

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）
小児死亡事例に関する登録・検証システムの確立に向けた実現可能性に関する研究
（主任研究者 溝口史剛）

分担研究：小児死亡発生時の保健情報の収集と共有に関する研究
「保健所の小児死亡調査の現況と、将来的に果たしうる役割認識に関する研究」

分担研究者 藤原武男 東京医科歯科大学大学院 国際健康推進医学分野

研究要旨

CDR を社会実装する上での保健所の果たしうる役割認識につき明らかにし、どのような体制が実質的に可能であるのかを検討するため、全国の保健所にアンケート調査を実施した。また人口動態統計業務上、保健所には「死因分類適正処理のための医師への照会」業務を担うとされており、現状でどの程度の対応がなされているかについても、調査を行った。

回答が得られた保健所の割合は 21.4%と、一般的な同種アンケートと同程度といえる回答率であったが、全項目につき回答が得られた保健所は 5.5%にとどまり、このこと自体が現行法のみで CDR を保健所業務にしていく困難性を示唆するものと思われた。

限られた回答からでも、病院外死亡事例の割合が 16.2%であり、また死亡した場所と死亡届提出先の都道府県が異なる事例が 8.0%との貴重なデータが得られた。

「死因分類適正処理のための医師への照会」を行った事例数は 0.56%、逆に医師から死因分類の変更のための照会があった事例は 0%であり、実務上は死亡情報に関しての保健—医療の情報連携の“文化”はほぼ皆無の状態であり、このことは CDR を社会実装する上で念頭に置く必要がある。

CDR の体制整備の枠組みに関しては、要保護児童対策地域協議会(市町村)、児童福祉審議会(都道府県)、死因究明等推進協議会（司法）、新たに CDR 委員会を位置づけ（新規立法）がほぼ同程度で、児童虐待防止医療ネットワーク（医療）が次に続いたが、保健所業務に CDR を位置づけるとの回答は最も少なかった。小児死亡発生の後方視的把握については保健所業務と考える回答が多かったが、前方視的把握は困難と考えており、事例の詳細情報収集に関しては、後方視的であれば市町村・都道府県・保健所が同程度であったが、やはり前方視的には保健所は担い難いと考えていたことが読み取れた。事例要旨の作成・事務局・CDR の座長に関しては、都道府県が担うことを期待しており、保健所業務との回答はわずかであった。予防可能性のスクリーニング業務に関しても、保健所が単独で担えるとの考えは少なく、多機関が連携して行うべきであるとの考えを持っていることが示唆された。

犯罪性の有無が問われる外因死や、高度の医学判断が求められる内因死や不詳死を含めたあらゆる小児死亡の詳細な検討を行う CDR を実施するためには、保健行政が主体となることに、保健所自体は困難感を感じていることが示唆された。

A. 研究目的

子どもの死亡発生時に、現状でその情報を系統的に把握しうる組織は、市町村（死亡届：戸籍法、およびそれが転記された死亡票：統計法・人口動態令）、地方法務局（死亡届の写し：戸籍法）、保健所（死亡票を転記した死亡小票：統計法・人口動態令）、都道府県（保健所より送付された死亡小票）、厚生労働省（都道府県より送付された死亡小票）である。

また小児死亡の予防可能性スクリーニングのための既存情報を収集するための法令根拠となりうる現行法規としては、「児童福祉法」、「母子保健法」、「地域保健法」、「死因身元調査法」が挙げられる。

ただし現行法規の元では、死亡小票の二次利用は統計的利用に限られ、また地域保健法には死亡事例調査は明記されていない。ただし死亡事例の発生と死亡診断書記載医療機関を把握し、二次的調査の端緒とすることや、死亡届とは別途届出られた事例との突合作業を行う余地がないとまでは言えず、特に地域保健法を法令根拠としてCDRの社会実装を整理する場合、死亡小票を有する点からも保健所の業務として、CDRが実施されうる。そのような場合も視野に、現時点での保健所の意識を把握しておくことには、一定程度の意義がある。

今回、将来的にCDRを社会実装する上での保健所の果たしうる役割認識につき明らかにし、どのような体制が実質的に可能であるのかを検討するため、全国の保健所にアンケート調査を実施した。

また人口動態統計業務上、保健所には「死因分類適正処理のための医師への照会」業務を担うとされており、現状でどの程度の対応がなされているかについても、アンケ

ートの冒頭で調査を行った。

これらの結果を合わせ、CDRを社会実装する上での保健所の果たしうる役割について考察を行った。

B. 研究方法

全国552か所の保健所あてに、末尾に添付したアンケート用紙を郵送し、回答を依頼した。

アンケート項目は、①2015・2016年の小児死亡数、ならびに病院外死亡事例数、②うち死亡した場所と死亡届提出先の都道府県が異なる事例数、③死亡小票作成の際に、「死因分類適正処理のための医師への照会」を行った事例数 ④医師(含、法医学者)から死因変更に関する照会があった事例数、⑤多機関連携でのCDR体制整備するための現実的な枠組みの認識、⑥CDRの各プロセスにおいて、主たる職責を發揮すべき機関の認識、⑦CDRに関しての自由意見記載、である。

(倫理面への配慮)

アンケートは特に、個人情報を取り扱っていない。報告の際に、回答した保健所は秘匿化される旨、アンケートに明記した。

C. 研究結果

全552保健所のうち118の保健所から回答が得られた(回答率:21.4%)。うち一部の項目につき回答がなされていなかった保健所が46保健所で、全項目につき回答が得られた保健所は28保健所(5.5%)にとどまった。

①のうち2015年の死亡数に回答のあった保健所は46か所で、2016年の死亡数に回答の

あった保健所は43か所であった。このうち2病院外死亡につき回答のあった保健所は2015年・2016年ともに34か所であり、死亡数と病院外死亡数の両者ともに記載のあった保健所を集計した場合に、病院外死亡事例の割合は、61名/377名(16.2%)であった。

②の死亡した場所と死亡届提出先の都道府県が異なる事例数に関しては、2015年・2016年ともに31保健所から回答が得られ、その割合は25名/311名(8.0%)であった。

③死亡小票作成の際に、「死因分類適正処理のための医師への照会」を行った事例数に関しては、2015年には43保健所(含、死亡数に回答のなかった7保健所)から回答が、2016年には42保健所(含、死亡数に回答のなかった7保健所)から回答が得られ、その割合は3名/540名(0.56%)であった。

④医師(含、法医学者)から死因変更に関する照会があった事例数に関しては、2015年には46保健所(含、死亡数に回答のなかった9保健所)から回答が、2016年には45保健所(含、死亡数に回答のなかった9保健所)から回答が得られたが、両年ともに0件であった。

⑤並びに⑥の回答については、本報告書の末尾に、回答の一覧を図示したので参照されたい。

⑤の多機関連携でのCDR体制整備するための現実的な枠組みの認識に関しては、
a.要保護児童対策地域協議会(市町村)
b.児童福祉審議会(都道府県)。

c.児童虐待防止医療ネットワーク(医療)
d.保健所業務にCDRを位置づけ(保健所)
e.死因究明等推進協議会に位置づけ(司法)
f.新たにCDR委員会を位置づけ(新法)
g.その他
から選択する形で回答を求めた。

回答は102の保健所から得られ、その割合はaが22保健所(21.6%)、bが17保健所(16.7%)、cが13保健所(12.7%)、dが4保健所(3.9%)、eが22保健所(21.6%)、fが22保健所(21.6%)、gが3保健所(2.9%)であった。

(1保健所が複数回答していたため、回答総計は回答した保健所数よりも多くなっているが、割合の算出は回答保健所数を分母とした)。

⑥CDRの各プロセスにおいて、主たる職責を發揮すべき機関の認識に関しては、「医療機関」「市町村」「保健所」「県の子ども課など」「警察」「その他」という選択肢で、複数回答を可能として回答を求めた。

i 小児死亡発生の把握(後方視的把握)に関しては、101保健所から回答が得られた。選択した組織が1つのみであった保健所は69か所で、2つであった保健所は16か所、3つであった保健所は8か所で、4つ以上選択した保健所が3か所あった。

選択した組織が1つのみであった保健所における回答割合は、「医療機関:10.8%」「市町村:17.6%」「保健所:45.9%」「県の子ども課など:17.6%」「警察:1.4%」「その他:6.8%」であった

すべての保健所からの、のべ回答割合は「医療機関:16.4%」「市町村:20%」「保健所:37.1%」「県の子ども課など:14.3%」「警察:7.1%」「その他:5%」であった。

その他として挙げられていた組織としては、国、法務局、新たな法に基づく CDR 委員会、などであった。

上位の保健所を挙げた理由としては、「死亡小票で把握が可能」が多く、医療機関を挙げた理由としては「死亡事実以上の詳細が把握可能」「次のプロセスにつなぎやすい」などが挙げられていた。

ii. 小児死亡発生の把握（前方視的把握）に関しては、103 保健所から回答が得られた。

選択した組織が 1 つのみであった保健所は 69 か所で、2 つであった保健所は 22 か所、3 つであった保健所は 10 か所で、4 つ以上選択した保健所が 2 か所あった。

選択した組織が 1 つのみであった保健所における回答割合は、「医療機関：42.0%」「市町村：27.5%」「保健所：4.3%」「県の子ども課など：15.9%」「警察：2.9%」「その他：7.2%」であった

すべての保健所からの、のべ回答割合は「医療機関：40.4%」「市町村：20.5%」「保健所：5.2%」「県の子ども課など：8.6%」「警察：19.9%」「その他：3.3%」であった。

その他として挙げられていた組織としては、国、法務局、法医学教室、新たな法に基づく CDR 委員会、などであった。

上位の医療機関を挙げた理由としては「最初に死亡を把握する立場にある」「死亡事実以上の詳細が把握可能」、市町村を挙げた理由としては、「死亡届により早期に把握が可能」が挙げられていた。

iii 小児死亡事例の詳細な情報収集（後方視的把握）に関しては、100 保健所から回答が得られた。

選択した組織が 1 つのみであった保健所は 74 か所で、2 つであった保健所は 14 か所、3 つであった保健所は 6 か所で、4 つ以上選択した保健所が 6 か所あった。

選択した組織が 1 つのみであった保健所における回答割合は、「医療機関：8.1%」「市町村：29.7%」「保健所：21.6%」「県の子ども課など：27.0%」「警察：2.7%」「その他：10.8%」であった

すべての保健所からの、のべ回答割合は「医療機関：13.1%」「市町村：27.6%」「保健所：19.3%」「県の子ども課など：17.9%」「警察：11.7%」「その他：10.3%」であった。

その他として挙げられていた組織としては、情報を最も把握している機関、直接支援を行っている立場でない機関、新たな法に基づく CDR 委員会、などであった。

上位の市町村を挙げた理由としては「住民に近い存在にあり、情報収集しやすい」「多機関と連携する必要がある、要対協の行政中心にすると連携しやすい」、県の子ども課を挙げた理由としては、「死亡届により早期に把握が可能」、保健所を挙げた理由としては「市町村は身近すぎる。保健所であればワンクッションとれて家族も話しやすい」、「地元の情報及び医療機関との連携などのコーディネーターがしやすい」などであった。

iv. 小児死亡事例の詳細な情報収集（前方視的把握）に関しては、101 保健所から回答が得られた。

選択した組織が 1 つのみであった保健所は 66 か所で、2 つであった保健所は 17 か所、3 つであった保健所は 18 か所で、4 つ以上選択した保健所が 26 か所あった。

選択した組織が 1 つのみであった保健所

における回答割合は、「医療機関：25.8%」「市町村：30.3%」「保健所：10.6%」「県の子ども課など：18.2%」「警察：4.5%」「その他：10.6%」であった

すべての保健所からの、のべ回答割合は「医療機関：27.6%」「市町村：25.01%」「保健所：9.8%」「県の子ども課など：9.8%」「警察：19.0%」「その他：7.4%」であった。

その他として挙げられていた組織としては、情報を最も把握している機関、直接支援を行っている立場でない機関、新たな法に基づく CDR 委員会、などであった。

上位の市町村を挙げた理由としては「住民に近い存在にあり、地域の情報収集がしやすい」「公的に情報収集が可能」、医療機関を挙げた理由としては、「死亡診断書を記載する段階で、早期に把握が可能」、「家族と関わりを持ち情報収集しやすい」「一番情報量がある」、警察を挙げた理由としては「法整備が必要も、関係者への聴取に長ける」「事件性の有無も含め、把握できる」、などであった。

v. 小児死亡の要旨作成に関しては、98 保健所から回答が得られた。

選択した組織が 1 つのみであった保健所は 82 か所で、2 つであった保健所は 11 か所、3 つであった保健所は 3 か所で、4 つ以上選択した保健所が 2 か所あった。

選択した組織が 1 つのみであった保健所における回答割合は、「医療機関：11.0%」「市町村：24.4%」「保健所：8.5%」「県の子ども課など：34.1%」「警察：0%」「その他：22.0%」であった

すべての保健所からの、のべ回答割合は「医療機関：13.9%」「市町村：23.0%」「保健所：12.3%」「県の子ども課など：27.9%」

「警察：6.6%」「その他：16.4%」であった。

その他として挙げられていた組織としては、新たな法に基づく CDR 委員会などの専門機関との意見がほとんどであった。

上位の県の子ども課などを挙げた理由としては「とりまとめ機関であるため」「虐待死検証のノウハウがあるため」市町村を挙げた理由としては、「情報収集の中心であるため」、などであった。

v. 予防可能死のスクリーニングに関しては、97 保健所から回答が得られた。

選択した組織が 1 つのみであった保健所は 69 か所で、2 つであった保健所は 6 か所、3 つであった保健所は 5 か所で、4 つ以上選択した保健所が 17 か所あった。

選択した組織が 1 つのみであった保健所における回答割合は、「医療機関：13.0%」「市町村：17.4%」「保健所：11.6%」「県の子ども課など：36.2%」「警察：0%」「その他：21.7%」であった

すべての保健所からの、のべ回答割合は「医療機関：17.0%」「市町村：19.9%」「保健所：16.4%」「県の子ども課など：24.0%」「警察：7.6%」「その他：15.2%」であった。

その他として挙げられていた組織としては、新たな法に基づく CDR 委員会などの専門機関、死因究明推進会議、学識経験者との意見がほとんどであった。

上位の県の子ども課などを挙げた理由としては「県単位であれば、事例の積み重ねができる」「児童福祉審議会などを活用できる」、市町村を挙げた理由としては、「情報収集の中心であるため」、その他の機関を挙げた理由は「スクリーニングができる体制が必要なため」などであった。

vi. 小児死亡事例検証の事務局に関しては、94 保健所から回答が得られた。

選択した組織が 1 つのみであった保健所は 87 か所で、2 つであった保健所は 3 か所、3 つであった保健所は 2 か所で、4 つ以上選択した保健所が 1 か所あった。

選択した組織が 1 つのみであった保健所における回答割合は、「医療機関：2.3%」「市町村：12.6%」「保健所：5.7%」「県の子ども課など：62.1%」「警察：0%」「その他：17.2%」であった

すべての保健所からの、のべ回答割合は「医療機関：3.7%」「市町村：13.8%」「保健所：10.1%」「県の子ども課など：53.2%」「警察：2.8%」「その他：16.5%」であった。

その他として挙げられていた組織としては、新たな法に基づく CDR 委員会との意見がほとんどであった。

上位の県の子ども課などを挙げた理由としては「専門家が必要で、県内で複数の事務局設置は不可能」「市町村や圏域を超えることもある」「施策や体制整備の検討に直接つなげられる」、その他の組織を挙げた理由としては、「それぞれの組織化—が片手間でできることではない」、などであった。

vii. 死亡事例検証の座長に関しては、97 保健所から回答が得られた。

選択した組織が 1 つのみであった保健所は 90 か所で、2 つであった保健所は 4 か所、3 つであった保健所は 2 か所で、4 つ以上選択した保健所が 1 か所あった。

選択した組織が 1 つのみであった保健所における回答割合は、「医療機関：22.4%」「市町村：3.5%」「保健所：8.2%」「県の子ども課など：37.6%」「警察：0%」「その他：28.2%」であった

すべての保健所からの、のべ回答割合は「医療機関：21.8%」「市町村：4.5%」「保健所：10%」「県の子ども課など：32.7%」「警察：1.8%」「その他：29.1%」であった。

その他として挙げられていた組織としては、大学などの有識者、CDR について理解のある専門家、県外の専門家などが挙げられていた。

上位の県の子ども課などを挙げた理由としては「県内に知見を周知するため」「審議会を利用して実務者と有識者で行うのが適当」、その他を挙げた理由としては、「有識者でないにとりまとは不可能」、などであった。

viii. グリーフケアに関しては、100 保健所から回答が得られた。

選択した組織が 1 つのみであった保健所は 61 か所で、2 つであった保健所は 46 か所、3 つであった保健所は 39 か所で、4 つ以上選択した保健所が 13 か所あった。

選択した組織が 1 つのみであった保健所における回答割合は、「医療機関：3.3%」「市町村：41.0%」「保健所：14.8%」「県の子ども課など：13.1%」「警察：0%」「その他：27.9%」であった

すべての保健所からの、のべ回答割合は「医療機関：12.6%」「市町村：36.5%」「保健所：24.5%」「県の子ども課など：8.8%」「警察：0.6%」「その他：17.0%」であった。

その他として挙げられていた組織としては、NPO（家族会、自助グループなど）、精神保健福祉センター、などであった。

上位の市町村を挙げた理由としては「より身近な存在であるため」「ノウハウがあるため」、その他の組織を挙げた理由としては、「長期的なかかわりが可能」などであった。

D. 考察

今回のアンケートは、その実施自体が challenging であったと考えている。実際に問一の年齢別の死亡数や死亡したところの情報は、e-stat や各都道府県の人口動態統計概況で確認すること自体は多くの自治体で可能であり、そのような情報を既に public domain となった情報と解釈しうるのか、それともあくまで二次利用と考えるのか、各保健所に難しい判断を迫るものであったのは事実であろう。結果としてはアンケート回収率は 21.4%にとどまり、回答いただけた保健所のうち全項目につき回答が得られた保健所は 28 保健所 (5.5%)にとどまった。このことは、現在制度として施行されていない CDR を新規事業として実施する上で、法的な根拠を明確にしない限り、行政側としては対応がしがたいということを表しているように思われる。

このように完全回答が 5%にとどまったとはいえ、そこから得られた病院外小児死亡事例の割合は 16.2%で、2016 年の人口動態統計上は、0-14 歳で 13.8%であり、おおむね合致していると考えられ、死亡した場所と死亡届提出先の都道府県が異なる事例数に関して今回判明した 8.0%という割合は、e-stat の人口動態統計結果からは読み取れなかった数字であり、施策を考えるうえで参考になる数字である (8%ものズレを包含した全数調査は、行政上かなり面倒な作業である。例えば地方在住の子どもがドクターヘリで大都市圏の三次医療機関に搬送された後に死亡した場合に、保健所や市町村が当該医療機関に情報収集することはハードルが高いであろう。当該医療機関の属する保健所や市町村が情報収集を実施しそれを共有する体制が良いのか、医療機関

が登録・および予防可能性の一次スクリーニングを担い、その情報を本来の居住地に提供する体制が良いのか、十分な検討を行う必要がある)。

また実際の現場の医療者としては実際には周知の事実であるが、保健所業務とされる「死因分類適正処理のための医師への照会」はほとんどなされていないことが明確化した。このことから、実際に CDR を社会実装する上で、予防可能性のある死亡であったのかを保健所単体で一次スクリーニングしうる体制を構築することの困難性を表しているように思える。

ただし一方で死亡診断書(死体検案書)記入マニュアルには「死亡診断書(死体検案書)を作成後、傷病名等の変更があった場合は、すみやかに最寄りの市区町村窓口にお申し出ください」と記載されているものの、実際の現場の医療者がそれをほぼ行っていないことも周知の事実といえる状況であったが、そのことも客観的に明確化したといえる。もちろん傷病名の変更の申し出先は一義的には市町村であり、今回のアンケート結果である「医師からの紹介は 0」という結果は、厳密には保健所に直接の疑義照会がなされる事例がなかっただけで、市町村へ医師からの変更の申し出はあった可能性は否定できるものではないが、ほとんど行われていない実態に変わりはなく、現場の医療者からの情報収集をどのタイミングで誰が行うのかを明確化しない限り、実効性のある CDR の社会実装は困難といえる。

そのような問題を整理する上で、現場の保健行政から CDR の各プロセスにおける業務認識への回答結果は、実に興味深いものであった。もちろん他の機関に同様のアンケートを行った場合には回答の傾向は大き

く異なる可能性は十分にあるものの、施策化に向けた議論を行う上で、導火線の役割は果たしてくれることになるであろう。

まず、多機関連携での CDR 体制整備するための現実的な枠組みの認識に関しては、見事に「要保護児童対策地域協議会(市町村)」「児童福祉審議会(都道府県)」「児童虐待防止医療ネットワーク(医療)」「死因究明等推進協議会に位置づけ(司法)」「新たに CDR 委員会を位置づけ(新法)」に回答が割れていた。保健所自身がその実現可能性が低いと判断しているか否かは不明であるが「保健所業務に CDR を位置づけ(保健所)」との回答は極めて少数であった。

次の設問以降は、CDR のプロセスを後方視的検証(死亡後時間のたった段階の検証)と前方視的検証(死亡が発生した段階で早急に把握し、検証を開始する方法)の 2 つに分け、「死亡把握」→「情報の収集」→「事例要旨作成」→「予防可能であったか否かのスクリーニング」→「多機関合同での検証実施」と便宜上定め、並行して行われるべきグリーンケア(遺族サポート)についての認識を確認したものである。

死亡の把握に関しては、死亡届・死亡小票が仮に活用できるのであるとするならば、という前提での回答が多かったように思われる。ただし前方視的死亡把握に関しては、医療機関と警察の役割が大きいとの認識も併せて示されたといえ、将来的に前方視的な体制整備を行うのであれば、やはり死亡情報を新たに CDR 実施主体となった組織に対し、医療機関や警察が連絡を行いうる枠組みの整備が必要と多くの保健所が認識していたといえるのではないと思われる。情報収集に関しては、「死亡診断書の内容では、詳細な検証を行う上でとても太刀打ち

できない」という認識が働いたのか、「死亡の把握」よりもさらに回答された機関の割合が均質化される傾向にあった。CDR は外因死(事故死・犯罪死)、内因死、不詳死などあらゆる死亡事例を取り扱うために、どのような死亡態様であったかによってどの機関が最も情報を有しているのかは必然的に異なるものであるが、原則としては後方視的調査であれば、行政権限のもとで行うべきものという意識がつよく、前方視的な調査であれば、その時点で一番情報を持っている医療と協働すべきと考える傾向にあったものと思われる。

予防可能性のスクリーニングに関しては、単独の機関が行うべきものではなく多機関が共同して行うべきものであるが、その際に県が主体となっていくことが現実的出ると考える傾向にあったと解釈され、CDR の事務局は県に置くべきものであるとする考え方が顕著であったといえる。その際の座長に関しては有識者が行うべきであり、保健所が担うには荷が重いと考えていることが見て取れた。CDR の実施のために新たに新法を制定せずに、既存の法令を根拠に実施するとするならば、現行法としては、「児童福祉法」、「母子保健法」、「地域保健法」、「死因身元調査法」などを根拠にすることが考えられ、とくに地域保健法の「その他地域住民の健康の保持及び増進に関する事項(第 6 条 14 項)」の企画、調整、指導および「地域保健に関する情報を収集し、整理し、及び活用すること(第 7 条 1 項)」を根拠にして実施することも考えるが、保健所の現場はそのような形で保健行政に CDR を位置づけることを困難に感じている可能性が示唆された。

グリーンケアに関しては、より遺族と距

離の近い市町村が担うことを望んでいることが見て取れたが、保健所としても担っていくべきであるという傾向が見て取れた。

いずれにしても情報の把握と収集以降の、スクリーニングと検証のプロセスにおいては県を事務局とした多機関での実施が望まれると考えている傾向が見て取れ、それを可能にするための枠組みを整理する必要があると考えられる。

E. 結語

今回のアンケート調査では、アンケート調査に回答すること自体に、保健所の葛藤が見て取れ、CDRの実施にはそのような迷いが生じえないほど明確に記載された通知や法令根拠が必要であるといえよう。また実際にCDRの社会実装を進めていくためには、保健所単位ではなく県単位の実施が望ましいと考えている傾向が確認された。犯罪性の有無が問われる外因死や、高度の医学判断が求められる内因死や不詳死を含めたあらゆる小児死亡

の詳細な検討を行うCDRを実施するためには、保健行政が主体となることに、保健所自体は困難感を感じていることが示唆された。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

論文発表

なし

学会・シンポジウム発表

なし

書籍発刊

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

なし

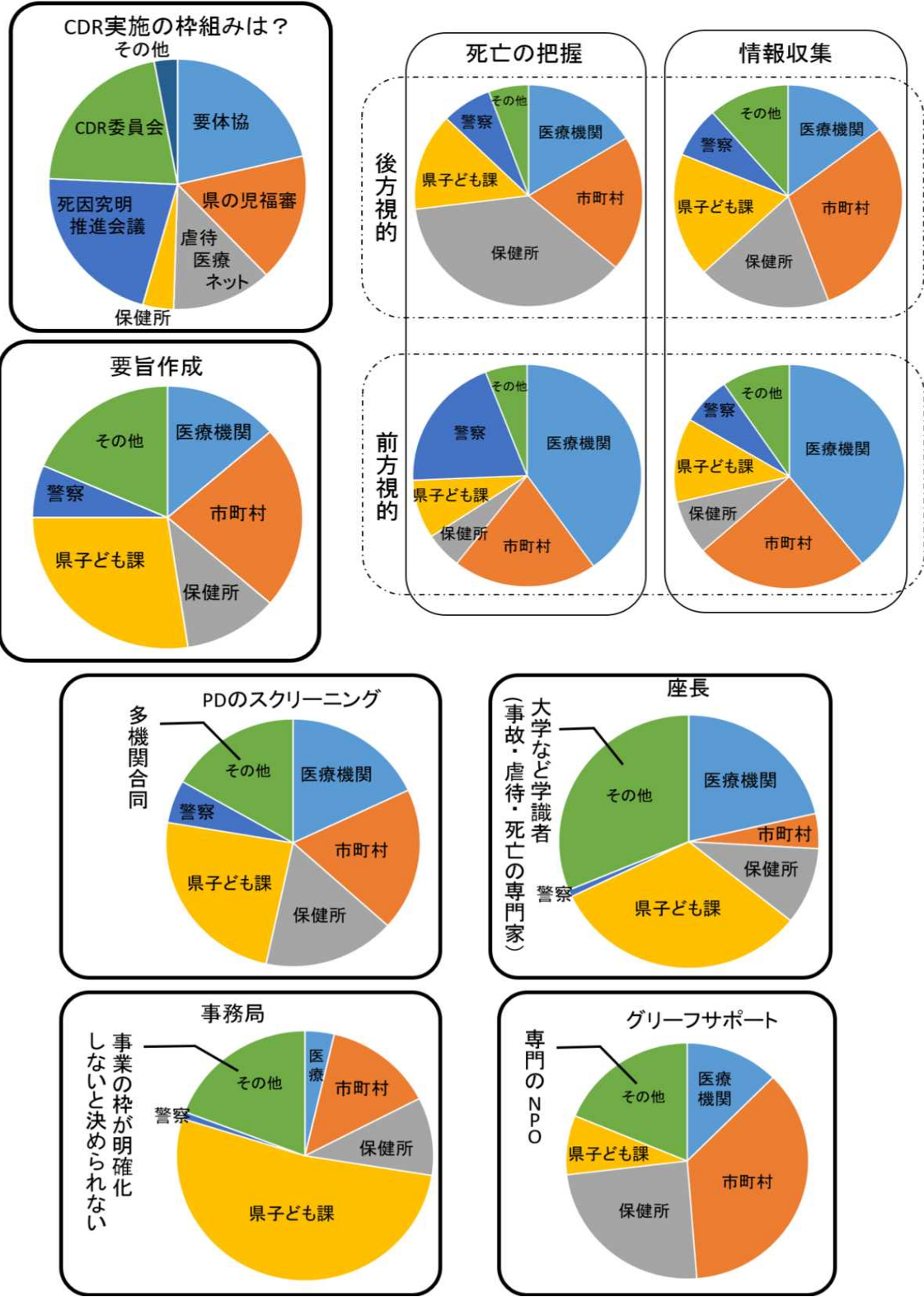


図 保健所職員の、CDRの各プロセスにおいて主たる職責を発揮すべき機関の認識（複数選択された項目の延べ割合で表示）

小児の保健所の小児死亡調査の現況と、将来的に果たしうる役割認識に関するアンケート調査

保健所名 _____ 連絡先 (☎ or ☒) _____
 回答の担当者名 _____ 所属・役職 _____

*まず小児の死亡に際しての、人口動態調査における保健所の対応の現況につきお聞きいたします。
 (人数が不明の場合、「不明」とご記載ください)

■問1：2015・2016年の管内の18歳未満の死亡数(うち「死亡したところ」が病院以外の事例数)
 2015年： (_____ 名[うち病院外： _____ 名])・2016年： (_____ 名[うち病院外： _____ 名])

■問2：問1の事例のうち、死亡した場所の都道府県と死亡届が提出された市町村所在の都道府県が異なる事例数
 2015年 (_____) 名 ・ 2016年 (_____) 名

■問3：問1の事例のうち、人口動態調査の調査票作成の際に、「死因分類適正処理のための医師への照会」を行った事例数
 2015年 (_____) 名 ・ 2016年 (_____) 名

■問4：問1の事例のうち、追加検査結果が判明するなど、医師(含、法医学者)から死因変更に関する照会があった事例数
 2015年 (_____) 名 ・ 2016年 (_____) 名

*以下は、将来的にCDRを社会実装する上での保健所の果たしうる役割認識につき、お聞きします。

本アンケートでは、CDRのプロセスを「死亡把握」→「情報の収集」→「事例要旨作成」→「予防可能であったか否かのスクリーニング」→「多機関合同での検証実施」と便宜上、定めます。また実施パターンを後方視的検証(死亡後時間のたった段階の検証)と前方視的検証(死亡が発生した段階で早急に把握し、検証を開始する方法)の2つに分けることと致します。また諸外国ではCDRの実施に際し、グリーフケア(遺族サポート)の重要性が強調されています。

このことを前提とし、以下の設問に対し、自身の考えに最も近いものを選択してください。

■問5：多機関合同での検証を実施する体制を整備する上で、その枠組みとして現実的であるのは、以下のいずれと考えますか？ 最も自身の考えに近いものにつき、選択してください。

- a. 要保護児童対策地域協議会の対象範囲を死亡事例に拡大に規定し、市町村に設置。
- b. 児童福祉審議会の対象範囲を死亡事例に拡大するように規定し、都道府県に設置。
- c. 児童虐待防止医療機能ネットワークを拡充し、事業として都道府県と医療機関とが実施
- d. 既にある保健所業務の対象に新たにCDRを位置づけ、保健所に設置。
- e. 全国で設置が進められている死因究明等推進協議会の一部会として設置。
- f. a-eのいずれでもなく、新たに法的にCDR委員会を位置づけ、CDRを実施する。
- g. その他 (具体的に： _____)

■問6：各プロセスにおいて、主たる職責を發揮すべき機関につき○を付けてください。また可能であればそのように考えた理由を記載してください(また、保健所が担うことが困難と考えた場合、その理由について記載していただければ幸いです)

(記入例) 複数の機関を選択していただいてもかまいません

小児死亡把握	後方視的にCDRを行う場合	医療機関	市町村	保健所	県の子ども課など	警察	その他
				○			
その理由：死亡小票を活用し、全数を把握する立場にある							

回答欄

小児死亡把握	後方視的にCDRを行う場合	医療機関	市町村	保健所	県の子ども課など	警察	その他
	その理由：						
	前方視的にCDRを行う場合	医療機関	市町村	保健所	県の子ども課など	警察	その他
その理由：							
情報の収集	後方視的にCDRを行う場合	医療機関	市町村	保健所	県の子ども課など	警察	その他
	その理由：						
	前方視的にCDRを行う場合	医療機関	市町村	保健所	県の子ども課など	警察	その他
その理由：							
事例要旨作成 (膨大な資料を複写し検証するのは困難で、要旨の作成は実務的に不可避)	医療機関	市町村	保健所	県の子ども課など	警察	その他	
	その理由：						
予防可能性があったか否かのスクリーニング	医療機関	市町村	保健所	県の子ども課など	警察	その他	
	その理由：						
多機関合同での検証実施	事務局	医療機関	市町村	保健所	県の子ども課など	警察	その他
		その理由：					
	検証の際の座長	医療機関	市町村	保健所	県の子ども課など	警察	その他
その理由：							
グリーフケア (遺族サポート)	医療機関	市町村	保健所	県の子ども課など	警察	その他	
	その理由：						

■問7：その他にCDRに関してご意見がございましたら、本回答用紙の裏面に自由にご記載ください。
(特に保健師の果たしうる役割につき、ご意見を頂けましたら幸いです)

質問は以上になります。ご回答誠に有り難うございました。
(同封の返信封筒でご返送ください)