)

上記に加え、死亡事例の医療機関の主治医/小児科部長/MSW、死亡事例の死亡態様について専門性の高い小児科学会地方会会員や MSW などを適宜参考人として招集する事としている。予防施策を立案するうえで極めて重要となる事例などについては、あらかじめ行政機関の担当者に対し、参加を要請することとし、その際には、守秘義務に対する順守事項について、記名捺印してもらう事としている。

すべての登録事例につき、上記メンバー

によりレビューを行い、その死亡につき①予防可能 ②予防可能かもしれない ③予防不可能のいずれであったかにつき、収集された情報に基づき判断を行う事とした。収集された情報のみからは判断がつかない場合には、“Can't Know (これ以上判断し得ない)”の判断を行い、死因特定に必要なとされる情報は何かを議論し特定し、改善していくこととしている。

特に予防可能、予防可能かもしれないという判断がなされた事例に関しては、1) 不慮の事故が疑われる例、2) 虐待が疑われる例、3) 救急医療体制にかかわる問題、4) 自殺例、5) 小児医療の質の問題 という振り分けを行い、予防のための提言を作成する予定である。より詳細な提言を作成する必要がある事例については、行政機関の担当者や、管轄区外の専門家の招集を行った上での詳細なパネルレビューの開催を委員会で協議する。

なお事例の検討を行う際には、均質な検討が可能となるように、所定のレビューフォームを用いて検討を行うが、その際に死亡登録医療コーディネーターが書記として、委員会で検討された事項をまとめる。

委員会において検討された事例については、連結不可能匿名化したデータとして、小児科学会地方会内で年一回の報告を行うとともに、Annual review として報告書にまとめる予定である。また連結不可能匿名化したデータならびに同報告書について、また将来的に、学会やナショナルセンターなどに連結不可能匿名化したデータを集約する体制が整った場合に、それらのデータや

報告書を提出することを前提とした体制とする予定である。

D. 考察

先に述べたとおり、本事業の実施は平成25年7月からの予定としている。実際の運用に関しての今後の詳細な検討会議により、方法論の変更は十分に考えられ、また運用後にもより良い方法を目指した改善はなされていくと思われる。本事業は主に医療機関が主体となった小児死亡の予防に向けた取り組みであり、本事業の使命は医療機関の視点からの小児死亡予防のための提言を行うことにある。しかしながら、現時点で行政の関与に乏しく、提言した内容について、社会的にどのように還元されたのかをトラッキングする役割も担わざるを得ない。CDRの実施主体は本来的には行政にあるべきものであり、本事業はそのような施策が実現される前段階の、問題点を抽出し、方法論をブラッシュアップするためのものと位置付けている。

当研究班は、本年度で終了となるが、実際の運用に基づくフィードバックを行える状態までは到達できなかったが、今後継続して小児死亡登録・検証を実施する体制は、少なくとも医療機関単独ではあるが整備された状態にまでは、たどり着くことができた。群馬県での事業は、平成25年・26年度の2か年の研究計画に基づくものであるが、継続性のある事業化をめざすとともに、その成果については、学術集会の場などで、情報発信体制を継続的に行っていきたいと考えている。

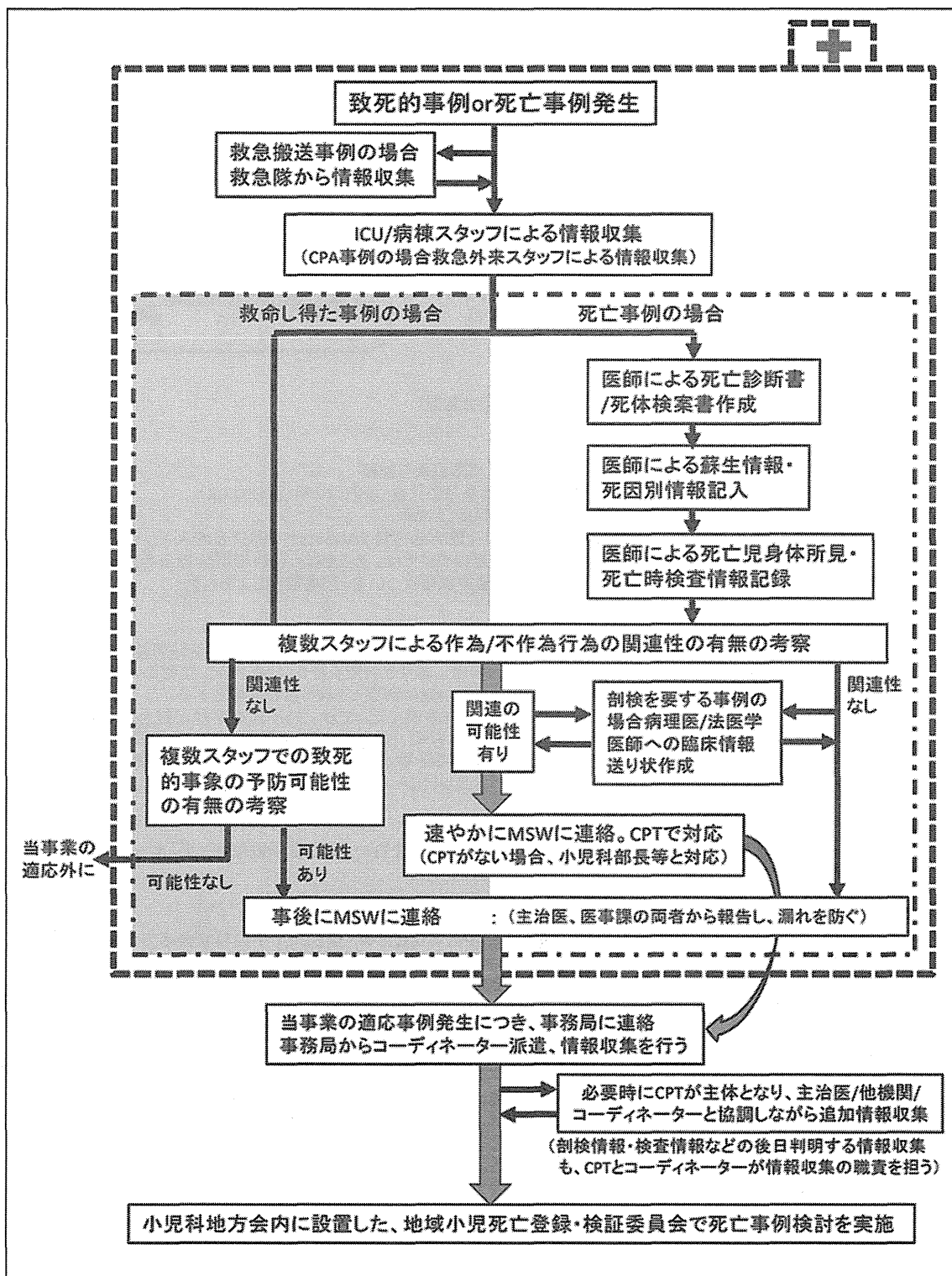
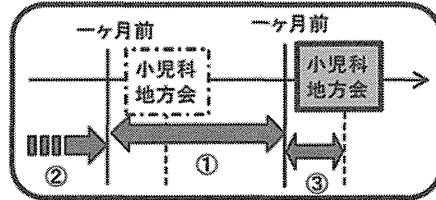


図1：前方視的検討における、小児死亡事例登録のフロー例

地域小児死亡登録・検証委員会による小児死亡事例検討の実施要綱

開催:年4回の日本小児科学会地方会の開催に合わせ実施する。
対象年齢:管轄区内で発生したすべての18歳未満の死亡症例、並びに当該医療機関で今後の小児死亡を予防していく上で、示唆に富むと判断され、検討が望ましいとされた死亡に準ずる重篤事例

- 対象事例:**
- ①: 前回地方会の1ヶ月前から、地方会開催一ヶ月前までの期間に死亡した対象事例
 - ②: ①以前の期間に死亡した事例であっても、継続して検討を行うことが望ましいとされた事例
 - ③: ①以降の期間に死亡した事例であっても、速やかに検討を行うことが望ましいと判断される事例



地域小児死亡登録・検証委員会構成メンバー:

- 小児科学会地方会理事長
 - 小児科学会地方会理事長から適任者若干名(理事会で互選)
 - 管轄区内の三次医療機関小児科責任者
 - 死亡登録医療コーディネーター
 - その他、小児科学会地方会会員から適任者若干名(理事会から推薦)
- 以上のメンバーを常任委員とし、委員から委員長・副委員長を互選(任期は2年:再任はOK)
 上記に加え、死亡事例の医療機関の主治医、小児科部長、MSW

死亡事例の死亡態様について専門性の高い小児科学会地方会会員やMSWなどを適宜参考人として招集
 * 予防施策を立案するうえで極めて重要となる事例などについては、あらかじめ行政機関の担当者に対し、参加を要請する。(その際には、守秘義務に対する順守事項について、記名捺印してもらう)

委員会による検討事項:

すべての登録事例につき、上記メンバーによりレビューを行い、その死亡につき予防可能、予防可能かもしれない、予防不可能のいずれであったかにつき、収集された情報に基づき判断を行う。収集された情報のみからは判断がつかない場合には、“Can't Know”の判断を行い、死因特定に必要とされる情報を特定する。
 特に予防可能、予防可能かもしれないという判断がなされた事例に関しては、1)不慮の事故が疑われる例、2)虐待が疑われる例、3)救急医療体制にかかわる問題、4)自殺例、5)小児医療の質の問題 という振り分けを行い、予防のための提言を作成する。より詳細な提言を作成する必要がある事例については、行政機関の担当者や、管轄区外の専門家の招集を行った上での詳細なパネルレビューの開催を、委員会で協議する。

検討を行うための書式に関して:

事例の検討を行う際には、所定のレビューフォームを用いて検討を行い、死亡登録医療コーディネーターが書記として、委員会で検討された事項をまとめる。

検討結果についての情報公開:

委員会において検討された事例については、連結不可能匿名化したデータとして、小児科学会地方会内で年一回の報告を行うとともに、Annual reviewとして報告書にまとめる。
 また連結不可能匿名化したデータならびに同報告書について、小児科学会の小児死亡登録・検証委員会に送付を行うことを前提とする。

施策提言の実現に関するトラッキングに関して:

本委員会は主に医療機関が主体となった小児死亡の予防に向けた取り組みであり、本委員会の使命は医療機関の視点からの小児死亡予防のための提言を行うことにある。しかしながら、同種の取り組みが行政によりなされていない点を鑑みると、委員会の提言した内容について、社会的にどのように還元されたのかをトラッキングする必要も本委員会が現状は担わざるを得ない。このような活動を通じ、真に必要な多機関連携でのチャイルドデスクレビューの実現に向けた働きかけも、本委員会は積極的に行っていく必要があることを付記しておく。

図2: 小児死亡事例検討の実施要綱例

E. 結論

昨年度に引き続き、群馬県をモデルとして実際の小児死亡登録を実施する体制を、さらに進めた。本年度中に、実際の運用に基づくフィードバックを行うまでには至らなかったが、継続的に事業として行う素地は形成された。群馬県というフィールドは日本の人口のわずか1.5%をカバーしているにすぎない。実際の政策としての法的整備に結び付けるだけのエビデンスを積み上げるには、まだ多くの時間がかかるであろう。CDRはエビデンスがない事象に、エビデンスを積み上げるために存在するものである。エビデンスの積み上げのために実施するというよりも、先行モデルとして実施した事業の方法論から学んだことを基に、全国展開可能なモデル提示を行う事こそが、今後重要であると考えている。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

溝口史剛、小児の死亡登録・検証システムの構築に向けて. 日本SIDS学会雑誌13巻1号, 2013,

2. 学会発表

溝口史剛、滝沢琢己、荒川浩一ら、第189回日本小児科学会 群馬地方会. 「我が国のチャイルドデスレビューと小児死亡登録検証制度設立に向けて -群馬県での取り組み開始報告-」、2012年3月4日、群馬

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 なし

厚生労働科学研究費補助金 (政策科学総合研究事業)

「我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究」

分担研究報告書

小児の死亡登録フォーム作成報告と実際の運用に向けての検討

研究分担者	山中 龍宏	産業技術総合研究所デジタルヒューマン工学研究センター 傷害予防工学研究チーム、緑園こどもクリニック
研究協力者	溝口 史剛	群馬大学大学院小児科学分野、済生会前橋病院小児科
	山田 不二子	特定非営利活動法人子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク
	奥山 眞紀子	国立成育医療研究センター
	北村 光司	産業技術総合研究所 傷害予防工学研究チーム
	西田 佳史	産業技術総合研究所 傷害予防工学研究チーム

研究要旨 理想的な多機関連携でのチャイルドデスレビュー施行をめざし、群馬県ではまず、小児科における前方視的な小児死亡事例登録・検証体制を整備中である。昨年度試作した登録フォームを再構成し、実際の運用時に使用する登録フォームを、小児の死亡に関わった医療職が分担して記入する形が可能なフォームとして作成した。また将来的により発展的な形での運用が可能となった際に活用するべく、コンピューターベースの登録フォームの試作品も完成させた。登録フォームに関して、実際の運用に基づくフィードバックを行える状態までは到達できなかったが、今後継続して小児死亡登録・検証を実施する体制は、少なくとも医療機関単独ではあるが整備された状態であり、今後も登録フォームの修正情報や、実際の検証方法に関しての情報発信体制を整える必要があると考えている。

A. 研究目的

我々は平成 22 年度・23 年度に、米国の 8 割以上の州で採用されている報告様式である National MCH Center for Child death Review (以下 NCCDR と略記) のチャイルド・デス・レビューの登録様式に質・量ともに準じた登録フォームを作成した。作成したフォームは、前方視的に死亡事例が発生した際(死亡直前から死後数週間以内)に情報を収集することを想定したものである。広くこのフォームを活用し、質の高い小児死亡事例の検証を行うためには、各々の地域で可能な運用法に準じた、フォーム自体の検証が不可欠である。検証を行う上

では情報の量はあればあるほど望ましいものではあるが、検証を行った経験に乏しい場合には、情報の量が多いことが、混乱をもたらす要素になりうる。また実際の死亡事例の情報を登録する現場における啓発が進んでいない状態、かつ CDR 実施に関しての法的な整備が進んでいない状況においては、入力すべき量が過剰であれば、たとえ“入手不能な情報に関しては空白でよい”との指定がなされていたとしても、かえってその負担感から入力されるべき情報は減少するであろう。

群馬県では、群馬大学附属病院・群馬県小児医療センター・前橋赤十字病院の 3 病