

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）
突然の説明困難な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
（主任研究者 溝口 史剛）

分担研究 地域における CDR の連携構築に関する研究

「乳幼児の予期せぬ突然死における法医学-臨床医学連携のあり方に関する
アンケート調査 ～将来的な臨床医学 - 法医学連携の在り方について～」

分担研究者 溝口史剛 前橋赤十字病院小児科

現状の法制下では、司法解剖に至った事例の臨床医と法医学者との情報共有には大きな壁があると言わざるを得ないが、守秘義務を有している医療者同士で取り決めをかわし、情報共有を積極的に行っている地域は存在している。

諸外国においては、チャイルド・デス・レビュー（CDR）という枠組みを整備し、情報共有と後方視的検証の場を担保しており、一部の国ではさらに臨床医と法医学者のみならず、行政・司法とが多機関連携体制を構築した上で、前方視的な検証を行う体制を法的にも整備している。

本分担研究では、平成 28 年度に 臨床医と法医学者との情報共有の可能性について、それぞれアンケート調査を行った。平成 29 年には、英国の CDR のガイダンスの出版を受け翻訳作業を進めるとともに、その策定に関わった、Lucy Ellis 氏へのヒアリング調査を行うとともに、本邦における CDR 実施上の論点を整理し、研究班・小児科学会委員会としてのモデル素案を作成した。

の結果、臨床医・法医ともに 9 割近くの医療者が現状での臨床医-法医の連携体制は不十分と回答しており、臨床医-法医連携を促進させる協議体の設置については、具体的な検討が可能としたのは臨床医の 23%、法医の 15%程度で、臨床医・法医ともにおよそ 6 割近くは法制化がないと困難との見通しを示していた。

の結果、英国の CDR の実情をより深く理解ができ、 の論点整理をより現実的な形で行い、モデル素案を作成することが出来た。

これらの結果を受け、平成 30 年度には H29 年度に作成したモデルをより簡素な形で効果的にまとめ、準備読本をまとめ上げることが出来た。本分担研究では、準備読本の導入部および「第一部：CDR の概要を理解する」の分担執筆を行うとともに、全体の監修を行った。準備読本の導入部および「第一部：CDR の概要を理解する」の分担執筆を行うとともに、全体の監修を行った。

A . 研究目的

現状の法制下では、司法解剖に至った事例の臨床医と法医学者との情報共有には大きな壁があると言わざるを得ないが、守秘義務を有している医療者同士で取り決めをかわし、情報共有を積極的に行っている地域は存在している。

諸外国においては、チャイルド・デス・レビュー（CDR）という枠組みを整備し、情報共有と後方視的検証の場を担保しており、一部の国ではさらに臨床医と法医学者のみならず、行政・司法とが多機関連携体制を構築した上で、前方視的な検証を行う体制を法的にも整備している。

本分担研究では、平成 28 年度に 臨床医と法医学者との情報共有の可能性について、それぞれアンケート調査を行った。平成 29 年には、 英国の CDR のガイダンスの出版を受け翻訳作業を進めるとともに、その策定に関わった、Lucy Ellis 氏へのヒアリング調査を行うとともに、本邦における CDR 実施上の論点を整理し、研究班・小児科学会委員会としてのモデル素案を作成した。

これらの結果を受け、平成 30 年度には、準備読本の導入部および「第一部:CDR の概要を理解する」の分担執筆を行うとともに、全体の監修を行った。準備読本の導入部および「第一部：CDR の概要を理解する」の分担執筆を行うとともに、全体の監修を行った。

B . 研究方法、C 結果、D 考察につき、1,2 のそれぞれにつき記載する

1- B . 研究方法

全国の小児科 3 次医療機関 110 か所（小児病院 29 か所 + 大学病院 81 か所）、および法医学教室 92 か所を対象に、郵送法によるアンケート調査を行った。

設問は別途添付した通り、まず英国王立小児科・小児保健学会（RCPCH：Royal College of Paediatrics and Child Health）の策定した、「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」内に示されているプロトコールを引用し、そのうえで本邦の臨床医学 - 法医学連携の現状の認識につき確認し、「現行以上に臨床医と法医学者が積極的に連携を行うべき」と回答した施設に、上記プロトコールの 5 つの段階（ 事例発生の初動時に関連機関で対応協議を行うこと（警察が剖検の必要性を判断する際に、医学的観点を生かすために臨床医が積極的に協力すること）、マクロ剖検前に法医学者と臨床医が連携・情報共有し、剖検時に特に確認すべき事項を明確化すること、剖検後に死因につき法医学者と臨床医が議論すること、ミクロ剖検が判明したタイミングで、再度多機関が死因につき議論すること、死亡直後から慎重なグリーフケアを開始すること）に分け、それぞれの施設が強化すべきと考える点を 3 つまで挙げてもらった。

次に、RCPCH プロトコールを一例とした地域包括的な死因究明体制の構築に向けた何らかの協議体を設置することが、各施設の属する地域で可能であるのか否かにつき、既にそのような協議体を設置している、もしくは準備中である、

貴施設名

連絡先(☎ or ✉)

回答の担当者名

所属・役職

2. 将来的な臨床医学 - 法医学連携の在り方について

別紙の表は、英国王立小児科小児保健学会(RCPCH: Royal College of Paediatrics and Child Health)の策定した、「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」に示されているプロトコールの引用になります。

このようなプロトコールが本邦に適合しうるかはさておき、事例発生の初動時に関連機関で対応協議を行うこと(警察が剖検の必要性を判断する際に、医学的観点を生かすために臨床医が積極的に協力すること)、マクロ剖検前に法医学者と臨床医が連携・情報共有し、剖検時に特に確認すべき事項を明確化すること、剖検後に死因につき法医学者と臨床医が議論すること、ミクロ剖検時のタイミングで再度多機関が死因につき議論すること、そして死亡直後から慎重なグリーフケアを開始すること、には死因の究明や死亡児の権利擁護上、大きな利点があると思われま

2 - 1: 臨床医学 - 法医学連携の現状つき、貴施設の考えに近いものを選択して下さい。

現行の対応で十分である

現行以上に、臨床医と法医学者は積極的に連携を行うべきである。

↓
現行以上に連携を強化すべきと考える点のうち、優先順位の高いものに最大3つまで○を付けてください

死亡発生から検案が終了し、剖検決定するまで

剖検決定から剖検開始まで(剖検前カンファ)

マクロ剖検実施後の結果を受けた死因暫定診断と、その結果の遺族への説明時

ミクロ解剖実施後の結果を受けた死因最終診断と、その結果の遺族への説明時

遺族へのグリーフケア

その他(具体的に: _____)

2 - 2: RCPCH プロトコールを一例とした地域包括的な死因究明体制の構築には、三次医療圏の単位で死亡事例対応体制の向上を主目的とした、地域の実情に合わせた枠組みを協議する何らかの組織(ここでは委員会と呼称)が不可欠といえます。

貴施設の属する三次医療圏において、このような委員会の設置は可能でしょうか? 該当項目に○を付けてください。

既にそのような委員会を設置している、もしくは準備中である

現段階でそのような委員会の設置を具体的に検討可能である

学会などの学術団体が事業化提案した場合には、委員会設置に向けた協議を行うことは可能

行政が事業化提案した場合には、委員会設置に向けた協議を行うことは可能

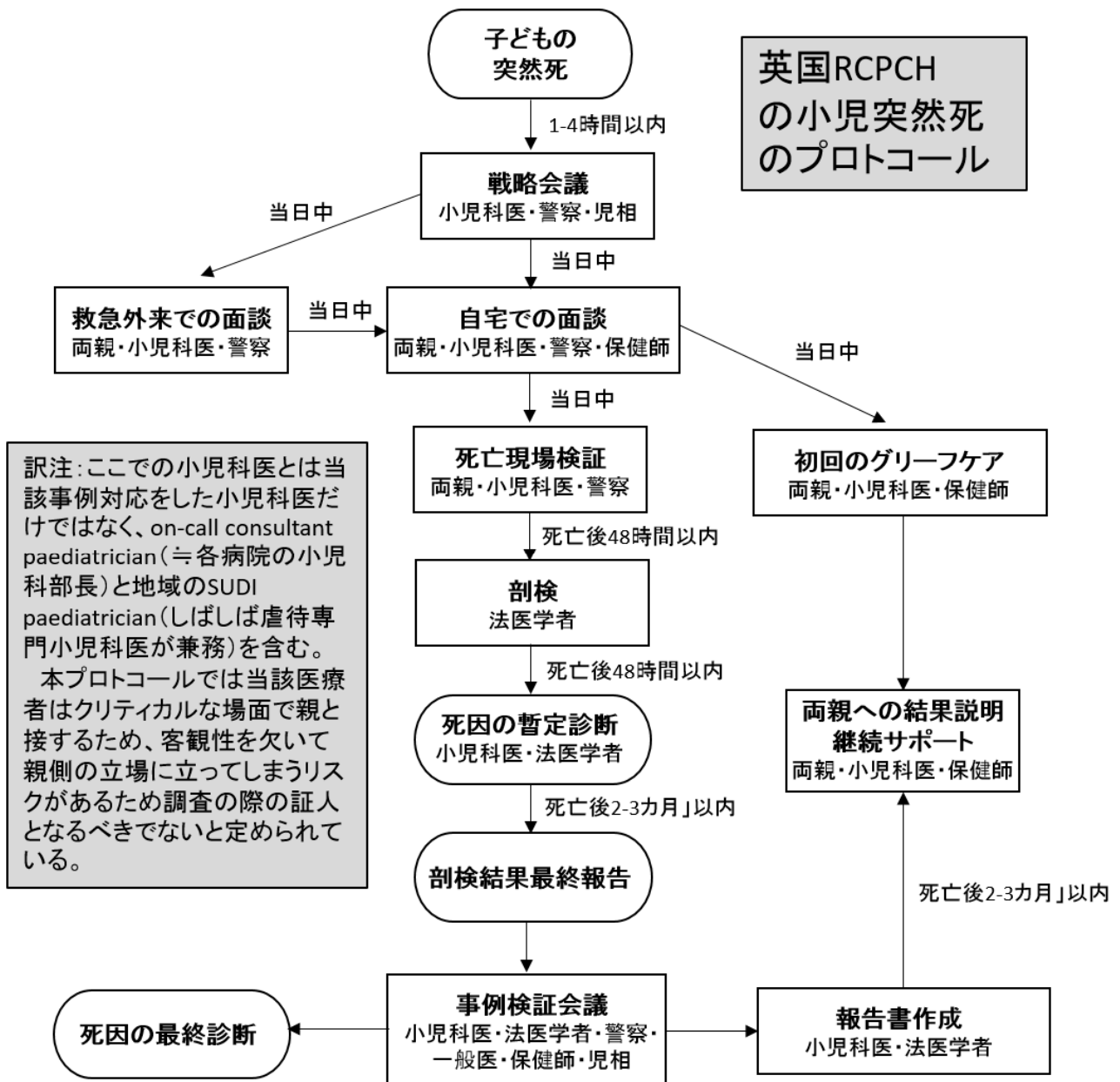
委員会設置に向けた協議は困難である

委員会設置に向けた協議が困難な場合、その理由につきご回答ください(複数選択可能)

- a. 法的整備されないと困難
- b. 財政的な基盤がないと実施困難
- c. 人的余裕がない
- d. 専門的人材の確保困難
- e. 複数施設をまたいだシステム構築は困難
- f. 実施は医療機関を混乱させることとなる
- g. 他機関の協力を得ることが困難
- h. 効果に疑問
- i. その他(具体的に: _____)

表1: 送付した設問紙(1/2)

別紙：英国王立小児科小児保健学会（RCPCH：Royal College of Paediatrics and Child Health）の策定した、「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」における対応プロトコール
 （www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/page/SUDI_report_for_web.pdf）



質問は以上になります。ご協力誠にありがとうございました

表1：送付した設問紙（2/2）

現段階でそのような協議体の設置を具体的に検討可能である、学会などの学術団体が事業化提案した場合には、協議体設置に向けた協議を行うことは可能、行政が事業化提案した場合には、協議体設置に向けた協議を行うことは可能、協議体設置に向けた協議は困難である、の5つに分けて回答を求めた。

そのうえでそのような協議体の設置が困難な場合の理由につき、

- a. 法的整備されないと困難
- b. 財政的な基盤がないと実施困難
- c. 人的余裕がない
- d. 専門的人材の確保困難
- e. 複数施設を跨いだシステム構築は困難
- f. 実施は医療機関を混乱させる事となる
- g. 他機関の協力を得ることが困難
- h. 効果に疑問
- i. その他

に分けて複数選択での回答を求めた。

(倫理面への配慮)

アンケートは特に、個人情報を取り扱っていない。報告する際に、回答した施設を秘匿化した上で取り扱いがなされる旨、アンケートに明記した。

1-C . 研究結果

アンケートを送付した施設のうち、臨床医からの回答率は42.7% (小児病院：4/29 か所[13.8%]、大学病院：43/81 か所[53.1%]) であり、法医学教室からの回答率は27.2% (25/92 か所) であった。

小児病院からの回答率が低率にとどま

っており、以降のアンケート結果は小児病院を分けて検討することは困難であり、以降、「臨床医」「法医学」の2つに分けて提示する。

1-1 . 臨床医学 - 法医学連携の現状認識

* 臨床医

現行で十分：12.8% (6 施設)

現行以上に連携すべき：87.2% (41 施設)

* 法医

現行で十分：8.0% (2 施設)

現行以上に連携すべき：88.0% (22 施設)

無回答：4.0%(1 施設)

1-2 . 現行以上に連携を強化すべきと考える点

死亡発生から検案が終了し、剖検決定するまで

* 臨床医：46.8% (22 施設)

* 法医：48.0% (12 施設)

剖検決定から剖検開始まで (剖検前カンファ)

* 臨床医：59.6% (28 施設)

* 法医：36.0% (9 施設)

マク口剖検実施後の結果を受けた死因暫定診断と、その結果の遺族への説明時

* 臨床医：57.4% (27 施設)

* 法医：24.0% (6 施設)

ミク口解剖実施後の結果を受けた死因最終診断と、その結果の遺族への説明時

* 臨床医：57.4% (27 施設)

* 法医：68.0% (17 施設)

遺族へのグリーフケア

* 臨床医：23.4% (11 施設)

* 法医：28.0% (7 施設)

その他

* 臨床医：2.1% (1 施設)

* 法医：20.0% (5 施設)

という結果であった。

その他の意見としては、代謝疾患スクリーニングや致死性遺伝子疾患のスクリーニング体制の確立などが挙げられていた

2-1. 地域の臨床医学 - 法医学連携を進めるための、協議体設置の可能性について

設置済みか準備中

* 臨床医：9.8% (5 施設)

* 法医：8.0% (2 施設)

新規に具体的検討可能

* 臨床医：7.8% (4 施設)

* 法医：20.0% (5 施設)

学会事業提案があれば可能

* 臨床医：23.5% (12 施設)

* 法医：16.0% (4 施設)

行政事業提案があれば可能

* 臨床医：52.9% (27 施設)

* 法医：44.0% (11 施設)

設置は困難

* 臨床医：5.9% (3 施設)

* 法医：12.0% (3 施設)

との結果であった。

注： の両者を選択した施設が、臨床医で4施設、法医で1施設あったため、合計施設数は回答施設数より多い状態となっている。

割合(%)はそれぞれ臨床医47施設+4、法医24施設(1施設無回答)+1を分母として計算した

2.2 協議体の設置が困難な場合の理由

臨床医側で回答した施設は10施設
法医側で回答した施設は8施設で、これを分母として割合(%)を計算した

a. 法的整備されないと困難

* 臨床医：60% (6 施設)

* 法医：62.5% (5 施設)

b. 財政的な基盤がないと実施困難

* 臨床医：80% (8 施設)

* 法医：62.5% (5 施設)

c. 人的余裕がない

* 臨床医：90% (9 施設)

* 法医：50.0% (4 施設)

d. 専門的人材の確保困難

* 臨床医：90% (9 施設)

* 法医：50.0% (4 施設)

e. 複数施設を跨いだシステム構築は困難

* 臨床医：0% (0 施設)

* 法医：12.5% (1 施設)

f. 実施は医療機関を混乱させる事とな

る

* 臨床医：0%（0 施設）

* 法医：12.5%（1 施設）

g. 他機関の協力を得ることが困難

* 臨床医：10%（1 施設）

* 法医：12.5%（1 施設）

h. 効果に疑問

* 臨床医：10%（1 施設）

* 法医：12.5%（1 施設）

i . その他

* 臨床医：30%（3 施設）

* 法医：37.5%（3 施設）

との結果であった。

D . 考察

今回のアンケートの回答率は、臨床医からは 42.7%、法医学教室からは 27.2%であった。特に小児病院からのアンケート回収率は低く、13.8%にとどまっていた。この理由としては、小児病院では構造的にどの部署が回答すべきか明確化することが困難であったなどの理由が考えられるが、実際の理由は不明である。同様の注意点としては、臨床医側の回答はあくまで回答した医師の意見と捉えるべきであり、組織のコンセンサスに基づいた回答ではないという理解が必要である。そのような意味では、法医学者側の意見は、それぞれの教室員の構成人数を考慮した場合、それぞれの地域の方針・考え方をより反映している可能性が高いということが出来よう。

さてまず設問 1 の臨床医学 - 法医学連携の現状認識では、臨床医、法医ともに現行での連携体制が不十分であるとの認識

を、9 割近くの施設が示していた。

続く、改善すべきプロセスの優先順位に関する設問では、

死亡認知から剖検の決定まで

剖検決定から開始まで（剖検前カンファ）

マクロ剖検後の暫定診断・遺族説明

ミクロ剖検判明後の、最終診断・遺族説明

死亡直後からの一貫したグリーフケアのうち、

臨床医の優先順位は

法医の優先順位は

という順番であった。

臨床医側は剖検の入り口部分での情報共有と協議を望んでおり、法医学側は剖検の出口の部分での情報共有と協議を望んでいるという、ある意味で対極的な回答であったといえる。このことは臨床医と法医学者の守備範囲が異なることを反映した結果であると考察できる、入り口でも出口でも臨床医 - 法医が連携を行うシステムを確立することでお互いの専門性を最大限生かすことに繋がるということが出来る。一方で守備範囲が異なるゆえに、臨床医 - 法医連携体制のニーズが高まりがたく、連携体制の構築に関しての共同研究を行い、大きなメリットがあるということを示さないかぎり、現状の変更はなかなか困難であるともいえる。

また今回のアンケートでは、「優先順位をつけるとしたら」という前提条件を付けていたために、グリーフケアに関しては臨床医・法医ともに優先順位が低い結果となった。グリーフケアの必要性に関

しては論を待たず、ヘルスケアを専門としない立場の医療者が子どもの死亡に直面化した際のファーストエイドのガイドライン化などを図り、広く適切な対応体制を構築しない限り、対応が後手に回ってしまう可能性が危惧された。

また「地域の臨床医 - 法医連携を進めるための、協議体設置の可能性」についての現状認識は、「不十分」であると認識している連携体制の改善のためにアクションを起こす意志を反映したものと見える。

設置済みか準備中

新規に具体的検討可能

と回答した施設は積極的に現状を改善する意思があるということが出来、このように回答した施設は、
臨床医：17.6%、法医：28.0% 存在していた。

また

学会事業提案があれば可能

と回答した施設も、きっかけがあれば対応する意思があるということが出来るが、このように回答した施設は、
臨床医：23.5%、法医：15.5% で、あわせて、
臨床医の 41.2%、法医の 44.0%
が、法制化を待たずに連携体制の構築を行おうと認識していることを示しているといえる。

一方で、

行政事業提案があれば可能

と回答した施設は、（行政が自発的に事業提案することは現実的に考えがたく）法

制化がなされない限り、現状では対応の優先度が低いという意味を反映したものと考察することができ、

設置困難

の回答と合わせ、法整備がない限り現状の変更は難しいとの認識をしめした施設は
臨床医の 58.8%、法医の 56.0%存在していた。

すなわち、臨床医・法医ともに約 4 割が法制化を待たずに、何らかの連携体制の構築は可能と考えており、一方で約 6 割が法制化がないと現状を変えたいと認識していると言える。この比率はチャイルドレスレビューの社会実装を目指す当研究班にとって極めてリアルな数字と受け止めている。

普遍的な問題であり全ての医療者が関与するこの問題を解決するためには、後者の啓発も重要であるが、前者を巻き込んで法制化を待たずにシステム整備を推進していくことこそが重要である。実際にシステムのないところからの立ち上げには膨大なエネルギーを要するため、地域でリーダーシップを発揮する医療者は不可欠である。

都道府県別にみると、臨床医・法医の両者が と回答した、「フルマッチング」の都道府県は、残念ながら 0 であった。臨床医か法医のどちらかが と回答し、もう一方が と回答した都道府県も 4 か所にとどまっていた。

しかし臨床医か法医のどちらかが

と回答した施設のある都道府県は 22 存在していた。

今後は小児科学会の子どもの死亡登録検証委員会の委員の属する地域と合わ

せ、地域で積極的な調整役を担いチャイルドレスレビューの取組を推進する意思のある医療者との連携を作っていくことが重要で、法制化を待たずにアクションを起こす地域が増えることが、法制化の後押しに繋がるのだと考えている。

臨床医 - 法医連携を促進するための何らかの協議体の設置が困難な理由につき回答していただいた施設は、臨床医側で10施設、法医側で8施設にとどまったが、これらの回答は臨床医側2施設、法医側1施設を除き、全例が「消極的」と回答した「消極的」な施設からであった。

その回答として多かったのは、臨床医側では

- c. 人的余裕がない
- d. 専門的人材の確保困難
- b. 財政的な基盤がないと実施困難
- a. 法的整備されないと困難
- i その他

の順であり、

法医側では

- a. 法的整備されないと困難、
- b. 財政的な基盤がないと実施困難、
- c. 人的余裕がない
- d. 専門的人材の確保困難

の順で、

- e. 複数施設を跨いだシステム構築は困難
- f. 実施は医療機関を混乱させる事となる
- g. 他機関の協力を得ることが困難
- h. 効果に疑問

を理由に挙げた施設はほとんど存在していなかった。

逆に言えば、abcdの体制が担保されれば、医療としてCDRの実施を拒否する理由はなく、施策として一気に進む可能性もあるといえる。

結語

三次医療機関の臨床医、法医に臨床医 - 法医の連携体制の在り方や、実際の協議体の設置の可能性につき、アンケート調査を行った。臨床医・法医ともに9割近くの医療者が現状では不十分と回答しており、臨床医側はマクロ剖検前に・法医側はミクロ剖検後に、それぞれ臨床医 - 法医の合同のカンファレンスを望んでいる傾向にあった。

ただ実際の協議体の設置については、具体的な検討が可能としたのは臨床医の23%、法医の15%程度で、臨床医・法医ともにおよそ6割は法制化がないと困難との見通しを示していた。ただ法制化がなされても医療機関にCDRを実施する基盤がない限り実施は不可能である。将来的な法制化を見据えた、医療機関での基盤づくりをするうえで4割近くが法制化前に動くことも可能と回答していることは、CDRの社会実装を目指す本研究班として、決して悲観すべき数字ではない。

米国ではミズーリー州のCDRの報告が、英国では「Why children die」(CDRの国家的パイロットスタディー)の報告が、それぞれ起爆剤となりCDRの制度が進んだ。日本小児科学会で実施したCDRのパイロットスタディーでも、これらの報告と驚くほど類似した結果が示されている。

米国ではミズーリー州の報告後、5年で90%の州がCDR体制を整備した。英国では「Why children die」の報告後、わずか3年で法整備が進んだ。本邦でのパイロッ

トスタディーの公表は 2016 年であったが、本邦ではどの程度の時間で法制化までにたどり着けるのか？

臨床医・法医だけではなく、すべての国民が「子どもの死をどう受け止めどう対応するのか」の真価がいま問われているのだと考えている。

1-参考文献

- ・ 溝口史剛、河野嘉文、吉川哲史ら . 日本小児科学会子どもの小児死亡登録・検証委員会 委員会報告. 「パイロット 4 地域における、2011 年の小児死亡登録検証報告」. 日本小児科学会雑誌 120 巻 3 号 2016(in press)
- ・ Ewigman 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
- ・ Why children die: A pilot study 2006 .
<http://www.publichealth.hscni.net/publications/why-children-die-pilot-study-2006> よりダウンロード (2017 年 3 月 31 日アクセス)

2-B . 研究方法

研究協力者により、英国 CDR 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。

2-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。

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ということも懸念された。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因っ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り、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開催し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依って改正され、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、専門的実務、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

領域が迅速に応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わかること
- **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際に使用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ぬ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。

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かないといけない。

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依拠して、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とも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ということが懸念される。

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、過去を振りかえると、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おうということ。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ることで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。

2-参考資料（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://dc.sf.gov.uk/everychildmatters/safeguardingandsocialcare/safeguardingchildren/childdeathreviewprocedures/whyjasondieddvdfamiliarisationresource/dvd>
 - The Department for Children, Schools and Families (2008) *Responding when a child dies*. Website: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20090617172700/http://dc.sf.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://dc.sf.gov.uk/everychildmatters/safeguardingandsocialcare/safeguardingchildren/childdeathreviewprocedures/advancedtrainingrapidresponse/rapidresponsetraining>

2-D. 考察および 2-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。同成果物は、HP 上に掲示している。

3-B . 研究方法

あるべき CDR 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。

3-C . 研究結果、ならびに 3-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
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）
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。一方で死因究明がある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）」との解釈で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け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け出の責務を課すことは最も理にかなっている。しかし届け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、現状ほとんどなしえていない臨床医・法医学者の剖検前カンファラ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・コロナー・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、何ををもって必要が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もって必要が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穏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に立ち戻る。

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を要する。

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すると、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さらではなく、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うるほど多くなく、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2016年のパイロット研究に基づく、下表の通りである。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が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の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アージとを行うことが、効率の観点から必要となる。

全小児死亡に占める割合		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)	詳細検討事例に占める割合
外因死 (20%)	1: 虐待/ネグレクト	2.3%(100%)	3.7%(100%)	2人(同)	外因死 (58%)
		可能性があるとされた事例: 7.3%		5人(同)	
	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

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ではあるが、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おもえ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/年と決して少なく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に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つて、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年厚生労働省令第63号」「平成29年厚生労働省令第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法となるが、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パッシ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 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、見事とっていいほど、その見解は分かれていた。



- 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、頻繁に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 の関係について言及しておく。医療過誤の可能性の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り、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つて、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、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 割程度の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、社会的ハイスクナ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 1 1 . 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ろう。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然としない事例や、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 の形で上位組織に通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・銃だなりリ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
を排したうえで、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園こそ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。

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