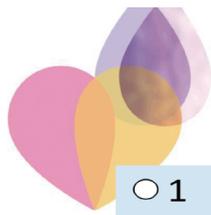


さてここで、今回のパイロット研究における、養育不全の可能性と予防可能性の分類に関して、当事者検証の結果と、第三者検証の結果についてお示しします。

残念ながら当事者検証では養育不全の可能性は、かなりアンダートリアージされてしまうことが判明しています。養育不全との判断を行う上で、主観的な要素が入り込んでしまう当事者検証では、客観的になりきれないことや、「養育不全」とトリアージすることに対する心理的障壁が働いてしまうことはある意味で避けえないのかもしれませんが。

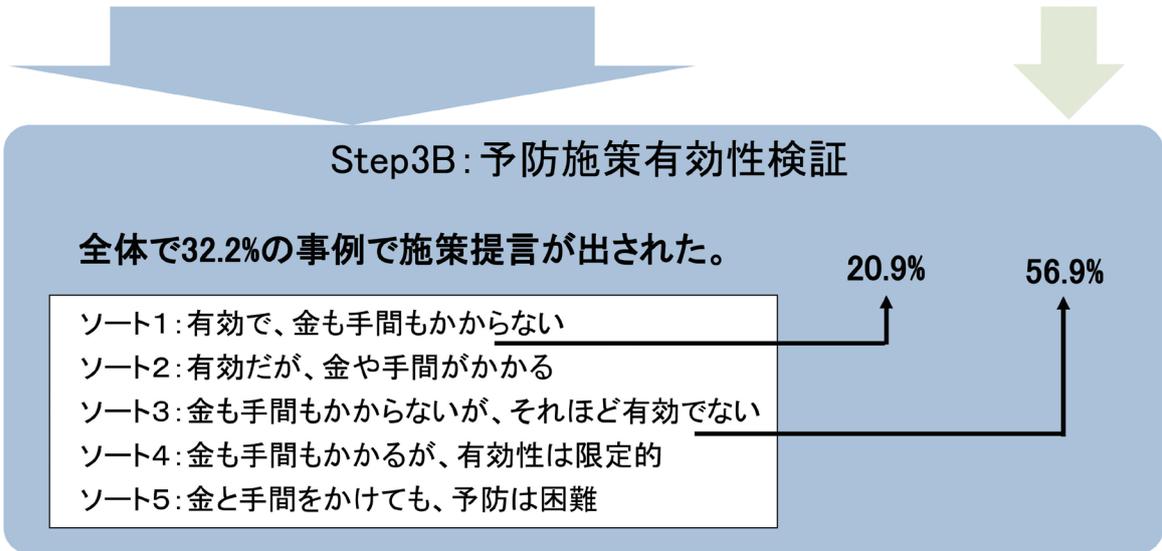
ただ一方で、予防可能性の分類に関しては、当事者検証と第三者検証とを比較して、予防可能性中等度以上と判断される事例の割合は、結果にほとんど変わりがないことが判明しました。これらの結果からは当事者が養育不全と位置付けることにためらいがあった場合でも、予防可能性があったとトリアージしてその事例を二次検証に繋げる傾向にあることを示しており、予防可能性中等度以上を要詳細検証事例とする限り、当事者によるスクリーニングでもそれほどアンダートリアージが生じないことを示していると言えるでしょう。



予防可能性のある死亡を減らすためには具体的な  
 施策を提言し、優先順位をつけていく必要がある

★★

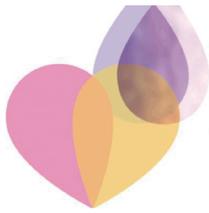
- |             |     |     |             |     |     |             |     |     |       |
|-------------|-----|-----|-------------|-----|-----|-------------|-----|-----|-------|
| ○ 1         | ○ 2 | ○ 3 | ○ 4         | ○ 5 | ○ 6 | ○ 7         | ○ 8 | ○ 9 | ● 0   |
| A. 予防可能性が高い |     |     | B. 予防可能性はある |     |     | C. 予防可能性は低い |     |     | D. 不明 |



さて予防可能性のあるとされた事例に関しては、新たな同様の死亡の発生を防ぐために、どのような対応を行えば予防しえたのかを検討し、提言を行う必要があります。このような提言の積み重ねこそが、将来的な子どもの死亡を減らすことに繋がります。

ただ、例えば「交通事故で死亡する子どもを減らすために、通学時間中はすべての運転を自粛しましょう」と提言したところで、現実的には実施はおよそ不可能で意味を成しません。また提案された提言をすべて実現することは、人的・経済的な問題からもおよそ不可能といえるでしょう。そのために当研究班では、予防施策提言を行う場合に「もしその施策が実施された場合の有効性や、実現可能性」について評価し、優先順位をつけることを推奨しています。今回のパイロット研究では、登録された事例のうち32.2%で提言が出されましたが、出された提言のうち20.9%が有効で実現可能性が高いものであり、56.9%は、施策化の検討を行う価値のある提言でした。

今回のパイロット研究は3ヶ年の研究であり、提言の実施状況を追跡しうような段階にはありませんでしたが、米国のCDRの研究によると2005年から2015年の間に89040件の提言が出され、うち7431件の提言が実行に移されたと報告されています。特に昨今、本邦で緊急の課題となっている虐待死に関しても、2005年から2009年の間、1020の提言が出され、うち109の提言が実行に移されたと報告されています。



★★

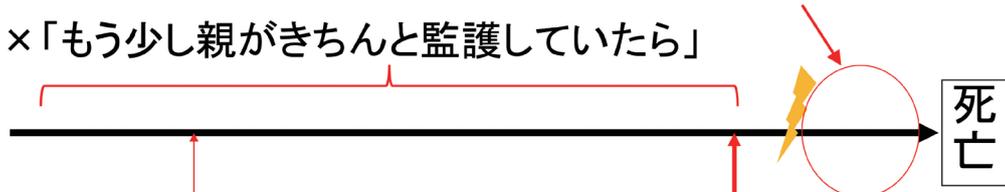
## 提言は事例に特有の各論的内容で、 行動化につながる具体的なものである必要がある

例えば、自転車に乗っていて

交通外傷で心肺停止状態で搬送され、死亡した事例の場合

×「こんな重篤な状態で運ばれたら死は防ぎようがない」

×「もう少し親がきちんと監護していたら」



ヘルメットのアゴひもが古くなり外れたことが死に寄与した。

→半年に一度、学校で定期的に点検する機会を設ける

通学路で生じた事故であった。

以前から危険性が指摘されていた箇所であることが調査で判明した。

→ハザードマップを教育委員会のHPに載せ、新学期のたびに修正すべき箇所を更新する

提言は「絵に描いた餅」であってはならない

そのために多機関が公的にこの提言を取り扱う仕組みが重要なのです。

では我々はどのような提言を行うべきでしょうか？ 例えば、自転車の事故で死亡した事例の場合を考えてみましょう。医学的には「こんな重篤な状態で運ばれたら死は防げない」という評価となるかもしれませんが。しかしCDRで重要なのは死亡に至る分岐点に振り返り、それを防ぐ手立てを講じることです。そのための提言として、「もう少し親がきちんと監護していたら」という観点から、「養育者に事故予防の啓発をする」などの提言も考えられます。しかしそのような総論的な提言は、実際には何らのアクションにも繋がりません。重要なのはその事例固有の要因を検討し、具体的な行動に繋がる提言を行うことにあります。その積み重ねが地域社会の安全を高めるのです。

例えば、ヘルメットのアゴひもが古くなり外れたことが死に寄与した可能性があったならば、「家庭に注意喚起する」という提言も有効となりえますが、「半年に一度、学校で定期的に点検する機会を設ける」という提言のほうがより実効性があります。また事故現場が以前から危険性が指摘されていた箇所であることが調査で判明した場合、具体的にその場所の安全性を高めるためのガードレール設置などを協議するとともに、事故をきっかけとして、各学校が改めて通学路の危険箇所を点検し、ハザードマップを教育委員会のHPに載せ、新学期のたびに修正すべき箇所を更新することをルール化すれば、新たな場所で新たな事故が発生することの防止にもつながるでしょう。

提言は「絵に描いた餅」にはなりません。当事者検証で提言を出すことは重要ではありませんが、実効性のある動きにはつながりにくいのが実情です。そのためにより公的にこの提言を取り扱う二層の仕組みが重要と当研究班では考えています。

死亡の発生毎に集合離散する既存の死亡事例検証では、提言が実行されているかトラッキング（追跡）することができません。そのために当事者検証や既存の死亡事例検証に加えて、小児死亡監査制度(Audit system)として都道府県単位でCDOP(Child Death Overview Panel)という多機関で二次検証を行う常設組織を設置して、当該地域の死亡の全体検証を行うとともに、出された提言を公的なものとして扱い、その実施状況のモニタリングを行うことが重要なのです。



一人の子ども(A Child)の死を大切にする  
&  
死亡した子どもたち(Children)の死をデータ化し、  
施策に生かす

★

CDRにより得られた知見は、地域の実践を変える契機となりうるものの、それだけではなくそれらをデータ化して体系的にまとめ共有することで、PDを減らすための以下の重要な取り組みに繋がります。

- 地域のCDRの取り組みと、実践活動の意義を啓発する。
- 提言された施策の実施状況につき、市民がトラッキングすることが可能となる。

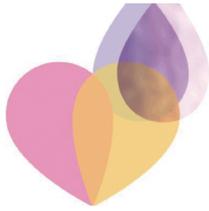
また上記の地域のannual reviewを国がとりまとめを行うことで、さらに以下の効果が得られることが期待される。

- 地域のCDR/CDOPにより得られた結論と、全国的な傾向とを比較することで、その取り組みの質の均霑化が図られることとなる。
- 全国集計された結果をもとに、国の政策や実務の改変に生かすことが可能となる。

CDRの基盤は、一人の子どもの死から真摯に学ぶことにあります。そしてそれを積み上げデータ化し、国家的な施策に生かしていくこともまた重要になります。

都道府県ごとに年次報告書を作成することで、地域のCDRの取り組みと、実践活動の意義を啓発することとなり、さらには提言された施策の実施状況につき、市民がトラッキングすることが可能となります。そのことが絵に描いた餅ではない、真に子どもの安全な社会の実現のために、我々地域社会がもつ「穴」を塞ぐことになるのです。

さらにはそのような都道府県の取り組みを国がとりまとめて公表を行うことで、地域で行った検証の結果と、全国的な検証の傾向とを比較することが出来るようになり、将来的には各地域で行われるCDR制度の質の均霑化が図られることとなります。また全国集計された結果をもとに、国の政策や実務の改変に生かすことも可能となるのです。



★★★

## 結局チャイルド・デス・レビューとは

以下のプロセスすべてを含めた包括的システムである

### 👑 予防可能な小児死亡の減少

#### 👑 具体性のある施策提言とその実施

#### 👑 死因究明の質向上・死亡時対応の均霑化

#### 👑 多機関連携の促進(→生存児の安全担保)

#### 👑 客観的なデータベース構築

#### 👑 死亡による悲嘆への包括的支援体制の確立

以上まとめますと、CDRとは、予防可能性のある子どもの死亡を減少せしめることを目的に、「当事者」「地域」「専門家」「国家」の各段階で、子どもの死から学びを得るためのシステムです。具体的に我々の実務を変えるためには、具体性のある施策提言とその実施体制が求められます。

子どもが亡くなったときの対応の質の均霑化がなされ、質の高い死因究明が実施されることは、亡くなった子どもへの権利擁護の最後の機会であり、的を射た提言を実施するためにも不可欠と言えます。また亡くなった以降にも多機関が情報を持ち寄り、その死について共に検証を行う体制を確立することは、提言の質を向上し、提言の適切な実施を図るうえで欠かすことはできませんし、そのような顔の見える多機関連携体制が構築されることは、今を生きる子ども達の安全を守ることに直結します。また死亡に関するデータベースを構築することで、鳥の目での施策実行につながります。米国ではこのようなデータベースは研究者に広く開かれ、様々な学術的検討にも用いられています。

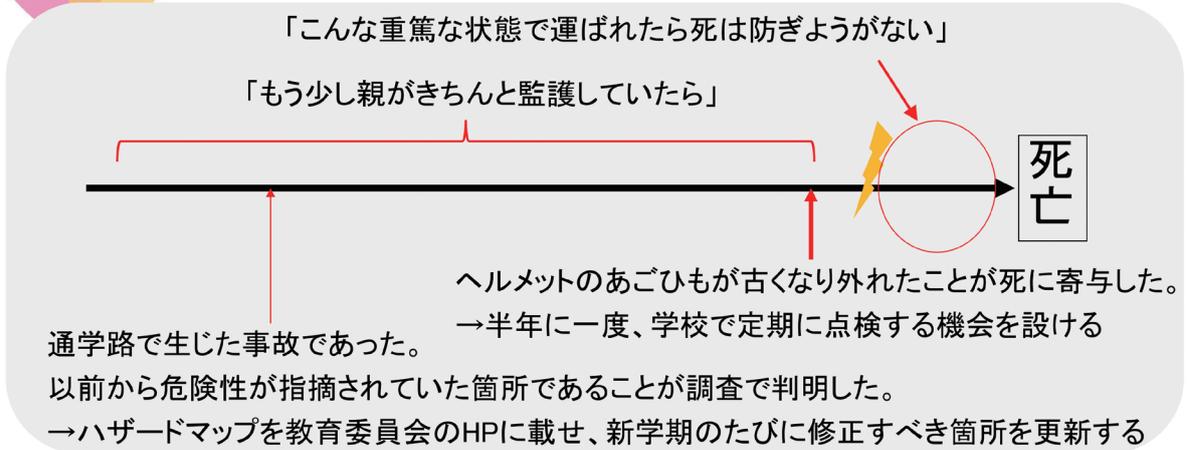
さらには直接的に小児死亡を減らす取り組みではありませんが、子どもを亡くしたことによる悲嘆への対応体制の確立は、CDRはさておいても進めていかなければならない問題です。また、このような体制を整備することは、同時に、CDRの社会的理解の促進につながり、文化としてCDRを根付かせていくためにも不可欠です。

これらのプロセスをこのスライドではチェスのコマに例えてみました。チェスの格言に「チェスは99%戦略である」「運に頼る人はトランプカルーレットをやった方がいい。チェスは全く違う何かだ」という格言もあります。子どもの死亡を運が悪かったと済ませ、蓋をしてしまっただけではなりません。子どもが亡くなることは「終わり」ではなく、そこから始まる使命を我々は果たしていかなければならないのです。



## 「医療」が「研究」として「後方視的」に行ってきたが、 今後は、行政事業としての包括的検証が不可能

★★



### 一方で実務上は、医療がリーダーシップを発揮する必要があるであろう

子どもの死の2/3を占める内因死における、予防可能性の余地の判断は医師でないと困難。死亡診断書/死体検案書の適切性の判断も医師でないと困難。あらゆる死亡に横断的に関わる立場の専門職である医師は、CDR/CDOP実施の際のchairとなる最適職種である。

これまでいくつかの地域で行ってきたCDRへの取り組みは、何らの法的根拠もなかったゆえに、「医療者」が「研究」として「後方視的」に行ってきたものにすぎません。しかし当然、医療だけでは包括的検証は不可能ですし、提言の実効性を持たせる上では、行政の事業化は必須ということが出来ます。

実際、先に例示した自転車乗車中の交通事故においても、具体的な提言を行うための「ヘルメットの顎ひもが外れた」「以前から危険性が指摘されていた箇所であった」などの情報は、医療者だけで収集することはおよそ困難でしょう。

ただ一方で実務上は、医療者のリーダーシップを抜きにして、CDRを地域で社会実装することも困難です。成育基本法が成立し、理念としての実施が定められた今、まずは医療者と行政のCDRの実施を担当する部署になりうる子ども施策担当課とが一度会って、話をしてみることが地域でCDRを開始するスタートラインになります。