

グレクトは PD の最たるものである。欧米の CDR の草創期は、虐待死の見逃し防止であった点は強調されるべきであり、わが国の医療機関内の虐待対応を強化していくうえでも、CPT は積極的に子どもの死因究明に関与すべきである。臓器提供施設ガイドライン上も、脳死とされうる重症例には当初から CPT が関与すべきと記載されている。CPT の参画を脳死に限らず、すべての死亡例に拡大すればよい。(図 1))

いずれにしろ、医療機関が子どもの死亡において、医学的詳細に関する専門的洞察を加えるという役割、ならびに、最初の振り分けを行う役割を果たすうえで、施設内でのチーム化、医療機関間のチーム化、医療一保健間の

チーム化、多機関間のチーム化といったあらゆる段階でのチーム化を行うことが重要である。とはいえ、連携する領域が増えるにつれ、そして、関連領域間の職業的類似性や通常業務における関係性の距離が離れていくにつれ、このチーム化は困難となる。ただ、関連する領域に主体性をもってチーム化を進める推進役の人物がいれば、現行法の範囲内で弾力的に運用させていくことは可能である。逆に言えば、推進役の人物がいらない限りは、何らの実施義務もなく実施されることはないであろう。改正臓器移植法が、CPT 設置の契機になったように、CDR 実施のための何らかの法的枠組みが新たに構築されることが望まれるゆえんである。

各地域で CDR の取り組みがどのようになされていくかを規定する要因は、実際上はどの段階でのチーム化をなしうるかということによる。現在、法的根拠に基づいて死亡事例検証が行われているのは子ども虐待のみであるが、それさえも、地域での実情は残念ながら、実施率そのものが低く、実施されている地域であっても、多分野の専門家の専門性を真に活かした検証にまでたどり着いているところは少ない。医療という専門的見地から見た場合に、地方自治体の重大事例検証報告が“腑に落ちる”ものとなっていないことが多い。その反面、医療機関のみで行う死亡事例検証は、CPC（臨床病理検討会）の延長のような純粋な医学生物学的な検討が主であり、実際の予防にはつながらないかもしれない。要は、どちらの検討も必要であり、あらゆる機関・あらゆる専門家から見て“腑に落ちる”検証を行い、それぞれの分野で予防施策が向上することとともに、すべての分野が連携する総合施策として予防策を提言することが必要なのである。

一方向からのみの視点で死亡検証することのピットフォールを防ぐため、“すべての小児死亡をすべての関係機関で”検証する制度は理想的ではあっても、実施は困難である。あくまで、地域で現実的に CDR 行っていくためには、限られた人的資源と資金的制約の中で最

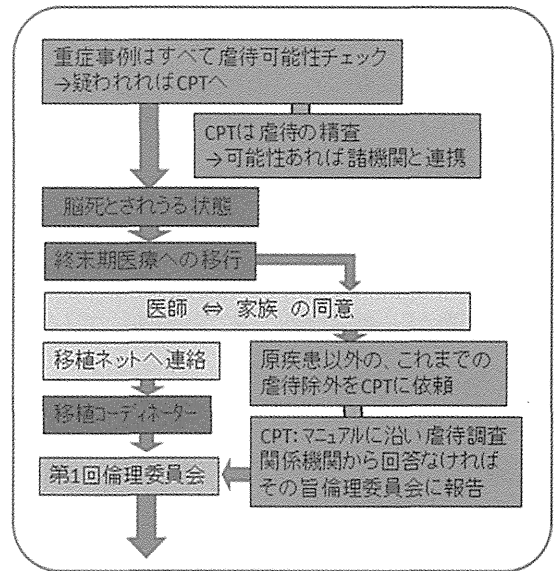


図1. 臓器提供フローチャート
臓器提供施設のマニュアル化に関する研究班
「臓器提供施設マニュアル」より、CPT関与部分を抜粋・簡略化

大限の効果を発揮する運用が求められる。ほとんどの検証委員は、いずれの分野であれ、おそらく、日常業務で既に多忙であるところに加えて、新たに CDR の仕事に加わることになり、なおかつ、無休のボランティアとして参加することになるであろう。しかし、一人の子どもの死亡から学べることは、いずれの分野であれ、極めて広く深い。死亡事例検証の実践経験が蓄積されていくにつれ、検証委員の間で CDR の有用性は認知され、それぞれの専門性は深化し、献身的な取り組みに見合う成果が得られるであろう。そうなれば、各機関における CDR の位置づけと評価は定まり、エビデンスが蓄積されていく。さらに、CDR の意義が一般社会にまで浸透していけば、人員や資金的な枠組みも拡充し、より良いシステムへとつながっていくであろう。

実際の実践を通してエビデンスが蓄積されつつある諸外国からは、CDR に関する様々な報告がなされているが、なかでも、最も検討症例が多いアリゾナ州の CDR チームの実践結果について図示する（図 2）。

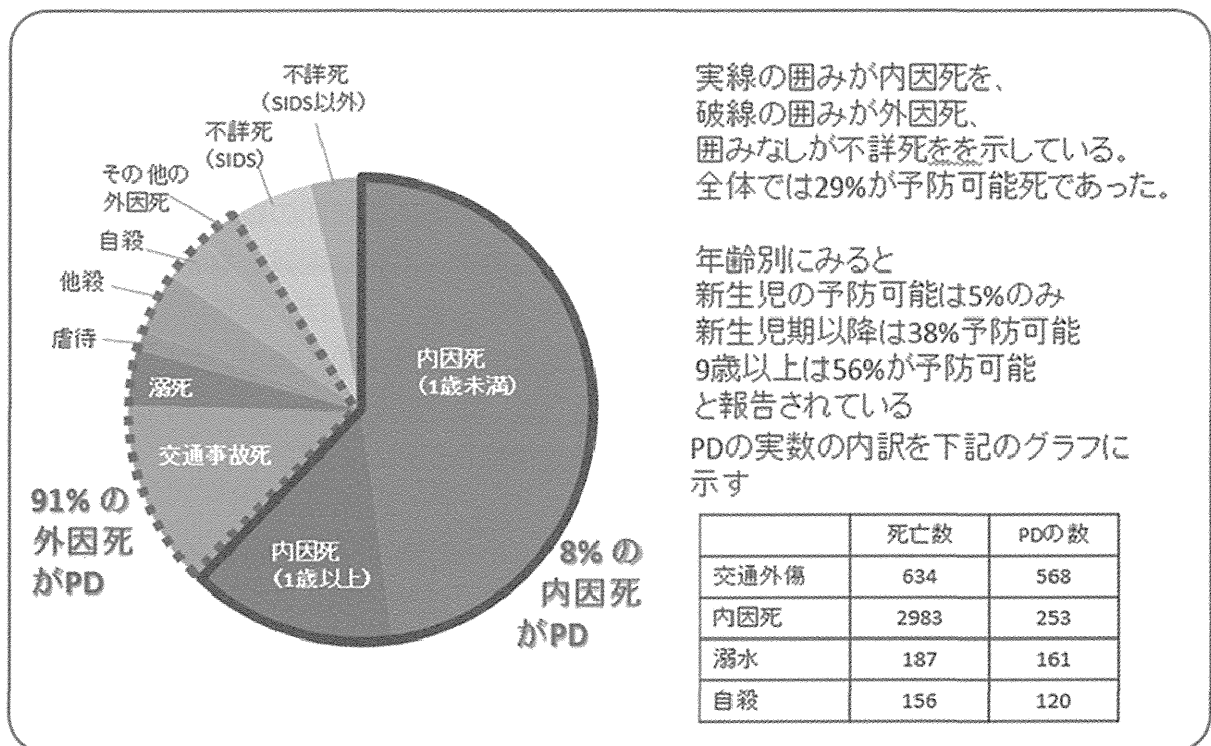


図 2. アリゾナ州における 4806 名の小児死亡における予防可能死

この図からわかるように、アリゾナ州における小児死亡の大半は内因死である。（日本における現況も、東京都監察医務院の検討結果から推測するに、おそらく同様である。）内因死の予防可能性は 8%とそれほど高くはないが、症例数が多いこともあり全体としての予防可能死亡数は、交通事故死に次いで二番目に多い。このことから、内因死についても詳細な検討を行う意義が理解される。ただし、すべての死亡症例を最初から多機関連携の枠組み（Multidisciplinary Team: MDT）で行うことにすると、死因病名の正確さや、救急医療体制の整備、妊婦・新生児管理体制の整備といった医療的課題の検討ばかりに膨大な時間を費やしてしまうことになる。この効率の悪さを避けるため、医療的課題については、あ

らかじめ、医療者が情報収集と予備的（Preliminary）な検討を行っておくことが必要であろう。このような検討はまさに、医療機関が自らの学術的スキルや医療提供体制の向上のために行うものであり、小児科学会地方会の場合やその他、医療機関間で検討できる場を利用して行うべき性質のものであると言えよう。

ただし、先に述べたように、一方向からの視点によるピットフォールを防ぐためには、そのような予備的な医学的検討を行った後に、やはり、すべての小児死亡事例をMDTのコア・メンバーで検討する場に上げる必要がある。あらかじめ、医学的検討を行っておくことで、その際の効率は飛躍的に高まるはずである。もちろん、医療機関における最初の振り分けの段階で、医学的見地以外での検証が必要と判断される内因死およびすべての外因死と不詳死は、当初から、多機関連携の場で検討を行うとともに、医学的見地からの検討も併せて行えばよい。図3に一連の流れを図示する。

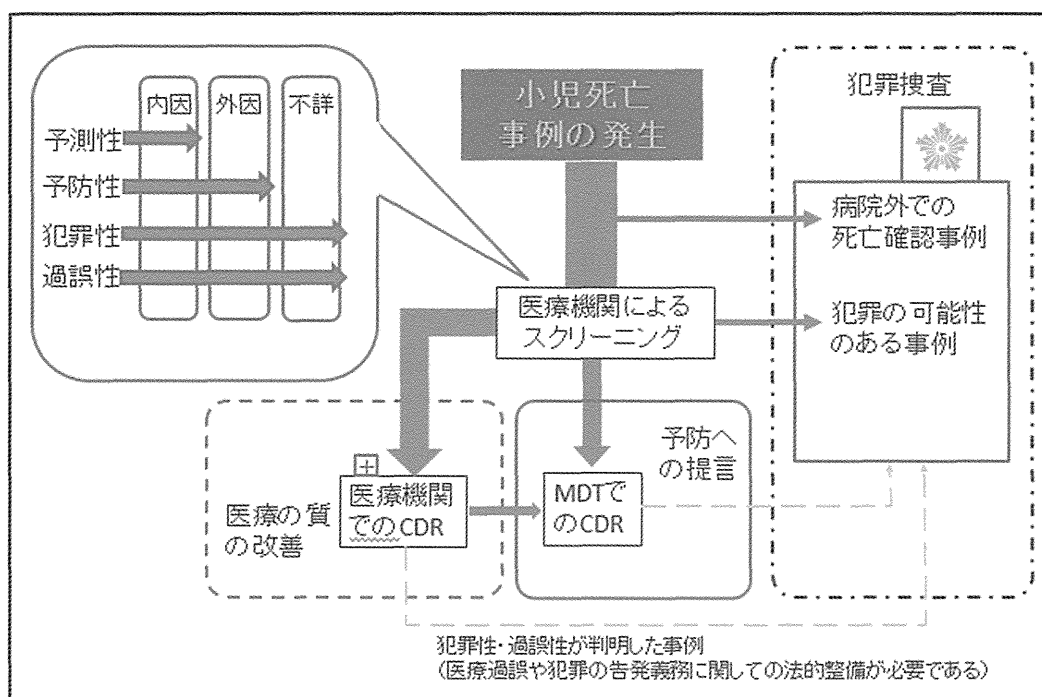


図3：CDR実施上のフローモデル

ただし、上記の方法は、医療機関におけるチーム化が全くなしえない状況では困難であろう。先に述べたように、各地域でCDRがどのようになされていくかを規定する要因は、どの機関がどの段階までチーム化をなしうるのかという点である。今後の死因究明制度がどのように展開されていくのかは不透明な部分も大きい。学術的見地から学会主導で制度構築を進めることになるのか、自治体業務の一環として制度構築がなされるのか、死因究明二法の成立に基づいて監察医制度が広まる形で制度構築が進むことになるのか、まだわからない。しかし、虐待対応であれ、事故予防であれ、危機管理や予防の視点と同時に、育児支援の視点が不可欠である。社会的弱者である子どもの権利を守り、子どもの健康増進を図るという観点から見れば、本来的には母子保健上の総合施策として新たな制度構築を図ることが最も望まれる。

図3のような枠組みで CDR が構築され、医療専門家として CDR チームに招聘されるのであれば、医療者がそこで提供すべき情報の質や医療者として検証すべき事柄は、予備的な医学的検討の場面とほとんど変わらない。

しかし、死因の振り分け（図3では「医療機関によるスクリーニング」として示されている）や予備的な医学的検討（図3では「医療機関での CDR」として示されている）を実施する医療者間のチーム化がなされない状況で、CDR の制度構築が進んだ場合には、医療情報の量や質が制限された状況で医学的判断が求められることになり、医療の専門家として CDR に招聘された医師に大きな負荷がかかることとなる。ときには、地域における死亡事例検証に応じてくれる医師の確保すら困難であるかもしれないし、応じた医師が死亡事例検証に関する自分の専門性に不安を感じていることもあるであろう。そのような場合に、学術的助言を得られうる制度設計も併せて考えなければ、医療的側面の検討は不十分になってしまう。

わが国において初の CDR ガイドラインとなる本書では、その制度構築論と諸機関の在り方に関する総論的な記載に重きを置いている。ただし、CDR の真の目的は、死亡予防に向けた検討方法の確立にある。CDR が先んじて行われている米国の現在のニーズもまさにその点（ならびにグリーフケアの方法論の確立）にあり、検討の方法に関するトレーニング（この種のトレーニングでは“システム改善に的を絞る”“防止プログラムの実施に的を絞る”ことの必要性が強調されている）が盛んに行われている。わが国では、このような視点で検討する機会に接した経験を持つ医療者が乏しく、方法論は手探り状態である。しかし、通り一遍の平板な検証になることを避けるため、地域でナラティブな情報をもつ人物同士が、守秘義務等の免責が設けられた枠組みの中で議論を尽くすことが第一歩となるであろう。一方で、ナラティブな情報を客観的に検討可能なデジタルデータに変換し、客観的なエビデンスとして分析を行う視点も必要である。このようなデータ解析は、科学の一分野である医学との親和性が高く、データ解析に長けた人材も医療者には多い。

子どもが死亡した際に関わったあらゆる専門職は、死因究明のために最も重要なキーマンであるので、専門家としての意見にとどまらず、目撃者としての証言など、把握しているあらゆる情報を提示してもらう必要がある。これは、関係者や関係機関の責任を追及するためではなく、予防可能な死亡を予防するための情報を適切に収集する制度として法制化されるべきであろう。

一方で、より専門性の高い見地から意見を述べることのできる専門体制の整備も、各関係機関に課せられた義務である。医学的側面の死亡検証で医療としての職責を果たすためには、その両者の義務を果たしうる体制構築が必要である。

2) 社会的側面の死亡検証

子どもの死亡にはさまざまなものがあるが、CDR は、決して医学的な分野にとどまるべきではない。たとえば、保護者が病院を受診させたものの、手当の甲斐なく死亡した子どもがいたとして、仮に原因となる疾患が発症した直後ではなく、数日もしくは数週間後によく受診させていたとする。この場合も、その保護者がなぜすぐ病院受診をさせなかったのか、また受診に至る経過や家族の関係などがどのようなものであったのかを問わず、直接の死因だけで判断するのであれば、おそらく真の意味での死亡原因を明らかにしたとは言えない。

あるいは少年がバイクで交通事故を起こして死亡した場合、直接の死因を記述するだけで本当に原因究明が出来たと言えるだろうか、また不慮の事故として済ませることが出来るだろうか。仮にそれが無免許運転であったとしたら、暴走行為の結果だとしたら、バイクに欠陥があったとしたら、保護者が運転を黙認していたら、援助機関が当人の問題に取り組んでいたとしたら、それぞれの事情によって死亡の意味は違ってくる。こうした経過や背景を CDR において深く検討することではじめて、死の意味は明らかとなり、同様の死亡事例を減らすことにつながるのではないと思われる。

きわめて卑近な例を示したが、CDR では、医学的な分野にとどまらず、精神心理的側面や社会的側面からも検証を行わなければ、決して必要十分なレビューにはならない。以下では、死亡検証の中で、おもに社会的側面からの検討のあり方について述べることにする。なお、ここで言う社会的側面には、広くは死亡した子どもや家族が生活していた地域社会の特徴、社会資源の充足状況などを含み、学校や保育所など、死亡した子どもが所属していた集団の状況、友人関係なども視野に入れている。また、子どもの住環境の現状にも注意を払う必要があるが、加えて転居の有無やその頻度なども念頭においておくことが大切だろう。家族関係も社会的側面の一部と考えていいかと思う。家族の歴史を辿ることは必須であり、特に乳幼児の死亡事例については、妊娠期からの情報やきょうだいの妊娠期の情報、さらには中絶や流産、死産などの情報を収集することが重要だ。また、保護者の状況（夫婦関係、離婚や再婚の有無、経済状況など）に目を向けることも当然必要だ。

もちろん、これらの全てが子どもの死亡に直結しているとは限らない。重要なポイントとなっているものもあるだろうが、逆にあまり関係のない要素もないとは言えない。とはいえ、これらを総合し、詳細な吟味をしていくと、いくつかの要素のつながりの中から死亡に至る要因について、思わぬ発見もあり得る。

これらを収集、分析することで、子どもの死亡の周辺で何が起こっていたのかを知ることができ、社会のありように対する改善点の提言や、援助機関の役割、援助に当たっての留意点などについて何らかの示唆を得ることができるものと思われる。そして、医学分野、精神心理学の分野における検討と重ね合わせることで、予防できる死を確実に減らすことへとつながるのではないと思われる。

3) 精神心理的側面の死亡検証

はじめに

子どもが死亡した場合、その死因は身体医学的に示されるが、それだけでは、その「死因」に至った経過が十分に説明されるとは限らない。特に、子どもの死亡に、保護者による虐待やネグレクトなどの不適切な養育が関与している場合には、子どもの死亡に至る経過に関する保護者の説明が「虚偽」である可能性があるため、さまざまな情報を考慮に入れた詳細で総合的な分析・検討が必要となる。

こうした検討されるべき情報には、保護者の精神的・心理的な問題や、それらと関連した家族関係・力動の問題が含まれる。厚生労働省社会保障審議会の「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」は、2005 年以降、虐待やネグレクトで死亡したと判断された事例の分析を行ってきたが、この分析から、子どもを虐待死させる保護者の心理的、精神的特徴の一部が明らかにされている。また、チャイルド・デス・レビューに関する本研究班では、刑事事件となった虐待・ネグレクト死事例の裁判の判決文の分析によって、保護者の心理・精神的輪郭の抽出を試みてきた。本稿では、これらの分析結果をもとに、不適切な養育に起因する子どもの死亡を特定するために検討すべき事項を述べる。

① 夫婦の形成期の問題

虐待死亡事例における夫婦関係は、さまざまな問題を抱え関係性が脆弱な場合が多く見られる。こうした脆弱性を生じる一つの要因として、妊娠先行結婚(いわゆる「出来ちゃった結婚」)が指摘される。これは、妊娠先行結婚の場合には夫婦として安定した親密な関係が十分に形成される以前に家族に子どもが加わることになり、それに伴って夫婦が「親役割」を獲得する必要が生じるためだと考えられる。また、妊娠先行結婚では、結婚後妊娠の場合と比較して、夫婦とも若年である場合が多いことが示されている。特に母親の出産年齢が 10 代である場合には、虐待のリスクが高いと指摘されているが、虐待死亡事例に関しても同様である。さらに、死亡に至った子どもを出産した際の母親の年齢が若年ではない場合であっても、第一子の出産年齢が 10 代である場合には虐待死亡のリスクは高くなると考えられる。なお、現時点では客観的なデータが存在するわけではないが、20～24 歳の母親による出産も、虐待および虐待死亡のリスク要因である可能性があると推測される(家族社会学等の領域では、母親が 24 歳以下の出産を「若年出産」に分類している)。

妊娠先行結婚および若年出産が虐待死亡のリスク要因となるのには、母親の依存欲求の強さが関与している可能性がある。この点に関しては後述する。

なお、本稿では「夫婦」という言葉を用いているが、これは届出婚に限った意味ではない。いわゆる「内縁関係」や同棲(いわゆる「半同棲」を含む)などの事実婚等を含んでいる。実際のところ、虐待死亡事例ではこうした事実婚等が多くを占める傾向がある。

② 妊娠期および周産期の問題

「望まない妊娠・出産」が虐待・ネグレクトのリスク要因であることは知られているが、虐待死亡事例でも同じくリスク要因となり得る。「望まない妊娠」が、子どもの妊娠を

受け入れることができずその中断を考える女性の心理を意味する「妊娠葛藤」につながることは少なくない。妊娠葛藤がある場合、胎児を「自然流産」させるようとして胎児を危険にさらす行為を故意に行う「胎児虐待」や、胎児の存在を否認する「胎児ネグレクト」が生じることがある(胎児の否認には、精神病水準のものや、胎児の存在を認知しているにもかかわらず、感情の変化がなかったり、妊娠という事実在即した行動の変容が生じないといったものなど、いくつかの水準に分類される可能性があることが指摘されている)。後に虐待死亡に至った事例では、妊娠中にこうした妊娠葛藤、胎児虐待、胎児ネグレクトがあったことが明らかとなった事例が少なくない。

虐待死亡事例では、妊娠期の妊婦健診未受診、母子健康手帳未発行および妊娠後期における発行、飛び込み出産など、妊娠期のケアや出産への準備の不足が特徴的に見られるが、その背景には前述の妊娠葛藤等の心理が存在する可能性が高いと言える。また、自宅等における自力分娩(いわゆる「墜落出産」)の後の子どものネグレクト死(出産後、新生児を放置することによる死亡)には、妊娠中の胎児ネグレクトが産直後の新生児ネグレクトへとつながったと思われる事例が多く含まれている。

③ 母親の心理的・精神的特徴

前述したように、虐待死亡事例では妊娠先行結婚や若年出産が多いことの背景には、母親の依存欲求の問題や依存をめぐる病理が存在することが少なくないと考えられる。適切な育児においては、子どもの欲求を満たすために、親が自己の欲求満足の遅延を求められる場合が少なくない。特に、子どもが幼少であるほど、子どもは親に対して絶対的に依存した状態であるがゆえに、親は自己の欲求の遅延を求められる場合が多くなる。しかし、虐待死亡事例においては、親が何らかの理由で自分の欲求、特に依存欲求を優先させてしまう傾向が窺われる。

こうした親の心理状態が生じる背景には、親自身がその成長過程において、虐待やネグレクトなどの不適切な養育を受けていたり、死別や生別による自らの親に対する依存・愛情関係の中断を経験してきている場合が多いように思われる。その結果、親は、本来は成人期以前に充足されるべき依存・愛情欲求が未充足のままに、絶対的な依存状態にある子どもの養育に当たるよう求められることになる。こうした親は、子どもが示す依存欲求に適切に応答できずネグレクト状態となったり、子どもの依存欲求が自身の欲求満足の妨害要因であると認知し、子どもに対する怒りが生じて身体的・心理的虐待に至ると考えられる。このように、虐待死亡事例では、母親の依存欲求の問題、あるいは依存をめぐる病理が存在することが少なくない。死亡に至るような重度の虐待事例では、いわゆる「虐待の世代間連鎖」と呼ばれる状態が見られることは周知の通りであるが、親の依存をめぐる問題がその媒介因子となっている可能性があるように思われる。

また、母親ほどではないが、父親が依存欲求の問題を抱えている死亡事例も認められる。

母親の依存欲求の問題は、時として「女性-母親葛藤」とでも言いえるような心理状態をもたらすことがある。母親が離婚を経験した後に新たなパートナーを得た場合(離婚・結婚を繰り返す場合も少なくない)、新たなパートナーに対する依存欲求を持つ「女

性」の部分と、子どもの依存を引き受けるべき「母親」の部分とが葛藤状態に陥り、その結果、子どもの欲求を拒否したり、子どもに対して暴力を振るうパートナーの行動を受け入れてしまい、子どもを死に至らしめる事例がある。場合によっては、パートナーに同調して母親が子どもに暴力を加え死亡させた事例もある。こうした事例では、パートナーに受け入れられたいという欲求や、パートナーを失いたくないという思いから、母親による虐待が生じたと推測される。

背景に依存欲求の問題の存在が推測される具体的な現象として、子どもの「食」をめぐる問題が悪循環を生じ、その結果、子どもを死亡させてしまうといったものが指摘される。食あるいは食事は、愛情や依存などの象徴的な意味を持つと言える。何らかの理由で離乳食をうまく食べることができない乳児や、親から示された拒否感等への反応として「不食」の状態になってしまった子どもに対して、親が情緒的に反応して子どもに食を与えなくなり、その結果、子どもが衰弱死した事例や、食べない子どもに対して激しい怒りを向け暴力を加えて死亡させた事例がある。子どもの食に対する行動や態度に対して、親が怒りなどの強い情緒的反応を生起させるのは、食が持つ心理的な意味が関連している可能性が高いように思われる。依存欲求をめぐる問題を抱える親にとって、自らが子どもに提供する愛情の具体的な表れである食を子どもが「拒否」という事態が激しい情緒的反応を喚起すると考えられるわけである。

また、その他によく見られる依存をめぐる問題としては、アルコール依存や薬物依存などの物質依存や、パチンコなどのギャンブル依存が見られる。夏に時折見られるパチンコ店の駐車場の車中での子どもの死亡事例は、ギャンブル依存を背景とした子どものネグレクト死の典型例だと言えるだろう。子どもの死亡事例で親にこれらのいわゆる依存症があった場合には、親の依存をめぐる問題を詳細に検討し、子どもへの不適切な養育の存在が子どもの死亡につながった可能性を検討する必要があると言える。

④ 父親の心理的・精神的特徴

一般的な虐待事例と同様、虐待死亡事例においても、父親よりも母親が加害者になる場合が多い(これは、子育ては母親の責任とする性別役割分業の価値観がいまだに根強いことや、母親の虐待行為の背景にある父親のネグレクトは問題視されないという傾向を反映しているものと考えられる)。しかし、これまで分析の対象となった虐待死亡事例では、父親の暴力によって子どもが死亡に至ったものが少ないながらも存在している。こうした死亡事例では、父親が非常に激しい暴力を子どもに加えている。また、こうした事例では、子どもは母親の以前の婚姻関係における子どもであり、父親とは「継関係」であったものが大半を占めている。欧米において、虐待死亡事例では、父子が継関係であることが多いことが知られており、母親の以前の愛情の対象であった子どもの実父に対する嫉妬心が継父の暴力の主たる心理的要因だと指摘されている。もちろん、そうした事例も存在すると思われるが、わが国における虐待死亡事例の分析では、以下に述べるような特徴が指摘できる。

まず、父親が継関係の形成の困難性を認識できていない場合である。子どもにとって母

親の新たなパートナーを「父親」として認知し「父子関係」を形成することはさまざまな心理的困難をとまなう作業となるが、父親が、子どもが直面する心理的困難を認識せず(あるいは認識できず)、「父親」として振る舞い、それに従うように子どもに求めるような場合がこれにあたる。こうした父親に対して子どもが拒否感を持ったり反抗的な言動を行った場合、父親は強い怒りをおぼえ激しい暴力が生じると考えられる。

次に、父親の支配性の問題が指摘される。虐待死亡事例では、父親が就労等の社会経済生活において問題を抱えており、おそらくは強い心理的な無力感を抱き、それを補償するために家族の構成員に対して支配関係を持とうとした結果、子どもへの暴力が生じたと考えられる事例がある。また、こうした事例では、妻への暴力(いわゆるDV)が併存している場合もある。

今一つ指摘できるのが、母子関係に介入してその家族における「父親」としての地位の確立を求めようとする父親の心理状態である。こうした父親は、母親の子どもに対する「しつけ」のあり方を否定し、「しつけは自分に任せる」ことを求める傾向がある。つまり、子どもの「しつけ」を担うという形で新たな家族における地位を得ようとするわけである。こうした父親に対して、子どもは、当初は従順さを見せることもあるが、次第に自己主張をするようになり、それが父親には「反抗的」「自分のことをなめている」などと認知され、その結果、父親の激しい暴力が子どもに向けられるわけである。

このように父親の激しい暴力で子どもが死亡した事例では、父子が継関係であったものが大半を占め、そうした事例では、継関係の形成に伴う困難さの問題、父親の社会的不適応感に由来する支配性、および家族内の地位の確立を求める心理といった特徴が指摘されている。子どもの死亡事例を検討する際には、こうした父親の心理・精神的特徴の分析・検討が必要となる。

おわりに

本稿では、社会保障審議会専門委員会の虐待死亡事例の検証結果や刑事事件の分析によって抽出された保護者の心理的・精神的特徴や家族関係・力動の特徴に基づき、チャイルド・デス・レビューの際に必要な検討事項を述べてきた。しかし、虐待死亡事例における保護者の心理的・精神的特徴の検討は十分に尽くされているとは言い難い現状である。たとえば、家庭内衰弱死の事例において、子どもが衰弱死を遂げる経過を日常的に見ている保護者の心理・精神状態や、重大な身体的疾患があるにもかかわらず、子どもに対していわゆる「民間療法」を提供するのみで死亡に至らせた保護者の心理・精神状態に関しては、いまだ不明な点が多々ある。それだけに、チャイルド・デス・レビューにおいて保護者の心理・精神状態を詳細に検討し、知見や情報を蓄積していくことが必要かつ重要だと言えるであろう。

2. 「予防できる死亡」の重要対象と そのチャイルド・デス・レビュー

1) 児童虐待

1. アメリカにおける CDR の歴史と現状

CDR はもともとアメリカにおいて、児童虐待で亡くなっていることを見逃さないこと、次の死を防ぐこと、を目的に、1978 年に Los Angeles 群で、1982 年に San Diego 群で始まった。しかし、多職種での検証チームを形成し、守秘レベルの高い情報を交換するという制度の整備には 10 年近くの時間が費やされているが、多職種で検証することによって、子ども虐待のみならず、事故や自殺などの他の防げる死亡にも役立つことが示されてきた。アメリカでは The Healthy People 2000 での目標として、少なくとも 45 州で行われるようにすることが取り入れられ、多くの州に広まり、海外にも広まっていった。The Healthy People 2000 の結果、48 州で地域もしくは州の何らかの CDR の報告があり、その目的が達成された。The Healthy People 2010 にも更に発展した目標として、全ての 14 歳以下の子どもの外因死を検証することを含む州レベルの CDR が掲げられ、The Healthy People 2020 では 17 歳以下の外因死の 90% 以上と予期せぬ乳児死亡の 90% が CDR チームによって検証される州の増加を目標としている。

つまり、CDR は虐待の見逃しを少なくし、虐待予防に役立てることを原点として出発し、他の予防できる死亡の検証にもつながってきたのである。現在のアメリカにおける Child Death Review の目的を以下に示す。

アメリカにおける Child Death Review の目的

1. 正確な同定と、子どもの死亡の原因と状況に関して、統一的で一貫性のある報告が行われるようにする。
2. 地方および州の機関相互の連絡と連携を増進し、協調的な取り組みを促進する。
3. 子どもの死亡調査における機関からの反応を向上させる。
4. 死亡した子どもの家庭内で同胞や他の子どもを保護する機関の対応を向上させる。
5. 小児殺人の犯罪捜査と訴追能力を向上させる。
6. 子ども、家族、およびコミュニティの住民に対するサービス提供の改善を行う。
7. 子どもの死に関する、障壁やシステム上の問題点を明らかにすることができる。
8. 子どもの死亡の重大なリスク要因や傾向を明らかにする。
9. 子どもの死亡を防止するため、子どもの健康および安全に関する法や施策、実務における必要な改正点を確認し、提唱するとともに、取り組みの拡大を促す。
10. 子どもの健康と安全に関する事案に対する公衆の関心と支援運動を促す。

アメリカにおける CDR の基礎として、「子どもの死はコミュニティの責任である」という

考え方がある。従って、ある子どもの死を検証して、他の子どもの死を防ぐこともコミュニティの責任と考えられるため、CDR はコミュニティが主体となって行われ、発展してきた。

現在、アメリカでは、地域での検証と州の検証があり、複数回行われている地域もある。検証は後方視的に行われているところが多いが、子どもの死亡直後に行っているところもある。また、アメリカでは、死亡のみならず、重症事例の虐待検証も行われるようになってきた。

以下はアメリカの National Center for Child Death Review が作成した CDR のマニュアルに載っている検証のステップである。

効果的なレビューのための6つのステップ

1. 全ての死亡事例情報を共有し、質問し、明確にする。
2. 調査について討議する。
3. サービスの提供方法について討議する
4. リスク要因を明らかにする。
5. システムの改善を提言する。
6. 予防のための提言を確認し、実行する

それぞれの地域で、虐待に取り組む多くの職種の連携や活動に関して、CDR は多くの改良に役立ってきた。それが、The Healthy People に、目標として常に取り上げ続けられている要因である。アメリカでは、子ども虐待の通告数が 90 年代から減少してきているが、子ども 10 万人当たりの子ども虐待死亡数は増加している。CDR が有効に働いて、見逃しが少なくなっている一方、CDR を含む多くの取り組みによって虐待が減少している可能性が示されている。

2. 日本の子ども虐待死亡事例検証

一方、日本における子どもの虐待死亡事例検証は、海外の検証をモデルに発展したのではなく、日本内でのモチベーションによる。メディアによる子どもの虐待死報道が増加し、社会的関心が高まってきたこと、それらの子どもの死を無駄にせずに制度・施策に活かすことが専門家からも求められるようになってきたことなどにより、子どもの虐待死という悲劇を繰り返さないことが目的であり、虐待死の見逃しを防ぐことはその目的には入っていない。つまり、日本での検証は Child Abusive Death Review とも言えるものであり、CDR の一部の機能を持つ検証である。最後にアメリカの CDR と日本の検証の比較を表にした。ただし、その一部の機能だけでも明らかになることは多く、制度・施策に反映されている。以下は日本の検証に関しての纏めである。

日本の検証の現状

(1) 目的

上述のごとく、日本では亡くなった子どもの死を無駄にせず、どうしたら同じことを繰り返さないですむかを検証することが目的であった。その為には、学んだ結果を制度・施策や専門家の教育にいかすことが目的である。

(2) 主体

「児童虐待の防止等に関する法律」（以下、虐待防止法）の平成 16 年改正において、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、その国が行う調査研究の一環として、平成 16 年に厚生労働社会保障審議会のもとに設置された「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」によって行われてきた。その結果、検証から学べることの大きさが注目され、虐待防止法の平成 19 年改正において、都道府県での重大事例検証が義務付けられ、現在は都道府県において、委員会が設置されて検証が行われている。

(3) 検証委員会の構成

国の検証では、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ている。アメリカの CDR の場合には、全てその地域の実務者である。特に、警察関係が重要な役割を取るが、日本では加わっていない。都道府県の検証では、国に準じた委員が指名されていることが多いが、時に、人材の問題があるとされる。

(4) 事例の情報収集

国の検証では、都道府県に照会して、都道府県が把握している事例とその情報を得ている。ただし、年 6～8 件のヒアリングケースでは市町村や医療機関などへのヒアリングも行い、都道府県の情報以上の情報を得て、検証が行われている。

(5) 検証方法

国の検証では都道府県が持っている情報を基に、データベースを埋めて分析を行うと同時に年 6～8 事例に関して、現地に委員が複数で出向いて関係機関からの詳細な聞き取りを行い、その分析がなされている。また、虐待防止法で都道府県の重大事例検証が義務化されてからは都道府県の検証を検証している。

(6) 報告

国の検証では、毎年、報告書を作成し、虐待防止に役立つ提言を行っている。都道府県の検証では、大都市では複数の事例の検証を同時にまとめているところもあるが、一般には、事例ごとに報告書が作成されている。

(7) 成果

- ①日本の明らかな虐待死の特徴（年齢分布、妊娠期の問題、主たる死因、家庭の状況、経済的状況など）が明らかになった。
- ②無理心中およびその未遂事例にはその他の事例と異なる特徴があることが明らかになった。
- ③ヒアリングを通して、注意すべき技術的な問題点が明らかになった。

(8) 法律改正への反映

①児童虐待の防止等に関する法律の改正で、各都道府県での虐待死亡事例検証が義務付けられ、要保護児童対策地域協議会の設置が義務化され、目視確認の重要性が明らかになったことから48時間以内の目視確認が法律の中で徹底された。また、医療機関の問題が虐待死を防げない要因になっていた事例も少なくなかったことから、医療体制整備が法律に組み込まれた。

②児童福祉法に関しては、虐待死ケースでは妊娠期の問題が大きかったことから、妊娠期の女性も「特定妊婦」として要保護児童対策地域協議会で対応できるようになった。

(9) 施策へ反映例

・ こんにちは赤ちゃん事業…虐待死事例が乳児期早期に多いことから、出生後の早い段階で支援の方法を伝えることを兼ねて、訪問事業が行われることとなった。

・ 各種指針やマニュアルの改訂

(10) 限界

上述のごとく、日本の検証は明らかな虐待死のみを扱っていることから、見逃し例が多いことが予想される。見逃し例は生存例でも見逃される危険があるため、虐待死を防ぐためには、対象として欠かせない事例である。にもかかわらず、日本の検証に含まれていないことは限界として非常に大きい。また、現状では見逃し事例がどのくらいあるか判断できないため、現在分析しているデータベースが全体を反映しているのか疑問があり、限られた形での分析しかできない。更に、虐待以外の死亡事例と比較することができないため、表れている特徴が真に虐待死亡事例の特徴であるかどうかは明確にならない。また、比較ができれば、現在見逃されている特徴も明らかになる可能性もある。

	日本の虐待死亡事例検証	アメリカの CDR
主体	国→都道府県	地域（群・市）→州
目的	虐待死を防ぐ制度・施策の発展	虐待死の見逃しを失くす 虐待死の予防への提言
対象	明らかな虐待死	全ての子どもの外因死・乳児の予期せぬ死亡を対象とすることが奨励され、年令は18歳未満が奨励されているが、CDR チームにより異なる
メンバー	福祉・保健・医療・心理・司法の専門家	地域で働く警察・児童相談所・検察・監察医または検視官・保健所・小児科医または家庭医・救急隊 など
事例収集方法	都道府県で把握している1年間の虐待死事例	各地域で異なるが、即時型では警察および医療機関がキーになり、後方視型では死亡診断書を基にコーディネーターが対象事例を選定する

情報収集方法	都道府県が所有している情報 ヒアリング事例のみ市町村の 情報を収集できる	警察を含み、亡くなった子どもの地 域のリソースから情報を収集
収集の権限	ヒアリングの際に委員が聞き 取る	CDR チームに情報アクセス権限が与 えられているところもある
分析方法	データベースの分析（国） 限られた事例の細かい検証	事例の細かい検証が主体 事例の多く集まるチームは数的な分 析もなされている
限界	①明らかな虐待事例のみを対 象としているため、非虐待事 例との比較ができない。 ②他の予防できる死に対応で きていない。	全国での統一された検証がなされて いないために国全体の把握ができな い

3. まとめ

アメリカで始まった CDR も元は子ども虐待を見逃さず、次の虐待死を防ぐことを目的としていた。日本でも子どもの死亡を無駄にせず、予防にいかすために虐待死の検証が行われるようになり、多くの知見が得られ、制度や施策に反映されてきた。しかし、明らかな虐待死の検証というだけでは限界がある。見逃されている虐待死を明らかにして虐待対応を発展させることが求められており、虐待の検証においても、少なくとも外因死全てを対象とする CDR の制度が必要である。

2) 不慮の事故

1960 年以降、0 歳を除いた小児の死因の第 1 位は「不慮の事故」となっている。最近では、1-4 歳や 15-19 歳の年齢層で「不慮の事故」が死因の第 2 位となっている年（2010 年）もあるが、不慮の事故が死因の上位を占め、小児の健康問題として重要な課題であることは今後も変わらない。事故は未然に防ぐ必要があり、救急医学の領域においても「小児の救命の連鎖」の最初は「予防」となっている。予防が必要であることは誰もが指摘するが、予防することはたいへんむずかしいのが現状である（1, 2）。

死亡を検討する目的は、未然に予防する方策を明確にすることである。不慮の事故の予防を考えるにあたっては、事故の発生状況を詳細に知ることが不可欠である。交通事故のデータは警察の管理下にあり、ある程度の分析が行われ、一部のデータは公表されている。それらのデータに基づいて、自動車の安全性、交通規則などが検討され、交通事故による傷害の予防対策が実施されて効果を挙げている。

交通事故死以外の事故死は、死因そのものが多岐にわたり、それぞれの死亡状況は個別性が強く、また死亡数そのものが少ないこと、さらに検証などは警察の管理下におかれる場合が多いため、死因を十分に検討することができない状況にある。

現在、国レベルの死亡の情報源としては死亡小票しかない。事故死の情報源として、死亡小票の具体的な問題点を明らかにし、Child Death Review (CDR) の必要性について述べてみたいと思う。

対象と方法

2005 年、2006 年の指定統計「人口動態調査」死亡票の使用承認を得て、死亡票のうち、1、2、3、4 歳の幼児死亡の全件を閲覧し、病死以外のものについて検討した（3）。また、死亡日時と場所から、新聞記事として掲載されているかどうか、また記事の内容から死因がどの程度明確になるかについても検討した。さらに、ある県の法医学教室で解剖された事例がどの程度あるかについても検討した。

結 果 (3)

I. 死因別にみた分析

1) 今回検討した死亡例は、男児 1264 人、女児 981 人、合計 2245 人であった。死因別に、性別、合計数をみると表 1 の通りであった。全体の 70.2% (1575 人) が「病死及び自然死」と分類され、残りが不慮の事象（事故）、他殺、または原因不詳の死亡と分類されていた。男女を比較すると、全体の半数以上 (56.3%) を男子が占めていたが、死因別にみると、「転倒・転落」「中毒」「その他及び不詳の外因死」のように女子が半数以上を占めているものもあった。

2) 死後の解剖の有無を死因別にみると、表 2 のように、死因によって解剖の有無に大きな差がみられた。解剖施行率が最も低いのが「交通事故」(0.8%)、次が「溺水」(9.5%)、「窒息」(14.5%)、「病死及び自然死」(17.5%) であった。一方、「煙・火災」(65.4%)

と「他殺」(76.0%)は解剖に至った率が比較的高く、死因がわからない「その他及び不詳の外因死」(54.8%)、「不詳の死」(48.0%)においては、解剖が半数にしか行われていない点は課題であると思われる。

3) 死因別にみた、死亡原因の記載の詳細度

次に、死因別に死亡原因がどの程度詳細に記載されているかをみた。

この目的のため、まず死因を大きく5つに区分した。ここでの分類は、表3に示すように「不詳、不明、検索不可、その他及び不詳の外因死」「病死及び自然死」「交通事故」「いわゆる事故と、事故かもしれないがもしかしたら他殺かもしれないもの(転倒・転落、溺水、煙・火災、窒息、中毒、その他の不慮の外因死)」「他殺」の5つである。「交通事故」と「いわゆる事故と、事故かもしれないがもしかしたら他殺かもしれないもの」を分けたのは、「交通事故」では警察による検証がなされるため、情報量が多い可能性が考えられたためである。

次に、死亡診断書に記載されている「死亡の原因I」で、「死亡の原因(ア)」から「死亡の原因(エ)」のどの欄まで情報が記載されているかによって、0(記載が一切なし)から4(ア～エまですべて記入されていた)に分類した。もちろん、(ア)から(エ)まですべてに情報が記入されていたからといって、「情報の質が良い」ということはできないが、まずは定量的にみるために分析を行った。

結果をみると、表3のようにいわゆる「事故」は、交通事故、病死、他殺よりも情報記載量が有意に低い値であった。すなわち、事故の情報記載量が1.47ということは、『死亡の原因(ア)』には何かしらの情報が記入されているが、イが記載されているケースは平均すると半分にすぎない」ということである。別の言い方をすると、交通事故と他殺は、病死なみに情報が記載されているという結果であった(いずれも1.7以上)。「不詳、不明、検索不可、その他及び不詳の外因死」は、いうまでもなく「不詳」であるため情報量が著しく低い値であった。

「死亡の原因」に記載されている情報量について、詳細にみると表4の通りである。不慮の事象の中では、「溺水」(1.27)、「煙・火災」(1.38)、中毒(1.00)で情報記載量が低く、一方、「転倒・転落」(1.69)、「窒息」(1.73)は、病死や他殺と同程度の情報量であった。

II. 事故、外因死、不詳の死に関する検討

以下、それぞれの死因について、記載されていた内容について検討した結果を定性的に示す。

転倒・転落

39件中、19件が(イ)以上を記載していた。しかし、これらはすべて「直接の死因」(例：急性硬膜下血腫、脳挫傷)、または「直接の死因に至った漠然とした事象」(例：転落)にすぎない。予防に役立つであろう情報、たとえば「どこから転落したのか」「どこで転倒したのか」、そして「なぜ転倒・転落したのか」はまったく記載されていなかった。一方、19件中1件は「児童虐待」(ウ)と書かれており、これは本来「他殺」とされる

べきであった件である。

溺水

105 件中、死亡の原因（ア）が単純に「溺死・溺水」とされている例が 81 件を占めていた。（ア）と（イ）が記載されている場合、（ア）には「直接の死因」（例：窒息、多臓器不全）が記載され、その後、（イ）または（ウ）に「溺死・溺水」と書かれていた。転倒・転落同様、溺水が発生した状況は記載されていなかった。一方、2 件は車ごと海中に転落したもので、状況が明らかであれば、「交通事故」に分類されるべきであると思われる。

煙・火災及び火焰による

（ア）は主に一酸化炭素中毒、火傷、焼死が書かれており、（イ）以上が書かれている場合も、「煤煙の吸引」「火災による」ととどまっていた。

窒息

窒息の場合、「何を誤飲・誤嚥したか」がある程度書かれていた。死亡の原因（ア）～（エ）の情報に加えて「外因死の手段及び状況」に叙述的に記載されている情報も加えると、62 件中約 40 件が、「何を誤飲・誤嚥したか」（推定も含む）を記載していた。また、窒息は、「死亡の原因 II」の項に基礎疾患（脳性まひ、インフルエンザなど）が記載されている例が多くみられた（62 件中 15 件）。これは当該小児に基礎疾患があり、吐物の誤嚥、カニューレや気管切開の使用ミスなどが窒息の背景にあるためである。62 件中 1 件は「他殺（心中）」に分類されるべきであったと思われる（母の下になって浴槽内で発見された）。もう 1 件は「溺死」とされるべきではなかったかと考えられる（自宅トイレのパイプに落ちる）。

中毒

4 件とも、（ア）に「一酸化炭素中毒」とあるのみであった。「外因死の手段及び状況」に叙述的に記載されている情報をみると、2 件は「他殺（練炭による心中）」、他 2 件は「火災」であった。「外因死の手段及び状況」の記述をみれば、これら 4 件は「中毒」と分類されるべきではなく、「他殺」「火災」に分類されるべきと思われる。

その他の不慮の外因死、その他及び不詳の外因死

「外因死の手段及び状況」を読むと、明らかに「他殺（虐待または心中）」「中毒」「火災」「交通事故」と判断できるものが複数含まれていた。例を挙げると以下の通りである。「外因死の手段及び状況」と「死因の種類」、その後に「死亡の原因」を示す。

・「同居する男性による本児への虐待行為」（その他及び不詳の外因死）

（ア）テント切痕ヘルニア （イ）脳浮腫 （ウ）脳挫傷 （エ）頭部への打撲

・「室内のストーブの不完全燃焼による」（その他及び不詳の外因死）

（ア）一酸化炭素中毒

・「敷地内で仰向けで発見されたという。自宅ベランダに指紋が残っていたという」（その他及び不詳の外因死）

（ア）外傷性ショック （イ）多臓器損傷

- ・「住宅火災現場で焼損死体として発見されたという」（その他及び不詳の外因死）

（ア）焼死

上に挙げたのはあくまでも例に過ぎず、「その他の不慮の外因死」「その他及び不詳の外因死」「不詳の死」の中には、明確な分類が可能であったものが多くみられた。死亡診断書上の情報量が上記各項目に比べて少ないわけではなく、なぜ、これらが適切に分類されなかったのか、十分検討する必要がある。

不詳の死

（ア）に「不詳」と記載されているものの、「外因死の手段及び状況」が記載されているものもあり、その場合、死因の推定は可能である。例を挙げると、

- ・「自宅車庫前で車にひかれる」（不詳の死）

（ア）脳挫傷 （イ）交通事故

- ・「両親とパチンコ店に行き、屋外の駐車場に眠っていたため」（不詳の死）

（ア）不明 （イ）熱中症疑い

Ⅲ. 病死及び自然死に関する検討

死亡の 70%を占める「病死及び自然死」に目を転ずると、この中にも不慮の事象による死亡、他殺が誤って含まれている。

例 1)

死亡の原因（ア）：急性呼吸不全

死亡の原因（イ）：低酸素性虚血性脳症

死亡の原因（ウ）：溺水

例 2)

「直接死因」は「一酸化炭素中毒」

死亡の原因（イ）：汎発性血管内血液凝固症

死亡の原因（ウ）：消化管出血

死亡の原因（エ）：低酸素性脳症

死亡の原因（エ）：熱傷（全身）

例 3)

死亡の原因（ア）：窒息

死亡の原因（イ）：溺水の吸引

例 4)

「直接死因」は「プラダーウィリー症候群」（基礎疾患）

死亡の原因（イ）：窒息

死亡の原因（ウ）：ミルク誤嚥

また、死亡そのものは「病死及び自然死」である例の中に、不慮の事象がそもそもの原因であると示唆されるものもある。

例 1)

死亡の原因（ア）：多臓器不全

死亡の原因（イ）：蘇生後脳症

死亡の原因（ウ）：誤嚥

例 2)

「死亡の原因」に「蘇生後脳症（溺水後）」と記載されているが、「死亡の原因（ア）」には「肺炎」とあり、「病死及び自然死」に入っていた。同様な「肺炎」「蘇生後脳症」の組み合わせは他にも複数見られるが、蘇生を要した事象については記載がみられない。

病死・自然死の中に、実は傷害を受けたことが死亡の引き金になっているが、死亡時には傷害として挙げられていない（肺炎、多臓器不全など）例があるはずである。

IV. 死亡小票以外の情報による死因の検討

不詳の外因死とされた死亡例を任意に 31 例抽出し、「死亡者の年齢と性別、死亡年月日、死亡が起こった都道府県・市区町村、外因死の手段及び状況」の情報をもとに新聞記事を検索すると、新聞記事からは 5 件、インターネット検索では 1 件、事例を把握することができた。記事の内容をみると、状況の記述にとどまっており、死亡診断書に記載された情報以上の詳しい情報はほとんど得られなかった。

さらに、ある県の単年度の外因による幼児死亡例 11 例について検討すると、交通事故死：4 例、海で溺死：1 例、火災による死亡：2 例、転落死：1 例、公園での外傷：1 例、窒息：1 例、不詳：1 例であった。このうち、新聞記事で把握できた事例は、火災による死亡の 2 例と、公園での外傷 1 例の合計 3 例であった。法医学教室で把握できた例は、火災による死亡の 1 例と不詳の事例 1 例の合計 2 例であった。不詳の例は、死亡小票では「不詳」となっていたが、法医学教室での診断は「虐待」であった。

考 察

今回の検討から、不慮の事故死の死亡診断書に関して、次の 4 点が問題点として指摘できる。

- 1) 多くの場合、「死亡の原因」（ア）～（エ）は、「死因の種類」を反復して述べるにとどまっている。死亡の原因が記載されている場合でも、不慮の事象による死亡、または暴力・遺棄等による死亡を予防する上で役立つ内容ではない。
- 2) 叙述欄「外因死の手段及び状況」の記載内容は、死因として無視されているか、活用されていない。不詳の死亡の中には、「外因死の手段及び状況」から「死因の種類」を特定できる場合が少なからず見受けられる。
- 3) 「外因死の手段及び状況」の内容が確認された事実なのか、伝聞なのかが明確でない。
- 4) 「病死及び自然死」の中に、不慮の事象による死亡、または暴力・遺棄等による死亡が誤って収載され、不慮の事象による傷害が死亡に至るそもそもの原因であったと推測される例がある。

第1の点については、「直接死因」から、「死亡に至った原因」までを順序立てて記載することが重要である。現在の死亡診断書のデータから、たとえば、「死亡の種類：窒息」に分類される次の例は、予防に役立つという点で最低限の要件を満たしている。

死亡の原因（ア）：敗血症

死亡の原因（イ）：低酸素性脳症

死亡の原因（ウ）：窒息

死亡の原因（エ）：ウインナー誤嚥

「外因死の手段及び状況」：自宅でウインナーを食べ、誤嚥し、心肺停止状態となった。

受傷後6か月で死亡。

傷害事象が発生した状況までを簡単な単語で記載することは容易ではない。そこで、CDRのシステムを導入すれば、これらの問題は解決すると思われる。

第2の点については、叙述欄「外因死の手段及び状況」を記載するためのマニュアル（「いつ」「どこで」「誰が」「何をしたのか」「誰がそこにいたのか／発見したのか」）が必要となる。不慮の事象による傷害を予防するためには、傷害にかかわった物品とその使用環境を知ることが不可欠である。たとえば、転落による死亡例の中には、建物の窓やベランダから転落した例が多く見受けられるが、なぜ子どもが窓やベランダの柵の高さに到達できたのかは、どの叙述を見ても記載されていない。また、溺水の多くは自宅の浴槽での事例であるが、浴槽の縁の高さ、浴槽にたまっていた水の深さ、溺水が起きた時の状況などは不明である。安全な環境に改善するためには、こうした情報が不可欠である。アメリカのCDRの記入用紙をみると、それらの情報を記入する項目が設けられており、わが国でもCDRが必要である。

第3の点については、叙述欄「外因死の手段及び状況」に記載されている内容が事実であるのか、伝聞であるのか現在の様式ではわからない。また、「～であるという」と伝聞調で記載されている内容についても、内容の信頼性は不明である。ある程度の信頼性を持って死亡原因を特定できるシステムを構築する必要がある、CDRが必要となる。

第4の点は、情報量の少なさからくる問題である。このような統計資料からは、不慮の事象（または暴力）による死亡が過小報告されることとなる。不慮または暴力による傷害も人々の重要な「健康問題」として位置づけ、詳細な発生状況を記録として残していくことが不可欠である。この点からも、CDRが必要である。

国民の健康問題を考える場合、死亡データは最も基本的なデータとなるが、今回の死亡小票の検討で明らかになったように不備な点が数多くみられる。これらを解決するためには、我が国においても、死因について多職種メンバーで検討し、「予防できる死亡」であったかどうかを検討するChild death reviewのシステムを法制化することが不可欠であると思われる。