

# 小児科診療 UP-to-DATE

2015年8月19日放送

## チャイルド・デス・レビューの必要性

国立成育医療研究センター 政策科学研究部  
部長 森 臨太郎

近年、日本における子どもの死亡率は、大きく改善し、いまや世界でも最も低いレベルにあるとされています。一方で、その死亡を細かく検証していくと、自殺、虐待、事故死など、医療現場の枠組みを超えて「予防できる子どもの死亡」は未だ多く存在しており、これは先進国共通の課題と考えられます。小児科が他の科と異なる点で、こういった医療現場の概念をより広く持ち、社会と広くつながることで子どもの死亡を減らすということがあります。米国や英国をはじめとする多くの先進諸国では、このような子どもの死亡を特別に大切なものとして扱い、今後予防できる死亡を考えていくという制度があります。単なる死亡届の収集を超えて「チャイルド・デス・レビュー」すなわち子どもの死亡を登録して、全てを検証するということが、法律に基づいて規定されて運用されています。日本においては現在このような制度は実在していませんが、小児科の基本的な姿勢として施

一人の子どもの死亡は、  
その社会の子どもたちの  
健康や安全の指標となりうる

1990年以前  
US  
Vermont  
Minnesota  
Colorado

1991-1995  
US  
Oklahoma, Montana,  
Missouri, Nebraska,  
Nevada, Pennsylvania,  
North Tennessee,  
Carolina, Connecticut,  
District of Illinois,  
Columbia, Iowa,  
Georgia, Michigan,  
Louisiana, Texas  
Kansas, Australia  
Maine, NSW  
South VIC  
Carolina, Canada  
Arizona, Manitoba

1996-2000  
US  
Delaware, Wyoming,  
New Hampshire, Hawaii,  
Virginia, Indiana,  
North Dakota, Maryland,  
Oregon, Mississippi,  
Alaska, Utah,  
Kentucky, Washington,  
South Dakota, Wisconsin,  
Alabama, California,  
Arkansas, New Jersey,  
Idaho, New York  
New Mexico, Canada  
Rhode Island, BC

2000年以降  
Australia  
WA  
QLD  
SA  
England  
New Zealand

設ごと、あるいは可能であれば地域ごとにこういった制度を行うことが望ましいと考えられます。

施行するにあたって、地域ごとに行う方法を述べますが、もし施設内で行う場合は、適宜それに合わせて工夫して行っていただきたいと思います。「チャイルド・デス・レビュー」に関しては、厚生労働省の研究班よりガイドラインが発行されていますので、より詳細に関してはそちらを参考にして下さい。子どもの死亡登録・検証制度（チャイルド・デス・レビュー）では、その役割を適切に行うために、登録においてはその対象の子供の死亡をもれなく把握し登録する、そしてその検証が客観的であり且つ前向きであるということが前提になります。

一方で子どもの死亡検証に関しては、先に述べましたように医療のみならず、福祉、行政、司法、教育など、様々な広い関係者が関与する必要があります。子どもの死亡は、不慮の事故や虐待といった社会的な意味合いを持つものがあれば、一方で希少疾病を基礎とする患児の死亡あるいは救急医療体制の問題など医療の色が強いものがあります。このため、こういった死因のカテゴリごと、あるいは症例ごとに関係者が異なる可能性が高いと考えられます。虐待死しに関しては、法制化された検証制度がすでに存在していますので、こういった制度と矛盾しないように気をつける必要もあります。

「チャイルド・デス・レビュー」の施行にあたって最初のステップとして、子どもの死亡をもれなく把握するということがあります。このため、医療機関、行政、地域医師会、法医学教室、監察医、消防庁などと連携して、一定地域の子どもの死亡を全て登録するのが必要になります。対象年齢に関しては諸外国の「チャイルド・デス・レビュー」では18歳未満を対象としているところがほとんどですが、地域によって18歳までの施行が可能な場合と、なかなか難しい場合があります。もし、難しい場合は、最初は乳幼児の死亡に限定し、その後18歳未満まで拡充するという段階的な運用もあり得ると思います。

データの取得方法として、質問表調査を行う方式と死亡現場に集合して、完全な前方視的調査の手法を用いる方式が存在します。質問表調査では、死亡診断書を記載した医師より質問表を用いてさらに情報を収集するという形が取られます。日本の現状を考えると、前者の質問表を用いる方式が現実的かもしれません。

観察項目としては、性別や年齢、国籍、身長、体重、あるいは居住地区、死亡したところ、死亡の原因、死因の種類、健康保険の種類、出生歴、既往歴、乳児検診歴、家族構成、予防接種、救急医療にまつわる状況、蘇生に関連した状況、治療内容、終末期の医療、剖検結果というところが項目となります。

第2のステップとして、死亡カテゴリごとの振り分けがあります。一定の形式で、それぞれの子どもの死亡の状況について、担当医師を中心に基礎情報を収集し、その情報を基に大きなカテゴリに分けていきます。なお、このカテゴリは重複する可能性もあります。死亡カテゴリの方法はいくつかありますが、今回はイギリスでの先行研究を参考にした例を表にご紹介します。

表：第二ステップ症例振り分けのための死亡要因カテゴリ

Category	カテゴリ名と詳細
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が疑われる時、または他殺と断定しえた時。戦争やテロ、その他の集団暴力による死亡も含む ネグレクト(育児放棄)による死亡
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
3	<b>外傷およびその他の外因死</b> 単独頭部外傷、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、アナフィラキシー、その他の外因 故意に加えられた外傷は含まれない(カテゴリ1)
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、上記疾患をもつ児はこのカテゴリに分類される
5	<b>急性的な内科または急性外科疾患</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もここに含む
6	<b>慢性的な病状(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、上記疾患をもつ児はこのカテゴリに分類される
7	<b>染色体異常、遺伝子異常、先天奇形</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
8	<b>周産期／新生児期のイベント</b> 年齢に関わらず、死因が周産期のイベント、例えば、早産児に合併する続発症、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もの。 原因不明の脳性麻痺、先天性または新生児早期(生後1週間未満)の感染症も含む。
9	<b>感染症</b> あらゆる初感染(他のカテゴリに分類される疾患の合併症ではない)、ただし生後1週間以降または修正在胎週数が正規に達した以降の感染。 菌血症、肺炎、髄膜炎、HIV感染症なども含む
10	<b>突然の予期しない、説明できない死亡</b> 死因(病理診断?)がSIDS(乳幼児突然死症候群)または年齢に関係なく死因が確認できない(死因不明のもの) てんかんに伴う突然の予期しない死亡は、除外する(カテゴリ5に分類される)

Pearson 2011より著者らが翻訳

こういった死亡カテゴリに分けられた後、第3のステップとして、より細かく検証していくというプロセスが必要になります。それぞれのカテゴリごとに専門家集団が異なると考えられますので、それぞれに関して症例の観察項目が揃った時点で第三者により検討委員会を構成し、そし

てそれによってパネルレビューを行います。ただし、全ての項目で専門家集団を設ける必要はなく、いくつかのカテゴリをまとめることも必要になるかもしれません。

検証とともに必ず必要なことは、必ず予防可能な施策を提示するという事です。予防可能性について数値化するという事もあります。最も重要なのは、どのようにしたら予防できたのかを、できるだけ遡ったところから全てのステップにおいて善後策を考える、系統的な考え方が必要になります。そして、いくつかの症例が集積できた段階で、これらの善後策をまとめて、相手によってもし医療現場で応用できるものがあれば医療現場で、あるいは施作として行政あるいは国が担当すべきものがあれば、それぞれの団体・組織に働きかけをするという形で将来へつなげていく必要があります。また、この制度を運用していくためには、個人情報の取り扱いに十分な配慮が必要になります。施設内の倫理委員会に助言を求めることも必要かもしれません。

最後に三つ、この「子どもの死亡登録・検証制度」についてのメッセージをお伝えしたいと思います。

一つ目は、子どもの死亡を検証するときには個人攻撃や責任追及の態度をとらないということが重要になります。この制度に関しては、死亡を検証していきますが、これは将来の子どもの死亡を予防していくということが第一義になります。ですから、個人攻撃や責任追及ではなくて、将来の似たような子どもの死亡を減らしていく、あるいは削減していく、無くしていくためにはどういった施策がとれるのか、どういった対策がとれるのかということを中心としていく態度が必要となります。

第2に、自殺・虐待・事故など、医療現場を超えた死亡の要因も常に念頭においておくことが必要になります。これはこの制度を運用していく際にも重要ですが、子どもを診る医師に関しては、その診療所であれ病院であれ、常にこういったこ

### 最後のメッセージ

- ・子どもの死亡を検証するときには個人攻撃や責任追及の態度を取らない
- ・自殺、虐待、事故など医療現場を超えた死亡の要因も念頭に病歴を取ろう
- ・子どもの死亡を無駄にしないために、死亡後に必ずできるだけ客観的な方法で検証しよう

とを念頭において病歴をとっていくという態度も大変重要になってきます。子どもの医療に関しては、医療の現場を超えて、非常に広く社会的な影響が非常に大きくでます。ですので、常にそれを念頭においた診療、そしてこの制度の運用が必要になってくるということになります。

第3に、この検証制度そのものの精神になりますが、一人一人の子どもの死亡をできるだけ無駄にしないために、必ず死亡の後、客観的な方法で検証しましょう。これは個人レベルでもできる話ですし、施設ごとにもできる話でもあります。ただ、できるだけ地域広く行うことが、より大きな施策につながっていくこととなります。昨今では子どもの死亡は、そうたくさんある話では

ありません。ただ、だからこそ、一人一人の子どもの死亡を大切にして、そしてその数をできるだけ集めることで、できるだけ多くの症例に関連したような、またがるような施策あるいはその対策というものを考えていくという態度が常に必要となります。

現在の医療現場では、子どもの死亡があった段階で、そこで医療が終わってしまうというように考えるような印象がありますが、そうではなく、この将来につなげていく、こういったところまではじめていって、その死亡が終えられるという形になります。常に未来志向で子どもの死亡をとらえていくということも大変必要な形になります。以上がこの三つのメッセージとなります。

「小児科診療 UP-to-DATE」

<http://medical.radionikkei.jp/uptodate/>