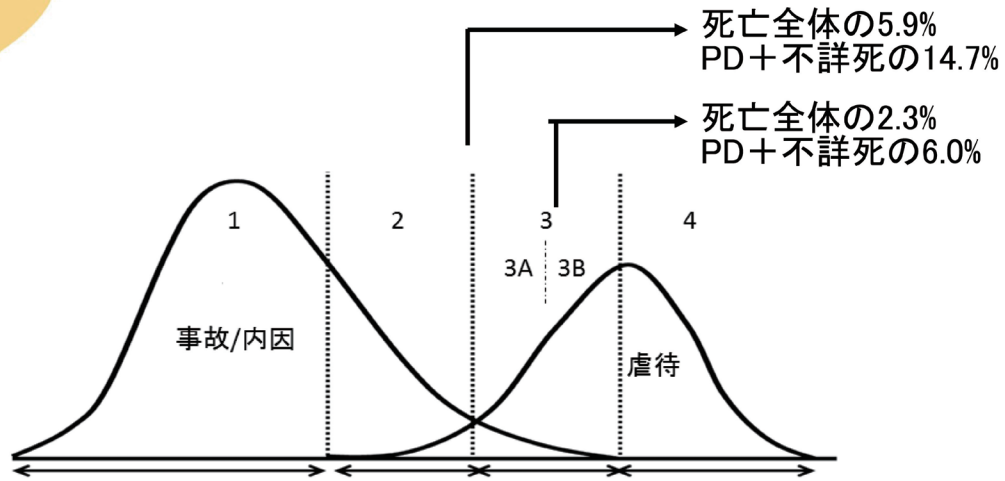




養育不全の寄与(PD[1-5]+不詳死に対して)

★★★



- 1 確実に事故や内因
- 2 事故や内因と思われるが虐待の可能性は完全には否定できない
- 3A 虐待の可能性と事故・内因の可能性が同程度であり、両面からの検討が必要
- 3B 虐待の可能性が高いが、事故・内因なども完全には否定はできない。
- 4 医学的に虐待と判断される。

死亡に虐待が寄与していたかどうかを判断することは、簡単なことではありません。虐待死であるとの判断を行う上で、「警察により逮捕され、検察により起訴された」という状況は重要ではありますが、起訴に至るためには、①何時[犯行日時]、②何処で[犯行場所]、③何人が[被疑者]、④何人を[被害者]、⑤何人と[共犯者]、⑥何故に[犯行動機]、⑦何をして[犯行]、⑧如何になったか[犯行結果]の全てが確実に判明している必要があります。これを八何の法則といいます。これを満たす事例というのは虐待死が疑われる中でも、一握りにすぎません。確実に事故や内因と判断されるスライド上の1に該当する事例や、確実に虐待と判断される4に該当する事例は合わせても3割程度であり、7割ははっきりと断定できない事例なのです。このような事例からこそ、我々は多くを学び取る必要があるのです。

司法対応がなされない場合には行政側の検証がなされないということが往々に生じているのが現状ですが、CDRは全死亡事例を対象に検証を行うプロセスですから、刑事事件化という観点では不可能であった、検証されずうやむやとなっていた事例に、予防的観点からの検証を行うことが出来るようになることが期待されます。

実際今回のパイロット研究でも、現在の死亡検証では対象外とされてしまう「可能性のあった」というレベルの事例を含めると、死亡全体の5.9%が養育不全に関しての検証を要すると判断されました。これは、国の公式な検証となった事例の3.3倍に該当します。

成熟した検証を可能とするため、社会の「成熟」も必要

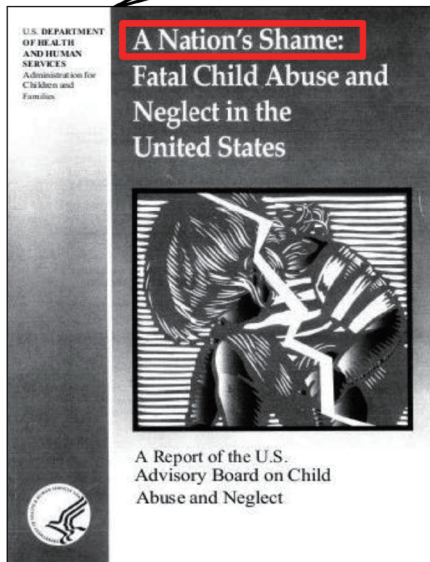
★★★

この検証は責任追及の場ではない

≠誰の責任でもない
=地域社会の全ての大人に責任がある

二度とこのようなことがあってはならない

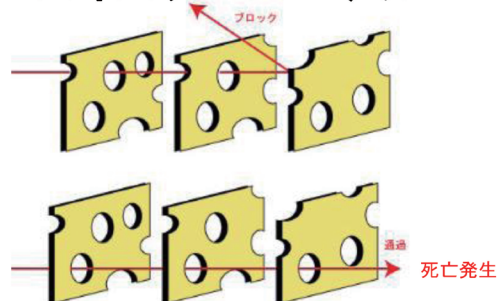
またあることを前提に。
担当が変わっても、生かされる検証を



対応に問題はなかったと思っている

結果として一人の子どもが死亡した以上、何も問題がなかったということはない。我々のシステムのどこに綻びがあったのか、徹底的に検証をしたい。

スイスチーズモデル



司法プロセスとは異なり、行政・医療が行う検証は責任を追及することを目的にはなりません。そうではないと検証の参加者は萎縮し忌憚のない意見は言えなくなり、予防のための議論はできなくなってしまいます。それゆえに検証の場が責任追及の場ではないことは明らかにしておく必要があります。しかしそのことは「誰の責任でもない」ことを意味するわけではなく、「地域社会の全ての大人に責任がある」ことを意味します。また検証の場では「二度とこのようなことがあってはならない」とも語られますが、このことが「運悪く例外的な事例が発生してしまった」という解釈になってもなりません。同記事態は、我々が何の対応もしなければ確実に生じうる、との視点が求められるのです。単発の検討は「のど元過ぎれば忘れ去られる」運命にあり、検証から得られた教訓が積みあがり生かされるシステムがなければなりません。死ぬ蓋然性のなかった子どもが死んだ場合に、誰も例外的な出来事であった、誰かに責任があった、ということにして終わりにしてしまいたいと考えてしまいがちです。

ここでスイスチーズモデルというものを紹介したいと思います。我々の持つ個々の人間・個々の機関は完全なものではなく穴だらけということが出来ます。この穴がたまたま一直線につながった時に死亡が生じます。我々はその都度立ち止まり、気付いた穴を塞いでいく必要があります。そのような努力をしても穴が全くない完全無欠の状態になることはないかもしれませんが、一直線に穴が繋がる可能性は確実に減らしていくことが出来ます。そのことがCDRを行う意味なのです。



子どもの死を誰のトラウマにもしない

★★

子どもの死を改めて検証することは、距離が近ければ近いほど客観的ではいられない難しさを内包していると言えます。

しかし当事者の把握しているナラティブこそが、予防可能性のある死亡を減少していくための最も重要なメッセージが含まれています。

これまでの死亡事例検証のほとんどは、当事者の参加や意見表明の機会をあえて避ける形で行われてきました。本当のCDRは「当事者の学び」の機会が担保される形で整備されなければならない、そのためには関与したすべての専門家に対してのグリーフにも向き合うシステムであるべきです。

その基盤があることで、CDRは“より深く”互いに学ぶことが出来る場になるでしょう。

もちろん、最も深いグリーフを抱えているのは、死亡した子どもの親御さんであることは言うまでもありません。その対応についても、我々はボトムラインとして求められる対応を行う様にならなくてははいけません。

このような検証を行うことには痛みを伴うことも事実でしょう。子どもの死を改めて検証する際に、子どもとの距離が生前に近ければ近かったほど、客観的ではいられない難しさを内包していると言えます。しかし当事者の把握しているナラティブこそが、予防可能性のある死亡を減少していくための最も重要なメッセージが含まれています。これまでの死亡事例検証のほとんどは、当事者の参加や意見表明の機会をあえて避ける形で行われてきました。本当のCDRは「当事者の学び」の機会が担保される形である必要があり、そのためには関与したすべての人々に対してのグリーフにも向き合うシステムであるべきです。その基盤があることで、CDRは“より深く”互いに学ぶことが出来る場になるでしょう。

もちろん、最も深いグリーフを抱えているのは、死亡した子どもの親御さんであることは言うまでもありません。我々が子どもの死を取り扱う以上、CDRはさておいても、最低限度の情報提供（一般的な悲嘆反応の説明と、遺族のタイミングでアクセスできる信頼できるピアサポートグループの情報提供。臨床医であれば、解剖の必要性についての説明など）は行うことが出来る必要があります。さらにご遺族が求めてきた場合には、サポートを提供するか、提供できる場所に繋げるといった対応を、システムとして有することが、CDRが社会の理解を得ていくうえでも重要であると言えるでしょう。



CDRは誰の仕事なのか？

★★★

虐待の専門家の仕事でしょ

忙しい中、死亡してしまった子どもへの対応は、後回し。
ほかに優先すべき仕事はいくらでもある！

虐待死は究極のPreventable Death(PD)である。しかし予防可能死は、虐待に限ったものではない。

例えば、臨床医は誰でも、心に十字架を背負っている。

「あの時〇〇してたら…」 「もし〇〇でなかったら…」

その様な体験は医療過誤とは性質を異にするものである。医療者に限らず、それらは個人の実践を大きく変えるものとはなっていたが、これまで共有化することはなかった。

CDRはそれらの体験を蓄積するシステムということが出来る。

現時点でおおよそ社会実装しているとは言い難いCDRを、誰の仕事にしていくべきでしょうか？

その答えはそれぞれの地域で見つけていくべき問題です。もちろん虐待に関心の高い医師はこの様な体制を構築する上で労力を厭わない可能性が高いでしょう。しかし、CDRは虐待に関心のある人だけの仕事では決してありません。子どもの死に関与しうる、地域社会の全ての人に関心を持っていただきたいものなのです。「忙しい中、死亡してしまった子どもへの対応は、後回し。ほかに優先すべき仕事はいくらでもある！」そのように感じる人も少なくないかもしれません。しかし、亡くなってしまった子どもを前に議論を尽くすことは、今を生きる子どもたちにとって最も効果のある仕事であることを理解してほしいと思います。

これは優先順位の問題です。我々は内因死を含めたすべての子どもの検証を行うシステムが望ましいと考えています。そのような死亡の予防可能性を含めて、適切にトリアージを行う上で少なくとも医師の参画は不可欠ですが、この仕事はごく限られた一部の医師の仕事になるべきではないと考えています。

「あの時〇〇してたら…」 「もし〇〇でなかったら…」 亡くなった子どもに関与した者であれば誰でも、そのような気持ちを抱きます。とりわけ医療者は死に近い立場で仕事をしており、誰でも心にそのような十字架を背負っています。その様な体験は医療過誤とは性質を異にするものですが、個人の実践を変えたり、耳学問として周辺に伝わることはあっても、共有化し蓄積されていくことはありませんでした。CDRは、そのようなことを可能にするシステムとすることが出来ます。



Arizona Study('95-99)

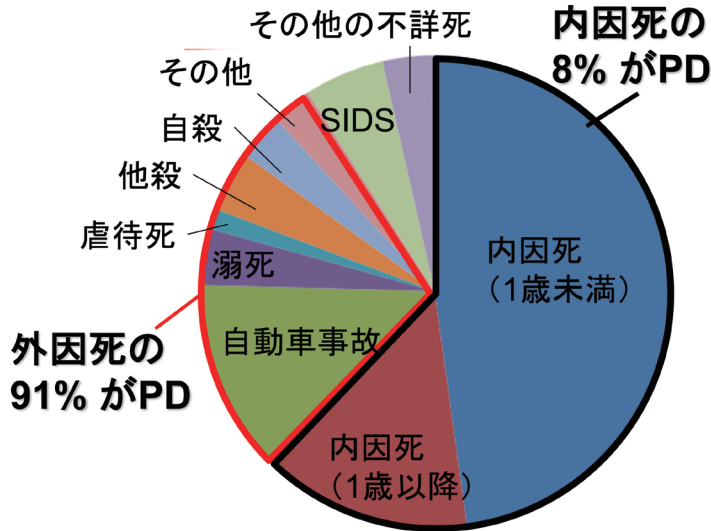
★★

4806名の小児死亡事例の予防可能性の検討

Pediatrics.2002;110:e11

**8%の内因死、91%の外因死がPD*であった。
(全体では29%がPDであった)**

*PD:Preventable Death



新生児のPDは5%
以降は38%がPD
(10歳以上では56%)

	死亡数	PD数
交通外傷	634	568
内因死	2983	253
溺水	187	161
自殺	156	120

実際、虐待の見逃し防止から開始されたCDRのシステムは、アリゾナ州の研究結果を受けて、内因死を含めた全ての小児死亡の検証に広がることとなりました。この研究では小児死亡が予防しえた可能性について検討がなされ、外因死の9割以上は予防可能であったと報告されただけでなく、内因死の8%にも予防可能性の余地があったと報告されました。

外因死を、交通外傷・自殺・溺水・転倒転落などのより細かい原因に分類してカウントするならば、内因死は発生数が多い分、地域という大きな単位で見た場合には、交通外傷に次いで発生数が多い死亡態様であったのです。

今回のパイロット研究では、本邦でも内因死において予防可能性が高いと判断された事例は1.5%程度でしたが、中等度以上で予防可能性の要因があるとされた事例は、14.2%あり、数としても外因死を上回る事例数(外因死全体での予防可能性中等度とされた事例:224件、内因死全体で予防可能性中等度とされた事例:233例)であり、内因死を含めた検討を行う意義は強調されるべきでしょう。



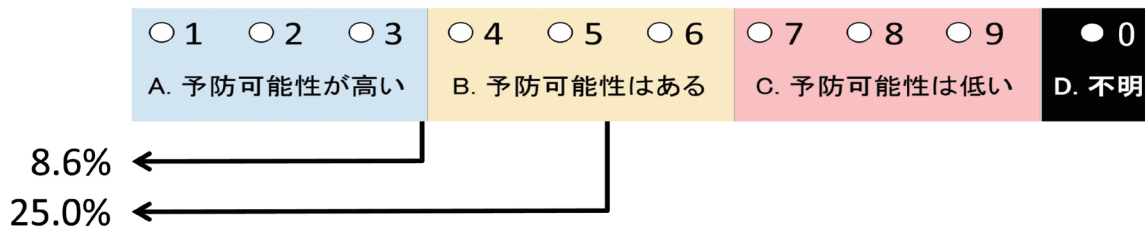
予防可能死 (PD: Preventable Deathとは)

★★★

予防可能死を厳密に定義することは、実際には困難です。例えば「ネグレクトが死亡に寄与した」可能性は、あくまで「たれば」の話であり、厳密に根拠に基づき%で示すことは困難です。また仮に%で示せたとしても、「何%以上であればPD」というカットオフラインを決めることも困難です。

そのため予防可能性の判断は、多機関があらゆる情報を共有したうえで、コンセンサスにより判断すべきものといえます。

本研究班では、PDの分類を総合的判断として3-3-9度で分類し、さらには「判断しえない」を許容し、10段階に分類することを推奨しています。



ここで、予防可能性のあった死亡 (PD: 予防可能死) とは何なのか、について説明したいと思います。予防可能死を厳密に定義することは、実際には困難です。例えば「ネグレクトが死亡に寄与した」可能性を考慮する場合、そのパーセンテージを厳密に証明することはできません。そしてパーセンテージが証明しえたとしても、何%であれば予防可能性があったといえるのか、というカットオフラインも明確化することはできません。それゆえにその事例の予防可能性について評価するためには、Judgement Call、すなわち主観的判断にならざるを得ません。しかしこのような主観的判断であっても、複数の人物同士が話し合いで判断することで、合致性に関してはそれほど棄損されることなく評価を行うことは可能です。我々は、PDの分類を総合的判断として3-3-9度で分類し、さらには「判断しえない」を許容した10段階に分類することを推奨しています。

今回の研究では、このように分類した場合、予防可能性が高い事例はすべての小児死亡の8.6%に存在し、予防可能性が十分にあるとするラインである予防可能性1-5の事例は、小児死亡の4人に一人が該当していました。