



★★

## CDRを広く社会実装するためには

- ・総論（法整備）
- ・各論（現場の実践） の両者が求められる

CDRは「既に各論がなされている取り組みの、法的裏付けの整備を要する状況」ではなく、総論が先行しこれから各論を作り上げていく必要のある状態です。

成育医療等基本法（成育基本法）の成立は、基盤となる法的根拠のひとつではありますが、それだけで各論的な地域における実践が進むわけではありません

本スライドでは、広く概念が共有されている状況とは言い難いCDRの基本的知識を共有し、今すぐにでも行うことが可能な現場実践を進めるためのきっかけを提供します。自分たちの地域でできることから始めて行くことで、より具体的な各論実行のための法的整備も進むことになるでしょう。

成育医療基本法の成立により、CDRを行う根拠は明確化したということが出来ます。ただしそれだけで現場でCDRを実施できるようになるかといえば、そうはいかないのも実情です。「既に現場で様々な取り組みが行われ、法的根拠が待たれていた」という状況ではなく、CDRはその社会的必要性から理念的な法律が先行し、これから実践を通じて各論（実際の運用細則）を作りあげ、実践を通じて見えてきた問題解決策としての法整備を求めていき、実効性のある状態にしていかなければならないものです。本スライドは、CDRの基本的知識を共有し、今すぐにでも行うことが可能な現場実践を進めるためのきっかけを提供します。自分たちの地域でできることから始めて行くことで、より具体的な各論実行のための法的整備も進むことになるでしょう。





小児科学会  
パイロットスタディー  
における「死因」と  
乳児死因簡単分類  
における「死因」  
の合致性に関する  
研究

## 統計学的数字と実際の死亡実態の乖離



乳児死因簡単分類	死亡統計上の事例数	パイロット事例数	死因検討後事例数	イエロー事例	レッド事例
Ba02 敗血症	5	6	5	2(33%)	3(50%)
Ba05 その他の感染症及び寄生虫症	4	2	1		2(100%)
Ba08 その他の悪性新生物			1		
Ba09 その他の新生物	1	2	2		
Ba11 代謝障害	1		1	1(50%)	
Ba12 髄膜炎	1	3	3		
Ba15 心疾患(高血圧性を除く)	7	4	3		2(50%)
Ba16 脳血管疾患	1				2(100%)
Ba17 インフルエンザ	1				
Ba18 肺炎	4	2		1(100%)	
Ba21 肝疾患	2	1	1	10(20%)	13(26%)
Ba22 腎不全	1				
Ba23 胎産期に発生した病態	75	50	50	2(13%)	4(25%)
Ba24 妊娠期間及び胎児発育に関連する障害	4	16	15	2(22%)	2(22%)
Ba26 出生時仮死	14	9	9		2(100%)
Ba27 新生児の呼吸窮迫	2	2			
Ba28 胎産期に発生した肺出血	1	1	1		
Ba29 胎産期に発生した心血管障害	6	1	1	1(13%)	3(38%)
Ba30 その他の胎産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害	13				
Ba31 新生児の細菌性敗血症	8	8	8	4(100%)	
Ba32 その他の胎産期に特異的な感染症	2	1	2	1(12.5%)	2(25%)
Ba33 胎児及び新生児の出血性障害及び血液障害	13	4	4	22(26%)	11(13%)
Ba34 その他の胎産期に発生した病態	12	8	10		
Ba35 先天奇形、萎縮及び染色体異常	132	85	93	7(29%)	3(13%)
Ba36 神経系の先天奇形	4	1	1	3(50%)	1(17%)
Ba37 心臓の先天奇形	47	24	24	1(10%)	3(30%)
Ba38 その他の循環器系の先天奇形	23	6	9	1(33%)	
Ba39 呼吸器系の先天奇形	11	10	9	2(18%)	3(27%)
Ba40 消化器系の先天奇形	2	3	3	6(27%)	1(5%)
Ba41 筋骨格系の先天奇形及び変形	10	11	8	2(25%)	
Ba42 その他の先天奇形及び変形	14	22	31		2(50%)
Ba43 染色体異常、他に分類されないもの	21	8	8	10(24%)	16(39%)
Ba44 乳幼児突然死症候群	8	4	5	6(19%)	10(32%)
Ba45 その他のすべての疾患	56	41	34		
不詳死	30	31	29		1(100%)
その他の血液疾患	2	1	1		1(100%)
その他の内分泌疾患	3	1	1		1(100%)
急性気管支炎	1	1	4	4(13%)	1(38%)
その他の呼吸器系の疾患	14	5	4		2(100%)
上記以外のすべて	6	2		1(7%)	7(50%)
Ba46 不慮の事故	11	14	8	1(50%)	1(50%)
Ba49 不慮の溺死及び溺水	1	2	1		1(25%)
Ba50 胃内容物の鎮静及び気道閉塞を生じた食物等の誤嚥	4	4	3		4(50%)
Ba51 その他の不慮の窒息	4	4	1		1(25%)
Ba54 その他の不慮の事故	2	4	3		
Ba55 他殺	1		5		
Ba56 その他の外因			2	48(22%)	58(27%)

死因変更が  
望まれる: 27%

+

記載法に修正  
が求められる  
: 22%

= 49% !

これは先行研究である日本小児科学会のパイロットスタディーで検証した、乳児死亡事例の公的な死亡診断書／死体検案書への記載内容と、検証をもとにした、より適切な死因記載との合致性を見たものです。細かなところは見えづらくて申し訳ありませんが、乳児死因簡単分類上の死因を、検証後に変更すべきと判断された事例において、変更前の死因と変更後の死因を線で結んだものです。線の太い場合にはそのような事例が複数いたことを表します。結果は、蜘蛛の巣を張った状態になっており、パーセンテージで表すならば死因変更が望ましいと判断された事例が27%、死因の変更は不要であるが死亡診断書／死体検案書のI欄への記載順へやII欄への記載に修正が望ましいと判断された事例が22%存在しており、計49%の事例が、死亡診断書／死体検案書の記載が正確とは言い切れない状況でした\*。

実際、死亡診断書／死体検案書は死亡届を出すうえで必須の書類であり、火葬許可を得るために早急に提出を行う必要があるために、情報のそろわない中でご遺族に手渡ししなければならないものです。そのために必ずしも正確な状態が反映されず、死亡診断書／死体検案書をもとに予防可能な死亡を将来的に防ぐための施策には直接つなげ難い状況といわざるを得ませんでした。

\*平成28年度 厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)「周産期関連の医療データベースのリンクagesの研究(主任研究者 森臨太郎) 分担研究 溝口史剛「乳児小児死因統計の臨床的死因との合致性に影響する要因に関する研究」



## 重要な通知！

★★★

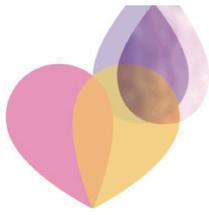
医政発1205第1号 政統発1205第1号 平成30年12月5日 通知

平成31年1月1日から

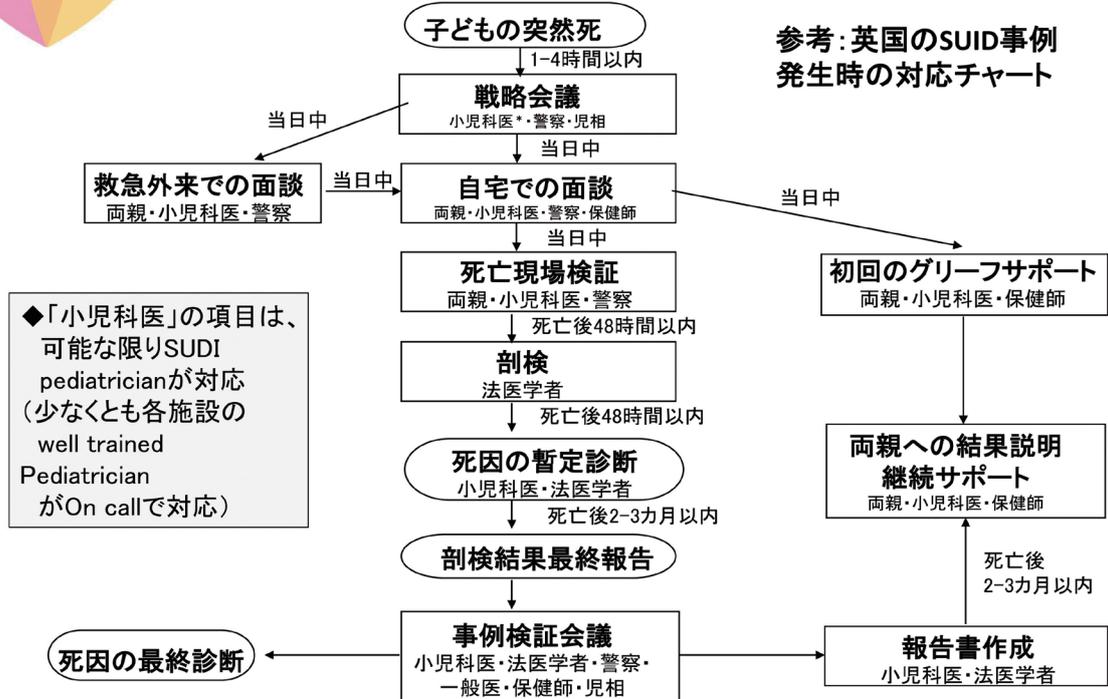
- 死因等の確定前に死体検案書等を交付する医師は、諸検査の結果等が判明しておらず、死因等を確定することができない場合は、死体検案書等の「死亡の原因」欄を「不詳(検索中)」、「死因の種類」欄を「12. 不詳の死」と暫定的に記載し、死体検案書等を交付すること
- 死体検案書等を交付した医師は、その後、解剖、薬毒物検査、病理組織学的検査(以下「諸検査」という。)の結果等により死因等を確定又は変更した場合は、速やかに、別紙1の報告方法に従って、人口動態・保健社会統計室に対し、死因等を確定又は変更した旨を報告すること
- 諸検査を行った医師と死体検案書等を交付した医師が異なる場合(例:法医学を専門とする医師が解剖し、検案を行った地域の警察協力医が検案書を交付している場合)は、死因等確定・変更報告が適切になされるよう、諸検査を行った医師は、死体検案書等を交付した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
- 人口動態調査の調査票情報の修正が可能なのは、死亡年の翌年5月末までであるため、それまでに報告が間に合わないものについては、報告不要とする。

死亡診断書／死体検案書をもとに、より正確な死亡を把握するために、平成30年12月に重要な通知が出されたことを周知しておきたいと思います。この通知により、死因等を確定することができない場合は、「死亡の原因」欄を「不詳(検索中)」とし、「死因の種類」欄を「12. 不詳の死」と暫定的に記載すること、そしてその後、解剖、薬毒物検査、病理組織学的検査の結果等により死因等を確定又は変更した場合は、速やかにその旨を報告することが明記されました。

また諸検査を行った医師は、死体検案書等を交付した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、とされました。この通知により、死亡診断書／死体検案書に基づく人口動態調査結果はより正確になることが期待されるとともに、臨床医と法医学者との間で情報を共有する動きが促進されることが期待されます。

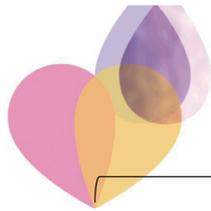


本通知により臨床医－法医連携が促進し、死亡時対応の均霑化、死因究明の質向上・データ精度の向上が期待される。  
 (ただ本質的には、両者が膝を突き合わせた議論が必要である) ★



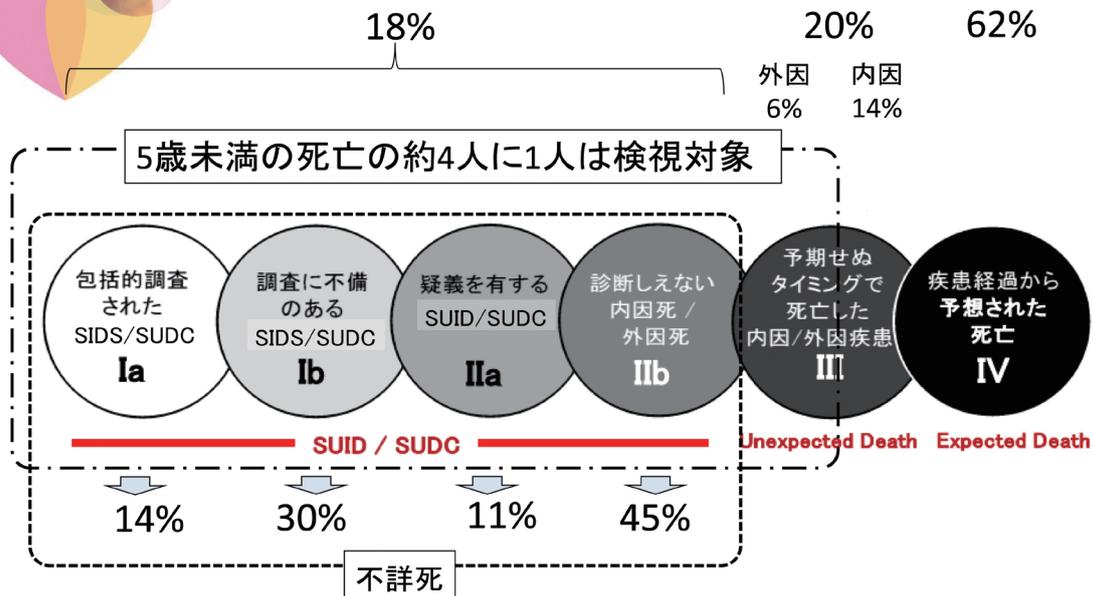
ただし、本当の意味で死因究明の質向上・データ精度の向上を図るためには、法医学者と臨床医が、警察を介した伝言ゲームにとどめるのではなく、両者がひざを突き合わせた議論を行うことが理想的といえます。実際に英国では、小児の不詳死が発生した場合に、臨床医側に経験豊富な医師の意見が反映されることを求めるとともに、検証会議を行い死因の最終診断を行うことを求めています\*。コロナー制度という、非自然死体に関する調査権を有した、検死陪審制度と連動した死因究明の特別な制度がない本邦で、このような体制を一足飛びに行うハードルは高いですが、CDRの実施を通じて、将来的にはこのような制度が必要だという社会的なニーズを高めていく必要は大きなものといえることが出来ます。

\*英国王立小児科小児保健学会(RCPCH:Royal College of Paediatrics and Child Health):乳幼児の予期せぬ突然死(SUDI:Sudden unexpected death in infancy)の際の、ケアと調査のための多機関連携ガイドライン  
<https://www.rcpath.org/uploads/assets/uploaded/af879a1b-1974-4692-9e002c20f09dc14c.pdf> (2019年3月25日アクセス)



## 本邦における不詳死(5歳未満児)

★★★



包括的情報収集が不可能な場合、本来、臨床的にはSIDSということが出来ない。  
診断しえない内因死/外因死が最も多く、また社会的リスクが存在するSUID事例も多く、  
臨床医はもやもやしたまま。

実際に本邦の小児事例において検視対象となる事例は、5歳未満に限ると4人に一人程度は該当します。現状は包括的な調査を共有する枠組みはないため、臨床医のデータに基づくパイロット研究では、確定的にSIDSということは困難な状態でした。最も多いのは「診断しえない内因死/外因死」であり、また「社会的なリスクなどの疑義を有する事例」も多く、半数以上の事例は「釈然としない」状態のまま、深い検証はなされていないと推察されました。(なおIaと分類された事例の17%ほどが、剖検のない状態にかかわらずここに分類されていたため、本スライドでは剖検のない事例はIIbに移して%を割り出し直しています)