

第64回日本小児保健協会学術集会 シンポジウム 4

チャイルド・デス・レビューの実施に向けて～小児医療者は何ができるか～

子どもの死亡事例検証の現状の問題点

溝口 史 剛 (群馬県前橋赤十字病院小児科)

死因を究明する社会的意義は、医学の発展・公衆衛生の向上、犯罪死の見逃し防止、遺族の真実の希求に答える、などさまざまであるが、子どもの死亡を詳細に検証する意義は、第一義的には予防可能死 (PD: preventable death) を減らすことにある。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、不幸にして亡くなった場合に議論を尽くすことは、死亡した子どもに対しての最低限の礼儀である。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という社会の覚悟の表れでもあり、子どもを失った遺族に対して行う最大のグリーフケアの一つともなる。

それを具現化した Child Death Review (CDR) の取り組みの歴史は1978年に虐待死の見逃し防止を目的に、ロサンゼルスで始まり、1980年代に草の根で各州に広がり、1990年代に「ヘルシーピープル (米国民の健康10年指針) 2000」の施策として明記された。1993年にはランドマークとなるミズーリ州の成果が報告され¹⁾、州法で15歳以下のすべての小児死亡の検証が義務化され、連邦法 (児童虐待の防止と対応に関する法: CAPTA) でも、各州に CDR の実施状況の報告が義務化された。その後2000年にはアリゾナ州の CDR チームにより、全小児死亡の29%が予防可能死であることが報告され²⁾、あらゆる死亡を CDR の対象とする機運が高まることとなった。2002年にはこれまでの取り組みの集大成として、「national CDR Resource Center for Policy and Practice (施策立案と実践のための、国立 CDR リソースセンター)」が設立された。現在、米国ではすべての州で CDR の実施が法制化されている。また英国では2006年に子どもの死亡登録・検証に関するパイロット研究 (Why Children Die)

が施行され、26%の小児死亡事例で予防可能な要因が明確に存在し、43%で予防可能な要因が潜在していたと報告され³⁾、その成果を受け2008年4月に CDR が立法化された。ISPCAN (国際虐待防止学会) の隔年次報告書によると、その他にも現在多くの国々で何らかの形で CDR が法制化され始めている。

一方、本邦では子どもの死亡の正式な記録は、現時点で死亡診断書/死体検案書をもとにした死亡小票しか存在していない。後述する小児科学会の CDR のパイロットスタディーに登録された乳児死亡214例のデータの検討では記載されていた死因病名と、検証の結果の死因病名との間に、かなりの乖離が確認され、死因の変更を要すると判断した事例が58例 (27%)、死因変更を要さないものの死亡診断書の記載に何らかの修正が望まれる事例が、48例 (22%) 存在していた⁴⁾。死後対応の混乱期に情報もそろわぬ中で正確な死因記載を行うことは困難であり、また死亡診断書は遺族に手渡しするものでもある。その記載内容から正確な死因統計を取り、予防施策を推進することは不可能である。

2011年に小児科学会に小児死亡登録検証 WG が設置され、2012年1月に「子どもの死に関するわが国の情報収集システムの確立に向けた提言書」が提出された。それを受け2012年に、小児科学会内に子どもの死亡登録検証委員会が設置された。委員会のメンバーの属する4地域 (群馬県・東京都・京都府・北九州市) を対象に CDR のパイロットスタディーが施行され、2016年にその成果が報告された⁵⁾。予防可能性が中等度以上と判断された事例 (予防可能死: PD [Preventable Death]) は、登録された全小児死亡事例の27.4%に上った。また虐待・ネグレクトが死亡に

関与したことが疑われる事例は、全小児死亡の7.3%に上った(3.0%は医学的には、虐待・ネグレクトによる死亡と判断される事例であった)。予防施策の有効性に関する検討では予防可能死の63.2%(全死亡事例の9.8%)は予防施策有効性が中等度以上と判断された。また不詳死に関する再検証では、全46例のうち真に原因不明と判断された例は5例のみで、41例では限られた情報の中で真の不詳死とするには解決すべき疑義が存在していた。このパイロット研究の結果は、先行する米国・英国の小児死亡検証の報告結果と驚くほど類似している。

さらに虐待死・不詳死に焦点を当てた全国の医療機関調査でも、医療機関で虐待死が強く疑われた事例でも、児童相談所への通告は65.4%、警察への通報は88.9%にとどまっていた。行政の死亡事例検証がなされたと回答された事例は11.3%、検察が起訴に至った事例は16%にとどまっていた。剖検の実施率は、虐待群において54.3%であったが、一方で16%の事例は、その後に剖検がなされたか否かを当該医療機関は知らされていなかった。不詳死群ではその傾向がより顕著であり、剖検実施の有無につき知らされていない事例が38.4%も存在していた。臨床医と法医学者との間の情報共有は極めて限定的で、剖検前後ともに情報交換がなされていた事例は6.9%のみであった⁶⁾。

これらの研究結果は、本邦でも虐待死の多くが見逃され、予防可能であった小児死亡の経験は散逸され蓄積されることなく、情報としてマスコミに「消費」されるのみの状態であることを如実に表している。「二度とこのようなことが繰り返されてはならない」との当事者のコメントが語られるのみで、同じことは全国で繰り返されている。複数のシステム上の脆弱性が重なり、ほころびが連なることで子どもの死亡が生じるとするならば、われわれの持つ子どもの死亡を防ぐべき防御システムのどこにピットフォール(穴)があり、具体的にその穴をどう塞ぐべきであるのかを、あいまいのままにしていけない(図)。省庁ごとに子どもの死亡は分断され、検証がなされたとしても関心の高い市民ですら、その後にそれが活かされたのかトラッキングできない仕組みを抜本的に変えていく必要がある。

法制化の進んでいない現状で、CDRの実施を妨げる障壁はいくらでも探すことができる(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

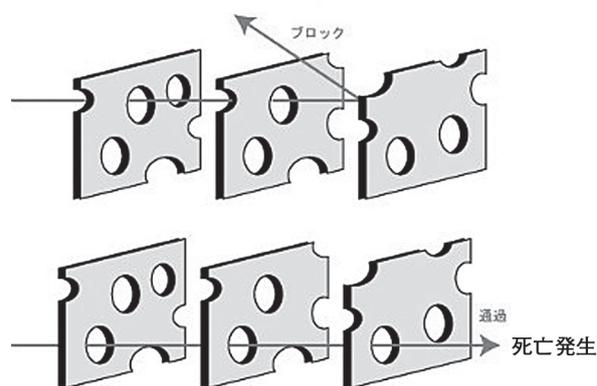


図 子どもの予防可能死のスイスチーズモデル

公にしてはならない], 個人情報保護法など)。これらの法令には例外規定がある(刑事訴訟法47条「但し、公益上の必要その他の事由があつて、相当と認められる場合は、この限りでない」、個人情報保護法「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であつて、本人の同意を得ることが困難であるとき」)ものの、地域での利活用の在り方につき整理が進んでいない現状では、弾力的な運用の検討がなされるよりも先に「問題になり得るかも知れないから、情報を出さない方が無難だ」との判断になってしまっている。しかし、自身では決して声を上げることのできない子どもの権利擁護者として、われわれはCDRの実現に向けた歩みを止めるわけにはいかない。

子どもの死亡に立ち会う機会が最も多いのはわれわれ医療者である。子どもの死亡に関する各種データを集積しレビューを行うことは、真の死因特定に寄与するとともに、社会に情報を還元し、次なる小児死亡の発生可能性を最小化せしめることに繋がるはずである。

現在、パイロットスタディーで蓄積された方法論を用いて、厚生労働科学研究班と小児科学会の子どもの死亡登録検証委員会の共同研究として、単一施設でも参画できるオンラインでの登録体制を整備している(<https://www.child-death-review.jp/>)。登録施設が拡充していくことで、地域レベルでの検証体制が構築され、さらには多機関連携での検証体制が整備される端緒となることを期待している。

CDRは単純に、現場で感じる「救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へと昇華するものと筆者は考えている。本協会の会員をはじめとした小児

医療に関わる方々も思いは同じはずである。本年6月に閉会した第193回通常国会で可決された「児童福祉法及び児童虐待の防止等に関する法律の一部を改正する法律案」の衆議院付帯決議には「虐待死の防止に資するよう、あらゆる子どもの死亡事例について死因を究明するチャイルド・デス・レビュー制度の導入を検討すること」が採択されている。今後具体的な法的検討も始まるはずである。子どもの健康を誰よりも願うわれわれは「法制化されたら動き出す」というのではなく、法制化され次第、公的に動き出せるように、今からすぐにでも、地域における小児死亡検証体制の検討を具体的に始めていくことが可能な立場にある。このことがCDRを社会実装する最短かつ最善の道であると信じている。

文 献

- 1) 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.
- 2) Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W. Can child deaths be prevented ? The Arizona child fatality review program experience. *Pediatrics* 2002 ; 110 : e11.
- 3) Why children die : A pilot study 2006. <http://www.publichealth.hscni.net/publications/why-children-die-pilot-study-2006> (2017年3月31日アクセス)
- 4) 溝口史剛, 杉立 玲. 小児死因統計の臨床的死因との合致性に影響する要因に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 (政策科学総合研究事業) 「周産期関連の医療データベースのリンケージの研究」 (主任研究者: 森 臨太郎). 平成28年度分担研究報告書. https://www.child-death-review.jp/images/3_2dr_mori2016.pdf (2017年9月30日アクセス)
- 5) 溝口史剛, 河野嘉文, 吉川哲史, 他. 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* 2016 ; 120 (3) : 662-672.
- 6) 溝口史剛, 山岡祐衣. 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. 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: 奥山真紀子). 平成27年度分担研究報告書. https://www.child-death-review.jp/images/3_1dr_okuyama2015.pdf (2017年9月30日アクセス)