

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～

小児救急現場における突然死と虐待死

～ CDR 体制構築に向けて～

市川 光太郎（北九州市立八幡病院小児救急センター）

I. 小児救急医療現場での突然死の現状

小児救急現場での突然死は、多くは来院時心肺機能停止症例（CPAOA；Cardio-Pulmonary Arrest On Arrival）であるが、全国救命救急センターでの調査（2008年日本救急医学会小児救急特別委員会調査）では、成人のCPAOAと比し、2.3%、約1/50と圧倒的に少ない。実際に平成26年6月から1年間行った福岡県の重篤小児・死亡児例の全県調査では、重篤小児の発生率は子ども人口1,000人につき約1人、死亡児例は子ども人口10,000人につき約1人であった（表1）。このように、成人と比し数は少ないが、突然死は一定の数で存在し、「予防し得る突然死」も少なくないと推定されている。

一方、子どもの年齢層での死因順位では10年前に比し、不慮の事故死は減少して、平成26年度で596名であったが、相変わらず各年齢層で上位を占めている。これら事故死とされた中に、虐待死などが紛れ込んでいる可能性は少なからずあると予想されている（表2）。

少子化時代に入り、全員貴重児と思われるような対応も珍しくないが、実際には子どもの突然死が簡単な臨床診断や対応で処理されていることが少なくない。いずれにせよ、疾病に基づく突然死も存在しないことはないが、不慮の事故、虐待による突然死が多いのが小児救急現場の現状である。あるいは事故なのか、虐待なのか、医学的に鑑別が付かない症例も少なくない。

II. 小児救急現場での突然死の問題点

実際にCPAOAの数は少ないため、搬入を受ける医療側もある意味で慣れていない、経験不足の一面が

あり、蘇生を含めた医療そのもので精一杯の状況となることが多いのが現実である。一定の規模の施設であれば、それなりのスタッフが対応でき、蘇生チームと家族対応のチームに分けられ、グリーフケアまで対応可能である。しかし、そうでない施設では、蘇生だけに終始する可能性がある。そういう意味では突然死に陥ったプロセスの情報収集・究明が疎かになったまま、

表1 福岡県死亡児例の検討
～重篤小児患者状況調査より～
（平成26年6月1日～平成27年5月31日）

○重篤小児患者：719例／年	
重篤小児患者数／福岡県の小児人口	
=719/731,551=0.000983	
発生率：0.98人／1,000人／年	
○死亡例：81例／年	
小児死亡数／福岡県の小児人口	
=81/731,551=0.0001107	
発生率：0.11人／1,000人／年	

表2 小児の死因順位 平成28年度（2016年）

596名					
	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
0歳	先天奇形 (653)	呼吸障害 (281)	SIDS (109)	不慮の事故 (73)	出血性障害 (68)
1～4歳	先天奇形 (147)	不慮の事故 (84)	悪性新生物 (59)	心疾患 (40)	肺炎 (34)
5～9歳	悪性新生物 (84)	不慮の事故 (68)	先天奇形 など (31)	肺炎 (19)	その他の 新生物 心疾患 (16)
10～14歳	悪性新生物 (95)	自殺 (70)	不慮の事故 (66)	先天奇形 (27)	心疾患 (19)
15～19歳	自殺 (429)	不慮の事故 (305)	悪性新生物 (120)	心疾患 (45)	先天奇形 など (26)

北九州市立八幡病院小児救急センター

表3 突然死の現場での問題点

- ・蘇生医療中心で突然死のプロセス分析が疎かになりやすい
- ・検視官主体の小児突然死の死後対応で臨床医の意見が反映されない
- ・現場検証が行われないわが国の小児突然死
- ・解剖なしの臨床診断対応が主の小児突然死
- ・診断基準が一定しない法医・病理解剖診断
- ・社会医学的判断が総合的に行われない児童虐待（疑い）例の存在

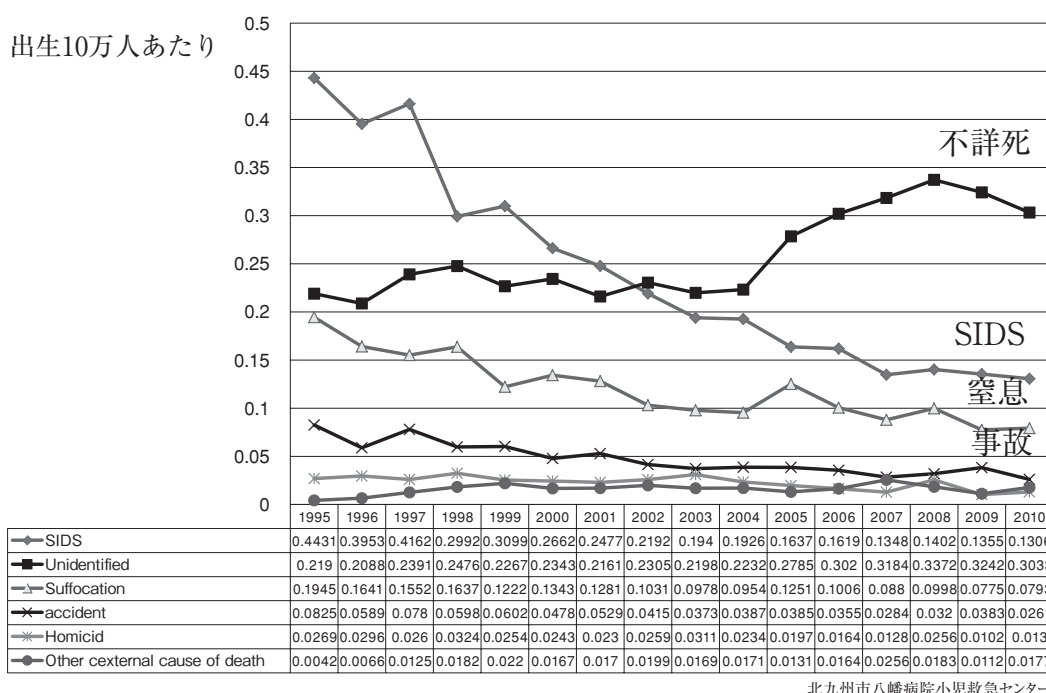
北九州市立八幡病院小児救急センター

死亡宣告をするという一面が出てしまうという問題があるが、これだけは絶対に回避しなければいけない。

医療側が蘇生不可能と判断し死亡宣告を行ってからの問題点も多数経験される。現在は、突然死症例はほぼ全例が検視を受けると思われるが、その際に、検死官主体の死後対応であり、医療側の意見はあまり重視されないという問題が残る。そこには一定の大きさの施設において、警察医は参画することなく搬入受け入れ施設の担当医が警察医を兼ねていることが多いという事実がある。つまり、警察医がいなくて臨床医が警察医の代わりを担うために、検視官の考えが強く反映されやすいと言える。いずれにせよ、検視においても家族からの事情聴取のみであり、死亡の現場検証は殆ど行われないことも問題である。また、病理解剖も司法解剖もなかなか許可が得られないことが多く、実際に解剖を得るための家族への丁寧、かつゆくりと

した説明等の時間が現実的に取れないという一面もある。また、たとえ、解剖が行われても全国均一の小児突然死の解剖基準・方法・検査範囲が存在しないため、その結果は執刀医や法医学教室等に委ねられていることが多く、ある意味では真の死因究明にはほど遠い状況さえ起こっている現状である。この点は、児童虐待の診断においても臨床医学的に強く虐待が疑われても、その証明が難しいこともあるが、総合的な社会医学的診断が行われていないという問題がある（表3）。さらに、父親不詳、妊婦検診未受診、母子健康手帳未発行の早期乳児が母親の感情で殺されているケースもあり、このような社会制度にさえ、乗せられない、あるいはそれを拒む症例も実在し、貴重な子どもの命が「もの」のように扱われている事実もある¹⁾。このような症例も徹底的にCDR（Child death review）を行うことで、生まれながらにして不幸な幼い命も社会還元されていくと思われる。

2012年の厚生労働省研究班の提案で乳幼児突然死症候群（Sudden infant death syndrome：SIDS）は解剖していない症例はSIDSと診断せず、「不詳死」とすることの決定もあり、乳児の突然死は近年、不詳死と区分される症例が増えていることも、ある意味では死因究明が社会的に十分に行われていないということを物語っている（図1）^{2,3)}。



北九州市立八幡病院小児救急センター

図1 乳児の突然死死亡率の年次推移



図2 価値観の多様性も死因となる

Ⅲ. 小児突然死の新たな問題点

真の小児突然死の死因究明から乖離している小児救急現場の現状であるが、これに加えて新たに、価値観の多様性という新しい問題が派生している。それはいわゆる宗教であり、医療を受けさせないという西洋医学自体を嫌う宗教団体であり、祈りで治すという考えである。このような新興宗教により、多くの犠牲者が出ている。これらの死因は医療ネグレクト¹⁾となるのだが、法的罰則の対象にならないために、子どもたちが死に直結している(図2)。これらの問題を社会に訴え、子どもの健全養育を啓発しないといけないが、その意味でもCDR体制は不可欠である。米国でも祈祷療法の犠牲となる子どもが多いと話題となっていて、1975年から20年間で宗教上の理由で医療拒否をして死亡した172例を分析し、140例は90%以上救命できていたとの報告があり、米国でも法的罰則がないとされている⁴⁾。いろいろな価値観の多様性が存在し、それが子どもの命にまで影響を与える時代となっている。子どもが幼い間は、養護者の価値観の多様性はあっても、社会全体でそれを受容したうえで、健全養育を行う仕組みが必要であるし、その一環としてCDR体制が必要であろう。

Ⅳ. CDR体制構築に向けて小児救急医に求められること

小児救急医として、突然死に対して、安易な臨床診断を行わないことに尽きる一面が、現在の問題点として存在する。この問題点の前に、チーム医療に徹して、あらゆる情報を収集して死因特定につなげる努力が必

表4 小児救急医・医療者に求められること

- ①チーム医療に徹して、あらゆる情報を収集して死因特定につなげること
- ②可能な限りの検査を行い、死因特定につなげること
- ③成人ER医へのCDRの必要性の啓発活動を行うこと
- ④死因の医学的診断精度を高めて、検視官への協力・連携を惜しまないこと
- ⑤地域警察・検察、法医学教室との連携強化のイニシアティブを小児救急医療関係者が行うこと
- ⑥乳幼児突然死症例の対応の全国均一化、解剖検査の全国均一化、解剖結果の共有とデータベース化への活動を小児救急医療関係者が行うこと、等が挙げられる

北九州市立八幡病院小児救急センター

要である。最後まで、疑問点は検視官に伝えて、より精度の高い検視をしていただくことが必要である。さらに、状況が許される限り司法解剖に立ち会って、警察医・法医・執刀医との議論を行うように努める必要がある。このことが、小児(特に乳幼児)解剖検査の全国均一化につながるであろうし、解剖結果の共有にもつながって行くであろう。いずれにせよ、日頃から警察医・法医と関係性を確立し、死因究明の連携をとる努力を小児救急医が自ら行うべきである。多くの課題があるが、何とか、貴重な子どもたちの命が無駄に終わらないように、社会に還元され、次世代の子どもたち、養育環境に活用されるような分析・解析のアウトカムを創っていくべきである(表4)。

Ⅴ. CDR体制の必要性

実際の現場での必要性については、「小児救急現場での突然死の問題点」の項でも述べてきたが、明らかに殺人としか考えられない症例でさえも、いわゆる刑事告発が難しいという理由で放置されている。子どもは死んだという結果があるにもかかわらずである。一律の法規ではなく、子どもの突然死に関しては、刑事告発の基本的規則を変えてでもその真の死因を究明すべきである。冤罪を作れという意味ではないが、一律の法律では子どもの死因は「闇に葬られる」症例が減らないであろう。例えば、年間600名もの事故死が報告されているが、明らかに事故死であっても、何故、それが起こったのか? 今後、同じ事故を起こさないためには何をすべきかを分析することがCDRであり、この必要性はとても高いと考えられる⁵⁾。

CDR体制を構築するには、小児救急医だけではできないことも明白であり、関係機関との連携協力は不可欠であり、何とか、少子化時代の貴重な子どもたち

の命を守り,そして,予防し得る突然死を減らし,かつ,かけがえのない命を社会に還元できるような CDR 体制にすべきである。このためにも社会的にその必要性を啓発していかねばならない。

VI. 最 後 に

小児救急現場では「予防し得る小児突然死」と考えられる症例が少なくない。このような症例を減らすためには CDR 体制の構築が不可欠であり,子どもの命を守る社会作りが必要であろう。これらの社会的認識のうえで,この CDR が保険診療行為の一環として義務づけられることが望まれる。できるだけ早くこの体制を構築するためにも小児救急医は子どもの大切な命が社会に還元されることなく闇に葬り去られている現実が存在することをもっと社会に啓発すべきである。

文 献

- 1) 市川光太郎. 診療科でみる虐待の特徴～救命救急科一発見にいたる症状一. 小児内科 2016; 48: 190-195.
- 2) 市川光太郎. SIDS. 遠藤文夫総編集. 最新ガイドライン準拠「小児科一診断・治療指針」. 改訂第2版. 東京: 中山書店, 2017: 272-276.
- 3) 市川光太郎. SIDS/ALTE. 五十嵐 隆編. 小児科診療ガイドライン. 第3版. 東京: 総合医学社, 2016: 45-47.
- 4) Seth M Asser, et al. Child Fatalities From Religion-motivated Medical Neglect. Pediatrics 1998; 101: 625-629.
- 5) 市川光太郎. 救急医療現場での子どもの事故への取り組み. 小児保健研究 2015; 74: 848-851.