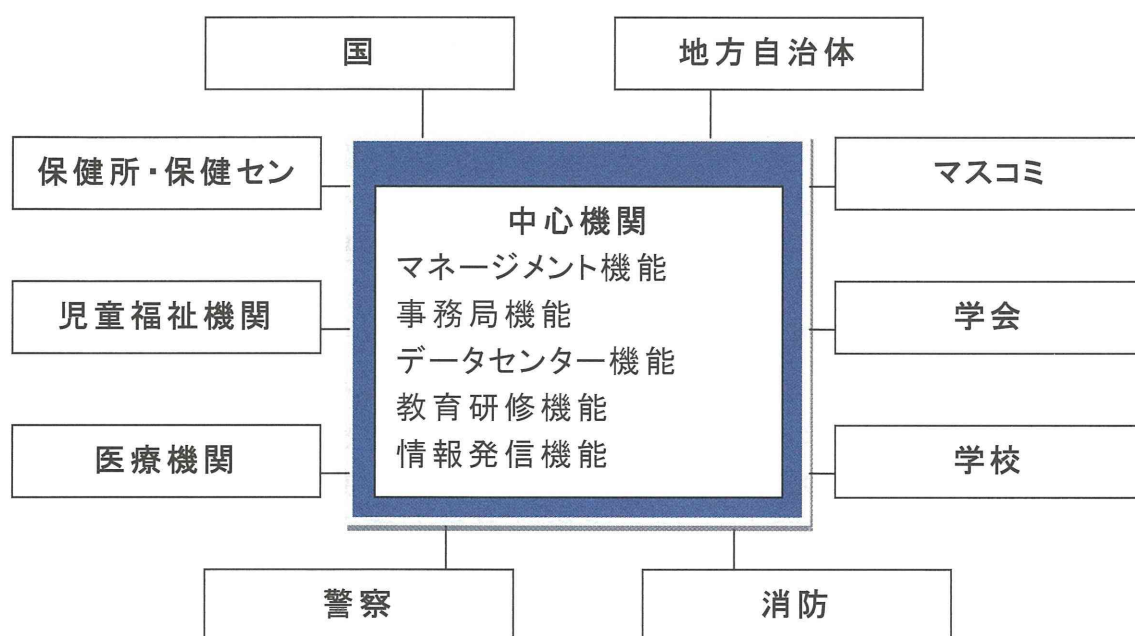


専門家への情報発信機能が必要である。マスコミへの対応、Web サイトなどを通じた啓発資料や報告書の閲覧提供が必要な機能としてあげられるだろう。

中心機関の構成メンバーとしては、行政、法律、福祉、保健、医療、マスコミ等の諸分野の関係者、専門家の参加が必要であるだろう。また、中心機関の運営に関しては、その公共的な性格から第3者機関による監査が必要であるかもしれない。

図



9) 制度構築と法整備

I はじめに

これまで東京での試行状況や我が国においてCDRを制度として導入するにあたり各機関が果たす役割について述べてきたが、本省においては、以上の検討を踏まえて、いかなる制度が望ましく、かつ実地的であるか、そして制度導入にあたりいかなる法的な障壁が存在し、どのように克服されるべきものであるかを検討する。

II 基本理念

昨今制定される法令の多くがそうであるように、CDRの導入にあたり、立法化がなされる場合（仮にここでは「CDR法」という。）、冒頭にCDR導入の基本理念が示されることになるだろう。

そして、不幸にも子どもが亡くなった場合、子どもに関わる複数の機関が互いに情報提供し合い、連携を取り合うことで、医学的死因の究明に加え、子どもの死の社会的背景を探り、子どもに関する施策に反映するべく提言を行い、もって「予防可能な子どもの死」を失くすことであることが基本理念として明記されるべきであろう。

III CDRの対象について

CDRを実施するに当たっては、まず、CDRの対象となるものを明確にしなければならない。そして、CDRの対象を設定する場合、あるいはCDRより除外される対象を設定する場合、いかにして検証対象とするべき事案の取りこぼしを防ぐかが課題となる。

a) 死因による分類

子どもの死因については、自然死、事故死、製品事故による死、虐待（が疑われる）死、自殺、心中、犯罪死など様々なものがある。

この点、諸外国の例によると、虐待が疑われる場合に対象を限定している場合、病院で入院中に亡くなり、そもそも死因が明らかな事案を除外するという例もあるようだが、検証対象の取りこぼしを防ぐためには、できるだけ検証対象を限定しないことが望ましい。

なお、子どもの死が刑事事件化した場合の問題については、後述する。

b) 年齢による分類

広く子どもの死亡事例を収集するためには、18歳未満の子どもについて、死因の如何によらずCDRの対象とすることが望ましい。

もっとも、こうすることで検証対象が非常に多くなり、現実的ではないという問題もある（アメリカにおいては、年齢要件を課している州と課していない州がある。）。

そこで、諸外国に比し、周産期死亡率や乳児死亡率は非常に低い水準にあるが、1歳以上5歳未満児童の死亡率は高いという我が国の実情を踏まえると、

まずは5歳未満の子どもについては全件CDRの対象としつつ、CDRの対象となる年齢を漸次拡大することも検討すべきであろう。

なお、近時、胎児期における保護者（特に母親）の関わりが出生後の養育環境に大きく影響を及ぼすことが意識されていることから、将来的には、胎児の死亡事例についても、検証対象とすることが望ましい。

c) 関係者の法的責任が疑われる場合の対応について

CDRの対象を設定するにあたり問題となるのは、検証の過程で虐待死あるいは診療関連死であることが判明するなど、検証が進むことにより関係者の民事上あるいは刑事上の責任の存在が疑われる事案をCDRの対象外とするかである。

この点、CDRにより得られた情報が関係者の法的責任の追及に用いられることになると、関係者の協力を得ることが困難となるおそれがあり、広く死亡事案を収集するためには、検証過程で得られた情報を関係者の民事上あるいは刑事上の責任追及への流用を禁ずるなど一定の配慮が必要となろう。

また、公務員には刑事訴訟法により告発義務（同法第239条第2項）を課せられているが、検証の結果、関係者の刑事責任が疑われる場合、（公務員である）CDRメンバーの告発義務を免除するかどうかも検討を要するものである。

d) 検証対象を死亡事例に限るか

検証対象とするべき事案は、死亡事例に限定されるものではない。

しかし、我が国においては、死亡事例検証すら十分に機能しておらず、まずCDRを定着させ、その上で非死亡事例についての検証制度の確立を目指すべきものとする。

IV 事例の収集と関係機関の調整（死因登録制度の構築）

たとえ検証対象を広く設定したとしても、子どもの死亡を最初に把握する機関にはさまざまなものがあり、効果的に死亡事案を収集するには、中心を担い、各機関の調整を図る機関の存在が重要となる。

この点、CDRの導入に伴い、これを担う新たな機関を創設することが考えられる。

他方、CDRのスムーズな導入を図るため、既存の機関を活用することも検討すべきであろう。

では、既存の機関のうち、いかなる機関が調整機関の役割を果たし得るであろうか。

この点、調整機関の役割を担い得る機関としては、「第三章 1) CDRの役割と全体構想」において示すように、保健所や監察医などが考えられる。

例えば、子どもに限らず、人が亡くなった場合、保健所長により死亡小票が作成され（人口動態調査令第5条第3項）、作成後3年間の保存義務が課せられている（同条第4項）。そして、保健所長は、「死亡小票を保健所の運営資料とし

て利用することができる」(人口動態調査令施行細則7条)と規定されている。このような保健所長の役割に着目すると、保健所長において、死亡小票の作成過程で子どもが死亡した事実を把握し、これを検証手続につなげるための調整役を期待し得るものと考ええる。

もっとも、既に指摘したように、現在の保健所にCDRの調整機関を務めることができるだけの人的・財政的基盤が整っているとはいえず、また、子どもが死亡してから死亡小票が作成されるまで数か月を要するため、死亡小票の作成を待つとすると、速やかな検証がなし得ないという問題もある。

また、監察医を中心に据えることも考えられるが、監察医制度が全国に普及しているとはいえず、監察医が調整機関を担い得る地域は限定されている。

このように、既存の機関を活用するにしろ、地方により実情が異なることからすると、各地域において最も効果的に死亡事案を収集しうる機関に調整機関の役割を委ねることが相当であるといえよう。

ところで、ここで留意しなければならないことは、地域ごとの実情の違いに配慮しつつ、全国的に検証手法の標準化を図ることである。また、各地域の検証結果を総合評価するためにも、これを取りまとめる機関が必要となる。

よって、既存の機関を活用するにしろ、地域間の調整を担うべき国単位の機関が必要となると考える。

以上のとおり、子どもの死亡事案を収集し、関係機関の調整役を担う機関としては、①新たな機関を創設する ②既存の機関を活用する ③既存の機関を活用しつつ、これを取りまとめる国単位の機関を創設する等のいくつかのオプションが考えられるが、いずれの制度を選択するにしろ、調整機関の役割を果たすためには立法による裏付けが必要となる。

V CDRの構成について

以上の過程を経て収集した死亡事案をいかなる機関により検証するか、CDRの構成が問題となるが、この点については、「第三章 7」多機関多職種チームの組織化と運営」を参照されたい。

なお、上記のとおり、子どもの死因にもいくつかの類型があり、死因ごとに関連する機関が異なり得ること、地域による実情の違い等を踏まえると、具体的なCDRの構成員については、法定事項ではなく、政令等への委任事項とするべきものといえようか。

VI 多機関での情報共有

既に述べたとおり、CDRにおいて最も重要とされるのは、子どもが死亡した際、医療、福祉、司法等の各種機関が情報を共有し、互いの経験・知見を活用し、連携を図ることで子どもが死に至った原因、背景を多角的に検証し、子どもの死亡をでき得る限り予防するための施策に繋げるということである。

しかし、CDRの構成員として想定される機関においては、国家公務員法、地

方公務員法、医師法、弁護士法等に基づく守秘義務が課せられている。また、各機関が取得した情報を共有し、検証結果を公表することは、個人情報保護法（条例）による第三者提供の制限、目的外利用の制限に該当し得ることになる。この点、個人情報保護法（条例）の第三者提供の制限、目的外利用の制限については、除外事由が定められており、必ずしも立法化によらなければ、情報共有を実現することができないものではない。

もっとも、情報を共有するにあたり、逐一、除外事由にあたるかどうかの検討を要することになると、迅速、円滑な検証を妨げることになる。また、機関相互の情報共有の重要性を関係機関に啓発する意味からも、立法化することが望ましい。

さらに、より効果的な情報収集を実現するためには、単に守秘義務を免除し、個人情報保護法制による制限を解除するのみならず、関係機関に情報提供義務を課することが有効であるが、ここまで踏み込むためには立法による裏付けが必要となる（米国においては、医療機関に情報提供義務を課している州も半数程度存在しており、情報提供義務のあり方について参考になろう。）。

なお、情報共有の点で問題となるのは、子どもの死亡事案が刑事事件化した場合、検察・警察の保有する捜査情報、裁判記録の取得の可否であるが、この点については、後述する。

ところで、CDRを構成する各機関においては、検証過程で得られた情報について守秘義務を負うことはいうまでもない。この点については、要保護児童対策地域協議会に関する児童福祉法の規定（同法第25条の3、25条の5）が参考になるのではないかと。

Ⅶ 子どもの死亡事案が刑事事件化した場合の問題

子どもが死亡するという重大な結果が生じている以上、これが刑事事件化することは決して稀なことではない。そして、検察・警察という捜査機関は、強制捜査権限を有し、極めて強力な捜査能力を有していることから、捜査機関の得た情報は非常に貴重であり、死因検証においても有益なものであると思われる。もっとも、子どもの死亡事案が刑事事件化した場合、①捜査機関より捜査情報の提供を受けることができるか、②捜査の開始、あるいは公訴の提起による検証作業への影響、などが問題となる。

a) 捜査機関からの情報収集

この点、米国の例によると、特段制限を設けずに捜査機関に情報開示を求めることができるとするもの、捜査中の事件に関する情報は開示しないとするものなどがある。

他方、我が国においては、捜査情報の取得は極めて難しい。

例えば、刑事訴訟法において、「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47条本文）と定められており、公訴提起以前に捜査情報を取得することは原則できない。また、「公益上の必要」等が

認められる場合は捜査情報を取得する余地もあるが（同法但し書）、実際のところ、捜査段階あるいは刑事裁判の係属中に捜査機関の保有する情報を得ることは不可能に近い。

また、刑事裁判が確定した場合、刑事記録は刑事確定訴訟記録法に基づき閲覧申請をなし得ることになるが、全く無制約に閲覧できるわけではなく、特に研究目的の閲覧の場合、閲覧しうる範囲が制限されることも十分に考えられる。

加えて、仮に開示されとしても、あくまで刑事裁判で「証拠」とされたものに限り、訴訟資料とされなかった捜査資料を得ることは、やはり困難である。

以上のとおり、捜査中あるいは刑事裁判の係属している段階では、捜査資料を入手することを可能にするためには、新法の制定では足りず、刑事訴訟法等の関係法令の改正を伴うことを要するため、これを実現するための障壁は非常に高い。

これに対し、捜査終了あるいは刑事判決が確定するなど、捜査情報を提供することで捜査や刑事裁判の進行に支障のない段階に至った場合は、CDRメンバーに対して捜査情報を提供することを可能とする制度を導入する余地があると考えられる。

b) 捜査・刑事裁判とCDRによる検証作業との関係

捜査機関の保有する情報を取得することは容易ではないことから、捜査・刑事裁判の進行とCDR実施の時期との関係をどのように整理するかも大きな課題である。

この点、捜査段階あるいは刑事裁判の係属中に捜査資料を取得するのが難しいことからすると、捜査中あるいは刑事裁判の係属中は、

- ① CDRを実施しない、あるいは中断する
- ② 捜査資料以外の資料を用いてCDRを実施する
- ③ ②の手法を採った上、捜査終結あるいは刑事裁判の確定後、捜査資料の提供を受けて、再検証を行う

等の手法が考えられる。

そして、CDRにおいては、速やかに死因検証を実施し、適時に再発防止のための提言につなげることと広く情報を収集し、より正確な検証を行うことの双方が必要とされることを踏まえると、③の手法が望ましいといえるのではないか。

もっとも、上記のとおり、たとえ捜査終結あるいは刑事裁判の確定後であっても、捜査情報を取得するのは容易ではなく、この点の障壁を乗り越えるためにはCDRの法制化が必要であると考えられる。

Ⅷ 検証結果の公表

CDRにおいては、子どもの死の医学的要因や社会的背景を究明することのみが目的ではなく、子どもの死を失くすための提言を行い、具体的な施策に繋げることが重要である。

すなわち、検証結果を公表することになるため、どのような形で公表することになるのか、十分な検討が必要である。

個々の検証作業は都道府県レベルで行うことになると思われるが、各都道府県において検証結果を公表することによって、検証の基礎となった具体的事例を想起させることも十分考えられる。よって、検証結果の公表に当たっては、検証の基礎となった事案、地域を特定されないことがないように配慮を施すことが求められると考える。

Ⅸ さいごに

東京都での施行状況を踏まえると、立法化によらずとも、CDRを我が国に導入することが可能であるようにも思える。

しかしながら、検証するべき死亡事案を漏らすことなく、多機関多職種が効果的に情報を収集・共有し、連携を取り合うことを可能とし、さらに地域格差を可能な限り排斥し、全国的に標準化された検証を実現するためには、以上の検討を踏まえた制度構築と法制化による裏付けが不可欠であると考えられる。

おわりに

子ども施策と CDR

1. 子どもの死亡の 25%以上、5 歳以上の子どもの死亡の 50%以上が防げる可能性のある原因によっている

言葉や行動が未発達な乳幼児はもとより、子どもは自分で守るシステムを構築することが期待されている存在ではない。法律上も、20 歳までは親権者が存在し、選挙権もないのである。つまり、子どもを守るための施策は社会が責任を持って考える必要がある。

しかし、本来亡くなるべきではない死、つまり予防できる死によって亡くなる子どもは後を絶たない。平成 23 年の統計では、不慮の事故は 0 歳では 3 位、1 歳～19 歳では第 1 位を占め、自殺は 10～14 歳の第 3 位、15～19 歳の第 2 位となっている。実数では、不慮の事故で亡くなった 20 歳未満子どもは年間約 1874 人、自殺で亡くなった子どもは 583 人となる。ただし、平成 23 年は東日本大震災があったため、「不慮の事故」での死亡が多くなっている可能性がある。平成 22 年度の 20 歳未満の死亡を見ると、不慮の事故 933 人、自殺 514 人であり、平成 21 年は不慮の事故 958 人、自殺 512 人である。東日本大震災により不慮の事故による死亡となった子どもは倍増しているが、自殺による死亡が増加しているのは気になることである。震災による死亡は防ぐことが難しかったと考えても、震災のなかった年でも 1500 人近くの子どもの死亡を防げる可能性のある死で亡くなっているのである。

平成 22 年の 20 歳未満の総死亡数は 5837 であるから、不慮の事故と自殺だけを考えても、子どもの死亡の 25%以上が防げる可能性のあった死亡ということになる。新生児死亡が含まれている 0 歳を除くと更に多い率になる。5 - 19 歳での不慮の事故と自殺の合計 1335 人はこの年齢での総死亡数 2455 人の 54.4%、つまり半数以上が防げる可能性のあった死亡と言うことになる。更に、厚生労働省の死亡事例検証からは、明らかな虐待死でなくなった子どもは平成 23 年度で約 100 名である。これらを総合すると、年間 1600 人近くの子どもの死亡を防げたかもしれない死で亡くなっている可能性がある。しかもこれは統計上表れる最低限の数である。自殺が隠されることはよくあるし、虐待は病死として届けられる場合も少なくない。例えば、ネグレクトによる病気の悪化による死亡が病死になっている可能性が高い。つまり、虐待死や自殺は過小評価の可能性もある。また、これらに加えて、医療機関へのアクセスの問題で助かるべき命が失われている事例も決して少なくない。

2. 亡くなった子どもから学んで同じことを予防するのは社会の義務

これほど多くの子どもたちが防げた可能性のある死で亡くなっていることは余り知られていない。人の命の尊さを考えれば数で考えることは憚られるものの、特殊疾患の治療法にお金をかける以前に防げる死を防ぐ手立てを考えることは

国および地方公共団体として非常に重要な施策に当たるはずである。また、1人の死亡の背景には、命は助かったものの障害を残していたり、長期入院を必要としたり、心理的外傷を負った更に多くの子どもたちがいる。防げる死から子どもを守ることはそれらの問題への対策ともなる。

有効な制度や施策を打ち立てるには、実例から学ぶことが重要である。実際に亡くなった子どもの死を無駄にするのではなく、子どもの事例から学ぶことが有効な施策に結びつく方法であることは間違いない。これまでも、子どもに限らず、メディアによって声を上げることができた事例では対応システムが整ってきた。周産期死亡の問題から周産期医療システムが整備されたり、メディアで騒がれた虐待事例から法律の整備が進んだりしたことは記憶に新しい。しかし、そのような事例は全体のごく一部である。その他の事例からも多くのことを学ぶことができるし、また、残念ながら亡くなってしまった子どもから多くを学んで、同じことで亡くなることを予防することは亡くなった子どもに対する社会の義務でもある。

3. 制度・施策に活かすにはシステムティックな検証が重要

1) 亡くなった子ども全体を見る必要性

社会的に注目を浴びた事例だけではなく、亡くなった子ども全体を把握し、検証することは重要な制度や施策に繋がる。例えば、虐待の事例で考えると、死亡もしくは死亡に近い事例で大きな注目を集めるのは比較的年齢の高い子どもへの虐待、つまり中学生の飢餓、小学生の頭蓋内出血、幼児の餓死などである。しかし、実際に死亡事例検証を行うと、虐待死で多いのは乳児であり、周産期の問題が大きいことが明らかになった。このことが妊娠期からの支援の必要性を示しており、法律改正や施策に繋がっているのである。

2) 統計的な分析と死亡に至るプロセスの検証が必要

虐待死の検証では上述のごとく、乳児が多いことが明らかになり、その多くが妊娠期に問題が出現していたことも判明した。虐待事例に比べて人数が多い不慮の事故や自殺での死亡事例では統計的な分析が有効となる可能性が高い。しかし、一方で、死亡に至るプロセスを細かく検証することなければ実際の予防に結びつくことは限られてくる。例えば、公園で起きる事故事例数がわかったとしても、どのような対策をとってよいかはわからない。しかし、2歳半の子どもが手すりのある遊具の階段を上がって、2mの高さから落下しコンクリートの床の上に頭をぶつけて亡くなったのだとする。手すりが2歳半の子どもにとっては高すぎる手すり下をすり抜けていたり、落ちたところがコンクリートであったりという状況がわかってくると、遊具のあり方の提示や規制、遊具の下の面の規制などが考えられてくるのである。虐待事例検証でも、事例の検証から、得られた対策は多い。

3) 多方面からの検証が必要

防げる死を防ぐためには多方面の専門家の知識と技能が必要である。もちろ

ん、死因の確定には法医学の知識は欠かせないが、それだけでは予防に資する結論が見いだせる力は少なくなる。複数の専門家が一緒に検証することで見落としや見逃しがなくなり、また、 $1+1=2$ 以上の結論が引き出せる状況になるのである。前章であげたような多職種での検証が必要である。

4) 検証結果を制度・施策に活かすシステム

検証は、常に無念のうちに亡くなった子どもの死を将来に活かすことが目標であることを忘れてはいけない。しかし、目的をしっかりとっておかないと、検証のための検証になりがちである。検証の際には実現可能な提言を行い、検証結果がどのように制度や施策に活かされているのかを常に監視する必要がある。

4. 最後に

少子化の時代において、子どもを防げる死亡から守り、よりよく育てることは社会の役割である。残念ながら命を落とした子ども達から CDR によって学べるだけ学ばせてもらい、将来の子どものために活かす制度・施策に繋げることがそれを実現する道である。

まとめ

この研究班において3年間の研究を進めていく中で、シンポジウムにおける各方面からの意見をいただきながら検討した結果、ガイドラインを策定し CDR を進めていくことが強く望まれていると感じられた。

今までは、特に虐待問題を通じて子どもの不幸な結末に至る経過を検証し、必要な措置を講じること、また子どもの医療現場における高度先進医療の結果としてあぶり出されてきた健康に育つということ、などを通じ、子どもの未来を考察してきた。

しかしながら先進諸国の一員でありながら、子どもの乳幼児死亡率がまだまだ高いという現実を目の当たりにすることにより、子どもの死をより広範囲に検討することによって新たな方策につながる可能性を見つけていくことが必要であると痛感した。

今回のガイドラインは、諸外国における実施状況を踏まえながら、わが国の現状に即した方法を、できるだけ多方面の現状と意見を取り入れ作成したものである。実際に CDR を進めていくときには、今回の記載範囲ではカバーしきれない事態も起こりうるとは思われる。

このガイドラインはすべての子どもが健やかに育っていける社会を目指しまとめられたものである。わが国の施策に生かしていただければ大変うれしく思う。

分類	管理番号
A群 B群	明らかな病死もしくは自然死(乳幼児突然死症候群(SIDS)はB群とする) A群以外 現疾患の診断が未確定、乳幼児突然死症候群(SIDS)、 不慮の外因死、その他及び不詳の外因死、不詳の死

①記入に関する項目

記載者	
記載年月日	
聞き取り場所	
方法	対面・電話・その他()
インタビュー される人	名前 職種;医師(科 年目)・看護師・他() 名前 職種;医師(科 年目)・看護師・他()

②子どもの基本情報

性別	男・女
生年月日	
本籍(国籍)	
体重/身長	体重 身長 cm
医療保険	被用者保険・国民健康保険・生活保護・その他
居住地区	東京都 区・市 県外
	<input type="checkbox"/> 実際の居住所が現住所と異なる 理由:

③死亡診断書に関する情報 警察に連絡したため死亡診断書なし

死亡したところ 及びその種別	死亡したとき 年 月 日 時 分 死亡したところの種別 1病院 2診療所 3助産所 4自宅 5その他 死亡したところ 市・区 施設の名称
死亡の原因	(ア)直接死因 (イ)(ア)の原因 (ウ)(イ)の原因 (エ)(ウ)の原因 直接には死因に関係しないがI欄の傷病 経過に影響を及ぼした傷病名等 手術 1無 2有 部位および主要所見 手術年月日 解剖 1無 2有 主要所見
死因の種類	1内因死(病死および自然死) 外因死 不慮の外因死 2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5煙・火災および火焰による障害 6窒息 7中毒 8その他 その他および不詳の外因死 {9自殺 10他殺 11その他および不詳の外因} 12不詳の死
外因死の 追加事項	障害が発生したとき 平成 年 月 日 午前・午後 時 分 障害が発生したところ 都道府県 区市郡 町村 障害が発生したところの種別 1住居 2工場および建築現場 3道路 4その他()
生後1歳未満で 病死した場合の 追加事項	出生時体重 単胎・多胎の別 1単胎 2多胎(子中第 子) 妊娠週数 週・不明 妊娠・分娩時における母体の病態または異状 無・有()・不詳 母の生年月日(もしくは年齢) 昭和・平成 年 月 前回までの妊娠の結果 出生児 人 死産児 胎(妊娠満22週以後に限る)

④出生歴／健診・予防接種等の養育歴／家族歴・家族構成

出生歴	出生時体重 妊娠週数 週 日・不明 妊娠・分娩時における母体の病態または異状 Apgar /
乳児健診	標準的なスケジュールで健診を受けていたか? はい・いいえ・不明 3-4ヶ月・1歳半・3歳
家族構成・歴	同胞死 有・無 突然死 有・無 家族の同時期自殺・殺人 有・無 死亡診断時に来院していた家族メンバー:
予防接種歴	あり・なし 記録で確認できたワクチンにつき記載 三種混合(1期 1回目・2回目・3回目・追加・1回以上・未・不明) BCG(済・未・不明) ポリオ(1回目・2回目・1回以上・未・不明) 麻疹風疹(済・未・不明) インフルエンザ(済・未・不明) インフルエンザ菌b型(1回目・2回目・3回目・追加・1回以上・未・不明) 結合型肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・追加・一回以上・未・不明) ワクチンは標準的なスケジュール以内になされていたか? はい・いいえ・不明 死亡の72時間以内にいずれかの予防接種を行っている はい・いいえ・不明 同時接種はあったか、またその種類

⑤既往歴 死亡1か月以上前から、下記のいずれかにあてはまる場合に記入

リスク分類	1 健常児(死因発生時まで明らかな異常を指摘されていない、急性疾患以外の既往歴なし) 2 適切なコントロールにより予後への影響は少ないと考えられる基礎疾患を持っている (小児喘息・アレルギーなど。定期通院を行っている児に限る) 3 適切なコントロールによっても予後への影響は予想される基礎疾患を持っている (単純心疾患・ネフローゼ・在胎28週未満の児(退院後)など) 4 ハイリスクであり、治療可能か不明な状態 (悪性腫瘍・複雑心奇形・NICU(GCU除)入院児・病名未特定) 5 寿命短縮が明確な状態(進行性疾患・重度障害の改善が見込めない状態)※
同状態に至る直接原因及び病名	
発生時期	着床前(染色体・遺伝子異常)・胎内(原因遺伝子未特定の全ての発生異常含) ・生後 年 月
施されていた治療・管理	手術()・服薬・モニタリング機器の使用・他の医療機器の日常使用
施設入所	あり(入所日:)・なし 入所前に在宅管理の時期: あり・なし
直接死因との関係	原疾患が死因・原疾患による合併症が死因・原疾患の治療による合併症が死因 原疾患による予期しないイベントが死因・原疾患と関係ないイベントが死因

※ 運動機能が座位までに制限されている重症心身障害児については
(NICU内での状態が継続する児については一か月以上、
乳児期以降に発生した疾患についてはその状態が6か月以上継続する場合)
鈴木・山田の分類を使用

レスピレーター管理(10) 気管内挿管・気管切開(8)・
鼻咽頭エアウェイ(5)・酸素吸入もしくはSpO2 90%以下の状態が10%以上(5)・
1回/時以上の頻回の吸引(8)・6回/日以上以上の頻回の吸引(3)・ネブライザ6回/日以上(3)・
IVH(10)・全介護経口摂取(3)・経管(5)・腸管栄養(8)・持続注入ポンプ使用(3)・
過緊張のため姿勢修正を3回/日以上要する(3)・継続する透析(10)・
定期導尿(5)・人工肛門(5)・体位交換6回/日以上(3)
0-9点 重症児 10-24点 準超重症児 25点以上 超重症児

⑥救急搬送

搬送先施設番号:	
救急車の要請	有・無 通報者
状況	医師乗車 有・無 医師による二次救命処置 有・無
心停止の目撃	<input type="checkbox"/> 目撃、または音を聞いた <input type="checkbox"/> すでに心肺機能停止
バイスタンダーCPR	<input type="checkbox"/> 現場到着時の心肺蘇生 あり(誰:)・なし(理由:) <input type="checkbox"/> 口頭指示があったか
初期ECG波形	VF・Pulseless VT・PEA・心静止・その他
救命救急処置内容	<input type="checkbox"/> 除細動 <input type="checkbox"/> 胸骨圧迫 <input type="checkbox"/> 気道確保(マスク・挿管・気切) <input type="checkbox"/> 特定行為器具使用(エアウェイトラック・ラリングアル) <input type="checkbox"/> 静脈路確保 <input type="checkbox"/> 薬剤投与
時間経過	発見 月 日 時 分 覚知 月 日 時 分 現着 月 日 時 分 現発 月 日 時 分 CPR開始 月 日 時 分 病院到着 月 日 時 分

⑦蘇生

心停止の発生	<input type="checkbox"/> 院外 <input type="checkbox"/> 救急車からの心肺蘇生継続 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 院内 場所 救急外来・病棟・その他 <input type="checkbox"/> 目撃、または音を聞いた <input type="checkbox"/> 発見時すでに心肺停止
初期ECG波形	VF・Pulseless VT・PEA・心静止・その他
処置内容	<input type="checkbox"/> 除細動 <input type="checkbox"/> 胸骨圧迫 <input type="checkbox"/> 気道確保(マスク・挿管・気切) <input type="checkbox"/> 骨髄路確保 <input type="checkbox"/> 静脈路確保 <input type="checkbox"/> 薬剤投与
時間経過	発見 月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 心肺蘇生が行われた CPR開始 月 日 時 分 CPR終了 月 日 時 分 CPR継続時間 時間 分 CPR終了時の心拍再開: 有・無 <input type="checkbox"/> 蘇生は行われなかった(理由: 判断者:)
蘇生	蘇生チームのリーダーはいたか いた・いない リーダーの診療科: 救急・小児・() PALS・NCPRプロバイダー資格の有無 有・無 蘇生チームの構成人数 医師 名・看護師 名

⑧治療内容

感染の関与 治療内容	感染の関与 有・無 起因菌 感染臓器 耐性菌の関与・種類 悪性腫瘍等のStage分類 手術の有無 有・無 内容 気管内挿管・人工呼吸・中心静脈ライン・動脈ライン・血液ろ過透析 人工心肺装置
---------------	---

⑨ 終末期

治療の手控え・中止の検討及び実行	<input type="checkbox"/> A群:現在の治療を継続し新たな治療は追加しなかった(手控え)、もしくは治療の緩和、漸減・離脱を行った(中止) <input type="checkbox"/> B群:検討を行ったが、中止や手控えはしなかった <input type="checkbox"/> C群:検討は行わなかった
ガイドライン	<input type="checkbox"/> 院内に終末期医療に関するガイドラインが存在する あり・なし <input type="checkbox"/> 院内に終末期医療に関するガイドラインはないが、学会から発表されているガイドラインを参考にした <input type="checkbox"/> ガイドラインの類は使用しなかった
カンファレンス	治療の手控えや中止を検討するに当たり <input type="checkbox"/> カンファレンスを行った <input type="checkbox"/> カンファレンスののち倫理委員会へ掲示した <input type="checkbox"/> カンファレンスは行わなかった カンファレンスを行った場合 <input type="checkbox"/> メンバーは医師のみ <input type="checkbox"/> メンバーは他職種

⑩ 剖検

剖検	剖検 有・無 全身解剖・部分解剖 剖検の種類 司法・行政・病理・承諾 施行施設
AI	AI 有・無 画像検査の種類 CT・MRI
所見	

①現病歴

[Empty form area for recording current medical history]

新生児特別用紙

対象： 出生後に一度も退院せず、産科病棟もしくはNICU/GCUにて死亡した児

①母体に関する情報

生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
社会因子	パートナーの年齢(歳)・入籍(あり・予定・なし)・同居者()
国籍	日本・他()
基礎疾患	あり()・なし・不明
既往妊娠	あり(妊娠回 出産回)・なし
流産・早産歴	自然流産回・人工流産回・早産回・死産(22週以降)回
前児異常	新生児死亡・先天奇形・なし・不明・前児なし
初診	妊娠12週までの産科受診あり(初診時 週)・なし(初診時 ヶ月)
その他のリスク因子	あり()・なし

②産科管理に関する情報

不妊治療	あり(排卵誘発剤・AIH・体外受精・詳細不明)・なし
妊娠合併症	あり(PIH・GDM・切迫早産・PROM・母体感染・前置胎盤・臍帯異常・なし・不明)
妊娠中の児の異常	あり(IUGR・NRF・羊水過多・羊水過少・重症奇形・染色体異常(の疑い)・なし・不明)
母体紹介・搬送	あり・なし(理由:)・不明 搬送・紹介時期(月 日() 時 分) 紹介元住所: 都内 都外 紹介元種別: 病院 診療所 助産院
分娩方法	経膣・誘発(適応:)・帝王切開(適応:) (予定・緊急・不明)
分娩胎位	頭圍・骨盤位・その他

③新生児管理に関する情報

基本情報	在胎週数 週 日 ・不明 体重 g 頭圍 cm 身長 cm Apgar /
単胎・多胎	単胎 / 多胎(子中第 子)
新生児蘇生	酸素のみ マスク・バッグ 気管内挿管 薬剤投与
出生時の異常	あり (産前に予想された・分娩時に予想された・出生まで予想されなかった) ・なし (生後 時間に初発)
症状	呼吸障害(呼吸機能の重度の未熟性・肺低形成・気胸・肺出血・RDS・PPHN・CLD) <input type="checkbox"/> 重症仮死 <input type="checkbox"/> 心疾患(複雑心奇形・PDA) <input type="checkbox"/> 神経異常(HIE・PVL・IVH) <input type="checkbox"/> 消化器異常(NEC) <input type="checkbox"/> 代謝異常(低血糖) <input type="checkbox"/> 重症感染症 <input type="checkbox"/> 外傷
治療と説明	出生前に小児科(新生児科)による面会 あり・なし 生存中に小児科(新生児科)による説明 あり・なし 入院中のモニタリング: SpO2 HR PaO2 PaCO2 NIBP A-line 入院中の検査: CBC/Chem7 脳波 MRI CT Xp エコー(頭・心・腹・他) ・先天異常の検査() 入院中に行われた治療: 気管内挿管・人工換気・中心静脈カテーテル・ 強心薬投与・輸血・輸液・NO吸入 ECMO・腹膜透析・脳低温療法・手術() 死亡時に継続していた治療: 気管内挿管・人工換気・Aライン挿入・中心静脈カテーテル・ 強心薬投与・輸血・輸液・NO吸入 ECMO・腹膜透析・脳低温療法
新生児搬送	あり・なし(理由:)・不明 月 日() 時 分 紹介元種別: 病院 診療所 助産院 搬送主体: 受入側 紹介側 三角搬送 救急車: ドクターカー 自治体救急車

質問票記入マニュアル

チャイルドデスレビュー 東京都パイロットスタディ 2012

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」

目次

質問票記入のフローチャート	3
STEP1 死亡診断書の「死因の種類(1-12)による分類	4
STEP2 チェックリストによる分類の確認	5
表2 被虐待児を除外するチェックリスト	6
STEP3 質問票によるデータ収集	9
基本情報の記載について	9
① 記入に関する項目	9
② 子どもの基本情報	10
③ 死亡診断書に関する情報	10
④ 出生歴Ⅱ／健診・予防接種等の養育歴／家族歴・家族構成	10
⑤ 既往歴	11
⑥ 救急搬送	12
⑦ 蘇生	13
⑧ 治療内容	13
⑨ 終末期	14
⑩ 剖検	14
現病歴の記載について	15
1) 疾病による死亡	15
2) 乳幼児突然死症候群	15
3) 窒息	17
4) 火災と熱傷	18
5) 溺死	18
6) 虐待・ネグレクト	18
7) 自動車事故による死亡	19
8) 中毒	19
9) 転落転倒	20
用語集	21
日本小児科学会が推奨する予防接種スケジュール	24