

令和二年度 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

令和二年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 沼口 敦

令和三（2021）年3月

目 次

I. 総括研究報告

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	1
沼口 敦	

II. 分担研究報告

課題 1. 地域における厚労省 CDR モデル事業の実施体制と支援体制の開発

1. 都道府県チャイルド・デス・レビュー(CDR:予防のための子どもの死亡検証) 体制整備モデル事業の実施支援	15
---	----

竹原 健二

添付資料 1. 7 府県の事例集	
事例 1. 群馬県	19
事例 2. 山梨県	25
事例 3. 三重県	31
事例 4. 滋賀県	39
事例 5. 京都府	47
事例 6. 香川県	53
事例 7. 高知県	59

2. 地域自治体事業として実施する Child Death Review(CDR)	
地方公共団体が主体になって実施する予防のための子どもの死亡検証制度確立へ向けての研究	65

小保内 俊雅

3. 地域自治体事業として実施する Child Death Review(CDR)	
北海道における 18 歳以下の異状死体を含む小児死亡例の件数及び医療機関での死亡時対応に関する研究	68

中右 弘一

4. 地域自治体事業として実施する Child Death Review(CDR)	
福島県における 18 歳以下の死亡状況に関する調査	70

細矢 光亮

5. 地域自治体事業として実施する Child Death Review(CDR)	
東京都を実施主体として CDR を実施するための現状分析	72
小保内 俊雅	
6. 地域自治体事業として実施する Child Death Review(CDR)	
世田谷区と国立成育医療研究センターにおける取り組み	76
小保内 俊雅	
7. 地域自治体事業として実施する Child Death Review(CDR)	
山梨県におけるモデル事業への取り組み	78
犬飼 岳史	
8. 地域自治体事業として実施する Child Death Review(CDR)	
地域における病院間連携に関する研究	81
太田 邦雄	
9. 地域自治体事業として実施する Child Death Review(CDR)	
地域自治体主導型（隣接自治体）CDR モデル確立と行政との連携に関する研究	83
太田 邦雄	

課題 2. 有効な Child Death Review 制度と実施支援体制の探索

10. CDR の導入と普及に向けた研修資料作成について	86
山岡 祐衣	
11. 既存の検証システムの継続と拡充に関する研究	89
溝口 史剛	
12. CDR における法医解剖の課題と役割	104
青木 康博	
13. 事故死とチャイルド・デス・レビュー	111
山中 龍宏	
14. 警察医との連携体制と検証要項の確立	114
小林 博	
添付資料 2. 立会医アンケート本文	120
15. CDR における疫学	127
森崎 菜穂	
16. 医療事故調査制度との連携体制と検証要項の確立	128
長尾 能雅	
17. 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	129
山崎 嘉久	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	130
---------------------	-----

IV. 巻末資料	131
----------	-----

1-1. 令和3年度CDR体制整備モデル事業に用いる死亡調査票の例	131
1-2. 多機関検証ワーキンググループ 検証マニュアル	148
1-3. 検証を行う際のチェック項目（添付：個別検証結果票の案）	168
1-4. 模擬検証（実践版）シナリオ	180
2-1. 令和3年度CDR体制整備モデル事業における小児死亡症例台帳標準例	195
2-2. 死亡調査票（令和2年度版）の記載例	205
2-3. 死亡情報収集のための遺族への同意書類の例	222
2-4. 関係多機関への情報提供依頼書類の例	226
3-1. 啓発資材1「CDR part1:入門編」	229
3-2. 啓発資材2「CDR part2:情報共有編（医療機関・医療職対象）」	241
3-3. 啓発資材3「CDR part3:情報共有編（非医療職の多職種対象）」	251
4. CDRチーム立ち上げの確認事項	261
5. 模擬検証（啓発版）シナリオ	270

V. 倫理審査等報告書	286
-------------	-----

令和2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
(主任研究者 沼口 敦)

総括研究報告書

主任研究者 沼口 敦 国立大学法人東海国立大学機構 名古屋大学医学部附属病院
救急・内科系集中治療部

研究要旨

【背景】子どもの死亡に際して死因や周辺事象の検証を行う必要性が成育基本法に謳われた。そのため
のチャイルド・デス・レビュー(CDR)制度の最終目的は、防げる死から子どもを守ることにある。これ
までのCDRを探究する研究の実績を全国展開できればCDR体制整備が可能と示された一方で、法的根拠
や体制基盤が脆弱なため、献身的な研究者に依存し、検証範囲に限定が大きいことが課題とされた。令和
元年度の本研究により、わが国の探究すべきCDRについて名称、組織、対象、内容が具体的に定義され
た。また医療機関のみならず、教育、母子保健、児童福祉、警察など幅広い視点が不可欠であること、堅
実な制度展開と予防策の実施啓発には地域行政の主体的な関与が望ましいことが確認された。令和2年
度からは、この体制整備を実践的に探究する厚生労働省CDRモデル事業(同事業)が開始された。

【方法】課題1「地域における厚労省CDRモデル事業の実施体制と支援体制の開発」により、直接的に同
事業の準備と円滑実施を支援するとともに、将来の参画を目指す地域における準備支援も探索した。課
題2「有効なCDR制度と中央支援体制の探索」により、さらにその先に目指すべきCDRはどうあるべきか
を探究した。

【結果】本年度の一連の研究によって、同事業が円滑に開始され、安定した稼働を実現するための複数の
支援ツールが制作された。この試用によって同事業の内容にかかる探索が進み、体制整備の準備、検証の
準備、参加者の要件、検証の方法と目的、検証の評価について具体的な要件が示された。また次年度以降
の研究課題として、更なる啓発資材の開発、継続事業のための補完研究、より大規模な中央支援体制と会
議体の確立、CDRの構造部分・姿勢・還元の内容を評価する尺度の開発が抽出された。これらの解決をと
おして、最終的に目指すべきわが国の至適なCDR制度を追求する必要がある。

A. 研究目的

子どもの死亡に際して死因や周辺事象の検証を
行う必要性が成育基本法に謳われた。そのため
のチャイルド・デス・レビュー(CDR)制度の最終目
的は、防げる死から子どもを守ることにある。既
にCDRを実施している米国ほか諸外国では、「十分

な情報収集、各機関の死因同定の正確性の向上」
「関係機関の連携・効率性の改善」「犯罪捜査・訴
追状況の改善」「小児医療提供体制の改善」など
様々な効果が報告されてきた。

研究代表者は、わが国の限定地域における日本
小児科学会パイロット研究(2016)に携わり、また

平成 28-30 年厚労科研「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の検証に関する研究（溝口 史剛班長）」では「チャイルド・デス・レビュー（CDR）を地域で社会実装するためのガイダンス～第一歩を踏み出すために～」の策定に携わった。この実績を全国展開できれば CDR 体制整備の近道と示された一方で、法的基盤がないため献身的な研究者に依存し、検証が小児科医の収集できる医療情報の範囲に限定される問題点が残された。今後、医師のみでなく教育、児童福祉、警察など地方公務員の幅広い視点が不可欠であり、堅実な制度展開と予防策の実施啓発には地域行政の主体的な関与が望ましいとも確認された。

そこで、至適な検証制度の探索を目的とする 3 カ年の研究計画を提案し、その最終アウトカムとしてわが国の至適な CDR 制度を提案するものとした。ここには、データの共通基盤、行政事業のための法的整備、検証システムにおける最低限の共用部分と地域実情に沿ったバリエーションの許容範囲、システムの精度管理機能などを含む。

本研究の初（2019）年度においては、過去の研究結果を再検証し、各方面の有識者と討議を重ねるなどして、わが国における CDR の満たすべき具体的な要件を以下のとおり提案した。

（名称）

- ・CDR（Child Death Review, 予防のための子どもの死亡検証）と呼称する。

（組織）

- ・実施主体において階層的な実務組織を整備する。
- ・同組織には医療従事者を含む多職種が参画する。
- ・医療従事者間および各職種間の共通理解と情報共有が必要である。
- ・死因究明推進との同調のため、現状把握と制度上の整備が望まれる。
- ・検証の経験を蓄積し共有する体制が望ましい。
- ・客観的な二次検証を実施できる有識者協議体の整備が有効である。

- ・今後、複数の実施主体を仲介する組織の確立が望ましい。

（対象）

- ・虐待死を含む外因死・不詳死に加え、内因死も含む全ての死亡を対象とする。

（内容）

- ・該当地域における小児死亡の全体像を把握する「概観検証」の実現を目指す。
- ・準備のため、当該地域のリソースと対象のボリュームを予め確認する手段がある。
- ・共通理解と協働のため、模擬検証を含む事前研修が有用たりうる。

これらの検討を踏まえ、厚生労働省は 2020 年度より CDR 体制整備モデル事業（以下、モデル事業）を 7 府県で開始するとした。この開始にあたり、モデル事業をどのように実現するのか、多職種の協働とはどのように形成されるべきか、行われる検証とはどうあるべきか、事業の成果物とはどうあるべきか、等の具体的な課題が想定された。

本研究の第二（2020）年度は、モデル事業の円滑な開始と実現を支援するとともに、実際の事業を観察することによってわが国の至適な CDR 制度を探索することを目的とする。

本研究の実施によって、モデル事業の効果的な運営が期待される。この知見の集積により、わが国で広く実施されるべき質の高い CDR 制度が具体的に提案されれば、死因究明が適正に実施されるなどわが国の死亡診断精度が向上し、人口動態統計の信頼度が上がる、子どもに関連する諸機関の実務が改善され、具体的な啓発事業や安全対策の施策によって類似の死亡事故を減少させる等の、具体的な社会医学上の効果が期待される。

検証過程において多職種連携が推進されるため、従来の「縦割りの対応」から「横断的対応」への体制移行により、切れ目のない濃密なこども家庭支援の実現が期待される。同時に、既存の調査検証制度との整合性を確保した制度設計によって情報

の汎用性を持たせることで、情報管理の簡素化も達成される。

国民に対する具体的な啓発が活性化し、ひとりの子どもの死を起点として社会全体が学ぶ姿勢が明確に示されることで、子どもや安全に対する国民の意識改革に繋がる。これら全てを通して、国家としての最大の損失である小児死亡の発生を防ぐことにつながる。

B. 研究方法

本研究を2課題から構成した。令和2年度より開始された各地域でのモデル事業を支援し、同時に実践的な観察/介入により、モデル事業に対する有効な支援のありかたを探索した(課題1)。また、将来目指すべきCDRのあり方を模索した(課題2)。これらの知見を総合してCDRを実施するための各種ツールを開発し、モデル事業を支援し、最終アウトカムとしてわが国の至適CDR制度を提案することを目指す。

課題1：地域における厚労省 CDR モデル事業の実施体制と支援体制の開発

複数の研究分担者および研究協力者によって実施した。この研究課題の主目的は、新たに始まったモデル事業の実現を支援し、これまで医学研究者による研究事業としてさまざま探索されてきたCDRを、行政機関による現実的な事業として完遂することである。

1-1. モデル事業遂行のための地域横断的な協議体の運営

1-1-1. 沼口、竹原、矢竹(研究協力者)が、モデル事業を実施する7府県庁において同事業実施に取り組む行政担当官を同定し、互いの情報、課題と解決策の共有を目的としたオンライン会議「合同勉強会」を開催した。また、適宜担当者に対して補完調査を実施し、支援ツール、事例集の作成をおこなった。

1-1-2. 沼口、竹原、溝口が、日本小児科学会CDR

委員会の協力のもと、モデル事業を実施する7府県において業務委託を受けた医師ほか業務を担う専門者を同定し、互いの情報共有と意見交換を目的としたオンライン会議「ふりかえり検証会」を定期開催した。

1-1-3. 沼口が、モデル事業を実施する複数の自治体に赴いて検証の実例を調査し、症例の抽出、検証会議の進行、提言案の策定等の各段階の実態を検証した。

1-2. 各地域におけるモデル事業実施の支援と課題抽出

1-2-1. 犬飼が、沼口、小保内、竹原、森崎、矢竹(研究協力者)とともに、山梨県において当事業への参加にかかる各種事業計画の策定に携わった。時系列に沿って実施した内容を叙述的に記録した。

1-2-2. 溝口、沼口が、群馬県において当事業の体制整備に携わり、コンピューターベースの情報収集ツールの開発、検証における選定(スクリーニング)のあり方を模索した。

1-2-3. 沼口、竹原、梅本(研究協力者)が、三重県において当事業の体制整備に携わり、特に検証記録のあり方と検証の扱いを模索した。

1-2-4. 沼口、木下(研究協力者)が、香川県において当事業の体制整備に携わり、情報提供にかかる個人情報保護の扱い、検証の議事構築について模索した。

1-3. モデル事業の新規開始にかかる支援

1-3-1. 小保内が、寺町(研究協力者)、内田(研究協力者)、小川(研究協力者)とともに、東京都において小児死亡の疫学を調査し、CDR事業を東京都で構築する際の構成について探索した。また行政機関と医療機関の共同事業を試行し、その有効性を評価した。

1-3-2. 中右が、小保内、石倉(研究協力者)、佐々木(研究協力者)とともに、北海道において医療機関における子どもの死亡にかかる実態調査を行うとともに、死因究明事業の開始準

備にかかる勉強会を試行し、モデル事業を実施するまでの基盤づくりのため必要な研修の要件を探索した。

1-3-3. 細矢が前田（研究協力者）とともに福島県において CDR チームの策定を模索した。

1-3-4. 太田が石川県において、また種市（研究協力者）らとともに富山県において、それぞれ CDR チームの策定を模索した。

1-3-5. 山岡、内田（研究協力者）が、日本小児科学会 CDR 委員会の協力のもと、検証のあり方について啓発をはかることを目的として、模擬検証の様子を収めた動画資材を制作した。

1-3-6. 沼口、竹原、矢竹（研究協力者）が、同事業の周知を目的とした厚生労働省主催による自治体説明会を支援した。

課題 2：有効な CDR 制度と中央支援体制の探索

沼口、山中、山岡が、複数の研究分担者および研究協力者とともに実施した。この研究課題の主目的は、将来的に制度整備を伴って CDR が実施されるに至ったとして、この制度の備えるべき調査方法と手順、検証と評価の内容、提言手順等、社会に対する貢献がどうあるべきで、何を目指すかという理念上の成果目標を探索することにある。この探索のため、わが国でこれまで実施された CDR にかかる医学系研究をさらに推進すること、また諸外国で既稼働の制度の現状やそれを基にした既報を探究することにより、実在の情報をもとに考察を深める複数の研究を設定した。

2-1. 山岡、沼口、内田（研究協力者）が、他の分担研究者、研究協力者らの協力のもと、わが国の CDR の目標を達成するための啓発資材の開発を行なった。

2-2. 沼口、溝口、山中、山崎らが、日本小児科学

会子どもの死亡登録・検証委員会との共同研究成果である既存情報（2018 年～2019 年にかけて、当研究班の前任である溝口班と日本小児科学会子どもの死亡登録・検証委員会が共同疫学研究として収集した情報。調査対象に対する調査期間は完了していたため新規情報の追加はないが、解析を含む研究期間は継続中）の解析を継続実施した。

2-3. 沼口が、愛知県医師会の協力のもと、特に愛知県において子どもの死亡に関しての病院調査を継続し、データを抽出し解析した。また、日本小児救急医学会調査研究委員会の委員を共同研究者として、医療機関における小児死亡例の登録調査を継続し、解析をすすめた。

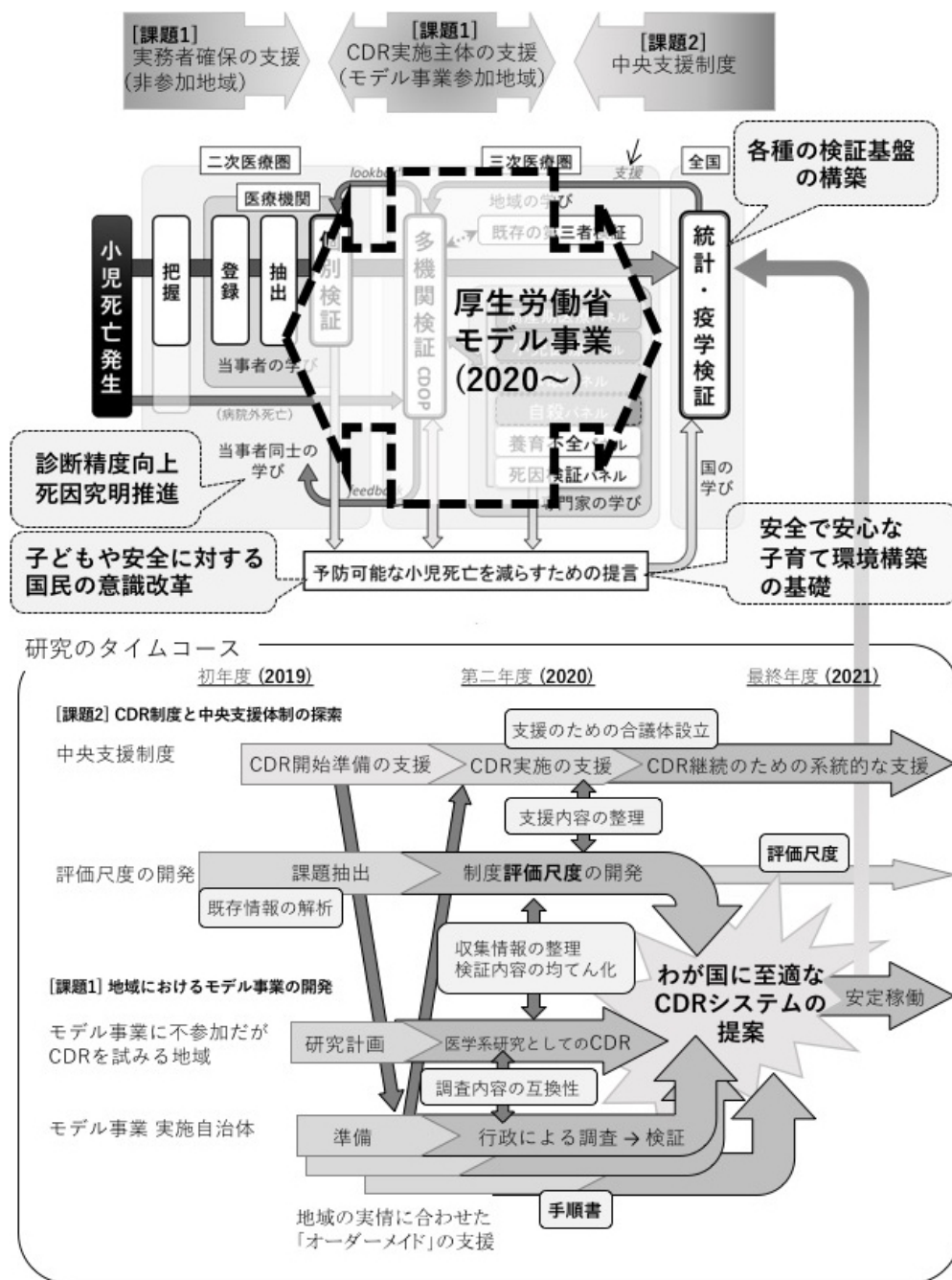
2-4. 溝口、沼口、小保内、山中、青木らが、日本小児科学会子どもの死亡登録・検証委員会の委員を共同研究者として、データ全体について再検証を行い、概観検証の方法論について具体的な提案を試みた。

2-5. 山崎、小林（分担研究者、日本医師会警察活動等への協力業務検討委員会前委員長）、沼口が、愛知県医師会の協力のもと、愛知県において警察医に対する質問紙調査を行い、CDR に対して警察医が関与するあり方について探索した。

2-6. 青木が、わが国における死因究明制度と、これへの法医学者の関与について分析し、わが国における CDR 推進において法医学者（法病理医）が果たすべき役割について検討した。

2-7. 山中が、事故死に対する CDR の検証のあり方について探索した。

2-8. 長尾が、医療事故調査制度の現状について俯瞰し、医療事故関連死の CDR への組み込みほか制度設計にかかる考察を行なった。



【図1】本研究全体の模式図

C. 研究結果

課題1：地域における厚労省 CDR モデル事業の実施体制と支援体制の開発

当事業に参画する複数自治体に寄り添い、事業実施に付随する種々の課題解決に注力した。事業実施主体（都道府県）および実務者（専門職）の双方と綿密に連携し、それぞれの抱える課題を明らかにした上で、モデル事業の円滑な実施に向けて

互いの意見交換を仲立ちした。各地域においてモデル事業の実施体制の確立にかかる個別支援を行った。また、モデル事業を横断的に支援するための中央事業のあり方について探索を進めた。

1-1. モデル事業遂行のための地域横断的な協議体の運営

竹原、矢竹（研究協力者）らは、モデル事業を実施する7府県の行政職担当者を対象とし、オンラ

インによる「合同勉強会」を計4回開催した（**研究方法 1-1-1**）。これに加えて各地域の担当者に定期的に連絡を取り、積極的な情報収集によって現状把握に努めた。また随時、電話・電子メールによる相談を受け付け、合計100件超の対応を行なった。行政職など医療に携わらない立場にある関係者において（1）CDRの意義や目的は何か、（2）CDRと既存の他の制度との違いは何か、（3）CDRモデル事業を実施するうえで法令等をどのように解釈しうるか、といった共通の疑問点や課題が存在することが明らかになった。これらを基に、モデル事業にかかる各種の支援ツールとして、行政官と関連職域を対象とした事業準備のための啓発資料（巻末資料3-1）、技術的助言のための事例集（分担研究の添付資料）、想定問答集（非開示）、モデル事業実施における検証結果報告書のひな形（非開示）等、同事業の拡充に資する資料を順次制作した。

また沼口、竹原、溝口らは、日本小児科学会CDR委員会の協力のもと、モデル事業を実施する7府県において業務委託を受けた医師ほか実務を担う専門職を同定し、互いの情報共有を行い、モデル事業に対する医療関係者の対応を考察することを目的としたオンライン会議「ふりかえり検証会」を計9回開催した（**研究方法 1-1-2**）。検証会議が開催された地域で実際の検証に携わった小児科医等が、自らの経験をもとに検証会議を模擬再現し、オンライン上の参加者による意見交換で、CDRにおける検証のあり方を考察した。

情報収集：情報の共有がどのように有効かつ効率的に可能か議論された。特に調査票の扱いについて「検証会議のための資料を集めるプロセス」としての機能か、「統一フォーマットで収集し集計に直結する情報収集」としての機能か、のいずれを重視するかについて議論が分かれた。また有効な

対象抽出（スクリーニング）と解析のためには、収集データによる事例の重み付けが必要であり、必要な情報の質をどのように情報提供元に伝達し均霑化を図るかが議論された。CDRが単年度モデル事業ではなく継続事業になれば現在取扱のない過去事例を追加して扱うが、この場合に、整理された情報が入手しやすい一方で、直接担当者不在などにより記録にない情報は得られない。他の事例との整合性をどう確保すべきか、現在の事業では実事例を参考にできないため、引き続き考察を継続する必要がある。

検証の参加者：医療者の特性として、事例の選定においても検証の議論においても、医学・医療的な内容、特に「死因の同定」「虐待事実の認定」に視点を固定しがちな傾向が指摘された。さまざまな他職種の意見を積極的に取り入れる必要が強調された。一方で「防御的な姿勢」をもつ参加者の存在によって会議が不活化されうることが報告された。CDRでは特定の立場を『責めない』姿勢を強調するものの、当事者が参加した場合に「責められている」と捉えられやすく、あるいは議事録が裁判や情報開示請求などにより公開されることを過度に恐れることによって、このような姿勢が生じやすいことが報告された。

検証の目的と方向性：他の既存制度ではなくCDR制度で専ら扱う内容は何かについて、予め論点整理によって円滑な検証が得られるとされた。最終成果物である予防策の実効性を確保するため、その対象を「国」「自治体/地域」「医療機関」「県民」などにまとめて可視化することが提案された。また、具体的な予防策を提案できなかった症例についても全国的な情報共有がなされるべきであり、このような「社会的問題にかかるレジストリ」としての機能もCDRに期待されることが提案された。これを実現するため検証内容に関して具体的な

「キーワード」を付与することが有効と考察された。

このように、CDR における検証の根幹部分に寄与する多数の意見を基に、モデル事業にかかる各種の支援ツールとして、調査票（巻末資料 1-1）および検証マニュアル（巻末資料 1-2）の改訂、検証のチェックリスト（巻末資料 1-3）の策定、医療者および非医療者に対する情報収集にかかる啓発資料（巻末資料 3-2, 3）等、同事業の有効実施に資する資料を順次制作した。

1-2. 各地域におけるモデル事業実施の支援と課題抽出

山梨県（研究方法 1-2-1）、群馬県（研究方法 1-2-2）、三重県（研究方法 1-2-3）、香川県（研究方法 1-2-4）においては、各地域内の分担研究者あるいは共同研究者が中心となって、県庁によるモデル事業実施を支援し、明らかになった課題の解決を図った。

犬飼らは山梨県において、当事業への参加にかかる各種事業計画の策定への関わりについて、時系列に沿って実施した内容を叙述的に記録した。先行する諸外国との疫学上の比較から、同県において把握したすべての症例に対して個別検証の実施可能と計算し、これを試行し評価した（分担報告書を参照）。溝口らは群馬県において、特に情報収集の効率化に焦点を当ててコンピューターベースの情報収集ツールの開発を行い、同県内で試用してその有効性を検証した（分担報告書を参照）。また、独自に複数年にまたがる死亡事例を検証対象としたことで扱う症例数が比較的多くなったことから、主に個別検証に向けた選定（スクリーニング）のあり方を模索した。沼口と梅本（研究協力者）らは三重県において、重ねられた検証をもとに検証記録のあり方と検証の扱いを模索し、特

に個別検証の記録のひな型を提案した（巻末資料 1-3、後半部分）。沼口と木下（研究協力者）は香川県において、刑法や刑事手続きにかかる研究に携わる研究者との意見交換によって情報提供にかかる個人情報保護の扱い、検証の議事構築について模索した。

このように、主にこれまでの各地域における類似の取り組みや関係者間の連携構築の程度などにより、モデル事業実施で直面する課題はさまざまであった。

これらの知見はすべて、モデル事業実施のための下記の各種支援ツールの制作及び改訂に活かされた。

- ① 事業の手引き（厚生労働省 HP）
- ② 保健所死亡小票の目的外利用申請に関する書類（厚生労働省 HP）
- ③ 小児死亡台帳（巻末資料 2-1）
- ④ 死亡調査票（巻末資料 1-1）および記載例（巻末資料 2-2）
- ⑤ 死亡情報収集のための遺族への同意説明書類（巻末資料 2-3）
- ⑥ CDR 関係多機関への情報提供依頼書類（巻末資料 2-4）

1-3. モデル事業の新規開始にかかる支援

東京都（研究方法 1-3-1）、北海道（研究方法 1-3-2）、福島県（研究方法 1-3-3）、富山県および石川県（研究方法 1-3-4）において、小保内が各地域の複数の研究分担者・研究協力者ととともに、各地域で自治体事業として CDR を模索するために、地域における課題の抽出と共有にかかる研究を立案・実施した。

小保内らは東京都において、子ども死亡の疫学的解析を基に、東京都で CDR 事業を実施する際の事業規模や地理的配分を考察し、その実現のため

には行政府が事業を主導する必要があると報告した。また現行法令のもとで可能な情報共有に基づく検証を限定地域で試行し、医療機関と行政機関による共同事業が予備的事業として有効であることを報告した。中右らは北海道において当事業の開始準備のための医療機関調査を行い、行政による悉皆調査の必要性和、医療機関間の死因究明手順の標準化が CDR 推進のための重要な因子であることを確認した。また CDR 実現を見据えた多職種間の勉強会を開催し、モデル事業の基盤づくりのため必要な研修の要件を探索した。細矢らは福島県において、医療機関調査の結果を基に、同県における異状死の現状について問題提起した。太田らは富山県において、救急搬入時・救急対応時・死亡時・死亡退院後の対応などについて複数医療施設の実務者による協議を行い、今後の CDR 制度の策定の根底となる課題意識の共有をはかった。また石川県においては、CDR チームの策定を目的とした多職種研修会を開催し、質問紙調査によってその有効性を確認した。このように、CDR チームを新たに構成する準備として、地域の中央部門による①地域の疫学解析、②医療機関調査、③啓発のための研修会、あるいは地域において実務者による④予備的な地域限定の検証事業、⑤医療機関の実務者間協議、などが各地で実施され、いずれも今後の CDR 体制整備において重要な意味を持つことが示された。

山岡らは、日本小児科学会 CDR 委員会の協力のもと、検証のあり方について啓発をはかることを目的として、模擬検証の様子を収めた動画資料(巻末資料 1-4 を参照)を制作した。類似の模擬検証は、先行する米国等で製作され研修用にインターネット上に公開されるなどしているが、体制や法体系の違いなどによって、参考になるもののそのままが国に導入することができない。また、令

和元年度の本研究でも模擬検証シナリオを提案し、他にも日本小児科学会や過去の厚生労働科学研究等によって制作されたシナリオも複数あり、それぞれの時代背景において CDR の概念の普及啓発に大きな役割を果たしてきた。しかし各地でモデル事業が進行している現在、関係者からは、必ずしも「これまで想像してきたような議論」が「想定どおりに進まない」現実があることも指摘された。そこで、現状を反映し、かつ現状で考えうる理想像を追求し提案することを主眼に置いて、新たなシナリオ制作に取り組んだ。この目的で、本研究班に関与する研究者とこれまで CDR の理論的な学術面を牽引してきた日本小児科学会 CDR 委員会の委員に加え、各モデル地域で実際の検証に携わった実務者を多数オンライン会議(研究方法 1-1-2)に招聘し、十分な意見交換を行った。また収録においては、当初は新型コロナウィルス感染症の拡大のため実際に集合した検証場面を模することが不可能であったため、オンライン会議の録画を編集して代替した。この動画は、厚生労働省主催による令和 3 年度 CDR 体制整備モデル事業にかかる自治体説明会(研究方法 1-3-6)で補助教材として放映されたほか、各種講演でも利用され、CDR に対する理解を深めるために活用された。しかしながら現実には、匿名化され個人同定ができない資料を基に話し合うとはいえ、セキュリティ上の問題から公共回線を用いたオンライン検証会議が行われたことがない。そのため、当初準備したオンライン会議の録画は「話の流れの理解には有用ではあるが、オンライン会議を推奨している」という誤解を与えかねないとの危惧が多く寄せられた。そこで、新型コロナウィルス感染の収束を待って、この指摘に対応する改良版の啓発資料を追加で制作した。これにあたって、モデル事業の実務者との事例に基づく意見交換により、「ときに見られた

会議進行上の困難事例」を分析し（研究方法 1-1-2 および 1-1-3），その解決方法を模索して動画資料（巻末資料 5）として明示した。

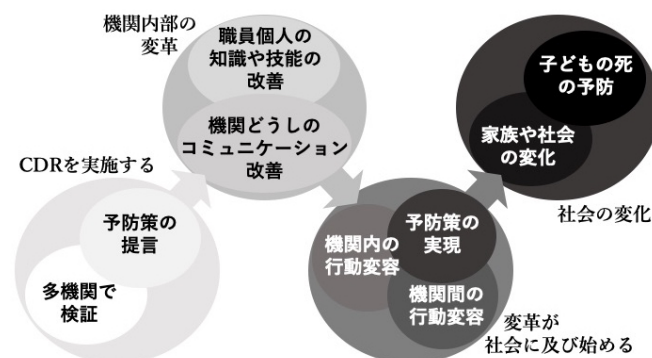
研究代表者らは，同事業の周知を目的とした厚生労働省主催による自治体説明会を支援した。厚生労働科学研究班として CDR についての理論的・学術的な解説を行うため，山岡らが制作（研究方法 2-1）した啓発資料（巻末資料 3-1）を用いて講演し，同じく山岡らの制作（研究方法 1-3-5）による動画教材（前述，巻末資料 1-4 を参照）によって内容を補完した。参加した医療機関関係者からは「(CDR について) 詳細の理解ができました」等の感想が寄せられる一方で「(CDR を該当地域で) やりたいが県から声がかからない」「当院でも CDR に積極的に取り組みたいが多機関の枠組みをどのように作っていくかがわからない」「行政も，医療も，まだ目が向いていない」など今後の普及啓発に向けた問題意識も多く寄せられた。

課題 2：有効な CDR 制度と中央支援体制の探索

モデル事業が複数自治体で実施され，現行の法制度のもとで実現可能な事業は何かを現実的実務的な視点から探索された一方で，学術的理念的な観点から，そもそも CDR はどうあるべきかが探究される必要がある。そこで，複数の研究分担者および研究協力者がそれぞれの視点から探索を実施した。この研究課題の主目的は，将来的に制度整備を伴って CDR が実施されるに至ったとして，この制度の備えるべき調査方法と手順，検証と評価の内容，提言手順等，社会に対する貢献がどうあるべきで，何を指すかという理念上の成果目標を探索することである。

山岡，内田（研究協力者）らは，他の分担研究者，研究協力者らの協力のもと，わが国の CDR の目標は何かを探索し，これを達成するための啓発

資料の開発を行なった（研究方法 2-1）。CDR の最終目標は，予防できる子どもの死を防ぐ具体的な施策によってわが国の小児死亡を減じることにある。しかし，CDR が実現することで直ちにこの目的が達せられるわけではなく，この間には多くのプロセスが介在することは，本研究が令和元年度に明らかにしたとおりである（図 2）。



【図 2】CDR が子どもの死を予防するまでのプロセス

これまでの疫学研究等によって，1 件の子どもの死亡原因で 25 件の重症患者が発生し，925 件の病院受診が発生しているとされる。すなわち，死亡事象を予防するための施策は遥かに多くの子どもの安全確保に寄与するものである。子どもの死亡の減少率だけでは測れない CDR の効用が存在するといえる。言い換えれば，実際に行われている CDR の「質を評価する」際には，その有用性を子どもの死亡数ではなく，その他の種々のパラメーターを測定する必要がある。そこで CDR の評価尺度には，制度の構造的部分を定性・定量的に評価するのに加えて，個人の自己効力感やチームの雰囲気など，参加者の内発的動機付けに寄与する部分にも焦点を当てた評価を行い，CDR チームを中心として子どもの死を扱う文化レベルを評価することが望ましい，と考察された。本研究の最終成果物の一つである評価尺度の提示は，引き続き開発に取り組むべき課題として残されたが，その策定の大まかな考え方が示された。

溝口、山中、山崎らは、日本小児科学会子どもの死亡登録・検証委員会との共同研究成果である既存情報の解析を継続実施した（研究方法 2-2, 2-4）。ナラティブな文字情報として収集した同調査データを相互比較したところ、複数の事例に共通する文字情報が多く存在することが発見された。このような情報をキーワードとして抽出し、これによって複数事例を関連づけることで、ある事象の「子どもの死に寄与する」度合いを客観的に描出できると考察した。この方法論が類似の文字情報を収集するモデル事業にも適用可能かを検証し、可能であるなら以後の CDR で解析に組み込むべく、モデル地域の実務者と対談を重ねた（研究方法 1-1-2）。この議論をもとに個別検証および概観検証における議論のありかたが模索され、モデル事業のための資料の策定に至った（巻末資料 1-2, 1-3）。

沼口は、愛知県医師会の協力のもと、子どもの死亡に関して愛知県の病院調査を継続し、データを抽出し解析した。また日本小児救急医学会調査研究委員会および日本小児科学会 CDR 委員会の委員を共同研究者として、医療機関における小児死亡例の登録調査を継続し、解析をすすめた（研究方法 2-3）。これらにより、わが国において特に CDR による検証の対象とすべき小児死亡例は外因死、不詳の死が主であること、また内因死とされる症例にも検証対象が存在することが再確認された。このことも含め、CDR における対象の選定（スクリーニング）のあり方を考察する必要があるとした。

青木は、令和元年度の本研究に引き続き、わが国における死因究明制度の現状を分析した（研究方法 2-6）。法医学解剖の実施状況には地域差が大きい、多くの県で司法解剖がその主体をなしている。司法解剖は犯罪死体および異状死体に対する捜査の一環で実施されるが、そのうち犯罪死例の

割合は 10%台と推定され、多くは非犯罪死体を対象としている。特に小児に限定すれば、司法解剖例は犯罪死体の割合が比較的高いが、それでも過半数は非犯罪死体と推定されることから、CDR において司法解剖で得られる情報は重要であると考察した。同時に、現行の法制度上は法医学解剖医の CDR への関与に一定の制限が生ずる（司法解剖例を CDR の対象にできない等）懸念を挙げ、この点について CDR 推進にかなう制度整備が急務であると結論した。また法医学鑑定と CDR とは方向性が異なる側面があることを踏まえた上で、実効性のある CDR 体制が望まれるとも指摘した。

小林らは令和元年度の本研究において、警察業務に協力する医師の CDR に対する意識調査を行うための調査票（案）を提案した。小児死亡の多くは一定程度の規模を持つ病院で発生し、その大部分は小児科医により診療されることが、先行研究によって示される。裏を返せば、診療規模の小さな病医院で小児科医以外の診療科医師により死亡診断に至る小児死亡例は一定程度存在し、しかもその多くは CDR が最も重要な対象とする外因死である。この業務は警察業務に協力する医師らが主に担うものであり、わが国の CDR において重要な関係者といえるが、どのように CDR 業務に組み込むことが可能かが明らかではない。そこで愛知県医師会の協力のもと、愛知県において同調査を実施し、CDR への関わりについて探索した（研究方法 2-5）。回答率 54.9%の調査結果によると、愛知県内では特に年間の検案従事数の多い立会医（検視に立ち会う医師）が、小児の検案に多く関与していた。制度として条件を満たせば CDR への情報提供を肯定的に捉える意見が多く、また CDR に期待を寄せる意見も多く寄せられた。今回の調査に使用した質問紙調査票は有効であり、今後の全国展開も有用と見込まれると結論された。

山中は当初、各モデル事業にオブザーバーとして赴き、事故死にかかる検証を取りまとめることを計画した。しかし、令和2年度の全期間をとおして新型コロナウイルス感染症拡大のため県を跨いで会議参加が不可能であったことから、代わりに過去の研究結果あるいはCDRにかかるワークショップでの検証記録をレビューし、また事故死遺族の会等とのオンライン会談などにより、事故死に対するCDRのあり方について探索した（研究方法2-7）。CDRによって多職種がそれぞれの視点で再発予防を検討する場ができたことに期待を示す一方で、「再発予防」から議論をスタートし「再発予防のための会議」であることを認識しながら議論を進める必要があるとの大前提も示した。特に「なぜ死ななければならなかったのか理由を知りたい」という遺族からの期待に対して、このような原因究明は個人に対する「責任追及」につながりやすいことに警鐘を鳴らした。この視点から、長尾らとともに医療事故調査制度の現状について俯瞰し（研究方法2-8）、同制度とCDRの考え方を整理し、CDRへの組み込み等の考察を行なった。

D. 考察

本年度の一連の研究によって、わが国におけるCDRについて以下の内容が提案された。

（CDR体制整備の準備）

- ・地域の子ども死亡にかかる疫学調査は、当該地域のCDR体制に要求される規模を考察する手がかりとなる。
- ・地域の医療機関において子どもの死亡にかかる実態調査や実務者間協議等を実施することで、課題意識を関係者で共有する効果が見込まれる。
- ・多分野多機関を対象としたCDRに関する基礎的な啓発研修は、関係者間でCDRに対する共通認識

を醸成し目的意識を共有するために有用である。

- ・可能な範囲での予備的な検証は、CDRに対する関係者の理解を深めるため有用である。

（検証の準備と参加者）

- ・情報収集のプロセスと集計結果のいずれを重視するかに着目して、モデル事業の推移を観察する必要がある。
- ・検証対象の抽出（スクリーニング）のため均一な情報収集がなされるよう、特に非医療機関において情報共有に関する啓発が重要である。
- ・小児医療者は参加必須であるが、「死因の究明と同定」「虐待事実の認定」に重きを置く傾向に注意を要する。
- ・事例に直接関与した関係者が参加する場合、防御的な姿勢のため会議が不活化されうることに注意を要する。

（検証の方法と目的）

- ・他の既存制度ではなくCDRで扱うべき内容は何かを念頭に置き、よく事前に論点整理するのがよい。
- ・検証の対象となる事例に対して、また検証結果である提言に対して、将来の集計や解析に備えた具体的なキーワードを付与する必要がある。
- ・提言は、その対象を「国」「自治体/地域」「医療機関」「県民」等と区別して具体的に整理されるべきである。

（検証の評価）

- ・導入された制度の構造について、質的および量的評価が望まれる。
- ・制度の導入による子どもの死と安全に対する意識の変遷を評価するため、参加者の自己効力感・チームの雰囲気・予防のスペクトラムの各項目に焦点を当てた評価が望まれる。

上記の提案を踏まえて、今後のCDR実装に向け

た具体的な研究指針として、以下の課題が残された。

モデル事業を円滑に継続するために

現状においてモデル事業は、方法論として完成した手法を実現していない。条例の差異、人的資源の違い、対象のボリュームの大きさ、物理的な広さや密度など、自治体によって実施条件は大きく異なるため、各自治体の特性に応じた試行がなされ、それぞれに対して「オーダーメイドの」支援が望まれる。同事業を実施しながら法規の解釈・手順の確認と運用上の問題点の課題を都度抽出し、すでに同一の課題が解決された自治体があれば、実践された解決策を提案する。もし未解決・初出の課題であれば、その解決のため実践的研究を行う必要がある。

各種の啓発資材の開発は、引き続き必要である。これまで、対面によって講義形式の直接伝達やワークショップ形式の実体験を提供する手法を開発してきたが、新型コロナウイルス感染症の拡大はじめさまざまな社会情勢に対応できるような、他の媒体による啓発資材の開発が急務といえる。

継続事業としての CDR を探索するために

現在のところ、わが国では医学系研究あるいは行政による単年モデル事業として試行された CDR しか経験されない。このために対象に組み入れられない事例の扱いが課題とされた。今後、継続事業として整備され対象の組み入れは可能となったとしても、これらにおいては収集可能な情報の質が異なるなど、これまでに蓄積した方法論がそのまま適用できないと予測される。この部分に焦点を当てた実践的な研究が補完される必要がある。

CDR 中央支援体制を確立するために

わが国で CDR は地方自治体を実施主体とする事業が想定されるため、地域をまたがる情報共有や検証には特別の配慮が要求される。また、各地域

で得られる制度構築上の経験を集約・蓄積し、それを必要とする地域に効果的に共有を図る体制が必要である。本研究においては「合同勉強会」の構築によって解決を図ったが、今後とも構造的にこのことを実現する仕組みが模索されるべきである。

同時に、各地域の検証結果を比較統合し、子どもの死亡に関する国レベルの検証を行い疫学情報を解析すること、CDR 稼働地域に解析結果をフィードバックすること等、構築された制度のうえで実現する検証内容に対する支援体制も必要である。本研究においては、限定された参加者による「ふりかえり検証会」がこの役割を果たしたが、モデル事業地域の拡大、あるいは本事業化によって全国あまねく CDR 事業が開始された暁には、遥かに大規模な支援事業が必要となる。

これらの中央業務ともいえる内容を監理し、相互的な情報共有や学術交流によって全体像を把握するための会議体の組織が望ましい。

「目指すべき CDR」のために

ここまで見てきたように、CDR 事業が実現するためは、安定した構造や仕組みが維持され、その制度の上で子どもの死について真摯に取り組む姿勢や考え方が醸成される必要がある。有効な CDR は、社会に対して有益な還元がなされる機能を持つものである。そこで、CDR がひとたび実現された後には、これらの視点について評価を繰り返し行い、CDR が十分に有効であるか、充足あるいは不足する部分は何かを確認し、PDCA サイクルを回し続ける必要がある。この評価を行うための具体的な尺度の開発が望まれ、これがわが国の至適な CDR を探索する上での最大の課題といえる。

E. 結論

本研究において、2つの研究課題が実施され、CDRの社会実装のため必要な多くの知見が得られた。より具体的に明らかになった課題の解決をとおして、厚生労働省モデル事業の円滑な実施を支援し、最終的に目指すべきわが国の至適なCDR制度を追求する必要がある。

参考文献

1. 沼口 敦ほか, 日本小児科学会子どもの死亡登録・検証委員会報告: わが国における小児死亡の疫学とチャイルド・デス・レビュー制度での検証における課題. 日児誌 2019; 123(11), 1736-1750
2. GA Pearson, M Ward-Platt, D Kelly. How Children Die: Classifying Child Deaths. Arch Dis Child 2011; 96: 922-26.
3. RM Cunningham, MA Walton, PM Carter. The Major Causes of Death in Children and Adolescents in the United States. N Engl J Med. 2018 Dec 20; 379(25): 2468-2475
4. 長村 敏生. 日本小児救急医学会調査研究委員会 委員会報告: 第6報 日本小児科学会との合同2次調査における死亡症例のまとめ～小児救急重篤疾患登録調査 (Japan Registry System for Children with critical disease: JRSC) の集計結果より～. 日本小児救急医学会雑誌 2021; 20(1), 73-78
5. 長村 敏生. 日本小児救急医学会調査研究委員会 委員会報告: 第7報 小児救急重篤疾患登録調査 (Japan Registry System for Children with critical disease: JRSC) 1次調査結果と日本小児科学会との合同2次調査結果を基にした小児死亡症例の検証システム構築の試み. 日本小児救急医学会雑誌 2021; 20(1), 79-85
6. 長村 敏生. 日本小児救急医学会調査研究委員

会 委員会報告: 第8報 小児死亡症例の検証結果から示された Child Death Review (CDR) が推奨される症例の特徴. 日本小児救急医学会雑誌 2021; 20(1), 86-95

F. 健康危険情報

(特になし)

G. 研究発表

論文発表

沼口 敦. 子どもの死因究明のためのCDR. 法律のひろば 2020; 73(6), 36-45

学会発表・学術講演

「チャイルド・デス・レビュー, 予防のための子どもの死亡検証」第26回日本SIDS・乳児突然死予防学会学術集会, 基調講演 (2020.8.28 東京, オンライン)

「チャイルド・デス・レビュー ～モデル事業と研究のこれから～」第29回大阪小児科医会, 学術講演 (2020.9.12 大阪市, オンライン)

「CDR とは何か」三重県 CDR 体制整備モデル事業 第1回多機関検証会議, 教育講演 (R2.7.9 津市)

「CDR のこれから」香川県 CDR 体制整備モデル事業第1回多機関検証会議, 教育講演 (2020.12.6 高松市)

シンポジウム

「チャイルド・デス・レビュー 成育医療を提供する小児科医の立場からの提案」日本法社会学会 2020 年度学術集会 (2020.8.2 松山市, オンライン)

「Child Death Review 愛知県の例～医療的ケア児の検証と介入より～」第123回日本小児科学会 (2020.8.21 神戸市)

「わが国の CDR 制度のこれまでとこれから」第 23
回日本臨床救急医学会（2020. 8. 28 東京，オン
ライン）

「子どもの命を守る法医学 ～チャイルド・デス・
レビューへの貢献～ 小児科医の立場から，法
医学との連携を考える」第 104 次日本法医学会

学術全国集会（2020. 9. 25 京都市）

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）

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事業(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

都道府県チャイルド・デス・レビュー(CDR:予防のための子どもの死亡検証)
体制整備モデル事業の実施支援

研究分担者 竹原健二 国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部 部長
研究協力者 矢竹暖子 国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部 研究員
小林 徹 国立成育医療研究センター臨床研究センターデータサイエンス部 部門長
森崎菜穂 国立成育医療研究センター研究所社会医学研究部 室長

本研究では、令和2年度に都道府県を主体として実施されたチャイルド・デス・レビュー(CDR:予防のための子どもの死亡検証)体制整備モデル事業(以下、モデル事業)の実施支援をおこなった。モデル事業を実施する7府県(群馬県、山梨県、三重県、滋賀県、京都府、香川県、高知県)において、厚生労働省子ども家庭局母子保健課より提供された、「都道府県チャイルド・デス・レビュー(CDR:予防のための子どもの死亡検証)体制整備モデル事業の手引き(第一版)」(以下、手引き)に沿って、1. 協力体制構築、2. 情報の収集・管理、3. 検証、4. 対応策の提言、までの一連の流れを完遂するために、円滑な事業構築に貢献するよう努めた。それぞれの過程で生じた問題点を都度共有し、随時母子保健課と相談しながらその解決の糸口を探り、モデル事業実施自治体間および今後、新たにCDRを実施する自治体に有用な資料を作成することを目的とした。

令和元年度、モデル事業の準備段階として一部の自治体(山梨県、三重県)におけるCDR関連の会議にオブザーバーとして参加した。また自治体支援の一環として、7府県合同勉強会を計4回開催し、各自自治体の実務担当者同士の顔合わせや情報共有、事業構築の過程でどの自治体であっても生じる課題等について話した。

今年度のモデル事業においては、その事業構築過程で生じた課題の抽出を行い、今後のCDRの制度化に向けた検討材料とすることが目的であったため、年度末にはその「事業実績報告書」の雛形を作成し、課題とその解決策の取りまとめを円滑にすすめることが出来るように支援した。また、令和元年度は①事業の手引き、②保健所死亡小票の目的外利用申請に関する書類、③小児死亡台帳、④死亡調査票の作成支援、⑤死亡情報収集のための遺族への同意書類、⑥CDR関係多機関への情報提供依頼書類などの支援ツールの作成を行ったが、適宜その改訂に協力した。それから、令和元年度の全国説明会や一部自治体会議に参加した際に行ったアンケートにおいて得られた質問事項などをFAQの形にまとめ、母子保健課に提供した。そして、年度末に厚生労働省に提出された「事業実績報告書」をもとに、事例集を作成した。

来年度は事業実施自治体を増やすなどモデル事業の拡充が見込まれ、またいずれはCDR全国展開も検討されていることから、モデル事業で生じた課題とその解決策(案)の把握に努め、わが国において、CDRを実装するための具体的な実装戦略を検討していくことが重要である。

A. 背景

1. CDRの概要

Child Death Review(予防のための子どもの死亡検証。以下「CDR」という。)は、子どもが死亡した時に、複数の機関や専門家(医療機関、警察、消防、その他の行政関係者等)が、子どもの既往歴や家族背景、死に至る直接の経緯等に関する様々な情報を基に、検証を行うことにより、効果的な予防策を導き出し予防可能な子どもの死亡を減らすことを目的とするものである。

2. わが国におけるCDRの経緯

CDRについては、予防可能な子どもの死亡を減らすために、アメリカ、イギリス等諸外国で実施されており、わが国でも、厚生労働科学研究費補助金(健やか次世代育成総合研究事業)「突然の説明困難な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の検証に関する研究(研究代表者 溝口史剛)(平成28年~30年)」 「わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー

一制度を確立するための研究（研究代表者 沼口敦）（平成 31 年～令和 3 年予定）」等で、わが国における CDR の方策等について検討されてきた。その中で、すべての子どもの死亡を適切に検証するためには、医療機関が保持している情報だけでなく、児童相談所や警察、その他行政機関が有する情報など、多くの情報を集約することが不可欠であり、その点をクリアすることが一つの課題とされてきた。

平成 30 年 12 月 8 日に、「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（平成 30 年第 104 号）」が成立し、同法第 15 条第 2 項において「国及び地方公共団体は、成育過程にある者が死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報に関し、その収集、管理、活用等に関する体制の整備、データベースの整備その他の必要な施策を講ずるものとする。」とされた。令和元年 6 月 6 日に成立した死因究明等推進基本法（令和元年法律第 33 号）においても、同法附則第 2 条で「国は、この法律の施行後三年を目途として、死因究明等により得られた情報の一元的な集約及び管理を行う体制、子どもが死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報の収集、管理、活用等の仕組み、あるべき死因究明等に関する施策に係る行政組織、法制度等の在り方その他のあるべき死因究明等に係る制度について検討を加えるものとする。」とされている。これらにより、国や地方公共団体が CDR を実施することが法的に求められ、自治体主導の CDR の実施に向けて動き出す一つの契機となった。

3. 都道府県 CDR 体制整備モデル事業の概要

都道府県 CDR 体制整備モデル事業（以下「モデル事業」という。）は、上記の背景等を踏まえ、令和 2 年度に 7 府県（群馬県、山梨県、三重県、滋賀県、京都府、香川県、高知県）において CDR に関する実施体制の整備を行う事業として試行的に実施された。

そしてその目的としては、厚生労働省子ども家庭局母子保健課より提供された、「都道府県チャイルド・デス・レビュー（CDR：予防のための子どもの死亡検証）体制整備モデル事業の手引き（第一版）」（手引き）に沿って、1. 協力体制構築、2. 情報の収集・管理、3. 検証、4. 対応策の提言、までの一連の流れを完遂するために、それぞれの過程で生じた課題の抽出を行い、今後の CDR の制度化に向けた検討材料とすることであった。

4. 目的

そこで本分担班では、モデル事業を実施する 7 府県を支援するとともに、各府県で構築された体制および抽出された課題を整理することを目的とした。それにより、今後 CDR 事業を検討する自治体の円滑な事業構築に活用されることを期待している。

B. 方法

本分担班では、モデル事業実施府県の支援と、今後に向けた資料作成のために、① 7 府県の事業構築の直接的な支援、② 合同勉強会の開催、③ 支援ツールの作成、④ 事例集の作成、をおこなった。なお、いずれも個人情報を取り扱う事柄ではなかったため、倫理審査委員会等への申請は不要と判断した。

C. 結果

1. 7 府県支援

今年度は新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、都道府県を越える移動の制限もあり、対面式の会議の開催が困難であった。当初各府県に出向いて打ち合わせや、各種会議の視察を行い、その府県の実情に即した支援をおこなうことを検討していた。しかし、それは困難であったため、Web 会議システム等を活用し、各府県数回ずつ相談、進捗確認を行った。

また随時電話、電子メールを用いた相談を受け付けた。問い合わせの総数としては、7 府県合わせて 100 件を超えた。進捗状況は毎月確認し、その内容は Excel シートにまとめ、随時母子保健課と共有した。

2. 7 府県合同勉強会

7 府県の進捗状況に加え、直面している課題の解決方法や、今後のやるべきことの見通しを持つことなどを目的に、Web 会議システムを通じて 4 回の 7 府県合同勉強会をおこなった。その詳細は以下の通りである。

① 令和 2 年 8 月 2 日（11 時～12 時）

- 自己紹介
- 山梨県における CDR モデル事業（概要、個人情報取り扱いの 3 つの視点）など

② 令和 2 年 9 月 28 日（11 時～12 時）

- 三重県の多機関検証委員会について（会議体制構築について、検証会議の中での要配慮個人情報の取り扱い、関係機関への依頼書記載例、調査票 C 票（検証結果）の記載例）など

- ③ 令和2年11月5日（10時～11時）
- CDRから予防策の選定・実行における、各府県の流れ
 - 具体的な対策が取られるための必要な情報
 - 事業実績報告書についてのご意見など
- ④ 令和3年3月15日（11時～12時）
- 来年度のモデル事業について
 - 事業実績報告書について（記載方法、死亡小票公表時期の注意点の確認等）
 - 厚労科研報告書の集計について
 - 予防策のまとめ方や他府県のスケジュール等につき意見交換など

3. 支援ツールの作成

① 事業実績報告書

今年度のモデル事業において、7府県で得られた事業構築の課題やその対応、解決策などについて、手引きに沿った形でまとめられるように、事業実績報告書の原案を作成した。

② FAQ「よくある質問集」

7府県の支援を行う中で、関係者より出される疑問点が令和元年度の全国説明会や一部自治体で行ったアンケート調査で得られた疑問点と類似しており、それらをもとにFAQ「よくある質問集」の形でまとめ、7府県に共有した。同時に母子保健課にも提供した（**本報告書には未添付**）。

③ 既存の支援ツールの見直し

令和元年度に作成支援を行った、①事業の手引き（**本報告書には未添付**）、②保健所死亡小票の目的外利用申請に関する書類（**本報告書には未添付**）、③小児死亡台帳（**巻末資料2-1**）、④死亡調査票の作成支援（**巻末資料2-2**）、⑤死亡情報収集のための遺族への同意書類（**巻末資料2-3**）、⑥CDR関係多機関への情報提供依頼書類（**巻末資料2-4**）などの支援ツールの改訂に向けて、修正等をおこなった。

4. 事例集（添付資料1-1～1-7）の作成

7府県より提出された令和2年度モデル事業の実績報告書を基に、体制整備の過程で、特に検討や工夫が必要になると想定される事項についてまとめた。また、本分担班でおこなった「自治体支援」の中で得られた情報（電子メール、電話、Web会議、自治体会議オブザーバー参加（オンライン）、合同勉強会（オンライン）等）や協議を重ねた内容なども加えた。事例集の目次は以下の通りである。

【事例集目次】

1. 情報管理・利用について
2. 活動スケジュール（工程表）
3. モデル事業関係者一覧
4. 体制図
5. 活動内容詳細
 - (1) CDRモデル事業の実施に関連した基盤
 - (2) 個人情報の取り扱いについて
 - (3) 死亡小票利用の有無とその取扱いについて
 - (4) 関係者の巻き込みとその工夫
 - (5) 検証の進め方（スクリーニング、個別検証、概観検）
 - (6) 政策提言への流れ
 - (7) その他

- 事例1 群馬県
- 事例2 山梨県
- 事例3 三重県
- 事例4 滋賀県
- 事例5 京都府
- 事例6 香川県
- 事例7 高知県

D. 考察

令和2年度は、CDRモデル事業を実施した7府県と綿密に連携をしながら、体制構築・事業実施の支援をおこなった。各種作業の実施方法やその要点の整理といったことから、個人情報の取り扱い、集計方法、予防策の検討と提言に至るまで様々なプロセスで事業に携わることができた。その中で、自治体担当者とのメールや電話でのやり取り、委託先の医療者とのやり取りなどを通じて、大小含む様々な課題を見つけることができた。また、それらの課題に直面した自治体が見つけた解決策についても把握することができ、事例集としてまとめた。今後、CDRを新たに始める自治体にとって参考になれば幸いである。

謝辞

本研究の実施におきまして、モデル事業を実施した7府県の事業関係者の皆様に深くお礼申し上げます。

E. 健康危機管理情報 なし

F. 研究発表

論文発表
なし

学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

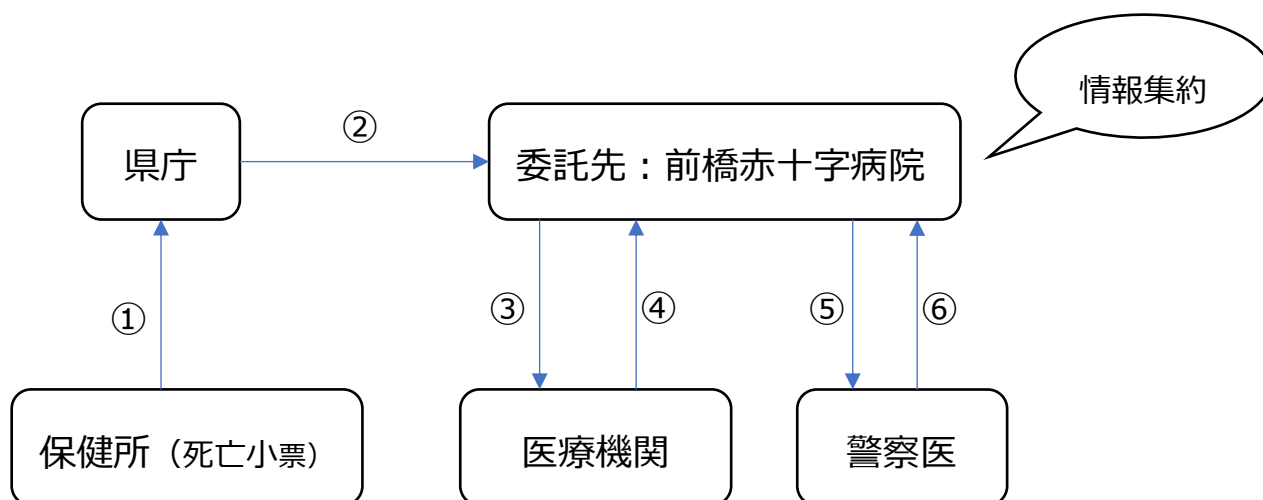
3. その他 なし

添付資料 1. 7 府県の事例集

事例 1：群馬県

1. 情報管理・利用について

群馬県における死亡情報の収集及び管理については、以下の図のような流れとなる。



※事業実績報告書などを用いて研究班で作成

【死亡小票の収集】

- ① 死亡小票は事務局職員が各保健所に出向き執務室内で複写し、県庁に持ち帰る。
- ② 県庁から委託先へは、データを持参。

【死亡調査票の収集】

- 事前に、専門業者により専用ソフトを作成した。
- ③ 調査依頼（死亡小票収集前は、直接問い合わせ、小児死亡事例の有無を確認）。
- ④ ・委託先より医療機関に出向いて死亡情報（基本票）を調査、委託先の PC に入力。
・ソフトの共有により各医療機関で入力を行ったデータを委託先に設置の独立した PC に集約。
- ⑤ 追加票の提出依頼。
- ⑥ 追加票の提出。

2. 活動スケジュール

	2020年												2021年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
実施体制及び協力体制の構築															
事務局体制（事業立ち上げメンバーの決定）	○														
個人情報保護に関する協議	○	○	○												
事業委託先の選定	○														
CDR 関係機関連絡調整会議		○	○			○	○								
打ち合わせ会	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
実施要項など文書作成	○	○	○								○				
情報の収集・管理等															
死亡小票事前審査開始・承認					○	○	○	○							
小児死亡症例台帳作成開始									○						
死亡調査票収集開始				○											
個人情報審査会準備・開催・承認	○	○	○												
情報管理における具体的な対応	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
検証、対応策の提言															
検証症例の選定							○	○							
個別検証							○			○	○	○			
概観検証												○			
提言を目的とする会議体の設置												○			
提言取りまとめ・提出															

※事業実績報告書より一部抜粋・改編

3. モデル事業関係者一覧

(1) CDR 関係機関連絡調整会議

コロナウイルス感染拡大により、モデル事業の実施を目的とした会議（CDR 関係機関連絡調整会議）の開催は困難であったため、各機関が開催する会議にて、事業の趣旨の説明を行った。

- 保健所長会議
- 県医師会都市会長会議

また、以下の関係機関に関しては本事業の趣旨の説明を行った上、協力可能な範囲について、意見交換を行った。

- 市町村母子保健主管課及び個人情報保護担当課
- 教育委員会
- 県警察本部

(2) 多機関検証委員会（概観検証：委員は固定）

- 医療（救急、小児科、精神科、警察医、消防）
- 司法（検察、警察、弁護士）、教育（教育委員会）
- 行政（市町村母子保健、市町村児童福祉、児童相談所）

(3) 多機関検証委員会（個別検証、スクリーニング、二次検証では症例に応じ委員を招集）

① 個別検証

- 委託先病院救急・産科・小児科・MSW、県内産科・小児科医、精神科診療所、警察本部、検察庁、大学法医学、教育委員会、児童相談所、県庁事務局など 5-8 名

② スクリーニング会議

- 市町村母子保健主管課、警察本部、教育委員会、児童相談所、県内産科・小児科医、委託先病院救急・産科・小児科・MSW など 23-28 名

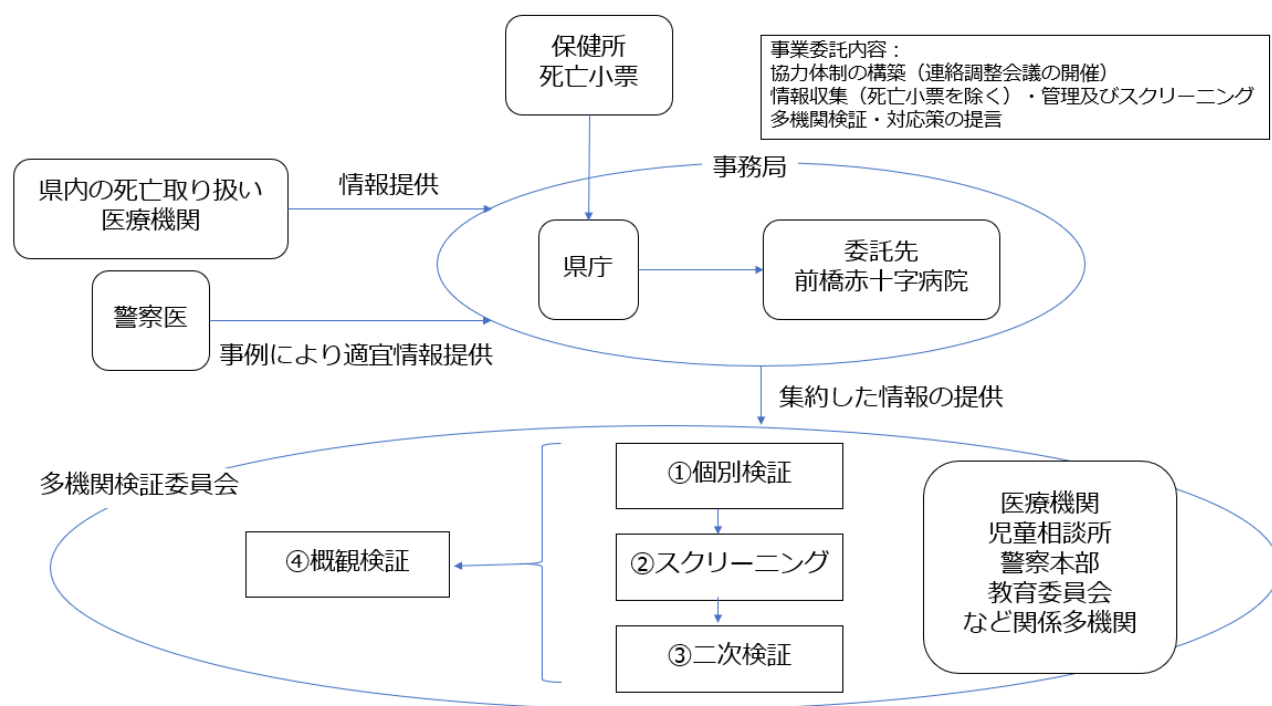
③ 二次検証会議

- 小児科医、産科医
- 司法関係
- 教育関係

(4) CDR 事務局

- 県庁生活こども部児童福祉・青少年課 4 名
- 委託先小児科医 3 名、MSW1 名、事務 1 名

4. 体制図



※事業実績報告書などを用いて研究班で作成

- ① 個別検証では、対象期間中に死亡した小児事例について検証を行う（委託先にて）。
- ② スクリーニング会議では、病院調査により把握した、対象期間中に死亡した小児事例について、予防可能性を主なテーマとし、二次検証対象とすべき事例のスクリーニングを行う。
- ③ 二次検証が必要と判断した事例を中心に、死因分類別(周産期死亡/内因死・不詳死・自殺)に、関係する機関で意見交換を行い、あるべき検証体制、情報収集の在り方について検討する。
- ④ 概観検証ではそれまでの検証結果を概観し、CDR の在り方について全体会議を行うとともに、提言のブラッシュアップを行う。

5. 活動内容詳細

(1) CDR モデル事業の実施に関連した基盤

- モデル事業に先立ち、小児科学会や厚労科研の CDR 研究のパイロット地域として、およそ 10 年にわたり医療者を中心とした限定的なモデルではあるが、継続的な取組を行ってきた背景があった。

(2) 個人情報の取り扱いについて

- モデル事業開始に先立ち、県法務担当と相談したところ、県個人情報審議会（審査会）が必要と判断されたため、6月の審議会（審査会）にかけ、県として個人情報を取り扱う事業を進めることを審議、その結果、個人情報の本人からの収集の原則の例外に関する事項及び要配慮個人情報の収集の制限の例外に関する事項として承認を得た。
- 県関連の部署においては審議会の許可を得ていることを説明、理解を得られるように努めた。
- コロナウイルス感染拡大により、本事業の実施を目的とした会議（CDR 関係機関連絡調整会議）の開催は困難であったため、各機関が開催する会議等にて、モデル事業の趣旨の説明を行ったり、協力可能な範囲について、意見交換を行ったりした（詳細は前記 3. モデル事業関係者一覧を参照）。
- ある医療機関に協力を得るため、説明に出向いた。協議の結果、病院倫理委員会の承認を得る必要があるとの判断に至り、そのための手続きを行った。併せてポスター作製もすすめた。
- 一部検証会議でメディア取材を受け、放映されたこともあった。

(3) 関係者の巻き込みとその工夫

- 各機関が開催する会議等にて、モデル事業の趣旨の説明を行ったり、協力可能な範囲について、意見交換を行ったりした（詳細は 3. モデル事業関係者一覧を参照）。
- 事前に、各会出席いただく機関に、電話または訪問し説明した。
- 事務局より医療機関へ情報提供依頼文書を送付後、委託先より具体的な調査票記載例などとともに、提出方法について案内した。

(4) 死亡小票利用の有無とその取扱いについて

- 死亡小票（の転写書類）を補助的に利用することで、統計法に基づく網羅的な集計ができると考えたため死亡小票を利用した。
- 取り扱いについては、前記 1. 情報管理・利用について、を参照のこと。

(5) 検証の進め方（スクリーニング、多機関検証委員会（個別検証・概観検証））

- 4. 体制図も参照（一部重複あり）。

- 個別検証では、対象期間中に死亡した小児事例について検証を行った（委託先において）。
- 病院調査により把握した、対象期間中に死亡した小児事例について、予防可能性を主なテーマとし、二次検証対象とすべき事例のスクリーニング（スクリーニング会議）を行った。
- スクリーニング会議で、二次検証が必要と判断した事例を中心に、死因分類別(周産期死亡/内因死・不詳死・自殺)に、関係する機関で意見交換を行い、あるべき検証体制、情報収集の在り方についての検討を行った。
- 概観検証ではこれまでの検証結果を概観し、CDR の在り方についての全体会議を行うとともに、提言のブラッシュアップを行った。時間が足りず検討が不十分な点については、個人情報 を排する形で、提言に関してのメール審議で補充を行った。

(6) 政策提言への流れ

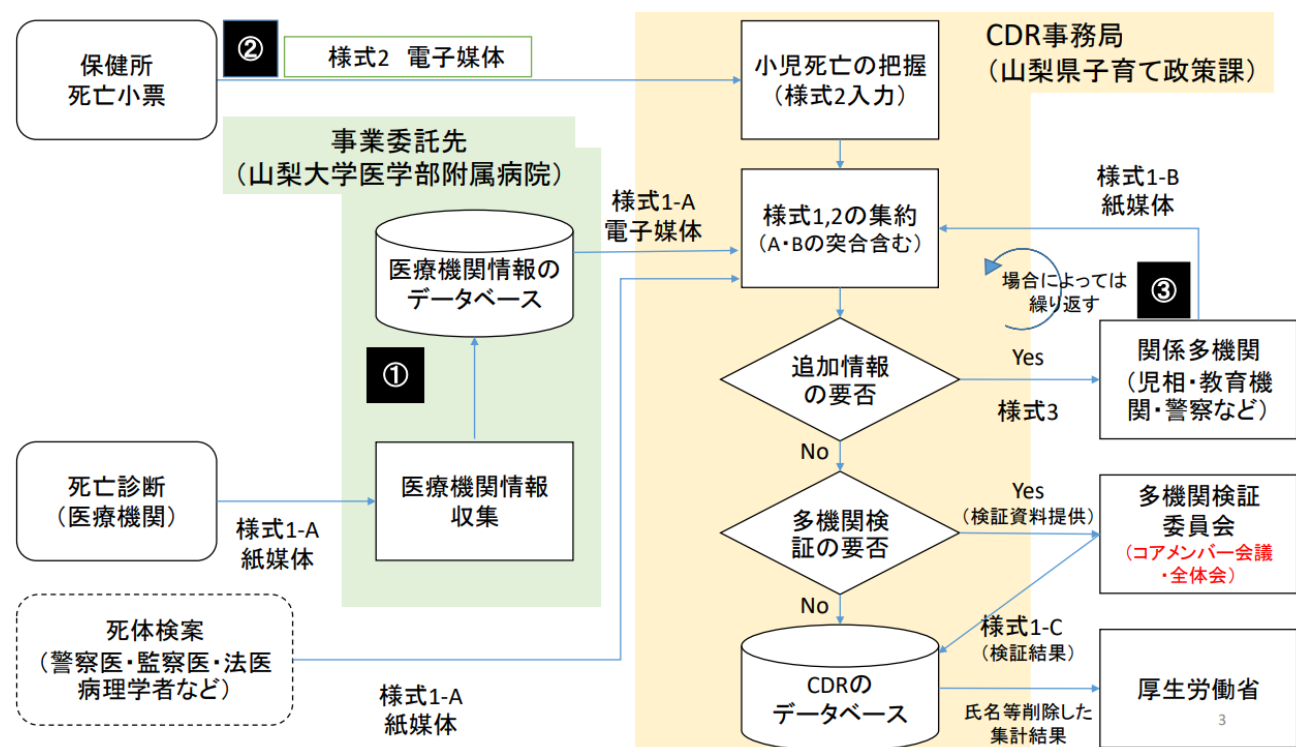
- 新たに定めた条例に、子どもが安心して生きる権利等の確保に努めるとして、CDR の実施が記載された。多機関検証会議で提言をまとめ、知事へ提出する方針とした。
- 提言の実行化に向けての取り組みは実施させていないが、小児死亡児対応講習会、AHT 啓発シンポジウムなどは既に具体的な計画が立案され実施予定であり、その他 CDR 事業が主体となり実施する活動については、実施していく予定。
- その他の関係機関が対象となると考えられる提言案については、次年度初めから協議を開始する予定。
- 後日知事提言や記者発表を検討している。

(7) その他

事例2：山梨県

1. 情報管理・利用について

山梨県における死亡情報の収集及び管理については、以下の図のような流れとなる。



※事業実績報告書より抜粋

① 各医療機関の死亡調査票の収集

- 各医療機関から紙媒体で簡易書留を用いて郵送で委託機関へ送付
- 委託先が県庁へ手渡しで届ける
- 県庁内の独立したパソコンの小児死亡症例台帳に入力

② 死亡小票

- 各保健所執務内で媒体（CD-R）複写し、県庁へ持参し担当に直接手渡し
- 県庁内の独立したパソコンに保存し、小児死亡症例台帳に入力

③ ・各関係機関の追加情報の収集は

- 各機関から紙媒体で簡易書留を用いて郵送で県庁へ送付
- 県庁の独立したパソコンの小児死亡症例台帳に入力

※事務局内ではいずれの作業も、ネットワーク接続のないPC内で行い、紙媒体は鍵付きキャビネットに保管

	2020年												2021年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
実施体制及び協力体制の構築															
事務局体制（事業立ち上げメンバーの決定）	○														
個人情報保護に関する協議	○	→	6/16 会議												
事業委託先の選定	○		6/16 打合せ												
CDR 関係機関連絡調整会議				7/17											
打ち合わせ会	○											→			
実施要項など文書作成	○	→													
情報の収集・管理等															
死亡小票事前審査開始・承認		→		→											
小児死亡症例台帳作成開始					○										
死亡調査票収集開始					○										
個人情報審査会準備・開催・承認	○	→	6/16												
情報管理における具体的な対応						○						→			
検証、対応策の提言															
検証症例の選定						9/18						→			
個別検証（初回）						9/25									
概観検証（初回）									12/18						
提言を目的とする会議体の設置												3/19			
予防策取りまとめ・提出												3/31			

2. 活動スケジュール

3. モデル事業関係者一覧

(1) CDR 関係機関連絡調整会議（委員）

いずれも、それぞれの機関の長となる立場の者やそれに準ずる立場の者で構成された。

① 医療関係

- 従事者（法医学者、社会医学者、救急医、小児科医、小児外科医など）11名
- 関係団体（県医師会、県小児科医会、県精神科病院協会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会など）6名

② 警察・司法（生活安全対策課、捜査一課、県弁護士会など）3名

③ 教育・保育（県私学振興会幼稚園部会、県保育協議会、県高等学校長協会、公立小中学校長会、特別支援学校長会など）5名

④ 関係団体（被害者支援、自殺予防ネットワークなど）2名

⑤ 行政（市長会、町村会）2名

⑥ 行政関係者

- 保健所（保健所長会、中核市保健所長など）2名
- 県各所属（県民安全協働課、私学・科学振興課、交通政策課、消防保安課、障害福祉課、医務課、健康増進課、精神保健福祉センター、子ども福祉課、中央児童相談所、産業政策課、道路管理課、治水課、義務教育課、高校教育課、高校改革・特別支援教育課、保健体育課など）16名

(2) 多機関検証委員会（委員）

① 医療関係

- 従事者（法医学者、救急医、小児科、小児外科など）9名
- 関係団体（県医師会など）1名

② 警察・司法（生活安全対策課、検視指導室、県弁護士会など）3名

③ 研究者（厚労科研班員など）3名

④ 行政機関（保健所、教育庁義務教育課、中央児童相談所、子育て政策課など）8名

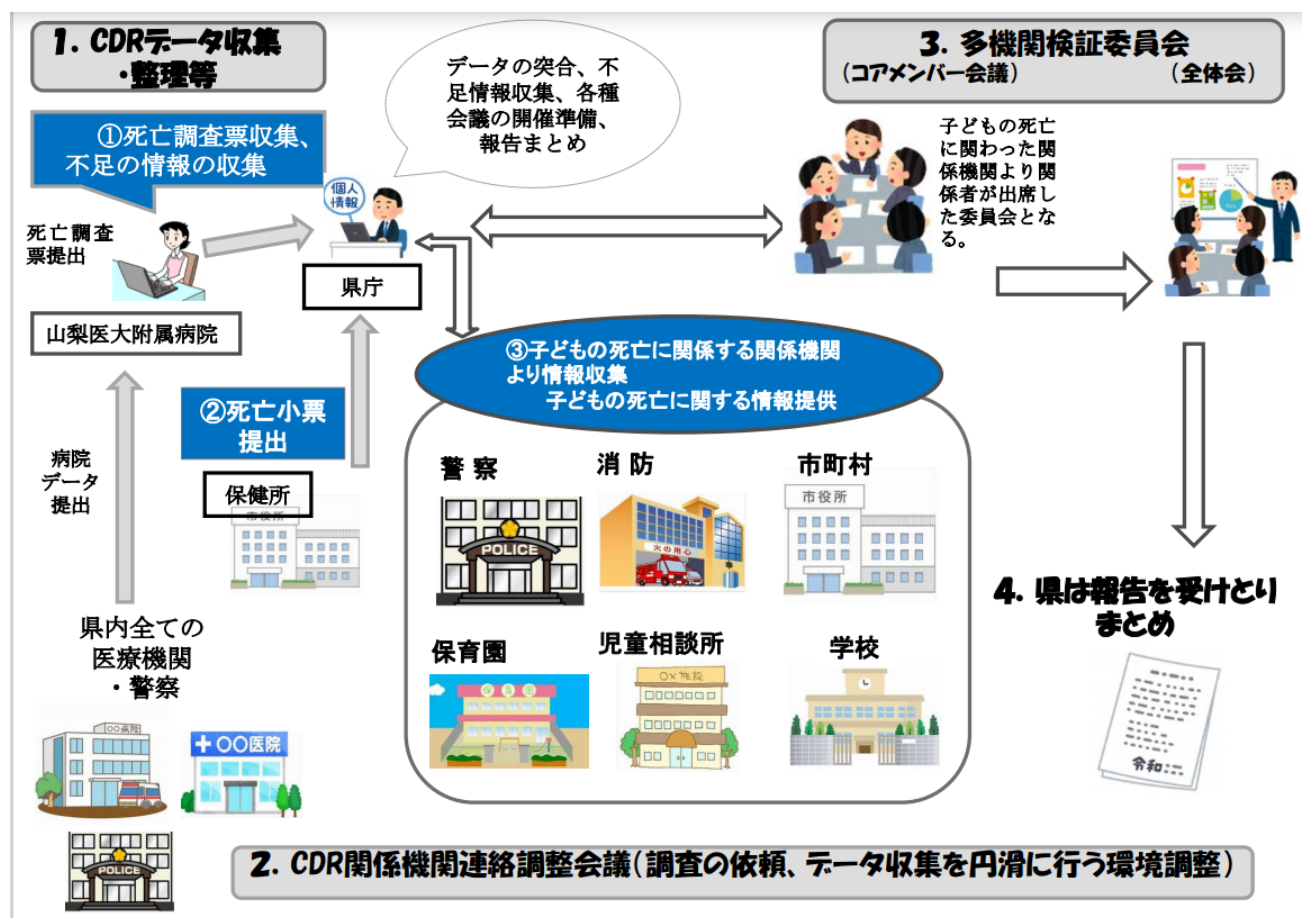
(3) CDR 事務局（本部は県庁）

① 県庁子育て政策課（保健師（専任）、事務職など）3名

② 委託先小児科医 2名

(4) 山梨 CDR 研究班（小児科医、小児外科医など）6名（上記（1）～（3）の兼任あり

4. 体制図



事務局業務の中で事業委託した部分：県内各病院からの死亡調査票の収集・管理、県庁への送付

※事業実績報告書より抜粋

5. 活動内容詳細

(1) CDR モデル事業の実施に関連した基盤

- CDR の導入に向けて取り組みを行ってきた県内の小児科医の集まりである日本小児科学会山梨地方会が厚生労働科学研究費補助金を活用し、CDR の運用等について研究を進めていた経緯があり、取り組みの大きな動機づけとなった。
- 死因究明や CDR に関心の高い知事が存在があり、事業への理解を得やすい環境にあった。

(2) 個人情報の取り扱いについて

- R1 年度末、モデル事業開始に先立ち、県法務担当（行政経営管理課）と相談したところ、山梨県個人情報保護条例の 3 点について県個人情報審議会での審議が必要と判断された。その 3 点は「要配慮個人情報の取得」「個人情報の本人からの取得」「個人情報の目的外の利用・提供」であった。そして審議会に諮り、県として個人情報を取り扱う事業を進めることを審議・許可を得た。
- 審議の結果、遺族への同意書は必要ないと判断された。
- ポスター、リーフレットを作成し、関係機関連絡調整会議委員、県内病院、小児科医院、市町村に配布した。
- CDR 関係機関連絡調整会議や第 1 回概観検証委員会において、4-6 社の取材を受け、マスコミによる周知を図った。
- 厚生福祉、医師会誌、小児保健学会誌などの雑誌への掲載を依頼した。
- 委託先医療機関の HP に CDR 事業について掲載した。

(3) 関係者の巻き込みとその工夫

- 県関連の部署では、審議会の許可を得ていることを説明し理解を得られるように努めた。
- 情報収集の過程では、医療機関（官公立病院協会、民間病院協会）代表に事業の説明をし、事前に県庁から情報提供を含め事業の協力依頼を送付後、委託先より具体的な調査票記載例などとともに、提出方法について案内した。その他の関係機関には、事前に県庁から情報提供を含め事業の協力依頼を送付後、情報提供が必要な都度、県庁から電話で事業の目的、情報提供の依頼について説明し、事例の概要が入った依頼通知を書留郵便で送付した。
- 厚生福祉、医師会誌、小児保健学会誌などの雑誌へ CDR についての記事を掲載。
- 小児保健学会、その他研修会で委託先小児科医師が講師として CDR の説明を行った。

(4) 死亡小票利用の有無とその取扱いについて

- 死亡小票（の転写書類）を補助的に利用することで、統計法に基づく網羅的な集計ができると考えたため死亡小票を利用した。

- 取り扱いについては、前記 1. 情報管理・利用について、を参照のこと。
- なお、県としては個人情報審議会を開催し事業内容を諮ったことから、県内中核市においても同様の対応が望ましいと考えられた。そのため、死亡小票の利用も事業に関連する事項として、中核市個人情報審議会において審議・許可が得られるまでは据え置いた。

(5) 検証の進め方（スクリーニング、多機関検証委員会（個別検証・概観検証））

- 概ね 1 か月に 1 回スクリーニングを小児科医師 1 名、保健師 2 名で実施後、個別検証に出席してもらう関係者を決定した。
- 個別検証は把握した全例について、1 事例ずつ実施した。日程の調整、決定に関しては、医師の都合を優先して決めるため委託先の医師が調整した。県事務局が参加者に日程を連絡し、その後正式な通知を起案、発送した（個人情報が入る為書留郵便とした）。
- 概観検証は 3 か月に 1 回設定したため、そこまでに収集できた事例を県庁がまとめ、会議に提出した。日程は山梨 CDR 研究班員の予定に配慮した。県が参加者に日程を連絡しその後、正式な通知を起案、発送した。事前資料の作成、送付を行った（多機関検証委員会マニュアル、統計資料など個人情報でない資料）。

(6) 政策提言への流れ

- 概観検証の結果をもとに、子どもの死亡の予防策について、国、県、医療、県民の立場での優先順位（有効性、実現可能性を踏まえ）を検討するとともに、今後実現に向けての方策を検討する機会を設けた。その予防策検討会のメンバーは、山梨 CDR 研究班の代表者と県事務局とした。事前準備として予防策を整理した資料を山梨 CDR 研究班 6 人と事務局で、有効性、実現可能性について点数化し、整理した。
- 次年度の CDR 関係機関連絡調整会議等で、協議した内容を報告予定。
- 予防策に関しての報告書を多機関検証委員座長から知事に手交、委託先小児科医師が事例の概要を説明した。

(7) その他

- 事務局に行政従事歴の長い保健師を専門員として配置され、円滑な事業構築に貢献した。
- 前年度よりモデル事業への参画を検討し、長期にわたる協議が重ねられていた。

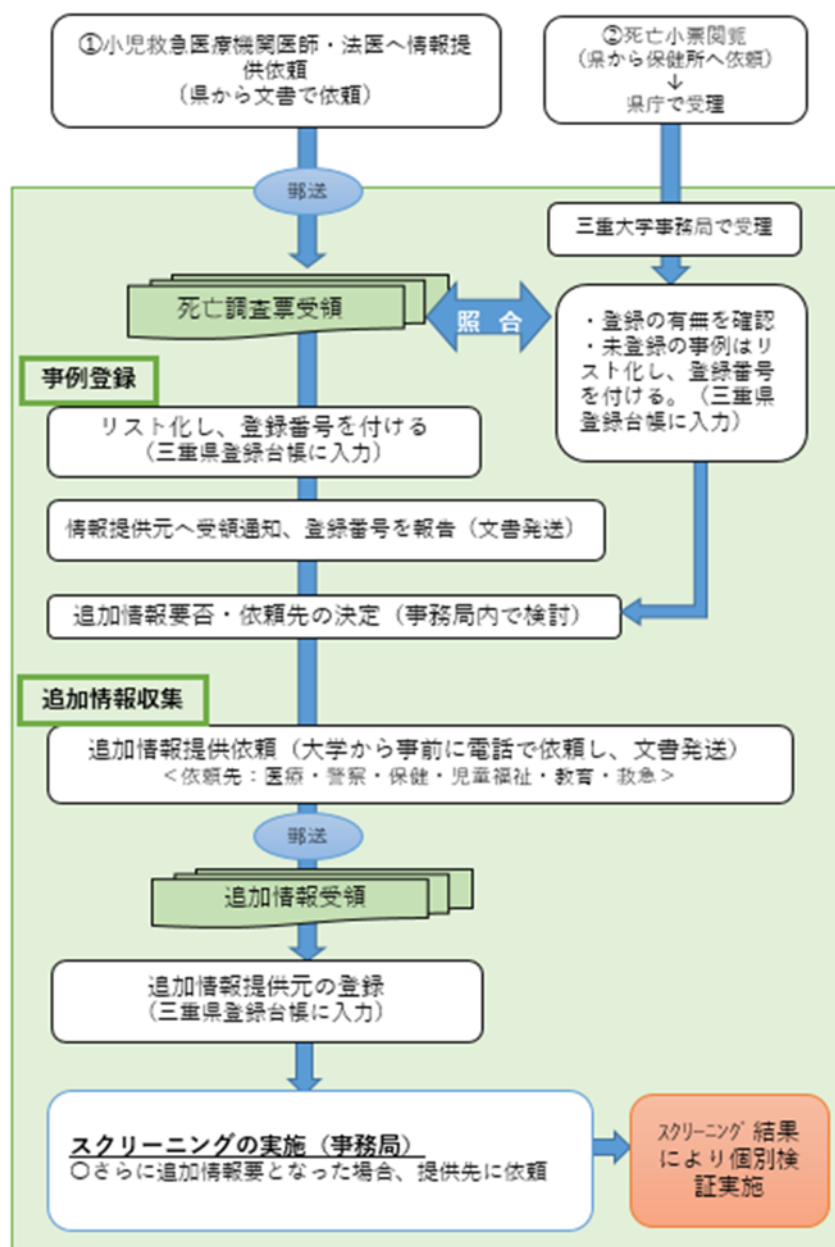
事例 3 : 三重県

1. 情報管理・利用について

三重県における死亡情報の収集及び管理については、以下の図のような流れとなる。

下記①～③の詳細については、5. 活動内容詳細の（２）～（４）も参照のこと。

【図】死亡情報の収集と管理について



※事業実績報告書より抜粋

① 小児救急医療機関医師・法医へ情報提供依頼

・県から小児救急医療機関医師（県内 15 か所の小児科部長あて）及び剖検医に死亡調査票提供依頼の文書を発送。なお発送前に、三重大学 CDR 事務局から関係医療機関に電話で情報提供依頼を行う。

- ・文書は県と三重大学（事業委託先）との連名で作成。
- ・各関係医療機関は紙媒体の死亡調査票を郵送にて、三重大学 CDR 事務局に提出。

② 死亡小票閲覧

- ・県から保健所長あてに、死亡小票提供依頼の文書を発送。
- ・情報提供にあたり、県保健所長会で説明し、死亡小票担当部署に電話などで依頼
- ・文書は県と三重大学との連名で作成
- ・死亡小票は各保健所執務室内で保健所職員が複写し、複写書類を県子ども・福祉部子育て支援課に手渡し又は簡易書留で提出された。受理後は、県子ども・福祉部子育て支援課から三重大学 CDR 事務局に手渡した。

③ その後の流れ

- ・死亡調査票又は死亡小票により把握した情報は、三重大学 CDR 事務局でリスト化し登録番号を付与
- ・CDR 事務局において、追加情報の可否を判定し、必要に応じて関係機関に情報提供を依頼

※死亡情報を登録するときは CDR 専用パソコンを使用し、パスワードを付けて関係者のみが使用

2. 活動スケジュール	2020年												2021年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
実施体制及び協力体制の構築															
事務局体制（事業立ち上げメンバーの決定）		○													
個人情報保護に関する協議	○														
事業委託先の選定	○														
CDR 関係機関連絡調整会議				○								○			
打ち合わせ会		②	①	②		①		①	①		①	①			
実施要項など文書作成			○												
情報の収集・管理等															
死亡小票事前審査開始・承認					○										
小児死亡症例台帳作成開始				○											
死亡調査票収集開始				○											
個人情報審査会準備・開催・承認															
情報管理における具体的な対応		○													
検証、対応策の提言															
検証症例の選定								①	①		①				
個別検証					①			①	①		①				
概観検証					①			①	①		①				
提言を目的とする会議体の設置								○				○			
提言取りまとめ・提出												○			

3. モデル事業関係者一覧

(1) CDR 関係機関連絡調整会議

いずれも、それぞれの機関の長となる立場の者やそれに準ずる立場の者で構成された。

① 委員

- 医療関係者（小児科医・産婦人科医・救急医・精神科医・法医学者など）5-6 名
 - 警察（検視官など）2 名
 - 消防 1 名
 - 司法（弁護士）1 名
 - 行政（市長会、町村会、保健所長会、市長保健師協議会など）4 名
 - 医療関係団体（医師会、小児科医会、病院協会、精神科医病院会、産婦人科医会など）5 名
- ② 行政関係者（子ども・福祉部（児童相談センター含む）、教育委員会、防災対策部、医療保健部など）7-8 名
- ③ CDR 事務局（委託先、医療従事者、行政など）6 名
- ④ オブザーバー（厚労科研班員）3 名

(2) 多機関検証委員会（個別・概観同時開催）

① 委員

- 医療（小児科医・産婦人科医・救急医・精神科医・法医学者など）6 名
 - 警察（検視官など）2 名
 - 司法（弁護士）1 名
 - 教育（教育委員会）1 名
 - 学識経験者（元児童相談所長、元保健師など）2 名
- ② CDR 事務局（委託先、行政など）5 名（1 名は委員として参加）
- ③ オブザーバー（医療関係、教育（小学校長）、厚労科研班員など）4-6 名

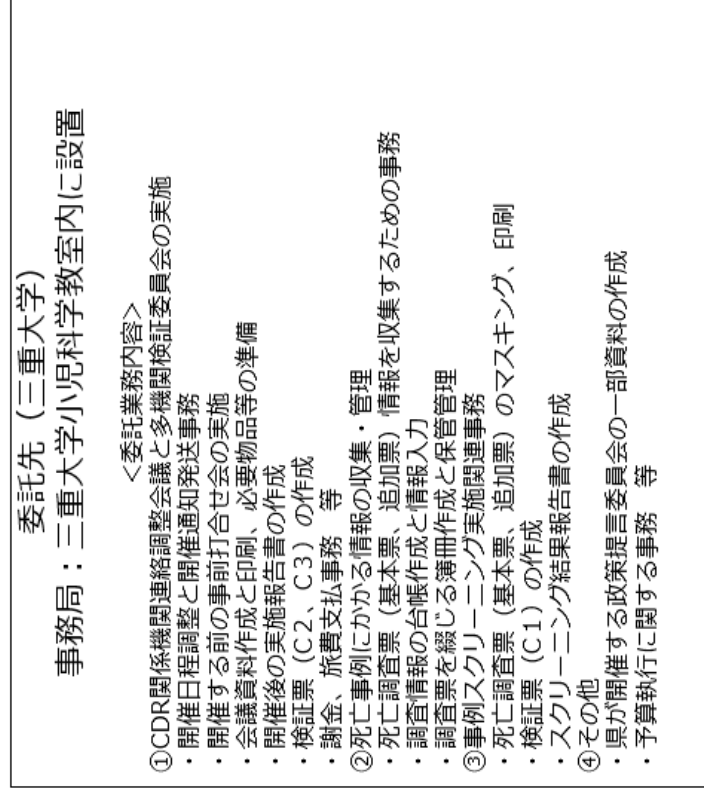
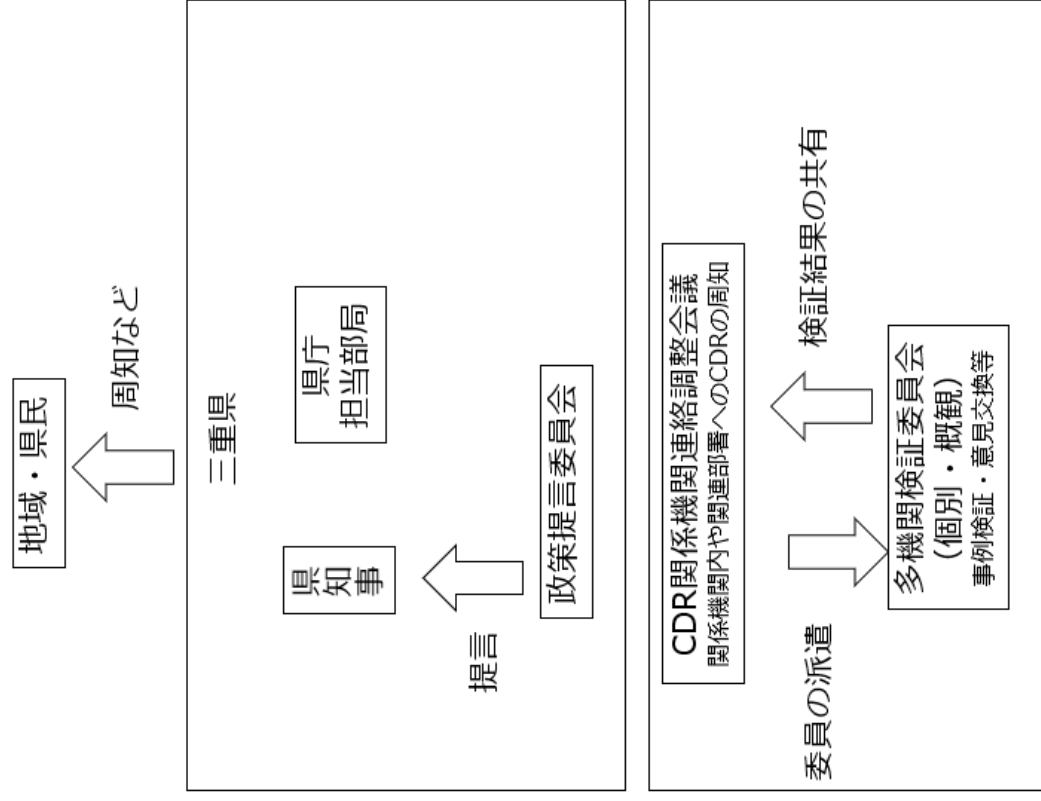
(3) 政策提言委員会

- ① 委員（医療、児童福祉、教育、司法、母子保健、公衆衛生などの専門家）6 名
- ② その他関係者（オブザーバー、委託先協力者など）6-7 名
- ③ CDR 事務局（行政）5 名

(4) CDR 事務局

- 委託先 2 名（保健師（専任）、小児科医（兼任））
- 医療従事者 1 名（開業小児科医）
- 行政 3 名

4. 体制図



事業実績報告書などをもとに研究班にて作成

5. 活動内容詳細

(1) CDR モデル事業の実施に関連した基盤

- 過去に乳幼児死亡率が高かったこともあり、H26 年度に幼児事故予防推進事業を実施した。その内容としては、①関係機関担当者（小児科医、消防関係、保育士、市町保健師、県保健師など）での乳幼児死亡の状況の共有・分析、事故予防策の検討、②子育て支援に関わる者への研修、③一般向け・保護者向けに子どもの月齢に応じた事故予防のチラシ等を配布・啓発、であった。
- それ以降は、健やか親子支援事業や出産・育児まるっとサポートみえ推進事業において、①各市町での事故予防の取組状況を把握、②事故予防や母子保健に携わる市町保健師、助産師、保育士などを対象とした研修、を継続した。そしてこれらの取組などを通じて、小児死亡や死亡検証への関心が高まった。
- H27 年からは有志の CDR の勉強会が開催され、CDR の背景・意義などについて、理解されやすい環境があった。
- また、既存の産婦人科・小児科医療機関のネットワークを生かし、会議・委員会などの体制を検討することで、関係機関同士の連携がとりやすい環境を準備できた。

(2) 個人情報の取り扱いについて

- 事業開始に先立ち、県戦略企画部情報公開課と相談し、個人情報保護条例の例外事由にあたりと判断されたため、個人情報審議会は不要となった。
- 県民に子どもの死亡情報を利用しモデル事業を行っていることを周知するためのツールとして、ポスター・リーフレットなどを県・市町の関係部局、関係団体、産婦人科・小児科・精神科・救急医療機関などに配布した。
- 会議・委員会については一部公開としたものもあり、マスコミによる取材にも応じた。

(3) 死亡小票利用の有無とその取扱いについて

- 全例把握のため、死亡小票を利用した。

(4) 関係者の巻き込みとその工夫

- 医療機関情報が基礎となるため、小児救急医療機関、法医学解剖医療機関宛てに、情報提供依頼通知を計 4 回、死亡小票の収集に関しては、小票転写を保健所職員に依頼したため、その提供依頼通知を計 4 回するなど、きめ細やかな情報提供依頼をすることで、円滑な事業実施へとつながった。結果、追加票の回収も 100%（情報提供不可や詳細回答不可（情報の有無も回答不可）含む）となった。

(5) 検証の進め方（スクリーニング、個別検証、概観検証）

- スクリーニングは CDR 事務局員 6～7 人体制（小児科医 3 名、保健師 3 名、行政職 1 名など）で情報の集約してある委託先会議室にて実施した。死亡調査票基本票と追加情報を用いて行われた。
- これまでの三重 CDR の会を参考に、多機関検証委員を選定しており、事例に直接かかわった者とそうでない者が混在していることから、多機関検証委員会内で個別検証・概観検証を同時に開催した。
- 委員は概ね固定としたが、オブザーバーとして研究班の他、回数を重ねるごとに、法医、教育専門職を随時追加して検証を行った。
- 意見交換する内容が多くあることから、ポイント、流れ、ルールを作成し、毎回、多機関検証委員会の最初に説明し、参加者と確認した。
- 検証時に必要となる「スクリーニング判定表」と「個別検証判定表」をラミネート加工し、検証委員一人ずつ配布した、そこに氏名を書き毎回使用することとした。

(6) 政策提言への流れ

- 政策提言委員会の設置を事業要綱に定め（県に属する委員会）、地域の小児死亡の傾向や特徴、多機関検証委員会の内容、事業実態を踏まえ、将来の子どもの死亡を減らすための対策や今後の CDR の在り方を検討した。
- 年度末に知事提言を行った。

(7) その他

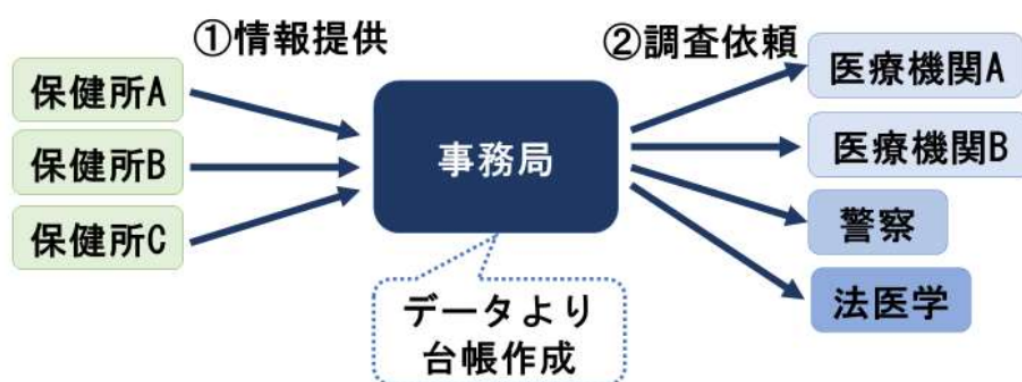
- 事務局（委託先）に、行政で長く従事した保健師が専任で雇用され、自治体と委託先双方の時事用をよく理解し円滑な事業実施に貢献した。

事例 4：滋賀県

1. 情報管理・利用について

滋賀県においては、下記のように 1. 対象事例の選定と第一次調査、2. 調査結果の収集、3. 第二次調査の実施、の流れで事例収集を行った。収集された情報は委託先で管理された。委託先にてネットワークから遮断した独立したパソコンで作業を実施・ファイルメーカー等の電子ファイルは USB（セキュリティキーあり）で管理され、また調査票および USB ファイルは、委託先の鍵のかかる棚にて厳重に管理された。

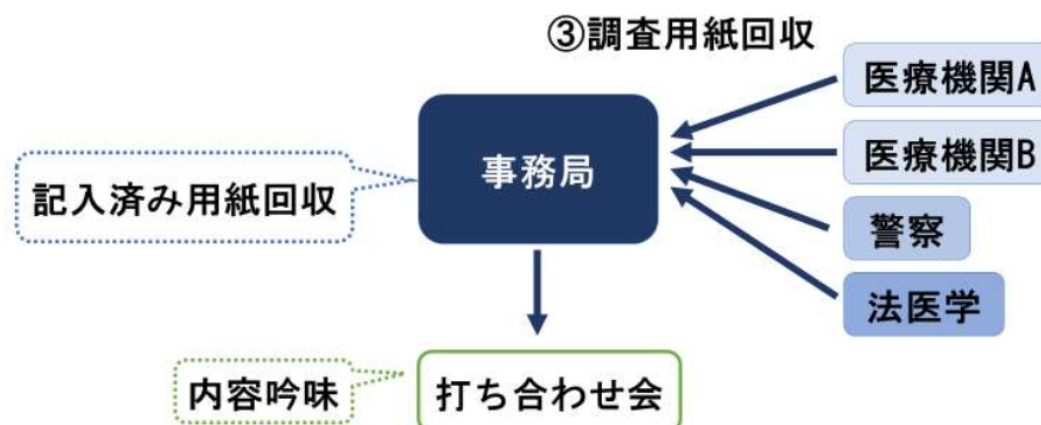
1. 対象事例の選定と第一次調査



①委託先の調査員が各保健所へ出向き、各保健所執務内で死亡小票を閲覧して、死亡調査票（保健所）を作成。その死亡調査票（保健所）をもとに、委託先の調査員がファイルメーカーを使って台帳を作成。

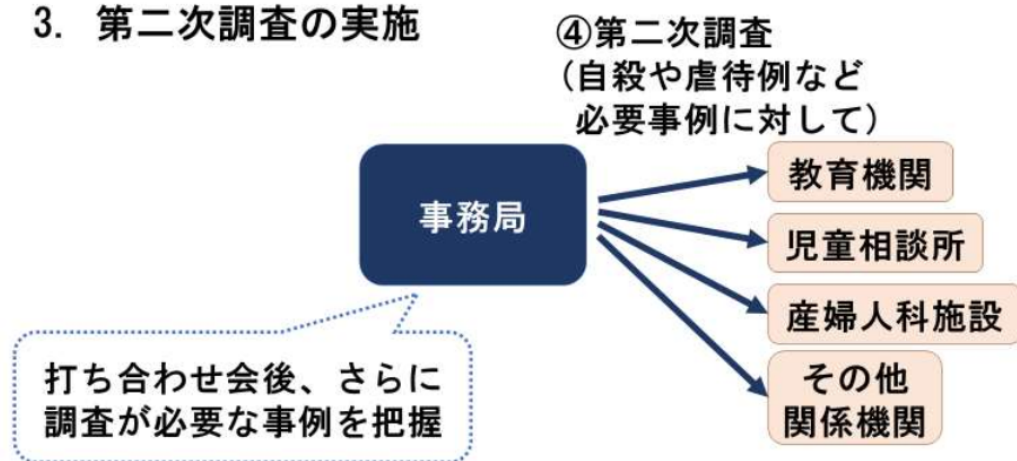
②台帳情報をもとに、委託先から死亡確認を行った医師や医療機関へ調査（紙）を実施（第一次調査）。

2. 調査結果の収集



③病院等から回答のあった調査票（紙）情報は、委託先にて台帳へ情報集約。

3. 第二次調査の実施



④台帳情報をもとに、委託先から関係機関へ調査（紙）を実施（第二次調査）。回答のあった調査票（紙）情報は、委託先にて台帳へ情報集約。

※事業実績報告書より一部抜粋

2. 活動スケジュール

	2020年												2021年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
実施体制及び協力体制の構築															
事務局体制（事業立ち上げメンバーの決定）	○	○	○												
個人情報保護に関する協議			○	○											
事業委託先の選定	○	○	○	○								○			
CDR 関係機関連絡調整会議				○					○			○			
打ち合わせ会			○						○						
実施要項など文書作成	○	○	○	○	○	○									
情報の収集・管理等															
死亡小票事前審査開始・承認				○	○	○	○	○	○						
小児死亡症例台帳作成開始								○							
死亡調査票収集開始								○							
個人情報審査会準備・開催・承認															
情報管理における具体的な対応															
検証、対応策の提言															
検証症例の選定									○		○				
個別検証										○	○	○			
概観検証										○	○	○			
提言を目的とする会議体の設置						○要綱				○開催					
提言取りまとめ・提出												○			

※事業実績報告書より一部抜粋・改編

3. モデル事業関係者一覧

(1) CDR 関係機関連絡調整会議

モデル事業を円滑に実施するために必要な関係機関の代表者を中心に構成された。

- ① 医療関係（法医学者、医師会、小児科医（中核病院、地域小児科センター）など）7名
- ② 警察（検視官室長など）1名
- ③ 行政（保健所長会、児童相談所、健康医療福祉部など）3名

(2) 多機関検証委員会

- ① 医療関係
 - 従事者（法医学者、小児科医（中核病院、地域小児科センター）、救急医など）7名
 - 関係団体（医師会（医療事故調査、警察協力、小児救急）など）3名
- ② 警察・司法（検視官室長、検察官など）2名
- ③ 行政（保健所長会、児童相談所、県庁健康医療福祉部など）3名
- ④ 有識者（虐待防止・いじめ対策、予防医学など）2名

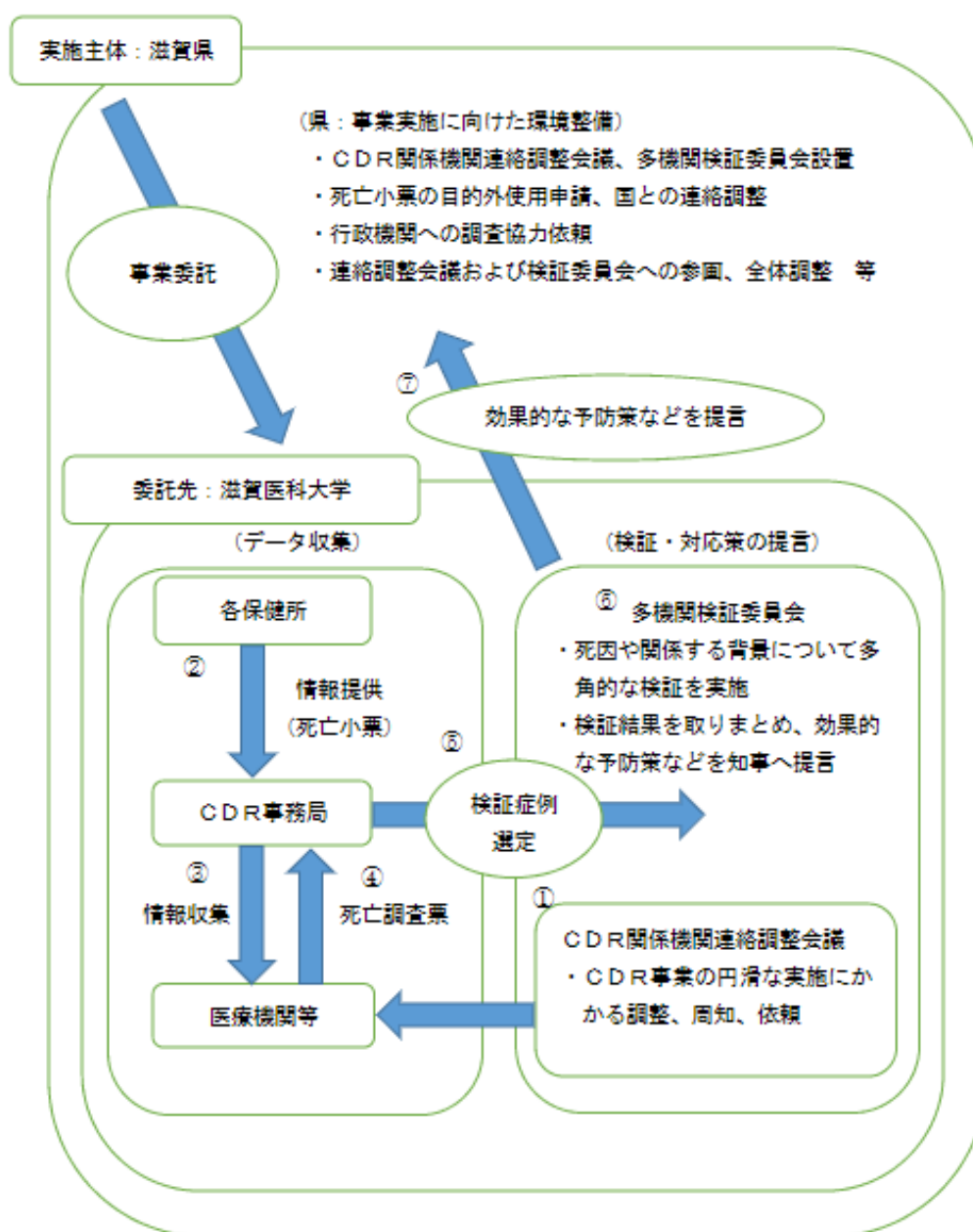
(3) 打ち合わせ会（全員多機関検証委員会委員も兼任）

- ① 医療関係（法医学者、小児科医など）2名
- ② 行政（県庁健康医療福祉部医療政策課など）2名
- ③ CDR 事務局員（調査員（看護師）など）1名

(4) CDR 事務局

- ① 行政（県庁健康医療福祉部医療政策課など）3名
- ② 事業委託先調査員（看護師）2名

4. 体制図



※事業実績報告書より抜粋

- 事業委託先：滋賀医科大学社会医学講座法医学部門
- 委託内容：①CDR 関係連絡調整会議の開催
- ②情報の収集・管理
 - ③多機関検証委員会の開催
 - ④検証結果の記録作成、
 - ⑤検証結果を踏まえた滋賀県知事への提言の作成
 - ⑥その他上記①～⑤に付随して発生する業務

5. 活動内容詳細

(1) CDR モデル事業の実施に関連した基盤

- H30 年～31 年にかけて、県死因究明等推進協議会において小児死亡の実態調査を行った。その内容としては、日本小児科学会滋賀地方会、滋賀小児科医会、滋賀県医師会小児救急医療対策委員会等の協力のもとに、過去 3 年分の死亡小票をもとにした調査・分析であった。

その結果、

- ・死亡小票に不適切な記載が多く認められること
- ・剖検で明らかにされた死因が死亡小票に反映されていないこと
- ・死亡小票の分析のみでは、死に至る経過を十分把握できず、予防対策の検討を行うには不十分などの問題点が明らかにされた。
- そのような経緯から死因究明に対し関心の高い環境にあった関係者間では、さらに質の高い調査と分析が行えるよう具体策を検討され、モデル事業への意識が高まった。

(2) 個人情報の取り扱いについて

- モデル事業開始に先立ち、県個人情報保護条例（以下、条例）を所管している担当課に相談。
- 保健所や医療機関等から取得する個人情報の取扱いについては法令等に基づく取得および提供と解することができることであった。
- 成育基本法第 15 条第 2 項の規定に基づき、情報の収集、管理、活用等に関する体制を整備するものであると考えられることから、医療機関等に個人情報を提供して調査を行うことは、条例第 8 条第 1 項第 2 号の「法令等に基づいて利用し、または提供するとき」に該当し、例外的に利用目的以外の目的により個人情報の利用・提供ができる場合として整理した。
- 医療機関等から個人情報の取得を行うことについても、条例第 6 条第 1 項第 2 号の「法令または条例（以下「法令等」という。）に基づいて取得するとき」に該当し、本人取得の原則の例外として整理した。
- 個人情報保護法上の取扱いについては、手引きに記載のとおり「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合」の例外事由に該当するため、同法上は家族等の遺族の同意が不要と考えられることから、家族(遺族)等の同意が不要との解釈で進めた。
- 各医療機関において、独自の個人情報の取扱いの定めがあることから、上記の取扱いやモデル事業の内容を説明したうえで情報提供について協力を求めた。
- 本事業における個人情報の取り扱い、情報管理などを含めた実施方法等については滋賀医科大学研究倫理委員会の審査を経て、同承諾のもとに本事業が実施された。
- 事業の周知にあたっては、県健康医療福祉部関係部署、CDR 関係連絡調整会議および多機関検証委員会の委員全員で集まり、CDR の目的や県でのこれまでの取り組みを共有するとともに、

CDR 体制整備モデル事業の進め方等について確認し、関係機関に周知ならびに協力依頼を行った（キックオフミーティング）。

- 情報提供においては、かかりつけ医の協力も必須であることから、県医師会報においてもモデル事業を周知した。
- 県庁のホームページにて CDR のモデル事業の実施について周知した。
- CDR モデル事業開始時（キックオフミーティング時）にプレスリリースし、6 社から取材があり、2 社で放映、3 紙に掲載された。
- 2 社より委託先に取材があった。
- 一部会議はプレスリリースし、6 社の取材があった。
- 知事提言時にプレスリリースし、8 社から取材があり、2 社で放映され、5 紙に掲載された。

(3) 死亡小票の利用の有無とその取扱いについて

- 過去に県内で死亡小票を使って小児死亡の実態調査を実施した経験があったこと、死亡小票を使うことが最も効率的に県での小児死亡症例を把握することが可能と考えたため、死亡小票の目的外利用申請を行った。
- その詳細については 1. 情報管理・利用について、4. 体制図に記載の通り、委託先調査員が各保健所に情報収集のために足を運んだ。死亡小票の転写書類は委託先で管理された。

(4) 関係者の巻き込みとその工夫

- 県健康医療福祉部関係部署、CDR 関係連絡調整会議および多機関検証委員会の委員全員で集まり、CDR の目的や県でのこれまでの取り組みを共有するとともに、CDR 体制整備モデル事業の進め方等について確認し、関係機関に周知ならびに協力依頼を行った（キックオフミーティングの開催）。
- 小児科医に関しては、モデル事業の前から、「滋賀県医師会小児救急委員会」で以前より CDR の必要性を訴えていたため、中核病院、地域小児科センターの小児科代表に快く参画いただくことができた。
- 救急医に関しては、「滋賀県救急医療研究会」で以前より CDR の必要性を訴えていたため、救命救急センター医師、消防代表に快く参画いただくことができた。
- 県死因究明等推進協議会を基盤としたため、警察や検察の事業への参画が円滑であった。
- 各種会議の開催にあたっては、事務局より事前に各委員に対して日程調整を行ったうえで、開催通知を各委員へ発出した。

(5) 検証の進め方

- 事前に、CDR 関係機関連絡調整会議で死因別に一覧表でどのような症例が集まってきたかを提

示して、分類の仕方や多機関検証委員会で検討する事例の選定、検証するために必要な情報や資料等について調整を行った。その調整結果を踏まえ、多機関検証委員会で概観検証ならびに個別検証を併せて実施することとした。

- 多機関検証委員会の中で、県での対応策を提言する「概観検証」の実施に関することや小児死亡症例を個別に検証する「個別検証」の実施に関することを所掌事項とした。
- スクリーニングでは、病死および外因死を再分類し、死因別に事案を俯瞰したうえで、予防可能性のあるものについては、個別検証を行うこととした。
- 概観検証では、イベントごとに課題の抽出、予防策の検討ならびに提言案をとりまとめた。
- 周産期医療等協議会など他の協議会で検証された事例もあるが、そのことだけをもって「検証不要」・「保留」と判断するのではなく、他の協議会での検証状況等も踏まえながら連携して取り組むこととした。

(6) 政策提言への流れ

- 多機関検証委員会の中で、県での対応策を提言する「概観検証」の実施に関することを所掌事項とし、イベントごとに課題の抽出、予防策の検討ならびに提言案をとりまとめることとした。
- 多機関検証委員会での議論された内容から、提言案を示し、さらにブラッシュアップを図った。
- 年度末に、知事提言を実施した。

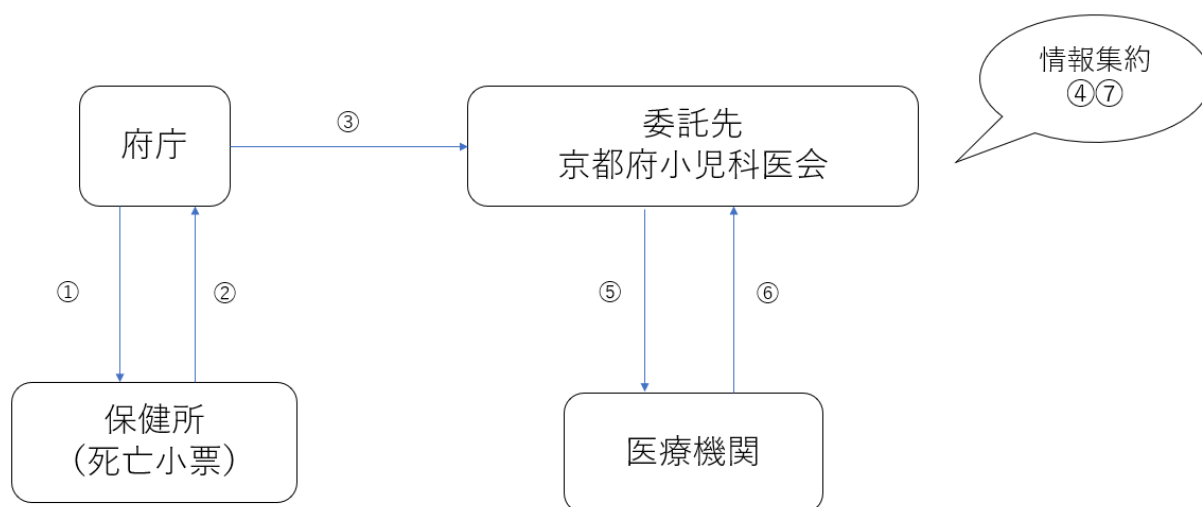
(7) その他

- 多機関検証委員会には外部委員（県外の有識者）が参画することで、公平性及び透明性を担保するとともに、忌憚のない意見を得た。
- 背景にある法的諸問題を把握し適切な議論が行えるよう、検察官が多機関検証委員会委員に参画した。
- 3年間の死亡例を検証することで、一定数の事例に基づいた質の高い提言が可能になった。
- 県死因究明等推進協議会関連の事業として大学法医学教室に委託され、法医学教室が専任の人員を1人雇い、県の担当者とやり取りをしながら事務作業を進めたため、小児科医は検証などの面でのサポートに専念することができた。

事例5：京都府

1. 情報管理・利用について

京都府における死亡情報の収集及び管理については、以下の図のような流れとなる。



※事業実績報告書などをもとに研究班で作成

【死亡小票の収集】

- ① 死亡小票の収集は、府が府内各保健所・保健福祉センターに依頼・郵送。
- ② 府内各保健所・保健福祉センター執務内で複写し、複写書類は京都府庁へ返送。
- ③ 委託先へ持参。
- ④ 委託先が、各保健所の死亡小票の複写書類を委託先の独立したパソコンに入力し、小児死亡症例台帳を作成。

【死亡調査票の収集】

- ⑤ 病院での死亡事例について、委託先が運営するシステムを活用し、情報収集。
- ⑥ 府と委託先との連名で医療機関に死亡調査票を送付し、詳細情報の提供を依頼。
- ⑦ 医療機関ら委託先へ死亡調査票を返送し、委託先内の独立したパソコンにその内容を入力。

※医療機関以外の関係機関への調査は未実施。

2. 活動スケジュール

	2020年												2021年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
実施体制及び協力体制の構築															
事務局体制（事業立ち上げメンバーの決定）	○														
個人情報保護に関する協議									○						
事業委託先の検討・選定		○	○								○				
CDR 関係機関連絡調整会議											○	○			
事業委託（予定）先との打ち合わせ会		○	○												
実施要項など文書作成										○	○				
情報の収集・管理等															
死亡小票事前審査開始・承認									○				○		
小児死亡症例台帳作成開始													○		
死亡調査票収集開始													○		
個人情報審査会準備・開催・承認															
情報管理における具体的な対応									○						
検証、対応策の提言															
検証症例の選定													○		
個別検証（初回）													○		
概観検証（初回）															
提言を目的とする会議体の設置															
提言取りまとめ・提出															

※事業実績報告書より一部抜粋・改編

3. モデル事業関係者一覧

(1) CDR 関係機関連絡調整会議 約 12 名

いずれも関係機関所属部門の長またはそれに準ずる者で構成された。

- 医療関係団体（府医師会（乳幼児、救急医療）、小児科医会など）4 名
- 医療従事者（産婦人科医、小児科医、法医学者など）5 名
- 警察本部（検視官室）1 名
- 消防長会救急部会 1 名
- 行政（府健康福祉部）1 名

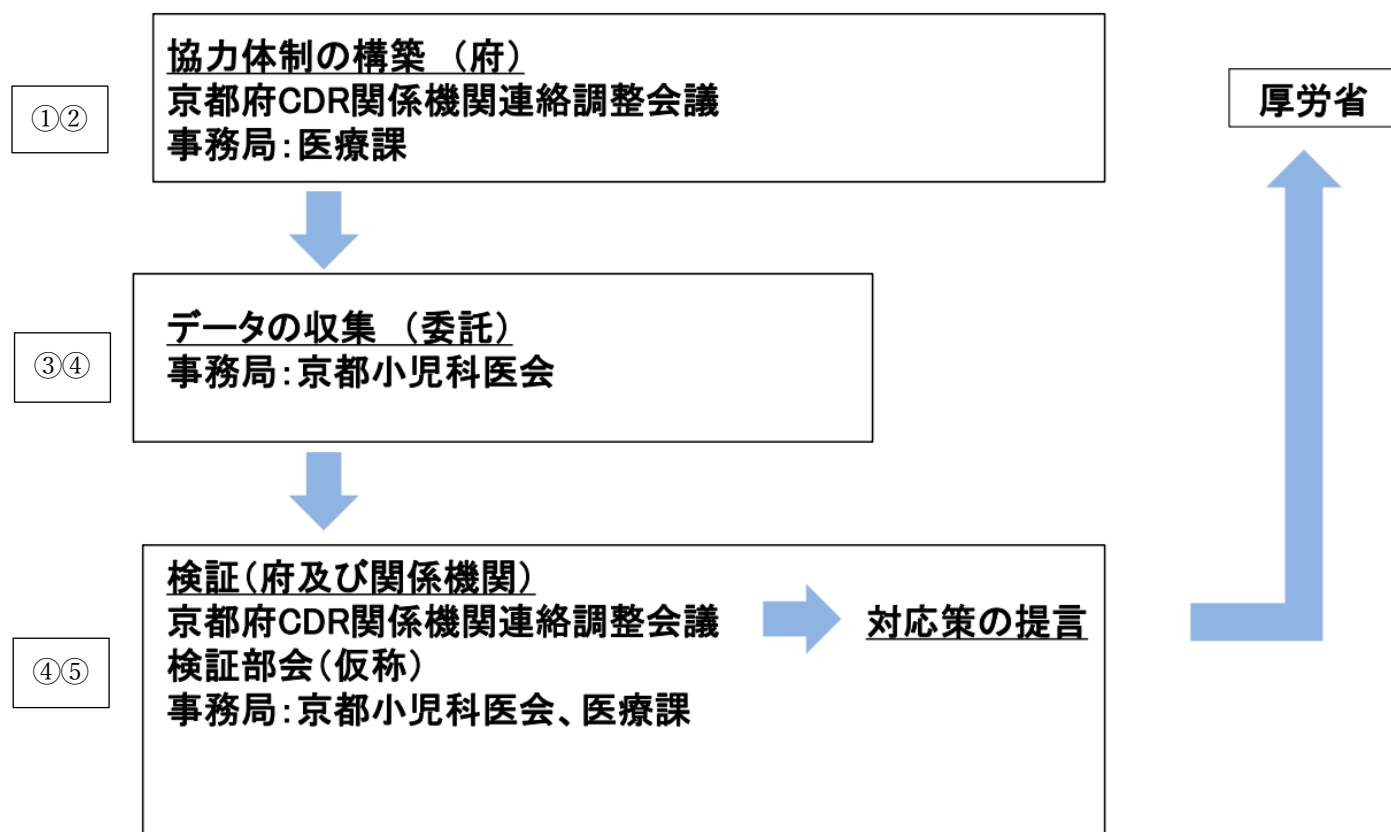
(2) 多機関検証委員会（個別検証）10 名

- 小児科医会
- 法医学者
- 小児科医
- 教育委員会
- 児童福祉センター
- 家庭支援総合センター

(3) CDR 事務局

- 府小児科医会医師 1 名

4. 体制図



※事業実績報告書より一部抜粋・改編

- ① CDR モデル事業の実施に係る協力依頼 ・医療機関のほか、法医、教育、児相、警察 ・京都小児科医会が運用している、京都小児重症患者診療情報システムを活用（昨年度 19 病院が登録中、今回のモデル事業を機に参加病院を増やす予定）。
- ② 死亡小票：全数把握のための基礎データ収集。
- ③ ①と②をもとに、死因を多角的に検証するために必要なデータを収集 ・必要に応じて各機関への聴き取り（当初照会先以外も含む）。
- ④ 医療・・・予防不可能な事例は除外
その他・・・全事例を対象
- ⑤ 効果的な予防策などの取りまとめ

5. 活動内容詳細

(1) CDR モデル事業の実施に関連した基盤

- 2013 年～2015 年に京都府周産期事例検討会（京都産婦人科医会、京都小児科医会、京都府医師会、京都府健康福祉部、京都府周産期医療協議会で構成）において周産期死亡調査を実施。その目的は京都府内の周産期死亡の全容を把握するとともに、周産期死亡症例の多角的なケースレビューを通して、臨床経過、システム運用状況の情報を収集し、予防可能な周産期死亡の低減に寄与することをであった。結果を新生児死亡や死産について、産科診療所や周産期母子医療センター等で取り組む内容を報告書として取りまとめた。
- そのような経緯もあり、死因究明や予防可能な死亡を減らす目的でのモデル事業には前向きな環境があった。
- また、死亡情報の収集にあたり、既存の京都小児重症者情報登録システムを活用した。

(2) 個人情報の取り扱いについて

- モデル事業の開始に先立ち、府法務担当と相談し、調査票の収集は個人情報の収集には該当しない、と整理。
- 京都府関連の部署においては、モデル事業の趣旨を説明し、理解を得られるように努めた。
- 検証会議の開催要綱に守秘義務を掛けた。

(3) 関係者の巻き込みとその工夫

- 府から病院へ情報提供依頼文書を送付後、提出がなかった病院には対しては、委託先から（人的ネットワークも活用して）情報提供の依頼を個別に調整した。
- 委託先が運営している京都小児重症者情報登録システムにより、システム参加病院に依頼した。
- 委託先からモデル事業に必要な関係機関を提案いただき、府から関係機関へ説明・協力依頼を行った。
- 実際に足を運び、説明・協力依頼を行った法医学教室もあった。

(4) 死亡小票利用の有無とその取扱いについて

- 死亡小票（の転写書類）を活用することで、統計法に基づく網羅的な集計ができると考えたため、目的外利用申請を行った。

(5) 検証の進め方（スクリーニング、多機関検証委員会（個別検証・概観検証））

- スクリーニングは京都小児科医会の医師 3 名において実施（府職員 2 名立ち会い）。
- 個別検証を実施したが、関係機関からの情報が不足していたため、検証シミュレーションに留めた。概観検証は実施できなかった

(6) 政策提言への流れ

- CDR 関係機関連絡調整会議にて、提言の取りまとめを検討、未実施。

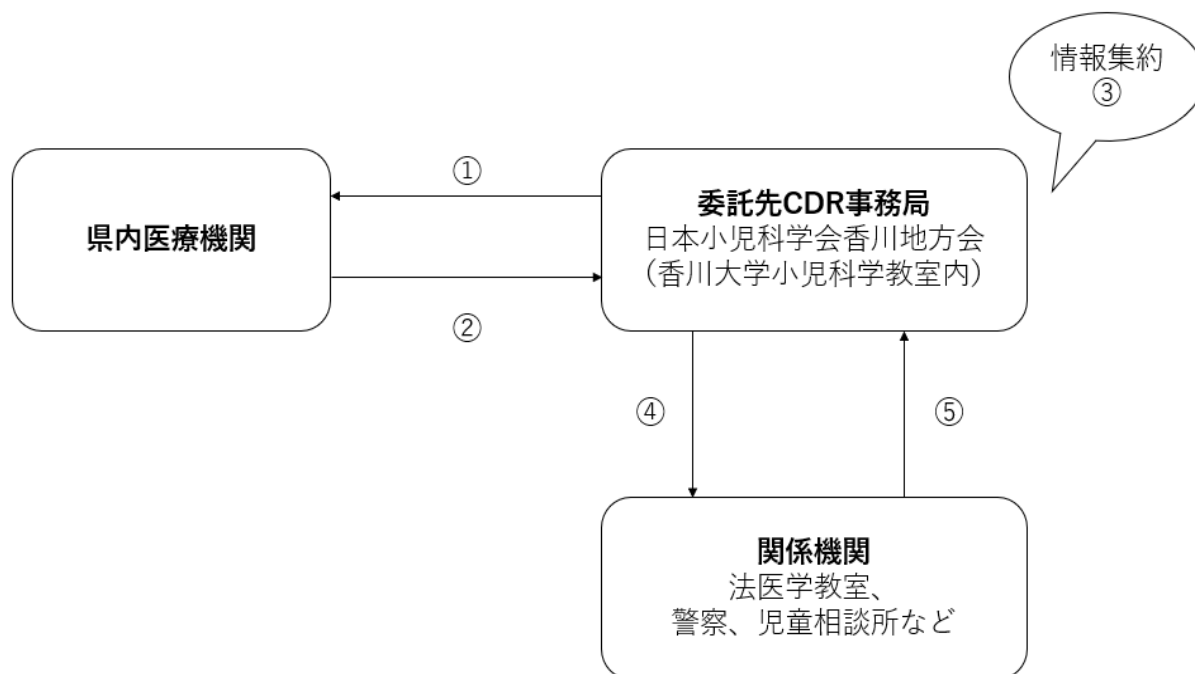
(7) その他

- 政令指定都市を抱える唯一のモデル府県であるため、人口も多く、関係機関の巻き込みにも時間を要した。
- 当該課がコロナ対応部署でもあり、円滑な事業実施には困難を極めた。

事例6：香川県

1. 情報管理・利用について

香川県における死亡情報の収集及び管理については、以下の図のような流れとなる。



※事業実績報告書をもとに研究班で作成

【死亡調査票の収集】

- ① 死亡調査票の提出依頼
- ② 郵送により死亡調査票の提出
- ③ 委託先事務局で事例リスト作成、情報集約
- ④ 関係機関に情報提供依頼
- ⑤ 都度情報提供

2. 活動スケジュール

	2020年												2021年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
実施体制及び協力体制の構築															
事務局体制（事業立ち上げメンバーの決定）	○														
個人情報保護に関する協議			○							○					
事業委託先の検討・選定			○								○				
CDR 関係機関連絡調整会議									○					○	
打ち合わせ会		○	○					○			○				
実施要項など文書作成			○							○	○				
情報の収集・管理等															
死亡小票事前審査開始・承認															
小児死亡症例台帳作成開始							○								
死亡調査票収集開始							○								
個人情報審査会準備・開催・承認															
情報管理における具体的な対応												○			
検証、対応策の提言															
検証症例の選定										○					
個別検証										○				○	
概観検証											○			○	
提言を目的とする会議体の設置															
提言取りまとめ・提出														○	

※事業実績報告書より一部抜粋・改編

3. モデル事業関係者一覧

(1) CDR 関係機関連絡調整会議 6 名

- 健康福祉部子ども政策推進局長（会長）
- 香川県医師会副会長
- 日本小児科学会香川地方会会長
- 危機管理総局危機管理課長
- 子ども女性相談センター所長
- 警察本部生活安全部人身安全対策課長

(2) 多機関検証委員会（個別検証・概観検証） 約 33 名（うち委員 26 名）

- 医療関係
 - ・ 従事者：法医学、衛生学、小児科、救急科、児童精神科
 - ・ 関係団体：医師会、小児科医会、看護協会、助産師協会、ソーシャルワーカー協会
- 警察・検察など
- 消防
- 行政（児童相談所、県庁危機管理総局、県庁健康福祉部子ども政策推進局）
- オブザーバー：厚労科研代表、法学者など

(3) スクリーニング会議 3-4 名

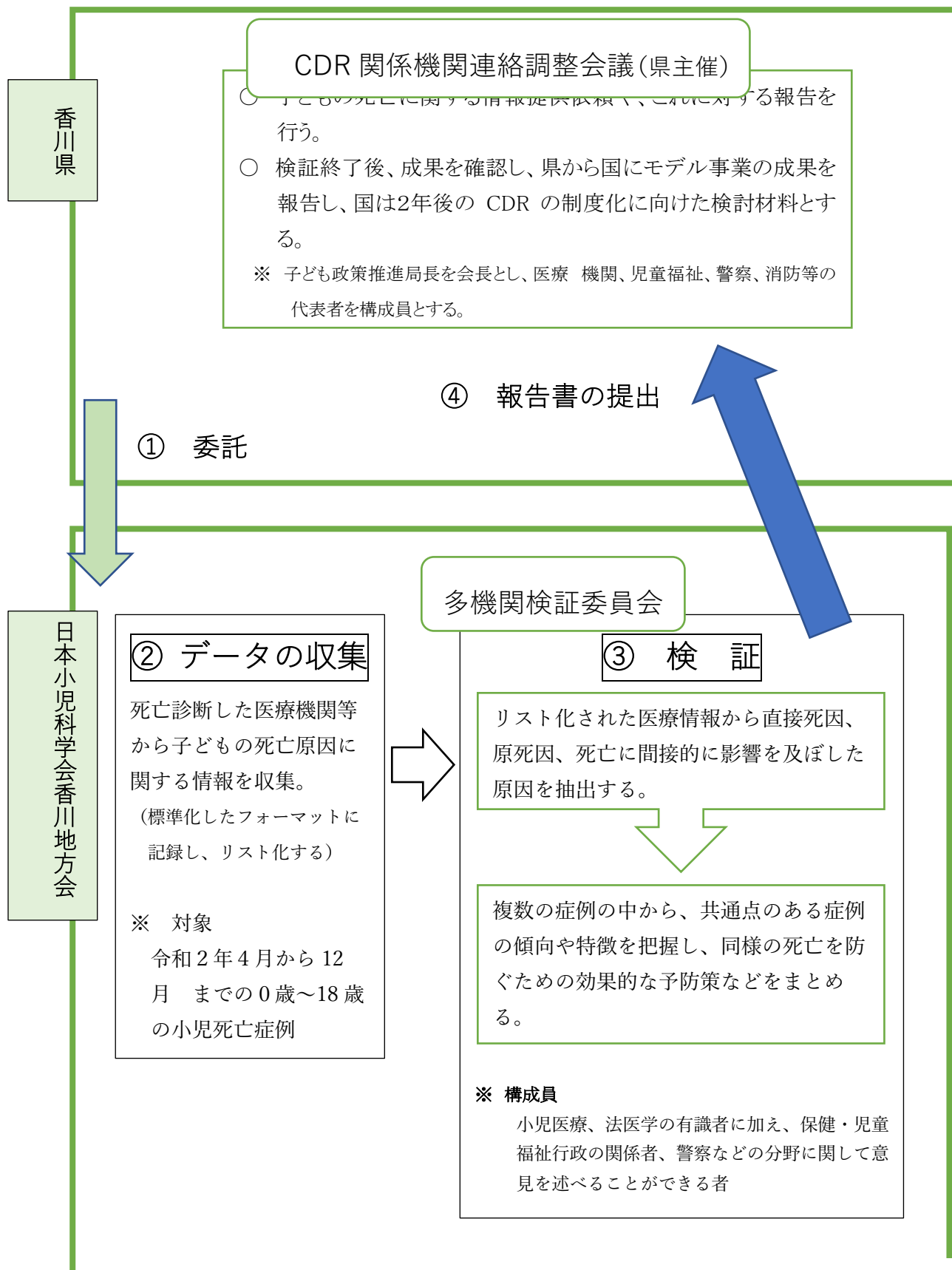
- 医療機関（小児科医、ソーシャルワーカー）

(4) CDR 事務局

- 県庁健康福祉部子ども政策推進局子ども家庭課（兼任）
- 委託先（小児科医、兼任）

4. 体制図

香川県予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業の流れ（イメージ）



5. 活動内容詳細

(1) CDR モデル事業の実施に関連した基盤

- 日本小児科学会香川地方会が、「かがわ県子どもの死亡登録検証委員会」を立ち上げ、子どもの死亡に関する情報を集積するとともに、平成 30 年 12 月、令和元年 7 月・12 月に会議を開催し、予防のための子どもの死亡検証を行うなど、積極的に取り組んできた。
- そのため、CDR に関心の高い関係者が多い環境にあった。

(2) 個人情報の取り扱いについて

- モデル事業においては、個人情報の取扱いが非常に重要であり、第 1 回 C D R 関係機関連絡調整会議で、「情報の取扱いの仕方を改めて確認する必要があり、情報を管理する場所なども含めて明確にするべきである」との指摘があったことから、個人情報取扱規程を策定した。
- CDR 関係機関連絡調整会議や多機関検証委員会において、プレスリリースを行った。

(3) 関係者の巻き込みとその工夫

- 地方会が、予防のための子どもの死亡検証に積極的に取り組んできたことから、同会に業務の一部を委託したため、組織体制の構築の過程を一部省略できた。また、新たに協力を依頼する機関以外には改めて事業周知をする必要がなかった。
- CDR 関係機関連絡調整会議については、その設置に当たり、各委員に説明し協力を依頼した。

(4) 死亡小票利用の有無とその取扱いについて

- 死亡小票は利用しなかった。その理由としては、中核市の協力を得ることが容易ではないことが挙げられる。

(5) 検証の進め方（スクリーニング、多機関検証委員会（個別検証・概観検証））

① スクリーニング

医療機関にて、収集した情報の中で個別の検証を行うべき事例を選定した。

② 個別検証

多角的な検証が必要な事例を選定し、多機関や専門家の参画のもとに、個別検証を実施した。

③ 概観検証

期間内に収集した死亡事例の傾向や特徴を見出し、地域での子どもの安全上の問題点及び今後の改善点や対応策の検討を行った。

- 個別検証と概観検証は同時に開催した。

(6) 政策提言への流れ

- 個別検証・概観検証の結果を受けて、事例選定し、予防策(案)をまとめた。
- CDR 関係機関連絡調整会議で報告した。

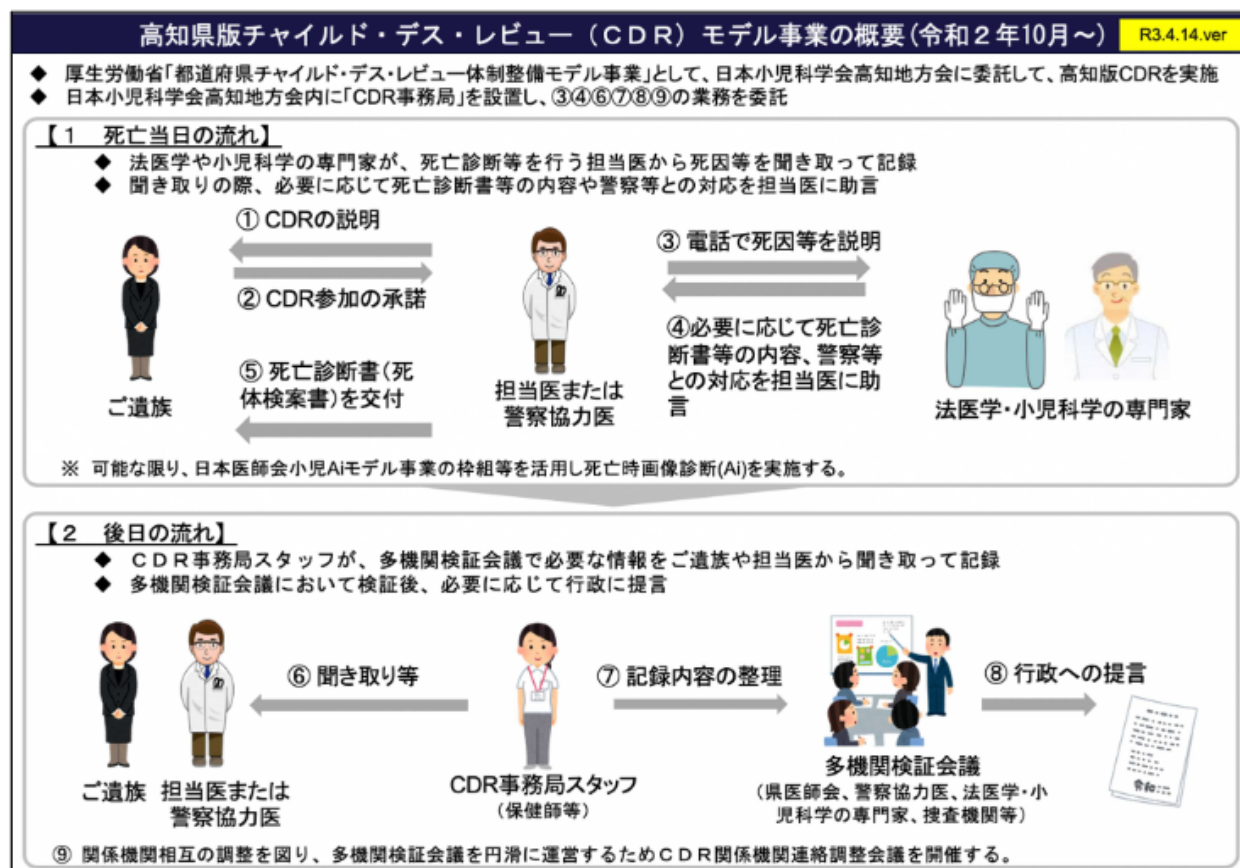
(7) その他

- 行政事業として医療機関情報を収集する枠組みを模索したが、その方法に同意が得られない医療機関もあった。既存の医学系研究の枠組みを用いて委託先で匿名化された情報を同時に収集する方法で、全例把握に努めることを検討中。

事例7：高知県

1. 情報管理・利用について

高知県における死亡情報の収集及び管理については、以下の体制図に沿った形となる。



※高知県 CDR モデル事業の概要

事業実績報告書より一部抜粋

- ご遺族の承諾がありかつ主治医から連絡があったすべての事例について、法医学の専門家が、死亡調査票基本票を作成。
- 追加票（医療機関外情報）は作成せず。
- CDR 調査員が必要に応じて家庭訪問などをし、ご遺族のグリーフケアをするとともに、死亡状況を聞き取る。
- CDR 調査員は、法医学の専門家が主治医から聞き取った調査票の情報、CDR 調査員が把握した情報を台帳入力。（死亡小票に関して：県健康対策課員が各保健所執務内で複写した死亡小票の複写書類をデータ入力し台帳を作成予定だが、今年度はモデル事業実施期間との重複なし。）
- 台帳はセキュリティーの保たれた部屋で独立した PC に保存。

2. 活動スケジュール

		2020年									2021年		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
実施体制及び協力体制の構築													
事務局体制（事業立ち上げメンバーの決定）								○	○	○	○	○	○
個人情報保護に関する協議						○							
事業委託先の選定							○						
CDR 関係機関連絡調整会議							○						
打ち合わせ会							○	○	○	○	○	○	○
実施要項など文書作成							○						
情報の収集・管理等													
死亡小票事前審査開始・承認							○						
小児死亡症例台帳作成開始								○	○	○	○	○	○
死亡調査票収集開始								○	○	○	○	○	○
個人情報審査会準備・開催・承認													
情報管理における具体的な対応								○	○	○	○	○	○
検証、対応策の提言													
検証症例の選定												○	○
個別検証（初回）													○
概観検証（初回）													○
提言を目的とする会議体の設置													○
提言取りまとめ・提出													○

※事業実績報告書より一部抜粋・改編

3. モデル事業関係者一覧

(1) CDR 関係機関連絡調整会議

- 大学教授（小児科、法医学）、県内主要病院の小児科部長、県医師会役員から構成
- オブザーバーとして県健康対策課長、県警検視官室長、地検検事

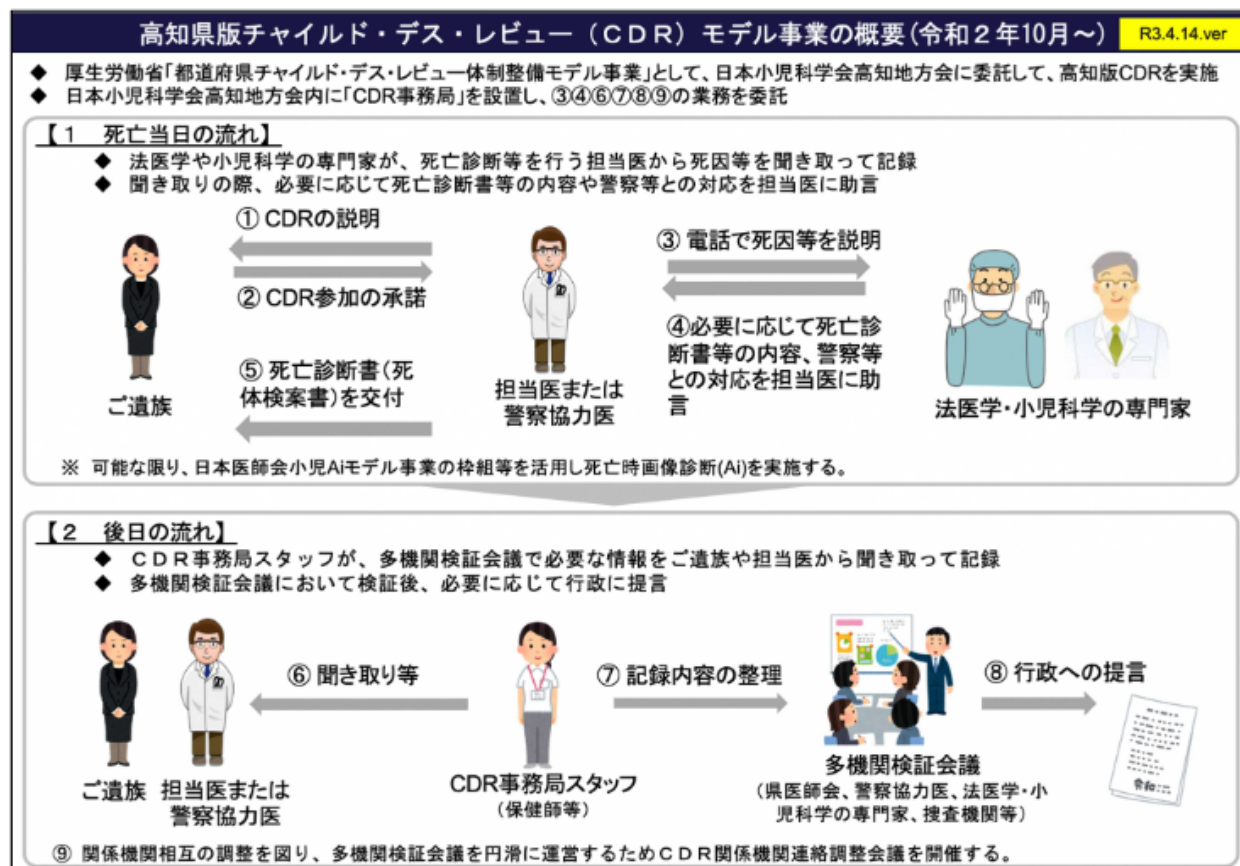
(2) 多機関検証委員会（個別検証・概観検証） 10 名

- 医療機関
- 消防
- 児童相談所
- 警察など

(3) CDR 事務局

- CDR 調査員（専任（保健師）1 名、兼務（医師）2 名）
- 事務局は高知大学小児科学教室内

4. 体制図



※再掲：高知県 CDR モデル事業の概要 事業実績報告書より一部抜粋

- ① 死亡診断書（死体検案書）を交付する医師が CDR の意義をご遺族に説明。
- ② ご遺族より事業協力の承諾を文書で取得。可能な限り死亡時画像診断を実施し、死因情報を把握。
- ③ 死亡診断書（死体検案書）を交付する医師が、火葬前に法医学の専門家に電話連絡（24時間体制）。
- ④ 法医学の専門家が死亡診断書等の記載方法や警察への届け出などについてアドバイスをするとともに調査票を記載。
- ⑤ 死亡診断書（死体検案書）を交付。
- ⑥ CDR 調査員が必要に応じて家庭訪問などをし、ご遺族のグリーフケアをするとともに、死亡状況を聞き取る。
- ⑦ CDR 調査員は、県健康対策課員が各保健所執務内で複写した死亡小票の複写書類をデータ入力し台帳を作成。台帳はセキュリティーの保たれた部屋で独立した PC に保存。法医学の専門家が主治医から聞き取った調査票の情報、CDR 調査員が把握した情報、人口動態調査をまとめ、多機関検証会議で検証しとりまとめる。
- ⑧ とりまとめ内容については、県健康対策課に提出。

5. 活動内容詳細

(1) CDR モデル事業の実施に関連した基盤

- 県健康対策課内に周産期・母子保健推進室が設置されており、高知版ネウボラを推進。
- 母子保健に加え、死因究明にも関心の高い関係者の多い環境であった。

(2) 個人情報の取り扱いについて

- モデル事業開始に先立ち、県法務担当と相談したところ、県個人情報審議会（審査会）は不要とのことであった。なお、まだ CDR が法制化されていないこともあり、ご遺族からモデル事業への協力にかかる承諾書を得ることとした。
- 県庁担当課長が関係機関を訪問し、モデル事業の目的や趣旨を説明して回った（2 週間程度）。
- NHK やメディアファックスにおいて、高知県 CDR についての報道がなされた。
- 県庁 HP に、モデル事業の概要が掲載されている。

(3) 関係者の巻き込みとその工夫

- 県から県内全ての病院、診療所に高知版 CDR について通知した。
- 関連病院小児科部長会などでも説明。

(4) 死亡小票利用の有無とその取扱いについて

- 死亡小票は過去 3 年分（平成 29 年 6 月 1 日から令和 2 年 5 月 31 日まで）を入手し、県内小児死亡の傾向を把握することとした。
- 次年度以降は、死亡小票と死亡調査票の突合を検討している。

(5) 検証の進め方（スクリーニング、多機関検証委員会（個別検証・概観検証））

- 検証会議は完全非公開とし、警察等からも捜査が行われていない事例について情報を得た。
- スクリーニング、多機関検証委員会（個別検証・概観検証）いずれも、同日開催された。

(6) 政策提言への流れ

- 検証会議でとりまとめられた提言を委託事業の成果物と位置づけ、県健康対策課で受理、後日成果物を公表予定。

(7) その他

- 可能な限り、日本医師会小児 Ai モデル事業の枠組みを活用し、死亡児画像診断（Ai）を実施。

- ①死亡当日に主治医が法医学の専門家に電話で概要を説明すること、②CDR 調査員（保健師）を配置し、必要に応じて家庭訪問などを行うことが高知県 CDR の特徴であり、国において CDR の制度化を検討する際の参考とできるよう実証的なモデル事業を行った。

令和2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

地域自治体事業として実施する Child Death Review(CDR)
地方公共団体が主体になって実施する
予防のための子どもの死亡検証制度確立へ向けての研究

研究分担者	小保内俊雅	(公財)東京都保健医療公社 多摩北部医療センター小児科部長
研究協力者	犬飼 岳史	山梨大学医学部小児科学教室 教授
	安達 登	山梨大学医学部法医学教室 教授
	細矢 光亮	福島県立医科大学小児科学教室 教授
	黒田 直人	福島県立医科大学法医学教室 教授
	太田 邦雄	金沢大学医学部小児科学教室 准教授
	塚 正彦	金沢大学医学部法医学教室 教室
	種市 尋宙	富山大学医学部小児科学教室 講師

研究要旨：成育基本法が成立後、Child Death Review 実施準備が進められている。各地域の実情に合った制度設計を行うための課題や、それらを越えた共通の問題点などを概観する目的で、情報を収集し、情報提供を行った。

はじめに

成育基本法が2018年に成立し、予防のための子どもの死亡検証制度(Child Death Review: CDR)の模索が始まった。同法には「国及び地方公共団体は、成育過程にある者が死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報に関し、その収集、管理、活用等に関する体制の整備、データベースの整備その他の必要な施策を講ずるものとする」と、子どもの死亡に関する情報収集・管理、活用に係る体制整備を国と地方自治体を実施することが明記された。その後2020年度には、厚生労働省モデル事業として7府県でパイロット的にCDRが実施された。モデル事業では、それぞれの地域の特性を背景に様々な方法がとられている。

A. 研究目的

本研分科会の担当課題は、日本のひな型になりえる地域を選定し、地域ごとのスタイルを確立することである。地域ごとのそれぞれの背景や環境因子があるため、均一な方法で進めることは困難である。そこで、それぞれの地域特性を反映させたCDRを実装し、同様の背景や要因を持つ地域のモデルを提案することを目的に、地域ごとに実装に向けた過程や工夫を、共有可能な形態として提

示する。

B. 研究方法

既に昨年の報告書でも述べたが、研究の根幹を明確化するために再度記載する。

地域選定：人口、行政区の面積、地政学的特性を背景に以下の7都県を選定した。

北海道：広域の対象範囲を擁し、人口が分散している。都市部と僻地が混在し、環境的にも都市部、山間部および海浜地区が混在している。医科大学が3校あり医療的にも分割されている地域。

福島県：人口及び行政範囲が日本のほぼ平均で、かつ環境的にも都市部、山間部および海浜地区を含む。さらに医科大学が基本的に1校で、県内医療圏全域をカバーしている。

東京都：大都市の典型である。19歳以下死亡が年間450症例程度ある。医科大学が13校あり、その他に小児入院病床を有する病院も多数存在する。さらに、特別区と市部では保健所および児童相談所設置などの行政事業も異なるなど、複雑な背景を持つ地域

山梨県：人口及び行政面積的に日本平均以下であり、かつ、ほとんどが山間部と環境的にも均一な地域。

北陸3県：北陸3県は人口や行政面積、さらに環境的にもほぼ同様であり、医療的には連携が強い地域。行政区分が異なれば事業での連携は困難ではあるが、CDR実施での専門家委員の兼任など、相互連携で実施可能性を検討するための地域。

各地域の医療的検証の中心となる大学小児科学教室と法医学教室から、代表者を推薦してもらい。研究協力者として、各地域でのCDR実施への課題や解決法に関して調査研究を進めた。地域には進め方に制約はかけず、地域の実情に即した進め方を模索した。

本研究の倫理審査は、各研究実施で受けている。また、本研究は各地域の進捗状況を、それぞれの地域背景を踏まえて、総括的に検討したものであり、敢えて倫理審査の対象とは考えていない。

C. 研究結果

詳細な結果は各地域の研究協力者からの報告を参照されたい。

2019年度は各地域ともに、医師会との連携や行政への働きかけなど様々なアプローチを試みた。しかし、2020年度は年度初めからコロナの流行に伴い、会議開催が制限された。担当窓口になる行政がコロナ対応で忙殺されているなど、コロナ蔓延が研究推進に大きな足かせになってしまった。その中でも、山梨県が2020年モデル事業に参加して、最終目標である行政へ提言を提出するまで進めることができた。山梨県は県知事が事業の意義と重要性を理解して、事業推進に大きく貢献したことが背景にはあるが、関係諸機関への周知と徹底が効果的で、円滑に事業が進んだと思われる。

北海道は3大学と医師会の連携が構築されてから、事業推進へ道庁も含めた連絡会議が立ち上がった。2021年度内を目標に事業化を推進している。

福島県は2021年度に福島市を中心とした限定地域でのCDR実装を目標に、事業化推進を図っている。

上記以外の4地域の今年度の研究は、行政とのかかわりが十分に持てなかったことなどもあり、顕著な成果は挙げていない。しかし、2022年度の実相を目標に今年度の研究を進めるための、基礎的な調査を行っている。また、東京都は特別区として独立した行政単位があるため、世田谷区と協力して地域限定のパイロット実施を行うなど、大都市ならではの新たな試みも報告したい。

D. 考察

2018年に成立した成育基本法には、「国及び地方公共団体は、成育過程にある者が死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報に関し、その収集、管理、活用等に関する体制の整備、データベースの整備その他の必要な施策を講ずるものとする。」とされている。つまり、こどもの死亡が発生した場合、地方公共団体を中心に、死亡に関わる情報を収集し検証を行う。さらにそれによって危険因子を抽出する。また、予防策や安全対策を策定し、社会実装することが求められている。

死亡に関わる情報の端緒は死亡小票であり、この情報を得ることは容易ではない。さらに、それを基に教育機関や児童相談所などから必要な情報を収集する。これら高度な個人情報の収集は、行政機関が行わなくては実現しない。さらにそれらの保管や管理も、私的な団体が担えるものではない。医療情報も高度に保護されるべき個人情報が含まれており、医療機関からの収集が課題となった。山梨県で実施したCDRでは、山梨大学医学部と山梨県が守秘義務条項を設定した協定を締結し、医学部小児科が医療情報収集業務を担った。山梨大学医学部以外の医療機関からは、個人情報提供の形で収集した。県が収集した情報と医療情報が紐づけされた後、個人を特定可能な情報は抹消されて保管された。山梨県では医療体制が大学を中心に網羅的に体系化されており、これら情報収集に混乱は起きなかった。しかし、個人情報保護条例は各市町村が独自に制定しており、個人情報審査も個別に実施される。今回山梨県では甲府市の個人情報審査会の許諾が得られず、甲府市抜きで検証が実施された。山梨県での経験を踏まえ、複数の大学や中核病院が存在する地域での医療情報収集システムをどのようにデザインするか、次いで、各市区町村での個人情報審査を迅速かつ統一的に進めていくための対策の2点が今後の課題として明確化した。

今年度はコロナの蔓延に伴い、行政を筆頭に医療などCDR事業推進の核となる機関が麻痺状態に陥った。研究班も連絡会を開催することができず、相互に課題を共有し解決策を検討する機会が持てなかった。また、CDRを地域社会に啓発することを、研究班の主要課題として位置付けていた。啓発の対象は、教育機関や児童相談所などCDRに参加が想定されている者のみならず、一般市民にも個人情報収集への理解とCDRによって得られる効果を広めなくてはならない。今年度は計画していたすべての啓発事業が中止せざるを得なかった。終盤になり、北海道で参加が想定される機関に向けて、啓発DVDを作成して配布する計画が

実行された。2021 年度に DVD 配布の効果判定をすることとしているが、全く馴染みのない事柄をファシリテーターの存在しない e-learning の効果には疑問である。

本年度はコロナの状況で、事業推進の担い手である地方公共団体が新規事業を手掛ける余裕がなく、また、医療者も診療状況の激変に翻弄され研究に時間を割くことが困難であった。コロナでは小児への影響はごく限定的ではあるが、このような状況下ではより正確で詳細な疫学情報を収集し解析することが求められる。そのことを考慮に入れると、コロナの所為にするのではなく、コロナを起爆剤として制度構築を進めるヴィジョンを持つことも必要だったと思われる。

E. 結論

選定した各地域では、それぞれの実情に合った制度設計や実施準備が進められている。しかしながら、未経験のウイルス感染症の流行により、進捗は限定的であった。その中でも山梨県において、知事へ提言を提出するところまで進めることができたのは一定の成果と考えられる。山梨県は制度設計と適応の最小単位と見立てた地域であり、山梨県が先行したことは今後の事業化への道標として重要な成果と思われる。

広域地域を対象とする北海道、大都市である東京都などは、山梨モデルに準えた最小単位の設定とその組み合わせ方を研究課題とする必要性が明らかになった。また、福島県は福島市を中心に中通で先行実施し、それを浜通りと会津へ拡張する戦略を立てている。この独自の進め方も、他地域のモデルとなるようにその成果と問題点を来年度では明らかにしなくてはならない。

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

令和2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

地域自治体事業として実施する Child Death Review(CDR)
北海道における18歳以下の異状死体を含む小児死亡例の件数及び医療機関での
死亡時対応に関する研究

分担研究者 中右 弘一 旭川医科大学 大学病院 助教
研究協力者 清水 恵子 旭川医科大学 法医学講座 教授
佐々木 理 天使病院 小児科 科長

＜背景＞ 成育基本法の施行を受けて、国ではchild death review (CDR) の制度化を目指している。北海道での小児死亡症例数・異状死体数や各施設での異状死体への対応の現状を把握することが、今度「北海道 CDR」を実施するに当たり重要な事項の一つと考えられる。

＜目的＞ 北海道における18歳以下の小児死亡数と小児異状死体数、及び、道内の小児科診療施設における異状死体への対応について把握すること

＜方法＞ 2017年1月から2019年12月までの小児死亡症例数・異状死体数や各施設での異状死体への対応について、道内の三次救急・小児二次救急施設 51施設に調査票の筆記回答によるアンケートを行った。

＜結果＞ アンケート回収率は82.4%であった。医療機関で把握している18歳以下の死亡患者数は平均81例/年、異状死体数は24例/年であった。死亡例が多い施設ほど死後カンファレンスを行う傾向にあった。異状死体の警察への届出や死亡時画像検査の取決めがある施設は半数以下だった。異状死体への対応や剖検・死亡時画像検査の内容を正確に把握していない施設が多かった。

＜結語＞ 適切なCDRを行うためには、死亡症例発生時の対応や情報収集・剖検や死亡時画像検査に対する施設間の差を埋めるため、全道的に異状死体取扱い基準策定の必要性が示唆された。

A. 研究目的

北海道における18歳以下の小児死亡数と小児異状死体数、及び、道内の小児科診療施設における小児死亡症例・異状死体への対応について把握すること。

B. 研究方法

道内の三次救急、小児二次救急施設において小児死亡に携わっている医師・スタッフを対象に、18歳以下の死亡状況・死亡例・異状死体の取り扱いについて、調査票による筆記回答を用いてアンケートを行った。

(倫理面への配慮)

本研究は天使病院倫理委員会で承認されている(承認日 2020年8月13日 承認番号 126)。ヒトを対象とした研究ではないため、アンケートを依頼した施設での倫理委員会の審査を必要

としないと判断した。

C. 研究結果

道内の三次救急施設・小児二次救急施設に指定されている51施設にアンケートを郵送し、42施設から回答を得た。アンケート回収率は82.4%であった。

＜死亡症例発生時の対応＞

院内の死亡時カンファレンスは、必ず行っているのが5施設(18%)、症例によって行っているのが18施設(67%)、全く行っていないのが4施設(15%)だった。院外を含む多職種での症例検討は、必ず行っているのが1施設(4%)、症例により行っているのが11施設(41%)、全く行っていないのが15施設(55%)だった。死後に改めての家族説明は、必ず行っているのが5施設(18%)、症例によって行っているのが18施設(67%)、全く行

っていないのが4施設(15%)だった。家族ヘグリーフカードを配布しているのは、必ず行っている施設はなく、症例によって行っているのが2施設(7%)、全く行っていないのが25施設(93%)だった。死亡症例を多く扱っている施設のほうが、死後カンファレンスを積極的に行う傾向にあった($p=0.09$)。

<異状死体への対応>

18歳未満の異状死体が発生した場合の、警察への届け出は、必ず行っているのが31施設(86%)、場合によって届けているのが5施設(14%)、全く届けていない施設はなかった。異状死体の警察への通報に関する院内取り決めは、あるのが20施設(55%)、ないのが11施設(31%)、わからないと回答したのが5施設(14%)だった。異状死体の死亡時画像検査に関するマニュアルや取り決めは、あるのが16施設(45%)、ないのが16施設(44%)、わからないと回答したのが4施設(11%)だった。異状死体の死亡時画像検査は、必ず行っているのが8施設(22%)、症例によって行っているのが27施設(75%)、全く行っていないのが1施設(3%)だった。異状死体の死亡時画像検査のコストは、施設で負担しているのが25施設(71%)、保険請求しているのが7施設(20%)、家族や警察などに請求しているのが10施設(29%) (複数回答可)だった。症例が少ないためか、行っていない／わからないと回答する施設が多く見られた。異状死体の死亡時画像検査は死亡確認後は保険請求できないため、回答者が正確に把握していない可能性が考えられた。

<異状死体の剖検について>

剖検実施施設を、全例把握しているのが6施設(18%)、一部把握しているのが14施設(41%)、把握していないのが14施設(41%)だった。剖検結果について、必ず報告を受けているのが5施設(15%)、報告を受ける場合があるのが9施設(27%)、まったく報告を受けていないのが19施設(58%)だった。剖検結果の報告は、警察から文書・電話などで受けているのが7施設、必要時に施設側から問い合わせるのが1施設、病理医の剖検時は臨床病理検討会で報告を受けているのが1施設だった。

D. 考察

本研究で、2つの問題点が明らかになった。

一つは、医療施設への任意調査で把握できる死亡例・異状死体件数と、行政で纏められる件数に乖離があることである。原因として、アンケートに参加しなかった施設での死亡症例、開業産院で

発生した死産などアンケート対象外施設での死亡症例、病院が関与せず警察のみで対応される不搬送症例、北海道民が道外で死亡した場合、などが考えられた。CDRは悉皆登録が原則であり、行政(保健所)の死亡小票による死亡例の抽出が必須と考えられる。

二つ目は、死亡時対応が施設間で大きく異なり、異状死体の取扱いに関する取り決めがないあるいは理解が不十分な施設が多いことである。小児は成人に比べて剖検を行う割合が低い、それは、家族の要望も一因ではあるが、死亡時対応に不慣れで剖検の流れを家族に十分に説明できないことが医療的には重要な要因と考えられる。CDRを行うためには正確な死因究明が必要であり、施設ごとに病理解剖、警察による司法解剖、死亡時画像検査の流れを十分に把握して、家族へ説明を行う必要がある。そのためには、異状死体取扱い基準を策定し、全道の医療施設に広めるべきである。

E. 結論

北海道に於いて適切なCDRを行うためには、行政が主体となり死亡症例の悉皆登録を行うことが必要である。死亡症例発生時の対応や情報収集・剖検やAIに対する施設間の差が大きいため、全道的な異状死体取扱い基準策定の必要性が示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表(投稿準備中)

2. 学会発表

佐々木理、石倉亜矢子、清水恵子、小保内俊雅.
北海道で予防のためのこどもの死亡検証制度
Child Death Review (CDR) を行うために必要なことは? . 日本小児科学会北海道地方会第310回例会; 2021. 2. 14, 北海道(オンライン)

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

令和 2 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

地域自治体事業として実施する Child Death Review(CDR)
福島県における 18 歳以下の死亡状況に関する調査

研究分担者 細矢 光亮 福島県立医科大学小児科学講座 教授
研究協力者 黒田 直人 福島県立医科大学法医学講座 教授
前田 亮 福島県立医科大学小児科学講座 助教

福島県は厚労省の CDR モデル事業に応募し、本研究班と協力して、自治体が主導する持続性のある CDR システム構築の準備を進めている。そこで、令和 2 年度は、福島県内の各医療施設に対しアンケート調査を行い、県内における 18 歳以下の死亡症例と異状死体の件数を明らかにした。

A. 研究目的

成育基本法、死因究明等推進基本法が成立し、予防のための子どもの死亡検証 (Child Death Review;CDR) が始まることとなった。そこで我々は、平成 31 年度健やか次世代育成総合研究事業「わが国の至適な CDR 制度を確立するための研究」厚生労働科学研究班において、CDR システムを構築するための基礎資料として、福島県内の病院における 18 歳以下の死亡および異状死体と、それへの対応状況について明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

調査対象施設：18 歳以下の死亡を扱っている福島県内の全医療施設。

調査内容：2017 年 1 月 1 日から 2019 年 12 月 31 日迄に県内各医療施設で取り扱った 18 歳以下の死亡症例および異状死体とそれに対する対応状況について。

調査方法：各医療施設へ紙調査票を郵送し、筆記回答したものを回収し集計した。

(倫理面への配慮)

個人情報は一切収集しない。このため、福島県立医科大学倫理審査委員会では倫理審査不要と判断された。

C. 研究結果

福島県では 18 歳以下の死亡が年間約 80 例発

生しているが、調査対象施設全体では年間約 50 例の対応があり、そのほとんどが病死であった。異状死体の対応件数は年間約 9 例であり、福島県立医科大学附属病院といわき市の 1 施設での対応が多く、県内での対応件数の差が明らかとなった。

また死亡時カンファを必ず行っていると回答した施設が 2 施設、費用負担の影響もあり Ai を必ず行っていると回答した施設は 4 施設とそれぞれ少なく、死亡症例について十分な検討と原因精査を行えている訳ではないことが判明した。

施設 (3%) だった。異状死体の死亡時画像検査のコストは、施設で負担しているのが 25 施設 (71%)、保険請求しているのが 7 施設 (20%)、家族や警察などに請求しているのが 10 施設 (29%) (複数回答可) だった。症例が少ないためか、行っていない／わからないと回答する施設が多く見られた。異状死体の死亡時画像検査は死亡確認後は保険請求できないため、回答者が正確に把握していない可能性が考えられた。

D. 考察

福島県内の病院における 18 歳以下の死亡と異状死体数が明らかになった。

死亡症例の対応等に施設間で差があり、次年度にすべての医療機関の協力を得て CDR システムの構築を行うことは困難と判断した。異状死体の対応件数の多い 2 地域を県内のモデル地区として選定し、当該地域の医療者の協力を得て個別検証と CDR 事業を行っていく予定である。

E. 結論

福島県内の各医療施設で取り扱った18歳以下の死亡症例と異状死体の件数が明らかになった。今後十分な死亡検証を行えるよう、福島県内のCDRシステムを構築していきたい。

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

令和2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

地域自治体事業として実施する Child Death Review(CDR)
東京都を実施主体として CDR を実施するための現状分析

研究分担者 小保内俊雅 (公財) 東京都保健医療公社 多摩北部医療センター小児科部長
研究協力者 寺町 東子 東京希望法律事務所 弁護士
内田 佳子 国立成育医療研究センター 医員
小川 優一 東京都立小児総合医療センター 医員

東京都は人口集中地域であり、19歳以下死亡者数も年間450例程度が確認されている。悉皆検証が基本ではあるが、念入りに個別検証を行う必要がある症例は、死亡分類で18300～20000に分類される外因死症例が主となる。これらも200例前後と高い値を示している。これらの症例情報を効率的に収集し、効果的な検証を実施するためのシステムを検討した。想定したシステムにはそれぞれに利点と欠点があり、さらなる検討の必要性が明らかになった。

はじめに

東京は現在 CDR 実施に向けての準備が全くなされていない。さらに、新型コロナの蔓延に伴い、医療機関も行政も新規事業に取り組む余裕がないのが現状である。しかしながら、成育基本法で子どもの死亡に関する情報収集・管理、活用に係る体制整備が定められている以上は、東京でも実施しなくてはならない。東京都は各特別行政区が独自に児童相談所開設準備を進めている。また、保健所も各特別行政区が所轄している。一方多摩地区は、保健所も児童相談所も東京都の管轄である。このように死亡情報や周辺情報を提供する機関が同じ東京ではあるが異なる行政体系で管理がなされている。また、医療情報提供の中心となる12校の医科系大学が都区部に集中する一方、多摩地域では1校のみである。このような日本全国的にみても特殊な背景を持つ東京で CDR を実施することができたら、他の大都市を擁する地方自治体のモデルとなるとと思われる。

なお、本報告では地名は「東京」と表記し、地方自治体を表すには「東京都」と表記してある。

A. 研究目的

死亡症例に関する情報収集及び検証を効果的及び効率的に実施するためのシステムを構築するために、CDRを実施した際の仕事を明らかにする目的で、東京都福祉保健局が公開している人口動態統計を用いて、2015年から2018年までの

19歳以下死亡数と地域別死亡状況、さらには死因別死亡状況を調査した。

B. 研究方法

東京都福祉保健局が公表している人口動態統計から、19歳以下の死亡数、死因別死亡数及び年齢5階級別死亡数、また、保健所別19歳以下死亡数および年齢5階級別死亡数を抽出した。調査期間は2015年から2018年までの4年間とした。さらに、医療情報収集を想定し行政単位によるシステムおよび東京都小児救命救急事業に伴う地域区分を実施単位としたシステムを想定し、仕事を推定した。

(倫理面への配慮)

公の公表されている統計結果を基に検討したため、倫理審査不要と判断する。

C. 研究結果

2015年から2018年までの、19歳以下の死亡数と年齢5階級毎の死亡数の年別の発生数を図1に示す。19歳以下死亡数が最も少ないのは2017年で422例であり、最も多かったのは2016年の454例であった。年齢5階級別にみると、調査期間中すべての年で0～4歳の階級が最も多かった。年次別にみると、最も少なかったのは2017年で246例であり、最も多かったのは2016年の286例であった。次いで多いのが15～19歳の階級で、2018年が105例で最も多く、2016年が90例と最も少

なかった。

検証は悉皆検証が原則ではあるが、中でも外因死や原因不詳および原因不明の死亡は、より集中的に個別検証を行う対象となる。これらは、人口動態統計では死因分類の 18200 から 20000 に分類されているが、これらの年次推移を図 2 に示す。これらに分類される死亡症例数で最も多かったのは 0～4 歳で、年度別では 2018 年の 72 例が最も多く、最小は 2016 年の 66 例であった。次いで多かったのは 15～19 歳で最も多かったのは 2018 年の 65 例で、最小は 2017 年の 50 例であった。5～9 歳と 10～14 歳の階級はほぼ同様の症例数で、10～20 例であった。死亡診断で多いのは、全年齢的には死因不明の診断に分類される診断が多く、続いて事故や自殺などの外因死であった。年齢階級別では 0～4 歳では原因不明に分類される診断が多く、15～19 歳では自殺を筆頭に不慮の事故に分類される診断が最も多かった。

次いで保健所別の死亡数を表 1 に提示する。死亡小票は保健所が収集しているため、死亡情報を漏れなく把握することが可能である。また、特別行政区では各区が保健所と児童相談所を所轄していることから、CDR に必要な情報収集が容易にできる可能性を考慮して 4 年間の死亡状況を調査した。また、表には東京都小児救命救急事業実施のための地域区分に基づいて、区西南ブロック・区北ブロック・区東ブロックと多摩ブロックに分別して掲載した。死亡数は住宅地域と商業地域では顕著な差を認めた。区西南ブロックの世田谷保健所や杉並保健所、区北ブロックでは足立保健所、葛飾保健所、板橋保健所および練馬保健所、区東ブロックでは江戸川保健所、墨田保健所および江東保健所などの住宅地域では、ばらつきはあるが 15～35 程度の死亡症例数を認めた。一方、オフィス街である中央保健所や千代田保健所、また商業地域である新宿保健所や渋谷保健所などは 10 名以下で推移している。

多摩地域の保健所は東京都管轄となっており、各市に設置されては居ない。これら保健所の死亡症例数の推移は管轄地域の人口を反映した差は認めるが、何れも住宅地であることから、概ね同様の傾向を示している。多摩府中保健所での死亡症例数が他より幾分多く認められ、30 前後で推移している、一方、最も少ないのが南多摩保健所であるが、7～22 例と年によって大きな幅が認められている。

東京都小児救命救急事業実施のための地域区分毎に集約した場合の死亡症例数の年次推移を図 3 に提示する。多摩ブロックが調査期間の全て

に渡ってもっとも死亡数が多く、130～160 の間で推移している。一方都区部では区東ブロックが全期間を通して最小の死亡数であり、65～85 の間で推移し、100 を越えることはなかった。区北ブロックと区西南ブロックは年次により順位に変動はあるが、概ね 90 から 120 の間で推移している。

保健所別死亡数の年次推移				
(年)	2015	2016	2017	2018
区西南ブロック (人)				
世田谷保健所	32	25	17	24
渋谷保健所	5	3	6	7
目黒保健所	7	8	6	8
太田保健所	15	26	24	25
杉並保健所	25	13	11	14
中野保健所	14	10	7	5
新宿保健所	8	15	6	7
品川保健所	9	18	12	12
区北ブロック (人)				
池袋保健所(豊島)	8	8	7	7
荒川保健所	3	4	9	4
足立保健所	18	27	23	27
葛飾保健所	15	16	16	13
北保健所	8	10	9	9
板橋保健所	20	17	21	18
練馬保健所	23	27	35	28
区東ブロック (人)				
江戸川保健所	32	22	26	18
台東区保健所	5	7	10	8
みなと保健所	6	11	4	7
千代田保健所	2	1	1	2
文京保健所	5	7	4	9
墨田保健所	17	7	10	6
江東保健所	16	12	21	12
中央保健所	3	4	5	5
多摩ブロック (人)				
多摩府中保健所	37	31	28	27
西多摩保健所	14	14	13	14
八王子保健所	25	17	22	24
町田保健所	11	18	13	12
島嶼保健所	2	0	0	3
南多摩保健所	7	17	7	22
多摩川保健所	19	27	26	28
多摩小平保健所	17	32	23	26

表 1. 保健所別死亡数の年次推移

東京都こども救命救急事業の地域割りに従って示した。

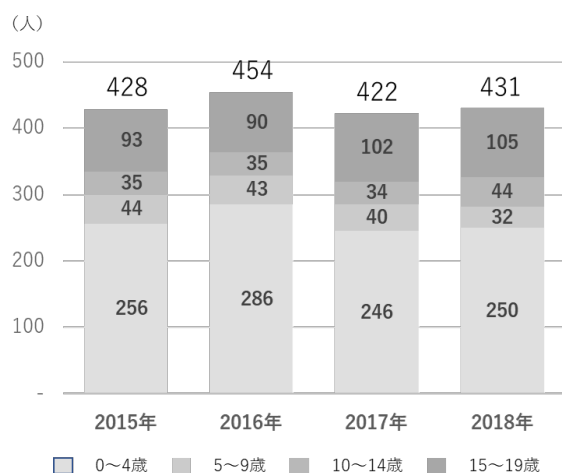


図 1. 東京都 19 歳以下の死亡数と 5 段階別死亡数

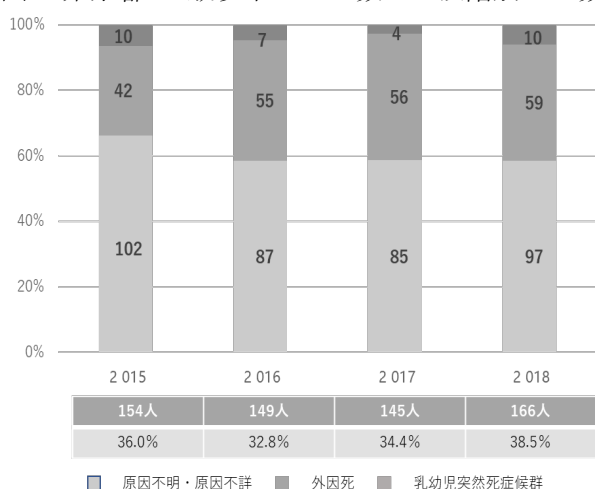


図 2. 東京都 19 歳以下の外因死・原因不明死の診断別割合と発生数の年次推移、また、死亡全体に占める割合。

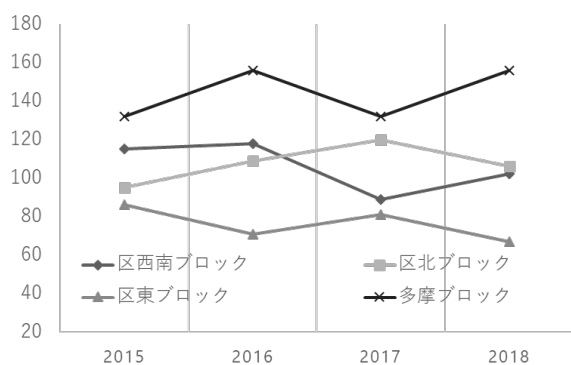


図 3. 東京都子ども救命救急事業地域ブロックごとの 19 歳以下死亡症例数の年次推移

D. 考察

今回の調査では人口動態統計を用いたため、4 歳以上は年齢 5 階級による死亡数表示であった。このため、CDR の対象年齢である 18 歳以下と若干ではあるが相違がある。このため、仕事量を多めに推定する可能性があるが、1 歳分であること

から大きな相違はないとして考えている。

東京では、毎年 450 名前後の死亡を認めている。死亡数は年別の変動はあるが、ここ 4 年間で明らかな減少傾向は認めていない。内訳で見ると、外因死が全体の 35～40%程度を占めている。特に、自殺は年々増加傾向を呈しており、低年齢化の傾向も認められている。外因死は内因性疾患に比較して予防可能性を抽出することができる死亡であり、これを減らすことが東京における子供の死亡抑制に必須であると思われる。このためにも、早急に CDR 制度を確立し、機能させることが必要である。

死亡情報を死亡小票として集約している保健所の管轄が特別行政区であり、さらに、特別行政区が児童相談所も所管するとなると、特別行政区単位で CDR を事業化することが一つの方策として考えられる。しかし、一方で医療情報の収集の観点からすると、死亡の危険性が高い症例が集中するこども救命センターを中心とする案も考えられる。これらの案を基に考察を展開する。

特別行政区に拠点を置いた場合、個々の行政区が取り扱う症例数は最大でも年間 30 症例程度である。さらに、異状死体として詳細な個別検証の対象となりうるのは、発生率を単純に掛け合わせてではあるが年間 12 例程度となる。これは、山梨県の症例数とほぼ匹敵しており、本年度の実施実績を参考にすると過剰な負担ではない仕事量であると思われる。しかし、特別行政区にかならずしも医療情報を収集可能な医療機関が存在しているとは限らない。今回の調査では、原因不明や原因不詳の死が少なからず存在することが明らかになった。山梨県で実施された検証では、死因に関する議論で検証が滞ってしまう症例が存在した。この議論では医療者以外の参加者が、議論に加わることができない状態が現出した。しかし、死因が不明確では予防方法の抽出は不可能であり、検証から導き出された結論は死因究明制度の充実であった。このような議論にならないためにも、症例情報収集時に死因究明の精度を精査することが有効で有益な CDR を実現するために必須である。この観点からすると、特別行政区に精度の高い医療情報の収集を可能にするシステムの構築が求められる。山梨県ではこの業務を山梨大学に委託する方法を採用している。この方法を採用するのであれば、東京都小児救命救急事業の拠点病院と契約をする方法が別の案として考えられる。

東京都子ども救命救急事業は、東京では小児、特に 1 歳から 4 歳までのこどもの死亡率が世界

的にも高い状況の改善を目的に、救急搬送時間の短縮と高度集中治療の提供を可能にするため、東京都内を 4 つの区域に分割しそれぞれの地域にこども救命センター病院を指定した。さらに、地域を 12 に細分化し、それぞれの地域に所謂 2 次救急医療施設を指定して、効率的な救急体制を構築した。この、こども救命センターに指定された病院では、死亡症例が集中的に発生する背景があるため医療情報の収集をこれらの機関に委託するのが、こども救命救急事業を基盤とした方法である。しかし、こども救命センターに指定された医療機関が医療情報以外を取り扱うことは困難であり、さらに個別検証実施主体になることは不可能と思われる。この観点から、それぞれの 4 つの地域に情報を集約して保管すること、さらに個別検証を実施し検証結果をまとめ、東京都が実施する概観検証に繋ぐための機関を新設置する必要がある。また、収集された医療情報を検証し、死因究明の精度を精査するには法医病理学に精通した医師が必要である。山梨県のように、医科系大学と委託契約を結んである場合は、小児科医と法医病理医によって医療情報の精査が可能である。しかし、東京都こども救命センターに指定されているのは、必ずしも大学だけではない。医療情報収集機関としての機能を満足させることもこの方法を採用した場合の課題となる。

東京では CDR 対象となる症例数が年間 450 例程度発生しており、さらに集中的な検証を要する症例がその 40%程度存在している。東京都が一括してこれらの業務を遂行するのは非効率的であると思われる。東京を適切な地域に分割し、それぞれに業務を分担して実施することが求められるが、これらの中心となる機関が現在存在しない。現在機能している機関に業務を付託して実施するのがもっとも効率的ではあるが、未経験の事業であることから受託は容易ではないと思われる。しかしながら、東京では 10 代の自殺増加と低年齢化など、喫緊に解決しなくてはならない課題もあり、早急に CDR 実施に向けた施策が求められる。

E. 結論

東京で CDR を実施するのは、仕事量的にも機関の配置的にも解決しなくてはならない多くの困難があることが分かった。これらを効率的に進めるためには、東京都が率先して実施のための準備を進める必要がある。特に、東京では予防可能な死亡が、全体の 40%程度見込まれており、早急な制度確立と実効性のある実施が求められている。

F. 研究発表

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

令和2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

地域自治体事業として実施する Child Death Review(CDR)
世田谷区と国立成育医療研究センターにおける取り組み

研究分担者 小保内俊雅 (公財)東京都保健医療公社 多摩北部医療センター小児科部長
研究協力者 内田佳子 国立成育医療研究センター 救急診療科

国立成育医療研究センター(以下、当院)は東京都世田谷区にある小児専門病院で、年間50人程度の小児死亡症例がある。東京都は「都道府県チャイルド・デス・レビュー体制整備モデル事業」へ参画はしていないが、当院での死亡症例を多職種で検証し学びを得る方法を模索した。世田谷区と検討を重ね、児童虐待の防止等に関する法律の範囲でチャイルド・デス・レビューの趣旨を踏まえた取り組みを実践することができた。

A. 研究目的

チャイルド・デス・レビューとは、子どもの死亡に関する効果的な予防策を導き出すことを目的に、複数の関係機関・専門家が死亡した子どもの検証を行うことである。

国立成育医療研究センター(以下、当院)は東京都世田谷区にある小児専門病院である。当院では年間50人程度の小児死亡症例があり、このうち新生児死亡や悪性腫瘍や慢性疾患による死亡が70%以上を占めている。事故等の外因死や原因不詳の死亡は年間10人未満だが、これらの予期せぬ死亡は、死因究明や遺族への対応と共に、関係機関と協同した検証による予防策の検討が必要であると考えた。東京都は「都道府県チャイルド・デス・レビュー体制整備モデル事業」への参画はしていないが、地域でチャイルド・デス・レビューを実践する方法を検討した。

B. 研究方法

当院と世田谷区との取り組みに関し後方視的に調査した。

(倫理面への配慮)

個人情報の収集などなく、倫理審査不要と判断する。

C. 研究結果

令和元年7月に世田谷区子ども・若者部子ども家庭課にチャイルド・デス・レビューに関する概要説明を行い、実現可能な方法に関し検討を始め

た。令和元年10月に多職種勉強会を行い、世田谷区子ども家庭支援センター、児童相談所開設準備担当課、保健所、健康づくり課から50人以上の参加を得て、チャイルド・デス・レビューの概要説明や模擬事例の検証等を行った。令和元年12月に当院院外心停止症例に対し、症例を担当した保健師、ケースワーカー、救急科医師、新生児科医師、医療ソーシャルワーカーで検証を行い、互いに情報共有することにより症例の考察を深め、対応策を得た。令和2年3月には「児童虐待の予防に関する調査研究の実施についての協定」を当院と世田谷区で締結した(根拠法は児童虐待の防止等に関する法律第4条第5項とした)。この協定に基づき、当院と世田谷区が関わった要保護児童等の死亡事例・重大事例に関し検証を行い、このまとめを蓄積し支援や研修プログラムに活かす方針とした。

D. 考察

東京都の小児人口は全国小児の約10%を占め、小児死亡の割合も同程度と推察される。本邦においてチャイルド・デス・レビューを展開していく上で、東京都でのシステム構築は重要な課題である。しかし、人口密集地域であるため対象となる症例が多い、関係機関(医療機関・警察・消防・教育機関等)や担当者が多い、多機関で情報共有を行うための整備が必要等、様々な問題がある。一方、日々子どもの死亡は発生し、この中には未来の子どもの死を予防するためのメッセージがのこされている。本研究では、世田谷区と病院で協定を締結し、児童虐待の防止等に関する法律の範囲でチャイルド・デス・レビューの趣旨を踏ま

えた取組みを実践することができた。参加可能機関は限られるため、得られる情報は限定的だが、検証を通して対応策を得ると共に関係機関と良好な関係を築くことができた。

E. 結論

「都道府県チャイルド・デス・レビュー体制整備モデル事業」へ参画をしていない地域で、チャイルド・デス・レビューの趣旨を踏まえた取組みを実践することができた。

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

令和2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

地域自治体事業として実施する Child Death Review(CDR)
山梨県におけるモデル事業への取り組み

研究分担者 犬飼 岳史 山梨大学大学院総合研究部医学域 小児科学講座 教授
研究協力者 安達 登 山梨大学大学院総合研究部医学域 法医学講座 教授
小鹿 学 山梨大学大学院総合研究部医学域 小児科学講座 講師

山梨県では2020年から厚労省のモデル事業として、CDRシステムの運用を開始した。1CDRチーム当たり年間30事例として、全例を多職種による個別検証と概観検証を行うことは可能と考えられた。捜査事例等で検証できなかった事例が25%にのぼり、今後解決すべき課題である。

A. 研究目的

人口数が全国41位(2017年)と人口過疎であり、環境要因がほぼ均一な地域のモデルとして、山梨県における地域自治体事業として実施するCDRシステムを構築・運用する。

B. 研究方法

山梨県は2019年8月から医療者、県の子育て政策課と厚労省研究班のメンバーら*で山梨CDR運営会議を立ち上げ、毎月CDRシステム構築の検討を行ってきた。2020年4月に厚労省の「予防のための子どもの死亡検証体制整備事業」におけるモデル事業の7府県の1つに選定され、同年7月17日に関係機関連絡調整会議を開催し、同日から正式に事業を開始した。開始前には主要関係機関への協力依頼文の送付、関係者・一般住民向けポスター・リーフレットの作成と配布、市町村母子保健担当課長への説明と協力依頼、公立・民間病院協議会会長への説明と協力依頼等を行い、個別検証の情報提供依頼時には毎回事業の説明を行った。対象は山梨県に居住する18才未満の児童および国籍・居住地を問わず山梨県内で死

亡した児童全員とした。死亡の把握は、医療機関から送付される厚労省が提供し山梨県版に改変した死亡調査票と、保健所から県に送付される死亡小票により行い、医療情報を山梨大学小児科が、社会的情報を県の事務局が一元的に収集した。山梨大学小児科が収集した医療情報は県に送付され、県の事務局で社会的情報と突合し個人の完全な情報とした。山梨県は人口約80万人で、年間の子どもの死亡数は30名前後であり、人口10万人対死亡数は3.75である。2018年の全国の子どもの死亡者数は人口10万人対3.64と山梨県と同等であり、人口規模から山梨県は全国の1/150のモデルと想定される。CDRが普及している米国では、1CDRが担う事例数は単純計算で30弱であることから当県と同等であり、山梨県では県内全体で1CDRチームとし、死亡事例全例を多職種による個別検証の対象とした。さらに数例をまとめて多職種による概観検証を行い、得られた予防策を予防策検討委員会を経て抽出し、県知事に報告書として提出した。

(倫理面への配慮)

山梨県と各市町村の個人情報保護条例は、死者も対象となっているため、県と中核市である甲府市の個人情報保護審議会に諮り、1) 要配慮個人情報の取得、2) 本人以外からの取得、3) 目的外の利用及び提供の許可を得た。死亡小票の目的外使用は、許可申請を厚労省に行い許可を得た。さらに県の弁護士に諮り、社会的情報の収集について問題ないことの了承を得た。

C. 研究結果

2020年4月1日から2021年3月31日までに医療機関からの死亡調査票で把握し得た死亡者数は16名であった。

1) 個別検証

7月17日以降8ヶ月間で、12事例を多職種による個別検証を行った。個別検証の委員は事例に実際に関わった地域の多職種とした。警察のみ県警からの固定の委員であった。個別検証に参加した延べ人数は、医師34名(46%)、助産師/看護師3名(4%)、地域保健師15名(20%)、消防/救急隊9名(12%)、警察8名(11%)、児童相談所2名(3%)、幼保教員3名(4%)の計74名であった。個別検証時のアンケート結果を下記に示す。1) 個別検証への参加回数としては、はじめてが74%、1~2回が20%、3~5回が6%でほとんどが初回の参加であった。2) 個別検証における自分の職種の期待される役割の理解度としては、理解できたが69%、概ね理解できたが30%で、99%が理解できていた。3) 自由に発言できる雰囲気であったかについては、そう思うが78%、概ねそう思うが20%で、98%が肯定的意見であった。自由記載では多職種からの意見が聞けて勉強にな

ったが最多で、意義の大きい会議と感じた、今後の活動に生かしたいなど肯定的意見の他に、病態・治療などが難しかったや予防可能性の検討が難しかった、時間が短いなどの意見も挙げられた。国や県に期待することとしては、予防策が形になり子どもの死が減少することが最多で、情報提供に関する法整備や関係省庁との連携を求める意見がつづいた。個別検証未実施4事例の理由は、捜査中等のためで、全死亡事例の25%にのぼった。

2) 概観検証

2020年12月18日と2021年2月26日の2回概観検証を行い、10事例を検証した。概観検証の委員は、医師、弁護士、警察、保健所、教育庁、児相等行政機関の代表者ら約10数名のほぼ常設メンバーで、必要に応じ自殺関連などの専門家を招集した。個別検証の結果から概観検証で変更された項目と事例数は、死因分類は0事例、養育不全の有無が2事例、養育困難の有無は1事例、予防可能性は4事例であった。

3) 予防策検討会議

概観検証を経て提案された個々の予防策について、概観検証委員に有効性・実現可能性を5段階で評価してもらい、その結果を収集し、2021年3月19日に医師3名、県の事務職5名で予防策を選定した。

4) 知事への報告

2021年3月31日に、「令和2年度 山梨県予防のための子どもの死亡検証体制整備事業 子どもの死亡事例検証実施報告」として山梨県知事に提出した。

5) 広報・周知活動

事業の周知活動として、2020年9月26日に山梨県小児保健協会母子保健研修会、学

会誌への総説投稿、2021 年 1 月 20 日に山梨県小児救急医療研修会、2021 年 3 月 4 日にラジオ等で周知を行った。

D. 考察

山梨県は 2020 年 7 月 17 日から県と医療者とは協働して CDR システムを構築し運用してきたが、実際に開始するまでには個人情報保護法/条例の制約を回避するために多くの努力が必要であった。山梨県では年間死亡者数が 30 事例程度であるため、内因外因を問わず全例を個別検証、概観検証の対象として 8 ヶ月間実施した。昨年度の実施件数は個別検証が 12 事例であったが、1 事例 1 時間程度の検証時間であり、1CDR チームあたり年間 30 事例程度であれば、十分全例を個別検証として実施可能であると思われる。個別検証に参加した地域の関係者からのアンケートでは、CDR の意義の大きさが理解できたや、自らの関わりの振り返りができたなど肯定的な意見が多く寄せられ、CDR を地域に根付かせ、予防可能死を減少させるためには、概観検証だけでなく、地域での個別検証を行う意義は大きいと思われた。

一方、捜査事例や県外死亡等で検証できなかった事例が 16 事例中 4 例(25%)にのぼり、時宜を得た検証ができなかった。今後 CDR を全国展開するにあたり、個人情報保護法の解釈、捜査中事例の検証など解決すべき課題が明らかになったと考える。

E. 結論

1CDR チームで、年間 30 事例を全例個別検証、概観検証することは可能であると思われる。捜査中のため検証できない事例が 25%あり、今後解決すべき課題である。

F. 健康危険情報

該当せず

G. 研究発表

1. 論文発表

未来の子どもを救う方法を今日亡くなった子どもに聞く ―山梨 Child Death Review ―

小鹿 学

山梨医科学雑誌 35(1) 1 - 8 2021 年 1 月

2. 学会発表

Child Death Review(CDR)～山梨県予防のための子どもの死亡検証体制整備事業～

小鹿 学

山梨県小児保健協会 母子保健研修会 2020 年 9 月 26 日

未来の子どもを救う方法を今日亡くなった子どもに聞く ―山梨 Child Death Review ―

小鹿 学

山梨県小児救急医療研修会 2021 年 1 月 20 日

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当せず

* 山梨大学法医学教室 安達 登、同小児科学教室 小鹿 学、河野洋介、同社会医学教室 山縣然太朗、山梨県立中央病院小児科 星合美奈子、反頭智子、富士吉田市立病院小児科 小泉敬一、山梨県庁子育て支援局子育て政策課 土屋嘉仁、松井理香、横田恵子、前任 下條 勝、渡辺千奈美、厚生労働省研究班 小保内俊雅、竹原健二、矢竹暖子

令和2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

地域自治体事業として実施する Child Death Review(CDR)
地域における病院間連携に関する研究

分担研究者 太田 邦雄 金沢大学 医薬保健研究域医学教育研究センター 准教授
研究協力者 足立 雄一 富山大学小児科学教室 教授
種市 尋宙 富山大学小児科 講師

富山県内の3次救急施設にて、統一した死亡時および死亡後対応を行うため、小児科医間で検討を行った。必要な検討事項を列挙し、今後シミュレーション教育を行っていく。

A. 研究目的

富山県におけるCDR(Child Death Review)実現に向けて県内医療機関の連携を重視し、統一された救急対応や死亡時対応が必要と考えた。

B. 研究方法

富山県内の3次救急施設である富山大学附属病院と富山県立中央病院の小児科医にて、救急搬入時、救急対応時、死亡時対応、死亡退院後対応などについて、協議し、問題点、課題を抽出した。

(倫理面への配慮)

アンケート調査は無記名で実施し、倫理面に配慮した。

C. 研究結果

対象メンバーとして、救急医、小児科医、初期研修医、救急看護師、小児科看護師にてワーキンググループの立ち上げを検討した。

検討内容としては、シナリオを作り、今回の取り組みの目標設定をどのようにするのか、そしてそのためにはどのようなシナリオが良いのかを盛り込む。

包含すべき必須内容として、①救急対応時の家族ケア ②死後評価としての画像診断のあり方 ③SIDS 問診のありかた ④早期死体現象の診かた ⑤司法解剖の意義 ⑥採取すべき検体⑦死亡時宣告のあり方 ⑧グリーフケアのあり方 ⑨互助会のあり方 ⑩死亡症例の検討会(MMカンファレンス)⑪県内死亡事例検討会における共有のあり方などを協議し、抽出した。

今後の予定として、2021年度にキックオフミ

ーティングを開催し、両病院間で情報共有、可能な範囲で統一したプロトコルを持つ方向で検討する。

D. 考察

救急対応時は混乱し、一方で行うべきことが多岐にわたり、失念される部分も多い。

その様な中でCDRを確立させるためにも、現場で対応すべきプロトコルをあらかじめ設定し、さらにそれが地域のどの病院においても一定の内容であれば、評価不足となる部分も減少するものと思われる。

また、地域で働く小児科医、救急医、看護師らの共通理解は必須である。これらを確立すべく、早急に対応内容を検討していく。

E. 結論

地域内で問題意識の共有がなされた。今後、コアメンバーのみではなく、あらゆる専門分野の小児医療関係者が死亡時対応に困惑することなく、評価不足に陥らないよう対策を進めていく。

F. 研究発表

1. 論文発表

種市尋宙. 今日の小児治療指針 第17版. 東京: 医学書院; 2020. 1 救急医療熱中症; 18-19.

種市尋宙. 【児童虐待を学ぶ】臓器提供と児童虐待. 救急医学 2020;44(11): 1470-1475.

種市尋宙. 世界とわが国におけるVaccine Hesitancyとその脅威. BIO Clinica 2020; 35: 136-139.

種市尋宙. 子どもの発達と事故予防. 国民生活 2020; 94(6): 1-3.

種市尋宙. Vaccine Hesitancyと新型コロナウイルス感染症(COVID-19). 別冊Bio Clinica: 慢性炎症と疾患 2020; 9(1): 128-131.

種市尋宙. 小児脳死下臓器提供の現状と課題. 院内CoのためのスキルアップBOOKS ; 2020.

2. 学会発表

種市尋宙. 小児の臓器移植. Ridilover Salon〜社会課題を考えるみんなの部活動〜 ; 2020 July 3; 富山 (オンライン).

種市尋宙. 小児臓器提供のこれから〜終末期における虐待評価〜. 第21回兵庫県臓器提供懇話会 ; 2020 Sep 11; 兵庫 (オンライン).

種市尋宙. 学会委員会企画 10年後、このシンポが「レガシー」になるために. 「こどもの脳死下臓器提供における被虐待児除外を再考する」. 第56回日本移植学会総会 ; 2020 Oct 23; 秋田 (オンライン).

種市尋宙. 小児新型コロナウイルス感染症のこれまでとこれから. 第119回富山県小児科医会総会・学術講演会 ; 2020 Oct 25; 富山.

種市尋宙. 小児科医による新型コロナウイルス感染症の偏見・差別対策. 第52回日本小児感染症学会総会・学術集会 ; 2020 Nov 7; 大阪 (オンライン).

種市尋宙. 緊急メッセージ 新型コロナウイルス感染症から子どもたちを守るために〜本当の敵はどこにいるのか〜. 第51回全国学校保健・学校医大会 ; 2020 Nov 14; 富山.

種市尋宙. シンポジウム 法改正から10年を迎えた

わが国の小児の脳死下臓器提供〜次の10年に向けて社会が目指すべき方向とは〜脳死下臓器提供における被虐待児除外の課題解決に向けて. 第48回日本救急医学会学術集会 ; 2020 Nov 19; 岐阜 (オンライン).

種市尋宙. 命の授業 (中学校の部). 学んで救えるこどもの命 PH Japan プロジェクト 第4回プログラム ; 2020 Nov 21, 東京 (オンライン).

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

令和2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

地域自治体事業として実施する Child Death Review(CDR)

地域自治体主導型(隣接自治体) CDR モデル確立と行政との連携に関する研究

研究分担者 太田 邦雄 金沢大学 医学教育研究センター 准教授
研究協力者 塚 正彦 金沢大学 法医学講座
種市 尋宙 富山大学 小児科
松尾 星弥 福井大学 小児科

石川県は人口 11,137,18 名であり、18 歳未満人口は 171,991 名、2014 年から 3 年間の小児人口(18 歳未満)死亡数はそれぞれ 44 名、43 名、43 名であった(人口動態統計)。県内中核病院小児科では、そのうち 33 名、27 名、30 名を把握し、各病院ではいわゆるデス・カンファレンスが行われている一方、成人を中心とした死因究明制度は石川県医師会が中心となっており、予防のための子どもの死亡検証(チャイルド・デス・レビュー 以下 CDR)についての取り組みは検討課題であった。

そこで CDR が未実施の石川県でいかに CDR を確立し、関係者が連携していくか、地域自治体主導型 CDR モデル確立を目指して、令和2年度に石川県 CDR 連絡協議会準備委員会ならびに多職種勉強会を開催した。実施後のアンケート調査をもとにモデル確立のための課題抽出と考察を行った。

CDR 多職種勉強会は啓発に効果的であった。また参加者は石川県版 CDR 発足に向けた制度設計を担うコアメンバーに相応しい臨床医(中核病院小児科、医師会)、法医学者、行政関係者であった。またコアメンバーに加えて警察、検察、児童相談所、保健所等の参画を呼びかけ CDR 委員会準備委員会を発足させることが望ましいと考えられた。また専門家パネルによる検証等を見据えて隣接自治体との連携も将来的な課題であることが考えられた。

本州日本海側の中央付近に位置する石川県は人口 11,137,18 名であり、ほぼ日本の百分の一の規模である。18 歳未満人口は 171,991 名、2014 年から 3 年間の小児人口(18 歳未満)死亡数はそれぞれ 44 名、43 名、43 名であった(人口動態統計)。

このうち病院小児科が把握している割合を県内中核病院(注1)に聞き取り調査したところ、それぞれ 33 名、27 名、30 名であった。各病院ではいわゆるデスカンファレンスが行われているが、医学的死因究明に限ってみても悉皆データにはほど遠い現状が明白になった。

一方石川県では、成人を中心とした死因究明制度が金沢大学法医学教室 塚正彦教授の指導の下、石川県医師会が中心となっており行われていたが、予防のための子どもの死亡検証(チャイルド・デス・レビュー 以下 CDR)についての取り組みは検討課題であった。

注1 金沢大学病院、金沢医科大学病院、金沢

医療センター、石川県立中央病院、公立能登総合病院、小松市民病院、公立松任石川中央病院、恵寿総合病院、輪島市立病院、珠洲総合病院

A. 研究目的

CDR 未実施の地域において CDR 実施の機運を盛り上げ、地域主導型の CDR モデルを確立するために、多職種勉強会を開催し、課題を抽出すること。

B. 研究方法

多職種との連携～石川県 CDR 多職種勉強会～と題して令和2年2月16日(日)に金沢市内ホテルで石川県 CDR 多職種勉強会を開催した。

「最近の CDR の動向」(名古屋大学附属病院 救急科 沼口敦)と「CDR とは何か?」(国立成育医療研究センター 救急診療科 内田佳子)のレクチャーのあと、「模擬ケースの個別 CDR」(国保旭

中央病院 小児科 仙田昌義)を実演し、小グループに分かれてロールプレイ「模擬ケースの個別CDR」を行った(四国こどもとおとなの医療センター 小児科 木下あゆみ)

終了時にアンケート調査結果を行い、課題の抽出を行った。

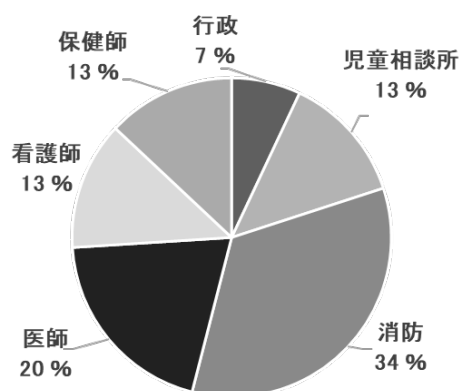
(倫理面への配慮)

アンケート調査は無記名で実施し、倫理面に配慮した。

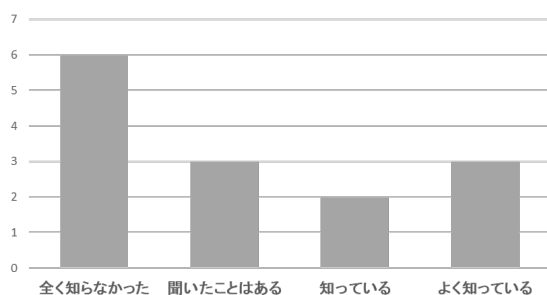
C. 研究結果

14名から回答を得た

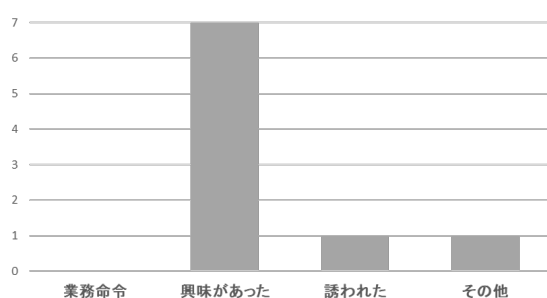
Q1. 職種を教えてください



Q2. CDRを知っていましたか



Q3. 勉強会に参加した理由を教えてください

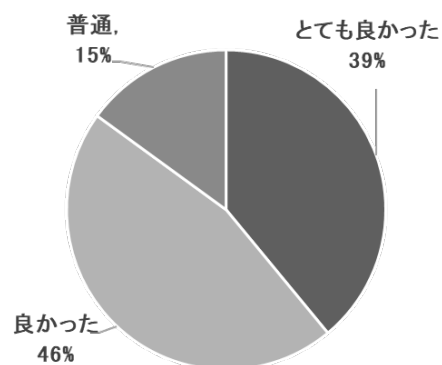


Q4. ご参加いただいた理由を教えてください

- ・虐待死の予防に生かすため

- ・「予防」のために、本県での現状も垣間見たいと思ったため
- ・小児のCPAに対して残念な気持ち、悔しい気持ちで参加した
- ・興味があった
- ・知らなかったから
- ・子供の大切さを再確認するべく参加した
- ・県医師会で死因究明、警察医として検死等に関わっている
- ・石川でも開始されるだろうから、理解しておきたかった
- ・虐待予防、子育ての支援の研究、支援活動をしていた。たまたま勉強会の情報を得、参加した。普段、厚労省の虐待レビューをよく使用するので、その面からも興味があった。
- ・予防という点で興味を覚えた
- ・日々の業務の中でも関係する内容だったため

Q5. 勉強会に参加して良かったと思いますか



その理由

- ・考えていたよりもおおきな視点であることがわかった
- ・知り得たことが良かった
- ・情報収集の重要性を認識した

Q6. 今後、CDRに関する勉強会を開催するにあたって、あった方が良いと思われる項目と改善点をご提案ください

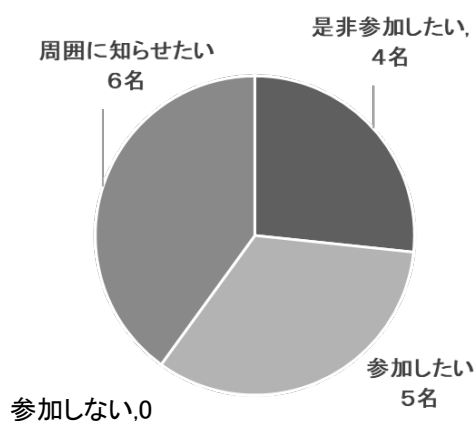
- ・もう少し早く案内があると良い
- ・日程・時間帯
- ・2時間30分から3時間が必要では?
- ・勉強会の広報方法
- ・プロファシリテーター(第3者)が必要。多職種が集まるとお互い気を遣って、ざっくりとに話せないため。

Q7. ご意見、ご感想、ご質問

- ・貴重な機会だった
- ・周知が直前だったので、さらに市町等へ広く

知らせる余裕がなかったことが残念だ
・3回参加して身につくと自分は思っている

Q8. 次回の勉強会に参加したいと思いますか



D. 考察

興味があって参加した参加者が14名中12名であるにもかかわらず、CDRをよく知っている、知っていると言えたのは5名に留まり、認知されていない現状が伺われた。一方で周知の必要性和そのための多職種勉強会の効果を認めており、今後啓発のための講習会等の継続的な開催が望まれた。

またCDR発足に向けて、制度設計を担うことが期待される臨床医（中核病院小児科、医師会）、法医学者、行政が本勉強会に参加しており、今後がコアメンバーとして発展することが期待された。

また同時にコアメンバーに加えて警察、検察、児童相談所、保健所等の参画を呼びかけること、さらに専門家パネルによる検証など石川県単独では高度の専門性、持続性に懸念が生じる可能性もあり、今後の課題と感じた。

E. 結論

地域自治体主導型 CDR モデル確立に向けて、多職種勉強会を開催した。

より一層の啓発のため多職種勉強会を継続する一方、行政と連携してCDR準備委員会の媚態となることが期待された。

F. 研究発表

太田邦雄 概観検証からの具体的な提言や予防策へのつながり 日本小児科学会雑誌 第

125 巻第2号 171(51), 2021

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

文 献

- 1) 令和3年1月28日 予防のための子どもの死亡検証(Child Death Review)に関する説明会資料：
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123792_00001.html

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事業(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

有効な Child Death Review 制度と実施支援体制の探索
CDR の導入と普及に向けた研修資料作成について

研究分担者 山岡祐衣 東京医科歯科大学・大学院医歯学総合研究科 非常勤講師
沼口 敦 国立大学法人東海国立大学機構 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 内田佳子 国立成育医療研究センター救急診療科

予防のための子どもの死亡検証(Child Death Review、以下 CDR)は、2020 年(令和 2 年度)より「予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業(以下、モデル事業)」として、複数の自治体で導入・開始された。令和 3 年度はモデル事業の拡充を目指しており、新たに CDR を導入する際に、関係機関の連絡調整やデータ収集・検討会の運営などに関するノウハウが不足しており可能性がある。そのため本研究班では現時点の状況を踏まえ、CDR を導入・実践していくための参考となる研修資料作成(以下、資料)を行った。今後はさらなる事業の拡大や実施状況の変更に応じて、資料の追加や修正を行なっていく必要がある。

A. 背景

近年、子どもの死亡に関する体制整備が進んできた経緯として、2018 年に成立した成育医療等基本法と 2019 年に成立した死因究明等推進基本法がある。前者では、「国及び地方公共団体は、成育過程にある者が死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報に関し、その収集、管理、活用等に関する体制の整備、データベースの整備その他の必要な施策を講ずるものとする」(15 条の 2)と記載され、後者では「国、地方公共団体、大学、医療機関、関係団体、医師、歯科医師その他の死因究明等に関係する者は、死因究明等に関する施策が円滑に実施されるよう、相互に連携を図りながら協力しなければならない」(第 7 条)と記載され、CDR の体制構築の必要性が広く認識された。

上記の法成立を踏まえ、2020 年より一部の都道府県において試行的に CDR 実施を行うモデル事業が導入された。事業内容には、①CDR 関係機関連絡調整会議、②CDR データ収集・整理、③多機関検証委員会(政策提言委員会)が含まれ、同モデル事業は 2021 年(令和 3 年度)も継続して実施されていく予定である。その中で、上記の事業内容を新たに導入していく際には、子どもの死亡を予防するための検証という CDR そのものへの理解、実際に情報をやりとりする上での注意点など、細かな資料が必要となる。これまで関わったことがない関係機関や担当者に対して、CDR の理解向上・目的意識の共有・共通言語の利用を促し

ていくため、本研究班では下記の研修資料を作成することとした。

B. 方法 および C. 結果

資料作成のプロセス

まず研修資料を提供する対象者・内容を検討し、以下のように設定した。

【資料対象者】

1. これから CDR を導入する人・関係機関の担当者
2. CDR に関心がある人・関係機関の担当者

【資料内容】

1. Child Death Review (CDR) Part1: 入門編
2. CDR Part2: 情報共有編(医療機関・医療職対象)
3. CDR Part3: 情報共有編(非医療職の多職種対象)
4. CDR Part4: 概観検証・全体の運営について

資料内容については、初版を山岡が作成し、沼口・内田で修正・検討した後、厚労科研(沼口班)の委員に意見を募集し、加筆・修正を行なった。本年度では Part1～3 まで作成したが、各自治体において検証や運営の実施方法が多様であり、現時点では Part 4 の運営に関する資料は作成できていない。今後、各自治体における経験値

が蓄積されていくことで、運営に関する研修資料を作成していく必要がある。

資料作成の内容と解説

1. CDR Part1: 入門編

本資料では、①CDRの目的、②CDRの枠組み、③検証の全体像、④CDRを実施するまでの準備体制、⑤予防が起こるまでのプロセス、について説明した。委員会で議論し、共通理解を確認した部分としては以下の点が挙げられる。

- ・CDRの枠組みに「情報収集」と「検証」と「予防策の提言」が含まれることを委員で確認した。検証を表す用語として「個別検証」、「概観検証」、「専門家検証」があり、それぞれがCDRという枠組みの中で実施されるものとして整理をした。(巻末資料3-1、スライド8)

- ・地方自治体がCDRを実施する前の準備として、以下のようなプロセスが必要となることを明記した。(巻末資料3-1、スライド13)

例) 地域における死亡数の把握

関係機関における担当者との連絡

調査票を送るために必要な手続き

関係機関との調整(検討会議における司会・参加者の日程・場所など)

- ・検証の成果には、様々な段階があり、個々の具体例を紹介した。(巻末資料3-1、スライド18～21)

例) 個人の学び・改善：知識・理解の向上、不安の解消など

機関内・機関間での改善：機関におけるプラクティスの改善、ルール作り

地域・国全体での改善：知識の普及・啓発、条例・法整備

2. CDR Part2: 調査票の記入方法(医療機関対象)

本資料では医療機関・医療職を対象とし、①個別検証の流れ、②情報共有の意義、③調査票の全体像、④調査票記入時の注意事項、について説明した。委員会で議論し、共通理解を確認した部分としては以下の点が挙げられる。

- ・医療職が情報共有することがどうして重要なかを明確に示すために、他の専門職が医療職に期待する点を紹介した。(巻末資料3-2、スライド6)

- ・「A-2：医学的背景」にて乳幼児健診・予防接種の情報を記載する場合、もし入手できるのであれば、母子手帳を参考にする旨を記載した。今後、保健・行政機関に詳細の調査票の方で聞くことも検討すべきであるという意見が出た。

(巻末資料3-2、スライド12)

- ・「A-3：死亡に至った状況」では、院外急変は「救急受診」「緊急通報あり」に加えて、「その他の予期しない変化(意識の混濁・痙攣など)」と定義した。今後、調査票で長期入院症例や事故などにおける予期しない変化の場合をどう表現するかは議論の余地が残っている。(巻末資料3-2、スライド13)

3. CDR Part3: 調査票の記入方法(医療機関以外の他機関対象)

本資料では非医療職の他機関を対象とし、①個別検証の流れ、②情報共有の意義、③調査票の全体像、④調査票記入時の注意事項、について説明した。委員会で議論し、共通理解を確認した部分としては以下の点が挙げられる

- ・「B-2：保健行政」では、「関与歴あり」は何らかの支援が必要であり、面談や電話相談、家庭訪問などをしたことがある場合とした。「特定妊婦・ハイリスク妊婦」の定義も自治体によって異なる場合もあるかもしれないが、ここでは「要保護児童対策協議会(要対協)で対象としていたか(特定妊婦)」、「要対協で対象になっていないが身体的・精神的・社会経済的リスクがあった(ハイリスク妊婦)」とした。(巻末資料3-3、スライド11)

- ・「B-3：児童福祉」では、「関与歴あり」は通告・相談を受けて、調査、支援、家庭訪問、一時保護、措置分離などを行ったことがある場合とした。今後、調査票を改訂する場合、児童相談所運営指針を参考に、相談区分(養護相談・保健相談・障害相談・非行相談・育成相談)や通告後の対応(在宅指導、入所措置、里親委託、自立生活援助措置、家庭裁判所送致・申立て)を追加してはどうか、という意見が出た。

(巻末資料3-3、スライド12)

- ・「B-4：教育・養育」では、「対人関係困難」は「社会性の問題」を指し、「学習困難」は学習理解・技術取得・知的発達・学習態度を含めることとした。特に、自殺については、別途個別の内容を記載できるような調査票を準備してもいいかもしれないという意見もあった。(巻末資料3-3、スライド17)

D. 考察 および 今後の方針

今回、啓発資料をまとめるにあたり、委員会・モデル事業関係者に意見を募集したが、調査票の扱い方などについて以下の点で様々な意見をいただいた。

1) 調査票の位置付け

現在、モデル事業で用いられている調査票は、「検討をスムーズに行うための事前資料」と捉えているという意見があり、どこまで調査票の言葉の定義を示すべきかについて、意見が分かれた。例えば、「特定妊婦」や「ハイリスク妊婦」などの言葉は、地域や関係機関で異なる定義で用いられている場合があり、啓発資料で言葉の意味を説明しすぎることでは混乱を招くのではないかという懸念もあった。しかし、今後初めて CDR に関わる人が調査票を記載する際に参考にすることができるものになることを目的に、本啓発資料は現時点での基準をまとめて記載することとした。今後、調査票の位置付けやモデル事業の拡大状況に応じて、資料の改訂・追加が必要になると思われる。

2) データベースの構築について

今後、CDR に関するデータベースの構築・整備の必要性も言われているが、どのように各モデル事業で収集された情報を集約するのかについては、十分に議論がされていない。そのため、啓発資料で説明した死亡調査票もデータ収集に用いられるべきかどうかについても意見がわかれた。調査票を「検討のための事前資料」として用いているため、他県に共有することはできないという意見もあった。調査票を集めるとしても、データベース構築には情報が不十分であるという意見もあり、どのような情報を集めるのか（情報の量と質）、どのように集めるのか（集約のプロセス）について、今後さらなる検討が必要である。

まとめ

今回、CDR を初めて行う人を対象とした啓発資料を3種類作成していく中で、各自治体での運営方法・言葉の定義・調査票の捉え方の違いなどが明らかとなった。実際に導入した自治体が増えていく中で、データの整理・検討会の運営・提言の作成など様々な場面において活用できる資料（ハード面）や参考となるノウハウ（ソフト面）を蓄積し、効果的な CDR 体制の構築につなげていく必要がある。

E. 健康危機管理情報

なし

F. 研究発表

論文発表

なし

学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

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

(主任研究者 沼口 敦)

有効な Child Death Review 制度と実施支援体制の探索

既存の検証システムの継続と拡充に関する研究

分担研究者 溝口史剛 前橋赤十字病院小児科 副部長

研究協力者 杉立玲 前橋赤十字病院小児科 副部長

研究要旨

20120 年 4 月より、都道府県チャイルド・デス・レビュー (CDR:予防のための子どもの死亡検証) 体制整備モデル事業が開始され、群馬県でも事業実施がなされた。死亡事例の 7 割ほどは内因死であり、医療機関での記載の充実を図るため、厚生労働省から提示された死亡調査票と互換性があり、検証時に一瞥性のあるサマリー作成を行うことが出来る独自の情報収集システムの作成を試みた。

医療機関以外の他機関から情報を収集することを前提する一方で、医療機関が主導して養育不全の可能性・不詳死の場合の不詳度合い・予防可能性・予防施策提言などを、スクリーニング段階で判断するオンラインでの入力システムを開発した。

実際に運用に関して医療機関での入力に際して特段の問題は生じなかったものの、他機関から情報提供・入力の協力は得られ難く、結局、会議の場で議事録を残さない形で開示できる範囲内で情報を共有していただく形にとどまった。

新規事業としてのチャイルドデスレビューに関し、必要であるのは情報をまとめやすい形で調査票を整備することではなく、諸機関が安心して情報を開示できるプロセスの整備である。これに関しては、個々の実施担当者の努力ではいかんともしがたく、法整備・通知を含めた実施の支援を強く求める。

先行研究で示された運用モデル通りの運用は群馬県では困難であり、多機関検証の場に広く情報を提示する前の段階で、関係職種が問題点を整理するための枠組みとして各専門パネルを位置づけ作業部会と知るプロセスモデルを令和 3 年度より整備する予定である。

なお令和 2 年度の群馬県の取り組みに関しては、6 月 30 日に群馬県知事あてに提出する予定としており、締め切りが 5 月末である厚労科研報告書には掲載することを見送ることとしたので、7 月以降、別途参照されたい。

A. 研究目的

20120 年 4 月より、都道府県チャイルド・デス・レビュー（CDR: 予防のための子どもの死亡検証）体制整備モデル事業が開始され、群馬県でも事業実施がなされた。事業実施に際し提示された死亡調査票は、自由記載欄が多く関係機関から情報収集する上で困難が予想され、また死亡事例の 7 割ほどは内因死であり、医療機関での記載の充実を図るため、死亡調査票と互換性があり、検証時に一瞥性のあるサマリー作成を行うことが出来る独自の情報収集システムの作成を試みた。

B. 研究方法

これまでの先行研究で使用した情報入力フォームをもとに、厚生労働省から提示された持病調査票の内容を組み込み、医療機関以外他機関から情報を収集することを前提する一方で、医療機関が主導して養育不全の可能性・不詳死の場合の不詳度合い・予防可能性・予防施策提言などを、スクリーニング段階で判断するオンラインでの入力システムを開発した。

（倫理面への配慮）

行政事業として実施しているため、医学研究としての倫理審査は実施しなかったが、県の個人情報保護審査会に諮るなど、行政事業としての実施に際しての評価を行った。

C. 研究結果

本分担報告書の末尾に、作成したオンラインシステムの内容につき、添付した（図 1：病院死亡事例、図 2：病院外死亡事例、図 3：サマリーシート）。

実際に運用に関して医療機関での入力に際

して特段の問題は生じなかったものの、予測した通りと言えるが、他機関から情報入力、情報提供の協力は得られ難く、結局、会議の場で議事録を残さない形で、開示できる範囲内で情報を共有していただく形にとどまった。

D. 考察、および E. 結論

新規事業としてのチャイルドデスレビューに関し、必要であるのは情報をまとめやすい形で調査票を整備することではなく、諸機関が安心して情報を開示できるプロセスの整備である。これに関しては、個々の実施担当者の努力ではいかんともしがたく、法整備・通知を含めた実施の支援を強く求める。

なお先行研究では図 4A の様な運用モデル図が提示されたが、少なくとも群馬県においては多機関検証の場で情報を提示することに、コンセンサスが得られた状況には至らず、むしろ実務者が顔の見える関係性の中で、情報の取り扱いの範囲を検討しながらコンパクトに本事業の整備を行う必要性に関しての合意が得られ、元の運用モデルでは「多機関検証を行った上で、より広範に専門家としての知見を広げ、深めるため」の枠組みとしての専門家パネルを、多機関検証の場に広く情報を提示する前の段階で、関係職種が問題点を整理する」ための枠組みとして位置づける図 4B の形での実施体制を令和 3 年度より整備する予定である。

なお令和 2 年度の群馬県の取り組みに関しては、6 月 30 日に群馬県知事あてに提出する予定としており、締め切りが 5 月末である厚労科研報告書には掲載することを見送ることとしたので、7 月以降、別途参照されたい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

研究論文としての発表は計画していない。
事業報告として、提言案につき群馬県知事あてに提出を予定している。

2. 学会発表

学術成果として、チャイルドデスレビューで得られた成果を報告する件については、その是非につき明確に指針として示されておらず、その点が明確化するまでは学会発表で具体的な成果を行う予定はないが、実施過程で得られた経験については広く共有することが学術として望まれる。個人を特定しうる情報を排斥したうえで、総論的な成果について成

果報告をする手順が明確に示されるべきである。

令和3年4月16日

第124回日本小児科学会学術集会

分野別シンポジウム5

「もし、あなたが都道府県のCDR多機関検証委員になったとしたら」

のシンポジストとして発表を行う。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

群馬県CDR登録システム		事務局記載	
事例番号		性別 ☐ 男 ☐ 女	生年月日 死亡時 死亡年月日 歳 月 日
死亡届の届け出住所		市町村コード	
提出は ☐ 死亡診断書・ ☐ 死体検案書 院外死亡に該当 しない・する 県外死亡に該当 しない・する 死亡病院 診断書/検案書記載医師 その診療科			
I 欄： <u>ア</u> <u>イ</u> <u>ウ</u> <u>エ</u>			
II 欄： _____			
上記に基づく 死因は			
暫定死亡分類： ☐ 虐待/殺人 ☐ 自殺 ☐ 事故 ☐ 悪性疾患 ☐ 急性疾患 ☐ 慢性疾患 ☐ 先天異常/遺伝子異常 ☐ 周産期イベント ☐ 感染症 ☐ 不詳死 調査前疑義			

群馬県CDR登録システム

当該医療機関記載 1

{

○治療中の疾患による入院中の死亡事例 → 治療中の疾患による予測範囲内の死亡 ○はい ○いいえ

○病院外で急変し、死亡に至った事例 → 救急搬送された事例 ○はい ○いいえ

・基礎疾患を有していた ○はい ○いいえ ○不詳

↓

・疾病名 ()

・かかりつけ医療機関 ()

・死亡への寄与は？ ○ない ○可能性あり ○可能性高い ○死亡の原因となった

・周産期異常（在胎週数、出生体重、出生病院、病態[胎児期異常、分娩時異常、出生後の異常など]を必要に応じて）

○あり →

○なし

○不詳

・死亡への寄与は？ ○ない ○可能性あり ○可能性高い ○死亡の原因となった

・治療開始に至るまでの経緯（現病歴1） 原則200字以内で端的に（症例サマリーcopy&pasteでも可）

・救急搬送の改善しえた余地 ○ない ○どちらともいえない ○あった

↓

図 1：病院で死亡宣告に至った事例の登録フォーム (1/7)

群馬県CDR登録システム

当該医療機関記載 2

・治療開始から死亡に至るまでの経緯

原則200字以内で端的に記載してください。細かい治療の詳細について記載の必要はありません（症例サマリーcopy&pasteでも可）

・治療に関して改善しえた余地

医療行為の結果責任を問うものではありません。忌憚のない意見を記載して下さい（二次検証時には、個人の識別可能な情報はマスクされます）
なお医療事故調査の対象となった事例は、そちらに調査を委ねCDRの二次検証対象から除外することも可能ですので、その旨記載してください

☐ない ☐どちらともいえない ☐あった

医療事故調査の対象 ☐はい ☐いいえ ☐検討中（事故調に報告済）

その内容

・確認された身体所見（理学的所見、含、身長/体重など） 200字以内で端的に

群馬県CDR登録システム

当該医療機関記載 3

経過中のL/Dおよび画像検査

（L/Dは特記すべき所見のみの記載で可。画像検査は実施した検査を記載し、異常所見の有無を記載）

・行いえなかったが、追加で行うことが出来れば、有効となった可能性のある検査は？

☐ない ☐どちらともいえない ☐あった

死後画像検査及びその他の死後検査

（実施した検査を記載し、異常所見の有無を記載。未実施の場合、その旨を記載）

図1：病院で死亡宣告に至った事例の登録フォーム（2/7）

群馬県CDR登録システム

当該医療機関記載 4

家族歴

☐母 ☐義母 ☐父 ☐義父 ☐同胞 () ☐母方祖母 ☐母方祖父 ☐父方祖母 ☐父方祖父 ☐その他 ()

同居に☒ (含、非血縁者)

特記すべき家族の疾病やその他の情報

医療機関で把握した死亡児の社会的状況

死亡診断書/死体検案書の発行時に把握していた情報

死亡診断書/死体検案書の発行後に追加で把握した情報

養育に関する行政の係属歴

☒あり (☐児相 ☐市町村 ☐その他[]) ☐なし ☐不明 (含、未確認)

その内容

CDRに際しての追加情報収集の必要性

☐なし ☐あり → (☐児相 ☐市町村 ☐教育/幼保)

養育に関しての、院内チームでの検討/対応

☒あった ☐なかった (☐不要 ☐チームがない)

その内容

養育不全の死への寄与

☐ I. 可能性なし ☐ II. 可能性低いがあり ☐ IIIa. 可能性十分あり ☐ IIIb. 可能性高い ☐ IV. 可能性確実

行政機関への死後の連絡

☒あり ☐なし

☐児相 ☐市町村 ☐その他[]

I	・第三者目撃あり、確実に事故と判断され、監督状況にも問題はなかった ・医学的に完全に内因性の病態に合致し、とりたてて社会的リスクはない
II	・養育者の語る受傷機転と合致するが、目撃者がいない。事故だが、監督状況に懸念が残る ・医学的に内因性の病態で説明できるが、社会的に何らかのリスクがある
IIIa	・臨床的に虐待を疑う所見や状況があるが、事故・内因でも説明は可能 ・監督不十分な状況で死亡した事故死や、医療ネグレクトといえるべき状況のあった内因死 ・同胞に不詳死を認めたり、高い社会的リスクを有するが死因が不明確
IIIb	・医学的に事故・内因では説明し難い病態・状況を呈するも、虐待死の確定には至らない事例 ・事故死・内因死でも、継続的な監督ネグレクトや医療ネグレクトなどで社会的介入が開始されていた事例 ・監督不全による事故死や受診の遅れによる死亡でも、過失度合いが極めて高い ・複数の同胞に不詳死を認めたり、親子分離歴があるなど極めて高い社会的リスクを要する不詳死例
IV	・加害行為の自白や、第三者目撃がある事例 ・虐待/ネグレクト以外では医学的に説明し得ない医学的状態

群馬県CDR登録システム

当該医療機関記載 5

児の死亡に際しての警察への連絡

☐あり (情報のフィードバック ☒あり ☐なし) ☐なし

その内容

解剖の実施

☒あり (☐病理解剖 ☐司法解剖 ☐調査法解剖 ☐行政解剖 ☐その他[]) ☐なし

情報のフィードバック

☐あり { ☐執刀医から ☐警察から ☐その他から () } ☐なし

その内容

CDRに際しての、死因に関する追加情報収集の必要性

☐なし ☐あり (☐執刀医 ☐警察 ☐その他[])

死因は死亡診断書/死体検案書発行時以降の情報で、
☐変更あり ☐変更なし

I 欄: ア イ ウ エ

II 欄: _____

死亡分類: 以下から該当しうるものをすべてチェック

☐虐待/殺人 ☐自殺 ☐事故 ☐悪性疾患 ☐急性疾患 ☐慢性疾患 ☐先天異常/遺伝子異常 ☐周産期イベント ☐感染症 ☐不詳死

貴施設の有する情報の範囲内で、本事例は

☐ A. 予防しえた可能性が高い
☐ B. 予防しえた可能性あり
☐ C. 予防しえた可能性は低い
☐ D. 予防しえたか不明 (判断し難い)

図 1：病院で死亡宣告に至った事例の登録フォーム (3/7)

94

当該医療機関記載 内因死 追加情報

このうち、本見で特に検証のポイントとして重要なものに✓を入れてください（複数可）

- 他に、特にこの事例で検証すべきポイントがあれば、列記してください

A : かかりつけ医
B : その他の臨床医
C : 警察医
D : 解剖医
E : 児童相談所
F : 市町村
G : 保健所
H : 救急隊
I : 警察
J : 教育
K : 保育
L : その他

必要な情報

11

○不可欠
○望ましい

10

○不可欠
○望ましい

* 上記の記載を基に、事務局から関係機関に情報提供の依頼を行います。
自施設から問い合わせることを希望される場合、
重複を避けるため事務局にご連絡下さい。（事務局Email・・・・・・）

・多機関を招聘しての検証	○必要	○不要
・医療機関同士の検証	○必要	○不要
・院内のみでの検証	○必要	○不要

上記と判断した理由

当該医療機関記載 周産期/先天異常死 追加情報

このうち、本児で特に検証のポイントとして重要なものに✓を入れてください（複数可）

- ☐ 母親の年齢、
- ☐ 母親の基礎疾患
- ☐ 以前の未熟児出生歴、流死産歴
- ☐ 出生前診断しえたか？
- ☐ 出生前に胎児に問題があったか？

☐ 妊婦検診の遅れ、未受診等の問題はあったか？
☐ 社会的リスクはあったか？
 (未婚、望まぬ妊娠、貧困、サポート欠如、DVなど)
☐ 搬送の発生した状況と医療アクセスに問題はあったか？
 (一次・二次・三次医療の連携体制に改善点はあったか？)
☐ 早産や死亡を防ぐ要因はあったか？

他に、特にこの事例で検証すべきポイントがあれば、列記してください

A : かかりつけ医
B : その他の臨床医
C : 警察医
D : 解剖医
E : 児童相談所
F : 市町村
G : 保健所
H : 救急隊
I : 警察
J : 教育
K : 保育
L : その他

必要な情報

例 B から 母体管理の詳細
(産科医)

1

4.2

○不可欠
○望ましい

1

から

○不可欠
○望ましい

* 上記の記載を基に、事務局から関係機関に情報提供の依頼を行います。
自施設から問い合わせることを希望される場合、
重複を避けるため事務局にご連絡下さい。(事務局Email・・・・・・)

・多機関を招聘しての検証	○必要	○不要
・医療機関同士の検証	○必要	○不要
・院内のみでの検証	○必要	○不要

上記と判断した理由

95

群馬県CDR登録システム

当該医療機関記載 虐待/殺人 追加情報

虐待/殺人の一般的検証のポイントをいくつか挙げます このうち、本児で特に検証のポイントとして重要なものに✓を入れてください（複数可）

- ☐ 子どもに対する日常的な虐待行為を疑う所見・状況は？
- ☐ 加害が疑われる人物（ならびに非加害側の親との関係性）は？
- ☐ 家族構成、およびその直近の変化
- ☐ 妊娠から出生までの経緯、乳幼児期の子どもの状況
- ☐ 妊娠に対する両親の認識、出生後の子どもの発達状況（妊婦健診受診状況、乳幼児健診結果等を含む）
- ☐ 親の精神科受診歴/心理的側面の状況
- ☐ 家族の経済的側面に関する情報
- ☐ 保育園や学校など、関係機関等が得ていた情報
- 生後24時間以内の死亡事例の場合
- ☐ 同居家族等が母親の妊娠に気付いていたか
- ☐ 生物学的父が妊娠の事実を認識していたか（含、妊娠をめぐるパートナー間関係の評価）
- ☐ 関係機関が出産以前に妊婦に関わっていたか？
- ☐ 虐待死を疑う医学的状況（放置死か、口を塞ぐなどの作為行か）

- 監督ネグレクト下での重大事故の場合
- ☐ 子どもの発達状況への親の認識
- ☐ 親が一定期間子どもを離れる行為の背景（物質依存やギャンブル依存などの有無）
- 医療ネグレクトの場合
- ☐ 医療行為に対する親の拒否の背景（民間療法への傾倒の有無や、その背景要因）
- 障害児の養育不全死の場合
- ☐ 子どもの障害の種別。その原因。
- ☐ 障害受容の問題や障害による育児等の負担感

- ネグレクトによる餓死の場合
- ☐ 子どもの家庭内での放置状況（衰弱過程の親の認識）
- ☐ 子どもの食事提供状況（食をめぐる葛藤状況）
- ☐ 親が自宅を長期間離れる状況があった場合、その理由と背景要因（精神的？経済的？）

他に、特にこの事例で検証すべきポイントがあれば、列記してください

本事例の検証のため他機関から入手すべき追加情報は ○あり ○なし

- A: かかりつけ医
- B: その他の臨床医
- C: 警察医
- D: 解剖医
- E: 児童相談所
- F: 市町村
- G: 保健所
- H: 救急隊
- I: 警察
- J: 教育
- K: 保育
- L: その他

情報源 必要な情報
例 E から 家庭の社会的リスク

- から ○不可欠 ○望ましい
- から ○不可欠 ○望ましい

* 上記の記載を基に、事務局から関係機関に情報提供の依頼を行います。
自施設から問い合わせることを希望される場合、
重複を避けるため事務局にご連絡下さい。（事務局Email・・・・・・）

- ・警察の事情聴取 ○あった（○当日のみ ○複数回） ○ない
- ・行政による死亡事例検証の予定 ○あり ○ない ○不明

本事例に対し、以下の追加検証は必要ですか？

- ・多機関を招聘しての検証 ○必要 ○不要
- ・医療機関同士の検証 ○必要 ○不要
- ・院内のみでの検証 ○必要 ○不要

上記と判断した理由

群馬県CDR登録システム

当該医療機関記載 事故死 追加情報

事故死の一般的な検証ポイントをいくつか挙げます このうち、本児で特に検証のポイントとして重要なものに✓を入れてください（複数可）

- ☐ 子どもの事故当日～数日前の健康状態など、体調に関すること
- ☐ 死亡等の重大な結果に至った経緯
- ☐ 都道府県又は市町村の指導監査の状況等
- ☐ 事故予防指針の整備、研修実施、職員配置等の状況（ソフト面）
- ☐ 設備、道具の状況（ハード面）
- ☐ 教育・保育等が行われていた状況（環境面）
- ☐ 保育士・学校教諭等の状況（人的面）
- ☐ 事故発生後の対応（救急搬送体制、各施設・事業者等及び行政の対応）
- ☐ 事故が発生した場所の見取り図、写真、ビデオ等

- 転倒・転落の場合：
転落した高さ/衝突したものの形状・材質/高所へのアクセス手段/
防護柵などの有無/乗り越えて転落した場合、乗り越えた場所の高さ
- 衝突の場合：
衝突した場所/衝突した物や人/衝突した物の形状、材質
- 熱傷の場合：
原因物体と温度/原因物体が置かれていた場所や高さ/
原因物体へのアクセス手段
- 溺水の場合：
原因物体/水位/水が入った容器などが置かれていた場所やその高さ
置かれていた場所へのアクセス手段

- 誤飲・誤嚥の場合：
原因物体の大きさ・硬さ/置かれていた場所や高さ
- 交通事故の場合：
原因物体/道路や道路に配置されているものなどの環境情報
乗車していたものと衝突対象物との位置関係や動き
自転車に乗車していた場合は、ヘルメット着用の有無/
ベルト着用の有無/乗車位置/チャイルドシート着用の有無
乗車位置（助手席、後部運転席後ろ、後部助手席後ろなど）
- 火災の場合：
放火か失火か？ 火元は？ 住居は木造か？ 戸建てか？
初期消火は試みられた？ 消防車の延着は？ 消火設備の状況は？
- 中毒の場合：
原因薬毒物は？ その保存状況（施錠の有無） 自殺の可能性

他に、特にこの事例で検証すべきポイントがあれば、列記してください

本事例の検証のため他機関から入手すべき追加情報は ○あり ○なし

- A: かかりつけ医
- B: その他の臨床医
- C: 警察医
- D: 解剖医
- E: 児童相談所
- F: 市町村
- G: 保健所
- H: 救急隊
- I: 警察
- J: 教育
- K: 保育
- L: その他

情報源 必要な情報
例 H から 事故現場の詳細

- から ○不可欠 ○望ましい
- から ○不可欠 ○望ましい

* 上記の記載を基に、事務局から関係機関に情報提供の依頼を行います。
自施設から問い合わせることを希望される場合、
重複を避けるため事務局にご連絡下さい。（事務局Email・・・・・・）

- ・警察の事情聴取 ○あった（○当日のみ ○複数回） ○ない
- ・行政による死亡事例検証の予定 ○あり ○ない ○不明

本事例に対し、以下の追加検証は必要ですか？

- ・多機関を招聘しての検証 ○必要 ○不要
- ・医療機関同士の検証 ○必要 ○不要
- ・院内のみでの検証 ○必要 ○不要

上記と判断した理由

図1：病院で死亡宣告に至った事例の登録フォーム（5/7）

群馬県CDR登録システム

当該医療機関記載 自殺 追加情報

自殺の一般的な検証ポイントをいくつか挙げます
このうち、本児で特に検証のポイントとして重要なものに✓を入れてください（複数可）

- ☐遺書は残されていたか？ ☐自殺のほめかしなどはあったか？
☐自殺企図の既往は？ ☐過去の自傷の既往は？
☐精神科受診歴は？ ☐発達の問題などがあったか？
☐家出の既往はあったか？ ☐非行/虐待による警察の関与歴は？
☐自殺企図の家族歴は？ ☐自殺企図は心中の一部であったか？
☐虐待/ネグレクトによる児相の係属歴は？

- ☐急性の、もしくは累積した私的な危機的事象があったか？
☐友人や親戚の自殺 ☐友人や親戚の死
☐身体的虐待 ☐性虐待/性暴力被害
☐家庭内不和 ☐両親の離婚 ☐家庭の経済状況
☐疾病罹患(身体/精神) ☐アルコール/薬物問題
☐恋人との喧嘩/別れ ☐予期せぬ妊娠
☐ギャンブル/金銭問題 ☐犯罪に巻き込まれていた
☐学校/仕事上のトラブル ☐学業問題 ☐登校状況 ☐部活動の状況
☐友人関係 ☐いじめ ☐ネット上のトラブル
☐宗教/カルト活動

- ☐ハイティーンで通学していなかった事例でも、中学時の状況を含め、
登校の状況・部活動の状況は？

- ☐救急搬送上、救命治療上の改善の余地はあったか

他に、特にこの事例で検証すべきポイントがあれば、列記してください

本事例の検証を行う上で、他機関から追加で
入手すべき情報は ☐あり ☐なし

- A：かかりつけ医 E：児童相談所 I：警察
 B：その他の臨床医 F：市町村 J：教育
 C：警察医 G：保健所 K：保育
 D：解剖医 H：救急隊 L：その他

情報源

必要な情報

例 A から 生前の医学的管理の詳細

例 J から 生前の学校での生活状況

	から		☐ 不可欠 ☐ 望ましい
	から		☐ 不可欠 ☐ 望ましい

*上記の記載を基に、事務局から関係機関に情報提供の依頼を行います。
 自施設から問い合わせることを希望される場合、
 重複を避けるため事務局にご連絡下さい。（事務局Email・・・・・・）

・警察の関与 ☐あり ☐なし ☐不明

・学校による詳細調査の予定 ☐あり ☐なし ☐不明

本事例に対し、以下の追加検証は必要ですか？

- ・多機関を招聘しての検証 ☐必要 ☐不要
 ・医療機関同士の検証 ☐必要 ☐不要
 ・院内のみでの検証 ☐必要 ☐不要

上記と判断した理由

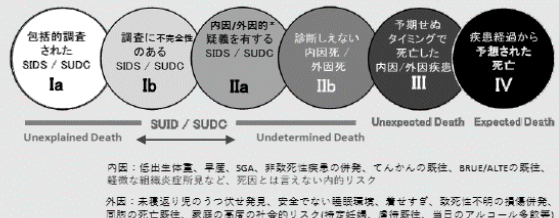
群馬県CDR登録システム

当該医療機関記載 不詳死 追加情報

不詳死の一般的な検証ポイントをいくつか挙げます このうち、本児で特に検証のポイントとして重要なものに✓を入れてください（複数可）

- (突然の予期せぬ死亡発生)
☐救急搬送、救命治療上、改善の余地はあったか？
☐警察通報→検視・死亡現場検証・人形による現場再現の状況は？
☐遺族への情報提供(解剖・死因究明プロセス・グリーフサポートの申出)
 は適切に行われたか？
☐死亡前後の臨床現場で行う検査に不十分な点はないか？
☐SIDSチェックリストは使用した？ リスク因子はどの程度あった？
 (解剖)
☐可能な限り早期に実施しえたか？
☐結果は臨床医と共有されたか？
☐死因は臨床医として納得できるものであったか？疑義があるか？
☐マクロの結果は遺族に医師が伝えることが出来たか？
☐ミクロの結果を伝える機会は適正に作られたか？

他に、特にこの事例で検証すべきポイントがあれば、列記してください



- I a 臨床像:病歴(含、成長・発達歴)に問題認めず、家族歴/左胎周生歴も異常がない
 状況:現場検証で異常がない(就寝環境は安全で、事故を示唆する状況もない)
 剖検:肉眼的/病理組織学的検索で死因となり得た病態を示唆する所見なし
 検査:採血、培養、画像検査、その他の追加検査でいずれも異常はない
- I b Iaの基準を概ね満たすが、判断に必要な現場調査/検査の実施/情報が欠如
- II a 臨床像:I a/bに類する経過であるが、内因性の要因が認められるもの
 状況:死因とは認定しえない外因性の要因が存在したものの
 剖検:死亡に寄与したとは考えられないが、成長や発達に問題認められた事例。明らかな死因とはいえないが、病理組織学的検討で著明な炎症性変化や異常所見が認められた事例
- II b 内因死や外因死であることが疑われるも、正確な診断名をつけることが困難だったもの。
 SIDS疑い事例を含め、解剖を実施しなかった事例は、ここに含める

本事例の検証のため他機関から入手すべき追加情報は ☐あり ☐なし

- A：かかりつけ医
 B：その他の臨床医
 C：警察医
 D：解剖医
 E：児童相談所
 F：市町村
 G：保健所
 H：救急隊
 I：警察
 J：教育
 K：保育
 L：その他

情報源

必要な情報

例 H から 死亡現場の詳細

	から		☐ 不可欠 ☐ 望ましい
	から		☐ 不可欠 ☐ 望ましい

*上記の記載を基に、事務局から関係機関に情報提供の依頼を行います。
 自施設から問い合わせることを希望される場合、
 重複を避けるため事務局にご連絡下さい。（事務局Email・・・・・・）

・警察の事情聴取 ☐あった(○当日のみ ○複数回) ☐ない

・行政による死亡事例検証の予定 ☐あり ☐ない ☐不明

本事例に対し、以下の追加検証は必要ですか？

- ・多機関を招聘しての検証 ☐必要 ☐不要
 ・医療機関同士の検証 ☐必要 ☐不要
 ・院内のみでの検証 ☐必要 ☐不要

上記と判断した理由

図1：病院で死亡宣告に至った事例の登録フォーム (6/7)

群馬県CDR登録システム

予防施策提言：

当該医療機関（＋多機関）で実施した内容を当該医療機関が記載

最後に、本事例の予防しえた要因につき検証し、予防施策を考察してください。

- ・タイムライン上で、予防しえたポイントを複数探し、それを具体的に変えうる施策を考察することが重要です



- ・多機関を招聘した検証を行う予定としている場合には、「〇月に他機関検証を行う予定」と記載して本用紙を提出し、検証後に追加で情報をご提示ください。検証を行う意向があるものの、具体的な検証予定がなければ、一旦医療者で検討を行い、本用紙を提出してください。

* 検証の際の討議内容

検証を行った枠組みは ☐ 個人の医師 ☐ 複数の医師 ☐ 多機関を招聘して行った

- ・多機関検証が望まれるものの、当該医療機関でそれを実施出来なかった場合、入手した情報を基に事務局側で一次検証を行います
- ・事務局主催の検討会に ☐ 参加したい ☐ 参加する予定はない

予防施策提言

- ・提言は「総論的で施策化し難い」ものでなく、具体的に変えられるものが望まれます。また「死」の予防という観点で記載してください
- ・「医学的介入で救命できたか？」ではなく「そもそもこれがあれば死なずに済んだ」という根本に目を向けてください

Who		When&where		What	
	が		で		する
	が		で		する
	が		で		する

一次検証まとめ

死因分類	予防可能性	養育不全	不詳死分類

→二次検証対象の場合

→二次検証参加 ☐ 希望する ☐ 希望しない

→二次検証対象とならない場合

→二次検証を ☐ 行って欲しい ☐ 行う必要はない

図 1：病院で死亡宣告に至った事例の登録フォーム（7/7）

群馬県CDR登録システム（病院外死亡版）				事務局記載
事例番号		性別 ○男 ○女	生年月日 死亡年月日	死亡時 歳 月 日
死亡届の届け出住所		市町村コード 		
提出は ○死亡診断書・ ○死体検案書				
院外死亡に該当 しない・する		県外死亡に該当 しない・する		
死亡病院		診断書/検案書記載医師 その診療科		
Ⅰ 欄： <u>ア イ ウ エ</u>				
Ⅱ 欄： _____				
上記に基づく 死因は 				
暫定死亡分類：				
○虐待/殺人 ○自殺 ○事故				
○悪性疾患 ○急性疾患 ○慢性疾患 ○先天異常/遺伝子異常 ○周産期イベント ○感染症				
○不詳死				
調査前疑義				

群馬県CDR登録システム（病院外死亡版）

当該医療者記載 1

○治療中の疾患による死亡事例 → 治療中の疾患による予測範囲内の死亡 ○はい ○いいえ

○事例現場で判断しうる明らかな外因死であった ○はい ○いいえ

・ 周産期異常の有無 ○あり（） ○なし ○不詳

↓

・ 死亡への寄与は？ ○ない ○可能性あり ○可能性高い ○死亡の原因となった

・ 死亡発見に至るまでの経緯 原則200字以内で端的に

・ 救急搬送の対象とならなかったポイント

・ 死亡前に早期に発見し、救急搬送に繋ぎ得た余地

図 2：病院外で死亡宣告に至った事例の登録フォーム（1/3）

群馬県CDR登録システム（病院外死亡版）

当該医療者記載 2

・確認された身体所見（理学的所見、含、身長/体重など） 200字以内で端的に

・現場で行った検査、検体採取 ☐あり（ ☐なし

家族歴 ☐母 ☐義母 ☐父 ☐義父 ☐同胞（ ☐母方祖母 ☐母方祖父 ☐父方祖母 ☐父方祖父 ☐その他（ ☐）
同居に☒ 特記すべき家族の疾病やその他の情報（情報未確認であれば、その旨を記載）
(含、非血縁者)

現場で把握した死亡児の社会的状況（含、養育に関する行政の係属歴）
(情報未確認であれば、その旨を記載)

養育不全の死への寄与

☐ I. 可能性なし
☐ II. 可能性低いがあり
☐ IIIa. 可能性十分あり
☐ IIIb. 可能性高い
☐ IV. 可能性確実

行政機関への死後の連絡
☐実施 ☐未実施
☐児相 ☐市町村 ☐その他[]

I	・第三者目撃あり、確実に事故と判断され、監督状況にも問題はなかった ・医学的に完全に内因性の病態に合致し、とりたてて社会的リスクはない
II	・養育者の語る受傷機転と合致するが、目撃者がいない。事故だが、監督状況に懸念が残る ・医学的に内因性の病態で説明できるが、社会的に何らかのリスクがある
IIIa	・臨床的に虐待を疑う所見や状況があるが、事故・内因でも説明は可能 ・監督不十分な状況で死亡した事故死や、医療ネグレクトといえるべき状況のあった内因死 ・同胞に不詳死を認めたり、高い社会的リスクを有するが死因が不明確
IIIb	・医学的に事故・内因では説明し難い病態・状況を呈するも、虐待死の確定には至らない事例 ・事故死・内因死でも、継続的な監督ネグレクトや医療ネグレクトなどで社会的介入が開始されていた事例 ・監督不全による事故死や受診の遅れによる死亡でも、過失度合いが極めて高い ・複数の同胞に不詳死を認めたり、親子分離歴があるなど極めて高い社会的リスクを要する不詳死例
IV	・加害行為の自由や、第三者目撃がある事例 ・虐待/ネグレクト以外では医学的に説明し得ない医学的狀態

群馬県CDR登録システム（病院外死亡版）

当該医療者記載 3

解剖の実施 ☐あり（☐病理解剖 ☐司法解剖 ☐調査法解剖 ☐行政解剖 ☐その他[]） ☐なし

情報のフィードバック
☐あり ☐実施 ☐未実施
☐執刀医から
☐警察から
☐その他から（ ）

その内容

死体検案書発行時以降に追加された情報で、
☐変更すべき ☐変更の必要はない

I 欄： ア イ
ウ エ

II 欄：

死亡分類：以下から該当しうるものをすべてチェック
☐虐待/殺人 ☐自殺 ☐事故
☐悪性疾患 ☐急性疾患 ☐慢性疾患
☐先天異常/遺伝子異常 ☐周産期イベント
☐感染症
☐不詳死

現時点で有する情報の範囲内で、本事例が死亡に至る事象は

☐A. 予防しえた可能性が高い
・関係機関が関与していた虐待死、監護者の過失が疑われる事故、SOSのあった自殺
・安全性向上に責任を持つ企業/機関の対策不備による死亡
・救急搬送体制などの改善で、同種死亡が防ぎうると思われる場合 等

☐B. 予防しえた可能性あり
・潜在的にリスクを低減し得たであろう外因死
・予防手段や治療法の確立している内因疾患による死亡
・妊娠管理に改善の余地のあった周産期イベントによる死亡 等

☐C. 予防しえた可能性は低い
・リスク回避が不可避の状況下での死亡(例：天災による死亡など)
・生前に無症候性で未診断だった疾病の、致死性イベントによる死亡
・致死性疾患に対しての計画的な治療緩和による死亡 等

☐D. 予防しえたか不明（判断し難い）

本事例の検証のため他機関から入手すべき追加情報は ☐あり ☐なし

A：かかりつけ医
B：その他の臨床医
C：警察医
D：解剖医
E：児童相談所
F：市町村
G：保健所
H：救急隊
I：警察
J：教育
K：保育
L：その他

情報源 必要な情報
例 E から 家庭の社会的リスク
 から ☐不可欠 ☐望ましい
 から ☐不可欠 ☐望ましい
 から ☐不可欠 ☐望ましい

・警察の事情聴取 ☐あった（☐当日のみ ☐複数回） ☐ない
・行政による死亡事例検証の予定 ☐あり ☐ない ☐不明

本事例に対し、以下の追加検証は必要ですか？
・医療者同士での検証 ☐必要 ☐実施が望ましい ☐不要
・医療と司法での検証 ☐必要 ☐実施が望ましい ☐不要
・多機関に広げた形の検証 ☐必要 ☐実施が望ましい ☐不要

上記と判断した理由

図 2：病院外で死亡宣告に至った事例の登録フォーム（2/3）

群馬県CDR登録システム（病院外死亡版）

当該医療者記載 追加情報

以下に事故・虐待疑い事例における一般的な検証ポイントをいくつか挙げます（非該当の場合、次ページに進んでください）

このうち、本児で特に検証のポイントとして重要なものに✓を入れてください（複数可）

事故の場合

- ☐ 子どもの事故当日～数日前の健康状態など、体調に関すること
- ☐ 都道府県又は市町村の指導監査の状況等
- ☐ 事故予防指針の整備、研修実施、職員配置等の状況（ソフト面）
- ☐ 設備、遊具の状況（ハード面）
- ☐ 教育・保育等が行われていた状況（環境面）
- ☐ 保育士・学校教諭等の状況（人的面）
- ☐ 事故発生後の対応（救急搬送体制、各施設・事業者等及び行政の対応）
- ☐ 事故が発生した場所の見取り図、写真、ビデオ等

*転倒・転落死の場合：

- ☐ 転落した高さ/衝突したものの形状・材質/高所へのアクセス手段/防護柵などの有無/乗り越えて転落した場合、乗り越えた場所の高さ

*衝突死の場合：

- ☐ 衝突した場所/衝突した物や人/衝突した物の形状、材質

*熱傷の場合：

- ☐ 原因物体と温度/原因物体が置かれていた場所や高さ/原因物体へのアクセス手段

*溺死の場合：

- ☐ 原因物体/水位/水が入った容器などが置かれていた場所やその高さ/置かれていた場所へのアクセス手段

*誤飲・誤嚥の場合：

- ☐ 原因物体の大きさ・硬さ/置かれていた場所や高さ

*交通事故の場合：

- ☐ 道路や道路に配置されているものなどの環境情報
- ☐ 衝突対象物との位置関係や動き
- ☐ ベルト着用の有無/乗車位置/チャイルドシート着用の有無（自転車に乗りしていた場合は、ヘルメット着用の有無）
- ☐ 乗車位置（助手席、後部運転席後部、後部助手席後部など）

*火災の場合

- ☐ 放火か失火か？ 火元は？ 住居は木造か？ 戸建てか？
- ☐ 初期消火は試みられた？ 消防車の延着は？ 消火設備の状況は？

*中毒死の場合

- ☐ 原因薬毒物は？ その保存状況（施錠の有無） 自殺の可能性

虐待が疑われる場合

- ☐ 子どもに対する日常的な虐待行為を疑う所見・状況は？
- ☐ 加害が疑われる人物（ならびに非加害側の親との関係性）は？
- ☐ 妊娠から出生までの経緯、乳幼児期の子どもの状況
- ☐ 妊娠に対する両親の認識、出生後の子どもの発達状況（妊婦健診受診状況、乳幼児健診結果等を含む）
- ☐ 親の精神科受診歴/心理的側面の状況
- ☐ 家族の経済的側面に関する情報
- ☐ 保育園や学校など、関係機関等が得ていた情報

*生後24時間以内の死亡事例の場合

- ☐ 同居家族等が母親の妊娠に気付けていたか
- ☐ 生物学的父が妊娠の事実を認識していたか（含、妊娠をめぐるパートナー間関係の評価）
- ☐ 関係機関が出産以前に妊婦に関わっていたか？
- ☐ 虐待死を疑う医学的状況（放置死か、口を塞ぐなどの作為行か）

*ネグレクトによる餓死の場合

- ☐ 子どもの家庭内での放置状況（衰弱過程の親の認識）
- ☐ 子どもの食事提供状況（食をめぐる葛藤状況）
- ☐ 親が自宅を長期間離れる状況があった場合、その理由と背景要因（精神的？経済的？）

*監督ネグレクト下での重大事故の場合

- ☐ 子どもの発達状況への親の認識
- ☐ 親が一定期間子どものもとを離れる行為の背景（物質依存やギャンブル依存などの有無）

*医療ネグレクトの場合

- ☐ 医療行為に対する親の拒否の背景（民間療法への傾倒の有無や、その背景要因）

*障害児の養育不全死の場合

- ☐ 子どもへの障害の種別。その原因。
- ☐ 障害受容の問題や障害による育児等の負担感

群馬県CDR登録システム（病院外死亡版）

予防施策提言

追加情報

以下に自殺疑い事例における一般的な検証ポイントをいくつか挙げます（非該当の場合、下に進んでください）

自殺が疑われる場合

本児で特に検証のポイントとして重要なものに✓（複数可）

- ☐ 遺書が残されていたか？
- ☐ 自殺のほのめかしなどはあったか？
- ☐ 自殺企図の既往は？
- ☐ 過去の自傷の既往は？
- ☐ 精神科受診歴は？
- ☐ 発達の問題などがあったか？
- ☐ 家出の既往はあったか？
- ☐ 非行/虐待による警察の関与歴は？
- ☐ 自殺企図の家族歴は？
- ☐ 自殺企図は心中の一部であったか？
- ☐ 虐待/ネグレクトによる児相の係属歴は？

☐ 急性の、もしくは累積した私的な危機的事象があったか？

- ☐ 友人や親戚の自殺
- ☐ 友人や親戚の死
- ☐ 身体的虐待
- ☐ 性虐待/性暴力被害
- ☐ 家庭内不和
- ☐ 両親の離婚
- ☐ 家庭の経済状況
- ☐ 疾病罹患(身体/精神)
- ☐ アルコール/薬物問題
- ☐ 恋人との喧嘩/別れ
- ☐ 予期せぬ妊娠
- ☐ ギャンブル/金銭問題
- ☐ 犯罪に巻き込まれていた
- ☐ 学校/仕事上のトラブル
- ☐ 学業問題
- ☐ 登校状況
- ☐ 部活動の状況
- ☐ 友人関係
- ☐ いじめ
- ☐ ネット上のトラブル
- ☐ 宗教/カルト活動

- ☐ ハイティーンで通学していなかった事例でも、中学時の状況を含め、登校の状況・部活動の状況は？

内因死/不詳死を含む、全ての事例

他に、特にこの事例で検証すべきポイントがあれば、列記してください

最後に、本事例と同種の死亡事例の発生を今後予防する上での、予防施策を考察してください。

- ・「早期の医学的治療で救命できたか？」というエンドポイントにおける対応ではなく、「そもそも死に至るプロセスに至らずに済んだ」という、根本に目を向けてください
- ・提言は「総論的で施策化し難い」ものでなく、具体的に実際に施策として実施可能なものが、望まれます。
- ・「死」の予防という観点で記載してください
〔例えば、虐待が疑われる場合、虐待をどう予防するかという観点も重要ですが、死に至る事態をどうすれば防げるかという観点の方がより重要です〕

Who（どの機関）が When and/or where で
What（具体的に○○）する という形で、以下に記載

- * が で する
- * が で する
- * が で する

図2：病院外で死亡宣告に至った事例の登録フォーム（3/3）

事例番号				歳		か月		日		男/女	入/外	搬送	
死亡時診断情報		I				II				死因カテ			
変更後		I				II				死因カテ			
既往情報		既往歴				死亡寄与							
		周産歴				死亡寄与							
現病歴		主訴出現～ 病着まで								医療アクセス 改善余地			
		病着～ 死亡まで											
		治療改善余地 事故調											
現症 (身体所見)													
検査						死後			未実施				
家族歴													
社会背景													
		係属				CPT検証				養育不全 カテ			
警察連絡				解剖 種類				結果					
要追加情報		から				→ 取得 情報							
		から				→ 取得 情報							
		から				→ 取得 情報							
CDR以外の検証情報													
当該医療機関の要望						その理由							
検証ポイント		・ ・ ・						予防 可能性			不詳の場合 の分類		
検証結果		検証枠											
		提言		・ ・ ・									
一次まとめ		病因		養育不全		予防可能性		不詳程度		二次検証 □適応 □希望 □不要			
事務局コメ													
CDOPまとめ													

図 3：登録情報に基づくサマリーシート

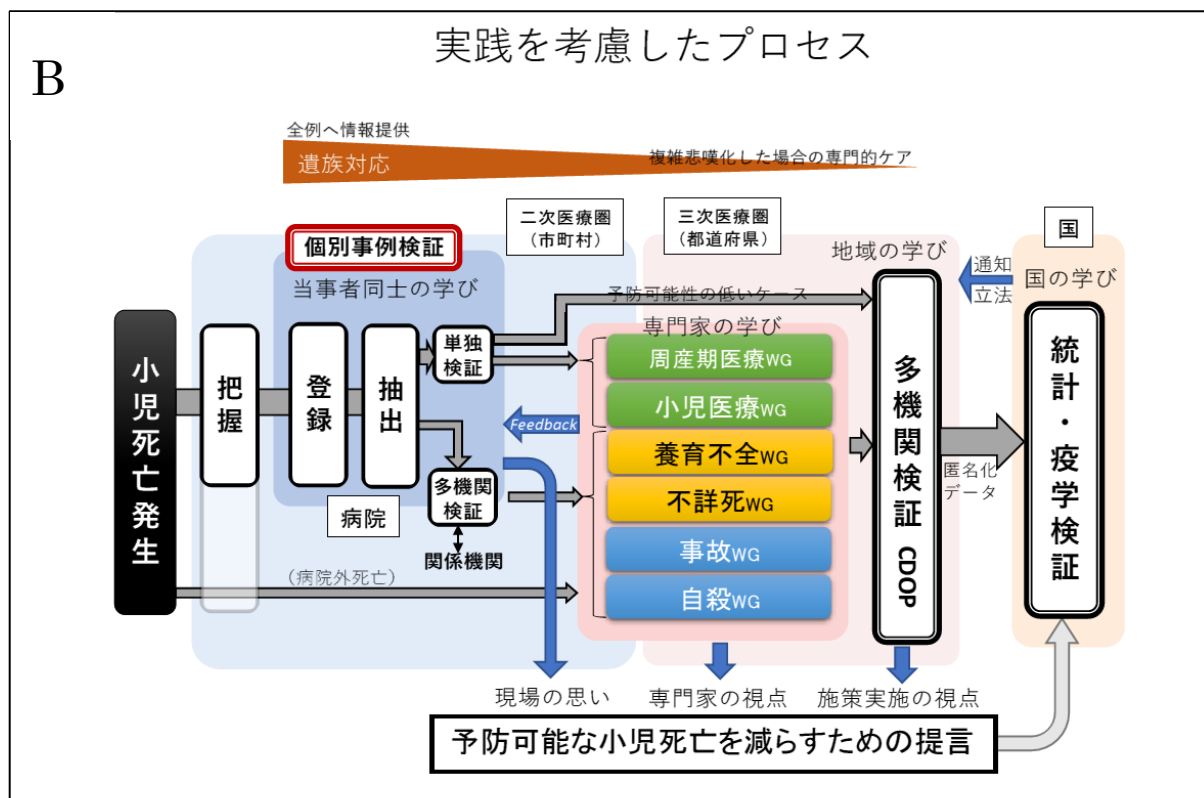
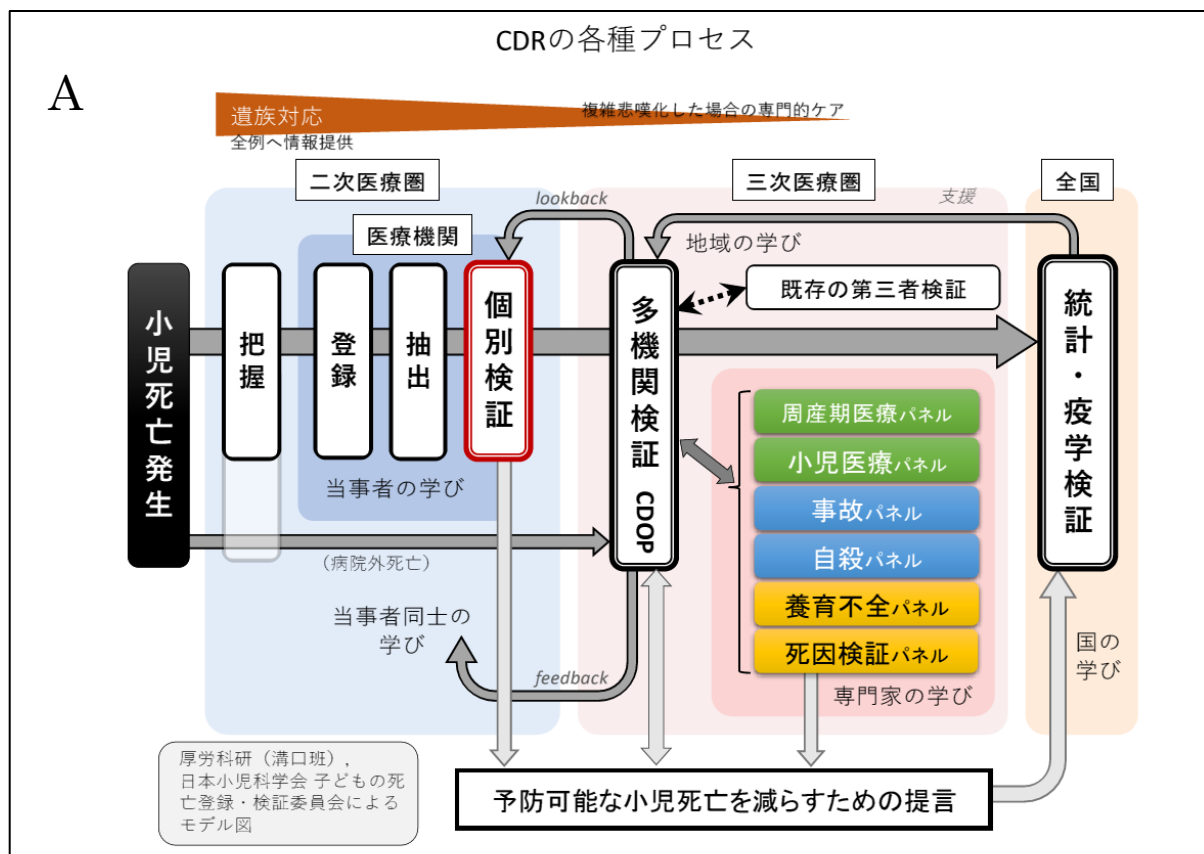


図 4：先行研究で示された CDR プロセスモデル（A）と、群馬県における R3 年度より整備予定の CDR プロセスモデル（B）

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事業（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
有効な Child Death Review 制度と実施支援体制の探索
CDR における法医学解剖の課題と役割

研究分担者 青木 康博

名古屋市立大学大学院医学研究科法医学分野 教授

【背景】 予防のための子どもの死亡検証（CDR）の端緒は死因究明に求められ、法医学解剖がその役割を担っているが、現行制度下での課題が指摘されている。そこでわが国の法医学解剖制度およびその運用の現状、特に地域差について具体的に検討を行い、CDR 推進における課題の描出し、その現状のもとで法医学が CDR において寄与できる取り組みを明らかにする必要がある。

【方法】 わが国における法医学解剖の実施状況、特に実施数、解剖の種類、対象などについて、警察庁、日本法医学会、名古屋市立大学および岩手医科大学のデータをもとに解析した。特に 18 歳未満の剖検例について調査し、CDR 推進における課題、またその中で法医学解剖医が果たしうる役割について検討した。

【結果】 わが国の法医学解剖の実施状況は地域差が大きい、多くの県で司法解剖がその主体をなしている。司法解剖における犯罪死例の割合はたかだか 10% 台と推定され、多くは非犯罪死体を対象としている。一方一部の地域では乳児突然死例などに対し調査法解剖が実施されている。小児の司法解剖例は犯罪死体の割合が比較的高いが、過半数は非犯罪死体と推定され CDR においても司法解剖で得られる情報は重要であると考えられる。

【結論】 わが国の法制度および法医学の置かれている状況により、法医学解剖医の CDR への関与に一定の制限が生ずる可能性が懸念されるが、これは法医学の関与の必要性を下げることではなく、期待される貢献度の高さを考慮すれば、この点について CDR 推進にかなう制度整備が急がれる。また法医学鑑定と CDR とはその方向性が異なる側面があり、それを踏まえた上で実効性のある CDR 体制を構築することが望まれる。

A. 研究目的

予防のための子どもの死亡検証（Child Death Review 以下 CDR）の趣旨は、子どもの死亡に関し、学際的かつ多職種連携のもとでレビューを行い、子どもがどのように、なぜ死ぬのかを理解することを通じ、再発あるいは関連する死亡を防ぎ、子どもの健康と安全を増進に資するというものである。そのために最初に行われるべき具体的なアクションは、すべての子どもの死亡の原因および態様を、できる限り正確に特定することである。すなわち、CDR は予防を目的とした包括的なプログ

ラムであるが、その端緒は死因究明に求められると言え、CDR と死因究明制度との連携構築の必要性は自明である。死因究明とは、2019 年 6 月に成立し、20 年 4 月に施行された「死因究明等推進基本法」において、「死亡に係る診断若しくは死体の検案若しくは解剖又はその検視その他の方法によりその死亡の原因、推定年月日時及び場所等を明らかにすること（第 2 条）」と定義され、さらに、「国及び地方公共団体は、医師等による死体の解剖が死因究明を行うための方法として最も有効な方法であることを踏まえつつ、医師等が行う死因

究明が正確かつ適切に行われるよう、医師等による死体の検案及び解剖等の実施体制の充実に必要な施策を講ずるものとする（第14条）」とし、解剖が死因究明における最も有力なツールであることに言及している。ここでいう死体の解剖とは具体的には主として法医学解剖を指しており、CDRを推進する上でも法医学者による解剖およびその報告が必須の作業となる。死因究明推進のための解剖制度については現在まさに死因究明等推進本部において議論されているが、当面は現行の法医学解剖制度の下でCDRが展開され、また特に、いわゆる司法解剖（刑事訴訟法の規定に基づく解剖鑑定）に関しては、将来的にも大筋で現行制度が維持されるものと考えられる。前年度の報告においてわが国の解剖の実施体制には系統的なシステムがなく、死因究明が寄せ集めの根拠法によりなされていること、および司法解剖が行政解剖的に運用されたり、その逆であったりという状況があることを述べ、これがCDRの実施においても影響を与えかねないことを指摘した。すなわち、現状の死因究明は刑事警察に依存した状態にあり、監察医制度非施行地域において法医学解剖の主体を占めている司法解剖は形の上で捜査の一環として実施されているが、大半は事件されない、いわば非犯罪死体を対象としている一方で、捜査には事件関係者の基本的人権を保障する趣旨から密行の原則があること、また刑事訴訟法47条に「訴訟に関する書類は、公判の開廷前には、これを公にしてはならない」との規定があり、犯罪との関連が薄い事例であっても、予防や再発防止に資するデータの収集が困難になりかねないという懸念が存在する。実際には個々の事例においては、診療を行った医師と解剖医との間の情報交換・共有は（不十分であるかもしれないが）日常的に行われており、またこの問題はより根源的には、わが国の複雑な法医学解剖制度の弊害であって、長期的には解剖種別の整理によらなければならないと考えるが、現行制度下でCDRを社会実装する際にはこの点につい

て一定の配慮が必要であろう。そこで本研究では、わが国の法医学解剖制度およびその運用の現状、特に地域差について具体的に検討し、CDR推進における課題の描出、および解決の道筋の探索を試みた。さらにそのような現状のもとで、特に臨床との関係で、法医学がCDRにおいて求められる取り組みについても検討した。

B. 研究方法

2015～9年の5年間に主として大学法医学教室において実施された法医学解剖について、日本法医学会および警察庁の調査資料をもとに解剖数、解剖の種類、および死因の種類等について集計・検討を行った。特に乳児（0歳）、および1～17歳の小児剖検例については日本法医学会に報告された事例をもとに推計を試みた。さらに、同時期における名古屋市立大学大学院医学研究科法医学分野、および比較対象として2003～7年における岩手医科大学法医学講座の剖検例についても検討し、わが国全体の傾向の推定を行う資料とした。

一方、昨年度に引き続き、CDRにおいて法医学解剖医が現行法・制度下で可能な貢献について、特に臨床医（小児科医）との相互理解の観点から、現状を踏まえ考察した。

C. 研究結果

1. わが国における法医学解剖の実施状況

わが国における法医学解剖の実施状況については、警察庁刑事部捜査第一課（以下警察庁捜査一課）および日本法医学会による調査結果が入手・解析可能であった。両者は調査対象および分類方法が異なるため、数値には若干差異がある。前者によると、2015～9年の5年間の総解剖数は100,789件で、内訳は司法解剖41,403件、死因身元調査法（警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律）に基づく解剖（以下調査法解剖）14,116

件、その他の法医学解剖 45,270 件であった。ここでいうその他の法医学解剖とは遺族の承諾のもとに行う承諾解剖、および監察医による行政解剖などを行う。司法解剖と調査法解剖の総計は 55,519 件で、そのほぼ 4 分の 3 が司法解剖であった。調査法解剖は大都市を有する都道府県および沖縄県での実施例が多く、特に東京、神奈川、兵庫、沖縄の 4 都府県で全体の 62%を占めていた。なお、各年別に見ると、司法解剖は 2015 年に 8,424 件であったものが 19 年では 8,243 件で漸減傾向にあると言える一方、調査法解剖は同時期に 2,395 件から 3,167 件と毎年増加している。なお 2019 年の警察庁捜査一課取扱死体数は 167,808 体であり、その他の法医学解剖 47,913 件、総数 19,323 件とあり、剖検率は 11.5%である。都道府県別に見ると 2019 年の剖検率は 36.3%~1.2%と大きくばらついており、剖検率が全国平均を上回ったのは東京、神奈川、富山、兵庫、和歌山、沖縄の 6 都府県のみであり、中央値は 7.0%であった。また、司法解剖が解剖総数に占める割合は平均 42.7%で、50%以下は栃木、東京、神奈川、大阪、兵庫、沖縄の 6 都府県、中央値は 86.4%であって、16 道県で 90%以上であった。

日本法医学学会による調査は全数調査ではないが、大学における当該 5 年間の解剖数として 61,125 件が報告されており、うち司法解剖が 43,267 件 (70.8%)、調査法解剖が 11,197 件 (18.3%) であり、その比はほぼ 4 : 1 であった。なお大学で行われるその他の解剖はほぼ全例が承諾解剖 (6,658 件, 10.9%) であり、その 9 割近くが東京都および兵庫県で実施されている。年ごとに報告機関数が異なる可能性があり、それぞれの解剖の数の増減を示すことはできないが、全体に占める比率を見ると、2015 年と 16~19 年の間に若干ギャップがあり、15 年には司法 72.6%、調査法 15.8%、承諾 11.6%であったものが、以降の 4 年間ではそれぞれ 70.4%、18.9%、10.7%であり、ここでも調査法解剖の増加が見て取れる。

2. 小児の剖検実施状況

小児の法医学解剖の実施状況に関する真に信頼できる全数調査結果はないが、日本法医学学会による調査データを一部参照することが可能であった。0 歳児 (嬰兒を含む。以下同) 剖検例約 1,450 件中 70%強が司法解剖であり、他殺とされた例は全体の約 2%、司法解剖の約 3%であった。一方 1~17 歳では約 2,700 例中 80%強が司法解剖、他殺例は全体の約 5%、司法解剖の約 6%であった。なお全年齢層における他殺例は全剖検例の約 3%、司法解剖の約 4%であった。

3. 名古屋市立大学および岩手医科大学の剖検例の検討

名古屋市立大学大学院医学研究科法医学分野 (以下名市大) では、当該 5 年間に計 672 件の解剖を実施した。内訳は司法解剖 563 件 (83.8%)、調査法解剖 95 件 (14.1%)、承諾解剖 13 件 (1.9%)、行政解剖 (監察医による解剖) 1 件であった。また死亡の種類 (死因の種類) 別に見ると病死および自然死が 145 件 (21.6%、司法 65 件、調査法 71 件、承諾 9 件)、事故死 197 件 (29.3%、司法 189 件、調査法 1 件、承諾 7 件、行政 1 件)、自殺 77 件 (11.5%、司法 70 件、調査法 1 件、承諾 6 件)、他殺 50 件 (7.4%、すべて司法解剖であり、司法解剖の 8.9%) で、不詳または確定できない事例が 203 件 (30.2%、司法 190 件、調査法 11 件、承諾 2 件) あった。不詳とは特に死後変化が進行していて、死因が不明な事例などを含み、「確定できない」とは自殺・事故の別が不明であるとか、病死・外因死の判断が困難な事例などを含んでいる。

小児例を見ると、乳児 (嬰兒を含む。以下同) 剖検例は 46 件 (司法 19 件 (37%)、調査法 26 件、承諾 1 件) で、病死および自然死が 30 件 (65%、司法 10 件、調査法 20 件)、事故死 4 件 (9%、司法 3 件、調査法 1 件)、他殺 2 件 (4%、すべて司法) で、不詳または確定できない事例が 10 件 (22%、司法 4 件、調査法 5 件、承諾 1 件) あった。1~17 歳の

事例は17件(司法12件(70%), 調査法3件(18%), 承諾2件(12%))で、病死および自然死が5件(29%, 司法2件, 調査法2件, 承諾1件), 事故死3件(18%, 司法2件, 調査法1件), 自殺2件(12%, 司法), 他殺3件(18%, 司法), 不詳または確定できない事例4件(23%, 司法3件, 調査法1件)であった。

比較のため集計した岩手医科大学法医学講座(以下岩手医大)の2003~7年の剖検例は計528件で、司法解剖が506件(95.8%), 承諾解剖が22件であった。法施行前であり調査法解剖は行われていない。病死および自然死が71件(13.4%), 事故死188件(35.6%), 自殺66件(12.5%), 他殺60件(11.4%), その他および不詳143件(27.1%)であった。承諾解剖の内訳は病死および自然死が15件(68%), 事故死4件, 自殺2件, 不詳または確定できない事例が1件であった。乳児例は33件(司法31件(94%), 承諾2件)あり、病死および自然死が18件(55%, 司法10件, 承諾2件), 事故死2件(6%), 他殺2件(21%), 不詳または確定できない事例6件(18%)であった。1~17歳の事例は28件(司法26件(93%) 承諾2例)で、病死および自然死が4件(14%, 司法3件, 承諾1件), 事故死9件(32%, 司法8件, 承諾1件), 自殺3件(11%), 他殺10件(35%), 不詳または確定できない事例2件(7%)であった。

D. 考察

1. 各種法医学解剖の実施状況について

2019年におけるわが国の法医学解剖率は全国平均で11.5%と依然として低い水準にあり、剖検率の向上は、死因究明を推進する観点から重要な課題である。しかも、この平均値は一部の高剖検率都県の値に大きく引きずられており、中央値で見ると7.0%とさらに低い値に留まっている。わが国では捜査機関がすべての異状死体を取り扱うというシステムが確立されており、その上で一部の地域

でのみ監察医制度が施行されていること、そのため多くの地域では、本来事件性がある、あるいはその可能性が払拭できない場合に実施される司法解剖が、行政解剖的に運用されることにより死因究明体制が維持されていることを指摘したが、このことが低い剖検率の原因の一端でもあるといえる。その反面、現行の法体系や財源の問題から、司法解剖がそのように運用されるのはやむを得ない、あるいはむしろ望ましいとも言え、監察医制度非施行地域においては死因究明が司法解剖に支えられている状況があることも事実である。

警察庁のデータからも、41自治体(道府県)では司法解剖が全法医学解剖の過半数を占め、半数以上の自治体では85%以上であった。監察医制度非施行地域では、法医学解剖は大学法医学教室がほぼ一手に担っており、多数の承諾解剖を実施している少数の大学を除くと、法医学解剖の平均8割は司法解剖として行われている。ところで、犯罪統計によると、2019年の殺人および傷害致死の認知件数は計1,017件であり、この値に近年大きな変動はない。仮にその全てが警察庁捜査一課の担当する司法解剖に付されているとすると、その数は司法解剖の約12%に相当する。この値は名市大の司法解剖例中に他殺例が占める割合である8.9%と比較するとやや高いものの、岩手医大のその11.4%とはよく符合する。なお、日本法医学学会に報告された事例のデータにおいては、他殺例が司法解剖の約4%と低い値を示しているが、これは報告された事例に偏りがあるなどのバイアス、および集計方法の不備に起因するものと推測される。いずれにしても、司法解剖はその性質上、死亡の種類が不詳または確定できない事例が多い(名市大33.4%, 岩手医大28.1%)ことや、殺人や傷害致死以外の刑法犯罪に関係する事例もあること、あるいは実際には立件が困難ではあるが、疑わしい事例があることなどを考慮しても、少なからぬ司法解剖事例が特に事件化されることなく処理されていることは明らかと考えられる。さらに、犯罪死体は死因

が（解剖実施前から）比較的是っきりしている事例も少なくないので、そのような事例の司法解剖は必ずしも死因究明を主目的とはしていない一方で、むしろ事件性が低いと考えられる事例の司法解剖において、死因究明が重視されている、換言すると司法解剖が本来の機能に加え、非犯罪死体における死因究明において重要な役割を果たしているのが、現在のわが国の実情であるとも言えるようである。

なお他殺例が司法解剖に占める割合が、名市大、および時期は異なるが岩手医大のいずれにおいても「想定される全国平均」よりも低い点について若干考察を試みると、例えば東京都のような監察医制度が整備され、司法解剖が全法医解剖に占める割合が低い（2019 年で 4.5%）地域で、司法解剖の多くが犯罪死体を対象としていることが、全体の他殺例の比率を押し上げているものと考えられる。他方、愛知県および岩手県の剖検率はいずれも 5%前後で、全国平均および中央値を下回っているため、比較的高い剖検率を有する監察医制度非施行地域では、その割合はさらに低いものと推測され、その分司法解剖の死因究明に対する寄与度が高いと考えられる。

2. 小児剖検例の動向と CDR への影響について

日本法医学会に報告された事例のデータによると、小児においても乳児剖検例の 70%強、乳児を除く 18 歳未満の剖検例の 80%強が司法解剖によっていた。このデータは監察医による解剖の多くが除外されていると考えられるので、司法解剖事例が大半を占めるのは当然であるが、監察医制度非施行地域の実情をよく反映していると言えるであろう。一方、他殺例が司法解剖に占める割合が乳児で約 3%、1 歳以上の小児で約 6%という値は、上述のバイアス等により若干過小に算出されている可能性がある。一方、名市大のデータではそれぞれ 11%および 25%、岩手医大のそれではそれぞれ 23%および 38%と比較的高い比率を有しているが、デ

ータ数が少ないこともあって、値のばらつきが大きく、全国的な傾向を推測することはやや困難と言わざるを得なかった。しかし 1 歳以上の小児においてはいずれの値も全年齢層のそれを上回っているため、この年齢層においては他殺例が司法解剖に占める割合は比較的高いと推定できよう。その理由としては、そもそも小児においては全死亡例に対する他殺の割合が高いこと（2016 年の人口動態統計によると、5～9 歳の女児の死因のうち 4.3%を他殺が占める）、犯罪死以外については解剖を忌避する傾向がある可能性があることなどが挙げられる。それでも過半数の事例において事件化はなされていないと推定されるところ、元来この年齢層の司法解剖例には、事故死例はもちろん最終的に病死と判断された事例であっても、いわゆるハイ・プロファイル事例が多く、剖検により得られる情報が CDR を有効に推進していく上で欠くべからざるものであることは疑いがない。

一方乳児の法医解剖事例は若干異なる様相を呈している。名市大では司法解剖（19 件）よりも調査法解剖（26 件）が多く、司法解剖における他殺例の割合も 11%と、全年齢層の値と大差がなくなっている。一方岩手医大では 94%が司法解剖であり、他殺例もその 23%と比較的高い値を示した。愛知県の法医解剖は約 8 割が司法、2 割が調査法であり、後者の多くが小児・青壮年の突然死例であると報告されており、事件性に乏しいと考えられる乳児突然死例に対しては調査法解剖が行われることが多い。調査法解剖は根拠法の条文に「（解剖の実施に関する）事務によって得られた医学的知見を公衆衛生の向上又は医学の教育若しくは研究のために活用することを妨げるものではない（法第 7 条）」と謳われており、これは CDR の趣旨にも合致するものであって、情報の積極的な活用が期待される。一方で法施行前の岩手県の状況は、現在でも多くの自治体において見られるものであろうことはこれまで述べたとおりである。調査法解剖数は年々増加しており、今後も増加が予想され

るものの、それは一部の自治体に限局して見られる現象であったり、あるいは増加の程度が緩やかであることから、当面は劇的な変化は見込めないと考えられる。何よりも、いずれのデータにおいても司法解剖における他殺例の割合が低いことは、乳児の司法解剖例においても事件性が低い事例が多く含まれていることを示唆しており、実際病死と判断された事例が名市大・岩手医大のいずれにおいても過半数を占めている。また事故事例あるいは分類不能な事例などは、当然 CDR におけるレビューの対象となるべきであり、ここでも司法解剖結果が依然重要な情報であると言える。

CDR は本来悉皆性を備えた検証事業であろうが、わが国においては犯罪死事例の情報はもっぱら捜査機関に集中する構造になっており、そのこと自体には大きな問題はないものと考えられる。すなわち犯罪死事例に関する CDR は、結局のところ、（なされるとしても）捜査を後追いする形で行われることになるものと予想される。さらに疑わしい事例について、立件されてなくとも捜査が進行している場合などは情報が開示・公開されないという事態も、当然起こりうるであろう。一方で、不起訴事例であったり、あるいは実質的な捜査がなされず、いわば店晒し状態にある事例についても、前述の刑事訴訟法第 47 条の規定などにより情報が開示されないことがままあり、さまざまな調査において支障をきたしていることがつとに指摘されている。たとえば医療界では診療関連死の予防や再発防止に資するデータの収集の際の障壁になっていることが問題となり、医師法第 21 条の異状死体届出義務の条文を改正すべきであるとの主張までなされた。子どもというより広い対象を扱う CDR において同様の障害が発生し、臨床医の間に司法解剖を忌避する意識を惹起するような事態はなんとしても避けなければならないし、不起訴事例に関し、たとえば再発防止上有用な情報であっても口を閉ざすことは、「死因究明は人が受ける最後の医療である」と主張する法医学者にとっても、

医療からの疎外を招き、医療人としてのプロフェッションに関わる問題となりうる。この点については、刑事訴訟法 47 条の但し書きにある「公益上の必要その他の事由があつて、相当と認められる場合は、この限りでない」による運用を目指すか、あるいは死因究明推進基本法の附則 2 条にある、「子どもが死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報の収集、管理、活用等の仕組み、あるべき死因究明等に関する施策に係る行政組織、法制度等の在り方その他のあるべき死因究明等に係る制度について検討を加える」ことにより基づき法や環境を整備するか、関係諸機関で建設的な議論がなされなければならない。さらに、今回検討を遂行する上で子どもに限らない、死亡に関するデータベースの不備を再認識させられたので、同附則にある「死因究明等により得られた情報の一元的な集約及び管理を行う体制」の整備は喫緊の課題であると考ええる。

3. CDR における法医学の関与および臨床との相互理解の推進

法医学実務においては、制度上は全国ほぼ一律の手続きにより解剖が実施されているものの、これまで述べた剖検率、解剖の種別、解剖対象だけでなく、法医学を取り巻く環境自体が地域ごとにまちまちであるのが実情である。複雑な解剖制度とそれに関連する地域差は、他職種による一律的な理解を困難にしている側面がある。また、元来わが国の法医解剖医は大半が大学所属の教員等であるので、死体に関し広範な権限を有する米国の監察医などと比較すれば、CDR に対する関与にも制限が加わることは、ある程度予想できる。CDR は多職種連携による作業であるのでコミュニケーション・ギャップの存在はあらかじめ想定されているであろうが、こと法医学に関しては（残念ながら）まずこの点について認識を共有する必要がある。ただしこのことは、それぞれの地域でその状況に応じた形で CDR の枠組みを設計する上で特に

障壁となることはないものであることも強調したい。むしろ近年は従来からある社会科学としての法医学の射程が拡大しているだけでなく、臨床法医学的側面から社会にコミットしていくという試みも盛んになされており、CDR への関与もそれらと軌を同じくするものと位置づけられる。

法医解剖、特に司法解剖は、法廷の証拠となることが期待される鑑定の一過程であるため、それに基づく判断は、確実なことのみが述べられる傾向にある。またその判断は当然医学的知見に立脚するものでなければならないが、当初の焦点が、その死がもっぱら他者の故意または過失に基づくものであるか否かにある、ということに影響を受けることも当然ある。これらのいずれも、CDR の理念と相容れないとまでは言えなくとも、方向性を異にするものではある。もちろん、法医剖検診断自体は剖検所見を他の情報と関連付けた上でなされるが、CDR の場ではさらに、もたらされる情報をもとに提示される、異なる前提に立って、様々な可能性を探る作業がなされることになる。これは解剖医にとってはチャレンジングではあるが、結果回避の観点から臨床医などによって発せられる意見などに対しては柔軟な対応が求められよう。一方、死因が明らかでなくとも、予防や再発防止について有用な提言などがなされ得る事例もあろう。この場合、剖検により死因を明示できない、あるいは敢えて確定させないとした理由、あるいは論理をまず明確にした上で、議論を深め説得力のある結論を得る努力が求められる。解剖医の CDR における役割が単なる死因の説明にとどまらないとするゆえんである。

E. 結論

刑事訴訟法の規定により実施される司法解剖は、全国の多くの自治体において法医解剖の主体をなすもので、対象も広く、剖検によって得られる情報が CDR を実効あるものにする上で不可欠である。

法律上の制限が懸念されるが、少なくとも法医解剖医と他職種、とくに臨床医との間で十分な議論をなしうる情報共有・交換がなされなければならない、それを可能にする運用や制度整備が必要である。また、このような法医解剖の特性を踏まえた上で、CDR の理念に沿った議論が臨床医等の中で展開されることが求められる。

文献

1. 厚生労働省．死因究明等推進計画検討会（第 5 回）資料。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/zentaiban5.pdf>
2. 日本法医学会．法医学活動一覧 2015, 2016, 2017, 2018, 2019.
3. 警察庁．犯罪統計資料。
https://www.npa.go.jp/toukei/keiji35/new_hanzai002.htm
4. 青木康博他．調査法解剖（新法解剖）の概況——自験例による検討．日本法医学雑誌 2016; 70: 158.

F. 健康危険情報

（特になし）

G. 研究発表

1. 青木康博．CDR における法医学の役割．シンポジウム「子どもを守る法医学～チャイルド デス レビューへの貢献～」．第 104 次日本法医学会学術全国集会．日本法医学雑誌 2020; 74: 40.
2. 青木康博．死因究明制度整備の歴史的背景．法律のひろば 2020; 73: 12-20.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

（特になし）

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事業(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
有効な Child Death Review 制度と実施支援体制の探索
事故死とチャイルド・デス・レビュー

研究分担者 山中 龍宏 緑園こどもクリニック、産業技術総合研究所 人工知能研究センター
研究協力者 沼口 敦 国立大学法人東海国立大学機構 名古屋大学医学部附属病院 救急・内科系集中治療部

予防のための子どもの死亡検証(Child Death Review、以下 CDR)は、2020 年(令和 2 年度)より「予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業(以下、モデル事業)」として、複数の自治体で導入・開始された。令和 3 年度はモデル事業の拡充を目指しており、新たに CDR を導入する際に、関係機関の連絡調整やデータ収集・検討会の運営などに関するノウハウが不足しており可能性がある。そのため本研究班では現時点の状況を踏まえ、CDR を導入・実践していくための参考となる研修資料作成(以下、資料)を行った。今後はさらなる事業の拡大や実施状況の変更に応じて、資料の追加や修正を行なっていく必要がある。

A. 背景

チャイルド・デス・レビュー(Child Death Review: 以下、CDR と略す)は、日本語で表記すれば「予防のための子どもの死亡検証」となる。予防可能な子どもの死亡を減らす目的で、多職種の専門家が連携して、系統的に死因調査を実施して登録・検証し、効果的な予防策を講じて介入を行うおうとする取り組みである。わが国では、2020 年 4 月から CDR の体制整備モデル事業が 7 府県で始まった。それらの事業から、それぞれ提言が出されるはずであるが、2020 年度中には公開されておらず検討することができない。そのため、一般論として事故死の CDR について検討した。

「事故死の 90-95%は予防可能である」と WHO(世界保健機関)等は指摘しているが、事故にはいろいろな種類があり、どう取り組むのかよくわからない。そこで、CDR で予期せぬ傷害

(unintentional injury) 死を検討する場合について具体的に考察を加えた。

B. 方法, C. 結果, D. 考察

小児の事故死の現状

人口動態統計(2019 年)によれば、不慮の事故による死亡数は、0 歳(78 人)、1-4 歳(72 人)、5-9 歳(56 人)、10-14 歳(53 人)、15-19 歳(204 人)となっており、死因順位をみると、0 歳では第 3 位、1-4 歳、5-9 歳では第 2 位、10-14 歳では第 3 位、15-19 歳では第 2 位となっている。

事故死の死因の内訳をみると、年齢層によって異なっているが、毎年ほぼ同じで、交通事故死が 45%前後、窒息死が 20%前後、溺死が約 20%となっている。

これらのデータから、ほぼ毎年、同じ年齢層の子どもに同じ事故死が起こっていることがわかる。現在、子どもが死亡した場合、いくつか検証が行われているが、担当部署が異なっていたり、検証内容に濃淡があつて、具体的な予防にはほとんどつながっていない。

CDR の基本的な考え方

人が死亡すると、死亡した原因や機序が医学的に検討され、死亡診断書が作成される。事故死の場合には、医療機関から警察への報告が義務付けられており、警察によって現場検証が行われている。これらの作業は、死に関しての事実を明らかにすることで「死因究明」と言われている。死因究明の目的は、医学的には診断や治療法の改善であり、社会正義のためには死亡に関与した責任や程度を明確にすることである。事実のみが重視され、次に同じことが起こらないようにする「予防」は重視されない。エビデンスのみが取り上げられ、後方視的な検討となる。

CDR は、死因究明で明らかにされた事実をもとに予防の可能性を指摘する作業で、「予防」を実現することが重視される。多職種の人が、それぞれの立場から予防案を提示して議論し、それを実現するための方法を検討し、実施されることまで

検討する。エビデンスがなくても、いろいろ提案することができ、前方視的な検討となる。

子どもの事故死には製品や環境が関与している場合が多い。これらの製品や環境は企業等が作ったものであり、安全性については行政が管理している。死亡例が発生した製品や環境は改良し、規制を強化する必要がある。企業は、分厚い取扱説明書を作って注意喚起し、製品によって事故死が起こっても「消費者の責任」とする場合があるが、本来は取説を読まなくても安全な製品や環境を作る責務がある。

事故死の具体的な CDR

2019 年 2 月、東京都港区の東海大学高輪キャンパスで、厚生労働科学研究費助成「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の検証に関する研究」班の主催で、CDR に関する国際シンポジウムが開かれた。2 日目のワークショップで、アメリカから来られた Covington 氏が具体的な事例を提出されたので、それを紹介する。

事例：

15 歳の女兒。車の後部座席に座っていて、その車は、兄とその友人が運転していたのですが、日中なので、本来でしたら学校に在るべき時間でした。少し郊外の道を運転していて、カーブを高速で走っていたためにコントロールがきかなくなり、溝に落ちてしまいました。それによって、彼女はシートベルトをしていなかったのが死亡してしまいました。兄たちはシートベルトをしていたので助かりました。

このケースについて、グループで予防策を話し合った。

グループ員：「シートベルトさえしていれば助かったはず」、「後部座席でもシートベルトをする必要性を教える。法制化する必要がある」

Covington：「警察からの情報では、そのカーブで何度も事故が起きていて、死亡事故も起こっていたが、改善されることはなかった」

グループ員：「標識もないようなので設置する。そのカーブを舗装したり、直したらよいのではないか」

これで、予防のための検討は終わりになると思われたが、話は続いた。

Covington：「別の人が質問をしました。なんで学校に行っている時間に、その場所にいたのでしょうか、と。学校代表の人も CDR の場において、この問題についてちょっと掘り下げて検討しました。すると、事故が起こった前日、その女兒は性的暴

行を受けたため、そのままでは恥ずかしくて学校に行けない。そこで、兄が彼女を連れて色々なところを走り回っていたということがわかりました。スクールカウンセラーの話によると、高校に在る 10 代の子ども達は、何か性的な暴行を受けたとしても、地元の病院に行くとき警察や病院のスタッフにすごく嫌な扱いを受けるので、そういう所に行かない方がいいと考えているということがわかりました。検察は、10 代の子どもたちがそういう態度を取っていることに非常に驚きました。その後、検討して委員会を設置しました。その委員会には、学生と病院と警察とメンタルヘルスの人たちが関わっていて、病院において、性的暴行を受けた人がどういったプロセスで治療を受けるのか、高校においては、そういったことが問題となったときに、どういった対応をしたらよいかという研修会を行いました。

最初はシンプルな 10 代のドライバーの事故として、シートベルトをしていれば防げるという問題であったものが、実際には 10 代のドライバーに対してシートベルトの教育をし、道路のカーブの部分直し、また性的暴行を受けた 10 代の人に対して新しいプロセスを生むという形になりました。CDR をしていなければ、こんな話にはならなかったと思います」

このワークショップに参加して、40 年の歴史があるアメリカの CDR から学ぶことはたくさんあると認識した。初めて CDR に参加する人に対して、このような具体的な事例を紹介するリーフレットがあるとわかりやすいのではないかなと思う。

子どもの事故死の検証は

わが国において、子どもの事故死の検証の例として、大きなニュースになった事故死を挙げてみよう。

2004 年 3 月 26 日、六本木ヒルズの一階正面玄関の自動回転ドアに 6 歳児が挟み込まれて死亡した。この検証は、工学者の畑村洋太郎先生が自発的に取り組み、実際に事故が起こった自動回転ドアを使って検証が行われ、なぜ事故が起こったのか、それを改善するにはどうしたらいいかが明確になった。事故の原因は、自動回転ドアの構造に問題があり、ドア自体が非常に重かったこと、それをセンサーで制御しようとしていたことと判明した。

2006 年 7 月 31 日、埼玉県ふじみ野市のプールの排水口に小学 2 年生の女兒が吸い込まれて死亡した。これは刑事裁判となり、市の担当者 2 名が有罪となった。プールが解体されると聞き、排水口の検証が必要と考え、市と日本技術士会の人をお願いして検証を行った。その結果、プールの排

水口の構造そのものに問題があることが明らかになった。40 年前の設計図と施工状況を比べてみると、排水口の蓋を固定するネジの位置が設計図とは異なった位置にあり、蓋の固定が不十分となっていた。蓋が外れたために修理をしようとしていたあいだに、子どもが排水口に吸い込まれてしまった。この事故では、現物を保存しておく必要がある考え、現場の排水口部分を切り出してもらった。この排水口は、現在、産業技術総合研究所に陳列してある。

これらの事故死については、地域の委員だけで CDR を行っても予防につながる提言は出てこないであろう。虐待死の場合は、家庭環境、地域の援助など、各地域で予防を検討することができると思われるが、事故死の場合は、専門家が検証に加わらないと十分な検討はできない。現在、飛行機が墜落した場合には、国の運輸安全委員会の専門家が現地に行き調査をしている。同様に、事故死の場合には、製品や環境を作った企業も含め、工学的な専門家の関与が不可欠である。

再発予防から入る必要性

子どもの事故死が起ると、遺族側から①「何故死ななければならなかったのか、その理由を知りたい」、②「二度と同じ事故が起らないようにしてほしい」という2つの要望が出る。これに対応するのが検証を行う第三者委員会の役割であると認識していた。実際に第三者委員会の委員をしてみてもわかったことは、この2つの要望は同じ重みづけではなく、①に9割くらいの重みづけがなされ、①がはっきりすれば必然的に②が導き出されると考えられていたように思う。この考え方でいくと、①の原因究明は必然的に「責任追及」になり、責任は個人に収れんしていく。「責任追及は予防にはつながらない」と指摘しても、遺族には受け入れられないことが多い。

また、第三者委員会は「公平、中立、客観性」の組織であるとされているが、「公平」、「中立」、「客観性」の3つを並列で並べることもトラブルの原因となるように思われる。「公平・中立」と「客観性」は次元が異なっていると認識する必要がある。

医療事故調査制度について解説したある記事（資料）では、「医療安全は科学であり、紛争はそうではない。科学に、公正も中立も誠意も納得もない。人間は確率的にエラーを起こすから、それがアクシデントに繋がらないようシステムを構築する、それだけである。エラーをいくら非難しても再発防止は出来ない」、「厚労省が再三明言しているように、今般の制度の目的は医療安全・再発防止であって、紛争解決でも責任追及でも説明

責任を果たすことでもない」、「ドライに聞こえるかもしれないが、この制度は事故で亡くなった人やその遺族のためのものではないということだ。事故情報は再発防止、つまりこれから医療を受ける国民のためにのみ利用される、これが制度の趣旨である」と述べられている。医療事故調査制度も CDR も、死からの学びを社会の共有財産にするという理念に基づいているのである。

D. 考察

一定の頻度で子どもの事故死が起り続けている。これまで、それぞれの担当部署で行われていた死亡検証が、CDR によって一か所で網羅的に検証することが可能となり、検証結果は社会で共有されることになった。多職種の人が、それぞれの視点で再発予防を検討する場ができたことはたいへん大きな進歩である。

これから、いろいろなところで CDR が行われると思われるが、CDR の大前提の設定を間違えないこと、すなわち、必ず「再発予防」から議論をスタートする、いつも「再発予防」に議論を戻して「再発予防のための会議」であることを確認しつつ議論を進める必要がある。

参考文献

満岡渉：ついに始まった医療事故調査制度～自分の身は自分で守ろう～。2015 年 12 月 25 日
MRIC by 医療ガバナンス学会 発行
<http://medg.jp> Vol.267 (2021 年 5 月 10 日アクセス)

E. 健康危機管理情報

なし

F. 研究発表

論文発表

なし

学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

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事業(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
有効な Child Death Review 制度と実施支援体制の探索
警察医との連携体制と検証要項の確立

研究分担者 小林 博 小林医院, 日本医師会警察活動等への協力業務検討委員会委員長
沼口 敦 国立大学法人東海国立大学機構 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 細川 秀一 細川外科クリニック, 愛知県医師会理事
梅本 正和 うめもとこどもクリニック, 三重県医師会

【背景】警察業務に協力する医師は、死体検案等の業務につき委託される立場にある。先行調査によると、愛知県内の子どもの死亡のうち 6.3%は、小児科を標榜し小児病床を有する病院以外の医師によって死亡診断(死体検案)された。CDR が子どもの死亡の全例を対象とするためには、警察業務に協力する医師との協働が不可欠であるが、これまで CDR に関する積極的な啓発対象とされなかった。

【方法】警察業務に協力する医師のうち、愛知県内で立会医として登録された医師に対して、死亡診断(死体検案)の実態等および CDR の捉え方についての質問紙調査を実施した。

【結果】愛知県内の立会医は、特に年間の検案従事数の多い医師が、小児の検案にも関与する。制度として条件を満たせば CDR への情報提供を肯定的に捉える意見が多く、また CDR に期待を寄せる意見も多く寄せられた。当該質問紙調査票の全国展開が有用であることが見込まれる。

A. 背景

厚生労働省は、平成 30 年の成育基本法および令和元年の死因究明等推進基本法の制定を受け、子どもの死亡例について全例を登録し検証する仕組み(予防のための子どもの死亡検証(Child Death Review))を必要としている。令和 2 年度から 7 府県で体制整備モデル事業が開始された。

これまでの愛知県の調査によると、愛知県で 2014-2016 年の 3 年間に死亡した 15 歳未満の者のうち、小児科を標榜し小児科病床を有する病院で死亡診断(死体検案)されたものが 598 例であるのに対して、その他の警察医によって死亡診断(死体検案)されたものが 44 例であった。これは、全体の 6.3%に相当する。なお、うち 24 例は警察を介して法医学解剖に至り、残り 20 例は剖検されなかった。他都道府県の現状については今後調査すべき課題であるが、地域差はあるものの警察医が子どもの死に関与する役割は大きいこと

が推察される。また愛知県以外では類似の疫学調査がなされたことがなく、基礎資料がない。

この状況下で冒頭のとおり子どもの死亡の全例を登録するためには、警察医との協働が望ましいが、それがどのように可能であるか、これまでに調査がなされたことはない。本分担研究者らは昨年度の厚労科研において、このために用いる質問紙調査票を提案したが、その有効性は不明である。そこで全国調査に先立って愛知県において先行的に同調査を実施し、警察医の小児死亡への関わりおよび CDR に対する意見を聴取することを計画した。この結果から、CDR 実施に向けた準備(Readiness)がどのような状況であるか確認されることが期待されるとともに、このような質問紙調査が有効であるかの検証も可能と見込まれる。

B. 方法, C. 結果

愛知県医師会より、県内で検視に立ち会う医師として警察に登録されたもの（以下「立会医」）に対して、文末に添付した調査用紙を郵送した。自由意志によって回答のうえ、返送をもって研究に同意したものと見做した。

調査対象：愛知県内の立会医 164 名

有効回答数：90（回答率：54.9%）

別資料（愛知県医師会、非公開）によると、2019 年に検死に立ち会った件数が 10 件以上であった医師は 46 名、うち 100 件以上であった医師は 10 名。本調査に回答した医師のうち、年間の検案数が「1 年につき 10～数十例程度」は 26 名、「それ以上」は 7 名であったことから、検死に携わることの多い医師において回答率は概ね 57-70%と計算された。

（問 1）勤務先

勤務先施設の種類、および所在地（郵便番号）を調査した。剖検の経験および剖検に対する考え方について、特段の地理的分布を認めなかった

（結果非表示）。回答者の勤務先は、地理的（医療施設の配置、人口に対する割合等）に類似した地域であったこともこの原因と考えられ、調査対象を拡大するなどによって、何らかの傾向が認められる可能性は否定できない。

（問 2）立会医としての経験年数

立会医としての経験年数を、「5 年未満」「5～10 年未満」「10～20 年未満」「20 年以上」の 4 区分のどれに該当するかを調査を行った（表 1）。

5 年未満	12
5 年以上 10 年未満	20
10 年以上 20 年未満	29
20 年以上	28
その他	1
回答なし	0
（合計）	90

【表 1：立会医としての経験年数】

（問 3）年間の検案数

また、1 年あたり経験する検案数を、「1 例以下」「数例程度」「10～数十例程度」「それ以上」の 4 区分のどれに該当するかを調査を行った（表 2）。1 年につき数例程度とする回答が最多であった。さらに、立会医としての経験年数と年間の検案数の関係を調べたところ、経験年数が長いほど検案に携わらない数は少なく、多くの検案を行う傾向が認められた（図 3）。

警察からの依頼がないため、死亡診断（死体検案）には携わっていない	7
1 年につき 1 例以下	9
1 年につき数例程度	35
1 年につき 10～数十例程度	26
それ以上	7
その他（※）	4
回答なし	2
（合計）	90

その他：施設内の他職員が対応（して本人は携わらない）、数年は検案例なし、など検案業務に携わっていない状況

【表 2：年間の検案数】

（問 4）小児の検案経験（死者の年齢区分別）

乳児（1 歳未満）、幼児（就学前）、学童（小学生）、思春期（中学生以降）の 4 区分による年齢群ごとに、該当事例の検案経験がどの程度あるかを調査した（表 4）。回答数の 2/3 に相当する 60 名は、年齢区分にかかわらず小児例の経験はないと回答した。年間の検案数が多いほど、小児の検案経験も増加した（図 5）。

（問 5）検案の記録を残すか

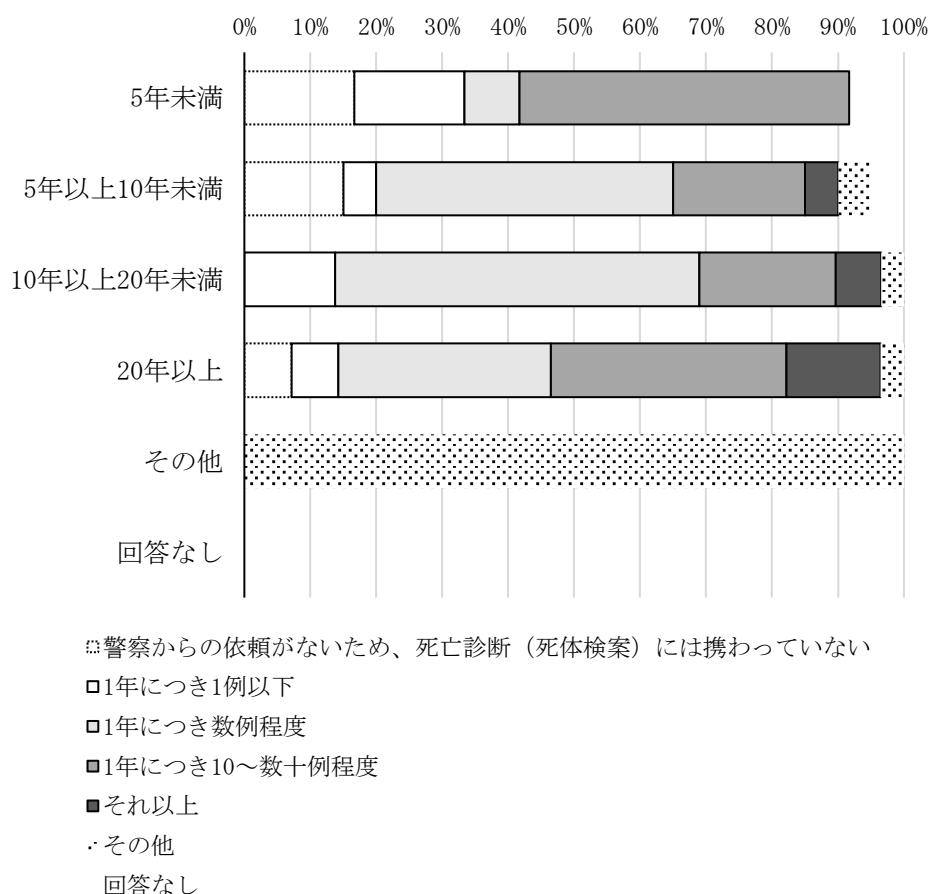
死体検案を行った際に、記録を残すか、またその場合どの程度を残すかについて調査した（図 6）。「全例で何らかの記録を残す」との回答が最

も多く、以下「何らかの記録を残す例もある」
「記録を一切残さない」「例数のみ記録に残している」の順であった。なおここで記録とは、診療記録等の公的記録に加え、自身の「日記」などの私的記録も含むものとした。

（問 6）CDR への情報提供の可否

そこで、記録が残されている場合に、その情報を CDR に対して提供可能であるか考えるかを尋ねた（図 7）。「概ね可能であろう」「警察等から許可を得れば可能であろう」「今後、一定の様式などが提示されれば可能であろう」「情報の一部であれば可能である

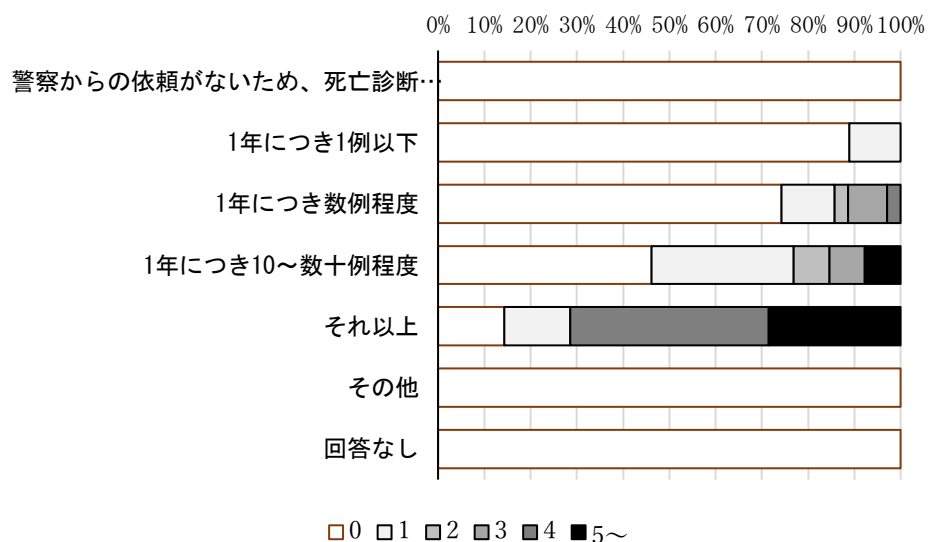
う」「個人的な意見を述べることは可能であろう」と、何らかの条件を満たせば提供可能との肯定的な回答は全体の 54%であり、「対応できない」「分からない/判断できない」との否定的な回答 16%を上回った。また小児経験のあるものを抽出すると、肯定的な回答は 70%、否定的な回答は 13%と、さらにその差が大きかった。その他の自由意見として、「個人情報保護についてクリアできれば提供可能（2 件）」「医師の個人的な意見なら言える（4 件）」「最低限の記録しか残さないため、提供可否につき判断不可（3 件）」とのコメントがあった。



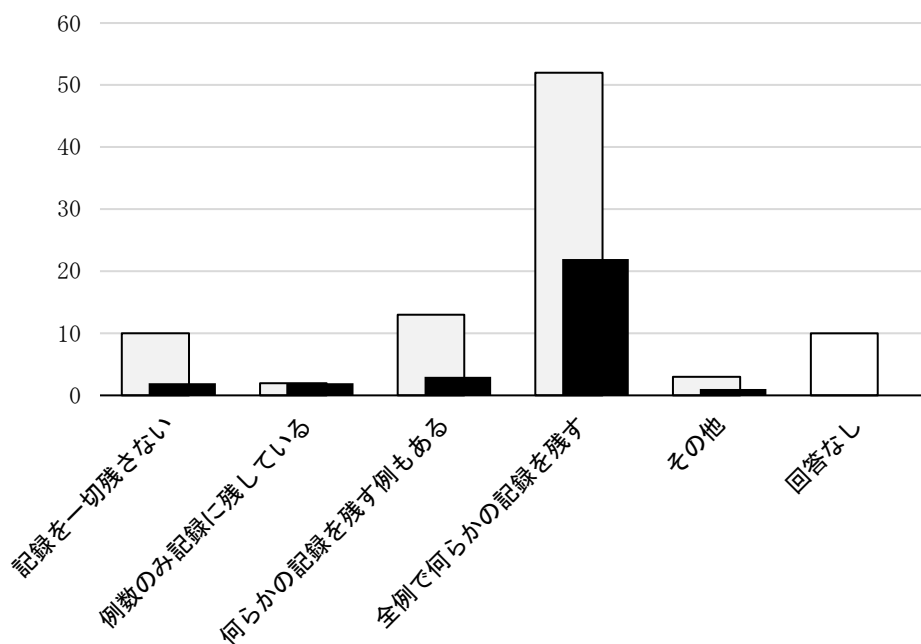
【図 3：立会医としての経験年数と検案数】

	乳児 (1歳未満)	幼児 (就学前)	学童 (小学生)	思春期 (中学生～)
遭遇したことがない (0)	64	67	66	55
定期的には経験しない (1)	14	13	11	20
1年につき1例以下 (2)	1	0	1	2
1年につき数例程度 (3)	0	0	0	3
それ以上 (4)	0	0	0	0
その他 (※)	0	0	1	0
回答なし	11	10	11	10

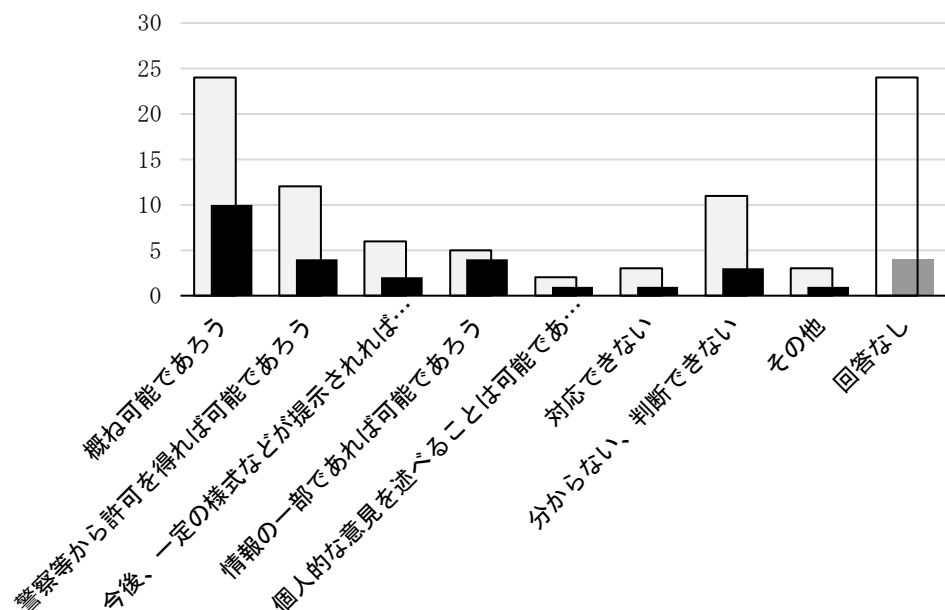
【図4：小児の検案経験】



【図5：1年あたり検案数の違いによる、小児の検案経験の違い】



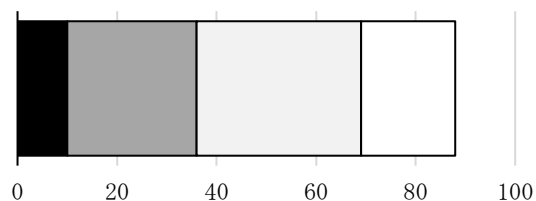
【図6：検案の記録を残すか。全回答を灰色で、うち小児例の検案を行う医師を抽出して黒で示す】



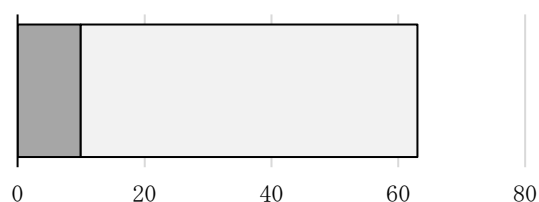
【図 7： 検索結果の情報提供を可能と考えるか。全回答を灰色で、うち小児例の検索を行う医師を抽出して黒で示す】

（問 7）剖検に対する意見

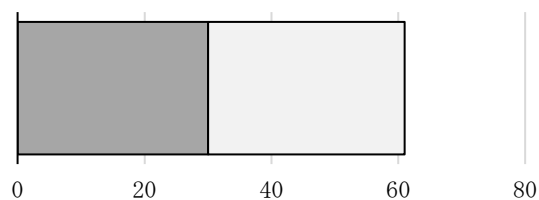
また CDR に関連しうる事項として、剖検に対する考え方についても調査を行なった。剖検をどの程度考慮するか、「医学的な必要性（図 8）」「警察捜査上の必要性（図 9）」「死亡状況との関係（図 10）」「遺族の求めとの関係（図 11）」の 4 項目について調査した。



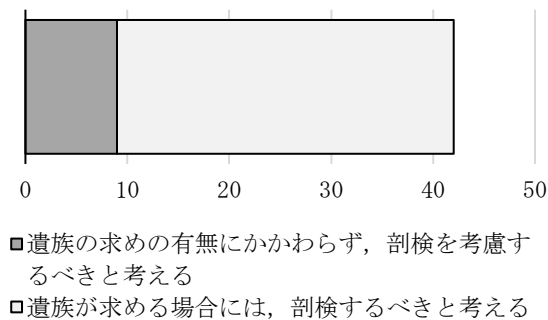
【図 8： 剖検の要否，医学的な必要性の関与】



【図 9： 剖検の要否，捜査上の必要性の関与】



【図 10： 剖検の要否，死亡状況の関与】



【図 11：剖検の要否、遺族の求めの関与】

（問 8）CDR に関する自由意見

調査の最後に、CDR についての自由意見を求めたところ、以下の多様な意見が得られた（すべて原文のまま抜粋）。

（剖検の必要性について）

- ・小児は基本的に全例解剖すべきです。特に乳幼児は SIDS や虐待の疑いがあればとにかく解剖が必要です。小児の急性の死は死因究明は大切なことと思います。
- ・CDR は経験ありませんが、基本的には剖検が必要、あるいは医学的な検証が必要です。
- ・子供の死体検案に関しては、ほとんど全例剖検対象となると考えます。
- ・少しでも不審な点があれば剖検すべきと思うが、その十分な体制を整える必要がある。

（その他検査）

- ・全例死亡後画像診断に供すべきである。

（小児の死因について）

- ・子供の死亡診断（検案）は事故なのか虐待なのか病死なのか判断が困難なことが考えられる。
- ・子供の死亡原因をはっきりさせることで今後の子どもの死亡を極力減らすことができると考えます。医師・児相・保健所等で情報が共有できるようにしてもらいたいと考えます。

- ・小児・乳幼児の場合、先に 119→病院のケースが多いようであるが、現場で少しでも違和感があれば 110 するのが望ましいと考えます。

（CDR について）

- ・アメリカでは多くの州で CDR は法制化されていると言われている。日本も早く体制を整えれば良いと考える。
- ・親の虐待や育児放棄による子供の死亡例が昨今増加しており、大変心を痛めておりますが、CDR の活動が広く国民一般に啓発され、不幸な子どもの死亡がなくなることを祈っております。

D. 考察、結論

愛知県内の立会医は、特に年間の検案従事数の多い医師が、小児の検案にも関与する。制度として条件を満たせば CDR への情報提供を肯定的に捉える意見が多く、また CDR に期待を寄せる意見も多く寄せられた。

今回の調査に使用した質問紙調査票は、上記傾向を確認するために有効であった。今後の全国展開も有用と見込まれる。

E. 健康危機管理情報

なし

F. 研究発表

論文発表

なし

学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

1. 先生のご勤務状況について

第 1 問

先生のご勤務先について、次の選択肢から最もあてはまるもの一つに☑をお願いします。

- ☐ 小児科を標榜し、小児の入院病床*がある病院にご勤務
- ☐ 小児科を標榜するが、小児の入院病床*がない病院にご勤務
- ☐ 小児科を標榜しない病院にご勤務
- ☐ 入院病床のない病院等にご勤務（ご開業を含む）
- ☐ その他（ ）

* なお、ここで「小児の入院病床」とは、実際に小児を入院させることのできる病床であれば、加算の有無等を問わずすべて含みます。

差し支えなければ、主たるご勤務先の郵便番号（3 桁あるいは 7 桁）をご記入ください。ご回答の地理的分布を見るために用い、施設を同定するためには利用いたしません。

			—				
--	--	--	---	--	--	--	--

第 2 問

先生は、立会医（警察活動に協力する医師）として何年ご活躍されていますか。次の選択肢から最もあてはまるもの一つに☑をお願いします。

- ☐ 5 年未満（平成 27 年以降に、警察医として仕事をされている）
- ☐ 5 年以上 10 年未満（平成 22 年～26 年から、警察医として仕事をされている）
- ☐ 10 年以上 20 年未満（平成 12 年～21 年から、警察医として仕事をされている）
- ☐ 20 年以上（平成 11 年以前から、警察医として仕事をされている）
- ☐ その他（ ）

2. 先生の死亡診断（死体検案）*の状況について

* なお、ここで「死亡診断（死体検案）」とは、遺族に渡す死亡診断書（死体検案書）を実際に記載しなかった場合でも、死亡の現場に立ち会い、死亡診断（死体検案）などに関する意見を行った場合はすべて含みます。

第 3 問

先生は、現在1年あたりおおよそ何例の死亡診断（死体検案）をされますか。
次の選択肢から最もあてはまるものの一つに☑をお願いします。

- ☐ 死亡診断（死体検案）には携わらない
- ☐ 1年につき1例以下
- ☐ 1年につき数例（1桁）程度
- ☐ 1年につき10～数十例（2桁）程度
- ☐ それ以上
- ☐ その他（

ここで「死亡診断（死体検案）には携わらない」とご回答された場合、以後の第４問～第９問へのご回答は不要です。ここまでのご協力まことにありがとうございました。

なお、CDR（チャイルド・デス・レビュー）についてご意見等がありましたら、巻末のご意見欄（自由記載）にもご協力頂けると幸いです。

第4問（死亡診断（死体検案）に携わる場合のみお答えください）

先生は、現在 1 年あたりおおよそ何例の**小児の死亡診断（死体検案）**をされますか。各年齢群につき、選択肢から最もあてはまるものに ☒ をお願いします。

・乳児（1歳未満）

- ☐ 該当する症例には**遭遇したことがない**
- ☐ 過去に**遭遇したことはあるが**、定期的には経験しない
- ☐ おおむね定期的に遭遇するが、1年につき1例以下
- ☐ 1年につき数例（1桁）程度
- ☐ それ以上
- ☐ その他（

・ 幼兒（就學前）

- ☐ 該当する症例には**遭遇したことがない**
- ☐ 過去に**遭遇したことはあるが**、定期的には経験しない
- ☐ おおむね定期的に遭遇するが、1年につき1例以下
- ☐ 1年につき数例（1桁）程度
- ☐ それ以上
- ☐ その他（ ）

・学童（小学生）

- ☐ 該当する症例には**遭遇したことがない**
- ☐ 過去に**遭遇したことはあるが**，定期的には経験しない
- ☐ おおむね定期的に遭遇するが，1年につき1例以下
- ☐ 1年につき数例（1桁）程度
- ☐ それ以上
- ☐ その他（ ）

・思春期（中学生以降）

- ☐ 該当する症例には**遭遇したことがない**
- ☐ 過去に**遭遇したことはあるが**，定期的には経験しない
- ☐ おおむね定期的に遭遇するが，1年につき1例以下
- ☐ 1年につき数例（1桁）程度
- ☐ それ以上
- ☐ その他（ ）

3. 先生が死亡診断（死体検案）された症例に関する記録*について

* なお、ここで「記録」とは、診療録等の公的な記録に加え、あとから振り返って見ることのできる私的な記録（ご自身の日記など）も含みます。

ただし、**事後に先生ご自身が記載内容の検索等ができなくなる場合は含みません**
(診断書、証明書、鑑定書等を発行したあと、原本あるいは写しを手元に残さない
場合など)。

第5問（死亡診断（死体検案）に携わる場合のみお答えください）

先生は、ご自身の死亡診断（死体検案）された症例について記録を残しておられますか。次の選択肢から最もあてはまるものに☑をお願いします。

- ☐ 記録を一切残さない
- ☐ **例数のみ**記録に残している
- ☐ なんらかの記録（メモ，考察，死因など）を**残す例もある**
- （記録をする例の選択基準： _____）
- ☐ **全例で**，なんらかの記録（メモ，考察，死因など）を残す
- ☐ その他（ _____ ）

第6問（第5問で「なんらかの記録を残す（例もある）」とご回答いただいた場合のみお答えください）

先生は今後、公的な* CDR 事業のために記録等のご提供をお願いした場合に、対応は可能でしょうか。次の選択肢からあてはまるものに☒をお願いします。

- ☐ おおむね**可能**であろう
- ☐ 警察等から**許可を得れば可能**であろう
- ☐ 今後、一定の**様式などが提示**されれば可能であろう
- ☐ 情報の**一部であれば可能**であろう
- ☐ 先生の**個人的な意見を述べる**ことは可能であろう
- ☐ 警察等の許可いかんにかかわらず対応**できない****であろう。
- ☐ 分からない / 判断できない
- ☐ その他（ ）

*「公的な」とは、行政（愛知県等）による事業をご想定ください。

**「対応できない」とご回答の場合のみ、そうご判断された理由をお教えてください。

- ☐ 最低限の記録しか残さないため
- ☐ 業務が過重のため
- ☐ 手続きが面倒なため
- ☐ 必要性がわからないため
- ☐ その他（

4. 剖検（司法解剖，調査法（新法）解剖，行政解剖等）について

第7問（死亡診断（死体検案）に携わる場合のみお答えください）

先生は、死亡診断（死体検案）に臨まれた際、剖検の可否について概ねどのように考えられますか。次の選択肢からあてはまるもの**全て**に☑をお願いします。

- ☐ **可及的に全例で剖検するべきと考える**
- ☐ **遺族が求める**場合には、剖検するべきと考える
- ☐ 遺族の求めの有無にかかわらず、剖検を考慮するべきと考える
- ☐ **警察捜査のため必要**な場合であれば、剖検するべきと考える
- ☐ 捜査上の必要の有無とは別に、剖検を考慮してもよいと考える
- ☐ **医学的に**少しでも不審な点があれば、剖検するべきと考える
- ☐ **医学的に相応に不審**を感じた場合には、剖検するべきと考える
- ☐ 医学的に**不審な点がなかったとしても**、剖検に意義があると考え
- ☐ **死亡状況に**少しでも不審な点があれば、剖検するべきと考える
- ☐ **死亡状況に相応に不審**を感じた場合には、剖検するべきと考える
- ☐ 年齢層（例：乳児例すべて等）によって、剖検の必要度は異なると考える
- ☐ **合理的な診断が可能であれば**、剖検の必要性を感じない
- ☐ 剖検に、実施に見合う意義があるように**感じられない**
- ☐ 剖検の要否について**判断する立場にない**
- ☐ その他（ ）

第 8 問（死亡診断（死体検案）に携わる場合のみお答えください）

その他、**子どもの死亡診断（死体検案）**に関して、お困りのことやご提案、ご意見などありましたら、自由にご記載ください。

5. 新型コロナウイルス感染症の流行による影響について

第 9 問（死亡診断（死体検案）に携わる場合のみお答えください）

現在の新型コロナウイルス感染症（Covid-19）の流行によって、死亡診断（死体検案）に何らかの影響がありますか。次の選択肢からあてはまるものに☑をお願いします。また、その理由など、ご意見を自由にご記載ください。

- ☐ 影響は全く感じられない
- ☐ 多少は影響を感じる
- ☐ 非常に大きく影響されている

その理由など（自由記載）

6. CDR（チャイルド・デス・レビュー）についてご意見や、お知りになりたいことなどあれば、自由にご記載ください。

ご多忙の中、調査にご協力くださいますありがとうございます。

ご郵送いただいた資料は、個人を同定する情報が含まれない匿名情報であることを十分確認のうえ、愛知県医師会および厚生労働科学研究班で責任をもって集計し、愛知県における業務改善および、厚生労働省の推進する「チャイルド・デス・レビュー」制度設計のための基礎資料として活用させていただきます。

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事業(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
有効な Child Death Review 制度と実施支援体制の探索
CDR における疫学

研究分担者 森崎 菜穂 国立成育医療研究センター 社会医学研究部
沼口 敦 国立大学法人東海国立大学機構 名古屋大学医学部附属病院 救急・内科
系集中治療部

予防のための子どもの死亡検証 (Child Death Review、以下 CDR) は、2020 年 (令和 2 年度) より「予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業 (以下、モデル事業)」として、複数の自治体で導入・開始された。令和 3 年度はモデル事業の拡充を目指しており、新たに CDR を導入する際に、関係機関の連絡調整やデータ収集・検討会の運営などに関するノウハウが不足しており可能性がある。そのため本研究班では現時点の状況を踏まえ、CDR を導入・実践していくための参考となる研修資料作成 (以下、資料) を行った。今後はさらなる事業の拡大や実施状況の変更に応じて、資料の追加や修正を行なっていく必要がある。

A. 背景

令和 2 年度より、7 府県において試行的に CDR 実施を行う CDR 体制整備モデル事業が導入された。事業内容には ①CDR 関係機関連絡調整会議、②CDR データ収集・整理、③多機関検証委員会 (政策提言委員会) が含まれ、同モデル事業は令和 3 年度も継続実施の予定である。

上記の事業の導入に際して、子どもの死亡を予防するための検証という CDR そのものへの理解、実際に情報をやりとりする上での注意点など、細かな資料が必要となる。

本研究班で作成する研修資料等のうち、本分担研究に該当する部分につき分担した。

B. 方法 および C. 結果

対象となる資料と該当部分

1. R3 調査票: C2 (個別検証-1)
2. R3 検証マニュアル (改訂): 検証結果の取り扱い (複数箇所)
3. 検証のチェック項目: (該当なし)
4. 模擬検証: (該当なし)
5. R2 調査票記載例: C3 (個別検証-2) の記載内容部分
6. 啓発資料 (Child Death Review (CDR) Part1 入門編): 全体的な内容確認
7. 啓発資料 (CDR Part2 情報共有編 (医療機関・医療職対象)): 全体的な内容確認

8. 啓発資料 (CDR Part3 情報共有編 (非医療職の多職種対象)): 全体的な内容確認

D. まとめ

CDR を実際に行う人を対象とした資料 5 種類 (R3 調査票, R3 検証マニュアル (改訂), 検証のチェック項目, 模擬検証, R2 調査票記載例) および、これから CDR に取り組む人を対象とした啓発資料 3 種類 (CDR Part1~Part3) を作成する中で、職種によって用語の定義や調査票の捉え方の違いが明らかとなった。今後も実際に CDR を経験した者による経験の蓄積をはかり、相互対話をとおして、様々な場面において活用できる資料 (ハード面) や参考となるノウハウ (ソフト面) を構築し、多地域、多職種に共通して用いる「わが国の CDR」の構築につなげていく必要がある。

E. 健康危機管理情報

なし

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

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事業(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

有効な Child Death Review 制度と実施支援体制の探索
医療事故調査制度との連携体制と検証要項の確立

研究分担者 長尾 能雅
沼口 敦

国立大学法人東海国立大学機構名古屋大学 医療安全学 教授
国立大学法人東海国立大学機構 名古屋大学医学部附属病院 救急・
内科系集中治療部

予防のための子どもの死亡検証(Child Death Review、以下 CDR)は、2020 年(令和 2 年度)より「予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業(以下、モデル事業)」として、複数の自治体で導入・開始された。令和 3 年度はモデル事業の拡充を目指しており、新たに CDR を導入する際に、関係機関の連絡調整やデータ収集・検討会の運営などに関するノウハウが不足しており可能性がある。そのため本研究班では現時点の状況を踏まえ、CDR を導入・実践していくための参考となる研修資料作成(以下、資料)を行った。今後はさらなる事業の拡大や実施状況の変更に応じて、資料の追加や修正を行っていく必要がある。

A. 背景

令和 2 年度より、7 府県において試行的に CDR 実施を行う CDR 体制整備モデル事業が導入された。事業内容には ①CDR 関係機関連絡調整会議、②CDR データ収集・整理、③多機関検証委員会(政策提言委員会)が含まれ、同モデル事業は令和 3 年度も継続実施の予定である。

上記の事業の導入に際して、子どもの死亡を予防するための検証という CDR そのものへの理解、実際に情報をやりとりする上での注意点など、細かな資料が必要となる。

本研究班で作成する研修資料等のうち、本分担研究に該当する部分につき分担した。

B. 方法 および C. 結果

対象となる資料と該当部分

1. R3 調査票: A4(死亡後のアクション)
2. R3 検証マニュアル(改訂): 専門検証にかか
る部分の監修
3. 検証のチェック項目: 各論部分の監修
4. 模擬検証: (該当なし)
5. R2 調査票記載例: A4(死亡後のアクション)
6. 啓発資料(Child Death Review(CDR) Part1
入門編): 全体的な内容確認
7. 啓発資料(CDR Part2 情報共有編(医療機
関・医療職対象)): 3. 記入時の注意事項「A4
死亡後の対応」の監修

8. 啓発資料(CDR Part3 情報共有編(非医療職
の多職種対象)): 3. 記入時の注意事項「B-7 検
証結果票」の監修

D. まとめ

CDR を実際に行う人を対象とした資料 5 種類(R3 調査票, R3 検証マニュアル(改訂), 検証のチェック項目, 模擬検証, R2 調査票記載例)および、これから CDR に取り組む人を対象とした啓発資料 3 種類(CDR Part1~Part3)を作成する中で、職種によって用語の定義や調査票の捉え方の違いが明らかとなった。今後も実際に CDR を経験した者による経験の蓄積をはかり、相互対話をと
おして、様々な場面において活用できる資料(ハード面)や参考となるノウハウ(ソフト面)を構築し、多地域、多職種に共通して用いる「わが国の CDR」の構築につなげていく必要がある。

E. 健康危機管理情報

なし

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

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事業(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

有効な Child Death Review 制度と実施支援体制の探索
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

研究分担者	山崎 嘉久 沼口 敦	あいち小児保健医療総合センター 保健センター長 国立大学法人東海国立大学機構 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

予防のための子どもの死亡検証(Child Death Review、以下 CDR)は、2020 年(令和 2 年度)より「予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業(以下、モデル事業)」として、複数の自治体で導入・開始された。令和 3 年度はモデル事業の拡充を目指しており、新たに CDR を導入する際に、関係機関の連絡調整やデータ収集・検討会の運営などに関するノウハウが不足しており可能性がある。そのため本研究班では現時点の状況を踏まえ、CDR を導入・実践していくための参考となる研修資料作成(以下、資料)を行った。今後はさらなる事業の拡大や実施状況の変更に応じて、資料の追加や修正を行なっていく必要がある。

A. 背景

令和 2 年度より、7 府県において試行的に CDR 実施を行う CDR 体制整備モデル事業が導入された。事業内容には ①CDR 関係機関連絡調整会議、②CDR データ収集・整理、③多機関検証委員会(政策提言委員会)が含まれ、同モデル事業は令和 3 年度も継続実施の予定である。

上記の事業の導入に際して、子どもの死亡を予防するための検証という CDR そのものへの理解、実際に情報をやりとりする上での注意点など、細かな資料が必要となる。

本研究班で作成する研修資料等のうち、本分担研究に該当する部分につき分担した。

B. 方法 および C. 結果

対象となる資料と該当部分

1. R3 調査票: B2(保健行政) B3(児童福祉)
2. R3 検証マニュアル(改訂): 養育要因、環境要因にかかる検証部分
3. 検証のチェック項目:(該当部分なし)
4. 模擬検証: 児童相談所職員、保健師による発言内容部分
5. R2 調査票記載例: B2(保健行政) B3(児童福祉)の記載内容部分
6. 啓発資料(Child Death Review(CDR) Part1 入門編): 全体的な内容確認
7. 啓発資料(CDR Part2 情報共有編(医療機関・医療職対象)): 1-2「他の専門職から医療職への期待」の監修

8. 啓発資料(CDR Part3 情報共有編(非医療職の多職種対象)): 3. 記入時の注意事項「B-2 保健行政」「B-3 児童福祉」の監修

D. まとめ

CDR を実際に行う人を対象とした資料 5 種類(R3 調査票、R3 検証マニュアル(改訂)、検証のチェック項目、模擬検証、R2 調査票記載例)および、これから CDR に取り組む人を対象とした啓発資料 3 種類(CDR Part1~Part3)を作成する中で、職種によって用語の定義や調査票の捉え方の違いが明らかとなった。今後も実際に CDR を経験した者による経験の蓄積をはかり、相互対話をとおして、様々な場面において活用できる資料(ハード面)や参考となるノウハウ(ソフト面)を構築し、多地域、多職種に共通して用いる「わが国の CDR」の構築につなげていく必要がある。

E. 健康危機管理情報

なし

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
沼口 敦	子どもの死因究明のためのCDR	法律のひろば	73巻6号	36-45	2020年
長村 敏生	日本小児救急医学会 調査研究委員会 委員会報告 第6報 日本小児科学会との合同2次調査における死亡症例のまとめ ～小児救急重篤疾患登録調査 (Japan Registry System for Children with critical disease : JRS C) の集計結果より～	日本小児救急医学会雑誌	20巻1号	73-78	2021年
長村 敏生	日本小児救急医学会 調査研究委員会 委員会報告 第7報 小児救急重篤疾患登録調査 (Japan Registry System for Children with critical disease: JRSC) 1次調査結果と日本小児科学会との合同2次調査結果を基にした小児死亡症例の検証システム構築の試み	日本小児救急医学会雑誌	20巻1号	79-85	2021年
長村 敏生	日本小児救急医学会 調査研究委員会 委員会報告 第8報 小児死亡症例の検証結果から示されたChild Death Review (CDR) が推奨される症例の特徴	日本小児救急医学会雑誌	20巻1号	86-95	2021年

巻末資料 1-1

令和 3 年度 CDR 体制整備モデル事業における死亡調査票の例
(令和 3 年改訂版)

- ・ 基本票 (カバーページ / チェックリスト)
- ・ 基本票 (A1-A5) 医療機関向けの死亡調査票基本票
- ・ 追加票 (B1-B7) 非医療機関向けの死亡調査票追加票
- ・ 検証票 (C1. 選定) 選定チェックリスト
- ・ 検証票 (C2-C3) 死亡検証結果票

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--	--

都道府県 死亡した年 事例番号
番号 (西暦下二桁)

住所地の郵便番号

--	--	--	--	--	--	--

死亡した
都道府県

住所地と

同じ・異なる

事件番号：

死者の氏名：

生年月日：

死亡年月日：

死亡したところ（施設名等）

チェックリスト

連絡先等

・死亡診断した医療施設		照合	依頼	提出	非該当
・死亡事象に関係する前医		照合	依頼	提出	非該当
・かかりつけ医		照合	依頼	提出	非該当
・剖検医		照合	依頼	提出	非該当
・救急隊		照合	依頼	提出	非該当
・児童相談所		照合	依頼	提出	非該当
・保健行政		照合	依頼	提出	非該当
・警察		照合	依頼	提出	非該当
・学校・保育所等		照合	依頼	提出	非該当
・その他		照合	依頼	提出	非該当

A1. 死亡の原因，死因調査

年齢/月齢/日齢

--

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

死亡診断書 / 死体検案書の情報

I欄	(ア) 直接死因 (イ) (ア) の原因 (ウ) (イ) の原因 (エ) (ウ) の原因
II欄	影響を及ぼした傷病名等

死後検査の情報

死亡に直結した診療時の撮影も含む

画像検査の有無：

有・無・不明

主な画像所見：

--

解剖の有無：

有・無・不明

解剖の種類：

病理・法医・不明
解剖・解剖

，法医解剖の場合

司法・調査法・行政・不明
解剖・(新法)・解剖・解剖

解剖の結果，その他特記すべき事項（結果不明の場合は「不明」と明記してください。調査票B1も参照）

--

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

調査票B1参照

A2. 死亡の医学的背景

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

死亡時の所見

死亡時体重：

kg・不明

外表所見：

☐ 特記すべきことなし

基礎疾患 / 既往歴

基礎疾患の有無：

有・無・不明

基礎疾患の
リスク分類

- ☐ 特になし（健常）。
☐ 適切に管理されれば予後に影響は少ない。
☐ 適切に管理されても予後に影響しうる。
☐ ハイリスクであり、治療可能か不明。
☐ 寿命短縮が明確。

基礎疾患名：

別紙参照

別紙を添付の場合は☒

医療的ケア：

有・無・不明

「有」の場合、実施内容に☒

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ 在宅人工呼吸器 | ☐ 気管切開 |
| ☐ 在宅酸素療法（常時） | ☐ 在宅酸素療法（要時） |
| ☐ 経静脈栄養 | ☐ 経管栄養 |
| ☐ 人工肛門 | ☐ 腹膜透析 |
| ☐ その他（ | ） |

生育歴

在胎週数：

週・不明

出生体重：

g・不明

別紙参照

別紙を添付の場合は☒

健診：

ほぼ・一部・受診歴・不明
受診 受診 なし

予防接種：

ほぼ・一部・接種歴・不明
接種 接種 なし

家族歴（家族構成を含む）

A3. 死亡に至った状況

年齢/月齢/日齢

--

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

治療開始までの状況（死亡に間接的に影響した既往等についても併せて記載）

院外急変例に該当：

する・しない

病院に搬送：

した・しない

死亡(発見)時および
治療開始までの状況：

別紙参照

別紙を添付の
場合は☒

治療経過と検査結果（死因，死亡状況に関する記載者の考察も併せて記載）

別紙参照

別紙を添付の
場合は☒

書ききれない場合など，別紙を添付してください。

A4. 死亡後のアクション

年齢/月齢/日齢

--

歳

ヶ月

日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

死亡に関連した各種アクション

警察に通報：

した・しない

通報した場合、
その理由：

- ☐ 異状死のため
☐ 犯罪であるため
☐ 事故であるため
☐ その他

院内CPT*の起動：

した・しない

*: CPT (Child Protection Team)
= 病院内子ども虐待対応組織

児童相談所に通告：

した・しない

児童相談所に照会：

した・しない

医療事故調査制度
の対象であるか検討：

した・しない

医療事故調査制度
の対象として報告：

した・しない

院内で医学的な検証：

した・しない

各種検証結果（抄） 調査票B7も参照。

院内で多職種検証：

した・しない

その他の検証：

した・しない

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑
調査票B7参照

書ききれない場合など、別紙を添付してください。

年齢/月齢/日齢

--

歳

ヶ月

日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--	--

追記事項，コメント，検証されたい事項，懸念事項など

--

B1. 剖検結果の詳細

年齢/月齢/日齢

--

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

記載者の情報

該当するものに
☑をつけてください。

- ☐ 剖検を自ら実施した
- ☐ 剖検に立ち会った
- ☐ 結果を剖検担当者と検証した
- ☐ 結果を自ら閲覧した
- ☐ 伝聞等により結果を確認した
- ☐ その他（ ）

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

剖検結果

診断

主診断：

副診断：

死亡への関与 あり・可能性あり・可能性低い・なし

副診断：

死亡への関与 あり・可能性あり・可能性低い・なし

副診断：

死亡への関与 あり・可能性あり・可能性低い・なし

死因に関するコメント

事例概要

外表所見

肉眼所見

組織所見

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--	--

該当情報の有無

情報提供の可否：

可・不可・回答
不可

関与歴：

有・無

ここから下は、可能な範囲で可及的に回答ください。

家庭環境：
(記載者の印象)養育・危険が・不安を・問題
困難 あった 感じた なし

母の属性：

ハイリスク・特定・該当
妊産婦 妊産婦 なし危険なエピソード：
(記録にあるもの)複数回・単回・可能性
あり あり あり なし児の健康や安全上の、
生命にかかわるリスク
となりえたエピソード
の記録

記録：

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

書ききれない場合、別紙を添付してください。

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--	--

該当情報の有無

情報提供の可否：

可・不可・回答
不可

関与歴：

有・無

ここから下は、可能な範囲で可及的に回答ください。

家庭環境：
(記載者の印象)養育・リスク・不安は・問題
不全 あり あった なし

児の属性：

要保護・要支援・該当
なし危険なエピソード：
(記録にあるもの)複数回・単回・可能性
あり あり あり なし児の健康や安全上の、
生命にかかわるリスク
となりえたエピソード
の記録

記録：

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

書ききれない場合、別紙を添付してください。

年齢/月齢/日齢

--

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--	--

該当情報の有無

情報提供の可否：

可・不可・回答 不可

対人関係：

困難・心配は あった	問題 なし
---------------	----------

学習：

困難・心配は あった	問題 なし
---------------	----------

家庭環境：

問題 あり	心配は あった	問題 なし
----------	------------	----------

危険なエピソード：
(記録にあるもの)

複数回 あり	単回 あり	可能性 あり	なし
-----------	----------	-----------	----

ここから下は、
可能な範囲で可及的に回答ください。児の健康や安全上の、
生命にかかわるリスク
となりえたエピソード
の記録

記録：

--

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

書ききれない場合、別紙を添付してください。

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

該当情報の有無

情報提供の可否：

可・不可・回答
不可回答不可の場合、
その理由：

- ☐
- 送検例のため
-
- ☐
- 捜査中のため
-
- ☐
- その他

警察の関与：

有・無

ここから下は、可能な範囲で可及的に回答ください。

通報者：

病院・消防・家族・その他
(救急) 等

通報の理由：

異状死・事故・事件・その他
届出 (虐待を含む)

事件性：

あり・捜査中・なし

記録：

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

関与した物体の情報（材質、性状、大きさ、配置、死者との位置関係など）を中心に
記載し、可及的に現場写真を別途添付してください。
書ききれない場合、別紙を添付してください。

年齢/月齢/日齢

--

歳

ヶ月

日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--	--

記録

--

B7. 検証結果票

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

No.

--	--	--	--	--	--

検証の概要

検証の名称：

開始された契機：

参加者：

	直接関係した者	直接は関係しない者
臨床医	☐	☐
医学研究者（法医学者等）	☐	☐
看護師	☐	☐
ソーシャルワーカー（MSW）	☐	☐
その他の医療関係者	☐	☐
保健行政（保健師等）	☐	☐
児童福祉（児童福祉司等）	☐	☐
捜査（警察、検察等）	☐	☐
教育・養育（教師、保育士等）	☐	☐
その他（	☐	☐

検証結果の抄：

検討事項 ☐ 死因 ☐ 死者の状況 ☐ 環境の状況 ☐ 予防策 ☐ その他

別紙参照

別紙を添付の場合は ☒可及的に予防策を具体的に記載してください。
書ききれない場合、別紙を添付してください。

C1. 選定（スクリーニング）

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

No.

死因，死因究明

死因再分類：

死因分類表から該当する番号を
すべて列挙してください。死亡診断書等との齟齬など
なんらかの懸念がある
(各種結果が反映されない等)死因究明が不十分であるなど
死因や経緯に不詳の点が残る
(死因再分類に0が含まれる)死亡経過に外因の関与がある
(死因再分類に1～3が含まれる)該当する項目に
☑をつける。☐☐☐

養育要因（保護者の養育への態度）

養育不全の有無：

明らかに 養育不全の 虐待/養育不全
虐待 要素がある 特になし

環境要因（子どもの置かれた環境）

両方とも「特になし」以外

養育困難の有無：

養育 □ 家庭環境 特になし
困難 □ 養育者等
□ 本人の特性

予防可能性

予防の可能性：

高い・あり・低い・判断不可

「低い」
以外☐一項目でも
該当の場合、
検証を考慮。

判定

☐

以後の検証不要

☐

個別検証

☐ 済
☐ 未済☐

専門検証

☐ 既存の検証制度
☐ その他（下記）☐

CDR対象外

☐

判断保留

☐ 死亡情報過少
☐ 周辺情報必須
☐ その他

追記事項

C2. 検証結果のまとめ-1

年齢/月齢/日齢

--

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

医学的死因のまとめ

死因分類表の該当番号をすべて列挙してください。

検証により分類を変更した場合、朱字・下線などで変更部分を強調してください。

死因再分類：

--

診断の

確からしさ：

☐ 確定☐ 強く推定☐ 推定☐ 除外診断☐ 判断保留☐ 不明

診断の根拠：

☐ 剖検☐ 臨床診断☐ 検査結果☐ 討議による☐ 不明☐ その他

周辺事象のまとめ

特記すべき

こと：

--

養育不全：

--

養育困難：

--

検証内容のまとめ

予防可能性：

--

特記すべき

こと：

--

キーワード：

3-5単語を記載

--

巻末資料 1-2

多機関検証ワーキンググループ 検証マニュアル

(令和 3 年改訂版)

多機関検証ワーキンググループ 検証マニュアル

1. 総則

- 「都道府県 Child Death Review モデル事業」（以下「本事業」という。）では、主に①情報収集、②検証、③提言に取り組むこととしている。そして、多機関検証ワーキンググループ（以下「WG」という。）では、この②検証の過程を担い、この検証過程では、①選定（スクリーニング）、②個別検証、③概観検証の3つを行う。
- なお、本検証では、特定の個人や関係機関の責任を追及することが目的でなく、子どもの死亡に関する効果的な予防策を導き出すことが目的であることに留意する必要がある。

2. 選定（スクリーニング）

（1）選定とは

- WG では、医療機関から提出された医療情報（死亡調査票（基本票））を中心に、事務局によりリスト化された各子どもの死亡事例について、判定表記載の各項目に関する判定を行い、個別検証の対象とするものを選定する。

（2）目的

- 選定を実施する目的は、子どもの死亡事例のうち、原因と結果の因果関係が明らかなもの等を除くことで、個別検証・概観検証の効率性を上げ、提言の有効性を確保することにある。

（3）実施担当者

- 選定の実施担当者には、2名の医療関係者が含まれていることが望ましい。そして、当該医療関係者は、いずれも小児医療の実務経験のある者であり、そのうち1名は医師であることが望ましい。

（4）対象

- 選定の対象は、子ども（18歳未満者に限る。）の死亡事例のうち、下表に掲げる場合とする。

住所地：	都道府県内	都道府県外・国外
死亡地：		
都道府県内	○（対象）	○（対象）
都道府県外・国外	○（対象）	×（対象外）

（参考：人口100万あたり15歳未満死亡は年間30件程度）

（5）選定資料

- 必須資料： ①死亡個票、及び②医療機関より提出された死亡調査票（基本票 A1～A5）
- ※ 必須資料が不足する場合は、事務局等に対し、可及的速やかに当該資料の提出を依頼することとする。

○望ましい資料： ①他機関より提出された調査票（追加票 B1～B6）、並びに②既存
検証への委託状況及び結果

（6）判定

- （5）の選定資料を踏まえ、各死亡事例について、判定表の各項目に関する判定を行い、検証票（C1. 選定（スクリーニング））を作成する。
- 下記A～Eの各項目について、判定表 a～e に基づき、評価・記入する。

A. 死因の再分類（判定表 a）

- ・ 医療情報から読み取れる死因を考察する。死亡診断書、死体検案書又は鑑定書等に記載されている公的記録の「死因」に加え、実際に診療や検査に従事した医療者の考察や意見等を十分に考慮し、直接死因、原死因、死亡に間接的に影響を及ぼした原因等をすべて抽出し、列举する。

（参考）判定表 a 「死因の再分類」

番号	項目名	内容
1	他為	○ 故意に加わった外傷、虐待、ネグレクト。 ○ 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も含む）。ネグレクト（育児放棄）による死亡。
2	自傷・自殺	○ 自殺または故意の自傷。 ○ 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	外因傷病	○ 外傷およびその他の外因死。 ○ 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カテゴリー 1 に分類。
4	悪性疾患	○ 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。
5	急性疾患	○ 急性の内科的または外科的疾患。 ○ 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。
6	慢性疾患	○ 慢性疾患あるいは慢性的な病状。 ○ クロウン病や肝疾患、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。
7	先天性	○ 染色体異常、遺伝子異常、先天異常。 ○ 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	周産期	○ 周産期／新生児期に発生したイベント。 ○ 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。 ○ 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）の感染症はここに分類。

9	感染症	○ 生後1週間以降の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初感染。菌血症、肺炎、髄膜炎、HIV感染症など。
10	不詳/SIDS	○ 突然の予期しない、説明できない死亡。 ○ 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。

※厚労科研（溝口班）報告書より抜粋・改

B. 養育要因（保護者の養育への態度）の分類（判定表b）

- 医療情報及び関係機関の情報をもとに、各事例の周辺事象として、養育不全の疑いがあったかを考察する。
- 虐待が死因であったと判断したもの（従来評価（※）では分類4に該当するもの。）、及び、死因への関与の度合いにかかわらず児童相談所の調査等によって虐待（ネグレクトを含む）の存在が確定的であると判断したものは、「明らかに虐待」に該当するものとする。
（※）「従来評価」とは、養育不全の関与の度合いを半定量的に評価し、「1：養育不全は確実に否定される」「2：養育不全の関与（虐待死）の可能性は確実に否定できない」「3A：虐待死の（養育不全の関与した）可能性も疑われるが、その他（事故死/内因死）に比し明らかに可能性が高いとは判断しがたい」「3B：虐待死の（養育不全の関与した）可能性が高く、その他（事故死/内因死）の可能性を凌駕する（否定はできない）」「4：虐待/ネグレクトによる死亡と判断される」の5群に分類する方法をいう。厚労科研（溝口班）で用いられた評価方法である（判定表bを参照）。
- また、故意性や死亡への関与の度合いの濃淡を問わず、人為的な側面が影響し得たものは「養育不全の要素がある」に該当するものとし、この中には、確証はないものの医学的視点等から虐待（ネグレクトを含む。）が死因である疑いがあるもの、虐待（ネグレクトを含む。）が死因とは言えないものの死亡の周辺状況として存在した可能性があるもの、及び、死亡までの経過に不注意や思い込み、監督不十分等の改善し得る人為的な要因（養育不全）があるもの（従来評価では分類2、3A、3Bに該当するもの。）等が含まれる。
- その他のもの、すなわち上記の「明らかに虐待」又は「養育不全の要素がある」に該当する要素が見当たらないものを「虐待/養育不全はなし」とする（従来評価では分類1に該当するもの。）。

（参考）判定表b「養育要因（保護者の養育への態度）の分類」

分類	旧	内容
明らかに虐待	4	○ 虐待/ネグレクトによる死亡と判断される事例。 （虐待/ネグレクトが、直接死因あるいは現死因として診断される事例） ○ 加害行為の第三者目撃がある事例、虐待行為の自白を認めた事例、虐待以外では医学的に説明しえない医学的状态での死亡事例。直接的な加害行為による死亡事例のみならず、養育者が意図的に生命にかかわる養育上のケアを怠った事例は、ネグレクトであってもこの群に含める。
養育不全の要素がある		○ 死亡の原因および経過のいずれかの段階で、人的要因の関与が疑われる／否定できない群。 ○ 虐待死の可能性も疑われるか、これを否定できない事例。 （下の2～3Bの分類を参照）

	○ 死因に虐待／ネグレクトが間接的に影響したか、影響を否定できない事例。 ○ 死亡に人的要因があり、第三者目撃などにより確実に人為的ではないと判明しているもの以外の事例。	
	3B	○ 事故死／内因死の可能性も否定はできないが、虐待死の可能性が臨床的に高い事例。 ○ 医学的に事故／内因では説明しがたい病態・状況を呈し、虐待死を強く疑うが断定には至らない事例。事故死や内因死でも、継続的な監督ネグレクトや医療ネグレクトなどで社会的介入が開始されていた事例。監督不全による事故死や受診の遅れによる死亡でも過失度合いが極めて高い事例はここに含む。複数の同胞が不詳死をきたしていたり、親子分離歴（短期の一時保護を除く）があるなど、極めて高い社会的リスクを有する死因が不明確な事例はここに含める。
	3A	○ 事故死／内因死の可能性もあるが、虐待死の可能性も臨床的に疑われる事例。 ○ 臨床的に虐待を疑うが、事故死／内因死に比し明らかに可能性が高いとは判断しがたい事例。監督不十分な状況で死亡した事故死や、管理不良であった内因死はここに含む。同胞に不詳死を認めたり、高い社会的リスクを有するが死因が不明確な事例はここに含める。
	2	○ 事故死や内因死の可能性が高いが、虐待死の可能性も否定できない群。 ○ 呈する医学的状態は養育者の語る受傷機転とおおむね合致するが、目撃者がいない事例。医学的に内因性の病態で説明できるが、社会的に何等かのリスクを有する事例。
虐待／ 養育不全 はなし	1	○ 虐待／養育不全の関与を、死亡の原因および経過のどの段階にも認めない群。 ○ 第三者目撃があり確実に事故と判断される事例。医学的に完全に内因性の病態に合致し、社会的リスク（養育困難の因子）もない事例。

※厚労科研（溝口班）報告書より抜粋・改

C. 環境要因（子どもの置かれた環境）の分類（判定表 c）

- ・ 医療情報及び関係機関の情報をもとに、各事例の周辺事象として、養育困難の要因があったかを考察する。
- ・ 死亡への直接的な影響や結果にかかわらず、判定表 c に例示した要因（家庭環境、養育者等、本人の特性、その他）が確認又は推察されたものを「養育困難」に該当するものとする。これらの要因がいずれも想定されないものは「特になし」に該当するものとする。

(参考) 判定表 c 「環境要因 (子どもの置かれた環境) の分類」

分類	要因	内容
養育困難	家庭環境	○ 下記のような環境が確認される／疑われる場合 ・ 未婚を含む単身家庭 ・ 内縁者や同居人がいる家庭 ・ 子連れの再婚家庭 ・ 夫婦関係をはじめ人間関係に問題を抱える家庭 ・ 転居を繰り返す家庭 ・ 親族や地域社会から孤立した家庭 ・ 生計者の失業や転職の繰り返し等で経済不安のある家庭 ・ 夫婦不和、配偶者からの暴力等不安定な状況にある家庭 ・ 定期的な健康診査を受診していない家庭 ・ 大きな注意を払う必要のある家族 (きょうだいを含む) がいる家庭 ・ その他、養育環境に死亡に関与し得た問題点を指摘できる家庭
	養育者等	○ 下記のような養育者であることが確認される／疑われる場合 ・ 妊娠そのものを受容することが困難な場合 (望まない妊娠、10 代の妊娠など) ・ 子どもへの愛着形成が十分に行われていない場合 (妊娠中に早産等なんらかの問題が発生したことで胎児への受容に影響がある場合、長期入院など) ・ マタニティーブルーズや産後うつ病等精神的に不安定な状況 ・ 元来性格が攻撃的、衝動的な場合 ・ 医療につながっていない精神障害、知的障害、慢性疾患、薬物依存 (アルコール依存を含む) の場合 ・ 被虐待経験がある場合 ・ 育児に対する不安やストレス (保護者が未熟等) が伺える場合 ・ 子ども虐待を行った、あるいは疑われた既往のある養育者である場合 ・ その他、養育者に関して養育上のなんらかの障害を持ち得たと推察できる事項を指摘できる場合
	本人の特性	○ 下記のような児であったことが確認される／疑われる場合 ・ 乳児期の子ども ・ 未熟児 ・ 障害児、医療的ケアを要する児 ・ なんらかの育てにくさを持っている子ども ・ その他、死亡した本人に関して、養育を受ける上でなんらかの困難を生じさせた事情を指摘できる
	その他	○ その他、上記のいずれにも分類されない養育困難に寄与する要因が指摘される場合
特になし	○ 上記の養育困難因子は、すべて否定的である。	

※厚生労働省「子ども虐待対応の手引き」第 2 章より抜粋・改

D. 予防可能性の分類 (判定表 d)

- ・ 上記 A～C の分類を踏まえ、各事例の予防可能性を検証し、判定表 d に従って考察する。

- 同種の死亡例に関する知見の蓄積がある等、予防策を検討しやすい状況にある場合には、予防可能性が「高い」に該当するものとする。一方、具体的かつ有効な予防策の検討が困難と考えられる場合には、予防可能性が「低い」に該当するものとする。なお、情報が不十分などの理由から予防策を検討することが困難である場合には、「判断不可」に該当するものとする。

(参考) 判定表 d 「予防可能性の分類」

分類	内容
高い	○ 両親、保育者などの直接的監護者の、直接的な過失が明らかな場合 ○ 両親、保育者などの直接的/間接的監護者の、潜在的/組織システマ的な過失がある場合 ○ 安全性向上に責任を持つ機関の、安全確保の取組の不備やメンテナンス不良による死亡の場合（例：線路整備不良による脱線事故など）
あり	○ 関与機関の子ども安全性向上の対応を凌駕して生じた死亡（例、暴力的デモ、戦争、テロ、犯罪など） ○ 両親や保育者などが全く関与していない状況下で生じた死亡 ○ 予防手段や治療法の確立している内因疾患による死亡（髄膜炎など） ○ 潜在的にリスクを低減しえたであろう外因死 ○ 死亡に結びついた要因が、周産期のイベントにさかのぼりうる場合
低い	○ リスクを回避することが不可避の状況下での死亡（落雷死・地震など） ○ 生前に無症候性であり未診断であった疾病の、致死的事件による死亡（閉塞性肥大型心筋症など） ○ 死が不可避の不治の疾患や先天性異常に対しての計画的な治療緩和による死亡（Leigh 症候群など）
判断不可	○ 死因が十分に究明されていないなど判断の根拠が過少であり、予防可能性が低いとは断定できない場合

※厚労科研（溝口班）報告書より一部抜粋・改

E. 検証の必要性の判定（判定表 e）

- 上記 A～D の分類を踏まえ、検証票 C1（選定）に基づき、各事例の個別検証の必要性について考察する。
- 各死亡事例の内容に応じ、想定される検証に必要な作業量は異なる。このため、効率的な検証の実施の観点から、例えば、既存の制度による検証が完了している等の要件を満たすものは、「以後の検証不要」に該当するものとし、個別検証は不要である。ただし、当該要件を満たす場合であっても、当該死亡事例に対する提案を行う必要が別途認められる等、個別検証等に付することが望ましい場合には、個別検証等の対象とすることができる。
- 一方で、本事業は単年度事業であるので、①情報収集、②検証、③提言までの一連のプロセスが当該年度中に完了しないことが明らかな場合には、「（今回の）CDR の対象外」とすることが許容される。
- 必要な情報の不足等により「判断保留」に該当するもののうち、基本票 A1～A5 に記載不備が多い場合には「死亡情報過少」に、追加票 B1～B6 に関して追加情報が必要な場合には「周辺情報必須」に、これ以外の場合には「その他」に該当するものとする。
- 上記のいずれにも該当しない場合には、基本的に「個別検証」に該当するものとする。なお、本事業実施以前にすでに別の検証が行われていた等の事情によ

り、個別検証が完了している事例については「済」とし個別検証の対象とはしないが、これが未了の場合は「未済」とし個別検証の対象とする。

- WGによる「個別検証」以外の検証によることが可能で、これによることが死因の考察の観点から適していると判断する場合には、当該検証を行う具体的な母体を指定した上で、「専門検証」の対象とすることができるものとする。この「専門検証」には、各既存制度による検証や、本事業を実施する都道府県による独自の専門検証制度が含まれる（本マニュアルの「参考：専門検証」を参照。）。いずれにせよ、どのような検証方法によるかを選択した後、当該検証の進捗を都度トラッキングし、当該検証の完了後に、その結果を概観検証へフィードバックさせることとする。

（参考）判定表 e 「検証の必要性の判定」

分類	内容
以後の 検証不要	○ これまでの情報収集および選定で最低限必要な検証がなされたと思われ、個別検証に付さなくてよい場合。 ○ 以下の(1)～(3)のすべてを満たす場合。 (1) 純粹に医学的事由による内因死（病死）であり、 (2) 死に至るまでの経過に不詳の点等なく、 (3) その死から学ぶことは当該医療機関の内部に限定される、あるいは既に何らかの既存制度による検証が完了しており、その結果に特記すべき疑義がない。 ○ 選定担当者2名による選定結果がいずれも「検証不要」であった場合には、当該死亡事例はスクリーンアウトされる。
個別検証	○ 個別検証事例として登録する。 ○ 以下の(1)～(4)のいずれかに該当する場合 (1) 過少ではないものの検証のため追加を要する機関情報があり、当該機関の意見等を聴取する必要がある場合 (2) 死亡までの経緯に直接/間接的に複数機関の関与がある場合 (3) 複数機関にまたがる業務改善に寄与する検証結果が予期される場合 (4) 既存制度による検証の対象となりうるが、実施されなかったか不十分など結果に疑義があり、別の検証が追加されるべき場合
専門検証	○ 以後の検証が必要であるが、本事業による個別検証でなく、その他の専門的な検証が必要である場合。 ○ 以下の(1)～(2)のいずれかに該当する場合 (1) 既存の各種検証の対象に合致するか、すでに既存制度による検証が開始されている場合 (2) 特に専門性の高い有識者によって検証されることが望ましい場合。この場合、どのような専門性が必要であるかを別記することとする。
(今回の) CDR の 対象外	○ 現段階で、本事業の検証の対象とすることに何らかの懸念が想定される場合。 ○ すでに社会的に大きな関心事になっており、調査や検証にあたって特別な配慮を必要とする場合等がこれに該当する。ただし、将来、当該配慮事項が解消された際、改めて検証の可否を判定することとする。 ○ なお、本項目は、特殊の事情等によってやむを得ず選択されるものであるため、その判断に至った理由などコメントを追記することとする。
判断保留	○ 選定時の情報では判断困難のため、以下の対策を適切に実施した後に、選定を再実施する場合。 ・ 「死亡情報過少のため」医療機関に情報の追加・訂正を依頼

	・ 「周辺情報必須のため」死亡調査票（基本票）以外の周辺情報の有無や提供の可否を該当機関に依頼 ・ 「その他」検証者の直接の関係者である等、客観的な判断が困難な理由があり選定（スクリーニング）が困難な場合、別の検証者に実施を依頼
--	---

- 選定結果は、結果票 C1 に記載することとする。
- また、各選定結果により、以下の通り対応することとする。
 - ・ 「以後の検証不要」に該当する場合、結果票 C1 は単独で概観検証の資料とする（その他の調査票等は、必要時に閲覧できる資料とされる。）。
 - ・ 「個別検証」のうち「済」に該当する場合、結果票 C1 は、個別検証結果票 C2～C3 とともに、概観検証の資料とする（その他の調査票等は、必要時に閲覧できる資料とする。）。
 - ・ 「個別検証」のうち「未済」に該当する場合、その他の調査票（基本票 A1～A5、追加票 B1～B6、該当の場合 B7）とともに、個別検証の資料とする。
 - ・ 「専門検証」に該当する場合、専門検証の完了後に結果を調査票（追加票 B6～B7 等）に記入し、結果票 C1 とともに概観検証の資料とする。
 - ・ 「（今回の）CDR の対象外」に該当する場合、対象外とした事由に応じ、結果票 C1 の扱いを定める。
 - ・ 「判断保留」に該当する場合、保留の事由となった原因に対処したのち、再度、選定の対象とする。

3. 個別検証 ※概観検証に先立って実施

（1）個別検証とは

- WG では、医療機関より提出された医療情報（死亡調査票）や、他機関より提出された周辺情報、個人の感想・意見等を踏まえ、複数の関係者が討議・検証し、個別検証の対象とした事例に類似した死亡を予防するための提言案を作成する。

（2）目的

- 個別検証は、概観検証の前提として、各死亡事例を精緻に検証し、同類の子どもの死亡を予防するための具体的な施策の提言案を作成することを目的とする。
- また、個別検証会議への多機関の参加を通じ、各機関内の実務の運用及び各機関間の連携が改善されることで、子どもを取り巻く社会環境がより良くなることを間接的な目的とする。

（3）実施担当者

- 個別検証には、複数機関・複数職種の参加を必要とする。
- 参加メンバーには小児科医、法医学者、保健行政の関係者、児童福祉の関係者、警察官（例えば、検視に関係する者および生活安全に関係する者等。）、その他の専門職等が想定される。特に、死亡時の診療や検査に従事した医療関係者等、当該死亡例に直接関与（生前を含む。）した関係者が含まれることが望ましい。
- 各職種に期待される CDR への貢献内容は、下表「専門職ごとの CDR に対して期待される内容」の通りである。ただし、死亡者の親族等は検証に参加しないこととする。

<専門職ごとの CDR に対して期待される内容>

職種	調査～検証の段階	提言～予防策実現の段階
臨床医 ・医学者	基礎疾患・死亡状況 死因の考察	生者への診療向上
その他医療者	死亡状況、家族の様子	生者への診療・気づきの向上
法医学者 ・病理学者	解剖の結果 死因の考察	死因究明の質向上と均てん化
児童相談所	養育状況、虐待の関与	児童の環境保全
保健師	社会資源の紹介 利用状況の確認	家庭支援、健診事業等
教育関係者	学校・養育施設での様子	問題の気づき、家庭外の支援
消防官	現場情報	安全な搬送
警察官	現場検証情報	安全確保と増進 死因究明の質向上
検察官	法とその解釈	
弁護士	法とその解釈	
その他行政官	調査・検証の質と量の担保 各種社会制度の確認	制度の適切運用

(4) 対象

- 選定により、個別検証に付すべきとされた事例が対象となる。特に、以下のものについて個別検証が有効であると想定される。
 - ・ 書面上の情報だけではなく、直接論述される担当機関（担当者）の意見が重要と予期されるもの
 - ・ 多機関で討議するための重要な話題を提供すると予期されるもの
 - ・ 検証によって得られる意見が複数機関の実務を改善することが予見されるもの
- なお、選定過程を経ていないものであっても、情報を提供した医療機関等から、個別検証の対象とすべきとの意見が付されたものについても、個別検証の対象とする。
 （参考）これまでの研究によると、全ての子ども死亡の概ね半数程度が該当しうる。人口 100 万あたり、年間 15～20 件程度の発生

(5) 個別検証資料

- 必須資料： 死亡調査票（基本票 A1～A5）、他機関調査票（追加票 B1～B6）、既存検証結果（該当の場合、追加票 B7）、選定結果票（結果票 C1）
- 望ましい資料： 直接関係する担当者の意見陳述

(6) 個別検証会議の準備

- 個別検証会議の開催に先立ち、あらかじめ、個別検証の対象とする事例を明確にしておくこととする。
- 個別検証会議に出席する参加者を決定し、開催案内を通知する。また、WG の構成員以外についても、個別検証の対象とする事例の関係者であれば、出席の可否を確認し、出席可能であれば当該者にも開催案内を通知する。
- 個別検証会議を開催するに当たり、選定に用いた資料（死亡調査票 A1～A5、B1～B7、C1）のほかに必要な資料が想定される場合、WG 構成員においてこれを会議までに作成するか、又は当該会議の参加者に作成を依頼することとする。

- 追加資料（選定に用いた資料以外の資料）については、会議終了後、全て、当該資料の持参者又は会議主催者において回収し、廃棄等を行うことが望ましい。

（７）個別検証会議の運営

- 個別検証会議においては、参加者による各資料の閲覧や、意見交換等を行う。
- 意見交換の際、自由闊達な質疑応答を可能とするため、以下のことに留意することとする。
 - ・ 本事業が真実を追求することを目的としていないことから、証拠がない又は検証対象事例への関連が薄いという理由で、意見を取り入れないようなことは避けること
 - ・ 本事業が責任の所在の追求を目的としていないため、特定の対象の弾効に徹して具体的な改善策を提示しないような論述を避けること
 - ・ 検証対象事例に直接的に関係した参加者が検証会議に出席している場合等においては、当該参加者が強い自責の念に駆られる、又は当該死亡によって惹起された強い情念がフラッシュバックすること等により、客観的な会議の進行が困難になる場合が容易に想定し得るため、このような事態が生じ得ることを参加者全員が予め認識した上で、参加者の精神的な平穏を維持するための努力を要すること
- 個別検証会議の開催手順の一例としては、以下のものが想定される。
 - ① 各機関から順次、死亡に関する調査結果を説明する。
 - ② 調査票に記載されなかった結果について質疑応答を行う。
 - ③ 死亡の直接的、あるいは間接的な原因について討議する。
 - ④ 死亡にいたるまでの経過（生活歴を含む）について、担当していた者がいれば情報共有する。
 - ⑤ 死因、および死亡に至るまでの経過に関して、存在したリスク要因を列挙する。
この際、人的要因と環境要因に分けて整理することが望ましい。
 - ⑥ 列挙されたリスク要因を軽減するための介入について、意見交換を行う。
 - ⑦ 当該症例の検証にあたって問題を感じた点（調査内容、検証内容、人選など）について、意見交換を行う。

（８）判定（個別検証報告書の作成）

- 判定表の各項目に沿って、選定結果に関する評価を行い、論述的な報告を作成し、検証票 C2～C3 にまとめ、推進会議に提出する。
- 特に、検証票 C3 等に記載される予防策の基礎資料となる情報（判定項目 H（環境要因）及び J（介入対象となりうる環境要因の特定・列挙及びその介入手段）等）が提言案を作成する際に重要であり、当該情報については、予防策の実現可能性に関わらず可及的に列挙することが望ましい。
- 本報告内容は、概観検証において確認され、最終的に各自治体への提言となることが想定される。
- （５）の個別検証資料、（７）の個別検証会議の運営の結果等を踏まえ、各死亡事例について、判定表の各項目に関する判定を行い、検証票 C1（選定）を作成する。
- 下記 F～L の各項目について、判定表（f-1～1）に従って評価・作成する。
 - F. 医学的死因の確認と評価
 - ・ 子どもの医学的な死亡原因を検証することを目的に、医療情報等から読み取れる死因を考察する。死亡診断書、死体検案書又は鑑定書等に記載されている公的

記録の「死因」に加え、実際に診療や検査に従事した医療者の考察や意見等を十分に考慮し、直接死因、原死因、死亡に間接的に影響を及ぼした原因等をすべて抽出する。また、選定で用いられる死因分類表を用いてコーディングし、選定結果に修正が必要かを判定する。

- ・ 死因究明に係る現状の評価を実施するため、診断結果の確定性について、判定表 f-1「診断結果の確定性の評価」を参照し、分類する。この際、死因そのものを推定することすら困難である事例については「不明」を選択することとする。
- ・ また、当該診断結果に至った根拠について、判定表 f-2「診断根拠の評価」を参照し、分類する。

(参考) 判定表 f-1「診断結果の確定性の評価」

分類	内容
確定	○ 当該診断と断定することに疑いの余地がない。また他の傷病を完全に否定できるか、より積極的に疑う根拠がない。
強く推定	○ 当該診断とすることに、どの観点からも矛盾はない。ただし他の傷病を完全に否定するまでの根拠には至らない。
推定	○ 当該診断と考えることが合理的である。ただし他の傷病も疑いうるにせよ、当該診断を上回るほどの根拠には乏しい。
除外診断	○ 当該診断を積極的に示唆する根拠には乏しいものの、鑑別されるべき他の傷病は概ね確実に否定できる。
判断保留	○ 当該診断を積極的に示唆する根拠も、また他の傷病を否定する根拠も、いずれも十分ではない。
不明	○ そもそも具体的な傷病名の特定に至っていない、あるいはその確からしさを判断するだけの情報が全く得られない。 ○ ただし、十分な検索や臨床的な考察の上で死因不明等と結論された症例に関しては、その「死因不明という判断の確からしさ」を上記の項目いずれかで評価する。

(参考) 判定表 f-2「診断根拠の評価」

分類	内容
剖検	○ いずれかの剖検がなされ、その結果に基づいて診断（「不詳」等を含む）が確定した場合。剖検のみでは傷病の特定に至らず、最終的に臨床経過等も参照して診断した場合でも、剖検結果の加味された診断であればここに分類する。また、ネクロプシー（死後針組織病理診断）による診断も、ここに分類する。 ○ 一方、剖検されたが結果不明で診断への寄与の度合いも推定できない場合や、死後画像診断のみによる場合は、この分類に含めない。
臨床診断	○ 剖検がなされなかったか、剖検されても結果が参照されなかった場合において、臨床経過および死亡診断までに得られる検査結果等から当該診断に至った場合。 ○ 死亡診断までに得られる検査結果等のみを参照した場合でも、死後時間を経た検討などにより相応の時間を経て
検査結果	○ 臨床経過等では診断確定に至らない、あるいは明らかに別の傷病等が考察されていたが、主に死後に特定の検査結果によって積極的に当該診断に至った場合。
討議による	○ CDR などの死後検証の一連のプロセスによって、それまで考えられていた死因（「不明」「不詳」等を含む）ではない傷病が明らかになるか強く疑われるに至った場合。

	○ CDR などの死後検証によって、同じ診断であっても確定度合いのみが変わった（それまで推定しかできなかった診断が、確定に至った）などの場合は、この分類に含めない。
不明	○ 何らかの具体的な診断に至っているが、診断に至った根拠や経緯が示されないため判断ができない場合。
その他	○ その他、診断に至る過程や根拠に特記すべきことがある場合。

G. 養育要因（保護者の養育への態度）の確認

- ・ 医療情報及び関係機関の情報をもとに、各事例の周辺事象として、虐待又は養育不全の疑いがあったかを考察する。
- ・ 本事業の目的は、子どもの死亡に対して誰が責任を負うかを明らかにすることではなく、子どもの安全を脅かしうる養育の在り方とは何かを探索することにあることから、資料から読み取れる関係者の故意性、死亡への関与の度合いの濃淡、当該関係者の取った行為の社会通念への適合性に関わらず、様々な事情を可及的に広く（オーバートリアージを許容して）考慮することとする。
すなわち、本検証において「虐待／養育不全の関与がある（ありうる）」と結論することが、「虐待死として統計される」こと、「虐待として公判／捜査／調査の対象とされる」こと、「虐待として糾弾される」こと等として捉えられてはならないことに留意する必要がある。
- ・ 虐待が死因であったと判断したもの（従来評価では分類4に該当するもの。）、及び、死因への関与の度合いにかかわらず児童相談所の調査等によって虐待（ネグレクトを含む。）の存在が確定的であると判断されたものを「明らかに虐待」に該当するものとする。
- ・ また、故意性や死亡への関与の度合いの濃淡を問わず人為的な側面が影響し得えたものは「養育不全の要素がある」に該当するものとし、この中には、確証はないものの医学的視点等から虐待（ネグレクトを含む。）が死因である疑いがあるもの、虐待（ネグレクトを含む。）が死因とは言えないものの死亡の周辺状況として存在した可能性があるもの、及び、死亡までの経過に不注意や思い込み、監督不十分等の改善し得る人為的な要因（養育不全）があり得るもの（従来評価では分類2、3A、3Bに該当するもの。）等が含まれる。
- ・ その他のもの、すなわち明らかに虐待（ネグレクトを含む）の要素も人為的な要因も見当たらないもの（従来評価では分類1に該当するもの。）を「虐待／養育不全特になし」に該当するものとする。一次評価で用いられる養育不全の分類表を用いてコーディングし、一次評価の結果に修正が必要かを判定する。

H. 環境要因（子どもの置かれた環境）の確認

- ・ 子どもが死亡に至った背景を確認するため、医療情報及び関係機関の情報をもとに、各事例の周辺事象として、養育困難の要因があったかを検証する。なお、当該検証においては、当該子どもの死亡の背景状況について詳細な事実確認をすることが目的ではなく、子どもの安全を脅かしうる／介入の対象とすべき背景事象を考察することが目的であることから、資料から読み取れる関係者の故意性、死亡への関与の度合いの濃淡、当該関係者の取った行為の社会通念への適合性に関わらず、様々な事情を可及的に広く（オーバートリアージを許容して）考慮することとする。

- ・ 死亡に直接的に及ぼした影響や結果にかかわらず、判定表 c に例示した要因（家庭環境、養育者等、本人の特性、その他）が確認又は推察されたものを「養育困難」に該当するものとする。これらの要因がいずれも想定されないものは「特になし」に該当するものとする。

I. 介入対象となりうる人的要因の特定・列举及びその介入手段

- ・ 人的要因とは、その事例に直接的又は間接的に関わるいずれかの人の認知又は行動に認められる何らかの要因をいう。上記のように、検証の結果、養育不全の可能性が否定されない事例や、養育者等にかかる養育困難の要因が指摘し得る事例では、人的要因が存在するといえる。
- ・ この要因を特定し、その認知又は行動の変容を図るために「誰（どの立場の者）が」「何をする」ことができるかについて具体的に提案することが、本検証の主目的である。このような介入は、教育・啓発活動においても想定され得る。
- ・ これらの要因を列举するとともに、それぞれの提案の「実現可能性（判定表 i-1）」および「実施した場合の有効性（判定表 i-2）」を考察し、判定表に沿って評価する。

（参考）判定表 i-1「提言内容の実現可能性（I. 人的要因、J. 環境要因）」

分類	内容
実現可能性が高い	○ 下記のすべてを満たす： ・ 現行制度そのまま、あるいは軽微な修正で実施可能。 ・ 予算上の措置が軽微にとどまる。 ・ 一定範囲（各都道府県など）毎に実施者を準備できる。 ・ 実施者は現状あるいは軽度の準備で対応可能。 ・ 実施者が比較的容易に見つけられる。 ・ 対象者に要求する負荷が軽微にとどまる。 ・ 解決策（変更点）が具体的かつ容易に発見できる。 ・ 解決策（変更点）が他に及ぼす影響は軽微にとどまる。 ・ 実施につき、世論の合意が得られやすい。
実現可能性は低い	○ 下記のいずれかに合致する： ・ 制度の整備が一定以上必要と見込まれる。 ・ 相当程度の予算上の措置を要する。 ・ 一定範囲（各都道府県など）毎に実施者の準備が困難。 ・ 実施者に一定以上の資格、技能、知識を要求する。 ・ 新たに実施者の養成を要する。 ・ 対象者に一定以上の負荷を要求する。 ・ 解決策（変更点）が具体的に見出しづらい。 ・ 解決策（変更点）は他に一定以上の影響を及ぼす。 ・ 実施者、対象者、利用者など多方面の合意形成を要する。
実現不可能	○ 下記のいずれかに合致する： ・ 実施のための法規（案）が現行法と相容れない。 ・ 実現のための具体的な手順が見つからない。 ・ 解決策（変更点）の影響は過大か、本末転倒である。 ・ 合意形成が極めて困難。 ・ 世論に受け入れられない。

（参考）判定表 i-2「提言内容の有効性（I. 人的要因、J. 環境要因）」

分類	内容
----	----

有効性が高い	○ 下記のすべてを満たす： ・ 実施できれば、予防効果は大きい。 ・ 対象は幅広い。 ・ 有効であるための条件がないか、軽微にとどまる。 ・ 効果は長期間持続するか、再生産される。 ・ 実施に伴う他の犠牲が想定されないか、軽微にとどまる。
有効性が低い	○ 下記のいずれかに合致する： ・ 実施したとしても、予防効果は限定的である。 ・ 非常に限定した対象のみに有効と見込まれる。 ・ 一定の条件下でのみ有効と見込まれる。 ・ 実施したとしても、効果は一過性・短期的にとどまる。 ・ 実施に伴う他の犠牲が一定以上と想定される。
効果がない	○ 下記のいずれかに合致する： ・ 実施したとしても予防効果はおおよそ見込まれない。 ・ 実施で得られる効果より実施に伴う犠牲が大きい。

J. 介入対象となりうる環境要因の特定・列举及びその介入手段

- ・ 環境要因とは、死亡事例に直接的又は間接的に影響した、又は、周辺状況若しくは制度により認められた何らかの要因をいう。
- ・ ヒト以外の何らかの物体が介在した死亡（事故等）、又は、家庭環境にかかる養育困難の要因が指摘しうる事例では、環境要因が存在するものといえる。
- ・ この要因を特定し、子どもを取り巻く環境の安全性の増進を図るため、「誰（どの立場の者）が」「何を変える」ことができるかについて具体的に提案することが、本検証の主目的である。
- ・ これらの要因を列举するとともに、各要因に係る提案の「実現可能性（判定表 i-1）」及び「実施した場合の有効性（判定表 i-2）」を考察し、判定表に沿って評価する。

K. 予防可能性の確認

- ・ 上記 F～J のすべての過程を踏まえ、死亡事例に関する予防可能性を検証し、判定表 d も参照しながら検証を実施する。
- ・ 予防可能性が「高い」「あり」に該当する場合とは、将来、同じ背景を持つ事例に遭遇した場合に、その事例において同様の死亡に至る過程を回避できるような「より有効で実現可能性の高い予防策が想定される」又は「現段階で考慮しうる介入策は、有効性もしくは実現可能性が高くない」場合をいう。また、予防可能性が「高い」に該当するものとして取り扱う場合は、同種の死亡を「より積極的に予防する模索をする」という決意の表明とも考え得る。
- ・ 一方で、予防可能性が「低い」に該当する場合とは、「現段階で予防策は見当たらないか、介入するとしても有効性が低く実現も困難である」ことをいう。
- ・ このように、予防可能性に関する評価は、個別検証で発案された予防介入策に左右され、検証者の主観的な意見にも左右され得る。

特に、本事業が開始されて日が浅く、経験が蓄積されないうちは、主観性が高くなることが懸念されるため、客観的に判断する一助として判定表 d を参照する必要がある。また、本検証は、詳細な事実関係の認定を行うことを目的としておらず、予防可能性の高低と、当該死亡に関する関係者の責任の有無とは、全く関係がないことに留意する必要がある。

L. 通知

- なお、各項目に関する選定結果に修正が必要な場合、その原因が情報提供の不足・不備によるのであれば、以後の CDR に係る事業での情報提供の仕組みについて改善を促すため、当該調査を実施した機関に通知することとする。また、適切な情報提供であったにもかかわらず、選定の実施担当者に判断の揺らぎ等があった場合は、以後の判定について改善を促すため、同実施担当者に通知することとする（表 1）。

（参考）判定表 1「選定（スクリーニング）結果の確認（F. 死因、G. 養育不全、H. 養育困難、K. 予防可能性）」

分類		内容
変更あり	選定（スクリーニング）による判定に変更が望ましい。	
	機関に通知	選定（スクリーニング）結果に変更が必要な原因は、そもそもの実務内容（診療等の対処した内容）あるいは調査結果（提出した情報）に求められ、このことにつき該当機関にフィードバックが望ましい場合。
	選定（スクリーニング）に通知	選定（スクリーニング）結果に変更が必要な原因は、適切な情報であったにもかかわらず選定（スクリーニング）者の判定の不備によるものであり、このことにつき選定（スクリーニング）者にフィードバックが望ましい場合。
	通知不要	軽微な変更にとどまる、あるいは変更対象となった選定（スクリーニング）結果も理解を示せるものであるため、特段のフィードバックは不要の場合。
変更なし	選定（スクリーニング）による判定は適切。	
	機関に通知	選定（スクリーニング）は適切になされたが、そもそも実務内容（診療等の対処した内容）あるいは調査結果（提出した情報）に関してフィードバックすべき点が認められる場合。
	通知不要	当初情報および選定（スクリーニング）のいずれも適切であるため、特段のフィードバックの対象ではない場合。

- 個別検証結果は、結果票 C2～C3 に記載される。
- その上で、結果票 C1 とともに、概観検証の資料とされる（その他の調査票等は、概観検証における必要時に閲覧できる資料とされる）。

参考．専門検証

(1) 専門検証とは

- 個別の検証を要する事例のうち、解釈あるいは予防提言のために特に専門性の高い複数の有識者あるいは専門者集団の意見が望ましいものについては、2、3の検証に加え、以下のように、専門的の高い検証を行い、より高度、詳細、あるいは具体的な提言に帰着させることが考えられる。

※ 令和3年度に実施する本事業では、必須ではない。

(2) 目的

- 特定の特徴を持つ子どもの死亡事例を基にして、特定の子どもの安全上の問題点を明らかにするとともに、これに関する具体的な提言を策定すること。また、それが一般集団にどのように還元されるかを考察すること。

(3) 実施担当者

- 都道府県において該当する専門性を有する複数の有識者あるいは専門者集団、あるいは都道府県を超えるレベルの専門機関や官公庁あるいはその一部門等を実施担当者として想定される。例えば、ここには学術団体など専門者集団、医師会等の下位組織（部門）、都道府県庁から委託される専門協議会等、などが想定される。より効率の良い検証のため、類似事例を複数同時に検証して相互比較を試みる等の工夫も考えられる。
- 本事業の実施主体（都道府県）ごとに、どのような資源を自ら有している、あるいは他地域と共有している、などの地域分析が予め行われる必要がある。

(4) 対象

- 選定により専門検証の対象とされた事例のうち、既存制度では最適な検証を期待し難いものを対象とする。
- 例えば、発生頻度はきわめて低いが社会に対して重大な警鐘を鳴らしうる事例、広域にまたがる問題で実施主体ごとの検証で効果が限定的な事例（集団食中毒など）、検証や提言の内容あるいは対象が高度に専門的のため一般的な検証者では対応困難な事例（新生児医療制度や障害者医療制度など）、該当しうる有識者がきわめて限定的である事例（特定の疾病に係る検証や企業製品事故など）が想定される。

(5) 専門検証資料

- 必須資料： 調査票（基本票）および他機関調査票、個別検証結果票、既存検証結果（該当の場合）等

(6) 判定

- 該当する死亡事例について、調査票（基本票）および最終検証結果（選定（スクリーニング）において「以後の検証不要」とされたものにおいては選定（スクリーニング）結果、個別検証およびその他の専門検証を行われたものにおいては該当する検証結果）を閲覧して参加者の意見交換を行い、論述的な報告を作成する。
- 論述項目は以下の通りとする。
 - ・ 当該事例（群）にかかる検証全般
 - ・ 予防提言全般

※ 可及的に、該当する特定の集団以外にも応用されるような一般的な予防提言にも言及できるよう工夫する。

・ コメント

○ 判定結果の扱いは、以下の通りとする。

- ・ 専門検証結果は、当該専門職の業務改善等のための原資料として活用される。
- ・ また、結果は調査票（B7、必要に応じて B6 追加）に記載のうえ、結果票 C1 および該当する場合に C2～C3 とともに、概観検証の資料とされる（その他の調査票等は、概観検証における必要時に閲覧できる資料とされる）。

4. 概観検証

（1）概観検証とは

- 選定及び検証（CDR 制度に規定された個別検証、既存制度による検証、その他の専門検証等を含む）の結果を総合的に考察し、地域における子どもの安全上の問題点及びこれに対する予防のための提言をする。

（2）目的

- 地域において発生した子どもの死亡事例を基に、地域における子どもの安全上の問題点を明らかにするとともに、地域で取り組むべき改善策を具体的に策定することを目的とする。
- また、提言のための必要な検証がなされたか、及び、当該検証が十分なクオリティをもって実施されたかについて管理し、適切な提言案の策定を遂行する。

（3）実施担当者

- 複数機関の参加が必須であり、いずれも該当機関の行動指針等について機関を代表して意見し、あるいは機関に対して確実に情報伝達をする職責を有する立場の者が望ましい。
- ここには医療機関、死因究明機関、保健機関、福祉機関、警察、検察、その他の機関が含まれることが想定される。
- より客観的な検証のため、事例に直接関与しない者によって実施されることが望ましい。

（4）対象

- 概観検証の対象は、選定で終了したもの（全体の約 40%）、個別検証がなされたもの（全体の約半数）、その他の専門検証等がなされたもの（全体の約 10%）等である。

（5）概観検証資料

- 必須資料： 選定結果（結果票 C1）、個別検証結果（結果票 C2～C3）、既存検証結果（該当の場合、追加票 B7）
- 非必須資料（必要時のみ閲覧できればよい）： 死亡調査票（基本票 A1～A5）および他機関調査票（追加票 B1～B6）
- 望ましい資料： 「当該地域の子どもの死にかかる疫学」に関する資料

(6) 概観検証会議の準備

- 該当地域で対象期間に発生したすべての死亡事例について、調査票（基本票）および最終検証結果（選定において「以後の検証不要」とされたものにおいては選定結果、個別検証およびその他の専門検証を行われたものにおいては該当する検証結果）を一覧にする。
- また、会議の議題のため必要な資料（下記判定／論述項目 1「当該地域の子どもの死にかかる疫学」に求められる内容）を作成する。検証会議に出席する人員を決定し、開催を通知する。

(7) 概観検証会議の運営

- 資料を閲覧して参加者の意見交換を行う。個別検証と同様に、互いに自由に質疑応答できる雰囲気を維持することが重要であり、
 - ・ 真実を追求することが目的ではないため、証拠がないから、あるいは事例に直接的な関与が薄いからという理由で意見を取り入れないことを避けること、
 - ・ 責任の所在を追求することが目的ではないため、一定の対象を弾劾し具体的な改善策を提示しない論述を避けること、等の一般的な注意点を常に念頭に置くよう留意しなければならない。
- 下記判定／論述項目に沿って会議を進行する。各事例について検証の妥当性を検証する（判定／論述項目 2）部分が含まれるが、個別検証の精度を評価すること、また個別事例における経験を一般化して地域全体への応用を考察するのが目的であるため、個別背景や信憑性の確認等に過度に拘泥しないような配慮が望ましい。

(8) 判定（概観検証報告書の作成）

- 個別の事例について意見交換がなされた場合、該当事例について結果票 C2 に適宜、追記修正する。この場合、概観検証で追記された部分が判別できるよう、朱字あるいは下線などで強調する。
- 会議内容をもとに、論述的な報告を作成する。この報告は、当該年度において最終的に各自治体における提言等あるいは当該モデル事業の最終成果物の基礎資料として用いられることが想定される。
- 検証会議の例を、別途参考資料としてまとめる。また報告書の要件等につき、別途参考資料にまとめる。
- 報告書の論述項目は、以下のM～Qとする。

M. 当該地域の子どもの死にかかる疫学

（項目の例）

- ・ 一次評価項目を疫学指標とした地域の状況分析
- ・ 既存制度に基づく各種検証の開催状況（開催事例数、のべ開催数、同類の死亡数に対して開催された割合、結論までに要した開催回数や期間など）
- ・ 子どもの死にかかる独自課題

N. 各事例について検証の妥当性

（項目の例：半定量的な評価については判定表 n「妥当性の評価」を参照）

- ・ 最終評価結果の妥当性（事例ごとに半定量的な評価を行う）
- ・ 検証の振り分け先の妥当性（事例ごとに半定量的な評価を行う）
- ・ 予防提言の内容の妥当性（事例ごとに半定量的な評価を行う）

- ・ 予防提言の評価の妥当性（事例ごとに半定量的な評価を行う）
- ・ 類似事例との比較

（参考）判定表 n 「妥当性の評価」

分類	内容
きわめて妥当	○ どの部分についても問題は指摘されない。
おおむね妥当	○ 一部に問題は指摘しうるが、検者間の誤差範囲として想定される程度にとどまり、判断に影響を与えるものではない。
妥当でない部分もある	○ 一部に問題が指摘され、判断に一定程度的影響を与えたが、根本的な誤りに導かれるほどではない。
まったく妥当でない	○ 判断を根本的に誤った方向に導きうるような重大な問題が指摘される。

○. 予防提言の整理と評価

（項目の例）

- ・ 予防提言の優先度の評価
- ・ 採用すべき予防提言の抽出と具現化のための分担決定

P. 当該地域における CDR の取組の現状と課題

（項目の例）

- ・ 情報収集（提出）の精度の評価
- ・ 選定（スクリーニング）の精度と一律性の検討
- ・ 個別検証の精度と一律性の検討
- ・ 既存制度に基づく各種検証の開催状況の検討
- ・ 専門検証の実施状況
- ・ 上記をすべて踏まえた、当該地域の CDR の取組全体の課題

Q. コメント

- 概観検証の判定結果の取扱は、以下のとおりとする。
 - ・ 概観検証の結果は、報告書のための原資料として活用する。
 - ・ 各種調査票類は、原本の写し、あるいはデジタル化したファイルを、本事業を実施する都道府県に提出する。
 - ・ 各種調査資料等の原本は、都道府県の定めるところにより、保存等を行う。

巻末資料 1-3

検証を行う際のチェック項目（添付：個別検証結果票の案）

検証を行う際のチェック項目

(□項目は「必須」、○項目は「オプション」)

(事前準備の評価)

主催者による準備項目

- ☐ 誰が出席すべきかをリストアップする
- ☐ 日程と場所を確定する
- ☐ 開催通知を出す
- ☐ 事前に参加者を確認する
- ☐ 出席規定（感染対策等）を確認する
 - ☐ 出席不可となる参加者に通知する
 - ☐ 代替の手段（オンライン参加など）の可否を考慮する
 - ☐ 出席不可人数が多い場合に、規定の人数の参加が確保できるか確認する
 - ☐ 規定人数が得られない場合、日程あるいは開催方法の変更を考慮する

検証実務者による準備項目

1. (初回検証会議の場合) CDR とは何かの講演を準備する
 - 厚労科研班に相談することも可能
 - (小児科学会 CDR 委員会に相談することも可能)
 - 行政に相談する（相談先を決めてもらう）ことも可能
 - 模擬検証を見学する、あるいは実施することも円滑な検証実施につながりやすい
2. (初回検証会議の場合) CDR への参加に不利益が想定されない旨の理解を得る
 - ☐ 非匿名情報を提供して良い根拠についての説明を用意する
 - ☐ 自由な意見を論述して良い（心配が不要な）根拠についての説明を用意する
 - 議事録の作成方法と内容について確認する
3. 当日の資料を準備する
 - ☐ 全体を把握する（概観の目的ではなく、個別症例が全体の中のどの位置にあるかを把握する）ための資料を作成する
 - ☐ 今回の会議において個別検証の対象とするべき事例であることを確認する
 - ☐ スクリーニング結果を確認する
 - ☐ スクリーニング結果が出ていることを確認する
 - ☐ スクリーニング結果が妥当であることを確認する
 - ☐ スクリーニング基準が症例ごとに大きく変わらない
 - ☐ スクリーニング基準が示されたものから大きく逸脱しない
 - スクリーニング基準が自治体間で大きく変わらないことが確認されたい

- スクリーニング結果によらず個別検証を行う場合、その理由が説明できるとよい
 - スクリーンアウトされた症例について、個別検証の対象としない理由を確認する
 - 内因死であるから、あるいは事前評価で「予防可能性がない」とされたから、
 といって自動的に個別検証の対象外とするべきではない。
 - 医学的死因が「十分に」解明されているから、といって自動的に個別検証の対象外とするべきではない。
 - 日程を改めるべき症例かどうかを確認する
 - 事件性があり公判を待っている症例では、警察が十分な情報を出せない懸念がある
 - その他の係争中の症例では、関係機関が意見を述べにくい場合がある
 - 必須の検査結果が出揃っていない場合、結果を待つことで死因が明確になりうる
 - 対象とする個別症例について資料を作成する
 - 課題を整理し、論点をピックアップする
 - 配布資料を作成する
 - 個人情報が含まれない（記載が残っていた場合は消去した）
 - 個人の同定につながらない
 - 一般論のみが記載される
 - 回収資料を準備する
 - 個人の同定につながりうる情報を含有する
 - その他の配布に相応しくない内容を含有する
 - 毎回同じ内容で参照する資料（分類表など）である
 - 回収のためのナンバリング等、資料の持ち出し防止の対応を行う
 - 検証を行うために不足する情報がないかを確認する
 - 当日必要な情報について関係諸機関に追加提供あるいは論述を依頼する
 - 当該症例について予め考えを整理しておくと、円滑な司会進行につながりやすい
 - 議論の「落としどころ」を想定しておくと、円滑な司会進行につながりやすい
 - 必要に応じて議論の進め方等について厚労科研班等に問い合わせ・相談を行う
 - 必要に応じて議論の進め方等について司会担当者と予め話し合いを行う
4. 検証を円滑に進行するための参加者を確認する
- 検証を司会進行する委員を同定する
 - 会議全体の司会者と、検証部分の司会者が異なることも考える
 - 厚労科研班「司会進行の勉強会」に参加すると円滑な進行につながりやすい
 - CDR に精通した医師（小児科学・法医学・その他）の参加を確認する
 - 症例についてではなく、CDR 制度についての疑問が出た場合に対応できる
 - 日本小児科学会の認定医師がいると円滑な進行につながりやすい
 - 厚労科研班に支援者の派遣について相談することも考える
 - 自治体規定に違反しない場合、CDR 経験者をオブザーバーに迎えると円滑な進行につ

なかりやすい

- ☐ 医師会に参加協力を依頼する
 - ☐ 開業医ほか非参加医療施設への伝達が円滑になされやすい
- ☐ 小児科学会（地方会）に参加協力につき相談する
- ☐ 大学小児科学講座に相談する
- ☐ 法務関係者の参加を確認する
 - ☐ CDR の制度に関して法律上の疑問が出た場合に相談できる
 - ☐ 検証において現行法を確認したい場合などに相談できる
 - ☐ 予め個人情報保護や議事録の関連等を討議しておく、円滑に回答を得られやすい
 - ☐ 医療訴訟等に積極的に関与する法務関係者の場合、参加者の警戒感が生まれやすい
 - ☐ 都道府県庁と契約関係のある法務関係者、児童相談所の顧問弁護士等も考えられる

5. 担当諸機関（特に警察）に、実際に取り上げる事例について確認する

- ☐ 捜査中等の理由で警察情報の提供不可の場合、当該検証の取り扱いを考慮する
 - ☐ 警察捜査の参考になるよう、積極的に検証を実施する
 - ☐ 警察情報がなくても、現存する情報のみで検証を実施する
 - ☐ 警察情報がないため、症例の存在は確認するが検証対象としない
 - ☐ 捜査の妨げになるので、当該症例について確認もしない
- ☐ 検証の場に必要な警察情報を提出（論述）できるよう準備を依頼する

(検証会議全体の評価)

総論

1. 参加者

- ☐ 参加すべき者が揃っていたか
 - ☐ 参加すべき関係者に声がかけていたか
 - ☐ 検証のため必須の情報を持っている関係者
 - ☐ 想定される提言の主体となる機関・部署の関係者
 - ☐ 明らかに参加すべきではない者が出席していたか
 - ☐ CDR の推進に対して悪影響を及ぼしうる者
 - ☐ 当事者（遺族など）
 - ☐ 当事者と直接的な利害関係がある者
 - ☐ 声をかけたが欠席した者があったか
 - ☐ 定数が揃ったか
 - ☐ 席次表は適切に作成されていたか
 - ☐ 第三者としてのオブザーバーがいたか
- ☐ 議論を進行する役割が明確に割り振られたか
- ☐ 記録係（手書き、ボイスレコーダーなど）は準備されたか
 - ☐ 記録に個人情報を残さない等の規定を確認したか
 - ☐ 概観検証に提出する個別検証結果記録用紙（以下「提出フォーム」：巻末参照）を作成する責任者を決める

2. 準備

- ☐ 日程・場所などの周知は事前に明確に行われたか
 - ☐ 周知のリマインドがなされたか
- ☐ 必要な事前資料が準備されたか（配布資料、回収資料など）
- ☐ 必要な機材が準備されたか（プロジェクター、マイク、座席、テーブルなど）

3. 進行

- ☐ CDR についてグラウンド・ルールの説明が十分になされたか
 - ☐ 守秘義務について事前に説明されたか（誓約書、口頭説明など）
 - ☐ 提示された情報が非公開であることが事前に説明されたか
 - ☐ 特に議事録に残せない発言をする際には、その旨を明確に申し出るよう説明したか
 - ☐ CDR の目的について理解を得られたか
 - ☐ 今回の検証会議の目標について説明したか
 - ☐ 第一の目標：CDR について前向きな雰囲気を醸成する
 - ☐ 第二の目標：ちゃんとした話し合いをする
 - ☐ 第三の目標：よい提言を発出する
- ☐ 参加者に対して、出席したことについて感謝を述べたか

- ☐ 次回会議の日程、議題（あるいは、その決め方）は明示されたか
- ☐ あとから思いついたこと等を連絡する連絡先を周知したか
- ☐ 会議時間は適切だったか（1回あたりの会議時間は2時間以内程度が適切たりうる）
 - ☐ 会議時間の設定は短すぎたか（積み残しや不十分な検証が多発したか）
 - ☐ 会議時間の設定は長すぎたか（疲労が委員の間に蔓延したか）
 - ☐ 議題は多すぎたか（明らかに消化不良の議題が発生したか）

4. 後処理

- ☐ 回収資料は用意した分すべてを回収したか確認する
- ☐ 配布資料が一般用のゴミ箱等に廃棄されていないか確認する
- ☐ 議事録を作成する担当者を確認する
- ☐ 事後のふりかえり検討会議を開催するか検討する
 - ☐ 参加者個人のメモ等が公的議事録として保管されないように留意する
 - ☐ 参加者個人のメモ等が守秘義務に抵触する扱いをされないように留意する

各論

1. 材料

- ☐ 検証のための材料は十分だったか
 - ☐ 必要な情報が十分提示されたか（口頭での供述を含む）
 - ☐ 明らかに必須の情報が提示されない事象があったか
 - ☐ CDRについて理解が不十分（CDRに対する不信感）のため提示されなかったか
 - ☐ 個人情報保護について解釈の不一致があり提示されなかったか
 - ☐ 公判等のため開示できない情報があったか
 - ☐ その他の情報開示を阻む規制等のため提示されなかったか
- ☐ 明らかに必須の職種が不参加であったか
- ☐ 司会進行に不慣れであったか
- ☐ 予定された検証時間で完了するための準備がなされていたか
 - ☐ あらかじめ検討すべき課題は抽出してあると、円滑な進行を得やすい？
 - ☐ 発言を促すための「closed question」が準備してあると、円滑な進行を得やすい？
 - ☐ あらかじめ議論の「落としどころ」を想定してあると、円滑な進行を得やすい？

2. 時間

- ☐ 検証のため十分な時間があったか
 - ☐ 割り振られた検証時間が予め示されたか
 - ☐ 検証時間は十分であった
 - ☐ 検証時間は不十分であった
 - ☐ 予定より長い時間を利用した（時間を延長した）
 - ☐ 予定より短い時間しか利用できなかった（他議事に圧迫された）

- ☐ 予定されたが、検証できなかった
- ☐ 検証を始めたが、提言発出に至るには時間が不足していた
- ☐ 検証し、提言がまとまったが、明らかに発言し足りない様子の委員がいた
- ☐ 検証時間に不満の表明があった（明らかに発言し足りない様子の委員がいた）
- ☐ 検証時間が不十分の場合：検証の続き（再検証）の機会が具体的に示されたか
- ☐ 検証時間が不十分の場合：明らかに too busy な予定であったか
- ☐ 検証時間が不十分の場合：事前から議論が沸騰することが予測されたか
- ☐ 検証時間が不十分の場合：次以降も同内容であれば長時間を要すると予測されるか（検証に慣熟しても時間短縮は想定されないか）

3. 環境整備

- ☐ 会議に向いた環境であったか
 - ☐ 他人の発言が聞き取りにくい等の事象はなかったか
 - ☐ 画像提示のある場合、見にくい等の事象はなかったか
 - ☐ 参加者全員に、配布資料を広げるためのスペースが確保されたか
 - ☐ 環境温の問題（寒すぎる / 暑すぎる）はなかったか
 - ☐ 室内の明るさの問題（眩しすぎる / 暗すぎる）はなかったか
 - ☐ 意見交換のしやすい座席配置（コの字型 / ロの字型など）であったか
 - ☐ 必要な場合、マイクが少なすぎて発言の機会を奪わなかったか
- ☐ 検証に向いた環境であったか
 - ☐ 発言しにくい雰囲気はなかったか
 - ☐ 発言を抑える雰囲気がなかったか（明らかに関係する部門であるにもかかわらず）
 - ☐ 他人（他機関）を責める（否定する）姿勢がなかったか
 - ☐ 明らかに一方的な意見が強要されなかったか
 - ☐ 明らかに議論を遮る参加者がいたか
 - ☐ 議論が白熱するあまり険悪な雰囲気にならなかったか
 - ☐ 明らかに興味を示さない委員がいなかったか
 - ☐ 明らかに業務上関連し得ない委員がいなかったか
 - ☐ 検証会議を通して全く発言のない委員がいなかったか
 - ☐ 全く誰の発言もない時間が長く続かなかったか

4. 司会進行

- ☐ 司会者（ファシリテーター）の機能は十分だったか
 - ☐ 司会者はちゃんと司会をしたか
 - ☐ 司会者は参加者に CDR についての理解を促したか
 - ☐ 参加者に CDR のあり方（理想）を示したか
 - ☐ 司会者は委員に発言を具体的に指名したか
 - ☐ 司会者を補佐できるメンバーがいたか

- ☐ 場が静まった時に、とりあえず発言してくれる人
- ☐ 議論が横道に外れているときに指摘してくれる人
- ☐ 司会が止まってしまった時に会話を進行してくれる人
- ☐ 司会者と他委員との激論になった時に、事態の収集をしてくれる人
- ☐ 司会者は発言者をコントロールできたか
- ☐ 司会者は一人でしゃべりまくらなかったか
- ☐ 司会者は右往左往しなかったか
- ☐ 利害関係を持つ委員（医療過誤訴訟の可能性、遺族等の直接関係者、等）がいたか

5. 結論

- ☐ 結論が導かれるような良好な運営がなされたか
 - ☐ 議論が横道に逸れがちであったか
 - ☐ 枝葉末節（用語の定義や、細かな事実確認等）にこだわる様子があったか
 - ☐ 繰り返し同じ内容に固執したか
 - ☐ 釈然としない雰囲気があったか
 - ☐ 一部の委員・職責を責める意見に終始しなかったか
 - ☐ 非参加あるいは非発言の職域に対する批判に終始しなかったか
 - ☐ 結論を次回（以降）に持ち越されたか
- ☐ 結論は出たか
 - ☐ 解決を望んだが未解決で残された課題はあったか
 - ☐ その死は仕方がなかった、学ぶべき点はなかったという無力感に囚われなかったか
 - ☐ 議論は不可であるという意見に終始しなかったか
 - ☐ 議論は無駄であるという意見に終始しなかったか
 - ☐ 何らかの「言い訳」に終始しなかったか
 - ☐ 釈然としない雰囲気で終わったか
 - ☐ 参加者は議論に満足を表明したか
 - ☐ 司会者は議論に満足したか
 - ☐ 具体的な提言が出たか
 - ☐ 提言に、実施主体「誰が」は明示されたか
 - ☐ 提言の主体が一部の機関（病院、児相、...）に集中したか
- ☐ 提言につなげられない事例はあったか
 - ☐ 検証時間が短すぎるためか（議論の時間を長く確保できれば提言が出そうか）
 - ☐ 難易度の高い症例であるためか（専門家、あるいは別の委員を招聘すれば提言が出そうか）
 - ☐ あるべき情報が不足するためか（既存の情報が追加されれば提言が出そうか）
 - ☐ そもそも情報が存在しないためか（将来なんらかの情報収集が確立できれば提言が出そうか）
 - ☐ 具体的な提言が思いつかないためか（具体的ではない提言（一般論）なら出そうか）

- ☐ どの立場からも新たに得るところのない（個別検証の対象とすべきではなかった）事例か
- ☐ 検証は有効であったか
 - ☐ 予め想定されなかったイベントが新たに抽出されたか
 - ☐ 予め想定されなかった方向の議論になったか
 - ☐ 予め決められた結論を伝達するのみの会議でなかったか

6. 記録

- ☐ 記録が検証の議論に即しているかを確認（監査）したか
 - ☐ 確認（監査）者を選出したか
 - ☐ 議事録の案を複数人で確認したか
 - ☐ 必要な加筆修正がなされたか
 - ☐ 提出フォームを最終確認したか

（事後の評価）

- ☐ 検証された事例それぞれにつき，提出フォームを埋める
- ☐ 提出フォームの内容について，個別検証に出席した委員のうち誰のチェックが必要かリストアップする
- ☐ リストアップされた委員のチェックを受けて修正点等の確認を行う
- ☐ 提出フォームを，CDR 事務局に送付する

(症例番号: _____)

Profile: (年齢/月齢/日齢), 性別(男・女)

症 例 概 要

症例概要: (テキスト)

(医学的な観点からみた概要)

診断: (テキスト)

診断の確度: (不明 / 判断保留 / 除外診断 / 推定 / 強い推定 / 確定)

診断の根拠: (臨床診断 / 検査結果 / 剖検 / CDR で討議 / その他), 剖検(あり/なし)

考察の概要: (テキスト)

残された課題: (テキスト)

(周辺事象の概要)

関連した/しえた機関(#1): (特になし)

関与の概要(#1): (空欄)

提供した情報の種類・概要(#1): (空欄)

考察の概要(#1): (空欄)

各種評価/分類結果:

死亡の種類(内因死 / 外因死 / 不詳の死), (再分類コード「 」, 「 」, 「 」,)

養育不全(特になし / 養育不全の要素あり / 虐待確実), コメント:

環境要因(あり(本人 / 家族 / その他) / なし), コメント:

予防可能性(高い / あり / 低い / 判断保留)

検証の必要性(必要なし / 個別検証「要」 / 専門に委託() / 対象外 / その他)

フィードバック(不要 / 機関に通知 / 一次検証に通知 / その他)

キーワード:

さらなる検証が必要か, その場合に誰(どのパネル)に委託するか

検 証 結 果

(経過から抽出されたイベント)

抽出されたイベント: __件

イベント(#1)

イベントの概要: (テキスト)

イベントから死亡までの期間: (1 時間以内 / 1 日以内 / 1 週間以内 / 1 ヶ月以内 / 1 年以内 / それ以上)

イベントが死亡に及ぼした影響: (直接死因 / 原死因 / 間接死因 / 死亡に影響しうる / 無関係)

イベントの考察: (テキスト)

イベント(#2)

イベントの概要: (テキスト)

イベントから死亡までの期間: (1 時間以内 / 1 日以内 / 1 週間以内 / 1 ヶ月以内 / 1 年以内 / それ以上)

イベントが死亡に及ぼした影響: (直接死因 / 原死因 / 間接死因 / 死亡に影響しうる / 無関係)

イベントの考察: (テキスト)

#3 以下, 必要に応じて増欄

(提案された提言)

#1 (テキスト:誰が, (誰に対して), 何を行う)

(提言の理由)

1-1. (テキスト)

1-2. (テキスト)

以後, 必要に応じて増欄。

(提言の評価)

実現可能性:(高い / あり / 低い)

有効性:(高い / あり / 低い), コメント(テキスト:対象が限定される, 等)

実現したかを評価する方法:

①(テキスト)

②(テキスト)

以下, 必要に応じて増欄

キーワード:

#2 (テキスト)

(提言の理由)

2-1. (テキスト)

2-2. (テキスト)

以下, 必要に応じて増欄

(提言の評価)

実現可能性:(高い / あり / 低い)

有効性:(高い / あり / 低い), コメント(テキスト:対象が限定される, 等)

実現したかを評価する方法:

①(テキスト)

②(テキスト)

以下, 必要に応じて増欄

キーワード:

#3 以下, 必要に応じて増欄

巻末資料 1-4

模擬検証（実践版）シナリオ

時間	担当者	台詞	共有スライド	顔面画像
0:00			スライド p1「模擬検証会議」	
0:03			スライド p3「本動画で取り扱っている…」	
0:08	司会 (木下)	皆様本日はCDR模擬個別検証にご参加ありがとうございます。司会を務める△病院小児科の木下です。 まず、検証の注意点を確認させて頂きます。 お互いに尊重しあいながら、ぜひ前向きな予防策を考えましょう。 詳細は、スライドを参照ください。 では、黙祷をお願いします(数秒間黙祷)。 本日は担当された小児科医師、救急隊、警察、保育園の園長先生、また、地域の保健師さんと児童相談所の方にもご参加頂きました。 最初に、ご参加の皆様で、この事例の概要を確認しましょう。 では小児科の仙田先生から順に、開示できる情報の共有をお願い致します。	司会者 追加スライド「検証の注意点」	司会者
0:22				ギャラリービュー
0:30				
0:37			スライドp4「情報の共有」	
1:00	小児科医 (仙田)	はい、まるまる市民病院 小児科の仙田です。 この症例は、生来健康な3歳男児で、当院には健診や風邪などの日常診療で受診歴がある程度です。 自宅浴槽での溺水とのことで受け入れ要請がありました。 病院到着時は心肺停止の状態で、蘇生処置を行いました。自己心拍は再開せず、30分後に死亡確認となりました。 死因は溺水と考え、警察へ届出を行いました。 その後はどうなったかは分かりません。 救急車には母と兄が同乗、父は職場から直接来院されました。 両親とも突然のことで大変動揺されており、詳細な問診はできませんでしたが、母が兄の勉強をみている5分ぐらいの隙に、この患児はひとりで風呂場に行って浴槽に転落したとのことでした。	小児科医	
1:53	監察医 (小谷)	監察医務院の小谷です。 異状死とのことで、死因調査のための解剖を行いました。 気道の微細な泡沫や肺の所見より、溺水を吸引したことによる窒息死、つまり溺死と考えます。 身長や体重は標準範囲内で、外表検査や臓器の検索でも、病気や虐待を疑わせる所見はみられませんでした。	調査票 B1	法医学者
2:12	救急隊 (竹原)	まるまる市 消防本部の竹原です。 当日17:45に母親からの119番があり、「子どもが風呂で溺れ息をしないようだ」との通報内容でした。 18:00に救急隊が接触した時には、患児は着衣の状態で、母が指令本部の指示に従って胸骨圧迫をしていました。 心静止でしたので救急隊が心肺蘇生を引き継ぎ、病院到着まで続けましたが、心拍再開はありませんでした。 なお、室内は整頓されておりました。 脱衣所で患児と接触したため、浴室の中までは見ておりません。	救急隊	
2:55	司会	ありがとうございます。死亡当日の状況に関して質問はありますでしょうか？（1秒間、皆を見回していないことを確認） では、次に養育状況についてお願いします。	調査票 p5「養育状況」	司会者
3:05	児童相談所 (渡邊)	まるまる中央児相の渡邊です。 このご家庭には児童相談所の係属歴はありませんでした。	調査票 B3	児童相談所

3:12 保健師 (前山)	まるまる市で保健師をしています、 前山 です。 このお子さんは各種健診や予防接種もちゃんと受けておられて、特に何も指摘はありませんでした。		
3:20 保育園 (山岡)	まるまる保育所の園長の 山岡 です。 ご両親が就労されているため、1歳時より当園で保育を行っておりました。 とても活発なお子さんでした。 お父様がお迎えにいらっしゃることもあり、ご両親で協力して育児をされている様でした。 ご家庭での養育に問題は感じませんでした。	調査票 B4	保育園長
3:40 小児科	当院へは、主に予防接種や健診で受診されていました。 発達の問題はありません。 大きな怪我の既往もなく、私の見る限り、親子の関わり等でも気になる点はありませんでした。	スライド p6「養育不全は疑われない」	小児科医
3:53 司会	多くの情報共有をありがとうございます。何か質問や補足はありますでしょうか。（1秒間、皆を見回していないことを確認） それでは、 本題の 、予防可能性についての議論に移しましょう。 本児の死が予防可能であったかについて、ご意見のある方はいらっしゃいますか？	スライド p7「予防可能性」	司会者
4:10 児童相談所	日々の生活の中で3歳のお子さんから5分程度目を離すことは、養育上特別問題のあったこととは思えません。 ただ、5分程度目を離しても安全な家庭環境を作ることが出来なかったかどうか、という点に関しては検討が必要だと思いま す。		児相
4:28 保健師	そうですね。養育上、大きな問題はなかったと思います。 風呂場に入れないようチャイルドロックが効かっているれば、防ぐことができたのではないかと思います		保健師
4:37 司会	事故予防に関して、ふだん指導はどのようにしていますか？		司会者
4:40 小児科	1歳半健診で、事故予防のパンフレットを配布しています、この中に『浴室の危険性』に関する記載があります。 ただ、直接指導をするわけではありませんので、どのくらい読まれているかは、なんとも言えませんね。		小児科医
4:55 司会	自宅浴槽での溺水を防ぐために、具体的に可能な取り組みはございますでしょうか		司会者
5:00 保健師	この地域では浴槽での溺水が続きましたので、赤ちゃん訪問の際にご自宅に伺いますので、この時にお話をしてみてもよい かもしれません		保健師
5:10 司会	なるほど、パンフレットを配るだけでなく、危険性を 直接 伝える取り組みは効果がありそうですね		司会者
5:17 小児科医	たしかに、風呂の危険性に関しては 繰り返し 持ち上がってくる、我々にとって重要なテーマですね 風呂での溺水に関して全国でどうなっているか、年齢や起こりやすい状況を調査するのはいいかでしょうか。 本事例のように風呂に入る時間帯に保護者が一人だったり、小さな同胞がいる症例が多い様な印象があります。		小児科医

5:40	司会	統計的にまとめて共通点を明らかにしていくことで、我々が対応すべきターゲットをより明らかにすることができると思います。 さらに具体的な事例の蓄積があると、保護者にとってはより身近な問題として予防策をとろうとする行動変容につながるかもしれません。 今回の会議で提案された対応について、早速行動を起こすことが出来る方はいらっしゃいますか？	司会
6:05	保健師	赤ちゃん訪問と健診時に直接指導を行う項目にいれてみようと思います。 あと、この問題は自分たちの地域だけの問題ではないと思いますので、他の地域にも説明して、検討を促してみたいと思います	保健師
6:17	小児科	家庭内の事故の中でも風呂での溺水は致死的です。で、健診時に直接この点を強調しながらパンフレットを配布しようと思います。 また地域の医師会の会合でも話題にあげてみようと思います。	小児科医
6:30	保育園	もうすぐ1歳児の保護者会がありますので、家庭での事故防止として、風呂場にとどのような対策をとっているかの意見交換をし てみようと思います。	保育園
6:43	司会	そうですね。ぜひ、今後風呂溺水を防ぐための啓発の状況について評価していき、私たちに出来る予防的関わりについて 継続的に検討していきたいよう また、全国の症例収集に関してもすすめられる様、専門パネルに進言し、次回の会議時に進捗を報告します。	司会者
7:05		その他、質問やコメントはありますか？ 本日も具体的な提言の案をいくつか頂きましたので、このようにまとめました。 それでは本日の会議はこれで終了といたします。皆様ありがとうございました。	ギャラリービュー
7:20			

模擬検証会議

- 本動画で取り扱っている事例は
実際の事例ではなく、当事者間での検証会議の流れを
把握していただくための模擬事例です
- 動画は8分程度です
会議に参加されているようなお気持ちでご視聴下さい



検証の注意点

- 子どもの予防可能死を減らすことが目的である
- 特定の個人や関係機関の責任を問う場ではない
- 検証委員のお互いの立場を尊重し前向きな検討を行う
- 子どもの死を予防するための対策の提言を行う

死亡状況の共有→養育状況→予防可能性→提言

- 3歳男児
自宅浴槽での溺水
- 事例に関する全ての情報を共有する

死亡状況の共有

Child Death Review		死亡調査		Child Death Review		死亡調査票 (基本票)	
年輪/月輪/日輪		性別	A4 死亡に	年輪/月輪/日輪		性別	A4 死亡後のアクション
3	1	男	死	3	1	男	No. 3721099
治療開始までの状況 (死因に直接関係する事象は黒書き)				死亡に関連した各種アクション			
院外急死例に該当: ☐				警察に通報: ☒			
死因(死因推定および 治療開始までの状況):				院内CPTへの転送: ☒			
死因 (警察が発見した時) 17 死因 (119に通報した時) 17 死因 (医師が患者を搬送前までに 診断できた時) 18 死因 (病院に搬送した時) 18				院内CPT (Child Protection Team) へ 院内CPTへ転送: ☒			
本誌が担当した際に自治体の保健 委員の協力を得たに該当する: ☒				児童相談所に報告: ☒			
児童相談調査員 への対応であるに該当: ☒				児童相談所に報告: ☒			
院内臨床的対応: ☒				児童相談調査員 への対応であるに該当: ☒			
院内で多職種対応: ☒				各種検査結果表 (抄) 送付: ☒			
院内で多職種対応: ☒				警察・検察の検視検査 依頼による発生、原因に問題なし。 死因の把握確認のために意見交換。 死因と死因の疑念の疑念の疑念に 関係する事象から安全対策は検討が あり。			

- 臨床医からの情報
- 基礎疾患・死亡状況や死因の考察を共有する

死亡状況の共有

Child Death Review 子どものための子どもの死の検証		死亡調査票 (追加票)	
B1. 初観結果の詳細		年齢/月齢/日齢 3 12 09 歳 月 日 性別 男 女	
No. 3 7 2 1 0 9 9		3 7 2 1 0 9 9	
記載者の情報 記載するものには ○印をつけてください		☒ 初観を自ら実施した ☐ 初観を自ら来会った ☐ 結果を初観担当者と検証した ☐ 結果を自ら閲覧した ☐ 伝聞等により結果を確認した ☐ その他 ()	
初観結果		別紙参照 別紙を添付する 欄に○印	
診断 主診断: 溺水吸引による窒息		事例概要 17:30頃より自宅浴槽に溺水を疑いはじめ、 21歳、15歳の子を浴槽へ。17:45頃に母親が、着衣のまま浴槽を下にして浴槽内に浮いていた 子どもを発見。浴槽深さ35.5cm、浴槽幅 61cm、水深47cm、119番通報のあと係生を 行った。機は正常。明らかに育児放棄や DVはなかった。 溺死先の病院で心拍再開なし。気管内より 多量の水が吸引された。18:55死亡確認。	
副診断: 死亡への関与 あり、可能性あり・可能性低い・なし 副診断: 死亡への関与 あり、可能性あり・可能性低い・なし 副診断: 死亡への関与 あり、可能性あり・可能性低い・なし 副診断: 死亡への関与 あり、可能性あり・可能性低い・なし		外死所見 鼻腔および口腔から白色微細泡沫状が漏れ出ていた。 頭部後部の皮膚を認める。 その他に明らかな損傷はなし。	
死因に関するコメント		内臓所見 肺動脈が著しく腫大し、気管・気管支内に白色微細泡沫状を伴った液体が多量に吸引内にある。脾臓・腎臓を認める。 その他病理所見に特すべきところなし。	
死因を決定する所見の他に死因となりうる重大な病変や死因は関係ないとして、 死因は溺水吸引による窒息と判断される。 なお、事例の概要と矛盾する所見は指摘されない。		病理所見 肺動脈系に淡黄色物質質物の貯留を認める。 その他に明らかな病理学的有意所見はなし。	

- 法医からの情報
- 解剖結果や死因の考察を共有する

死亡状況の共有→養育状況→予防可能性→提言

Child Death Review 死亡調査票⁵ B

用途別用紙 別紙用 B6: 追加用紙

年齢/月齢/日齢 性別 No.

3 3721 099

記録

記 / 標準 標準月日紙

- 救急隊からの情報
- 現場接触時や搬送時の情報を共有

死亡状況の共有→養育状況→予防可能性→提言

死亡状況の共有→**養育状況**→予防可能性→提言

Child Death Review 死亡調査票 (追加票)
 予防のための子どもの死に検証
B3. 児童福祉

年齢/月齢/日齢: 3歳 性別: 男 No.: 3721 099

該当情報の有無
 情報提供の可否: ☒ 可 ☐ 不可 ☐ 回答不可
 関与歴: ☒ 有 ☐ 無
 家庭環境 (記載者の印象): 養育・リスク・不安は、問題 不全 あり あった なし
 児の属性: 要保護・要支援・該当 なし
 危険なエピソード (記録にあるもの): 複数回・単回・可能性 あり あり あり なし
 記録:
 別紙参照
 別紙を添付の場合は ☒ 書ききれない場合、別紙を添付してください。

- 児童相談所からの情報
- 養育状況や虐待の関与について

死亡状況の共有→**養育状況**→予防可能性→提言

Child Death Review 91 B :
 行役者 月 日 年 **B2. 保健行政**

年齢/月齢/日齢: 3歳 性別: 男 No.: 3721 099

該当情報の有無
 情報提供の可否: ☒ 可 ☐ 不可 ☐ 回答不可
 関与歴: ☒ 有 ☐ 無
 家庭環境: 2 / 一記関 / 環関 健該
 母の属性: 与別歴報母 / 健該
 危険なエピソード: 一提 / 一提 / 一提 / 健該
 記録:
 別紙参照
 別紙を添付の場合は ☒ 書ききれない場合、別紙を添付してください。

- 保健師からの情報
- 社会資源の利用状況等について

死亡状況の共有→**養育状況**→予防可能性→提言

Child Death Review 死亡調査票 (追加票)
 子供のための子どもの死亡検証

B4. 教育 / 養育

年齢/月齢/日齢: 3 歳 性別: 男 女 No.: 3721 099

該当情報の有無

情報提供の可否: ☒ 可 ☐ 不可 ☐ 回答不可

対人関係: 困難・心配はあった ☒ 問題なし ここから下は、可能な範囲で可及的に回答ください。

学習: 困難・心配はあった ☒ 問題なし

家庭環境: 問題・心配はあり ☒ 問題なし

危険なエピソード (記録にあるもの): 複数回・単回・可能性 ☒ なし 児の健康や安全上の、生命にかかわるリスクとなりえたエピソードの記録

記録:

- ・1歳3ヶ月より当園で保育開始。両親とも就労。
- ・はじめの4ヶ月程度は人見知りが強かったが、以降は保育者によく懐いた。
- ・基本は母親が自家用車で送迎し、週1回程度は父親が迎えにきた。稀に30分程度の延長保育の希望があった。
- ・家庭内の状況は円満な様子で、家庭内の不和などを訴えたことはない。お絵かきなどでは両親と7歳の兄と本人の4人が並んでいる絵を好んで描いていた。
- ・食べ物好き嫌いなし、アレルギーや病気の申告なし。
- ・水遊びは好きなようで、夏場のプール遊びを終了する際に、まだ遊びたいと泣くことがあった。

(以上、電話による聞きとり 2021.12.31)

別紙参照
 別紙も添付の場合は ☒

書ききれない場合、別紙を添付してください。

• 教育関係者（保育園）からの情報

• 教育/養育機関での様子について

死亡状況の共有→**養育状況**→予防可能性→提言

• 養育不全は疑われない

死亡状況の共有→養育状況→**予防可能性**→提言

死亡状況の共有→養育状況→予防可能性→**提言**

死亡状況の共有→養育状況→予防可能性→提言

- ・保健師：赤ちゃん訪問の際に風呂の危険性を伝え
チャイルドロック等具体的な事故予防の指導をする

死亡状況の共有→養育状況→予防可能性→提言

- ・保健師：赤ちゃん訪問の際に風呂の危険性を伝え
チャイルドロック等具体的な事故予防の指導をする
- ・小児科：健診でパンフレット配布時に風呂の危険性を伝える
地域医師会でも周知する

死亡状況の共有→養育状況→予防可能性→提言

- ・保健師：赤ちゃん訪問の際に風呂の危険性を伝え
チャイルドロック等具体的な事故予防の指導をする
- ・小児科：健診でパンフレット配布時に風呂の危険性を伝える
地域医師会でも周知する
- ・保育園：保護者会で、各家庭での現状に関し意見交換をする

死亡状況の共有→養育状況→予防可能性→提言

- ・保健師：赤ちゃん訪問の際に風呂の危険性を伝え
チャイルドロック等具体的な事故予防の指導をする
- ・小児科：健診でパンフレット配布時に風呂の危険性を伝える
地域医師会でも周知する
- ・保育園：保護者会で、各家庭での現状に関し意見交換をする
- ・司会：専門パネルに全国の症例収集を依頼

死亡状況の共有→養育状況→予防可能性→提言

Child Death Review 検証票（個別検証）
 子供の死のための子供の死の検証
C3. 個別検証-2

年齢/月齢/日齢 **3** 歳 性別 **男** 女 No. **3721 099**

介入可能な要因と、介入策

対象となる事象	介入の主体	介入の内容	有効性 / 実現可能性
人的要因： 子供一人で風呂場へ入った	行政 ・新生児訪問 ・児童相談所 ・保育所 ・保護者 ・小児科 ・健診	・子供が一人で風呂場へ入れないよう工夫を一緒に考える（チャイルドロック等） ・風呂での溺水の危険性を伝える ・地域全体の取り組みとして広める（区医師会、保健指導）	実現可能
環境要因： 小児の浴槽での溺水	CDR委員会	専門/ナールに全国の症例収集を依頼、症例の特徴分析を事故予防につなげるよう提案	実現可能

別紙参照
 別紙を添付の場合は ☒

適宜コピーして使用してください。

- 検証過程の詳細ではなく得られた提言を列挙する

この動画が、「予防可能な子どもの死亡を減らす」という目的のために活用されることを願っています

【演者】

司会	木下 あゆみ（四国こどもとおとなの医療センター）
小児科医師	仙田 昌義（国保旭中央病院小児科）
法医学医師	小谷 泰一（三重大学法医学講座）
救急隊	竹原 健二（国立成育医療研究センター）
警察官	小西 央郎（中国労災病院小児科）
保健師	前山 和子（三重県CDR事務局）
児童相談所担当	渡邊 直（千葉県柏児童相談所）
保育園先生	山岡 祐衣（東京医科歯科大学）

【シナリオ作成】

内田 佳子（国立成育医療研究センター）

模擬検証の様子（動画資料より一部画面キャプチャーによる）

- 本動画で取り扱っている事例は
実際の事例ではなく、当事者間での検証会議の流れを
把握していただくための模擬事例です
- 動画は8分程度です
会議に参加されているようなお気持ちでご視聴下さい



司会者

死亡状況の共有→**養育状況**→予防可能性→提言

Child Death Review 死亡調査票 (追加票)
04. 教育 / 養育

年齢/月齢/性別: 3 歳 女 No. 3721 099

保護者の有無: ☒ あり ☐ 不明 ☐ 不明

対人関係: ☒ 良好 ☐ 心配はあった ☐ 心配はなかった

中核: ☒ 良好 ☐ 心配はあった ☐ 心配はなかった

家族関係: ☒ 良好 ☐ 心配はあった ☐ 心配はなかった

養育状況: ☒ 良好 ☐ 心配はあった ☐ 心配はなかった

養育者: ☒ あり ☐ 不明 ☐ 不明

説明: ☒ あり ☐ 不明 ☐ 不明

備考: ☐ 養育者不明

- 教育関係者（保育園）からの情報
- 教育/養育機関での様子について



保育園

死亡状況の共有→養育状況→予防可能性→**提言**

- 保健師：赤ちゃん訪問の際に風呂の危険性を伝え
チャイルドロック等具体的な事故予防の指導をする
- 小児科：健診でパンフレット配布時に風呂の危険性を伝える
地域医師会でも周知する
- 保育園：保護者会で、各家庭での現状に関し意見交換をする
- 司会：専門パネルに全国の症例収集を依頼



司会者

巻末資料 2-1

令和 3 年度 CDR 体制整備モデル事業における小児死亡症例台帳標準例

(令和 3 年改訂版)

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

巻末資料 2-2

死亡調査票（令和 2 年度版）の記載例

カバーページ / チェックリスト

年齢/月齢/日齢

3 歳 月 日

性別

男・女

No.

37 21 099

都道府県 死亡した年
番号 (西暦下二桁) 事例番号

住所地の郵便番号

7 6 5 4 3 2 1

死亡した 住所地と
都道府県 同じ・異なる

事件番号：

死者の氏名： こうろう れい

生年月日： 2018.1.1 死亡年月日： 2021.10.31

死亡したところ（施設名等） まるまる病院

チェックリスト

連絡先等

・死亡診断した医療施設	まるまる病院	照合	依頼	提出	非該当
・死亡事象に関係する前医	なし	照合	依頼	提出	非該当
・かかりつけ医	なし	照合	依頼	提出	非該当
・剖検医	まるまる大学法医学講座	照合	依頼	提出	非該当
・救急隊	第一救急隊	照合	依頼	提出	非該当
・児童相談所	中央児相	照合	依頼	提出	非該当
・保健行政	まるまる市 母子保健課	照合	依頼	提出	非該当
・警察	〇〇県警 捜査一課	照合	依頼	提出	非該当
・学校・保育所等	まるまる保育所	照合	依頼	提出	非該当

A1. 死亡の原因，死因調査

年齢/月齢/日齢

3	歳	ヶ月	日
---	---	----	---

性別

男	女
---	---

No.

37	21	099
----	----	-----

死亡診断書 / 死体検案書の情報

I欄	(ア) 直接死因 溺水
	(イ) (ア) の原因
	(ウ) (イ) の原因
	(エ) (ウ) の原因
II欄	影響を及ぼした傷病名等

死後検査の情報

死亡に直結した診療時の撮影も含む

画像検査の有無：

有	無	不明
---	---	----

主な画像所見：

CT
頭部：死後変化のみ
胸部：肺水腫
腹部：死後変化のみ

解剖の有無：

有	無	不明
---	---	----

解剖の種類：

病理	法医	不明
解剖	解剖	

，法医解剖の場合

司法	調査法	行政	不明
解剖	(新法) 解剖	解剖	

解剖の結果，その他特記すべき事項（結果不明の場合は「不明」と明記してください。調査票B1も参照）

解剖の有無と結果について，通知がなく当院では分かりません。

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑
調査票B1参照

A2. 死亡の医学的背景

年齢/月齢/日齢

3 歳 月 日

性別

男・女

No.

37 21 099

死亡時の所見

死亡時体重：

15

kg・不明

外表所見：

☒ 特記すべきことなし

基礎疾患 / 既往歴

基礎疾患の有無：

有・無・不明

基礎疾患の
リスク分類☒ 特になし（健常）。☐ 適切に管理されれば予後に影響は少ない。☐ 適切に管理されても予後に影響しうる。☐ ハイリスクであり、治療可能か不明。☐ 寿命短縮が明確。

基礎疾患名：

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

医療的ケア：

有・無・不明

「有」の場合、実施内容に☑

☐ 在宅人工呼吸器☐ 在宅酸素療法（常時）☐ 経静脈栄養☐ 人工肛門☐ その他（☐ 気管切開☐ 在宅酸素療法（要時）☐ 経管栄養☐ 腹膜透析

）

生育歴

在胎週数：

39

週・不明

出生体重：

3000

g・不明

家族歴（家族構成を含む）

父親(34), 母親(31), 兄(7), 本人(3)の4人家族。

特記すべき家族歴なし

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

健診：

ほぼ
受診一部・受診歴・不明
受診 なし

予防接種：

ほぼ
接種一部・接種歴・不明
接種 なし

A3. 死亡に至った状況

年齢/月齢/日齢

3

歳

ヶ月
日

性別

男	女
---	---

No.

37	21	099
----	----	-----

治療開始までの状況（死亡に間接的に影響した既往等についても併せて記載）

院外急変例に該当：

する・しない

病院に搬送：

した・しない

死亡(発見)時および
治療開始までの状況：

発生（事件が発生した時刻） 17:45頃
覚知（119に通報した時刻） 17:45
接触（救急隊が患者を最初にみた時刻） 18:00
現発（現場を出発した時刻） 18:10
病着（病院に到着した時刻） 18:20

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

本児が目を離した隙に自宅の浴槽に転落したと母親より救急要請。救急隊の接触時には心肺停止で、母親により胸骨圧迫を実施中。救急隊によりCPR継続。
18:20 当院救急外来に到着するまで一貫して心静止だった。

治療経過と検査結果（死因、死亡状況に関する記載者の考察も併せて記載）

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

18:04 救急隊より第一報：自宅浴槽で溺水の3歳児、心肺停止状態。蘇生を行いながら当院へ受け入れ要請。
18:20 救急外来に救急搬送。救急隊によって胸骨圧迫と人工呼吸中。心静止。自発呼吸なし。心電図で波形なく平坦。心臓マッサージを当直医に引き継ぎ。
18:25 点滴確保。各種蘇生薬剤を注射。
18:30 挿管。気管内より多量の水を吸引。心電図確認し、以後心静止のまま。
18:50 医師より死亡確認。
18:55 警察に連絡。
19:55 CT撮影。特記すべき所見なし。
遺体を警察へ搬送とされた。

A4. 死亡後のアクション

年齢/月齢/日齢

3	歳	ヶ月	日
---	---	----	---

性別

男	女
---	---

No.

37	21	099
----	----	-----

死亡に関連した各種アクション

警察に通報：

した	しない
----	-----

通報した場合、
その理由：

☒	異状死のため
☐	犯罪であるため
☒	事故であるため

院内CPT*の起動：

した	しない
----	-----

*: CPT (Child Protection Team)
= 病院内子ども虐待対応組織

児童相談所に通告：

した	しない
----	-----

児童相談所に照会：

した	しない
----	-----

医療事故調査制度

の対象であるか検討：

した	しない
----	-----

医療事故調査制度

の対象として報告：

した	しない
----	-----

院内で医学的な検証：

した	しない
----	-----

各種検証結果（抄） 調査票B7も参照。

院内で多職種検証：

した	しない
----	-----

その他の検証：

した	しない
----	-----

救急隊・病院の症例検討会：

救急隊による蘇生、搬送に問題なし。
乳児の気道確保について意見交換。
市民への乳幼児蘇生の啓発は効果的に行われている。
屋内溺水予防にかかる安全教育は誰が行うか。

別紙参照

別紙を添付の
場合は☒
調査票B7参照

書ききれない場合など、別紙を添付してください。

年齢/月齢/日齢

3

歳

ヶ月
日

性別

男	女
---	---

No.

37	21	099
----	----	-----

追記事項，コメント，検証されたい事項，懸念事項など

--

B1. 剖検結果の詳細

年齢/月齢/日齢

3	歳	ヶ月	日
---	---	----	---

性別

男	女
---	---

No.

37	21	099
----	----	-----

記載者の情報

該当するものに
☑をつけてください。

- ☒ 剖検を自ら実施した
☐ 剖検に立ち会った
☐ 結果を剖検担当者と検証した
☐ 結果を自ら閲覧した
☐ 伝聞等により結果を確認した
☐ その他（ ）

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

剖検結果

診断

主診断： 溺水吸引による窒息

副診断：

死亡への関与 あり・可能性あり・可能性低い・なし

副診断：

死亡への関与 あり・可能性あり・可能性低い・なし

副診断：

死亡への関与 あり・可能性あり・可能性低い・なし

死因に関するコメント

溺水吸引を示唆する所見の他に死因となりうる粗大な損傷や疾病は指摘されないことより、死因は溺水吸引による窒息死と判断される。

なお、事例の概要と矛盾する所見は指摘されない。

事例概要

17:30頃より自宅浴槽にお湯を張りはじめ、しばらく目を離した。17:45頃に母親が、着衣のまま顔面を下にして浴槽内に浮いている死者を発見。浴槽高さ36.5cm、浴槽深さ61cm、水深47cm。119通報のあと蘇生を行った。侵入跡なし。明らかな育児放棄やDVほかを認めない。
搬送先の病院で心拍再開なし。気管内より多量の水が吸引された。18:55死亡確認。

外表所見

鼻腔および口腔から白色微細泡沫が漏出している。
蘇生医療の痕跡を認める。
その他に明らかな損傷はなし。

肉眼所見

両肺が重く膨隆し、気管・気管支内に白色微細泡沫を伴う液体が多量に貯留している。脾臓に萎縮を認める。
その他諸臓器に特記すべきことなし。

組織所見

両肺の肺胞腔内に淡好酸性均質物質の貯留を認める。
その他に明らかな病理学的有意所見はなし。

B2. 保健行政

年齢/月齢/日齢

3	歳	ヶ月	日
---	---	----	---

性別

男	女
---	---

No.

37	21	099
----	----	-----

該当情報の有無

情報提供の可否

可	不可	回答不可
---	----	------

関与歴：

有	無
---	---

ここから下は、可能な範囲で可及的に回答ください。

家庭環境：
(記載者の印象)

養育	危険が	不安を	問題
困難	あった	感じた	なし

母の属性：

ハイリスク	特定	該当
妊産婦	妊産婦	なし

危険なエピソード：
(記録にあるもの)

複数回	単回	可能性	なし
あり	あり	あり	

児の健康や安全上の、
生命にかかわるリスク
となりえたエピソード
の記録

記録：

--

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

書ききれない場合、別紙を添付してください。

B3. 児童福祉

年齢/月齢/日齢

3

歳

ヶ月
日

性別

男	女
---	---

No.

37	21	099
----	----	-----

該当情報の有無

情報提供の可否

可

不可・回答
不可

関与歴：

有

無

ここから下は、可能な範囲で可及的に回答ください。

家庭環境：
（記載者の印象）養育・リスク・不安は・問題
不全 あり あった なし

児の属性：

要保護・要支援・該当
なし危険なエピソード：
（記録にあるもの）複数回・単回・可能性・なし
あり あり あり児の健康や安全上の、
生命にかかわるリスク
となりえたエピソード
の記録

記録：

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

書ききれない場合、別紙を添付してください。

B4. 教育 / 養育

年齢/月齢/日齢

3	歳	ヶ月	日
---	---	----	---

性別

男	女
---	---

No.

37	21	099
----	----	-----

該当情報の有無

情報提供の可否

可	不可	回答不可
---	----	------

対人関係：

困難・心配はあった問題なし

学習：

困難・心配はあった問題なし

家庭環境：

問題あり・心配はあった問題なし

危険なエピソード：
(記録にあるもの)

複数回あり・単回あり・可能性あり

なし

児の健康や安全上の、
生命にかかわるリスク
となりえたエピソード
の記録

記録：

- ・ 1歳3ヶ月より当園で保育開始。両親とも就労。
- ・ はじめの4ヶ月程度は人見知りが強かったが、以降は保育者によく懐いた。
- ・ 基本は母親が自家用車で送迎し、週1回程度は父親が迎えにきた。稀に30分程度の延長保育の希望があった。
- ・ 家庭内の状況は円満な様子で、家庭内の不和などを訴えたことはない。お絵かきなどでは両親と7歳の兄と本人の4人が並んでいる絵を好んで描いていた。
- ・ 食べ物の好き嫌いなし、アレルギーや病気の申告なし。
- ・ 水遊びは好きな児で、夏場のプール遊びを終了する際に、まだ遊びたいと泣くことがあった。

(以上、電話による聞きとり 2021.12.31)

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

書ききれない場合、別紙を添付してください。

B5. 警察

年齢/月齢/日齢

3	歳	ヶ月	日
---	---	----	---

性別

男	女
---	---

No.

37	21	099
----	----	-----

該当情報の有無

情報提供の可否

可	不可	回答不可
---	----	------

回答不可の場合、
その理由：

- | | |
|--------------------------|--------|
| ☐ | 送検例のため |
| ☐ | 捜査中のため |
| ☐ | その他 |

警察の関与：

有	無
---	---

ここから下は、可能な範囲で可及的に回答ください。

通報者：

病院	消防	家族	その他
	(救急)	等	

通報の理由：

異状死	事故	事件	その他
届出		(虐待を含む)	

事件性：

あり	捜査中	なし
----	-----	----

記録：

--

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

関与した物体の情報（材質、性状、大きさ、配置、死者との位置関係など）を中心に記載し、可及的に現場写真を別途添付してください。
書ききれない場合、別紙を添付してください。

年齢/月齢/日齢

3	歳	ヶ月	日
---	---	----	---

性別

男	女
---	---

No.

37	21	099
----	----	-----

記録

B7. 検証結果票

年齢/月齢/日齢

3	歳	ヶ月	日
---	---	----	---

性別

男	女
---	---

No.

37	21	099
----	----	-----

検証の概要

検証の名称：

救急搬送症例検討会

開始された契機：

3ヶ月に1回の定例開催

参加者：

	直接関係した者	直接は関係しない者
臨床医	☒ ☐	☒ ☐
医学研究者（法医学者等）	☐	☒ ☐
看護師	☐	☐
ソーシャルワーカー（MSW）	☐	☒ ☐
その他の医療関係者	☐	☐
保健行政（保健師等）	☐	☐
児童福祉（児童福祉司等）	☐	☐
捜査（警察，検察等）	☐	☐
教育・養育（教師，保育士等）	☐	☐
その他（救急救命士，防災課）	☒ ☐	☒ ☐

検証結果の抄：

検討事項 ☐ 死因 ☐ 死者の状況 ☐ 環境の状況 ☒ 予防策 ☒ その他

- ・ 救急隊による蘇生，搬送に問題なし。
- ・ 乳幼児への気道確保について，気管挿管ではなくとも確実なバッグ・バルブ・マスクを行い，十分に換気するのでよい。
- ・ 自宅浴槽への転落・溺水であり，救命不可と思われる。
- ・ 市民への乳幼児蘇生の啓発は効果的に行われている。
- ・ 屋内溺水予防にかかる安全教育は誰が行うか。

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑可及的に予防策を具体的に記載してください。
書ききれない場合，別紙を添付してください。

Child Death Review

予防のための子どもの死亡検証

検証票（選定）

C1. 選定（スクリーニング）

年齢/月齢/日齢

3

歳

ヶ月
日

性別

男	女
---	---

No.

37	21	099
----	----	-----

死因，死因究明

死因再分類：

3

死因分類表から該当する番号を
すべて列挙してください。

死亡診断書等との齟齬など
なんらかの懸念がある
(各種結果が反映されない等)

死因究明が不十分であるなど
死因や経緯に不詳の点が残る
(死因再分類に0が含まれる)

死亡経過に外因の関与がある
(死因再分類に1～3が含まれる)

該当する項目に
✓□をつける。

--

--

✓

養育要因

養育不全の有無：

明らかに虐待・要素がある	虐待/養育不全 特になし
--------------	-----------------

両方とも「特になし」以外

環境要因

養育困難の有無：

養育困難	☐ 家庭環境 ☐ 養育者等 ☐ 本人	特になし
------	---	------

予防可能性

予防の可能性：

高い	あり	低い	判断不可
----	----	----	------

「低い」
以外

✓

一項目でも
該当の場合、
追加検証へ。

判定

--

以後の検証不要

✓

個別検証

☐ 済
☒ 未済

--

検証の外部委託

☐ 既存の検証制度
☐ その他

--

CDRの対象外

--

判断保留

☐ 死亡情報過少
☐ 周辺情報必須
☐ その他

追記事項

--

年齢/月齢/日齢

3	歳	ヶ月	日
---	---	----	---

性別

男	女
---	---

No.

37	21	099
----	----	-----

一次検証結果の修正

死因：

☐ 修正要	()
☐ 不要	

養育不全：

☐ 修正要	()
☐ 不要	

予防可能性：

☐ 修正要	()
☐ 不要	

養育困難：

☐ 修正要	()
☐ 不要	

フィードバック：

機関に	一次検証	通知
通知	に通知	不要

懸念事項 / フィードバックされるべき事項

--

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

年齢/月齢/日齢

3

歳

ヶ月

日

性別

男

女

No.

37

21

099

介入可能な要因と、介入策

人的要因：

環境要因：

対象となる事象

介入の主体

介入の内容

有効性 /
実現可能性

子供一人で
風呂場へ入った

行政
・ 新生児訪問

・ 子供が一人で風呂場へ入れない
ような工夫を一緒に考える
(チャイルドロック等)

実現可能

保育園
・ 保護者会

・ 風呂での溺水の危険性を伝える

小児科
・ 健診

・ 地域全体の取り組みとして広め
る (区医師会、保健指導)

小児の浴槽で
の溺水

CDR委員
会

・ 専門パネルに全国の症例収集を
依頼、症例の特徴分析を事故予
防につなげるよう提案

実現可能

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

巻末資料 2-3

死亡情報収集のための遺族への同意書類の例

(令和 3 年改訂版)

「予防のための子どもの死亡検証（CDR：チャイルド・デス・レビュー）体制整備モデル事業」に関する御説明と御協力のお願い

この度は、お子さまのご逝去の報に接し、謹んでお悔やみを申し上げますとともに、心からご冥福をお祈りいたします。

さて、この場において大変恐縮ではありますが、本県が参画している「予防のための子どもの死亡検証（CDR：チャイルド・デス・レビュー）モデル事業（令和2・3年度厚生労働省実施事業）」についてご理解と御協力をいただきたいと考えております。

予防のための子どもの死亡検証（CDR）とは、子どもが死亡した時に、医療機関等の複数の機関や専門家が様々な情報を収集し、検証を行うことにより、効果的な予防策を検討して予防可能な子どもの死亡を減らすことを目的とするものです。現在、国において、今後の制度化に向けた検討を行うためのモデル事業を実施することとしています。

〇〇県においても、本モデル事業への参画により、効果的な予防策を検討し予防可能な子どもの死亡を減少に取り組みたいと考えていますので、以下をご参照の上、本事業の内容及び趣旨にご理解をいただき、情報提供についてご協力を賜ることができれば幸いです。

〇〇県〇〇課予防のための子どもの死亡検証（CDR）事務局

1. 個人情報の収集について

本事業の実施に当たり、必要に応じ、医療機関、警察、消防、保健所、児童相談所、教育機関などの関係機関に対して死亡時の状況その他予防策の検討に必要な情報提供を依頼します。

2. 個人情報の利用について

収集した個人情報は本事業の目的以外には利用いたしません。また、収集した個人情報は、氏名の削除等、匿名化し、個人が特定されない形にした上で、当県における予防可能な子どもの死亡を減少させるために必要な予防策の検討に用います。

3. 個人情報の適正な管理について

当県では、個人情報保護法や本県における個人情報保護条例等の関係法令を遵守し、個人情報を適正に管理します。

4. 個人情報の確認・訂正・利用停止

保護者及び親権者からの内容確認・訂正、同意撤回による意思表示による利用停止を求められた場合には、適切に対応します。

【問い合わせ先】

〇〇県〇〇課予防のための子どもの死亡検証
（CDR）事務局

電話番号〇〇

FAX 番号〇〇

E-mail〇〇

同意書（保護者控え）

〇〇県予防のための子どもの死亡検証（CDR）事務局 殿

個人情報の提供に関する同意

私は、「予防のための子どもの死亡検証（CDR：チャイルド・デス・レビュー）モデル事業」に関する趣旨、目的及び個人情報の管理等について説明を受けましたので、以下の通り判断しました。

（以下の□にチェックしてください。）

個人情報の利用について、

☐ 同意します。

☐ 同意しません。

署名された日 令和 年 月 日

お子さまのお名前

保護者ご署名

続柄（ ）

説明者署名

説明者所属機関

同意書（県控え）

〇〇県予防のための子どもの死亡検証（CDR）事務局 殿

個人情報の提供に関する同意

私は、「予防のための子どもの死亡検証（CDR：チャイルド・デス・レビュー）モデル事業」に関する趣旨、目的及び個人情報の管理等について説明を受けましたので、以下の通り判断しました。

（以下の□にチェックしてください。）

個人情報の利用について、

☐同意します。

☐同意しません。

署名された日 令和 年 月 日

お子さまのお名前

保護者ご署名

続柄（ ）

説明者署名

説明者所属機関

巻末資料 2-4

関係多機関への情報提供依頼書類の例

(令和 3 年改訂版)

〇〇発 第〇〇号
令和〇年〇月〇日

〇〇児童相談所 御中
(ご担当〇〇様)

〇〇県〇〇局〇〇課 CDR 事務局

県下小児死亡事例の情報提供について

平素より〇〇県チャイルド・デス・レビュー (CDR) 事業にご理解・ご協力いただき、ありがとうございます。

さて、令和 年 月 日に 歳でお亡くなりになりました、
さん (男・女)、生年月日 (平成・令和) 年 月 日

について、CDR 事務局において、医療機関等からの死亡調査票などの情報を検討した結果選定、追加情報を用いた更なる検証の必要があると判断されました。つきましては、そのお子さんに関連する情報をご提供いただきたく、ご確認いただけますようお願い申し上げます。

なお、情報提供に関しましては別紙調査票にご記入の上、郵送にてご返信いただければ幸いです。特に記載いただきたい詳細情報に関しては、下記の通りです。

また情報提供に先立ちまして、提供の可否と、可の場合には提供方法、否の場合にはその理由などをお願い致したく、次頁をご提出いただけますよう重ねてお願い申し上げます。

※調査票にご記入いただきたい項目 (症例番号)

以上

貴施設名：〇〇児童相談所など

* 症例番号 の情報提供について *

Q1. 該当する子どもに関連する情報を持っていますか？

1. 持っている 2. 持っていない (質問は以上です。事務局にご返送ください)

Q2. お持ちの情報を CDR 事務局にご提供いただくことは可能ですか？

1. 全部を提供可能 2. 一部ならば提供可能 3. 提供不可

Q3. Q2 で「2. 一部ならば提供可能」または「3. 提供不可」と回答した場合には、その理由や、どうしたら提供できるか等も併せてご記入いただけるようお願い申し上げます。

例：詳細情報は把握しているが、施設内で県への提供に合意が得られないため…など

Q4. Q2 で「全部を提供可能」、「一部ならば提供可能」である場合、情報の提供方法についてお答えください。

1. 貴施設において別紙調査票に記入後、当県へ郵送にて返送
2. CDR 事務局調査員が貴施設を訪問し資料を閲覧し調査票に記入
3. その他 (具体的にお示してください。)

この用紙を、到着後〇日以内にご提出いただければ幸いです。郵送・FAX・内容の電話連絡いずれでも構いません。

巻末資料 3-1

啓発資材 1. 「CDR part1:入門編」

*実際には，投射可能なスライド資料として制作された。

チャイルド・デス・レビュー

Child Death Review (CDR)

Part1：入門編

対象者

- ・これからCDRを始めたい方
- ・CDRについて知りたい方
- ・子どもに関わる全ての職種の方

令和2度厚生労働科学研究費
補助金事業（沼口班）

作成日：2021年1月19日
担当：沼口、山岡、内田

CDR研修用資料 全体の構成

Part 1
入門編：

CDRについて

Part 2
準備編：

情報収集に
ついて
(医療機関向け)

Part 3
準備編：

情報収集に
ついて
(医療機関以外の
多機関向け)

Part 4
運営編：

概観検証・
全体の運営
について



今回はこちらの話になります

内容

1. チャイルド・デス・レビュー（CDR）とは
2. 検証を行うプロセスについて
3. CDRを実施するには
4. 予防策の提言とは

チャイルド・デス・レビュー とは？

1-1. 社会における子どもの死亡とは

- 子どもの死は比較的まれな事象ではありますが、氷山の一角であり、死亡に至らなかった事例は数多くあります。
- **1人の死亡**が起きた場合、
25人が入院し、
925人が救急外来で治療を受け
数えきれない数の子どもたちが
同様の軽度な症状を生じている
とされています。



チャイルド・デス・レビュー とは？

1-2. 子どもの死を検証する目的

予防のための子どもの死亡検証

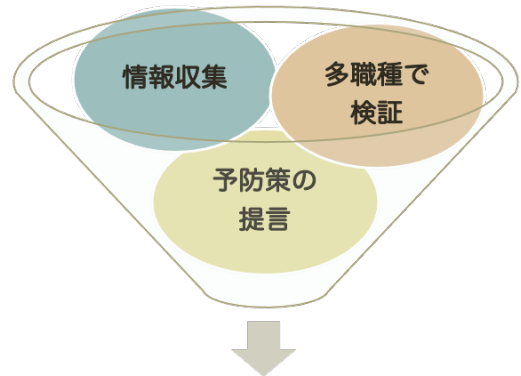
チャイルド・デス・レビュー

(Child Death Review : CDR) は

子どもが死亡したあとに、
多職種の機関や専門家（医療、警察、行政、福祉関係者等）が

- ①子どもの死に至る直接・間接的な情報を収集し
- ②予防可能な要因について検証し
- ③効果的な予防対策を提言する

ことで、将来の子どもの死亡を減らすことを目的に行います。



子どもにとって
より安全でより健康な
地域やサービスをつくり、
将来の子どもの死亡を予防する

チャイルド・デス・レビュー とは？

1-3. あくまでも、予防のために行うもの



責任追及
のため？

〇〇のせいだ！

相談したのに！

なんで対応
しなかったの？



予防に繋げる
ため

今度からは
こう対応するぞ！

相談や連絡の
ルールを作ろう！

お互いの考
え方を学べ
たなあ



チャイルド・デス・レビューとは？

1-4. CDRが対象とするもの

全ての子どもの死亡を対象とします

病気による死亡（内因死）

感染症、白血病、先天性心疾患など

病気以外の死亡
（外因死）

交通事故、自殺、虐待など

死因が明らかでない死亡

- 既存の検証制度には、「子どもの虐待重大事例検証」、「教育・保育施設等事故報告検証」、「学校事故検証」、「自殺といじめの関連検証」、「消費者生活用製品に係る重大製品事故」、「医療事故調査制度」、などがあります。
- 既存の検証制度との違いは、特定の死因を対象とするのではなく、全死亡事例を対象とします。既存の制度から漏れているような症例も対象に含め、継続的に地域で検証していく点です。

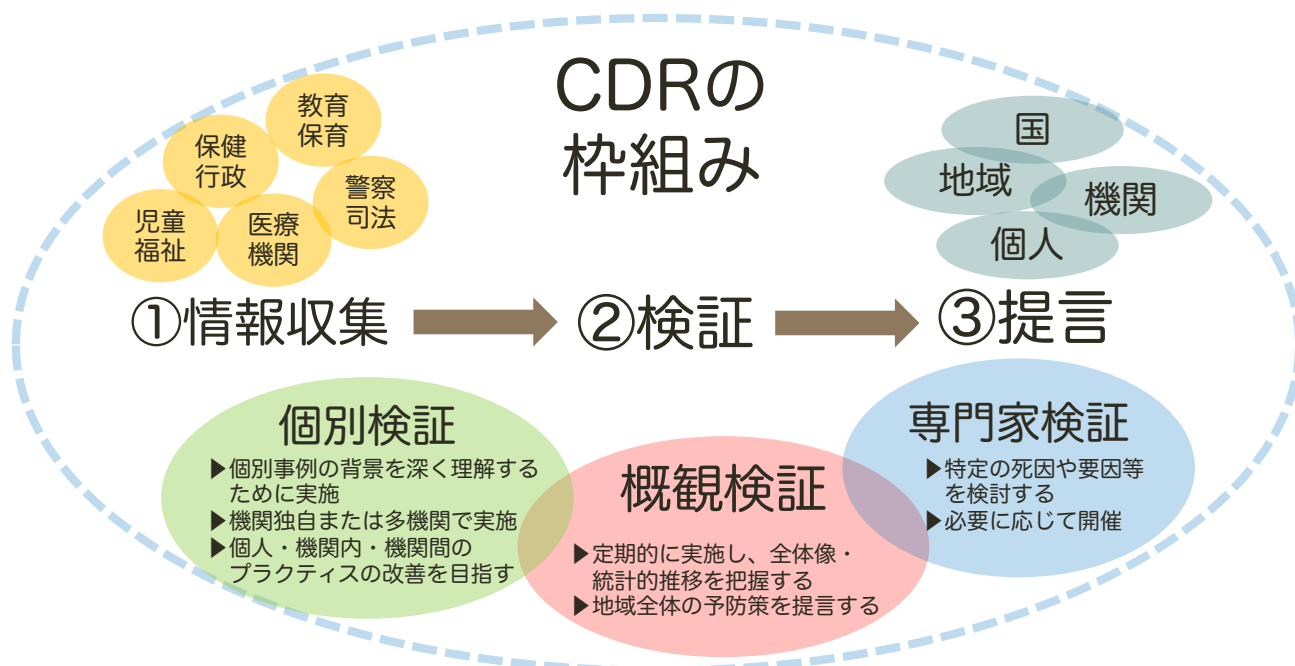


全症例を対象とするのが理想ですが、実際に始める際には集められた事例から開始し、検証のプロセスに慣れていくことも一つの方法です。

チャイルド・デス・レビューとは？

1-5. CDRの枠組み

- CDRの枠組みの中に、情報収集・検証・予防策の提言が含まれています。



検証を行うプロセスについて

2-1. 検証の全体像

- 検証会議の準備方法・検証方法の大まかな流れについて説明します。



- 各機関・専門職における検証のための情報提供・フォームの記載方法など詳細な説明は、下記を参照してください。

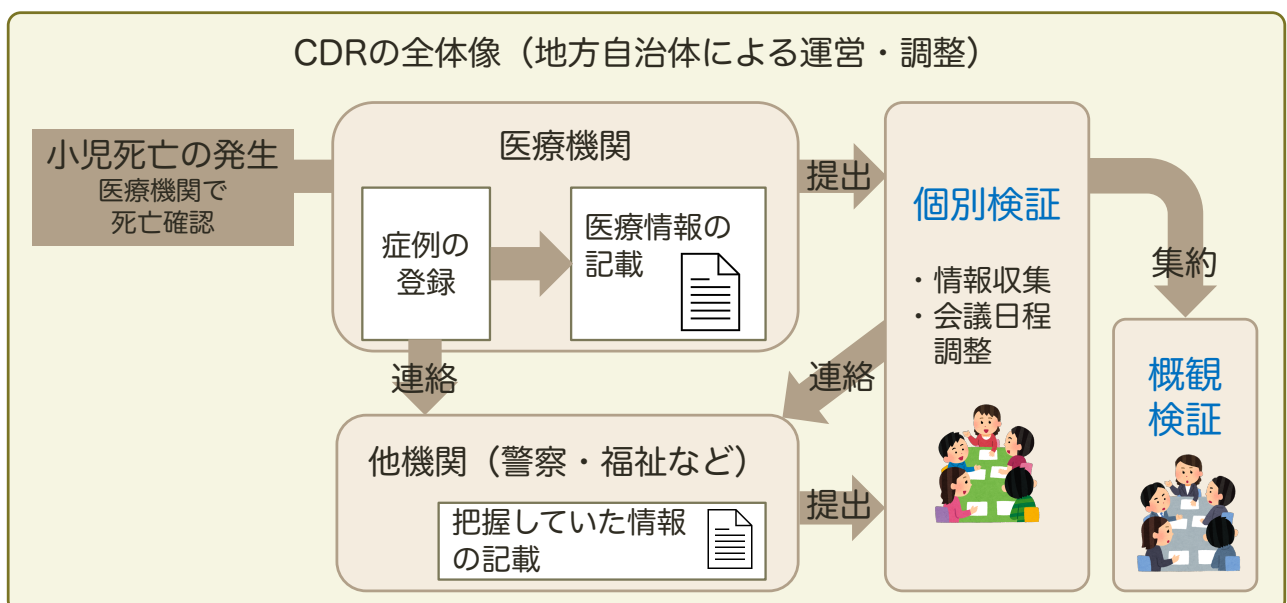
Part 2: 医療機関における検証の準備について

Part 3: 医療機関以外のその他の関係機関における検証の準備について

Part 4: 検証・全体の運営について

検証を行うプロセスについて

2-2. 全体像 (医療機関で死亡を確認した場合)

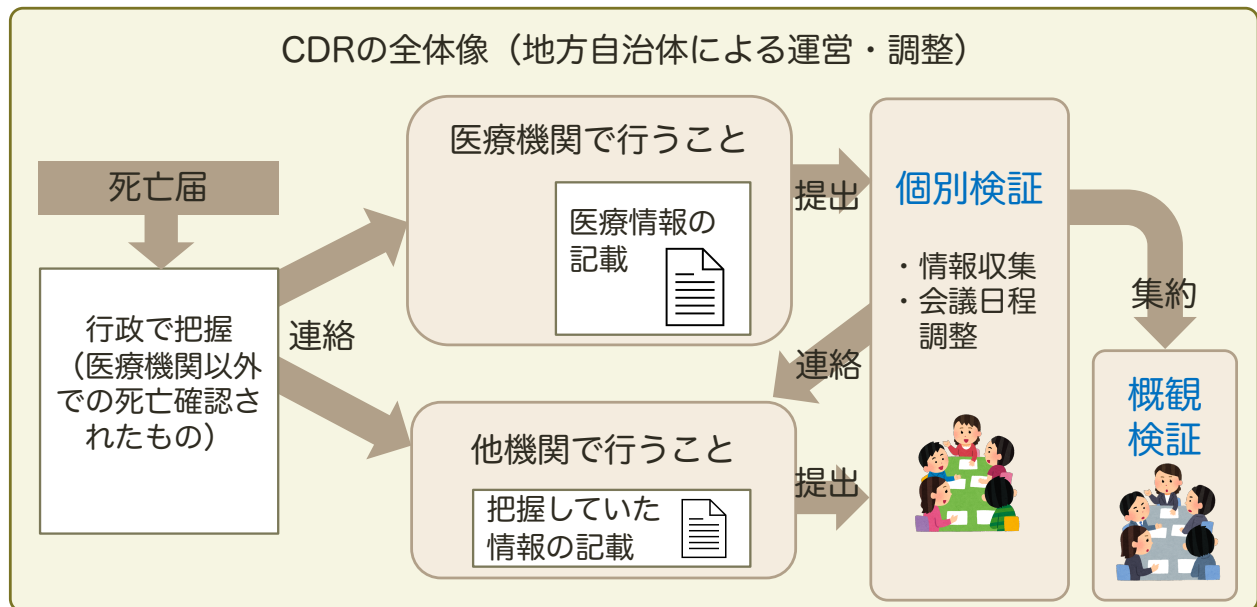


各地域で様々なやり方があり、これは一つの見本です。
死亡数が多い地域では、個別検証を行うかどうかスクリーニングしている地域もあります。

検証を行うプロセスについて

2-3. 全体像

(医療機関で把握されていない死亡の場合)



死後時間が経って発見された場合、医療機関に搬送されずに死亡が確認される場合があります。各地域の実情に合わせて、効果的な連絡経路の確立が必要です。

検証を行うプロセスについて

2-4. 検証を行うメンバー

- 多職種・多機関で検証するために、以下のような様々な職種の専門家が意見を交換します。

【検証委員の候補】

- 医療関係者：小児科医、救急医、看護師、助産師、救急隊
- 公衆衛生専門家：疫学、感染症、事故予防
- 死因究明の専門家：法医、病理医
- 司法関係者：警察、検察、弁護士
- 行政機関：保健所・保健センターの保健師、政策決定者など
- 児童福祉：児童相談所の職員、ソーシャルワーカー
- 教育・保育関係：保育園・幼稚園・学校の先生、養護教員、教育委員会
- 地域の関係機関：子育てサークル、DVシェルター、支援団体など



全ての専門職が必ず集まる必要はありません。実際に始める際には集まった職種のメンバーで開始し、検証のプロセスに慣れていくながら、必要な職種の参加を呼びかけていくことも一つの方法です。

CDRを実施するには

3-1. 地方自治体が行う準備（体制整備）

- 検証を行う前に、事前準備として情報収集・検証・提言をまとめるための体制づくりをすることが非常に重要になります。
- 全体の取りまとめ役として、地方自治体のCDR担当者には、以下のような様々な調整が必要となることが考えられます。



地方自治体の
運営担当者

【情報収集・検証を始める前の準備内容】

- ✓ 地域における死亡数を把握
- ✓ 関係機関における連絡担当者との連絡
- ✓ 調査票を送るために必要な手続き
- ✓ 検討会議の司会・参加者・日程・場所の検討
- ✓ 各関係機関とのスケジュール調整



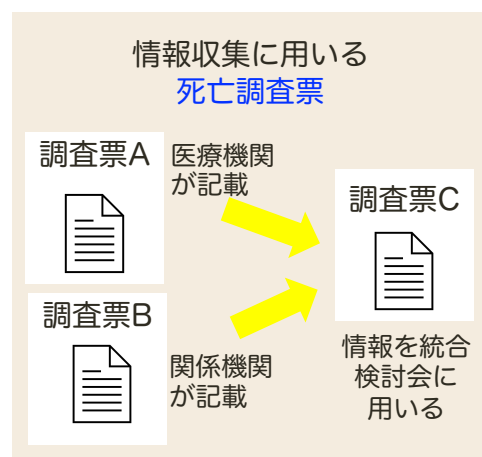
全て最初から地方自治体の担当者だけで行うのが大変な場合は、関係機関で分担できる業務内容もあるかもしれません。まず関係機関との連携・対話から始めてみてください。

CDRを実施するには

3-2. 調査票を用いた 情報収集

- 検証を行うために、情報収集をすることが非常に重要になります。
- 死亡調査票という用紙を用いて、必要最低限の情報を収集します。
- 地方自治体のCDR担当者は、関係機関に調査票を送り、情報収集を依頼します。

- 調査票の内容は3つに分かれています。
A：医療機関が記載する
B：関係機関が記載する
C：情報を統合して検討会で用いる



CDRを実施するには

3-3. 医療機関による情報収集

- 医療機関が行う準備としては、
 - ✓ 死因
 - ✓ 医学的背景について
 - ✓ 死亡に至った状況
 - ✓ 死亡後の対応
 などを記載します。
- 詳細な調査票の記入法や注意事項については、[Part 2](#) を参照してください。

死亡調査票：A

The forms are numbered 1 through 6, each representing a different section of the 'Death Investigation Form A' for medical institutions. The sections are: 1. 基本情報 (Basic Information), 2. 死因 (Cause of Death), 3. 医学的背景 (Medical Background), 4. 死亡に至った状況 (Death Situation), 5. 死後の対応 (After-death Response), and 6. その他 (Others).

CDRを実施するには

3-4. 医療機関以外のお機関による情報収集

- 他機関には、保健行政、児童福祉、警察、保育・教育機関などが含まれます。
- 各機関において、
 - ✓ リスクを把握していたか
 - ✓ 過去の関与歴
 などを、簡潔に記載します。
- 詳細な調査票の使い方や注意事項については、[Part 3](#) を参照してください。

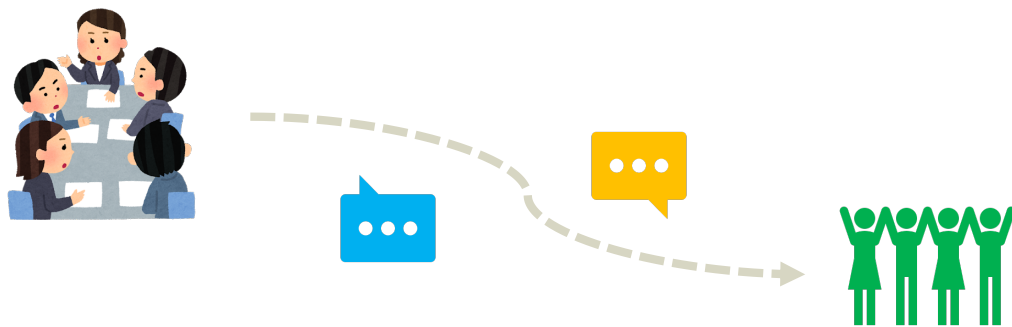
死亡調査票：B

The forms are numbered 7 through 12, each representing a different section of the 'Death Investigation Form B' for non-medical institutions. The sections are: 7. 法医学 (解剖結果) (Forensic Medicine (Autopsy Results)), 8. 保健行政 (Health Administration), 9. 児童福祉 (Child Welfare), 10. 保育・教育 (Childcare/Education), 11. 警察 (Police), and 12. その他 (Others).

予防策の提言について

4-1. 実際に予防が起きるには？

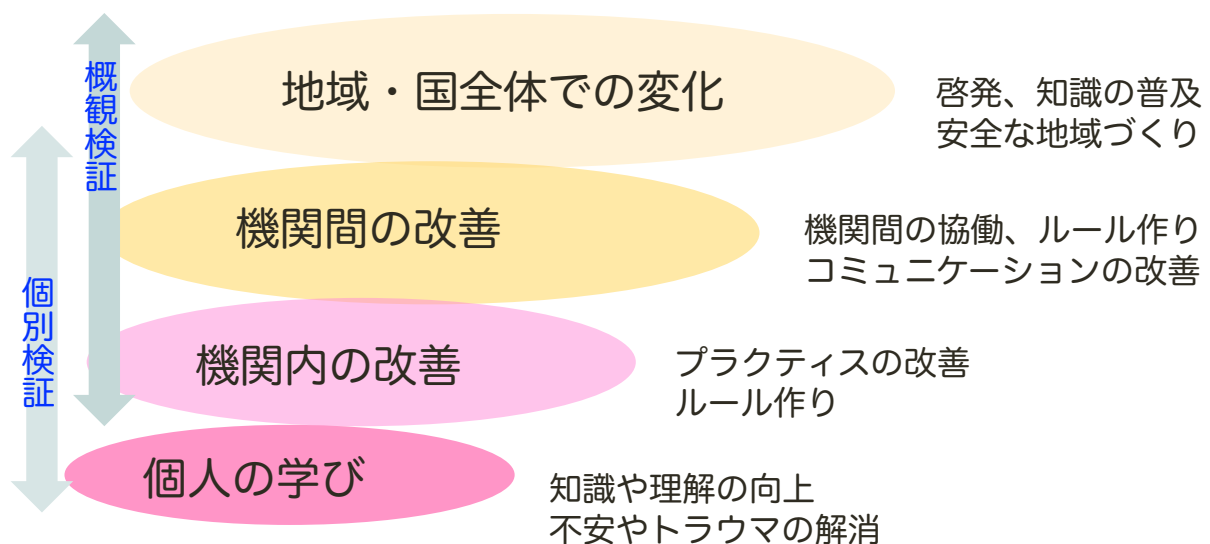
- ・ 検証してから、実際に「予防」が起こるまでには、様々なステップがあります。
- ・ そもそも検証の成果には、どのようなものがあるでしょうか？



予防策の提言について

4-2. 検証の結果望まれること

- ・ 検証後の成果には、様々な段階のものが含まれます。



予防策の提言について

4-3. 検証の成果（個人の学び・改善）

- ・ ささやかな学びや気づきも、予防に繋がっていきます。

今度からは、もっと早い段階で多職種に連絡・相談していいということがわかって、ほっとした！

ベッドでどんな風に寝かされていたかを評価することの大切さがわかった！



DVに関する研修会があるなんて、知らなかった！今度参加しよう！



CDRは「予防のため」に実施していますが、なかなか予防のプロセスは実感しにくいかも知れません。上記のような気づきもまた、予防にむけた大切な一歩となります。

予防策の提言について

4-4. 検証の成果（機関内・機関間での改善）

- ・ 以下のような改善も、予防に繋がる一歩となります。



救急車を呼んだ人の家がわかりにくく、玄関のドアも鍵がかかってて、すぐに入らず困った事例があった。

➡次からは、救急車を待ってる間は、鍵を開けておいて、玄関の電気をつけておくように、伝えよう！



ホテルや帰省先での乳児のうつ伏せ寝・添い寝による死亡が多かった。

➡ホテルでベビーベッドの貸し出しをしたり、旅先での睡眠についての注意喚起のポスターを貼ろう！



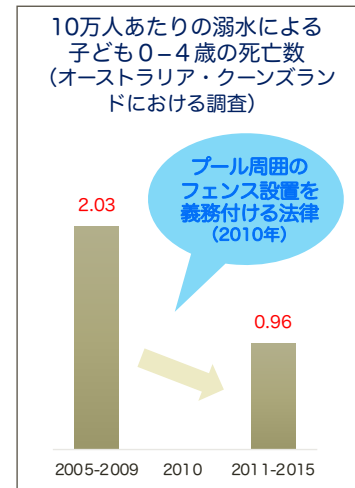
上記のような小さな工夫や改善もまた、予防にむけた大切な一歩となります。予防策の提言は地域や個々の実情に合わせて行われていくことが大切です。

予防策の提言について

4-5. 検証の成果（地域・国全体での改善）

- CDRの結果を使って、子どもの死亡を防ぐための条例や法整備を目指すことも必要です。
- 例えば、

- ✓ シードベルトやチャイルドシート
- ✓ 運転速度規制や飲酒運転の取り締まり
- ✓ 車内置き去りによる熱中症予防
- ✓ プールや海での監視員の配置
- ✓ プール周囲のフェンスの設置
オーストラリアでは自宅のプール周囲にフェンスを設置する法律を2010年に制定
→0-4歳の溺死は半減しました（右図）



(Franklin & Peden, 2017)



上記のような法整備は、CDRだけで達成することはできません。多くの関係機関・専門職に結果を還元し、必要な法整備を訴えていくことが重要です。

Part 1: CDR入門編 まとめ

- 子どもは社会の財産であり、死亡から教訓を学ぶことで、将来の死亡の予防をすることに繋がります。
- チャイルド・デス・レビューは以下の三要素が重要です。
 - ①子どもの死に至る情報収集
 - ②多職種での検証
 - ③予防策の提言
- 個別検証と概観検証は行う目的が違いますが、どちらも**予防にむけたプロセスを明らかにする**ために行います。
- 予防に実際に起こるためには様々なステップがあり、**地域の状況に応じた工夫や改善**を提言していくことが大切です。

巻末資料 3-2

啓発資材 2. 「CDR part2:情報共有編（医療機関・医療職対象）」

*実際には，投射可能なスライド資料として制作された。

チャイルド・デス・レビュー Child Death Review (CDR)

Part2：情報共有編 (医療機関・医療職対象)

対象者

- ・医療機関の専門職で、これからCDRに関わる方
- ・情報共有のための調査票について学びたい方

令和2年度厚生労働科学研究費
補助金事業（沼口班）

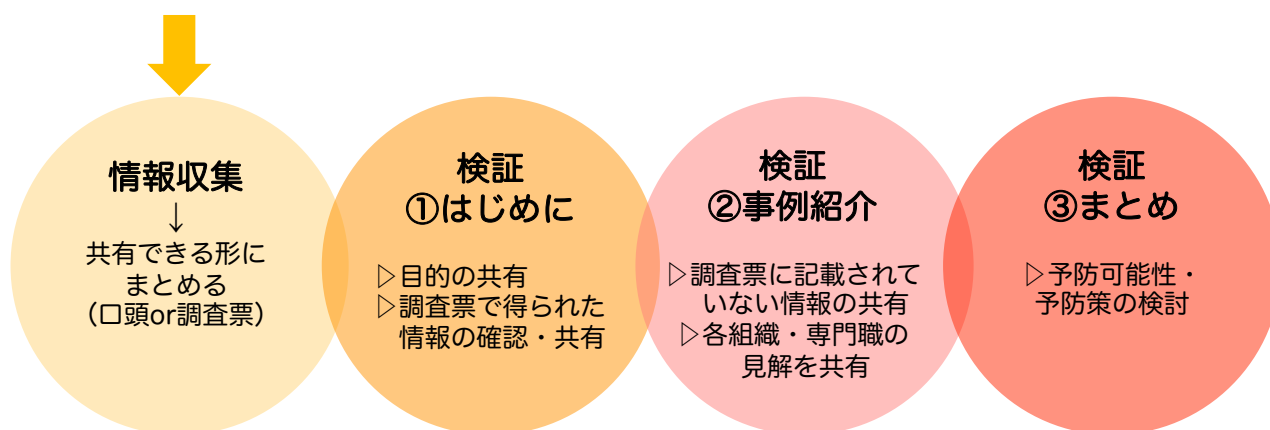
作成日：2021年3月1日
担当：沼口、山岡、内田

内 容

1. 検証を行うために必要な準備とは
情報共有で得られるメリット
情報共有する際の注意事項
2. 死亡調査票について
調査票の全体像
3. 記入時の注意事項

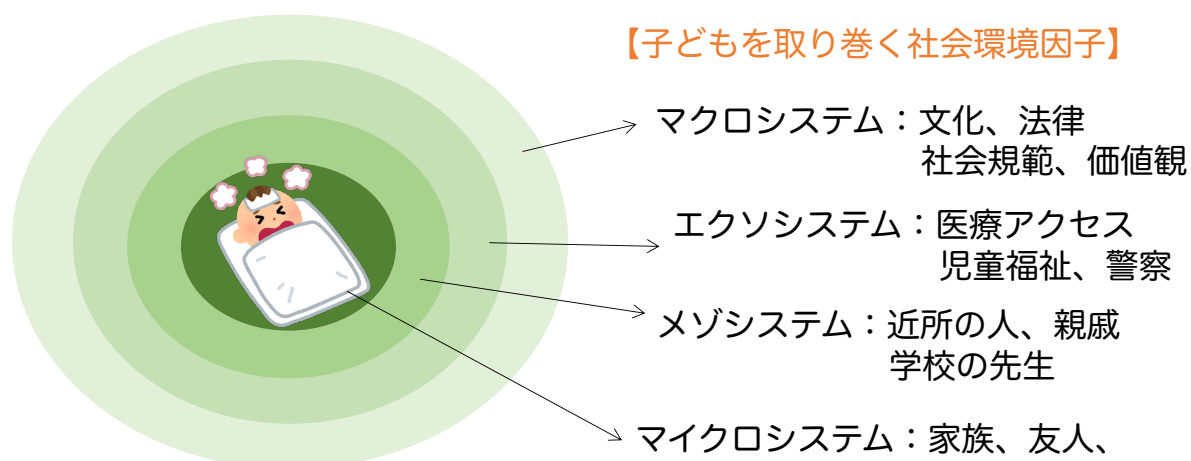
個別事例検証の流れ

- 情報収集後多職種で集まり、**個別事例検証**を行います。
- 本資料では、情報収集に関する部分を説明します。



1. 検証を行うために必要な準備とは

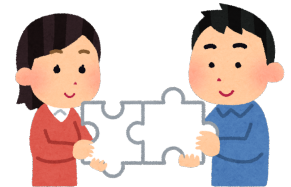
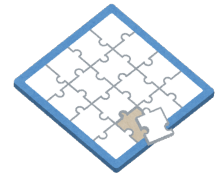
- 死にいたる過程を包括的に理解し、予防策を総合的に検証するには、子どもを取り巻く様々な要因を検討する必要があります。
- そのためには、多職種から情報が不可欠となります。



1-1. 情報を持ち寄ること得られるメリット

多職種の情報を持ち寄ること得られるメリットは沢山あります。

- 家族の社会背景・家庭環境をより深く理解できる
- 時系列での経過を把握することができる
- それぞれの職種がどのような情報を持っているのかがわかる
- どのような状況でその時判断したのかが理解できる
- どのような情報があれば、別の判断ができたかが検討できる
- 複数の事例を持ち寄ることで、傾向を知ることができる

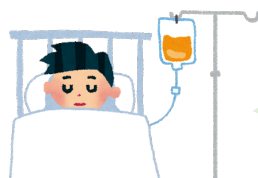


1-2. 他の専門職から医療職への期待

医療職以外の専門職の人は、医療職の方々に以下のようなことを聞いてみたいと思っています。検証を通じてお互いに事例の理解を深めることができます。

- 医学的な所見・症状の説明
- 怪我や外傷の起こりうるメカニズム
- 子どもの一般的な成長・発達段階とのずれ
- 医学的な予防可能性

このような骨折って
親が説明した状況と
一致した怪我ですか？



もっと早く治療してい
れば、重症化は予防で
きたでしょうか？



1-3. 個人情報共有の際の注意事項

個人情報を共有することに、不安や懸念を感じる人も多いと思います。
検証する会議では、以下の情報は匿名化した上で、検討会を行います。

【共有しない情報】

- × (子どもの) 名前
- × 生年月日・死亡年月日



会議に参加する人は、**機密保持の義務**があります。

【会議参加の条件】

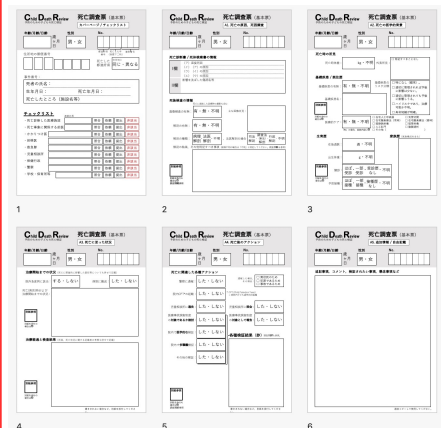
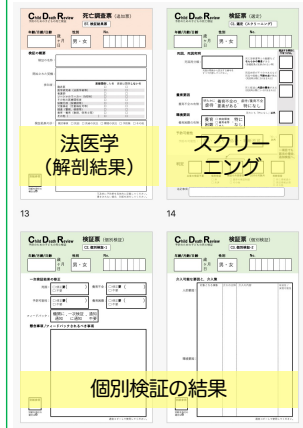
- × 知り得た情報を会議の外では話さない
- × インターネット・SNSには書かない



2. 死亡調査票について

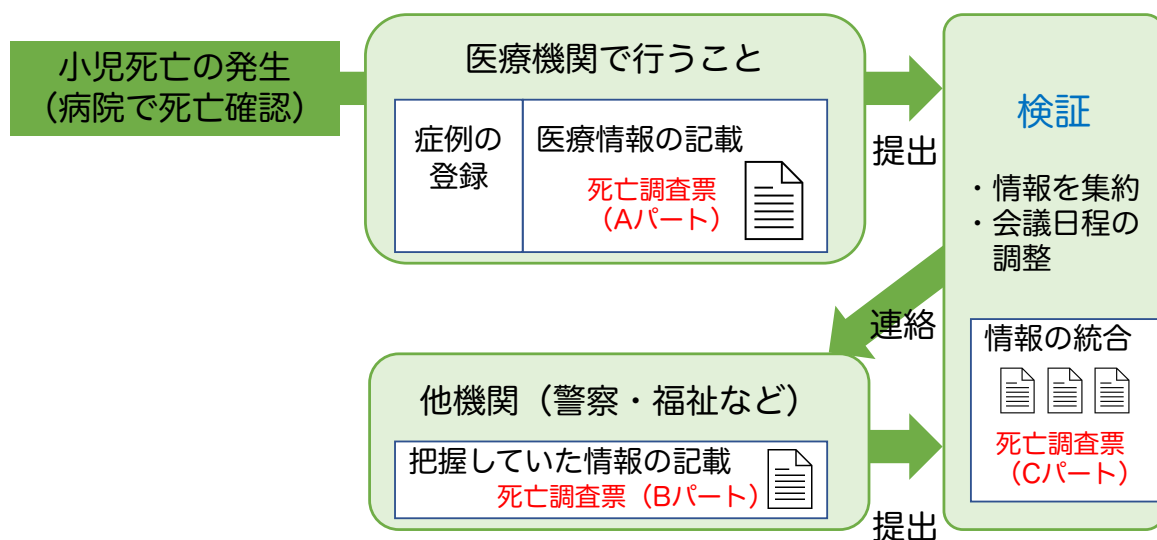
2-1. 調査票の全体像

- ・ 全部で16ページあり、構成は以下の3つのパートに分かれています

Aセクション	Bセクション	Cセクション
医療機関 で死亡事例 発症したあとに書く	個別の関係機関 で把握して いた情報を書く	検証前 に 情報を統合する
		
1, 2, 3, 4, 5, 6	7, 8, 9, 10, 11, 12	13, 14, 15, 16

2-2. 情報共有の流れ

- 死亡確認後、医療機関で死亡調査票のA部分をまず記載します



3. 記入時の注意事項

【記入者：医療関係者】

Aセクション： カバーページ

- 事例No.は、7桁の数字になります
都道府県番号+XX（西暦下2桁）
+番号YYY（3桁）
（*事務局で記載する場合もあります）
- 個別検証や専門家検証などで照合する
必要が出てくる可能性があるので記載し
てください（**概観検証では共有しません**）
（*名前は、漢字・ふりがな両方記載してください）
- 情報収集の状況把握のために、チェッ
クリストを使います

照合：情報の有無を問い合わせた
依頼：死亡調査票（Bパート）の記
入を依頼した
提出：死亡票（Bパート）を受け
取った
非該当：関係していない場合

Child Death Review 死亡調査票（基本票）
予防のための子どもの死亡検証
カバーページ / チェックリスト

年齢/月齢/日齢 性別 No. ①

3 歳 男 3721099

住所地の郵便番号 都道府県 死亡した年 事例番号
7654321 都道府県 番号（西暦下2桁） 番号（西暦下2桁）

死亡した 都道府県 都道府県 都道府県
都道府県 都道府県 都道府県 都道府県

事件番号： ②

死者の氏名： 厚 太郎（こうろう たろう）
生年月日： 2018.1.1 死亡年月日： 2021.10.31
死亡したところ（施設名等） まるまる病院

チェックリスト ③

連絡先等	照合	依頼	提出	非該当	
・死亡診断した医療施設	まるまる病院	照合	依頼	提出	非該当
・死亡事象に関係する前医	なし	照合	依頼	提出	非該当
・かかりつけ医	なし	照合	依頼	提出	非該当
・剖検医	まるまる大学法医学講座	照合	依頼	提出	非該当
・救急隊	第一救急隊	照合	依頼	提出	非該当
・児童相談所	中央児相	照合	依頼	提出	非該当
・保健行政	まるまる市 母子保健課	照合	依頼	提出	非該当
・警察	〇〇県警 捜査一課	照合	依頼	提出	非該当
・学校・保育所等	まるまる保育所	照合	依頼	提出	非該当

3. 記入時の注意事項

【記入者：医療関係者】

Aセクション： A-1 死因について

- ① 死亡診断書・死体検案書に記載されている通りに書いてください
- ② 画像検査には、レントゲン検査、超音波検査、CT検査、MRI検査などが含まれます
- ③ 主な所見のみ書いてください
特筆すべき所見がない場合は、「なし」と書いてください
- ④ 解剖によって推定された死因を書いてください
*解剖をした方がよいと思われたが実施できなかった場合、その理由をこちらに書いてください
*その他、追記したいことがあれば、A5に記載してください

Child Death Review 死亡調査票（基本票）
予防のための子どもの死亡検証

A1. 死亡の原因，死因調査

年齢/月齢/日齢 歳 月 日 性別 ☒ 男 ☐ 女 No.

死亡診断書/死体検案書の情報

I欄 (ア) 直接死因
(イ) (ア) の原因
(ウ) (イ) の原因
(エ) (ウ) の原因
影響を及ぼした傷病名等

II欄

死後検査の情報

② 画像検査の有無：☒ 有 ☐ 無 ☐ 不明
主な画像所見：
③ 胸部：肺水腫
腹部：特記すべきことなし

解剖の有無：☐ 有 ☐ 無 ☒ 不明
解剖の種類：☐ 病理 法医 解剖 ☒ 不明 法医解剖の場合
司法 調査法 行政 不明
解剖 解剖 (新法) 解剖 解剖

解剖の結果，その他特記すべき事項（結果不明の場合は「不明」と明記してください。調査票B1も参照）

④ 解剖の有無と結果について、通知がなく当院では分かりません。

別紙参照
別紙を添付の場合は ☒ 調査票B1参照

3. 記入時の注意事項

【記入者：医療関係者】

Aセクション： A2 医学的背景

- ① 現在の治療・投薬の有無にかかわらず、何らかの基礎疾患を有していた場合、「基礎疾患あり」としてください
*基礎疾患の重症度は問いません
- ② 乳幼児健診について、記載してください
*母子手帳の情報があれば参考にしてください
- ③ 予防接種は、定期接種の予防接種について判断してください
- ④ 同居家族・同胞の人数・年齢・既往歴・離婚歴など書いてください

Child Death Review 死亡調査票（基本票）
予防のための子どもの死亡検証

A2. 死亡の医学的背景

年齢/月齢/日齢 歳 月 日 性別 ☒ 男 ☐ 女 No.

死亡時の所見

死亡時体重： kg 外表所見：☒ 特記すべきことなし

基礎疾患/既往歴

① 基礎疾患の有無：☒ 有 ☐ 無 ☐ 不明
基礎疾患名：
基礎疾患のリスク分類：☒ 特になし（健常）。
☐ 適切に管理されれば予後に影響は少ない。
☐ 適切に管理されても予後に影響しうる。
☐ ハイリスクであり、治療可能か不明。
☐ 寿命短縮が明確。

別紙参照
別紙を添付の場合は ☒ 調査票B1参照

医療的ケア：☒ 有 ☐ 無 ☐ 不明
在宅人工呼吸器 ☐ 在宅酸素療法（常時） ☐ 気管切開 ☐
経静脈栄養 ☐ 人工肛門 ☐ 在宅酸素療法（要時） ☐ 経管栄養 ☐
「有」の場合、実施内容に ☒ ☐ その他（ ） ☐ 腹膜透析 ☐

生育歴

在胎週数： 週
出生体重： g

② 出生時： ☒ ほぼ ☐ 一部・受診歴・不明
受診 ☐ 受診 ☐ なし

③ 予防接種：☒ ほぼ ☐ 一部・接種歴・不明
接種 ☐ 接種 ☐ なし

家族歴（家族構成を含む）

④ 父親(34), 母親(31), 兄(7), 本人(3) の4人家族。特記すべき家族歴なし

3. 記入時の注意事項

【記入者：医療関係者】

Aセクション： A3 死亡に至った状況

- ① 院外急変は、医療機関の外で以下の状況が生じた場合を指します
 - ・救急外来の受診
 - ・緊急通報をした（110/119）
 - ・その他予期しない変化（意識の混濁、痙攣など）があった
- ② 個人情報を含めずに、簡潔に記載してください
病名以外の固有名詞（医療機関名など）は含めないでください
- ③ 医療機関に着いてからのことを、個人情報を含めずに、簡潔に記載してください

Child Death Review 死亡調査票（基本票）
予防のための子どもの死亡検証

A3. 死亡に至った状況

年齢/月齢/日齢 歳 月 日 性別 ☒ 男 ☐ 女 No.

治療開始までの状況（死亡に間接的に影響した既往等についても併せて記載）

① 院外急変例に該当： ☒ する ☐ しない 病院に搬送： ☒ した ☐ しない

死亡（発見）時および治療開始までの状況：

発生（事件が発生した時刻） 17:45頃
 覚知（119に通報した時刻） 17:45
 接触（救急隊が患者を最初にみた時刻） 18:00
 現発（現場を出発した時刻） 18:10
 到着（病院に到着した時刻） 18:20

別紙参照
別紙を添付の場合は ☒

本児が目を離した際に自宅の浴槽に転落したと母親より救急要請。救急隊の接触時には心肺停止で、母親により胸骨圧迫を実施中。救急隊によりCPRが継続され、18:20当院救急外来に到着したときも心静止。

治療経過と検査結果（死因、死亡状況に関する記載者の考察も併せて記載）

③ 18:04 救急隊より第一報：自宅浴槽で溺水の3歳児、心肺停止状態。蘇生を行いながら当院へ受け入れ要請。
 18:20 救急外来に救急搬送。
 救急隊によって胸骨圧迫と人工呼吸中。心静止。自発呼吸なし。心電図で波形なく平坦。心臓マッサージを当直医に引き継ぎ。
 18:25 点滴確保。各種蘇生薬剤を注射。
 18:30 挿管。気管内より多量の水を吸引。心電図確認し、以後心静止のまま。
 18:50 医師より死亡確認。
 18:55 警察に連絡。
 19:55 CT撮影。特記すべき所見なし。遺体を警察へ搬送とされた。

別紙参照
別紙を添付の場合は ☒

書ききれない場合など、別紙を添付してください。

3. 記入時の注意事項

【記入者：医療関係者】

Aセクション： A4 死亡後の対応

- ① 警察に通報した理由が複数ある場合は、当てはまるものの全てに○をつけてください
- ② 児童相談所にCPTの有無にかかわらず、通告した場合は「した」を選んでください
「照会」は、通告の前後で、または通告の有無にかかわらず、児に関して問い合わせを行った場合「した」を選んでください
- ③ 医療事故の可能性を検討したかどうかを記載してください
- ④ 医療関係者のみで行った事例検討会、症例報告会、臨床病理検討会などを含みます
- ⑤ 医療職に加えて、児童福祉・警察・消防など多職種も含めた検証を行った場合、記載してください

Child Death Review 死亡調査票（基本票）
予防のための子どもの死亡検証

A4. 死亡後のアクション

年齢/月齢/日齢 歳 月 日 性別 ☒ 男 ☐ 女 No.

死亡に関連した各種アクション

① 警察に通報： ☒ した ☐ しない 通報した場合、その理由：☒ 異状死のため ☐ 犯罪であるため ☒ 事故であるため

院内CPT*の起動： ☐ した ☒ しない * CPT (Child Protection Team) - 病院内子ども虐待対応組織

② 児童相談所に通告： ☐ した ☒ しない 児童相談所に照会： ☐ した ☒ しない

③ 医療事故調査制度の対象であるか検討： ☐ した ☒ しない 医療事故調査制度の対象として報告： ☐ した ☒ しない

④ 院内で医学的な検証： ☐ した ☒ しない

⑤ 院内で多職種検証： ☐ した ☒ しない

その他の検証： ☐ した ☒ しない

別紙参照
別紙を添付の場合は ☒ 調査票B7参照

各種検証結果（抄） 調査票B7も参照。

救急隊・病院の症例検討会：
 救急隊による蘇生、搬送に問題なし。乳児の気道確保について意見交換。市民への乳幼児蘇生の啓発は効果的に行われている。
 屋内溺水予防にかかる安全教育は誰が行うか。

3. 記入時の注意事項

【記入者：医療関係者】

Aセクション： A5 追加情報

- ① その他、記載しておきたいことは
こちらに書いてください

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（基本票）

A5. 追加情報 / 自由記載

年齢/月齢/日齢

3 歳 月 日

性別

男 女

No.

3721 099

追記事項、コメント、検証されたい事項、懸念事項など

①

適宜コピーして使用してください。

死亡調査票（Bセクション）

【Bセクションの概要】

1. B1の解剖結果は、医療関係者が記載しますが、その他の情報は、各関係機関に記載を依頼します。
2. 他の関係機関にどのように連絡し、情報収集するかは、地域の実情にあわせて、体制を確認してください。

Child Death Review 死亡調査票（追加票） （注）医療関係者用 年齢/月齢/日齢 性別 No. 3 歳 月 日 男 女 追記事項、コメント、検証されたい事項、懸念事項など ①	Child Death Review 死亡調査票（追加票） （注）保健行政 年齢/月齢/日齢 性別 No. 3 歳 月 日 男 女 追記事項、コメント、検証されたい事項、懸念事項など	Child Death Review 死亡調査票（追加票） （注）児童福祉 年齢/月齢/日齢 性別 No. 3 歳 月 日 男 女 追記事項、コメント、検証されたい事項、懸念事項など
7 Child Death Review 死亡調査票（追加票） （注）法医学（解剖結果） 年齢/月齢/日齢 性別 No. 3 歳 月 日 男 女 追記事項、コメント、検証されたい事項、懸念事項など	8 Child Death Review 死亡調査票（追加票） （注）警察 年齢/月齢/日齢 性別 No. 3 歳 月 日 男 女 追記事項、コメント、検証されたい事項、懸念事項など	9 Child Death Review 死亡調査票（追加票） （注）その他 年齢/月齢/日齢 性別 No. 3 歳 月 日 男 女 追記事項、コメント、検証されたい事項、懸念事項など
10 Child Death Review 死亡調査票（追加票） （注）保育教育 年齢/月齢/日齢 性別 No. 3 歳 月 日 男 女 追記事項、コメント、検証されたい事項、懸念事項など	11 Child Death Review 死亡調査票（追加票） （注）警察 年齢/月齢/日齢 性別 No. 3 歳 月 日 男 女 追記事項、コメント、検証されたい事項、懸念事項など	12 Child Death Review 死亡調査票（追加票） （注）その他 年齢/月齢/日齢 性別 No. 3 歳 月 日 男 女 追記事項、コメント、検証されたい事項、懸念事項など

3. 記入時の注意事項

【記入者：医療関係者・法医学・病理医】

Bセクション： B-1 解剖結果

- ① 剖検結果を記載する記載者の情報を
書いてください
法医学や病理医のレポートを見て
書く場合は、「閲覧した」を選択し
てください



法医学や病理医の担当医に送付して記載を
依頼する際には、「個人情報を含めずに」
事件の概要や解剖結果を記載するよう、
お願いします。

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（追加票）

B1. 剖検結果の詳細

年齢/月齢/日齢

3

歳

月

日

性別

男

女

No.

3

7

2

1

0

9

9

9

① 記載者の情報

該当するものに
☑をつけてください。

☒ 剖検を自ら実施した

☐ 剖検に立ち会った

☐ 結果を剖検担当者と検証した

☐ 結果を自ら閲覧した

☐ 伝聞等により結果を確認した

☐ その他（ ）

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

剖検結果

診断

主診断：

溺死

副診断：

死亡への関与 あり・可能性あり・可能性低い・なし

副診断：

死亡への関与 あり・可能性あり・可能性低い・なし

副診断：

死亡への関与 あり・可能性あり・可能性低い・なし

死因に関するコメント

溺死。

事例概要

17:30頃より浴槽にお湯を張りはじめ、しばらく目を離した。17:45頃に母親が、着衣のまま顔を下にして浴槽内に浮いている死者を発見。浴槽高さ36.5cm、浴槽深さ61cm、水深47cm。119通報のあと蘇生を行った。侵入跡なし。明らかな育児放棄やDVほかを認めない。搬送先の病院で心拍再開なし。気管内より多量の水が吸引された。18:55死亡確認。

外表所見

蘇生医療の痕跡を認める。
その他明らかな損傷なし。

肉眼所見

諸臓器に特記すべきことなし。

組織所見

気管支腔には多核球を含む粘液。肺胞内には多核球の集簇。その他明らかな病変なし。

Part 2: 情報共有編 まとめ

- ・ 予防策を検討するためには、**多面的・多角的な情報を収集して共有**することが必要となります。
- ・ 調査票で集められた情報は、なるべく**同じ基準で記入していくこと**で、情報の質を担保していく必要があります。
- ・ 多職種で検討する際には、**個人情報**を共有せずに話し合い、また参加者は**機密保持の義務**があります。
- ・ 検討する際には、調査票で集められた以外の情報も**口頭で共有**し、理解を深める方法もあります。



具体的な検討会の様子を紹介する「**模擬動画**」がありますので、そちらをご覧ください。
決まったルールなどはありませんので、各地域で工夫して実践してください。

巻末資料 3-3

啓発資材 3. 「CDR part3:情報共有編（非医療職の多職種対象）」

*実際には，投射可能なスライド資料として制作された。

チャイルド・デス・レビュー Child Death Review (CDR)

Part3： 情報共有編 (非医療職の多職種対象)

対象者

- ・ 医療職以外の専門職で、これからCDRに関わる方
- ・ 情報共有のための調査票について学びたい方

令和2度厚生労働科学研究費
補助金事業（沼口班）

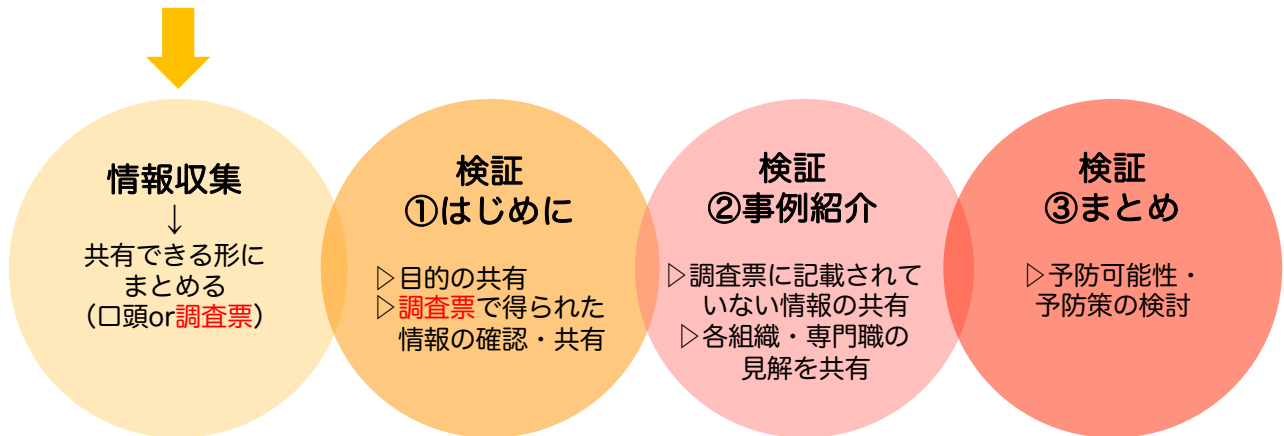
作成日：2021年3月1日
担当：沼口、山岡、内田

内 容

1. **個別**検証を行うために必要な準備とは
情報共有で得られるメリット
情報共有する際の注意事項
2. 死亡調査票について
調査票の全体像
3. 記入時の注意事項

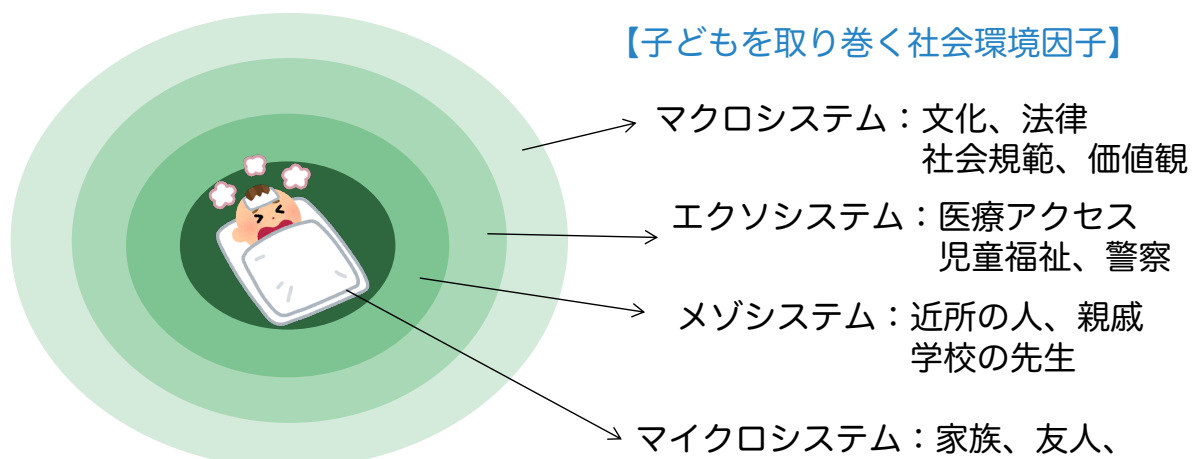
個別事例検証の流れ

- 情報収集後多職種で集まり、**個別事例検証**を行います。
- 本資料では、情報収集に関する部分を説明します。



1. 検証を行うために必要な準備とは

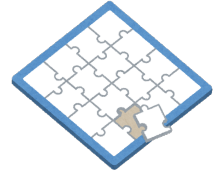
- 死にいたる過程を包括的に理解し、予防策を総合的に検証するには、子どもを取り巻く様々な要因を検討する必要があります。
- そのためには、多職種から情報が不可欠となります。



1-1.情報を集めることで得られるメリット

多職種の情報を集めることで得られるメリットは沢山あります。

- 家族の社会背景・家庭環境をより深く理解できる
- 時系列での経過を把握することができる
- それぞれの職種がどのような情報を持っているのかがわかる
- どのような状況でその時判断したのかが理解できる
- どのような情報があれば、別の判断ができたかが検討できる
- 複数の事例を集めて、傾向を知ることができる



1-2.医療職以外の専門職への期待

例えば医療職は受診してからの様子しか把握していないため、他職種の方々に普段の状況を聞いてみたいと思っています。検証を通じて事例の理解を深め、価値観や判断を共有することができます。

- 普段の保育園や学校での様子
- 保健・福祉サービスを利用したときの様子
- 死亡現場や事故現場の状況
- 保護者や周りの家族の人の言動

家庭訪問での
親子の様子は
どうでしたか？



事故現場の様子は
どんな感じでしたか？



1-3. 個人情報共有の際の注意事項

個人情報を共有することに、不安や懸念を感じる人も多いと思います。
検証する会議では、以下の情報は匿名化した上で、検討会を行います。

【共有しない情報】

- × (子どもの) 名前
- × 生年月日・死亡年月日



会議に参加する人は、機密保持の同意書にサインをして、参加します。

【会議参加の条件】

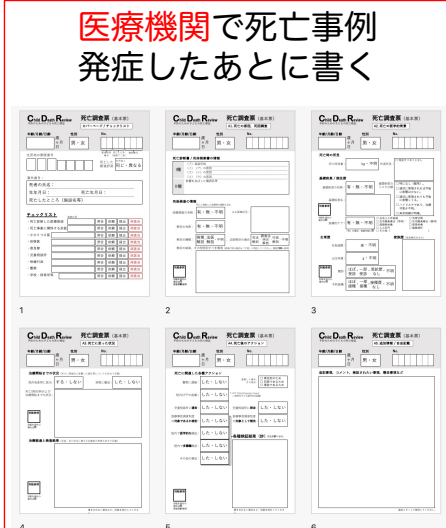
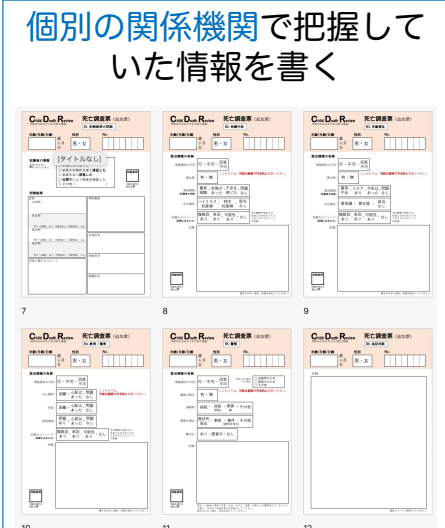
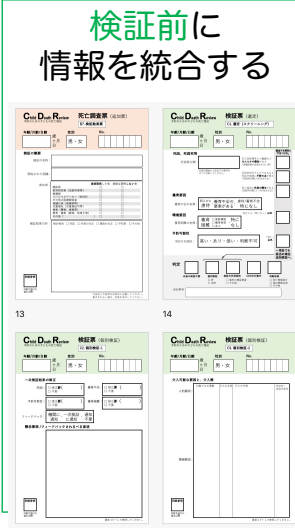
- × 知り得た情報を会議の外では話さない
- × インターネット・SNSには書かない



2. 死亡調査票について

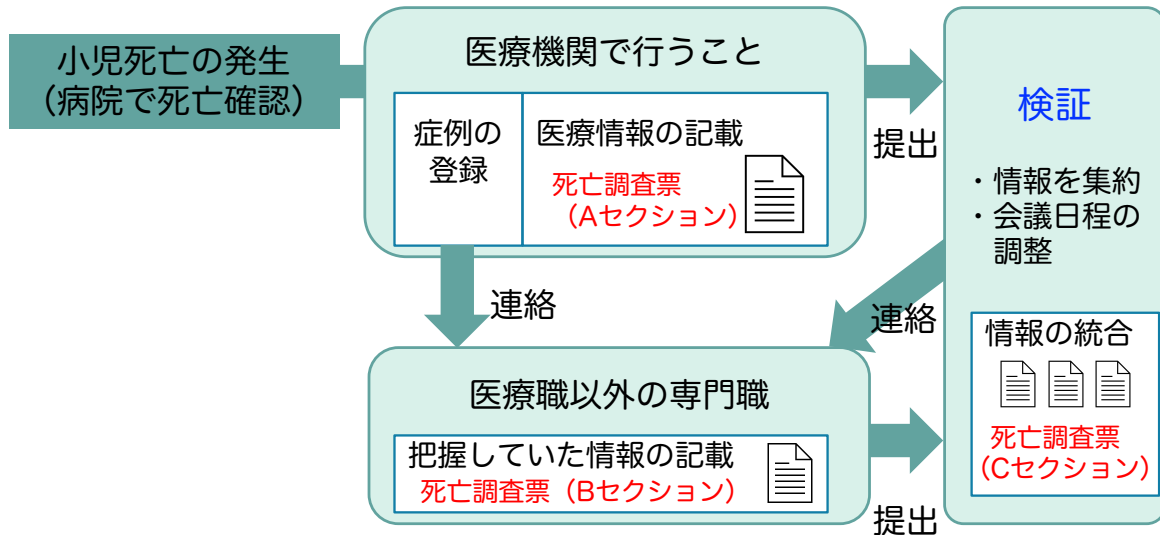
2-1. 調査票の全体像

- 全部で16ページあり、構成は以下の3つのパートに分かれています。

Aセクション	Bセクション	Cセクション
医療機関で死亡事例 発症したあとに書く	個別の関係機関で把握して いた情報を書く	検証前に 情報を統合する
		

2-2. 情報収集の流れ

- 死亡確認後、医療機関で死亡調査票のAパートをまず記載します



2-3. 医療職が担当する死亡調査票について (Aセクション、B1)

【AセクションとB1の概要】

- Aセクション全体とBセクション1は、医療関係者が記載します。
- その情報は検討会議で、個人情報情報を匿名化した形で共有されます。

1 A1 セクションのまとめ

2 A2 死因

3 A3 医学的背景

4 A4 死に至る経過

5 A5 死亡後の対応

6 B1 解剖結果

3. 記入時の注意事項

【記入者：保健行政の関係者】

B-2：保健行政

- ① 面談、乳幼児健診や家庭訪問などの情報から、**何らかの支援が必要であると考えられ、面談や電話相談、家庭訪問などをしたことがある場合は、関与歴あり**としてください。
- ② 以下の場合、○をつけてください。
養育困難：衣食住が不適切であったり、虐待のおそれや社会的な問題を抱え、支援が必要と考えられた家庭であった場合
危険があった：過去に入院を必要とする・複数回治療を必要とするような事故によるけが、必要な医療を受けさせないで生じた健康被害などがあった
不安を感じた：育児ストレス、産後うつ、子育てへの強い不安や孤立感などを抱え、養育状況に懸念事項があった場合
- ③ ここでは、以下の定義で○をつけてください。
特定妊婦：要体協として要支援・把握していたか
ハイリスク妊婦：特定妊婦ではないが、身体的・精神的リスクがあった
該当なし：リスクなし
判断不可：妊娠期の情報がない場合
- ④ **危険なエピソード**とは、過去に入院を必要とするような事故によるけが、必要な医療を受けさせないで生じた健康被害などを指す

Child Death Review 死亡調査票（追加票）
 予防のための子どもの死亡検証

B2. 保健行政

年齢/月齢/日齢 3 歳 性別 男 No. 3721099

該当情報の有無

情報提供の可否 ☒ 可 ☐ 不可・回答不可

① 関与歴 ☒ 有 ☐ 無

② 家庭環境（記載者の印象）
 養育・危険が・不安を・問題
 困難 あった 感じた なし

③ 母の属性
 ハイリスク・特定・該当
 妊産婦 妊産婦 なし

④ 危険なエピソード（記録にあるもの）
 複数回・単回・可能性・なし
 あり あり あり なし

記録：気づいたこと、気になっていたことを、ここに書いてください

別紙参照
 別紙を添付の場合は

書ききれない場合、別紙を添付してください。

3. 記入時の注意事項

【記入者：児童福祉機関の関係者】

B-3：児童福祉

- ① 通告・相談を受けて、**調査、支援、家庭訪問、一時保護、措置分離などを行ったことがある場合は、関与歴あり**としてください。
 *通告ありの場合、何をしたかの選択肢
 調査、支援、家庭訪問、一時保護、措置分離
- ② 以下の場合、○をつけてください。
養育不全：衣食住が不適切であったり、虐待のおそれや社会的な問題を抱え、支援が必要な状況があった
リスクあり：入院につながるような事故や必要な医療を受けさせないで生じる疾患のリスクがあった
不安を感じた：育児ストレス、産後うつ、子育てへの強い不安や孤立感などを抱え、養育状況に懸念事項があった
- ③ ここでは、以下の定義で○をつけてください。
要保護：一時保護、措置あり
要支援：一時保護はしていないが、面談・家庭訪問・心理療法などを行ったことがある
該当なし：関与歴なしの場合
- ④ **危険なエピソード**とは、過去に入院を必要とするような事故によるけが、必要な医療を受けさせないで生じた健康被害などを指す

Child Death Review 死亡調査票（追加票）
 予防のための子どもの死亡検証

B3. 児童福祉

年齢/月齢/日齢 3 歳 性別 男 No. 3721099

該当情報の有無

情報提供の可否 ☒ 可 ☐ 不可・回答不可

① 関与歴 ☒ 有 ☐ 無

② 家庭環境（記載者の印象）
 養育・リスク・不安は・問題
 不全 あり あった なし

③ 児の属性
 要保護・要支援・該当
 なし なし なし

④ 危険なエピソード（記録にあるもの）
 複数回・単回・可能性・なし
 あり あり あり なし

記録：気づいたこと、気になっていたことを、ここに書いてください

別紙参照
 別紙を添付の場合は

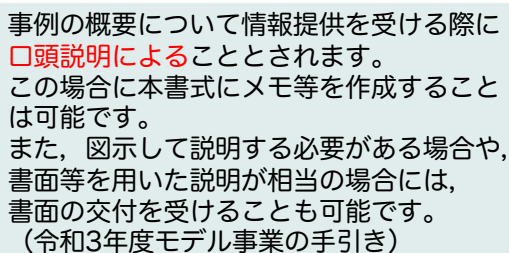
書ききれない場合、別紙を添付してください。

【記入者：保育園・幼稚園・学校の関係者】

- ① 以下の場合、○をつけてください。
対人関係困難：発達障害や問題行動などで教員や友人との人間関係のトラブルがあった場合
対人関係心配あり：発達障害や問題行動などで教員や友人との人間関係を築くことに懸念があった場合
- ② 以下の場合、○をつけてください。
学習困難：発達障害や問題行動などで授業理解や学習態度に問題があった場合
学習心配あり：発達障害や問題行動などで授業理解や学習態度に懸念があった場合
- ③ ここでは、以下の定義で○をつけてください。
家庭環境問題あり：虐待のおそれがあったり、社会的問題を抱えており困難な養育状況であった場合
家庭環境心配あり：養育状況に懸念事項があった場合
- ④ **危険なエピソード**とは、特に死亡につながるような事故（疾患も含む）に関連するリスクが認められたことがあった（例：入院を必要とするような事故、必要な医療を受けさせないで生じた健康被害の既往など）

Child Death Review 予防のための子どもの死亡検証		死亡調査票 (追加票)	
		B4. 教育 / 養育	
年齢/月齢/日齢	性別	No.	
3	男		
歳 7 月 日	女	3721	099
該当情報の有無			
情報提供の可否			
可		不可	
可		回答不可	
① 対人関係:	困難・心配はあった	問題なし	ここから下は、可能な範囲で可及的に回答ください。 社会性・対人関係
② 学習:	困難・心配はあった	問題なし	
③ 家庭環境:	問題・心配はあり	問題なし	学習障害・知的障害
危険なエピソード: (記録にあるもの)	複数回・単回・可能性あり	なし	
④ 記録:	1歳3ヶ月より当園で保育開始。両親とも就労。はじめの4ヶ月程度は人見知りが強かったが、以降は保育者によく懐いた。 基本は母親が自家用車で送迎し、週1回程度は父親が迎えにきた。稀に30分程度の延長保育の希望があった。家庭内の状況は円満な様子で、家庭内の不和などを訴えたことはない。お絵かきなどでは両親と7歳の兄と本人の4人が並んでいて絵を好んで描いていた。 食べ物の好き嫌いなし、アレルギーや病気の申告なし。水遊びは好きな児で、夏場のプール遊びを終了する際に、まだ遊びたいと泣くことがあった。		
別紙参照			
別紙を添付の場合は ☒			

B-5 : 警察



Child Death Review

予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（追加票）

B5. 警察

年齢/月齢/日齢

3

歳

7

月

21

日

性別

男

女

No.

3

7

2

1

0

9

9

該当情報の有無

情報提供の可否

可

不可

回答不可

回答不可の場合、その理由：

☐ 送検例のため
☐ 捜査中のため
☐ その他

警察の関与：

有

無

ここから下は、可能な範囲で可及的に回答ください。

通報者：

病院

消防（救急）

家族

その他

通報の理由：

異状死

事故

事件

その他（虐待を含む）

事件性：

あり・捜査中

なし

記録：

（例：〇〇が△△より聞き取った内容を記載、■■の文書を閲覧にて記載、など）

別紙参照

別紙を添付の場合は

関与した物体の情報（材質、性状、大きさ、配置、死者との位置関係など）を中心に記載し、可及的に現場写真を別途添付してください。

書ききれない場合、別紙を添付してください。

記入者【その他の関係者】

B-6：
その他

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（追加票）

B6. 追記用紙

年齢/月齢/日齢

3 歳 月 日

性別

男 女

No.

3721 099

記録

適宜コピーして使用してください。

記入者【その他の関係者】

B-7：
検証結果票

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（追加票）

B7. 検証結果票

年齢/月齢/日齢

3 歳 月 日

性別

男 女

No.

3721 099

検証の概要

検証の名称： 救急搬送症例検討会

開始された契機： 3ヶ月に1回の定例開催

参加者：

	直接関係した者	直接は関係しない者
臨床医	☒	☒
医学研究者（法医学者等）	☒	☒
看護師	☐	☐
ソーシャルワーカー（MSW）	☐	☒
その他の医療関係者	☐	☐
保健行政（保健師等）	☐	☐
児童福祉（児童福祉司等）	☐	☐
検査（警察、検察等）	☐	☐
教育・養育（教師、保育士等）	☐	☐
その他（救急救命士、防災課）	☒	☒

検証結果の抄： 検討事項 ☐ 死因 ☐ 死者の状況 ☐ 環境の状況 ☒ 予防策 ☒ その他

・救急隊による蘇生、搬送に問題なし。
・乳幼児への気道確保について、気管挿管ではなくとも確実なバッグ・バルブ・マスクを行い、十分に換気するのによい。
・自宅浴槽への転落・溺水であり、救命不可と思われる。

・市民への乳幼児蘇生の啓発は効果的に行われている。
・屋内溺水予防にかかる安全教育は誰が行うか。

別紙参照

別紙を添付の場合は

可及的に予防策を具体的に記載してください。
書ききれない場合、別紙を添付してください。

- ① 何らかの会議（CDRとしての個別事例検証会以外）が行われた場合、記載してください

Part 3: 情報共有編

まとめ

- 予防策を検討するためには、**多機関から多面的・多角的な情報を収集して共有**することが大切です。
- 調査票で集められた情報は、なるべく**同じ基準で記入**していくことで、情報の質を担保します。
- 多職種で検討する際には、**個人情報**を共有せずに話し合い、また参加者は**機密保持の義務**があります。
- 検討する際には、調査票で集められた以外の情報も**口頭で共有**し、理解を深めることもあります。



具体的な検討会の様子を紹介する「**模擬動画**」がありますので、そちらをご覧ください。
決まったルールなどはありませんので、各地域で工夫して実践してください。

巻末資料 4

CDR チーム立ち上げの確認事項

(令和元年度報告書に掲載した資料を再掲)

新しく CDR チームを立ち上げる際の確認事項

Planning for a New Child Death Review Team or Application for a New Team より翻訳

パート 1 : あなたのチームの準備状況を把握する

1. あなたのチームが対象とする地域はどこですか？ (都道府県・市町村・医療圏など)	
2. a) あなたの対象地域の人口は？ b) 18 歳未満の人口は？ c) 10 歳未満の人口は？ d) 5 歳未満の人口は？	a) (人) b) c) d)
3. 対象地域の外国籍の人口割合は？	人：人口の %
4. 対象地域の昨年の小児人口の死亡数 a) < 1 歳 b) 1—4 歳 c) 5—9 歳 d) 10—14 歳 e) 15—17 歳	(人) a) b) c) d) e)
5. 上記死亡の死因分類 manner of death a) 病死 (natural) b) 事故 (accident/unintentional) c) 他殺 (homicide) d) 自殺 (suicide) e) 特定不能 (undetermined)	(人) a) b) c) d) e)
6. 上記死亡の死因 (cause of death) a) 分娩時・新生児期の原因 b) 乳幼児突然死 c) その他の医学的原因 d) 交通事故 e) 火事 f) 溺水 g) 窒息 h) 中毒 i) その他の原因 j) 特定不能	(人) a) b) c) d) e) f) g) h) i) j)
7. 子どもの死亡原因に関するその他の情報はありますか？	
8. 関係機関はどのような死亡に関する情報を持っていますか？ a) 法医学 b) 保健所・保健センター c) 児童福祉 d) 検事 e) 警察 f) 裁判所 g) 学校・幼稚園・保育園	情報の種類 (例：死亡診断書、調査記録など) a) b) c) d) e) f) g)

h) その他	h)
9. 対象地域で、解剖（司法解剖・行政解剖・病理解剖）を担当する人は誰ですか？	
10. 対象地域で、子どもの解剖を行う際に必要な手続きはどのようなものがありますか？	
11. 対象地域で、死後の現場捜査を行うのは誰ですか？（県・市町村の警察など）	
12. 対象地域で、死後の現場捜査を行う際に必要な手続きはどのようなものがありますか？	
13. 対象地域で、子どもの死後に対応する児童福祉機関はどの機関ですか？	
14. 対象地域で、児童福祉期間が子どもの死後に対応するのに必要な手続きはどのようなものがありますか？	
15. その他の機関で、子どもの死後に対応する機関はありますか？またどのような手続きが必要ですか？	
16. 対象地域で、現在行われている死亡のレビューはありますか？それはどの機関が主体で実施されていますか？	レビュー名・実施機関
17. あなたの地域では、多機関連携はどのくらい良く連携していると思いますか？ （数字に○をつけてください）	非常に良い 非常に悪い 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18. 現在、どのような多機関連携が実施されていますか？	

19. 法医学（解剖をする機関）と児童福祉期間の間に、連絡を取り合う（情報を交換し合う）手続きはありますか？ ある場合、簡単にその手続き方法を記載してください。	
20. 警察と児童福祉期間の間に、連絡を取り合う（情報を交換し合う）手続きはありますか？ ある場合、簡単にその手続き方法を記載してください。	
21. 以下の事項について、チーム内で合意をとるのが難しそうだと感じるものはありますか？その理由はなんですか？ a) 中心となる検討メンバーを集める b) 多機関で個人情報保護について合意を作る c) 多機関で情報を共有する d) 研修（ 詳細は要検討 ）に参加する e) 検討会（ 頻度は要検討 ）に毎回参加する f) その他の困難事項	難しい・難しくない：難しい理由（○を付けてください） a) 難しい・難しくない理由： b) 難しい・難しくない理由： c) 難しい・難しくない理由： d) 難しい・難しくない理由： e) 難しい・難しくない理由： f) その他：

パート 2：チームを立ち上げ、検討会を準備する

1. CDR チームの主体となる人物・機関の情報	代表者： 所属機関： 連絡先：
2. 参加する機関の連絡先 a) 法医学（解剖担当の機関） b) 公衆衛生（保健所） c) 児童福祉機関 d) 警察	a) 担当者名： 所属機関： 連絡先： b) 担当者名： 所属機関： 連絡先： c) 担当者名： 所属機関：

e) 検察 f) 救急救命隊・消防 g) 医療機関 h) その他 1 i) その他 2 j) その他 3 k) その他 4	連絡先： d) 担当者名： 所属機関： 連絡先： e) 担当者名： 所属機関： 連絡先： f) 担当者名： 所属機関： 連絡先： g) 担当者名： 所属機関： 連絡先： h) 担当者名： 所属機関： 連絡先： i) 担当者名： 所属機関： 連絡先： j) 担当者名： 所属機関： 連絡先： k) 担当者名： 所属機関： 連絡先：
3. 検討会議に参加してもらうためには、どのような工夫が必要ですか？ 誰が参加するか？いつ会議をするべきか？関係機関内の人はどのように選出するべきか？ ※CDR の準備会議には 2 つの種類があります。一つ目は検討方法に関する教育的な研修のための会議、二つ目はどのように検討会議を運営していくかに関する会議です。必要に応じて、実施に検討会を始める前に複数回の会議が必要です。	
4. 初回の準備会議はいつ・どこで行いますか？	日時・場所

5. 初回の準備会議は誰がファシリテーターを行いますか？	
6. 準備会議における事務手続き・運営のサポートは誰が行いますか？	
7. 2回目の準備会議はいつ・どこで行いますか？	日時・場所
8. 準備会議で検討する内容 a) CDR チームの目的を確認する b) CDR の概要について確認する c) 小児死亡データについて確認する d) 現時点での、小児死亡発生後の対応について確認する e) CDR チームのゴールを話し合う f) CDR チームのメンバーを話し合う g) 対象とする死亡の種類を検討する h) 検証のプロセスを確認する i) 個人情報を含む記録へのアクセス方法を検討する j) 検証結果の報告方法を話し合う k) 検証結果の予防策の実施方法について話し合う l) その他	プレゼンター・準備する資料など a) b) c) d) e) f) g) h) i) j) k) l)
9. チームの目的は何ですか？ 当てはまるもの全てに○を付けて下さい a) 死亡事例を振り返り検証する b) 死亡データの収集と分析 c) 小児死亡のシステムを検証する d) 将来の死亡を予防するための方策を明らかにし、導入する e) その他：記載して下さい	
10. CDR チームで実施する活動は以下のどれに当てはまりますか？ 当てはまるもの全てに○を付けて下さい a) 死後速やかに検証し、死後の捜査に役立てる b) 死後の捜査に役立つような連携や協力体制を構築する c) 個々の死亡について検証する d) 小児死亡の対応についてプロトコールを作成する e) 死亡データの収集と分析 f) 予防策の提言とその後の実施をフォローする g) 法律や条例の改正・整備について提言する h) 死亡の原因について理解を深める i) その他：記載して下さい	
11. 対象地域は以下のどれに当てはまりますか？ 一つだけ○を付けて下さい a) 単一の市町村 b) 単一の郡	

編注:わが国においては、CDR の目的として
犯罪捜査の一環を担うことを想定していない
ため、実際には a)と b)はあてはまりません。

c) 複数の郡・市町村 d) 医療圏：詳細を記載して下さい e) 都道府県 f) その他：記載して下さい
12. CDR チームの目的を達成するために必要な職種はどれですか？ 当てはまるもの全てに○を付けて下さい a) 警察 b) 児童福祉 c) 司法・検察 d) 公衆衛生（保健所・保健センター） e) 小児科医・小児看護 f) 弁護士 g) 保育園・幼稚園 h) 学校 i) DV 支援団体 j) 救命救急隊・消防 k) 母子保健専門家 l) メンタルヘルス専門家 m) 児童虐待・ネグレクト予防支援団体 n) 障害福祉の専門家 o) 薬物依存の専門家 p) SIDS 支援団体 q) その他：記載して下さい
13. どのような死亡を検証の対象としますか？ ※訳注：全死亡の検証ができれば最善ですが、チームの目的やキャパシティーに応じて、対象を決めて実施することも可能です。 a) 何歳の死亡を対象とするか？： b) 死因は何か？： c) 解剖された事例のみか？： d) 特定の関係機関（例：児童相談所など）の関与がある子どものみを対象とするか？： e) その他：
14. どの関係機関が主体となって検証を実施しますか？ a) 公衆衛生 b) 警察 c) 児童福祉 d) 解剖をした機関 e) 非営利団体 f) その他
15. どのように死亡事例を把握しますか？ a) 解剖した機関から連絡を受ける b) 死亡届を集める c) 医療機関から情報提供を受ける d) その他

16. チームメンバーは、どのように死亡事例について連絡を受けますか？ (検討会議の前に事前に連絡をどのようにするか？)																																	
17. チームメンバーは個々の死亡事例をどのように検証しますか？ a) すべてのメンバーが、すべての対象事例をレビューする b) 死亡事例の要約を作り、それをもとに検証する c) 死亡要因別に分けてグループを作って検証する d) その他																																	
18. 個人情報を含む情報を共有する・制限することに関わる法律・条例・手続きなどがありますか？																																	
19. 多機関で情報を共有するための合意形成に必要な手続きはありますか？（協定書など）																																	
20. チーム内で情報にアクセスすることを確保する・制限する文書を作成する必要があり ますか？																																	
21. 下記の情報について、どのように情報にアクセスすることができますか？ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">情報</th> <th style="width: 33%;">情報源（文書など）</th> <th style="width: 33%;">必要な手続き</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>虐待・ネグレクトの既往</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>児童福祉関与歴</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>現場調査</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>解剖記録</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>医療記録</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>保健機関の関与歴</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>メンタルヘルスの既往</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>薬物歴</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>教育機関</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>その他</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	情報	情報源（文書など）	必要な手続き	虐待・ネグレクトの既往			児童福祉関与歴			現場調査			解剖記録			医療記録			保健機関の関与歴			メンタルヘルスの既往			薬物歴			教育機関			その他		
情報	情報源（文書など）	必要な手続き																															
虐待・ネグレクトの既往																																	
児童福祉関与歴																																	
現場調査																																	
解剖記録																																	
医療記録																																	
保健機関の関与歴																																	
メンタルヘルスの既往																																	
薬物歴																																	
教育機関																																	
その他																																	
22. チーム内で共有する情報はどのようなものがありますか？ 当てはまるもの全てに○を付けて下さい a) そのままの記録・文書（個人情報含む） b) サマリー（個人情報含む） c) サマリー（個人情報を抜く） d) 話し合った後の議事録のみ共有する e) 集計した数字のみ共有する f) CDR の報告書 g) その他																																	

23. 上記の情報をチーム外の人に共有するために、必要な法的手続き・制限するような手続きなどがありますか？
24. チーム内で情報にアクセスするために必要な手続きはありますか？ 当てはまるもの全てに○を付けて下さい a) 法・条例の改正 b) 機密情報保持の同意書 c) 裁判所命令 d) その他
25. 検証のために集めた情報や検証結果は、誰が・どこに保存しますか？
26. 検証のために集めた情報や検証結果は、鍵をかけて（パスワードなど付けて）保管しますか？
27. チームの議長とコーディネーターは誰がつとめますか？（任期も要検討） 検討会議の議長： コーディネーター：

巻末資料 5

模擬検証（啓発版）シナリオ

（令和二年度研究の繰越分で追加したもの）

台本1 雰囲気の良い会議

症例	6 か月乳幼児突然死症候群
メンバー	司会（木下）、救急担当医（内田）、小児科担当医（仙田）、剖検医（小谷）、児童相談所（根ヶ山）、保健師（石倉）、警察（沼口）
内容	養育不全リスク児の突然死 皆リラックスした雰囲気、自発的に建設的な意見がたくさん出てくる、症例の情報を持っていなくても背景の専門知識を出す 司会は初めに注意する点を説明し、意見に対する相槌をして場を盛り上げる （テロップ） 本動画で取り扱っている事例は、実際の事例ではなく、個別検証会議の流れを把握して頂くための模擬事例です。

時間	担当	台詞
0:00	司会 (木下)	皆様、本日はCDR模擬個別検証にご参加ありがとうございます。 検証前に皆様、守秘義務同意書にサインをお願いします。 本日はこの事例を担当して頂いた救急医、小児科医、剖検医、警察、地域の保健師さんと児童相談所の方にご参加頂きました。 自分の対応したお子さんが亡くなるということは、非常に辛いことです。 あの時にこうしていたら・・・といった振り返りもあるかもしれません。 ここでは特定の個人や関係機関の責任を追及することは目的ではありません。 今日集まって頂いた皆様は、この地域の子どもを守るためのチームです。 このチームで子どもの死亡に関する効果的な予防策を導き出す事が目的です。 限られた時間ですので、予防策の提言まで充実した議論をするため、時間配分に関してご協力をお願い致します。 本日も、1症例30分を予定しております。 では早速、救急の先生と法医の先生から、順にお願い致します。
	救急医 (内田)	はい。生後6か月の男児で、顔色不良のため受診し、受診時心肺停止の状態でした 心肺蘇生処置を行いました。自己心拍は再開せず死亡確認し、異状死として届け出を行いました
	法医学 (小谷)	異状死とのことで警察から依頼があり、死因調査のための解剖を行い、臨床の先生と検討しました。 剖検では、唾液腺にサイトメガロウィルスが確認されましたが、死に結びつく病変や外傷はなく、。。。から、乳幼児突然死症候群と診断しました。
	司会	ありがとうございます。 死因に関してご質問や追加のご意見はありますか？

皆

(特にない様子 ... キョロキョロしたりうなずいたりする)

司会

では、死亡当日の状況に関して、警察の方からお願いできますでしょうか？

警察

(沼口)

(手元の紙を見ながら) 病院から異状死ということで連絡がありました。

当日、自宅には祖母と1歳の兄が在宅していました。

祖母が兄の対応をしていて、しばらく目を離していたそうです。

ミルクをあげようと側へ行ったところ、うつ伏せの状態で冷たくなっていたとのことでした。

室内はタバコの匂いが気になりました。

司会

ありがとうございます。

死亡当日の状況に関して質問はありますか？

小児科医

(仙田)

どこで寝ていたのですか？ベビーベッド？

警察

祖母によると、はじめはリビングで座布団の上で仰臥位で寝かせたとのことですが、

発見時はうつ伏せでじゅうたんの上で発見されています。

じゅうたんは、毛の長いものでした。

司会

座布団の上から落ちてうつ伏せになったという形だったのでしょうか、重要な情報をありがとうございます。

では養育状況に関してお願いします。保健師さんからお願いできますでしょうか？

保健師

(石倉)

妊婦健診未受診で自宅分娩されたということで、病院から連絡を頂き関わっていました。

生後2か月の時、自宅訪問した際は体重増加良好でした。

その後も継続的な関わりが必要と考えていたのですが、何度か訪問しても居留守を使われちゃったりして（お会いすることができず）、お会いできていない状況でした。

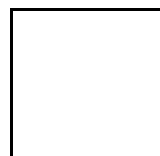
父方祖母と同居されていて、お母さんはそろそろ仕事復帰されるとのことでした。

1歳のお子さんは保育園へは通っておらず、祖母が0歳児と1歳児の世話をしている状況でした。

死亡後に分かったのですが、祖母は体調を崩して入院され退院したばかりだったそうです。

(・・・すこし沈黙。保健師、下を向いているなど)

祖母が体調が悪くて養育が大変だったと気付いていたなら、なにか別の支援に結びつけられたらよかったと思います。



司会

ありがとうございます。

支援が必要そうだけれど、行政からの関わりを拒む傾向のある家庭への対応というのは非常に難しいと思います。

先生、4か月健診は受診されていたのでしょうか？

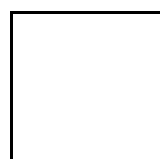


小児科医

(仙田)

母親と受診していましたが、体重増加は良好でワクチン接種を始めるよう伝えたところでした。

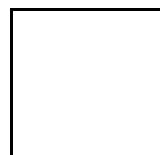
母が疲れている様子だったと看護師の記録がありましたが、祖母が育児を手伝ってくれているということだったので、何か困ったことがあったら来て頂くように伝えていました



司会

養育状況の背景に関する詳細をありがとうございます。

関わりを拒むご家庭は、**児童相談所の方もよく経験される**のではないかと思います、何か思うところ等ありますか？



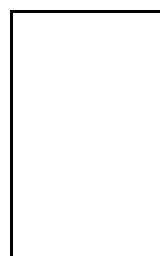
児童相談所

(根ヶ山)

そうですね。

ただ支援を拒む家庭に重大な事象が起こることが多く、どう対応するかは重要なことだと思います。

ところで今更こんなことを聞くのも何なんですけど、この子の支援の話と、突然死の死因とは、関係あるのでしょうか？



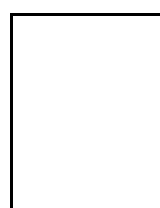
司会

・・・いいご質問ありがとうございます。

チャイルド・デス・レビューのあり方にかかわる大事なお話ですね。

乳幼児突然死症候群の原因は不明とされていますが、喫煙とかうつ伏せ寝はリスクの一つとも言われていますね。

(法医学の) 小谷先生、なにかご意見をいただけませんか。



法医学

そうですね。

赤ちゃんの育つ環境が乳幼児の突然死に影響することもあるので、（お互いの立場を超えて）、養育環境について話し合うことは、死の予防につながるいいことではないかと思います。



児童相談所

そういうことなんです。

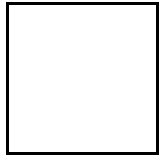
だから、この子の支援の話をする意味があるのです。

そういえば、他の似た事例で、未受診妊婦さんで、保健師の関わりを拒むご家庭だったのですが、

小児科の健診で体重増加不良もあり、児童相談所に通告があったケースがありました。

今回の事例では「祖母もいて、体重も増えている」と聞くと、児相としても判断が難しかったと思います。

ただ、もう少しお話できていれば、母の疲労や祖母の体調面を考慮して保育園入園等の調整で負担軽減はできたかもしれないと思います。



司会

なるほど。

妊婦健診未受診の家庭に対して、具体的な支援を考えるべきなのでしょうか。

仙田先生、何かアイデアはありますか。



小児科医

そういった意味では、病院としても外来での定期的なフォローを続けていたら、家庭の状況に気付くことができたのかもしれないと思います。

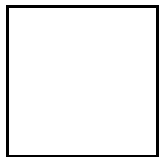
行政と繋がりづらくても、病院で繋がりを保つことができるご家庭もありますよね

あと、もともと出生週数が不明で未熟性もあり、乳幼児突然死症候群のリスク児だったと思いますので、「**当院でも**両親や祖母に睡眠環境に関する指導ができたかも」とも思いました。



保健師

そうですね、ご家庭と繋がるラインが何本もあれば、ひとつの機関と繋がりが切れても安全ですね。



警察

警察としても昨今「予防」という観点からの取り組みに力を入れています。

DVとか泣き声通報とか、そういう情報は警察によくいただいていますし、何かあったら、すぐ警察にも相談してください。



司会

皆様、ご意見をありがとうございます。

そろそろまとめに移らせて頂こうと思います。

追加のご意見等、ありますでしょうか？

皆

(大丈夫そう ... キョロキョロ、あるいは首を横に振る)



司会

今回の事例をまとめますと、

死因は「乳幼児突然死症候群」

死に至るまでのリスク要因として、

- ・ 妊健未受診の、自宅分娩の児。
- ・ 体調の万全でない祖母が児の世話を診ている最中の事象であった。

という2点ですね。

課題として、

- ・ 出生時に既にリスクがあると判明していた事例に支援が行き届かなかった。
- ・ 祖母の体調不良でさらにリスクが増している状況に地域として気づけなかった。

事例から学んだ予防策として、

・「リスクが高いが行政からの関わりを拒む傾向のある家庭に対しては、保健師・児童相談所・警察・病院が連携し早期に支援へ繋げる」こと。

・「**そのために**、病院を退院する前に家族との面談をもち、退院後の生活に関して共有していく」

・「また祖父母が養育の中心となることもあるので、睡眠環境等の養育に関する指導をする際には祖父母を呼ぶことも検討する」

といったところでしょうか。

今回の症例から学んだ予防策ですが、**具体的にどう取り組みができそうか**、それぞれ挙げて頂けますでしょうか。

小児科医

未受診・自宅分娩の症例では、病院でも「長期の外来フォロー」を行い、地域と連携をもって見守っていこうと思います。

また、特に乳幼児突然死症候群のリスク児においては、退院後の**生活指導を行う際には祖父母の同席**も検討するようにしていこうと思います。

入院中から「早めに**行政との連携**をもつ」こともすすめたいと思いますので、その時に、地域も一緒に入ってもらえませんか。

保健師

そうですね。

この地域では、そのような**会議を開催**することを決まり事にしてしまいましょう。

退院前から退院後の生活の支援に繋がるように、病院・児童相談所と連携をもち、面談を行っていきたいです

児童相談所

確かに未受診・自宅分娩で出生した児は、**全例、退院前にケース会議を行う**と決めると保健師さんが一人で抱え込むことなく、**地域で赤ちゃんを守る**ような体制に繋がりますように思います

法医学

睡眠環境など環境を整えることに関しても具体的に決まっていると、指導しやすいかもしれません。

①「ベビーベッドで寝かせ、柵は常に上げる」、

②「敷物は硬いもの、掛け物は軽いもの」、

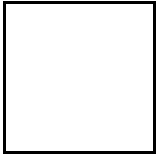
③「口や鼻を覆ったり首に巻き付くようなものは置かない」

といった所がよく言われていますよね。

小児科医

実際には、「自宅にベビーベッドはあるのだけれど、大人用ベッドで昼寝させている時に事故が起きたり・・・」といったケースが多いようにも思います。

こちら辺に関しても指導できると良いように思います



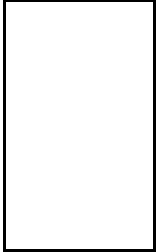
保健師

赤ちゃん訪問でも、そこまでの指導はしたことがなかったです。
次回までに**他の保健師と相談して**チェックリスト案を作ってきますので、見てみて頂けますか。



小児科医

もちろんです。
よろしくお願いします



司会

皆様活発なご意見を頂きありがとうございます。
事例から学んだ予防策として、
①未受診・自宅分娩で産まれた赤ちゃんは全例、退院前にケース会議を行う、
②退院後の環境作りに関しての工夫をする、特に睡眠環境の指導に関してはチェックリストを準備していくといったところでしょうか。
次回また、今日いただいた予防策の案がどのくらい実現できているか、皆様で確認しましょう。
今日も活発な議論を、ありがとうございました。

台本3 雰囲気の良い会議

症例	6 か月乳幼児突然死症候群
メンバー	司会（木下）、救急担当医（内田）、小児科担当医（仙田）、剖検医（小谷）、救急隊、児童相談所（根ヶ山）、保健師（石倉）、警察（沼口）
内容	養育不全リスク児の突然死 医学的な討論で他職種が取り残されてしまうような雰囲気になる 責任追及をするような発言で雰囲気が悪くなり、活発な議論ができず、提言へ結びつかない

（テロップ）

本動画で取り扱っている事例は、実際の事例ではなく、個別検証会議の流れを把握して頂くための模擬事例です。

時間	担当	台詞
	司会 （木下）	皆様、本日はCDR模擬個別検証にご参加ありがとうございます。 検証前に皆様から守秘義務同意書にサインをいただいております。 本日も1症例30分を予定しております では早速、救急の先生からお願い致します。
	救急医 （内田）	はい。生後6か月の男児で、顔色不良のため受診し、受診時心肺停止の状態でした 心肺蘇生処置を行いました。自己心拍は再開せず死亡確認し、異状死として届け出を行いました
	剖検医 （小谷）	警察から依頼があり、死因調査のための解剖を行いました。 マクロ所見では、虐待を疑わせる新旧混在するような皮下出血や極端な痩せた状態などは認められませんでした。また、外表検査や心臓の検査を詳細に行いましたがはっきりとした先天的な奇形はみつけることはできませんでした。また、突然死をきたすことがある心筋症の肉眼的所見も認められませんでした。また、脳は少し柔らかかったですが、このようなことは乳児の解剖ではよくあることで、有意とは言えず、組織でも検索しましたが、脳に明らかな異常は指摘できませんでした。次に肺ですが、気管支に軽度のリンパ球浸潤が認められますが、上皮の壊死や・・・ ミクロ所見では、顎下腺の間質にリンパ球浸潤があり、導管にはフクロウの目様の封入体を伴う巨細胞が散見され、サイトメガロウイルスの免疫組織化学染色では陽性巨細胞が認められました。しかしながら、全身の臓器をみましたが、全身の感染症を疑うような所見は認められませんでした。 以上より、唾液腺のみにサイトメガロウイルスが確認されましたが、死に結びつく病変ではなく、また、警察から頂いた発見時や病院での情報も踏まえて、死因は乳幼児突然死症候群としました。
	小児科医 （仙田）	サイトメガロ？免疫不全を疑うような所見はあったのでしょうか？
	剖検医	例えばどのような所見のことですか？ 解剖すれば何でも分かるというわけではありません。 解剖で機能的異常の評価は難しいことはお分かりでしょうか？

小児科医	それは知ってます、ただ乳児のCMV感染症は成人と違って重症化する場合がありますよね
救急医	CMVが確認されているのに無視するのは、違和感があります。
法医	解剖の所見以上のことはなんとも言えません、先ほども言った通り所見は唾液腺に限局していました。臨床的に重症化を疑う所見はあったのでしょうか
救急医	心肺停止だったのでわかりません
小児科医	ウイルス感染も一つのリスクになった可能性はあるが、非典型的乳幼児突然死症候群と判断されたってことですな。
皆	．．
司会	先生方、死因に関するご検討をありがとうございます。時間なので次に進めます警察からお願いします
警察 (沼口)	えー一病院から異状死ということで連絡がありました。 当日、自宅には祖母と1歳の兄が在宅していました。 祖母が兄の対応をされていて、しばらく目を離していたそうです。 ミルクをあげようと側へ行き冷たくなっていたとのことでした。以上。
司会	ありがとうございます。 死亡当日の状況に関して質問はありますでしょうか？
小児科医	どこで寝ていたのですか？ベビーベッド？
警察	いえ、違います
小児科医	じゃあどこですか？
警察	座布団の上です
司会	では養育状況に関してお願いします
保健師 (石倉)	妊婦健診未受診で自宅分娩されて新生児管理をされたということで、病院から連絡を頂き関わっていました。 赤ちゃん訪問をした際は体重増加良好でした、その後も訪問の予定がありましたが、家にいる気配はあったのですが、お会いできない状況でした。
小児科医	それは、ちゃんと訪問してくれれば良かったんじゃないの。 ．．．（沈黙）
司会	先生、ご意見ありがとうございます。 先生、4か月健診は受診されていたのでしょうか？
小児科医	母親と受診していましたが、体重増加は良好でワクチン接種を始めるよう伝えたとこでした。
司会	では、健診では特に気になる様子はなかったということでよろしいでしょうか？

小児科医 看護師の記録には母が疲れている様子だったような記載がありました

司会 養育環境に関しまして保健師や児童相談所の方から追加はありますでしょうか？

保健師 . . . (沈黙)

児童相談所
(根ヶ山) . . . (沈黙)

司会 では予防可能性についての議論に移りましょう
. . .

小児科医 そもそも死因がウイルス感染症なのか乳幼児突然死症候群なのかははっきりしない所で、何を予防しろって言えます？

司会 先生の仰る通り、死因がはっきりしていると議論をしやすいですが、.. 分かる情報の範囲内で考えてみませんか？

小児科医 ん . . . (沈黙)

司会 死亡に至るまでに存在したリスク要因として、家庭の要因はあったように思いますがいかがでしょうか。

皆 . . . (沈黙)

司会 児童相談所の方がでしょうか

児童相談所 うちの継続ケースでないので、今この会議で保健センターのお話になった情報しかありません。一般的には妊婦健診未受診と自宅分娩ということは、リスクのある世帯だったことは明らかだったと思います

保健師 それはうちも分かっていたので、訪問をしていましたが居留守を使われちゃうと..そこを保健師の責任と言われてしまうと.. (沈黙)

司会 予防可能性や予防策に関するご意見はありますでしょうか？

皆 . . . (沈黙)

司会 妊婦健診未受診だった赤ちゃんや家族への対応の強化等でしょうか？
具体的な対応案はありますでしょうか？

皆 . . . (沈黙)

司会 ありがとうございます。対応の強化を考えていくとしましょう
では本日の検討会はこれで終了とします。
本件に関しましてもまた追加で対応案などありましたら次回提案頂けたらと思います。

● 模擬動画

ファシリテーター候補、検証参加者が
初めて個別検証会議に臨む前に
チームとして建設的に話し合い、子どもの死から学びを得るため
の注意点を確認するための動画

有効でない検証会議
有効な検証会議

有効でない検証会議

役割を認識できていない（目的が不明瞭、個々の専門性を生かせていない）
聞き方が良くない（お互いに敬意を表する）
伝え方が良くない（建設的でない、責任追及をするような意見）

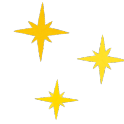
司会者

- ・前置きで目的を共有できていない
- ・参加者の発言後の反応がない

検証参加者

- ・医療者間で専門的な討論を行い他職種が取り残されてしまうような雰囲気になる
- ・責任追及をするような発言で雰囲気が悪くなり、活発な議論ができず、提言へ結びつかない

有効な検証会議を導くチーム



役割の認識（目的を共有し、個々の専門性を生かす）
聞き方（お互いに敬意を表する）
伝え方（建設的な意見をする）

例）司会者

- ・ 役割の認識（会の初めに参加者が役割を認識できるように促す、良い雰囲気の醸成）
- ・ 聞き方（参加者の意見に相槌をして場を盛り上げる）
- ・ 伝え方

例）検証参加者

- ・ 役割の認識（症例の情報や背景の専門知識を共有する）
- ・ 聞き方
- ・ 伝え方（責任の追求でなく予防を考える）

準備の工夫（例）

- ・ 参加者
 - ・ 事前に「このような事例に関して話し合いをするので予め考えておいて頂きたい」旨を伝える
 - ・ 臨床医と法医で死因等の医学的な議論をすませておく
- ・ 資料
 - ・ 判定表はラミネート加工して配布し、毎回使用する
 - ・ 資料は閲覧・回収しやすいよう通し番号を付ける
 - ・ 検証票を色分けする
- ・ 症例検討の流れを把握する
検証症例の死因、存在したリスク要因（人的要因・環境要因）、リスク軽減のための介入当日、判定のために補填すべき情報や進行が困難な事態になった場合の対処
- ・ 必要物品の確認
パソコン、プロジェクター、カメラ、名札、手指消毒など

会議の冒頭で 特に重要な確認事項

- 守秘義務の確認（所属、氏名記載）
- 検証会議の趣旨に関して参加者で共有
 - ・ 特定の個人や関係機関の責任を追及することが目的ではない
 - ・ 事例の内容を非難しない
 - ・ 子どもの死亡に関する効果的な予防策を導き出すことが目的
 - ・ 事例に直接関係した参加者が出席している場合には
強い自責の念等で会議の進行が困難になる事態が生じうることを認識する
- 当日の流れ時間配分を共有する
(検討時間の設定が短すぎないように)

会議の進行

- 雰囲気
 - ・ 雑談のようなリラックスした雰囲気を醸成する工夫
 - ・ 会議の雰囲気が悪くなったら・・・
 - 予防の議論からそれてしまった→「予防のため」の議論に戻す
 - 情報が出てこない、法律が伴わないから建設的な議論ができない
 - そんな時間はない→時間を作るためのシステムの視点
- 上から目線→それぞれが専門家
 - 厳密さや緻密さを追求する→未来志向の創造的な会議
- イメージをもつ
 - ・ 司会者の頭の中で事前に会議のストーリーを完成し、これに向かって議論を収束させていくようなイメージ
 - ・ 時間が勝負になる、提言へ繋げる
- 沈黙は
- 発言 行政機関が発言していない場合には指名する

おわりに

検証会議の参加が初めてまたは経験が少ない方を対象に作成したものです

個々、有効な話し合いをするために「役割の認識」「聞き方」「伝え方」に注意していたとしても会議がうまくいかないこともあります
例えば、検証をしにくい症例もあります

チームは時間の経過により力を発揮していくことができます
成熟したチームからの取り組み（事前の準備や会議の進行など）の紹介等も参考にしてください

模擬検証の様子（2）動画資料より一部画面キャプチャーによる

予防のための
子どもの死と検証



雰囲気の良い会議



有効な検証会議を導くチーム



役割の認識（目的を共有し、個々の専門性を生かす）
 聞き方（お互いに敬意を表する）
 伝え方（建設的な意見をする）

例）司会者

- ・役割の認識（会の初めに参加者が役割を認識できるように促す、良い雰囲気の醸成）
- ・聞き方（参加者の意見に相槌をして場を盛り上げる）
- ・伝え方

例）検証参加者

- ・役割の認識（症例の情報や背景の専門知識を共有する）
- ・聞き方
- ・伝え方（責任の追求でなく予防を考える）

令和3年 4月 5日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国立大学法人東海国立大学機構
所属研究機関長 職 名 名古屋大学医学部附属病院長
氏 名 小寺 泰弘 印

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業)
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部附属病院・病院講師
(氏名・フリガナ) 沼口 敦・ヌマグチ アツシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	☒ 有 ☐ 無	☒	名古屋大学	☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 4月 2 日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 東京都保健医療公社多摩北部医療センター

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 高西 喜重郎



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）

2. 研究課題名 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

3. 研究者名 (所属部局・職名) 東京都保健医療公社多摩北部医療センター 小児科部長

(氏名・フリガナ)

小保内 俊雅・ホノイ トシマサ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒	☐	☐	東京都保健医療公社 多摩北部医療センター	☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 4月 6日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国立研究開発法人
国立成育医療研究センター
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 五十嵐 隆



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業)
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 政策科学研究部・部長
(氏名・フリガナ) 竹原 健二・タケハラ ケンジ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	☒	☐	☒	国立成育医療研究センター	☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

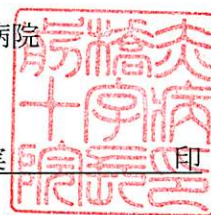
2021年4月6日

厚生労働大臣 殿

機関名 前橋赤十字病院

所属研究機関長 職 名 病院長

氏 名 中 野 実



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
- 研究課題名 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
- 研究者名 （所属部局・職名） 小児科 副部長
（氏名・フリガナ） 溝口 史剛（ミゾグチ フミタケ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 4月 日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 公立大学法人名古屋市長

所属研究機関長 職 名 理 事 長

氏 名 郡 健 二 郎

印

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）

2. 研究課題名 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

3. 研究者名 (所属部局・職名)) 医学研究科・教授

(氏名・フリガナ) 青木康博・アオキヤスヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 4月 1日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人金沢大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 山崎 光悦 印

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 健やか次世代育成総合研究事業
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医薬保健研究域医学教育研究センター・准教授
(氏名・フリガナ) 太田 邦雄 ・ オオタ クニオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 4月 21日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 山梨大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 島田 眞路



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 （所属部局・職名）大学院総合研究部医学域 小児科学講座 ・ 教授
（氏名・フリガナ）犬飼 岳史 ・ イヌカイ タケシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・ 該当する□にチェックを入れること。
・ 分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年3月9日

厚生労働大臣 殿

機関名 旭川医科大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 吉田 晃敏



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 （所属部局・職名） 大学病院・助教
(氏名・フリガナ) 中右 弘一・ナカウ コウイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年4月14日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 公立大学法人福島県立医科大学

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 竹之下 誠一



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）

2. 研究課題名 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

3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部 小児科学講座・主任教授

(氏名・フリガナ) 細矢 光亮 ・ホソヤ ミツアキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 4月 7日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

国立研究開発法人
機関名 国立成育医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 五十嵐 隆



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業)

2. 研究課題名 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

3. 研究者名 (所属部局・職名) 社会医学研究部 室長

(氏名・フリガナ) 森崎 菜穂・モリサキ ナホ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 3 年 1 月 13 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 田 中 雄 二 郎



次の職員の令和 2 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 （所属部局・職名） 大学院医歯学総合研究科 非常勤講師
- （氏名・フリガナ） 山岡 祐衣 （ヤマオカ ユイ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

- （※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
- （※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

- （留意事項） ・ 該当する□にチェックを入れること。
- ・ 分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 4月 19日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 小林内科
所属研究機関長 職 名 院長
氏 名 小林 博



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業 (健やか次世代育成総合研究事業)
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 小林内科・院長
(氏名・フリガナ) 小林 博 (コバヤシ ヒロシ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ 有 ☐ 無	☐	名古屋大学	☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 4月12日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 緑園こどもクリニック

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 山中 龍宏 印

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業)

2. 研究課題名 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

3. 研究者名 (所属部局・職名) 緑園こどもクリニック 院長

(氏名・フリガナ) 山中 龍宏 (ヤマナカ タツヒロ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	☒	☐	☒	産業技術総合研究所	☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 4月 19日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国立大学法人東海国立大学機構
所属研究機関長 職 名 名古屋大学医学部附属病院長
氏 名 小寺泰弘 印

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部・教授
(氏名・フリガナ) 長尾能雅・ナガオヨシマサ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ 有 ☐ 無	☒	名古屋大学大学院 医学研究科 医学部附属病院	☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 3 年 2 月 10 日

厚生労働大臣 殿

機関名 あいち小児保健医療総合センター

所属研究機関長 職 名 センター長
氏 名 伊藤 浩明 印

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 （所属部局・職名） 保健センター・保健センター長
（氏名・フリガナ） 山崎 嘉久 （ヤマザキ ヨシヒサ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒	☐	☒	名古屋大学	☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。