

令和2年度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(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

地域自治体事業として実施する Child Death Review(CDR)
北海道における18歳以下の異状死体を含む小児死亡例の件数及び医療機関での
死亡時対応に関する研究

分担研究者 中右 弘一 旭川医科大学 大学病院 助教
研究協力者 清水 恵子 旭川医科大学 法医学講座 教授
佐々木 理 天使病院 小児科 科長

＜背景＞ 成育基本法の施行を受けて、国ではchild death review (CDR) の制度化を目指している。北海道での小児死亡症例数・異状死体数や各施設での異状死体への対応の現状を把握することが、今度「北海道 CDR」を実施するに当たり重要な事項の一つと考えられる。

＜目的＞ 北海道における18歳以下の小児死亡数と小児異状死体数、及び、道内の小児科診療施設における異状死体への対応について把握すること

＜方法＞ 2017年1月から2019年12月までの小児死亡症例数・異状死体数や各施設での異状死体への対応について、道内の三次救急・小児二次救急施設 51施設に調査票の筆記回答によるアンケートを行った。

＜結果＞ アンケート回収率は82.4%であった。医療機関で把握している18歳以下の死亡患者数は平均81例/年、異状死体数は24例/年であった。死亡例が多い施設ほど死後カンファレンスを行う傾向にあった。異状死体の警察への届出や死亡時画像検査の取決めがある施設は半数以下だった。異状死体への対応や剖検・死亡時画像検査の内容を正確に把握していない施設が多かった。

＜結語＞ 適切なCDRを行うためには、死亡症例発生時の対応や情報収集・剖検や死亡時画像検査に対する施設間の差を埋めるため、全道的に異状死体取扱い基準策定の必要性が示唆された。

A. 研究目的

北海道における18歳以下の小児死亡数と小児異状死体数、及び、道内の小児科診療施設における小児死亡症例・異状死体への対応について把握すること。

B. 研究方法

道内の三次救急、小児二次救急施設において小児死亡に携わっている医師・スタッフを対象に、18歳以下の死亡状況・死亡例・異状死体の取り扱いについて、調査票による筆記回答を用いてアンケートを行った。

(倫理面への配慮)

本研究は天使病院倫理委員会で承認されている(承認日 2020年8月13日 承認番号 126)。ヒトを対象とした研究ではないため、アンケートを依頼した施設での倫理委員会の審査を必要

としないと判断した。

C. 研究結果

道内の三次救急施設・小児二次救急施設に指定されている51施設にアンケートを郵送し、42施設から回答を得た。アンケート回収率は82.4%であった。

＜死亡症例発生時の対応＞

院内の死亡時カンファレンスは、必ず行っているのが5施設(18%)、症例によって行っているのが18施設(67%)、全く行っていないのが4施設(15%)だった。院外を含む多職種での症例検討は、必ず行っているのが1施設(4%)、症例により行っているのが11施設(41%)、全く行っていないのが15施設(55%)だった。死後に改めての家族説明は、必ず行っているのが5施設(18%)、症例によって行っているのが18施設(67%)、全く行

っていないのが4施設(15%)だった。家族ヘグリーフカードを配布しているのは、必ず行っている施設はなく、症例によって行っているのが2施設(7%)、全く行っていないのが25施設(93%)だった。死亡症例を多く扱っている施設のほうが、死後カンファレンスを積極的に行う傾向にあった($p=0.09$)。

<異状死体への対応>

18歳未満の異状死体が発生した場合の、警察への届け出は、必ず行っているのが31施設(86%)、場合によって届けているのが5施設(14%)、全く届けていない施設はなかった。異状死体の警察への通報に関する院内取り決めは、あるのが20施設(55%)、ないのが11施設(31%)、わからないと回答したのが5施設(14%)だった。異状死体の死亡時画像検査に関するマニュアルや取り決めは、あるのが16施設(45%)、ないのが16施設(44%)、わからないと回答したのが4施設(11%)だった。異状死体の死亡時画像検査は、必ず行っているのが8施設(22%)、症例によって行っているのが27施設(75%)、全く行っていないのが1施設(3%)だった。異状死体の死亡時画像検査のコストは、施設で負担しているのが25施設(71%)、保険請求しているのが7施設(20%)、家族や警察などに請求しているのが10施設(29%) (複数回答可)だった。症例が少ないためか、行っていない／わからないと回答する施設が多く見られた。異状死体の死亡時画像検査は死亡確認後は保険請求できないため、回答者が正確に把握していない可能性が考えられた。

<異状死体の剖検について>

剖検実施施設を、全例把握しているのが6施設(18%)、一部把握しているのが14施設(41%)、把握していないのが14施設(41%)だった。剖検結果について、必ず報告を受けているのが5施設(15%)、報告を受ける場合があるのが9施設(27%)、まったく報告を受けていないのが19施設(58%)だった。剖検結果の報告は、警察から文書・電話などで受けているのが7施設、必要時に施設側から問い合わせるのが1施設、病理医の剖検時は臨床病理検討会で報告を受けているのが1施設だった。

D. 考察

本研究で、2つの問題点が明らかになった。

一つは、医療施設への任意調査で把握できる死亡例・異状死体件数と、行政で纏められる件数に乖離があることである。原因として、アンケートに参加しなかった施設での死亡症例、開業産院で

発生した死産などアンケート対象外施設での死亡症例、病院が関与せず警察のみで対応される不搬送症例、北海道民が道外で死亡した場合、などが考えられた。CDRは悉皆登録が原則であり、行政(保健所)の死亡小票による死亡例の抽出が必須と考えられる。

二つ目は、死亡時対応が施設間で大きく異なり、異状死体の取扱いに関する取り決めがないあるいは理解が不十分な施設が多いことである。小児は成人に比べて剖検を行う割合が低い、それは、家族の要望も一因ではあるが、死亡時対応に不慣れで剖検の流れを家族に十分に説明できないことが医療的には重要な要因と考えられる。CDRを行うためには正確な死因究明が必要であり、施設ごとに病理解剖、警察による司法解剖、死亡時画像検査の流れを十分に把握して、家族へ説明を行う必要がある。そのためには、異状死体取扱い基準を策定し、全道の医療施設に広めるべきである。

E. 結論

北海道に於いて適切なCDRを行うためには、行政が主体となり死亡症例の悉皆登録を行うことが必要である。死亡症例発生時の対応や情報収集・剖検やAIに対する施設間の差が大きいため、全道的な異状死体取扱い基準策定の必要性が示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表(投稿準備中)
2. 学会発表

佐々木理、石倉亜矢子、清水恵子、小保内俊雅.
北海道で予防のためのこどもの死亡検証制度
Child Death Review (CDR) を行うために必要なことは? . 日本小児科学会北海道地方会第310回例会; 2021. 2. 14, 北海道(オンライン)

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし