

不詳死の再分類

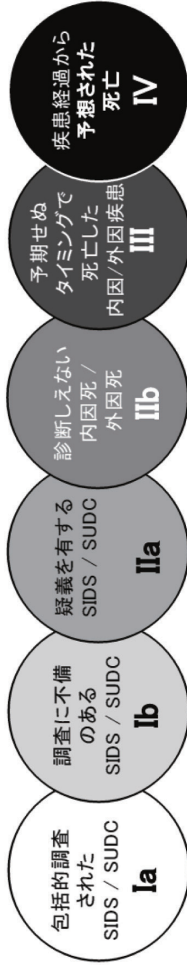
死亡診断書情報 - 発生・救急搬送 - 検査・治療内容 - 要約と分類 - 背景情報 - 養育不全の奇与 - 不詳死の再分類 - 予防

不詳死の分類

- Ia. 包括的調査された SIDS / SUDC
- Ib. 調査に不備のある SIDS / SUDC
- IIa. 疑義を有する SIDS / SUDC
- IIb. 診断しえない 内因死/外因死
- III - IV. 不詳死ではない

この分類にした理由を自由記載してください。

※ 日本SIDS学会診断基準検討委員会の乳幼児突然死の分類とは異なる点に、ご注意ください。



— SUID / SUDC — Unexpected Death Expected Death

Ia 包括的調査された、典型的なSIDS事例を含む小児不詳死

以下の全てを満たすもの：

臨床像：それまでの病歴（成長・発達歴を含む）に何らの問題も認めず、周産期にも異常を認めない。家族歴にも異常を認めない。
 状況：死亡現場検証で、死亡と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/病理組織学的検査で致死的原因となる所見なし。
 検査：薬毒物検査、細菌検査、画像検査、硝子体液検査、代謝疾患スクリーニングいずれも陰性。

Ib SIDSの可能性もあるも、包括的調査が未実施の小児不詳死

一般的なSIDSの定義や上述のIaの基準を概ね満たすが、**包括的死亡現場調査の実施を欠く**。
 もしくは、いずれかの検査（薬毒物検査、細菌検査、画像診断検査、硝子体液の生化学的検査、代謝疾患スクリーニング）の実施を欠く。

IIa 右に提示した要件以外には、分類Iの基準を満たす小児不詳死

臨床像：虐待死は否定されたが、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。

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、成長や発達に問題が認められた事例。明らかでないが、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。

IIb 分類不能の小児不詳死

IaやIIaの基準を満たさないものの、内因死や外因死であるとの確定診断を得られなかった事例。
 剖検が行われなかった事例もこの分類に含まれる。

予防可能性と対応施策有効性

死亡診断書情報 - 発生・救急搬送 - 検査・治療内容 - 要約と分類 - 背景情報 - 養育不全の奇 - 不詳死の再分類 - 予防

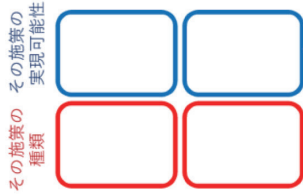
予防可能性トリアージ (9段階評価)

○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 5	○ 6	○ 7	○ 8	○ 9	●
A. 予防可能性が高い			B. 予防可能性はある			C. 予防可能性は低い			D. 不明

予防可能性トリアージ分類の参照事項:

- A. 予防可能性が高い**
 - 両親、保育者などの直接的監護者の、直接的な過失が明らかなる場合
 - 両親、保育者などの直接的 / 間接的監護者の、潜在防 / 組織システム的な過失がある場合
 - 安全性向上に責任を持つ機関の、安全確保の取り組みの不備や、メンテナン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)
- B. 予防可能性あり**
 - 園と機関の子どもも安全性向上の対応を遂行して生じた死亡 (例: 暴力的デモ、戦争、テロ、犯罪など)
 - 両親や保育者などが全く関与していない状況下で生じた死亡
 - 予防手段や治療法の確立している内因疾患による死亡 (例: 髄膜炎など)
 - 潜在的にリスクを低減し得たであろう外因死
 - 死亡に結びついた要因が、周産期のイベントに遡りうる場合
- C. 予防可能性は低い**
 - リスクを回避することが不可避の状況下での死亡 (例: 落雷、地震による死亡など)
 - 生前に無症候性であり未診断であった疾病の、致死的原因による死亡 (例: 閉塞性肥大型心臓症など)
 - 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
- D. 不明**

予防施策の提言



・可能なかぎり具体的な予防施策としてご記載ください。
 ・終末高面の医学的治療により死亡が防げたか、という観点ではなく、根本的な原因を防ぐための施策としてご記載ください。
 (例えば、交通事故による頭部外傷の場合に「脳実質損傷が重度で、死は予防し得なかった」というご意見は適切ではなく、「信号機を設置する」などが有効な予防施策提言となります)

裏記入欄が足りなければ、ご記載ください

予防可能な場合の施策の種類

- a. 育児支援対策
- b. 虐待防止対策
- c. 周産期医療供給体制の整備
- d. 小児医療供給体制の整備
- e. 事故防止対策
- f. 自殺防止対策
- g. その他

その予防可能施策の実現可能性

1. 予防可能だった可能性が高く、その予防策の実現可能性も高い。
2. 予防可能だった可能性が高いが、その予防策の実現可能性は低い。
3. 予防可能だった可能性は高くないが、その予防策の実現可能性は高い。
4. 予防可能だった可能性は高くない、その予防策の実現可能性も低い。
5. 予防可能だったとは、おおよそ考えられない。

・その他にも**予防**の観点からご意見があれば自由に記載してください。

CDR個別事例検証

模擬事例：火災による死亡

《概要》

12月12日午後2時頃に火災が発生。発生時、斉川美緒（3歳女兒）は団地のアパートの寝室（現場スケッチ参照）で遊んでいた。兄の優紀（10歳男児）は台所で味噌汁を作っていた。優紀はテレビを見るために、コンロの火をつけたままキッチンから離れた。母親は自分の部屋で仮眠をとっていた。優紀が台所に戻ろうとした時には、すでに煙が出始めていた。優紀は大声で母親と美緒に知らせようとしたが、煙が激しくなり、美緒のいる寝室に向かうことが出来なくなった。母親は（寝室の？）窓から飛び降り、優紀は玄関から逃げたが、その後、家の中に戻ることはできなかった。消防車が到着し、消火活動が開始され火は鎮火し始めたが、すぐに美緒を発見することが出来なかった。結局、美緒は子ども部屋の奥の壁のところで、煙の吸入により死亡した状態で発見された。アパートの他の部屋には、煙の影響はあったものの、火災による被害は確認されなかった。

《消防・救急隊》

午後2時20分、近所の男性から通報がなされまし。消防車と救急隊は午後2時26分に現場に到着しました。母親と近隣住民がアパートの外にいて、「寝室にまだ子どもがいる」と指をさして叫んでいました。消防隊が消火活動と捜索を開始しましたが、寝室の炎は激しく、すぐに消防隊は戻ってきて、寝室の窓を壊して中に入ることにしました。しかし、寝室内に美緒ちゃんの姿を確認することはできませんでした。母親は煙を吸入していたことに加え、パニック状態となっており、救急車で病院に搬送されることとなりました。午後2時40分までに消防隊が玄関から入ることができる状態にまで鎮火され、子ども部屋の奥の壁のところで丸まっている美緒ちゃんが発見されました。発見時、美緒ちゃんは煤だらけで、体中に熱傷をきたした状態でした。警察に連絡し、警察医の方がいらして、その場で死亡確認がされました。

《火災原因調査官（消防庁）》

火災原因は、鍋がコンロで過剰に熱せられて溶けだしたことで発生したためと判断しました。追加の調査で、コンロに引いてある天然ガスのパイプに小さなヒビが生じていたことが、火災を悪化させたと考えられました。このパイプのヒビには、過去に何度か修復が試みられた痕跡がみられました。アパートの管理会社に、過去に家主がこのヒビについて対応していたかどうか、問い合わせを行っているところです。なおこのアパートは公営住居でした。

《検視官》

現場の消防隊から連絡を受け、臨場となりました。消防隊により美緒の状態の説明を受け、ともに臨場した警察協力医によって、死亡宣告が行われました。主たる死因は煙・煤の吸引であり、従たる死因は体表の30%を超える重症熱傷と判断されました。

《警察》

午後2時30分の現場到着時、母親はパニック状態で、近隣住民と救急隊が母親を落ち着かせようとしていました。被害者支援センターに電話し、現場に支援員を派遣してもらい、彼女の手によって母親は若干落ち着くことが出来ましたが、美緒ちゃんが死亡した状態で発見されたことで母親は狂乱状態になり、病院へ救急搬送しなくてはならない状況となりました。搬送時、母親には酸素マスクが付けられ、病院では鎮静剤の投与が行われました。我々も病院に行き、母親への聴取を試みましたが、とても会話できる状況ではなく、翌日に再度事情聴取を行うことといたしました。母親は「どこから火災が発生したかわからない」と説明し、「前日は12時間のシフト勤務を終え、当日の夜も勤務の予定だったため、自室で仮眠をとっており、息子の叫び声で目が覚めた。美緒がどこにいるか探すため、叫び続けたがどこにいるのか分からずじまいだった」との説明を追加しました。なお消防隊の証言では、火元は台所の可能性が高いと説明されました。



《母子保健担当保健師》

母親は他県で、地域の子育てピアサポートセンターにしばしば訪問していたようですが、美緒ちゃんが2歳になったころから、訪問することはなくなり、以降は保健師としての関与はありません。

《児童相談所》

9月に美緒ちゃんが一人で遊んでいた、とのことで近隣の年配女性から、通告があったようですが、虐待事例としての受理はしていませんでした。いつもの駐車場に母親の車がなかったため、「ママはどこかな?」と尋ねたところ、「ママはいないの」との返答だったそうです。児童福祉司が現場に向かいましたが、その際には既に母親は帰宅していました。ちょうど仕事から戻ってきたところだったようで話をしたところ、「お兄ちゃんに子守を頼んでいた」と説明しました。一家は数ヶ月前に引っ越してきたばかりで、保育所を見つけるのに苦労しているとの話も聞きました。父親は別の都市に住んでいるとも説明しました。福祉司は母親に、短時間でも小さな子どもだけで遊ばせることの危険性を説明し、子育てに関するパンフレットと保育所ネットワークの電話番号を渡した上で、支援が必要な時にはいつでも連絡するようにと申し添えて、児童相談所の電話番号を渡したとのことです。

美緒ちゃんが死亡した後、改めて記録の確認を行ったところ、引っ越してくる前は200km南のB市に住んでいたことが判明しました。B市でも児童相談所の通告歴があり、父親による身体的虐待と母親によるネグレクトとして、受理がなされていました。どうやら父親からのDVから逃げるために、引っ越してきたようでした。

《検察官》

母親にネグレクトの既往があったとの連絡を受け、我々もこの事件には関わっております。昨年 of 定期的な消防の立ち入り調査で、ガスパイプのヒビを含め、いくつかの改善点の指摘を受けていたようですが、それが履行されていたかどうか、現在アパートの管理団体に、捜査を行っているところです。現在のところ正式な形でガスパイプの修理がなされていたかどうかは不明です。

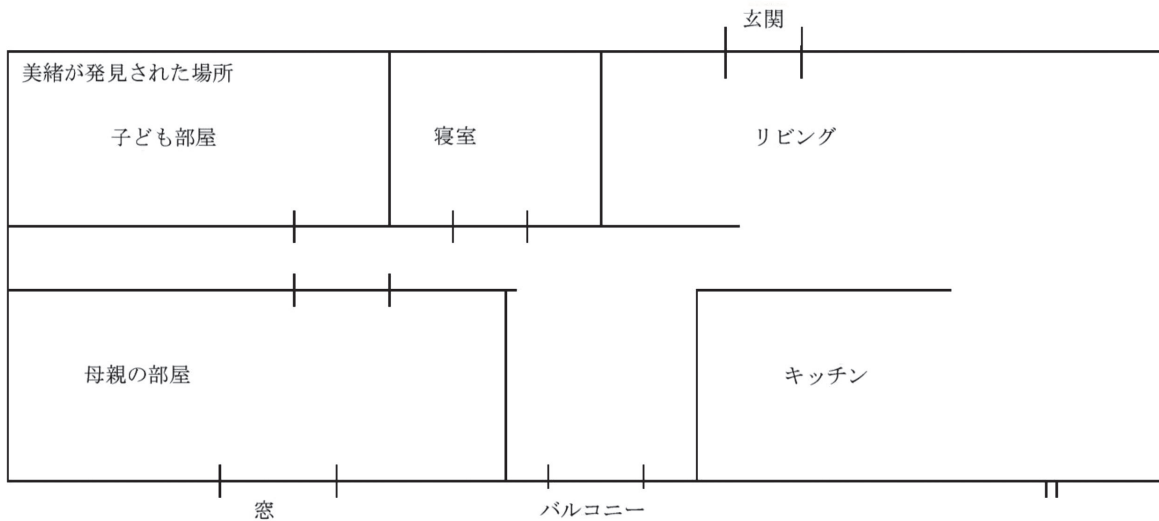
児童相談所関与の時間経過について

保護者	母親, 32歳, レストラン勤務 父親, 38歳, 無職 (結婚歴 12 年)
子ども	美緒 女 (死亡), 3 歳 優紀 男 (生存), 10歳
公的支援:	生活保護受給
2008/7/16	B市において優紀出生
2010/5/15	児童相談所への初回通告: 優紀に対しての父親の身体的虐待、ならびに母親のネグレクトが認定され、要保護児童対策地域協議会に登録。 両親に、ペアレントトレーニングの受講が勧奨されたが、サービス利用の有無については不明。
2012/7/24	乳幼児健診にて青あざとタバコ熱傷痕が見つかり、児童相談所への2回目の通告: 父親が加害者と認定される。 検察官を交えた処分前カンファランスが開催されたが、父親がペアレンティングクラスに参加することに同意したため、不起訴(起訴猶予)の対応となった。
2015/8/12	美緒出生
2016/3/26	父親から母親へのDVで、警察通報がなされる(父親が母親の顔を殴り、家の前の公道まで追い回しを行ったことで、近隣住民が通報した)。父親は暴行で逮捕されたが、母親に処罰感情がないため、結局、不起訴(起訴猶予)となるが保護観察処分となり、父親はアンガーマネージメントのクラスを受講するように指導がなされた)。
2016/5/2	児童相談所への3回目通告: 父親がうつ状態となり、自宅に籠りきりになり、違法薬物を使用するようになった。そのような状態で、母親は仕事の際に子どもを父親に任せきりにしてしまっていることから、親族が懸念し、通告を行った。 子どもの安全リスクがそれほど脅かされた状態とは判断されず、在宅指導扱いとなった。この時点で児童相談所は、警察への連絡は入っていない。
2018/2/2	児童相談所への4回目通告: 市民からの匿名通告。通告者は強い懸念を抱いているようであった。 調査に入った際に、美緒の額に切創が確認された。父親が口論中に母親の首を絞めたあとに、母親に向かって物を投げたものが、美緒に当たったと説明された。 父親の身体的虐待、母親のネグレクトとして受理するとともに、DV事例として女性相談所との連携が取られた。結局、母親が裁判所に保護命令の申立てを行い、裁判所から父親へ母親に近づかないように接近禁止命令が出されることとなった。 なお、この事例は結局、処分前カンファランスは行われず、警察の捜査もほとんどなされなかったことが、美緒の死後に行われた追加情報収集で判明している。
2018/4/10	児童相談所への5回目通告: 接近禁止命令が下されたにも関わらず、結局父親と母親は元の鞘に戻り、父親が母親と子どもたちに対し威圧的な対応を行っていることを懸念した親族が通告したもの。物理的な有形力行使がないため、緊急一時保護などの措置は取られなかった。
2018/4/13	児童相談所より警察に情報提供がなされるが、事件化はされず。



- 2018/4/30 児童相談所職員が家庭訪問を行うも、不在のためカードを残した。
- 2018/6/19 児童相談所へ6回目の通告: 衛生ネグレクトとして、優紀の通う学校から通告。母は母方祖母宅に逃げていたが、祖母の体調がすぐれず、看病による負担が重なっている状況であった。結局ネグレクトに関しては、在宅指導扱いとなる。
- 2018/6/30 母方祖母が死去。
- 2018/7/01 父親が母親の職場に電話し、家が荒れまくった状況にある事をしきりに訴え、自宅に帰ってこなければ子どもたちを傷つけるとの脅しを行った。そのため母親は200km離れたA市に子どもを連れて引っ越した。アパートを借り、レストランの仕事を2つ掛け持ちして働き始めた。
- 2018/9/30 児童相談所への7回目の通告 (A市児童相談所への初回通告) : 近隣住民より、美緒が一人で外で遊んでいたというもの。監督ネグレクトとして受理され、警察にも通報がなされた。児童相談所福祉司が家庭訪問を行い、母親へのサポートを提供した。
- 2018/12/28 火災発生、3歳児死亡

現場検証見取り図
(警察から提供された捜査資料より)



上記情報をもとに、45分を目安に話し合いを行い、15分で県に挙げるべき提言を作成して下さい。

(参考)

本模擬事例を用いたCDR個別事例検証を公開で実施した際のシナリオを、参考に提示します。

(小児科医が中心の会合に向けたシナリオであり、防火、消火設備や、ガスコンロの不備、ガスパイプの問題に関しては、議論が大きく広がりすぎるので「火が周りの何かに引火し燃えた時に、とっさに換気扇を回したことで火が大きくなって延焼した」というシナリオに作り替えています)

なお当然、地域で模擬事例を用いた検討を行う際に、このシナリオに従う必要は全くありません。

座長：では、今日は3歳で火災で亡くなったお子さんのCDRを行います。それぞれの関係機関の皆様から情報をお願いします。まず最初に小児科の先生からお願いします』

小児科医：この子は12月12日(火)午前11時半ごろ救急搬送され、病院到着時、すでに心肺停止状態であり、蘇生に反応せず死亡が確認されています。なお来院時は、全身に1~3度熱傷を認め、挿管を試みるも困難であり、口鼻周囲は煤だらけでした。同乗してきた母親はパニック状態であり、話が聞ける状況ではありませんでした。同行してきた警察官によると、自宅で午前11時ごろ、お兄ちゃんが料理をしていた時に火事になったようで、母親と10歳の兄は逃げて無事でしたが、患児のみ逃げ遅れたようだ、と説明してくれました。

この子は、近医クリニックがかかりつけで、A病院には胃腸炎で入院歴があったが3日で退院しました。

同行してきた警察官には、蘇生に反応せず死亡確認したことを説明し、異状死として、これから司法解剖に回る予定と説明があったので、死亡診断書は書かず遺体は警察に搬送されました。その後のことは知りません。

座長：先生ありがとうございます。では次に消防・警察・検察・児童相談所・市町村の保健士さん・法医の先生の順に、情報を提供していただければと思います。

消防：午前11時00分、近所の男性が通報した。消防隊と救急隊は午前11時06分に現場到着しました。母親と近隣住民がアパートの外にいて、『寝室にまだ子どもがいる』と指をさして叫んでいました。消火活動と人命検索を開始、玄関からの屋内進入を試みましたが、炎が激しかったため玄関からの進入を断念し、寝室の窓を破壊して屋内進入しました。しかし、寝室内で美緒ちゃんを発見することはできませんでした。母親はパニック状態となっており、話を聞ける状態ではありませんでした。

午前11時20分に鎮圧状態となったため、消防隊が玄関から屋内進入し、子ども部屋の壁際で丸まっている美緒ちゃんを発見し救出しましたが、心肺停止状態であったためCPRを継続し午前11時30分現場出発し、午前11時40分に病院到着しました。

火災原因調査によると、ガスコンロで調理中にその場を離れたため、ガスコンロの周囲にあった可燃物に着火し火災になったものと思われます。その際に、換気扇を使用していたことより、炎を吸い上げ延焼拡大したものと思われます。

警察：その後の調べによると、「H29年12月12日午前11時頃に火災が発生。発生時、被害児は団地のアパートの寝室で遊んでいた。10歳の兄の優紀は台所で味噌汁を作っていたが、優紀はテレビを見るために、コンロの火をつけたままキッチンから離れた。母親は自分の部屋で仮眠をとっていた。優紀が台所に戻ろうとした時には、すでに煙が出始めていた。優紀は大声で母親と美緒に知らせようとしたが、煙が激しくなり、美緒のいる寝室に向かうことが出来なくなった。母親は窓から飛び降り、優紀は玄関から逃げたが、その後、家の中に戻ることはできなかった。消防車が到着し、消火活動が開始され火は鎮火し始めたが、すぐに美緒を発見することが出来なかった。結局、美緒は子ども部屋の奥の壁のところで、発見された。アパートの他の部屋には、煙の影響はあったものの、火災による被害は確認されなかった」とのことです。



実際我々が午前11時10分に現場到着した時、母親はパニック状態で、近隣住民と救急隊が母親を落ち着かせようとしていました。我々も病院に行き、そこで母親への聴取を試みましたが、とても会話できる状況ではなく、翌日に再度事情聴取を行うこととしました。母親は「どこから火災が発生したかわからない」と説明し、「友達に頼まれて夜に仕事に行っていた。これまでも何度かあった。」「明け方帰ってきてそのまま寝ていた。」「息子の叫び声で目が覚めた。」「美緒がどこにいるか探すため、叫び続けたがどこにいるのか分からなかった」と説明しています。

検察：母親にネグレクトの既往があったとの情報もあり、事件性の確認も含め県警から一報を受けています。今のところ事件としては認識しておりません。

児童相談所：転居前は他県のB市に住んでおり、父親からのDVのため、8月に母子で転居してきたことと、B市でも父親によるDVケースとして管理されていて、その旨、A市に引継ぎがあったことを要保護児童対策地域協議会（要対協）実務者会議の中で共有していました。9月に美緒ちゃんが一人で遊んでいた、とのことで近隣の年配女性から、児相通告があり、すぐに訪問しました。確かに母親が不在だったため、美緒ちゃんに「ママはどこかな？」と尋ねたところ、「ママはいないの」との返答でした。ちょうど戻ってきた母親に話を聞くと、「お兄ちゃんは不登校ぎみで家にいるので、ちょっとの間ならいいかとお思い、お兄ちゃんに子守を頼んでハローワークに行っていた」と説明しました。8月に引っ越してきたばかりで、保育所や仕事を見つけるのに苦労しているとの話でした。我々は母親に、短時間でも小さな子どもだけで遊ばせることの危険性を説明し、子どもだけにしないようにするための手立てを、市の子育て支援課含めて考えていきましょう、と提案していました。明らかなケガや体重増加不良等なく、母子関係も良好と判断したため、市にケース移管をして、市が主体で関わっていくケースとして、児相は係属終了としていました。

保健師：母親は8月に他県B市からDV被害のためA市に転入してきました。住民票は移していないのですが、B市の母子保健の保健師から引き継ぎの連絡がありました。A市の子育て支援課にも連絡があり、要保護児童対策地域協議会で児童相談所とも情報共有していました。住所は移していないのですが、児童手当や児童扶養手当は、母親がDV相談の証明書をDV相談からもらうなど手続きをして受給していました。4月から保育所入所のための手続きも進めていました。3歳児健診ではお金がないことや仕事のことなど相談はしていましたが、仕事に行っていたことは把握していませんでした。

10才の兄が不登校気味であることは、要対協の実務者会議で学校からの情報として聞いていました。家庭訪問はしています。部屋は雑然としていましたが、母親なりに頑張っている様子でした。

法医：臨床現場の採決で一酸化炭素ヘモグロビンが高値（40%）であったこと、皮膚に1度や2度の熱傷があったこと、解剖の際に煤が気管や気管支まで達していたこと、から死因は焼死と判断しています。これらは、生きている間に火災に遭遇した根拠であり、例えば、殺害された後に焼かれたのではないと判断されます。やけど以外には身体的・性的虐待を疑わせる所見はなく、死因となる他の病変もありませんでした。

座長：思っていた以上にいろんな情報があったようですね。皆さんで意見を出し合ってください。まず死因についてはいかがでしょうか。

小児科医：臨床医としても、焼死でいいと思います。事件の可能性はない、ということによいのですね。

検察：そうですね

座長：養育環境はどうでしょうか？



小児科医：お母さんが夜の仕事から帰ってきて、寝ていて、お兄ちゃんが料理していたんですね。ていうか、平日ですよね。お兄ちゃん学校は？

保健師：市の情報から休みがちだったとは聞いてます。また、母子家庭で大変という話は聞いています

小児科医：夜中は子ども二人だけだったのですか？

警察：友達に頼まれて時々夜にキャバクラの仕事に出ていたようです。その時はやむを得ず子供二人にしていたようです

法医：保育園になぜ入れてなかったんですかね？

保健師：まだ、保育園に空きがなく、空き次第で4月～の入所の方向性で考えていました

小児科：えー！じゃあ、保健師さんは、母親が時々水商売をしていた状況を把握してなかったんですか？

座長：先生、そういう責めるようないい方は、やめましょう

小児科医：ああ。。。すみません、つつい。収入はどうなっていたのですか？

保健師：生活保護にならない程度だったみたいです。貯金がいくらもあり、児童手当、児童扶養手当などをもとに生活していたようです

座長：児童相談所からは、いかがですか？

児童相談所：そうですね・・・子どもだけにしていたり、子どもが火を使っているのを見ていなかったりすることを考えると、死因の一つとしてネグレクト傾向とも考えられますよね。養育環境として子どもの安全が確実に担保されておらず、母親もやむを得なかったとはいえ、子どもだけにする時間、子どもを見てなかったと考えたら、これはマルトリートメント、不適切養育と観点で、検討することは必要かと思います。ですので、火事後、警察からの身柄つき通告もあり、お兄ちゃんを一時保護して、いつもはどんな生活状況だったのか含め、詳細の調査をしました。また、お兄ちゃんも自分のせいで妹を亡くしてしまったのではないかとの自責の念も垣間見られるので、ケアの意味を含めた、児童相談所での行動診断・心理診断もしました。

保健所：生活保護なしで子ども2人を育てており、また転入後間もない状態で子どもを保育所に預けることができていなかった。そういう中で母親が条件の良い仕事を見つけるのは相当難しかったと思います。そういう意味で不適切な養育環境は必ずしも母親のせいだけだとは言えないと思います。しかし、今後同様の死亡事例の予防を考える上で不適切な養育環境があったかどうかの議論は必要だと思います。

小児科医：そんなことになっていたなんて、全然知りませんでした。我々も児童相談所にこの事例の通告をしていませんでしたし、。。情報共有って大切ですね。

座長：B市からの情報提供・引継ぎについてはどうだったのでしょうか

保健師：B市からの引継ぎはされていました。



児童相談所：児相もB市からケース移管されていました

小児科医：住民票を移さず転居できるんですね。その場合、子ども手当とか保育園なども大丈夫なんですか？

保健師：DVの場合は、加害者に知られないよう住民票もうつさず転居ができるんですよ。転居先のサービスも受けられるんです。保育園や学校も住所を移さず転園・転校できます

小児科医：警察の引き継ぎはどうだったんですか？

警察：DV事案ですし、子どもがいるため面前DVのケースとして引継ぎされていました

座長：医療機関への質問はありませんか？

保健師：胃腸炎で入院したとき母子の様子はどうでしたか？

小児科医：経過は悪くなく、3日で退院しました。母子家庭であることは問診で把握していましたが、特に気になる状況はありませんでした。先ほども言いましたが、こんな状況があったなんて知らなかった。地域の情報が事前にわかればもう少しできることがあったかもしれません。

座長：地域の要対協ではこの子のケースも上がってたんですね。要対協に医師が出席しているかもしれませんが、現状では情報が医療機関に共有されていないのも問題ですね。

小児科医：今考えれば、入院中も、上の子がいるからと付き添いせず帰ってしまったり病状説明の時お母さんがいなくて、連絡が取れない時がありました。入院中に気になった事をもうちょっと踏み込んで聴くことが大切かもしれませんね。。。

保健師：そうですね。。。わたしも、事故予防について、もう生活面に少し踏み込んだ指導をしていればよかったかもしれません。料理をどうしていたのか、子どもが火を使うことはないかなども聞く必要がありますね。

児童相談所：我々も、「子どもだけにしないように」と漠然とした指導しかしていなかったです。前のB市のときは子どもを近所のママ友に頼んだこともあったみたいです。「子どもだけにしないように工夫していたことには何がありますか」とか「子どもだけになったとしても危ない目に遭わないように配慮しているところはどんなところですか」など、家族だからできる工夫をもう少し丁寧に聞く必要があると考えています。また美緒ちゃんも十分な話ができる年齢でしたし、美緒ちゃんに『お母さんがいつも気にかけてくれていることはあるかな？』など具体的に聞き、家族の強みを評価しておかなければならなかった。そうしたら母の当事者性が上がり、危険に対する対応ももう少し具体的にイメージできるようになっていたかもしれないです。

法医：学校の情報も大切じゃないですか？情報をお互いに把握していれば、母子家庭の支援として、具体的に何か行えたかもしれません。

座長：確かに学校の関係者の方に、この会議に入っていただくことで、そのような検討も可能になりますね。次回から、しっかりと依頼しなくてははいけませんね。さて施設、設備の問題はどうでしょうか

法医：スプリンクラーなどの防火設備はどうだったんですかね



消防：今回の建物は500㎡以下なので、スプリンクラーなどの防火設備は必須ではなく、消火器のみの設置義務だけなので、法的な問題はありませんでした

小児科医：そうなんですね。。。ガスコンロの自動消火とかの機能ってないんですか？

消防：過熱防止や空焚き防止の装置がコンロにはついていましたが、今回は周りにあった可燃物への着火が原因だったので、それも作動しませんでした。

小児科医：やっぱり火を使うのに、親の目がなかったのが一番の理由ということになってしまうのでしょうか。。。おなかがすいていたのかなあ。。。いたたまれないですね。

保健師：事件性はないとのことでしたが、過失によって火事を起こしてしまい、人がなくなったという事実は歴然としています。それに対して、どう考えればいいですか？

検察：火災の直接の原因は、現場の状況から、鍋をコンロの火にかけっぱなしにしていたことです。そうすると、意図的に放火したという放火罪ではなく、仮に事件化するとしたら、不注意で鍋をコンロの火にかけっぱなしにしたという過失犯になります。鍋をコンロの火にかけっぱなしにするのは、ちょっと注意すれば防げることなので、過失犯の中でも重過失となりますが、今回は、鍋を火にかけっぱなしにした結果、アパートの部屋が燃えているので、重過失失火罪の適用も考慮されます。ただし、14歳未満の少年は罰せられないので、そもそも罪には問えません。

小児科医：母親が保護責任者遺棄致死に問われる可能性はどうなのですか？

検察：火事だと気付いて、3歳の子と一緒に逃げることができたのに、あえて3歳の子を連れ出さなかったような場合なら、その余地はありますが、今回の例では、3歳の子を助け出す余裕はなかったと思われ、法は不可能なことまで強いることはできません。ネグレクトとしての視点も、保護責任者遺棄が成立するには、「生存に必要な保護をしなかったこと」が必要で、1度だけ子供に食事を作らせて自分が子供の食事を作らなかったということだけでは、保護責任者遺棄とはいえません。

小児科医：よく分かりました

座長：現在の母親・兄の様子はどうなってますか？

児童相談所：先ほど言いました通り、事故直後、児相は警察からの身柄児童通告に基づき兄を保護し心理診断、行動診断をしました。現在は、母親と患児は母子ホームに行き、関係者の見守りのある状況です。

小児科医：よかったです。お兄ちゃんの精神的なケアも気になってたんです。

座長：皆さんの意見を持ち寄ることで、それぞれがバラバラに持っていた情報が一つにまとまってきましたね。皆さんどうですか？

小児科医：今日参加してよかったです。医療機関だけだと、単に火事で子どもがなくなってしまった、という事実しか分かり得なかったです。

法医：そうですね。多くの職種のかたのコメントを聞かせて頂いて、この子の死に至る経過について、医学的な



病態だけでなく、なぜ、この子が亡くなることになってしまったのかを考えることができました。

座長：では、美緒ちゃんがどうすれば亡くならず済んだかこれまでの意見をまとめながら考えていきましょう。まず養育不全トリアージはどう考えますか？ 当初の医療機関の登録時にはⅡになっていましたが。

児童相談所：養育不全がなければ、この火事は起きなかった可能性が高い。CDRの場が断罪の場でないのであれば、今後、多機関が連携して脆弱なご家族の支援の取り組みを強化する意味でも、予防施策を推進していく観点でも、Ⅲaにした方がいいと思います。

（全員が賛同）

座長：予防可能性はどうでしょうか？当初の医療機関の登録時には5になっていましたが。

小児科医：今日の情報を総合するならば、予防可能性は高かったと言わざるを得ません。3に変更していただきたいなと思います。対応した救急科の先生にも、今回の経緯を伝えておきます。

（全員が3にすることに賛同）

座長：それぞれの機関に戻った時、各機関内でどんな報告・提案ができそうですか？ 次に同じようなケースで死亡するようなお子さんを予防するためには何ができそうですか？ 具体的な施策の提言は、今後の2次検証の場でディスカッションされることになると思いますが、一次検証の場であるここで、論点を明確化しておきたいと思います。

保健師：もう少し生活面に踏み込んだ支援をしていればよかった。保育所入所については、空きがないなら、母親が求職中で生活困難、DV被害もあるなど母子相談員と連携して意見書を付けて、緊急一時保育の利用を促すなど対応してあればよかった。事故予防についてもガスの火を気をつけなさいなど一般的な指導ではなく、お兄ちゃんが登校しぶりだったので、話を聞いたり、食事はどうしているか、子ども食堂に連れ出したり具体的な支援が足りなかったと思います。フードバンクも紹介できたかもしれません。他の保健師にも、今後のためにもきちんとフィードバックしておきます。

児童相談所：子どもだけにすることの危険性について、お母さんの認識をもう少しあげられるように、問いかけの工夫ができていれば良かったです。また、保育所入所の優先順位が上がる書類（意見書）も、市と打合せで積極的に作成しておけば良かったです。

小児科医：医療機関で関わったお子さんに対しては、家庭背景も含めて、気になることがあったら早めに介入することが必要と痛感しています。事前に地域で見守っていく必要のあるお子さんの情報が共有できるよう、要対協での情報共有に地域の中核病院の医師もぜひ入れてほしいです

保健師：事故予防を保健指導の中に入れていこうと思います。保健指導のチェックリストを作って、家庭訪問時に危ない場所がないか、子どもが一人で過ごす時間がないかなどを、もれなく聞けるようにするのもいいかもしれません

児童相談所：もう少し踏み込んだ具体的な母子支援・就労支援などができるように、例えば、近隣の民生委員・指導員の活用もしていきたいです。また、保育園への優先入所も、特にDVのケースでは考えるように周知します。お母さんが子どもを見れない時に一時預かりの制度がありますが、それももう少しわかりやすく提示



でき利用しやすい印象になるようパンフレットを作りなおしてみます。

小児科医：やっぱり、お兄ちゃんが学校にいけてなかったという情報があれば、支援のきっかけになったかもしれないですね。学校の情報があればよかったです。スクールソーシャルワーカーさんが学校に居ないところも多いみたいですが、しっかりと配置をしていただき、不登校の情報や家庭環境などの問題も、多機関で共有していかなくてはいけないかと思いました。

座長：様々なご意見をありがとうございます。まずは、次回以降の個別検証の際に、必要な場合には積極的に、学校関係者の方にも参加をお願いしなくてはなりませんね。では一次検証としての提言についてまとめましょう。

先ほどの話し合いの内容をまとめると

- DV支援に関する関係機関向けの啓発・マニュアルの作成
- 要対協への医師の参加や、当該医療機関との情報共有
- 保健指導における事故予防指導（チェックリスト作成）
- 親向け子育て冊子への掲載（親向けの事故防止啓発）
- 学校へのSSWの配置や活用

というところになるかと思います。

具体的に何をどこまで地域の施策にできるのか、CDOPの場で検討してもらいましょう。CDOPからフィードバックがありましたら、今回参加の先生にも積極的にフィードバックいたします。

では今日のCDR個別検証会議はこれで終わります。皆様お疲れ様でした。

CDOP検証

case1: 6歳男児

A: 事例概要

旅行中に、母親の運転する自家用車で、他の車の衝突事故に巻き込まれたもの。全身を強く打ち、程なく死亡した。

本児はジュニアシート未使用で、シートベルトも未着用の状態で、後部座席に座っていた。当日の天候は雨が激しく、時間帯は夕暮れ時であった。正面衝突を起こした相手の車が、道路の反対車線に飛び出す形で、母親の運転する車に衝突した。衝突時、本児はフロントガラスを突き破って飛び出し、救急搬送時には道路脇に横たわった状態であった。母親は胸部と骨盤に重篤な外傷を認めたが、命に別状はなかった。相手の車の運転手は、現場で死亡が確認された。

救急隊到着時、本児は自発呼吸は認められたものの、瞳孔は散大・固定し、意識不明であった（Glasgow Coma Score 3）。頭部CT検査で頭蓋骨の多発骨折、硬膜下出血、脳室内出血、脳浮腫が確認され、人工呼吸器管理下でPICUに入室となったが、脳神経外科医の判断では、生命予後は著しく不良であり、手術適応はないと判断された。父親と話し合いを続けた結果、DNAR対応となり、同日中に本児は死亡した。相手側の運転手は85歳男性。最近早期認知症と診断され、主治医より運転を控えるように指導されていた。

B: 死亡診断書/死体検案書の記載

死亡の原因 I: (ア) 頭部外傷 (イ) 交通事故
死因の種類は 2 交通事故 解剖未実施

C: 死亡児の基本情報

本児は性来健康な状態で、入院歴なく、乳幼児健診で異常を指摘されたこともなかった。ハルトは健康な5歳児であった。入学したばかりの小学校では、友人との関係も良好で、勉強にも意欲的であった。

D: 家族情報

母親 34歳（主婦） 父親38歳（倉庫勤務） 姉 7歳
小学校からは、特に家族に対して懸念すべき情報はないとの返答。2人とも毎日登校し、遅刻もなく、身なりも清潔感がある状態であった。

E: 現場情報

本児は事故時にシートベルトをしておらず、ジュニアシートも使用していなかった。
夕暮れ時で、かつ激しい雨で非常に路面の濡れた状態であった。街灯は適切に作動しており、道路標識は適切に確認できる状態であった。車両の検証では、両方の車両とも特に整備不良の状況は確認されなかった。

F: 何らかのソーシャルサービス、医療の利用

特記事項なし

CDOP検証

case2: 15歳女兒

A: 事例概要

2018年1月12日の深夜2時近くに、高架の陸橋から飛び降り、多発外傷で即死。飛び降りる前、非常に思い悩んだ様子でいる姿が監視カメラに映っていた。

本児は高校1年生であった。非常に真面目な生徒であったが、学業成績は振るわず、努力しても良い成績が取れなかった。年度末の進級試験に合格できる見込みはない状態で、留年するか退学するしかない状況であった。

本児は高校2年生の先輩(17歳)と付き合っていた。年上の彼氏ができたことで、先輩と混じって遊ぶことができ、それをとても楽しんでいるようであった。ただ親しい友人に対しては、彼氏とうまくやっていくために、望まない性的行為を続けなければならない状況が多く、そのことに強い負担を感じている、と話をしていた。その後、彼氏が他の女子生徒と浮気をしていた判明したため、別れることとなったが、別れた後に、その生徒が3年生の上級生に、リベンジポルノとして彼女との性的な関係時の写真を見せていたことが判明した。

本児は写真のことを非常に深刻に悩んでいた。別れた元彼氏とその友人に会うことを恐れて学校を休みがちになったため、成績はさらに下降していった。担任の先生が本児と話そうと試みたものの、本児は担任には何らの開示もすることはなかった。本児の両親と教頭・スクールソーシャルワーカーとが、1月12日の日中に面談を行う予定であった。

B: 死亡診断書/死体検案書の記載

死亡の原因 I: (ア) 全身打撲 (イ) 自殺

死因の種類は 9 自殺死因 解剖未実施は自殺と記載された。

C: 死亡児の基本情報

本児の成績は、死亡直前には平均以下であったが、それ以前には真面目に学業に取り組んでいた。小学校のときには、他の学童よりも学業が遅れてしまっていたため、一時的に支援学級を利用していた。中学校に入って以降は、普通級で特に問題を生じることはなかった。

本児は彼氏ならびに彼氏の友達と一緒にいる際に、アルコールを飲むようになっていた。一度、飲み過ぎて飲み屋の外で意識不明となり、病院に搬送されたことがあった。退院後、両親は本児を叱りつけ、罰として彼氏とその友人には二度と合わないよう告げたが、本児は放課後、内密に彼らと会うことを続けていた。また本児は、妊娠したかもしれないと心配になって産科クリニックを受診したことを、友人に打ち明けていた。

D: 家族情報

母親 45歳(小学校教員) 父親50歳(大学講師) 兄 20歳(大学生)

母親にうつ病の既往あり、10年前に精神科に入院したことがある。父方祖母は2ヶ月前に死去していたが、本児は祖母と非常に親しかった。高校の教員は本児を心配し、両親との面談を準備していた。高校側からは家族に対する懸念は特にないとのことである。兄は非常に優秀な生徒であった。

E: 現場情報

警察によって、本児が飛び降りた橋の捜査が行われた。安全用フェンスには破れている箇所があり、容易によじ登ることができる状態であった。橋の定期点検で6ヶ月前にフェンスの故障について報告されていたものの、修理の予定が組まれることはなかった。

F: 何らかのソーシャルサービス、医療の利用

高校にはスクールカウンセラーが設置されていたが、本児は死亡するまで利用したことはなかった。地域の産婦人科クリニックには、本児の受診歴は残されていなかった。

CDOP検証

case3: 生後6週、男児

A: 事例概要

2018年4月28日午前7:30頃、両親と一緒に眠っていたベッド上で、呼びかけても反応しない状態で発見された。すぐに救急要請がなされ、8分以内に救急隊が到着、すぐに総合病院に搬送されたが、既に冷たくなった状態で、死後硬直が始まっており、死亡宣告がなされた。警察による検視が行われ司法解剖がなされる判断となり、警察に遺体が移送された。司法解剖結果は、CDRの場に提示されていない。

死亡数日前から、本児は風邪気味で咳と鼻水があり、普段に比べ活気不良であった。体熱感があったものの体温測定はなされていなかった。姉が最近、風邪をひいていたところであったため、母親は特に心配しておらず、医療機関を受診していなかった。

死亡前夜も本児の機嫌は良好で、午後9時にミルクを約150ml飲んだとのことである。本児はその後、両親の寝室内のベビーベッドに、肌着とベビー服を着た状態で、胸まで毛布を一枚かけた状態で寝かされていた。その後、夜中にミルクのために起きることはなかったとのことである。なお本児は、ここ2週間は、夜から朝まで眠り、ミルクのために起きることはなかったとのことである。

死亡当日の朝7時半に母親が起床した直後、本児は蒼白で、体も冷たい状態であった。厚手の羽毛ぶとんが本児の腰まで覆っており、毛布は頭の上にまで覆いかぶさった状態であった。母親・父親ともに、夕食後にそれぞれビールを5本飲んでいて（普段通りの飲酒量）。

B: 死亡診断書/死体検案書

情報提供がなく不明 臨床医判断は「不詳の死」

C: 死亡児の基本情報

出生: 在胎 36週0日 出生体重2200g 早産、低出生児のため8日間入院
最終計測体重 (生後5週時) 体重3100g 予防接種: 未接種 ミルク栄養

D: 家族状況

母親 (24歳) 清掃会社勤務: 妊娠20週で退職 父親 (28歳) 食料会社の非正規職員 姉: 花菜 (24ヶ月)
母親は万引きで逮捕歴あり。母親は妊娠中から10本/日の喫煙歴があり、父親は20本/日の喫煙をしている。家族に児童相談所への通告歴はなし。姉の花菜は母親が働いていた際には、会社の保育所に行っていた。保育所の職員は花菜がいつも汚れていて臭く、空腹で登所することを心配していた。母親はよく花菜を怒鳴りつけているのが目撃されており、母親が保育園に迎えに来た時に、泣いて保育園の職員にしがみつくこともあったとのこと。

母親が最初に産科を受診したのは妊娠20週の時で、それ以降の妊婦健診は数回受診したのみであった。本児は生後1ヶ月健診時に予定通り受診せず、複数回の受診勧奨の後、近くの保健センターに生後5週時に一度体重のみ測りに来ていた。

E: 現場情報

家族はワンルームのアパートに住んでいた。警察の現場検証の際、室内は非常に汚く散らかっており、台所にはゴミや洗っていない皿が積み上がり、食事やミルクを用意するためにふさわしい清潔な場所はなかった。冷蔵庫にはほとんど食材はなく、花菜のためのおもちゃはなく、床には空のビール瓶が12本転がっていた。

F: 何らかのソーシャルサービス、医療の利用

近医への受診歴はなし。

花菜の予防接種はほぼ未接種で、乳幼児健診もあまり受けておらず、郵便受けには保健所からの受診勧奨の手書きが複数枚そのまま放置されていた。保健師による家庭訪問は居留守を使われ、ほとんどできていなかったことが確認された。

CDOP検証

case4:8歳女児

A: 事例概要

2歳時に喘息と診断され、頻回入院歴（挿入管理歴もあり）があった。

2018年2月10日、激しい咳嗽と鼻水を認めていたが発熱はなく、登校してきたが、この日は体育に参加できないくらいの呼吸苦あり、教員は母親に迎えに来るように電話をし、迎えに来た母親は、しばらく様子を見て状態が改善しないようであれば小児科を受診させると答えていた。母親は本児に1時間ごとにサルブタモールの吸入を行わせていたが、夕には少し調子よくなり、少しだけ食事がとれていた。20時に就寝したものの、22時に咳と喘鳴で中途覚醒し、再度吸入を行っていた。2月11日午前2時に、本児の激しい咳込みと嘔吐で目覚めたところ、呼吸困難な状態であり、救急車が要請された。救急車内では、呼吸回数は5回/分、心拍50回/分、100%酸素投与下で酸素飽和度は80%であった。救急隊は直ちにサルブタモールのネブライザー吸入を開始し、速やかに救急病院に搬送したが、病着直後に心肺停止状態となり、蘇生に反応することなく同日午前2:45、死亡宣告がなされた。

B: 死亡診断書/死体検案書

死亡の原因 I: (ア) 呼吸不全 (イ) 喘息発作

死因の種類は 1 病死および自然死 解剖未実施

C: 死亡児の基本情報

ここ3年間で10回の入院歴あり。2015年8月と2017年9月にPICUで人工呼吸器管理されていた。最後の入院は2017年11月（3日間のみ入院）定期受診を勧められていたが、本児自身が受診することはあまりなく、母親のみが小児科で処方箋を受け取ることが多かった。吸入ステロイド薬の最後の処方箋は6ヶ月前であった。本児は年齢に比して小柄で、8歳で体重17kg、身長112cmであった。小学校を休みがちで出席割合は75%であった。特に冬はほとんど体育の授業に参加できず、学校では毎日複数回サルブタモールの吸入を使っていた。友人との関係は良好で、学業成績は良好であった。

D: 家族の状況

母親（38歳）事務職 父親（42歳）事務職 一人っ子で同胞なし。母親も父親も喫煙者

父親は6ヶ月前から母親と別居。定期的に父親と電話で会話し、月に1回面会はしていた。学校側は父親が別居していることは知らなかった。学校は本児の欠席の多さを心配し、特に担任は喘息の管理につき懸念し、養護教諭も何回か小児科にしっかりと連れて行くよう、母親に伝えていた。母親は受診させたと話すも、教員が本児に聞くと、去年の秋以降受診していないと答えていた。校長は、母親と喘息の管理についての面談を計画していた。頻回に入院していたため、総合病院の小児病棟ではよく知られていた。これまでもぎりぎりまで家で吸入器を使って様子を見、重篤な状態になってから救急外来を受診することが多かった。母親は禁煙するよう何度も指導されていた。母親は児の調子が悪い時に気管支拡張剤のみ吸入させ、発作予防の吸入ステロイド薬はほとんど行わせていなかった。

E: 現場情報

賃貸のワンルームアパート。給湯タンクと暖房機は壊れ、壁は湿っており天井にはカビが生えていた。母親は修理を依頼するお金がなかったとの説明を行っている。

F: 何らかのソーシャルサービス、医療の利用

前回入院から退院以降、医療機関受診なく、外来予約は無断キャンセルされていた。小児科クリニックでは定期受診を強く勧めていたが、結局、母親のみが受診した際に処方箋発行を行うことを繰り返していた。受診勧奨は事務方に任せ、最終受診からこれだけの期間空いていたことを把握していなかった。総合病院小児科では懸念はしていたものの、クリニックへ定期受診をしているものと捉えていた。

CDOP模擬事例検証

一次検証における分類

Case	主たる死因	性別	年齢	疾病カテゴリー	養育不全カテゴリー	不詳死カテゴリー	予防カテゴリー
1	交通外傷	男	6歳	3	2	—	7
2	自殺	女	15歳	2	2	—	7
3	不詳死	男	6週	10	3A	IIb	0
4	喘息	女	8歳	5	3A	—	4

一次検証における提言

Case	提 言	提言の有効性
1	・学会を中心としたチャイルドシート着用キャンペーン	3
	・シートベルト非着用時にエンジンがかからないようなシステムを業界団体に要望	3
	・シートベルト未使用時の罰則強化	3
	・認知症ドライバーの免許返納の罰則化	2
2	・スクールカウンセリングの充実	1
	・妊娠したらどうするか、などの具体的な性教育	3
	・妊娠SOSの啓発強化	1
	・高架橋のフェンスなど危険場所の安全対策強化	3
3	・特定妊婦の把握体制の強化	3
	・ハイリスク家庭への早期家庭訪問	2
4	・学校と医療機関との連携強化	1
	・喘息の管理表の有効活用	3

*CDOP検証では以下の点につき、議論をしてください

- 死因は正確で、死亡診断書/死体検案書に修正する点はないか
- 一次検証におけるカテゴリー分類は妥当か？
- より詳細な検討を行うために求められる情報は何か？
- 一次検証で出された提言は総論的で観念的な内容にとどまっています。より具体的なアクションに繋がる提言に修正し、どの機関がどの役割を担うのか明確にしてください。
- 提言は、個々の事例で「死亡」という直接的結果を回避できた可能性のある改善策にするように心がけてください。例えば虐待死の検証の場合であれば、「母親へのサポート」は虐待を減らす案であって、「その虐待死を防ぎ得た」具体案ではありません。

*CDOP検証は時間に限りがあります。上記検証を1時間程度で行ってみてください。
(より詳細に検証すべき場合には、パネルでの検証を行うべき旨の判断をしてください)

(参考)

本模擬事例を用いたCDOP検証を公開で実施した際のCase1・2のシナリオを提示します。(当然、地域で模擬事例を用いた検討を行う際に、このシナリオに従う必要は全くありません)

Case1:

小児科医1: 症例の経過は以上になります。一次検証の結果ですが、疾病カテゴリーは3の事故、養育不全の可能性はなし、予防カテゴリーは4の中等度(中等度ではあるが高い)。提言としては、学会でシートベルト・ジュニアシートの着用のキャンペーン、シートベルト・ジュニアシート未使用時にエンジンがかからないようなシステムを要望、シートベルト・ジュニアシート未使用時の交通違反の罰則強化、認知症患者の免許返納義務の強化、が挙げられています。

座長: ありがとうございます。では皆さん、ご議論をお願いします。まずはカテゴリーの妥当性から議論していきましょう。

小児科医1: このケースの論点は、子どもへのシートベルトの着用と、認知症患者の免許の2点に尽きると思います。どうしてもシートベルトをもししていたらこの子は死ななかったのではないかなと、考えてしまいます。

小児科医2: 後部座席のシートベルト着用率って今どのくらいなんですか? どなたか知っていますでしょうか?

警察: 交通白書という交通事故の統計があり、その中でも後部座席のシートベルト着用率の統計が出ていますが、一般道の後部座席の着用率は3割強ぐらいと報告されています。シートベルト非着用時の致死率(死傷者数に占める死者数の割合)は、着用時の場合の15倍近く高くなっています。警察庁のHPにもシートベルトの着用に関する啓発動画を載せているのですが...

検察: シートベルト非着用による被害の拡大は刑事罰が問われることは、実際にはほとんどないですが、被害者の過失とされるため、被害者であっても損害賠償等の場面で十分な補償が受けられなくなる可能性もありますし、自分で着用するという判断ができない子どもの場合には、なおさらですね...

保健師: チャイルドシートの着用率ってどのくらいなんですか?

警察: 平成29年度の報告で77.4%とされています。ただ適切に取り付けられている割合は4割に満たないんです。非着用時の死亡は、適正使用の場合の16倍です。

児童相談所: チャイルドシート未使用というだけで養育不全とするのは厳しいという意見もあるかもしれませんが、そんな状況を聞くと、CDRという予防的側面からは、養育不全カテゴリーは1のなしにするのは妥当ではなく、かといって積極的な虐待やネグレクトとも異なりますので、2の軽度にするべきかと思います。

法医学者: 賛成です。予防カテゴリーも16倍って数字を聞いてしまうと、予防できる死亡を減らすための取り組みを進めるCDRの立場からは4ではなく高めにトリアージ、具体的には2ぐらいでもいいと思います。

小児科医1 (プレゼンター): 認知症ドライバーの問題もあり、その問題への取り組みで将来的に防ぐ余地は十分あるわけですし、私も2にしてもいいと思います。少なくとも、チャイルドシートの適正使用に関しては、提言にあるように小児科学会でも、警察庁の動画のリンクを張ったり、健診の場面で親御さんに啓発するなどまだまだやれることはあると思います。



座長：では、トリアージについてまとめましょうか。疾病カテゴリーについては異論ありませんね。養育不全のカテゴリーは、2の軽度でいいでしょうか。予防カテゴリーについても複数の予防対策が考えられるため、2にするのでよろしいですか？では提言についてはどうでしょうか？

小児科医1：学会キャンペーンは採用していいかと思います。私のほうで子どもの生活環境改善委員会のほうで議題にできるか、相談してみます。

保健師：学会で励行していただくのもいいのですが、キャンペーンは地域単位で実施するほうが効果が高いと思います。学会のほうでパンフレットを作って、それを健診の機会に配るようにはできませんか？

小児科医1：それも含めて相談しますが、パンフレットの作成に時間がかかるようでしたら、県のほうで作ったほうが早いかもしれません。デザインに凝らなければすぐ作れるものですから、私やっちゃおうかな。健診の機会だけでなく、子育て世代が車屋さんのディーラーさんに来た時に配るようなこともできないかしら？誰かディーラーの偉い人に知り合いとかいませんか？

小児科医2：次の提言の「エンジンがかからないようなシステムを、車屋さん作って！」っていう提言よりはよっぽど実現性が高いですね。自動車会社に提言出しても、聞いてくれるのは難しいし、シートベルト未着用の警告音を消すための道具を使う人もいるみたいですし、地域で取り組むことでもないですし。

警察：シートベルトキャンセラーに関しては、違法性がある場合には摘発対象となることもあります。免許返納に関しては高齢者に対する対策はかなり進んでいます。75歳以上の方は免許更新の際、認知機能検査を受けることが義務になっています。免許証の自主返納も促しているのですが、返納しやすい環境整備に取り組む必要があります。

保健師：私はその環境整備にこそ地域が取り組むべきもので、免許返納義務の強化はCDRとしての提言とは言い難い気がします。交通違反の罰則強化もCDRとして出すべき提言とは言えませんよね。

小児科医2：ただ交通違反の罰則強化という施策実現は、諸外国のCDRの成果としてはしばしば目にはします。こういったデータを蓄積して、立法府や行政府へ妥当性を議論する材料を提供することは、CDRの趣旨から反するものではないと思います。

座長：ただCDOPとしては、もう少し具体的に地域に還元できる提言は出せませんか？

小児科医2：地域で、免許返納者に対する交通サービス事業の強化の具体策を検討していく必要がありますね。担当部署はどこになるんでしょうか？

法医学者：認知症として診断した時点の医療機関側の対応についても盛り込んでいいと思いますよ。

座長：担当部署は事務局のほうで少し確認と調整をしてもらいます。今回は欠席ですが、内科系と精神科系の委員の先生に個別に相談しておきます。これはわたくしのほうの宿題とさせていただきます。ほかに、何か意見はありますか？

児童相談所：ちょっと視点が違うのですが、シートベルト未着用を親御さんを責めるだけで終わらせないほうがいいと思います。お子さんにじっとしてられない、感覚過敏があるなど、発達の凸凹があり親御さんが苦労していた可能性はないでしょうか？



座長:なるほど。その点は一次検証では議論されていないようですし、今あるデータだけでお子さん側の要因は判断できないのですが、注意喚起の一つにはなると思います。発達障害とシートベルト着用率について、小児科の先生、何かデータを持っていますか？

小児科医2:うわーそれは知らないなー。若手に研究してもらおうかな。

座長:議論で新たな課題が見つかることもCDRを行う意義といえるかもしれません。いくつか宿題が出ましたので、この事例は、そのフォローアップも含めて次回簡単にもう一度議題に挙げたいと思います。では、時間が限られていますので、次の事例に移りたいと思います。

Case2:

小児科医2 (プレゼンター): 症例の経過は以上になります。一次検証の結果は、疾病カテゴリーは2の自殺、養育不全は「なし」、予防カテゴリーは「中の中」。提言としてはSSWの増員、妊娠時対応を含めた具体的な性教育、『妊娠SOS』窓口の充実・啓発、事故予防として高架橋のフェンス等危険場所の安全対策強化、が挙げられています。

座長:ありがとうございます。それでは皆さん、ご議論お願いします。

法医:この事例は解剖には回ってきていませんね。事件性はなかったということですか。今回教育委員会さんは参加していませんけど、自殺の基本調査では遺書はなかったようですけど。

警察:彼氏や学校、両親を含めお話を聴きましたが、捜査の結果事件性はありませんでした。

保健師:この子の死亡を防げるチャンス、SOSをキャッチするチャンスはいくつかあったようですね。そういう意味では、予防カテゴリーは5のままでいいのかしら。

児童相談所:スクールカウンセラーや、ソーシャルワーカーもまだ各学校に設置できてない市町村がほとんどで人が足りてないみたいです。児童相談所も手が回らず、学校のサポートは厳しい状況ですが、国の緊急対策で本当に福祉司が2000名増員されたら少しは貢献できるかもしれません。

小児科医1:医療の立場からは、妊娠検査薬を購入する際にキャッチできた気はします。薬局さんが直接声掛けはできないでしょうけど、妊娠SOSのパンフレットを置いておくことはできるはずですよ。

保健師:A県にはまだ妊娠SOSの制度がないですね。前回は妊娠SOSの件が提言に上がっていたと思うのですが。

座長:提言のトラッキングのところで触れますが、それに関しては現在助産師会に委託の形で、調整がされている段階です。

小児科医1:妊娠した時にどうするかなどの性教育というよりは、その子がこういう問題に対してSOSを出せるかが重要ですね。親には出しにくい問題です。

保健師:でもいまのティーンズには妊娠の問題は身近ですよ。性教育時に具体的に妊娠した時を想定して考える機会は必要でしょう。これに関しても教育委員会さんと話したいけど、今日はいないですからね・・・



座長：いずれにしても予防対策はいくつも挙げられそうですね。予防カテゴリーは3程度になるでしょうか？

全員：そうしましょう。

小児科医2：養育不全は1のままでいいのでしょうか？家庭の背景にSOSを出しにくかった要因が見え隠れしますが。

法医：この事例は基本調査から詳細調査に原則的には移行すべき事例ですよ。親御さんが反対する理由は何かあるんですかね？

小児科医2：親御さんも混乱のさなかにいますし、日本では亡くなったことにもう触れてくれるなっていう感覚になるご遺族も少なくないかもしれません。

小児科医1：だからやっぱり遺族支援の体制も、CDR制度の中で充実していく必要があるんだと思います。親御さんの中には負い目もあったのかもしれない。

小児科医2：いずれにしろ学校側で詳細調査できない場合には、この事例は自殺パネルでできる範囲の検証を行うべきかと思います。

法医：この事例は剖検の対象とはなりませんでしたが、家族関係性の及ぼした力動に関してはぜひ心理学的剖検をしてほしいと思います。教育委員会のいない、今日のCDOPの場で議論するよりも、よりの確な提言につながると思います。

座長：ではこの事例はパネル対象にするということにしましょう。養育不全のカテゴリーについては暫定的に2としておき、パネルの結果を待つことにしませんか？

全員：そうしましょう

検察：壊れたフェンス問題に関しては自殺パネルの場ではなく、CDOPの場として少し議論しませんか？自殺を意図してしまえば壊れていなくても完遂してしまったのかもしれませんが、突破するのが大変であれば少なくとも踏みとどまり、冷静になる機会もあったのかもしれない。

警察：事故予防の観点からも重要かと思います。

座長：これに関しては行政マターでしょうから、事務局から行政に持ち帰ってもらいましょう。では、まとめますと、養育不全は暫定的に2、予防カテゴリーは3、提言に関しては、SSWの増員に関しては実効性に関しては難しい側面はありますが、CDOPとしても提言として挙げ、ポリシーメーカーにアピールしておきましょう。性教育と妊娠SOSに関しては、合わせて有機的に行う必要があると付記したうえで、提言することにししましょう。具体的に助産師会が動いていますから、そちらにお任せすることにししましょう。フェンスに限らず、危険個所の把握と改善に関しては予防的観点からも行政にお願いし、場合によっては危険個所リストなどを次回までに挙げていただきますでしょうか。事務局さんお願いしますね。

では本日は、時間が限られていますので、事例検証はこれで終わりたいと思います。





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

— 第一歩を踏み出すために —

The inaugural preparatory issue to built the local CDR system

厚生労働科学研究費助成（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）
小児死亡事例に関する登録・検証システムの確立に向けた実現可能性の検証に関する研究
（研究班長：溝口史剛）

発行日 ● 2019年3月31日

**For all children,
Let's face a child's tear.**

