

することに注目すべきであり、児や家族の詳細な事例を描くだけでなく、専門家の実践や活動に注目してSCRsを報告すべきであるとも述べていた。

D. 考察

CEMACHとSCRsの両事例は、日本におけるチャイルド・デス・レビューを導入する際のモデルとして有益な情報をもたらすものであった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

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」

提 言

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

研究代表者 小林美智子

平成25年(2013) 3月

目 次

はじめに	チャイルド・デス・レビュー班ガイドラインについて	2
第 I 章	チャイルド・デス・レビューはなぜ必要か？何ができるのか？	4
1.	日本の「予防できる子どもの死亡」の実態と子どもの死因登録・検証制度の必要性	5
2.	わが国の死亡届と死因究明制度の実際と課題	10
3.	諸外国のCDR制度の歴史と実態と課題	13
第 II 章	チャイルド・デス・レビューに重要なポイント	17
1.	チャイルド・デス・レビューに必要な側面	18
1)	医学的側面の死亡検証	
2)	社会的側面の死亡検証	
3)	精神心理的側面の死亡検証	
2.	「予防できる死亡」の重要対象とそのチャイルド・デス・レビュー	28
1)	児童虐待	
2)	不慮の事故	
3)	自殺・心中	
第 III 章	わが国のCDRをつくるには	42
1)	子どもの死因登録・検証制度の役割と全体構想	
2)	医療機関の役割と方法	
3)	保健所・保健センターの役割	
4)	保健師の役割	
5)	児童福祉機関の役割	
6)	多機関・多職種連携チームの組織化と運営	
7)	届出用紙とソフトとマニュアル	
8)	中心機関の役割と機能	
9)	制度構築と法整備	
おわりに		86
1.	子ども施策とCDR	87
2.	まとめ	90
付 表		
1.	CDR登録用紙（試案）	91
2.	CDR登録マニュアル（概要）	97
参考文献一覧		121

チャイルド・デス・レビュー班ガイドラインについて

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。

わが国では少子化がすすみ、予防できる子どもの死亡をひとつでも防ぐことは、国や社会の重要な課題であり将来に渡る大きな責務である。しかし、子どもの死亡の実態を分析しきれていない現状があり、労して実態を解明できたものは非常に限られており、ましてや分析するに必要な情報さえも収集しきれていない状況である。生活実態や家族関係、育児の現状や背景、死に至る直接の経緯、子どもの死の詳細についてや関係機関の関与の実際についてわかっていないことが多く、死亡予防可能性についての検証はほとんど行われていない。

これらのことから、我が国で子どもの予防できる死亡を無くしていくためには、先例となる諸外国の現状を検討し、比較し、必要な措置を講じていく必要がある。

諸外国のCDRは、子どもの死亡に関する種々の情報を取り扱う根幹と成る法制度を創設し、実施主体と成る中心機関や地域ネットワークを制定し専門従事者を配置している。詳細な情報を多機関から収集し、多機関多職種チームで詳細分析を行い、統計分析を実施し、予防できる子どもの死亡の具体的予防策を見出し、その結果を具体的な施策に反映している。予防できる子どもの死亡をなくすための、虐待の発生予防・再発予防策、不慮の事故を減らす策、子どもの自殺予防策、医療施策の改善策などについて、具体的に多々提唱し一定の効果を上げていた。

一方わが国では、子どもの死亡の全体把握は死亡診断書をもとにする死亡届のみである。死亡届に書かれる事項は非常に限られており、その分析だけでは医学的死因さえも不十分と言われる現状がある。また、子どもが死に至るまでに関わりうる関係機関における情報は、その機関や必要な時期などにおいてごく限られた情報に細分化分断化されている。特に大人が時として子どもを死なせた場合には司法制度に則って必要な判断がなされることになるが、その時の判断は子どもの死亡を予防する視点であるとはいいがたい。また場合によっては必要な情報自体が明示されず、仮に必要な検討が行われていても予防策に生かせず、同じことを繰り返し徒労に終わっていることも危惧される。

そこで当研究班は、子どもの予防できる死亡を無くしていくためにわが国でCDRを実施し必要な政策を講じることができるよう、様々な視点から研究し、現状の問題点を明らかにした。

今回その結果をまとめ「ガイドライン」として提言する。

< 提 言 >

- 子どもの予防できる死をなくしていくためにはチャイルド・デス・レビューが必要である
- チャイルド・デス・レビューは子どもの未来に寄与する物とならなければならない
- チャイルド・デス・レビューは個人の問題に帰着する物であってはならない
- チャイルド・デス・レビューは国が必要な体制を整備し実施していく必要がある
- チャイルド・デス・レビューは地方自治体（都道府県）が主体となり実施する必要がある
- チャイルド・デス・レビュー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
- チャイルド・デス・レビュー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
- チャイルド・デス・レビューはすべて国民に還元される必要がある

第 I 章 チャイルド・デス・レビューはなぜ必要か？

何ができるのか？

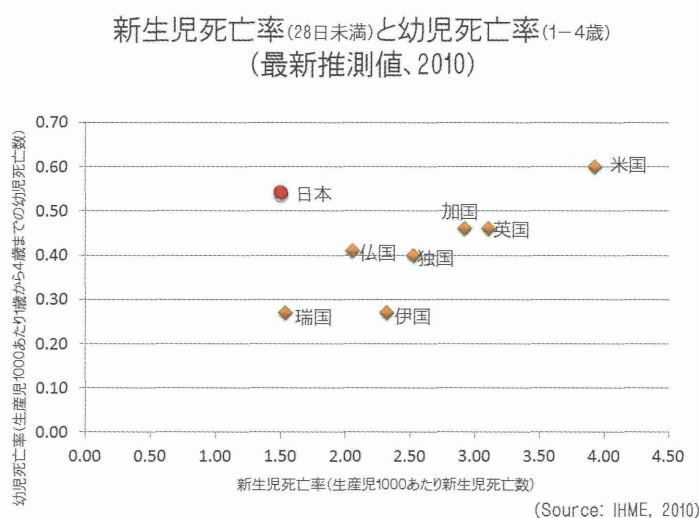
1. 日本の「予防できる子どもの死亡」の実態と 子どもの死因登録・検証制度の必要性

予防できる子どもの死亡と日本の子どもの死亡統計

子どもの死亡は、その社会全体の福祉の充実度を図る重要な鏡である。

予防できる子どもの死亡に関して、確立された定義はないものの、不慮の事故を中心に、虐待、自殺、救急医療体制の不備による死亡、在宅医療体制の不備による死亡など、医療の進歩よりもむしろ、社会のシステムの改善により未然に防げた死亡がそれにあたると考えられる。

日本の乳児死亡率、新生児死亡率、周産期死亡率は第二次世界大戦後の急激な経済発展とともに主要国中最低レベルに到達した。一方、日本は1-4歳児死亡率が他の先進国と比較して高く、2005年の1-4歳児死亡率は経済協力開発機構(OECD)加盟27カ国の中で17位であった。ワシントン大学により収集され整理されている推測値を使用して2010年新生児死亡率と幼児(1歳から4歳まで)の死亡率の関係性を検討すると、我が国で見られるこの二つと相反する死亡率は、他の先進諸国では見られない現象である。(右図)



死亡届をもとにした、2009年の各年齢別の死因上位三位までを下記に示す。

	0歳児	1~4歳	5~9歳	10~14歳	15~19歳
第一位	先天奇形、変形、 および染色体異常	先天奇形、変形、 および染色体異常	不慮の事故	悪性新生物	不慮の事故
第二位	周産期に特異的な呼吸障害及び 心血管障害	不慮の事故	悪性新生物	不慮の事故	自殺
第三位	乳幼児突然死症候群	悪性新生物	心疾患(高血圧性を除く)	自殺	悪性新生物

世界保健機関および経済協力開発機構(OECD)の公表統計を用いた国際比較では、我が国の1-4歳の幼児死亡が高い原因の一つとして、外傷による死亡の割合が高いことが指摘

された。2005年の1-4歳児死亡小票全国調査が行われ、半数以上の症例が、日本小児科学会指定の研修施設以外の施設で死亡し、全体の60%が死因発生後6時間以内に死亡していることから、小児重症患者の搬送および受け入れ態勢の整備が重要であることが示された。さらに2005、2006年の死亡個票を用いた1-4歳児の死亡場所と死亡原因についての分析が行われ、年間の小児死亡例が5人以下と非常に少ない小規模病院での死亡が87%と多数を占め、事故死例も、病死例と比較して小規模病院で診療を受けて死亡した割合が優位に高いことが報告された。小規模な医療機関で対応している事実が明らかとなり、小児救命救急機能が貧困な現状のため、重篤な子どもが小規模医療機関で診療を受けざるを得ないのが現状と結論されている。

外傷の原因として、多くを占めるのが不慮の事故である。不慮の事故を予防するのは、小児の救急医療体制のみならず、事故そのものの発生を予防する観点が重要であるが、子どもの環境整備が進む欧州・北米の先進諸国に比べ、日本においては日常生活の場から事故予防をする施策に関しての対応は市町村を中心に組み込まれているものの、全体としてまだ発展途上である。

一方、渡辺らはWHOデータベースによる2000年から2005年における1-4歳死亡率の先進14カ国の国際比較を行い、日本の1-4歳平均死亡率は14カ国中高い方から3番目であったと報告している。内因子と外因死で分けて比較すると、内因死では日本は14カ国中死亡率が最も高くなっていたが、外因死では日本は高いほうから6番目であった。このことから日本の1-4歳死亡率を先進国間比較で押し上げる要因となる疾患群があるとすれば、内因死の中に存在する可能性が高いと推測され、中でも肺炎の死亡率の高さが際立っていた。これら肺炎による死亡症例の基礎疾患の有無等を含む死亡に至る背景の調査が有用と考えられると報告されている。新生児疾患との関連では、新生児期に救命された重症児が幼児死亡となっている可能性は否定できず、0-4歳児の死亡原因で新生児死亡の割合が低いほど幼児死亡率が高くなる傾向が認められた。

また、日本で子ども虐待が社会問題になって久しい。虐待死亡症例に関しては、多職種にわたる有識者での死亡事例の検証がなされているが、対象となるのは心中死症例、ならびに虐待死であることが確実とされた事例に限定されており、虐待の疑いが否定しえないといった事例に関しては検証がなされていない。よって、虐待死亡事例の見逃しを防ぐフェイルセーフ機能は働かず、またそのような疑い事例から得られる知見というものが社会に還元されていないのが現状である。

さらに、不慮の事故死やその他の疾病が問題になる死亡が減少する中、自殺が相対的に顕在化しつつある。昨今の教育現場におけるいじめに関連した自殺が社会問題化されつつあるが、医療界の関与は少ないのが現状であり、今後の対策が俟たれる。

日本の子どもの死亡統計を俯瞰すると、医学の進歩により多くの子どもの死亡が削減された現在、社会のシステムとして、社会その端緒を持つ子どもの死亡をより削減していくことが求められていることが見える。

子どもの死因登録・検証制度

子どもの死因登録・検証制度は、予防可能な子どもの死亡を減らすために、様々な情報をもとに可能な限り多職種専門家が連携して系統的に死因調査を行い、予防可能な要因に関連する事項を、個人、家族、社会、政策など各々のレベルで検討し、効果的な予防策と介入を行うことを目的とする。

1978年にロサンゼルスで最初の子どもの死因登録・検証制度が設立されてから30年以上が経過した。シャンリーらの報告では、アメリカ全50州とコロンビア特別区のうち、48州とコロンビア特別区で州もしくは地域レベルでの子どもの死因登録・検証制度が活動している。また、当初は虐待死亡の調査から始まったが、31%の地域で17歳までのすべての死亡について調査を行っており、その他の多くの地域でもSIDSや死因不明、虐待死や予防可能と考えられる特定の死亡を対象とするようになってきている。レビューのメンバーとしては、ほとんどの地域で医師のみならず警察、児童保護サービス、検察官、弁護士、監察医などの多職種から成るメンバーで構成されている。

子どもの死因登録・検証制度により、半数以上の虐待死が、診断に至らずに既存の事故死や自然死として診断されていることが明らかにされ、パネルレビューにより死亡診断書に記載してある死亡原因のうち、約3分の1が適切でないと判断されるなど、子どもの死因登録・検証制度による系統的、多職種専門家による検討が、死因の詳細解明に役立っている。

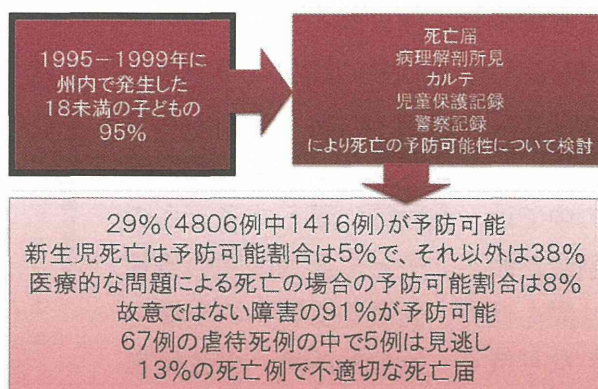
アリゾナ州における1995年からの5年間にわたる子どもの死因登録・検証制度では、全死亡4806例のうち、29%が予防可能な死亡として報告され、そのうち不慮の事故では91%が予防可能で、1歳以上に多い交通事故では、安全装置の不徹底が明らかにされた。また溺水のうち90%はプール周囲へのフェンス取り付けにより予防可能と報告された。(右図)

マサチューセッツ州では、睡眠中の大人による添い寝と予期せぬ乳児の突然死との関連が明らかになり、これを受けて3500人の小児医療従事者へ手紙が送られ、ジョージア州では自動車事故による死亡が多発した場所への信号機取り付けが行われるなど、子どもの死因登録・検証制度は政策の成立にも大きく貢献している。

2011年の米国小児科学会によるPolicy Statement-Child fatality reviewでは、子どもの死因登録・検証制度の重要性が再度強調され、小児科医の子どもの死因登録・検証制度への積極的な参加が推奨された。

英国においては妊産婦と胎児・新生児の死亡に関しての登録検証制度は「秘密調査」とい

アリゾナ州子どもの死亡検証



Rimsza ME, et al. 2002

う形式で行われてきた。特に妊産婦の死亡検証制度が発展し、初期には医療的な反省点から施策の改善が行われ、それによって妊産婦死亡は削減され、近年においては社会的ハイリスク妊産婦へ焦点を当てた政策がこの検証制度に基づいて行われてきた。子どもに関しては、2006年から1年間The Centre for Maternal and Child Enquiriesによる子どもの死因登録・検証制度に関するパイロット研究が行われた。生後28日以降18歳未満までの全死亡例を対象に957例が最終登録され、そのうち特定の死因によらず年齢別で無作為に抽出された126例について多職種専門家によるレビューを行っている。十分な情報が収集されていた119例に対して予防可能な要因について検討し、26%が予防可能な要因が存在、43%で潜在的に予防可能な要因が存在したと報告し、子どもの死亡率を減らすための戦略になりうると報告された。

このように子どもの死因登録・検証制度は欧州や北米の先進諸国では制度化（法制化）され、施策の枠組みの中でより予防施切る死亡を減らすために役立てられてきたと言える。

日本における必要性

日本において、不慮の事故や虐待、自殺、そして医療体制の不備など、予防できる子どもの死亡を見つけ、施策に応用することでさらに未来の予防できる子どもの死亡を減らすことは喫緊の課題であると言える。

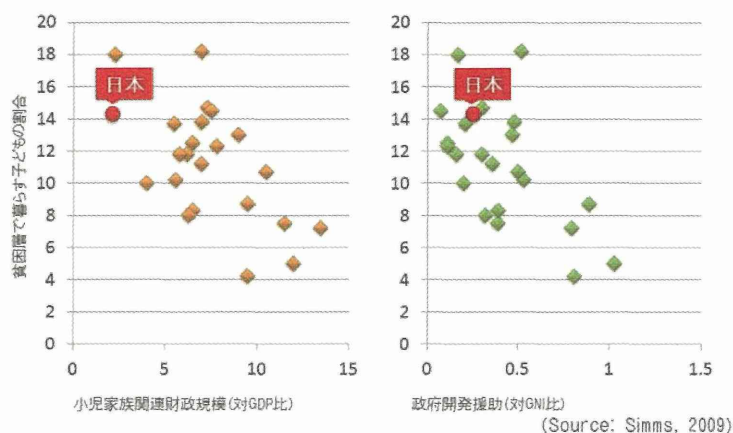
右図は、2006年に貧困層に暮らす子どもの割合、GDPに比した子ども家庭関連の予算規模、GNIに比した政府開発援助の額を比較することで、いわゆる社会的弱者への政策志向性を先進諸国（OECD加盟国）内で比較したものである。日本は先進国の中では、貧困層に暮らす子どもの割合が高く、子ども家庭関連の予算は最も低く、発展途上国への支援もかなり低く、社会的弱者への政策志向性はかなり弱いと考えられる。急激に少子高齢化がすすむ日本において、

日本政府の子ども家庭関連予算が他の先進国と比べて最低であることを鑑みても、最重要課題の一つと言える。

日本小児科学会においても2010年度の理事長マニフェストにも示されているように、子どもの死を登録し検証していく制度は、小児医療提供体制の整備と両輪で小児医療の根幹として位置付けられている。

そもそも死ぬ蓋然性がない子どもを死なせないことは社会の責任であり、子どもが死亡した場合、その死が予防可能であったか、同様の事例の死亡を防ぐためにはどのような施策

社会的弱者への政策指向性 (国際比較:OECD諸国, 2006)



が必要であるか、といった議論を、子どもに関わっている機関が集い、徹底的に検討することは、死亡した子どもに対して行う最低限の礼儀であり、そこから得られた知見を予防に生かすことは、子どもの死を無駄にしないという社会の覚悟の表れでもあり、また不幸にして子どもを失った遺族に対しての最大のグリーフケアの一つであると考えます。

2. わが国の死亡届と死因究明制度の実際と課題

わが国の死因究明制度の現状

わが国における異状死取り扱いの流れは、異状死が発生すると、医師が医師法第 21 条に基づき警察署に届け出、刑事訴訟法第 229 条に基づき検察官（通常は司法警察員が代行）による検視が行われる。次いで医師の死体検案が行われ、医師は死体検案書を発行する。死体検案書は、死亡診断書とまったく同じ書式であり、戸籍を抹消するために死亡届を添えて役所に提出され、これが保健所で死亡小票に転記され、地域の保健行政の重要な基礎資料となる。さらに都道府県で取り纏め、厚生労働省に送付され、日本の死因統計がまとめられ、世界保健機関に送られることになる。

この流れのなかで「検視」は、死体や周辺の状態を調査し、犯罪性の有無を調べることを目的とする司法関係者の業務である。一方、「検案」は、医師の行う医行為であり、死体を外表から観察し、死亡時刻、死因などについて医学的判断を行うものである。検案によって死因が判明しない場合には、死因究明のための解剖が行われるべきであるが、この検案・解剖という制度が全国的に統一されず、わが国の最も重大な課題となっている。本節では、死因究明制度の現状と課題、そして将来展望について述べる。

監察医制度の発足

昭和 21 年、戦後の混乱期に日本の死因究明の現状を見た連合国総司令部は、医学的に正確な死因が究明されず、警察と行政だけで死体を処理する状況を憂い、アメリカ合衆国の Medical Examiner's System を導入することとし、厚生省令によって、日本の七都市にある医科系大学に死因の調査を依頼する制度を開始することとなり、死体解剖保存法第 8 条によって日本の監察医制度が始まった。東京では、厚生省と都衛生局との話し合いにより、独自に監察医務院が昭和 23 年 3 月 21 日より業務を開始した。その後、京都、大阪、神戸、福岡、横浜でも大学の協力の下、監察医業務が開始された。その後、業務の遂行が困難な地域も出現し、昭和 60 年政令の改正により、現在は東京の区にのみ監察医を置くことになっている。監察医制度を行政施策として実施している地域では、すべての異状死を監察医が検案し、死因が不明な場合には解剖を行って死因を究明し、その結果を毎年「死因調査年報」として発行している。一方、監察医制度の施行されていない地域では、警察嘱託医や一般臨床医が死体を検案し、警察が犯罪性を見出したものについては司法解剖が行われるが、それ以外のものについては承諾解剖が行われることはなく、適当な死因が付けられるにとどまっている。全国いくつかの地域では、承諾解剖の制度を設け、非犯罪死体についても死因究明を行おうという動きがあるが、検案を行う医師の判断で解剖を行うことはほとんど行われず、解剖率にも各都道府県で大きな差異がある。

死因究明制度の検討に関する経緯

死因究明のための解剖の必要性について、ガス器具の不備に基づく事件や相撲部屋での犯罪死の見逃し事案が続き、ようやく国会議員や中央省庁で死因究明制度の確立に向けての議論が行われるようになった。

平成 17 年 3 月民主党内に「死因究明ワーキングチーム」が立ち上がり、平成 19 年 6 月に死因究明 2 法案が衆議院に提出された。平成 20 年 3 月には内閣府に「死因究明に関する検討会」、同年 5 月に衆議院法務委員会に「死因究明に関する勉強会」、次いで平成 21 年 1 月に日本法医学会が「死因究明医療センター構想」を提言、同年 3 月に自由民主党内に「異状死死因究明制度の確立を目指す議員連盟」が立ち上がった。しかし、同年 7 月の衆議院解散により死因究明 2 法案は廃案となった。

平成 22 年 1 月、警察庁を中心に「犯罪死の見逃し防止に資する死因究明の在り方に関する研究会」が立ち上がり、厚生労働省及び文部科学省も幹事として参加、平成 23 年 4 月に最終取り纏めの提言が出された。この趣旨は、新しい法医解剖制度の設立と国費による運営、法医学研究所の全国への設置、剖検率の向上、薬毒物検査の充実、法医専門家の育成等を重点的に推進することである。

この提言を受け、平成 23 年 7 月に第 18 回犯罪対策閣僚会議が開催され、「死因究明制度に関するワーキングチーム」の設置が提案された。同年 8 月に第 1 回の会合が開かれ、幹事会が設置された。しかしながら、死因究明のための立法には各省庁の足並みが揃わず、平成 24 年 2 月より議員立法を企て、民主党、自由民主党、公明党の 3 党の協議を経て、6 月 22 日に死因究明 2 法（死因究明等の推進に関する法律、警察等が取り扱う死体の死因及び身元の調査等に関する法律）が公布されるに至った。この前者いわゆる死因究明推進法は、死因究明等の在り方を横断的かつ包括的に検討し、及びその実施を推進するため、基本理念・国等の責務・基本方針を定めることを目的とする。

又、死因究明の推進が、

- ① 死者・遺族等の権利利益を踏まえてこれを適切に行うことが生命の尊重と個人の尊厳の保持につながるものであるとの基本的認識の下で、
- ② 人の死亡が犯罪行為に起因するものであるか否かの判別の適正の確保、公衆衛生の向上その他の死因究明に関する制度の目的の適切な実現に資するよう行われるものとする。

との基本理念がうたわれ、先に検討された基本方針に即し、死因究明等推進会議を立ち上げ、平成 24 年 10 月 26 日に第 1 回、推進計画検討会も開催され、現在、人材育成、施設整備等について審議が重ねられている。

医療側の問題

これまでわが国では、原死因不明の「心不全」や「呼吸不全」が死亡診断書（死体検案書）の死因の大半を占め、日本の死因統計が奇異なものとなっていた。特に小児医療分野では、解剖をしなくても「乳幼児突然死症候群」という死因が安易に使われ、死因が究明されな

い例の隠れ蓑として用いられてきた。この最大の原因が日本の未熟な死因究明制度である。さらに、警察が犯罪性なしと判断すれば、死因や死亡の種類は適当に付ければよいという安易な医師の考えも、日本の死因統計そのものを国際的に通用しない後進国並みのものとしてきた一つの要因である、

では、日本の死因統計を先進国並みに高めるにはどうすればいいか。異状死については、人材の育成、施設の整備等を通し、死因究明の制度を確立し全国に展開していることが最初の課題である。一方、病死で亡くなり死亡診断書を書く事例についても、一例一例の死に対して国際疾病分類に沿った原死因を明確にした死亡診断書を発行すると共に、死亡状況調査を行い、利用できるだけの情報を、後の世に活用できるように記載し残していくことであろう。

異状死の死因究明において、捜査権のある警察の調査は非常に有用である。しかし、検案は警察の下請けで行うものではない。医師として、一人ひとりの死因を正確に適切に決めることは、生前の疾病に対し最高水準の医療をもって対処することと同じである。即ち、死因究明は、ヒトの受ける最期の医療である。そして、死因究明から得られた知見を、医療、社会に還元する、即ち一人ひとりの死を万人の生に還元する、まさしく公衆衛生の向上につながる極めて重要な医行為であり、中立の立場の行政が運営し、全国格差のない制度に拡充していかなければならない。

チャイルド・デス・レビューと死因究明制度

小児医療に関して言及すれば、チャイルド・デス・レビューを行うために死因究明制度が全国に展開されることが必須である。現在の日本では、監察医制度の充実している地域においてのみ、チャイルド・デス・レビューが可能である。児童虐待の問題、遺伝性疾患の発見、感染症、事故死の問題、原因不明の突然死の解明など、チャイルド・デス・レビューを徹底的に展開し、予防可能な死の減少につなげなければならない。

現在、司法解剖になった事例の情報は、裁判になるまで検察庁から決して開示されない。しかし、そのような犯罪死を少しでも減らすためには、社会のために有用な情報を活用できる制度についても模索していかなければならない。

小括

死者から学ぶ、Mortui vivos docent、これは古くから伝わる医学の基本である。今後、死因究明制度が全国に展開され、チャイルド・デス・レビューも容易に行いうるシステムの構築が期待される。

3. 諸外国の CDR 制度の歴史と実態と課題

チャイルドデスレビュー Child Death Review (CDR) は、Child Fatality Review と呼ばれ、1978 年に児童虐待予防を目的として、アメリカ、ロサンゼルスにおいて始まった。現在、アメリカ、イギリス、カナダ、オーストラリアなどで実施されている。現在では児童虐待のみならず、全ての死因の調査を実施する州や国も多い。なお、国、地域（州、郡）などによって、目的、対象、制度、実施方法は多種多様であり、統一した定義はない。

諸外国での CDR の開始時期

1978	アメリカ ロサンゼルス で開始
～1990	アメリカ (9 州)
1991-1995	アメリカ (24 州), オーストラリア (2 州)
1996-2000	アメリカ (15 州), カナダ(ブリティッシュコロンビア)
2001～	アメリカ(2 州), オースド, イギリス, 香港 (pilot project)

(出典: Shanley *et al.*, 2010; Frederick, 2007; DCSF, 2010.,; Social Welfare Department; Child and Youth Mortality Review Committee; Taylor, 2006)

以下に CDR の先進国であるアメリカの現状と近年導入の施行を行っているイギリスの事例について述べる。

アメリカ

1978 年にロスアンゼルスで Micheal Durfee が虐待予防を目的に開始した。1996 年に 児童虐待予防・防止法 Child Abuse Prevention and Treatment Act に盛り込まれた。さらに 1999 年 にアメリカ小児科学会がチャイルドデスレビューを推奨され、National Center on Child Fatality Review、National MCH Center for Child Death Review が設立された。現在、全米で推定 1,000 チーム / 10,000 人の協力者 によって行われている。ほぼ全土に制度は広がっているが、各州でその仕組みは異なっている。Shanley *et al.* (2010) によれば、全体の 31% (N=15) のプログラムが 0 - 17 歳の全死亡に対して調査を実施しており、その他の多くは SIDS、死因不明、虐待死や予防可能と考えられる特定の死亡を対象としている。CDR の中枢メンバーとして、警察、児童保護サービス、検察官、弁護士、監察医の分野からの代表者がほとんどの CDR チームに参加している。また、半数以上の CDR プログラムが、参加メンバーに何らかのトレーニングを提供している。CDR の統括組織としては、州と郡の双方が存在する場合は 45%を占めていた。実際の調査は郡の CDR 組織が行い、統括は州が遂行するといった役割分担を行っている場合が一般的である。また情報収集に関しては、47% が米国 National Center 作成の症例報告書(Case Report Form)を使用し、41%がオンラインのデータベースを使用した報告を行っていた。

チャイルドデスレビューによる成果の例として以下の報告がある。

チャイルドデスレビューの研究成果報告

フィラデルフィア州 (Chukwudi 1999)

1995 年, 21 歳未満, 607 名をレビューした。

37.2%が予防可能な死であることを示す。

アリゾナ州 (Rimsza 2002)

1995-9 年, 18 歳未満, 4806 名をレビューした。

29%が予防可能な死であることを示す。

コロラド州 (Crume 2002)

1990-98 年, 16 歳未満, 虐待死 295 名 をレビューした。

レビューと人口統計の数を比較した。

虐待死の数が過小報告されていたことが示された。

特定の社会経済要因で報告に偏りがあったことを示された。

ミズーリ州 (Schnizer 2005)

1992-1999 年, 5 歳未満, 親・養育者から傷害を受けた全ての幼児 149 名をレビューした。

地域ベースのケース・コントロール研究として行い、

自然死の子供をコントロールとし、年齢調整を行った。

実父母以外の大人と同居する幼児は高リスクであった。

[オッズ比 47.6 (95%CI: 10.4-218)]

CDR は、政策などの成立に貢献しており、例として溺死における死亡検証の結果からプールの周囲へのフェンス取り付け義務化 (Rimza, 1999)、自動車事故による死亡が頻発した場所への信号機の設置 (Lauallen *et al.*, 2003)、子どもを車内へ置き去りに対する取り締まりの厳罰化、などが挙げられる。マサチューセッツ州の CDR チームは、多くの乳幼児の突然死が大人とのベッド共有時に発生していることを明らかにし、その結果、州政府は注意を促すために大規模なキャンペーン活動を実施している (Moreira, 2003)。ただ、ジョージア州の CDR チームは 5 年間の CDR について評価を行い、死因や死亡数は変化していないと結論付けている。しかし、将来的な CDR の効果へは期待するという前向きな見解を示している (Kellermann *et al.*, 1998)。

チャイルドデスレビューからの提言例

子どもの死因調査- 解剖対象の年齢の拡大

一般向け健康教育の推進(例: 安全な就寝、火の取り扱い)

組織間のコミュニケーション改善

虐待・ネグレクトを鑑定する能力を養うための専門家へのトレーニング提供

通報義務の法律施行

医療・福祉- 薬物乱用の親への治療

刑事責任- 子ども殺害の厳罰化

家庭訪問の推進

(出典: Douglas&Cunningham, 2008)

イギリス

イギリスでは1990年代から子供の死の予防に関する中・小規模の研究報告があり、約29%の幼児死亡は予防可能な死であるという報告もあった。2004年に児童法 Children Act が制定されると、さらに子供の死に対する関心が高まり、2006年にはガイダンス “Working Together to Safeguard Children” が発表され、全国規模のパイロット研究 Why Children die: A Pilot Study が実施された。その後、地域単位で行われ、虐待、育児放棄、自殺などを対象とした Serious Case Review が継続して行われている。

子供の死に対応するガイダンス “Working Together to Safeguard Children” 情報収集の方法をまとめられた。

カルテ、検査記録、死亡時の状況(訪問)方法が例示された。

構造化された死後調査の必要性が指摘された。

組織横断型多職種でのアプローチの重要性が指摘された

専門家のリエゾン、構造化されたケース討議の必要性

予期しない Unexpected 死の調査の必要性が指摘された。

遺族のサポート、ケアの必要性が指摘された。

なぜ子供たちは死んだのか? : パイロット研究 -Why Children die: A Pilot Study
CEMACH: Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (非営利団体) が主導して行われた。

2006年、生後28日-18歳未満を対象とし、イングランドの3地域 (North East, South West and West Midlands), ウェールズ, 北アイルランドで実施された。

方法: 匿名化調査 Confidential Enquiry:

人口統計, 診療録, その他周辺情報(匿名化)を使用した。

家族には接触していない。

957名, その内126名を41のチームがレビュー評価した。

レビュー評価において、予防可能な因子を3つに分類した

予防可能 Avoidable

潜在的に予防可能 potentially avoidable

予防不可能 Unavoidable

結果

119名/126名で判断する十分な情報があった。

予防可能な因子を含むケースが26%存在した。

潜在的に予防可能な因子を含むケースが43%した。

第Ⅱ章 チャイルド・デス・レビューに 重要なポイント

1. チャイルド・デス・レビューに必要な側面

1) 医学的側面の死亡検証

チャイルド・デス・レビュー（CDR）を実施していくうえで、医療機関は極めて中心的な役割を担う立場にあるという意見に賛同しない者はいないであろう。ほとんどの小児死亡は医療機関の中で起こっている。医療機関外で死亡した事例であっても、明らかに死亡している（断頭、体幹部の離断、死体硬直、死斑、腐敗、炭化、ミイラ化その他の明らかに生存状態とは矛盾する身体への損害）と断定されない状況であれば、医療機関に搬送されたうえで死亡の宣告を受けることとなる。つまり、大多数の小児死亡は、医師が死亡を宣告し、異状死であるか否かを判断するとともに、死因の医学的推察を行うことになる。そして、異状死と判断した場合には所轄の警察署に届け出を行い、司法警察員による代行検視が行われ、犯罪死であるか非犯罪死であるかが判断されることとなる。

死因究明二法が成立したことにより、司法的問題としての死因究明制度は改善を図られていくことになろうが、臨床医師側が子どもの死亡を認知して、異状死か否かを判断する段階で、医師法 20 条・21 条違反が広く横行していることは、もはや“語られない常識”であることをほとんどの医師が知っている。

「これ以上詳しく根掘り葉掘り調べたところで、子どもが返ってくるわけではない。」「親はすでに十分苦しんでいる。」「異状死の可能性はあるが、家族のためには内因死とすることが最善の選択ある。」このように、医師の見解に感情がさしはさまれ、本来詳細に検討されるべき死因の究明はなされずに、非異状死と分類されていることは稀ではない。時には、「異状死・犯罪死としてしまうと、何かと大変である。」という医療者・警察の都合から、安易に内因死とされ、内因性疾患の病名がつけられてしまうことすらある。

医学的側面から死亡検証を語るうえでまず重要なことは、すべての医師が死因究明の意義について理解し、正しく対応できるようにトレーニング体制を整え、単独の医師の見解ではなく、複数の医師で体系的に死因判断を行ってフェイルセーフ（Fail-Safe：二重安全装置）の機能を果たせる制度構築が必要である。

逆に言えば、CDR における医学的側面の重要性は、子どもの死に対して医学的詳細に関する専門的洞察を加える役割、ならびに、子どもの死亡における最初の振り分けを行う役割である。

そのような意味で言えば、小児の死亡が確認された時点で情報の収集を行う前方視的検討体制の構築が望まれるが、実際には、倫理委員会での審査も含め、前方視的検証は困難なことも多い。そこで、子どもの死因究明を自らの職責の一部とする専門性の高い医療者に、子どもの死亡事例が発生したことを一般医師が伝え、互いに協力し合いながら、医学的振り分けを行い、多機関連携の枠組みで死亡検証を前方視的に行う体制であれば、既に多くの中核病院で一般的になりつつある子ども虐待対応院内組織（Child Protection Team: CPT）をベースにすることで、構築しうるのではないかと考えられる。CDR を行う意義は予防可能死（Preventable Death: PD）に対する対応体制の強化であるが、子どもの虐待・ネ