

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）

(研究代表者 奥山眞紀子)

分担研究報告書

虐待検証において見逃し例を防ぐ方法に関する研究

医療機関における虐待死の可能性のある死亡事例の実態に関するアンケート調査

研究分担者 溝口史剛 前橋赤十字病院小児科副部長

研究協力者 山岡祐衣 筑波大学ヘルスサービスリサーチ研究室

高岡昂太 日本学術振興会 海外特別研究員

小穴慎二 西埼玉中央病院小児科

研究要旨

医療機関における虐待死の可能性のある死亡事例の把握に関する状況を確認するため、全国 962 か所の医療機関を対象としたアンケート調査を実施した。虐待対応組織化率は 49.8%で、25.6%の施設では虐待対応件数が年間 13 件を超えていたなど、医療機関における虐待対応状況は改善の傾向にあった。

死亡事例における「疑い事例を含めた虐待の有病率把握」のための単年度分調査では、死亡事例の 3.8%が虐待の可能性が臨床現場で危惧された事例であり、疑義のある不詳死事例と合わせ、小児死亡の 6.9%が検証が行われるべき事例であった。虐待の可能性をピックアップする頻度は、専門家ボード > 年間 13 例以上虐待対応している施設 > 虐待対応が年間 12 以下の施設の順であり、その比率には最大で 2 倍以上の差異が認められた。

「死亡事例検証を行うことが望ましい事例の実態把握」のための 5 か年度分調査では、児童相談所への通告は虐待群では 65.4%、不詳死群では 12.3%に留まっていた。また警察への通報は虐待群で 88.9%、不詳死群では 90.4%と、1 割程度は通報されていない状況であった。AI の実施率は、虐待群 37.0%、不詳死群 43.8%にとどまった。剖検がなされたと臨床現場で把握されていた事例は虐待群 54.3%、不詳死群で 43.8%であったが、事故群の 16%、不詳死群の 38.4%で、その後の剖検の有無は把握されていなかった。剖検実施事例において、臨床医と法医学者との間で事前に情報交換がなされた事例は 11.8%に留まっていた。

虐待死群で行政の死亡事例検証がなされたことが医療機関に把握されていた事例は通告事例の 6 例(11.3%)に留まり(うち正式な検証は 2 例)のみで、過半数の事例は検証がされたか否かもわからないという回答であった。また不詳死群での検証実施事例は皆無であった。司法プロセスに関しても、過半数(58%)で情報の feedback がなく臨床現場では把握がなされていなかった。

なお 5 か年度調査で回答のあった事例の 94%は虐待対応組織のある施設からなされたものであった。小児死亡事例の情報を収集し、的確な予防施策に結びつけるシステムの構築のためには、医療機関内の組織化と機関間の情報共有体制の明確化が必要と思われた。

A. 研究目的

子ども虐待事例の検証、とりわけ致死的経過をたどった重篤な身体的虐待事例の検証を行う上で、子どもが最期を過ごすこととなる病院医師や、子どもの異状を確認する検査医師の役割は極めて重要である。

子ども虐待死事例は、古典的な The Battered Child(被殴打児症候群)の様な誰がどう見ても虐待が死亡をもたらしたことが想起される事例から、外表に異常が確認されない、虐待による頭部損傷(AHT)や、虐待による軀幹部鉛的外傷(BTT)や、さらには死亡現場検証を含めた包括的なアプローチを行ってもなお SIDS との判別が困難な smothering(口鼻閉塞)による死亡や、MCA(いわゆる代理によるミュンヒハウゼン症候群)など、医療機関が積極的に疑い、関係機関に積極的に発信しなくては容易に見過ごされてしまうものまで幅が広い。

日本小児科学会の子どもの死亡登録検証委員会で実施した、4 地域(群馬県・東京都・京都府・北九州市)で実施した 15 歳未満の小児死亡事例検証では、全小児死亡のうち虐待の可能性のある死亡が 7.3%、虐待の可能性の高い死亡が 3.0%と報告されている¹。

今回、全国の小児死亡を扱う可能性の高い病院にアンケートを行い、実際に臨床現場で臨床医が検証する必要性を感じた事例が実際にどの程度の割合存在しているかや、実際にはどの程度の検証が行われ、現場の臨床医にどれだけの情報のフィードバックがあるのかにつき、調査を行ったので報告する。

B. 研究方法

日本小児科学会の教育研修施設、5 類型

病院に加え、各都道府県の保健医療計画で小児の救急輪番に参加している病院(保健医療計画が HP 上に開示されていない都道府県においては、小児科のある救急告示病院)の計 962 施設を対象に郵送法によるアンケート調査を行った。

設問は別途添付した通り、死亡事例における「疑い事例を含めた虐待の有病率把握のための調査」として、2014 年度の単年度に各施設が経験した小児死亡事例を、内因/外因死・不詳死別に報告していただき、そのうち虐待の可能性のある事例数と、疑義や不備のある不詳死数につき回答を依頼した。

またさらに「B:死亡事例検証が望ましい事例の実態把握調査」として 2010 年～2014 年度の複数年度にわたる、虐待の可能性が高い事例と不備や疑義のあった不詳死事例の概要についての回答を依頼した。

また併せて基礎的情報として、院内虐待対応組織の有無、および 2014 年度の虐待対応件数(含、特定妊婦対応件数)について回答を依頼した。

(倫理面への配慮)

アンケートに際し「集約されたデータは連結不可能化(個人を特定しうる情報を完全に外した状態とすること)し、回答した施設も秘匿化した上で取り扱いがなされること」および「アンケート用紙の内容を、他の目的に使用することがないこと」を明記するとともに、回答の際に個人を特定しうる情報が記載されることのないよう、それらの点に配慮した回答用紙を添付した。

C. 研究結果

アンケートを送付した 962 施設のうち

371 施設から回答を得た(アンケート回収率 38.6%)。

1) 虐待対応組織化率

それら施設において、院内虐待対応組織(以下 CPT:Child Protection Team)があると回答した施設は 49.8%(185 施/371 施設)で、CPT がないと回答した施設は 45.2%(168/371 施設)であった(18 施設は無回答)。

虐待対応件数の実数を回答した施設は 316 か所で、その総計は 5052 件(平均 16.0 件[0-451 件])であったが、このうち何件が通告対象になったのかについては回答項目に含めておらず不明である。

施設間での対応数には大きなばらつき

があったが、これらを実務的に虐待対応数別に、A 施設：年間事例対応数が 0-1 の施設、B 施設：年間事例対応数が 2-12 の施設(月一回以下の虐待対応施設)、C 施設：年間事例対応数が 13-50 の施設(週一回以下の虐待対応施設)、D 施設：年間事例対応数が 51 回以上の施設(ルーチンに週 1 回以上虐待対応を行っている施設)に分けたところ、回答のあった 316 施設のうち、A 施設 51.6%、B 施設 22.8%、C 施設 : 17.1%、D 施設 8.5% という分布であった(CPT を有する施設では、A 施設 29.1%、B 施設 28.5%、C 施設 27.3%、D 施設 15.1%)(CPT のない施設では、A 施設 81.6%、B 施設 12.5%、C 施設 4.4%、D 施設 1.5%) (図 1)

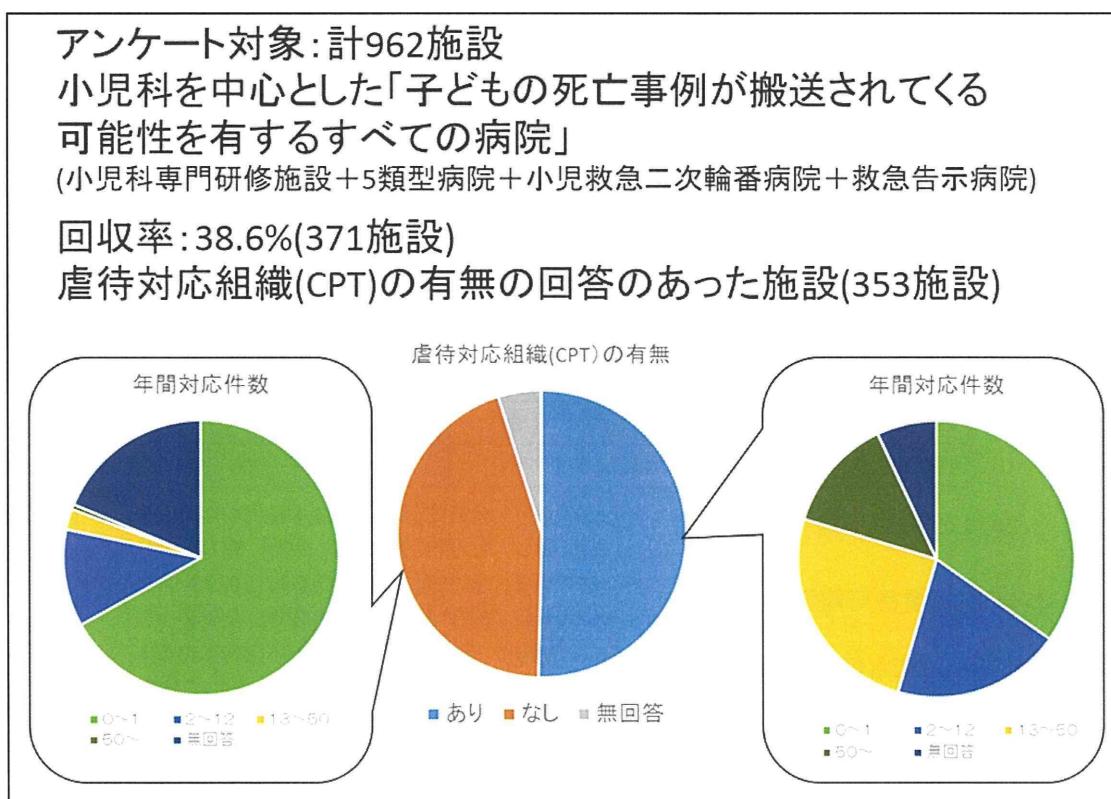


図 1 : CPT 設置状況と、年間対応事例数別の割合

2) 死亡事例における、疑い事例を含めた虐待の有病率、および不詳死の有病率調査
(単年度調査)

2014 年度の単年度の死亡事例の回答数は全体で、内因死 847 件、外因死 123 件、不詳死 121 件、計 1091 件であった。

これらの事例を CPT の有無で分類した結果を図 2 に提示した。内因/外因死の計 970 例のうち、虐待の可能性が臨床現場で危惧されると回答された事例が 24 例(2.5%)おり、その内訳は、虐待の可能性が中等度の事例が 8 例、高度の事例が 5 例、医学的には虐待と判断される事例が 11 例であった。

また不詳死事例 121 例のうち 32 例(26.4%)が、不詳死とする上で疑義/不備のあると回答された。不詳死事例の中に虐待の可能性があると判断された事例が 19 例(虐待の

可能性中等度の事例が 11、高度の事例が 6 例、医学的に虐待と判断される事例が 2 例)存在しており、それを含めた場合、不詳死とされた事例の中の 51 例(42.1%)が、広義の検証すべき事例(虐待可能性中等度以上の事例+疑義/不備のある不詳死)であった。

全死亡事例としてみた場合、43 例(3.8%)が虐待の可能性が中等度以上と臨床現場で危惧されていた(虐待の可能性中等度の事例が 19 例、高度の事例が 11 例、医学的には虐待と判断される事例が 13 例)。

疑義のある不詳死事例とあわせると、広義の検証すべき事例は計 75 例で、全小児死亡の 6.9%(75/1091 例)に該当した。

一方、図 3 には虐待対応件数別に分けた A・B・C・D 施設別の、虐待可能性死対応件数と疑義/不備あり不詳死対応件数につき、提示した。

2014年度の小児死亡における虐待可能死、疑義あり不詳死(CPTの有無別)					
	内因死	外因死	3A 虐待可能性 中等度	3B 虐待可能性 高度	4 虐待 確定的
CPTあり	777	112	8	4	10
CPTなし	70	11	0	1	1
	不詳死	g 疑義/不備 あり不詳死	3A 虐待可能性 中等度	3B 虐待可能性 高度	4 虐待 確定的
CPTあり	102	32	6	4	2
CPTなし	19	0	5	2	0

3A以上(虐待可能性死と定義): $\begin{cases} \text{CPTあり} & \text{全小児死亡の } 3.4\% (34/991 \text{ 例}) \\ \text{CPTなし} & \text{全小児死亡の } 9\% (9/100 \text{ 例}) \end{cases}$

3B以上(高虐待可能性死と定義): $\begin{cases} \text{CPTあり} & \text{全小児死亡の } 2.0\% (20/991 \text{ 例}) \\ \text{CPTなし} & \text{全小児死亡の } 4.0\% (4/100 \text{ 例}) \end{cases}$

不詳死 のうち疑義のある事例: $\begin{cases} \text{CPTあり} & \text{全不詳死の } 31.4\% (32/102 \text{ 例}) \\ \text{CPTなし} & \text{全不詳死の } 0.0\% (0/19 \text{ 例}) \end{cases}$

検証すべき死亡(虐待可能性死+疑義あり不詳死)は 全死亡の 6.9%(75/1091 例)
全不詳死の 42.1%(51/121 例)

図 2 : CPT(虐待対応組織)別の虐待可能性死と疑義/不備あり不詳死数

2014年度の小児死亡における虐待可能死、疑義あり不詳死(年間虐待対応数別)										
	内因死	外因死	3A 虐待可能性 中等度	3B 虐待可能性 高度	4 虐待 確定的	不詳死	3A 虐待可能 性中等度	3B 虐待可能 性高度	4 虐待 確定的	8 疑義あり 不詳死
A施設 (0-1/yr)	126	21	1	0	1	22	4	2	0	4
B施設 (2-12/yr)	187	34	3	1	1	28	1	1	0	4
C施設 (13-50/yr)	320	28	3	2	5	36	3	1	1	15
B施設 (>51/yr)	162	33	1	1	3	31	1	1	1	9

3A以上(虐待可能性死と定義): A施設 4.7% (8/169例) C施設 3.9% (15/384例)
 B施設 2.8% (7/249例) D施設 3.5% (8/226例)

3B以上(高虐待可能性死と定義): A施設 1.8% (3/169例) C施設 2.3% (9/384例)
 B施設 1.2% (3/249例) D施設 2.7% (6/226例)

不詳死 のうち疑義のある事例: A施設 18.2% (4/22例) C施設 41.7% (15/36例)
 B施設 14.3% (4/28例) D施設 29.0% (9/31例)

検証すべき死亡事例: A施設 7.1% (12/169例) C施設 7.8% (30/384例)
 (B虐待可能性死+ 疑義あり不詳死) B施設 4.4% (11/249例) D施設 7.5% (17/226例)

図3 : 虐待対応件数別の虐待可能性死と疑義/不備あり不詳死数

以上、小児科学会パイロット研究結果¹と合わせ、結果のまとめを図4に提示した。

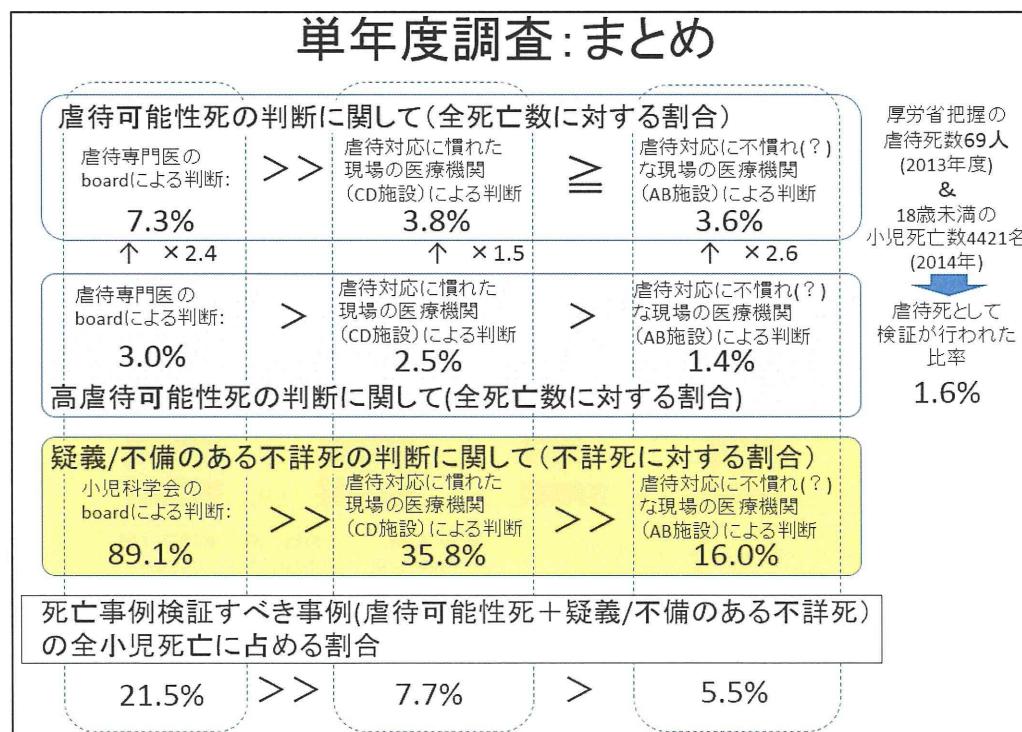


図4 : 単年度調査結果まとめ

3) 2010 年～2014 年度の死亡事例検証が望ましい事例の実態調査（複数年度調査）

総計 156 例の死亡例に対しての回答を得た。その内訳は、虐待群が 81 例(51.9%)(虐待可能性高度事例 39 例[25.0%]、虐待確定的事例 42 例[26.9%])、疑義/不備のある不詳死例が 73 例(46.8%)であった。

児童相談所・警察通報された事例数を、1 歳未満と 1 歳以上に分け、図 5 に提示した。

虐待群では、児相通告は 65.4%(53/81 例)、警察通報は 88.9%(72/81 例)であった。また不詳死群では、児相通告は 12.3%(9/73 例)、警察通報は 90.4%(66/73 例)であった。(詳記のない 2 例は除外し、154 例で集計)。

死亡事例検証の実施に関しては、虐待死群 81 例中、児相通告のあった 53 例においては、検証あるいは 6 例(非公式の情報交換 4 例)のみで、検証なしが 9 例で、情報の

Feedback なく不明が 31 例、無記名が 7 例であった。通告のなかった 28 例では、検証あるいは 1 例のみであり、検証なしとの回答が 4 例で、情報の Feedback なく不明が 9 例、無記名が 14 例であった。

なお不詳死群 73 例においては、児相通告の有無を問わず検証実施例は皆無だった。

また、その後の司法プロセスに関しての臨床現場での把握に関しては、虐待群 81 例のうち、起訴 13 例、不起訴 10 例、被疑者死亡や精神疾患により責任問えずといった記載 3 例、の計 26 例(32.1%)については転帰につき把握がなされていたが、47 例(58.0%)は情報の feedback がなく転帰不明と回答されていた(8 例は記載なし)。不詳死群においては、不起訴 4 例との記載があったのみで、61 例(83.6%)は情報の feedback がなく転帰不明と回答されていた。(8 例は記載なし)。

複数年度調査：児相通告 / 警察通報 事例数と検証転帰							
	新生児		早期乳児		後期乳児		1歳未満:計
虐待可能性高度	4	2 3	16	8 11	8	6 8	16 22
虐待確定的			11	9 11	7	6 6	15 17
疑義・不備の不詳死	3	2 2	35	2 32	17	17 55	6 51
計	7 (4.5%)	4 5	62 (39.7%)	19 54	32 (20.5%)	14 31	101 64.7% 37 90
	幼児		学童		中学以降		1歳以上:計
虐待可能性高度	9	6 8	1	1 1	1	0 1	7 11 10
虐待確定的	22	15 21	2	0 2			15 24 23
疑義・不備の不詳死	10	3 9	2	0 2	6	0 4	3 18 15
計	41 (26.3%)	24 38	5 (3.2%)	1 5	7 (4.5%)	0 1	53 (34.0%) 25 44

死亡事例検証 無回答:7例
 やった:6例(公式2例、非公式4例)
 していない:9例 知らない:31例

起訴:13例 その他:3例 無回答:8例
 不起訴:10例 分からない:47例(58.0%)

警察通報:88.9%(72/81例)
 警察通報:90.4%(66/73例)

不起訴:4例 無回答:8例
 分からない:61例(83.6%)

そもそも1割は
 いどこに??

死亡したら、終了??

児相通告:65.4%(53/81例)
 児相通告:12.3%(9/73例)

死亡事例検証
 やっていない:9例(100%)

図 5：児童相談所・警察通報された事例数と、その後の検証転帰

同様にこれらの事例のうち、AIが施行された事例(胸部レントゲン写真のみの事例は除外)と、剖検が施行された事例の詳細につき、図6に示した(図中に、虐待群の概要についても表示している)。

AIの実施率は、虐待群において37.0%(30/81例)、不詳死群では43.8%(32/73例)にとどまった。

剖検の実施率は、虐待群において54.3%(44/81例)であったが、一方で13例(16%)は警察に通報後、その後の剖検の有無すら知らされていない状態であった。不詳死群でもその傾向は変わらず、剖検が実施されたと把握されている事例は43.8%(32/73例)であったが、剖検の有無につき知らされていない事例が38.4%(28/73例)も存在していた。また剖検が実施されたことが把握されてい

る、76例のうち、剖検前に臨床医と法医学者との間で情報交換がなされた事例は9例(11.8%)のみで、電話・面会などの直接的交流が4例、剖検立ち合いは1例のみであった。また、剖検終了後の情報共有は13例(17.1%)で、うち電話・面会などの直接的交流が10例であった。なお、剖検前後共に情報交換がなされていた事例は4例のみであったが、全例が電話・面会などの直接的交流例であった。

なお、虐待対応組織の有無による差異の検討を行う予定であったが、残念ながら虐待群+不詳死群の総計156例の事例のうち、対応組織のない組織からの回答はわずかに10例のみであったため、その検討は省略とせざるを得なかった。

複数年度調査：AI実施 / 剖検実施 の事例数 ()は転帰不明事例数

	新生児	早期乳児	後期乳児	幼児	学童	中学以降	計
虐待可能性 高度	4 2	1 16	7 8(4)	3 4(2)	9 2(2)	1 1	1 0 1 0 39 17(8)
虐待確定的		11	1 7(1)	3 4(1)	22 14(3)	2 2	2 2 42 27(5)
疑義・不備の 不詳死	3 2	0 35	15 5(17)	9 4(6)	10 3(3)	5 2 0 6 0(2)	2 2 73 32 14(28)
計	7 (4.5%)	1 (39.7%)	62 20(22)	23 (20.5%)	32 12(9)	15 17 5 3 7 3 0(2) (100%)	154 62 58(41)

AHT(虐待による頭部外傷)	28例
高リスクCPA (同胞不詳死、AHT既往児など)	14例
窒息	8例
被殴打児症候群(多発損傷)	7例
ネグレクト(含、低体温)	7例
医療ネグレクト	2例
心中	4例
自宅分娩後死	4例
溺死	2例
その他	5例

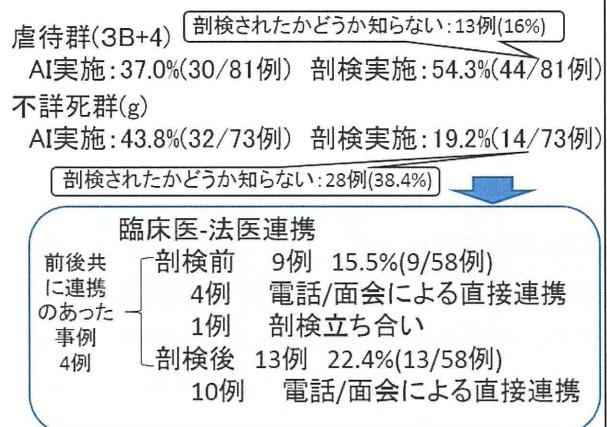


図6：AIおよび剖検の実施事例と、臨床医-法医連携の実際

D. 考察

今回の研究では、虐待対応の組織化率は49.8%であった。著者らが2012年に5類型病院(臓器提供施設)を対象に行った調査ではその比率は61.6%であり、それに比し低い結果であった。しかし今回の対象施設は2009年にやはり筆者らが行った「本邦における医療機関内虐待対応組織化現況調査報告」と対象施設がほぼ同一であり、その研究結果である20.2%に比して組織化率が進んでいることが確認された。(今回の調査結果ではそれぞれの施設からのアンケート回答を連結不可能化しており、5類型病院をピックアップしての組織化率の確認はしていない)。また対応件数も、2009年の調査では、年間13例以上の対応を行っている施設は2割にも満たず、51例以上対応を行っている施設は約5%であったことを鑑みると、その機能も高まっていることが推察された。

なおCPTのある組織の死亡事例対応数は、ない組織の10倍に及んでおり、また虐待対応事例を年間12例以下と13例以上の2層で分類した場合、13例以上/yrの施設の死亡事例対応数は、12名/yr以下の施設の1.5倍であった。

虐待の可能性をピックアップする頻度は、虐待の専門家によるboard>年間13例以上虐待対応している施設における判断>年間虐待対応が12例以下の施設における判断の順であり、その差は最大で2倍以上の開きがある状況であった。

不詳死の疑義をピックアップする頻度に関しても、同様の傾向は明らかで、その差は最大で4倍以上の開きがある状況であった。

小児科学会における検証は、提出された

限定期的な情報のみの判断である。一方で今回のアンケート結果は、事例のナラティブな情報も入手しうる現場の医療者の判断という違いはある。それゆえ小児科学会の検証では若干オーバートリアージとなり、一方で、現場の判断はアンダートリアージとなつた可能性がある。

しかし、例えば外傷においては「アンダートリアージを10%以下にするためには、50%のオーバートリアージを是認する必要がある」と米国外科学会の外傷委員会が提唱しているのと同様に、死亡事例検証の目的に虐待死の見逃し防止が含まれているとするならば、第三者的立場の専門家が、小児死亡事例の虐待可能性や予防可能性につきトリアージを行う枠組みを組みこむことは、アンダートリアージを防ぐ一方策となり得ることを強くうかがわせる結果といふことができよう。

いずれにしても現時点では事例数が少なく、統計学的な検討にデータが耐えうるものでない点からも、このような研究が持続的に行われ、小児死亡のデータが蓄積され学術的な検討を行いうるシステムが構築されることが強く望まれる。そもそも医療機関内にCPTがない場合、過去の虐待情報にアクセスが困難な状況にあったと思われ、複数年度調査で回答のあった154例中、CPTのない組織からの報告はわずか10例に留まっていた。貴重な情報の散逸を防ぐために、学術的な観点からも、医療機関内におけるCPTの更なる整備がなされていくことが強く望まれる。

もちろん虐待死の見逃しの防止や、正確な死因の究明のためには、臨床現場でのCPTの整備のみで解決できる問題ではない。現状では法医-臨床連携は乏しく、正確

な医学情報が検証に生かされ難い状況にある。

その背景には、現在では法医学者と臨床医が情報を直接的に共有するシステムを欠いているため、必然的に正確な医学知識を持ち合わせているわけではない警察を介して、情報の「伝言ゲーム」をせざるを得ない状況にあることは明らかである。そもそも現在は、小児死亡は司法の現場では「犯罪捜査」の文脈でのみ語られるがちであり、「予防」「学術」という側面に乏しく、虐待死群と不詳死群のその後の転帰が、臨床医に知らされることなく、経験として蓄積されない状況にあり、死亡情報はその後の予防や学術に生かされ難い状況にある。

現時点ではどのような状況においてどこまで司法と情報共有すべきであるかについては、まったく指針もない状況にあり、司法側からは刑事訴訟法47条（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。但し、公益上の必要その他の事由があって、相当と認められる場合は、この限りでない。）の前段のみをあいまいな論拠とした運用が続いている、また逆に臨床医側も医師法21条の異状死の解釈についての混乱はいまだに収束していない状況にある。

そのような状況下で、臨床医が子どもの死亡原因を最大限把握するためには、臨床現場でのAIの実施は大きな手段の一つといえるが、AI実施は4割前後にとどまっていた。

また本来虐待の可能性がある場合には、積極的に医療と連携して事後対応を行うべき児童相談所においても、積極的に死亡事例検証を行う状況からはほど遠く、地方自治体で検証が行われたことが医療機関で把

握されている事例は6例のみで、起訴された事例(13例)よりも少ないという状況であった。そもそも医療機関は死亡事例を児童相談所に通告することすら少ない状況も確認された。

結局のところ、子どもの死亡時の情報は有効に活用されず散逸した状況にあり、「個人的な経験」以上に生かされることのない状況を改善していくしかない限り、「結局なんだかわからない」という状況は変えようがない。調査をより包括的に進めれば何らかの死因が判明しうるDon't know事例（分からぬ事例）であるのか、最大限の調査が行われたうえで死因がわからぬCan't Know事例（分かり得ぬ事例）であるのかを明確化できる死因究明システムを確立する必要性を改めて強調したい。

なお今回の検討でも、小児科学会のパイロットスタディー結果と同様に、虐待が疑われる死亡原因としてAHTは突出して多い状況であった。AHTは疑いを提起することは出来ても、診断を確定することは困難な場合も多く、確定したとしてもその医学的情報を司法の場や福祉の場でどのように扱っていくのか、混乱が生じることも少なくない。

繰り返しになるが、今回、単年調査においては回答された死亡事例数は、虐待対応組織のある組織とない組織で半々であった一方で、5か年調査での回答は、圧倒的に組織のある施設からの回答に偏っていた点が、筆者にとっては非常に印象的であった。

なぜこのようなことが生じたのかはあくまで推察に過ぎないが、組織的な枠組みがない場合、より回答に手間のかかる調査において誰が回答するのかの責任制があ

いまいになりやすい点や、人事異動した場合に過去の情報が得られ難くなるという問題、そしてそもそも回答するモチベーションが乏しくなってしまう、などの問題があつたであろうことは想像に難くない。

一方でCPTが存在していても、年間虐待対応12例以下と13例以上の2つに大別した場合、前者と後者の対応力に差異が確認されたが、一方で、年間対応13-50例のCPTと年間対応51例以上のCPTで、対応力には差異は確認されなかつた。

このことは、オンザジョブトレーニングのみの限界を示している可能性もあると推察される。子ども虐待医学は米国においては正式に専門医の資格認定を受けた小児科学のサバスペシャリティーである。本邦においても虐待に関する諸問題の解決に向けた「学問化」は欠かすことができず、組織対応化を進め、医療内における積極的な「仕事化」「専門分化」を進めていくことの重要性を改めて強調したい。

E. 結論

個々人の善意に依拠する死因究明システムは脆弱としか言いようのないものである。死亡事例検証の入り口は医療機関における適切なトリアージであり、事例によっては医療機関における正確な分析が死亡事例検証の中核をなす。小児医療提供体制の中で死因究明システムが学問として整備されていくことは、的確な死亡事例検証を行っていく上で必須といえる。そのためには司法とどのように連携して司法情報を学術に現場に生かしていくのかのルール作りや、予防の観点からどのように児

童相談所に情報提供し、どこまでを検証対象とすべきかを、明確化していく必要がある。

虐待の可能性をもつ事例への対応を、臨床医が仕事として迷いなく行うことができるシステム、そして逆に行政や司法が死因究明や虐待予防活動に、臨床医の持つ情報を生かすことができるシステムの整備が、強く望まれる。

F. 研究発表

論文発表

1. 溝口史剛、河野嘉文、吉川哲史ら。
日本小児科学会子どもの小児死亡登録・検証委員会 委員会報告、「パイロット4地域における、2011年の小児死亡登録検証報告」。日本小児科学会雑誌120巻3号, 2016(in press)

学会発表

1. 溝口史剛、滝沢琢己、荒川浩一ら、
第199回日本小児科学会 群馬地方会。「パイロット4地域における、2011年の小児死亡登録検証報告—検証から見えてきた、本邦における小児死亡の死因究明における課題」

書籍発刊

1. ロジャー・バイアード、溝口史剛(監訳)、小児および若年成人における突然死:病気・事故・虐待の適切な鑑別のために、明石書店、2015

G. 知的財産権の出願・登録状況 なし

厚生労働科学研究費補助金・政策科学総合研究事業
「地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証に関する研究」
研究代表者 奥山眞紀子

「虐待検証において見逃し例を防ぐ方法に関する研究」
研究分担者 溝口史剛 研究協力者 高岡昂太、山岡祐衣、小穴慎二

医療機関における虐待死の可能性のある死亡事例の 実態に関するアンケート調査

小児死亡の中でも虐待死は予防可能死の最たるものであり、虐待死亡事例はその検証が地方公共団体に義務付けられています。しかし、現在行われている虐待死亡事例は、虐待による死亡であることが明確である事例に限られており、医療機関が虐待の可能性を感じながらも、確実とは言い切れないために検証に至らない事例の実態は明らかではありません。本アンケートはそのような死亡の実態を明らかにするための初の調査であります。

本アンケートは上記を目的に行うものであり、個別の事例に関しての判断の是非を問うものではなくありません。集約されたデータは連結不可能化（個人を特定しうる情報を完全に外した状態とすること）し、回答した施設も秘匿化した上で取り扱いがなされることとなります。また、アンケート用紙の内容を、他の目的に使用することもありません。

本アンケートの趣旨をご理解いただき、なにとぞご協力のほどよろしくお願ひいたします。

なおアンケートは、
虐待対応チームが存在する場合、チームリーダー医師が主にご回答ください。
虐待対応チームが存在しない場合、小児科部長がご回答いただき、小児科以外の死亡事例
に関しては、医療ソーシャルワーカーが関連各科に手渡すなどの対応を行っていただき、
可能な限り回答を行っていただきますようお願いいたします。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、平成27年12月15日を締め切りとして、ご返答いただきますようお願い申し上げます。

平成27年10月15日

(問い合わせ先)
〒371-0014 群馬県前橋市朝日町3-21-36
前橋赤十字病院小児科 溝口 史剛
電話：027-224-4585 FAX：027-243-3380
Mail Address : fumizog@gmail.com

■アンケート

本アンケートにおける「虐待死」とは、養育者の意図は問わず、養育者の作為(虐待)により、もしくは継続的な不作為(ネグレクト)により死亡に至ったと思われる死亡ならびに
一時的に目を離したというレベルを逸脱した、養育過誤(監督不全)が死亡に寄与したと思われる事故/中毒死とします。
なお致死的事象から蘇生され、長期間経過した後に死亡した場合でも、養育者の作為/不作為がなければ、児が小児期に死亡することはなかったと思われる場合には、虐待死に含めることとします。
(例：重度の脳軟化症を続発し、嚥下障害を残し誤嚥性肺炎で死亡した)

上記に該当しないが、死亡に親の養育状況が強く関与していると判断される場合も、回答者の判断で虐待死に含め回答していただいて構いません。(例：自殺事例で心理的虐待との因果関係が疑われる場合など)

A : 疑い事例を含めた虐待の有病率把握のための調査 (単年度調査)

*死亡診断書/死体検案書の死因病名に基づき回答するのではなく、あくまで「養育者の虐待/ネグレクト」が死亡に寄与した可能性に基づき、回答を行ってください。 例えば、養育者の受療行動が遅れ肺炎や敗血症等で死亡した事例の場合、医学的な死因は内因死ですが、本アンケートでは背景のネグレクトの可能性の有無に焦点を当てて回答を行ってください。

*死亡診断書/死体検案書作成時点では、虐待/ネグレクトが鑑別に挙がっていないかった事例の場合でも、今回のアンケート回答時にその可能性が考慮された場合には、回答時点での判断に基づき、回答してください。

*法的に養育関係にない人物が加害者であっても、同居人などの「子どもにとって、実質的には養育者に準ずる立場の人物」と判断される事例の場合、虐待/ネグレクトとしてのカテゴリ一分けを行ってください。

A-1: 平成26年度の1年間に貴院で死亡したすべての18歳未満の死亡事例（死亡診断書/死体検案書における「死亡したところ」が、貴院である事例）の実数を、死亡診断書/死体検案書の死因別（病死及び自然死・外因死・不詳死の別）にご回答ください。（死産事例[死産証書/死胎検案書を作成した事例]は、対象外となります）
(司法解剖事例などで、貴院で死体検案書を作成しておらず、死因分類がどう記載されたか未把握の事例があれば、臨床医として改めて死因を分類したうえで、記載を行って下さい。)

A-2 : A1 ご回答いただいた死亡事例のうち、病死及び自然死・外因死・不詳死と死因分類された事例を対象に、「虐待の可能性がある」と判断される事例数を教えてください。虐待の可能性は0か1かで完全に弁別できるわけではありませんので、判断に迷う事例もあるかと思います。あくまで主観に基づいた判断で構いませんので、次頁のカテゴリ一分けの指標(別表)のc・d・eに該当する事例（虐待を伺わせる具体的な医学的所見やリスクを有していた事例）の数として、ご回答ください。

(なお可能でしたら、c・d・eのカテゴリ別にご回答いただきますようお願いいたします)。

A-3a : A1 ご回答いただいた死亡事例のうち、不詳死と死因分類された事例であっても、「虐待の可能性がある」と判断される事例があれば、その事例数をご回答ください。

(なお可能でしたら、c・d・eのカテゴリ別にご回答いただきますようお願いいたします)。

A-3b : A-3a で虐待の可能性があるとは判断されなかつた事例のうち、別表のgに該当する事例数につき、ご回答ください。

別表：虐待可能性および不詳死の、カテゴリ一分けの指標

a 可能性 なし	虐待/ネグレクトによる死亡の可能性は否定される 第三者目撲があり確実に外因死(事故死)と判断される事例。もしくは医学的に完全に内因性の病態(内因死)に合致し、社会的リスクもない事例
b 可能性 小さい	事故死や内因死の可能性が高いが、虐待死の可能性も完全には否定できない群 呈する医学的状態は養育者の語る受傷機転とおむね合致するが、目撃者がいない外因死事例。もしくは医学的に内因性の病態で説明可能だが、考慮すべき社会的リスクを有する事例や受診の遅れが死亡に寄与した可能性が否定できない事例
c 可能性 中等度	事故死/内因死の可能性もあるが、虐待死の可能性も臨床的に疑われる事例 臨床的に虐待を疑うが、事故死/内因死に比し明らかに可能性が高いとまでは判断しがたい事例。監督不十分な状況で死亡した事故死や、受診の遅れが明らかな事例や、日常の医学的管理不良が死亡に寄与した内因死はここに含む。
d 可能性 大きい	事故死/内因死の可能性も否定はできないが、虐待死の可能性が臨床的に高い事例 医学的に事故/内因では説明しがたい病態・状況を呈し、虐待死を強く疑うが断定には至らない事例。継続的な監督ネグレクトや医療ネグレクトなどで社会的介入が開始されていた事例で、介入時と同様の状況下で死に至った事例。監督不全による事故死や受診の遅れによる死亡でも、過失度合いが極めて高い事例はここに含む。
e 可能性 確実	虐待/ネグレクトによる死亡と判断される事例 加害行為の第三者目撃がある事例、虐待行為の自白を認めた事例、虐待以外では医学的に説明しえない医学的状態での死亡事例。直接的な加害行為による死亡事例のみならず、養育者が意図的に生命にかかるわる養育上のケアを怠った事例は、ネグレクトであってもこの群に含める。
f 典型的 不詳死	精査の結果、原因の分からぬ、典型的不詳死 死亡状況や社会的背景に疑義がなく、死因究明のための検査/画像検索がなされ、剖検も実施された事例
g 非典型的 不詳死	疑義や不備の残る、非典型的不詳死 死亡状況や社会的背景に何らかの疑義のある事例(含、同胞の幼小児期死亡を認める事例)。 もしくは死後検索が不十分で、剖検も未実施の事例

B : 死亡事例検証が望ましい事例の実態把握調査 (複数年度調査)

平成22年度～平成26年度の5年間に、上述のd・e・gに該当する事例がいらっしゃいましたら、その概要につき別紙の回答用紙に記載してください。

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

(別紙の回答用紙をご記入いただき、同封の返信封筒でご返送をお願いいたします)

アンケート回答用紙

回答者：_____ 都道府県 _____ 病院
 所属・氏名：_____
 虐待対応組織 なし・あり 昨年度の虐待/要支援事例の対応件数 _____ 件(うち特定妊婦 _____ 件)

A：虐待疑い事例の有病率把握のための調査（単年度調査）

部に関しては、可能であればご回答をお願いいたします。

A-1: 平成26年度の18歳未満死亡事例数

病死及び自然死 [] 例、外因死 [] 例、不詳死 [] 例

A-2：うち虐待の可能性のあった事例 [] 例

(カテゴリー：c _____ 例、d _____ 例、e _____ 例)

A-3a：うち虐待の可能性のあった事例 [] 例

(カテゴリー：c _____ 例、d _____ 例、e _____ 例)

A-3b：虐待の可能性がないと判断された事例のうち、別表のgに該当する不詳死事例 [] 例

B：死亡事例検証が望ましい事例の実態把握調査（複数年度調査）

事例概要につき下表に記載して下さい。

カテゴリー	d・e・g	年齢	新生児・早期乳児(<6Mo)・後期乳児(≥6Mo)・幼児・学童・中学生以降
死後画像検査	無・有 (CT・MRI・全身骨レントゲン・その他 [])		
剖検	無・有 (司・行・病・新)	臨床・解剖医間情報交換	剖検前: 無・有 (電話・書類・面会・その他: _____) 剖検後: 無・有 (マクロ・ミクロ) (電話・書類・面会・その他: _____)
事例概要	(情報は連結不可能匿名化いたしますが、あらかじめ個人を特定しえない範囲でご記載ください)		

児相通告	無・有	死亡事例検証の実施	情報 Feedback なく不明・なし・あり (具体的に: _____)
警察通報	無・有	その後の司法的経緯	情報 Feedback なく不明・把握 (起訴・不起訴・その他 [])

* 司: 司法解剖、行: 行政解剖、病: 病理解剖、新: 新法(死因究明法)に基づく解剖

カテゴリー	d・e・g	年齢	新生児・早期乳児(<6Mo)・後期乳児(≥6Mo)・幼児・学童・中学生以降
死後画像検査	無・有 (CT・MRI・全身骨レントゲン・その他 [])		
剖検	無・有 (司・行・病・新)	臨床・解剖医 間情報交換	剖検前:無・有 (電話・書類・面会・その他:) 剖検後:無・有 (マクロ・ミクロ) (電話・書類・面会・その他:)
事例概要: (情報は連結不可能匿名化いたしますが、あらかじめ個人を特定しえない範囲でご記載ください)			
児相通告	無・有	死亡事例 検証の実施	情報 Feedback なく不明・なし・あり (具体的に:)
警察通報	無・有	その後の 司法的経緯	情報 Feedback なく不明・ 把握 (起訴・不起訴・その他 [])

*司: 司法解剖、行: 行政解剖、病: 病理解剖、新: 新法死因究明法に基づく解剖

カテゴリー	d・e・g	年齢	新生児・早期乳児(<6Mo)・後期乳児(≥6Mo)・幼児・学童・中学生以降
死後画像検査	無・有 (CT・MRI・全身骨レントゲン・その他 [])		
剖検	無・有 (司・行・病・新)	臨床・解剖医 間情報交換	剖検前:無・有 (電話・書類・面会・その他:) 剖検後:無・有 (マクロ・ミクロ) (電話・書類・面会・その他:)
事例概要: (情報は連結不可能匿名化いたしますが、あらかじめ個人を特定しえない範囲でご記載ください)			
児相通告	無・有	死亡事例 検証の実施	情報 Feedback なく不明・なし・あり (具体的に:)
警察通報	無・有	その後の 司法的経緯	情報 Feedback なく不明・ 把握 (起訴・不起訴・その他 [])

*司: 司法解剖、行: 行政解剖、病: 病理解剖、新: 新法死因究明法に基づく解剖

該当事例が3例以上の場合、お手数ですがコピーの上、記入していただきますようお願いいたします。

ご協力誠にありがとうございました。
(同封の返信封筒でご返送をお願いいたします)