

No. 1275 (2024. 4.18)

チャイルド・デス・レビュー導入の課題

はじめに

I 日本における CDR の現状

- 1 既存の死亡報告・検証制度
- 2 CDR の実施に向けた動き
- 3 モデル事業の実施

II CDR 制度化の課題

- 1 情報収集の課題
- 2 解剖に関連する課題

III 諸外国における CDR 制度

- 1 アメリカ
- 2 イングランド

おわりに

キーワード：チャイルド・デス・レビュー、CDR、予防のための子どもの死亡検証、児童虐待、自殺、死亡事故

- 不慮の事故や自殺、虐待による子どもの死亡を減らすため、死亡事例から将来の予防策を導き出す「チャイルド・デス・レビュー（CDR）」制度の導入が検討されている。令和2年度には、モデル事業も開始された。
- モデル事業に参加した自治体及び専門家は、個人情報保護法や刑事訴訟法との関連により、検証に必要な情報収集が困難である等の問題を指摘している。また、死因の正確な検証のためには、解剖の量及び質の向上が求められる。
- 諸外国の CDR の事例として、死因究明の専門家及び法医学の専門家が CDR の中心的役割を担う、アメリカ及びイングランドの制度を紹介する。

国立国会図書館 調査及び立法考査局

社会労働課 牧野 千春

第 1 2 7 5 号

はじめに

日本で1年間に亡くなる子どもの数はここ数年約4,000人で推移しており、直近の統計によれば、令和4(2022)年に亡くなった子どもは3,849人である¹。同年の0歳から19歳までの者の死亡数を年齢別及び死因順位別に見ていくと、いずれの年代においても、不慮の事故が死因の3位以内に含まれる。また、「10歳から14歳まで」及び「15歳から19歳まで」の死因の第1位は自殺となっている²。

子どもの不慮の事故による死亡や自殺が報じられるたびに、死に至る事態は防げたのではないかと声が上がります。こうした状況を改善するため、諸外国で行われているチャイルド・デス・レビュー(Child Death Review. 予防のための子どもの死亡検証。以下「CDR」という。)³を導入する動きがある。特定の個人や関係機関の責任追及を行うためではなく、将来の子どもの予防可能な死を減らすために検証を行う⁴点で、警察の捜査等とは目的を異にする。

本稿は、日本におけるCDRの制度化に向けた取組及び課題、アメリカ及びイングランドのCDR制度を概説し、今後の議論の一助となることを目的とする。

I 日本におけるCDRの現状

1 既存の死亡報告・検証制度

日本国内の子どもの死亡を報告又は検証する制度は複数現存するが、複数の機関が横断的に死亡を検証する制度は存在しない。虐待死が疑われる事案⁵や保育所内での事故⁶はこども家庭庁、学校管理下での事故⁷は文部科学省、製造物責任が問われる事案は消費者庁⁸と縦割りで実

* 本稿におけるインターネット情報の最終アクセス日は、令和6(2024)年3月22日である。

¹ 人口動態統計によれば、平成30(2018)年から令和4(2022)年までにおける0歳から19歳までの者の死亡数は、4,362人、4,301人、3,973人、3,858人、3,849人と推移している。「上巻 死亡 第5.15表 死因(死因年次推移分類)別にみた性・年齢(5歳階級)・年次別死亡数及び死亡率(人口10万対)」『令和4年人口動態統計』e-Statウェブサイト <<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?tclass=000001041646&cycle=7&year=20220>>

² 「上巻 死亡 第5.17表 死因順位別にみた性・年齢(5歳階級)別死亡数・死亡率(人口10万対)及び割合」『令和4年人口動態統計』e-Statウェブサイト <<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?tclass=000001041646&cycle=7&year=20220>>

³ 厚生労働省は、I3で後述するモデル事業において、CDRを「子ども(18歳未満の者に限る)の死亡に関する効果的な予防策を導き出すことを目的に、複数の関係機関・専門家(医療機関、警察、消防、その他の関係者)が、死亡した子どもの既往歴、家族背景、当該死亡に至った直接の原因等に関する情報を基に行う当該死亡に関する検証」と定義している。厚生労働省子ども家庭局母子保健課「都道府県Child Death Reviewモデル事業の手引き(第2版)」2021.3, p.1. こども家庭庁ウェブサイト <<https://cdr.cfa.go.jp/pdf/guidance.pdf>>

⁴ 大久保真紀「記者解説 子どもを命を守るため」『朝日新聞』2022.9.5.

⁵ こども家庭審議会児童虐待防止対策部会が死亡事例の検証等を行っている。「こども虐待による死亡事例等の検証結果等について」こども家庭庁ウェブサイト <https://www.cfa.go.jp/councils/shingikai/gyakutai_boushi/hogojirei/>

⁶ 「教育・保育施設等における事故報告集計」こども家庭庁ウェブサイト <<https://www.cfa.go.jp/policies/child-safety/effort/shukei/>>

⁷ 文部科学省は、平成28(2016)年に「学校事故対応に関する指針」の公表についてを発出し、学校で死亡事故等の重大事故が発生した場合、学校に調査を実施するよう求めている。「学校事故対応に関する指針について」文部科学省ウェブサイト <https://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/anzen/1419593.htm> また、「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」を実施し、その中で自殺といじめとの関連検証を行っている。「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」文部科学省ウェブサイト <https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1302902.htm>

⁸ 消費者庁は、「消費者事故等の原因調査」等を実施している。「申出制度」消費者庁ウェブサイト <<https://www.caa.go.jp/policies/council/csic/application/>>

施されている。これらの検証から得られる情報には限りがあり、具体的な予防策につながらないことが問題となっている⁹。また、検証の範囲も極めて限定的であると指摘されている¹⁰。

2 CDRの実施に向けた動き

(1) 医療者による研究事業と提言

日本において、CDR 制度化に向けて精力的に動いてきたのは小児科医を中心とした医療者である。医療者たちは、子どもの死亡事例の情報源が死亡診断書等を基に作成される死亡小票に限られている上、そこから得られるデータには限界があることを課題と認識していた¹¹。また、虐待死が疑われる事例や、事故による死亡事例が検証されないことを問題視していた¹²。

そこで、日本小児科学会は平成 23 (2011) 年に「子どもの死亡登録・検証委員会」¹³を発足させ、翌年には、小児科医を中心に死亡した子どもの情報を集約するシステムを構築し、将来の CDR の実現に寄与すること等を提言した¹⁴。さらに、同委員会は、国内 4 地域（東京、群馬、京都、北九州）の平成 23 (2011) 年における子どもの死亡事例を対象にパイロットスタディを実施し、各事例の予防可能性等について検証を実施し、予防可能性が中等度以上であったのは、登録された全事例（368 例）のうち 27.4%（101 例）との結果が示された¹⁵。

(2) 行政による研究事業・検討の実施

平成 22 (2010) 年度、厚生労働科学研究費（厚労科研費）補助金による研究事業として初めて、CDR をテーマにした『我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究』が採択

⁹ 子どもの傷害予防のための調査や研究、啓発を行う NPO 法人「Safe Kids Japan」の理事長である山中龍宏氏は、地方自治体を取りまとめた「教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証」に関する報告書の内容を例に、警察や医療機関から情報が得られないため、死因や死亡した経緯が明確にできず、具体的な予防策を立てられないという現在の検証制度の問題点を指摘している。フロントラインプレス取材班編著『チャイルド・デス・レビュー—子どもの命を守る「死亡検証」実現に挑む—』旬報社、2022、pp.100-103。

¹⁰ 例えば、前掲注(7)の「学校事故対応に関する指針」には強制力がないため、学校管理下において死亡事故が起きた場合、詳細調査に移行するかどうかは学校設置者の判断に委ねられており、平成 28 (2016) 年度から令和 2 (2020) 年度にかけて学校管理下で児童・生徒が死亡した 119 件のうち、詳細調査が行われたのは 13 件にすぎなかったとの報道がある。「池田小事件 20 年 「学校での死亡」詳細調査 1 割 国の指針形骸化 本誌調査」『産経新聞』（大阪本社版）2021.6.8。

¹¹ 日本における新生児死亡率及び乳児死亡率は、主要国中最低レベルである一方、1 歳から 4 歳児の死亡率は他の先進国と比較して高いとされる。その原因を究明するため、平成 18 (2006) 年から平成 20 (2008) 年にかけて、厚生労働科学研究費で『乳幼児死亡と妊産婦死亡の分析と提言に関する研究』が行われた。研究班は、平成 17 (2005) 年及び平成 18 (2006) 年の 2 年間に、日本において死亡した 1 歳から 4 歳児の全ての死亡小票（2,245 例）を閲覧した上、分析を実施した。しかし、詳細な理由は死亡小票から得られるデータでは解析不能であった。こうしたことから、小児の先天異常や周産期異常に関する基礎疾患の病名が失われていること等、死亡小票を利用することの問題点が複数明らかになった。日本小児科学会小児死亡登録・検証委員会「子どもの死に関する我が国の情報収集システムの確立に向けた提言」『日本小児科学会雑誌』116 巻 6 号、2012.6、pp.1027、1029-1030。

¹² 同上、p.1027。

¹³ なお、子どもの死亡登録・検証委員会は、令和 2 (2020) 年 12 月に「予防のための子どもの死亡検証委員会」と改称された。「予防のための子どもの死亡検証委員会」日本小児科学会ウェブサイト <http://www.jpeds.or.jp/modules/about/index.php?content_id=162>

¹⁴ 日本小児科学会小児死亡登録・検証委員会 前掲注(11)、pp.1027、1034-1035。

¹⁵ パイロットスタディでは、虐待可能性等についても検証が行われ、虐待可能性が中等度以上と判断された事例は全事例の 7.3%（27 例）、虐待可能性が高いと判断された事例は全事例の 3.0%（11 例）とされた。溝口史剛ほか「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—検証から見てきた、本邦における小児死亡の死因究明における課題—」『日本小児科学会雑誌』120 巻 3 号、2016.3、pp.666-668。

された¹⁶。これが、厚生労働省と CDR の最初の関わりとなった¹⁷。

その後、平成 28 (2016) 年度から平成 30 (2018) 年度にかけては『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』¹⁸が、令和元 (2019) 年度から令和 3 (2021) 年度にかけては『わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究』¹⁹が行われた。

また、研究事業と並行して、平成 29 (2017) 年には厚生労働省内に「子どもの死因究明の推進に係る関係局プロジェクトチーム」が設置され、CDR の実施に向けた検討が始まった²⁰。

(3) 法による CDR 整備の要求

こうした流れの中で、法律等においても CDR の導入、整備に言及されるようになった。平成 29 (2017) 年には、衆議院厚生労働委員会において、「児童福祉法及び児童虐待の防止等に関する法律の一部を改正する法律案」(第 193 回国会閣法第 48 号) に対し、「虐待死の防止に資するよう、あらゆる子どもの死亡事例について死因を究明するチャイルド・デス・レビュー制度の導入を検討すること」という附帯決議がなされた²¹。

平成 30 (2018) 年、「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律」(平成 30 年法律第 104 号) が成立し、第 15 条第 2 項において、「国及び地方公共団体は、成育過程にある者が死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報に関し、その収集、管理、活用等に関する体制の整備、データベースの整備その他の必要な施策を講ずるものとする」とされた。

また、令和元 (2019) 年に成立した「死因究明等推進基本法」(令和元年法律第 33 号) も、附則第 2 条で「国は、この法律の施行後 3 年を目途として、死因究明等により得られた情報の一元的な集約及び管理を行う体制、子どもが死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報の収集、管理、活用等の仕組み、あるべき死因究明等に関する施策に係る行政組織、法制度等の在り方その他のあるべき死因究明等に係る制度について検討を加えるものとする」とした。

3 モデル事業の実施

(1) 実施目的

研究事業による CDR 実施に向けた要件の提案²²や法の要求を受けて、厚生労働省は令和 2

¹⁶ 小林美智子(研究代表者)『厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究—平成 24 年度総括・分担研究報告書—』2013.3. 厚生労働科学研究成果データベース <<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/20701>>

¹⁷ フロントラインプレス取材班編著 前掲注(9), p.69.

¹⁸ 溝口史剛(研究代表者)『厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業 小児死亡事例に関する登録・検証システムの確立に向けた実現可能性の検証に関する研究—平成 30 年度総括・分担研究報告書—』2019.3. 厚生労働科学研究成果データベース <<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/27033>>

¹⁹ 沼口敦(研究代表者)『令和 3 年度 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(健やか次世代育成総合研究)事業 わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究—令和 3 年度総括・分担研究報告書—』2022.3. 厚生労働科学研究成果データベース <<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/156051>>

²⁰ 北山智子「チャイルド・デス・レビューの実装に向けた展望と課題」2022.5.31. SOMPO インスティテュート・プレスウェブサイト <<https://www.sompo-ri.co.jp/2022/05/31/5018>>

²¹ 「第 193 回国会閣法第 48 号 附帯決議」衆議院ウェブサイト <https://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_rchome.nsf/html/rchome/Futai/kourou4288A306FEA1A9A2492581320007A187.htm>

²² 前述の『わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究』は、研究初年度である令和元(2019)年度に「わが国における CDR の満たすべき具体的な要件を提案し」、その検討を踏まえた厚生労働省が、令和 2 (2020) 年度からモデル事業を開始すると決定したと述べている。沼口 前掲注(19), p.2.

(2020) 年度、「都道府県予防のための子どもの死亡検証 (Child Death Review) 体制整備モデル事業」(以下「モデル事業」という。)を開始した²³。一部の都道府県において CDR に関する実施体制の整備を試行的に実施し、子どもの死亡に関する効果的な予防策を導き出すとともに、CDR の全国的な実施に向けた課題を抽出するためである²⁴。

(2) 実施体制

厚生労働省が令和 3 (2021) 年 3 月に示した「都道府県 Child Death Review モデル事業の手引き (第 2 版)」²⁵ (以下「モデル事業の手引き第 2 版」という。)に基づくモデル事業は、①情報収集、②検証、③提言に取り組む。これらの実施主体は①が「事務局」、②が多機関検証ワーキンググループ (以下「WG」という。)、③が「推進会議」となる²⁶。

「事務局」は、事業を実施する自治体の担当部局に設置される。「推進会議」は「事務局」が設置し、子どもの死亡に関する予防策を検討するに当たって必要な幅広い情報を得るために、医療関係者、児童福祉関係者、警察等、複数の関係機関・専門家²⁷が参加して行われる。また、WG は、関係機関・専門家²⁸が死亡事例の検証を行うため、「推進会議」の下に設置される²⁹。

(3) 実施の流れ

「事務局」は、死亡した子どもに関する情報の調査及び収集を行い、死亡した個人ごとの情報及び調査の過程をまとめた「死亡調査票」³⁰を作成し、票及び調査等の過程で提供された関係資料を集約し、その他関係機関との連絡調整の過程を記載した「死亡台帳」を作成する³¹。

「事務局」は、作成した死亡台帳を匿名化した上で WG に提供する。WG は定期的に開催され、複数の死亡事例について共通する傾向や特徴を検証する「概観検証」、死亡事例を個別に検証する「個別検証」を行う。必ずしも死亡台帳に掲載された事例全てに対し検証を行う必要はなく、効率的・効果的に検証を進める観点から、検証対象を選定することとされている³²。WG は検証した事例について「死亡検証結果票」を作成し、事務局へ提供する³³。

²³ 令和 2 (2020) 年度には群馬県、山梨県、三重県、滋賀県、京都府、香川県、高知県の 7 府県が、令和 3 (2021) 年度にはこの 7 府県に加え、北海道、福島県の計 9 道府県がモデル事業に参加した。令和 4 (2022) 年度は、9 道府県から高知県を除く 8 道府県がモデル事業を実施している。「予防のための子どもの死亡検証 (Child Death Review) について」(第 2 回死因究明等推進計画検証等推進会議 資料 7) 2023.7.27, p.2. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/07shiryou7.pdf>>

²⁴ 厚生労働省子ども家庭局母子保健課 前掲注(3), p.1.

²⁵ 同上

²⁶ 同上, p.2.

²⁷ 推進会議の構成員は、都道府県内の大学医学部の小児科学教室・法医学教室等に所属する小児医療・法医学等の知見を有する者や、小児救命救急医療を提供する主な病院 (三次救命救急、小児救急医療拠点病院、小児集中治療室 (PICU) を有する病院等) ・医師会・児童相談所・教育 (教育委員会等) ・保育 (子ども・子育て支援担当等) ・警察 (検視部門、生活安全部門等) ・消防 (救急業務担当等) ・保健所等の関係機関の代表者等であることが望ましいとされる。同上, p.3.

²⁸ WG の構成員は、小児医療・法医学等の医療の専門家や、児童福祉・教育・保育・警察 (検視) 等の専門家であることが望ましいとされる。同上, p.3.

²⁹ 同上, pp.2-3.

³⁰ 死亡調査票には、氏名、年齢、死亡が確認された医療機関等、情報収集・検証の状況、情報収集が困難であった場合の理由等が記載される。同上, p.10.

³¹ 同上, pp.2, 10.

³² 選定の際には、保護者の養育への態度、子どもの置かれた環境、予防可能性等が考慮される。「別紙 8 選定チェックリスト」厚生労働省子ども家庭局母子保健課 前掲注(3)

³³ 厚生労働省子ども家庭局母子保健課 同上, p.11.

また、WG は、死亡検証結果票等を基に同種の死亡を予防するための提言案を作成し、死亡検証結果票とともに「推進会議」へ提供する。「推進会議」は、死亡検証結果票及び提言案の審議を行い、モデル事業を実施する都道府県知事に対する提言を行う³⁴。「事務局」は、「推進会議」の行った提言を公表し、広く周知するとともに、提言の内容について、住民等にわかりやすく知らせる機会を設けるよう努めることとされている³⁵。

(4) モデル事業の成果

モデル事業に参加した自治体は、それぞれ報告書等を作成し、モデル事業から得られた事故防止や自殺対策等について提言を実施している³⁶。また、子育てハンドブックへの掲載やセミナーの開催等を通じて、予防策の周知を実施した自治体もある³⁷。

II CDR 制度化の課題

モデル事業参加自治体が一定の成果を挙げる一方で、モデル事業を通じて明らかになった課題もある。その一例が、法的根拠の欠如に伴う情報収集の困難さ、業務実施のための予算不足等である³⁸。これに加えて、モデル事業の実施を支援してきた厚労科研費研究事業では、捜査機関等の関係機関が死因の検証に必要な解剖結果等の情報を十分収集できていないとも指摘している³⁹。これらの課題のうち、情報収集及び解剖に関連するものについて、以下に整理する。

1 情報収集の課題

専門家及びモデル事業の参加者から最も多く指摘されている課題が、情報収集の困難さである。特に、モデル事業の手引き第2版において、情報の取扱いの方針として、①遺族の同意が必要⁴⁰、②警察の捜査情報は共有しない、③司法解剖⁴¹の結果は取り扱えないという3点が示されたことが論点となっている。

(1) 個人情報保護法との関連

モデル事業の手引き第2版で遺族の同意が必要とされた背景には、「個人情報の保護に関す

³⁴ 同上, p.11.

³⁵ 同上, p.12.

³⁶ 提言を含む報告書の例として、滋賀県 CDR 推進会議「滋賀県 CDR 体制整備モデル事業報告書」2023.5.28, pp.21-28. 滋賀県ウェブサイト <<https://www.pref.shiga.lg.jp/file/attachment/5402285.pdf>>; 三重県 CDR (Child Death Review) 政策提言委員会「予防可能な子ども (18 歳未満) の死亡を減らすための取組に関する提言」2024.3, pp.6-13. 三重県ウェブサイト <<https://www.pref.mie.lg.jp/common/content/001130343.pdf>> 等がある。

³⁷ 山梨県 CDR 多機関検証委員会「令和 4 年度山梨県予防のための子どもの死亡検証体制整備事業 子どもの死亡事例検証実施状況報告」2023.3, pp.7-8. 山梨県ウェブサイト <<https://www.pref.yamanashi.jp/documents/100285/r4cdrhokukusho.pdf>>

³⁸ 沼口 前掲注(19), p.7.

³⁹ 同上, p.13.

⁴⁰ 遺族の同意が必要とした理由を尋ねたフロントラインプレス取材班に対し、厚労省の担当者は、モデル事業に参加した自治体及び厚労省では、グリーンケア(子どもと死別した遺族へのケア)が重要という認識が高まっており、同意を得てグリーンケアにつなげることが必要と考えたと回答している。フロントラインプレス取材班編著 前掲注(9), p.95.

⁴¹ 司法解剖とは、「刑事訴訟法」(昭和 23 年法律第 131 号) 第 168 条第 1 項の「鑑定人は、鑑定について必要がある場合には、裁判所の許可を受けて、人の住居若しくは人の看守する邸宅、建造物若しくは船舶内に入り、身体を検査し、死体を解剖し、墳墓を発掘し、又は物を破壊することができる」との規定に基づき行われる解剖を指す。

る法律」（平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」）の存在がある⁴²。モデル事業において収集する情報は、死亡した子どもに関する情報ではあるものの、当該情報により、あるいは他の情報と照合することによって、遺族等の特定の個人を識別することが可能な場合には、遺族等の生存する個人の「個人情報」として個人情報保護法で保護される。モデル事業には情報収集の権限を定めた法律がなく、同法第69条第1項等が規定する「法令に基づく場合」との例外規定に当たらないため、本人の同意がある時等、他の例外規定に該当しなければ、個人情報をモデル事業で利用することができない⁴³。

モデル事業に参加した地方自治体や専門家からは、子どもを亡くして落胆する保護者に、個人情報を利用させてほしいと切り出すこと自体が難しいという意見や、保護者の責任を迫られているのではないかと誤解されかねないという意見が出ている⁴⁴。モデル事業に参加した滋賀県では、遺族に調査に対する同意を求めたところ、41%の事例で同意の有無を確認できず、自殺や家庭内の事故では不同意も多かったという⁴⁵。

こうしたことから、三重県が国に対し、遺族の意向確認を経ることなく情報提供の義務を課す法整備を求めたほか、複数の地方自治体から遺族の同意を要することについての疑問の声が上がっている⁴⁶。専門家からも、CDRに情報収集権限を与え、情報保有者に情報提供義務を課すような立法が必要だと指摘されている⁴⁷。

(2) 刑事訴訟法との関連

モデル事業の実施に当たって、警察の捜査情報や司法解剖結果を利用できるか否かは検証の精度に大きな影響を与えるため、モデル事業関係者からは、司法解剖の結果の使用を求める意見が挙がっている⁴⁸。しかし、「刑事訴訟法」（昭和23年法律第131号）第47条及び第196条の規定により、それらの情報の利用は困難な状況にある。

同法第47条は「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」、同法第196条は「検察官、検察事務官及び司法警察職員並びに弁護士その他職務上捜査に関係のある者は、被疑者その他の者の名誉を害しないように注意し、且つ、捜査の妨げとならないように注意しなければならない」と定める。モデル事業の手引き第2版は、「捜査に関する情報は、関係者の名誉・プライバシー等を保護し、捜査・裁判に対する不当な影響を防止する観点

⁴² 当時モデル事業を所管していた厚生労働省母子保健課は、モデル事業の手引き第2版で遺族の同意が必要とした理由として、「個人情報保護法の観点から同意が必要と考える場面があった」と述べた。大久保 前掲注(4)

⁴³ モデル事業の手引き第2版は、「CDRで収集する情報については、死亡した子どもに関する既往歴・家族背景・死に至る直接の経緯等に関するものであるところ、これらの情報により、あるいは他の情報と照合することによって、遺族等の特定の個人を識別することが可能なものは、遺族等の生存する個人の「個人情報」として、個人情報保護法により保護されることとなる」という考え方を示した。その上で、「医療機関等の民間機関は、本事業において個人情報を利用する場合においても、その取得に当たって本人（遺族等）に通知し又は公表した利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うこと（個人情報の取得、加工、利用、提供、保存、廃棄等の一切の行為を含む。）はできない」とし、また、「CDRに係る委託を受けた民間機関が他の機関から要配慮個人情報（個人情報保護法第2条第3項）を取得する場合」は、「原則としてあらかじめ本人の同意を得る必要がある」とした。厚生労働省子ども家庭局母子保健課 前掲注(3), pp.3-4; 清水直樹ほか「児童虐待をふくめた死因究明の高精度化とChild Death Reviewの質的保証について」『子どもの虐待とネグレクト』24巻2号, 2022.9, p.148.

⁴⁴ フロントラインプレス取材班編著 前掲注(9), pp.87-89.

⁴⁵ 「子どもの死因究明、壁高く」『日本経済新聞』2023.6.13; 滋賀県CDR推進会議 前掲注(36), p.21.

⁴⁶ 三重県CDR (Child Death Review) 政策提言委員会 前掲注(36), p.14; 同上

⁴⁷ 清水ほか 前掲注(43), p.148.

⁴⁸ 山梨大学医学部小児科の小鹿学医師は、「司法解剖データを使えないと、死因は推測になる。病気、事故、虐待では考える予防策が異なるので、正しい情報が必要」と述べている。大久保 前掲注(4)

から」、前述の規定の趣旨に鑑みても、警察の捜査情報等をモデル事業で扱うことは難しいとしている⁴⁹。しかし、警察の情報を除外すると、得られる情報は限定的かつ不確かなものである可能性があり、CDR を実施するに当たって不適切な場合があると指摘されている⁵⁰。

この問題に対しては、刑事訴訟法第 47 条ただし書の「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」という規定を利用し、CDR に関する手続法を制定して CDR を公益上必要なものと定めるといふ解決策が提案されている⁵¹。また、現行の制度においても、刑事訴追が終了した事例や、不起訴となった事例であれば、警察の捜査情報を用いた検証は可能との見解も示されている⁵²。

2 解剖に関連する課題

前述のとおり、モデル事業の参加自治体は司法解剖の結果の利用を求めている。しかし、日本の警察及び海上保安庁の取扱死体に対する解剖率は、毎年 10%前後⁵³で推移する程度で、子どもの解剖率も諸外国に比べて低いとされている⁵⁴。

こうした現状について専門家は、CDR の基礎となる死因究明制度の向上のためには、解剖率を上げていくことが必要だが、解剖を担当する法医も不足していると指摘している⁵⁵。令和 4 (2022) 年 5 月 1 日現在、各都道府県における常勤法医数は合計 158 名で、常勤法医が 1 人の県も複数存在する⁵⁶。法医不足及びその偏在は、解剖数の地域間格差⁵⁷にもつながっている。

⁴⁹ 厚生労働省子ども家庭局母子保健課 前掲注(3), pp.4-5.

⁵⁰ 虐待等、警察に届出があるような事例において、医療機関から得られる情報は病院内で両親等との性善説的な関係から聴取された情報に限定される。そうした情報は、虚偽も含めて不確かなものである可能性が指摘されている。岩瀬博太郎「死者の情報をいかに社会に還元するか—異状死体データベース—」『医学のあゆみ』276 巻 3 号, 2021.1.16, p.228.

⁵¹ 河村有教「こどもの死亡を検証するためのチャイルド・デス・レビュー (CDR) の法制化に向けての初歩的考察—9 つの自治体の CDR モデル事業の現状と課題から—」『多文化社会研究』9 巻, 2023, pp.166-167. ただし、刑事訴追への影響を避けるという観点から、CDR において警察の情報を使うタイミングについては、起訴・不起訴の判断が出た後、有罪・無罪の判決が出た後等、一定の制約を受けざるを得ないとの意見もある。フロントラインプレス取材班編著 前掲注(9), p.151.

⁵² フロントラインプレス取材班編著 同上, p.270.

⁵³ 直近の令和 4 (2022) 年度の警察及び海上保安庁の取扱死体に対する解剖率は、9.8%であった。厚生労働省医政局医事課死因究明等企画調査室「死因究明等に対する体制・実績に係る調査結果について 死因究明等に関する横断的実態調査の概要 (令和 4 年度)」(第 3 回死因究明等推進計画検証等推進会議 参考資料 1) 2023.9.15, p.2. <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001146194.pdf>>

⁵⁴ 日本小児科学会が平成 26 (2014) 年から平成 28 (2016) 年の子どもの死亡事例を対象に調査を行った結果、死因が不詳とされた事例の解剖率は 43.4%であった。沼口敦ほか「日本小児科学会こどもの死亡登録・検証委員会報告わが国における小児死亡の疫学とチャイルド・デス・レビュー制度での検証における課題」『日本小児科学会雑誌』123 巻 11 号, 2019.11, p.1736. これに対して、後述するイングランドの CDR は、18 歳未満の子どもの死亡した場合、死因に関係なく全例を検証対象とする。また、アメリカ・オクラホマ州の CDR 委員会にオブザーバーとして参加した経験のある東京医科歯科大学大学院の山岡祐衣助教は、アメリカ等では子どもの死、特に外因死はほぼ 100%解剖していると述べている。フロントラインプレス取材班編著 前掲注(9), p.123.

⁵⁵ 安炳文「Child Death Review (CDR) 事業と小児予防救急」『小児科』64 巻 7 号, 2023.7, p.728.

⁵⁶ 厚生労働省医政局医事課死因究明等企画調査室 前掲注(53), p.8.

⁵⁷ 令和 2 (2020) 年度における警察における都道府県別の死体取扱状況によると、全体の解剖率が最も低い広島県は 2.0%、最も高い兵庫県は 33.5%であった。解剖には、刑事訴訟法に基づき、犯罪又は犯罪の疑いのあるときに行われる司法解剖、公衆衛生上の目的で行われる行政解剖(「死体解剖保存法」(昭和 24 年法律第 204 号)に基づいて東京 23 区、大阪市、神戸市で行われている監察医解剖及び他地域で行われている承諾解剖)、「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」(平成 24 年法律第 34 号)に基づき、刑事手続に乗らなかった死体について、公衆衛生を含む幅広い目的で行われる解剖(調査法解剖)等がある。行政解剖及び調査法解剖は、特に地域差が大きく、行政解剖は東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県で全体の 9 割以上(令和 4 (2022) 年)実施されており、調査法解剖は東京都、神奈川県、兵庫県、沖縄県で全体の 6 割以上(令和 2 (2020) 年)が実施されて

また、解剖の質にも差が生じている。死因の正確な特定のためには、解剖に加えて薬物検査等が必要な場合もある。解剖にかかる経費は公費から一定金額が支払われるが、都道府県によって経費の取扱いに差があるために、特別な検査が必要な症例で十分な金額が支弁されていない事例や⁵⁸、解剖の主な担い手である大学の法医学教室の人員や設備の不足等により、十分な検査ができない事例があるとされている⁵⁹。

III 諸外国における CDR 制度

ここまで、日本の CDR 制度化に向けた取組の現状と課題を見てきた。諸外国では、アメリカ、イングランド、オーストラリア、カナダ等で CDR が制度化されている⁶⁰。本章では、これらの国々のうち、アメリカ及びイングランドの事例を紹介する。

1 アメリカ

(1) アメリカにおける CDR の概要

CDR は元々、虐待死を見逃さないためにアメリカで始まった制度である。1978 年にカリフォルニア州で初めて導入された⁶¹後は徐々に各州へと広まり、1993 年には連邦の「児童虐待予防・防止法」(Child Abuse Prevention and Treatment Act: CAPTA)に CDR に関連する規定が盛り込まれた⁶²。現在では、全ての州及びコロンビア特別区で実施されている⁶³。

国立死亡者レビュー・予防センター (National Center for Fatality Review and Prevention: NCFRP) は 2005 年から死亡事例報告システムを提供しており、各州が死亡分析事例を同システムに登録している。各州の CDR チームは、これらの情報を活用して子どもの死亡の予防対策を導き出している⁶⁴。

NCFRP は CDR のためのツールやマニュアル等も作成しているが、CDR の対象や方法論、実施体制は州により様々である⁶⁵。本章では、例としてサウスカロライナ州の制度⁶⁶を紹介する。

いる。死因究明等推進本部事務局「死因究明等の推進に関する参考資料」p.5. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/sankousiryoku.pdf>>; 石原憲治ほか「死因・身元調査法施行の解剖制度への影響に関する考察」『千葉医学』94 巻 2 号, 2018.4, p.54; 厚生労働省医政局医事課死因究明等企画調査室 同上, p.4.

⁵⁸ 三重県 CDR (Child Death Review) 政策提言委員会 前掲注(36), p.15.

⁵⁹ 岩瀬博太郎「死因究明等の施策の基本的な考え方—法医学に関わる教育研究の拠点整備に向けた展望と課題—」『公衆衛生』86 巻 11 号, 2022.11, pp.910-912.

⁶⁰ 森崎菜穂ほか「チャイルド・デス・レビュー—日本での実現に向けて—」『周産期医学』46 巻 3 号, 2016.3, p.283. なお、千葉大学大学院医学研究院法医学教室の岩瀬博太郎教授は、日本の死因究明制度は欧州の制度をモデルとしており、英米の制度とは大きく異なるため、英米の CDR の枠組みを日本にそのまま導入することは困難であると指摘している。ただし、欧州では、他殺や自殺、事故死等で死亡した可能性のある子ども、突然死した子どもは全て解剖され、死因が明確にされた上で、それらの情報は法医学研究所のデータベースに蓄積され、予防対策にいかされる。一方、日本では解剖数が少ないため、正しい死因に基づいた対策を行うことができないとされる。フロンティアプレス取材班編著 前掲注(9), pp.110-111.

⁶¹ 森崎ほか 同上, p.283.

⁶² 藤田香織「CDR の法的課題—米国の実例—」『日本 SIDS・乳幼児突然死予防学会雑誌』16 巻 1 号, 2016.12, p.38.

⁶³ National Center for Fatality Review and Prevention (NCFRP), “Keeping Kids Alive: Child Death Review in the United States, 2020,” 2021.6, p.8. <https://ncfrp.org/wp-content/uploads/Status_CDR_in_US_2020.pdf>

⁶⁴ 例えばテネシー州では、2018 年に 929 の死亡事例をレビューした結果を基に、2020 年に自殺、自動車事故、早産・先天性異常、溺水の予防に焦点を当てた対策の勧告を行っている。ibid., pp.23-24; 北山 前掲注(20)

⁶⁵ “Tools for CDR Teams.” NCFRP website <<https://ncfrp.org/cdr/tools-for-cdr-teams/>>; 北山 同上

⁶⁶ I 2(2)で触れた『わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究』の一環として行われた

(2) サウスカロライナ州の CDR 制度

CDR（サウスカロライナ州では「child fatality review」）に関する規定は、サウスカロライナ州法第 63-11-1900 条以下⁶⁷に置かれている。また、CDR において重要な役割を担う coroner（検視官）⁶⁸及びメディカルエグザミナー（Medical Examiner: ME. 監察医）⁶⁹に関する規定が、同州法第 17-5-510 条以下⁷⁰に別途定められている。

(i) 検証対象

18 歳未満の子どもの死が、①暴力によるもの、②不審死又は異状死、③乳幼児突然死症候群を含む予期せぬ原因不明のものであった場合、CDR の検証対象となる。

(ii) 検証実施主体

サウスカロライナ州の CDR は、郡レベルの検証と州レベルの検証・提言等が行われる仕組みになっている。郡レベルの検証は、郡の CDR チーム（Local Child Fatality Review Team）が行う。メンバーは、郡の coroner、郡の法執行官、州の児童死亡局（Department of Child Fatalities）⁷¹の職員、児童虐待小児科医、郡の社会福祉局の代表者、法医学病理学者である（第 17-5-541 条(B)）。

州レベルの検証は、州の児童死亡諮問委員会（State Child Fatality Advisory Committee）が行う。メンバーは、州の行政関係者（社会福祉局長、保健環境管理局长、教育局長、司法執行部長、少年司法局長等）、州の上院議員、下院議員、郡の coroner、弁護士、児童虐待小児科医等である（第 63-11-1930 条(A)）。

(iii) レビュープロセス

coroner 又は ME は、担当する郡⁷²で発生した CDR の検証対象となる子どもの死亡事例について、24 時間以内又は 1 営業日以内に州の児童死亡局に通知しなければならない（第 17-5-540 条）。また、coroner 又は ME は、これらの死亡事例に対して直ちに解剖⁷³を要求し、7 営業日以内に郡の CDR チームによる検証を設定する（第 17-5-520 条、第 17-5-541 条(B)）。同チームの検証報告書は、州の児童死亡諮問委員会に提出される（第 17-5-542 条(B)）。

CDR に関する海外法令調査が対象としたアメリカの 4 州のうち、サウスカロライナ州の制度が最も「CDR に対する意識が高い」と評された。レクシスネクシス・ジャパン株式会社「CDR に関する海外法令本調査の結果」2021.11.30, p.7. 厚生労働科学研究成果データベース <https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202107002A-sونا5.pdf>

⁶⁷ South Carolina Code of Laws, Title 63 South Carolina Children’s Code, Chapter 11 Children’s Services Agencies. <<https://www.scstatehouse.gov/code/t63c011.php>>

⁶⁸ coroner 制度は、イングランドを発祥とする死因究明制度であり、死因、死亡時刻等の特定を基本的な任務とする。アメリカにおける coroner は、原則として、各自治体において選挙で選ばれる者であり、検視に関する専門的知識を必ずしも有している必要はない。他方、令状発行等の捜査権を持ち、coroner と保安官が同一の州もあるとされる。榊野龍太「米国の検死制度」『警察学論集』64(11), 2011.11, pp.63-64.

⁶⁹ ME は法医学の専門医であり、ME 制度は死因究明と公衆衛生の維持を目的としている。coroner と異なり、検視に関する専門的知識が要求され、選挙で選ばれる者ではない。白鳥彩子・藤宮達也「欧米の死因究明制度の歩みと現状—日本との比較—」『公衆衛生』79 巻 5 号, 2015.5, p.313; 榊野 同上, p.64.

⁷⁰ South Carolina Code of Laws, Title 17 Criminal Procedures, Chapter 5 Coroners and Medical Examiners. <<https://www.scstatehouse.gov/code/t17c005.php>>

⁷¹ 事件を担当する州司法執行部（State Law Enforcement Division: SLED）内に設置される。

⁷² サウスカロライナ州は 46 の郡地域で構成されており、それぞれに選出された coroner が存在する。“Spotlight - South Carolina.” NCFRP website <<https://ncfrp.org/cdr-map/spotlight-south%20carolina/>>

⁷³ アメリカでは、死体の解剖に当たって、通常、令状等は不要であり、検視部局において必要だと判断すれば遺族の承諾なしに解剖を行うことが可能とされている。榊野 前掲注(68), p.75.

児童死亡諮問委員会は、郡の CDR チームによる検証報告書のほかにも様々な情報を踏まえて再検証を行う。その一つに、児童死亡局の調査がある。児童死亡局は、郡のコロナー又は ME から子どもの死亡の通知を受けた場合、その死亡に関する全ての情報を調査し、収集した上、その結果を児童死亡諮問委員会に提出する（第 63-11-1940 条(B)(1)、(5)）。

児童死亡諮問委員会は隔月ごとに会合を開き、年間約 200 件の再検証を行う⁷⁴ほか、州における子どもの死亡率と原因に関する年次調査、提言、啓発活動等を実施する（第 63-11-1950 条）。

(iv) 情報の収集・提供

児童死亡局は、その目的と任務を遂行するために必要な場合、情報提供を求めることができ、同局から求められた情報は、直ちに提供されなければならない。医療機関は、死亡した子どもに関する情報を提供するよう義務付けられている。さらに、州、郡等の機関が保持する全ての情報、児童又は家族にサービスを提供した社会福祉及び保健機関が保持する全ての情報へのアクセスも認められている（第 63-11-1960 条）。

2 イングランド

イングランドの CDR は、子どもの死亡を減らすことに加え、遺族支援のための制度でもあり、CDR の中核には遺族が位置付けられるという⁷⁵。その目的を達成するためにどのような枠組みの下で取組が行われているのか、以下で概説する。

(1) CDR に関連する法及び指針

イングランドの CDR は、2006 年にパイロット研究⁷⁶が行われた後、2008 年に「2004 年児童法」⁷⁷（Children Act 2004. 以下「児童法」という。）の中に位置付けられて始まった⁷⁸。児童法のほか、同法第 16Q 条に基づく法定指針として、「Child Death Review Statutory and Operational Guidance (England)」(以下「ガイダンス」という。)⁷⁹、「Working Together to Safeguard Children」⁸⁰第 6 章が作成されている。

(2) 検証対象

イングランドにおける CDR の検証対象は、18 歳未満の子どもであり、死因に関係なく全て

⁷⁴ “About.” South Carolina State Child Fatality Advisory Committee website <<https://scfacsc.org/about/>>

⁷⁵ ジョアンナ・ガースタング「基調講演 2 「イングランドにおけるチャイルド・デス・レビュー 死からの学びと家族支援」『国際シンポジウム：チャイルド・デス・レビュー』2019.2.2-3, pp.175, 180. 厚生労働科学研究成果データベース <https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2018/182011/201807002A_upload/201807002A0028.pdf>

⁷⁶ イングランドに加え、ウェールズ、北アイルランドも含めた範囲で実施された。Confidential Enquiry into Maternal and Child Health, “Why Children Die: A Pilot Study 2006,” 2008.5. Public Health Agency website <<https://www.publhealth.hscni.net/sites/default/files/Why%20Children%20Die%20-%20a%20pilot%20study%202006.pdf>>

⁷⁷ Children Act 2004, c.31, PART 2 CHILDREN’S SERVICES IN ENGLAND. <<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/31/part/2>>

⁷⁸ 森崎ほか 前掲注(60), p.283.

⁷⁹ Department of Health and Social Care and Department for Education, *Child Death Review: Statutory and Operational Guidance (England)*, 2018.10. GOV.UK website <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1120062/child-death-review-statutory-and-operational-guidance-england.pdf>

⁸⁰ Department for Education, *Working Together to Safeguard Children 2023: A guide to multi-agency working to help, protect and promote the welfare of children*, 2023.12. GOV.UK website <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/65cb4349a7ded000c79e4e1/Working_together_to_safeguard_children_2023_-_statutory_guidance.pdf>

の子どもに対して実施されなければならない⁸¹。

(3) 検証実施主体

イングランドの制度には、個々の死亡事例を検証する CDR 会議 (Child Death Review Meeting: CDRM) と、地域レベルでの検証を実施する有識者会議 (Child Death Overview Panel: CDOP) の二つの検証実施主体がある。

CDRM は、死亡した子どもの生前のケアに関わった多職種の専門職で構成される⁸²。議長は、子どもの死亡が宣告された組織内における死亡調査プロセスの主任専門家又は共同機関対応 (Joint Agency Response: JAR)⁸³の主任医療専門家が務めるべきとされている。ガイダンスは、その他のメンバーとして、死亡した子どもに関わった病院又は医療スタッフ、病理学者、コナー、ソーシャルワーカー、学校の代表者等を例示している⁸⁴。

CDOP は、検証する事例を担当していない専門職で構成される⁸⁵。具体的には、公衆衛生、医師、福祉、警察、子どもを保護するための指定医師又は看護師、プライマリケアを担う家庭医又は訪問看護師等が含まれ、必要に応じて関連する専門家を加えるとされている⁸⁶。

また、上記主体が行う検証を支える主体として、児童法に CDR パートナー (Child Death Review Partner) の役割が規定されている。CDR パートナーとは、地方自治体及び統合ケア委員会 (Integrated Care Board: ICB)⁸⁷を指し、その担当地域に居住する子どもの死亡⁸⁸を検証するための手配、調査で集められた情報を分析する手配を行うことを義務とする (児童法第 16M 条第 1 項、第 3 項、第 4 項、第 16Q 条第 2 項)。

(4) レビュープロセス

全ての機関の医師は、子どもの死亡を把握した場合、地域の CDR パートナーに通知する必要がある⁸⁹。子どもの死因が既に明確である場合、子どもを看取った医師は死因診断書を発行し、CDRM に提供する子どもの死亡状況等に関する情報収集の実施、家族への支援方法の検討等を行う⁹⁰。このような場合、詳細な調査はなされずに CDRM が開催される⁹¹。

子どもの死亡が外部要因による場合、死亡した状況が不明確な場合、子どもの安全確保上の

⁸¹ Department of Health and Social Care and Department for Education, *op.cit.*(79), p.5.

⁸² *ibid.*, p.28.

⁸³ 共同機関対応 (Joint Agency Response: JAR) とは、特定の条件に該当する子どもの死亡事例を、複数の機関 (医療専門家、警察、ソーシャルワーカー等) が連携して行うことを指す。具体的には、外的原因による又はその可能性がある事例、突然の死亡で明確な原因がない事例、社会的養護中や保護観察中などの保護下で起きた事例等に対して行われる。Department of Health and Social Care and Department for Education, *op.cit.*(79), pp.16, 24-27.

⁸⁴ *ibid.*, pp.30-31. イングランドの CDR 制度について解説した資料には、「小児科医が議長」と説明するものもある。また、死亡した子どもを担当した小児科医は、議長になることができない。ガースタング 前掲注(75), pp.169, 176.

⁸⁵ Department for Education, *op.cit.*(80), p.152.

⁸⁶ Department of Health and Social Care and Department for Education, *op.cit.*(79), pp.35-36.

⁸⁷ 統合ケア委員会 (Integrated Care Board: ICB) は、住民の健康ニーズを満たすための計画の策定、NHS 予算の管理、ICS 地域での医療サービスの手配等を行う組織である。一つの ICB が複数の地方自治体を管轄しており、現在は 42 の ICB が存在する。白瀬由美香「イギリスにおける「普遍的な個別ケア」構想—2019 年 NHS 長期計画にもとづく新たなサービスモデルの検討—」『同志社政策科学研究』21 巻 2 号, 2020.3, pp.101, 105; “What are integrated care systems?” NHS England website <<https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/>>

⁸⁸ CDR パートナーは、それが適切であると判断した場合、その地域に居住していない子どもの死亡検証を手配することもできる (児童法第 16M 条第 2 項)。

⁸⁹ Department for Education, *op.cit.*(80), p.151.

⁹⁰ Department of Health and Social Care and Department for Education, *op.cit.*(79), p.16.

⁹¹ ガースタング 前掲注(75), p.175.

懸念又はケアやサービスの提供に問題があると疑われる場合には、コローナ⁹²等による調査が必要になる。誰でも死亡事例の調査をコローナに要請することができ、特に医師は、死因が不明な場合、暴力による又は不自然な死の場合等、特定の条件に合致する場合、死亡事例をコローナに照会すべきとされている⁹³。調査に当たって、シニア・コローナ（senior coroner）は、「2009年コローナ及び司法法」（Coroners and Justice Act 2009）第14条第1項に基づき、遺体の解剖（post-mortem examination）を行う解剖医を依頼することができる。コローナが解剖を要求した場合、保護者の同意は必要なく、保護者は解剖を拒否することができない⁹⁴。

コローナ等による調査後、CDRMが行われる。CDRMは、個々の死亡事例について検証を行い、死亡事例の経緯、治療、調査結果を検討し、死因を特定すること、子どもやそれを取り巻く環境等について、死に寄与した要因や改善可能な要因を確認すること、子を亡くした家族への支援を見直すこと等を目的とし、医療機関又はホスピスで開催される⁹⁵。死亡した子どもの保護者はCDRMに参加することはできないが、情報を得る機会及び質問をする機会が与えられるべきとされている⁹⁶。

CDRMによる調査の報告書は、CDRパートナー及びCDOPに通知される⁹⁷。CDOPは、CDRMの報告書、他の専門職や家族等から得られた情報等を分析し、子どもの死因及び死に寄与した要因を特定することで、将来の子どもの死亡を防ぐため、関連組織に勧告等を行う⁹⁸。CDOPが検証した死亡事例の情報は全て、全国小児死亡データベース（National Child Mortality Database）に登録される⁹⁹。

（5）情報の収集・提供

CDRパートナーは、子どもの死亡検証の手配、情報の分析等を実施する又は支援する目的で、個人又は団体に対し、情報の提供を要求することができる。この要請を受けた個人又は団体は、それに応じなければならない（児童法第16N条第1項、第2項）。

要求を行ったCDRパートナーは、高等裁判所又は郡裁判所に強制命令を申し立て、その個人又は団体に対して、情報の提供を強制することができる（同法第16N条第3項）。

このほか、子どもの死亡に関する情報を持つ全ての機関は、それらの情報をコローナに開示する義務があるとされる¹⁰⁰。

⁹² イングランドにおけるコローナは、「1988年コローナ法」（Coroners Act 1988）等に基づいて職務を行い、独立して司法的機能を担う存在であり、全て法曹資格者である。死因究明のため、調査指示権、解剖実施決定・命令権、検死審問（陪審）開催決定権等を有する。警察庁刑事局捜査第一課「英国（イングランド&ウェールズ）における死因究明制度の概要について（海外調査研究概要報告）」（第7回犯罪死の見逃し防止に資する死因究明制度の在り方に関する研究会 資料2）2010.7.30。<https://www.npa.go.jp/bureau/criminal/souichi/eikoku_seido.pdf>

⁹³ Department of Health and Social Care and Department for Education, *op.cit.*(79), pp.28, 50. また、「2009年コローナ及び司法法」（Coroners and Justice Act 2009）第1条において、シニア・コローナ（senior coroner）は、①暴力による又は不自然な死の場合、②死因が不明の場合、③拘禁又は国による拘束の状態での死亡の場合、その死を調査しなければならないと定めている。Coroners and Justice Act 2009, c.25, PART 1 CORONERS ETC, CHAPTER 1 INVESTIGATIONS INTO DEATHS. <<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2009/25/part/1>>

⁹⁴ Department of Health and Social Care and Department for Education, *ibid.*, p.18.

⁹⁵ *ibid.*, pp.5, 29-30.

⁹⁶ *ibid.*, p.31.

⁹⁷ Department for Education, *op.cit.*(80), p.152.

⁹⁸ Department of Health and Social Care and Department for Education, *op.cit.*(79), p.35.

⁹⁹ ガースタング 前掲注(75), pp.175-176.

¹⁰⁰ Department of Health and Social Care and Department for Education, *op.cit.*(79), p.21.

(6) 子どもと死別した遺族への支援

ガイダンスは、全ての遺族は子どもの死を検証してもらう権利を有するとし、専門家には検証プロセスのあらゆる段階で遺族を支援する義務があるとしている¹⁰¹。イングランドでCDRに関わる医師によれば、実際に、CDRで収集される情報は可及的速やかに遺族に共有され、様々な支援が提供されるという¹⁰²。

具体的な支援策として、まず、全ての遺族にすぐに連絡できるキーワーカーがつけられる。キーワーカーは、検証プロセスに関する情報を遺族に提供し、CDRの中で行われる会議で遺族の意見を代弁し、質問に対し効果的な対応がなされるよう取り計らい、遺族にフィードバックを提供する等の活動を行う。また、キーワーカーとは別に、医療的な観点の質問への回答、死後検査結果の説明等を行うため、小児科医等の担当医師が指定される¹⁰³。

このほか、遺族に対しては、子どもとの死別に際して行うべき事柄をまとめたリーフレットの配布、検証の結果が出るまでの期間に看護師がフォローアップのために連絡を行う、カウンセラーによるサポートを受けられるよう調整を行う等の支援が行われているとされる¹⁰⁴。

おわりに

モデル事業が開始された令和2(2020)年に2年後を目途とされていたCDRの制度化目標¹⁰⁵は、まだ達成されていない¹⁰⁶。現在、CDRの導入に向けた検討は、厚生労働省から令和5(2023)年4月1日に発足したこども家庭庁に引き継がれている。CDRの制度化は、こども家庭庁の試金石の一つになるという見方もある¹⁰⁷。

CDRの制度化に当たっては、情報収集の困難さや解剖率の向上等、複数の課題が存在することが明らかになった。これらの解決は、様々な関係機関との調整や既存制度の修正が求められる難題である。しかし、不慮の事故や自殺、虐待等、防ぎ得たかもしれない理由で命を失う子どもは後を絶たない。こうした子どもを少しでも減らすため、漸進的にではあっても、できるだけ多様な情報を集約した上で多様な関係者により検証を行い、予防策を講じていけるような、実効性のある制度を整えていくことが求められよう。

¹⁰¹ *ibid.*, p.39.

¹⁰² ガースタング 前掲注(75), p.177.

¹⁰³ Department of Health and Social Care and Department for Education, *op.cit.*(79), pp.40-41.

¹⁰⁴ ガースタング 前掲注(75), pp.179-180.

¹⁰⁵ 厚生労働省子ども家庭局母子保健課「Child Death Review (CDR) 国の取組」(子どもの死因究明 (Child Death Review) に関する説明会 資料1) 2020.1.17, p.5. <https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/0d3f57c1-87bb-4e79-bc45-f77366952855/36aaedc9/20230401_policies_boshihoken_child-death-review_28.pdf>

¹⁰⁶ 令和3(2021)年8月にフロントラインプレス取材班が厚生労働省母子保健課の担当職員に電話取材を行い、令和2(2022)年度の本格導入が可能なのかを質問したところ、新型コロナウイルスへの対応で地方自治体の業務がひっ迫しており、そのような中で他機関との連携等、多くの労力と時間を要するCDRを全国展開するのは難しいという趣旨の回答がなされている。フロントラインプレス取材班編著 前掲注(9), p.98.

¹⁰⁷ 『日本経済新聞』前掲注(45)