提　　言

子どもの死亡予防のための

チャイルド・デス・レビュー創設のためのガイドライン

厚生労働科学研究小林班

目　　次

はじめに　チャイルド・デス・レビュー班ガイドラインについて

第Ⅰ章　　チャイルド・デス・レビューはなぜ必要か？何ができるのか？
１．日本の「予防できる子どもの死亡」の実態と子どもの死因登録・検証制度の必要性
２．わが国の死亡届と死因究明制度の実際と課題
３．諸外国のＣＤＲ制度の歴史と実態と課題
第Ⅱ章　チャイルド・デス・レビューに重要なポイント
１．チャイルド・デス・レビューに必要な側面
　１）医学的側面の死亡検証
　２）社会的側面の死亡検証
　３）精神心理的側面の死亡検証
２．「予防できる死亡」の重要対象とそのチャイルド・デス・レビュー
　１）児童虐待
　２）不慮の事故
　３）自殺・心中
第Ⅲ章　　わが国のＣＤＲをつくるには
　１）　子どもの死因登録・検証制度の役割と全体構想
　２）　医療機関の役割と方法
　３）　保健所・保健センターの役割
　４）　保健師の役割
　５）　児童福祉機関の役割
　６）　多機関・多職種連携チームの組織化と運営
　７）　届出用紙とソフトとマニュアル
　８）　中心機関の役割と機能
　９）　制度構築と法整備
おわりに
　１．子ども施策とＣＤＲ
　２．まとめ
付表
　１．ＣＤＲ登録用紙（試案）
　２．ＣＤＲ登録マニュアル（概要）

参考文献一覧

チャイルド・デス・レビュー班ガイドラインについて

わが国の乳児死亡率は世界第一位の低率だが、幼児・学童死亡率はそうではない。
欧米諸国等では「子どもの予防できる死亡」を減らすために、子どもが死亡した場合に、その原因や死亡の状況を詳細に検討して、予防できる死亡を無くす対策を見出すことを目的として、チャイルド・デス・レビュー（Chilld Death Review、以下ＣＤＲと略す）を導入し、具体的対策を見出して成果を上げている。
わが国では少子化がすすみ、予防できる子どもの死亡をひとつでも防ぐことは、国や社会の重要な課題であり将来に渡る大きな責務である。しかし、子どもの死亡の実態を分析しきれていない現状があり、労して実態を解明できたものは非常に限られており、ましてや分析するに必要な情報さえも収集しきれていない状況である。生活実態や家族関係、育児の現状や背景、死に至る直接の経緯、子どもの死の詳細についてや関係機関の関与の実際についてわかっていないことが多く、死亡予防可能性についての検証はほとんど行われていない。
これらのことから、我が国で子どもの予防できる死亡を無くしていくためには、先例となる諸外国の現状を検討し、比較し、必要な措置を講じていく必要がある。
諸外国の CDR は､子どもの死亡に関する種々の情報を取り扱う根幹と成る法制度を創設し、実施主体と成る中心機関や地域ネットワークを制定し専門従事者を配置している。詳細な情報を多機関から収集し、多機関多職種のチームで詳細分析を行い、統計分析を実施し、予防できる子どもの死亡の具体的予防策を見出し、その結果を具体的な施策に反映している。予防できる子どもの死亡をなくすための、虐待の発生予防・再発予防策、不慮の事故を減らす策、子どもの自殺予防策、医療施策の改善策などについて、具体的に多々提唱し一定の効果を上げていた。
一方わが国では、子どもの死亡の全体把握は死亡診断書をもとにする死亡届のみである。死亡届に書かれる事項は非常に限られており、その分析だけでは医学的死因さえも不十分と言われる現状がある。また、子どもが死に至るまでに関わりうる関係機関における情報は、その機関や必要な時期などにおいてごく限られた情報に細分化分断化されている。
特に大人が時として子どもを死なせた場合には司法制度に則って必要な判断がなされることになるが、その時の判断は子どもの死亡を予防する視点であるとは言いがたい。また場合によっては必要な情報自体が明示されず、仮に必要な検討が行われていても予防策に生かせず、同じことを繰り返し徒労に終わっていることも危惧される。
そこで当研究班は、子どもの予防できる死亡を無くしていくためにわが国で CDR を実施し必要な政策を講じることができるよう、様々な視点から研究し、現状の問題点を明らかにした。
今回その結果をまとめ「ガイドライン」として提言する。

＜　提　　言　＞

○ 子どもの予防できる死をなくしていくためにはチャイルド・デス・レビューが必要である

○ チャイルド・デス・レビューは子どもの未来に寄与する物とならなければならない

○ チャイルド・デス・レビューは個人の問題に帰着する物であってはならない

○ チャイルド・デス・レビューは国が必要な体制を整備し実施していく必要がある

○ チャイルド・デス・レビューは地方自治体（都道府県）が主体となり実施する必要がある

○ チャイルド・デス・レビューは医療機関と福祉機関そして行政機関が連携する必要がある

○ チャイルド・デス・レビューは医療職種ほか司法職種を含め多職種が参画する体制とする必要がある

○ チャイルド・デス・レビューはすべて国民に還元される必要がある

第Ⅰ章　チャイルド・デス・レビューはなぜ必要か？何ができるのか？

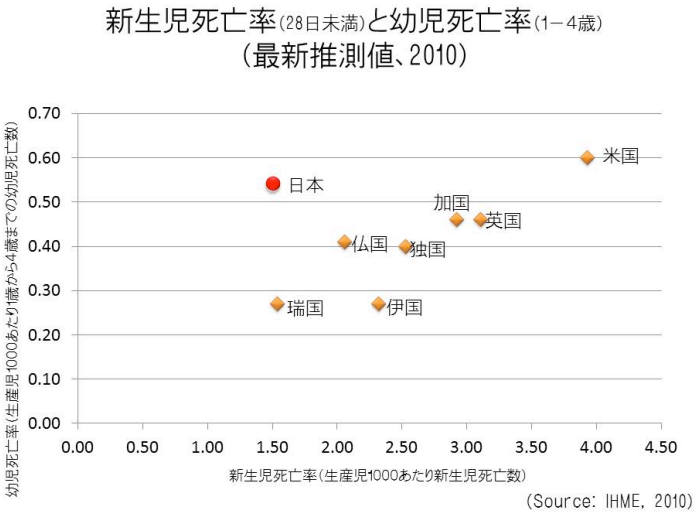
１．　日本の「予防できる子どもの死亡」の実態と子どもの死因登録・検証制度の必要性

予防できる子どもの死亡と日本の子どもの死亡統計

子どもの死亡は、その社会全体の福祉の充実度を図る重要な鏡である。

予防できる子どもの死亡に関して、確立された定義はないものの、不慮の事故を中心に、虐待、自殺、救急医療体制の不備による死亡、在宅医療体制の不備による死亡など、医療の進歩よりもむしろ、社会のシステムの改善により未然に防げた死亡がそれにあたると考えられる。

日本の乳児死亡率、新生児死亡率、周産期死亡率は第二次世界大戦後の急激な経済発展とともに主要国中最低レベルに到達した。一方、日本は 1-4 歳児死亡率が他の先進国と比較して高く、2005 年の 1-4 歳児死亡率は経済協力開発機構(OECD)加盟 27 カ国の中で 17 位であった。ワシントン大学により収集され整理されている推測値を使用して２０１０年新生児死亡率と幼児（１歳から４歳まで）の死亡率の関係性を検討すると、我が国で見られるこの二つと相反する死亡率は、他の先進諸国では見られない現象である。(右図)



死亡届をもとにした、２００９年の各年齢別の死因上位三位までを下記に示す。

	0 歳児	1～4 歳	5～9 歳	10～14 歳	15～19 歳
第一位	先天奇形、変形、および染色体異常	先天奇形、変形、および染色体異常	不慮の事故	悪性新生物	不慮の事故
第二位	周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害	不慮の事故	悪性新生物	不慮の事故	自殺
第三位	乳幼児突然死症候群	悪性新生物	心疾患（高血圧性を除く）	自殺	悪性新生物

世界保健機関および経済協力開発機構（OECD）の公表統計を用いた国際比較では、我が国の 1-4 歳の幼児死亡が高い原因の一つとして、外傷による死亡の割合が高いことが指摘

された。2005 年の 1-4 歳児死亡小票全国調査が行われ、半数以上の症例が、日本小児科学会指定の研修施設以外の施設で死亡し、全体の 60%が死因発生後 6 時間以内に死亡していることから、小児重症患者の搬送および受け入れ態勢の整備が重要であることが示された。さらに 2005、2006 年の死亡個票を用いた 1-4 歳児の死亡場所と死亡原因についての分析が行われ、年間の小児死亡例が 5 人以下と非常に少ない小規模病院での死亡が 87%と多数を占め、事故死例も、病死例と比較して小規模病院で診療を受けて死亡した割合が優位に高いことが報告された。小規模な医療機関で対応している事実が明らかとなり、小児救命救急機能が貧困な現状のため、重篤な子どもが小規模医療機関で診療を受けざるを得ないのが現状と結論されている。

外傷の原因として、多くを占めるのが不慮の事故である。不慮の事故を予防するのは、小児の救急医療体制のみならず、事故そのものの発生を予防する観点が重要であるが、子どもの環境整備が進む欧州・北米の先進諸国に比べ、日本においては日常生活の場から事故予防をする施策に関しての対応は市町村を中心に取り組まれているものの、全体としてまだ発展途上である。

一方、渡辺らは WHO データベースによる 2000 年から 2005 年における 1-4 歳死亡率の先進 14 カ国の国際比較を行い、日本の 1-4 歳平均死亡率は 14 カ国中高い方から 3 番目であったと報告している。内因子と外因死で分けて比較すると、内因死では日本は 14 カ国中死亡率が最も高くなっていたが、外因死では日本は高いほうから 6 番目であった。このことから日本の 1-4 歳死亡率を先進国間比較で押し上げる要因となる疾患群があるとすれば、内因死の中に存在する可能性が高いと推測され、中でも肺炎の死亡率の高さが際立っていた。これら肺炎による死亡症例の基礎疾患の有無等を含む死亡に至る背景の調査が有用と考えられると報告されている。新生児疾患との関連では、新生児期に救命された重症児が幼児死亡となっている可能性は否定できず、0-4 歳児の死亡原因で新生児死亡の割合が低いほど幼児死亡率が高くなる傾向が認められた。

また、日本で子ども虐待が社会問題になって久しい。虐待死亡症例に関しては、多職種にわたる有識者での死亡事例の検証がなされているが、対象となるのは心中死症例、ならびに虐待死であることが確実とされた事例に限定されており、虐待の疑いが否定しえないといった事例に関しては検証がなされていない。よって、虐待死亡事例の見逃しを防ぐフェイルセーフ機能は働かず、またそのような疑い事例から得られる知見というものが社会に還元されていないのが現状である。

さらに、不慮の事故死やその他の疾病が問題になる死亡が減少する中、自殺が相対的に顕在化しつつある。昨今の教育現場におけるいじめに関連した自殺が社会問題化されつつあるが、医療界の関与は少ないのが現状であり、今後の対策が俟たれる。

日本の子どもの死亡統計を俯瞰すると、医学の進歩により多くの子どもの死亡が削減された現在、社会のシステムとして、社会その端緒を持つ子どもの死亡をより削減していくことが求められていることが見える。

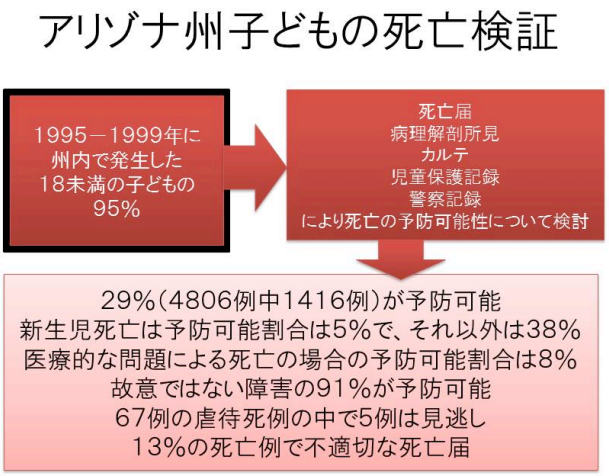
子どもの死因登録・検証制度

子どもの死因登録・検証制度は、予防可能な子どもの死亡を減らすために、様々な情報をもとに可能な限り多職種専門家が連携して系統的に死因調査を行い、予防可能な要因に関連する事項を、個人、家族、社会、政策など各々のレベルで検討し、効果的な予防策と介入を行うことを目的とする。

1978 年にロサンゼルスで最初の子どもの死因登録・検証制度が設立されてから 30 年以上が経過した。シャンリーらの報告では、アメリカ全 50 州とコロンビア特別区のうち、48 州とコロンビア特別区で州もしくは地域レベルでの子どもの死因登録・検証制度が活動している。また、当初は虐待死亡の調査から始まったが、31%の地域で 17 歳までのすべての死亡について調査を行っており、その他の多くの地域でも SIDS や死因不明、虐待死や予防可能と考えられる特定の死亡を対象とするようになっている。レビューのメンバーとしては、ほとんどの地域で医師のみならず警察、児童保護サービス、検察官、弁護士、監察医などの多職種から成るメンバーで構成されている。

子どもの死因登録・検証制度により、半数以上の虐待死が、診断に至らずに既存の事故死や自然死として診断されていることが明らかにされ、パネルレビューにより死亡診断書に記載してある死亡原因のうち、約 3 分の 1 が適切でないと判断されるなど、子どもの死因登録・検証制度による系統的、多職種専門家による検討が、死因の詳細解明に役立っている。

アリゾナ州における 1995 年からの 5 年間にわたる子どもの死因登録・検証制度では、全死亡 4806 例のうち、29%が予防可能な死亡として報告され、そのうち不慮の事故では 91%が予防可能で、1 歳以上に多い交通事故では、安全装置の不徹底が明らかにされた。また溺水のうち 90%はプール周囲へのフェンス取り付けにより予防可能と報告された。(右図)



Rimsza ME, et al. 2002

マサチューセッツ州では、睡眠中の大人による添い寝と予期せぬ乳児の突然死との関連が明らかになり、これを受けて 3500 人の小児医療従事者へ手紙が送られ、ジョージア州では自動車事故による死亡が多発した場所への信号機取り付けが行われるなど、子どもの死因登録・検証制度は政策の成立にも大きく貢献している。

2011 年の米国小児科学会による Policy Statement-Child fatality review では、子どもの死因登録・検証制度の重要性が再度強調され、小児科医の子どもの死因登録・検証制度への積極的な参加が推奨された。

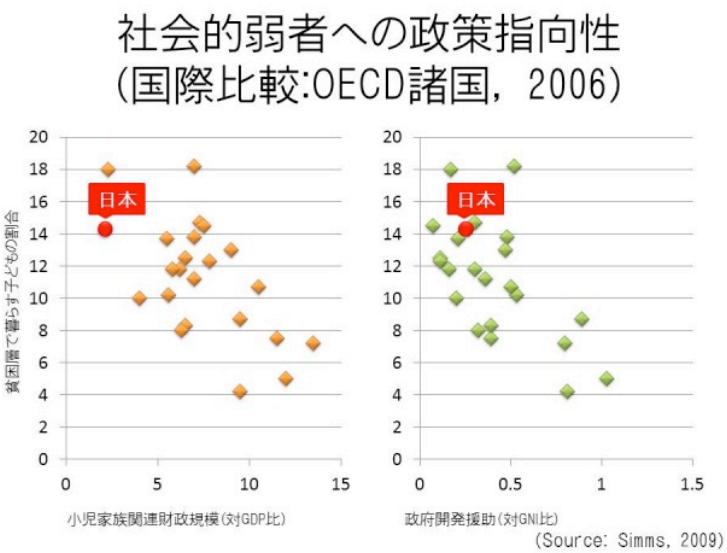
英国においては妊産婦と胎児・新生児の死亡に関しての登録検証制度は「秘密調査」とい

う形式で行われてきた。特に妊産婦の死亡検証制度が発展し、初期には医療的な反省点から施策の改善が行われ、それによって妊産婦死亡は削減され、近年においては社会的ハイリスク妊産婦へ焦点を当てた政策がこの検証制度に基づいて行われてきた。子どもに関しては、2006 年から 1 年間 The Centre for Maternal and Child Enquiries による子どもの死因登録・検証制度に関するパイロット研究が行われた。生後 28 日以降 18 歳未満までの全死亡例を対象に 957 例が最終登録され、そのうち特定の死因によらず年齢別で無作為に抽出された 126 例について多職種専門家によるレビューを行っている。十分な情報が収集されていた 119 例に対して予防可能な要因について検討し、26%が予防可能な要因が存在、43%で潜在的に予防可能な要因が存在したと報告し、子どもの死亡率を減らすための戦略になりうると報告された。
このように子どもの死因登録・検証制度は欧州や北米の先進諸国では制度化（法制化）され、施策の枠組みの中でより予防施切る死亡を減らすために役立てられてきたと言える。

日本における必要性

日本において、不慮の事故や虐待、自殺、そして医療体制の不備など、予防できる子どもの死亡を見つけ、施策に応用することでさらに未来の予防できる子どもの死亡を減らすことは喫緊の課題であると言える。

右図は、２００６年に貧困層に暮らす子どもの割合、GDP に比した子ども家庭関連の予算規模、GNI に比した政府開発援助の額を比較することで、いわゆる社会的弱者への政策志向性を先進諸国（OECD 加盟国）内で比較したものである。日本は先進国の中では、貧困層に暮らす子どもの割合が高く、子ども家庭関連の予算は最も低く、発展途上国への支援もかなり低く、社会的弱者への政策志向性はかなり弱いと考えられる。急激に少子高齢化がすすむ日本において、日本政府の子ども家庭関連予算が他の先進国と比べて最低であることを鑑みても、最重要課題の一つと言える。



日本小児科学会においても２０１０年度の理事長マニフェストにも示されているように、子どもの死を登録し検証していく制度は、小児医療提供体制の整備と両輪で小児医療の根幹として位置付けられている。
そもそも死ぬ蓋然性がない子どもを死なせないことは社会の責任であり、子どもが死亡した場合、その死が予防可能であったか、同様の事例の死亡を防ぐためにはどのような施策

が必要であるか、といった議論を、子どもに関わっている機関が集い、徹底的に検討することは、死亡した子どもに対して行う最低限の礼儀であり、そこから得られた知見を予防に生かすことは、子どもの死を無駄にしないという社会の覚悟の表れでもあり、また不幸にして子どもを失った遺族に対しての最大のグリーフケアの一つであると考える。

２．わが国の死亡届と死因究明制度の実際と課題

わが国の死因究明制度の現状

わが国における異状死取り扱いの流れは、異状死が発生すると、医師が医師法第 21 条に基づき警察署に届け出、刑事訴訟法第 229 条に基づき検察官（通常は司法警察員が代行）による検視が行われる。次いで医師の死体検案が行われ、医師は死体検案書を発行する。死体検案書は、死亡診断書とまったく同じ書式であり、戸籍を抹消するために死亡届を添えて役所に提出され、これが保健所で死亡小票に転記され、地域の保健行政の重要な基礎資料となる。さらに都道府県で取り纏め、厚生労働省に送付され、日本の死因統計がまとめられ、世界保健機関に送られることになる。

この流れのなかで「検視」は、死体や周辺の状況を調査し、犯罪性の有無を調べることを目的とする司法関係者の業務である。一方、「検案」は、医師の行う医行為であり、死体を外表から観察し、死亡時刻、死因などについて医学的判断を行うものである。検案によって死因が判明しない場合には、死因究明のための解剖が行われるべきであるが、この検案・解剖という制度が全国的に統一されず、わが国の最も重大な課題となっている。本節では、死因究明制度の現状と課題、そして将来展望について述べる。

監察医制度の発足

昭和 21 年、戦後の混乱期に日本の死因究明の現状を見た連合国総司令部は、医学的に正確な死因が究明されず、警察と行政だけで死体を処理する状況を憂い、アメリカ合衆国の Medical Examiner’s System を導入することとし、厚生省令によって、日本の七都市にある医科系大学に死因の調査を依頼する制度を開始することとなり、死体解剖保存法第 8 条によって日本の監察医制度が始まった。東京では、厚生省と都衛生局との話し合いにより、独自に監察医務院が昭和 23 年 3 月 21 日より業務を開始した。その後、京都、大阪、神戸、福岡、横浜でも大学の協力の下、監察医業務が開始された。その後、業務の遂行が困難な地域も出現し、昭和 60 年政令の改正により、現在は東京の区の存する地域、横浜市、名古屋市、大阪市、神戸市の 5 地区にのみ監察医を置くことになっている。監察医制度を行政施策として実施している地域では、すべての異状死を監察医が検案し、死因が不明な場合には解剖を行って死因を究明し、その結果を毎年「死因調査年報」として発行している。

一方、監察医制度の施行されていない地域では、警察嘱託医や一般臨床医が死体を検案し、警察が犯罪性を見出したものについては司法解剖が行われるが、それ以外のものについては承諾解剖が行われることはなく、適当な死因が付けられるにとどまっている。全国のいくつかの地域では、承諾解剖の制度を設け、非犯罪死体についても死因究明を行おうという動きがあるが、検案を行う医師の判断で解剖を行うことはほとんど行われず、解剖率にも各都道府県で大きな差異がある。

死因究明制度の検討に関する経緯

死因究明のための解剖の必要性について、ガス器具の不備に基づく事件や相撲部屋での犯罪死の見逃し事案が続き、ようやく国会議員や中央省庁で死因究明制度の確立に向けての議論が行われるようになった。

平成 17 年 3 月民主党内に「死因究明ワーキングチーム」が立ち上がり、平成 19 年 6 月に死因究明 2 法案が衆議院に提出された。平成 20 年 3 月には内閣府に「死因究明に関する検討会」、同年 5 月に衆議院法務委員会に「死因究明に関する勉強会」、次いで平成 21 年 1 月に日本法医学会が「死因究明医療センター構想」を提言、同年 3 月に自由民主党内に「異状死死因究明制度の確立を目指す議員連盟」が立ち上がった。しかし、同年 7 月の衆議院解散により死因究明 2 法案は廃案となった。

平成 22 年 1 月、警察庁を中心に「犯罪死の見逃し防止に資する死因究明の在り方に関する研究会」が立ち上がり、厚生労働省及び文部科学省も幹事として参加、平成 23 年 4 月に最終取り纏めの提言が出された。この趣旨は、新しい法医解剖制度の設立と国費による運営、法医学研究所の全国への設置、剖検率の向上、薬毒物検査の充実、法医専門家の育成等を重点的に推進することである。

この提言を受け、平成 23 年 7 月に第 18 回犯罪対策閣僚会議が開催され、「死因究明制度に関するワーキングチーム」の設置が提案された。同年 8 月に第 1 回の会合が開かれ、幹事会が設置された。しかしながら、死因究明のための立法には各省庁の足並みが揃わず、平成 24 年 2 月より議員立法を企て、民主党、自由民主党、公明党の 3 党の協議を経て、6 月 22 日に死因究明 2 法（死因究明等の推進に関する法律、警察等が取り扱う死体の死因及び身元の調査等に関する法律）が公布されるに至った。この前者いわゆる死因究明推進法は、死因究明等の在り方を横断的かつ包括的に検討し、及びその実施を推進するため、基本理念・国等の責務・基本方針を定めることを目的とする。

又、死因究明の推進が、

① 死者・遺族等の権利利益を踏まえてこれを適切に行うことが生命の尊重と個人の尊厳の保持につながるものであるとの基本的認識の下で、

② 人の死亡が犯罪行為に起因するものであるか否かの判別の適正の確保、公衆衛生の向上その他の死因究明に関する制度の目的の適切な実現に資するよう行われるものとする。

との基本理念がうたわれ、先に検討された基本方針に即し、死因究明等推進会議を立ち上げ、平成 24 年 10 月 26 日に第 1 回、推進計画検討会も開催され、現在、人材育成、施設整備等について審議が重ねられている。

医療側の問題

これまでわが国では、原死因不明の「心不全」や「呼吸不全」が死亡診断書（死体検案書）の死因の大半を占め、日本の死因統計が奇異なものとなっていた。特に小児医療分野では、解剖をしなくても「乳幼児突然死症候群」という死因が安易に使われ、死因が究明されない例の隠れ蓑として用いられてきた。この最大の原因が日本の未熟な死因究明制度

である。さらに、警察が犯罪性なしと判断すれば、死因や死亡の種類は適当に付ければよいという安易な医師の考えも、日本の死因統計そのものを国際的に通用しない後進国並みのものとしてきた一つの要因である、

では、日本の死因統計を先進国並みに高めるにはどうすればいいか。異状死については、人材の育成、施設の整備等を通し、死因究明の制度を確立し全国に展開していることが最初の課題である。一方、病死で亡くなり死亡診断書を書く事例についても、一例一例の死に対して国際疾病分類に沿った原死因を明確にした死亡診断書を発行すると共に、死亡状況調査を行い、利用できるだけの情報を、後の世に活用できるように記載し残していくことであろう。

異状死の死因究明において、捜査権のある警察の調査は非常に有用である。しかし、検案は警察の下請けで行うものではない。医師として、一人ひとりの死因を正確に適切に決めることは、生前の疾病に対し最高水準の医療をもって対処することと同じである。即ち、死因究明は、ヒトの受ける最期の医療である。そして、死因究明から得られた知見を、医療、社会に還元する、即ち一人ひとりの死を万人の生に還元する、まさしく公衆衛生の向上につなげる極めて重要な医行為であり、中立の立場の行政が運営し、全国格差のない制度に拡充していかなければならない。

チャイルド・デス・レビューと死因究明制度

小児医療に関して言及すれば、チャイルド・デス・レビューを行うために死因究明制度が全国に展開されることが必須である。現在の日本では、監察医制度の充実している地域においてのみ、チャイルド・デス・レビューが可能である。児童虐待の問題、遺伝性疾患の発見、感染症、事故死の問題、原因不明の突然死の解明など、チャイルド・デス・レビューを徹底的に展開し、予防可能な死の減少につなげなければならない。

現在、司法解剖になった事例の情報は、裁判になるまで検察庁から決して開示されることがない。しかし、そのような犯罪死を少しでも減らすためには、社会のために有用な情報を活用できる制度についても模索していかねばならない。

小括

死者から学ぶ、Mortui vivos docent、これは古くから伝わる医学の基本である。今後、死因究明制度が全国に展開され、チャイルド・デス・レビューも容易に行いうるシステムの構築が期待される。

3. 諸外国のCDR制度の歴史と実態と課題

チャイルドデスレビュー Child Death Review (CDR) は、Child Fatality Review とも呼ばれ、1978 年に児童虐待予防を目的として、アメリカ、ロサンゼルスにおいて始まった。現在、アメリカ、イギリス、カナダ、オーストラリアなどで実施されている。現在では児童虐待のみならず、全ての死因の調査を実施する州や国も多い。なお、国、地域（州、郡）などによって、目的、対象、制度、実施方法は多種多様であり、統一した定義はない。

諸外国での CDR の開始時期

1978	アメリカ　ロサンゼルス　で開始
～1990	アメリカ（9 州）
1991-1995	アメリカ（24 州），オーストラリア（2 州）
1996-2000	アメリカ（15 州），カナダ(ブリティッシュコロンビア)
2001～	アメリカ(2 州)，オースド，イギリス，香港（pilot project）

(出典: Shanley *et al*., 2010; Frederick, 2007; DCSF, 2010.,; Social Welfare Department; Child and Youth Mortality Review Committee; Taylor, 2006)

以下に CDR の先進国であるアメリカの現状と近年導入の施行を行っているイギリスの事例について述べる。

アメリカ

1978 年にロスアンジェルスで Micheal Durfee が虐待予防を目的に開始した。1996 年に児童虐待予防・防止法　Child Abuse Prevention and Treatment Act に盛り込まれた。さらに 1999 年 にアメリカ小児科学会がチャイルドデスレビューを推奨され、National Center on Child Fatality Review、National MCH Center for Child Death Review が設立された。現在、全米で推定 1,000 チーム / 10,000 人の協力者 によって行われている。ほぼ全土に制度は広がっているが、各州でその仕組みは異なっている。Shanley *et al.* (2010) によれば、全体の 31% (N=15) のプログラムが 0 - 17 歳の全死亡に対して調査を実施しており、その他の多くは SIDS、死因不明、虐待死や予防可能と考えられる特定の死亡を対象としている。CDR の中枢メンバーとして、警察、児童保護サービス、検察官、弁護士、監察医の分野からの代表者がほとんどの CDR チームに参加している。また、半数以上の CDR プログラムが､参加メンバーに何らかのトレーニングを提供している｡CDR の統括組織としては、州と郡の双方が存在する場合が 45%を占めていた。実際の調査は郡の CDR 組織が行い、統括は州が遂行するといった役割分担を行っている場合が一般的である。 また情報収集に関しては、47% が米国 National Center 作成の症例報告書(Case

Report Form)を使用し、41%がオンラインのデータベースを使用した報告を行っていた。

チャイルドデスレビューによる成果の例として以下の報告がある。

チャイルドデスレビューの研究成果報告

フィラデルフィア州　(Chukwudi 1999) 1995 年, 21 歳未満, 607 名をレビューした。 37.2%が予防可能な死であることを示す。 アリゾナ州　(Rimsza 2002) 1995-9 年, 18 歳未満, 4806 名をレビューした。 29%が予防可能な死であることを示す。 コロラド州 (Crume 2002) 1990-98 年,16 歳未満,虐待死 295 名 をレビューした。 レビューと人口統計の数を比較した。 虐待死の数が過小報告されていたことが示された。 特定の社会経済要因で報告に偏りがあったことを示された。 ミズーリ州　(Schnizer 2005) 1992-1999 年, 5 歳未満, 親・養育者から傷害を受けた全ての幼児 149 名をレビューした。 地域ベースのケース・コントロール研究として行い、 自然死の子供をコントロールとし,年齢調整を行った。 実父母以外の大人と同居する幼児は高リスクであった。 [オッズ比　47.6　(95%CIs: 10.4-218)]

CDR は、政策などの成立に貢献しており、例として溺死における死亡検証の結果からプールの周囲へのフェンス取り付け義務化(Rimza, 1999)、自動車事故による死亡が頻発した場所への信号機の設置(Lauallen *et al.*, 2003)、子どもを車内へ置き去りに対する取り締まりの厳罰化、などが挙げられる。マサチューセッツ州の CDR チームは、多くの乳幼児の突然死が大人とのベッド共有時に発生していることを明らかにし、その結果、州政府は注意を促すために大規模なキャンペーン活動を実施している(Moreira, 2003)。ただ、ジョージア州の CDR チームは 5 年間の CDR について評価を行い、死因や死亡数は変化していないと結論付けている。しかし、将来的な CDR の効果へは期待するという前向きな見解を示している(Kellermann *et al.*, 1998)。

チャイルドデスレビューからの提言例

子どもの死因調査- 解剖対象の年齢の拡大
一般向け健康教育の推進(例：安全な就寝、火の取り扱い)
組織間のコミュニケーション改善
虐待・ネグレクトを鑑定する能力を養うための専門家へのトレーニング提供
通報義務の法律施行
医療･福祉- 薬物乱用の親への治療
刑事責任- 子ども殺害の厳罰化
家庭訪問の推進

(出典: Douglas&Cunningham, 2008)

イギリス

イギリスでは 1990 年代から子供の死の予防に関する中･小規模の研究報告があり､約 29%の幼児死亡は予防可能な死であるという報告もあった。2004 年に児童法 Children Act が制定されると、さらに子供の死に対する関心が高まり、2006 年にはガイダンス "Working Together to Safeguard Children" が発表され、全国規模のパイロット研究 Why Children die: A Pilot Study が実施された。その後、地域単位で行われ、虐待,育児放棄,自殺 などを対象とした Serious Case Review が継続して行われている。

子供の死に対応するガイダンス "Working Together to Safeguard Children"
情報収集の方法をまとめられた。
カルテ,検査記録, 死亡時の状況（訪問）方法が例示された。
構造化された死後調査の必要が指摘された。
組織横断型多職種でのアプローチの重要性が指摘された
専門家のリエゾン,構造化されたケース討議の必要性
予期しない Unexpected 死の調査の必要性が指摘された。
遺族のサポート,ケアの必要性が指摘された。

なぜ子供たちは死んだのか？：パイロット研究 -Why Children die: A Pilot Study
CEMACH: Confidential Enquiry into Maternal and Child Health（非営利団体）が主導して行われた。
2006 年, 生後 28 日-18 歳未満を対象とし、イングランドの 3 地域 (North East, South West and West Midlands), ウエールズ, 北アイルランドで実施された。
方法：匿名化調査 Confidential Enquiry:
人口統計, 診療録, その他周辺情報（匿名化）を使用した。
家族には接触していない。
957 名, その内 126 名を 41 のチームがレビュー評価した。
レビュー評価において、予防可能な因子を 3 つに分類した

予防可能 Avoidable
潜在的に予防可能 potentially avoidable
予防不可能 Unavoidable
結果
119 名/126 名で判断する十分な情報があった。
予防可能な因子を含むケースが 26%存在した。
潜在的に予防可能な因子を含むケースが 43%した。

第Ⅱ章　チャイルド・デス・レビューに重要なポイント

１．チャイルド・デス・レビューに必要な側面

１）医学的側面の死亡検証

チャイルド・デス・レビュー（CDR）を実施していくうえで、医療機関は極めて中心的な役割を担う立場にあるという意見に賛同しない者はいないであろう。ほとんどの小児死亡は医療機関の中で起こっている。医療機関外で死亡した事例であっても、明らかに死亡している（断頭、体幹部の離断、死体硬直、死斑、腐敗、炭化、ミイラ化その他の明らかに生存状態とは矛盾する身体への損害）と断定されない状況であれば、医療機関に搬送されたうえで死亡の宣告を受けることとなる。つまり、大多数の小児死亡は、医師が死亡を宣告し、異状死であるか否かを判断するとともに、死因の医学的推察を行うことになる。そして、異状死と判断した場合には所轄の警察署に届け出を行い、司法警察員による代行検視が行われ、犯罪死であるか非犯罪死であるかが判断されることとなる。

死因究明二法が成立したことにより、司法的問題としての死因究明制度は改善を図られていくことになろうが、臨床医師側が子どもの死亡を認知して、異状死か否かを判断する段階で、医師法 20 条・21 条違反が広く横行していることは、もはや“語られない常識”であることをほとんどの医師が知っている。

「これ以上詳しく根掘り葉掘り調べたところで、子どもが返ってくるわけではない。」「親はすでに十分苦しんでいる。」「異状死の可能性はあるが、家族のためには内因死とすることが最善の選択ある。」このように、医師の見解に感情がさしはさまれ、本来詳細に検討されるべき死因の究明はなされずに、非異状死と分類されていることは稀ではない。時には、「異状死・犯罪死としてしまうと、何かと大変である。」という医療者・警察の都合から、安易に内因死とされ、内因性疾患の病名がつけられてしまうことすらある。

医学的側面から死亡検証を語るうえでまず重要なことは、すべての医師が死因究明の意義について理解し、正しく対応できるようにトレーニング体制を整え、単独の医師の見解ではなく、複数の医師で体系的に死因判断を行ってフェイルセーフ（Fale-Safe：二重安全装置）の機能を果たせる制度構築が必要である。

逆に言えば、CDR における医学的側面の重要性は、子どもの死に対して医学的詳細に関する専門的洞察を加える役割、ならびに、子どもの死亡における最初の振り分けを行う役割である。

そのような意味で言えば、小児の死亡が確認された時点で情報の収集を行う前方視的検討体制の構築が望まれるが、実際には、倫理委員会での審査も含め、前方視的検証は困難なことも多い。そこで、子どもの死因究明を自らの職責の一部とする専門性の高い医療者に、子どもの死亡事例が発生したことを一般医師が伝え、互いに協力し合いながら、医学的振り分けを行い、多機関連携の枠組みで死亡検証を前方視的に行う体制であれば、既に多くの中核病院で一般的になりつつある子ども虐待対応院内組織(Child Protection Team: CPT）をベースにすることで、構築しうるのではないかと考えられる。CDR を行う意義は予防可能死（Preventable Death: PD）に対する対応体制の強化であるが、子どもの虐待・ネ

グレクトは PD の最たるものである。欧米の CDR の草創期は、虐待死の見逃し防止であった点は強調されるべきであり、わが国の医療機関内の虐待対応を強化していくうえでも、CPT は積極的に子どもの死因究明に関与すべきである。臓器提供施設ガイドライン上も、脳死とされうる重症例には当初から CPT が関与すべきと記載されている。CPT の参画を脳死に限らず、すべての死亡例に拡大すればよい。（図１）

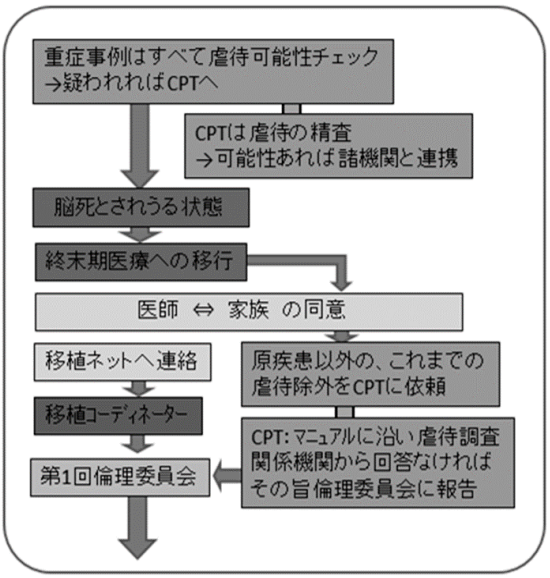


図1．臓器提供フローチャート
臓器提供施設のマニュアル化に関する研究班
「臓器提供施設マニュアル」より、CPT関与部分を抜粋・簡略化

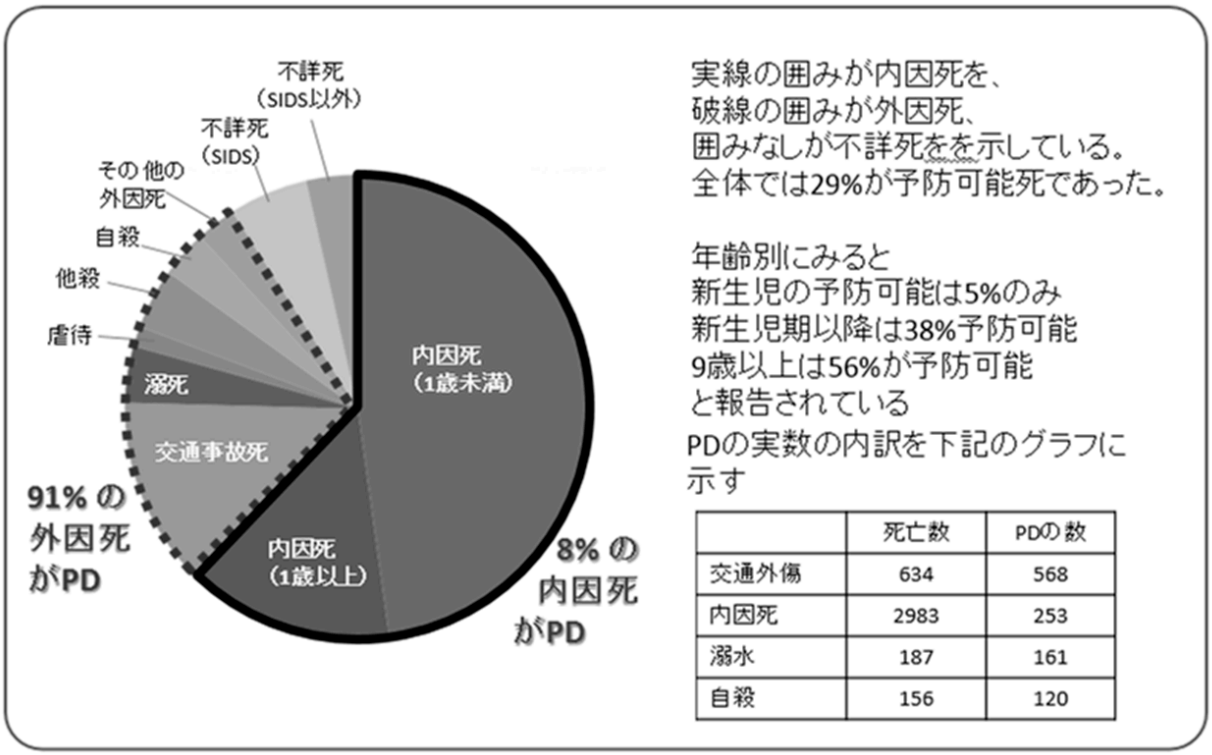
いずれにしろ、医療機関が子どもの死亡において、医学的詳細に関する専門的洞察を加えるという役割、ならびに、最初の振り分けを行う役割を果たすうえで、施設内でのチーム化、医療機関間のチーム化、医療－保健間のチーム化、多機関間のチーム化といったあらゆる段階でのチーム化を行うことが重要である。とはいえ、連携する領域が増えるにつれ、そして、関連領域間の職業的類似性や通常業務における関係性の距離が離れていくにつれ、このチーム化は困難となる。ただ、関連する領域に主体性をもってチーム化を進める推進役の人物がいれば、現行法の範囲内で弾力的に運用させていくことは可能である。逆に言えば、推進役の人物がいない限りは、何らの実施義務もなく実施されることはないであろう。改正臓器移植法が、CPT 設置の契機になったように、CDR 実施のための何らかの法的枠組みが新たに構築されることが望まれるゆえんである。

各地域で CDR の取り組みがどのようになされていくかを規定する要因は、実際上はどの段階でのチーム化をなしうるかということによる。現在、法的根拠に基づいて死亡事例検証が行われているのは子ども虐待のみであるが、それさえも、地域での実情は残念ながら、実施率そのものが低く、実施されている地域であっても、多分野の専門家の専門性を真に活かした検証にまでたどり着いているところは少ない。医療という専門的見地から見た場合に、地方自治体の重大事例検証報告が“腑に落ちる”ものとなっていないことが多い。その反面、医療機関のみで行う死亡事例検証は、CPC（臨床病理検討会）の延長のような純粋な医学生物学的な検討が主であり、実際の予防にはつながらないかもしれない。要は、どちらの検討も必要であり、あらゆる機関・あらゆる専門家から見て“腑に落ちる”検証を行い、それぞれの分野で予防施策が向上することとともに、すべての分野が連携する総合施策として予防策を提言することが必要なのである。

一方向からのみの視点で死亡検証することのピットフォールを防ぐため、“すべての小児死亡をすべての関係機関で”検証する制度は理想的ではあっても、実施は困難である。あくまで、地域で現実的に CDR 行っていくためには、限られた人的資源と資金的制約の中で

最大限の効果を発揮する運用が求められる。ほとんどの検証委員は、いずれの分野であれ、おそらく、日常業務で既に多忙であるところに加えて、新たに CDR の仕事が加わることになり、なおかつ、無休のボランティアとして参加することになるであろう。しかし、一人の子どもの死亡から学べることは、いずれの分野であれ、極めて広く深い。死亡事例検証の実践経験が蓄積されていくにつれ、検証委員の間で CDR の有用性は認知され、それぞれの専門性は深化し、献身的な取り組みに見合う成果が得られるであろう。そうなれば、各機関における CDR の位置づけと評価は定まり、エビデンスが蓄積されていく。さらに、CDR の意義が一般社会にまで浸透していけば、人員や資金的な枠組みも拡充し、より良いシステムへとつながっていくであろう。

実際の実践を通してエビデンスが蓄積されつつある諸外国からは、CDR に関する様々な報告がなされているが、なかでも、最も検討症例が多いアリゾナ州の CDR チームの実践結果について図示する（図２）。



	死亡数	PDの数
交通外傷	634	568
内因死	2983	253
溺水	187	161
自殺	156	120

図２．アリゾナ州における 4806 名の小児死亡における予防可能死

この図からわかるように、アリゾナ州における小児死亡の大半は内因死である。（日本における現況も、東京都監察医務院の検討結果から推測するに、おそらく同様である。）内因死の予防可能性は 8%とそれほど高くはないが、症例数が多いこともあり全体としての予防可能死亡数は、交通事故死に次いで二番目に多い。このことから、内因死についても詳細な検討を行う意義が理解される。ただし、すべての死亡症例を最初から多機関連携の枠組み（Multidisciplinary Team: MDT）で行うことにすると、死因病名の正確さや、救急医療体制の整備、妊婦・新生児管理体制の整備といった医療的課題の検討ばかりに膨大な時間を費やしてしまうことになる。この効率の悪さを避けるため、医療的課題については、

あらかじめ、医療者が情報収集と予備的（Preliminary）な検討を行っておくことが必要であろう。このような検討はまさに、医療機関が自らの学術的スキルや医療提供体制の向上のために行うものであり、小児科学会地方会の場やその他、医療機関間で検討できる場を利用して行うべき性質のものであると言えよう。

ただし、先に述べたように、一方向からの視点によるピットフォールを防ぐためには、そのような予備的な医学的検討を行った後に、やはり、すべての小児死亡事例を MDT のコア・メンバーで検討する場に上げる必要がある。あらかじめ、医学的検討を行っておくことで、その際の効率は飛躍的に高まるはずである。もちろん、医療機関における最初の振り分けの段階で、医学的見地以外での検証が必要と判断される内因死およびすべての外因死と不詳死は、当初から、多機関連携の場で検討を行うとともに、医学的見地からの検討も併せて行えばよい。図４に一連の流れを図示する。

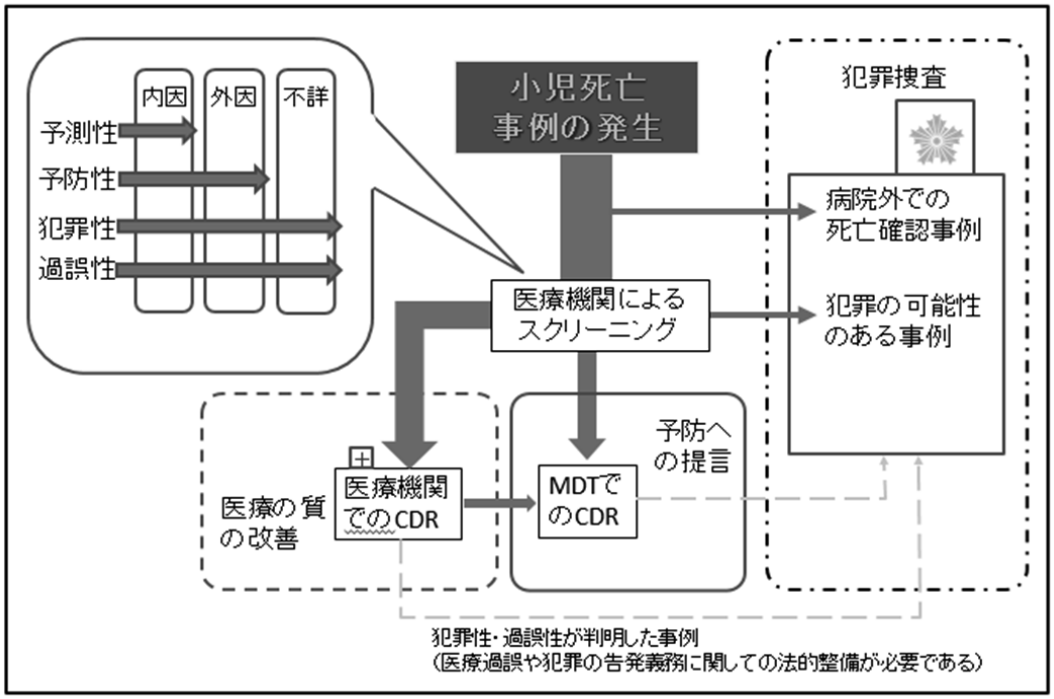


図４：CDR 実施上のフローモデル

ただし、上記の方法は、医療機関におけるチーム化が全くなしえない状況では困難であろう。先に述べたように、各地域で CDR がどのようになされていくかを規定する要因は、どの機関がどの段階までチーム化をなしうるのかという点である。今後の死因究明制度がどのように展開されていくのかは不透明な部分も大きい。学術的見地から学会主導で制度構築を進めることになるのか、自治体業務の一環として制度構築がなされるのか、死因究明二法の成立に基づいて監察医制度が広まる形で制度構築が進むことになるのか、まだわからない。しかし、虐待対応であれ、事故予防であれ、危機管理や予防の視点と同時に、育児支援の視点が不可欠である。社会的弱者である子どもの権利を守り、子どもの健康増進を図るという観点から見れば、本来的には母子保健上の総合施策として新たな制度構築を図ることが最も望まれる。

図４のような枠組みで CDR が構築され、医療専門家として CDR チームに招聘されるのであれば、医療者がそこで提供すべき情報の質や医療者として検証すべき事柄は、予備的な医学的検討の場面とほとんど変わらない。

しかし、死因の振り分け（図４では「医療機関によるスクリーニング」として示されている）や予備的な医学的検討（図４では「医療機関での CDR」として示されている）を実施する医療者間のチーム化がなされない状況で、CDR の制度構築が進んだ場合には、医療情報の量や質が制限された状況で医学的判断が求められることになり、医療の専門家として CDR に招聘された医師に大きな負荷がかかることとなる。ときには、地域における死亡事例検証に応じてくれる医師の確保すら困難であるかもしれないし、応じた医師が死亡事例検証に関する自分の専門性に不安を感じていることもあるであろう。そのような場合に、学術的助言を得られうる制度設計も併せて考えなければ、医療的側面の検討は不十分になってしまう。

わが国において初の CDR ガイドラインとなる本書では、その制度構築論と諸機関の在り方に関する総論的な記載に重きを置いている。ただし、CDR の真の目的は、死亡予防に向けた検討方法の確立にある。CDR が先んじて行われている米国の現在のニーズもまさにその点（ならびにグリーフケアの方法論の確立）にあり、検討の方法に関するトレーニング（この種のトレーニングでは“システム改善に的を絞る”“防止プログラムの実施に的を絞る”ことの必要性が強調されている）が盛んに行われている。わが国では、このような視点で検討する機会に接した経験を持つ医療者が乏しく、方法論は手探り状態である。しかし、通り一遍の平板な検証になることを避けるため、地域でナラティブな情報をもつ人物同士が、守秘義務等の免責が設けられた枠組みの中で議論を尽くすことが第一歩となるであろう。一方で、ナラティブな情報を客観的に検討可能なデジタルデータに変換し、客観的なエビデンスとして分析を行う視点も必要である。このようなデータ解析は、科学の一分野である医学との親和性が高く、データ解析に長けた人材も医療者には多い。

子どもが死亡した際に関わったあらゆる専門職は、死因究明のために最も重要なキーマンであるので、専門家としての意見にとどまらず、目撃者としての証言など、把握しているあらゆる情報を提示してもらう必要がある。これは、関係者や関係機関の責任を追及するためではなく、予防可能な死亡を予防するための情報を適切に収集する制度として法制化されるべきであろう。

一方で、より専門性の高い見地から意見を述べることのできる専門体制の整備も、各関係機関に課せられた義務である。医学的側面の死亡検証で医療としての職責を果たすためには、その両者の義務を果たしうる体制構築が必要である。

２）社会的側面の死亡検証

子どもの死亡にはさまざまなものがあるが、CDR は、決して医学的な分野にとどまるべきではない。たとえば、保護者が病院を受診させたものの、手当の甲斐なく死亡した子どもがいたとして、仮に原因となる疾患が発症した直後ではなく、数日もしくは数週間後にようやく受診させていたとする。この場合も、その保護者がなぜすぐ病院受診をさせなかったのか、また受診に至る経過や家族の関係などがどのようなものであったのかを問わず、直接の死因だけで判断するのであれば、おそらく真の意味での死亡原因を明らかにしたとは言えない。

あるいは少年がバイクで交通事故を起こして死亡した場合、直接の死因を記述するだけで本当に原因究明が出来たと言えるだろうか、また不慮の事故として済ませることが出来るだろうか。仮にそれが無免許運転であったとしたら、暴走行為の結果だとしたら、バイクに欠陥があったとしたら、保護者が運転を黙認していたら、援助機関が当人の問題に取り組んでいたとしたら、それぞれの事情によって死亡の意味は違ってくる。こうした経過や背景を CDR において深く検討することではじめて、死の意味は明らかとなり、同様の死亡事例を減らすことにつながるのではないかと思われる。

きわめて卑近な例を示したが、CDR では、医学的な分野にとどまらず、精神心理的側面や社会的側面からも検証を行わなければ、決して必要十分なレビューにはならない。以下では、死亡検証の中で、おもに社会的側面からの検討のあり方について述べることとする。

なお、ここで言う社会的側面には、広くは死亡した子どもや家族が生活していた地域社会の特徴、社会資源の充足状況などを含み、学校や保育所など、死亡した子どもが所属していた集団の状況、友人関係なども視野に入れている。また、子どもの住環境の現状にも注意を払う必要があるが、加えて転居の有無やその頻度なども念頭においておくことが大切だろう。家族関係も社会的側面の一部と考えていいかと思う。家族の歴史を辿ることは必須であり、特に乳幼児の死亡事例については、妊娠期からの情報やきょうだいの妊娠期の情報、さらには中絶や流産、死産などの情報を収集することが重要だ。また、保護者の状況（夫婦関係、離婚や再婚の有無、経済状況など）に目を向けることも当然必要だ。

もちろん、これらの全てが子どもの死亡に直結しているとは限らない。重要なポイントとなっているものもあるだろうが、逆にあまり関係のない要素もないとは言えない。とはいえ、これらを総合し、詳細な吟味をしていくと、いくつかの要素のつながりの中から死亡に至る要因について、思わぬ発見もあり得る。

これらを収集、分析することで、子どもの死亡の周辺で何が起こっていたのかを知ることができ、社会のありように対する改善点の提言や、援助機関の役割、援助に当たっての留意点などについて何らかの示唆を得ることができるものと思われる。そして、医学分野、精神心理学の分野における検討と重ね合わせることで、予防できる死を確実に減らすことへとつながるのではないかと思われる。

3）精神心理的側面の死亡検証

はじめに

子どもが死亡した場合、その死因は身体医学的に示されるが、それだけでは、その「死因」に至った経過が十分に説明されるとは限らない。特に、子どもの死亡に、保護者による虐待やネグレクトなどの不適切な養育が関与している場合には、子どもの死亡に至る経過に関する保護者の説明が「虚偽」である可能性があるため、さまざまな情報を考慮に入れた詳細で総合的な分析・検討が必要となる。

こうした検討されるべき情報には、保護者の精神的・心理的な問題や、それらと関連した家族関係・力動の問題が含まれる。厚生労働省社会保障審議会の「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」は、2005 年以降、虐待やネグレクトで死亡したと判断された事例の分析を行ってきたが、この分析から、子どもを虐待死させる保護者の心理的、精神的特徴の一部が明らかにされている。また、チャイルド・デス・レビューに関する本研究班では、刑事事件となった虐待・ネグレクト死事例の裁判の判決文の分析によって、保護者の心理・精神的輪郭の抽出を試みてきた。本稿では、これらの分析結果をもとに、不適切な養育に起因する子どもの死亡を特定するために検討すべき事項を述べる。

① 夫婦の形成期の問題

虐待死亡事例における夫婦関係は、さまざまな問題を抱え関係性が脆弱な場合が多く見られる。こうした脆弱性を生じる一つの要因として、妊娠先行結婚（いわゆる「出来ちゃった結婚」）が指摘される。これは、妊娠先行結婚の場合には夫婦として安定した親密な関係が十分に形成される以前に家族に子どもが加わることになり、それに伴って夫婦が「親役割」を獲得する必要が生じるためだと考えられる。また、妊娠先行結婚では、結婚後妊娠の場合と比較して、夫婦とも若年である場合が多いことが示されている。特に母親の出産年齢が 10 代である場合には、虐待のリスクが高いと指摘されているが、虐待死亡事例に関しても同様である。さらに、死亡に至った子どもを出産した際の母親の年齢が若年ではない場合であっても、第一子の出産年齢が 10 代である場合には虐待死亡のリスクは高くなると考えられる。なお、現時点では客観的なデータが存在するわけではないが、20～24 歳の母親による出産も、虐待および虐待死亡のリスク要因である可能性があると推測される（家族社会学等の領域では、母親が 24 歳以下の出産を「若年出産」に分類している）。

妊娠先行結婚および若年出産が虐待死亡のリスク要因となるのには、母親の依存欲求の強さが関与している可能性がある。この点に関しては後述する。

なお、本稿では「夫婦」という言葉を用いているが、これは届出婚に限った意味ではない。いわゆる「内縁関係」や同棲（いわゆる「半同棲」を含む）などの事実婚等を含んでいる。実際のところ、虐待死亡事例ではこうした事実婚等が多くを占める傾向がある。

② 妊娠期および周産期の問題

「望まない妊娠・出産」が虐待・ネグレクトのリスク要因であることは知られているが、虐待死亡事例でも同じくリスク要因となりまる。「望まない妊娠」が、子どもの妊娠を受け入れることができずその中断を考える女性の心理を意味する「妊娠葛藤」につながること

は少なくない。妊娠葛藤がある場合、胎児を「自然流産」させるようとして胎児を危険にさらす行為を故意に行う「胎児虐待」や、胎児の存在を否認する「胎児ネグレクト」が生じることがある(胎児の否認には、精神病水準のものや、胎児の存在を認知しているにもかかわらず、感情の変化がなかったり、妊娠という事実に即した行動の変容が生じないといったものなど、いくつかの水準に分類される可能性があることが指摘されている)。後に虐待死亡に至った事例では、妊娠期にこうした妊娠葛藤、胎児虐待、胎児ネグレクトがあったことが明らかとなった事例が少なくない。

虐待死亡事例では、妊娠期の妊婦健診未受診、母子健康手帳未発行および妊娠後期における発行、飛び込み出産など、妊娠期のケアや出産への準備の不足が特徴的に見られるが、その背景には前述の妊娠葛藤等の心理が存在する可能性が高いと言える。また、自宅等における自力分娩(いわゆる「墜落出産」)の後の子どものネグレクト死(出産後、新生児を放置することによる死亡)には、妊娠中の胎児ネグレクトが出産直後の新生児ネグレクトへとつながったと思われる事例が多く含まれている。

③ 母親の心理的・精神的特徴

前述したように、虐待死亡事例では妊娠先行結婚や若年出産が多いことの背景には、母親の依存欲求の問題や依存をめぐる病理が存在することが少なくないと考えられる。適切な育児においては、子どもの欲求を満たすために、親が自己の欲求満足の遅延を求められる場合が少なくない。特に、子どもが幼少であるほど、子どもは親に対して絶対的に依存した状態であるがゆえに、親は自己の欲求の遅延を求められる場合が多くなる。しかし、虐待死亡事例においては、親が何らかの理由で自分の欲求、特に依存欲求を優先させてしまう傾向が窺われる。

こうした親の心理状態が生じる背景には、親自身がその成長過程において、虐待やネグレクトなどの不適切な養育を受けていたり、死別や生別による自らの親に対する依存・愛情関係の中断を経験してきている場合が多いように思われる。その結果、親は、本来は成人期以前に充足されるべき依存・愛情欲求が未充足のままに、絶対的な依存状態にある子どもの養育に当たるよう求められることになる。こうした親は、子どもが示す依存欲求に適切に応答できずネグレクト状態となったり、子どもの依存欲求が自身の欲求満足の妨害要因であると認知し、子どもに対する怒りが生じて身体的・心理的虐待に至ると考えられる。

このように、虐待死亡事例では、母親の依存欲求の問題、あるいは依存をめぐる病理が存在することが少なくない。死亡に至るような重度の虐待事例では、いわゆる「虐待の世代間連鎖」と呼ばれる状態が見られることは周知の通りであるが、親の依存をめぐる問題がその媒介因子となっている可能性があるように思われる。

また、母親ほどではないが、父親が依存欲求の問題を抱えている死亡事例も認められる。

母親の依存欲求の問題は、時として「女性−母親葛藤」とでも言いうるような心理状態をもたらすことがある。母親が離婚を経験した後に新たなパートナーを得た場合(離婚・結婚を繰り返す場合も少なくない)、新たなパートナーに対する依存欲求を持つ「女性」の部分と、子どもの依存を引き受けるべき「母親」の部分とが葛藤状態に陥り、その結果、子ど

もの欲求を拒否したり、子どもに対して暴力を振るうパートナーの行動を受け入れてしまい、子どもを死に至らしめる事例がある。場合によっては、パートナーに同調して母親が子どもに暴力を加え死亡させた事例もある。こうした事例では、パートナーに受け入れられたいという欲求や、パートナーを失いたくないという思いから、母親による虐待が生じたと推測される。

背景に依存欲求の問題の存在が推測される具体的な現象として、子どもの「食」をめぐる問題が悪循環を生じ、その結果、子どもを死亡させてしまうといったものが指摘される。食あるいは食事は、愛情や依存などの象徴的な意味を持つと言える。何らかの理由で離乳食をうまく食べることができない乳児や、親から示された拒否感等への反応として「不食」の状態になってしまった子どもに対して、親が情緒的に反応して子どもに食を与えなくなり、その結果、子どもが衰弱死した事例や、食べない子どもに対して激しい怒りを向け暴力を加えて死亡させた事例がある。子どもの食に対する行動や態度に対して、親が怒りなどの強い情緒的反応を生起させるのは、食が持つ心理的な意味が関連している可能性が高いように思われる。依存欲求をめぐる問題を抱える親にとって、自らが子どもに提供する愛情の具体的な表れである食を子どもが「拒否」するという事態が激しい情緒的反応を喚起すると考えられるわけである。

また、その他によく見られる依存をめぐる問題としては、アルコール依存や薬物依存などの物質依存や、パチンコなどのギャンブル依存が見られる。夏に時折見られるパチンコ店の駐車場の車中での子どもの死亡事例は、ギャンブル依存を背景とした子どものネグレクト死の典型例だと言えるだろう。子どもの死亡事例で親にこれらのいわゆる依存症があった場合には、親の依存をめぐる問題を詳細に検討し、子どもへの不適切な養育の存在が子どもの死亡につながった可能性を検討する必要があると言える。

④ 父親の心理的・精神的特徴

一般的な虐待事例と同様、虐待死亡事例においても、父親よりも母親が加害者になる場合が多い（これは､子育ては母親の責任とする性別役割分業の価値観がいまだに根強いことや､母親の虐待行為の背景にある父親のネグレクトは問題視されないという傾向を反映しているものと考えられる）。しかし、これまで分析の対象となった虐待死亡事例では、父親の暴力によって子どもが死亡に至ったものが少ないながらも存在している。

こうした死亡事例では、父親が非常に激しい暴力を子どもに加えている。また、こうした事例では、子どもは母親の以前の婚姻関係における子どもであり、父親とは「継関係」であったものが大半を占めている。欧米において、虐待死亡事例では、父子が継関係である場合が多いことが知られており、母親の以前の愛情の対象であった子どもの実父に対する嫉妬心が継父の暴力の主たる心理的要因だと指摘されている。もちろん、そうした事例も存在すると思われるが、わが国における虐待死亡事例の分析では、以下に述べるような特徴が指摘できる。

まず、父親が継関係の形成の困難性を認識できていない場合である。子どもにとって母親の新たなパートナーを「父親」として認知し「父子関係」を形成することはさまざまな心

理的困難をともなう作業となるが、父親が、子どもが直面する心理的困難を認識せず（あるいは認識できず）、「父親」として振る舞い、それに従うように子どもに求めるような場合がこれにあたる。こうした父親に対して子どもが拒否感を持ったり反抗的な言動を行った場合、父親は強い怒りをおぼえ激しい暴力が生じると考えられる。
次に、父親の支配性の問題が指摘される。虐待死亡事例では、父親が就労等の社会経済生活において問題を抱えており、おそらくは強い心理的な無力感を抱き、それを補償するために家族の構成員に対して支配関係を持とうとした結果、子どもへの暴力が生じたと考えられる事例がある。また、こうした事例では、妻への暴力（いわゆるDV）が併存している場合もある。
今一つ指摘できるのが、母子関係に介入してその家族における「父親」としての地位の確立を求めようとする父親の心理状態である。こうした父親は、母親の子どもに対する「しつけ」のあり方を否定し、「しつけは自分に任せる」ことを求める傾向がある。つまり、子どもの「しつけ」を担うという形で新たな家族における地位を得ようとするわけである。こうした父親に対して、子どもは、当初は従順さを見せることもあるが、次第に自己主張をするようになり、それが父親には「反抗的」「自分のことをなめている」などと認知され、その結果、父親の激しい暴力が子どもに向けられるわけである。
このように父親の激しい暴力で子どもが死亡した事例では、父子が継関係であったものが大半を占め、そうした事例では、継関係の形成に伴う困難さの問題、父親の社会的不適応感に由来する支配性、および家族内の地位の確立を求める心理といった特徴が指摘されている。子どもの死亡事例を検討する際には、こうした父親の心理・精神的特徴の分析・検討が必要となる。

おわりに

本稿では、社会保障審議会専門委員会の虐待死亡事例の検証結果や刑事事件の分析によって抽出された保護者の心理的・精神的特徴や家族関係・力動の特徴に基づき、チャイルド・デス・レビューの際に必要となる検討事項を述べてきた。しかし、虐待死亡事例における保護者の心理的・精神的特徴の検討は十分に尽くされているとは言い難い現状である。たとえば、家庭内衰弱死の事例において、子どもが衰弱死を遂げる経過を日常的に見ている保護者の心理・精神状態や、重大な身体的疾患があるにもかかわらず、子どもに対していわゆる「民間療法」を提供するのみで死亡に至らせた保護者の心理・精神状態に関しては、いまだ不明な点が多々ある。それだけに、チャイルド・デス・レビューにおいて保護者の心理・精神状態を詳細に検討し、知見や情報を蓄積していくことが必要かつ重要だと言えるであろう。

２．「予防できる死亡」の重要対象と
そのチャイルド・デス・レビュー

１）児童虐待

１．アメリカにおける CDR の歴史と現状

CDR はもともとアメリカにおいて、児童虐待で亡くなっていることを見逃さないこと、次の死を防ぐこと、を目的に、1978 年に Los Angels 群で、1982 年に San Diego 群で始まった。しかし、多職種での検証チームを形成し、守秘レベルの高い情報を交換するという制度の整備には 10 年近くの時間が費やされているが、多職種で検証することによって、子ども虐待のみならず、事故や自殺などの他の防げる死亡にも役立つことが示されてきた。アメリカでは The Healthy People 2000 での目標として、少なくとも 45 州で行われるようにすることが取り入れられ、多くの州に広まり、海外にも広まっていった。The Healthy People 2000 の結果、48 州で地域もしくは州の何らかの CDR の報告があり、その目的が達成された。The Healthy People 2010 にも更に発展した目標として、全ての 14 歳以下の子どもの外因死を検証することを含む州レベルの CDR が掲げられ、The Healthy People 2020 では 17 歳以下の外因死の 90%以上と予期せぬ乳児死亡の 90%が CDR チームによって検証される州の増加を目標としている。

つまり、CDR は虐待の見逃しを少なくし、虐待予防に役立てることを原点として出発し、他の予防できる死亡の検証にもつながってきたのである。現在のアメリカにおける Child Death Review の目的を以下に示す。

アメリカにおけるChild Death Reviewの目的

1. 正確な同定と、子どもの死亡の原因と状況に関して、統一的で一貫性のある報告が行われるようにする。
2. 地方および州の機関相互の連絡と連携を増進し、協調的な取り組みを促進する。
3. 子どもの死亡調査における機関からの反応を向上させる。
4. 死亡した子どもの家庭内で同胞や他の子どもを保護する機関の対応を向上させる。
5. 小児殺人の犯罪捜査と訴追能力を向上させる。
6. 子ども、家族、およびコミュニティの住民に対するサービス提供の改善を行う。
7. 子どもの死に関する、障壁やシステム上の問題点を明らかにすることができる。
8. 子どもの死亡の重大なリスク要因や傾向を明らかにする。
9. 子どもの死亡を防止するため、子どもの健康および安全に関する法や施策、実務における必要な改正点を確認し、提唱するとともに、取り組みの拡大を促す。
10. 子どもの健康と安全に関する事案に対する公衆の関心と支援運動を促す。

アメリカにおける CDR の基礎として、「子どもの死はコミュニティーの責任である」と

いう考え方がある。従って、ある子どもの死を検証して、他の子どもの死を防ぐこともコミュニティーの責任と考えられるため、CDR はコミュニティーが主体となって行われ、発展してきた。

現在、アメリカでは、地域での検証と州の検証があり、複数回行われている地域もある。検証は後方視的に行われているところが多いが、子どもの死亡直後に行っているところもある。また、アメリカでは、死亡のみならず、重症事例の虐待検証も行われるようになってきた。

以下はアメリカの National Center for Child Death Review が作成した CDR のマニュアルに載っている検証のステップである。

効果的なレビューのための6つのステップ

1. 全ての死亡事例情報を共有し、質問し、明確にする。
2. 調査について討議する。
3. サービスの提供方法について討議する
4. リスク要因を明らかにする。
5. システムの改善を提言する。
6. 予防のための提言を確認し、実行する

それぞれの地域で、虐待に取り組む多くの職種の連携や活動に関して、CDR は多くの改良に役立ってきた。それが、The Healthy People に、目標として常に取り上げ続けられている要因である。アメリカでは、子ども虐待の通告数が 90 年代から減少してきているが、子ども 10 万人当たりの子ども虐待死亡数は増加している。CDR が有効に働いて、見逃しが少なくなっている一方、CDR を含む多くの取り組みによって虐待が減少している可能性が示されている。

2. 日本の子ども虐待死亡事例検証

一方、日本における子どもの虐待死亡事例検証は、海外の検証をモデルに発展したのではなく、日本内でのモチベーションによる。メディアによる子どもの虐待死報道が増加し、社会的関心が高まってきたこと、それらの子どもの死を無駄にせずに制度・施策に活かすことが専門家からも求められるようになってきたことなどにより、子どもの虐待死という悲劇を繰り返さないことが目的であり、虐待死の見逃しを防ぐことはその目的には入っていない。つまり、日本での検証は Child Abusive Death Review とも言えるものであり、CDR の一部の機能を持つ検証である。最後にアメリカの CDR と日本の検証の比較を表にした。

ただし、その一部の機能だけでも明らかになることは多く、制度・施策に反映されている。以下は日本の検証に関しての纏めである。

日本の検証の現状

（1）目的

上述のごとく、日本では亡くなった子どもの死を無駄にせず、どうしたら同じことを繰り返さないですむかを検証することが目的であった。その為には、学んだ結果を制度・施策や専門家の教育にいかすことが目的である。

（2）主体

「児童虐待の防止等に関する法律」（以下、虐待防止法）の平成 16 年改正において、国及び地方公共団体の責務として調査研究が位置づけられ、その国が行う調査研究の一環として、平成 16 年に厚生労働社会保障審議会のもとに設置された「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」によって行われてきた。その結果、検証から学べることの大きさが注目され、虐待防止法の平成 19 年改正において、都道府県での重大事例検証が義務付けられ、現在は都道府県において、委員会が設置されて検証が行われている。

（3）検証委員会の構成

国の検証では、社会福祉、司法、医療、精神心理、保健の専門家および児童相談所実務者が含まれている。アメリカの CDR の場合には、全てその地域の実務者である。特に、警察関係が重要な役割を取るが、日本では加わっていない。都道府県の検証では、国に準じた委員が指名されていることが多いが、時に、人材の問題があるとされる。

（4）事例の情報収集

国の検証では、都道府県に照会して、都道府県が把握している事例とその情報を得ている。ただし、年 6～8 件のヒアリングケースでは市町村や医療機関などへのヒアリングも行い、都道府県の情報以上の情報を得て、検証が行われている。

（5）検証方法

国の検証では都道府県が持っている情報を基に、データベースを埋めて分析を行うと同時に年 6～8 事例に関して、現地に委員が複数で出向いて関係機関からの詳細な聞き取りを行い、その分析がなされている。また、虐待防止法で都道府県の重大事例検証が義務化されてからは都道府県の検証を検証している。

（6）報告

国の検証では、毎年、報告書を作成し、虐待防止に役立つ提言を行っている。都道府県の検証では、大都市では複数の事例の検証を同時にまとめているところもあるが、一般には、事例ごとに報告書が作成されている。

（7）成果

①日本の明らかな虐待死の特徴（年齢分布、妊娠期の問題、主たる死因、家庭の状況、経済的状況など）が明らかになった。

②無理心中およびその未遂事例にはその他の事例と異なる特徴があることが明らかになった。

③ヒアリングを通して、注意すべき技術的な問題点が明らかになった。

（8）法律改正への反映

①児童虐待の防止等に関する法律の改正で、各都道府県での虐待死亡事例検証が義務付けられ、要保護児童対策地域協議会の設置が義務化され、目視確認の重要性が明らかにな

ったことから48時間以内の目視確認が法律の中で徹底された。また、医療機関の問題が虐待死を防げない要因になっていた事例も少なくなかったことから、医療体制整備が法律に組み込まれた。

②児童福祉法に関しては、虐待死ケースでは妊娠期の問題が大きかったことから、妊娠期の女性も「特定妊婦」として要保護児童対策地域協議会で対応できるようになった。

（9）施策へ反映例

・こんにちは赤ちゃん事業…虐待死事例が乳児期早期に多いことから、出生後の早い段階で支援の方法を伝えることを兼ねて、訪問事業が行われることとなった。

・各種指針やマニュアルの改訂

（10）限界

上述のごとく、日本の検証は明らかな虐待死のみを扱っていることから、見逃し例が多いことが予想される。見逃し例は生存例でも見逃される危険があるため、虐待死を防ぐためには、対象として欠かせない事例である。にもかかわらず、日本の検証に含まれていないことは限界として非常に大きい。また、現状では見逃し事例がどのぐらいあるか判断できないため、現在分析しているデータベースが全体を反映しているのか疑問があり、限られた形での分析しかできない。更に、虐待以外の死亡事例と比較することができないため、表れている特徴が真に虐待死亡事例の特徴であるかどうかが明確にならない。また、比較ができれば、現在見逃されている特徴も明らかになる可能性もある。

	日本の虐待死亡事例検証	アメリカの CDR
主体	国→都道府県	地域（群・市）→州
目的	虐待死を防ぐ制度・施策の発展	虐待死の見逃しを失くす 虐待死の予防への提言
対象	明らかな虐待死	全ての子どもの外因死・乳児の予期せぬ死亡を対象とすることが奨励され、年令は 18 歳未満が奨励されているが、CDR チームにより異なる
メンバー	福祉・保健・医療・心理・司法の専門家	地域で働く警察・児童相談所・検察・監察医または検視官・保健所・小児科医または家庭医・救急隊　など
事例収集方法	都道府県で把握している 1 年間の虐待死事例	各地域で異なるが、即時型では警察および医療機関がキーになり、後方視型では死亡診断書を基にコーディネーターが対象事例を選定する
情報収集方法	都道府県が所有している情報 ヒアリング事例のみ市町村の情報を収集できる	警察を含み、亡くなった子どもの地域のリソースから情報を収集

収集の権限	ヒアリングの際に委員が聞き取る	CDR チームに情報アクセス権限が与えられているところもある
分析方法	データベースの分析（国） 限られた事例の細かい検証	事例の細かい検証が主体 事例の多く集まるチームは数的な分析もなされている
限界	①明らかな虐待事例のみを対象としているため、非虐待事例との比較ができない。 ②他の予防できる死に対応できていない。	全国での統一された検証がなされていないために国全体の把握ができない

３．まとめ

アメリカで始まった CDR も元は子ども虐待を見逃さず、次の虐待死を防ぐことを目的としていた。日本でも子どもの死亡を無駄にせずに予防にいかすために虐待死の検証が行われるようになり、多くの知見が得られ、制度や施策に反映されてきた。しかし、明らかな虐待死の検証というだけでは限界がある。見逃されている虐待死を明らかにして虐待対応を発展させることが求められており、虐待の検証においても、少なくとも外因死全てを対象とする CDR の制度が必要である。

２）不慮の事故

1960 年以降、0 歳を除いた小児の死因の第 1 位は「不慮の事故」となっている。最近では、1－4 歳や 15－19 歳の年齢層で「不慮の事故」が死因の第 2 位となっている年（2010 年）もあるが、不慮の事故が死因の上位を占め、小児の健康問題として重要な課題であることは今後も変わらない。事故は未然に防ぐ必要があり、救急医学の領域においても「小児の救命の連鎖」の最初は「予防」となっている。予防が必要であることは誰もが指摘するが、予防することはたいへんむずかしいのが現状である（1,2）。

死亡を検討する目的は、未然に予防する方策を明確にすることである。不慮の事故の予防を考えるにあたっては、事故の発生状況を詳細に知ることが不可欠である。交通事故のデータは警察の管理下にあり、ある程度の分析が行われ、一部のデータは公表されている。それらのデータに基づいて、自動車の安全性、交通規則などが検討され、交通事故による傷害の予防対策が実施されて効果を挙げている。

交通事故死以外の事故死は、死因そのものが多岐にわたり、それぞれの死亡状況は個別性が強く、また死亡数そのものが少ないこと、さらに検証などは警察の管理下におかれる場合が多いため、死因を十分に検討することができない状況にある。

現在、国レベルの死亡の情報源としては死亡小票しかない。事故死の情報源として、死亡小票の具体的な問題点を明らかにし、Child Death Review（CDR）の必要性について述べてみたいと思う。

対象と方法

2005 年、2006 年の指定統計「人口動態調査」死亡票の使用承認を得て、死亡票のうち、１、２、３、4 歳の幼児死亡の全件を閲覧し、病死以外のものについて検討した（3）。また、死亡日時と場所から、新聞記事として掲載されているかどうか、また記事の内容から死因がどの程度明確になるかについても検討した。さらに、ある県の法医学教室で解剖された事例がどの程度あるかについても検討した。

結　果（3）

I.　死因別にみた分析

１）今回検討した死亡例は、男児 1264 人、女児 981 人、合計 2245 人であった。死因別に、性別、合計数をみると表１の通りであった。全体の 70.2%（1575 人）が「病死及び自然死」と分類され、残りが不慮の事象（事故）、他殺、または原因不詳の死亡と分類されていた。男女を比較すると、全体の半数以上（56.3%）を男子が占めていたが、死因別にみると、「転倒・転落」「中毒」「その他及び不詳の外因死」のように女子が半数以上を占めているものもあった。

２）死後の解剖の有無を死因別にみると、表２のように、死因によって解剖の有無に大きな差がみられた。解剖施行率が最も低いのが「交通事故」（0.8%）、次が「溺水」（9.5%）、「窒息」（14.5%）、「病死及び自然死」（17.5%）であった。一方、「煙・火災」（65.4%）

と「他殺」(76.0%) は解剖に至った率が比較的高く、死因がわからない「その他及び不詳の外因死」(54.8%)、「不詳の死」(48.0%) においては、解剖が半数にしか行われていない点は課題であると思われる。

３）死因別にみた、死亡原因の記載の詳細度

次に、死因別に死亡原因がどの程度詳細に記載されているかをみた。

この目的のため、まず死因を大きく５つに区分した。ここでの分類は、表３に示すように「不詳、不明、検索不可、その他及び不詳の外因死」「病死及び自然死」「交通事故」「いわゆる事故と、事故かもしれないがもしかしたら他殺かもしれないもの（転倒・転落、溺水、煙・火災、窒息、中毒、その他の不慮の外因死)」「他殺」の５つである。「交通事故」と「いわゆる事故と、事故かもしれないがもしかしたら他殺かもしれないもの」を分けたのは、「交通事故」では警察による検証がなされるため、情報量が多い可能性が考えられたためである。

次に、死亡診断書に記載されている「死亡の原因Ｉ」で、「死亡の原因（ア)」から「死亡の原因（エ)」のどの欄まで情報が記載されているかによって、0（記載が一切なし）から 4（ア～エまですべて記入されていた）に分類した。もちろん、（ア）から（エ）まですべてに情報が記入されていたからといって、「情報の質が良い」ということはできないが、まずは定量的にみるために分析を行った。

結果をみると、表３のようにいわゆる「事故」は、交通事故、病死、他殺よりも情報記載量が有意に低い値であった。すなわち、事故の情報記載量が 1.47 ということは、「『死亡の原因（ア)』には何かしらの情報が記入されているが、イが記載されているケースは平均すると半分にすぎない」ということである。別の言い方をすると、交通事故と他殺は、病死なみに情報が記載されているという結果であった（いずれも 1.7 以上)。「不詳、不明、検索不可、その他及び不詳の外因死」は、いうまでもなく「不詳」であるため情報量が著しく低い値であった。

「死亡の原因」に記載されている情報量について、詳細にみると表４の通りである。不慮の事象の中では、「溺水」(1.27)、「煙・火災」(1.38)、中毒（1.00）で情報記載量が低く、一方、「転倒・転落」(1.69)、「窒息」(1.73) は、病死や他殺と同程度の情報量であった。

II. 事故、外因死、不詳の死に関する検討

以下、それぞれの死因について、記載されていた内容について検討した結果を定性的に示す。

<u>転倒・転落</u>

39 件中、19 件が（イ）以上を記載していた。しかし、これらはすべて「直接の死因」(例：急性硬膜下血腫、脳挫傷)、または「直接の死因に至った漠然とした事象」（例：転落）にすぎない。予防に役立つであろう情報、たとえば「どこから転落したのか」「どこで転倒したのか」、そして「なぜ転倒・転落したのか」はまったく記載されていなかった。一方、19

件中 1 件は「児童虐待」（ウ）と書かれており、これは本来「他殺」とされるべきであった件である。

溺水

105 件中、死亡の原因（ア）が単純に「溺死・溺水」とされている例が 81 件を占めていた。（ア）と（イ）が記載されている場合、（ア）には「直接の死因」（例：窒息、多臓器不全）が記載され、その後、（イ）または（ウ）に「溺死・溺水」と書かれていた。転倒・転落同様、溺水が発生した状況は記載されていなかった。一方、2 件は車ごと海中に転落したもので、状況が明らかであれば、「交通事故」に分類されるべきであると思われる。

煙・火災及び火焔による

（ア）は主に一酸化炭素中毒、火傷、焼死が書かれており、（イ）以上が書かれている場合も、「煤煙の吸引」「火災による」にとどまっていた。

窒息

窒息の場合、「何を誤飲・誤嚥したか」がある程度書かれていた。死亡の原因（ア）～（エ）の情報に加えて「外因死の手段及び状況」に叙述的に記載されている情報も加えると、62 件中約 40 件が、「何を誤飲・誤嚥したか」（推定も含む）を記載していた。また、窒息は、「死亡の原因 II」の項に基礎疾患（脳性まひ、インフルエンザなど）が記載されている例が多くみられた（62 件中 15 件）。これは当該小児に基礎疾患があり、吐物の誤嚥、カニューレや気管切開の使用ミスなどが窒息の背景にあるためである。62 件中 1 件は「他殺（心中）」に分類されるべきであったと思われる（母の下になって浴槽内で発見された）。もう 1 件は「溺死」とされるべきではなかったかと考えられる（自宅トイレのパイプに落ちる）。

中毒

4 件とも、（ア）に「一酸化炭素中毒」とあるのみであった。「外因死の手段及び状況」に叙述的に記載されている情報をみると、2 件は「他殺（練炭による心中）」、他 2 件は「火災」であった。「外因死の手段及び状況」の記述をみれば、これら 4 件は「中毒」と分類されるべきではなく、「他殺」「火災」に分類されるべきと思われる。

その他の不慮の外因死、その他及び不詳の外因死

「外因死の手段及び状況」を読むと、明らかに「他殺（虐待または心中）」「中毒」「火災」「交通事故」と判断できるものが複数含まれていた。例を挙げると以下の通りである。「外因死の手段及び状況」と「死因の種類」、その後に「死亡の原因」を示す。

・「同居する男性による本児への虐待行為」（その他及び不詳の外因死）

（ア）テント切痕ヘルニア　（イ）脳浮腫　（ウ）脳挫傷　（エ）頭部への打撲

・「室内のストーブの不完全燃焼による」（その他及び不詳の外因死）

（ア）一酸化炭素中毒

・「敷地内で仰向けで発見されたという。自宅ベランダに指紋が残っていたという」（その他及び不詳の外因死）

（ア）外傷性ショック　（イ）多臓器損傷

・「住宅火災現場で焼損死体として発見されたという」（その他及び不詳の外因死）

（ア）焼死

上に挙げたのはあくまでも例に過ぎず、「その他の不慮の外因死」「その他及び不詳の外因死」「不詳の死」の中には、明確な分類が可能であったものが多くみられた。死亡診断書上の情報量が上記各項目に比べて少ないわけではなく、なぜ、これらが適切に分類されなかったのか、十分検討する必要がある。

不詳の死

（ア）に「不詳」と記載されているものの、「外因死の手段及び状況」が記載されているものもあり、その場合、死因の推定は可能である。例を挙げると、

・「自宅車庫前で車にひかれる」（不詳の死）

（ア）脳挫傷　（イ）交通事故

・「両親とパチンコ店に行き、屋外の駐車場に眠っていたため」（不詳の死）

（ア）不明　（イ）熱中症疑い

III. 病死及び自然死に関する検討

死亡の 70%を占める「病死及び自然死」に目を転ずると、この中にも不慮の事象による死亡、他殺が誤って含まれている。

例 1）

死亡の原因（ア）: 急性呼吸不全
死亡の原因（イ）: 低酸素性虚血性脳症
死亡の原因（ウ）: 溺水

例 2）

「直接死因」は「一酸化炭素中毒」
死亡の原因（イ）: 汎発性血管内血液凝固症
死亡の原因（ウ）: 消化管出血
死亡の原因（エ）: 低酸素性脳症
死亡の原因（エ）: 熱傷（全身）

例 3）

死亡の原因（ア）: 窒息
死亡の原因（イ）: 溺水の吸引

例 4）

「直接死因」は「プラダ―ウィリー症候群」（基礎疾患）
死亡の原因（イ）: 窒息
死亡の原因（ウ）: ミルク誤嚥

また、死亡そのものは「病死及び自然死」である例の中に、不慮の事象がそもそもの原因であると示唆されるものもある。

例 1）

死亡の原因（ア）: 多臓器不全

死亡の原因（イ）：蘇生後脳症
死亡の原因（ウ）：誤嚥

例 2）

「死亡の原因」に「蘇生後脳症（溺水後）」と記載されているが、「死亡の原因（ア）」には「肺炎」とあり、「病死及び自然死」に入っていた。同様な「肺炎」「蘇生後脳症」の組み合わせは他にも複数見られるが、蘇生を要した事象については記載がみられない。

病死・自然死の中に、実は傷害を受けたことが死亡の引き金になっているが、死亡時には傷害として挙げられていない（肺炎、多臓器不全など）例があるはずである。

IV.　死亡小票以外の情報による死因の検討

不詳の外因死とされた死亡例を任意に 31 例抽出し、「死亡者の年齢と性別、死亡年月日、死亡が起こった都道府県・市区町村、外因死の手段及び状況」の情報をもとに新聞記事を検索すると、新聞記事からは 5 件、インターネット検索では 1 件、事例を把握することができた。記事の内容をみると、状況の記述にとどまっており、死亡診断書に記載された情報以上の詳しい情報はほとんど得られなかった。

さらに、ある県の単年度の外因による幼児死亡例 11 例について検討すると、交通事故死：4 例、海で溺死：1 例、火災による死亡：2 例、転落死：1 例、公園での外傷：1 例、窒息：1 例、不詳：1 例であった。このうち、新聞記事で把握できた事例は、火災による死亡の 2 例と、公園での外傷 1 例の合計 3 例であった。法医学教室で把握できた例は、火災による死亡の 1 例と不詳の事例 1 例の合計 2 例であった。不詳の例は、死亡小票では「不詳」となっていたが、法医学教室での診断は「虐待」であった。

考 察

今回の検討から、不慮の事故死の死亡診断書に関して、次の 4 点が問題点として指摘できる。

１）多くの場合、「死亡の原因」（ア）～（エ）は、「死因の種類」を反復して述べるにとどまっている。死亡の原因が記載されている場合でも、不慮の事象による死亡、または暴力・遺棄等による死亡を予防する上で役立つ内容ではない。

２）叙述欄「外因死の手段及び状況」の記載内容は、死因として無視されているか、活用されていない。不詳の死亡の中には、「外因死の手段及び状況」から「死因の種類」を特定できる場合が少なからず見受けられる。

３）「外因死の手段及び状況」の内容が確認された事実なのか、伝聞なのかが明確でない。

４）「病死及び自然死」の中に、不慮の事象による死亡、または暴力・遺棄等による死亡が誤って収載され、不慮の事象による傷害が死亡に至るそもそもの原因であったと推測される例がある。

第 1 の点については、「直接死因」から、「死亡に至った原因」までを順序立てて記載す

ることが重要である。現在の死亡診断書のデータから、たとえば、「死亡の種類：窒息」に分類される次の例は、予防に役立つという点で最低限の要件を満たしている。

死亡の原因（ア）：敗血症
死亡の原因（イ）：低酸素性脳症
死亡の原因（ウ）：窒息
死亡の原因（エ）：ウインナー誤嚥
「外因死の手段及び状況」：自宅でウインナーを食べ、誤嚥し、心肺停止状態となった。受傷後 6 か月で死亡。

傷害事象が発生した状況までを簡単な単語で記載することは容易ではない。そこで、ＣＤＲのシステムを導入すれば、これらの問題は解決すると思われる。

第 2 の点については、叙述欄「外因死の手段及び状況」を記載するためのマニュアル（「いつ」「どこで」「誰が」「何をしたのか」「誰がそこにいたのか／発見したのか」）が必要となる。不慮の事象による傷害を予防するためには、傷害にかかわった物品とその使用環境を知ることが不可欠である。たとえば、転落による死亡例の中には、建物の窓やベランダから転落した例が多く見受けられるが、なぜ子どもが窓やベランダの柵の高さに到達できたのかは、どの叙述を見ても記載されていない。また、溺水の多くは自宅の浴槽での事例であるが、浴槽の縁の高さ、浴槽にたまっていた水の深さ、溺水が起きた時の状況などは不明である。安全な環境に改善するためには、こうした情報が不可欠である。アメリカのＣＤＲの記入用紙をみると、それらの情報を記入する項目が設けられており、わが国でもＣＤＲが必要である。

第 3 の点については、叙述欄「外因死の手段及び状況」に記載されている内容が事実であるのか、伝聞であるのか現在の様式ではわからない。また、「～であるという」と伝聞調で記載されている内容についても、内容の信頼性は不明である。ある程度の信頼性を持って死亡原因を特定できるシステムを構築する必要があり、ＣＤＲが必要となる。

第 4 の点は、情報量の少なさからくる問題である。このような統計資料からは、不慮の事象（または暴力）による死亡が過小報告されることとなる。不慮または暴力による傷害も人々の重要な「健康問題」として位置づけ、詳細な発生状況を記録として残していくことが不可欠である。この点からも、ＣＤＲが必要である。

国民の健康問題を考える場合、死亡データは最も基本的なデータとなるが、今回の死亡小票の検討で明らかになったように不備な点が数多くみられる。これらを解決するためには、我が国においても、死因について多職種のメンバーで検討し、「予防できる死亡」であったかどうかを検討する Child death review のシステムを法制化することが不可欠であると思われる。

表１　死因別死亡数と性別にみた割合

	男		女		計
	数	割合（%）	数	割合（%）	
病死及び自然死	878	55.8	697	44.3	1575
交通事故	70	55.6	56	44.4	126
転倒・転落	15	38.5	24	61.5	39
溺水	81	77.1	24	22.9	105
煙・火災	33	63.5	19	36.5	52
窒息	37	59.7	25	40.3	62
中毒	0	0.0	4	100.0	4
その他の不慮の外因死	16	64.0	9	36.0	25
他殺	37	74.0	13	26.0	50
その他及び不詳の外因死	13	31.0	29	69.1	42
不詳の死	55	56.1	43	43.9	98
検索不可、不明	29	43.3	38	56.7	67
合計	1264	56.3	981	43.7	2245

表２　死因別にみた解剖の有無

	解剖なし		解剖あり	
	n	%	n	%
病死及び自然死	1300	82.5	275	17.5
交通事故	125	99.2	1	0.8
転倒・転落	32	82.1	7	18.0
溺水	95	90.5	10	9.5
煙・火災	18	34.6	34	65.4
窒息	53	85.5	9	14.5
中毒	3	75.0	1	25.0
その他の不慮の外因死	18	72.0	7	28.0
他殺	12	24.0	38	76.0
その他及び不詳の外因死	19	45.2	23	54.8
不詳の死	51	52.0	47	48.0
検索不可、不明	40	60.6	26	39.4

表３　死因の５分類別にみた「死亡の原因」の情報量

	平均情報量	数
不祥、不明、検索不可、その他及び不詳の外因	0.48	205
病死及び自然死	1.76	1571
交通事故	1.74	126
いわゆる事故と、事故かもしれないがもしかしたら他殺かもしれないもの（転倒・転落、溺水、煙・火災、窒息、中毒、その他の不慮の外因死）	1.47	287
他殺	1.78	50

表４　死因別にみた「死亡の原因」の情報量

	平均情報量	数
病死及び自然死	1.76	1571
交通事故	1.74	126
転倒・転落	1.69	39
溺水	1.27	105
煙・火災	1.38	52
窒息	1.73	62
中毒	1.00	4
その他の不慮の外因死	1.64	25
他殺	1.78	50
その他及び不詳の外因死	1.43	42
不詳の死	0.40	96
検索不可、不明	0.00	67

4)　自殺・他殺（心中）

2006 年の人口動態統計によれば、10-14 歳の死因の第 3 位が自殺（10 万対 1.3）であり、全体の 13.3%を占める。15-19 歳では第 2 位（10 万対 7.9）であった。また他殺（心中を含む）は 1-4 歳では死因の第 6 位（10 万対　0.8）、5-9 歳では第 7 位（10 万対 0.4）、10-14 歳では第 8 位（10 万対 0.2）、15-19 歳では第 9 位（10 万対 0.2）である。

他に自殺に関する統計には、警察発表によるものがある。平成 23 年の 19 歳未満の自殺者数は 567 人（男性 364 人、女性２03 人）であった。このうち学校問題を理由とするものが 187 人、精神的な健康問題を理由とするものが 121 人であった。

またさらに、文部科学省による調査（児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査：
http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/24/09/1325751.htm）　も行われている。この調査は全数調査であり、調査項目の一部として、「小学校、中学校及び高等学校における自殺の状況」がある。これは、年度間に死亡した小・中・高等学校における児童生徒のうち、学校が把握することができた情報をもとに、自殺であると判断したものを調査している。

しかし、既存の統計調査は、いずれにしても本来、死の予防のための原因を調査するために行われているわけではない。死亡診断書や捜査資料の調書に基づく死亡統計による要因分析のみでは限界がある。また自己報告ベースの調査に関しては、実態を反映しているとは言い難い。このような調査では、把握数の違いや原因の分類方法の問題から調査自体の精度、信頼性の限界も懸念されている。[1,2] よって、より確かな実態を把握し、予防につなげるため、CDR において自殺や他殺の問題を扱うことは、重要である。

さらに児童青年期の自殺については、他の死因への誤分類による過小評価の可能性が諸外国でも指摘されている。[1,2]　これは全国規模で剖検が行われていない現状において、他殺（心中）についても、同様の問題が憂慮される。

自殺の原因を調べる方法論として、周囲の家族、関係者などにインタビューを行い調査行う、心理学的剖検(Psychological Autopsy) という方法がある。[1] これは CDR に近いものである。大人の自殺に関しては諸外国でも多くの研究が行われ、日本でも調査が行われているが[3]、児童青年期を対象としては行われていない。諸外国でも児童青年期を対象とした報告は数少ない。[4]　理由として、児童青年期の自殺数が相対的に多くはないこと、同意や説明の問題、親、家族、学校等の周囲への心理学的影響の配慮が考察される。

また、近年問題となっているいじめによる自殺の問題などから、平成 23 年 6 月文部科学省から「児童生徒の自殺が起きたときの背景調査の在り方について（通知）　23 文科初第 329 号」が提示されている。
http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/shinkou/07021403/010/1318820.htm

これは、学校又は教育委員会等において、児童生徒の自殺又は自殺が疑われる死亡が起きた場合に、死亡した児童生徒が置かれていた状況について行われる背景調査の在り方に関して示したものである。
自殺や他殺（心中）は複雑な心理社会的な背景に基づいており、特に自殺や他殺の CDR の実施する場合には、精神科医、自殺予防の専門家を含めた複数の専門家が共同して行い、また周囲の家族、地域、学校関係者への心理的ケアを準備することなどは必須であると思われる。
1)　実態の全貌を把握することが可能な対象にした調査を行うこと
2)　予防可能な要因分類の確立、調査者や調査方法による偏りを減らす試み、調査方法の標準化など、調査方法の信頼性や妥当性を確保すること
3)　学校や家族などの周辺環境への説明と同意、家族、学校や教育委員会、警察との調整を十分に行うこと
4)　利害関係から独立し、複数の専門家と協同して行うこと
5)　周囲への心理的ケアを準備すること
などが必須であると思われる。

第３章　わが国のCDRをつくるには

１）子どもの死因登録・検証制度の役割と全体構想

子どもの死因登録・検証制度の果たす役割

子どもの死因登録・検証制度がその役割を適切に果たすために、登録においては**対象となる子どもの死亡をもれなく把握**かつ登録し、その**検証が客観的でありかつ前向きであること**が前提となる。一方、前述のように、子どもの死因検証には医療のみならず、福祉、行政、司法、教育など、多くの関係者が関与する必要がある。しかしながら、子どもの死因は不慮の事故や虐待といった社会的な色合いの強いものから、希少疾患を基礎に持つ患児の死や救急医療体制の問題など、医療の色が濃いものもある。このため、こういったそれぞれの死因のカテゴリーごとあるいは症例ごとに関係者が異なる可能性が高い。また虐待死に関しては、すでに法制化された検証制度が存在しており、こういった制度と矛盾しないような形が必要である。
上記を踏まえ、子どもの死因登録・検証制度の果たす役割には以下の図のように、という三つのステップで設計されるべきである。

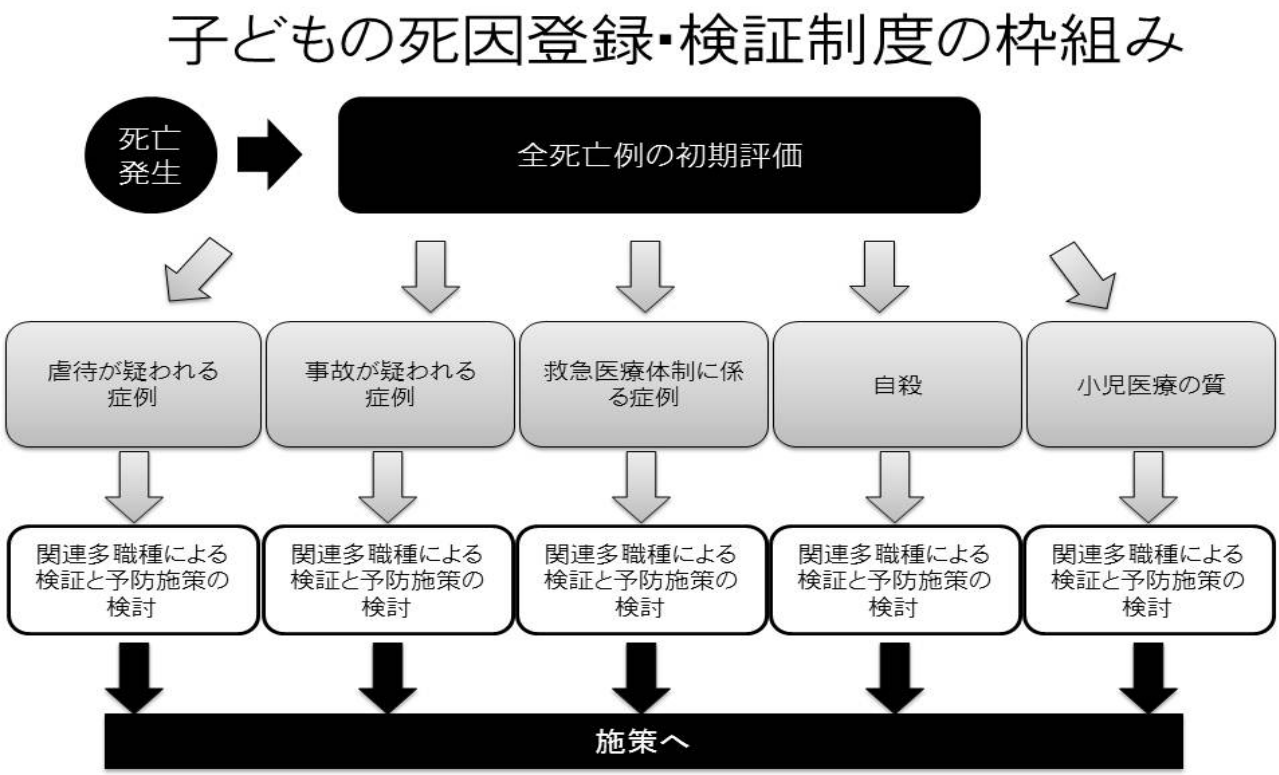
１）　**登録**：子どもの死亡をもれなく把握するため、医療機関、行政、地域医師会、法医学教室、監察医、消防庁などと連携して、登録する。

２）　**振り分け**：一定の形式でそれぞれの子どもの死の状況について、担当医師を中心に基礎情報を収集し、その情報をもとに、不慮の事故死の可能性がある症例、虐待死が疑われる症例、自殺の可能性がある症例、救急医療体制の不備の可能性のある症例、小児医療の診療の質の問題である可能性のある症例、という形で振り分ける。この際、重複する可能性もある。

３）　**検証**：上記のそれぞれのカテゴリーに分けられた後、適切な関係者集団とつなぎ、検証とともに、必ず予防可能な施策を提示できるようにする

ただし、これらの三つのステップの運用面に関しては、地域の事情があるため、

それぞれの地域の事情に即して設計されるべきである。それぞれのステップが円滑に運用され、必ず「予防可能な施策や方針」が明示できるように行うことが、制度そのものを継続的に行われる意味でも重要である。



子どもの死因登録・検証制度の枠組みについての検討

上記のステップに関して、東京での試行を例にとり、どのような枠組み作りがありうるか検討する。

ステップ１：登録

データの取得方法として質問票調査（死亡診断書を記載した医師より、質問票を用いてさらに情報を収集する）として行う方式と、死亡現場に集合して完全な前方視的調査手法を用いる方式が考えられるが、日本の現状を考えると、最初の段階として質問票を用いることが現実である。質問票を使い場合においても、質問票を用いて聞き取り調査を行い、死亡診断書に加えて更に詳細な情報を収集し、期間内に発生した全死亡症例の実態を調査方法と、郵送により死亡し診断した医師や機関に埋めてもらう方法が考えられる。東京都での試行においては前者を用いた。後者の場合回答率の低下が懸念されるが、調査にかかるコストが前者の場合に増大する。また後者であれば個人情報の取り扱いに注意が必要である。また聞き取りの場合、東京都の試行では医師 2 名で分担して行ったが、記入者間の見解の相違を和らげる方策として、チェックリストを多

用するなどの工夫が必要である。本来的には警察の関与例も収集するべきだが、現時点では困難と考えられ、警察が関連した症例については症例数把握のみか、性別、年齢、死亡診断書に記載の死因も把握できるのか、どのレベルまで情報を収集できるのかの確認が必要である。

地域の選定であるが、基本的には行政の単位を考慮して、都道府県あるいは政令指定都市という地域割りあるいはそれより大きな枠組みで行うことが望ましい。一年に発生する症例数と匿名化のバランスと、行政の関与を勘案した。

対象は地域の病院及び消防署、監察医務院のうち、該当症例を扱った施設が基本である。

対象年齢は、諸外国のチャイルドデスレビューでは 18 歳未満までを対象としているところがほとんどであるが、東京での試行では 0～4 歳とした。理由として今後の日本での実現にあたっての問題点を抽出することに加え、日本で死亡率が高く実態調査が望まれる年齢層での施行とした。

地域として、１８歳までの試行が可能な場合には、できるだけ１８歳未満とするが、最初は乳幼児の死亡に限定し、その後１８歳未満に拡充するという段階的運用も考えられる。

一方、胎児に関しても、虐待あるいはドメスティックバイオレンスのみならず、医学的に大変重要であるため、妊産婦死亡検証と連携しつつ、一定週数以上の胎児例に関しても含めるような発展が求められる。

登録方法は東京の事例を示す。以下の方法により都内で発生した対象年齢の死亡例の全例把握に努めた。

1. 事前に日本小児科学会や東京都医師会、東京都小児科医会などを通じて番号を周知し、協力を呼び掛ける。対象期間内の死亡例について問い合わせを行う。
2. 救急搬送症例のうち、該当年齢で心肺蘇生による搬送、もしくは心肺蘇生に近い重症症例を消防庁に問い合わせ、搬送先の医療機関へその後の状況を問い合わせる。
3. 死亡統計調査より死亡症例の全数を把握し、登録できていない症例がないかどうかを把握する。
4. 監察医務院、杏林大学法医学教室、慈恵医科大宅大学法医学教室で行政解剖を行った症例について問い合わせを行う。

なお、上記により登録された症例につき、先方へ訪問、主治医、必要な場合には看護師にも質問票に基づいた聞き取り調査を行い、カルテや記録をもとに情報を収集する。何らかの事情で登録から漏れる、あるいは医師や看護師、救命救急士からの情報収集が不能、または拒否が表明された場合には、その旨を質問票に記載する。

ステップ２：振り分け

登録症例のうち、対象群に対してその死亡原因が予防可能、予防可能かもしれない、予防不可能のいずれであったかの判断および、１）不慮の事故が疑われ

る例、２）虐待が疑われる例、３）救急医療体制にかかわる問題、４）自殺例、５）小児医療の質の問題という振り分けを行うため、症例の観察項目が揃った時点で第三者らにより構成される検討委員会で､症例のパネルレビューを行う。観察項目として、性別、年齢、国籍(本籍)、身長、体重、居住地区、死亡したところ、死亡の原因、死因の種類、健康保険の種類、出生歴、既往歴、乳児健診歴、家族構成、予防接種歴、救急搬送にまつわる状況、蘇生に関連した状況、治療内容、終末期医療、剖検、などとなる。詳細は後述する。

ステップ３：検証

検証のシステムは、都道府県ごとに構築されることが望ましい。症例数を勘案して、地域の小児科医と行政が中心にパネルを選定し、検証を行う。この際、必ず､どのようにしたら予防できたのかをできるだけさかのぼったところから、すべてのステップにおいて善後策を考える、系統的な手法が用いられることが望ましい。

どの程度のカテゴリー分けをして検証を行うのか、あるいは検証をさらに二段階に分けて行うか、すべての症例を同じ検証委員会で検討するのか、症例数や地域の体制によってさまざまな手法がある。また症例ごとに検証委員会を形成するのか、あるいはどのような検証委員会とするのか、ということを検討するという手法もある。

個人情報の取り扱いと倫理的考察について

本事業を研究として行う場合は、疫学研究に関する倫理指針の第 3、1(2) 観察研究を行う場合、のうち、②人体から採取された資料を用いない場合、のイ既存の資料等以外の情報に係る資料を用いる観察研究の場合、に該当するため、インフォームドコンセントを受けることを必ずしも必要としない。<インフォームドコンセントを受けない場合において、当該研究の実施について公開すべき事項に関する細則>を遵守して実施する。その場合、中央倫理審査のほか、原則として各研究協力施設で別途に倫理審査を行うことが望ましいが、倫理審査部門がない等､個別の事情も含め､最終的には施設長の判断に委ねるものとする。倫理審査を行わない場合は、施設長の同意を得ることとする。一方、本事業が法制化されたもとで行う場合は法律に基づく事業として、倫理審査は不要であると考えられる。

以下、法制化未整備の現状を勘案し、倫理審査が必要である前提でしめす。本事業は疫学研究に関する倫理指針第 4,1 個人情報の保護に関する措置のうち、(3)利用目的による制限の規定の適応外基準として③ウ 「公衆衛生の向上のために特に必要がある場合であって、研究対象者頭の同意を得ることが困難であるとき」、に該当する。以上より、研究対象者及び代諾者等の同意を得ない。個人情報の安全管理のため、＜安全管理措置に関する細則＞組織的安全管理措置を講じる必要がある。症例登録書の作成とそのデータの取扱等については、対象者のプライバシーの保護に配慮する。対象者の氏名やイニシャルは使用せず、識別コードを付与する。質問票による調査および救急隊への聞き取り調査、解

剖結果の調査ののちに連結不可能匿名化された識別コードで特定するものとする。信頼できる機関にデータセンターを設置し、厳重に保管する。本研究結果の公表においては、集団として連結不可能匿名化された解析結果データのみを公表する。また、特異な経過により明らかに個人が推定される可能性のある場合、研究対象者個人を特定できないように配慮する必要がある。「インフォームドコンセントを受けない場合において、当該事業の実施について公開すべき事項に関する細則」に従い、当該事業の意義、目的、方法、研究機関名、保有する個人情報に関しての問い合わせや苦情等の連絡先に関する情報、について研究計画書に記載し、情報公開を行う。また、研究対象者となる者は、研究対象者となることを拒否できるが、本調査での研究対象者は死者であり、未成年であることから、その場合の代理人の範囲として、親権者までとする。
以上を鑑みて、本制度の目的遂行のためには、法整備が不可欠であると考えられるが、詳細は後述する。

子どもの死因登録・検証制度の枠組みの制度オプション
以上の検討から、日本における子ども死因登録・検証制度の枠組みに関する制度の、実現可能性のある制度オプションを提示する。
１）母子保健に係る全く新しい制度構築
新しい法整備のもと、新しい組織を立ち上げ、死亡例の把握から検証制度まで、プロセス全体に関して、日本全体での取りまとめを担う。こういった組織をもとに、各都道府県あるいは道州単位で、医療機関、学会、職能団体、自治体、法医関係者、監察医、警察、消防など、関連あるステークホルダーを結び、子どもの死因登録・検証制度の枠組みの推進役とする。妊産婦死亡に関しても関連が深いため、業務の範囲内に加えていくという可能性もある。
英国における CMACE(Centre for Maternal and Child Enquiries)という組織が長く、妊産婦や子どもの志望理由検証から母子保健政策に資する情報を示してきたが、これと同じような形となる。以下の２）から５）のすべての制度オプションと相互補完的に成り立つオプションであるため、いずれの制度構築においても、このような組織作りが不可欠である。ただ、本オプションを強化する１）のみ手法であれば、各地域の負担は少なく、特に背景人口が少ない地域においても、事務局機能を代替えすることができるため、制度全体としての効率性は高い。
上記に示したように、子どもの死因の検証から浮かび上がってくる課題は、不慮の事故予防に限らず、虐待死、子育て環境、親子関係、終末期医療、診療の質、救急医療体制、医療過誤、司法体制など、かなり広範囲に広がり、得られる情報を最大限に生かしていくのであれば、「母子保健」というくくりで制度設計を行うことが最も適切であると考えられる。また、今後幸いにして死亡は避けられたものの、重度な障害を残した児の背景を検討していくことも、本制度の延長線上にある重要な発展形でもあり、このような死亡に限らない発展性を

考えても、必要である。

注意するべき点

本オプションを中心にして、地域の拠点を作らずに行うと、地域ごとの格差を是正することは可能であり、制度全体としての効率性は高まるものの、地域の実情に即さない表面的な検証になる可能性もある。このため、このような制度設計を行うにしても、各地域における支部を設置することは必要である。その支部の設置方法としては下記の２）から５）のオプションに示された形がありうるが、オプション 1）のみの制度化として地域支部の置き方として、各地域の実情に即して、２）から５）を選べるような形で、監察医事務局、保健所、自治体、医療機関のいずれかに事務局が置ければよい、という手法も考えられる。

２）監察医制度の一端としての制度構築

死因究明に係る二つの法案が成立し、監察医制度を含めて、法医制度の包括的な見直しがされている。子どもの不慮の事故死においては虐待死を含めて、不審死が多く含まれている可能性があり、東京都の子どもの死因登録検証制度においても東京都監察医務院が大きな役割を担っている。法医学制度の見直しの中で、子どもの死因に関しては、行政・法医解剖制度のみならず、解剖がなくとも死因を多角的に検証する包括的な制度が必要である。ただし、現在上記研究班において行われている子どもの死因登録検証制度の試行においては、診療関連死は取り扱わない形になってはいる。

以上を考え、今後整備されるであろう各地域の監察医の業務として、本制度の事務局機能を持たせるという可能性は充分に検討の価値がある。

注意するべき点

監察医が中心となることで、診療の質にかかわる検証や、子育て環境、親子関係、終末期医療等、母子保健・福祉全体に係る課題への広がりに制限が深まる可能性がある。こういった点に配慮した制度設計が必要である。

３）保健所の業務の一端としての制度構築

保健所の業務の一環として、地域の診療施設から提出された死亡届を閲覧し、公衆衛生上の介入が必要に応じて可能となっており、その機能を拡大して、地域の小児医療界と連携して、地域における子どもの死亡例をすべて登録し、その死因を検証する必要がある。

注意するべき点

この場合、現行の法制度で実現できる可能性があるが、一方で保健所業務は多岐にわたり、十分な人員が配置されていないこともあり、この制度を保健所業務として位置付けるのであれば十分な財政支援が必要である。また、保健所単位であれば、背景小児人口が非常に少ない場合もあり、年間 1－2 例の検証となる可能性が高く、この場合、症例横断的な重要な施策へのメッセージが示されない可能性もある。またこのため、制度全体の効率として決してよくない。

４）自治体の業務の一端としての制度構築

現在、医療圏設定は各都道府県を軸に行われており、監察医制度や保健所業務を管轄しているため、各都道府県に地域拠点を置くことは考えられる。東京都においても、東京都小児医療協議会のもとに本件に関するワーキンググループを設けて施行している。

注意するべき点

母子保健事業の多くが市町村にすでに移管されており、難しい点もある。

５）学術団体などが継続的に行う研究としての制度構築

学術団体が中心的に行う場合、現実的には拠点となる医療機関（たとえば大学病院小児科や子ども病院）が事務局機能を持つということになる。実際に医療的問題も多く症例数の多くを把握することはできる。

注意するべき点

ただし、医療機関が中心になることは期待されるものの、異状死症例や消防、警察、児童相談所など、本件で重要となる子どもの死亡を把握できない可能性がある。

以上を勘案すると、**国で一つ、妊産婦を含めた母子の死亡例を登録し、検証していくような機関を設け、そこが実際的な事務局機能を持ちつつ、各地域の事務局を自治体が担当し、国単位の機関によって施行の手法を標準化し、その手法に基づいて各都道府県が施行し、情報を国単位とともに自治体でも集約し、事務局機能を各都道府県と国の機関で分担する**ような制度設計が望まれる。施行の手法に関しては、経験とともに適宜変更されていくような工夫が必要である。

２）医療機関の役割と方法

子どもの死亡登録・検証を行う上での医療機関の役割について

死因究明の社会的意義は様々だが、子どもにおいては第一義には予防可能死を減らすことにある。予防可能性の観点で今後なし得ることを議論することは、その死を無駄にしないために成熟した社会が当然なすべき行為であり、遺族に対して行う最大のグリーフケアの１つでもある。

現場で感じる「守ってあげられなくてごめんね」「君の死を無駄にはしないよ」という思いを、システム化し、サイエンスにする道義的責任もそのための前提となる科学的な対応スキルも、医療機関は根底に持っている。子どもの死亡に際し、各種医学的検査・画像検査をはじめとした専門的データを集積することは医療機関にしかなしえず、また子どもの死の瞬間に巻き起こった様々な心理社会的現象を目の当たりにするのも医療機関である。それらのデータを客観的に収集し、科学的根拠に基づきレビューを行うことは、他の関係機関では成しえないものであり、事例によっては決定的な意味合いをもつ。

もちろん、医学的検討だけでは、子どもの死の全容が見えてこない事例も想定される。諸外国ではチャイルドデスレビュー（CDR）と呼ばれる多機関連携での検証体制が法的にも整備されている。特に CDR の発祥の地である米国では、CDR は虐待対応を発展させる形で形成されてきたが、我が国では虐待対応の多機関連携調査体制が成熟しているといえる段階にはない。現段階で多機関連携での CDR を一足飛びに実施することは困難である。

しかし、子どもの死亡に立ち会う機会が最も多い医療機関がひと足早く小児死亡・登録制度を確立し、真の死因特定に生かすと共に、社会に還元し小児死亡の可能性を最小限せしめるために活動していくことは、現状でも実現可能性は高い。その確立こそが、CDR をはじめとした地域での子どもの権利擁護活動の礎になるであろう。

医療機関における子どもの死亡登録・検証の方法について

子どもの死亡登録・検証の方法は、大きく後方視的検討と前方視的検討に分けられる。後方視的検討とは、子どもの死亡後一定期間後（その期間は定期的なレビューを行う間隔にもよるが、死後 3-6 ヶ月以降に行われることが想定される）に、死亡症例の情報の収集・登録が行われる。原則的にその情報収集過程は質問紙法・インタビュー法により行われ、その時点では情報収集する事例が関係機関の調査・捜査対象であるか否かも明確化されており、医療機関に対してなされる質問紙法・インタビュー法による情報収集も基本的には、事前に収集すべき情報が整理されていれば、一度で終了することができる性質のものである。もし、事例が司法の関わるケースとなっている場合には、質問紙法・インタビュー法による情報収集時に、様々な制約が課せられている場合もあるが、その場合にはその時点で収集可能な範囲内で情報が集約され、必要時には

後に再度情報収集がなされることとなるであろう。

前方視的検討とは、子どもの死亡後比較的早期に情報の収集が試みられる性質のものであり、医療機関における死因調査の意味合いも包含する。情報収集時には事例が関係機関の調査・捜査対象であるか否かが明確とはなっていない可能性もあり、この情報収集の過程で得た情報が関係機関の方針決定に用いられる可能性のあるものとなる。原則的にその情報収集過程は、やはり質問紙法・インタビュー法により行われるものであるが、先に述べたように医療機関内における死因調査の意味合いも包含したものであるため、収集された情報によっては、さらなる情報収集の必要性が検討されたり、事例が剖検にまわる、追加の死後検査結果の収集を要するなどの理由により、複数回の情報収集過程が求められる可能性のある性質のものである。

死亡時点から相当程度の時間が経過してしまっている後方視的検討では、既に多くの情報は散逸している可能性が有り、真の死因究明の改善に寄与しより効果的な予防のための提言を打ち立てるためには、将来的には前方視的検討がなされていくことが望まれる。しかしながら、前方視的検討は医療機関にかかる負担は大きいなど、実際の実施には大きなハードルが多いのも事実である。実施するための障壁がより少ない後方視的検討から開始を行った場合であっても、そのような活動が継続的になされることで、各医療機関の子どもの死に際しての情報収集プロセスは向上し、前方視的検討に匹敵する情報収集がなされていく可能性は高まり、また後方視的検討を通して死亡登録・検証の必要性が周知され、前方視的検討を行うコンセンサスが形成し、人的・資金的な協力が得られていくこともあるであろう。地域で可能な範囲で、何よりも“始める”ことが肝要である。

後方視的検討の実施は、対象年齢が 1-4 歳と限定されてはいるが既に東京都で開始されており、その方法や実際の登録フォームについては、第Ⅱ章（１）や、付表１の該当箇所を参照していただきたい。

群馬県においては群馬大学倫理委員会での審査が終了し、県下の医療機関における前方視的検討実施に向けての準備が整ったところである。実際に施行し方法論が確立した段階とは言えないが、以下にその方法につき概略を記載する。

ただし群馬県下での実施において当初はその方法論の確立を主眼としており、実施医療機関は３病院に限定して開始する予定である。また、前方視的検討に加えてあわせて、後方視的検討も開始予定であるが、後方視的検討に関しては県下の群馬大学関連病院小児科等に協力を依頼し全県下で、小児の死亡事例の把握・登録・検討を行う予定である。群馬県内の年間小児死亡発生件数は正確に把握されてはいないが、0－18 歳未満児でおよそ 50 例程度と想定している。症例数が膨大ではないため、0－18 歳未満児全てを検討対象とする予定である。

医療機関における前方視的検討での小児死亡事例登録・検証方法について

小児の死亡事例登録・検討は、基本的に二層で行われることが望ましい。データの登録先と現場の医師との関係性が近接であるほど、得られる情報は質・量ともに増大する。また地域の実情に合わせた予防のための推奨事項を打ち出すためには、地域の実情に精通した医療職同士が、連結可能匿名化情報を用いて narrative な情報を含めた詳細なレビューを行い、その実施度を地域関係機関との顔の見える関係性の中で定期的に追跡して、社会的環境・地域医療状況の改善を行うことが地域での小児死亡予防効果を最大限せしめる。
そして死亡事例登録情報ならびに地域レベルでの検討結果を連結不可能匿名化し、中央で集約し解析を行うことで、大局的な医療的戦略や公衆衛生政策の転換のための提言を、エビデンスベースで行うことが可能となる。このような二層構造で死亡登録事例検証の対応を行うことで、初めて子どもの死を無駄にしない社会システムが構築されたといえる。

さてここでは、地域レベル（行政管轄区レベルや小児科学会各地方会レベル）で、どのように前方視的検討での小児死亡事例登録・検証方法を行うか、群馬県で実施予定の方法論を提示する。なお個々の地域により実情は異なっており、その方法論は当然異なるものである。実施にあたってはそれぞれの地域で最適化する必要性があることは言うまでもない。なお虐待死に関しては、すでに法制化された検証制度が存在しており、小児期自殺などのケースにおいても適宜行政を主体とした死亡事例検討がなされる場合もあるが、そのような場合であっても、医療機関の視点で検討を加える意義は大きいと考えられるため、その実施を除外するものとはならないことを付記しておく。

地域レベルでの小児死亡事例登録・検証の各ステップについて

小児死亡事例登録・検証のステップは、第Ⅱ章（１）に示したとおり、登録・振り分け・検証の３ステップに分けられる。しかしながら地域レベルの実施において、地域によっては事例を１）不慮の事故が疑われる例、２）虐待が疑われる例、３）救急医療体制にかかわる問題、４）自殺例、５）小児医療の質の問題という振り分けを行ったとしても、振り分けた個々のケース別にパネルレビューを行うことは困難である。特に医療機関のみでの先行的検討の形態を取る場合には、人員的にもパネルレビューを行うことは現実的には困難と想定されるため、すべてのケースが振り分けを受ける前に一度レビューを行い、専門家を招聘してのパネルレビューの必要性につき検討した後、少数の必要事例に対し行われることとなるであろう。群馬県においてもそのような形での実施が想定されるため、本稿では、事例登録・検証の２ステップとして記載する。

なお地域レベルの登録・検証の、中央における集約・解析についてであるが、日本小児科学会がその第一義的な責務を負い実施していくことが、現時点では最も現実的である。日本小児科学会内に小児死亡・登録検証委員会が立ち上がり活動を開始しているが、本ガイドラインではその方法論については言及しない。（実際の日本小児科学会への登録方法などについては、委員会の活動進捗状

況に応じて適宜、情報提供がなされるものと思われる）

医療機関における地域レベルの前方視的検討での小児死亡事例登録について

実際の子どもの死亡登録の実施にあたっては、医療機関内に限定した実施であっても、様々な職種の協力が必要なことは言うまでもない。実施主体はどことなろうが、どのような職種との協力関係が構築できるかが、個々の職種の負担を低減し実際の実現可能性は高まるであろう。以下は群馬県で実施を予定している前方視的検討の小児死亡事例登録につき述べる。当然のことながら、協力が得られる部署の多寡や、地域の実情により方法論は当然異なるものであろうが、地域で実施可能な取り組みの１参考例としていただきたい。なお、群馬県では県内で発生したすべての１８歳未満の死亡症例を対象としているが、該医療機関で今後の小児死亡を予防していく上で、示唆に富むと判断され、検討が望ましいとされた死亡に準ずる１８歳未満の重篤事例をも対象としている（理由については後述する）。

実際の運営の中心となる部署が定められていない限り、当然システムは動かない。群馬県においては、小児死亡事例登録・検証委員会を小児科学会地方会内に立ち上げた。実質的には群馬大学小児科医局内に事務局が設置されることとなった。

具体的な死亡事例登録につき次ページの図１に示す。実務的には有志の医師のみでの実施は困難であり、関連各科医局・各施設病院長の許可に加え、実務的には救急隊・救急部スタッフ・ICU スタッフ・小児科を中心とした病棟スタッフ、そして医療ソーシャルワーカーや医事課を中心とした事務スタッフの協力は欠かせないものである。図１はここに述べた関連職種とのコンセンサスが得られた前提でのフローチャートである点にご注意頂きたい。もし、このような協力体制を得ていくことが困難な場合は、ほとんどの登録事項について、有志の医師がひとりで登録を行うことになり、その負担は極めて大きいものとなる。（このような場合、負担を低減するためにコンピューター入力システムを活用していただきたい。詳細については第Ⅱ章(8)、付表１・２を参照のこと）

実際の症例登録は、紙ベースの登録用紙を用いる予定である。紙ベースの登録用紙は、A3 用紙で計７枚よりなっており、１枚目だけ表裏となっている。１枚目は救急隊に、２枚目は病棟スタッフに記入を依頼する形式となっている。１・２枚目はその性質上、小児が死亡する以前より記入する予定としている。小児が死亡する以前に死亡登録用紙に記入を開始することは倫理的に許されるものではない。また救命し得たとしても重篤で致死的になり得た事例のうち、予防可能性の観点から起こったことをレビューすることは、将来の子どもの死亡を減らすために極めて重要である。この２点の観点から、群馬県においては当該医療機関が致死的となり得たと判断した事例に関しては、その後の転機にかかわらず発生時から１・２枚目の用紙への記入を積極的に依頼することとし

ている。

その後救命し得た事例の場合には、致死的となり得た事象について作為/不作為行為（すなわち虐待・ネグレクト・監督不全）の可能性につき当該医療機関の複数スタッフで考察し、その可能性があれば以降は当該医療機関の CPT（院内虐待対応委員会）に引き継いで対応していただき、関連がないと判断された事例については致死的となり得た事象の予防可能性につき検討していただき、予防可能性があるものについては予防策への提言を組織的に行うため、小児死亡事例登録・検証委員会に登録してもらうこととした。

また、その後に死亡した症例の場合には、医師が以降の登録用紙の 3-7 頁に記載し、その後小児死亡事例登録・検証委員会に登録してもらうこととした。

現時点で適切な CDR 実施担当部署が各医療機関にあるわけではなく、また死亡事例の登録・検証のスキルは、多くの部分で CPT の行うべき活動との類似性がある。適切な対応が整備されるまでは、死亡事例登録システムの運用面で、CPT が主治医をサポートすることが望ましいと考え、いずれの場合であっても、当該医療機関の医療ソーシャルワーカー・CPT が、小児死亡事例登録・検証委員会事務局への事例登録の窓口として働くと位置づけた。

小児死亡事例登録・検証委員会に登録の一方があった以降の対応としては、ブランクとなっている情報の可能な限りの追加収集や、登録時点で判明していない検査情報・剖検情報の補完情報以降の対応に関しては、小児死亡事例登録・検証委員会により任命された、「小児死亡事例登録・検証コーディネーター」が当該医療機関の MSW・CPT と協力し行う予定とした。（当該医療機関の主治医と「小児死亡事例登録・検証コーディネーター」が直接のやり取りを行うことは、様々な軋轢を生む可能性があるため）。

将来的には「小児死亡事例登録・検証コーディネーター」を、情報の収集に関して個々の病院の CPT のサポートを行い、CPT のない病院での死亡事例の情報収集に努め、地域の「小児死亡症例検討会」で専門的・包括的な意見を発信するなどの、個々の医療機関という枠を超えて横断的に活動する専門性の高い存在として位置づけていく必要があるが、システムが周知され機能を発揮していくまでは、群馬県においては教育的・啓発的な意義も含め、大学附属病院のレジデントが持ち回りで担うこととし、各サブスペシャリティーの専門医が助言を行うという体制で行うこととしている。

医療機関における地域レベルの前方視的検討での小児死亡事例検証について

次に登録された小児死亡事例の検証について、群馬県で実施予定の方法につき述べる。　当然のことながら、これも地域の実情により方法論は当然異なるものであろう。やはり地域での取り組みの１参考例として、ご参照いただきたい。実際の実施要綱については、図２にまとめている。

開催は年４回の日本小児科学会地方会の開催に合わせ実施する予定としてい

るが、当該医療機関から登録されたとしても、情報を整理し効率的なレビューを行うためにはある程度の時間が必要とされる。よって原則的には地方会開催一ヶ月前までの死亡事例を対象とするが、それ以前の事例でも継続的検討が必要な事例や､開催直前の死亡事例でも速やかな検討が望ましい事例に関しては、対象としていく予定である。

地域小児死亡登録・検証委員会構成メンバーは、以下を予定している。①小児科学会地方会理事長　②小児科学会地方会理事長から適任者若干名（理事会で互選）　③管轄区内の三次医療機関小児科責任者　④死亡登録医療コーディネーター　⑤その他、小児科学会地方会会員から適任者若干名（理事会から推薦）

以上のメンバーを常任委員とし、委員から委員長・副委員長を互選する（任期は２年：再任を妨げない）

上記に加え、死亡事例の医療機関の主治医/小児科部長/MSW、死亡事例の死亡態様について専門性の高い小児科学会地方会会員や MSW などを適宜参考人として招集する事としている。予防施策を立案するうえで極めて重要となる事例などについては､あらかじめ行政機関の担当者に対し､参加を要請することとし、その際には、守秘義務に対する順守事項について、記名捺印してもらう事としている。

すべての登録事例につき、上記メンバーによりレビューを行い、その死亡につき①予防可能　②予防可能かもしれない　③予防不可能のいずれであったかにつき、収集された情報に基づき判断を行う事とした。収集された情報のみからは判断がつかない場合には、“Can’t Know（これ以上判断し得ない)”の判断を行い、死因特定に必要とされる情報は何であるのかを議論し特定し、改善していくこととしている。

特に予防可能､予防可能かもしれないという判断がなされた事例に関しては、１）不慮の事故が疑われる例、２）虐待が疑われる例、３）救急医療体制にかかわる問題、４）自殺例、５）小児医療の質の問題　という振り分けを行い、予防のための提言を作成する予定である。より詳細な提言を作成する必要がある事例については、行政機関の担当者や、管轄区外の専門家の招集を行った上での詳細なパネルレビューの開催を委員会で協議する。

なお事例の検討を行う際には、均質な検討が可能となるように、所定のレビューフォームを用いて検討を行うが、その際に死亡登録医療コーディネーターが書記として、委員会で検討された事項をまとめる。

委員会において検討された事例については、連結不可能匿名化したデータとして、小児科学会地方会内で年一回の報告を行うとともに、Annual review として報告書にまとめる予定である。また連結不可能匿名化したデータならびに同報告書について、小児科学会の小児死亡登録・検証委員会に送付を行うことを前提としている。

本委員会は主に医療機関が主体となった小児死亡の予防に向けた取り組みで

あり、本委員会の使命は医療機関の視点からの小児死亡予防のための提言を行うことにある。しかしながら、同種の取り組みが行政によりなされていない点を鑑みると、委員会の提言した内容について、社会的にどのように還元されたのかをトラッキングする必要も本委員会が現状は担わざるを得ない。このような活動を通じ、真に必要な多機関連携でのチャイルドデスレビューの実現に向けた働きかけも、本委員会は積極的に行っていく必要があることを付記しておく。

また本事業の実施に関しては、改めて個別に同意を行う必要がない旨の決定が群馬大学倫理委員会によりなされているが、実施に際しては図３で示した内容の告示を参加医療機関のホームページ並びに参加医療機関に掲示する予定である。

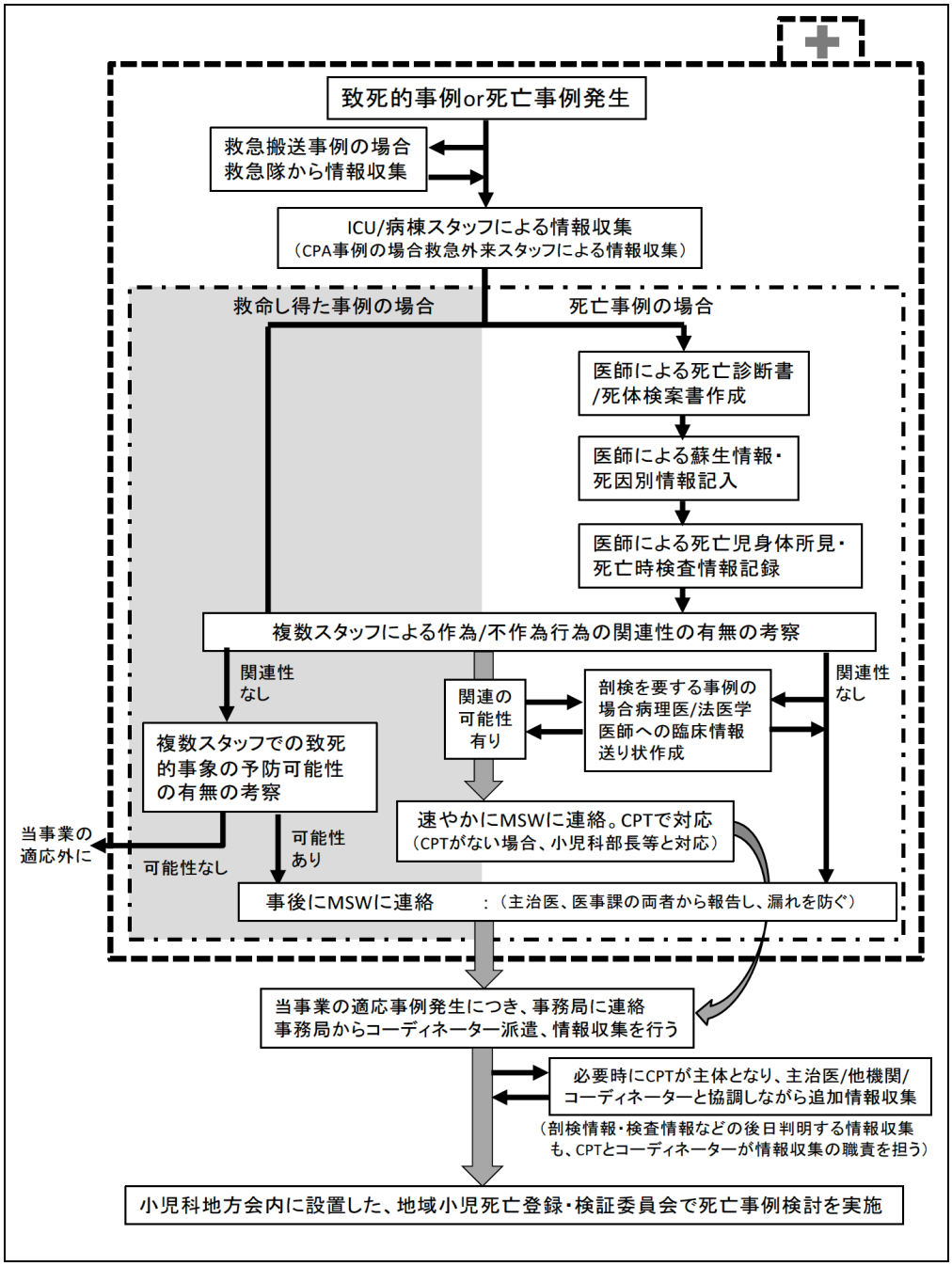
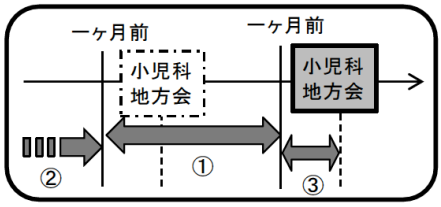


図１：前方視的検討における、小児死亡事例登録のフロー例

地域小児死亡登録・検証委員会による小児死亡事例検討の実施要綱

開催：年4回の日本小児科学会地方会の開催に合わせ実施する。
対象年齢：管轄区内で発生したすべての18歳未満の死亡症例、並びに当該医療機関で今後の小児死亡を予防していく上で、示唆に富むと判断され、検討が望ましいとされた死亡に準ずる重篤事例

対象事例：①:前回地方会の1ヶ月前から、地方会開催一ヶ月前までの期間に死亡した対象事例
②:①以前の期間に死亡した事例であっても、継続して検討を行うことが望ましいとされた事例
③:①以降の期間に死亡した事例であっても、速やかに検討を行うことが望ましいと判断される事例



地域小児死亡登録・検証委員会構成メンバー：
- 小児科学会地方会理事長
- 小児科学会地方会理事長から適任者若干名（理事会で互選）
- 管轄区内の三次医療機関小児科責任者
- 死亡登録医療コーディネーター
- その他、小児科学会地方会会員から適任者若干名（理事会から推薦

以上のメンバーを常任委員とし、委員から委員長・副委員長を互選（任期は2年：再任はOK）
上記に加え、死亡事例の医療機関の主治医、小児科部長、MSW
死亡事例の死亡態様について専門性の高い小児科学会地方会会員やMSWなどを適宜参考人として招集
＊予防施策を立案するうえで極めて重要となる事例などについては、あらかじめ行政機関の担当者に対し、参加を要請する。（その際には、守秘義務に対する順守事項について、記名捺印してもらう）

委員会による検討事項：
すべての登録事例につき、上記メンバーによりレビューを行い、その死亡につき予防可能、予防可能かもしれない、予防不可能のいずれであったかにつき、収集された情報に基づき判断を行う。収集された情報のみからは判断がつかない場合には、“Can’t Know”の判断を行い、死因特定に必要とされる情報を特定する。
特に予防可能、予防可能かもしれないという判断がなされた事例に関しては、1）不慮の事故が疑われる例、2）虐待が疑われる例、3）救急医療体制にかかわる問題、4）自殺例、5）小児医療の質の問題　という振り分けを行い、予防のための提言を作成する。より詳細な提言を作成する必要がある事例については、行政機関の担当者や、管轄区外の専門家の招集を行った上での詳細なパネルレビューの開催を、委員会で協議する。

検討を行うための書式に関して：
事例の検討を行う際には、所定のレビューフォームを用いて検討を行い、死亡登録医療コーディネーターが書記として、委員会で検討された事項をまとめる。

検討結果についての情報公開：
委員会において検討された事例については、連結不可能匿名化したデータとして、小児科学会地方会内で年一回の報告を行うとともに、Annual reviewとして報告書にまとめる。
また連結不可能匿名化したデータならびに同報告書について、小児科学会の小児死亡登録・検証委員会に送付を行うことを前提とする。

施策提言の実現に関するトラッキングに関して：
本委員会は主に医療機関が主体となった小児死亡の予防に向けた取り組みであり、本委員会の使命は医療機関の視点からの小児死亡予防のための提言を行うことにある。しかしながら、同種の取り組みが行政によりなされていない点を鑑みると、委員会の提言した内容について、社会的にどのように還元されたのかをトラッキングする必要も本委員会が現状は担わざるを得ない。このような活動を通じ、真に必要な多機関連携でのチャイルドデスレビューの実現に向けた働きかけも、本委員会は積極的に行っていく必要があることを付記しておく。

図２：小児死亡事例検討の実施要綱例

「予防できる子どもの死亡」を減らしていくための、0-18 歳未満の死亡・致死的事例における子どもの死亡登録・検証制度への、情報提供についての事前同意に関するお願い

１．はじめに

群馬大学附属病院では、患者さんにより良い医療を提供する目的で、常に様々な観点から病気を解析し、病因を追及するなどの努力を重ね、この過程で得られた知見に基づいて最新医療をも取り入れた最善の治療を実践しております。

２．子どもの死亡登録・検証制度について

子どもの死因登録・検証制度は、予防可能な子どもの死亡を減らすために、様々な情報をもとに系統的に死因調査を行い、予防可能な要因に関連する事項を、個人、家族、社会、政策など各々のレベルで検討し、効果的な予防策と介入を行うことを目的としています。

３．子どもの死亡登録・検証制度への診療に伴い知り得た情報の提供について

あなたやあなたのお子様が群馬大学附属病院で診療を受けられますと、病気や事故などに関するいろいろな検査情報や診療情報が集められます。またその他にも様々な周辺情報も集約されます。これらの情報の中には、同様の状態での将来の子どもの死亡を減らしていくための、様々な医学的情報、社会的情報が含まれています。

もしあなたやあなたのお子様が、致死的となりうる重篤な疾病もしくは重大な事故により群馬大学附属病院で診療を受けられた場合、診療に伴い知り得た情報は、あなたやあなたのお子様の診療のために必要なものとして管理されますが、その後診療上不必要となった場合でも、将来的な子どもの予防可能な死亡を減らしていくための貴重な情報として、守秘義務を持つ専門機関の間で個人情報を完全に排除した状態で取り扱われ、社会的な施策提言や医療提供体制向上、疫学的医学的研究などの目的で使用されます。

４．予防可能な子どもの死亡を減らすための情報提供に関する事前同意とは

診療上発生した情報等について、将来の子どもの予防可能死を減らすための検証に利用するために、個人情報を匿名化した上であらかじめ決められた死亡事例登録情報様式の範囲内で情報を提供する場合に限った上で、特段の意思表示がない場合には同意があったものとみなし、情報を提供させていただきます。

なお提供された情報を元に小児死亡事例登録・検証制度において検討された内容に関しては、匿名化した状態で検証が行われている事から、事例の特定がされない情報として扱われているために、開示請求があったとしても対応は不可能ですが、当院で検討した結果については、必要時にはいつでも提供が可能です。またもしあなたのお子様が死亡した場合には、当院で可能な限りのグリーフケア（大切な人を亡くし、大きな悲嘆（グリーフ）に襲われている人に対するサポートのこと）を提供いたします。

図３．前方視的検討実施における、院内掲示例

５．自由意思による参加、拒否及び撤回

予防可能な子どもの死亡を減らすための情報提供に不同意の場合や、同意を撤回する場合には、外来受付もしくはナースステーションに申し出ていただき、「予防可能な子どもの死亡を減らすための情報提供に関する不同意書」に必要事項をご記入の上、返信用封筒を利用して発送してください。

６．個人情報の保護について

これらの情報等を医学研究のために利用する際には、個人情報との照らし合わせが必要になることがあります。ただし、これらの情報が医学研究に用いられる場合、情報は匿名化して取り扱われ、個人情報識別管理者のみが個人情報との照らし合わせが可能となり、個人情報が外部に漏れないよう最大限の配慮が払われます。これらの情報を利用した医学研究によって得られた検討の成績が、学会や科学専門誌などの発表に利用される場合がありますが、個人が特定できるような発表はいたしません。

７．小児死亡登録・検証制度に基づく検証結果を利用した医学研究の公開

小児死亡登録・検証制度に基づく検証結果を利用した医学研究については、その研究成果を論文などにより公開します。なお、公開内容には個人のプライバシーに関わる事は含みません。

８．最後に

われわれは医療従事者として励み、提供できる医療水準の向上にむけて日々努力を続けております。今後も患者さんによりよい医療を提供するとともに、我が国の将来を担う子どもの予防可能な死亡を可能な限り減らしていくために医療機関として行いうる責務を果たしていく所存です。ご理解とご協力につき、なにとぞお願い申し上げます。

群馬大学附属病院　病院長

問い合わせ窓口：群馬大学附属病院　○○センター
〒371-8511　群馬県前橋市昭和町三丁目 39 番 15 号
TEL 027-220-7111(代) 内線○○○○

図３．前方視的検討実施における、院内掲示例（続き）

３）保健所・保健センターの役割

地方自治体における保健行政を担う部署として、都道府県および政令指定都市（他中核市等）では保健所が必要数設置され、市町村では保健センターが置かれていることが多い。
1914 年に日本赤十字社において乳幼児健康相談所が創設され、これが母子保健を中心とした保健所の前身に当たるものと知られている。
保健関連施設の始まりは 1937 年に結核撲滅と母子保健の向上のために保健所法が制定され保健所が設置されたことである。戦後特に混乱期にあったときは感染症を始めとする環境衛生と対人保健を主題としていた。その時点では国家としての事務とした色合いが強いものであった。時代が進むと共に地方分権を進める声、地方独自の対応が必要な事項が増加し、その趣は国家全体統一的な事務から、地域の実情に即したものへと変遷していった。
保健所は都道府県において設定された圏域ごとに１箇所設置され、主としてその域内における公衆衛生領域に関わる調査および対人サービスが行われていた。1978 年に厚生省が「国民健康づくり対策」を策定し、広域的なサービスを保健所・より身近な対人サービスを市町村保健部門と役割を分けて整備し各機能の統廃合が推進されはじめた。
1994 年に保健所法を改定し地域保健法として新たに制定され、より広範囲の地方自治体（一定の要件を満たした市）に保健所設置を認め地域保健の総合展開を進めていく母体となった。1999 年に地域保健法の改定が行われ、2000 年には 21 世紀の国民健康づくり運動として、政府が「健康日本 21」を制定し、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会にするために、健康を増進し、発病を予防する一次予防に重点が置かれるようになった。特に保健所で提供されていた多くの対人保健サービスが市町村へ移管していった。
ここにおいて、保健所と保健センターの役割りは、「保健所は広域的・専門的な保健サービス（第二次予防）を、市町村保健センターは直接住民に身近な保健サービス（第一次予防）を原則無料で実施する」と別れたこととなった。
今までの中で、保健センターはより住民に近くあり、直接対人サービスを行うよう段階を経て改定されてきており、保健所の機能はより広域であり、かつ、行政行為を担う役割へと変化してきた。
保健所における業務は地域保健法に定められており以下のように記載されている。。

地域保健法第六条　保健所は、次に掲げる事項につき、企画、調整、指導及びこれらに必要な事業を行う。
一　地域保健に関する思想の普及及び向上に関する事項
二　人口動態統計その他地域保健に係る統計に関する事項
三　栄養の改善及び食品衛生に関する事項
四　住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃その他の環境の衛生に関す

る事項
五　医事及び薬事に関する事項
六　保健師に関する事項
七　公共医療事業の向上及び増進に関する事項
八　母性及び乳幼児並びに老人の保健に関する事項
九　歯科保健に関する事項
十　精神保健に関する事項
十一　治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病により長期に療養を必要とする者の保健に関する事項
十二　エイズ、結核、性病、伝染病その他の疾病の予防に関する事項
十三　衛生上の試験及び検査に関する事項
十四　その他地域住民の健康の保持及び増進に関する事項
第七条　保健所は、前条に定めるもののほか、地域住民の健康の保持及び増進を図るため必要があるときは、次に掲げる事業を行うことができる。
一　所管区域に係る地域保健に関する情報を収集し、整理し、及び活用すること。
二　所管区域に係る地域保健に関する調査及び研究を行うこと。
三　歯科疾患その他厚生労働大臣の指定する疾病の治療を行うこと。
四　試験及び検査を行い、並びに医師、歯科医師、薬剤師その他の者に試験及び検査に関する施設を利用させること。
第八条　都道府県の設置する保健所は、前二条に定めるもののほか、所管区域内の市町村の地域保健対策の実施に関し、市町村相互間の連絡調整を行い、及び市町村の求めに応じ、技術的助言、市町村職員の研修その他必要な援助を行うことができる。

一方で保健センターについては、設置は可能規定となり設置されていない自治体も見受けられ、またその規定は以下の記載による。
地域保健法第十八条　市町村は､市町村保健センターを設置することができる。
２　市町村保健センターは、住民に対し、健康相談、保健指導及び健康診査その他地域保健に関し必要な事業を行うことを目的とする施設とする。

参考として、児童福祉法における保健所の役割があり、児童相談所との連携が想定されている。
児童福祉法
第十二条の六　保健所は、この法律の施行に関し、主として次の業務を行うものとする。
一　児童の保健について、正しい衛生知識の普及を図ること。
二　児童の健康相談に応じ、又は健康診査を行い、必要に応じ、保健指導を

行うこと。
三　身体に障害のある児童及び疾病により長期にわたり療養を必要とする児童の療育について、指導を行うこと。
四　児童福祉施設に対し、栄養の改善その他衛生に関し、必要な助言を与えること。
〇２　児童相談所長は、相談に応じた児童、その保護者又は妊産婦について、保健所に対し、保健指導その他の必要な協力を求めることができる。

また、保健センター設置母体である市町村に対しては、以下の記載が見受けられる。
第十条　市町村は、この法律の施行に関し、次に掲げる業務を行わなければならない。
一　児童及び妊産婦の福祉に関し、必要な実情の把握に努めること。
二　児童及び妊産婦の福祉に関し、必要な情報の提供を行うこと。
三　児童及び妊産婦の福祉に関し、家庭その他からの相談に応じ、必要な調査及び指導を行うこと並びにこれらに付随する業務を行うこと。
〇２　市町村長は、前項第三号に掲げる業務のうち専門的な知識及び技術を必要とするものについては、児童相談所の技術的援助及び助言を求めなければならない。
〇３　市町村長は、第一項第三号に掲げる業務を行うに当たつて、医学的、心理学的、教育学的、社会学的及び精神保健上の判定を必要とする場合には、児童相談所の判定を求めなければならない。

そして都道府県と市町村との関係を記載し、連携を求める点も見受けられる。
第十一条　都道府県は、この法律の施行に関し、次に掲げる業務を行わなければならない。
一　前条第一項各号に掲げる市町村の業務の実施に関し、市町村相互間の連絡調整、市町村に対する情報の提供、市町村職員の研修その他必要な援助を行うこと及びこれらに付随する業務を行うこと。
二　児童及び妊産婦の福祉に関し、主として次に掲げる業務を行うこと。
イ　各市町村の区域を超えた広域的な見地から、実情の把握に努めること。
ロ　児童に関する家庭その他からの相談のうち、専門的な知識及び技術を必要とするものに応ずること。
ハ　児童及びその家庭につき、必要な調査並びに医学的、心理学的、教育学的、社会学的及び精神保健上の判定を行うこと。
ニ　児童及びその保護者につき、ハの調査又は判定に基づいて必要な指導を行うこと。
ホ　児童の一時保護を行うこと。
ヘ　里親につき、その相談に応じ、必要な情報の提供、助言、研修その他の

援助を行うこと。
〇２　都道府県知事は､市町村の前条第一項各号に掲げる業務の適切な実施を確保するため必要があると認めるときは、市町村に対し、必要な助言を行うことができる。

それぞれの法令からは少ないながらも役割りの違いを明記し、またそれぞれの機関の連携を想定していると思われる記載が見受けられる。
一方で、それぞれの機関における職員配置の規定は大きく異る。保健所は所長に医師（もしくは相当の者）を置くことが求められ、保健センター・児童相談所はそれぞれ設置自治体に任されている。保健所も保健センターにおいても、その運営の実態として保健師が相当数配置されている。

チャイルドデスレビューの記載事項を想定した場合、これらの機関の違いから以下の点が判断の材料に成るものと思われる。
１．医学的所見を収集し判断し項目立てて専門的な観点から意見を言えるものとしてはやはり医師が在籍している保健所である。
２．統計学的資料を収集できるのは保健所である。
３．日々の生活、健康情報などを収集可能な機関は保健センターである。
４．児童相談所と保健所、保健センターの連携はすでに規定されている。
５．法令等はいずれも現在社会生活を担っている人を対象としている。

同じような名称であり、時と場合によってはその役割りがわかりにくい保健所と保健センターであるが、大きな違いがあり、集団としてみたて住民に対する平均を提供できる保健所が情報の取りまとめとしては望ましい機関であると考えられる。
しかしより地域に根ざし、生活の実情を見る可能性の高い保健センターの保健師において、大きな期待ができる役割りがあるとも考えられる。

４）保健師の役割

保健機関の保健師はこれまで、新生児死亡事例において訪問調査を行い、生活環境、栄養状態、妊娠・分娩の観点から分析し、母性の知識面・身体面・精神面での問題、家族の社会的な問題（核家族、経済的困窮、若年等）、医療機関・保健所等の対応などの問題を指摘し、新生児・乳児死亡の予防に取り組んできた。また、大阪府で保健師により実施された乳幼児死亡児への家庭訪問調査により、家族背景、具体的な健康問題を明らかにするとともに家庭訪問により乳幼児を亡くした母親の話を直接聞くことでグリーフケアの役割も担ってきた。

このように保健師の死亡事例への家庭訪問は、死亡した子どもの実態から対策を検討するだけでなく、グリーフケアという面も担っていたと考えられる。

しかし、乳児死亡数の減少、都道府県から市町村への母子保健事業の移譲、またそれによる市町村の母子保健事業の増大、個人情報保護により個人のプライバシーや権利の保護の遵守などの動きのなかで乳幼児死亡した家族へ家庭訪問を行い、家族から話を聞いたり、死亡の具体的状況を把握したりすることは大変困難になってきている。

母子保健活動において「子どもの予防できる死亡」を減らすことは、地域の最優先課題であることは今も昔も変わりない。現在の保健所、保健センターの保健師が CDR において果たすことができる役割は２つ考えられる。１つは、地域における死亡小票から乳幼児死亡の全体的状況を把握すること、2 つめは乳幼児死亡事例の事例検討である。

１．地域における子どもの死亡実態を把握するための死亡小票の現状と課題

国は人口動態調査令、人口動態調査令施行規則により人口動態調査を位置づけており、調査の手順は以下のようになっている。

1)　市区町村は出生・死亡・死産・婚姻・離婚の届出を受け、人口動態調査票を作成する
2)　人口動態調査票を保健所長に送付する
3)　保健所長は死亡票に基づいて死亡小票を作成する
4)　保健所長は、市区町村から提出された調査票をとりまとめ都道府県知事に報告する
5)　都道府県知事は保健所長から提出された調査票の内容を審査し、厚生労働大臣に送付する

人口動態調査令施行細則第 7 条において「保健所長は、人口動態調査票、死亡小票を保健所の運営資料として利用することができる」と述べられている。しかしこの人口動態調査票情報の利用においては厚生労働省大臣官房統計情報部への利用申出が必要であり、その申請から承認まで長期間を要することが指摘されている。

保健所は地域住民の身体的・精神的・社会的健康を守り、地域における公衆

衛生の向上と増進を図るための第一線機関であり、人口動態統計その他地域保健に係る統計に関する事項を行うことが記されている。この統計に関する業務を行っていくために、保健所の企画調整課（大阪府の場合）に疫学の知識をもつ保健師が配置されている。

公衆衛生活動において信頼のあるエビデンスを導き出すためには人口動態調査等の統計を活用することは不可欠であり、この認識をこのデータに携わる専門職である保健師がもつことは必須であり、データを扱う保健師の保健統計の知識と技術を高めていくことが重要である。保健師は地区診断という技法を用いて、死亡事例から地域の潜在的なヘルスニーズと健康課題について明らかにし、市町村と共有していくという役割がある。そのなかで、虐待死が起こらない地域を目指していくことがもとめられている。

２．乳幼児期に死亡した事例の把握の実態と課題

「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」の報告書において虐待死事例の約 8 割は 3 歳未満であり、その時期にかかわる機関として市町村母子保健部署が最も多くなっている。保健師がかかわり死亡した事例については死亡小票の内容だけでなく、事例への保健機関または保健師の関わりを母子保健システムにおける妊娠、出産、新生児期、乳児期、幼児期という流れのなかで、子どもと家族の生活状況、育児状況、保健・医療・福祉の支援の状況について把握し、今後の予防等について考えていくことが必要である。「ワーキング・トゥギャザー」の見直し調査（8 章調査）では以下の目的をあげている。

・子どもの保護のための自治体諸機関の連携に関して、事例から学ぶべき教訓があるか立証する
・その教訓が何であるかを明らかにし、これにいかなる対応をするか、その結果必然的にどのような変革が望まれるかを見定める
・さらに機関相互の連携を強め、よりよい保護施策をつくる

この見直し調査と同様に保健師がかかわった死亡事例について検討していくことが保健師の専門的知識・技術の向上に必要である。

しかし死亡事例を体験した保健師にとってこの「見直し調査」に至るまでの心理的負担はかなり大きいものがあると考えられます。そのため、見直し調査に入るためには、事前準備など段階を経ることが必要です。

第一段階　保健師による事例検討：事例の経過について理解を深め、かかわった保健師の思いや他の保健師の関わりにおける不安を出し合う
第二段階　保健機関内での事例の共有・検討：保健機関の責任者と事例の課題についての認識を一致させ保健機関の問題として検討できる体制をつくる
第三段階　関係機関との事例の共有・検討：要保護児童対策地域協議会などで保健機関として事例を提出し、関係機関とのよりよい連携方法について検討する

第一段階においては、虐待死が一個人の責任で予防できなかったのではない

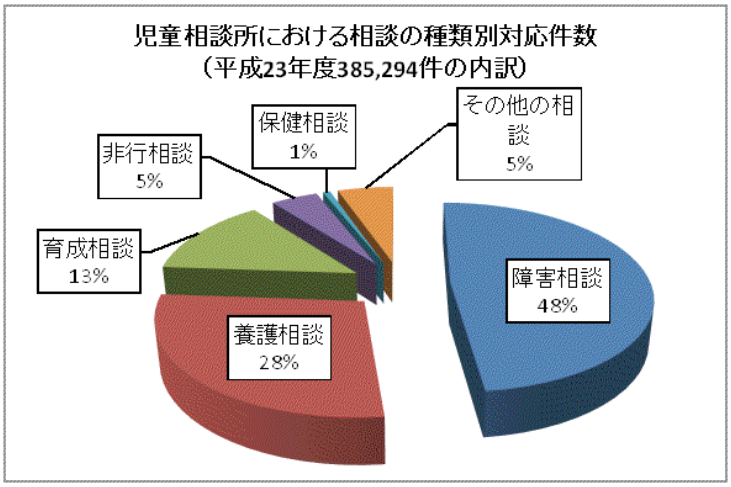
こと、今後死亡を予防していくためには事例の分析・検討が不可欠であるという共通認識に立ち、この話し合いが保健師の専門性の向上につながることを確認していく。この話し合いの後、第二段階の保健機関内での事例の共有・検討に移り、機関内で事例の死亡を予防するために必要なことについて検討する。そして第三段階で関係機関による検討になる。これは 8 章調査のように、関係機関で事例の課題、支援方法で改善すべき点などを共有し、この事例から学ぶところ、関係機関連携で見直すところなどを考察していく。

保健機関保健師が機関内、関係機関での話し合いのなかで見直しを行う内容としては、妊娠届出時の状況、妊娠中の医療機関との連携、出産後の医療機関との連携、医療機関からの情報提供内容、新生児期の関わり、乳幼児健診の状況などであり、それらから以下の内容を把握し、家系図や経過図などの記録から家族アセスメントを再度おこなってみることが重要である。

・飛び込み出産、自宅での医療者なしの分娩の有無
・医療機関から連絡、情報提供の内容
・子どもの出生体重、その後の体重増加、身体発育の状況
・きょうだいの年齢差、母親の次の妊娠の状況
・きょうだいおよび本児の養育機関との関連状況
・家族内のサポートや親族からのサポートがどの程度あるのか、サポートの内容
・深刻な経済的問題の有無（父親が不就労で生活保護）
・父母の生育歴、被虐待歴がどこまで把握できているか
・保健師への訪問拒否の有無、拒否の状況　　など

５）児童福祉機関の役割

日本では、市町村が児童家庭相談の第一義的な役割を担って援助活動を行っており、そうした相談の中で、専門的な知識及び技術を必要とするものについては、全国の都道府県及び政令市等に 200 か所あまり設置されている児童相談所が応じることとされている。そこでまず最初に、CDR において児童相談所が果たし得る役割について検討し、その上で他の児童福祉機関、児童福祉施設等の役割についても述べることとする。



児童相談所は、児童虐待相談を含む養護相談をはじめ、障害相談、非行相談、健全育成にかかる相談、その他の相談に応じており、平成 23 年度の相談対応件数は、約 38 万件 5 千件となっている（図 1 参照）。

児童相談所のそもそもの設置目的は、「子どもに関する家庭その他からの相談に応じ、子どもが有する問題又は子どもの真のニーズ、子どもの置かれた環境の状況等を的確に捉え、個々の子どもや家庭に最も効果的な援助を行い、もって子どもの福祉を図るとともに、その権利を擁護すること」（児童相談所運営指針）とされていることから、児童相談所はこうした目的を達成するため、標準的には次のような事項を調査の対象としている。

①子どもの居住環境及び学校、地域社会等の所属集団の状況
②子どもの家庭環境、家族の状況
③子どもの生活歴、生育歴
⑤過去の相談歴等
④子ども、保護者等の現況
⑥児童相談所以外の機関の子ども・家族への援助経過
⑦援助等に関する子どもや保護者等の意向
⑧その他必要と思われる事項

また、こうした調査を行うと同時に、児童相談所では、児童福祉司、相談員等による社会診断、医師による医学診断、児童心理司等による心理診断、保育士、児童指導員等による行動診断、その他の診断を行い、援助方針を定めている。

ところで、このような調査を行い、援助を実施していた子どもが種々の理由で死亡した場合、単に医学的な問題だけでなく、子どもの育っていた学校や地域環境等の社会的な背景や、子どもの生育史、家族関係なども含めたレビューを行うことではじめて、その死亡の意味を理解することができ、同様の死亡を防ぐことができるものと思われる。したがって、こうした児童相談所の援助経

過や援助記録は、実際の援助に役立つだけでなく、そのような死の意味を理解する上でも、貴重なデータを提供することとなるはずである。特に、死と隣り合わせにあるような児童虐待の事例等では、死亡に先立って児童相談所をはじめとする援助機関がかかわっていることも珍しくないことから、CDR を行う上では、児童相談所の所有する援助記録等のデータが果たす役割は、きわめて大きいものがあると思われる。

なお、平成 16 年児童福祉法改正により、市区町村においても児童家庭相談を行うことが明確化されたことにより、市区町村にも同様の情報が蓄積されているので、これらを有効に活用することで、より詳細な CDR を行うことが期待される。さらに、児童福祉施設等に入所（通所）している場合であれば、日々の細かな子どもの様子や、面会、帰省等の際などに保護者の具体的で詳細な状況も把握することが可能となり、CDR にとって有益な情報を提供することができる。

とはいえ、個人のプライバシーにかかわる情報を扱うことから、これら個人情報は厳重に保護されており、死亡したあとで利用することは原則的に認められない。したがって、情報の活用に関する法的な整備も行いつつ、予防できる死を未然に防ぐために児童福祉機関のデータを有効に活用し得る仕組みを構築することが必要である。

６）多機関・多職種連携チームの組織化と運営

CDR チームというのは、それまでに存在しなかった全く新たな組織を最初から創設するというようなものではない。チームを構成するメンバーそれぞれの権限や職務は、それまでと何ら変わることはない。それどころか、それぞれのメンバーが日常業務の間に培った専門的知識と経験を CDR の中で共有することで、子どもの死亡についてさらによりよく理解し、子どもの死亡を防ぐために地域が何をすべきかを検討していくのである。

Ⅰ．組織化：CDR チームのメンバー構成

A. 必須メンバー

最低でも、以下のメンバーが CDR チームに含まれることが推奨される。

- 法医学者ないしは監察医
- 警察本部
- 地方検察庁
- 児童相談所
- 保健所
- 子どもの発達を熟知している小児科医もしくはその他の医師

B. コア・メンバー

さらに、以下のメンバーも CDR チーム含まれることが推奨される。

- 消防署救急隊
- 医療機関
- 精神保健福祉センター
- 学校もしくは教育委員会
- 保育所

CDR チームは、その地域の実情に応じて、必要とされる職種や参加可能な人材が異なるが、通常は 20 人以下である。

C. 補足的メンバー

上述したメンバー以外にも、次のような職種が CDR チームに加わることがある。

すなわち、補足的メンバーとは、新生児科の医師、死亡事例が発生した所轄警察署、子どもの権利擁護センター(子ども虐待アセスメントセンター)、配偶者暴力相談支援センター、行政官などである。

D. ケースに応じて参加するアドホック・メンバー

必要に応じて、CDR ミーティングに参加できる職種を決めておくとよい。こ

の臨時メンバーは、常設チームには加わらないため、常設メンバーの人数を必要最小限に抑えることができる。臨時メンバーの人たちは、自分が直接関与したケースのミーティングだけに参加することになるが、彼らが参加することで非常に貴重な情報を得ることができる。

アドホック･メンバーとは､死亡事例に直接関わった児童福祉司や警察官と、死亡した子どもの家族を支援した犯罪被害者アドボケイトである。

Ⅱ．運営：CDR チームメンバーそれぞれの役割

CDR チームメンバーは、地域の実情に応じて柔軟に、役割分担をすることになる。それぞれのメンバーの能力が CDR チーム全体の能力を向上させられるように、役割を分担することが肝要だ。

CDR チームメンバーの役割とは：

- 所属機関が有するケース記録を提供する。
- 他の機関との連絡調整係(リエゾン)としての任務を遂行する。
- 所属機関特有の専門用語が何を意味するのか説明する。
- 所属機関の業務目的や方針および業務内容や機能についてわかりやすく説明する。
- 自らの職種の職責と限界について説明する。

CDR チームメンバーは全員、子どもの死亡に責任を持つ地域に対して、自らの職種および所属機関や CDR チームを構成する他の機関がどのような役割を果たすべきなのかについて、十分に理解していなければならない。

さらに、他の機関を代表して CDR チームに参加している専門家に対して、配慮と尊敬の念を持っていなければならない。全ての職種・機関の役割を統合してはじめて、CDR がシステムとして調和のとれた組織として地域で機能できるのである。

1. 法医学者ないしは監察医

法医学者や監察医は、CDR チームメンバーとしても、子どもの死亡に関する捜査を支援する立場からも、中心的な役割を果たす。医師法第 21 条により、自然死以外の死亡は全て異状死として警察に届け出ることになっており、警察の判断に基づいて、司法解剖もしくは行政解剖が実施される。法医学者や監察医は、これらの法医解剖を行う資格を有し、解剖所見および警察の現場検証の情報や病歴等を総合的に判断して死因を特定する職責を担う。

2. 警察

警察は､子どもの死亡事件に関する捜査情報を CDR ミーティングに提出する。その他、警察は、子ども本人や当該家族の犯罪歴、特に、子どもが被害者となった傷害致死事件や殺人事件等の被疑者となった経歴があるかどうかを検索する。警察本部を代表してメンバーになっている者は、所轄警察署と CDR チーム

メンバーとの連絡調整係としても機能しなくてはならない。警察官は、子どもの死因を判断するうえで必要不可欠な技能である現場検証と取り調べについて、CDR チームメンバーの中で最も熟知している。警察が有するこのような専門性のおかげで、死亡事例に関して非常に重要な情報が得られるし、他の CDR チームメンバーも、警察捜査に関して多くの知識を得ることができる。

3. 児童相談所

児童相談所は、虐待やネグレクトを受けた子どもが死亡した場合、その原因や死亡に至るまでの経緯および背景等について検証しなければならないし、当該家庭に生存している同胞たちを守るためにも、死亡事例に適切に対応しなければならない。児童相談所は、死亡した子どもと当該家族に関する詳細な情報を CDR ミーティングに提供する。児童相談所は、死亡した子どもやその同胞について、過去に通告を受けたことがあるかもしれないし、当該家族に支援に提供していた経緯があるかもしれない。それらの情報についても、CDR ミーティングに提供することになる。

児童相談所は、当該家族に関して、失業、離婚、子どもの同胞が死亡していたという情報、配偶者暴力(DV)、薬物依存、過去の虐待・ネグレクト情報などといった家族歴を知っている可能性がある。もし、子どもの死因が虐待・ネグレクトであるなら、児童福祉司は、遺族に対して適切な支援を提供できるであろう。児童相談所が子ども虐待・ネグレクトに関して有している知識と経験は、CDR チームにとって必須のものである。

4. 地方検察庁

検察官は、CDR チームメンバーに、刑法や司法手続きについて教育する役割を持つ。検察官は、あるケースを起訴すべきなのか、起訴すべきでないのかについても説明できる専門家である。また、当該家族の誰かに、送検されたり、刑事裁判に起訴された過去があれば、それらに関する情報を CDR ミーティングに提供する。

5. 保健所

保健所は、各種保健サービスを提供している市町村保健センター等を通して、乳幼児健診の記録や予防接種歴などの情報を CDR ミーティングに提供する。保健所はまた、当該家族の精神疾患歴を把握していることもあるし、死亡診断書を管理する機関でもある。

公衆衛生医や保健師は、子どもの死亡に対して、CDR チームメンバーが感じるであろう保健上の懸念事項を特定し、それらについて、医学的な説明を加える。

もしも、死亡した子どもが保健所・保健センター等の保健機関によって支援を受けた経過があったり、保健師による家庭訪問を受けていたりした場合、保健所は、それらの経過や支援の内容についても、CDR ミーティングに提供すべきである。これらの情報は、子どもの死亡を検証するうえで極めて重要だからである。

また、保健所や保健センターは、特定妊婦や要支援児童等に関する情報も持っているので、保健所は、これらも CDR ミーティングに提供できる。

6. 小児科医

小児科医は、子どもの成長発達について CDR チームメンバーに教育するとともに、個別のケースについて、医学的な状態をわかりやすく説明する。CDR チームメンバーとなった小児科医は、医療機関や他の医師が持つ医療情報を入手することができる。もしも、その小児科医が子ども虐待・ネグレクト事件の法廷で証言した経験を豊富に持つ医師なら、死亡した子どもの医療情報に関するその小児科医の専門家としての意見は極めて貴重である。

ここで言う小児科医は、子ども虐待・ネグレクトの専門家であることが望ましい。そのような小児科医が地域にいない場合、少なくとも、小児科専門医の資格を有し、子どもの成長発達を熟知している小児科医を選ばなければならない。

7. 消防署救急隊

消防署の救急隊は、現場に最初に到着することが多いため、搬送したときの子どもの状態や周辺状況および現場にいた人たちの言動に関して、非常に重要な目撃情報を持っている。救急隊の搬送記録には、到着時、子どもがどこに、どちらの方向を向き、どのような体位でいたのかが記載されているため、それを警察が現場検証したときの記録と比較すれば、警察が現場に到着する前に、そこに存在した物が移動されたか、されていないかを特定できることがある。

8. 医療機関

医療機関からの代表者として CDR チームメンバーになる人は、たとえば、救命救急室の医師や看護師、医療ソーシャルワーカー、病院の管理者などである。医療機関の代表者がメンバーに入ってくれることで、その医療機関だけでなく、地域にあるその他の医療機関についても、診療録を入手しやすくなる。

死亡した子どもが救命救急室に搬送された患児である場合、医療機関の代表者は、CDR チームが最も必要としている情報を提供してくれることになる。

医療機関の代表者が入っていれば、CDR チームメンバーは医療機関の機能についてよく理解することができる。

9. 精神保健福祉センター

精神保健分野の代表者は、子どもに死を引き起こしうる心理学的な課題にはどんなものがあるのかについて、CDR チームに情報と洞察を与えてくれる。個人情報の取り扱いについて、CDR としてきちんとした取り決めをしておけば、精神保健の代表者がチームメンバーに加わってくれることで、死亡した子どもの心理カウンセリングの受療歴や精神科治療歴に関する情報が得られる。

さらに、精神保健福祉センター等精神保健分野の機関がチームメンバーになっていることによって、精神保健の専門家がどんな方針で職務を遂行し、どんな実践を行っているのかを知ることができる。

10. 家庭裁判所

家庭裁判所の少年審判に従事する職員が CDR チームにいると、少年犯罪や非行について、詳しい情報を教えてもらえる。

また、ティーンエイジャーたちが、自殺や少年同士の暴力によって死亡することも多い。従って、家庭裁判所職員、特に調査官が CDR ミーティングで果たす役割は大きい。

さらに、家庭裁判所は、子ども虐待やネグレクトに関する情報を持っていることがあり、それを CDR ミーティングに提供できる。

家庭裁判所としても、CDR チームに加わることで、自らの大切な職責である子どもの保護機能や少年犯罪の審判手続きを改善することができる。

11. 教育者

教育者は、健康や成長発達という側面から見た子どもの全体像を CDR チームに提供できる。特に、教育機関が現場となった事故死や、学校での人間関係等を背景にして発生した自殺や他殺の事例について教育者が果たす役割は大きい。

また、教育者は、CDR が発行する報告書や提言を社会に発信する際に、リーダーシップを発揮する。

Ⅲ. 課題

児童虐待の防止等に関する法律第四条第 1 項には、「関係省庁相互間その他関係機関及び民間団体の間の連携の強化」が規定されているので、子ども虐待・ネグレクトの死亡事例検証については、多機関・多職種連携について法的根拠が担保されている。

しかし、事故死や自殺等の検証については、多機関・多職種連携を合法化する法律がまだ存在していない。

また、たとえ、子ども虐待・ネグレクトについては、関係省庁相互間その他関係機関の連携が法律で定められているとしても、これだけで個人情報保護法や各自治体が定める個人情報保護条例、および、警察官職務執行法・刑事訴訟法等の法令に抵触せずに、多機関・多職種連携チームを構築できるのかという点に関して、コンセンサスが得られているとは言えない状況にある。

まずは、この状況を打破することが最大の課題であろう。詳しくは、９）必要な法整備　のセクションに譲ることとして、ここでは、個人情報保護規定を免責するための取り交わし文書について、米国ミシガン州の１例を提示する。

個人情報保護に関する CDR チームの合意書

チャイルド・デス・レビュー(CDR)チームの目的は、死亡した子ども全員について詳細な検討を加えることである。このCDRチームは、_____地域を対象とすることとし、名称を
_____と定める。

子どもの死亡に関与する制度上の課題を徹底的に特定するために、チームが協働して対応するには、
死亡した子どもとその家族に関する既往歴や過去の情報も含めて、ありとあらゆるデータがCDRミーティングに提供され、CDRチームメンバーに共有されなければならない。とはいえ、これらのデータのほとんどは個人情報であり、特に医療情報や子ども虐待・ネグレクトに関する情報は、法令によってその保護が定められ、開示が制限されている。従って、CDRミーティングは非公開でなければならず、傍聴人等の部外者が排斥されていない限り、個人情報保護の規定に抵触するような情報を取り扱うことができない。当CDRチームのメンバーであり、この合意書にサインした者は、当チームの個人情報保護ガイドラインを遵守しなければならず、CDRチーム以外の者に対して、当チームの議論の内容を漏洩することがあってはならない。この合意書に違反した者は、個人情報保護法や個人情報保護条例に規定された罰則を受けることになる。

ただし、個別具体的な事例が特定されない限りおいては、CDRチームメンバーや構成機関がCDRの目的やその機能について公表することはかまわない。

以下の者は、この個人情報保護に関する合意書に同意した。

氏名　　所属機関

_____

_____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

Copyright Michigan Public Health Institute September 2005

７）届出用紙とソフトとマニュアル

はじめに

現在、死亡統計は死亡診断書/死体検案書を基とした死亡小票により行われている。医師が適正に記載を行った場合には、死亡診断書/死体検案書の内容だけでも、かなりの情報は得ることが出来るが、現実的には多くの不備があるとされている[1]。（気持ちはわからなくもないが、死因欄に「大往生」と記載されていた死亡診断書もあったと聞き及んでいる・・。）

しかし、正確な死亡事例検証を行うために、現状の死亡診断書/死体検案書の情報量だけでは解決しようのない多くの問題があるのもまた事実である。米国での統一フォームとなりつつある NCCDR(National Center for Child Death Review)-RF)の入力項目は約 1700 とされ[2]、一方でわが国の死亡診断書（死体検案書）の入力項目はわずか 32 でありそのギャップは大きい。死亡診断書/死体検案書の書式自体は容易には変更不能であり、現場の負担を大きく増大することなく問題点を改善するためには新たな登録フォームが必要である。

米国の CDR における NCCDR レポートフォームの現状

米国の CDR の統一フォームになりつつある NCCDR-RF は、2011 年 8 月の時点で、全米の 40 州において採用され、これまでにほぼ 100 万件の死亡事例において使用されている[3]。NCCDR のケースレポーティングシステムは 2003 年に開発されたが、当時 44 の州で州独自の RF が使用されていたが全く統一性のないものであった。19 の州の CDR チームリーダーが無償で会合を持ち NCCDR-RF が作成された。当初は死因を把握するための最小限度の情報量の RF を作成する予定であったが、30 名の専門家同士の話し合いを通じ、最終的には現在とほぼ同様の情報量を持つ RF が作成された。同時に web 上での登録システムが立ち上がり、試用期間を終え 2006 年に ver1 が完成し、2007 年より本格運用され、2010 年より現行の Ver2.1 が稼働し、同時に CDC の SUID 登録システムと連携する形で、質問項目がより詳細となった Ver2.1S が使用されている[4]。現在 NCCDR-RF は CDC で実施中の the national Violent death reporting System(NVDRS)や、the National Highway Traffic Safety Administration（NHTSA）などの死亡登録システムとの統一に向け協議がなされている。また、NASA と提携しスペースシャトルの飛行用のアプリケーションを開発してきた Vantage Systems, Inc.社の無償提携を受け、より使用しやすいシステムに向けた改善がなされている[3]。2012 年末には 45 の州が NCCDR-CRS に参加する予定であり、また Ver3.0 にアップデートされる予定である[5]。

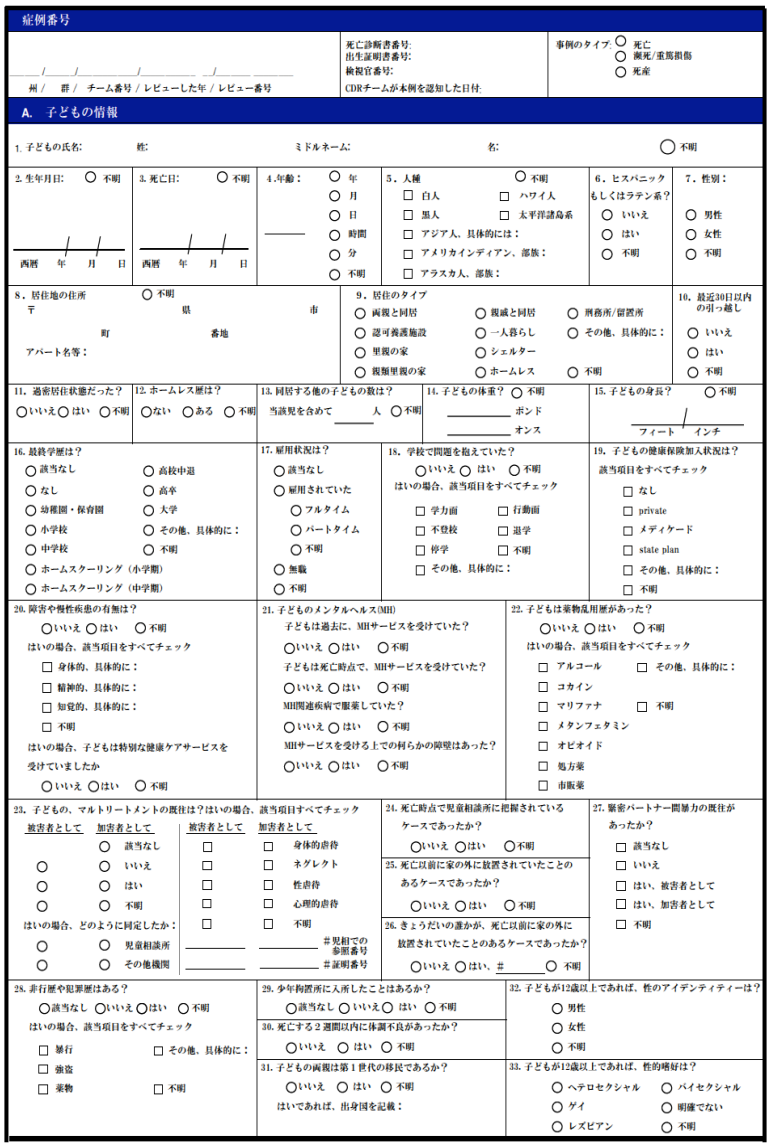
NCCDR-RF の入力実施率

ローカルチームの CDR、州チームの CDR と二層構造で行い、コーディネーター・チームリーダーが揃い、法的な裏付けのある米国において、入力すべきデ

ータにどの程度の空欄があるのかは不明であるが、おそらくそれほど多くないものと予測される。施行前と施行後の比較が行いやすい ver2.0 と Ver2.1S との比較では、入力項目の増加にともないナラティブでは得られていなかった情報（例えば、出生時体重（57.8%→94.4%）、最後に生存していたのが確認された際の姿位(60.8%→89.1%)、毒物検査実施情報(75.6%→97.0%)など）が、全て 9 割近く得られるようになったと報告されている[6]。

我が国の子どもの死亡登録・検証における登録フォームのあり方について

本来正確な死亡事例検証を行うためには、NCCDR-RF に準ずる量の情報収集が求められる。もちろん NCCDR-RF は 1700 のエレメント全てに記載が必要なわけではない。例えば死因が明らかな内因死であれば記載すべき事項は大幅に減る。ただし NCCDR-RF を初めて見た医師は、見た目の膨大なボリュームに圧倒されてしまうであろう（図１）。わが国で NCCDR-RF をそのまま用いた場合、自発的な協力を前提としたシステムでの運用からの出発である以上、登録する以前に拒否的対応が取られそのことが制度を構築する際の障壁となってしまっては元も子もない。実際の登録を行う医師の物理的・時間的・心理的負担を低減するための様々な工夫が求められるところである。現在、各項目を再整理・細分化した日本版の詳細登録フォームや、コンピューターソフトウェアを用いた入力補助システムが必要となるであろう。


症例番号

/ / / /
州 / 群 / チーム番号 / レビューした年 / レビュー番号

死亡診断書番号:
出生証明書番号:
検視官番号:
CDRチームが本例を認知した日付:

事例のタイプ: ○ 死亡 ○ 瀕死/重篤損傷 ○ 死産

A. 子どもの情報

1. 子どもの氏名: 姓: ミドルネーム: 名: ○ 不明

2. 生年月日: ○ 不明 西暦 年 月 日
3. 死亡日: ○ 不明 西暦 年 月 日
4. 年齢: ○ 年 ○ 月 ○ 日 ○ 時間 ○ 分 ○ 不明
5. 人種 ○ 不明 □ 白人 □ ハワイ人 □ 黒人 □ 太平洋諸島系 □ アジア人、具体的には: □ アメリカインディアン、部族: □ アラスカ人、部族:
6. ヒスパニックもしくはラテン系? ○ いいえ ○ はい ○ 不明
7. 性別: ○ 男性 ○ 女性 ○ 不明

8. 居住地の住所 ○ 不明 〒 県 市 町 番地 アパート名等:
9. 居住のタイプ ○ 両親と同居 ○ 親戚と同居 ○ 刑務所/留置所 ○ 認可養護施設 ○ 一人暮らし ○ その他、具体的に: ○ 里親の家 ○ シェルター ○ 親類里親の家 ○ ホームレス ○ 不明
10. 最近30日以内の引っ越し ○ いいえ ○ はい ○ 不明

11. 過密居住状態だった? ○いいえ○はい ○不明
12. ホームレス歴は? ○ない ○ある ○不明
13. 同居する他の子どもの数は? 当該児を含めて ___ 人 ○不明
14. 子どもの体重? ○ 不明 ___ ポンド ___ オンス
15. 子どもの身長? ○ 不明 ___ フィート ___ インチ

16. 最終学歴は? ○ 該当なし ○ なし ○ 幼稚園・保育園 ○ 小学校 ○ 中学校 ○ ホームスクーリング（小学期） ○ ホームスクーリング（中学期） ○ 高校中退 ○ 高卒 ○ 大学 ○ その他、具体的に: ○ 不明
17. 雇用状況は? ○ 該当なし ○ 雇用されていた ○ フルタイム ○ パートタイム ○ 不明 ○ 無職 ○ 不明
18. 学校で問題を抱えていた? ○いいえ ○ はい ○ 不明 はいの場合、該当項目をすべてチェック □ 学力面 □ 行動面 □ 不登校 □ 退学 □ 停学 □ 不明 □ その他、具体的に:
19. 子どもの健康保険加入状況は? 該当項目をすべてチェック □ なし □ private □ メディケード □ state plan □ その他、具体的に: □ 不明

20. 障害や慢性疾患の有無は? ○いいえ ○はい ○不明 はいの場合、該当項目をすべてチェック □ 身体的、具体的に: □ 精神的、具体的に: □ 知覚的、具体的に: □ 不明 はいの場合、子どもは特別な健康ケアサービスを受けていましたか ○いいえ ○はい ○不明
21. 子どものメンタルヘルス(MH) 子どもは過去に、MHサービスを受けていた? ○いいえ ○はい ○不明 子どもは死亡時点で、MHサービスを受けていた? ○いいえ ○はい ○不明 MH関連疾病で服薬していた? ○いいえ ○はい ○不明 MHサービスを受ける上での何らかの障壁はあった? ○いいえ ○はい ○不明
22. 子どもは薬物乱用歴があった? ○いいえ ○はい ○不明 はいの場合、該当項目をすべてチェック □ アルコール □ コカイン □ マリファナ □ メタンフェタミン □ オピオイド □ 処方薬 □ 市販薬 □ その他、具体的に: □ 不明

23. 子どもの、マルトリートメントの既往は?はいの場合、該当項目すべてチェック
被害者として / 加害者として
○ 該当なし ○ いいえ ○ はい ○ 不明
□ 身体的虐待 □ ネグレクト □ 性虐待 □ 心理的虐待 □ 不明
はいの場合、どのように同定したか: ○ 児童相談所 ○ その他機関 ___ #児相での参照番号 ___ #証明番号
24. 死亡時点で児童相談所に把握されているケースであったか? ○いいえ ○はい ○不明
25. 死亡以前に家の外に放置されていたことのあるケースであったか? ○いいえ ○はい ○不明
26. きょうだいの誰かが、死亡以前に家の外に放置されていたことのあるケースであったか? ○いいえ ○はい、# ___ ○ 不明
27. 緊密パートナー間暴力の既往があったか? □ 該当なし □ いいえ □ はい、被害者として □ はい、加害者として □ 不明

28. 非行歴や犯罪歴はある? ○該当なし ○いいえ ○はい ○不明 はいの場合、該当項目をすべてチェック □ 暴行 □ 強盗 □ 薬物 □ その他、具体的に: □ 不明
29. 少年拘置所に入所したことはあるか? ○該当なし ○いいえ ○ はい ○ 不明
30. 死亡する２週間以内に体調不良があったか? ○いいえ ○ はい ○ 不明
31. 子どもの両親は第１世代の移民であるか? ○いいえ ○ はい ○ 不明 はいであれば、出身国を記載:
32. 子どもが12歳以上であれば、性のアイデンティティーは? ○ 男性 ○ 女性 ○ 不明
33. 子どもが12歳以上であれば、性的嗜好は? ○ ヘテロセクシャル ○ バイセクシャル ○ ゲイ ○ 明確でない ○ レズビアン ○ 不明

図　NCCDR-RF　紙版は計 20 ページより成る。

登録フォームの形態について

死亡登録フォームを考慮する場合、どのような方式でデータを取得するのかという方法論と不可分である。本来的には死亡事例が発生した段階で完全に前方視的にデータを取得することが最も望ましい形式である。一方で、現実的にはそのような体制を構築することは容易ではなく、現実的には多くの地域では、完全に後方視的なデータの収集から始めることとなるであろう。しかしながらこの場合は数ヶ月以上、場合によっては１年前の事例につき、死亡診断書を記載した医師へ質問票を用いてさらに情報を収集する方式となるが、多くの情報は散逸してしまっていると想定され、情報を絞り収集する必要がある。

前方視的データ収集が可能であれば、正確な死亡事例検証を行うためには、NCCDR-RF に準ずる量の情報を収集することが理想的である。しかしその場合、現場にかかる負担は極めて大きいものとなり、それを個人に付託することは困難である。それゆえ、詳細版登録フォームのパイロット版として用意した登録フォームの形式は、複数の職種に入力の職責を振り分けることが可能なように、ページ分割がなされている。本来的には米国のようなコンピューターによる入力システムが運用されることが望ましいが、子どもの死亡を取り扱うすべての医療職がその対象である以上、誰でも使用可能な紙版での実施が現実的であると考えた。

一方で、紙ベースに記載された情報は、デジタル化し集約する必要がある。そのような場合に、システムに精通し事例を取りまとめるコーディネーター医師が情報を管理し、集約のために取りまとめる補助としてコンピューターベースのシステムを準備した。このシステムは、個人で情報を入力するうえでの負担を低減するために、入力すべき項目を 7step に分けている。また死因を記入する際には ICD-10 に準拠した病名入力の補助が可能である。地域での小児死亡登録・検証システムが行われていない場合において、個人の医師が連結不可能匿名化した情報を登録するという使い方も将来的にはシステム的には可能である。

また完全後方視的なデータの収集用紙として、東京都で既に運用がなされているフォームの内容に切り替えて、登録することも可能である。

いずれにしろ地域という単位で運用を行っていく場合には、死亡事例の登録に際しても、マネジメントを行うコーディネーター医師、ないしは CDR チームリーダー医師が不可欠であろうことは、第Ⅱ章 4)で述べた通りである。

実際の登録フォームについて

各種フォームの試案、並びにその使用法に関しては、本ガイドラインの付表に掲載している（〇ページ－〇ページ）。

NCCDR の RF が、多くの臨床の実例を通じて、成熟したシステムに発展したように、わが国におけるフォームもこのガイドラインに掲載したものが完成形であるとは全く考えていない。実際に運用された上で問題点・改善点を抽出し、アップデートされていくものであることを付記しておく。

８）中心機関の役割と機能

チャイルド・デス・レビューのプロセス全体、つまり死亡例の把握から検証制度までを統括する役割が必要がある。またチャイルド・デス・レビューの諸活動におけるインフラにあたる役割も必要である。そこで、日本全体、もしくは各都道府県（もしくは道州単位）において、中心機関が必要であるだろう。

中心機関の役割と機能としては、以下のものが必要であると思われる。

1. マネージメント機能（諸関係機関の調整）
チャイルド・デス・レビューは、異なる専門分野、文化の組織横断的な作業であり、中心機関ではチャイルド・デス・レビューにかかわる関係諸組織の調整が必要となる。この機能はチャイルド・デス・レビューを迅速かつ円滑に行うために必須であるだろう。関連機関を集めた定期的な会議の開催、緊急時のホットラインの確立などが必要だろう。

2. 事務局機能
チャイルド・デス・レビューの作業にかかる事務文書作成、経理事務などを行う事務局機能が必要である。会議や調査にかかわる事務作業量はかなりの量が想定され、それに見合う機能が必要である。

3. データセンター機能
チャイルド・デス・レビューで収集される情報は個人情報にかかわるものも多い。より安全性の高いシステム環境のもとで、個人情報保護の対応、匿名化作業が必要となる。チャイルド・デス・レビューを通じて収集したデータの電子管理、情報のデータベース化も必要である。そのため、これらの作業を行うデータセンター機能が必要である。さらに、収集したデータは分析を行う必要がある。年次等での報告を行う必要がある場合もあれば、課題によっては、随時多面的な分析を行う必要もあるだろう。収集したデータを量的・質的にわたる分析が行うことができる分析機能が必要である。

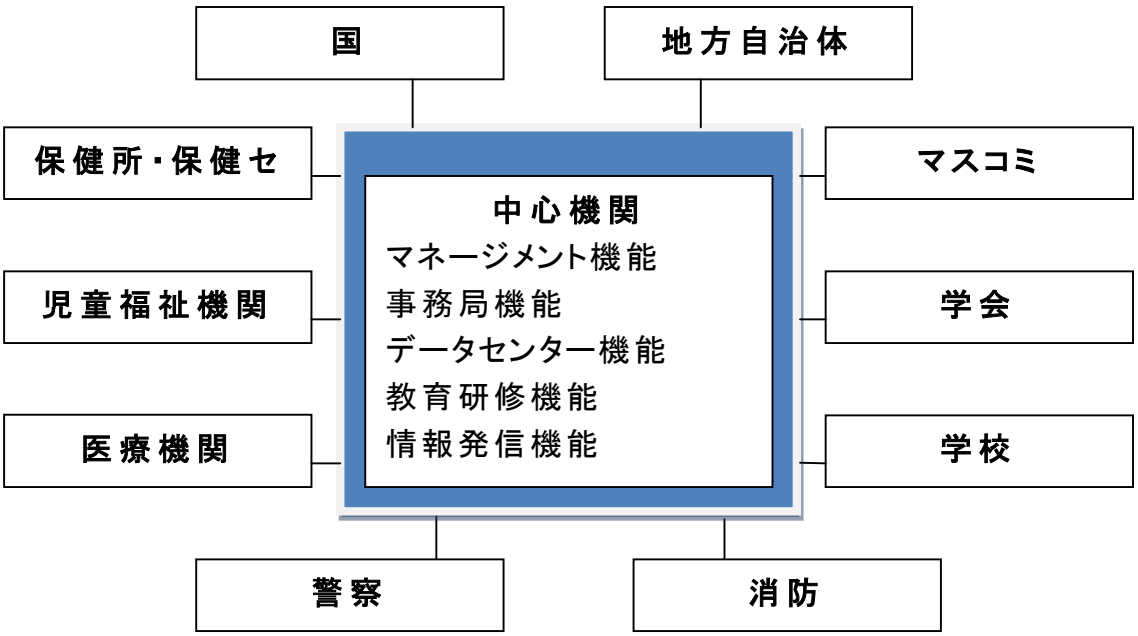
4. 教育研修機能
チャイル・デス・レビューのプロセスは、標準化された手順にのっとって行うべきである。標準化したレビュープロセスを開発する必要がある。レビューにかかわる人を対象に、一連のプロセスを実施するために必要な教育をうける場が必要がある。調査法だけでなく、コミュニケーションや倫理などについても学ぶ必要があるかもしれない。さらに教育を行うトレーナーの確保、レビュー人材の質管理も必要である。チャイル・デス・レビューにかかわる、またそこから明らかになる問題は、虐待、事故、子育て環境、福祉、法律、精神医療、

終末期医療等、多方面にわたる。さまざまなケースに対応し、関係者の相互理解を深めるためにも教育は不可欠である。

５．情報発信機能
チャイルド・デス・レビューを実施するにあたっての説明公開義務を満たすため、また子どもの死の問題に関する意識の啓発のためにも、一般および専門家への情報発信機能が必要である。マスコミへの対応、Web サイトなどを通じた啓発資料や報告書の閲覧提供が必要な機能としてあげられるだろう。

中心機関の構成メンバーとしては、行政、法律、福祉、保健、医療、マスコミ等の諸分野の関係者、専門家の参加が必要であるだろう。また、中心機関の運営に関しては、その公共的な性格から第 3 者機関による監査が必要であるかもしれない。

図



９）制度構築と法整備

Ⅰ　はじめに

これまで東京での試行状況や我が国においてＣＤＲを制度として導入するにあたり各機関が果たす役割について述べてきたが、本省においては、以上の検討を踏まえて、いかなる制度が望ましく、かつ実際的であるか、そして制度導入にあたりいかなる法的な障壁が存在し、どのように克服されるべきものであるかを検討する。

Ⅱ　基本理念

昨今制定される法令の多くがそうであるように、ＣＤＲの導入にあたり、立法化がなされる場合（仮にここでは「ＣＤＲ法」という。）、冒頭にＣＤＲ導入の基本理念が示されることになるだろう。

そして、不幸にも子どもが亡くなった場合、子どもに関わる複数の機関が互いに情報提供し合い、連携を取り合うことで、医学的死因の究明に加え、子どもの死の社会的背景を探り、子どもに関する施策に反映するべく提言を行い、もって「予防可能な子どもの死」を失くすことであることが基本理念として明記されるべきであろう。

Ⅲ　ＣＤＲの対象について

ＣＤＲを実施するに当たっては、まず、ＣＤＲの対象となるものを明確にしなければならない。そして、ＣＤＲの対象を設定する場合、あるいはＣＤＲより除外される対象を設定する場合、いかにして検証対象とするべき事案の取りこぼしを防ぐかが課題となる。

ａ）死因による分類

子どもの死因については、自然死、事故死、製品事故による死、虐待（が疑われる）死、自殺、心中、犯罪死など様々なものがある。

この点、諸外国の例によると、虐待が疑われる場合に対象を限定している場合、病院で入院中に亡くなり、そもそも死因が明らかな事案を除外するという例もあるようだが、検証対象の取りこぼしを防ぐためには、できるだけ検証対象を限定しないことが望ましい。

なお、子どもの死が刑事事件化した場合の問題については、後述する。

ｂ）年齢による分類

広く子どもの死亡事例を収集するためには、１８歳未満の子どもについて、死因の如何によらずＣＤＲの対象とすることが望ましい。

もっとも、こうすることで検証対象が非常に多くなり、現実的ではないという問題もある（アメリカにおいては、年齢要件を課している州と課していない州がある。）。

そこで、諸外国に比し、周産期死亡率や乳児死亡率は非常に低い水準にあるが、１歳以上５歳未満児童の死亡率は高いという我が国の実情を踏まえると、

まずは５歳未満の子どもについては全件ＣＤＲの対象としつつ、ＣＤＲの対象となる年齢を漸次拡大することも検討すべきであろう。

なお、近時、胎児期における保護者（特に母親）の関わりが出生後の養育環境に大きく影響を及ぼすことが意識されていることから、将来的には、胎児の死亡事例についても、検証対象とすることが望ましい。

ｃ）関係者の法的責任が疑われる場合の対応について

ＣＤＲの対象を設定するにあたり問題となるのは、検証の過程で虐待死あるいは診療関連死であることが判明するなど、検証が進むことにより関係者の民事上あるいは刑事上の責任の存在が疑われる事案をＣＤＲの対象外とするかである。

この点、ＣＤＲにより得られた情報が関係者の法的責任の追及に用いられることになると、関係者の協力を得ることが困難となるおそれがあり、広く死亡事案を収集するためには、検証過程で得られた情報を関係者の民事上あるいは刑事上の責任追及への流用を禁ずるなど一定の配慮が必要となろう。

また、公務員には刑事訴訟法により告発義務（同法第２３９条第２項）を課せられているが、検証の結果、関係者の刑事責任が疑われる場合、(公務員である)ＣＤＲメンバーの告発義務を免除するかどうかも検討を要するものである。

ｄ）検証対象を死亡事例に限るか

検証対象とするべき事案は、死亡事例に限定されるものではない。

しかし、我が国においては、死亡事例検証すら十分に機能しておらず、まずＣＤＲを定着させ、その上で非死亡事例についての検証制度の確立を目指すべきものと考える。

Ⅳ　事例の収集と関係機関の調整（死因登録制度の構築）

たとえ検証対象を広く設定したとしても、子どもの死亡を最初に把握する機関にはさまざまなものがあり､効果的に死亡事案を収集するには､中心を担い、各機関の調整を図る機関の存在が重要となる。

この点、ＣＤＲの導入に伴い、これを担う新たな機関を創設することが考えられる。

他方、ＣＤＲのスムーズな導入を図るため、既存の機関を活用することも検討するべきであろう。

では、既存の機関のうち、いかなる機関が調整機関の役割を果たし得るであろうか。

この点、調整機関の役割を担い得る機関としては､「第三章　１）ＣＤＲの役割と全体構想」において示すように、保健所や監察医などが考えられる。

例えば、子どもに限らず、人が亡くなった場合、保健所長により死亡小票が作成され（人口動態調査令第５条第３項)、作成後３年間の保存義務が課せられている（同条第４項)。そして、保健所長は､「死亡小票を保健所の運営資料として利用することができる」(人口動態調査令施行細則７条)と規定されている。

このような保健所長の役割に着目すると、保健所長において、死亡小票の作成過程で子どもが死亡した事実を把握し、これを検証手続につなげるための調整役を期待し得るものと考える。

もっとも、既に指摘したように、現在の保健所にＣＤＲの調整機関を務めることができるだけの人的・財政的基盤が整っているとはいえず、また、子どもが死亡してから死亡小票が作成されるまで数か月を要するため、死亡小票の作成を待つとすると、速やかな検証がなし得ないという問題もある。

また、監察医を中心に据えることも考えられるが、監察医制度が全国に普及しているとはいえず、監察医が調整機関を担い得る地域は限定されている。

このように、既存の機関を活用するにしろ、地方により実情が異なることからすると、各地域において最も効果的に死亡事案を収集しうる機関に調整機関の役割を委ねることが相当であるといえよう。

ところで、ここで留意しなければならないことは、地域ごとの実情の違いに配慮しつつ、全国的に検証手法の標準化を図ることである。また、各地域の検証結果を総合評価するためにも、これを取りまとめる機関が必要となる。

よって、既存の機関を活用するにしろ、地域間の調整を担うべき国単位の機関が必要となると考える。

以上のとおり、子どもの死亡事案を収集し、関係機関の調整役を担う機関としては、①新たな機関を創設する　②既存の機関を活用する　③既存の機関を活用しつつ、これを取りまとめる国単位の機関を創設する等のいくつかのオプションが考えられるが、いずれの制度を選択するにしろ、調整機関の役割を果たすためには立法による裏付けが必要となろう。

Ⅴ　ＣＤＲの構成について

以上の過程を経て収集した死亡事案をいかなる機関により検証するか、ＣＤＲの構成が問題となるが、この点については、「第三章　７）多機関多職種チームの組織化と運営」を参照されたい。

なお、上記のとおり、子どもの死因にもいくつかの類型があり、死因ごとに関連する機関が異なり得ること、地域による実情の違い等を踏まえると、具体的なＣＤＲの構成員については、法定事項ではなく、政令等への委任事項とするべきものといえようか。

Ⅵ　多機関での情報共有

既に述べたとおり、ＣＤＲにおいて最も重要とされるのは、子どもが死亡した際、医療、福祉、司法等の各種機関が情報を共有し、互いの経験・知見を活用し、連携を図ることで子どもが死に至った原因、背景を多角的に検証し、子どもの死亡をでき得る限り予防するための施策に繋げるということである。

しかし、ＣＤＲの構成員として想定される機関においては、国家公務員法、地方公務員法、医師法、弁護士法等に基づく守秘義務が課せられている。また、

各機関が取得した情報を共有し、検証結果を公表することは、個人情報保護法（条例）による第三者提供の制限、目的外利用の制限に該当し得ることになる。

この点、個人情報保護法（条例）の第三者提供の制限、目的外利用の制限については、除外事由が定められており、必ずしも立法化によらなければ、情報共有を実現することができないものではない。

もっとも、情報を共有するにあたり、逐一、除外事由にあたるかどうかの検討を要することになると、迅速、円滑な検証を妨げることになる。また、機関相互の情報共有の重要性を関係機関に啓発する意味からも、立法化することが望ましい。

さらに、より効果的な情報収集を実現するためには、単に守秘義務を免除し、個人情報保護法制による制限を解除するのみならず、関係機関に情報提供義務を課することが有効であるが、ここまで踏み込むためには立法による裏付けが必要となる（米国においては、医療機関に情報提供義務を課している州も半数程度存在しており、情報提供義務のあり方について参考になろう。）。

なお、情報共有の点で問題となるのは、子どもの死亡事案が刑事事件化した場合、検察・警察の保有する捜査情報、裁判記録の取得の可否であるが、この点については、後述する。

ところで、ＣＤＲを構成する各機関においては、検証過程で得られた情報について守秘義務を負うことはいうまでもない。この点については、要保護児童対策地域協議会に関する児童福祉法の規定（同法第２５条の３、２５条の５）が参考になるのではないか。

Ⅶ　子どもの死亡事案が刑事事件化した場合の問題

子どもが死亡するという重大な結果が生じている以上、これが刑事事件化することは決して稀なことではない。そして、検察・警察という捜査機関は、強制捜査権限を有し、極めて強力な捜査能力を有していることから、捜査機関の得た情報は非常に貴重であり、死因検証においても有益なものであると思われる。

もっとも、子どもの死亡事案が刑事事件化した場合、①捜査機関より捜査情報の提供を受けることができるか、②捜査の開始、あるいは公訴の提起による検証作業への影響、などが問題となる。

ａ）捜査機関からの情報収集

この点、米国の例によると、特段制限を設けずに捜査機関に情報開示を求めることができるとするもの、捜査中の事件に関する情報は開示しないとするものなどがある。

他方、我が国においては、捜査情報の取得は極めて難しい。

例えば、刑事訴訟法において、「訴訟に関する書類は、公判の開廷前には、これを公にしてはならない。」（同法４７条本文）と定められており、公訴提起以前に捜査情報を取得することは原則できない。また、「公益上の必要」等が認め

られる場合は捜査情報を取得する余地もあるが（同法但し書）、実際のところ、捜査段階あるいは刑事裁判の係属中に捜査機関の保有する情報を得ることは不可能に近い。

また、刑事裁判が確定した場合、刑事記録は刑事確定訴訟記録法に基づき閲覧申請をなし得ることになるが、全く無制約に閲覧できるわけではなく、特に研究目的の閲覧の場合､閲覧しうる範囲が制限されることも十分に考えられる。

加えて、仮に開示されるとしても、あくまで刑事裁判で「証拠」とされたものに限り､訴訟資料とされなかった捜査資料を得ることは､やはり困難である。

以上のとおり、捜査中あるいは刑事裁判の係属している段階では、捜査資料を入手することを可能にするためには、新法の制定では足りず、刑事訴訟法等の関係法令の改正を伴うことを要するため、これを実現するための障壁は非常に高い。

これに対し、捜査終了あるいは刑事判決が確定するなど、捜査情報を提供することで捜査や刑事裁判の進行に支障のない段階に至った場合は、ＣＤＲメンバーに対して捜査情報を提供することを可能とする制度を導入する余地があると考える。

ｂ）捜査・刑事裁判とＣＤＲによる検証作業との関係

捜査機関の保有する情報を取得することは容易ではないことから、捜査・刑事裁判の進行とＣＤＲ実施の時期との関係をどのように整理するかも大きな課題である。

この点、捜査段階あるいは刑事裁判の係属中に捜査資料を取得するのが難しいことからすると、捜査中あるいは刑事裁判の係属中は、

①ＣＤＲを実施しない、あるいは中断する
②捜査資料以外の資料を用いてＣＤＲを実施する
③　②の手法を採った上、捜査終結あるいは刑事裁判の確定後、捜査資料の提供を受けて、再検証を行う

等の手法が考えられる。

そして、ＣＤＲにおいては、速やかに死因検証を実施し、適時に再発防止のための提言につなげることと広く情報を収集し、より正確な検証を行うことの双方が必要とされることを踏まえると、③の手法が望ましいといえるのではないか。

もっとも、上記のとおり、たとえ捜査終結あるいは刑事裁判の確定後であっても、捜査情報を取得するのは容易ではなく、この点の障壁を乗り越えるためにはＣＤＲの法制化が必要であると考える。

Ⅷ　検証結果の公表

ＣＤＲにおいては、子どもの死の医学的要因や社会的背景を究明することのみが目的ではなく、子どもの死を失くすための提言を行い、具体的な施策に繋げることが重要である。

すなわち、検証結果を公表することになるため、どのような形で公表することになるのか、十分な検討が必要である。

個々の検証作業は都道府県レベルで行うことになると思われるが、各都道府県において検証結果を公表することによって、検証の基礎となった具体的事例を想起させることも十分考えられる。よって、検証結果の公表に当たっては、検証の基礎となった事案、地域を特定されることがないように配慮を施すことが求められると考える。

Ⅸ　さいごに

東京都での施行状況を踏まえると、立法化によらずとも、ＣＤＲを我が国に導入することが可能であるようにも思える。

しかしながら、検証するべき死亡事案を漏らすことなく、多機関多職種が効果的に情報を収集・共有し、連携を取り合うことを可能とし、さらに地域格差を可能な限り排斥し、全国的に標準化された検証を実現するためには、以上の検討を踏まえた制度構築と法制化による裏付けが不可欠であると考える。

おわりに

子ども施策とCDR

１．子どもの死亡の 25%以上、5 歳以上の子どもの死亡の 50%以上が防げる可能性のある原因によっている

言葉や行動が未発達な乳幼児はもとより、子どもは自分で守るシステムを構築することが期待されている存在ではない。法律上も、20 歳までは親権者が存在し、選挙権もないのである。つまり、子どもを守るための施策は社会が責任を持って考える必要がある。

しかし、本来亡くなるべきではない死、つまり予防できる死によって亡くなる子どもは後を絶たない。平成 23 年の統計では、不慮の事故は 0 歳では 3 位、1 歳～19 歳では第 1 位を占め、自殺は 10～14 歳の第 3 位、15～19 歳の第 2 位となっている。実数では、不慮の事故で亡くなった 20 歳未満子どもは年間約 1874 人、自殺で亡くなった子どもは 583 人となる。ただし、平成 23 年は東日本大震災があったため､｢不慮の事故｣での死亡が多くなっている可能性がある。平成 22 年度の 20 歳未満の死亡を見ると、不慮の事故 933 人、自殺 514 人であり、平成 21 年は不慮の事故 958 人、自殺 512 人である。東日本大震災により不慮の事故による死亡となった子どもは倍増しているが、自殺による死亡が増加しているのは気になるところである。震災による死亡は防ぐことが難しかったと考えても､震災のなかった年でも 1500 人近くの子ども達が防げる可能性のある死で亡くなっているのである。

平成 22 年の 20 歳未満の総死亡数は 5837 であるから､不慮の事故と自殺だけを考えても、子どもの死亡の 25%以上が防げる可能性のあった死亡ということになる。新生児死亡が含まれている 0 歳を除くと更に多い率になる。5 - 19 歳での不慮の事故と自殺の合計 1335 人はこの年齢での総死亡数 2455 人の 54.4%、つまり半数以上が防げる可能性のあった死亡と言うことになる。更に、厚生労働省の死亡事例検証からは､明らかな虐待死でなくなった子どもは平成 23 年度で約 100 名である。これらを総合すると、年間 1600 人近くの子どもが防げたかもしれない死で亡くなっている可能性がある。しかもこれは統計上表れる最低限の数である。自殺が隠されることはよくあるし、虐待は病死として届けられる場合も少なくない。例えば、ネグレクトによる病気の悪化による死亡が病死になっている可能性が高い｡つまり､虐待死や自殺は過小評価の可能性がある。また、これらに加えて、医療機関へのアクセスの問題で助かるべき命が失われている事例も決して少なくない。

２．亡くなった子どもから学んで同じことを予防するのは社会の義務

これほど多くの子どもたちが防げた可能性のある死で亡くなっていることは余り知られていない。人の命の尊さを考えれば数で考えることは憚られるものの、特殊疾患の治療法にお金をかける以前に防げる死を防ぐ手立てを考えるこ

とは国および地方公共団体として非常に重要な施策に当たるはずである。また、1 人の死亡の背景には、命は助かったものの障害を残していたり、長期入院を必要としたり、心理的外傷を負った更に多くの子どもたちがいる。防げる死から子どもを守ることはそれらの問題への対策ともなる。

有効な制度や施策を打ち立てるには、実例から学ぶことが重要である。実際に亡くなった子どもの死を無駄にするのではなく、子どもの事例から学ぶことが有効な施策に結びつく方法であることは間違ない。これまでも、子どもに限らず、メディアによって声を上げることができた事例では対応システムが整ってきた。周産期死亡の問題から周産期医療システムが整備されたり、メディアで騒がれた虐待事例から法律の整備が進んだりしたことは記憶に新しい。しかし、そのような事例は全体のごく一部である。その他の事例からも多くのことを学ぶことができるし、また、残念ながら亡くなってしまった子どもから多くを学んで、同じことで亡くなることを予防することは亡くなった子どもに対する社会の義務でもある。

３．制度・施策に活かすにはシステマティックな検証が重要

１）亡くなった子ども全体を見る必要性

社会的に注目を浴びた事例だけではなく、亡くなった子ども全体を把握し、検証することは重要な制度や施策に繋がる。例えば、虐待の事例で考えると、死亡もしくは死亡に近い事例で大きな注目を集めるのは比較的年齢の高い子どもへの虐待、つまり中学生の飢餓、小学生の頭蓋内出血、幼児の餓死などである。しかし、実際に死亡事例検証を行うと、虐待死で多いのは乳児であり、周産期の問題が大きいことが明らかになった。このことが妊娠期からの支援の必要性を示しており、法律改正や施策に繋がっているのである。

２）統計的な分析と死亡に至るプロセスの検証が必要

虐待死の検証では上述のごとく、乳児が多いことが明らかになり、その多くが妊娠期に問題が出現していたことも判明した。虐待事例に比べて人数が多い不慮の事故や自殺での死亡事例では統計的な分析が有効となる可能性が高い。しかし、一方で、死亡に至るプロセスを細かく検証することなければ実際の予防に結びつくことは限られてくる。例えば、公園で起きる事故事例数がわかったとしても、どのような対策をとってよいかはわからない。しかし、2 歳半の子どもが手すりのある遊具の階段を上がって、２ｍの高さから落下しコンクリートの床の上に頭をぶつけて亡くなったのだとする。手すりが 2 歳半の子どもにとっては高すぎる手すりで下をすり抜けていたり、落ちたところがコンクリートであったりという状況がわかってくると、遊具のあり方の提示や規制、遊具の下の面の規制などが考えられてくるのである。虐待事例検証でも、事例の検証から、得られた対策は多い。

３）多方面からの検証が必要

防げる死を防ぐためには多方面の専門家の知識と技能が必要である。もちろん、死因の確定には法医学の知識は欠かせないが、それだけでは予防に資する結論が見いだせる力は少なくなる。複数の専門家が一緒に検証することで見落としや見逃しがなくなり、また、1＋1＝2 以上の結論が引き出せる状況になるのである。前章であげたような多職種での検証が必要である。

４）検証結果を制度・施策に活かすシステム

検証は、常に無念のうちに亡くなった子どもの死を将来に活かすことが目標であることを忘れてはいけない。しかし、目的をしっかりしておかないと、検証のための検証になりがちである。検証の際には実現可能な提言を行い、検証結果がどのように制度や施策に活かされているのかを常に監視する必要がある。

４．最後に

少子化の時代において、子どもを防げる死亡から守り、よりよく育てることは社会の役割である。残念ながら命を落とした子ども達から CDR によって学べるだけ学ばせてもらい、将来の子どものために活かす制度・施策に繋げることがそれを実現する道である。

まとめ

この研究班において３年間の研究を進めていく中で、シンポジウムにおける各方面からの意見をいただきながら検討した結果、ガイドラインを策定し CDR を進めていくことが強く望まれていると感じられた。
今までは、特に虐待問題を通じて子どもの不幸な結末に至る経過を検証し、必要な措置を講じること、また子どもの医療現場における高度先進医療の結果としてあぶり出されてきた健康に育つということ、などを通じ、子どもの未来を考察してきた。
しかしながら先進諸国の一員でありながら、子どもの乳幼児死亡率がまだまだ高いという現実を目の当たりにすることにより、子どもの死をより広範囲に検討することによって新たな方策につながる可能性を見つけていくことが必要であると痛感した。
今回のガイドラインは、諸外国における実施状況を踏まえながら、わが国の現状に即した方法を、できるだけ多方面の現状と意見を取り入れ作成したものである。実際に CDR を進めていくときには、今回の記載範囲ではカバーしきれない事態も起こりうるとは思われる。

このガイドラインはすべての子どもが健やかに育っていける社会を目指しまとめたものである。わが国の施策に生かしていただければ大変うれしく思う。

参考文献

第１章－１

- 森　臨太郎　社会小児科学　五十嵐 隆編集　小児科学　改訂第 10 版　文光堂、東京、2010
- 楠田聡、藤村正哲、渡辺博　新生児関連疾患が我が国の幼児死亡に与える影響. 厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)乳幼児死亡と妊産婦死亡の分析と提言に関する研究　平成 20 年度分担研究報告書 2009：395-400
- 楠田聡　1-4 歳乳児死亡の国際比較に関する研究.　厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)分担研究報告書
- 楠田聡、藤村正哲、渡辺博　2005 年の幼児死亡例調査分析結果 厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)乳幼児死亡と妊産婦死亡の分析と提言に関する研究　分担研究報告書
- 渡辺博、山中龍宏、藤村正哲　WHO データベースによる 2000 年から 2005 年における 1-4 歳死亡率の先進 14 カ国の国際比較. 日本小児科学会雑誌 2011；115：1926-1931
- Shanley, Risch, et al. U.S. Child Death Review Programs Assessing Progress Toward a Standard Review Process. Am J Prev Med 2010;39(6):522-528
- Ewigman B, Kivlahan C, Land G The Missouri Child Fatality Study: Underreporting of Maltreatment Fatalities Among Children Younger Than Five Years of Age, 1983 Through 1987. Pediatrics 1993;91:330-337
- Schnitzer PG, Covington TM Wirtz SJ et al. Public Health Surveillance of Fatal Child Maltreatment: Analysis of 3 State Program. Am J Public health.2008;98:296-303
- Pearson GA、Ward-Platt M, Kelly D Why children die: avoidable factors associated with child deaths. Arch Dis Child 2011;96:927-931
- Rimsza ME、Schackner RA, Bowen KA, Marshall W Can Child Deaths Be Prevented? The Arizona Child Fatality Review Program Experience Pediatrics 2002；110：e11
- Moreira N. Infant Deaths Spur co-Sleeping warning: doctors urged to relay dangers. Boston Globe 2006
- Luallen J, Rochat RW, Smith SM, et al Child Fatality Review in Georgia: A Young System demonstrates Its Potential for Identifying Preventable Childhood Deaths. Southern Medical Journal998; 91:414-420
- Policy statement-Child Fatality Review The comittee on Child Abuse

and Neglect. The Comittee on Injury, Violence, and Poison Prevention, and the Council on　Community Pediatrics Pediatrics 2010;126:592-596
- Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. Saving Mothers Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer (2003 – 2005) 2007
- Pearson GA、Ward-Platt M, Kelly D How children die: Classyging child deaths. Arch Dis Child 2011;96:922-926

第 1 章－3

- American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Community Health Services. Investigation and review of unexpected infant and child deaths.
- Kairys SW, Alexander RC, Block RW, Everett VD, Hymel KP, Johnson CF, Kanda MB, Malinkovich P, Bell WC, Cora-Bramble D, DuPlessis HM, Handal GA, Holmberg RE, Lavin A, Tayloe DT Jr, Varrasso DA, Wood DL.　Pediatrics. 1999 Nov;104(5 Pt 1):1158-60.
- Can child deaths be prevented? The Arizona Child Fatality Review Program experience.
- Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W. Pediatrics. 2002 Jul;110(1 Pt 1):e11.
- Child fatality review teams. Durfee M, Parra JM, Alexander R. Pediatr Clin North Am. 2009 Apr;56(2):379-87.
- Child death review teams: a vital component of child protection. Hochstadt NJ. Child Welfare. 2006 Jul-Aug;85(4):653-70.
- Child fatality review: an international movement. Durfee M, Durfee DT, West MP. Child Abuse Negl. 2002 Jun;26(6-7):619-36.
- Child death reviews: a gold mine for injury prevention and control.
- Onwuachi-Saunders C, Forjuoh SN, West P, Brooks C. Inj Prev. 1999 Dec;5(4):276-9.
- Child deaths resulting from inflicted injuries: household risk factors and perpetrator characteristics. Schnitzer PG, Ewigman BG. Pediatrics. 2005 Nov;116(5):e687-93.
- Childhood deaths how to respond and what we can learn. Sidebotham P, Pearson G. BMJ. 2009;338:574-5.
- Multiagency Child Death Review Teams: Experience in the United States. Durfee M, Tilton-Durfee D, Child Abuse Review, 1995 4:377-318.
- Origins and clinical relevance of child death review teams. Durfee MJ, Gellert GA, Tilton-Durfee D. JAMA. 1992 Jun 17;267(23):3172-5.
- Preventing child deaths. Freemantle J, Read A. BMJ. 2008;336:1083-4.

- Underascertainment of child maltreatment fatalities by death certificates, 1990-1998. Crume TL, DiGuiseppi C, Byers T, Sirotnak AP, Garrett CJ. Pediatrics. 2002 Aug;110(2 Pt 1):e18.
- Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors. Dageville C, Pignol J, De Smet S. Acta Paediatr. 2008 Jul;97(7):866-9. Epub 2008 May 14.

第２章－２－２

1）山中龍宏：Injury prevention（傷害予防）に取り組む ―小児科医は何をすればよいのか―。小児内科 39:1006－1015, 2007
2）山中龍宏：傷害予防につながる情報収集へのアプローチ。小児保健研究 67：177－190, 2008
3）山中龍宏、掛札逸美：傷害による死亡情報の収集内容についての検討。厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業「乳幼児死亡と妊産婦死亡の分析と提言に関する研究」平成 20 年度総括・分担研究報告書、pp408-417、平成 21 年 3 月

第２章－２－４

1） Scott CL, Swartz E, Warburton K. The psychological autopsy: solving the mysteries of death.
Psychiatr Clin North Am. 2006 Sep;29(3):805-22.
2） Violanti JM. Suicide or undetermined? A national assessment of police suicide death classification. Int J Emerg Ment Health. 2010 Spring;12(2):89-94.
3） Hirokawa S, Kawakami N, Matsumoto T, Inagaki A, Eguchi N, Tsuchiya M, Katsumata Y, Akazawa M, Kameyama A, Tachimori H, Takeshima T. Mental disorders and suicide in Japan: a nation-wide psychological autopsy case-control study. J Affect Disord. 2012 Oct;140(2):168-75
4） Crepeau-Hobson F. The psychological autopsy and determination of child suicides: a survey of medical examiners. Arch Suicide Res. 2010;14(1):24-34.

厚生労働科学研究小林班

執筆者一覧
研究代表者
小林美智子　　大阪府立母子保健総合医療センター

分担研究者
奥山真紀子　　国立成育医療研究センター
川崎二三彦　　子どもの虹情報研修センター
西澤　　哲　　山梨県立大学人間福祉学部
福永　龍繁　　東京都監察医務院
森　臨太郎　　国立成育医療研究センター
山中　龍宏　　緑園こどもクリニック
米本　直裕　　国立成育医療研究センター

研究協力者
上野　昌江　　大阪府立大学看護学部
椎間　優子　　国立成育医療研究センター
中村　善彦　　中村善彦法律事務所
平山　　哲　　大阪府立母子保健総合医療センター
溝口　史剛　　済生会前橋病院
森崎　菜穂　　国立成育医療研究センター
山田不二子　　NPO 法人 子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク

子どもの死亡予防のための
チャイルド・デス・レビュー創設のためのガイドライン

２０１３年３月
研究代表者　　小林　美智子

このガイドラインはＨ２２年度～Ｈ２４年度厚生労働省政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）により作成されました