

厚生労働科学研究費補助金（健やか次世代育成総合研究事業）
「突然の説明困難な小児死亡事例に関する登録・検証システムの確立に向けた実現可能性の検証に関する研究」（主任研究者 溝口 史剛）

分担研究 「英国のCDR制度とグリーフケア制度の本邦への適合する適合に関する研究」
英国CDR実務者へのCDRの実施における実情面接報告

分担研究者 尾角 光美 一般社団法人リヴオン代表理事
研究協力者 Joanna Garstang

研究要旨

英国で CDR の政策形成や、トレーニングを実施している、ジョアンナ・ガースタング先生に政策の変遷や、具体的な遺族支援に関してどのようなことを行うのか、トレーニング内容について、また多機関連携における課題などについてヒアリングを実施した。

CDR における遺族支援は 2 つあり、情報提供と心理的支援。個別訪問を行える専門のナースがいることが大きいことと、CDR 実施時にホームビジットを担当する小児科医も情報提供をおこなう。また、CDR の初期のガイドライン自体に多く、遺族の声が反映されていることが判明した。多機関連携においては、英国の場合、コロナーが大きな力を持っていて、連携に困難が生ずることもあるが、地域ごとに関係性づくりをしていく中での改善は見られる。

A．研究目的

チャイルド・デス・レビューの先進国である英国より、政策の変遷や、具体的な遺族支援に関してどのようなことを行うのか、また、関係者へのトレーニングはどのようなものなのかを明らかにする。

B．研究方法

英国の政策形成と現場実践、そして実践者のトレーニングを行ってきた Joanna Garstang 先生へのヒアリングをもとに考察を行う。

C．研究結果

CDR における遺族支援の変遷

遺族支援は 2 種類ある。情報提供と心理的サポート。2017 年に発行されたガイドラ

インには「死別後のサポートを必ず行うこと」と明記されていた。ただそれがどのように行われるべきかとは言われていない。

死別のサポートというのは基本的に病院が提供してきた。病院はたいいてい、遺族支援、死別のサポートを行っているが、主にチャプレンの部署が担当している。

情報提供に関しては、小児科医がブックレットを渡している。ご遺族にどんな風に感じているかというのは、チャプレンが聞くか、子どもの死に関する専門の看護師（Child Death Nurse）がいて、亡くなって数日後に電話をする。彼女は、2 回自宅への訪問を行う。彼女は、情報を提供し、ご遺族がどのように感じているのか、きょうだいはどんな風に行っているのかについても尋ねる。さらに、心理的サ

ポート（サイコセラピーサポート）が必要なら、チャリティ（NPOなどの民間団体）を紹介する。

情報提供はいつから行われてきたかという、2017年以前も小児科医はリーフレットを配っていたという。そもそも病院でリーフレットを配るといのは、ありとあらゆる分野において行われていて、とにかく、死別後の支援のリーフレットを配るといのも、そうした文化の中に自然と馴染んだ。初めてガイドラインができた2004年以降はリーフレットが配布されている。

2000年、ジョアンナ先生がジュニアドクターだった頃は、赤ちゃんが亡くなった場合には、Child Death Review Nurseはいなかったという、ご両親には、死後検証について話をするのに、病院にアポイントメントをとった上で、機会が提供されていた。そうした約束は常に病院で行われていた。だから、遺族はあまりこなかったそうだ。民間団体も、結局遺族が自力で見つけるしかなかった。

2004年から2008年に、赤ちゃんが亡くなったあとの、ホームビジット（自宅への訪問）をはじめた。主な目的は死亡現場の検証分析と、リーフレットを渡すこと。ララバイ・トラストや、他のチャリティのことを伝え、また、検証結果が出たのちに、再度訪問し、伝えに行く。ホームビジットの導入により遺族は病院まで、こなくて済むようになった。

トレーニングについて

ジュニア・ドクターは、子どもの死に限らず、どんな風に、死について話をするのかということについてはトレーニン

グを受けている。死が予期されているケースについても、医学生たちは悪いことの告知についてどう伝えるのか、ロールプレイを通じて学んでいる。小児科医は必ず子どもの死をどう扱うのか、そしてCDRについても、それなりの数のトレーニングを受けている。それから2004年にできたCare Pathwayを導入している病院もある。

「多機関連携において法律の影響は大きいか」と尋ねたところ、それは確実に当てはまるとのことだった。基本的に、予期せぬ死亡事例の場合は、コローナーが調査する。999に電話して、子どもが息をしていないと伝え、警察には自動的に情報が届く。以前は警察と、病院はそれぞれ独自に調査をしていた。現在は、一緒に調査をする。死亡現場での検証、分析を一緒に行う。

トレーニングの中身

トレーニングの対象となる内容は、とても幅広い、赤ちゃんから18才まで。SIDSから、17歳の自殺まで。999の連絡から6ヶ月後の結論を出すに至るまでをトレーニングしていく。誰が遺族に連絡をとり、つながり、話を聞くのか、それからホームビジットについても訓練する。突然、ベッドで亡くなったケースや家で自殺したケースは訪問を行う。そして、情報共有ミーティングのトレーニング。チームでそれぞれ情報を共有するケースを扱うミーティングの練習をする。ロールプレイも行う。遺族（両親）役、医師役、警察役。調査のプロセスについて両親に伝える練習もする。ベッドで赤ちゃんが突然亡くなったとき、ほとんどの

両親がなぜ警察官がくるのかとまず驚くためである。それから病理医がきて、どのように死後検証するか、なにがわかって、なにがわからないのかについても説明する。SIDSについても科学的理解から学ぶ。そして、死後検証レポートを渡す練習を行う。2日間のトレーニングで2日目は、最終ケース会議の練習。小児科医が議長になり、協働している人たちが死の分類を行う。そして、死因について要約する。警察官と小児科医が両親にその結果を伝え、質問に答える。

トレーニングにおける死別に関する教育（グリーフの反応や死別後のニーズなど基礎的な知識）はどのように行われているか尋ねたところ、CDRのトレーニングの中では、そこまでカバーしていないとのことであった。そもそも医学教育において、死別に関して学ぶ。警察官はあまり知らないだろうとのこと。

CDR トレーニングは警察官すべて受けているのか？

警察官はほんの一部。医師は、CDRに関わる医師のみで、警察官は、虐待に関わる人のみ。なぜなら、警察官は虐待チームがSUDI 専門。殺人などとは違う部署。

どれくらいの医師が CDR に関わっているのか。

地域によってかなり幅がある。残念ながら、法律があるにもかかわらず、英国では、大体半分くらいしか医師はCDRに関わっていない上に、適切に行えているとはいえない状況。ロンドンでは適切な多機関連携を行えていない。要因としては、

医師がよく変わることや、予算の問題。大体、医師が関わると、子ども一人あたりの死亡事例につき、トータルで16時間～20時間はかかる。病院へ行き、自宅へ行き、警察と話をし、ミーティングに参加し、レポートを書き、レポートを戻し、病理医と話し、また、家族のもとへ行く。かなりの時間がかかる。何においても、英国の医療において、やるべきことはどんどん増えるけれど、予算はないというのが課題となっている。

バーミンガム地域では、子ども対応している4つの病院がある。大体10人のチーム。ジョアンナ先生たちは、虐待や、障がい、スペシャルニーズの対応をしている。24時間でローテーションしている。いつでも、子どもがなくなれば、病院にいき、引き継ぐ。このエリアでは、年に45ケースを扱う。他地域では医師がやっていたり、ナースのチームがやっていたり。子どもの死が少ない場所ではナースがやっているけれど、通常の勤務時間帯、オフィスアワーのみで、時間外であれば、待たなければいけない。マンチェスターは小さいエリアに人口が多いという状況でも、一番よくできているエリア。

予算の拠出元

それぞれが出している。NHSはNHSのパートを出し、警察は警察のパートが出し、すべて、個別に出している。完全に多機関連携のチャイルド・デス・レビューを行うなら、お金がかかるけれど、書面上でのオーバービューを行うだけであればそこまで予算はかからない。すべて、子どものセーフガーディングが関わって

いる。セーフガーディングについては、法律上の義務で情報共有を行っているため、それが役立っている。バーミンガムでは40程度の突然死があり、子どもの死の全数は160。120のケースはただ、書面上のレビュー、オーバービューのみとなる。もちろんそれでも時間がかかる。マンチェスターは複数あるけれど、バーミンガムはCDOPは1つしかないから、膨大な量になる。

トレーニングは誰がやっている？

ピーター先生と、ジョアンナ先生、それから警察官、ソーシャルワーカーとトレーニングのチームになっている。20名でローテーションしていて、必ず、ピーター先生が入る。40人のコースなら、8名。通常の業務から出て行く。最初の一年は2,3回行ってた。それは誰も知らず、受けたこともないものだったからである。今は年に1回。もちろんのことだが、はじめて受ける人はどんどん少なくなっている

警察官の遺族とのコミュニケーションスキルについて

児童虐待専門の警察官は遺族とのコミュニケーションはとてもよくできている。問題は、スペシャリスト・チーム。彼らは通常の制服で来て、死体について語り、犯罪現場として扱う。テープをはり、両親も中には入れず、彼らは子どもを連れていく。こうした通常の警察官とのコミュニケーションには、遺族たちは戸惑うことが多い。

多機関連携における困難、障害

多機関連携には、常に困難がある。3つの違う機関が同じ政策に合意している。ただし、死体というのはコロナーに属する。コロナーは死体に関するいかなる決定にも責任を持っている。死後検証、どのサンプルをとるか、死体をどこに運ぶかも、すべてコロナーによって決まる。コロナーというのはとても独立した存在で、話を聞くことはあまりない。警察に尋ねれば、コロナーは「神」だと思っている。コロナー自身も「神」と思っている。家族をサポートする必要などを伝えたり、医療的調査の必要性を理解してもらうことは難しい。かつてに比べれば状況はよくなったけれど、すべてに同意して進めていくことはとてもむずかしい。

障害をどうやって乗り越えてきたのか

警察官たちとは、すでにいくつかのケースで一緒に働いてきて個々人間では改善されてきた。問題があるときは、リード警察官、リード小児科医、シニアコロナーの間で議論する。お互いの専門性を尊重、尊敬することにつとめる。互いに、なにかをお願いすることはできるけれど、相手に強いることはできない。専門的判断を尊重することが重要。ただ、とにかくコロナーは大きな力を持っている。

どれくらい発展に遺族の声というのが反映されているのか？

ララバイ・トラストを通じて、かなり多くの声が特に最初のCDRのガイドライ(2004年)には反映されている。ララバイ・トラストが委託されて、800もの遺族の声をあつめて、最初のバージョンに

入れたという。現在のバージョンは、科学的なガイドライン部分が強化されていて、遺族サポートの部分はそこまで改訂されていない。

遺族の貢献について

遺族は検証のプロセスにかなり関与する。周産期死亡の場合、医療ケアが間違っていることが多いため、助産師は遺族に聞くことを求める。遺族はどの時点で間違いがあったかを指摘できることがあるから。

医療プロセスに間違いがあったとしたら、病院は情報を提供する？

もちろん、必ずするという。何か間違っていたら、早期に伝える。ただ、これは最近になってのことで、かつてはそのようなことはしていなかったそうだ。

まずは、調査が最重要であって、遺族サポートは最初の段階で必要ないという声があるが、遺族のサポートは最初から政策にいれる必要があるのではないか？

調査がなければ、遺族のサポートは意味がないかもしれないけれど。調査があるのであれば、そこに遺族のサポートがあることはすごく重要。遺族のサポートには、調査などで、どんなプロセスがあるのか説明することも含まれているわけで、感情的なサポートに限ったことではない。

D．考察

CDRの実装にあたり、小児科領域でのグリーン、死別後の情報提供は、必ず必要であることが、このヒアリングによりわかった。そして、ガイドラインをつくる上でも、遺族の声は重要であるということ。

医療機関における情報提供は英国はもと、死別のサポートによらず、あらゆる医療情報のリーフレット提供を多く行ってきたという背景がある。他のリーフレット（例えば糖尿病など）に比べて、繊細な内容をあつかう死別後のサポートのリーフレットや CDR についての情報提供は関係性のある医療者から手渡されることが必要であろうと思われる。特にホームビジットのときに一式を渡すということであったので、そうした渡す際のトレーニングも、求められるのだろう。

多機関連携ということにおいては、コナーの権威が強いなど困難さもあるものの、法律の後ろ盾による情報共有が確保されているのは大きい。日本では法律がない中で行うことになると、より多機関連携に困難が予想される。まずは、模擬ミーティングなどのトレーニングの場から、多機関がつどい、顔をあわせ、地域ごとの関係性と文化をつくっていくことが最も重要なことだろう。

F．健康危険情報

該当なし

G．研究発表

なし