

*CDRに参画すべき各種職種について

ここで、改めてCDRを行う上で参画すべきメンバーシップについて言及しておきます。

- (1) 子ども政策担当部署
- (2) 児童相談所
- (3) 保健所－母子保健担当部署など
- (4) 警察－検視官室、生活安全課少年係、刑事企画課など
- (5) 検察－児童虐待担当検事など
- (6) 教育・保育－保育所主管課、教育委員会総務課など
- (7) 消防－救急業務担当課
- (8) 小児科医－子ども虐待/小児救急の対応に精通した医師
- (9) 法医学者/監察医
- (10) 医師会の警察活動に協力する医師
- (11) 精神医療者－児童思春期臨床の経験豊富な医師・臨床心理士
- (12) DV相談/被害者支援団体

CDRの設立準備の段階で、すべての職種の参画を求める必要はなく、最小限として、中心となる機関と事務方を担う機関の担当者などが少人数で打ち合わせる程度でも差支えはなく、「とにかく一度いらしてください」という姿勢で、まずは多機関の会合の実現に優先順位を置くことが肝要です。(これらメンバーの役割の詳細については、本書の副読本を参照してください)

②どのような枠組みで実施体制を組むか、予算面も含めた検討を行う

実際に多機関が参画する検証会を開催するにあたっては、参加者が「参加の努力義務がある」と感じる程度には、会合参加に正当性を感じる枠組みが必要となるでしょう。成育基本法の成立により、同法に基づく会合であると位置づけることは可能となりましたが、これまでに実施したことがない新規の取り組みになるであろうことから、何らかの既存の枠組みを活用することが会合の実現可能性を高めるでしょう。

以下に今回のパイロット研究において、各地域がどのような枠組みで、CDR検証を行った（もしくは行うために、協議を行った）のか、参考に一部を列記します。

愛知県：医師会事業である「小児救急委員会の重篤調査」の枠組みとして

群馬県：虐待医療ネットワーク事業の枠組みとして

千葉県：小児科医-法医連合の虐待死亡事例研究会の枠組みとして

香川県：日本小児科学会地方会の枠組みとして

三重県：警察と医師会（小児科医・精神科医）合同の虐待死亡事例検証会の枠組みとして

岐阜県：死因究明推進会議の枠組みとして

東京都：新規行政事業として

実際に、地域においてどの枠組みで行うことが出来るかに関しては、地域により様々な事情があり、関係機関で話し合い決定する必要があります。

③どのような事例を検証対象とするのか、大枠を決定する。

実際にどのような事例をCDRの対象とするのかは、法制化が進み法で明示されるまでは、地域の実情に応じて地域が決定する問題です。本準備読本では、18歳未満（法でいう児童）の全死亡事例（内因死を含むすべて）の検証を行うことを推奨していますが、地域によっては「中学卒業までの事例」「未就学児」「新生児を除く」など、年齢で選定条件を付けたり、「内因死を除く」「予防可能性が高いと判断された事例に限定する」などの病態の性質で条件を付けたり、「病院で死亡した事例に限定する」「係争中の事例（刑事・民事訴訟となりうる事例、医療事故調査の対象となりうる事例など）を除外する」など状況の性質で条件を付けたり、「〇〇市と〇〇市で死亡した事例に限定する」などの地理的な条件設定で行うこともあれば、ケースロードを重視し



て「4例の検証を行う」という形で行うのでも構いません。実際、当初は「協力が得られ、実際に事例提示を行うことが可能な事例」に限って、検証を行うこととなるでしょう。

将来的には全年齢全数検討を行うことが目標であっても、「まずは会合を持つこと」からすべては始まりません。初期に設定した条件は、実際のチーム運用が開始された後でも柔軟に調整されるべきであり、その都度チームで話し合いを行い決定すればよい問題です。

④推進役のメンバーが、CDRになじみのない参加者にCDRを行う意義/目的について説明できるように準備する。

実質的に推進役となるメンバー（コーディネーター）は、CDRを地域に社会実装する労を厭わないかもしれませんが、地域でのCDRの実現は“一人のカリスマ”がいれば進むわけでは全くありません。地域の各機関の指導的立場の人物、ならびに実際に事例登録/調査を行う人物の理解と協力は不可欠です。適宜説明を行う際に本準備読本の第一部を活用したり、副読本の付録漫画などを活用してください。

⑤少数の事例でパイロット的なCDR検証を行う

実際に地域の多機関を招聘しての検証を実施する際に、運営側がその勝手が分からないと実現に至るのは、当然困難となります。うまくいかなくても、うまくいかなかった要因を忌憚なく話し合える規模・関係性の小グループ（例えば、単一の医療施設など）で、パイロット的に事例の登録と検証を行うと、イメージがつかめ、次のステップに進みやすくなるでしょう。実際の事例を検証することが、実施の障壁となるのであれば、模擬事例を用いて検討を行うのでも構いません。実際に事例検証を行うことで、その必要性和実際の検証の流れの理解は深まり、地域におけるCDR検証の実現性は一気に高まります。模擬事例については、巻末の付録にも用意していますので、適宜利用してください。

⑥パイロット検証で、実施の機運が高まれば、どの機関が事例登録の主たる担い手となるのかを話し合い決定したうえで、実際のケースロードや実務者の負担を考慮したうえで、CDRを何層構造で実施するのかを決定する。

実際にパイロット的な検証の実施を行えば、CDR検証で1事例当たりどのぐらいの時間を要するのかを実感することもできるでしょう。繰り返しになりますが、「CDRはまず集まる事」が肝要であり、全数把握や全数検証はその先にあるものです。将来的には地域の全ての死亡事例を効率よく効果的に検証するためには、多層構造でのCDR実施を行う必要がありますが、多機関で集まったうえで少数事例を検討する形式から始めるのが、CDRを社会実装する上での現実的な第一歩といえます。

今回の研究では、CDR個別事例検証として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15分程度を要しました。小児死亡事例のうち①は15%程度、②は20%程度、③は65%程度の比率ですから、CDRを設置しようとする地域で発生している死亡数（目安としては、人口100万人当たり年間30名強発生しています）から、将来的に検証に要する時間を大まかには勘案することは可能であり、これらを目安に自身の地域でどのような形でCDRを組んでいくのか、運営側が話し合い、まずは当座どのような形式で検証を行うのかを決定し、実際の会合に向けた準備を行うことになるでしょう。

⑦上記の決定に基づき、調査依頼をかけ、具体的に事例登録を開始する。

事例登録を行う際に中心となるのは、当面は医療者とならざるを得ないでしょう。法整備が進み何らかの調査権限が付与された場合には、その他の職種がintake workerとなる可能性はありますが、実質的に医療職の関与なしで正確な予防可能性のトリアージを行うのは困難でしょう。それゆえ医療機関の協力体制を現時点から構築しておくことが望まれます。

登録すべき情報については、巻末の付録の書式などを参考にしてください。この書式であれば、オンラインでの登録システムが使用可能であり、入力を行うことで自動的にサマリーも作成されます。ただ登録のボリュームは多く、医療者の負担は無視できませんから、当座は死亡診断所/死体検案書に記載された情報程度でよ



いので、「まずは手ぶらで集まる」のでも構いません。実質的な議論を行うことに繋がらさえすれば、情報共有の重要性についての理解は進むでしょうし、今後の情報登録のあり方について建設的に話し合いを行うことになると期待されます。

明確な行政事業と位置づけられるようになるまでには、個々の医療機関に個別に協力を求め、協力が得られた医療機関を中心に広げていくことを目指すのが現実的でしょう。地域の小児医療に影響力を持つ組織体（大学医局・小児科学会地方会・地域の小児科医会/医師会）と話し合い、事業化を一緒に検討していくことで、一気に地域単位でのCDRの実施可能性は高まるはずで

⑧ 検証の実施

CDRを単層構造で実施する場合であれ、「市町村/二次医療圏単位もしくは個々の医療機関単位で行う、個別事例検証」と、「一次検証の妥当性評価と地域の小児死亡の監査を行うCDOP(Child Death Review Overview Panel)検証」の二層構造で実施する場合であれ、チームの人選と座長の明確化は必須といえます。①に記載したCDRとして参集すべきメンバーの中から、事務局を担うべき機関や議事進行を担うべき機関を、地域の実情に応じて決定することになるでしょう。繰り返しになりますが、「まずは会合を持つこと」が肝要であり、フルメンバーをそろえることよりも、会合が立ち消えにならないようにすることに注力する必要があります。座長とコーディネーターとは同一である必要はなく、むしろ実務者であるコーディネーターと、その場を取り仕切る座長とは、別々の人物である方がうまくいく場合が多いでしょう。座長はリーダーシップに長け、コミュニティー内で尊敬を集める人物であることが望まれます。実務者であるコーディネーターは、あらかじめ事例の情報を読み込み、事例のプレゼンターとしての役割を担うほうが、実際の検証は円滑に進むでしょう。

⑨ 検証終了後、再び CDR を推進する中心メンバーが会合を持ち、方向性のアジャストメントを行う。

初回の検証会を行うことまでできれば、CDRの必要性について参加者に理解してもらえることになるでしょうが、それだけでは地域にCDR体制が構築されたとは言えません。コーディネーターやCDR事務局は、継続して実施されていくために、まだまだエネルギーを注がなくてはなりません。初回の検証会後に、うまくいった点やより工夫が必要な点につき、建設的な議論を行うことが必要であり、それぞれの関係機関の指導的立場の人物のうち協力的な人たちを巻き込んで、第二回会合に向けた協議を行うことが重要です。回を重ねていくことで、CDRとは何かを理解したメンバーが増え、立ち上げにかかるエフォートは低減し、効率の良い運営に移行することができ、また検証の内容も効率化し、本来のCDRの重点テーマである「提言の発出」の質や量は改善し、地域にCDRが根付いていくことが期待されます。

多くの機関の代表的立場の人物が参集する会合は、実質的には年に何度も開催するわけにはいかないでしょう。CDRの意義を理解したインフルエンサー的立場となったチームメンバーが、個々の機関で一次検証としての個別事例検証を積極的に行う様になれば、メンバー同士が情報共有し互いにオブザーバーとして個別検証に参加しあいながら方法論を蓄積することで、短時間で地域の検証のあり方は明確化していくことが期待されます。

⑩ 検証した事例を報告としてまとめ、協力者にフィードバックを行う。

⑨で述べたように、会合はやりっぱなしでは意味がなく、会合を行った後に具体的に継続して実行可能な体制をどうしていくのかを具体的に話し合い、第2回・第3回と会合を繋げていかなければなりません。現実的には、時間を割いて会合に参加していただいたメンバー、ならびに登録作業に協力していただいた当事者の方々に、遅滞なく具体的なフィードバックを行う必要があり、そのような対応を行うことで協力者はCDR事業に協力することに意義を感じ、協力を惜しまないようになっていくでしょう。現時点は、CDRを地域に根付かせようとする中心的な人物の存在如何に左右されてしまう、極めて脆弱な状況ではありますが、属人的な状況に左右されない確立したシステムにするためには、CDRを実際に試行する地域が増えることが重要です。モデルとなる「システム論の確立した地域」が始まることは、法的にも学問的にもCDRの具体的な体制整備を促進することになります。

本ガイドを手にとった方々が、そのような担い手になることを強く期待しています。

《付 録》
CDRを社会実装していく上で
有用となる各種ツール

各種病態別、検証の要点

①内因死の検証の要点

乳児の内因死は、小児死亡の最大のグループを形成している。乳児死亡率は、その他の子どもの死亡とは別に統計が取られており、小児死亡監視体制 (audit system) として、より詳細な検討が可能である。乳児死亡の中とりわけ多いのは、生後24-48時間以内の死亡であり、そのような死亡事例に関しては、産科的管理の改善により予防しうる可能性があり、諸外国ではFIMR (Fetal Infant Mortality Review: 胎児新生児) という形で整理している。FIMRの対象となる死亡に関しては②に要点を別に記載しており、ここでは、その他の死亡の検証の要点につき記載した。

1歳以降の内因死であっても、内因死全体でとらえると交通外傷に次ぎ、2番目に多い死因である。特に喘息、感染症やスクリーニング可能な遺伝性疾患などの死亡は、状況によっては予防可能性が高かった死亡として発生している。

内因死は

- A: 既知の内因疾病の予測範囲内の増悪
- B: 致死経過を急激にたどった、予測不能であった内因疾病の新規発症
- C: 基礎疾患を有していたが、死因を基礎疾患で説明困難な死亡のいずれかの形で発生する。

内因疾患においても、詳細に死亡事例検証を行うことで、死を予防しえた何らかの要因が潜在的に存在していたとされる事例は、病態によっても異なるが、総じて約8%存在するとされる*。

内因死においては、まずは診断の妥当性の評価が重要であるが、診断が妥当であったとしても、治療経過中に改善を要する要因があったか否かを、医療者自身が振り返るとともに、治療に入るまでの受領行動に問題がなかったかなどの検証も併せて行い、教訓的な事例は、積極的に地域検証会 (小児医療パネル) に開いて経験を共有することが地域医療の質向上に有用となる。特に基礎疾患として何らかの障害を有していた子どもが予期せぬ死亡をきたした場合に、諸外国では特別にパネルを用意して全例検証を行っている (重症心身障害児パネル)**。小児在宅医療に関する各地の組織体を中心となって、このような体制整備をしていくことも、将来的には求められる。

高度な医学的知識を要する内因死の検証に、多機関が参画しての個別検証をすべての事例で行うか否かについては、それぞれの地域で判断すればよいが、地域の小児死亡監視 (audit system) の観点からは、オーバービューできる形で二次検証の場に供覧される必要がある。とりわけ医療機関以外の情報や観点が必要とされる事例においては、積極的に多機関で意見交換しうる体制が整備されていることが望まれ、そのことは「脳死と判断されうる事例」の対応においても、より正確で迅速な判断に繋がる。

* Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W : Can child deaths be prevented? The Arizona child fatality review program experience. Pediatrics 110: e11, 2002

** Her Majesty's Government -Child Death Review Statutory and Operational Guidance (England)
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/777955/Child_death_review_statutory_and_operational_guidance_England.pdf
(2019年3月25日アクセス)



内因死の検証においては、以下の点に留意する。

(ABCのどの内因死に該当するか)

- 疾病によって死亡する事が予期されていたか?
 - いいえ はい はい (ただし、予期したより早期に死亡)
- 子どもは当該疾病に対し治療を受けていたか? はい いいえ 不明
 - はいの場合、死亡48時間前に受けていたか? はい いいえ 不明
 - 基礎疾患はどの程度、死に寄与? (100% ~80% ~60% 60%以下)
- 疾病は、流行感染と関連していたか? 不明 いいえ
 - はい (強く寄与 一定程度寄与した 死亡とは直接の強い因果関係はない)
 - 感染病原体は (不明 判明 [細菌 ウイルス 真菌 その他])
- 指示されていた治療内容は疾病に適切なものであったか?
 - 不明 該当なし (死後診断) はい
 - いいえ (具体的に: _____)
- 子ども/家族は指示された治療プランを遵守していたか?
 - 不明 該当なし (死後診断) はい
 - いいえ (何か遵守されていないか具体的に以下に記載)
 - ・受診予定日・薬物療法 (_____)
 - ・医療機器の使用 (_____)
 - ・その他の治療 (_____)
 - 内因死であることの確度は (100% ~80% ~60% 60%以下)

(診断における疑義の評価)

- 診断を裏付ける根拠は明確か? 鑑別すべき疾患はないか?
- 診断時期に遅れはなかったか? 治療開始時期に遅れはなかったか?
- 治療薬の怠薬や外来診療の受診不履行はなかったか?
- 代理によるミュンヒハウゼン症候群の可能性はないか?
- 非器質性発育障害 (NOFTT) などの、背景因子はなかったか?

(終末期医療の妥当性)

- 緩和・終末期ケアは適切に提供されたか?
- 蘇生処置不要 (DNR) の判断に医学的妥当性はあったか?
- 上記の意思決定時に、養育者とのコミュニケーション上の問題はなかったか?

(医療過誤の可能性評価)

- 医療行為、治療薬の過剰投与/休薬などによる治療関連死の可能性はあるか?
- 施設内の医療事故調査委員会の記録はCDRに供出可能か?



②周産期/新生児死亡の検証の要点

周産期/新生児期死亡は、出生以後の検証では死亡を予防しえた要因の存在した事例は5%程度とされているものの1事例数は多く、また地域の産科/周産期医療提供体制の改善により、予後の改善が期待できる分野であり、全ての死亡事例につき監査・検証をシステムとして行うことが推奨される。その検証体制は、特定分野の高い専門性を要し、また産科医療の専門家の参画も望まれるものであり、周産期-新生児カンファレンスの延長としてあるべきである。既に述べてきた通り、死産となった事例を含めて、FIMRとしてこのような検証体制を整えている国々は増えてきている。関与するステークホルダーが他の病態に比して限定的である観点からは、より実現性の高い死亡事例検証システムともいえ、成育基本法の成立をうけ積極的に設置されることが望まれる。

ただし包括性の観点からはCDRとFIMRを全く別立てで行うのではなく、両者は互いに密に情報共有を行う必要があり、特に専門性の高い三次医療の場で提供される新生児科医による新生児医療と、一般病院との間でどのように連携体制を整えていくのかも含め、地域の小児医療提供体制として両者の検証を地域の医療者は共有する必要がある。また現実問題として胎児を含めた場合の最多の死因は「人口流産」であることは周知の事実であり、またハイリスク妊婦に未熟児出生や虐待などの問題が多いのも事実である。必ずしも医療の問題に限定されるわけではなく、ソーシャルリスクなどを有していた事例においては積極的に多機関で検証を行うことが推奨される。

現時点では、FIMRはほとんどの都道府県で実施してはならず、当座はCDRの制度構築の中に位置付けて議論を開始する地域も少なくないであろう。どのような体制を地域で構築していくのかは、これからの課題であろう



新生児死亡の事例では、以下の点に留意して検証を行う。

- ・母親の年齢、基礎疾患、以前の未熟児出生歴、以前の乳児死亡、流死産歴
- ・妊娠期管理の適切性 受診の遅れ、未受診等の有無
- ・社会的リスク（未婚、望まぬ妊娠、貧困、サポート欠如、DVなど）
- ・搬送の発生した状況と医療アクセス、一・二次・三次医療の連携
- ・早産や死亡を防ぎうる要因はあるか

米国のNational Fetal and Infant Mortality Review Programでは、情報収集を「妊娠経過、在胎修正歴」「分娩、産褥期の記録」「新生児評価」「NICU治療経過」「救急隊の搬送記録」「一般病院での治療記録」「死亡診断書/死産証明書の記録と剖検記録」「家庭訪問での面談記録」の8つに分け、それぞれ詳細な情報登録フォームを準備している。FIMR制度として新生児死亡の検証を整備する予定の自治体はぜひ参考にしていただきたい。

(<https://www.acog.org/-/media/Departments/National-Fetal-and-Infant-Mortality-Review/Data-Abstraction-Book.pdf?dmc=1&ts=20190216T1441196169>)

③事故死の検証の要点

「教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について」の通知内容を見ると、具体的な検証の進め方として以下のように提示されている*。

1. 子どもの事故当日の健康状態など、体調に関すること等（事例によっては、家族の健康状態、事故発生の数日前の健康状態、施設や事業の利用開始時の健康状態の情報等）
2. 死亡事故等の重大事故に至った経緯
3. 都道府県又は市町村の指導監査の状況等
4. 事故予防指針の整備、研修の実施、職員配置等に関すること（ソフト面）
5. 設備、遊具の状況などに関すること（ハード面）
6. 教育・保育等が行われていた状況に関すること（環境面）
7. 担当保育教諭・幼稚園教諭・保育士等の状況に関すること（人的面）
8. 事故発生後の対応（各施設・事業者等及び行政の対応）
9. 事故が発生した場所の見取り図、写真、ビデオ等

しかし、このようなマニュアルに沿って検討を行っても、正確な死因情報を欠き、事故を引き起こした現場や原因を特定しうる物質などの写真や計測値がなければ、予防施策提言のための貴重な情報を欠くことになる。

死亡のメカニズムについては医師、あるいは生体工学の専門家しか検討することはできない。さらに、医師であれば救急医か、外傷専門医の助言を得る体制がなければ、十分な検討することができないであろう。パネルの実施に当たっては、情報や専門知識を持つメンバーの人選に多くがかかっている。話しにくかったとしても、事故発生後の医療提供体制の問題について議論を行うことは、予防可能死を減らすためには必須の検討項目である。

このマニュアルの項目すべてを網羅しなければならないわけでもないし、逆に網羅さえすればすべてがわかるわけでもない。大事なのは、何が予防につながるポイントなのかがわかる検討が必要である。例えば、遊具で遊んでいて腹部鈍的外傷で死亡したような事例の場合、①事故に至った経緯、②設備、遊具の状況、③事故が発生した場所の見取り図、ぶつかった場所や物の写真、の3つの情報がとりわけ重要である。

事故死を予防するために、それぞれの事故の検証時に必要な情報を次ページで表に示した。これらの情報を詳細にとって検討することが予防策の第一歩となる。現場の写真は非常に有用であり、写真データは継続的に保管、整理しておく必要がある。

事故死した子どものCDRを行う場合、死亡に立ち会った医師、現場検証をした警察官、救急搬送した救急隊員から情報収集を可能にするシステムが構築されない限り、死因や予防策を検討することは困難である。また工学的な検証などもある程度の予算と専門家の寄与がないと困難である。CDR実施に際し、これらを可能とするための法制化は必須といえるであろう。

* 「教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について」

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000125860.pdf>

(2019年3月25日アクセス)



表 事故死の予防につながる情報

転倒・転落：	転落した高さ 衝突したものの形状・材質 高所へのアクセス手段 防護柵などの有無 乗り越えて転落した場合は、乗り越えた場所の高さ
衝突：	衝突した場所 衝突した物や人 衝突した物の形状、材質
熱傷：	原因物体 温度 原因物体が置かれていた場所や高さ 原因物体へのアクセス手段
溺水：	原因物体 水位 水が入っていた容器などが置かれていた場所やその高さ 置かれていた場所へのアクセス手段
誤飲・誤嚥：	原因物体 大きさ 硬さ 置かれていた場所や高さ
交通事故：	原因物体 道路や道路に配置されているものなどの環境情報 乗車していたものと衝突対象物との位置関係や動き 自転車に乗車していた場合は、ヘルメット着用の有無、ベルト着用の有無、乗車位置 (子ども用座席、抱っこひもなど)、 自動車に乗車していた場合は、チャイルドシート着用の有無、乗車位置 (助手席、後部運転席後ろ、後部助手席後ろなど)



④自殺の検証の要点

他の外因死が一貫して減少傾向にあるのに反し、若年者の自殺は減少しておらず、相対的にその重要性は年々増している。

文部科学省が提示している「子供の自殺が起きたときの背景調査の指針（平成23年6月）（改訂 平成26年7月）」では、自殺の背景を学校で調査するための具体的な方法について詳細に述べられている⁴。そこでは「当該事案の公表・非公表にかかわらず、学校がその時点で持っている情報及び基本調査の 期間中に得られた情報を迅速に整理する【基本調査】」とより詳しい【詳細調査】に分かれているが、その調査主体は学校である。基本調査として整理する情報としては、① 遺族との関わり・関係機関との協力等、②指導記録等の確認、③全教職員からの聴き取り（調査開始から3日以内を目途に終了）、④亡くなった子供と関係の深い子供への聴き取り（状況に応じて：自殺の事実を伝えられていない場合は制約を伴う）が挙げられ、原則として全例詳細調査に移行することが望まれるとされるものの、少なくともア) 学校生活に関する要素（いじめ、体罰、学業、友人等）が背景に疑われる場合、イ) 遺族の要望がある場合、ウ) その他必要な場合、に詳細調査に移行する必要があるとされている。

しかし、自殺の原因は単一ではなく、多様な因子が複合的に絡まりあった結果として生じることがほとんどである。子どもの自殺事例の場合、精神疾患や発達障害をはじめとする本人の抱く生きづらさ、性被害や暴力などの心的外傷体験、虐待・ネグレクトを含む不適切養育や貧困などの家庭環境、いじめや不登校、その他の学校不適応など、様々な要因が考えられ、医療、司法、福祉、教育等の多機関が連携し、異なった視点からの情報を持ち寄って検証を行うことが必要となる。また学校通学者のみに検証を絞った場合、小児期自殺のおよそ半数はおのずと未検証となってしまう。

それゆえ、まずは文科省の提示する自殺事例検証の対象となった事例であるか否かを含めた確認作業を行う必要があり、対象から外れている事例に対しては、CDRの枠組みで検証を実施する必要がある。

亡くなった子どもの生活全般を精査し、そこに潜む問題の解決に着手することは、きょうだいや友人、クラスメイトなど、他の子どもが抱える生き辛さに手を差し伸べ、新たな自殺を防ぐ一助となりうる。また調査にあたっては自殺した子どもの家族のみならず、友人や学校教員など、子どもを取り巻くすべての人に強い精神的ダメージを与えられていることを考慮し、それ等の影響につき必要時にはカウンセリングなどの対応体制を整えた上で調査、検証を行うことが求められる。



表 自殺の可能性のあった事例の留意点

	自殺についての検証	自殺に至る原因についての検証
医療機関 (身体科)	死に至る経過	身体的不定愁訴や自殺関連行動での受診歴
	死因 (大量服薬、縊首、飛び降り、など)	慢性疾患の有無 けがや事故での受診の有無 など
医療機関 (精神科)		通院歴の有無
		処方薬の有無
		自殺関連行動の既往
		精神疾患(統合失調症、うつ病など)の可能性
		発達障害(自閉スペクトラム症、注意欠如多動症、学習障害など)の可能性 など
司法機関	事件性の有無	非行歴
		夫婦間DV
		家庭内暴力
		本人、家族の事件・事故の履歴 など
		剖検記録/薬毒物スクリーニング記録
福祉機関		虐待・ネグレクトによる通告歴・介入歴(同胞も含め)
		経済状況 など
教育機関	目撃者の有無	遺書の有無
		ハイティーンで通学していなかった事例でも、中学時の状況を含めて、以下の情報を収集する。
		登校状況
		学習状況
		部活動状況
		学校と当該児童の関係
		学校と家族との関係
		同胞の状況
		友人関係
いじめの有無 など		

⑤ 養育不全/虐待死の検証の要点

原則として虐待死が疑われる事例に関しては、犯罪死に該当するため警察による捜査の対象となるとともに、「虐待防止法第4条第5項」を根拠とする行政調査の対象ともなる。しかし、虐待死としてのこのような行政調査も「起訴された事例」「新聞報道がなされた事例」にほぼ限定されており、さらには生前に関与がなかった場合、現状ではほとんど実施されていない状況にあるため、CDRではこれらの谷間にある死亡事例の検証を行う場として機能することになるであろう。

虐待・ネグレクトに関しては法的な定義は存在しているものの、その死（何が虐待/ネグレクト死に該当するのか）についての定義は法的に存在せず、犯罪を訴追する観点、行政上の観点、市民啓発の観点、公衆衛生学的観点、医学的観点など、立場の違いにより異なり、統一したコンセンサスに基づく定義を策定することは極めて困難な性質のものである。たとえば、自動車事故で死亡した乳児がチャイルドシートに乗せられていたもののベルトで固定されていなかった場合、公衆衛生学的にはネグレクト死の定義を満たすが、このような事例が検察内部での定義も満たし、起訴される可能性は極めて低いであろう。このような事例を虐待・ネグレクトとして取り扱うべきであるのかは、実運用上もまた答えの難しい問題であり、場合によっては検証メンバー間でのconflict（対立葛藤）にもなりうる。実際、全小児死亡を対象としている米国の2つの州での虐待認定の合致率は64.7%（Kappa係数：0.61）に過ぎないとの報告もあり*、取り扱う範囲は地域のCDRチームによって様々となりうる。しかしCDRは事実認定の場ではなく、修正可能な要因を同定し、子どもの安全性を高める施策を推進するための場所である故、公衆衛生学的定義を用いた広義の養育不全の寄与した死亡を取り扱うことを原則と考えたほうが、より有用であろう。

このような広義の養育不全を取り扱う検証において重要であるのは、養育不全が子どもの死に直接寄与したのか、間接的に寄与したのか、その度合いを話し合うことである。事実認定にことさらにポイントを置かない公衆衛生学的な予防的観点で検討を行うCDRの場は、「客観的に養育不全の問題を話し合う」という姿勢を地域で醸成することにもなるであろう。一方で、養育不全の寄与した死亡事例をCDRで取り扱う際には、死亡の発生に焦点付けを行い、「一般的な虐待防止」に焦点づけた検証に寄り過ぎない必要もある。

養育不全の寄与した死亡においては、タイムラインを整理し、死亡自体を防ぐことが出来た「死亡防止の可能性のあったターニングポイント」を複数抽出し、それぞれのポイントで地域の実践をどう変えていくべきかを議論する必要があり、そのような検証を積み重ねていくことで、最終段階のターニングポイントに関わりを持った個人の有責性だけをことさらに問うことに意義はなく、地域のシステムとしての脆弱性を変えていくことの重要性が共有されることになるであろう。

養育不全の検証に際しては「都道府県・指定都市・特別区 児童相談所設置自治体 子ども虐待 重大事例検証の手引き」の活用が推奨され、次ページにその要点を記載する**。

* Parrish JW, Schnitzer PG, Lanier P, Shanahan ME, Daniels JL, Marshall SW. Classification of maltreatment-related mortality by Child Death Review teams: How reliable are they? Child Abuse Negl. 2017;67:362-370.

** 厚生労働科学研究費助成「地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証に関する研究（研究代表者:奥山真紀子）」都道府県・指定都市・特別区 児童相談所設置自治体 子ども虐待 重大事例検証の手引き
https://www.child-death-review.jp/images/validation_guidance.pdf



表 療育不全の可能性のあった事例の留意点

<p>基本情報としてすべての事例で確認すべき状況</p> <ul style="list-style-type: none">・家族構成と家族歴：特に家族成員（同居成人）の変化や家族関係の変化に関する情報・子どもの妊娠から出生までの経緯、乳幼児期の子どもの状況：妊娠に対する両親の認識、出生後の子どもの発達状況（妊婦健診受診状況、乳幼児健診結果等を含む）・虐待の発生から死に至るまでの経緯・親の心理的な側面を含めた全般的な状況・両親の就労状況を含めた家族の経済的側面に関する情報・その他、保育園や学校など、関係機関等が得ていた子ども・家族に関する情報 <p>生後24時間以内の死亡</p> <ul style="list-style-type: none">・母親や父親が妊娠の事実を認識していたか否か(妊娠をめぐるパートナー間関係の評価)・虐待死を疑う医学的状況（放置死か、口を塞ぐなどの作為行為が疑われるか）・同居家族等が母親の妊娠に気付いていたか（家族関係の問題を評価）・関係機関が出産以前に妊婦に関わっていたか？ <p>乳児死亡</p> <ul style="list-style-type: none">・身体的虐待・ネグレクトを疑うべき状況は何か（子どもの直接の死因は何か）？・子どもに対する日常的な虐待行為を疑う状況の有無・加害が疑われる人物（ならびに被加害側の親との関係性）・加害行為の背景にある成人の成育歴を含めた心理状況 <p>ネグレクトによる餓死</p> <ul style="list-style-type: none">・子どもの家庭内での放置状況（隔離されていた？子どもの衰弱過程の親の認識）・子どもの食事提供状況（食をめぐる葛藤状況）・親が自宅を長期間離れる状況があった場合、その理由と背景要因（精神的？経済的？） <p>監督ネグレクト下での重大事故</p> <ul style="list-style-type: none">・子どもの年齢と自立能力の発達状況（および親の認識）・親が一定期間子どものもとを離れる行為の背景（物質依存やギャンブル依存などは？） <p>医療ネグレクト</p> <ul style="list-style-type: none">・医療行為に対する親の拒否の背景（民間療法への傾倒の有無や、その背景要因） <p>障害児の養育不全死</p> <ul style="list-style-type: none">・子どもの障害の種別。その原因。・障害受容の問題や障害による育児等の負担感
--

⑥不詳死の検証の要点

全ての人間には、死を適切に扱われ死因を明確にされる権利を死後も有していると考えられるが、死因究明が適切に実施されているのは異状死体の1割程度とも報告されている*。

適切な死因究明のためには、採血・各種培養検査・各種画像検査に加え、髄液検査、場合によっては毛髪や皮膚の一部の採取が必要であるが、現行法の下では死後に遺体に侵襲行為を加えることは、死体損壊罪に問われる可能性が否定できず、また保険診療に該当しないため費用抛出が困難という矛盾を抱えている。

また解剖に関しても、2013年に施行された死因・身元調査法に基づいて新法解剖が実施できるようになり、監察医制度による行政解剖とほぼ同様の役割を担うことが期待されたが、未だ新法解剖に関する理解は医師にも警察官にも十分とは言えず、解剖実施率はそれほど改善していない。

警察に抛る死因究明は犯罪の有無を見極めることが目的で、死亡原因や機序の究明は目的ではない。正確な死因究明には状況調査結果と臨床情報が不可欠との認識を形成していく必要がある。また警察に通報し遺体を引き渡す以前に、医師は遺族に死因究明の必要性和意義を説明し、遺族の同意が得られた場合には、解剖の同意書を作成しておき、司法解剖の適応外とされた場合にも、病理解剖を実施することが可能な余地を残す必要がある。

日本では文化的に、遺体には生体ほどではないにせよ何らかの意志や感情が存在すると理解されてきた。そのため解剖に対する遺族の拒否感が強いとの認識を多くの医師はもっており、医師が解剖説明を回避する要因の一つになっている。しかし、遺族は何が起こったのかを可能な限り正確に知りたいと考えており、子どもときちんとお別れをしたいと考えている。医師は解剖を実施する理由と意義の説明のみならず、解剖の方法と実施後の児の状態に関しても、平易にかつ明確に説明することが出来なくてはならず、どのような選択を遺族が行ったとしても、「それが最善の選択であった」と遺族が感じることが出来るように最大限の努力を行う必要がある。

解答が見つからない多様な疑問は、遺族にとって死の受容の妨げとなりうる。解剖を含む詳細な死後検査を実施することは、遺族の死の受容の手助けになりうるものである。このような対応は医師しかなし得ない遺族支援であると捉える必要があり、医師は遺族への説明を尽くし死因究明のためになしうることを可能な限り行うとともに、生じるグリーフ反応に対する一般的な情報提供を含めた、遺族支援を行うことが出来る必要がある。

死亡事例検証の場においては、死因究明の状況が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)であったか、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で、これ以上ほどの地域で、誰が対応したとしてもおおよそわかり得ない)であったのかを含めた医学的検討のみならず、社会的な状況なども含めたあらゆる観点から、議論を尽くす必要があり、地域における遺族支援の実施状況についても検討を行うことが望まれる。

* 異状死解剖割合

犯罪死の見逃し防止に資する死因究明制度の在り方に関する研究会「犯罪死の見逃し防止に資する 死因究明制度の在り方について」(平成23年4月)

<https://www.npa.go.jp/sousa/souichi/gijiyoushi.pdf>

(2019年3月25日アクセス)

突然死症例において医学的に精査すべき事項一覧

基本的検査	<p>一般血算 / 生化学検査 (血液ガス、アンモニア、ケトン隊、血糖、尿酸、CK、 乳酸 / ピルビン酸 を含める) 髄液検査、各種迅速ウイルス抗原検査、各種培養検査 葉毒物スクリーニング 死後画像検査 (虐待が疑われる場合全身骨・MRI も必須) 頭部 CT: 脳実質コントラスト検討に耐えうる 250mAs 以上で 体幹部 CT: 小児条件ではなく成人条件で撮影する 肉眼解剖 一般病理組織学的検索</p>
Metabolic Autopsy (基本的検査、病歴・家族歴で可能性のある場合)	<p>脂肪染色 (肝臓・諸臓器) 代謝産物測定 (血液・尿・胆汁) 酵素活性測定 (凍結臓器・線維芽細胞) 網羅的遺伝子解析</p>
Cardiac ion channelopathy解析 (病歴・家族歴で可能性のある場合)	<p>網羅的遺伝子解析</p>

突然死事例において保存すべき検体

検体	採取量	保存方法	検査
血清および血漿	最低0.5 mL	-20℃以下	アミノ酸分析
ガスリーろ紙血	1スポット以上	常温乾燥長期保存は -20℃以下	アシルカルニチン分析 (脂肪酸代謝異常症検索) ライソゾーム病など酵素活性
尿	最低0.5 mL	-20℃以下	有機酸分析
DNA用全血	EDTA管に4mL	4℃ 凍結禁	各種遺伝子検索
胆汁	数mL	-20℃以下	アシルカルニチン分析 (脂肪酸代謝異常症検索)
皮膚 (線維芽細胞)	5mm角	常温(滅菌生食に浸して 2日以内に培養開始) 凍結禁	ミトコンドリア呼吸鎖異常症など各 種酵素活性、遺伝子検索
各種臓器 (肝臓,心臓,骨格筋等)	1 cm ³ 程度	-80℃ ホルマリン禁	ミトコンドリア呼吸鎖異常症など各 種酵素活性、遺伝子検索

参考：乳幼児突然死症候群（SIDS）診断のための問診・チェックリスト

乳幼児突然死症候群（SIDS）診断のための問診・チェックリスト

厚生労働省SIDS研究班 2012年（平成24年）版

カルテ保存用紙、法医・病理連絡用紙

医療機関名 ()

*このチェックリストは、SIDS診断が、より適切に行われることを目的としております。
是非御活用ください。

担 当 医 ()

*母子手帳をお持ちの場合、ワクチン歴などは、母子手帳からの転載も可能です。

記入日 年 月 日

発見年月日時	年 月 日 時 分	異状発生数日前の様子	
搬入年月日時	年 月 日 時 分	風邪症状	①なし ②あり()
死亡年月日時	年 月 日 時 分	発熱	①なし ②あり(max ()℃)
氏名(イニシャル)	ID-No.	鼻閉	①なし ②あり()
年齢・性別	歳 ヶ月 男・女	直近1ヵ月間のワクチン歴	
異状発見時の状況 (発症(死亡)状況)		あり(同時接種 有 無) なし	
		ありの場合、各々のワクチン名と接種期日: (ワクチン名:) (接種日:) (ワクチン名:) (接種日:)	
		出生体重・在胎週数	g 在胎 週 日
発見場所	①自宅 ②保育所 ③病院 ④その他()	分娩中の異常	①なし ②あり()
最初の発見者	①母 ②父 ③保育士 ④その他()	第何子	第 子 (同胞 人)
		栄養方法(現在)	①母乳 ②ミルク ③離乳食 ④普通食
		普段の睡眠中の着衣	①薄着 ②普通 ③厚着
異状発見時の時刻	時 分(24時間法)	発育発達の遅れ	①なし ②あり()
最終健康確認時刻	時 分(24時間法)	基礎疾患の有無	①なし ②あり()
異状発生時は睡眠中?	①はい ②いいえ	主な既往歴	①なし ②あり()
発見時の添い寝	①なし ②あり	原因不明のALTE歴の有無	①なし ②あり
異状発見時の体位	①あおむけ ②うつぶせ ③横向き	これまでに無呼吸や チアノーゼ発作の既往	①なし ②あり(病名)
最後に寝かせた時の体位	①あおむけ ②うつぶせ ③横向き	母親・父親の年齢	母親 歳 / 父親 歳
普段の就寝時体位	①あおむけ ②うつぶせ ③その他()	母親の仕事	①なし ②あり()
寝返りの有無	①あおむけからうつぶせに自由に出来る (おおよそ生後 ヶ月頃より出来た) ②うつぶせからあおむけに自由に出来る (おおよそ生後 ヶ月頃より出来た) ③まだ寝返りは一人で出来ていなかった	母親の喫煙	①なし ②あり(本/日)
		父親の喫煙	①なし ②あり(本/日)
		同胞のSIDS又はSIDS疑い、 原因不明のALTE(突発性危 急事態)の有無	①なし ②あり(SIDS・原因不明のALTE)
異状発見から 病院到着までの時間	分	主な臨床検査データ	
病院までの搬入手段	①救急車 ②自家用車 ③その他()	1. 血液・尿・髄液・その他 異常所見; 2. 単純X線の有無[頭部 胸部 腹部 その他()] 異常:有() 無 3. 骨折の有無 ①なし ②あり() 4. 眼底所見の異常 ①なし ②あり() 5. CT(AI)の有無 ①なし ②頭部 胸部 腹部 その他() 異常:有() 無 6. 心電図・心エコーの有無 異常:有() 無 7. タンデムマスなどの代謝系検査の有無:有(結果) 無 8. 百日咳抗体() その他の抗体検査() 9. 迅速診断キット(Flu.A/B,RS,Rota,hMP,Ad,GAS,Noro) 陽性あり() なし 10. GERの既往の有無(有 無 不明) 11. 死亡後組織検査の有無:有(肝,肺,その他()) 無 12. 保存検体(血液濾紙,血清,尿,髄液,小皮腐片,毛根付毛髪5~6本,爪)	
病院搬入時の状態		臨床診断(疑い)	
呼吸停止	①なし ②あり()	検視結果および 死亡診断書(検案書)の記載	①法医解剖(司法・行政・承諾) ②病理解剖 ③解剖なし(不詳死) *解剖がなされない場合、死亡診断書の死因は「不詳」とする。
心停止	①なし ②あり()	関係機関連絡の有無	①なし ②あり(児相,保健福祉,その他)
外表の外傷	①なし ②あり()		
鼻出血の有無	①なし ②あり()		
窒息させた物	①なし ②あり()		
その他の特記事項	()		
挿管時気管内ミルク	①なし ②あり(多量・微量)泡沫状(あり・なし)		
気管内の血液	①なし ②あり(多量・微量)		
胃内チューブ吸引物	①なし ②あり()		
主な治療	①蘇生術(時間) ②気管挿管 ③レスピレーター管理 ④その他		

この用紙をコピーしてカルテ保存用紙および法医・病理連絡用紙としてお使い下さい。

参考：ALTEの問診・チェックリスト

ALTEの問診・チェックリスト

乳幼児突発性危急事態(Apparent Life Threatening Event : ALTE;アルテ) 厚生労働省SIDS研究班 2012年度作成

カルテ保存用紙

医療機関名()

*本チェックリストは救急現場でALTEの診断対応がより適切にされることを目的としております。是非御活用ください。

担当医()

最終記入日 年 月 日

発症年月日時	年 月 日 時 分	異状発症数日前の様子	
診療日時	年 月 日 時 分	・風邪症状 ①なし ②あり() ・発熱 ①なし ②あり(max °C)	
氏名(イニシャル)	ID-No.	・鼻閉 ①なし ②あり() ・咳嗽 ①なし ②あり()	
年齢・性別	歳 ヶ月 男 ・ 女	・特定薬剤(心伝導系、脳活動に影響する)の使用 ①なし ②あり()	
異状発見時(発症時)の状況		直近1ヵ月間のワクチン歴	
呼吸の異常 有(状況:) 無()		あり(同時接種 有 無) なし	
皮膚色の変化 有(状況:) 無()		ありの場合、各々のワクチン名と接種日:	
筋緊張の異常 有(状況:) 無()		(ワクチン名:) (接種日:)	
意識の変化 有(状況:) 無()		(ワクチン名:) (接種日:)	
その他の状況:		出生体重・在胎週数	g 在胎 週 日
発見場所	①自宅 ②保育所 ③病院 ④その他()	分娩中の異常	①なし ②あり()
最初の発見者	①母 ②父 ③保育士 ④その他()	第何子	第 子 (同胞 人)
異状発見時の時刻	時 分(24時間法)	栄養方法(現在)	①母乳 ②混合 ③ミルク ④普通食
最終健康確認時刻	時 分(24時間法)	普段の睡眠中の着衣	①薄着 ②普通 ③厚着
異状発生時は睡眠中?	①はい ②いいえ	発育発達の遅れ	①なし ②あり()
発見時の添い寝	①なし ②あり	基礎疾患の有無	①なし ②あり()
異状発見時の体位	①仰向け ②うつ伏せ ③横向き	主な既往歴	()
最後に寝かせた時の体位	①仰向け ②うつ伏せ ③横向き	原因不明のALTE歴の有無:	有 無
普段の就寝時体位	①仰向け ②うつ伏せ ③その他()	これまでに無呼吸や チアノーゼ発作の既往	①なし ②あり(病名)
寝返りの有無	①仰向け寝からうつ伏せに自由に出来る (はい いいえ) ②うつ伏せ寝から仰向けに自由に出来る (はい いいえ) ③まだ寝返りは独りでは自由にできない (はい いいえ)	母親・父親の年齢	母親 歳 / 父親 歳
異状発見から 病院到着までの時間	分	母親の仕事	①なし ②あり()
病院までの搬入手段	①救急車 ②自家用車 ③その他()	母親の喫煙	①なし ②あり(本/日)
病院搬入時の状態		父親の喫煙	①なし ②あり(本/日)
呼吸停止	①なし ②あり()	同胞のSIDS又はSIDS疑い、 原因不明のALTE(乳幼児 突発性危急事態)の有無	①なし ②あり(SIDS・SIDS疑・原因不明のALTE)
心停止	①なし ②あり()	鑑別疾患のための臨床検査	
外表の外傷	①なし ②あり()	1.血液 2.尿 3.髄液 4.その他()	
鼻出血	①なし ②あり()	異常所見:	
窒息させた物	①なし ②あり()	5.単純X線 頭部 胸部 腹部 その他():異常所見()	
その他の特記事項	()	6. CT/MRIの有無 頭部 胸部 腹部 その他():異常所見()	
挿管時気管内ミルク	①なし ②あり(多量 微量) 泡沫状(あり なし)	7. 脳液/ABRの有無:異常 有() 無() 8. 眼底検査の有無:異常 有 無	
気管内の血液	①なし ②あり(多量・微量)	9. 心電図(holter ECG)の有無:異常 有() 無()	
胃内チューブ吸引物	①なし ②あり()	10. エコーの有無:異常 有() 無()	
主な治療	①蘇生術(時間) ②気管挿管 ③レスピレーター管理 ④その他	11. タンデムマス・有機酸分析・アミノ酸分析等の有無:異常 有() 無()	
		12. 迅速診断キットの有無(Flu.A/B,RS,Rota,hMP,Ad,GAS,Myco) 陽性()	
		13. 百日咳抗体() 14. その他の抗体検査()	
		15. GER検査の有無:異常 有(程度:強 中 弱) 無	
		16. Head upright Tilt testの有無:異常 有 無	
		17. 睡眠ポリグラフの有無:異常 有 無	
		18. その他の検査:	
		原因疾患判明の有無	①なし→特発性ALTE ②あり()
		特発性ALTEの後遺症の重症度	①軽度 ②中等度 ③重度 (④遠隔期死亡)
		予 後	①完全回復 ②軽度(社会生活可) ③中等度(支援要) ④重度(自立不可) ⑤不明
		関係機関連絡の有無	①なし ②あり(児相、保健福祉、その他)

問診はより正確な診断のためにスタッフは誰でも聴取可能です。

ワクチン歴については、母子手帳をお持ちの場合、ワクチン名・ロット番号・接種年月日の転載をお願いいたします。



初期対応医療機関スタッフへのお願い

チャイルド・デス・レビュー（CDR：子どもの死亡検証）とは

私達は、命の大事さを、何時も考えています。それが子どもであれば、なおのことです。

もし、何らかの事情や原因で、亡くなったとしても、その原因を、明確にするために、死後調査を丁寧に進めています。しかし、この作業を進めるためには、死亡時やその直前にかかわった専門家の記録や検査や所見がとても大事になります。死んでしまったからもう何を調べても、どうにもならないとは思わないでください。同じことを繰り返さないためには、死後調査がとても大事になります。

こういった作業をすることを、CDR(child death review)と言います。三重県では、虐待、事故、自殺など予防可能と思われる外因死、また、予期しない乳幼児の内因死、及び死因の特定が困難な不詳死などについて、予防可能な子どもの死亡を防止するために、小児科医、救急医、精神科医、法医学医、児童相談所、警察、救急隊、法律家、看護師などの各専門分野が集まり、3年前からクローズでの勉強会を行っています。

乳幼児・学童に関して、原因不明の死亡・事故死・自殺など、救急現場で遭遇した際の留意点を、以下のように考えております。ご参考にしていただければと存じます。

情報が多いほど判断の正確性が増します。記録をする場合、養育者がどのような言葉で、どのように言っていたか、その通りの言葉で記載するようにする。たとえば、通常から外れた態度(冷たい親の態度、親の連れて帰ろうと一点張りの態度など)では、客観的な状況を書く。養育者への医師の態度は大事です。

■ 乳児死亡について

急変前のストーリーの聞き取り時と、遺体の状態をみてからの注意点。

- 急変する72時間以内の出来事、たとえば風邪症状、疲れ(無理な外出など)、機嫌、夜泣きの変化とワクチン歴、服薬歴などは聞いておく。
- 除外されていない疾患の抽出をする。
- 生前歴と遺体現症との齟齬の確認をする。特に子どもの発達(行動、知的、情緒)の聞き取りから、起こった状態に妥当性があるかどうかを考える(たとえば、生後2か月の赤ちゃんを仰向けで寝かせつけ、うつぶせ寝で発見された場合、自分で寝返りをしたとは考えられないこと。あるいは、親が2か月の赤ちゃんに、「高い高いをして喜んでいた」という証言をした場合、本当に子どもが喜んでいたかどうかは疑わしいこと)
- 検体採取を行い、専門家へつなげる努力をすること(追って、CDRチームから医療スタッフに手順をお示しします)。



■ 幼児・学童の事故

普段から子どもが事故原因(たとえば池・河川・風呂や電車)に強い関心・興味があったかどうかを聞く。普段からの発達特性・多動性・衝動性の有無を聞く。

■ 虐待の疑いがある場合

- * まず、養育者の安全配慮があったかどうかの確認。虐待に当たらないかどうか考える(たとえば、きちんと子どもをみていなくて大怪我をした、子どもが寝て居る間にちょっと買い物に行ってしまうと火事を起こした、シートベルトをさせていなかった、などはネグレクトにあたる可能性がある)。
- * 夫婦間の家庭内暴力DVは、子どもへの心理的虐待であると認識する。
- * 外表観察にて虐待を疑う(たとえば、爪が切られていない、虫歯が多い、偶発的とは思えないあざや外傷、痩せ：成長曲線は有用)。
- * 残りの兄弟の外表観察しておく。
- * 関連機関への正確な情報の伝達(社会全体で子どもの安全を守る)
 - 虐待では、残された兄弟のリスクを考えて、児童相談所への報告を考慮する。残りの兄弟の「子どもの安全」が保障されない場合はネグレクトも考える。先の子が死亡の場合の死因は聞く。
 - 難しいことであるが、残された兄弟の心のケアを園・学校(先生・園医・校医など)・行政・精神保健部門と連携して行うこと。
 - 警察に繋げることは、躊躇しないようにする。

■ 自殺

自殺は、突然、実行したように見えますが、以下の点に御注意ください。

1. 日頃、および最近の友達関係、家族関係、学校関係での出来事が大事。
2. 最近の、当人の様子の変化が大事。特に気分の浮き沈みについて。
3. これまでの、性格行動特性が、大事。例えば、白黒はっきりタイプか、優柔不断か。
4. 事故と紛らわしい場合も多いが、以下のことは自殺を考える要点になる。(あるときから学校の欠席率が増えたこと、成績が落ちてきたこと、気分障害(とくに気分のムラ)に気付かれていたかどうかを念頭に置く。学校での通知表(成績・欠席率)を利用してよい)

■ 剖検に関して

15歳未満の子どもで、明らかな病死以外の場合、死因を明らかにする必要があると判断すれば、解剖するべきである。



検視官へのお願い

チャイルド・デス・レビュー(CDR:子どもの死亡検証)とは

私達は、命の大事さを、何時も考えています。それが子どもであれば、なおのことです。もし、何らかの事情や原因で、亡くなったとしても、その原因を、明確にするために、死後調査を丁寧に進めています。しかし、この作業を進めるためには、死亡時やその直前にかかわった専門家の記録や検査や所見がとても大事になります。死んでしまったからもう何を調べても、どうにもならないとは思わないでください。同じことを繰り返さないためには、死後調査がとても大事になります。

こういった作業をすることを、CDR(child death review)と言います。三重県では、虐待、事故、自殺など予防可能と思われる外因死、また、予期しない乳幼児の内因死、及び死因の特定が困難な不詳死などについて、予防可能な子どもの死亡を防止するために、小児科医、救急医、精神科医、法医学医、児童相談所、警察、救急隊、法律家、看護師などの各専門分野が集まり、3年前からクローズでの勉強会を行っています。

検視現場で小児の外因死に遭遇した際の留意点を、以下のように考えております。ご参考にしていただければと存じます。

情報が多いほど判断の正確性が増します。記録をする場合、養育者がどのような言葉で、どのように言っていたか、逐次記録にて記載する。養育をサポートする人がいたか、いなかったかの情報は重要です。

■ 乳児死亡について

- 乳幼児の生前記録として、1歳半・3歳健診(保健センターでの集団健診)での結果は、本人や家族背景を知る貴重な手掛かりとなります。
- 睡眠中の死亡では、普段の睡眠時の顔と首の位置と、急変前後の顔と首の位置の確認は重要。現場検証で人形を使って再現し、写真をとる。
- 添い寝の場合では、添い寝者(養育者・兄弟)の身長と体重、飲酒歴・疲れの程度・寝相の程度の記載をする。
- 生前、赤ちゃんが泣いた時の母の対応(あやし方や哺乳)と、今回の生前直前の対応の違いを聞く。



■ 幼児・学童の事故

普段から事故原因(たとえば池・河川・風呂や電車)に強い関心・興味があったかどうかを聞く。普段からの多動性・衝動性の有無を聞く。

■ 自殺

自殺は、突然、実行したように見えますが、以下の点に御注意ください。

1. 日頃、および最近の友達関係、家族関係、学校関係での出来事が大事。
2. 最近の、当人の様子の変化が大事。特に気分の浮き沈みについて。
3. これまでの、性格行動特性が、大事。例えば、白黒はっきりタイプか、優柔不断か。
4. 事故と紛らわしい場合も多いが、以下のことは自殺を考える要点になる。

(あるときから学校の欠席率が増えたこと、成績が落ちてきたこと、気分障害(とくに気分のムラ)に気付かれていたかどうかを念頭に置く。

学校での通知表(成績・欠席率)を利用してもよい)

■ 剖検に関して

15歳未満の子どもで、明らかな病死以外の場合、死因を明らかにする必要があると判断すれば、解剖するべきである。

■ CDRチームからのお願い

子どもの事故死の予防にもつながるので、生活安全課におかれましては啓発活動にも、ご活用をお願い申し上げます。