

システムの改善

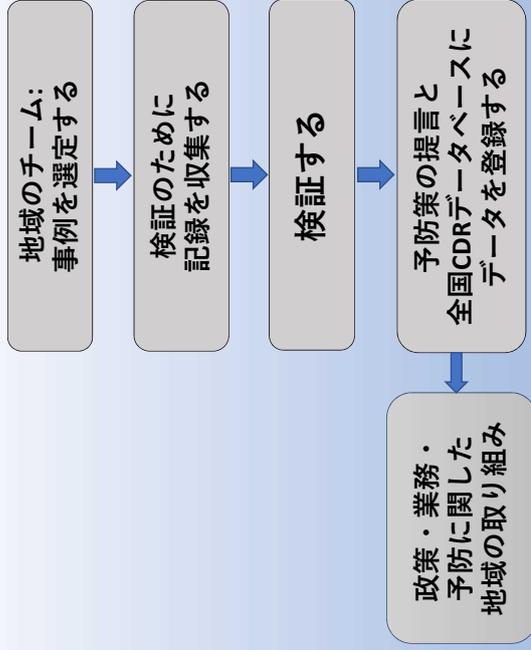
連携の取れた、包括的な調査
死因の究明
関係機関の業務内容や指針
ケア・システム
司法システム
遺族サポート

予防

重要なリスク因子の特定
効果的な予防策
予防に向けた取り組み：
政策、プログラム、サービス

関係機関間のコミュニケーション・連携・協力を改善する

9



10

アメリカにおけるチャイルド・デス・レビュー (2016年度)

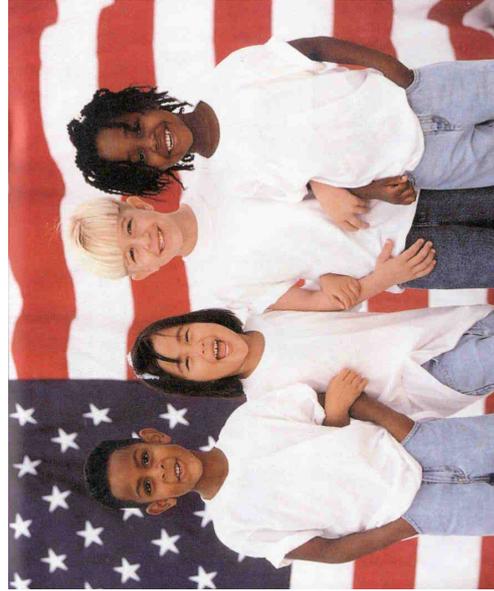
CDR: 50州

1250の地域・州チーム

グアム

国防省

先住民の部族



11

様々なシステムと共通の目的

- 地域のCDRチームを支援する州のマネージャーが配置されており、州が調整と予算を組んでいる。37州で諮問委員会を有している。
- 13州では、州規模チームのみを有している。
- 多くの州が工夫して予算額を決めている
- そんなに高額ではない：州の平均予算は125,000ドル (約1,370万円)
- CDRの全国センターが州を支援し、全国データベースを管理している

12

CDRチームの主要構成員

- 検視官・監察医/法医学者
- 警察
- 児童相談所
- 公衆衛生（管理者、母子保健、統計など）
- 救急医
- 小児科医
- メンタルヘルス（精神科・臨床心理士など）
- 司法
- 遺族、地域の関係機関



13

その他のメンバー

- 救急隊
- 病院関係者
- 保育園・幼稚園
- 裁判所
- 学校
- 保育のライセンスに関わる団体
- 聖職者、僧侶
- 子どもの権利擁護センター
- 死別支援のサービス
- 家庭内暴力に関連する団体
- 地域の議員
- 特別な目的に応じた人・団体



14

検証に必要な記録・情報

- 現場検証記録
- 解剖記録
- 救急隊の搬送記録
- 児童相談所の記録
- 乳幼児健診、家庭訪問、予防接種歴
- 病院・診療所の受診記録
- 火災現場検証の記録
- 自殺の遺書が共有される場合もある
- メンタルヘルスの診療記録
- 学校の情報
- 過去の裁判記録など



15

情報の機密保持の重要性



16

個別の事例検討会の手順

1. 死に至る経緯（ストーリー）を共有する
2. システムについて：
関係機関のどんな方針や業務内容について注目すべきか？ どのようなサービスが必要か？
3. 修正可能な要因は？
4. 予防について：
行動・技術・法律などを変えるために、何をすべきか？
5. 最善の提言は何か？
システムの改善と予防
6. 次に向けて：誰がその予防策に責任を持つか？

17

システムの改善： 関係機関における方針と業務内容

- 死亡時または死後の際に、な
子どもや業務内容を満たすよか？
- 家族・子どもにサービス提供を
する際に、サービス提供をプ
はなかつたか？
- 変えらるべき改善すべき・導入
するべき方針や業務内容はあ
るか？
- CDRでの検証結果について、の
どのように関係機関に伝えるの
がベストか？



18

システム改善の例：調査・捜査について

- どの機関が主導するべきか？
- 調査・捜査は連携していたか？
- 解剖は実施されたか？
包括的な死後検査がなされたか？
- 現場検証は行われたか？
- 調査・捜査は適切だったか？
- 調査・捜査は完了したか？
- 他にもっと知っておくべきことは？
- 調査・捜査やシステムを改善するために、何か
できることはあるか？

19

様々な死後調査の実施基準



20

死因を特定していく...

SIDS

乳幼児突然死症候群

偶発性の窒息
Accidental Suffocation

死因不明 (特定できず)
Undetermined

明らかなきSIDS
Apparent SIDS

添い寝でのSIDS
SIDS with bedsharing

覆い被さり
Overlay

死因不詳
Unknown Cause

睡眠関連の
 予期せぬ乳幼児突然死
SUID sleep related

乳幼児突然死症候群の定義に一致?
Consistent with the definition of SIDS

SIDS様の死因
SIDS-like cause

保留中
Pending

Homicide?
 殺人?

予期せぬ乳幼児突然死
 うつぶせ寝
SUID prone

乳幼児の突然死事例の調査の改善





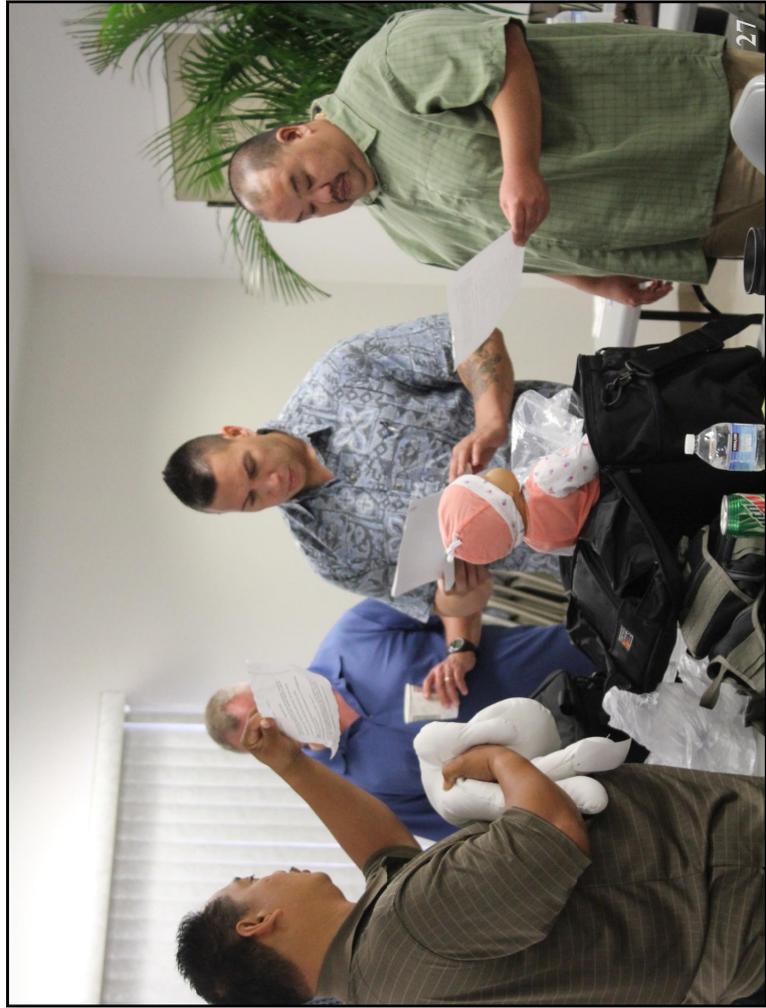
現場の再現

25



現場の再現

26



27

スタリップス・ハワード・ニューース社による
2000～2004年の予期せぬ乳児突然死の分析
(対象者：21,990人)

| 検証の形式 | 窒息事故 | 殺人 |
|------------|-------|------|
| CDR検証の実施なし | 7.1% | 7.1% |
| 州規模での検証のみ | 9.2% | 7.5% |
| 地域での検証のみ | 12.4% | 8.0% |
| 州・地域の二層で検証 | 15.3% | 9.0% |



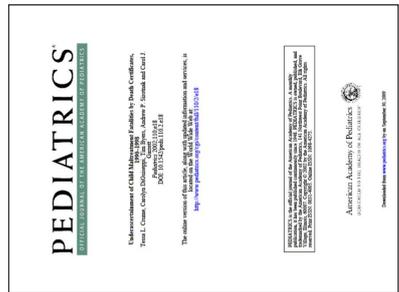
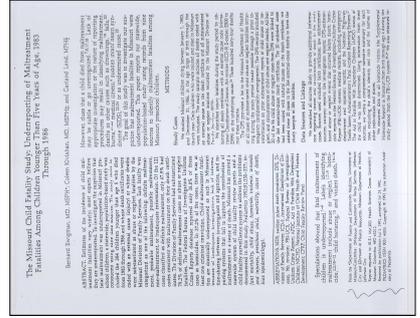
児童福祉機関における改善例： ミシガン州



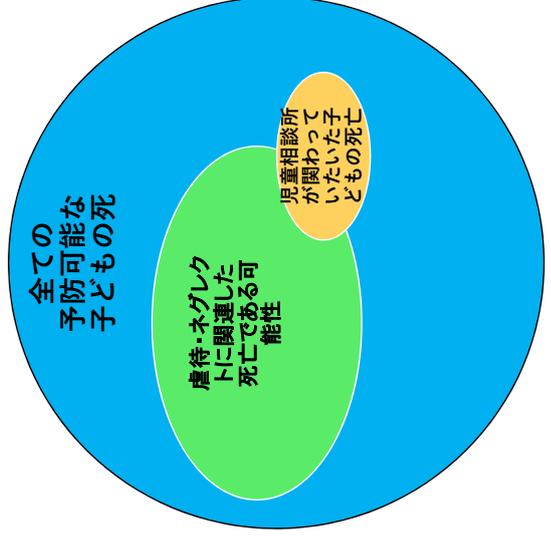
CDRは児童虐待の特定や対応に重要な役割を持つ

- 人口動態統計では、児童虐待による死亡は過少報告となる
- 死亡前後の子どもと家族における情報を包括的に収集できるシステムは他にはない
- 児童福祉機関に子ども死亡を報告する一貫した手続きのシステムはない
- 子どもの死後の現場検証と解剖に関する、画一的なプロトコルはほぼ存在していない
- システムを改善するための調和のとれた対応システムは他にない

虐待死は明らかに 過少評価されがちである



死の範囲



| 児童虐待・ネグレクトの死亡者数 | | | |
|-----------------|--------|----------|------|
| 州 | NCANDS | 州のCDR報告書 | 年度 |
| アリゾナ | 11 | 51 | 2008 |
| カルフォルニア | 30 | 133 | 2001 |
| フロリダ | 156 | 192 | 2009 |
| ジョージア | 60 | 77 | 2009 |
| アイオワ | 6 | 7 | 2007 |
| カンザス | 10 | 13 | 2008 |
| ケンタッキー | 22 | 28 | 2008 |
| ミネソタ | 16 | 19 | 2001 |
| ミズーリ | 39 | 109 | 2009 |
| ネバダ | 17 | 37 | 2008 |
| ニュージャージー | 29 | 30 | 2008 |
| オクラホマ | 26 | 50 | 2006 |
| オレゴン | 18 | 20 | 1999 |
| ペンシルベニア | 40 | 98** | 2009 |
| ワシントン | 36 | 165*** | 2001 |
| 合計 | 516 | 1029 | |

※NCANDS (National Child Abuse and Neglect Data System):
 米国全州の児童福祉機関に通報された児童虐待・ネグレクトに関するデータベース

| 検証結果 | 問題点 | システムの改善 |
|---|-------------|---------------------------------|
| 医療専門職者が児童虐待・ネグレクト疑いの通報やその診断における課題があった | 分野 不履行あり | 医師を対象とした州全体での研修会 |
| 退院後の家族と医療者による経過のフォローアップが不十分だった | 業務の質の乏しさ | |
| Unaddressed mental health needs lead to the death of a child. 精神的・心理的支援の必要性の見逃しが、子どもの死亡に関連していた | 方針が不適切 | 里親機関における里親へのアセスメントにおける新プロトコルの作成 |
| 予期せぬ子どもの突然死に関する死因分類の不正確性と一貫性の欠如 | 業務の質の乏しさ | 子どもの突然死に関する死因特定に関する州の新プロトコルの作成 |

| 種類 | 検証結果 | | | 予防策 |
|------------------|------|-----|-----|-----------|
| | 死亡前 | 死亡時 | 死亡後 | |
| 危険の早期発見 | | | | 誰が、何を、いつ? |
| 警察 | | | | |
| 監察医 (法医学) | | | | |
| 児童相談所 (初動時) | | | | |
| 児童相談所 (調査) | | | | |
| 児童相談所 (処遇の決定) | | | | |
| サービス | | | | |
| 裁判所 (司法) | | | | |
| | | | | 34 |

ミシガン州では、

- チームの提言策を実行した後、
37%の見つかった課題が減少し、
9%の死亡が減少した

サービスを改善する

- 死亡前に家族のアセスメントを行った期間はあったか？
- 死亡後に家族へサービスは提供されたか？
- 他の子どもたち（学校の同級生など）にサービスは提供されたか？
- 通報者・目撃者・地域住民にサービスは提供されたか？
- 他にサービスを提供すべき人はいないか？
- これらのサービス提供について今後誰がリーダーシップをとってフォローアップをするか？
- チームはサービス提供体制を改善する様な提言をしているか？



自殺後のサポート

- CDRチームでの自殺事例検証は3年に1例程度
- チームで追加情報を収集する
- チームは学校職員の支援も行う
- 市町村レベルでの支援プランの策定を行う



子どもの死亡を予防する力： データからアクションへ



予防

多機関連携の改善

通報・特定・判断の改善

コミュニケーションの改善

検証

CDR のアウトカム: 2005-2015

K. PREVENTION INITIATIVES RESULTING FROM THE REVIEW ● Mark this case to outline prevention actions in a later date

1. Could the death have been prevented? Yes, probably No, probably not Team could not determine

2. What specific recommendations and/or initiatives resulted from the review? Check all that apply. No recommendations made, go to Section L.

| Recommendation | Current Action Stage | | Type of Action | | Level of Action | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Planning | Implementation | Short-term | Long-term | Local | State | National |
| Revised policy(ies) | <input type="checkbox"/> |
| New program | <input type="checkbox"/> |
| New services | <input type="checkbox"/> |
| Expanded services | <input type="checkbox"/> |
| New legislation | <input type="checkbox"/> |
| Amended legislation | <input type="checkbox"/> |
| Enforcement of legislation | <input type="checkbox"/> |
| Modify a consumer product | <input type="checkbox"/> |
| Recall a consumer product | <input type="checkbox"/> |
| Modify a public space | <input type="checkbox"/> |
| Modify a private space(s) | <input type="checkbox"/> |
| Other, specify: | <input type="checkbox"/> |

Briefly describe the initiatives:

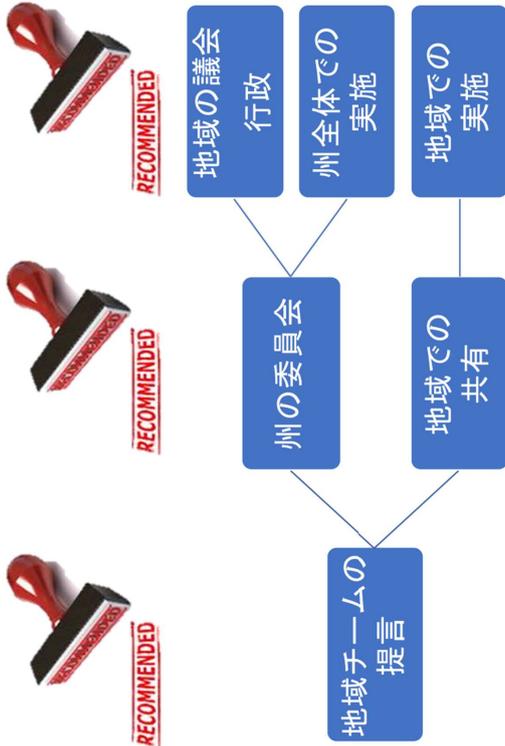
- ・ 検証人数：164,261人
- ・ 予防可能：30%
- ・ 提言の作成：18,603人
- ・ 提言数：89,040件
- ・ 提言の実施：7,431件

二次予防：傷ついでしまった子どもを助ける

- サービスを提供する
- サービスを改善する
- 政策を変える
- 法律を作る
- 職員の研修を行う
- 予算を増やす

一次予防：子どもが傷つかない様にする

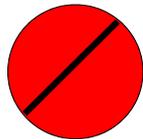
- メディアによるキャンペーン
- サービス提供者への教育
- 親への教育
- 患者への教育
- 学校におけるプログラム
- 地域におけるプロジェクト
- その他の予防的プロジェクト
- 新しい政策
- 新しい法律の作成や修正
- 消費者製品の修正
- 消費者製品のリコール
- 環境(場)の改善
- その他



リスク要因を特定する



具体的な実践を導き出す 提言



親は安全なベビーベッドに子どもを寝かせるべきです。

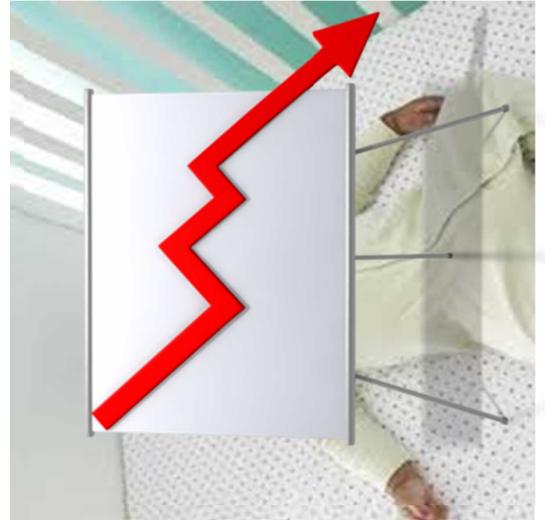


サニーサイド病院と郡の保健局は、新しく親になる人を対象に産前教室にて、米国小児科学会のガイドラインに沿った安全な寝かしつけの方法について教育するキャンペーンを、12月末までに計画し、導入し、運営してください。

より良い提言とは



ボルチモアでの成功例: 安全な睡眠



ボルチモアシティの死亡事例検証では、2009年以降、睡眠関連の乳幼児死亡が**53%減少**した

ベビーベッドを子どもたちに Cribs for Kids (団体名)

- 1990年代にピッツバーグにて、6例の睡眠関連の乳児死亡の検証後より始まった
- 郡はベビーベッド配布プログラムを開始。
- 州全体、そしては全国に広まった。



• アイダホ州以外の全ての州で、510のパートナー団体が存在している。



• 300,000個以上のベビーベッドが配布された

National Cribs for Kids (全国規模の団体) 安全な睡眠セット

- ベビー・ベッド
(ベビー・サークル)
- ベビー・ベットの
シート
- スリープ・サック
(着るブランケット、
手足が出ているもの)
- 教育的な資料



49

ウィスコンシン州：溺水予防



50

アラバマ州：10代の安全運転



51

サクラメントにおける若者の暴力防止策：
地域のパートナーシップによる停戦協定



52

ミズーリ州セントルイス：火災予防



53

フロリダ州フォートローダーデール：
安全な環境作り



54

ペンシルベニア：自殺予防



55

ワシントン州シアトル：溺水予防



56

時には、シンプルな提言も

米国消費者製品安全委員会は、以下の商品の自主的回収を発表した

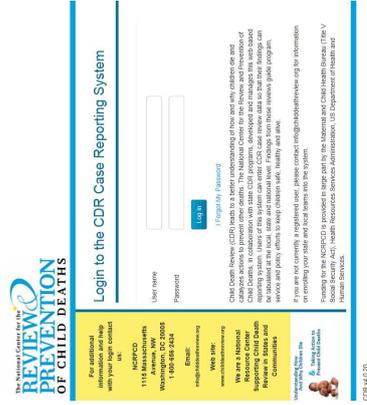


57

全国CDR症例登録データベース

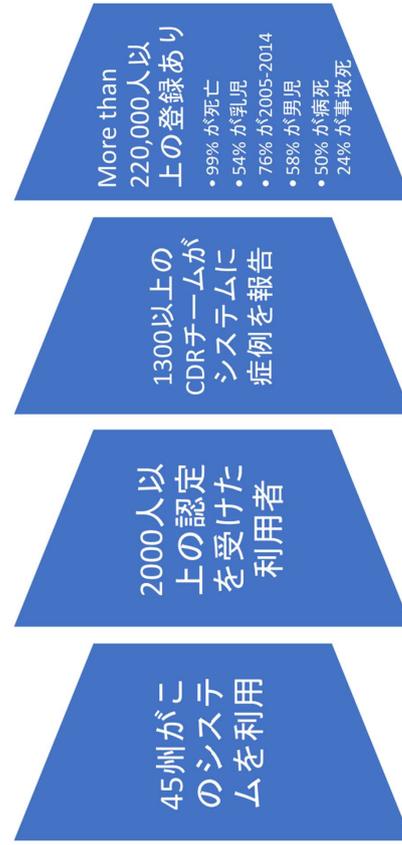
2005年より全国CDRデータベースが構築され、地域、州、全国規模の集計データを得られる様になった。

- オンライン上のデータ回収
- 1200以上の回答項目
- 無料
- ミシガン公衆衛生協会によって運営されている



58

症例登録システム: 数字で見る



59

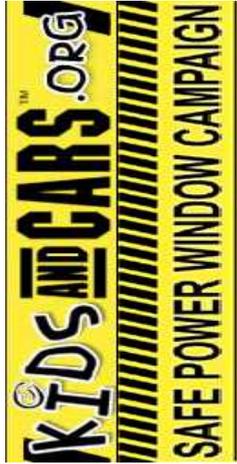
州レベルでの報告書

- 26州で、地域の検証結果をまとめる州のCDR諮問委員会を有する
- 43州で、毎年州のCDR報告書を作成している



60

全国的な政策に影響を与える



子どもと車
2007年
子どもの安全法案
高速道路での宣伝

61

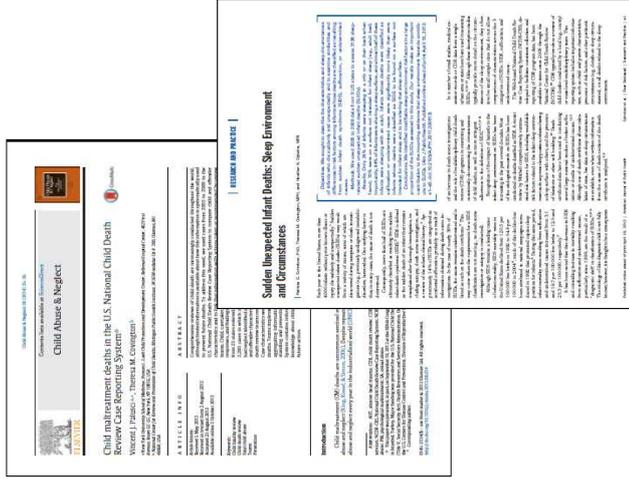
関係のある国立機関

- 米国消費者製品安全委員会とは、CDRデータと彼らのデータが一致しているかどうか、違う事例が発生していないかどうかを調べるために、連携している
- 薬物乱用・精神衛生サービス局とは、自殺予防で連携している
- インディアン・ヘルス・サービス
- セーフキッズ・ワールド：溺水の報告書
- アメリカ疾病予防管理センター(CDC)：全国症例登録

63

データを用いた研究

- CDRの全国データベースのデータを用いて、14本の論文（ピア・レビュー誌）が報告されている



62



The American Academy of Pediatrics (AAP)
アメリカ小児科学会

- AAP は組織的に事務的なサポートを行うという決議を出している
- CDRに関するAAPのポリシー・ステートメント
- 2013年8月のAAP学会にて
- CDRに関する特別部門、400人以上の会員が参加

64

CDRチームの事始め

FIELD OF DREAMS



IF YOU BUILD IT,
THEY WILL COME.



65

チームを作る

- 組織者を決める
- チームの中心メンバーを決定し、コンタクトをとる
- 議長とファシリテータを決める
- 機密保持と合意書の書類を作成する
- 死亡時における地域の対応について理解する：誰が、何を、いつやるか？
- 死亡を認知する手順を作る
- タイム・フレームを作成する
- どの種類の死亡を検証するかを決める
- ミーティングの会場を決める
- 最初の会議を開催する。必要があれば模擬事例での検証会を行う。

66



CDRチームの運営

- 死亡を特定する
- 記録を回収する
- 検証メンバーをリクルートする
- 会議におけるロジスティックを準備する
- 検討結果を報告する
- 提言のフォローアップと追跡
- 州との連絡調整



67

チームメンバーに期待すること

- 関係機関の記録から情報を読み取る
- 各々の専門職のカウンターパートとして、連絡調整系になる。
- 専門用語に関して説明する
- 関係機関の手続きや方針について説明する
- 専門職の法的責任やその限界について説明する



68

効果的な検証のカギとなること

- 準備が大事
- チームメンバーが研修を受ける
- 全ての情報を共有し、質問し、明確にする
- 予防に焦点を当て続ける
- 途中でやめず、最後までやり遂げる
- 対立点について明確にする
- 教育を得ようと努力する
- タイムリーに（遅くなりすぎない様に）データを登録する
- セルフケアに努め、うまく行ったことは褒め合う



69

効果的なCDRのための10項目

1. 訴追や罰することに焦点を当てない
2. 継続して適切な人が会議の場に参加し、敵対的ではなく、必要な情報を共有し合う
3. チームは簡潔に全ての情報にアクセスできること。もしそうでなければ、捜査や関係機関に改善を促す
4. 調査・捜査、サービス、そして**予防**に焦点を当てる
5. 全体像を把握するため、疾病や外傷に関するデータ（死亡以外のデータ）も入手・活用する
6. 修正可能なリスク要因を特定する
7. 既知のまたは最善の取り組みを元に、**実行可能な提言**を作成して、意図的な行動を起こす
8. 適切な人に提言が届き、説明責任を持つように、関係団体に協力を求める
9. 質的な報告書も提出し、政策立案者と一般市民に報告書を公開する
10. 成功例を評価する（お祝いする）

70

やればできる！



71



72

ありがとうございました



1

おはようございます。本日はアメリカの CDR のシステムについて話すということで今回呼び頂きました。私はアメリカで何年も CDR に関わってきておりますが、今回日本でも同じように CDR の体制を作ることです。他に台湾、またイギリスの方からも本日の演者の先生方がそれぞれの国の CDR を紹介するというのでここに来ています。私達の講演によって、皆さんが励まされ、そしてモチベーションを上げてこれから CDR の体制を作ることについて前向きに、夢を持って取り組んでいただければと思います。

2 CDR の定義

ではまずアメリカで使われている CDR の定義を紹介したいと思います。この定義はかなり長いものとなっています。CDR とは地域における多職種の集まりにおいて、一度に一人ずつ、子どもの死について語り合い、他の子どもの死亡を予防するために、その子どもの死亡に至った経緯を理解します。そして、子どもの健康と安全に影響を与える個人、地域、社会などの様々なレベルの要因についてデータを収集します。

3

私はミシガン州のデトロイトから来ました。デトロイトというのはアメリカの自動車の都と呼ばれています。アメリカでは“rubber hit the road”ということわざがあります。レビューをすることで、情報を収集し、その情報に基づいて、行動を起こすということです。行動というのは予防措置、予防戦略をとったり、また現在ある体制を変更して、そういった死亡を繰り返さないようにするという事です。簡単に言うと、CDR というのはあらゆる職種の人が集まって、その集合知によって子ども、その家族そしてコミュニティーの情報を収集し、どうやって子どもを保護すれば良いのか、またそして家族の人をどうやってケアしたら良いのか、今の体制を変える方法を考えていきます。

簡単な部分は情報共有の部分なのですが、難しいのはどうやってそれを解決するのかというソリューションを作る部分です。アメリカでも CDR を何年もやってきていますが、症例の検討、ケースレビューという点ではいいところまでできておりますが、それに基づいて正しい予防策を実装する実行するということではかなり苦労しております。

4

色々な形で変化をもたらすことができるわけですが、CDR はいいい形で変化を起こすことができるわけです。悲しいお話にとどまらず、それを前向きに捉えていくということです。そして全ては予防です。そのために私たちは活動をしています。

5

CDR に必要不可欠な要素、とくにこの CDR でユニークな要素としては、まずは多職種の人たちが集まらなければならないという事です。小児科医だけ、児童福祉司だけでもだめな訳です。そして、その子どもに対してのストーリーを語る必要があります。単に死亡日時を語るだけではなく、そのお子さんの人生そのもの、なぜ死亡に至ったのかという様々な経緯を話します。そして、厄介な部分ではありますが、将来に向けて予防していく体制を変更するということにフォーカスするという事です。省庁間で責任のなすり合いをしたり、またお互いに「これは恥ずべき事だ」と話すのではなく将来に目を向けて話すという事が大切です。

6

私たちはそういった場合にたまねぎというものを例えに使っています。たまねぎの一片一片をむいていく様に、死亡日時だけでなく、その子供が 10 年前、1 年前に家族からどのようなサポートを受けていたか、社会経済因子、生活状況、どういったサービスを受けていたかというような全ての体制を見て、なぜ死亡に至ったか

を検討する訳です。

7

この部屋にいる多くの皆さんは小児科医ですのでご存知かと思いますが、Fatality review というものもありまして、一人の子どもの死亡というのは一つのイベントです。それは他の子ども達に発生する様々なイベントの先駆けとなります。他の子ども達と同じようなリスクにさらされている訳です。したがって、死亡にフォーカスすることによってその社会にどのようなリスクがあるかが明らかになります。アメリカにおいても、ある子どもが死亡すると、おなじ理由で救急外来を受診する子供は 1000 人くらいと言われています。一人の子どもの死が多くの子ども達に影響するという事です。

8

よくなぜこのようなことを行うのか、なぜ重要なのかという質問を受けます。私達がコミュニティにおいて、CDR はこういった付加価値を与えるということを説明する資料として、このスライドにあるようなリストを連邦政府に提出しています。全てを読みませんが、いくつか強調したい点があります。まず多職種の人たちが集まることによって、一つの職種だけを見ていただけでは気がつかないような子どもについて緊急に対処しなくてはならない点がわかります。また、本日も遺族の方に来てもらってよかったと思っていますが、CDR を通してご遺族の方に敬意を払う意識が生まれてきます。ご遺族の方が、見えない存在ではなく本当に存在する方なんだということ、それが分かることによって地域において家族をもっとサポートしていかなくてはならないという形で意識向上が得られます。またアメリカにおきましては、CDR がなければ、予防措置対策さえも取ることはなかっただろうといわれています。色々な人たちで予防に向け事例を話すことで予防に向けて実際に予防策を立てようという意識が生まれる訳です。

9

アメリカにおきましては、レビューを行うことによって、2 つの事を行う事ができると思っています。一つはシステム、体制の改善です。連携が取れ、包括的な調査を省庁間で行うことができますし、死因の究明も行うことができます。そして、関係機関の業務内容や指針を変えるということを検討することができます。またケアシステム、司法制度の見直し、遺族へのサポートなどの改善の機会が得られます。

そしてもう一方が一次予防であります。事例を検討することによって、その中で重要なリスク因子を特定しそしてその変更対象とします。それに基づき提言を出し、効果的な予防策を検討して行きます。またこれら全てを包含して、素晴らしい協力体制が生まれる訳です。省庁間で子どもと家族について話し合い、そして協力をしようという機運が生まれます。そして、CDR を行い実際のストーリーを語ることで省庁の協力体制はかなり強化されます。

10

アメリカにおける CDR のプロセスを紹介したいと思います。こちらが典型例となります。ここに地域のチームと書いてあります。地域のレベルというのは日本で言えば県のレベルでしょうか？アメリの場合は州ですとか、その下の郡市のレベルになります。まずそこで症例を選定して、そして次に各省庁から検証のための記録をもって CDR に参加します。そして、次にこの実際の検証、ケースレビューを行います。これは実際にミーティングを開催して行いますが、コミュニティによっては症例を 1 つ、2 つだけ選択して検証を行ったり、中には 10 くらいの症例を 1 回に検討するところもあります。そして、チームでケースレビューを行いましたら、予防策の提言を出して行きます。そのやり方に関しましても、地域ごとに異なりまして、そのケースごとに提言を出すところもあれば、いくつかの症例を検討したのちに一つの提言を出すということもあります。そ

の場合は、そのレビューの会を5-6回もって、さらにもう1回会議を開いてその提言を出すというやり方です。提言の出し方については、その地域ごとのやり方に任せられています。その提言が出ましたら、まずはその地域レベルで行動に移します。実際に行動を実行に移し子どもの生活、環境を改善して行きます。

そして州レベルでは、ナショナルレポーティングシステムというものがございしますので、レビューを行なったチームがインターネットを介したシステムで包括的にその所見をレポートに入力して行きます。州におきまして、州の中のさまざまなレビューチームが行なった情報を収集し、そして、その州の諮問委員会で州レベルでの提言を出し、さらに国レベルでまたその情報を収集し、国としての提言を出して行きます。

11

このプロセスを介しすでに25万件の症例がレビューされデータとしてデータベースには保存管理されています。国レベルではこのデータを研究者達に全てアクセスできるようにしています。私もこのデータを使って様々な研究ができる訳です。そして州レベルでは年次報告を出す際にこのデータを利用しています。

そしてアメリカにおいては州ごとにチームがあり、州レベルでは1250。グアム、国防総省は軍レベルで、先住民の部族にもチームがあります。

12

アメリカではこのCDRの進め方はトップダウンではなく、ボトムアップで育ってきました。各州においてシステムは異なりますが、目指すゴールは同じです。予算に関しては、連邦政府からのCDRに関する予算、またファンディングというものはありません。各州ごとに予算の工面をしていて、どの州も工夫をして予算を取っています。例えば、保健のための予算だとか、児童福祉のための予算から一部CDRに割り当てているというのが現状で、それぞれの州ごとに異なるシステムを使っています。ただコストとしてはそれほどかかりません。予算の管理者は必要ですが、州の平均的な予算は12万5千ドルくらいです。

13

それではこれからアメリカにおける実際のレビュープロセス、レビューシステム、レビューチームについて紹介して行きたいと思います。CDRの構成員ですが、まずコアとなる主要構成員として以下の人たちが挙げられます。まず検視官・監察医の人達、警察、児童相談所、公衆衛生関係の皆さん、小児科医の先生、そして検察など子どもの健康と安全に関連する機関の人達全てが参加します。

14

このレビューに関しては、他の人たちの参加も可能です。だいたい平均してチームの人数は20人ですが、症例ごとに他の人達を招待することもあります。例えば、溺死の場合は水の専門家、火災関連ですと消防の専門家の人にレビューに参加してもらいます。

15

次はおそらく日本では課題となる部分かと思われれます。それは、様々な記録を情報として収集しなければいけないということです。カルテだけとか、警察の記録だけという事にはいかず、様々な情報を収集する必要があります。必要な情報の参考として、ここに挙げた様なものがあります。日本でこれを実現するためには法改正が必要かも知れませ。アメリカにおいても、州ごとに情報共有の法律があるわけですが、2つの州を除いてその他の全ての州は法改正を行いました。多機関連携で、省庁でこれらの情報を収集して共有するには法律を改正する以外の方法が無かったからです。

16

この情報共有は秘密保持が大切になります。州において、症例を議論するにあたって情報を公開したり、メディアに伝えたりしてはいけないというルール、原則で法律が通過しています。したがって、その各症例の詳細を話し合う部分はこの機密保持状態でいき、その後の予防について話す時点でメディアに公開するしたり他の参加者に参加してもらい公開討論を行うという形を取っています。

17

典型的なやり方、手順をご紹介したいと思います。このようにとても組織立った形で、ステップごとに進んでいきます。

まず最初にストーリーの共有をしてもらいます。参加者それぞれが、子ども家族など死亡に至った事について知っている限りの事を共有して行きます。

そして次が難しい部分で、省庁間でそれぞれ、その政策ですとかやり方をどう変えていくかという事を話していくわけです。例えば公衆衛生の担当者であれば、「うちがその家族をきちんとフォローアップしなかったから、それによってニーズが把握できなかったから死に至ったかもしれない、将来的にはやり方をこのように変えて行きたい」というわけです。常に心が通じ合うディスカッションをするという事が必要なのですが、省庁においてそれぞれの課題を共有し、そして改善について話すというのはなかなか難しいところではあります。

そしてそこから予防策について考えて行きます。リスク因子がなんなのかということ、そして私たちが影響を及ぼすことのできる、修正可能なリスク因子を確定して行きます。たとえば貧困などの外部要因というのはリスク因子ではあるけれども、これらを私達を変えていくのは困難です。なので、それ以外のところでより多くのリスクのある所で私達に出来ることを特定して行きます。そしてそこから修正可能な因子を特定し、提言を出します。将来予防するために、何をどう変えていけばいいのか、法律を改正するという事かもしれないけれども、そういったことを考えて、将来同じようなことが起こらないようなものを提言として出していくわけです。この提言を出していくという部分は、実際の行動を伴うような提言を出していくという事になります。例えば、「私たちは今後子どもの安全な睡眠の仕方に関する情報を出して行きます」というふうに言うのではなくて、具体的に「安全な眠り方についてのキャンペーンを行なって行きます」、「このキャンペーンを地域の病院でやって行きます」などといったようなより具体的な話を出して行きます。

アメリカではこれらの5つの手順というのは比較的スムーズに進行していくのですが、一番最後のところが問題となることが多いです。実際に誰がその予防策に担当として責任を持つのかということ特定しなくてはなりません。そして、そこで実際に実施されたかどうかということも確認していかなければこれは全く中身の無いものになってしまいます。

ではここで簡単な例をあげまして、このようなレビューをしまして、省庁機関におきましての改善をして、死亡の予防に向けた対策にどのようなことをやっているのかという事を簡単にご説明して行きたいと思えます。

18, 19

まずこちらです。システムの改善についてそして関係機関における方針と業務内容について、細かくは話しませんが、みなさん自身がレビューをする際にこういった質問をしていく必要があります。ここでは3つ目の部分が一番重要ではないかと思えます。特定の症例に関してより新しい理解を得た後に、自分たちとしては何を变えるべきか、改善すべきかといったような事を考えていく必要があります。アメリカにおいて私達は様々な取り組みを行なってきて、その結果として、小児の死亡についての調査をよりよく改善することができま

した。それを示している研究があります。CDR をたくさんやる事によって、その調査・捜査というものが改善してきたということが結果として出ています。ですので、私達としましては、ここに列挙していたような質問を繰り返して考えていく事により行動に努めるという事です。

20

またこれに関連しまして、CDC であつたり、乳幼児突然死症候群などの関連したものに関してのナショナルスタンダードということで様々な死後調査の実施基準を作りました。これは全国で、教育であつたりトレーニングと言ったところで活用されています。

21

チームで話し合いなどを行っている際に、死亡要因のリストの項目それぞれについて様々な定義があつたり、もしくは死亡診断書に色々なことが書かれすぎていて、チームのメンバーが混乱してしまうということがあります。

22~26

例えば、赤ちゃんが寝ていて突然亡くなってしまった事について、ここに挙げられているように、様々な書き方、内容が診断書に載っています。アメリカにおいては、様々な死因の定義を明確にするような取り組みを行ってきました。CDR において様々なトレーニングを行い、改善のために努めてきました。

イギリスでは実際に人形を使うという事はやっていないのかもしれないですが、私達は実際に人形を使って子どもが亡くなった状況を再現するという事をします。

一例を示します。家族が、実際に子供がどのような形で寝ていたのかという再現をしているというところ です。これによって、どういう状況だったのかという事をより明確に示すことができるようになりました。最初の時点でこういった事をやっていなければ、乳児がただ単に寝ていて亡くなったという情報しかないわけなんです。このような形で現場検証の中で状況を再現することができれば、そこで家族がどのような状態で子どもを見つけたのかというような情報をさらに取れますし、もしかしてそれによって子どもが死んだ死因は窒息死であったかもしれない、というように、さらなる追加情報を得ることができるようになります。

##27

こちらの例は、ハワイの警察官の方々がトレーニングを受けているところです。これは、死亡した現場の検証、捜査をする際にどういう風に行うかということも含めてトレーニングを受けているところになります。この結果、現場検証のやり方を変えていく事に繋がりました。

28

また CDR で行ったもう一つのこととしては、子どもの虐待、ネグレクトに対してどのように特定していけば良いのかということについて理解を深めていくということをしました。こちらを見てもらうと CDR を行うことで死因がわかっていない不詳死とされていた死亡の中で窒息事故や虐待死を含む殺人によって亡くなったという割合が高くなっているということがわかります。

29

ミシガンにおいて、6年間の虐待に関連する死亡についての情報になります。細かいところまでは話しませんが、CDR を行うことで、そういった症例を特定する事ができ、システムの改善が図られました。

31

アメリカにおきまして、様々な調査を行ったのですけれども、子どもの虐待死の数というものは公的な報告書で出されているものの、現実には3倍から5倍高い数字であることがわかっております。

実際に公式に上がってきたレポートだけを見ると、おそらくその症例数というのは少ないと思います。しかし、CDRを行うと実際の数字というものはもっと多いです、さらには虐待による死亡の割合が高いということがわかります。典型的な例ということでお話ししますが、溺死のケースがあったとして、ただ単に最初は事故であったという風に思われていたとしましょう。しかしながら色々調べていきますと、この家族は過去に何度も子どもを一人にしているということで通報等を受けているということがわかってきます。ある時は近所の人が子どもが池のそばに一人でいるのを心配していたということもありました。

33

CDRのレポートを見て行きますと、虐待死というのは1029件あるのですけれども、NCANDSに出ている公式の報告数になりますと、その半分になっています。公式の報告では別の死因とされているものが、実際にはネグレクトであったりとか、もしくは虐待の可能性が高いわけです。

36

こちら先ほどのスライドもそうなんですが、CDRを行っていくと、システムに対し様々な改善をしていかなければならないことがわかります。また資料を読んでおいてもらいたいと思うのですが、ミシガン州において、こういったシステムの問題を特定して子どもの安全を確保するために法律の変更を行いました。例えば福祉機関の方針の変更です。その結果として、子どもの福祉の対応の問題というのを改善することができました。また、福祉の問題に起因する死亡も減らすことができました。適切な対応を州が行ったということです。

38

例をあげたいと思います。時間の関係で飛ばして行きます。みなさんができることとして、例えば家族に対して色々なサービスを改善したりできるわけです。実例を挙げると、自殺をした遺族に対してのサポートを提供していくことができます。アメリカではそういったサービスが実際あります。また目的としては、将来こういうことが起こらないという予防というのが到達点ということになるので、そこを目指していくということです。そのためには各省庁機関において連携を目指していくことが非常に重要です。

42

アメリカにおいてですけれども、前回のレポートでは確か16万4千件のレビューをしまして、30%は予防可能であるという結果が出ました。そこから7400の推奨事項の提言を出しました。これらをレビューしていなかったら到底できなかったことであるのがわかっています。

46

スライドを飛ばしていきまして、国レベル州レベルそして軍のレベルなどで行っている例を少しお示したいと思います。

CDRチームでみてきたものについては、単に児童虐待とかSIDSとかだけではなくて、チームがアメリカにおいてそれぞれの子どもの死亡に関してアセスメントを行って、予防可能なものがあるということで、それに対してはどういったアクションを取ればいいのかといったようなことを考えてきました。

##63

国レベルでも色々なことを行ってきました。溺水に関するキャンペーンを行ったりということで、ロバートから同じような国のデータのレビューを行ったと言う話があると思います。連邦政府において、国の法律を子どもの安全に関して変更する、改正するというのもしてきました。

64

ほとんどの皆さんは小児科医であると思いますので、このアメリカ小児科学会についてご存じとは思いますが。AAPでもポリシーステートメントを出しましたし、決議事項も出してきています。AAPの中には、非常に積極的に議論を行っている委員会があります。400人のメンバーがおり、年次会議を開いています。そしてその中でそれぞれが地域レベルで関わってきたCDRの話なんかもしています。

65

ここで野球の歴史の話をしてみようかと思います。私はフィールドオブドリームズという映画の中の「自分たちで作れば人はやってくる」という言葉が好きです。チームを発足させる方法というのは色々あります。この部分についてはもう少しパネルディスカッションの所で話し合ってもいいと思うんですが、簡単に言うと、チームを作ると人々がこちらに歩み寄ってくる、参加してくれるということです。これは私が自信を持って言えることです。逆に大きな問題としてはチームを作ったら多くの人に来すぎてしまうというようなことがあります。

##70

こちらですが、時間の関係もあり読みませんけれど、効果的なCDRのための10項目というのがあります。またお時間あるときに読んでもらえれば、どのようにすれば効果的なCDRができるのかというのがわかります。日本では多くの機関を巻き込んでCDRは実現可能だと思います。子ども達のためにすべての関係者が同意をしてやっていければと思います。皆さんはできると思っていますし、皆様の成功をお祈りしております。ありがとうございました。



講演1

「日本のCDRの取り組みの現状について」

沼口 敦

Question

New

Q₁: CDR (チャイルド・デス・レビュー) とは何か？

What is the "CDR"?

5

成育基本法 2018.12.8

「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律」

第十五条の2

国及び地方公共団体は、成育過程にある者が死亡した場合におけるその**死亡の原因に関する情報**に関する**収集、管理、活用等**に関する体制の整備、データベースの整備その他の必要な施策を講ずるものとする。

成育基本法

検索



6

“活用する”とは？

• **チャイルド・デス・レビュー**：子供の死亡登録・検証制度。略称CDR。予防可能な子供の死亡を減らす目的で、多職種専門家が連携して系統的に死因調査を実施して登録・検証し、効果的な予防策を講じて介入を行うとする制度。

日本大百科全書（ニッポニカ）小学館

- 米国では約40年前から取り組みられ、また英国では約10年前に法制化された。
- 高所得国の44%、低所得国の25%が同制度を有する（ISPCAN調べ）。

7

チャイルド・デス・レビュー

「児童福祉法及び児童虐待の防止等に関する法律の一部を改正する法律案に対する附帯決議」

(改正児童福祉法) 2017年

六.

虐待死の防止に資するよう、あらゆる子どもの死亡事例について死因を究明するチャイルド・デス・レビュー制度の導入を検討すること。

8

その“死亡”は、どこに？

1. **虐待死の発見** → 子ども虐待の発見
 - ・ 身体虐待 … 外因死・不詳死に紛れやすい
 - ・ 精神的虐待, 性的虐待, ネグレクト
… そもそも発見されにくい/刑事罰の対象になりにくい
2. **外因死の詳細検証** → 子どもの生活環境への介入
 - ・ 受傷行動 (本人) への介入
 - ・ 受傷原因 (環境) への介入
3. 外因死・不詳死のみならず **内因死の究明** → 医療, 同胞への介入
 - ・ 例) SIDSの診断 ⇨ 遺族に対する「グリーフ・ケア」
 - ・ 例) 遺伝性疾患の発見 → 次子の遺伝相談, 生存家族の発症予防
4. 死因のみならず **死亡の周辺事象の解明** → 行政・保健への介入

9

どのように“学ぶ”のか？

“CDRとは、以下のプロセス「すべて」を含む
包括的システムである”

- ・ 遺族へ必要なグリーフサポートの提供
- ・ 死因究明の質向上, 小児死亡時対応の均てん化
- ・ 多機関連携の促進 (→死亡児の権利擁護, 生存児の安全担保)
- ・ ナラティブを反映した適切な施策提言 (地域の学び)
- ・ 客観的なデータベース構築 (国家の学び)

11

何を“学んだ”のか？ (海外)

| 実行された提言 (州, 年) | 実行された提言 (州, 年) |
|-------------------|--|
| 虐待の 気づき | 小児の剖検の増加 KS,1999 児童相談所職員の増員 OK,1998 州検察制度改善委員会の設置 LA,1989 里親の増加と里親が子らの策定 IL,1998 多機関連携会議の実施 MI,1999 ハリス家庭対策の多機関連携強化 MI,1999 SIDS事例の監察医との連携強化 NH,2002 SIDS家族や地域へのグリーフケア NH,2002 全不詳乳児死の剖検/現場検証実施 OR,1999 包括的なグリーフケアの実施 NH,2002 情報共有の改善, CDR協力義務化 OR,1999 男性養育者への啓発キャンペーン実施 MI,1999 自殺防止のための発見-介入法 TX,1998-1999 教育・福祉等の通告義務者ルーニング MI,1999 |
| SIDS への対 応 | 州内の銃火器への安全装置装着 MI,1999 危険な交差点同定、信号設置 OR,1999 SIDS予防キャンペーン実施 OR,1999 煙探知機の設置と点検 OR,1999 虐待事例へ多機関での関与の増大 VA,2002 SBS予防医療/福祉にピア配布 IL,2001 多機関での溺水予防キャンペーン IL,2001 添い寝/ソラの啓発キャンペーン IL,2001 加害親の心理評価の義務化 IL,2001 (死亡児の同胞との生活再開前) |
| 連携・ 予防体 制構築 | 加害親が10代の場合、親ネットワークから外れた理由解明と、同様の親の有無の検査 IL,2001 加害親が死亡児の同胞と接近しないための、法手続きの相談 IL,2001 |
| 親への 対応・ 援助 | |

Child Welfare. 2006;85:653-70.

研究として終えるのではなく、具体的な施策が導かれなければならない。どのように？

10

Question



Q₂: どうして, CDRが出来ていないのか？

Why has “CDR” not started yet?

根本的な問題点

- わが国にはまだ、確立した方法論がない。
 - Who** • 誰（どの職責）が取り組むべきか。
 - When** • いつ検証するべきか / その都度？まともて？
 - Where** • どこ（どの機関）で調査するべきか。
 - Whom** • 誰（どの対象）を調査するか。
 - What** • 何を調査するか / 既存情報？新規情報？
 - Why** • 何を目的（作るべき成果物）で行うか。
 - どのような枠組み（根拠）で行うか。
 - How** • どのような方法で行うか。

13

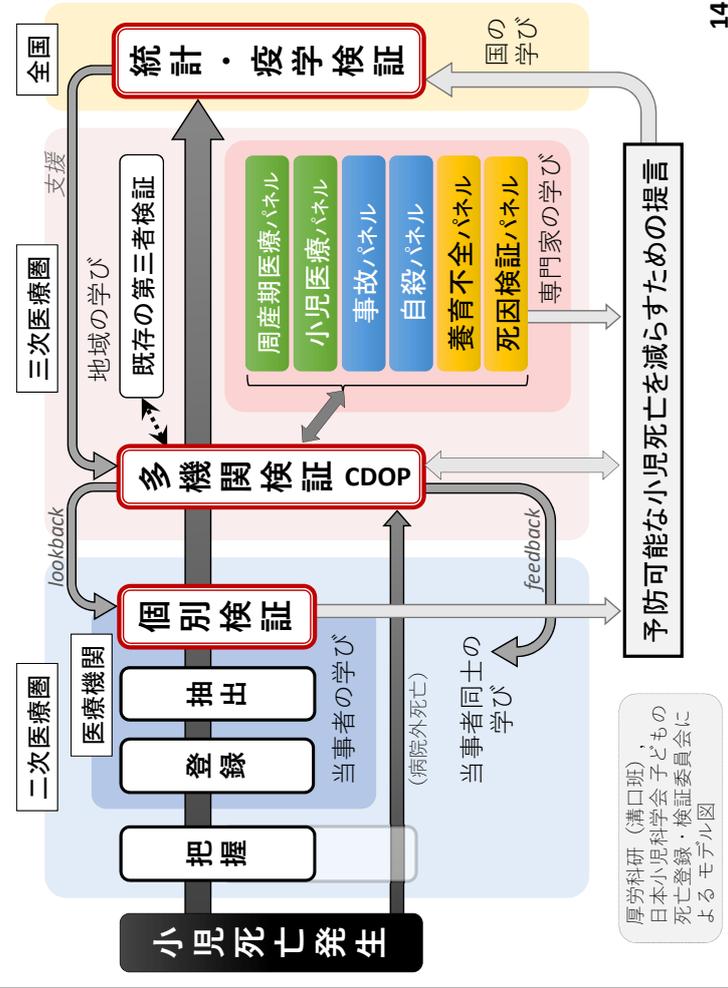
Question

Q₃：いま私たちは、どんな状況にあるのか？

So, what situation are we in now?

New

15



14

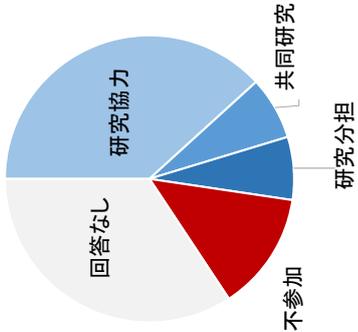
統計手法 としてのCDR

全国調査研究の報告

16

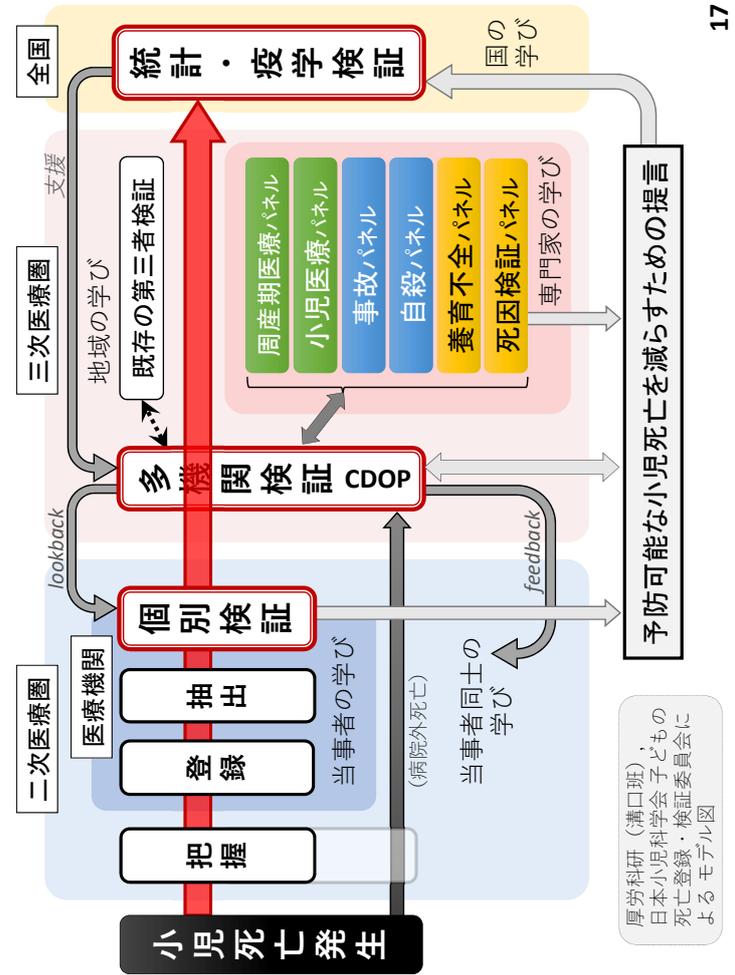
一次調査

- 対象**
 - 日本小児科学会認定の小児科研修施設 (508施設)
- 方法**
 - 参加の可否につき質問紙調査
- 結果**
 - 参加可能：266施設 (52.4%)
 - 参加不可：68施設 (13.4%)
 - 未回答：174施設 (34.3%)



2018.12/26時点の登録状況

登録施設数：155 施設 / 26 都道府県
有効登録数：2011 (うち15歳未満例は、1897)



二次調査

- 対象**
 - 一次調査で参加可能と回答した施設 (266施設)
- 方法**
 - 該当症例を抽出し、診療録の抄をWeb登録
- 結果** (2018.12.26時点)
 - 2670症例 (161施設より)
 - 1施設あたり報告数 1~132 [中央値 9]
 - うち有効回答 2011



登録数（年齢階層別）

| 年齢 | 登録数 | 全国統計 | 把握率 | | |
|-----------|-------------|---------------------------|-------|-----|-------|
| 0歳 | 1090 | 5924 | 18.4% | | |
| 日齢0 | 168 | } | } | | |
| ～1週間以内 | 186 | | | 354 | 17.3% |
| ～1ヶ月以内 | 122 | | | 476 | 17.4% |
| ～3ヶ月以内 | 283 | | | | |
| ～12ヶ月以内 | 331 | | | | |
| 1-4歳 | 367 | 2269 | 16.2% | | |
| 5-9歳 | 216 | 1303 | 16.6% | | |
| 10-14歳 | 225 | 1411 | 15.9% | | |
| 15歳以上 | (114) 参考値 | - | | | |
| 合計 | 1898 | 10907 (ただし15歳未満のみ) | | | |

調査/解析の手順



三次調査

- 対象**
 - 二次調査に回答した施設を複数含む地域
- 方法**
 - 多機関検証会議の課題を探索的に抽出。
- 結果**
 - 3地域（愛知県，三重県，千葉県）：複数回の検証会議を開催済，更に次回開催を予定中。
 - 2地域（群馬県，香川県）：検証会議を開催済
 - 1地域（福岡県/北部九州）：開催予定中

これまでの多機関検証会議

| 直近の開催時期 | 会議の主体 | 参加者(人) | 対象数(例) | 詳細な検証 |
|--------------|-----------------|--------|---------|----------|
| 愛知県 2018.10 | 県医師会 | 40超 | 114/257 | 7例 / 90分 |
| 三重県 2019.1 | 任意団体 | 21 | 38 | 3例 / 20分 |
| 群馬県 2018.9 | 虐待ネットワーク事業 | 40超 | 105 | 6例 / 90分 |
| 香川県 2018.12 | 任意団体 →小児科地方会 | 23 | 69 | 4例 / 60分 |
| 千葉県 2019.1 | 任意団体 +法医学講座 | 23 | 110 | 3例 / 60分 |
| 北部九州* 2019.3 | 未定 | 未定 | 106? | 未定 |

課題

- 検証内容
 - 対象の選定基準が参加者にとって不明瞭。
 - 選定されなかった例を検証対象外としてよいか。
 - 個々の検証には**時間制限（1例10-20分）**が大きい。
 - 検証対象につき「深く議論を尽くす」ための場を（別に）準備するべき：特に「問題症例」に関して。
- **回数を重ねなければ**（会議に慣熟しなければ），「具体的な予防策の提言」まで議論が到達しない。

これまでの多機関検証会議

- 検証の原則
 - ①『子どもがどうしたら死ななくて済んだか』に焦点を当てること
 - ② 個別の医療行為や捜査の責任を問う場ではないこと
 - ③ 検証委員の、お互いの立場を尊重し前向きな検討を行うこと
 - ④ 子どもの死を予防するための何らかの提言や予防策を講じること

仙田先生（旭中央病院小児科）スライドより引用

課題

- 検証のありかた，システム
 - 慣れるまで「本音を言いにくい」
 - 発言に対する責任の所在
 - 発言内容についての責任「責任を取らされては適わない」
 - 関与する部門の責任「責任を持ってやってくれるのか」
- 「研究」であるがゆえの課題
 - 継続性をどう担保するか。
 - 新規性（研究継続のための動機づけ）は何か。
 - 検証会議への参加は、「職務」か「研究協力」か。

Question

 **New**

Q₄：では，CDRでどんなことが分かるのか？

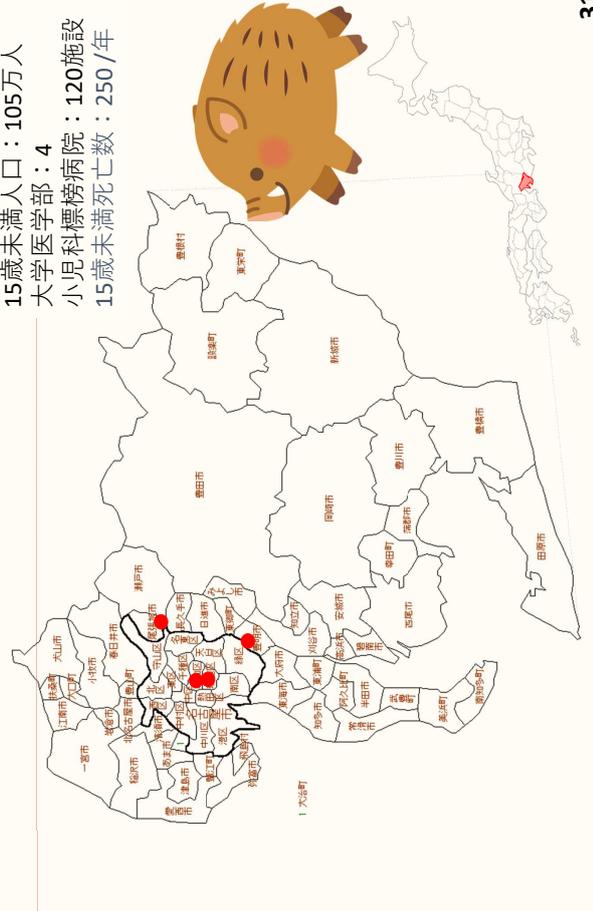
What will “CDR” clarify?

学びのプロセス としてのCDR

愛知県調査の報告も含めて

参考までに...愛知県

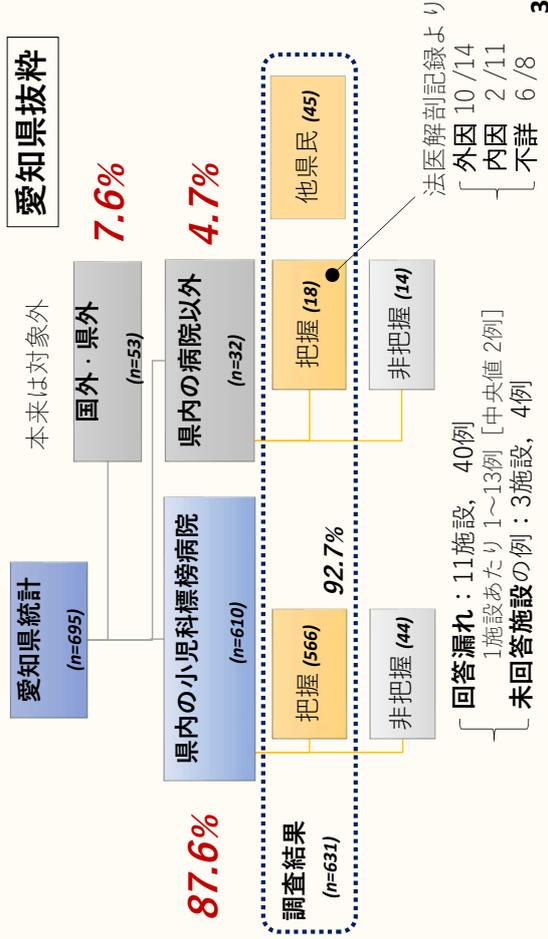
人口：700万人
 15歳未満人口：105万人
 大学医学部：4
 小児科標榜病院：120施設
 15歳未満死亡数：250/年



国際シンポジウム「日本のCDRの取り組みの現状について」

地域の“学び” どこを調査するか

2018.11.30現在の統計



小児死亡発生

把握
登録
抽出
個別検証

当事者の学び

当事者同士の学び

多機関検証 CDOP

地域の学び

既存の第三者検証

統計・疫学検証

国の学び

専門家への学び

予防可能な小児死亡を減らすための提言

厚労科研 (溝口班)
 日本小児科学会子どもの
 死亡登録・検証委員会に
 よるモデル図

二次医療圏
 医療機関

三次医療圏
 支援

全国

lookback

feedback

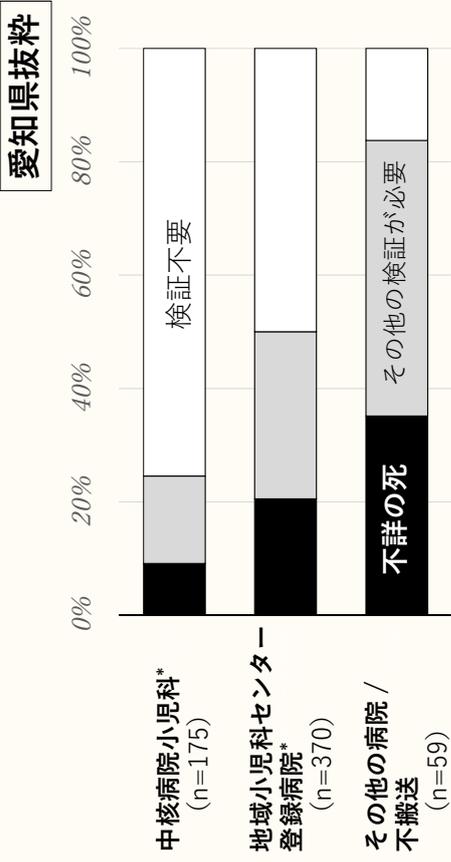
（病院外死亡）

周産期医療パネル
 小児医療パネル
 事故パネル
 自殺パネル
 養育不全パネル
 死因検証パネル

30

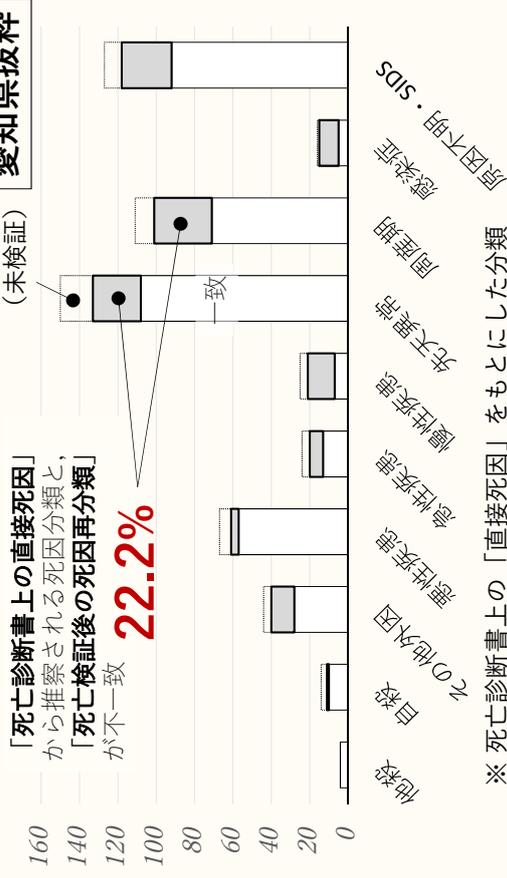
地域の“学び” どこを調査するか

2018.11.30現在の統計, n=631



* 日本小児科学会小児医療提供体制委員会報告(2016)による

やはり“検証”は必要である



全国調査の速報

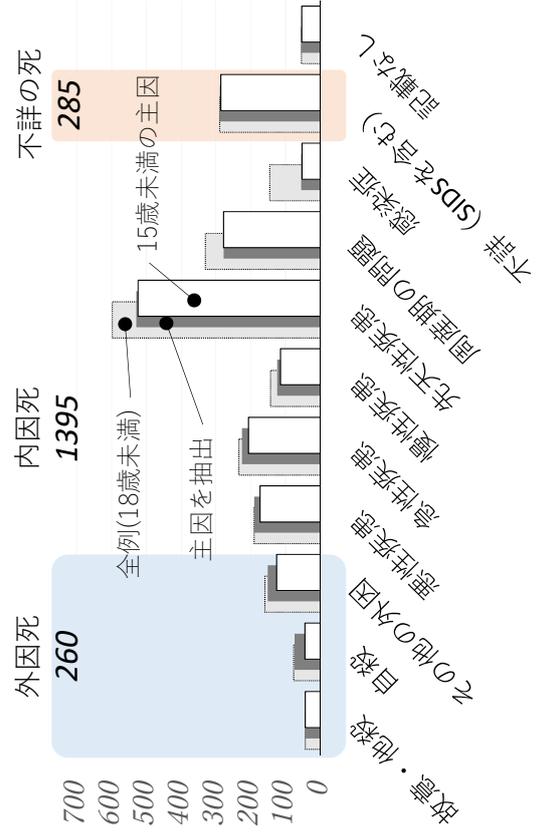
死因カテゴリー

- 1 故意・他殺 故意に加えられた外傷、虐待、ネグレクト等。
- 2 自殺 自殺または故意の自傷。
- 3 その他の外因 故意でない外傷、その他の外因(溺死、熱傷、頭部外傷など)。
- 4 悪性疾患 たとえ死亡直前の最終イベントが感染症や出血などでも、基礎疾患として有していれば、ここに分類される。
- 5 急性疾患 ただし「てんかんに伴う予期せぬ突然死」は、ここに分類される。
- 6 慢性疾患 たとえ死亡直前の最終イベントが感染症や出血などでも、基礎疾患として有していれば、ここに分類される。
- 7 先天異常 染色体異常、遺伝子異常、心奇形を含む先天異常。
- 8 周産期 周産期・新生時期のイベントに合併する続発症に由来する場合。なお、新生児早期(生後1週間未満)の感染症も、ここに分類される。
- 9 感染症 生後1週間以降の、他に分類される疾患の合併症ではない全ての感染症。
- 0 不詳(SIDSを含む) 突然の予期しない、説明できない死亡すべて(SIDSを含む)。

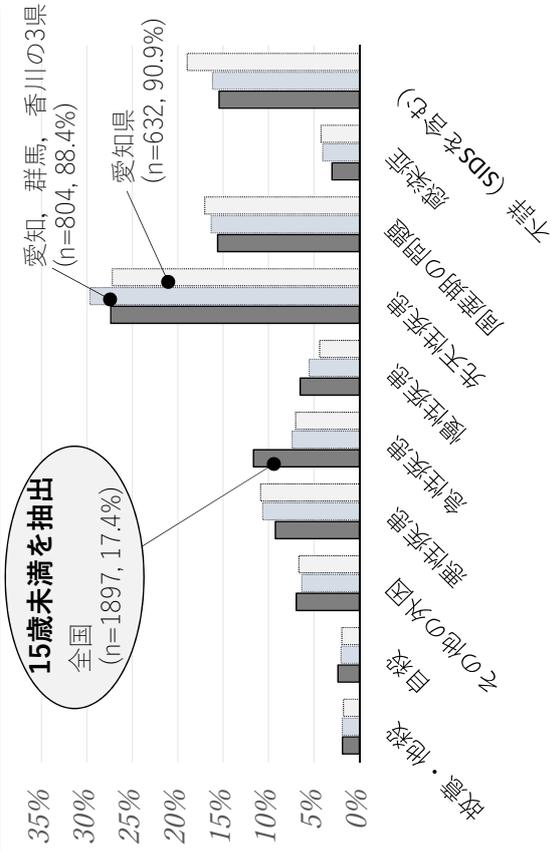
・明らかでない場合は、全て「原因不明・SIDS」に分類した。
 ・その他、明らかな死因が複数の群に属する場合は、もっとも小さな番号の群のみを集計した。

全国調査の速報

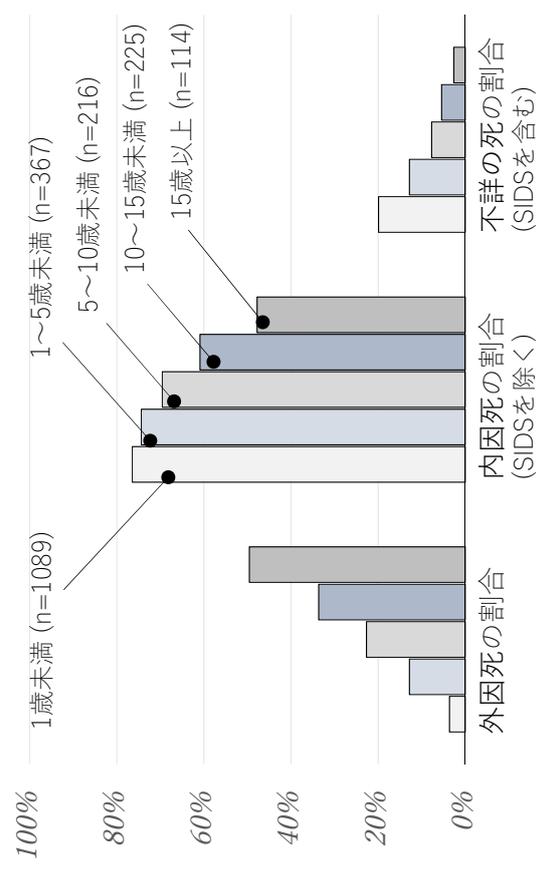
死因カテゴリー



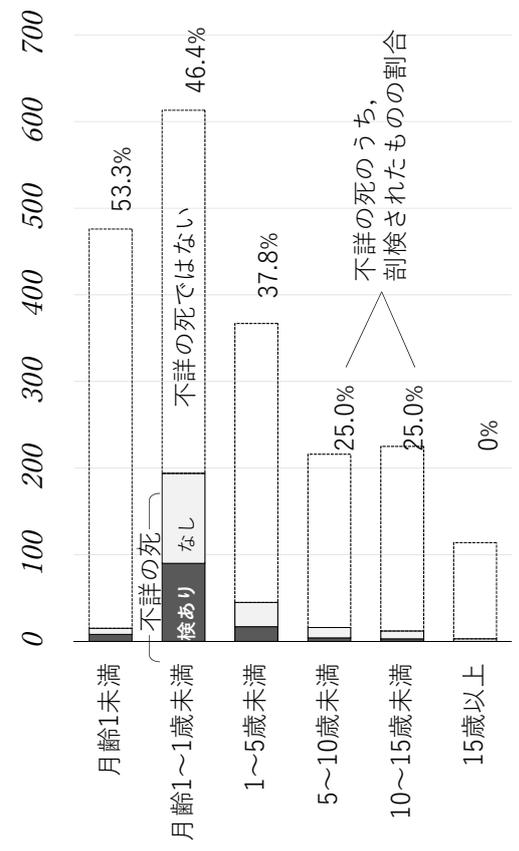
死因カテゴリー（把握率による差）



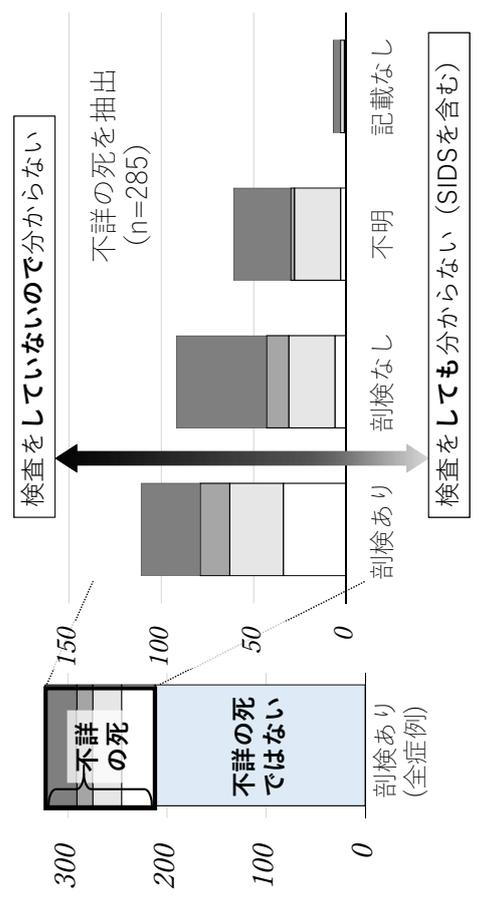
死因カテゴリー（年齢階層別）



不詳の死と剖検の割合

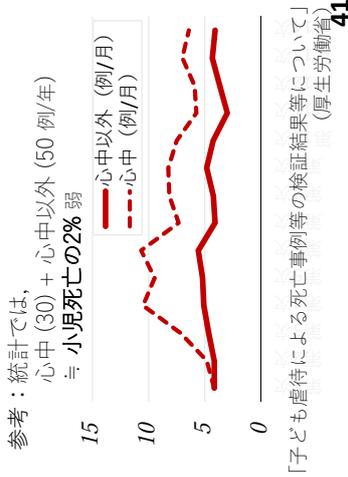
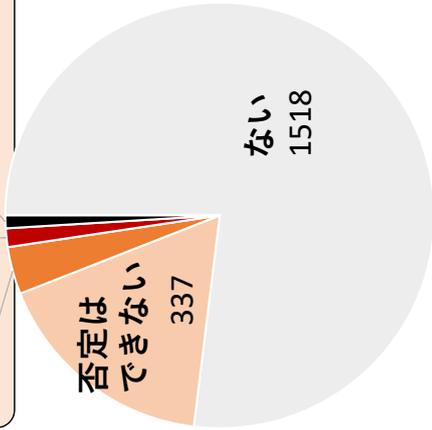


不詳の度合い



養育不全の関与した可能性

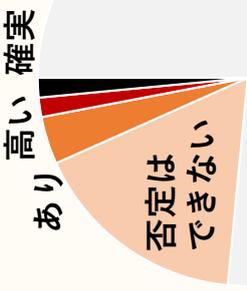
あり 71 高い 28 確実 19 : 関与の可能性を疑うものは計 **5.8%**



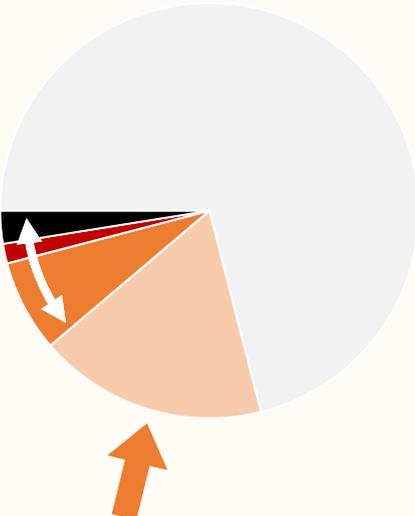
養育不全の関与した可能性

愛知県抜粋

個別検証での意見

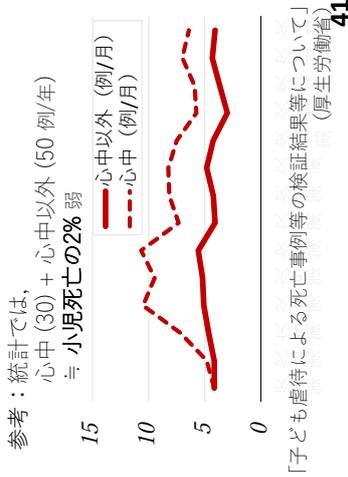
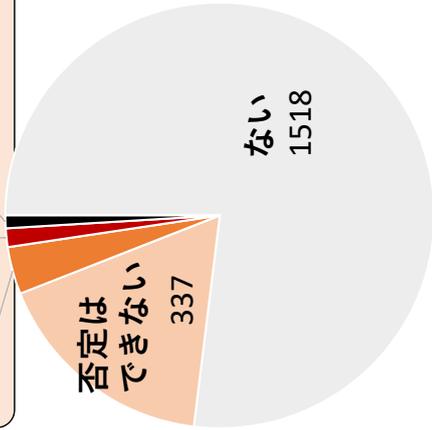


Lookback 後の判定 **11.8%**



養育不全の関与した可能性

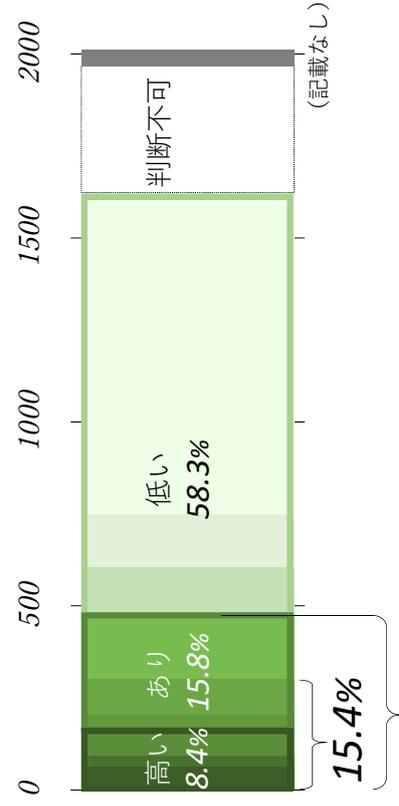
あり 71 高い 28 確実 19 : 関与の可能性を疑うものは計 **5.8%**



養育不全と「虐待」

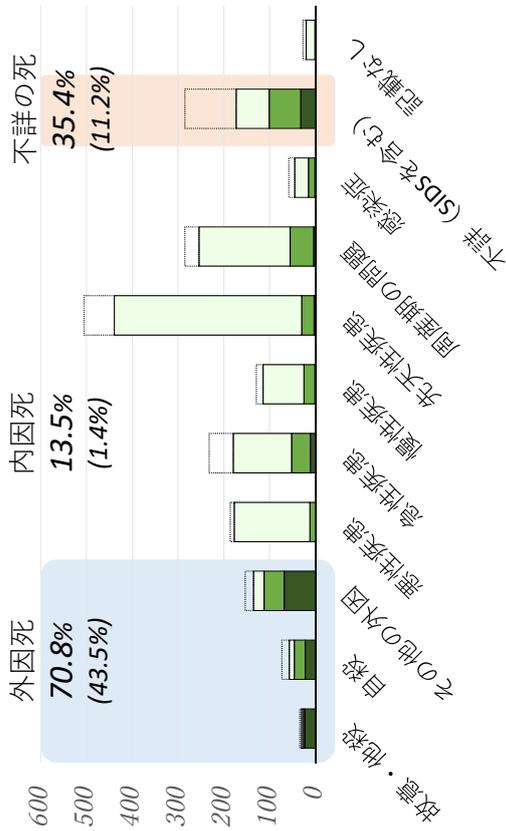
- **養育不全とは何か** (養育不全 = 「虐待」?)。
 - 明らかでない虐待：刑事罰の対象となる (≒故意の) 例
 ⇨ 判断困難な例：立場による判断のゆらぎ
 • 実例を示されることのメリット
- **虐待 / 養育不全と誰が認定するのか。**
 - 「虐待ではない」のに、疑念を持ってよいのか。
 - 患者との信頼関係を失う
 - 児相・警察・検察・法医学者に任せればよい?
 - boardとしてのCDRシステムの存在意義
- **何のために虐待 / 養育不全を検知するのか。**
 - もう目の前の症例は死亡している ⇨ 虐待事実の消滅

予防の可能性



24.2% : 具体的な予防策がたてられれば、将来的に減らすことのできる小児死亡の割合

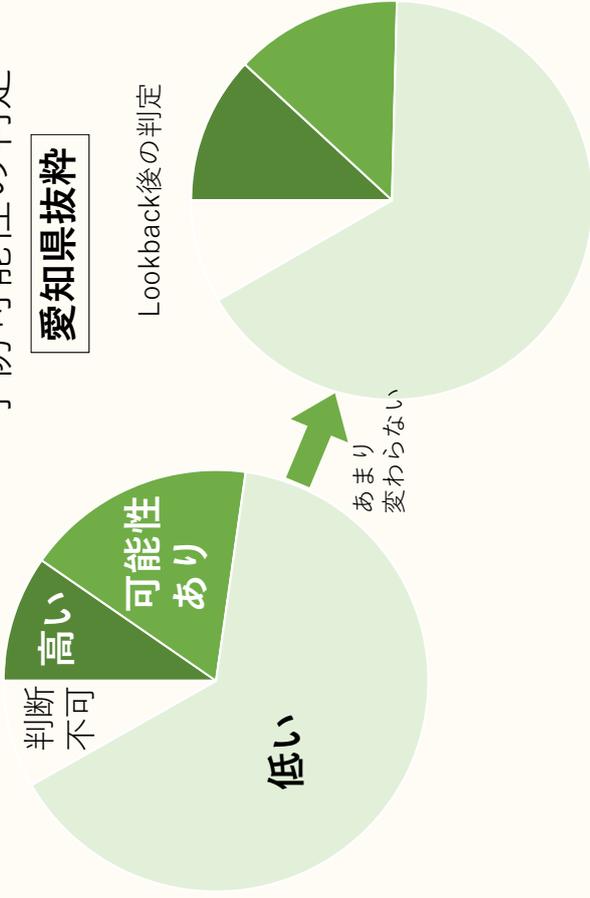
予防の可能性



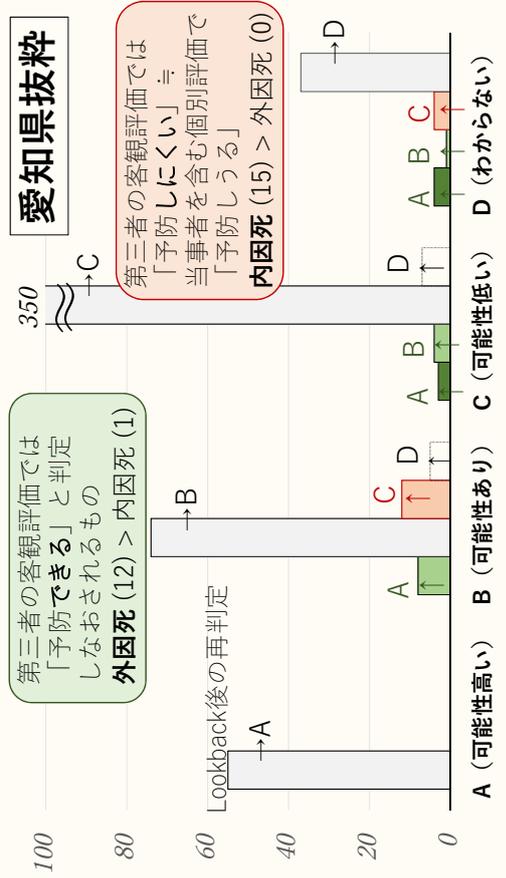
個別検証での意見

予防可能性の判定

愛知県抜粋



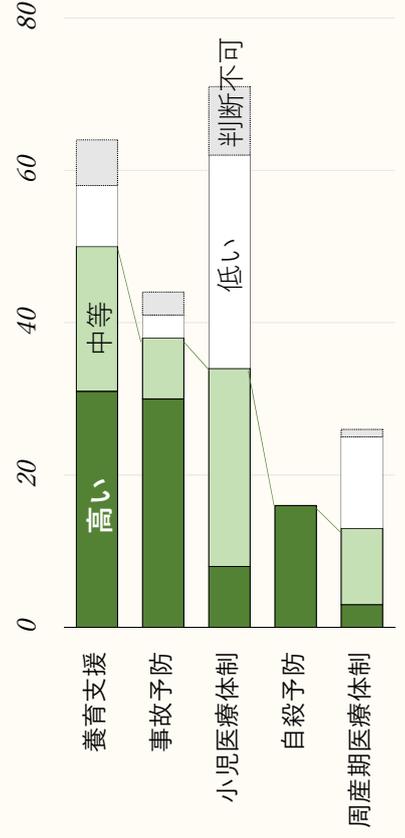
予防の可能性



予防介入までの道のり

愛知県抜粋

- 予防の可能性が「中等度」以上のものに対する介入施策の種類を大別すると、



New

Question

Q₅: どうしたら、これからCDRが出来るのか？

How can we start "CDR"?

49

CDRを実践するためのプロセス

50

CDR推進の方法論

メリット

- ・ (比較的) 手続きが簡単。
- ・ 「疫学調査の必要性」は理解が得やすい。

デメリット

- ・ 継続性：複数回「現状調査」が必要な理由は？
- ・ 過去に遡るほど、記憶が薄れ情報も散逸する。
- ・ **無い情報は集められない。**

乗り越えるべき壁：

- ・ 研究計画をたてる。
- ・ 倫理審査を通過する。

Step 1: 後方視的研究

研究計画
研究協力体制

- ・ 研究協力体制を作る。
- ・ 各施設の理解・同意を得る。
- ・ レビューを集める。

51

Updated

CDR推進の方法論

メリット

- ・ 予め調査内容を周知・均一化しやすい。
- ・ 継続性 → 経年変化が分かる。

デメリット

- ・ 倫理指針 → 介入研究か観察研究か、整理が必要。
- ・ 個人情報 → 研究参加への同意の要否は？
「例外規定」のない条例もある

Step 2:

前方視的研究

乗り越えるべき壁：

- ・ 研究の目的は？
- ・ 倫理審査を通過する。

研究計画
オプアウト
共同研究者
条例

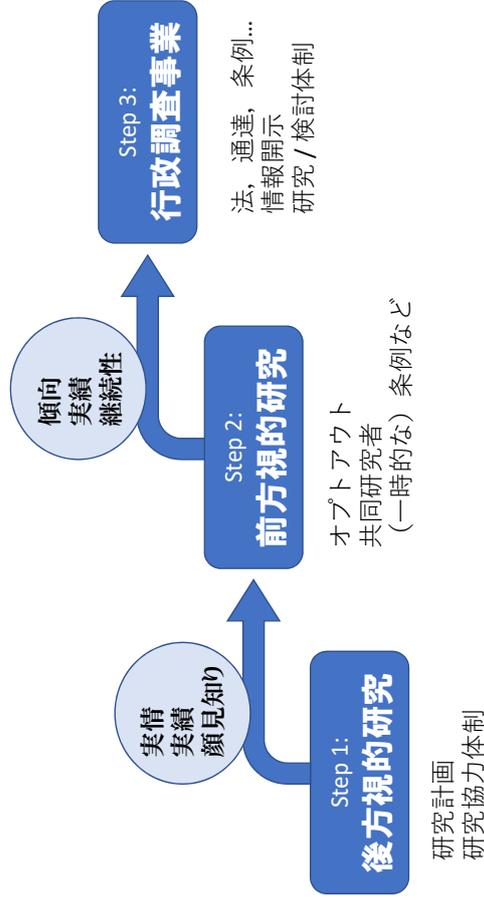
Step 1: 後方視的研究

研究計画
研究協力体制

- ・ (行政の関与を得る場合)
法的根拠の整備。

52

CDR推進の方法論



CDR推進の方法論

メリット

- ・参加への強制力が大きい → データ脱落の阻止。
- ・継続性, 経済的基盤, 公共性。

デメリット

- ・行政に実施を依頼しなければならない。
- ・行政調査は研究ではない。

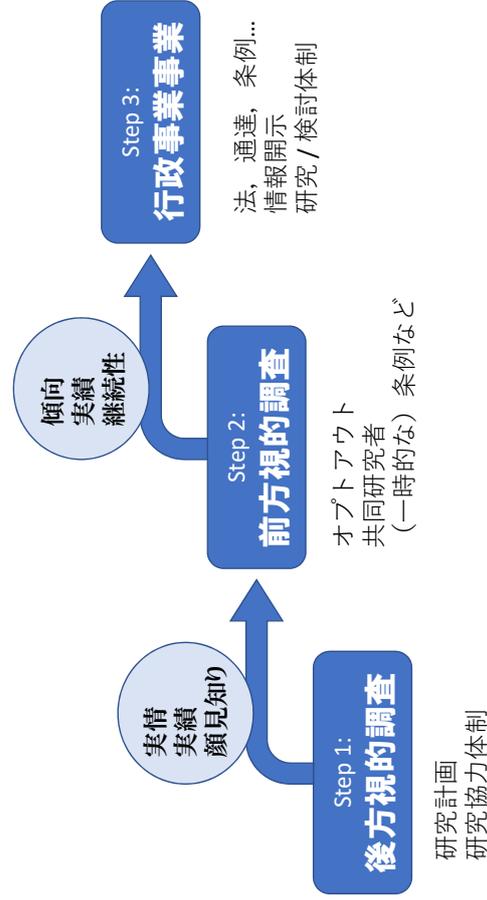
Step 3:

行政調査事業

乗り越えるべき壁:

- ・根拠法 (条例) が必要
- ・担当部署の設定
- ・倫理事項を整理する必要
- ・情報開示請求への対応
- ・責任の所在
- ・通報・通告義務との整合性
- ・制度の監視と定期的な見直し

CDR推進の方法論



CDR推進の方法論

回答1. 誰がするべきか。

・私たちが取り組むべきこと

・誰がCDRを行うのか

- ≡何を目的にCDRを行うのか
- ≡CDRを行って何を導き出すのか
- ≡CDRによって何を学ぶのか / 学べるのか
- ・臨床医?
- ・法医学者?
- ・警察? 検察?
- ・児童相談所? 保健所? ほか行政府?

回答2. 何をすべきか。



網羅性：量の担保
正確性：質の担保
正当性：根拠の担保

整合性：十分な周辺情報
客観性：「正しい」検証のための基盤

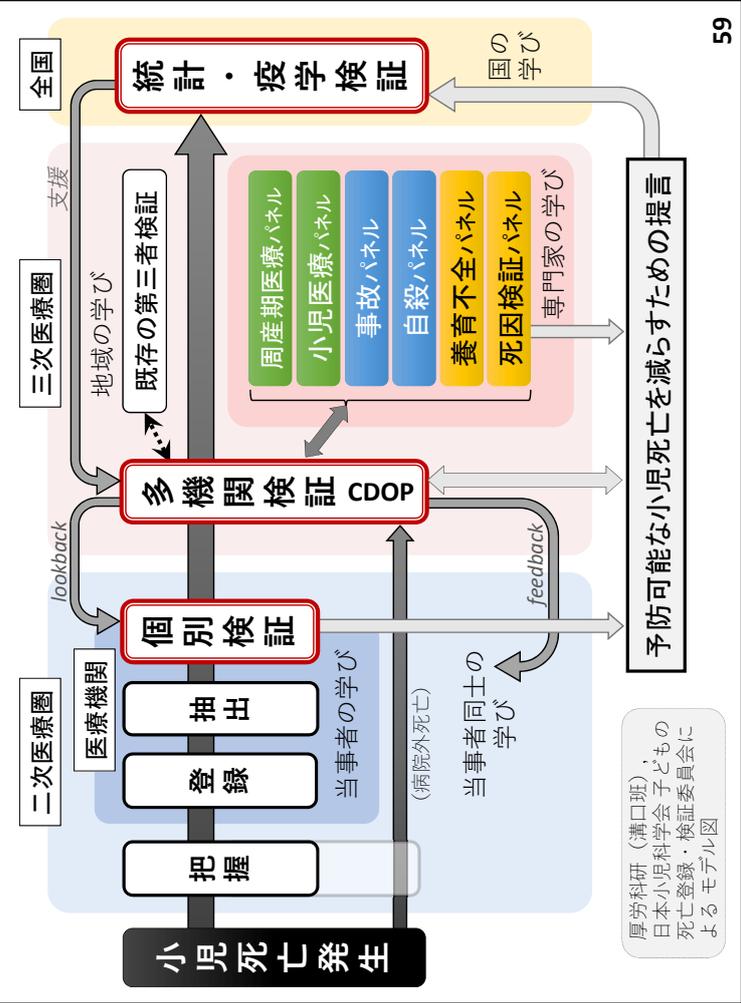
普遍性：一般解を求める
公共性：フィードバックの方法論

回答3. どのようにするべきか。

- **具体的なガイドライン**が求められる。
 - 目的を分かりやすく具体的に示して共有する。
 - 目的に応じた検証のありかた。
 - 検証体制をどのように形成するか。
 - 多段階性の検証
 - 専門職への委託など
 - 主体者、参加者に期待される役割は何か。
 - どのようにモチベーションを維持するか。
 - 活動の根拠となる法規定は何か。
 - 検証されるべき（＝調査されるべき）項目は何か。

おわりに

- ご清聴ありがとうございました。
- わが国のCDRの現状、今後の展開に伴う課題について、実データとともに提示しました。
- CDRは、私たち皆で取り組むべきことです。子どもの死から学ぶ考え方、そのためのシステムは「ある日どこかからやってくる」ものではなく、自分たちで作りに上げていくものです。
- 今後ともお力添えを、よろしく願います。
- ご連絡先：**nummer0116@gmail.com**



##1

今日これからテリー先生のわかりやすいご講演の後で、「じゃあ日本でどうなっていたんだっけ」という事を少し考えるような時間にしたいと思います。

##2

お手元にスライドのコピーがありますが、いくつかスライドを新しくしたり、アップデートした部分がありますので、話そのものは変わらないのですが、ご参照頂ければと思います。

##3

これは私の好きな作家で、村上春樹さんです。自分も学生の頃何度も読みました。小児科医として臨床をやっていて、「子どもが亡くなってしまったら、我々にとって敗北である」と、死について語るのはまるでタブーのように思われている様なことがあるかもしれません。ところが死というのは、生の対極としてではなくて、その一部なんだと言うことを彼は述べています。

##4

本を読んでいると、「どのような真理をもってしても愛するものを亡くした哀しみを癒すことはできない」、そして「そこから何かを学び取ることはできない」。逆に言うと何かを学び取ることはできるということなのです。我々に対して、次やってきてしまっただけではいけないと、ちゃんと予防しましょうと言うようなことがそこはかたく書かれています。

##5

CDR にそこからどういう風に話がつながってくるのかということですが、このことはテリー先生が非常に詳しくご講演頂きましたので、少し飛ばしていこうかと思います。

##6

成育基本法が成立して、死亡のことについて、データーを集めて活用しなさいと言うことが書かれました。

##7

じゃあその活用するというのは一体どういうことなのかというと、CDR という事で活用しようということなのです。米国では 40 年、英国では 10 年、そして日本でも始めたいと思っているところです。「法律上さっきの成育基本法に CDR という言葉がなかったじゃないか」と思うかもしれません。

##8

少し前の改正児童福祉法には「死因を究明する CDR の導入を検討すること」と付帯決議がなされていました。ちゃんと法律にも載っている単語でした。

##9

じゃあ死亡を検証するって、その検証する死亡はどこにあるのかと言うことを考えます。「歴史的に虐待死が発見、見逃されていたというのが、それが発見できるようになれば、そもそも死に至らない子ども虐待も発見できるようになりますよ」と。「虐待じゃなくても、他の外因の死亡に関しても、ちゃんと詳細に検証すると何かしら介入できることがあるのではないのでしょうか」と。虐待、外因、その他不詳死だけでは

なくて、内因子に関してもしっかりわかることができれば、何かしらの介入ができるのではないか。死亡の原因だけではなくて、死亡の周辺事象も解明していくと、やっぱり介入できることがいろいろ思いつくことがあるのではないのでしょうか。

##10

海外では、いろんな事が学びとしてやれたと言うことでした。

##11

最終的に CDR とは何かと言われれば、こんな様なことをするような包括的なシステムではないでしょうか。

##12

ではそんなにいいものなのに、どうしてできていなかったのかと言うようなことをすこし考えてみます。

##13

この答えは単純ですね。誰がやることかというのがよくわからない。何をやったらいいのかと言うことがよくわからない。どのようにやったらいいのかという事がよくわからない。という「ないないづくし」の状態でいままで来てしまったものです。そうすると、今私達はどういう段階にあるかということ、この「わからないものと少しでもわかるように研究してみましよう」という事です。

##14

小児科学会、そして厚労科研の溝口班でこんな様な模式図、こんな様なことを考えてはどうかと。亡くなった子どもさんが発生したら、病院あるいは2次医療圏で検証をしましょう。その検証の結果をもう少し大きな医療圏で集めて、多機関検証をしてみましょう。もし可能であれば、その情報を中央レベルで集めて、疫学検証ができればいいし、それぞれの場所で細かい提言があるだろう。そしてそれぞれの部分で学ぶべき事柄が具体的にわかるだろうという事を提案しようというところです。

##15-16

ということで、今全国で調査研究を進めて来ましたので、そのことに関してちょっと報告したいと思います。個別の検証を通して、データを集めるといったことに関する、一例ということになります。

##18-19

今回小児科学会で多くの先生方のご理解ご支援を頂き、508 施設のうち 266 施設ほどから二次調査ができるのではないかと、最終的には 161 施設から 2670 症例。ただ、有効回答となると 2011 例くらいという事ですけれども、沢山の情報を頂きました。

##20

県ごとに濃淡はありますけれども、おおむね多くの都道府県からデータを頂くことができました。

##21

年齢分布を見てみると、どの年齢も満遍なく公的な統計に比べて 16~18% くらいの方が把握できたという

状態になります。

##22

把握して何を私たちがしたかという、まず最初に死亡した原因についてどうだったかを振り返ってみて、もし不詳のことがあれば、それがどのように不詳だったのか、そして養育不全の関与があるのか、あるのであればそれがどんなだったのか、予防の介入は可能だったのか、そして具体的な何かアクションはあり得るのかという5つの段階で解析を進めました。

##23

ちなみにこの3次調査として、複数こういった回答を持った地域の一部で、多施設の検証会議というものを開催したというのもあります。

##24

それぞれ会議の主体は今のところ様々で、医師会であったり、虐待ネットワーク事業、あるいは任意団体、地方会、法医学講座、色々あります。神園先生の九州地域も近くやると言うことを聞いています。こんな例に関して多機関の検証を始めてみましょうという事です。

##25

これは新しいスライドです。検証の原則、先ほどのテリー先生も非常に強調しておられましたが、責任を問う場ではないということを医療機関側は理解しながら、どうしたら予防できるかということの前向きに検討する、そして何らかの提言をする、というようなことを行いました。

##26

もちろん課題はあります。対象を選定する基準がわかりにくいとか、時間制限が大きすぎるとか、あるいは1回の会議だけではお互いの顔を見合わせているばかりでなかなか具体的なことが言いづらいから、会議に完熟をする必要があるだろうと言うことがあったり。

##27

あるいは本音を言いにくいとかですね、「なんか自分が言っちゃうとおまえの所でやれよ」、「責任を取らせるのはかなわないなそれ」、とかですね、なんか誰かがいったら、「言うだけ言って、あんた言いつばなしじゃないでしょうね」という雰囲気にならないとか。まあ色々あるんですが。

あるいは研究としてこうしたことをやっているの、研究というのは何かわからないことがあるからそれを明らかにするために行うのが研究なんです、今回調べて今日本がどうなっているかわかった。「じゃあ次どうするんですか」と。「ここから先、何を調べるための研究何ですか」というのはなかなか難しい。それから公務員の方々に来てもらっても、「これ職務できているんですか、それとも研究にちょっと力だけ貸してくださいと言われてるんですか」と言うことで、なかなか今のあり方というのが難しいのです。そういうことをクリアしながらもCDRをどんどん進めていきたい。どのようにやるのがよいかということ、を明らかにしていきたいと言うことです。

##28

さて、このように調べることで、どういうことがわかってくるのかということについて、いくつか具体的

なデータをお示ししましょう。

##29

この中では、基本的には全国から頂いた 2011 例のデータを元にお話をしたいと思いますが、一部に愛知県の調査につきまして、少し抽出して数字をお話しすることがあることをご容赦ください。

##30

多機関の検証をすることで、個別の検証がどうだったかを見返してみたりだとか、あるいは検証してその当事者にフィードバックをすることを考えたりして、あるいは当事者同士が何か学び合えることがあるだろう、専門科集団に投げかけることで、専門家集団がなにか学ぶことができるのではないか、そんなような事を考えていたと言うことでございます。

##31

ちなみに、愛知県についてご存じの方は多いと思いますが、トヨタのメインファクトリーがありますね。豊田市は、非常に大きな市です。愛知県はこのようにイノシシのような形をしています。このちょうど首根っこの所に名古屋大学というのがあります。人口が 700 万人。15 歳未満の子どもの人口が 105 万人。15 歳未満の方が年間 250 人くらい亡くなるというのが愛知県です。これは大体、日本全国の 1/16 位です。

##32

ちなみに何で愛知県の抜粋をしたかという、たまたまデータを持っているからという事ですが、子どもの死亡について愛知県のかなりの部分を把握することができたので、人口に対して何%位と言うことがより正確に言いやすいんじゃないかなと思ったからです。今回病院を調べています。病院を調べても調べきれないよと言う人が大体 1 割位いるんですね。病院さえ調べればわかるよ、という人の大体 93%位の方は一応今回カルテを調べることができましたし、どういう人は調べられなかったかということもすべてわかっていますので、県民全体に対してこんな割合ですという事が言いやすい。そういう愛知県調査のバックグラウンドがあります。

##33

そうするとですね、そもそも最初に小児科の研修施設を全国調査をしましたよという話を最初にしたわけですが、そういう小児科としては規模の大きな病院から小児科としては規模の小さな病院になればなるほど、どうやら愛知県ではですね、死因がよくわかっていないものの割合が多い。それから不詳の死じゃなくてもその他に検証した方がいいだろうという内容が含まれている割合が明らかに多いと言うことがありました。何が言いたいかという、小さいな病院に関してもなんらかの形でしっかり把握をする、調査をするということが必要なんだろうと言うことがわかったわけです。

##34

全体を見る、漏れなくと言うことだったら、国は人口動態調査を持っていて、100%のデータを政府機関が持っているわけです。その 100%のデータである政府統計をどのくらい予防に生かせるかという事に関しては、このようなグラフをお見せしてます。例えば死亡診断書のデータから死因を簡単に 10 個くらいに予防できる観点から分類します。他殺、自殺など調べていきます。そうすると、こんな様な数の分布になります。それを見た後で改めてカルテを見て、もう一回カルテ調査を元に死因の再分類してみると、例え

ば先天異常の分類で国の統計がなされているものの一部は先天異常じゃないような予防しうる要因が含まれている。その他もそうですけれど、そうすると全体の 1/5 位は国の統計、人口動態調査の統計ではわかりえないような重要な情報が、カルテに隠れているのではないかというのがわかります。カルテだけ、一つの機関の情報だけではだめですよという話もありましたが、カルテだけでも、かなり重要な情報があると。何らかの形で、情報を持ち寄って検証するというのはもちろん必要ですが。

##35

この死因を 10 個に分けたと言うことで、お手元の資料を見て頂いたらと思います。

##36

そんなように分けてみますと、全国調査 2011 人の結果ですね。この様な分布でした。

##37

把握率が 16%位という話を最初にしましたが、残りの 84%位の方はこの統計に入っていない。さっき小さい病院こそ不詳の死が多いのだし、何かその特定の疾患群だけ統計できていなくて、この調査の結果としてはいまいなんじゃないかという風に心配になるかもしれません。例えば把握率の高かった 3 つの県、この青色で示したところですね。その分布を見てもあんまり変わらない。愛知県の分布だけをみてもあまり変わらない。ということで調査としてはそんなにおかしな結果ではないんだろうと言えらと思います。

##38

ちなみに、年齢の階層ごとに外因の死亡のもの、内因の死亡のもの、不詳のものという風に簡単に分類すると、小さい年齢層であればあるほど不詳の死の割合が非常に高い。年齢層の大きなものであるほどいわゆる外因死の割合が非常に大きいということが今回明らかになっています。

##39

先ほどの解析の内容について、最初は死亡の原因について調べたことを話しましたが、解析の 2 番目として不詳のものがどのように不詳であったのかをひもといてみたという結果です。やっぱり年齢毎に不詳のもの、原因が明らかであろうものというものの割合はやっぱり変わるわけです。不詳の死の中で剖検の有無（黒い色）について、大体どの年齢群でもある程度の剖検がなされていますけれども、25%~50%位について剖検がなされていた結果でした。

##40

そうすると死因がよくわからないという中には、「検査をしていないのでわかりません」、あるいは「調査をしていないのでわかりません」というものと、「検査をしたけどやっぱりわかりません」というものがあるわけです。それによって死因がよくわからないといっても、性質が自ずと変わってきます。当たり前ですが、剖検をしていなければ、検査をしていないのでわからないよという度合いがもちろん高くなります。もしも剖検していたらどうなただろうかと考えると、例えば剖検したもの、もちろん不詳の死はあるんですが、よくわかったというものがこれだけあるので、その検査をしていないのでよくわかりませんでしたというものの中で、かなりの部分は原因がわかっかもしれない、言うようなことが想定されます。

##41

第3の解析としまして、養育不全の関与した状況がどうだったかという事をチェックしています。臨床の先生方に今回カルテのレビューをしてもらって、養育不全の関与がどれくらいあったか、これ絶対確実です、とかかなり高いです、関与ありそうです、否定はできないです、絶対ないですと5つのランクに分けたんですけども、5.8%は養育不全の関与が結構ありそうだと、言うことがわかりました。ちなみにミシガンの話も先ほど出ていましたけれども、政府統計では、心中も含めて2%位、心中を抜くと1.5%位が虐待死だと統計されていますので、少なく見積もっても3~4倍近くは養育不全が関係する死亡というのがどうもあるだろうと、いう風に今回のデータで出ています。

##42

これは愛知県のデータから抜き出しています、概ね似たような円グラフなのですが、第三者が客観的にもう一回そのデータを見直すという作業を愛知県ではしています。そうすると何がわかるかという、当事者達の検証よりも、より多くの人に養育不全の関与があるのではないかと言うことがわかれたということです。当事者はどうも養育不全に関して過小評価しがちであるということかもしれません。そうすると、10倍とは言わないですけども、公の統計の8倍近くはひよっとしたら養育不全の関与があったかもしれないという事になります。

##43

ただ、養育不全と虐待とは、どういう関係にあるのかと言うことはこれから定義づけを考えなくてはいけないことかもしれませんので、これからの課題となると思います。

##44

第4のポイントとして、予防の可能性についてまとめてみました。予防の可能性が高いだろう、予防の可能背は中等度位だろう、予防は到底できないよ、残念ながらこのデータではわかりません、とこんな様なランク分けをしました。概ね1/4位は何かしら予防策が立てることができれば、将来はそういう死亡が防げるという結果でした。ご想像の通り、外因死には予防しやすいものが多くて、内因子には予防しにくいものが多いと言うことになります。

##45

後から第三者が見ても、やっぱり臨床の現場で判断されたものと、第三者の判断はそんなに変わらないということになります。ただし、よくよく中身を見てもみますとですね、予防可能性はある程度あるよと言われたなかにも、後から見直すともっと予防できるだろうとか、これちょっと無理でしょうとか、あとでランク付けが変わってくるような人がいます。

##46

そうすると当事者が見るよりも第三者検証でいやこれもっと予防できるのではないかと判定し直されるものは特に外因死に多い事になります。そうすると、外因死の予防に関して考えるのに際しては、おそらく第三者の検証で沢山症例を集めた検証が好ましいでしょうし、逆に第三者が客観的に評価するとやっぱりこれ予防しにくいんじゃないかと思う、逆に言えば当事者を含むそれぞれの個別評価では予防できるんじゃないかと思われがちなのは内因子に多いということで、おそらく内因子に関しての検証を、予防策を具体的に検証するのであれば、地域による検証と言うよりは、病院における個別検証が非常に役に立つのかもしれないと言うような違いがあったように思われました。

##47

そして、じゃあどんなことをしたら予防が具体的にできるのでしょうかという大きな分類を試してみたりするわけですが、愛知県におきましては、こういうのをみて養育支援についてどうするのか、小児医療体制をどうするかということについて、具体的に今論議が始まっていますし、あるいは不詳死が多かったことに関して、法医学と臨床の間でデータのやりとりをどうしたらよいかという話がようやく始まった所です。

##48-55

どうしたらこれから CDR をできるのだろうかということに関しては、後方視的な研究を一生懸命していますよという事です。これで、実績がある程度できて、実状がわかって、そして現場の人たち、関係機関の人たちと顔見知りになってきたので、次はおそらく前方視的にもいこうとすることができればと思います。もちろん将来的に目指すべきは行政調査事業として、政府が行うことを後押ししていくことが必要かなと思います。いろいろ乗り越えなければいけないことは沢山あります。調査は研究ではありませんので、何をやるかがしっかりわかった状態じゃないといけないと思います。その制度そのものがきちんと機能しているのかと、あるいは定期的に見直しと言うこともこれから必要になってくるだろうと思います。

##56

最初にどうして CDR をできていなかったのかということをお聞きしたいかと思いますが、誰がするのかということですが、今のところは私達全員が取り組むべき事なのだろうという風に考えています。誰がこれをやるのかという事は、ほとんど何を目的に CDR をするのかということともニアリーイコールだと思いますし、これはすなわち CDR をして何を見出すのか、CDR をすることで何を私達は学びたいのかという事が、人によってモチベーションは様々だと思いますので、それぞれの立場から、それぞれに必要なことをこれから模索していくと言うことが必要なんだと思います。

##57

何をすべきかという事については、調べて検証して、一番大事なのは世の中にその結果どんなように変えられるのか、という事をちゃんと還元していくことがなされなければいけないと思います。

##58

じゃあどうやってするのかという事に関しては、何か具体的なガイドラインみたいなことがこれから求められていくのだろうと思います。お手元の資料に印刷があると思いますので、よろしければ後ほど参照して頂ければと思います。

##59

こんな風に検証全体の制度というものを作って、一部の人たちだけが頑張れば良いというのではなくて、現場の小児科医をはじめ多くの、ほぼ全身体制で何かしら子どもの死を無駄にしない、そこからちゃんと私たちは確実に何かを学ぶのだという様なことを形作っていければという風には思っています。

##60

いまの私たちの現状と課題について、実データと共に提示できたと思います。自分たち全員で取り組むべ

き事であって、その考え方であるとかシステムというのは、ある日、例えば厚労省通知だとかで降ってわいてくるとかそういうものではなくて、いま自分たちで作りに上げていかなければならないものなのかなと思っておりますので、今後ともお力添えをお願いいたします。どうもありがとうございました。



講演2

「台湾におけるCDRの現状と課題」

呂宗學（ロバート・ルー）

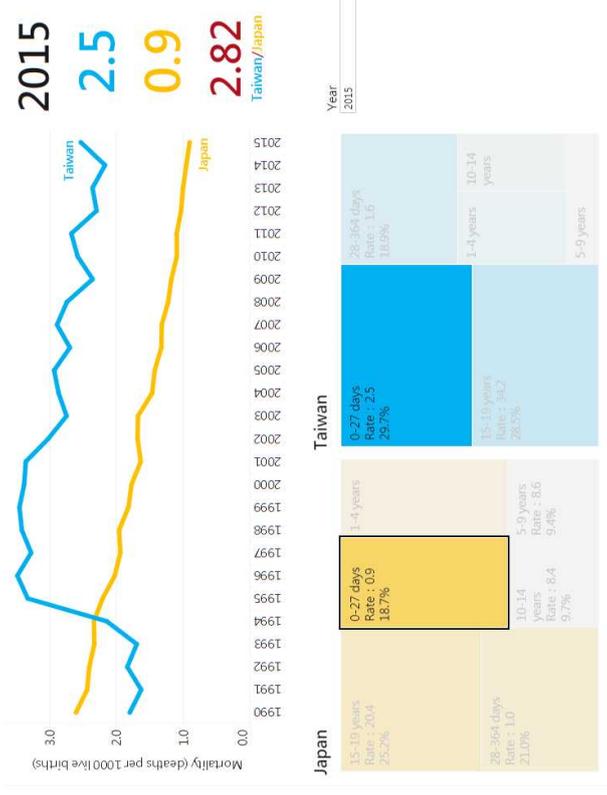


**Better Data
Better Information
Better Actions**

チャイルド・デス・レビュ を推進する 台湾の経験

呂宗學
成功大学健康資料応用研究センター主任
成功大学医学部公共衛生研究所教授

児童死亡率：日本と台湾との比較



https://public.tableau.com/profile/robert.lu#!/vizhome/Childmortality_0/Dashboard

死亡診断書の情報で乳幼児死亡率低下計画の障害を除去する：情報が不十分である

| 呼吸不全 | 低出生体重児 | 早産の原因は母親にあり？それとも胎児にあり？妊婦健診は？ |
|-----------|-----------------------------------|------------------------------|
| (ア) 直接死因 | (イ)(ア)の原因 | (ア) 直接死因 |
| (イ)(ア)の原因 | (ウ)(イ)の原因 | (イ)(ア)の原因 |
| (ウ)(イ)の原因 | (エ)(ウ)の原因 | (ウ)(イ)の原因 |
| (エ)(ウ)の原因 | 直接には死因に關係しないが、I欄の診断経過に影響を及ぼした診断名等 | (エ)(ウ)の原因 |
| I | I | I |
| II | II | II |

子供はなぜ一人で道を渡って車にひかれたのか

頭部の外傷

自動車事故

児童の死亡に関しては、各部署は断片的な情報しか見ていないので、情報を共有することで全体像が窺える。

消防庁による負傷者のバイタルサイン記録

病院による負傷者の救急外来受診記録

福祉局による児童虐待や低収入所帯の記録

警視庁による交通事故現場の記録

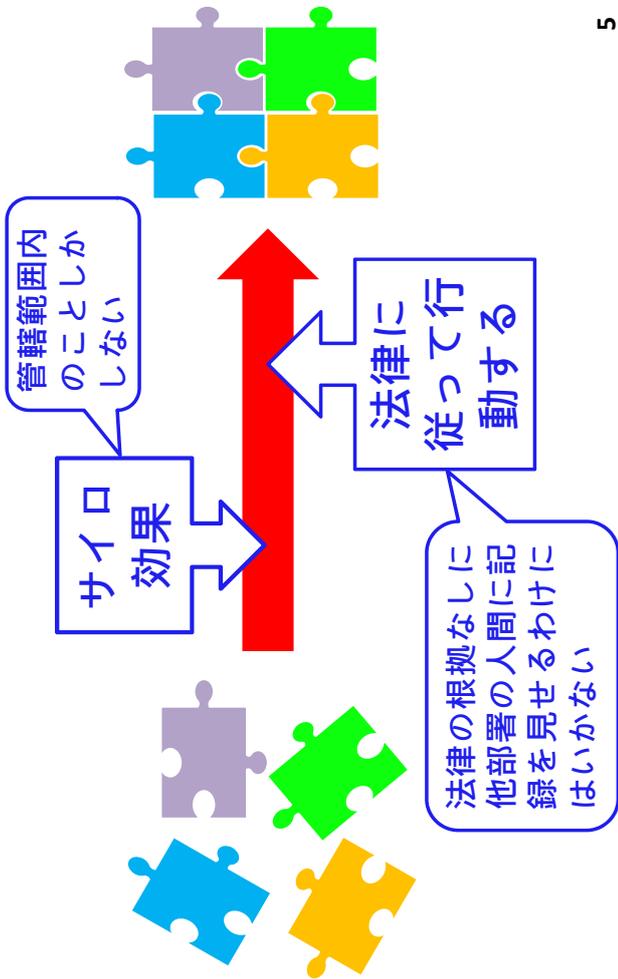
教育庁による児童が受ける特別支援教育の記録

保健局による児童保健医療の記録

Three-year old seven Faulkner and 10-year old Zoie Beth Galtare two ... at least 100 children ... led or injured by power window...

<http://kidsan.fatcow.com/incidents/powerwindow/home.html>

断片的な情報から全体像を構築するバリア？



5

このようなバリアを無くすには？台湾の経験

- ◆ 児童の死亡を防ぐためには、セクショナルリズムを排除するべきである。
- ◆ 都道府県の知事にCDR会議を司会してもらう。
- ◆ CDRの法律が制定される前に、下記の法律を利用できる
- ◆ 児童の権利に関する条約児童及び少年の福利と権利に関する保障法
- ◆ 個人情報保護法に対する解釈
- ◆ 第六条：カルテ、医療行為、遺伝子、セックスライフ、健康診断、犯罪歴などの個人情報報は、集めたり、処理したり、利用したりすることが禁じられている。しかし、下記の場合においてはこの限りではない。五、しかるべき措置を取ったうえで、公的部門の公務遂行や私的部門の法的義務履行における個人情報報の利用。

6

2016と2017年の11月にアメリカの専門家による教育訓練ワークショップ

如何避免可預防的兒童死亡?

歡迎參加兒童死亡原因個案複習工作坊

據研究，約四分之一兒童死亡是可預防的。許多專家因此推動兒童死亡原因複習(Child death review, CDR)，透過回溯分析造成兒童死亡的原因，找出可修改原因，避免類似死亡事件再次發生。本工作坊，希望找出可修改原因，透過行政策略改善，避免類似死亡事件再次發生。

【目的】提高對兒童死亡原因複習(CDR)的認識，發展適合自己轄市的CDR辦法。

【時間】2017年11月17日(週日)

【地點】台大醫務大樓101教室(上午)，201教室(下午)，徐州路17號

| 時間 | 主題 | 主持人/講員 |
|-------------|----------|----------------|
| 08:30-09:00 | 報名註冊 | |
| 09:00-09:20 | 如何選擇CDR? | Teri Covington |
| 09:20-09:50 | 專業認證 | Teri Covington |
| 09:50-10:20 | 美國經驗 | Alyson Leslie |
| 10:20-10:40 | 英國經驗 | |
| 10:40-11:10 | 日本經驗 | Yu Minako |
| 11:10-11:40 | 台灣經驗 | 王美儀 |
| 11:40-12:10 | 午餐 | |
| 12:10-13:10 | 如何進行CDR? | |
| 13:10-13:40 | 英國經驗 | Teri Covington |
| 13:40-14:10 | 美國經驗 | Alyson Leslie |
| 14:10-14:40 | 日本經驗 | Yu Minako |
| 14:40-15:10 | 台灣經驗 | Fu-Wen Liang |
| 15:10-15:30 | 午餐 | |
| 15:30-16:30 | 權威CDR講者 | |
| 16:30-17:00 | 閉會致詞 | 王美儀 |

報名網址: <https://goo.gl/uHKK4>
 指導單位: 衛生福利部國民健康署
 主辦單位: 國立成功大學
 協辦單位: 台大醫務大樓101教室
 聯絡人: 王美儀 06-23535355#5567

如何避免可預防的兒童死亡?

歡迎參加兒童死亡原因個案複習工作坊

據研究，約四分之一兒童死亡是可預防的。許多專家因此推動兒童死亡原因複習(Child death review, CDR)，透過回溯分析造成兒童死亡的原因，找出可修改原因，避免類似死亡事件再次發生。本工作坊，希望找出可修改原因，透過行政策略改善，避免類似死亡事件再次發生。

【目的】提高對兒童死亡原因複習(CDR)的認識，發展適合自己轄市的CDR辦法。

【時間】2016年11月28日(週一)

【地點】台大醫務大樓101教室(上午)，201教室(下午)，徐州路17號

| 時間 | 主題 | 主持人/講員 |
|-------------|----------|----------------|
| 08:30-09:00 | 報名註冊 | |
| 09:00-09:20 | 如何選擇CDR? | Teri Covington |
| 09:20-09:50 | 專業認證 | Teri Covington |
| 09:50-10:20 | 美國經驗 | Alyson Leslie |
| 10:20-10:40 | 英國經驗 | |
| 10:40-11:10 | 日本經驗 | Yu Minako |
| 11:10-11:40 | 台灣經驗 | 王美儀 |
| 11:40-12:10 | 午餐 | |
| 12:10-13:10 | 如何進行CDR? | |
| 13:10-13:40 | 英國經驗 | Teri Covington |
| 13:40-14:10 | 美國經驗 | Alyson Leslie |
| 14:10-14:40 | 日本經驗 | Yu Minako |
| 14:40-15:10 | 台灣經驗 | Fu-Wen Liang |
| 15:10-15:30 | 午餐 | |
| 15:30-16:30 | 權威CDR講者 | |
| 16:30-17:00 | 閉會致詞 | 王美儀 |

報名網址: <https://goo.gl/uHKK4>
 指導單位: 衛生福利部國民健康署
 主辦單位: 國立成功大學
 協辦單位: 台大醫務大樓101教室
 聯絡人: 王美儀 06-23535355#5567

8

Child death in high-income countries 1

Learning from child death review in the USA, England, Australia, and New Zealand

James Fraser, Peter Saksobathum, John Frederick, **Ernest Conington**, *dahin A Mitchell*

Despite pronounced reductions in child mortality in industrialised countries, variations exist within and between countries. Many child deaths are preventable, and much could be done to further reduce mortality. For the family, their community, and professionals caring for them, every child's death is a tragedy. Systematic review of all child deaths is grounded in respect for the rights of children and their families, and aimed towards the prevention of future child deaths. In a series of three papers, we discuss child death in high-income countries in the context of evolving child death review processes. This paper outlines the background to, and development of, child death review in the USA, England, Australia, and New Zealand. We consider the purpose, process, and outputs of child death review, and discuss how these factors can contribute to a greater understanding of children's deaths and to knowledge for the prevention of future child deaths.

Introduction

In 2009, 66,000 children younger than 5 years died in high-income countries.¹ Although this figure accounts for only a small proportion of the global burden of childhood mortality (8%), up to a quarter of these deaths could be considered preventable (panel 1).² International data for child mortality are mainly from death certificates, which give little context to the complexity of contributory factors. Many high-income countries are introducing standardised processes for the review of child deaths that regard each death as a sentinel event from which knowledge can be derived. In this review, we consider how the child death review processes can contribute to a greater understanding of how and why children die. With use of the international published work and our specific experience in four high-income countries (the USA, England, Australia, and New Zealand), we show

Child deaths: the need for action

In the past century, child mortality in high-income

7

CDR會議の参加者は約20名

- ◆ **政府部門代表**
 - ・ 保健局・福祉局・警視庁・消防庁・教育庁・地検署
- ◆ **医療機関代表**
- ◆ **學術機関代表**
- ◆ **非政府組織（NGO）代表**

13

CDR會議進行ステップ

- ・ **ステップ6. 補足**：参加者がそれぞれの死亡例の背景を理解したうえで、次回の会議でより深い議論ができるように、欠けている情報を指摘する。なお、参加者の知識向上のために、どんな専門家を招いて次回の会議で基調講演してもらうか決めておく。
- ・ **ステップ7. 予防**：社会、環境、家庭など、それぞれの死亡例で見られる危険因子を分析する。
- ・ **ステップ8. アドバイス**：今後似たような死亡事故がないように、参加者が上記の危険因子を除去するアドバイスをし、県や市のCDR招集人に報告する。（議事録のポイント）。
- ・ **ステップ9. 善後処置**：政府部門が提供できるサービスや社会福祉がないか？
- ・ **ステップ10. イニシアティブ**：参加者が意思疎通を図り、アドバイスの中から優先順位の高い事項を選び出す。参加者が自ら主導権を握って改善策を展開することも可能である。

15

CDR會議の手順

- ・ **ステップ1. アイスブレイク**：挨拶と自己紹介。
- ・ **ステップ2. 黙とう**：チェアマンが議論する児童死亡例を紹介した後、1分間黙とうをささげる。議論を通してその死を無駄にしないことが目的である。
- ・ **ステップ3. 念書**：個人情報情報の漏洩を防ぐべく(特にメディア関係者)、すべての参加者が秘密保持契約に署名しなければならぬ。
- ・ **ステップ4. 共有**：異なる部署の代表が(或いは招かれた最前線のスタッフ)それぞれの死亡例に関する情報を共有する。
- ・ **ステップ5. 質疑応答**：参加者は開示された記録に基づいて、それぞれの死亡例に関する質問をすることで、他部署の作業フロー、記録方法や役割分担を理解できる。処理プロセスにおいて不備があるか議論する(記録を残さない)。

14

| 台湾高雄市の経験 | ケーススタディ | | | | | | |
|--------------------------|---------|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 異なる部署が提供できる資料 | V | V | V | V | V | V | V |
| 保健局：死亡診断書 | V | V | V | V | V | V | V |
| 保健局：出生前診断記録 | V | V | V | V | V | V | V |
| 保健局：予防接種記録 | | | | V | V | | |
| 保健局：出生報告(妊娠期間と体重記録) | | V | V | V | V | | |
| 保健局：自殺や心的病気の記録 | V | | | | V | | |
| 保健局：医療サービス記録(診断記録付き) | V | | | V | V | V | |
| 福祉局：児童虐待、家庭内暴力、及び性的虐待の記録 | V | | | V | | | |
| 福祉局：低収入もしくは発展障害記録 | | | | V | | | |
| 福祉局：発展障害早期治療記録 | V | | | V | | | |
| 教育庁：特殊教育の学生データ | V | | | | | | |
| 教育庁：事故によるケガの記録 | | | | | | V | |
| 警視庁：重大児童虐待事件の記録 | | | | V | V | V | |
| 警視庁：交通事故の現場写真と記録 | | | | | | V | |
| 警視庁：死亡現場の鑑識記録 | | | | V | | | |
| 警視庁：親の覚せい剤&麻薬使用記録 | V | | | | | | |
| 消防庁：緊急救命措置と現場状況の記録 | | | | V | | | V |
| 地検署：非自然死の調査記録 | V | | | V | | | V |
| 病院：医療サービス&入院記録 | V | V | V | V | | | |

16

Summary of 27 CDR cases

| Age | Sex | Cause of death | Preventable |
|--|------|-------------------------------|-------------------|
| Neonatal 0-27days (seven) | | | |
| 1d | Boy | Congenital | Difficult |
| 1d | Boy | Congenital | Difficult |
| 2d | Boy | Congenital | Difficult |
| 1d | Girl | Extremely premature | Difficult |
| 1d | Girl | Extremely premature | Difficult |
| 1d | Boy | Extremely premature | Yes |
| 1d | Boy | Extremely premature | Yes |
| Postneonatal 28-364 days (nine) | | | |
| 33d | Girl | Sudden death (choicing?) | Yes |
| 96d | Boy | Sudden death (choicing?) | Yes |
| 99d | Boy | Sudden death (choicing?) | Yes |
| 136d | Boy | Sudden death (choicing?) | Yes |
| 248d | Girl | Sudden death (choicing?) | Yes |
| 45d | Boy | Accidental fall | Yes |
| 97d | Girl | Complications of birth trauma | Insufficient data |
| 147d | Boy | Charcoal burning | Yes |
| 235d | Boy | Accidental fall | Yes |

17/27 (63%) Preventable

Sleep environment safety is the first priority prevention issue suggested by participants

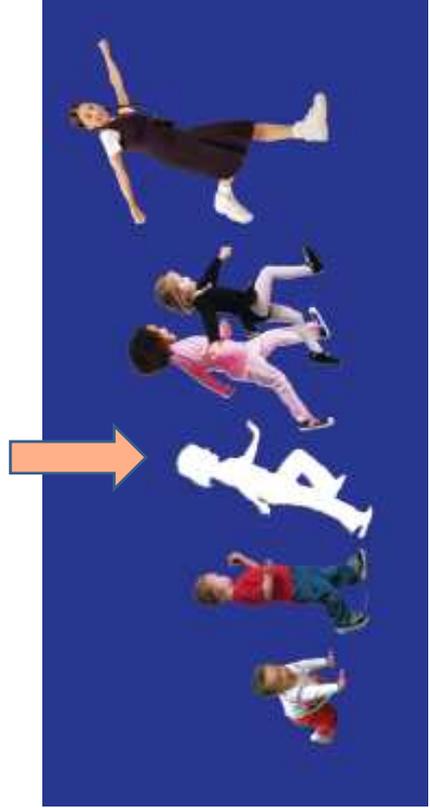
17

CDR会議参加者の感想

- ◆ 他部署の役割や作業フローを知ることができるほか、改善策を考えることもできる。
- ◆ 予防的対策を立てることが難しいと考えなくなる。
- ◆ 消防庁の救急隊員に現場の状況を報告してもらおう。
- ◆ 検察官が福祉局に対して児童が虐待を受けたという通報があるか尋ね、必要に応じてさらなる調査を始める。
- ◆ 警察が現場を確認する際、親の子供に対するケア状況を考慮に入れる。
- ◆ 児童の全体像を見ることができるので、同じ悲劇の防止に役立つと肯定的に捉えている。
- ◆ 会議参加者でネットワークを組むことを希望する。
- ◆ 将来できればCDR特別法を作ってほしいと願う。

18

児童の死を無駄にしない。CDR会議の参加者の知恵を集めることで、悲劇を減らすことができると信じよう。



ご清聴ありがとうございました

19