

24. チャイルド・デス・レビュー

チャイルド・デス・レビュー (CDR: Child Death Review) とは、子どもが死亡した場合に、それを全例把握し、予防しえた可能性があったか否かという観点から検証を行い、将来的な同様の死亡を可能な限り減らしていくための施策につなげるシステムである。CDR は単なる小児版死因究明制度でもなければ、虐待死の見逃し防止システムでもない。死亡事例を登録し、疫学的事項を拾うためのものでもない。医師だけではなく、子どもの安全に関係するすべての機関が当事者意識を持ち、亡くなった一人一人の子どもの死を見つめ、その死を無駄にせず、そこから得た教訓を、しっかりと積み上げていくことが何より重要となる。

1. CDR の歴史と本邦の取り組み

CDR は虐待死の見逃し防止を目的として、1978 年にロサゼルス(Durfee) 医師を中心として草の根で取り組みが始まった。2000 年のアリゾナ州の CDR チームの報告では、全小児死亡の 29% が予防可能死であることが報告され、虐待死のみならず「予防可能死 (Preventable Death)」という観点であらゆる死亡を CDR の対象とする機運が高まることとなった。米国の CDR に関する研究報告では、2005 年から 2015 年の 11 年間で 164,261 人の子どもの死が検証され、18,603 人の子どもの死に対し 89,040 の提言が発出され、7,431 の提言が実際に履行されたと報告されている。虐待死に関しては、2005-2009 年の 5 年間に 1020 の提言が出され、109 の提言が実行に移され、施策の改善に結びついたと報告されている。このような課題解決の“見える化”がなされることで、着実な変化がもたらされているとの認識に繋がり、CDR の取り組みをさらに強化することになっている。

英国では 2006 年に子どもの死亡登録・検証に関するパイロット研究 (Why Children Die) が施行され、26% の小児死亡事例で予防可能な要因が明確に存在していたと報告され、2008 年 4 月に CDR が立法化されている。国際子ども虐待防止学会 (ISPCAN) の最新の調査では、アフリカ諸国・アジア諸国の 43%、ヨーロッパ諸国の 50%、北米の 60%、南米の 50%、オセアニアの 100% の国々が CDR の取り組みを進めていると報告されている。2018 年末には WHO が「関係機関における小児死亡の監査 (実態把握) と検証のための運用ガイド」を作成し、小児死亡監査として CDR を実施することを各国に推奨するに至っている。

本邦では、2011 年の死亡を対象に、4 都府県で CDR のパイロット研究が実施され、その後 2014-16 年の死亡を対象として、全国規模に広げた拡大パイロット研究が実施されている。その結果、予防可能性のあった死亡の割合は、それぞれ 27.4%、25.0% と報告されており、米国・英国の比率と近似していることが明確化している。

2. 既存の各種の死亡事例検証制度との違いは

CDR はあくまでも、小児死亡の Audit system (監査制度) という側面の強いものである。既存の各種の死亡事例検証ほどには、時間も人も割くことができるものではなく、既存の死亡事例検証の枠組みで検証可能な事例は、積極的にその枠組みで検証を行う必要がある。CDR は、既存の死亡事例検証の対象外とされた事例を補完的に検証する役割を担うものだが、個々の事例に対し詳細な事実認定を行い、個別に検証報告書を作成する性質のものではない。

一方、既存の死亡事例検証は、対象事例の発生毎に集合離散する性質のものであり、検証に基づく提言が適切に実行に移されているかを継続的に追跡することは困難である。地域で CDR が社会実装された場合、それらの提言を引き継ぐことが可能となり、その実施状況を適切に監査しうる可能性は高まる。このように既存の死亡事例検証制度と CDR とは、バツィ

ングするものではなく、互いに相補的な関係性にあるものだ。

3. CDR を行う法的根拠

チャイルド・デス・レビューは、2017年「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」の衆議院附帯決議において、「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」と初めて立法院で言及されたのを皮切りに、2018年12月に成立した成育医療基本法の第15条の2に「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し、その収集、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」と、その概念が法律で初めて明記された。さらには令和元年6月に成立した死因究明等推進基本法の第七条では「国、地方公共団体、大学、医療機関、関係団体、医師、歯科医師その他の死因究明等に関係する者は、死因究明等に関する施策が円滑に実施されるよう、相互に連携を図りながら協力しなければならない」と規定され、その附則に施行後三年を目途として「死因究明等により得られた情報の一元的な集約及び管理を行う体制、子どもが死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報の収集、管理、活用等の仕組み、あるべき死因究明等に関する施策に係る行政組織、法制度等の在り方その他のあるべき死因究明等に係る制度について検討を加えるものとする」と明記されている。

4. CDR の社会実装のために

上記はあくまで理念法であり、実際の実施細則はまだ決まてはいない。令和2年度より、群馬県・山梨県・三重県・滋賀県・京都府・香川県・高知県の7府県によるモデル事業が開始された段階にあり、それらの結果を受けてより詳細な細則が決められていくことになる予定だが、小児医療者の関与はCDRの社会実装に欠かすことが出来ない。各地域の小児科医たちは、小児医療提供体制の中でどのようにCDRを実施しうるのがかを積極的に模索する必要がある。2019年に日本小児科学会子どもの死亡登録・検証委員会（現在は予防のための子どもの死亡検証委員会）は、以下の提言を行っている（要約）。

1. 日本小児科学会員は、CDRが小児医療の重大な職務であるという理念を共有する必要がある。
 2. 日本小児科学会員は、CDRの実施に際し、臨床医学的な視点と知見を十分に提供し支援協力する責務を有するだけでなく、中心的な役割を果たし牽引することが望まれる。
 3. 日本小児科学会員は、自身の関与した子どもの死に際し、死因究明を尽くし、遺族へのサポートを行うことに加え、積極的な当事者検証を行う努力義務を負う。そのための積極的な自己研鑽が望まれる。
- （4.5. 学会とその委員会には、学術団体としてその制度の検証と、研修体制の整備が求められる。）

5. CDR を有効なシステムにするために

紙幅の都合上、CDRシステムの詳細については、「チャイルド・デス・レビュー（CDR）を地域で社会実装するための準備読本」などを参照していただきたい。

CDRを「自治体から負託された、ごく少数の委員の行う仕事」とし、現場の人間は「面倒な登録作業を行う」だけのものにしてはならない。CDRとは、子どもに関わる全ての大人が「自分たちの地域の子どもが死亡するリスクを、自分たちが能動的に減らしていく」という意識を持ち、進めていかなければならないものである。



CDR 準備読本

CDR の体制整備の議論が進むにつれ、我々医療者にとっては「小児死亡時対応の均霑化」「臨床医－法医連携体制の整備」「他機関との円滑な情報共有の在り方」「一般医療者が行う必要のある遺族対応（含、解剖に関する適切な説明）」など、これまで体制の整備が後手に回っていたと言わざるを得ない課題が、様々に浮き彫りになってくるはずだ。

本邦の CDR はまさに黎明期である。子どもの最後の声を聞き、遺族の支えにもなる真の有効なシステムにするべく、我々が取り組みをしていく必要がある。