

厚生労働科学研究費補助金
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(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
分担研究報告書
有効な Child Death Review 制度と実施支援体制の探索
事故死とチャイルド・デス・レビュー

研究分担者 山中 龍宏 緑園こどもクリニック、産業技術総合研究所 人工知能研究センター
研究協力者 沼口 敦 国立大学法人東海国立大学機構 名古屋大学医学部附属病院 救急・内科系集中治療部

予防のための子どもの死亡検証(Child Death Review、以下 CDR)は、2020 年(令和 2 年度)より「予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業(以下、モデル事業)」として、複数の自治体で導入・開始された。令和 3 年度はモデル事業の拡充を目指しており、新たに CDR を導入する際に、関係機関の連絡調整やデータ収集・検討会の運営などに関するノウハウが不足しており可能性がある。そのため本研究班では現時点の状況を踏まえ、CDR を導入・実践していくための参考となる研修資料作成(以下、資料)を行った。今後はさらなる事業の拡大や実施状況の変更に応じて、資料の追加や修正を行なっていく必要がある。

A. 背景

チャイルド・デス・レビュー(Child Death Review: 以下、CDR と略す)は、日本語で表記すれば「予防のための子どもの死亡検証」となる。予防可能な子どもの死亡を減らす目的で、多職種の専門家が連携して、系統的に死因調査を実施して登録・検証し、効果的な予防策を講じて介入を行うとする取り組みである。わが国では、2020 年 4 月から CDR の体制整備モデル事業が 7 府県で始まった。それらの事業から、それぞれ提言が出されるはずであるが、2020 年度中には公開されておらず検討することができない。そのため、一般論として事故死の CDR について検討した。

「事故死の 90-95%は予防可能である」と WHO(世界保健機関)等は指摘しているが、事故にはいろいろな種類があり、どう取り組むのかよくわからない。そこで、CDR で予期せぬ傷害(unintentional injury)死を検討する場合について具体的に考察を加えた。

B. 方法, C. 結果, D. 考察

小児の事故死の現状

人口動態統計(2019 年)によれば、不慮の事故による死亡数は、0 歳(78 人)、1-4 歳(72 人)、5-9 歳(56 人)、10-14 歳(53 人)、15-19 歳(204 人)となっており、死因順位をみると、0 歳では第 3 位、1-4 歳、5-9 歳では第 2 位、10-14 歳では第 3 位、15-19 歳では第 2 位となっている。

事故死の死因の内訳をみると、年齢層によって異なっているが、毎年ほぼ同じで、交通事故死が 45%前後、窒息死が 20%前後、溺死が約 20%となっている。

これらのデータから、ほぼ毎年、同じ年齢層の子どもに同じ事故死が起こっていることがわかる。現在、子どもが死亡した場合、いくつか検証が行われているが、担当部署が異なっていたり、検証内容に濃淡があつて、具体的な予防にはほとんどつながっていない。

CDR の基本的な考え方

人が死亡すると、死亡した原因や機序が医学的に検討され、死亡診断書が作成される。事故死の場合には、医療機関から警察への報告が義務付けられており、警察によって現場検証が行われている。これらの作業は、死に関しての事実を明らかにすることで「死因究明」と言われている。死因究明の目的は、医学的には診断や治療法の改善であり、社会正義のためには死亡に関与した責任や程度を明確にすることである。事実のみが重視され、次に同じことが起こらないようにする「予防」は重視されない。エビデンスのみが取り上げられ、後方視的な検討となる。

CDR は、死因究明で明らかにされた事実をもとに予防の可能性を指摘する作業で、「予防」を実現することが重視される。多職種の人が、それぞれの立場から予防案を提示して議論し、それを実現するための方法を検討し、実施されることまで

検討する。エビデンスがなくても、いろいろ提案することができ、前方視的な検討となる。

子どもの事故死には製品や環境が関与している場合が多い。これらの製品や環境は企業等が作ったものであり、安全性については行政が管理している。死亡例が発生した製品や環境は改良し、規制を強化する必要がある。企業は、分厚い取扱説明書を作って注意喚起し、製品によって事故死が起こっても「消費者の責任」とする場合があるが、本来は取説を読まなくても安全な製品や環境を作る責務がある。

事故死の具体的な CDR

2019 年 2 月、東京都港区の東海大学高輪キャンパスで、厚生労働科学研究費助成「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」班の主催で、CDR に関する国際シンポジウムが開かれた。2 日目のワークショップで、アメリカから来られた Covington 氏が具体的な事例を提出されたので、それを紹介する。

事例：

15 歳の女兒。車の後部座席に座っていて、その車は、兄とその友人が運転していたのですが、日中なので、本来でしたら学校に在るべき時間でした。少し郊外の道を運転していて、カーブを高速で走っていたためにコントロールがきかなくなり、溝に落ちてしまいました。それによって、彼女はシートベルトをしていなかったのが死亡してしまいました。兄たちはシートベルトをしていたので助かりました。

このケースについて、グループで予防策を話し合った。

グループ員：「シートベルトさえしていれば助かったはず」、「後部座席でもシートベルトをする必要性を教える。法制化する必要がある」

Covington：「警察からの情報では、そのカーブで何度も事故が起きていて、死亡事故も起こっていたが、改善されることはなかった」

グループ員：「標識もないようなので設置する。そのカーブを舗装したり、直したらよいのではないか」

これで、予防のための検討は終わりになると思われたが、話は続いた。

Covington：「別の人が質問をしました。なんで学校に行っている時間に、その場所にいたのでしょうか、と。学校代表の人も CDR の場において、この問題についてちょっと掘り下げて検討しました。すると、事故が起こった前日、その女兒は性的暴

行を受けたため、そのままでは恥ずかしくて学校に行けない。そこで、兄が彼女を連れて色々なところを走り回っていたということがわかりました。スクールカウンセラーの話によると、高校に在る 10 代の子ども達は、何か性的な暴行を受けたとしても、地元の病院に行くとき警察や病院のスタッフにすごく嫌な扱いを受けるので、そういう所に行かない方がいいと考えているということがわかりました。検察は、10 代の子どもたちがそういう態度を取っていることに非常に驚きました。その後、検討して委員会を設置しました。その委員会には、学生と病院と警察とメンタルヘルスの人たちが関わっていて、病院において、性的暴行を受けた人がどういったプロセスで治療を受けるのか、高校においては、そういったことが問題となったときに、どういった対応をしたらよいかという研修会を行いました。

最初はシンプルな 10 代のドライバーの事故として、シートベルトをしていれば防げるという問題であったものが、実際には 10 代のドライバーに対してシートベルトの教育をし、道路のカーブの部分直し、また性的暴行を受けた 10 代の人に対して新しいプロセスを生むという形になりました。CDR をしていなければ、こんな話にはならなかったと思います」

このワークショップに参加して、40 年の歴史があるアメリカの CDR から学ぶことはたくさんあると認識した。初めて CDR に参加する人に対して、このような具体的な事例を紹介するリーフレットがあるとわかりやすいのではないかなと思う。

子どもの事故死の検証は

わが国において、子どもの事故死の検証の例として、大きなニュースになった事故死を挙げてみよう。

2004 年 3 月 26 日、六本木ヒルズの一階正面玄関の自動回転ドアに 6 歳児が挟み込まれて死亡した。この検証は、工学者の畑村洋太郎先生が自発的に取り組み、実際に事故が起こった自動回転ドアを使って検証が行われ、なぜ事故が起こったのか、それを改善するにはどうしたらいいかが明確になった。事故の原因は、自動回転ドアの構造に問題があり、ドア自体が非常に重かったこと、それをセンサーで制御しようとしていたことと判明した。

2006 年 7 月 31 日、埼玉県ふじみ野市のプールの排水口に小学 2 年生の女兒が吸い込まれて死亡した。これは刑事裁判となり、市の担当者 2 名が有罪となった。プールが解体されると聞き、排水口の検証が必要と考え、市と日本技術士会の人をお願いして検証を行った。その結果、プールの排

水口の構造そのものに問題があることが明らかになった。40年前の設計図と施工状況を比べてみると、排水口の蓋を固定するネジの位置が設計図とは異なった位置にあり、蓋の固定が不十分となっていた。蓋が外れたために修理をしようとしていたあいだに、子どもが排水口に吸い込まれてしまった。この事故では、現物を保存しておく必要がある考え、現場の排水口部分を切り出してもらった。この排水口は、現在、産業技術総合研究所に陳列してある。

これらの事故死については、地域の委員だけでCDRを行っても予防につながる提言は出てこないであろう。虐待死の場合は、家庭環境、地域の援助など、各地域で予防を検討することができると思われるが、事故死の場合は、専門家が検証に加わらないと十分な検討はできない。現在、飛行機が墜落した場合には、国の運輸安全委員会の専門家が現地に行って調査をしている。同様に、事故死の場合には、製品や環境を作った企業も含め、工学的な専門家の関与が不可欠である。

再発予防から入る必要性

子どもの事故死が起ると、遺族側から①「何故死ななければならなかったのか、その理由を知りたい」、②「二度と同じ事故が起こらないようにしてほしい」という2つの要望が出る。これに対応するのが検証を行う第三者委員会の役割であると認識していた。実際に第三者委員会の委員をしてみてもわかったことは、この2つの要望は同じ重みづけではなく、①に9割くらいの重みづけがなされ、①がはっきりすれば必然的に②が導き出されると考えられていたように思う。この考え方でいくと、①の原因究明は必然的に「責任追及」になり、責任は個人に収れんしていく。「責任追及は予防にはつながらない」と指摘しても、遺族には受け入れられないことが多い。

また、第三者委員会は「公平、中立、客観性」の組織であるとされているが、「公平」、「中立」、「客観性」の3つを並列で並べることもトラブルの原因となるように思われる。「公平・中立」と「客観性」は次元が異なっていると認識する必要がある。

医療事故調査制度について解説したある記事（資料）では、「医療安全は科学であり、紛争はそうではない。科学に、公正も中立も誠意も納得もない。人間は確率的にエラーを起こすから、それがアクシデントに繋がらないようシステムを構築する、それだけである。エラーをいくら非難しても再発防止は出来ない」、「厚労省が再三明言しているように、今般の制度の目的は医療安全・再発防止であって、紛争解決でも責任追及でも説明

責任を果たすことでもない」、「ドライに聞こえるかもしれないが、この制度は事故で亡くなった人やその遺族のためのものではないということだ。事故情報は再発防止、つまりこれから医療を受ける国民のためにのみ利用される、これが制度の趣旨である」と述べられている。医療事故調査制度もCDRも、死からの学びを社会の共有財産にするという理念に基づいているのである。

D. 考察

一定の頻度で子どもの事故死が起こり続けている。これまで、それぞれの担当部署で行われていた死亡検証が、CDRによって一か所で網羅的に検証することが可能となり、検証結果は社会で共有されることになった。多職種の人が、それぞれの視点で再発予防を検討する場ができたことはたいへん大きな進歩である。

これから、いろいろなところでCDRが行われると思われるが、CDRの大前提の設定を間違えないこと、すなわち、必ず「再発予防」から議論をスタートする、いつも「再発予防」に議論を戻して「再発予防のための会議」であることを確認しつつ議論を進める必要がある。

参考文献

満岡渉：ついに始まった医療事故調査制度～自分の身は自分で守ろう～。2015年12月25日
MRIC by 医療ガバナンス学会 発行
<http://medg.jp> Vol.267 (2021年5月10日アクセス)

E. 健康危機管理情報

なし

F. 研究発表

論文発表

なし

学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし