

## ##1

ありがとうございます。台湾の経験を紹介する機会を頂き感謝します。日本ではケースレビューを沢山やられているということで感動しました。台湾ではまだ 27 症例しかレビューしていません。でなぜ 27 症例しかレビューできていないかという理由は、症例のレビューを行うまでにかかなり時間がかかるからです。地方自治体において、各州でこのようなレビューを行う場合、日本のケースレビューの場合は病院などが多いと思いますが、台湾の場合には各県においていちいち検察から承認を得なければいけないということで、まだ 27 症例しかレビューに至っていません。従って本日は 2 つの主要な項目に関して、特に障壁となっている部分についてご紹介したいと思います。日本と類似している部分については、後ほど触れたいと思います。

まず自己紹介させてください。私は小児科医ではなく、家庭医で公衆衛生学の修士と博士号を取得しています。現在は臨床をしておりません。教育に携わり、また研究センターにおいてデータを収集しそれに基づいてその行動を調査することを行っています。それを 30 年ほど行っています。

## ##2

まずこちらのグラフですが、日本と台湾の死亡率、出生における新生児の死亡率を示しています。ご覧の通り 1995 年に死亡率が上がっております。というのは 1995 年以降地方自治体において、出生届、出生登録がされるようになったからです。従って、ようやくデータの正規化が図れたということです。それまで死亡率は低かったとみることができますが、これはデータが正しくなかったため低くなっています。ご覧の通り、2015 年の台湾の数値は日本の 2.8 倍になっています。1997 年の時は 1.7 倍ですから、かなりその差は広がっていることを示しています。台湾にとって、日本は公衆衛生において、常にベンチマークになっています。またこちらの新生児死亡率でも 1.59 となっています。そして 1 歳-4 歳となると台湾と日本の差は小さいです。5 歳-9 歳もかなり両国は近い数字です。つまり、台湾では、特に新生児の死亡率にフォーカスしなければいけないということです。

## ##3

このように比較をすることによって、新生児死亡率を下げなければいけないということがわかります。その後は情報を収集して予防策を立てなければいけない訳です。ただ、死亡診断書に書いてある情報だけでは、具体的な計画は立てられません。例えばある新生児が低出生体重児で死亡したとします。母親が定期的に妊婦健診を受けていたか、NICU に運ばれたのは遅すぎなかったのかといった情報は死亡診断書からはわかりません。従って死亡診断書だけの情報では予防策は立てられないということです。またある児童が交通事故で死亡した際、なぜその児童が一人で道を歩いていたのかという理由はわかりません。親がどういう養育をしていたかということもわからないわけです。

## ##4

先ほどのテリー先生の講演で多省庁、多職種の連携が必要だとおっしゃっていました。例えば交通事故に関しては警察が関与しますが、警察が関心のあるのは交通事故の時の状況であったり、またなぜ事故が起きたのかという理由だけであって、それ以外のことにはあまり関心がありません。そして、救急隊のスタッフもケガをした人のバイタルサインにしか興味がありません。そして医師や看護師は患者をどう治療したらいいか事のみに関心を持ちます。また、子どもが虐待を受けていたとか、低所得世帯であるとか、過去に親の薬物ですとか犯歴があったということはわからないわけです。またカルテとか、保健局の情報だけでもわかりません。子どもが学校に行っていれば何らかの学校おける記録もあるでしょう。これらの情報をすべて集めることによって、なぜその子どもが死亡に至ったかというストーリーがわかります。

こちらのアドレスにより事例が載っておりますのでご参照ください。CDR を行い、全国から類似した症例を集めたサイトになります。これに基づいて連邦政府に対して法改正を求め、成功しました。要望団体がこの働きをしたわけですが、自動車のパワーウィンドウに対して、安全装置をつけるということが自動車会社に義務づけられることが達成できました。こちらはアメリカの例になりますが、症例を沢山集め、そしてその要望をアドボカシー団体がそのストーリーを伝えることで変えていくことができました。

#### ##5

ではこのように、最終目標はわかっていますが、何がそのバリアとなるのでしょうか？それはやはりそれぞれが蝸壺化している（サイロ効果）ことによります。例えば、警察は交通事故の理由だけに、救急隊はバイタルサインだけに、医師は治療だけに、すべて自分の業務管轄内にのみに興味を持っており他に関心がない目を向けないというところに問題があります。検察に話を聞いても、私たちは訴追する材料を集めるだけが仕事だと、予防するのは皆さんの責任でしょうと私に言われました。日本ではわかりませんが、台湾では臨床の先生型は児童の虐待ですとかネグレクトのレポートにアクセスするのが難しい状況にあります。誰もが自分の業務範囲内のみに関心を持っているということです。後は官僚主義ということでしょうか、法律があればやるよと、法律は遵守しなければならないのでそういうことがよく言われます。

#### ##5

ではどうすればいいのでしょうか。私だったら自分で政府に乗り込みます。保健省には2年もいろいろと話をしておりますが、政府の中に入って行って働きかけると言うことも必要かもしれません。政府を説得しなければいけないというわけですが、台湾も日本もやはり階級などにうるさいと思いますので、一番上の知事から承認を得てしまえば、地方自治体の省庁の人たちはそれに対して Yes というかもしれません。会議に最初は何人かしか参加していなかったとしても、知事に1回会議に出席してもらえば、あとは高官の人たちも出席するようになるでしょう。ただ、知事は忙しいということもあるので、その場合は副知事を割り当ててくださいとお願いするのもいいかもしれません。台湾の場合は好運にも3つの都市の副知事が女性です。そしてまた社会福祉の背景を持っている方なので、こういった問題にとっても積極的に関わってくれました。

また日本には、成育基本法があると聞いて大変うれしく思っています。とくに15.4条で子どもが守られるというようなことあるということでした。台湾の場合はそういった基本法がありませんので、まずは児童保護ケースを元にそういったものを作ろうとしています。

台湾では、情報共有をしてもらおうにあたっては個人情報保護法に引っかかるので出せないという場合が多々あります。ただ、私はその場合、「この情報共有は例外だと、公務員として法律に則ってよりよい仕事をするには例外があるであろう」と言います。そして、死亡率を下げることはその仕事であるから、情報は共有すべきであろうと私は説得しました。

#### ##7

そして、高所得国においてはこの論文を読みましたところ、CDR が子どもの死亡率をうえて最も有用であることが示されています。できれば、日本、台湾、アジアにおけるいい経験という論文を書ければいいなと思います。

#### ##8

またテリー先生が特にこの領域の専門科であるので、台湾にも1回ご招待しています。台湾においても本日本と同じようなシンポジウムを開催しており、テリー先生に応援団として参加いただきました。後ほどCDRをどのように実行していくかと言うことで、台湾のやり方について話し合えればと思っています。

## 9

アメリカの方ですすでにより資料や資材取ったものが出されていますので、私達はこれを元に行おうとしています。

## 10

ワークショップというものをその後開いていきました。そのようなプロジェクトに対して、通常であれば、例えば研究プロジェクトといったものがあるのだと思いますが、私達の場合は試みるといったパイロットプロジェクトを行いました。3都市を選定して9月にワークショップの説明会を開催しました。すべての関与している識者の方々に参加してほしいという風に考えていたので、知事であったり副知事を説得して司会をやってもらうということをお願いしました。また私自身は、それぞれの都市の知事や検察に向かい、そこでCDRとはなんなのかと説明させてもらいました。場合によっては司法と医療のコミュニケーションは必ずしもうまくはっていないという所がありますので、医療に対しても説明を行いました。ただ、8月末に担当の人が変わってしまうと言うことがあり、また同じ事を別の方に説明すると言うことが発生しました。またある都市においては知事が替わってしまいました。なので、その方にも再度繰り返し説明をする必要がありました。ポイントはコミュニケーション、啓発活動をするということで、非常に時間がかかりました。そのなかで、私みたいに「ずっと人を説得するということができる人はなかなかいないですね」と言われました。こういった取り組みというのはまだ始めたばかりなので、人の理解が足りないというところがあります。そして今まで情報を共有していなかったのが、引き続きそういった説得はしていかなければなりません。ただ、こういったプロジェクトが始まって説得ができると、先に始めている各都市の方から、他の都市の方に、指導者と言う形で話をしてくれるので、そこからは私が物理的に毎回行く必要はなくなりました。

子どもの死亡に関して、台湾ではそれぞれに身元を証明するようなIDというものがありますので、そのIDを元に、警察であったり消防、救急、その他の省庁に記録が何かないかと言うことで手紙を出しました。実際に一堂に会して発表する訳ですが、その時点ではメディアに漏洩してしまっただけでは困るということで、書面ではなく口頭で説明するということにしました。ミーティングの際には、当然多機関の担当者達がいろんな情報を共有しました。中には、今後は両親のIDが必要であるという風に言っていた担当者もいました。というのは、ハイリスクな家族と言うことで、次回は他の家族についても調べる必要があると言うことです。各都市においては、時間の関係もあり、2回ずつ会議を開催しました。この会議の中では、ソーシャルワーカーでだとか、特定の個人を責めたりというようなことではなくて、将来的にどのように予防できるかという所を中心に話をしました。

## 11

こちらですけれども、台中市、高雄市は比較的大きい都市です。人口は280万人です。花蓮市につきましては小さな都市でありまして30万人くらいの人口です。地理的に診て縦に長いので、医療機関に子どもを搬送するというのが非常に難しくなるような状況です。

## 12

私は政府に関わってこういったことをやってきているわけですが、色々なプロセスを進めていくと、こういうことに当てはまる法律がないのでなかなかできない。そうすると法律を変えなければいけない、プロセスを変えなければいけないといったような問題が出てきます。そういったことも含めて私達は話し合いをしてきました。こちらではLINEを使って話し合いをしています。

## ## 13

政府、また医療関係者だけでなく、NGO といったような所からも参加する人がいます。テリー先生も言っていたように、このような方々も重要な担当者ということになります。そしてCDRのメンバーでもあります。毎回入ってもらってやっているのですが、参加している人が、症例に関して一番最初に報告を受けた人でない場合もあります。そう言ったような場合には、内容に基づいて担当を呼んでそこから情報を得てその内容を話し合うというようなことをします。

## ## 14-15

こちらアメリカのマニュアルを翻訳したものになります。明日ですけれども、こういったマニュアルを使って実際にどうやってやるのかという話が出ると思います。

## ## 16

こちらのスライドは非常に重要だと思います。例えばなんですけれども、このケースの1とか5とか4もそうかもしれないのですが、親の方に自殺行為があったということがあります。もしくは、これまで過去になにかの障害等で治療を受けていたとか、低所得の人であるとか、そういった情報というのは会合を開く前には全くわかっていなかった情報でした。こういった情報が集まってきたと言うことで、驚いていました。例えば高雄市では議長が社会福祉出身の人だったので、情報を出してくるということを非常に熱心にやってくれました。台中市につきましては、そういったことはありませんでした。地域によっても違いますし、行政の高官である知事がいろいろと影響力を持っていると言えます。

## ## new slide

こちらは今朝新しく追加したものになります。台湾では27症例あると話しました。そのうちの17例に関しては予防回避可能だったという結果になっています。一方で先天性のもの、ということに関しては予防することはできなかったということになります。予防できるものとしては、幼児、もしくは乳児を病院に搬送する際にかかる時間を改善することにより、かなり予防可能になるのではないかとこの事がありました。

新生児の死亡というのを入れますと、予防可能な死というものの割合は減ってしまうのではないかと思います。窒息を原因とする突然死こういったものがありますので、これらも含めて今年に関しては、安全な睡眠についてもっとやることになるかと思っています。

## ## 17

当初はこういった会に参加することについて、「せめられるんじゃないか」と、守りに入ってしまったって怖がっている事が多いのですが、実際に会合が終わってしまうと、いろいろと他の機関におけるプロセスを理解することができるようになります。そうすると例えばですが、誰かが、実際に起きた現場にいた人がいたら、その人に現場の状況を教えてほしいといったようなことを言うようになります。さらには自分の所で対処できるような家族の社会的経済的な状況、そういった情報を共有するということができるようになります。例えば検察の方で症例を見てこれは事故であるとして死亡診断書を書いたとします。埋葬していいですよ。それに対してこのような会議を開いた結果、家族に関して虐待の記録があるとわかったので、それで調査を再開となり、ソーシャルワーカーが家族を訪ねたところこの死亡した子ども以外にも他にも子どもがいることがわかって、そこからさらに調査が進んでいくということもあります。

このような経験を通し、かなり前向きに考えられるようになります。子どもの死亡に対してより広い範囲で全体像を見ることができるようになります。チームとしても次回こういったことをやるとなると、沢山の情報を収集することができるようになります。

## ##18

子どもの死を無駄にせず、子どもが死んだのはなぜなのかとすることを考えて、学んで将来に向けて予防していくということが必要になります。ご清聴ありがとうございました。





## 基調講演2

「イングランドにおけるチャイルド・デス  
・レビュー 死からの学びと家族支援」

ジョアンナ・ガースタンク



## チャイルド・デス・レビュー会合

- 個々の小児死亡におけるリスク因子と原因について、多職種の専門職で検討する
- 小児科医が議長
- 参加者は、子ども・家族と関わりのあった医療関係者、学校、警察官、福祉関係者。
- 実施時期は、死後6週から6ヶ月後。
- 親は会議には参加はしていないが、情報は提供される



5

## チャイルド・デス・オーバービュー・パネル (CDOP)

- CDOPはイングランド全体で90ある、地域の行政地区をカバーしている
- 多職種によって構成される：小児科医、プライマリケア医、学校、警察、児童福祉法、公衆衛生など
- パネルメンバーは、検証する事例そのものを担当はしていない専門職である
- 子ども・家族と関わった全ての関係組織から情報を収集する
  - 関係機関は該当する情報を提供することが義務化されている
- 修正可能な要因や教訓を特定し、ケアを改善するための提言を行う
- 全てのCDOPで統一された検証方法が用いられている
- 検証の一貫性が課題

6

## シリアス・ケース・レビュー(SCR)

- シリアス・ケース・レビューの対象：
- 子どもが死亡した、または重大な外傷を負った事例で、虐待やネグレクトをされた・その疑いがある場合
- 子どもを守るために、専門職の連携を改善することを目的としている。
  - どうやって子どもが死んだか、専門職のプラクティスがどうだったのかを取り調べることが目的ではない。
- シリアス・ケース・レビューは、通常のチャイルド・デス・レビューに加えて実施される
- チャイルド・デス・レビューで、シリアス・ケース・レビューが必要な事例を特定することが多い

7

## 予期せぬ小児死亡

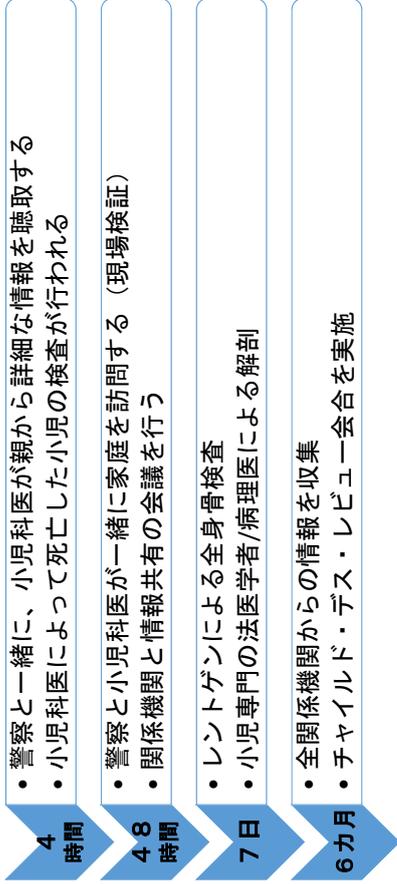
### Sudden Unexpected Death in Childhood (SUDIC)

- 調査が義務付けられている
- 全国統一のプロトコルがある
- 予期せぬ死亡のほとんどは病院に搬送されるが、全ての事例でその時点からCDRのプロセスは開始される
- 警察、検死官、医療職、児童福祉による合同捜査
- 死因究明と家族支援が目的



8

## 予期せぬ小児死亡 (SUDIC)



9

## 予期せぬ死亡における家族支援



- 予期せぬ小児死亡 (SUDIC) の検証プロセスの中で、家族へのサポートが提供される
- 死亡を受けて行われる過程につき、逐次説明を行う
- グリーフサポートに繋げる
- 親の質問に答える
- 小児科医と経過報告の面会を行う

10

## 予期された死亡の場合

- 予期された死亡とは、病院での脂肪、NICUでの死亡、緩和ケアを受けていた状況での在宅死を含む
- 院内や緩和ケア部門に死後の事例検討会がある場合、チャイルド・デス・レビュー会合はその一部として実施される場合もある。
- 親は検討会に対して、思いや意見を伝えることができる
- 検討会の情報は、家族に共有される
- 病院や緩和ケアチームから、死別後のサポートが提供される

11

## イングランドにおけるCDR設立のプロセス



12

## 多機関連携でのCDR

- 子どもの安全を担保することはすべての大人の仕事
- そのための法定ガイダンスである「Working Together to Safeguard Children」が公表されている
- 2018年に制度が改正され、保健医療機関がCDRの主たる対応機関となったが、全ての機関には情報の提供とCDOPIに参加することが求められている



13

## CDRの予算

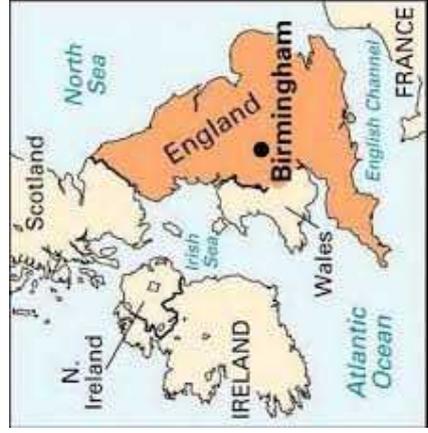
- CDRの予算は地方自治体とNHS(国民医療保健サービス)から拠出されている
- イギリスにおける保健医療は、NHSを通じて中央政府の税金で賄われている
- 地方自治体は、中央政府からの地方交付税と地方税収により予算付けされている
- CDR制度構築のために、地方自治体には2008-11年に政府から追加予算が拠出された



14

## バーミンガム

- 人口約110万人、小児人口 23%
- 出生数: 17,000 人
- 人種構成: 白人70%、アジア系20%、黒人・カリビアン6%
- 小学校入学時には、108の違う言語を話す子どもがいる
- 年間小児死亡: 160 人
  - 新生児死亡が80人、予期せぬ小児死亡が30人、予期された死亡は 50人
- CDOPI事務局- スタッフ2名

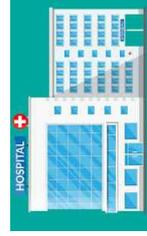
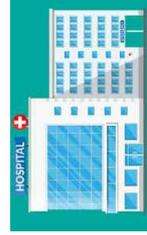


15

## バーミンガムのチャイルド・デス・オーバービュー・パネル(CDOP)



小児集中治療室と外傷センターを有する小児専門病院が1箇所



小児科病棟、産科・新生児科を有する地域病院が3箇所

16



## 我が子にさよならを言うということ

- 家族が病院で子どもにさよならを言うときに必要なもの
  - 時間
  - プライバシー
  - 子どもを触り、抱きしめること
  - 兄弟・姉妹や祖父母などを病院に呼ぶこと

“娘とお別れの部屋(bereavement suite)で過ごしました....非常に素晴らしい看護師さんがいて、不満を感じることはありませんでした....看護師さんは娘のおもちゃも持ってきていいと言ってくれました.....”

21

## 心理的な支援

- 家族をいたわる
- 友人や親戚に連絡を取る
- 家族に時間とスペースを提供する

“看護師さんは朝の勤務帯でしたが、本当に彼女は素晴らしかったです。一緒に座って、泣いてくれて....警察官の方までも泣いてくれて....” 方たちは暖かく、親身になってくれて....本当に素晴らしかったです”

22

## 情報

- ほとんどの親は子どもを亡くす経験をしたことがない
- どのように死亡を届けるか
- どのように遺族サポートの情報にアクセスすることができるか
- チャイルド・デス・レビューのプロセスについて
- 感情的でストレスフルな状況にいる親にとって言われた情報だけでは忘れてしまいやすいので、文書での情報が有用である



23

## なぜ子どもが亡くなったのかを理解すること

- 親はどうして子どもが亡くなったのかを知りたい
- 情報を待っている間、不安が増えていく
- “どのような所見が見つかったかを聞くことはとても重要だったとその時思いました... だって、彼は健康な子どもでしたから、全く予想してなくて本当にショックでした... 本当に全部を知りたかったです、それが全てだったと思います”
- “もし何も聞かされなかったとしたら、頭の中でいろいろなことを考えてしまうでしょう。「きっとこのせいに違いない、それともあのせいかもしれない」とか.... だって、何にもわかっていないんですから。”

24

## 遺族へのサポート

- 遺族は情報だけではなく、死別におけるサポートも必要としている
- 死後数カ月経ってから、支援を必要とする場合もある
- 親だけでなく、兄弟姉妹や祖父母も支援とする場合もある
- “私たちは、臨床でのケアには満足してはいますが、精神的なサポートがなかったことは残念でした...”
- 親が死別後のカウンセリングを利用できるように支援する

25

## まとめ

親は、チャイルド・デス・レビューの中心に在るべきである



親は情報と心理的サポートの両方を必要としている

効果的なチャイルド・デス・レビューは、時間がかかり、立ち上げには困難が伴う

しかし、死から学ぶことこそが、将来の死亡を防ぐ唯一の方法である

26

何か質問はありますか？



27

## ## 0

ご紹介頂きありがとうございます。本日のプレゼンテーションのタイトルは「死からの学びと家族支援」です。私達は CDR を行う際にこの 2 つを同時に行おうとしています。スライドにある私の役職をご覧くださいと CDR 指定医とあります。CDR 指定医という事で私は医療・保健のサービスとして CDR をコーディネートする公式な役割を負っております。

## ## 2

本日お話しする内容がこちらになります。イギリスの CDR の体制、システムについてお話しします。中でも CDR、CDOP についてご説明します。そして、予期せぬ子どもの死亡についてお話しします。それは予期せぬ乳児または小児の突然死と呼ぶこともあります。また予想されていた死亡についても触れたいと思います。そしてシリアケースレビューという虐待やネグレクトによる深刻な症例のレビューについて、そしてイギリスにおける CDR の開始の仕方、そしてその機能、私達の住んでいるバーミンガム市においてどのように行っているか、また家族支援についてもお話しします。

## ## 3

イギリスで CDR が始まったのが 2008 年になります。これは義務となっていて、親も専門職も各死亡に関してレビューを拒否することはできません。そして、このプロセスは多職種で実施されます。医療だけでなく、子どもに関わるすべての省庁が参加します。児童相談所、警察、教育、消防そういったところから CDR に対して情報を提供してもらいます。このプロセスにおいて、地方自治体のレベルで学び、そして国レベルで学ぶ事になります。その目標は子どもの死亡率を下げることです。イギリスは他のヨーロッパ諸国に比べ子どもの死亡率が高いからです。CDR のプロセスにおいて、情報は遺族にも共有されます。遺族にも質問をしていただいて、それに対して CDR のチームが答えを出すということも行っています。死亡時にまず中心となるキーワーカーが任命されます。この職に就いた人は、まず遺族のサポートをメインに行い、そして遺族に対し最新情報を提供し、定期的にカウンセリングが受けられるように手配します。このキーワーカーですが、遺族を支援する特別な看護師であることが多いのですが、交通事故の場合は警察がその役割を演じることもあります。こちらの写真が国の CDR のガイドラインです。100 ページくらいあり、CDR ではこれらをすべて遵守するということによって法的な役割をしています。

## ## 4

こちらがイギリスの CDR のプロセスを示した図です。そして子どもの両親が図の中心にあります。親を常に中心におくということを示しています。

プロセスは突然の予期しない死亡とそうではない予期できる死亡とで多少異なります。突然の予期しない死亡の場合はすぐに他省庁による調査が行われます、まずは状況視察、そして解剖も行われます。そしてそこで得られた情報は遺族にも共有され CDR チームの会議のための材料となります。予想された死亡の場合はすでに死因がわかっていますので、詳細が調査されず、すぐに（数週間後）に CDR が開催されます。そして、CDR 会議で得られた情報はセカンドステージのレビューに回されます。それが CDOP です。そしてこの各ローカルレベルでの CDOP が国レベルで集約され、それが全国小児死亡データベースに登録されます。こちらの絵で薄青色の矢印は、遺族の方に戻される情報です。赤い矢印はレビューからの学びでこれによって各自治体の医療サービスの改善だったり予防対策の立案につながります。

## ## 5

こちらが CDR の会合の写真です。ここで小児の死亡におけるリスク因子、死亡について多職種で検討します。死亡から 2-3 週間~2-3 か月後に CDR が開催されます。この場合は経験のある小児科医が議長になります。その際その死亡した子どもを担当した小児科医は議長になることはできません。つまり私が担当していた患者さんのレビューでは、私は議長はできないということです。対象となる子どもに関わったすべての職種の人たちがこの会議に参加し、また子どもを知っていた人も参加します。家庭医、病院の先生そして学校の代表者、看護師、SW 等も参加します。開催場所は参加者が一番都合がいい場所が選ばれます。例えば病院で治療を沢山受けていたお子さんであれば病院で開催されたり、また特殊学級、障害者の学校に通われていた場合にはその学校で、またコミュニティーのクリニックで開催されることもあります。参加者が一番集まりやすい場所で開催されます。この場合、親は参加しません。会合が開催されるというのは通知されます。というのは多職種の専門科が集まって、この親による虐待やネグレクトがなかったかということも話し合いますので、親がいる中でそういったことをオープンに話し合う事は難しいからです。この会合が開かれた後、ご家族に会議の結果について話す計画を立てます。通常はかかりつけの小児科医が話すことになります。ミーティングにおきまして、死因、リスク因子などが話し合われ、死亡後にそのサービスに何らかの改善の必要があるかを話し合います。ミーティングの時間は 1 時間くらいで、病院で開かれる死亡事例検討の中で開催されます。

## ## 6

次に開かれるのが CDOP になります。こちらは地域の行政地区をカバーしておりますが、そのエリアとしては若干それよりは狭い範囲と言うことになります。そして、この CDOP と指定医はこの自治体において CDR のすべてのステージを実施する義務を負っています。イギリスでは現在 90 の CDOP があり、各パネル毎に年間 100 症例の検討を行っています。メンバーはこちらも多省庁の子どもと関わる代表が参加します。また一般の人たち、遺族の人たちにも参加してもらっています。ただし、検討される事例に関わった人たちは、CDOP は監督すると言うことですので、メンバーになれません。この CDOP ですが、まず CDR で得られた情報をベースに始めて、さらに必要な情報について追加で各省庁で集めていきます。そして法律の規定により各省庁は情報を共有しなければいけません。こちら CDOP において、医療だったり、福祉だったり、サービスのケアの品質に懸念があるとされた場合は、内部調査が行われます。そして CDOP でレビューした死亡はすべてテンプレートに記載され、その情報は全国小児死亡データベースに一貫した形で登録されます。ただそう簡単ではなく、パネル毎にその因子が修正可能かどうかということについて考えが異なる事があります。例えば、バーミンガム市のあるコミュニティーでは、いとこ同士が結婚することで先天性の問題による死亡が高くなっています。ただ、このコミュニティーにおいては文化的にいとこ同士が結婚すると言うことが当たり前に行われてきたので、これを修正する事ができるかということが議論されるわけです。

## ## 7

私達はシリアスケースレビューというものも行っています。これは CDR とは別に行うもので、実際 CDR のもっと前から行われていました。SCR は子どもが虐待とかネグレクトで死亡した場合に開催されます。SCR は死因の特定や責任追及のために行うのではなく、省庁で子どもの保護のためにさらに協力できないかということを検討します。この SCR も CDR と同じようなプロセスを踏みますが、大体は CDR の中で SCR の対象となるケースが見つかります。例えば最近私が関わった症例で、未熟児のお子さんが突然死された症例があります。CDR を経たことによって、この赤ちゃんのお母さんが何度か病院の予約を無視して受診していなかった、子どもに対して必要な薬を与えていなかったということがわかりました。CDR がな

ければこれはわからなかったことです。

## ## 8

予期せぬ小児死亡、こちらのプロセスは 2008 年に CDR のプロセスと共に始まりました。この予期せぬ小児死亡と分類された症例については、救急隊が到着した時点で基礎疾患があったとわかっているにもかかわらず、すべて病院に症例は搬送されます。このプロセスにおける目的は、死因の明確な特定、家族のニーズを把握し支援するということです。特にその家庭において他にお子さんがある場合、その子どもに対しても対応します。この右側の写真がそのガイドラインになります。こちらは病理医、検死官、小児科医、警察、社会福祉士などが集まって作られる国レベルの委員会から出しているものになります。

## ## 9

こちらが予期せぬ小児死亡のレビュープロセスとなります。例えば、子どもが突然倒れ、心不全といって ICU に入り、それが実際には脳損傷によって起こったことだということもこのプロセスで明らかになります。このプロセスは義務化されていますので、親はこれを拒否することはできません。この場合、死亡した小児は、救急外来に搬送されます。そしてそこで小児科医は家族と会うことができます。そのまま遺体が遺体安置室に行ってしまうと小児科医は遺族と会うことができません。そしてまた、小児科医と家族の面談には専門の児童保護の警察官も同行します。小児科医である私が一緒に経緯についてヒアリングしますが、そのときに警察官にも同席してもらうことによって家族には 1 回だけ話してもらうだけで、警察も情報を得ることができます。その後警察と共に家庭を訪問します。警察官と共に私、もしくは専門の看護師が現場検証を行います。テリーさんがおっしゃったように私達は人形を使いません。すべての捜査から情報がそろったところで CDR が開催されます。

## ## 10

予期せぬ死亡のレビュープロセスのすべてのステージにおいて遺族は直接的なサポートを受けることになります。CDR で収集される情報は可及的速やかに遺族に共有され、遺族の支援も提供されます。この部分に関して専門の看護師にかなり依存している所が多いと思っています。遺族にコンタクトして、すべてのステージにおいて、きちんと説明をしてもらっています。最近では、医師に代わって専門の看護師が、自宅を訪問して、病歴であるとか経緯について話を聞くといった役割をするようになっていきます。

## ## 11

予期された死亡に関しても CDR が開催されますが、こちらは関わっていた臨床のチームによって主導されます。こういったレビューをする際に複数の臨床医が関わってくる事になります。例えば、がんで亡くなったお子さんの場合、緩和ケアの担当の医師がミーティング自体をアレンジするかもしれませんけれども、腫瘍専門医も入ってくるということになると思います。その遺族に対しても何か質問等あれば、それを聞き、最終的には情報を共有するということになります。

## ## 12

イングランドにおける、CDR 設立の経緯についてお話しします。イングランドでは長い歴史があります。そもそもイングランドでは医療に関して、様々なレビューをしてきました。1954 年に発生した周産期に母体が死亡してしまったという事例をきっかけに母体死亡に関する調査が始まりました。その後、例えば乳幼児突然死についての機密調査も始まりましたし、2006 年には“Why children die”、なぜ子どもが亡くな

ったのかというのを調査するイニシアチブも始まりました。2006年の報告によると、たとえば子どもの死亡が予期されていた場合でも、それに関連する課題があるというのがわかっています。例えば医療のコーディネーションがうまくできていなかったりだとか、受診の際の予約をすっぽかしてしまっていたとか、もしくはもっと早く診察診断ができていれば治療ができたかもしれない、などの問題が発見されています。この2006年のプロジェクトで私達が本格的なCDRプロセスを管理する事ができる事が示唆されていました。そして昨年、CDRのシステムに関してさらに改善変化が加わり指針が出されています。こちらは健康福祉省や関連する専門職種、機関が関わっています。この変更というのは何かと言うと、小規模なCDOPをまとめていくということと、予期されていた死亡だけではなくて、その他の死亡もすべて含めて行くということになりました。

#### ## 13

イギリスにおいてCDRというのは、多機関が関わっています。子どもの安全を守ることはソーシャルワーカーだけの仕事ではなく、子どもに関する事業に関わっている専門機関すべての責任ということになります。そして、英国政府のガイダンスとしまして、こちらのWorking Together to Safeguard Childrenが出ています。2018年にCDRに関して変更がありました。CDRについて、すべての関係する省庁、機関が関わることとなりますが、管理するという意味では健康福祉の部分が主導することとなります。

#### ## 14

さて予算についてです。CDRというのは医療サービスとして、自治体の予算、もともとは国の予算から自治体に対して拠出されている予算を使っています。元々開始した際には、追加の補助金というのが最初の数年間だけ確保されていました。今はもうその補助金はなくなり、既存の予算だけで運営しています。ただ、現在予算の不足が叫ばれていて、厳しい状況になっています。私達には金のなる木がないというわけです。

#### ## 15

私はバーミンガム市の指定医です。バーミンガムは、イングランドの中心部に位置しているというのが地図を見るとわかると思います。ウィリアム・シェイクスピアの生まれたところの近くになります。このスライドに書かれていることをすべて読むつもりはないのですが、人口をみていただければかなり多様性のある地域であることがわかると思います。さらに子ども達が幼稚園、もしくは小学校に入学するころには100以上の異なる言語を話すような状況です。私達は、イギリスにおいて最大規模のCDRで、年間で160ケースを検討しています。私自身の仕事は1週間の内2日は完全にCDRに費やしています。

#### ## 16

情報共有のルール of 形骸化によって、CDOP というのはいかに情報を収集するのが大変であるのかということをお見せしたかったので、このスライドを準備しました。バーミンガムにおいては、小児集中治療室のある小児専門病院が1つあります。それ以外に3カ所に地域の病院があります。

#### ## 17

それ以外にも、地域のヘルスケア医療サービスであったり、警察、メンタルヘルスケアのサービス等があります。350のプライマリ・ケアのクリニックがあり、約2000の家庭医専門医が子どもたちを含めて医療を提供しております。そして357の学校が存在します。

## ##18

なので、非常に情報収集すると言うことが大変難しくなっています。例えば簡単な症例であったとしても、正しい情報を集めてミーティングに持ってくるのに大体4時間くらいはかかります。CDOPが開始されてから約10年もたつのに「なぜそういう情報を求めているのか」ということを聞かれることもありますし、また機密性のある情報なので、共有するのを嫌がる所もあります。

## ## 20

ではここで少し、遺族との関わりについて話をしたいと思います。これは私が博士号を取る際の研究の一部です。この研究の中で、私はシステマチックレビューや遺族のインタビューを行いました。こちらにいくつかの成果を示しています。日本語ではありませんが、オープンアクセスの論文を示しますので、皆様のご参考までに。

## ## 21

家族にとって、非常に重要な点というのは子ども達にさよならを言うための時間と空間を与えられることです。最近では病院において、お別れを言う部屋を用意している所もあります。臨床的な普通の病室とは違ってまして、エアコンが効いていて、遺族が亡くなった子どもと時間を過ごしてお別れをすることができるようになっていきます。例えば、予期しなかった死亡のケースを調査しているとしても、遺族が子どもの手を触ったり、抱きしめたりすることは許可しています。ただ、こういう場合遺族と子どもだけをその部屋に残して時間を過ごさせるといことはしません。見えないように、目立たないように看護師やもしくは私服警察官が部屋の後ろの方にいるという形でさよならを言ってもらいます。こちらの引用は、お子さんを亡くされた母親のコメントです。

## ## 22

また遺族に対する精神的な支援というのは、医療ケアのスタッフからも必要になります。例えば、少し気分を変えて、そしてまた最終的には家に帰れるように。さらに救急治療室において、必要な時間を取ってもらうと言うことが必要になります。遺族は、医療機関の担当者が彼らと一緒に涙を流したり、悲しむということに敬意を払っています。そういうプロフェッショナルな人たちが、どれだけ失ったものが大きいかとすることを理解していることを示す事になるからです。こちらの引用のコメントもお子さんを亡くされた母親のコメントです。

## ## 23

親に対して、CDR についての情報と今後どういったことが起こるのかということを知らせることが重要です。ほとんどの遺族というのは、その時まで子どもを亡くしたという経験がありません。お葬式のアレンジであったりとか、死亡登録をどのようにするかということがわかっていません。そのため、この遺族が担当者の連絡先を知るといのが重要になります。そういったグリーフケアのサポートを提供する人間に対して何か質問があるときに連絡ができるようにすることが重要というわけです。子どもの死というのは親にとっては非常にストレスのかかるタイミングなので、何か言われたとしても、それを忘れてしまう可能性があります。なので、そういったやるべき事を書いた書面にしたようなリーフレット、(ここに写真で出ています、このグリーフサポートの組織が作ったものになります)このようなものを手渡すと言うことが有効です。

## ## 24

遺族にとって、なぜ子どもが死んだのかとすることを出来るだけ理解してもらうことが重要です。これによって自分たちも失ったものがどういうものなのか、どういう意味があるのかとすることを理解できるようになります。よくあるのが、予期せぬ死亡に関する調査が行われている場合、結果が出るまでにかなり時間がかかります。病理組織の所見がでるまでに通常3か月はかかるので、こういった結果が出るまでの時間が長引けば長引くほど親の不安や心配が高まっていきます。なので、待っている期間に専門看護師が、親に電話をして、私達は忘れてしまっているわけではなくて、情報が入り次第また情報をアップデートしますと伝えていきます。こちらも、また別のお子さんを亡くされた母親のコメントです。

## ## 25

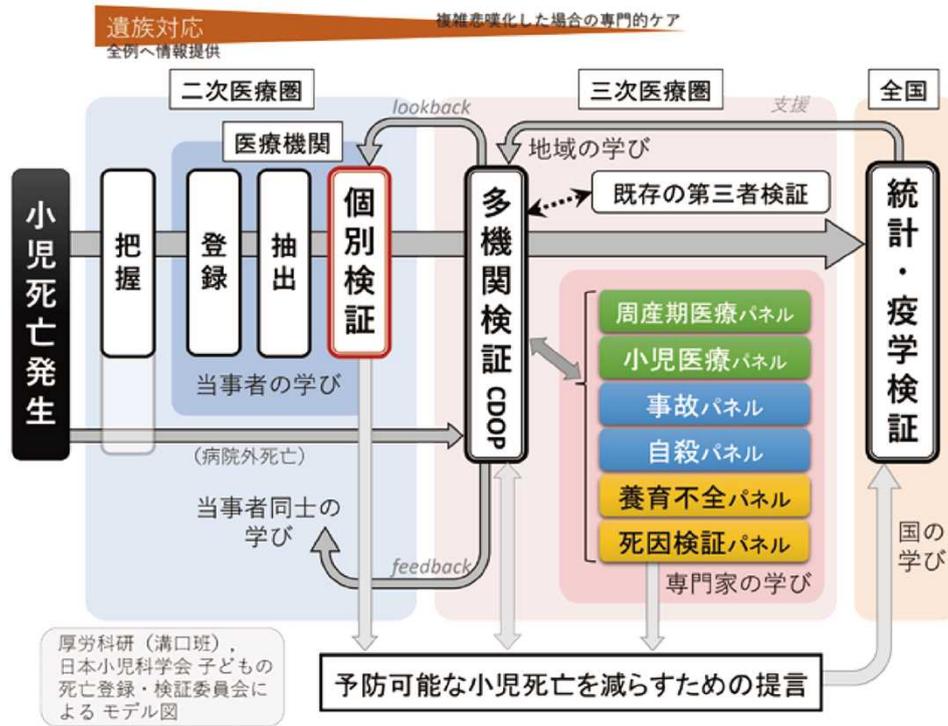
遺族は、情報だけでは不十分で、当然死別におけるサポートと言うものを必要とします。これは何か月たっても必要な場合もあります。ですが、それはその親だけでなく、祖父母やきょうだいも支援を必要とすることがあります。このCDRに関して批判的な側面があるとすれば、遺族に対して答えというものは提供するのですが、必要な心理的、精神的なサポートが不足している所です。なので、私達もその部分に関しては、今取り組みをしています。できるだけ遺族がカウンセラーを通して死別のサポートをえられるようにアレンジをしています。というのは、私達の専門看護師はカウンセラーではないので、そちらに繋げる必要があるのです。一部のCDRのチームでは、すでにカウンセラーをチームの中に入れてそういうケアを提供しているところもあります。こちらの引用はお子さんを亡くされた父親のコメントです。

## ## 26

まとめると、CDRの中核になるのは親であり家族であるということです。またそのプロセスの一環として、親に情報と心理的・精神的なサポートが必要です。効果的なCDRというのは時間がかかりますし、なかなか立ち上げるのは困難です。しかし、過去の死から学ぶことによっては、将来の潜在的な死を予防することが可能となるのです。

ご清聴ありがとうございました。

# パネルディスカッション 「諸外国のCDRから学ぶ・本邦に活かす」



- 子どもが死亡した事実を、関与した当事者が見つめなおす
- ①地域で発生した全小児事例の把握 守
- ②死亡事例の概要整理（登録）
- ③CDR個別検証（PDと不詳死事例の抽出）
- 地域の小児死亡を、それぞれの専門的立場で共有し、実践活動に生かす
- ④追加情報の入手 破
- ⑤多機関検証(CDOP：Child Death Overview Panel)
- ⑥予防可能死(PD)発生を防ぐ提言発出/責任機関の明確化
- 死をナラティブにとどめず、学問として生かし、子どもの安全を創造
- ⑦既存の死亡事例検証との調整とパネルレビュー開催 離
- ⑧年次報告書作成、提言実施のトラッキング
- ⑨ナショナルデータベース化、国家的施策の実施
- 一般的情報提供 ↑ ↓ 専門的グリーフケア
- ⑩ 遺族対応

議論促進のための各種図表

Q 日本の児童相談所の役割は、保護と同時に介入というものも含まれるという状況ですが、他の国では保護と介入をどのように分けているのか？

米：児童福祉庁というものがあり、その下に児童保護局、児童保護グループがあります。そこで調査を行い、場合によっては子どもを保護者から引き離したり、その後の家族、家庭の定期的な訪問をして、子どもが安全に暮らせるかという確認を行ったりもします。またその省庁の下には、child care support というグループがあったり、低所得家庭に対して補助金を提供する child payment というグループもあります。したがって、この児童福祉庁において児童の保護も行っています。

英：イギリスもアメリカと同じように一つのシステムとなっています。この苦しんでいる家族に対して早期に介入をして支援をするということを行います。これによって養育方法、保護者の義務について支援をしたり、また幼稚園を探してあげたり、またそういったことをすることによって、児童の虐待を防ぐことができます。

台湾：台湾では2つのシステムとなっています。保護を行うということは、誰か子どもが外傷を受けていて通報されているということを示していますので、疾病と同じように二次予防システムとなります。社会福祉の方はどちらかという、予防対策（一次予防）となります。シングルマザーに対する支援をしたり、リスクのある層、10代の妊娠だとか、障害者に対して財政支援を行うということでソーシャルワーカーが介入することで予防を行い児童虐待を予防することになります。

Q 日本の児童相談所の所長に CDR のような死亡の検証のシステムはあるし、自分たちは目一杯やってきた所で亡くなったというのはあるのだけれども、それを振り返ってなんになるんだということをやっているような、否定的な方も結構いらっしやる。日本のなかで CDR を展開する意味について、先生の考えを教えてください。

沼口：難しいお話を頂きましたが、私が個人的に思いましたことは、よく死亡事例検証が、サポートの不手際であるとか、どのスタッフが何を見落とししたとか、こういう治療をしておけばよかったのにとか、どうしても話がそういう風流れやすくなってしまいう傾向がやっぱりあるかなと思います。そうすると新聞報道でもなにかしら死亡事案が出ると、サポートに何か手落ちがあったとか、関連部署の連絡不徹底とか、そういうことを恐れられているのかなという向きもあります。でも本当はそうではなくて、より積極的になにか学べることがあるのだったら、それを共有しませんかという、そういう話の持って行き方をするつもりでこういったシステムが作っていただけたらと思いますし、そういうことですので、是非ご参加というか、前向きに捉えてもらえたらと思います。

Q CDR の立ち上げの所では、「CDR っていうのなんだ？」とみんな思ってしまうし、動き始めて意義が共通理解になっていけば、抵抗は収まると思っています。諸外国がその抵抗をどう乗り越えてきたのか、どのような抵抗があったのか、そして今立ち上げている台湾の方で実際に抵抗がどのような状況であるのかということをお話しできる範囲内でお話しいただければと思います。

米：ミシガン州で CDR を始めたときには非常に恐れられていました。皆この会合に来るとき、テーブルにつき、「こういうミスがあったから子どもが亡くなってしまったんだ」とお互い責めたり批判をするという風に考えていたのです。ですが私達としましては、かなり早い段階で、まず会合を開くにあたり、中心となるのは子どもであり、その遺族であるということを決定しました。なので、起こった問題をみていくということではなくて、やはりその子どもというところを中心に考えて、どのように今後同じような状況になりうる子どもや家族をサポートすることができるのか、そして同じようなことが再発しないように予防できるのかというのを

考えるようにしました。私達自身の方では当然システムにはらんでいる問題というのを解決するという所にも将来的には取り組んでいくということにして、予防対策を講じていきました。なので、だいたい1回か2回会合に参加すると、皆さんだんだんこのプロセスが大切であるということに気がついて、これが非常にパワフルな機会である、これが今後を変えていくための大きなチャンスであると気づき始めました。私達もそういった所で子どもや家族を中心に考えていくということで、色々と学びというものがありました。そこで学んだことがわかれば、今度は自分たちからそのミーティングに参加したくなるという感じです。非常に驚きでもありませんけれども、なんとと言えば一番伝わるのかわかりませんが、単純に言って、とにかく一緒に試してみてください。そうすると皆さんこれがうまく行くということに気付いて自然と戻ってきたくるんだと思います。きっと台湾でもそういったことが起こっているのだと思います。最初のミーティングというのは誰にとっても怖いものです。最初は参加することに抵抗があるんだと思うんです。ですけれども実際にそこに来て何かうまく行くということがわかれば、また参加したくなると思います。

英：まずデータなんですけれども、病院だけではなくは自治体のオフィス、公的な機関にだけにそのデータを置いておくということではなくて、国のレベルでデータ収集をすることが重要だと思います。イングランドでは、CDR に関しましては 2008 年以降行ってきた訳なのですが、国家でのこどもの死亡データベースを収集するということに関してましては、最近やり始めたばかりです。人口がイングランドにおいては少ないです。6000 万人といったような人口になっております。そういった意味では子どもの死亡というのはそれほどよくあることではなく、珍しいものになります。なので、多くの症例を見ないと、国レベルで見ないことには、パターンを特定したりすることは難しいのです。また期待に応えるということも非常に重要ですし、さらには、期待を管理していくということも重要です。というのは、今回政府の方からデータベースを作るにあたって助成金が出されているので、じゃあいつ英国の子どもの死亡率が下がるのかという風に言われました。

台：例えばなんですけれども、自分と同じレベルの同僚のような機関、教育機関であったり、医療、警察、消防といったところからただ単に医療の方から情報を共有してくださいというリクエストが来たとして、もしかしたら自分だったら情報共有できないと思うことがあるかと思うんです。ですけれども、さらに上司にあたるような市長とかそういった立場の方達に情報共有しなさいというようなことを言われたら、それに従って情報が共有できるということがあると思います。台湾の例ですけれども大学の教授であったりとか医師は社会的に尊敬された職種の方だと思うので、溝口先生なんかは市長のところに行って、CDR やりましょうということとで説得を試みていただければかと思うんです。そうすれば市長か、その下の局であったりとか省庁に対して指示を出してじゃあやりましょうということになると思いますので、そういう社会的に尊敬されている、敬意を払われている医師のような立場のような方が、市長の説得というのができると思いますので、溝口先生におかれましては、これから色々やっていかなければならない事があると思います。

米：私自身ですけれどもナショナルセンターのレベルで私の仕事の一部としまして、CDR に何百回も参加してきて、いつも驚くことがあるのですけれども、当然話し合いをしていく中で、非常にうまく色々話し合いができるチームと、そんなにうまくできないチームというものもありますのですけれども、必ず毎回ディスカッションした後に、なにかいいこと、学び、教訓というのが絶対出てきます。なので、ミーティングをして多職種の方々が多機関から集まって話をすることをしたら、必ず子どものためによいことが何か出てきます。なので、こういった会合を開いていなかったら出てこなかったであろう事が出てくるので、そういう意味ではそれは魔法のようなものだという風には思います。

Q 千葉での CDR の取り組みで感じた難しさ、難しかったけれどもやったらどうだったというところについて教えてください

仙田：先週千葉の方で今回の厚労科研の研究の千葉県版のレビューをさせていただきました。千葉の方は岩瀬

先生もいらっしゃいますけれども、法医学を中心に千葉のCDR研究会というものを以前からやっております。もともとそういったベースがある県です。千葉大法医学教室で解剖したお子さんを、守秘義務に関する誓約書を書き、情報を共有し、レビューを行っています。今まで全部で11回開催しています。今回この研究に合わせて、この研究の期間、3年間のレビューをやるよと言うことでやりました。最初は千葉県も広いので、参加して下さる機関というのが少なかったのですけれども、こちらの方から全部で県内の小児医療施設22施設に呼びかけをして、11施設は登録してくれました。実際に全体的な千葉県での登録割合は多いわけではありませんが、その中からピックアップした3例くらいをCDRとして行いました。概ね好評だったという風に思います。実際にやらないと意味がわからないのかなという感じがしました。最初やるときには、法医学教室の先生方とどういった風にやっていたかという話をしていたのですけれども、先ほど先生方もおっしゃっていたように「一体仙田、どうやってやるんだよ」みたいな感じで、「おまえは本当にできるのか？」という感じがひしひしと法医学の先生方や千葉県の先生方からプレッシャーがありました。今でもそう思っているかもしれません。ただ、やってみると「以外とよかったね」という感じでおっしゃってくださったので、まだいろいろとシステムの修正をしなくてはいけないんですけれども、たぶん継続はしていけるんじゃないかなと感じております。ただ、小児科医だけが中心となっている所も多いと思うのですが、今回法医学の先生に協力いただくことで、僕らが気付かないような所をかなり指摘をしてくださったりしていて、僕はかなり勉強になったなという感じがありました。もちろん法医学教室の先生方からも、小児科医の観点というのはなかなか聞き慣れないところもあると思いますので、色々な観点をみんなで共有をして同じケースをレビューしていけるんじゃないかなと思います。

Q 法医学の立場から千葉県でCDRを行った前後でどのような違い、学びがあったか？

岩瀬：前回千葉県の各病院から集められた情報に基づいたレビューというものをさせていただいて、その後で解剖結果も合わせてもう一回レビューをしますよということだったんですね。私がすごく感じたのは、我々警察情報をかなり握っておりますので、警察情報があればより深みがあるレビューができるんだなということですね。あと我々がもっている解剖情報と警察情報だけでも不十分だなと感じる部分があって、その情報というのはやはり先程来シンポジストの先生方がおっしゃっていますけれども、多機関がなるべく多くの情報を持ち寄ってやらないとだめなんだなということを痛感した次第です。まだまだ改善する次項も多いと思いますけれども、さらに前に進めていくべきじゃないかと思いました。

台：仙田先生に質問ですが、レビューの中では病院のソーシャルワーカーから子ども、家族の情報収集を行ったのでしょうか？

仙田：今回の研究に関しては、登録した情報を元にしていきますので、登録の時にソーシャルワーカーの情報があれば、そこで記載していただくということになっていました。今回検討したケースでは、ソーシャルワーカーまでは呼んでいなかったというところがありますので、家族情報によってはかなり病院によって差があるという感じです。ただ、思いましたのは、法医学教室が握っている情報はかなりあるなと言うことは思いました。警察情報というのがありますので、僕らの知らなかったことがどんどん出てくるという状況で、情報というのはやはり重要であると思います。

Q 警察の情報が大事だという事だが、どのタイミングでどの程度求めているのか？日本でも捜査情報の開示、裁判情報の開示というのを考えていかなければならない。台湾では司法という言葉があったが、イギリスでは司法という言葉がなかった。訴追機関、裁判機関へ求めることは？（フロア：検察官からの質問）

英：イギリスにおきましては、訴追するのは警察ということになっておりますので、別の検察官がするわけで

はないです。イギリスでは独立した検死官がおり、この方が弁護士であるわけですが、死因を特定する、とくに予期しない死亡に関しての死因を特定するということの最終的な責任を持ちます。この検死官というのは多機関での協力の際に、特に予期しない死亡に関しての捜査の際に協力して行くメンバーでもあります。ですのでこの検死官というのが、多機関での話し合い会合に参加し、国家でのレベルでの対話を行ったりそのプロセスを設定することに関わっている一員となります。そこで私達と情報を共有します。子どもの死亡が刑事事案である場合、他殺の場合などですけれども、CDR と警察が共有できる情報は限定的です。けれども、早い段階で CDR の会合を開き、その遺族と生きている子どもに関して安全が確保されるかどうかと言うところを確認していきます。CDOP にはその訴追のプロセスというのが完了するまで待つ必要があります。

米：アメリカにおいては、検察官というのは警察とは別なんですけれども、同じ司法の中に入っているという意味では同胞ということになります。例えば他殺、殺人のケースの場合、実際にそれが殺人のケースであったかどうかというのが決まるまでケースレビューを待つということがあります。そういった犯人に対して訴追を行って、それでレビューをすることがありますので、場合によってはですけれども、1年くらい待つという様なこともあります。もう一つ検察官の重要な役割として、彼らは非常に大きな力を持った役割であります。こういった方々というのは権限を持った選出された高官達です。この検察官の仕事というのは大きなものでありまして、CDR のなかでは予防という点で大きな役割があります。地域で予防を促していく際に、彼らの声が非常にパワフルで大きく影響力を持っているわけです。例えばなんですけれども、湖の辺りで遊泳禁止、危険であるという看板というものがなくて、そこで子どもが溺死したというケースが何件か発生したことがありました。そこで、検察が実際にそこは私有地で会って、その所有者のところに行って、看板をおいてほしい、作ってほしいというようなことをお願いしました。その所有者に関しましては、やらなくてもいいことではあったのですが、検察がお願いしたと言うことで、看板を立ててくれました。その権限をつかって、今後死亡のレビューをしたことによって、今後の変化がもたらされたと言うことです。

台：確認なのですが、日本では臨床医が交通事故、他殺、自殺に関しても死亡診断書を発行できる立場にあるというのは正しいでしょうか？イギリスやアメリカにおきましては、臨床医がそういった死亡診断書というものを発行することができません。私達の場合もそうであります。臨床医が出せる場合というのは、例えば死亡の原因が疾患病気である、そういったような時にしか出せないわけです。医師としては、当然それが、本当にどういうものによるものだったのか具体的に判断を下すことはできないんです。捜査を続けて、データを収集して決定に至ると言うことで、それが本当に自殺だったのか、他殺だったのかというようなことはその段階で臨床医が判断することはできません。台湾もそうですし、イギリスにおきましては検死官だと思いますし、アメリカでしたら監察医であったり、法医であったり、病理医こういった方がそういった立場にあると思います。また病院外での死亡であったり、自宅等での死亡に関しては、臨床医の方で死亡診断書を出すということではできないと思います。ですので、家でなくなった場合は家族が警察に通報し、警察が現場に行き、第一段階の捜査を行います。イギリスにおいてはその立場になるのが検死官、そしてアメリカでは監察医、台湾ではその情報は検察にいきます。そこで死亡診断というのが発生する事になります。従って、ご質問の答えですが、捜査を終了するまで、最終段階の結果が出るまで待たなければならないと言うことが言えます。ようやく、それを待って、CDR を行うということですが、また問題としては、検察や警察が関心があるのは刑事訴追の問題だけで予防については関心を持っていません。交通事故も犯罪ではありませんし、自殺もそうです。関心を持つ持たないところが問題となります。CDR においては、警察、検察の皆さんを啓発して、もっと予防的な見方をしましょうとっているわけです。時には行動的な問題だったり、また交通事故だったら交通標識が問題だったかもしれません。またおもちゃなどはアメリカにおきましては、玩具のメーカーを訴訟してリコール対象にするとすることもできるでしょう。単に偶発的に窒息ししたと言うことではなく、きちんと製造者責任を問うということを行っています。従って、テリー先生にはマニュアルを作ってください、非常に感謝しています。それを翻訳して検察に渡しましたので、今やそれが標準の手順となって、もっと予防的観点で捜査を

行うということも行っています。そしてまたメディアの方でも、いつもなぜかという問い合わせが来ますので、詳細の捜査レビューというものができており、より家族そして社会、もっと文脈的なところにフォーカスした捜査を行っています。

沼口：日本なんですけれども、今愛知県を調べていると特にそうなんですけれども、すべての死亡診断書を臨床医が書いている県になります。逆に言えばそういう制度がアメリカや台湾のように変わるべきかどうかというこの議論は別ですので置いておいて、逆に言えば病院さえ調べれば、全部の死亡について知りうる立場にあるということです。例えば刑事捜査をされる方が予防に対して興味を持っていなかったとしても、死亡診断書を書く立場の私達が関心を持って訴えることができる立場にあるというのが日本の状況下と思うんです。そういう風に考えると、私たちが医療機関の立場として、司法側の方をお願いすることがあるとすると、自分たちの所にこれこれこういったことで亡くなったお子さんがいると言うことはわかっています。その上で、その人の捜査情報はどうでしたかという事をおたずねすることができるということです。こちらから働きかけることができるので、私達としてはそれにお答えいただけるようなシステムが構築していただければと思うのです。具体的に言いますと、警察から検察に送致されて、裁判になって結審したのでそれが見ることができるとは今でもできるかと思うんですが、不起訴になったので、検察の中でデータが埋もれてしまう人達の、その埋もれたデータをなんとか見ることができないか。あるいはそもそも検察に送致されなかったものに対して、警察に対してそれは開示してもいいよと言う風に、ご指導いただくと言ったら変ですけども、一言声をかけていただくですとか、特に今も話に出た病院外で死亡した SIDS 疑いのケースであるとか、そういうことに関しては現場検証情報ですとか、そういう情報を見せていただけるといいのだらうなと思います。自殺や虐待とかその他のケースでは、その関係者の聞き取った情報に関して教えて頂けるといいのだらうなと思います。後は特に法医学の先生にお願いしている中の、司法解剖の状況について、検察の方の開示許可があれば見せてもらえるようなことも時々ありますので、こういう状況でしたら見せてもいいよという、多分刑事訴訟法に公衆衛生に寄与するときには見せてもよいと書いてあると思うのですが、これは十分それに該当するから見せてもいいのだよと言うことを整備して頂けると、私の立場からはそういうことがお願いできると思いました。どのくらいそういった情報を急いで必要か、裁判結審するまで待つのか、それともすぐにほしいのかということに関しては CDR で何を求めるかと言うことによりますし、1分1秒を争って死因の特定だとか Death Reveiw をしなければならないというケースはあるのかもしれませんが、時間的にはそんなに急がない。例えば、1年前のケースだけでもそれについていろんな情報を開示頂けないかとか、そういった道を何か作って頂けないかと私は思いました。

英：イギリスにおきましても死亡診断書で問題があります。時にそこに書かれている死因が正確でない場合があります。典型的な死亡の検死の場合はその医師がどのような治療をしたかという観点よりも、病理学者の検査結果のみとなります。ただ、CDR の記入するフォームには一番最後の所に欄がありまして、CDR のメンバーが考える正しい死因を書く場所があります。この記録が国のデータベースに登録されます。従って、死亡診断書に加えてこういった情報も入りますので、国の統計の精度が上がることを期待しています。

米：質問に対して長い答えになっていますが、一つ検察の役割として説明したいこととして例を挙げたいと思います。多職種の人たちが集まると言うことの重要性についてはそこに出ていますので、いくつかの例の一つです。15歳の女児の症例です。車の後部座席に座っていて、お兄さんとその友人が運転をしていたのですが、日中なので本来でしたら学校に在るべき時間でした。少し郊外の道を運転していて、カーブを高速で走っていたためにコントロールがきかなくなり、溝に落ちてしまいました。それによって、彼女はシートベルトをしていなかったのが死亡してしまいましたが、2人の男児はシートベルトをしていたので助かりました。このケースをミーティングで話したときには、わかりやすい症例で、シートベルトさえしていれば助かったのにという単純な症例なんですけれども、ただ、警察からはそのカーブは何度も事故が起きていて、死亡事故にもなっているのです。あのカーブはとても危険なのに修正されることがなかった。標識もないですし、もしかしたらあ

のカーブを舗装したり、直したらよいのではないかという意見が出されました。善良な人たちが各省庁からそろっていた会議でしたので、別の人がとても重要な質問をしました。なんで学校に行っている時間にその場所にいたのでしょうか。学校代表の方もいらして、この問題についてちょっと掘り下げて検討しまして、それについて答えがありますと言いました。実はその前日その女兒は性的暴行を受けたとすることで、そのままでは恥ずかしくて学校に行けないので、きょうだい彼女を連れて色々なところを走り回っていたということがわかりました。スクールカウンセラーの話によりますと高校にいる10代の子供達は、何か性的な暴行を受けたとしても、地元の病院に行っても警察とか病院のスタッフにすごくいやな扱いを受けるので、そういう所に行かない方がよいだろうと考えていることがわかりました。検察はそういった態度を10代の子供達が取ることについて非常に驚きました。そしてその後検討して、委員会を設立しました。その委員会は学生と病院と警察と病院とメンタルヘルスの人たちが関わっていて、病院において性的暴行を受けた人がどういったプロセスで治療を受けるかということ、高校においてはそういったことが問題となったときに、どういう風に対応していったらよいのかという研修会を行いました。最初はシンプルな10代のドライバーが事故をして、シートベルトをしていれば防げるという問題であったものが、実際は10代のドライバーにたいしてシートベルトの教育をし、カーブの部分直し、また性的暴行を受けた10代の人に対して新しいプロセスを生むという形になったとすることでCDRをしていなければこんな話にはならなかったということがありました。

Q 事例の選定について、米国ではチームで決定している。その選定の基準はありますか？だれが選定しているのでしょうか？全死亡のどれくらいが選定されているのでしょうか？また、英国では全例になっているがそれは昔からでしょうか？バーミンガムではどのように全死亡を調査しているのでしょうか？日本で行うにあたり、選定に関するアドバイスを頂ければ。

米：難しい質問だと思います。アメリカにおきましては、人口によっても選定の仕方が違います。例えば、死亡症例が多様な所はチームとして、どの症例を見ていくのかと選ぶことを選んでいきます。ミシガン州のデトロイトにおいては、年間で1000件くらいの死亡例というのがあります。基本的にはほとんどが新生児ということになります。そのため、新生児については、そのすべてを選ぶということではなくて、代表的な例を選ぶということになります。一方不詳死の場合はすべて選ぶということをしております。またその規模が小さい様などところにつきましては、すべてを行っていきます。さらには自然死のようなものに関しては、少数の症例を選んで今後予防可能な例につきまして見ていって、さらに将来に役立てていくということはやりません。

英：イギリスにおいては、子どもの死に関してはすべてCDRを行います。18歳を迎える1日前までをレビューするということになります。例えば赤ちゃんの場合ですけれども、22週で生まれて10分後になくなったと言ったような場合ですね、その場合治療室に行く前の段階での死亡というのは、起こりますので、そういった症例を含めて見ていくということになります。例えば、ケースを選ばなければいけないという場合非常に難しくなると思います。自然死の場合であったとしても、予測された子どもの死亡であったとしても、CDRを行って、なるほどというのは非常に多いと思います。医療の段階で何か改善できることなど、何か学びはあると思います。私達のシステムで重要な点というのはレビューが2段階ありまして、このCDRにおいて、予測されない乳児死亡に関して詳細なケースレビューという形で取り扱っているチームがあり、らにもう一つ病院の緩和ケアのチーム、こちらは自然死に関してですけれども、こちらで詳細なレビューを行うということになります。こちらが行われるのは子どもの死亡に対してのCDOPが行われる前にとすることです。ただ、このプロセスには時間がかかります。CDOPには、半日使って15-20のケースをレビューしています。しかし、この半日の前にさらに半日を使って、中身、詳細な情報を読んでいく必要があります。なので、要は2週間に1回くらい同じくらいの時間をかけて準備をしなければならぬわけです。

台：台湾においては、最終的な目標としましては、すべての子どもの死亡に関して全症例をやっていきたいと思っているのですが、最初の段階ではテリー先生が言っていたように選択的に一部ということになります。外傷等のケースにおきましてはすべて、その他のものについては一部選んでということになります。またその死因が不明なものに関しては含めていくということになります。まだ始めたばかりではありますので、2時間くらいで5ケース見ていくとやることをしています。また書面としての文書というものが準備されているわけではありませので、それぞれの関係機関の方にその場で情報を共有します。

米：説教じみたことは言いたくないのですが、完璧にやろうと思わないでください。その辺は心配されなくてください。アメリカでもこれまで何年もやってきておりますが、完璧まではほど遠いです。そしてアメリカでは完璧というのは勉強の敵であるということわざもあります。したがって、すべて正しくやろうと心配せずにはまず症例を選んでやってみてください。そこでなにかわかってくるものがあります。

沼口：小児科学会でさせて頂いた全国調査におきましては、検証するべきものとそんなに検証するべきでないものに分けて頂きました。最初に分けたのは病院からケースを提出してもらうときに、調査をした人たちが疑念を持たなかったものは、そのまま。疑念を持たないという形で私達の所に来る。ただし、例えば傷害だとか不詳死については疑問がなかったとしても後からこちらでピックアップすると、そんなような形で選んでおります。そうすると死亡の4割くらいが検証した方がよいのではないかというそんなような状況になっております。年代別の検証した方がよい、という表を途中でお見せしたかと思うのですが、だいたい全体の4割くらいは検証してもよいのかなということでした。選択をしたのは主には各病院の調査をしてくださった先生という形で行っていました。

## 汗をかく職種に対する経済的インセンティブが必要だと思うが、どれ位支払われているのでしょうか？職種が異なると報酬が異なる事があるのでしょうか？

米：CDRの参加者に対しては報酬はありません。メンバーとして参加する方は皆仕事の一部として参加しています。唯一支払われている人たちは、こういった会合を組織する人、そのレビューを記録して、その証言の証拠を作る人たち、大体こういった方は看護師保健師の方になります。ただ、会議に参加する時間に対して対価が払われるということはありません。また参加される方も、job discriptionの中にCDRというのは書かれていませんが、それでもとても重要だということに参加されています。ただ、何か食べ物を出してもらうことは行われています。何か食べながら会議をすると言うことができますので。後は時間管理と場所も気をつけてもらっています。なかなか医師に参加してもらうのは難しいのであれば、病院で早朝ですとか午後、先生方が参加しやすい時間に開催するのもいいかもしれません。

英：イギリスにおいてはCDOPのスタッフで管理業務を引き受けている人は正社員としています。パネルメンバーは仕事の一部として参加しています。例えば私は週に2日間はこのCDOPのメンバーとして働いています。そして警察も上級の警察官が参加することが義務となっています。また社会福祉の方もシニアレベルの福祉担当者が参加することになっています。このCDRの会合についても追加で対価が支払われるということはありません。そのこどもの担当として、仕事の一部として皆さん参加されています。また突然死に対応する場合は、それに対応する小児科医のその仕事としてお金をもらっています。10日に1晩は私も何か突然死があった場合にすぐに呼び出しを受ける体制を取っています。また突然死の症例のディスカッションの議長を私がする際にも他の参加者のために時間管理については気をつけており、1時間を超さないようにしています。皆さん他に優先順位の高い事だとかあると思いますし、1時間を越えると皆さん集中力が切れてきますので。ただ私はこの仕事を好んでおりまして、またこのように違いが出せる携われることは特権だと思っています。

溝口：個人的にfeeはでないというのは日本でも同じだと思うのですが、いわゆる行政事業としている予算の面で、日本ではアメリカのように平均1200万円くらいをつけるというのが難しいのだと具体的には思っています。本当に始まりの始まりでお金もない中から、こういった事業に1200万円払って当然だという様な流れ

に至適化なければと思います。

米：12万5000ドル、州の平均になるんですけれども、連邦政府からこういった予算というのが割り振られる訳です。この予算というのは子どもの福祉関係であったり、妊婦の関係の福祉に関するものだったり、さらにはCDRのコーディネーションにも割り振ることは可能であると言われていています。私が州の方に提案しているのは、どこからか予算を工面して持ってこなければいけない、つまりはCDRにそれに向けて与えられた予算というのは必ずしもあるわけではありませんので、どこからかあるところから予算を工面する、クリエイティブな形で考えていくということを話をしています。

英：CDRの多くが、議長を務めるのが専門の看護師ということになります。彼らは専門の情報量であるとか、技術という意味で医師と同等のものが提供できると思うのですが、支払いの金額というのは医師よりも低いというのがあります。ですが、複雑なケースレビューになった場合には、そこでの議長をするのが医師等場合があります。

米：看護師の方が時には医師よりも大変優れているとってほしそだったので、まずいっておきます。まずその予算についてですけれども、中央政府の方からそういったCDRに直接割り振られる資金があるのであれば皆さんも悩み事というのはかなり減る訳なんです。どういう風に工面して、やっていかなければ、予算を集めなければいけないのかという所にエネルギーを使う必要はなくなります。

Q 自殺に関してはどのようなパネルメンバーを集めているのでしょうか？愛知でのレビューでは？

沼口：まず自殺についてのパネルですが、まだ残念ながらそこまで到達できていないという事です。ちなみに愛知県のとなりに三重県というところがあるんですけれども、ここでは自殺あるいは心中というケースについては、精神科の先生を含めたチームで検証しているというのを見学させて頂いたことがありまして、おそらく理想的には教育関係者もいた方がいいのだと思いますが、精神科医は必須だと思います。愛知県ではまだです。

英：私達が自殺のケースをレビューする際には基本的にはメンタルヘルスの担当者、教育であったり、色々なサービスの担当者が入ることが多いです。

米：イギリスと同様にアメリカにおきましても、自殺のケースに関しましては、地域において、自殺の防止予防などの取り組みを行っている人たちを関係者として呼ぶことがあります。そうしましたら、今地域でどんなことが行われているかと言うのを、そこに来ているメンバーに対して行うことができます。ですので、すべてのレベルにおきましては、メンバーにとっての教育の機会でもあると言うことで非常に重要だと思っています。その他に、地域の特定のトピックについての専門科を呼ぶ、その地域において予防や防止の活動が起こっている場合にはCDRそのものに呼ぶ場合もあれば、その後のディスカッションに入って頂くこともあります。そこで今やっていることが何か、何だったらうまくいくのかというようなこと。そして皆さんのこれから出す推奨する事項の勧告というのがきちっと今後のために、今後の研究も含めてですけれども、合っているかどうか、フィットしているかどうかという事を確認します。

Q 検体保存についてはどのようになっているのでしょうか？その利用は？

英：その検証した後の検体についてですけれども、基本的には遺族の方が決めるということになります。一応私達としましては、今後の研究であったりとか、また将来別の子供が亡くなったための、無期限に保管させてほしいと言うことをお願いするんですけれども、もしそれを両親が拒んだ場合にはそこで破棄ということになります。

Q 遺族サポートについて、黎明期にはシステム構築に力を費やすので、私達は後発の日本だからこそ現時点から遺族サポートをきちんと意識している状態です。どのような形で情報提供やサポートを行っているのでしょ

うか？書面で行われているのでしょうか？キーワーカーが口頭で行っているのでしょうか？公的なサービスなのでしょうか？NGOなどなののでしょうか？情報の共有を含めて教えて頂きたいです。ロバート先生にも台湾ではどのように進めていきたいと考えているのかを教えてください

米：CDRにおいてとても重要なのは、その遺族に対する支援がきちんと行われていると確認することです。地域においてレビューを行って、遺族向けのサービスがないといった場合は、アメリカの場合は州で予算をつけて遺族向けのサービスを行うということを公的機関として行っています。その場合NGOを交えて必要なサービスを提供するということを行っていますので、レビューを行う際には必ず遺族向けのサービスがあるかどうかとすることを質問し、その答えを確認しなければなりません。ある場合には遺族に対してそういうサービスを紹介し、ない場合はチームが主導でこういったサービスをつくっていくという事が必要です。とても重要です。

英：遺族支援に関しては、イギリスでは主にNGOによって行われています。ただ、こういった団体に情報を共有することはせず、詳細なCDRのレビュー情報は親に対して直接行います。そして、こういった支援団体がありますという事で、こちらを提案して、必要に応じてこちらに問い合わせをしてもらいます。ただ、詳細情報は親にのみ手今日しています。フィードバックですが、CDRのレビューケースの家族に行く際は、担当の小児科医もしくは専門の看護師が伝えることが多いです。ただ時に病院とご家族、との信頼関係が崩れている場合もありますので、そういった場合私のような独立の小児科医、私はその病院に属しておりませんので、そういった医師が伝えることがあります。ただ、主にはだいたいその臨床医師の役割となります。

台：台湾ではあまりサポートは行っておりません。したがって、今のところはレビューを行っておりますので、今年は遺族サポートにフォーカスするよう持ち帰りしたいと思います。

沼口：日本では、研究として今回情報を集めて、すべて匿名かをした状態なので、ご家族に対するアウトプットはできないというような状況で今に至っております。おそらく今後法制化されて、個人の状況がわかるようなことであれば、病院に、結局病院の医者が死亡診断書を書いていることもありますし、病院にそれを願うのか、あるいは行政のなかにそういうセクションを作って頂くのか、これから議論がおそらく必要なんだと考えています。ただし、おそらく遺族へのサポートはその感情論だけでサポートすることだけではなくて、その医学的な正確性も求められると思っていますので、何かしら医師あるいは医学的な知識のある人が、何かの形で携わることが必須ではないかなと私は思っておりますが、これからの課題だと思います。

## 第2日 スケジュール

2月3日 同時通訳あり

9:20 - 9:30 ・挨拶/進め方説明||山岡結衣

9:30-10:15 ・CDR個別事例検証

ファシリテーター:テレサ・コビントン

10:15-10:30 ケース1 振り返り、Q&A

10:30-11:15 ・CDOP検証

ファシリテーター:ジョアンナ・ガースタング

11:15-11:30 ケース2 振り返り、Q&A

11:30-11:50 全体の質疑応答

小保内俊雅（多摩北部医療センター小児科）

11:50-12:00 まとめの言葉

柳川敏彦（和歌山県立医科大学保健看護学部保健看護学科）