

令和元年度厚生労働科学研究費補助金
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究(健やか次世代育成総合研究)事業)
わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究
分担研究報告書

分担研究 有効な CDR 制度と中央支援体制の探索
保健所・保健医師との連携体制と検証要項の確立に関する研究
「CDR として実施された検証会議における検討内容についての研究」

分担研究者 山崎 嘉久 あいち小児保健医療総合センター 保健センター長
沼口 敦 名古屋大学医学部附属病院 救急・内科系集中治療部
研究協力者 杉浦 至郎 あいち小児保健医療総合センター 保健室長

研究要旨

【背景】愛知県で医学系研究の一環として、病院からの情報をもとに CDR にかかる研究が継続的に行われている。限定的な情報をもとに意見交換がどのように可能か、わが国での知見は少ない。

【方法】具体的な事例検討でどのような議論が行われたかを確認する。

【結果】6 例について具体的な検討の結果、27 項目の提言が発出されうることを確認した。この作業を系統的に実施する手順が確立されることが望ましい。

A. 研究目的

愛知県では、医学系研究として CDR にかかる研究が継続的に行われている。

た提言を具体的にまとめ、枠内に追記した。

(以下、議事内容)

1. 挨拶

本症例検討会議について、会議主催団体の担当理事より成立の経緯について説明があった。

2. 自己紹介

本会議参加者より順次自己紹介があった(文末の参加者一覧を参照)。

3. 概要説明

議長より、(1)CDR について概論、(2)本検証会議の基礎データとなる愛知県重症小児診療実態調査(該当年に発生したもの)の概要報告、(3)検証のグランドルール、についての解説があった。

B. 研究方法

第 3 回目の愛知県 CDR 会議(2019.11.8 施行)において、参加者の同意の上で録音した記録から検証内容を解析し、どのような提言が発出されるかを例示・論述した。

4. 症例検討

検証対象とした年に発生した県内の死亡小児症

C. 研究結果

会議記録を聞き取り、以下の内容を確認した。人名、地名等を伏せ、可及的に正確に表記した。また事後(会議の数ヶ月後)に症例 1~6 に関する記録を見直し、議論の内容を振り返って発出し得

例のうち、「予防可能性が高い」と判定されていた22例について検討を行った。これらの例について匿名化され個人同定ができない回収資料が配布された。特に典型的で（代表として）検討対象としたい6例が指定され、各症例おおむね10分で「予防策」を念頭に検討を行ったのち、類似症例にも言及された。

まず、保護者による傷害に関連した死亡3例のうち1例について特に話題とした。

議長「これは『虐待』か」

小児科医A「虐待としか言えない」

検察官「検察としては、担当することとなった事案について例えば傷害罪か、過失犯かなのか、など、まず適応すべき罰条を判断する。虐待があったかどうかは背景事情として考慮する」

1例目（乳児の異状死）「医療者視点では虐待の存在を強く疑う」

小児科医A「相当程度（虐待を）疑う。（被虐待は）乳児が圧倒的に多いので、乳児にはポイントを高くするなどして、一時保護など介入しやすくなるような“傾斜採点制度”を考慮しては。今日は児相が参加していなくて残念」

精神科医B「乳児期の一時保護を行うと、その後の発達予後が悪くなるのは既知の事実である。そのような現体制で一時保護のみ進めることは問題となりうる。もし積極的に一時保護を進める方針をとるなら、併せて体制整備が必須」

議長「一人の命を救う裏で10人の発達予後が悪くなるということか」

精神科医B「そうとも言える」

小児科医A「里親制度を勧めるべきでは。A市内でも最近広告をよく目にする」

精神科医B「厚労省の動きはあるが、具体的な施策はこれからだろう」

法医学者C「法医の一般論として、『原因不明の乳幼児突然死』と鑑定したからには、決定的な死因は同定できなかったのだろう。身体的診断で経過を評価することは困難。また死因が決められない状況下で死亡の様態を決めるのは困難」

法医学者C「この児の両親はその後警察でどうなったか？きょうだいはい？」

警察官「こういうケースでは両親を呼び出して（虐待の）事実があったのかを判断して、窒息や暴行の痕跡などあればしっかりと捜査を行う」

議長「断定できなければその後の警察介入はできないのか」

警察官「そのとおり」

小児科医D「今から対応すべきはきょうだいの保護ではないか。そもそも二人目の妊娠が分かった時点で総合的な支援を開始しなければ」

小児科医E「提言をどうするか。たとえばきょうだいに児相が関与していた新生児の死亡がどのような頻度であるのか示すことが大切では。もし頻度が上がっているのであれば、注意喚起ができる。愛知だけでなく全国でデータを収集すべきでは」

小児科医D「当院だけでも数例ある」

議長「客観的なデータは必要」

議長「検察に送致されたが有罪でない場合には、介入はできないということか」

検察官「送致を受けた事実について起訴するだけの証拠関係がないと判断した場合には、不起訴とする。被疑者の身柄を拘束していた事案であれば、釈放する。その際、児相や警察に、再犯防止策がとられているかどうかを確認することはある」

提言1：（行政の担当部署は）乳幼児の一時保護とともに里親制度の充実を進める。

提言2：（子どもにかかわる各機関は）『子ども虐待』の捉え方が機関によって異なりうることを相

互理解する。

提言3:(子どもに関する研究者 日本小児科学会等は)きょうだいに児相が関与していた新生児の死亡例について全国調査をして頻度を示す。

提言4:(児相,警察は)起訴対象とならない死亡小児例の家族に対して,再発防止の具体的な策について協議する。

2 例目(年長男児の自殺)「Psychological Autopsy(心理学的剖検)の必要性」

精神科医 B「発達歴が必要。家庭に喧嘩をしたその原因は,家庭内なのが学校内だったのか。この年齢で自殺したとなると,原因は学校にある傾向が大きいという調査結がある。横断面での背景要因と縦断面での調査」

小児科医 A「(今回の検討では)あまりにも情報が少なく何も言えない」

小児科医 D「警察介入は?」

議長「データでは『あり』となっている」

小児科医 ?「司法解剖の適応は(ないのか)?」
(剖検されていないことに対する質問)

開業医 F「(別件で)このような検案の経験あり。この症例の傷病名からすると,見てあきらかに頭蓋内損傷だろうという判断なのだろう。事件性がないとなれば剖検にはならないだろう。家庭で喧嘩したかどうかは捜査上浮かんでくる。情報がないうちに病名がしっかりしているので」

議長「事件性がないとなったとして,精神的には(それ以上調べなくてよいのか)」

精神科医 B「心理学的剖検の仕組みを作っていくべき。学校関与の可能性があるならいじめの第三者委員会(が開催される制度となっている)」

小児科医 A「ただし保護者が(開催に)反対したら開かれないが」

議長「将来,もし第三者委員会が開催されていた

として,その検証結果がわかれば(背景や心理的剖検の結果なども)詳しく議論できるようになるだろう」

議長「教育関係も含めて,今後情報を。ところで(警察にとっては必要とは言われない)心理学的剖検の具体的なメリットは何か?」

精神科医 B「再発予防。うつ病や統合失調症の見落としがないかの判定も含めて」

提言5:(自殺例を検証する者は)事件性のない自殺は剖検の対象とされない現状を理解する。

提言6:(自殺例を検証する者は)類似例の再発防止のため,Psychological Autopsy(心理学的剖検)が有効であることを理解する。

提言7:(CDR 制度を構築する者は)既存の第三者委員会の開催情報や検証結果を教育関係者等と共有する仕組みを模索するべきである。

3 例目(年長女児の交通事故(車内受傷))「シートベルトの未着用:かつての米国報告の多くを占める事象ではある」

議長「このような交通事故をどのように扱うのか。本県で交通事故死は多いとされるが,それでも子どもの交通事故死は3年で14件のみ。『シートベルトをしていなかった死亡例』は,一連の調査では3年間で2例しか見当たらなかった」

小児科医 A「JAF や警察がシートベルトの着用率を調査しているが,交通事故死のシートベルト着用データを見たことがない。ふだん病院で診療していると(受傷者はシートベルトを)つけていない印象」

警察官「助手席はフィルム貼れないので検挙できるし,シートベルトを装着している可能性高い。(交通課ではないので正確なデータを持ち合わせ

ていないが、個人的な印象では)後部座席ではシートベルトを半分以上がつけていない。事故時に車から投げ出される例はシートベルトしていない」
小児科医 A「(社会啓発のために)シートベルトしていないと子供はどのくらい死亡するかとデータを出して公開すべきでは」

小児科医 D「特に年長児は、自分で勝手につけない/外さない(ようにしなければ、予防できない)。学校教育の教材に織り込んで、年長児が自分で(シートベルトが必要だと)判断できるよう知識を与えないといけない」

小児科医 G「助手席でベルトしていないとアラームがなる車が多いが、後部座席にその機能はない。(これを改善するべく)企業努力を求めるべきでは」

小児科医 D「(シートベルトをしないことの危険性は)親だけでなく、本人たちに知ってもらうべき」

提言 8:(子どもに関する研究者、あるいは交通安全を所管する機関は)シートベルト未装着で死亡する小児例について調査し、啓発のため結果を公開する。

提言 9:(学校教育者は)シートベルト未装着が死亡リスクであることについて、子どもに具体的に教育する。

提言 10:(自動車関連産業は)後部座席においてもシートベルト未装着が死亡リスクを高めることを認識し、その未然防止装置の開発および実装を進めるべきである。

提言 11:(CDR 関係者は)提言 9 と提言 10 について、その主体となるべき者に報告・提案する。

4 例目(幼稚園未満男児の溺水)「屋内溺水:3 年間で 10 件(交通事故死数にほぼ匹敵する)」

議長「高齢者の風呂での溺水は多いと聞いたが」
開業医 F「浴槽内で 30-40/年。7400 件の警察取り扱ひ死亡のうち 1000 件くらいあるのでは」

警察官「今日だけでも午前中に 2-3(件の通報があった)」

開業医 F「(高齢者が溺水に至る原因としては)心疾患、アルコール…」

小児科医 D「小児(の屋内溺水)は、B 市で 10 年間に 4-5 例。うち半分は年長児で、痙攣の既往があった。目撃者はないが、けいれんの基礎疾患を持つ児への啓発は必要では」

小児科医 A「年長児(が溺水するのは)、ひとりで入浴中。乳幼児(の溺水)の多くは『ため湯』(に関連する事故)で、入浴中ではない。乳幼児のいる家庭では『ため湯』をしないというキャンペーンしかない。保健センターかどこかで」

小児科医 H「(けいれんの基礎疾患のある児であっても)プールには監視員がいるので溺れない。しかし自宅の風呂では死亡する。ただし予測はできないし、てんかん発作が稀にしか起きない児も多い。風呂に入るな、とは言えないし。一部の小児神経科医は『けいれんの人は湯船につからないように』『中から鍵をかけるな』と十分に啓発している」

小児科医 D「この例は子どもだけで浴室内で遊んでいたのか、入浴していたのか？」

議長「カルテ情報では、そこまで記載がなく分からない」

小児科医 D「子どもだけで(浴室にいたということに違和感を感じる)。法医記載とカルテ記載の差異は気になる」

議長「救急外来でここまで(法医解剖記録にあるほど詳細に)聞き取れるのか」

救急医 I「ここまで詳細には無理」

警察官「解剖に付する資料の中で、警察から法医

に渡す(情報がある)。そこから分かったことでは」
議長「風呂で溺れたが死亡していない例の場合、警察は検証してないのか？」

警察官「(通報がなく警察が)認知しなければもちろん検証しない。(その場合、警察としては)どうしようもない」

議長「溺水(で来院した症例)は、生存していても警察に通報するか？」

救急医 I「しない」

小児科医 J「(この例では、溺水事故が発生してから)5日後に亡くなったということは、病院からの警察通報は事故の5日後。その時点で警察は検証に行き詳細を調べられたのか」

警察官「通報のタイミングはさまざま。救護隊から入ることもあれば、病院の救急外来から入ることもあれば、蘇生したあと入院して死亡時に入ることもある。死亡と聞いて病院に聴取に行ったら『蘇生され生きています』と家族に叱られることもある」

小児科医 A「昔、洗濯機に落ちて死亡した児がよくいたが、最近はロック機能がある(ためそのような事故は見なくなった)。予防のためには、風呂の入り口にもロックを徹底。『気をつけましょう』というだけでは無理なので、具体的なキャンペーンが必要だが」

議長「保健師の家庭訪問で鍵など実際に確認できるのか」

保健師 K「経験上、訪問に行っても殆ど玄関までで、家の中まで入れることはまずない。よほど(家族の方から)『困っているので相談したい』と呼ばれた状況でなければ」

議長「実は溺水は多いが、年少児は『ため湯』年長児は『けいれん』など、具体的な原因は年齢群によって異なる。このような年齢群別の注意点などを具体的に広報するのも良いのでは」

提言 12:(子どもの溺水に関わる者は)年齢群によって屋内溺水の原因が異なることを理解する。

提言 13:(救急医は)事故等の診療に際して、事故発生状況を詳細に聴取する努力をする。

提言 14:(救急医は)死亡に至らない事故であっても、来院時点で警察への通報を考慮する。

提言 15:(子どもの安全を推進する機関 保健所等は)提言 12 についての具体的な広報を計画する。

5 例目(後期新生児の男児、睡眠中の突然死)若年母で母子手帳の記載なし。ネット検索でうつ伏せ寝の推奨を見たという」

小児科医 A「ほぼ『子ども』の年齢である若年母なのでハイリスク分類。保健所は自宅訪問するのか」

保健師 K「3ヶ月で自宅訪問している。ただ母子手帳取得時に(母親の年齢が)若すぎる場合には注意を払っている。出産前にハイリスクであれば保健師が出産前からケアに入ることもある。ただし A 市であれば」

小児科医 D「B 市では1ヶ月検診より前に全例、自宅訪問。特定妊婦は特にサポート対象。母子手帳の申請がされていなければ捕まえようがないが」

小児科医 J「産婦人科の退院時に『注意喚起』はないのか」

小児科医 A「こまかく書いてあっても若年(母)だとそもそも読まない(懸念もある)。その親と(医療保健関係機関と)つながりが切れたら(その後のフォローは困難になる)」

小児科医 E「厚労省の毎年虐待死統計では、既に3-4年前には、特定妊婦の子どもは死亡ハイリスクであることが分かっている。こういった人は(子どもの死亡)リスクが高いことを、改めて具体的に示せれば注意喚起に役立つのではないかと。虐待死も多い」

議長「(この例は)虐待と思うか？」

小児科医 E「広義では(『虐待』に相当すると言えるのではないか)」

小児科医 D「昼間に 6 時間子どもを確認しないで放置したのが事実なら(『虐待』と考えるべきでは)」

議長「(この行為は)法的には問題か？」

検察官「罪名については、死因が特定できていなければどの罪名に該当するのかの判断は困難である。6 時間様子を見ずに『放置した』ことを捉えて、『保護責任遺棄』に該当する可能性はある」

小児科医 G「インターネットで間違った情報にたどり着くことは多い。小児科学会などで(このような『有害情報』に)フィルターをかけることを推奨できないか？」

小児科医 A「無理でしょう。(予防接種は有害なので反対と主張する人たちがいて、一定の割合でそれに賛同する親が出現するという)予防接種の問題に似ている」

小児科医 G「検索の上位に小児科学会情報がくるように(検索サービスの会社と提携して操作できないか)」

小児科医 D「むしろ中高(学校教育の一環)で教えなければならない。全員に『子どもはうつ伏せ寝禁止』と」

救急医 I「最近出産を経験したが、1 ヶ月検診でも本人の身体を診察するだけで、そんな注意はなかった。母親向けの注意喚起がなければ、普通の母親は(うつ伏せ寝が)問題と気づかない。ただ産婦人科学会が作っているアプリは、妊娠中からの情報を送ってくれる。このようなスマホを使った情報提供サービスは、特に若い人には役立つのでは。あと、例えばベビーベットを買う時に『枕いらない』といっても、お店が勝手につけてくれる問題(そのようなサービスはありがたいものではなく、安全ではない睡眠環境に誘導して睡眠事故

を誘発しかねない“誤った企業努力”では)」

小児科医 L「母子手帳には『よく読むと』(それぞれの注意点が細かい字で)書いてある。全員に一律に注意することは現実的ではない」

議長「1 ヶ月検診を担う若い先生に何らか(指導上の)注意点を伝えられないか」

小児科医 L「一律に別のリーフレットを渡すとか」

小児科医 A「3 ヶ月検診で山のように紙をもらえし、さらに説明用紙を増やしても、母親は忙しすぎて読めないのでは？」

救急医 I「既に配布している紙に、うつ伏せ寝や溺水の注意も書いてあるはず」

小児科医 J「端っこに 1 行くらい書いてあっても気づかない。もっと最低限必要な注意点に注目させるような工夫が必要」

小児科医 G「YouTube で啓発動画は。オーストラリア小児科学会は心停止の啓発動画を作っている」

小児科医 H「(この例に関しての話題に戻ると)産科の 1 ヶ月検診で、このような危険な家庭環境にあることを見逃していることが、そもそも問題。CDR の結果を産科医等にフィードバックしなければ」

提言 16:(1 ヶ月健診等に関わる医療従事者、保健師は)若年母など『ハイリスク妊婦』の子どもは死亡リスクが高いことを認識する。

提言 17:(1 ヶ月検診に関わる医療従事者は)乳児の安全確保上の最低限の注意点を重点的に指導する。

提言 18:(CDR 関係者は)CDR の結果を、1 ヶ月検診等を担当する医療関係者にフィードバックする。

提言 19:(日本小児科学会は)インターネット情報を監視し、子どもに関する『有害情報』にはフィルタリングするか、『より正しい情報』が検索上位にくるよう工夫する。

提言 20 : (学校教育者は) インターネット情報が常に正しいわけではないことを児童・学生に教える。乳児にとって危険な行為は何かを教育する。

提言 21 : (CDR 関係者は) 提言 18, 19 について , その主体となるべきものに報告・提案する。

6 例目 (乳児男児 , 睡眠中の突然死) 「室内事故・睡眠環境の問題。ベッドから落ちた状態で死亡していた」

議長 「睡眠環境に問題がありえた乳児死亡 , というカテゴリーに入れたが」

小児科医 A 「隙間から子どもが落ちるベッドは , 柵として体をなしていない」

小児科医 L 「ベビーベッドではなく成人用のベッドではないか」

小児科医 D 「発生現場が祖父宅なので , ベビーベッドではないだろう」

議長 「祖父宅で発生した事故に対して『ベッドに柵をつける』という (この例で臨床医が提案した)

提言を文字どおり読むと , 1 年に 1 回だけ孫が遊びに来る祖父母宅にもベビーベッドを置くように , ということになってしまう。実現困難では」

議長 「法医学的には睡眠事故でよいか。転落外傷はどうか」

法医学者 C 「この解剖結果には , 損傷の記載がない。問題となる外傷がないのであれば , ベッドの下で死亡してただけで転落を死亡原因とは断定できない。落ちていたという事実は大変なことではあるけれども , それにしても (虐待など死因が) 『ものすごく怪しい』例ではないか」

小児科医 D 「病院で『目撃者のあるベッドからの転落』を何十例調べても , 死亡例はない」

議長 「警察捜査はどんな感じになるのか」

警察官 「祖父のベッドなので (床からの位置が)

低いのだろう。布団が落ちないための (隙間だらけの) 柵だったのでは。睡眠環境そのものが問題なのではなく , 落ちた後に何らかの問題が発生したことが疑われ , 死因を究明するための (調査法) 解剖に付した」

警察官 「ビニール (袋) が近くにあったと書いてあるので , 窒息の可能性は。小さい子供にはリスクはいっぱいあって , たまたまそれを全てくぐり抜けてきたのが , われわれ成人である。環境は家それぞれで , 警察は環境を見て , 事件性があるのか , 事件性はないけど死因は究明しなければならないのか (を判断する立場にあり) , 検視官の立場で赤ちゃんは『ほぼ』解剖に付している。このケースに関して言えば , ビニール袋で鼻口閉鎖の可能性はあるのだろう」

小児科医 E 「もし事故だった場合 , 自分の家よりも実家や親戚の家で誤飲の事故なども多い印象がある。自分の家よりもリスクが高いという事実が真実なら , そのことを啓発しても良いのでは」

提言 22 : (CDR 関係者は) 死因究明のため , 法医学者 , 臨床医 , 警察 (検視官) など関係諸機関の意見がそれぞれ重要と認識する。

提言 23 : (CDR 関係者は) 発出された提言が , 実現可能性があり有効であるかを確認もしくは検証する。

5. まとめ、感想、意見交換

議長「6例かけあしで見てきた」

小児科医 M「勉強になった」

警察官「虐待の最初の段階で児相に通告して、必要なら一時保護の委託をかける。虐待家庭をたくさん見ているが、家庭環境に問題がある割合が非常に多い」

検察官「今日取り上げられたような検証事案について、医療側の意見が『虐待は非常に疑わしい』とのことだったとしても、刑事事件において有罪認定がなされるとは限らず、証拠関係に鑑みて事件化できない事案も多く含まれると思われる。こうした検証事案のような事件が多数発生している中で、刑事事件として検察官の目に触れるまでにはスクリーニングを経て厳選されているのかもしれない。しかしながら、検察官がこうした検証事例に触れることで、担当した事件の処理にフィードバックできることはあるかもしれないので、検討会に参加する機会を頂けたのはありがたい」

「参考までに、検察が直接関与している訳ではないが、要保護児童に関しては、市町村の担当者や医師を中心に要保護児童対策協議会が開かれ、児童虐待の兆候がある事例を話し合っているところもあるし、少年鑑別所では地域援助という枠組みで両親や児童について援助をしている事例もあるので、多機関で連携をとるのは重要だと思う」

法医学者 N「最近乳幼児突然死の解剖例が多い。事件性がなくても。睡眠環境が悪いかもと印象を受けても、解剖で断定はできない。疑いを感じても断言することは困難。法医学の立場では『死因不詳』としか言えない。だからこそ、そのような事例をこのような場で拾い上げて多人数で検証すべき」

小児科医 H「CDR を全国に広げられれば。うまく検察・警察とかかわるやり方を」

小児科医 J「交通事故、溺水などいろいろな死因があつて故意～事件とさまざまだが、知識を啓発することが大切。各専門家は知識があるが、一般人には危険性が実感できないだろう。CDR の観点からどのようなリスクが具体的にあるのかを解析し、『知識がないことによる子どもの死亡』というまとめかたをして啓発資料としたらよいのでは。虐待とか自殺は別の対策は必要だろうが。児相に全部押し付けるのは大変」

提言 24 : (CDR 関係者は) 職責により『虐待』の捉え方が異なるなどの職務背景の相違を理解し、そのためにも多職種による意見交換・検証がそれぞれの職種にとって有益であることを理解する。

提言 25 : (臨床医ほか CDR 関係者は) 法医学の立場において、死因に関して『疑いを持つ』ことと『断定する』ことの間には溝があり、複数の視点による検証を希望していることを理解する。

提言 26 : (CDR 関係者は) 一般市民が危険性を実感できないため死亡に至る事象を解析し、これを防止するための啓発資料を作成する。

提言 27 : (CDR 関係者は) 一部機関に対応を一任しないよう配慮する。

議長「大変有意義な意見をありがとうございました。それぞれの職務において、今後のためのよいヒントになれば幸い。今後どんな形にせよこの会合を継続していきたい。くれぐれも守秘義務を遵守して下さい」



【写真 1】愛知県医師会館における検証会議
(2019.11.8 実施)

D. 考察

今回、会議中に提言として意見を要約し、承認を得る作業を実施しなかった。そのため、会議の成果物としてその場で確定する内容を策定できなかった。

しかし、後から議事を確認することで、有用な発言は数多く存在し、ここから CDR を経た具体的な提言を策定することが可能である。上記に述べた提言内容は、以下のようにまとめられた。

このように、会議全体を俯瞰し、結果を提言にまとめる手順を確立することが重要である。得られた提言を、誰がどのように実行にうつすのか、またその結果をどのように検証するのかは、次の課題として残される。

E. 結論

検証会議によって、具体的な提案がなされうることを確認した。この一連の作業を系統的に実施する手順が確立されることが望ましい。

F. 健康危険情報

(特になし)

G. 研究発表

論文発表(特になし)

学会発表(特になし)

書籍発刊(特になし)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(特になし)

提言を実施する主体	提言番号
CDRに参加する者への提言（11項目）	
CDR 制度を構築する者	#7
CDR 関係者	#2, #11, #18, #21, #22, #23, #24, #25, #26, #27
子どもに関わる者への提言（17項目）	
関連する行政機関	#1, #2, #4, #15
学校教育者	#9, #20
日本小児科学会	#3, #8, #15, #19
保健所, 保健師	#15, #16
1ヶ月検診に関わる医療従事者	#16, #17
救急医	#13, #14
臨床医	#25
死亡事例に関わる者への提言（4項目）	
警察, 検察	#4
自殺例を検証する者	#5, #6
溺水検証に関わる者	#12
その他の具体的な対象への提言（2項目）	
交通安全を所管する機関	#8
自動車関連産業	#10

【表1】今回の検証で発出する提言の一覧, 提言の対象による分類

内容上の分類	提言番号
制度, 仕組み, 一般的な業務内容に関する提案	
制度拡充	#1, #7
具体的な業務	#3, #4, #6, #8, #10, #13, #14, #15, #18, #19, #21, #23
啓発・教育	#8, #9, #11, #15, #17, #18, #20, #21, #26
円滑な職務遂行のための認知上の提案	
相互理解	#2, #22, #24, #25, #27
現状の理解	#5, #6, #12, #16, #18

【表2】今回の検証で発出する提言の一覧, 内容による分類

臨床医	
小児科	10 (オブザーバー含む)
児童精神科	1
救急科	1
保健センター	2 (オブザーバー含む)
県医師会	1
法医学者	2
県庁	2
警察官	
刑事部捜査第一課	2
生活安全部少年課	1
検察官	6

【表 3】 検証会議への参加者一覧