



★★★

まずは集まり、膝を突き合わせて協議を始めよう

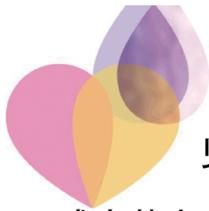
- ① 実質的な推進役となる人物が中心となり、CDR実施上の中核的組織のメンバー同士が会合を持つ
- ② どのような枠組みで実施体制を組むことが出来るか、予算面も含め検討を行う
- ③ どのような事例を対象とするのかを明確にする
- ④ 推進役、もしくは事務局となるメンバーが、CDRになじみのない参加予定者にCDRの意義と目的について説明できるように準備する。
- ⑤ 理解を深めたところで、少数の事例でパイロット的なCDR検証を行う

はじめから理想的なシステムは無理、まずは1例でもいいのです！

確かに現状では、CDRに関する理解が進んでいる状況ではなく、個別の運用細則が定められているわけでもありません。しかし米国では1/3の州ではCDRの実施を定める理念法のみで、CDRの運用細則を法で制定していませんが、それでもCDRは有効に機能しています。「できない・しないは大人の言い訳に過ぎない」との意識を持っていただきたいと思います。CDRは、「待っていれば自然にできるようになる」ものではなく、現段階では皆が火おこしをしなければならない状況なのです。

大事なのは、まずは集まり、膝を突き合わせて協議を始めることであり、はじめの一步を踏み出さなければ、確実にその地域でCDRが動き出すことはありません。はじめから理想的なシステムで動けるわけではありません。まずは死亡診断書／死体検案書に記載されている内容程度の情報でも構いません。1例でも構いません。実際に関係者が集い、検証を行ってみましょう。実際の事例をもとに検証することが障壁となるならば、模擬事例をもとに模擬検証を行うのでも構いません（当準備読本の巻末の付録に模擬症例を用意しています）。

そうすることで、次の展開は確実に見えてくるはずですよ。



★

### \* CDRの対象となる「子ども」は何歳までにすべきか？

児童福祉法の対象：満18歳に満たないもの。

成育基本法の対象：成育過程（出生に始まり、新生児期、乳幼児期、学童期及び思春期の各段階を経て、おとなになるまで）にあるもの

	グループ名
1	虐待、ネグレクト
2	自殺または故意の自傷
3	外傷およびその他の外因死
4	悪性腫瘍
5	急性的な内科/外科疾患
6	慢性的な病状（慢性疾患）
7	遺伝子異常、先天異常
8	周産期／新生児期のイベント
9	感染症
10	予期せぬ説明困難な突然死

死亡に至るリスクは、成育過程の各段階で異なるものである。

新生児期：7.8

乳幼児期：1.3.10

学童期：3.4-7

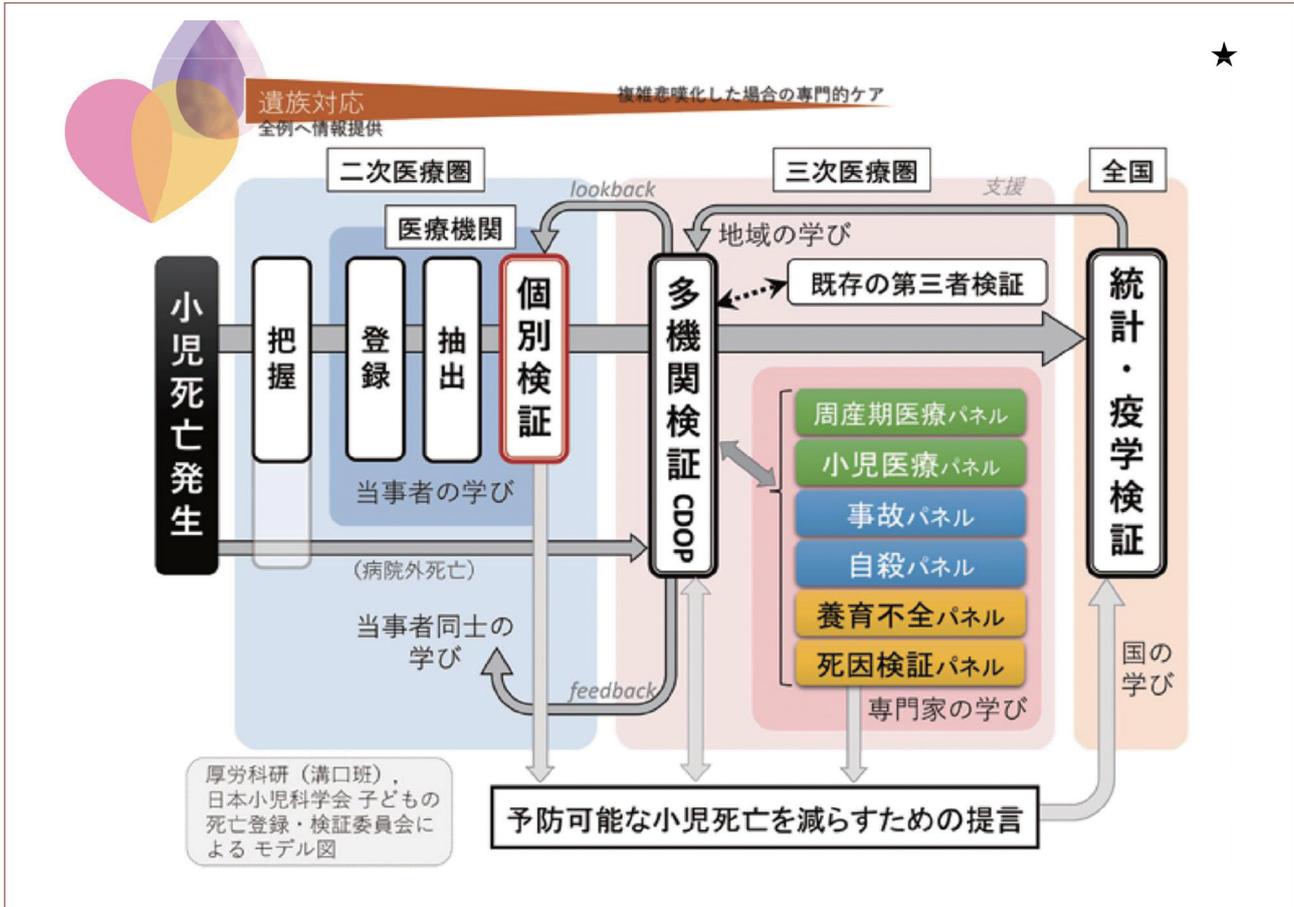
思春期：2.3

CDRを社会実装するに際し、地域が割けるeffortに応じて、乳幼児期の検証にまずは限定して実施する、などの方法も考えられるが、地域のPDを減少させていくうえで、最終的には18歳未満の全死亡を対象とすることが望まれる

現実的に実施可能なところからスモールステップで、対象を拡大していく形でもよいのです。地域が割けるeffortに応じて、乳幼児期の検証にまずは限定して実施するなどの方法も考えられるでしょう。

ただ死亡に至るリスクは、成育過程の各段階で異なります。予防可能性の明らかであった事例に絞り込む形で、広い年齢幅の事例を対象として、個別検証を開始することにも大きな意味があります。

とりわけ、小児医療者だけではカバーできないハイティーンの子供達の死亡を悉皆的に検証することができるようにするためには、多くのステークホルダーの関与が必要となり、ハードルは高いかもしれません。しかしそのような方向をむいて、地域での検証実績を積み上げ、最終的には18歳未満の全死亡を対象とすることが可能な体制を作り上げていく必要があります。



最後に、我々の理想とするCDRシステムについて、図示します。ここまでのスライドによる概説で、全体像は把握していただけたかと思えます。より詳細について知りたい方は、ぜひ「チャイルド・デス・レビュー（CDR）を地域で社会実装するための準備読本」の第2部以降を参照してください。

当研究班は、平成30年度で終了しておりますが、令和元年度からは、成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）「わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究（研究班長：沼口敦）」に引き継がれ、引き続き制度構築のための検討が行われます。

CDRに関する情報提供を行う当研究班のHPは、日本小児科学会の子どもの死亡登録・検証委員会に引き継がれる予定です。CDRの実施について解決すべき疑義のある方は、HPを介して支援を行うことが可能です。ぜひアクセスしていただければ幸いです。



## 《第二部》

# 求められるCDRの各種プロセス



## \*はじめに

CDRの理想的な形は、すべての年齢のすべての子どもの死亡に関し、当事者・地域・専門家・国家の全てが学びを得るものであり、子どもを亡くした遺族は無論のこと子どもの死に接したすべての人々の喪失・悲嘆に対応しうる、包括的なグリーフサポートシステムの構築を包含することも望まれます。

## \*なぜ子どもに限定するのか

成育基本法（「成育過程にある者が及びその保護者並びに妊産婦に必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律」）の成立により、「なぜ子どもだけにそのようなシステムを構築するのだ」という声は聞かれなくなると思われますが、改めてその点につき記載します。子どもというのは、危険を予測する能力が発達しておらず、自らの生命を守る能力も発達途上にあります。「最も脆弱な存在」である子どもがあらゆる局面で安全な状況を社会が構築していくことは、すべての国民にとっても、安全が保障される社会の構築に繋がるものということが出来ます。

0-18歳未満の死亡は全死亡事例の0.3%足らずです。成人も含めた予防可能性のある死亡を減少せしめるための死亡事例検証システムの構築は理想的ではあるものの、まずは小児に対しての詳細な検証システムを構築することは、社会政策上も無理なく実現することが可能ということが出来ます。現在諸外国では、胎児新生児期死亡検証制度（FIMR：Fetal and Infant Mortality Review）やDV死亡事例検証（DVFR：domestic violence fatality review）、高齢者虐待死亡事例検証（EAFR：elder abuse fatality review）、そして子ども虐待死市民検証（CRP：citizens review panel）など様々な死亡事例検証が展開され、それらの検証が統合されつつある現状にあります<sup>1</sup>。本邦でも、まずはその基盤であるCDRシステムを構築することは急務といえます。

## \*なぜ全年齢を対象とすることが望ましいのか？

現在、人口動態統計上の小児死亡は2017年では約3800名であり、各年齢別の比率は以下の表の通りです<sup>2</sup>。

年齢	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳	17歳
割合	46%	8.3%	4.2%	3.1%	2.8%	1.9%	2.1%	2.0%	1.4%	1.8%	1.8%	1.5%	1.8%	2.9%	3.5%	3.9%	5.0%	5.7%
	58.8%			7.7%			10.6%						8.2%		14.7%			
	64.6%					9.2%					9.7%				14.7%			

確かにその頻度を考えると、「まずは未就学児を対象に絞ったうえでCDRを実施する」などの方法論も考えられます。しかし小児では、その死亡に占める死因の割合は、発達により大きく異なっています。

人口動態統計より得られた2017年の各年齢別の死因割合<sup>3・4</sup>をここに提示します（ここでは予防可能性の検証のために死因を10のカテゴリーにわけ、提示しています（この死因カテゴリー分類については48ページを参照してください）。

	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳	17歳
1 虐待/殺人	0.5%	1.6%		1.7%						0.7%		0.7%						
2 自殺	0%	0%		0%						22.9%		39.6%						
3 事故	5.8%	12.4%		19.7%						13.7%		23.5%						
4 悪性疾患	1.4%	10.8%		24.8%						24.9%		12.2%						
5/6 内因疾患	9.6%	25.0%		27.6%						21.3%		16.0%						
7 先天/遺伝疾患	36%	25.7%		14.5%						8.5%		2.0%						
8 周産期/新生児疾患	27%	2.2%		0.3%						0.2%		0.1%						
9 感染症	3.8%	11.4%		6.8%						4.6%		3.0%						
10 不詳の死	16%	11.0%		4.6%						3.2%		2.8%						



このように、年齢別にその死因は大きく異なっており、社会が行わなければならない対策もおおのずと異なるものとなります。それゆえに、最終的にはあらゆる年齢を対象としたCDRを行う体制を整備する必要があります。

実際に、米国ではルイジアナ州を除き、全州でCDRの対象を18歳未満の全ての事例と定めています（ルイジアナ州は15歳未満を対象としています。一方で、その範囲を25歳までに拡充している州も存在します）<sup>5</sup>。英国でも対象を18歳未満の全事例としています<sup>6</sup>。

### \*なぜ全ての態様の死亡を対象とするべきであるか？

CDRにおいて、虐待死の見逃し防止は重要なテーマの一つです。また死因究明の精度向上・小児死亡時対応の均霑化、小児死亡事例のデータベース構築も重要なテーマです。しかしCDRという用語は、あくまで「あらゆる予防可能な小児死亡の減少を目標とした包括的システム」を指す用語です。

当研究班と日本小児科学会子どもの死亡登録検証委員会が合同で実施した「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全国版後方視的調査（2014-2016年）」（以下、当研究班のパイロット研究）において、事例把握率が75%以上と高い把握率であった愛知県・香川県・群馬県を合算した、各病態の死亡割合、ならびに予防可能性のあった死亡の割合を以下に提示しました（把握率は100%ではなく、特にハイティーン死亡児や外因死の割合が実際よりも少ない点に留意してください）<sup>7</sup>。

このように実際には内因疾患の中にも予防可能性を検討すべき事例は存在しています。そして内因死は全体の事例数が多いために、内因死全体として括った場合には、予防可能性のあった死亡（PD）は、年間を通じて人口200万人当たり毎年5-6例ほど発生しており、自殺・交通外傷以上に、PDとしての発生数が多い病態ということが出来ます。CDRの対象を外因死や不詳死のみに絞り、内因死を除外することは、CDRの理念からも適切とは言えません。

		カテゴリー別 死亡事例割合	要詳細検証 事例の割合	人口200万当たりの 要詳細検証数	
1:虐待 / 殺人	外因死 小計:11.2%	1.9%	90%	1.2人	外因死 小計:9人
		(可能性高 5.9%)		3.7人	
2:自殺		2.3%	80%	1.3人	
3:事故		7.0%	80%	4人	
4:悪性疾患	内因死 小計:73.4%	9.3%	7%	0.5人	内因死 小計:5-6人
5:急性内因疾患		11.6%	30%	2.4人	
6:慢性内因疾患		6.5%	12%	0.5人	
7:先天性疾患		27.4%	5%	1人	
8:周産期 / 新生児		15.6%	9%	1人	
9:感染症		3.0%	20%	0.4人	
10:不詳死	15.4%	15.4%	100%	10.5人	10.5人

### \*CDRの実施パターンについて

さてCDRの実施は、

1. 当事者における個別検証+都道府県による当事者検証のオーバービュー検証 (CDOP)
2. 当事者における個別検証+都道府県による個別検証
3. 都道府県による個別検証のみ
4. 当事者による個別検証のみ

の大きく4つのパターンに分けることが出来ます。



米国では各州によりどの形で実施しているかは異なっており、1・2のように2層構造で実施している州が35.3%で、州（都道府県のみ）の単層構造として実施している州が29.4%、当事者のみの単層構造として実施している州が35.3%と報告されています<sup>5</sup>。一方、英国では1の形で実施することが法で定められています<sup>6</sup>。最近WHOが各国に向け「小児死亡事例の監査・検証のための運用ガイド」を提示しましたが、そのガイドでもやはり当事者－地域－国家の三層構造で体制を構築することを提唱しています<sup>8</sup>。

実際、スクリップス・ハワード・ニュース社による2000～2004年の予期せぬ乳児突然死の分析（表1:対象者：21,990人）からは、地域単位では2層構造で検証を実施することが最も望ましいということが出来るでしょう<sup>9</sup>

表1：米国におけるCDRの成果（窒息死の診断、および虐待死の診断に関して）

	窒息の確定事例割合	虐待の確定事例割合
CDR制度なし	7.1%	7.1%
州（≒都道府県）のみでCDR実施	9.2%	7.5%
群（≒当事者）のみでCDR実施	12.4%	8.0%
州と群の二層でCDR実施	15.3%	9.0%

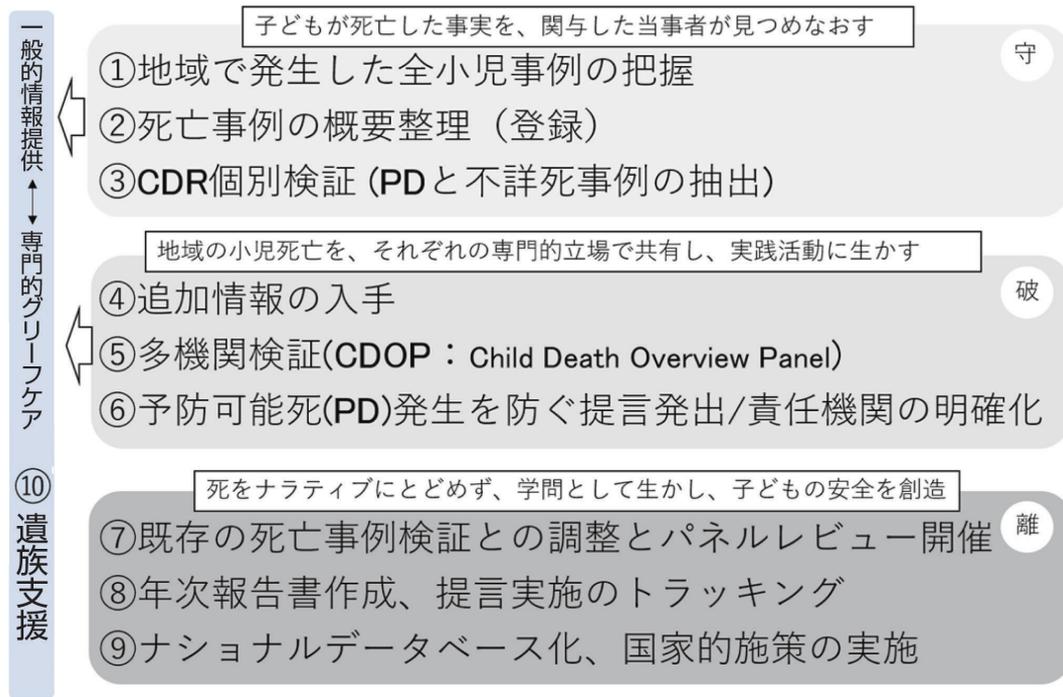
第二部では、理想的な形のCDRとして「1. 当事者における個別検証＋都道府県による当事者検証のオーバービュー検証（CDOP）」の運用プロセスについてstep by stepで解説を行っています。このような成熟したCDR体制を構築することはすぐには難しいかもしれませんが、ひとたびシステムが構築され硬直してしまえば、それを変えていくことは最初からシステムを構築する以上に困難となります。将来的にはこのような体制が可能となるような拡張性を意識したうえで、体制構築を進めていく必要があるため、あえてこの第二部は理想論としての記載をしていると理解してください。

CDRの制度を設計する上で「都道府県の行政担当部署にCDR委員会を置き、ごく少数の委員を形式的に任用し、人口動態統計をもとにして行政担当職員が同じような年次レポートを毎年書き、委員会は年1-2回その内容を追認するだけ」のようなCDRでは、実際に予防可能な小児死亡を減らしていくうえで全く意味を成しません。

Policy Makerや地域行政の主管課やCDRの構築を進めていくうえでリーダーシップを発揮すべき立場の専門職（英国・WHOでは医療者がそのような立場を担うとガイドラインで定められています<sup>6・8</sup>。米国ではCDRをリードする機関は州により異なりますが、保健医療機関が56.9%、福祉機関が17.6%、監察医事務局が7.8%、地方検察庁が5.9%、その他機関が11.8%と報告されています<sup>5</sup>）は、地域で実施可能な体制を「現時点」と「近い将来」に整理し、ぜひ本ガイダンスを参照のうえで、体制の構築の議論を具体的に進めていただきたいと思います。

以下に理想的なCDRのステップを10に分け提示しています（システムの本幹部分を3-3-9度形式で示し、＋遺族支援体制について言及しています）。

\* CDRの各ステップ



この図の右肩には「守」「破」「離」と記載しています。「守破離」とは芸術などにおける修業のあり方を3段階で示したもので、「守」は型などを忠実に守り、確実に身につけるべき段階、「破」はそれから発展し、良いものを取り入れ、自分に合った型をつくる段階、「離」はさらに発展した、新たな価値を生み出し確立させていく段階をいいます。

本邦で模索されているCDRが、「法で規定されたからやる」という段階（守）から発展して、予防可能な小児死亡を減らすために各地域がその特性を生かしつつ主体的に取り組み（離）、それらの情報を国が統合し全体的な施策を推進していく（離）、という体制が出来てはじめて、日本にも本当にCDRが社会実装されたということが出来るでしょう。

なおCDRを実施するための予算は、米国では州平均約12万ドルと報告されています。CDRの社会実装には現実的には、これらの予算立てをどうしていくのかも議論の対象となるでしょう。ただ6つの州ではCDRに使用する予算は0ドルで行っており、現行で「予算がないからできない」わけでは決してありません。また現状では「理念法（総論）ができただけで、細則（各論）は決まっていない」との立場がとられがちですが、米国の1/3州の州は理念法のみで各論法はありませんが、CDRはしっかりと社会実装されています<sup>10</sup>。

諸外国でCDRが効果をあげている（例えば、ミシガン州の検討では、CDRが有効に機能することで見つかった課題の37%が解消し、小児死亡が9%減少したと報告されています<sup>11</sup>）といくら主張したところで、それが行政の予算付けにはなかなか繋がりません。しかしこの数字を見て心を動かされない実務者はいないと信じています。現状はCDRの効果判定をする基盤すら整っていないといわざるを得ない状況ですが、むしろそうであるからこそ、学術的に「CDRを社会実装した自治体」と「CDR体制を組んでいない自治体」の比較研究を行える状況ともいえます（ただしもはやその実施が法的に定められたCDRの実施体制が各都道府県で均質化されていない状況が生じることは、全く望ましい状態とは言えません）。

CDR体制はある日、号令がかかり振ってくるものではなく、子どものための実践を通し作りあげていくものと理解すべきです。この準備読本はあくまで、近い将来に実践の成果を反映したガイドラインが作成される途上にあるものです。

次ページ以降では、①-⑩をstep by stepで概説していきます。現時点でCDRを具体的に始めるために行うべき対応については、ぜひ第三部を参照してください。

## ①地域で発生した全小児事例の把握

\* このステップの「今」と、要点

- 小児死亡の全数把握には「死亡届」や「死亡票」の二次利用が確実であるが、現行法では二次利用は「統計の作成と統計的利用」に用途が限定され手続きも煩雑である
  - 現行法下では、死亡診断書/死体検案書を記載する医師が登録作業を行う方法が現実的であるが、現状で医師に登録を求めるためには「研究」を立ち上げるか、行政事業化する必要がある。ただ医師が上記の協力を行う努力義務を課す法律はなく、現行法上はあくまで任意であり、上記の取り組みを促進させる通達や法令整備が求められる
  - 医師による死亡発生時のエントリーシステムが確立することで、死亡票の二次利用では不可能な前方視的CDR（死亡発生時に多機関が連携して調査を兼ねて情報収集を開始するシステム）の構築も、将来的には行いうる
- 現状では、不完全であったとしても、小児医療者を中心としたネットワークで任意の死亡事例の登録を求めることが第一歩であり、登録された事例の検証を行う会合の場で、可能な限りの悉皆調査を行うための方法論を模索する必要がある

CDRはまずもって、『当該地域内で18歳未満の小児が死亡した』という状況を把握することがスタートとなります。現在小児のみならず、本邦で人が死亡した場合、医師により死亡診断書/死体検案書が記載され、市町村に死亡届が提出されます。それらは死亡票に転記され、遅滞なく保健所に送られ、翌月の25日までには都道府県に送付されます。それゆえにCDRの事業を行う上で「死亡届」や「死亡票」を二次利用することが可能となれば、「市町村」や「保健所」がその取りまとめ役となることで、一定期間内に地域で発生した小児死亡を漏れなく把握することが可能となります。しかしながら現時点では、統計法・人口動態令に定められたこれらの情報を二次利用するためには、複雑な手続きが必要であり、かつ原則として「統計の作成と統計的利用」にその活用用途は限定されています<sup>12</sup>。

一方で、「死亡診断書/死体検案書」の記載を行った医師がCDRに参画すれば、小児死亡の把握は可能となります。ただしその中心となるであろう小児医療者（小児科医）のネットワークだけでは、その把握率は15歳未満で70%程度、18歳未満全体では60%程度に限定され、死亡態様別では外因死の把握率は15歳未満で50%程度、16-18歳未満で20%程度にまで低下することが、今回のパイロット研究で判明しています。また現在、小児死亡の多くは病院で死亡宣告がなされますが、病院外で死亡し病院に搬送されることなく死体検案書を記載される事例は、最大で10-15%程度存在していると推察されますが、それらの事例のほとんどは小児医療者以外が死体検案書を記載しています<sup>13</sup>。さらには小児死亡事例の8-10%は、死亡した場所と死亡届提出先の都道府県が異なる事例であると推察されています（大雑把に理解するならば、小児医療ネットワークで把握可能な死亡60%+病院外死亡10%+、小児医療ネットワークで把握困難なハイティーンの死亡10% & 外因死10%+県外死10%=100%と考えるとよいでしょう）。

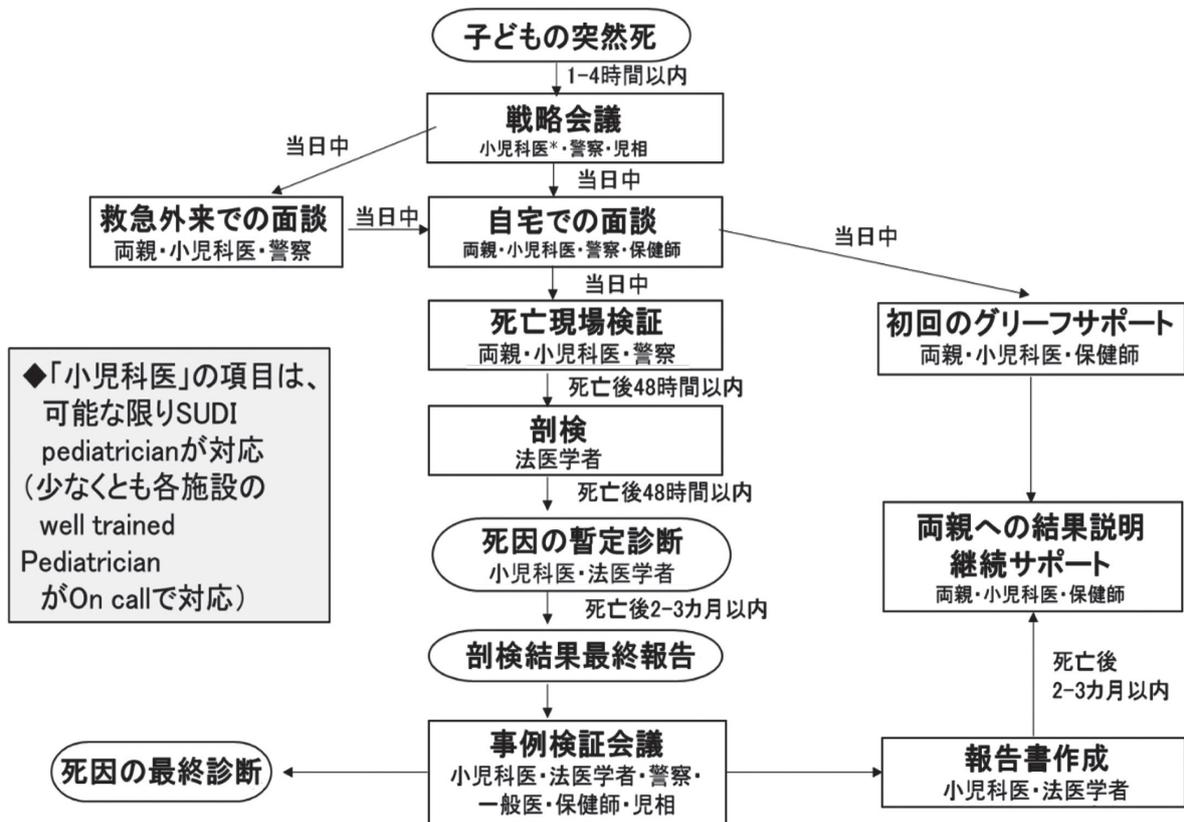
CDRを事業化する上で、まずは始められる枠組みから始めることが重要であり、「地域の小児科医を中心とした医療機関の協力を得て死亡事例を把握すること」が現実的路線といえますが、全ての年齢の全ての死亡を把握した「悉皆調査」としてのCDRを実現可能とするためには、関連各科（外因死を把握するための外科系医師との連携 & ハイティーンの死亡を把握するための内科との連携）や警察医会（病院外死亡を把握する）などの協力を得るようになり、さらに将来的には県をまたぐ事例を把握するために、行政管轄区を超えた連携体制を構築しなくてはなりません（死亡個票の二次利用が可能であることが明確化すれば、その突合作業はより容易になりますし、個票から「死亡したところ」「記載医師」の情報を追うことで、県をまたいだ事例であってもトラッキングができることになり、悉皆調査を行うことは十分可能になるでしょう）。

またまずは医療者からの情報をもとに、小児死亡を把握するにも、そもそも医療者は医師法上、診療義務、無診療治療の禁止、保健指導義務、証明書交付義務、処方箋交付義務、診療録記載・保管義務を負っているも

の、小児死亡を対応した際にその連絡を行う義務を負わせることは現行法はできないため、あくまで任意の扱いになります。医師法に規定していなくとも「〇〇に掲げるものは、〇〇に関し、国及び地方公共団体の施策に協力するよう努めなければならない」という形で医師に、施策協力努力義務を課す法律はいくつか存在していますが、現状ではCDRを実施する上で、法律上のそのような文言はなく、成育基本法の成立による今後の動きに期待したいところです。

いずれにしろCDRを行う上で、「死亡届」や「死亡票」を二次利用することを、一定の条件下で容易にする法整備や通達を期待したいところですが、一方で死亡届や死亡票からの死亡把握では事後的検証しかなし得ないため、より理想的なシステムといえる前方視的CDRの実施を目指すためには、医師が死亡を認知した際に連絡を行うことで動き出すシステムの構築も、将来的には視野に入れておく必要があります。(前方視的CDRとは、死亡後一定時間経過後に後方視的にCDRを行う形ではなく、死亡発生時に多機関が連携して調査を兼ねて情報収集を開始するシステムです。コロナ制度が整った英国では、死因が明らかな事例以外では、前方視的にCDRが実施されるのが基本となっています。また米国では、12州では死亡後3か月以内、22州では6か月以内に検証を実施しています。<sup>5)</sup>)

参考：英国の小児の原因不明の突然死 (SUDI/C) が発生した際の対応チャート<sup>14</sup>



## ②死亡事例の概要整理→登録

\* このステップの「今」と、要点

- 効果的な検証を行うためには、死亡児の情報を収集/整理するステップが不可欠である
  - 高度な医学的情報の整理のためには、このステップは医療者の協力が不可欠である
  - CDR実施のため調査権限を持つ死亡調査員を設置することは、現行法上は困難である
- 現状では、やはり小児医療者を中心としたネットワークで、任意で死亡事例登録を求めることが第一歩となる。積極的にCDRにコミットする意思のある医療者がいる場合、インテイクアブストラクターとしてそれらの医療者を活用することも思料される。

小児死亡の発生を把握しても、その死亡児に関する生の情報をそのままの形で使用することは、現実的でもないし効率的でもなく、検証に有効な形に情報を整理し、要約をしない限り、活用することは困難です。

今回の研究で用いた登録フォームを巻末の付録に掲示しています。ただしこのフォームは、「医療者」が「研究」として「後方視的」に情報を収集することを目的としたものであり、医療機関での情報収集に力点が置かれたものとなっています。また、このフォームは、その記載を通して当該医療施設が死亡事例の振り返りを行うことを目指したものとなっており、ナラティブな情報を記載する欄が多く設けられています。

### 登録フォームの構成

- A：死亡診断書/死体検案書情報の把握と修正
- B：死亡発生状況と救急搬送の状況整理
- C：病院で実施された検査・治療内容の整理
- D：事例のカテゴリー分類
- E：事例の背景情報（社会的情報と既往歴情報）の把握
- F：養育不全の寄与の考察
- G：不詳死と分類された事例の不詳の程度のトリアージ
- H：予防しえた可能性の評価と、現場からの一次提言

CDRに用いられる情報フォームに決定版といえるものはなく、今後実践を通じて加除し整理されていくべきものであり、このフォームが絶対的なものではありません。また死亡診断書/死体検案書のように法で書式や記載事項を定めてしまうことは、硬直化にもつながるため、そのような運営をすべきではないとも考えられます。

実際、米国において現在86%の州が用いているNational Fatality Review Case Reporting Systemのオンライン登録フォーム<sup>15</sup>も、当初は4ページ程度であったものが、現在では20ページに拡大しています（ただその一方で、膨大な情報の登録に追われ「登録することが目的」になってしまい本来の検証が疎かとなっている州も稀ならずあるとも聞き及んでいます）。なお今回の研究で構築したオンラインでの事例登録システムは、小児科学会の子どもの死亡登録検証委員会に移譲し、さらなる検討を行っていく予定であり、システムを利用したい自治体がいる場合は、小児科学会の委員会に連絡することで活用できるようにする予定です）。

これらの情報を誰が、どのように、どの程度まで、整理し登録するのは今後も継続して議論し、最善の方法を模索していかなければならない課題といえます。この議論は、「①地域で発生した全小児事例の把握」とも強く関連した問題でもあり、そもそも小児死亡事例の検証を地域において単層構造で行うか、2層構造で行うのか、という議論とも強くかかわる問題ですが、少なくとも「死亡診断書/死体検案書」の情報のみでは、予防可能性があったか否かの議論を行うことは実質的には不可能である故、単層構造で行う場合であれ、2層構造で行う場合であれ、検証を行うに足る「当事者の持つ情報」の収集を何らかの形で行う必要があります。



諸外国ではインテイク（情報収集者）／アブストラクター（情報整理者）としての死亡事例調査員を置き、このような情報整理を行っているところもあります（英国では、SUDI pediatricianと呼ばれるこのような役割を担う小児科医が存在し、不詳死事例が発生した場合に警察とともに現場検証に同行するなどの実務も担っています。米国においても常勤的立場の医師がそのような調査を行っている州も複数存在しています）が、現行法下では情報収集/調査権限を持ったこのような職種を設置することは困難であり、あくまで任意の調査に協力を依頼する形とならざるを得ません。また死亡事例の多くを占める内因死の情報を収集する上では高度の医学知識が求められ、一般行政職員ではそのような対応を行うことは困難です。

特定の小児医療者がインテイク／アブストラクターとして、小児医療ネットワークの中で「顔の見える関係性」というアドバンテージを利用したうえで、医療診療録の閲覧権限をそれぞれの医療施設から付与してもらい、対象地域の死亡事例の情報収集・登録を行うことは一つの方法となり得ます。ただし「人口100万人当たり年間32名程度発生する小児死亡事例の情報収集と登録を行うことを自身の職務と捉え、無報酬で行うことを良しとする医療者」が存在する地域は、現時点では限定的といわざるを得ません（このような立場の医療者が存在する地域において、モデル事業的に事業展開を行い、その効果を検証することも、検討する余地はあります）。

全国的にCDRの社会実装を可能とするには、一次情報整理において死亡時対応を行った当該医療機関が主体的に関与することが望ましいと言えますが、一方でそのような体制を構築する上での医師の負担増は無視できません。法的な調査義務を課すことがより容易な手段として、保健所業務などに位置付けて調査義務を負わせ、医師への聞き取り調査を行うなどの方法も考えられますが、実際に保健所職員が医師へアポイントメントを取り、聞き取り調査を行うという新たな業務を付与させることが、現場の保健師の立場から現実的であるかどうかは慎重に議論する必要があり、また結局は調査に時間が取られるため医師の負担減になるかという観点からも、議論していかなくてはなりません。

実際、今回のパイロット研究で多機関で検証を実施した地域における事後検討会では、研究に参加した医師や保健師などの医療者を含めた現場の意見では、ほぼ全員が「このような登録作業は医師でないとなしえないだろう」との見解を述べており、その一方で「検証結果が、登録した医師に具体的にフィードバックされない限り、制度として定着させることは困難であろう」と述べていたことは特筆に値します。

医師のCDRへの積極的コミットを促進するためには、どのような法的な体制整備を行うのかの議論（例えば、地域がん登録事業において「がん対策基本法・健康増進法」の存在が、死亡票の情報の二次利用を可能せしめているように、CDRを行うためにも何らかの根拠法が求められます）に加え、「登録作業を行うことが、学会の専門医維持のための単位取得に繋がる」「保険点数や何らかの加算が得られる」などのインセンティブが得られたり、「専門医認定施設となるためには、一定割合以上の死亡事例検証の実施を条件の一部にする」などの努力義務規定の策定などを学術団体が検討していく必要もあるでしょう。

もちろん「死亡事例対応を行った医療機関であれば、当該事例における全ての情報を取得することが出来る」わけではありません。明白な外因死として心肺停止状態で搬送された子ども（第三者目撃のある明らかな事故、状況的に明らかな自殺）の背景情報の取得については、医師以外の人物が極めて重要となります。この点については「④追加情報の入手」でも記載していますが、死亡態様ごとに、インテイク／アブストラクターとなるべき職種を整理するなどの方法も考えられます。さらには病院外で死亡が確認された事例の死亡事例の概要整理→登録をどのようにしていくかも整理していく必要がありますし、死亡事例対応を行った医療機関と死亡時の住所地が都道府県をまたがり異なる場合の対応をどうしていくのかなどの整理も求められます。

いずれにしろCDRの事業化に向けた取り組みは途に就いたばかりで、実施地域が増えていくことで、最善の方法が確立されていくことが期待されます。

### ③CDR個別事例検証 (PD [予防可能性があった事例] と不詳死事例の抽出)

\* このステップの「今」と、要点

- CDRの中核をなすのは個別事例検証である。ナラティブを反映した効果的な検証を行うためには、当事者検証（市町村単位や各医療施設単位）の形で行うことが望ましい
  - CDRの検証は事実認定の場ではない。検証の際には、「死因の検証」「養育不全の検証」「予防可能性の検証」を中心に検証し、その事例の死を防ぐために何かなしえたかという観点で議論を行い、将来的な同様の死を防ぐための提言を発出することを目標とする
  - 詳細な個別事例検証には、最低限かかる時間の目安として、複雑な事例で60分、シンプルな事例で30分、予防可能性がおよそない事例で15分程度の時間を要する
  - 当事者による養育不全の分類はアンダートリアージになりやすいが、予防可能性の分類に関しては、スクリーニング精度として十分なトリアージが可能である。
- 当事者が事例を持ち寄り個別検証から開始することが、CDRを社会実装する第一歩である。まずは集まり事例検討を中心に実践を重ねることで、方法論は確立していく

CDRを単層構造で実施する場合、登録されたデータから予防可能性の有無やその程度につき判断することになりますが、今回のパイロット研究では、そのような登録形式では多くのデータが欠落し、二次検証の場で困難が生じる場面が少なくありませんでした。事例情報を登録する段階で、登録者の所属する施設で複数の人物によるディスカッション（当事者検証）を行うことが出来れば、二次検証を行うための一次情報の質の向上が大きく見込まれます。

このような当事者検証を行う際の中核的機関は、事例登録を行った機関であることが現実的であり、実質的には事例の死亡診断書/死体検案書を記載した（もしくは、死亡宣告を行った）医療機関が行うことが、現状は理にかなっているでしょう。

例えば病理解剖を行った事例に対し、医療機関内ではCPC（Clinico-pathological conference：症例の診療に関与した臨床医と病理解剖に関与した病理医を中心として、剖検例の肉眼的、顕微鏡的病理所見と臨床所見との関連について双方の立場から意見交換をし、詳細な病態および死因の解明に向けて検討を行うもの）の形で、死亡事例検討を行ってきました。一方で、犯罪鑑識に必要であるとして司法解剖となった事例や、承諾が得られずに解剖が実施されることのなかった事例や、死因病名自体に疑いがなく解剖の対象とはならなかった事例においては、これまで医療機関内でほとんど死亡した事例の検討はなされることはありませんでした。

生きている事例に関しては、医療者は診断や治療に関するケースカンファレンスを常に行っています。死亡という最も重大な結果に至った事例に関して、生きていたら行われていたであろう詳細なカンファレンスが行われれないというのはある意味で不条理といえ、成育医療基本法で明文化されたことも踏まえ、医療者は死亡事例に対しても積極的に検討を行う文化を今後しっかりと作っていかねばなりません。②で紹介した登録フォームに沿って複数の人物で検討を行うことは、死亡対応当日にはあわただしくて抜け落ちていた視点から事例を再度見つめることに繋がります。

事例登録の作業の際に、養育不全が寄与していた可能性や予防可能性があったと思われる事例については、当該医療機関の医療者のみで検討を行うのではなく、必要に応じて地域の他機関を招聘する形で当事者検証を行うことが出来れば、当事者同士の学びとして極めて貴重な機会となるでしょう。例えば、虐待により重篤な医学的病態が発生した事例に対しては、子どもが生きている場合には、通常は児童相談所通告や警察通報を行い、院内虐待対応チームが機能している病院においては、通告・通報のみにとどめず、ケース検討会議を行っているでしょう。子どもが生存していれば行うであろうこのような会議が、子どもが死亡してしまえば行われれないというのはやはり不条理といえます。

現在、地域の中核病院の9割以上は、院内虐待対応組織（CPT）を有しています<sup>16</sup>。現時点ではCPTとして定期的会合を行っている“アクティブ”なCPTは少数派（15%程度）であるのが実情です。ただし、他機関との連携を基盤とするCPTの中心は小児医療者であり、その職務の中に死亡事例検証を組み込むことで、CDR当事者検証は無理なく行うことが出来るはずですし、そのようなCDR検証を行うことが、CPT会合に他機関を



招聘する機会ともなり、生存児に対応する際の連携対応を促進することにもなることが期待されます。

もちろん、医療者がそのような対応を行うことはあくまで任意の取り組みであり、任意である以上、全ての死亡児に対し幅広くそのような対応が行われることを期待することは困難です。そのために施策協力義務を課した行政事業として実施していく方向性を目指す必要があります。

このような行政事業として位置づけていく際に、都道府県単位の単層構造として整備するのみの方法であり、死因究明推進会議を設置している地域では、そのような枠組みを活用する方法なども模索していく必要があります。ただし単層構造では当事者の参画したナラティブな検証（実際の事例を知っている人物が、要約書面では反映出来ない実情を含めて検証すること）を行うことは困難で、かつケースロード（検証に費やすことが可能な現実的な時間）を考えると、都道府県の規模によってはおよそ全数検証はできません（ケースロードの問題に関しては、57ページを参照してください）。また単層構造では、「委員」として関与する数名のみの取り組みにとどまり、地域の実践を変えていく上でもその効果は限定的となってしまいます。

それゆえに、それぞれの地域単位では、市町村（二次医療圏）一都道府県（三次医療圏）という形で2層構造として実施可能な体制として整備することが望まれます。まずは少数の事例を対象に個別検証を行うことから始めることが現実的ですが、詳細に検討すべき事例を選定する際に、関連医療機関の小児科部長や救急科部長等に参画してもらうことは、個々の医療機関にこのような当事者検証を行う文化を作っていくうえで、極めて重要ということが出来るでしょう。

当事者検証を行う枠組みとして、既存の行政事業体を活用するならば、市町村の設置する要保護児童地域対策協議会や子育て世代包括支援センターが主体となる方法や、保健所業務の一環として市町村保健所が主体となり行う方法なども考えられます。ただし、これらの枠組みで死亡事例検証を行う根拠は、現時点では法的には何もありません。新たに立法された成育基本法は、理念を定めた基本法にすぎず、個別具体的な動きを行政が取るためには、何らかの形でさらなる立法や通知の発出が求められます。

ここでCDR個別事例検証を行う際に重要なポイントについて、論じておきたいと思います。繰り返しになりますが、CDRは単なる死因究明制度・データ登録制度ではなく、一人一人の子どもの死亡から学び、小児の安全が最大限担保された社会の実現のために、建設的に議論を行い、提言を発出しそれを実現していくことが主目的であり、当然、提供された医療やこれまでの行政や教育機関の関りについて批評することが目的では全くありません。厳密な事実認定の場でもなければ、刑事・民事紛争に二次利用される情報を特定する場でもありません。自由闊達な意見の表出を担保するために、討議された個別具体的な内容は非公開が原則ですし、遺族の参加も諸外国では制度上、ほとんどの地域が認めていません（米国では州によっては認めている州もありますが、英国では認めていません。その代わりに、遺族が疑問に思い議論すべきであると考えている事項について、確実に議論の場に届けることを保証しています<sup>6)</sup>）。

CDRは検証を通じて、小児の安全を向上させることが目的ですから「確実に言えること (definitely)」だけをベースに話をする必要はなく、probably (90%) やlikely (70%) やperhaps (50%) といった可能性についても議論すべきであり、場合によってはmaybe (30%) やpossibly (10%) 程度の可能性であっても、今後の予防可能死を減らしていくために有効である施策に繋がる、議論を行う価値があるものです。討議された意見は全員一致である必要もなく、少数意見であっても有効な予防施策に繋がるものは尊重される必要があります（もちろん「確実に言えること」に基づく提言の方がより力強いことに間違いはなく、事実の究明を疎かにしてよいということでは、全くありません）。また各事例において少なくとも一点は、個別具体的な提言を発出することを心掛ける必要はありますが、必ずしも何らかの結論をつける必要はなく、「この事例から何を我々は学ぶことが出来たか」を参加者が共有することこそが重要視されるべきものなのです。

またCDRの力点は「予防可能死」にあります。予防可能性の評価が不能な不詳死であっても、死因究明向上のために「不詳の程度の再分類」を行うことや、死因が確実に虐待死といえる事例でなくとも全ての事例に対し幅広く「養育不全の寄与の程度」を考察することは極めて重要であり、さらには死亡統計の基盤となる「死亡診断書/死体検案書の記載内容の最適化」も重要なテーマとなります。また広く地域の専門職同士の学びのために詳細な検討を行うべき事例では、当事者や一部の「委員」ととどめずに、病態別パネルレビューという形で、専門家にセミクローズに事例を開いて検討を行うことが望まれ、そのためには「死因カテゴリーの明確化」も重要な討議事項といえるでしょう。

これらの検討すべき事項につき、以下に補足的に説明を行います。

## \*死因のカテゴリー分類について

予防可能性の検証を行う観点から、本ガイドンスでは臓器別ではなく、以下の死亡態様別に、死亡事例を整理することを推奨しています（本分類はPearsonGAらの提唱するカテゴリー分類法<sup>17</sup>を基にしています）

	カテゴリー名と詳細
1	故意に加わった外傷、虐待、ネグレクト 窒息、揺さぶり、刺傷、銃創、中毒、その他の手段による他殺が疑われる時。戦争やテロ、その他の集団暴力による死亡も含む。作為行為に限定されず、餓死・低体温などのネグレクト（育児放棄）による死亡や、深刻な監督不全（明らかな過失が疑われる事例や、監督不全が反復されていた事例）と判断しうる場合もここに含む
2	自殺または故意の自傷 縊死、銃器損傷、アセトアミノフェン中毒、自絞、溶剤吸入、アルコールまたは薬物中毒、その他の自損による死亡。通常は乳幼児にはみられず、思春期以降の児にみられる
3	外傷およびその他の外因死 事故や転倒転落による頭部やその他部位の外傷、熱傷、溺水、中毒物質誤飲などあらゆる外因による死亡。故意に加えられた外因による死亡は、カテゴリー1に分類する
4	悪性腫瘍 固形腫瘍、白血病、リンパ腫、組織球症のような悪性の増殖性疾患 たとえ死亡直前の最終イベントが感染症や出血などであっても、上記疾患を有していた児はこのカテゴリーに分類
5	急性的な内科／外科疾患 川崎病、急性腎炎、腸捻転、糖尿病性ケトアシドーシス、喘息発作、腸重積、虫垂炎、アナフィラキシーショックなど。てんかんに伴う予期せぬ突然死は、溺水などが最終死因であってもここに含む
6	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、嚢胞性線維症など 周産期以降に発生した、原因の明らかな脳性麻痺も含む たとえ死亡直前の最終イベントが感染症や出血などであっても、上記疾患をもつ児はこのカテゴリーに分類される
7	染色体異常、遺伝子異常、先天異常 単一遺伝子病、先天性心疾患はここに含む
8	周産期／新生児期のイベント 年齢に関わらず、死因が周産期のイベント（早産児に合併する続発症、分娩前または分娩時に生じた酸素欠乏、気管支肺異形成症、新生児出血後水頭症、原因不明の脳性麻痺など）に続発したもの 先天性感染や新生児早期（生後1週間未満）の感染症は、ここに含む
9	感染症 他のカテゴリーに分類される疾患の合併症ではない、あらゆる初発感染症による死亡。ただし生後1週間未満、または修正在胎週数が正期に達する以前の感染症はカテゴリー8に分類する。 敗血症、髄膜炎、HIV感染症、肺炎は本カテゴリーに分類するが、嚥下機能障害に基づく誤嚥性肺炎は、原因に応じてカテゴリー6か7に分類する
10	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、または年齢に関係なく死因が明確でないもの てんかんに伴う突然の予期しない死亡が疑われる場合は、カテゴリー5に分類する



Q: いくつかのカテゴリーに分類されうる事例はどうカテゴリー分けをすればよいか？

A: 基本的には、分類を行う者の判断で構いません。このカテゴリー分けは、「どのカテゴリーで予防施策を検討すべきか」という観点での分類であり、分類すること自体が目的ではなく、確実な正確性を求めるものでもありません。複数のカテゴリーにまたがると思われる事例においては、統計処理などのために唯一のカテゴリーに分類する必要がある場合、最も小さい番号のカテゴリーに分類することとされていますが、例えば「受療行動が遅れ死亡した、脳性麻痺児の閉塞性イレウス」の事例などで、医療ネグレクトの可能性が否定できず、1・5・6と分類したもののその可能性は低く、「症状を訴える力に乏しい脳性麻痺児の医療提供体制について、主に検討するのが望ましい」など、分類者が「より重みづけを置くべき」と判断するカテゴリー（この事例の場合、カテゴリー6）がある場合、原則にこだわらずにそちらに分類してもかまいません。もちろん実際の検討の場では、複数に分類したままにしておき、それぞれの観点から検討することが望まれます。最終的には二次スクリーニングの場（CDOPと呼ばれる多機関連携での都道府県検証）で合議の上で、確定すればよいでしょう。

Q: アナフィラキシー・ショックによる死亡は、外因死に該当するか？

A: 本カテゴリー分類の元となったPearsonらの分類では、アナフィラキシーショックはカテゴリー3（外因死）に分類されていますが、アナフィラキシーショックは明らかに内因が関与し、医療提供体制上の問題として検証を行うことが望ましく、カテゴリー5に分類することを推奨します。一方で、非常にまれとはいえ、アレルギーを意図的に摂取させた可能性がある場合、カテゴリー1に分類して検証を行う必要があるでしょう。

Q: 明らかな受診の遅れが死亡に寄与した内因疾患は、どのように分類するか？

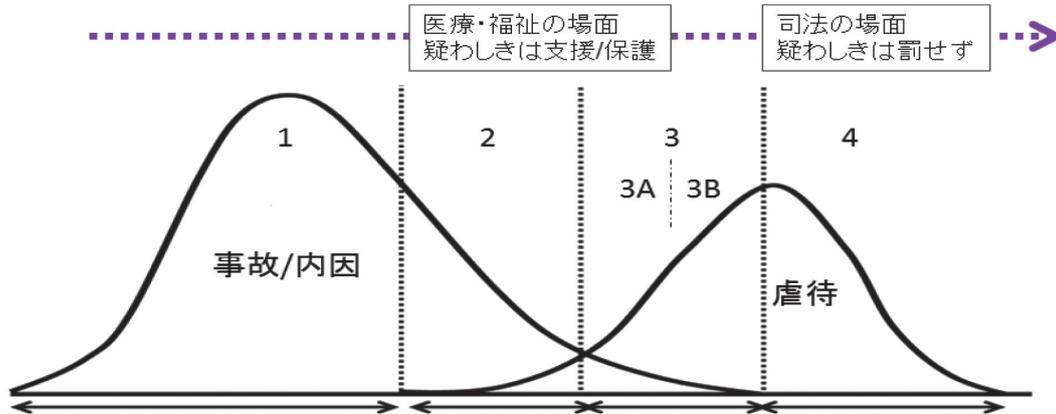
A: 受診の遅れがどのような背景の元で発生したかにもよりますが、内因疾患としての分類に加え、カテゴリー1にも分類し両方の観点から検証を行うことが望まれます。受診の遅れの要因に「親の養育不全」が寄与した可能性を指摘することにためらいを覚える分類者もいるかもしれませんが、CDRは事実認定ではなく、子どもの安全性の向上、今後のより良い支援体制の構築、今後の要支援事例の把握の向上のために行うものであり、オーバートリアージが原則となります。

Q: 低月齢の乳児をうつぶせ寝にさせ突然死が生じた場合、どう分類すべきか？

A: 「死亡したとしても構わない」という未必の故意が認定しがたい場合には、カテゴリー10として検証することになるでしょう。ただし的確な睡眠環境の指導を繰り返し受けながらも生じてしまった・いわゆるゴミ屋敷状態の家庭で生じた・児童相談所がハイリスク家庭として関わっていた、などの要因がある場合には、オーバートリアージの原則に基づき、カテゴリー1にも分類して検証することが望まれます。

**\*養育不全の可能性の分類について**

養育不全は、その観点をもって慎重に検討しない限り、しばしば見過ごされるものです。そのため本ガイドン  
スでは、全死亡事例に対し一度はこのような視点で検証を行うことを推奨しています。



1	<p>確実に養育不全は寄与していない、事故死・内因死と判断できる群 第三者目撃があり確実に事故と判断され、家庭における養育不全としての監督ネグレクトの潜在の可能性も否定できる事例。医学的に完全に内因性の病態に合致し、医療ネグレクトの可能性も否定できる事例</p>
2	<p>事故死・内因死の可能性が高いが、養育不全が死亡に寄与していた可能性が否定できない群 呈している医学的状態は養育者の語る受傷機転とおおむね合致しているが、目撃者がいない事例や、医学的に内因性病態で説明できるが、社会的に何らかのリスクを有していたり、何らかの疑義のある事例 障害児の受容拒否があり病院で死亡した事例など、死亡自体に養育不全の寄与はないと判断される場合でも、生前の養育不全が明らかであった事例はここに含む</p>
3A	<p>事故死・内因死の可能性もあるが、養育不全が死亡に寄与した可能性も臨床的に考慮される事例 死因としては事故死・内因死として記載すべき状況であるが、臨床的に虐待を疑うべき状況がある事例。監督不十分な状況で発生した死亡事故や、管理不良であった内因死はここに含める。またきょうだいが不詳死をきたしていたり、高い社会的リスクを有し、生前に行政が関与していた事例はこの群に含める</p>
3B	<p>事故死/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事例 医学的に事故で起こる可能性が極めて低いと推察される病態や状況を呈しており、虐待死と思われるが断定には至らない事例 高い社会的リスクの中でもとりわけ高いリスクを有していた事例（明らかな暴力や重度のネグレクトにより、一時保護となった既往のある事例や、養育者の有責性が問われた事例[起訴猶予事例を含む]）で、死因が明確でない事例は、この群に含める また状況的に事故死や内因死であっても、継続的な監督ネグレクトがあり繰り返し指導を受けていた事例や、過失の度合いが極めて高い事例はこの群に含める</p>
4	<p>虐待/ネグレクトによる死亡と判断される事例 加害行為の第三者の目撃証言がある事例、虐待行為の自白を認めた事例、虐待以外では医学的に説明しえない医学的状態を呈し、死亡した事例 直接的な作為行為による死亡事例のみならず、養育者が意図的に生命にかかわる養育上のケアを怠った不作為事例も、この群に含める *警察が事件化したか否かや、検察が起訴したか否かや、有罪判決が下されたか否かは問わない</p>

Q:そもそもCDRにおける養育不全とはなんですか？

A:養育不全とは、「親やその他の養育者の養育状況により、子どもが心身に何らかの障害が生じる状況」であり、単回の作為/不作為であっても子どもに重大な影響が生じる場合もあれば、単回の作為/不作為であれば子どもに重大な影響が生じる可能性は低くとも、その状況が頻繁に繰り返されることで重大な影響が生じるリスクを考慮しなくてはならない場合もあると言えます。

CDRは予防的観点から検証することが目的であり、「民事・刑事における有責性の認定」という観点ではなく、福祉的観点から定義を広くとらえ、オーバートリアージをする必要があることは、これまで述べた通りです。一般的な養育者であれば80%以上のケースで、より適切な養育を提供できていたであろう、という観点で議論を行うことが望まれますが、事実認定を基盤としない以上、ある程度judgement call (主観的判断) にならざるを得ません。

この養育不全のトリアージは、当事者個人のみが分類した場合にアンダートリアージになりやすいことが今回の研究でも明らかになっており、原則として複数の判定者が客観的に判定し、協議して決定することが望まれます。

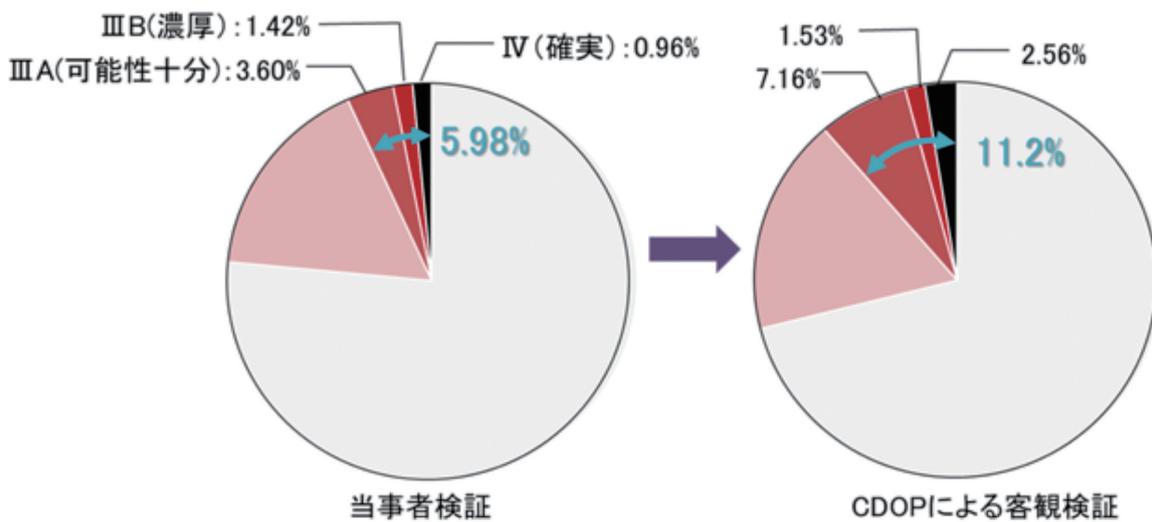
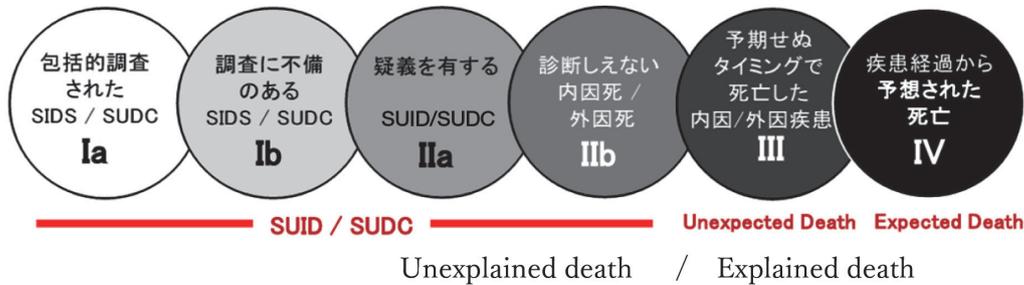


図: 今回のパイロット研究における、養育不全のトリアージの割合 (客観的検証により、その比率は大きく上昇する)

**\*不詳死の「不詳の程度」の分類について**

不詳死は「全く分からない」か「死因が確実に判明する」かの0か100かに明確に弁別可能なわけではありません。当ガイドラインでは不詳死事例に対し、以下のカテゴリーに基づいて不詳の程度を検討することを推奨しています（本分類は、日本SIDS学会診断基準検討委員会が示した「乳幼児突然死症候群（SIDS）診断の手引き」で示された分類とは異なる点に、ご注意ください）。



<p><b>カテゴリーIa</b> （包括的調査された、典型的なSIDS事例を含むSUDC事例）</p>	<p>以下の全てを満たす 臨床像：それまでの病歴（含、成長・発達歴）に何らの問題も認めず、周産期にも異常を認めない。家族歴にも特段の問題を認めない 状況：死亡現場検証でも、死亡の因果関係は不明確（就寝環境は安全で、事故の証拠は皆無） 剖検：肉眼的・病理組織学的検索でも、致死的となり得た病態を示唆する所見なし 薬毒物検査、細菌検査、画像検査、採血検査 [可能な状況では硝子体液検査]、代謝疾患スクリーニングはいずれも陰性</p>
<p><b>カテゴリーIb</b> （典型的SIDSの可能性事例を含むが、包括的調査の実施のないSUDI/SUDC）</p>	<p>一般的なSIDSの定義や上述のカテゴリーIaのクライテリアを概ね満たすが、包括的死亡現場調査の実施を欠く、もしくは薬毒物検査・細菌検査・画像診断検査・生化学的検査・代謝疾患スクリーニングのいずれかの検査の実施を欠く。 一般的な睡眠環境に問題を認めなかったが、発見時にはうつぶせの状態であった事例は、ここに分類する</p>
<p><b>カテゴリーIIa</b> （以下に提示した要件以外にはカテゴリーIのクライテリアを満たすSUDI/SUDC。）</p>	<p>臨床像：虐待死は否定されたが、何らかの遺伝性疾患とされた同胞や近親者が存在している事例。もしくは血縁関係の有無を問わず、同一養育者のもとで養育を受けていた乳児が死亡していた既往のある事例。もしくは、医学的に問題がないと判断されていたとしても、未熟児出生などの周産期既往のある事例や、社会的に高いリスクにあったといわざるを得ない事例もここに含める 状況：覆いかぶさりなどによる物理的な口鼻閉塞が否定し得ない場合や、頸部圧迫による死亡が否定し得ない場合 剖検：死亡に寄与したとは考えられないが、成長や発達に問題を認めた事例。明らかな死因とはいえないが、病理組織学的検討で著名な炎症性変化や異常所見が認められた事例</p>
<p><b>カテゴリーIIb</b> （分類不能のSUDI/SUDC）</p>	<p>カテゴリーIa/bやカテゴリーIIaの基準を満たさない事例（SIDSとはとても言えない事例）であるが、内因死や外因死であるとの確定診断もし得ない事例。 剖検が行われなかった事例は、全てここに分類される</p>

略語：SUID (Sudden unexplained infant death), SUDC (Sudden Unexplained Death in Childhood)



Q: 現行の体制では、異状死として警察に通報した場合、警察から死亡現場検証結果などは知らされず、臨床現場の情報だけではIaと判断することはできないし、他機関からすぐに生前の情報は得られないのでIIaとも判断しえないのではないか?

A: その通りであり、そのような状況を変えていくためにCDRの体制整備を通じて、今後死因究明のための情報共有を可能とする枠組みを構築する必要があります。現状は、CDRを行うことの有用性についての効果判定を行うための、基礎的な資料すらない状況といわざるを得ません。

平成30年12月5日に厚生労働省医政局長・政策統括官（統計・情報政策政策評価担当）より、以下の点に留意するように通知（「医師による死因等確定・変更報告の取扱いについて」）が発出されました。

- 死体検案書等を交付した医師は、その後、解剖、薬毒物検査、病理組織学的検査などの諸検査の結果等により死因等を確定又は変更した場合は、速やかに人口動態・保健 社会統計室に対し、その旨を報告する。
- 死体検案書等を交付する医師は、諸検査の結果等が判明しておらず、死因等を確定することができない場合は、死体検案書等の「死亡の原因」欄を「不詳（検索中）」、「死因の種類」欄を「12. 不詳の死」と暫定的に記載し、交付する。
- 遺族等に死因を記載した死体検案書等を交付することが、不正の目的に使用されるおそれが強いと判断する場合は、遺族等に対し死体検案書等を交付しなくて差し支えない。
- 諸検査（解剖など）を行った医師と死体検案書等を交付した医師が異なる場合、前者の医師は後者の医師に対して、死因等に係る情報を捜査機関を介するなどして提供すること。

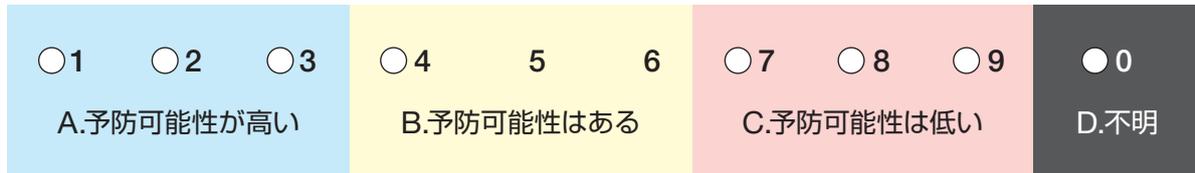
この通知が発出されたことにより、臨床医と法医の情報共有は促進され、死亡時対応の均霑化、死因究明の質向上・データ精度の向上が期待されますが、臨床医学と法医学の叡智を最大限に生かすためには、本質的には両者が“ひざを突き合わせた議論”を行う必要がある点は、強調されなくてはなりません。

（巻末の付録に、三重県のCDRチームが作成した法医-臨床医連携を促進するための各種ツールを掲示していますので、参照してください）

## \*予防可能性の分類について

当該死亡事例の死亡が予防しえた可能性は、「たれば」の話であり、あくまで主観的判断にすぎませんが、その目安として、当ガイドラインでは以下の「3-3-9度+1」で評価することを推奨しています。

以下のトリアージの目安を参考に、9グレードに分類（A・B・Cをさらにhigh・moderate・lowに分類）。さらに現時点では「不明」とトリアージすることを是認し、10段階で評価を行います



トリアージに際しての参照

### A. 予防可能性高い

- 両親、保育者などの直接的監護者の過失が明らかな場合
- 両親、保育者などの直接的/間接的監護者の、潜在的/組織システムの過失があると思われる場合
- 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不良による死亡の場合（例：線路整備不良による脱線事故など）
- 潜在的にリスクを低減しえたであろう外因死（通学路における、危険性が指摘されていた場所での交通外傷や、SOS的状况が確認されていた思春期児の自殺、関係機関が生前に関与していた虐待死など）

### B. 予防可能性あり

- 関与機関の子どもの安全性向上の対応を凌駕して生じた死亡（例、暴力的デモ、戦争、テロ、犯罪など）であるが、その致死的事象の発生自体を予防するための議論が必要な場合
- 予防手段や治療法の確立している内因疾患による死亡（VPDとしての細菌性髄膜炎などによる死亡など）
- 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で、特定妊婦として支援を行うなど、何らかの関わりを行うことでそのイベントが回避できた可能性がある場合

### C. 予防可能性低い

- リスクを回避することがおよそ不可避の状況下での死亡（予想外の大規模自然災害〔落雷死・地震など〕で、到底予防しえなかったと判断される場合など）
- 生前に無症候性であり未診断であった疾病の、致死的事件による死亡（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

地域で二次的な検証を行うべき「要詳細検討事例」のカットオフラインを、当準備読本では「予防可能性1-5に分類した事例と、0〔不明〕に分類した事例」にすることを推奨しています。もちろん、地域で可能なケースロード（現実的に検証することが可能な事例数）によっては、その対象を1-3に限定して体制構築を開始する方法も考えられます。

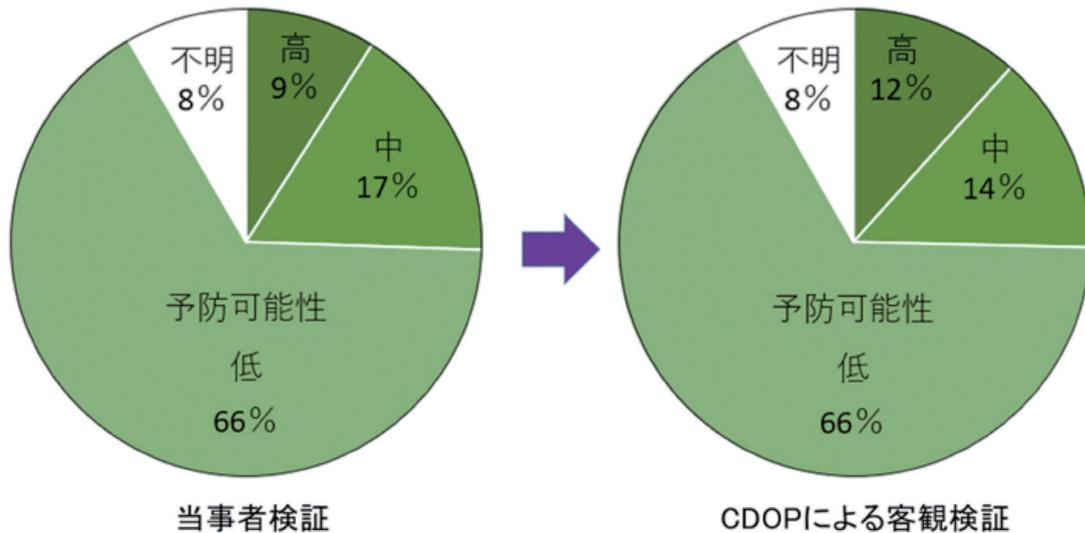
予防可能性の評価も、どうしてもjudgement call（主観的判断）とならざるを得ません。あらゆる状況が想定され、総合的に判断されるこのカテゴリー分けにつき、全てを明確に規定するわけにはいかず、本準備読本ではあくまで大まかな目安を示すことにとどめています。現時点では「可能な限り複数の専門職で評価を行い、平均を取る」という対応を行うことを推奨します。

そのような判断を行う際に平均とかけ離れた判断を行った人物がいた場合、その判断理由を共有すること



が重要であり、そこに提言につながるヒントが隠されているということもできます。例えば、不詳死は「厳密に言えば予防可能性は評価不能」として、0 [不明] とする人もいれば、既知のリスク要因である喫煙や睡眠環境などを重視し、予防可能性の余地ありと判断する人もいるでしょう。いずれにしろ、これらのステップは地域でのdiscussionを通してコンセンサスを形成していくべき性質のもので、学術の場で均質化が図られていくべきものと、現段階では考えています。

ただ今回のパイロット研究では、当事医療者が一次スクリーニングとして行った予防可能性の死因カテゴリー分類と、多機関が参集した二次スクリーニングの場で改めて行ったカテゴリー分類との間には大きな乖離はほとんど確認されず、このような形で一次スクリーニングを行っても大きな問題はないことが確認されています。



ただ登録された事例の中には、「医療の現場で、救命しえた可能性」という観点から、予防可能性の分類を行っている事例も、わずかながら確認されました。

CDRにおける予防可能性のトリアージを行う際に重要であるのは、「医療の現場で死が回避できた可能性」とは全く異なるという点を強調しておきたいと思います。例えばCPAで受診し死亡した溺死児に対し、「溺水していた時間は20分に及んでおり、搬送時には救命しえない状態であった」ことをもって、予防可能性を9と判断するのは誤りであり、そもそも「そのような致命的なエピソードの発生を予防しえた余地があったか」という観点から考察を行うことが、新たな同様の死亡の発生を防ぐためには求められます。

その上で「効果的で理想的な介入が行われていたとするならば、そのようなエピソードの発生はなかった」可能性が十分にある場合には、予防可能性を高く見積もるという判断になるでしょう。このような判断は医師のみではできませんので、他機関が参画する必要がありますし、それぞれの機関が責任をもってそのような死亡の発生を防ぐために主体的に取り組む必要があるのです。

またこのような予防可能性の議論を行う目的は、現時点での関係機関のアクション（施策立案、規約の改正などの行動化）を促進するために行うものであり、それゆえにトリアージにおいては、「現時点における評価基準」を用いる必要があります。例えば現時点では最大限の努力を尽くしても死亡が不可避であると思われた、悪性腫瘍による死亡事例に対し、「将来的には研究が進み、iPS細胞を用いた治療で死を回避しうる」との視点から予防可能性を判断したとしても現時点でのアクションには繋がらず、そのような視点を採用して「予防可能性あり」とする必要はありません。

経験上、実際の事例を介し20例程この分類法による死亡事例の分類分けを体験することで、それほどトレーニング時間を置かずとも、おおよそズレのない分類を行うことは可能となりますが、ここで理解を促進するために2例程、模擬事例を提示します。

### \*模擬事例1

生後2か月の乳児。母に知的障害があり、特定妊婦として出生前よりfollowされていた。死亡当日、ベビーベッドにうつ伏せに寝かせ、母も寝入っていたが、祖母が訪問した際に児が冷たくなっているのを発見。救急搬送され、蘇生に反応せずに死亡宣告がなされた。肉眼的解剖では特記すべき所見は確認されなかった。睡眠関連死（不適切な睡眠環境に基づく窒息死）であったのかSIDSであったのかは判然としない状況ではあったが、退院指導時や退院後の保健師訪問の際に、何度も繰り返し母が理解できるようにうつぶせ寝のリスクを説明し、理解度を確認するなどの対応を取っていた可能性はあり、予防可能性のトリアージは4と判断した。この事例の発生を受け、当該医療機関では改めて退院前と1か月健診時にすべての児に、書面を用いたBack to sleepキャンペーンを行うこととなった。

### \*模擬事例2

10歳男児。知的障害と脳性麻痺があり、直接的なコミュニケーションは取れない状況であった。死亡前日に嘔吐症状あり医療機関を受診。輸液を施行しながら経過観察し、症状が消失したために帰宅としたが、翌日にCPA状態となり搬送され、死亡が確認された。死後CTでは原因不詳。司法解剖となったものの、その情報は医療機関にもたらされることはなかった。死因不詳とせざるを得なかったが、再度嘔吐症状出現時には、翌朝まで待たずに再診するように指導するなど、死亡を防げた可能性があったと判断し、予防可能性のトリアージを5と判断した。

このような予防可能性の判断は、あくまでもjudgement call（主観的判断）ですから、地域で二次的な検証を行うべき「要詳細検討事例」のカットオフラインを見据えて、判断をするということも考える必要があります（例えば当該地域が「予防可能性1-5に分類した事例事例」を二次検証の対象としている場合に、一次検証において予防可能性が5か6か判断に迷う場合、5と判断して二次検証の場に回して討議をゆだねる、など）。

最後に、ここで「CDR個別事例検証」と「CDOP (Child Death Overview Panel)」の関係性について、再度言及しておきたいと思います（現段階では、CDRを社会実装している地域はほとんどなく、イメージを掴んでもらうため、本書の副読本としてそれぞれの検証場面を描いた漫画を提示していますので、そちらも参考にしてください）。

CDRシステムの基盤となるのは、「個別事例検証」にあることに疑いの余地はありませんが、都道府県単位の単層構造でこのような個別事例検証を全死亡事例に実施することは、検証を行う自治体の規模にもよりますが、ケースロード（実際の検証を行うのに要する時間的制約）の観点から実質的には不可能といわざるを得ず、検証すべき事例を選定せざるをえません。また限られた「CDR委員」のみによる検証では、ナラティブな検証（実際の事例を知っている人物が、要約書面では反映出来ない実情を含めて検証すること）を行うことは不可能になります。

パイロット研究を通じて、当事者の立場から「CDR個別事例検証」を行った経験からは、たとえ「予防可能性がない」と最終的に判断した事例であっても、検証を通じて多くの教訓が得られることを全ての参加者が実感することとなりました。CDRとは子ども（Children）の安全な社会の実現のために、亡くなった子ども（A Child）1例1例を大事に検証しそれを積み上げる制度であるべきであり、スクリーニングで検証対象者を絞ることは、貴重な学びの機会を失うことになると考えており、本準備読本では、将来的には当事者検証と客観検証の二層構造で体制構築を行うことを推奨しています。

少数の事例のみを選択し検証するという体制から発展し、地域でこのような小児死亡事例を多機関で俯瞰するaudit system（小児死亡監査体制）を整備し、地域間での小児死亡のトレンドの比較検討を行うことを可能にすることも、将来的な予防可能死を減らしていくうえで極めて重要な意味を持つということ、理解していただきたいと思います。

## \*CDRに求められるケースロードについて

個別事例検証の際に、一定程度のコンセンサスが形成されるまで議論を尽くす場合、

- ① 検討事項が多岐にわたる複雑な事例では60分程度、
- ② 検討項目がシンプルな事例であっても30分程度、
- ③ 予防可能性がおよそないと判断される事例であっても、その判断の妥当性の検討に15分程度の時間を最低限要することが、経験則として得られています。

(医師の症例検討会・CPC、多機関連携での養育不全事例のケースカンファを思い浮かべれば、実感できるでしょう)

今回のパイロット研究では、おおむね

- ① の事例の割合は15%程度、
- ② の事例の割合は20%程度、
- ③ の事例の割合は65%程度の比率でした。

現在、小児死亡は人口200万人当たり年間65名程度の頻度で発生しており、上記の割合を掛け合わせて算出するならば、あくまで概算ですが、全数検証を行うために必要なケースロードは、人口200万人規模の平均的な都道府県では30時間を要する計算となります。つまり都道府県のみ単層構造の枠組みで全数検証を行うとすると、人口200万の地域では隔月で開催しても、一回の会議で5時間もの時間を費やさなければならず、多機関を参集する煩雑性を鑑みるに、およそ現実的とは言えません。

そのために、対象事例を年齢や死亡態様で限定したり、検証可能な事例数をあらかじめ「何例まで」と絞り込む形で実施する必要が生じますが、CDRの本来のあり方である「全年齢全数検証」を将来的に行うためには、CDRを二層構造とし、当事者が一次スクリーニングとしてある程度の論点整理と予防施策提言の試案を検討し、都道府県単位での多機関連携の検証委員会をオーバービューパネル(二次検証)の場として機能させていく体制が望まれます。

都道府県単位では小児死亡は上述の規模で発生していますが、市町村レベル・各医療機関レベルで見ればそれほど多くはなく(小児病院・大学病院では死亡事例数は多いですが、検討にそれほどの時間はかからない③に該当する内因死の比率が高いはず)、その都度参集できる規模で当事者検証を行う形であれば、時間制限を設けずに検証することは可能であり、そのことは深い学びに繋がります。

一次検証の場で議論が尽くされ、適切な事例要旨が作成されていた場合、二次検証の場でプレゼンターが事前に事例の詳細を把握しておくことで、二次検証の場においては、

- ① の事例のオーバービュー検討に要する時間は20分程度、
- ② の事例のオーバービュー検討に要する時間は10分程度、
- ③ の事例のオーバービュー検討に要する時間は5分程度

に短縮しうることが、今回のパイロット研究の経験から得られており、人口200万人規模の都道府県で年間に必要な討議時間を9時間程度に絞り込むことが可能となります(さらには一次検証の妥当性が登録情報から十分に評価できる状態であれば、少数の選定委員などが事前にそれを追認しておくことで、③の事例をあらかじめ、多機関での正式な検討対象外とすることも、CDRの理念を損なわずに妥当性を担保した状態で行うと思われ、その場合には約6時間程度の検討時間で多機関検討を行うことが可能となり、現実的に質を担保した状態で、都道府県単位で全数検証を行うことが可能となります。

(なお英国ではCDOP検証体制を人口100万人当たり1か所を目安に設置することが求められていますが、本邦では実質的には都道府県・政令市単位でCDRの包括的な検証体制の整備をすることになるでしょう)

#### ④追加情報の入手

\* このステップの「今」と、要点

- 現状は一次スクリーニングとしての当事者検証で掴み切れなかった情報を、誰がいつどのように追加収集していくのかは何も決まっていない。調査権限を都道府県（CDOP:Child Death Overview Panel）に付与し、二次検証前に十分な情報を収集できる体制を整える必要がある  
→現状では、各機関が情報を可能な範囲で提示し合い、検証を行うほかない。実践を重ねることで各機関がCDRの場で提示可能な情報の範囲は拡大していくであろう

地域の各機関を代表する立場の実務者が参集するCDOPの現場で効率の良いレビューを行うためには、一次検証の現場で質の高いレビューが既に行われていることが望めます。理想的には、一次検証の際に既に包括的な情報が収集されていることが望めますが、一次検証を行う現場レベルに調査権限を持たせることは困難であり、一次検証は「今ある情報に基づいた検証」とせざるを得ないでしょう。ただしそのような形でも、要詳細検証事例（予防可能性カテゴリーにおける1-5の事例と0の事例）のスクリーニングの精度は、おおむね問題はないことが判明しており、調査権限をCDOP（都道府県）に付与し、一次検証の現場で不足していた情報を収集することは理にかなっていると言えます。

今回のパイロット研究では医療者を中心に、②で提示したA-Hの登録フォームの入力を行っていただきましたが、多くの情報は欠落していたのが実態です。これは医療機関のみの情報収集の限界を如実に物語っており、その情報の欠落した状況の中でも予防可能性があると判断された「要詳細検証事例」においては、二次検証としてのCDOPの場では、その欠落した情報を、各死亡態様別に追加収集したうえで、検討がなされる必要があります。（もちろん当事者が主体となる一次検証を行う段階で他機関が関与して、追加情報収集を行ったうえで検討がなされるようになることが、より望ましいのはいうまでもありません）。

以下に追加で収集されるべき情報につき提示します。

- 養育不全の寄与が否定しえない事例で、家族関係性が複雑で、死亡時対応や一次スクリーニングを行った現場がそれを十分に把握できていない場合、行政の係属歴や家族歴の詳細について、行政機関は二次検証前までに調査（DVや精神疾患の調査を含む）を行う必要がある（もちろん一次検証の時点でこのような情報を持ち寄ったうえで、多機関が参画したCDR個別事例検証が行われることが、より望ましい）。
- ALTE/BLUEやその他の、死亡と関連していた可能性のある生前の受診既往がある場合、保健医療者がその対応を行った当該医療機関へ「乳幼児特発性危急事態（Apparent Life Threatening Event: ALTE）の問診・チェックリスト」（巻末の付録参照）を用いた調査を行う必要がある。

5歳未満の不詳死事例の場合

- 5歳未満の不詳死事例の場合、保健所などが情報収集を担い、以下の情報を確認する必要がある

##### \*乳幼児健診受診歴

- 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  
受診していた健診は（□にチェック）  
 1ヶ月  3-4ヶ月  6-7ヶ月  9-10ヶ月  
 1歳  1歳半  2歳  3歳  就学前
- 検診で何らかの異常は指摘されていた？  はい  いいえ  不明  
→はいの場合、適切な受療行動がなされていた？  はい  いいえ  不明

**\*ワクチン接種情報**

- 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 (  母子手帳なし・その他 [ ] )
- 実施済みのワクチンの  にチェック (及び○) してください。  
 Hib (① ② ③ ④)       肺炎球菌 (① ② ③ ④)  
 B型肝炎 (① ② ③)       四種混合 (① ② ③ ④)  
 BCG       麻疹・風疹 (① ②)       水痘 (① ②)  
 日本脳炎 (① ② ③ ④)       ヒトパピローマウイルス (① ② ③)  
 ロタ (① ② ③)       ポリオ       おたふくかぜ (① ② ③)  
 当該シーズンのインフルエンザ (① ②)  
 その他 ( )
- 悪化/急変の72時間以内にいずれかの予防接種を行っている  
 はい (具体的に: )       いいえ       不明

**外因死の場合**

- 外因死の場合には、その種類別に以下の項目につき追加調査を実施する。現状の法的枠組みでは、警察情報をCDRに活用しうるかは不明瞭であり、現場を確認した救急隊員から可能な限りの情報を入手するように努めるほかないかもしれないが、どのような情報を警察と共有できるか、現場レベルでの協議をぜひ地域で開始していただきたい。

**\*転落・転倒**

- 事故のタイプ  転倒  転落 転落高は ( ) cm
- 子どもが落ちた表面は  
 コンクリート  芝生  土  カーペット  フローリング  タイル  
 その他 (具体的に: )
- 子どもは押されたり、落とされたり、投げられたか？  
 不明  いいえ  はい (具体的状況: )
- どこから転落したか？  
 開いた窓  ベランダ  バルコニー  自然の崖/高台  人工的な高台  
 橋  遊具  樹木  屋根  階段  家具  ベッド  
 その他 (具体的に: )
- その場所に転落防止として下記のものがあったか？  
 何もなし  不明  窓格子  フェンス  手すり  門  階段の踊り場  
 その他 (具体的に: )

**\*交通事故**

●交通事故の種別は？

陸上交通事故  その他(具体的に: \_\_\_\_\_ )

●死亡児が乗っていた乗り物 該当項目のをチェックしてください。

なし(歩行者)  自転車  二輪車  乗用車  バス  鉄道  
 特殊車両  船舶  航空機  その他(具体的に: \_\_\_\_\_ )

●主に関与した乗り物 該当項目のをチェックしてください。

なし(歩行者)  自転車  二輪車  乗用車  バス  鉄道  
 特殊車両  船舶  航空機  その他(具体的に: \_\_\_\_\_ )

●死亡児の乗車ポジション

運転者  同乗者( 助手席  後部座席  その他( \_\_\_\_\_ ))  
 歩行者( 歩いていた  ローラースケート中  その他( \_\_\_\_\_ ))

●衝突の形

歩行中に乗り物にはねられた  乗車中に、他の乗り物にはねられた  
 乗車中に、他の乗り物へ衝突した  乗車中に、歩行者に衝突  
 その他の状況(具体的に: \_\_\_\_\_ )

●路面状況

正常  めかるんでいた  凍結/雪上  雨  霧  
 街灯/灯火不十分  その他( \_\_\_\_\_ )

●事故原因として該当するものをすべてチェックしてください。

速度制限超過  路面状況的に安全でない速度  無謀運転  赤信号無視  
 一時停止無視  車線変更時  整備不良  道路整備不良  天候不良  
 視界不良  運転手の注意散漫  運転手携帯電話使用  運転手が未熟  
 飲酒/薬物使用下での運転  過労/居眠り運転  運転手の急病  
 その他の道路交通法違反行為(具体的に: \_\_\_\_\_ )

●事故の場所

一般車道  自動車専用道  高速道路  交差点  横断歩道  歩道  
 駐車場  踏切内  不明  その他( \_\_\_\_\_ )

●子どもの保護器具 に番号をひとつ記入して下さい。

1:不要 2:必要も未装着 3:的確に使用 4:不的確に利用 5:不明

エアバッグ  腰用シートベルト  肩シートベルト  
 チャイルドシート  補助椅子用ベルト  ヘルメット  
 その他 ( 具体的に: \_\_\_\_\_ )  
( 具体的に: \_\_\_\_\_ )

\*溺水(水上交通事故による溺水は、交通事故としても記載)

●溺水前に最後に目撃された場所は?

- 水の中  岸辺  波止場  プールサイド  庭  風呂場  家の中  
 その他(具体的に )

●溺水前に子どもは何をしていた?

- 走り回っていた  ボートこぎ  遊泳  入浴  釣り  サーフィン  
 ラフティング  水上スキー  寝ていた  その他( )

●溺水した場所は?

- 海  川  湖  池  入江  水路  プール  温泉  浴槽  
 井戸  浄化槽/貯水槽  その他(具体的に )

\*プールの場合  地上掘タイプ  地中掘タイプ

- プライベートプール  公共プール

- 設置後  6ヶ月未満  1年未満  1年以上

\*浴槽の場合 入浴補助具の中にいたか?

- 不明  いいえ  はい(商品名: )

\*洵・川・湖・池・入江・水路の場合

- ・ポートなどに乗っていた?  不明  いいえ

- はい(子どもが操縦していた?  不明  いいえ  はい)

- ・浮き具の使用は?  不明  該当なし  いいえ

- はい( 浮き輪  ライフジャケット  その他( )

- ・サイズはあった?  不明  いいえ  はい

- ・正しく使用していた?  不明  いいえ  はい

- ・ライフガードはいた?  該当なし  不明  いいえ  はい

- ・適切な救助道具の設置は?  該当なし  不明  いいえ  はい

- ・子どもは泳ぐことができた?  不明  いいえ  はい

- ・水辺への立ち入りは禁止されていた?  不明  いいえ  はい

- ・水辺へ行くことを防ぐ障壁は存在していた?  不明  いいえ

- はい( フェンス  門  扉  アラーム  カバー)

- ・各々はその機能を果たす状態にあったか?

- 不明  いいえ  はい

- ・救助は試みられた?  該当なし  不明  いいえ  はい

- ・誰が試みた?  親  監督者  ライフガード  他の子ども

- 目撃者  その他( )

- ・救助者も溺れた?  該当なし  不明  いいえ  はい

- ・溺れた総数( )人(うち死亡( )人:うち子ども( )人)

**\*窒息**

●絞頸

- 洋服  ブラインドの紐  ベビーカー  ハイチェアー  ベルト
- ロープ  電気コード  車のパワーウィンドウ  車のサンルーフ
- 手 (→その他の外因死:暴力による死亡にも記載を)
- その他:具体的に( )
- 絞めた物質は不明

●口鼻閉塞

- 物がかぶさった
- 睡眠関連( 寝具  毛布  ベッドの嵌り込み  その他( )
- 睡眠非関連( ビニール袋  土や砂  他( )
- 狭所への閉じ込め・押し込め
- 冷蔵庫  おもちや箱  自動車( トランク  他( )
- その他(具体的に: )
- ガスによる窒息(火災の場合「火災」に、他は「中毒」の項目にも記載)
- その他( )
- 不明(原因は不明であるが、窒息は明らかなもの)

●咽喉頭異物

- 食品:具体的に( )
  - おもちや:具体的に( )
  - その他:具体的に( )
  - 不明(異物による窒息は明らかだが原因物質不明)
- ハイムリック法等の異物対応をなされたか?  いいえ  はい  不明

窒息は、失神ゲームの結果起こった?  いいえ  はい  不明

無呼吸をきたした?  いいえ  はい  不明

痙攣をきたした?  いいえ  はい  不明

●熱傷・電撃傷

- 火事による熱傷(→「火災」に記載)
- 液体熱傷( 熱湯(調理用)  熱湯(風呂)  他( ))  
→給湯器の設定温度?  ( )度°  不明
- その他の熱源 ( ストーブ  ヒーター  他( ))
- 電撃傷 ( 雷  送電線  コンセント  他( ))

**\*火災及び火災による障害**

- 放火か失火か?  不明  失火  放火(犯人は?  不明  判明)
- 火源は?  マッチ  ライター  タバコ  ろうそく  ストーブ  
 ヒーター  その他( )
- 火元は?  絨毯  マットレス  衣服  カーテン  他( )
- 火事になった住居は?  木造  鉄筋コンクリート  他( )  
[→  戸建て  集合住宅  その他( )]
- 初期消火は試みられた?  不明  いいえ  はい
- 消防車の延着は?  不明  いいえ  はい(その原因: )
- 非常口への避難の妨げはあったか?  不明  いいえ  はい  
→はいの場合  ドア開かず  障害物  他( )
- スプリンクラー設置は?  不明  いいえ  はい(作動  した  せず)
- 消火器は設置されていた?  不明  いいえ  はい
- 煙探知機はあった?  不明  いいえ  はい  
→はいの場合 作動した?  不明  はい  
 いいえ( 電源が入っていなかった  他( )

**\*中毒 (自殺/他殺の場合、そちらにも記入)**

- 原因薬毒物は?  アルコール  農薬  不凍液  
 処方薬(薬剤名: )  市販薬(薬剤名: )  
 違法薬物(薬物名 )  洗剤(製品名: )  
 一酸化炭素  その他のガス( )  
 その他(具体的に )  不明
- 薬物の保存状況  すぐ見えるところ  すぐ手の届く所  不明  
 閉めた棚(無錠)  閉めた棚(錠)  その他( )
- 発見時、薬物は元の棚の中にあった?  該当なし  はい  いいえ  不明
- 処方薬の場合、死亡児に処方された物だった?  はい  いいえ  不明
- 棚、薬には子ども用安全キャップがついていた?  はい  いいえ  不明
- 一酸化炭素中毒であれば、警報機はついていた?  
 不明  いいえ  はい(正常に機能していた?  不明  いいえ  はい)

**\*衝突**

- 原因物は  テレビ  その他の電化製品( )  
 家具  動物  木  石  他( )  不明
- 子どもは  物の上に登っていた  物を引っ張っていた  物に隠れていた  
 物から落ちた  他( )  不明

**\*自殺**

- 遺書は残されていた?  はい  いいえ  不明
- 自殺をほのめかしていた?  はい  いいえ  不明
- 自殺の恐れはあった?  はい  いいえ  不明
- 自殺企図の既往は?  はい  いいえ  不明
- 過去の自傷の既往は?  はい  いいえ  不明
- 家出の既往は?  はい  いいえ  不明
- 自殺企図の家族歴は?  はい  いいえ  不明
- 自殺企図は心中の一部であったか?  はい  いいえ  不明
- 自殺企図は群発自殺の一部であったか?  はい  いいえ  不明
- 死亡児には発達の問題などがあったか?  はい  いいえ  不明

子どもが落胆するに至る急性の、もしくは累積した私的な危機的事象があったか?

(該当するもの全てにチェック)

- 何も分からない  友人や親戚の自殺  友人や親戚の自殺以外の死
- 身体的虐待  性虐待・性暴力被害  恋人との喧嘩/別れ  予期せぬ妊娠
- ギャンブル・金銭問題  犯罪に巻き込まれていた  アルコール/薬物
- 仕事上の問題  家庭内不和  両親の離婚  病気 ( 身体  精神)
- いじめ  ネット上のトラブル  友人トラブル  転校  学業問題
- その他の学校トラブル  失業  宗教/カルト活動
- その他 ( )

**\*虐待以外の他者による意図的障害**

- 凶器は?  銃火器  鋭器  鈍器  爆発物  ロープ等の紐類  
 人体パーツ  その他(具体的に: )  不明
- 死亡児には犯罪歴があったり、何らかの反社会的集団に属していたか?  
 不明  いいえ  はい(具体的に: )
- 死亡児以外の家族成員に犯罪歴があったり、何らかの反社会的集団に属していたか?  
 不明  いいえ  はい(具体的に: )

## ⑤多機関検証 (CDOP: Child Death Overview Panel)

\* このステップの「今」と、要点

- 都道府県単位で行われるべきCDOPは、(1)地域の小児死亡のaudit system (監査体制)、(2)一次検証の妥当性の検証、(3)提言の立案調整と追跡、(4)既存の死亡事例検証との調整、(5)パネルレビューとして地域に開き検証する事例の選定、に加え(6)CDRのあり方を検討する運用会議の場として機能するコントロールセンターということが出来る
- 現状では、まずは個別事例検証から開始し、CDRの意義が共有され機運が高まったところで、CDOPの開催を検討することが望まれる。個別事例検証の場でも協議時間を設けることで、(6)としての機能を持たせることは可能であり、計画性をもってCDOPとして都道府県検証の場を機能させていくことは十分に可能である

CDOPの場は、地域の小児死亡のaudit system (監査体制) の役割を担う場として、多機関が参集したうえで死亡をオーバービューし一次検証の妥当性について追認・修正するとともに、検証を通じて出された提言を実施可能な予防施策となるように調整し、予防施策に責任を持つ機関を明確化して現実的な行動化を促進する場であり、CDRシステムの中核をなすべき場です。さらにCDOPの場は、事例のオーバービューだけではなく、当該地域におけるCDRのあり方に関する運用会議の場としても機能すべき場でもあり、地域のCDR施策を進めるコントロールセンターというべき存在で、都道府県単位でその設置を法的に規定することが望まれます。

一方、多機関連携のCDOPの場は、詳細な検証を行いうる時間的制約が存在しています。既存の死亡事例検証の場は予算も明確で、専門家が集い十分な時間をかけて検討が行われるものであり、可能な限りそちらの枠組みで検証が行われることが望まれますが、そのような既存の制度の対象から漏れてしまった重大事例・極めて教訓的な事例・問題点が多岐にわたる事例などは、死亡態様別に地域の専門職に開いてパネルレビューを行い、時間の制約を受けずに検討することが望まれます。

また既存の死亡事例検証は「事例発生時に参集され、検証終了時に解散する」ものであり、出された提言がしっかりと履行されているかどうかのトラッキング (追跡) は、常設の枠組みであるCDOPの場が引き続いて担う必要があり、またCDOPは「それら個別に行われた死亡事例検証の情報」も含めたすべての小児死亡を統合するaudit system (監査体制) の役割を担う場として、相補的に機能しなければなりません。そのためには既存の死亡事例調査とCDRシステムとは、情報を共有化することを法的にも担保することが求められます。

CDOPの会合の際には小児死亡監視として、あらかじめ検証委員に期間内に当該地域で死亡した事例のリスト、ならびに実際に登録作業が行われた事例のリストを提示する必要があります。当該地域で死亡した事例のリストは、死亡票を用いることで全数把握することが可能なはずですが、現時点では死亡票の二次利用は困難な状況です。ただ現時点でも人口動態統計表は各都道府県で公表されていますから、それを可及的に活用することは可能です。このような統計情報と、実際に登録された事例のリストと比較することで、地域における小児死亡事例の把握率を把握し、全数把握のために地域でどのような対応をすべきか、CDOPの参加メンバーで話し合うことも重要な課題といえるでしょう。

ここで、ある自治体で作成したリストをサンプルとして提示いたします。



表：〇〇県における年齢別、人口動態調査票に基づく死亡事例数と、CDR事業登録件数

	2014年	2015年	2016年	計	登録件数	登録割合 (%)	
0歳	19	22	22	63	52	83%	68%
1歳	2	5	5	12	10	83%	
2歳	4	1	2	7	4	57%	
3歳	2	1	0	3	2	67%	
4歳	2	2	2	6	1	17%	
5歳	2	3	3	8	4	50%	71%
6歳	1	0	3	4	2	50%	
7歳	2	0	2	4	4	100%	
8歳	1	1	1	3	2	67%	
9歳	1	0	1	2	3	150%	
10歳	2	0	1	3	1	33%	50%
11歳	2	2	1	5	4	80%	
12歳	1	1	2	4	2	50%	
13歳	2	3	3	8	4	50%	
14歳	1	3	0	4	1	25%	
15歳	1	2	0	3	0	0%	26%
16歳	3	6	3	12	3	25%	
17歳	4	6	6	16	5	31%	
計	52	58	57	167	104	62%	

例えばこの県では、15歳未満の死亡事例の把握率は7割である一方で、15歳を超えるとその把握率は26%に低下しています。このような表を提示することで、現行の枠組みの限界をCDOPの場で共有こととなり、悉皆調査としてCDRを社会実装するために、今後どのような対策を講じていくべきか、必要な事項の話し合いを促進することになるでしょう。

また人口動態調査では、死因別のリストまでは把握することが可能です。

〇〇県人口動態表に基づく、2014-16年 年齢(5歳階級)・死因別 死亡事例数(人口動態表) 今回の登録事例の内訳

死 因	0~4	5~9	10~14	15~19	ア グ ジ ン
感染症及び寄生虫症	計 6		1		9
腸管感染症	計 1				
敗血症	計 2		1		
その他の感染症及び寄生虫症	計 3				
新生物	計 5	7	8	9	4
悪性新生物	計 5	4	5	9	
肝及び肝内胆管の悪性新生物	計 2				
膵の悪性新生物	計			1	
中枢神経系の悪性新生物	計 1	1	3	3	
白血病	計 2	2	1	2	
その他の悪性新生物	計	1	1	3	
その他の新生物	計	3	1		
中枢神経系のその他の新生物	計	3	1		
血液/造血系の疾患、免疫機構の障害	計 1				56
その他の血液造血器、免疫機構障害	計 1				
内分泌、栄養及び代謝疾患	計 2	1			56
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	計 2	1			
神経系の疾患	計 6	2	2	2	9
髄膜炎	計 1				
その他の神経系の疾患	計 5	2	2	2	56
循環器系の疾患	計 3		1	5	56
心疾患(高血圧性を除く)	計 3	0	1	3	
心筋症	計 2		1		
不整脈及び伝導障害	計			2	
心不全	計			1	
その他の心疾患	計 1				
脳血管疾患	計		1	1	
くも膜下出血	計			1	
脳内出血	計		1		
大動脈瘤及び解離	計			1	
呼吸器系の疾患	計 6	4	2	1	9
肺炎	計	1	1	1	9
急性気管支炎	計 1				9
その他の呼吸器系の疾患	計 5	3	1		56
消化器系の疾患	計 4	3		2	56
ヘルニア及び腸閉塞	計 1			1	
肝疾患	計 1	1			
その他の肝疾患	計 1	1			
その他の消化器系の疾患	計 2	2		1	
腎尿路系系の疾患	計	1			56
その他の腎尿路系系の疾患	計	1			
周産期に発生した病態	計 17				8
妊娠期間/胎児発育に関連する障害	計 3				
周産期に特異的な呼吸・心血管障害	計 7				
周産期に特異的な感染症	計 2				
胎児/新生児の出血性/血液障害	計 3				
その他の周産期に発生した病態	計 2				
先天奇形、変形及び染色体異常	計 33		1	1	7
神経系の先天奇形	計 1				
循環器系の先天奇形	計 14			1	
心臓の先天奇形	計 12			1	
その他の循環器系の先天奇形	計 2				
消化器系の先天奇形	計 1				
その他の先天奇形及び変形	計 8		1		
染色体異常、他に分類されないもの	計 9				
他に分類されないもの	計 4			1	10
乳幼児突然死症候群	計 1				
その他	計 3			1	
傷病及び死亡の外因	計 4	3	11	38	3
不慮の事故	計 1	1	1	11	3
交通事故	計	1	1	8	
不慮の溺死及び溺水	計			3	
不慮の窒息	計 1				
自殺	計		7	25	2
他殺	計 1		1		1
その他の外因	計 2	2	2	2	3

	0~4歳	5~9歳	10~14歳	15~19歳	
1	1		1		2
2			7	25	32
3	3	3	3	13	22
4	5	7	6	9	27
5					
6	20	10	4	9	43
7	33		1	1	35
8	17				17
9	8	1	2	1	12
10	4			1	5
	91	21	24	59	195

今回の登録事例の内訳

	0~4歳	5~9歳	10~14歳	15~19歳	
1	2			1	3
2			4		4
3		2	2		4
4	1	4	3	3	11
5					
6	8	2	1	3	14
7	30	1	1	1	33
8	15				15
9	5	1	1		7
10	8	5			13
	69	15	12	8	104

把握割合

0-25% 25-50% 50-75% 75-100% ≥100%

このようなリストをもとに、県内の小児死亡の「監査」を行うとともに、CDR体制のあり方について議論を進めることも、CDOPの役割となります。

実際に登録作業が行われた事例のリストを以下に提示します。このリストでは、CDOPの限られた時間で効率よく検討するために、あらかじめCDOP事務局側で優先して検討すべき事例を@の数で提示しています。一次スクリーニングの段階で論点が明らかにされていれば、@@の事例は20分、@の事例は10分、@なしの事例は5分程度でoverviewすることが可能であり、それをもとにケースロードを見積もり、計画を立てることが出来ます（将来的には提示された事例全てについてoverviewすることが求められ、そのための会議計画を立てる必要があります）。

〇〇県 登録事例一覧表（一部抜粋）

通し No	主たる死因	性別	年齢	疾病 カテ	CA カテ	不詳 死	予防 カテ	レビュ 優先
1	ALL	■	2007月	4	I		C	
2	超低出生体重児	■	2007月	8	I		B	@
3	インフルエンザ脳症, 原発性免疫不全症	■	2007月	69	I		C	
4	18trisomy	■	2007月	7	I		C	
5	絞死	■	2007月	2	II		A	@
6	心筋症	■	2007月	8	I		C	
7	腸閉塞, 超低出生体重児	■	2007月	8	I		B	@
8	神経芽細胞腫	■	2007月	4	I		C	
9	敗血症, 超低出生体重児	■	2007月	9	I		B	@
10	小脳悪性神経膠腫	■	2007月	4	I		C	
11	18trisomy, TGA	■	2007月	7	I		C	
12	肝不全, ARC症候群	■	2007月	7	I		C	
13	肝不全, 腎不全, 有馬症候群	■	2007月	67	I		C	
14	非定型奇形腫瘍ラブドイド腫瘍	■	2007月	4	I		C	
15	超低出生体重児	■	2007月	8	I		C	
16	AN, 餓死	■	2007月	5	II		A	@@
17	SIDS	■	2007月	0	II	IIb	B	@@
18	重心, 施設ショートステイ中CPA	■	2007月	7	I	Ib	B	@
19	脳幹部脳腫瘍	■	2007月	4	I		B	
20	脳腫瘍	■	2007月	4	I		B	
21	脳腫瘍	■	2007月	4	I		B	
22	仙骨骨肉腫, MDS急性転化	■	2007月	4	I		B	
23	左冠動脈肺動脈起始症	●	2007月	7	I	IIb	C	
24	DORV	■	2007月	7	II	IIa	C	@
25	不詳	■	2007月	0	II	Ib	D	@
26	不詳 (Adeno-Ag+)	■	2007月	0	II	Ib	C	
27	不詳 (胃腸炎・イレウス症状あり)	■	2007月	79	II	IIb	D	@@
28	左室心筋緻密化障害	■	2007月	7	IIIa		C	@@
29	死産?? 常位胎盤早期剝離	■	2007月	8	I		C	
30	敗血症, CP (出生時脳出血)	■	2007月	69	I		C	@@
31	特発性心室細動疑い	■	2007月	5	I		D	
32	うっ血性心不全	■	2007月	5	I		D	@@
33	GBS敗血症, 髄膜炎	■	2007月	9	I		D	
34	不詳 うつ伏せで発見	■	2007月	0	I	IIb	C	@
35	SIDS うつ伏せ寝	■	2007月	0	I	Ia	C	
36	内因性急死, 剖検で急性肝障害	■	2007月	5	I		D	@@
37	不詳, 嘔吐20回, 大量宿便	■	2007月	5	I		B	@@
38	神経膠芽腫	■	2007月	4	I		D	
39	急性呼吸不全? 不詳死, 大脳鎌SDH	■	2007月	5	I		D	@@
40	新生児仮死後HIE児の不詳死, 剖検なし	■	2007月	56	I		D	@



実際の検討では、生データのまま検討することは困難であり、事例の要約が提示された状態で検証を行う必要があります。今回のパイロット研究で用いたオンライン登録システムでは、事例の情報を入力することでこのような要約シートが自動作成されるため、それを参考に提示しています。

23		サマリーシート		0	歳	月	日		
<b>死亡診断書情報</b>									
I	内因性急死の疑い...	II		付書				○内因死	
変更									
I		II		付書				○内因死	
<b>病院前救護</b>									
発見者	母		状況						
対応	かかりつけ医同乗で救急搬送、胸骨圧迫、人工呼吸を行った。(心マハバギング)			覚→現	0時間04分		現→病	0時間05分	
<b>検査・治療</b>									
急変	<input checked="" type="checkbox"/>	治療期間	3時間以内		治療	挿管/人工呼吸/骨髄輸液、アドレナリン骨髄注			
検査	血ガス/血算/血糖/生化/アンモ/乳酸/ウイルス			外	注		保	存	
				来院時PEAで、骨髄輸液とアドレナリン投与合計28回、気管挿管、人工呼吸からなる合計2時間の蘇生を行ったが反応なく、死亡。	研究			一室	
<b>要約</b>									
発見以前：なし									
誕生時間	1時間以上	解剖	司法	画像	有			左室優位の心拡大、左室壁肥厚、左室内腔石灰化、腹水、脳実質皮髄境界不明瞭	
<b>背景</b>									
予防接種、健診は月齢相応に行われており、特に行政機関の介入もなかった									
<b>行政</b>									
行政の関与有り	関与の理由								
関与機関は不明									
既往歴	健康(特記すべき基礎疾患なし)	病名			因果			重心	0
<b>養育不全</b>									
寄与なし/不明： 朝方から具合が悪く、午前中のうちに受診しようとした養育者の動きは特に問題がないと思われる									
チェックリスト									
委員会									
対応	対応しなかった。： 不明								
<b>不詳分類</b>									
IIb									
<b>予防</b>									
6,小児医療	4		早い段階で心電図、心エコーなどを行う機会があれば、本児の先天性心疾患を早期診断しフォローすることができたかもしれない(新生児ないし乳児健診で最低一度は心エコー検査を行う)			採用	修正		
						採用	修正		
						採用	修正		
<b>本事例の論点、レビューを通じたコメント</b>									
<b>当該医療者による評価</b>									
症例カテゴリー	0-7	不詳死再分類	IIb	虐待可能性	I	予防可能性	9	要レビュー	
								レビュー不要	
								すべて同意	
								修正あり	
<b>レビューコメント</b>									

## ⑥新たな予防可能死 (PD) の発生を防ぐための提言と責任機関の明確化

\* このステップの「今」と、要点

● CDRを行うことの最も重要な点は、地域を変えることである。「検証のための検証」はほとんど意味をなさない。そのためには有効な提言を発出し、優先順位をつけ、提言に責任を持つ機関・人物を明確化し、実際にアクションを起こしていく必要がある。既存の死亡事例検証においても、提言の質は様々であるが、一般的に総論的な提言には地域を変えるアクションに繋がる力はなく、また提言の実施状況を追跡する仕組みや、市民に見える化する仕組みがないと、絵に描いた餅になってしまうかねない。

→現状ではCDRのパイロット研究で経験を重ねた地域であっても、このような提言を発出し具体的に生かすまでの段階に達している地域はまだ存在しない。このような地域が複数出始めることが、「本邦で真のCDRが社会実装された」と判断する基準になるであろう。

CDRを実施する上で最も重視されるべきステップは、この提言を発出するという段階ということが出来ません。CDOPIは出された提言に実効性を持たせ、具体的なアクションプランに転換する役割を担う場でもありません。当事者の行う一次スクリーニングの場であらかじめ質の高い提言が行われ、それを追認する形が取れることが理想的ではありますが、今回のパイロット研究では、実際には効果的といえる提言を発出する段階にまで至った地域はごく少数であったのが実情であり、的確な提言を出すためにはCDRの目的や運用につき習熟する必要があると言え、今後時間と労力をかけてCDRを行う意義を明確にしていくための重要な課題といえます。

ここで「効果的といえる提言」とはどのようなものであるかにつき、改めて言及しておきます。CDRにおける提言は、総論的な内容ではなく、各論的で具体的なアクションプランに落とし込むことが出来るものであることが肝要です。

先に提示した、うつぶせ寝にして寝かせ、突然死した生後2か月の模擬事例を改めてここに示し、解説を行います。

### 模擬事例

生後2か月の乳児。母に知的障害があり、特定妊婦として出生前よりfollowされていた。死亡当日、ベビーベッドにうつ伏せに寝かせ、母も寝入っていたが、祖母が訪問した際に児が冷たくなっているのを発見し、救急搬送され、蘇生に反応せず死亡宣告がなされた。司法解剖となったが、肉眼的解剖の段階では特記すべき所見は確認されなかったとの情報もたらされた。

このような事例に対し、「うつぶせ寝のリスクの啓発を行う必要がある」などの総論的・観念的・抽象的な提言では、実際の行動にはなかなか繋がりません。具体的に「小児科や産婦人科退院時・一か月健診に書面を用いて説明を行い、親に理解したか否かサインをしてもらう」「特にNICUに入院した児の母親は、モニターをつけた状態とは言え医療機関側がうつぶせ寝にしている状況を見て、誤学習している可能性がある。親が面会する時間帯には医療機関においてもうつぶせ寝を避けるようにし、不可能な場合には十分な説明を親に行く」などといったアクションプランの設定を行い、そのプランに対し責任を持つべき部署の明確化を行うことで、実効性を持たせる必要があります。

またCDRにおける提言は「すべての子どもに有益となりうる提言」である必要はなく、「その子どもの死亡を防ぐことが出来た、具体的な対応」という観点での提言を行うことが重要です。そのような提言を積み重ねることによって、結果として、地域の子どもの全体としての安全性は高まることとなるのです。

また例えば養育不全がその死に関与した可能性のある事例の検討においては、「虐待をどうすれば防げたか」という観点の議論も重要ですが、「虐待による死をどうすれば防げたか」という観点で議論することがより



効果的であり、具体的なアクションプランに繋がる質の高い提言の発出に繋がります。

提言の内容によっては、その遂行責任を負うべき機関を明確化しえない場合や、明確化できたとしてもCDOPに参加している人物の権限の範囲で易々と返事ができない場合もあるでしょうし、遂行責任を負うべき機関を代表する人物がCDOPに参加していない場合もあるでしょう。そのような場合には、一度議論を持ち帰っていただき、関連部署で検討していただくか、次回の会合の際に関連する機関にCDOP会合への参加を求めることを検討するとよいでしょう。このような議論を通じて、関連機関のしがらみや限界点を知ること、実務上の重要なステップということが出来ます。

CDOPはあくまで変化の触媒やきっかけとなる提言を多機関で共有する枠組みであり、どこに提言をすれば、最大のインパクトを与えることができるかを、経験を積み上げていき、地域の信頼を勝ち得て価値を高める必要があるものです。また提言の実行の如何は、あくまで個々の機関やそれらの機関の一員として働いている当事者に委ねられるべきものである点も強調されなくてはなりません（CDRが社会実装され、さらなる法的基盤が整ったとしても、CDRシステムに提言実行のための予算が付与されることを期待することはできません）。

ただ、いずれにしろCDOPの会議の場では、これまでに行われた提言がどのように地域で履行されているのかを把握し、促進する役割をも担う必要があり、議事次第には短くとも、そのための時間を特別に設ける必要があります。たとえわずかであったとしても、CDRを契機としたアクションプランが実行されていくことこそが、CDRの信頼性を高め、社会的にCDRの取り組みの重要性を理解してもらうことにも繋がります。

予防施策提言を整理しトラッキングを行うために、本書では提言を、「周産期/新生児医療提供体制」「小児医療提供体制」「事故予防対策」「自殺予防対策」「育児支援/虐待防止対策」「死因究明改善」「その他」に分類して、行うことを推奨しています（この分類は後に説明を行う「病態別パネル」と対応させた分類です）。このように分類することで、整理した状態で年次報告書に記載することが可能となります。さらにより詳細な以下のコーディングを行うことで、提言の実施状況について一般市民がトラッキングすることが容易になるでしょう。

<b>*啓発教育</b>	
1. メディアキャンペーン	
学校教育プログラム (2. 管理職対象、3. 児童・生徒対象)、	
4. 一般向けフォーラム、	
5. その他の啓発教育プログラム	
<b>*機関別実践改善</b>	
・医療機関	6. 新規施策 (対策) 立案、 7. 既存の施策 (対策) の修正
・福祉機関	8. 新規施策 (対策) 立案、 9. 既存の施策 (対策) の修正
・司法機関	10. 新規施策 (対策) 立案、 11. 既存の施策 (対策) の修正
・その他	12. 新規施策 (対策) 立案、 13. 既存の施策 (施策) の修正
<b>*法制化対応</b>	
	14. 新規条例/法案提出、 15. 既存条例/法案修正、
	16. 条例/法案の執行強化 (含、通知)
<b>*環境</b>	
	17. 製品の改善/リコール、 18. 公的空間の環境修正勧告、
	19. 私的空間感環境修正勧告
<b>*その他</b>	
	20. その他の上記に分類されない予防策



### \* 予防施策有効性の検証と優先順位付けについて

提言された予防施策について、地域社会がそのすべてを実現することは人的にも予算的にも実際には困難であるし、CDOPが予防施策の遂行自体を行う権限もありません。CDOPの役割としては、提言する予防施策に対し現実的な観点から優先順位をつけて、施策立案者や各機関の実務者に対して提示するところまでが職責となるでしょう。

当ガイダンスでは、予防施策の実現可能性に対し、

- ・「実行の容易性」
- ・「実行に際してのコスト」
- ・「持続可能性」
- ・「コミュニティでの受容性」
- ・「政治的な実現可能性」
- ・「実行した際に考える副作用」

といった観点から有効性を評価し、以下の1-5にカテゴリ化して提示することを推奨しています。そうすることで、地域で実施すべき施策優先順位を踏まえた具体的な検討が進めやすくなるでしょう。

1	新たな死の発生を予防しうる可能性が高く、施策実施上の障壁も低く、実施しうる現実性が高い
2	新たな死の発生を予防しうる可能性が高いが、施策実施上の障壁が高く、実施の現実性は低い
3	新たな死の発生を予防しうる可能性は高いとはいいがたいが、施策実施上の障壁は低く、実施の現実性は高い (予防施策実施により、短期的に確実な効果が得られるわけではないが、長期的実施により効果が得られる可能性が十分に考えられる)
4	新たな死の発生を予防しうる可能性は高いとはいいがたく、施策実施上の障壁も高く、実施の現実性は低い (予防施策実施により、短期的に確実な効果が得られるわけではなく、長期的実施により効果が得られる可能性も不明瞭である)
5	新たな死の発生の予防には直接つながらない

実際にどのように提言をカテゴリ化すべきかに関しては、当ガイダンスでは細かな運用細則はあえて提示しません。例えば先に提示した2か月児の提言に関して、「実際に実施することは困難である」と判断する地域もあれば、ぜひ導入しようと積極的に判断する地域もあるでしょう。その効果についても「広く実施することで確実にこのような死亡は減らすことが出来るはずである」と判断する地域もあれば、直接的には死亡を減らす効果がどの程度であるかは未知数である」と判断する地域もあるでしょう。このような取り組みは、地域の実情を踏まえたうえで実践を積み重ねることで、コンセンサスを形成すべきものといえます。

ただし積極的にアクションプランを進めていくためには、予防施策を行う効果については、pessimistic (悲観的: どうせ変わらない) に捉えるよりも、optimistic (楽観的: 変えることが出来るはず) である方が、有用な考え方であるという観点は理解していただきたいと思います。

米国のCDRの報告では、2005年から2015年の11年間で164,261人の子どもの死が検証され、18,603人の子どもの死に対し89,040の提言が発出され、7,431の提言が実際に履行されたと報告されています<sup>11</sup>。また虐待死に関する報告では、2005-2009年の5年間に1020の提言が出され、109の提言が実行に移され、施策の改善に結びついたと報告されています<sup>18</sup>。このような見える化がなされることが、着実な変化がもたらされているとの認識に繋がり、CDRの取り組みをさらに強化することになるのです。

## ⑦既存の死亡事例検証との調整、病態別パネルレビュー開催

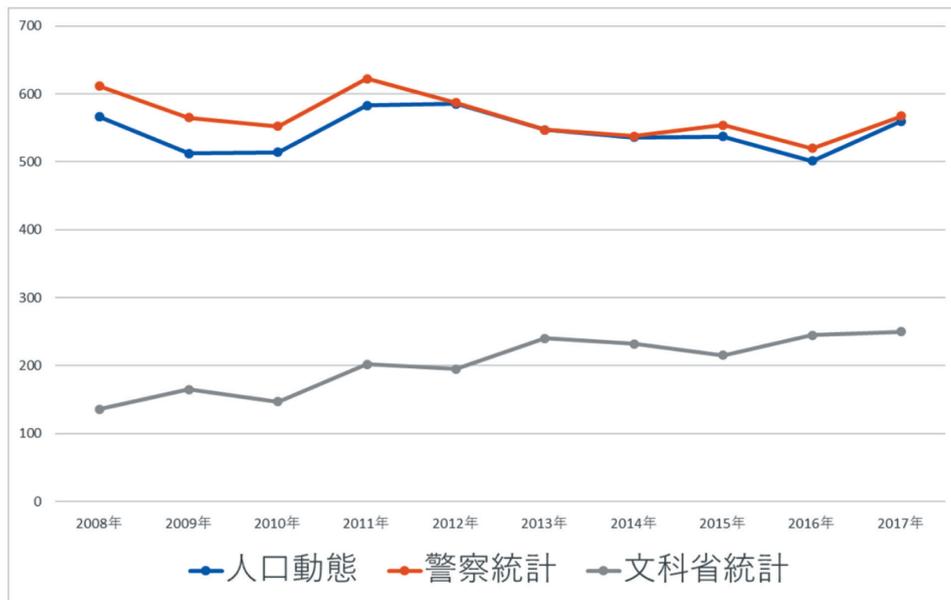
\* このステップの「今」と、要点

● 「当事者だけの検証にとどめるべきではない極めて教訓的な事例」「問題点が多岐にわたる事例」で既存の死亡事例検証の対象外とされた事例に関しては、CDOPの下部のworking groupとして、時間に制約を置かないで検証する「病態別パネルレビュー」を実施し、地域の専門職に開き検討を行うことが望ましい。

→現状では、CDOP検証まで行っている地域はごくわずかであり、CDOPの下部のパネルレビューという枠組みで実際の検討が行われた地域は極めて限られています。実質的にこのような事例検討は、多くの専門職で類似の検討を行ってきたものであり、実際に行うこと自体はそれほど困難ではないであろう。多機関が参加したうえでこのようなパネルレビューを行うことが出来れば、これまでの事例検討では得られなかった視点から、多様な意見を聞くことが出来るであろう。

⑤でも述べた通り、時間的制約があるCDOPの場で、「当事者だけの検証にとどめるべきではない極めて教訓的な事例」「問題点が多岐にわたる事例」で既存の死亡事例検証の対象外とされた事例に関しては、CDOPの下部のworking groupとして、時間に制約を置かないで検証する「病態別パネルレビュー」を行うことが推奨されます。

ここで例として、自殺事例に関する統計的な事実を提示したいと思います。



ここで示した人口動態表に基づく自殺者数は20歳未満の事例、警察統計は19歳未満の事例、文科省統計は各年度で学校から報告のあった事例数という差異はありますが、医療者や警察が把握した自殺数と、学校が報告した自殺数には2倍以上の差が現実的に存在しています。

もちろん自殺事例はハイティーンの子どもたちに多く、学校に在籍しておらず文科省の死亡事例検証の対象外の事例が多いことも背景にはあるでしょうが、この表から学校管理下の子どもの死亡事例が全数統計に乗っているとはとても解釈することはできません。小児の自殺に関しては、いじめによる自殺であれば「いじめ防止対策推進法第28条第1項」が死亡事例検証を行う根拠法になり、いじめの存在が明確でなかった場合であっても文科省通知「子供の自殺が起きた時の背景調査の指針」によって、原則として全例が詳細検討の対象となりうるものです。が、現行の体制のままでは自殺の可能性のあった多くの事例が検証されずに終わってしま

っていると推察せざるを得ません。このような既存の体制から漏れてしまう事例に対しては、CDRパネルレビューの場がその検証を補っていかなくてはなりません。

実際のパネルレビューの体制について、当ガイダンスでは

- A: 医療者中心パネルとして 「小児医療パネル」「周産期/新生児医療パネル」、
  - B: 行政/教育中心パネルとして 「事故パネル」「自殺パネル」、
  - C: 司法中心パネルとして 「虐待パネル」「不詳死パネル」
- の6つに分けて実施することを推奨しています。

以下に既存の死亡事例検証制度の法令根拠やlimitationを踏まえ、各パネルについて概説します。

#### A: 医療者中心パネル

##### \* 「小児医療パネル」

死因カテゴリー分類の「4: 悪性腫瘍」「5: 急性内因疾患」「6: 慢性疾患の増悪」「9: 感染症」に分類された事例が主に該当します。

カテゴリー4・5・6に関しては医療過誤の可能性がある場合には「医療法第6条11項」に基づいた調査が根拠法となりますが、それ以外では剖検実施に関する「死体解剖保存法」以外には、「がん対策基本法」「難病の患者に対する医療等に関する法律」「肝炎対策基本法」「アルコール健康障害対策基本法」「アレルギー疾患対策基本法」など調査研究を推進する各種法令が存在していますが、個別事例の詳細検討を規定するものではなく、個別死亡事例の検討は臨床病理検討会（CPC）と同様、臨床研修制度や専門医制度でそれを促進する枠組みはあるものの、医療者の専門性向上のための自己研鑽として任意に実施されているに過ぎないのが実情です。

カテゴリー9に関しては、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」、細菌による食中毒に関しては「食品衛生法」、検疫に関しては「検疫法」が法令根拠となるが、あくまでも「感染症」とは、一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症が対象であり、また届出義務が課されているのみで、公衆衛生的な観点以上に個別事例の検証を行う根拠にはなりがたいといわざるを得ません。

それゆえ、CDRで詳細な検証を行う必要がある場合、ほとんどの事例では、医療者に実施を委ねて行うほかないと言えます。

##### \* 「周産期/新生児医療パネル」

死因カテゴリー分類の「8: 周産期／新生児期イベント」が中心となりますが、「7: 遺伝子異常、先天異常」もこのパネルで実施したほうが良い場合が多いでしょう。

このカテゴリーに関しても、医療過誤の可能性がある場合には「医療法第6条11項」に基づいた調査が根拠法となりますが、個別事例の詳細検討を規定するものはなく、個別死亡事例の検討は、医療者の専門性向上のための自己研鑽として任意に実施されているに過ぎません。

このカテゴリーに関しては、諸外国ではCDRからさらに発展させた、胎児期死亡を含めたFIMR (Fetal Infant Mortality Review) として制度が構築されています。将来的には、そのような制度を本邦でも構築する必要性を含めて、論じていく必要があるでしょう。

本カテゴリーのパネルは、周産期・新生児医療者、助産師、病理医、救急隊などを中心として行う必要がありますが、その性質上「小児医療パネル」と合わせて、小児科学会学術集会地方会などの学術の場を利用して行うなど、地域の実情に応じて検討する必要があります。特に、「7: 遺伝子異常、先天異常」に該当する事例など、希少疾患で地域に専門家がいらない場合においては、外部有識者を招聘するなどの柔軟な対応を行う必要があるでしょう。

### コラム：医事紛争とCDRの関係性について

ここで改めて、医療過誤とCDRの関係について言及しておきたいと思います。

医療過誤の可能性のある事例については、原則として原因究明・再発予防のための医療事故調査制度が存在しており、そこに全例が委ねられるべきものです。CDRの体制構築が途に就いたばかりの現状においてこのような事例を含めることは、医療者の協力が得られなくなるリスクもあり、制度的にCDRの対象から外すことも現実的に考慮しなくてはなりません。

ただし「医療事故調査制度の対象とはならない」と当該医療機関の管理者が判断した事例に関してはこの制度から外れるため、CDRの対象となりうる事態はありえます。この場合に、CDRの場で討議するとしても当事者の秘匿性、非懲罰性の原則は貫かねばなりません。民事・刑事の紛争になりうると当該医療者が判断した事例に関しては、その詳細な検証は裁判などに委ねられることとなるため、CDRの対象とはしないという選択肢は考慮されます。

ただしCDRの実施趣旨からは、「恣意的に特定の事例を対象から外す」ということは本来望ましいこととは言えず、「CDRで討議した内容は、民事・刑事にかかわらず係争事例の直接の証拠としては用いられないこと」、また「CDRで討議した内容で公務員に課せられる告発義務が発生することはないこと」が法的に担保される必要があります。

紛争当事者になりうる人物・機関であっても忌憚のない意見を言うことが可能な環境を可能な限り整備する必要があり、そのうえで憲法第三十八条で「何人も、自己に不利益な供述を強要されない」と規定されている以上、当事者が望まない場合にはCDRの実施の可否（当事者の臨席しない状態で実施する、もしくは紛争の懸念が消失するまで実施をpendingにする、など）はCDOPの座長（座長が紛争当事者になりうる場合には、別の人物）にゆだねられるべきでしょう。

## B：行政/教育中心パネル

### 「事故パネル」

死因カテゴリー分類の「3：事故」に分類された事例が該当します。

保育事故による死亡に関しては、「平成26年内閣府令第39号」「平成26年厚生労働省令第63号」「平成29年厚生労働省令第123号」が法令根拠となります。学校管理下で生じた事故に関しては、文科省通知「学校事故対応に関する指針」が法令根拠となりますが、「学校の設置者が必要と判断した事故」に限定されており、詳細調査への移行も、教育活動自体に事故の要因があると考えられる場合・被害児童生徒等の保護者の要望がある場合・その他必要な場合と定められています。

航空・鉄道・船舶事故死に関しては、「運輸安全委員会設置法」が、交通事故に関しては「道路交通法第108条14項」が検証を行う上での根拠法となります。なお道路交通法では第108条16項で「警察署長は、分析センターの求めに応じ、分析センターが事故例調査を行うために必要な限度において、分析センターに対し、交通事故の発生に関する情報その他の必要な情報又は資料で国家公安委員会規則で定めるものを提供することができる」と規定されており、かつ同24項では「警察庁及び都道府県警察は、分析センターに対し、国家公安委員会規則で定めるところにより、その事業の円滑な運営が図られるように必要な配慮を加えるものとする」と記載されており、CDRを社会実装する上で、警察の把握している情報の提供の法令根拠を付与する方法論を考えるうえで参考となります。

製品に関連した死亡事故の検証に関しては、「消費者安全法第23条」が根拠法となりえます。同法第4条5項では「国及び地方公共団体は、消費者安全の確保に関する施策の推進に当たっては、基本理念にのっとり、独立行政法人国民生活センター、消費生活センター、都道府県警察、消防機関、保健所、病院、教育機関、消費生活協力団体及び消費生活協力員、消費者団体その他の関係者の間の緊密な連携が図られるよう配慮しなければならない」旨が明記されており、やはりCDR実施において各機関の把握している情報の提供の法令根拠を付与する方法論や、各種の法令根拠に基づく死因究明調査の情報を共有する方法論を考えるうえで参考となるでしょう。

ただしいずれにしろ小児の事故死亡の大多数である「家庭内の事故」や「単独の交通死亡事故」などに関しては、調査を行うことを可能とする個別の法令根拠は実質的には存在しておらず、新たに成立した成育基本法の15条2を根拠にして、CDRの枠組みで実施していく方法を模索するしかないのが現状です。

本パネルに該当する死亡事例は、各地域に専門家が少なく、予防施策立案に高度の専門性が求められる場合には、外部有識者を招聘するなどの対応が望まれます。また、工学的検討など比較的多くの予算を要する検討を行うことが効果的な予防策の立案に繋がらう場合、地域の枠組みを超えて類似事例を集めて、都道府県単位ではなく、国により検討を行うことも想定されます。

#### \*「自殺パネル」

死因カテゴリー分類の「2：自殺」に分類された事例が該当します。

死亡の背景に生前に犯罪に該当する被害の存在が疑われる場合、犯罪死と同様の法令根拠のもとで調査（捜査）がなされることとなるでしょう。しかし刑事捜査としてだけではなく、自殺事例の場合には、「自殺対策基本法第15条 国及び地方公共団体は、自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するため、自殺の実態、自殺の防止、自殺者の親族等の支援の在り方、地域の状況に応じた自殺対策の在り方、自殺対策の実施の状況等又は心の健康の保持増進についての調査研究及び検証並びにその成果の活用を推進するとともに、自殺対策について、先進的な取組に関する情報その他の情報の収集、整理及び提供を行うものとする」を法令根拠として、検証を行うことも可能かもしれません。ただし、本法令はあくまでも公衆衛生学的調査を定めたものと解釈され、CDRの理念にかなう個別検証を行う根拠にできるかは不明瞭です。

CDRで求められる個別事例検証に関しては、いじめによる自殺であれば「いじめ防止対策推進法第28条第1項」が根拠法になり、いじめの存在が明確でなかった場合であっても、小児の自殺事例の場合には文科省通知「子供の自殺が起きた時の背景調査の指針」があり、原則として全例が詳細検討の対象となりえます。しかし遺族が調査を望まなかった場合などは、現実的には調査はなされず、不登校であった事例や、高校未進学・中退事例などは検証対象外となり、全例調査からは程遠いのが実情です。また基本調査から詳細調査に移行する判断は、設置者自身が判断する仕組みになっており、第三者機関等の意見を求めることは「望まれる」との記載があるのみで、そのような体制構築は実際には進んでいないのが実情です。

このような遺族が望まなかった事例、社会的擁護下にあった事例、不登校であった事例や学校に籍を置いていない事例で、学校設置者が調査の実施主体になることが困難な場合や、調査組織が平常時から設置されておらず組織立ち上げに相応の時間がかかると予測される場合など、基本調査・詳細調査の実施から漏れてしまった事例を対象として、パネルレビューを実施する体制を整備することが望まれます。

#### コラム：民事紛争とCDRの関係性について

行政機関中心パネルに該当する事例は、ほとんどが突然の予期せぬ死亡として発生します。特に、親権者の監護下に置かれていない状況下で発生した場合には、民事紛争に発展しうる可能性が十分に考えられます。CDRやパネルレビューで討議した内容は、民事・刑事にかかわらず係争事例の直接証拠としては用いられないこと、またCDRで討議した内容で公務員に課せられる告発義務が発生することはないことを、法的に明記する必要があると言えます。

また紛争となりうる状況下で死亡が発生した場合には、より慎重な遺族支援の実施が求められ、そのための体制整備を図る必要もあると言えます。CDRやパネルレビューの場に遺族が直接的に参加することは推奨されませんが、プロセスの詳細については、遺族に適切な説明がなされる必要があります。遺族がCDRやパネルレビューの場へ伝達したい事項などについては、しっかりと傾聴したうえで、確実にその場へ届けることが担保されるべきであり、またCDRやパネルレビューの結果、我々が学んだ教訓については、遺族へフィードバックを行う必要があるといえますし、そのような保証がない限り、国民からCDRを実施する理解は得られ難くなるでしょう。

ただし、そのことがいたずらに新たな係争の引き金にならないよう十分な配慮を図る必要があります。CDRは、「警察や行政機関などが実施した死因究明に対する疑義申し立てを受け付ける制度」ではなく、あくまで新たな予防可能な小児死亡の発生を防ぐための教訓を得るための制度であり、紛争化した事例に対し、その解決を行うことを目的とした場ではない点を十分に理解してもらうための市民啓発を並行して行っていく必要がある点は強調される必要があります。



## C:司法中心パネル

### \*「虐待パネル」

死因カテゴリー分類の「1:虐待」に分類された事例が該当します。(もちろん虐待だけではなく、ネグレクトに起因した死亡や、家庭外の第三者の関与した殺人なども、ここに該当します)

本カテゴリーに分類される死亡事例は犯罪死に該当するため、「警察法」「警察官職務執行法」「刑事訴訟法」などを根拠法として、捜査が行われることとなるでしょう。ただし、刑事事件として調査するか否かは、捜査機関が決定するものであり、例えば医療機関が虐待を疑ったものの、捜査機関が実際には捜査に着手しないという事態も生じます。そのような場合には、「捜査中である」と回答されるのみで、行政・医療などの非警察組織では、情報提供を求めるところか状況を確認することすら困難なのが現実です。

捜査資料は刑事訴訟法47条(訴訟に関する書類は、公判の開廷前には、これを公にしてはならない。但し、公益上の必要その他の事由があつて、相当と認められる場合は、この限りでない)の規定があるため、CDRを実施する際に警察や検察に情報共有を求めても、公的に提供してもらうことは、たとえ不起訴となった事例や、処分保留のまま何年も経過した事例であっても、現状では実質的に困難です(但し書きの「相当」の範囲は不明瞭であり、実運用もほとんどなされていません)。

一方、「虐待防止法第4条第5項」を根拠とする行政調査は、捜査とは全く異なる観点から本来実施すべき調査です。起訴に至る事例は、八何の原則(「何人が(犯人)」「何人とともに(共犯)」「何時(日時)」「何処で(場所)」「何人に対し(被害者)」「何故に(動機)」「如何にして(手段)」「何をしたか(結果)」)がすべて明快である事例に限られ、また裁判というのは同種事例を予防しうる可能性を探求する場ではありません。捜査情報を欠いた状態でも、行政が独自に検証する意義は大きいといえます。しかし、虐待死としての行政調査も「起訴された事例」「新聞報道がなされた事例」にほぼ限定されているのが実情で、さらには生前に関与がなかった場合であっても実施することが勧奨されていますが、現実的にはほとんど実施されていない状況にあります。

CDRはこのようなギャップを埋めるための制度として、大いに期待されます。ただしそのために整理しなくてはならない課題は多く存在しています。まずCDRを実施することが刑事訴訟法47条の「但し書き」に該当することが明示され、捜査機関に対してCDRの実施に限り、公判を前提とした事例に関して「公判に影響しない範囲内で証拠物や実況見分調書、供述調書を共有しうる」こと、及び不起訴とした事例に関しても同様の情報をCDRに提示しうるということが明示されることが望まれます。

逮捕・送検にすら至らない事例の捜査情報に関しては、情報開示請求の対象外に置かれているため(情報公開法5条4号)、現状ではとりわけ共有は困難です。この場合であっても、予防施策の検討に必要な情報に限り共有しうる余地があることが明記されることが、公益上は望まれます。

いずれにしろ、進行中の司法プロセスの情報管理の責任は、公判中を除いて主として検察庁が負うことが原則とされています。それぞれの地域で実際に捜査機関をCDRのメンバーとして招聘し、顔の見える関係性を構築するとともに、CDRを行うことによる地域社会・国家にとってのメリットを今後の取り組みで具体的に共有していくことが重要であり、個々の事例で「予防施策を検討するためにどうしても必要な情報は何か」につき明示したうえで、担当検察官と警察を交えてCDRに供することが可能な範囲を相談できる関係性を構築することが、法的な問題を整備することに繋がっていくでしょう。

一方、公判の場で公となった情報に関しては、公判後であればCDR検証・パネルレビューの場で共有することは、現時点でも不可能ではありません。公判に至る事例であれば、既存の死亡事例検証が行われることとなる可能性が高いですが、公判前に地域でCDR検証/パネルレビューを実施し速やかに一定の見解を多機関で共有しておき、公判後に既存の死亡事例検証を行うなど、CDRと既存の検証システムとが連携して対応することも考慮されます。

CDRの目的は個人の有責性を問うことにはなく、厳密な事実認定を行うことを目的とするものでもありません。現行法規の範囲で情報取得を尽くしたうえで、それでも欠落してしまう情報に関しては「たら・れば」で構わないので議論し、予防施策を打ち出すことはたとえ事実認定部分が不正確であろうとも一定程度の意味



はあり、このような活動を通じてCDRの有益性が地域で共有でき、実績が積みあがることで状況も変わりうるでしょう。検察・警察の担当者が参加し議論を共有することは、たとえ一般的事項のみしか話せない立場での参加であっても大きな意義があり、地域のCDRに積極的にこれらの職種が参加することを推奨する旨の通知だけでもなされることを期待します。

#### \* 「不詳死パネル」

死因カテゴリー分類の「10：不詳」に分類された事例が該当します。

不詳の死のうち、異状死と判断される場合には医師法21条に基づき、警察に届け出を行う必要があり、犯罪死の可能性があり必要と判断された場合には、司法解剖が実施されることとなるでしょう。犯罪死と判断されなくとも、「死因身元調査法（正式には、警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律）」に基づき、解剖の実施対象とはなり得ます。ただし、解剖実施に際して“法医学に関する専門的な知識経験を有する者”などが助言を行いうるとされてはいるものの、あくまでその判断は警察にあり、また実運用上は遺族の同意なく実施することは困難であるのが実情です。

いずれにしろ刑事事件となりうるとされた場合、やはり刑事訴訟法47条が壁として働き、CDRに資する情報を警察から得ることは、現行は困難です。ただし、平成30年12月5日付通知により、今後は臨床医と法医学者との情報共有は促進されることとなるでしょう。ただしあくまで、解剖結果について共有することが可能となっただけで、その他の捜査情報に関しては、共有のための議論は進んではいません。

また異状死の届け出に関しても、あくまでも「体表異状を有する事例のみが対象である」と解釈する医師もおり、不詳死であっても1割程度の事例では警察に届け出がなされていないのが実態です<sup>19</sup>。また異状死であっても多くの事例は病院で死亡宣告を行うこととなりますが、最大で15%程度の事例は病院外で死亡が確認され、検視に回っていると推察されています<sup>13</sup>。

このカテゴリーの事例に関しては、「医療者が詳細に検査を行っておらず、かつ解剖の情報もなく（解剖がされていない、もしくは解剖されていても情報が共有されない）、集まって議論したところで「何が何だかわからない」が結論で、何らの予防施策も打ち出せないということが往々にして起こってしまいます。

そのような場合であっても、その不詳性がどの程度であるのか（典型的なSIDSであるのか、SIDSとすることを躊躇する何らかの欠落情報があるのか、社会的ハイスクな状況など疑義ありと判断すべき状況があったのか）、診断しえない何らかの内因疾患であった可能性や、外因が否定しえない状況はなかったのか、など様々な観点から検討を行うべき余地は十分にあり、医療機関や捜査機関で情報が停留している現状を変え、そのような状況を多機関が共有することは極めて重要です。

もちろん理想的であるのはやはり、臨床医が臨終の際に検査を尽くし、警察官は何らかの疑義がある場合には積極的に解剖を含めた捜査を尽くすべきであるとの判断を行い、解剖を行う場合には、その前後で臨床医と法医・病理医が学究的観点から検討を行う、という体制を整備していくことにあることは明らかです。

解剖を実施することを「かわいそうで、できればさせないほうがいいこと」と医療者であっても考えている現状に関して議論を深めることも重要です。解剖を行うことによるメリットやデメリットを十分に説明したうえで、どのような選択を行ったとしても、それが遺族にとって最善の道であったと感ずることが出来るように、説明を尽くすことが医師の役割であり、個々の医師の持つ理念を押し付けるべきではありません。遺族は「子どもの死」という圧倒的な状況に置かれた段階で、これらの判断を行わなければならない、そのためにもどのような説明を医師が行うべきかの技術向上を図っていく必要があります。捜査機関において往々にして行われる「かわいそうですが決まりなので、」という解剖前の説明は遺族にとって生涯抱える葛藤に繋がります。解剖を行う必要があるという決定が下された場合には、その決定が遺族にとって陰性感情を抱かせることのないように十分な説明とサポートを行うことは重要であり、そのような説明を医療者が行うべきか、検視官が行うべきかも議論を深めなければならないでしょう。



小児死亡時に対応すべき事項について、習熟するための講習会などの機会を増やしていくことも、CDRの社会実装を行う上で重要なことであり、そのような体制を整備することも求められます（日本小児科学会では「小児死亡児対応講習会」を当研究班と合同で準備し、2018年より実施をしています）。

いずれにしても現状のDon't Know（情報が不十分で、何が何だかわからない。もし追加の情報が存在していたならば何か分かったかもしれない）の状態から、Can't Know（現状行いうる最善の死因究明対応を行っているのに、これ以上はどの地域で、誰が対応したとしてもおおよそわかり得ない）にまで死因究明を尽くすことは、「生きる」という最も基本的な権利が成人に至る前に消滅してしまった子どもに対しての、最後にして最大の権利擁護にあたるものといえます。

#### コラム：刑事紛争とCDRの関係性について

司法情報中心パネルにおいても、CDRで知り得た情報は民事・刑事にかかわらず係争事例の直接的な情報源として用いられるべきではなく、公務員に課せられる告発義務などの免責も明記される必要があると言えます。ただ一方で、CDRを実施することで点と線が繋がり、犯罪死であることが明確化した場合に、子どもの権利擁護活動としての「告発する権利」まで消失すると解釈するべきではありません（そうであるならばCDRを行うことが、死亡した子どもの権利を著しく阻害することに繋がってしまいます）。この点につき、どのように制度上で整理していくのかは、今後、議論を深めていく必要があります。

いずれにしてもCDRで議論された内容は、法で非開示であることが定められた「法令秘等情報」に位置付けるか、県・国・他の地方公共団体の内部又は相互間の審議・検討等に関する情報で、公にすることにより率直な意見の交換や意思決定の中立性が不当に損なわれるおそれなどがある「審議等情報」に位置づけるなどの整理を行い、参加者・議事録を含めすべて情報開示請求上の非開示情報に位置付ける必要があるでしょう。それらの点についても今後明確化を図ることが、CDRを社会実装する上で不可欠といえます。

#### \*「その他のパネルレビューの枠組み」

上記6つのどのパネルで討議すべきか判然としない事例や、複数の死因カテゴリーにまたがり、複数のパネルレビューの実施の適応のある事例の検討をどのように行うのかも、事例ごと・地域ごとに検討する必要があるでしょう。「CDOPの場で、特別にパネルレビューを行う」、「複数のパネルで複数回の検証を行う」など地域ごとに実情に応じて運用することとなるでしょう。

### コラム：虐待死の有する、社会へのインパクト

メアリーエレン事件を皆さんはご存じでしょうか？アメリカ合衆国ニューヨークで一人の少女救出の一連の経緯が、1874年に広く世間に知れ渡った事件です。メアリーは当時8歳の少女で、長年にわたって義母義父からひどい虐待を受けていた状況にあったところ、住居の大家夫人が見るにみかねてケースワーカーに相談したのです。ケースワーカーは、警察に保護を求めたものの、当時のアメリカでは子どもを守るために家庭に介入する事を許す法律は存在せず、当初は警察においても暴行の証拠を確認できずすぐに保護できませんでした。ケースワーカーは、アメリカ動物虐待防止協会に相談し、虐待について証言する意思のある近隣の住民の協力を取り付け、その後、少女は警察に保護され、関連書類が法廷に持ち込まれ、義母は傷害罪の実刑判決で刑務所に送られることになりました。一連の経緯は子ども虐待対応と予防システムの大切さを認識するきっかけとなり、子どもを虐待から救う目的で世界で初めてニューヨーク児童虐待防止協会 (New York Society for the Prevention of Cruelty to Children) が創立されることになりました。子どもを虐待から救う活動の歴史的な1歩となったのです。

チャイルド・デス・レビュー (CDR) の歴史は、1978年虐待死防止を目的にロスアンデルスで取り組みから始まりました。1993年ミズーリー州の成果報告<sup>20</sup>後に小児死亡の検証が義務化され、2000年にアリゾナ州の成果報告<sup>21</sup>後、すべての小児を予防可能な観点からの検証することの重要性が認識されるようになりました。そして、2002年CDRのためのナショナルセンターが設置され、現在では全州においてCDR実施が法制化されています。

英国では、2000年にヴィクトリアキンビーという8歳の少女が叔母とそのボーイフレンドにより殺害される事件が発生しました (ヴィクトリアキンビー事件)。ヴィクトリアはコートジボアール共和国からロンドンに引き取られてきていた子でした。この事件に関してイギリス政府は、法定調査を開始し、2003年報告書を作成しました。調査結果は、専門家だけでなく国民の間にも大きな懸念を引き起こし、今後はこのような子どもの死亡をどのようにすれば予防できるのかということが問われることとなりました。また同時に、子どもの生活への介入は子どもの健康や発達が損なわれるのを予防するためには遅すぎたのではないかとすることも懸念され、この事件をきっかけに、早期介入および効果的な保護に取り組むための政府による大規模な活動Every Child Matters (すべての子どもが大切) の構築につながり、2006年英国で国の正式なパイロット研究が施行され、2008年4月に全英でCDRを実施することが法律で定められました。

わが国でも近時、「何かできることはないか」と強く社会の変革をせまる事例が続いています。将来のすべての子どもたちが健やかに暮らせることを目的とし、一人の子どもの命を大切に、同じような過ちを繰り返さないためにも、大人の英知を結集するランドマークとしてのCDR制度構築を急ぐ必要があるといえるでしょう。

## ⑧年次報告書作成、提言実施のトラッキング

### \*このステップの「今」と、要点

- CDRは少なからず、現場に負担を強いるものであることに間違いはない。しかしその負担を凌駕するほどのメリットが、地域の子どもにもたらしうることが期待されるものである。現状はCDRの効果判定を日本ではまだ行いうる状況にはないが、ミシガン州の検討では、CDRが有効に機能することで見つかった課題の37%が解消し、小児死亡が9%減少したと報告されている。このようにCDRはしっかりと機能しさえすれば大きな恩恵がもたらされうるとは言え、現場が負担を受け入れ継続してCDRにエフォートを注いでくれるようになるためには、遅滞なくフィードバックを返す必要がある。
  - 年次報告書は、可能な範囲内でオープンにすることで、市民がCDRの意義を理解する啓発効果をもつものでもある。
- 現状ではまだ年次報告書を作成する段階に至った地域は少ないが、様々な行政報告書の作成に比して、特段に労力がかかるものではない。ただし多機関での検証結果の報告であるゆえに、報告書の作成部署のみでは責任を負いきれない記載も当然出てくると思われ、各関係機関すべてが作成協力を行う必要がある。

CDR個別検証やCDOPの議論を通じて得られた知見は、提言としてまとめるだけでは不十分であり、出された提言が実際に地域の実践を変えることに繋がらなければ「絵に描いた餅」にすぎません。提言の実施状況のトラッキング（継続して確認していくこと）を行うことまでを都道府県の役割として位置づけ、その状況が随時確認可能な枠組みを整備していく必要があります。

CDR個別検証/CDOPの議論内容を、個人を特定しうる情報を排除してデータ化して体系的にまとめ、年次報告書として公表することは、以下の重要な取り組みに繋がります。

- 地域のCDRの取り組みと、実践活動の意義を啓発することに繋がる。
- PDを減少させるために提言された施策を、市民がトラッキングすることが可能となる。

年次報告書の作成に当たっては、その作成部署を明確化しておく必要があり、主たる記載はその部署が担うことになるでしょう。ただ報告書の作成部署のみでは責任を負いきれない記載も当然出てきますから、各関係機関すべてが作成協力を行う必要があります。

各地域の報告書は、ディスカッションの概要が把握できる程度には背景情報を記載することが望まれますが、個人情報や排除し、特殊な病態で死亡した事例に関しては個人の特定がなされないように、特に配慮する必要があります。報告書は、CDRのプロセスに直接関わった、守秘義務に関する誓約書に署名した各機関へのフィードバック用のものと、一般公開向けのものとの二種を作成することも考慮されます。一般向けの内容についてはHPの閲覧しやすい場所に明示することが望まれます。

### \*CDR年次報告書に記載すべき概要

1. 採用しているCDR検証やCDOPのプロセスの要約
2. 行った提言の要約
3. 対象期間内に発生した全死亡数とCDRで検証した事例数（各死因カテゴリー別・年齢別に記載）
4. 対象期間内に実施された既存の死亡事例調査の事例概要
5. 対象期間内に実施されたパネルレビュー実施事例の概要
6. 全死亡事例を対象とした、各種登録事項（A-H）のまとめ
7. 予防可能性ありと判断した事例から導き出された各種提言のまとめ
8. 過去5年間の年次別傾向別の死亡データ
9. 全国データとの比較と、データに相違がある項目に関する考察と対策

- 10. これまでに発出された提言の当該年度までの実施率と、実施状況に関する考察と対策
- 11. 自治体の首長向けの総論的提言事項
- 12. 一般市民、養育者への総論的提言事項

上記を基本とし、各地域ごとに必要な報告事項をまとめるとよいでしょう。短くてもよいので可能であれば、各関連機関ごとに要旨を記載し掲示することで、それらの機関が市民に対しての職責をしっかりと果たしていることの理解促進につながるでしょう。

## ⑨ナショナルデータベース化、国家的施策の実施

### \*このステップの「今」と、要点

- 現状ではCDRの実施は研究の段階にとどまっているため、国としてのデータベース構築は当然進んでいない。成育基本法が成立したことで、データベースの構築に関する論議も進んでいくであろうが、このステップは正確なデータ供出があって発展していくものであることに疑いの余地はない。
  - 英国でもナショナルデータベースは、現時点では構築に至っていない。その構築にはCDRを社会実装した地域が一定以上に増えていくことが必要とされるであろう。
  - 米国ではナショナルデータベースは研究者に開かれ、あらゆる学術的分析がなされている。
- 現状では、まずは都道府県ベースでのCDR構築を優先して行う必要があり、それに追従してこの段階も整理されることとなるであろう。

地域でナラティブに行われた検証をデータ化し、国が疫学的集計を行うとともに、地域の実践報告を国が一元的にとりまとめて分析を行うことで、さらに以下の効果が得られることが期待されます。

- 地域のCDR/CDOPにより得られた結論と、全国的な傾向とを比較することで、その取り組みの質の均霑化が図られることとなる。
- 全国集計された結果をもとに、国の政策や実務の改変に生かすことが可能となる。

今回の研究班の取り組みでは、この点の構築議論についてほとんど行うことが出来ませんでした。しかし将来的にはナショナルセンターを設置して、これらのデータを管理する部署を設け、全国集計したデータを参照できるようにするとともに、各地の報告書をワンストップに確認できるようにすることが望まれます。CDRの社会実装がある程度進んだ段階で、その道筋について議論することは必須といえるでしょう。

## ⑩遺族支援

\* このステップの「今」と、要点

- 最低限度の情報提供（一般的な悲嘆反応の説明と、遺族のタイミングでアクセスできる信頼できるピアサポートグループの情報の提供）は、CDRをさておいても、子どもの死に最前線で当たる職種（主に医療者）は行うことが出来る必要がある。
  - CDRを既に広く社会実装している先進国では、CDRの構築論の議論は既に終わっていることもあり、その議論の中心は遺族サポートに力点が置かれるようになっている。
- 現状では、特に突然に子どもを亡くした遺族に対し、十分な対応が出来ているとはおよそ言い難い。遺族対応のトレーニングの場を構築するとともに、現場の当事者が感じるグリーフへも対応できる体制も、CDR体制構築論に含めていく必要がある。

日本語で「悲嘆」と訳されるグリーフとは大切な人と死別した際に出る反応のことを指し、中でも子どもの死というのは、両親をはじめとした遺族に大変な衝撃を与えます。その反応は多種多様で、個別性の高いものですが、心理的、身体的、社会的、スピリチュアル的な影響を多岐にわたってもたらします。直後にグリーフ反応がそれほど顕著に生じなくても、時間を経て現実的な課題などが落ちてきたときに、襲ってくることもあります。

心理的影響	「悲しみ」「怒り」「安堵」「後悔」「自責」「罪悪感」 「無感動」「絶望感」「希死念慮」
身体的影響	「睡眠（過眠・不眠）」「過食・拒食」「頭痛」「胃痛」 「めまい」「吐き気」「疲労・倦怠感」
社会的影響	「会社・学校に行けない」「過活動」「人間関係の悪化」 「不信感」「孤独感」「孤立」
スピリチュアル的影響	「生きている意味の喪失」「『なぜ』という問い」 「神や仏などへの疑問や不信」

またグリーフのプロセスは決して一直線上の平坦なものではなく、「喪失志向（亡くなった人のことを思い出す。失ったことについて考える。侵入的悲嘆。回復の否定）」と「回復志向（新しい役割・生活への適応、自分の将来に向かって生きる、仕事などに励む、楽しいことをする）」を行きつ戻りつ、複雑に進行するものです。

「時薬」として時が癒しをもたらしてくれる場合もあれば、時とともに悲嘆が深まり複雑化することもあります。亡くなった子どもの誕生日や命日、クリスマスや正月など家族に関わる文化的な行事などの時期に強い反応を示すこともあります（記念日反応）。

子どもの死亡に関する調査に関係する重要なタイミングにも、強い感情が沸き起こることもあります。CDRは子ども（A Child）の死から社会が学びを得て、新たな予防可能な子どもたち（Children）の死を防ぐための取り組みですが、個々の子どもの家族にとっては、「私の子ども」は「死を防ぐことが出来なかった」という事実を外なりません。そのことを関与する全員がしっかりと認識したうえで、CDRの社会実装は進めていかなくてはなりません。

それでもほとんどのご遺族は子どもの死亡が社会に役に立つことを望んでいます。一方で「真実を知りたい」という感情もずっと抱えています。そしてその真実を知りたいという希求は、個人の方ではどうしてもないことが稀ではありません。そのためにこそCDRのシステムは機能しなくてはなりません。

CDRシステムで中心に据えるべきは「A Child：亡くなった1人の子ども」であることには誰もが賛同するで