



HM Government

# チャイルド・デス・レビュー ガイドライン（法定指針）

2017年10月

This document is available  
in large print, audio and  
braille on request. Please call  
+441132 545954 or email  
[quality@dh.gsi.gov.uk](mailto:quality@dh.gsi.gov.uk)

Cabinet Office  
25 Great Smith Street  
London SW1P 3BQ

Publication date: October 2017

1	© Crown copyright 2017	12	The National Archives, Kew, London TW9 4DU,
2		13	or e-mail: <a href="mailto:psi@nationalarchives.gsi.gov.uk">psi@nationalarchives.gsi.gov.uk</a> .
3	You may re-use this information (not including	14	Any enquiries regarding this
4	logos) free of charge in any format or medium,	15	document/publication should be sent to us at
5	under the terms of the Open Government	16	<a href="mailto:quality@dh.gsi.gov.uk">quality@dh.gsi.gov.uk</a>
6	Licence.	17	
7		18	This publication is available for download at
8	To view this licence, visit	19	<a href="http://www.official-documents.gov.uk">www.official-documents.gov.uk</a>
9	<a href="http://www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/">www.nationalarchives.gov.</a>	20	
10	<a href="http://www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/">uk/doc/open-government-licence/</a>	21	
11	or write to the Information Policy Team,		

# 目次

目次.....	1
はじめに.....	5
専門用語.....	9
<b>第1章</b>	
<b>概略.....</b>	<b>13</b>
1.1. 迅速な意思決定とその通知（第2章）.....	13
1.2. 調査/捜査と情報収集（第3章）.....	14
1.3. CDR会合（第4章）.....	14
1.4. 有識者によるパネルレビュー(CDOP : Child Death Overview Panel)(第5章).....	14
1.5. 家族の支援（第6章）.....	15
1.6. 特殊な状況（第7章）.....	15
<b>第2章</b>	
<b>迅速な意思決定とその通知 .....</b>	<b>17</b>
2.1 概要と基本原則.....	17
2.2 どのような事例が対象となるのか？.....	18
2.3 どのような迅速意思決定を行う必要があるのか？ .....	18
2.4 死亡診断書を発行する、もしくはコロナーに照会を行う .....	19
2.5 その他のNHSにより定められた通知 .....	20
<b>第3章</b>	
<b>調査/捜査と情報収集.....</b>	<b>21</b>
3.1 概略、および基本原則 .....	21
3.2 コロナーによる調査 .....	21
3.3 多機関連携調査 .....	23
3.4 重大インシデント調査 .....	25
3.5 各種調査のコーディネーション .....	28
<b>第4章</b>	
<b>CDR会合 .....</b>	<b>29</b>
4.1 概略、および基本原則 .....	29
4.2 CDR会合を行う目的 .....	29
4.3 CDR会合に出席すべき人物 .....	30
4.4 CDRの議長は誰が行うことが望ましいか？.....	31
4.5 CDR会合を行う際にふさわしい場所 .....	31

4.6 CDR会合を行うにふさわしい時期 .....	32
4.7 CDR会合でどのようなことを話し合うべきか.....	32
4.8 CDR会合への、死亡児の家族の参加について .....	33
<b>第5章</b>	
<b>有識者によるパネルレビュー会合</b>	
<b>(CDOP : The Child death Overview Panel meeting).....</b>	<b>35</b>
5.1 概略、および基本原則 .....	35
5.2 CDOP会合の職責 .....	36
5.3 CDOP会合の構成メンバー.....	37
5.4 CDOP管理者の責務者 .....	37
5.5 管轄地域内に居住実態のなかった小児の死亡時の検証について .....	38
5.6 テーマ別パネル.....	38
5.7 両親や家族のCDOP会合への参加について .....	38
5.8英国小児死亡データベースへの登録 .....	39
<b>第6章</b>	
<b>家族のCDRへの関与、および家族へのグリーフサポート.....</b>	<b>41</b>
6.1 概略、および原則 .....	41
6.2 家族対応チーム .....	42
6.3 子どもが亡くなった際に、遺族にはどのようなサポートが求められるのか?.....	43
6.4 余命が宣告されている状況下での、亡くなる前のプランニング .....	44
6.5 救急外来で子どもが死亡した場合 .....	45
6.6 死後調査が開始されることとなった死亡事例の場合 .....	46
6.7 グリーフサポート、およびカウンセリング.....	46
6.8両親や家族へのサポート .....	47
<b>第7章</b>	
<b>特殊な状況.....</b>	<b>49</b>
7.1 英国籍の小児が、海外で死亡した場合 .....	49
7.2 知的ハンディキャップを有する小児・思春期児が死亡した場合.....	50
7.3 成人を対象とした医療現場(例えば、成人対象のICU)で 小児・思春期児が死亡した場合.....	53
7.4 自殺と自傷 .....	54
7.5 精神科に入院中の子どもが死亡した場合.....	55
7.6 保護観察下にある子どもが死亡した場合 .....	57
<b>第8章</b>	
<b>特定機関の役割 .....</b>	<b>59</b>
8.1 英国教育省 .....	59
8.2 英国保健省.....	59

8.3 地方自治体.....	59
8.4 医療サービス委託グループ(CCCs: Clinical Commissioning Groups) .....	59
8.5 医療安全調査局(HSIB: Healthcare Safety Investigation Branch).....	59
8.6 チーフコロナー事務局 .....	60
8.7 警察 .....	60
8.8 英国公衆衛生庁(PHE: Public Health England).....	60

## 付録

付録1 – 模擬事例提示 .....	61
付録2 – Criteria for referral of deaths to coroner.....	66
付録3 – 迅速意思決定の際の書式例 .....	67
付録4 – SUDI事例における標準的検体採取項目.....	68
付録5 – フォームC(修正版) .....	70
付録6 – Roles and responsibilities of CDOP members .....	75
付録7 – 各パネルで推奨されるメンバー .....	78
付録8 – グリーフサポートのリソース.....	79



# はじめに

子どもの死というのは、その親だけでなく、同胞、祖父母、親族、友人、そしてその子どものケアに関わった人々にも同様に多大な影響を与える、計り知れない喪失体験である。このような悲劇を経験した家族に対しては、深い共感と配慮を持った対応と支援の必要がある。家族には明確かつ繊細なコミュニケーションが必要である。家族はまた、その子どもに何が起こったのかを知りたいと願っており、その死から人々が何を学ぶのかについて、知りたいと願っている。すべての子どもの死亡に対し、包括的かつ専門的に検証を行うプロセスは、亡くなった子どもとその家族の権利を深く尊重し、将来的な小児死亡を防ぐことを目的として行われるものである。

## 本ガイドライン（法定指針）の位置づけ

本ガイドライン(法定指針)は、チャイルド・デス・レビュー(CDR)のプロセスに関与するすべての組織に適用されるものであり、例外的な状況が発生しない限り、遵守されるべきものである。

本指針は2004年子ども法(Children Act 2004)の第16節Q項に基づいて作成され、2017年子ども及びソーシャル・ワーク法(Children and Social Work Act 2017)によって加筆されたものである。英国の各地方自治体のCDRに関与する機関は、2004年子ども法(Children Act 2004)の第16節M-P項に基づき、厚生大臣(Secretary of State for Health)発出の本指針に対し、遵守する必要がある。

本指針は、*Working Together*(訳注：英国政府発行の児童虐待対応ガイドライン)の第5章で概説されたチャイルド・デス・レビューに対応することを目的として作成された、法的な指針でもある。

## 本ガイドライン（法定指針）の対象読者

医療サービス委託グループ(CCGs: Clinical Commissioning Groups)(訳注：英国国民医療保健サービス[NHS]内の、臨床医主導の法定組織であり、各地域の医療サービスを計画し、委託する役割を担っている)、地方自治体、その他の小児を対象としたサービスを提供する組織の管理職は、本ガイドラインを熟読し遵守する必要がある。

そも他にも、子どものケアを行ったり、子どもの死亡に関わる可能性のある、下記に示した組織の専門職は、子どもの死亡に際し適切な対応ができるように、本ガイドラインを熟読し遵守する必要がある。

- **医療職**(救急医療、精神医療、一次診療、地域医療を含む全科)
- **児童相談所や市町村の子ども関係福祉部署**
- **警察官**
- **コロナー及びその補助職**
- **教育職**
- **公衆衛生部局**

## 本ガイドライン（法定指針）の目的

本ガイドライン（法定指針）は、死因を問わず、全ての小児死亡を対象とする。図1・2には2016年度に死亡した小児のデータを、年齢・死因別に提示している。これまでに発行されていたガイドラインは、小児が死亡した後に生じる種々の問題に対し、適切かつ公正に取り扱う上で、十分なものとは言い難いものであった。本ガイドラインは、CDRに関与する全ての関係機関の専門職が協働するための法定原則を設定し、CDRのプロセスを明確化することを目的としている。その目的を掲げる理由としては、大きく以下の2つの理由が挙げられる。

- 第一かつ最も重要な理由として、子どもが死亡するという衝撃的で困惑した状態の時に、その子どもに関わった専門職がより適切に、悲嘆状況にある家族により適切に関わることができるようにする必要があるためである。
- 第二に、CDRのプロセスを適切化し、全ての小児死亡事例において深津的な情報を把握することができるようにし、将来的な小児死亡を予防するための学びを得ることができるようにする必要があるためである。地域や国家がCDRから得られた質の高い情報をしっかりと把握し、施策や実際の対応の変化をもたらすために、近い将来に運営予定の英国小児死亡データベース(NCMD：National Child Mortality Database)に、全例のデータを登録することが極めて重要である。

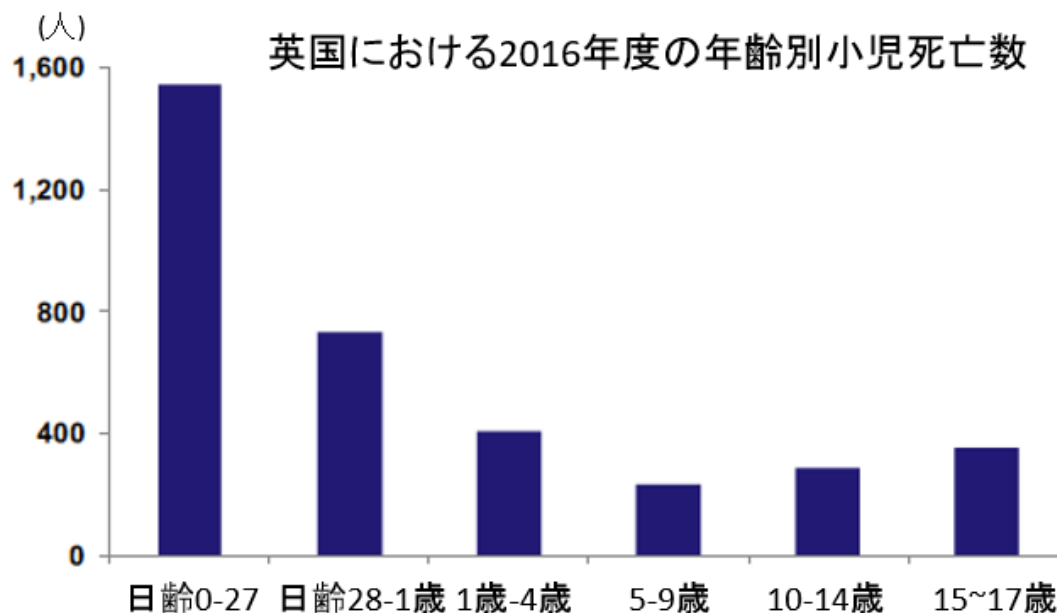


図1



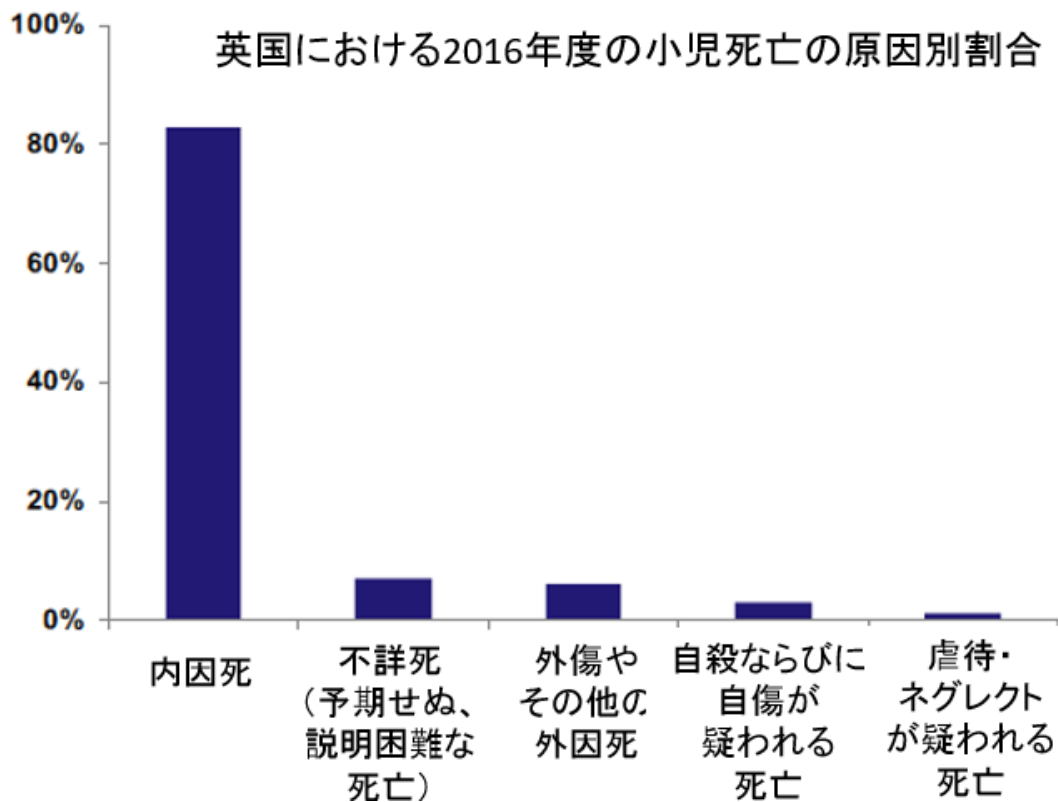


図 2

本ガイドラインは、既に発行されている他のガイドラインと、どのように整合させる必要があるのか？

### 子どもの安全を担保するための児童虐待共同対応指針

#### (Working Together to Safeguard Children[Working together])<sup>1</sup>

Working Togetherは、子どもの安全を担保し福祉を向上するために、個々のサービス提供機関に求められる法的要件と対応について記載した、法定指針である。Working Togetherでは、地域の子どものニーズを特定し適切な対応を行うために、地域の主要3機関（地方自治体、医療サービス委託グループ[CCCs]、警察）が連携を行う上での基本的枠組みについて、提示されている。Working Togetherには、法的に実施することを定めた、CDRに関する記載がなされた章も存在している。Working Together2018の概要版は、教育省のホームページから入手可能である。<https://www.gov.uk/government/organisations/department-for-education>

<sup>1</sup> <https://www.gov.uk/government/publications/working-together-to-safeguard-children--2>

## 乳幼児・小児期の突然の予期せぬ死亡における多機関連携対応ガイドライン (SUDIガイドライン)<sup>2</sup>

SUDIガイドラインでは、乳幼児期・小児期における予期せぬ突然死の調査/捜査の際の専門職と関係機関の法的義務について記載されている。このような死亡は全小児死亡の約7%を占めている。この包括的なガイドラインでは、CDRのプロセスにSUDI事例の調査/捜査をどのように適合させるのかについて記載されており、またどのような状況の場合に多機関連携対応を行うべきかについて記載されている。

## 死から学びを得るための法定指針 Learning from Deaths<sup>3</sup>

この法定指針は、NHSトラスト（注：病院運営組織）やファンデーション・トラスト（FT：保健相の認可によるトラストで、NHSトラストと比べて財務・事業運営面において高い自由度が認められている）が入院患者の死亡を特定し、報告し、学びを得るための取り組みが示されている。この法定指針ではトラストに対し、死亡事例における治療内容や検証・調査内容や、医療の質の改善（QI: quality improvement）に関する情報を集約して、年4回公表することを求めている。トラストは小児の死亡のみならず、成人の死亡に関しても報告する義務を負っている。ただし成人と小児では求められる死亡検証のプロセスは異なっており、トラストは小児死亡に関しては、本法定ガイダンスに従って対応を行うことが求められている。

### なぜ小児の死亡事例検証は、成人と異なるアプローチを行う必要があるのか？

チャイルド・デス・レビュー(CDR)とは、死亡した子どもから学びを得ることと、子どもを失った家族の支援を行うことを、最優先事項とした取り組みである。成人が死亡した際の事例検証は、提供されたケアの質的問題点を特定することに焦点が当てられる。小児の死亡事例検証においても、ケアの質的問題は検証事項に含まれてはいるが、成人と異なりより広い視点で、「どうしてその子どもが、その死因で、その時間帯になくなったのか」ということにつき理解を深めることを目的としている。小児の死亡原因というものは複雑で、複数の要因を有するものである。CDRは、子どもの死亡に寄与した可能性のある要因を、1)子ども自身の個人的要因、2)社会環境要因、3)物理的環境、4)養育の質、という4つの領域に分けて分析し、その関連性を含めた包括的理解を目指して行われる。またCDRは、将来の新たな小児死亡を防ぐことを可能とする、修正可能な要因(modifiable factors)を同定していくことも目的としている。

## 子どもを失った家族のための、CDRガイドライン (Guidance for families on child death review)

CDRのプロセスにおいて、特に家族が子どもが死亡した後どのようなことが生じるのかを理解し、それを共に支えていくための支援の在り方につき記載したガイドラインが、2017年秋以降に作成が開始される予定である。

<sup>2</sup> <https://www.rcpath.org/resourceLibrary/sudden-unexpected-death-in-infancy-and-childhoodreport.Html>

<sup>3</sup> <https://www.england.nhs.uk/publication/national-guidance-on-learning-from-deaths/>

## 用語集

CDR に関連する用語は、地域や人によってニュアンスが若干ずつ異なっており、混乱をもたらしやすい。本ガイドライン(法定指針)で用いている用語の定義につき、以下に示す。

### 子ども(Child)

CDR のプロセスは、出生直後から 18 歳の誕生日を迎えるまでの、乳幼児・学童・思春期のすべての子どもを対象としている。

### 有識者によるパネルレビュー(CDOP : Child Death Overview Panel)

CDR 実施共同体により委嘱された、地域のすべての小児死亡発生時、および適切な場合には当該地域に居住実態のなかった小児死亡事例に対しての、死亡事例から将来的な予防可能死を減らすための教訓を得るための、多機関よりなるパネル(有識者会合)である。このパネルには、検証の対象となる事例に直接関与する立場になかった、関係機関の上級専門職が出席する。死亡時に関連するあらゆる情報の要旨が用意され、検討が行われる。CDOP は通常都道府県レベルか、中核市レベルで実施・運営される。

### CDR会合(Child Death Review Meeting)

小児死亡に関連するあらゆる事項について、子どものケアに実際に関与した専門職によって議論される、多職種による最終の会議である。本会合は、これまで様々な形で既に病院や地域で実施されていた会議(例、死亡率や罹患率に関する検討会、周産期死亡会議、地域症例検討会議、SUDIガイドラインに基づく最終会合など)を含めた総称である。

### CDR実施共同主体(Child Death Review Partners)

地方自治体と医療サービス委託グループ(CCGs)の2者を指し、その役割については小児ソーシャルワーク 2017 年法(Children and Social Work Act 2017)の第4章で規定されている。

### 虐待死亡事例検証(Child safeguarding practice review)

子どもの安全と福祉の向上のため、地域単位もしくは国家単位で施行されている、子どもの虐待からの安全担保に関与する関連機関によって行われる検証である。そのプロセスについては Working Together 2018 の第4章で規定されている。

### 小児死亡対応指定医(Designated doctor for child deaths)

地域における CDR のプロセスにおいて責任を負う、CDOP に指定された上級小児科医。

### 書式A/B/C(Forms A, B and C)

CDR のプロセスに用いられる、標準化された書式である。書式Aは死亡事例発生時の通知を行うためのもので、書式Bは関係機関から情報を集める際に用いられるもので、フォームCは情報を評価し学ぶべき教訓を明確化するために用いられるものである。小児死亡を報告するために使われる全てのフォームとテンプレートは、

<https://www.gov.uk/government/publications/child-death-reviews-forms-for-reporting-child->

[deaths](#)より入手可能である。これらの書式は、英国小児死亡データベース (National Child Death Database) が実稼働されるまでは使用する必要がある。

### **多機関連携調査(Joint Agency Response)**

小児が死亡し、その原因として外因が疑われる場合、突然の死亡であった場合で死因が明白でない場合(含、SUDI事例)、保護観察下や収監されている子どもが死亡した場合、措置入院(Mental Health Act に基づく入院)や医療保護入院(Deprivation of Liberty Safeguarding[DoLS])に基づく入院)中の子どもが死亡した場合に、警察と医療者を中心として行われる調査/捜査のことを指す。本調査/捜査の骨子に関しては、SUDI ガイドライン中に明記されている。

### **迅速意思決定(Immediate decision making)**

子どもの死亡後数時間以内に、上級専門医療者により迅速に決断されるべき意思決定。

### **主担当ワーカー(Key Worker)**

子どもを亡くした家族との唯一の連絡窓口となり、家族に CDR のプロセスを説明し、家族支援のリソースについての情報を提供する人物。主担当ワーカーは、通例は医療職が務めることとなる。

### **医療側リーダー(Lead health professional)**

多機関連携調査を行うこととなった場合には、死亡児に対する医療的な対応のコーディネートを行うために、医療側のリーダーを明確化することが望ましい。この医療側リーダーは、死亡した児の担当医が務める場合もあるであろうが、たいていの場合は適切なトレーニングを受けた上級専門医か上級専門看護師などの医療者が担うこととなる。医療側リーダーは、医療的な対応が的確に実施されることを担保し、警察やその他の関係機関との合同調査/捜査において連携の責務を担う。管轄地域に、多機関連携調査を行うべき事例が時間外に発生した場合に医療者が当番制を敷いていない場合、実際の治療対応を行った医療者の中の責任者が、このリーダーの職責を發揮することが望まれる。

### **死亡診断書(MCCD:Medical Certificate of Cause of Death)**

子どもを亡くした遺族が、その子どもの死亡を届け出て、法的な死亡証明書を受け取り、葬儀を行う上で必要となる、公的な書類である。本書類は、各種の人口動態統計や様々な疾患の死亡率の算定に活用される。

### **監察医(Medical Examiner)**

英国では、独立した監察医制度の全国的な導入が計画されている。監察医制度が導入された場合に監察医は、コロナーによる検視や調査の対象とならなかったすべての死亡者を対象として、医学的に適切な精査を行う職責を担う。監察医は専門性の高い上級医療職であり、死亡診断書 (MCCD) に死因が正確に記載されているか否かや、コロナーに適時・的確に照会がなされているか否かの判断や、臨床的な対応が適切に行われているかの社会の懸念に対応することを職責としている。監察医は、遺族が抱えている懸念について理解するために、遺族に密に関わる職責をも担っている。

## 英国小児死亡データベース(NCMD : National Child Mortality Database)

NCMDは、英国で発生した全ての小児死亡に関するデータの登録管理を行う予定である。NCMDの運用が開始された場合、NCMDは現在のチャイルド・デス・レビューの情報登録制度に置き換わる予定である。子どもの死から学び、教訓を広く共有し、地域レベルや国家レベルでの改善策を講じ、予防可能な小児死亡を減らすため、NCMDは少人数のチームで運営し、詳細な情報の分析と解釈を行う予定である。

## 患者の安全を脅かすこととなったインシデント(Patient safety incident)

一人もしくは複数の患者の死亡や有害事象を発生させることとなった、診療における予期しえなかった不測のイベントを指す。

## 検死(検視および解剖)(Post-mortem examination)

小児の死亡後に行われる詳細な身体診察や解剖を指す用語である。コロナーは家族の承諾を得ることなく検死の実施を支持することが可能であるが、このようなコロナーの指示のもとでの解剖以外の解剖は、家族の同意なしには行えない。

## 死亡時対応医師(Qualified attending doctor)

小児の死亡時に、実際に対応を行った医師

## 高度根本原因解析手法(RCA : Root Cause Analysis)

RCAは、患者に死亡や有害事象をもたらした出来事の発生に寄与した要因を特定するための系統的なプロセスである。患者の安全を脅かすことになったインシデント(Patient Safety incident)に対する調査手法として、個人的な有責性を問うのではなく、出来事が発生した背景因子や環境要因を理解するために行うものである。

## 重大インシデント(Serious Incident)

医療現場における重大インシデントは、患者・家族・治療者・その他の医療スタッフに対して、深刻な影響をもたらすものであり、また分析を行うことで極めて重要な教訓を得ることになるため、詳細な分析を行うことが求められるものである。NHSの重大インシデント調査のガイドラインの骨子<sup>4</sup>では、生じた出来事を正確に把握し、包括的に調査し、同様の事例が今後発生する可能性を可能な限り提言せしめるための予防的教訓を得るために、調査のプロセスにつき明示している。

---

<sup>4</sup>NHS Serious Incident Framework <https://improvement.nhs.uk/resources/serious-incident-framework/>



### **乳児突然死症候群(SIDS : Sudden infant death syndrome)**

SIDSは12ヶ月未満の乳児の突然の予期せぬ死亡であり、睡眠中の致死的なエピソードとして発生し、包括的な死後検査や剖検、死亡現場検証、死亡時状況調査、病歴の検証を行った後にも原因が不明なものも含めた徹底した調査後でも原因が不明のものである。SIDSという用語を用いる際には、なぜ子どもが死んだのかが現時点ではわからない、ということの意味する。不詳死 (unascertained, undetermined) という用語と同様、SIDSという用語も確固とした死因病名として、的確に登録に用いることが望まれる。もちろん死因を「SIDS」としたことで、その子どもが「我々が確認することができなかった、もしくは最終的に証明することができなかった内因や外因により死亡した可能性」を除外するものではない<sup>5</sup>。

### **予期せぬ乳児/小児死亡**

#### **(SUDI/C : sudden unexpected death in infancy/childhood)**

SUDIという用語は、当該死亡児が死亡もしくは死に至るショック状態に陥る24時間前には、そのような事態が全く予期できなかった場合に用いられる用語であり、生後12か月未満の乳児に対し用いられる<sup>6</sup>。本用語は、死因の調査の際にその死の原因が説明がつかない限り用いられるものである。調査の結果、最終的に明確な診断がつく場合もあれば（説明可能な乳児突然死, explained SUDI/C）、最終的に診断がつかない場合もある（SIDS）。SUDCという用語は、同様に予期しえなかった生後12ヶ月を超えた小児事例に対し用いられる用語である。SUDIと同様に、SUDCという用語も診断名というよりは、記述的用语ということができる。

### **説明困難な死亡(Unexplained deaths)**

包括的な精査を施行した後でも、死因が特定できない死亡を指す用語である。この用語は、国際的な乳児突然死症候群（SIDS）の定義を満たす事例や、不詳死と呼ばれる事例を包含する用語である。

---

<sup>5</sup>Krous et al. 2004. Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: a definitional and diagnostic approach. *Pediatrics* 114: 234-238

<sup>6</sup>Fleming, PJ et al (2000). Sudden unexpected death in Infancy. The CESDI SUDI Studies 1993-1996.

# 第1章 概略

本章では、CDRのプロセスにつき包括的な概説を行っている。図3には、CDRのプロセスにおける主要な段階につきフローチャートで示している。本ガイドラインの理解を促進するために、第2-6章の導入部には繰り返しこのフローチャートを提示し、該当部分を赤で囲い強調している。

様々な状況下で、このCDRのプロセスがいかに展開されていくのかを示すため、[付録1](#)には4つの模擬事例を提示している。

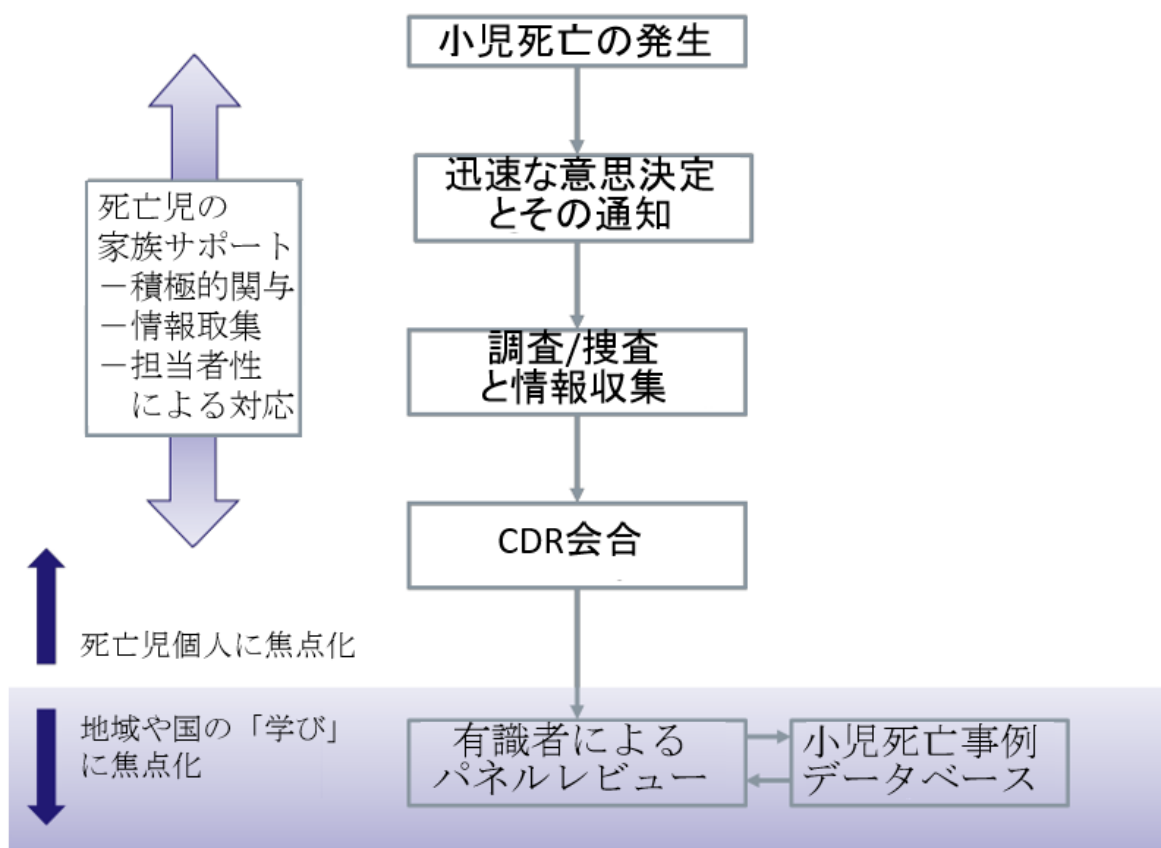


図3

## 迅速な意思決定とその通知 (第2章)

1.1.1. 小児の死亡が発生した際には、関係した専門家は発生後数時間以内に、以下に示した一連の意思決定を行う必要がある：

- 死亡児の家族への最大限のサポート方法は何か；

- 多機関連携対応（Joint Agency Response）を行う基準を満たす死亡であるか否か；
- 死亡診断書(MCCD:Medical Certificate of Cause of Death)を発行すればよいのか、コロナーへの照会が必要な事例であるのか；
- 重大インシデント調査(Serious Incident Investigation)を行う基準を満たす死亡であるか否か；

1.1.2. 上記判断に続き、子どもの死亡対応を行った専門家は、その後に小児科医やその他の専門的な医師、小児保健情報システム(Child Health Information System)、CDRパネルレビュー委員会(CDOP：Child Death Overview Panel)、(運用が開始されれば)英国小児死亡事例データベースなどへ、事例に関する情報を通知する必要がある。

## 調査/捜査と情報収集 (第3章)

1.1.3. 迅速な意思決定と通知の後には、以下の一連の調査/捜査が行われることとなるであろう。

- コロナーによる検視
- 多機関連携対応（Joint Agency Response）
- 重大インシデント調査（Serious Incident Investigation）

1.1.4. 死後検査は、多くの事例で必要となるであろう。どのような検査や調査を必要とするかは、個々の事例の状況により異なる。複数の調査が同時進行で実施されることもあるであろうし、そうでない場合もあるであろう。事例ごとに調査のタイミングは異なりうる。

## CDR会合 (第4章)

1.1.5. 死後にどのような調査を行う必要があるのかは事例ごとに異なるが、いずれにしても小児死亡全例、CDR 会合で検証を行わなければならない。このCDR 会合は、子どもに直接関わった人物を含めて、多くの専門職が参加して行われる最終的な会合と位置付けられるものである。この会合の性質というものは、子どもが死亡した状況や、どのような専門職が参加するかによって、変化しうるものである。例えばこのCDR 会合は、既に多機関連携対応(Joint Agency Response)で対応された後の最終の症例検討の場のこともある。ただし、全てのCDR 会合には共通する目的と原則が存在している。

## 有識者によるパネルレビュー会合(CDOP：Child Death Overview Panel)(第5章)

1.1.6. 有識者によるパネルレビュー会合（以下、CDOP）は、その地域における様々な機関を代表する人物からなる諮問委員会であり、その役割はCDOPを開催する地域に居住実態のある全ての子ども（ならびに地域に居住実態はなくても、特に必要とされる子ども）の死亡を検証し、将来的な子どもの死亡を予防せしめる知見を得ることにある。このパネルレビューは、それぞれの機関がそれぞれの視点から、子どもの死を見つめ合う機会となる。CDOPは先に行われるCDR会合とは、 ) 検証される事例の個人を特定しうる



情報は匿名化されている点、ならびに、 ) CDOPの構成員は検証対象となる事例に直接的な関りを持たない、ベテランの専門職で構成されている、という二つの点において、重要な違いがある。CDOPは、パネルレビューで得られた知見のデータを英国保健省に報告する義務を負っている。(現在はまだ稼働してはいないが、運用が開始されれば) CDOPは英国小児死亡データベースに直接的にデータを提出するルールとなっている。

## 家族の支援 (第6章)

1.1.7. 子どもを亡くした家族へ積極的に関わり支援を行うことは、CDRの全ての家庭における最優先事項である。子どもが死亡した後のプロセスの複雑性や、その後に起こる悲嘆の強度を鑑みるに、子どもの死亡時には、その後どのような対応がなされることになるのかを、場面を設定してしっかりと情報提供を行うとともに、グリーフケアに関する情報提供をしっかりと行う必要がある。

## 特殊な状況 (第7章)

1.1.8. 第7章では、想定される「特殊な状況」に関するガイダンスを提供している。以下にそのような特殊な状況につき、いくつか掲示する

- 英国籍の小児が、海外で死亡した場合
- 学習障害を有する小児・思春期児が死亡した場合
- 成人を対象としたICUで、小児・思春期児が死亡した場合
- 子どもが自殺した場合や、死亡した子どもに生前自傷行為が認められていた場合
- 精神科に入院中の子どもが死亡した場合
- 社会的養護下にある子どもが死亡した場合や、収監中の子どもが死亡した場合



## 第2章

### 迅速な意思決定と、その通知

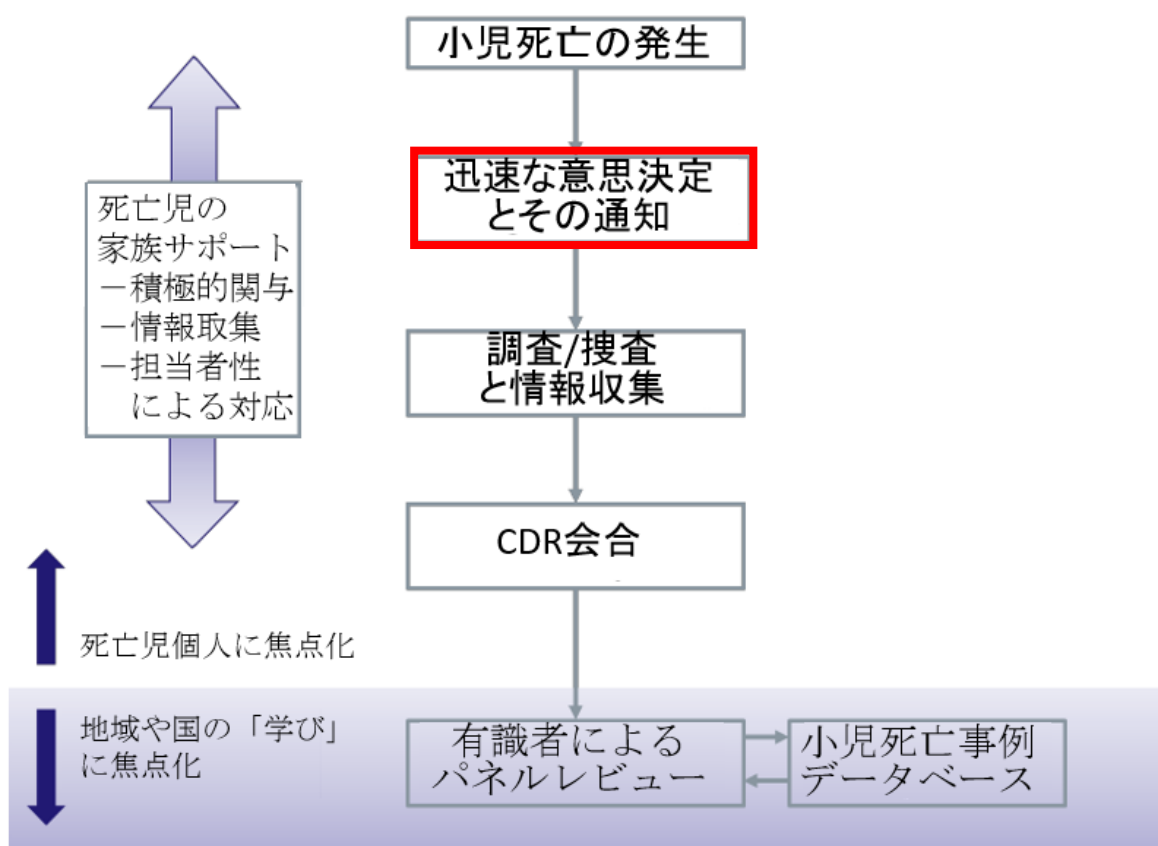


図4

#### 概略、および基本原則

2.1.1. 本章では、子どもの死に接した専門職が死後数時間以内に行うべき意思決定について概説している。この意思決定には、死亡診断書を発行すべきであるのか、コナーに照会すべきであるのかの意思決定も含まれる。

2.1.2. 子どもが死亡した場合、ほとんどの事例では死因は明確であり、死亡に立ち会った医師（専門医）は、死亡診断書を明確に記載することができるであろう。このような場合には、医師は「家族に対しどのような支援を行いうるのか」や「CDR会合の場に事例を報告する上で、どのような情報を収集すればよいのか」を考慮することとなる。

2.1.3. しかしながら、死亡時の状況が明確でない場合や、子どもの養育上安全が担保されていたかについて疑義がある場合や、子どもへの医療サービスを含むサービス提供上の何らかの不備が存在していた可能性がある場合には、子どもの死因を明確にするためには、さらなる調査を行うことが求められる。

2.1.4. 全ての小児死亡事例に適切な対応を行うために、子どもの死亡に接したベテランの専門医は、最適な対応を行うために相互コンサルテーションを行うべきであり、これはどのような場所で死亡が生じようとも、必要となるものである。

## 迅速な意思決定に関わる専門職とは？

2.1.5. 必要な議論は対面で行っても電話で行ってもよいが、以下の専門家が関与する必要がある。

- ・当該小児の死亡に立ち会った勤務医、家庭医（かかりつけ医）やその他の医療者
- ・当該小児の死亡に立ち会った上級看護婦、助産師、保健師
- ・その他、必要に応じて以下の専門職が関与する
  - ・多機関連携調査を行うべき事例の可能性がある場合には、オンコールのCDOPの指定医、警察の捜査官、児童相談所の福祉司
  - ・すぐに死亡診断書を記載することが困難と判断された場合には、コロナー
  - ・治療などの提供された医療行為に何らかの問題があった可能性がある場合には、院内の医療安全チーム(hospital patient safety team)のメンバー

2.1.6. 独立した監察医制度が導入された場合には、監察医が迅速な意思決定の際に関与することが望まれる。

## どのような迅速意思決定を行う必要があるのか？

2.1.7. 可能な限り1~2時間以内、遅くとも24時間以内には、当該小児の死亡時判断に責任を負う立場のベテランの専門医は、以下の迅速意思決定を行う必要がある。

- 1). 当該小児の死亡時の状況に関し、収集できうる限りの事実を明確化する
- 2). 当該死亡児が、多機関連携調査を行うべき事例であるのかを判断し、該当する場合には、オンコールのCDOP指定医・警察・児童相談所に連絡を行い、来院するように要請する(第3章の3.3を参照)
- 3). 死亡診断書を発行できるか否かを判断する。発行できないと判断した場合には、コロナーに照会を行うことが、医師には義務付けられている
- 4). 治療などの提供された医療行為に何らかの問題があった可能性があるか否かの判断を行い、該当する場合には重大インシデント調査(serious incident investigation)を開始する基準を満たしているかを判断する。その場合には可能な限り、家族や他の医療スタッフの意見を考慮に入れる必要がある。
- 5). 最適な家族支援の方法について判断を行う
- 6). 死亡児以外の、現在生存している子どもの安全を担保するために、緊急に対応を行う必要があるか否かを判断する

2.1.8. 全ての死亡事例に対して、対応する標準書式(付録3参照)に記録を行う必要がある。また議論の結果については、家族に説明を行う必要がある。

## 死亡診断書を発行する、もしくはコロナーに照会を行う

2.1.9. 子どもの死亡に立ち会った医師は、まず初めに国家統計局および内務省により規定されたF66ガイダンス(Guidance for doctors completing Medical Certificates of Cause of Death in England and Wales)に従って死亡診断書を発行できるか否かを判断する必要がある。死因が明らかで、死亡した子どもに提供された治療になんらの問題点はないと判断できるのであれば、死亡診断書を発行することができる。その場合には、その後に家族支援のための最善の方法と、CDR会合に報告するためにどのような情報を収集する必要があるのかを考慮する。CDR会合に報告すべき情報としては、病院で実施した死後の診察や検査、ならびにその他の死亡前後に知りえた事実などが含まれる。死後に病理解剖を行う場合には、当該児の対応を行った臨床医側のリーダーが、病理医に臨床経過を直接報告することが望ましい。

2.1.10. 小児の死亡に際し作成する死亡診断書には、通常の死亡診断書と、生後6週齢未満で死亡した新生児用死亡診断書の2種類が存在する。死亡診断書は死亡に立ち会った専門医が記載することもあれば、かかりつけの家庭医が記載することもあるが、正確で読みやすく記載し、略語を避ける必要がある。死亡児の病態が複雑な場合には、使用される用語の正確性を担保するため、小児科専門医にコンサルテーションを行うことが推奨される。直接的な死因に関しては1aの欄に記載する必要があり、1a欄に記載した病態に直接的に関連する疾患や病態については1b欄に、1bに関連する疾患や病態については1c欄に、という具合に記載を行う。死亡に寄与したものの、死因に直接的に関連したとまでは言えない重要な要因については、2欄に記載を行う必要がある<sup>7</sup>。新生児用死亡診断書であっても記載方法は原則同じであるが、この新生児死亡診断書では記載上重要な要因は1つのセクションにまとめて書くようになっている。

2.1.11. 小児の死亡時に対応を行った医師が死亡診断書の記載をしえないと判断した場合には、その死亡児の情報をコロナーに照会する必要がある。チーフコロナー事務局は、コロナーに照会を行うべき事例のガイダンスを公表している(付録2参照)。このような場合に、医師は遅滞なく当該小児の死亡につき、コロナーに照会を行わなくてはならない。多くの事例では、翌日(翌就業日)以降にまで照会を待っても問題はないが、事件性が疑われる事例の場合には速やかに照会を行う必要がある。照会を行うべき事例であるか否かが判然としない場合には、死亡に立ち会った医師はコロナー事務局に連絡し、協議を行う必要がある。

---

<sup>7</sup>Guidance for doctors completing Medical Certificates of Cause of Death in England and Wales; ONS; 2010; [https://www.gro.gov.uk/Images/medcert\\_July\\_2010.pdf](https://www.gro.gov.uk/Images/medcert_July_2010.pdf)

2.1.12. 照会があった場合、コロナーは以下のいずれかの対応を決定することになるであろう：

- さらなる調査を行う必要はなく、死亡に立ち会った医師はコロナーの対応を待たずに死亡診断書を発行してかまわない。
- コロナーが死亡診断書に記載予定の内容につき同意し、コロナーがその死因に同意した旨を、書面(フォーム100A)で地域の死亡診断書の受付窓口に通知する。

2.1.13. コロナーが調査を行うべき事例と判断された場合には、臨床医は死亡診断書の提出を行う必要はない。

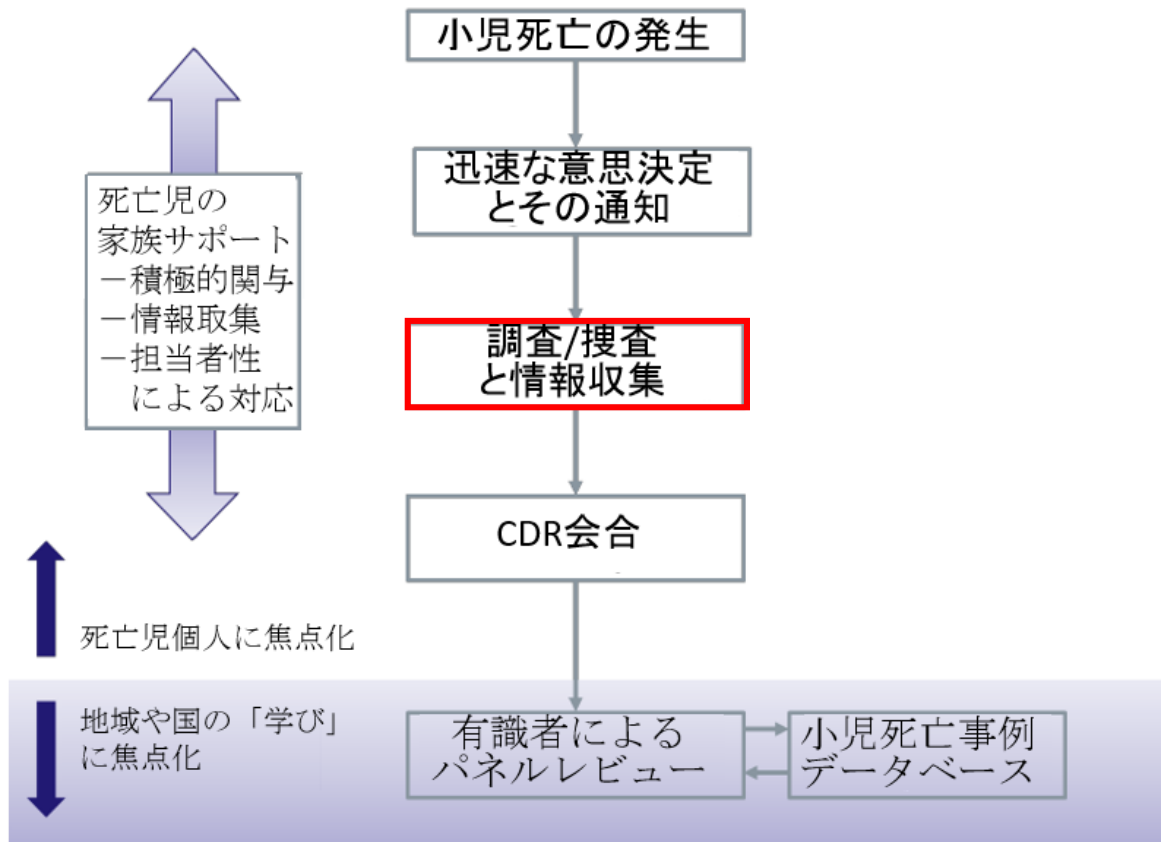
## その他の NHS により定められた通知

2.1.14. 子どもの死亡に立ち会った医療チームは、死亡後24時間以内（休日をはさむようであれば、翌就業日）に、以下に示した各機関に通知を行う必要がある。

- 小児保健情報システム(CHIS : Child Health Information System) :** NHSの小児保健情報システム(CHIS)は、健診、予防接種、およびその他の健康改善のための介入などの小児に関する公衆衛生学的な情報や、地域医療に関する情報を包括的に家族に提供している。小児が死亡した場合に、その後に予防接種の通知等が行われないように、医師は地方自治体のCHISに通知を行う必要がある。
- 家庭医（かかりつけ医）:** 小児が死亡した際には、対応を行った医療チームは、その事実と死亡時の状況を子どものかかりつけ医に知らせ、その医師が家族をサポートできるようにする必要がある。このような通知は、かかりつけ医がCDRのプロセスにつき知ることにもつながり、CDR会合の際に彼らの協力を得やすくなることとなる。
- その他の専門職 :** 必要に応じて保健師、学校の養護教諭、病院/在宅のその他の医療チームに、当該小児の死亡について通知を行う。
- 地域の有識者パネル(CDOP)管理者 :** CDOPの管理者には、フォームAを用いて当該小児の死亡発生を通知する必要がある。必要な場合には当該地域のCDOPは、他地域のCDOPと調整を行う(第5章の5.5参照)。
- 英国小児死亡データベース(NCMD) :** 稼働が開始された場合には、NCMDにも当該小児の死亡につき通知を行う必要がある。

## 第3章

# 調査/捜査と情報の収集



### 概論、および基本原則

3.1.1. 迅速な意思決定が行われ、その通知がなされた後にも、いくつかの調査が続くこととなるであろう。どのような調査が続けられるのかは、個々の事例の状況によって異なり、事例によってはいくつかの調査が平行して行われることもある。この調査にかかるタイムコースは、事例により大幅に異なる。調査によって得られた各種の情報は、CDR会合の場に提供されることとなる。本章では、行われる可能性の高い各種の調査の概要につき言及する。

### コロナーによる調査

3.1.2. 小児の死亡に関して、コロナーによる調査を行う必要があるか否かの相談は誰もが行うことが可能である。ほとんどの相談は臨床医か警察によって行われるであろうが、



出生届/死亡届/婚姻届の受理を行う市町村の担当者が相談を行うこともあるであろう。付録2には、コロナーへ調査を行うか否かの相談を行うべき基準をリストアップしている。

3.1.3. コロナーは事例が照会された場合、死体の管理の法的責任者となり、死因についての調査を開始することとなる。コロナーによる調査対象となった場合には、死体の検死（検視および解剖）を行う責任はコロナーにある。犯罪死体の可能性がある場合には、警察も検死に加わることとなる。検死が終了したら、火葬を行うために通常は速やかに遺体は家族のもとに帰されることとなる。コロナーは通常、可能な限り早期に遺体を家族のもとに帰すことを考慮する。ただし臓器を摘出した精査を行う場合に、家族が臓器も一緒に帰してもらうことを強く希望した場合や、再度の検死を別個に行う必要があると判断された場合には、遺体を家族のもとに帰するのが遅くなることもありうる。

3.1.4. 小児の不詳死はおそらく全例が検死対象となるが、初期の調査を照会した結果、コロナーが内因死であると結論付けることもあり、コロナーに照会のあった事例が全例解剖となるわけではない。内因死であるとコロナーが判断した場合には、法的な捜査や解剖を行わないことを決定し、内因死として死体検案書を作成し、市町村に提出してケースを終結させることとなる<sup>8</sup>。

3.1.5. 小児死亡についてコロナーに調査義務が発生した場合、正式な調査が開始されることとなるが、ほとんどの場合には検死（検視・解剖）がなされることとなる。検死の過程では、死亡した人物を特定し、いつ、どのようにして、どこで死亡に至ったのかや、医学的な死因を特定することとなるが、事例によっては死亡登録のために特有の詳細についての調査を行う必要がある。「国家としてその子どもの『生きる権利』を十分に保障できていたとは言い難い」との議論を行うべき事例に関しては、その死亡に関するあらゆる状況に関する情報収集を尽くし、議論を尽くすことがその償いといえよう。ただほとんどの事例は裁判を経ることなく、コロナーが収集された証拠（情報）を検討し、「審問記録(Record of Inquest) と呼称される公的文書内の質問事項への回答を記入していく。コロナーが確認したこの検証結果は、各地域の戸籍係に提出されることとなる。

3.1.6. 子どもの死亡に関連する情報（内部資料や、多機関連携調査記録や、CDR会合の記録など）を保持しているあらゆる関係機関は、コロナーにそれらの情報を編集前の生データの状態で開示する義務を負っており、コロナーも法的にこれらの情報を開示させる権利を有している。ただし情報を提供する際には、コロナーがその後に死亡児の関係者に情報を開示する際に、生データではなく情報を編集した状態で開示するように、コロナーに求めることができる。

---

<sup>8</sup> コロナーは、コロナー用フォーム100A（解剖非実施事例の場合）、もしくはコロナー用フォーム100B（相棒実施事例の場合）に記載する。



3.1.7. 死亡児の家族に対して、コロナーが関与することとなったことや、司法解剖が必要であることや、いつそのような解剖が行われるかについて早期に知らせる必要があり、希望する場合には検死（検案・解剖）の結果につき説明を受ける権利があることや、検死の日程やコロナー審問の日程についても情報を提供し、審問が公開で行われる場合にはその場に出席することができることも知らせる必要がある。いずれにしろコロナーによる調査対象となり、死因究明の権限がコロナーに付されることとなった事例においては、そのプロセスを通じ家族とのやり取りを行う中心は、コロナー事務局が担うこととなる。

## 多機関連携調査(Joint Agency Response)

3.1.8. 死亡が外因によると判断された場合や、突然の死亡で原因が明確でない場合（含、SUDI事例）や、社会的養護中や保護観察中などの保護下で起きた（under custody）場合や、精神保健福祉法に基づく保護入院中で起きた場合や、収監中に起きた場合などでは、死亡児を診察した医師はコロナーと警察に必ず通知を行う必要があり、SUDIガイドラインに記載されているのと同様に、その死亡について多機関連携での調査を行う必要がある。このような多機関連携調査を行うべき事例が発生した場合には、オンコールの医療者、警察官、担当児童福祉司に速やかに連絡を行い、通知を行った病院に速やかに臨場がなされる必要がある。

3.1.9. 子どもが重篤な状態で運ばれ、自己心拍は再開したものの数日以内に死に至ることが予測される場合にも、3.1.8に準じて多機関連携調査体制を発動させる必要がある。このような状況の場合には、詳細に現病歴の確認を行うことや重篤な状態に陥った現場の検証を行うためにも、死亡した時点ではなく来院した段階で多機関連携調査が開始される必要がある。

3.1.10. このような事例の調査を効果的にし、家族への適切なサポートを提供するためには、すべての専門家同士が情報共有を行うことが重要であり、関連する情報が適切に共有されるように、互いに協力し合うことが求められる。

3.1.11. 多機関連携調査対応を行う際には、リーダーとなる医療者を任命する必要がある。このリーダー医療者は、有識者によるパネルレビュー(CDOP)の指定医であることが望ましいが、小児死亡対応に関する適切なトレーニングを受けた経験豊富な医師や看護師や保健師であれば問題はない。リーダー医療者は、医療に関する情報の提供がなされることを保証し、警察やその他の関係機関との継続した連携を行う際の責任者となる。もし地域が、時間外に多機関連携調査対応対象に該当する死亡が発生した場合に、医療者の当番制を敷いていない場合、この役割は当該医療機関の役職小児科医が当座担当することが望ましい。

3.1.12. 多機関連携調査対応が必要な死亡事例が発生した場合、地域の児童相談所にも迅速に連絡を行い、死亡児やその家族、および同居している人物についての情報を速やかに確認する必要がある。

3.1.13. 図6に、多機関連携調査体制が発動された場合の動きに関しての、フローチャートを提示している。

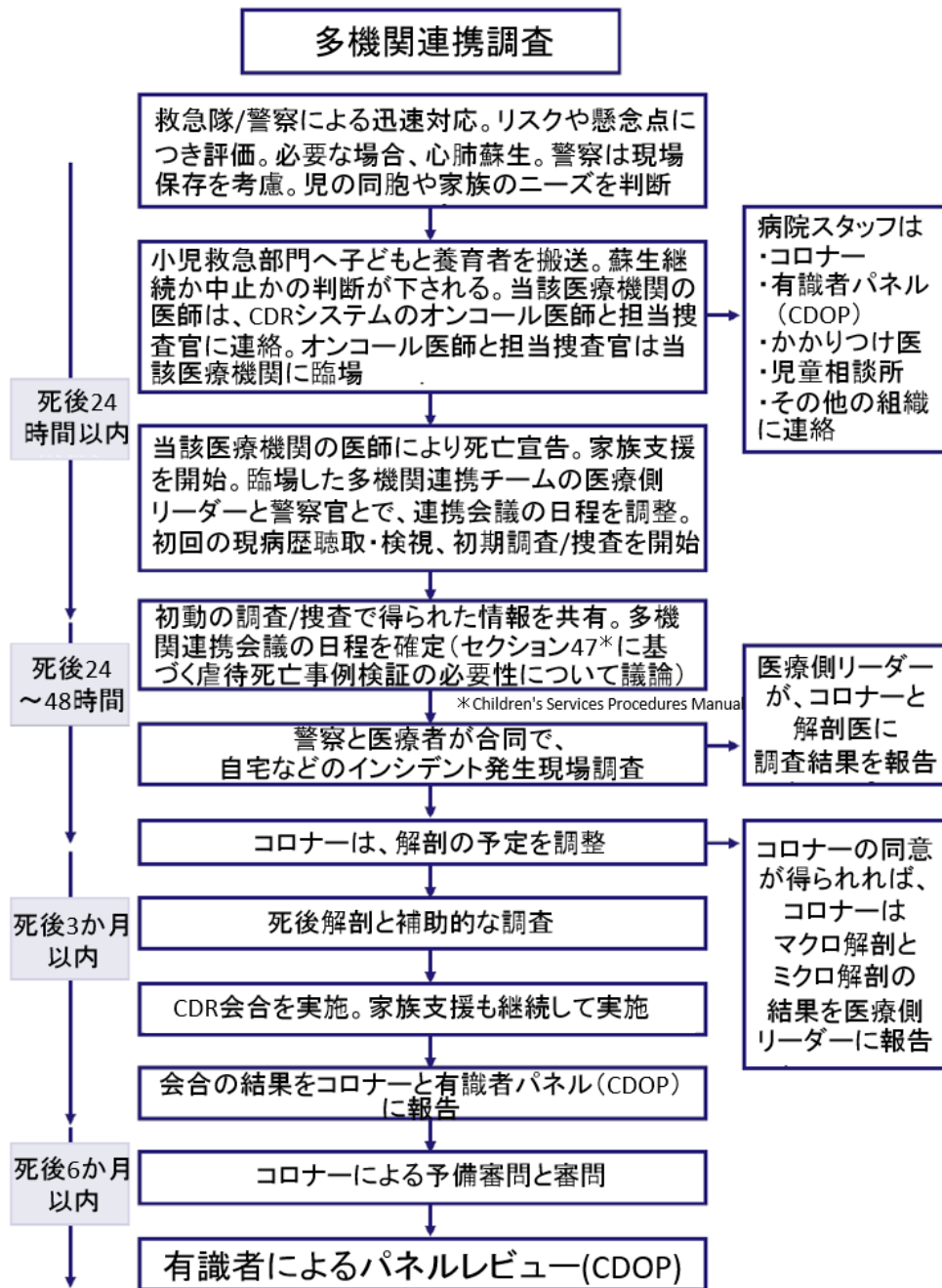


図6

3.1.14. 死亡児の現病歴や診察所見の中には、その死亡の状況に疑義をもたらすものもある。そのような要因が特定された場合、それを記録しコロナーや関係機関の専門家と情報を共有する必要がある。死亡児に確認された損傷所見はすべて記録する必要があり、警察官の手により写真撮影が行われなくてはならず、臨床医は必要なあらゆる検査を施行する必要がある(付録4参照)。

3.1.15. 初回の情報共有や会合のセッティングは、死亡児の家族が救急医療の現場にいるうちに行う必要がある。共有すべき情報には、どのような調査を来なうべきであるのかや、解剖を実施するべきであるのか否かや、死亡児が心肺停止状態に陥った現場の調査を行うか否か、も含まれる。これは素晴らしい調査と各関係機関への連絡、死体解剖（post-mortem examination）の調整、倒れた場所の訪問の計画などを含む。多機関が医療現場に集合した後は、医療側のリーダーは解剖を行う医師やコローナーや警察官に報告書を提出する必要がある。この報告書は、関連する有識者によるパネルレビュー（CDOP）の管理者にも送付されることとなる。その後、司法解剖結果や医学的な検査結果がすべて揃った際には、その新たな情報を踏まえての更なる多機関連携会合を開催する必要がある。コローナーからの死因究明報告書が提出されたのちには、最後のCDR会合の日程調整が行われることとなるであろう。

3.1.16. 子どもの死亡に虐待やネグレクトが寄与していることが疑われる事例において、死亡児の生前の関係機関の関与に不十分な点がある旨の懸念がある場合、初回の多機関が参集した情報共有や会合のセッティングの機会に、当該事例が虐待死亡事例検証（Child Safeguarding practice review）開催の対象となるか否かについての検討も行う必要がある。

## 重大インシデント調査

3.1.17. 重大インシデント調査は死因の究明を目的としたものではなく、子どもの安全が脅かされ死亡に寄与した可能性のある要因についての詳細な分析結果を、CDRのプロセスに情報提供を行うことを目的としている。重大インシデント調査は、高度根本原因解析手法（RCA：Root Cause Analysis）（ならびに医療安全調査局[HSIB]により将来的に推薦される手法）を用いて分析をすることで、死亡状況についての理解を深めることができると判断される場合や、将来的な予防可能死を防ぐための提言を行いうると判断される場合に、実施される。重大インシデント調査は、小児医療提供体制上の何らかの不備についての理解を深めることと、それらの問題がどのように関連し、子どもの死亡に寄与したのかについて理解することに焦点化して行われる。子どもが死亡してからしばらくたってから、重大インシデント調査の対象とすべき事例であるとの認識に至ることもある。重大インシデント調査を開始するのに遅すぎるということはなく、この調査が他の調査（多機関連携調査など）と並行して行われていても問題はない。

重大インシデント調査のプロセスの大まかな流れにつき、図7に提示している。

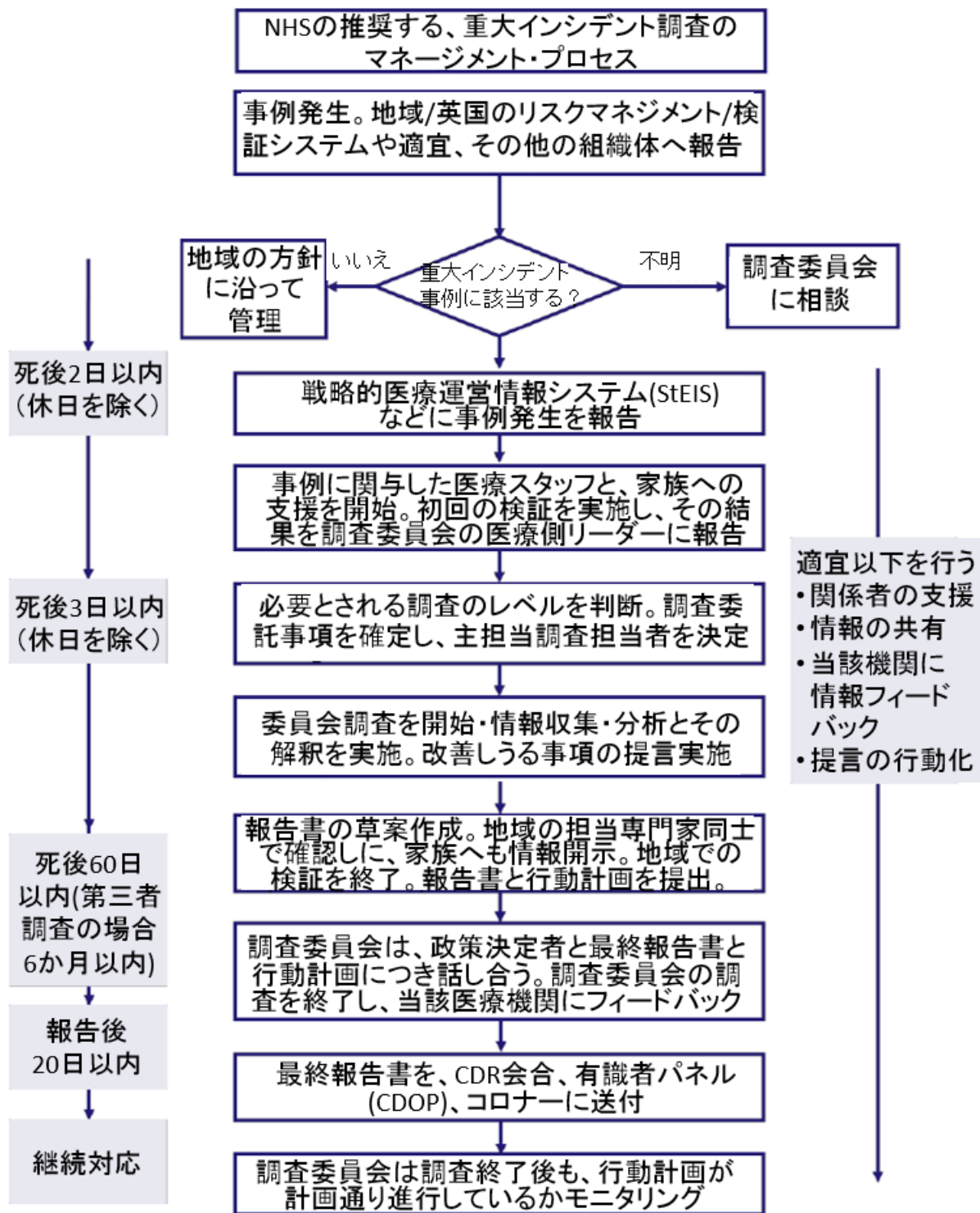


図7

3.1.18. 重大インシデント調査は、特定の組織や個人の有責性を追及することを目的とはしておらず、この調査は効果的で継続可能な変化を小児医療提供体制に組み入れるための提言を行うための情報を集め、将来的に同様な問題が生じた際に小児死亡が発生するリスクを低減していくことを目的としている。

3.1.19. 英国国民医療保健サービス(NHS : National Health Service)は、重大インシデント調査のガイドラインとして、重大インシデント調査骨子(the Serious Incident Framework)<sup>9</sup>を提供している。重大インシデント調査から得られた情報については、英国安全情報収取システム(NRLS : National Reporting and Learning System)や戦略的医療運営情報システム(StEIS : Strategic Executive Information System)やそれに準じるシステムに登録することが求められている。NHSの重大インシデント調査骨子では、対象事例発生直後の報告内容やその他の情報を勘案したうえで、調査すべき段階を以下の3つのレベルに分けて、どのレベルの調査を行うのが適切であるのかを判断する、と定めている。

- レベル1 : 地域の医療者が主催する、簡潔なRCA調査
- レベル2 : 地域の医療者が主催する、包括的なRCA調査
- レベル3 : 完全に独立した外部の医療者からなる、包括的なRCA調査

3.1.20. これらの3つのレベルの調査は、それぞれ時間軸とプロセスは異なるものであり、レベル1とレベル2の調査は例外的な事例を除き、原則として60日以内に調査は終了するが、レベル3の独自調査は、6か月以内が目安となる。

3.1.21. 重大インシデント調査は、将来的に類似の死亡事例の発生を減らすために、効果的で継続可能な施策を具体的に提言する形での調査報告結果をまとめることが求められる。この調査報告では提言をSMART ( Specific : 具体的、Measurable : 効果測定可能、Attainable : 達成可能、Relevant : 妥当性がある、Time-bound : 実施までの期間定める ) にまとめる必要があり、関与したすべての人物の合議で作成される必要がある。提言に沿った具体的な行動化がなされているかにつき、調査責任者と管理チームはトラッキングし、提言が実施に至ったか否かについての経過をまとめる職責を担う。

3.1.22. 警察や児童思春期精神保健医療機関などの他の組織には、それぞれ調査を行う際の段取りは異なっており、関わる機関が多い場合には調査を終結する期間に影響が及ぶこととなるであろう。NHSの重大インシデント調査骨子には、家族や養育者とどのように関わるべきであるのかなどを含め、調査の実施に関する詳細なガイダンスが提供されている。この骨子では、NHSが推奨する高度根本原因解析(RCA)の手法についても言及されている。

---

<sup>9</sup>NHS Serious Incident Framework

<https://improvement.nhs.uk/resources/serious-incident-framework/>



## 各種調査のコーディネーション

3.1.23. 無数の調査が同時並行的に行われていくことにより、子どもを亡くした家族が混乱してしまう事態は避けなければならない。これまで述べてきた調査に加えて、家族は子どもの医療的ケアに関する不服申し立てを、NHSに行うことができ、その申し立てに基づいて調査が「議会健康サービスオンブズマン (Parliamentary and Health Service Ombudsman)」に委任されることもある。各種調査を効果的に調整し、十分なコミュニケーションをとることは、悲しみに暮れた両親に不要なストレスを与えることを避けるために、極めて重要である。

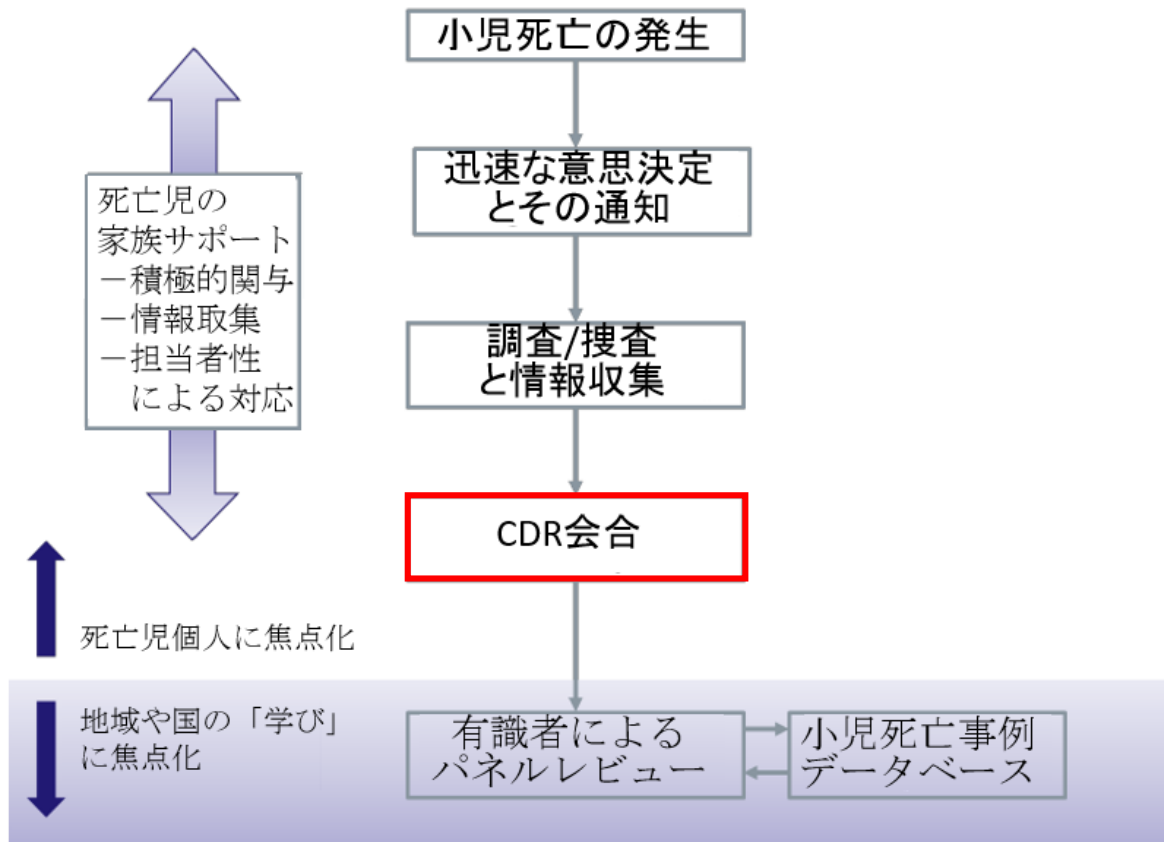
3.1.24. 子どもを亡くしたすべての家族には担当のワーカーがつき、その担当ワーカーがCDRのあらゆるプロセスにおいて、家族とコンタクトを取り続ける窓口として活動する必要がある。この担当ワーカーは職位や役職に関わらず、実務的にしっかりと役割を果たしうるか否かが重要となる (第7章セクション7.2.1参照)

3.1.25. 複数の調査が入るような死亡事例においては、NHSはその手続きの全体像を見守るケースマネージャーを任命する必要がある：ケースマネージャーは、患者相談連携サービス(PALS:Patient Advice and Liaison Service)なども活用し、それぞれの関係者が客観的にCDRのプロセスに関わることができているかや、法律要件に十分配慮しているかを確認し、タイムスケールに無理のないように配慮し、死亡児の両親がCDRのプロセスに関与しうる場面で関与でき、情報のフィードバックをもらいたい場合にそれが受けられるように支援を行う。ケースマネージャーの仕事は、継続的に唯一の家族との窓口となることが仕事である担当ワーカーの仕事とは、異なるものである。

3.1.26. 重大インシデント調査がCDRのプロセスと同時進行で開始された場合、ケースマネージャーは患者安全チームのメンバーの管理者としても機能し、調査の進捗や締め切りの管理を行い、家族や組織によって定められた期日までに、医療者が必要な情報提供を行うように管理する職責も担う。係争事例になっている事例の場合、CDRのプロセスを管理するケースマネージャーを経験豊富な事務部門の長などに担当させた方がよい場合もあるであろう。特に重大インシデント調査が同時進行で進んでいる事例では、ケースマネージャーを経験豊富な事務部門の長などが担い、患者安全チームのサポートを行い、家族への説明の矢面に立つことが望まれる。どのような事例であれ、家族との唯一の連絡窓口となる担当ワーカーと、ケースマネージャーは協働する必要がある。複雑な事例においては、管理職にも担当者となってもらい、生じた問題点や、その他の様々な調査の進行状況につき、常に把握し続けるようにすることが重要である。

CDRのプロセスの各段階についての理解を促進するため、付録1に4つの模擬事例を提示しているので、ご参照いただきたい。

## 第4章 CDR会合



### 概論、および原則

4.1.1. CDR会合は、個々の小児死亡事例に関して、その子どものケアに直接携わった複数の専門家が、その子どもの死亡について協議し合える最後の機会である。CDR会合は様々な呼称や形式で既に実施がなされている（例：死因/死亡態様決定カンファレンス、周産期死亡カンファレンス、個別症例検討会など。SUDIガイドラインでは最終症例検討会と呼称されている）。会合によっては、1例のみを対象として実施されることもあれば、複数の事例についてディスカッションが行われる場合もある。CDR会合の場に出された結論は、有識者によるパネルレビュー(CDOP)に書面(フォームC)により通知する必要がある。

### CDR会合を行う目的

4.1.2. あらゆる事例に共通する、CDR会合を行う目的は以下の通りである：

- 背景にあるヒストリー、全ての治療・検査内容、調査結果を検証し、できるだけ正確に、最も可能性の高い死因を決定する
- 死亡事例における、個人的・社会的・物理的環境上の問題点や、行政サービスなどの支援提供状況につき、標準化された方法を用いて明確化する
- 死亡事例に固有の、死亡に寄与した可能性のある修飾因子を、標準化された方法を用いて同定する
- 死亡事例を検証することにより得られたあらゆる知見を明確に記述し、適切な場合には、将来的な小児の新たな死亡を予防する上で効果的な対応を明らかにし、関連する機関の管理部門に確実に通知を行う
- 死亡児の家族に提供された支援を検証し、また残された子どもや、将来その家庭で生まれる可能性のある子どもが、安全かつ健全に発育することができるための支援ニーズについて検討する
- 死亡児の、死亡に対するあらゆる調査結果や、CDRによって得られた知見につき、可能な限り家族に情報提供を行う
- CDR会合の場での検証結果について、有識者によるパネルレビュー(CDOP)、ならびに(適切と判断される場合には)コロンナーに対し、書面(フォームC [付録5参照])を用いて確実に通知する
- 現時点ではまだ稼働していないが、運用が開始され次第、関連するデータを「小児死亡データベース」に登録する
- 死亡児とその家族に関わっていたスタッフに対して提供された支援について、検証を行う

## CDR会合に出席すべき人物について

4.1.3. CDR会合の準備を行う職責は、小児の死亡宣告を行った機関が負う。自宅などの病院外で死亡した事例の場合、通常は多機関連携対応が行われることとなるであろうが、CDR会合の準備を行う職責は、最初に接触した医療者が担う。

4.1.4. 全ての小児死亡は、一例一例丁寧に検証を行う必要があり、生前にケアが提供されていた場合には、その全過程に関わった専門職がCDR会合に加わることが望まれる。そうすることにより、一次・二次・三次医療機関の医療者、行政、司法、民間団体らの関係性は強化されることとなるであろう。

4.1.5. 小児死亡に際し、疾病の致死率はさておいて<sup>10</sup>、個々の組織でも可能な限りの検証を行うことが強く推奨される。このような包括的な手法をもってして初めて、小児の死亡に寄与した真の要因について理解することが可能となるのである(具体的な会合の流れについては、付録1の模擬事例を参照していただきたい)

4.1.6. CDR会合には以下に列記した専門職の参加が求められる:

- 小児の死亡時に診療を行った病院医師や診療所医師、および生前に家族がかかりつけであったと語った医師

---

<sup>10</sup>予後不良の内因疾患により死亡した場合であっても検証を行う必要があり、また死亡に直接は寄与しなかったが検証すべき対応上の問題がある場合も、その点につき検証を行う必要がある



- 解剖が行われた場合、解剖医（法医学者もしくは病理医）
- 上記に該当する医師以外の専門医や一般医（治療の選択に関してのディスカッションを成立させるため）
- 患者安全チーム（重大インシデント調査が実施された事例の場合）
- ベテランのコロナー（コロナーに照会のあった事例の場合）
- 警察の上級捜査官（多機関連携対応を行った事例の場合）
- 児童福祉司（生前に介入があった事例の場合）
- 救急隊員や消防隊員（出動のあった事例の場合）
- プライマリケアの代表者（家庭医、助産師、保健師など）
- 養護教諭、教頭（死亡児が就学児の場合）
- 適切な事例では、Barmados, Teenage Cancer Trust, the Rainbow Trustなどの、ボランティア団体やNPOの職員

4.1.7. オンラインでの会合を行うことで、多機関・多職種の参加はより容易となりうるが、それでも一部の専門家（救急医療者や一次診療の医師など）は参加できないかもしれない。そのような場合には、それらの専門家たちにはCDR会合にレポートを提出すべきである（このような場合には、フォームBの書式を用いるとよい）。

## CDRの議長は誰が行うことが望ましいか？

4.1.8. 多機関連携対応で調査/捜査を行った事例の場合、CDR会合で議長を行う人物は、その際に医療のリーダーとなった人物が望ましい。

4.1.9. 多機関連携対応を行わなかった事例の場合、あらかじめCDRの過程に習熟し登録されている、死亡宣告を行った施設のリーダー医師が議長を務めることが望まれる。このようなリーダー医師は、あらかじめ自身の職務の中にCDR会合を行うことを想定し、CDR会合に時間を割くことができるようにしておく必要がある。

4.1.10. 上述のリーダー医師が、死亡児の主治医であった場合、利益相反と取られてしまう事態を避けるため、議長の役割は他の医師に委ねる必要がある。議長は各事例についての検証を開始する際に、利益相反ととられうる状況があるか否かにつき、参加者に尋ねなくてはならない。例えば、死亡宣告を行った施設の医療チームと家族との信頼関係が破綻してしまった事例など、稀ではあるが死亡宣告を行った施設外の人物に議長を依頼することが必要な場合もある。そのような状況の場合には、あらかじめ登録を受けているリーダー医師は、助言を行う立場となるであろう。

## CDR会合を行う際にふさわしい場所

4.1.1. 本ガイドラインは、すべての小児死亡に適用されるものである。一般論として、病院で死亡した小児事例について、死亡を取り扱った担当科はその死亡について議論を行うべきであり、そのような議論は、臨床医学的側面からその死亡について幅広い検討を行う上で不可欠である。病院外で死亡した小児については、地域の家庭医（訳注：警察医）が議論を行い、ホスピスで死亡した小児については、ホスピス内で議論を行うこととなるであろう。ただしこのような場合にも、CDR会合を行う場所については、生前に死亡児の治療を主体的に行っていた施設に情報提供を行うなどの配慮を行う必要がある。

4.1.2. 例えば、ある小児がA病院で何ヶ月もの間治療を受けていて、死亡直前に専門的な治療のためB病院へ転院し、その後24時間以内に死亡した場合、この小児の死亡についてはまずA病院で議論し、そこにB病院の治療チームを招集することが、理にかなっている。重要なのは、同じ子どものCDR会合を複数の施設（地域の二次病院と三次医療施設）で重複して行うことは、サイロ思考（訳注：窓がないサイロの中にいると周囲が見えないように、全体のことを考えず、自己の組織の都合のことだけを考えてしまうこと）に陥り家族に混乱をもたらす可能性があり、避けるべきであるということである。

## CDR会合を行うにふさわしい時期

4.1.13. CDR会合を行う際には、計画立案と調整が不可欠である。CDRに関する担当部局は、CDR会合の実施の責任を有する施設が適時かつ調整された状況で会合を行うことができるように、適切なりソースの提供を行うなどの支援を行わなくてはならない。CDR会合は、予備的調査（多機関連携調査、重大インシデント調査、検死[検視・解剖]など）の結論が出て、かつ会合の場には出席ができないもののキーとなる情報を有しているであろう機関からの書面（フォームBなど）による報告を受け取り次第、行う必要がある。関連性のあると思われる有識者によるパネルレビュー(CDOP)の事務局が、そのような調整を行う助けになるであろう。

4.1.14. CDR会合は可及的速やかに行う必要があり、理想的には死亡後3ヶ月以内に行われることが望まれる。ただし重大インシデント調査の結果や、解剖の最終報告書が出るまでに時間を有することも稀ではなく、CDR会合の実施がこれよりも遅くなってしまうことも稀ではない。いずれにしろCDR会合は、コロンナー審問や児童保護検証（虐待死亡事例検証）や有識者によるパネルレビュー(CDOP)が実施される前に行われる必要がある。

4.1.15. AHT(虐待による頭部外傷)が疑われる場合など、CDR会合が犯罪捜査の一環として始まることもありうる。この場合、子どものケアに関わっていた臨床医が会合の座長を務めた場合、法廷でそのことが問題となりうる点を考慮する必要がある。

## CDR会合でどのようなことを話し合うべきか？

4.1.16. CDR会合の際には、死亡児に関連するあらゆる側面について検証を行う必要がある。

4.1.17. 多機関連携調査が行われた事例に関しては、医療側のリーダーがCDR会合に向けた報告書の作成義務を負う。重大インシデント調査を実施した事例の場合には、調査の指揮を執ったチームのメンバーが、その調査結果につき報告する必要がある。議論を行うべき標準的事項につき、以下に示す：

- ・ 事例の概要
- ・ 死後検査や検死（検視や解剖）、もしくは多機関連携調査や重大インシデント調査から得られた知見
- ・ 家族から提起された疑問
- ・ 議論すべき問題点
- ・ この事例から学んだ教訓と、それを受けた具体的な施策実施のための提言

- ・ 死因や死亡に寄与したと思われる要因の確定
- ・ 家族のフォローアップ方法
- ・ 死亡児やその家族と関わったスタッフへのサポート

4.1.18. CDR会合は、必ず議事録を作成する必要がある。その内容はフォームC(付録5参照)の形でまとめ、有識者によるパネルレビュー(CDOP)や、コロナーや、さらに必要時には児童保護レビューパネル(虐待死亡事例検証)などへ報告する必要がある。このような報告書は、事例につき十分に討議した内容を伝達する上で不可欠である。CDR会合で事例から得た教訓を反映した具体的な施策実施のための提言は、明瞭な文面で表現し、関係する機関の管理部門に確実に伝達しなければならない。現時点ではまだ稼働していないが、運用が開始され次第、関連するデータを「小児死亡データベース」に登録する必要がある。

## CDR会合への、死亡児の家族の参加について

4.1.19. CDR会合は、専門家を対象とした会合である。出席者間で完全に忌憚のない意見を出し合うことができるようにするため、ならびにその子どものケアに関連するあらゆる困難な議題に対しても誤解を恐れることなく議論することができるようにするため、死亡児の両親はこの会合に出席するべきではない。しかしながら、両親はこの会合で得られた情報について担当のワーカーから知らされるべきであり、また担当のワーカーやその他の専門家を通じ、情報提供をする機会や疑義を投げかける機会が担保されるべきである。

4.1.20. サービスの提供に関連して係争となりうる事例に関しては、重大インシデント調査やその他の過誤に関しての申し立て機会を通じて、関与した医師・看護師と多機関連携チーム同士で、CDR会合を行う前にあらかじめ議論を行っていることが望まれる。CDR会合はこのような解決が困難な問題に対して多機関で議論をする機会ともなり、家族への対応に関しても多機関でサポートをするという安心感を当該機関にもたらすこととなるであろう。家族から呈されたあらゆる疑義に関しては、すべて会議録として記録を残しておく必要がある。

4.1.21. CDR会合での議論の終結の際には、これまでにどのような支援が家族に対して実施されたのかや、会合で出された結論に対し誰が家族に説明を行う責務を担うかについて、明確化する必要がある。一般的には、このような責務は死亡児を診ていた小児医が担うことが多い。コロナーの調査下に置かれた事例の場合には、このような対応はコロナー事務局と連携した上で行わなくてはならないが、最終的な死因を決定する職責はコロナー審問の場にあるということを理解しておく必要がある。

CDRのプロセスの各段階についての理解を促進するため、**付録1**に4つの模擬事例を提示しているので、ご参照いただきたい。



## 第5章

# 有識者によるパネルレビュー会合 (CDOP)

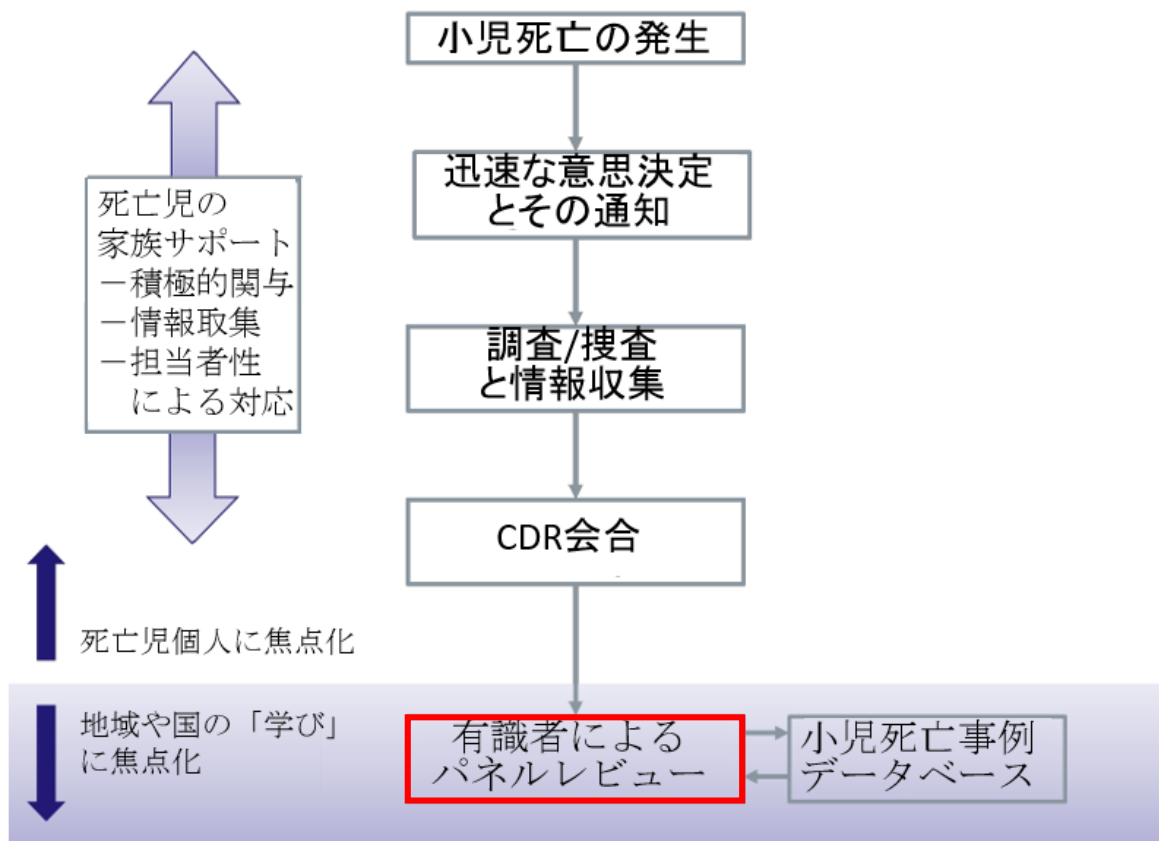


図9

### 概略、および基本原則

5.1.1. 2017年児童福祉法(The Children and Social Work Act 2017)ならびにWorking Together(英国政府発行の児童虐待対応ガイドライン)は、 地方行政府と地域の医療サービス委託グループ(CCGs: Clinical Commissioning Groups)よりなるCDR実施共同体(Child Death Review Partners)に対し、当該地域に居住していたすべての小児死亡事例に対し(もしくは居住実態がなかった子どもであっても必要時には)、有識者よりなる小児死亡を俯瞰するためのパネルレビュー(CDOP: Child Death Overview Panel)を開催し、事例検証を行うことを強く推奨している。

5.1.2. CDOPの検証対象には、医療が立ち会い明らかに死産であったと判断された事例や、合法的に行われた予定墮胎事例を除き、すべての新生児も含まれる。

5.1.3. 1つのCDR実施共同体が対象とする範囲というのは、NHSの定める各地域の医療圏毎に定められるのが基本であるが、原則として年間80-120人の小児死亡を検証するような規模として管轄区域は区分される必要がある。

5.1.4. あらゆる機関の専門職は小児の死亡を認識した際に、当該地域のCDOP事務局にその情報を提供する責務を負っており、特に子どもや家族のケアや支援に携わっていた機関には地域のCDOP会合が開催される際に協力を行う義務を有している。CDOPの会合は個々の事例につき、子どもや対応を行った職員に関する情報をすべて秘匿して匿名化した状態で二次的な検証を行う場である。CDOPに先立ち、一時的検証の場であるCDR会合はフォームC草案(付録5参照)を作成し、それをCDOP事務局に送付する必要がある。

5.1.5. CDOPの会合は、直接死亡事例のケアに携わった専門家やその同僚が参加するCDR会合とは異なり、検証対象となる事例と関係性のない複数の機関の代表者が参加して、検証が行われる。

## CDOP会合の責務

5.1.6. CDOP会合の責務を、以下に列記する：

- 小児死亡に関する情報を収集し、整理を行う。専門職からの情報収集に加え、必要時には家族からも情報を収集する。
- 死亡に寄与した可能性のあるあらゆる要因を同定し、将来的な新たな小児死亡を防ぎうる教訓を明確化するために、CDR会合で作成された報告書を含めて、入手しえたあらゆる情報の分析を行う。
- 将来的な新たな小児死亡を予防し、小児の健康・安全・福祉を増進するための具体的な施策の実施を、CDR実施共同体やその他の機関に関し勧奨するための提言を作成する。
- 死亡児が虐待やネグレクトを受けたと推察される場合には、虐待死亡事例検証(Child Safeguarding Practice Review Panel)の場や、多機関よりなる地域の虐待対応共同体(Local Safeguarding Partners)にその情報を提供する。
- 登録された死因に不備や修正点が確認された場合には、監察医(監察医制度が実施されている地域の場合)や死亡診断書記載医師に、死亡登録制度(人口動態統計)の改善のために、その旨を連絡する。
- 英国保健省(Department of Health)に指定されたデータを提供し、運用が開始されれば英国小児死亡事例データベース(the National Child Mortality Database)にもデータの提供を行う。
- 地域のCDR実施共同体向けに、小児死亡の地域のパターンや傾向・実施された提言・提言に基づき実施された施策、ならびにCDRを実施することにより得られたその他の幅広い効果につきまとめた年報の作成を行う。
- CDRで得られた教訓を生かすことで、当事者・地域・国が主体性を発揮していくことに貢献する。適切な場合には、個人情報を保秘したうえでの研究活動も、この中には含まれる。



## CDOPの構成メンバー

5.1.7. CDOPは、核となる構成員として次の機関の代表を含む、多職種の専門家からなるパネルである。

- 公衆衛生分野の専門家(座長の職を担うことが多い)
- 小児死亡に関する指定医(CDOP指定医)
- 医師 (CDOP指定医が診療所医師の場合、病院勤務医師。逆にCDOP指定医が病院勤務医師の場合、診療所医師)
- 児童相談所/市町村の子ども担当部局
- 警察
- 虐待対応専門医療者(専門医もしくは専門看護師)
- 一時診療医療者(家庭医、保健師)
- 看護師/助産師
- CDOP管理者
- 一般市民/家族会代表者
- その他必要時に、コロナ事務局職員、教育者、家屋調査士、地方議会議員、健康福祉団体の委員、救急隊員、緩和ケア職員などの参加も考慮される

5.1.8. パネルレビューを行う際の議長は、その地域の中核病院の医師ではない方がよい。上述したコアメンバーに加えて、その他の保健機関や関連する機関の専門家も、必要に応じて協議に参加してもらう必要がある。パネルレビューに参加するメンバー(付録6参照)は、自身がその場でどのような役割を果たす必要があるのかについて十分に理解し、レビュー会合に先立って、全ての関連する資料に目を通しておく必要がある。会合に先立って毎回、利益相反を確認する必要があり、当該死亡児のケアに直接携わったメンバーがいる場合、その人物が議論を主導することは避ける必要がある。

5.1.9. CDOPは、リーダー的立場の医療者と地方自治体の管理職クラス職員よりなり、両者の総計により定足数が定められる。純粋に医学的なテーマのパネル会合(例:心疾患パネルなど)の場には、警察や福祉機関の職員が必ずしも出席する必要はない(テーマ別パネルについての詳細は、下記5.1.13を参照)。このような場合でも、パネルに参加しない機関は事例の議事録をレビューすることもでき、必要に応じて関連資料をパネルの出席者に渡すこともできる。CDOPの会合は、年間どのような死亡事例が、どのくらいの数検証されるのかにもよるが、定期的実施される必要がある。

## CDOP管理者の責務

5.1.10. CDOPの管理者は、パネルの座長や指定医と密に連携して業務を行う必要がある。CDOPの指定医は、CDRのプロセス全般に対し幅広い助言を行う職責を担っており、CDOPのテーマ別パネルについても助言を行う責任を有する。子どもの死亡事例が発生した場合、当該地域のプロトコルに従い、速やかにCDOPの事務局にその旨の通知がなされる。CDR会合の場で作成されたフォームCの草案のコピーや、その他の様々な関連書類も、CDOP会合に先立って、CDOP事務局には送付されてくる。CDOP事務局は、それぞれの事例を詳細に検証するために必要となる関連情報を、あらゆる専門家やあらゆる組織に提供するように求めることが出来る。逆に専門家や組織は、この要請に応じる義務を負って

いる。CDOPの管理者は、すべての小児死亡事例に対し、CDR会合の報告書やコロナー審問の結果を受領してから、可能な限り6週間以内にCDOP会合を行うように定められている。ただしテーマ別パネルでの検証が予定されている事例の場合には、この限りではない（テーマ別パネルについての詳細は、下記5.1.13を参照）。

## 管轄地域内に居住実態のなかった小児の死亡時の検証について

5.1.11. CDR実施共同体が、管轄地域に居住実態のなかった小児の死亡を検証する事も可能であることは、法的にも明記されている。死亡児が居住していた地域と死亡が発生した地域が異なる場合には、有効な検証を行うためにどのような体制で実施すべきであるのかについて、互いの地域のCDOPチームは話し合いを行い必要がある。一般的には、パネルディスカッションを実施する主たる責務は、小児の死亡が発生した地域のCDOPが担うのが原則である。ただし、検証を行うことで最も大きな教訓が得られるのはどこであるのかという観点から、実施場所については検討を行う必要がある。

5.1.12. 例えば、X地区に居住していた子どもが休日にY地区で溺水し、Z地区にある三次病院のPICUで死亡した場合、3地域のCDOPが関係しうるわけであるが、その子どもの死亡から最も大きな教訓を得るべきであるのは、X地区やZ地区ではなく、事故が発生したY地区であるということが出来る。このような状況において、複数の地域でパネルレビューを別々に行うことは避けることが重要である。電話会議やビデオ会議のシステムを活用することは、必要な専門家が会合に直接出席できない場合や、居住地区のCDOP管理者が出席を望む場合に、協調体制を敷くことを可能にしてくれるであろう。

## テーマ別パネル

5.1.13. 小児死亡事例の中には、テーマ別パネルで検証することが最適の事例も存在している。テーマ別パネルとは、一つもしくは関連する複数のパネルが協働して、小児死亡の特定の要因や要因群を検証するものである。このような検証体制を敷くことにより、その分野の適切な専門家がパネルに出席して議論の場に情報を提供することが可能になり、一般的にまれな病態で死亡した小児における、議論すべきテーマを定めることがより容易になる。地域のCDOP内に設置すべきテーマ別パネルとしては、例えば、新生児パネル、心疾患パネル、悪性疾患パネル、乳幼児突然死(SUDI/C)パネル、自殺パネル、外傷パネルなどが挙げられる。このようなパネル会合を開催する頻度は、各パネルごとに実際の事例数を勘案したうえで決定される（どんなに多くとも、半日の会合で最大検討する事例が12例を超えてはならない）。テーマ別パネルを有意義のものにするためには、テーマに応じて柔軟な方法をとること、そして経験豊富な議長が不可欠である。隣接する地域の臨床医やその他の専門家に、出席を依頼することも考慮してよい。テーマ別パネルは、当該小児の死亡から12ヶ月以内に開催することが推奨される。CDOPの指定医は、テーマ別パネルを行うべき事例の選定において、適切な助言を行う必要がある。

## 両親や家族のCDOPへの参加について

5.1.14. 主担当ワーカーは、死亡児の両親に対しCDOP会議を開催する旨について、その目的と共に説明を行う必要がある。そのような説明を行う際には、その説明を行うことが両親にとって更なるストレスになったり、自分の子どもについての議論の場から自分た



ちが排除されているという心情を抱くことがないように、深い哀悼の意と共に十分な配慮が必要となる。このことを念頭においたうえで、CDOPの会議の場では多くの事例についての検証がなされること、個々の子どもの情報やや関与した専門家に関する情報はすべて匿名化されることを、家族に明確に伝える必要がある。家族にはさらに、会議は匿名で行われるという性質上、個別事例の検証内容について家族にフィードバックを行うことは不可能であることも説明する必要がある。

5.1.15. 両親が子どもの死亡に関して懸念している点については、すべてが貴重な情報であり、そのような意見はあらかじめCDOP事務局に提出することが可能であることを、両親に明確に伝える必要がある。

5.1.16. CDOPの会合の場では、家族フォローやグリーフケアの観点から、パネルの場に提供された個々の事例に関する情報に関しては、すべて真摯に協議がなされることが保証される必要がある。

またCDOPは、CDRの過程を通じ得られた教訓の要点、テーマ別パネルの報告内容、それらから提示された具体的な提言と、それに基づき実施された施策などについてまとめ、平易な言葉を用いて年次報告書を作成し、それを一般に公開しなくてはならない。

## 英国小児死亡データベースへの登録

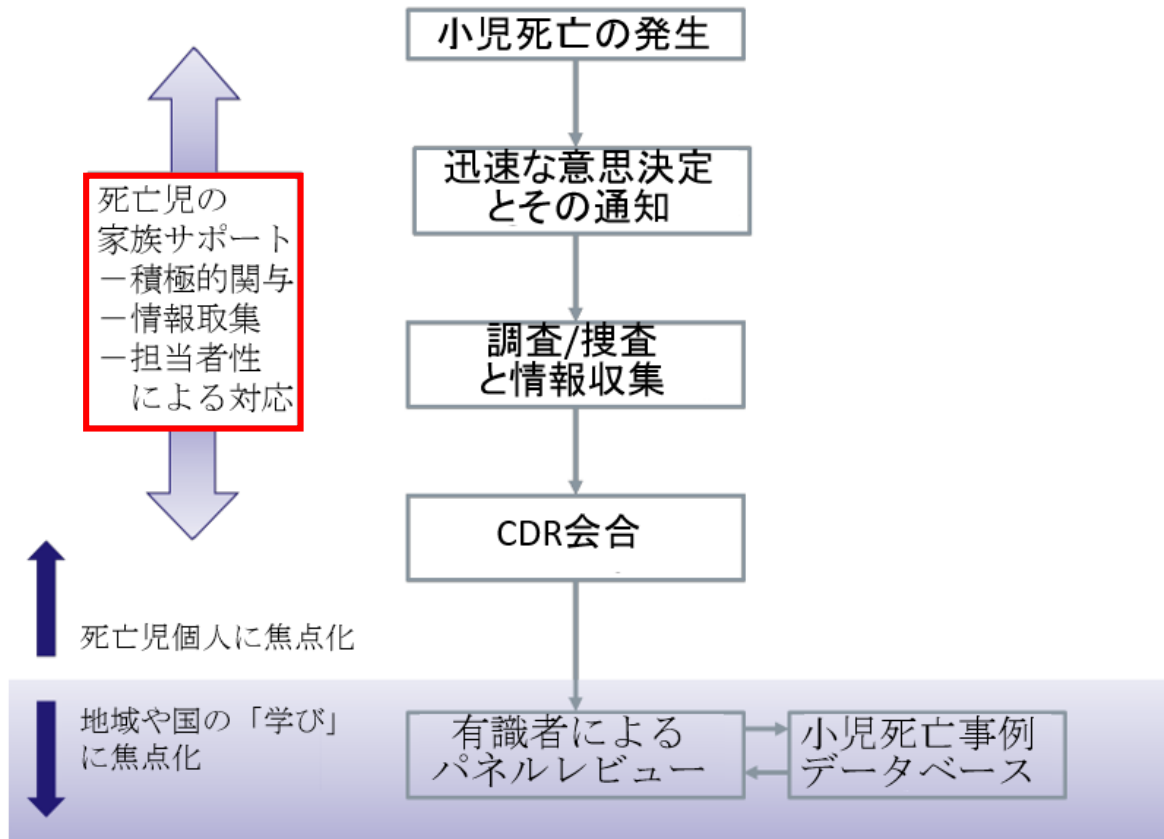
5.1.17. CDOPは、議論の結果をフォームCに入力して確定させ、この最終版フォームCを英国保健省(Department of Health)に報告することが義務付けられている。英国小児死亡データベース(National Child Mortality Database)が実運用された以降は、そのデータフォームに直接データを入力することになる予定である。

CDRのプロセスの各段階についての理解を促進するため、付録1に4つの模擬事例を提示しているので、ご参照いただきたい。



## 第6章

# 家族のCDRへの関与、および家族へのグリーフサポート



### 概略、および原則

6.1.1 全ての家族は自分たちの子どもが死亡した際に、可能な限りの死因を特定するための詳細な検討を受ける権利を有しており、そうすることでその子どもの死が将来の新たな小児の死亡を予防するために活かしてもらい権利を有している。専門家たちは、この検証の過程の全ての段階において、家族を支援し、関わっていく義務を有している。両親には検証の過程について情報が提供されなくてはならず、死亡児の調査や検証の際の会合の場において両親の意見を伝達する機会が与えられなくてはならないし、庁舎や会合の結果についても、情報が提供される必要がある。家族のニーズはそれぞれ個別性が高く、定型対応ではなく、繊細さと共感をもって効果的となるようなコミュニケーションを図

り、ニーズにしっかりと沿った対応を行う必要がある。

6.1.2 本章では、子どもを亡くした全ての家族に提供されるべき、中心的な事項につきまとめている。

## 家族対応チーム

家族に関わるすべての専門職は、子どもの死亡後に悲嘆を抱えた両親に、いたわりを共感をもって支援を行う職責を有している。医療過誤があった事例においては、医療者は謝罪を行い、何が起こったのかを詳細に説明し、同様のことが再び起きないようにするために、何を学ぶべきなのかを明確にする責務がある。子どもの死が突然で予期せぬものであったとしても、長い闘病を経てのものであったとしても、以下に述べる我々に求められる役割というものは、例外なくすべての事例に当てはまるものである。

### 6.1.1 主担当ワーカー(key worker)

6.1.1.1 子どもが死亡した後に行われることとなる各種の過程というものは、非常に複雑であり、多くの調査が必要となる事例の場合には、なおのこと複雑となる（第3章 3.5 各種調査のコーディネーションを参照）。このことを認識した上で、全ての家族に対して、特定の担当者を一人割り当て、その人物に子どもの死亡事例検証の過程に関する情報の提供を求めたり、必要な支援に繋がりうる情報を求めることが出来るようにする必要がある。

6.1.1.2 主担当ワーカーとして支援を行う専門職の割り当てを行う責任は、子どもの死亡確認を行った機関が担う必要がある。どの職種が主担当ワーカーとなるべきかについては、特に制限はない。例えば、子どもが長期に闘病していた場合には、既に家族が臨床専門看護師のような多機関連携チームのメンバーとなっているスタッフと、関係性が出来ていることが多い。このような人物が、子どもが亡くなった後に主担当ワーカーとして任命され、継続的に家族に関わり続けることは、適切であるといえよう。外傷や敗血症など、その他の多くの状況では、子どもが入院するまで、子どもや家族と医療関係者との関係性がなかった場合がほとんどであろう。このような場合には、グリーフサポートチームのメンバーが、主担当ワーカーとなることが多い。

6.1.1.3 どの専門分野の人物であれ、主担当ワーカーとなった担当者は、以下の役割を果たす必要がある。

- 家族にとって、確実かつ速やかに繋がる連絡先になること。
- 必要時には、CDR会合の際に家族と専門家との間の調整役となること
- CDRの各過程についての情報や、子どもに関連するあらゆる調査の進行状況について、情報提供を行うこと
- CDR会合の場では、家族の「声」の代弁者として、家族が抱えている疑問につき専門家に適切な形で伝え、そこで得られた回答について、会合の後に家族にフィー

ドバックを行うこと

- 必要時には、グリーフサポートの専門家（専門機関）の紹介を行うこと

### 6.1.2 医療側リーダー(medical lead)の職責

6.1.2.1 全ての小児死亡事例の発生時には、家族支援のために、適切なコンサルテーションを行いうる経験豊富な小児科医が指定される必要がある。このような小児科医の役割は主担当ワーカーとは異なるものであり、その子どもに生前に最も関わりを持っていた小児科医か、子どもが死亡した際に対応を行った指定医がその責を担うことが最も望ましい。医療側リーダーは、主担当ワーカーと綿密に連携しながら、以下の職責を果たす必要がある。

- 家族にとって都合のよい場所や時間で、フォローアップの面会を行う
- 必要に応じて他の分野の専門家の協力も得たうえで、 )死亡時に提供された医療的ケアに関する疑問に答える、 )検視結果やその他の調査によって得られた所見につき、説明を行う、 )CDR会合での結論につきフィードバックを行う、などの必要がある

### 6.1.3 その他の専門職の役割

6.1.3.1 コロナーによる調査を要する事例の場合には、コロナー事務局が両親のサポートを行い、検死のすべてのプロセスにつき、家族との接点を持つ役割を担う必要がある。

6.1.3.2 犯罪調査においては、警察内の家族リエゾン担当者が両親への支援を行い、警察の捜査に関連して家族との連絡調整が必要な際の連絡窓口となる必要がある。

6.1.3.3 子どもが死亡した時点で家族に重要な支援を行いうる機関としては、家庭医（かかりつけ医）、臨床心理士、ソーシャルワーカー、家族支援ワーカー、助産師、保健師、養護教諭、緩和ケアチーム、宗教家、パストラルサポートチームなどがあげられるが、この限りではなく、あらゆる職種が家族の力になりうる。

6.1.3.4 小児死亡事例全例に言えることであるが、各専門家の役割について明確化されているのかの確認をするのは、主担当ワーカーの責務である。役割分担が明確でなく、家族が別々の機関から互いに相反するような内容のメッセージを受け取らないように、コミュニケーションは明確にしておく必要がある。

**子どもが亡くなった際に、遺族にはどのようなサポートが求められるのか？**

6.1.3 子どもが亡くなった際には、家族は究極の悲しみと混乱の中にいるということを、我々は改めて留意しなくてはならない。提供された情報を理解したり、留めておくことが出来ないこともまれではなく、同じ情報を時期をあけて繰り返して提供する必要があることも多い。それゆえに簡単に目を通すことが出来るような、リーフレット形式であれweb上の情報提供であれ、手元に留め置ける情報のガイダンスがあると有用となる。もし家族が日本語が不自由であったり、視覚上の問題を有している場合には、日本語以外のガイダンスや、視覚以外の形での情報提供などを考慮しなくてはならない。

6.1.4 子どもが死亡した際に、家族には以下のグリーフサポートが提供される必要がある。

- 亡くなった子どもと最後の時を過ごすことが出来る、静かでプライベートの保たれた個室の用意
- 家族が希望する場合にはスタッフがそのまま残り、家族の基本的なニーズが満たされるように、サポートを行う。
- 主担当ワーカーの連絡先が確実に伝えられている必要がある。また医療側リーダーの存在や誰がその職務を担っているのかも明確に伝える必要がある。病院やホスピスを出た後に、病院から連絡がある場合があり、その場合は誰から連絡があるのかを伝えておく必要がある（その間に、疑義が生じた場合には、どのようにしてその解決を図るべきかについても知らせておくことが重要である。
- 病院やホスピスにおけるエンゼルケアの各種の方法論を把握しておくことも重要である
- 死亡後に必要とされる各種書類や、検死が必要とされる事例の場合にはその各過程について、情報の提供を行う必要がある
- 検死のプロセスがなぜ必要であるのかを理解し、該当する場合には、どこで行われるのか、いつ結果がわかるのか、などにつき情報を提供する必要がある。コロナーが対応すべき事例と判断されたケースにおいては、コロナーが責任をもってこれらの情報を伝える必要がある。
- CDRの各種過程について理解できるように支援する必要がある、またCDRの会合の場で家族の意向というものを伝える形で間接的に貢献できる、ということを理解できるように支援する必要がある
- 子どもの葬儀を執り行うにあたって、実質的に有用な助言を行う必要がある
- 現実的な対応に対しての支援や、心理的な側面に対して支援を適切に行うために、必要時には同伴支援を行う必要がある
- 必要に応じてグリーフサポートの専門家・専門機関に繋げることが出来る必要がある。

## 余命が宣告されている状況下での、亡くなる前のプランニング

6.1.5 悪性腫瘍・重度の神経系疾患・遺伝性疾患など、余命が宣告されるような状況にある子どもたちが、比較的長期の闘病を経て死に至ることもある。このような



状況においては、子どもが闘病中のうちから家族への支援を始めることが最適といえる。積極的な治療を行いながら、同時に終末期の準備を行うことを意味する用語として、「併行計画(parallel planning)」という表現が使われている。併行計画には、緩和ケアチームが関わっていることが多い。併行計画では、家族をとりまく「チーム体制」を明確化すること、あらかじめケア計画を立てておくこと、文化的・宗教的な欲求に答えられるように十分な検討を行うこと、が重要である。子どもや家族は、終末期に自宅でケアを受けるか、ホスピスでケアを受けるのか、選択することとなるであろう。併行計画を立てることにより、臨床チームは、適切な場合に、子どもをもっとも良いタイミングで病院から移動させることが出来るようになり、適切な水準のケアを提供できるスキルを持った医療スタッフのいる受診先を確約することもできるようになる。死を前提とした計画立案をしておくことで、臓器移植や細胞組織移植についての議論を行うことも可能となる。余命が限られている子どもの終末期の計画やマネジメントについてのより詳細なガイダンスは、以下を参照していただきたい：

- 「余命宣告される状況下の乳幼児期・小児期・思春期の終末期ケアについて：計画および管理」<sup>11</sup>
- 「余命宣告される状況や、生命が脅かされた状況下の子どもへの中核的なケア・パスウェイについて」<sup>12</sup>
- 「緩和ケアが必要な乳児に対する周産期パスウェイについて」<sup>13</sup>

## 救急外来で子どもが死亡した場合

6.1.6 子どもが救急部門で亡くなった場合や、死亡した状態で運ばれてきた場合、通常はその後多機関連携調査(Joint Agency Response)がなされることとなる(第三章、3.3参照)。そのような状況であっても「家族対応チーム」を同じように組織することが望まれる。家族に適切なケアを確実に提供する責任は、子どもの死因を特定した機関にある。このような場合の家族支援の在り方に関する詳細なガイダンスは、SUDIガイドラインの中に掲載されている。

---

<sup>11</sup>National Institute for Clinical and Health Excellence, 2016 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng61><sup>12</sup>

<sup>12</sup>Together for Short Lives, 2013

[http://www.togetherforshortlives.org.uk/assets/0000/4121/TfSL\\_A\\_Core\\_Care\\_Pathway\\_ONLINE\\_.pdf](http://www.togetherforshortlives.org.uk/assets/0000/4121/TfSL_A_Core_Care_Pathway_ONLINE_.pdf)

<sup>13</sup>Together for Short Lives, 2017

[http://www.togetherforshortlives.org.uk/professionals/resources/11598\\_perinatal\\_pathway\\_for\\_babies\\_with\\_palliative\\_care\\_needs](http://www.togetherforshortlives.org.uk/professionals/resources/11598_perinatal_pathway_for_babies_with_palliative_care_needs)

## その後調査が開始されることとなった死亡事例の場合

6.1.7 時に医療者や家族から、死亡した子供に提供された医療サービスについての懸念が持ち上がる場合があり、組織として重大事例調査が行われる事例もある。このような場合、両親や家族成員は調査のあらゆる局面で、対等な協力者として尊重されなければならない。両親というのは、たいていの場合には、子どもの状態を最も把握している存在であり、子どもが亡くなる際の状況や、受けていたケアの質に関する重要な知見を提供することが可能である。

6.1.8 このようなケースにおいてNHSトラスト(病院運営組織)は、主担当ワーカーが行うCDRの各種プロセスの説明や、行動計画のトラッキングや、その他の家族に対して行うべき責務を確実に果たせるようにサポートする「ケース・マネージャー」を任命しなければいけないと定められている(ケース・マネージャーの役割の詳細については第三章 3.5を参照)。

## グリーフサポート、およびカウンセリング

6.1.9 子どもの死というものは家族や親族にとって、衝撃的な体験である。グリーフ(悲嘆)反応というのは様々な形で現れ、両親、兄弟姉妹、祖父母、そしてその他の家族にも、心理的・身体的・認知的・行動的な影響を多岐にわたって引き起こしうる。

6.1.10 子どもの死というのは、両親や家族の問題対処能力に強い影響を及ぼし、彼らの持つソーシャル・ネットワークにも影響を与える。その影響は以下の様にして現れる。

- 子どもの死がもたらした悲嘆からくる痛みや強烈な感情によって、両親が自分たちがおかしくなったかのように感じることや、自分のグリーフが間違っているのではないかと感じてしまうこともある
- 子どもを亡くした家族を対象とした研究では、同僚や友人や親族や近隣の人々がよそよそしく振舞っていると感じたり、「乗り越えなきゃだめよ」とか「もう一人子どもを産まないかね」とか「まだ生きているきょうだいがいることに感謝しないとね」などのまったく助けにはならない助言をされたと報告されている。このような慰めるつもり声かけは、助けにならないだけでなく、配慮を欠いた発言として家族がより一層の孤立感を抱くことになりうる。
- グリーフ(悲嘆)の表現は、人それぞれである<sup>14</sup>。しかし家族間でこのことを認識していないと、それが誤解や衝突を引き起こすこともありうる

---

<sup>14</sup>M Stroebe & H Schut; The dual process model of coming with bereavement: rationale and description; *Death Studies*; 1999; 23(3)

6.1.11 グリーフ（悲嘆）反応は、特定のパターンが特定の時間軸で現れるものではない。家族は特に、亡くなった子どもの誕生日や命日、クリスマスやその他の家族に関わる宗教的・文化的行事などの時期に、強い反応を示すことがある（記念日反応）。子どもの死亡に関する調査の上で重要となるタイミングでも、強い感情が沸き起こることがある。

6.1.12 子どもの死というのは家族に二次的な喪失も引き起こしうる。例えば、子どもの死を契機にして、家族の関係性が変化したりすることもある。子どもが長期にわたり闘病していたような場合、その子どものケアにあっていた専門家たちとの関わりがなくなること自体、家族にとっては重大な変化となり得る。生前に給付されていた手当てなどが取り消されたり、減額されたりすることで、経済的な困難を抱えることとなる家族もいるであろう。

## 両親や家族へのサポート

英国のグリーフサポート開始のためのガイドライン(The Guide to Commissioning Bereavement Services in England)では、死別を経験した人物に向けた三層構造の支援モデルが提示されている。このようなサポートの大半は、NPOにより提供がなされている。とりわけ、子どもを亡くした両親に対しては、以下の要素を意識したサポートの提供が求められる。

### 6.1.4 要素1：すべての家族に提供すべきサポート

- 家族の周辺のネットワークからの支援的な関わりや、子どもが亡くなった時やその後に関わった専門家たちからの、支援的な関わり。
- きょうだいに子どもの死をどう伝えるかや、両親の仕事復帰についてや、困難な時期をどう過ごすのかなどを含めた、子どもの死後に当たり前のようには生じてくるグリーフに関連する問題の特徴につき、入手しやすくかつ正確な情報を、オンラインであれ紙媒体であれ口頭であれ、しっかりと伝える)
- 地域単位や全国規模で活動している支援団体に関する情報提供

### 6.1.5 要素2：一部の家族(支援を受けることを欲している家族や、複雑グリーフ化しうる要因を有する家族)に提供されるべきサポート

- 適切なレベルのサポートを提供するためのアセスメント
- マンツーマンや家族単位のグリーフサポートや、グループでのグリーフサポートの提供。以下のような形態のサポートが挙げられる：

2.1 ソーシャルサポート：自助グループ、信仰を通じた集会、ピアサポート、ビフレンダーグループ、その他の地域のコミュニティーグループ

2.2 トレーニングを受けたグリーフサポートワーカーによるサポート

### 6.1.6 要素3：少数の家族(複合的な要因を有する家族、遷延/複雑化したグリーフを抱えた家族)に提供されるべき専門家によるサービス

- 適切なレベルのサポートを提供するためのアセスメント
- マンツーマンや家族単位のグリーフサポートや、グループでのグリーフサポートの提供。以下のような形態のサポートが挙げられる：
  - ・ グリーフケアを専門とするカウンセラーやその他の実践家によるグリーフケア（ただしその提供が可能な専門家は、英国内では限定的である）
  - ・ もともとメンタルヘルス上の問題を抱えていた家族や、子どもの死をきっかけにメンタルヘルス上の問題を呈するようになった家族を対象とした、精神医療者による精神科ケア

#### 6.1.6.1 システム化された理想的なグリーフサポートの在り方を、以下に列記する

- 正常のグリーフ反応について、説明を行う
- 家族に、喪失体験を語ることで子どもの死を受け入れやすくなると勧める
- 怒り、罪悪感、不安、無力感、悲しみといった、喪失に関連する感情を家族が自身で同定できるように支援し、表現することを支援する
- 亡くなった子どもとの新たな繋がりを見出す手伝いをしたり、家族の日々の生活の中に亡くなった子どもを感じられる場所を見出す手伝いをする
- 残された家族がそれぞれ悲嘆にうまく対応する方法を見出すことができるように支援を行う
- グリーフ反応は一人ひとりすべて異なるものであることを説明する
- 誕生日や記念日といった重要な時期に、支援を届ける
- 家族が経験する子どもの死に引き続き生じる二次的問題について、乗り越えることができるように支援を行う
- 死別を経験した人たちが抱えるグリーフの対処上の問題を特定し、必要に応じて、専門的なグリーフカウンセリングなどを勧める。

# 第7章

## 特殊な状況

### 英国籍の小児が、海外で死亡した場合

#### 7.1.1 原則

7.1.1.1. 英国籍で英国に居住する子どもが海外で死亡した場合、全例が包括的な検証と対象となる。このような事例はすべて、コロナーの調査対象とすることが望ましい。またこのような事例において、CDRを行う第一義的な責任は、子どもが住民票を有する地域の有識者パネル組織(CDOP)にある。外務英連邦省(FCO : The Foreign and Commonwealth Office)は、このような状況に陥った事例に対応する際の、専門家や家族に対しての重要な情報源である。

7.1.1.2. 海外で死亡事例が発生した場合にも、本ガイドラインで詳述されているプロセスの原則に従えばよいが、実際的には、海外の当局からどれだけ情報の入手が可能であるのかによる影響を受け、こうした情報を得るのはしばしば遅れうる。

#### 7.1.2 外務英連邦省(FCO : The Foreign and Commonwealth Office)

7.1.2.1. FCOは海外で困難な状況に遭遇した英国国民のサポートを提供する機関であり、海外で死亡した場合に生じる出来事について、有用な情報を提供してくれる。英国国民である子どもが海外で死亡した場合、子どもの家族は現地当局と英国大使館・高等弁務官、もしくは子どもが死亡した国の領事館に届け出を行わなくてはならない。家族はFCOに直接的に連絡を取ることでもできる。これらの機関の外交官たちは、死亡の通知があった場合、当該国や英国での死亡登録の方法や、遺体を送還してくれる葬儀会社についての情報につき提供し、グリーフケアについての紹介も行ってくれるであろう。彼らは、FCOのコロナー対応調整事務局にも連絡を取ってくれるであろう。FCOは海外での死亡事例発生に際して、氏名、生年月日、住所、死因、ならびに同胞の状況などの情報を、規定に沿って収集する。FCOが死亡児の英国における住所を把握したならば、彼らはその住所地の有識者パネル(CDOP)に通例は連絡を取ることとなる。ただし家族や地方自治体やその他の関連団体が届け出ない限り、FCOは子どもの死亡の発生を把握することはできない。FCOとは以下のメールアドレスで連絡が可能である。

[Coroner.LiaisonOfficer@fco.gov.uk](mailto:Coroner.LiaisonOfficer@fco.gov.uk)

緊急時には以下の電話番号で領事を介して連絡することができる。  
0207 008 1500

#### 7.1.3 英国に居住する英国国民の子どもが海外で死亡した場合の、死亡事例検証の方法

7.1.3.1 .死亡時が居住していた地域のCDR実施共同主体(Child Death Review Partners)は、たとえ子どもが海外で死亡した場合であっても、CDRを実施するための調整を行わ



なくてはならない。CDR実施共同主体と有識者パネル(CDOP)は、FCO・メディア・コロナー・政府など、様々な情報源から、海外で子どもが死亡したことについて知ることになるであろう。このような死亡事例は、全例がコロナー審問の対象となる。子どもの遺体を英国に返還してもらい、検死を行う権限はコロナーが有しており、CDRを行う責任は居住地域のCDR実施共同体が有している。このような事例においては、FCO、葬儀担当者、コロナー、そして保健・教育・福祉などの行政機関には、関連するあらゆる情報につきCDOPの場で慎重に共有する体制を整備することが求められる。ただしFCOがCDOPの場に関与するのは、死亡児が英国国民であった場合に限られる。

## 知的ハンディキャップを有する小児・思春期児が死亡した場合

### 7.1.4 概略、および基本原則

他の疾患や症候群などの有無に関わらず、子どもや若年成人が知的ハンディキャップを有していたかを明確に認識し、記録することは重要であり、これにより適切なサービスが提供しているのかのモニタリングや監査・評価が可能となり、リソースの適切な管理や戦略的な対応や、保健サービスの均霑化につながることとなる。知的ハンディキャップがある子どもに関する研究報告として代表的なものを、下記に記す。

- Jonathan Michael卿が調査代表者を務めた2010年の独自調査によると、「知的ハンディキャップ者たちは、概して本来受けるべきケアよりも効果の低いケアしか受けられていない」と報告されている<sup>15</sup>。
- Mencapの「矮小化される死亡：2012年の死亡集計における74名の死亡」<sup>16</sup>では、現行のNHSの体制下では、知的ハンディキャップを持つ子供や成人の死亡が、差別的ともいえるべき矮小化された状況にあると報告されている。
- 知的ハンディキャップ者の早期死亡に関する機密調査(CIPOLD：The Confidential Inquiry into premature deaths of people with learning disabilities)<sup>17</sup>では、4～17歳の計14例の知的障害児の早期死亡のうち少なくとも7例はよりよいケアを受けられた可能性があったと報告されており、以下の点が問題点として挙げられている<sup>18</sup>：
  - ・ ケアを提供するための調査や診断・治療の遅れが確認された
  - ・ 本人や家族に対しての医療サービスへのアクセス支援の調整不足が確認された
  - ・ 複数の疾病に罹患した場合の治療のコーディネーションや治療者間の調整不足が確認された

---

<sup>15</sup>Michael J. (2008) Healthcare for all.

[http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105064756/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_106126.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105064756/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_106126.pdf)

<sup>16</sup>Mencap (2012) Death by Indifference: 74 deaths and counting.

<https://www.mencap.org.uk/sites/default/files/2016-08/Death%20by%20Indifference%20-%2074%20deaths%20and%20counting.pdf>

<sup>17</sup>Heslop et al. (2013) Confidential Inquiry into premature deaths of people with learning disabilities (CIPOLD) <http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/cipold/migrated/documents/fullfinalreport.pdf>

<sup>18</sup>Avoidable Mortality in England and Wales; ONS; 2012.

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/avoidablemortalityinenglandandwales/2014-05-07>



7.1.4.1. CIPOLDは、知的ハンディキャップを持つ人物の死亡事例の検証を行い、知的ハンディキャップ者のケアにおける不平等を軽減するために、知的ハンディキャップ者の死亡事例検証の協議体（National Learning Disability Mortality Review Body）の設立を勧告し、その結果、NHSの指揮のもと医療ケアの質改善共同体(HQIP：Healthcare Quality Improvement Partnership)が委託を受け、知的ハンディキャップ児/者死亡事例検証プログラム(LeDeR：The Learning Disabilities Mortality Review)プログラムが設置された。

## 7.1.5 LeDeRプログラム

7.1.5.1. LeDeRプログラムでは、知的ハンディキャップを有する4歳以上の子どもの死亡児の検証プロセスについての概説がされている<sup>19</sup>。NHSはそれぞれの地域（北部、中部および東部、南部およびロンドン）別に、LeDeRの地域コーディネーターを置き、LeDeR死亡事例検証を実施するため地域の複数の関係機関より成る運営グループの設置と管理のサポートを提供している。LeDeRプログラムでは、各地域のCDOPの責任者がLeDeR運営グループの代表者を兼任することを推奨している。LeDeRプログラムチームは、LeDeRプログラムに基づく死亡事例検証のプロセスが適切に実施され、個々の死亡事例検証から知的ハンディキャップ児/者のサービス提供の改善につながる教訓を引き出すことをサポートすることを主たる目的としている。またLeDeRプログラムチームは、施策が実施され地域の実践の改善につながるように、検証から得られた情報を匿名化された状態で集積し、共通の課題や得られた教訓のポイントをまとめ、共有している。

## 7.1.6 知的ハンディキャップ者の定義

7.1.6.1. LeDeRプログラムでは、知的ハンディキャップ者を下記のように定義づけている：

- 新たな情報や複雑な情報の理解力に乏しく、新たなスキルの習得能力を著しく欠いている（知的な障害）
- 自分自身で諸問題に対処する能力を著しく欠いている（社会的機能の障害）
- 上記の生涯が既に幼児期からはじまり、成長発達の過程に持続的に影響を及ぼしている

7.1.6.2. 情報を理解し活用する能力や、自分自身で対処する能力というのは、同世代の他の子どもたちとの対比で、判断がなされる必要がある。

---

<sup>19</sup>知的ハンディキャップを引き起こす特定の症候群を有する場合を除き、4歳以前に知的ハンディキャップの確定診断を行うことは困難である。そのためLeDeRプログラムにおける検証の対象年齢は、4歳以降と定められている。

7.1.6.3. IQの評価のみで、これらの障害を持つ人物を定義づけることは不十分であり、この定義はより幅広く知的なハンディキャップを有する子どもと大人を包含するものである。IQのみで定義した場合、知的障害をもつ自閉症者は含まれるものの、アスペルガー症候群のような知能が平均もしくはそれ以上の高機能自閉症スペクトラムの者は含まれないことになってしまう。また教育現場ではより広く受け入れられている失語症や失読症などの学習障害者も含まれないこととなる。LeDeRプログラムで用いられている知的ハンディキャップ者の定義に関する詳細は、下記のサイトで確認できる：

<http://www.bristol.ac.uk/sps/leder/information-for-reviewers/briefingpapers/>.

7.1.6.4. 知的障害を合併する特定の症候群であったなど、死亡児が知的ハンディキャップを有していた場合、その存在を明確に弁別するための調査プロセスがまだ実施されていなくても、その旨につき記録として残す必要がある。さらに、死亡児が知的障害と関連する特殊な状況（脆弱性X症候群、ダウン症候群など）を有している場合、知的障害につき「個別の重要な問題」として記録する必要がある。

## 7.1.7 通常のCDRプロセスと、LeDeRプログラムに基づく死亡事例検証のプロセスとの関連について

7.1.7.1. LeDeRプログラムに基づく死亡事例検証のプロセスは、以下のウェブサイトを確認可能である(<http://www.bristol.ac.uk/sps/leder/about/detailed-review-process/>)。LeDeRプログラムは、他の調査や検証と連携し情報共有を行うが、独立した検証を行うことを原則としている。知的ハンディキャップを有していた子どもであっても、CDRに基づく検証を行うことが優先され、知的ハンディキャップを有していたからと言って、必ずしもLeDeRプログラムに準拠した検証を全例に行う必要はないであろう。

7.1.7.2. 知的ハンディキャップを有していることが生前に明らかであった事例や、生前にその評価は受けてはいなかったがその可能性が高い4～17歳の子どもや若年成人が死亡したことを覚知した場合、地域のCDOP事務局はその死亡について、HP(<http://www.bristol.ac.uk/sps/leder/notify-a-death>)、もしくは電話(0300 777 4774)で、LeDeRプログラムに報告をしなければならない。LeDeRに死亡を通知する担当者は、死亡児の主要情報や地域のCDOPの情報につき、LeDeRプログラムチームに提供しなければならない。地域のCDOPの管理者と座長は、パネルレビューを行う際にLeDeRプログラムとしての検証となるように調節を行う必要がある。LeDeRプログラムチームの地域担当者とCDOPの座長はあらかじめ協議を行い、必要な場合にはLeDeRに登録された知的ハンディキャップの専門家に助言を仰ぐ体制をとり、LeDeRプログラムとしての死亡検証の要件を満たすように、主たるデータの収集を確実にしておく必要がある。CDOPの管理者は、CDOP会合の議事録やCDR会合の結果作成された書面(フォームC[付録5参照]など)を、LeDeRプログラムの地域担当者に提出しなくてはならない。地域担当者が誰であるのかが不明な場合、LeDeRチームに電話(0300 777 4774)で確認すればよい。

7.1.7.3. CDOPのパネルの際に、死亡に寄与した共通する要因として、知的なハンディキャップに争点を当てた新たな会合の場を持つことが有用であると判断されることも稀ではないであろう。またCDOPパネルの際に知的障害の専門家が加わり議論を重ねることで検証を行うことで得られる教訓やその結果出される提言も、より質の高いものになるであろう。

う。LeDeRプログラムの地域コーディネーターや地域担当者は、そのような形で実施される会合に出席することが強く望まれる。LeDeRプログラムは知的ハンディキャップを有する子どもや若年成人者の死亡事例に関する報告書を、保健省や今後稼働予定の英国小児死亡データベースと情報共有し、地域レベルや国レベルで共通する問題点やパターンを特定することとなるであろう。またそのような情報は、地域のCDOPに年次ペースでフィードバックされることにもなる予定である。

## 成人を対象とした医療現場(例えば、成人対象のICU)で 小児・思春期児が死亡した場合

### 7.1.8 概略、および基本原則

7.1.8.1. 成人を対象とした集中治療室で死亡する子ども(たいていは16~17歳)は、数自体は非常に少ない。「死から学びを得るための法定指針(Learning from Deaths)」では、NHSトラスト(注:病院運営組織)を対象に、成人の入院患者の死亡事例検証の枠組みのガイドラインを提示しているが、この枠組みは基本的に成人を対象としたICUで死亡した小児の治療の質の検証にも有用である。ただし成人を対象とした医療の下で死亡した小児に対しては、その他の全ての小児死亡事例と同様の検証が、厳密に行われるべきである。そのためにはCDOPの指定医と、そのような成人を対象とした医療のもとで死亡した小児の主治医との間で、最初から緊密な連携がなされる必要がある。

### 7.1.9 英国医学会(RCP: Royal College of Physicians)の死亡事例医療記録検証プログラム

7.1.9.1. 「死から学びを得るための法定指針(Learning from Deaths)」では、NHSトラストに対し、治療中の成人患者が死亡死亡した際に、RCPの死亡事例医療記録検証プログラムが推奨しているSJR(Structured Judgment Review)<sup>20</sup>のような手法を用いた検証を行うことを求めている。

#### 7.1.9.2.

SJRの方法論には2つの段階があり、最初の段階はトレーニングを受けた評価者が、選択された患者(特定の治療法を受けていた患者、死ぬことが予期されていなかった患者など)のケアの質に関し、医療記録を詳細に調べる段階である。この調査の結果、評価者が全般的にケアの質が悪いと判断を下した場合や、ケアに関しての何らかの問題が明らかになった場合には、次の段階としてその事例の情報は「病院統治グループ」に照会されることとなる。病院統治グループはその死亡事例についてさらに調査を行い、患者の死が回避できた可能性について、追加の判断を下すこととなる。Learning from Deathsでは、将来的にNHSトラスト内に常任理事と非常任理事より成る死亡調査委員会を設置し、死亡した入院患者数と、そのうちケアに何らかの問題があったと判断された事例数を公表することを、NHSトラストに求めている。

---

<sup>20</sup> 「死から学びを得るための法定指針(Learning from Deaths)」の詳細については、<https://improvement.nhs.uk/resources/learning-deaths-nhs/> を参照

### 7.1.10 成人対象のICUで死亡した、16～17歳の思春期児の死亡事例検証

7.1.10.1. 小児や思春期児の死亡事例の多くは、最終的に地域のPICUやNICUで死亡している。しかし地域によっては医療提供体制上、16-17歳の重症患者を成人対象のICUで診療を行うように規定しているところもある。このような思春期児が成人ICUで死亡した場合、家族や医療スタッフの混乱を避けるため、以下の点に留意しつつ「死から学びを得るための法定指針(Learning from Deaths)」を適応することも是認されている。

- 1). 当該児が死亡した情報を、小児医療者や家庭医（かかりつけ医）や地域のCDOP事務局に連絡し、（運用が開始された場合）英国児童死亡データベースに登録を行う必要がある。
- 2). 当該児が死亡した場合、CDOPの指定医にも連絡を取り、以下の際に指定医の助言を受ける必要がある。
  - a) 多機関連携調査を行うべき事例であるかどうかの判断
  - b) 当該児が生前に小児医療者の診察を受けていたか否かを確認する（その場合、その小児医療者に成人対象の「死亡率および罹患率に関する会議（M&M会議）」に出席を依頼する）。
  - c) 成人対象のM&M会議し、その際にCDOPに報告するためのフォームC[付録5参照]の作成を行う
- 3). 臨床的ケアの質の検証を行う際には、SJR(Structured Judgment Review)手法やその他のエビデンスに基づく死亡事例検証手法を用いる必要がある。この死亡事例検証報告書やフォームCやM&M会議報告書は、関連するCDOPのパネルに提供する必要がある。このような連携を行う際に、CDOPの指定医師は支援を行う職責を負っている。

## 自殺と自傷

### 7.1.11 概略、および基本原則

7.1.11.1. 本ガイドラインでは自殺による死亡事例を、「『死亡者が意図的に、かつ死につながる行為であることを理解したうえで行った行為により死亡した』との合理的に疑うに十分な状況があり、コロナー（や陪審）が自殺であると判断した事例」と定義している。真の自殺者の割合は統計的に報告されているよりも高いと推察されており、若年者の主要な死亡原因の1つである。本ガイドラインでは、精神疾患罹病者の自殺と他殺に関する英国機密調査（NCISH：the National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness）に基づく自殺事例サーベイランスを行う方法論や、CDR会合やCDOPの会合の場に精神科医の参加を必須化するための方法論や、国家レベルで自殺に関連する情報を収集する方法論について論じている。

### 7.1.12 精神疾患罹病者の自殺と他殺に関する英国機密調査(NCISH)

7.1.12.1. NHSの下部組織の「医療ケアの質改善共同体(HQIP：Healthcare Quality Improvement Partnership)」は、精神疾患患者の臨床的予後検証プログラムの一環としてNCISHを実施している。NCISHは2015年に開始され、国家統計局(ONS：the Office for National Statistics)のデータに基づいて、小児の自殺事例を全例検証している。現在、自殺事例に関してのコロナー審問の結果、CDOP会合の報告書、重大事件検証の報告書、刑事裁判結果など、さまざまな情報源から詳細な情報が収集されている。NCISHの



報告書が2016年と2017年に発行されている。

### 7.1.13 自殺した小児事例の検証方法

7.1.13.1. 子どもの自殺事例においても、その他の原因による死亡事例と検証方法は特に変わるものではないが、以下の点につき留意する必要がある。

- 自殺や自傷の疑いのある事例は、全例、詳細調査のためにコロナーに照会を行う必要がある
- 自殺や自傷の疑いのある事例は、全例、多機関連携調査を行う必要がある
- CDR会合では、精神医療者からの適切な助言を受けられるように、精神医療者や子どもの人生に関与していた鍵になる教育者・児童相談所職員・保健サービスの専門家が参加する必要がある。CDR会合では、以下の特定のリスク要因を考慮する必要がある。
  - ・ 家族内の精神疾患、アルコール/薬物乱用、DV
  - ・ 虐待/ネグレクト
  - ・ 親しい人物との死別（含、自殺）
  - ・ いじめ体験（含、オンラインでのいじめ）
  - ・ インターネットでの自殺方法の検索の有無、ならびにSNSなどへの自殺メッセージの投稿歴の有無
  - ・ テストなどの、学業上のプレッシャー
  - ・ 引きこもりなどの、社会的孤立状況
  - ・ 日常生活に大きな影響を与える身体的疾病の有無
  - ・ アルコールの乱用や違法薬物の乱用
  - ・ 精神疾患、自傷、自殺念慮の有無
- CDOPの関連するパネルでは、小児死亡のうち自殺もしくは自傷が疑われる全て事例につき、NCISHに登録をしなくてはならない([ncish@nhs.net](mailto:ncish@nhs.net))。
- レビューによって自殺の疑いが確認された場合、精神医療者が参加したまた別のパネルを開催し、議論する必要がある。

## 精神科に入院中の子どもが死亡した場合

### 7.1.14 概略、および基本原則

7.1.14.1. 任意入院であれ、1983年精神保健福祉法(MHA: Mental Health Act)に基づく入院であれ、本セクションで述べた原則は、すべての精神科入院中の小児死亡事例に適用されるものである。

7.1.14.2. 精神科入院中の小児の死亡は、全例が多機関連携調査を行う適応である(第3章の3.2参照)

7.1.14.3. 一般病棟であれ閉鎖病棟であれ、精神科病棟に入院中の小児の死亡事例は全て、コロナーに報告する必要がある。そのうえで、内因死ではないと判断された事例では、コロナーは正式に調査を開始し、場合によってはコロナー審問に付されることとなる。

7.1.14.4. 精神保健福祉法に基づく措置入院中の小児が死亡した場合には、で子どもが亡くなった場合、虐待死亡事例検証(safeguarding practice review)の対象にもなる。

### 7.1.15 CDRのプロセス

7.1.15.1. 精神科入院中の小児が死亡した際に、医師はコローナーや警察への通報と同時に、地域のCDOPの指定医にその死亡を通知しなくてはならない。NHSの管理下にある公的病院であれ、管理下にない民間病院であれ、精神疾患患者の入院施設は、入院患者が死亡した場合には「ケアの質管理委員会(Care Quality Commission)」に、その死亡を通知する義務がある。ただしNHS管理下の病院の場合には地域の管理者に連絡することや、地域のリスク管理システムが「英国死亡事例報告/検証システム(the national reporting and learning system)」に情報登録を行う体制が整備されている場合にはそのリスク管理システムに連絡を行うことで、でその通知義務は免除される。

7.1.15.2. 本ガイドラインの第2章に記載されている通り、精神科入院中の小児が死亡した際には、迅速な意思決定が行われる必要があり、その後続く調査/捜査(第3章参照)を行った後に、CDR会合を開催する必要がある(第4章参照)。CDR会合には、地域の精神保健チームのケアコーディネーター、児童青年期の精神保健医療者の他、必要に応じて家庭医(かかりつけ医)、教育/学校の代表者、児童相談所の児童福祉司が参加する必要がある。CDR会合に引き続き、通例は有識者パネル(CDOP)による検証が行われることとなあであろう(第5章参照)。

### 7.1.16 虐待死亡事例検証(Child safeguarding Practice Reviews)

7.1.16.1. 精神保健福祉法による措置入院中の子どもや、州による拘留中の子どもが死亡した場合には、その死亡情報は教育水準局(Ofsted)と地域の虐待死亡事例検証の実施共同体に通知を行わなければならない。このような死亡事例は、保護観察中や収監中の小児死亡事例と併せて、地域や国の虐待死亡事例検証の中で、保護対策の実施の適切性についての検証につなげなくてはならない。このような検証は、通常は他の死亡事例調査と並行して行われ、検死の結果や有識者パネル(CDOP)の結果が出た後に、検証結果が出されることもある。

### 7.1.17 養育者・医療スタッフやその他の職員の支援、ならびに検証への関与

7.1.17.1. すべてのCDRプロセスと同様に、精神科入院中の小児死亡事例の場合にも、家族の有意義な関与は必要である(第6章参照)。特に複数の調査が並行して行われる場合には、家族との唯一の窓口としての主担当ワーカーを任命し、調整を行うことは不可欠である。

7.1.17.2. 死亡事例が入院していた病院の入院管理者は、複数の調査が並行して実施されている場合には、個々の調査の進捗状況を把握するケースマネージャーとしての機能を発揮する必要があるであろう。

7.1.17.3. 家族に対してグリーケアの提供は必須であり、また死亡児のケアに関わっていたスタッフに対しての心理的サポートも提供されることが望まれる。



## 保護観察下にある子どもや、収監中の子どもが死亡した場合

### 7.1.18 概略、および基本原則

7.1.18.1. 保護観察下にある小児の死亡事例の調査を行う責任は、コロナーと「受刑者の処遇に関する矯正保護オンブズマン(PPO : Prisons and Probation Ombudsman)にある<sup>21</sup>。なお福祉施設である一次保護所で小児が死亡した場合にも、同様のプロセスが適用される。小児が死亡した地域のCDOPは、詳細な二次審査の実施の責務を負う。

### 7.1.19 受刑者の処遇に関する矯正保護オンブズマン(PPO)

7.1.19.1. PPOは刑務所、少年刑務所、少年院、鑑別所、入国管理センター、収容訓練施設で生じたすべての小児死亡について調査を行う職責を担っている。当該施設を護送や通院などで一時的に不在にしていた場合であっても、PPOが調査を行う権限を持つ。ただし警察での拘留中に死亡した場合や、病院入院中に死亡した場合には、PPOの調査対象外となる。

7.1.19.2. 保護観察中の小児が死亡した場合、警察も調査を開始しコロナーに報告書が送付されることとなる。また警察は同時並行的に、犯罪事件としての捜査を開始することとなる。PPOは当該小児の死亡児の状況を明確化するために詳細な調査を行い、関連機関に対して、調査内容を提言と共に報告を行うが、この報告書はコロナーによる調査とは全く別に行われる。ただしPPOの報告書のコピーは、コロナーによる調査の一助とするために、コロナーにも送付される。PPOによる調査の結果は、ウェブサイト上にも公開される。刑務所と保護観察所には、保護観察中の人物が死亡した際のスタッフ向けの独自の内部ガイドラインを策定しており、その中には家族や養育者へのサポート体制についても記載されている。

### 7.1.20 PPOとNHSの協力体制

7.1.20.1. NHSの「保健および司法委員会(Health and Justice commissioners)」は、拘留下にある小児や若年成人の保健医療サービス委託に対しての責任を負っている。保護観察下にある小児が死亡した場合、PPOは地域のNHSの保健および司法委員会のリーダーに、初期調査対応を行う人物の履歴と共に接触を図り、臨床的観点からの検証を行うように要求するが、このような接触は通例PPOが死亡を把握してから1日以内に行われる。臨床的検証を行う主たる目的は、当該死亡児に提供されたすべての治療やその他の医療サービスが死亡に寄与した可能性を検証し、その死亡から得られる教訓を明確化し、必要に応じて医療提供体制の改善に向けた提言を行うことにある<sup>22</sup>。

---

<sup>21</sup>保護命令を受けたり拘留を受けた10～17歳の小児の保護施設としては少年刑務所、少年院、収容訓練施設の3つの居住形態がある。少年院は1989年児童法25条に基づく施設であり、子ども自身や他者の保護のために、安全な環境下でケアや適応指導が行われる。

<sup>22</sup> <http://www.ppo.gov.uk/app/uploads/2014/07/PPO-Clinical-Reviews-Part-2-Guidance-clinicalreviewers-September-2014.pdf>

### 7.1.21 地域のNHSの対応

7.1.21.1. 保護観察下にある小児の死亡が、NHSの管理下にある医療機関で行った治療が原因であった場合や、医療機関の対応がその死亡に寄与した可能性のある場合、重大インシデント事例として、重大インシデント対応骨子(the Serious Incident Framework)に沿った調査が行われることとなる。保護観察下の小児が死亡した際には、医療者はNHSの地域委員や地域のCODPにその情報を通知しなくてはならない。このような事例は全例がPPOやコロナーの調査対象となることは広く認められているが、死亡の発生した地域のCDOPはその調査結果を受諾し、（運用が開始された以降は）英国小児死亡データベースに関連するデータの登録を行う必要がある。保護観察下にある小児の死亡は、本来それだけで重大インシデント事例としての対応が求められるものである。NHSの地域委員会は、NHSの「保健および司法委員会(Health and Justice commissioners)」を通じて、これらの小児死亡を同時にNHS本部にも通知を行う必要がある。

7.1.21.2. 死亡事案発生した医療機関の実際に治療に携わっており死亡の発生に有責性が問われうる立場の医療者ではなく、第三者的立場の医療者が検証を行う限り、重大インシデント調査は、PPOが実施を推奨した臨床的検証のニーズを満たすものとなるであろう。

### 7.1.22 保護観察下にある子どもが死亡した場合の、CDRのプロセス

7.1.22.1. 保護観察下の小児が死亡した際には、医療者はNHSの地域委員や地域のCODPにその情報を通知しなくてはならない。このような事例は全例がPPOやコロナーの調査対象となることは広く認められているが、死亡の発生した地域のCDOPはその調査結果を受諾し、（運用が開始された以降は）英国小児死亡データベースに関連するデータの登録を行う必要がある。

# 第8章

## 特定機関の役割

### 英国教育省

英国教育省は、未成年者へのサービスの提供や、高等教育・専門教育・技術取得を含むあらゆる教育に関する業務を主管しており、雇用均等局を所領している。本省は、背景要因や家族状況に関わらず、すべての未成年に対するサービスや教育を確実に提供するために業務を行っている。2017年まで、本章はCDR業務を主管していた。

### 英国保健省

英国保健省は、国民の健康と長寿に関する業務を主管しており、国民が敬意と尊厳を持って必要な保健サービスや医療を受けられるように業務を行っている。2017年に、これまで教育省が担っていたCDR業務の管理を請け負うこととなった。

### 地方自治体

地方自治体は、地域における教育、社会支援、道路工事、輸送、経済発展、支出管理、住宅、環境保護、文化、観光などの公共事業の提供を行っている。

CDRに関する地方自治体の責務に関しては、「2017年版 小児に関する社会福祉法(the Children and Social Work Act 2017)」に明記されており、医療サービス委託グループ(CCGs)と連携して、当該地域に居住しているすべての子どもの死亡、ならびに適切と判断される場合には、他の自治体に居住している小児の死亡について、CDRが適切に行われるように整備を行うことが求められている。

### 医療サービス委託グループ(CCGs : Clinical Commissioning Groups)

CCGsは英国国民医療保健サービス(NHS)内の、臨床医主導の法定組織であり、各地域の医療サービスを計画し、委託する役割を担っている。

CDRに関するCCGsの責務もまた「the Children and Social Work Act 2017」に明記されており、地方自治体と連携して当該地域に居住しているすべての子どもの死亡、ならびに適切と判断される場合には、他の自治体に居住している小児の死亡について、CDRが適切に行われるように整備を行うことが求められている。

### 医療安全調査局(HSIB:Healthcare Safety Investigation Branch)

HSIBは医療事故の可能性のある事例が発生した際に、医療機関内の調査を行う組織である。HSIBは特定の個人や組織を非難したりその責任を追及することではなく、中立かつ公平に詳細な調査を行うことを目的としている。HSIBはウェブサイトを通じて、あらゆる組織や個人から照会を受ける。HSIBの調査対象となるのは、医療提供体制上の教訓を得たり改善に

つながる知見を得ることができうる可能性や、究極的には患者へのケアの提供体制を改善しうる可能性のある事例である。この調査は、親や家族を含めて、子どもに発生した出来事に関与した全ての人々が協力し合うことで、原因の特定や、システム全体を変えるような提言を行うことが可能となる。

## チーフ coroner 事務局

チーフ coroner は、地域の coroner 制度における長であり、英国内でリーダーシップを発揮する立場の coroner である。coroner は、死因の調査を独立して行うことができる、司法官職保有者である。coroner は自身の所管する地域で発生した死亡事例に関する報告書を受け取り、coroner として対応を要する基準(付録2)を満たしているのか否かの調査も行う。

## 警察

警察は犯罪の予防や摘発、犯罪者の送検など、様々な業務を請け負っている。警察はまた、地方自治体やCCGsと協力して、子どもを保護する職責も担っている。警察は、犯罪死や虐待死の可能性のある死亡事例や、生前の子どもの安全に懸念がある死亡事例が発生した場合に、その調査の先導的な立場を担う。警察は多機関連携調査対応を行う上で、キーとなる機関である。

## 英国公衆衛生庁(PHE: Public Health England)

PHEは、政府・地方自治体・NHSなどへ助言支援を行う、自主運営機能をもった保健省の独立した執行機関である。PHEの使命は、国民の健康を増進し、公衆衛生的な均霑化を促進することにある。PHEの看護部門の長は、政府の専門的アドバイザーとして、小児分野においては家庭訪問保健師や学校の養護教諭に対し、助言を行う。

# 付録

## 付録1 – 参考事例

ここでは典型的な4つの模擬事例を通じて、CDRのプロセスがどのように進行するのか提示する。

### 事例 1

生後15か月齢の幼児。複雑型心奇形に対して選択的開心術目的に入院中であった。術後に重症出血と低血圧症を合併しPICUに入室するが、神経学的合併症により麻酔から覚めることなく数日後に死亡した。

#### 迅速な意思決定[Immediate decision making]

小児循環器医と患者安全チームのメンバーとの間で、会合が行われた。両親からは、手術室でどのような合併症が起きたのかを完全には理解できていないという不安が語られた。会合により、本児例の死亡についてはコロナーに紹介する基準に適合しており、コロナーによる司法解剖を実施すべき事例であるとの合意にいたった。さらに会合メンバー間で、手術室で起こった出来事をしっかりと見極めるには、重大インシデント調査が必要であるとの判断がなされた。この判断に関して、コロナーに照会するだけでなく、CDR会合の場にも情報提供すべきである旨の決定がなされた。

#### 調査/捜査[Investigation]

コロナーによる検視後に、司法解剖が実施された。同時に病院医療安全チームにより、重大インシデント調査が実施された。

#### 家族に寄り添った支援の提供[Involving and supporting the family]

家族には担当ワーカーがつき、支援が実施された。家族には重大インシデント調査が行われる旨が伝えられ、コロナーの行った調査結果についても伝達がなされた。家族の懸念に具体的に対応するために、重大インシデント調査を実施する前に、家族同席でのミーティングが計画された。今後、様々な専門職が揃った状態でCDRが行われることとなることを説明し、そのプロセスについても具体的に説明がなされた。

#### CDR会合(病院内死亡事例検証：hospital mortality meeting)

司法解剖が実施された後に、コロナーは解剖で得られた所見を医療者と家族が共有することを承諾した。重大インシデント調査の結論もまとめられた。CDR会合(病院内死亡事例検証)には、患者安全チーム、地域の小児科医、小児心臓外科医・人工心肺チーム、小児循環器内科医、小児集中治療医、看護師やその他の医療者、法医学者/病理学者が出席し、死亡に寄与した要因や本児の死から得られた教訓につき検討がなされ、書面(フォームC)の原案が記載された。

#### 家族に寄り添った支援の提供[Involving and supporting the family]

家族はこれまでに担当ワーカーが開催した2回の会合に、患者安全チームと医療チームと共に出席していた。重大インシデント調査と司法解剖の結果についても、家族に伝えられていた。また家族は、CDR会合が行われる予定であること、そしてその会合の場では、重大インシデント調査では検討されなかったいくつかの疑義について討論がなされる予定であることが伝えられていた。CDR会合の最後には、担当ワーカーを通じて日程調整を行い、この後に会合の結果を両親に伝達することが確認された。



### **有識者によるパネルレビュー[CDOP:The Child Death Overview Panel Meeting]**

本事例は既に死亡時点で、CDOP事務局にその通知がなされていた。CDOP事務局はその後、当該医療機関から書面（フォームC原案）を受理し、またコロナーからの評定書（verdict）も受理した。CDOPの管理者とパネルにより指定された医師（指定医）は、心臓疾患ネットワーク(the cardiac network)の指導者と協議を行い、本事例は地域の心臓疾患パネルの場で検証を行うことが最良であるとの意見で一致した。CDOPの中心メンバー（CDOP座長、指定医、CDOPの管理者、一般市民の代表）に加え、心臓ネットワークの指導者、地域外の小児循環器内科医、地域外の小児循環器外科医、小児病理医、救急看護師代表が参加して行われた。

### **パネルでの審議事項**

パネルレビューの場では、提出されたあらゆる情報を検証し、本児の死に寄与した要因や本事例から得られた教訓に対してCDR会合が結論づけた内容に、すべて同意した。その後パネルの座長名で、重大インシデント調査の結果提起された全ての提言が実行されるように、英国保健省の最高責任者宛てに要望書が提出された。指定医は、このパネルレビューで検討された重要事項を要約した報告書を作成し、英国小児死亡データベースに登録を行った。

## **事例 2**

生後3か月齢の乳児。昼頃に母親が寝かしつけ、その2時間後に様子を見に行ったところ、ベビーベッド内で冷たくなっているところを発見した。すぐに999番（訳注：日本の119番）に通報がなされ、救急救命室に搬送されたが、蘇生されることなく死亡宣告となった。

### **迅速な意思決定[Immediate decision making]**

医療チームは、本事例が多機関連携対応を行うべき基準を満たしていることや、コロナーに照会する基準を満たしているとの迅速意思決定を行った。迅速な事例の背景情報確認により、本児の同胞たちが児童相談所の判断で社会的養護下にあることが確認された。医療チームは、オンコールの医療者と、警察官、当番児童福祉司に連絡を行い、病院に来院するように依頼した。

### **調査/捜査[Investigation]**

本事例はコロナーの管理下に置かれ、司法解剖が実施された。多機関連携調査の医療側リーダーによって、調査のコーディネートが行われた。

### **家族に寄り添った支援の提供[Involving and supporting the family]**

家族には主担当ワーカーが割り当てられた。CDRのプロセスについての説明がなされ、多機関連携調査が行われることやコロナーによる対応の詳細についても情報提供がなされた。解剖を含めた詳細な調査や、家庭への訪問調査が必要である旨の、法的根拠や理論的根拠についての説明もなされ、訪問調査を行う日程についての説明も行われた。

### **CDR会合(最終死亡症例検討会：final case discussion)**

司法解剖が実施された後に、コロナーは解剖で得られた所見を医療者と家族が共有することを承諾した。医療側リーダーによって多機関連携調査のコーディネートが行われ、かかりつけの家庭医の診療所での開催が決定された。会合には救急隊員、警察、家庭医、児童福祉司、保健師、解剖医、救急医師が出席した。死亡に寄与した要因や本児の死から得られた教訓につき検討がなされ、書面（フォームC）の原案が記載された。



#### **家族に寄り添った支援の提供[Involving and supporting the family]**

家族はすでに複数の専門家と何回か面会を行っており、司法解剖の結果についても知らされている。CDR会合の結論についても、家族との面会が予定された。

#### **有識者によるパネルレビュー[CDOP:The Child Death Overview Panel Meeting]**

本事例は既に死亡時点で、CDOP事務局にその通知がなされていた。CDOP事務局は、CDR会合の結果作成された書面(フォームC原案)を受取り、また coroner からの評定書(verdict)も受取りした。Coroner事務局においてSUDIパネルレビューが実施され、保健師、児童福祉司、警察が出席した。

#### **パネルでの審議事項**

パネルレビューの場合では、提出されたあらゆる情報が検証され、本児の置かれた社会的状況の重要性に関して、CDR会合の結論とは異なる見解がもたらされた。フォームCの記載内容に修正が加えられ、これらのデータは英国小児死亡データベースに登録された。

### **事例3**

満期産で出生した女児。重症新生児仮死により、挿管された状態で高次医療機関のNICUに搬送され、脳低温療法が施行された。頭部MRIでは重度の低酸素性虚血性脳症の所見を呈していた。経過中に両親とは何度も話し合いがなされ、生後4週齢の時点で積極的治療の中止の意思決定がなされた。

#### **迅速な意思決定[Immediate decision making]**

出生医療機関と高次医療機関の新生児科医と、地域の産科医同士で速やかに会合の場が持たれた。この会合により、母親は胎児の動きが少ない事に気づくとすぐに受診し、緊急帝王切開が実施されたことが明らかとなった。医療サービスや福祉サービスの提供や、家族の社会的背景に懸念点は確認されなかった。死亡診断書(MCCD: Medical certificate of cause of death)に疑義があると判断した coroner から、当該医療機関に疑義照会がなされた。

#### **調査/捜査[Investigation]**

家族からは、院内での病理解剖を行うことに同意する旨の申し出がなされた。

#### **家族に寄り添った支援の提供[Involving and supporting the family]**

家族には、新生児のグリーフケアチームから、主担当ワーカーが割り当てられた。家族に対して、新生児科医と病理医から解剖を行う意義につき説明がなされた。当初家族は「赤ちゃんはもう十分頑張ったので」と解剖に反対していた。その後、家族はCDRのプロセスについても説明を受け、2週間後に再度説明と話し合いの場が設定された。

#### **CDR会合(病院内周産期/新生児死亡事例検証: hospital perinatal mortality meeting)**

病院内周産期/新生児死亡事例検討会が高次医療機関で開催され、新生児搬送チーム、助産部門、NICU/産科チーム(高次医療機関)、グリーフケアチーム、新生児科医(地域病院)、産科医(地域病院)が出席した。家庭医は出席できなかったが、報告書が提出された。本児の死亡に寄与した要因や本児の死から得られた教訓につき検討がなされ、書面(フォームC)の原案が記載された。

#### **家族に寄り添った支援の提供[Involving and supporting the family]**

両親は、主担当ワーカーと新生児科医との話し合いの場を持った。両親からは主担当ワーカーに、「地域病院の産科医とも継続して話し合いをしたい」との希望が伝えられ、その調整が行われた。

#### **有識者によるパネルレビュー[CDOP:The Child Death Overview Panel Meeting]**

本事例は既に死亡時点で、CDOP事務局にその通知がなされていた。CDOP事務局は、CDR会合の結果作成された書面(フォームC原案)を高次医療機関から受理。CDOPの管理者と指定医は、地域の新生児医療ネットワークの長と相談を行い、本事例は新生児パネルの場での検証が最適であるとの合意に至った。パネルレビューには、CDOPのコアメンバー(CDOP座長、指定医、CDOP管理者、一般市民代表)に加え、新生児ネットワークの長、地域外の産科医、地域外の新生児科医、助産師が出席した。

#### **パネルでの審議事項**

パネルレビューの場では、提出されたあらゆる情報が検証された。この情報にはCDR会合では検討されなかった家庭医や児童福祉司からの情報も含まれていた。パネルでは、CDR会合の結論に対して合意はしたものの、CDR会合の場では家族の社会的背景が十分に理解されていないとの懸念が意見として出された。委員会の座長は、このことを当該医療機関に伝える書面を作成し、提出を行った。指定医はパネルレビューで話し合われた重要事項を要約した報告書を作成し、英国小児死亡データベースに登録を行った。

#### **事例4**

進行性の神経筋疾患を基礎疾患として有する17歳男児。呼吸不全により、地域の医療機関に入院となった。本児には「家族は彼に挿管することや地域の小児集中治療室に搬送することを望まない」という事前ケアプランがあった。彼は成人を対象とした集中治療室に入院し、非侵襲的人工呼吸(NIV)が行われた。その後、複数回の話し合いがなされ、通い慣れた地域のホスピスに転院する予定となる。ホスピスではNIVによる加療は中止され、36時間後に本児は穏やかに息を引き取った。

#### **迅速な意思決定[Immediate decision making]**

ホスピスの医師は、本児の主治医であった小児科医と神経内科医と連絡をとり、死亡診断書の内容につき、適切であるとの合意を得た。

#### **家族に寄り添った支援の提供[Involving and supporting the family]**

家族にはホスピスの主担当ワーカーが割り当てられた。家族は本児が死亡するまでの数日間を共に過ごした。またホスピスは、両親が希望の時間に出入室ができるように配慮がなされ、面会を希望すればすべての専門家と面会が可能である旨の説明がなされた。さらにホスピスでは、葬儀について希望通りの方法で実施できるように、支援が行われた。

#### **調査/捜査[Investigation]**

本事例に関しては、調査/捜査の必要性はないと判断された。

#### **CDR会合**

関係者との調整の後、本児が死亡したホスピスでCDR会合が実施され、家庭医、一次診療の小児科医、ホスピスチーム、二次病院の小児科医、高次医療機関の神経内科医、緩和ケアチーム、集中治療医が出席した。会合では主に終末期医療管理について話し合われ、あらゆる観点からの検証が行われた。本児の死亡に寄与した要因や本児の死から得られた教訓につき検討がなされ、書面(フォームC)の原案が記載された。

#### **家族に寄り添った支援の提供[Involving and supporting the family]**

両親は、主担当ワーカーと面会を行った。地域の小児科医とホスピスチームが、両親との

面会を申し出たが、その段階で両親は「誰にも会いたくない」と回答した。主治医である家庭医が両親と面会を行い、会ってみるよう説得を行った。

**有識者によるパネルレビュー[CDOP:The Child Death Overview Panel Meeting]**

本事例は既に死亡時点で、CDOP事務局にその通知がなされていた。CDOP事務局は、CDR会合の結果作成された書面(フォームC原案)をホスピスから受理。ホスピス / 緩和ケアチームの上級専門職が出席し、標準CDOPパネル会合が実施された。

**パネルでの審議事項**

パネルレビューの場では、提出されたあらゆる情報が検証され、CDR会合の結論に対してすべて合意した。パネルレビューで話し合われた重要事項を要約した報告書が作成され、英国小児死亡データベースに登録が行われた。

## 付録 2 – コロナー照会を行うべき基準

2016年7月23日付、チーフコロナーガイドライン<sup>23</sup>

コロナー照会を行うべき理由を以下に列記する：

- 死因が不詳の場合
- 死亡者が、死亡の14日以内、もしくは死亡後にCDOPの指定医の診察を受けていない場合
- 死因が何らかの暴力による可能性がある場合
- 内因死以外が死因の場合
- 死因が、事故死である場合（直接の死因がその他の理由であったとしても、死に至る端緒が事故であった場合には時間がたってもコロナー照会を行う必要がある）
- 死因が、セルフネグレクトや他者によるネグレクトであった可能性のある場合
- 死因が労務に関係していた可能性のある場合
- 死因が墮胎であった可能性のある場合
- 術中死や、術後リカバリールームで死亡が生じた場合
- 死因が自殺の可能性のある場合
- 死亡が警察や刑務所などの拘留下で生じた場合や、釈放直後に生じた場合
- 死亡が精神保健福祉法での、措置入院や医療保護入院の際に生じた場合
- その他、死亡に際し何らかの疑義のある場合

上記基準以外にも、個々のコロナーが照会を求める場合もありうる。

---

<sup>23</sup><https://www.judiciary.gov.uk/wpcontent/uploads/2016/07/guidance-no-23-report-of-death.pdf>

## 付録3 – 迅速意思決定の際の様式

子どもの氏名	
住所	
健康保険番号 病院名	

小児死亡発覚後1-2時間以内に決定すべき事項				
	決定すべき事項	該当に○	行うべき対応	対応終了時、○
1	本事例は多機関連携調査を行うべき事例（外因死、不詳死、保護観察中[もしくは収監中]の死亡、精神科入院中の死亡）であるか？	はい・いいえ	はいの場合、当番の専門医療者、警察、当番の児童福祉司やその他の必要な人物を病院に収集する。	はい
2	死亡診断書の記載に何かしらの問題はあるか？	はい・いいえ	問題がある場合、コロナー事務局に照会	はい
3	診療やケアの提供上の何らかの問題はあるか？	はい・いいえ	問題がある場合、医療安全チームに連絡	はい
3a	その他の患者の安全の担保のために、速やかな対応を行う必要があるか？	はい・いいえ・不明	はいの場合、具体的に：	
3b	医療事故発生登録用紙(Datix form)の記載を行ったか？	はい・いいえ・不明		
3c	法律(Duty of Candour)に基づいた遺族への謝罪と説明を行ったか？	はい・いいえ・不明		
4	家族支援のための対応法につき記載せよ(担当ワーカーやグリーンケア担当者の割り当て等)			

記載者氏名	
職位	
日付	

## 付録4 – SUDI事例における 標準的検体採取項目

以下に示した標準的な検体の採取は、SUDI事例やその他の死因が不詳の事例の対応を行った際には、可能な限り早急に行う必要がある。

検体	提出先	取り扱いの注意点	検査項目
血清 1-2ml	生化学検査室	遠心分離後 -20°Cで保存	必要時には薬毒物検査も実施*
血液培養 (好気/嫌気各 1ml)	微生物学検査室**	採血量が不十分の場合、好気性ボトルを優先	培養検査と、感受性検査を実施
ろ紙血採取	生化学検査室	室温(ろ紙血に十分しみこませる。乾燥させるため、ビニール袋には入れないこと)	先天代謝異常検査を実施
ヘパリン血漿 1-2ml	細胞遺伝学検査室	室温(遠心分離は行わない)	必要時に、遺伝学的検査実施
髄液	微生物学検査室***	室温	検鏡、培養検査、感受性検査を実施
鼻咽頭拭い液	ウイルス学検査室#	室温	NAAT検査(拡散増幅検査)を実施**
鼻咽頭拭い液	微生物学検査室	室温	培養検査と、感受性検査を実施
あらゆる部位 からのスワブ 培養検体	微生物学検査室	室温	培養検査と、感受性検査を実施
尿(採取可能な場合)	一般検査室	遠心分離後、上清液を-20°Cで保存	必要時には薬毒物検査や先天代謝異常検査も実施

注 - 死因が不詳の事例の場合、これらの検体のほとんどは英国においてはコロナーの管理下に置かれるものであり、検体採取に当たってはコロナー事務局と密に連携して行うことが重要である。乳児がCPAで受診した場合、蘇生中や死亡確認後に様々な検体が採取されることであろう。どのような検体を採取したかについては明確に記録に残す必要があり、またコロナー事務局にもその記録を報告し、検体を証拠能力を保ったまま確実に保管され、また検査結果については解剖医に可能な限り速やかに伝達する必要がある。証拠能力を維持するための一連の検体の取り扱い(Chain of evidence)に注意し、入念な記録とラベリングを行う。SUDI事例においては、全例で上記の表で掲げた検体すべてを採取する必要がある。SUDC(幼児以上の小児の不詳死)事例においては、死亡状況や臨床所見に応じて、適切な検体項目を選択する。



- \* 通常の死亡事例ではルーチンで薬毒物検査を行う必要性は低い、コロナー照会事例においては必須である。どの薬毒物までの同定を行うべきかは、事例毎に判断する必要がある。
  - \*\* SUDI事例において、培養検査やウイルス抗体検査などで、微生物が検出されたとしても、それが真に死亡に寄与したのか否かは状況により異なり、その判断は困難である。
  - \*\*\* 臨床病歴や診察所見から、施行の必要性を判断する
- # 検体は、ウイルス分析を専門的に実施している研究所に送付することが望ましい

#### 1a. さらなる検体採取の必要性について、死亡対応の専門的トレーニングを受けた小児科医にコンサルトすることが推奨される

- 先天代謝疾患が疑われる場合には、全例で皮膚生検を行い線維芽細胞培養を行う
- 病歴上、ミトコンドリア異常症が疑われる場合には、筋生検を行う
- 一酸化炭素中毒が疑われる場合には、血液ガス分析で一酸化炭素ヘモグロビン濃度を確認する

#### 1b. 司法対応上の考察事項

- 検体の採取に当たっては、可能な限りコロナーに連絡し許諾を得ておく
- 採取したすべての検体は、「Chain of evidence」が保たれるような方法で、記録トラベリングが行われる必要がある
- 「Chain of evidence」を保つためには、採取した検体は直接警察官に提出（検査室で検査を行った検体は、検査技師が直接警察に提出）する必要がある
- 警察やコロナーに直接検体を提出する際には、授受に際してその場でサインのやりとりを行う
- 検体を採取した身体部位についても、細かく記録を残す必要がある

## 付録5 – フォームC ( 修正版 )

児の死亡時年齢

検証実施日時

性別

事例提示を行う時点で判明している死因（死亡診断書に記載された死因、もしくは解剖医やコロナーによる死体検案の結果つけられた死因）を記載

事例の概要

### 死亡に寄与した要因

検証の場では当該事例の死亡に寄与した可能性のあるあらゆる要因につき分析し、同定した要因の死亡への寄与の程度につき、以下の0-3のいずれに該当するのか、選択する。

0 - 情報入手ができず評価不能

1-死亡に寄与した要因はない、もしくは何らかの要因が同定されたが死亡に寄与した可能性は低い

2 - 死亡や死亡に繋がりうる脆弱性を引き起こした可能性のある要因が同定された。

3 - 死亡の直接的な原因となった要因が同定された

これらの情報や検証から得た教訓について、地域の関係機関にフィードバックする必要がある。

<b>ドメインA – 子どものニーズ</b>
<b>子ども側に内在していた要因</b> 既知の健康上のニーズ、健康に影響を及ぼしうる要因、発達上の問題や知的な問題、行動上の問題、社会的な関係性の問題、自我同一性や自立の問題、薬物・アルコールの乱用問題など。子どもの持つストレンクス(強み)や困難性などについても記載する。
それぞれの情報ごとに、要因としての死亡への寄与の程度につき、上述の0-3のいずれに該当するか記載せよ

<b>ドメインB – 家族や養育者の育児能力などの社会的環境</b>
<b>社会環境要因</b> 家族構成や家族機能などを含めて記載。基本的な養育提供状況、乳児例の場合は出生前の妊婦健診の受診状況、監護状況、現在や過去の虐待やネグレクト（監督ネグレクト、情緒的ネグレクト、適切な刺激の欠如、適切なしつけの欠如、親子の境界があいまい）、安定した生活基盤の欠如、養育者の薬物・アルコール乱用の有無、親族との関係性、雇用状況や世帯収入、社会的支援の有無、保育・教育環境など
それぞれの情報ごとに、要因としての死亡への寄与の程度につき、上述の0-3のいずれに該当するか記載せよ

<b>ドメインC – 身体的な安全環境</b>
<b>身体的な安全環境に関する要因</b> 既往も含め、これまでに熱傷・転落損傷・交通外傷・その他の家庭内事故やその他の身体的な安全上、懸念すべき事態はあったか？
それぞれの情報ごとに、要因としての死亡への寄与の程度につき、上述の0-3のいずれに該当するか記載せよ

<b>ドメインD – サービスの提供</b>
<b>サービス提供に影響をおよぼした要因</b> 必要であったサービスと、実際に提供したサービスの両者につき検討を行う。子どもと家族のニーズと、サービスの提供との間に生じていたギャップや、サービスの提供に関するアクセス性や患者側の理解度などを含めたあらゆる問題につき検討を要する。
それぞれの情報ごとに、要因としての死亡への寄与の程度につき、上述の0-3のいずれに該当するか記載せよ

### 検証の場では、以下の表に沿って死因をカテゴライズすること

本カテゴリー分類は階層構造をとっている。死因が一つ以上のカテゴリーに跨る場合には、すべてのカテゴリーにチェックを入れた上で、最も可能性の高いものを主カテゴリーとして分類し、その他のものは副カテゴリーとして分類する。

カテゴリー	カテゴリー名とその詳細	該当する場合、☐
1	<b>故意に加わった外傷，虐待，ネグレクト</b> 窒息、揺さぶり、刺傷、銃創、中毒、その他の手段による他殺(戦争やテロ、その他の集団暴力による死亡を含む)。ネグレクト(育児放棄)による死亡	<input type="checkbox"/>
2	<b>自殺または故意の自傷</b> 縊死、銃器損傷、アセトアミノフェン中毒、自絞、溶剤吸入、アルコールまたは薬物中毒、その他の自損による死亡。通常は乳幼児でなく思春期の児にみられる	<input type="checkbox"/>
3	<b>外傷・中毒，およびその他の外因死</b> 単独の頭部外傷、頭部以外の外傷または多発外傷、熱傷、溺水、就学前児の意図しない中毒物質誤飲、その他の外因による死亡（アナフィラキシーはここに含む）。故意に加えられた外傷はカテゴリー1 に分類	<input type="checkbox"/>
4	<b>悪性腫瘍</b> 固形腫瘍、白血病、リンパ腫、組織球症のような悪性の増殖性疾患。たとえ死亡直前の最終イベントが感染症や出血などであっても、基礎疾患として有していればこのカテゴリーに分類	<input type="checkbox"/>
5	<b>急性の内科・外科疾患</b> 川崎病、急性腎炎、腸捻転、糖尿病性ケトアシドーシス、喘息発作、腸重積、虫垂炎など。てんかんに伴う予期せぬ突然死はここに含む。	<input type="checkbox"/>

6	<b>慢性疾患</b> クローン病や肝疾患、神経変性疾患、免疫不全、嚢胞性線維症など。周産期以降に発生した原因の明らかな脳性麻痺も含む。たとえ死亡直前の最終イベントが感染症や出血などであっても、基礎疾患として有していれば、このカテゴリーに分類される	<input type="checkbox"/>
7	<b>染色体異常、遺伝疾患、先天異常</b> トリソミーおよびその他の染色体異常。単一遺伝子病、心奇形を含むその他の先天異常	<input type="checkbox"/>
8	<b>周産期/新生児疾患</b> 年齢に関わらず、死因が周産期のイベント（例：早産児）に合併する続発症に由来する死亡。分娩前または分娩時に生じた酸素欠乏、気管支肺異形成症、新生児出血後水頭症による死亡など。原因不明の脳性麻痺児の感染症や、先天性または新生児早期（生後1週間未満）の感染症はここに分類	<input type="checkbox"/>
9	<b>感染症</b> 生後1週齢以降、または修正在胎週数が正期に達した以降の、他のカテゴリーに分類される疾患の合併症ではない、あらゆる感染症による死亡。敗血症、肺炎、髄膜炎、HIV感染症など	<input type="checkbox"/>
10	<b>突然の予期せぬ説明困難な死亡</b> SIDS（乳幼児突然死症候群）と診断されたもの。または年齢に関係なく死因が確認できないもの。てんかんに伴う突然の予期しない死亡は、カテゴリー5に分類	<input type="checkbox"/>

### 修正可能な要因

（地域や国の施策を改善することで、将来的な予防可能死を減らす何らかの要因を同定できるかの検討を行う）

同定された、修正可能な要因	<input type="checkbox"/>
同定された、修正不能な要因	<input type="checkbox"/>
判断を行う上で欠落していた情報。 （注：ただし実際には本項目にチェックが入ることはまれである）	<input type="checkbox"/>

<b>問題点、並びに検証から得た教訓</b>
------------------------

提言を受けた具体的な行動プラン

家族への支援プラン



# 付録6 – 有識者パネル(CDOP)メンバーの職責

## 座長

- CDOPの座長は、パネルでの討議を効果的なものにするため、以下の職責を担う:
- CDOP会合の座を取り持ち、以下の法定要件を満たすための努力義務を負う;
- CDOPの管理者や指定医と協力し、日程を調整し、アジェンダ(議題)を作成するとともに、CDOPとしての提言を作成し、年次報告書を作成する。
- パネルに参加するメンバーを決定し、外部委員の参加の可否を決定する。またすべてのメンバーから、守秘義務に関する誓約書の署名を得る。
- 公衆衛生の専門家が座長を行う場合には、疫学データや健康サーベイランスデータをCDOPに提供する
- 当該地域の小児死亡のパターンや傾向を評価し、将来的な小児死亡を減少させるための公衆衛生学的予防策の実施に協力する

## CDOP事務局および管理者

CDOPの事務局及び管理者は、指定医や座長と協力し、以下の役割を担う:

- 小児死亡児の通知・情報収集・データ登録の体制を整備する
- CDOPの標準パネルやテーマ別パネルが円滑に行われるように、調整を行う
- 小児死亡事例に対応した人物が、その旨やその他に必要なデータを送付することを円滑にするための調整を行う
- 小児死亡発生時の登録書式(フォームA)を受領した場合に、事例に通し番号を付与する
- 死亡した子どもやその家族と関わりを持っていた機関を明確化し、それら機関から関連する情報をフォームBにより収集する
- CDR会合の座長と連携し、CDR会合の議事録要旨をフォームC草案の形で受領する
- CDOP会合の結論をフォームC最終版としてまとめ、英国保健省(Department of Health)に報告する。英国保健省に送付する。英国小児死亡データベース(National Child Mortality Database)が実運用された以降は、データをそこに送付する。

## CDOP指定医

CDOPの指定医は、以下の役割を担う:

- CDR過程すべてに責任を負う
- 成人を対象としたICUで小児が死亡した際に、適切な対応への助言を行う
- 標準CDOPやテーマ別CDOPを開催する際に、外部専門家を招聘する必要性の有無につき助言を行う
- CDOP会合の際に、死亡に寄与した修正可能な要因を同定するための助言を行う
- 必要時には、適切なテーマ別CDOPパネルが首尾よく開催できるように、地域の臨床ネットワークとのコーディネートをを行う
- 将来的な小児の予防死を減らすための戦略を立て、それを実行するためにCDOPをサポートする

- CDOPの座長とともにCDOPの活動をまとめ、年次報告書を作成する

## 看護師/助産師

看護師や助産師は、以下の役割を担う：

- 子どもの死亡に関連する健康上の問題を、CDOPが評価する際に助言を行う
- 子どもの健康や福祉を増進しうる看護活動や助産活動につき、CDOPに助言を行う
- CDOPが適切な予防戦略を立案する際に、助言を行う
- 看護師やその他の医療関係者と、必要な際に適切なコーディネートを行う
- 助産師やその他の周産期医療関係者と、必要な際に適切なコーディネートを行う
- 周産期死亡事例のCDOPパネルを開催する際に、母親や家族の支援を行い、適切な評価を行うための助言を行う

## 病院勤務医師および診療所医師

医師は以下の役割を担う：

- 死後検査や剖検結果を含めて、医学的情報をCDOPが解釈する際に助言を行う
- 小児に生じた損傷について、死因について、医学用語について、考えられる病態について、行われた治療について、など医学的問題全般に関しての助言をCDOPに行う

## 警察

警察の代表者は以下の役割を担う：

- 犯罪の可能性のある事例において、犯罪捜査としてのあらゆる情報をCDOPに提供する
- 警察の行なった事情聴取、物的証拠採取を含めた捜査資料をCDOPに提供する
- 個々の事例の評価を超えた、公衆へのリスクというものをCDOPが評価する際に、助言を行う
- 関連する警察部局や、必要時には検察とのコーディネートを行う

## 児童相談所やその他の虐待対応組織

児童相談所やその他の虐待対応組織の代表者は、以下の役割を担う：

- 死亡児の置かれていた社会的環境や状況、家族関係性につきCDOPが評価する際に、適切な助言を行う
- CDOPが、子どもや家族の社会的支援のニーズを評価し、実際のケアの提供体制がどうであったのかを評価する際に、助言を行う
- 子どもの権利や福祉について、ならびに関連する法規やガイドラインについて、CDOPに助言を行う
- 虐待/ネグレクトが関与したケースとして、より詳細な調査を行うべき事例を同定する
- 地域の他の機関との調整を行う

## 教育関係者

教育関係者は、以下の役割を担う：

- 死亡児や死亡児の同胞の教育上のニーズや、提供されていた教育サービスをCDOPが評価する際に、適切な助言を行う
- CDOPが予防戦略を立案する際に、適切な助言を行う

## 一般市民代表

一般市民代表者は以下の役割を担う:

- 一般市民の視点を、CDOP会合の場に提供する
- 情報の解釈や評価を行う際に、一般市民や家族の視点を反映させる

## 付録7 – 各パネルで推奨されるメンバー

新生児医療パネル:	循環器疾患パネル:
CDOP指定医	CDOP指定医
CDOP管理者	CDOP管理者
新生児医療ネットワークの長	小児循環器疾患医療ネットワークの長
助産師	小児循環器内科医
保健師	小児循環器外科医
産科医	循環器疾患リエゾン看護師
法医学者/病理医	法医学者/病理医
移植医療チーム	移植医療チーム
一般市民の代表者	一般市民の代表者

SUDIパネル:	外傷パネル:
CDOP指定医	CDOP指定医
CDOP管理者	CDOP管理者
SUDI対応小児科医	外傷医療ネットワークの長
助産師/保健師	小児脳神経外科医
警察	移植医療チーム
児童福祉司	(警察)
法医学者/病理医	児童福祉司
救急医療部門の長	救急医療部門の長
一般市民の代表者	一般市民の代表者

自殺パネル:	知的障害児パネル:
CDOP指定医	CDOP指定医
CDOP管理者	CDOP管理者
一般市民の代表者	知的障害児/者死亡事例検証プログラム (LeDeR)の管理者
児童精神科医	知的障害者支援看護師
家庭医	児童福祉司/虐待対応組織職員
児童福祉司	関連する専門医 (小児神経科医、小児呼吸器科医など)
教育機関の代表者	移行期医療の代表者
若者支援機関代表者	一般市民の代表者

## 付録8 – グリーフケアのリソース

### **Bereaved Parents Support Organisations Network (BPSON)**

グリーフを抱える家族を支援する団体のアライアンス

[www.bpson.org.uk](http://www.bpson.org.uk)

### **Bereaved Parent Support, Care for the Family**

グリーフを抱える家族を支える、電話サポートを含めたピアサポート団体

[www.careforthefamily.org.uk/bps](http://www.careforthefamily.org.uk/bps)

*How can you help bereaved parents? BPS Handout resource*

029 2081 0800

### **Child Bereavement UK**

専門家のトレーニングや、家族や地域の支援団体へのサポートを行っている

[www.childbereavementuk.org](http://www.childbereavementuk.org)

0800 02 888 40

### **Child Death Helpline**

死因や年齢を問わず、子どもの死別を体験したすべての人に支援を提供している団体

[www.childdeathhelpline.org.uk](http://www.childdeathhelpline.org.uk)

0800 282 986 or 0808 800 6019

### **The Compassionate Friends**

死別を体験した両親や家族のピアサポート団体

[www.tcf.org.uk](http://www.tcf.org.uk)

0845 123 2304

### **The Lullaby Trust**

子どもを亡くした家族（特にSIDS家族）に対しての心理的支援を行っている

[www.lullabytrust.org.uk](http://www.lullabytrust.org.uk)

Bereavement support line: 0808 802 6868

### **Sands**

乳幼児との死別を体験したあらゆる個人へのサポートを提供している

<https://www.uk-sands.org/support>

Helpline: 0808 164 3332

### **Winston's Wish (siblings)**

両親やきょうだいを亡くした子どもと、その家族の支援を行っている団体。

[www.winstonswish.org.uk](http://www.winstonswish.org.uk)

Tel: 08088 020 021