

201001041A

厚生労働科学研究費補助金

(平成22年度政策科学総合研究事業)

「我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究」

平成22年度
総括・分担研究報告書

研究代表者 小林美智子

平成23年(2011)3月

厚生労働科学研究費補助金

(平成22年度政策科学総合研究事業)

「我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究」

平成22年度
総括・分担研究報告書

研究代表者 小林美智子

平成23年（2011）3月

目 次

I 総括研究報告書

- 我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究…………… 3
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

II 分担研究報告書

- 米国におけるChild Death Reviewの現状と成果 …………… 9
分担研究者 森 臨太郎 東京大学 国際保健政策学
米本 直裕 国立精神・神経医療研究センター
- 英国におけるチャイルド・デス・レビュー –CEMACHのパイロット研究 …………… 14
分担研究者 米本 直裕 国立精神・神経医療研究センター
- 子どもの虐待死と自殺に関する医学的検証の在り方に関する研究…………… 17
分担研究者 奥山真紀子 国立成育医療研究センター
- 虐待死亡事例における保護者の心理社会的特徴の分析…………… 24
分担研究者 西澤 哲 山梨県立大学
- 法医学からみた子どもの死亡と我が国の課題…………… 37
分担研究者 佐藤 喜宣 杏林大学医学部法医学教室
- 小児の死亡登録ソフトウェアの実用化に向けての検討…………… 41
研究分担者 山中 龍宏 産業技術総合研究所デジタルヒューマン工学研究センター
傷害予防工学研究チーム、緑園こどもクリニック
- 児童の虐待死に関する文献研究…………… 50
分担研究者 小林美智子 大阪府立母子保健総合医療センター
- 保健センターにおけるチャイルド・デス・レビュー試行の事前調査…………… 130
分担研究者 小林美智子 大阪府立母子保健総合医療センター

Ⅲ 添付資料

CHILD DEATH REVIEWの為のプログラムマニュアル

(NATIONAL CENTER FOR CHILD DEATH REVIEW) 165

訳 奥山真紀子・溝口史剛・山田不二子

Ⅳ 公開シンポジウム

ひとりの死から学び、多くの子どもを守るには

－子どもの「予防できる死」をなくすことは、その背景を知ることから始まる－ 333

厚生労働科学研究費補助金（平成 22 年度政策科学総合研究事業）
我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究

総括研究報告書

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 眞紀子、西澤 哲、佐藤 喜宣、山中 龍宏、米本 直裕
森 臨太郎

研究要旨

目的：わが国の乳児死亡率は世界一低率だが、幼児・学童死亡率はそうではない。諸外国では「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（Child Death Review、以下CDRと略す）を導入し、成果を上げている。わが国でもCDR制度を導入するために、欧米等のCDRについて調査し、我が国でのCDRの在り方検討する。今年度は、英国・米国・豪州の制度について分析するとともに、わが国の「予防できる子どもの死亡」の分析の実態を調査し、CDRを行うための課題について分析した。

結果と考察： CDRを実施している諸外国は、ひとりひとりの死について、医学的原因のみならずその背景や死に到る経緯や子どもの症状についての詳細な報告用紙を設けて収集し、多機関チームで分析し、毎年報告書を公表し、死亡を減らすための具体的提言を行い施策につなげている。その実施には多機関からの情報収集が必要なために法制定し、中心機関を設けている。わが国でも虐待死亡の検証が始まっておりその結果から具体的な施策が打ち出されている。しかし虐待死亡を減らすためには、暗数を含めた全容の解明が不可欠であり、表面化していない虐待死亡を把握するためには子どもの死亡全体の検証が必要である。その他の「予防できる死亡」である不慮の事故・自殺他殺・受診の遅れなどによる死亡を減らすにも多面的な分析が必要であるが、その分析に必要な情報は医療機関でも保健機関でも収集されておらず、その情報収集は一機関では困難で多機関からの収集が必要である。しかし、現行では個人情報保護などのために極めて困難である。また、より正確な医学的死因の分析には剖検を増やすことが必要であり、その他にも死亡をめぐる正確な詳細な実態を把握することを制度化する必要がある。

結論：諸外国で始まっているCDRは、予防できる子どもの死亡を減じるために様々な具体的な提言を行い、施策に反映させている。わが国でも幼児・学童死亡を減じるには、不慮の事故・自殺他殺などの病死以外の死亡を減じる策が必要である。また、その制度は乳児死亡に含まれる予防できる死亡を減じる策を見出すことにも繋がる。ただ、CDRは、医学的死因が中心になっている死亡票分析では不可能であり、ひとつひとつの死について分析に必要な情報を収集するとともに、事例を集積して分析する必要がある。また、医学的死因を正確に把握するためには剖検制度の充実も望まれる。これらを実現するには、法整備や制度構築などが必要である。

分担研究者

奥山眞紀子 国立成育医療研究センター こころの診療部・部長

西澤哲 山梨県立大学 人間福祉学部・教授

佐藤喜宣 杏林大学医学部法医学教室・教授

山中龍宏 産業技術総合研究所 デジタルヒューマン工学研究センター 傷害予防工学研究チーム、緑園こどもクリニック

米本直裕 国立精神・神経医療研究センター トランスレーショナルメディカルセンター・室長

森臨太郎 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学・准教授

A. 研究目的

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 (Child 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。わが国でもCDR制度を導入するために、欧米等のCDRについて、①各国の制度の詳細と各国間の相違点の調査・研究、②制度の背景にある社会的な側面の我が国との比較等の研究を行い、我が国でのCDRの在り方を示す。

今年度は、英国・米国・豪州の制度について分析するとともに、わが国の「予防できる子どもの死亡」の実態を分析し、CDRを行うための課題について分析した。

研究課題

1. 諸外国のCDRの実態と我が国の状況から我が国における在り方を全体として検討する(小林美智子)。

1) 児童の虐待死に関するわが国の文献研究(小林・川崎二三彦)、

2. 米国、英国、豪州等のCDRの調査を行い、主催団体、経営面、必要な情報、チームメンバー、

実際の検証の在り方、報告の方法、施策等への反映状況などに関して調査を行い、その比較を行う。さらに、わが国の実情にあうCDRのあり方を検討する。

1) 子どもの虐待死と自殺に関する医学的検証のあり方に関する研究(奥山眞紀子)、2) 虐待死の心理社会的な検証について(西澤哲)、3) 法医学から見たチャイルド・デス・レビューについて(佐藤喜宣)、4) 子どもの不慮の事故予防からみたチャイルド・デス・レビューについて(山中龍宏)、5) チャイルド・デス・レビューのデータベース構築のあり方について(米本直裕)

3. 我が国の幾つかの地域や機関の子どもの死亡の数、死因、亡くなる場所などの実態に関する予備調査をし、どの程度の広さの地域・どの領域の機関であれば試行が可能かを検討する。

1) 我が国でのフィールドを構築して試行を試みる(森臨太郎)、2) 保健機関のチャイルド・デス・レビューの可能性について(小林・平山哲)

B. 研究方法

実施期間：2010年4月～2011年3月

実施方法：

諸外国の実態については、インターネットや文献からの検討を、今年度は米国・英国・豪州について、奥山、西澤、森、米本、山中がそれぞれの側面から行った。さらに、現地を訪問して実態の詳細や課題について調べるとともに関係者へのヒアリングを、今年度は米国(奥山、西澤)・英国(米本)について行った。そして、米国のCDRマニュアル(奥山)や報告用紙の翻訳(奥山、山中)を行った。

我が国の実態から、我が国でCDR制度をつくる時の可能性と課題を検討するために、法医学の実態について「日本法医学課題調査委員会：被虐待児の法医解剖剖検例に関する報告」の検討を行い(佐藤)、1980年代までの文献から子殺し・虐待死・ネグレクト・嬰兒殺・新生児殺をキーワードとして検索し、「児童の虐待死に関する文献研究」し(小林・川崎)、厚生

労働省死亡検証事例から保護者の心理社会的特長の分析を行った（西澤）。

また、我が国での実施に向けて、一部の地域や領域で試行するための、実現可能性や課題を検討し始めた。CDR登録ソフトウェアの実用化に向けて、米国CDR報告用紙を改編したものを医療機関で試行した（山中）。特定地域での試行に向けて関係機関の準備を始め（森）、保健機関での可能性と課題を保健師にヒアリング調査した（平山・小林）。

また、わが国で子どもの死亡に出会う立場にありCDR制度設立を望む多領域の関係者が集い、海外状況やわが国の実情を共有して意見交換する公開シンポジウムを行った。

C. 結果

1. 米国における Child Death Review の現状と成果（森臨太郎）

米国における Child Death Review 開始から30年以上が経過した。Child Death Review とは、多様な分野からの専門家がチームを作り、死因に関する情報を系統的にレビューする制度である。しかし、実施方法や規模は実に様々である。この制度により、予防可能な死亡の特定や、死亡診断書のみでは明らかにされなかった本来の死因が明らかになったという事例が複数報告されている。調査から得られた知見は、法律や政策制定へと反映されてきている。日本における Child Death Review の試験的導入を目標とする上で、米国における Child Death Review の現状と成果について報告した。

2. 英国におけるチャイルド・デス・レビュー-CEMACHのパイロット研究-（米本直裕）

我が国におけるチャイルド・デス・レビューの導入に必要な要件を明確にするため、近年導入が進められた英国の事例を検討した。

The Centre for Maternal and Child Enquiries : CEMACH のチャイルド・デス・レビューに関する

パイロット研究を事例として取り上げ、文献調査及びCEMACHへの訪問、主催ワークショップへの参加、代表者及び関係者へのインタビューを行った。CEMACHのパイロット研究は匿名調査 Confidential Inquiry であり、遺族への接触は行っていない。地域ごとに数名の担当者が関係諸機関とのネットワークを構築し、さらに既存の複数のデータベースや情報源も利用していた。また、個人情報保護や研究倫理に関しての手続きや配慮が十分になされていた。継続的な全国展開には予算の確保が問題としてあげられていた。CEMACHのパイロット研究は、日本におけるCDRを導入するにあたって参考となる部分が多い。日本においても同様のパイロット研究が必要であることが示唆された。

3. 子どもの虐待死と自殺に関する医学的検証の在り方に関する研究（奥山真紀子）

日本において行われてきた厚生労働省の虐待死事例の検証に関して検討し、更に、海外、特にアメリカのCDRに関して検討して比較を行い、日本で予防できる子どもの死を出来るだけ少なくするための制度の在り方を提案することを目的とした。

2003年より始まった厚生労働省の虐待死に関する検証は明らかな虐待死を対象として、虐待死を防ぐ方法を見出すことが目標とされていた。対象はその範囲を徹底することで初期には増加したが、現在は概ね年間120事例が検証の対象となっている。その約半数は無理心中死であり、無理心中とそれ以外の虐待死では、死亡原因の違いは少しであったが、生前のリスク要因がかなり異なっていた。また、検証結果は国の制度の変更や施策に生かされていた。しかし、虐待死であっても事故死や病死として処理されている暗数があることが問題点であった。一方、アメリカのCDRは虐待死を明らかにすることが目的とされており、実際、虐待死の発見は増加していた。

アメリカのCDRの制度は虐待死を始めとする予防できる死を見逃さないこと、その推移を明らかにすること、死亡時から見た予防への示唆を得ることなどが利点であり、日本の虐待死の検証は対象に限界があるものの、虐待死を防ぐためにどのような支援が必要であったのか、制度や支援技術の面から明らかにしていた。今後、日本では、CDRの制度を取り入れることで暗数を少なくすると同時に、日本での虐待死検証の利点を生かして、総合的な制度を構築することが望まれるため、その案を提示した。

4. 虐待死亡事例における保護者の心理社会的特徴の分析（西澤哲）

本研究では、子どもの死亡事例における虐待死亡事例の的確な把握に資することを目的として、2003年以降に厚生労働省が公表している6回の虐待死亡事例に関する報告書を再検討した。その結果、虐待死亡事例では、0歳代の死亡がもっとも多く、また、4歳以下の死亡が多いことが分かった。虐待死亡事例では、頭部外傷での死亡が多く、これには親の衝動性や怒りのコントロール不全が関与している可能性が示唆された。死亡した子どもの妊娠期や周産期の問題として、「望まない計画していない妊娠」、「母子健康手帳の未発行」、「妊婦検診の未受診」という特徴が見られた。これらは、母親の妊娠葛藤や胎児ネグレクトに関連していると考えられる。また、虐待死亡事例では、乳幼児健診、特に4～6カ月健診および1歳6カ月健診が未受診であることが多いという可能性が示唆された。これは、乳幼児の発達成長に関する養育者の無関心の反映であると考えられた。虐待死亡事例の母親の心理・精神的問題として、「育児不安」や「養育能力の問題」が顕著であり、また、「衝動性や怒りのコントロール不全などの「感情コントロールの問題」が見られた。さらに、虐待死亡事例では母親の対人関係パターン等に依存性という特徴が見られていた。なお、今回の研究ではアルコール依

存や薬物依存といった依存性障害に関しては事例数が少なかったため、虐待死亡事例との関連は明らかにならなかった。今後、養育者の病的依存性と虐待死との関連について検討する必要がある。虐待死亡事例の父親の心理・精神的特徴として、衝動性の問題や怒りのコントロールの欠如が見られた。

5. 法医学からみた子どもの死亡と我が国の課題（佐藤喜宣）

子どもの虐待による死亡の背景と死に至る経緯を詳らかにするため、日本法医学会課題調査委員会がまとめた「被虐待児の法医学解剖剖検例に関する報告」平成12年（2000年）～平成18年（2006年）の7年間について検討した。統計から子ども虐待死亡例は年約55例であって、前回調査（1990～1999年）と比較して、ほとんど増減はない。死亡する年齢別割合は1才未満が最も多く、25例中に6カ月未満14例を含んでいる。虐待の主導的加害者は過半を父の親が占めている。異変後の対応として、82.5%が病院に搬送されているが、病院側に虐待を見抜く技量が無ければ病死として処理されてしまう可能性がある。脳死と臓器移植が注目されている現在、虐待例の発見と異状死体取り扱いの徹底が必要である。

6. 小児の死亡登録ソフトウェアの実用化に向けての検討（山中龍宏）

CDRを導入するために専用の情報入力ソフトウェアを開発した。このソフトウェアを用いて、医療機関の病歴から情報入力を試みたが、入力できない項目（空欄）が数多くみられた。死亡の状況について情報を整備するためには、いろいろな機関が集まって情報を共有する多機関の連携システムが必要であることがわかった。CDRの確立のためには「多機関連携」がキーワードであり、地域で実際に取り組んでみる必要がある。

7. 児童の虐待死に関する文献研究 (小林美智子、川崎二三)

わが国における虐待死に関する先行研究を俯瞰し、今後のCDRに貢献するため、文献を収集した上で、以下の6つに分類して文献研究を行った。すなわち、1. 実態調査および統計的研究 2. 母親による実子殺に関する研究 3. 医学・法医学分野における研究 4. 新生児殺に関する研究 5. 近年新たに課題とされている問題 6. 関係諸機関をめぐる論考 以上である。その結果、長年にわたって多分野での研究が行われていること、それらを生かすことが今後の虐待死を防ぐ道であることが明らかになった。

8. 保健センターにおけるチャイルド・デス・レビュー試行の事前調査 (小林美智子、平山哲)

欧米諸国におけるCDRは様々な様式で実施されており、わが国においてもその必要性は明らかである。しかし、そのシステムとして考案するにあたり現在法整備されていない手続きが必要になることから、子どもの死亡事例に関わることのある地方自治体関係者へのインタビューを行いその実施の問題を明らかにした。地方自治体において子どもの死亡はなんらかのケースとして把握していても把握している項目には限りがあり、特に司法・医療情報においては皆無であった。また、把握している事項内容によっては想定外のものもあり、統計利用を想定するためには新たな手続きを構築することが必要であると考えられた。

9. 公開シンポジウム

関係者と、海外状況とわが国の実情を共有し意見交換するために、公開シンポジウム「ひとりの死から学び、多くの子どもを守るには一子どもの「予防できる死」をなくすことは、その背景を知ることから始まる」、テーマ「ひとりの子どもの死から最大限に学ぶ社会をつくる」を、2010年12月23日東京慈恵会医科大

学講堂で行った。本研究班分担研究者から海外の実態やわが国の実情について報告し、参加者を含めての意見交換を行った。関係者の関心は大きく、200人近い参加申し込みがあり、会場の都合で断り、114人の参加で行った。参加者は多分野におよび、医療39人、保健27人、福祉25人、教育3人、行政担当7人、司法3人、その他10人(マスコミ、国会関係者を含む)であった。意見交換では、わが国では子どもの死亡の詳細実態が分からないために予防策を検討できない状況にありCDRが必要であることには疑問の余地はないこと、しかし情報収集には個人情報保護等の壁があり法制定が必要であろうということ、関係者が子どもの死に出会ったときには詳細な情報を把握するようにする制度をつくる必要があること、子どもの死亡については剖検制度をつくる必要があること、残された家族へのこころのケアと不可分であること、などの貴重な意見があった。また、CDRの情報収集と分析報告を担う機関については、自機関を上げるものは少なく研究機関を新たに創る必要があるとの意見が多かった。

D. 考察

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る。だが子どもの死亡を防ぐ対策を講じるに必要な、死亡実態分析ができていない。虐待死亡については2004年度から死亡検証が始まっており、大きな成果をあげている。しかし、虐待死亡の全容を把握分析しているとは言いがたく、その理由は ①おきている虐待死亡の全数を把握しきれないこと、②死亡を把握して検証するにも収集できる情報に限界があること、③子どもの死亡を検証することに専門職が専門性を持っていないことなどである。虐待死亡以外については虐待死亡以上に、その家族や生活や育児背景や、死に至る直接の経緯や、子どもの死の詳細についてや、関係機関関

与についてわかっていないことが多く、ましてや死亡を予防可能性についての検証は行われていない。

諸外国のCDRは、虐待死亡から始まったが、今では対象が広がり、他の予期せぬ死亡や、国によっては全死亡に広げている。その共通する方法としては、子どもの死亡について、①一人一人の詳細な情報について、報告用紙を設けて多機関から収集し、②統計分析を毎年公表し、③一部の事例については多機関多職種ของทีมで詳細分析を行い、④それらから予防できる子どもの死亡の具体的な予防策を見出して、その結果を施策に反映している。⑤どの国でもこれを実施するための法制定をし、⑥実施主体は国（国が設けた機関）や州など様々だが、情報収集し分析し関係者に教育する中心機関を新設して、地域を網羅するネットワーク組織を作り、それらを担う専門従事者を置いている。⑦その分析結果から、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・再発予防策や、不慮の事故を減らす策や、子どもの自殺予防策や、医療施策の改善策などについて、具体的に多々提唱している。

一方わが国では、子どもの死亡の全体把握は医師が書く死亡診断書をもとにする死亡届以外にない。死亡診断書の医学的死因記載にも多くの疑義が従来からいわれており、わが国では剖検も少ないために、その分析だけでは医学的死因さえも不十分と言われている。幼児・学童死亡の死因の1位である不慮の事故については、予防策を講じるには、もっと詳細な子どもの症状・現場の詳細な検証情報・生活実態などの情報が必要であるが、現状ではその情報収集は医療現場だけで情報収集することは不可能である。また虐待死については、虐待が背景にある死亡に気づかれていないものがまだまだあるのは必須で、虐待死の全容を把握するには

子どもの全死亡の分析から背景の虐待の有無を分析することが不可欠である。また、虐待がおきた保護者の背景や生活実態や親子関係の経緯や、死に至った直接の状況、関係機関の家族や子どもへの関与歴や内容などの分析も不可欠である。医療のあり方については昨年の厚生労働科学研究藤村正哲班が子どもの死亡票分析から小児医療の地域システム化への提言がなされたが、英国ではCDRから様々な詳細な医療のあり方への提言がなされている。

以上を見ても、わが国でもCDRを行う必要があるのは明白であり、わが国でのCDRあり方を見つけ、実現に向けての課題を整理する必要がある。

E. 結論

諸外国で始まっているCDRは、予防できる子どもの死亡を減じるために様々な具体的な提言を行い、施策に反映させている。わが国でも幼児・学童死亡を減じるには、不慮の事故・自殺他殺などの病死以外の死亡を減じる策が必要である。また、その制度は乳児死亡に含まれる予防できる死亡を減じる策を見出すことにも繋がる。ただ、CDRは、医学的死因が中心になっている死亡票分析では不可能であり、ひとつひとつの死について分析に必要な情報を収集するとともに、事例を集積して分析する必要がある。また、医学的死因を正確に把握するためには剖検制度の充実も望まれる。これらを実現するには、法整備や制度構築などが必要である。

次年度はさらに、諸外国の詳細を調べ、わが国での可能性と限界について調査を進めたい。

厚生労働科学研究費補助金（平成 22 年度政策科学総合研究事業）

我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究

分担研究報告書

「米国における Child Death Review の現状と成果」

分担研究者 森 臨太郎 東京大学 国際保健政策学

分担研究者 米本 直裕 国立精神・神経医療研究センター

研究協力者 林 真澄美 東京大学

研究要旨

米国における Child Death Review 開始から 30 年以上が経過した。Child Death Review とは、多様な分野からの専門家がチームを作り、死因に関する情報を系統的にレビューする制度である。しかし、実施方法や規模は実に様々である。この制度により、予防可能な死亡の特定や、死亡診断書のみでは明らかにされなかった本来の死因が明らかになったという事例が複数報告されている。調査から得られた知見は、法律や政策制定へと反映されてきている。日本における Child Death Review の試験的導入を目標とする上で、米国における Child Death Review の現状と成果について報告する。

A. 目的

日本小児科医学会は、日本における Child Death [Fatality] Review（以下 CDR）の必要性を強調し、制度構築に積極的に取り組む姿勢を示している（日本小児科学会ホームページ, 2011. 2）。本稿は、日本における CDR の導入を念頭に置き、先行する米国の CDR の現状を把握し、その概要及び特徴とその成果について報告する。

B. 方法

文献調査と、必要に応じて関連機関代表者への問い合わせを実施した。

C. 結果

1. 米国における CDR の導入

CDR とは、様々な関連機関（例：児童保護、警察など）から収集された情報を

もとに多職種且つ多組織からの専門家が中心となり、系統的に死因調査を行う方法である。この方法により、死亡診断書のみでは明らかにならなかった本来の死因特定に繋がることが先行研究で明かにされている（Schnitzer, 2008; Ewigman *et al.*, 1993）。元々は虐待死の認知数増加を受けて開始に至ったが、*CDC Healthy People 2010* (USDHHS, 2010)では、17 歳以下の外因死全ての調査を目標として掲げていることから伺えるように、現在では虐待のみならず、全ての死因の調査を実施する州や国も多い。

Michael Durfee らの働きかけにより開始された CDR は、米国で 1990 年代に広がり、さらに他国においても導入が進んでいる（表 1）。1999 年には *American Academy of Pediatrics* が CDR による系統的な子どもの死因調査を推進し

(Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Community Health Services, 1999)、さらに *Policy statement-child fatality review* (2010) において、CDR の発展をサポートすることが明言され、その重要性が再度強調された(Christian *et al.*, 2010)。

表 1

CDR 開始時期	
～1990	米国 (9 州)
1991-1995	米国 (24 州), 豪州 (2 州)
1996-2000	米国 (15 州), カナダ(ブリ ティッシュコロンビア)
2001～	米国(2 州), 豪州 (3 州), ニュージーランド, イング ランド, 香港 (pilot project)

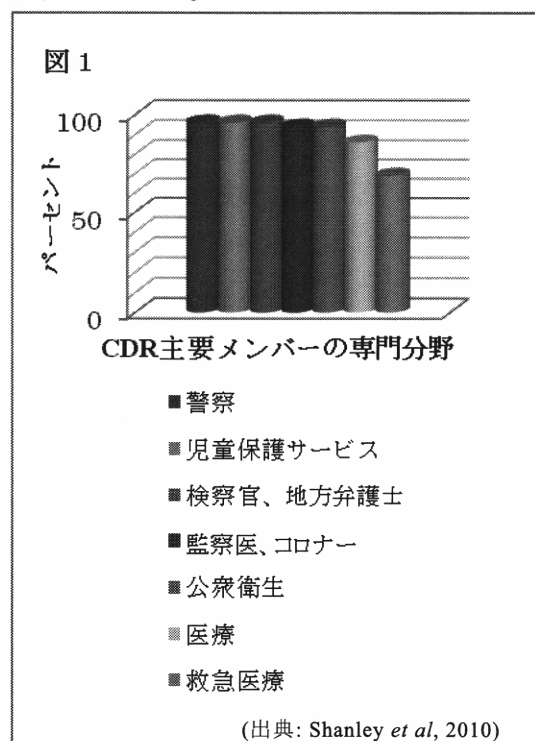
(出典: Shanley *et al.*, 2010; Frederick, 2007; DCSF, 2010.; Social Welfare Department; Child and Youth Mortality Review Committee; Taylor, 2006)

2. 米国での CDR の現状

CDR はその規模から手順に至るまで様々である。例えば米国では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る。

Shanley *et al.* (2010) は、米国全土で CDR の実際の運用において、どのような死亡が調査対象となるのか、CDR チームを構成するメンバー、情報収集や報告書での評価などを調査した。これによれば、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た。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た(図 1)。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た。

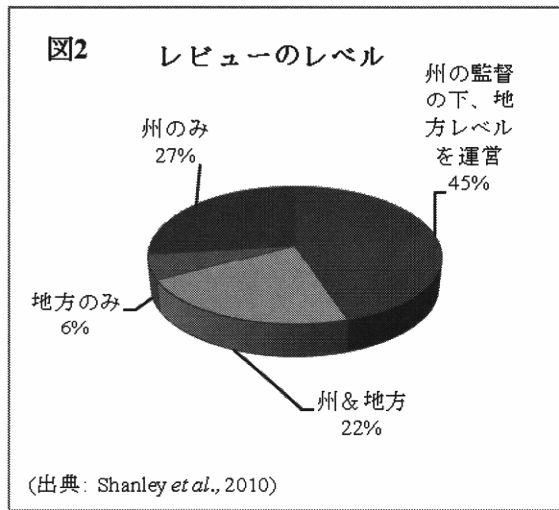


CDR 統括組織としては、州と地域の双方が存在する場合は 45% を占めた (図 2)。この場合、実際の調査は地域レベルの CDR 組織が行い、統括は州レベルが遂行するといった役割分担を行っている場合が一般的である。米国 National Center によれば、カリフォルニア州では、現在、州レベルのチームは予算難により活動停止となっているが、地域レベルは活動を継続している。

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 (Shanley *et al.*, 2010)。

3. 米国での CDR の成果

米国での CDR の成果、実際にどのようなかたちで成果を上げているかを述べる。



3. 1. 死因の詳細解明と政策への反映

アリゾナ州における 1995-99 年の調査対象となった死亡のうち、29% (1416/4806) が予防可能な死亡 (preventable death) として報告された。さらに、虐待死であるにもかかわらず死亡診断書において事故死や自然死として処理されていた事例が 67 件中 5 件認められた (Rimza *et al.*, 2002)。また、Crume *et al.* (2002) は 1990-98 年の CDR チームが集めたデータと人口動態統計調査を比較し、半数以上の虐待死が死亡診断書では明らかになっていないことを報告している。

また CDR は、政策などの成立に貢献している。例としては、溺死による死亡検証の結果として、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) や、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た (Moreira, 2003)。

Douglas&Conningham(2008)は、2002-07年の米国の CDR の報告書のうち、虐待に関する内容を含んでいた州レベルの報告書 (N=29) を分析し、提言例を整理した。図 3 にその提言例を示す。

図 3 : 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)

3. 2. CDR の評価

米国ジョージア州の 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た。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)。

D. 考察

米国において、各 CDR チームはそれぞれの方法で死亡調査を実施し、そこから学び得た教訓を政策提言や立法化へと反映してきた。一方で、ジョージア州が行った CDR の評価では、より効果的な方法として実施するために、戦略の構築が非常に重要であると述べられている。この報告では 5 年間の CDR について検討されたが、さらに多地域及び長期的な成果の検討が必要であると思われる。

E. 結論

米国における CDR は長年の試行錯誤の末、変遷を重ね構築してきた。日本では、2004 年から虐待死亡を対象とした検証が行われ、計 6 回の報告書が提出されている(厚生労働省, 2010)。しかし、調査対象に本来調査対象とされるべき対象が全て含まれていない可能性がある。また、多職種によるチーム、系統的なレビュー方法、系統的かつ網羅的な情報収集、データ集積方法、遺族ケアや倫理的問題等、チャイルド・デス・レビューの制度構築には多くの課題が残されている。これらの現状を踏まえ、米国の CDR の多様な実践例から学べることは多く、今後の取り組みが期待される。

F. 研究発表

なし

(参考文献)

Axford, N. and Bullock, R. (2005) *Child death and significant case reviews; international approaches*. Edunburgh: Scottish Executive Education Department.

Christian, C. W., Sege, R. D., The Committee on Child Abuse and Neglect, The Committee on Injury, Violence, and Proision Prevention and The Council on Community Pediatrics. (2010). Policy statement-Child Fatality Review. *Pediatrics*, 126(3), 592-596.

Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Community Health Services (1999). Investigation and review of unexpected infant and child

deaths. *Pediatrics*, 104(5 PART 1), 1158-1160.

Crume, T. L., DiGuseppi, C., Byers, T., Sirotnak, A. P., & Garrett, C. J. (2002). Underascertainment of child maltreatment fatalities by death certificates, 1990-1998. *Pediatrics*, 110(2).

DCSF (2010). Working together to safeguard children: guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children. HM Government.

Douglas, E. M. and Conningham, J. M. (2008). Recommendations from child fatality review teams: results of a US nationwide exploratory study concerning maltreatment fatalities and social service delivery. *Child Abuse Review*, 17, 331-351.

Ewigman, B., Kivlahan, C., and Land, G. (1993). The Missouri Child Fatality Study - underreporting of maltreatment fatalities among children younger than 5 years of age, 1983 through 1986. *Pediatrics*, 91(2), 330-337.

Kellermann, A. L., Thomas, W., Henry, G., Wald, M., Fajman, N., N, & J, C. (1999). The best intentions: an evaluation of the child fatality review process in Georgia. [Available at <http://www.childdeathreview.org/reports/Georgia%20Child%20Fatality%20Review.htm>]

Luallen, J. J., Rochat, R. W., Smith, S. M., O'Neil, J., Rogers, M. Y., and Bolen, J. C. (1998). Child fatality review in Georgia: A young system demonstrates its potential for identifying preventable childhood deaths. *Southern Medical Journal*, 91(5), 414-419.

Moreira, N. (2006). Infant deaths spur co-sleeping warning: doctors urged to relay dangers. *Boston Globe*.

Rimsza, M. E. (1999). Can drowning in swimming pools be prevented? *Pediatrics*, 103(4), 855-856.

Rimsza, M. E., Schackner, R. A., Bowen, K. A., and Marshall, W. (2002). Can child deaths be prevented? The Arizona Child Fatality Review Program experience. *Pediatrics*, 110(1).

Schnitzer, P. G., Covington, T. M., Wirtz, S. J., Verhoek-Oftedahl, W., and Palusci, V. J. (2008). Public health surveillance of fatal child maltreatment: Analysis of 3 state programs. *American Journal of Public Health*, 98(2), 296-303.

Shanley, J., Risch, E., and Bonner, B. (2010). U.S. child death review

programs: assessing progress toward a standard review process. *Am J Prev Med*, 39(6), 522-528.

Taylor, W. (2006) Child death and critical injury review. BC Children and Youth Review.

USDHHS. (2010) Healthy people 2010 midcourse review.

Webster, R. A., Schnitzer, P. G., Jenny, C., Ewigman, B. G., and Alario, A. J. (2003). Child death review - the state of the nation. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(1), 58-64.

厚生労働省(2010). 子どもの虐待による死亡事例等の検証結果等について：社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会.

(ホームページ)

Child and Youth Mortality Review Committee

<http://www.cymrc.health.govt.nz/>
National Center

<http://www.childdeathreview.org/>
Social Welfare Department

<http://www.swd.gov.hk/sc/index/>
日本小児科学会 [2011.2]

<http://www.jpeds.or.jp/chairman-j.htm>

厚生労働科学研究費補助金（平成 22 年度政策科学総合研究事業）
我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究

分担研究報告書

英国におけるチャイルド・デス・レビュー - CEMACH のパイロット研究-

分担研究者 米本 直裕 国立精神・神経医療研究センター

研究要旨

目的：我が国におけるチャイルド・デス・レビューの導入に必要な要件を明確にするため、近年導入が進められた英国の事例を検討する。The Centre for Maternal and Child Enquiries : CEMACH のチャイルド・デス・レビューに関するパイロット研究を事例として取り上げる。

方法：文献調査及び CEMACH への訪問、主催ワークショップへの参加、代表者及び関係者へのインタビューを行った。

結果：CEMACH のパイロット研究は匿名調査 Confidential Inquiry であり、遺族への接触は行っていない。地域ごとに数名の担当者が関係諸機関とのネットワークを構築し、さらに既存の複数のデータベースや情報源も利用していた。また、個人情報保護や研究倫理に関しての手続きや配慮が十分になされていた。継続的な全国展開には予算の確保が問題としてあげられていた。

考察：CEMACH のパイロット研究は、日本におけるチャイルド・デス・レビューを導入するにあたって参考となる部分が多い。日本においても同様のパイロット研究が必要があることが示唆された。

結論：英国 CEMACH のチャイルド・デス・レビューに関するパイロット研究を検討した。本事例は日本におけるチャイルド・デス・レビューを導入する際のモデルとして有益な情報をもたらすものであった。

A. 研究目的

我が国におけるチャイルド・デス・レビューの導入に必要な要件を明確にするため、近年導入が進められた英国の事例を検討する。The Centre for Maternal and Child Enquiries : CEMACH のチャイルド・デス・レビューに関するパイロット研究 (Why children die?: a pilot study) を取り上げる。

B. 研究方法

インターネット及び医学関連雑誌データベースの検索により、文献調査を行った。さらに CEMACH への訪問、医療関係者向け研究フィードバックのための CEMACH 主催ワークショップへの

参加、代表者及び関係者へのインタビューを行った。

C. 結果

CEMACH のパイロット研究 Why children die?: a pilot study は、出生 28 日以降 18 歳未満までの全ての死亡例を対象に、英国 South West, North East, West Midlands, Wales, Northern Ireland の 5 地域で、2006 年 (1 年間) 行われた。957 名を最終登録した。死亡率は 1 万対 2.47 であった。このうち 126 名について多職種 Multidisciplinary なチームでのレビューを行った。分析により、年齢層、地域、人種、社会経済的要因で死亡数、死亡率に違いがあることが明らかになった。

またチームのレビューにより、予防可能性の要因 Avoidable Factors が提示された。チームはレビューにおいて予防可能性について 3 種類、1) 予防可能 Avoidable、2) 潜在的に予防可能 Potentially avoidable 3) 予防不可能 Unavoidable に分類した。1) は直接的なケア提供の失敗、潜在的・組織的・その他失敗、診療計画の失敗や不適切な管理、2) は高度なレベルの問題（例：政治的暴力、戦争、テロ、犯罪、他殺）、直接的・間接的な代理人がいない、内因性の要因（死亡率が高い先天疾患）、潜在的に介入可能な外因性の児の要因、妊娠前もしくは妊娠中の問題にさかのぼる要因、3) は潜在的に介入不可能な外因性の児の要因、致死的な要因が診断不可能であったこと、致死性疾患における緩和、で判断した。レビューを行った 126 名のうち 119 名は予防可能性を評価するために十分な情報が存在した。このうち 26% は予防可能な要因が存在した。また 43% で潜在的に予防可能な要因が存在した。レビューの結果、重篤な疾患への認識不足（病歴の確認や検査の問題、若手専門医の教育不足、非専門医によるケア、ガイドラインの不遵守）患者来院予定の不遵守の問題が抽出された。

CEMACH はパイロット研究の結果から、8 つの知見及び提言をあげている。

1. 実施のフィージビリティ：全国展開は可能。ただし関係諸機関の連携が必要。
2. 良好な実地診療：多くの事例では適切な診療が行われている。
3. 重篤な疾患への認識不足：小児診療の標準化、モニタリングシステム（早期警告スコア）、子供の精神健康問題の早期発見が必要。
4. 来院予約の不遵守と調整不足：フォローアップや関係機関の連携。
5. 死が迫った状況での認識と対応：病院や家庭でのターミナルケアの充実。
6. 子供の死に関する疫学研究のさらなる必要性：全国的な小児死亡の疫学的解析

（実施中）、全国的な死亡サーベイランス、レビューの拡張。

7. 子供の死の要因の複雑さ：77% は既往疾患が存在し、複雑なニーズがある。死因情報の精度向上
8. プライマリケアの役割：一般医の小児医療スキルの充実

パイロット研究でのデータ集積の実施体制は、各地域に最低 2 名の担当者を設置し、医療、福祉、学校、行政、警察等の関係諸機関と定期的にワークショップを行い、情報を収集するネットワーク基盤を構築していた。情報源としては病院の診療録データベース The General Practice Research Database、統計局が管理する死亡票に基づいた人口動態統計調査、行政、福祉、警察等の諸機関からの報告及びスタッフへのインタビュー、マスコミ等、複数の情報源を利用することで、地域のケースを全て網羅し、事前に決められたフォーマットに従い、情報を入手することが行われていた。調査は匿名調査 Confidential Inquiry であり、遺族への接触は行っていない。個人情報保護のため、匿名化した情報を Web システムで入力、データベース化を行い、中央の専門家が管理、解析していた。研究倫理の審査、人口動態統計調査、診療録データベースの利用許可は政府の中央倫理委員会での承認を得ていた。さらに情報管理体制について外部監査を得ていた。CEMACH は母体死亡、新生児死亡の調査で過去に実績がある。今回のパイロット研究でもこれらの調査での経験が生かされたという。さらに今後の継続的な全国規模での運用へ向けての問題として、多額の予算の確保が問題となっていた。

CEMACH 主催ワークショップでは、研究の概要、結果のフィードバックを行った後、グループごとに具体的な事例を提示し、その事例が予防可能であったかどうかの要因について議論し、対策への理解を深めていた。

D. 考察

CEMACHのパイロット研究は、日本におけるチャイルド・デス・レビューを導入するにあたって参考となる部分が多い。日本においても制度として導入する前の段階として、同様のパイロット研究が必要であり、実施可能性およびその効果について検討する必要があることが示唆された。

英国では本研究の他に、包括的でない、特定のケースに対するチャイルド・デス・レビュー、Serious Case Review が各地域単位で実施されているが、その有用性については問題も指摘されているようである。また地域によって、継続してチャイルド・デス・レビューを行っている。今後さらに調査を進める必要がある。

E. 結論

英国CEMACHのチャイルド・デス・レビューに関するパイロット研究を検討した。本事例は日本におけるチャイルド・デス・レビューを導入検討のモデルとして有益な情報をもたらすものであった。

F. 研究発表

なし

(参考文献)

Pearson GA, Ward-Platt M, Kelly D. How children die: classifying child deaths. Arch Dis Child. 2010 Jul 23.

Pearson GA, Ward-Platt M, Harnden A, Kelly D. Why children die: avoidable factors associated with child deaths. Arch Dis Child. 2010 Jun 8.

Harnden A, Mayon-White R, Mant D, Kelly D, Pearson G. Child deaths: confidential enquiry into the role and quality of UK primary care. Br J Gen Pract. 2009 Nov;59(568):819-24.

Sidebotham P, Pearson G. Responding to and

learning from childhood deaths. BMJ. 2009 Feb 23;338:b531.

Pearson, GA (Ed) Why children die: a pilot study 2006; England (North East, South West and West Midlands), Wales and Northern Ireland. London: CEMACH, 2008.

Sidebotham P, Fleming P. Unexpected Death in Childhood: A handbook for Practitioners. John Wiley & Sons, Ltd, 2007.

厚生労働科学研究費補助金（平成 22 年度政策科学総合研究事業）
我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究

分担研究報告書

子どもの虐待死と自殺に関する医学的検証の在り方に関する研究

分担研究者 奥山 眞紀子 国立成育医療研究センター
研究協力者 溝口 史剛 群馬大学小児科
山田 不二子 特定非営利活動法人子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク

研究要旨

目的：日本において行われてきた厚生労働省の虐待死事例の検証に関して検討し、更に、海外、特にアメリカの Child Death Review（以下 CDR）に関して検討して比較を行い、日本で予防できる子どもの死を出来るだけ少なくするための制度の在り方を提案することを目的とした。

結果：2003 年より始まった厚生労働省の虐待死に関する検証は明らかな虐待死を対象として、虐待死を防ぐ方法を見出すことが目標とされていた。対象はその範囲を徹底することで初期には増加したが、現在は概ね年間 120 事例が検証の対象となっている。その約半数は無理心中死であり、無理心中とそれ以外の虐待死では、死亡原因の違いは少しであったが、生前のリスク要因がかなり異なっていた。また、検証結果は国の制度の変更や施策に生かされていた。しかし、虐待死であっても事故死や病死として処理されている暗数があることが問題点であった。一方、アメリカの CDR は虐待死を明らかにすることが目的とされており、実際、虐待死の発見は増加していた。

考察：アメリカの CDR の制度は虐待死を始めとする予防できる死を見逃さないこと、その推移を明らかにすること、死亡時から見た予防への示唆を得ることなどが利点であり、日本の虐待死の検証は対象に限界があるものの、虐待死を防ぐためにどのような支援が必要であったのか、制度や支援技術の面から明らかにしていた。今後、日本では、CDR の制度を取り入れることで暗数を少なくすると同時に、日本での虐待死検証の利点を生かして、総合的な制度を構築することが望まれるため、その案を提示した。

結論：日本の虐待死検証とアメリカの CDR を比較検討し、日本での望まれる制度を提言した。

A. 研究目的

第一の目的は日本では厚生労働省社会保障審議会「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」において、平成16年より虐待死亡事例等の検証が行われ、毎年報告書が作成されてきた。その報告を纏めて、医学的な部分を中心に分析することにより、検証からどのような結果が得られ、どのように活かされてきたかを明らかにすることであった。

更に、第二の目的はそれを海外でも発表し、海外の Child Death Review の在り方と比較し、今後の方向性に関しての意見を纏めることを目的とした。

そして、第三の目的はアメリカの Child Death Review に関して、特に虐待および自殺に関して医学的側面から明らかにすることであった。しかし、実際に研究を始めてみると、虐待を発見することを目的に始まったが現在は preventable death

(防げるはずの死)を防止することが目的となっており、今回は医学的側面に留まらず、全体を把握し、日本の制度と比較し、今後の日本の制度の在り方に関して提案することを目的とした。

B. 研究方法

1. 日本の虐待死の検証に関する分析

厚生労働省社会保障審議会「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」による重大事例の報告書である「子ども虐待による死亡事例等の検証結果について」第1～6次報告を総合して分析した。

2. 海外とのコミュニケーション

海外のCDR関係者とのコミュニケーションを行った。アメリカのカリフォルニア、オクラホマ、イギリス、オーストラリア、シンガポールなどである。

3. アメリカのCDRに関する研究

アメリカのNational Center for Child Death Review (NCCDR)が出している「Child Death Reviewの為のプログラムマニュアル」を翻訳し、更に、NCCDR政策・実践部門が2010年2月に行った各州へのアンケート調査につき検討した。

C. 結果

1. 日本の虐待死の検証に関する分析

日本の虐待死の検証は社会の虐待死への注目が高まったこと、平成16年度の児童虐待の防止等に関する法律の改正に伴い、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たことなどを背景として、平成16年より厚生労働省社会保障審議会「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」による作業として始まった。

1) 検証の目的

虐待によって亡くなった子どもの死を無駄

にせず、繰り返さない手だてを見出すことが最も大きな目標である。そのためには検証結果を①国の施策に生かす、②制度の改正(法律改正)に生かす、③県・政令市・中核市の施策に生かす、④市町村の施策に生かす、⑤専門家の技能向上に生かすことが目的とされている。

2) 検証委員会の構成

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る。

3) 検証の方法

①事例の収集

検証の対象となる事例は都道府県で把握した全ての虐待死(心中、殺人、嬰兒殺、保護責任者遺棄を含む)である。ただし、初期にはその意図が徹底しておらず、子どもだけで留守をさせていて火事になって亡くなるなどのネグレクトが含まれていなかった時期もある。

第二次調査よりデータベースが構築され、それに基づいて都道府県より情報収集を行う。更に、不明な点や厚生労働省で把握していて、県から報告がないケース等に関して厚生労働省から都道府県に照会をかけて情報をより確かなものにする。

②分析

データベースの解析および各年で目的を決めて数事例のヒアリングを行い、量的側面と質的側面からの分析を行う。

4) 報告

上記の分析結果に加えて、それによって浮かび上がった問題点や課題とそれを改善するための提言を含め、年1回の報告書がまとめられている。

5) 事例数

下のグラフは各年の対象事例数である。2007年より年度にするために2007年は15カ月となっているため、12か月に修正して示してある。