



小児死亡時に対応すべき事項について、習熟するための講習会などの機会を増やしていくことも、CDRの社会実装を行う上で重要なことであり、そのような体制を整備することも求められます（日本小児科学会では「小児死亡児対応講習会」を当研究班と合同で準備し、2018年より実施をしています）。

いずれにしろ現状のDon't Know（情報が不十分で、何が何だかわからない。もし追加の情報が存在していたならば何か分かったかもしれない）の状態から、Can't Know（現状行いうる最善の死因究明対応を行っているので、これ以上はどの地域で、誰が対応したとしてもおよそわかり得ない）にまで死因究明を尽くすことは、「生きる」という最も基本的な権利が成人に至る前に消滅してしまった子どもに対しての、最後にして最大の権利擁護にあたるものといえます。

#### コラム：刑事紛争とCDRの関係性について

司法情報中心パネルにおいても、CDRで知り得た情報は民事・刑事にかかわらず係争事例の直接的な情報源として用いられるべきではなく、公務員に課せられる告発義務などの免責も明記される必要があると言えます。ただ一方で、CDRを実施することで点と線が繋がり、犯罪死であることが明確化した場合に、子どもの権利擁護活動としての「告発する権利」まで消失すると解釈するべきではありません（そうであるならばCDRを行うことが、死亡した子どもの権利を著しく阻害することに繋がってしまいます）。この点につき、どのように制度上で整理していくのかは、今後、議論を深めていく必要があります。

いずれにしろCDRで議論された内容は、法で非開示であることが定められた「法令秘等情報」に位置付けるか、県・国・他の地方公共団体の内部又は相互間の審議・検討等に関する情報で、公にすることにより率直な意見の交換や意思決定の中立性が不当に損なわれるおそれなどがある「審議等情報」に位置づけるなどの整理を行い、参加者・議事録を含めすべて情報開示請求上の非開示情報に位置付ける必要があるでしょう。それらの点についても今後明確化を図ることが、CDRを社会実装する上で不可欠といえます。

#### \*「その他のパネルレビューの枠組み」

上記6つのどのパネルで討議すべきか判然としない事例や、複数の死因カテゴリーにまたがり、複数のパネルレビューの実施の適応のある事例の検討をどのように行うのかも、事例ごと・地域ごとに検討する必要があるでしょう。「CDOPの場で、特別にパネルレビューを行う」、「複数のパネルで複数回の検証を行う」など地域ごとに実情に応じて運用することとなるでしょう。

### コラム：虐待死の有する、社会へのインパクト

メアリーエレン事件を皆さんはご存じでしょうか？アメリカ合衆国ニューヨークで一人の少女救出の一連の経緯が、1874年に広く世間に知れ渡った事件です。メアリーは当時8歳の少女で、長年にわたって義母義父からひどい虐待を受けていた状況にあったところ、住居の大家夫人が見るにみかねてケースワーカーに相談したのです。ケースワーカーは、警察に保護を求めたものの、当時のアメリカでは子どもを守るために家庭に介入する事を許す法律は存在せず、当初は警察においても暴行の証拠を確認できずすぐに保護できませんでした。ケースワーカーは、アメリカ動物虐待防止協会に相談し、虐待について証言する意思のある近隣の住民の協力を取り付け、その後、少女は警察に保護され、関連書類が法廷に持ち込まれ、義母は傷害罪の実刑判決で刑務所に送られることになりました。一連の経緯は子ども虐待対応と予防システムの大切さを認識するきっかけとなり、子どもを虐待から救う目的で世界で初めてニューヨーク児童虐待防止協会 (New York Society for the Prevention of Cruelty to Children) が創立されることになりました。子どもを虐待から救う活動の歴史的な1歩となったのです。

チャイルド・デス・レビュー (CDR) の歴史は、1978年虐待死防止を目的にロスアンデルスで取り組みから始まりました。1993年ミズーリー州の成果報告<sup>20</sup>後に小児死亡の検証が義務化され、2000年にアリゾナ州の成果報告<sup>21</sup>後、すべての小児を予防可能な観点からの検証することの重要性が認識されるようになりました。そして、2002年CDRのためのナショナルセンターが設置され、現在では全州においてCDR実施が法制化されています。

英国では、2000年にヴィクトリアキンビーという8歳の少女が叔母とそのボーイフレンドにより殺害される事件が発生しました (ヴィクトリアキンビー事件)。ヴィクトリアはコートジボアール共和国からロンドンに引き取られてきていた子でした。この事件に関してイギリス政府は、法定調査を開始し、2003年報告書を作成しました。調査結果は、専門家だけでなく国民の間にも大きな懸念を引き起こし、今後はこのような子どもの死亡をどのようにすれば予防できるのかということが問われることとなりました。また同時に、子どもの生活への介入は子どもの健康や発達が損なわれるのを予防するためには遅すぎたのではないかとすることも懸念され、この事件をきっかけに、早期介入および効果的な保護に取り組むための政府による大規模な活動Every Child Matters (すべての子どもが大切) の構築につながり、2006年英国で国の正式なパイロット研究が施行され、2008年4月に全英でCDRを実施することが法律で定められました。

わが国でも近時、「何かできることはないか」と強く社会の変革をせまる事例が続いています。将来のすべての子どもたちが健やかに暮らせることを目的とし、一人の子どもの命を大切にし、同じような過ちを繰り返さないためにも、大人の英知を結集するランドマークとしてのCDR制度構築を急ぐ必要があるといえるでしょう。

## ⑧年次報告書作成、提言実施のトラッキング

### \*このステップの「今」と、要点

- CDRは少なからず、現場に負担を強いるものであることに間違いはない。しかしその負担を凌駕するほどのメリットが、地域の子どもにもたらしうることが期待されるものである。現状はCDRの効果判定を日本ではまだ行いうる状況にはないが、ミシガン州の検討では、CDRが有効に機能することで見つかった課題の37%が解消し、小児死亡が9%減少したと報告されている。このようにCDRはしっかりと機能しさえすれば大きな恩恵がもたらされうるとは言え、現場が負担を受け入れ継続してCDRにエフォートを注いでくれるようになるためには、遅滞なくフィードバックを返す必要がある。
  - 年次報告書は、可能な範囲内でオープンにすることで、市民がCDRの意義を理解する啓発効果をもつものでもある。
- 現状ではまだ年次報告書を作成する段階に至った地域は少ないが、様々な行政報告書の作成に比して、特段に労力がかかるものではない。ただし多機関での検証結果の報告であるゆえに、報告書の作成部署のみでは責任を負いきれない記載も当然出てくると思われ、各関係機関すべてが作成協力を行う必要がある。

CDR個別検証やCDOPの議論を通じて得られた知見は、提言としてまとめるだけでは不十分であり、出された提言が実際に地域の実践を変えることに繋がらなければ「絵に描いた餅」にすぎません。提言の実施状況のトラッキング（継続して確認していくこと）を行うことまでを都道府県の役割として位置づけ、その状況が随時確認可能な枠組みを整備していく必要があります。

CDR個別検証/CDOPの議論内容を、個人を特定しうる情報を排除してデータ化して体系的にまとめ、年次報告書として公表することは、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ことに繋がる。
- PDを減少させるために提言された施策を、市民がトラッキングすることが可能となる。

年次報告書の作成に当たっては、その作成部署を明確化しておく必要があり、主たる記載はその部署が担うことになるでしょう。ただ報告書の作成部署のみでは責任を負いきれない記載も当然出てきますから、各関係機関すべてが作成協力を行う必要があります。

各地域の報告書は、ディスカッションの概要が把握できる程度には背景情報を記載することが望まれますが、個人情報や排除し、特殊な病態で死亡した事例に関しては個人の特定がなされないように、特に配慮する必要があります。報告書は、CDRのプロセスに直接関わった、守秘義務に関する誓約書に署名した各機関へのフィードバック用のものと、一般公開向けのものとの二種を作成することも考慮されます。一般向けの内容についてはHPの閲覧しやすい場所に明示することが望まれます。

### \*CDR年次報告書に記載すべき概要

1. 採用しているCDR検証やCDOPのプロセスの要約
2. 行った提言の要約
3. 対象期間内に発生した全死亡数とCDRで検証した事例数（各死因カテゴリー別・年齢別に記載）
4. 対象期間内に実施された既存の死亡事例調査の事例概要
5. 対象期間内に実施されたパネルレビュー実施事例の概要
6. 全死亡事例を対象とした、各種登録事項（A-H）のまとめ
7. 予防可能性ありと判断した事例から導き出された各種提言のまとめ
8. 過去5年間の年次別傾向別の死亡データ
9. 全国データとの比較と、データに相違がある項目に関する考察と対策

- 
10. これまでに発出された提言の当該年度までの実施率と、実施状況に関する考察と対策
  11. 自治体の首長向けの総論的提言事項
  12. 一般市民、養育者への総論的提言事項

上記を基本とし、各地域ごとに必要な報告事項をまとめるとよいでしょう。短くてもよいので可能であれば、各関連機関ごとに要旨を記載し掲示することで、それらの機関が市民に対しての職責をしっかりと果たしていることの理解促進につながるでしょう。

## ⑨ナショナルデータベース化、国家的施策の実施

### \*このステップの「今」と、要点

- 現状ではCDRの実施は研究の段階にとどまっているため、国としてのデータベース構築は当然進んでいない。成育基本法が成立したことで、データベースの構築に関する論議も進んでいくであろうが、このステップは正確なデータ供出があって発展していくものであることに疑いの余地はない。
  - 英国でもナショナルデータベースは、現時点では構築に至っていない。その構築にはCDRを社会実装した地域が一定以上に増えていくことが必要とされるであろう。
  - 米国ではナショナルデータベースは研究者に開かれ、あらゆる学術的分析がなされている。
- 現状では、まずは都道府県ベースでのCDR構築を優先して行う必要があり、それに追隨してこの段階も整理されることとなるであろう。

地域でナラティブに行われた検証をデータ化し、国が疫学的集計を行うとともに、地域の実践報告を国が一元的にとりまとめて分析を行うことで、さらに以下の効果が得られることが期待されます。

- 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。

今回の研究班の取り組みでは、この点の構築議論についてほとんど行うことが出来ませんでした。しかし将来的にはナショナルセンターを設置して、これらのデータを管理する部署を設け、全国集計したデータを参照できるようにするとともに、各地の報告書をワンストップに確認できるようにすることが望まれます。CDRの社会実装がある程度進んだ段階で、その道筋について議論することは必須といえるでしょう。

## ⑩遺族支援

\* このステップの「今」と、要点

- 最低限度の情報提供（一般的な悲嘆反応の説明と、遺族のタイミングでアクセスできる信頼できるピアサポートグループの情報の提供）は、CDRをさておいても、子どもの死に最前線で当たる職種（主に医療者）は行うことが出来る必要がある。
  - CDRを既に広く社会実装している先進国では、CDRの構築論の議論は既に終わっていることもあり、その議論の中心は遺族サポートに力点が置かれるようになっている。
- 現状では、特に突然に子どもを亡くした遺族に対し、十分な対応が出来ているとはおよそ言い難い。遺族対応のトレーニングの場を構築するとともに、現場の当事者が感じるグリーフへも対応できる体制も、CDR体制構築論に含めていく必要がある。

日本語で「悲嘆」と訳されるグリーフとは大切な人と死別した際に出る反応のことを指し、中でも子どもの死というのは、両親をはじめとした遺族に大変な衝撃を与えます。その反応は多種多様で、個別性の高いものですが、心理的、身体的、社会的、スピリチュアル的な影響を多岐にわたってもたらします。直後にグリーフ反応がそれほど顕著に生じなくても、時間を経て現実的な課題などが落ちてきたときに、襲ってくることもあります。

心理的影響	「悲しみ」「怒り」「安堵」「後悔」「自責」「罪悪感」 「無感動」「絶望感」「希死念慮」
身体的影響	「睡眠（過眠・不眠）」「過食・拒食」「頭痛」「胃痛」 「めまい」「吐き気」「疲労・倦怠感」
社会的影響	「会社・学校に行けない」「過活動」「人間関係の悪化」 「不信感」「孤独感」「孤立」
スピリチュアル的影響	「生きている意味の喪失」「『なぜ』という問い」 「神や仏などへの疑問や不信」

またグリーフのプロセスは決して一直線上の平坦なものではなく、「喪失志向（亡くなった人のことを思い出す。失ったことについて考える。侵入的悲嘆。回復の否定）」と「回復志向（新しい役割・生活への適応、自分の将来に向かって生きる、仕事などに励む、楽しいことをする）」を行きつ戻りつ、複雑に進行するものです。

「時薬」として時が癒しをもたらしてくれる場合もあれば、時とともに悲嘆が深まり複雑化することもあります。亡くなった子どもの誕生日や命日、クリスマスや正月など家族に関わる文化的な行事などの時期に強い反応を示すこともあります（記念日反応）。

子どもの死亡に関する調査に関係する重要なタイミングにも、強い感情が沸き起こることもあります。CDRは子ども（A Child）の死から社会が学びを得て、新たな予防可能な子どもたち（Children）の死を防ぐための取り組みですが、個々の子どもの家族にとっては、「私の子ども」は「死を防ぐことが出来なかった」という事実を外なりません。そのことを関与する全員がしっかりと認識したうえで、CDRの社会実装は進めていかなくてはなりません。

それでもほとんどのご遺族は子どもの死亡が社会に役に立つことを望んでいます。一方で「真実を知りたい」という感情もずっと抱えています。そしてその真実を知りたいという希求は、個人の方ではどうしようもないことが稀ではありません。そのためにこそCDRのシステムは機能しなくてはなりません。

CDRシステムで中心に据えるべきは「A Child：亡くなった1人の子ども」であることには誰もが賛同するで



しょう。一方で、そのすぐ隣（傍中心）に家族がいることにも十分に配慮がなされたシステムである必要性については、まだ議論は成熟した状況とは言えません。社会が子どもの死から学びを得るうえで、家族のグリーフがないがしろにされてはなりません。また、不本意な形で子どもが亡くなった場合には、家族だけではなく、関与したすべての人々に、その関与の程度に応じたグリーフは生じます。そのような人々へのグリーフに対応する枠組みを持たない限り、センシティブ情報を的確に扱うCDR検証体制を望むことはできないでしょう。

特に深刻な虐待で子どもが亡くなったケースの場合、遺族の真実への希求は「真実を知られたくない」という場合もあるでしょうし、周囲の人々にとってもCDRを行うことが様々な葛藤を生み出すことになってしまいます。しかし、「真実を曖昧なままにすること」は誰にとっても決して救いにはなりません。可能な限り真実を訴求していくプロセスが普遍的に存在することこそが、社会として「子どもの死」により生じるグリーフに向き合うことになるということ、我々は明確に認識しておく必要があります。

一方で、具体的な形の直接的なサポートの提供を行っていくことも、社会には求められます。本来グリーフは正常な反応ですが、ご遺族は自分たちがおかしくなっているかのように感じることや、自分の感じ方が間違っているのではないかという感覚に陥ってしまうことがあります。子どもの死後、周囲から腫れ物に触るかのように、ぎこちなく振るまわれたり、「もう一人子どもさんがいてよかったじゃない」「早く元気にならないと」「まだ若いんだから、生まれ変わりの子がすぐ来るわよ」「あなたが悲しんでいると、〇〇ちゃんも悲しむよ」「〇〇ちゃんは苦しみから逃れられてよかったのよ」「悲しんでいるのはあなただけじゃないわ」「実はわたしもね・・・」などの声掛けが、理解や共感のないものと感じられ一層の孤立感を抱くこともあります。

家族間であっても生じるグリーフは様々です。その点を認識することが困難な場合には、誤解や衝突が生まれることが多く、子どもの死後に離婚を選択してしまうご家族もいらっしゃいます。子どもの死は家族に、様々な二次的喪失をもたらします。

「かわいそうな人たち」というスティグマを家族に貼ること/家族が貼られたと感じる状況が生じることも二次的喪失ということが出来ます。ご遺族はケアを押し付けられることは全く望んでいません。ご遺族は子どもを亡くすという最も克服が困難な状況に対し、揺れながらも回復する強さを持っています。とはいえ、時には自らの力ではどうにもならないと感じることもあるでしょう。そのような際に、ご遺族のタイミングで、ご遺族が望む形で、適切な支援提供がなされる必要があります。一方で精神医療者・宗教家ではない大多数の一般職の人たちは、子どもが亡くなった悲しみに対し、何か支えになりたいと思っても、ケアなんてとてもできそうにない、と感じているのが実情です。

グリーフの複雑化を避けるために提供しうる支援を予防的観点から階層的に考えた場合、以下の図のように整理することができます。

本図の土台となっている「基本的な情報・知識提供」までは、すべての遺族に提供されるべきであり、子どもの死亡に一時的に対応する組織は、その提供体制を整える必要があります。

グリーフケアという言葉は「一部のトレーニングを受けた専門家のみしか提供できない専門性の高いもの」という印象を与える用語です。それゆえに当ガイドンスでは、この土台部分の対応を「遺族支援」という用語で、表現したいと思います。

その担い手がどこになるべきなのかは個別性の高い問題ですし、無理に画一的に提示すべきではないと考えています。しかし、CDRのシステムの社会実装を行う上で、このような遺族支援提供体制をどうしていくのかという議論を、併せて行っていく



必要があることは強調しておきたいと思います。少なくともベースラインの「基本的情報の提供」は、適切なコンテンツを作成し、適切な講習がなされれば、幅広く実施していくことは十分に可能なはずで

す。適切なコンテンツには、グリーフカードなどの情報提供ツールも含まれます。子どもを亡くした直後には、話した内容が頭に入っていないことは無理からぬことです。後日改めて理解できるよう、書面にして家族に渡すことは有用であり、そのような「グリーフカード」を作成し提供している医療機関も存在しています。ただしあくまで重要であるのは、ご遺族がご遺族のニーズに基づき支援を求めることが出来る権利を行使することを可能とする体制の構築であり、「ルーチンのように渡された紙きれ」には意味がなく、そのカードに意味を持たせるのは、そのカードを渡す側の姿勢であることを忘れてはなりません。



## グリーフカード

東京都立小児総合医療センター  
郵便番号 183-8561  
住所 東京都府中市武蔵台2-8-29  
電話番号 042-300-5111(代)  
連絡窓口 緩和ケアサポートチーム

### のご家族へ

このカードは、小児総合医療センターで亡くなられたお子様のご家族にお渡ししています。

私たちは、お子様が病院を離れた後も、ご家族をサポートさせていただきます。

お家に戻られたのち、次のようなことでお困りのときはいつでもご連絡ください。

- ・亡くなられたお子様の病気の経過や治療について説明が必要なとき
- ・ごきょうだいの成長や育児に不安を感じる時
- ・悲しみがとても強く、心身の不調を感じる時
- ・その他、ご家族が当院のサポートを必要とする時

電話番号 042-300-5111(代)  
受付時間 月～金 9時～17時

次のサイトのリンク集からも相談機関や自助グループが探せます。

小さいのちのホームページ  
<http://www.chiisanainochi.org/>

お子様を亡くされた後の暮らしについて

- ・お誕生日や思い出の日が近づくにつれつらくなるかもしれません
- ・社会生活や対人関係が苦痛に思えるかもしれません
- ・今まで普通にできていたことを難しく感じるかもしれません
- ・記憶力や判断力が著しく低下したと感ずるかもしれません
- ・ご夫婦やご家族で悲しみの表現が違うかもしれません
- ・あらゆることに自信が持てなくなる時期があるかもしれません
- ・時間が経っても悲しみが深まる一方に思えるかもしれません
- ・気持ちが和らぐことにさえ苦痛を伴うかもしれません

お子様が亡くなったあとはこうしたことが起こりやすいですが、少しずつ悲しみにも順応できるようになります。

特に最初の1年は悲しみが深いので、身体をいたわり、流れる涙は止めずに、安心できる場でつらい気持ちを表わすといいでしょう。

以上は、同じような経験をしたご家族が教えてくれたことです。

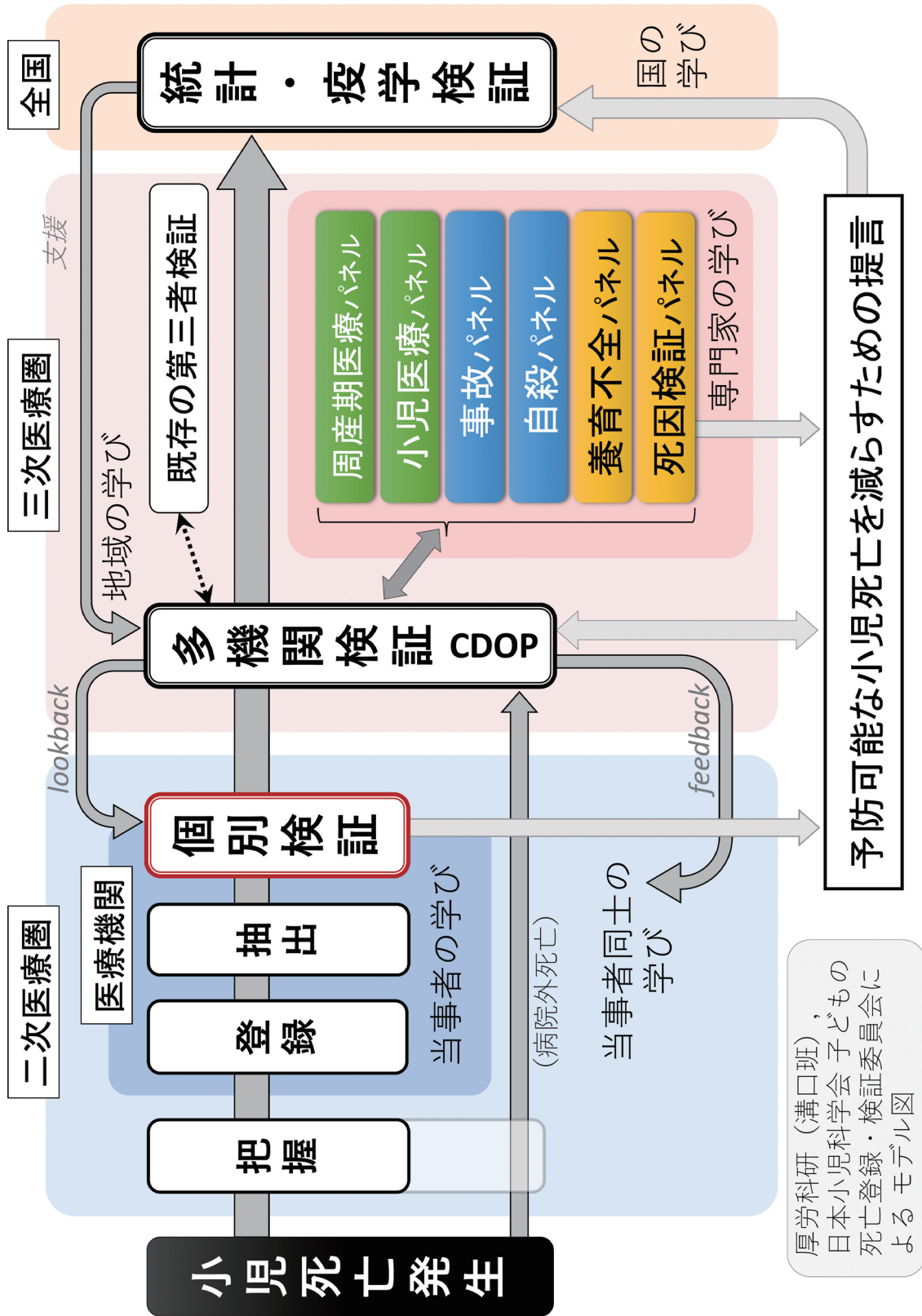
\*CDRのモデル図提示と、明確化していくべき課題の明示

第二章の最後に、これまでの議論を踏まえたモデル図と解決すべき課題について示します

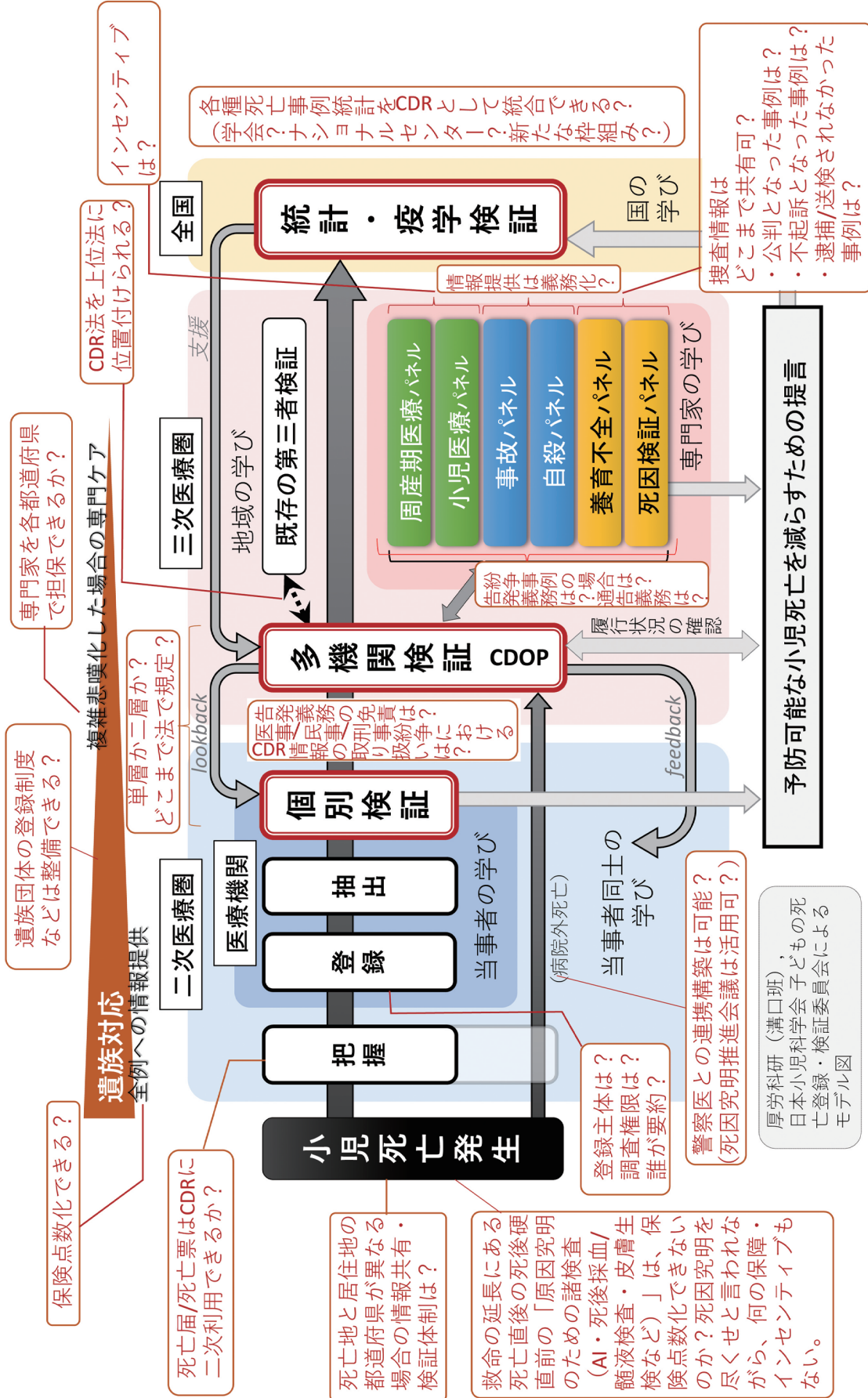
複雑悲嘆化した場合の専門的ケア

遺族対応

全例へ情報提供







・そもそも予算はどう抛出? (米国では州平均12万ドル)



## 参考文献

1. The Maternal and Child Health Bureau, Health Resources Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services. The Coordination & Integration of Fatality Reviews  
<https://www.ncfrp.org/wp-content/uploads/NCRPCD-Docs/CoordinatedReviews.pdf>  
(2019年3月25日アクセス)
2. E-stat : 政府統計の総合窓口－人口動態調査 人口動態統計 確定数 死亡－(中巻) 死亡数, 性・年齢(各歳)・都道府県(大都市再掲) 別 (<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003214750>) (2019年3月25日アクセス)
3. E-stat : 政府統計の総合窓口－人口動態調査 人口動態統計 確定数 死亡－(下巻) 死亡数, 性・年齢(5歳階級)・死因(死因簡単分類) 別 (<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003214763>) (2019年3月25日アクセス)
4. E-stat : 政府統計の総合窓口－人口動態調査 人口動態統計 確定数 乳児死亡－(下巻) 乳児(1歳未満) 死亡数・新生児(生後4週未満) 死亡数, 性・死因(乳児死因簡単分類)・都道府県(大都市再掲) 別 (<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003214797>) (2019年3月25日アクセス)
5. The National Center for Fatality Review and Prevention-State Profile Database: A Report on the Status of Child Death Review in the United States 2017  
[https://www.ncfrp.org/wp-content/uploads/NCRPCD-Docs/CDRinUS\\_2017.pdf](https://www.ncfrp.org/wp-content/uploads/NCRPCD-Docs/CDRinUS_2017.pdf)  
(2019年3月25日アクセス)
6. Her Majesty's Government -Child Death Review Statutory and Operational Guidance (England)  
[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/777955/Child\\_death\\_review\\_statutory\\_and\\_operational\\_guidance\\_England.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/777955/Child_death_review_statutory_and_operational_guidance_England.pdf)  
(2019年3月25日アクセス)
7. 厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「小児死亡事例に関する登録・検証システムの確立に向けた実現可能性の検証に関する研究(溝口史剛班長)」平成30年度分担研究報告書 沼口敦「地域で求められる小児死亡登録・検証の具体的な内容についての研究」
8. World Health Organization 2018 -Operational guide for facility-based audit and review of paediatric mortality  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279755/9789241515184-eng.pdf?ua=1>  
(2019年3月25日アクセス)
9. A Scripps Howard News Service special report—Saving Babies:Exposing Sudden Infant Death  
<https://www.nwsids.org/Exposing%20SIDS.pdf>  
(2019年3月25日アクセス)
10. C Jenny, R Isaac. The relation between child death and child maltreatment. Arch Dis Child 2006;91:265–269.
11. 厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「小児死亡事例に関する登録・検証システムの確立に向けた実現可能性の検証に関する研究(溝口史剛班長)」 国際シンポジウムレジメ: 基調講演1「チャイルド・デス・レビュー: アメリカ合衆国のシステムについて」 テレサ・コビンソン氏資料より
12. 総務省HP「公的統計調査の調査票情報等の学術研究等への活用」について  
[www.soumu.go.jp/toukei\\_toukatsu/index/seido/2jiriyou.htm](http://www.soumu.go.jp/toukei_toukatsu/index/seido/2jiriyou.htm)  
(2019年3月25日アクセス)



13. 厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「小児死亡事例に関する登録・検証システムの確立に向けた実現可能性の検証に関する研究（溝口史剛班長）」平成29年度分担研究報告書 小林博「小児の院外死亡発生時の検視・検案業務における警察協力医師の対応実態に関する研究」
14. 英国王立小児科小児保健学会 (RCPCH: Royal College of Paediatrics and Child Health) : 乳幼児の予期せぬ突然死 (SUDI: Sudden unexpected death in infancy) の際の、ケアと調査のための多機関連携ガイドライン  
<https://www.rcpath.org/uploads/assets/uploaded/af879a1b-1974-4692-9e002c20f09dc14c.pdf>  
(2019年3月25日アクセス)
15. Tanoue K, Senda M, An B, et.al. National survey of hospital child protection teams in Japan. Child Abuse Negl. 2018 ;79:11-21.
16. Palusci VJ, Covington TM. Child maltreatment deaths in the U.S. National Child Death Review Case Reporting System. Child Abuse Negl. 2014;38:25-36.
17. Pearson GA, Ward-Platt M, Kelly D. How children die: classifying child deaths . Arch Dis Child. 2011;96 (10) ,922-926
18. Jenny C, Isaac R. The relation between child death and child maltreatment. Arch Dis Child. 2006 ;91:265-9.
19. 厚生労働科学研究費助成 「地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証に関する研究（研究代表者:奥山真紀子）」 分担研究 溝口史剛「医療機関における虐待死の可能性のある死亡事例の実態に関するアンケート調査」
20. B, Kivlahan C, Land G : The Missouri child fatality study : underreporting of maltreatment fatalities among children younger than five years of age, 1983 through 1987. Pediatrics 91:330-337, 1993
21. Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W : Can child deaths be prevented? The Arizona child fatality review program experience. Pediatrics 110:e11, 2002





## 《第三部》

### 具体的に地域でCDRを開始する



### \*第三部概要

第二部では、今後本邦で目指すべきCDRの方向性について論じました。

とはいえ当初から完璧なシステムを目指すことは困難ですし、まずできることとして各機関のオピニオンリーダー的立場の人たちにCDRの存在を認知・理解してもらい、協力を得るようにしていく必要があります。そのために、ぜひ本準備読本の第一部や副読本を活用してください。

この第三部では「今すぐにでもできることを始める」というコンセプトで、CDRを実践に移すために必要な事項についての方向性を示しました。CDRは「ある日降ってわいたようにシステムが下りてくる」ものではなく、「何らかのマニュアルに従いさえすれば、おのずと事業化を達成できる」ものではありません。その立ち上げには担当する人々の熱意と、複数回の具体的な調整作業は不可欠です。

少なくとも「第一回の会合を開く」ことを目的とし、その次には「2回目を開催する」を目的とするなど、スモールステップを重ねていく必要があります。複数回の会合を開きCDRの認知が進むたびに開催自体の負担は減っていき、各地域のCDRをどのように展開していくのかに関して、各委員から自発的に意見が出るようになるでしょう。それが飛行機でいうならば「離陸した状態」といえ、そこからが本格的なCDRの社会実装に向けた取り組みの始まりということが出来るでしょう。

「周囲の自治体がやり始めたからやらざるを得ない」という消極的対応では、実際に離陸まで至ることは困難といわざるを得ません。国としての育成基本法の理念を、地域が反故にするわけにはいきません。積極的な立ち上げのために、医療・保健・行政が三つ組みとなりリーダーシップを発揮することを期待します。

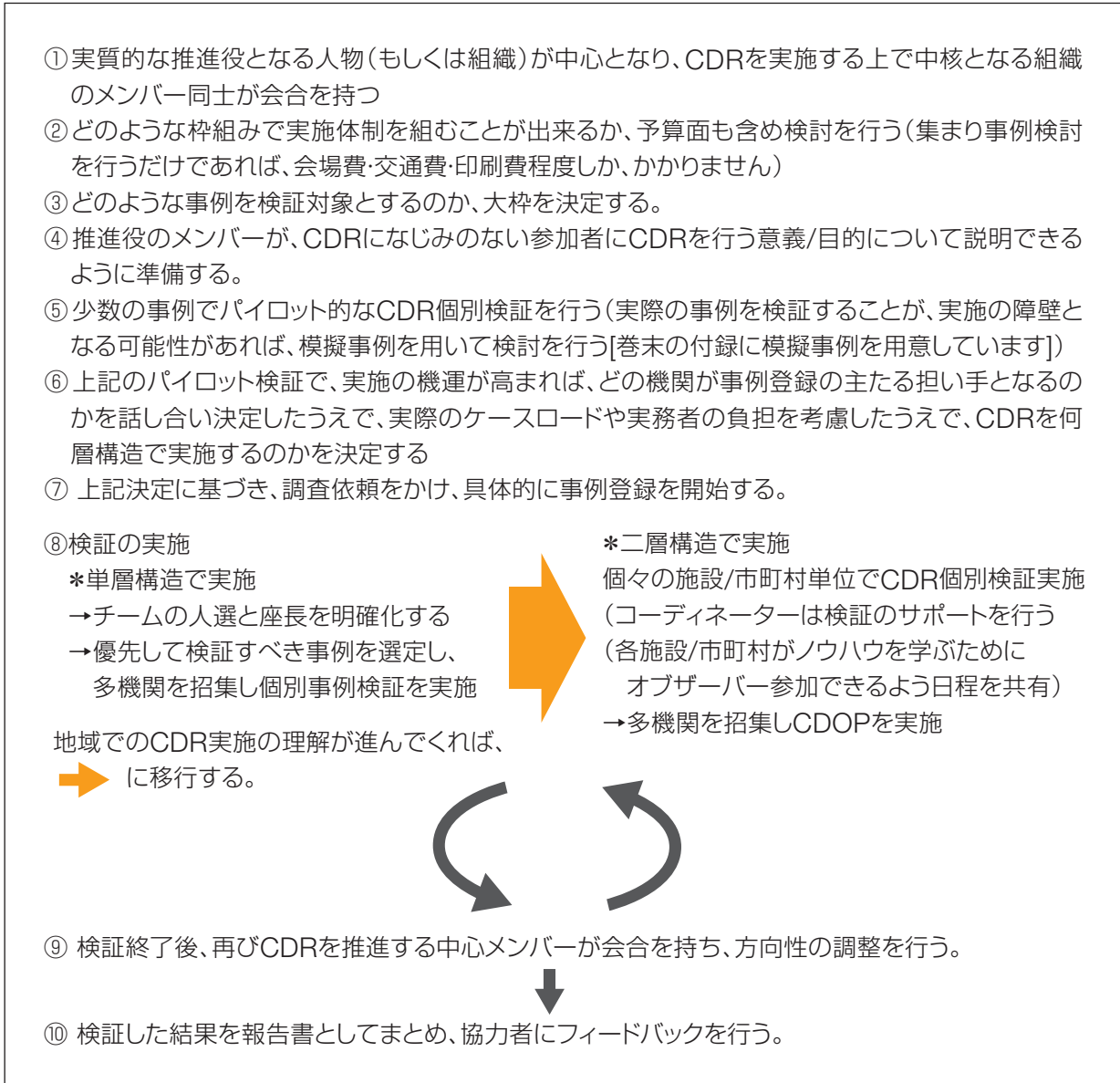
今回のパイロット研究において、実際に多機関連携でのCDR個別検証/CDOP検証を施行することが出来た地域の、実施に至った最大の背景要因は、シンプルに「是が非でもCDR会合を開く」という目標を掲げ、リーダーシップを発揮した医療者の存在に外なりません。一方で、実際にCDRを開催することが出来たすべての地域の全ての参加者が、「このような事業が必要である」との認識を持つに至っています。残念ながら現状では、まだまだこのような属人的な要因で社会実装の可否が左右されてしまう脆弱な状況にあり、すべての地域で一定以上の質が担保されたCDRを社会実装するには甚だ心もとない状況です。ただし「やろうと思えば、やれる」というところまでは、方法論の構築は進んだ段階にあるということはできます。

行政事業としての実施を促進するためには、CDRのモデル事業化を行ったり、国が各都道府県でのCDRの実施状況につき報告を求める、などの枠組みは不可欠ですが、いずれにしろリーダーシップを発揮する医療者の存在が不可欠であることに変わりはありません。いち早く条例化するなど、積極的な地域が出始めることを期待しています。

実際の事業化に向けて求められる動きを、以下の①-⑩のステップに分けて概説いたします。大事なのは方法論ではなく、まずは一度、数例の事例検証を行うために多機関が集まるのが何より肝要であることを、改めて強調しておきたいと思います。

第3部に関しては、参考文献は特にありません。本準備読本のほか、副読本をご参照ください。米国のNational Center for CDRの「A PROGRAM MANUAL for CHILD DEATH REVIEW」も参考になります(研究班HP [[https://www.child-death-review.jp/images/2\\_2nccdr\\_manual2005.pdf](https://www.child-death-review.jp/images/2_2nccdr_manual2005.pdf)] から翻訳版が入手可能)。

\*CDRを実際に実施するためのプロセス



① 実質的な推進役となる人物(もしくは組織)が中心となり、CDRを実施する上で中核となる組織のメンバー同士が会合を持つ

現段階でCDRを地域で社会実装する唯一にして最大の要因は、シンプルに「チームを形成するために必要な時間と努力を惜しまない人物」の存在です。CDRは、このような中心となる人物の努力と、子どもの死亡に関わる機関や専門家の自主的な協力があって初めて設立が可能となります。法的な整備が進んでも中心となる人物がいない限り、意味のあるCDR体制を地域に敷くことは困難です。このような中心人物(本準備読本では「コーディネーター」と呼称します)はどのような職種であっても差支えありません。

コーディネーターは、CDRチーム設立につき協議するにあたり、地域の中核機関に連絡を取る必要がありますが、その際にはCDRにおいて各機関が果たすべき役割を説明できるようにしておく必要があります。また正式に依頼を行う際に、それぞれの機関がCDRチームに参加するための前提要件を把握するなど、下地作りを行う必要があります。

なお各機関に依頼する際には、可能な限りその組織を動かすことが可能な、指導的立場にある人物に参画を要請することが望まれますが、それが叶わなくとも、その代理的立場として出席することを明確にしてもらうとよいでしょう。