

ただ実際には CDR をどうやって構築していくのか、必要であるのは人と金と専門性、この 3 つというのが、それぞれ 1 つも欠くことのできないキーワードになってくると思いますので、おっしゃっているとおりだと思います。

山中 他にどなたか、ありますか。CDR のシステムを作っていく時、法的な裏付けが必要なんですけど、弁護士の坪井先生、あるいは中村先生から、そこらへんの基盤整備について、また方向性について何かご意見はありますか。なかなか難しそうなんですけれども。

中村 やはり先ほどから申し上げているように、多機関が連携して、多地域に渡り、広い対象で、子どもの年齢や地域をかなり広くして進めていくためには、法整備が必要なのかなと思いますけど、法整備も限界があって、法律だけが整備できてるところもあります。また、かなり言い方は変わってしまいましたが、例えば児童虐待防止法が出来た時、私はその当時は弁護士ではなかったのですが、先輩の弁護士に聞いてみると、児童福祉法に沿って対応してきたことを単に明文化しただけじゃないか、これ作って何になるんやろ？と思ったのですが、作って見たら作って見たで、効果もあり、通報も増えたり、そしてそれが時代の要請にしたがって、いろいろ改正も重ねてきたりといったところもある。それと同様に、CDR についても、単に立法化しただけでは不十分なのかもしれないが、立法化により制度の重要性を認識してもらえ可能性があるし、その後も法改正を行うことにより、より現実に即した制度になるのではないかと思います。パイロ

ットケースなどを見てみると、運用で乗りきれない部分もなくはないんでしょうが、本当に多機関が連携して、集めた情報をきっちり検証して、子どもの死をこういう形で防ぐんだと公表する、いうところまでいったことを考えると、立法的な法整備というのは不可欠なのかなと考えます。

坪井 死因が虐待であるか、自殺であるか、事故であるか、というのを全部ひっくるめて、死因究明とお考えなのか、虐待だとすると虐待の専門家が関わる。自殺だと必ずしも学校問題とは限りないけど、学校もかなり関わらないといけない。事故死だとそれが、交通事故なのか学校事故なのかで関わり方が全然違うとか。死因の判断というのはどういう共通項でくくられていくのかというのを教えていただきたいのと、もう一つは、医学的死因の究明と、社会的な人間関係の調査が必ずないとかならないと思うのですが、そのへんのことかどうなっているのかを教えてくださいいただけますか。

奥山 これは研究代表者の小林先生の方からお答えいただくのがいいかもしれないのですが、基本的に私たちがターゲットとしているのはプレベンタル・デスということで、防げる死をまず防ぎたい。おっしゃる通り、虐待死かどうか、だいたい自殺なのか事故死なのか虐待死なのかは、検証してみないとわからない問題が多いです。最初から「これは自殺、これは事故死、これは虐待死」と分かれるものではないですよ。虐待死の検証に対して川崎先生が言ってくださったように、あれは言ってみればチャンピオンケース

ですよね。「誰が見ても虐待だろうというケースを単に集めました」というだけで、背景は、わからない、でも実は虐待があったというケースがかなり隠れているのではないか。そういうことも含めて、まず死因の究明も必要だし、先程、溝口先生がおっしゃっていた、マトリョーシカで示していただいた右側と左側の両方が重なって、初めて子どもの死の究明ができて、それを生かしていくことができるのだろうと思うんですが、そういうことをどう進めていくか、ということをお考えできているわけですか。

そういう流れの中で、坪井先生には私からひとつ質問したいのですが、やはり、虐待死の検証であれば、それを今まで通りやっていくのであれば、それほど大きな問題はなかったが、今のように広げて考えるとき、どうしても欠かせないのがグリーフケアだと思うんです。アメリカの CDR も最初は虐待死の究明から入った。でも結局はプレベンタル・デスということで、事故死、自殺というのが、非常に大きなターゲットとなってきたとき、今度すごく重要になってきたのがグリーフケアということで、先生にご発表いただいたように、自殺となるとグリーフケアがすごく大変だろうと思うので、そのことについて少し触れていただければと思います。

坪井 自殺でなくても子どもさんを亡くされた親御さんのケアというのは、これは弁護士として相談を受けたときに、それはもう筆舌に尽くしがたいという感じをいつも持ちます。どうしていいかわからないくらい、対処に苦労します。ですからそのところを、虐

待死の場合、両親が加害者であった場合のケアは、すごく重なるところもあるし、違うところもあるなという感じですか。ただ子どもさんを亡くされた親御さんの喪失感の深さというのは、そばにいる者が「あなたのお気持ちは分かります」なんて言おうものなら「わかるわけない」というふうになってくるといふものすごい深い傷がいつも感じられます。

この方たちのケアをしていく時に、とにかく「ご推察申し上げる」、どんなに苦しいかをご推察申し上げるといふスタンスで、だけどその悲しみを共有しながら共に歩いていく、一人ぼっちにはしないよという気持ちで歩いていく、と言うしかないなという感じがいつもしています。それから、弁護士であるんだけど、その苦しみを解決していくためのグリーフケアをしながらしか歩けないというのをいつも感じていて、今回自殺予防の関係の遺族の方たちから何度もヒアリングをさせていただいて、「遺族にすべてを教えることは遺族のケアにならない」ということを、こちらのメンバーが言う、「そんなことは他人が考えることではない、遺族の両親は、子どもがなぜ死んだかをとにかく知りたい。それを明白にしさえすれば、それがケアになるのだから、あなたたちにケアをしてもらおうとは思ってないのです」と、はっきりおっしゃる。「事実さえ判明させてくれればそれでいいのです」というようなことをおっしゃられたりするので。だから、すごく深い溝がある。その人たちと共に歩いていくなんてことは、とても大変なことだけれども、しかし、この死因究明をしていくためには、共に歩いていくしかない、とい

うくらい覚悟を持っていかなければならない、と思っています。

山中 なかなか難しい問題です。…どうぞ。

森 質問というよりコメントです。私は国際母保健研究所の小児科医で疫学者、この研究班の分担研究者をしています。先生方のお話を伺っていて、子どもの死因究明制度と一つ言っても、質的な死因とか深さ、死亡のカテゴリーというのはずいぶん違って、皆さん別のことを言っているながら同じことを言っていたりするのですが。例えば、死亡のカテゴリーでいえば、虐待もあれば事故もある、それから自殺という話もありましたし、病死というの、なかなか触れられませんでしたけど重要な部分かなと思います。ちょっとだけ触れられました。救急の体制やワクチンの話がありました。プレベントナル・デスと言っている死亡のカテゴリーはさまざまです。

一方で、死因究明の方法というか手法も、心理学的な手法もあれば医学的なお話もあったり、社会的なお話もあつたし手法的な話もあると思いますが、今日お話を聞いていて一つ課題として出てきたなと思ったのは、最初の入り口の部分はすごく大事で、その中のキーワードは、多機関連携で、なおかつ子どもの死亡の全数を把握して、それから、このカテゴリーの死亡に関してはこういう深さの、こういうタイプの究明制度にしていかなければならないというふうに私自身は理解しています。

それに関連して、来年度からこの研究班の私の分担班として、予定しているのが、東京都で、東京都は監察医制

度が整っているの、そういう制度の旨味を生かして、東京都の小児医療救急協議会という下に、子どもの死因究明制度を検討するワーキンググループを先月作っていただきまして、来年度に向けて、実際にやってみる、ということを検討し始める予定です。

それがどうなるか、来年度に、この研究班が最後なのですが、その最後の年にやってみようと思います。今、先生方にお話しいただいたような深さの話全部することは難しいので、来年度私たちがやる予定のことは、まず入り口部分を整備し、全数把握し、どういうカテゴリーなのかということ、ぼやっとでも掴んで、その後、ご専門の先生方に送っていく、というタイプの調査をする予定ですので、簡単にご紹介させていただきました。

山中 ありがとうございます。他にどなたか、コメントや質問はありませんか。どうぞ。

坪井 全数把握ということに関してなんですが、文科省も自殺の件数の全数把握ができていない、ということに関して、何とかしなければいけない、ということで、今回、先ほどの背景調査と一緒に、全数把握シートというのを作りまして、これを全国の教育委員会を通じて学校に配り、これは遺族の了解がなくても、学校が、自殺か自殺の疑いがあると判断したケースはすべて報告すると、そういうシステムを導入しましたのでご報告申し上げます。

山中 ありがとうございます。他にありませんか。

川崎 先ほど、虐待の死亡事例の検証報告をしましたが、あらためて今の議論をお聞きして思ったことを申し上げたいのですが。やはり厚労省の検証委員会に出て一番思うのは、虐待死亡事例が検証件数の中から漏れているのではないか、というのが気になりまして。CDR で、全数の中で、隠れた虐待死亡事例も見つけないといけないというのは申し上げた通りなんですけど、先ほど岩瀬弁護士がおっしゃったことなんですけど、一方では虐待防止法で検証しなければいけないということで、多分姿勢が言われたわけですね。実際亡くなっている子どもから何を学ぶかという、我々はその姿勢がなければ、ちょっとこう、引き気味にやっても検証はできないと思うのです。

ただ、それでやろうとした時に、今ですね、検証は充分にできない。それはやはり死亡に対するいろんな関係機関の情報がやはり不足している。これはいろんな検証をやっても感じることです。ではそこで、検証委員会、第三者でやっているのをですが、「こういう情報が欲しいな」といってもなかなか得られない、という問題があることを検証委員会の中でいくつか感じるのです。それが、今回いろいろおっしゃってる中で、なかなかうまくいかないという、やはり検証をやっていく上での壁というのが、今、虐待だけでなく、いろんな意味であると思います。そこをどう突破するかということが今求められているのではないかと思います。今日お話しをしていく中で、何とか CDR を動かしていくなかで、これも虐待問題だけでなく、事故とか病死とか、全部に共通することにして、これが成功するということが、実は子ども

もの死をあらゆる意味で防ぐことになるのではないか、という感想を述べさせていただきました。

山中 どうも先生、まとめの言葉をありがとうございました。では最後に、日本小児科学会の五十嵐先生に、子どもの健康を守る学会の会長ですので、一言お願いします。

五十嵐 山中先生に振られてしまいましたけど、今日は、おっしゃる通り、連携がまず無いですね。たとえば大病院で医療事故が起きますと、今まではよその大学の先生が、鑑定書を書いていたのです。鑑定書って本当に大変なんです。臨床が忙しいからやりたくないんです。それで東京地裁が何をしたかということ、カンファレンス鑑定というのを始めています。

たとえば東京大学で医療事故が起きたら、東大以外の、たとえば順天堂とか医科歯科とか慶応とか、そこの先生たちを何人か集めて、弁護士さんと裁判官、そして医療関係者でディスカッションをするんです。2 時間ぐらいすると、たとえば慶応の教授が来て、東大の講師が来て、遠慮なしにディスカッションが出来て、2 時間ぐらいたつとその病気の、医療事故の結果が分かってくるのです。これも一つの連携と私は思っています、誰かがそういう連携を取らねばならないと思いますが、それをやる前に、私たちは「事実がどうなっているか」ということが実は分かっていないので、まず亡くなった子どもたちを全例・・・出来るだけ集めて、分かる範囲で、病死だったらいいのですが、病死ではなく、何かちょっとでも疑いがあるのはどのくらいある

かという、事実をまず明らかにすることから、まあそれくらいしか出来な
いですよね。

それをやって、事実を重ねること
によって、社会に訴える、あるいは国に
訴える、そういう地道な努力をしな
ければいけない。予防接種も、世の中
の方たちから理解を得るためには、5
年とか 10 年かかっているんです。外国で
当然やっている予防接種が日本ででき
ない、こんなとんでもないことがある
か、ということを世の中の人たちは分
かっていなかったし、教科書でもちゃ
んと教えていないですよ。

私は予防接種のことで余計なこと言
いますけど、全部が定期接種になれば
いいという話ではないですよ。子ども
の時に、予防接種がどういう意味があ
り、どういう問題があるかというのを
ちゃんと教育で教えなければ、その子
が大人になって自分の子どもをつくっ
たときに、積極的に予防接種を受けさ
せようという気にならないですよ。

「保健所から無料券きましたから行き
ます」というレベルじゃダメなんです。
だから教育も含めて長期計画でやらな
ければいけないと思っています。

CDR の問題はもっともっと奥が深
くて、根が深くて、改善には何十年も
かかるかもしれませんが、それでは
困るので、まず学会が中心になり、事
実を明らかにしていくという、そうい
う作業を始めたいと思いますが、是非
皆様のご協力、関係者のご協力をいた
だいて始めたいと思いますので、よろ
しくお願いしたいと思います。今日は
どうもありがとうございます。

山中 本日は 3 時間半にわたるシンポ
ジウムにご参加くださり、ありがとう

ございました。是非子どもの死亡全例
を登録するという事業にご理解いただ
きたいと思います。今日はありがとう
ございました。

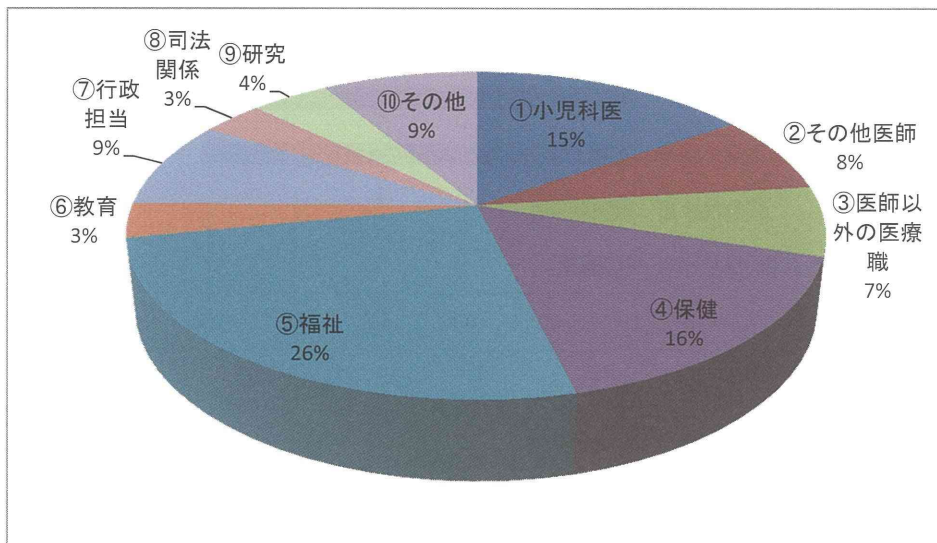
公開シンポジウム参加者アンケートの結果

1. あなたのお仕事の領域に○をつけてください。()内に具体的にお書き下さい。

単位(人)

①小児科医	②その他医師	③医師以外の医療	④保健	⑤福祉	⑥教育	⑦行政担当	⑧司法関係	⑨研究
18	9	8	19	30	4	10	4	5
⑩その他						児童相談所 心理職 精神 政令市	弁護士 海上保安庁	
10								

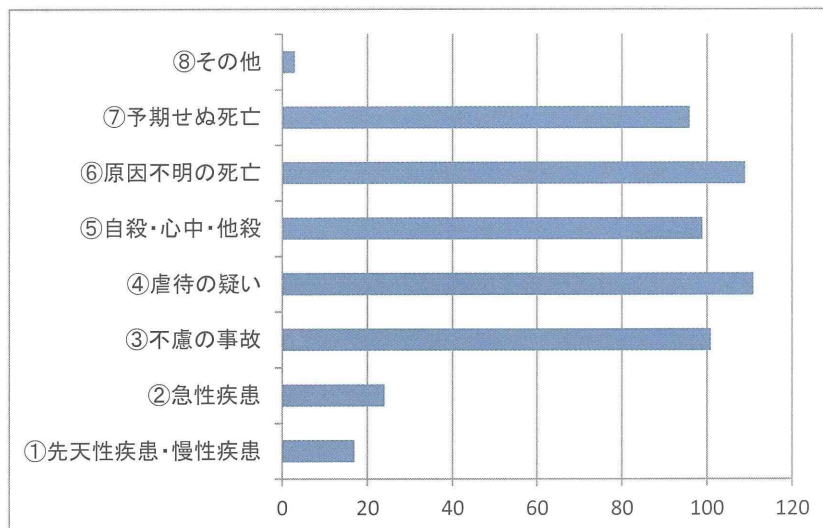
学生・一般市民
NPO
メーカー製品開発
会社員



2. CDRの重点対象は何だと思われますか。(5つ選んで下さい)

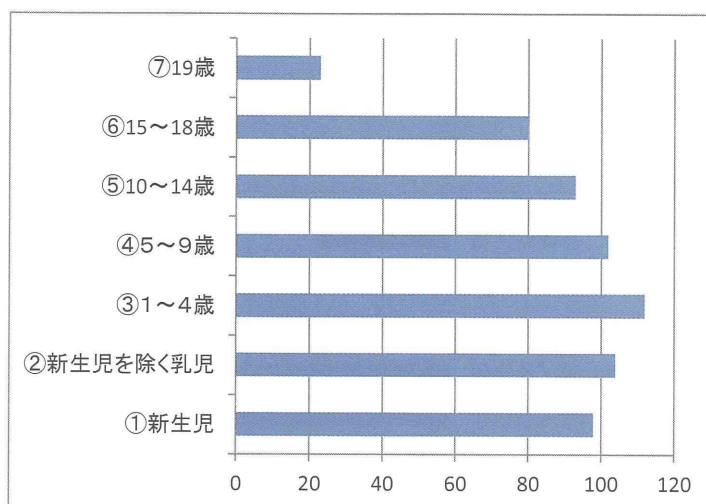
①先天性疾患・慢性疾患	②急性疾患	③不慮の事故	④虐待の疑い	⑤自殺・心中・他殺	⑥原因不明の死亡	⑦予期せぬ死亡	⑧その他
17	24	101	111	99	109	96	3

死亡した場所の状況
全て
質問の意図がはっきりしません。



3. CDRの対象年齢はどれですか(いくつでも選んで下さい)

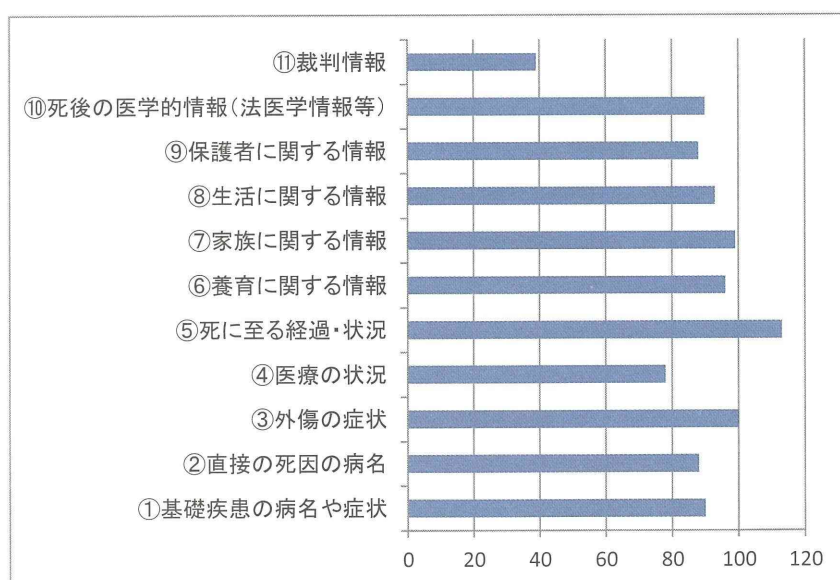
①新生児	②新生児を除く乳児	③1～4歳	④5～9歳	⑤10～14歳	⑥15～18歳	⑦19歳
98	104	112	102	93	80	23



4. CDRIにはどのような情報が必要だと思われますか。(いくつでも選んで下さい)

①基礎疾患の病名や症状	②直接の死因の病名	③外傷の症状	④医療の状況	⑤死に至る経過・状況	⑥養育に関する情報	⑦家族に関する情報	⑧生活に関する情報	⑨保護者に関する情報
90	88	100	78	113	96	99	93	88
⑩死後の医学的情報(法医学情報等)	⑪裁判情報	⑫その他						
90	39	6						

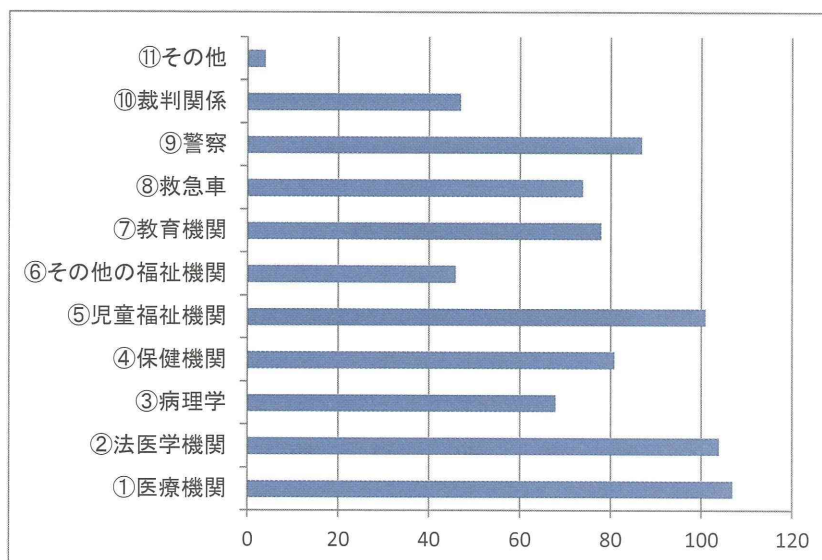
症例によると思う。病死で⑥～⑪はあまりいらぬかも。できるだけ多く。警察の死体見分、他の捜査情報。行政機関の介入事情。捜査情報、遺族からの情報。



5. どの機関の情報が必要だと思われますか。(いくつでも選んで下さい)

①医療機関	②法医学機関	③病理学	④保健機関	⑤児童福祉機関	⑥その他の福祉機関	⑦教育機関	⑧救急車	⑨警察
107	104	68	81	101	46	78	74	87
⑩裁判関係	⑪その他	救急隊						
47	4							

これも症例によると思う
対象児童にかかわりのあった
機関



6. CDRを行う時の適切な規模はどれですか？

①国	②都道府県・政令市	③市町村	④その他	⑤わからない
107	104	68	81	101

まず、国のモデル事業のような形でやってみた上で。

始めは限定された地域で進めて、最終的には国レベルにしていくという順がいいと思います。

実施は国民全体にかたると思います。

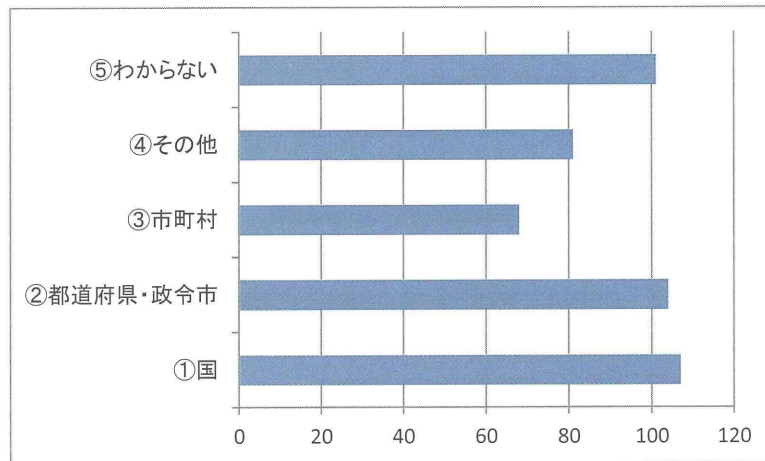
まず②、将来的に整えば③へ全体把握なら③

2層構造

③から②から①

適用は地域から国全体に様々あると思います。

CDRの専門機関



7. わが国でCDRを行うときに、障壁となる困難は何だと思われますか？記載してください。

1	<ul style="list-style-type: none"> ・小児科医不足による小児科医の業務量の多さ ・多職種をまとめ上げる司令塔の不足
2	<ul style="list-style-type: none"> ・全体で集ってレビューする会(機会)がないこと ・直接話ができないこと
3	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡診断書の記載内容が不詳で情報として不足している ・監察医制度の偏屈と情報公開の制限、内容が臨床医と相互検討されない ・複数の学会が関与しているが、相互の協力関係が不十分
4	<ul style="list-style-type: none"> ・死因究明に対するpoorな態勢
6	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の多忙さ ・システムの不備・・・誰がどのように情報を集めるか ・個人情報保護
7	<ul style="list-style-type: none"> ・現在の死亡診断書(不十分) ・個人情報保護法との関係
8	<ul style="list-style-type: none"> ・人員
9	<ul style="list-style-type: none"> ・入力が医師に集中しないこと ・多職種による分担、クラークによる代行を認めることで医師の多忙さによる登録の拒否を防げる
10	<ul style="list-style-type: none"> ・各機関のコミュニケーション不足
12	<ul style="list-style-type: none"> ・機関連携
13	<ul style="list-style-type: none"> ・国(厚労省)の積極性、つまりは国会議員の知性
14	<ul style="list-style-type: none"> ・解剖できるか否かの問題
15	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の同意、個人情報保護法
16	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護
17	<ul style="list-style-type: none"> ・縦割行政
18	<ul style="list-style-type: none"> ・行政で検証システムに対する責任制を持っていない ・行政区分で統一性がない、連携がされていない
19	<ul style="list-style-type: none"> ・講演から、通常の死亡診断書・死体検案書の問題と共通のものが多いと感じた。
20	<ul style="list-style-type: none"> ・本日の話を伺って、解剖をする法医(病理医)、Aiを読影する小児放射線科医が圧倒的に少ない。強いてはそこに注ぎ込む予算が全く足りない。
22	<ul style="list-style-type: none"> ・情報公開のあり方 ・担当官庁の不明確さ ・人員の不足 ・解剖制度(病理・司法・行政)
23	<ul style="list-style-type: none"> ・国民の理解度
24	<ul style="list-style-type: none"> ・正確な死因究明をする施設、予算がない(少ない)
25	<ul style="list-style-type: none"> ・遺族心情
26	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護法の壁
27	<ul style="list-style-type: none"> ・刑事事件の場合、情報が取りにくい
30	<ul style="list-style-type: none"> ・警察の権利(権力?)や医療(Dr)のおごり的な考えがあるような気もする。 ・Drの教育必要(学生時代から!!) ・医療機関での情報提供、交換etc(変なプライドがある?)
31	<ul style="list-style-type: none"> ・予算:誰が払うのか ・保護者:代理決定者であるため拒否された時、適正な調査ができるのか ・施行する人:知識、技術は不足していないか ・他人の思いではなくギムとすること
32	<ul style="list-style-type: none"> ・財政 ・遺族心情の理解 ・現場理解

7. わが国でCDRを行うときに、障壁となる困難は何だと思われますか？記載してください。

34	<ul style="list-style-type: none"> ・現場が忙しすぎる→詳細な調査は面倒、人員不足、業務が繁雑 ・家族からの反発、拒否 ・各機関の協力体制の有無 ・「CDR」についての知識がない
35	<ul style="list-style-type: none"> ・死生観に対する子どもの頃からの教育ができていない
38	<ul style="list-style-type: none"> ・予算 ・これを推進する為のコーディネーターの育成 ・関係機関の理解
40	<ul style="list-style-type: none"> ・社会全体の認識(子どもの死に対する)
43	<ul style="list-style-type: none"> ・CDRに対する理解が十分でないこと
46	<ul style="list-style-type: none"> ・たてわり行政
47	<ul style="list-style-type: none"> ・人材育成及び確保 ・専門職の不足
48	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護
49	<ul style="list-style-type: none"> ・金銭的課題及び、人力的課題
50	<ul style="list-style-type: none"> ・今日の話を書いても、多くの壁があることがわかりました。1つ1つこのように理解を求めて、動いていくことがまず一歩なんだと思いました。
53	<ul style="list-style-type: none"> ・感情の部分の障壁:自分がせめられているのではないかとか、犯人さがしのような、感情。それが時にとりこし苦労であっても、これを苦に心の病になったり自殺する人も出かねない。ねじれの部分があると思う。とくに日本は子どもの痛ましい背景があるだけになおさらと思う。
57	<ul style="list-style-type: none"> ・連けいの際、一緒にやっていく為の気持ち、パーソナリティ ・おしつけ合っているは何事もすまないのに、おしつける気持ち
58	<ul style="list-style-type: none"> ・機関毎の閉鎖性が強く(特に警察)連携がとりにくいこと
60	<ul style="list-style-type: none"> ・いかなる原因でも児童の死亡現場に関わる小児科医の認識をかえること ・異種業機関との連携をとること
61	<ul style="list-style-type: none"> ・縦形行政
62	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護の観点で、各機関がもっている情報をスムーズにやりとりすることが難しいのではと感じます。
63	<ul style="list-style-type: none"> ・親(権) ・個人情報 ・個人情報保護
64	<ul style="list-style-type: none"> ・資料作成 ・CDRを今後に生かすためのアセス、方策立てなどのスキル
65	<ul style="list-style-type: none"> ・「児童の死」というデリケートな状況について、情報のやり取りがどれくらい出来るのか、どうやってケースを取り上げるのが難しいのではないかと思います。
66	<ul style="list-style-type: none"> ・機関の連携
67	<ul style="list-style-type: none"> ・連携がとれていないことが障壁であると思う
68	<ul style="list-style-type: none"> ・人員や施設不足 ・様々な機関が連携しないこと ・遺族感情と社会的習慣
69	<ul style="list-style-type: none"> 死亡判定後、葬儀までの流れができていない現状の中で混乱している家族は主体的判断ができない →家族を亡くしたばかりです。(病死です)病院で死亡しましたが、Nsが葬儀社を紹介して... 現実が先行して感情や判断とは別のところだったというのが実感です ・虐待事例に限らず、死亡事例を蓄積することが子どもの利益につながると思います
70	<ul style="list-style-type: none"> ・機関の相互連携は必要であるが、事件となると全て警察が握ってしまう。又各機関連携で中心となるべく機関が不明。医療機関が中心とは思いますが...
72	<ul style="list-style-type: none"> ・各機関の共通理解(目標)と連携 ・時間作り ・費用 ・人材(作り)(時間作りにつながる)
74	<ul style="list-style-type: none"> ・様々な法整備 ・法医学Drの充実

7. わが国でCDRを行うときに、障壁となる困難は何だと思われますか？記載してください。

75	<ul style="list-style-type: none"> ・社会的な理解 ・死因を診断できる医師の不足や技術的な問題 ・調査への回答への義務がなければ応じてもらえない
77	<ul style="list-style-type: none"> ・幼児虐待を疑った場合、全身のレントゲンを撮ることになっていると聞いたことがあるが、実際には撮っていないDrが多い ・制度上、全ケースやると決まっても、病院へのクレーム増や患者数の減を心配して、事実上やらない事を選択する医療機関が出てくるはず
80	<ul style="list-style-type: none"> ・保護者の同意 ・医師が虐待と診断されるか、警察も虐待と判断をする必要がある
81	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報、当事者の同意ということはどう公平に取扱うか ・死亡児自身の情報が保護者に属するのか否かを決めておく
82	<ul style="list-style-type: none"> ・世論。解剖の必要性などへの理解が難しい ・一方で自分が親だったら解剖は望まないと思うのでジレンマを感じる
83	<ul style="list-style-type: none"> ・CDRの一般的理解 ・警察、病院 ・システムがつくられるまで ・法整備 ・かかる医療費(検証にかかる費用) ・人材、専門、専門外でも相当の人手が必要だがこのことにかかわるあらゆる人材、人数が不足している ・なぜ死んだのかも究明することの大切さを理解している人が少ない
84	<ul style="list-style-type: none"> ・関係キカンの連携・・・それぞれの立場での個人情報等についてのリミットの差
85	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬がない。人材確保。
86	<ul style="list-style-type: none"> ・される側の保護者が、個人保護法を強く主張するようなケースの場合、困難になるのではないかと思います。
87	<ul style="list-style-type: none"> ・親・医師
88	<ul style="list-style-type: none"> ・予算も人員も無い中で、どう実現していくのか
89	<ul style="list-style-type: none"> ・多機関での連携の難しさ(”連携”の捉え方、個人情報保護法) ・機関ごと、機関内でのなわばり意識、派閥争い ・その他、通常業務との兼ね合い
90	<ul style="list-style-type: none"> ・児相はとても忙しくCDRIに集中できない。なぜか児相にばかり権限が集中するのでそれはおかしい。 ・個人情報保護法により調査が制限される。 ・児相では対応できる人が少ないのが現状である。
92	<ul style="list-style-type: none"> ・担当する機関、コーディネーターをどうするか
94	<ul style="list-style-type: none"> ・組織または職員の保護
95	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護関連の制約
96	<ul style="list-style-type: none"> ・医師不足 ・専門機関の不足
97	<ul style="list-style-type: none"> ・情報集約
98	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護との関係 ・地方公共団体のCDRへ向けての意識の低さ(虐待防止への取り組む姿勢とも関連する)
99	<ul style="list-style-type: none"> ・警察との連携は難しいと思う
100	<ul style="list-style-type: none"> ・児童死亡事例の詳細な情報を、司法、医療、行政各機関が共有するシステムがない
101	<ul style="list-style-type: none"> ・統計的な研究の要請と個別ケースにおける調査の要請の調整
103	<ul style="list-style-type: none"> ・CDRで収集すべき情報は、多機関に渡ると思われるが、日本では縦割りで連携が難しかったり、間違った個人情報保護の認識で情報が出てこないといった障壁があると思います。 ・コーディネーターの育成、システムづくり、法律を合わせて進める必要があると思います。
104	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村レベルで死亡届出情報提供に制御がかかるのか「死亡個票」
105	<ul style="list-style-type: none"> ・個人の自由
106	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関や行政機関等の人手不足

7. わが国でCDRを行うときに、障壁となる困難は何だと思われますか？記載してください。

107	・地域によって認識の差が生じてしまうこと
108	・加害者(親)の心情→社会的に罪を負うことについての心情。しかし、虐待死は罪であることの認識必要である ・個人情報保護法(誤解されている この法律)
109	・保護者の協力
111	・縦割り行政
112	・関係機関の連携 ・人・お金の不足
113	・関係機関や関係する人が責任を取らされたり、社会的な非難を受けることに対する怖れが大きいと思います。
114	・専門家の養成と確保・・・小児科医の協力が得られるか ・社会の無関心 ・死体にメスを入れることに対する遺族等の理解
115	・生命尊重の価値観が確立していない ・死を終わりにしてしまう文化
116	・情報に対する意識
117	・情報集約が困難(死亡事例の集積) 情報を得にくい ・機関が防衛してしまい、かばい合う風潮がある。(体制がなく、言いにくい) ・裁判が終了してから、報告書を出すシステムや裁判記録がみることができるような点へのこと

8. その障壁を越えて実現するためには何が必要だと思われますか？

1	<ul style="list-style-type: none"> ・CDRの啓蒙 ・厚生労働省、日本小児科学会等によるシステムの立ち上げのリーダーシップ
2	<ul style="list-style-type: none"> ・法の改正 ・子どもに関するすべての機関が一緒に集まって検討できるようにすること
3	<ul style="list-style-type: none"> ・必要時には遺族のグリーフケアを担当する者が必要 ・解剖所見の有益な還元のための制度化。病理医を増やす対策を
4	<ul style="list-style-type: none"> ・AIを根付かせるために放射線科医の増員を ・もしくは専門人材の育成を
6	<ul style="list-style-type: none"> ・公的機関における部署の整備、人員の配置 ・関連する部署での情報の共有。その為のシステム ・なるべく簡便な記載法の工夫
7	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡診断書の改正 ・診断書の書き方の研修
8	<ul style="list-style-type: none"> ・マスコミなどでの宣伝。人集め。
9	<ul style="list-style-type: none"> ・同上
10	<ul style="list-style-type: none"> ・同じ思いを持った人々が協力する。年齢に関係なく。
13	<ul style="list-style-type: none"> ・良い国会議員を選ぶこと
14	<ul style="list-style-type: none"> ・法的整備
15	<ul style="list-style-type: none"> ・CDRが、上記より優先するという法律または規範
17	<ul style="list-style-type: none"> ・救急隊によるregistration制度の確立
18	<ul style="list-style-type: none"> ・国民全体にCDRの必要性、重要性の周知
19	<ul style="list-style-type: none"> ・自治体によって死因究明のやり方に差があり、警察官次第になっている所もある。国で共通のやり方を行っていく必要がある。
20	<ul style="list-style-type: none"> ・CDRの必要性を社会に広くアピールする。
22	<ul style="list-style-type: none"> ・法的位置付け、担当部署の明確化 ・社会的認知度
23	<ul style="list-style-type: none"> ・政治家の活動
24	<ul style="list-style-type: none"> ・法律
25	<ul style="list-style-type: none"> ・異常死に対し、正しい死因を明らかにするべきという国民の意識改革、教育
26	<ul style="list-style-type: none"> ・法律の改正が必要
27	<ul style="list-style-type: none"> ・研究を推進する法の整備
30	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡事例検討を数が少なくても大きく1つごと発表して周知させる。(ニュースになっていますが、メディアをタイアップして繰り返す) ・すでにかんばっておられると思いますし、ニュース等でいられていますが、くり返すこともいいかと
31	<ul style="list-style-type: none"> ・国の予算決め ・マニュアル作成と一定の調査が行える教育
32	<ul style="list-style-type: none"> ・政治力 ・マンパワー ・現場理解を促すための詳細な説明 ・兎相、保健機関にもう少し頑張っていたきたい ・検証結果を提出するだけでは何も変わらないのでは？世論を動かさないと政治も動かない
34	<ul style="list-style-type: none"> ・制度→ある程度強制にすることも必要 ・知識を深める
38	<ul style="list-style-type: none"> ・一定区域でモデル的に実践。その有効性を示す必要があると思います →具体的な予算やコーディネーターの役割を明確にする必要がある
40	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもの死の現状を知ること
43	<ul style="list-style-type: none"> ・CDRについての知識の普及。学生など。

8. その障壁を越えて実現するためには何が必要だと思われますか？

46	・マンパワー、お金
47	・実施することになった機関へ専門職の派遣
48	・法の改正 ・関係キカンでの日頃からの連携情報交換
49	・行政による補助、人員育成機会の増加
53	・CDRを感情とできるだけまじえず協働できる土台を構築すること ・”児童相談所”がきちんと機能すること
57	・いつも悩んでいます、よい方法がみつかりません。法的システムの構築でしょうか。
58	・既存の関連法改正/法制定
59	・「CDRは必要である」という理解が、専門家だけでなく、社会一般の認識になること (みえない心のカベは大きいと思います)
60	・専門医をおくこと
61	・多職種連携チームを作る(MDT)
62	・法的な制度の整備
63	・法律 ・死因を究明する空気
64	・法的、行政的な後だて
65	・虐待に関わらず、児の死について心を痛めたり関心をもっている人は多いと思います。その人たちに訴え、法的な後ろ盾を得ることが必要かと思っています
66	・他機関との交流 ・コーディネーターの育成
67	・互いの役割を把握し、その業務内容を報告していくこと。また、なぜCDRを行うのかを全体で統一していく必要があると思う
68	・法律
69	・選択肢、方法の提示を説明 ・遺族感情を受け止めた上で適切な判断を補助するコーディネーター ・公的システム、院内システムの整備と社会的理解(「今はこれは当たり前なんだ」)になることが必要だと思います
70	・各機関をつなげる法整備は必要 ・具体的にはうまく言えませんが・・・岩瀬先生と相田先生を政治的に押すしかないのかも知れません・・・
72	・それぞれの理解を得るまでは、熱意と信念をいかに続けられるか。厚労省が関心を示せば、お金が多少ついても・・・司法、立法の問題。どこまで厚労省を理解させるか・・・もしくは虐待法のように議員に関心を持ってもらえるか・・・(すいません。まとまりません。課題大きいので。)
75	・法整備 ・診断医の育成、小児科医の研修の充実 ・社会的な啓発活動
77	・ごく一部の強権を発動できる公的機関と、そうでない民間機関を分ける
80	・法的対応が必要である
82	・死因が不明の場合、そのことへの問題や疑問を持つこと
83	・システム化(伝えていくこと) ・学会 ・政治的理解 ・専門家の育成 ・すべての医療、警察、福祉機関理解、このことでの連携 司法、医療、福祉、総合性、まずセンター化
84	・CDRの意義についての各機関同席会議での確認・同意
85	厚労省の重点課題として、国主導で施策にのせる。少子化対策の一つ。
86	・市町村や市等のレベルではなく、国のレベルで法律を作るべき

8. その障壁を越えて実現するためには何が必要だと思われますか？

87	・他の医師によるsecound opinion
89	・国の指針明示 ・各機関が共通認識を持つための場や機会
90	・担当者の育成と増員が必要 ・連携連携というが各機関の考え方の温度差を感じる。すべての機関で兎相に押し付けようとする考え方を変えるべきである。自分たちの問題と各機関が考えない限り適正な虐待対応はできないと思う。
95	・法整備による横断的な制度
96	・人材の育成 ・体制の整備
97	・法的整備
98	・法制度の整備
100	・学会等がシンポジウム等を開催し、社会のCDRへの関心を高め、同システムを構築するコーディネータとなる。
101	・7の両者の目的をともに実現できるような制度設計にすべき
103	・上記の多機関連携における問題以外に、各機関が物理的に離れている場合があると思われるので、それを解決するようなIT的なシステムの準備をすることも障壁をなくす一つの要素だと思います
104	・国、都道府県レベルか、国直属の専門機関を設立すること
105	・保護法を外す、又は自動診断装置などを使う
106	・CDRの有用性を広く認知させること
107	・統一したものを記した法などを作る
108	・法律の制定に向けての活動(防止法とは別立て) ・専門家からの委員会での発言。現状からみた必要性を含めて早急に必要性を感じる。
109	・責任追及ではなく、未来の事故を予防するためという前向きな考え方
110	・子どもを健康に育てることが基本だと思います。死の事を考えることは「生きる」事を考えることだと思います。子どもにとって「生きる」ことは周囲の育くみ、慈しみだと思います。
111	・医療機関と児童福祉機関との橋渡し役(NPO?) ・このNPOを国が直接支援する。総務省しかない？
112	・法整備 ・予算
113	・Childre First どう考え方、意識を広める ・「死」に関する責任を追及しない制度の確立 ・CDRを専門とするコーディネーターの養成 →諸外国ではコーディネーターが一職種として確立しているのでしょうか？
114	・専門家養成・・・福祉・保健・医療・教育等の関係者への研修(CDR)に対する公費負担の充実
115	・医療体系の変革(法医学の強化) ・法改正
116	・現場での具体的な活動と研究機関の協力のシステムを初めとした連携の措撃
117	・各関係する機関の連携や、行政の理解を得る→国、地方 ・CDRができる専門機関、部署の設置が必要

9. CDRをする時の工夫など何でも御記載ください(裏面もお使いください)

2	・研究会設置
3	・地域による温度差があり、今回のシンポジウムも唐突な印象がありました。このように感じますので、もう少し時間をかけて全国的に情報周知が必要と思われます。
6	・死亡診断書の記載の不正確さを再現するようなことがないシステムの構築が必要と思います。 (選択形式の導入など)
10	・死因を究明することは大切ですが、究明しない方がよかった例や意図せず原因が見つかってしまった時の対応(親のケアも含めて)なども十分に検討してから法律にして頂ければと思います
23	・医師を増やすという事の前に、国民の理解がなければ、政治家も動かず、制度も変わらない。人材はそれに応じて増えていく。情報提供が先。 ・CDRだけではなく、日本の救急体制にも問題があると思う。システムを変えないと始まらない。
24	・何を予防したいのか「病気」「事故」「殺人(虐待を含む)」「自殺」もっと細分化させた方がよいと思う。
30	・CDRにかかわる人たちからも現在の検証の仕方と、あるべき姿のギャップをメディア等利用しながら社会にアピールするのいいのでは ・がんばって下さい
31	・看護に関しては新たな教育を今から考えるのは難しいので、小児に関する専門、認定看護師を活用してはどうだろうと思いました。 ・CDRには残された家族のグリーフケアが同時に行われるようにする方が現場でスムーズに受け入れられやすいと思いました。
32	・報告方法の簡便化
49	・家族、先天疾患の有無などをチェックリストで把握し、一定の値を超えた場合に行うなど必要事例の絞込み
58	・できる限り客観的な事実を客観的に記載する(諮意的に取捨しない)
65	・検証のしかた、あり方の確立 その精度をどうスキルアップしていくのか
66	・他機関に対して、「～してくれない、～してくれなかった」の発言が見られることがあり、どうしても非難の形になってしまうことがあるので、それぞれの機関がこれから出来ることもたくさん話し合っ欲しいと思います。
83	・事例検討会(を開催できる環境をつくる) ・せめて公立病院の整備を
85	・ナショナルセンターとして機能が集約される何らかの場所が必要
86	・その時の状況等の情報は特に詳細に聞く
87	・国民背番号制による個人の特定
93	・感想:まだまだ勉強不足で、防げる死(虐待、事故、自殺)について、CDRの視点から考えることができました ・ありがとうございます
95	・子どもの死亡は”事故”とされていることが多いように感じます ・全数把握により必要な予防策の検証につながるが必要だと思います
96	・できるところからはじめる
97	・関係機関、遺族等に対する明確な根拠の提示ができれば精度の高い検証、再発防止策の検討は難しい
101	・総体的な研究に加えて、個別ケースの調査にも資するような制度設計にした方がよいのではないかと
103	・医学的に死因を診断する際、医師の解釈によって大分変わると思います。一人の医師、一つの機関だけで診断するのではなく、複数の人と議論できる場があると良いと思います
105	・子どもを個人ではなく、国民の宝である事を現す(予算など)
107	・地域の中でも、縦の関係の中も密接な連携をとることのできるシステムを作ることが大切だと考えます。
108	・犯罪死、事故死、虐待死と死(平穩)のはっきりしたライン引きが必要 ・専門家の先生方!!是非積極的に政治、法制定向けて働きかけしていただきたいです
109	・ハード面での事故防止のためにはCDR等で得られた情報を環境、製品の改善につなげてゆくことが重要だと感じました
110	・子どもの悲しい死をせいで次代の子どもの育みに役立てるよう情報の収集、共有を推めて欲しいです
111	・プライバシー保護の工夫がまず必要(たとえばタグ～暗証番号化)
117	・中村弁護士 立法化がのぞましい ・すべての児童の死亡を点検へ

厚生労働科学研究費補助金
(平成 23 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・分担研究報告書 (平成 23 年度)

2012 年 3 月

研究代表者 小林美智子

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
大阪府立母子保健総合医療センター
〒594-1101 大阪府和泉市室堂町 840
Tel 0725-56-1220, Fax 0725-56-5682