

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）
突然の説明困難な小児死亡事例に関する登録・検証システムの確立に向けた
実現可能性の検証に関する研究
（主任研究者 溝口 史剛）

分担研究 死亡情報の登録・データベース化の方法に関する研究
「CDRの啓発と社会実装研究の基盤としてのHPの作成報告」

分担研究者	山中龍宏	緑園こどもクリニック
	溝口史剛	前橋赤十字病院小児科
	沼口敦	名古屋大学救急科

研究要旨

本研究班では、単一の医療機関でも参画することが可能な研究体制を整備した。CDRの啓発を行うとともに、この具体的な研究を進めるためのプラットフォームとしてホームページを立ち上げた（<https://www.child-death-review.jp/>）。

- 本 HP は、・ CDR とは？（歴史・各種成果・具体的実践例・具体的施策提言）
- ・ 日本における現状（現在の取り組み・全国の状）
- ・ 研究に参加する（研究概要・研究の具体的要旨・研究全体の流れ・事例登録）
- ・ 小児死亡対応時に
- ・ シンポジウム・講習会
- ・ CDR 各種資料

の各項目より成っており、本 HP からセキュリティーの担保された事例登録フォームに入り、ID/PW 入力の上、事例の登録を行うことも可能である。今後、本 HP を通じて研究成果を発信したり、シンポジウム・講演情報なども発信していく予定としている。

A．研究目的

小児死亡時に詳細な検証を行い、同様の死を防ぐ手立てを講じるチャイルド・デス・レビュー(CDR)の重要性は、もはや論をまたないであろう。チャイルドデスレビューの法制化が進み、各地域で質の高い検証の実践がなされるならば、将来的に予防しうる小児死亡を最小限度にしていく可能性がより高まる。

しかし法制化さえなされれば、明日にでも CDR は首尾よく実施することが出来

るわけではない。CDR という概念が、米国ですぐに社会実装に至ったのは、虐待対応において既に多機関連携（MDT: Multidisciplinary Team）で情報共有・初動対応を行う体制が整っており、それが基盤になったという背景がある。本邦においては、諸外国以上に CDR の体制整備は step by step の取組が必要となる。法制化が進み、いきなり行政が旗を振ったところで、子どもの死を取り扱う医療の現場が方法論を持たずに協力していく

ことはかなわない。子どもが死亡する現場は医療機関であり、CDRの実施は医療側の体制を整えることが第一歩である。医療機関が実施体制を整備し、他の機関がそれに参画し、そして後方力的な検証から前方視的な検証に移行し、私である医療機関から公である行政機関にその実施主体を委譲していかなければならない。

チャイルドデスレビューは、子どもの死を防ぐという極めて喫急な課題を実現するための取組である以上、上記ステップを可能な限り早く進める必要がある。

B. 研究方法、C. 研究結果

そのためには、医療者が「まず權より始めよ」の精神で実践的取り組みを開始する必要がある。しかし残念ながら、小

児死亡時の対応につき、小児医療者の間で議論に上ることは少ないのが実情であり、医療者に広くCDRの意義につき啓発する必要がある。そのような啓発を通じて、CDRの地域実践を行う機運を高めると同時に、具体的実践を行う具体的な場を提供することは上記のステップを進めるための強力な後押しとなる。

本研究班では、単一の医療機関でも参画することが可能な研究体制を整備した。CDRの啓発を行うとともに、この具体的な研究を進めるためのプラットフォームとしてホームページを立ち上げたので、報告する。詳細については具体的にHPを参照していただきたい

(<https://www.child-death-review.jp/>)

「チャイルド・デス・レビュー：CDR」は、亡くなった子どもの声を聴き、学び、死ぬ蓋然性のない子どもを少しでも減らしていくための知見を蓄積していくことが可能なシステムです。

複数の機関が連携してCDRを行うことが出来れば、予防施策提言の実施可能性が高まります。

死亡事例対応施設
① 症例の各種後方視的検証
② 上記症例情報のWeb登録

詳細情報入力
インディカー登録
学術集会でFeedback

地域の医療アライアンス
① 死亡事例検証会開催
② 検証結果を報告

警察/検察
教育/保育
行政/保健

症例のWeb登録
HPを介し死亡事例対応に関する学術情報提供

死亡事例の発生把握
要検証事例発生把握

事例検証会開催支援
検証結果 予防提言の報告

中央データ管理センター
日本小児科学会
子どもの死亡登録検証委員会
① 症例蓄積
② 定例報告
③ 学会員・国民への啓発活動
④ 国へのロビー活動

死因究明の質向上

提言実現 (予防可能死減少)

死因を究明する社会的意義は、医学の発展・公衆衛生の向上、犯罪死の死因防止、遺族の真実の希求に答える、など様々です。しかし、子どもの死亡を詳細に検証する意義は、第一義的には予防可能死(PD:preventable death)を減らすことにあります。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、不幸にして亡くなった場合に議論を尽くすことは、死亡した子どもに対する最低限の礼儀であると

ホームページのトップ画面

D. 考察

ホームページは

- ・ CDR とは?
 - 歴史
 - 各種成果
 - 具体的実践例
 - 具体的施策提言
- ・ 日本における現状
 - 現在の取り組み
 - 全国の状況
- ・ 研究に参加する
 - 研究概要
 - 研究の具体的要旨
 - 研究全体の流れ
 - 事例登録
- ・ 小児死亡対応時に
- ・ シンポジウム・講習会
- ・ CDR 各種資料
- ・ 問い合わせ

から成り立っており、CDR に関して端的に知ることや、小児死亡に関するこれまでの様々な研究の成果について包括的に把握するための、情報の提供を行っている。これらの情報は、HP の立ち上げ時には、本研究班のメンバーの関与した研究の成果に限定されているが、将来的には様々な研究につき、把握することが可能なワンストップのプラットフォームになるように、様々な研究者とつながりを持ちつつ拡充していきたいと考えている。

また本 HP を通じて研究に協力する施設を募っている。実践が始まったばかりの本研究では、研究者同士の顔の見える関係性を構築し、その概念につき共有し、可能であれば地域の医療機関とのアライア

ンスを形成していく、リーダーシップを発揮しあう関係性の構築を目指しており、参加の意思が示された場合には、研究班員が具体的な説明を行うことを予定している。

本ホームページから、実際の事例を登録することを可能にしている。この登録システムに関しては、別の分担研究報告書で詳記しているが、強固なセキュリティーシステムを導入しており、また事例登録者以外は登録施設や個人を把握できる情報が確認できないように組まれている。

本ホームページは、本研究班の研究成果を適宜反映する形での運用を予定している。小児死亡事例の対応に関する具体的なガイドラインは、ホームページの立ち上げ時には未整備の状態であるが、適宜情報を更新する予定であり、本ホームページを通じて、各種シンポジウムや講習会の情報を提供することも予定している。

また、本ホームページは、医療者の実践的取り組みの促進を中心として作成したものであるが、CDR を地域に根付かせるためには、一般市民の理解や期待は大きな後押しになる。来年度以降は、一般向けの情報提供ページを設けるなどで、さらに HP を充実していく予定としている。

E . 結果

CDR の啓発を行うとともに、具体的な研究を進めるためのプラットフォームとしてホームページを立ち上げた。このホームページは、研究班の取組に関して適宜発信する場として活用するとともに、一般向けの啓発にも活用する予定である。

F．健康危険情報
該当なし

学会・シンポジウム発表
なし

G．研究発表
論文発表
なし

書籍発刊
なし

H．知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む)
なし

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）
突然の説明困難な小児死亡事例に関する登録・検証システムの確立に向けた
実現可能性の検証に関する研究
（主任研究者 溝口 史剛）

分担研究 死亡情報の登録・データベース化の方法に関する研究

「各機関での検証実施を兼ねた、後方視的な事例登録フォームの作成報告」

研究分担者 山中 龍宏（緑園こどもクリニック）

研究協力者 沼口 敦（名古屋大学医学部附属病院救急科）

溝口 史剛（前橋赤十字病院小児科）

梅本 正和（うめもとこどもクリニック）

臼杵 恵梨（三重大学大学院医学系研究科 腫瘍病理学）

研究要旨

わが国において、チャイルド・デス・レビュー(CDR)の体制を新たに構築することが求められる。しかし、死亡診断書等の既存統計資料を基にした検証では、情報が不足しているだけでなく、正確な情報が得られない可能性が示唆されており、「同様な小児死亡の予防可能性を検証する」という CDR の目的にかなう情報を得るためには、新たな情報収集システムが必要である。特に、このような取り組みが緒についたばかりの本邦の現状において、どのような質や量の情報収集手法が有効かについて、先行研究をもとに検討し、具体的な入力システムを開発した。本分担研究者らが以前開発した多項目選択様式の調査は、予め臨床現場に提示して診療と同時に入力する用途に向いており、前方視的に過不足なく臨床情報を収集するのに有用である。その一方で、既存情報の内容をより簡便に、また有効に吸い上げるためには、自由記載様式による調査がむしろ情報量が増える可能性が示唆され、本邦の実情に即していると考えた。また現時点では、地域で小児死亡事例を検証する協議体を設置したとしても、年数回・数時間の会合を行うのが限度であり、詳細な検証をその場でゼロベースで実施することは実施上物理的に困難であり、各施設であらかじめ検証をおこない、その検証についてレビューを行う方式として、登録フォームを整備した。作成した登録フォームは、セキュリティーが担保された web 上のシステムから、ID/PW 入力の上、事例登録を行うことを可能とした。

A. 研究目的

わが国において、死亡を取り巻く状況について明らかにする必要があると指摘され、こと小児領域においては、チャイルド・デス・レビュー(CDR; Child Death Review)として体制整備が求められる。過去の種々の研究に

よって、現状の死亡診断書(死体検案書)およびこれを基にした既存の統計資料(死亡票, 死亡個票, 死亡小票)では情報が不足しているだけでなく、正確な情報が得られない可能性が示唆されており、「同様な小児死亡の予防可能性を検証する」という CDR

の目的にかなう情報を得るためには、新たな情報収集システムが必要である。

本分担研究者らは以前、有効な死亡検証を行うために必要な項目を列挙し、これらを臨床現場で収集する方法論、及びその予想される有効性について報告している。これらの項目を網羅する調査票が全国的に整備され、子どもの死亡の診断に際して、これに沿って十分な検索、情報収集を行うことで、質の高いCDRが実装可能となる。

しかし、本分担研究者らが平成23年に4地域で実施した、小児死亡事例についての後方視的疫学研究(以下「パイロットスタディー」)において、これらの情報は予防可能性を検証するのに非常に有用であった一方で、上記の調査票上の項目すべてを網羅するだけの臨床情報は、医療機関の後方私的研究からは得ることが不可能であった。すなわち、後方視的調査研究を行う場合には、すでに臨床現場で得た情報は参照できても、その時にリアルタイムで取得されなかった情報を新たに得ることは不可能であったと推察される。

求める情報入力量と回答率はトレードオフの関係にある。CDRの取り組みが緒についたばかりの本邦の現状において、どのような質や量の情報収集手法が有効かについて考察した場合、まずパイロットスタディーで行われたような後方視的調査研究の対象地域・対象調査機関を拡充し、各地域での取り組みの実績を積み重ねることが有効であると判断した。本研究は、このために有効に用いよう新たな、後方視的検証のための入力システムの開発を行った。

B. 研究方法

本研究では、パイロットスタディーおよび他

研究で用いられた方法論を検証し、これらで用いられた調査票を参照して、新たな入力システムを作成した。

C. 研究結果および D. 考察

1) 日本小児科学会の提示する統計調査のありかた

日本小児科学会は「子どもの死に関する我が国の情報収集システムの確立に向けた提言書」(平成24年1月22日、日本小児科学会小児死亡登録・検証委員会、委員長 山中 龍宏)を発表した。「死亡診断書/死体検案書の書式自体は容易には変更不能」であることから「新たな小児死亡登録フォームが必要である」このなかで死亡事例のデータを入力し集約するための報告様式(RF; Report Form)について、「米国の統一フォームとなりつつあるNCCDR (National Center for Child Death Review) RFの入力項目は約1,700」からなることを例示した上で、「各項目を再整理・細分化するとともに...入力者の心理的負担を提言する...入力システムが望まれ」、「実際に諸外国で行われている形態のチャイルド・デス・レビュー(他機関で、予防の観点より詳細に検討し、推奨事項を打ち出すもの)に耐える形」にあるRFを提言している。

NCCDR-RFの入力項目のほとんどは「Yes / No」あるいは多項目から選択をする様式であり、非常に簡便である。また回答できない項目があれば、その場で検索・質問を追加して埋めることができ、臨床現場でのチェックリストとして機能する。これは言うなれば、臨床現場における診断の質を向上させるための介入策とも捉えられる。

この利点は同時に欠点でもある。後方視的既存資料を見ながら入力する場合に、このフォ

ームに沿っていない形式で、あるいは一般的な自由記載で記載された診療録を読解しながら項目をいったりきたりして選択肢を埋めるのには、むしろ煩雑であり多大な努力を要する。さらに追加の検索・質問はもはや不可能であるので、埋まらない項目は永久に入力不可である。全ての項目について入力が励行された場合には、疫学的解析上大きな意味を持つが、あとで統計資料として入力結果を使用する段になって、空欄の多い不適格データが大量生産され、思ったような統計処理ができない危険性を内包する。

このような利点と欠点を鑑みると、こと後方視的調査を計画するにおいて、同形式は最適とは言えない。むしろ、体制がある程度整備され、さらに精度向上あるいは臨床への介入をも考慮する段になってから活用されていくことがより望ましいと判断した。

2) パイロットスタディーで用いられた調査票

パイロットスタディーでは、多くの項目で選択回答を行う一方で、現病歴欄を自由記載する調査票を使用した(添付資料 A)。選択項目の統計学的処理結果は対象地域における疫学的 Profile を明らかにしたが、これに加え、現病歴欄の自由記載内容が、該当死亡事象について多職種による検証を行う際に極めて有用であった。

そもそも死亡事例に関する現場での臨床推論の最終結論は、死亡診断書/死体検案書に帰着する。ここに記入する項目は非常に少ないため、場合によっては無理やり「より近い記載」をあてはめる必要が生じ、あるいは「不詳」としか記入し得ないこともある。特に来院時心肺停止で死因究明の最大の検討対象である症例ほど、このような記載となってしまうというジレンマが発生している。パ

イロットスタディーで収集した自由記載は、この臨床推論の結果ではなく、その過程を収集するのに有用であった。すなわちナラティブに情報を入力する方法は、回答者の恣意的な意向が反映された情報にならざるを得ないが、一方で回答者が重要であると判断した情報がダイレクトに反映されるものである。

この考察を踏まえ、本研究で提示すべき調査票は、既存資料を最大限活用することができ、かつ入力に過大な努力を要しないものが好ましい。そこで、多項目選択による入力ではなく、自由記載にて回答を求める調査票とする方針とした。

3) 愛知県における追試で用いられた調査票

研究協力者らは愛知県において、2014年に死亡した小児例の後方視調査を行った。同調査において、さらに自由記載を拡充し、選択項目の少ない調査票を策定した。また、各施設で入力者を設定し、一部施設ではインテイクが代行するものの、基本的には自施設内で入力から提出までを完結する方法を導入した(詳細は別研究報告書を参照)。パイロットスタディーでは中央インテイクが一括して情報収集を行うことでデータの質を担保したが、このように各施設での入力方式に移行することは十分に可能と考察された。

ただし同調査において、各施設による入力に対して、項目の選択基準の検査者間格差がみられるため第三者による確認が好ましいことも報告されている。この指摘も踏まえて、実際の運用面での工夫は何らか必要になることが想定された。

4) 本研究で提案する調査票

上記を受けて、次の性質を持つ調査票・情報入力システムを開発した。

(1) 基本的には過去に試用経験があり、実効性の実証されたシステムを応用する方針とした。完全に新規システムを開発すると、実効運用に先立って再度試験運用を行う必要が生じ、非効率である。

(2) 一部に多項目選択様式による入力を残し、多くを診療録ほか医療記録からの転記が可能な自由記載項目とした。これにより、既存情報からの抜粋、情報入力の更なる省力化が可能となった。

(3) また入力項目について、他項目の結果から自動的に「入力不要」項目は表示されない、あるいは「入力必須」項目は強調されて表示されるなど、コンピューターによる入力支援が得られるよう工夫した。

(4) 上記の一環で、「明らかな内因死(病死・自然死、ただし乳幼児突然死症候群を除く)」であれば、以降の入力は可及的に省略されるようにした。先行研究ではいずれも、このような症例は以降の検証の対象外として扱っていることから、現状ではこの簡略化によって CDR の質を低下させないと判断された。これら(2)～(4)は、回答回収率をあげて調査の網羅性を確保する上で有効たりうると考察した。

(5) 上記は Web ベースで提供するものとし、このためのサーバーシステムの開発も同時に行った。必要に応じて、紙媒体に印刷して親展郵送などによる提出も可能とした(添付の参考資料 B は、紙媒体への印刷形式)。

E. 結論

小児科学会提言、および先行研究の経過と結果を分析した上で、後方視的疫学研究

に用いる新たな入力システムを開発した。本システムは、研究協力者による別研究で使用され有効性が実証された調査票をほぼ踏襲しており、新たな検証なく直ちに使用することが可能である。

CDR の全国展開に際して、まずは小児の死亡を統計するために、疫学調査に協力する施設を募集する。この施設が各々本システムへの入力を行い電磁的に提出することで、各段階で省力化が得られ、より網羅性の高い情報収集が行われることが期待される。

資料:

1) 子どもの死に関する我が国の情報収集システムの確立に向けた提言書。平成 24 年 1 月 22 日、日本小児科学会 小児死亡登録・検証委員会(委員長 山中 龍宏)

http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin_120328.pdf(最終閲覧 2017-3-31)

2)

資料 A) 別添付資料、パイロットスタディーで使用された調査票

資料 B) 別添付資料、本研究で新たに作成した調査票

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

論文

発表なし

学会発表

発表なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

分類	管理番号
A群 B群	明らかな病死もしくは自然死(乳幼児突然死症候群(SIDS)はB群とする) A群以外 現疾患の診断が未確定、乳幼児突然死症候群(SIDS)、 不慮の外因死、その他及び不詳の外因死、不詳の死

①記入に関する項目

記載者			
記載年月日			
聞き取り場所			
方法	対面・電話・その他()		
インタビューされる人	名前	職種:医師(科 年目)・看護師・他()	
	名前	職種:医師(科 年目)・看護師・他()	

②子どもの基本情報

性別	男・女		
生年月			
本籍(国籍)			
体重/身長	体重	身長	cm
医療保険	被用者保険・国民健康保険・生活保護・その他		
居住地区	東京都	区・市	県外
	<input type="checkbox"/> 実際の居住所が現住所と異なる 理由:		

③死亡診断書に関する情報

死亡したところ及びその種別	死亡したとき 死亡したところの種別 死亡したところ 施設の名称	年 月 日 時 分 1病院 2診療所 3助産所 4自宅 5その他 市・区
死亡の原因	(ア)直接死因 (イ)(ア)の原因 (ウ)(イ)の原因 (エ)(ウ)の原因 <small>直接には死因に関係しないが1欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等</small> 手術 1無 2有 部位および主要所見 解剖 1無 2有 主要所見	手術年月日
死因の種類	1内因死(病死および自然死) 外因死 不慮の外因死 2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5煙・火災および火焔による障害 6窒息 7中毒 8その他 その他および不詳の外因死 [9自殺 10他殺 11その他および不詳の外因] 12不詳の死	
外因死の追加事項	障害が発生したとき 平成 年 月 日 午前・午後 時 分 障害が発生したところ 都道府県 区市郡 町村 障害が発生したところの種別 1住居 2工場および建築現場 3道路 4その他()	
生後1歳未満で病死した場合の追加事項	出生時体重 単胎・多胎の別 1単胎 2多胎(子中第 子) 妊娠週数 週 日・不明 妊娠・分娩時における母体の病態または異状 無・有()・不詳 母の生年月日(もしくは年齢) 昭和・平成 年 月 日 前回までの妊娠の結果 出生児 人 死産児 胎(妊娠満22週以後に限る)	

④出生歴/健診・予防接種等の養育歴/家族歴・家族構成

出生歴	出生時体重 妊娠週数 週 日・不明 妊娠・分娩時における母体の病態または異状 Apgar /
乳児健診	標準的なスケジュールで健診を受けていたか? はい・いいえ・不明 3-4ヶ月・1歳半・3歳
家族構成・歴	同胞死 有・無 突然死 有・無 家族の同時期自殺・殺人 有・無

資料A パイロットスタディーで使用された調査票(1/6)

予防接種歴	あり・なし 記録で確認できたワクチンにつき記載 三種混合（1期 1回目・2回目・3回目・追加・不明） BCG（済・未・不明） ポリオ（1回目・2回目・不明） 麻疹風疹（済・未・不明） インフルエンザ（済・未・不明） インフルエンザ菌b型（1回目・2回目・3回目・追加・不明） 結合型肺炎球菌（1回目・2回目・3回目・追加・不明） ワクチンは標準的なスケジュール以内になされていたか？ はい・いいえ・不明 死亡の72時間以内にいずれかの予防接種を行っている はい・いいえ・不明 同時接種はあったか、またその種類
-------	---

⑤既往歴	死亡1か月以上前から、下記のいずれかにあてはまる場合に記入
リスク分類	1 健常児（死因発生時まで明らかな異常を指摘されていない、急性疾患以外の既往歴なし） 2 適切なコントロールにより予後への影響は少ないと考えられる基礎疾患を持っている（小児喘息・アレルギーなど。定期通院を行っている児に限る） 3 適切なコントロールによっても予後への影響は予想される基礎疾患を持っている（単純心疾患・ネフローゼ・在胎28週未満の児（退院後）など） 4 ハイリスクであり、治療可能か不明な状態（悪性腫瘍・複雑心奇形・NICU（GCU除）入院児・病名未特定） 5 寿命短縮が明確な状態（進行性疾患・重度障害の改善が見込めない状態）※
同状態に至る直接原因及び病名	
発生時期	着床前（染色体・遺伝子異常）・胎内（原因遺伝子未特定の全ての発生異常含） ・生後 年 月 日
施されていた治療・管理	手術（ ）・服薬 ・モニタリング機器の使用・他の医療機器の日常使用
施設入所	あり（入所日： ） ・ なし 入所前に在宅管理の時期： あり・なし
直接死因との関係	原疾患が死因 ・ 原疾患による合併症が死因 ・ 原疾患の治療による合併症が死因 原疾患による予期しないイベントが死因 ・ 原疾患と関係ないイベントが死因

※ 運動機能が座位までに制限されている重症心身障害児については（NICU内での状態が継続する児については一か月以上、乳児期以降に発生した疾患についてはその状態が6か月以上継続する場合）鈴木・山田の分類を使用

レスピレーター管理(10) 気管内挿管・気管切開(8)・
鼻咽頭エアウェイ(5)・酸素吸入もしくはSpO2 90%以下の状態が10%以上(5)・
1回/時以上の頻回の吸引(8)・6回/日以上以上の頻回の吸引(3)・ネブライザ6回/日以上以上の使用(3)・
IVH(10)・全介護経口摂取(3)・経管(5)・腸管栄養(8)・持続注入ポンプ使用(3)・
過緊張のため姿勢修正を3回/日以上要する(3)・継続する透析(10)・
定期導尿(5)・人工肛門(5)・体位交換6回/日以上(3)

0-9点 重症児 10-24点 準超重症児 25点以上 超重症児

⑥救急搬送

インタビューされる人	名前	職種
救急車の要請	有・無	通報者
状況	救急救命士乗車 有・無 医師乗車 有・無 医師による二次救命処置 有・無	
心停止の目撃	<input type="checkbox"/> 目撃、または音を聞いた <input type="checkbox"/> すでに心肺機能停止	
バイスタンダーCPR	<input type="checkbox"/> 現場到着時だれか心肺蘇生をしていたか？ <input type="checkbox"/> 口頭指示があったか	
初期ECG波形	VF・Pulseless VT・PEA・心静止・その他	
救命救急処置内容	<input type="checkbox"/> 除細動 <input type="checkbox"/> 気道確保 <input type="checkbox"/> 特定行為器具使用 <input type="checkbox"/> 静脈路確保 <input type="checkbox"/> 薬剤投与	
時間経過	覚知 月 日 時 分 現着 月 日 時 分 接触 月 日 時 分 CPR開始 月 日 時 分 病院到着 月 日 時 分	
病院の選定	受け入れられない病院があった はい・いいえ 何件目で受け入れが決定したか 件目 病院選定までに要した時間 分 搬送病院名	

⑦蘇生

心停止の発生	<input type="checkbox"/> 院外 <input type="checkbox"/> 救急車からの心肺蘇生継続 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 院内 場所 救急外来・病棟・その他 <input type="checkbox"/> 目撃、または音を聞いた <input type="checkbox"/> 発見時すでに心肺停止	
初期ECG波形	VF・Pulseless VT・PEA・心静止・その他	
処置内容	<input type="checkbox"/> 除細動 <input type="checkbox"/> 気道確保 <input type="checkbox"/> 骨髄路確保 <input type="checkbox"/> 静脈路確保 <input type="checkbox"/> 薬剤投与	
時間経過	覚知 月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 心肺蘇生が行われた CPR開始 月 日 時 分 CPR継続時間 時間 分 <input type="checkbox"/> 蘇生は行われなかった 理由	
蘇生	蘇生チームのリーダーはいたか いた・いない PALS・NCPRプロバイダー資格の有無 有・無 蘇生チームの構成人数 医師 名・看護師 名	

⑧治療内容

感染の関与 治療内容	感染の関与 有・無 感染臓器 悪性腫瘍等のStage分類 手術の有無 有・無 内容 気管内挿管・人工呼吸・中心静脈ライン・動脈ライン・血液ろ過透析 人工心肺装置	起因菌 耐性菌の関与・種類
---------------	---	------------------

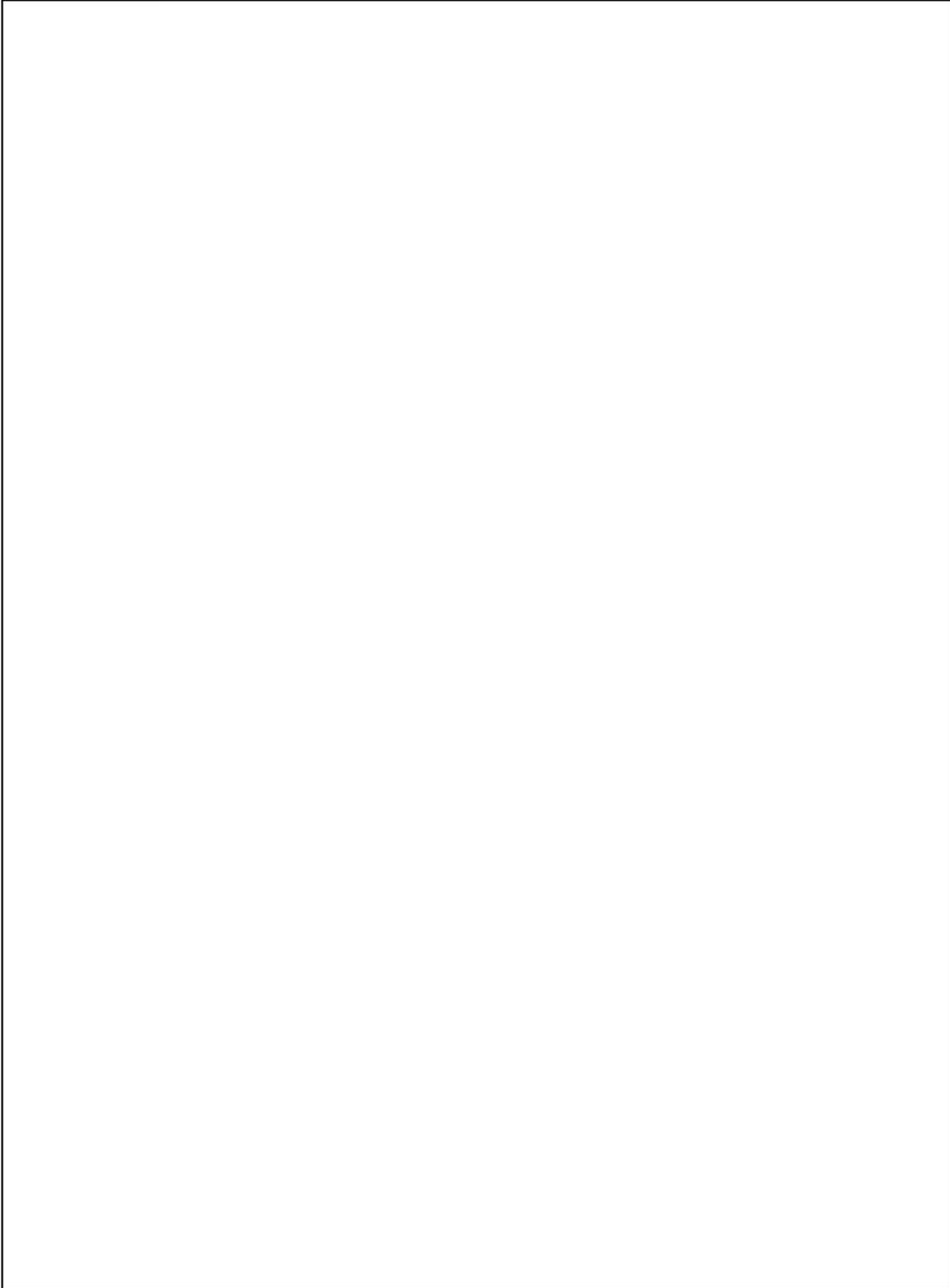
⑨ 終末期

治療の手控え・中止の検討及び実行	<input type="checkbox"/> A群: 現在の治療を継続し新たな治療は追加しなかった(手控え)、もしくは治療の緩和、漸減・離脱を行った(中止) <input type="checkbox"/> B群: 検討を行ったが、中止や手控えはしなかった <input type="checkbox"/> C群: 検討は行わなかった
ガイドライン	<input type="checkbox"/> 院内に終末期医療に関するガイドラインが存在する あり・なし <input type="checkbox"/> 院内に終末期医療に関するガイドラインはないが、学会から発表されているガイドラインを参考にした <input type="checkbox"/> ガイドラインの類は使用しなかった
カンファレンス	治療の手控えや中止を検討するに当たり <input type="checkbox"/> カンファレンスを行った <input type="checkbox"/> カンファレンスののち倫理委員会へ掲示した <input type="checkbox"/> カンファレンスは行わなかった カンファレンスを行った場合 <input type="checkbox"/> メンバーは医師のみ <input type="checkbox"/> メンバーは他職種 <input type="checkbox"/> 家族も交えて行った

⑩ 剖検

剖検	剖検 有・無 全身解剖・部分解剖 剖検の種類 司法・行政・病理 施行施設
AI	AI 有・無 画像検査の種類 CT・MRI
所見	

①現病歴



資料 A パイロットスタディーで使用された調査票 (5/6)

新生児特別用紙

対象： 出生後に一度も退院せず、産科病棟もしくはNICU/GCUにて死亡した児

① 母体に関する情報

生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
社会因子	パートナーの年齢(歳)・入籍(あり・予定・なし)・同居者()
国籍	日本・他()
基礎疾患	あり()・なし・不明
既往妊娠	あり(妊娠 回 出産 回)・なし
流産・早産歴	自然流産 回・人工流産 回・早産 回・死産(22週以降) 回
前児異常	新生児死亡・先天奇形・なし・不明・前児なし
初診	妊娠12週までの産科受診 あり(初診時 週)・なし(初診時 ヶ月)
その他のリスク因子	あり()・なし

② 産科管理に関する情報

不妊治療	あり(排卵誘発剤・AIH・体外受精・詳細不明)・なし
妊娠合併症	あり(PIH・GDM・切迫早産・PROM・母体感染・前置胎盤・臍帯異常・なし・不明)
妊娠中の児の異常	あり(IUGR・NRF・羊水過多・羊水過少・重症奇形・染色体異常(の疑い))・なし・不明
母体紹介・搬送	あり・なし(理由:)・不明) 搬送・紹介時期(月 日() 時 分) 紹介元住所: 都内 都外 紹介元種別: 病院 診療所 助産院
分娩方法	経膣・誘発(適応:)・帝王(適応:) (予定・緊急・不明)
分娩胎位	頭圍・骨盤位・その他

③ 新生児管理に関する情報

基本情報	在胎週数 週 日 ・不明 体重 g 頭圍 cm 身長 cm Apgar /
単胎・多胎	単胎 / 多胎(子中第 子)
新生児蘇生	酸素のみ マスク・バッグ 気管内挿管 薬剤投与
出生時の異常	あり (産前に予想された・分娩時に予想された・出生まで予想されなかった) ・なし (生後 時間に初発)
症状	呼吸障害(呼吸機能の重度の未熟性・肺低形成・気胸・肺出血・RDS・PPHN・CLD) <input type="checkbox"/> 重症仮死 <input type="checkbox"/> 心疾患(複雑心奇形・PDA) <input type="checkbox"/> 神経異常(HIE・PVL・IVH) <input type="checkbox"/> 消化器異常(NEC) <input type="checkbox"/> 代謝異常(低血糖) <input type="checkbox"/> 重症感染症 <input type="checkbox"/> 外傷
治療と説明	出生前に小児科(新生児科)による面会 あり・なし 生存中に小児科(新生児科)による説明 あり・なし 入院中のモニタリング: SpO2 HR PaO2 PaCO2 NIBP A-line 入院中の検査: CBC/Chem7 脳波 MRI CT Xp エコー(頭・心・腹・他) ・先天異常の検査() 入院中に行われた治療: 気管内挿管・人工換気・中心静脈カテーテル・ 強心薬投与・輸血・輸液・NO吸入 ECMO・腹膜透析・脳低温療法・手術() 死亡時に継続していた治療: 気管内挿管・人工換気・Aライン挿入・中心静脈カテーテル・ 強心薬投与・輸血・輸液・NO吸入 ECMO・腹膜透析・脳低温療法
新生児搬送	あり・なし(理由:)・不明) 月 日() 時 分) 紹介元種別: 病院 診療所 助産院 搬送主体: 受入側 紹介側 三角搬送 救急車: ドクターカー 自治体救急車

資料 A パイロットスタディーで使用された調査票(6/6)

致死的事象発生時の概況 (該当項目に☑をして下さい)

救急患者に 該当しない

院内出生後、退院することなく死亡

予定(非緊急)入院のあと死亡

死亡は予期されたものであった

死因は医学的に明確であった

受診時の経過に問題を認めなかった

なんらかの疑義があった

発見時に死体検候が明らかで医療機関不搬送

その他 (該当ページに詳細を記載してください)

該当する

内因死

既知の内因疾病の予測範囲内の急性増悪

養育者の受療行動や看護状況に悪化は確認されない

致死的経過をたどる内因疾病の新発発症

養育者の受療行動や看護状況に悪化は確認されない

具体的な診断根拠(所見)があり、否定の所見がない

代理によるコミュニケーションハウゼン症候群の可能性がない

それ以外の内因死

経過に疑義やあいまいな点があるが内因死と判断される

外因死

家庭外で生じた外因死

第三者の目撃がある

環境/法の整備をしても同様の死亡は予防困難

成人の監督や安全環境整備上の悪化がない

自殺・他殺(虐待)は完全に否定できる

搬送に至るまでの受療行動や看護状況に悪化がない

その他の外因死 (該当ページに詳細を記載してください)

不詳の死

搬送に至るまでの受療行動や看護状況に悪化がない

救急搬送の搬送した範囲内で、家庭内の状況や養育者の反応に懸念や疑義はないと申し送られている。

上記以外の不詳死 (該当ページに詳細を記載)

No.

性別

年齢 歳 月 日

調査担当:

直接死因(ア)

アの原因(イ)

イの原因(ウ)

ウの原因(エ)

間接死因

死亡診断した科

その他付言すべきこと

内因・外因・不詳の別

剖検の有無 有 無 不明

手術の有無 有 無 不明



背景 記録

「救急搬送」症例か？ はい いいえ 不明

「はい」の場合: 発生した場所: 「いいえ」「不明」の場合: 次に進んでください。

「病院外で発生した急変」「救急」の場合、以下の項目を調査してください。

発見者
発見状況

対応した内容

搬送後48時間以内の死亡事例か？ はい いいえ 不明



外国の通記事項

外因性の傷病の場合、このボタンをクリックして内容を追記してください。

搬送後48時間以内に死亡した場合、以下の項目を調査してください。

搬送時間 覚知-現着: 分

覚知-到着: 分

搬送中の処置



死因のカテゴリー分類 (複数選択可)

- 1. 故意: 故意に加わった外傷、虐待、ネグレクト
窒息、増量がり、刺傷、銃創、中毒、その他の手段による他殺(事件やテロ、その他の薬田薬力による死も含む)、ネグレクト(育児過剰)による死。
- 2. 自殺: 自殺または故意の自傷
溺死、銃器損傷、アセトアミノフェン中毒、自殺、深刺傷、アルコールまたは薬物中毒、その他の自傷。による死。通常は自殺ではなく悪意のある他人による。
- 3. 外傷: 外傷およびその他の外因死
頭部以外外傷または多発外傷、溺死、落打、溺死、銃創、溺死、銃創前死の悪意のない中毒者(銃創、アセトアミノフェン、その他の外因)。
- 4. 悪性腫瘍
悪性腫瘍、白血病、リンパ腫、骨髄腫のような悪性の増殖性疾患、たとえ死に直前の腫瘍イベントが感染症や出血などであっても、悪性疾患として看做すこと。カテゴリーに分類。
- 5. 急性疾患: 急性的な内科または外科疾患
川崎病、急性腎炎、腸炎、糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病性、糖尿病、虫歯状など、てんかんに伴う「予期せぬ突然死」はここに含む。
- 6. 慢性疾患: 慢性的な病状(慢性疾患)
クローン病や肝疾患、神経変性疾患、免疫不全、悪性腫瘍など、用薬以降に発生した原因の明らかでない急性疾患を含む。
- 7. 先天異常: 染色体異常、遺伝子異常、遺伝子異常、先天異常
トリソミーおよびその他の染色体異常、単一遺伝子病、心腎形を伴う他の先天異常。
- 8. 周産期: 周産期-新生児期のイベント
妊婦にかかわらず、死因が周産期のイベント(例: 羊水内)に合併する肺炎菌に由来する死亡。分娩前または分娩時に生じた感染、窒息、胎死、胎死、胎死、胎死、胎死、胎死、胎死による死亡。原因不明の胎性胎死、胎死または新生児期(生後1週間未満)の感染はここに分類する。
- 9. 感染症
生後1週間未満の、または修正年齢が正期に達した以降の、他のカテゴリーに分類される疾患の合併症ではないあらゆる感染症、風疹、麻疹、結核、HIV感染症など。
- 10. 原因不明: 突然の予期しない、説明できない死亡
SIDS(乳幼児突然死症候群)と診断されたもの、または年齢に照らして死因が明確でない(原因不明)もの、てんかんに伴う突然の予期せぬ死亡は、カテゴリーに分類する。

症例の概要、治療内容、死亡状況など簡潔に記載してください。

サマリー

剖検(系統解剖でなくとも、一臓器のみに限局する解剖も含む)、あるいはAiが行われていれば、その所見を記載してください。

剖検 有 無 不明

死亡時画像 有 無 不明

剖検「有」の場合、その種類

所見



子どもの社会的状況
 家族歴, 家族構成, 死亡時に来院した家族, 医療保険の種類, 予防接種歴, 乳児健診歴など自由記載してください

死亡時の親の反応に特記すべきことがあれば追記してください

* 家族歴, 家族構成, 死亡診断時に来院していた家族メンバー, 医療保険の種類, 予防接種の接種歴, 乳児健診の受検歴, などにつき自由記載。

既往歴リスク分類

既往歴病名

既往歴と死亡との関連

参考: 鈴木・山田の分類 (運動機能が座位までに制限されている重症心身症児)

0-9点: 重症児

10-14点: 準超重症児

25点以上: 超重症児

レスピレーター管理 (10)

気管挿管, 気管切開 (8)

鼻咽喉エアウェイ (5)

酸素吸入もしくはSpO2が90%以下の状態が10日以上 (6)

顔面の吸引(1回/時以上) (8)

顔面の吸引(6回/日以上) (3)

ネブライザー6回/日以上 (3)

NH (10)

本介経経口摂取 (3)

経管栄養 (5)

腸管栄養 (8)

神経注入ポンプによる栄養 (3)

通尿器のため尿外排正を3回/日以上 (3)

継続する透析 (10)

定期透析 (5)

人工肛門 (5)

体位交換6回/日以上 (3)

既往歴リスク分類:

1. 健常児

死因発生時まで明らかでない異常を指摘されていない, 急性疾患以外の既往歴なし

2. 適切なコントロールにより予後への影響は少ない基礎疾患を持つ

小児喘息, アレルギーなど, 定期通院中の児に限る

3. 適切なコントロールによっても予後への影響は予想される基礎疾患を持つ

先天性心疾患, ネフローゼ, 在胎28週未満の児(退院後)等

4. ハイリスクであり, 治療可能か不明な状態

先天性心疾患, 複雑心奇形, NICU(GOUを除く)入院児, 病名未特定

5. 寿命短縮が明確な状態

進行性疾患, 重度障害の改善が見込まない状態

急変症例か? はい いいえ 不明

治療期間

治療内容

ICU収容 有 無 不明 主に、死亡に関連したエピソードに願って記入してください。

気管挿管 有 無 不明

人工呼吸 有 無 不明

中心静脈 有 無 不明

その他の治療

治療内容 (自由記載)

サマリーに記載していない治療内容のうち、特記すべきことがあればここに記入してください。

検査内容

死亡事象に関連して検査した内容すべてにチェックして下さい。

<input type="checkbox"/> 血液ガス分析	<input type="checkbox"/> アンモニア	<input type="checkbox"/> 薬物血中濃度	<input type="checkbox"/> 髄液検査	<input type="checkbox"/> アミノ酸分析	<input type="checkbox"/> CT
<input type="checkbox"/> 血算	<input type="checkbox"/> 乳酸	<input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 有機酸分析	<input type="checkbox"/> 有機酸分析	<input type="checkbox"/> MRI
<input type="checkbox"/> 血糖	<input type="checkbox"/> ビルビン酸	<input type="checkbox"/> トライエージ	<input type="checkbox"/> ケトン体分析	<input type="checkbox"/> ケトン体分析	<input type="checkbox"/> 全身骨X-P
<input type="checkbox"/> 血液生化学	<input type="checkbox"/> ケトン体	<input type="checkbox"/> ウイルス検査	<input type="checkbox"/> ウイルス分析	<input type="checkbox"/> ウイルス分析	<input type="checkbox"/> 超音波

<input type="checkbox"/> 血清	<input type="checkbox"/> 髄液	<input type="checkbox"/> 皮膚
<input type="checkbox"/> 血漿	<input type="checkbox"/> 毛根付毛髪	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> ろ紙血	<input type="checkbox"/> 爪	<input type="checkbox"/> 保存検体
<input type="checkbox"/> 尿	<input type="checkbox"/> 肝臓	

資料B 本研究で新たに作成した調査票(5/10)

CDR データシート (入力用)
◀ ▶

養育不全(虐待/ネグレクト)が寄与した可能性

虐待可能性カテゴリー

▼

カルテ上の記載ではなく、
調査者の意見を記入してください。

虐待可能性カテゴリー

I. 可能性なし 虐待・ネグレクトによる死亡の**可能性は否定**される。
II. 可能性(低) 事故死や内因死の**可能性が高い**が、虐待死の**可能性も否定**はできない。
IIIa. 可能性(中) 事故死や内因死の**可能性もある**が、虐待死の**可能性も臨床的に十分疑われる**
IIIb. 可能性(高) 事故死や内因死の**可能性も否定**はできないが、虐待死の**可能性が臨床的に高い**。
IV. 可能性確実 **虐待・ネグレクトによる死亡**と判断される。

死亡診断書

予防

追記事項

死亡に寄与しうる何らかの
作為行為もしくは不作為が...

..あった(可能性がある)場合、その行為は、
 意図的
 直接の死因となった
 死亡に寄与する原因となった
 非意図的
 原因は不明としない

虐待を疑う・あるいは否定する根拠や、パナルレビューで参考になる事項につき、自由に記載してください。

病院に「虐待委員会」が... 有 無 不明

病院での虐待対応の有無

チェックリストを参照する。

死亡診断書情報 - 病院前救護 - 要約と分類 - 背景情報 - 検査・治療 - 虐待 - 不詳死分類 - 予防 - サマリーシート

資料 B 本研究で新たに作成した調査票(6/10)

(参考資料)

被虐待のチェックリスト

虐待可能性カテゴリー： ！ 可能性なし

被虐待児を除外するチェックリスト

(「脳死下臓器提供者から被虐待児を除外するマニュアル」より一部引用・改変)

下記のすべて「なし」

A. 次の項目(1)~(3)のうち、ひとつでも該当する場合

- (1) 虐待に特徴的な皮膚所見がある。
- (2) 保護者の説明と矛盾する外傷がある。
- (3) 当該児童の発達段階と矛盾する外傷がある。

B. 2歳未満の乳幼児であって、次の(4)~(6)の検査が施行され、虐待を疑う以下の所見がひとつでも認められた場合

- (4) 頭部CT
 - ・交通事故以外で発生した硬膜下血腫(SDH)
 - ・交通事故以外の原因による、外傷性びまん性軸索損傷
 - ・咬臼質-臼質割断など、SBS(乳幼児揺さぶられ症候群)やAHT(虐待による頭部外傷)を疑うべき副鼻窦異常
 - ・原因不明の頭脳損傷
- (5) 眼底検査
 - ・広汎で、多発性・多層性の眼底出血
 - ・網膜分層症
 - ・網膜ひだ
- (6) 全身骨撮影、胸部CT、肋骨骨折
 - ・長管骨の骨幹部骨折(バケツの柄骨折、骨幹部角骨折)
 - ・保護者の説明と矛盾する骨折
 - ・骨折の既往

C. 次の項目(7)~(11)の中に、該当するものがある場合

- (7) 児童相談所・保健所・保健センターに照会し、虐待(疑いを含む)が確認された。
- (8) 小児科医による成長状態の確認で、虐待(疑い)が否定できない。
- (9) ネグレクトが疑われる状況がある。
- (10) 受診の遅れがある。
- (11) 不審死あるいは乳幼児突然死症候群の家族歴がある。

D. 次の項目(12)~(18)の中に、該当するものがある場合

- (12) 児童相談所・保健所・保健センターに照会して、家庭でのDVが確認された。
- (13) 警察に照会して、虐待の存在を示唆する情報がある。
- (14) 小児科医による母子手帳の確認で、ネグレクトの可能性が示唆される。
- (15) その他、ネグレクトの可能性が否定できない。
- (16) 医療ネグレクトの疑いがある。
- (17) 教育のネグレクトの疑いがある。
- (18) 代理によるコミュニケーション障害の疑いがある。

虐待に特徴的な皮膚所見:

- ・体幹・頸部・上腕・大腿に認められる複数の外傷
- ・同じ形をした複数の外傷
- ・新旧織り混ざった複数の外傷
- ・境界鮮明な熱傷・火傷
- ・バイト・マーク(腫み痕)



成長状態の確認で、虐待が否定できない所見:

- ・医学的に相応の理由がないのに、成長曲線(身長・体重)のカーブが標準から大きく下方にずれている。(非器質性発育障害の疑い)
- ・医学的に相応の理由がないのに、頭圍の成長曲線がある時点から急に上方にずれている。(虐待による頭部外傷の後遺症としての頭圍拡大の疑い)

ネグレクトが疑われる状況:

- ・当該児童が乳幼児(障害児の場合は、赤連段階として6歳未満と考えられるとき)であるのに、乳幼児だけを外遊びをさせる、危険物を放置し安全管理をしないなど、保護者が適切な監督をしていないことが明確である。
- ・肌腐状態が疑われる。
- ・嘔吐や下痢など相応の理由がないのに、脱水状態となっている。

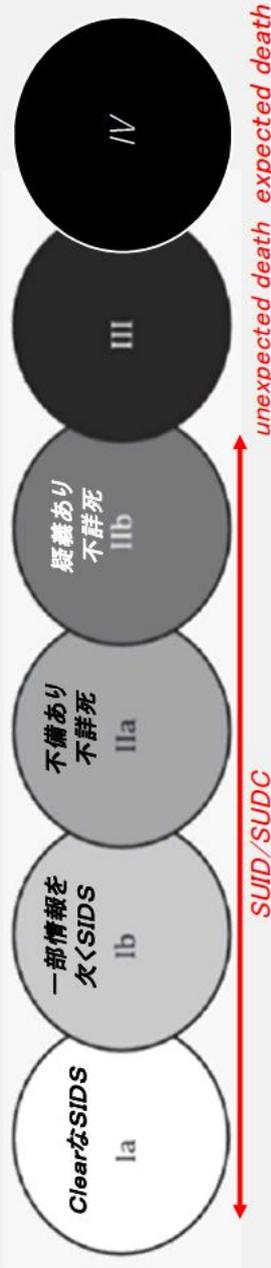
警察への照会で、虐待の存在を示唆する情報:

- ・警察から当該児童やきょうだいについて、子ども虐待・ネグレクトに関する情報が得られた。
- ・当該児童は乳幼児で、徘徊などで警察に保護されたことがある。
- ・当該児童のきょうだいの中に、死因が明らかでない死亡者や乳幼児突然死症候群(疑いを含む)がいるという情報が得られた。
- ・保護者が、覚せい剤や麻薬などの違法薬物を使用しているという情報が得られた。
- ・当該児童の家庭において、配偶者暴力があるという情報が得られた。

母子手帳の確認で、ネグレクトの可能性が示唆される場合:

- ・母親は、必要な妊婦検診を受けていない。
- ・出産に際して、医師もしくは助産師など信頼に足る大人の立会いがなかった。
- ・出生届や出生連絡票が提出されていない。
- ・当該児童は、妥当な理由がないにも関わらず、先天性代謝異常の検査、乳幼児検診、予防接種などの必要な保健医療サービスを受けていない。

死亡診断書情報 - 病院前救護 - 要約と分類 - 背景情報 - 検査・治療 - 虐待 - 不詳死分類 - 予防 - サマリーシート



○ 分類 Ia : 包括的な調査がなされた, 典型的なSIDS事例を含む小児不詳死

(次の全てを満たす)

臨床像: それまでの病歴に何も問題を認めず, 周産期にも異常なく, 家族歴にも異常なし。

状況: 死亡現場検証で, 死亡との因果関係のある事象がない (就寝環境は安全で, 事故の証拠は皆無)。

剖検: 凶眼的・病理組織学的検査で致命的となりうる病態を示唆する所見はない。

薬毒物検査, 細菌検査, 画像検査, 硝子体液検査, 代謝疾患スクリーニング等いずれも陰性。

○ 分類 Ib : SIDSの可能性があるが, 包括的な調査が未実施の小児不詳死

一般的なSIDSの定義や, 上記 Ia の基準を概ね満たすが, 包括的死亡現場調査, 薬毒物検査, 細菌検査,

画像検査, 硝子体液検査, 代謝疾患スクリーニングのいずれかが実施されていない。

○ 分類 IIa : 以下に提示した要件以外には, 分類Iの基準を満たす小児不詳死

臨床像: 虐待死は否定されたが, なんらかの遺伝性疾患とされた同胞や近親者が存在する。

同一養育者のもとで養育を受けた乳児が死亡している既往がある (血縁関係の有無を問わない)。

もしくは医学的に問題ないとされても, 未熟児出生など周産期異常がある。

状況: 覆い被さりなどによる物理的な口鼻閉塞が否定できない。または頭部圧迫による死亡が否定できない。

剖検: 死亡に寄与したとは考えられないが, 成長や発達に異常を認める。

明らかかな死因とはいえないが, 病理組織学的検討で著明な炎症性変化や異常所見を認める。

○ 分類 IIb : 分類不能の小児不詳死

Ia, Ib, IIa の基準を満たさないものの, 内因死や外因死であるとの確定診断をし得なかった。

(剖検が行われなかった事例も, この分類に含める)

死亡診断書情報 - 病院前救護 - 要約と分類 - 背景情報 - 検査・治療 - 虐待 - 不詳死分類 - 予防 - サマリーシート



高 ← → 低

1 2 3 4 5 6 7 8 9

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

A. 予防可能性が高い B. 予防可能性あり C. 予防可能性は低い D. 不明

予防可能性トリアージ
(9段階評価)

予防可能性トリアージの参照：

<p>A. 予防可能性高い</p> <ul style="list-style-type: none"> 両親、保育者などの直接的監護者の、直接的な過失が明らかなる場合 両親、保育者などの直接的/間接的監護者の、潜在的/組織システム的な過失がある場合 安全性向上に責任を持つ機関の、安全確保の取組の不備やメンテナンスマネジメント不良による死亡の場合 (例：経路整備不良による脱線事故など) 	<p>B. 予防可能性あり</p> <ul style="list-style-type: none"> 関与機関の子どもも安全性向上の対応を遂行して生じた死亡 (例、暴力的テロ、戦争、テロ、犯罪など) 両親や保育者などが全く関与していない状況下で生じた死亡 予防手段や治療法の確立している肉因疾患による死亡 (髄膜炎など) 潜在的にリスクを低減しえたであろう外因死 死亡に結びついた要因が、周産期のイベントにさかのぼりうる場合 	<p>C. 予防可能性低い</p> <ul style="list-style-type: none"> リスクを回避することが不可避の状況下での死亡 (落雷死・地震など) 生前に無症候性であり未診断であった疾病の、致死性のイベントによる死亡 (閉塞性肥大型心筋症など) 死が不可避の不治の疾患や先天性異常に対しての計画的な治療緩和による死亡
--	--	---

予防施策提言

- 予防可能性がある(高い)場合、有効な対応策は、
- 育児支援対策
 - 産期医療供給体制の整備
 - 事故防止対策
 - 虐待防止対策
 - 小児医療供給体制の整備
 - 自殺防止対策
 - その他 (複数選択可)

具体的な予防施策提言

「その他」の詳細
予防につき追記事項
(自由記載)

数字を選択

予防施策有効性ソートインジ

- 「1」予防可能であった可能性が高く、その予防施策の実現可能性が高い。
- 「2」予防可能であった可能性が高いが、その予防施策の実現可能性は低い。
- 「3」予防可能であった可能性は高くないが、その予防施策は実現可能性が高い(短期的には確実な効果を得られ難いが、長期的には効果が期待しうる)。
- 「4」予防可能であった可能性は高くなく、その予防施策の実現性も低い(長期的な有効性も不明瞭である)。
- 「5」予防可能であった可能性はおよそないと判断される。

資料B 本研究で新たに作成した調査票(9/10)

サマリー
シート

パネルレビューに
よる再分類

レビューの理由
 死因不詳
 虐待の可能性
 その他の予防
 その他

疾患カテゴリー

虐待可能性

不詳死の分類

予防可能性

疾患カテゴリー

虐待可能性

不詳死の分類

予防可能性

調査者による分類

症例サマリー 既往の有無: (既往歴と死因の関係:)

記載がない場合, p2 でも入力できます。

剖検

画像

所見

討論事項

資料 B 本研究で新たに作成した調査票 (10/10)

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）
突然の説明困難な小児死亡事例に関する登録・検証システムの確立に向けた
実現可能性の検証に関する研究
（主任研究者 溝口 史剛）

分担研究 死亡情報の登録・データベース化の方法に関する研究
「子どもの死を予防に繋げる Child Death Review (CDR) の課題：予期せぬ傷害
(unintentional injury) を扱う既存社会システムの分析と課題に関する研究」

分担研究者 山中龍宏（緑園こどもクリニック）
研究協力者 吉川優子（吉川慎之介記念基金）
吉川 豊（吉川慎之介記念基金）
西田佳史（産業技術総合研究所人工知能研究センター）

研究要旨 わが国に Child Death Review(CDR)を導入する場合、どのようなシステムとしたらよいかについて、事故による傷害死の具体的な事例を取り上げて検討した。その結果、刑事裁判になると、知り得る事実に関してほぼすべての情報が収集され、また裁判の場でほぼすべての点について厳密に検討が行われていることがわかった。刑事裁判は、傷害による死亡の責任を明確にするシステムであるが、CDR の役割は「次の死亡を予防する」ためのシステムである。現在、警察・検察で収集されたデータを予防の観点から分析する体制や、判決で示された予防法を実施可能にする体制はなく、同じ予防可能な傷害による死亡が繰り返し起こっている。CDR では、死亡発生前後の詳細な情報を入手するシステムを構築し、予防に結びつく対策を検討することになっているが、そのためには、警察の捜査情報を入手する方策を検討する必要がある。さらにその予防法が実行されているかどうかを定期的に検証する場も必要であると考えた。

A. 研究目的

わが国において、これまで Child Death Review(CDR)として体系的に行われた取り組みはない。すなわち、CDR を実施する場合の実際の運営については不明な点が多い。小児の突然死は、その状況から大きく4つに分けられる。1つ目は病死、2つ目は予期せぬ事故による傷害での死亡、3つ目は虐待による死亡、4つ目は死因不明の死亡で、これには

Sudden Infant Death Syndrome(SIDS)も含まれる。これら4つに対する取り組みは、それぞれ主に検討する課題が異なっており、CDRの仕組みを考える場合にも考慮する必要がある。

本研究では、2つ目の観点である予期せぬ事故による傷害での死亡における CDR の役割と課題を検討するため、事故による傷害で亡くなった遺族の方の協力を得て実際の事例を

取り上げ、わが国における CDR 実施上の問題点を整理することとした。

B. 研究方法

事故死した場合、1) どのような情報が、2) どこから、3) いつ、4) どのようにして入手できるのか、さらに刑事裁判の経過についても調べた。これらについて、遺族の方に質問形式で答えていただいた。

C. 研究結果

事故の概要

事例 5 歳 10 か月の男児

【事故発生日】2012 年 7 月 20 日

【発生場所】愛媛県西条市中奥所在「石鎚ふれあいの里」加茂川

【事故発生状況】

私立幼稚園（引率教諭 8 名）による 5 歳～6 歳児対象（31 名）のお泊り保育が実施され、加茂川で水遊びが行われた。その際、川の水が増水し、女児 2 名、男児 2 名、教諭 1 名が流された。流された女児 A（当時 6 歳）は頭部皮下血腫等の傷害、男児 A（当時 5 歳）は左肘擦過傷の傷害を負い、吉川慎之介（当時 5 歳）は溺死した。女性教諭（当時 43 歳）と、もう一人の女児 B（当時 5 歳）に関しては傷害は生じていない。

事故当日の状況（保護者達と実施した検証より）

お泊り保育の参加園児 31 名（5 歳～6 歳児）

引率教諭 女性 8 名（30 代 4 名、40 代 2 名、50 代 1 名、70 代 1 名）

川での水遊びの準備物（ライフジャケット等）：なし

川遊びに関する情報収集：なし

職員間の役割分担：不明確

当日の時間経過

8:00 幼稚園に登園（午前中に通り雨）

11:00 終業式終了後に帰宅

13:00 幼稚園に集合し、お泊り保育出発式

13:15 幼稚園を出発

13:33 伊予西条駅前より路線バスに乗車（駅まで徒歩約 10 分）

14:10 千野々バス停に到着、施設まで徒歩約 15 分

14:45 水遊び開始

15:29 川から上がり始める。増水し流れが強くなりはじめた。

15:38 園児ら 4 名が流される。

15:40 観光客が通報。教諭と女児 B が対岸へ流れ着き、続いて男児 A も流れ着いた。

女児 A はふれあいの里から 200 メートル以上下流の岩にしがみついていたところを、石鎚ふれあいの里スタッフに救助される（現場検証より）。

16:28 石鎚ふれあいの里から 200 メートル下流の加茂川に沈んでいた慎之介を石鎚ふれあいの里スタッフが発見し、心肺停止状態で救急搬送された。

17:05 新居浜市内の病院到着

17:47 死亡確認

13:00～15:29 幼稚園の説明から

15:38～17:47 死体検案書から

15:40 観光客の方の証言から（携帯電話の発信履歴時間）

CDR 様の取り組みの実際

以下に質問形式で遺族の方に状況をうかがった。

Q. どのような経緯で早期に現場検証が行われたのでしょうか？ ご遺族の意志ではなく、どなたかから申し出があったのですか？

夫が葬儀の挨拶で「この事故の原因究明を徹底的に行います」と参列者の皆様にお伝えしました。この思いを受止めてくれた保護者が、子ども達の記憶が薄れてしまう前に、事故の体験レポートを作りましょうと提案してくれたと聞いています。葬儀翌日（事故後3日）に保護者の会の会長から、現場で検証を行いたいという申し出を受けました。事故後4日目（7月24日）に、お泊り保育に参加した子どもたち15名と、保護者35名程と事故現場で検証を行いました。

その際、子ども達を救助し、慎之介を発見した石鎚ふれあいの里のスタッフも参加しました。

Q. 現場検証の申し出に対し、どう思われましたか？

想像もしていなかった申し出でした。私達は、つくばの土木研究所に増水のメカニズムについて問い合わせをしていたところでした。そんな時に、皆さんからの申し出は、これから何をすべきか、ということ具体的に考える手立てとなりました。事故の検証について、私たちも理解し共感しましたので、一緒に行いたいと率直にお答えしました。

Q. 医師の対応について、感じられたことを述べてください。

慎之介は心肺停止状態で救急搬送されました。西条市内にある病院では受け入れ態勢が整っていないという理由から断られ、隣の新居浜市の県立病院へ搬送されました。

私が病院に到着した時に待っていたのは刑事で、車から降りたらすぐに「吉川慎之介君のお母さんですか」と聞かれ、一緒に処置室に走りました。そこからは、医師が対応しました。医師は3名（男性1名、女性2名）いました。看護師は2名いたと思います。

救命処置を受けている慎之介を見て、「どのような状況か説明してください」とお願いしました。男性医師は「非常に危険な状態です」と言いました。私は「この状態が、生きているのか死んでいるのか、説明をして下さい」とお願いしました。もう一人の女性医師が「なぜ、心肺停止状態になり搬送されてきたのか、詳細は分かりません。こちらに搬送されてからは、お母さんが来られるまでに電気ショックを2回しました。もう少し強いショックを行ってもよいでしょうか」と聞かれたので、「お願いします」と答えました。しかし、状況は変わらず、私は、もう一度「この状況を、説明してください。私は大丈夫ですから、この状態が、生きているのか死んでいるのか、説明をして下さい」と言いました。医師から、「お母さんが到着されるのを待っていました」と言われたので、「もうやめて下さい」とお伝えし、死亡が確定しました。

医師からは、「お母さん、頑張って早く到着されたと思います。今も、気丈に頑張っておられます。お母さんが到着した時、慎之介君から、ほんの少し、自力の反応が見られました」とおっしゃいました。私は、慰めと励ましを受けているのだらうと思いましたの

で、「ありがとうございました」とお伝えし、その後は、看護師が私につき添い、刑事の事情聴取を受けました。私も、看護師さんも、刑事さんも、泣きながらの聴取となりました。

夫は出張先の熊本から病院に向かっていました。検死が終わった後、本来ならばすぐに遺体とともに病院をひきあげなければならぬはずなのですが、部屋が空いていたのでそこで夫の到着を待たせていただくことができました。

医師も看護師も、精一杯の対応をして下さったと思っていますが、住所や名前、連絡先などの確認はありませんでした。その後、私達の連絡先が分からない病院は、2週間以上経過してから、処置費用の請求のため、幼稚園へ問い合わせをしました。園長は、私たちに確認せずに処置費用を支払うことを決め、その際、無断で死体検案書の発行を病院に依頼し、病院は対応しました。県立病院でしたので、後に公文書で謝罪を受けましたが、この件は、幼稚園に対する不信感とトラブルになる大きな原因となりました。

Q.警察とのやり取りについても、感じられたことを述べてください。

救急搬送される際に、なぜ、幼稚園の先生は救急車に同乗しなかったのかと聞いていましたが、刑事が同乗したと後から聞きました。幼稚園の先生は、救急隊から「どけ」と言われたと保護者に話していましたが、その説明に不信感が募りました。この点は、当日に警察からも現場での実況見分を実施していたことや、先生が同乗できなかった状況について説明していただきたかったと思いました。

病院では、検死に入る際、刑事から「司法解剖の必要があるかどうかという事も含め、今から検死に入ります。血液を採血させていただきますが、よろしいでしょうか」と聞かれたので、「できる限り、解剖はしてほしくないけれど、必要であれば理解します」ということと、検死に必要な採血などについても了承しました。

その後、検死が終わるのを待ち、終わった後に刑事から「業務上過失致死傷罪の容疑で捜査を始めています。川の増水原因についても捜査をしています。ネットやテレビなどで報道されていますので、嫌な思いをされるかもしれませんが」と説明を受けました。

翌日、慎之介の遺体がまだ家にあるときに、担当刑事（刑事課係長）が一人で挨拶に来ました。その際に、「自分がこの事件の担当となります。いつでもこちらの携帯に連絡をください」と名刺を頂きました。事故の2週間後に、刑事課の課長と担当刑事など4名が来宅し、慎之介に手を合わせてくれました。

担当刑事は、私達が携帯へ連絡すると、必ず電話に出てくれました。その時に対応できないときは、すぐに折り返し電話をくれました。保護者の方々と共に検証を行っていたので情報提供をしたり、警察の捜査について質問をしたり、私達の思いなどもたくさん聞いていただきました。ただ、捜査に関しては、進捗状況は多少、説明していただきましたが、詳細などは当然ですが、ほとんど教えてくださいませんでしたし、「絶対に送検します」というようなことも言いませんでした。ただ、「お父さん、お母さんの思いは、署員全員分かっています。増水の原因や、幼稚園について、文科省などへも広く捜査をし

ています」ということを繰り返し伝えられました。

刑事に対し、不信感を抱くようなことや不安になるような対応はありませんでした。

Q.解剖はされなかったのですね。解剖しておいた方がよかったと思われませんか？

当時は、判断できませんでした。

今は、解剖しておくべきだったと思っています。どんな状態で亡くなったのか、もっと理解をして受け止めてあげたかったです。

Q.幼稚園児の他の保護者の方々とのやりとりについても感じられたことを述べてください。

慎之介は、年長クラスの園児でしたので、保護者や子ども達との付き合いも長く、小さな幼稚園でしたので、お泊り保育に参加した31人は、子どもも保護者も全員把握している状況でした。この事故では園児4人が流されましたが、川の中にある岩の上には10人の子ども達が取り残されていました。

事故直後、現場では一言も話をしない子もいれば、泣いている子、元気な子もいて、個人差はありましたが、全員が事故の被害者であることには変わりありません。保護者での現場検証後、現場の写真データや地図などをもとに、保護者が我が子に聞き取りを行い、30人全員の事故レポートが完成しました。

ただ、保護者の中には、この事故と問題は慎之介の事であり、子どもたちは事故を経験しているのに、我子のことではなく「他人事」と捉えている方も少なくありませんでした。検証をしたのだから、この事はもういいだろうという考えの保護者には複雑な思いで

したが、保護者間でも軋轢が生じていました。

Q.キャンプ場の施設側の対応についても述べてください。

施設の対応ですが、通報、救命救助活動、私達の検証、警察の捜査、すべてに協力して下さいました。スタッフの方は、慎之介を救えなかったと心から悔いていらしたので、一緒に考えながら事故と向き合えたと思っています。

Q.幼稚園側の対応について、述べてください。

病院では、いつ到着したのかはわかりませんが、ロビーにいつの間にか先生方が立っていました。誰一人、私に話しかけてくることもありませんでした。4日後、こちらから事故について説明をしてほしいとお願いしても「何もお話しできません」という対応でした。保護者達も、事故当日、現場で先生たちから何の説明も受けておらず、一番に到着した保護者が子ども達の引き渡しを行っていたということで、不信感を持っていました。保護者たちは慎之介が亡くなったことも、その日の夕方の報道で知り、その後も保護者間で連絡を取りあい、情報を共有しあい、幼稚園と対応をしていました。

園長は、法人本部に責任をなすりつける形で、何も説明できないという対応をとり、自分たちも被害者であるという姿勢でした。説明を求める保護者に対し、先生たちをいじめないでくださいなどと発言し、激しく非難されていました。主任たちも、警察が捜査しているから話せない、ほかの先生に迷惑がかか

るなどという理由で、誰も何も話してくれない状況が続きました。

Q.現地にいた人の写真の入手は、どのような経路で入手されましたか？

当時、石鎚ふれあいの里（現場）に観光で訪れていた方から、写真データの提供を受けることができました。刑事裁判の証人として出廷された方で、公判の時にご挨拶をさせて頂き、後日、お会いしてデータを頂きました。事故後4年です。

ただ、裁判資料（捜査資料）の中にも当日の写真はありますので、被害者参加制度を利用したことで詳しく確認することができました。

保護者と実施した事故検証では、幼稚園の教諭以外で、現場に居合わせた方や現場周辺地域の方への聞き取りを、事故後1週間以内に行うことができました。

Q.以上は、事故の発生から1週間くらいまでのことですが、その後の経緯についても述べてください。

幼稚園の先生から説明できない理由の一つに、保険会社が話すなどと言っているということがあります。保険について調べていた時に、日本スポーツ振興センターについて知りました。一カ月以上経過していましたが、センターへ問い合わせしたところ、幼稚園は事故直後に、災害給付について連絡していたことがわかりました。そして、県立病院が、幼稚園に死体検案書を無断発行していたことが発覚しました。受付の事務員が、両親の承諾を得ているものと思いこんで対応したと説明を受けました。杜撰な体制に言葉を失いましたが、幼稚園は事故についても、日本スポー

ツ振興センターの災害給付金についても何の説明もせず、センターへは事故の内容について報告をし、災害給付金を無断申請していたことにも驚きました。センターは、この時の申請を却下しました。その後、幼稚園と学校法人とは、代理人弁護士を通じての対応となりました。

日本スポーツ振興センターには、センターと災害給付の役割について保護者にも正確に周知することの指導と、無断申請の再発防止を徹底してほしいとお願いをしました。

警察の捜査は進んでいましたが、弁護士から刑事告訴をすべきと言われ、2013年3月に引率教諭8名と当時の理事長を刑事告訴しました。同年8月に書類送検され、翌年2014年3月に園長、主任、お泊り保育責任者が起訴されました。

全面的に争うという姿勢で、公判前整理手続が長引きましたが、2015年12月から公判が始まり、2016年5月30日に元園長に有罪、他2名は無罪判決が言い渡されました。被告も検察も控訴せず、これで確定しました。

Q.民事訴訟はされていますか？

事故の翌年2013年7月19日に民事提訴しました。

このままでは事故が風化してしまうという不安が強くありました。一般人の遺族が真実の究明と事実認定を行うこと、社会問題として発信するための公的な場は民事裁判しかありませんでした。

Q.その他の活動もされていますね。

2013年6月に「学校安全と再発防止を考える会」を保護者らと発足させました。西

条市、西条市教育委員会、愛媛県にも再発防止のための第三者委員会、事故調査委員会を設置するよう上申しました。

しかし、いずれも、私立幼稚園には指導監督する権限はないということで、調査は行わないという回答でした。

そこで、2014年5月に独自に有識者に依頼し、調査委員会を設置しました。2015年8月に調査報告書が完成し西条市、愛媛県へ提出しました。

Q.警察の捜査資料について教えてください。

起訴後、捜査資料の閲覧・謄写ができました。事故後2年が経過していました。

保護者達と行なった検証でも多くの事が明らかになりましたが、当然ですが、私達では調査しきれない資料でしたので、ぼんやりとしていた事故状況が明確になりました。特に、事故当日の実況見分（検死データも含め）は、警察しか行うことはできないと痛感させられるものでした。

川の様子をはじめ、慎之介が川から引きあげられた後、救急搬送されていくまでの様子が写真で記録されていました。

また、救急隊やふれあいの里スタッフが川へ入り、慎之介の発見場所を確認している写真、捜査員たちが川に入り、どのように子どもたちが救助されたのかを検証している写真、それぞれの先生方の写真などから、事故発生直後、すぐに現場へ行き、このような記録を取るなど警察にしかできないと思いました。

警察は司法解剖の必要はないという判断でしたが、CT画像や遺体の写真データ等から、慎之介の状態を理解しました。顔から体

中傷や痣だらけでした。病院では確認できなかった慎之介の様子を目の当たりにしました。申し訳ない気持ちしかありませんでした。

捜査資料は、気象庁のデータをはじめ、水文学の先生が計算した増水と雨量の因果関係など客観的データもありました。

証人に関しては、当時、広島在住の石鎚山で登山をしていた登山者、河川財団、気象庁職員、神戸から来ていた観光客（写真データ提供者）、河川工学の専門家などが、県内だけではなく全国から出廷していました。公判では、被告を合わせて18人の尋問が行われました。

捜査段階では、さらに倍以上の方たちから聞き取り調査を行っています。その中には、子ども達もいました。警察・検察の捜査関係者、捜査に協力をして下さった方達は、数十人いたと思います。

起訴をした検察官は一人ですが、捜査には数名の検察官・事務官が関わっていました。

起訴後は公判担当検事に引き継がれ、4人の検察官（男性検事2名、女性検事2名）が公判を担当しました。

検察官は、公判前も、公判中も全員が必ず面会に応じて、公判前整理手続きの進捗状況、刑事裁判についての説明、公判中も尋問内容の説明などに時間を割いてくれました。

刑事裁判の判決文は読むことができます（資料1）。

なお、今回の捜査の過程で得られたデータは、以下のとおりである。

- 子どもの基本情報・死因（死体の情報（身長・体重）死体前面・背面・各部位の傷害情報、着衣の情報、CT情報）

- 死亡した時刻
- 死亡した場所
- 発見時の状況（現場写真データあり）
- 搬送された病院
- 病院へ到着した時の状態と到着時間、事故現場の情報（賀茂川および石鎚ふれあいの里、天候情報、河川の流量データ含む）
- 死亡した場所にいた理由
- 監督者らの情報（事故発生時の管理体制の情報）
- お泊り保育参加園児の情報
- 捜査機関の情報
- 事故発生前後の時間経過情報（多くは分単位）など。

あるべき CDR とは

Q.今回、CDR が稼働していたとすると、どのような形が理想的ですか？

当時、死体検案書はざっと目を通しましたが、しばらくのあいだ直視出来ませんでした。

死んでしまったということ以外、何もわからないまま火葬され、そのまま過ぎていく状況と、検案書にある情報だけで簡単に済まされてしまう現状は、亡くなった人が人として扱われていないと感じました。

なぜ亡くなったのかということ、公的に重く受け止めて、子どもの死を誠実に扱ってほしいと思います。

Q.CDR に関わる人は？

医師、警察、検察は必須です。他に、看護師、救急救命士、救助隊、行政担当者（例えば、保健福祉課など調査担当にあたる可能性のある部署など）、消費庁事故調査室、弁護

士（CDR について教育を受けた人）などが関与すべきと思います。

Q.CDR はいつからスタートすべきでしょうか？

事故発生直後から、すなわち通報があった時から動く必要があると思います。

Q.誰が中心になって CDR をすべきでしょうか？

警察、検察、医師だと思います。

遺族対応については、権限ある人が対応すべきだと思います。行政の担当者など、CDR について説明をする人、その後の展開についてなど、遺族担当を一人～二人は必ず付けることが必要だと思います。

保育・学校での事故ならば、この担当者と連携を図り、誠実に対応することが望ましいと思います。

グリーフケアに関しては、また別に対応する人を考える必要があります。私の場合は、刑事事件になったことから被害者支援を受けています。愛媛県ではなく、東京都の支援です。どの自治体にも設置されているのですが、スキルや支援体制にもかなりの差がある状況です。

また警察は、県警レベルでも、遺族、被害者対応は全く違うことが分かりました。

神奈川県内の私立幼稚園のプール事故で子どもを亡くされた遺族のお話を伺って、神奈川県警では仕組みが出来上がっているように感じました。

Q.CDR ではどのようなことを検討するべきでしょうか？

死因

死亡した現場の状況

死亡に至った経緯

あらゆる可能性を排除しない予防策

調査・検証をする場合、原因を明らかにすればするほど過失も明確になっていきます。大切なのは、検証する「事実」であって、CDR はあくまでも再発防止、予防に役立つのが目的なので、警察・検察の責任の所在を明らかにする捜査とは別であると思います。事実の扱いと事実認定に関する法整備が必要だと思います。権限がなければできないと思います。

、 は様々な要因が考えられますが、例えば、保育・学校での事故ですと、安全管理体制などは必ず検証すべき内容となると思いますが、体制などの詳細な検証は第三者委員会、検証委員会に委ねる形で、CDR に提供するということがよいのではないかと思います。 に関しては、事故と死因そのものに着目して提言を纏めるというイメージです。

先に述べた体制など人の問題、組織の問題にまで CDR の段階で踏み込む必要はないのではないかと思います。刑事責任についても同様で、警察、検察、その他、いじめや虐待などの第三者委員会、検証委員会へつなげる八つの組織、機関・役割であってほしいと思います。

Q.現在、試案として作成されている CDR 運営ガイドラインについてご意見がありますか？

CDR は第三者委員会ではないと考えます。

予防を目的として死因を検証する制度という観点から、事故発生直後、初動が重要な要素だと思います。

日本子ども虐待防止学会のフローですと、第三者委員会の前の第三者委員会といった位置づけのように見えますので、これでは混乱を招くだけだと思います。

警察は、検察の権限のもとで捜査を行っています。起訴後は、警察の調書などはほとんど採用されません。検察官が再度、事情聴取を行い、その調書が正しいものとされます。しかし、当日の実況見分や現場検証については、警察の写真データ、検死データが採用されます。

現場での初動調査というのは、権限だけでなく、技術や体制の面でも警察にしか行えないことを実感しました。捜査機関を交えた議論が、今後、具体的に展開されることを期待します。

そのためにも、模擬 CDR を実施して議論のたたき台にさせていただくというのがよいのではないのでしょうか。

D. 考察

現在、わが国では小児科医を中心に CDR のシステムが検討されている。今回の事例に関して、医療機関のかかわりを見てみると、医療機関で得られる情報には限界、問題点があることがわかる。

1. 突然、心肺停止の患者が搬送されると、医師は処置に追われ、事故の発生状況などの情報はほとんど得られない。
2. 短時間しか遺族との接点がなく、患者の名前や住所さえ記録できないほど医療現場は混乱している。
3. 状況がわからないため、遺族に対して死亡原因も説明しにくい。
4. したがって、解剖も勧めにくい。どちらかというと、現時点では警察が解剖に関

しての主導権を持っている。

- 5 . 解剖になったとしても、その情報は臨床医サイドには伝えられず、死亡原因は医療機関では不明のままとなっている場合が多い。
- 6 . 医療現場で得られるデータは、血液検査値、CT 画像などであり、直接死因を推定することは可能であるが、発生原因は特定しにくい。

これらの状況から、発生原因を確定して予防に結びつけるためには、現場にいた人、現場に駆け付けた救急隊員、警察官からの情報が最も大切で、それらの情報を CDR として検討する場に入手することが不可欠であり、そのためのシステムを構築することが必要と考えた。

また、刑事裁判になった場合の CDR の在り方についても十分検討する必要がある。裁判は個別の事例の「責任の所在とその割合」を示すシステムであり、直接予防にはつながりにくい。例え判決文で予防方法が指摘されたとしても、その効力はなく、周知徹底させる方法もない。また判決文で示した予防法が、3年後、5年後に実施されているかを検証するシステムもない。

裁判システムは、事実を明らかにする点ではよいシステムであるが、事実と予防のあいだにはギャップがあり、事実を多面的に分析することで予防に結びつけるためには、裁判システムで明らかになった事実を CDR のシステムへと繋ぎ、両者の情報を組み合わせる必要があるのではないかと考えた。

E. 結論

本研究では、CDR による予防への取り組みが期待される分野の一つである「予期せぬ事故による傷害」での死亡を検討するために、事故による傷害死の具体的な事例を取り上げ、情報は、いつ、どこから得られ、また内容としてどのような情報が得られるのかについて後方視的に検討した。その結果、刑事裁判になると、ほぼすべての情報が収集され、さらに裁判の場でほぼすべての点について厳密に検討が行われていることがわかった。刑事裁判は、傷害による死亡の責任を明確にするシステムであるが、CDR の役割は「次の死亡を予防する」ためのシステムである。CDR を行うにあたっては、死亡発生前後の詳細な情報を入手するシステムを構築する必要があり、そのためには警察の捜査情報を入手する方策を検討する必要があることがわかった。

資料：

刑事裁判の判決文

http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/977/085977_hanrei.pdf

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表 (CDR 関連のみ)

論文発表

1) 山中 龍宏：チャイルド・デス・レビュー：Child Death Review (CDR)。日本セーフティープロモーション学会誌 2014;7:33-37.

2) 山中龍宏：事故死の現状とCDR(Child Death Review)。日本SIDS・乳幼児突然死予防学会雑誌 2016;16:31-37.

学会・シンポジウム発表

なし

書籍発刊

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

なし