

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）
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
「本邦の CDR 社会実装の方向性を模索するための、英国 CDR 制度についての評価研究」

研究代表者	溝口史剛	群馬県前橋赤十字病院小児科
分担研究者	柳川敏彦	和歌山県立医科大学保健看護学部
研究協力者	山岡結衣	オクラホマ大学児童虐待センター リサーチフェロー
	小穴慎二	西埼玉中央病院小児科
	内山健太郎	賛育会病院小児科
	石倉亜矢子	函館中央病院小児科
	杉立玲	群馬県前橋赤十字病院小児科
	沼口敦	名古屋大学救急科
	尾角光美	一般社団法人 リヴオン
	白石裕子	東京工科大学医療保健学部看護学科
	生塩加奈	群馬県前橋赤十字病院小児科

研究要旨

本邦における CDR の社会実装がどのように展開されていくかは、立法者と行政府の意向にもよるものではあるが、先行研究や本研究班の研究活動を通じて、「現場の学び」「地域の学び」「専門職の学び」「国家の学び」が有機的につながることの重要性が見えてきた。

そのような折、英国から 2017 年 10 月に CDR の法定ガイダンスが発刊された。本ガイダンスはこれらの必要なポイントを網羅しており、本邦の CDR の社会実装を考えていくうえで有用となると思われ、翻訳作業を行った。併せて CDR の過程の遺族説明のためのパンフレットの翻訳と、英国の事例情報の収集と登録の共通 Form の翻訳を行った。これらの成果は本報告書の他、研究班の HP 上にも up している。

A. 研究目的

本邦の CDR の社会実装に向けた実際の動きは、「小児医療者」により「後方視的な「研究」の形で、パイロットスタディーとして行われた。そして現在進行形で、各地域での CDR の社会実装の動きを模索するという現実的な動きに繋がることを期待しな

がら、このパイロットスタディーを拡充するスタイルで「小児医療者」により「後方視的な「研究」が続いている。

本邦における CDR の社会実装がどのように展開されていくかは、立法者と行政府の意向にもよるものではあるが、これらの研究活動を通じて、少なくとも小児医療者

の間では CDR という用語は少しずつ広がり、具体的な検討が始まっている。現場の医療者が「先ず隗より始めた」研究ではあったが、実際の検証を通して、「現場の学び」「地域の学び」「専門職の学び」「国家の学び」が有機的につながることの重要性が見えてきた。

そのような折、英国から 2017 年 10 月に新たに CDR の法定ガイダンスが発刊された。本ガイダンスで定められた英国の CDR の手法は、現場の医療者が死亡事例の発生を知らせる端緒となり情報を収集し、CDR 会合の場で検討を行うとともに、各死因病態ごとのパネルレビュー (CDOP) を行い、ナショナルデータセンターに登録を行う、というまさに我々の実践から見えてきた重要なポイントが体现されたものであった。

日本と英国では、文化・法体系・医療制度など異なるものではあるが、本ガイダンスを翻訳することは、本邦の CDR の社会実装を考えていくうえで有用となると思われ、翻訳作業を行うこととした。

B. 研究方法

研究協力者により、本ガイドラインの各章の翻訳がなされ、研究代表者による監訳作業を実施した。英国 CDR がグリーンケアに力点を置き、遺族への説明を重視しており、その説明のためのパンフレットを用意していることから、今回、英国のララバイ・トラストというグリーンケアの NPO の用意するパンフレットの翻訳作業を行った。また併せて、英国が実際に使用している、統

一フォーマットの登録フォームである、事例発生時の FormA、詳細情報収集のための FormB、検証による提言をまとめるための FormC についても、翻訳した。

また英国 CDR の導入の過程につき Jenny Gray 氏の概説を末尾に添付した。CDR 法定ガイドラインの策定に関わった NHS イングランドの Lucy Ellis 氏へのヒアリング結果についても末尾に添付した。

C. 研究結果

本報告書の末尾に、これらの翻訳成果物を添付する。当初英国法定ガイドラインについては、別途印刷を行うつもりであったが、暫定版であり平成 30 年度初頭に改めて正式版が出されるとのことであったため、研究班の HP 上に up するにとどめることとした。また原著のナンバリングのずれも目立ってはいたが上記の予定のためにあえて修正せず、原著の通りとしている。

D. 考察および E. 結語

翻訳作業を通じ、英国の制度の深い理解に繋がった。正式版が出された際には、修正作業を行い、HP 上に掲示する予定である。

F. 健康危険情報、および G. 研究発表なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

なし

英国におけるチャイルド・デス・レビュー導入の過程についての概説

Jenny Gray

1. ケーススタディ：イギリスにおける全国チャイルド・デス・レビュー（子どもの死亡登録・検証制度）の開発および実施

2. 方針の焦点

チャイルド・デス・レビューの方針は、国家レベル、地域レベル、および地方自治体レベルに焦点を合わせている

3. アプローチ

アプローチの焦点は、イギリスにおけるすべての子ども死亡例（出生から18歳まで）をレビュー（再検討）し、これらの死亡例に関するデータを収集して集約した匿名化データを公表し、可能な場合には将来の同様な子ども死亡例を予防するための行動を明らかにするために得られた教訓を使用し、データにおけるパターンや傾向を特定して報告することである。

4. 設定

チャイルド・デス・レビューの法定プロセスの開発および実施がイギリスで行われた。

5. 対象者

この法律は、Local Safeguarding Children Board (LSCB、地方児童保護委員会) および子ども死亡に関する機能を持つすべての主要な法定組織および団体を対象とした。その方針では、子どもの死亡および子どものウェルビーイング、さらに親や養育者自身に関連する機能を持つすべての専門家も対象としていた。

6. 予算

政府から地方自治体に、新しいチャイルド・デス・レビューのプロセスの構築および実施のために最初の3年間にわたり2,230万ユーロの助成金が、それに続く3年間にわたりその半額が提供された。さらに、各子どもの死亡例に関するデータを収集するためのテンプレートの開発、訓練用の資料および親や養育者のための情報パンフレットの作成および発行、および一部の初期チャイルド・デス・レビュー開発者の評価のためにも資金が提供された。政府は、チャイルド・デス・レビューのデータを毎年収集し、収集したデータを毎年公表するための資金を継続的に提供している。

関与するすべての当局や団体および各LSCBに対する継続的コストに関する情報は得られていない。

メインケーススタディ

エビデンスベース

多数の異なる情報源から得られたエビデンスが、新しいチャイルド・デス・レビューのプロセスを構築するという2003年の政府の発表へと導いた。

チャイルド・デス・レビューのプロセスが構築されている期間中、イギリスでは毎年約5,000名の子どもが死亡しており（情報源：国家統計局）、そのうち90～100例は虐待またはネグレクトが原因であった。イギリスでは、1988年以降、虐待やネグレクトによる死亡例はSerious Case Review（深刻なケースのレビュー、SCRの対象となっており、それ以前の法定調査については1940年代まで遡って対象とした。2000年、Victoria

Climbiéという少女が彼女の「叔母」とそのボーイフレンドにより殺害された。Victoria は、親が彼女のためにはイギリスにいる方がよいと考えたため、叔母によってコートジボワールから連れてこられていた。この事件に対して、政府は法定調査を開始し、2003年に報告書を作成した（Cm 5730、2003）。この調査の結果は、専門家だけでなく国民の間にも非常に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予防できるのかということが問われた。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には遅すぎたのではないかとすることも懸念された。これらのことが、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イニシアチブ Every Child Matters（すべての子どもが大切）（Cm 5860、2003）の構築につながった。

また、子どもの死亡に対する保健的対応の質に関する懸念もあった。Ian Kennedy 教授は、1984年から1995年の間、Bristol Royal Infirmaryにおいて子どもの心臓手術に関する重要な公開審問の議長を務めた（Cm 5207、2001）。2000年5月、その審問で明らかになってきたことに関する懸念に応じて、審問では『Removal and Retention of Human Material（ヒト由来試料の除去および保持）に関する中間報告書』が作成された。その後2003年には、母親らが各自の乳児の死亡を引き起こしたとして起訴された3件の刑事事件が注目を集め、これより予期せぬ乳幼児突然死（Sudden Unexpected Deaths in Infancy、SUDI）の管理に関する懸念が高まった。これに対して、イギリスにある2つのRoyal CollegeがBaroness Helena Kennedy QCを議長とするワーキンググループを設立し、SUDI事例の管理および調査に関するMulti-Agency Protocol（多機関連携プロトコル）を公表した（RCPath and RCPCH、2004）。

政府は、アメリカやその他の国で得られたエビデンスについても把握しており、これらの国で実施されたようなチャイルド・デス・レビューの公式プロセスは将来の子どもの死亡を予防するためのエビデンスに基づく介入の開発につながる可能性があることを示唆した（Durfee et al., 2002、Bunting and Reid, 2005、Rimsza et al., 2002、Onwuachi-Saunders et al., 1999、Gellert et al., 1995）。このエビデンスは「イギリスにおいて実施される同様のシステムが子どもの死亡のパターンに関する最新かつ包括的な情報を提供する上で貴重な公衆衛生の機能を果たし、子どもの死亡を予防する行動を促進し、子どもの福祉の保護と増進のための多機関連携を幅広い側面でサポートする可能性があることを示唆した（Sidebotham et al., 2008、p. 4）。」

背景

政府は、『Inquiry into the death of Victoria Climbié（Victoria Climbiéの死に関する調査）』（Cm 5730、2003）および『グリーンペーパー：Every Child Matters』（Cm 5860、2003）に対する応答（Cm 5861、2003）の第117～121段落において、上記のような新しいチャイルド・デス・レビューのプロセスを構築することを発表した。これらのプロセスの目的は、「アクシデントにより、または養育者の手にかかって」死亡する子どもの死亡例から、「このような形で被害者となる子どもの数を減らす」（p. 25）ために教訓を得ることであった。この取り組みは当時労働党が主導していた、予防および早期介入に焦点を当てた子どものためのサービスの内、主要な国家イニシアチブ Every Child Mattersの一環であった。

当時の子ども・学校・家庭省の政府関係者は、当時の児童・青少年・家族担当副大臣の下で法案および政策の起草、そしてチャイルド・デス・レビューのプロセスに関連するデータの統計収集を指揮した。この業務は、その他の関連政府機関、そして保健（公衆衛生、小児科、小児保健、救急科、病理学者、看護師、助産師）、社会事業、警察、検視官、教育および学校、死亡登録機関、少年司法、刑務所および保護観察所、検察庁、

職能団体、関連 NGO（子どもを亡くした親の代理人など）、LSCB などの分野からの多数の主要な利害関係者との密接な連携の中で進められた。

法定指針は、公開諮問された後、2006 年に初めて公表された。これは、政策変更に対して政府が求める通常の要件に従っていた。

新しいチャイルド・デス・レビューのプロセスは広く支持された。新しいプロセスは、非常に長期間にわたり実施されていた関連研究を基礎としていた。

イギリスでは病院内死亡レビューが長年にわたり実施されており、そこから得られた知見が地方の慣行を改善し、乳児死亡率低下のための幅広い公衆衛生アプローチを推進している。Sidebotham ら（2008、p. 15）は、初期のチャイルド・デス・レビュー・チームの評価報告をしたという経緯において、以下のように報告している：「周産期死亡レビューの全国プログラムは、Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy（死産および乳児死亡例に関する秘密調査：CESDI）を通して 1992 年に確立された。この秘密調査の目的は、妊娠 20 週目から生後 1 年までの胎児期後半および乳児期における死亡リスクをどのように低減できるのかについての理解を深めることであった（CESDI, 2001）」。

イギリスにはまた、虐待やネグレクトが原因の死亡例の再検討が長年の慣行として実施されており（Tudor and Sidebotham, 2007）、最初に実施されたのは 1944 年であった。そこから得られた知見は、法定調査（Department of Health, 1991、Department of Health and Social Security, 1982）および SCR（Sinclair and Bullock, 2002、Brandon et al., 2008、Rose and Barnes, 2008、Brandon et al., 2010、Brandon et al., 2012）を概説した公表文献の中で要約されている。1988 年から実施されている SCR の主な目的は、子どもの福祉を守り、増進するための多機関連携を改善するために教訓を得ることである（HM Government, 2006、2010、2015）。

2003 年までに、虐待またはネグレクトが原因であると考えられた深刻なケースの再検討のための長期的プロセスに関して、地域レベルや地方レベルで質に差が生じており、教訓を得るより非難することが重視されるようになっており、虐待やネグレクトによる将来の死亡を予防する行動が導かれていないのではないかと、という懸念が生じていた。さらに、多数の専門家、特に小児保健の分野の専門家からは、アメリカと同じような方向性を持ってチャイルド・デス・レビューのプロセスを構築すべきであるという声があった。

チャイルド・デス・レビューシステムの構築に関する主な懸念は実践的なものであり、財源確保に関する懸念や仕事量の増加に対する不安に関する懸念であった。この懸念に対しては、システムの実施をサポートするための財源を政府から確保した。そして重要であったのは、チャイルド・デス・レビューのプロセスは、専門家が子どもの死亡に応じて通常の職務を実施する際に従うことができるように作成したことである。これは、地方の慣行を一部変更する必要があると、専門家は新しいまたは少し異なる連携方法を学ばなければならないということの意味していた。全員が各自の役割および責務を理解できるようにするために、政府の委託により訓練資料が作成された。

子どもの死亡例をレビューする新しい方針は、2003 年に政府から発表され、Children Act 2004（2004 年児童法）の成立に伴い 2004 年に法で定められるものとなった。LSCB 規制（2005）の規則 6 では、子どもの死亡に関する LSCB の義務機能が規定されている。これらは 2008 年 4 月 1 日に施行された。2006 年には Working Together to Safeguard Children（子どもの保護のためのワーキング・トゥギャザー）の第 7 章において、チャイルド・デス・レビューに関する新しい法定指針が規定された。LSCB は、2008 年に義務化される前に任意ベースでチャイルド・デス・レビューを構築するプロセスを開始するように奨励された。この法定指針は 2010 年に改訂され、指針の実施に

においては LSCB とその他による経験が考慮された。Working Together to Safeguard Children はその後、2013 年と 2015 年に改訂された。

2008 年、Children and Young Persons Act 2008（2008 年子どもと若者法）が可決された。この法律は Registrars of Births and Deaths（出生・死亡の登録機関）に子どもの死亡に関する情報を LSCB に提出することを義務付け、Registrar General（登録機関長官）が国務大臣に情報を提供できるようにした。

同年、Coroners Rules 1984（1984 年検視官規則）は以下のように改正された。

- 子どもが死亡した地域を担当する LSCB に審問または検視の事実を伝える義務を検視官に負わせる。
- LSCB がその任務（子どもの死亡のレビューおよび SCR の実施など）を遂行する役に立つように検視官に LSCB と情報を共有する権限を与える。
子どもの死亡に関する情報の提供に関する検視官および LSCB のための新指針は 2010 年に公表され、以下で入手可能である。

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/327066/guidance-concerning-death-children.pdf

上記の 2008 年に実施された 2 つの法改正は、子どもの死亡に関する情報が合法的に LSCB と共有されるようにするために必要であることが確認されている。

政府は、2006 年の指針を実施することにした LSCB を対象とする研究試験を委託した。この試験は、母子保健に関する秘密調査 Confidential Enquiry for Maternal & Child Health（CEMACH）によるイギリスの 5 つの地域におけるチャイルド・デス・レビューのプロセスを対象として健康にさらに焦点を合わせて実施された試験（Pearson, 2008, CEMACH, 2006）を補完するためのものであった。具体的には、初期に実施された LSCB から得られた教訓うち他の地域でも使用できるものを特定し、地方レベルおよび国家レベルで政策展開の情報を提供することを目的としていた。その結果は、公表後、実施段階において政府が定期的に行っていた一連の地域会議などを通して広範囲に広められた。

各 LSCB には、チャイルド・デス・レビューから得られた教訓とそのレビューにかかった費用が記載されている年次報告書の発表が義務付けられている（HM Government, 2015, 第 16, 17, 19 段落）。その意図は、この年次報告書が「子どもの死亡を予防し、子どもの健康、安全、およびウェルビーイングを促進するための公衆衛生対策を推進する強力なリソースとなるべきである」ということであった（HM Government, 2010, 第 7.95 段落）。

2008 年 4 月 1 日には新しい全国データ収集システムも登場した。データは LSCB から収集され、政府により毎年、解析および発表される。これらのデータからは、子どもの死亡および LSCB と CDOP の活動に関して全国レベルの情報が得られる。

目的および目標

第一の目的は、予防可能な子どもの死亡発生率を低下させるサポートとなり、多機関連携を改善し、子どもの福祉を守り促進することである。

介入・戦略・作業における主なステップ・行動 法律、規則、および法定指針

チャイルド・デス・レビューのための新しいシステムが設立されるという政府の発表に続き、この作業の法定基盤となる法律を起草し、可決させる必要があった。次に、関

連規則および関連指針は政府関係者により起草され、公開諮問された。これらの規則や指針には LSCB の職務や多数のさまざまな団体や専門家たちの役割や責任がさらに詳細に明記されている。

Children Act 2004 には、イギリスの地方当局が制定法に基づく LSCB を設置しなければならないことが明記されており、LSCB の目標、そして国務大臣が規則の中で LSCB の職務を規定する権限を持つということが明記されている。

LSCB 規制 (SI No 2006/90) の中で、LSCB には個々の小児期の突然死に迅速に対応するための手段 ('The Rapid Response Team') およびすべての小児期の死亡例を系統的にレビューするための手段 ('The Child Death Overview Panel') を備えていることが求められると明記されている。その担当地区に通常居住する子どもの死亡に関する LSCB の職務を以下に挙げる：

- (a) 以下を特定することを目的とした各死亡例に関する情報の収集および解析。
 - (i). 規則 5(1)(e)に記載されているレビューの必要を生じさせるケース
 - (ii). 管轄地区における子どもたちの安全と福祉に影響を与える懸念事項
 - (iii). 特定の死亡例またはその地区における死亡例のパターンから発生する公衆衛生または安全に関する幅広い懸念
- (b) 手段の確立、または突然死に対して当局、LSCB 内のパートナー、およびその他の関係者の間で責任に関して連携が取れていることの確認。

Working Together to Safeguard Children (2006) において規定された最初の法定指針は、SUDI の管理に関する Kennedy Report に規定されるガイドラインに基づいていた (RCPATH and RCPCH, 2004)。この指針案は、公表前に公開諮問に応じて改正され、さらに 2010 年にもこの指針を使用した相談員の経験を踏まえて再度改正された。この指針はその後、より効率化された指針文書を作成するという現政府の政策に従って 2013 年と 2015 年にも改正された。

このガイドラインには、子どもの死亡に関する LSCB の職務がより詳細に記載されている：

- 子どもの全死亡例に関する入手可能な情報のレビューを担当し、LSCB 委員長への説明責任を負う小委員会「Child Death Overview Panel (CDOP)」の設置
- 担当地区における子どもの全死亡例に関する情報の収集および解析
- 子どもの突然死に対して機関間および複合領域間で連携して対応できるようにするための手段の確立
- 得られた提言や教訓に関する報告書を CDOP から受領
- 個人情報が含まれない年次報告書 (公文書) の作成
- 得られた教訓の普及、地方計画への知見の確実な反映、および政策、専門の実務、および多機関連携を改善するための提言に基づく行動の実施

採択、実施、および監視に対する促進因子・障壁因子

採択

- 2003 年までに、政府内および主な利害関係者の間では、全国的なチャイルド・デス・レビューのプロセスを設立すべきであるということで合意が得られていた。
- 合法的に LSCB と情報を共有できるのかという検視官から挙げられた懸念については、新しい法律および関連指針により対処した。
- 子どもの突然死に多機関および複合領域が迅速に回答できるようにするために、実用的定義への合意を得る必要があった。この実用的定義では以下のように定義されている：

乳児または小児（18歳未満）の突然死は以下のように定義される。

- 例えば死亡 24 時間前には、大きな可能性として予測されなかった死亡、または
- 死亡に至った事象の原因または促進要因となった、上記同様に予期されなかった虚脱または出来事があった場合（『Working Together to Safeguard Children, 2010』第 7.21 段落）。
- 予防可能な子どもの死亡の定義に関しても合意を得る必要があった。Working Together (2006) において規定された最初の定義は、その後改正され、現在の定義は以下のとおりである：
- 予防可能な子どもの死亡とは、修正可能な因子がその死亡に寄与した可能性があったものである。これらの因子は、全国または地方レベルで達成可能な介入という手段により、将来の死亡リスクを低下させるために修正することができたものと定義される。
- 各死亡例のレビューにおいて、CDOP は、例えば家族や環境、育児能力、またはサービスの提供における修正可能な因子を検討し、その地方ではどのような行動を取ることができたか、そして地域や国のレベルではどのような行動を取ることができたかを検討しなければならない（『Working Together to Safeguard Children, 2010』の第 7.23～7.24 段落）。
- また、チャイルド・デス・レビューのプロセスにより非難される親や家族に関する懸念もあり、先入観を持たないこと、そして決定を証明するために高品質のデータを収集することが強調された。したがって、以下の総合的な家族関与の原則について、法定指針に含めるということで合意が得られた。
- 子どもの死亡はその子どもの家族にとって悲劇である。
- 家族には常に配慮と敬意をもって慎重に対応しなければならない。専門家は先入観を持たずに彼らの質問に対処しなければならない。
- 致命的な状況または生命が脅かされる状況にある子どもの死に対応する専門家は、各自の対応が適切かつ支援的であるようにしなければならない。
親および家族に対しては、レビュープロセスが責任や非難のためではなく、以下のことを目的とするということが約束されるものとした：
- 子どもの健康、安全、およびウェルビーイングを向上するための教訓を得る
- 同じような子どもの死亡が今後発生するのを予防する。

レビュープロセスにおいて、親に対する対応は以下のとおりとした。

- レビュープロセスにコメントや質問を寄せるように奨励した。
- すべてのケースは CDOP による議論の前に匿名化され、収集された情報は厳重に保管され、匿名化されたデータのみが地域的または全国的に照合されることになることと伝えた。
- 関連する専門家や、例えば家族の知り合いなどに会って、彼らの疑問に答えることができるようにした。

実施

- **障壁因子**：情報共有およびデータ収集の合法性
- **促進因子**：新たな授權法規の可決

- **障壁因子**：子どもが別の管轄区域から来た場合、その子どもの死亡について誰に連絡するかを知ること
- **促進因子**：すべての子どもの死亡通知に関する CDOP の連絡先のリスト（2015 年 3 月更新）

- **障壁因子**：新しいレビュープロセスがどのように機能し、各自の役割がどうなるかを理解していない LSCB、専門家、団体

- 促進因子：政府の委託により作成された訓練資料
 - 『Why Jason Died (DCSF, 2007) (ジェイソンはなぜ死んだか)』：LSCB が負う責任の枠組みにおいて、突然死に対応する人の役割と責任を説明した訓練用 DVD。
 - 『Responding when a child dies (DCSF, 2008) (子どもが死亡した場合の対応)』：チャイルド・デス・レビューのプロセスの実施において LSCB をサポートするための多機関訓練用リソース。
 - 『Reviewing child deaths: Advanced training for rapid response teams (DCSF, 2009) (子どもの死亡のレビュー：Rapid Response Team [緊急対応チーム] 用上級訓練)』：子どもの突然死に対する迅速な対応の実施をサポートするリソース。
- 障壁因子：新しいシステムの構築にかかる費用
- 促進因子：チャイルド・デス・レビューのシステムの構築および実施をサポートするための政府から地方自治体への資金提供。
- 障壁因子：共通のデータ収集システムの使用
- 促進因子：それぞれの子どもの死亡例に関する情報を記録するためのテンプレートおよび全国データ収集システムが開発された。
- 障壁因子：死亡した子どもからのヒト組織が Human Tissue Act (ヒト組織法) に認可されていない施設において調査されることに関する懸念。この懸念は、チャイルド・デス・レビューのシステムに先立って実施されたヒト組織の除去、保管、および使用に関する大規模な公的調査に続いて生じた。
- 促進因子：政府ウェブサイト上での『Removal of Human Tissue from Deceased Children: Briefing Note』の公開。これにより、ヒト組織の除去、保管、および使用を規制する Human Tissue Act 2004 に従って、死亡原因または死亡に寄与した因子が不確定である場合に採取される調査サンプルは、到着し、死亡が確認された直後に採取すべきであること、さらにこの調査は HTA で認可された施設で実施されなければならないことが明確になった。

監視

- LSCB レベルまたは全国レベルで子どもの死亡に関するデータを収集するシステムは存在していなかったため、ゼロから作りださなければならなかった。データは継続的に LSCB から収集され、担当政府部署である教育省により年 1 回発表されている。
- 2007 年から 2010 年の期間、政府の監視は地方当局との公共サービス協定 (Public Service Agreements) の 1 つである「Preventable child deaths as recorded through child death review panel processes」を介して実施された。LSCB のための自己評価ツールキット「Monitoring the effectiveness of the child death review arrangements」(DCSF, 2009) は、LSCB が各自のチャイルド・デス・レビューのプロセスがどのように実施されているかを内部監視するために開発された。またこのツールキットは、これらのプロセスが効果的に機能しているように

するにはその他にどのようなことを行う必要があるか、そして必要となる可能性のある追加サポートがどのような性質のものであるかという情報を得るためにも使用できた。地方レベル、地域レベル、および全国レベルでチャイルド・デス・レビューのプロセスをサポートするために他に何をしなければならないかを検討するために、LSCBはこのツールキットを使用し、関連知見を各地域の官庁にいる担当者と共有することが奨励された。

評価・監視

子どもの死亡：データの公表

- LSCB が子どもの死亡データを収集するという政府が定めた要件は 2008 年 4 月 1 日に導入された。この要件は、LSCB の代わりにそれぞれの CDOP がレビューした子どもの死亡数、および修正可能な因子があったと評価された子どもの死亡数に関する情報を収集することが目的であった。
- 2010 年 3 月 31 日までは、CDOP に死亡例が予防可能であったのか、あるいは潜在的に予防可能であったのかを評価することを求めていたが、この 2 つのカテゴリーを区別することが困難であったため、ひとまとめにして「修正可能な因子：」と再定義した。したがって、2010 年 4 月 1 日以降は、LSCB にレビューを行う際に子どもの死亡において修正可能な因子があったかどうかを判断するように求めている。
- 政府が初めて公表した統計データは 2009 年 3 月 31 日に終了した年に関するものであった。最近では 2014 年 7 月 10 日に教育省が 2013 年 4 月 1 日から 2014 年 3 月 31 日の間に完了したレビューに関する統計データを発表している。これには、子どもの死亡例の特性、例えば子どもの年齢や性別、そして死亡原因などに関して LSCB が収集したデータが含まれている。
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/332619/SFR21_2014_revised.pdf
- この発表のための情報収集で使用されたデータ収集フォームおよび関連指針は以下のサイトで確認できる：<https://www.gov.uk/child-death-data-collection>

子どもの死亡：2014 年 7 月 10 日時点の重要な数字

- 2014 年 3 月 31 日に終了した年において、CDOP は 3,658 件のチャイルド・デス・レビューを完了した。これは、子どもの死亡例合計数の 82%に相当すると推定される。
- 完了したチャイルド・デス・レビューのうち、CDOP は修正可能な因子があったとして 823 件 (22%) を特定し、これは 2011 年 3 月 31 日に終了した年における 20%からわずかに増加していた。
- 外傷およびその他の外的要因（溺死や交通事故など）、故意に加えられた傷害、虐待またはネグレクトが原因の死亡例および原因不明の予期されなかった乳児の突然死の半数以上は修正可能な因子があると特定された。
- 3 月 31 日に終了した年におけるチャイルド・デス・レビューの 66%は 1 歳未満の子どもであった。この割合は、過去 3 年間で一定している。
- 有用性を最大限にするにはさらなる作業が必要である
- 収集されるデータが確実に関連性のあるものであるようにするために継続的にデータ項目を絞り込む
- 政府が重要な教訓を抽出して広め、国策開発の情報として使用できるようにするために、チャイルド・デス・レビューからの教訓を全国レベルで向上させるためのオプションを探索する
- Fraser ら (2014) は、その国際的レビューの中で以下のように述べている。「イギリスでは、チャイルド・デス・レビューの標準プロセスからの教訓はまだ大規模な政策イニシアチブには変換されていない。チャイルド・デス・レビューのプロセスから得られた

結果は、地方、地域、および国家レベルで数値化することができる。地方レベルでは、個々の子どもの死亡例に対して公式なプロセスで取り組むことにより診断能力が向上し、修正可能な因子をさらに特定することができるようになった。」

得られた教訓

- 国家レベルですべての子どもの死亡例をレビューすることは、将来における子どもの死亡を予防するにはどのような行動が必要なのかということに関して教訓を得るための非常に貴重な手段である。
- 新しいチャイルド・デス・レビューのプロセスの実施には、レビューの実施を義務付け、検視官や死亡登録担当機関などの多数の情報源から関連情報を収集できるようにする第1次立法による裏打ちが必要である。
- チャイルド・デス・レビューのプロセスの実施は、チャイルド・デス・レビューのプロセスおよびさまざまな時点における専門家や団体のそれぞれの役割および責任を定めた多機関連携ガイドラインや複合領域に関わるガイドライン、これらのガイドラインの実施をサポートする訓練リソース、親や養育者にプロセスを説明するためのリソース、およびすべての専門家や団体が各子どもの死亡例に関する情報を収集するのに使用し、地方、地域、および国家レベルでのデータ集約を容易にする共通のデータ収集ツール（できれば電子的ツール）により裏付けられるべきであり、集約データは地方、地域、および国家レベルで定期的に公表されるようにすべきである。
- プロセスが親や養育者を非難するためではなく子どもの死亡のレビューをサポートするものとなるように、プロセスの進捗を伝えるために子どもに先立たれた親や養育者を関与させる。
- 継続的な実施コストだけでなくプロセスの進展と実施をサポートするための資金提供。
- 一貫したガイドライン準拠のための継続的な訓練機会。
- 個々のケースをレビューし、例えば家族や環境、養育能力やサービスの提供などにおける因子の中で将来の子どもの死亡のリスクを低下させるために修正が可能な因子を特定する際、および将来の子どもの死亡リスクを低下させるために地方、地域、または国家レベルでどのような行動を取るべきかを検討する際には厳密に取り組む。
- 法的要件や政策要件に沿ったすべての子どもの死亡例のレビューを継続し、毎年子どもの死亡例のデータを解析して公表し、将来の子どもの死亡リスクを低下させるために特定した行動を実施することに、継続的に取り組む。
- 全国電子データ収集システムは、政府が機密個人情報を収集するためのシステムの構築にかかる費用を懸念したことから構築できなかった。

他の国へのアドバイス、移行可能性

重要なメッセージ：教訓が得られ、子どもの死亡が予防される効率的な全国チャイルド・デス・レビュー・システムを構築することは可能である。

しかしながら、チャイルド・デス・レビューのシステムの構築を実現するには政府と主な利害関係者の両方がその構築に力を注ぎ、全国的なシステムを開発し、完全な実施にかかる時間（5～10年）と持続的な資金提供が必要であることを認識しなければならない。理想的には、このプロセスは第1次立法により裏付けられるべきである。イギリスなどで使用されている開発プロセスは、他の国で全国的なチャイルド・デス・レビューのシステムを構築するために何が効果的で、何が必要になるのかを検討するための道しるべとなる。実施をサポートするために作成されたリソースについては再検討し、異なる状況において使用するために変更したり、プロジェクト計画を開発する際のチェックリストとして使用したりすることができる。

開発プロセスの各段階では、得られたものが目的に適合しており、学びのプロセスをサポートするものであることを確実にするために、親や養育者および彼らの擁護者を含めた重要な利害関係者すべてに相談することが欠かせない。チャイルド・デス・レビューのプロセスには多数のさまざまな人びとが関与し、その中には普段連携しない人たちもいるが、全員が開発段階において関与し、レビューのプロセスとプロセスにおける各自の役割や責任に満足しなければならない。

予備試験を実施し、そこから得られた知見を評価して、その後法律を再検討して、必要に応じて変更し、法定指針と実施計画を練り直すことが、実施成功のカギであった。

参考資料（法律、文献等）

- Children Act 2004. Website: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/31/contents>
- Children and Young Persons Act 2008.
Website: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/23/contents>
- The Coroners (Amendment) Rules 2008.
Website: http://www.legislation.gov.uk/uksi/2008/1652/pdfs/uksi_20081652_en.pdf
- Local Safeguarding Children Board Regulations (2006).
Website: <http://www.legislation.gov.uk/uksi/2006/90/contents/made>
- HM Government (2006) Working Together to Safeguard Children. London: The Department for Children, Schools and Families.
Website: https://www.aoc.co.uk/sites/default/files/Working_Together_to_Safeguard_Children.pdf
- HM Government (2010) Working Together to Safeguard Children. London: The Department for Children, Schools and Families.
Website: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publications/eorderingdownload/00305-2010dom-en-v3.pdf>
- HM Government (2015) Working Together to Safeguard Children. London: Department for Education. Website: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/419595/Working_Together_to_Safeguard_Children.pdf
- Cm 5730 (2003) The Victoria Climbié Inquiry. Report of an Inquiry by Lord Laming. London: The Stationery Office.
- Cm 5207 (2001) The report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995: learning from Bristol. London: The Stationery Office.
- Cm 5860 (2003) Every Child Matters. London: The Stationery Office.
- Templates for reporting child deaths.
Website: <https://www.gov.uk/government/publications/child-death-reviews-forms-for-reporting-child-deaths>
- Bunting, L. & Reid, C. (2005) Reviewing child deaths - learning from the American experience Child Abuse Review, 14, 82-96.
- CEMACH (2006) Child health enquiry: child death review: first interim report. London, CEMACH.
- Covington, T., Foster, V. & Rich, S. (2005) A Program Manual for Child Death Review, Okemos, Michigan, National Center for Child Death Review.
- Durfee, M., Durfee, D. T. & West, M. P. (2002) Child fatality review: an international movement. Child Abuse Negl, 26, 619-36.
- Durfee, M. J., Gellert, G. A. & Tilton-Durfee, D. (1992) Origins and clinical relevance of child death review teams. Jama, 267, 3172-5.
- Fleming, P., Blair, P., Bacon, C. & Berry, P. (2000) Sudden unexpected deaths in infancy. The CESDI SUDI studies 1993-1996, London, The Stationery Office.

- Fraser, J., Peter Sidebotham, P., Frederick, J., Teresa Covington, T. & Mitchell, E.A. (2014) Learning from child death review in the USA, England, Australia, and New Zealand. *The Lancet*, Volume 384, No. 9946, p894–903, 6 September 2014. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61089-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61089-2)
- Pearson, G. (ed) (2008) *Why Children Die: A Pilot Study 2006; England (North East, South West and West Midlands), Wales and Northern Ireland*. London, CEMACH.
- Sidebotham, P., Fox, J., Horwath, J., Powell, C. and Perwez, S. (2008) *Preventing Childhood Deaths – A study of ‘Early Starter’ Child Death Overview Panels in England*. London: The Department for Children, Schools and Families. Website: <http://dera.ioe.ac.uk/8601/1/DCSF-RR036.pdf>
- RCPATH & RCPCH (2004) *Sudden unexpected death in infancy: A multi- agency protocol for care and investigation*. London: Royal College of Pathologists, Royal College of Paediatrics and Child Health.
- The Department for Children, Schools and Families (2007) *Why Jason Died*. Website: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20090617172700/http://dcsf.gov.uk/everychildmatters/safeguardingandsocialcare/safeguardingchildren/childdeathreviewprocedures/whyjasondieddvd/familiarisationresource/dvd>
- The Department for Children, Schools and Families (2008) *Responding when a child dies*. Website: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20090617172700/http://dcsf.gov.uk/everychildmatters/safeguardingandsocialcare/safeguardingchildren/childdeathreviewprocedures/trainingmaterials/trainingmaterials/>
- The Department for Children, Schools and Families (2009) *Reviewing Child Deaths: Advanced training for rapid response teams*. Website: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100211083948/http://dcsf.gov.uk/everychildmatters/safeguardingandsocialcare/safeguardingchildren/childdeathreviewprocedures/advancedtrainingrapidresponse/rapidresponsetraining>

英国におけるチャイルド・デス・レビューの見直しの過程についての概説

NHS イングランド Lucy Ellis

英国では 2017 年に「子どもとソーシャルワーク」法が改訂され、子どもの死亡事例検証（Child Death Review、以下 CDR）制度自体が見直されている。今後の日本の CDR 制度、ガイドラインの策定に資するよう、2018 年 5 月に発行される CDR 法定ガイドラインの策定に関わった NHS イングランドの Lucy Ellis 氏にヒアリングした行だったので、以下にその内容をまとめた。

教育省から保健省への担当省の移行

Alan Wood Review によって、2016 年から 2017 年にかけての子どもの死亡は 8 割以上が医療的な原因であることがわかった。子どもの福祉としてというよりは保健省が担当する方が適切であると提言があった。また、子どもの死亡の多くが、生後 28 日以内に起きることもわかった。先天的なものや、早期死亡であった。結局、子どもの福祉というよりは、むしろ公衆衛生の分野にあたる。DV や喫煙といった、母親の健康が子どもにとって多大な影響になっている。

2017 年度以前の状況としては、2008 年に CDR ははじまったので 10 年近くなる。けれど、アラン・ウッド・レビューによれば、十分ではないと報告されている。それで、変更しなければならなくなった。教育省のウェブサイトには現行のプロセスが説明されている。

死亡検証の発展の背景

元々死亡検証が発展してきたのは、シップマン事件が契機となっている。シップマン事件とは、英国の開業医ハロルド・シップマンという人物が、1975 年から 98 年にかけてシップマンが見た患者が直前までに元気だったのに死亡するケースが頻発。司法解剖はされていなかった。2002 年に警察によって「シップマンによって少なくとも 215 人以上の患者が殺害された」と発表されている。この事件が契機となって、ただ GP（一般医師）が死亡届にサインするだけはいけないということになり、非届出死体に対するチェックの不徹底を改定するべく、2009 年コローナ法が改訂されることになった。

また、それとは別に、子どもの死亡に関心が寄せられた大きな理由の一つに、英国が他国とくらべて子どもの死亡率が高いということもある。バランスをとることが大事で、また難しい。大部分の死は何も間違ったことはなくて、ただ悲しい出来事である。95～99% のそうした出来事を経験した遺族をサポートすることと、隠された殺人がないかどうか正しく見極めるという両面を満たしていけないといけない。

医師会と CDR

イギリスでも英国医師会（British Medical Association,以下 BMA）はとても政治的に力を持っている。過去の CDR の制度では医師に対して、特に何かを強く求めているものではなかった。今回のガイドラインは医師に対して、これまでより多くのことを求めている。その背景として、政治的意思がある。“Learning from death”（死から学ぶ）政策というのがあり、これもまた大きな複数の事件から生まれたもので、その文書の中に、政府が「私たちはこれまで NHS が、起きてきた死から十分に学んでこなかったことを懸念している」と書かれている。政治的意思があり、国民も賛同するものなので、医師たちはあらゆることに対してノーとは言えない。

また、CDR 制度と RCPCH(Royal College of Paediatrics and Child Health)や RCPPath(Royal College of Pathologists)の関係性について尋ねたところ、医学会との連携について回答があった。まず、BMA は労働組合であり、医師らの代表組織でもある。それぞれの専門性に応じて、各医学会（小児科学会、GP 学会など）が下部に存在する。このガイドライン（英国 CDR 法定ガイドライン）によって最も影響を受けるのは、専門小児科医、救急医、それから地域の一般小児科医であるが、これらの関連する専門分野のグループからは、概ね支持が得られている。

複雑なのが、CDR 制度は保健省が責任を持っているものではあるが、NHS イングランドと保健省との関係性の問題で、NHS イングランドはデータベースの予算をつけて、ガイドラインの作成にも深く関わっている。しかし 2018 年 4 月から、CDR の政策責任が教育省から保健省に移行したら、保健省がリードし、NHS イングランドは一步ひく形になることが予想される。NHS イングランドは RCPCH と連携しながら、RCPCH と密接に関わっている主に 2 人の小児科医の手でガイドラインを作成してきた。今後も継続的に関係を築いていくということだけは明言していた。

医師たちとどのようにして合意に至ったのかという問いには、はじめにそのプロセスをサポートする予算があったこと、そして過去 10 年間かけて、そのプロセスがより確立されたものになってきたことをあげていた。

予算の確保

スタートアップは国が、後は地域が予算を確保する形で行われている。ゆえに担当者や、人々の優先順位によって、地域によってどうしても差が生まれている。CDR 制度がスタートした時、CDOP（Child Death Overview Panel、死因病態別のパネルレビュー）の設立のために補助金が各地に対して出された。国としては最初のスタートアップのところに対しては予算を割いたけれど、もうその補助金は現在存在しておらず、各地域は自分たちで予算を確保しないとイケない。過去 8 年に渡って、緊縮政策が続き、あらゆることに対して政府の財政は削減されてきたので、地方もそうした状況自体にはもう慣れてきている。ただ、今回の改革にあたって予算を確保することはなかなか難しいのが現状で

ある。そのため、国の予算が全くないことから各地域がリソースを十分に投入できずに、良い結果を出せないのではないかと懸念される。

予算執行に係る権限

2017年に法律が変わったので、権限をもっている人も変更された。以前は、地方自治体がCDR制度の予算に関して責務があった。現在は、地方自治体とNHSに共に責任があり、それぞれの組織内に、どのように予算立てするのかを決めて交渉するための責任者がいることになっている。

望ましいのは、ほとんどの地域で「現状こうして予算づけが出来ているので、続けていきますと言ってくれること」である。私たちは、それぞれの地域につき一人、responsible leadという役職の担当者を置き、その人が予算を練って、財務担当の人たちと交渉を行うように求めている。しかし多くの場所から、そこまで財務の部署が引っ張り出されるのは難しい、との声が上がっている。

多機関連携について

多機関連携は成功していると認識されているが、医療的な情報のインプットは不足している可能性がある。CDOPを設立した2008年には、国のデータベースが生まれ、そこにパネルからデータを入れ込んでいくものだと想定されていた。けれど、結局予算が足りなくて、データベースの委託までしか至っていない。CDOPという仕組みを持つには至ったけれど、過去を振り返ると、病院がそうしたプロセスに十分に関わることはなかった。NHSイングランドとしては、必ず病院に関わってもらうことを地域の会合では重要視している。例えば、新生児死亡においては、NICUで、関わってきた医師たちが最も情報を持っているので、必ず彼/彼女らに関わってもらえるようにする必要がある。

NHSイングランドが最初からデータベースを揃えて初めていたら、会合は一回で済むと思われるかもしれないけれど、元々すでに、子どもと乳幼児のパネルミーティング自体は存在しており、そこをさておくことは難しい。それに加えて、医療的関与の詳細を知ることと、多機関連携をはかることとのバランスをとらなければいけない。多機関連携という観点でみると成功してきたと考えているけれど、医療的なインプットが不十分であるという代償は払っているのかもしれない。

そこでバランスをとるためにも、医師らが地域レベルで集まり意見をまとめて、多機関連携の会合で報告をしてもらうようにしないかと呼びかけてきた。そうすることで、かなり詳細な医療的な情報も確保できるので、多機関連携のパネルでは、異なる観点から共有することができる。医師は医師で、臨床的に何が起きていたのか、臨床マーカーが何であったのかといったことに集中できるであろう。しかし、警察官は立場的にも「～という理由から、私には疑わしく思える」などと言うかもしれない。警察官やソーシャルワーカーは、虐待の要素についてより焦点を絞りパネルに参加するであろうが、両者の側面をバランスよく見ていく必要がある。データベースが構築され、長い時間ケースを積み重ねてい

くことができるならば、パターンが見えてくるであろうし、それを活かすことができるであろう。

CDR 会合と CDOP について

CDR 会合と、CDOP の違いは、CDR は直接関わった医療者が参加し、CDOP はもっと仕組みのレベルで影響力のある人、より上の立場の人たちに入ってもらいたいということ。例えば、地域の CDR 会合には助産師さんが入り「NICU と地域の病院のコミュニケーションの仕方に問題があった」といったとする。けれど、その助産師さんは変化を生み出すほど影響力を発揮することができない。しかし、CDOP では、看護部門のディレクターや、より上位の誰かがいて、そのケースで何が起きたかを読み解き、仕組みのレベルで、地域の病院と、NICU のコミュニケーションを改善していくことができる。CDR 会合は地域で、チームや病院にとって何が必要かを考えるためのものであり、一方で CDOP は仕組み全体として何が必要かを考えるためのものである。これについてはみんな理解していると思われるが、同じことを繰り返して議論するだけじゃないかと思っている人も中にはいる。

小児死亡対応指定医について

“Designated doctor for a child death”（小児死亡対応指定師）というのは、絶対ではないけれど、通常は小児科医である。特に、特別な資格を有しているということではないが、トレーニングコースが存在していて、Peter Sidebottom 先生がトレーニングコースを担っている。

保健師の参加

まず、英国には District Nurse（地域看護師）がいて、その人たちは、子どもや高齢者を担当する。Health Visitor（保健師）は出産後に巡回し、問題がないかどうかを確認する。もし亡くなった子どもやその家庭に関与していた場合、地域レベルの CDR 会合に参加してもらい、CDOP に情報を提出する責任がある。地域看護師か、保健師の誰かが、CDOP のパネルメンバーとして出席することもある。

市井の人の参与

英国では元来、医療関係の政策において、患者の声を聴くために、患者会代表や、家族会の代表をその場に招き入れるように積極的にしている。特定の団体によらず、専門家でない人をいれることで、公平な意見をもらうことができるため、市井の人が CDR 会合に参加することを明示している。もちろん、適切な人を見つけるのはとても難しい。時には、強く関わりたい意思をもっている、かつて子どもさんを亡くされた親御さんに入ってもらったこともある。ただ市井の人にサポートを行うのは難しい。トレーニングをしたり、他の時間でミーティングを確保したりすることは、なかなかできていない。市井の人

に限らず、パネルのメンバーたちも同様に、ミーティング以外の時には、サポートは十分に得られない状況である。多くの人が、CDOP パネル会合には誰か、スーパーヴァイズをする専門家がいると思っているであろうが、実際には、例えば警察官であればパネルに参加した後、ただ帰っていき、パネルで抱えた気持ちは個人でなんとか処理している。

守秘に関しては、ミーティングの冒頭で、守秘義務の紙をまわし、一筆サインをしてもらう。もし、子どものケアに関わっていた専門家たちが同じ部屋にいて利益相反があるという声が上がれば、利益相反についても話をする。それについてはまだ解決できていない。

データベースの構築について

NHS イングランドは本当につい最近、子どもの死亡に関するデータベースの構築を委託した。2年くらいかけて運用が始まる予定である。研究者からなるチームが形成され、小児科医と疫学者がリーダーシップを発揮している。これからの2年では、どんなデータセットを集めるかを決め、技術を確立し、パイロット実施を行い、機能的にデータを確実にアップロードできるようにする予定である。2020年の1月には運用可能にする予定で、データベースの運用は、ある大学のチームと契約を結んでいるところであるが、大学名は現時点では未発表である。

また、HQUIP(Healthcare Quality Improvement Partnership)とも連携する予定である。HQUIPは私達の医療的な監査を行う組織で、例えば、医療行為の成果についてのデータを集めている研究チームも存在している。それぞれの組織と、プロジェクトごとに異なる契約が締結されている。

遺族のサポート

遺族のサポートについては、実際の遺族に意見を聞いてみたところ、「CDRのプロセスや会合について理解することができない」とのことであったので、遺族がこのようなことを尋ねやすくする為に、担当のワーカーを置く必要があることを、ガイダンスの中に組み入れた。ただ、資金面が難しい。大きい病院であればグリーンケアのチームがあるけれど、地域の小さな病院では十分な支援がない場合もある。

文化的、宗教的配慮

その他、補足として、文化的、宗教的配慮についての言及があった。今回の改訂で、ガイダンスに一つ重要な追記することがあるという。それはユダヤ教とイスラム教の家族らに対する文化的な課題についてで、彼らの文化では亡くなったらすぐに埋葬することになっていることに対する配慮である。コロナが検死が必要と判断する場合にはほとんど問題は生じないが、コロナも24時間体制で働いているわけではないので、もし子どもが週末に亡くなった場合で、医師が検死が必要だろうと思っても、家族は早く埋葬したいと思ってしまう。医師が「子どもを連れていくことはできません」といっても、家族は

「あなたはコロナーではない」と言って、いざこざが生じかねない。イギリス人の場合には待つことを気にすることはないため、ほとんどこうした問題はない。

以 上

(インタビュアー：尾角光美)

