

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）総合報告書
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

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
研究協力者 塚田昌大 長野県保健所

小児死亡の発生情報を系統的に把握しうる組織として、また法令に基づく情報収集を均霑的に行いうる組織として、市町村、保健所には CDR に寄与することが期待される。

当分担研究では、H28 年度に、これまでに作成された前方視的調査用紙の再整理を行いながら、多機関が連携した場合の情報の入手・共有に関しての検討を行った。平成 29 年度には、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。

の結果、CDR が法整備され医療機関での実施体制が整備され啓発が進むことで、多くの情報は医療機関でも入手しうると判断されたが、医療機関の負担を減らし、遺族のグリーフも優先した体制（遺族を直接の情報源とせず、客観的にとれる情報は他機関から入手する）を整備する必要があり、各関係機関の情報提供の役割を明文化し、効率的に情報共有が図れる体制を構築して必要があることが分かった。

またの結果、病院外死亡事例の割合が 16.2%、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%であることが判明し、「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%である実態が浮き彫りとなった。CDR の体制整備の枠組みに関しては、現場の保健師は保健所では担えないと感じていることも判明し、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よとの考えは少なく、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された。

これらの研究を通じ見えてきた点を踏まえ、H30 年度には準備読本のうち、追加情報の入手、多機関検証（CDOP：Child Death Overview Panel）、につき分担執筆を行った。

A . 研究目的

小児死亡の発生情報をシステムの把握しうる組織として、また法令に基づく情報収集を均霑的に行いうる組織として、市町村、保健所には CDR に寄与することが期待される。

当分担研究では、H28 年度に、これまでに作成された前方視的調査用紙の再整理を行いながら、多機関が連携した場合の情報の入手・共有についての検討を行った。平成 29 年度には、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。

これらの研究を通じ見えてきた点を踏まえ、H30 年度には準備読本のうち、追加情報の入手、多機関検証 (CDOP : Child Death Overview Panel)、につき分担執筆を行った。

B . 研究方法、C 結果、D 考察につき 1,2 のそれぞれにつき記載する

1- B . 研究方法

先行研究である、厚生労働科学研究「我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究 (H22-24: 研究班長 小林美智子) における情報入力フォームは、多機関が連携して情報を入力することを前提としていた。しかし、実際に入力を行う主たる機関は、法制化が進み、各地で CDR を行うための役割分担が明確化していくまでは、医療機関が行わざるを得ないのが実情と思われ、登録

フォームを改めて医療者の致死的事例の対応の流れに準じ、Step1 : 蘇生情報/救急搬送情報、Step2 : 死亡診断書/死体検案書記載、死亡態様別項目記載、Step3 : 問診 (救急隊・養育親)、Step4 : 監督者情報の記録、Step5 : 身体所見記録、Step6 : 実施済検査/剖検記録、という Step ごとに記載できる形での再整理を行った。

そのうえで、各情報を入手する上でより望ましい機関につき検討を行い、以下の 3 つの分類に分けて区分した。

【分類 1】救急搬送を担当した消防機関 (救急隊) 担当者、搬送先あるいは診断・治療を担当した医療機関 (主治医・看護師・MSW 等) などの臨床現場において入手可能な情報

【分類 2】行政機関として、母子保健や福祉サービス等に直接関わりのある市町村 (保健担当部署や福祉担当部署) が保持する可能性がある情報

【分類 3】司法 (警察) における捜査等により把握が必要な情報に、区分を行った。

なお、今回の区分については、各関係機関が、その業務において情報を保持しているあるいは把握が可能である項目として整理しており、現状において各関係機関からの情報提供が実際に可能であるかは考慮していない。

1- C . 研究結果

再整理した前方視的入力フォーム

を図1として掲示した。さらにその図1に、先述した3つの分類の区分けを行ったフォームを図2として掲示した(分類1を赤色、分類2を青色、分類3を黄色で表示した)。

1-D . 考察

今回検討した、前方視的な入力フォームは、死亡事例を認知した段階から情報収集を開始するものである。死亡を認知するのは現状で主に医療機関であり、その性質上、臨床現場で丁寧かつ詳細な情報の収集を行うことが主体とならざるを得ないといえる。

そのような背景から、今回検討に用いている様式においては臨床現場【分類1】の比重が高くなっており、大半を臨床現場から入手できる項目として分類した。臨床現場に関わる機関としては、消防機関(救急隊)と医療機関の役割が期待される。消防機関(救急隊)は、救急の覚知・現地対応・搬送などに関わることから、これら救急の初動情報(step1、step2)の情報の把握が可能と考えられる。一方、医療機関では、初期対応から診断・治療に広く関わりがあり、また関与する職種も医師、看護師、MSWなど多職種が関与することになるために、CDRが法制化され認知が進むことで、多くの情報収集は、医療機関でも可能と考えられる。診療に関わる情報としては、問診(step2)、身体所見(step3)、施行した検査の記録(step5)などの情報入手が可能であり、さらにCDRを念頭とした情報収集等により監督者情報の記録(step4)、作為不作為の有無の確認(step7)などの項目が入手可

能である。また、死亡診断書(死亡検案書)記載項目(step9)のうち、臨床現場で確認可能な内因死や感染症、既往歴等の項目については診療情報あるいは詳細な聞き取りにより情報収集可能と考えられる。ただし、これらの情報について、正確に漏れがなく把握していくためには、死亡事例登録に必要な情報や臨床所見の取り方などを、臨床現場の救急隊、医師を始めとする医療従事者に啓発や研修などを通じて理解を求めていく必要がある。

次に、行政機関として市町村を主たる機関として位置づけ分類した【分類2】についてであるが、市町村では、母子保健法や児童福祉法等に基づく母子保健や福祉関連の直接的な行政サービスを提供しており、これらの関わりの中で保持しうる個人情報を提供することにより、検証に必須とされる項目の一部の情報源となり、臨床現場での情報を追加あるいは補完できる可能性がある。具体的には、個別の乳幼児健診などの記録を参照することにより、出生時情報(step2:乳幼児死亡の際の追加問診事項)、既往歴をはじめとする疾患に関する情報や母子保健に関わる情報(ワクチン情報や乳幼児健診情報:step9)などについて情報把握は可能であろう。また、未熟児訪問や療育医療の対象となる低出生体重児や障害者自立支援法に基づく各種支援を受けている場合は、利用しているサービスを含め関連した情報をケースに応じて市町村で把握可能である。これらの情報が市町村から入手可能であることの担保が出来れば、蘇生などの医療行為で混乱し、

かつ目の前で子どもが死亡した親御さんに対して、「尋問」のような聞き取りを行うことを避けることにも繋がる。

また、ハイリスク家庭として要保護児童地域対策協議会で対象とされていた児については、より詳細な情報が検討されている可能性が高く、この検討過程に基づく情報の把握も可能である。このような情報は、CPA で運ばれてきたような子どもに対応する際に、医療機関で速やかに認識できるわけではない。脳死から虐待死を除外する際の情報共有制度のような、必要時に迅速に情報を共有するための法的整理や、行政通達などの整備も検討事項となるであろう。

市町村が母子保健事業として保持する情報のうち、ワクチン接種歴については、予防接種法にて市町村に台帳作成を義務づけているために、正確な情報の把握は可能と考えられるが、その他の妊産婦訪問や乳幼児健診等の母子保健情報については、統一された記録様式は定められてなく、その事業自体の取組を含めて内容に関しては市町村に委ねられているために、得られる情報の量や質については市町村により差が出てくる可能性が大きい（必要な情報が収集・記録されていないこともありうる）。さらに、対象児が転居している場合、母子保健情報の引継ぎは、現状では明文化されていないために、転入時に改めて出生時情報やワクチン歴等の母子保健情報が収集されていないことも多く、現状の市町村の母子保健体制では入手可能な情報の質や量については課題があることが予想される。ま

た、実際に情報の照会を行う想定をした場合、保健分野と福祉分野の情報が別々に記録されていることも多くあり、一義的な窓口を保健担当あるいは福祉担当するか個別に整理が必要である。情報整理のために、死後に母子手帳を任意で提供してもらうような体制も考慮される。

現状において母子保健事業の市町村格差について現行の健やか親子（第2次）などでも指摘されているが、CDRの充実の観点においても母子保健事業における均てん化や記録の統一などの国を挙げた取り組みが必要不可欠と考えられる。今般の母子保健法改正により、各市町村において、妊娠・出産・子育てを一貫的に支援する体制として、子育て世代包括支援センター（法律上、母子健康包括支援センター）の設置が法的に位置づけられ、国では平成32年までに全国展開を目指している。この組織においては母子保健施策と福祉（子育て支援）施策の連携により地域の全家庭への包括的な支援を実施することとされており、今後、同センターの展開により、地域住民の母子保健や福祉の情報の集約化されることも期待されるために、今後、CDRの制度化を検討する際に、どこが行政側の窓口になるのかを整備したうえで、同センターに対してCDRを念頭とした情報収集機能も位置づけ、その機能をCDRの体制の中に位置付けることも検討すべきと考える。

次に、司法（警察等）による捜査により把握が必要となる情報としては【分類3】として区分した。臨床現場や行政

機関では情報収集が困難な本人や保護者を取り巻く情報や事件性に関する情報等については警察における捜査情報が必要と考えられる。本人や保護者を取り巻く情報としては、加害者の情報（作為不作為の有無の確認：step7）や異状死として司法解剖された場合の剖検記録（step8）などが、事件性に関する情報については、事案発生現場における情報（集団保育/学校現場の情報：step4、外因死における詳細な状況：step9）などが当てはまる。これらの項目については、臨床現場（主に医療機関）における問診の中でも把握可能な項目もあるが、より詳細かつ正確な情報収集にあたっては、警察における捜査による情報入手が必要と考えられる。現行法では、このような場合の情報の共有に関しては、大幅な制限があると言わざるを得ない。死因究明の立法趣旨に添うような、情報共有の在り方を検討する必要があるが、最終的にはCDRを明確に位置付けた立法は不可欠であろう。

各機関が積極的に情報共有することにより、登録情報の精度の向上が期待され、小児死亡検証における、より詳細な分析が期待できる。しかしながら、本検討にあたっては、各関係機関が情報把握している、あるいは情報確認が可能である項目という観点で区分しており、現状の制度・体制の中で、すぐに情報共有可能な項目という観点では整理していないことに注意が必要である。特に行政関連の情報提供について、個人情報を含む行政情報については、警察捜査などの司法手続きを経た情報提

供を除き、手続きが煩雑であること多く、市町村の協力に対する理解を得ることは難しいことが予想される。そのため、行政に対しても情報提供を求めていく際には明確な法的な根拠が求められるのが実情である。

今後、小児死亡事例の登録・検証システムの社会的実装を目指す中で、CDRにおける中心的役割を担う機関を明確化するとともに、その権限に基づいた各関係機関の情報提供の義務と役割を法的に明文化し、効率的に情報共有が図れる体制を構築して必要がある。

1-E. 結論

小児死亡事例に関する登録・検証システムを構築する上では、詳細かつ正確な情報を集積できる体制整備が不可欠である。理想的には、死亡事例の登録に際して必要とされる各項目について、消防機関や医療機関のみならず、行政や司法（警察）などの機関が連携して保有する情報を提供し、あるいは相互で情報の補完をおこなうことなどして、情報の精度が向上できる多機関連携による情報収集システムの構築が望まれる。

1-参考文献

1. 溝口史剛、山中龍宏・厚労科研（政策科学総合研究事業）我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究（主任研究者小林美智子）．平成24年度分担研究報告書「小児の死亡登録フォーム作成報告と実際の運用に向けての検討」

Step 6 自由記像による本児の死亡に至る経過の特記事項

本欄にタテマリのコピーを貼付してください

Step 7

● 本欄で描かれた経過も、書き加え、死亡に至る経過の特記事項を記述してください。自由記像を添付してください。

● 本欄に記述した経過も、書き加え、死亡に至る経過の特記事項を記述してください。

● 本欄に記述した経過も、書き加え、死亡に至る経過の特記事項を記述してください。

Step 8

● 本欄に記述した経過も、書き加え、死亡に至る経過の特記事項を記述してください。

● 本欄に記述した経過も、書き加え、死亡に至る経過の特記事項を記述してください。

● 本欄に記述した経過も、書き加え、死亡に至る経過の特記事項を記述してください。

Step 8 身体所見記録

死亡児身体所見 列位死・不列位死・原因不明死の死後記録

● 所見のある部位に、観察を付して、下記に記入してください。

● 観察した部位に、観察を付して、下記に記入してください。

● 観察した部位に、観察を付して、下記に記入してください。

Step 9 旅行した検査/剖検情報

● 旅行した検査/剖検情報

● 旅行した検査/剖検情報

● 旅行した検査/剖検情報

Step 10 監督者情報の記録

● 監督者情報の記録

● 監督者情報の記録

● 監督者情報の記録

2-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、2015・2016年の小児死亡数、ならびに病院外死亡事例数、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、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 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、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、CDR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、CDR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。

2-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。

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。

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。

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。

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。

並びに 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。

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)。

CDR 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。

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。

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。

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トがしやすい」などであった。

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。

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。

. 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。

. 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 - が片手間にできることではない」、などであった。

. 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、「有識者でないとりまとめは不可能」、などであった。

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。

2-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かとと思われる。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る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うるが、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。

2-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

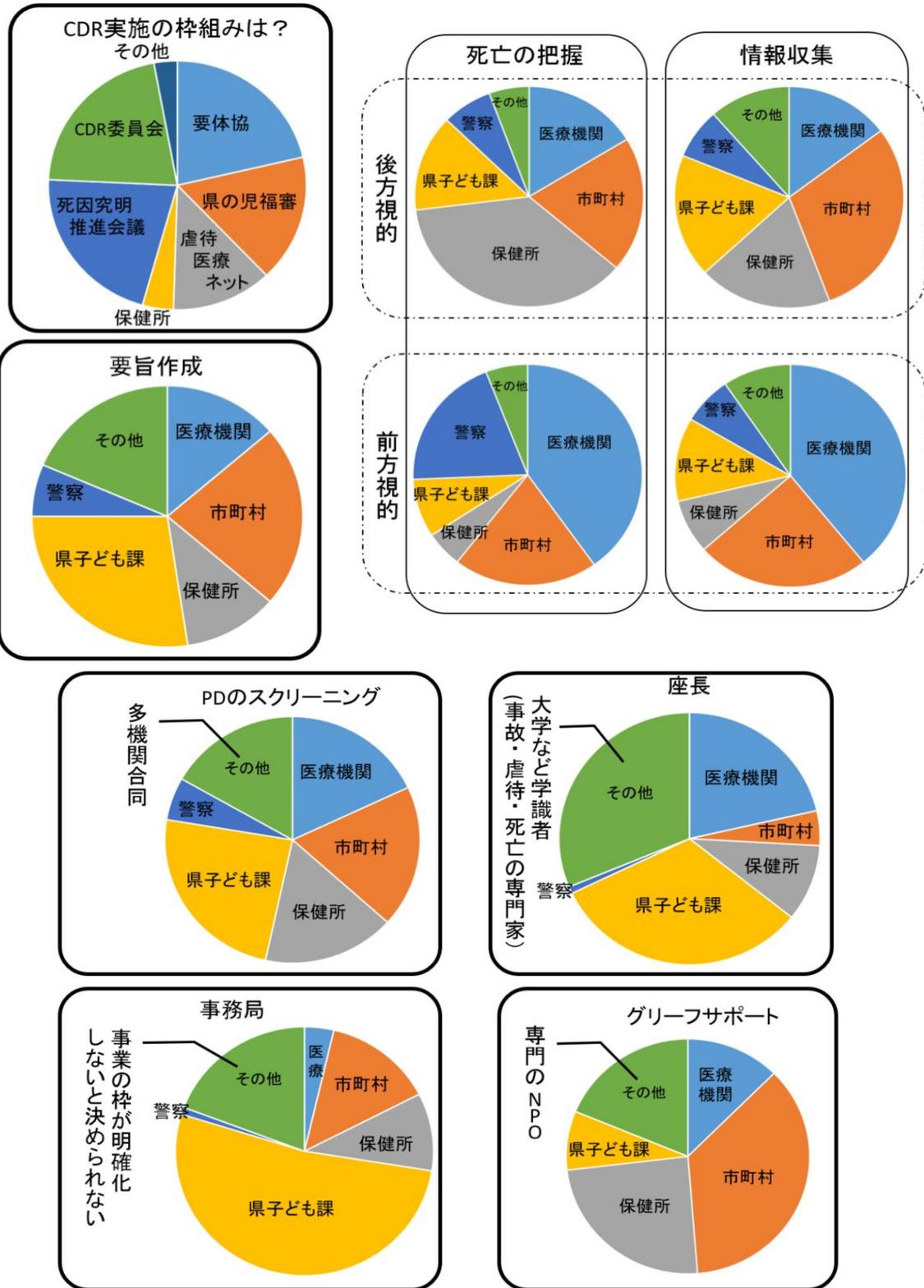


図 保健所職員の、CDRの各プロセスにおいて主たる職責を発揮すべき機関の認識（複数選択された項目の延べ割合で表示）

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：					
グリーンケア (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)