

厚生労働科学研究費補助金(健やか次世代育成総合研究事業)
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に関する研究
(主任研究者 溝口史剛)

分担研究 地域における連携構築に関する研究
「小児死亡事例の包括的検証システム構築の課題に関する研究
- 現時点における CDR 社旗実装モデル提示 -」

主任研究者 溝口 史剛 前橋赤十字病院 小児科
分担研究者 沼口 敦 名古屋大学医学部附属病院 救急科
研究協力者 尾角光美 一般社団法人 リヴオン
内山健太郎 賛育会病院小児科

研究要旨

チャイルド・デス・レビューの社会実装に向けた議論は、近年急速に進みつつある。しかし、犯罪性の有無が問われる外因死や、高度の医学判断が求められる内因死や不詳死を含めたあらゆる小児死亡の詳細な検討を行うCDRを実際に社会実装するためには、解決すべき論点は膨大に存在する。当研究班に属する各研究者は、本邦でCDRが議論され始めた初期から、社会実装に向けた実践的なパイロット研究を含めた様々な取り組みを行い、議論を深めてきた。これらの議論は主に医療者が中心になり行ってきたものではあるが、今後は社会実装に向けた種々の論点の存在をより多くの人々と共有し、議論を深め、社会的実装を実効性のある形で成し遂げる必要がある。

本報告書はこれまでの議論を、まとめ上げ提示するものである。報告書の末尾には、これらの議論を踏まえた、CDR 社会実装モデル(研究班/小児科委員会案)を提示している。本報告書をたたき台として、専門家・行政府・立法者・国民間でCDRに関する議論が深まり、実効性のあるCDRの制度設計に繋がることを期待する。

なお本モデルはあくまで中間的なモデル提示であり、本研究班の最終年度で発行予定のガイドランスとは当然異なる可能性があるものであることを明記しておく。

A. 研究目的

チャイルド・デス・レビューの主たる目的は、予防可能性のある新たな死亡の発生を予防すること、ならびに子どもを亡くした遺族に対して確実なサポートを提供することである。

B. 研究方法

A.の目的を達成するための枠組みについて、研究班の班会議の場や、当研究班の研究者の多くが属する日本小児科学会子どもの死亡登録検証委員会の委員会会合の場で、自由闊達な意見を行ってきた。本報告書はこれらの意見をまとめ上げたものである。なおこれ

らの意見はあくまで討議中のものであり、日本小児科学会の理事会を正式に通したのではなく、今後の議論の活性化のために提示するものである点に留意されたい。

C . 研究結果、ならびにD . 考察

討議してきた論点は膨大である。いささか冗長であるが、これまで議論してきたことを踏まえ、以下に目指すべき方向、明確化すべき課題につき列記する。

各項目リスト

1. 多機関連携で実施することの困難性と重要性の解釈
2. CDR と死因究明との関係性
3. CDR の各種プロセスについて
4. CDR のタイプ（前方視的/後方視的）
5. 悉皆性（全数把握）の重要性と困難性
6. CDR を社会実装する上での根拠法
7. CDR のケーススケール
8. 小児死亡の原因の多様性について
9. 詳細検証事例抽出のための一次スクリーニングについて
10. 二次スクリーニングのための詳細情報収集について
11. 現行法制化で実施されている、個別的小児死亡調査制度について
12. 現行法に基づく個別事例検証とCDR との関係性について
13. 二次スクリーニングの在り方について
14. 二次スクリーニングの場のケースロード（対応可能な検討事例数）について
15. 二次スクリーニングのための事例要旨の作成について
16. パネルレビューの必要性について

：医療情報中心パネル

A:新生児医療パネル

B：小児医療パネル

* 医療過誤事例とCDR の関係性について

：行政情報中心パネル

C：事故パネル：

D：自殺パネル

* 民事紛争とCDR の関係性について

：司法情報中心パネル

E：虐待パネル

F：不詳死パネル

* 刑事紛争とCDR の関係性について

：その他のパネルレビューの枠組み

17. 予防施策提言の発出について
18. 検討された貴重なデータの積み上げについて
19. 予防施策のトラッキング
20. 情報の公開について
21. グリーフサポートについて
22. CDR における遺族関与について

1. 多機関連携で実施することの困難性と重要性の解釈

子どもの死亡に対し、地域の各機関の相互の連絡と連携を促進し、協調的な取り組みが行われる必要があることを具現化するためのものがCDRである。CDRを履行する上で生じた、連携を行う上で生じた阻害要因こそが、その地域における改善すべき優先順位の高い要因とされるべきものである。

2. CDR と死因究明との関係性

死因究明制度が如何に発展しようと、それのみで小児の予防可能死を減少せしめる社会が速やかに実現できるわけではな

い。一方で死因究明がおろそかなままで予防可能性の検討を行うことは、非効率的であり、かつオーバートリアージとアンダートリアージを招くことは必定である。すなわち CDR は死因究明制度改革の一環としてとらえるべき性質を帯びたものであるが、CDR 自体は死因究明制度そのものではない点を共通理解として持つ必要がある。制度の設計にあたってはその不可分性を十分に理解したうえで、既存の法制度や、成人を含めた死因究明制度改善のための取り組みと齟齬が生じないように十分な検討がなされる必要がある。

3. CDR の各種プロセスについて

CDR のプロセスは、 死亡事例の登録
詳細に検証すべき事例の抽出（スクリーニング） 検証すべき枠組みへの振り分け（グルーピング） 検証 提言の作成 情報の収集・解析 情報の公開
提言遂行状況のトラッキングに分けられる。

いうまでもなくこのプロセスの中に「#情報の収集」は含まれるが、これがどこに含まれるのかは、どのような事例であるのか、どのような枠組みとして CDR を社会実装していくのかによって可変的といえるし、必要時にはどの段階でも再度行うことが必要となるものであるし、得られた情報によっては再度の検証が必要になるなど、互いに影響を及ぼしあうものである。

4. CDR のタイプ（前方視的/後方視的）

CDR は、発生した時点で迅速に把握し、死因究明のための情報収取を含めた多機関連携体制が同時に発動される「前方視的検証(Investigative CDR)」と、死亡後一定

時間が経過したのちに後方視的に情報を収集した後に検証を行う「後方視的検証(Prospective CDR)」の大きく2つに分けることができる。後者は社会実装する上でよりハードルが低く、まずはこの「後方視的検証」を可能にする体制整備を優先して行うことが現実的であろうが、本来の CDR の目的である予防可能死を減少するためには死因究明の質の向上は不可分であり、また確実なグリーフサポートの提供の趣旨からは、将来的には「前方視的検証」の導入を目指す必要がある。「後方視的検証」の社会実装を急ぐあまり、「前方視的検証」の社会実装の可能性が遠のくことは本末転倒であり、制度の設計にあたっては「前方視的検証」を行う余地を残した設計にする必要がある。

5. 悉皆性（全数把握）の重要性と困難性

CDR の社会実装にあたっては、子どもの死亡が全数漏れなく把握され、登録される必要がある。現行の死亡届・死亡小票の活用が考慮されるころではあるが、個別事例の検討を目的としてこれらを二次利用することは、現行法上は不可能であり（統計法の改正により二次利用の促進が図られてはいるものの、調査を実施した府省自身が利用する場合（統計法 32 条）であっても、統計の作成と統計的利用にその目的は限定されている）、それを可能せしめる法的根拠を明確にする（ CDR を目的とした二次利用を認めることを明記するか、CDR として死亡を把握するための届け出を、死亡届とは別に別途行うように定める）必要がある。

の枠組みとして整理を行う場合には、市町村や保健所が担うことで確実な把握

が可能となるが、統計法の根幹となる概念を変えることはハードルが極めて高いと言わざるを得ない。法解釈として、CDR をあくまでも「プロセスとして個別事例の討議を行う過程を経るが、その目的は我が国の正確な小児死亡統計を出すためのものである（予防可能性の検討や、予防施策の検討も、最終的に小児死亡統計を出すためのものである）」との解釈を進めることができるか、法的側面から検討する必要がある、またそれが可能と判断するのであれば、その旨を通知などで明確化する必要があるであろう。もちろん死亡事例の発生と死亡診断書記載医療機関を把握し、二次的調査の端緒とすることに、死亡小票を活用する統計的利用に関しては現行の統計法上も可能と思われるが、煩雑な手続きを毎年行う必要があり、そのような形で死亡小票を利用するような、制度設計をするにせよ、手続きの簡便化が図られるように、通知などでCDRの事業への活用につき明示化されることが望ましい。

の枠組みとして整理を行う場合には、そのような届出の発出先と提出先をどのように定めるのか（提出を受けた機関はそれをどのように取り扱うのか）、どの法令根拠に基づいてそのような届出のやり取りを行うのかを明確化する必要がある。実務的観点から述べるとすれば、CDRを「前方視的検証」として行うか「後方視的検証」として行うかにより届出を行いうる人物・機関は異なる。例えば「前方視的検証」の場合には調査を兼ねるため、迅速性が求められるものであり、死亡診断を行った医師に届出の責務を課すことは最も理にかなっている。しかし届出の制度を整えることが、死因究明の質向上に直接つながる

わけではない。臨床現場の医師の異状死の届け出の励行や、犯罪死の見逃し防止のための諸検査の実施の励行や、不詳死の医学的精査の質向上などは、あくまで医師や検視官の資質向上により達成しうるものである。ただ、現状ほとんどなしていない臨床医 - 法医学者の剖検前カンファレンスの実施を可能せしめる法的根拠を明確にすることや、死亡診断を行うために必要と医師が判断し、医師の求めを拒否する明確な根拠がない場合には、その求めに応じて、警察や児童相談所などが事前に知り得た情報を共有しうるように法的明確化を図ることは、直接的にCDRの質向上につながる。

後方視的検証として行う場合には、死亡事例の全数把握の方法論の選択肢は広がるが、死亡診断をした医師が届け出を行うか、死亡届を受理した市町村や、死亡診断書が転記された死亡小票の送付を受けた保健所か、さらに保健所から小票の送付を受けた段階で都道府県が、（死亡届の個別検討への二次利用が困難である以上）、死亡診断書/死体検案書の記載を行った医師が死亡届を提出した遺族に、何らかの形で調査権限が付与された状態で、照会をかける形となるであろう。前者の、医師に届け出義務を課す場合には、全数把握をしえない可能性が生じ、後者の、行政機関に調査権限を持たせ対応する場合、全数把握の問題は解決できるが、結局医師の負担は変わらず二度手間だけコストがかかるという問題がある。将来的な前方視的検証の実施も視野に入れるならば、現時点では医師や市町村が関与する形での整備がなされることが望ましいであろう。

なお英国では、死亡発生時にその死亡確

認を行った医師に、別掲の FormA の提出を義務付けている。また不詳死の場合、院内チーム・コナー・警察・SUDI pediatrician(突然の予期せぬ死亡の対応に対しトレーニングを受け、資格を得た小児科医)に迅速に連絡を取る旨が法で定められており、将来的に目指したい方法の一例として参考になる。

6. CDR を社会実装する上での根拠法

CDR を社会実装するための法令根拠となりうる現行法としては、「児童福祉法」、「母子保健法」、「地域保健法」、「死因身元調査法」が挙げられる。

* 「児童福祉法」では、「児童及び妊産婦の福祉に関し、実情の把握、情報の提供、相談、調査、指導、関係機関との連絡調整その他の必要な支援を行う」とされているが、対象が児童福祉に関する事項に限定されること、ならびに CDR の結果は児童福祉の向上に資すると解釈できるが、それをもって全小児死亡事例の検証まで同法で包含しうるのかは不明瞭であり、CDR の実施そのものの根拠としうるのは困難である。

* 「母子保健法」に関しては、第二十条三項で「国は、乳児及び幼児の障害の予防のための研究その他母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進のため必要な調査研究の推進に努めなければならない」とされており、少なくとも乳幼児期に関しては CDR の実施そのものの根拠としうるが、大きな問題点として対象が乳児および幼児に限定されてしまう点が挙げられる。第八条三項で、「学校保健安全法・児童福祉

法やその他の法令に基づく母性及び児童の保健及び福祉に関する事業との連携及び調和の確保に努める」旨記載されているが、単独で CDR の根拠法とはしえない可能性が高い。また全死亡事例の検証まで同法で包含しうるのかはやはり不明瞭である。

* 「地域保健法」に関しては乳幼児に限定せずに、保健所に以下に掲げる事項につき、企画、調整、指導及びこれらに必要な事業を行うことと定めている。

- 人口動態統計その他地域保健に係る統計に関する事項（第 6 条 1 項）
- 母性及び乳幼児並びに老人の保健に関する事項（第 6 条 8 項）
- その他地域住民の健康の保持及び増進に関する事項（第 6 条 14 項）
および必要があるときは、
- 地域保健に関する情報を収集し、整理し、及び活用すること（第 7 条 1 項）
- 地域保健に関する調査及び研究を行うこと（第 7 条 2 項）

このうち、CDR の根拠法に転用しうるのは第 6 条 14 項、ならびに第 7 条 1 項であるが、第 6 条 14 項では保健所の業務は企画調整にとどまり情報収集権限は付与されず、第 7 条 1 項であれば情報の収集と利活用が可能となるが、全死亡事例の検証まで同項で包含しうるのかは不明瞭である。また「必要があるときは」という条件付けがあるが、何を必要とあると解釈すればよいのか（予防可能性のあったと判断しうる死亡に限定するのか、小児が死亡したことを必要とあると判断しうるのか）不明瞭である。

* 「死因身元調査法」に関しては、正式名称の「警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律」が示す通り、本法律体系を CDR の根拠法とした場合、警察対応となる死亡事例に検証が限定されてしまう。同法には「公衆衛生の向上」につき言明されているが、法の理念として「市民生活の安全と平穩を確保することを目的」としており、「予防可能な死亡の減少」という CDR の根幹理念は含まれていない。

* 「死因究明推進基本法（案）」は現時点で法案作成され、提出がなされたものの、成立に至ってはいない。その目的は「安全で安心して暮らせる社会の実現」および「生命が尊重され個人の尊厳が保持される社会の実現」に寄与することとされており、第三条 2 項で、「死因究明の推進は、高齢化の進展等の社会情勢の変化を踏まえつつ、死因究明により得られた知見が疾病の予防及び治療をはじめとする公衆衛生の向上及び増進に資する情報として広く活用されることとなるよう、行われるものとする」と定めており、CDR 実施の法令根拠になりうると思われる。ただし「高齢化の進展等の社会情勢の変化を踏まえつつ」との前提記載内容から、即座にこれをもって CDR の実施体制の整備に直結させることは困難である。

結論としては、現行法のままでは CDR を実施するためには「法律の弾力的運用」をしなくてはならない点に変わりはなく、多くの機関が関与し、かつ関係法規とのバッティング（刑事訴訟法、個人情報保護法など）が生じることが容易に想定されるセンシティブ情報を扱うその性質上、

「チャイルド・デス・レビュー」という文言そのものを法令に記載し、根拠を明確にしない限り、既存情報を活用することや、新たに情報を収集したり、他の法令根拠に基づき収集された情報を共有することは、困難である。

本研究班は、新規の立法の要否などについてまで踏み込んだ言及をする立場ではないが、立法・行政府にはここで掲示した観点を踏まえて、十分な検討を行っていただきたい。

7. CDR のケーススケール

ここでまた社会実装の観点到立ち戻る。現在の小児死亡は年間約 4000 名であり、一般人口 100 万人当たり年間 32.3 名程度である。全小児死亡のうち、予防可能性が中等度以上の事例と不詳死事例を含めた「要詳細検討事例」は先行研究からはおよそ 30% 程度であり、一般人口 100 万人当たり年間約 10 名程度発生している。CDR の制度設計にあたってはこの数字を念頭に置いたうえで、各都道府県・政令市が実行可能な形の検討がなされるようにする必要がある。

例えば、標準的な人口 200 万人規模の都道府県では年間 65 名程度の小児死亡事例が発生し、うち 20 名程度が「要詳細検討事例」に該当する。把握された全小児死亡を多機関で検討するとなると、1 例当たりの検討時間を最小に見積もって平均 20 分と設定した場合にも、検討時間の累計は 22 時間要する。これは、1 回の会合を 2 時間と設定した場合には毎月検討を要する見立てとなる。ただし、これまでの個別事例の検討経験からいって、十分な検討を行うためには事例によっては 60 分を超える時間

を要することもざらではなく、現実的に小児死亡全数を多機関で検討することはおよそ困難であり、「要詳細検討事例」を抽出する適切なスクリーニング体制の整備は不可欠である。

8. 小児死亡の原因の多様性について

小児の死亡原因は極めて多岐にわたるもので、十把一絡げにしてシステム論を語ることはもとより困難である。先行研究で

は小児死亡を「1：虐待/ネグレクト」「2：自殺」「3：事故」「4：悪性疾患」「5：急性疾患」「6：慢性疾患の増悪」「7：先天異常」「8：周産期/新生児」「9：感染症」「10：不詳死」に分け検討した。先行研究は事例数が疫学的検討に耐えるほど多くなく、特に5歳以上の事例数はわずか27例であり、あくまで参考にすぎないが、その頻度とそれぞれのPD割合は下表の通りである。

占める割合	全小児死亡に	5歳未満の死亡事例における頻度(うちPDの割合)		5歳以上15歳未満の死亡事例における頻度(うちPDの割合)		人口200万規模の都道府県の年間発生頻度(要詳細検討事例数)		に詳細検討事例
		5歳未満の死亡事例における頻度(うちPDの割合)	5歳以上15歳未満の死亡事例における頻度(うちPDの割合)	人口200万規模の都道府県の年間発生頻度(要詳細検討事例数)	人口200万規模の都道府県の年間発生頻度(要詳細検討事例数)			
外因死 (20%)	1：虐待/ネグレクト	2.3%(100%)	3.7%(100%)	2人(同)	5人(同)	外因死 (58%)		
		可能性があるとされた事例：7.3%						
	2：自殺	0%	3.7%(100%)	1人(同)				
	3：事故	4.1%(100%)	18.5%(100%)	6人(同)				
内因死 (70%)	4：悪性疾患	4.1%(7.1%)	29.6%(0%)	8.5人(0.1人)	内因死 (15%)			
	5：急性疾患	2.9%(30%)	14.8%(0%)	4.5人(0.4人)				
	6：慢性疾患の増悪	3.5%(8.3%)	11.1%(0%)	4人(0.1人)				
	7：先天異常	46.3%(2.5%)	11.1%(0%)	22人(0.5人)				
	8：周産期/新生児	18.8%(15.6%)	3.7%(0%)	9人(1.2人)				
不詳死(10%)	9：感染症	5.1%(62.5%)	7.4%(0%)	4人(1.3人)	不詳死(27%)			
	10：不詳死	13.2%(--%)	3.7%(--%)	6.5人(同)				
				右記の発生頻度は0.5人単位で切り上げた為総計は多く算出されている		70人(24人)		

表：小児死亡事例の死因別割合、および死因別の予防可能死の割合、ならびに死因別の詳細検討事例に占める割合

現実的な CDR 体制の社会実装のためには、表に提示した概算数値を参照に、各都道府県・政令市の人口規模も勘案したうえで、検討を行う必要がある。

ただし、これらの概数は limitation の多かったパイロットスタディーの結果から得られた、あくまで参考程度の者であり、より詳細な真の疫学傾向は今回、当研究班と日本小児科学会子ども死亡登録検証委員会で合同実施中の、医療機関を中心とした全国版後方視的研究の結果で、明確化されるであろう。

一次スクリーニングの段階では、その後の詳細検討（二次スクリーニング）を見越したうえでこの 10 の疾病群への振り分けと、オーバートリアージを原則とした予防可能性のトリージを行うことが、効率の観点から必要となる。

9. 詳細検証事例抽出のための一次スクリーニングについて

ここで一次スクリーニングを行うタイミングや至適機関につき考察を行う。この問題も、どの枠組み（「前方視的検証」か「後方視的検証か」）で実施するかや、どの疾患群が対象となっているかにより、おのずと異なるものであり、また死亡診断書/死体検案書や死亡小票の CDR の二次利用が可能と解釈しうるかによっても異なるものである。

二次利用が可能な場合には、その記載内容から一次スクリーニングを行いうる可能性がある。しかし、1 歳未満事例に限定して検証したものはあるが、先行研究では、死亡診断書/死体検案書に記載された死因病名と、より詳細な情報を収集し、複数の医療者で検証した結果の死因病名と

の間には、かなりの乖離が確認され、乳児死因簡単分類上の変更を要した事例は 27%、分類変更を要さないものの、欄への追記を含む何らかの修正が望まれる事例や死因の明確化のためにさらなる情報の記載が望まれる事例も 22%、計 49% の事例が死亡診断書/死体検案書情報では、真の情報が読み取れない状態であった。死後対応の混乱期に情報もそろわぬ中で正確な死因記載を行うことは困難で、またこれらの書類は遺族に手渡しするものでもあり、PD スクリーニングを死亡診断書/死体検案書情報のみから実施することは、不正確となる可能性が現実的に無視しえないほどには高いと推察される。そのため、単一機関（市町村もしくは保健所）がスクリーニングを行う場合であっても、医師や関係者から正確なスクリーニングを行うことができる程度の追加情報収集は不可欠となるであろう。

二次利用が不可能な場合には、6 . で記載した問題点を解決したうえでの、法的根拠に基づく小児死亡の届け出を受けた後に、やはり正確なスクリーニングを行いうる程度の追加情報収集を施行する必要がある。

ただし、小児死亡の 20% を占める外因死は、PD であると判断される可能性が極めて高く、また 10% を占める不詳死はそのように判断されたこと自体が「要詳細検討事例」とトリージされる適応となる。それゆえ一次スクリーニングにおいては、外因死・不詳死と判断されたことのみをもって、「要詳細検討事例」とトリージすることには妥当性がある。

とするならば、小児死亡の 70% を占める内因死に関して、正確に PD であったか否

かの一次スクリーニングをいかに行うかが、本質的な焦点となる。正確な一次スクリーニングのための追加情報収集の実施をどの機関が担うのかについては、権限を付与し実効性を持たせる意味では、行政機関（市町村・保健所・都道府県）が形式上担うことが望まれるが、内因死の主たる情報源は医療である。内因死と一時的に判断された事例に予防可能性があったか否かの判断は、高度の医学的判断が求められるものであり、かつ医療者であっても現場で対応した医師にしか判断しえない要因も少なくはない。一方で、結果が「死亡」であった事例に対しての医師への他機関からの調査照会を行うことは、医療現場の結果責任が問われることの危惧をあおることにもなりかねない。

しかしこのようなデリケートな問題を忌避するあまりに、現場の医療者に意見聴取することなく、一部のスクリーナーのみが、限定的な情報のみでスクリーニングを行うシステムを構築することは推奨されない。

内因死であっても PD は、人口 100 万人当たり、2 名弱の発生が推察されるものであり、決して CDR システムの中で棄却していいものではなく、このような事例の中に救急医療/小児医療提供体制上の解決すべき課題を浮き彫りにしてくれる事例や、医療機関が見逃してはならない犯罪死をはじめとする「要詳細検討事例」が含まれているのであり、現場の医療者同士の議論を通じたスクリーニングがなされることが、医療現場の実践を改善することになる。実際、本報告書記載者の属する施設で行った死亡事例の一次スクリーニング検証でも、最終的に PD と判断しなかった事例の検討

からも、小児医療提供体制上の課題は複数持ちあがり、有意義な学びが得られた。このような検討は法的に位置づけることができない性質のものであるかもしれないが、CDR の理念の根幹であるように思う。このような実践を進めていくためには、関連学術団体がそれを促進する枠組みを整理したり（専門医の取得・維持を行う上で、CDR の検討会に参加することを要件にする。専門研修施設の認定要件とする、など）、病院機能評価における評価項目に加えるなどの整備が望まれる。

いずれにしても、一次スクリーニングの主体は行政に置くとしても、70%の内因性疾患を的確にスクリーニングし、詳細検証事例を抽出したうえで、効率よく多機関連携での検証を行うためには、医療者との緊密連携体制は欠かすことができず、その点が考慮された枠組みの整理が求められる。言うまでもないがここで述べた医療者とは病院/診療所内で診療にあたった医療者のみならず、病院/診療所外で死亡が確認された事例の検案を行った医療者を含む。本邦で死体検案対象となった小児の実数は明らかではないが、医師会へのアンケート調査の結果からは、人口 100 万人当たりの小児検視件数は 7.3 名/年と決して少ないことが示唆されている。なお検案対象となった事例は、実務上全例「要詳細検討事例」に該当するとして差支えはないと思われる。

10. 二次スクリーニングのための詳細情報収集について

一次スクリーニングの結果、「要詳細検討事例」に該当するとされた事例については、二次スクリーニング実施のためのより

詳細な追加調査を行う必要がある。このような調査の実施主体もまた、権限を付与し実効性を持たせる意味では、行政機関（市町村・保健所・都道府県）が形式上担うことが望まれる。

このような追加情報収集の対象となる事例は、外因死が58%、内因死が15%、不詳死が27%を占めるが、予防可能性の検討のためにどのような情報の収集が求められるのかは、個々の事例により千差万別であり、二次スクリーニング実施前に見極めることは困難であり、この段階での情報収集は一定のフォーマットを用いた画一的なフォーマットを用いることが現実的である。

英国のCDR実施のための法定ガイドラインでは、死亡を把握した機関（実質的にはほとんどが医療機関）にスクリーニングのための情報収集として、各死因別にFormB（新生児[B2]、予期された死亡[B3]、不詳死[B4]、交通外傷/転落[B5]、溺死[B6]、火災[B7]、違法薬物[B8]、その他の事故[B9]、中毒死[B10]、虐待/殺人[B11]、自殺[B12]）という書式を用いて死亡情報を報告することと定めている（参考資料としてFormBを本報告書末尾に添付した）。

11. 現行法制化で実施されている、個別的小児死亡調査制度について

ここで、現行法に根拠のある個別具体的な死亡事例調査について、8.で掲示したグループ別に言及する。

虐待/ネグレクト・殺人

これらは犯罪死に該当し、「警察法」「警察官職務執行法」「刑事訴訟法」などが法令根拠となるが、虐待死の行政調査に関し

ては「虐待防止法第4条第5項」が根拠となる。これらに該当する事例に関しては、刑事訴訟法47条「訴訟に関する書類は、公判の開廷前には、これを公にしてはならない。但し、公益上の必要その他の事由があって、相当と認められる場合は、この限りでない」に基づき、CDRに資する情報を警察から得ることは、現行法では困難である（但し書きの「相当」の範囲が不明瞭であり、実運用はほとんどなされていない）。公判を前提としない不起訴事例に関しても、現状では情報の共有はほぼなされていない。

自殺

死亡の背景に、生前に犯罪に該当する被害の存在が疑われた場合には、と同様の法令根拠のもと、調査がなされるが、その存在が明確でなくとも、自殺事例の場合には、「自殺対策基本法第15条」が根拠となりうる。ただし、本法はあくまでも公衆衛生学的調査を定めたものと解釈されるもので、CDRで求められる個別事例検証に関しては、いじめによる自殺であれば、「いじめ防止対策推進法第28条第1項」が根拠法になる。いじめの存在が明確でなかった場合であっても、小児の自殺事例の場合には、文科省通知「子供の自殺が起きた時の背景調査の指針」があり、原則として全例が詳細検討の対象となるが、調査義務が課せられているわけではないため、現実的には全例がごく一部の事例のみしか調査対象となっていない。

その他の外因

保育事故による死亡に関しては、「平成26年内閣府令第39号」「平成26年厚生勞

働省令第 63 号」「平成 29 年厚生労働省令 123 号」が根拠となる。航空・鉄道・船舶事故死に関しては、「運輸安全委員会設置法」が、交通事故に関しては「道路交通法第 108 条 14 項」が根拠となる。

なお道路交通法では第 108 条 16 項で「警察署長は、分析センターの求めに応じ、分析センターが事故例調査を行うために必要な限度において、分析センターに対し、交通事故の発生に関する情報その他の必要な情報又は資料で国家公安委員会規則で定めるものを提供することができる」と規定されており、かつ同 24 項では「警察庁及び都道府県警察は、分析センターに対し、国家公安委員会規則で定めるところにより、その事業の円滑な運営が図られるように必要な配慮を加えるものとする」と記載されており、CDR 実施において警察の把握している情報の提供の法令根拠を付与する上で参考となる。

その他の事故に関しては、「消費者安全法第 23 条」が根拠となりうる。なお消費者安全法では「消費者安全の確保の見地から必要な事故等原因を究明することができる」と思料する他の行政機関等による調査等の結果を得た場合又は得ることが見込まれる場合においては、この限りでない」とその他の法令根拠に基づく調査によって代替しうる旨が明記されており、また同法第 4 条 5 項では「国及び地方公共団体は、消費者安全の確保に関する施策の推進に当たっては、基本理念にのっとり、独立行政法人国民生活センター、消費生活センター、都道府県警察、消防機関、保健所、病院、教育機関、消費生活協力団体及び消費生活協力員、消費者団体その他の関係者の間の緊密な連携が図られるよう配慮しな

ければならない」旨が明記されており、やはり CDR 実施において各機関の把握している情報の提供の法令根拠を付与する上で参考となる。

- の内因死

医療過誤の可能性がある場合には「医療法第 6 条 11 項」に基づいた調査が根拠となるが、それ以外では剖検実施に関しての「死体解剖保存法」以外には、「がん対策基本法」「難病の患者に対する医療等に関する法律」「肝炎対策基本法」「アルコール健康障害対策基本法」「アレルギー疾患対策基本法」など調査研究を推進する各種法が存在するが、個別事例の詳細検討を規定するものではなく、個別死亡事例の検討は臨床病理検討会(CPC)と同様、臨床研修制度や専門医制度でそれを促進する枠組みはあるものの、医療者の専門性向上のための自己研鑽として任意に実施されているものである。

感染症

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」、食中毒に関しては「食品衛生法」、検疫に関しては「検疫法」が法令根拠となる。

不詳死

解剖実施に関しては「死体解剖保存法」が根拠となる。異状死と判断された場合には医師法 21 条に基づき、警察に届け出を行う必要があり、犯罪死の可能性が否定できれば の根拠をもとに、非犯罪死体と判断された場合でも「死因身元調査法」に基づく調査対象としうる。

いずれの場合であれ刑事事件となりう

る場合には、やはり刑事訴訟法 47 条に基づき、CDR に資する情報を警察から得ることは、現行法からは困難である。死因身元調査法に基づく解剖結果に関しては、犯罪捜査の手續に付されていないものに関しては、「検案を行った医師」もしくは「死亡時画像の読影を行った医師」から「解剖等の結果の提供の求めがあった場合」に、「医学研究目的に限り、死者を識別できる方法で第三者に提供することのないことを条件に」提供すべき旨が通達されている（丁捜一発第 117 号）。つまり実際の死亡に対応した臨床医が死体検案を行わなかった場合には、情報は還元されない。なお本通知では「別途の手續が既に確立されている都道府県警察にあっては、その提供方式（含、司法解剖）を継続して差し支えない」との記載や、「司法解剖結果等の提供を求められた場合は、犯罪捜査への支障や刑事訴訟法第 47 条の規定を鑑み、必要に応じて検察庁とも協議を行い可否等について個別に検討する」旨記載されており、一律に司法解剖結果の提供を妨げるものではないとされてはいる。

12. 現行法に基づく個別事例検証と CDR との関係性について

11. で言及した、現行法に根拠のある個別具体的な死亡事例調査と、CDR の関係性につき言及する。CDR は究極の死因究明制度と位置付けられるものではなく、これまでの死因究明制度のはざままで検討されるに至らなかった事例に対しても漏れなく全数に検証を行うことを目指す制度であり、その対象数は多く、むしろ既存の死亡事例調査のほうが時間と人員をかけて検証することが可能ともいえる。

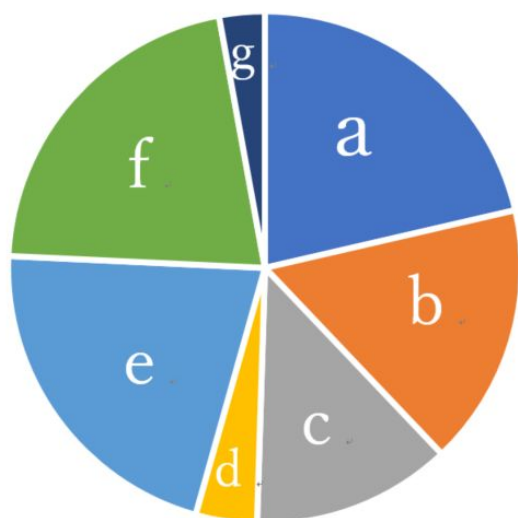
一方で、CDR はこれまで個々の機関が別個に行い、散逸してしまっている将来的な予防を防ぐための知見を、多機関で統合し蓄積していくためのものである。つまり CDR は既存の死亡事例調査制度とバッティングするものではなく、協働し情報共有を図るものであり、既存の死亡事例調査で得られた予防のための情報を共有化できるとする法的担保が求められる。CDR では、個人や個々の組織の有責性を追求することはなく、あくまで同様の状況における死亡事例の発生を防ぐためのシステム上のピットフォールを同定し、その穴を塞ぐ施策を提言することのみに focus するものであり、場合によっては CDR の検証の場で、「既存の死亡事例調査制度の下で検証が行われるべき事例である」との勧告を行うことが可能な制度にもする必要がある。ただこのことは、例えば「警察の調査が不十分であり、再調査をしてほしい」旨の遺族の要望を受け付ける役割を担うべきものではなく、当該分野の所管官公庁の影響が及ばないことを保証し、また、刑事責任の訴追等の他の要因に劣後することなく、独立した立場で勧告が行えるように、その立場を明確にする必要がある。

13. 二次スクリーニングの在り方について

二次スクリーニングはあらゆる機関が参画した状態で行われるべき、CDR の中核をなすステップである。ただし、その参加すべき人数は議論の実効性を考慮するならば、討議に直接参加すべき人数は各施設代表者 1 - 2 名、最大で 20 名程度までに限定する必要がある。毎回参加者が変動することは、スクリーニングの質の均霑化に問題が生じ、かつ経験の蓄積という観点か

らも、望ましいとは言えない。実質的には行政機関に事務局を置いて委員会形式とし、委員を委嘱する形で実施する形以外での実施は困難であろう。そのような委員会を置くことを法的に明記し、その運営体制を確立していく必要がある。

では、どのような形でそのような委員会を置くべきかについては、多くの議論がありうる。保健所を対象に実施した、以下の枠組みのいずれが望ましいかについてのアンケート調査では、下図に示す通り、見事といいほど、その見解は分かっていた。



- a. 要保護児童対策地域協議会(市町村)
- b. 児童福祉審議会(都道府県)。
- c. 児童虐待防止医療ネットワーク(医療)
- d. 保健所業務に CDR を位置づけ(保健所)
- e. 死因究明等推進協議会(司法)
- f. 新たな CDR 法で委員会を位置づけ(新法)
- g. その他

図：保健所を対象としたアンケートで回答された、CDR を実施する上で望まれる枠組み

このような現場の意見が分かれる状況下で、どの枠組みが望ましいのかをここで断定的に言及することは困難である。6 . で言及した問題や、11 . で言及した問題を含め、統合して実効性を持たせる方向で、法的整備の議論を進めていただきたい。

一方、どのような枠組みで委員会を会合するにしろ、参加できる委員のメンバーの最大数は限られる。メンバーを固定することによる経験の蓄積のメリットと、固定メンバー外の人物が参加しえないために生じる議論の質低下のデメリットがトレードオフの関係にならないように、守秘義務を明確化したうえで、積極的にオブザーバー参加を認めるなど、その運営には配慮が求められる。

14. 二次スクリーニングの場のケースロード(対応可能な検討事例数)について

二次スクリーニングの場は、予防可能性についての最終的な結論をだし、提言を発出する場と位置付けられる場所であり、また一次スクリーニングによって「要詳細検証事例」に絞られた場ではあるが、それでもその対象事例は人口100万人当たり、年間10名と推察されるものの、一次スクリーニングの場ではオーバートリアージを容認しており、また病院外死亡事例はそのまま二次スクリーニングの場で対応を行うとすると、人口100万人当たり年間12名程度と見越したうえで、年次計画を立てる必要がある。人口200万人程度の標準的な都道府県で試算するならば、年間24名の対象事例を検討する必要がある。多機関の都合を合わせ、頻りにCDR委員会を会合することは実質困難であり、年間の会合

を無理のない範囲で4回に設定するとするとしても各回6名の死亡事例の検討を行う必要があり、年2回に設定するならば各回12名の死亡事例の検討を行う必要がある。加えて、二次スクリーニングの場合は一次スクリーニングの妥当性をレビューする役割を果たす必要があり、そのための時間を確保する必要がある。各会合に咲くことができる会議時間の設定は、現実的には3時間程度で、途中の休憩時間も考慮するのであれば、1例にかけられる時間はならば、年4回会合としても30分弱、年2回会合では15分弱ということになる。

15. 二次スクリーニングのための事例要旨の作成について

上述の限られた時間の中で結論を出すためには、CDR 会合の場で生データを初見で討議する形は不可能といえ、あらかじめ事例の経過や問題点・討議事項を端的に記載した要旨作成を必要時には行うことが求められる。そのような要旨作成をどの機関が行うべきであるかを法的に明記する必要があるとは思えないが、CDR 座長（委員会形式であれば、通常は委員の互選で決められることとなるであろう）や SUDI Pediatrician のような立場の医師の協力の元、事務局には論点整理を行うことが実務上は求められることとなるであろう。

16. パネルレビューの必要性について

一方で、どんなに論点整理をしてもこのような短時間で拙速に結論を出すべきでない事例や、より高度の専門性を持つ有識者の知見を反映すべき事例や、広く当事者と共有を図り事例を掘り下げることが啓発教育効果の高い事例においては、そのよ

うな掘り下げの場であるパネルレビューを実施することが求められる。パネルレビューは8. で提示した10のカテゴリーで設置することが望ましいが、その求められる専門性や、情報を保持している機関などを考慮し、以下のパネルとして立てることが現実的であろう。パネルの設置は法的に義務付ける性質のものではないであろうが、その設置が励行されるように制度設計が行われることが望ましい。どの程度の事例まで、パネルレビューの実施をCDR 委員会が求めるのかは、地域のCDR に対する理解や体制の成熟度によって異なるであろうが、それらの実施状況も含めて各都道府県は年次報告書に記載することを求める必要がある。

：医療情報中心パネル

A: 新生児医療パネル

周産期・新生児医療者、助産師、病理医、救急隊などを中心として、8. のカテゴリーのうち、先天異常/遺伝疾患および周産期/新生児疾患に該当する事例の詳細レビューを、CDR 委員会の委託を受け実施する。のうちの希少疾患への対応が予防施策の中核をなす事例の検証を行う場合、外部有識者を招聘するなどの対応が望まれる。

B: 小児医療パネル

小児医療者、小児対応を行う関連他科専門医、救急科医師、救急隊、かかりつけ医、病理医などを中心として、8. のカテゴリーのうち、 - ・ に該当する事例の詳細レビューを、CDR 委員会の委託を受け実施する。予防施策立案に高度の専門性が求められる場合、外部有識者を招聘するなど

の対応が望まれる。

地域の規模によっては、A/B のパネルを同時開催するなど、その管理は地域の実情にゆだねられる。

*医療過誤事例とCDRの関係性について

ここで改めて、医療過誤とCDRの関係性について言及しておく。医療過誤の可能性がある事例については、原則として原因究明・再発予防のための医療事故調査制度が存在しており、そこに全例が委ねられるべきものであり、原則としてCDRの対象とはならない。ただし医療事故調査制度の対象とはならないと当該医療機関の管理者が判断した事例に関してはこの制度から外れるため、CDRの対象となりうる事態は発生する。この場合に、CDRにおいて討議するとしても、CDR自体は当事者の秘匿性、非懲罰性が原則となる。民事・刑事の紛争になりうると当該医療者が判断する場合には、その詳細な検証は裁判などで担保されることとなるため、CDRの対象とはしない選択肢は考慮されうる。ただしCDRの実施趣旨からは、恣意的に対象事例から外すということは本来望ましいこととは言えず、CDRで討議した内容は、民事・刑事にかかわらず係争事例の証拠として用いられないこと、またCDRで討議した内容で公務員に課せられる告発義務が発生することはないことを、法的に明記する必要がある。紛争当事者になりうる人物・機関であっても忌憚のない意見を言うことが可能な環境を可能な限り整備する必要がある、そのうえで憲法第三十八条で「何人も、自己に不利益な供述を強要されない。」と規定されている以上、当事者が望まない場合にはCDRの実施の可否（当事者の臨席しない状

態で実施する、もしくは紛争の懸念が消失するまで実施を pending にする、など）はパネルの座長（パネルの座長が紛争当事者になりうる場合には、別の人物）にゆだねられるべきである。

：行政情報中心パネル

C：事故パネル：

外科系医師、救急医、救急隊、警察、児童福祉司、行政（危機管理係など）、教育・保育関係者（学校/保育下の事故の場合）、SUDI Pediatrician としての専門性を有する小児科医師（家庭内事故の場合）などを中心として、8. のカテゴリーのうち、に該当する事例の詳細レビューを、CDR 委員会の委託を受け実施する。予防施策立案に高度の専門性が求められる場合、外部有識者を招聘するなどの対応が望まれる。また本パネルに該当する事例は、各地域に専門家が少なく、かつ工学的検討など高度な予算を要する検討を行うことが効果的となりうる場合には、地域の枠組みを超えて類似事例を集めての検討が望まれる場合も想定される。既存の法令根拠で検証を実施しえない事例を地域が検証することに加え、類似事故検索体制を整え、国から地域へ情報提供を求めるなど、国家によるパネル検証体制の整備を行うなど、「当事者の学び」「地域の学び」「専門家の学び」「国の学び」がCDRのもとで有機的につながるような体制整備がより求められる。

D：自殺パネル

教育機関、児童福祉司、かかりつけ医、児童精神科医などを中心として、8. のカテゴリーのうち、に該当する事例の詳細レビューを、CDR 委員会の委託を受け実施

する。本来、に該当する事例は、原則として全例が既存の死亡事例調査の対応となるが、遺族が望まない場合、社会的擁護下の小児であった場合、不登校であった事例や学校に籍を置いていない事例で、学校設置者が調査の実施主体になることが困難な事例、調査組織が平常時から設置されておらず、組織立ち上げに相応の時間がかかると予測される事例で、基本調査・詳細調査が実施されない事例の場合には、CDR パネルの対象となりうる。

* 民事紛争と CDR の関係性について

行政機関中心パネルに該当する事例は、ほとんどが突然の予期せぬ死亡として発生するため、親権者の監護下に置かれていない状況下で発生した場合には、民事紛争に発展しうる可能性が高い。CDR で討議した内容は、民事・刑事にかかわらず係争事例の証拠として用いられないこと、また CDR で討議した内容で公務員に課せられる告発義務が発生することはないことを、法的に明記する必要があることを改めて強調しておきたい。

また紛争となりうる状況下で死亡が発生した場合には、より慎重なグリーフサポートの提供が求められるものである。遺族への情報開示はグリーフサポートの一つに位置付け、体制整備を図る必要がある。個々の事例の CDR のプロセスについては、遺族に適切な説明がなされるべきであり、また遺族が CDR の場へ伝達したい事項などを聞き、確実にその場へ届けることは担保されるべきであり、また CDR の結果、我々が学んだ教訓は遺族へフィードバックを行う必要はある。しかし、そのことがいたずらに新たな係争の引き金にならないよ

う十分な配慮を図る必要がある。

また CDR は、警察などが実施する死因究明に対する疑義申し立てを受け付ける制度ではなく、あくまで新たな死亡を防ぐための教訓を得るための制度であり、紛争化した事例に対して解決する場所ではない点を十分に理解してもらうための市民啓発を、CDR の社会実装をする際には並行して実施する必要がある点を強調したい

：司法情報中心パネル

E：虐待パネル

小児科医、外科系医師、救急医、救急隊、かかりつけ医、法医学者、警察、検察、児童福祉司、市町村、教育・保育関係者などを中心として、8 . のカテゴリーのうち、に該当しうる事例の詳細レビューを、CDR 委員会の委託を受け実施する。

に該当することが明白な事例であれば、警察・検察主導のもと公判準備が進むこととなる。このような公判を前提としている事例の場合には、当然、刑事訴訟法 47 条「訴訟に関する書類は、公判の開廷前には、これを公にしてはならない」に該当し、司法側からの情報は得られないが、このような事例は「虐待防止法第 4 条第 5 項」に基づく調査の対象となるであろう。公判で判明するのは八何の原則(「何人が(犯人)」「何人とともに(共犯)」「何時(日時)」「何処で(場所)」「何人に対し(被害者)」「何故に(動機)」「如何にして(手段)」「何をしたか(結果)」)がすべて明快で有責性を問えるか否かと、問える場合のその懲罰の程度であり、同種事例を予防しうる可能性を探求する場ではないため、行政が独自に検証する意義は大きい。

しかし実際には生前に関与がなかった

場合や、司法により八何の原則を満たすことが困難と判断され起訴に至らない事例は、検証がなされない事例が大多数であるのが現状である。CDR はこのようなギャップを埋めるために大いに期待されるものではあるが、やはり本来的に CDR で討議した内容は、民事・刑事にかかわらず係争事例の証拠として用いられないこと、また CDR で討議した内容で公務員に課せられる告発義務が発生することはないことが前提であるため、CDR が施行されることは子どもの真の最終的な権利擁護たり得ない可能性のあるものである。あくまでも通常の生きている子どもの虐待対応における、医療の診断/治療スキル、司法機関の捜査/保護安全実現能力、行政の調査/支援能力を最大限に発揮できる多機関連携体制を成熟させることが最優先課題であることに変わりはない。

一方で、現状では検証対象になっていない不起訴処分となった虐待事例を検証する手段に、CDR はなりうる。ただしそのために整理しなくてはいけない課題は多い。まず CDR を実施することが刑事訴訟法 47 条の但し書きである「但し、公益上の必要その他の事由があって、相当と認められる場合は、この限りでない」に該当しうることを明示し、「相当ではないと認める場合」以外には、CDR の実施に限り、原則として警察に対して証拠物や実況見分調書、供述調書を共有しうることを、及び検察庁に対して不起訴記録の開示をしうることを、運用の中で明示することが求められる。

さらには逮捕・送検にすら至らない事例の捜査情報に関しては、情報開示請求の対象外に置かれているため（情報公開法 5 条 4 号）、とりわけ共有は困難となる。この

場合であっても、予防施策の検討に必要な情報に限り共有しうる余地を旨が明記されることが、公益上は望まれる。いずれにしろ、進行中の司法プロセスの情報管理の責任は、公判中を除いて主として検察庁がその責任を負うことになっている。地検の担当検事は早期から虐待事案には関わっている可能性は高い。個々の事例で予防施策を検討するために必要な情報は何かにつき議論したうえで、どうしても捜査情報がなければ判断できない場面に限定して、担当検事と警察を交えて CDR に供することが可能な範囲を相談したうえで、個別に判断していただくことになるであろう。

ただ、CDR の目的は個人の有責性を問う点にはないため、現行法規で入手しうる情報の取得に尽くしたうえで、欠落する情報は「たら・れば」で構わないので議論し予防施策を打ち出すことは、たとえ不正確になろうとも一定程度の意味はあり、このような活動を通じて CDR の有益性が地域で共有でき、実績が積みあがることで状況も変わりうるものである。そのため、少なくとも検察・警察の担当者がたとえ一般的事項のみしか話せない立場であっても、参加することには大きな意義があり、地域の CDR に積極的に参加することを推奨する旨の通知だけでも、整備していくことは重要である。

F：不詳死パネル

小児科医、救急医、救急隊、かかりつけ医、法医学者、警察、検察、児童福祉司、市町村、教育・保育関係者などを中心として、8 . のカテゴリーのうち、 に該当しうる事例の詳細レビューを、CDR 委員会の委託を受け実施する。

これらの事例は、そのほとんどは異状死として警察に届け出がなされ、検視対象となっているものと思われるが、1割程度的事例では警察の届け出がなされていないのが実態である。多くの事例は病院で死亡宣告を受けると推察されるが、これらの事例のうち15%程度は病院外で検視に回っていると推察される。このカテゴリーの事例に関しては、医療者が詳細に検査を行っておらず、かつ解剖の情報がない(解剖がされていない、もしくは解剖されていても情報が共有されない)場合には、集まって議論したところで、「何が何だかわからない」が結論で、何らの予防施策も打ち出せない可能性がある。そのような場合であっても、その不詳性がどの程度であるのか(典型的なSIDSであるのか、SIDSとすることに躊躇する何らかの欠落情報があるのか、社会的ハイスクな状況など疑義ありと判断すべき状況があったのか)、診断しえない何らかの内因疾患であった可能性や、外因が否定しえない状況はなかったのか、など様々な観点から検討を行うべき余地はある。ただし理想的であるのはやはり、臨床医は臨終の際に検査を尽くし、警察官は積極的に解剖実施すべきとの判断を行い、解剖を行う前後で臨床医と法医・病理医は学究的観点から検討を行う、臨床医-解剖医連携体制を明確にする必要がある。先に11.で触れた通り解剖情報を共有しうる余地はあるものの、特に司法解剖実施例に関してはその枠組みは曖昧な状態にとどまっていることから、この連携を促進する枠組みを法的にも明記していく必要がある。

また、死亡確認を行った以降に、臨床医は死因究明のための検査を行う権利が一

切消失してしまう現状の枠組み(死後画像診断の施行は、病院の持ち出しである。死後の採血や皮膚断片などの検体採取は死体損壊になりうるし、保険診療としては一切できない)は、死因究明の大きな阻害要因になっているといわざるを得ない。「死亡直後の死後硬直が始まる2-3時間までに、救急救命対応の流れの一環として死因究明のために実施された各種検査は、遺族への十分な説明と同意を得たうえで、もしくは検視検案業務を通じて必要とされた範囲内で、保険診療で実施しうる」などの抜本的改革が求められるところである。

いずれにしる現状のDon't Know(わからない)からCan't Know(現状行いうる最善の死因究明対応を行ったので、これ以上はわかり得ない)にまで死因究明を尽くすことは、子どもの権利擁護にあたるものである。解剖を実施することを「かわいそうで、できればさせないほうがいいこと」と医療者であっても考えている現状に関して、議論を深めることは重要であり、小児死亡時に対応すべき事項についての講習会などの啓発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であり、そのことも明記される必要がある。

*** 刑事紛争とCDRの関係性について**

司法情報中心パネルであっても、CDRで知り得た情報は、民事・刑事にかかわらず係争事例に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べきである。ただし一方で、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ないである

う。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う。パネルごとに細かくこれらの条件を整理する必要があるのか、そのような法の立て付けが可能であるのかについても、議論をしていく必要があるであろう。

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、参加者・議事録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。

：その他のパネルレビューの枠組み

上記のどのパネルで討議すべきか判断としない事例や、複数のパネルに該当すべき事例の検討をどのように行うのかも検討をしておく必要がある。ただしこれらは法的に明記する必要はなく、CDR 委員会が主体となってパネルを行う、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を整理すればよい。

17. 予防施策提言の発出について

CDR が可能な限りの PD を減らすことを主目的とするならば、予防施策提言の発出はまさにその手段としての第一義的なゴールである。たとえ一次スクリーニングで予防可能性に乏しかった死亡と判断された場合であっても、PD を減らすうえで有効となる提言は、積極的に発出されるべきであるし、そのことが CDR 委員会に伝えられ

るべきである。また直接 PD 減少のための施策とは言えない意見であったとしても、CDR の実践を改善することに繋がったり、多機関の連携促進につながるような意見は積極的に採用されるべきである。提言は一定の様式にまとめられ、事例の概要とともに整理された形で保管される必要がある。

英国においては FormC の形で上位組織に到達することが定められている（参考資料として FormB を本報告書末尾に添付した）。

18. 検討された貴重なデータの積み上げについて

各都道府県・政令市単位で、もしくはその他のあらゆる単位で施行された CDR の結果については、ナショナル CDR データセンターのような情報集約センターに、容易に連結することが不可能な形で提出し、国家としても小児死亡の実態や傾向・銃だなりスク要因の把握をし、予防可能死の減少と施策についての関連性などについても解析したうえで、8 . の各疾患カテゴリーごとに完全に個人情報と排したうえで、国民にも公表されることが望まれる。

19. 予防施策のトラッキングについて

各地域で発出された予防施策提言は、優先度について評価を行ったうえで、実際の履行の状況が把握できる形で関係者に開示されることが望ましい。そのような状況の把握は、二次スクリーニングを実施する CDR 委員会が職責を果たすことが望まれる。

20. 情報の公開について

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、参加者・議事録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。

ただし、CDR は国民の協力の元行う事業であり、一般市民に対しては、ナショナル CDR データセンターのような情報集約センターが完全に個人情報情報を排除した形の情報として、情報を HP 上で公開できることが望ましく、またそのような HP で予防施策のトラッキングが可能な制度とすることが、行政の施策を推進することになり、CDR の有用性の理解を進めるうえでも重要となるであろう。

21. グリーフサポートについて

複雑悲嘆化した、心理精神医療の専門家の加療を要するグリーフケアと区別する意味で、一般医療者や一般行政職員や司法関係者が提供すべき死後対応上の配慮や情報提供をグリーフサポートと呼称し、このグリーフサポートに関しては CDR の実施と合わせ、提供できるような体制の整備が望まれる。(グリーフサポートの体制整備には、解剖実施に際しての説明文書や CDR 制度の説明などの説明文書の配布と説明なども含まれる)

グリーフサポートについては原則としてすべての事例に提供すべきものであり、たとえ虐待による加害者の可能性があ

る場合であっても例外ではない。ただし対応車が怒りや恐怖などの感情感情に支配されている場合には、対応当事者からの提供は pending とし、そのような場合にサポートを提供できる民間団体などに相談を行う体制整備も考慮される。また遺族に対してだけでなく、子どもの死と関わりを持ったスタッフに対してのグリーフ反応への対応を行う体制の整備も考慮されることが望ましい。

22. CDR における遺族関与について

CDR はあくまで公衆のための枠組みで、未来の子どもの死亡を防ぐ未来志向の枠組みである。CDR は民事・刑事を含め紛争を助長するものではなく、紛争を解決する手段として使用されるものではない点は明示すべきである。一方で国民の理解や、特に子どもをなくすという苛烈な経験をした遺族に理解されるものでなくてはならない。亡くなった子どもの代諾権者としての遺族の要望は、子ども自身の声として CDR 委員会やパネルの場に届けることができる旨を伝達し、実際に責任をもって届けられる制度とするべきである。そのうえで、自由闊達な意見交換を担保するために、実際の審理には遺族参加はできないものの、CDR の結果、我々が学んだ教訓は遺族へ聞こえ自信が新たな紛争を生まないように配慮しつつ(例えば保育事故の遺族に、直接的に予防可能性のあった事故と判断した、という予防施策立案のための判断は、法的責任とはまったく別個の判断であり、そのことを十分に説明のない状況で結果のみを伝達するようなことはあってはならない)、その概要についてフィードバックを行う必要はあるであろう。そのため

に継続的に遺族が、そのことがいたずらに新たな係争の引き金にならないよう十分な配慮を図る必要がある。

E . 結論

最後に以上の議論を踏まえた、CDR 社会実装モデル（研究班/小児科委員会案）を、次ページに提示する。本報告書をたたき台として、専門家・行政府・立法者・国民間で CDR に関しての議論が深まり、実効性のある CDR の制度設計に繋がることを期待する。

なお本モデルはあくまで中間的なモデル提示であり、本研究班の最終年度で発行予定のガイダンスとは当然異なる可能性があるものであることを明記しておく。

F . 健康危険情報

該当なし

G . 研究発表

論文発表

なし

書籍発刊

なし

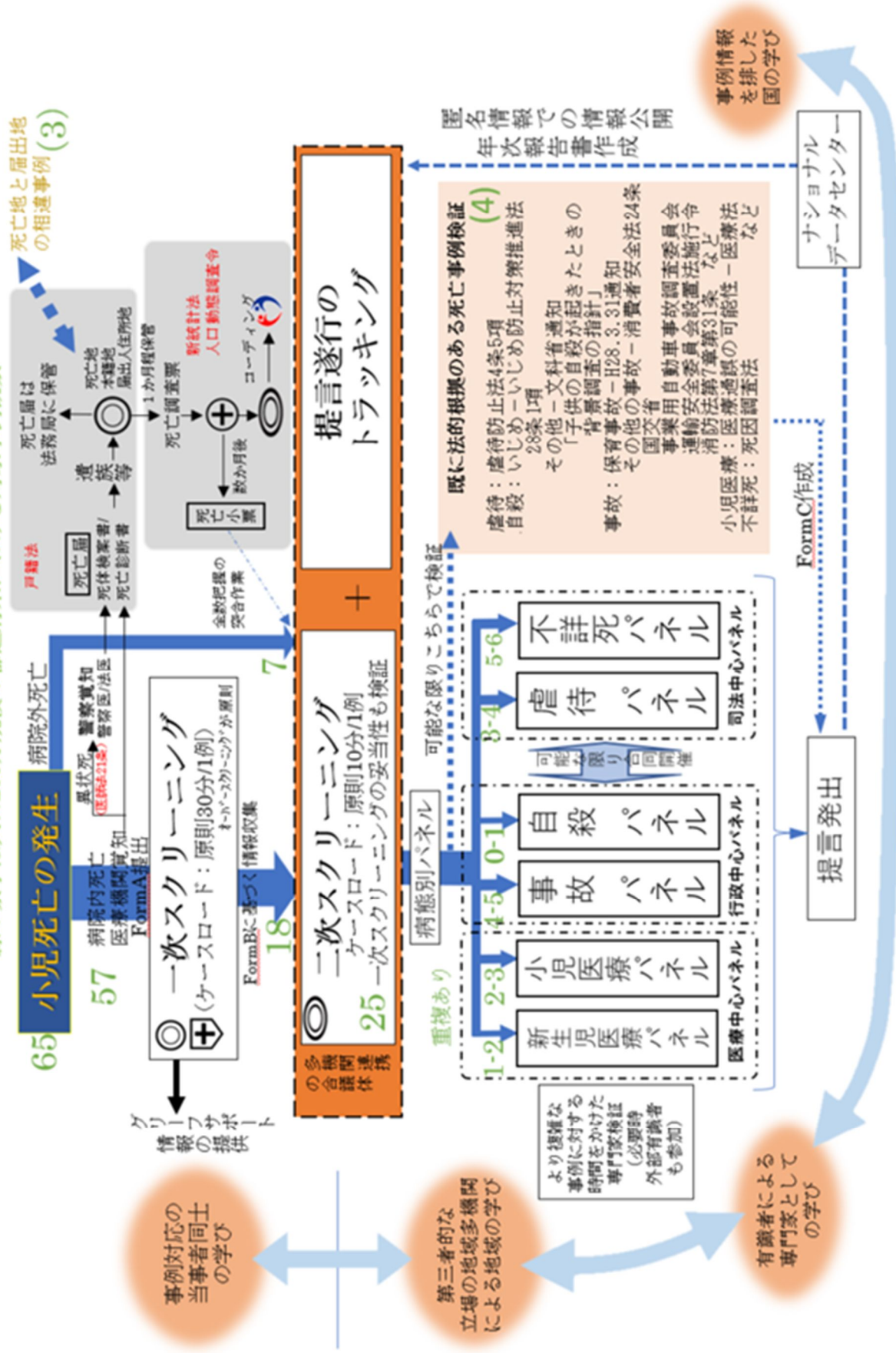
学会発表

なし

シンポジウム

なし

緑の数字は人口200万規模の都道府県における対象事例概数



図：CDR 社会実装の研究班モデル